

総 説

組織と医療者の備災 –連携・協働を過去の災害から学ぶ–

太田晴美

東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

災害医療の歴史の変遷を紐解き、近年の災害医療実践例から、管理・経営的側面からその学びと課題について述べる。

阪神淡路大震災では、後方支援の重要性和心のケアの必要性が明らかになり、有珠山噴火では病院同士が連携する創意工夫があった。東日本大震災では、平時も有事も「安全」と「安心」を提供する重要性がわかった。熊本地震では高齢者や福祉施設に対する支援体制等を構築する課題が明らかになった。北海道胆振東部地震では医療者自身に正常性バイアスがあった。またSNS活用は情報伝達がスムーズになる一方、善意のデマ拡散というデメリットがあり、情報ツールを活用する力が求められた。2019年台風19号では、予測できる気象災害に対し、人々がどのように備え、対応するかが問われ、災害モードの切り替えが重要と再認識した。

医療機関の備災力向上のためには、マニュアルだけでは補えず、どのようにマニュアルを使っていくかが重要である。

キーワード：備災 災害医療 人材育成

Disaster Preparedness of Organizations and Medical Professionals: Learning about the Importance of Cooperation and Collaboration from the Experience of Past Disasters

Harumi OTA

Tohoku Bunka Gakuen University

This paper reviews the history of disaster medicine in Japan and describes lessons learned from recent disasters and challenges ahead from management and administrative perspectives.

The Great Hanshin Earthquake demonstrated the importance of logistics and mental care. In the wake of Mt. Usu's eruption, evacuating and receiving hospitals applied innovative ways to continue patient care. The Great East Japan Earthquake demonstrated the importance for medical professionals to maintain safety and provide a sense of security during times of peace and disaster. The Kumamoto Earthquake established the need for a support system for welfare facilities for elderly and other people needing assistance. Facing the Hokkaido Eastern Iburi Earthquake, medical professionals suffered from normalcy bias. Although social media facilitate the transmission of information, the disaster showed the disadvantage of social media's inadvertent spread of misinformation, emphasizing the need for skills to utilize information tools in times of disasters. In 2019 Typhoon Hagibis showed how people should prepare for and respond to predictable meteorological disasters and affirmed the importance of taking adequate action.

To enhance the disaster preparedness of medical institutions, developing disaster response manuals is not enough. It is essential to ensure that medical professionals know how to use them.

Key words : Disaster Preparedness, Disaster Medicine, Human resource development

Sapporo J. Health Sci. 9:1-6(2020)
DOI:10.15114/sjhs.9.1

第1章 序 論

1. 背景

国内外では災害が多発し、災害の規模、種類、被害が多様化している。災害時に、生命を守ることは医療に課せられた使命である。災害医療は救命処置・応急処置を行う急性期医療だけではなく、早期から関連死予防や、長期的なケア、啓発活動など生命と生活に向き合うことが求められる。

今回、災害医療の歴史の変遷と実践例を振り返り、平時から災害への備え（備災）としての人材育成の必要性について論じる。

2. 災害医療の変遷

1888年（明治21年）の会津磐梯山噴火に医師が派遣され治療した記述が残っている。災害派遣医療団に看護婦（現在の看護師）が加わったのは1891年（明治24年）に岐阜・愛知県に発生した濃尾地震で、死者7,000人、負傷者17,000人に対し救護活動を行っていた。1893年（明治29年）の明治三陸地震で宮城、岩手、青森に最大50mと言われる津波が発生し、救護所で災害医療活動を実践していた。

1923年（大正12年）9月1日に関東大震災が発生し、死者・行方不明者約105,000人、家屋全半壊等は423,000棟以上の被害があった。救護所の設置、救護班による応急処置、巡回診療が行われた（9月1日は防災の日となった）。

1959年（昭和34年）に発生した伊勢湾台風では死者・行方不明者5,098人に上った。これを契機に現在の災害救助の核となる災害救助法が制定された。

1995年（平成7年）1月17日午前5時46分の阪神淡路大震災では、死者6,437人、多数の家屋倒壊、火災が発生した。阪神淡路大震災では倒壊した家屋、がれきの下敷きになり、圧挫症候群（俗にいうクラッシュシンドローム）の病態が明らかになった。

阪神淡路大震災の教訓から、厚生労働省は平成8年5月10日付で健康政策局長から都道府県知事宛に『災害時における初期救急医療体制の充実強化について』を發出し、災害拠点病院の整備を進めた。災害拠点病院は、①災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行なうための高度の診療機能を有する、②被災地から重症傷病者の受入れ機能を有する、③傷病者等の受入れ及び搬出を行なう広域搬送への対応機能、④自己完結型の医療救護チームの派遣機能、⑤地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する“地域災害医療拠点センター”を二次医療圏毎に1箇所、さらにそれらの機能を強化し、要員の訓練・研修機能を有する“基幹災害医療センター”を都道府県毎に1箇所整備することが必要とされ整備がはじまった。

甚大な災害被害の元で地域の病院だけでは多数傷病者に対応できない状況を鑑み、広域災害医療に対応する災害

急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チームとしてDMAT（Disaster Medical Assistant Team災害医療支援チーム）が発足された。

阪神淡路大震災では、地震発生直後は生命が助かって、後に慢性疾患の憎悪や、感染症、深部静脈血栓症（エコノミークラスシンドローム）、自殺など災害関連死が発生することもわかり、長期的に生命を守る取り組みが必要になった。

また、直接的な被災者だけではなく、援助者となった行政や消防、自衛隊、警察、医療者などが燃え尽き、葛藤を抱えながら活動していたことも明らかになった。被災地内外の援助者が、時には数か月から数年後に精神的に不安定な状況に陥ることがわかった。

1995年（平成7年）3月20日にオウム真理教が東京都の地下鉄内で化学物質サリンを散布し、乗客乗員13名が死亡、約6,300人が負傷し、その後も後遺症に苦しんでいる（前年の1994年に松本サリン事件が発生している）。化学災害に対する備えが不十分で、医療従事者に二次被害が発生し、化学（C：Chemical）、生物（B：Biological）、放射性物質（R：Radiological）、核（N：Nuclear）、爆発物（E：Explosive）災害対応の脆弱性が課題となった（CBRNE災害）。

1995年（平成7年）に起こった阪神淡路大震災と地下鉄サリン事件経験は、災害医療を学問的に確立させる必要性を認識し、災害医療発展に大きな転機となった。

2004年（平成16年）の新潟県中越地震、2007年（平成19年）の新潟県中越沖地震では、車中泊や生活不活発問題により、深部静脈血栓症による死亡例があった。以後の災害対応では深部静脈血栓の早期スクリーニングを行うとともに、生活不活発を予防する取り組みが行われるようになった。

2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災（M9最大震度7）では、地震、津波、火災、原子力発電所事故と、一つの事象が次の事象を引き起こし、甚大な被害をもたらす災害となった。消防庁の平成23年（2011年）東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）によると、死者19,689人、行方不明者2,563人、負傷者6,233人と報告されている。

東日本大震災では、被災地域の医療機関は応援要請することすらできない状況があった。全国各地のDMATや日本赤十字社は「連絡がつかないのは、ただことではない」と判断し、被災地へ駆けつけ支援活動を展開した。被害エリアや被害状況が多岐にわたるため、医療の需要と供給に課題が残った。

また、被災者を守るためにマニュアルや備蓄をしても、使う人（職員）の教育など平時の対策不足が明らかになり、医療機関の事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定と運用の必要性が明らかになった。

2016年（平成28年）に熊本地方を震源とする熊本地震（4月14日M6.5最大震度7、4月16日M7.3最大震度7）が発生し

た。死者228人、重軽傷者2,753人（平成29年4月13日現在）、全壊8,697、半壊34,037棟、一部破損155,902棟の住宅被害があり、多くの住民が長期にわたる避難所生活を強いられた。災害急性期医療チームは素早く災害体制を整え、医療活動を開始した。その一方で、高齢者施設や福祉施設等、災害時要援護者利用施設は、少ない職員数で利用者を守ると同時に福祉避難所として新たな機能を果たしていた。福祉施設への支援体制を確立していくこと、職員へ災害教育を行うことの重要性が示唆された。

2000年代に入ってから、日本は台風、豪雨、暴風雪、竜巻等の被害が毎年あり、“忘れた頃にやってくる災害”から“常に災害と隣り合わせ”の状況に変わっている。各医療機関では、平時から災害対策をしようと力を入れ始めているものの、「経験がない」「知識がない」「自分たちには降りかかるはずがない」「いつ来るかわからない」と、なかなか教訓を踏まえた対応が難しい現状である。2020年（令和2年）には東京オリンピック・パラリンピックが開催される。国際的なイベントで、マスギャザリング（一定の場所へ多数の人々が集合）として感染対策、選手やVIPなどが一堂に会することでテロ発生リスクがある。このように多様化する災害対応に医療者は備えておかなければならない。

3. 災害医療とは

災害時は組織・地域の対応能力の限界を超え、社会機能崩壊が発生する。災害時は、平時よりも限られた資源（医療者・物・場所・時間）で多くの患者（被災者）に最善を尽くし、防ぎえた死（Preventable Death）をなくすことを目指す。

住民は平時と異なる環境下で、生活変化やストレスにより、慢性疾患憎悪を招く。また、感染症対策、こころのケアなどへの対応も重要となる。

有事の際に医療を絶やさずに切れ目なく医療活動を継続するためには、平時の備えも大切な活動である。災害医療は、発生した時の医療活動だけでなく、平時にいかにか備えるかも重要な医療活動である。医療・看護の基本的なスキルを身に付けておくこと、装備（備蓄）するだけでなく使い方を理解しておくなど、職員個々が災害知識をもち心構えを持たなければならない。

地域で起こりやすい災害、気象条件、地理的状況、近隣の医療機関などを考えて、BCPの策定、マニュアルやアクションカード作成、備蓄、教育・訓練を行っておくことが必要である。平時から有事の際に、個々が自分の役割を自身の家族等に伝え、家族との連絡方法や合流先等を決めておくことも災害への備えとして大切である。

時に、危機管理対策を文書化しマニュアルを作ることが最終目的になり、完成とともにすべてを忘れてしまうことがある。細かすぎるマニュアルを作成すると、想定外の事態が発生した際に、臨機応変に対応できず現場の混乱や、

行動しにくくなることがある。このような状況を鑑みると、優れた仕組み（マニュアルやBCP策定など）だけを作ればよいわけではなく、その仕組みをいかに使える人材を育成していくかが重要になる。災害医療は、日々の医療・看護活動で培った知識・技術を応用していく必要性があり、平時に自身の医療・看護力を向上させておくことが災害時の活動につながると言える（太田2018）。

第2章 災害実践例からの学びと課題

本章では、災害医療・看護場面で、筆者の体験や調査を通しての学びを基に、管理的視点での教訓を紐解く。

1. 阪神淡路大震災

筆者は、阪神淡路大震災発災時に茨城県の総合病院集中治療室（ICU）に勤務していた。報道される映像を見て、「ただ事ではない」という身のすくむ思いだった。勤務先は急性期病院であり、すぐに医師・看護師派遣が検討され、筆者自身も「現地に行って支援を行う」気持ちが強くあった。しかし、当時のICUは勤務異動により人工呼吸器や血液浄化施行中患者ケアを一人でできる看護師が少なく、自分自身が現地に行くことはできなかった。他のスタッフを被災地に送り出し、残されたメンバーで夜勤や土日勤務を交替して、穴が開いた病院を守っていた。

支援に行った職員が病院に戻ってくると、周囲から「大変だったね」と多くの労いを受けていた。しかし、数週間すると部署の人間関係に亀裂が入っていくことを感じた。被災地支援に行った職員は労われれば労われるほど「何もしていない、できなかったのに」という葛藤に陥り、病院を守っていた職員は「行かなかった私たちだって勤務を変わって大変だった」と職員間に軋轢が生じるようになっていた。

被災地への支援活動は、病院で目の前にいる患者を守り支援者をサポートする後方支援がなければ、外部からの支援活動は難しい。

平時の際に実践能力、コミュニケーションスキルが高い職員を派遣者として選定する機会が多い。帰任後の軋轢や葛藤により、職場での人間関係を悪化させることは、本来の支援活動の目的から外れてしまうこととなる。阪神淡路大震災では、災害医療の必要性や課題が明確になり、災害医学が発展することになった。それと同時に、災害医療に取り組む管理システムの構築が求められ始めた。

2. 有珠山噴火

2000年（平成12年）3月31日13時10分に有珠山が噴火した。噴火前の3月27日頃より火山性地震が増え、29日に患者避難が始まった。平時の患者サマリーを記載することは困難な状況だった。送り出す側の病院では、医療・看護の継続を考え、患者の識別、昇圧剤の種類や量、酸素療法な

ど、最低限の情報をベッドネームに記載し、紐をつけて患者にぶら下げて搬送先へと送り出していった。受け入れ病院では、そのベッドネームに書いている情報を見て玄関で、どこの病棟の、どのベッドに入れるかを決定することができたという。

近年では重症度別にエリアを分ける、来院時トリアージの概念等が広く知れ渡っているが、当時の両病院では“トリアージ”を知らなかったと聞いている。しかし、わずかな情報から避難患者受け入れ、収容先を検討することは、まさにトリアージをしたと言っても過言ではない。患者収容をスムーズにできたのは、平時からの①優先順位の判断力、②管理者のベッドコントロール（マンパワーや施設設備等を加味する力）、③Y2K（2000年問題）対策でトラブルを想定して緊急事態のシミュレーションを行っていた、④送る側が咄嗟に必要な情報を端的に伝える力があった。

患者を受け入れた病院の医療者は「患者さんがぶら下げたベッドネームは、二つの病院をつないでくれた証」「先方の医療者に“頼みましたよ”と言われている気持ちになった」と述べていた。人と人、医療者と医療者、病院と病院を“つなぐ”ことを示していた。

3. 東日本大震災

阪神淡路大震災以降の教訓から、災害医療や看護を学んだ医療者が速やかに活動した。保健医療福祉専門職は、病院規模の大小や病院機能（急性期・慢性期）を問わず、現状アセスメントをし、救命活動、傷病者対応と関連死予防、復旧、復興への対応を余儀なくされた。

筆者は、勤務していた大学のプロジェクト（福島県A市）で、①行政（保健所保健師）の思いを住民に、住民の健康・衛生状況を保健師につなぐ、②住民の健康状況をJMAT、地域医療機関につなぐ、③活動そのものを“つなぐ”活動を行った。

原子力発電所事故の影響（風評被害を含む）と、他県（他市町村）の被害状況の甚大さが影響し、A市への人的な医療支援は非常に少ない状況だった。職員が手探りで対応し「あの人はどうなっているか」と案じているが、訪問できずに必死に災害対応に取り組んでいた。

避難所で生活する人たちは「自宅があるのに、避難所にしばらくいた人もいて、家があるだけマシでしょ」と言い、自宅にいる方は「最初は避難所にいたが、だんだん“家がある人はいいわね”といわれ、いたたまれなくなって自宅に帰った」「食料が底をついて避難所に、一度行ったが自宅にいる人がもらうことは、周囲の目があってもらえなかった。それ以来困っていても避難所には立ち入れない」「避難所の人は、食べ物も水もあるからいいのよね、私たちには何もない」「情報すら入ってこないから支援なんて受けられない（掲示板も見に行けない）」など、津波の到達状況（被害状況）や、原発事故が地域に境界線を敷き、コミュニティを分断する結果になったと考える。

災害医療の目的は、生命を守ることにある。発災時に生命が助かっても、その後の暮らしで生命を危険にすることは本意ではない。被災したこと、不自由な暮らしを強いられていることには変わりはないことを念頭に置き、物資支給や、情報伝達が同じ様に行きわたる災害対策を整備していく必要がある。

筆者が活動したエリアの保健所長は、「“安全”と“安心”は違うということを実感した。安全の基準（数値）を設けること、示すことはできる。しかし安全基準内の数値であっても安心できないこともある。一人一人に声をかけて、信頼関係のもとに安心感が生まれる」と話されていた。日頃から医療職は安全に最新の注意を払い実践している。また、患者の不安を取り除くことや、安心して治療に臨めるようにケアを行っている。非常事態にこそ、顔を見て声をかける、人と人のつながりが、復興に向かう次の一歩につながる原動力になる。

4. 熊本地震

震度7を観測する地震が4月14日21時26分、4月16日1時25分に発生した。いずれも夜間帯で、医療・福祉施設は少ない人数での対応を余儀なくされた。過去の教訓から、DMATを含む多くの医療チームが現地の救護所、避難所、医療機関、広域搬送等に従事した。

グループホーム、老人ホームでは、看護・介護職員数が少ない中で認知機能が低下する利用者をケアしていた。あるケアワーカーは「日常では、出来事を忘れる利用者に対して、何度でも同じ話を繰り返し聞いて、説明することは当然のことだと思っていた。余震が続く中で、自分が多くの生命を守らなければならないという責任に余裕がなくなり、“地震だからホールに行きますよ”と大きな声を出してしまっていた。自分自身も恐怖を感じている中で利用者さんに地震の説明を何度もすることが辛かったが、振り返ると認知症の利用者さんへの対応としては間違いだったのではないかと後悔している」と述べていた。

また、「認知症の利用者さんは、大きな地震があったことを、次の瞬間に忘れていく人が多く、そういう利用者さんの恐怖が尾を引かないという点では救われた。救われる気持ちと、平然としている利用者さんを避難させる苦労があった」とも語っていた。

障がい者施設では、震災から数か月経った後も建物被害により居室が利用できず、ホール等にベッドを寄せていた。重度の身体障がい者が利用し、一人を車いすに乗せるには、ベッドを寄せて、寄せて、寄せて、スペースを作って乗降車させて対応していた。

大災害時の医療支援では、迅速で多くのチームが活動できるようになってきたが、ケアニーズの高い福祉施設への支援は今後の課題がある。厚生労働省では、必要な支援体制の確保を目的として、一般避難所で災害時要配慮者に対する福祉支援を行う「災害派遣福祉チーム」を組成すると

ともに、福祉支援体制整備を行っている。また、福祉支援体制の整備等として、各都道府県において災害福祉支援ネットワークをつくることと、災害発生時における社会福祉施設等の被災状況の把握に努めることを求めている。

今後、医療支援体制と同時に慢性期や障がい者病棟等で勤務する医療従事者が福祉や介護施設への支援体制整備に尽力することが求められる。

5. 北海道胆振東部地震

北海道は地震、津波、竜巻、台風、土砂、噴火、高潮、大寒波、暴風雪、トンネル崩落、交通事故（186台多重衝突）を経験している。また、よさこいソーラン爆破事件、洞爺湖サミットやサッカーワールドカップなどのマスギャザリング、泊原子力発電所を有するための対応を求められてきた（表1）。しかしながら、多くの医療者は「北海道は災害が少ない」と認識していた。

2018年（平成30年）9月6日深夜に発生した地震は最大震度7を記録し、土砂崩れ、液状化、全道停電（ブラックアウト）を引き起こした。ブラックアウトは段階的に解消したが、全域に供給までは概ね45時間程度を要している。

自家発電を有していない中小規模の病院では、患者診療、電子カルテ、食事、トイレ等の問題が発生した。ある看護管理者は、「東日本大震災や、これまでの災害等を見聞きしてきたが、“まさか自分たちが”長時間の停電対応をすることになるとは思っていなかった。きっと自分自身の気持ちで“対岸の火事”という思いで実感していなかった」と述べていた。自分が経験していないことを、『自分事』として捉えて備えを行うことが必要だが、難しいことでもあり、今後どのように経験知を伝えていくかが課題である。

近年、social networking service（SNS）が発達し、災害時の情報伝達に有用であることが分かった。一方では、SNSを使ったデマの拡散も多数見られた。「自衛隊が、地響きがしているので6時間後に大きな地震が来る可能性が高いので、早めに入浴、家事をすませてください。他の人にも教えてあげてくださいと言っている」、「水道局が3時間後に断水すると言っているので、今のうちに、お風呂な

ど水を貯めておいたほうがいい」など、いずれも情報源が“自衛隊”や“水道局”など、信憑性が高い情報だと思わせ、信じて拡散していた。自衛隊が地響きで予知するわけがない。しかし余震はいつ来るかわからないし、断水も状況によってはあり得るかもしれないので、警戒すること自体は悪いことではない。不安な気持ちになっている住民に対して、悪意だけとは限らないデマの拡散をすることは、不信感を募らせることにつながると言える。SNSを利用している人が増え、便利なツールだけに、災害時の使い方や情報の発信・受信についてアセスメントする力が必要な時代になった。

広大な面積の北海道では、本州の人に比べて長距離移動をすることが多い。また、地名を言葉で聞いた音と、地図等の表記（漢字の照合）が難しく、カーナビ入力や地図識別に戸惑いがあったことも報告されていた。支援側は「何がわからないのかを聞く勇氣」と、受援側は「当たり前感覚が通じるとは限らない」と互いに協働する姿勢が求められる。

有事の際に説明する力、聞き取る力、両方が必要になり、平時から地域特性を理解する力と語彙力を養っておかなければならない。即ち、コミュニケーションスキルの高い人材を育てておく必要があると言える。

6. 2019年台風19号

台風19号は2019年（令和元年）10月12日に伊豆半島に上陸後、関東地方を通過し、13日未明に東北地方の東海上に抜けた。国土交通省によると、土砂災害（11月8日午前7時現在）は20都県で884件、堤防決壊は71河川140か所に上っている。近年では天気予報の精度が増し、台風や大雨はある程度予測が可能になっている。近年、大雨や台風の天気予報はかなり正確に予測ができ、電車の計画運休や、小売店等の計画休業等が行われた。台風上陸前から、最大級の備えを訴えていた。しかしながら98名（うち関連死1名）、3名の行方不明、479名の重軽症者が発生した（消防庁情報11月18日9時現在）。台風は限局された局地災害ではなく、線上に被害が及び広範囲の災害となる。建物被害があっても、早期に避難したエリアでは人的被害を免れている地域もあった。

10月中旬の発災で、冬に向かう状況下で長期的な避難所生活は、感染症発生・流行のリスクが高い。また、厳冬期は活動量が低下することからも、生活不活発病のリスクも想定される。

今回、被害市町村では、災害対応と通常業務の両輪を担わなければならない地域が多数あり、医療者は健康支援活動を通して行政職員の支援を行う必要性が改めて確認された。行政職員も手探り状態で、対応していることが多く、支援の押し付けにならない取り組みが求められる。平時から、他職種理解ができ、協働活動が実践できる医療従事者育成をする必要がある。

表1 1990年以降の主な北海道内災害事例

年	災害	備考
1992	千歳-札幌多重衝突	186台
1993	釧路沖地震	
1993	北海道南西沖地震	津波
1996	豊浜トンネル崩落事故	
2000	よさこいソーラン爆破事件	
2000	有珠山噴火	
2006	佐呂間竜巻	
2012	室蘭登別暴風雪	大停電
2014	礼文島土砂災害	
2014	根室高潮	
2016	台風10号	十勝方面被害
2018	北海道胆振東部地震	

第3章 北海道災害看護支援コミュニケーション（EZO看）の取り組み

災害拠点病院や看護職員が多くいる職場では災害看護について考える場、『仲間』を見つけることが比較的容易である。しかしながら中小規模の医療施設や慢性期の医療施設では、そのような場や機会が乏しく、施設内で共有できる『仲間』が少ない現状にある。災害に関心を示す仲間を作り看護師同士がつながり、病院単位だけではなく地域の底上げを目指す、地域ネットワークを築くことが重要である。筆者は災害看護のアクションリサーチに取り組み、参加メンバーは、北海道災害看護支援コミュニケーション（以下、EZO看）を立ち上げるに至った。EZO看では、日々の看護実践で災害時にも必要な力①コミュニケーション②安全（環境整備、危機管理）、③看護技術・アセスメント、④リーダーシップ・メンバーシップ、⑤情報収集・伝達・共有する力（臨機応変な表現力）、⑥精神・身体の健康管理に着目してきた。

EZO看が他施設の災害研修に携わった際に、その施設の管理者は「自院の災害マニュアルに即した研修を行ってもらったことで、職員は整備しているマニュアル理解に欠けていることがわかった」「災害時の指揮命令や柔軟な対応に問題があり、地域（医療・看護・消防）連携の重要性が明確になった」「自施設の災害マニュアルを外部の人が理解して研修を企画運営してくれたことで、職員の危機意識が高まった」と、院内職員が企画運営する研修とは異なった学びが多くあったと述べている。

このような取り組みは、地域で災害看護に関する活動機会（教育や仲間づくり、有事の災害現場看護活動など）を得ることが可能になる。さらに看護師個々の災害看護知識・技術を向上させ、職場に還元するための方策に結び付けられ、職場にとっても有効な仕組みになると言える。

日常看護の力を上げること、災害看護を結びつけた活動を行うこと、ネットワーク活動の根底は“ひと”であり、いかに取り組みを伝搬させるかで災害看護への興味関心が高まることを示唆された。

北海道胆振東部地震では、顔の見える関係性により阿吽の呼吸で活動できたという話も聞いている。海に囲まれた北海道という特性からも、北海道内で災害に関心を持つ看護師同士、さらには関連職種とも顔の見える関係を築いておくことが人々の生命を守ることにつながる。

第4章 結論

災害・危機発生時に切れ目なく生命を守る医療の継続が必要で、事業継続計画（BCP）の策定が求められ、災害マニュアル、物の備えだけではなく、診療を継続し、復旧させる仕組み作りや医療従事者の教育や心構えに取り組んで

いかなければならない。

災害を経験するごとに、その現象から学びを得ていることは間違いない。医療分野では、救命・応急処置、巡回診療、戸別訪問等を担うチームの結成、職能団体による継続的な支援が展開され、急速に災害医療が発展した。その一方で、一つの災害事象を経験すると、災害のプロフェッショナルのように振舞う人、ボランティアの達人だと自負する人がいる事実もある。しかし災害は、同じ規模の地震や台風でも、発生地域の住民文化、地域特性、季節や時間などによって、同じ災害にはなり得ない。マニュアルを作っても、マニュアルをどのように使うか、使う人が状況に合わせてながらマニュアルを使っていく必要がある。そのためには、マニュアル型人間を育成するのではなく、状況を想像（imagination）し、創造（create）する力が要求される。災害時にリーダーシップを発揮し、病院機能を維持・早期復旧するためには、医療者の人材育成は必須である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：災害時における初期救急医療体制の充実強化について。平成8年5月10日、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j51matt/2r9852000001j5gi.pdf>, (2019-11-12)
- 2) 消防庁災害対策本部：平成23年（2011年）東北地方太平洋沖地震（東日本大震災について（第159報）平成31年3月8日。 <https://www.fdma.go.jp/disaster/higashinohon/items/159.pdf>, (2019-11-12)
- 3) 太田晴美：日常と災害をつなぐパラレルな活動をする看護師の研究。北海学園大学経営論集16：19-100, 2018
- 4) 中村恵子, 太田晴美：札幌市立大学の東日本大震災復興支援活動。看護と情報 日本看護図書館協会誌 19：99-103, 2012
- 5) 太田晴美, 中村恵子：JMATと地域保険医療機関へ“つなぐ”支援活動。日本集団災害医学会誌17：273-280, 2012
- 6) Harumi OTA：Activities of Hokkaido Disaster Nursing Support Communication (EZO kan). Journal of Regional Emergency and Disaster Medicine Research15：34-40, 2016