

命令系統図（病院側は ICS を意識していないが ICS に準じたもの）に基づいた訓練であること、の三点を目標にしたことが示された。更に、飯田市立病院では、病院独自で、災害時の患者受入れ状況に応じた病院の受入れ体制を、3 段階のレベルに分け、体制を組んでいることも報告された。即ち、レベル 1 は救急車が通常より 3 ～4 台多い場合、レベル 2 は 5 台以上の場合、大規模災害のような場合はレベル 3 として位置づけをし、それぞれの BCP を想定して、職員の役割を明確にしているものである。

一方、豊橋市民病院からは、災害拠点病院であるが、病院がおかれている地理的な条件から、津波災害の場合には、災害受援病院とならざるを得ない場合があり、それを想定した訓練も、昨年度から開始したことが報告された。

更に豊橋市保健所と東三河地域の保健所からは、現在の東三河地域における災害時の医療体制が紹介され、災害時の病院間の医療連携の強化が必要なポイントであることについて説明がなされた。

## 2) 災害時における救護所の医療について

飯田地域では、30 か所の救護所が設定されることが説明された。また、救護所の医療は、包括医療協議会長を医療コーディネーターとした飯田地域災害医療対策本部の指揮の下、飯田医師会の医師、飯田歯科医師会の歯科医師、及び飯田下伊那薬剤師会の薬剤師など医療関係者が、市町村、住民などと連携して対応に当たることが紹介された。また、緊急時医療体制の構築に当たっては、地域における医療機関の機能を効率的に発揮できるように、配慮して作られていることが紹介された。

次いで、豊橋市を中心とした緊急医療体制について説明がなされた。この中で、救護所の医療を担う医療関係者について、構築が不十分であることが紹介された。

救護所医療体制の強化に当たっては、病院の医療関係者を期待することは、必ずしも地域医療にとって効率的でないので、病院以外の医療関係者による体制構築の可能性を探ることが理想的だとの意見も出された。

## 3) 災害拠点病院における DMAT 体制円滑な運用について

災害拠点病院をはじめとした DMAT 隊を持つ病院では、DMAT 隊を派遣する場合の、院内通常医療体制の組み替えに課題があることが説明され、二つの災害支援病院間で、御嶽山災害など具体的事例に基づいた意見が交わされた。どちらの病院も DMAT 隊の院内の位置づけについて課題が共通していることが認識された。

## 4) 災害時の人工透析体制について

東三河地域及び飯田地域相互での災害時における人工透析患者の相互支援の可能性について、具体的な意見交換がなされた。

どちらの地域も災害時の人工透析患者への支援は、透析医会のネットワークを用いることで解決できる可能性が確認できた。即ち、愛知県は愛知県透析医会事務局、長野県は長野県透析医会事務局が窓口になって透析患者の支援を行うということである。また、お互いの地域の今後の連携を強化するために、それぞれの地域の透析医療を統括する医療機関とその連絡方法を確認した。

飯田地域からは、管内にある透析医療機関は 7 病院で、218 台の透析装置があること、災害時には、条件を整えば、一日当たり 100 人程の透析患者の受入れが可能であることが示された。飯田地域の透析医療機関から出された受け入れ条件は、臨時的な透析スタッフの支援、透析資材の支援、及び費用負担の 3 点である。

## 5) その他の事項について

今後のこの連携会議の持ち方についての意見交換がなされ、次の事項が確認された。

本連携会議は、両地域の災害時の医療体制の連携・強化に一定の役割を果たせる。そこで、来年度以降も、連携会議を継続することにした。この連携会議を、医療関係者だけではなく、広域連合や都道府県レベルの関係者を加えて行うことの提案がなされた。その方向性は共有された。意見交換の結果、両地域の実情を勘案して、できるレベルから徐々に行うこととなった。

## D. 考察

大規模災害発生時には、都道府県など行政区域を超えた医療連携に基づく体制の活用が不可欠になる。行政区域を超えた連携を効率的かつ効果的に行うためには、連携する地域間の関係者の「顔の見える関係づくり」とお互いの地域の現状を把握しておくことが不可欠である。

災害時の近隣した地域間が連携する場合の条件を明らかにするために、愛知県東三河地域と長野県飯田地域において、東海・東南海地震を想定した保健所及び災害支援病院関係者を中心とした連携検討会を昨年到现在に開催した。

こうした連携づくりは、一足飛びには目標を達成できないが、二年目になり、両地域でお互いの利点、欠点や解決点について率直に意見交換を行うことで、徐々に連携が強まっていることが確認できた。

このような地域連携を通して、今後全国において、特に隣接した都道府県を超えた地域間で大規模災害時における連携体制を構築する上で、保健所が考慮すべき点について、以下の様に考えた。

第一は、災害の規模によるカウンターパートの位置付である。即ち、全国レベルの災害では、都道府県間やブロック間など大規模な連携体制として支援体制が組まれる。一方地域に限局した災害の場合には、隣接した保健所間などで連携した支援体制が組まれることになる。

大規模な連携体制が組まれる場合には、多くの地域が得意分野を生かして支援することが可能になるので、災害発生時に災害の規模に応じた柔軟な連携体制を構築することが可能である。

一方、近隣地域の連携のように小規模な連携の場合には、この柔軟な連携体制を構築することは難しく、十分な連携体制の稼働に時間を要することになる。したがって、事前にお互いの実力を知って、どの程度の支援・受援を期待した連携なのかを明確にしておくことが不可欠である。即ちどの程度の受入れが可能なのかを想定して、受入れあるいは受援規模を判断する基準を、あらかじめ用意することが必要となる。

この目的のために、今回、人工透析患者の支援・受援を例に、東三河地域と飯田地域で検討を行った。その結果、受入れ側は、具体的な受け入れ規模、受入れに当たっての条件などの一定の情報を共有しておくことが必要である。連携を、保健医療福祉分野抜上げるならば、共有すべき情報は、お互いの医療・福祉の実力、及び提供可能な公的一般宿泊施設等の規模、保健衛生機能などである。

全国的に準備を行うためには、このように連携に当たって必要となる情報の標準化が求められる。

第二のポイントは、連携の調整（指揮命令）者の明確化についてである。東日本大震災のような大規模災害時には、国レベルでの調整が不可欠である。この場合、被災規模（被災者数、傷病者数、要支援者数）に基づいて、連携規模の決定、連携内容の決定などを行うこと、更には患者を中心とした被災者の段階的輸送方法の調整システムなどの構築も求められることになる。

一方、今回飯田地域と東三河地域で試みているような小規模な連携の場合には、保健所などの行政機関や医療機関の間で「顔の見える関係」で共有したお互いの実力を基本とした連携構築が可能である。連携の調整は、保健所あるいは災害拠点病院などで可能になる。どちらかが、地域の災害医療コーディネーターとなることが多いからである。現時点では、まずこの小規模な連携の構築を基本とした体制づくりから開始することが現実的であると考えている。

第三に、前述したように、足元の連携づくりから、全国規模への連携を発展させるためには、全国的に災害時に必要となる情報の統一を図っておくことが必要である。いわゆるデータベースに蓄積されるべき情報の統一と、その活用である。この情報の集積は、保健医療科学院などが検討・試行しているクラウドシステムの活用が考えられる。

この為には、各保健所管内の被災予測数、受入れ収容可能数、各市町村が受け入れることが可能な被災者の人数、医療程度別（医療機関）、要介護者・家族（福祉施設・公営施設）、その他の要支援者・家族（公営施設）、及びその他、一般被災者受入れの条件などの項目である。更には、今回の連携会議で示された透析患者受け入れ条件のような、受け入れのための条件や準備期間、受入れに必要な備品準備状況などの項目についての情報も必要であると考ええる。

## E. 結論

災害時における連携づくりを実際に行うためには、いくつかの根拠の作成が必要と考える。内容は、ICS を用いた指揮命令系統の一般化、災害時連携に必要な準備についての法制化と予算付け、及び前述したような国レベルのデータベースの創設などである。一度に完成することが不可能でも、グランドデザインを描いて着実に準備することが、preventable death を最小限にする方法ではないかと考える。

## F. 健康危険情報

今回の報告は、地域における健康危機管理体制の連携に関するもので、特記すべき健康危険情報なし。

## G. 研究発表

- 1) 国内  
国内発表 0件  
原著論文発表 0件  
それ以外の発表 0件
- 2) 海外  
国内発表 0件

原著論文発表 0 件  
それ以外の発表 0 件

H. 知的財産権の出願、登録

- 1 特許取得  
なし
- 2 実用新案登録  
なし
- 3 その他  
なし

H. 知的財産権の出願、登録

なし

# 飯田地域における 透析受入可能数と条件

受入れ可能数:

200人(100人/日)

必要な条件:

1. 臨時的な透析スタッフの支援
2. 透析資材の支援
3. 費用負担

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）  
「大規模地震に対する地域保健基盤整備実践研究」分担研究報告書

## 東日本大震災・津波における保健医療福祉の活動・その課題及びその後の取り組みに 関する研究

分担研究者 菅原 智 （岩手県県央保健所長）

### 研究要旨

東日本大震災における被災県の保健医療福祉等の活動及び県外等からの支援の実態を振り返り、その中で浮き彫りになった課題を明らかにするとともに、その課題を解決することで今後予想される大規模地震への対策として活かすことが重要である。

岩手県における活動の実態を次の項目毎に整理し、震災後に執られた課題解決のための施策について検討した。検討項目は、1)医療保健活動、2)災害医療コーディネーター、3)災害派遣福祉チーム、4)こころのケアセンター、5)保健所長の兼務状況・あり方、とした。

検討の結果、医療提供施設の震災前レベルまでの再開の必要性、DMAT から医療支援チームへの移行のタイミングの重要性及びその調整役としての災害医療コーディネーターの必要性、発災早期からの災害派遣福祉チームの必要性、さらに保健所長の兼務の解消及び保健所（長）間の連携の必要性などが明らかになった。

### A.研究目的

東日本大震災・津波の経験を踏まえて、今後予測される南海トラフ巨大地震、首都直下型地震等の新たな大規模地震に備えて地域保健基盤を整備しておくことが必要であり、そのために健康危機管理対策の拠点である保健所の危機管理システムの強化を目的とする。

### B.研究方法

東日本大震災・津波の被災県である岩手県の保健医療福祉等の活動及び県外等からの支援の実態を振り返り、その中で浮き彫りになった課題を明らかにするとともに、その課題を解決することで、今後予想される大規模地震の対策として活かすことが重要である。

具体的には、岩手県における活動の実態を項目毎に報告してその課題を明らかにし、被災後3年10ヶ月経過した現在までに執られた課題解決のための施策について検討することとする。

検討項目は、1)医療保健活動、2)災害医療コーディネーター、3)災害派遣福祉チーム、4)こころのケアセンター、5)保健所長の兼務状況・あり方、とする。

### C.研究成果

#### 1)医療保健活動

#### a.医療活動の実際及びその指揮命令系統

発災後全国から岩手県に集結した DMAT は最大 88 チームを数えた。津波による死者・行方不明者は多数であったが、阪神淡路大震災の時のような傷病者は多くなく、従って DMAT 本来の任務を果たす場合はそれほど多くなかった。

DMAT の任務はおおよそ発災後 72 時間程度までと言われるが、本来の任務に加えて、被害に遭った既存の医療機関の活動をカバーしつつ、発災数日後から県内に入り始めた全国各地からの医療支援チームの活動に繋げる役割を果たしたという実態があった(1 週間程度の活動)。

既存の医療機関、DMAT 及び医療支援チームとの調整役を担ったのが「いわて災害医療支援ネットワーク」で、岩手医科大学、県医師会、日赤、国立病院機構、県医療局、岩手県の 6 者が県災害対策本部内に集結し、地域の要請に対する医療チームの派遣、医療機関の支援等を行った。

#### b.医療提供施設の被害状況

岩手県沿岸市町村の医療提供施設の被害状況であるが、240 の病院・診療所・歯科診療所のうち、約 6 割弱の 127 医療機関が被害を受けた。これは地震によるものは少なく、津波浸水による被害が主であった(全壊 70, 半壊 22)。被災後廃止 22, 未定 1 であるが、104 の医療機関が再開、もしくは再開予定である(継続・再開率 90.4%)。薬局の既存数は 100 で、51 の薬局が全・半壊の被害を受けたが、廃止は 16 で 84 の薬局が継続・再開している(継続・再開率 84.0%) (H26.11.1 現在)。

岩手県内の地域医療を担う 95 医療機関のうち、公的病院とりわけ県立病院は 21 病院を数える。また、11 災害拠点病院中 9 つが、3 救命救急センターのうち 2 つが県立病院である。

そこで、県立病院の被害状況について述べる。

沿岸地域においては、高田・大槌・山田の 3 病院は津波到達地点に立地していて、全壊あるいはそれに近い被害を受けた。釜石病院は耐震基準を満たしていなかった病棟が損壊し、一部の入院患者の移送を余儀なくされた。大船渡・宮古病院は高台に立地していてほとんど被害がなかった。なお、久慈病院は低地の立地にあったが津波の程度が小さかったために難を逃れたが、今後の震災で被害を受ける可能性を残している。

内陸地域で大きな被害を受けたのは大東病院で、入院患者全員は隣町の千厩病院に転院した。なお、大東病院は震災前の耐震診断で旧病棟が新耐震基準を満たしていなかった。

沿岸地域の高田・大槌・山田病院は仮設診療所等で診療機能を応急的に回復しており、恒久施設の整備も予定されているが、市町村のまちづくり計画と調整しつつ整備先を検討中である。内陸部の大東病院にあっては、震災後も外来機能を維持し、その後新病棟が完成して入院機能も回復している。

#### c.感染症対策

発災後、岩手県内には約 400 カ所の避難所が設置され、5 万人以上の住民が避難所生活を

余儀なくされた。避難所生活も 2,3 週目になると感染症対策の観点から、「どこの避難所にどのような対策を取るべきか、どの医療資源をどの程度投下すべきか」が不明であることが明らかになった。また、緊急時の感染症サーベイランスの観点からも積極的疫学調査の必要性が顕著となってきた。

そこで岩手医科大学の主導の下、県事業として「いわて感染制御支援チーム(ICAT, Infection Control Assistance Team)」を発足させた。1 チーム 2,3 人の ICD, ICN 等からなるチームを沿岸 4 地区に各地区 1 チームずつ派遣し、4 月 12 日より活動を開始した。実際は症候群サーベイランスの探知・未然防止・拡大防止・情報提供を活動内容として実施した。各避難所でタブレット端末から保健師等が情報を入力し、避難所サーベイランスシステムを岩手医科大学が事務局、防衛医科大学が管理者になって運用を行った。

実際の各症候群毎の発生状況は次の通りであった (H23.4.13~8.16)。急性胃腸症候群 338 件、急性呼吸器症候群 2,069 件、急性発疹・粘膜症候群 102 件、急性神経・筋症候群 14 件、皮膚・軟部感染症 53 件、急性黄疸症候群 0 件、インフルエンザ 102 件。結果として、30 人規模のノロウイルス集団感染とインフルエンザ発生が各 1 件ずつ見るに止まった。

ICAT は被災後に発足し、活動は被災約 1 ヶ月後から開始されたが、その必要性は被災直後からある訳で、岩手県では今回の教訓・成果を活かして、「いわて感染制御支援チーム運営要綱」を策定し (H24.6 月)、今後の健康危機管理事案に対応できるよう整備している。

#### d. 人的被害・建物被害、及び災害関連死

平成 23 年 3 月 11 日の本震、及び 4 月 7 日の余震による岩手県の被害状況は次のとおりである (平成 26 年 12 月 31 日現在、岩手県総務部防災室、岩手県復興局)。

死者数 5,121 人 (直接死 4,672 人、関連死 449 人)、行方不明者数 1,130 人 (うち死亡届受理数 1,117 人) で、死者・行方不明者合計数 6,251 人にのぼる。一方、負傷者数は 210 人と少なかった。大部分の犠牲者は津波によるものであることが推定させる。家屋倒壊数は合計 25,716 棟 (沿岸部 23,872 棟、内陸部 1,844 棟) で、これまた津波による被害が大部分であったと推定される。

災害関連死に関して、国の統一的判断基準はなく、「新潟県長岡市の関連死認定基準」をもとに認定作業が行われているのが実状である。市町村が認定を行うことを原則としているが、県が設置する審査会に委託することもできる (現在 7 市町村が県に委託)。平成 26 年 12 月 31 日現在、449 件が災害関連死と認定されている (死者・行方不明者合計数の 7.2%)。

#### e. 保健活動の実際

今回の大震災被災地の避難所等における保健活動を行うにあたっては、相当数の保健師等の確保が急務となり、県は被災翌日の 3 月 12 日に厚労省に保健師等の派遣要請を行った。同時に県内陸部の保健所・市町村にも協力要請を行った。その結果、平成 23 年 8 月末までに、全国自治体から延べ約 9,000 人の保健師の協力派遣があり、県内からも延べ約 1,400 人の協力が得られた。

避難所等を巡回し、避難者の健康状態の把握・健康相談等を行うとともに、環境衛生の指導、及び医療チーム・心のケアチーム等と連携して保健活動を実施した。

平成 23 年 8 月頃には、ほとんどの避難者が応急仮設住宅に移り、この時期になると県外からの保健師の支援は多くは期待できない状況であった。そこで岩手県看護協会や岩手県国保団体連合会等の協力を得て保健師や看護師等を確保し、「被災者健康支援ガイドライン」等に基づいて、応急仮設住宅や在宅の家庭訪問を行い、被災者の健康状態の把握や健康指導の実施等、生活環境の変化に応じたきめ細かい保健活動を実施した。

#### f.情報伝達手段としての衛星携帯電話

本震災初期にはほとんどの情報伝達手段が停止し、健康危機管理上多大な不都合が生じたことは周知の通りであり、その際衛星携帯電話の有効性を認識したところである。

震災時、岩手県の県型保健所 9 つのうち、わずか 1 つの保健所のみが衛星携帯電話を所有していたに過ぎなかった。そこで、岩手県保健所長会が結束して粘り強く県保健福祉部にその設置を要請し、ようやくのことで、今後 3 年間かけて盛岡市保健所含む県下全 10 保健所に設置することが決まっている。

#### 2)災害医療コーディネーター

医療活動を展開する中で浮かび上がってきたのが、地域における医療活動の調整役の不在であった。そこで発災後 2 年経過した平成 25 年度に、県全体の調整を行う「本部コーディネーター」と、2 次医療圏域で調整を行う「地域コーディネーター」を設置し、平成 25 年 8 月 1 日付けで知事から委嘱された。平成 26 年 12 月 15 日現在、本部コーディネーターが 5 人、地域コーディネーターが 9 医療圏で 25 人となっている。

岩手県災害医療コーディネーター設置要綱（平成 25 年 2 月 28 日施行）の内容は次のとおりである。

<役割>知事の指揮下に、次の調整及び助言を行う。

(1)医療救護班その他の医療支援チーム（災害派遣医療チーム（DMAT）を除く。）の派遣に関すること。

(2)被災地における医療ニーズの把握に関すること。

(3)その他医療救護に関すること。

<種類等>活動の対象範囲及び主な活動場所次のとおりとする。

(1)本部コーディネーターは、県全体に係る調整等を、県庁又は知事の指示する場所において行う。

(2)地域コーディネーターは、予め指定された保健医療圏に係る調整等を、当該保健医療圏を管轄する保健所又は知事が指示する場所において行う。

<職務>(1)コーディネーターは、急性期においては DMAT と連携して活動し、DMAT の活動が終了するときには DMAT から所要の事項を引き継ぐものとする。

(2)知事は、医療活動が安定した場合は、コーディネーターに対する活動要請を解除し、コーディネーターは、知事に対し、所要の事項を引き継ぐものとする。



委嘱後、災害医療コーディネーターに対する研修が複数回開催されている。

「地域コーディネーター」は組織体制上“保健所長の下、活動を展開する”となっているが、地域の健康危機管理に最も関わりの深い保健所長との役割分担がはっきり見えてこないのが実状である。

### 3)災害派遣福祉チーム

被災地では身体的ケアの医療チームの他に、心のケアチームや福祉チームの活動及びその調整が大事になってくる。そのうち福祉チームの活動の一環として、岩手県では全国に先駆けて「災害派遣福祉チーム」の立ち上げに向けて、平成 25 年 9 月に「岩手県災害福祉広域支援推進機構」を設置した。チームは官・民・学の共同による社会福祉・介護関係 4~6 人の多職種による編成で、大規模災害発生時初期に、県の指示により被災地に派遣し、避難所等において避難者等の福祉ニーズの把握、要援護者のスクリーニング等を行い、中長期的支援に繋げて行くものである。既に複数のチームが登録し、研修も終えている。

### 4)こころのケアセンター

被災による精神的負担を抱える被災者の心身の健康を守るために、比較的早期より、きめ細やかで専門的なこころのケアが長期にわたって必要になって来る。「岩手県こころのケアセンター」は、岩手県が設置し、岩手医科大学が委託を受けて運営している。

内陸部にある岩手医科大学に中央センター、沿岸 4 地域に地域センターを置いている。その活動内容は、被災者支援、支援者支援、コーディネート、普及啓発、人材育成、地域支援等である。平成 24 年 4 月から活動を開始し 3 年目を迎えているが、その実績数は平成 26 年になっても減少しておらず、その相談等の需要の多さを物語っている。

### 5)保健所長の兼務状況・あり方

今回の大震災の発災時、大きな被害が生じた岩手県沿岸南部では、釜石保健所長と大船渡保健所長は H 所長が兼務し、被害の少なかった内陸南部では S 所長が奥州保健所長と一関保健所長を兼務していた。H 所長は釜石と大船渡を頻繁に往復して任務の遂行に鋭意努力していたが、どうしても不在時の対応が不完全であるととらえられがちになり、こうした行政側の対応が関係機関から批評されるという実状があった。一方、支援する側の内陸部の S 所長もどのような形で支援すべきか、本庁からの具体的な指示も乏しく、現地には赴くものの、特に発災後初期においては明確なミッションを描けないのがこれまた実態であった。その後は何が有効な支援であるかを自分で考えて行動した。

発災時、岩手県では 3 人の保健所長が 2 カ所ずつの保健所を兼務（3 人の保健所長で 6 保健所）状況で、健康危機管理上好ましくない状況にあった。

その後、関係者の努力で一時的に沿岸部の保健所の兼務が解消されたが、慢性的な保健所長不足により、再び平成 26 年 11 月から沿岸部の保健所でも兼務が生じている。

## D.考察

DMAT の任務は発災後 72 時間程度までと言われるが、本来の任務に加えて、被害に遭っ

た既存の医療機関をカバーしつつ、発災数日後から県内に入り始めた全国各地からの医療支援チームに繋げる役割を果たしたという実態があった。

既存の医療機関、DMAT 及び医療支援チームの県全体における調整役を担ったのが「いわて災害医療支援ネットワーク」で、これは平成 20 年 6 月 14 日に発生した岩手宮城内陸地震の際、その調整がうまくいかなかったことへの反省を踏まえて生まれたネットワークで、発災後岩手県庁内に設置された県災害対策本部内に集結し、地域の要請に対する医療チームの派遣、医療機関の支援等を行った。

タイムリーに情報を共有し、保健医療活動の方針を他部門にも周知させることができたという点において、本ネットワークが県災害対策本部内に置かれたことの意味は大きかったと考えられる。災害医療コーディネーターが未設置であった段階で、本ネットワークが本部における指揮・調整の役割をある程度果たしたと言えるが、地域におけるコーディネーターがいなかったため、その指揮・調整が末端まで十分に浸透したとは言えなかった。

震災後に設置された災害医療コーディネーターにおいて、本部コーディネーターと DMAT との関係はある程度明確化された。一方、「地域コーディネーター」は組織体制上、保健所長の下で活動するとなっているが、地域の健康危機管理に最も関わりの深い保健所長との役割分担がはっきり見えてこないのが実状であり、今後、コーディネーターと保健所等の行政関係者との合同研修会等を通じて、早急に役割分担・連携のあり方等を明確化していく必要がある。

更に、災害時における公衆衛生的な活動を支援する体制、すなわち DHEAT (Disaster Health Emergency Assistannt Team, 仮称) 構築の必要性も認識されて来ておところであり、災害医療コーディネーター、DHEAT、地域の保健所長との関係・役割分担を明確に定めておく必要性を強調しておきたい。

また、災害時の通信手段として、衛星携帯電話を各保健所に設置する目途がついたことは、その必要性を粘り強く発信して来た立場としては一定の成果と考える。

岩手県における災害関連死数 (449 人) に関しては、死者・行方不明者合計数 (6,251 人) の 7.2% に当たる。この数は被災後の保健医療福祉等の総力を挙げての活動の結果であり、できるだけ少ない数であらねばならない。

一方、この災害関連死に関しては、市町村、あるいは県によって認定の審査にばらつきがないか懸念されるところである。災害関連死と認定されると災害弔慰金等の支給対象となる事でもあり、国の統一した認定基準の策定が待たれる。

沿岸部における医療提供施設の被害も甚大であったが、被災後 3 年 10 ヶ月経過した時点での継続・再開率は 90.4% に止まっている。岩手県沿岸部は震災以前から医療資源が不足している地域であり、震災前のレベルまでの回復が重要な課題である。

更に、岩手県の公的病院における県立病院の占める割合は全国的にみても高率で、沿岸部においても同様である。被災した 3 県立病院 (山田、大槌、高田) は仮設診療所から脱し、恒久施設である新病院での早期の診療が待たれる。

被災地では身体的ケアの医療チームの他に、心のケアチームや福祉チームの活動及びその調整が大事になってくる。

発災直後から必要な福祉活動の一環として、岩手県が全国に先駆けて「災害派遣福祉チーム」を設置し、今後の災害に備えていることは英断とも思われる。

岩手県こころのケアセンターの活動は、岩手県が岩手医科大学に委託し、岩手医科大学は全国からの精神科医師等の応援を頂きながら運営している点においてユニークな特徴がある。その活動実績も多く、これまた評価に値する。

被災後の避難所・仮設住宅等における感染症対策における ICAT の活動は有効であったと考えられる。立ち上げが被災約1ヶ月後であり、もっと早期からの活動の必要性を踏まえ、今後の被災における活動を念頭にその態勢づくりがなされたことも評価される。

健康危機管理上、特に沿岸部における複数の保健所の所長兼務を解消し、平時より災害時の支援する側の保健所と支援される側の保健所との支援態勢のあり方を定めておくことも必要がある。そして、保健所長は発災時、地域の災害医療コーディネーターと連携・協調し、迅速な判断力と適切な方向性をもって危機管理に対処していくべきであるとする。

## E. 結論

検討の結果、医療提供施設の震災前レベルまでの再開、DMAT から医療支援チームへの移行のタイミングの重要性及びその調整役としての災害医療コーディネーターの必要性、発災早期からの災害派遣福祉チームの必要性、さらに保健所長の兼務の解消及び保健所（長）間の連携の必要性などが明らかになった。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

大規模地震に対する地域保健基盤整備実践研究

研究代表者 遠藤幸男（福島県県北保健所長）

分担研究者 菅原 智、他

（平成 26 年 3 月）（P.175-P.179）

### 2. 学会発表（その他）

菅原 智 「東日本大震災を振り返り新たな大規模地震に備えて一保健所の立場（保健所調整機能等）」 公開シンポジウム;2013 年 10 月 4 日；福島市

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

東日本大震災・津波における保健医療福祉の活動  
・その課題及びその後の取り組みに関する研究  
分担研究者 菅原 智(岩手県県央保健所所長)

## 研究目的

- 東日本大震災・津波の経験を踏まえて、今後予測される南海トラフ巨大地震、首都直下型地震等の新たな大規模地震に備えて地域保健基盤を整備しておくことが必要であり、そのために健康危機管理対策の拠点である保健所の危機管理システムの強化を目的とする

## 研究方法

- 東日本大震災における被災県の保健医療福祉等の活動及び県外等からの支援の実態を振り返り、その中で浮き彫りになった課題を明らかにし、その課題を解決することで今後予想される大規模地震の対策として活かすことが重要である
- 具体的には、岩手県における活動の実態を項目毎に報告してその課題を明らかにし、震災後3年10ヶ月経過した現在までに執られた課題解決のための施策を検討することとする
- 検討項目：
  - 1.医療保険活動
  - 2.災害医療コーディネーター
  - 3.災害派遣福祉チーム
  - 4.こころのケアセンター
  - 5.保健所長の兼務の解消。あり方

# いわて災害医療支援ネットワーク

避難所が多数で広範囲にわたるため、大きな人的医療資源を有する関係機関が連携し、隙間のない継続的な支援体制を構築

## ○ 運営体制等

岩手医大、県医師会、日赤、国立病院機構、県医療局、岩手県の6機関が災害対策本部（県庁4階）に参集し、地域の要請をもとに医療チームの派遣、医療機関の支援等を行う。

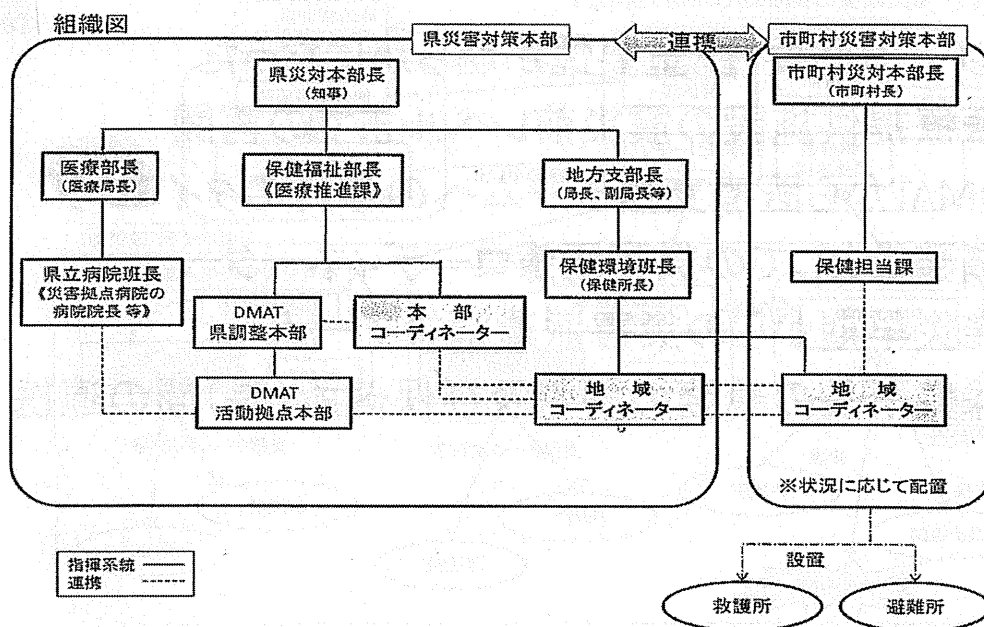
○各主体は、各自治体等と連携の上、担当地域内の情報をネットワーク会議に報告、情報共有し、調整のうえ必要な対応を実施



Iwate Prefectural Government

## 災害医療コーディネーターに係る組織図

(H26.8.1知事委嘱)



## 災害派遣福祉チーム(平成26年度設置)

- 福祉関係団体が被災地で行った支援活動と課題を踏まえ、官・民・学の共同によるチーム創設に向け検討
- チームは、4～6人程度で構成
- チーム員は、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員等の福祉専門職員で一定の研修を修了した者等
- 活動期間は、原則として災害の初期(発災後5日間程度)とし、必要に応じて延長
- 主な活動:
  - 1.避難所等における福祉ニーズの把握
  - 2.要配慮者のスクリーニング
  - 3.避難者等の福祉的課題の整理
  - 4.その他

Iwate Prefectural Government

## 結論

以下の必要性・重要性が明らかになった

- 1.医療提供施設の震災前レベルまでの再開
- 2.DMATから医療支援チームへの移行のタイミング
- 3.調整役としての災害医療コーディネーター
- 4.発災早期からの災害派遣福祉チーム
- 5.保健所長の兼務の解消及び保健所(長)間の連携

## 厚生労働科学研究費補助金

(健康安全・危機管理対策総合研究事業)

公衆衛生チーム派遣による災害時における公衆衛生機能支援のあり方に関する研究

研究分担者：前田 秀雄（東京都福祉保健局 技監）

### 分担研究者

前田秀雄・東京都福祉保健局技監

### 研究協力者

田原なるみ東京都健康安全研究センター

田口健・東京都福祉保健局医療政策部

吉見 ・江戸川区

二宮・東京都多摩府中保健所

林友紗・東邦大学医学部公衆衛生学

### 1. 研究目的

昨年度研究において、東日本大震災等の大規模な災害発生時における公衆衛生機能支援活動の必要性が明らかになった。今年度は、その具体的方法論を明らかにするため、初期の災害時公衆衛生活動を担った医療救護班の実態を分析するとともに、公衆衛生活動の支援をより実効性あるものにするために必要な受援体制について、都内自治体の防災計画の検証及び大島町における実際の災害事例の検証を行う。このため支援する側、される側の具体的方法論を明らかにする。

### 2. 研究方法

#### I. 医療救護班の公衆衛生機能の実態調査

東日本大震災発生時には、医療救護班が公衆衛生活動を実質的に担っていた時期、地域があった。このため、医療救護班の公衆衛生活動を分析することにより、初期の災害時公衆衛生活動を明らかにするとともに、医療活動と公衆衛生活動の連携および役割分担のあり方について検討する。

#### <対象>

東日本大震災時に東京都が派遣した医療救護班30班のリーダー30名

#### <方法>

自記式質問調査票を郵送にて配布・回収。

#### II. 公衆衛生チームと医療救護班の災害時公

### 衆衛生活動の比較.

Iの医療救護班への調査と昨年度本研究班で実施した公衆衛生チーム（平成23年3月～5月派遣）24チームについて実施した活動分析とを比較検討した。

### III. 東京都内自治体の地域防災計画における受援活動の分析

災害発生時、復旧・復興時には、ボランティアのみならず、広域かつ様々の分野からの支援が入る。それらの力を最大限に生かし、円滑に進められることが求められ、自治体における平時からの受援体制の整備が重要である。公衆衛生分野においても、被災自治体が公衆衛生チームの受け入れを効果的に活用するには、あらかじめの受援体制が必須である。本論では、公衆衛生チームの活動および受援体制の検討を行うにあたり、東京都内における自治体の地域防災計画における受援体制の位置づけについて報告する。

#### <研究方法>

平成26年9月1日現在の東京都内特別区および39市町村の地域防災計画を各区および各市町村のホームページより閲覧し、計画内に「受援」についての記載の有無および「受援」についての記述があるか、受援態勢やその内容についての記述があるか、について、検証した。

### IV. 公衆衛生チーム支援および受援ガイドラインの作成

「保健所の管内市町村への支援」について公衆衛生チームの支援内容には、受入保健所事業への支援に加えて、受入保健所の管内市町村への支援の補佐も含まれている。<研究方法>

東京都の保健所（県型保健所）の二次医療圏における災害対策の検討内容等を参考として、市町村支援も含めた保健所事業の実際を把握し、合わせて都保健所管内の受援についての課題を検討する。

## V.台風26号伊豆大島豪雨災害に関するインタビュー調査

平成25年10月に東京都大島町で発生した台風26号による大規模土砂災害について、災害発生時の公衆衛生活動の課題の抽出及び支援システムの検証を行った。

### <実施方法>

#### (1) 対象

発災当時、行政、保健医療の分野で中心的な役割を果たした下記4施設とした。①東京都大島支庁、②東京都島しょ保健所大島出張所、③大島町役場、④大島医療センター

#### (2) 実施日・場所

平成27年1月9日大島町内で実施。

## 3. 結果

### I.医療救護班の公衆衛生機能の実態調査

#### <回収状況>

30名中27名より回答を得た。(回収率90.0%)

#### <質問内容>

医療救護班活動時に従事した公衆衛生活動の分野、重要であると感じた分野、災害時の公衆衛生活動の課題、等

#### <集計結果> (図1)(図2)(図3)

1) 実際に都医療救護班が従事した公衆衛生分野

#### ①感染症対策

回答者27名中25名(92.6%)が何らかの感染症対策に従事したと回答していた。3～5月は全員が従事したと回答していた。

#### ②環境衛生

最も多かった回答は早春期の災害発生であったため、3、4月を中心とした「避難所の寒さ対策」だった。次いで多かったのは「食材・調理等の食品衛生管理の助言指導」で、これは3～6月通して認められた。さらに「避難所の土足禁止対策」、「仮設トイレ設置対策」、「流出魚介類の腐敗対策」等の衛生対策が3、4月に集中して認められた。

自由記載で5月には逆に「避難所の暑さ対策・湿気対策」が挙げられている。

#### ③精神保健

最も多かったのは、「被災者や職員のメンタルヘルス対策」だった。これは、医療救護班が避難所の救護所に勤務していたことが多かったた

めと考えられる。時期的には3、4月に集中している。これは、震災の直接的影響からのストレスにより精神的不調の訴えが増加したこと、時期が進むにつれて心のケアチームの活動が本格化し、役割分担ができてきたためと考えられる。

自由記載で3月には「医療救護班のメンタルヘルス対策」も挙げられている。

一方、「精神障害者の療養支援」、「警察からの通報・措置入院の対応」等の行政的対応についても対応したとの回答が初期にはあった。これは、保健所、保健センター等の機能が復旧していなかったため代行されたものと考えられる。

#### ④医療体制整備

最も回答が多かったのは「再開医療機関の役割分担調整」で、次いで「診療再開に伴う患者受診誘導」、「医療救護所撤収の連絡調整」だった。分野別の従事業務件数としては2番目に多く、医療救護班が災害医療体制から通常医療体制への復帰、復興に向けた体制作りに関与していたことが分かる。

時期的には、5、6月の慢性期においても業務は減少せず、長期的な対応が必要であることが示唆された。

#### ⑤要援護者対策

最も多かった回答は「要介護避難者の福祉対応の調整」だった。多くの業務は気仙沼市の福祉関連業務であった。3、4月の初期に集中していることから、市への連絡手段が確立していなかったか、発災直後で市のマンパワーが不足していたために、医療救護班が代行したと考えられる。

自由記載では、「低反発マット、ベッド、杖などの福祉用具の調達・配布」が複数挙げられており、物流体制についても医療救護班が代行していたことがうかがえる。

#### ⑥避難所被災者支援

最も多かった回答が「要医療者の早期発見」で、次に「食事栄養管理」、「生活不活発病対策」、「睡眠・プライバシー確保等への指導助言」と続く。「女性・子供対策への支援」は少なかった。上位2項目は3月よりも4月に多く、避難所での生活が定着した時点で新たな課題として顕在化したと考えられる。「生活不活発病対策」「睡眠等への指導助言」は通期で必要と



されていた。

また、多くの業務は日常生活における保健医療サービスが対応すべき内容であり、従来医療救護班の本来業務とされてきた急性期医療とは異なるものだった。

#### ⑦被災者(全般)支援

最も多かった回答は、「要医療者の早期発見」で、次いで「被災者情報の収集・自治体への報告」だった。時期としては3、4月に多いものの通期で認められた。避難所の医療救護所が避難所外の地域の保健医療をも担っていたため、避難所外の自宅に居住する被災者の保健医療ニーズに対応していたと考えられる。

また、マンパワーの不足する自治体に代わって医療救護班が情報収集機能も担っていたことも分かる。

#### ⑧組織調整整備

分野別の従事業務件数としては最多だった。何らかの業務に従事した者も25名(92.6%)で最多であった。

最も多かった回答は、「市役所との連絡調整」、「地元医師会等との連絡調整」で、次いで「ボランティア団体との連絡調整」、「県保健所との連絡調整」だった。時期的には、3、4月も多いが5月も多く継続的に従事していた。

医師会との連絡調整等には医療救護班本来の連絡調整業務も含まれていると推測されるが、ボランティア団体との連絡調整等明らかに医療救護班の本来の役割とは違う業務にも従事していた。

#### ⑨母子保健

従事業務数は全分野中最少で、時期はほとんど3月であった。

初期は予防接種、健診等の多くの母子保健事業が停止していたことから業務自体がなかったためと、新生児への保健指導等は市町村が必要最低限の責務として堅守していたためと考えられる。

#### ⑩薬事業務

従事業務は多くなかった。最も多かった回答は「薬剤保管管理の助言指導」で、医療救護所の管理運営に付随した業務と考えられる。

また、少数ではあるが、3、4月に被災医療機関の麻薬管理対策という、まさに地元保健所あるいは災害派遣公衆衛生チームが担うべき業

務に関わっていた。

2) 特に重要と感じ、印象に残っている分野として最も多かったのは「感染症対策」(18件)で、ほとんどが避難所での集団感染対策であり、時期としては3、4月に集中していた。ほとんどの業務が避難所における集団感染対策に関連した業務であり、公衆衛生の視点での対応を必要とされていた。

次いで多かったのは「組織調整整備」(10件)だった。時期としては3~5月に及んでいた。市役所や医師会等との連絡調整が中心だった。

3番目は「医療体制整備」(9件)だった。再開する地域医療機関との調整が主であったため、時期としては派遣全期間に及んでいた。

全体としては、従事した時期が3、4月に集中していた。これは、保健所等の地域の行政機関が罹災等により機能が低下していたため、医療救護班が代行せざるを得なかった部分が大きく、さらには、発災後早期の段階で医療救護班の活動エリアで生じる公衆衛生業務のニーズが大きかったためと考えられる。

3) 公衆衛生的な支援を求められた、あるいは必要性を感じたが実際には手を付けられなかった課題

手を付けられなかった課題は、数としてはそれほど多くなかった。本来従事すべき自治体が対応し切れず、必要に迫られて医療救護班が対応してしまったということであろう。

その中でも最も回答が多かった分野は「避難所被災者支援」で、業務としては「生活不活発病対策」、「睡眠・プライバシー確保等」等の従来医療救護班に求められる業務外と考えられていた内容だった。

「環境衛生」分野の「食品衛生管理の助言指導」「流出魚介類の腐敗対策」や、「組織調整整備」分野の保健所や市役所などの行政との調整、「ボランティア団体との連絡調整」なども挙げられており、医療救護活動のために現場に投入される医療救護班に本来対応する想定がなく、普段の業務からも馴染みのない業務であったことから手を付けられなかったものと考えられる。

4) 東日本大震災以前の公衆衛生業務の経験

何らかの公衆衛生業務の経験があると回答したのは10名(37.0%)のみであった。

具体的には、感染症の専門医としての活動や東日本大震災以前の災害での経験が主であり、公衆衛生業務を体系的に学んだり実践した経験の回答は皆無だった。

#### 5) 災害派遣公衆衛生チームに対する意見・提案

意見に共通するキーワードを集計した。

##### ①「連絡調整・連携の推進」13件

様々な支援チームや保健医療機関が参加するため、その意見を総合調整し連携を推進する役割を期待する意見

##### ②「情報収集・分析及び提供活動」5件

関連情報の収集や地域の状況の分析及びその施策への反映を期待する意見

##### ③「災害医療コーディネーター・医療救護班との連携」5件

災害医療コーディネーター・医療救護班等との組織的な連携が必要であるとの意見。

##### ④「災害時公衆衛生活動に関する研修」3件

医療救護班等の医療チームに対しても災害時公衆衛生活動に関する研修を実施することへの期待

##### ⑤「急性期から慢性期にわたる活動」3件

災害時公衆衛生活動は、発災直後の急性期から慢性期に至るまで継続して必要との意見  
<考察>

1. 全体的に発災直後の3、4月に医療救護班が公衆衛生業務に数多く従事していたことから、急性期、亜急性期にも公衆衛生活動のニーズがあると考えられる。自由意見においても同様な意見があった。このことから、公衆衛生チームは発災後急性期から派遣されることが必要である。

2. 個別分野については、避難所での集団生活における感染症対策へのニーズが高かった。ただし、発災直後には数多くの避難所が設置されることから、保健所・二次医療圏等に配置された公衆衛生チームが調整役となり、各避難所に派遣される医療救護班と連携し、助言などを通じて医療救護班の関与する公衆衛生活動を支援することが必要である。自由意見においても、「地域での包括的対策を実施・立案するコントローラーとして本部に常駐する必要性を感じる」との意見があった。

3. 分野別で最も従事件数が多かったのは、組

織調整整備だった。「重要と感じた分野」としても第2位だった。自由意見においても「連絡調整・連携の推進」が災害時公衆衛生活動に対して最も期待が高かった。

このため、災害時保健医療活動に参画する様々な支援団体、行政機関等の意見を調整し連携の強化につなげることが災害時公衆衛生活動に最も期待される主要な分野の一つと考えられる。

4. 医療機関や医師会との連携についても従事業務件数、「重要と感じた分野」とも件数が多かった。特に、医療救護業務が一段落した4月以降の亜急性期に再開医療機関との役割分担の調整や業務の引継ぎ等医療機関との調整業務が増加した。また慢性期にかけて医療救護所撤収のための医師会との調整業務が増加した。災害時公衆衛生活動においてはこうした医療体制の再構築が重要な分野であることが明確になった。

一方で、自由意見に災害医療コーディネーター・医療救護班との連携を期待する意見が多い。また、地域医療機関に関する情報は保健所が有していることから、災害医療全体を総括する災害医療コーディネーターが二次医療圏単位で配置され、公衆衛生チームと連携して対応することが最も効果的と考えられる。

なお、多くの公衆衛生チームは他自治体からの派遣となり、地域の医療機関の実情を十分には把握していないと想定されることから、この分野の災害時公衆衛生活動を円滑に実施するためには、医師会等との連絡調整体制の構築や災害時の役割分担について、平常時から検討しておくことが必要と考えられる。

5. 災害時公衆衛生活動に対するニーズが高い一方で、医療救護班に対してもその考え方や重要性への認識を高める研修を求める声があった。これは、大規模災害時には医療救護班も公衆衛生業務に従事せざるを得ないことが実証されたことに加え、公衆衛生チームとの連携が効果的に実施されるために、医療救護班員や災害医療コーディネーター向けに公衆衛生活動に関する研修を行うことの必要性を示していると考えられる。

6. 「被災者（全般）支援」分野において、「被災者情報の収集・自治体への報告」業務の従事件数が多かったが、自由意見では地域情報の収集・分析への期待があった。最も期待の高

かった組織調整整備や組織連絡調整を効果的に実施するためには、収集・分析された地域情報がその基盤となるため、災害時公衆衛生活動における必須の分野と考えられる。

7. 「生活不活発病対策」、「食事栄養管理」、「要医療者の早期発見」といった保健活動については、従事件数は非常に多かったものの、「重要と感じた分野」としては非常に少なく大きなギャップがあった。また、災害時公衆衛生活動として期待する自由意見も少なかった。臨床医の多い医療救護班にはある意味当然のことと考えて従事していたのかもしれない。よって、公衆衛生チームには総括的な活動を行うことが期待されており、こうした個別支援的な保健活動の役割は期待されていないと考えられる。

一方で、医療救護班のこの分野への過度な負担を避け、本来の医療救護活動に注力できるような支援を行うためには、保健指導チームや栄養士チーム等専門性の高い個別支援を行うチームの業務調整が公衆衛生チームには求められていると考えられる。

<結論>

医療救護班は急性期・亜急性期を中心に多くの災害時公衆衛生活動に従事しており、専門的総括的に従事する公衆衛生チームへの期待は非常に高かった。急性期からニーズがあることから公衆衛生チームは発災後早期の急性期から派遣されるとともに、災害医療コーディネーターや医療救護班等との緊密な連携の上で、専門的指導助言に加え、組織調整や連絡調整、情報収集にその能力を発揮することが不可欠であることが明らかとなった。

## II. 公衆衛生チームと医療救護班の災害時公衆衛生活動の比較

医療救護班と公衆衛生チームの従事した公衆衛生活動について比較した。ただし、比較に当たっては、医療救護班は公衆衛生チームの存在しない地区で従事していたこと、医療救護班は3～6月、公衆衛生チームは5～9月と従事したフェーズが異なることに留意する必要がある。

<従事分野>

従事した分野は全体として同様な傾向にあった。「感染症」と「組織調整整備」に多くのチームが従事していた。感染症に従事した割合が医療救護班の方が高いのは、医療救護班の方が

避難上での集団感染対策が課題だった早いフェーズから参加していることが影響している可能性がある。(図4)

一方で、「医療整備」については医療救護班の従事した割合が突出していた。これは、医療救護班が、災害地での医療体制の中核となっていたこと、医療体制が災害時体制から平常時体制へ転換する時期に従事していたことが影響していると考えられる。

<重要と感じた分野>

従事した分野と同様に、「感染症」と「組織調整整備」が両チームとも多く、「医療整備」の重要性の認識は医療救護班の方が高かった。(図5)

<自由意見>

医療救護班・公衆衛生チーム双方とも医療救護活動と公衆衛生活動の連携の強化に必要性を指摘していた。(表1)

<考察>

医療救護班と公衆衛生チームの従事した公衆衛生活動について比較した。

1、時期や体制の異なっていたものの、双方の従事した分野は全体として同様な傾向にあり、「感染症」と「組織調整整備」に多くのチームが従事していた。感染症に従事した割合が医療救護班の方が高いのは、医療救護班の方が避難上での集団感染対策が課題だった早いフェーズから参加していることが影響している可能性がある。

一方で、「医療整備」については医療救護班の従事した割合が突出していた。これは、医療救護班が、災害地での医療体制の中核となっていたこと、医療体制が災害時体制から平常時体制へ転換する時期に従事していたことが影響していると考えられる。(表2)

なお、比較に当たっては、医療救護班は公衆衛生チームの存在しない地区で従事していたこと、医療救護班は3～6月、公衆衛生チームは5～9月と従事したフェーズが異なることに留意する必要がある。

<結論>

医療救護班と公衆衛生チームの従事した災害時公衆衛生活動の分野は、医療整備を除き類似した傾向にあり、当時の地域のニーズを的確に反映していたと考えられる。

双方が従事し重要と考えた分野も類似しており、一方でそうした分野の業務量は高かったことから、医療系救援活動と公衆衛生系救援活動は密接に連携することが効率的効果的である。

### III. 東京都内自治体の地域防災計画における受援活動についての分析

<集計結果>

#### 1) 「受援」についての記載

都内自治体において「受援」という記載が地域防災計画の有無から検討したところ、なにかしらの記載が計画内にある自治体は特別区では14自治体(14/23,60.9%)、市町村では15自治体(15/39,38.5%)で、都内では、46.8%の自治体において、地域防災計画に受援に関する記載があった。

#### 2) 受援に関する記述の内容

受援に関する記述の内容として、地域防災計画の基本方針や考え方において、受援の必要性について記述されているものが多く見られた。また、ボランティア・消防・自衛隊からの支援を受け入れる場合の活動拠点やボランティアセンターを設置すること、他自治体との応援態勢、協力締結、備蓄に関するものがほとんどであった。詳細な記述は見られなかった。

#### 3) 受援計画について

受援計画についての記述があった自治体は3自治体であり、受援計画を今後作成する旨の記述があった自治体は2箇所(新宿区・葛飾区)、受援計画という名称で記述があった自治体は1箇所(大田区)のみであった。

#### 4) 受援を担当する組織および所轄の記載

受援について平時からおよび発災時の所轄・担当組織についての記述があった自治体は1箇所であった(江戸川区)。

#### 5) 医療・救護活動における受援

医療・救護活動における受援についての記述が計画に含まれる自治体もごく僅かだった。現状においては、「受援」については、災害計画における基本的な方針として含まれているものの、そのほとんどは、ボランティアや消防・自衛隊、備蓄などを中心に考えられている段階である。医療救護については既存のDMATからの受援についても一部記載はあるものの具体的に計画に入れ込んでいる自治体は見られなかつ

た。

<考察>

平成24年9月の防災基本計画の修正より、受援計画の位置づけることが努められているが、自治体の災害の受け止めとして、具体的に進んでいないのが今回の結果より分かった。

保健所が公衆衛生チームを受け入れ効果的に活用するには、あらかじめ受援体制が構築されていることが必須である。また、公衆衛生チームのみならず、DMATやこころのケアチームなど、医療救護に関する支援とその活動を踏まえた上で、公衆衛生チームの役割を概ね明確にした受援体制の構築とその提示が求められる。支援体制及び支援業務はフェーズごとに異なるため、時系列的に具体的な受援体制を構築することも必要である。

また、保健所の災害時の役割として、保健所管轄市町村の支援が含まれており、公衆衛生チームの支援内容の一つでもある。市町村の災害対策は他自治体からの支援や災害医療部門との連携なしには成り立たないが、市町村単独で受援体制や連携体制を構築することは非常に難しい。各市町村の特徴を踏まえた受援体制の構築が求められる。

総務省の調査では、全国の都道府県において、受援計画を策定していない理由として、「他の地方公共団体から応援を受けるような事態は想定していない」、「その時々災害によりあらかじめ計画が困難」、「具体的な内容の想定が困難であること」等が挙げられ、国への要望として、マニュアルの提示なども求められている。

<結論>

受援に関して具体的な記述の市町村防災計画は少なかった。災害時の公衆衛生業務の支援を効率的効果的に実施するためには、公衆衛生分野の受援に関するマニュアルの提示や、東日本大震災等で被災を受けた自治体との情報共有など、受援活動を具体的に示していくことが求められる。(表4)

### IV. 公衆衛生チーム支援および受援ガイドラインの作成

<調査結果>

1) 災害時の二次医療圏管内における保健所・各市の活動(外部支援の受け入れも含めて)