

図4 2011年の沿岸部の病院 (ID=14) がある市に来た外部からの支援チーム数 (提供資料を基に佐々木が作成)

### iii. 医療・保健支援

文献 [17] によると、東日本大震災において、傷患者は 6,121 人、死者または行方不明者は 19,824 人であり、傷患者の割合は 0.31 と低い数値であった。これに対し、1995 年の阪神淡路大震災においては、傷患者 43,792 人、死者・行方不明者 6,437 人、傷患者の割合は 6.8、2004 年のインド洋津波においては、傷患者 8,457 人、死者・行方不明者 8,393 人、傷患者の割合は 1.01 であった。東日本大震災のように大規模津波災害の場合、直後には多くの死者・行方不明者が出たため医療機関としてはなすすべがなかったといえる。

図 4 は 2011 年に沿岸地域の病院 (ID=14) がある市に外部から来た支援チーム数を示す。医療支援チームは 2011 年 7 月にはいなくなったが、ヘルスケアや精神ケアチームは比較的長く滞在し支援し続けている。また、東日本大震災後における生活習慣病の問題に関する多くの報告書が発表されている。例えば、宮城県においては心臓病が急激に増えた [18]、石巻市では高齢者の感冒性肺炎が急激に増えた [19]、沿岸部のある病院 (ID=15) では、高血圧、糖尿病患者が植えている [20]。さらに、福島県の避難所や仮設住宅では、インフルエンザ、食中毒その他の病気が震災前よりも頻発している [21]。英国での研究によると地震災害と突然死には関連性があることが実験的に証明されている [22]。

大規模津波災害の初期の段階において、DMAT によって沿岸部の患者が内陸部の病院に迅速に輸送することが求められる。その後、避難所や仮設住宅に住む人々に対して継続的な健康の維持管理を行う多くの保健チームやメンタルなサポートチームが必要となる [23]。

これらの文献などから、短期間の傷患者の医療支援も必要であるが、それ以上にその後の震災関連の死亡や疾病を防ぐための長期間的な医療・保健支援が重要であることがわかった。

### 3.2.3 提案

2011 年の東日本大震災と津波の経験から、岩手県立病院の医療支援に関して、現在、主に以下 3 つの問題があるといえる。

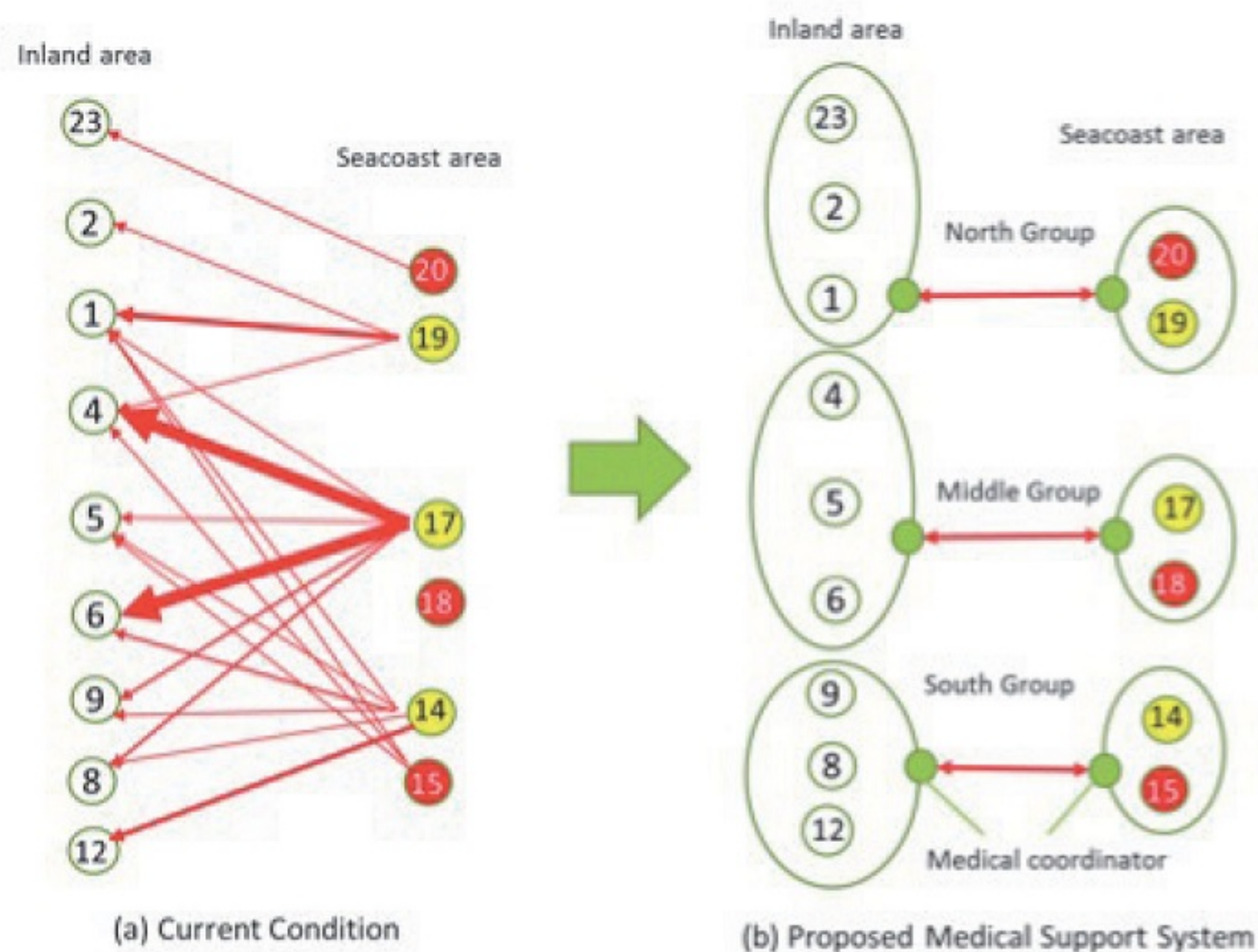
- (1) 沿岸部と内陸部の病院間のコミュニケーションギャップ
- (2) 沿岸部の病院と内陸部の病院における患者搬送時における交渉業務の煩雑さ
- (3) 難所や仮設住宅に住む人々に対する長期的な医療・保健支援を行うチームの不足

上記の問題を解決するために以下の医療・保健支援ネットワークを提案する。

図 5 (a) は大規模津波の際における実際の患者搬送状況を示す。この図は表 2 に示す経験に基づいて記載されており、矢印の方向は患者の搬送方向、太さは患者数 (太いほど多い) を示している。2 つの病院 (ID=17,14) は比較的大きな病院であり、その病院の医師は多くの患者の搬送に関する煩雑な交渉業務を行う必要があった。

図 5 (b) は提案する医療・保健支援ネットワークを示す。本提案の特徴は、病院をグループ化することと医療コーディネータを設置することである。岩手県の場合は沿岸地域の 2 つの病院をグループ化する。2011 年の災害の経験から、岩手県の場合、3 つの沿岸病院グループ (北部、中部、南部) を作るのが合理的であろう。それぞれの沿岸地域の病院グループは内陸部の同様の主要病院グループ (北部、中部、南) の支援を受けるように予め決めておく。そして、それぞれの病院グループには医療コーディネータを設置しておく。緊急時には、医療コーディネータ同士が把握したグループ内の病院の情報 (到着した DMAT 数、支援団体・ボランティア数、医療資源の需要量と供給可能な量、必要とする患者数も含む) に基づき、コミュニケーションをとって患者の搬送を決定する。また、医療コーディネータが担当するエリアの避難所や仮設住宅で医療を必要とする患者数も把握すること





(a) 今回の患者搬送モデル (b) 提案するモデル

図5 医療・保健支援ネットワークの提案

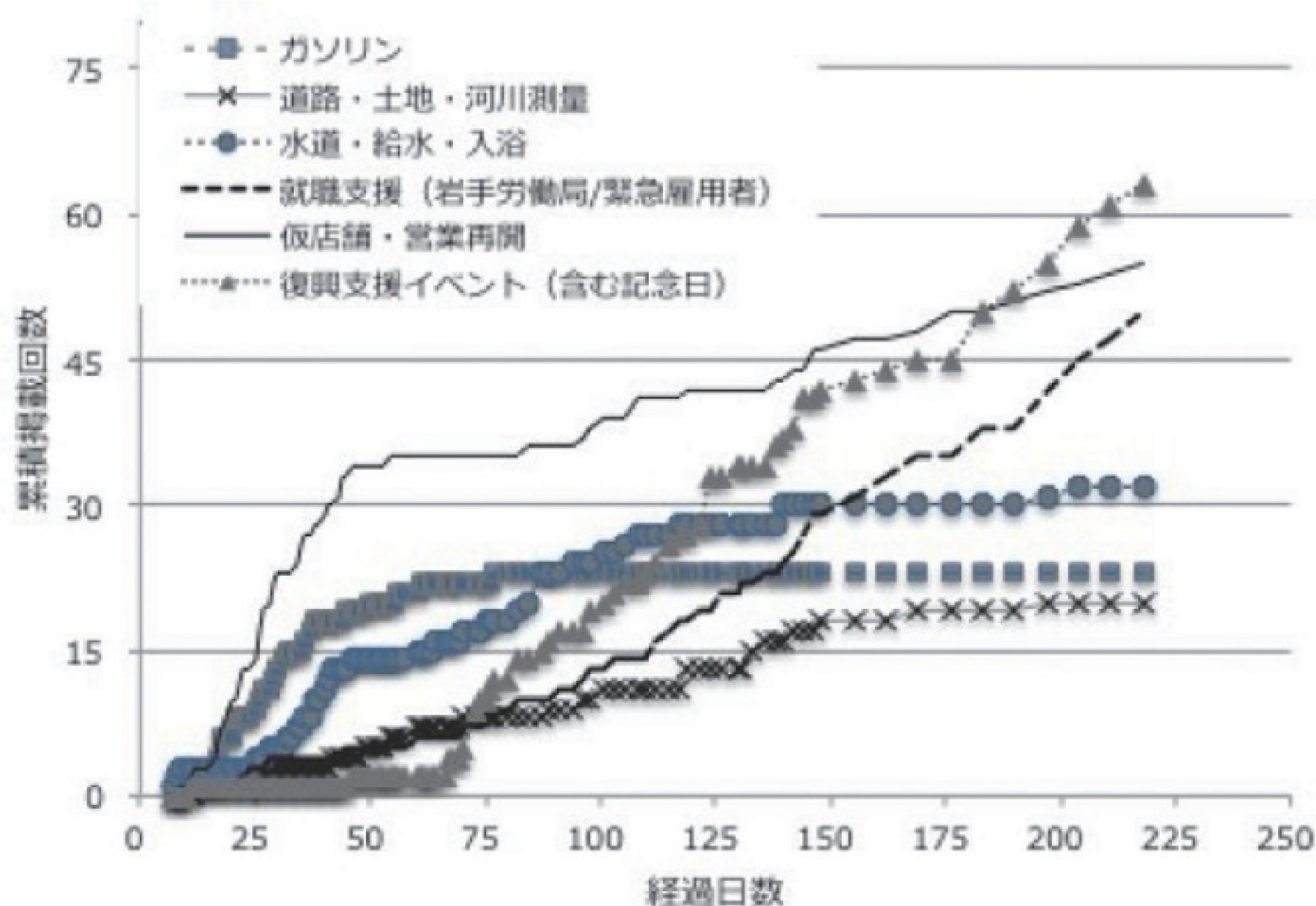


図6：各情報種別の累積掲載回数の変化

で医療・保健チームによる適切なサービスを提供することにもつながる。

文献[24]では、疾病や傷害を負った患者をそのレベルに応じて病院や施設に搬送するDMATと類似したコンセプトの協働組織による緊急医療サービス（Emergency Medical Services：EMS）が提案されている。日本では被災地の患保健サービスを提供し続ける被災地ケア支援チーム（Disaster Care Assistant Team：DCAT）が提案されている。その中心的役割を上記医療コーディネータが果たすことを著者は期待する。この医療・保健支援ネットワークが実現できれば、前述の3つの問題は同時に解決されるであろう。

この提案は今回の大震災と津波の経験から得た知見で

あり、基本的な考え方は将来の大震災と津波災害が起こり得る地域においても同様に通用するものと考えている。

### 3.3 時系列での情報の需要変化の分析

震災直後の一次避難時、復旧時の避難生活時（二次避難）、および復興過程においては、被災者の情報ニーズは異なると考えられ、変化する情報ニーズを把握することが有効な情報共有・配信のために必要である。しかしながら、これまでの調査は特定期間での被災者が発信する情報ニーズの傾向を分析するものが多く、形式が定まっていなため、分析上のノイズや情報種別の分類に問題があった。

本分析では、自治体が住民（被災者）の情報ニーズに従い、これに応じた情報提供を行っていると考えられる広報媒体に記載されている情報を分析する。広報媒体は