したものを翌日配布するという方法に換えたそうです。午前中は、ここをしてくださいと頼まれた避難所を回ったことと、津波被害が激しかったところを見せていただくことができました。この家庭健康課の係長さんにご案内をしていただきました。午後は担当する避難所を回りました。毎日、所長に最低1回は、このような活動をしているとご報告をさせていただきました。この 21 日に報告させてもらったことは、中長期化に向けた精神保健対策のこととか、活動不活発病のことであるとか、イニシャルアセスメントの考え方でありますとか、職員の疲弊対策とか、それから、サーベイランスという観点で新規発症報告に換えた方がいいのではないか。今までは有病数、現在症状のある人が何人ですか、という形での報告を受けていたのを、新規発症報告という情報を集めたらどうかというようなこととか、それから、岡山市から継続的に医師の派遣ができますけれども希望されますか、といったことを打診いたしました。

津波の激しかったところは、よく見られたような、こういう感じです。先ほどもあったように、保健福祉センターの職員自身も、初めて行きますと行っておられました。私を案内することがあったので、初めて津波被災地域に行ったということで、本当に、情報というものをセンターの職員も持っていないことを改めて感じました。

それで、22 日月曜日。それまでは、町の中には車が少なかったのですけれども、連休明けで渋滞が起こるぐらいで、びっくりしました。地域の活動が、通常のような活動が一部ではすごく立ち上がっているのだと感じまして、今回の災害の特徴が、津波被災地域の激甚な被害と、それ以外の地域との格差です。仙台市においても、2つの区は津波被害があるのですけれども、それ以外の区は津波被害がないので、感覚がもう全然違います。宮城野区と若林区においても、津波の被害があった地域とそれ以外のところが全然違うというような格差が非常に大きかったと感じました。

もう既に医療チームは他からの派遣が不要な状況です、と言われました。窓口は週明けから開所していまして、来所者はかなり多かったです。それで、職員の対応ですが、通常業務と平衡した災害対応が大変困難な状況でした。人数が足りないということです。このとき感じたことは、業務継続計画です。どのように事業を継続するかというふうな業務継続計画が非常に重要だと感じました。今回の新型インフルのときにも、業務を全部やめてしまうのか、一部残すのか、こういう計画がないと、業務を一部、重要業務は残しつつ、危機対応をすることがうまく回らなかったということが大事だなと思いました。

それで、避難所を回って、それで保健福祉センターの関係課長さんとの会議の場を設定していただきまして、いろいろな現状についてお聞きすることができました。普通は、こんなことはなかなかしてもらえないのではないかと思うのですけれども、ちょっと、センター長自身も、各課長からあまり、必要なことは聞くのですけれども、改めてどんな現状か、全体像を把握することが必ずしもできていなかったというような感じがありました。それから、神戸市のチームと意見交換をいたしました。それはまた後でお話しさせていただきます。

それで翌日 23 日には、朝のミーティングがあって、この日に、避難民が最多3万人いたのが、もう6分の1ですか、5000 名ぐらいまで急速に減っているというようなこと。そ

れから、心の健康センターから精神科医が来ていましたので、岡山市が担当している２つの地域を訪問しました。これで感じたことは、事前の準備を、その避難所を担当している保健師が問題となるケースを選び出しておいて、そのつなぎができるような準備を十分整えたうえで来てもらって、そこで話をする、という形で、もう事前準備があったので、なかなかスムーズにいきました。主な対象は、元々精神疾患があった方。受診中の方です。心の健康チームといった名前が使われていたと思うのですけれども、これが誤解を招くのではないかという意見は、あちこちで聞きました。やはり、精神科医療チームとかにした方がよかったし、実際の内容は、ほとんどそういう内容だったわけなので、心の健康という、ぼやっとした名前が、かえっていろいろ支障があったような意見も聞いておりましたし、私自身も、そうじゃないかなというようなことは思いました。

そして、障害福祉課長さんと面談をしまして、障害福祉関係の支援で、どのような業務が可能かをお聞きしました。それで、午後から保健福祉センター長に報告をいたしまして、他の地域の情報を、やはり情報過疎なので、県型保健所に支援はどのような形で行われているかを書面で提供して、お話をさせていただきました。それから、避難所の集約。先ほど言ったように、この３万人から 5000 人程度まで減ってきている。どんなふうに上手に撤退するかというようなことについて、担当の課長さんのインタビューの内容であったり、障害高齢課の課長さんのお話とか、今まで避難所を回っていた経験なども踏まえてお話ししましたけれども、重要なことは、一点は、福祉避難所の順調な運用。もう１つは、そういった個別の支援が非常に進んだ人以外については、地域の受け皿と居場所作りが大事だと思いました。具体的に言えば、リスクが高い人を集めるといった避難所ではなく、コミュニティが維持できるような避難所の集約の仕方が大事かなというふうに思いましたけれども、今回は難しい点がありました。それは、津波で甚大な被害を受けたところは、その近隣の避難所を作ることができないので、遠隔地の避難所に来ているという問題があったのです。地域と密着しない形で、避難民が集団で来ているという、今回、福島県から他の地域に集団で避難したのと同じような、大変難しい状況があって、こういったことは、あまり今まで想定していなかったことだと思いますので、これは今後の課題かなと思いました。

サーベイランスのことをちょっとお話しさせていただきましたけれども、これもなかなか難しくて、１つは組織の区分分けで、感染症を担当している課と、避難所の情報を持っている課が違っていたのです。感染症を担当している課が、感染症情報を出すはずなのですけれども、情報を集約しているところが避難所担当の家庭健康課なので、なかなかうまく情報が疎通できていないという形がありました。しかし、情報をいただきまして、症候群サーベイランスのような観点で流行曲線を作って、コメントを付けて家庭健康課長さんにお示しし、そして担当の課員の方にエクセルをお渡しして、こんなふうにしたら上手に図が作れますよ、みたいなことをちょっと説明解説をいたしまして、次の日からは作っていただけるようにしてきました。この、コメントを付けることが、なかなか難しいのですけれども、このような感じで付けたらどうかという事例を１つお示ししてきました。／いろいろ意見を聞いている中で、かえってくる人からは、集団発生が起こっているのではないかという懸念の声とか、あちこち避難所の中で心配する声がありましたけれども、こう

いうサーベイランスとして集めてみますと、全般的には減少傾向にあることがわかったので、このことを支援の方達にお返しすることは非常に有意義なことだというふうには思いました。

そして、朝のミーティングが行われまして、避難所の巡回をしました。先ほどちょっとお示ししました地元のボランティアの方々との意見交換は、非常に有益でした。津波で本当に被害が激しかったところの地元のボランティアの方、特に看護職員の方が、救護所がまだ設置されていないような状況だったので、自主的に保健室のようなものを作って、そこで母乳を与えられない子、人工乳の方の消毒であるとか、そんなことを担当していただいていたり、非常にきめ細かく、ずっとそこに張り付きであらゆる健康問題に答えて、継続的に把握している方がおられたのは非常に良かったと思いました。それから、食品衛生課長さんとも面談をいたしました。

16日以降、京都市から４名の監視員の支援があって、これが非常に助かったと言っておられました。具体的には、この区の職員が避難所担当をするのではなくて、応援に来てもらった方々に避難所の調査とか指導をしていただいていた、と。その理由は、先ほど30ヵ所避難所があると言いましたけれども、その30ヵ所に区の職員が全員張り付け、必ず１人はいるように、が市からの指示でした。途中で30ヵ所に昼夜交代すると、60人、区役所の職員が張り付きになります。ものすごく人数を取られて、何とかできないか、応援の方で回せないかと打診したのですけれども、先ほどの本部体制の問題もありまして、その意図が伝わらないというか、やはり政策的な、政治的な判断もあって、やはり区の職員がいるで60人取られ、食品衛生担当の課も半数以上が、この区役所張り付けに人がさかれていた、ということがありました。それで、私たちが行ったときには、まだ食品営業者、お店の人達がどんなふうに復興するのかという指導はできていないということでしたし、炊き出しについても細かい指導はしていないということでした。手指消毒等、こういったことをした方がいいですよという全般的なことについては指導をしているということで、一応、この行った日には、すべての避難所について指導が済んでいるということでした。トイレの衛生状態も大変懸念しておられたそうですけれども、特に仮設トイレのいっぱいになったものを、どう廃棄するかで、これについても京都市の下水道から糞尿処理の車、バキュームカーも持ってきていたのですけれども、他の部門と京都市が連絡を取って、廃棄についてなかなか適切にされていることも把握したという報告を受けておられて、これはちょっと安心できる、ということでした。

川崎市と神戸市の人と意見交換をして、私が最も印象的だったのが、これです。仙台市の災害対策本部の隣室に、政令指定都市がそれぞれの市の災害対策本部を作っているのです。現地災害対策本部のようなところで、この各テーブルが各市ごとになっていて、ここに書いてあるのですけれども、名古屋市、神戸市、横浜市、堺市などが、仙台市の災害対策本部の隣の部屋に、こういった本部を作っていて、様々な部門で支援をしているところの集約をしておりました。これは、体系的な支援をするということと、そして市として支援をするだけではなく、自分のところの経験として集約をするという意味で非常に有益だと感じて、岡山市にもそのことを伝えています。

24日が5日目ですけれども、意見交換をして、そのときにインシデントコマンドシステムの基本をお話しして、後ほどちょっと紹介しますけれども、岩手県でＤＭＡＴについては、インシデントコマンドシステムを使っているということをご説明いたしましたら、具体的にどんな形で行われているかという関心を持っていただきました。しかし、感想として、インシデントコマンドシステムの大きな主旨は全体調整なのですけれども、危機対応の全体調整は、通常業務の全体調整が市役所の中であまり上手にできていない。そういう素地がある中で、危機のときだけ全体調整の指揮を動かすのは、ちょっと難しいというご意見でした。この辺は、私自身も、県は大変上手に行えるのかなという感じを持ちました。ただ、後ほどお聞きしますと、宮城県も全体調整がそれほどうまくいっていないという声もお聞きしたりもしています。

それから、感染症動向の取り組みを報告したりしまして、今後の対策として必要かなと思ったことが、仙台市の保健と福祉を同時に行うという、保健福祉体制が、健康危機時にどのようなメリットとデメリットがあったのかということは、ぜひ検討する必要があると思います。それから、外部からの保健所長の機能の補完は、初期から必要と感じました。ただ、そのときに、指定都市同士で支援したわけですけれども、自治体の行政機構や規模によって内容が変わってくると思いますので、このようなことを踏まえたうえでの支援の体制が重要かと思いました。

あと、これがまとめですけれども、支援はチームとして行うのが良い。政令市として、被災地の災害対策を持つことが良い、ということです。もう１つは、派遣の期間が重要で、長期化が予測されるような避難所関連の業務の支援というものは必要だと思いましたけれども、短期で終わるようなもの、医療施設の支援、こういったことについての支援の場所は、限定的になされることかなとは思いました。こういったことを市に持ち帰っています。そして、マニュアルは、こういうものを作ったらいいかなと思っています。

あと、10数分は、ちょっとインシデントコマンドシステムとか、そういったことをお話しさせてもらいたいです。神戸も、復旧の程度が、こんな感じでした。阪神淡路大震災、10日目は、診療所の復旧が29％で、病院の84％と比べると非常に遅い。あと、歯科医院の復旧程度というのも15％で、非常に遅れていたということがありました。これが阪神淡路大震災の神戸市中央区の状況なのですが、医薬品の供給のところですけれども、似ていました。やっぱり同じ感じなんだなと思いました。これは医療チームの派遣ですけれども、この辺にコピーの地図を貼って、ホワイトボードに何か書いて、皆さんにお示しするは、大体、新潟のときとか、中越沖地震でも同じようなことがなされていましたけれども、どこでも同じような感じなのだなと感じました。それで、情報提供は、消えてしまうものではなくて、やはり書いたものによる情報提供が提供で、いろんな人達が入れ替わり来るので、誰でも見られるような形での情報提供、しかも貼っておくことが、やはり有効だなとは改めて思いました。これは、変化する需要です。

それで１つ、神戸市の経験で持ったことがこれなのですけれども、神戸市中央区だけで96ヵ所、先ほどの仙台市は30ヵ所でしたが、箇所数が非常に多くて、中央区だけで約４万人の応急医療をしなければいけなかったので、これの回し方は、今回の津波とは違って

重症者もいたので余計に大変ではあったのですけれども、だんだんと支援体制が充実してくるにしたがって、巡回型から拠点駐在型、定点駐在型という、大きいところに全部駐在するという形に強化し、今度はそれを逆の方向で引いていく、という形で行ったのです。その辺は非常に難しくて、特に初期は、医療需給調整が大変難しかったと思います。

これは医療需給の調整についての、私の考えですけれども、通常医療の需給と救急医療の需給を分けて考えてみますと、災害が発生しますと、救急医療の需要が、量的に非常に大きく増えます。地域医療から供給できるものは被災によって減ります。通常医療から多少振り替えて、地元でできることが多少あるわけですけれども、やはり外部からの医療援助に大きく頼らざるを得ないと思います。一方、通常医療は、環境が変化することによって、普通の、掛かり付け医に行けなくなったりする。今回も起こりました。精神医療が典型的なわけですけれども、通常の精神科医療が回らなくなることがありました。それから、糖尿病などはこの下です。この需要は多少増えるということです。通常医療で、ここの辺りで、災害医療も合わせて、大部分が確保できるわけですけれども、救急医療以外においても、やはり、通常医療についても外部の援助、今回は精神保健医療について典型的に表れたわけですが、これがあまり考えられていません。慢性疾患等について、外部からどう援助するかという体制です。やはり、これは考えておく必要があると思いました。そして、これは臨時的に調整しなければいけなかったわけです。それで、阪神淡路大震災の経験を踏まえて、この辺の調整システムというものができました。情報を集めることは全県にできているわけです。その調整は、48時間以内は統括ＤＭＡＴが行っていたわけですけれども、通常医療の提供をどうやって調整するか、つまり、避難所の医療需給調整はシステム化されていません。これが大きな課題だと思いました。それができたら、インシデントコマンドシステムというものを作って、できるのではないかと思いました。

これは、国境なき医師団が作っている、＝リフジーヘルス＝というところに示されている、救急時における医療供給の４レベルというものがあって、１つが家庭訪問医です。被災者から選定されて情報提供をする人。次のレベルがヘルスポストで、保健師等、看護師などのレベル。そして３つ目に、拠点の診療所。これが１から３万人に１ヵ所程度。それをバックアップする広域の紹介病院という、４つのレベルで成り立つというふうに言っています。今回、今後大規模な災害を受けて、ここのヘルスポストが日本ではかなり充実した形で、救護所という形で行われていたのですけれども、こちらの家庭訪問医に相当する、被災者から選定され情報提供してくれる人というのを、被災者の参画と役割を付与するということで、やってもよかったのかなと。今回の震災でも、わが国は、大体、専門家、保健師がぐるっと回って、ニーズ調査をすることがあったわけですけれども、地元のボランティアの方、看護師などが、こういう役割を担っていただいたということも実際に行われていました。日本においても、こういった、被災民に参画していただくという形で、細かい保健医療情報を専門家に伝えることを考えてもいいのかなと思いました。こういうレベルと医療の内容に応じた階層化。そして、もう１つが、情報集約のルートでもあるのです。これに応じて、逆に医療を提供するだけではなくて、それぞれのところから情報集約して、サーベイランスを稼働させるという、２つの機能を持った医療供給というふうになればい

いかなと思いました。

主に、そのヘルスサービスの中で集めることとしては、感染症の対策と保健医療システムと、非感染症対策になっているわけなので、先ほどの、災害、救急医療以外としては、非感染症対策として、どのようなことを行うかが、こういったものの中で、かなり検討されてきていると思います。

それで、中越沖地震で、日本集団災害医学会から提言が行われておりますけれども、災害医療の専門家との連携が、48時間以降とのつなぎとして、非常に重要だと指摘されています。それを誰がするか。中長期医療の調整を誰がするかは、引き続き大きな課題で、１つは日本医師会。地元の医師会長等がやる。もう１つは、新潟市で行われたのは、保健所長が担当しました。誰が行うのがいいかという辺りは、まだ議論を十分尽くされていないのですけれども、これを検討していくことが重要かと思いました。保健所の機能としてはいろいろあるわけですけれども、外部支援要請の必要性を判断する、経時的に変化する必要医療の体制を評価する、ことが、今、保健所が医療調整に関われと言われているわけなので、この辺は可能性があるかなと思いました。

インシデントコマンドシステムは、よくご存じの方おられますか。ちょっと手を挙げてください。では、ちょっと簡単に説明させていただいて。これは、1970年代、カリフォルニアで大規模な火災があったときに、いろんな州から応援に来るのですけれども、それがうまく機能しなかったということを基にして作られているものです。それで、９．１１のテロがあって以降、このシステムというのを、消防とか救急以外の、非常に広範囲な範囲で適用しようということが進みました。しかし、それが行きすぎたという感じがあって、今はまたちょっと戻って、保健医療関係とか、一部の限定されたシステマティックにできるところだけに戻した方がいいのではないか、というふうに話がなっているようです。

簡単に言うと、これがインシデントコマンドシステムです。日本から見た特徴は、オペレーションが、自治体の業務を担当する部門ですけれども、それ以外の部門とを明確に位置付けることと、こういった部門の責任者を設けることによって、日本で言えば、首長が長になるわけですが、その権限を委譲することです。これが、なかなか重要だと思いました。しかし、わが国の困難性は、権限委譲が難しいことです。その原因は、先ほどの仙台市でもありましたが、普段から全体像を見て仕事をすることが、なかなかできていないということがあります。

これはカリフォルニアで、大規模な山火事があったときの、インシデントコマンドシステムに基づいて作られたインシデントアクションプランですけれども、１つの特徴は、24時間で業務を回すようになっていることです。それで、24時間ごとにセーフティメッセージでありますとか、業務の種類、例えばこのときには、住宅の中に残っている人がいないかを探査する業務というのを明確にして、その連絡先というのを明示しています。これによって、応援に来る人は、チームとして、あなたは住宅探査のこの部門を受け持ってください。」というと、先ほど言ったように、全体像がわかって、自分の連絡先がわかって、24時間の到達目標がわかっているので、自分の業務がある程度見えるし、聞く先がわかるので、困ったときには誰かに聞ける、ということになっています。

これが簡単なシステムなのですけれども、総括責任者がいて、安全担当と渉外担当。渉外担当は、例えば大統領が来たり、ＶＩＰが来たときに調整などをする人です。そして、ここの辺りは、非常に細かく、先ほどのように、探査をするとか、緊急サービスをするとか、個別支援をしてあげるとか、このようにいろんな部門に別れていますけれども、それ以外に、ロジスティクスとか、財務のこととか、計画書を作る、24時間ごとに作るので文書作成専門の人をちゃんと配置しているのです。それがなかったら、とてもできません。このようなことを系統的に行っているということです。

インシデントコマンドシステムは、例えば静岡県などは、フィーマに何人も人を派遣していて、このようなことを勉強して、静岡県のシステムの中にも、現にある程度取り入れております。岩手県も結構そういうことを取り入れていると聞いています。

インシデントコマンドシステムとインシデントアクションプランを作ると、事前にインシデントコマンドシステムを作っておくことによって、予測される業務の大まかな構成、どのような要素が必要かを共有化できます。それから、インシデントアクションプランで、発災時の実際の部門責任者が明確化できます。この人に連絡を取ればいい、ということがわかるのです。日本のシステムでは、こうあるべきだということまでは大体決まっていますけれども、実際に起こったときに、本当に誰が担当しているかはわからない。コンタクトパーソンがわからないことがあります。そして、時間を区切った目標達成度と、その時間を区切っているので、この部門は順調に行っている、この部門は順調に行っていないことが一目瞭然になって、統括者がわかるということがあります。それから、対応者は、24時間刻みなので、その次の人が次のチームを対応することになるので、疲弊防止になります。こういうものがうまく動くは、多民族国家で、こういったことをしないと仕事が回らない、アメリカだから回らないので、日本は回ってしまうのでしなくてもいい、ということで今までやってこなかったのだと思います。

これが、岩手県が、ＤＭＡＴ調整のためにインシデントコマンドシステムを作ったので、先ほどのように、大体、このような部門を分けてやっているのは同じだと思います。ここの中で、医療部門については、このようなところが医療の部門を担当するのだということは、比較的、構成についてはわかるところまでは行ったということです。

そして、あと数分、イニシャルアセスメントについてお話をさせていただきます。ソフィアプロジェクトは、ご存じの方も多いかと思いますけれども、災害避難民であったり、主には難民対応の中で、人道的な国際標準を決めようということで、国際赤十字赤新月社などが中心となって作られた国際標準です。主に４つの部門からなっていて、標準が決められているのは、衛生の部門と、食料栄養と、住居と、保健医療というふうになっております。その４つの部門をどうやって回すかというところで、これも先ほどと同じですけれども、レフジーヘルスの中で言っている、10のプライオリティがある課題があって、その中の第１番目に挙げてあるのがイニシャルアセスメントです。これは先ほどのレフジーヘルスから取ってきているものですけれども、イニシャルアセスメントは、そんなに難しいことではなくて、標準をしたためたところに対して、どの部門の到達度が高いかどうかを、実際の、こういうふうになるべきであるという標準と現状というものを、こうやって比べ

てみるという、これぐらいの非常に簡単なことです。先ほどのように、主には４つの項目についてやっております。例えば水の供給、それから、トイレの個数であるとか、屋内就寝割合とか、そんなことをやっています。

情報をどうやって集めるかは、いろんなことがあるかと思います。実際に、このスリランカ等の、インドネシアの水害のときに、ジャイカが行った、国際緊急援助隊では、これを試みています。これは非常に小規模な、自分達の周辺のことだけについて試みているものですけれども、調査４日目と７日目に行って、調査方法としては、聞き取りを、知っている人からだんだんと増やしていく、というようなことで行っていて、生活環境の比較、水、食事、衣類についてもちょっと調べたようです。

まず､大きな目的としては､イマージェンシーフェーズにあるかどうかということです。１日１万人あたりの死亡者数がどれくらいあるかで、これより上であればエマージェンシーの状況にあって、それより少なくなれば、一応ちょっと落ち着いているかなと評価しようということです。今の、非常に小規模な人ができるようなところから、先ほどの、一番、最も重要な死亡数の把握については、先日独立しました南スーダン、その大きな要因となった、ダルフル地域での難民への支援で、どのように行われたかという調査なども行われています。これは、ＷＨＯなどが行った調査例の１つですけれども、こういった地域の調査を行っております。２段階クラスターなどがあって、ここで得られた結果が、年齢階級別に､どの程度死亡数があるかを評価いたしまして､通常のアフリカの死亡率と比較して、どの程度の緊急支援の要請程度であるかというようなことを評価しております。それに基づいた勧告も行われて、一部のところしか調査を行うとか、こういったことであるとか、援助というものを死亡率の減少に集中する必要があるというようなことであったり、サーベイランスというものは、こういう形で行うべきだ、といったことを提案しております。

これで最後ですけれども、日本の保健所が何をするのかで、やはり今までの実績、それから期待される役割になると、緊急、医療の調整、運用、まずこの課題が大きい。そして、健康ニーズの把握と対応です。この中には、通常期医療についての調整も含まれていると思いますけれども、その際のサーベイランスの情報把握元としては、４レベルの中で言えば、ヘルスポストに相当する、日本では保健師、保健師による健康ニーズの把握を、より高く位置付けて、これを重視した形でアセスメントすることが重要ではないかというふうに思っています。ちょっと長くなってしまいました。以上です。

――ディスカッション――

曽根：自治体組織というか、要は失われてしまっているようなところがありますが、そういうときには、外部支援がどういうふうに――要するに、コーディネーターするところ、機能が全くない時に、そのコーディネーター機能もやらなければいけない、その辺りを、そのコーディネーターみたいなものを、やはり県がやるべきなのでしょうか。

中瀬：日本の自治体は、そういう意味では、県がやるしかないのではないかと思います。まったく、そういう権限がない人がやることは不可能だと思いますので、やはり、そういうこと

を全然決められてなく、想定していなかったことが起こったので、受け皿がないことがとても困ったのだと思います。南三陸など、本当に皆さん、すごく困っておられました。

橘　：今回、先生がご覧になって、特に災害医療とか、その辺のコーディネートに関しては、県の、どんな立場のどんな方がやっていたとか、やったらうまくいっていたとか、何かあれば教えていただきたいのですが。

中瀬：そうですね。今回、先ほども申しましたように、10日で仙台市は既に医療の供給は足りている、と。それで、どうやって――医療が元々充実しているところなので、地元の病院と臨時的な多少の応援でも復旧できるであろうと想定はされていたので、たくさんの支援を受けて、通常医療より過大になると撤退が難しくなるので、その辺を評価したうえで、通常医療を非常に念頭に入れて、どう援助するかが問題だと思います。で、そのことを調整できるのは、元々どの程度の業務をどこが担当しているかに大きく依存します。今回、いろいろなお話を聞いて、普段、医療調整とか、市町村の業務支援をやっていない地域がある、と。保健所の合併もあって、担当が代わったりしたところもあったりして、今までつながりがないところは、応援の仕方もわからないし、普段顔見知りでもないので、応援の求め方、応援の仕方、非常にうまくいかなかったと聞いています。

曽根：それは、福岡県の岩本先生が行かれた石巻とか、その辺りではないかと思うのですけれども。

中瀬：そうですね。これは、あまりオフィシャルなことでは言えないのですけれども、県の行政が、あまり保健所に期待されていませんでした。保健所の行政を期待していませんでした。

安藤：その県というのは、宮城県？

中瀬：どこかの県で、そういう話を聞きました（笑）。で、保健所長が、医療調整であったり危機管理を率先してやりなさいということが、あまり期待されていなくて、むしろ、保健所長がいなくても業務が回るような方向で県行政が行われていた、と。そのようなこともあって、調整するという指示がなかったのでしませんでした、という保健所長さんの声を何人も聞いています。ですから、普段そういうふうにやっているので、起こったときには、自分が率先して独立してやっていいのだ、となかなか思えなかったという声を聞きました。

曽根：普段のあれですよね。ようするに、その県の姿勢とか、保健所長さんのやり方というか、指示の仕方とか。

中瀬：そうですね。やっぱり、その相互関係だと思いますけどね。そういうことが期待できる、今までの歴史があるのだったら、当然県としても期待するでしょうけれども、なかなかそれがプラスの循環になっていなかったことが、やっぱりあるのではないかと思います。

安藤：その辺というのは、保健所の業務というと、わりと新しい領域だと思うのですけれども、広がってきたがための、その途中のプロセスとして当然生じるような差と見ていいのか、それとも、もっと根元的なものなのか。

中瀬：いや、むしろ、市町村に業務を移管した中で、市町村業務は、わかりやすい。必ず、量的に起こるわけじゃないですか。だけど、保健所は、市町村からの求めに応じて対応することになると、ちょっと高度であったり、ビジョンを持って積極的にやらないといけないので、やはり難しいのだと思います。その人材養成は、なかなか、相当難しいと。だから、

市町村が力を付けてきて、できるようになったときに、都道府県、県型保健所は何をするのかが、なかなか全国同じようには整備できなかったのではないかと思います。逆に言えば、仙台市は、福祉事務所と組織合併して、同じになって大変ではあったのですけれども、業務を必ずやっていて、存在感はあるわけです。中核市とか市型の保健所は、わかりやすいし、存在意義は必ずみんなから認められています。ただ、高度な機能としての意義は、どれぐらい認識されているかとか、その辺がなかなか難しいところはあるかもしれません。私がすごく感じたのは、救護所を設置することにならなかったのが非常に不思議ですね。

橘　：今の話からすると、災害健康危機管理を含めて、健康危機管理ということを保健所がもっと機能強化していくためには、組織の形態として政令市型とか、そういう形をもっと増やしていくということが優先的？

中瀬：いや、無理でしょう。だって、人口が密集しているところは市として成り立つわけで、それ以外のところは、一部自治組合みたいなものですね、消防とかみたいに。そういう形で市町村が持つとか、そういう形でしか難しいのではないですか。広島は、そんなことも考えるみたいですね。広島県が、原則すべて市町村権限委譲。どうしてもできないものだけ市町村が言ってください、みたいなスタンスで権限委譲を進めていますね。そこで出てくるのが、先ほどの一部自治組合みたいなものですね。そうなると、自分達で運営していることで、うまく回るところは上手にできるかもしれませんけれども、自分達のところだけになってしまうと、県の複数の保健所の、比べられるし、見える、ということがなくなって、自分のところの保健所だけになってしまう。中核市の問題もあるのですけれども、人事異動がないんですよ。そこだけになってしまう。それを担保するようなネットワークは必要だと思います。

曽根：人事交流みたいなものですね。

中瀬：そうですね。皆さん方も、派遣でいろいろご経験があると思うんですけれども、私もぜひ、いろいろ教えてほしいなと思います。どんな感じだったんでしょうか。やっぱり、私もあそこに行った、あの日のことはわかるわけですけれども、その後も報告は受けていますが、入っている地域によって、めちゃくちゃ違うじゃないですか。

曽根：私は直接行ってないのですが、東北厚生局の人と話をしたら、避難所とひと口に言っても、いろんなタイプがあって、行政が関与しているところも関与してないところもあるし、ひと口に語ってはくれるな、というようなことを言われましたね。

中瀬：なるほど。

橘　：前回、安藤先生のところの班でお話が。安藤先生の方から何かあれば。

安藤：確か、あのまとめが、普段の連携が重要だと、橘先生がそう言われましたけれども、今日の話を受けて、正にそうなのだなというふうに思いました。それで、前回、歯科のときは、宮城県の厚生局の方に来ていただいたのですが、ちょっと宮城県が、例えば、お隣の岩手県と比べると、普段の連携というのが随分違っていて、岩手は随分早くから対応ができたのですけれども、宮城はなかなか、その辺がうまくいかなくて、ついに先週来られた厚生局の歯科医師の指導管理官の方に白羽の矢が立ったんですよ。その方が、またすごく精力的な方で、その方が回られて随分動くようになった感じはあるのですけれども、そういう

ことが、県同士の格差ですとか、あるいは宮城県の中でも、仙台市と県行政が全然違いますよね。先生は仙台の方に行かれたんですけれども、何かそういうことを実感されたとか、何か話を聞かれたとか。

中瀬：やっぱり、違いがすごくあるので、似た機構で働いている人が援助に行くのがいいと思いますね。

安藤：似た機構。なるほど。

中瀬：特に、保健師はいいんですけど、組織調整とか、そういったことが今回大きな課題になって、その辺を担当する人は、自分の自治体の規模とか機構が、ある程度似ているところに行って援助することがとても重要だと思います。

橘　：そうすると、途中で、先生が行かれた、センター長が、センター長としての支援を外からしていかれたのは、とてもありがたかった、必要だというふうに仰っているのは、必要な仕事の中身というのが、やっぱり組織調整。

中瀬：そうですね。私が一番何度もお話させてもらったのは、どうやって支援を受けるか、ですね。それは、発信しないと応援してくれないんですね。水道とか消防って、いっぱい外から応援が来ているじゃないですか。だけど、保健所とか福祉事務所機能については、はじめは応援がなかったですね。それは、事業部門は、24時間で必ず回さないといけないような雰囲気があるのだけれども、市庁部局のお仕事は、そういうイメージがなくて、市役所の中で、応援を求めるべきだという位置付けに、まずなっていません。だから、自分のところは大変だと言っていても、市役所の中でも、ほかの区が応援してくれないし、ほかの部門も応援してくれない。それは、こんなに大変で、これぐらい業務があるのだと、アピールしないといけないのだと、そういう発想はなかった、と言われましたね。

だから、今までの、事業部門の応援は、全国的になされているわけですけれども、市庁部局の仕事ですね。今回、福祉事務所関連のことについて、窓口の応援とかはかなりされましたね。それから、避難所についても、仙台市で、相当、各避難所に張り付く人達がたくさん来ていて、一部できたのですけれども、出先のところを回すことについての応援はあるけど、本部、調整するところの応援をどうやって受けるのかが、うまく整理できてないとは、すごく思いました。

そのことを、支援は必要なんだけど、どうやったら支援を受けられるのかと、誰が支援できるのか、ですね。ある程度そういったことがわかったうえで援助に行くような人でないといけないし、その期間が１週間では厳しい。１週間では厳しいですね。現状をわかったうえで援助しようと思ったら、２週間でもできるかどうか。月とかですね。そういう単位で応援しないと難しいのではないかとは思いますね。

高知の田上先生も言っておられましたけれども、これをやったらいいなとは思っていても、１週間でいなくなって言いっぱなしになるから、どこまで言っていいのかが、とても難しい、と。責任を持てない、ということがありますね。それを担保するために、熊本市は、派遣に行く人達に、派遣前に意思統一とか研修をやって、こういうことをすべきだと直前にかなりやっているみたいですが、そのようなことですね。だから、保健所長の支援などについては、起こってからでは相当難しいので、この保健医療科学院の研修などで、

災害時にどのような支援、大規模健康危機時に、どのような支援を考えるべきなのかというようなことですね。それも、都道府県型と市型は少なくとも分けて、その機能について整理しておくといいかなとは思います。

曽根：研修も、自分のところで起こったらどうするか、という話が多いですね。

中瀬：それが、私の話にもありましたけれども、それを考えることによって、自分のところが理解できて、どうするべきかがわかりますので、もちろん、自分のところに返ってくるんですね。

橘　：それが、おそらく、すごく難しいのだろうなと思うのは、ほかに対して支援をしたり、あるいはその調整ということについて支援する、そういうことができる能力を身に付けさせる研修というのは、いったい何をやったらいいんだろうという。

中瀬：すごく難しいと思いますね。

橘　：その辺は、かなりきっと——。

中瀬：事例の演習でしょうね。多分、それしかないんだと思いますね。

橘　：それは、悩みながらやるしかないんだろうなという気がします。

中瀬：と思いますね。とても難しい。

鈴木：私は環境衛生の方を担当しているのですけれども、環境衛生監視員が、やっぱり、保健師などのチームとして、東京都の特別区だとか、いろいろなところから今回行って、結局、運転手というような業務で行っているんです。だから、本当にもう全然、環境衛生監視員の専門性みたいなことは、まったく度外視しているのですが、でも、行きたいと手を挙げている人達だから、皆さん、やっぱり環境衛生監視員の専門性をいかに発揮するかということで行って、それで現場で自分達がたまたま見つけたニーズに何らかの形で対応しようということで、避難所の環境が非常に劣悪なものに部分については提言をしたり、何らかの調査をするという形で行っているのですけれども、それが実態なのですが、やはり、特別区という組織で行っているから、普段、環境衛生監視員は、保健所にはいるけれども市町村にはいないので、その辺の情報が、例えば気仙沼に行った人達なんかは、結局その保健所の環境衛生監視員に聞いても、まったく情報がない。で、多分、普段まったく情報交換がされていないのだろうと思うのですけれども、そうすると、自分達が何をしていいのかが全然わからなかった、という感想を書かれていましたけれども。

中瀬：私が思い付くのは、もう１つ、そこで感じて、これがいいと思ったことを伝える相手がいない。市町村に相手がいないですね。せっかく、地元でやってもらおうと思っても相手がいないという問題も大きいなとは思いますね。阪神淡路のときには、本当にトイレの問題がものすごく取り上げられて、東京都もものすごくトイレの対策を進めたじゃないですか。今回、あんまりトイレの問題は出てこなかったですね。だから、あれは対応が進んだのでしょうか。私が行かせていただいたところも、わりと水が早く復旧したのと、仮設トイレが本当に、ばーっと素早く整備されて、先ほどのバキュームカーの応援なんかもありましたし、かなり今回は早く行われていたのではないかなという感じはしましたね。

　あと環境は、今のハエの問題が出ていますよね。私は、健康危機管理で、生活環境安全というのを担当していまして、感染症媒介昆虫対策とか、化学物質とか、どうすればいい

んだろう、と。本当は、厚労省の方にもお聞きしたのですけれども、今回、化学物質の漏洩ですとか、そういう事故は、たくさん起こっているはずですね。非常にたくさん起こっているのですけれども、ちょっと把握をしてみようかと打診したけれども、とても情報が返ってこない。まず、どのような現状か把握できていないということでしたので、研究事業としても、事例でもいいから、少しでも、どのような問題が起こっていたのかについて、コンビナートが燃えたり、すごい映像があったわけですから、ちょっとでも、そういうことを把握できればとは思っています。

橘　：企業なんかは出したがらないという側面もありますよね。

中瀬：そう。微妙ですよ。どう対応したかは、今の時点であれば、まだ、今は許される感じはしますけれども、それを記録にして残すと、後からどうだったのかとは――。

橘　：そうですね。

安藤：うちは、コスモ石油なんかのコンビナートも、普通だったら真っ先に、こてんぱんにやられるぐらいでしたけれども、津波と原発で詰まってしまいましたね。

中瀬：でも、地元の人にとっては、その被害を受けておられるわけなので、どうするかという問題が将来当然出てくると思いますけどね。環境の問題は、本当に難しいですね。それこそ自治体ごとに、権限と責任がばらばらで、物質とか起こった場所によっても、みんな違うので、本当に難しいなと思いますね。あと３分ぐらいですね。

――討議・意見交換――

須藤：先生、このリフジーヘルスという本は、この分野では結構有名な本なんですか。

中瀬：そうですね。それは古い本ですけど、それより新しい、その関連の本はないみたいですね。

須藤：そうですか。

中瀬：はい。今も引用はそれみたいです。

須藤：そうですか。

橘　：昨年度か一昨年度に、ＩＣＳに関しては、中瀬先生にも研修講師をお願いしたり公衆衛生協会などでの研修に海外から講師を呼んだりしてかなり保健所長会では力を入れられたじゃないですか。やっぱり、今日のお話のように、取り入れられる地域とそうでないところと、分かれていると考えていいんでしょうか。日本全体おしなべて見た場合に、あれ(ICS)はどういうふうに考えていくべきなのか･･･。

中瀬：今年、多田羅先生の研究班で、公衆衛生協会が受けている中で、分野別にインシデントコマンドシステムを作ってみようというのは、今年から２年間の研究目標にしているんですよ。だから、どういった業務があるかという整備ですね。そこのところは、健康危機 12 分野についてやってみる、ということにしていますね。それで、できるんだったら、そのことを実際にシミュレーション等をやって、どの程度動きうるかも、分野限定ではあると思うんですけど、ちょっと試行してみようというのが研究計画になっています。

橘　：やっぱり分野別ということになるんでしょうか。

中瀬：そうですね。

橘　：本来は、分野別にはすべきではない、ということになりますか。

中瀬：そうですね。どこでも応用できるものではあるんですけどね。日本で、そういう、どこでもできるんですよということで、本来で言うんだったら、都道府県の危機担当部門が音頭を取ってやる。徳島県なんかは、国の危機演習などを引き受けて、積極的にやっているんですよ。そこは、危機管理部門ですね。県庁の危機管理部門が音頭を取って、保健の部門だけでなくて、いろんなところに声掛けをしているので、うまく進んでいますね。何か、そこら辺の体制ができないと、県全体としてどう動かすかがありますよね。政令市でそのことを積極的に取り組んでいるところは、あんまりなくて。残念ながら岡山市も取り組んでいないすね。ということですね。では、何か、皆さんにコメントを言っていただきましたが、ほかに何か。せっかくですから。よろしいですか。

橘　：少なくとも 11 月の研修では、おそらく、おいでいただくことになるだろうと思います。本当に、先生、今日はありがとうございました。

中瀬：ありがとうございました。

橘　：台風の中、呉々もお気を付けてお帰りくださいませ。

中瀬：すいません。慌ただしくて申し訳なかったです。どうも、ありがとうございました。

（終了）

《資料 2》講演スライド

地域健康安全を推進するための人材養成／確保のあり方に関する研究

応援派遣災害医療専門職等との連携強化による地域保健体制の構築／人材育成

東日本大震災における健康危機管理と公衆衛生

H23年7月19日

岡山市保健所 中瀬克己

岡山市

阪神淡路の経験を踏まえて必要と考えていた事

- うまく支援を受ける方策
  支援者自身による調整／引き継ぎ
- 被災者への情報提供
- Initial Assessment
- 職員の健康管理

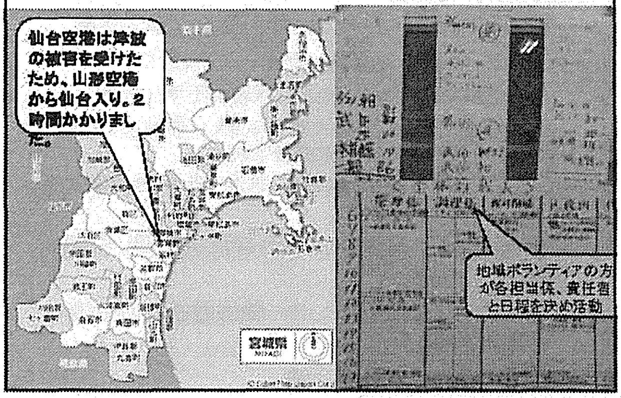
岡山市

仙台市宮城野区保健福祉センター、精神保健福祉センターへの支援

- 保健所 第1陣 3月20日ー26日
- 「保健師等のチーム」厚生労働省地域保健室による調整（医師等派遣は間に合わず）
  その後保健師2名のチームで8月末までを予定
- 医師、精神科医師、保健師2名、業務調整員
- レンタカー、ホテルの確保、パソコン、通信と食料持参、精神科治療薬
- 個別調整を併用：研究班で既知の所長、既知の精神保健福祉センター長
- 指定都市の保健所として類似の業務が多い？向精神薬の要望

岡山市

避難所への地域からの炊き出し



3月20日

- 宮城野区保健福祉センター 16:30到着
- センター長、各課長と挨拶面談 センター長：中長期対応について助言が欲しい。神戸ではどの時点くらいから通常業務を再開したのか？
- こころの健康センター長は、挨拶後仙台市の精神保健福祉センターへ赴き意見交換。
- 支援チームの夕方の定例報告会に参加。
  - 10自治体から応援。指定避難所が30箇所
  - 救護所は設置せず、医療チームとは調整や情報交換で指示ではない。医療チーム調整は主に本庁医療課が担当。
  - 区の最東端はどろだらけで水が引いていないが、保健福祉センター職員もよく分からない

岡山市

3月20日の感想

- 仙台市の組織は健康課題への対応が難しそう。対策本部の決める事項への関与は難しそう。
- 避難所および宮城野区の保健対策への寄与がまず重要かつ現実的と思われる。
- チーム間の情報共有のための工夫を強化した方が良い。被害状況や支援の地域（避難所）差や感染症サーベイランス（クラスターでもよいが）を明確に意図して発信
- 支援をもう少し上手につかうと良い。特に保健福祉センター機能の補助。

岡山市

3月21日

- 朝 ミーティング 約10分
  10チーム入り増えて来たので、終わりのミーティングは中止し翌朝全体像を書面で配布
- 午前中 避難所及び激甚被災地域の視察 家庭健康課 係長の案内
- 午後 担当避難所 岩切中訪問 保健師と巡回
- 所長への報告
  - 中長期化に向け精神保健／不活発症／Initial assessment、職員の疲弊対策、新規発症報告へ、医師の継続支援を打診

岡山市

家庭訪問した仙台市宮城野区の様子

3月22日

- 休日明けであるためか、車が格段に多く渋滞
- 8:30 定刻にセンターでのミーティング
  - 医療チームは現在他からの派遣は不用な状況。
  - 窓口は開所しており、来所者は多い。通常業務と平行した災害対応は大変困難な状況
  - 新型インフル対応と類似した状況であり、業務継続計画は重要と思われた。
- 担当する岩切小および中の避難所訪問。保健師と伴に回る。
- 16:40より保健福祉センター関係課長との会議にて提案協議
- 神戸市チームと意見交換

岡山市

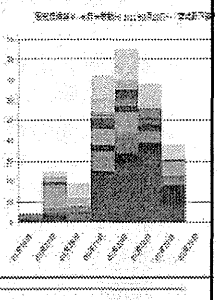
3月23日

- 8:45 朝ミーティング
  - 最多3万人が昨日4800名まで減少。
- 岡山市こころの健康センター長と伴に担当2避難所を訪問
  - ボランティアによる炊き出しは終了と張り紙
- 障害高齢課長と面談 支援可能業務について
- 午後から板東所長に報告
  - 福岡県岩本所長からの石巻市および石巻保健所の活動について書面で提供
  - 指定避難所の集約・閉鎖について：福祉避難所とともに、地域の受け皿と居場所作り

岡山市

避難所における感染症サーベイランス結果の還元

- 感染症は管理課が担当、避難所からの情報は家庭健康課とりまとめの保健師情報が正確との意見
- 感染症動向の流行曲線を3種(風邪、下痢、その他)作成しコメントを付け、家庭健康課長に送付。Exelファイルを提供。
- 3月22日コメント 高砂中の特異性が目立つ。全般に20日をピークとして減少傾向にある。



岡山市

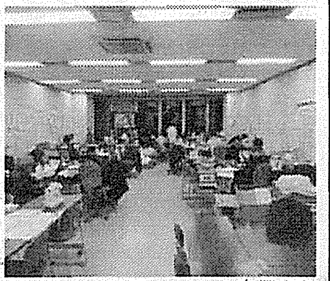
3月24日

- 流行曲線を家庭健康課長に送付
- 朝ミーティング 8:43
- 担当避難所の巡回、地元ボランティアとの意見交換
- 食品衛生課長と面談
  - 京都市から16日から4名支援に入って、環境、食品取り扱いの指導に避難所等を巡回
  - 営業者の復興や炊き出しについては指導していない
  - トイレの衛生状態を懸念、仮設トイレの廃棄状況は支援の監視員が点検
- 川崎市、神戸市の派遣チームと意見交換

岡山市

仙台市災害対策本部の隣室の各政令指定都市の災害対策本部 名古屋市、神戸市、横浜市、堺市など

- 市としての体系的な支援体制
- 市としての支援経験を自らの災害対応体制に活かす



3月24日　所長との意見交換

- ICSの基本と岩手県の採用しているICSの形態に関心持って頂き説明
  - 危機対応の全体調整は、通常業務全体調整ができていない市としては困難と感じたとのこと
- 感染症動向の取り組みを報告
- 仙台市の保健福祉センター体制を中核市、県などとも比較し危機時を含めて、保健所、保健福祉サービスの提供体制を検討する必要がある。
- 外部からの保健所長機能の補完は初期から必要と思われた。その際、自治体の行政機構や規模によって必要な支援が異なるように思われる。

- 仙台市は現市長の下、市民サービス向上のため区役所機能の向上を目指している。保健福祉サービス、主に保健師活動の重要性が高まると思われる。これは今まで保健所を見えない様にしてきたことと逆行する。業務分担制であるが地区分担制の利点が必要となりつつある。

まとめ

- 支援はチームとして行なうのが良く、政令市としては被災地の対策本部を持ち危機管理部門が総合調整する形が良いと思われる。岡山市も自ら自ら被災した場合の訓練の意味も大きく検討すべきである。
- 被災地への派遣は、派遣期間によって検討すべきで、長期化が予測される避難諸関連業務の支援は必要と思われる。医療施設は大きな被害がなく、一般的な医療支援の必要性は津波被害の大きい長期化する地域以外は少ないと思われる。

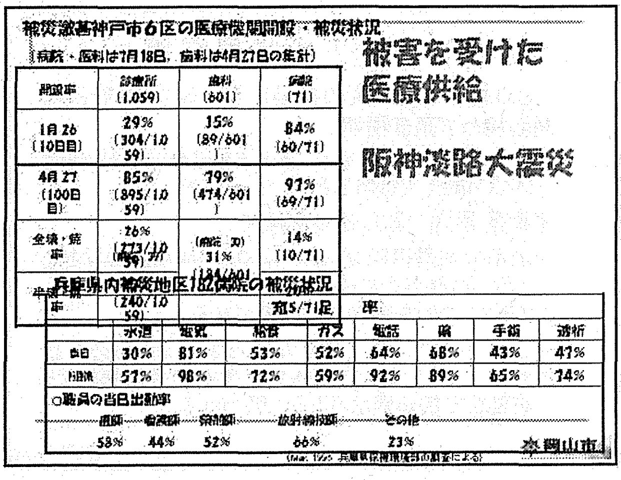
派遣を踏まえた岡山市における災害時対応に関する提言 2011.3.31

- 福祉避難所の設定と協定等による事前の備準
- 各種実務マニュアルの整備
- 危機時組織運営としてのICS/IAPの導入
- 市民への災害時における市の姿勢のアピール
  - 例。被災者には食事等生活必需品を支給する(避難所内に限らず)
- AMDAなど民間支援ボランティア組織との協定締結

マニュアルの整備

以下のマニュアルおよび各々についての支援受け入れマニュアル。また3つ程度の期間区分によるおおよその変化。当初3日程度の利用を見越した基本的な連絡／集約等に必要な様式

- 保健活動マニュアル
- 救護所設置、運営方針
- 避難所運営マニュアル　運営体制特に学校教員と福祉事務所職員との役割、避難所内および外の被災者の運営への参画方策、具体手順
- こころのケア活動マニュアル
- ボランティア活動および受け入れマニュアル



開設率	診療所(1,059)	歯科(601)	病院(71)
1月26(10日目)	29% (304/1,059)	15% (89/601)	84% (60/71)
4月27(100日目)	85% (895/1,059)	79% (474/601)	97% (69/71)
全壊・焼率	26% (273/1,059)	(病院 30) 31% (184/601)	14% (10/71)
半壊・焼率	(240/1,059)	[illegible]	[illegible]/71

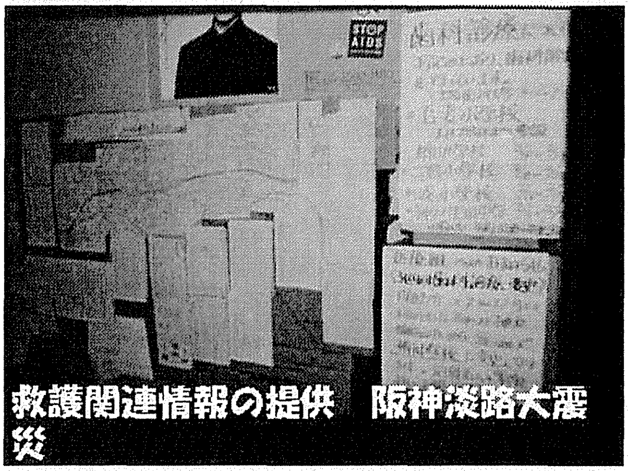
兵庫県内被災地区182病院の被災状況

	水道	電気	[illegible]	ガス	電話	[illegible]	手術	透析
当日	30%	81%	53%	52%	64%	68%	43%	47%
1日後	57%	98%	72%	59%	92%	89%	65%	74%

○職員の当日出勤率

医師	看護師	薬剤師	放射線技師	その他
53%	44%	52%	66%	23%

(Mar. 1995 兵庫県保健環境部の調査による)



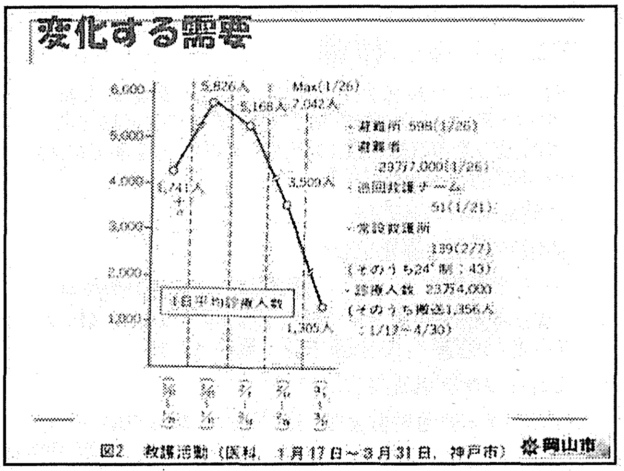
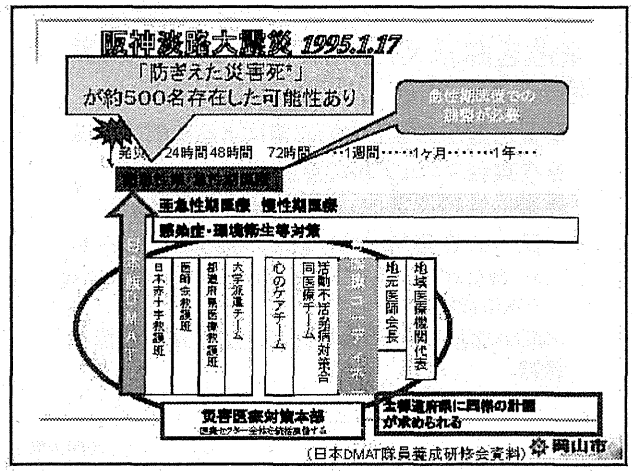


図2　救護活動（医科，1月17日～3月31日，神戸市）



（日本DMAT隊員養成研修会資料）

被災激甚神戸市6区の医療機関開設・被災状況

（病院・医科は1月18日、歯科は4月27日の集計）

開設率	診療所 [1,059]	歯科 [601]	病院 [71]
1月26 (10日目)	29% [304/1,059]	15% [89/601]	84% [60/71]
4月27 (100日目)	85% [899/1,059]	79% [474/601]	97% [69/71]
全壊率	26% [273/1,059]	31% [184/601] (病院 30)	14% [10/71]
半壊率	23% [240/1,059] (病院 9)		20% [15/71]

被害を受けた医療供給

阪神淡路大震災

兵庫県内被災地区182病院の被災状況

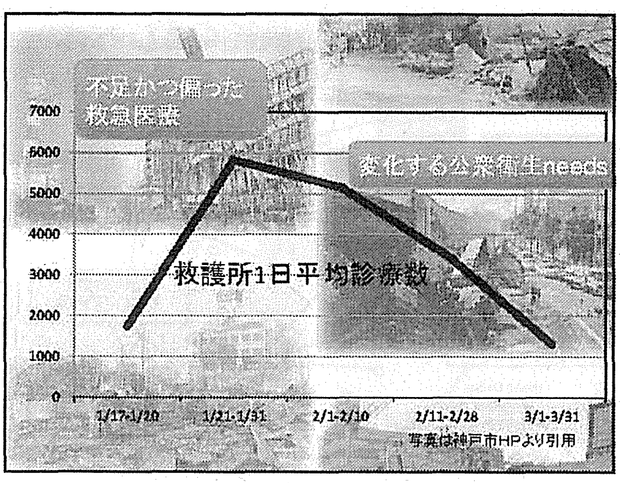
	充足率							
	水道	電気	給食	ガス	電話	薬	手術	透析
当日	30%	81%	53%	52%	64%	68%	43%	47%
1週後	57%	98%	72%	59%	92%	89%	65%	74%

□職員の当日出勤率

医師	看護師	薬剤師	放射線技師	その他
58%	44%	52%	66%	23%

(Mar. 1995 兵庫県保健環境部の調査による)

岡山市



神戸市中央区における医療救護

- 需要の急拡大：
  - 96ヶ所3万9千人の避難者　応急医療
- 急速な需要変化：
  - 外傷から慢性疾患へ
  - 2日一巡→拠点駐在→定点駐在
- 救護班：1/18～3/31
  - 1984班、延べ約1万人の医療班、
  - 1/18：3班→1/20：20班（2月末までほぼ20班）

迅速で組織的な受給調整が必要

岡山市

構築はICSで
運営システムはIAPで

救急医療の需給

通常医療の需給

災害発生

救急医療
外部援助

調整は
統括DMAT

地域医療供給

通常＋災害医療
外部援助→救護所等

調整は
災害医療コーディネーター?

地域供給

臨時システムの構築と調整

岡山市

大規模災害時の
医療需給の不足

救急医療の需給

通常医療の需給

災害発生

不足する
救急医療の供給

通常医療から振り替え

地域医療供給

不足する通常および
災害時医療

通常＋災害医療
（こころのケア、活動不活発症等）
地域供給

岡山市

構築はICSで
運営システムはIAPで

救急医療の需給

通常医療の需給

災害発生

救急医療の　外部援助

日本版DMAT

通常医療から振り替え

地域医療供給

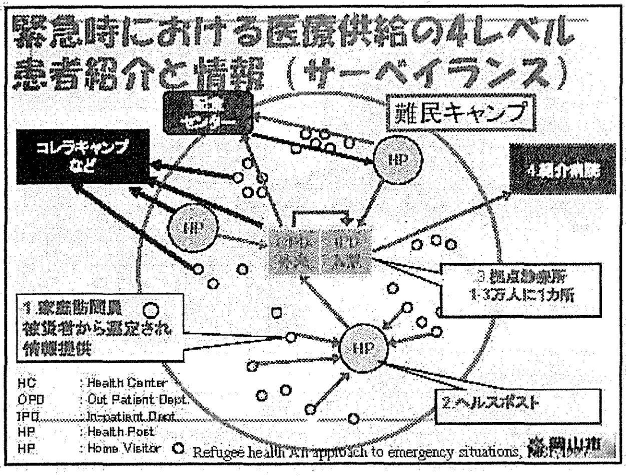
外部援助（救護所等）
医療チーム、

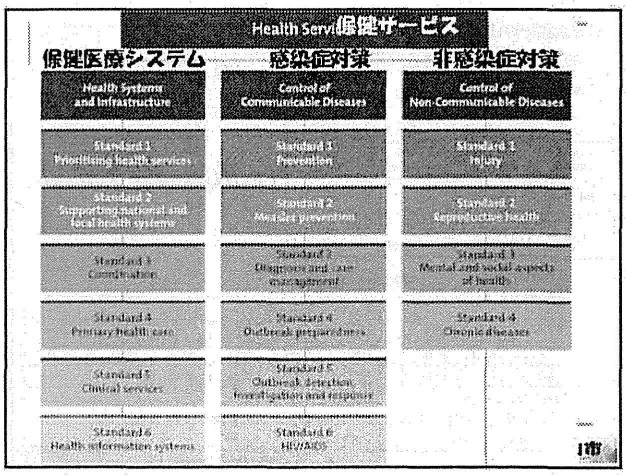
通常＋災害医療
（こころのケア、活動不活発症等）

地域供給

臨時システムの構築と調整

岡山市





新潟県中越沖地震調査特別委員会（日本集団災害医学会）からの提言

- 医療救護本部の迅速な立ち上げに，災害医療の専門家の早期の連携は有効である。
  - 医療救護班管理・避難所支援の立ち上げにDMATが関与し48時間以降には地元の災害医療コーディネーター（新潟県では保健所長）が引き継いだ。
- 日本医師会は都道府県医師会と連携し被災地域医師会支援を早期から行うべきである

岡山市

保健所の標準的機能　発災時評価項目

健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究 '08

- 発災時の医療判断：外部支援要請の必要性
- 管内医療体制の判断：経時的に変化する必要医療体制
- 48時間以内の医療等対応
  - 救急医療対策、在宅要支援者（施設）対策、避難所の予防対策、在宅者の二次被害予防対策
- 避難所医療体制（48時間以降）
  - 二次的健康被害対策（PTSD等）、必要医療供給量の判定：医療連絡会議、市町村の要望
- リスクコミュニケーション
- 愛玩動物対応

岡山市

ICS,IAPを導入している米国と比較したわが国の現状

- 発災時の実働体制全体像と部門責任者を迅速に示すことが優先されない、伝わりにくい
  - 多組織・部門の協力、組織運営に無駄と混乱が多い
  - 初期評価の統合に手間取る
  - 応援要請が迅速・系統的にできない
- 自然災害での発災地従事者の疲弊
  - 任務時間が明確化されておらず業務持続が困難

岡山市

危機時指揮システムICS（Incident Command System）とは

- 複数の機関が大災害発生時等に協働して対応を行うことを可能にするためのマネジメントのシステム
- 1970年代カリフォルニアでの大規模火災消火活動で複数消防署間での調整がうまくゆかなかった原因
  - 命令系統が不明瞭だった（誰が責任者か）
  - 複数機関を前提とした「システム」を含めた計画が事前の検討においてなかった
  - 複数機関の間での統一のマネジメント組織がなかった
  - 統一された用語がなかった

岡山市