

# 日本医師会 JMAT 研修〈基本編〉

と き 平成 30 年 10 月 14 日 (日) 9:00 ~ 18:00

ところ 日本医師会小講堂

[報告: 常任理事 前川 恭子]

## はじめに

日本医師会が初めて行う JMAT 研修であった。研修参加者が被災地 JMAT としても、被災地外から支援に入る JMAT としても、適切な災害医療活動が行えるよう基本的な知識・知見を身につける、そして各都道府県医師会での今後の JMAT 研修の参考とすることが本研修の目的であった。

## 事前学習

研修当日の限られた時間をグループワークや実習に使うため、講義の一部は Google Classroom を使用した事前学習となっており、以下の 3 つのテーマに関するスライドが事前にアップされ、それぞれ自己学習の上、確認テストを受けることとなっていた。

「災害医療概論」では、阪神淡路大震災後の災害医療体制の整備、大規模災害時のコーディネータ機能下での活動、DMAT の役割、被災地での安全確保について、「情報の共有と実際」では、クロノロジーの実際、EMIS 入力、衛星携帯電話・トランシーバーの使用法、災害診療記録・J-SPEED の入力について、「熱傷と止血の処置」では、気道熱傷への対応、トリアージ、止血方法について学習した。

## 研修

以下、研修の流れに沿って、講義・実習の内容を報告する。

### 講義 1 JMAT 総論

阪神・淡路大震災では建物倒壊による圧死と火災による焼死が、東日本大震災では津波による溺死が多かった。南海トラフ巨大地震ではその両方を合わせた被害が想定される。

南関東地方では、関東大震災（マグニチュー

ド 8）クラスの地震が数百年ごと、マグニチュード 7 クラスの地震が約 100 年ごとに起こる可能性があり、大都市直下地震が想定されている。

今まで被災現場でバラバラであったコーディネート機能を集約し、今後の大規模災害に対応するため、2017 年に厚生労働省は発災時に都道府県で保健医療調整本部を立ち上げることを通知した。JMAT はその中の災害医療コーディネーターの下、あるいは被災地域の保健所単位の地域保健医療調整本部の下で医療支援活動することが講義・実習内で繰り返し強調された。自分たちが好き勝手に動いていいのではないということである。

また、今回の研修では、統括 JMAT・先遣 JMAT についても言及された。

統括 JMAT は、DMAT 関係者との連携などのスキルを保有し、被災時は迅速に出動し、地域のコーディネート機能に早期から参画し、JMAT 活動の統括に基本的に専念するチームである。統括 JMAT のうち、発災直後に出動し、被災地で求められる機能などを把握、発信するのが先遣 JMAT である。原則は、被災地の都道府県医師会から要請があって初めて JMAT は派遣されるのだが、被災医師会との連絡がとれない場合や被災地の状況把握が困難な場合は、日医の判断により統括 JMAT が派遣される可能性がある。

### ○ JMAT 派遣の手順

- ・日医が発災後すぐに対策本部を立ち上げる。
- ・日医が JMAT 派遣を決定すれば、被災地内外の都道府県医師会に対し JMAT 結成（被災地 JMAT、支援 JMAT）を要請する。
- ・実際に派遣するかどうかを日医が決定し各医師会に通知し、各医師会は JMAT を結成し日医へ申請する。

- ・被災地医師会、派遣元医師会及び日医の調整により具体的な派遣内容を決定し実際の派遣となる。

○派遣前の準備

派遣される JMAT の安全確保として、本部はチームメンバーとして登録された本人が実際に派遣されるかどうかを確認する。登録された者が日医の傷害保険の対象となるからである。

派遣される支援 JMAT は携行医薬品・資器材を確認する。医薬品リストは日医 HP に掲載されている (Ver.1)。

○ JMAT の役割

(1) 医療支援・健康管理

被災地救護所・避難所での医療や健康管理、医療施設への支援、巡回診療

(2) 公衆衛生支援

避難所の公衆衛生支援・管理、水や食事などの栄養状態の把握、要援護者の把握、感染症対策

(3) 被災地医師会支援

被災地医師会災害対策本部への支援・情報収集、派遣先地域の医療ニーズの把握・評価

(4) 被災地行政支援

被災地災害医療コーディネーターへの支援・情報連携、被災地保健所など行政関係者との連携

(5) 被災地での検視・検案支援

(6) 情報収集、派遣元医師会への連絡

○被災地への出勤

具体的な派遣場所について、事前の指示がない場合は被災地の都道府県医師会館を目指す。その後、被災地医師会が指定する地域の、派遣調整を行う本部（保健所などが拠点となる地域保健医療調整本部）に向かい、どのような医療支援を行うかの調整を受けるとともに、必要な情報収集を行う。

○地域の保健医療調整本部で確認すること (図 1)

○派遣先に患者がいなかったとき

仕事がないといって怒らず、本当に医療ニーズがないのか、見出されていないだけではないのか、保健指導や予防が必要なのではないのか、避難所以外にニーズはないのか、時間帯によりニーズが違うのではないのか（避難所の昼夜間の人口変化）を考え情報収集する。

図 1

地域の保健医療調整本部で確認すること チェックリスト (試案)		
✓	確認事項	備考
	本部の組織体制	だれがコーディネーター、キーパーソンか
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (1)	性別、年齢層、妊産婦、乳幼児、障害者、その他避難者の状況・・・
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (2)	水道、電気、ガス等のライフライン、冷暖房・・・
	実際に医療支援に従事する避難所等の状況 (3)	公衆衛生上のリスク (トイレ、水道、土足禁止、炊き出しの衛生、食生活等)
	避難所等へのアクセス事情	ルート、移動手段、危険地域、給油可能なスタンド、建物の目印
	避難所等のキーパーソン	リーダー、自治会長、行政職員、保健師、教職員・・・
	避難所外の被災者の状況	在宅要配慮者、車中泊・・・
	被災地の調剤機能	薬剤師会の支援、調剤機能の回復
	通信環境	wifi、携帯キャリアの支援、充電
	その他、事前に得た情報の確認	相違点、情報の更新

## ○撤収

被災地での今後の医療ニーズの見極め、引継ぎ時の情報とする。

撤収は計画的に行い、派遣元帰還前には必ず地域の調整本部に報告する。(撤収計画を伝えずに黙って帰還し問題になったことがある。)

## ○ JMAT の情報共有の役割

## (1) 全国医師会との共有

現地の情報、被災地の医療・健康管理ニーズ、予想されるニーズを発信する。日医 JMAT サイト(現在、テスト運用中)なども利用する。

## (2) 被災地関係者との共有

朝夕のミーティングに参加する。災害診療記録・避難所アセスメントシートで共有する。

**講義 2 救護所の運営**

## ○災害フェーズにより異なる機能

## (1) 災害初期

被災地 JMAT が頑張る時期で、DMAT は 12 時間来ない。DMAT が来れたとしても、災害拠点病院が優先される。

支援 JMAT が到着したら引継ぎ、自院の復旧に切り替える。

## (2) 急性期以降

支援 JMAT が中心となり運営する。外傷が減り、感染症や慢性疾患が増え、DVT 予防も必要となる。なお、7 月豪雨災害では、石灰による接触性皮膚炎などがみられた。診察内容は一般診療の延長となるが、日中、復旧に向かう避難者に対しては夜間対応を要する場合もある。処方量や処方の種類も増える。

## ○医療救護所の業務フロー

## (1) 緊急医療救護所開設まで

- ・開設するかどうかの判断は市町村が行う。
- ・資機材を配置する。
- ・役割分担(指揮者決定)する。
- ・安全確認は現場でも判断する
- ・運営開始を宣言する。
- ・地区コーディネーターと連携する。

## (2) 救護所の簡単な流れ

- ・受付
- ・トリアージ
- ・処置 重症者に安定化処置の上、搬送  
軽症者に処置、調剤、処方(災害時処方箋)  
死亡者は所定の場所に安置

## ○救護所運営の構成員

組織図を作成し、特に指揮者の氏名を含め明示する。

## (1) 医師

一人以上いなければ開設できない。逆に医師が一人でもいれば開設できる。市区町村との協定のもと医師会が任ずる医師を指揮者とする。

## (2) 業務調整員(ロジ係)

必須である。

## (3) その他

通信、トリアージ、調剤、搬送など必要だが、被災初期は臨機応変に対応する。

## ○医療救護所に必要なもの

## ・資機材

発電機、冷暖房、ホワイトボード、クロノロ記録用紙、災害時カルテ

## ・受付エリア

誘導のためのコーン・テープ・旗  
車椅子、記入用机・椅子・筆記用具

## ・トリアージエリア

診察台、ターニケット、トランシーバ

## ・応急処置エリア

軽症：照明  
重症：点滴台、モニター、バイタル記録用紙

## ・調剤エリア

調剤棚(薬品の整理)

## ・指揮、ロジエリア

地図、トランシーバ、記録用カメラ(動画録画)

## ○引継ぎ

- ・一人で 24 時間以上継続勤務しない。
- ・指揮者、ロジ係の交代要員をあらかじめ決めておく。
- ・支援チームが到着したら、リーダーが指揮者の

下に入り、統括として指揮を代行する。

○東京都医師会では

市区町村行政と地区医師会が協定を締結し、緊急医療救護所は病院の前に作ることにした。重症者は病院内に運び入れ、軽症者は処置をして帰すフローとなる。

**実習**

すべての実習は、6～7名を1グループとして行われた。実習1・2については災害医療対応の原則「CSCATTT」の「CSCA」を意識して進められた。(図2)

**実習1 本部機能**

「自分は、都道府県医師会の JMAT 本部担当要員である。ある日の昼、軽微な地震を感じ、S 県を震源とする震度7の地震の情報が入った。」という設定で、

- ①何から始めるか。
- ②日医 JMAT 本部から医療支援活動の要請が出た場合、県医師会の災害対策支援本部として JMAT を派遣するために何が必要か。
- ③派遣される JMAT に何が必要か。どのように

送り出すか。

について、グループでディスカッションを行った。ディスカッションの内容とファシリテーターのフィードバックを含め、いわゆる模範解答を羅列する。

①何から始めるか

C：指揮と連携

県医師会災害対策本部立ち上げ、日医本部・行政と連携

S：安全性の確認

自分や自県の状況の確認、安否確認、被災地の安全性

C：情報収集

日医・被災地医師会・行政・マスコミから

A：評価

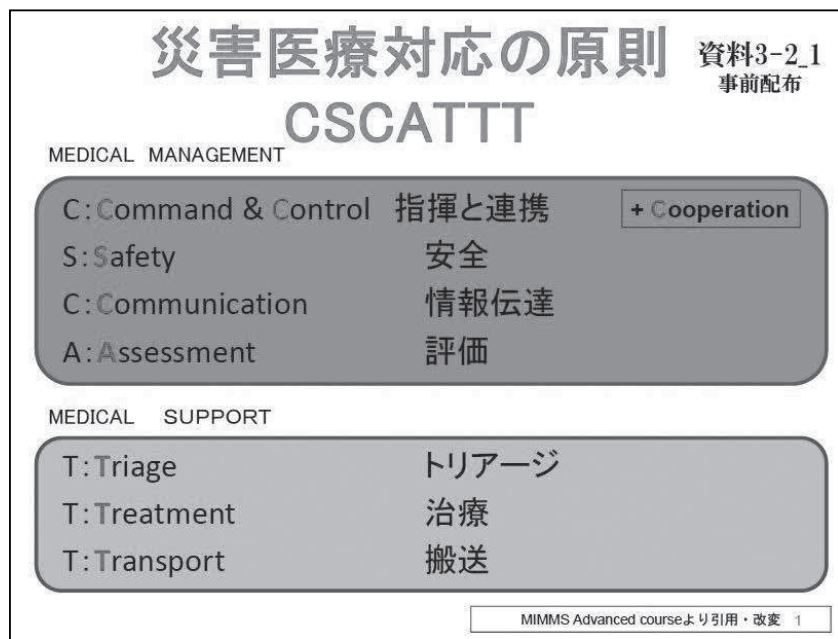
先遣 JMAT 報告から派遣の必要性、日医本部評価による派遣要請

②県医師会災害対策支援本部として

C：指揮と連携

県医災害対策支援本部での指揮命令系統確認(災害対策本部長、連携調整部門、情報管理・記録部門、ロジ部門、派遣部門、メディア対応部門)

図 2





派遣チーム編成の上、チームの指揮命令系統の確立

出発チームのブリーフィング

S：安全性の確認

派遣ルート・被災地滞在場所など安全に関する情報の集約、予想される危険性の認識、待避安全策の確認

C：情報伝達

派遣元との調整、被災地との通信手段の確立、通信機器の準備

A：評価

活動フェーズごとの再評価、派遣チームのクロノロ・活動報告書からも評価

③派遣される JMAT へ

・派遣メンバー

医師、看護師、薬剤師、ロジスティクス、その他

・日医への JMAT 登録

都道府県知事要請の派遣であっても差し支えない。登録者には日医契約災害保険が適応されるが、メンバー変更時は登録し直さなければ反映されない。

・資材

自分たちのライフライン（水、食料、お金）

身分証（医師資格証）、名刺

安全防具、安全靴

医療資機材（薬品）、電源、通信機器（衛星携帯電話、トランシーバー）、記録用品

移動用車輛（レンタカーなど）、証明書

・現地までの交通ルート、安全性の確認

・EMIS、先遣隊情報を確認

・交通手段、燃料の確保・予約、宿泊先確保

## 実習 2 被災地における活動

支援 JMAT 又は被災地 JMAT として何を考え、どのように行動するかがテーマであった。

(1) 大規模地震の被災地に、支援 JMAT として被災地外から地域保健医療調整本部に到着した設定で、

①最初に何を行うか。

②被災地で活動する際の最低限必要なマナーとは？

についてディスカッションした。実習 1 と同様に模範解答を羅列する。

①支援 JMAT として

・災害対策本部に挨拶の上、身元を明らかにする。  
・災害医療コーディネート機能担当部署で救護班に登録する（EMIS でも可能）。

・ブリーフィングを受け、情報収集にかかる。

現地指揮系統、ミーティング、被災状況、医療状況（病院・避難所、負傷者）、危険状況（リスク及び対応）、安否確認方法、ロジスティクス関連（地図、道路状況、ライフライン、通信）、活動方針並びに支援状況

②被災地でのマナー

・勝手に行動しない。

・被災地に迷惑をかけない。

コンビニなどの食料品の買占め、支援物資の受け取り、写真撮影や SNS への投稿などが現場で実際に起こっていた。

・余った資材や薬品を勝手に置いて帰らない。

被災地で必要なものを確認してから置いていく。

(2) 被災地 JMAT として

①「緊急医療救護所を開設された」と宣言するために最低限必要なことは？

②緊急医療救護所開設宣言をどこにどのように伝えるか。

③発災から 6 時間後、トリアージ赤数名、黄色数名、緑多数の状況で、今後起きるであろう問題は？

④③の問題はどうすれば解決に近づけられるか？をディスカッションした。

①緊急医療救護所に必要なこと（講義 2 の内容参照）

開設宣言の条件として、最低限 1 名の医師が必要で、その医師が診療可能と判断すれば開設宣言できる。

②伝える対象

病院前救護所の場合は近接する医療機関、他自治体・各医師会、住民に、無線や衛星携帯電話、

掲示などを使い伝達する。(図 3)

### ③今後の問題

診療上の問題としてスペース不足、重症者搬送の手間、資機材や薬品の枯渇、傷病者の増加が、運営上の問題として余震などに対する安全管理、感染増加などの衛生管理、インフラ復旧遅延、スタッフの疲弊などが考えられる。

### ④対応

隣接医療機関、域内他機関、域外組織との連携・受援が必要である。指揮者が「手伝ってください、お願いします」と頭を下げることで上手くいくことも多い。

### (3) 支援 JMAT として

#### ①在宅患者情報をどこから入手するか

②支援 JMAT の医師が、在宅医の代わりにがん患者の麻薬処方するにはどのようにすれば良いか。

③在宅酸素療法患者に対応する場合、どのようなことを注意するか。

についてディスカッションした。

#### ①在宅患者情報

保健師、ケアマネ、社会福祉協議会などから入手する方法があるが、災害対策基本法の改正により、市町村長は「災害発生時避難に特に支援を要する者の名簿の作成」が義務付けられ、災害発生

時で特に必要がある時は、要支援者本人の同意を得ずに名簿情報を外部提供できるようになった。事前に、災害時個別支援計画を市町村担当部署、主治医、訪看、介護事業所など関係者で保管し、何かあれば、誰が誰の安否確認をし、関係者に共有するかを確認しておく。

#### ②麻薬処方

県外からの DMAT・JMAT の医療行為は「往診」に該当し、県外から医療用麻薬を持参し投与することは可能である。

被災県内で新たに麻薬を処方する場合は、同県内で麻薬診療施設として届け出ている医療機関で、麻薬施用者番号を持った医師の名前で処方される形式を取る。

#### ③在宅酸素療法の患者に対応する場合

事前準備が最も大切である。

- ・人工呼吸器が停止した場合、移動に最低 4 名を要するので、災害時の協力者を平時に準備しておく。
- ・自治体が作成する「災害時要援護者リスト」に患者さんを登録しておいてもらう。
- ・HOT センターの開設、利用を検討する。

(4) 支援 JMAT として、約 700 名が避難している小学校体育館の巡回診療の指示を受けた設定で  
①円滑に活動できるための留意事項と具体的な行動は？

②活動最終日の引継ぎでの留意事項と撤収後にす

図 3

緊急医療救護所から発するべき情報 (METHANEに沿って)	
<input type="checkbox"/>	M:名前＝開設者、責任者…
<input type="checkbox"/>	E:開設された救護所の場所
<input type="checkbox"/>	T:災害の種類、規模
	・周囲の地域の被害状況
<input type="checkbox"/>	H:二次的災害の有無や可能性
<input type="checkbox"/>	A:緊急医療救護所(隣接医療機関を含む)への進入経路
	・通行不能な経路の有無
<input type="checkbox"/>	N:傷病者数(現在および今後の予想)、傷病の様子と重症度
<input type="checkbox"/>	E:被災地域の医療機関情報
	・緊急医療救護所の状況(診療、ライフラインなど)
	・隣接医療機関の状況
	・必要な医療資源(ひと、もの、薬、車輛…)

ることは？

につきディスカッションした。

#### ①巡回診療での留意事項

EMIS で避難所の情報を得て巡回に行くが、避難所の実況が EMIS に反映されているかの確認が大切である。避難所担当の保健師がコンタクトパーソンであり、日報記載をしているため、多くの情報を持っている。

情報を収集しながら、避難所の実況を見て、避難所での医療ニーズ(流行性疾患など)と保健ニーズ(トイレの清掃状況、スペース分、ライフラインなど)に分けて評価し、継続した巡回診療が必要か、救護所の設置が必要でないかを判断する。

収集した情報を評価し、本部のニーズを考え報告事項に落とし込む。

#### ②引継ぎ時の留意事項

まず、撤収することを本部に確実に伝えることが大切である。撤収することを伝えずに消え去り心配されたチームもあったとのことである。

アセスメントを本部機能、リソースの配分、医療内容、記録、避難所環境、アクセス、救護者ストレスなどに対して行い、引継ぎ情報とする。

撤収後は、災害対策支援本部に必要な事項を報告し、チームスタッフの疲労なども評価する。費用精算も大切な仕事である。

### 実習 3 情報の共有・記録

#### (1) 広域災害救急医療情報システム (EMIS)

医療機関にとっては、行政や関係機関との情報共有ツールであり、災害時に外に SOS を発信できるシステムでもある。

発災後 1～2 時間以内に自施設の損壊の状況、インフラの不足などを緊急入力項目として入力することで、対外的に需要を表明できる。職員や患者さんの動き、支援の状況やインフラの不足をより細かく、詳細入力項目として改めて入力し、医療機関として対応できることも表明できる。

ただし、事前に登録し、平時の情報を入力した上で、運用に慣れておくことが必要である。

実習では、持ち込んだそれぞれの PC やタブレットから、訓練用 EMIS 入力画面にアクセスし、自県の特定の施設を選び、緊急入力・詳細入力を実

際に行った。

#### (2) 災害診療記録・J-SPEED

(J-SPEED 情報サイト

<https://www.j-speed.org/> よりダウンロード可能)

##### ①災害診療記録

災害医療チームの使用する災害カルテで、フォーマットを統一している。避難所等で特定の患者さんに対して継続的に診療できることが目的の一つである。

災害医療チームはこれを印刷して持参する。避難所や救護所で使用し、調整本部に持ち帰り保管し、翌日、担当チームが災害診療録を受け取り、避難所などに向かう運用が一般的である。医療チームが持ち帰ってしまうと診療情報が継続できない。

##### ② J-SPEED

災害診療記録とセットで利用する、診療活動日報である。災害診療記録の一般診療ページの下段に J-SPEED 用チェックボックスがあり、医師が記入したものを、1 日の終わりに避難所・救護所ごとにログが集計し、調整本部に提出する。本部は一括して電子化・集計し、地域ごとの医療需要や感染症集団発生の評価に使うことができる。

紙媒体での入力が調整本部の負担でもあるため、J-SPEED 電子アプリが開発されている。現場で各チームがスマホから入力すると、自動集計され、また、画像や地図情報も添付できる。(J-SPEED ポータルサイト <https://www.jspeedplus.net/ma/> よりアプリ入手可能)



紙媒体についても、調整本部から被災地外のオフサイト解析支援支援チームに FAX などで転送し日報を作成してもらい、調整本部の負担を極力減らす方法が考えられている。

#### (3) 経時的活動記録 (クロノロジー)

調整本部のクロノロジーは、本部のホワイト

ボードに記録係が記入する。本部に入ってくる情報を時刻、発信元、受信者、内容の順に経時的にすべて記入していく。この内容から、本部だけでなく現場の指揮系統図、コンタクトリスト、To Do リストを書き起こすことができる。

各医療チームにもクロノロジーが必要で、チームのロジが自分のメモ帳に記入する。チームのクロノロジーには、チームに入ってきた情報だけでなく、活動状況も時刻と共に記載する。これは、報告書としても引継ぎ資料としても利用できる。

本部に入ってきた具体的な情報を聞き取り、実際にクロノロジーを作成する実習を行った。

### 実習 4 情報発信

JMAT 活動報告を提出することにより日医へ、また、日医を通じて全国の医師会へ情報を発信することを意識し、報告書（いわゆる日報）に入れ込む情報について、グループでディカッションした。

実際の活動報告書には、燃料・食料等物資の調達状況、ミーティングの時間帯、熱中症のリスク、避難所のキーパーソン、車輛の駐車など、さまざまな情報が提供されていた。

情報の入手先を複線化することで情報の正確度を上げ、次の意思決定や活動に役立つ情報を発信することが大切であることが確認された。

### 実習 5 トリアージ

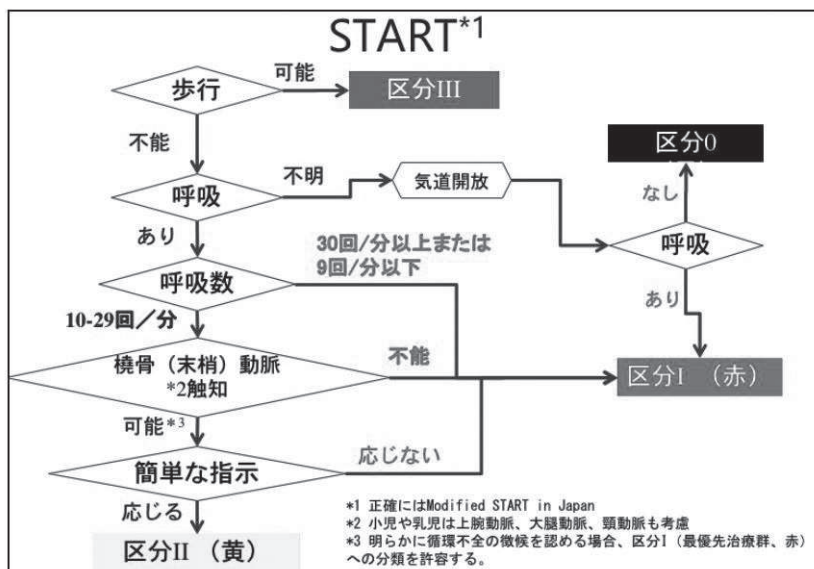
トリアージは災害医療の中で最初に行う作業である。

判定者と記録者の 2 名 1 組が原則で、タグにはトリアージ区分は当然のことながら、患者情報やトリアージ実施者、トリアージの根拠を記入する。3 枚複写となっており、1 枚目は現場、2 枚目は搬送機関、3 枚目は収容医療機関が保管する。タグは右手首装着が原則だが、切断されている場合は、左手首→右足首→左足首→首の順に装着位置を変え、衣服などへは装着してはいけない。

実習では、START (Simple Triage and Rapid Treatment) で提示される患者さんの所見からトリアージを行った。START は呼吸、循環、意識の生理学的評価を用い、30 秒程度で迅速に評価する方法である。トリアージ中に原則として医療処置は行わないが、気道確保と活動性出血への圧迫止血は行って良いことになっている。(図 4)

再度のトリアージで区分が重症化した場合は、旧区分に × をつけ新区分に ○ をつけ訂正し、変更者の氏名と時刻を記載し、タグのもぎりを追加する。軽症化の場合は旧区分及びタグ全体に × をし、新しい区分に ○ をつけ、変更者の氏名と時刻も記載し、新しいタグを装着する。旧タグを捨ててはいけない。

図 4





## 実習 6 熱傷・止血

### (1) 熱傷

事前学習の対象にて、研修当日は重要な点を確認する講義のみであった。熱傷面積・深度の評価と並行し、気道熱傷の所見（鼻毛の焦げ、口腔内のスス、特に嘔声）を見逃さず、気道熱傷の可能性があれば、すぐに気道確保する。でなければ気道の浮腫が進み、挿管困難となってしまう。

### (2) 止血

活動性動脈出血は 2 分で死ぬ。ターネケット（止血帯）の効用はベトナム戦争で見直され、ポストンマラソンテロ事件で評価された。爆発物による爆風では、体幹損傷よりも四肢がもげることによる動脈出血が死因となるからである。ポストンマラソンテロ事件では、ベルトなどを使った即席ターネケットでは救命率は上がらなかったため、必要時に一般人がターネケットを使用できるよう、Stop The Bleed キャンペーンを開始している。

実習では CAT (Combat Application Tourniquet) を使用し、出席者の大腿に装着した。CAT は皮膚損傷を起こしにくく、米軍の first aid kit にも採用されており、兵士は受傷した場合、medic を待たずに暗闇でも自分でターネケットを巻けるよう訓練をされている。ターネケットペイン対策にフェンタニルを舂めながら行うということである。

ターネケットの使用の基本は high and tight である。出血部位から 5～8cm 中枢側にバンドを巻くが、緊急時は下肢は大腿中枢、上肢は上腕中枢に巻き、ベルクロを固定し、出血が止まるまで巻き上げロッドを回し、ロッドをロックする。タイムストラップが付いているので、ロッドとバンドを固定し装着時間を記録する。基本的に搬送中はバンドを緩めず、必要があればターネケットを追加して装着する。

エマージェンシー・バンテージ（イスラエル・バンテージ）の紹介もされた。

## 講義 3 検視・検案

検視は犯罪性の有無を検分するもので、司法検察官か監察医が、裁判官の許可なく行うことがで

きる。検案は医学的判断を医師が行う。大規模災害での死者は、異状死となるので、検視の上、検案を行うこととなる。

阪神淡路大震災では約 3,600 体の検案を行った。圧死が多く、腹部圧迫による圧迫水疱や、腐敗が進行するとともに、うっ血した顔の舌や眼球が突出する巨人様顔貌が見られた。焼損死体も多かったが、中には圧死が直接死因の場合もあった。高度焼損死体で骨だけ残った状態で一人の遺体とされたものが、よく見ると複数の遺体の骨が混ざっていることもあった。これが、灰になるほど焼損していれば判断できない。

東北大震災では津波で泥にまみれた遺体が多く、乾いた土を除くための刷毛を大量に必要とした。身元確認の DNA 採取も多かったが、採取サンプルは時期により血液・爪・骨や歯と異なり、必要となる道具も異なった。

都心の大規模災害を想定し、東京都では検視・検案活動に関するマニュアルを作成した。監察医務院が中心となり検案班の派遣を行い、東京都医師会の医療救護班にも協力を依頼する。阪神大震災では検案を行った被災地外の医師の名前で死体検案書を作成された故、その後の手続きに支障を来した遺族もいたため、本マニュアルでは検案書は東京都監察医務院が発行することとしている。大規模災害時の死体検案調書は 5 枚つづりとし、遺族交付用の死亡届も含み、1 回検案書として記入すれば済むようにしている。また、関係者と連携し、大規模災害での多数死体取り扱い訓練も行っている。

災害時の死体検案書の記入では、特に「死因の種類」についてご注意いただきたい。天災の場合は、地震後の焼死でも津波による溺水でも、「不慮の外因死 8 その他」となる。「自然の力への曝露」を死因とする場合、国際疾病分類では「不慮の損傷のその他の外因」に該当するからである。

大規模災害や事故での死体検案業務は、死亡者の身元確認だけでなく、死因を究明することで災害対策や事故防止につながる統計データの資料となり得る。