

特集：大規模災害に備えた公衆衛生対策のあり方

<論壇>

**石巻赤十字病院の東日本大震災対応の経験から見てきた大災害時における
被災地域の保健医療福祉提供体制のあり方**

石井正

東北大学病院総合地域医療教育支援部，宮城県災害医療コーディネーター，石巻赤十字病院

**Proposals for the healthcare and welfare system of the areas affected
by large scale disasters:
From the experience of the Ishinomaki Red Cross Hospital during
Great East Japan Earthquake**

Tadashi ISHII

Tohoku University hospital, Department of Education and Support for
Community Medicine / Miyagi Prefecture Disaster medical coordinator / Ishinomaki Red Cross Hospital

抄録

東日本大震災では石巻医療圏において石巻赤十字病院は医療救護活動を統括する役割を担うことになった。石巻市の行政や保健所はその機能が著しく低下したため、本来行政や保健所が担うべき業務についても当初は筆者らが深く関与することとなった。石巻赤十字病院には薬の処方を求める被災者が殺到した。そこで病院正面入り口付近に対面式の処方専用ブースを設け次々に希望薬を処方した。2012年3月20日、石巻の支援に入った全ての組織の救護チームが一元化した「石巻圏合同救護チーム」を立ち上げ、圏内に当初300か所以上あった避難所全てに対し環境・衛生状態・傷病者内訳などを項目としたアセスメントを継続的に行い、時系列データをすべて記録・保管した。被害が甚大かつ広域であったため、石巻医療圏を14のエリアに分けて救護チームを割り振る「エリア・ライン制」を敷いた。主業務となる避難所巡回診療活動の他にも、食料不足の避難所35か所に対する行政への食料配給要望、衛生環境の劣悪な避難所100か所に対する、感染管理認定看護師の派遣およびラップ式トイレの配布（116台）や手洗い装置の設置（11か所）、本院負担軽減のためのサテライト救護所2か所の開設、無医地域に対して定点救護所2か所の開設、回復遅延地域へ定点救護所4か所の設営及び無料医療支援バス運行、避難所内要介護者のアセスメント調査、石巻市による福祉避難所立ち上げのサポート、災害弱者用の療養型避難所の開設、巡回診療時処方薬の後日配達システムの構築、などの施策を行った。9月30日に合同救護チーム活動終了まで、登録延べ955チームが参加し、カバーした避難所数は最大328ヶ所（46,480名）、避難所や定点救護所で診療した延べ人数は53,696名であった。大災害時における被災地の行政・保健所・医療の機能低下は、少なくとも発災直後から1か月程度は避けられないと思われるため、被災地外からの支援を取り込んだ保健医療福祉提供体制（厚生労働省のいう「地域災害医療対策会議」）を構築しなければならない。被災地の医療や行政機能が回復するまでは「地域災害医療対策会議」で対応方針を決定し、避難所アセスメントなどの公衆衛生環境に関す

連絡先：石井正
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1
1-1, Seiryomachi, Aoba-ku, Sendai, Miyagi, 980-8574, Japan.
Tel: 022-717-7000
E-mail: t-ishi23@green.ocn.ne.jp
[平成25年5月29日受理]

る情報収集や医療救護活動に関する実働は支援医療救護チームが、地域災害医療コーディネーターの指揮下にこれを行う。その他の活動は「地域災害医療対策会議」の下、活動事案ごとの専門家によるチームが行う体制が最も現実的である。

キーワード：東日本大震災、大災害、保健医療福祉、医療救護、災害医療コーディネーター、石巻圏合同救護チーム

Abstract

During the Great East Japan Earthquake, the Ishinomaki Red Cross Hospital was responsible for all the medical relief works and duties of administration and health centers in the Ishinomaki Medical Zone. We also set up a dedicated prescription booth due to the great demands. On March 20, 2012, Ishinomaki Zone Joint Relief Team was launched to centralize all the relief teams within the Ishinomaki medical zone. We performed continuous assessments on more than 300 evacuation shelters and evaluated their environment, sanitary conditions, analysis of injuries and sickness; we also documented and kept the time series data. Because of the extensive damage in such a large area, we divided the Ishinomaki medical zone into 14 areas and allocated the relief teams to the areas as required. It was called the Area / Line System. In addition to seeing patients at evacuation shelters, we had many other tasks. Requesting food distribution (35 shelters), supplying 116 wrap-type toilets (38 out of 100 shelters), setting up small water-supply systems (11 shelters) are some of them. Moreover, we established two satellite aid stations to reduce the burden of our hospital, two fixed-point aid stations for the areas without doctors, four fixed-point aid stations and free medical support bus services for the areas with recovery delay. Assessing evacuees in need of nursing care, supporting Ishinomaki City to establish welfare shelters, opening recuperation shelters for vulnerable evacuees, and establishing the system of drug delivery were also our missions. By the time our relief activities ended on September 30th 2011, 955 registered teams had joined the relief works. They had visited a maximum of 328 evacuation centers and treated 53696 people at shelters and aid stations across the region.

Since a malfunction of government, health care centre and medical facilities is unavoidable for at least a month after a large disaster, healthcare and welfare provision system incorporating support from outside the affected areas ("Regional Disaster Medical Response Organization" says the Ministry of Health, Labour and Welfare) is needed. RDMRO is to determine measures and policies until the administrative and medical functions are fully recovered. The actual work such as medical relief work and information collection should be done by medical relief teams under the command of local Disaster Medical Coordinator, and other activities will be performed by teams of experts depending on the cases under the command of RDMRO, which is the most realistic structure.

keywords: Great East Japan Earthquake, large disaster, health care and welfare, the disaster medical coordinator, Ishinomaki Zone Joint Relief Team

(accepted for publication, 29th May 2013)

I. はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災では石巻市、東松島市、女川町からなる石巻医療圏は最大被災地となったが、当時筆者が所属していた石巻赤十字病院は圏内86の医療施設のうち、100%機能を維持しえた唯一の医療施設であり、かつ高次機能病院でもあったため、必然的に現地医療救護活動の拠点本部となった。また筆者は宮城県災害医療コーディネーターでもあったため、「石巻医療圏」の医療救護活動を統括する役割を担うことになった。また石巻市の行政や保健所も被災し、発災直後にその機能が著しく低下したため、本来行政や保健

所が担うべき業務についても当初は筆者らが深く関与することとなった。

まずこの経験について院外救護活動を中心に紹介し、次にそこから見てきた大災害時における地域の保健医療福祉提供体制についての課題を述べ、最後に今後進むべき方向性についての私見を述べてみたい。

II. 石巻医療圏における東日本大震災への対応

1. 事前の備え

災害が起こった時に、被災地病院としてまず最も大事なことは、迅速な初動対応と被災者の受け入れ体制の確立であるため、石巻赤十字病院では2007年暮れにリアルで

使いやすく、かつ職員全員が内容に精通した災害対応マニュアルに改定し、さらに2008年1月より机上を含め3回の災害対応訓練を行い、その都度マニュアルを手直した。また災害時には行政のみならず消防、保健所、警察、自衛隊、医師会、近隣病院、などの関係機関との協働が不可欠であるため、2010年1月に、これらの機関が連携できるように実務担当者を集めた「石巻地域災害医療実務担当者ネットワーク協議会」を立ち上げた。企業とも同年9月、NTTドコモショップ石巻店、積水ハウス、四稜会（石巻市内の飲食店の寄り合い）と災害時の応援協定を結んだ。

2. 発災後の対応

1) 院内対応

当院のマニュアルに従って、すぐに院内災害対策本部が立ち上がり、院内の被災状況、ライフラインの確認をマニュアル通りに行った。石巻赤十字病院は免震構造であったため、院内の物的被害は軽微で、ガス以外は検査機器を含めてほぼ無傷であった。職員や入院患者も全員無事であった。またライフラインについても自家発電機能（発電機の燃料も3日分あり）のため停電は免れ、水道も雑用水を含めると3日分あり、食料も患者用に3日分+米150kgの備蓄があった。また石巻市街地に津波が押し寄せ、数千人規模の死者が出ており、市内は市役所や保健所を含めて水没したと聞き、行政の初期対応機能は限定的なものになるであろうという前提で我々は動き始めた。

通常診療をすべて中止し、院内にトリアージエリアを展開して全ての来院被災者に対応した。通常外来を再開したのは2011年4月4日で、それまでのべ8,672名を診療し、予定入院・予定手術を再開したのは5月9日であった。

今回の津波災害では、浸水地域の医療施設・薬局はほぼ機能停止した。このため、圏内で唯一100%機能を維持していた石巻赤十字病院に薬の処方を求める被災者が殺到した。そこで病院正面入り口付近に対面式の処方専用ブースを設け、時間のかかる診察は省略して次々に希望薬を処方した。

2) 院外救護活動

(1) 状況把握

発災翌日には、すでに被災地域外から救護チーム（日赤救護班13チーム、DMAT 4チーム）が当院に参集していた。当初、包括的な被災情報が得られなかったことから、散発的に近くの避難所や孤立した地域へ救護チームを自衛隊などの要請により派遣していた。この散発的救護活動により3月13日に雄勝町、東松島市南部や石巻南浜が壊滅しており、3月15日には女川町、北上町、牡鹿町も壊滅していることが分かり、石巻医療圏はほぼ壊滅していた。3月16日に石巻市・東松島市・女川町内には避難所がおおよそ300か所あることがわかったが、避難所の状況の詳細については行政も保健所も情報がなかったため、我々自身で避難所すべてを直接訪れて、避難者数

と避難者の健康状態に関する情報の他に、食料・飲料水の提供状況、電気・上下水道の利用可否、毛布、暖房の有無、トイレの衛生状態、有などの項目が含まれた環境アセスメントを行い、同時に、発熱、下痢、嘔吐、咳、インフルエンザ、呼吸器疾患の6項目の有症状者数についても経時的に調査しながら環境衛生状態を評価したうえで救護チームの運用方針を決めることにした。各項目についての評価基準は、精度よりも迅速性を優先してあえて設けず、調査救護チームの判断に任せた。医療のプロである医師や看護師の判断を信じたのである。3月17日より初期のアセスメントをスタートし、3日間で終了した。以後、9月30日に合同救護チーム（後述）の活動が終了するまで巡回するたびに避難所のアセスメントデータを更新し、いろいろな有症状者の数の変化など様々な状況の傾向を把握するために時系列に沿ってデータをすべて記録・保管した。

(2) 救護活動体制の構築

震災発災当初、全国からの支援救護チームは個別に石巻に入って活動を始め、効率的ではなかった。このため筆者は「宮城県災害医療コーディネーター」としての立場で宮城県庁・石巻市役所・東松島市役所・女川町役場・地元医師会・地元歯科医師会・地元薬剤師会・東北大学病院・自衛隊などの関係各機関と調整の上、日赤救護班、全国の大学病院、宮城県庁を通して入る県立病院などの公的病院を中心とした全国の病院救護チームに加えて、医師会、歯科医師会、DMAT (Disaster Medical Assistance Team)、自衛隊医療班・薬剤師会などのすべての救護チームが「宮城県災害医療コーディネーター」統括の下一元的に活動する「石巻圏合同救護チーム」を3月20日に立ち上げた。

さらに広範囲で甚大な被災地域であった石巻圏において円滑に救護活動を長期間展開する目的で、「エリア・ライン制」を3月28日より導入した（図1-1、1-2）。すなわち、石巻医療圏を14のエリアに分け、各エリアの救護ニーズに応じた救護チーム数を設定してライン（図参照：各派遣元の組織がリレー方式で救護チームを順に派遣する方式）として割り振り、エリアごとに幹事ラインを選定してエリア内の日々の救護活動調整を各エリア幹事ラインに委任した。ライン化が不能な組織は「スポット」として参加した。一方で、毎日本部での各チームリーダーによる全体ミーティング出席と、アセスメントシートの提出のみは義務付け、方針や情報の共有を図った。9月30日に終了するまで登録のべ数にして955の救護チームが全国から合同救護チームに参加した。

(3) 主に行った対応策

まず、殺到する被災者による石巻赤十字病院の過度な負担の軽減を図るため、3月15日に蛇田中学校内、3月16日より専修大学内の2か所に定点救護所を設け、支援救護チームを毎日派遣した。ニーズがなくなり4月10日に閉鎖するまで、両救護所併せてのべ3,704名を診療した。

初期アセスメントの結果、食料不足の避難所が35か所

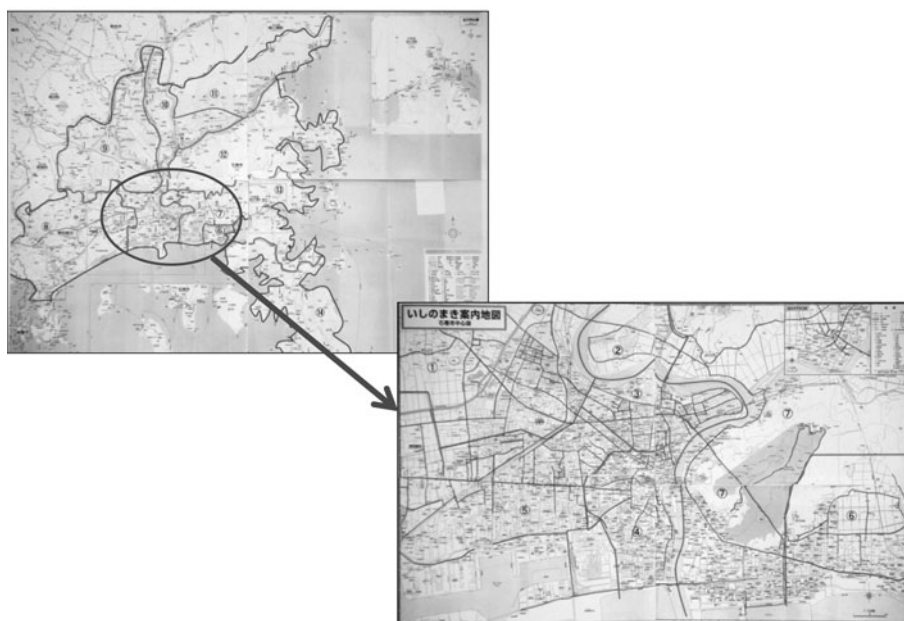
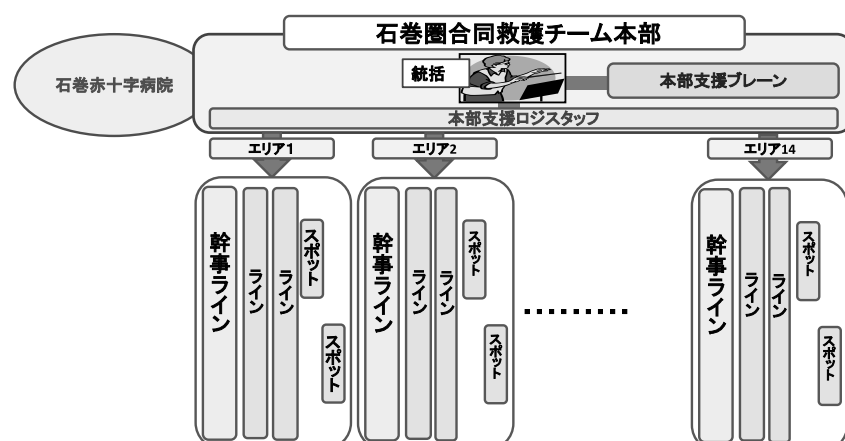
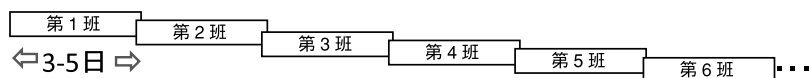


図 1-1 エリア・ライン制（エリア分け）



- ライン: 少なくとも1か月以上継続的にリレー方式で所属救護チームの派遣が可能な組織(共同体)のこと。



- スポット: 非連続的に単独で参加する救護チーム

図 1-2 エリア・ライン制

認めたため、この情報を行政に提供し、行政の対応を引き出した。

また、上下水道の被災に伴い汚物が流せないままのトイレなど劣悪な衛生状況にある避難所も100か所認めたため、アセスメントデータを基に業者の協力を得て、116台のラップ式仮設トイレ（汚物を熱シールにて個包装処理できるトイレ）を、石巻圏の必要な避難所を選定して設置したほか、簡易手洗い装置を選定した避難所11か所に設置した。本部では有症状者数を毎日更新するア

セスメントデータで監視し、有症状者数の増加を認めるなど衛生環境の劣悪な避難所に対して感染管理認定看護師を適宜派遣して衛生改善指導を行った。特に衛生状態の劣悪であったのはエリア2、5、6、7、11であった（表1）。ラップ式トイレを4月1日から4月11日にかけてエリア2、5、6、7に対しそれぞれ5、9、20、7台を設置し、簡易手洗い装置を4月14日から4月16日にかけてエリア2、5、6、7、11に対しそれぞれ1、2、1、2、1台設置した。図2に全避難所の有症状者（発

表1 石巻圏の避難所における衛生環境
(2011年3/27:計272か所)

上段：エリア番号 下段：避難所数	1 (12)	2 (2)	3 (5)	4 (23)	5 (10)	6 (30)	7 (26)	8 (71)	9 (11)	10 (18)	11 (14)	12 (18)	13 (4)	14 (28)
非常に良い (5点)	8	0	1	5	1	5	1	18	3	7	0	4	0	11
良い (4点)	1	1	1	7	1	3	3	23	5	0	3	7	3	9
ふつう (3点)	1	0	1	6	2	9	15	15	3	11	7	4	1	7
やや悪い (2点)	1	0	2	3	5	10	3	7	0	0	3	1	0	1
悪い (1点)	1	1	0	2	1	3	4	8	0	0	1	2	0	0
平均	4.17	2.50	3.60	3.43	2.60	2.90	2.77	3.51	4.00	3.78	2.86	3.56	3.75	4.39

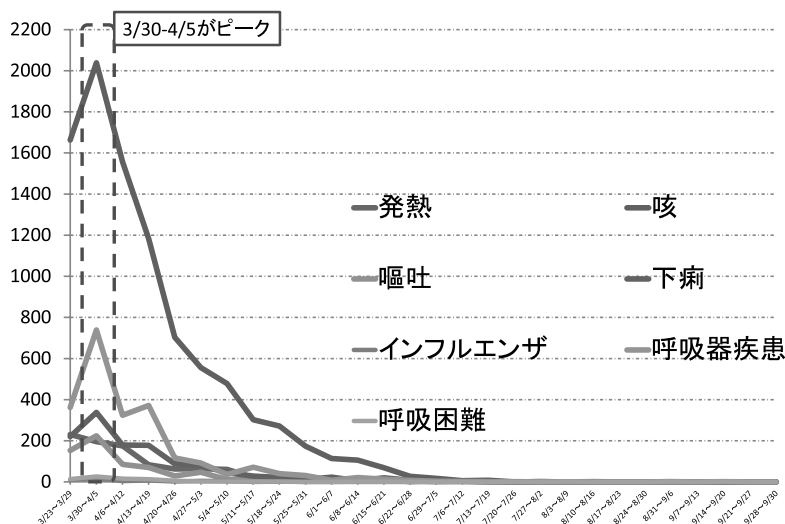


図2 避難所/救護所受診者の症状推移

熱、下痢、嘔吐、咳、インフルエンザ、呼吸器疾患)数の症状別の推移とともに、図3に衛生状態の劣悪な避難所(やや悪い+悪い)59か所のうち44%を占めるエリア5、6、7における有症状者数の推移も示す。グラフからわかるように、全体では2011年3月下旬から4月上旬にかけてピークを迎え、衛生環境の劣悪なエリアは1週間程度遅れてピークを迎えたが、6月下旬ごろまでにはすべてのエリアにおいてモニターしていた症状を有する被災者をほとんど認めなくなった。マスコミ等に危惧されていた石巻医療圏内で感染爆発や感染症の蔓延は認めなかったと思われる。

亜急性期以降は、巡回避難所で高い処方ニーズを認めたため、巡回救護チームが処方箋のみを切って当院に持ち帰り、石巻赤十字病院で調剤し、それを処方した救護チームまたはメロンパンチーム(救護チームとは別動に活動する、当院薬剤部が結成した処方薬のデリバリー

チーム)が後日配達する仕組みを構築した。後日配達の総処方箋数は、5,517枚、メロンパンチームは処方箋4,350枚分の薬を配達した。

救護活動撤収のボトルネックとなる要介護者への対応としては、要介護者のアセスメントを実施して76名を抽出、同時に石巻市による「福祉避難所」2か所開設のサポートも行い、このうち今後の生活設計の立たない13名をこれらの福祉避難所に収容した。

避難所以外の在宅要介護者も入所したため、福祉避難所の入所者数は、2か所合わせて411名で、最終的には介護施設などの受け入れ先に全員移動し、9月30日に終了した。

平時であれば自宅療養可能でも、環境の悪い避難所に居住しているため症状の軽快が遅れる危惧のある災害弱者用の「質のいい避難所：ショートステイベース」(石巻市認定)を開設した。7月22日に終了するまでのべ

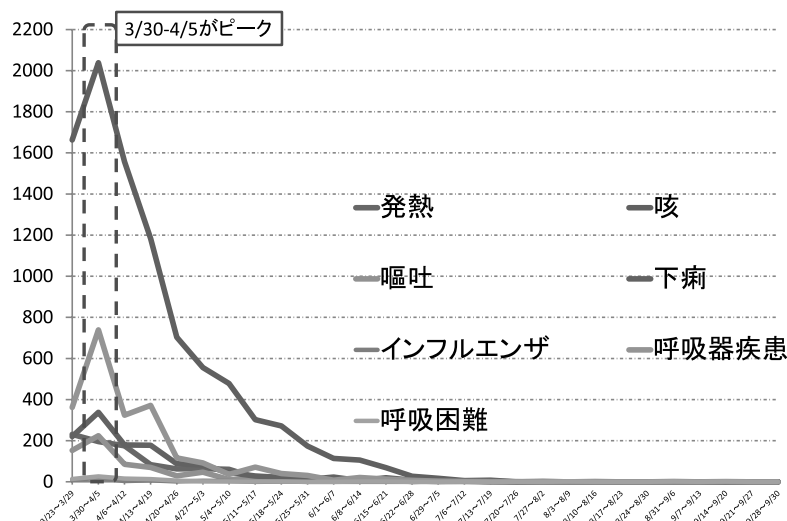


図3 エリア5, 6, 7における有症状者数の推移

320名を収容した。

エリア6, 7にあたる旧北上川以東の地域は地盤沈下による高潮や下水復旧の遅れなどのため、回復が遅れていた。このため、在宅の被災者も利用できるように地域内に計4か所の定点救護所を設け対応した。7月30日までにこれらの救護所を徐々に閉鎖したが、のべ診療患者数は9,348名であった。またこの地域の被災者の交通の足が問題になったため、イオン石巻店に無料支援バス運行を依頼した。6月14日-7月19日までのべ2,480名の住民が利用した。

石巻市の雄勝地区と北上地区は、石巻市立雄勝病院、橋浦診療所、その他すべての両地区の医療機関が被災したため無医地域となった。そこで、避難所巡回診療のほか、両地区に各々定点救護所（雄勝地区：大浜救護所、北上地区：橋浦救護所）を設け、毎日救護チームを派遣して両地区を支援した。9月30日に活動が終了するまで、雄勝地区はのべ3,180名、北上地区はのべ3,803名を診療した。

III. 大災害時における地域の保健医療福祉提供体制についての課題

前項で述べたような経験を踏まえて考えると、今後の大災害における医療福祉活動も、おそらく大規模で長期にわたり、かつ多種多様な問題に直面する。しかも被災地の行政・保健所・医療の機能低下は、少なくとも発災直後から1か月程度は避けられないと思われる。だとすると被災地外からの支援を取り込んだ保健医療福祉提供体制を迅速に立ち上げる必要があると思われるが、我が国においては現時点でこのことについての標準的な仕組みがないのが実情である。すなわち、地元の行政・保健所・医療の各機能低下に陥る発災直後の局面において、どの組織がどのような手順でどのような体制の保健医療

福祉提供体制を構築し、どのような指揮命令系統にて統括し円滑に対応していくのか。衛生管理をどうするか、要介護者をどうするか、心のケアは？など個別の体制課題についての議論も無論必要ではあると思うが、しかしながらそのような個々の課題に対応していくためのチームビルディングの標準化が、まず解決しなければならない最も重要な課題であると考ええる。なぜなら、前項で紹介したとおり、大災害においては、初動以外はあらかじめの想定以外にも次々と応用問題が連続して発生すると考えられるため、事前に定型的対応法を標準化することは困難で、直面した問題に対して、①そのつど調査や視察により現状認識し（情報収集、データベース化）②どのようなニーズがあるかを把握し、③そのニーズを満たす実行可能なプランを立案し④それを実行し、⑤その結果を検証し、続行すべきか、軌道修正をすべきか、あるいは中止すべきかを決める、この繰り返しを問題事案が発生するたびに柔軟かつ機動的かつ効果的に対応しうるチームの迅速な立ち上げが何よりも優先して必要とされるからである。

IV. 大災害時における地域の保健医療福祉提供体制整備についての提言

厚生労働省より2011年10月に出された「災害医療等の在り方に関する検討会 報告書」において「災害時には保健所管轄区域や市町村単位で、保健所や市町村等の行政担当者と医療関係者、医療チーム等が定期的に情報交換する場（地域災害医療対策会議（仮称））を設置し、避難所等での医療ニーズを適切に把握・分析して医療チームを配置調整するなどの、コーディネート機能が十分に発揮できる体制が求められる」とあるように、前項で述べたような保健医療福祉提供体制の迅速な構築の重要性を厚生労働省も認識している。しかしながらこの報

告書には「どのような立場の人間が統括し、どのような指揮命令系統体制をとるべきか」などについての具体的な記述はない。市町村ごとに事情が異なることを考慮してのことなのかもしれない。

そこで本項ではまず「石巻圏合同救護チーム」において前述したような保健医療福祉活動が可能となった要因について分析し、それを踏まえて今後の大災害における保健医療福祉提供体制の具体的なあり方について論じてみたい。

要因の第一は、石巻圏合同救護チームの場合、全国から参集した支援救護チーム（通常1チーム医師2名、看護師2名、事務1名の5名程度）数は、最大で1日59チーム（2011年3月26日）であり、9月30日の活動終了までのべ955チームが合同救護チームの一員として活動したことからもわかるように、巨大なマンパワーを長期にわたり確保できたことである。本部では継続的に救護ニーズを分析し、地元医療が回復し支援の必要を認めなくなったエリアからは暫時撤収したので、最大328か所の避難所をコントロールし、かつ継続的に環境衛生アセスメントを行うためにはこのくらいのマンパワーが必要であったと考える。

また、災害医療救護活動のための被災地外からの支援者（チーム）は、食糧・水、被災地間の往復移動経費、移動手段、宿泊場所・費用、医療資機材、等自己完結型であることが求められる。これは、被災地に負担を強いてはいけないという災害救護における標準的な考え方に基づくのだが、石巻圏合同救護チームに参集した支援救護チームの大半は自己完結型であり、筆者ら被災地側からすれば大変ありがたいことであった。

第二に、この巨大マンパワーを統括し、有機的効率的に動かすことのできる本部体制が構築できたことである。その主要因を挙げると一つは、しっかりとした指揮命令系統が確立されたことである。宮城県災害医療コーディネーターが統括し、各関係機関と連携体制を立ち上げ時から確立することができた。二つ目は、グランドデザインを示しながら的確な対応するための「本部の頭脳」を獲得することができたことである。石巻圏合同救護チームの場合、日赤DMAT研修会スタッフのメーリングリストを中心に、22名に上る災害医療の実力者の方々が「優れた頭脳」として3月18日から状況が安定した6月3日まで長期にわたり、5-7日交替で本部ブレンとして自主参集してくれた。彼らと日々の活動方針の決定、組織運営のノウハウ、中長期的な見通し、今後の戦略について随時相談することができた。さらに連携組織のカウンターパートや上司・同僚などにも広く意見を求め、考えうる最善策が取れるよう努力した。三つ目は、本部の活動を円滑かつ機動的に行う体制をとれたことである。筆者らの場合、幸運にも日本赤十字社よりのべ1,173名もの本部事務要員支援を得ることができ、活動に必要なさまざまな膨大な作業量の事務業務（救護チーム登録や巡回割り当て調整、支援物資の管理、などの体

制面での管理やあらゆる情報の整理・資料化、毎日のミーティングの議事録の作成など）を行うことができる本部運営体制を構築することができた。

第三に、実際に立てたプランを速やかに実行していくために、様々な関係機関・支援組織・企業がこちらの提案を引き受け、動いてくれるようなよき協働関係を築くことができたことである。このために筆者らは、すべての相手に敬意を払い、相手の価値観を否定することなく尊重する姿勢をとることに最大限留意した。

では、今後の大災害においてどのような保健医療福祉提供体制を構築すべきであろうか。繰り返すが、大災害時における被災地の行政・保健所・医療の機能低下は、少なくとも発災直後から1か月程度は避けられないと思われるため、被災地外からの支援を取り込んだ保健医療福祉提供体制（厚生労働省のいう「地域災害医療対策会議」）でなければならない。現時点においては、被災地に派遣要請を待たずに迅速に駆けつけ、その後も長期にわたる医療救護福祉活動が可能でかつ自己完結能力に長け、最大限の支援を望めるのは、今回の筆者ら石巻の例やDMATの出動実績（2011年3月11日から3月22日まで383隊、のべ1,852名が活動（東北大学 山内聡先生よりデータ提供））を見ても様々な医療機関からの医療救護チームをおいてほかにはないと考える。そしてその活動の調整は、豊富な本部事務要員や的確な判断を下しうるブレンで構成され、災害医療コーディネーターを長とする「地域医療救護本部」が担当するのが最も妥当であると思われる。

震災後論じられている公衆衛生版DPAT構想（Disaster Public health Assistance Team）では、「事前に登録、訓練を受けた自治体の公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、衛生関係職員、事務職、運転手等をはじめ、大学等の専門職、NPO、NGOを含めて構成される」チームで、発災直後に被災地に入り「避難所におけるニーズアセスメント、避難所以外の被災住民のニーズアセスメント、要介護者、妊産婦、乳幼児等の把握支援」等の業務を「行政機能が回復するまで比較的長期間」継続するとされている[1]。しかしながら、筆者の私見を述べさせてもらうと、東日本大震災時の石巻圏だけでも最大328か所の避難所が出現したことからもわかるように、次の大災害時にも膨大な数にのぼると予想される避難所のアセスメントを、もしもDPATが医療救護チームと別働隊ですべて行うとしたら、上述の職種で構成されるチームを自己完結型のラインを組んで長期的かつ多数のマンパワーをもって（石巻圏の場合、1日最大59チームにより継続的避難所アセスメント（2011年7月31日まで毎日データを更新）を施行した）派遣しなければならず、その体制を構築するにはきわめて時間がかかると思われる。アセスメントの実働は災害医療コーディネーターの指揮下に被災地外からの支援医療救護チームが行い、DPATは適切な政策誘導を行うブレンとして被災地の「地域災害医

療対策会議」に入る、あるいはDPATが分散して支援医療救護チームに帯同してアセスメント法についての助言を行う、などの方法とともに本部運営をしていくスタイルが現実的である。

筆者の考える大災害時の保健医療福祉提供体制のあり方をまとめる。被災地の医療や行政機能が回復するまでは、地域災害医療コーディネーター、市町村担当者、保健所、医師会、医療機関等の関係機関で構成される「地域災害医療対策会議」で対応方針を決定し、避難所アセスメントなどの公衆衛生環境に関する情報収集や医療救護活動に関する実働は、被災地に必ず参集する多数の支援医療救護チームが、地域災害医療コーディネーターの統括する“地域医療救護本部”（今回の震災における石巻圏合同救護チームがこれにあたる）の指揮下にこれを行う。その他の活動については活動事案ごとの専門家によるチームビルディングを行い、「地域災害医療対策会議」の下部組織として活動していく。このプランが最もリーズナブルで早期に実現可能なプランではないだろうか。

大災害と闘うにはあらゆる組織、業種、立場の人々が集まり、協働し「適材適所」「やれる者がやる」という姿勢で臨むべきで、偏狭なセクショナリズムは排さなければならない。

V. おわりに

以上、石巻圏合同救護チーム統括の経験から、大災害時における被災地域の保健医療福祉提供体制のあり方について述べた。現時点では前項で提案したプランが最も現実的であると考えるが、それでも県などの中央とどのように連携していくのか、「地域災害医療対策会議」の議長はだれ（どの組織）がやるのか、地域災害医療コーディネーターが統括する「地域医療救護本部」にプレーンや事務支援要員などのマンパワーの確保をどう標準化するか、など、まだまだ解決すべき課題は多い。次の大災害はどのような災害かはわからないが必ずやってくる。大災害時の保健医療福祉提供体制整備に関する、関係機関による多組織間による現実的な協議を、本稿で論じた被災地域のみならず国、県の各レベルにおいても、早急に進めていくべきであると考える。

文献

- [1] 曾根智史. 震災を踏まえた地域保健研究のあり方. 保健医療科学. 2011;60:466-70.