

「JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢①～③」

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師
令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー
中久木 康一

下記より抜粋転載、まとめ

行歯会だより 第207号 令和7年10月発刊

行歯会だより 第208号 令和7年11月発刊

行歯会だより 第209号 令和7年12月発刊

(行歯会=全国行政歯科技術職連絡会)

行歯会だより 第207号

(行歯会=全国行政歯科技術職連絡会)

令和7年10月発刊



I JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢① (P.2)

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師
令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー
中久木 康一

I JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢①

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師
令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー
中久木 康一

I はじめに

2025年5月に新潟にて開催された第74回日本口腔衛生学会学術大会において、「令和6年能登半島地震への県外派遣JDAT(日本災害歯科支援チーム)の経験と課題」と題したポスターを掲示した。これを中心とした「行歯会会員に伝えたいこと」についての執筆依頼を得た。

JDATの仕組み、および令和6年能登半島地震への県外JDATの派遣とその特徴から、派遣における課題、受援における課題、被災地域以外での対応すべき災害歯科保健医療などについて、著者の経験から考察した。



2 JDATの位置づけ ～県外JDATと県内JDAT～

平成23年の東日本大震災において、災害救助法により厚生労働省を通じて歯科支援チームが派遣されたのが、初の全国的な組織的派遣であったと認識している。その反省から、迅速に効率的に連携のとれた支援を継続的に実施することを目的に、日本災害歯科保健医療連絡協議会が設立された。平成28年熊本地震に対して主に九州地区からの歯科保健医療支援チームの派遣がなされた後、災害救助法により厚生労働省からの要請を受けて日本災害歯科保健医療連絡協議会として派遣する歯科保健医療支援チームをJDATと名付ける調整が行われ、2022年3月に発足した。JDATは、令和6年能登半島地震において初めて派遣されたと表現されることが多いが、実際に災害救助法により厚生労働省を通じて歯科支援チームが派遣されるのは、呼称は変わったが3回目である。

令和7年3月31日に都道府県知事宛に発出された「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の強化について」（医政発0331第100号）において、「保健医療福祉活動チーム」のひとつとして「日本災害歯科支援チーム（JDAT）」が記載されている。また、時期を等しくしてJDAT活動要領は2025年3月に第2版とされており、参照されたい。（https://www.jda.or.jp/dentist/disaster/pdf/JDAT_v02.pdf）（図1）

Japan Dental Alliance Team (JDAT、日本災害歯科支援チーム)

【目的・趣旨】

JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム) は、災害発生後おおむね72時間以降に地域歯科保健医療専門職により行われる、避難所等における応急歯科診療や口腔衛生を中心とした公衆衛生活動を支援することを通じて被災者の健康を守り、地域歯科医療の復旧を支援すること等を目的としている。

JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム) 活動要領 (第2版)

日本災害歯科保健医療連絡協議会

※平成27年4月設置

【目的】

大規模震災後の避難所・仮設住宅、被災者等への歯科保健医療の提供は、(急性期から慢性期に) に至るまで、様々な歯科関係職種の継続的な支援が必要である。

そのため、日本歯科医師会主導の下、歯科関係団体同士の連携や災害対応に関する認識の共通化を図るとともに、各歯科団体独自の行動計画等の情報集約や共有を促し、有事に際して国や都道府県との連携調整を行い、被災地の歯科医療救護や被災者の歯科支援活動を迅速に効率よく行うべく、協議していく。

【構成団体】

- ① 日本歯科医師会
- ② 日本歯科医学会
- ③ 日本私立歯科大学協会
- ④ 国立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議
- ⑤ 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議
- ⑥ 日本病院歯科口腔外科協議会
- ⑦ 日本歯科衛生士会
- ⑧ 日本歯科技工士会
- ⑨ 全国行政歯科技術職連絡会
- ⑩ 日本歯科商工協会

※オブザーバー：
内閣府、厚生労働省、
日本医師会 (JMAT
関係者)、防衛省、他

図1: JDATと日本災害歯科保健医療連絡協議会

JDATは主に、避難所等を巡回して個別の相談を受け、地域の歯科診療所が再開するまでは応急歯科診療も提供し（地域の歯科診療所の再開後は地域歯科医療提供体制の再構築に向けて繋ぐ）、災害時特有の環境に応じた口腔の健康を保てる工夫を、必要な口腔衛生用品を提供しつつお伝えするという対応をすることを想定している。同時に、避難所等の環境等を口腔の健康を保つという観点から評価し、公衆衛生的な目線での対策が検討するための歯科口腔保健アセスメントも行う。少し時期がたって落ち着いて来たら、集団に対する健康維持増進活動のなかで、口腔の健康維持増進に向けた歯科保健活動も行えることが望ましいと考えている。（図2）



- JDAT (日本災害歯科支援チーム)は、歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士などによるチームです。
- 避難所や高齢者施設等において、応急歯科治療や口腔衛生の確保・口腔機能の維持をサポートします。



歯科相談 応急歯科治療

近隣の歯科診療所が再開するまでの間、痛みをとる、食べやすくする、などの応急治療を行います。

- 歯が痛い、口内炎ができた
- 入れ歯が痛い、ゆるい
- 歯の詰め物がとれた
- 食事が食べにくい、むせる



歯科保健活動

歯や口のお困りごとなどを確認し、災害時の生活における工夫の仕方をおひとりおひとりの状態にあわせてご紹介・ご説明し、必要な歯みがき用品をご提供します。災害時のお口のケアが、肺炎などのからだの病気を予防することなども、あわせてお伝えします。

- お水が少ない時の歯みがきの工夫
- お口が乾きやすい時のマッサージ方法



【集団】 お口の健康づくり

皆さんがお集まりの場所で、歯や口からの健康の保ち方をご説明したり、お口の体操をしたりします。

- お口の体操
- 歯や口と健康 講和



地域の歯科医療 提供体制の再構築

地域の歯科診療所の再開状況にあわせて、治療が必要な方を診療所に繋がります。

これらの支援を通じて、被災した地域が日常を取り戻すためのお手伝いをさせていただきます。歯や口に関することで、お困りのことやご希望がありましたら、遠慮なくご相談ください。歯みがき用品の提供を含め、全て無料です。

<連絡先> **歯科医師会 ***ー***ー***

災害歯研 Ver1.2 (202504)

図2:JDAT の活動説明

ここでは、日本災害歯科保健医療連絡協議会で構成するJDAT(日本災害歯科支援チーム)として、主に被災都道府県への都道府県外から派遣する「県外JDAT」を念頭に、その課題を考察し紹介する。日本医師会が組織するJMAT(日本医師会災害医療チーム)と同様、JDATは日本歯科医師会が基幹事務局を担っている日本災害歯科保健医療連絡協議会として直接チームを組織しているわけではなく、派遣に向けて構成団体が組織するチームをJDATとして派遣するという形をとっている。よって、チームによっては被災都道府県内で対応する「県内JDAT」(地域JDAT)として活動する場合もある。

3 令和6年能登半島地震における県外からのJDATの派遣

県外JDATの派遣は、石川県能登半島に位置する6市町(7地区)に対し、1月18日から3月20日に渡って、127チームが派遣された。派遣されたのは、のべ 482人(歯科医師273人、歯科衛生士149人、歯科技工士12人、事務職45人、その他3人)、実398人であった。(図3)



図3:派遣された JDAT による避難所等における活動

(左下の仮設歯科診療所は主に県内 JDAT によるもの)

令和6年能登半島地震に対する派遣においては、交通手段の確保、宿泊先や活動拠点の確保という課題が大きく、どの分野の支援チームも等しく、活動期間が短くなった。JDATも同様に、活動期間は1日から8日とまちまちで、平成28年熊本地震での対応から概ね4日程度ごとに引き継いでいくのが理想的な形として提示していたものの、1日（日帰り）が34チーム、2日が7チームと多かった。県内JDATでは、普段からの関係性があることもあり、自家用車での移動が主となることもあり、基本は輪番制で日帰りで引継ぎつつ運営していく事が多く、今回も同様であったが、県外JDATでの日帰りは想定していなかった。（図4）

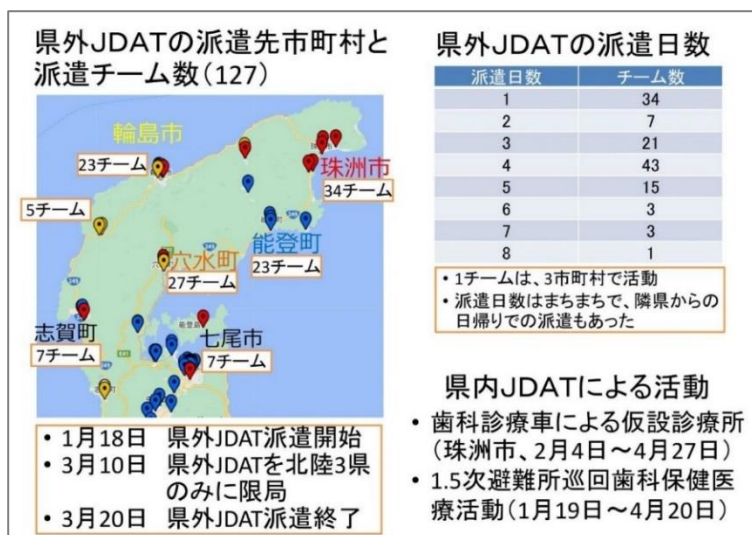


図4：県外 JDAT の派遣先と派遣日数、および県内 JDAT による活動

結果として、当該市町村による要望の違いにもよるが、市町村ごとに均一な支援がなされたとはいえず、支援者（支援チーム）が多い日もあれば、ゼロの日もあるというように、支援ボリュームにばらつきのある支援となっていた。また、移動に時間を要したため、派遣期間のうち活動期間は63%に留まった。（図5）

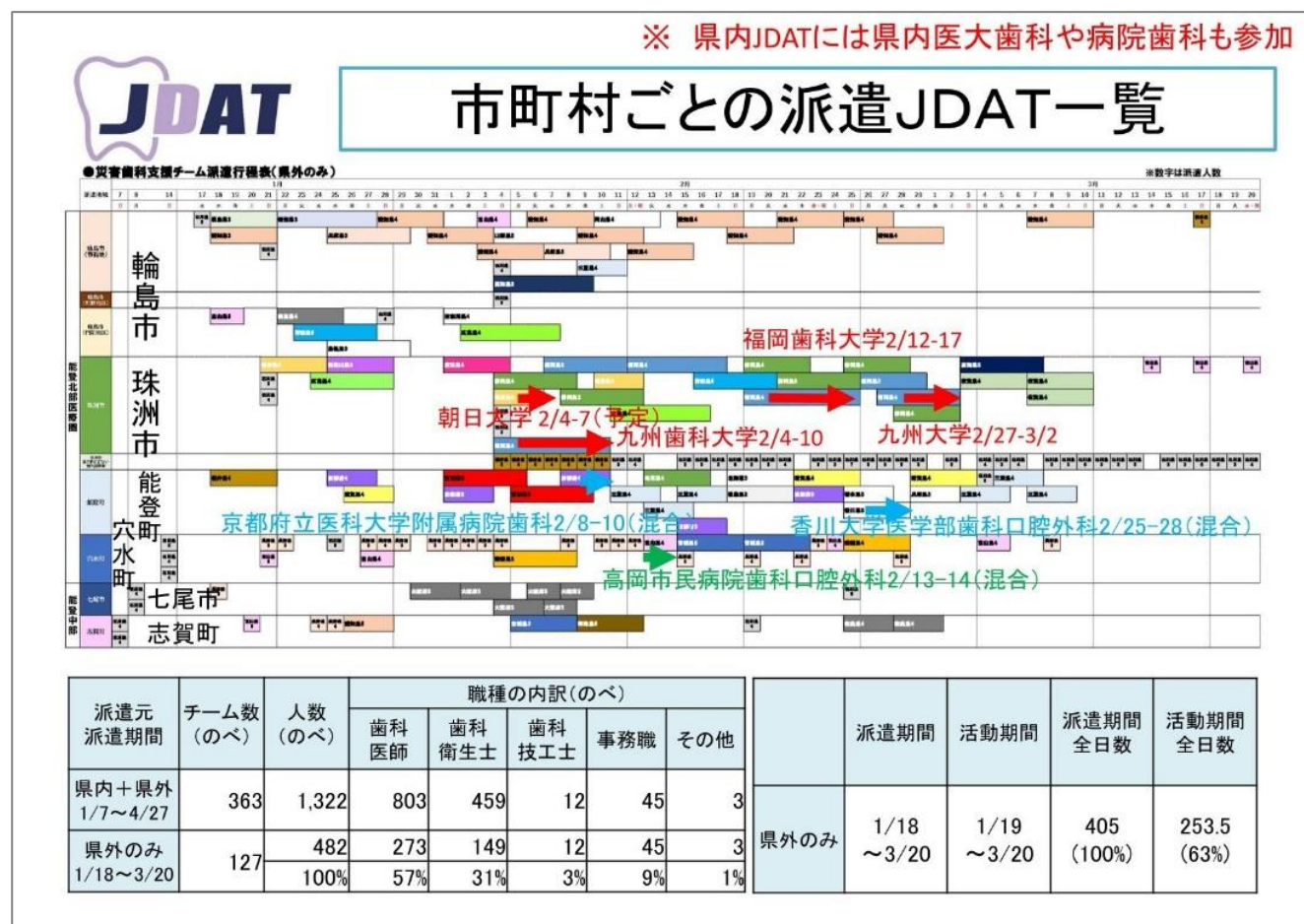


図5：6市町村に対する派遣 JDAT 一覧と、のべ数、活動日数

4 令和6年能登半島地震における県外JDATの特徴

全派遣者を対象として実施されたGoogle Formを用いたアンケートには295人が回答した(2024年7月19日～8月6日)。結果の共有に同意したのは264人(66.3%)だった。204人(77.3%)が初めての災害派遣であり、28人(10.6%)は能登半島地震に2回以上派遣されていた。歯科医師+歯科衛生士のみのチームだった人が117人(44.3%)と最も多く、続いて歯科医師のみのチームだった人が53人(20.1%)、歯科医師+歯科衛生士+事務職のチームだった人が47人(17.8%)だった。

主な勤務先は歯科診療所が168人(63.6%)と多く、大学歯学部・専門学校などの歯科医学に関する教育機関は16人(6.1%)、大学病院などの教育機関付属の医療施設は8人(3.0%)、病院歯科・病院歯科口腔外科は8人(3.0%)と、「大学・病院関係」をあわせても32人(12.1%)だった。また、主な勤務先の職務として派遣されたのは71人(26.9%)のみで、125人(47.3%)は休暇をとって参加しており、休診とした人も32人(12.1%)いた。(図6)

【属性・派遣】					
資格や立場	人	%	災害時の歯科保健医療に携わった経験回数	人	%
歯科医師	153	58.0%	今回が初めて	204	77.3%
歯科衛生士	90	34.1%	経験あり(1回)	30	11.4%
歯科技工士	2	0.8%	経験あり(2回)	12	4.5%
事務	19	7.2%	経験あり(3回)	3	1.1%
令和6年能登半島地震への、JDATとしての派遣回数	人	%	経験あり(4回)	3	1.1%
1回のみ	236	89.4%	経験あり(5回以上)	12	4.5%
2回以上	28	10.6%	メインの職場	人	%
自分のチーム(JDAT)を構成していた職種全て	人	%	歯科診療所	168	63.6%
歯科医師	53	20.1%	大学歯学部・専門学校などの歯科医学に関する教育機関	16	6.1%
歯科医師, 歯科衛生士	117	44.3%	大学病院などの教育機関付属の医療施設	8	3.0%
歯科医師, 事務職	17	6.4%	病院歯科・病院歯科口腔外科	8	3.0%
歯科医師, 歯科技工士	9	3.4%	歯科技工所	2	0.8%
歯科医師, 歯科衛生士, 歯科技工士	12	4.5%	自治体	11	4.2%
歯科医師, 歯科衛生士, 歯科技工士, 事務職	2	0.8%	歯科医師会(事務局員、歯科医師会設立の診療所職員、とも)	33	12.5%
歯科医師, 歯科衛生士, 事務職	47	17.8%	介護事業所	3	1.1%
その他	7	0.4%	福祉施設	2	0.8%
派遣元事務局(都道府県歯科医師会等)による交通手段や宿泊の手配	人	%	その他: 歯科衛生士(フリーランス、嘱託、地域活動、など)	10	3.8%
有り	217	82.2%	歯科医師(閉院、審査委員会)	3	1.1%
なし	47	17.8%			

令和6年能登半島地震におけるJDAT(日本災害歯科支援チーム)による支援活動の実態調査(2024年7月実施)
全回答数 295(回収率 74.1%)、集計同意回答数 264

図6:「令和6年能登半島地震における JDAT(日本災害歯科支援チーム)による支援活動の実態調査」結果(属性・派遣)

派遣前に何かしらの研修を受けた経験は150人(56.8%)にあり、231人(87.5%)が派遣前に「支援活動」に関する学習などの自己学習をしており、派遣元組織や所属組織による派遣前研修は73人(27.7%)が受けたとした。

派遣前の情報伝達は226人(85.6%)が受けており、派遣初日の石川県歯科医師会によるオリエンテーションは187人(70.8%)が受けていた。

報告書式として指定された2種類の活動記録に関し、様式1の位置づけを知っていたとしたのは216人(81.8%)で、様式2の記載方法を知っていたとしたのは171人(64.8%)だった。様式2には直接記載するのではなく、他の個別情報を記載する様式も活用し、集約して記載する形をとったとしたのは195人(73.9%)であった。

そして、報告書類の派遣元への提出を担当したとした人のうち76人(87.4%)がスムーズに行えたとし、次チームの連絡先を知っていたとした59人(67.8%)のうち50人(84.7%)が引継ぎを行ったとした。(図7)

【派遣前の研修】			【書類の記載方法への理解】		
厚生労働省補助金事業「災害歯科保健医療体制研修会」の受講した経験	人	%	「様式1」は、活動中は「歯科保健医療救護個別記録表」記載し、活動後に集約を記載する「報告書」であること	人	%
あった	117	44.3%	知っていた	216	81.8%
なかった	147	0.0%	知らなかった	48	18.2%
※要確認、異なる研修会と混同している可能性あり			「様式2」の記載方法を(演習で経験する等)	人	%
その他の、災害歯科の研修を、派遣前に受講した経験	人	%	知っていた	171	64.8%
あった	150	56.8%	知らなかった	93	35.2%
なかった	114	43.2%	「様式2」を、別の個別情報の記載用紙(災害歯3-3)に記載したうえで、集約して記載する形をとった	人	%
派遣元組織や所属組織による派遣前研修の有無	人	%	とった	195	73.9%
あった	73	27.7%	とらなかった	69	26.1%
なかった	191	72.3%	【派遣時(後)の情報共有】		
※簡単な趣旨説明、資料の提供、平時より準備、等の回答も多く、「派遣前研修」とは呼べないものも多く含まれていると推察される			<以下は「様式1」「様式2」の派遣元(都道府県歯科医師会等)への提出を担当した1方、87人よりの回答>		
【派遣時(前)の情報共有】			a 派遣後の「様式1」「様式2」の派遣元(都道府県歯科医師会等)への提出	人	%
派遣元事務局を通じた、派遣前に日本歯科医師会の本部から発出していた支援に関する情報伝達の有無	人	%	スムーズに行えた	76	87.4%
はい	226	85.6%	スムーズに行えなかった	10	11.5%
いいえ	38	14.4%	無回答	1	1.1%
派遣の初日の、石川県歯科医師会からのオリエンテーションの有無	人	%	b 同一地域への次の「派遣チーム及びその連絡先」はわかっていましたか?	人	%
はい	187	70.8%	わかっていた	59	67.8%
いいえ	77	29.2%	次チームへの引継ぎを行った	50	
令和6年能登半島地震におけるJDAT(日本災害歯科支援チーム)による支援活動の実態調査(2024年7月実施)			行わなかった	9	
全回答数 295(回収率 74.1%)、集計同意回答数 264			わからなかった	26	29.9%
			無回答	2	2.3%

図7:「令和6年能登半島地震におけるJDAT(日本災害歯科支援チーム)による支援活動の実態調査」結果(派遣前の研修・派遣前の情報共有・報告書式への理解・派遣後の情報共有)

◆◆◆ 続きは行歯会だより11月号、12月号に掲載予定です。◆◆◆

行歯会だより 第208号

(行歯会＝全国行政歯科技術職連絡会)

令和7年11月発刊



3 JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢② (P.7)

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師

令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー

中久木 康一

3 JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢②

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師

令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー

中久木 康一

◆◆◆ 10月号からの続編となります ◆◆◆

5 派遣における課題

(1) 派遣の仕組み全体を動かす調整

災害救助法に基づき被災都道府県から厚生労働省への依頼を通じ、日本歯科医師会が中心となり日本災害歯科保健医療連絡協議会の構成団体との連携のもとでJDATが選任されて派遣された。これらの派遣調整は、平成28年熊本地震においては熊本県歯科医師会もしくは地区歯科医師会の幹事としての福岡県歯科医師会が日本歯科医師会との連携のもとで担う形がとられ、機能した。令和6年能登半島地震においては、被災都道府県歯科医師会と日本歯科医師会との連携のもとで対応はされたが、全国から手を挙げたチームを適材適所に配備するのは困難だった面もあった。平常時の業務として、様々な活動に対して人材を広く募集して派遣を調整するような機能があれば、災害時にも比較的その流れで対応ができるように考えられるが、そうでない場合には難しいのであろうと考えられた。

JDATの派遣システムをよりよく運営するためには、日本歯科医師会内に設置されるJDAT事務局の機能強化が必要であるが、現状ではJDAT活動時であっても事務局を運営するための人材も資金も配分されることはなく、道筋は見えていない。

(2) 支援の連続性(派遣の量や期間)

初期は特に、派遣に継続性がなく、また、チームごとの派遣期間が短かった。特に受援側市町村にてコーディネートできる歯科保健医療職が確保できなかった市町村においては、連携や情報共有、方針の画一化などに課題があった。

都市部から離れた地域に対してもチームごとの派遣期間を長くするには、大学等の勤務者の派遣がより積極的に行われるようにする必要があると考えられるが、令和6年能登半島地震に対するJDATにおいては「大学・病院関係」の派遣は1割強だった(前号図6参照)。

東日本大震災での派遣の多くは宮城県に対するものであったが、宮城県歯科医師会を通じて活動に派遣さ



れたのは「全国21 歯科医師会、大学関係13校」とされている。派遣元組織を数えると、84のうち30(35.7%)が歯科医師会、25(29.8%)が歯学部、5(6.0%)が医学部歯科口腔外科、24(28.6%)が歯科衛生士会であった(「東日本大震災報告書―東日本大震災への対応と提言―」社団法人宮城県歯科医師会(平成24年3月11日発行)P56, <https://www.miyashi.or.jp/Shinsai/view01.html>)。

令和6年能登半島地震においては、近隣に歯学部がある大学は無く、雪の降る地域であり、かつ年度末に近かったことなど、様々な要因が影響したと考えられるが、支援の連続性を考えると1チームの活動期間は最低でも数日は確保いただきたく、平成28年熊本地震時の対応をモデルに、「日曜～木曜、木曜～日曜」と4-5日の派遣で引き継いで継続していく形が提案されている。

また、避難所等へ巡回して歯科保健指導や応急歯科診療を行うJDATはいわゆる「一般歯科」に近いが、それとは別に「迅速対応」「専門対応」のJDATを派遣することは技術的には可能であり、そうできれば歯科における役割分担や連携も可能となる。大学歯学部や学会、歯科衛生士会等のみによる少人数の派遣もJDATの一部として包括できると、選択肢も広がり、対応できる要望の幅も広がると考えられる。

(3)派遣されたチームの質(職種、対応可能な内容)

歯科医師および歯科衛生士、もしくは歯科医師のみ、というチームも多かったが、事務職を含むチームも少なかった。事務職の多くは、都道府県歯科医師会の職員であった。災害時の健康支援体制は、自治体のマネジメント下に連携する形で組まれてきており、業務調整員(ロジスティシャン)としての事務職の必要性は増している。また、某県歯科医師会の事務局は普段から自治体との連携のキーパーソンとなっており、同県からDHEATとして派遣されていた保健所長との関係性からお声がけして連携を模索できたこともあった。自治体としても、歯科医師会との連携において、役員のみならず事務局とも関係性がつくれていることは望ましい。

一方で、「チーム」としての役割分担が明確ではなく、「郡市歯科医師会ごとに数名のグループを作って派遣」「派遣可能日程からなるべく近い地域の人達を組み合わせで派遣」という場合もあり、特にこれが歯科医師のみの場合にはお互いの役割があいまいになり、指揮命令系統の統一や、根本的な支援活動の目的の共有がされておらず、そのチームマネジメントに著者が苦勞させられたこともあった。

一般に、災害時の健康支援に派遣される人は、どの職種においても「数人を派遣しても本体業務が回せる規模の組織」から派遣されてくる場合が多く、結果的に、大きな病院からの「医療」を中心とした「勤務者」の比率が高い。本来、地域の生活の場である「避難所等」を巡回した健康支援を行う専門職としては、平常時から多職種連携(医療やケアの連携)、地域連携(地域保健対応)、介護福祉連携(要配慮者対応)などに携わっている人が最適任とは考えるが、そういう在宅医療や介護に関わる方々は、なかなか自分の場を何日も離れて支援に来ることが難しい。歯科においては、結果としてその9割を占める歯科診療所からの派遣が多く、歯科外来のみに従事している場合は地域保健や医療連携の観点が不足していることもある。

逆に利点としては、「事業所の経営者」である場合も多く、そうであれば地域歯科保健医療提供体制の復旧のために、地域の歯科診療所をいかに早期に再開させ、その経営正常化に向けた取り組みを進められるかという観点を持つだろうことが強みにもなり得るとは考えているが、短い派遣期間の中では、このような強みを十分には引き出せていないように感じる。

(4)派遣者に対する事前研修と報告の迅速な提出の必要性

前号に示したアンケートからは、派遣者の過半数が派遣前に研修を受けた経験があり、9割近くが派遣前に自己学習をしていた(前号図7参照)。また、派遣前の情報伝達は8割以上が、初日の石川県歯科医師会によるオリエンテーションは7割が受けていた(前号図7参照)。しかしながら、連携や情報共有には大きな課題が残った。派遣元組織や所属組織による派遣前研修は3割弱しか受けておらず、それぞれの被災や地域の特徴を踏まえ、客観的な視点からの個別具体性のある派遣前研修が必要とされているとも考えられる。

特に問題となったのは報告のあり方であったが、前号に示したアンケートからは、様式1は8割、様式2は6割が、その位置づけや記載方法を知っていたとしていた(前号図7参照)。様式2に至る運用方法も7割は適切(前号図7参照)であったと考えられるものの、多くの報告書に記載や提出の不備が見受けられた。

「様式」として指定されたのは「報告用紙」だけであったが、これは個人情報管理できないために集計結果

のみを管理するという方針だったのではないかと想像している。基本的に「記録用紙」をまとめたものが「報告用紙」であるが、「記録用紙」の存在を知らないチームが少なくなく、直接「報告用紙」に記載しようとしたチームからは非常に書きにくいという意見が寄せられ、また、記載されたものの内容が揃わずに情報として活用できない場合も少なくなかった。

報告書が迅速に手元に届かない、という問題もあった。一部で、「清書をしてから提出する」「手書きではなく入力してプリントアウトしたい」というという声があがり、「とにかく手書きでいいから迅速に提出して欲しい」旨は伝えたものの、報告書の提出まで数日を要する場合も少なくなかった。時間を要する場合の多くは、派遣元都道府県に戻ってから、派遣元事務局を通じて提出してきたケースであり、中には、記載不備に対して派遣元事務局が派遣チームに問合せをして情報を埋めたくて提出してきたために更に時間を要し、結果的に報告データを集計している担当者に報告書が届くのに10日程度を要したケースもあった。この間、報告された避難所には既に2チームが訪問しており、結果として遅れて提出された情報は活用できなかった。

確かに、被災市町村には拠点となる本部の設定もなく、宿舎までの移動も片道4-5時間かかるなかで、報告を提出することが容易ではないことは理解するものの、報告が提出されない限りは情報のマネジメントはできない。情報のマネジメントに対してはかなり厳しい御指摘も多々いただいたが、報告が提出されない中では致し方なく、結果として、伝達や引継ぎに不備があって課題となった事例にも数件直面し、また報告書の中でもそのような事例もあげられていた。また、派遣終了後に情報を整理していたところ、報告書が届かなかったためにその時期には派遣されていないと思っていた市町村に、派遣一覧では派遣されていることに気付いて調べたところ、派遣されて報告もされていたものの報告書がこちらまで届いていないことが発覚したこともあった。提出、および提出後の情報管理・共有の時点での課題は、大きく残った。

報告を、インターネットを活用したシステムで実施しないのかという問い合わせは多くいただいた。実は、Google Formで入力するシステムは試作として構築してあったが、活動開始当初、通信は市街地から離れるとかなり弱く不安定であり、またこの入力システムを用いた研修はごく一部でしか行っていなかったため、手書きで統一して運用することとした。また、構築していたシステムは熊本地震での活動実績を念頭に避難所の一覧を先に設定したうえで避難所を選択して入力をするすると自動的に集計されてくるシステムだったが、令和6年能登半島地震においては避難所等の数が多く全体の把握が困難であり、かつ市町村によっては保健師やDHEATから要望があった避難所等を巡回するように指示を受けて動いたため、このシステムはそのままでは使いにくいものであった。結果として、その一部の機能だけを用いて、提出されてきた報告書を共有いただき、それを市町村別に担当者を指名して入力し、その結果を随時石川県歯科医師会に共有はしていた。しかし前述のように、この報告書自体が揃っていないために、このデータには欠損があるため、検討して方針をたてるために活用することはできなかった。

なかには、エクセルで入力シートを組んだチームの出力シートのみを印刷して持ってきたチームがあった。出力シートのために評価項目や選択肢の記載がなされておらず、そのシートに手書きしてたために大項目に対してのみの記述評価となっており、所定の共通項目の評価がないために情報として比較や集計に活用することはできなかった。

(5) 情報の発信と個人情報保護

派遣とは直結しないが、個人情報管理の甘さが散見された。多分、医療機関において、その患者情報を同僚と共有したりすることは、業務の一環として通常にありえることだと思われる。しかし災害支援においては、対象は患者ではなく、住民である。避難所も市町村が管理しているものであり、避難所の住民個人情報は容易に共有していいものではない。メーリングリストやSNSのグループなどで、既に支援に参加した人、これから支援に行く人も含めて情報共有をすることは効率的かもしれないが、既に、もしくはまだその市町村内にいない人に住民情報が共有されていることは好ましくなく、中には個人的な情報を含み問題と感ずることもあった。

また、離任した後の人が「その時」の情報を共有することは、既に「今の」情報が変わってしまっている場合も多く、かえって不利益となってしまっているような時は少なからず見受けられた。あまりに問題があるような誤情報についてはさすがにコメントを返したが、不確実な情報は次から次へと表れてきて、「そうじゃないと思うけどな」と思ってもひとつひとつのファクトチェックをしてコメントをしている余裕もなく放置せざるを得ず、結果としてその不確

実情報は拡散・増幅され、確定的に受け取る人も多くなっただろうと考えられる。

昨今はSNSによる情報発信の危うさも多く指摘されているものの、渦中の人ほど気づかない。情報発信にあたっては、「いつの」「どこの」という限定する情報とともに、出来る限り正確な情報を発信することが大切であり、確実性が乏しい情報はあまり広くは発信せずに直接関係する範囲にだけにとどめたほうがいいのではないかと考えている。

このようなクライシスコミュニケーションに関する研修などは、災害時の対応全般に興味がある人ではないと、なかなか受講する機会はないかもしれない。

◆◇◆ 続きは行歯会だより12月号に掲載予定です。 ◆◇◆

行歯会だより 第209号

(行歯会＝全国行政歯科技術職連絡会)

令和7年12月発行



2 JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢③ (P.3)

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師

令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー

中久木 康一

2 JDAT(日本災害歯科支援チーム、Japan Dental Alliance Team)の現状と夢③

東北大学大学院歯学研究科災害・環境歯学研究センター特任講師

令和6年能登半島地震日本歯科医師会災害対応アドバイザー

中久木 康一

◆◇◆ 10、11月号からの続編となります ◆◇◆

6 受援(現地コーディネート)における課題

特に被災市町村における受援(現地コーディネート)においては、様々な課題が残されている。

(1) 市町村の担当者、市町村ごとの歯科医師会の担当者

市町村において、歯科専門職がいるところは少なく、特に常勤でいるところは少ない。

その場合、災害時に歯科保健医療支援の相談をするにも、担当者は保健師や管理栄養士になることが多く、当然、歯科業務以外に優先せざるを得ない業務もあれば、歯科の専門的なことまでは理解できないことがある。

都市部以外の市町村では歯科医師会は市町村ごとにある場合だけではなく、医療圏などの複数市町村で1つであったり、合併の関係で市町村の境界に合わずに入り組んでいたりする場合もある。平常時、歯科医師会は自治体との連携のなかで地域歯科保健に関わっており、その担当者もいる。しかし災害時には、同じ時間に複数市町村での保健医療福祉調整会議があり、更に保健所においても保健医療福祉調整会議がある。普段は一人



か二人かで日にちを変えて対応していたとしても、災害時には、同時多発的に会議があるために、足りなくなる。

災害時には移動が制限されることもあり、歯科医師会においても、災害時の担当者を市町村ごとに設定し権限が委譲されるようにしておいていただくとともに、自治体側での窓口を明確にしておくことも大切と思われる。

なお、平成28年熊本地震においては、被災が大きく市町村の歯科医師会関係者から担当者が出せなかった場合に、同一都道府県内の被災の少ない市町村の都道府県歯科医師会の役員を市町村ごとに担当者として設定し、各市町村との窓口役などを担って市町村の歯科医師会をサポートする体制がとられていた。また、令和6年能登半島地震においては市町村内の歯科医師が対応困難であり、自治体病院の耳鼻科医がJDATの支援の差配をするコーディネーターを当面担ってくださった自治体があり、介護施設なども含めた医療連携において地域のネットワークを活かすことができた。歯科診療所はほぼ全てが民間事業所であり、被災して開院できない状態にあっても固定費や従業員給与の支出は必要とされ、歯科診療所の再開に向けた片付けから再建への調整、補助金の申請などに追われて優先せざるを得ない場合もある。そのような場合、誰が代わりに対応するのが好ましいのか、地域ごとに検討しておくことが望ましく、公的医療機関の従事者も候補としては適任であろう。

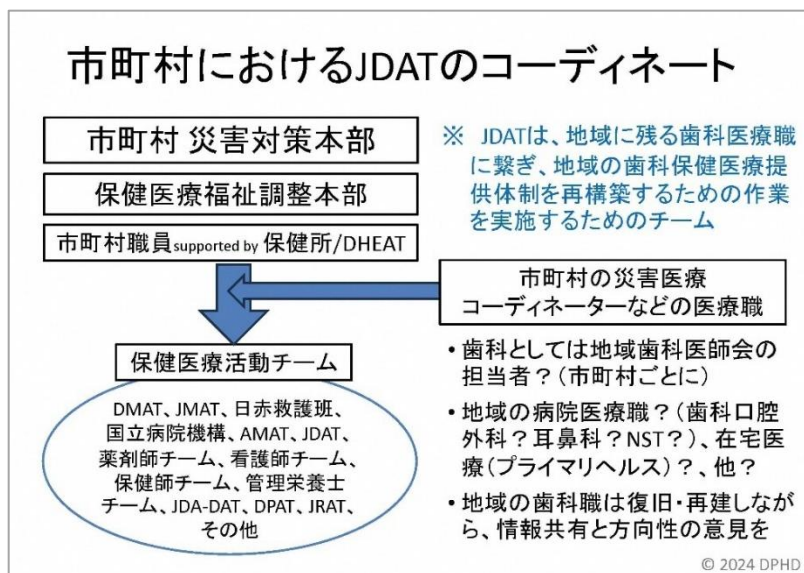


図8:市町村におけるJDATのコーディネート

(2)活動データからの計画立案

災害時には、日々情報が動いていくため、「走りながら考える」ようにせざるを得なくなり、更にその間にも状況が変わっていく。DMAT(災害派遣医療チーム)は普段はERなどの救急医療に関わっている方々が多いが、彼らは普段から、出たとこ勝負の判断をひたすらし続けているのだと思え、災害時の情報収集や判断においてもその特性は活かされている。一方、歯科の場合は通常は予約制の外来のみの診療所で、そこまで緊急性のある判断を求められることはない。とはいえ、災害時の活動においては避難所の被災者やそこに集まる支援者の状況は日々変化するため、日々の情報を集約しながら評価し、そして他分野の支援者も含めて情報共有して連携する、ということをはたす繰り返す流れに乗らざるを得ない。

このためには、その日の活動データはその日のうちに集約して評価検討し、翌日の活動方針に活かすことが必要となる。しかし、通常時に活動データを集計して評価して活用するということをしていない組織においては、これはできない。人材派遣のマネジメントと同様、平常時の業務として、様々な活動から得られたデータを集計して評価して次の活動に活かすというマネジメントをしているかどうか、そしてそれを、事務局主導でやっているかどうかは大きい。平成28年熊本地震の発生後1週間で、熊本県歯科医師会の会議に参加したが、その時点でA3の紙4-5枚に及ぶ避難所の歯科を含む状況が机上配付された。平常時から検診結果などを県歯科医師会に提出して集計して評価し、次の活動の改善に結び付けるといったことがなされていれば、自然と会員が自分が知り得た情報を事務局に連絡してきて集計ができてくるのではないかと感じた。会員から歯科医師会、郡市歯科医師会から都道府県歯科医師会と、地域から中央の方向に情報が集まって来るためには、平常時から双方向のコミュニケーションがとられていなければ難しいのではないかと感じている。

なお、データの入力や評価などは、遠隔支援も可能なものである。たとえば、平成28年熊本地震および令和6年能登半島地震における熊本県や石川県の歯科診療所の稼働状況マップは、静岡県歯科医師会が遠隔支援として協力し、現地情報をいただいていたマップ上に反映するという協力をしていたものである。

人材の限られた環境においては、離島診療などにおいて始められてきているようなデジタルデバイスと通信を活用した支援の在り方も、積極的に検討されていくべきだと考えている。

(3)JDATなどの公的派遣チームと民間ボランティアの歯科支援との連携

市町村でのチームや活動のマネジメントの中で、民間ボランティアとして歯科支援が入って来ることは、想定に入れてしまったほうがいい。もはや、災害ボランティア活動は定着しており、気持ちに動かされた多くの人が「何かできることはないか」とやってくるわけで、当然、歯科にもそういう方々はいる。マネジメントの難しさから受け入れ難い面もあるかもしれないが、断っても他に行くだけで堂々巡りとしかならない。せっかくならば受け入れて活用すれば住民の利益となるため、ある程度「歯科の民間ボランティアが来たらこれをお願いしよう」ということを最初から想定しておいたほうがいい。東日本大震災時の岩手県歯科医師会の活動においては、それぞれやってくる歯科のボランティアの方を、公的派遣の歯科支援チームと同行するように振り分けて活動し、ボランティアは活躍の場を得られ、公的派遣側は人手が増えて効率よく対応でき、お互いがWin-Winに持っていけたと聞いたことがある。

今や、様々な保健医療福祉活動チームがあり、災害リハビリテーションチームのJRATの中や、保健師チームの中、そして保健医療系NPOの中にも、歯科衛生士が派遣されて来る時がある。保健医療福祉調整本部において、「歯科衛生士がいる場合には連携したいのでご一報を」と積極的に声をかけ続けられない限り、これらの情報が伝わって来ることは少なく、「ようやくそれが分かった時には既に離任する日だった」なんてこともあった。さすがに「足湯ボランティア」として来た中に歯科衛生士がいて、歯科保健指導などをして帰ったという話を聞いた時にはびっくりしたが、結果としてその歯科衛生士の指導内容などは一切わからず、住民の方々を混乱させないことを優先して、その日のこちらの活動は取りやめたこともある。統率のとれていない中での活動は、住民にとっては右から左から違うことを言われることともなり、惑わせてしまうことともなりえる。目の前の支援も大切だが、継続的な目線で情報共有しながら活動することの大切さを理解してもらいながら、積極的に民間ボランティアとの連携をはかる必要がある。

このところは、在宅医療チームの中に、歯科衛生士に限らず看護師や言語聴覚士など、要配慮者の口腔ケアを得意とする方々が支援に来ることも見受けられる。この場合も、公的支援の一部として自治体のマネジメント下でできる支援では手が届かない小回りの利く支援や、その特異性を活かして主に福祉避難所の巡回をお願いし情報共有いただき、公的支援チームが巡回する一般避難所の情報とあわせて一括でマネジメントしていくような連携も、模索できると考えている。

(4)被災しながら受援のマネジメントができるようにするためには

派遣されてくるチームを差配することは、受援する側にとっては大きな負担となる。この負担が最も大きいのは、いわゆる引継ぎの時で、新たな支援者が着任した時と、離任する時である。逆に言えば、それ以外は、情報共有しながらも、ある程度を任せることができる。故に、受援する側の負担を減らすためにできることは、支援チームの出入りの日を揃えてもらうことではないかと考えている。

毎日のように支援チームの出入りがあると、受援する被災地域のコーディネーターは、毎日のようにそのコーディネート業務にあたらなければいけないが、数日いてくだされば、初日に引き継いで、あと数日は報告程度でほぼお任せして、あとは離任の引継ぎの日に業務にあたるといった形をとれる。

受援のマネジメントを省力化しなければ、自分の生活再建に費やす時間が確保できなくなり、それは地域の歯科診療提供体制の回復が遅れることとなり、本末転倒である。故に受援側が、なるべく具体的な要望（条件）を明確に支援側に伝えることに、遠慮は要らない。

支援チームが対応した人のフォローアップも、対応後に問題が生じた時の苦情も、全て地域の歯科が受けることとなる。ここで更に問題が起きるのを避けられるのは情報共有がなく、自分たちが困らないためにも、受け入れる条件は受援側から積極的に出して構わない。

支援側から、「それでは支援ができない」と言われることもあるが、支援の目的は、要請する受援側が利益を得ることであり、患者中心の医療と同じで、被支援者が最大の受益者でなければいけない。条件を多少厳しく出したとしても、支援者には代わりはいるが、被災者にとっての「かかりつけ歯科医」の代わりはおらず、最大限守られるべきである。

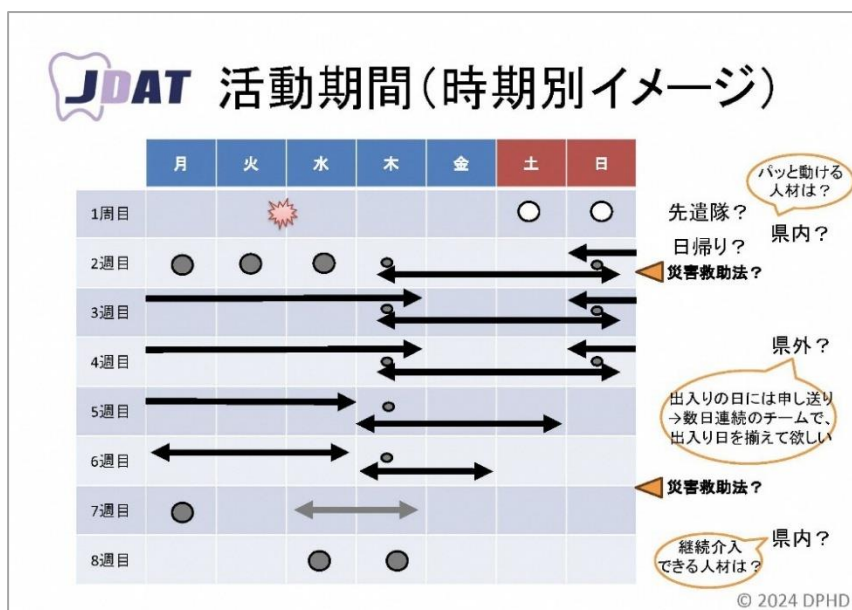


図9:JDAT活動期間(時期別イメージ)

7 被災地域へのJDAT派遣以外の、対応すべき災害歯科保健医療

被災地域へのJDAT派遣以外にも、対応しなければいけないこととしては、「歯科診療所と歯科技工所の稼働状況の把握」「歯科救護所／仮設歯科診療所の設置」「歯科診療所と歯科技工所の再開に向けた支援」「二次避難所(1.5次避難所も含む)の歯科口腔健康管理」などがある。

また、災害救助法による支援チーム派遣終了後には、都道府県による基金事業などで避難所や仮設住宅の被災住民を主な対象としての、巡回健康支援活動が委託事業として都道府県歯科医師会にお願いするケースが多い。

(1) 歯科診療所と歯科技工所の稼働状況の把握

一般に、歯科診療所の稼働状況は把握するように努められており、歯科医師会にその把握と報告をお願いしている場合も少なくない。しかし、地域の歯科診療所が適切な機能を提供するためには、地域の歯科技工所の再開も欠かせない場合も多い。特に、交通網の影響が多く、一般の宅急便の取り扱いが当面停止していた令和6年能登半島地震においては、歯科診療所は再開したものの、補綴物は取り扱えないという時期もあった。歯科技工所は医療施設という認識にはなっていないものの、歯科技工も歯科医療の提供に必要なものであるゆえ、歯科技工所の稼働状況の把握も必要なものと考えている。

(2) 歯科救護所／仮設歯科診療所の設置

歯科診療所が当面再開できない、と判断された市町村においては、歯科救護所や仮設歯科診療所が設定されることがある。令和6年能登半島地震においては、歯科診療車が定点で設置され、数カ月わたって仮設歯科診療所として活用された。このような歯科診療所の設置の必要性の判断、そして必要となった場合の許認可や、必要な資器材の調達などについては、地域の歯科職だけでは情報が乏しく調整も困難であり、自治体側からのサポートが必要とされる。

(3) 歯科診療所と歯科技工所の再開に向けた支援

医療施設への支援としても設定はあるものの、事業所への支援の方が支援割合が高くなることもあり、一般の事業所としての支援を受ける手続きをすることが多いようだが、非常に煩雑である。都道府県歯科医師会で手続きをサポートした事例もあるが、歯科技工所も含めて、歯科医療提供に関わる施設に対する情報提供や書類作成支援を自治体からもしていただけるとありがたい。

(4)二次避難所(1.5次避難所も含む)の歯科口腔健康管理

令和6年能登半島地震においては、金沢市内に石川県により1.5次避難所が設定されて活用された。ここでの保健医療福祉支援において、歯科以外の職種では常駐の支援チームを派遣したところが多かったが、歯科は近隣の関係者の輪番にて昼休み時間辺りに巡回での支援活動となり、連携に課題が残された。

また、二次避難所の管理は都道府県や民間事業者であったりするが、それぞれの方針において個別の支援情報の管理方法は設定され、二次避難所から転居された対象者を転居先の近隣の歯科診療所へ引継ぐために情報にアクセスしようとしたときに、容易にアクセスできなかった場合もあった。

歯科としての対応は、基本的には巡回と近隣歯科診療所への受け入れでいいのではないかと考える。今後も高齢化は進んでいくであろうことを考えると、特に人口の多い都市部の公的施設において二次避難所が設定されることは容易に想定されることであり、特に都道府県として候補施設がある場合等においては、自治体から歯科医師会などの関係者に事前に相談しておけると、いざその施設が活用されるとなった場合にはスムーズに避難者に対する歯科保健医療提供体制を動かせることとなると考える。

(5)災害救助法による支援チーム派遣終了後の地域支援活動

知りうる限りでは東日本大震災後からは、災害救助法による支援終了後に、県の基金事業として被災者に対する健康支援事業が始まり、避難所や仮設住宅における歯科相談や歯科講話などの歯科保健活動が行われている。制度としては都道府県から歯科医師会等に委託される場合が多いが、実施にあたっては市町村との連携となる。一方で、平常時の市町村は、その市町村を含む郡市歯科医師会と連携して事業を実施していることが多く、都道府県歯科医師会との連携は少ない。都道府県歯科医師会側で郡市歯科医師会と連絡をとって調整するなどの工夫が必要となるが、市町村行政を中心とした地域歯科保健の再構築を目標とした適切な運用がなされるよう、自治体側からもサポートいただきたい。

8 行政歯科職に期待されるもの

行政歯科職に期待されるものは、歯科支援が動ける環境づくりではないかと考える。歯科支援の目標などの理念や、多職種連携における指針など、大きな視点での枠組を構築していただけると助かる。細かい活動マニュアルは実働する組織に活用を任せても構わないと思うが、県内での歯科関係団体、特に大学歯学部や病院歯科、歯科専門職養成校なども含めての役割分担などは、行政歯科職が主体的に調整して方向性を定めていただけるとありがたい。この過程において、都道府県の災害歯科保健医療連絡協議会(もしくは同様の機能をもつ会議体)が設立され、定期的かつ継続的な議論を進める場が持たれることが期待される。

令和6年度から、「地方公共団体における歯科保健医療業務指針」が改定され、「第一 都道府県及び保健所における歯科保健医療業務」の中の「2 地域歯科医療提供体制の構築について」の(6)に「災害時歯科保健医療体制の確保」があり、「都道府県は、大規模災害時における歯科医療の確保、避難所等における口腔衛生管理の対応等を迅速に行うため、歯科医師会、歯科衛生士会、歯科技工士会、大学歯学部等と連携し、災害時対応の共有や人材育成等の体制整備に努めること。また、災害時対応マニュアルの作成や人材育成等に努めること。」と記載されている。(https://www.mhlw.go.jp/content/001267309.pdf)

体制整備としては、都道府県における災害時の歯科支援と保健医療福祉支援との連携のあり方や、歯科関係団体の役割分担という大枠が定まったら、まずはそれぞれの組織との災害時歯科医療救護協定の見直しなども検討いただきたい。更に、活動の拠点となる災害歯科対策本部をどこに設定し、役割分担に応じたフェーズごとの各組織における行動想定や、歯科保健・歯科医療それぞれの対応、そして、その情報やデータをどうマネジメントするのか、地域の歯科保健医療提供体制の回復に必要なとされる補助金などのファイナンスの調整、そして、住民を含み積極的な情報提供をするクライシスコミュニケーションのあり方を含めた災害時の行動マニュアルを定め、研修を繰り返して行けるようにしていただけるとありがたい。人材育成の研修のひとつとしては、2018年度より日本災害歯科保健医療連絡協議会の基幹事務局として日本歯科医師会が厚生労働省補助金「災害医療チーム等要請支援事業」として実施している、e ラーニングでのJDAT基礎研修会や、JDAT標準研修会(地域開催)も活用いただきたい。(https://www.jda.or.jp/dentist/disaster/)

9 あとがき

著者はもともと、自治体病院の歯科に勤めて、地域の住民や歯科診療所と医療との橋渡しのようなことをしたく、そのためもあり口腔外科に入局した。結果的に病院口腔外科もとても奥深い領域で、20年余り続けることになったが、学生時代よりの地域活動も続けており、その関係で予防歯科や口腔衛生の先生方との付き合いもできていた。

その中で新潟県中越地震が発生し、先遣隊として避難所常駐保健チームを結成し、外部支援チームのコーディネートをしつつ保健センターとの間で右往左往した。この経験から厚生労働科研を担当することとなり、自治体歯科職の先生方とも一緒するようになった。東日本大震災でも保健センターと外部支援チームとを繋ぐコーディネーターや、保健センターと地域の歯科とともに歯科支援をコーディネートする経験をさせていただき、行歯会にも賛助会員として登録していただけるようになった。その後も多くの行政歯科職の方々情報をいただき、また、いろいろな方々に繋いでいただき、助かっている。

もともと著者は、災害時の歯科の対策は「地域歯科保健医療の提供の継続」というBCP（事業継続計画）の観点であると考えており、横文字のチームをつくと「外からヒーローがやってきて哀れな被災者を助けてあげるチーム」のように短絡的に受け取る人が出そうなのが嫌で、JDATのようなチームを構築することには否定的だった。しかし、平成28年熊本地震あたりから、「歯科には特別な災害対応チームがないということは、災害時に特別に活動する必要はないということですね」のように受け取られるようになり、災害時の健康支援に関するラウンドテーブルに呼ばれなくなってきたため、致し方なく横文字のチームを作る方に転換した。その代わり、JDATはあくまでも「災害歯科保健医療連絡協議会」として全ての歯科がワンチームで対応するものであると規定し、Japan Dental Alliance Teamと名付けた。このAをAllianceとすることはなかなか了解を得られず、決定に至るには年単位を要したが、未だにこれは良かったと思っている。

いずれにせよ、この数年、多くの方にご協力をいただきながら進めて来た結果が、令和6年能登半島地震における活動に結び付き、災害時の「保健医療福祉活動チーム」のリストにも常に入れていただけるようになった。逆に言えば、これからが、問われているともいえる。

お気づきの方もいらっしゃるだろうが、JDATにはDisasterは入っていない。もちろん、当初は入れようと思ったがどうしても語呂が悪く、しれっと外しておいた。実はここには、「Disasterに限らず未だ歯科保健医療が届いていない方々に対して、歯科業界全体が連携して全ての人に歯科保健医療を届けていく、そんなチームになってくれたらいいな」という夢が含まれている。

なかなか、歯科には予算がつかない。住民も、医療者も、理解してくれない。事務局にも、予算がない。そんな中でも運営している行歯会はとても大切な組織であり、なによりも「行歯会だより」は、誰でも、いつでも読める良さがある。執筆の機会をいただいたことに、感謝いたします。