



榎田 健

新潟県魚沼地域振興局健康福祉部
(平成19年度柏崎地域振興局
健康福祉部勤務)

災害時要援護者への対応①

難病患者

フェイズ0における難病患者への対応

1 はじめに

新潟県は平成16年から19年までの4年間に2度の大きな地震や集中豪雨、大雪、大停電など、さまざまな災害を経験した。

柏崎地域振興局健康福祉部(柏崎保健所)管内も16年の中越地震では大きな被害を受け、保健所も介護や医療施設の被害確認や避難所の設営協力、県庁や管内市町村との連絡業務などを行ったが、難病に特化したきめ細かな支援を十分に行うことができなかった。その反省から在宅難病患者に対する災害・緊急時個別支援計画(以下個別支援計画)の策定と、医療機関や消防署等関係機関とのネットワークづくりを開始し災害支援体制整備に取り組んだ。その結果、19年7月の中越沖地震で

は、当管内は中越地震を上回る被害を受けたが、この支援体制に基づき患者支援を行うことができた。今回はその過程を振り返り、個別支援計画策定の効果と関係機関との連携について述べたい。

2 個別支援計画の策定

平成16年から順次、在宅で人工呼吸器、吸引器、酸素濃縮器等の医療機器を頻回に使用している人に対し、避難の目安や方法、留意事項を明確にした個別支援計画を患者家族に聞き取りしながら作成した(図1)。この個別支援計画は、災害発生時の最も混乱した時期であるフェイズ0〜1での活用を想定しており、フローチャートを基に患者や家族が自らの判断で避難できることを目的としている。

聞き取りでは、所定の聞き取り用紙(表1)を用い、①避難先と移動手段②避難開始の目安③入院対応の基準④患者家族の役割⑤主治医からの意見などの聞き取りと関係機関からの意見などを加え、最終的に患者、主治医、関係機関で同一の計画書を共有した。

聞き取り時は患者・家族に対し、災害時の様子をできるだけ具体的にイメージできるように進めていった。例えば平常時から隣の家に避難の手伝いを頼んでおく、予備のバッテリーを用意するなど、患者や家族が災害に対し受け身ではなく積極的に役割を担える部分も見えてくるように留意した。予期せぬ災害の際にも落ち着いて避難できるようにするためには重要な作業であったと考える。

3 難病患者緊急時安否確認リストの策定

17年には在宅で医療機器を装着した難病患者に対しての安否確認ができるよう保健所内の災害時初動マニュアルに追加記載を行った。難病患者緊急時安否確認リスト(以下安否確認リスト)は、氏名、連絡先、現在の状況、個別確認事項が一覧表になっており、保健師以外でも確認できるようにした。

4 関係機関とのネットワークづくり

保健所では、個別支援計画の策定と併せて17年より地元医師会、専門病院・消防署・電力会社・医療機器メーカー・行政機関などと、在宅難病患者緊急時支援ネットワーク会議(以下ネ

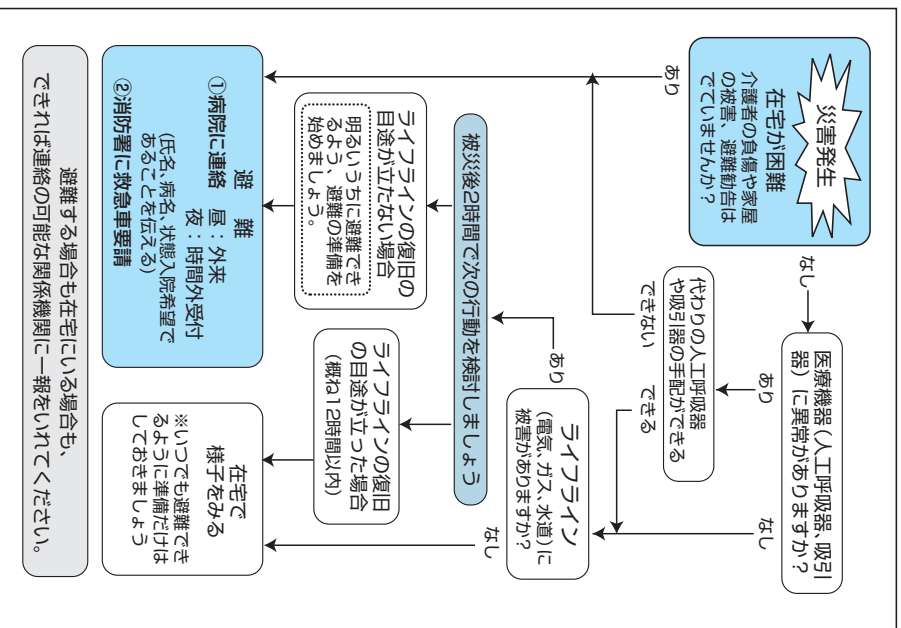
Bさんの災害時避難計画

○ライオン（電気、ガス、水道）に被害がなければ**在宅**で様子を見る。
 ○**明るいうち**に次の行動に移せるように判断する。
 ○ライオン（特に電気）が不通となり、**2時間**を目途に次の行動を検討する。

①ライオン（電気、ガス、水道）の復旧の目途が立たない場合、
 ②避難勧告がでた場合、
 ③家屋の被害が大きいき、介護者の負傷等で、在宅での介護が困難な場合、
 ④医療機器（人工呼吸器、吸引器）に異常があった場合、**→入院**
 ⑤ライオン復旧の目途が立った場合、引き続き在宅で様子を見る。（12時間以内を目途に）

＜災害避難時、Bさんの連絡先メモ＞

国立病院機構A病院	0257-
訪問看護アーションB	0257-
C電力会社（停電時の問い合わせ）	0120-
D保健所	0257-
医療機器メーカーE	0120-



ネットワーク会議 を開催しそれぞれの役割について話し合いを重ねてきた。過去の話し合いでは、専門病院では緊急時の患者受け入れ、消防署（救急）では入院のための患者搬送、電力会社では停電復旧などの情報提供などについて確認した。

5 中越沖地震の際の 安否確認リスト

混乱の中の安否確認

中越沖地震の際は、難病担当保健師は発災直後に登庁することができたが、他の職員への指示や県庁との電話対応を行い、事務担当者がマニュアルに沿って電話で安否確認を開始した。
 安否確認リストの15人のうち、入院中の5人を除く在宅者10人に対し安否

確認を実施したが、回線の混雑や停電などで、連絡が取れない人が6人いた。電話のつながらない人については、訪問看護ステーションに電話をかけ5人の安否情報の提供を受けた。また、かかりつけ医師から往診後に情報提供を受けた者も1人あった。最終的に10人全員の被災状況と在宅継続か入院かの把握ができたのは発災から4時間後であった（表2）。

現場での応急対応

安否確認リストにより事務職員が確認をしたが、突発的な問題が起こった場合を想定して、保健師や訪問看護師等が対応できるように体制を構築しておくことが必要である。今回、訪問看護ステーションがかかわっていた人では、停電でホームエレベーターが動かず2階から降りることができなかつた

安否確認をする際の課題

などのトラブルがあったにもかかわらず、円滑な支援を行うことができた。これは事前の個別支援計画策定時のカンファレンスで避難方法と受け入れ先が明らかになっていったこと、それぞれの果たす役割が関係者間で共有できていたことが要因だと思われる。

フェイズ0段階での課題としては、

- ①大規模災害時、電話での安否確認は困難
- ②患者、家族からの安否情報をもたえらるよう働きかけていたが1件もなかった
- ③関係機関間での患者の安否情報などの共有がうまくいかなかった
- ④突発的な問題が出た場合の対応に不安が残ることが挙げられる。

今後はより具体的に市村や在宅ケア関係者と安否確認や情報共有、支援の方法について一定のルールを決めるな

表1 個別支援計画聞き取り用紙

ふりがな 氏名	Bさん		確認年月日	18年12月26日(2回目)			
生年月日	昭和〇〇年〇月××日生		同席者	本人、父、母			
住所	柏崎市△△町□-〇〇	病名	筋萎縮性側索硬化症	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-△△△×		
現在の身体状況	ADL全介助。コミュニケーションは文字盤で行う。自発呼吸あり。日中は2時間ごとに痰の吸引が必要(手技は母のみOK)夜間はなし。						
家族構成と 健康状況	名前	続柄	健康状況				
	Bさん	本人	ALS				
	△△	父	あまりよくない				
	〇〇	母	あまりよくない				
家族以外の 連絡先	優先順位	名前	続柄	住所	電話番号		
要介護度	要介護5						
日常生活自立度	C-2						
週間ケアプラン	月	火	水	木	金	土	日
	DS	訪問 看護B	訪問 看護 (A病院)	訪問 看護B	DS		
水曜はリハビリ通院が入る場合有り							
ADL (日常生活動作)	食事：車いすに移乗し食堂で胃ろうから注入(エンシュア2本×3食) 排泄：自室のトイレで実施。排泄時にはリフトを用いて専用の車いすに移乗する。リフトは電動。 更衣：全介助 移動：全介助 入浴：DSにて2/w						
IADL	言語理解：問題なし 視力：問題なし 聴力：問題なし 薬の管理：介護者が管理する。 認知症：なし						
服薬状況及び 頓服薬	〇〇、◎▲ 朝夕×1T		□△、×× 随時				
	×●、△△、■▽、○×		朝昼夜×1T		※内服薬はすべて胃ろうより注入。		
	◎○ 夕×1T						

通院状況	病院：国立病院機構A病院 主治医：☆☆医師 頻度：1回/月(診察)、1回/週(リハビリ) 時期：月の初め 通院手段：社会福祉協議会リフトバス H内科医院△□医師の往診 1回/2週(カニューレ交換)
想定される 避難先	場所：国立病院機構A病院 移動手段：救急車
関係者	介護支援専門員：■■■さん 市担当：なし 民生委員：不明 近隣：両隣の家が父のいとこ その他：
○非常持ち出し 品の確認	<準備> 完了 ・ 未完了 <基本的な持ち出し品以外に必要なもの> ・ BiPAP、カフマシーン ・ 吸引器及びその付属品 ・ 内服薬の書かれた紙
○本人、家族が すること	A病院以外に避難した場合、健康福祉部又は訪問看護ステーションに連絡をいれること。避難する際は病院へその旨連絡してからいくこと。
○配慮して欲しい こと	本人を移動させることが難しいので、救急車による搬送をお願いしたい。自宅に発電機を用意してあるので数時間は発電が可能。
○受け入れ病院 と受け入れ 時期の目安	国立病院機構A病院 停電以外で医療機器が健在な場合は自宅で様子を見る。 被災後2時間で避難を検討する。
○本人の希望	できるだけ在宅を優先して、避難はぎりぎりまで延ばしたい。
○情報を共有す るための同意	同意する ・ 同意しない 同意する関係機関：救急ケアマネ、訪問看護ステーション、電力会社
○主治医からの 意見	呼吸補助と栄養療法の継続が必要。 災害後は合併症を起こしやすいので、油断せずに必要時は速やかに入院するように。目処としては12時間程度で避難するように。 国立病院機構A病院☆☆医師

ど検討を進めていく必要がある。

6 中越沖地震における個別支援計画策定者の動き

中越沖地震の際は、8人の策定者（うち2人は策定途中）が在宅であった。そのうち6人はライフレインの障害や家屋の被害のために在宅療養が困難となり入院もしくは施設に避難した（表2）。

避難の実際

避難した者のうち個別支援計画では避難手段として救急車を予定していた人が4人いたが、実際に利用したのは翌日に避難した1人だけであった。個別支援計画に基づき救急車の依頼をした人もいたが、大規模災害であったため救急隊は外傷を中心とした依頼が殺

到し対応は困難であった。

また、避難先としてはおおむね事前に予定していた病院や施設に避難することができた。病院以外の一般の避難所へ避難を予定していた1人は通所サービス事業所が福祉避難所として受け入れを始めたため、そこへ避難した。入院した人のうち1人は当初、病院が満床であったため受け入れが困難と回答があったが、個別支援計画があったため、当直医の調整により入院することができた。

避難開始までの目安は、人工呼吸器や吸引器のバッテリー稼働可能時間、移動時間を勘案し設定していたが、おおむね計画していた時間どおりに行動が開始できた。これは機器の被害がなかったこと、受け入れ病院までの道路に被害が少なかったこと、ライフレインの復旧まで時間がかかると即断でき、予定より早く避難を開始できたことが

挙げられる。

個別支援計画策定者のうち避難しなかった2人は医療機器に被害がなく停電しなかった、または非常電源等の確保ができたためであった。いずれも在宅が可能かどうか訪問看護ステーションが確認に行き環境整備等を実施した。また個別支援計画があることで、患者本人も家族もいざとなれば入院できるという安心感があった。

個別支援計画策定の効果と課題

個別支援計画策定の効果としては、災害が起こる前に避難方法や必要物品などを患者・家族とともに具体的に話し合うことで、自主的な避難をすることが可能となる点である。ただし移動手段については、自家用車の使用と併せ、移送サービス事業者、タクシー会

表2 避難状況

No.	性別	年代	病名	使用中の医療機器等	個別支援計画の有無	世帯構成	住宅の被害	ライフレイン			避難先	実際に避難した先	避難の目安	避難開始日時(被災後経過時間)	想定された避難方法	避難方法	備考
								電気	ガス	水道							
1	男	40代	ALS	NPPV、カフ吸引器	○	両親と3人暮らし	なし	○	×	×	A病院	A病院	被災後12時間 もしくは日没	7/17 午前9時30分 (約24時間後)	救急車	救急車	
2	男	60代	アミロイドーシス	人工呼吸器、吸引器	○	妻と2人暮らし	なし	○	×	×	B総合病院	避難せず	被災後30分	7/16 午後2時 (約4時間後)	救急車	訪問看護 スチューン 訪問車	
3	女	80代	ALS	NPPV	○	夫と2人暮らし	なし	○	○	○	A病院	A病院	被災後30分	7/16 午後2時 (約4時間後)	救急車	自家用車	
4	男	30代	ライソゾーム病	人工呼吸器、吸引器	○	父母と同居の兄	なし	×	×	×	A病院	A病院	被災後10時間	7/16 正午 (約2時間後)	救急車	自家用車	
5	男	30代	ライソゾーム病	NPPV、カフ吸引器	○	父母と同居の弟	なし	×	×	×	A病院	A病院	被災後10時間	7/16 正午 (約2時間後)	自家用車	自家用車	
6	男	70代	PD	吸引器	○	妻、長男、世帯と同居	なし	×	×	×	B総合病院	避難せず	被災後2時間	避難せず	救急車	避難せず	
7	女	70代	PD	吸引器	○	夫、長男、世帯と同居	あり	×	○	○	C病院かD病院	D病院	被災後30分	7/16 午前10時45分 (被災30分後)	救急車	自家用車	
8	男	70代	ALS	吸引器	×	妻、長男、世帯と同居	なし	×	×	×	A病院	特養E荘(SS中)	被災無し	SS継続	策定無し	避難せず	退院直後のため未策定
9	女	70代	多発性筋炎	HOT	○	夫と2人暮らし	あり	×	×	×	FラザカG会館	H館	在宅生活が不可能となった時点	7/18午前	車イス(介助)	自家用車	
10	男	80代	PD	なし	×	妻と長男、世帯と同居	なし	○	○	○	未定	未定	策定無し	避難せず	策定無し	身体状況が不安定のため未策定	
11	男	80代	ALS	人工呼吸器、吸引器	×	妻と長女、夫と同居	あり	×	×	×	A病院	A病院	被災後30分	7/16 午前10時45分 (被災30分後)	救急車	バトカー	計画はH18.12外泊時のもの

社などの活用も考え、搬送ができるまでの間、在宅で生命維持が可能な備えを図っていく必要がある。

想定外の状況に対して

ケースNo.1は発災後12時間または日没で避難する計画となっていたが、自宅を離れたくないという本人の強い希望で翌朝まで電気以外のライフラインが止まった自宅で過ごした。支援者は計画の策定どおり早期に安全なところへ避難してほしいだったが、本人の納得と同意が得られるまでは避難させることができなかった。計画策定時には患者・家族に確認と同意を得ながら行っていたが、必ず計画どおりに進むとは限らず、本人の気持ちの変化を待つ、関係機関とも共有しながら継続して避難の働きかけを行うなど場面に応じた対応も必要である。

また人工呼吸器装着ケース(ケースNo.11)が一時退院中であったが、安否確認リストに記載されていなかったため、緊急時の対応を円滑に行うことができなかった。退院に合わせたリストの改訂など情報更新のあり方について課題を残した。

7 関係機関のつながり

中越沖地震の際は、①病院に多くの患者が避難し満床となった、②救急車は市内各所の交通遮断や救急要請が多発したために他地域からの応援が到着し、その活動が本格化するまで搬送の対応が困難であった、③電力会社も、停電範囲が広いために個人向けの対応が困難であった、など事前の想定を超える場面も見受けられた。

しかし訪問看護ステーションは連絡

が取れない対象者には、現地に赴き安否確認および必要な支援を行うことがネットワーク会議で共有されていたため、保健所や病院などの患者の安否確認や入院受け入れの判断にはとても有効であった。また人工呼吸器や在宅酸素の医療機器メーカーも生命維持に必要な酸素ボンベの配達や機器のメンテナンスのために即日対応されることが共有されていたため在宅生活の支援が円滑に図られた。

連携会議の効果

今回、個別支援計画の策定により、関係者と避難の方法や受け入れ病院について事前の打ち合わせを行い、支援の方向性に共通認識を持つことで安否確認や病院の受け入れ、入院援助などを円滑に進めることができた。また避難しなかった人に対しても医療機器メ

ーカーなどの協力により在宅生活を継続することが可能であった。

安否確認や移送、入院受け入れ、在宅継続のための支援などを関係機関が共有することで、各機関が協力して緊急時支援が行われ、連携会議の効果があつたと思われる。

8 おわりに

今回、医療依存度の高い難病患者の平時からの個別支援計画の策定と関係機関とのネットワーク構築がフェーズ0段階での安否確認と避難に有効であることについて述べた。しかし、その後の帰宅支援、パーキンソン病やSLE(全身性エリテマトーデス)などの常時内服薬が必要な人への支援や潰瘍性大腸炎、クローン病の特別食の確保支援などの二次的な被害の予防のため

の支援が十分整理されていなかった。そのため保健師はフェイズ2以降において、他の災害対応業務が優先されてしまう結果となった。これは難病患者に対する継続的災害対策として不十分であったと反省している。

市町村で策定している災害時要援護者のリストには難病患者も含まれる。また難病以外の災害弱者の中にも在宅で医療機器などを使用するケースは多くおり、今回のような医療依存度の高い難病患者の支援と重なる部分が多いと思われる。このことから今後はより市町村との協働による災害時要援護者の対応を進めていきたい。

【文献】

- 1) 新潟県福祉保健部. 災害時保健活動ガイドライン—新潟県一. 2005
- 2) 岩間真人, 松田田鶴子, 杉山和子. 難病対策 災害時における難病患者支援ネットワークづくり: 公衆衛生2002; 66(2): 134-137.
- 3) 岩間真人. 自分流のマニュアルを作ろう—在宅難病患者と家族の災害時の対応の仕方—: 難病と在宅ケア2003; 9(6): 8-11