

援されているのでしょうか。

○中林参事 実際に訪問看護ステーションから上がってくる情報に基づいて、その方をまず訪ねます。そのときには、必ず訪問看護師、普段そこに行かれています方と一緒にいきまして、その人を助けるに当たって、どなたが近くで助けられるかとか、そこら辺の状況を把握した上で、どこの医療機関に届けた方がいいのかということ、個別につくり上げるような形になっています。

○大友氏 そうしたら、御自宅から病院に行くということですね。

○中林参事 そうですね。

○大友氏 公民館とか小学校と書いてありましたけれども、どういうことですか。

○中林参事 これは要援護者のプランと同じ様式になっていますので、実際は医療機関です。

○大友氏 そうですか。公民館に行って、そこで人工呼吸器をつけるとか、そういうことかと思いました。わかりました。

あと、災害時要援護者の対象は手挙げ方式にしているということだったんですが、一方、対象となる方のターゲットがひとり暮らしの独居老人ということなんですが、そうすると、恐らく手を挙げてくれない人がかなりいるのではないかと思います。その辺は大丈夫なんでしょうか。

○中林参事 特に要援護者の場合は、なかなか把握できないところがありまして、今年度から65歳以上の独居老人に関しては、地域の民生委員に情報をあげようという形になっています。

○大友氏 手挙げではなくて、それはきちんと把握をしているということですね。

○中林参事 はい。

○大友氏 わかりました。ありがとうございました。

○笹井所長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、大分県中部保健所の藤内所長さん、よろしくお願ひします。

保健所、市町村における災害時医療公衆衛生活動 大分県中部保健所所長 藤内修二氏

大分県中部保健所の藤内です。

私からは、先ほど尾身先生からの挨拶の中で触れられたDPAT災害時公衆衛生対策チーム（公衆衛生版DMAT）を、大分県で平成23年度に全国に先駆けて検討し、実際に設置し、昨年7月の九州北部豪雨の際に試験的に派遣いたしましたので、その辺りの経過を御紹介させていただきたいと思ひます。

まず公衆衛生版DMATといひますか、DPATについては、まだ海のものとも、山のものともわからない、どんなものなのかという方が少なくないと思ひますが、一昨年のも東日本大震災の際には、行政機関が被災して、保健所機能が麻痺しました。そのために、どんな公衆衛生ニーズがあるかという情報発信も十分にできずに、公衆衛生対応が遅れました。特に、被災者の生活環境は非常に劣悪な状態が長く続き、それが健康被害につながるということが多く報告されました。人と環境をトータルに見るといふ公衆衛生が十分に発揮できなかったわけです。改めて災害時における公衆衛生の意義を再確認させられることになりました。

DPAT構想といふのは、実際に被災地の保健所が大きな被害を受けたときに、それを肩代りするチームを派遣し、被災地の保健所が回復してくれば、徐々にそれを引き継ぐといふものです。災害当初は避難所等の保健衛生ニーズを把握しながら、そこに派遣された保健師や医療チームの調整などをしながら、その自治体、特に市町村や保健所における公衆衛生の意思決定をサポートするようなチームが必要だろうといふことで、検討を始めました。

大分でこういう検討をいち早く始めようと思ひしたのは、大分県の7つの保健所のうち4つが、南海トラフを震源とする大地震で、被災する、浸水することがわかっています。特に、私のいる中部保健所を含め2つの保健所は、海拔2メートルにあるんですが、6メートルの津波が襲うことになっています。2階部分まで水没するという状況の中で、実際に南海・東南海地震が起これば、まず保健所は機能しなくなる。そのときにそれをバックアップする体制をどう作るのかといふのは、喫緊な課題でして、国の制度ができるのを待たずに、県で検討を始めたといふことです。

平成23年4月に、石巻保健所に所長や事務職のチームを3週間にわたって派遣し、そこで何が災害時の公衆衛生機能として重要だったかということ、実際に派遣された職員を中心に議論しました。特に、情報が十分に集まらなかった、あるいは集まったんだけど、それが活用されていなかったということから、災害時における公衆衛生課題について、情報をどこからどうやって収集するのか、そして、それをどう見える化し、意思決定に活用するのか。そういった議論を重ねて、このチームのあり方について検討しました。

ほぼ半年間にわたる検討の結果、平成23年12月にDPAT、災害時公衆衛生対策チームのあり方ができまして、市町村の関係職員を集めて報告会を開催しました。折しも、大分県は平成23年に県の地域防災計画を改定しておりましたので、県の地域防災計画の中に災害時公衆衛生対策チームを盛り込んでいただきましたし、市町村にもそのことをお伝えしたことで、今、市町村の地域防災計画ができ上がりつつありますが、その中に保健所の役割とともに、災害時公衆衛生対策チームの役割について、書かれるようになってきています。

このときに議論された災害時に必要とされる公衆衛生機能ですが、先ほどの佐々木所長さんの話とも少しかぶるので、はしよりながらお話をします。まずはアセスメント機能です。特に人と環境をトータルに見られる、あるいは避難所の生活環境等から、将来起こる健康影響を予測しながらアセスメントでできることが重要だろうと思います。

それから、集まった情報の集約、特に見える化。たくさんある課題の中で、最優先に取り組むべき課題とか対象者を選定することも必要になります。

情報発信機能、健康教育機能、個別支援・相談機能、この辺りの説明は不要だろうと思います。

もう一つ、組織育成・支援機能。特に長期間にわたる避難において、住民の孤立を避けるために見守るか、声かけを行うような住民組織の育成や支援も必要になってくるのではないかと考えます。

マネジメント機能としては、保健医療チームの調整、避難所の生活環境改善に向けての調整といったことも必要になります。保健サービスの再開であるとか、地域の医療の再開といった、保健医療福祉の再建に向けての中長期的な計画の策定につながってこようかと思っています。

こういう8つの機能が議論されたわけですが、これらの機能は、何も災害時に特に要求される機能ではなく、実は平素から保健所に求められる機能にほかならないということに気づきました。

こうした議論の結果、DPATの活躍の場所としては、まず、被災保健所における広域的視点でのマネジメントの支援が重要であり、それに加えて、石巻保健所に派遣されたときの学びから、保健所の職員と一緒に市町村に入ることが重要であることがわかりました。市における意思決定の支援をしながら、その市で活動している保健医療チームの活動の調整という機能が必要だろうということになりました。

それから、出動の基準やタイミング、構成メンバーについて決めてまいりました。メンバーは医師、保健師、衛生課職員、管理栄養士、事務という8人を1チームとしてあらかじめ決めておいて、即座に派遣できるようにしています。必要に応じてメンバーを減らしたり、増やしたりすることになります。

派遣期間は、原則2週間です。

指揮命令系統としては、被災保健所の保健所長の指揮下にはいるということが原則です。

先ほど申しましたように、活動は被災地の保健所と市町村の2カ所を考えております。

被災地の保健所では、広域的視点でのマネジメントの支援ということで、実際は情報の見える化であったり、整理した情報を市町村の災害対策本部にフィードバックしたり、県の地区対策本部や県の災害対策本部へ上げる。あるいはアセスメントに基づいて、保健医療チームの広域調整を行うといったことが必要になるかと思っています。

市町村においては、市の保健担当課長さんあるいは保健師等のトップが、地域において、保健衛生について意思決定をする上でのサポートです。そのためにも、情報の見える化というのは同様に必要ですし、実際に災害対応で被害者の健康とか福祉に関わるのは、1つの課、1つの班だけではなくて、複数の課が担当します。そこが得てしまえば、縦割りでもうまく連携できていないということが経験されましたので、その連携を促す。そして、少し冷静な立場で、長い目で見て、今後のことを一緒に考えていく。そういう中長期的な保健計画の策定支援が重要になってくるかと思っています。

実際にこうしたチームができたのは、昨年4月であります。そして、昨年7月に九州北部豪雨を経験しました。そのときにDPATの試行的派遣をしましたので、その報告をします。

派遣の対象になったのは大分県内のT市です。所管するH保健所は被災していませんでしたので、8人という大きなチームではなくて、公衆衛生医師と保健師の2名という小さなチームで派遣いたしました。

た。

派遣した際の市の状況は、人的被害もあり、床上浸水が150棟以上、こども診療所水没し、診療不能といった状況でした。4地区で3,500世帯が断水という状況でした。孤立した地区もありました。

DPATを派遣するまでの経過ですが、被災地域の保健所そのもののがかなりしっかり動いておりました。つまり初日から河川が氾濫したという情報をもとに保健所から市役所に連絡要員2名を派遣し、その報告に基づいて、保健師3名の派遣を決定しております。

2日目には、この3名が、避難所に避難した住民の健康管理を担当しています。

3日目にDPATの試行的派遣について協議をさせていただきました。その結果、先ほど言いましたように、メンバーを縮小して派遣しようということになりました。何よりも試行的な派遣でしたので、市役所にもこういう趣旨で入りますという、丁寧な説明をさせていただきました。

実際にはDPATのメンバーと所管する保健所の保健師さんがペアを組んで、T市の災害対策本部に入る形です。災害対策本部で被害者の健康や福祉にかかわったのは、健康増進課、保険課、福祉事務所という3つの課です。これらの連携の促進がとても大きな役割だったと考えています。

早速3つの課からヒアリングを行いました。そうすると、それぞれ住民からの相談や要望に対応していましたが、情報が共有されず、ばらばらな対応になっておりました。

また、今後、床上浸水した世帯への訪問調査といったことが必要になり、そのためにどれぐらいのマンパワーが要るかといったことをしっかり見える化し、保健師の派遣要請につなげるような、資料作成の支援をしました。

そして、3課の連携のための合同連絡会議を開催しました。こういうものは、わざわざ外部からチームが行ってしなくても、普通だったらできるのではないかとお思いになるかもしれませんが、このT市は、県内の市の中でも保健衛生については、非常にしっかりした市です。そういうしっかりした市でも、いざ災害となると、結果的にはばらばらに動いてしまって、なかなか情報の共有できなかった。その辺のところこのチームが入って、サポートしたところに意義があったと考えています。

実際は3日間のみ派遣でしたが、T市からは実際にどのような対応をするかという意思決定を補佐するのに、非常に重要であったという検証結果をいただいております。

最後にこうしたDPATが機能するために、5つほど要件があると考えています。

1つは、今回、市町村災害対策本部に派遣したわけですが、市町村職員と顔が見える関係にある被災保健所の保健師等を、橋渡し役として、一緒にチームのメンバーとして派遣することが必要であること。

2つ目は、市町村の担当課長さんとか、福祉事務所長さんとか、そういう幹部職員あるいは医療チーム等への確かな提案をするためには、公衆衛生医師が含まれていること。

3つ目は、市町村の地域防災計画に被災者の健康支援等における保健所の役割とDPATの役割について明記されて、こういうチームが来るんだということを、市町村の方もしっかり理解してもらうこと。準備がどこまでできるかはわかりませんが、受援体制を整備することが必要だと思います。

今、国では検討が止まっているそうですが、初期アセスメント等を行う健康支援先遣隊というものが検討されているのですが、こうしたチームとの役割分担や連携について検討することが必要になります。

冒頭に災害時の公衆衛生を8つほど紹介いたしました。災害時に特化した機能の検討のみならず、先ほど申し上げた公衆衛生機能といいますが、そうしたものをしっかり議論することで、機能強化を考えていくことも必要ではないかと考えています。

大分県の限られた取り組みではありますが、こうした具体的な議論が各県で起こることで、次の全国区の制度へと発展させていことにつながるのではないかと考えています。

以上です。(拍手)

○笹井所長 ありがとうございます。非常に具体的な組織をつくられて、水害時に派遣して、それを検証したという報告でした。

何か御質問はございますか。よろしいですか。

ありがとうございました。

続きまして、静岡県岩田危機報道監、どうぞよろしく申し上げます。

地域防災計画と災害時医療公衆衛生体制
静岡県危機管理部危機報道監 岩田孝仁氏

静岡県の危機報道監をしております、岩田と申します。

私は公衆衛生や医療の担当部署というよりは、むしろ防災全般にわたって、これまでいろいろやってきました。特に広域災害はどういうふうを考えるのかといった視点で、是非皆様方に参考にしていただければと思います。

ここにプレートの図がありますけれども、この前の東日本大震災は超広域災害と捉えられています。同じように、東海地域では、東海・東南海、さらに四国から九州沖にかけていわゆる南海トラフの巨大地震について、超広域災害の視点で今、いろいろ議論し、特に西日本全体は防災計画について見直し等が進められております。

そういった中で、タイトルの3人に1人は災害時要援護者という視点は、我々も10年ぐらい前から取り入れて、いろいろ考えてきましたが、具体的にはなかなか進んでおりません。特に障害をお持ちになっている方、寝たきりの方、高齢者、最近の子供、特に乳幼児を抱えたお母さん方、こういった方々に対して、実際の災害リスクの問題と、その後、どういうふうケアをしていくかという、その2つについて、議論はしても、なかなか対策が具体化していないというのが現実です。今回、東日本大震災で、そこら辺の問題はいろんなところで出てきているのではないかと考えています。

私どもはこの震災の直後には、直接支援に入れませんでした。例えばこういった災害現場があって、私どもが入ったのは3月25日です。県から二十数名の職員を連れて、支援隊を組んで入りましたけれども、それに先駆けて、保健師さんたちのグループが行っておりました。3月15日、ちょうど福島第1原子力発電所がかなり大量の放射能を放出したときに、ちょうど福島辺りから宮城へ入ろうとしていて、少し足止めを食らったということがありました。そういった活動が先行しながら、実際に本隊は3月25日にようやく現場へ入って、活動を始めました。

阪神の震災が18年前にありましたけれども、このときには1月17日に地震がありまして、私自身は3日目の1月19日に兵庫県の支援に入っていたんです。それに比べると、広域災害というのは、自治体の支援を考えたときに、かなりしっかりした仕組みを事前にきちんと構築しておかないと、大変な事態になるということを実感しました。

これは3月25日の姿です。岩手県の山田町には避難所があって、仮設の診療所が既にできていました。それから、医薬品のセンターができたりして、医師であるとか看護師さんたちの応援部隊が既に中に入っていました。

こういった言い方は悪いんですけども、今回の東日本では、災害直後の救急救命期はほとんど手つかずだった。現地におられた医療関係者の方だけが苦労されて、外からの応援が入り切れなかったということ、いろんな方の証言で聞いています。

今、東海地域を中心に、東海地震とか、東海・東南海・南海地震とか、これは少し古い資料ですけども、中央防災会議が出した震度分布です。特に静岡県を中心に震度6強から7、非常に激しい揺れに見舞われますけれども、三連動であるとか、さらに大きな地震になると、東海地域だけではなくて、紀伊半島から四国、九州までかなり大きな被害が出る。津波も広域になる。

特に静岡の場合、極めつけは、先ほどの震度分布もそうですけれども、地震が起きてから数分で、津波の第一波の影響を受けるということで、これまで三十数年、地震対策はいろいろと取り組んでまいりました。これまでやってきた対策というのは、主に予防です。地震が起きても被害を減らしていくのが基本であります。その後の応急活動は確かに重要ですけども、根本は被害そのものを軽減していく、災害の規模を小さくしていくことが重要であります。

そのために、今まで徹底的に耐震化などに取り組んできました。特に学校であるとか、体育館、こういった重要な施設の耐震化はかなり精力的に取り組んできました。

ただ、静岡は三十数年やっても、木造住宅の耐震化率は80%です。ということは、まだ多くの犠牲者が出るということでもありますし、決して人が激減をしている状態ではないことも事実だと思います。全国から見ると、静岡県は三十数年やってきて、かなり予防対策は有意にできていると言いつながら、現状はまだこういったレベルである。

県民意識も関心は非常に高いんですけども、具体的に食料とか水を備蓄をしている方々は4割弱で

す。今、目標は3日分ですけれども、それですら4割ぐらいしかない。こういったことも現状であります。

こういった中で、もう一つ大きな課題は少子高齢化です。医療とか保健福祉だけの問題ではなくて、地域のお互いに支え合う力が大事です。今回、東日本に行って我々が痛感したのは、地域のコミュニティーがまだすごく残っているといますか、助け合いが非常に残っています。先ほどの避難所の光景を見ても、我々が何か手助けをしようとしても、逆に、自分たちで何とかできるといった反応が結構ありました。

全国的にも少子高齢化というのは地域の活力を非常に弱めている。例えば災害で被災した後に、お互いに助け合うとか、救助し合うという力が非常に弱まっているというのが、日本全体の傾向であります。

静岡は、1975年、高齢化率が7.9%の時代に地震対策をスタートしました。現在は23%を超えました。もうじき30%を超える時代に来ている。そういった中で、地域のつながりをどうするかといった課題があります。

公衆衛生とは外れるかもわかりませんが、今、地域住民を防災活動にどう参加させるかということをやっています。1つの切り口で、中学生・高校生を防災訓練に参加させる機会をつくっています。

例年、静岡は9月と12月に2回全県的に防災訓練をやるんですけれども、12月の地域防災訓練は、地域の自主防災組織が中心になって、これに中学生・高校生が37%ぐらい参加するようになりました。統一日の前後を加えると53%ぐらい、約半数を超える中学生や高校生が防災訓練に参加しているんです。彼らは結構貴重な役割をされていて、具体的には消火活動をしたり、救助活動をしたり、体を動かす活動、大人と一緒にやる活動を含めて、例えば高齢者や障害者世帯の安否の確認に行ったり、地域の中で役割を持たせると、かなり具体的な活動を彼らがしてくれるようになります。それも地域のコミュニティーのあり方の1つかもしれません。

ほかの話題で、家の中の対策がなかなか進んでいないというのも現状です。建物に関して見ますと、家具の転倒など様々な課題が残っています。今、広域災害に対して、新たに私ども静岡県も6月を目標に想定の見直し、防災計画の改定をやろうとしています。

これもちょっとお話しましたが、1つ目が広域災害、特に超広域災害への対応ということで、従来、東海地域単独でも広域災害だったんですけれども、それでも外からの支援がしばらくするとある程度入ってくるという前提を置いています。それがもう少し制約される。例えば物資とか支援などの救援が相当おくれることも、具体的に考えなければならない。先ほど食料、水の備蓄は3日という目標にしていたけれども、東日本の事例を見ると、3日ではなくて、それは1週間とか10日ぐらい先まで上げなければならないかもわからないという問題があります。

それから、全国のどこでも抱えている中山間地、特に長期間の孤立を頭の中でイメージしていても、具体的にそれにどう対応していくのか。高齢者が非常にたくさんお住みになっている地域がたくさんございます。

今、我々静岡でやっているのは、情報の伝達手段です。衛星携帯電話とか無線機等を集落に配置して、情報だけはお互いにやりとりができる手段をとっています。更にヘリコプターによる救出のポイントを各集落で決める。具体的には自衛隊に現場に入ってもらって、実際にヘリコプターで離発着できる場所の確認を毎年1~2回行っています。それも含めて、孤立の長期化に対して、もう少し具体的に対策をしていかなければならない。

それから、造成地盤、人工改変地というのは、かなり長期間復旧できないというのが、今回の東日本でもわかりました。それは逆に言うと、避難生活が相当長期間に及ぶということも考えなければなりません。

食料や生活必需品、医療資器材など、従来、静岡の場合には、流通在庫ということで、市中に流通しているものを、災害が起きた瞬間に協定等に基づいてかき集めてくる。ある程度市内に物資が流通している前提で、食料であるとか、生活必需品などを考えていました。ただ、今、ふたを開けると、実は流通がほとんどない。というのは、製造ラインから直接小売へ流れていくものが、相当増えてきております。食料、生活必需品だけではなくて、医薬品などもかなりそういう傾向があると聞いておまして、東日本大震災時にも製造ラインから直接現場の被災地へ物が入ってきました。そうすると、こちら辺で、もう一度、全体を考え直さなければいけません。

深刻なのは、ライフラインです。途絶えるのは仕方がないんですけれども、普段の市民生活そのものがかなり依存しています。トイレの問題1つとってみてもそうですし、今、多くの方は地震が起きると

避難所にそのまま行ってしまうんです。建物が残っているのであれば、建物が無傷であれば、ライフラインが途絶えても、我々にはできるだけ自宅で被災生活を送ってもらいたいということをお願いしていますけれども、現実にはなかなかそうはいかないということがあります。ここの意識をどう変えるかです。

それから、最後のところに、通信とか医療福祉の途絶です。先ほども事例の紹介が幾つかありましたが、例えば医療関係で言うと、よく言われるのは、県外へ搬送するといった仕組みで、東海地震の応急活動では数百人の規模でしか県外搬送できないというのが現実です。そうしますと、今、私どもの想定では、1万9,000人の重症患者が出ます。そのうちの半数は県内の医療機関で診られるけれども、残りの半数は県内の医療機関だと十分に治療ができないケースも考えられます。それがさらに広域になると、県外へ搬送することはできなくて、中に医療チームを入れて、救急治療をしなければならない。そこを現実的にどう組み立てるかという課題があります。

それから、静岡県内の市町村でも、計画上、救護所があっても、医師が具体的に配置できていない救護所が現実には幾つか出てきています。それは医師そのものがその地域にいないというケースもあって、これは本当に細かい話ですけれども、医師が診療所と全然違ったところに居住されているケースもあり、実際に災害が起きると、その医療救護所が開けない。こういった個別の見直しもしていかなければいけない。

DMATは、今、かなりいろんなところで活動されています。ただ、静岡のDMATの支援隊長とお話しているのは、公的なチームとして活動ももらいたい。公的なチームとしてDMATは位置づけられているんです。例えばいまだに広域災害でも、自分たちが調達した車で被災地へ入るといった計画がまだ残っています。今、静岡の総合防災訓練でお願いしているのは、是非南関東の災害拠点から、自衛隊のヘリを使って、県内に入り災害拠点病院に配置するという形にしてもらいたい。具体的には、訓練のときに、そういう形で県内へ入っていただいています。そうしないと、特に広域災害になったときに、個人の力で幾ら頑張っても、被災地へ入ってこれない。入った被災地の中で、いわゆる医療活動の1つの流れの中に全部乗っかっていただきたいと思います。

これはきょうの議論の中で言うと、DPATという新しい仕組みも同じことだと考えています。特に広域災害になったときに、一人ひとりの努力だけで解決するものではなくて、全体の仕組みの中に全部乗っかってくる。是非そういったことをしていただきたいと思います。

細かい話ですと、先ほど医療資材の話をしました。

それから、医療拠点病院のライフラインも、今、燃料は3日間、72時間を目標として、各医療機関に整えてもらいましたけれども、多分72時間もたなくなる。

最後の方に難病患者の方々とございますが、今回の東日本でも、地域の中に相当取り残されたんです。これは具体的に何か方策を考えていかなければならないということでもあります。

先ほども話題になりました在宅医療、もう一つ、東日本で問題になったのは、在宅福祉サービスです。今、こういった日常の医療サービス・福祉サービスが充実してきました。逆に言いますと、災害で供給が途絶えると、非常に大きな被害に繋がります。ここら辺をどう解決するかということに、今、頭を悩ませているというのが現状であります。

今、静岡で考えていることで、これはできるか、できないかはわかりませんが、そんなことを視点として、今、防災計画のいろんな議論をさせていただいています。

(拍手)

○笹井所長 ありがとうございます。静岡県は大きな被害が想定されていて、今、防災計画を改定中ということで、そういう立場から、医療だけでなく、全体のシステムあるいは地域での防災対策とか、非常に幅広いお話を伺いました。どうもありがとうございました。

それでは、時間の関係上、急がさせていただきます。

次は、徳島県医療健康総局の石本次長さん、お願いします。

地域防災計画と災害時医療公衆衛生体制
徳島県保健福祉部医療健康総局次長 石本寛子氏

ただいま御紹介いただきました、徳島県保健福祉部医療健康総局の石本でございます。どうぞよろしくお願いたします。

私がここに呼ばれたのは、他県では医療コーディネーターを置いているところはいくつありますが、徳島県では4種類のコーディネーターを置いたことが珍しいのでお話をいただいたと思っております。

南海トラフの巨大地震の際には多分支援は高知県に集中し、徳島県は支援の手が少ないことが予想されますので、こういうところでアピールして、先生方には是非支援いただきたいという意味も兼ねて参りましたので、どうぞよろしくお願いたします。

まず4つのコーディネーターを置いた経緯です。本県も東日本大震災のときに、医療救護班、心のケアチーム、介護支援チーム、災害支援ナース、保健師チーム、現地連絡員等、保健福祉部で総勢658名の支援チームを宮城県に派遣しました。今回の支援チームの特徴は、今までの阪神や新潟地震と違いまして、トータル的な支援が県としてできたということです。

保健師チームは、今までと違って、保健所の保健師とその管轄の市町村の保健師がペアになっていくようにしましたし、ここにありますように、医師会、看護協会、理学療法士会、介護福祉関係者、歯科医師会など、各団体もチームに加わっていただきました。当時、大学病院も東北大学病院に入っていました。すぐに県のチームに加わり、徳島県全体が一体となったチームができました。

当初は飛行機が飛んでいませんでしたので、チームはバスなどに一緒に乗って行き帰りを共にしました。このため、事前の情報交換や成果も共有できましたし、帰ってからも報告会などを通じ、「チーム徳島」といえるほどの一体感が生まれ、災害に向けて準備しなければならないという機運が非常に盛り上がったことが、1つの効果でありました。

医療に関するチームですが、3月11日にDMATが出動し、3月16日から医療救護班を派遣しました。また、看護協会が中心となって、福祉避難所に災害支援ナースを送っています。

医療関係のまとめですが、効果的であった点は、先ほども申し上げましたように、徳島県は関西広域連合のチームとして、宮城県を支援することが決まっておりましたので、たくさんのチームが集中的に同じ地域を支援することができたことです。ただし、パッケージで同じ地域を支援できたらよかったです。それぞれニーズに応じて派遣していったものですから、地域は異なっています。できればこれからはパッケージとして、同じ県のチームを派遣できれば、情報交換もでき、支援体制づくりがうまくいくのではないかと思います。

もう一点良かったことは、宮城県庁の中に関西広域連合の事務所が置かれまして、現地連絡事務所として、宮城県庁との調整や現地で足りないものを調達するといった、後方支援が行われたことです。先ほども言いましたように、いろんなチームが一緒になって県のチームとして行きましたので、長期間にわたる支援ができました。特に医療救護班ですと、1チームだけではなくて、最高3チーム派遣できましたし、6月まで継続して支援することができました。また、窓口を一本化し、移動手段やいろいろな調整を県がしましたので、ほかの関係団体からも非常に感謝されました。

課題ですが、DMATの現地での移動手段、通信手段の確保、薬剤・医療資器材、特に超音波といった医療機器の調達、当初十分できなかったという現状があり、コーディネーターの必要性を実感しました。

保健師チームは、3月16日から7月15日までと、8月1日から翌年3月31日までは、3カ月ごとの長期派遣を行っております。ここから見えた課題が、地域全体をコーディネートする機能が十分ではなかったということです。情報を集約して、アセスメントし、対応する仕組みが十分ではなかったという状況がみられました。避難所では、1カ月経っても食料の格差があり、そういった課題が災害対策本部に上がって是正されないということがあり、保健衛生の視点が生かされていない、情報の集約と改善の仕組みが十分でないという課題がみられました。また、最初に保健師チームが配置されると、3カ月経ってもなかなか変更できないという状況があつて、フェーズに応じた見直しができる体制が必要だと感じました。

地域全体をアセスメントできる、保健・医療・福祉を総合した司令塔が不在だった、在宅医療、医療救護チーム、保健師チームなど、それぞれが情報共有できていたところもありましたが、全体を把握し対応する統括者が不在だったと思います。

もう一つの課題は、支援者間のコーディネーター機能です。外部からの支援者の配置調整が機械的に行われていて、配置調整に必要な情報の共有化が十分ではなかったと思いますし、支援者間の情報共有ができていなくて、避難所に入れば、そこだけしか見えないという状況がありました。被災自治体間、自治体の職員と支援チーム間の役割分担や連携も十分ではなかったようでした。自治体間のコーディネーター機能についても、県と市町の間、保健所との連携が十分ではなく、日ごろからの連携の重要性を実感しました。被災自治体と支援自治体、また国との連携・情報共有がより重要だと思われました。

そういったことから、災害時保健衛生活動の準備として、災害時に保健・医療・福祉をトータルでコーディネーターできる人材の配置と育成が必要だと考えられます。

被災自治体が大きなダメージを受けることも考えられますので、このコーディネーター機能を早期から支援する全国的なシステムの整備が必要だと考えます。また、県と市町村の関係づくりを平常時からしておく必要性を強く感じました。これらの経験から、早速できることから取り組んでいこうということになりました。

東日本大震災後の取り組みですが、地域防災計画の修正、コーディネーターの育成、条例整備を行っています。保健福祉部における取り組みとしては、23年の東日本大震災の支援が終了後の翌年3月に、4つのコーディネーターを設置しました。同時に保健衛生マニュアルを3月に策定いたしました。その他、要援護者のマニュアルの改定や難病患者や、在宅人工呼吸器の患者さんの支援体制の整備なども検討しています。県内の患者団体による、透析医療支援ネットワークも設立されました。また、災害拠点病院を支援する災害医療支援病院も設置しました。

次にコーディネーターですが、医療、薬務、保健衛生、介護福祉の4つのコーディネーターを、二次医療圏単位で設置しております。それぞれが圏域の被害の状況、ニーズを把握して、必要な人材・資器材の配置を総合調整する、さらに圏域コーディネーターからの情報を総括コーディネーターがアセスメントし、マネジメントしていくという仕組みになっております。特に薬務コーディネーターは、地区コーディネーターとして、薬剤師会会員に医薬品の供給や人材の派遣をお願いしております。コーディネーター全体の総括は保健福祉部長です。

保健衛生コーディネーターですが、サブも含めて総括コーディネーターは、本庁の医師、健康増進課副課長、保健所長が指名されており、圏域のコーディネーターには、保健所長、次長、保健師、医師が指名されています。医療のコーディネーターは、総括コーディネーターに医師会の救急災害委員長と本庁医師、圏域コーディネーターは、災害拠点病院等の医師、また、専門分野のコーディネーターとして透析医会の会長に委嘱しております。

薬務のコーディネーターは、総括コーディネーターが本庁の薬剤師、地域のコーディネーターが保健所や災害拠点病院等の薬剤師、地区のコーディネーターは、先ほど申し上げましたように、薬剤師会支部の会員が委嘱されています。介護福祉のコーディネーターは、総括が本庁課長、副課長など、圏域のコーディネーターは、保健所あるいは福祉事務所の次長、課長等が指名されています。

もう一つの取り組みは、マニュアルの策定です。マニュアルは、これまで本庁の担当者等が案を作成し関係者の意見を聞いて修正するという手順で策定してきましたが、今回は市町村とともに支援に行ったという経験を生かし一緒に検討してもらいましたが、それはよい研修にもなりました。保健所ごとに分担を決め、市町村にも参加してもらい作成しましたが、マニュアルの策定に携わることで、基本的な考え方も理解できるし応用力をつけるという目的から、マニュアルづくりに参加してもらいました。機運が高まっているうちに、「鉄は熱いうちに打つ」という意味から、マニュアルの検討を始めました。

マニュアルの内容ですが、保健衛生コーディネーターの活動や、派遣要請・受入調整、復興期までの保健衛生活動などを盛り込んでおります。資料編としまして、今回支援に行った際も、いろんな情報を収集するためのツール、様式集がない状況でしたので、それを予め作成しておいて普段からそれを使うようにしておこうということで、ポスターも含めて資料編に入れております。

また冒頭に、保健所と市町村の災害時の保健衛生活動の方針を盛り込みました。強調したのは、保健所が必要と判断したときは、市町村の要請を待つことなく管内の市町村に保健衛生活動をコーディネーターできる職員を派遣するとしたことです。また、外部からの派遣職員を配置調整するのは保健所の役割としました。もちろん保健所自身が被災する可能性はありますが、保健所の役割を共通認識するために明確にしました。市町村の保健衛生活動は、災害対策本部の保健衛生部門として活動すること、情報の収集についても市町村が認識できるよう、方針の中に盛り込みました。

これは災害時のコーディネーターの組織図です。本庁の中で4つのコーディネーターが縦割りになら

ないように、連絡調整会議を持つことにしています。また圏域の中でも、4つのコーディネーター、地域の医師会、看護協会、薬剤師会等が市町村の災害対策本部に十分にかかわりながら圏域調整会議を開催することにしております。

これが派遣要請・受入調整です。被災地の災害活動支援拠点である保健所が、外部からの支援者を派遣調整するという位置づけにしております。市町村の災害協定に基づく支援も含めて派遣調整ができればと思っております。

情報共有のシステムとしては、保健所が市町村のリーダー保健師を支援するというかかわりを持ちながら、リーダー保健師のもとに避難所や在宅被災者の情報を集め、スタッフミーティングやカンファレンスをやっていこうという構成にしております。

保健所による取り組みですが、先ほども申しましたように、昨年度はマニュアルの策定を市町村と一緒にいき、市町村が参加する研修会も開催しました。今年度は、保健所単位で圏域調整会議を開催し、災害拠点病院で開催した場合でも保健所が事務局となっています。事前の準備として、市町村に対し危機管理部局も含め、保健所やコーディネーターの役割、県の支援体制を説明に回っています。圏域調整会議のメンバーは4つのコーディネーター、市町村、拠点病院、医師会、消防、警察等です。その他、研修会や訓練を開催、また市町村や災害拠点病院の訓練への参加や要援護者の支援体制の整備、市町村のマニュアル作成などへの支援等を行っております。

圏域調整会議・研修の内容ですが、医療についてはDMATの訓練は非常に盛んに行われていますが、その後の検討がまだ十分でないため、医療救護体制への移行はどうしたらいいのかとか、医薬品の集積所はどうしたらいいのか、介護福祉関係者への通信手段をどうしたらいいのかといった、具体的な内容が検討されています。今年度の圏域調整会議は、保健所ごとに自由に情報交換をして、課題を見つけてくださいという形でやっております。

圏域調整会議・研修の効果ですが、4つのコーディネーターの役割を皆さんで認識、共有することができ、関係機関の災害時の働きを自他ともに共通理解する機会となり、コーディネーター以外の関係機関も含めて、平時からの取り組みや体制整備、連携の必要性を確認する機会となりました。また、市町村の防災計画への反映や、市町村の危機管理対応部門との連携の強化にも結び付きました。さらには、各関係機関が可能な取り組みを考えるきっかけになり、実際にある保健所では、医師会が医療救護所や応援活動医を決定するきっかけとなりました。演習やグループワークを通じて、関係が身近になり、いわゆる顔の見える関係づくりが、徐々にできてきているのではないかと思います。

圏域調整会議で出された課題ですが、今後こういう関係を続けていく必要性、それぞれのコーディネーターの資質の向上、受援体制の具体的な検討、市町村の危機管理部門との連携、それぞれの初動体制、特に、医療救護班も初動体制の具体的な検討、医療と保健衛生の連携といったことが出されており、今後、さらに検討していく必要があると思います。

保健所と市町村との連携状況ですが、先ほども申しましたように、市町村の危機管理部門に説明に回り、市町村の求めに応じ防災計画策定委員会や訓練等に参加しており、市町村の保健衛生活動マニュアル策定を支援しているところもあります。

今後の取り組みですが、これまでは少しばらばらなところがありましたが、圏域調整会議で出された共通の課題について本庁で丁寧にまとめて、それを具体化して、再度、圏域調整会議で検討していただこうと考えております。災害時の医療と保健衛生が一番関係が深いと思いますが、この連携を具体的にどうするかということも検討していきたいと考えています。

保健所の職員を保健衛生コーディネーターとして指名していますが、その職員が全部初動時に対応できるとは限りませんので、保健所職員全体が、コーディネートする資質を向上できるような研修会を考えております。この研修会には、本日も参加の先生方にも講師としてお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。訓練・演習等の継続や、市町村への支援として、防災計画の改定、マニュアルの策定の支援を行っていきたくて考えております。

以上で本県の取り組みについての報告を終わらせていただきます。(拍手)

○笹井所長 ありがとうございます。

今、特に御質問はございますか。よろしいですか。

それでは、最後になりましたが、高知県の田上所長さん、よろしくお願ひします。

地域防災計画と災害時医療公衆衛生体制
高知県中央東福祉保健所所長 田上豊資氏

皆さん、こんにちは。高知の田上でございます。

私の管内は、高知市の東隣の黄色のところでございます。今回の新想定での津波浸水エリアを地図に重ねると悲惨な状態です。人口34万の高知市の4割が浸水エリアです。私の管内も17メートルから18メートルの津波がここまで来るといって大変な事態になります。

本日のテーマはこの3点です。これまで整理された東日本大震災の課題としては、広域の同時多発災害、自治体の被災への対応、長引く保健医療ニーズへの対応ということが挙げられるかと思えます。

まず最初に、市町村と保健所の圏域内の重層的な連携が重要ということから、お話をしたいと思えます。私はこの図のように考えております。まず自助、共助が大事であり、日頃からの住民力をエンパワーする公衆衛生活動がとても大事だと思っています。その次に公助です。同時多発になりますと、県や国からの支援がこないのが圏域内で踏ん張らなければいけない。その際には、市町村と保健所の連携協働がとても重要になると思えます。

現在の法律とか計画を少し整理してみました。医療はとてもよく整備がされていて、災害救助法に基づいて、県が市町村に委任するとされています。本県の地域防災計画の中では、高知県災害医療救護計画を平成17年につくってございまして、今回その改定が済んだところです。それに基づいて保健所は医療支部の役割を担うことになっております。市町村の医療救護計画は、作っていただいておりますが内容的にまだまだ課題があります。それが今後の課題でございます。

保健衛生は、法律上の実施主体は基本的に市町村です。今回の法改正で、一般応急対策の中の応急措置が保健衛生にも拡大されました。そのことを受けて、県の地域防災計画をどう改定するのかが課題となっています。これまでも県の地域防災計画には保健衛生が入っており、今後は応諾義務拡大に対応する計画とマニュアルの改定が課題になります。

一方、市町村は、保健衛生に関する記載が地域防災計画そのものに入っていない自治体があることが大きな課題でございます。これから保健衛生を地域防災計画の中に位置づけていただき、かつ県の支援を計画の中にしっかり位置づけていただく必要があります。

国の防災基本計画の中で、県と市町村がどう書かれているかという、一般的には第一義的には市町村とされ、県は広域的・総合的なことをすると書いています。第2章の保健衛生の項では、主語は「地方公共団体は」となっています。市町村が主体で、広域的なことは県がやるということです。これに加えて、今回、避難所の運営支援、巡回健康相談等が応急措置になり、都道府県の応諾義務が拡大されました。このことを次期計画の中にどう位置づけるかが、極めて大きな課題です。

私はこのように考えています。重ね餅のように、まず下の餅の市町村段階が大事で、上の餅の県は広域的・総合的な処理をしながら市町村への応援もする。これらがうまく重ならなければいけない。また、その重なった部分については、お互いの標準化が極めて重要になると思えます。

国は検討会報告書では、保健所または市町村単位に地域災害医療対策会議を設置するようというのですが、本県は既に17年に高知県災害医療救護計画を策定し、保健所に支部を設置しております。その計画の見直しについては、医療救護活動の期間を延長するとともに、発災時は医療機関の先生方はなかなか来られないということで、保健所職員を中心に支部運営をするよう変更したこと。それから、災害医療・薬事コーディネーターを配置すること。市町村の医療救護計画、災害時保健活動計画との調整が課題であるとしています。それと、急性期以降の医薬品供給の仕組みづくりです。

当所の医療支部の組織体制は、計画にはこの図のように書かれています。既に災害医療コーディネーターと薬事コーディネーターを配置し、私が医療支部の支部長を務めることになっております。災害医療対策支部の役割と業務としては、ご覧のようなことが書いています。後ほどご覧いただければと思います。

次に、保健衛生に関する計画等の見直しです。これが大きな課題でございます。今、申し上げた一般応急対策の応急措置が拡大されたことを受けて、どう見直しをするかということです。はっきり申し上げまして、高知県の場合は、県の地域防災計画には書かれているのに、市町村の地域防災計画では無視して保健衛生の項目すら書かれていないという自治体もあります。そのため、少なくとも県の防災部門とタッグを組んで「市町村の防災計画の見直しはこうしろ」と明確に言っていく必要があります。県の防災計画の中にきちんと書いて、防災部門と連携して進めていく。これが極めて大きな課題になるうか

と思います。

市町村の災害時保健衛生に関する課題は、まず地域防災計画上の位置づけを明確化すること。2つ目は、応急措置が一般応急対策に拡大されたことへの対応です。具体的には、市町村の求めがなくても、県が必要と思えば直ぐに入って支援しなさいということです。先ほど藤内先生のところでは、DPAT等は保健所長の指揮下でしたが、法律上は支援に行った者は市町村長の指揮下となります。市町村の地域防災計画の中で、県から支援に行ったDPATのチームが、どういう位置づけになるのかということ、あらかじめ整理しておかなければいけない。また、そこで発生した情報がどのように流れるのかということも整理しておかなければいけない。いろんな課題があります。

それから、全国からの支援を受けるための受援体制の整備です。これはDPATの受入態勢ということにもなります。既にDMATがそうであるように、できるだけ受援の仕組みを全国で標準化しておかないと、市町村毎の受援体制が異なると、支援が難しくなります。ここは急ぐところかと思えます。最後に医療救護計画との関係です。市町村の保健衛生の担当部門は、発災直後は医療救護所の立ち上げ等、市町村医療救護計画の責任者となります。その後から次第に保健衛生の方に時系列に流れていくので、これらの関係性の整理が必要となります。

次に、3市の地域防災計画の現状どうなっているかということです。香南市は、地域防災計画の中に医療・助産と防疫は書いていますが、保健衛生の記載はありません。今後、防災部門と連携して医療救護計画の作成を先行させた後、改定地域防災計画の中に入れる予定です。香美市は、既に計画の改定がされていますが、医療救護計画の一部として保健予防が位置づけられています。南国市は、旧計画には保健衛生の記載がなかったのですが、今回、入りました。

具体的には、このようなことです。香南市の計画には、県の中央東支部のことが書かれています。香美市は、医療救護計画の一つとして位置付けられ、保健予防活動は医療救護班として巡回健康相談チームが行うとされています。南国市は、今、改定作業中ですが、国の防災基本計画のまる写しに近い状態で入っております。

県としては、南海地震発生時の保健活動ガイドラインを作っており、市町村による計画づくりを支援するためのガイドラインとしております。6つのターニングポイントについて記載し、特にCSCAを重視した記載になっております。今後、全国的にいろんなものが出てくれば、それとうまく連動した形で第2弾を作成する予定です。

次に、保健所の取り組みとして当所の取り組みを3つほど御紹介します。1つ目は、災害医療支部会議を毎年開催しており、その中で市町村医療救護計画の見直しをしております。ただ、県の医療救護計画は分厚い冊子になってしまっていて全部読んでいる人は殆どおりません。自分の役割をしっかりと認識できるようにするため、あえてこのような主語別のマトリックス表を作成しました。これを支部会議のメンバーに提示し、自分がどのような役割を担わなければいけないのかが分かるように整理しました。平常時と発災後に分け、市町村のところから優先的にやっています。具体的には、このように市町村と県の災害時医療救護計画を横並びで比較対照できるようにしております。その中で、広域的な視点から、ここは共通でないといけないといったところをきちんと整理し標準化する。今、そんなきめ細かな作業をやっているところです。医療救護所運営マニュアルについても、同じことをやっております。

2つ目は、現在、香南市からの要請で管内の市町村と薬剤師会が協定を締結し、お薬と薬剤師の確保をしております。

災害時には、需要が拡大して、供給が減ります。その中で、迅速な初動体制づくり。そして、被災による需給変化を迅速に把握する。それに基づいて支援要請・受援体制づくりをする。それから、外部支援がくるまで1週間になるか10日なのかわかりませんが、その間、残存資源で踏ん張る。この4つが重要になります。残存資源による踏ん張りの一つとして、残存する調剤薬局の医薬品と薬剤師で踏ん張ることから先行的にやっております。これを何故したかと申しますと、私が南三陸町の支援に行った時に「1週間近く薬が入って来ず困った」と聞きました。ところが、内陸の登米市にはお薬があったのです。「あらかじめ協定があれば直ぐに薬が入ったはずだ」ということを早速、地元に戻りまして市町村に話をして協定ができました。

本年度は、調剤薬局の医薬品在庫量と薬剤師派遣の調査と行い、ほとんどが御協力いただきました。それから医薬品コーディネーターの確保と委嘱をしました。そして、協力薬局ステッカー、持参医薬品のパッケージ化などに取り組んでいます。これが協定を新聞報道されたときのものです。アンケート調査には42の全ての薬局に回答いただきまして、全てが医薬品の提供をしていただい、医療救護への参加

も7割が可能でした。7割ということは休日・夜間等に参加できない場合があるということです。

それぞれの協力薬局には、このようなステッカーを貼り、市町村との関係づくりをしています。このように災害時持ち出し医薬品をあらかじめ入れおいて、月1回の棚卸しのときに薬を入れかえることにしています。これはお薬見本ということで、これを薬剤師会が作っていただき、医療救護所等に置いていただくことになりました。患者さんが、自分が飲んでる薬が何なのかがよく分からない場合にこれを使います。

3つ目に、災害時初動体制と迅速評価体制ということで、2つの取り組みをしています。お話のあったICSとIAPの2つです。まだ始めたばかりです。私の事務所の入り口は、こんな状態でワンフロアです。私の所長席の前に、このようなマップを貼り、危機管理の関連書類は、全部ここにまとめてあります。すぐに所長席の前で意見交換ができるようにしております。所内情報共有の場面はこんなイメージです。この図のように、備品等は、どこに何を置いているのかといったことが直ぐに見えるように整理しています。現在、医療施設をマップ化していますし、個々の医療施設がどんな機能を持っているのか、災害対応はどんなことをしているのか、もろもろのデータを蓄積しているところです。

ところが、実際の発災は4分の3の確率で休日・夜間になります。うちの職員の多くは高知市から通っているものですから、せいぜい3割来られたら上等ということになります。所の職員だけでなく、近隣の県の職員をもっと動員できないか。そんな初動体制を作りたい、また幹部が来られない時にも的確な指示ができるようにしたい、ということで今、仕組みを作りつつあります。それは、あらかじめカード化しておいて、それに基づいて指示命令をするということで、こんなイメージです。最初に、保健所の前の駐車場に集まっていたいただき、そこに置いているカードでもって、すぐに中に入って構わないかどうか安全確認をします。そして、中に入って組織体制をつくる。その組織図に位置づけられた人が、順次、カードで指示を出していく。また、その指示が一覧表化して共有されるという仕組みです。

これまでも、発災時の活動の手引をつくっておりましたし、医療救護計画もつくっていました。問題は、こういうものがあっても、いざという時に自分が何をすればいいのかわからない。誰が来られるのかもわからない。ということで主語がわからなくなってしまうことが問題です。そこで、参集できた者で組織編成し、カードで指示命令できるようにする。そのアイデアになったのが、先だってやったDMATのSCU訓練です。うちの職員も一緒に入りました。その時にDMATがやっていたやり方を、「うちでも同じことをやろうではないか」ということで取り組みを始めたところです。

今、震災時福祉保健所活動の手引と医療救護計画支部マニュアルを、アクションシートとアクションカードという形に書き直しているところです。例えば、自家発電を立ち上げるというカードがあれば、これでもって自家発電で立ち上げてくれという指示が飛んでいくというイメージです。

最後になりますが、県全体と支部、それぞれここに書いていることが課題になっていきます。時間がなくて説明できませんけれども、いろんなことを全国標準化しておかないといけない。課題がたくさんあります。国とも連携をとりながら、是非進めていっていただきたいと思えます。

最後になりますがけれども、南海・東南海地震が発生したときには、是非とも御支援をよろしく願いいたします。

おそらく高知は四国山地で途絶し、空路か海路でないと思ってこられない事態がしばらく続くのではないかと思います。大変強い危機感を持っています。かつ主要な医療機関等が全て沿岸部にあるものですから、今回の東北地方のように内陸部に心臓部分がある地域と違って、心臓部分そのものがダメージを受けます。大変厳しい状態になりますので、支援を強力に必要とします。そういう意味で、是非、ご支援・御協力をお願いしたいと思います。

以上でございます。(拍手)

○笹井所長 ありがとうございます。

今、特に質問はございますか。よろしいですか。どうぞ。

○大友氏 最後に全国の標準化が必要だということを強調されましたが、そのスライドはハンドアウトにはいつているのでしょうか？

○田上所長 はいっておりません。

○大友氏 是非お願いします。

○田上所長 はい。

○田上所長 是非御協力をお願いしたいと思っているのは、最初に立ち上げる組織体制です。ここがとても大事ですし、指揮命令系統が重要です。標準化できる部分と地域ごとでないといけないものの両方になると思います。それから、ラピッドアセスメントをする時の情報の標準化です。医療に関しては、今、EMISという形で標準化されていますが、保健衛生もEMISのような標準化が必要になるのではないかと思います。EMISのような情報システムも必要になるでしょうし、さらにGISを使った迅速評価も必要だと思いますので、そういったものとの関係もあります。いろんなところで標準化が必要になると思います。まだ十分に整理できておりませんが、よろしくお願ひしたいと思います。

○笹井所長 ありがとうございます。

それでは、長時間になりましたけれども、ここで少し休憩をとりたいと思います。その後、6人の発表者を中心に、また御意見をいただいて、ディスカッションしたいと思います。

3時20分から再開をいたしますので、その間、少し休憩をお願いいたします。

(休 憩)

○笹井所長 それでは、地域防災計画について、それぞれで策定中、あるいは改定中だと思いますが、それに関して、少し議論をしていきたいと思います。

きょうは、静岡県の岩田さんから危機管理という立場でお話がありました。岩田さんは防災計画全体を考えながら策定しているというお立場ですので、きょうのいろいろな議論を聞いていただきまして、岩田さんから見て、ほかの5人の方への質問、意見をまずお伺ひしたいと思います。どうぞよろしくお願ひします。

○岩田危機報道監 素人ながら、きょう勉強させていただきました、いろいろお話をいただき、新しい知識も頭の中に残りました。

ただ、私自身は、危機管理部門といいますが、防災部門で、全体の総括的な仕事をしておりますので、いざ災害が起きれば、災害対策本部全体を取り仕切る、調整をする部門になります。医療救護をスムーズに行うためには、逆に言うと、緊急輸送であったり、物資を確保したり、救助活動、特に災害のときには救助活動だと思いますので、いろんな関係機関との調整をするのが重要で、県全体としての実態だと思います。全体としての総合調整機能になると思います。

都道府県と市町村はちょっと違うかもわかりませんが、そういった観点でお話を聞いていて、例えば熊本市さんなども、実際に水害のときはかなり業務をされています。そういった中で、市全体の災害対策本部として、どういう動きがあったのか。私なりの理解で、逆に言うと、熊本県という本部があります。県の衛生部門、もしくは県としての災害対策の議論と市の中でどういう連携をとっているのか。今回の水害は、熊本市に大きく影響を及ぼしたんですけれども、阿蘇全体、地域全体の被害も相当大きかった。そこら辺を少し補足いただければ、私どもは非常に勉強になると思います。

あと、徳島県さんとか、高知県さんのところでも、県の本部の中で保健衛生部門がどういう機能を發揮しているのか。補足いただければ、すごく勉強になりますので、是非よろしくお願ひいたします。

○笹井所長 ありがとうございます。

熊本市の中林参事、お願ひいたします。

○中林参事 昨年水害に関してなんですけれども、熊本市で水害が発生しました。被害は阿蘇の方が激しいということで、後々、新聞とか報道ではかなり大きく出ましたが、実際は市内でもヘリによって救助されている方がいたにもかかわらず、市ではそこまで把握できていなかったということが、後日非常に大きな問題になりました。

それを受けて、その後、市の対策本部のシステムは変わりまして、市長室に、消防、自主防災クラブとか、そういったところの連絡員も含めて、新たに立て直されたところなんです。

特に本市の場合は、医療圏も熊本市とぴったり当てはまっていますし、1つの自治体ということで、本来動きやすいところなんですけれども、実際、今回の水害では熊本県との連携がうまくいかなかったのが現状です。災害医療に関しては、県の業務というところが大きいんですけど、その中で、熊本市も独自にいろんなことをやっていますが、うまく連携が図られていないというのが実感です。

今回のときも、県は阿蘇に関しては、いろんな対策を打つことがあったんですけど、熊本市に関して、熊本県の医師会に医療チーム派遣要請などは、全体的にはしない。阿蘇市にお任せという感じでしたので、なかなかうまく機能しなかったというのが現状になります。

○笹井所長 岩田さん、どうでしょうか。

○岩田危機報道監 そこは、逆に政令市になったから、そうなんでしょうか。もともと災対法上の区分では、政令市であろうが、何であろうが関係ないということだと思えるんですけども、そこら辺がうまくいかないということなんですか。

○中林参事 政令市になったからという動きは、特段ありません。

私の個人的な感じからするならば、地震など巨大な災害が起こらない所ということで、県として若干危機感がないと思います。

○笹井所長 また自由にしていただきたいんですが、先ほどの順番で、徳島県、高知県は必ず災害が起きる地域です。石本さん、今の御意見、御質問に対して、いかがでしょうか。

○石本次長 県の防災部門と保健福祉部の関係なんですけれども、今日も医療政策課から1名、防災対策から2名、私のサポートに来ていますが、日ごろから訓練等をやっています、特に防災部門と医療の連携が非常にできているところがあります。ただ、保健衛生の方は、これまで訓練等に余り積極的に参加してこなかったところがあるので、これからだと思えるんですけども、実際この前1月17日に本庁の中で訓練をしましたが、保健衛生のコーディネーターも訓練に参加しました。これからコーディネーターを設置したことが十分に生きてくると思っています。ただ、地域防災計画の中でも、保健衛生部門は「防疫及び保健衛生」という形で記載されており、今後、班体制も含めて県の中で保健衛生の位置づけを問題にしていく必要があると思っています。

○笹井所長 高知県の田上所長、お願いします。

○田上所長 高知県は大変災害の多い県なので、本当はもっとしっかりできていしかるべきですが、残念ながら、今の市町村の地域防災計画は、高知県はよく台風が来るんですが台風などに対応する計画のレベルなんです。ですから、防疫という言葉が前面になっており、避難所の運営についても、一時避難所的な考え方であって、数日間そこへ避難して、またお家へ戻るということを想定した地域防災計画であり大きな問題があります。

そのため今回の地域防災計画で抜本的に見直していただく必要がありますが、その際は、特に避難所の運営となると、保健衛生部門だけでは歯が立たないんです。やはり防災部門に主導していただき、その中で保健衛生をうまく組み込んで進めていかなければならないということがあります。

先ほど御説明したように、市町村ができない場合は先遣隊を送って「応援要請を下さい」ということを県が指示することができるようになりました。また応援要請に基づいて支援する範囲が、救命医療など緊急の命にかかわる部分だけではなく、避難者の保健衛生のところまで広がったことは、とても大きなことです。また、そのことをもってして、県の地域防災計画と市町村の地域防災計画をどう見直すのかといったことが大きな課題です。

残念ながら、高知県の今の状況は、徳島はここに防災部門の方が来られているということで差が出ておりますが、はっきり言って、今は「逃げることですごく大変な状態になっていて、逃げた後のことまで考えるゆとりがない」というのが、危機管理防災部門の現状です。私は本庁の医監という立場もありますので、業を煮やして、先だって本庁の福祉部門や防災関係の担当者にも集まっていたいただき、市町村の地域防災計画の実態と法改正の保健衛生に係る部分を整理して勉強会をしました。このことは大きな課題なので、防災部門と連携してやっていくことをお願いしましたが、防災部門は「必要性の認識まではできているがもう少し時間を頂戴したい」ということでしたので、むしろ防災部門を待つのではなく、こちらから具体的に整理して具体提案を防災部門に投げていった方がいいのではないかとことを本庁にお願いしたのが、つい先日の状況です。防災部門は非常に幅広い対応をせざるを得ないので、はっきり言ってきめ細かく対応し切れないところがあると思うので、むしろこちら側から積極的に提案をしていくことが必要だと思います。

もう一つは、市町村に災害時の保健活動計画をつくっていただきたいということです。保健衛生に関しては、防災基本計画では市町村の役割になっていますので、市町村に計画をつくっていただかなければいけません。そのためのガイドライン的なものを県が作りました。その説明会で、すごく意識したのは、市町村の防災部門の担当者と市町村の保健衛生の担当者が一緒に来ていただき、県も保健衛生担当と防災部門と一緒に説明する。そういう形で、市町村の計画の中にうまく入り込んでいくようにと配慮をいたしました。それぐらい防災部門との連携をかなり意識した形で強力にやっていかないと、とても難しいというのが、私の実感です。

現実、南三陸町に支援に行った時に、避難所で保健衛生上のすごい課題があり、医療支援チームとも

課題共有をして、何とか災対本部につながなければいけないというところまではいったのですが、そこからいけないんです。事前の準備がなかったために、防災部門の中に入り込めなかった非常に苦い思い出があります。法律と計画上の位置づけを、あらかじめ明確に整理しておくことも大事なことなのではないかと思っております。

○笹井所長 ありがとうございます。

岩田さんにお聞きしたいんですが、東日本の大災害を受けて、災害対策基本法とか、法的には教訓と課題をクリアするような改正が随分なされたと思っているんですが、その中で、危機管理部局が指揮して、保健医療部局あるいは福祉部局、関連部局に、こういうものをつくるという指示系統というのは、余りはっきりしていないんでしょうか。

○岩田危機報道監 まだはっきりしていないと思います。災対法そのものは、今、かなり柔軟に解釈できるようになりつつあります。なったとは断定できないんですけども、例えば今の公衆衛生の活動というのは、ここに書いてあるんです。医療救護というのは、災対法の応急活動というものが幾つかありまして、その中に医療救護活動があります。だから、当然のごとく、防災基本計画にも、地域の防災計画にも、医療救護活動は出てくるわけなんですけれども、公衆衛生というのは、まだどこにも文言として出てきません。ただ、最後に災害応急活動その他とありまして、昔はこの解釈が非常に限定的でありました。

なぜこの話をするかといいますと、古い話で申しわけないんですが、1986年か1987年ごろに、応急危険度判定という、地震でひびが入った建物を、建築士といった国家資格を持った人たちに判定をしてもらう制度が何とかできないかということで、私どもで動いた時期があります。そのときに、国の方の解釈は、応急危険度判定というのは、防災計画にも書かれていないですし、当然災対法にも書かれていない。我々は応急活動の中のその他というところで読み切れなかったということで、いろいろ議論をしたんですけども、その当時、なかなかすんなり解釈されなくて、阪神・淡路大震災が起きる直前によく、我々の制度をつくったんです。阪神の震災で、それを実運用しました。実運用して、ようやく認知していただいたという経緯があります。

今、応急危険度判定というのは、全国組織ができて、当たり前のように災害応急活動をして、皆さんに認知していただいているんですけども、そこはかなり努力したんです。今はそんな努力をしなくても、東日本の教訓を踏まえれば、多分いろんな災害活動ができるようになってきたのではないかと。特に国の防災基本計画は、かなり書き込みましたので、その中で幾らでも解釈ができるということで、そこについては、余り私は問題ないと思います。

むしろ、先ほどちょっと御質問したんですけども、各自治体だとか、災害対策本部の全体の調整機能の中に、こういった新しいものをきちんと認知させることをしていかないといけない。なぜそんなことを言うかという、先ほどDMATのお話のときに、DMATが設立した当初は、自家用車で、皆さん自分の車で被災地まで行くという計画になっていました。今でも一部はそう考えられておられます。燃料をどこで給油すればいいんだとか、緊急車両の認定はどこで受ければいいのかとか、そんな議論が今でも残っています。だけれども、私ども受援をする側にとってみると、そんなことは、ドクター、保健師の方にしてもらっていただくのではなくて、やはり受援する災害対策本部が供給すべきだ。だから、我々の今の防災訓練では、自衛隊にDMATの搬送の要請をかけています。それは災害応急活動全体の中の1つである。是非そういう展開を進めていかないと、自分で努力して何とかなるといふレベルの問題ではないと思います。

○笹井所長 どうぞ。済みませんが、所属とお名前をお願いします。

○大友氏 東京医科歯科大学の大友です。

今、DMATの話があったので、DMATは自前の車両で被災地に入った方がいいのか、自衛隊機で入った方がいいのかという話ですけども、実は今回の東日本大震災の対応においては、関西、九州方面のDMATは、距離が遠いので、自衛隊の航空機で震目駐屯地というところに入ったんです。ところが、そこには医療ニーズがほとんどなかった。もともとは被災地域内の重症患者さんをそこで受け入れて、広域医療搬送をするために入ったんですが、そのニーズがほとんどなくて、一方では、宮城県の中では、石巻とか気仙沼に膨大な医療ニーズがあったんです。ところが、自衛隊機で入った80~90チームは、そこに移動する手段がなくて、結局2日間何もしないで帰って行ってしまった。一方では、自前の車両を持っていったDMATは、あそこにニーズがあるというところに自分たちで移動して行って、そこで活動ができたということなので、DMATの移動手段を被災県が提供すべきだというのは、まさに正論なんです。

すが、被災県の皆さんはそこまで手が回らないみたいです。

消防に言っても無理ですし、自衛隊もなかなかそこまで動けないということがあるので、自前の移動手段を持ってきてもらった方が、現状のDMATの被災地内での活動に関しては、有効だと思います。必要などころに人を投入するためには、自分で移動してもらおうとしておいた方が、現状ではいいのではないかと、我々は思っています。

○笹井所長 今回のDMATの経験を通じて、受け手側の準備といいますか、そういう議論になっているんですけども、岩田さん、今の御意見については、どうでしょうか。

○岩田危機報道監 東日本で現実にそうであったというのは、私も承知をしています。ただ、それは逆に言うと、だから、そうすべきではなくて、被災地が準備できないから、例えば国の全体の調整機能の中で、現地に現地本部ができていますから、被災地県は政府の災対本部にそれを要請すべきだと思います。移動手段が必要であれば、それは自衛隊を最優先に使って、被災地の中での移動にそれを充てる。そういった調整は、本来、被災地の中でやられるべきだったんです。だけれども、それがなかなかできなかったということです。

○大友氏 そうなると、本当にありがたい。結局、航空機で入ったDMATは、荷物の重量も限られているので、十分な食料も水も持っていきなかつた。一方、車両でいけば、たくさん水も食料も持っていける。そこも含めて、被災県で調整いただけるのであれば、それはそれにこしたことはない。

実は厚労省の検討会の報告書にこっそり書いてあって、DMATの被災地内での移動手段などについては、被災県が提供するべきであると、一応書き込んであるんですが、実現されるかどうかはわかりません。書いてはいますが、一抹の不安がまだあるということです。

○笹井所長 この件はDMATだけではなくて、保健師さんのチームですとか、心のケアチームですとか、全ての支援チームにかかわることで、非常に重要なんですが、防災部局の分野では、今の問題は、静岡県だけではなくて、政府全体で議論が行われつつあるんでしょうか。もし御存じであれば、おっしゃっていただきたいです。

○岩田危機報道監 まだ余り議論がされていないんです。だから、逆に言うと、私どもは実際に防災訓練などのときに、例えば自衛隊であるとか、そういった機関に輸送までを担当するんだということ、きちんと意識づけしてもらおうということで、そういう形態にしています。だから、被災地の中では、チームが独自に組んであって、例えば地域の中の医療救護体制があります。災害拠点病院とか、そういった中に、本来入れ込んでいくのがスムーズな流れになってくると思います。そうすれば、公の輸送であるとか、公の供給、ライフラインの供給というのは、そういう中でしっかりできると思います。今はそこまで十分にできていない現実があるので、それは公のルールにしていくべきではないかと思っています。

○大友氏 追加でコメントよろしいですか。静岡県は先進的にDMAT支援隊というものを県内で結成して、DMATという法人名のところを是非サポートするべきだという、昔からの歴史があって、岩田さんがおっしゃったようなことになったんでしょう。恐らくほかの県はそこまで考えていないでしょうし、そこまでの余力はないように思います。静岡県が先進的なんだと思っています。

○笹井所長 ありがとうございます。

受け手側の役割をどう考えていくかという問題につながるんですけども、今の論点について、壇上においでの上長さん方、また県庁の方々、何か御意見はございますか。どうでしょうか。

○田上所長 静岡県は各エリア、圏域ごとの県の組織体制がしっかりあります。高知もそうやって欲しいと思うのですが、高知県の場合は、地域防災計画上の支部はありますが、有名無実になっていまして、ほとんど機能できていません。

先ほどのお話で、例えばDMATが来たときのロジについては、災対の支部と医療支部が横の連携をとった調達などが必要になると思います。そうしたきめ細かなことをするのは、まず無理です。そういう仕組みをつくらなければいけないのですが、全国的に医療本部と医療支部と災対本部、災対支部が2系統になっていることが多く、高知は完全に2系統になっています。そのため防災部門や危機管理部門に1系統にしてくれと強く要望しているのですが、なかなかそのハードルが越えられない、という問題があります。そここのところも大きな課題としてあります。

また、今、高知県で検討が始まっているのは、広域の防災拠点、物流拠点みたいなものです。へりで県外から物と人を持ってきてもらって、それを必要などころに回していく。そういう仕組みを検討していくということがあります。それと医療救護計画がどんな関係になるのかということが今後の検討課題になると思っています。それが高知県の現状です。

○笹井所長 ありがとうございます。

今、議論している点について、法律の問題とか、防災部局と健康医療部局という組織の違いとか、いろいろあるんですが、今、お聞きになって、御質問あるいは御意見がございましたら、きょうお集まりの皆さんからいただきたいんですけども、どうでしょうか。

○藤内所長 地域防災計画等における災害対策本部、先ほど各自治体で部ごとに対策部があり、あるいは熊本市は政令市になったので、区ごとにあるというお話をされましたが、そういう組織が縦割りになっている。つまり平時からある組織に、それぞれ何か対策部という形で、そのままの組織を活用していることが多いのですが、大分県で、以前、地域防災計画改定の中で、機能ごとに部局横断的に組織に組みかえたことがあるんです。ところが、うまくいきませんでした。つまり平時と違う組織を有事、災害時に動かそうと思ったら、それこそ指揮命令系統がばらばらになってしまうということで、結果的には、平時の組織ということになりました。ただ、そうすると、縦割りという弊害が残るので、先ほどの医療にしても、防災部門とどうしても大きく分かれてしまうので、その辺りの縦割りの弊害をどう克服していくかというのが、県や市町村を問わず、重要な課題になると思うのですが、その辺りについて、少し示唆をいただければ、私も大変ありがたいのですが、どうでしょうか。

○佐々木所長 参考になるかどうかわかりませんが、保健所というのは曖昧な位置です。県なんだけれども、市町村にも近い。それから、保健所がどれぐらい間に入って調整をしていっているか。組織横断的に保健所がどういうふうに動けるか。うちの場合だと、市町村の危機管理の部門でも平気だ、医療関係にも当然いくので、保健所からそういう役割を果たせるのではないかと思います。いざというときに、横糸をつなげているのが、我々なのではないかと思っております。余り参考になっていないかもしれませんが。

○笹井所長 どうぞ。

○岩田危機報道監 多分どこの自治体も同じような悩みを抱えていると思います。うちは危機管理部という名前にしたんです。以前は防災局だったんです。防災というのは、どちらかという、自然災害系だったんですけども、危機管理部にしたときに、組織横断ということをさんざんしました。

例えば災害対策本部は、当然どこの県や自治体も各関係部長さんが並びます。本来そこで調整をしているわけです。だけれども、実際の実務の調整になると、そこではできないので、もう少し実務部門の調整会議みたいなものがあって、逆に言うと、課題によって関係者を集めて、それを統括するのが危機管理部門です。うちでいうと、彼らが全体を仕切っていくという組織体系にしたんです。

それから、医療救護も医療救護部門だけで完結できない要素がたくさんあって、当然自衛隊のヘリも医療救護部門だけで調達することはできないんです。それは災対本部の中の運用している部分と連携調整をする。そういった連携調整会議を常に行う。そういう組織体制にしてあります。逆にいうと、本部の運営の中で、そこのところは、工夫ができるのではないかと思います。

自治体によっていろんな形態がありますので、一概に同じ組織にはできないかもわかりませんが、そこも連携調整するためのものをつくれれば、そこはいけるのではないかと思います。

○石本次長 この前、全国保健所長会の危機管理の研究班が、2009年の新型インフルエンザ発生時の対応について本県に取材に来られましたが、徳島県は新型インフルエンザのときも、その対応の中心、全体調整を危機管理部が行い、医療部門、保健部門等については保健福祉部が対応しました。

9月1日に内閣府の訓練を徳島県と高知県でやったんですが、そういう訓練の際には、必ず危機管理部、防災担当と一緒に対応したり、一緒に訓練を計画したりしています。日ごろから顔の見える関係とか、本庁レベルでもやっています。そういうことが重要ではないかと思えます。

○笹井所長 どうぞ。

○鈴木氏 きょうは参加させていただいて、ありがとうございます。東京の23区の文京区で危機管理課長をやっています、鈴木です。

情報提供とか、今の関係で言うと、東京23区だと形態が違います。保健所はそもそも私たちの組織の中に入っているんで、災対本部などを開く場合にも、常に一緒にやっているという意味で、それがいいか悪いかということは、またいろいろあると思います。今度、都道府県との関係が問題になってきたりしますので、そこについては、ある程度横の連携ができていると思っています。

あと、実際の動きとしても、先ほど出ていましたけれども、私たちの自治体でも危機管理がござい
ます。私のポジションだと、インフルエンザが起きると、危機管理と保健衛生セクション、医療セクショ
ンと一緒にやって、地震などでは、防災セクションというものが別にあるんですけれども、防災と危機
管理という形での動きになっています。

ちょっと情報提供だけさせていただきます。

○笹井所長 ありがとうございます。

尾身先生、何か御意見ありますか。

○尾身代表 今、藤内さんが、本来は危機の体制で臨むべきだけれども、実際には難しいとおっしゃっ
ていました。結局は平時のあれでやるしかないというのは、非常に重要なポイントだと思います。

今、我々はどういう事態を想定して、パブリックヘルスフォーラムをやっているかということ、恐らく
これは共通の認識だと思いますけれども、かなり広範な災害が起きたということであれば、1つ、2つ
の県でできるようなことよりは、むしろ一昨年東北の大震災と同等、あるいはそれ以上だということ
も想定しているわけです。

東北の震災のときも、いろんな教訓があったと思いますけれども、行政機関のレベルで言えば、危機
に際して、実は平時のマネジメントをしたということが、最大の反省点だったと思います。危機なら危
機らしく、もっと迅速に事務の連絡をしたり、いろんなことをやるべきなんだけれども、特に県レベル
では、あたかも平時のような、やや戦場的に言いますと、はんこ行政が行われた。短絡化して言いま
すと、そういうことだったと思います。

私はたまたまインフルエンザで国の方にもかかわっていて、どんなことがインフルエンザのときに行
われるかということ、これは国のレベルでも、都道府県でも、部署横断的にやる。国ではもちろん内閣総
理大臣が対策本部長になって、各省が一週に集まってやるということで、実務レベルでは、いわゆる防
災部局と医療の問題をどうやるかという、日々の問題は常にあるんだけど、大きな哲学としては、
国、県、市町村の危機なんだから、これはどこの部局がどうのというよりも、県では県の知事、市は市
長、そういうことで、みんな責任を持ってやる。その中で、実際には各部局が担当するのは当たり前の
ことだと思います。

きょうの御意見、コメントをいろいろ聞いていますと、1つのキーワードはコーディネーションと標
準化だと思います。もちろん各地域によって特性が違うので、一般論としてやると、はみ出てしま
うところがあるんだけど、恐らく国、県、市町村、保健所が一体となってやるためには、ある程度
標準化した哲学がないと、またばらばらになって、同じことを繰り返す。

先ほど石本さんから、マニュアルを地元の人につくってもらうときに、一緒につくってもらうこと
によって、マニュアルの一つひとつの文字が大事なのではなくて、その背景にある精神をみんなが理解
することが、非常に大事だということをおっしゃっていました。私はそこが非常に大事だと思います。

どういうことが起きるかわからないので、全ての事態を想定して、細かいマニュアル、規則をやるこ
とは不可能です。やや大まかだけれども、統一的・標準的なもの、市町村、保健所、国まで一体感があ
るようなものを提案しなければいけないので、今回、厚労省の研究班の議論を通して、個別な話も大事
ですが、国などに提案できる、ここがポイントだ、ここはある程度大胆に標準化したものを決めたいん
だということ、少し大まかなことでもいいですけども、そういうことができればと思っています。

後半の議論、ディスカッションは、そこを期待していますので、これからの議論をよろしくお願
いいたします。

○笹井所長 ありがとうございます。

皆さんの認識は、同じようなところにあるんだろうと思います。

フォーラムで2年間議論をした1つは、今回の東日本では、市町村が災害対策の基本体ということで、
これは法的にもシステムとしてもそうになって、市町村長あるいは市町村の職員さんの責任が非常に大き
いんですが、津波等の災害で、そういう機能が失われた地域もたくさんあったと思います。公衆衛生の
拠点である県の保健所の一部では、被害で全く機能しなかった。そういう災害が起きたことから、後の
対策がうまくいかなかったという反省が、1つ大きいものとしてあるんだろうと思います。具体的には
情報が出てこなくて、伝達が遅かったということがありました。そういうことを今後どう解決できるの
かということで、皆さんはいろいろ議論されていると思います。

もう一点は、端々に出てきていますが、被害を受けた市町村レベルで対策を展開するときに、外から
いろんなチームがくるんですけども、被害地域での社会資源を導入して、かつそこから支援チームが

できて、それをいかに効果的に対策などに生かしていくか。一言で言えば、調整機能と言いますか、コーディネーション機能と言いましょうか、その辺りがうまくいかなかったということは、皆さんお気づきだと思います。

後半は、コーディネーション機能ですとか、あるいは情報の伝達手段、日ごろからの現場の保健所と市町村の関係、その辺りを今後どうしていったらいいのか。きょうはいろんな取り組みの発表がありまして、ヒントが出てきていると思うんですけども、今、申し上げた点で、言い足りなかった方々はいらっしゃいますか。まずどなたか皮切りで、追加発言をしていただけますか。

佐々木所長、どうぞ。

○佐々木所長 ほかの研究班でやっているんですけども、支援に行く方、支援を受ける方、一体何をしてくれるのかとか、何をやらなければいけないのかという不安があって、この前、被災県を調査しても、本当は頼みたかったのに頼めなかったとか、そういう課題がありました。

そういう課題を少しでも減らすために、アメリカの危機管理局、FEMAが使っているインシデント・コマンド・システムをベースにして、保健所をベースにした災害とか危機管理のインシデント・コマンド・システムの標準版をつくって、今年度、提案をすることにしております。それはイメージが湧かないと思いますけれども、大きな業務はどういう業務があるのかにまず分けて、それぞれの業務をやるためには、どんな内容のことをやらなければいけないのか。

その内容を果たすためには、きょう田上先生にアクションカードという言葉をお示しいただいたんですけども、具体的にその紙さえ見れば、誰が来てもやるのがわかるというものまでつくる。三層構造になっているんです。我々が提案しているのは、三層目のアクションカードのところは、地域によって事情が違いますので、地域別に頑張ってつくってもらおう。大きな枠組み、大きな枝のところまでを提案しています。こういう考え方は、保健所だけではなくて、できたら、もっと広い範囲で利用していただけるといいと思っています。

もう一つ足りなかったことは、統一的な評価の手段が東日本大震災のときになかった。特に公衆衛生の分野でなかった。ある程度の案は出ていますけれども、確定するまでいっていない。これは今後かなり検討しなければいけないだろうと思います。それは項目が余り多くてもいけないし、簡単でなくてはいけないし、災害現場で丸をつけるぐらいで評価できるものでなければいけない。WHOとか、日赤とか、いろんなものが出ていますけれども、そういうものも日本版の災害時の初期評価というか、評価表みたいなものとして提案されることが大事だと思っています。

○笹井所長 ありがとうございます。具体的に全国保健所長会で、検証ベースの対策の標準版を提案されるということですが、あとは統一的な評価の方法も必要だということですか。

今のお話に関連して、いかがですか。どうぞ。

○藤内所長 コーディネーションが1つのキーワードだとおっしゃられたのですが、コーディネートするためにも、その地域の保健衛生あるいは公衆衛生ニーズはどういうものがあるか、例えば避難所の生活環境はどうなっており、それに対する対応はどうなっているかといったものが、情報として十分になかった。あるいは先ほど言った評価という意味では、ラピッドアセスメント、本当に被災地の保健ニーズを的確・迅速に評価するのがなかったということですが、また研究班等で日本版の初期評価のための項目というものが、だんだん出てくると思うのですが、問題はそれを誰がするかなんです。

私から提案させていただいた大分県のDPAT、災害時公衆衛生対策チームは、実際にラピッドアセスメントまではできないと思っています。それを本当にやろうと思えば、避難所を回ることが必要になります。特に災害規模が大きくなればなるほど、人海戦術と言いますか、多くの人数が必要になってくると思います。ラピッドアセスメントをやるスタッフとコーディネートし、実際に集まってきた情報をもとに、市町村なり保健所が公衆衛生対応について意思決定をするために、必要な情報の見える化し、専門的な立場から、集まった情報をもとに、どのような対策が必要になるかを、市あるいは保健所の責任者に対して助言できる役割が必要になってくると思います。その意思決定の支援と情報収集というのは、少し別だと思っています。その辺の議論がまだ十分でないまま、むしろそれを一緒にして、災害時公衆衛生対策チームとして議論されているくらいがあるので、その辺のチームの役割は、情報収集とコーディネートという部分を少し分けて議論しておいた方がいいのではないかと思います。

もちろん議論した上で、やはり1つのチームがやった方がいいということになるのかもしれませんが。その辺りは何となく曖昧なまま議論が進んでいるようですが、大分では、その部分は別組織がやった方がいいのではないかと考えています。

○笹井所長 先にどうぞ。

○尾島氏 浜松医大の尾島です。

岩田さんに今の関連で教えていただきたいんですが、今のインシデント・コマンド・システムですか情報収集で、情報の収集の中で、基本的な情報として、避難所がどこにあって、何人いて、どんな環境かとか、さらに公衆衛生に入っていくと、どういう病気の方で問題が発生しているかとか、そんなことがあるわけです。病気辺りになると、公衆衛生とか医療で考えていかなければいけないと思うんですが、今回の東日本大震災では、自然発生的にできた避難所があったり、そこに何人避難していて、どんな状況にあるのかというのは、災害対策本部の方で把握しないといけない部分もあるけれども、今回、医療チームが回って、避難所の状況を把握していました。

そういう辺りの標準化する上で、ややもすると、我々は公衆衛生の分野だけで検討してしまうんですが、場合によっては、災害対策本部もうまく融合しながら、検討した方がいいかもしれないです。インシデント・コマンド・システムは、そういう動き方についても、共有化したものがあると思います。その辺りの標準化について、災害の業界で検討されていることとか、動きなどがありましたら、教えてください。

○岩田危機報道監 正直に答えますと、日本全国で標準化されているものはないんです。今、静岡は努力しようとして、市町村とか被災地から入ってくる災害情報を、GISを使って一元化・共有化する仕組みを、FUJISANという名前で、2年ほど前から稼働を始めたんですけども、大体どこの県でも、災害被害情報だとか、災害情報を集約するシステムというのは構築されています。それを何とか標準化できないかということで、クラウドという新しい仕組みで、GoogleのGISを全面的に使わせていただいて、そこに、今の避難所など4つの基本情報を載せています。

例えば避難所でいうと、事前の計画を全部入れて、実際に開設されたとか、どれぐらい避難者が入ってくるとか、そこに備考欄をつけて、そこに何人いるかということが入力できるので、市町村にも全部渡してあります。ある意味では、どこかで入力すれば、それを全員、全機関が共有できる。そういう仕組みにしています。

クラウドを使っているので、全国のどこでも、標準化で使えるのではないかという発想でやっているんですけども、ただ、残念なことに、各自治体は独自開発をしているので、その取り組みがなかなかできないんです。ただ、今、訓練だとか、そういったところで、自衛隊であるとか、いろんな機関がそれを使うようになりましたので、そういったことをモデルとして、一体何が課題かとか、中長期の課題にも使っていけるのではないかと思います。

それは具体的にまだ検討していません。そういったことは、誰も思っていることは事実なので、政府も実は同じようなことを考えています。内閣府を中心に、今、そういったシステムをつくらうとしていますけれども、なかなかうまくいかないんです。だから、どこかでこれを具体化していけばということで、我々は考えています。

○笹井所長 議論を整理しますと、被災地での活動で、1つは情報収集の機能があります。その情報をベースにした対策の立案、または意思決定、そういう次のレベルがありますけれども、今、情報収集の部分では、いろんなシステムがあって、政府も全国的なそういうシステムをつくらうとしています、情報収集と対策の立案、意思決定を現場でどうやっていくのかというところの議論があります。

会場の方で、これまでの議論につきまして、御意見、御質問がありましたら、どうぞ。あるいはここはわかりにくいとか、これはどういうことかという具体的な質問でも結構ですので、いかがでしょうか。

災害対策で医療という中身の議論よりは、今、全体のシステムを議論しています。

どうぞ。お願いします。

○吉田氏 徳島県危機管理部の吉田と申します。

先ほどの情報収集の部分と意思決定の部分の話になるんですが、徳島県では、新しく危機管理センターを今年度整備いたしましたして、そこでの意思決定の権利、各都道府県が持っているような消防応援活動調整本部、この本部長は知事になることが多いんですが、これは緊急時消防援助隊の具体活動の移動であったり、そういったものの意思決定の機関になるんですが、危機管理センターの本部の横に医療対策本部をくっつけて、情報を共有できるような形で、危機管理センター内部の情報共有のレイアウトを、現在、調整しているところです。

実際1.17の訓練のときに、消防応援活動調整本部の航空班と医療を真横にしたところ、ヘリの搬送であったり、そういったものの調整が非常にスムーズにいった。あと、陸上の部隊の自衛隊であったり、