

緊急消防援助隊の移動の配置、また災害拠点病院への救急車の配置も、図上訓練上では非常にうまくいったということがありましたので、今後もこういう形のレイアウトでいきたいと考えているところです。

あと、情報収集の部分になるんですが、今、徳島県で災害情報共有システムを立ち上げておりまして、メインフレームはクラウド上にありますので、どこでも閲覧できるような状況になっております。

それと、IDを市町村ごとに割り振っておりますので、そこから情報を入れていただいて、どこからでも情報が見えるようになっております。

また、災害情報共有システムとEMISが情報の連携をしております、各病院の情報も災害時共有システムで見えるようになっております。

また、災害の情報、家事、救急、病院の情報、先ほどの被災の際の救護所であったり、いろんな情報を追加できるような形で、現在、システムをつくっているところなんですけど、EMISとの連携は、できれば今年度中にやれるような形で、現在、進んでおります。

災害時情報共有システムの入力元は市町村になっているんですが、これは宮城県のような状況で、行政組織そのものがなくなってしまう状況もありますので、災害時情報共有システムの入力者は、市町村の職員だけでなく、県からも職員を派遣して、必ず情報を入れるという形の仕組みにしております。

現在、徳島は西部、南部、東部という形で、3ブロックに分けられるんですが、3ブロック県庁の組織がありますので、その組織から各市町村に必ず県の職員を派遣している。田上先生もおっしゃられたんですが、台風のシーズンに県の職員が市町村に入り込んで、必ずその情報をとりにいくというシステムが、既に徳島ではでき上がっていますので、それを実際の広域災害のときにも活用していこうという形で、現在、徳島県ではそういう形で進んでおります。

以上です。

○笹井所長 ありがとうございます。

どうぞ。

○藤内所長 今のこういうシステムはとても重要なのですが、それとあわせて、今、徳島県も台風シーズンになると、県の職員が市町村に入ると言ったように、実際に人が集まって、そこで情報を共有する。確かにネットを見れば、そこに情報がアップされているという状況かもしれないのですが、少なくとも実務者レベルの関係者が集まって、こういうことだねという共通認識を持って、対策の必要性、あるいは対策にもし優先順位をつけるならば、これをまずやらなければいけないということを共有できることが、とても重要ではないかと思っています。

くしくも先ほど新型インフルの話が出たのですが、大分県でも新型インフルエンザ対策は、大分県防災危機管理課と福祉保健部が毎日統括会議を開きながら、対策をずっと決めていました。そういう会議の場、あるいは関係者が毎日顔を合わせる場、それは小さな部屋にテーブルが2~3つでもいいし、あるいは災害の規模によっては、大きな会場に、70~80人入るような場が必要になってくるのでしょうか。議論されている情報システムとあわせて、人が顔を突き合わせて、実務者レベルの調整ができるような部分が必要ではないかと、改めて感じました。

○笹井所長 ありがとうございます。

先ほど徳島県から、ヘリの輸送班と医療班を隣にしたら、非常にうまくいったとありました。まさにヒューマンファクターそのものだと思います。

確かに日ごろから顔を合わせるというのは当たり前なんですけれども、災害時こそ、定期的集まって情報交換をして、お互いにしんどいですが、やる。それはシステムではかえられない。ITとか、そういうものだけではかえられないことですので、当然これは必要だと思っております。

どうぞ。所属とお名前をお願いします。

○原岡氏 浜松医大の原岡と申します。

先生方のお話を聞かせていただいて、先ほどの情報のことなんですけれども、実際、災害が起こった場合、大きなところでは情報が共有できる可能性はあると思うんですが、末端の公衆衛生の保健所とか、市町村の保健部門のようなどころには、どういうふうに情報が流れていくのか。

例えばリアルタイムに避難所のこととか、医療のこととか、いろんなことが市町村の公衆衛生の保健福祉とか、そういう部分にはどういうふうに流れていって、またそこから引き上げていくのか。また、災害対策本部に行くのか。災害時はどういうふうに流れるのかということ、教えていただきたいと思っております。

○佐々木所長 私のあれは時間がなくてわかりにくかったと思っておりますけれども、市町村との情報の交換

は、衛星携帯電話でやることになっています。だから、保健所が全部集めて、病院からのデータはEMISでみんな集まってきます。そのデータを市町村にもフィードバックします。

もう一つ、どうしても情報が集まらないところは、保健所職員が直接行って情報を集めてきて、それを本部に上げたり、フィードバックしたりします。

あと、開業医さんが、主にトリアージポイントを見ていますので、その情報は、医師会が中心に集めて、保健所にきて、またフィードバックするようになります。

だから、情報の線がつながるかどうかさえ、しっかり考えておけば、普通にできるのではないかと思います。

○笹井所長 関連してございますか。どうぞ。

○尾島氏 今の情報の関連なんですけれども、御要望です。バック・エンド・システムが出ましたけれども、災害対応をする活動者はどういう人がいるかという、今、公的な活動者を中心に議論しているんですが、もう一つ、一般ボランティアですとか、民間企業もありまして、例えばこの辺に被災者がいっぱいいるけれども、支援が足りないという情報が公に一般の人も見られる状態にあると、ここは困っているの、ボランティアや企業はここに行こうと思うと思います。

なので、共有的にデータを集めたときに、これは絶対に漏らしてはいけないということは、厳密にやっていただいた方がいいんですが、差し支えないものは、一般の人なども見られるような状態にしていた方が、そういう活動者の役に立つと思います。

今回、車のGISを使って、どこの道が通れるとか、民間がいち早く調べたりしていましたので、公的な中で、クローズでないといけない情報と、共有しても構わないものと、中身を仕切っていて、民間と共有できるものは、共有していただけるとありがたいと思っています。

以上です。

○笹井所長 ありがとうございます。

先ほどの御質問で、飯田保健所の佐々木所長さんがお答えになりましたが、多分地域によって大分違うだろうと思います。飯田のように、大阪府並みのエリアがあって、そこに10以上の市町村があるという地域は、多分飯田保健所が拠点になって集めるというのが、一番効果的だと思いますが、私が働いている大阪府になりますと、市町村自体が10万以上で、きちっと災害対策本部もつくれるし、狭い地域ですけれども、そこに非常に多くの人間が住んでいますから、保健所が主体よりも、市町村が主体の方が効果的だと思っています。ですから、それは地域によって大分違うんですけれども、どういう情報をどういう系統で集めるかとか、ITシステムで集められない情報はどうするかとか、また集めた情報をどういう人が見て議論して、対策に結び付けるかという、その辺りの仕組みを今回はっきりさせておいた方が、今後の大災害に役に立つのではないかと。そういう議論を、今、やっていきたいと思っています。

○佐々木所長 保健医療科学院でクラウドをもとにしたデータベースをつくっています。あした、あさっての講習会の一番の目的は、あの習熟だと私は理解しておるんですけれども、あれをどこまで広げていくかということは、今後の議論になると思います。まだ試作品のような感じがしますので、内容については、初期評価ができるような情報を含めて、まだ変更の余地はあるのではないかと思います。

何となく静岡県のデータがモデルで入っていますので、岩田さんのところのデータがシステムをつくっているのではないかと思います。

○笹井所長 ありがとうございます。

きょう御参加の皆様方から、御意見、御質問をいただきたいんですが、いかがでしょうか。よろしくをお願いします。所属とお名前をお願いします。

○奈良氏 静岡県の地域医療課の奈良と申します。

静岡県の話ばかりをして申しわけないんですけれども、原則的に保健所は市町の管轄です。静岡県はこの市町村にも地域医療対策協議会があって、医師会、市長などが本部として入るところにまず情報が入って、今、私どもがつくっている地域医療対策協議会、二次医療圏でありますね。そこに主な情報が全部集まるようになっています。

今、災害コーディネーターを委嘱していますけれども、そこから上は県本部ということになっていて、県本部は私がトップに近いところにいるんですが、そこに例えば疾病対策、感染症、防疫、生活環境、水をやったりとか、下水処理とか、あるいは心のケアとか、全部同じフロアにいて、その隣にもちろん岩田さんがいるんです。情報を全部一元化して、対策を立てて、地域医療対策協議会におろして、市町におろすということになっていると思います。情報的には、確かにクラウドとか、何か難しいこと

がありますけれども、全てアナログなものも上がってくると思うので、県本部で情報を共有した上でおろしていると思います。

私も岩手に行ったんですけれども、そのときには、たしかタブレットか何かで感染症などの情報を集めていました。そういうシステムはまだできていないんですけれども、そういうものを集めて、県本部で一括化、地域で管轄し、情報を集めた上で、例えばこの地域で感染症が起こっているから、ここに派遣しようとか、そういうものを県本部でまとめて、対策をとろうと思っています。

その考えでよろしいでしょうか。先生は公衆衛生の御専門ですので、いい考えがあれば、また教えていただきたいと思います。

○笹井所長 どうぞ。

○大友氏 初期の被災地内の医療ニーズの把握に関して、どうするかという話ですけれども、全国標準の情報収集システムは、今、EMISで、これは全国の都道府県に普及していて、少なくとも拠点病院の情報に関しては、県もしくは消防、保健所もその情報を集めて、見ることができる。そういう状況になっております。

これからは全ての病院に端末を置きましょうという話になっていて、病院の情報に関しては、標準的に収集可能だと思っていますけれども、それ以外の避難所とか、もしくは自宅で被災している方々の医療のニーズに関しては、飯田市みたいな形で、独自に情報を収集しなければいけないでしょう。

そういった意味では、病院以外の災害医療ニーズに関して収集するためのツールとして、先ほど御紹介いただいた、保健医療科学院が開発中の情報システムがあって、それは先ほど言った全国標準のラピッドアセスメントの方法も、カバーしているものになりつつあるんでしょうか。

○佐々木 内容はまだ確定していないと思います。私が見たのは、避難所に年齢別、どれぐらいの人が何人いるとか、そういうような基本的な情報です。

○大友氏 厚労科学研究の中でつくっている、ラピッドアセスメントの項目とは連動していないんですか。

○佐々木所長 もとの方がよくわかりません。

○大友氏 そうですか。わかりました。

○笹井所長 もういいですか。どうぞ。

○尾島氏 今のお話で、会って情報交換する話と情報システムを使う話は、両方大事だと思っています。今、そういう検討が行われているというのは、非常にすばらしいと思いました。

そのときに、情報は膨大な量が集まりますので、それをどのぐらいの時間をかけて、どうしゃくして、どう流すかというのは、非常に難しい課題だと思っています。あらかじめ決めておいたある情報については、入力した瞬間に、誰でも見られるようにすることも必要だと思いますし、そういうものとか、誰かがきちんとしゃくして、整理をした上で流した方がいい情報もあると思います。

あと、先ほどから出ていますが、1日1回集まって、情報交換することが大事だと思います。どのぐらいの圏域で、どういうメンバーで集まる形がいいとか、そういうこともあって、それぞれ検討していく必要があると思います。

○大友氏 1点補足でよろしいですか。申しわけないです。

○笹井所長 どうぞ。

○大友氏 あとは、誰がその情報を収集するかということが、すごく問題だと思います。

石巻市の場合には、350あった避難所の情報を、ローラー作戦と言って、石巻市民病院に全国から集まった延べ3,500人の日赤の関係者の皆さんが、全ての避難所を回って、水や食料、トイレ、環境のところを全部調査して歩いて、それを収集してということで集めたんです。ですから、相当の労力、マンパワーが必要です。それを誰がやるのかというのは、今後また検討する必要があるかもしれないです。

○笹井所長 ありがとうございます。

あと15分ほどですので、関係しますが、少し話題を広げたいと思います。

先ほど来、防災計画を都道府県、市町村、都道府県計画に関しては県、各保健所を含めて、閲覧しようとしているということなんです。各都道府県でばらばらですし、県内の市町村もばらばらで、統一的にこうやっていこうという動きではないような印象があります。こういう危機管理のときは、一般的にはそういう計画をつくるとなれば、国が基本計画をつくっていますから、それに準拠しながら、一斉につくっていくというのが、当たり前だと思ったりしたんですけれども、そういう法体系にはなっていないんですね。

岩田さん、いかがですか。

○岩田危機報道監 昔と今はちょっと違って、今は各自治体が自主的に決めることができます。昔、地域防災計画というのは、内閣総理大臣の承認事項だったんですけれども、今は報告事項になります。だから、それぞれの地域の実情に応じて、ある程度のところまでは決めます。ただ、防災でいうと、国の基本計画に反することは書けないと思います。ただ、どこまで書き込むかというのは、それぞれの自治体の判断になりますから、そこはかなりフリーハンドのところがあります。そういった中で、例えばきょう御議論していただいているような標準化の話とか、そこをどこまできちっと皆さんで共有できるかというのは、難しい問題です。

先ほどちょっとお話しましたが、昔、我々が応急危険度判定という制度をつくったときに、1つのモデルを決めて、それと建築学会などの応援を受けながら、全国に展開しようとしていました。当然その当時の建設省にも後ろ盾をしていただきました。ただ、実証する機会がなかったので、阪神のときの震災でこれをやって、静岡から連れて行って、徳島に宿舎を設けさせていただいて、神戸に毎日通勤させていただきました。こんな仕組みを我々行政部門がつくって、民間の建築士にやらせるという制度でした。

きちんと公衆衛生に携わる人たちで、どこかで標準化みたいなことを提案して行って、それを自治体が採択できるよう仕組みに育て上げていかないと、多分議論は発散するだけで、ばらばらになってしまいます。

○笹井所長 ありがとうございます。

今の話題について、何かございますか。どうぞ。済みません。マイクがいきますので、所属とお名前をお願いします。

○土屋氏 埼玉県熊谷市の土屋と申します。

今、全国市長会で研究班で、医療安全のところに入っているんですけれども、そちらの中で、いわゆるICT、ITに基づいて、私は災害時の医療のプランをつくっているんですが、まずはどういう組織をつくるかということで、コマンダーがいて、そのコマンダーをもとに5つぐらいの分担があります。それはどういう組織かということです。

あと、それぞれの組織の中で、今度は具体的にどういうことを行わなければいけないのか。アクションプランに具体的にやることを書いていきます。その中には、様式も入れて、どういう様式を使えばいいかということをやっています。今、私どものところでは、医療安全、いわゆる災害時の医療サージに対してどう対応するかとか、院内感染対策をどうするか、2つのことをやっています。今、佐々木先生を中心として、そういうプランをつくっておりますので、そういうものが1つの参考になるのではないかと思います。

○笹井所長 ありがとうございます。

どうぞ。

○田上所長 先ほどの標準化の話ですが、大事なのは、誰が標準化するかということだと思います。地方自治法の改正があって以降、県と市町村の関係は、昔は県が強い指導的な立場でしたが、市町村の自主性を尊重する方向になりました。そのため、私の県のような実態になっているのです。

ただ、今回のような広域災害では、標準化はものすごく重要なことだと思います。自治法上で言えば、統一的・広域的にやらなければいけないことが非常に大きくなった。そのことを受けてどうするかということだと思います。本来は、国にもっと強いリーダーシップをとってもらいたいと思います。

国にその動きをしてもらうためにも、地方がどういう形でやっていくのかということの中で、全国保健所長会としてとりまとめていくことも当然大事ですが、例えば保健師であれば全国保健師長会があり、さらに衛生部長会もありますので、それらが足並みを揃えて統一化したものをつくっていく必要があると思います。そうしたことを強く打ち出していく必要があります。それを国や厚生労働省に対して発信をしていくという動きが、今、とても必要な時ではないかと思っています。そうでないと、個別でバラバラにやっても、大きなところでの標準化の壁は越えられないのではないかと思っています。

○笹井所長 ありがとうございます。

どうぞ。

○石峯氏 国立保健医療科学院の石峯と申します。

標準化に関して、先ほど来、情報システムの検討で、国立保健医療科学院の名前が出ましたので、情報提供という形で1つ話させていただきます。

私は健康危機管理研究部で研修等を担当しているんですが、そちらで、今、大枠としてこういうものをベースにして、皆さんのところで設計してくださいという形のものをつくっているところであります。実際に研修等でも使っていただいているんですけども、災害時公衆衛生従事者派遣事業という形で予算づけされている中で、情報システムをつくっていきまして、それで研修等も行っております。

今のところ、考えられることを全て載せますということで、情報システムをつくっているんですけども、研修していただいた方から、実際の災害現場ではそんなデータを入れられる時間は絶対がないということで、もうちょっと洗練されたものにしていただきたいということでした。実際の災害時に、医療ニーズのことにに関して、どこを支援していただくかというところを、皆さんの中で是非とも検討していただきたいと思いますので、機会があれば、皆様も研修等に参加していただいて、御意見、アドバイスをいただければと思います。

以上です。

○笹井所長 ありがとうございます。

国立保健医療科学院は、災害の専門家のトレーニングをやっているんですね。

○石峯氏 従来、健康危機管理研修ということで、感染症ですとか、食中毒の研修を中心にしていたところ、今年度から災害対応を中心としたプログラムに変えております。その中で、そういった情報システム、もしくは情報収集、マネジメント等について、検討していただくというプログラムになっております。

○笹井所長 ありがとうございます。

ほかに御意見、御質問はございますか。

先ほど後でと言われた方は、帰られましたか。よろしいですか。

いかがでしょうか。

現場でいろいろ御苦労されている方も多いかと思っておりますけれども、日ごろこういうことで困っているとか、こういうことはできませんとか、何か具体的などころで御意見があれば、どうでしょうか。是非出していただければと思います。

お願いします。

○\*\* 現場でということで、2点ほどございます。

要援護者がいろいろある中で、医療とか福祉などがあって、私の方で制度設計したのは、妊産婦のところの対策ができていなかったということで、妊産婦専用の救護所を大学と助産師会などと協力して、専用で4カ所ぐらいつくりました。マンパワーが足りないので、ある程度は集めて、そこに人を投入していくというシステムでつくったんです。

それ以外のところで、人工呼吸を使っている方とか、ほかの方たちをどうするかということがあります。あと、福祉避難所ということで、高齢者はそういうところで、もともと民間の機関があるので、そういうところに集めようかということがありまして、やっているんですが、基本的には小中学校が避難所になっていて、その中に医療救護所をつくるという制度設計になっていますので、基本的にはそこにみんな集まってくる。そこがごった煮になってしまっているところから、今だと妊産婦とか高齢者を少し抜いていくという制度設計をしているんです。

ただ、残っている中の優先順位ですが、いろんな病気を抱えている人がいる中での優先順位の論になっていて、そこには踏み込めないし、踏み込むと、人間の中の優先順位の話になってきてしまうので、難しいんですけども、パワーが限られたり、場所が限られている中で、その辺のところは、どう考えていくべきなのかということで、視点があればというのが1点です。

もう一点、済みません。トリアージのところ、医療部門の先生方とか、看護師などにやっていただくということが、制度設計にはなっているんですけども、その方たちが間に合わない場合ということで、例えば事務職員とか、どういうところまで広げてできるのかということの2点です。

何か御示唆があればということで、質問させていただきました。お願いします。

○笹井所長 どなたかございますか。いかがですか。要援護者の問題です。

○中林参事 要医療援護者に関しましては、今のところ、熊本市では、まず人工呼吸器装着者を第一に支援したいということで、プランをつくっています。昨年来、計画停電の問題がいろいろありまして、今の個別プランでは対応できないところも出てきていますので、今、おっしゃったように、今後は集中的に集めて、電源がきちんと確保できるところを検討しないといけないのではないかと思います。

あとのトリアージに関しては、熊本市の場合、消防(救急)隊員をできる人員と考えております。

以上です。

○笹井所長 どうぞ。

○藤内所長 最初の災害時要援護者は、非常にハイリスクな人たちから、独居の高齢者のように、かなりレベルがあるので、どこで線を引きかということとは、とても悩ましいのですが、今年の豪雨の際に、本当によくやっている自治体で、6人に1人、既にリストアップされていて、1人の民生委員さんが80人担当しています。その支援対象者のリストをもらっていましたが、でも、洪水で避難する際、民生委員さんは自分が逃げるのが精いっぱい、80人の面倒はとても見られませんでしたという、本当に笑い話のような話です。ところが、逆に、ある地域は、そういうリストがなかったが、一斉に避難したので、障害がある人も、ない人もみんな無事に避難できたということもありました。

そういう意味で、対象者をリストアップして、「点」で避難を支援するという活動は特に人工呼吸を使っている人などには必要なんでしょうけれども、「面」での支援に切りかえていかないと、難しいのではないかと考えています。

○\*\* 追加です。うちの場合は、保健所が中心で、ALSの患者さんだけなんですけれども、今、2つの難病の拠点病院が、それぞれ在宅で暮らしている方の情報を、御本人の許可も得て、半年に1回、情報更新してくれます。それで共有することができます。でも、災害が起こったときの受入体制で、情報がきちっと病院に入っていて、搬送をどうするかという課題は残っているんですけれども、計画をきちんと整備していこうということになっています。

○笹井所長 ありがとうございます。

ほかによろしいですか。

議論が尽きないんですけれども、大体予定した時刻になりました。

最後に尾身先生、一言、全体のまとめをお願いします。

○尾身代表 短い時間でしたけれども、1つわかったことは、科学的なことを含めて、現場でいろんな取り組みが既にされているということは、共有されたと思います。

ここにいる我々全員のこれからの課題は、岩田さんがいみじくもおっしゃっていましたが、最後に田上さんにおっしゃっていましたが、既に行われているいろんな取り組みを、公衆衛生関係、きょう集まっている人たちで知恵を絞ってまとめて、先ほどのアセスメントの方法を含めて、少しまとまった形で国全体に提案でもしない限り、これだけの努力はなかなか集約されないと思います。

今回の研究班として、きょうの皆さんのすばらしい議論をまとめた形で、再度、研究を始めて、きょうの議論がまとまった形で、国に政策提言できればと思っております。

本当にきょうはありがとうございました。

最後に中村先生からお願いします。

○中村氏 座長の先生、またパネリストの先生方、どうもありがとうございました。

以上でシンポジウムは終了いたします。

続きまして、東北大学の押谷先生から、国際シンポジウムについてのお知らせがございます。

○押谷氏 済みません。自治医科大学の中村先生にお願いして、1分だけ時間をいただきます。

東北大学の医学系研究科の中に、地域医療支援センターというものが、震災の後にできたんですけれども、そこが主催して、3月7日、8日に国際シンポジウムをやることになりました。

このフォーラムの代表の尾身先生がいらした、WHOの西太平洋事務局と東京大学、岩手医大との間で協定書を結んでいて、今回の震災の後のリカバリーのプロセスを記録するというプロジェクトです。特にパブリックヘルスのリカバリーというのは、今まで大災害の後、きちんとシステムチックに記録されているものが少ないということと、あと、英語なので、日本までなかなかきていないということがあって、報告書はもちろん英語の報告書なんですけれども、日本語訳もしていますし、7日と8日の国際シンポジウムは同時通訳をつけますので、是非皆さんも御参加ください。

多分今週の前半ぐらいに、ウェブ上からも申し込みができるようになるはずなんですけれども、そのことについては、またメーリングリスト等で回覧します。

きょう全員の分はないかもしれないんですけれども、チラシを何部か持ってきています。前の机に置いてありますので、このチラシからもファックスで申し込みができますので、よろしくをお願いします。

○中村氏 ありがとうございます。

最後に閉会の挨拶をパブリックヘルスフォーラム事務局長、自治医科大学の中村先生、お願いいたします。

## 閉会挨拶

災害支援パブリックヘルスフォーラム事務局長 中村好一氏

パブリックヘルスフォーラムの事務局長をやっております、自治医大の中村でございます。

本日は長時間にわたりまして、いろいろと御議論いただきまして、ありがとうございました。

このフォーラムを立ち上げたのは、一昨年5月の連休当たりに、まず準備会というものを始めまして、公衆衛生の立場から、どうやってできるのかということを経験してまいりました。

先ほど冒頭の尾身代表の挨拶の中にもありましたけれども、被災地への直接の支援もございましたし、現在はきょうの議論のような形で、実際に今度災害が起こったときに、どういう形で、公衆衛生ということで、被災地への支援ができるのかということで、具体的に検討している段階であります。

本日のシンポジウムの中で、課題が整理できたところも一部ありますし、新たに検討しなければいけない課題も若干見えてきたような気がします。ただ、災害というのは、いつ起こるのかわからないということで、いつまでも議論していいという話でもないと思います。最初から完全な形ではできないとは思いますが、できるだけ早く、何らかの形でやらなければいけないだろうと、私自身は思っております。そういう意味では、本日のシンポジウムが、次のステップにつながるように、また改めて考えていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願いたいと思います。

最後になりましたけれども、6人のシンポジストの方々には、お忙し中、御準備までしていただきまして、本当にありがとうございました。心から御礼申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)

## 大規模自然災害における 保健所の役割と準備 -飯田保健所の例-

飯田保健所  
佐々木隆一郎



## 保健所は何するところ？

### 保健所は 住民の健康・安全・安心の拠点

#### 健康危機管理

予防的業務(監視等) (健康警察)

健康危機への対応 (体制整備と対応)

#### 専門的バックアップ

市町村(専門職)への支援

(地域診断、EBPH)

広域的・専門的対人サービス

#### その他

地域の医療・福祉体制評価と再構築

### 健康危機管理関連法令

2000.3 (厚生省告示第374)

地域保健法4条に基づく基本的な指針

2001.3 (地域における健康危機管理のあり方検討会)

地域健康危機管理ガイドライン

2005.5.23 (地域保健対策検討会)

保健所は地域の健康危機管理拠点

### 地域保健対策検討会中間報告 (平成17年5月23日)

#### 保健所は地域の健康危機管理拠点

初動は専門職を備えた保健所で

新たに対応すべき分野を設定

地方衛生研究所は技術的・専門的支援拠点

#### 今後の地域保健計画

健康危機管理計画、地域保健対策、

健康課題の優先度に応じた資源配分、

基盤整備(人材、保健所設備、調査研究)

### 新たな健康危機管理分野

- 原因不明の健康危機
- 災害有事・重大健康危機  
生物テロ、新型インフルエンザ、自然災害
- 医療安全  
医療の質と安全性、医療事故等原因究明、  
患者・国民との情報の共有、国と地方の役割支援
- 介護等安全  
高齢者虐待、施設内感染



保健所は

地域の力を結集して

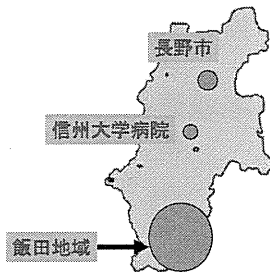
対応するための拠点

災害時の健康危機管理

飯田保健所管内の  
緊急時救急医療体制づくり

飯田地域は  
東海地震防災対策強化地域

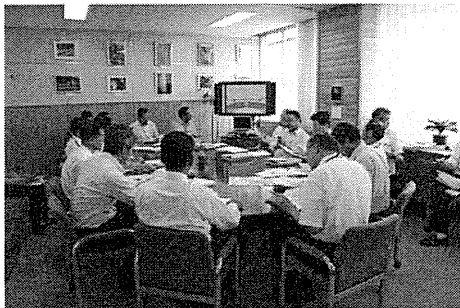
- 管轄面積  
1,929 km<sup>2</sup>
- 人口  
169,503 人  
(老年人口割合29.7%)
- 医療機関数等  
10 病院  
136 診療所  
1,887 病床数  
290 医師数
- 市町村数  
1市、3町、10村



飯田保健所が入居している合同庁舎



県庁とのテレビ会議システム



まず  
自然災害発災時に

地域で必要とされる  
保健所の役割を  
考えてみました

## 自然災害の特徴

- ・ 規模が大きい場合が多い
- ・ 予防策がなく、準備と対応策に限定
- ・ 保健所の範囲を超えた対策が必要  
ライフラインの確保(医療)  
必要医療の確保  
災害後の生活復帰(こころのケア)

## 大規模自然災害の健康危機管理 保健所の役割

平時 → 発災・発生 → 事後

救急医療体制の構築

二次健康被害の予防

指揮・調整

(災害医療コーディネーターなど)

情報収集・分析  
体制整備  
予防教育・監視  
指導・監督

行政介入判断  
連絡調整  
原因究明  
具体的対応

健康相談窓口  
追跡調査  
対応事後評価  
体制の再構築

健康危機管理における保健所の役割

## 自然災害（平時）

- ・ 災害時の緊急医療体制の確認  
関係機関との連携、医薬品確保、  
医療提供体制の状況確認等
- ・ 役割体制の整備(訓練など含む)  
少ない資源を最大限に
- ・ 災害時の医療機関のライフライン確保

## 自然災害対応力向上

当事者意識の醸成

例：地域の自然災害度の判定

地域連携による緊急医療構築

例：医療情報データベース

地域医療関係者連携体制

(役割の明確化)

住民の自律的対応能力

特異的システムの構築



健康危機管理における保健所の役割

## 災害時医療体制の準備

- ・ 地域医療の量・質の確保  
避難所における一次医療  
(トリアージ、一次救急、等)  
災害支援病院  
(一次救急支援、地域病院との連携)
- ・ 医療の後方支援  
(DMAT、医療隊、災害医療セ、自衛隊)
- ・ 地域医療機関の災害時への備え  
(医薬品の供給、ライフラインの確保)

## 既存の飯田地域の 緊急医療体制の診断結果

・ 局所的災害には対応可能

・ 広域災害には不十分

そこで  
緊急医療体制再構築の  
取り組みを始めました

地域との連携手順

キーパーソンの発見  
キーパーソンと腹を割った意見交換  
創り上げる連携図の作成

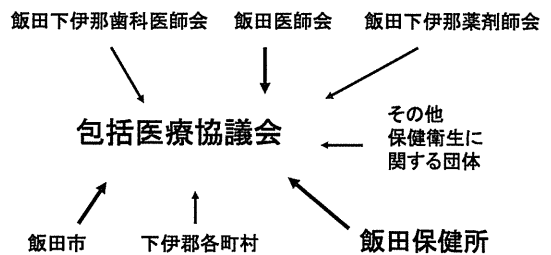
保健所内での検討

地域連携会議の開催(病院、市町村等)  
具体的連携体制の構築  
訓練(連携体制の試運転)  
連携体制の改善

さあ、  
緊急医療体制の再構築だ  
(平成16年)

相談したのは、  
飯伊地域包括医療協議会長  
災害拠点病院の救急部長

飯伊包括医療協議会の構成



包括医療協議会の主な事業

- ・緊急救急医療対策
  - 休日夜間診療所
  - 在宅当番医
  - MC検証会
- ・大規模災害対策
  - 局所災害対応体制
- ・医療確保対策
  - 産科問題懇談会
  - 医療従事者確保対策
- ・学校保健対策
  - 麻疹予防接種
  - 健康手帳
- ・産業保健センター
- ・口腔衛生事業
- ・公害監視
- ・医療ガイドの作成

休日・夜間  
診療所



診療科目:内科・小児科  
休 日:午前9時  
          ~午後5時  
夜 間:午後7時  
          ~午後10時30分

## 医療体制再構築

### 医療支援データベースの構築

医療機関の災害時診療能力の把握  
 医療機関の診療能力のバックアップ  
 (医薬品、ライフラインなど)

### 地域緊急医療体制再構築

大規模(自然)災害時における  
 Preventable Deathの減少

## 医療支援データベース (長野県南部地域)

### 医療機関数:

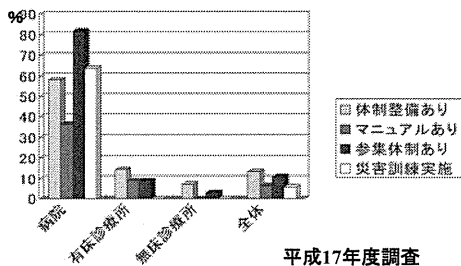
病院 10/10 (100.0%)  
 有床診療所 5/5 (100.0%)  
 無床診療所 87/131 (66.4%)  
 (企業内診療所含む)

### 基本情報:(22項目)

災害医療受入体制(受入可能患者数、等)  
 ライフライン(自家発電、水の持続時間、等)  
 医薬品等備蓄状況など

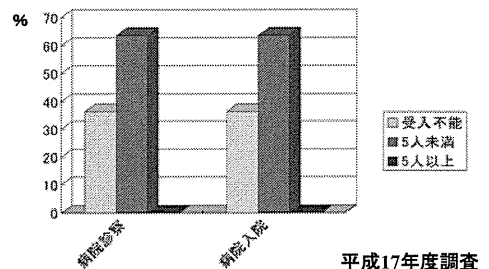
### 災害時受入体制

## 体制は不十分



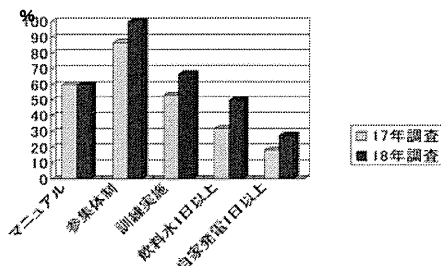
### 赤レベル受入可能病院数

## 重症度赤レベルは5人程度

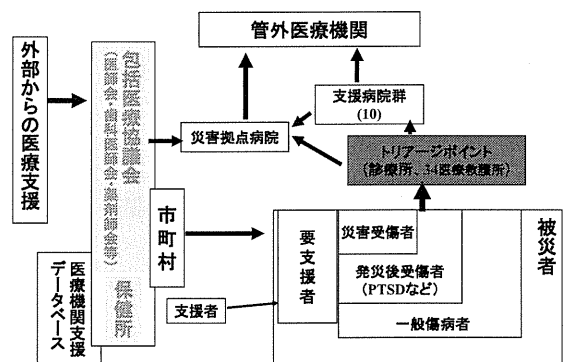


### 調査前後の病院の変化

## 病院では体制整備改善



## 現在の飯田地域の緊急医療体制



## 災害時緊急医療体制の概要

(飯田地域)

医療救護本部 本部長 包括医療協議会長

局地災害の場合 外科系初動救護班の出動  
内科・歯科医師、薬剤師等後続医療班の出動

### 広域災害の場合

震度5弱以上の地震で34の救護所へ自動出動

(医師、歯科医師、薬剤師、看護師)

役割分担(災害拠点病院、支援群病院、救護所)  
ヘリ連携ポイント 100か所以上

## 救護所の明確化

(トリアージポイント)

### 目的

- ・限られた医療資源を効率的に活用
- ・Preventive Deathの最小化
- ・災害拠点病院の医療の質の確保

### 役割

- ・トリアージによる被災者の振り分け
- ・初期救急処置

## 大規模災害医療救護体制の構築

平成16年 8月18日 第1回事務局会議 → 役割検討

平成16年10月 2日 第2回事務局会議 → 実態調査、救護計画素案、研修会

平成16年11月 9日 大規模災害医療救護計画の決定(包括医療協議会)

平成16年11月16日 大規模災害時危機管理研修会の開催

平成17年 1月 災害時受入事態調査開始

平成17年 2月10日 第3回事務局会議 → 災害時受入事態調査結果検討

災害時医療支援データベース作成

平成17年 9月 4日 大規模災害医療救護計画に基づく訓練(参加者:900人)

平成17年12月12日 大規模災害危機管理研修会の開催(参加者:409人)

平成18年 9月 3日 大規模災害医療救護計画に基づく訓練(参加者:1,114人)

平成18年11月14日 大規模災害危機管理研修会(シンポジウム)の開催

## 飯田地域シミュレーション訓練

日時 平成24年9月2日

参加者 2,000人以上(保健所除く)

医療関連機関(医・歯・薬・看、1000人以上)

市町村・消防・保健所

地区自主防災会(住民)

### 効果

救急医療体制の確認

初期救急処置の普及(AEDなど)

自立的防災意識の向上

## 指揮

(コーディネートチーム)

包括医療協議会

会長

災害医療対策委員長

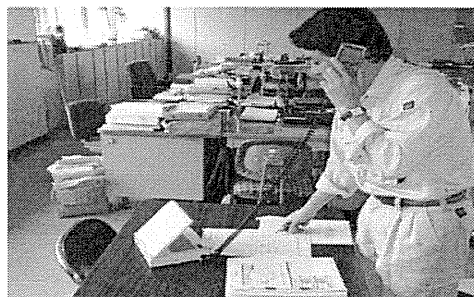
副会長

医師会長、歯科医師会長、

薬剤師会長、保健所長、他

訓練風景

## 衛星携帯電話で連絡



## 情報収集体制は、基本の基本

### 衛星携帯電話

病院、救護所などの情報収集  
(本部、病院、市町村、救急隊、保健所、他)

### EMIS

全病院の情報収集

### 災害優先携帯電話

情報収集のバックアップ

### 携帯メール、人力

保健所の情報収集

### FAX

医師会による診療所の情報収集

## 初期医療は自前で

### 救護所 34か所

開業医、薬剤師、歯科医師、など明確化

### 24時間以降は

DMAT、医療隊などの外部支援を期待  
場所は救護所が原則

### 患者輸送

ヘリアクセスポイント 100か所

## 外部支援の要請判断基準

- ・管内の提供可能医療量を凌駕した場合
- ・赤レベル5人以上

訓練風景

### 医療スタッフ集合



訓練風景

### 関係者とトリアージtent

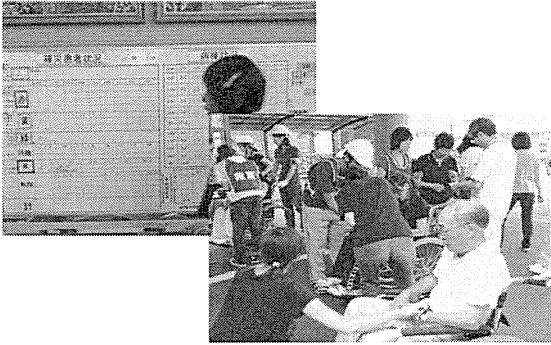


### 地域AED訓練修了者は住民の1/10



訓練風景

## 病院での訓練風景



## 訓練は

- ・事後の反省会が最も重要
- ・関係機関が一同に参加できる環境づくりも大切  
住民  
全医療機関、市町村、  
消防・救急隊、警察、保健所

## いざという時

- ・DMAT  
EMISは使えるか？
- ・医療隊  
誰が調整するか？
- ・自衛隊  
依頼方法は？
- ・国立病院機構災害医療センター

## 危機管理における役割 自然災害（発生時）

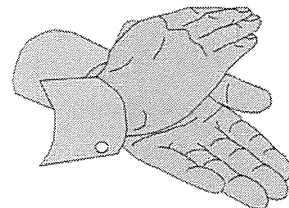
- ・初期対応（1～2日）  
指令（災害規模の判定と対応規模決定）  
自前対応（救急医療確保、安心提供）
- ・中・後期対応（本部設置～落ち着くまで）  
庶務（情報収集・提供、医療後方支援等）  
特異的対応（伝染病予防、心理支援等）  
PTSD、ストレス対応が重要

準備していても  
できるわけではない

でも、準備していないことは  
絶対できない

横森忠紘  
(小千谷総合病院理事長)

御静聴ありがとうございました



シンポジウム  
「地域防災計画と災害時医療公衆衛生対策」

「災害時における医療(保健)・福祉活動マニュアル」について【熊本市】

熊本市保健所 医療政策課  
平成25年1月27日(日)

内容

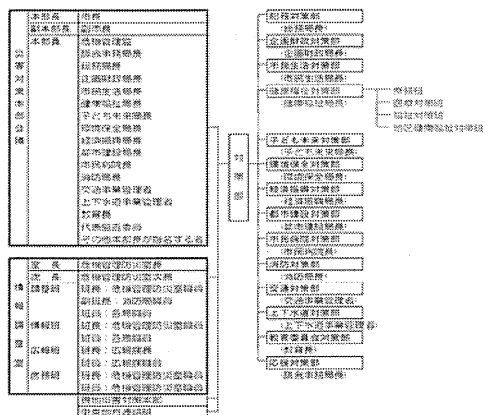
- 災害時における医療(保健)・福祉活動マニュアル策定の経緯
- 熊本市災害医療福祉訓練【検証】
- 要医療援護者支援活動【重点】
- 政令市移行による課題

「災害時における医療(保健)・福祉活動マニュアル」策定まで

- 平成7年 阪神淡路大震災
- 平成7年 「熊本市災害医療対策連絡会議」設置
- 平成8年 「熊本市災害医療基本計画」策定
- 平成9年 「災害における保健・医療活動マニュアル」策定
- 平成10年 「大地震」発生を想定した災害医療訓練実施
- 平成14年 「災害における保健・医療活動マニュアル」改訂
- 平成18年 「災害時における要医療援護者支援マニュアル」作成
- 平成19年 保健・医療活動マニュアルに災害時の福祉活動及び要医療援護者支援を追加、「災害時における医療(保健)・福祉活動マニュアル」を作成

熊本市災害対策本部組織図

H24.3まで



熊本市地域防災計画における  
「マニュアル」の位置づけ

医療助産計画

第1項 医療助産救護対策

災害時の保健医療活動が滞滞しないように、被災者に対して応急医療を含めた医療や助産を施し、医療救護の確保に努めるものとする。

- 1 災害救急医療と拠点病院
- 2 臨時救護所
- 3 救護班

救護班の編成は、市職員及び公的医療機関を中心に他都市から応援に来た医療従事者で編成し、原則として医師1人、看護師2人、その他1~2人で構成する。その他医療救護に関する必要な事項は、「災害時における医療(保健)・福祉活動マニュアル」で別途定める。資料編P-13

- 4 熊本市救急災害医療協議会

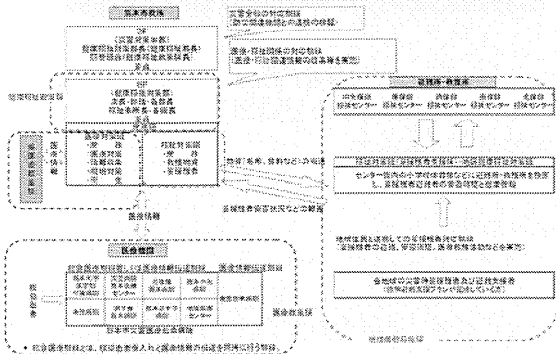
健康福祉局対策部組織図

H24.3まで

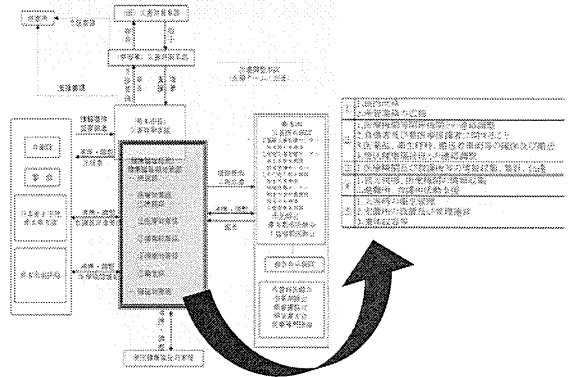
健康福祉対策部長 (健康福祉局長)	災害時の医療と福祉活動の連携を図るよう、防災訓練期間、災害発生時の情報収集、被災者の健康支援や被災者生活の安定を図るための活動を実施する。
健康福祉部長 (健康福祉部長)	1 多岐にわたる災害発生時の対応を担うこと。 2 福祉の確保を図ること。
健康福祉課長 (健康福祉課長)	1 災害発生時の対応を担うこと。 2 災害発生時の対応を担うこと。 3 災害発生時の対応を担うこと。 4 災害発生時の対応を担うこと。 5 災害発生時の対応を担うこと。 6 災害発生時の対応を担うこと。 7 災害発生時の対応を担うこと。
健康福祉課長 (健康福祉課長)	1 災害発生時の対応を担うこと。 2 災害発生時の対応を担うこと。 3 災害発生時の対応を担うこと。 4 災害発生時の対応を担うこと。 5 災害発生時の対応を担うこと。 6 災害発生時の対応を担うこと。 7 災害発生時の対応を担うこと。
健康福祉課長 (健康福祉課長)	1 災害発生時の対応を担うこと。 2 災害発生時の対応を担うこと。 3 災害発生時の対応を担うこと。 4 災害発生時の対応を担うこと。 5 災害発生時の対応を担うこと。 6 災害発生時の対応を担うこと。 7 災害発生時の対応を担うこと。



### 熊本市災害医療福祉訓練(平成23年度)

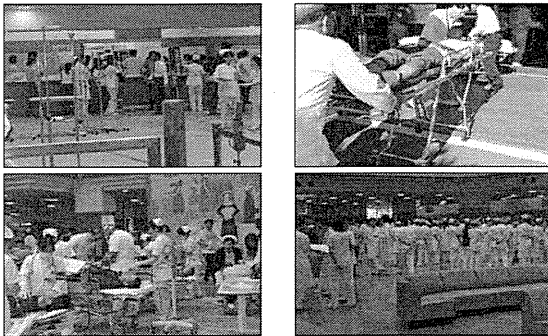


### 【災害発生時の医療情報の体系図】



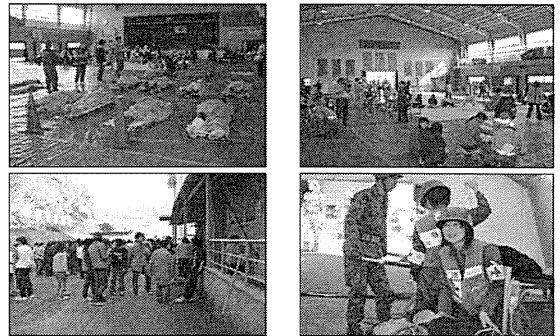
### 熊本市災害医療福祉訓練

#### 【医療施設】



### 熊本市災害医療福祉訓練

#### 【避難所】



### 熊本市災害医療福祉訓練

#### 【対策部】

##### 市役所対策本部



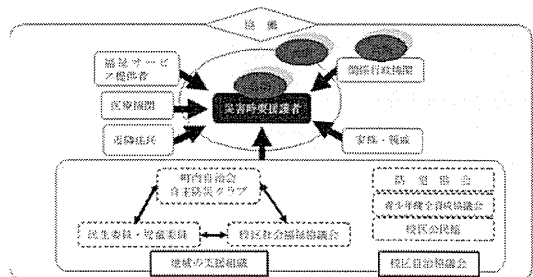
##### 医療対策班



##### 地区健康対策班

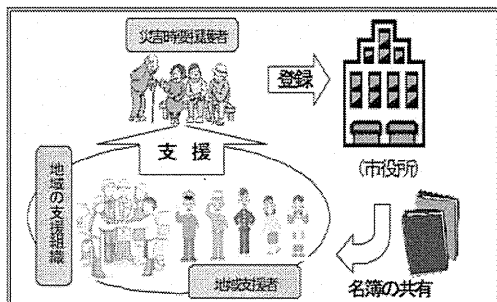


### 熊本市災害時要援護者支援制度



担当：地域保健福祉課

## 熊本市災害時要援護者支援制度



## 熊本市災害時要援護者支援制度

1. ひとり暮らしの高齢者(高齢者のみ世帯を含む)  
寝たきりの高齢者及び認知症高齢者
2. 障がいのある方
3. 妊産婦
4. 乳幼児
5. 医療依存度の高い方  
(人工呼吸器装着者、在宅酸素使用者、人工血液透析者、特殊薬剤使用者、経管栄養使用者)

## 災害時要医療援護者の現状

平成24年7月1日現在

要医療／要援護者 660人／9,679人(申請者数)

- |             |              |
|-------------|--------------|
| ①人工呼吸器装着者の方 | 対象者 80名程度    |
| ②在宅酸素使用者の方  | 対象者 700名程度   |
| ③人工透析者の方    | 対象者 2,500名程度 |
| ④経管栄養使用の方   | 対象者 150名程度   |
| ⑤特殊薬剤使用の方   | 対象者 不明       |

## ◇人工呼吸器を装着している方

平成24年7月1日現在

装着状況	対象者	申請者	個別支援プラン	
			作成中	作成済
常時使用	25人	21人	3人	18人
一時使用	51人	32人	5人	23人
計	76人	53人	8人	41人

### 個別支援プラン

事前に、緊急時連絡者、自治会長及び民生委員の方に、要医療援護者の療養状況、機材、かかりつけ医、緊急時対応病院等の内容を把握して貰い、隣保の皆様と協力して避難支援に役立ててもらうために作成するもの

申請 → 申請者訪問・療養状況確認 → 個別支援プラン(案作成) → 訪問・協力依頼

個別支援プラン完成 ← 自治会長・民生委員 緊急時連絡者決定

## 個別支援プラン(記入例)

## ◇在宅酸素を使用している方

- ・対象者: 約700名(把握方法: 酸素業者)
- ・災害対応  
台風災害等: 早め多めの酸素供給  
地震災害等: 医療機関情報提供、酸素業者との連携による酸素供給

## ◇人工透析を受けている方

- ・対象者: 約2,500名(把握方法: 透析医療機関)
- ・災害時対応  
台風災害等: 早めの透析実施  
地震災害等: 透析医療機関情報提供

### ◇経管栄養を使用している方

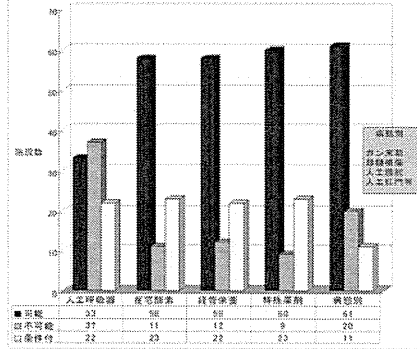
- ・対象者: 約150名(把握方法: 医療機関)
- ・災害時対応
  - 台風災害等: 多めの薬剤処方及び食料確保
  - 地震災害等: 医療機関情報提供、薬剤食料確保

### ◇特殊薬剤を使用されている方

- ・対象者: インシュリン、血液凝固因子製剤、免疫抑制剤、抗アセチルコリンレセプター剤等
- ・災害時対応
  - 台風災害等: 早め多めの処方
  - 地震災害等: 医療機関情報提供、市薬剤師会との連携による薬剤確保

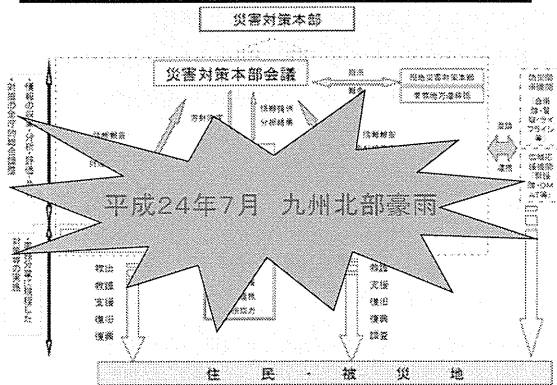
### 病院の要医療援護者受入調査

(平成23年度)



対象施設数: 97  
回答施設: 92  
未回答: 3  
休止中: 1  
歯科: 1

### 熊本市災害対策本部組織図(政令市以降)



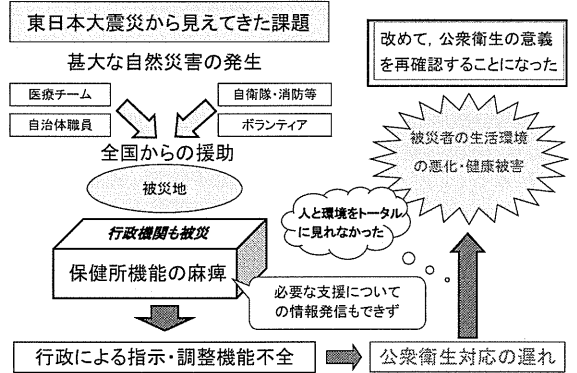
### マニュアルの改正における今後の方向性

- 組織を横断したマニュアル
- 外部機関も含め、担当者名の入ったマニュアル【年度版】
- 各種支援派遣チーム受入れ・調整
- 災害(医療・衛生)コーディネーター

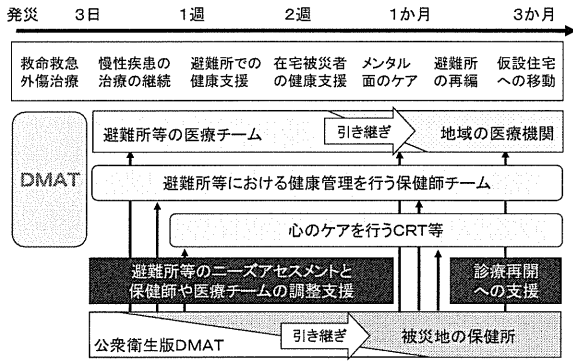
# 大分県における災害時公衆衛生 対策チーム(DPAT)の検討

大分県中部保健所  
藤内 修二

## 公衆衛生版DMAT構想の背景

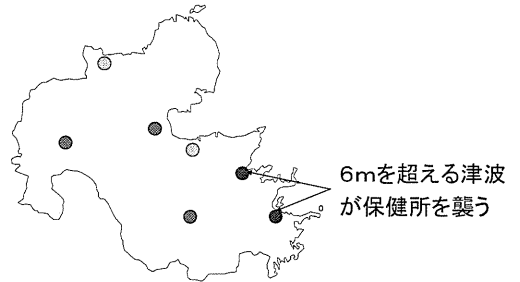


## DPAT (Disaster Public health Assistance Team)



## 大分県内の7保健所

- 東南海地震で、7つある保健所のうち、4保健所が浸水  
そのうち、2保健所は壊滅的な被害



## 災害時公衆衛生対策チームの検討

### 第1回 検討会

- ①「石巻保健所への支援活動から見た課題」
- ②派遣された職員などによる意見交換

テーマ「災害時における公衆衛生機能とは」

### 第2回 検討会

第1回目の意見交換から抽出された「課題」について  
「どのような」情報を、「どこから」、「どうやって」収集するか

### 第3回 検討会

収集された情報をどのように「見える化」して、意思決定に活用するかを検討。

### 第4回 検討会

災害時公衆衛生対策チームの  
市町村の地域防災計画への反映

### 報告会

これまでの検討経過を保健所職員、市町村関係職員に報告

## 災害時に必要とされる公衆衛生機能(1)

- ①アセスメント機能 (人と環境をトータルに見る)  
被災者の健康状態  
避難所等の生活環境を評価し、健康影響を予測  
保健、医療、福祉サービス提供機能の評価  
最優先で取り組むべき公衆衛生課題の選定
- ②情報の収集と集約(「見える化」)  
医療や継続的な支援を必要とする被災者の抽出  
最優先で支援が必要な対象者の選定  
健康に影響を及ぼす生活環境要因の集約
- ③情報発信機能  
各種サービス再開の目途等についての情報提供  
地域の公衆衛生課題を内外の関係者に伝える