

令和4年3月23日

大阪府医師会「介護・高齢者福祉委員会」

委員長 岡原和弘

副委員長 松谷之義

喜多村祐里

委員 中祐次

中島周三

小坂知也

白山英三

(～令和3年3月)

川邊正和

(令和3年4月～)

李利彦

小田真

藤井真

米田円

(～令和3年3月)

大原裕彦

(令和3年4月～)

安田健司

林正則子

竹田彩子

鹿島洋一

石見徹夫

辻正純

守上賢策

前防昭男

田島幸兒

中村芳昭子

塚本雅子

答 申 書

令和2年10月9日付で貴職より諮問があった「災害・感染症などの緊急事態における地域包括ケアシステムのあり方について」に対して、次のとおり、答申する。

1. はじめに

昨今の大规模災害ならびに新型コロナウイルスの感染拡大等の経験を踏まえて、災害医療を含む災害時の健康危機管理に対する意識は大きく変わりつつある。一方、他に例を見ないスピードで少子高齢化が進むわが国においては、それぞれの地域の実情に合った医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に進める“地域包括ケアシステム”の構築を通して、多職種連携によるネットワークの充実が図られつつあり、こうした連携ネットワークの基盤は災害時においても有効に活用できる。

地域の医療機関、延いては、医師会が地域住民の健康や安心・安全を確保するためには、医療・介護に携わる多職種との協働ならびに行政との密な連携によって、地域包括ケアシステムの連携体制の強化を図るとともに、平時のみならず災害時においても、社会的機能の維持と適切な医療・介護の提供に寄与するための中核的役割を担うことが必要である。

介護・高齢者福祉委員会では、「地域包括ケアシステムの構築」（平成 18・19 年度）、「地域における医療と介護の連携」（平成 20・21 年度）、「地域包括ケアにおける認知症対策支援のあり方」（平成 22・23 年度）、「医療と介護の連携を中心とした認知症対策の評価について」（平成 24・25 年度）、「地域包括ケアシステム構築に向けた医師会が担うべき役割と課題」（平成 26・27 年度）、「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定にあたり地区医師会が果たすべき役割について」（平成 28・29 年度）、「地域包括ケアシステムの推進に向けた医師会から行政への提言」（平成 30 年・令和元年度）の諮問事項に対して、答申を行ってきた。

今後 30 年以内に発生すると言われている南海トラフ地震などの自然災害等の緊急事態の際においても、地域包括ケアシステムをどのように維持するか、地域連携の機能をいかに早く復旧させるかについて、平時から十分に検討しておくことが重要である。これらのことを踏まえ、今期の諮問事項「災害・感染症などの緊急事態における地域包括ケアシステムのあり方」について検討した。

2. 災害時の医療提供体制の準備

日本は、地震、津波、豪雨、洪水等の自然災害が多発する国であり、平成 30 年の大阪北部地震、同年の台風 20 号は記憶に新しいところである。近畿圏においても、平成 7 年の阪神・淡路大震災をはじめ数々の自然災害に見舞われている。これらの度重なる自然災害を経験することにより、災害に対する準備や発災時の対策はかなり進んだ感がある。しかしながら、避難所や復興住宅での病死や孤独死などの二次被害、いわゆる「災害関連死」の低減には到っていない。こうした復旧・復興の中で亡くなる災害関連死を防ぐためにも、災害福祉の視点でいま一度、大阪府内における「地域包括ケアシステム」を見直し、（１）災害時の高齢者支援を地域単位で行い、（２）住まいの場所や形態に関わらず、支援を途切れさせない医療・介護・福祉の連携体制の

構築に向けた取り組みが必要である。

平成 23 年の東日本大震災以降、大規模な自然災害が発生した際における受援体制の構築や具体的な受け入れ手順の整備の重要性が増しており、国、関西広域連合、大阪府、政令市市長会、各市町村において、様々な対策が取られている。実際、地域防災計画の下に、業務継続計画の実行体制の確保を目的とした災害時受援計画を策定している市町村もある。災害時の医療救護活動の基本的な単位は基礎行政区画（市区町村）と考えられており、郡市区医師会が対応することが想定される。郡市区医師会が先頭に立ち、行政と綿密な連携を図り、迅速かつ正確な情報収集と住民への周知に尽力する連携体制を構築することが重要である。また、大阪府医師会は、大阪府や郡市区医師会と連携し、被災状況のモニタリング、指揮命令系統としての確に情報収集を行い、郡市区医師会の後方支援に努めることが求められる。

既に、幾つかの郡市区医師会において、行政と協定書を締結することによって、災害時における医療救護活動に関する初動体制を整備し、災害時行動マニュアルを作成しているところがある。傷病者・要配慮者・要援護者情報の提供、医療救護班の編成および派遣、医療救護活動の内容（トリアージ、傷病者に対する応急処置、後方医療機関への転送の要否および転送順位の決定、各避難所における巡回診療等）、医薬品・医療機器の供給および費用負担、傷病者の医療費負担、後方医療機関への転送手段、後方医療機関における医療費負担、医療救護活動中の事故に対する補償、医療救護活動で生じた医事紛争の対応等、非常時の優先業務を遂行するためには、協定書の取り決めによって、予め手続きの簡略化しておくことも重要である。

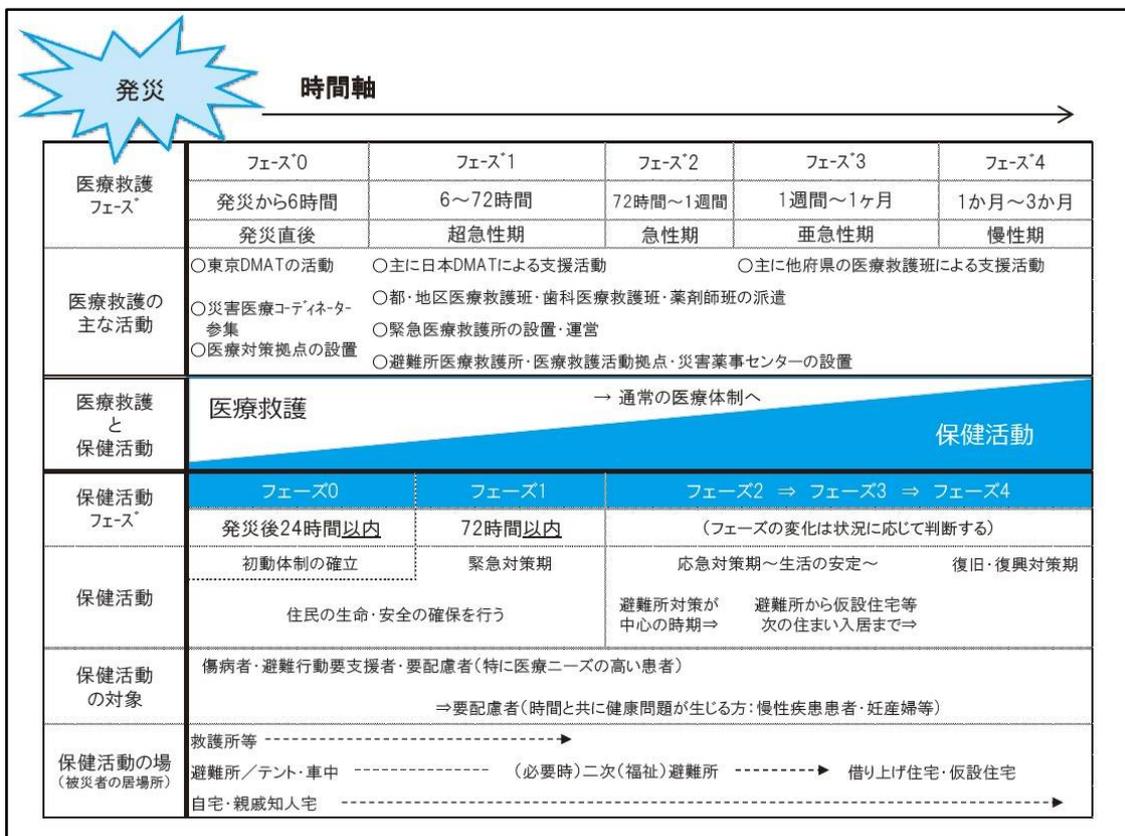
大阪府災害時医療救護活動マニュアルには、大規模な自然災害等の発生を想定した医療救護活動ならびに府内の災害医療関係機関における行動指針が示されており、発災直後における傷病者対応や、人命救助を優先とする具体的な手順が定められている。しかし、災害医療コーディネーターや都道府県保健医療調整本部の役割に関する記載が主であり、医師会や一般医療機関の役割についての記載が少ないことから、医師会や一般医療機関の具体的な行動指針を定めておく必要がある。大阪府内において、独自にマニュアルを作成している地域では、災害時の医療救護活動マニュアルの中に、地域の被災者に対して可能な限りの治療を行うといった行動指針や、診療所の診療体制の復旧を最優先とする行動指針が示されている。地域での活動マニュアルの作成にあたっては、医師会と行政の正確かつ迅速な情報共有に不可欠となる衛星電話などの非常用通信手段の確保に加えて、停電や電話・インターネット回線の破損等により発生する通信障害を想定した代替手段による情報のやり取りが災害時の情報拠点となる災害対策本部、郡市区医師会、災害拠点病院等の間でスムーズに行われるよう準備しておく必要となる。また、定期的に実地訓練を繰り返すことにより、PDCA サイクルを循環させることが求められる。

自治体マニュアルの例では、東京都福祉保健局が作成した災害時医療救護活動マニュアルに新しいフェーズ区分と想定期間の状況が示されている。災害時の各フェーズ区分（発災直後・超急性期・急性期・亜急性期・慢性期・中長期）ごとの医療的ニーズとその対応は、災害拠点病院等の病院と診療所で異なる。災害時には、発災直後の

救命救急から、慢性疾患の悪化防止、感染症対策、心のケアなど、多岐に亘る支援を主眼とする医療提供が必要となる。それらを迅速かつ円滑に提供するためには、各医療機関が平時から地域のハザードマップや社会資源を把握して、災害時に何かできるかを想定し、それぞれの機能に応じた活動内容を確認して、相互に補完できる体制を築いておく必要がある。

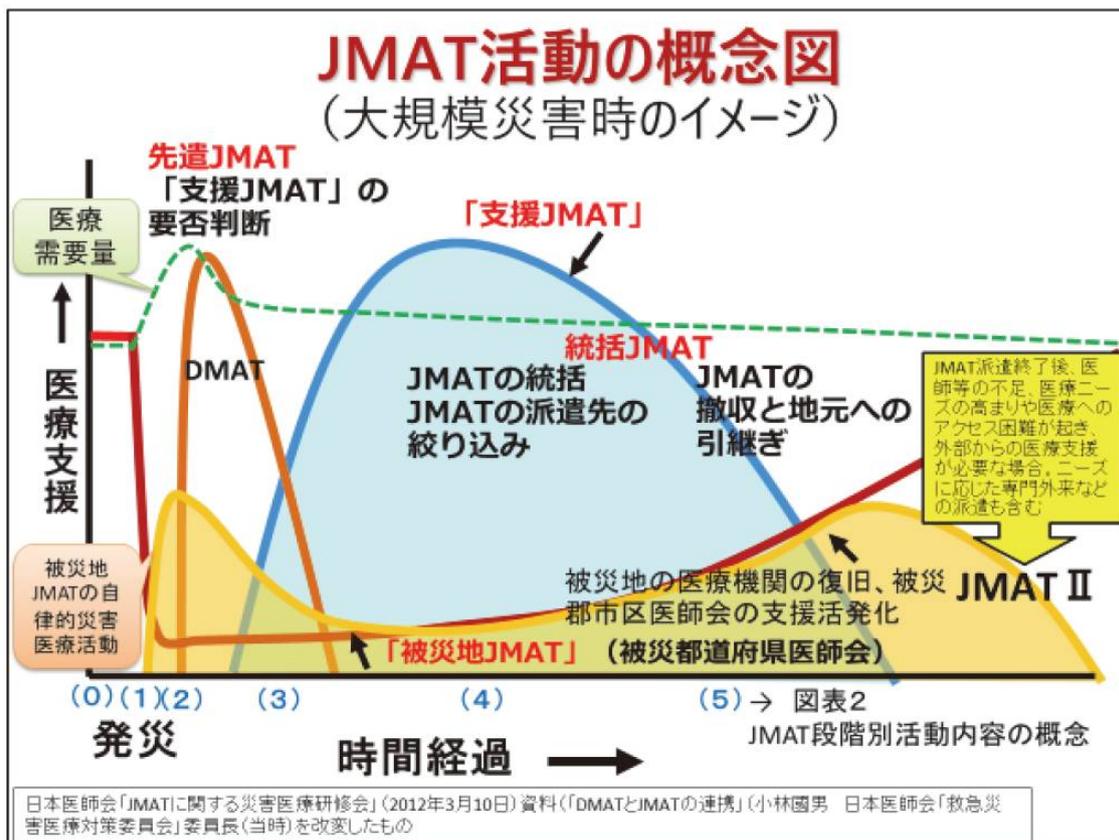
災害発生直後から概ね48時間までの超急性期から活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チームが災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）である。阪神・淡路大地震において、500名以上の方が“避けられた災害死”で亡くなったことを教訓として、日本DMAT構想が進められ、平成7年にDMATが発足した。大規模な自然災害の急性期医療において、DMATは重要な役割を果たす。災害初期の救命救急医療が最大限の効果を発揮できるよう、地域の災害拠点病院、郡市区医師会、行政は、DMATの受援体制を構築しておく必要がある。堺市では、災害時における迅速かつ適切で効果的な医療・救護活動を支援することを目的に、三師会、地域メディカルコントロール協議会、地域災害拠点病院、救急告示病院、看護協会、DMATで構成する「地域災害時医療救護対策協議会」を平成29年に設立している。同協議会では、行政とともに大規模地震を想定した訓練を行い、災害発生後の超急性期の連携体制や医師会からの医療救護班の派遣、DMAT活動の状況報告、EMIS（Emergency Medical Information System：広域災害救急医療情報システム）の確認などを行っている。

【発災後の各フェーズについて】



《出典》 災害時医療救護活動ガイドライン（東京都福祉保健局）
大規模災害における保健師の活動マニュアル（全国保健師長会）

【JMAT 活動の概念図】



《出典》 日本医師会「救急災害医療対策委員会」報告書（令和2年6月）

(1) フェーズ0～1【発災後 72 時間まで】

地域医療の機能低下が顕著な時期であり、救急医療が中心となる。医療機関においては、地域の中核病院、災害拠点病院との連携、周辺医療機関の稼働状況の確認と相互補完が求められる。自身の安全を確保し、家族や職員の安否確認、自身が稼働できるかどうかの意思表示をネットワーク（自院および医師会等の組織）へ速やかに行うことが望ましい。災害時においては、情報は与えられるものではなく、“提供すること”と心得て、適時、最低限の情報（安否・損害の程度、事業継続の可否、必要物品の有無、救護所への出務の可否など）を提供することが、フェーズ2以降の対応にとって重要になる。郡市区医師会は会員から提供された情報を集約し、行政やその他の関係機関と共有することが求められる。

また、医療機関は、郡市区医師会や行政からの要請があれば、自院の被災状況に応じて、可能な範囲で救護所や避難所への出務に協力することが望ましい。

(2) フェーズ2～3【発災後 72 時間～1ヶ月】

地域包括ケアシステムの「それぞれの地域の実情に合った医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制」の確立が試される時期と位置付ける。被害

状況が明らかになり、ライフラインの回復や人的・物的支援が見込まれる一方で、慢性疾患を持つ高齢者等の病状悪化が予測される時期である。各医療機関の役割としては、患者の健康管理が中心となる。歯科、薬局、訪問看護ステーションのみならず、介護サービスからの情報は、かかりつけ患者の安否の確認や病状、服薬状況の把握とともに、再開できない医療機関に通院している患者の情報収集も可能となり、地域医療の相互補完の観点からも重要となる。また、この時期には、地域の避難所への巡回診療が必要になると予想されるが、自院の事業継続の状況に応じて協力することが望ましい。

なお、フェーズ4以降【発災後1ヶ月以降】に関して詳述しないが、災害の規模によって臨機応変に判断すべきと考える。

(3) 情報伝達、行政・他団体との情報連携について

災害発生時における地域医療活動の活動単位である郡市区医師会では、小・中学校区ごとに学校医または班長・役員を中心とした災害時の連絡網を整備しておくことが望ましい。携帯メールやLINE等を活用した安否確認システムや連絡体制を整備している医師会もあり、郡市区医師会の特性に応じた連絡体制を整備しておくことが重要である。また、平時のネットワーク構築（メーリングリストの作成等）と運用に加えて、訓練を定期的に繰り返すことによって、発災時におけるスムーズな初動と会員同士の有機的な連携の強化に繋がると思われる。

総務省「クラウド時代の医療ICTの在り方に関する懇談会」の報告書には、モバイル端末を活用したコミュニケーションサービスについて記載されており、SNS（Social Networking Service：ソーシャルネットワーキングサービス）を利用した情報連携は、災害時にも有効であると記されている。SNSは、“いつでも・どこでも・誰でも（条件付き）”使用することができ、職種等の垣根を越えて繋がることが可能となるため、地域の医療・介護連携の促進、質や安全性の向上に繋がる。しかし、SNSの利用においては、アカウントのなりすましなど、情報漏えいの被害がしばしば起きている。医療・介護連携においてSNSを利用する場合、患者に関する個人情報や医療情報、生活情報を共有することとなるため、利用するSNSに関する正しい知識を持って、情報漏洩等の問題に対応しなければならない。

また、要配慮者に関する情報をやり取りする際には、事前に患者や家族に取り扱う情報の範囲について同意を得ておく必要がある。ただし、災害時に要援護者の安否を確認し、支援を続けて行くためには、平時の“顔の見える関係”を基盤として、行政と医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療機関、介護支援専門員協会、介護事業所、障がい者事業所などが、条例や協定等に基づいて連携し、速やかな情報共有等が可能となる体制を構築しておく必要がある。

医薬品、医療機材等の広域調達、調整のためにも、スムーズな情報連携は必須である。特定の患者に関する診療情報等が必要となる場合も想定されるため、郡市区医師会と行政との間で「災害時における医療救護についての協定書」を取り交わしておくことが望ましい。同様に、薬剤師会と「薬品等の供給に関する協定書」を取り交わしておくことが望ましい。

行政が迅速に情報収集できるようにするためには、EMIS の活用も念頭に入れておく必要があり、緊急電源設備の有無や貯水量、生命維持に必要な医療機器台数（人工呼吸器、透析器など）といった情報を登録しておくことが必要である。

3. 災害時の地域包括ケア機能の維持および早期復旧に向けて

災害時における要援護者への対策では、防災部局だけではなく、福祉部局や地域住民との連携が必要となる。地域包括支援センターは、介護予防や地域の見守り、孤独死の防止、日常的な地域の支え合いを強化するネットワークづくりを担っているが、災害時に救援・避難支援が必要な高齢者を主な対象として活動する地域包括支援センターは、災害時にもその機能を発揮することが期待される。災害時の要援護者支援のため、福祉行政と防災行政の連携、福祉機関と地域の支援者、郡市区医師会等との連携の強化が求められると同時に、地域包括支援センターにおける地域連携活動を含む災害対策機能について検討することも必要である。

平成 24 年 3 月、厚労省より、災害時における医療体制の充実強化を目的として、「医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画（BCP）の作成に努められたい」との通知が発出されたことにより、医療機関においても BCP の作成が求められている。災害拠点病院においては作成率が 100%であるが、診療所レベルにおいては、ほとんど作成されていない。郡市区医師会において、BCP に関する研修会の開催など、普及・啓発に積極的に取り組むことが必要である。災害時にも医療提供を続けるためには、それぞれの医療機関が BCP を作成しておくことが必要である。また、郡市区医師会においても BCP を作成し、いち早く行政と連携して、医療支援の初期対応、中・長期に亘る退避者への医療支援、地域医療を速やかに復旧できるよう、業務の継続性を担保しておくべきである。災害は多種多様であり、災害の種類によって BCP の内容も変わってくることから、地域のハザードマップや災害特性に応じた BCP を作成しておくことが求められる。令和 3 年度の介護報酬改定により、介護保険施設・事業所においても BCP の作成が義務付けられているが（3年間は努力義務）、大阪府内の介護保険施設・事業所における BCP の作成率は 11.1%に留まるといった報告もある。今後、府内の介護関連施設においても BCP の作成が進むことを期待したい。

平成29年、洪水や土砂災害のリスクが高い区域に存する要配慮者利用施設について、避難確保計画の作成と避難訓練の実施が義務化された。なお、義務化された施設には病院や診療所も含まれている。災害弱者である高齢者や障がい者等については、ゆとりを持った避難誘導が行えるよう、また、避難所もしくは外出抑制時の自宅等においても適切なサポートが得られるよう受援体制を整備し、避難確保計画を作成して、訓練を実施しておくことが望ましい。

災害時の避難困難者に対する対応は市町村によって大きく異なる。避難要援護者リストを社会福祉協議会や民生委員などと共有している市町村もあれば、情報を有効に利用できていないケースもあり、情報の取り扱いに関するルール作りや情報共

有に関する研修が必要である。行政とともに要援護者を含む避難者の健康状態の把握と併せて、感染症対策（感染制御）、その他の公衆衛生施策に取り組むべきであり、かかりつけ医の協力は欠かせない。

災害時における地域包括ケアシステムの機能維持において重要なのは、長期化した避難生活における医療・介護・福祉サービスの提供である。平時から、行政、三師会、看護協会、介護支援専門員協会等と協議を重ねておくことが重要であるが、大阪市旭区医師会では、病院協会、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護ステーション協会、介護福祉関係者、区役所、警察、消防、住民が参加する災害時医療関係者会議（実務者会議）が年1回開催されており、防災に関する協議が行われている。また、東淀川区医師会では、平成28年に東淀川区との間で「災害時における医療救護に対する活動協力についての確認書」を取り交わしている。また、「大規模災害発生時行動マニュアル」を作成し、会員医療機関の災害時の行動指標としている。災害時の多職種連携にICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）をツールとして活用している医師会もある。豊中市医師会では、『市民が住み慣れた場所で安心して最期まで暮らせる環境をつくること』を理念とする多職種連携の会“虹ねっと”を平成21年に発足させており、MCSを活用している。MCSに限らず、SNSを用いた多職種連携のネットワークを構築しておくことは災害時の備えとして有効だと思われる。

住民にとっても、地域の防災訓練にかかりつけ医が参加してくれていたという安心感が大きく、医師会が防災訓練に参加し、災害時の住民の動きや避難所がどのような構造になっているかを確認しておくことは重要である。現在、府内には約280カ所（うち大阪市内66カ所）の指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）（介護保険法第115条の46第1項に基づき、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーを配置、設置主体は自治体）があり、地域ケア会議（日常生活圏域版～二次医療圏版）を通じて、多職種連携・多機関協働による独居高齢者や要支援者の情報把握等が進んでいる。こうした地域の社会資源を活用しながら、災害時にも支援を継続・維持するためには、平時の顔の見える関係づくりや連絡網の整備、共同で防災訓練を実施しておくことが必要である。

災害時の避難所では、高齢者や障がい者等の地域の災害時要配慮者が一般避難所に退避し、必要な支援を受けられずに生活機能が低下し、要介護度が重度化するなどの二次被害が生じている。このような事態に対応するため、災害時要配慮者の避難生活における福祉ニーズに対応し、生活機能の低下などを防ぎつつ、日常生活へ移行できるよう支援することを目的として、令和元年度に災害派遣福祉チーム「大阪 DWAT（Disaster Welfare Assistance Team）」が設置された。主な活動内容は、一般避難所などで災害時要配慮者をスクリーニングし、福祉避難所へ誘導すること、災害時要配慮者への必要な支援などのアセスメントを実施すること、相談支援や環境整備、本部、都道府県への連絡調整、後継チームへの引き継ぎなどとされている。活動期間は約1ヶ月であり、その間に、DWATと地域包括支援センター、介護関係者、訪問看護師、医師会などが連携して、スムーズに地域包括ケアへ移行できるよう活動する。

土居弘幸氏（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科特命教授）が「大規模災害における災害医療は災害発生後、直ちに DMAT 活動と入れ替わりに、避難所を中心に多職種協働による地域包括ケアシステムを確立することを災害医療の基本戦略として位置付けるべきである。地域における地域包括ケアシステムのリーダーこそが災害医療における統制者・調整者として適任であることから、郡市区医師会の役割は重要である」と述べている。DMAT の活動が終了した後は、郡市区医師会やかかりつけ医が中心となって、避難所や地域における地域包括ケアシステムを速やかに再構築しなければならない。東日本大震災など過去の経験を活かし、救急災害医療のみならず、長期に亘る避難所生活を余儀なくされる被災者に寄り添った地域包括ケアが提供されるよう、医療・介護・福祉の牽引役として、郡市区医師会がリーダーシップを発揮することが求められる。

4. 感染爆発（パンデミック）時の対応

令和元年 12 月、中国・武漢市での重症肺炎の流行に端を発した新型コロナウイルスの感染拡大は、日本においても、流行と収束を繰り返している。流行が起こる度、病床は逼迫し、多くの患者が自宅療養を余儀なくされている。新興・再興感染症のように予測不可能な要素が多い健康危機においては、時々刻々と変化する感染流行動態によって、入院病床の逼迫度合い、自宅または宿泊施設等における療養者もしくは待機者の割合も急速に変化することが分かった。ひとたび、市中感染が広がれば、介護・福祉施設等や療養型病床等ではクラスターが発生しやすく、高齢者やがん、循環器疾患、糖尿病および認知症等のハイリスク集団で重症者が増加し、病床は逼迫する。パンデミック時にはクラスターが発生しても、マンパワーの問題から保健所が介入できず、クラスターのコントロールができなかった。

こうした背景には、自治体の衛生主管部局や保健所の体制が縮減されてきたことがある。今回の新型コロナウイルス感染爆発を教訓に、今後、想定される大規模自然災害や感染爆発時における保健所機能を強化する必要があると考える。令和 3 年 9 月 2 日付厚労省事務連絡「地域の医療機関等の協力による健康観察等の推進について」に記載があるような事態に備えて、大阪府医師会や郡市区医師会においても、対応を協議しておくべきである。

郡市区医師会の重要な役割としては、大阪府医師会や地域包括支援センターと連携を図りつつ、地域の介護施設、福祉施設、介護・福祉関係者への感染対策指導をはじめ、クラスター発生施設での医療提供に必要なゾーニングと防疫指導、医薬品・医療機器の調達、配分などを積極的に行うことができる体制づくりが求められる。

一方、感染爆発時には、医療従事者をはじめとするエッセンシャルワーカーの健康管理も重要になることから、日頃から、電話やインターネットを利用した遠隔（オンライン）診療のメリット・デメリットについて理解を深め、一般診療の場面においても円滑に利用できるよう努めることが望ましい。こうした診療体制に係る新たな取り組みについて、国や自治体に迅速に体制を整備するよう要請すべきである。

また、大規模自然災害と感染爆発が同時に発生した際には、避難所における過密抑制はもとより、高齢者や障がい者等のハイリスク集団に配慮した避難誘導と避難所・救護所における支援強化の要請が必要になると想定される。大阪府医師会においては、このような複合災害の発生を想定した対応についても検討し、BCP を作成の上、具体的な内容を反映しておくべきである。

5. おわりに

本答申は、今後発生するとされる南海トラフ地震をはじめとした大規模自然災害や新興・再興感染症による感染爆発を想定して作成した。災害時においても地域包括ケアシステムの機能をできるだけ維持し、早急に復旧させるため、郡市区医師会が行うべき行動指針と地域のかかりつけ医が行政や関係団体等との連携を深め、平時から取り組むべき活動を提案する内容となっている。

被災直後は住民の救護や安全確保が最優先となるが、二次災害や災害関連死への対策の根本は生活支援である。大阪府医師会、郡市区医師会としては、住民の声に耳を傾けながら、地域特性に応じた医療・介護提供体制を構築、地域包括ケアシステムにおける連携体制を活用しながら、高齢者や介護を必要とする住民に配慮した避難誘導や健康管理、生活支援を念頭に置いた災害対策への取り組みを推進していく必要があると考える。

取り組みの推進には、急性期から在宅復帰への架け橋となる病診連携が欠かせないことから、かかりつけ医と病院が果たす役割は大きく、様々な多職種が関わる地域包括ケアシステムにおける纏め役として、リーダーシップを十分に発揮することが求められる。大阪府医師会、郡市区医師会が一丸となって、保健・医療・福祉の連携を図り、行政や保健所（各区役所の保健センター）に対して協力を要請しながら、災害に強い地域づくりに取り組まなければならない。地域包括ケアシステムにおける有機的なネットワークを、災害時における医療救護活動や危機健康管理、さらに生活基盤の復旧支援に役立てることにより、住民の心身を支え、地域にも貢献できると期待される。また、災害時においても、命の尊厳を守り、本人とその家族の意思を可能な限り尊重できるよう、かかりつけ医として、ACP（Advance Care Planning：人生会議）の取り組みを促進すべきである。

新興・再興感染症の流行時における自然災害などの複合災害発生時にも万全を期するとともに、平時から地域住民と顔の見える関係を築いておくことも大切である。医師会、かかりつけ医が町内会や老人クラブ、民生委員、商工会等と交流し、地域の医療や介護に関する課題、高齢者や認知症の方の生活支援等について、ともに考え合うことで信頼関係を築くことは、有事の際にも必ず役に立つと考える。災害に強い、安全・安心のまちづくりに率先して取り組むことが重要であり、医師会や医療機関、かかりつけ医には、医療的機能、社会的機能の両面から、地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の推進に積極的に関与することが望まれる。