

2 新たな課題への対応

災害医療体制の再構築

平成23年3月11日、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）が発生しました。この地震は、観測史上国内最大規模であり、その後に押し寄せた高い津波が主な原因となり、死者15,868人、行方不明者2,848人（平成24年8月8日現在）という、極めて深刻な被害をもたらしました。

被災地の医療機関も被害を受け、被災3県の病院のうち、被災直後に外来診療の制限を行ったところは約54%（1か月後の4月20日時点：約17%）、入院診療の制限を行ったところは約50%（同時点：約22%）あり、診療機能に大きな影響が生じました（表1）。

表1 【被災地の病院の被害状況（平成23年5月25日時点まとめ）】

	病院数	被害状況		診療機能の状況					
		全壊	一部損壊	外来の受入制限・不可			入院の受入制限・不可		
				被災直後	4/20現在	5/17現在	被災直後	4/20現在	5/17現在
岩手県	94	4	58	61	8	6	59	12	6
宮城県	147	5	123	51	23	7	45	24	12
福島県	139	2	108	93	32	23	87	46	34
計	380	11 (2.9%)	289 (76%)	205 (53.9%)	63 (16.6%)	36 (9.5%)	191 (50.3%)	82 (21.6%)	52 (13.7%)

資料：厚生労働省医政局資料から作成

災害医療については、平成7年1月に発生した阪神・淡路大震災を契機として、災害拠点病院の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備、災害派遣医療チーム（DMAT）の養成等が行われてきたところであり、甚大な被害を生じた今回の災害においても、被災地内外の医療機関・関係者が連携し、発災直後から被災者への医療提供に大きな役割を果たしました。

しかしながら、これまでに例を見ないほど広範囲にわたる大規模な災害であったこともあり様々な課題も明らかになりました。厚生労働省が平成23年7月に設置した「災害医療等のあり方に関する検討会」においては、東日本大震災における医療提供体制についての詳しい検証が行われ、同年10月にまとめられた報告書では、災害拠点病院に

においてもライフラインの寸断や燃料・医薬品等の不足により診療に影響が生じたこと、また、DMATや医療チーム（救護班）の受入・派遣調整機能が不十分であったことなど、災害拠点病院の機能や、発災急性期、中長期における医療提供体制の課題が指摘されました。

この報告書を踏まえて、平成24年3月には、災害拠点病院指定要件の強化や、医療チーム等に関する都道府県レベルでの派遣調整機能、地域の医療ニーズに応じた配置調整機能を発揮する災害医療コーディネート体制の整備等を盛り込んだ厚生労働省医政局長通知「災害時における医療体制の充実強化について」が都道府県知事等に発出されました。また、同様に、国から示された「災害時における医療体制の構築に係る指針」において、これらの課題への具体的対策について、都道府県医療計画の中で明らかにするよう求めています。

また、平成24年8月に内閣府から発表された南海トラフ巨大地震の被害想定によると、地震の規模（震度分布）はマグニチュード9.0であり、この地震により本県でも最大22メートルの津波が到達するとともに、最大約38万8千棟の建物が全壊、約2万3千人の死者が発生する可能性があるとして予測されています。

ビジョンでは、災害医療体制の確保のための取組として、災害拠点病院の耐震化や関係機関との連携・訓練、避難所等での医療救護などを示していますが、東日本大震災を契機とした新たな状況を踏まえ、「災害拠点病院の機能強化」、「災害医療コーディネート体制の整備」、「中長期における対応」の3点を中心に災害医療体制を再構築していきます。

災害拠点病院の機能強化

災害拠点病院は、災害発生時に重症傷病者の受入拠点となるとともに、応急用資機材の貸出し等により地域の医療施設を支援する中核的医療機関として、都道府県が指定することとされており、本県では、これまで人口20万人あたりに1か所程度を目安として、現在34施設を指定しています（図7）。

東日本大震災では、ほとんどの災害拠点病院で一部損壊などの被害が発生したほか、ライフラインや流通機能の回復に長期間を要したため、自家発電用の備蓄燃料、食料、医薬品等の物資が不足し、診療に大きな影響が生じました。

また、インターネットを活用して構築する広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を導入した都道府県では、これら災害拠点病院等の被災状況、患者の受入れ状況、ライフラインの被災状況等に関する情報収集・提供が可能となっていますが、EMISへの入力遅れなどが原因で、建物等の被害や患者の受入れ、ライフラインの状況等についての迅速な情報発信ができなかった病院も見られました。

国はこのような課題を受け、平成24年3月に発出した通知において、災害拠点病院について、耐震化の対象となる施設の内容（診療機能を有する施設）を明示するとともに、自家発電機については通常の6割程度の発電容量を確保すること、衛星電話を保有し衛星回線インターネットが利用できる環境を整備することや、EMISの操作方法や入力内容について研修・訓練を行い災害時に情報を入力する体制を整えておくことなど、指定要件をより具体的に示しました。

この要件に照らし合わせますと、本県では34の災害拠点病院のうち、8施設において耐震化が不十分などといった状況にあります（表2）。今後、災害拠点病院が発災時に災害医療の拠点として確実に機能するよう、早急に施設・設備等の充実を図ることが必要です。

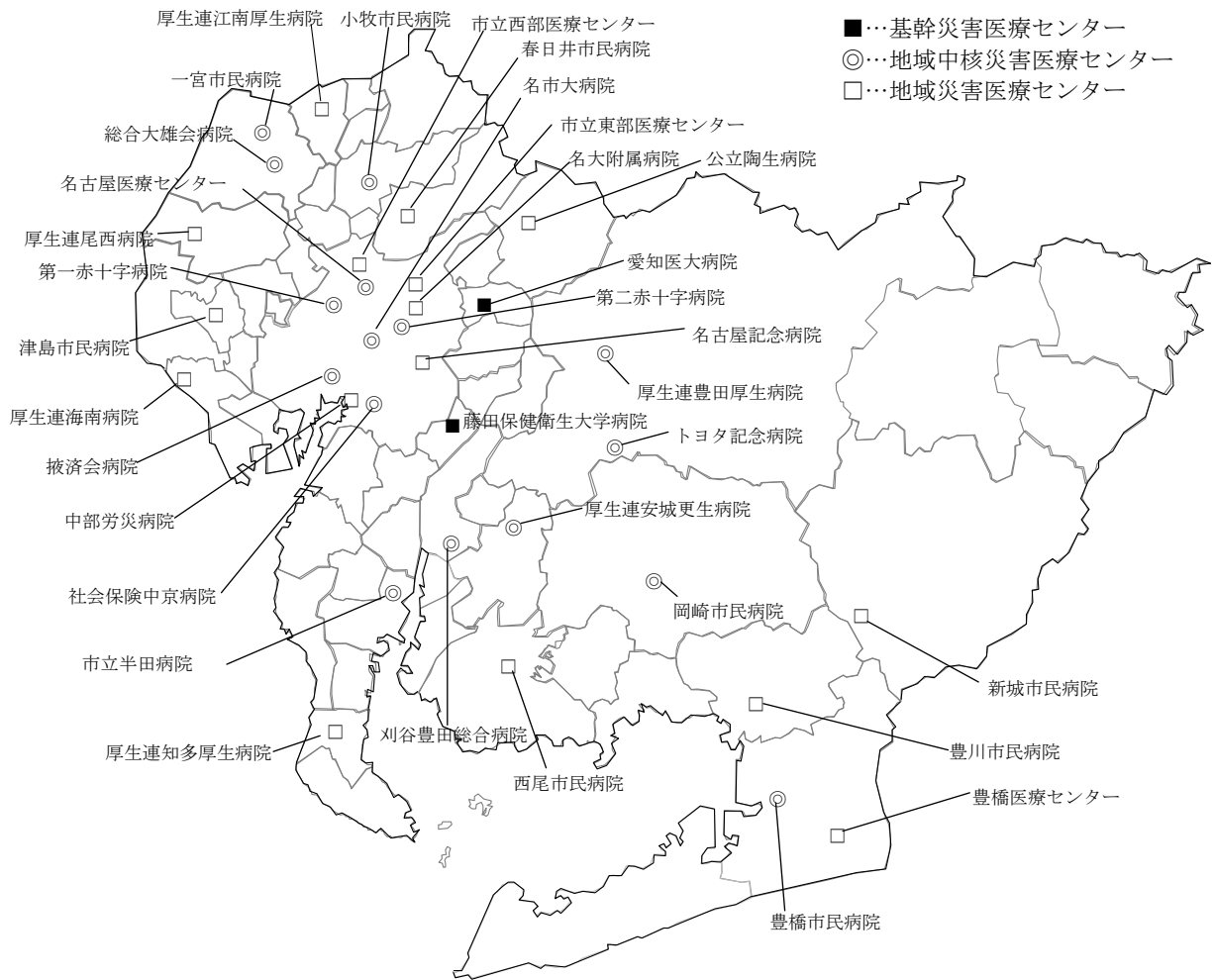
表2【本県の災害拠点病院の状況（平成24年4月1日時点調査）】

基準(平成24年3月)	達成	未達成	計
耐震化	26	(※)8	34
通常の6割程度の発電量を備えた自家発電装置の保有	19	15	34
衛星電話の保有	24	10	34

(※) 平成24年4月1日現在4病院が整備中

資料：愛知県健康福祉部

図7【 県内の災害拠点病院（平成24年8月現在）】



二次医療圏	災害拠点病院	
名古屋	◎名古屋第二赤十字病院 ◎名古屋医療センター ◎社会保険中京病院 ◎名古屋市立大学病院 ◎名古屋第一赤十字病院 ◎名古屋掖済会病院	名古屋大学医学部附属病院 名古屋市立東部医療センター 名古屋市立西部医療センター 名古屋記念病院 中部労災病院
海部	厚生連海南病院	津島市民病院
尾張東部	■藤田保健衛生大学病院 公立陶生病院	■愛知医科大学病院
尾張西部	◎一宮市民病院 厚生連尾西病院	◎総合大雄会病院
尾張中部	◎小牧市民病院	厚生連江南厚生病院
尾張北部	春日井市民病院	
知多半島	◎半田市立半田病院	厚生連知多厚生病院
西三河北部	◎厚生連豊田厚生病院	◎トヨタ記念病院
西三河南部東	◎岡崎市民病院	
西三河南部西	◎厚生連安城更生病院 西尾市民病院	◎刈谷豊田総合病院
東三河北部	新城市民病院	
東三河南部	◎豊橋市民病院 豊川市民病院	豊橋医療センター

災害医療コーディネート体制の整備

東日本大震災においては、全国から約380のDMAT（災害派遣医療チーム）が岩手県・宮城県・福島県・茨城県に派遣され、発災直後から、被災地域内の病院の診療支援や情報の発信、域内搬送、広域医療搬送、孤立した入院患者等の救出活動、応急処置等において活躍しました。一方で、通信が困難であったために医療ニーズの把握が困難であったことや、多数のDMATが広範囲において活動したため、派遣調整が困難に陥ったことや、DMATから日本医師会災害医療チーム（JMAT）等への引き継ぎ不足などが問題となりました。

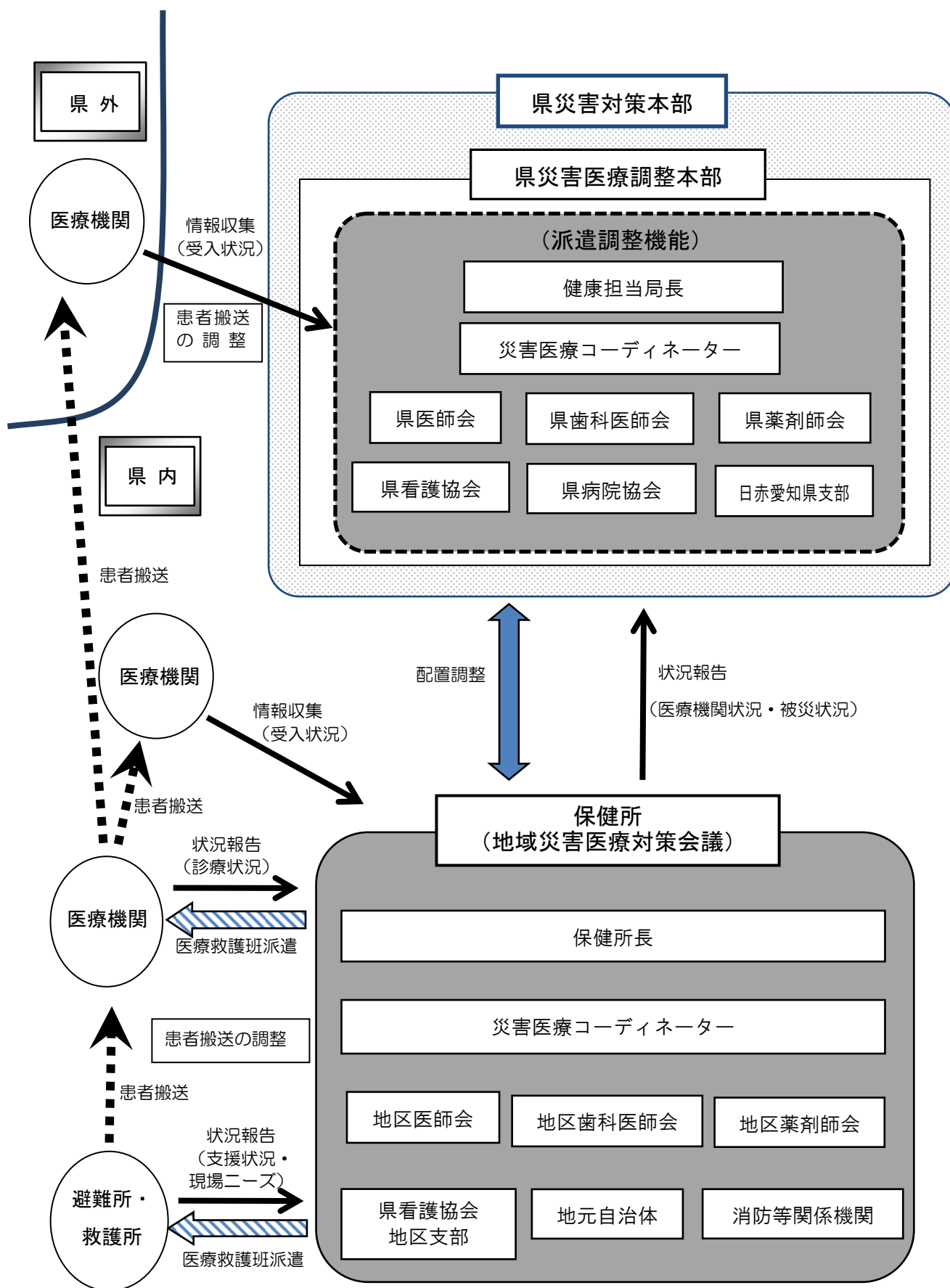
また、医療チーム等の受入れや派遣調整を行う都道府県レベルの組織の立ち上げに時間を要したこと、市町村や保健所管轄区域内といった地域における病院や避難所への医療チームの派遣調整体制が不十分であったことなども明らかになっています。

本県でも災害発生時には、県・保健所・市町村等が連携し、被災状況や被災地のニーズなどの情報の収集に努めるとともに、県災害対策本部（健康福祉部又は応急医療プロジェクトチーム）において、医療救護班等の受入れ派遣調整業務等を行うこととしております。

しかしながら、東日本大震災で発生したような課題に、より迅速かつ的確に対応するためには、まず二次医療圏を基本とする各地域で、医療チーム等の配置や患者の搬送、必要な医薬品の調達などについて、コーディネート機能が発揮できるよう、災害時に保健所が中心となって、災害拠点病院や地域の医療関係者を始めとする関係機関が情報交換を行う場（地域災害医療対策会議（仮称））を迅速に設置する体制を構築する必要があります。ここでは、病院や避難所等での医療ニーズを適切に把握・分析し、地域内における医療チーム等の配置、調整を行うとともに、必要に応じて、後述する災害医療調整本部（仮称）に派遣を要請し、派遣された医療チーム等を適切に配置、調整する機能が求められます。（図8）

さらに、この二次医療圏ごとの医療提供体制を支援するとともに、圏域を越えて全県的にコーディネートする県レベルでの調整機関として、県災害対策本部のもとに、県、医師会等関係団体等で構成する災害医療調整本部（仮称）を設置する体制を整備することが重要です。ここでは、地域災害医療対策会議（仮称）等からの情報により医療ニーズを把握し、医療チームの派遣元団体への派遣要請や、派遣先の調整を行うなどのコーディネート機能を担う必要があります。（図8）

図8 【災害医療コーディネーター体制のイメージ】



中長期における対応

東日本大震災では、一般の医療機関の多くが被災し、長期間にわたり診療機能への影響が出ました。このため、救護所や避難所等において慢性疾患を抱える被災者等への継続的な医療提供が必要になるなど、いかにして、中長期にわたり健康管理体制を維持するのが大きな課題となりました。

また、避難所ではなく自宅等で生活する慢性疾患患者など要援護者の把握が難しかった等の課題も指摘されています。

こうした課題に対応するには、各地域において、災害拠点病院等の医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、日本赤十字社等の医療関係団体、医薬品関係団体、医療機器関係団体、衛生検査所・給食業者等の医療関連サービス事業者、消防機関、警察機関、精神保健センター、市町村等の関係行政機関、水道、電気、ガス、電話等のライフライン事業者、自治会等の住民組織など様々な関係機関・団体との連携が大切となります。

前述の地域災害医療対策会議（仮称）を中心にして、地域の医療ニーズについて中長期にわたり適切かつ詳細に把握・分析した上で、関係機関・団体と連携して的確に対応することが求められます。

そのためには、平時から関係機関・団体が十分な意見交換を行って、地域の実情に応じた体制を構築することが重要です。

また、一般の医療機関等においては、これまでどおり医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが必要ですが、東日本大震災での経験を踏まえ、中長期的な対応も想定したマニュアルを策定することが求められます。災害による停電への対応も必要であり、特に人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関にあつては、災害時にこれらの患者の搬送先等について計画を策定することも重要です。

災害医療体制の再構築に向けた具体的な取組については、平成25年3月に策定予定の愛知県地域保健医療計画の中で明らかにしていきます。

【東日本大震災において、被災者の方々への保健活動を行う愛知県の保健師】

- 中長期においては、保健師等による保健活動も重要な役割を果たします。
避難所での健康・衛生管理、在宅要援護者への訪問支援、仮設住宅入居者への健康状況の確認等を行います。

