

座談会 (2024 年 10 月開催)

今後の災害医療を考える ～能登半島地震を踏まえて～

【座 長】 河 村 英 徳¹⁾**【出席者】** 稲 田 眞 治²⁾生 田 幸 江⁴⁾野 田 智 子³⁾鈴木結香子⁵⁾

(発言順)

はじめに

座長 本日の座談会は『災害医療』をテーマとして、能登半島地震を振り返りながら、今後の災害医療を考えていきたいと思います。もし愛知県で今回のような災害が生じたら、どのように行動すべきなのか。特に能登の地震で問題となった高齢者施設の支援のあり方や避難所の開設に係る課題などについてもご議論いただきたいと思います。

そこで今日は、医療、福祉および行政の幅広い分野から高度な御見識をお持ちの皆様にご参加いただきました。先ずお集まりいただきましたメンバーの皆様から、ご挨拶と簡単に自己紹介をお願いします。

稲田 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院の稲田です。私は今回の能登半島地震では石川県での対応に当たるとともに、愛知県の



河村 英徳氏

DMAT (災害派遣医療チーム：Disaster Medical Assistance Team) の派遣や高齢者の受け入れにおいて、愛知県医療本部のお手伝いをさせていただきました。

野田 私が医療ソーシャルワーカーとして勤務しております江南厚生病院は、災害拠点病院ということもあり、DMAT や災害時の院内外での対応を協議する委員会が組織されています。現在は、病院に併設する看護学校等において、地域で災害等が発生した時に人工呼吸器の患者を受け入れられる体制づくりを市町の方々とともに進めています。また、職能団体の専門職として能登半島の支援に入らせていただきましたが、組織として行政や地域の方々とどのように関わったら良いのか、現在も継続して支援に入っておりますので、中長期的な視点で学んでいきたいと思います。

生田 私は、碧南市民病院で感染管理認定看護師をしております。看護師としての 30 年弱のキャ

¹⁾ Hidenori Kawamura：公益社団法人愛知県医師会 理事

²⁾ Shinji Inada：日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第二病院 第一救急科部長 兼 救命救急センター長

³⁾ Tomoko Noda：JA 愛知厚生連 江南厚生病院 地域連携部 患者支援室長 ソーシャルワーカー (社会福祉士・精神保健福祉士)

⁴⁾ Yukie Ikuta：碧南市民病院 感染制御室 感染管理認定看護師

⁵⁾ Yukako Suzuki：愛知県福祉局高齢福祉課 担当課長(高齢者福祉)

リアのうち、感染管理認定看護師として10年、昨年2回目の更新を終えたところです。

今回、JMAT (日本医師会災害医療チーム: Japan Medical Association Team)に初めて参加させていただきました。日本環境感染学会の「JSIPC 災害時感染制御支援チーム(DICT)」としてではなく、日本看護協会が看護師に長く働いていただきたいということから、「プラチナナース」という制度を2018年度から発足させており、それに登録したことをきっかけにJMATに参加することになりました。

感染管理師長として、主に病院の感染管理をメインとしているだけに、現場では様々なことを学んでまいりました。能登の皆様が頑張って「自分でやっていけるよ」と言えるようになるまで支援していきたいと思っております。

鈴木 愛知県高齢福祉課の鈴木です。1月の能登半島災害時には高齢者施設への受け入れを担当させていただきました。石川県で起こったことが愛知県で実際に起こった時に「どうなるのか」という危機感を持ちつつ、行政としてどのようなことを考えていかなければならないのかを強く感じているところです。

座長 補足になりますが、愛知県の本部災害医療コーディネーターをお願いしております稲田先生は、DMATや日赤のメンバーとしても活動されています。私たち愛知県医師会がJMATを派遣した時にも現地の様々な情報を提供していただき、連携のハブとして助けていただきました。野田さんとは、尾北医師会において地域連携を進めています。愛知県では大規模災害が生じた時に県の南半分の浸水被害が懸念されていますので、北部の尾北エリアに避難所が設置された場合には、その受け皿として地域を支えていただきたいと思います。生田さんには、JMATに参加したご経験より、当時の状況等についてお話ししていただければと思います。今回、愛知県は現地からかなりの人数の高齢者を受け入れたわけですが、帰還できた人がいる一方で、帰還できなかった人もいます。鈴木さんには、そのことを踏まえて、「県外避難」はどうすれば良いか、高齢者福祉の避難

所の運営や施設の管理のあり方などについても、お話いただきたいと思います。

1. 現地の支援状況および愛知県の受入状況

稲田 「令和6年能登半島地震の組織体制 石川県保健医療福祉調整本部」の組織図(図1)をご覧くださいと、石川県の災害医療体制は様々な部署が関わって対応していたことが判ります。印象的だったのは、行政支援として他都道府県の衛生担当部局からDHEAT (Disaster Health Emergency Assistance Team: 災害時健康危機管理支援チーム)が入り、被災県や被災地の行政職員の負担を軽減するためにサポートしていたということです。医療関係部署はもちろんですが、医療にとどまらず、高齢者福祉、精神医療や障がい者対応、薬事等の部署が入り、その中に様々な支援者たちがぶら下がって手伝う形を取っていました。ご存知のように奥能登の被害が一番大きかったわけで、そこ金沢を結ぶ幹線道路が激しく損傷してしまったことから、金沢市内に留まらず、現地での円滑な支援継続のため、奥能登の二市(珠洲市、輪島市)・二町(能登町、穴水町)・能登中部医療圏(七尾市・志賀町等)に医療本部が設置されました。支援者たちは計5カ所で様々な対応を展開したわけです。

DMAT事務局がまとめた活動状況によりますと(図2)、多種多様な医療チームが様々な目的で支援していることが判ります。何故このようなことになったのかというと、単なる医療の提供にとどまらずに、公衆衛生・福祉のサービスの提供を絶やさずに生活を守ることが必要だったからだ



稲田 眞治 氏

令和6年能登半島地震の組織体制

石川県保健医療福祉調整本部 組織図

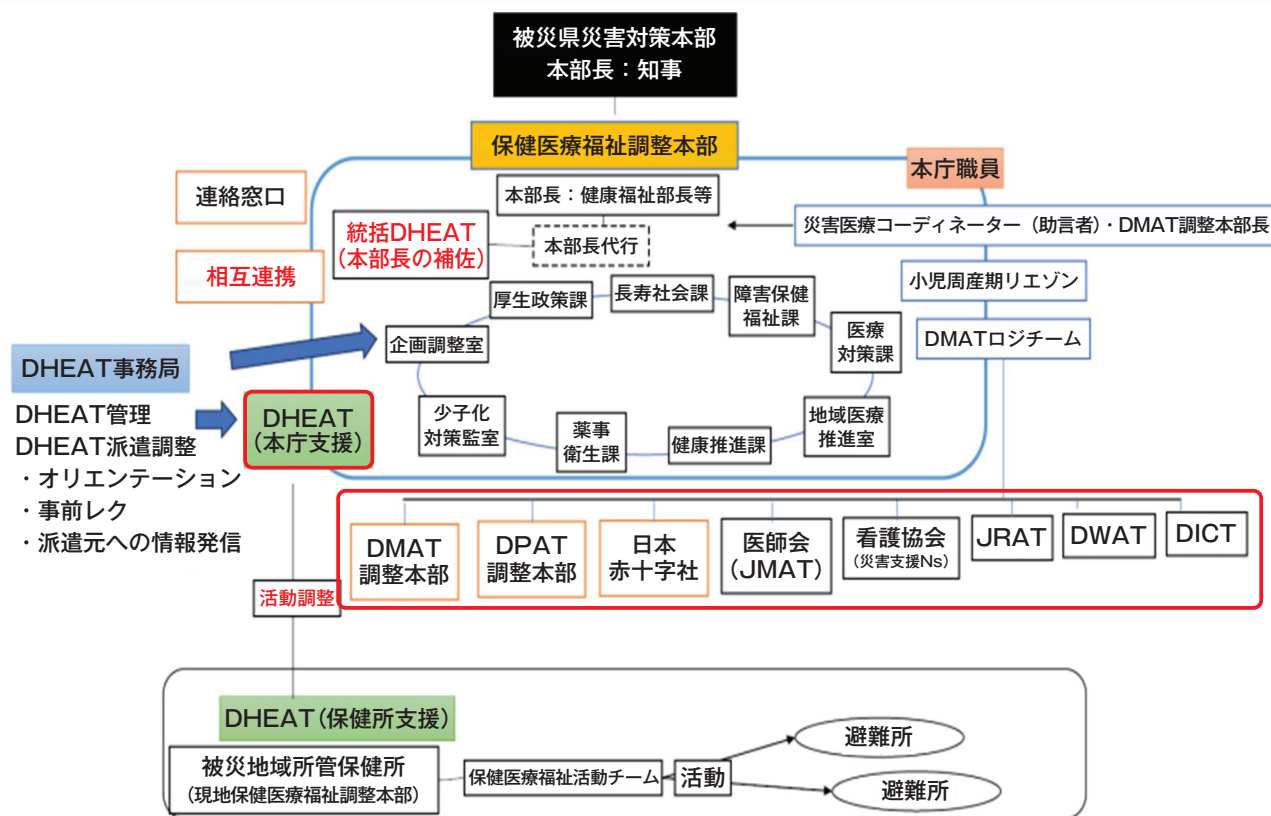


図1 石川県保健医療福祉調整本部 組織図

と思っております。

一方、愛知県では、愛知県自治センターの災害情報センター内に本部が設置され、高齢者施設入所者の受入れが1月10日から始まりました。受け入れるための場所、受け入れたのちに搬送する病院・施設、搬送手段に係る様々な調整が必要であったため、このような本格的な拠点を設置して受入れ情報を逐一整理する必要がありました。また、受入れ時には、高齢者施設から高齢者の方々がたくさんやってくるのだらうと思っていたら、障がい者施設の入居者も来られたりしたなど、高齢福祉課は相当に苦労されたと聞いています。

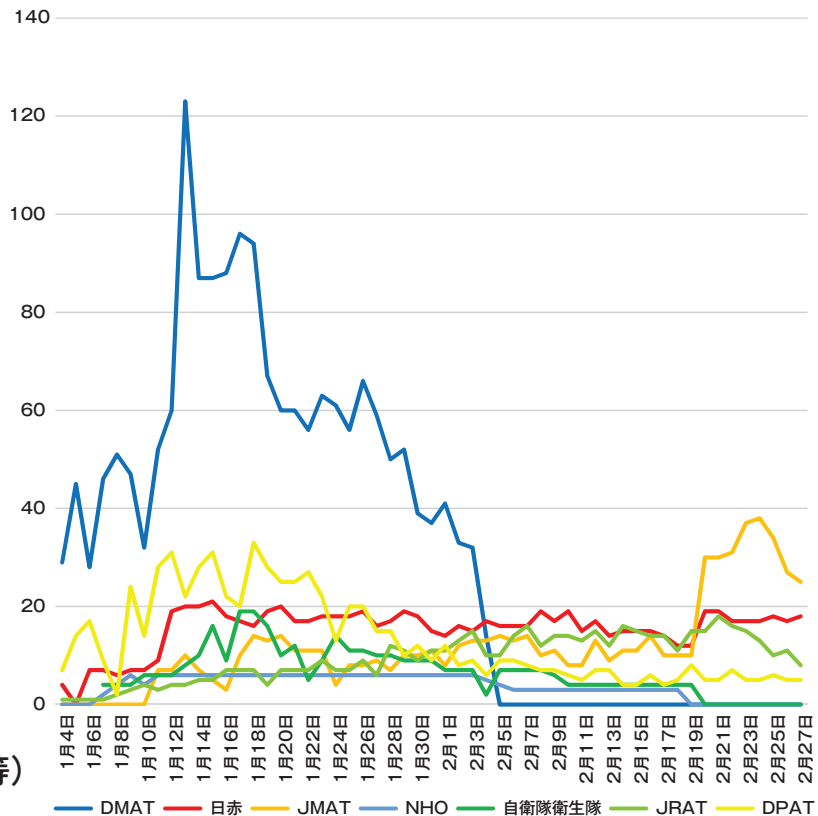
医療支援では、医療施設や福祉施設がどれくらいの被害を受け、どこにどれだけの被災者がいる

のかを先ず調査し、それによって支援方法を検討します。つまり全体像を把握するために様々な情報を集めるわけですが、こうした情報収集の際にも高齢者施設の対応には相当苦労したということでした。



野田 智子 氏

- ▶ DMAT 1139チーム
- ▶ JMAT 682チーム
- ▶ 日赤 441チーム
- ▶ NHO 72チーム
- ▶ DPAT 184チーム
- ▶ JRAT 529チーム
- ▶ JDAT 193チーム
- ▶ 看護師（看護協会等）
6166名
- ▶ 薬剤師 3925名
- ▶ DHEAT 34チーム
- ▶ 自衛隊衛生隊
- ▶ NGOs (PWJ, TRAT, AMDA, HuMA)
- ▶ 保健師
- ▶ JDADAT, 管理栄養士
- ▶ DWAT（全社協, 老施協等）



令和6年2月28日現在

DMAT事務局近藤先生スライドより抜粋・一部改変

図2 保健医療福祉支援チームの活動状況

そもそも能登半島にどれだけの施設があるかという、1月2日時点で判明したのは、県が所管する79施設のみ。市町村所管の施設も、障がい者施設も分からない状況でした。石川県の担当部署は長寿社会課になりますが、職員2名が電話で確認しようとしていたため、DMATが入って支援したと聞いています。

愛知県における能登地震避難受入患者について、令和6年6月の時点での高齢者の転帰を見てみると(図3)、石川県に戻られた方は1割に満たず、残り9割のうち1割強の方がお亡くなりになっています。亡くなられた方の多くは要介護4~5であり(図4)、避難をする上でどのような課題があるのかについては、こうした数字を分析しながら、今後だんだん分かってくるものだと思います。私どもの病院でも、避難された方を名古屋市内の

高齢者施設に送り出したことがあるのですが、2ヶ月ほど前にその施設で転んだということで大腿骨骨折の手術させていただきました。また施設に戻っていただくわけですが、どんどん体力が落ちていって大変だろうと実感した次第です。

先ほど県所管の施設しか高齢者施設が判らなかったという石川県のお話をしましたが、現在、



生田 幸江氏

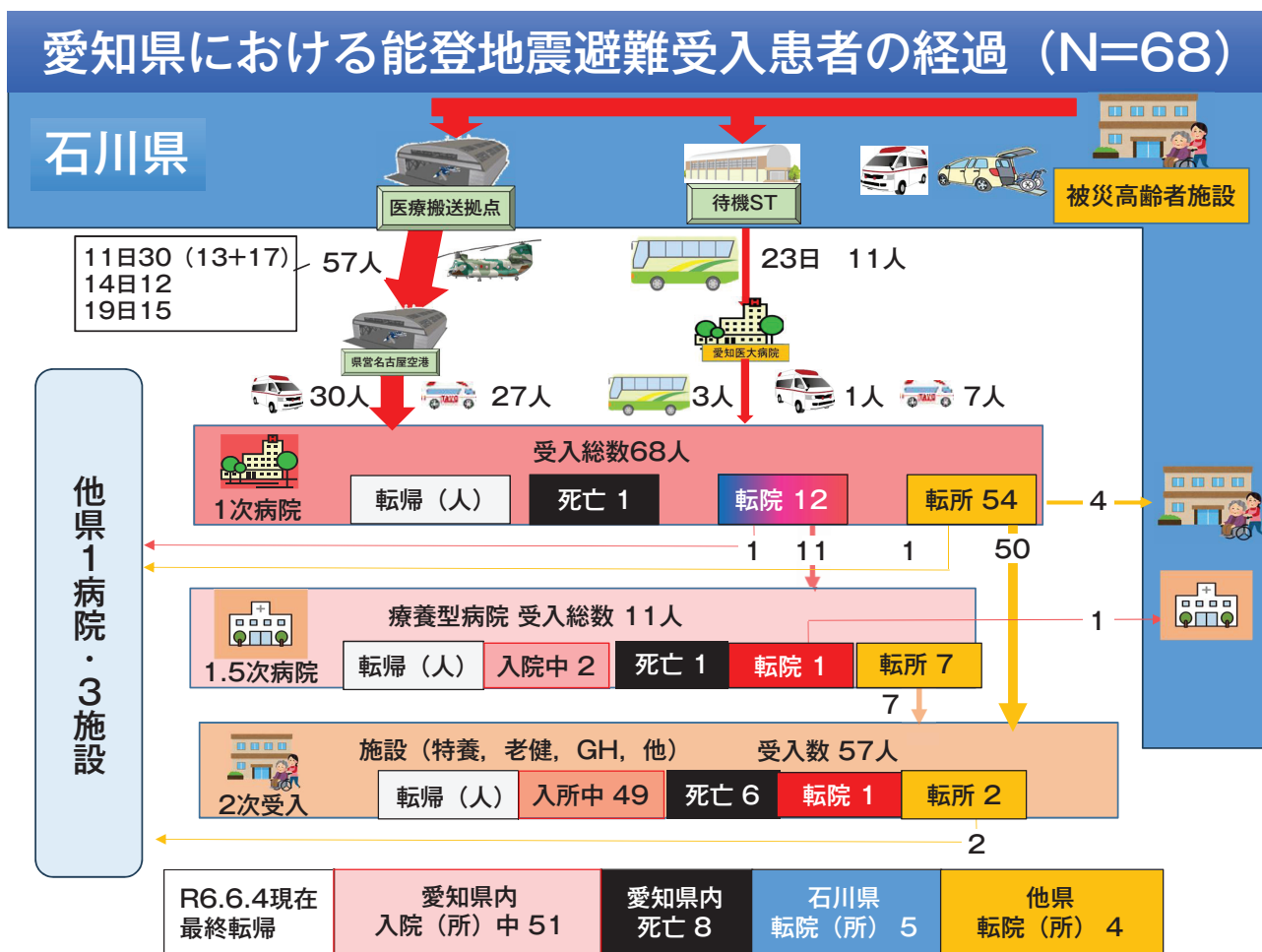


図3 愛知県における能登地震避難受入患者の経過

国では様々な社会福祉施設の情報を迅速に把握・共有するための機能を備えた災害時情報共有システムの構築・導入を進めています。約50種類の施設が登録されていますが(表1)、特に子ども・家庭関係の施設はかなり複雑で多岐にわたっています。各施設にはそれぞれ災害弱者が生活しているわけで、どれほどの被害が起きているのかが判らなければ救援を出しようがないことから、利用者や施設に関する情報を収集するための仕組みを整備しているようです。

一方、愛知県の状況について鈴木担当課長にお尋ねしたところ、高齢者施設に関しては、市・町所管も含めて計3,566箇所を把握されているとのこと。全ての施設を早々に把握しておられる現状

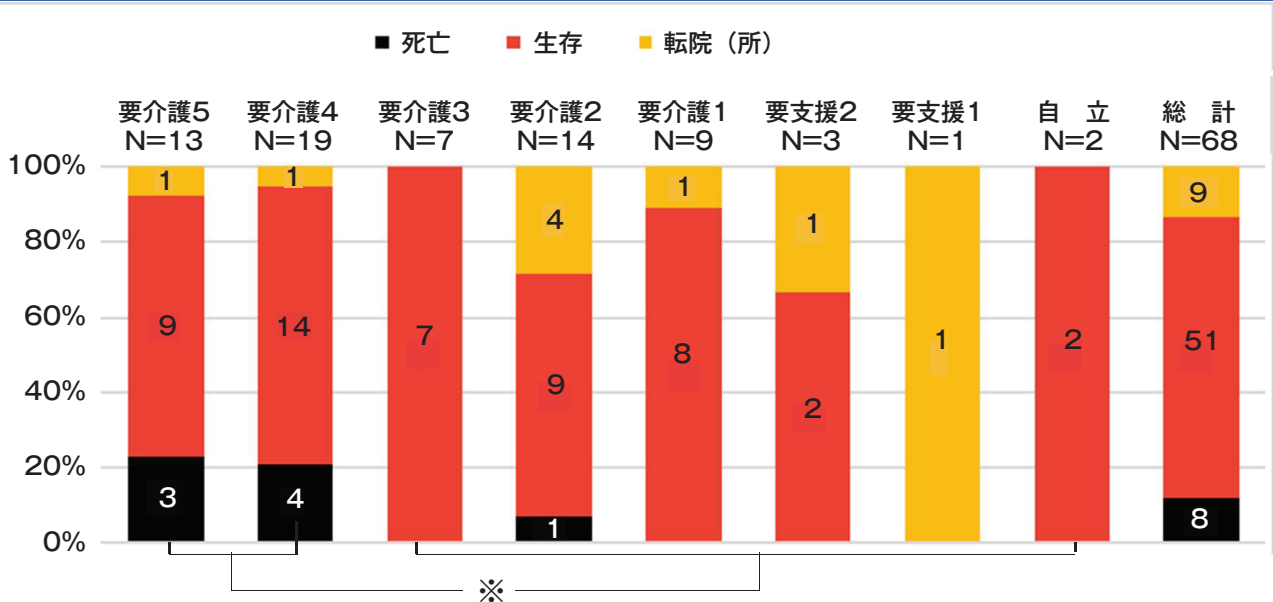
は、素晴らしいと感心した次第です。

野田 対象施設が複雑で多岐にわたるというお話をお聞きして、私たち医療ソーシャルワーカーは、日頃の業務を通じて様々な施設などを理解している専門職の一つではないかと改めて思いました。



鈴木 結香子氏

R6.6.4現在介護度における死亡率 (N=68)



※死亡率

要介護5及び4では7/22=21.9%，要介護3及びそれ以下では1/36=2.8%

図4 令和6年6月現在、介護度毎の死亡率

医師や看護師が知らない施設であっても、医療ソーシャルワーカーなら判ることもあり、この施設にはこのような対象者を受け入れているところであるとアドバイスするなど、何かお役に立てることがあるではないかと思いました。

また、混乱の中で情報収集に苦労したことは同感します。江南厚生病院では、高齢者施設から3名の広域避難者を受け入れました。事前の県からの情報だけでは不十分で、受入れ当日から市や県に質問を繰り返し行いながら不足する情報を補ったというのが実態です。介護施設からの高齢者が万一死亡した時の手続きなどの想定していない問題についても質問することによって、私たちの病院から次の施設に行くまでの間にどう調整したら良いかを考えていました。

また、被災地の現場からいただいた患者の情報は、最新のものではないということにも注意が必要です。そのために意識したことは、メディカル

チェックと診療情報提供書をきちんと作ることでした。次の受入れ先に行く時に、この方の薬や病気の情報、体のことをきちんと整理しないと、県内でこれから生活する上で基本的な情報が得られないことになるからです。広域避難者を受入れる時にはこのようなことも重要なことであり、その情報を基に適切な施設に繋ぐことが必要だと感じました。

生田 私は地震発生からほぼ1カ月後に、穴水総合病院を起点に能登および輪島に応援に入りました。同病院にはDMATがいち早く入り、透析患者を移動させるとともに外傷等の診療を24時間体制でサポートしてくれたおかげで病院を維持することができたということで、そのことを病院の先生方が何度も何度も感謝しておられたのが印象的でした。

愛知県内でも避難した患者に死亡者が多かったことは非常に気になる点です。私が住む碧南市は

表1 災害時情報共有システム対象施設の種別（厚生労働省資料を改変）

1. 児童関係施設(こども家庭庁へ情報提供)	3. 高齢者関係施設(厚生労働省へ情報提供)
(1)助産施設	(1)老人短期入所施設
(2)乳児院	(2)養護老人ホーム
(3)母子生活支援施設	(3)特別養護老人ホーム
(4)児童養護施設	(4)軽費老人ホーム
(5)児童心理治療施設	(5)認知症高齢者グループホーム
(6)児童自立支援施設	(6)生活支援ハウス
(7)児童自立生活援助事業所	(7)介護老人保健施設
(8)小規模住居型児童養育事業所	(8)介護医療院
(9)児童相談所一時保護施設	(9)小規模多機能型居宅介護事業所
(10)保育所・認定こども園等 (保育所、幼保連携型認定こども園、保育所型認定こども園、幼稚園型認定こども園及び地方裁量型認定こども園並びに児童福祉法34条の15第1項又は第2項に基づく小規模保育事業所、家庭的保育事業所及び事業所内保育事業所)	(10)看護小規模多機能型居宅介護看護事業所
(11)放課後児童クラブ	(11)有料老人ホーム
(12)児童厚生施設	(12)サービス付高齢者向け住宅
(13)地域子育て支援拠点	
(14)子育て短期支援事業を行う施設	4. 障害者関係施設(厚生労働省へ情報提供)
(15)一時預かり事業所	(1)障害者支援施設
(16)病児保育事業所	(2)共同生活援助
(17)産後ケア事業を行う施設	(3)短期入所
	(4)療養介護
2. 障害児関係施設(こども家庭庁へ情報提供)	
(1)児童発達支援	5. 婦人保護関係施設(厚生労働省へ情報提供)
(2)医療型児童発達支援	(1)婦人保護施設
(3)放課後等デイサービス	(2)婦人相談所一時保護施設
(4)福祉型障害児入所施設	(注)児童福祉施設等災害時情報共有システムで報告
(5)医療型障害児入所施設	
(6)障害児相談支援	「災害時情報共有システム対象外施設種別」
	6. その他施設(厚生労働省へ情報提供)
	(1)救護施設
	(2)更生施設
	(3)宿所提供施設

愛知県の中でも郊外に位置していますが、有事の際に遠くの町に行くこと、ましてや市外や県外に避難しなければならないことを想定すると、患者さんの心のケアは言うまでもなく重要ですが、本人だけではなく家族のメンタルフォローもしっかりとやっていかなければいけないのではないかと感じた次第です。

鈴木 私からは、愛知県への避難状況をお話させ

ていただきます。令和6年1月11日から23日の間に、68名がヘリコプターやバスで愛知県に搬送されてきました。搬送元である施設の種別は、特養の方が多いのではと想定していたのですが、結果としては老健から来られた方が多かったです。施設入所者ということで、介護度別では要介護3以上の方が多いです。

また県としては高齢者施設の入所者が搬送され

てくるということで、要介護度に応じた施設をあらかじめ選定し用意していましたが、実際のところは、ショートの利用者、在宅の方などもいらしたので、改めてその方々に入所いただく施設を調整する必要がありました。

年齢別に見ますと、70代から100歳代までで、80代、90代が中心でした。現在の状況ですが、2024年10月18日時点の県内現存者数は、まず68名のうち高齢者施設に入所された方が58名、その他が10名。この10名には、高齢者施設に入らずに病院からそのまま石川県や他県の医療機関に移られた方およびお亡くなりになった方などが含まれます。58名が結果的に入所されたわけですが、現在34名が愛知県内におり、他の24名は石川県等へ戻られた方や、残念ながら愛知県で亡くなられた方となります。68名のうち、死亡された方は現時点で15名、内訳としては、施設で亡くなられた方が12名、病院で亡くなられた方が3名という状況でございます。

2. 災害医療における指揮と連携

座長 災害医療では、とるべき行動の原則として、CSCA (Command and Control: 指揮と連携, Safety: 安全確保, Communication: 情報収集伝達, Assessment: 評価) があります。まず、医療管理に関わる Command and Control について議論を進めます。

愛知県医師会の JMAT が穴水総合病院に入った1月7日時点は、まだ町役場の業務が再開されておらず、大阪と神戸からの DHEAT が中心となって調整の拠点を作ろうとしている段階でした。当時、稲田先生はどこで活動をしていたのですか。

稲田 日本赤十字社石川県支部で、赤十字が派遣した救護班の支援をリモートで管理していました。例えば、珠洲市では宿泊場所がないということで、日赤職員がテントや関連資機材を現地に運搬・設置して寝泊まりができるようにしましたし、軽症者が増え始めて昼間の病院の対応が追い付かないという状況に対しては、赤十字の資機材を持ち出して臨時救護所を開設し診療を行うなどの支援を行っておりました。

座長 能登半島地震の特徴の一つに、被害の大きかった地域につながる主要道路の寸断が挙げられています。半島という地形が関係しているとなると、渥美と知多の2つの半島がある愛知県でも、有事の時に先端までたどり着くことができるのか、情報が入りにくい中で、現地の状況を適確に把握するためにはどうすれば良いのかといった課題が浮上します。

能登半島地震では、発災直後に DHEAT が中心となって石川県保健医療福祉調整本部が組織され、愛知県医師会もそこに JMAT を派遣したわけですが。しかし実際には、情報が入ってこないという状況があり、体制は組織されてはいるものの上手く機能していないと感じながら活動をしていました。石川県との対応については、県庁はどうでしたか。

鈴木 高齢者の受入れに当たっては、幾つか疑問点や事前に確認したいことがあり、都度、石川県の担当者に電話をしていました。また、施設から実際に搬送するのは DMAT であるので、搬送されてくる方々の状況等について石川県の担当者を経由して DMAT への確認等を行ってもらいました。

発災直後の混乱で、特に搬送されて来る方に関する情報が事前に入っていないこともあって、受入施設を準備するのも精一杯の状態でした。

座長 Command and Control のコントロールに関して、「どこにどのように聞けば、どういう情報が入るのか」ということが、今回はなかなか見えてこなかったところが課題であったと思います。

愛知県として被災患者を受入れる際にも、必要に応じて転院搬送で県外に搬送されるという話であったのが、実際にはカルテもできていない状態で、ただそこにいた人たちを運ぼうという話になっていたようです。情報を収集し整理した上で、搬送が必要なのは誰なのかを判断することが本来大切だと思います。搬送された方々のご家族は一緒に来られていない状況だったのですか。

鈴木 単身で来られていました。ご家族の状況については、各施設に「フェイスシート」や「アセスメントシート」があるはずなので、一緒に搬送し

ていただく、あるいは持ち出し袋に入れておくなど、施設側でも非常時に備えて準備しておく必要があると思います。ただし、実際に送っていただいたシートの中には、情報が更新されていないケースもありましたので、施設側に負担がかかりますが、日頃から最新のものに更新しておくことは災害時には必要なことだと感じました。

稲田 東日本大震災では、津波の被災者のように名前が判れば御の字の状態で搬送されてきたことが多々ありました。それを考えますと、受入れ側としては、現場は相当に混乱していることを理解しておく必要があると思います。こちらからも伝えるべきことは伝えるわけですが、それでも対応が追いつかない状況が現地にはあることを察してあげることも必要だと思います。

座長 受入れに必要な情報がはっきりとしていない状況において、情報の整理はどのようにすれば良いのでしょうか。

野田 今回の混乱は、フェイスシートの情報を含め、混乱のなかから持ち出せるものを持ち出した結果だと思います。最新のものではない数年前のものや入所時の情報もありますし、家族や連絡先、本人の情報についても一定量はあるものの、現状と違っている可能性もありました。私どもの病院では、これが被災地から来る情報なのだと実感しました。それを踏まえ、連絡の承諾を得た上で、ソーシャルワーカーが一人ずつの連絡先に確認を取りながら、どこまでのことをご存知かということから始めました。つまり、先ず「情報を取り直す」ために、広域避難の現場から被災地のご家族と連絡を取るという作業から始めたということです。

この作業では、愛知県に避難していることを知らない方たちがたくさんいることに驚きました。家族も被災者であるため、連絡が取れずに心配していたようです。そこで、愛知県内に居ることを伝え、支援に関する基本的なことや介護保険等の情報などを確認しました。どうしてもわからないことは愛知県を通して確認するなど、一連の流れや役割が明確になっていたこともあり、スムーズに行うことができました。

私たちは、普段から救急病院として施設等との

連携を行っていますし、夜間や休日の緊急搬送では情報を十分に入手できないことはよくあることです。そのため、基本的な情報をまとめたサマリーを緊急用として準備しておき、そこに看護師などから症状に関する情報を申し送って、救急と共有できるようにすると良いのではないかと思います。1年に1回の担当者会議で更新される情報を持ち出すことができると、災害時に役に立つのではないのでしょうか。災害のために取り組むというよりも、日頃から入所者の基本情報を更新することは必要なわけですし、クラウドに情報を蓄積して簡単に取り出せるのであれば、なお良いのではないかと思います。

座長 1年に1回程度の更新で大丈夫でしょうか。

野田 要介護度の更新は期間が原則決められておりますので、急激な変化が見られない限り、これぐらいのスパンの情報があれば良いと思います。今回の受入れで新たに取引直した情報は、すでに入手していた情報に加える形で整理し、連携する施設とのマッチングに備えました。

今回の高齢避難者3名の受入れは、二次受入れ施設が決まっていない、退所支援も不明な中で行われました。そこで、あらかじめ数カ所の老人保健施設に依頼をし、受け入れ可能と回答した2カ所の施設に来ていただき、同時にお伺いするという、通常では行わないパターンで行いました。

結果的には、先生の説明も一度で済み、患者1人ずつの情報をきちんと伝えられたことは、病院・施設双方にメリットがあり、急性期から次の段階を短時間で考えていく方法としては良かったのではないのでしょうか。メディカルチェックの情報も全て提供できたことで、それを頼りにスムーズに受け入れられたと施設から聞いております。

座長 今のノウハウや流れは非常に重要です。是非とも、愛知県にもフィードバックしていただきたいと思います。

生田さんはJMATの一員として、いつ頃現地に行かれたのですか。高齢者施設の状況や物資は十分に届いていたのでしょうか。

生田 私は、発災から丁度1ヶ月後の1月31日から2月1日に現地に行きました。発災が元日と

いうこともあって、診療所の先生方の多くは自宅のある金沢市においでになったようです。道路が寸断されて駆け付けられない状況や連絡が取れないことに施設側は困っていましたが、JMAT を中心とした支援チームが早々に施設に入り、随時褥瘡の処置などを行ってくださったとのことでした。そのため、私たちが応援に入った施設の皆さんに笑顔が多かったことに心が救われる思いでした。

支援に入った4つの老健施設等には、かなりの物資が入っていて不足はなかったと思います。むしろ、実際に働くスタッフがいなかったことが最大の困りごとでした。張り詰めた状況が続く中で、誰か一人でも倒れてしまうとドミノ倒しのようにスタッフがなくなってしまうのではないかと、また災害支援ナースの支援が必要だといった切羽詰まった声も上がっていましたので、それらの声を医師のリーダーに伝え、JMAT にはせめて1日おきに来てほしいとの要望も出して参りました。

座長 その災害支援ナースの仕組みが最近変わったようですね。

生田 令和6年4月から法令等に基づく仕組みになり、養成・登録も新しくなりました。本来、介護士等が支援に入れるのならそれに越したことはないと思いますが、発災から1~2ヶ月間は、特にケアや介護がより必要となりますので、災害支援ナースがリーダー的な立場で現場に入り、指揮することがあっても良いと感じました。

座長 これまでの医療・看護の仕組みに介護が加わってくるため、今後は、介護人材の確保もますます重要になってくるということですか。

稲田 そもそも平時に介護士が足りないということですから、あの状況では石川県で足りているはずがないと思います。1.5次避難所においてもかなりの期間、DMAT が1.5次避難所の対応をしていたという事実を踏まえると、これは災害時に留まらない高齢化社会の問題として考え直す必要があると思います。

座長 ほかでもスタッフが不足している状況はあったのでしょうか。

野田 充足していることはないと思います。江南市内でも、介護職員が集まらないためにワンフロ

アを数年間閉めたままの老健施設があります。来てくれる介護人材が少ない上に、看護職員の確保も難しくなっているという現実を江南市でも感じています。

座長 看護師がなかなか採用できない状況は、クリニックでも同様に見られます。この状況を県としてはどのように考えているのでしょうか。

鈴木 どの産業でも人材が不足していると思いますが、特に介護人材については今後高齢者がますます増加し入所者が増えることを考えますと、人材の確保は喫緊の課題と感じています。例えば、災害が夜間に発生した場合、職員の数は昼間に比べて少なくなりますので、特に、人員が少ない有料老人ホームなどはどうなるのか。そもそも発災直後にスタッフが施設まで行くことができるのかなど、南海トラフ地震がいつ発生してもおかしくない状況でもありますので、介護度の高い方ほどケアに人材が必要であることを考えますと、非常に深刻な問題と思います。

座長 令和6年7月の秋田県豪雨災害では、「地域医療連携推進法人」制度(複数の医療機関や介護施設などが患者の受け入れ、人材の相互派遣などで連携を推進)が注目されました。この制度については、愛知県の活用状況はどうでしょうか。

鈴木 地域医療連携推進法人の状況は、当課では把握しておりませんが、福祉においては、「社会福祉連携推進法人」制度(社会福祉法人等が社員となり、福祉サービス事業者間の連携・協働を図るための取組等を行う新たな法人制度)が令和4年4月から施行されましたが、県内での事例は多くありません。今後人材が減っていくなかで、効率的な運営が求められる局面においての選択も一つの方法ではないかと思います。

座長 「合併」と言うとハードルが高そうですが、「連携」と言う、いざという時に助け合いができる形であれば、災害に備える在り方としては良いと感じます。

稲田 教育面から見ますと、愛知県は介護施設に対する教育の先進県だと思います。2021年の介護報酬改定では、介護施設における事業継続計画(BCP)の策定が義務づけられました。これを契機

に県は、愛知医科大学に委託して介護施設の職員等が防災に関する必要な知識を習得するプログラムを設けています。参加者はかなり熱心に学んでいますし、本年度からは、一部の講義をリモート受講できるような工夫をしたことでより多くの受講生を受け入れられるようになり、今後に向けて頼もしい動きです。

また、事業継続計画は、震災時にはスタッフが病院に来られないことを前提に作るしかありません。名古屋圏でも医師の多くは市内に住んでいるでしょうし、夜中に災害が起きても病院に行くことは難しく、全ての施設で関係者が来られる仕組みを作ることはなおさら難しいことです。そのため、厚生労働省が指導するように、「先ずは少ない人数で始め、しばらくして人が集まってきてからフルスケールで取組を進める」というのが現実的だと思います。

3. 情報伝達的重要性

座長 災害時に特に重要となるのが「情報伝達」です。災害医療においては「広域災害・救急医療情報システム(EMIS)」がありますが、3,000～4,000箇所におよぶ社会福祉施設等における情報収集はどのような状況にあるのですか。

鈴木 先程の議論にもありましたが、国は「災害時情報共有システム」を整備しており、登録自体はかなり進んでいます。県が施設情報を登録し、施設側は災害情報を個別に登録するシステムであり、災害が起きて施設側が入力できない時には、県が代行して入力する仕組みとなっています。ただ、実際にどれだけ活用されているのかという課題があると思っています。今回の能登半島地震における活用状況は不明ですが、石川県が情報の把握に相当苦勞されたことからすると、実用的な活用までには至っていなかったのではないかと思います。

稲田 今回の能登半島地震においても、使おうとしたようですが、代行入力が上手く行かず、結局、電話によるローラー作戦を行い、電話がつかないところにはDMATが直接行って支援するという形を取らざるを得なかったようです。また、

職員が入力の仕方を知らないといった状況も多かったと思います。EMISでさえ関係者が使いこなせるようになるまで、東日本大震災から10年ぐらひはかかっています。このシステムを自由自在に扱えるようになるには、長期間の教育が間違いなく必要だろうと思っています。

鈴木 県としても、国に改善していただきたい部分はあります。連絡網が途絶えた時に、規模にもよりますが、県から職員を派遣して全ての施設の状況を現地に行って確認することは現実としては困難だと思います。地域の防災計画は市町村が策定し、施設の避難確保計画も市町村に届けられるため、県が被災状況を知りたいと思ったら市町村に連絡することになると思います。現状としては、基礎自治体である市町村に頼らざるを得ない状況です。

国の「災害時情報共有システム」は、本来、施設が、被災情報を速やかに入力していただくことが必要ですが、施設が入力できない場合、現状では県でしか代行入力ができません。当システムについては、市町村でも代行入力ができるようにしていただきたいと思っています。

稲田 県と市町村の間の情報伝達の難しさは、コロナ時の支援の時に痛感しました。施設側は困っており、市の担当者はその状況を知っているのに、保健所は把握できていないといったケースは、珍しくなかったと思います。こうした状況を改善するためのシステムを国は構築しているのであって、今はその最中であると捉えています。

座長 愛知県医師会でも、毎月、災害拠点病院、支援病院、各地区の医師会において無線システム災害想定訓練を通して、無線、FAX、メール、衛星携帯電話などはもちろんEMISの入力訓練を行っているのは、普段から誰もが入力できるようにしておく必要があるからです。石川県の規模で難しい状況があったとすれば、施設数が数倍におよぶ愛知県ではなおさら難しいということを想定しておくべきです。

稲田 私は対象施設種別のリスト(表1)を見て、これだけたくさんあるのかと驚きました。それぞれ所轄部署が違うということで、複雑であると感じ

じます。

座長 指揮命令系統が確立しないと混乱を招くことになります。情報をどのように扱えば良いか、どこに集まっているのか、どこに聞いたら判るのかななどを明確にしておくことが必要です。窓口を集約することも、場合によっては必要なのかもしれない。

稲田 私も全く同感です。縦割りという言葉には負のイメージがありますが、それぞれ専門的なことを扱っているために役割分担をせざるを得ない事情があることも良く判ります。その意味では、愛知県の高齢福祉課が県と市町両方の高齢者施設の数を把握していたというのは大きな前進だと思います。

令和 4 年 7 月から、大規模災害時の保健医療活動に係る体制として、「保健医療福祉調整本部」が設置されています。福祉分野が入ることで、児童・家庭、障害、高齢者の関係者が医療本部に一同に集まり情報共有ができるようになることは良いことであり、これが集約された窓口の一つになり得るのではないかと思います。

野田 この施設種別リスト(表 1)に見られる施設の多くは、開設時に協力医療機関契約書を病院と締結しているものと思われます。病院側も、施設が児童系、高齢者系、障がい者系のどの種別に該当するのか、また入所者の情報も把握していると思います。そうすると、契約内容自体に災害時に必要な項目などが追加されることになると、拠点となる病院に地域の情報が集約されるのではないのでしょうか。また、災害発生時に拠点病院が果す役割を発信することは、平時からできることです。

稲田 事業継続計画策定支援に係る国の教育事業は、高齢者施設だけでなく障がい者施設や児童養護施設なども対象になっています。ただし、愛知県では今、先ほどご紹介した教育プログラムは高齢者施設だけを対象にしています。もう少し都道府県の関係部局が中央官庁と上手く連携して実施できるようになれば、様々な施設で災害に対する備えが進むような気がします。

生田 碧南市民病院では、今年度から老健や介護施設などとの連携強化を図っております。これら

の施設には 3 年に一度の訪問指導を行うことになっておりますので、これにより入居者に関する情報を現場でチェックし更新できることとなります。様々な機会を活用して正確な情報を入手することが必要だと思いますので、感染に関わる ICT の連携会議で年 4 回集まる地域の関係者にも、情報の更新を呼び掛けていきたいと思っています。

4. 避難所開設の課題

座長 最後は、1.5 次避難所の支援活動についての議論です。愛知県では今、北部エリアに 1.5 次または 2 次避難所を受け入れるという課題が浮上しています。避難所については、どのように考え対応するのが良いのでしょうか。

稲田 金沢市に開設された 1.5 次避難所は、必要に迫られて作らざるを得なかったものだと思います。そもそも断水している奥能登に福祉避難所を開設することは多くの困難が伴ったと思いますので、金沢市の「いしかわ総合スポーツセンター」に最初の 1.5 次避難所が開設されました。1 月 10 日頃にその状況を伺ったところ、介護士が確保できていない中で、着の身着のままで避難して来た人達を受け入れて、DMAT が避難者の身体ケアに当たるといった、かなり大変な状況にあったようです。これを見ると、最初から状況を予測して設置したものとはどうしても思えません。

座長 愛知県医師会の JMAT は、5 月末まで 1.5 次避難所を支援しましたが、5 月末になっても結局閉鎖することができない状況でした。金沢市内は普通の生活に戻っているのに、避難所の中だけに災害が続いている状態であることに問題を感じました。避難所に関しては、旅館・ホテルなどの 2 次避難所では避難状況を把握しにくい状況があるようですし、1.5 次避難所については設置数を増やすことは現実的に難しいなど、課題も多いようです。

稲田 それは、指定避難所としての福祉避難所をどれだけ開設できるのかということに懸かっているのではないのでしょうか。また、今回行われた県外搬送は、かなり特殊な事例だと思ったほうが良いと思います。東日本大震災では、羽田や新千歳

に患者を搬送した事例が20件ほどあり、山形県や群馬県にバスで搬送したこともありましたが、これらは「広域避難」というよりも「広域搬送」だったと思います。広域避難は行うことが難しく、被災者のみなさんは、長くお住いの地元を離れがたいお気持ちがあると思います。今回の能登では「水」が全く止まってしまったために、生活環境が大変過酷な状況となり、遠方へ避難することになったと理解しています。

座長 南海トラフ地震が生じた時には、名古屋市ではおよそ18日間も湛水被害が続くと言われていました。市域の半分が長期間水に浸り、交通も動かない状況が想定されているだけに、避難のあり方を予め考えておくことがますます必要になって来ています。

愛知県では、大規模災害時に「愛知県保健医療

福祉調整本部」が県庁に設置され、地域の保健所と連携して保健、医療、福祉に関する活動を円滑に実施する体制が整備されています。愛知県医師会としても協力にあたり、支援を強化していかなければならないと思っております。

本日の議論では、災害を制するためには情報管理が極めて重要であることが確認できました。必要な情報を収集・蓄積して、それを災害時に活かすことができるかどうかが鍵を握ります。そのためには、日頃から「顔の見える関係作り」をしておくことが何より大切になります。地域の中で連携ができていないと、いざという時の対応が難しくなりますので、是非とも日頃から関係者が集まり、災害時に何ができるのかについて考えていただきたいと思っております。本日は、有難うございました。