

特集：大規模災害に備えた公衆衛生対策のあり方

<総説>

緊急対応期における保健医療分野の救援活動と後方支援体制のあり方について

上原鳴夫

東北大学名誉教授, 東北福祉大学特任教授

**Health relief operations and support systems
in the emergency phase of disasters**

Naruo UEHARA

Professor Emeritus, Tohoku University/ Visiting Professor, Tohoku Fukushi University

抄録

東日本大震災のもっとも重要な教訓は、災害関連法と地域防災計画のベースになっている災害の基本認識と災害対応の枠組みが、基礎自治体で対応可能な局地的災害を前提としており、今回の災害や予測される南海トラフ地震のような広域大規模災害を想定した救援の備えがなかったことである。各県で進められている災害対応計画の見直しも、従来の認識と枠組みの中での改訂にとどまるかぎり、同じ悲劇が繰り返されるものと懸念される。

広域大規模災害に対しては、システムが破壊されること、緊急期の救護の成否は事前の備えに依存すること、災害は救急医療だけでなくパブリックヘルス全体の問題であるとの基本認識に立って、行政だけでなく地域社会が総力を挙げて取り組む体制づくり、情報の集約と共有、目標管理、後方支援ネットワークを備えることが必要である。また、事故から広域大規模災害までを「災害」の一語でくくって基礎自治体に災害対応の責任を負わせている現行の災害対策基本法を改め、必要な場合は国が調整指揮を統括できる専門組織の形成と制度構築を行うべきと考える。

キーワード：広域大規模災害，地域保健医療システム，災害保健医療救護活動，地域防災計画，後方支援ネットワーク，カウンターパート方式支援

Abstract

The primary lesson learned from the Great East Japan Earthquake and Tsunami Disaster is that both the concept of disaster and the disaster response framework under the Disaster Control Basic Act is obsolete and inadequate to cope with such an extensive disaster. We should share a basic understanding that disasters destroy local systems as well as buildings, effective relief operations require effective preparations, and disasters are a major public health issue, not confined to emergency medicine. Based on this consensus, I recommend four key solutions for health disaster preparedness plans; (1) institutionalization of the coordination mechanisms for health disaster relief operations, (2) formulation of objective-oriented disaster response teams, (3) development of an consolidated disaster health information center to support disaster health relief operations, and (4) development of a pre-registered assistance network to facilitate the mobilization of resources and assistance in emergency response

連絡先：上原鳴夫

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘4-4-3

Kunimigaoka 4-4-3, Aoba-ku, Sendai-city, Miyagi, 989-0197, Japan.

Tel: +81-22-279-5554

E-mail: naruouehara@gmail.com

[平成25年6月28日受理]

period.

Under the current Act, “disasters” are defined to include both small localized disasters and extensive disasters. The Act should be revised to categorize disasters according to the level of disaster relief required. It is high time for a national disaster management organization to be established, as the U.S. did in establishing FEMA and as some Asian countries have also done.

keywords: disaster, public health system, health relief operation, disaster preparedness plan, pre-registered assistance network, counter-part approach

(accepted for publication, 28th June 2013)

I. はじめに

2013年3月11日に東北地方を襲った地震は広範囲に及ぶ大規模な複合災害をもたらした。災害対応が直面したさまざまな困難と経験を通じてたくさんのことが明らかになった。その多くは今回の災害が地域防災計画の「想定外」であったことに起因するとされるが、「なぜ想定外だったか」を含めてその教訓は必ず今後の災害の備えに活かされなければならない。死者行方不明者18,574人という悲惨な数字と被災した方々が経験した苦痛と苦難を直視する時、今後は「想定外」や「備えが間に合わなかった」はもはや言い訳にならないことを肝に銘じたい。

今回の災害で明らかになった最も重要なことは、災害関連法と地域防災計画のベースになっている災害の基本認識と災害対応の枠組みが災害の実態とかけ離れたまま据え置かれていたことである。その結果、災害対策の関心はいわゆる「防災」「復興」に偏重し、被害想定が市・町の行政組織が防災活動を主導できる規模の局地的災害に限定され、広域大規模災害で不可欠な人的・物的資源の動員や官民連携の方法と態勢が準備されず、情報管理も平時同様の縦割りのままで終始していた。自然災害の被害が日本と世界で日常化する今、災害は「予期せぬ不運」ではなく災害救援はもはや慈善活動ではない。これだけの被害を繰り返しながらいまなお防災といえど土木事業が主で、予知研究や防災工学系の研究機関がたくさんでいて一方で災害疫学や災害保健管理、要援護者の危機管理、情報管理、サプライ・マネジメントなど災害下で被災者のいのちと健康と尊厳をまもるための救援と備えのあり方に関する研究や人材育成の場がないのは驚くに値する。

* コラム *

【システム】システムとは、あるものを生産したり、ある目的を実現できるように計画的にアレンジされたプロセス（及びそのプロセスに必要なストラクチャ）の集まりを指す。システムは目的と各プロセスに割り当てられた機能によって定義される。たとえば、心筋梗塞の迅速診断と救急治療という目的のために各医療機関や関係部署が果たす機能のつながりが「心筋梗塞患者の救命医療」のシステムであり、施設自体（建物、設備、要員、組織体制等）はシステムを支えるストラクチャである。災害で施設が被災した場合は、別のストラクチャを使って必要な機能を代替できるようにしなければならない。たとえば集団外傷の発生時や大量の避難者が発生する事態では、平時と異なる目的を実現するために既存の施設や部署が平時と異なるやり方で対処することが必要となる。行政組織も災害時には平時には目的としないことをやらなければならないので、「従来の機能を拡張する」のではなく、平時と異なるシステムの設計と運用方法（目的に合せた機能配置や外部リソースの動員・連携など）を予め計画しておく必要がある。

東日本大震災の後、各県と基礎自治体で地域防災計画と保健医療分野災害対応計画の見直しが進められているが、その多くが従来の認識と枠組みの中での改訂にとどまり、今回の教訓に学んだ認識の刷新と大規模災害に備える態勢の抜本的改革が進んでいないことを危惧している。

本稿では、広域大規模災害と災害対応にかかる基本認識を再確認し、緊急救援期を中心に保健医療分野の救援活動と支援体制のあり方について考察する。

II. 災害と災害対応の基本認識

その1：災害はシステムを破壊する

災害は、建物や堤防などの構造物を損傷・破壊するだけでなく、人々の生活を支えている様々なシステムを損傷し、破壊し、機能停止させる。このため災害対応では、災害がもたらす非日常的な緊急の問題に取り組むことと、平時のシステムが機能停止することで危険にさらされる人々への対策の両方が必要となる。被災地域が限局的な場合は生き残った周辺地域のシステムとリソースを活用できるが、被災が広域に及ぶ場合は被災地外のリソースを動員して、災害下の臨時システムを緊急に構築する必要がある。

東日本大震災では、多くの被災地域で保健医療システムと行政システムが破壊されあるいは機能停止に陥った（宮城県では6つの役場、2つの保健所、5つの病院が被災し、129人の公務員が死亡・行方不明となった）。平時の地域システムや業務システムがいかに多くの要素で支えられているかは、それらを失うことによって初めて実感される。役場や病院や保健所の建物が使えなくなっただけでなく、平時のシステム機能を構成するあらゆる要素が失われた。通信手段も、移動・搬送手段も、パン

コンもコピー機も、紙もファイルも、である。臨時システムを立ち上げるには、平時にはあまり意識していないこれらのすべてが必要となり、また、医師、保健師などの専門職だけでなく、事務職員や運転手やエンジニアなど平時の業務を支えているさまざまなスタッフが投入される必要がある。今回は幸いにも県庁舎が被害を免れたが、次の広域大規模災害では県の災対本部が機能停止あるいは壊滅する事態も十分にありうる。

その2：災害対応の成否を左右するのは被災地域の対応能力と救援活動の備えである。

通信手段やアクセスの途絶により被災地へ外部から救援が入るまでには必ずタイムラグがあり、この間は被災したコミュニティの自助に依存せざるを得ないが、大規模災害時に被災者ができることにはおのずと限りがあるため、一刻も早い救援の投入と展開が必要である。とりわけ緊急期の災害対応の成否は事前の備え（救援活動の備え）の如何に依存する。事前の備えがないことを災害下の努力によってタイムリーに実現することは不可能と心得るべきである。発災直後から2～3日までの災害対

*** コラム ***

【災害】“Disaster”は、国際的には、被災コミュニティの対応能力を超える生活基盤の破壊や人命・財産の損失がもたらされること [1, 2] とされるのが一般的で、被害の規模と外部からの救援の要否で規定する。これに対して、「災害対策基本法（1961年制定）」は、「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう」と定義しており「災害」を原因事象で規定する。したがって、国際社会が“Disaster”（大規模災害）に対する救援や備えのあり方について知見の蓄積と普及に努めてきたのと対照的に、日本の法制度は局地的災害を念頭に置いているために、災害対応の一義的責任主体を基礎自治体（市町村の行政機関）に委ね、基礎自治体の対応能力を超えた事態（“Disaster”）における救援と対応指揮のあり方に関する法的、制度的な備えをしていなかった。局地的大規模災害となった阪神淡路大震災の後、DMAT等外部からの救援に備える対策がいくらか講じられたが、災害対策基本法と災害救助法の枠組みは元のまま据え置かれ、広域災害への対策や、市町の行政組織が被災した時にこれに代わって災対活動を担う体制を国・県ともに用意していなかった。その結果、自らが家や家族を亡くした被災者である市町職員や保健師らが孤立期を過ぎててもなお被災者救援の最前線で苦闘しなければならない状況が作り出されてしまった。

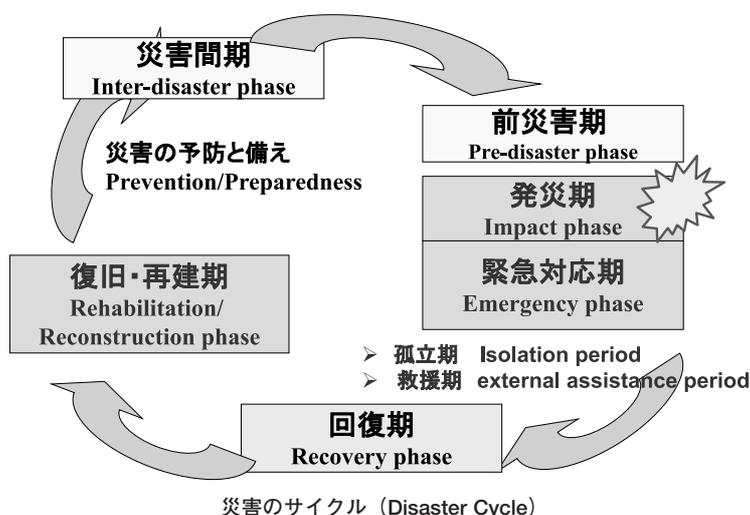
【災害サイクル】災害疫学研究センター（CRED）のLechatらは、災害を災害対応の課題によってフェーズを分け（それぞれのフェーズの長さは災害種別によって異なる）、サイクルで考えることを提唱した [3]。

「緊急対応期（Emergency phase）」は発災直後から始まる。捜索・救出救助には、消防、警察、自衛隊が中心的な役割を果たすが、当初は外部からの救援が期待できず、被災者自身と家族・隣人、コミュニティが捜索・救出救助の主力となり、自助・共助の備えがカギとなる（孤立期）。その後外部の救援が到着するが、外部支援が到着する時期は情報の精度と被災地へのアクセスに大きく左右される。通常は隣接する町や県からの緊急派遣が最も早く到達でき、次いで全国から救援チームや援助物資が順次届き始め、しだいに国内外の支援が集中するようになる（集中期）。「回復期（Recovery phase）」がこれに続く。

いのちに関わる緊急課題への対応が一段落したら、地域保健医療システムの機能回復と被災者の健康保持が課題となる。災害による新たなニーズと平時のニーズの両方に対応できる臨時的態勢をつくることで、災害で中断した乳幼児検診など各種の保健プログラムと公衆衛生活動を優先度に応じて再開する（回復期）。

「救急医療」の枠組みで構築されてきた日本の災害医療では、求められる迅速性を重視した「超急性期」「急性期」「慢性期」といったフェーズわけがよく用いられている。直下型地震災害や爆発事故などの突発型災害では直感的でわかりやすいが、広域大規模災害や突発型以外の災害では事態の認識を間違える可能性をばらむ。今回の津波災害では外部からの救援が大きく出遅れ3月末になってもまだ、あるべき緊急救援活動が展開できていなかった。

【マネジメント】マネジメントとは、「可能なあらゆる手段を講じて（やりくりして）目的を達成すること」を意味する。目的の確かさと経験と知識に裏付けられた戦略の豊富さ（引き出しの多さ）が求められる。



応は状況に対して受け身になり「できることを精いっぱいやる」しかない状態に置かれる。しかしその後は1日も早く「できることをやる」から「必要なことをやりきる」にマインドを切り替えなければならない。事前の備えがなければ有効な手が打てないままですべて「できることをやる」状態が続いてしまい、被災者のリスクは放置されたままになる。緊急対応期に「必要なことをやりきる」ためには、①「必要なこと」(救援ニーズ)を把握する手段、②必要とされるリソース(ヒト、モノ、知識、技術、ロジ等)の動員方法、③制約条件下で目的を実現できるマネジメント能力と態勢、が不可欠で、災害対応計画はこれらを備えるものでなければならない。

災害事象の種類と規模、発災時期や時間、被災地の特性などによって災害の様相が異なる。このため、災害疫学の知見を活かしながら、それぞれの特徴に対応できる計画と備えを用意するが、日々の業務の中で反芻することのないこれらの内容を関係者が周知することは事実上難しい。また、災害が起きた時には、予定調和的に事態が進むとは限らない。このため、災害対応計画は、課題ごとの目標と戦略、機関・部署ごとの任務とノウハウを課題別マニュアルとアクションカード等でモジュール化し、必要となるリソースは即応可能な支援ネットワークで準備する。災害時には、実際の状況と必要に即してこれらを使いこなす「マネジメント」の役割が重要になる。

課題ごとの戦略では、どんな事態にも対応できるように手段を多重的に用意することが重要である(Aの方法が使えないときはBの方法で、というように)。平時に電気や水や機器をふんだんに使っている私たちはこれらが失われた時の代替手段の用意が少ないが、これらは国際保健や国際救援活動の知識と経験が役に立つ。

被災者・避難者が多数にのぼり、広範囲に分布し、災対業務が膨大化する広域大規模災害では、避難所でも災対活動を担う組織でも、「組織された人海戦術」が必要である。たくさんの方の不特定個人ではなく、身元が保証でき、後方支援組織を持つチームで、刻々と変わるニーズに柔軟に対応できる態勢であることが重要である。

その3. 災害はパブリックヘルスの問題である

人々のいのちと健康をまもることはパブリックヘルス

の本来任務であり、災害保健管理(マネジメント)は、限られたリソースと時間の制約の下でいかにして被災者集団のいのちと健康をまもる効果を最大化するかという、すぐれてパブリックヘルスの課題である。大規模災害では一気に急増するニーズに既存のリソースが追いつかないだけでなく、リソースが大幅に低減する。とりわけ迅速な支援の投入が必要な緊急対応期においては、可能なリソースを最大限動員して効率的に活用する必要がある。

災害時の保健医療には表1に示す次の4つの役割がある。地域防災計画にある「災害医療対策本部」は、DMAT対応と救急医療を主な対象としているが、これは「災害=集団外傷/救急医療」という思い込みが一般化していたからである。これを「保健医療対策本部」に変え、集団外傷だけでなく、被災者のいのちと健康をまもる4つの役割を果たせるよう、各部署と関係機関が協働して取り組まなければならない。

III. 保健医療分野の災害救援と支援態勢の備えについて

1. 部署別対策から目標管理へ

地域防災計画の保健医療関係領域は既存の部署ごとに課題を割り当てる形で計画しているところが少なくないようだが、これは災害を平時のシステムで対処しようとしていることを意味する。しかし大規模災害や広域災害の場合はこれでは機能しない。既存の部署は平時の諸条件の下で平時に割り当てられた目標を実現するのに最適な業務を配置しているものであり、災害時には災害時の制約された条件下で災害時の目標を実現するのに最適なチームと業務配置が必要である。(表2)災害時に求められるのは、部署別でなく課題別のチームと目標管理である。既存のシステムからの発想(平時の組織態勢で災害時にできることは何か)ではなく、災害下でまもるべき人々(Target Population)からの発想(被災者や被災地域の人々が直面する問題と喫緊のニーズは何か)への発想転換が必要である。

災害対応計画は、取り組むべき課題ごとに、発災後3日、1週間、1か月の達成目標と、目標実現のための活動、関係部署や関係機関からなるチーム構成、を検討し、

表1 災害時における保健医療の4つの役割

A)	救急集団外傷(Mass Casualties)への対応(同時大量発生する外傷や救急疾患への対応)
B)	被災者・避難者の健康管理 <ul style="list-style-type: none"> ① 災害事象に起因する負傷・罹病への対応 ② 継続する一般医療ニーズへの対応(例:救急疾患、慢性疾患など) ③ 災害弱者の保護(在宅医療、機器依存治療を含む) ④ 被災環境下での疾病要因への対策/予防管理(例:感染症、塵埃肺炎など)
C)	地域保健医療システムの機能維持と再建
D)	災害が間接的に健康に及ぼす悪影響の制御と中長期的ケア(例:流出毒性物質や残留放射能の影響など)

表2 災害時保健医療衛生分野の課題

1	保健医療災対本部と指揮体制の確立	13	要援護者の特定と支援
2	捜索・救助・応急処置	14	小児保護
3	救急医療	15	避難所の医療と保健衛生
4	避難・救出搬送	16	被害とニーズの全体アセスメント（系統的評価）
5	被害とニーズの初期アセスメント（迅速評価）	17	報告と記録
6	通信・情報システム	18	重要な保健サービスの継続
7	安全な水の供給	19	巡回診療
8	飲料水の浄化と消毒	20	疾患サーベイランスと感染症/疾患対策
9	水質サーベイランス	21	心のケア（メンタルサポート）
10	廃棄物・汚物処理	22	栄養状態評価/栄養補給/食品衛生
11	救援物資の供給	23	環境衛生/ベクターコントロール
12	適切な遺体処理	24	その他

表3 県保健医療災対本部の課題と体制（例）

1. 統括指揮と調整	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療災対本部と指揮体制の確立，捜索・救助・搬送，救急医療 被害&ニーズの初動アセスメント，救援活動の調整指揮（縦と横） 被災地災対への指揮・調整・ロジ支援要員の派遣 他
2. 情報室	<ul style="list-style-type: none"> 通信・情報システム構築，収集（現地情報と支援情報），調査，分析，共有・提供，記録，報告・広報（対外対応），HP管理 全体アセスメントの統合化，サーベイランス，モニタリング * 救援活動関係者のML
3. 支援調整室	<ul style="list-style-type: none"> 外部支援の動員，マッチング，物資・技術支援の調達と配備 ロジスティクス，ボランティア対応・総括 他 * 後方支援機関・団体の同報メール
4. 被災者・要援護者ケア	<ul style="list-style-type: none"> 要援護者の特定と援護，妊産婦・子供保護，高齢者援護・介護 心のケア，リハビリ・不活発病対策，生活支援（入浴，洗濯など） 住民・被災者による保健活動の支援 他
5. 傷病者の診療（被災者・非被災者）	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療，後方医療，急性・慢性疾患，巡回診療，医薬品・機材管理 検査体制（簡易キット，モバイル・ラボ，検体搬送など） 他
6. 住環境	<ul style="list-style-type: none"> 避難所，在宅避難者の住環境，ライフライン（電気，生活用水，燃料，通信） 他
7. 食・栄養	<ul style="list-style-type: none"> 安全な飲料水の供給，浄化と消毒，水質検査 食事・献立管理，食品衛生，栄養評価，微量栄養素補給 他
8. 感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> 衛生管理，廃棄物・汚物処理，感染予防対策 他
9. その他の疾患対策/予防	<ul style="list-style-type: none"> （例）精神科，肺塞栓予防，住民&患者教育 他
10. 環境衛生	<ul style="list-style-type: none"> 大気/塵埃検査，ベクターコントロール，気候対策 他
11. 保健医療福祉行政業務とシステム機能の維持・再開，再建準備	<ul style="list-style-type: none"> * 業務継続計画（BCP）
12. 財務・法規に関わること	

災害時にこれが実行できるよう事前に備えておくべきこと（多重的なオプションやツールなど）を明らかにする。「協働」を考慮したチーム分けの例を表3に示す。

2. 保健医療分野の救援活動を調整する統合災対本部または調整会議の設置

県の災害対応計画は，県下で起きた災害から県民をまもるための方策を定めるもので，「行政の主導の下で県

内の関連機関・団体が協働して事態に対処するためのもの」と思っていたが，実際は，同目的のために「行政組織が行うべきこと」を定めるもので，県の災害対策本部も，「県庁組織の災対本部」と理解するのが正しいようである。非常事態法でも発動されない限り，行政には民間を指揮する権限がないのと，これまでの災害のほとんどは，外部の力を借りることはあっても基本的に行政組織のキャパシティの中で対処できていたからと思われる。

しかし、東日本大震災のような広域大規模災害では（南海トラフ地震ではなおのこと）、行政組織のスタッフを総動員しても、絶対数において、また救援活動で必要となる専門的な知識・技術において、大きく不足することは明らかである。

これらの問題に対処するためには、①防災系組織や専門職能団体、民間支援団体等の活動と効果的に連携するための統合対策本部または調整会議の設置、②県外の行政組織の支援を効果的に投入するしくみづくり（カウンターパート方式によるシステム丸ごと支援）、③企業や支援団体、専門機関など行政外のリソースを活用するための後方支援ネットワークの備え、が必要である。

緊急対応期には、消防と警察、自衛隊、DMAT、保健所チーム、県担当部局、日赤、自主防災組織や民間団体、ボランティア、支援企業などが同じ目的で活動しており、これらの間での情報共有と連携が不可欠である。また、避難所においても、医療救護チームをはじめ、保健師チーム、薬剤師チームなどの職能別チームや、心のケアチーム、透析支援チーム、NPO/NGOチームなどさまざまなチームが調整の外でしばしば輻輳しながら活動している。県の保健医療災対活動は、行政組織の活動だけでなく、共通の目標を持つ保健医療分野の諸活動の調整（交通整理と情報集約）の任に当たるべきと考える。

3. カウンターパート方式によるシステム丸ごと支援

東日本大震災では医師会や大学、系列病院など様々なチャンネルを通じて全国から医療救護チームが被災地に参集した。宮城県では遅ればせながら被災地の医療救護活動拠点に地域医療コーディネーターを配置したことが評価されて宮城モデルと呼ばれているようである。一方、保健師は厚労省と県の連携で召集され、市町村の保健師の支援に当たった。薬剤師会や歯科医師会、看護協会もそれぞれの職能別チームを派遣し、自治体の事務職も県庁や市町役場の応援に駆け付けた。県から派遣要請の発信があったとはいえ、事前の計画がなかったために多くは自主的な判断による派遣であり、当初は受け入れと被災地への派遣調整に困難があった。同じ県から参集した行政職員、医療チーム、保健師、看護師らが別々の市町村に入り、市町村の側から見れば職種ごとに異なる県から来るためにチームを構成することが難しく、医療救護

活動と保健師活動の連携も取りにくかった。また、津波によって、建物や設備だけでなく、車やコピー機やパソコンや様々な書類や名簿や業務マニュアルなど、業務を行うために必要なすべてが失われたため、人だけでなく機材や消耗品や運転手やロジを含む文字通りシステム丸ごとの支援が必要とされた。

関西広域連合は派遣元となる県ごとに支援先の県を割り当てたことで、チーム派遣や継続的な支援を可能にした。とはいえ、受け入れ側から見れば、そのほかの県からも派遣されてくるので、やはり受け入れ側での調整が必要だった。今回の教訓から、今後は被災市町村ごとに支援を担当する県を決めてペアリングし、支援担当県は被災市町村の業務代行や他県からの応援の調整を含めて、必要なことは何でも支援する覚悟と態勢を備えるのが望ましいと考える。全国知事会が提唱するカウンターパート方式が、ペアリングを基本とした自治体間相互支援体制の構築につながることを期待している。

4. 災害保健医療総合情報センター

緊急対応期に的確かつタイムリーに救援活動が行われるためには、被災地から情報が発信でき適切な受け手へ到達できる方法、救援ニーズがわかる情報を取りに行く方法、希少なデータ・情報を共有し、意味づけ、有効に活用できる方法、が必要である。情報発信・収集・集約と情報共有が適切に行われるために以下を提案する。

- ① 災害時緊急通信手段の確保と通信システム/ネット環境の維持・緊急構築のための多重的な備え。
- ② 災害時の発信・受信情報を標準化する。被災地からの緊急通報については「どこに、何を、誰が」通報するかを地域、職域、組織系列を超えて周知徹底する。広域大規模災害の際の共通受信先として統一コールセンターを被災圏域の外に準備し、現地災対本部の情報集約機能を補完することが望ましい。
- ③ 被災地への情報提供—情報が途絶した被災地では自分の周辺のほかは何が起きているかがわからず次の行動を決められない。発災直後や孤立期に被災地に情報を届ける方法を多重的に備えることが重要である（衛星携帯や携帯無線機、ラジオの投下や、拡声器の活用など）。
- ④ 災害救援にかかる基幹情報（被災地に入った医療救

* コラム *

【コーディネーション】コマンド（指揮命令）とコーディネーション（調整）は緊急時にはほぼ似通った機能になるが、前者は指揮権限を与えられたコマンドーが指揮下にある組織を統率するのに対して、後者は、それぞれの指揮命令系統を持つ組織や個人が役割分担や効果的な連携を探りながら共通の目的を実現できるようマネジメントする営為を意味する。行政組織だけの自己完結的な対応が困難となる広域大規模災害では、行政の災対組織と保健医療分野の災害対応に関わるさまざまなプレイヤー（機関や団体）とを繋ぎ共通の目的実現に向けて活動を調整するしくみ（保健医療統合対策本部や保健医療災対調整会議など）や、マネジメント能力を備えたコーディネーターの配置が必要である（Sector-wide Approach, Cluster Approach）。県保健医療災対本部は、県庁組織として問題解決に当たるといっても、それぞれの立場やリソースを活かして問題解決に当たる機関・団体の活動が目的実現に向けて有効に機能するための調整のリード役と行政的なバックアップを第一に考えるべきである（Coordination と Authorization）。また、現状は国—県—市町村がそれぞれの災対本部を通してつながる形になっているが、保健・医療・衛生に関する災対活動や救援活動は、国・県の保健医療災対本部と市町村の保健医療担当チームが直接つながる形が望ましい。

護チームやアセスメントチーム、ボランティアなどから得られる情報や災対本部の通達など)を一元的に集約管理し共有化を可能にする情報支援プラットフォームとしての「災害救援情報センター」(とインターネット上の統一サイト)を設置し、支援情報ネットワークを常備・周知する。

- ⑤ 災害時の保健医療情報の管理にかかる基本指針と運用計画を策定する。とくに、災害時に収集すべきデータの標準化と集約化、災害時に行われる調査データの集中と公開原則の確立が重要である。救援当初は被災地の情報が限られ救援活動にとって大変貴重であるのと、その一方で、すでに分かっている情報をいろんな支援者や調査者が繰り返し尋ねて現地スタッフや被災者を疲弊させてしまい本来必要な調査が行いにくくなるという問題も生じたことから、今後は「災害時の被災地・被災者情報は(救援のための)公共財産」という共通認識を確立し、少なくとも発災後一定期間内は現地調査の登録と報告、公開をルール化すべきである。研究者と報道関係者も例外ではない。

5. 後方支援共用ネットワークの構築

市町の災対本部を通じて県に支援を要請しても反応がない状態が相当な期間続き、何を期待できるのかも不明だったため、被災地で被災者救護にあたる保健師や市町職員は外部からの支援は当てにしないで自力でできることをやるしかないと感じたと聞く。一方で、とくに最初の1か月くらいの間、被災地を援助したい団体や企業はどこにニーズがあり誰に仲介を託せばよいか分からないでいた。そんな中で、県庁16階の災害保健医療支援室が急きょ立ち上げた同報メールによる後方支援ネットワークは医療救護チームやコーディネーターが被災地から発信する支援要請と県庁及び県外支援者をつなぐことで一定の役割を果たした[5]。このようなネットワークが事前に用意され、もっと多くの機関や支援団体・支援企業を登録できていればもっと早くからタイムリーな支援が可能であったと悔やまれる。同支援室と支援ネットワークが果たしたもう一つの重要な役割は、災対本部や担当部局では困難だった緊急調達業務を補完したことである。

- ① 保健医療分野の援助リソース(もの、技術、人、資金等)を効果的に活用するためのネットワークを事

前に構築し、災害時に保健医療災対本部に提供する一災害時に何らかの援助を提供できる機関・団体・企業・専門家チームとそれぞれが提供できる支援及び条件事項を予め登録し、同報メールやホームページでネットワークする。災害時の保健医療救護活動が必要とする支援は多岐にわたるため、通信手段、移送手段、調達・搬送などロジスティクスの支援や、専門的な調査や助言、PCのセットアップ、データ入力、調査補助などスキルを備えたボランティアの動員方法なども併せて準備する。

- ② 被災地域の保健医療災対本部が外部支援の調整を直に行うのは業務負荷が大きいのと行政事務面で諸般の制約があるため、行政と信頼関係があるいずれかの民間組織が、保健医療災対本部の指揮下ながら行政組織とは別組織で独自の責任で運用するのが望ましい。

6. 災害規模に応じた災害対応の指揮・調整体制の明確化と法・制度の整備

災害対応の責任主体は被災状況と被災地の対応能力に応じて異なるべきである。市町の災対組織で対応できる程度に限局した災害は市町が主体となって県や国が支援し、市町の対応能力を超える場合は国の支援のもとで県が災対活動を統括し、県の災対組織が被災しあるいは複数県にまたがるような広域大規模災害では国が前面に立って災害対応の調整指揮を執れる態勢を備えるべきと考える。

また、内閣府の下で、国土交通省と総務省が主導する現在の防災計画は、「国土強靱化→捜索救助→即・復興」であり、災害を生き延びた人々のいのちと健康と尊厳をまもる被災者救援活動の重要性の認識を欠いていると言わざるを得ない。

米国の連邦緊急事態管理庁(FEMA)をはじめ、アジアでも、インド、インドネシア、フィリピンなど大規模災害を経験した国々はいずれも国レベルの災害対応組織を構築し、県と協調して災害対応に当たる態勢を整えている。これほどの災害リスクを抱える日本が、これだけの犠牲者を出してもなお、被災市町の職員に一義的な責任を負わせているのは理不尽と言ってもよいだろう。事故から広域大規模災害までを同じように扱う現行の災害対策基本法を改め、現実に即した「本気の」災害対応計画が早急に策定されることを強く望むものである。

* コラム *

平成24年度地域保健総合推進事業「大規模災害時の保健医療衛生分野の災害対応計画と支援システムの構築」(事業分担者:三宅邦明)が実施した都道府県アンケート調査の中間報告によれば、「異なる規模の災害を想定して規模に応じた対応方法を準備している県」は回答があった37県中6県(16%)にとどまった。「県または域内市町の保健医療福祉担当施設(県庁、市町村役場、保健所、保健福祉センターなど)が機能停止する(想定業務ができなくなる)場合が想定されていますか?」という質問は8県(22%)がはいと回答し、いいえが16県(43%)、「施設被害は想定しているが機能停止は想定せず」が6県だった。域内の市町村の災害対策本部や地域調整本部(例:保健所や拠点病院など)が被災して孤立または機能停止に陥った場合の県の対応を定めていますか?(複数回答可)という質問には、24県(65%)が「とくに定めていない」と回答している。初期アセスメント(発災後最初の現地調査等)は誰が、いつ実施するかを決めているのは半数の16県にとどまった[8]。

参考文献

- [1] Lechat MF. Disasters and public health. Bulletin of the World Health Organization. 1979;57:11-7.
- [2] Noji EK. The Public health consequences of disasters. New York: Oxford University Press; 1997.
- [3] 上原鳴夫. 災害のサイクルと災害時の公衆衛生の役割. 国井修, 編. 災害と公衆衛生. 東京: 南山堂; 2012.
- [4] 上原鳴夫, 編. 東日本大震災における保健医療救護活動の記録と教訓. 東京: じほう; 2012.
- [5] 上原鳴夫. 東日本大震災における宮城県災害保健医療支援室の活動. 久道茂, 鴨池治, 編. 今を生きる — 4. 医療と福祉. 仙台: 東北大学出版会; 2013. p.217-45.
- [6] 坂元昇, 他. 東日本大震災にかかる保健師, 医師, 管理栄養士等の派遣状況調査. 被災地への支援を通じて把握した被災地の課題等の調査について集計・分析報告書. 東京: 全国衛生部長会; 2011.
- [7] 津久井進. 大災害と法. 東京: 岩波書店; 2012.
- [8] 三宅邦明, 他. 地域保健総合推進事業「大規模災害時の保健医療分野の災害対応計画と支援システムの構築」平成24年度報告書. (準備中)