

目 次

総括報告	1
------	---

分野報告

1. 原因不明	5
2. 自然災害	9
3. 食品安全	11
4. 医療・介護等安全	17
5. 感染症	23
6. 精神保健	27
7. 飲料水安全	31
8. 生活環境安全	33
9. 原子力	37

分担報告

1. 連携：院内感染対策	39
2. 連携：保健所支援	41
3. 連携：事例収集	43
4. 東日本大震災被災地の地域保健基盤の組織のあり方に関する研究	45
5. 福島県いわき市区域に所在する東電福島第一原発周辺町村住民の 保健ニーズへの対応に関する研究	73

総括報告書

地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究

研究代表者 多田羅浩三 日本公衆衛生協会 会長

研究要旨：二年間かけて、以下の二つの研究を行った。①全国の保健所における健康危機管理体制を強化するために、健康危機管理9分野において日本版標準ICS/IAP/ACを作成・普及し、全国保健所の健康危機管理対応の標準化を図ること。二年間で、日本版標準ICS/IAP/ACを完成した。また、日本版標準ICS/IAP/ACの実効性を担保するためのシステムなどの健闘及び関連する必要な調査などを行った。②東日本大震災における保健師活動の調査を行い、災害時における保健師活動を強化・改善すること。

A. 研究目的

保健所は、地域の健康危機管理の拠点である。本研究では、二年間で、大きく以下の二つの研究を行うことを目的とした。即ち、全国の保健所における健康危機管理体制を強化するために、健康危機管理9分野において日本版標準ICS/IAP/ACを作成・普及し、全国保健所の健康危機管理対応の標準化を図ること、及び、東日本大震災における保健師活動の調査を行い、災害時における保健師活動を強化・改善すること、である。

前者については、以下の3点について検討を行った。

①日本版標準ICS（Incident Command System）の作成と普及：

保健所が取り扱う健康危機管理9分野について、多くの機関が連携して行うことが必要な規模の危機管理対応の基本的なツールであるICS（Incident Command System）の概念を導入し、これまでの保健所の健康危機管理対応を整理し、日本版標準ICS/IAP/AC（IAP：Incident Action Plan, AC：Action card）として作成・普及する。

②保健所が取り扱う健康危機管理分野について必要な事項の検討：

自然災害、原子力災害、大規模な感染症及び全国的な食中毒などの健康危機管理対応などでの分野で、検討が必要な事項についての調査の実施、解決策の検討を行う。

③日本版標準ICSの実効性を担保するシステムの検討：

全国保健所、関連する機関との連携や支援体制の強化を図ることを目的に、連携システムの構築の検

討を行う。具体的にはITを用いた保健所情報支援システムや専門家との連携による相談システムの検討、災害時保健所間支援システムDPAT（Disaster Public health Assistant Team）の検討を行う。

B. 研究方法

日本版標準ICS/IAP/ACに関わる研究は、9つの分野研究班（原因不明、自然災害、医療・介護安全、食品安全、感染症、精神保健、飲料水、生活安全、及び原子力）、及び横断的な検討を行うために4つの総括分担研究班（連携、ICS、保健所支援、事例収集・分野）を設けて行った。研究を行うに当たって、以下のように分野研究班間の横断的な検討を行うために、5つの総括分担研究班を設けた。

連携総括分担班

佐々木隆一郎（長野県飯田保健所）

緒方剛（茨城県筑西保健所）

ICS総括分担班

中瀬克己（岡山市保健所）

保健所支援総括分担班

石丸泰隆（山口県柳井保健所）

事例収集・分野総括分担班

渋谷いづみ（愛知県半田保健所）

地衛研総括分担班

小澤邦寿（群馬県衛生研究所）

また、各健康危機管理分野について研究を行うために以下の9つの分野研究班を設けた。

原因不明分野班

松本一年（愛知県一宮保健所）

自然災害分野班

佐々木隆一郎（長野県飯田保健所）

医療・介護安全分野班

古屋好美（山梨県中北保健所）

食品安全分野班

竹内俊介（島根県浜田保健所）

感染症分野班

遠藤幸男（福島県南保健所）

精神保健分野班

高岡道雄（兵庫県加古川保健所）

飲料水分野班

小窪和博（千葉県海保匠保健所）

生活安全分野班

中瀬克己（岡山市保健所）

原子力分野班

竹之内直人（愛媛県松山保健所）

各分野研究班は、それぞれ必要に応じて、医師、保健師、薬剤師、獣医師、栄養士、及び研究者などの研究協力者や地域協力者によって構成し、検討を行った。

具体的な日本版標準的 ICS の作成は、各分野で連携が必要となる規模の健康危機管理を想定して、保健所が備えるべきシステム（ICS）、そのシステムを担うための具体的役割（IAP：Incident Action Plan）、及びそれぞれの IAP を果すための具体的方法（AC：Action Card）について検討を行った。最終案では、地域により保健所がおかれている状況や主管部局の健康危機管理に関する考え方の違いを考慮して、具体的方法（AC）については、必要となる項目とフォーマットを示すにとどめた。

分野別に必要となる事項の検討では、東日本大震災に対する全国保健所調査、東日本大震災に対する精神保健対策調査、全国の病院における災害時の水の確保に関する調査、原発事故後の保健所の活動に関する調査を行った。

日本版標準 ICS（Incident Command System）の実効性を担保するシステムについては、

関連する総括分担班及び分野班が検討を担当した。

（倫理面への配慮）

今回の研究は、保健所を中心とした行政機関などの関連機関との連携体制を中心としたものであり、

個人情報取り扱いなど倫理規定に関連する事項を扱わないことから、倫理面で問題はないと判断した。

C. 研究結果

《日本版標準 ICS/IAP/AC 関係》

①日本版標準 ICS/IAP/AC の作成・普及

9つの分野研究班（原因不明、自然災害、医療・介護安全、食品安全、感染症、精神保健、飲料水、生活安全、及び原子力）では、各分野で連携対応が必要となる健康危機管理事例を念頭において、保健所の対応を中心とした日本版標準 ICS/IAP/AC を作成した。

作成基準とした健康危機管理は、二つ以上の保健所の対応が必要となる大規模な健康危機、地域内での健康危機であっても保健所だけでなく多くの関連機関と連携した対応が必要となる健康危機（メディカルサージ時における危機管理）についても、作成を行った。

今回作成した日本版標準 ICS/IAP/AC の基本構造は、指揮・調整部門（Command）の下に、対応部門と対応部門をバックアップするバックアップ部門からなっている。これは、米国の危機管理対応のための ICS の基本構造である指揮・調整（command）、対応（operation）、兵站・物流（logistics）、企画（planning）、総務（admin/finance）をベースとした構造である。ただし、日本の多くの保健所の行政構造を考え、兵站、企画、総務部門は主管部局等の支援が受けられることが多いので、作成した日本版標準 ICS/IAP/AC では、指揮、対応システムをより重視したものとした。

自然災害分野では、前日地震が発生し中止した東北ブロックを除き、全国7ブロックで、全国保健所長会や事業班と協力し、212保健所職員の参加をえて、自然災害に関するICSについての意見交換型の普及研修会を行った。その結果、いくつかの県や保健所管内で、ICSを用いた災害時健康危機管理体制の再構築が開始された。

②分野別に必要となる事項の検討

- 1）東日本大震災に対する全国保健所調査：初年度に自然災害分野が行った。東日本大震災に対する保健所調査である。31の被災保健所、280の非被災保健所から回答が得られた。6被災保健所は保健所長支援を必要としてい

た。保健所支援を行うための全国システムの構築が必要であると考えられた。

- 2) 東日本大震災に対する精神保健対策調査：岩手、宮城、福島県の全保健所を対象。発災以前にマニュアル作成、連携づくりはしていたが、保健所自身の被災、情報の不足などの課題が残った。市町村支援などの活動は、発災後4日後には支援チームの応援を得て開始されていた。また、災害時の在宅精神疾患患者対応に限らず入院患者の転院なども考慮した、災害時精神保健対応を考えることが必要であることが示された。
- 3) 全国の災害拠点病院における災害時の水の確保に関する調査：全国の災害拠点病院の水の確保に注目して、他の研究班と連携した調査。飲料水確保を防災計画に策定していない病院が2割あった。飲料水策定のある病院でも、半数は職員のための飲料水の確保は考えていなかった。早急に、災害拠点病院でも災害時の水の確保について確認を行うことが必要であることが示された。
- 4) 原発事故後の保健所の活動に関する調査：各都道府県の保健所長会長がいる保健所を対象に調査。59%の都道府県保健所で線量計、68%でサーバイメーターを保有していた。特にサーバイメーターは11都道府県で新たに配備がなされていた。60%の保健所では、食品放射線検査業務を担当していることが明らかになった。

③日本版標準 ICS の実効性を担保するシステムの検討

以下のシステムの構築及び運用を行い、実効性の検討を行った。

- 1) 保健所連携支援相談システムの検討：健康危機管理に関する保健所支援を行うメーリングリストを用いたシステムである。現在月平均23件の相談、回答のやり取りがなされている。相談内容は、食中毒、保健所業務の遂行に当たっての課題、難病、感染症等の順である。本システムは、全国の保健所長の8割が参加しており、徐々に参加者が増加しているが、100%の参加者にすることが課題である。
- 2) 院内感染対応保健所支援ネットワークの検

討：東北ブロックで先駆的に開始されていた感染症対策の情報共有・相談システムを参考に、院内感染に対する保健所対応支援する目的で全国に拡大したものである。全国23人感染症専門家、国公立大学付属病院対策協議会、及び私立医科大学病院感染対策協議会の協力を得て、全国ネットワークが完成した。これは、平成23年6月17日に厚生労働省から発出された「医療機関等における院内感染対策について」の保健所の対応を標準化するものである。

- 3) 健康危機事例の活用に関する検討：平成24年度には52例の新規事例が追録。現在684例がh-crisis上で供覧されている。今後、本データベースをどのように保健所活動に活用してゆくかが、今後の検討課題である。

4) 災害時保健所間支援システム DPAT (Disaster Public health Assistant Team) :

災害時の対応においては、保健所は直属の主幹部あるいは都道府県の指揮下に入る。また、主幹部あるいは都道府県は、あらかじめ定められた地域防災計画等に基づいて危機管理対応を行うことになる。そこで、保健所の活動は、現在定められている地域防災計画などの法律下での、活動を余儀なくされる。一方、東日本大震災に対する全国保健所調査から、全国的保健所長派遣支援システムについての必要性が確認できた。その結果、「被災地の保健所長の指揮下で活動すること」、「都道府県等主管部局を通じて、国の派遣要請に応じてなされること」などの骨格を定めた。

D. 考察

二年間の研究結果から、全国保健所における健康危機管理対応の標準化のための第一歩となる日本版標準 ICS/IAP/AC を9分野で作成した。また、二年目には自然災害分野で全国保健所への普及研修を行った。しかし、ICS など英語訳をそのまま用いた事が、直感的にその全貌を理解することを阻害している可能性があり、今後、更に実効性を高める工夫が必要である。

二年間かけて作成した日本版標準 ICS/IAP/AC と、その実効性を担保するためのシステム、ネットワークの運用は、徐々に保健所長間に根付いてお

り、全国の保健所がネットワークとして活動するための重要なツールになると考えた。

二年間かけていくつかの分野で行った東日本大震災に関連した調査から、今後更に検討すべき災害時の保健所の健康危機管理体制について示唆的な結果が得られた。この課題については、徐々に改善を行う必要がある。

E. 結論

所期の目的である日本版標準 ICS/IAP/AC を、目標とした9分野で策定した。

この日本版標準 ICS/IAP/AC は、地域の実情に応じて、実効性のあるものにしてゆくための第一歩として、二年度に自然災害を対象に、全国7ブロックで研修会を行った。その結果、いくつかの県、保健所管内で ICS に基づいた保健所の災害時体制の構築が開始された。

日本版標準 ICS/IAP/AC を担保するためのシステムとして、保健所連携相談システム、院内感染対応保健所支援ネットワークの運用が開始され、既存の保健所危機管理事例のデータベースと共に保健所の危機管理対応のバックアップを行う体制が完成した。

自然災害分野では、今後実際の予測される大規模災害を想定して、具体的な保健所間の連携づくりが必要である。

地域健康安全・危機管理システムの機能評価 及び質の改善に関する研究（原因不明分野）

分野研究責任者：松本一年（愛知県一宮保健所長）

研究協力者：金谷泰宏（国立保健医療科学院 健康危機管理研究部長）、

小澤邦壽（群馬県衛生環境研究所長）、

松岡洋一郎（鹿児島県西之表保健所長）、近藤良伸（愛知県西尾保健所長）

要旨：「原因不明の健康危機」発生をいち早く察知するためには、医療機関や警察、消防等から保健所へのホットラインが必要である。さまざまな会議や日常業務、医師臨床研修制度の保健所実習などの機会を通じたコミュニケーションを積み重ね、人のネットワーク、顔の見える関係を構築することが重要である。

A. 目的

保健所は、「現場（現地調整所）無型原因不明の健康危機」に対して、健康危機管理の事前、発生、事後の全ての段階で標準的な対応ができるよう体制を整えておくことが求められている。

そこで、保健所が地域で健康・安全に関する役割を的確かつ効率的に果たすために、原因不明の健康危機に対する体制の弱点を検証し、一つのシステムとして再構築する。

B. 方法

愛知県一宮保健所管内の主要医療機関、医師会、市、警察、消防を構成員とする健康危機管理連絡会議において「原因不明の健康危機管理への対応」について、関係機関の連携のあり方を議論した。

また、現状の体制の問題点や、保健所組織内連携、地域内連携（保健所と関係機関の連携）、マスコミ対応等について検討するとともに、原因不明の健康危機に対する ICS（Incident Command System）及び、IAP（Incident Action Plan）の案を作成した。

C. 結果

平成 24 年 12 月に、愛知県一宮保健所管内の主要医療機関、医師会、市、警察、消防を構成員とする健康危機管理連絡会議において、国立保健医療科学院健康危機管理研究部 金谷泰宏部長から「原因不明の健康危機管理への対応」について講演いただき、関係機関の連携のあり方を議論した。

この健康危機管理連絡会議は、健康危機が発生し

たときに、関係機関が同じ方向を向いて協力し合って活動できるよう、相互理解を深めることを目的として、保健所主催で年 1 回開催している。

今回の主な議論の内容は以下のとおりであった。

健康危機には、食中毒、感染症、毒物、テロ、精神領域における緊急事例、事故、自然災害等、様々なものがあるが、そのうち、食中毒、感染症、毒物、テロなどは、和歌山カレー事件、地下鉄サリン事件のように、発生当初は原因不明であり、関係機関が重層的に協力して対応することが必要となる。

関係機関には、住民本位の対応が求められている。住民にとっては誰がしてくれるかはどうでも良く、何をしてくれるかが大切である。関係機関が住民のために協力し合って活動することが重要であり、日頃からの連携、顔の見える関係づくりが大切である。

関係機関の共通の願いというのは、地域の皆さん、みんなの健康、安全、安心であるので、そうした共通の願いに向かって共に考え、共に行動していくことが大切である。

以上の結果も踏まえて、標準的 ICS/IAP（原因不明）案を作成した。

この標準的 ICS/IAP（原因不明）案は、既存の健康危機類型別マニュアル等で対応できない原因不明の場合の対応方法の手順を定めることにより、保健所の職員が関係機関の連携・協力のもとに迅速かつ適切に健康危機管理対策を実施し、住民の生命、健康、安全の確保に万全を期するためのものである。標準的 ICS/IAP（原因不明）の作成にあたっては、「地域健康危機管理ガイドライン」（平成 13

年3月 地域における健康危機管理のあり方検討会)や、「地域における健康危機管理手引き書」(平成13年10月初版 愛知県健康福祉部)、「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」(平成18年から20年度の厚生労働科学研究費補助金事業)、「健康危機管理におけるクライシスコミュニケーションのあり方の検討」(平成19年から20年度の厚生労働科学研究費補助金事業)、「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」(平成21年から22年度の厚生労働科学研究費補助金事業)を参考にした。

原因不明の健康危機が発生した場合には、人的な被害の拡大を防止するため、地域の保健所、警察署、消防署、医療機関や市町村等、関係機関が有機的に機能することが求められる。

原因不明の健康危機が発生した場合のICSは次の(1)と(2)の場合が考えられる。

(1)現地調整所が必要な場合(急性型の急性期で現場あり)のICS

指揮・統括部門：消防署(現地調整所の指揮)

実行・行動部門：警察署、自衛隊、医療機関
(被害拡大の防止、被害者の治療等)

計画・情報部門：警察署
(脅威の評価、被害情報の集約、住民への情報提供等)

後方支援部門：保健所、市町村
(原因物質の分析・特定、情報の整理等)

経理・管理部門：各関係機関

(2)現地調整所が必要でない場合(急性型の慢性期または慢性型で現場なし)のICS

指揮・統括部門：保健所

実行・行動部門：保健所、医療機関

計画・情報部門：保健所

後方支援部門：警察署、消防署、市町村

経理・管理部門：各関係機関

保健所が主に対応するのは、現地調整所が必要でない、急性型の慢性期または慢性型で現場なしの場合であるので、その際の標準的ICS/IAP(原因不明)案を作成した。その概略は以下のとおりである。

ICS1. 保健所外の情報収集機能：

IAP1. 医療機関、警察署、消防署等からの人的被害状況把握

IAP2. 健康危機被害者及び関係者からの情報収

集

IAP3. 主管部局との連携による広域的な情報収集

IAP4. 原因物質について衛生研究所等からの情報収集

ICS2. 保健所内での指揮命令機能：

IAP1. 健康危機状況に応じた対応内容(体制と業務)の決定

IAP2. 主管部局、地域関係機関との連携による指揮命令

IAP3. 保健所機能の効率的な運用のための指揮命令

ICS3. 保健所による直接支援機能：

IAP1. 脅威の評価、治療関連情報の提供、救急医療体制に関する情報提供

IAP2. 衛生研究所等と協力して原因物質の分析・特定

IAP3. 支援が必要な人に対する直接支援(心のケア等)

IAP4. 支援が必要な市町村等に対する直接支援

ICS4. 保健所外の関係機関との連携機能：

IAP1. 主管部局や衛生研究所との連携

IAP2. 地域関係機関との連携

IAP3. 地域救急医療体制の調整

IAP4. 地域住民への情報発信補助

ICS5. 広報機能、外部関係機関などからの相談窓口機能

IAP1. 広報活動

IAP2. 医療関係者などからの相談ホットラインの設置

IAP3. 住民からの相談窓口の設置と相談受付

ICS6. 保健所内の総務機能：

IAP1. 地域関係機関との連絡網の確保

IAP2. 職員の食事、睡眠、休養等の確保

IAP3. 事前の準備としての人材育成

IAP4. その他必要な総務

D. 考察

「原因不明の健康危機」発生をいち早く察知するためには、医療機関や警察、消防等から保健所へのホットラインが必要である。様々な会議や日常業務などの機会を通じたコミュニケーションを積み重ね、顔の見える関係を構築し、医療機関など、地域の関係者から異常情報が常時自律的に集積する保健

所を目指す必要がある。

なお、医師臨床研修制度の保健所実習の成果として、公衆衛生を理解した臨床医が増えることによって、医療機関から保健所への通報が迅速かつ円滑になると考えられるので、保健所実習の内容を充実させる必要がある。

健康危機管理意識が高く、住民の声をしっかりと受け止めることができる保健所職員を増やす必要があるため、所内研修等によって、職員の意識の向上に努めることも大切である。

危機管理（マスコミ対応）の3原則は、①嘘の報告をせず、事実を隠さない、②責任逃れをしない、③誤解を招くような表現をしない、であり、迅速な対応と住民本位の対応も大切である。

E. 結論

「原因不明の健康危機」の事前の準備としては、保健所が専門性を活かした調整役となり、顔の見える関係づくりを進めることが大切である。

F. 今後の計画

平成22年度に作成した「保健所健康危機管理マニュアル」を今後改訂する予定である。

G. 発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

自然災害分野における日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）に関わる研究

佐々木隆一郎（飯田保健所）、中瀬克己（岡山市保健所）、緒方剛（筑西保健所）、
松本一年（一宮保健所）、寺井直樹（伊那保健所）、堀井淳一（新潟県福祉保健部）、
工藤淳子（上十三保健所）、柴田裕行（石川県立総合看護学校）、
田上豊資（中央東保健福祉事務所）、
柳原博樹（宮古保健所）、藤内修二（大分県中部保健所）、清水美香（上智大学）、
金谷泰宏（保健医療科学院）、多田羅浩三、米山克俊（日本公衆衛生協会）

研究要旨：初年度に長野県の防災計画をベースにした日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の作成を行った。二年目に、全国保健所長会と他の事業班の協力を得て、全国7ブロックで212保健所の参加を得て、自然災害分野における日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）についての討論型の研修を行い、普及及び意見の収集を行った。その際の意見を参考に最終版の作成を行った。最終的に、ACについては、地域でおかれている保健所の立場を考慮して、必要な項目とフォーマットを示すこととした。また、初年度に保健所間の連携を図るための災害時保健所支援システム DPAT（Disaster Public health Assistants Team）について提案を行った。

A. 研究目的

保健所は、地域の健康危機管理の拠点である。全国保健所が有する健康危機管理システムは、保健所が地域行政組織の中で多様な形態で、多様な役割を担っているために、様々である。一方、東日本大震災のような大規模な自然災害では、一つの保健所や自治体での対応は困難である。

そこで、保健所における自然災害発災時の健康危機管理システムをより標準化し、強化するための一助とするために、保健所の対応を日本版標準 ICS/IAP/AC として示すことを目的とした。

また、被災した保健所を支援するためのシステムとして、現法制の下で実現可能な方法について検討を行うことも目的とした。

B. 研究方法

日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の作成に当たっては、これまで本研究班の前身の二つの研究班で検討されてきた自然災害に対する保健所の健康危機管理に関する検討内容、厚生労働省及び全国保健師長会を中心に検討された災害時の保健師の活動に関する検討内容等を基礎資料とした。また、長野県における大規模災害時における医療保健分野における対応マニュアルも参考資料として用いた。

初年度に長野県の地域防災計画の下での保健所の活動をベースに作成した日本版標準 ICS/IAP/AC

（自然災害）を、全国保健所長会及び他の事業班の協力を得て行った全国の保健所長を対象とした討論型の研修会を全国7ブロックで開催し、その際に出された意見を参考に、分担研究者が原案を作成し、メール会議を開催し、最終案とした。

初年度に東日本大震災に対する全国保健所調査資料を基礎資料として、全国的保健所長派遣支援システムについての検討を行った。

（倫理面への配慮）

今回の研究は、保健所を中心とした行政機関などの関連機関との連携体制を中心としたものであり、個人情報取り扱いなど倫理規定に関連する事項を扱わないことから、倫理面で問題はないと判断した。

C. 研究結果

最終版として作成した日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の ICS/IAP は、米国で用いられている ICS の基本構造、指揮・調整（command）、対応（operation）、兵站（logistics）、企画（planning）、総務（admin/finance）をベースとしたものである。しかし、日本の多くの保健所の行政構造を考え、兵站、企画、総務部門は主管部局等の支援が受けられることが多いので、指揮・調整、対応システムをより重視した内容とした。

災害発生直後の急性期から、時間が経過するにつ

れ、保健所が果たすべき役割は変化するので、急性期（発災～24時間程度：主に現地の既存医療資源を用いて対応を開始する時期）、亜急性期（発災24時間～72時間程度：外部からの救急医療資源の支援を得て対応を行う時期）、慢性期（発災72時間～2週間程度：緊急医療体制から、外部からの医療、福祉等の資源の支援を得て二次健康被害予防のための対応を行う時期）、及び回復期（発災2週間程度以降：外部からの医療、福祉等の資源が撤退、避難所の閉鎖が開始された時期）の四つの時期に分けて示した。

今回作成した日本版標準ICS/IAP/AC（自然災害）は、ICS（Incident Command System）、IAP（Incident Action Plan）、及びAC（Action Card）の三段階からなる。ICSは、保健所が対応を行うことが必要な大項目、IAPはそれぞれのICSを達成するために必要となる項目、ACは必要となる項目を実施するための具体的な手段を示している。

日本版標準ICS/IAP/AC（自然災害）におけるICSは、保健所機能維持、地域保健医療福祉指揮調整部門の支援機能、外部からの支援受入れ機能、地域保健医療福祉部門の指揮調整、地域福祉機能対応部門、公衆衛生対応・市町村支援部門、ソーシャルキャピタル部門、及び保健所の保健医療福祉直接対応部門の8区分からなっている。ACは、地域で置かれている保健所の行政的位置が様でなく、種々の場合が考えられることから、より全国に普遍的なものとするために、最終版では必要となる事項及びフォーマットを示すにとどめた。

災害時保健所支援システム（DPAT）の検討では、支援保健所の役割として、①被災地の保健所長の指揮下に入りICSに基づく保健所機能の支援を行うこと、②被災地の保健所長の求めに応じた公衆衛生的専門的業務の支援を行うこと、の二つが骨格であると考えた。

即ち、都道府県内で解決できるものは都道府県内で、ブロック内で解決できるものはブロック内で、これらの枠組みで解決できないものについては、全国的な規模の支援・応援を考えることが必要となる。

D. 考察

今回作成した日本版標準ICS/IAP/AC（自然災害）は、全国的に保健所の災害時対応を標準化する

ための第一歩である。今後、各地域では、地域の実情の即したICS/IAP/ACの作成を行うことが必要である。そのためには、保健所は地域で築いている顔の見える関係を武器に、関係者と忌憚のない意見交換を行い最終的計画を作成するとともに、訓練を行うなど実効性を持たせるための努力を行うことが求められる。

今回、全国保健所長会や他の事業班の協力を得て、全国の保健所長を対象とした日本版標準ICS/IAP/AC（自然災害）に関する研修会を行ったが、その後、いくつかの県や保健所で、日本版標準ICS/IAP/AC（自然災害）をベースとした災害時の対応についての体制づくりが開始されており、今後の活動に期待される場所である。

災害時保健所支援システム（DPAT）は、現行の法令下では、所属行政機関からの支援、応援の形で支援を行うことが可能であると考えた。しかし、地域で保健医療福祉のコーディネートチームへの参加が求められる保健所長業務の継続性を図るには、地域を知っていること、地域で顔の見える関係があることなどの条件が必要なことから、普段から保健所管轄地域、都道府県を越えた連携作りが必要である。今後積極的な検討が必要である。

E. 結論

所期の目的である自然災害分野における日本版標準ICS/IAP/ACを作成した。

全国の保健所は、今後、この日本版標準ICS/IAP/ACを、地域の実情に応じて、実効性のあるものにしていくことが求められる。

現法制下での被災保健所の支援システムについて提案を行った。

地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究： 食品安全

分野担当責任者：竹内俊介（島根県松江保健所長）

研究協力者：西田みちよ（東京都世田谷保健所長）

谷口栄作（島根大学医学部地域医療支援学講座教授）

大橋俊子（栃木県県東保健所長（県東健康福祉センター））

研究要旨：近年、食品流通の国際化・大量輸入、チェーン展開による大型飲食店の出現、学校給食のセンター化などにより、食中毒が大規模・広域化している。大規模食中毒発生時には、重症例も含め救急治療の迅速な体制確保が必要であり、平時から管轄する保健所管内の救急医療、重症例治療体制の現状について再評価を行い、地域の関係者と連携して、患者のトリアージ、搬送体制、重症者の入院先の確保・搬送体制について、体制の強化を図ることが重要である。

さらに広域食中毒については、その早期探知、原因究明が被害の拡大を防ぐ上で重要であり、厚労省は食中毒被害情報管理室の設置、NESFD（食中毒調査支援システム）の運用等対応を強化してきている。

今回、大規模広域的食中毒発生時にその迅速な対応と関係機関との連携、医療提供体制の確保を目的とした保健所の標準的活動プランを作成するとともに、NESFD の評価と課題について整理した。

A. 研究目的

大規模広域的食中毒発生時の健康被害を二次感染防止も含め、最小限にすることを目的とした保健所の標準的活動プランを策定するとともに、関係機関の役割を明確にする。今回は本庁対策本部と現地（保健所）対策本部の機能について整理した。

また、広域食中毒の早期探知、原因究明に資するNESFD の現状と課題を整理する。

B. 研究方法

- 過去（平成 11 年以降）の大規模広域的食中毒事案について、「全国食中毒事件録」その他の文献により抽出し、その対応、関係機関、自治体間の連携について検証するとともに、この間の厚生労働省等の対応について通知等を参考に、
 - ・患者発生届を受理した時期
 - ・患者届が増加し、大規模食中毒が想定される時期
 - ・患者が大量に発生した時期について、標準的 ICS/IAP を作成する。
- 食中毒被害情報管理室の活動状況、NESFD の現状についてのインタビュー、意見交換を行うとともに、22、23 年に NESFD に登録された事例について、発生から登録までの期間、原因種別等

を分析した。

C. 研究結果

- 大規模広域的食中毒発生時の ICS を探知期（第 1 患者発生届から患者数が増加し、大規模食中毒が想定される次期）と急性期（患者が大量に発生する時期）の 2 段階作成した。

特に初動調査から早期に大規模広域的食中毒発生の可能性の判断とそれに伴う保健所、本庁の対応および大規模食中毒発生時の保健所の体制、本庁体制、他保健所による応援体制、医療体制の確保、専門家による支援体制などが主なアクション・プランである。

また、この ICS を時系列に整理した一覧表を作成した。

- 大規模広域的食中毒（患者数 500 人以上）事例の分析

平成 11 年以降、「全国食中毒事件録」に掲載されている大規模広域的食中毒（患者数 500 人以上）事案は 6 件あった。単一施設が原因施設となり、複数の自治体に患者が発生した例が 3 例（ノロウイルス 2 例、黄色ブドウ球菌 1 例）、特定の食品が全国流通する中で発生した事案が 3 例（サルモネラ、黄色ブドウ球菌、腸炎ビブリオ各 1

例)であった。

今回、過去の広域的食中毒事例とくに、散発例から多くの自治体にまたがる広域事例であることが判明した事例について、既存の文献から検証した限りでは、中国産冷凍ギョウザ事例を除けば、流通ルートの調査から都道府県内で散発例でも広域発生の可能性が確認され、他自治体との情報交換が迅速に行われていた。

これまでの課題をふまえ、現在、全国的な食中毒情報が NESFD や WEB 上で発信されている。当研究班において平成 22 年に行った全国保健所アンケートでは、「インターネットなどを利用して他自治体での発生事例を定期的にチェック」で要改善と応えた保健所は 4.5% であり、ほとんどの保健所でチェックは定期的に行われている。

しかし、このようなシステムが有効なものになるためには、第一線の保健所において感染症担当であれ、食品衛生担当であれ、探知した事例が当該管内では 1 例であっても、過去の事例や全国の情報などから広域的な食中毒を疑い、調査し、結果情報を本庁や全国の情報集約・提供システムにあげることができるかどうかのポイントである。当研究班において平成 20 年 3 月（中国産冷凍ギョウザによるメタミドホス中毒直後）、同年 7 月、平成 22 年 7 月の全国保健所に対するアンケート調査では、「保健所組織を超える体制移行への判断基準」について、「要改善」と回答した保健所が 24.7% あり、まだ改善の余地があるように思われる。

そこで、アクション・カードとして調査票に広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報についてのチェック項目を設けることを提案した。

3. NESFD による食中毒速報の現状

1) 報告数について

平成 22、23 年に NESFD に登録された事例は 649 件、782 件（重複等を除く）と増加している。食品衛生法第 58 条 3 項による患者 50 人以上の報告例は平成 22 年は全体の 5.7%、平成 23 年は 5.4% であった。

2) 原因物質について

報告された事例のうち、ノロウイルス、カンピロバクター、「調査中」が上位 3 位で、H22 年は 63.2%、H23 年は 74.3% を占めている。調査中の

段階で報告された事例は 2 年通じて 20% 強であった。

3) 発生から NESFD 登録までの期間

平成 22 年、23 年に NESFD に登録された事例について、原因別に発生から登録までの期間をみると、「調査中」とされている事例は平均 4.9 日、事例の多いカンピロバクターで 12.6 日、ノロウイルスで 7.9 日であった

現状では、原因物質が判明した後または、報道発表の資料が報告されたり各自治体からの報告はまちまちで、報告・登録まで時間がかかっている。

D. 考察

毎年、全国食品衛生関係主管課長会議において監視安全課から、都道府県等に対する要請が行われているが、平成 22 年には引き続き、重大な食中毒事案（重篤患者の発生、広域・大規模発生等）の早期発見と被害拡大防止を図るため、次に掲げる 5 点をお願いする。

- ①日頃より各地域の関係機関（医療機関、消費生活センター、警察等）との連携を図り、食中毒事案が発生した際に初動調査を迅速に実施するための体制を整備すること。
- ②食中毒事案を探知したときは、その犯罪性の有無にかかわらず、速やかに都道府県等に報告するとともに、事案の性質に応じて捜査機関を始めとする関係機関との間で情報を共有すること。
- ③食品衛生法第 58 条 3 項に規定する食中毒については、その疑いがある場合においても直ちに厚生労働省へ報告を行い、その後の調査結果についても報告すること。
- ④飲食チェーン店を原因とする広域発生が疑われる場合にあっては、食中毒被害情報管理室、当該系列店の本社を管轄する都道府県等及び患者の発生している関係都道府県等との間で情報共有を行い対応すること。また、患者便や食材から分離される菌株を迅速に収集し、地方衛生研究所、あるいは国立感染症研究所において遺伝子解析を行うなどにより、その全容の早期把握に努めること。
- ⑤大規模広域食中毒事案等について、厚生労働省による調査の要請を受けたときは、適切に対応

すること。

平成 24 年には上記に加え、

- ① NESFD から配信される食中毒速報やその他の食中毒関連情報（食中毒詳報、広域食中毒関連情報、感染症サーベイランス情報、分子疫学情報等）の情報を確認することにより、全国的な食中毒発生動向に留意するよう管轄保健所及び地方衛生研究所等の職員へ周知すること。
- ② NESFD を通じて他の都道府県等との情報共有が図られていることに鑑み、広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報（広域流通食品の関与の有無、原因食品と推定される原材料の遡り調査結果等）を積極的に記載すること。

等、

- ① 初動調査を迅速に行える体制整備
- ② 中国産冷凍ギョウザ（メタミドホス）事件の反省から「犯罪性の有無に関わらず」速やかに
- ③ 食品衛生法第 58 条 3 項に規定する食中毒については、その疑いがある場合においても直ちに
- ④ NESFD の活用を
- ⑤ 食中毒被害情報管理室への報告には、「広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報」を積極的に記載

が自治体に依頼されている。

しかし、現状では「調査中」の段階で報告されたり、原因物質が判明した後または、報道発表の資料が報告されたり各自治体からの報告はまちまちである。

大規模広域食中毒発生のパターンには、

- I 給食、仕出し、旅館・ホテル、大規模イベント等、施設における汚染が原因となる広域大規模事例
- II-1 特定施設（輸入も含む）で汚染された食品が広域に流通する中で発生する事例（細菌・ウイルスによるもの）
- II-2 〃 （化学物質によるもの）

があるが、I のパターンは一点暴露のため、患者はほぼ同時期に発生し、原因施設や食品の特定は比較的短時間で可能である。

しかし、II のパターンで、原因食品が冷凍食品や乾物、塩辛、真空パック等保存ができる食品の場合、患者は広域にわたるが、同一時期でなく、患者は幅広い期間にわたって発生する可能性がある。こ

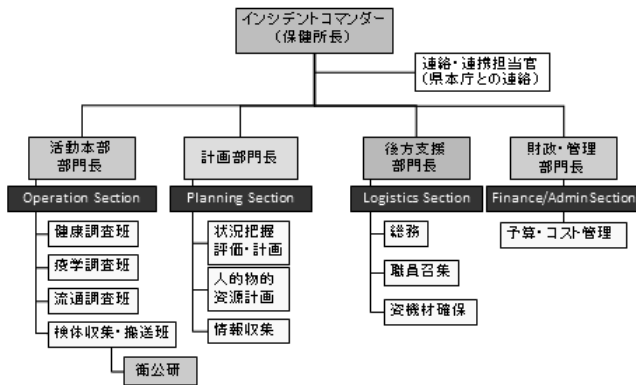
ういう事例の早期探知、被害拡大防止のためには、初動調査の段階で広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報（広域流通食品の関与の有無、原因食品と推定される原材料の遡り調査結果等）が重要になる。

そのためには、原因物質の特定には検体採取、検査が必要で時間がかかるため、まず「原因食品」の特定（推定）を急ぎ、その食品が広域流通食品かどうか、遡り調査を含め、広域発生の可能性を早期に判断する必要がある。その判断材料を確実に収集するために、調査票に「広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報」の項目を必記とし、見落としがないようにする必要がある。さらに確実を期すためには、食中毒処理要領、食中毒統計作成要領の改訂も必要になろう。

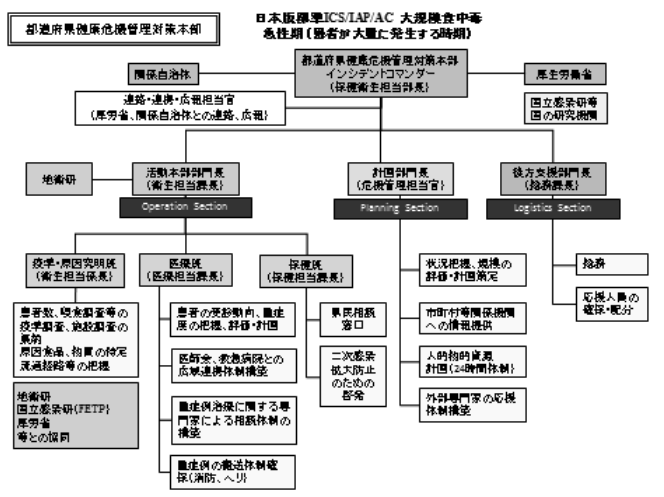
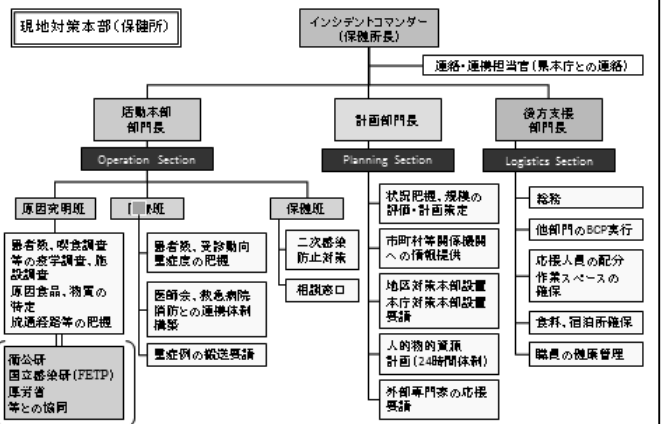
E. 研究発表

なし

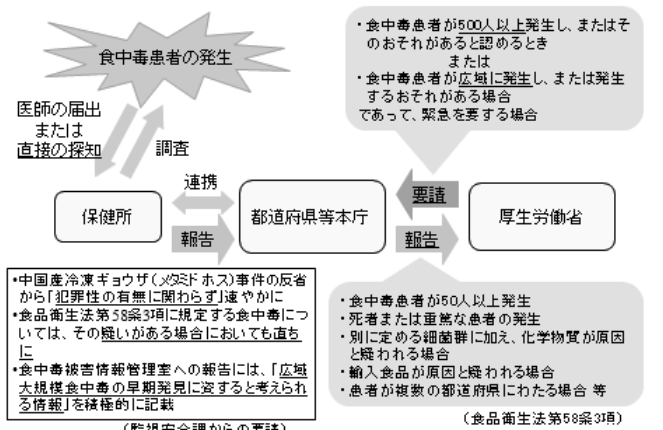
日本版標準ICS/IAP/AC 大規模食中毒
急性期(第1患者発生届から患者数が増加、大規模食中毒が想定される時期)



日本版標準ICS/IAP/AC 大規模食中毒
急性期(患者が大量に発生する時期)



食中毒への対応の強化



平成22、23年度NESFD(食中毒事件速報)
に掲載された食中毒事案(1,431件)

順位	原因物質	件数	構成比	発生から掲載までの日数
1	ノロウイルス	342	23.9%	7.9
2	カンピロバクター	326	22.8%	12.6
3	「調査中」	326	22.8%	4.9
4	植物毒	113	7.9%	2.7
5	腸管出血性大腸菌	76	5.3%	17.7
6	サルモネラ	71	5.0%	12.7
7	動物毒	42	2.9%	4.0
8	黄色ブドウ球菌	28	2.0%	6.0
9	ウェルシュ	25	1.7%	7.1
10	腸炎ビブリオ	17	1.2%	7.2

監視安全課から、都道府県等に対する要請

- ① 食中毒事案を認知したときは、その犯罪性の有無にかかわらず、速やかに都道府県等に報告
- ② 食品衛生法第58条3項に規定する食中毒については、その疑いがある場合においても直ちに厚生労働省へ報告
- ③ 飲食チェーン店を原因とする広域発生が疑われる場合にあっては、食中毒被害情報管理室、当該系列店の本社を管轄する都道府県等及び患者の発生している関係都道府県等との間で情報共有
- ④ NESFDから配信される食中毒速報やその他の食中毒関連情報(食中毒詳細、広域食中毒関連情報、感染症サーベイランス情報、分子疫学情報等)など、全国的な食中毒発生動向に留意
- ⑤ NESFDを通じて他の都道府県等との情報共有が図られていることに鑑み、広域大規模食中毒の早期発見に資すると考えられる情報(広域流通食品の関与の有無、原因食品と推定される原材料の溯り調査結果等)を積極的に記載

通報受付票

事案の概要

1. 発生日時 平成 年 月 日 時 分頃

2. 症状
 消化器症状: ☐下痢 ☐腹痛 ☐吐き気 ☐嘔吐
 神経症状: ☐けいれん ☐マヒ ☐意識障害
 その他: ☐発熱(℃) ☐頭痛 ☐その他
 .
 .
 .

3. 今後の患者発生の見通し
 多数の患者発生の可能性 有 無
 【推定する根拠】
☐学校・施設・企業等給食が原因と推定 ☐旅館・ホテル等の利用者
☐大規模仕出し・弁当の利用者 ☐大規模イベント参加者
☐広域チェーン店利用者
☐その他()

調査票

【患者調査】 - 略 -

【喫食調査】

1. 患者グループの共通性(学校・施設給食、行事、旅行等)

2. 発症時から遡って72時間以上の喫食状況
 .
 .
 .

3. 共通利用施設
☐給食(学校等) ☐仕出し・弁当 ☐旅館・ホテル ☐大規模イベント
☐飲食店(広域チェーン店)

4. 利用施設、特製食品等から、大規模広域発生の可能性の有無 有 無
 【判断理由】
 ●利用施設・場所
☐学校・施設・企業等給食が原因と推定 ☐大規模仕出し・弁当の利用者
☐旅館・ホテル等の利用者 ☐大規模イベント参加者 ☐広域チェーン店利用者
 ●(推定)原因食品
☐冷凍食品・食材 ☐乾物、惣菜 ☐真空包装食品・食材 ☐輸入食品・食材
☐その他()

大規模食中毒日本版標準ICS/IAP/ACの普及のために

1. 食中毒事件票、食中毒事件詳細の改訂

▶食品衛生法により調査終了後速やかに、保健所長が知事等に報告が義務付けられている食中毒事件票、食中毒事件詳細について、食中毒処理要領、食中毒統計作成要領に定められている項目に加え、ICS/IAPにてとした評価点、反省点の記載を必記とする(部門機能の確立、IAPの実施、ACの活用等)。

2. 通報受付票、調査票の標準化

▶食中毒通報受付票、初動調査票に大規模発生の可能性、広域発生の可能性を判断する項目(チェック方式)を必記事項とし、食中毒被害情報管理室に報告する(全国食品衛生関係主管課長会議における監視安全課からの要望事項でもある)。

…報告の中に、ICS/IAPに関する項目を標準化することにより、全保健所に普及できる

3. IAPチェック票の作成

▶急性期、被害拡大期に必要なIAPが実施されているか確認するためのチェック票を作成、活用。小規模な食中毒事案においても活用することにより、訓練ができる。

「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」 報告書

分野研究名：医療・介護等安全（ICS 及び平時連携事業を含む総括報告）

分野研究責任者：古屋好美（山梨県中北保健所長）、研究協力者：石田久美子（茨城県つくば保健所長・常総保健所長（兼務））、池田和功（堺市北区役所北保健センター所長）、桜山豊夫（東京都児童相談センター所長）、船山和志（横浜市衛生研究所感染症・疫学情報課課長）、古畑雅一（北海道江差保健所長）、東健一（横浜市健康福祉局健康安全部医療安全課職員）、土屋久幸（埼玉県熊谷保健所長）

研究要旨：医療事故・院内感染・医療サージ有事対応を想定したインシデント・コマンド・システム／インシデント・アクション・プラン／アクション・カード（ICS/IAP/AC）作成及びこれまでに構築した連携体制の質の改善を目的として、医療システム安全のための日本版標準 ICS/IAP/AC を作成した。また、分担研究班との協働により、ISO TC223（国際標準化機構における社会セキュリティに関する専門委員会）調査研究及び院内感染行政専門家連携メーリング・リスト構築・普及等を実施した。ICS 以外では、医療安全としての病院災害準備状況調査を基にした保健所のリスク・コミュニケーション事業や医療機関間格差是正による地域単位での医療安全レベル向上事業を実施して、連携体制の質の改善を図った。

キーワード：医療・介護安全、保健医療システム安全、医療事故、院内感染、医療安全支援センター、立入検査、メディカル（医療）・サージ、リスク・コミュニケーション

A. 研究目的

医療事故・院内感染・医療サージ有事対応を想定したインシデント・コマンド・システム／インシデント・アクション・プラン／アクション・カード（ICS/IAP/AC）を作成すること、及びこれまでに構築した組織内・組織間・地域内連携体制の質の改善を行うこと、の二つを目的とする。

B. 研究方法

1. 医療事故・院内感染・医療サージ（医療機関収容力及び対応能力を超える緊急事態）における日本版標準 ICS/IAP/AC の作成を行った。
2. 分野別特異的検討：保健医療システム安全に関する米国 ICS 及び ISO TC223 の調査結果を踏まえて、保健医療システム安全における日本版標準 ICS/IAP の作成を行った。
3. 日本版標準 ICS/IAP の実効性を担保するシステムの構築：全国保健所、関連機関間の連携・支援体制の強化を図ることを目的に、分担研究者等に協力して各種連携システムの構築を行った。具体的には、メーリング・リストによる院内感染専門家との連携システム構築と普及、保健所間の情

報共有方法検討、及び国際動向調査を実施した。

4. 平時連携の推進：保健所と医療機関や他機関及び住民との間においてリスク・コミュニケーションを促進し支援体制を構築する事業を行った。

C. 研究結果

1. 医療事故等における日本版標準 ICS/IAP/AC：医療事故を探知した場合、保健所の指揮体制を確立し、事実確認後、事情聴取または緊急立入検査を実施する。この結果に基づきメディア対応及び注意喚起を行う。同時に患者・住民の不安に対応するための相談体制整備を行う（急性期）。次に、事故調査委員会等検討結果確認及び患者・住民の不安内容・要望を踏まえてのリスク・コミュニケーションを実施する（亜急性期）。今後の立入検査、地域医療安全文化醸成、職員の資質向上への活用を行う（終結期）。院内感染においては、保健所、地方衛生研究所、国立感染症研究所（FETP を含む）、病院感染制御専門家等の協力が必要となる。

自然災害時の医療サージの際には、医療機関が被災した中で医療機能を確保するために、医師

会、災害拠点病院、薬剤師会、保健所、基礎自治体等が地域医療部門連携会議を開催して医療機能の調整、避難所の保健医療体制について合議で取り組む体制を想定した。平時からの関係機関の協働による圏域レベルのICSにより、機動的かつ、地域の実情に即した対応が可能となる。保健所は、日常業務を通じて地域の医療資源を把握しており、圏域レベルのICS構築、特に医療サージにおける医療の調整、医療安全の確保において調整役としての役割を担うことができる。

2. 分野別特異的検討結果：医療事故・院内感染発生時（探知時）を含む地域医療システム安全に関わる事態発生において、患者及び関係者の健康被害を最小限に止め、関係機関と連携した原因究明・再発防止・相談対応・収束等を当事者である医療機関と保健所及び関係主管部局、場合により地域医療部門連携会議とが協力して実行できるようにすることを目的とした保健所の標準的活動プランを示した。保健所は平時から関係主管部局や地方衛生研究所等関係機関と話し合っており、地域の実情に合わせて保健所の担う役割を明確にしておくことが重要である。また、保健所は、病院連合体や医師会、歯科医師会、薬剤師会等医療関係機関組織と共に、平時からこのICS/IAPの目的を理解し、内容を熟知し、互いに顔の見える関係を構築して発生時には協働して対応できるよう、体制強化を図ることが重要である。

保健所では、有事に実際にこのICS/IAPが活用できるように、平時から関係者と連携してシミュレーション訓練を行うことで職員の意識を高めておくことが必要である。保健所は、地域内関係機関だけでなく、地域外及び国レベルの専門機関や専門家からどのような支援が得られるのか、支援要請方法はどのようなのかについて、主管部局と確認し、把握しておくことが必要である。

3. 保健医療システム安全の考え方を基に、連携システム構築のための分担研究（中瀬班及び緒方班）に協力した。

- ・メーリング・リストによる院内感染専門家との連携システム構築と普及：当班会議における検討結果（保健所の役割・機能）をシステム構築に活かし、ブロック保健所長会で普及を図った。

- ・保健所間の情報共有：全国保健所長会メーリン

グ・リストを活用して医療安全事案の相談等に応じた。

- ・国際動向調査：健康危機管理における医療安全には、米国においては医療サージに対する行政対応や医療機関におけるICSを包含している。世界防災閣僚会議（2012年7月3-4日）の動向や米国ICS、JCI（Joint Commission International）及びISO TC223で議論の進んでいる社会セキュリティの動向を見ると、地域健康危機管理の要となる保健医療システム安全体制を目的とする医療機関対応として求められるのは、医療事故・院内感染対策に留まらないことがわかった。

4. 平時連携・支援体制推進事業項目：

- 4-1）都道府県と政令指定都市における医療安全相談窓口及び立入検査結果のホームページ公表状況調査（H23）

- 4-2）行政による院内感染対策支援体制構築事業（H23）

- 4-3）住民・医療機関とのリスク・コミュニケーション事業（啓発冊子、保健所ホームページ、地域住民対の研修会、メディカルコントロール協議会・救急講習部会との連携）（H23）

- 4-4）病院災害準備状況調査を基にした保健所・病院のリスク・コミュニケーション事業（H23-24）

- 4-5）医療機関間格差是正による地域単位での医療安全レベル向上事業（H24）

- 4-6）日本小児科学会地方会・県小児科医会合同講演会や県医療安全推進研修会・看護管理者研修会における、医療サージ、新型インフルエンザ診療継続計画、ICS等を題材とした医療界とのリスク・コミュニケーション（H24）

D. 考察

保健所は、法令に規定された領域において医療安全を確認する役割を担っており、その範囲は、「医療法」の範疇はもとより、一部改正された「地域保健法第4条第1項に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」によるものがある。さらには「災害対策基本法の一部を改正する法律」と防災対策推進検討会議最終報告を踏まえた災害対策法制の見直しなど最近の動向を見ると、医療システム安全に対する保健所の役割の方向性が示されていると考

えられる。

一般に医療・介護等安全はわが国の現状では医療事故・院内感染が主となっているが、国際動向を見ると、今後は医療機関においても医療サージ等健康危機管理対応が求められると考えられる。

保健医療システム安全における日本版標準 ICS/IAP の作成及び関連するリスク・コミュニケーション事業を実施して、地域内連携、都道府県内連携、及び全国的連携の役割の明確化を行うと共に、連携体制の弱点を改善・強化し、医療・介護安全を保健所の役割とする一つのシステムとして再構築を行うための検討とした。本研究によって、医療システム安全のために保健所が担うべき役割ととるべき連携が明確になった。さらに今後医療サージへの備えを強化する必要がある。

E. 結論

医療システム安全における日本版標準 ICS/IAP/AC を作成した。また他研究班との協働による院内感染行政専門家連携メーリング・リスト構築と普及や国際動向調査を実施した。保健所のリスク・コミュニケーション事業を通じてこれまでに構築した組織内・組織間・地域内連携体制の質の改善を行った。今後医療サージへの備えを強化する必要がある。

F. 研究発表

1. 保健所が目指す医療・介護安全連携構築のためのガイドライン . 日本公衛誌 2011;58 (10) : 415.
2. 地区組織等との連携による医療安全文化の醸成における保健所の役割 . 日本公衛誌 2011;58 (10) : 453.
3. Yoshimi Furuya, Kozo Tatara, et al. Japanese patient safety guidelines for Public Health Centers. American Public Health Association 139th Annual Meeting, Washington DC, November 2, 2011.
4. 保健所が求める医療機関における感染対策 - 立入検査の活用 - インфекション・コントロール、メディカ出版 2011;20 (9) : 38-43
5. 医療事故・院内感染有事対応の調整を可能とする保健所の連携体制 (統括報告) . 日本公衛誌 2012;59 (10) : 482.
6. 保健所における院内感染対応の ICS/IAP 作成

の試み～シミュレーションを含め～. 日本公衛誌 2012;59 (10) : 483.

7. 震災対応における保健所の役割 . 日本公衛誌 2012;59 (10) : 483.
8. 自治体における、医療安全相談窓口及び立入検査結果のホームページ公表状況調査 . 日本公衛誌 2012;59 (10) : 483.
9. 医療安全として病院災害準備状況調査を基にした保健所のリスク・コミュニケーション事業 . 日本公衛誌 2012;59 (10) : 483.
10. 行政による院内感染対策支援体制構築について . 日本公衛誌 2012;59 (10) : 484.
11. Yukio Endo, Yoshimi Furuya, Ryuichiro Sasaki, et al. Infection surveillance system for evacuation centers. American Public Health Association 140th Annual Meeting, San Francisco, CA, October 28, 2012.
12. 古閑美奈子、古屋好美 . 山梨県中北地域の給食施設における災害準備状況調査と今後の対策 . 日本集団災害医学会誌 2012;17 (3) : 446-453.
13. 医療機関立入検査必携 . 一般財団法人 日本公衆衛生協会 2013 (in press).

G. 知的財産権の出願・登録状況：なし

図1. 健康危機管理レベルを段階的に医療機関が日常対応可能レベルから対外的に支援を要求するようなレベルまで色分けで表示した一例

地域健康危機における保健医療システムの現在の状況	
緑	通常レベル。 各機関は、支援なしで対応可能レベル。
黄	地域資源または事前協定によってインシデント管理中。 支援は要求されていない。
橙	管轄地域/活動地域の内部において、支援を要求している。
赤	管轄地域/活動地域の外部に対して、支援を要求している。
黒	管轄地域/活動地域の外部に対して、多大な支援を要求している。
灰	状況不明。

California Public Health and Medical Emergency Operations Manual
(2011年7月) 16ページ表より

図2. 医療サージを想定した地域医療部門連携会議（メンバーは医師会、災害拠点病院、救急病院、薬剤師会、基礎自治体、保健所等）、保健所及び本庁主管課間の連携の組織図

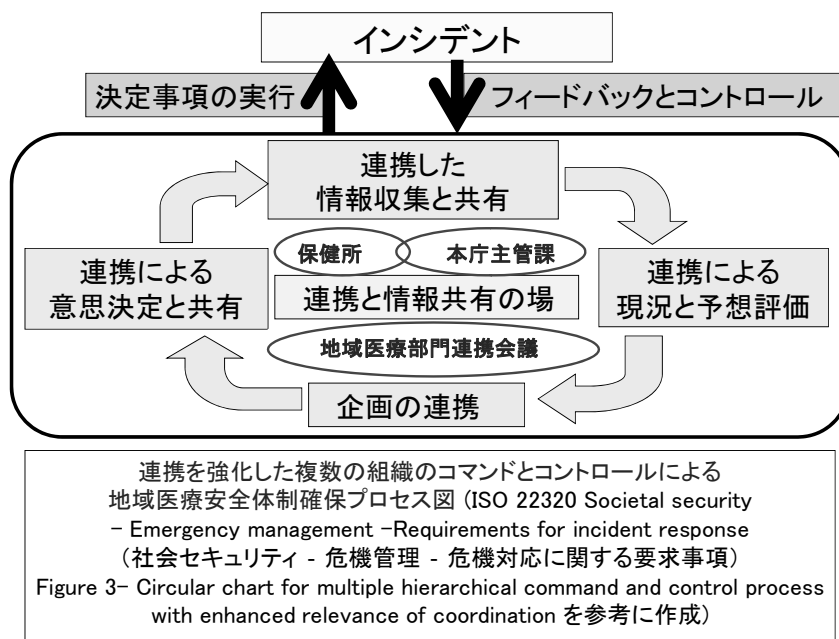


表1. 日本版標準 ICS (Incident Command System) /IAP (Incident Action Plan)
—地域医療安全体制確保における時期別保健所の機能一覧 (総論概要)—

必要セクション	必要機能	平時	急性期～亜急性期	終結期
保健所機能 (保健所長・総務部門)				
・保健所の機能確保・維持 (主管部局と保健所)	・各役割の確認、関係機関との連携体制・保健所人員、必要機材・様式の確保・指揮官の明確化・専門家の把握	・医務、業務、感染症、保険、介護、精神、障害福祉、法務等役割、連携体制・BCPの整備と訓練・調達方法・	・活動能力判定 (インフラ、人員) ・BCPの決定 ・指揮官の決定 ・指揮の開始・継続	・活動能力判定 (インフラ、人員)・BCPの決定・指揮の継続 ・通常状態への移行判断
対応部門支援機能 (保健所長・総務部門・主管部局)				
指揮機能支援 ・アドバイザー機能	・専門家のリスト化 ・保健所長会 (地域、ブロック及び全国) との連携	・専門家リストの作成及びアドバイザー依頼 ・科学的根拠の蓄積	・専門家の確保 ・指揮の開始・継続性の確保・院内対応会議 ・地域部門連携会議	・指揮の継続性の確保 ・指揮内容の確認・地域部門連携会議の開催等・終結期見定め
指揮機能支援 ・報道・リスク・コミュニケーション (RC)	・一元的報道	・報道との関係づくり・報道官の設定・地域報道システム構築	・一元的報道方法の決定周知・上位指揮機能との連携・RC	・一元的報道の継続 ・RC・通常情報発信体制に移行
指揮機能支援 ・渉外機能	・上位指揮部門との連携・医療指揮部門との連携 (リスク・コミュニケーション)	・主管部局と保健所の役割の確認 ・医療指揮部門との連携体制	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携開始・議会、厚生労働省への報告	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携 ・通常業務移行判断
指揮機能支援 ・対応部門安全確保機能	・職場衛生管理 ・労働管理 ・健康管理 (心を含む)	・危機管理時における衛生管理方法の確認 ・労働・健康管理方式	・職員の健康状態のチェックと作業量の決定・職場の衛生管理	・職員の健康状態のチェックと作業量の決定・職場の衛生管理
指揮機能支援 ・対応部門の経理・管理機能	・予算の確保・人員の確保 (弁護士、専門家アドバイザー等含)	・予算確保方法確認 ・応援体制の整備	・健康被害規模による必要予算見積もり概算・打合せ	・必要予算見積もりの算出・予算獲得打合せ
指揮機能支援 ・対応部門の企画機能	・医療安全事案の収集・分析	・情報収集体制の整備・訓練 ・医療・福祉機関基礎情報整理・シミュレーション訓練・研修参加	・事実確認・企画機能・情報収集分析と継続・患者安全確保・患者受入れ自粛・支援順位・専門家等要請判断	・情報収集の継続 ・当該医療機関情報収集分析継続 ・外部専門家等協力終結判断・影響分析
対応部門 (支援連携) (総務部門・主管部局)				
・保健所間連携	・連携体制の構築 ・連携内容の確認	・連携体制の構築 ・連携訓練 ・受援体制の構築	・支援要請判断・内容判定・支援要請・対応会議開催 (需給・内容)	・対応会議開催・支援量需給及び内容の判断・支援終了の判断
・多機関連携 (図2: 保健所、主管課、地域医療部門連携会議)	・連携体制の構築 ・連携内容の確認	・連携体制の構築 ・連携訓練 ・受援体制の構築	・院内対応会議設置要請・協力・連携会議・上位指揮部門会議	・対応会議開催・支援量需給・支援内容・対応会議開催・終了判断
対応部門 (医務) (医務部門・主管部局)				
・緊急対応 (反応的対応)	探知、事情聴取 ・事実確認 (保健所または主管部局との合同)・院内対応会議等設置要請・協力	・平時における医療機関とのリスク・コミュニケーション・関係者の役割確認と訓練	・事実確認・院内対応会議等設置要請・協力 ・医療機関現場経過及び検討内容確認・専門家支援の必要性判断	・医療機関現場経過及び院内対応会議検討内容確認による終結期判断・外部専門家支援の必要性の判断
・立入検査 (医療事故・院内感染の場合には、必要に応じ保健所または主管部局との合同で実施)	・患者安全確保・確認	・平時における医療機関とのリスク・コミュニケーション	・緊急立入検査による患者安全確保・確認 ・外部専門家支援の必要性の判断	・立入検査による患者安全確保・確認最終判断・保健所の報告書作成 (背景、全容、再発防止、助言・指導内容)
・通常医療の確保	・入院、外来、救急医療確保	・事前打合せ・シミュレーション訓練 ・医療機関間協定促進	・外部支援の判断 ・病院稼働状況把握 ・患者外部搬出の判断・搬出要請・代替	・通常医療への復帰または断念の判断・外部支援を得た通常医療・通常医療体制移行
対応部門 (相談) (医療相談部門・主管部局)				
・医療相談	・医療機関における相談窓口確認・相談窓口設置 (保健所と主管部局連携)・内容整理	・医療機関に有事の相談窓口設置促進 ・相談窓口設置訓練 ・相談内容様式の準備	・当該医療機関・保健所相談窓口設置	・終結期判断 ・報告書作成

「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」 感染症分野

感染症分野責任者 遠藤幸男（福島県県北保健所所長、前県南保健所所長）

研究協力者：阿部孝一（郡山市保健所所長）、大橋俊子（栃木県県東保健所所長）、金成由美子（福島県南会津保健所所長）、鹿野和男（宮城県塩釜保健所所長）、白井千香（神戸市保健所部長）、菅原 智（岩手県県央保健所所長）、中瀬克己（岡山市保健所所長）、野尻孝子（和歌山県御坊保健所所長）、宮川隆美（青森県八戸兼東地方保健所所長）、山口 亮（旭川市保健所所長）、山口一郎（山形県村山保健所所長）、湯浅京子（徳島県保健福祉部）

助言者：大久保憲（東京医療保健大学大学院 医療情報科学科長・感染制御学教授）、

賀来満夫（東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学分野教授）、金光敬二（福島県立医科大学 感染制御講座教授）、森兼啓太（山形大学医学部附属病院感染制御部部長）、

小澤邦壽（群馬県衛生環境研究所所長）、加藤誠也（結核予防会結核研究所副所長）

金谷泰宏（国立医療科学健康危機管理研究部部長）、安井良則（国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官）、梅木和宣（厚生労働省健康局結核感染症課課長補佐）

要旨：感染症危機管理システムの更なる質の改善を行うことを目的とし、大規模感染症に備えて感染症分野の日本版標準のICS/IAPの新感染症・大規模感染症における発生段階別の保健所及び都道府県の実施対策編を作成するとともに その運用における感染症関連グッズ・ツールとして各種様式、関係機関の役割、相談窓口等を明確にした。避難所サーベイランスは、保健所等と感染研情報センターが避難所の感染症情報を迅速に共有できる双方向であり、有効であった。

A. 目的

健康危機管理対応の基本的ツールとしてICS（Incident Command System）の概念を導入し、感染症分野の日本版標準のICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）として昨年度は保健所の実施対策編及び今年度は都道府県の実施対策編を作成することだけでなく、ICS/IAPの運用として感染症関係機関の役割と相談窓口等を明確にするとともに東日本大震災において避難所感染症サーベイランスシステムを活用することにもよって、感染症危機管理システムの更なる質の改善を行うことを目的とした。

B. 方法

感染症標準版ICS/IAPは、昨年度は平成23年9月20日に公表された新型インフルエンザ行動計画を主たるベースとして、新型インフルエンザ対策に関する事業（分担事業者 遠藤幸男）等を踏まえ、さらに今年度は徳島県庁へヒアリング調査等を踏まえ、新たな感染症が海外で発生し、国内でも多大な被害が発生する大規模感染症を想定して作成する。

また、感染症標準的ICS/IAPの運用における感染症関連グッズ・ツールとして、研究協力者の保健所において、代表的な感染症研究レポートとその各種様式を提出し、整理するとともに、研究協力者等の感染症関係機関の役割や相談窓口等を明確にする。さらに、国立感染症研究所感染症情報センター（感染研情報センター）が開発した避難所サーベイランスを避難所では有症状者情報を収集し感染症集団発生の拡大防止のため、感染症の早期探知システムとして活用する。

C. 結果

1. 感染症分野の日本版標準のICS/IAP

感染症分野の日本版標準のICS/IAPは、国・都道府県等のレベルで策定された新型インフルエンザ対策行動計画に則って、感染症の発生段階別に6分類とし、新たな感染症の流行では、それぞれの発生段階において、都道府県及び保健所が効率的に、住民の健康被害をより少なくするためにどのような活動を行うべきかについて、標準的なシステムを示した。この大規模感染症の場合には、感染症が発生し

た時期から、時間の経過とともに、都道府県が果たすべき役割は変化してくるので、1. 未発生期（海外でも発生していない時期）、2. 海外発生期（WHOによるフェーズ4宣言を受け、政府対策本部を設置するような時期）、3. 地域未発生期（国内で患者の発生があったが、当該保健所の都道府県では、新型インフルエンザや新感染症等の患者が発生していない時期）、4. 地域発生早期（当該保健所の存在する都道府県で、新型インフルエンザや新感染症等の患者が発生しているが、全ての患者の接触歴を疫学調査で追える時期）、5. 地域感染期（当該保健所の圏域及び都道府県で、新型インフルエンザ等の患者の接触歴を疫学調査で追えなくなった時期）、6. 小康期（新型インフルエンザ等の患者の発生が減少し、低い水準でとどまっている時期）の六つの時期に分けた。さらに、ICSの分類としてはICS1. 実施体制、ICS2. サーベイランス・情報収集、ICS3. 情報提供・共有、ICS4. 予防・まん延防止、ICS5. 医療、ICS6. 社会・経済機能の維持の六つの分類に分け、標準的ICS/IAPとして示した。危機管理部はコマンダーで、保健福祉部は、計画部門における情報作戦・資源管理（特に人的資源）・庶務財務等が主な具体的対応部門で、保健所がオペレーション部門（事案処理部門・活動本部部門）として対応することとなる。

なお、保健所の実施対策編ICSの分類としてはICS1. 保健所内の指揮系統、ICS2. 保健所外の指揮命令機能、ICS3. 保健所による直接対応、ICS4. 地域医療機関との連携、ICS5. 地域関係機関との連携、ICS6. 保健所内の総務機能、ICS7. 管外関係機関との関係の調整の7つの分類に分け、標準的ICS/IAPとして示した。この別表は時期と分類のICS/IAPマトリックスを示しているが、実際のチェックリストでもある。

2. 感染症標準版ICS/IAPの運用における感染症関連グッズ・ツール

研究協力者の保健所において、代表的な積極的疫学調査報告を感染症研究レポートとして提出するとともに、その中から感染症（インフルエンザを含む）・食中毒疑い発生状況連絡票、疫学調査様式、感染症患者票、施設等における感染症の発生状況の報告様式、社会福祉施設等における嘔吐・下痢等を呈する者の集団発生報告書、神戸モデル早期探知地域連絡システム等を整理した。さらに、感染症

ICS/IAP及び感染症の関係機関の役割や感染症に関する相談窓口等について、保健所代表、感染研情報センター代表、地衛研代表、日本環境感染症学会代表、感染制御専門家代表、結核研究所代表、国立保健医療科学院健康危機管理研究部代表、日本公衆衛生学会感染症専門委員会代表等により、検討し、感染症関係機関の役割と感染症に関する相談窓口ネットワーク、システムについて明確にした。

3. 避難所サーベイランス

避難所サーベイランスは感染症分野における特異的研究として、感染研情報センターの支援のもとに、福島県県南保健所中心とした地域内から福島県の郡山市保健所、いわき市保健所等、宮城県へ推進された。東日本大震災における感染症対策として、このサーベイランスは、被災県の各関係者が避難所における感染症情報をリアルタイムにかつ経時的に共有できた。さらに感染研情報センターが情報を分析し、保健所等に情報を還元する双方向の情報共有システムを運用した

避難所サーベイランスは感染症を早期探知し、集団発生が回避できるとともに、集団発生した場合でも感染拡大を最小限化するなど迅速で適確な環境衛生、手指衛生、マスクの着用、衝立、隔離、医療機関との連携強化等状況に応じた感染症対策を直接介入することができた。

D. 考察

都道府県は、地域の地勢や医療体制の実情に照らして、地域の実態に合わせたICS/IAPを事前に作成し、日頃からこれに即した体制づくりや対応訓練を行っておくことが必須である。

また、今回示した標準的ICS/IAPは、感染症の規模（都道府県を越えたもの、都道府県内保健所管轄地域を越えたもの、保健所管轄地域だけのもの）にかかわらず、保健所を含む都道府県が基本的に住民の健康被害を最小限にするための対応を効率的に行うための標準的な内容を示したものであると言える。

保健所の対応としては、地域の発生状況を踏まえ、病原性・感染力の程度等に応じ、実施すべき対策を決定することが、ICS/IAPの重要な目的となる。保健所では、事前に関係者と十分な連携を図り、地域救急医療体制など必要となる連携体制の構築及び訓練を行うこと、及び、関係機関と連携して

住民意識の醸成や感染対策に関する知識の普及等について、積極的に準備を進めることが必要である。保健所は、社会機能維持の側面については、地域における保健所の外部機関とどのような情報の共有・連携を図るのか、支援が必要な場合に、要請方法はどうすればよいのか等について、主管部局と確認のうえ、把握しておくことが必要である。

避難所サーベイランスは診断される前の発症直後の症状に基づいたサーベイランスであり、最も早期に異常を検知することが可能である。福島県当該保健所管内では、このシステムが稼働するとともに、各避難所では感染症の集団発生が殆どみられなくなっていった。毎日データを入力することによって、それぞれの避難所では各症候群（嘔吐・下痢症状、急性呼吸器症状、インフルエンザ様症状、発熱・発疹等）のベースラインが明らかとなり、その閾値を超えることによる異常の早期探知が可能となったことによって、まだ本格的な集団発生となる前に迅速に保健所が介入し、必要とされる対策の徹底や健康教育のみでそれ以上の感染の拡大は防がれていた。今後システムとしては次の災害がどこで発生しても動かせるような体制づくりとその周知が次の課題である。

E. 結論

今後、大規模感染症の発生が危惧される中、保健所は感染症のICS/IAPを作成し、過去の事例を検証する仕組みも構築する必要がある。さらに、マニュアルやシステム等の整備を平時から行うとともに、訓練などを併用して継続的にその実行性の検証を行うことが感染症危機管理システムの更なる質の改善を行うことである。

F. 今後の計画

今後、都道府県及び保健所は地域の集団発生事例、病院内感染事例などに対してだけでなく、広域的にも専門家と連携した感染症対策に関する情報共有および相談対応システム及び感染症対策人材育成プログラムシステムの構築に取り組む必要がある。

G. 発表

1. 論文発表

- (1)遠藤幸男：福島県南地域における避難所サーベイランス：東日本大震災における感染症の発生

および対策. 病原微生物検出情報 (IASR). Vol32.p.S7: 2011 年別冊.

- (2)遠藤幸男、多田羅浩三：そのとき、保健所はどう対応したか!? 被ばく量測定、避難所サーベイランス、コミュニティづくり・・・公衆衛生情報 特集シリーズ東日本大震災から. p.2-p.8.Vol.41 No.6.2011.

2. 学会発表

- (1)遠藤幸男：避難所サーベイランス：第60回日本感染症学会東日本地方会学術集会 / 第58回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会プログラム・抄録集. p164.2011.
- (2)遠藤幸男他：福島県における避難所サーベイランス. 東北公衆衛生学会講演集第60回東北公衆衛生学会講演集. No.60.p28.2011.
- (3)遠藤幸男, 東日本大震災後の避難所サーベイランスによる感染症の発生状況と対策に関する検討, 日本公衆衛生学会総会, 山口, 平成24年10月 (ミニシンポジウム) 日本公衆衛生誌. Vol.59.No.10. p158.2012.

地域健康安全・危機管理対策総合研究事業—精神保健分野研究—

研究分担（分野責任者）：高岡 道雄（兵庫県加古川健康福祉事務所長）

研究協力者：宇田英典（鹿児島県伊集院保健所長）、伊地智昭浩（神戸市保健所長）、山田全啓（奈良県郡山保健所長）桐生宏司（宮城県気仙沼保健所長）、山口靖明（福島県県中保健所長）、本屋敷美奈（大阪こころの健康総合センター診療部医師）、酒井ルミ（兵庫県精神保健福祉センター所長）、柿本裕一（神戸市こころの健康センター所長）角田正史（北里大学医学部衛生学・公衆衛生学准教授）

研究助言者：竹島正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部長）

要旨：精神保健分野の健康危機管理対応に関する日本版標準 ICS/IAP/AC により精神保健福祉センター等との広域連携体制を構築し、圏域内連携、都道府県内連携、全国連携に係る関係各機関の位置付けと危機発生時の役割、指揮命令システムを明確化する。また東日本大震災における精神保健対策に関する調査等により「災害時等の精神保健対策」に関する提言をまとめる。

A. 目的

災害等の緊急時における精神保健対策の在り方に関し、保健所の役割、精神保健福祉センター（以下センター）との協働等について検討し、日本版標準 ICS/IAP/AC を策定することにより、「災害時等における精神保健対策」における保健所の役割を明確にする。

B. 方法

平成 23 年度は「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査を全国 62 か所のセンターに電子メールにより実施した。また災害等の緊急時の地域精神保健対策の事例をまとめ、これらの調査・事例を基に急性期 ICS/IAP を検討した。平成 24 年度は東日本大震災における精神保健対策に関する調査を被災東北 3 県の保健所に電子メールにより実施し、この調査を踏まえ標準版精神保健分野 ICS/IAP/AC を策定した。また災害時における精神保健対策に関し提言をまとめた。

C. 結果

1. 「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査

県及び指定都市の全 68 か所のセンターにアンケートを送付し 43 か所から回答（63%）があった。マニュアル等については作成済みが 22 か所と予定 9 か所の計 31 か所（72%）あり、作成の契機は「地震などの災害」（59%）、「政策的課題」（35%）、「大規模事故」（3%）であった。アンケートのまとめと

して、①センターは、地域精神保健の技術的中核という位置づけであり、センターが保健所業務の精神保健分野について技術的な補完、指導するという関係にある。②被災者などに対する支援は、身体・精神を含めた全体的な保健活動としての支援が求められ、保健所が行う住民支援活動と切り離してはありえない。③保健所は地域保健活動のマネジメントを行う地域保健の中心的な役割が期待されており、平時からの各機関との関係づくりが重要である。

2. 東日本大震災における精神保健対策に関する調査

被災東北 3 県の保健所 30 か所にアンケートを送付し 18 か所から回答（60%）があった。3 県の保健所が被災した被害は地震、津波、放射線などにより、その様態が大きく異なり、また程度も異なるが、今回の調査により東日本大震災に対する精神保健対応の状況がかなり明らかにできたのではないかと考えられる。（平時における事前対応）災害時におけるこころのケアに関したマニュアル等の整備は今回の震災以前に策定されていた保健所は 7 か所であり、原子力発電所の事故の影響も想定した準備は充分ではなかったと思われた。平時からの連携づくりは約 60% の保健所で行われていた。（発生後 3 日以内の対応）保健所自体が被災し、精神保健対策として特別な取り組みが出来なかったところが 4 保健所あった。新たな体制を素早く構築して組織的な精神保健対応を取ることができた保健所が 2 か所、マニュアル等に基づき精神保健活動チームを整備した保健所が 2 か所あった。多くの保健所では、臨機応

変に可能な対応が取られていたことがうかがわれた。約 80% の保健所では情報収集が行われており、要援護者の状況把握やこころのケアに関する相談も約 30% で実施されていた。巡回相談・訪問指導やケアチームの編成・派遣調整などは 2、3 か所の保健所で行われていた。精神保健対応としての新たな相談窓口やホットラインを開設しえた保健所はなく、既存の電話や窓口を活用し対応が行われていた。（発生後 4 日以降）要援護者の状況把握やこころのケアに関する相談、巡回チームによるこころのケアなど被災者へのメンタルサポート対応も多くの保健所で実施された。こころのケアチームの受入・活動調整（約 70%）や医療救護班等との情報共有（約 80%）のような他機関との調整機能も発揮できるようになっていた。精神科医療機関や障害者施設の被災状況の把握、避難所における要治療者の把握・紹介や患者の入院・転院調整も半数以上の保健所で行われていた。市町村との連携・支援では、人材派遣（約 55%）や巡回相談（約 70%）等の被災者支援と市町村職員の心のケア（約 50%）を行うという直接的な支援に加え、支援チームの調整（約 60%）も実施されていた。（東日本大震災発生時の精神保健対策に関する課題）精神保健福祉法に基づく通報等への対応については、通報の受理体制そのものが機能しにくくなったことや指定医の確保、入院調整に関する問題が生じた地域も多かった。通報や措置・医療保護入院件数に関して、平成 22 年度と平成 23 年度において大きな差はなかった。被災者及び支援者へのメンタルサポートについては、ニーズの把握が十分にできず、支援団体が想定していた活動と現場のニーズとの齟齬等が明確になった。被災住民に対しメンタルヘルスサポートとしては支援しにくく、健康巡回チームとの連携により実施する必要がある。精神科医療は、震災発生初期には医療機関・障害者施設の被災状況や在宅精神障害者の状況把握が困難な点がある。精神科病院の多くが被災した場合、精神科救急、その他の入院調整、避難としての転院時の情報共有を含めて、受療・入院体制の確保も大きい問題である。今回の調査では精神科救護所を設置した保健所はなかったが、ある程度の医療機能を備えた精神科救護所のあり方も具体化させておく必要がある。市町村対策本部との連携では、今回の調査では組織的な連携体制が保健所と市町村対策本部に存在したという回答はなく、状況に応

じた情報交換や支援等がなされたと考えられる。情報通信等の基盤として、衛星電話やインターネットの活用など通信手段を自治体レベルで整備することが必要である。保健所は地域団体等が災害発生時には自ら自発的に活動しうるように育成する観点をもって、日頃から地域団体とのネットワークを構築しておくことが重要である。

D. 考察

「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査や東日本大震災における精神保健対策に関する調査を踏まえ

広域連携体制の構築などの視点から精神保健分野 ICS/IAP/AC の策定が望ましい。精神保健活動本部を本庁に設置し、精神保健福祉所管部局、精神保健福祉センター、こころのケアセンター、保健所、市町村関係者などが連携できる体制を構築し、計画部門本部と調整しながら現地からの情報（被災・避難者のこころの健康の状態、精神科医療機関の被災状況等）に基づき、精神保健対策に関し基本的な支援策を指揮し、現地では保健医療福祉部門コーディネートチームによる総合調整に基づき支援を実施する。後方支援は支援策の実行に必要な資機材の発注調達や記録等の実務を、財務部門は企画に基づく予算管理や支援人員配置と必要な旅程等管理を担当し、保健所は、地域精神保健福祉業務及びこころのケアを担い、関係機関・団体と連携し精神保健福祉分野の支援を効果的に実施する。

E. 結論

国が推進する「災害時のこころのケア支援システム」を基本に、地域精神保健福祉対策を含め、①災害等の緊急事態発生直後から反応的に対応すべき対策、事態への目的をもった対応時期における対策、復興期における対策に区分した精神保健分野 ICS/IAP/AC の導入、②被災地域内外の医療・心理・看護などのソーシャル・キャピタルの支援基盤の整備方針、③人材の確保による精神保健部門の充実方策を記載した「災害時等における精神保健対策の指針」の策定が望ましい。

F. 今後の計画

精神保健分野標準版 ICS/IAP/AP 導入の進捗状況について評価し、導入促進方策について検討す

る。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

高岡道雄、山田全啓、宇田英典、他. 災害時
等における精神保健対策. 第 71 回日本公衆衛
生学会 2012、447

「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び 活動内容に関する研究」 飲料水安全分野報告書

研究分担・分野担当責任者：小窪和博（千葉県海匝健康福祉センター）

研究協力者：秋葉道宏（国立保健医療科学院）、鈴木俊也（東京都健康安全研究センター）、
亀井翼（千葉科学大学大学院）

研究協力補助者：小菅瑠香（国立保健医療科学院）、崎本李子、
鶴田秀貴（千葉県海匝健康福祉センター）、圓田辰吉（岐阜県飛騨保健所）

アドバイザー：佐々木隆一郎（長野県飯田保健所）、中瀬克己（岡山市保健所）
緒方剛（茨城県筑西保健所）、米山克俊（財団法人日本公衆衛生協会）

研究要旨：平成 23~24 年度にかけて飲料水安全分野の標準 ICS を作成した。また東日本大震災原発事故による水道水の放射能汚染とその対応をまとめ、災害時の医療用水確保については病院調査から課題を抽出し提言にまとめた。一方で被災地調査から水道施設の老朽化・耐震化さらに飲用井戸の災害時利用制度、被災地での迅速な飲料水安全性評価方法も検討した。飲料水健康危機事例は利根川水系ホルムアルデヒド汚染事故他の報告と併せて小冊子にまとめ保健所・水道事業者等に配布し、飲料水健康危機管理の一助とした。

A. 研究目的

飲料水安全分野について日本版標準 ICS の作成を行うことにより、保健所が担う地域健康危機管理の中心的役割を補完し、関係機関相互の連携体制を整える。

一方で、東日本大震災を教訓とし、震災等災害時における医療用水から一般水の確保まで、放射能汚染も含め飲料水安全に関する日常の体制整備の必要性を啓発する。

その他、飲料水安全について保健所・水道事業者等関係機関の危機管理に必要な資料・ツールを作成し提供する。

B. 研究方法

①日本版標準 ICS（Incident Command System）の作成 [23,24 年度]

機能を果たすために必要となる行動 IAP（Incident Action Plan）さらに IAP の具体的な行動内容となる AC（Action Card）を ICS のもとに記載し、事前に準備するシステム、フォーマットおよび判断基準を添付する。その際、ICS/IAP 作成において保健所が果たすべき対応目標（指揮命令機能、情報収集機能、直接支援機能、医療総務機能）を明記し ICS/IAP の骨格とする。

②東日本大震災 福島第一原発事故による水道水中の放射性物質汚染と対応 [23 年度]

東京都水道局他の協力を得て、国立保健医療科学院水管理研究分野、東京都健康安全研究センターを中心に水道水放射能汚染の問題点と今後の対策をまとめる。

③震災等災害時医療用水確保 [23、24 年度]

東日本大震災を契機に体制整備が指摘される（急がれる）災害時の医療用水確保について病院調査を実施し、その実態と問題点を抽出する。さらに災害拠点病院の現地調査を行い、その対策を紹介し検討する。併せて医療法 25 条の医療機関立入り検査（医療監視）時の保健所調査に、医療水の備蓄・代替水の確保の項目を必須とすることを、全国の保健所に提言する。

④震災等災害時の応急給水、飲用井戸、飲料水の安全性評価について [23、24 年度]

飲用井戸の各地域における災害時利用制度を調査し、あわせて災害時における迅速な飲料水の安全性評価方法を検討する。

⑤水道施設の老朽化と耐震化対策 [23 年度]

具体策を検討し、東日本大震災被災地の現地調査（施設被害）を実施する。

⑥飲用水健康危機事例 [23、24 年度]

表流水、地下水の汚染事例を中心に危機事例を掲載した小冊子を作成し、全国の保健所・水道事業者に配布する。

C. 結果および考察

- ①急性期、亜急性期、回復期の対応時期別に保健所の対応目標（4機能、前述）を明記した標準ICS/IAPを作成し、ACには危機管理に有用なフォーマットを添付した。
- ②水道水の放射性物質対応、調査、分析方法等について整理し、保健所の今後の対策に有用な資料（マニュアル）にまとめた。
- ③災害拠点病院を含む現地調査、都内病院のアンケート調査を含め、全国病院の実状を分析し課題を抽出した。さらに全国の病院に対し平常時からの医療水の備蓄・代替水の確保の必要性を啓発し、保健所医療監視における調査項目の具体例を示す提言をまとめた。
- ④調査の結果、災害時の地下水（井戸水）の利用制度は、井戸所有者が限られている都市部に多い事が分かった。飲料水緊急時利用に際し、災害時でも容易に携帯可能な分光高度計の使用により得られる少数の指標が有用なことが判明した。
- ⑤現地調査として宮城県仙南地域の広域（大規模）水道施設の被災状況調査を実施し、径2,400ミリの本管被害など深刻な状況を確認した。
- ⑥利根川水系ホルムアルデヒド汚染事故他の具体的汚染事例を掲載の小冊子を1,000部印刷し、保健所および代表的市町村（水道事業者）に配布し、危機管理の一助とした。

D. 結論

飲料水安全分野において日本版標準ICSを作成、提示することにより、全国の保健所が飲料水安全分野の危機管理において水道事業者との連携体制、地方衛生研究所や関連機関との情報交換、専門家との連携体制および疫学的支援体制の構築を行い、これまで推進してきた地域内連携および都道府県内連携に加えて、全国的な連携体制の標準化ができるものとする。ICSの作成・導入が全国保健所の健康危機管理における対応体制構築および対応の標準化を図る第一歩になることを期待する。

東日本大震災の教訓（課題）から飲料水危機管理の体制作りが複数の分野（課題）において具体的に

加速出来た。

E. 研究発表

未定

【23年度分野研究体制】

分担担当責任者：小窪和博（前掲）

研究協力者：矢口久美子（東京都健康安全研究センター）、秋葉道宏（前掲）

研究協力補助者：岸田直裕（国立保健医療科学院）、崎本李子、鶴田秀貴（前掲）、圓田辰吉（前掲）

「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」 生活環境安全分野報告書

化学物質関連健康被害、ウエストナイル熱ウイルス媒介蚊等対策

研究協力者：中瀬克己（岡山市保健所） 岩本治也（福岡県保健医療介護部保健衛生課）、黒木由美子（（財）日本中毒情報センター）、倉持隆（大阪府守口保健所）、坂部憲一（大阪府健康医療部環境衛生課）、国吉秀樹（沖縄県福祉保健部健康増進課）、竹之内直人（愛媛県松山保健所）、緒方剛（茨城県筑西保健所）、佐々木正大（厚生労働省医薬食品局審査管理課化学物質安全対策室）

研究要旨：WN 熱ウイルス媒介蚊等対策 媒介蚊対策の法的根拠を明確にする目的もあり、平成 23 年に届け出対象となったチクングニア熱は、地域内伝播・定着防止のため迅速な媒介蚊対策が必要である。過去の研究成果を踏まえて、媒介蚊対策のうち中長期的対策となる幼虫防除に関する ICS/IAP/AC を作成した。準備期において、感染症と環境衛生や市など行政内部の体制確立が必要なこと、地区衛生組織等を維持・育成やペストコントロール協会（PCO）など公益団体との役割分担、必要な資機材、媒介蚊対策の専門家等人材の確保が必要であることが確認された。また、PCO は地域差があるものの発災時に大きな役割を期待できると思われ業務を明確にした協定締結など連携の準備が重要である。

東日本大震災被災地における、感染症リスクアセスメントを国立感染症研究所が行い、媒介昆虫による感染症の流行は問題にならなかったとした。一方被災地には発災時に蚊媒介感染症は流行していなかった。被災地での対策に全国の PCO が派遣協力した。

化学物質関連健康被害分野 過去の研究成果を踏まえ、発災時の保健所等の行う特異的対応を中心とした ICS/IAP を作成した。また、AC として臨床情報や化学テロを含めた医学的な対応の相談機関として（財）日本中毒情報センターと保健所との連携シートを作成配布した。ICS/IAP/AC を机上訓練にて検証すると共に厚生労働省の提供するテレビ会議システムを利用し多機関広域での情報共有を試行した。ICS/IAP は発災時の業務や分掌が見える化することに有用であり、AC は対応や判断の際必要な要件の点検に有用であることが確認された。

東日本大震災において、化学物質に関連し健康危機に結びつき得る毒・劇物流出等は激甚被害を受けた東北 3 県において 44 件が把握されていたが、健康被害に関する報告は無かった。

厚生労働省が提供する Web を用いたテレビ会議システムは、発災時の情報共有に大変有効であり今後の健康危機管理において広く用いることを提言する。

A. 研究目的

地域保健対策検討会中間報告の示す健康危機管理 12 分野中の⑫生活環境安全分野（化学物質関連健康被害、ウエストナイル熱ウイルス等感染症媒介蚊等対策（以降媒介蚊対策と略記））について、保健所の対応体制及び活動内容に関する検討を行い、ICS/IAP/AC という形で提示する。

B. 研究方法

過去の関連研究の成果、財団法人日本中毒情報センター、厚生労働省医薬食品局審査管理課化学物質安全対策室からの資料提供などによる把握を元に、

媒介蚊対策に詳しい担当者を含め、研究協力者により分析検討した。

社団法人大阪府ペストコントロール協会（以降 PCO と略記）会長等に、聞き取り調査を行った。

岡山市保健所を中心に化学物質健康危機発災時を想定した机上訓練を行い、併せて厚生労働省の提供する NESFD の web 利用のテレビ会議システムを利用して発災保健所、消防と共に全国 4 保健所、日本中毒情報センター、保健医療科学院、日本公衆衛生協会の参加を得て化学物質 ICS/IAP/AC の検証を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人情報扱わない。また、研究会議開催や自治体の施策に関する情報の収集などによる研究であり、参加者が参加によって身体的な不利益をこうむることはない。

C. 研究結果 D. 考察

感染症媒介蚊対策での保健所の対応

チクングニア熱は、ヨーロッパでの集団発生もあり、平成 24 年感染症法（4 類感染症）および検疫法による届け出疾患に追加された。海外で感染した患者が国内で発症時にヒトスジシマカに吸血されることで感染サイクルが生まれ、国内で流行する可能性があり迅速な媒介蚊対応が求められる。保健所の対応事例を踏まえ、以下のような準備の必要性が指摘された。①国内で蚊に刺されたことやその場所の問診など精度の高い情報把握策、②蚊の補足調査による病原体の定着の検討、③媒介蚊対策を開始する要件の明確化、④検疫前患者の停留場所の確保、同行者など発症の可能性のある人向けのチラシなど提供情報のひな形作成。

近年我が国では、感染症媒介昆虫対策を大規模に実施した経験は無く、対策が必要な場合の ICS/IAP/AC を実務経験を踏まえて検討するには困難がある。そこで、大阪府内で町内全域で住民、公益団体である PCO（ペストコントロール協会）の組織的協力を得て行われた媒介蚊の幼虫対策の実務訓練を元に ICS/IAP を作成した。

PCO は自治体からの委託業務（蚊駆除、感染症媒介蚊の定期的な収集同定調査等）や協会や自治体職員向けの研修会開催、地域住民からの電話相談、啓発事業などを行っており、媒介蚊対策を迅速性と実効性を持って実施するには、その能力を持つ公益団体である PCO との協力が必須であり、地域ごとの現状把握、意見交換と伴に業務を明確化し協定等が必要と考えられる。

ICS/IAP 活用の前提として、準備期における、地区衛生組織等住民組織の維持・育成、県、市など行政内および、ペストコントロール協会など公益団体との役割分担、必要な資機材、媒介蚊対策の専門家等人材の確保が必要である。また、住民組織、PCO 等公益団体の維持や協力を得る対策は長期的観点から継続して行う必要がある。これらを総合的に推進する上で、都道府県等自治体における危機管理部局、感染症対策担当部局、昆虫等衛生対策担当

部局の協調の元、自治体、自治会など住民組織、PCO、事業者など各々の役割を明確にした自治体のプラン作成が必要である。

国立感染症研究所は東日本大震災被災地域における感染症のリスク評価を行いツツガムシ病を 3 段階評価での中リスクとし、媒介昆虫による感染症の流行は問題にならなかったとしているが、昆虫によって広域に媒介される感染症が発災前に被災地域には定着していなかったためとの意見がある。

今後の研究における検討課題として、チクングニア熱等での感染症対策と一体となった迅速な媒介蚊対策の実施における ICS/IAP/AC の作成、成虫対策と蚊忌避対策の効果の根拠の明確化が挙げられる。

化学物質関連健康被害分野での保健所の対応

化学物質健康危機は、原因物質や発災場所によって所管する官庁が異なり、保健所が果たす役割が異なってくる。また、その所管は自治体ごとに異なり多様であることが、既存の研究で示されている。また、化学物質健康危機に特異的かつ保健所の機能が有効に働くと考えられるのは、保健所の医療に強いという特徴を踏まえて、医療機関等から得た情報を発端とし、（財）日本中毒情報センター等専門機関に問い合わせる、医療機関、救急、対策本部等に病因物質、治療法など対応策の情報を提供するなどの役割を果たすとよい、と報告されている。

この特異的対応を中心に ICS/IAP としてまとめた。また、相談等の健康危機時に共通する対応についても盛り込んだ。更に、（財）日本中毒情報センターとの連携等は、簡便な情報シートとして全国の保健所 / 都道府県政令市本庁に配布されるとともに web 上にも関連する詳細情報を公開し周知や発災時利用の利便性向上を図られている。この既存資料をアクションカード（AC）として採用することとした。

この ICS/IAP/AC を評価する目的で、机上訓練を行った。また他部門間、広域での情報共有を目的に厚生労働省の提供する食中毒支援システム（NESFD）の一部である web 会議システムを利用した。

机上訓練を通じて ICS/IAP/AC を一部修正した。発災時にどの部門がどのような対応を行っているかという情報共有の重要性やこれを補うものとしてテレビ会議での映像情報の有用性やホワイトボード、

対応の時系列記録の必要性が指摘された。どの部門が何を行っているか、という点はICS/IAPの機能そのものと考えられる。また、対応や判断の際に必要な要件に漏れがないか、など点検に事前に考えられたACが有用であった。

厚生労働省が提供するWebを用いたテレビ会議システムは、発災時の情報共有に大変有効であり今後の健康危機管理において広く用いることを提言する。

東日本大震災において、化学物質に関連する健康危機に結びつき得る毒物または劇物流出等の管理上の問題を厚生労働省医薬食品局審査管理課化学物質安全対策室が全国自治体（都道府県、保健所設置市、特別区）にH23年3月30日照会した結果、5月25日時点で激甚被害を受けた3県において、44件の事業所外への流出事例が把握された。把握された事例数の地域差は大きく、岩手県27、宮城県14、福島県3と把握された件数に地域差が大きかった。他県からは流出事例の報告はなかった。また、これらの把握事例で健康被害に関する報告は無かった。

E. 結論

感染症媒介蚊等対策

媒介蚊対策の実例を元に保健所を中心としたICS/IAPおよびACを作成した。媒介蚊対策は患者発見後短期間の実施が必要な場合もあり、ICS/IAPおよびACが有効に機能するには、人的、物的な資源確保および行政内外の役割が発災前に定まっていることが特に必要と考えられる。また、住民団体、ペストコントロール協会などの感染症媒介蚊対策を地域で実行する基盤は脆弱化しており、協定締結等の準備と共に住民組織、団体や専門家を維持する対策は長期的観点から継続して行う必要がある。

化学物質関連健康被害分野

化学物質健康危機における保健所の特異的役割を中心としたICS/IAP及び日本中毒情報センターとの連携シートなどをACとして作成配布した。ICS/IAP/ACを机上訓練にて検証すると共に厚生労働省の提供するテレビ会議システムを利用し多機関広域での情報共有を試行した。ICS/IAPは発災時の業務や分掌が見える化することに有用であり、ACは対応や判断の際必要な要件の点検に有用であることが確認された。

厚生労働省が提供するWebを用いたテレビ会議システムは、発災時の情報共有に大変有効であり今後の健康危機管理において広く用いることを提言する。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 中瀬克己、岩本治也、黒木由美子、竹之内直人、国吉秀樹、緒方剛：媒介蚊による健康危機に対応する自治体・保健所のICS/IAP、日本公衆衛生学会、2012,10

「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」 原子力分野研究報告書

分野研究者名：竹之内直人（愛媛県中予保健所長）

研究協力者名：相田一郎（北海道帯広保健所長） 荒木均（茨城県ひたちなか保健所長） 岩本治也（福岡県保健医療介護部保健衛生課企画監） 中里栄介（佐賀県杵藤保健所長） 緒方剛（茨城県筑西保健所長） 岡田就将（厚生労働省 健康局総務課 地域保健室室長補佐） 永田充生（文部科学省科学技術・学術政策局原子力安全課放射線規制室放射線安全企画官） 明石真言（放射線医学総合研究所理事） 児玉和紀（財団法人放射線影響研究所 主席研究員） 米山克俊（日本公衆衛生協会総務課長） 北川定謙（日本公衆衛生協会名誉会長） 多田羅浩三（日本公衆衛生協会会長）

アドバイザー：桐生康生（環境省環境保健部参事官） 金谷泰宏（国立保健医療科学院・健康危機管理研究部部长）

要旨：東日本大震災による福島第一原子力発電所の事故に伴い、原子力災害の健康危機に適切に対応できる「日本版標準 ICS 原子力分野」を作成するために、平成 23 年度は「福島第一原子力発電所の事故に伴う全国の保健所の活動状況」、平成 24 年度は「原発事故後の保健所の活動等に関する調査」を実施した。

キーワード：原子力災害、健康危機管理、保健所

A. 目的

原子力災害の際、緊急時保健所活動において、スクリーニングが住民の健康不安を取り除く有効な方法であることがわかった。また作業を支援するため全国の保健所から応援チームが派遣された。

原発無の自治体保健所も参加したが、訓練や研修の機会が乏しいまま活動を余儀なくされた。

今年度は、事故後全国の保健所の被ばく医療対策の現状について調査し、原子力災害時に活用できる「日本版標準 ICS 原子力分野」を作成した。

B. 方法

1) 「福島第一原子力発電所の事故に伴う全国の保健所の活動状況」（平成 23 年 7 月実施、全国保健所を対象、回答率 64.8%）

①原発事故後の保健所の活動

②原発事故福島県へ県外からスクリーニング派遣された保健所の活動

2) 「原発事故後の保健所の活動等に関する調査」アンケート（平成 24 年 9 月実施、都道府県・政令市など 52 自治体の会長を対象、回答率 71%、原発有 13）

①保健所の体制・危機整備の充実

②訓練・研修への参加

③食品検査・健康調査等

C. 結果

原発無で新規 6、（計 24）に重点地区を設定。機材は線量計などが新規整備。職員の研修は新規 12、計 29 が参加、職種は全職種。職員による講習会は主催・派遣を含め倍増。訓練は保健所・市町の参加の増加を含めて 25 が参加。内容はスクリーニングに加え、緊急時モニタリング・救護所設置・ヨウ素配布・住民の行動調査・健康相談を実施。食品検査は 22 の保健所・14 の他機関（衛生研究所、薬剤師会検査センター等）が実施。健康影響調査は 4 保健所で実施。支援体制は保健所間、医師会等関係機関、災害拠点病院、DMAT など原発有においてはいずれも整備済。ヨウ素剤配布は国の指示により自治体が決定し所長の関与はない。救護所の数や場所は 25 で見直し。近隣自治体との協力は新規 9（計 24）がある。

原発有（13）・無（13）自治体の比較は、訓練・研修の参加や、ヨウ素剤配布の取り決めに差があり、また健康影響調査や食品の放射線検査への関与

には差がなかった。

D. 考察

昨年の調査の結果から課題は、1) 事前の準備
原子力災害の対応のための職員の研修・基礎的知識
の習得と共有、放射線技師など専門職の配置、機器
整備、事故発生時の体制確保（スクリーニング体
制、相談窓口の体制、市町や関係機関との役割分
担）、2) 事故直後の対応 スクリーニング開始、健
康相談窓口の開設、救護所の開設、避難所の支援
（心身の健康管理）、住民への安全の周知（リスク・
コミュニケーション：国・県対策本部からの、正確
な被ばくの程度、汚染の状況、モニタリング情報）
があった。

今回の調査で、原発無においても6計24の自治
体で重点地区が設定され、事前の準備や、事故直後
の対応に改善が図られたと推測できる。

国の施策が今後決定されるが、また日本版標準
ICS 原子力分野を活用し、特に原発有の自治体の保
健所においては各自治体での緊急被ばく医療実施要
領を熟知し、事故の際に備えなければならない。国
や、都道府県の原子力防災計画の見直しの結果を踏
まえて、さらにICSを充実させていきたい。

E. 提言 整備すべき体制、装備

- ①正確な情報を迅速に提供できる初期体制の確立
- ②低線量被曝に関する、住民の子供の健康に関する
不安解消
- ③福島県以外における健康調査に対する国の方針の
策定や、国による財政支援
- ④緊急被ばく医療への対応・保健所における相談に
対する、専門家のバックアップ
- ⑤県内の専門家の養成
- ⑥スクリーニング測定、部分除染・全身除染、健康相
談窓口対応への職員の訓練・研修
- ⑦除染の施設整備、機材の配備、ヨウ素剤の備蓄、
ライフライン確保
- ⑧原子力事故被災者の健康調査に保健所が積極的に
関与
- ⑨原子力災害に対応可能な診療放射線技師の保健所
への配置
- ⑩原子力災害に対応可能な公衆衛生支援チーム
（DPAT）の派遣

F. 研究発表

1. 論文発表 竹之内直人、「原子力・放射線災害
の危機管理と保健所活動」、医学書院・公衆衛生：
75巻11号、838-841、2011
緒方剛、「原子力災害における保健所の役割」、医
学書院・公衆衛生：76巻112号、951-956、2012
2. 学会発表 竹之内直人、他：「放射線関連事故
への保健所の対応の手引き」の作成について。第
70回日本公衆衛生学会総会、秋田。日本公衛誌
57（10 特別付録）：458、2011. 10.
竹之内直人、他：シンポジウム：災害と情報・コ
ミュニケーション「福島原発事故避難者への緊急
被ばくスクリーニング活動報告」、第10回
JSTSS・日本トラウマティック・ストレス学会
2011年10月10日神戸国際会議場（兵庫県神戸
市）「こころのケアのこれから—阪神淡路大震災
から東日本大震災に向けて」
荒木均：特別企画シンポジウム「原子力災害と保
健所の役割」第53回日本社会医学会「原子力災
害と保健所の役割」2012. 7
緒方剛、他：ミニシンポジウム「原子力発電所事
故と健康リスクへの公衆衛生対応」第71回日本
公衆衛生学会総会、山口。日本公衛誌59（10 特
別付録）：160、2012. 10.
竹之内直人、他：「原発事故直後の保健所活動～
全国調査の結果から」、第71回日本公衆衛生学会
総会、山口。日本公衛誌59（10 特別付録）：488、
2012. 10.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」 院内感染対策保健所専門家連携分野

研究分担者名 佐々木隆一郎（長野県飯田保健所長）

研究協力者名 緒方剛（茨城県筑西保健所長） 森兼啓太（山形大学医学部） 森澤雄司（自治医科大学） 米山克俊（財団法人公衆衛生協会総務課長） 石黒信久（北海道大学） 萱場広之（弘前大学） 佐藤智明（山形大学医学部） 徳江豊（群馬大学医学部） 人見重美（筑波大学医学部） 山口敏行（埼玉医科大学） 細川直登（亀田総合病院） 吉田真紀子（亀田総合病院） 大久保憲（東京医療保健大学） 吉田正樹（慈恵医科大学） 坂本史衣（聖路加国際病院） 小野和代（東京医科歯科大学） 満田年宏（横浜市立大学） 飯沼由嗣（金沢医科大学） 金井信一郎（信州大学医学部） 村上啓雄（岐阜大学） 朝野和典（大阪大学） 大毛宏喜（広島大学） 武内世生（高知大学） 青木洋介（佐賀大学） 川村英樹（鹿児島大学） 中島一敏（国立感染症研究所FETP） 鈴木里和（国立感染症研究所細菌第二部） 小澤邦寿（群馬県衛生環境研究所長） 押谷仁（東北大学教授） 古屋好美（山梨県中北保健所） 木戸内 清（岐阜県東濃保健所） 松本百合子（東大阪市保健所） 中里栄介（佐賀県杵藤保健所・伊万里保健所） 石原弘子（筑波メディカルセンター病院 感染対策室長） 仙田順子（筑波メディカルセンター病院） 森田和明（協和中央病院）

要旨：地域で保健所が院内感染対策ネットワーク構築を支援するために、モデル的事業を行うとともに、全国の保健所への調査を行い、これらをもとに支援のあり方について検討した。また、保健所関係者及び感染制御専門家によるメーリングリストを設定し、重大な多剤耐性菌院内感染発生時に保健所を専門家が支援する手続きを定め、リーフレットを作成した。

キーワード：院内感染対策、保健所、感染制御専門家、地域ネットワーク、アウトブレイク

A. 目的

多剤耐性菌などの院内感染について適切に感染防止とアウトブレイク対応を行うために、保健所、医療機関と感染制御専門家が連携する体制を確保することを目的とする。

B. 方法

1. 地域における院内感染対策ネットワークの構築を保健所が支援するため、モデル的にネットワークを支援するとともに、感染防止対策加算の状況も含めて保健所に対する調査を行う。
2. アウトブレイク発生時の保健所と専門家の連携体制を確保するため、保健所を支援いただける全国の感染制御専門家のメーリングリストを作成するとともに、専門家の関係団体に対して協力依頼を行い、あわせて関係者向けの資料作成など啓発活動を行う。

C. 結果

1. 地域院内感染対策ネットワークの構築支援

ネットワーク構築をモデル的に支援するため、保健所管内院内感染対策地域ネットワーク会議を、毎年開催した。参加者は、管内全病院の各感染症担当職種、保健所、感染管理専門家の医師・看護師3名であり、感染制御専門家による講義、ラウンド、アウトブレイク対応、病院の改善対応などについて、報告・意見交換が行われた。

また、連携について全国の保健所長に対するアンケート調査を行い、282（57%）の保健所から回答があった。ネットワーク参加していると回答した保健所は22%であり、感染防止対策加算のカンファランスに参加などしている保健所は12%であった。自由記載では、保健所が感染防止対策加算のネットワーク・カンファランスを共催または事務の支援を行っている例や、保健所が感染防止対策加算とは別にネットワーク会議などを主催している例が見られた。

2. アウトブレイク発生時の保健所と専門家の連携

体制確保

医療機関のアウトブレイク発生時に、これを指導する保健所を支援いただける全国の感染制御専門家24名を選定し、メーリングリストおよび対応方針を作成した。なお、研究班の議論を踏まえ、全国保健所長会会長が二つの大学病院感染対策協議会に対し「保健所が病院に対して助言、指導を行う場合に、保健所に対して専門的な支援、指導を行うこと。」という要望を行い、両協議会から回答を得た。

また、保健所及び病院向けのリーフレットを作成するとともに、関東甲信越ブロック保健所長会および国立感染症研究所感染症危機管理研修会において、説明を行った。

D. 考察

アンケート調査の結果からは、保健所が地域感染対策ネットワークに関与している割合はまだ高くない。しかし、平成23年の国の通知や11月の国公立大学附属病院感染対策協議会会長から保健所長会会長あての文書からみると、今後、地域の院内感染対策ネットワーク整備において、保健所の役割が期待されている。しかしながら、保健所が地域においてネットワーク構築を支援するためには、保健所の具体的な役割を明らかにする必要がある。

調査では、保健所が感染防止対策加算のネットワーク・カンファランスを共催または事務の支援を行っているとの回答が見られた。一方、本研究班のモデル事業や他の一部の保健所においても、感染防止対策加算のカンファランスとは別に、ネットワーク会議の開催を支援した。この方式の長所は、地域の全ての病院などが参加でき、対等の関係のもとに連携することができることである。

保健所関係者及び感染制御専門家のメーリングリストを通じた支援手続については、今後リーフレットなどによる情報提供の促進、具体的事例による経験を通じた支援手続の改善を図る必要がある。

今後は、院内感染対策ネットワーク構築の推進のため、保健所への再調査、地域分析、保健所が関与するモデル事例の詳細調査を行うとともに、連携のあり方を具体的に明らかにするマニュアルを作成することが必要である。また、院内感染アウトブレイクの届け出を受けた保健所長が専門家から支援を受けて対応する場合について、リーフレットによる啓発を行うとともに、事案への対応やネットワーク構

築を通じて、具体的な手続きや連携のあり方を研究する。

E. 結論

地域で保健所が院内感染対策ネットワーク構築を支援するために、モデル的事業を行うとともに、全国の保健所への調査を行い、これらをもとに構築の支援のあり方について検討した。保健所関係者及び感染制御専門家によるメーリングリストを設定し、重大な多剤耐性菌院内感染発生時に保健所を専門家が支援する手続きを定め、リーフレットを作成した。

G. 研究発表

論文発表 インフェクション・コントロール誌第22巻3月号「アウトブレイク対応における保健所の役割」

公衆衛生情報 2013年1月号「地域の院内感染対策への保健所と全国保健所長会の対応」

学会発表 日本公衆衛生学会総会 地方衛生研究所研修フォーラム「多剤耐性菌の院内感染事例への行政の関与をどうするか？」

日本環境感染学会シンポジウム「診療報酬改定により進められた院内感染対策地域連携の現状と問題点」

同「感染制御に関する医療機関と行政との連携」

地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究 分担研究「保健所支援」

研究分担者：石 丸 泰 隆（山口県岩国環境保健所長）

研究協力者：佐々木 隆一郎（長野県飯田保健所長） 中 瀬 克 己（岡山市保健所長）

山 口 亮（旭川市保健所長） 米 山 克 俊（日本公衆衛生協会総務課長）

一 乗 健太郎（全国保健所長会事務局）

研究要旨：日本版標準 ICS の実効性を担保するため、メーリングリストやホームページなどの「保健所情報支援システム」の運用及び有用性の評価を行った。また、Web テレビ会議システムについても着目し、これを利用した訓練を実施し、広域の保健所が情報共有し意見交換を行う手段の1つとして有用であることを確認した。これらのシステムは健康危機管理対策上、ICS を支えるしくみとして有用性が高いと考えられたため、今後もその活用の推進を図ることが望まれる。

A. 目的

保健所長を対象としたメーリングリストや健康危機管理に関連したホームページの運用、Web テレビ会議システムを利用した訓練の実施等により、日本版標準 ICS の実効性を担保し、全国の保健所が「健康危機発生時」においても的確かつ迅速に対応できるよう支援する「地域健康安全・危機管理システム」を構築する。

B. 方法

1 「保健所情報支援システム」の運用及び有用性の評価

健康危機管理に係る事例情報の提供と共有、専門的助言を要す相談や意見交換等を、全国の保健所長が登録して行う「保健所長会健康危機管理メーリングリスト」及び健康危機管理関連の情報を掲載する「健康危機管理ホームページ」について、全国保健所長会との協力により「保健所情報支援システム」として構築・運用する。

また、これらのシステム利用状況の分析及び保健所長アンケート調査を実施し、健康危機管理における当システムの有用性を評価する。

2 有事想定 ICS 訓練参加等を通じた Web テレビ会議システムの有用性の検討

健康危機事案が発生した際に、迅速かつ簡便に広域の保健所等が連携して相互支援を行うことができる新たな手段の確保を図るため、複数の保健所の協力の下で訓練等を実施し、Web テレビ会議システム

が「保健所情報支援システム」の1つとして有用であるか検討する。

C. 結果

1 支援システムの運用及び有用性の評価

(1)保健所長会健康危機管理メーリングリストの利用状況（平成 25 年 1 月末現在）

平成 23 年 1 月 26 日から運用を開始。現在、全保健所長の 7 割以上に当たる 324 人が登録。これまでの 2 年間で 704 件の投稿が行われ、健康危機管理に係る情報の共有や意見交換、相談等に活用された。1 か月の平均投稿件数は 20 件で、特に平成 23 年 3 月の東日本大震災発災後では多くの情報交換がなされた。最近では、食中毒や感染症などの話題が多かった。また、専門的助言を求めて保健所長から質問される投稿のうち、8 割以上については同日中に他の保健所長が回答していた。相談支援機能が十分に発揮されている状況が確認できた。

(2)健康危機管理ホームページの利用状況

平成 22 年 11 月 27 日から運用を開始。これまでの閲覧累積数は 24,500 件にのぼる。この 1 年間で約 1 万件、1 日あたりに換算して約 20~30 件のアクセスがあった。関連省庁からの通知文書及び専門的情報などを逐次掲載してきたページがよく閲覧されていた。なお、東日本大震災の発災直後では 1 日 200 件超のアクセスがあり、健康危機管理上、非常に有効な情報支援ツールとして活用

された。

(3)メーリングリストアンケート調査結果

回答した 328 名の保健所長のうち、324 名(98.8% (全保健所長の 72.2%)) が、メーリングリストについて「今後も引き続き利用したい」あるいは「新規に登録したい」と回答した。

また、当該メーリングリストの有用性ありと評価する意見が多数を占めていた。

2 有事想定 ICS 訓練参加等を通じた Web テレビ会議システムの有用性の検討

訓練では、広域の保健所間であっても、Web テレビ会議システムを利用することで、お互いの顔を見ながら情報の共有、意見交換及び意思の決定などがスムーズに実施できた。

訓練を通じて、当システムも ICS を支えるしくみとなり得ることを確認できた。システムの使用方法は難しくなく、少なくとも 1 度、事前に体験さえすれば誰でも簡単に使うことができた。その一方で、会議中の音声や資料メール配信の点で不具合が発生したり、保健所自体の IT セキュリティレベル設定が高い場合には会議そのものに参加できないなどの課題も認めた。

D. 考察

■メーリングリスト及びホームページについて

先述のメーリングリスト及びホームページは、東日本大震災の際に活用されていたこと、現在も様々な健康危機管理上の情報の共有等の役割を發揮していること、さらには保健所長調査からも概ね良い評価を得ていることが確認できたことから、「平時」及び「有事」にも保健所支援に役立つ「保健所情報支援システム」として適当だと考えられた。

また、日本版標準 ICS の実効性を高めるためには、まず平時から保健所を始めとする関係者間で ICS に係る情報を正確に共有し、甚大で広域にわたる健康危機事案が発災した場合にも備えておくことが不可欠である。平時における対策の充実は、有事の際にも円滑に対策を進めることに資すると思われる。今後も運用を継続し活用を図ることが重要である。

■Web テレビ会議システムの活用について

今回試験的に利用した Web テレビ会議システムは、日本版標準 ICS の実効性を担保する上で、メーリングリスト等では十分には果たせない役割を補

完できるツールと考えられた。

例えば、今回のように、平時において広域の保健所が参加する ICS 訓練などに活用すれば、効果的・効率的に ICS に係る理解を促し普及することができる。

また、有事の事態が発生した保健所に対して、他の保健所長が、各自の保健所を離れることなく専門的助言をしたり、一緒に課題解決に向けて意見交換や意思決定を行うなどのシステム活用も考えられる。

以上のようなことから、日本版標準 ICS による健康危機管理対策を推進する上で、Web テレビ会議システム活用は重要だと思われた。

今後、全国の保健所に普及させていくことが望まれる。ただし、個々の保健所で IT セキュリティ調整を行う必要があるなど、普及上の課題もあることから、全国保健所長会や国などからも普及促進支援を受けながら取り組んでいきたい。

E. 結論

保健所情報支援システムは、健康危機管理対策上、ICS を支えるしくみとして有用性が高いと考えられたため、今後もその活用の推進を図ることが望まれる。

F. 今後の計画

- ・システムのメーリングリスト及びホームページの継続運用
- ・Web テレビ会議システムの全国保健所への普及と活用の検討

G. 発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし

地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究 分野総括・事例収集担当 総合研究報告書

研究分担者：澁谷 いづみ（愛知県豊川保健所長）

研究協力者：岸本 泰子（島根県出雲保健所長） 高野 正子（高槻市保健所長）

大橋 俊子（栃木県県東健康福祉センター所長） 大江 浩（富山県砺波厚生センター所長）

松本 一年（愛知県一宮保健所長） 竹内 俊介（島根県松江保健所長）

谷畑 健生（国立保健医療科学院主任研究官） 稲熊 一英（愛知県医薬安全課主査）

中尾千恵子（愛知県豊川保健所主任主査）

要旨：本研究は、保健所からの健康危機管理事例の収集及び活用について検討することを目的としている。平成 23、24 年度には、新たに 74 件の健康危機管理事例を収集し、H-CRISIS に掲載することにより情報の共有化を図った。また、収集事例の活用促進を図るため、健康危機管理の分野別に「標準事例」と「応用事例」を選定し、全国保健所長会ホームページで紹介すると共に、収集事例を分析することによって論点を整理した。

A. 目的

保健所の経験した健康危機管理事例の収集及び今までに収集したこれら事例の活用方法を検討することを目的とした。

B. 方法

(1)健康危機管理事例の収集と共有化

平成 13 年度から 21 年度までの 9 年間で保健所が経験した健康危機事例は、国立保健医療科学院が運営する健康危機管理支援ライブラリーシステム（以下、「H-CRISIS」とする。）に保健所健康危機管理事例として掲載（保健所等職員のみが利用できる限定サイト）している。これらの事例は、全国保健所長会の「健康危機管理に関する委員会」が実施主体となって収集を行い、H-CRISIS に掲載し、保健所等の関係機関と健康危機管理事例の情報の共有化を図っている。

本研究では、H-CRISIS に掲載されている事例の拡充を図るため、年度毎に、重点報告事例を決定し、全国の保健所に事例報告を依頼した。また、健康危機管理に関する委員会で、収集した事例の中から詳細な報告を求める事例の検討等を行い、該当保健所に詳細報告を依頼し、H-CRISIS に詳細報告事例を追加掲載した。

(2)健康危機管理事例の活用

H-CRISIS に掲載された保健所健康危機管理事例

を有効に活用するため、全国保健所長会の「健康危機管理に関する委員会」と協力し、収集した事例から分野別に「標準事例」と「応用事例」を選定し、全国保健所長会ホームページで紹介した。「標準事例」は比較的発生頻度が高く、保健所の担当初心者であっても適切な対応の習得が必要な事例とし、「応用事例」は様々な関係機関との調整が必要となる教訓的な事例や、発生頻度は稀であるが保健所の対応で参考となる事例とした。

また、選定した応用事例の中から感染症分野の「市内の複数の大学における麻疹集団感染事例」を基に、ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）の考え方を踏まえ、保健所の対応、関係機関との連携等について検討した。

さらに、収集事例の中で、クドア（疑いを含む）による食中毒事例及び腸管出血性大腸菌集団食中毒事例を分析し、論点を整理した。

C. 結果

(1)健康危機管理事例の収集と共有化

年度毎に重点報告事例を示して全国の保健所に事例報告を依頼したところ、平成 22、23 年度に発生した健康危機管理事例 74 件の報告があり、H-CRISIS に掲載した。

これにより、今までに H-CRISIS に掲載できた保健所健康危機管理事例は 681 件となった。（分野別掲載事例の内訳は表 1 を参照。）

表1 分野別 H-CRISIS 掲載件数

分 野	23 年度 掲載	24 年度 掲載	総掲載 件数
原因不明健康危機			3
災害有事・重大健康危機		2	14
医療安全	1	1	37
介護等安全			43
結核	2	9	64
精神保健医療			20
児童虐待			11
飲料水安全			11
生活環境安全		1	24
感染症	7	6	282
食品安全	11	37	308
合 計※	21	53	681

※分野が重複する事例があるため、実際の掲載件数と保健所健康危機管理事例の合計とは一致しない。

(2)健康危機管理事例の活用

H-CRISIS に掲載している保健所健康危機管理事例の中から、標準事例 17 件（医療・介護等安全分野 7 件、結核分野 3 件、感染症分野 3 件、食品安全分野 4 件）及び応用事例 19 件（医療・介護等安全分野 5 件、結核分野 4 件、感染症分野 5 件、食品安全分野 5 件）を選定した。そして、これらの選定した事例は、全国保健所長会ホームページに掲載し、H-CRISIS の利用方法と併せて紹介した。

また、選定した応用事例の「市内の複数の大学における麻しん集団感染」の事例を基に、麻しん集団感染の ICS/IAP の例を作成し、保健所及び関係機関の実施すべき役割や連携体制について確認することができた。

平成 24 年度には H-CRISIS に掲載したクドアに関する事例 21 件について分析を行い、論点を整理し、厚生労働省担当者との意見交換等を行った。その内容は、廃棄で拡大・再発防止できるアニサキス等の他の病因物質との対応に差があること、疑わしい食品残品がない場合は原因物質を特定できない可能性が高いこと、養殖場を特定できた場合の公表や、養殖・流通業者に対する指導方法等である。また、腸管出血性大腸菌集団食中毒事例を踏まえた感染症

としての課題として、タイムリーな広域的情報共有、感染症の届出基準に合わない症例が多いことによる届出がされない危惧、HUS の緊急治療体制の確立等についても整理した。

D. 考察

継続的に健康危機管理事例を収集するためには、保健所の協力が必要不可欠である。全国保健所長会等と連携し、事例報告の積極的な呼びかけにより、H-CRISIS に掲載した事例を増やすことができた。

今回の研究では、収集事例の活用法について検討を行った。今までに収集した事例の中から、「標準事例」と「応用事例」を紹介することにより、保健所等において事例の活用がしやすくなると考えられた。また、収集した事例を分析することにより、問題点を抽出して各保健所長会等で議論を深めてもらうことができた。

全国の保健所は、それぞれの地域性や組織の体制等により様々である。したがって、それぞれの保健所で、これらの収集事例を基に、地域の状況に応じて、その対応等を想定しておくことや、事例の中で問題点を抽出して議論を深めておくことは、今後同様の健康危機発生時に適切な対応を図るうえで大変有用であると考えられた。

E. 結論

全国保健所長会の健康危機管理に関する委員会が中心となり、健康危機管理事例の収集を行い、H-CRISIS に掲載することにより、保健所を始めとした関係機関との情報の共有化が図られた。

また、今までに収集した健康危機管理事例を整理し、参考となる事例を紹介したり、論点を抽出して議論を深めたりしていくことは、保健所の健康危機管理体制の整備や強化に資するものであると考えられた。

F. 今後の計画

引き続き健康危機管理事例の収集を行い、H-CRISIS に掲載の保健所健康危機管理事例の充実を図るとともに、保健所等においてより活用できる方法を検討していきたい。

分担研究報告書

「東日本大震災被災地の地域保健基盤の組織体制のあり方に関する研究」

研究分担者 宮崎美砂子（千葉大学大学院看護学研究科 教授）

研究要旨：東日本大震災において被災自治体が発災後に保健活動体制をどのように再構築したのかの様相を被災市町村、管轄保健所、県庁の各立場から地域保健活動実態を調べ多角的に検証することから、災害時の地域保健活動に有用な活動体制再構築のあり方を検討することを目的とした。東日本大震災で被災した市町村、管轄保健所、県庁に対して、各組織の保健師への面接調査を段階的に行った。各調査事例の個別分析に基づき、災害時の地域保健活動体制の構築に影響する要因を、市町村、保健所、県庁のそれぞれについて検討した。さらに各結果を統合し、災害時に初動活動を迅速に確立するために留意すべき事項として5つの事項を提示した。また災害時の地域保健活動体制再構築に向けて、今後整備・充足すべき点として8項目、①地域保健活動部門における災害時の指揮命令系統の確立、②地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立、③人材確保と配置、活用方法の確立、④各組織固有の役割遂行の確立、⑤職員の健康安全管理の確立、⑥組織間連携の確立、⑦外部支援者の活用、⑧人材育成の確立を提案した。

研究協力者

奥田博子（国立保健医療科学院生涯健康研究
部上席主任研究官）

春山早苗（自治医科大学看護学部 教授）

牛尾裕子（兵庫県立大学看護学部 准教授）

岩瀬靖子（千葉大学大学院看護学研究科
助教）

大内佳子（宮城県東松島市保健福祉部
健康推進課 技術主任兼保健師）

松下清美（兵庫県健康福祉部健康局
健康増進課 副課長）

加藤静子（埼玉県保健医療部保健医療政策課
研修・国際協力・免許担当）

小窪和博（千葉県海匠健康福祉センター
（海匠保健所）所長）

館石宗隆（札幌市保健福祉局高齢保健福祉部
認知症支援・介護保健担当部長）

塚田ゆみ子（長野県健康福祉部医療推進課
副参事兼課長補佐兼看護係長）

松本珠実（大阪市保健所感染症対策課
保健副主幹）

る。しかしながら東日本大震災では、地域保健活動の中核機能である市町村庁舎等が壊滅的打撃を受け、これまでの災害発生時の対応方法では対応し難い問題が生じた。

本研究は、東日本大震災において被災自治体が発災後に保健活動体制をどのように再構築したのかの様相を被災市町村、管轄保健所、県庁の各立場から地域保健活動実態を調べ多角的に検証することから、災害時の地域保健活動に有用な活動体制再構築のあり方を検討することを目的とした。

2か年の調査期間を通じて、被災市町村調査、当該被災市町村を管轄する保健所調査、さらに県庁調査を行った。

研究目標

- ・既存の災害時保健活動マニュアル、ガイドライン等の改定に際して根拠となる情報の提供ができること
- ・災害時の市町村等の地域保健活動体制の構築に貢献できること
- ・平常時からの備えに関して、市町村等の地域保健活動拠点に対して貢献できること（研修プログラムの作成に貢献できることを含む）
- ・県本庁、保健所、市町村の組織間連携に対して貢献できること

A. 研究目的

災害時において効果的に地域保健活動を展開するためには、指揮命令系統を含む組織体制を被災状況に即した体制に迅速に再構築することが不可欠であ

B. 研究方法

事例調査の方法により、実態を詳細に把握することとした。

1. 調査対象

被災市町村の保健機能の被災状況を類型化し（下表）、その状況を踏まえ、まず調査候補先市町村を選定した。協力の得られた市町村に調査を行い、次いで、保健所調査、県庁調査を行った。

[パターン A] 地域全域被災、役場中枢機能を壊滅的喪失、人的被害甚大、地域保健活動の拠点も喪失
[パターン B] 地域の広域が被災、役場中枢機能の一部機能喪失、人的被害甚大であるが地域保健活動拠点は存続
[パターン C] 役場中枢機能及び地域保健活動拠点は被害なし、地域の中に被災地区と被災しなかった地区が存在
[パターン D] 役場中枢機能及び地域保健活動拠点到被害なし、隣接市町村から被災者受入れの必要性あり

2. 調査方法

被災市町村、管轄保健所、県庁の各地域保健活動部門において、発災直後から概ね1年間、地域保健活動の推進と体制構築を中心的に担った保健師にそれぞれ60分～90分の面接聴取を行った。

3. 調査項目

発災後の指揮命令系統、組織（活動）編成、各職員の動き方、その中での保健師の役割、他機関との連絡・調整における活動体制と課題、組織および保健師の動き方における自己検証等

4. 分析方法

1) 個別分析

市町村調査、保健所調査、県庁調査の調査事例ごとに、以下の分析を行った。

（1）経時的な組織体制再構築の様相

各市町村、保健所、県庁ごとに、発災直後からどのように組織体制を再構築しながら活動を推進していったのかの経過を記述した。

（2）組織体制再構築に影響を与えた要因

上記（1）の記述から、組織体制再構築に対して、

“推進を促した要因”、“推進を妨げた要因”について関連する事象を抽出し、内容を端的に記述した。

2) 全体分析

影響要因の性質ごとに、市町村、保健所、県庁の個別分析結果を統合し整理した。災害時の地域保健活動体制再構築のあり方に対して今後、整備・充足すべき点、そのための具体策について考察した。

（倫理面への配慮）

調査対象の地域保健部門の管理者および面接聴取する保健師の両者に、本調査の趣旨及び内容について文書及び口頭にて十分な説明を行った。また調査内容は本研究以外の目的に使用しないこと、調査結果の公表にあたっては、保健師個人および自治体名が特定されることのないよう十分配慮すること等を伝え、調査協力の同意を得た上で行った。本調査は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会にて承認を得た後に行った。

C. 研究結果

1. 調査対象の概要（表1-1、表1-2）

9市町村、7保健所および2県の調査対象者の概要を表1（本文末に掲載）に示す。9市町村の保健機能の被災状況はパターンAが3か所、パターンBが5か所、パターンDが1か所であった。市町村調査では合計12名、保健所調査では合計16名、県庁調査では合計6名の保健師から協力が得られた。各調査において、調査対象となった保健師の立場は、発災当時地域保健活動の推進を担当する部署の担当者であった者、発災当初に現場活動に出向いた者、発災当初の担当者の異動後に発災1年以内の状況を引き継ぎ現在地域保健活動の推進を担当する部署の担当者である者、がそれぞれ含まれた。

2. 組織体制再構築に影響を与えた要因

1) 市町村の災害時保健活動体制に影響を与えた要因（表2）

“推進を促した要因”および“推進を妨げた要因”を検討した。

要因は9の内容、すなわち、①保健活動の拠点・人材、②防災計画及びマニュアルの職務記載内容、③管理者の役割・指揮命令系統、④活動体制の再編・調整、⑤活動の継続性の担保、⑥外部からの支援、⑦外部からの倫理的配慮、⑧住民や地元関係者

との関係、⑨土地勘・地域の資源情報、に整理された。

以下に要因の性質ごとに内容を説明する。

①保健活動の拠点・人材

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

本部機能の確立、保健活動の拠点となる場の確立、稼働できる職員の確保、連絡手段の確保と情報の集約

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

本部機能喪失、保健活動の拠点となる場の喪失、職員の喪失・負傷、基本情報及び情報収集・連絡手段の喪失

多くがパターン A の事例から抽出された要因であった。

②防災計画及びマニュアルの職務記載内容

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

マニュアルの基本事項の職員への浸透と初動の保健活動体制について庁内での合意あり

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

保健活動に専念できない発災時の防災計画上の職務内容記載、組織のラインと保健活動のラインという二重の命令系統、想定外の事態にも応えられる組織対応力の不足、救護所の介助業務に保健師人員が割かれること

③管理者の役割・指揮命令系統

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

課長が全体掌握し、部長が本部とのリエゾン役割を発揮した組織的な動き、管理職による統括保健師の指名、市町村において統括保健師の設置困難な場合保健所が全体調整役として常駐、地元看護職の緊急雇用による人材確保

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

管理職も現場活動に従事し指揮者が不在、緊急事態に対して現場部門の意思決定権限の無いこと、保健活動の統括者の設置なく活動が調整のないまま経過

④活動体制の再編・調整

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

平常時の分散配置を解除し一括配置体制をとることにより保健師の初動を促進、平常時にはない保健師の統括役割を設置、統括者の補佐役の設置（状況により市町村内、保健所、他県、外部機関から）、状況変化に応じた持続的な活動再編、人員配置の調整、地域内の人材発掘と活用、職員間の情報共有、気持ちの共有を図るためのミーティングの実施

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

医療チームの行政への理解不足、統括者の負担増大、避難所への市町村保健師の常駐の体制、複数回に及ぶ避難所の移転・再編、非常時から平常時の体制移行時の活動方針に対する保健師間の認識のずれ

⑤活動の継続性の担保

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

継続業務の選定、長期戦を見越した職員の休息確保（幹部からの命令、外部委託できる業務選定と採用）

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

職員の休息確保・健康管理方法の未確立

⑥外部からの支援

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

（派遣者からの支援）

市町村内に統括者設置が困難な場合、派遣者を活用して設置、派遣者による統括者の補佐役割、地元と派遣者の役割分担、派遣者の長期活用

（保健所からの支援）

感染症対策の普及・推進、市町村の活動体制のアセスメントに基づく支援方針樹立、応援者要請、人材活用の仕組みづくり、市町村が機能不全の場合、統括者の代替、市町村の統括者の補佐、市町村の本庁と支所の調整、震災対応の振返りを通して行う市町村保健師の人材育成、保健所からの支援

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

（派遣者からの支援）

派遣者の受入業務の増大（配置調整、オリエンテーション、携帯する身分証明準備、派遣者の被災地活動に対する認識不足・引継ぎ体制の不備、調整や記録整理などの業務への支援者不足

（保健所からの支援）

感染症対策の普及・推進に対する技術不足、市町村ごとの窓口担当者がおらず責任所在が不明、県保健師としての主体的な役割意識、町との協働意識の乏しさ、保健所の方針が市町村側に見えないこと、持ち帰った情報が対策に活かされたかどうか不明な状態、平常時から保健所と市町村の関係が希薄、平常時から人員配置の少ない保健所の体制

⑦外部からの倫理的配慮

【推進を促した要因】は抽出されなかった。

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

派遣者による現地職員への批判、調査研究・マスコミ取材・ボランティア等の倫理観の欠如

⑧住民や地元関係者との関係

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

地域住民との信頼関係、地元関係者との連携協力関係、本庁と支所との保健師間のコミュニケーション、事務職上司の保健師への理解と信頼

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

地域住民や地元関係者へのかかわりに対する市町村保健師間の主体性の差

⑨土地勘・地域の資源情報

【推進を促した要因】として以下が挙げられた。

地域を基盤においた活動、地域性・地域資源・地域内組織の熟知

一方、【推進を妨げた要因】として以下が挙げられた。

分散配置や年代による保健師活動自体への認識の差、保健師等職員間のつながる力の差

2) 保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因 (表3)

“推進を促した要因”および“推進を妨げた要因”を検討した。

その結果、保健所においては、11の内容、すなわち、①指揮命令系統・方針の決定及び（調整）体制の確立、②情報収集・アセスメント・問題整理・発信、③組織体制の再編・組織内連携、④外部支援者の受入・調整・活用、⑤市町村支援・市町村管理職への進言、⑥感染症対策、⑦要援護者支援、⑧市

町村との連携、⑨役割認識、⑩県職の人材活用方法、⑪平常時からの研鑽・人材育成、に整理された。

以下に内容を示す。

①指揮命令系統・方針の決定及び体制の確立

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・支所長がマニュアルを参考に指揮命令役割を発揮
- ・所内全体にミーティング開催を呼びかけ、企画部門主導による方針の検討体制を構築
- ・保健活動支援チームを立ち上げ、管内で最も被害の大きい市町村への支援を決断。チームによる情報分析は支援方針に反映
- ・時間の経過と共に変化するニーズに応じて保健活動方針を持続的に検討・調整
- ・こころのケアは連携による中長期支援の方向性を検討するため協議体制を構築

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・所長の指揮命令が所内の末端スタッフまで届かなかったこと
- ・所長が県立病院や管内市町村に足繁く通い、所内に司令塔不在
- ・所長、次長、課長の指示ラインが見えなかったこと
- ・所内の情報分析・協議体制未確立
- ・災害時活動マニュアルの存在が所内で認識されていないこと

②情報収集・アセスメント・問題整理・発信

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・発災直後、必要物品や医療機関の状況を独自に毎日収集・更新し、毎晩、市町村に情報提供
- ・県から日々、大量に流れてくる情報を振り分けて市町村に提供
- ・複数の情報を一元化して広域の情報を市町村に提供
- ・派遣チームからの情報を基に、各町の地域診断を実施。それに基づき応援保健師の配置を決定
- ・派遣チームの立ち上げた感染症サーベイランスシステムを活用し、感染症発生動向を現場活動に還元

- ・拠点を喪失した市町村については、特に意識して情報を収集。合併後の市については、支所の情報を意識的に収集し市役所にフィードバック
- ・情報の流通を途切れさせないようにしたこと
- ・市町村では推進できない課題に対して対応策を樹立（トイレプロジェクト）
- ・県レベルに市町村の情報を上げることで、市町村への保健所保健師の常駐化につなげたこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・保健所が被災し、ライフライン途絶のなか、市町村の情報収集が困難
- ・所内の衛生電話は充電切れのため使用不可
保健活動に必要な各種調査票の準備を行うが、停電のため作業が思うように進まなかったこと
- ・自宅待機命令により所内の指揮命令系統整備の遅れあり。そのため市町村等の情報収集の遅れがあったこと

③組織体制の再編・組織内連携

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・医療班（医師会）と保健班で連携を取りながら活動を展開
- ・災害時活動マニュアルがあり、内容が頭に入っており、それを基に活動
- ・合併後の市に対しては支所周り担当の保健師を設置し、情報収集・支援にあたったこと
- ・市町村の状況に合わせて体制を調整（発災2か月後、被害の大きい市町村に保健所保健師常駐）

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・所内に相談できる人も指示もなく、報告しても反応なく、保健所内で保健師が全て一人で対応しているという孤独感があったこと
- ・平時から所内の衛生部門との連携はほとんどなく災害時の連携についても予測されておらず、保健所全体として初期からチームによる活動体制は指揮命令系統なく活用できていないこと
- ・保健所保健師として発災初期から衛生監視員（薬剤師、獣医師等）と連携した対応ができていないこと

④外部支援者の受入・調整・活用

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・外部支援者の連絡会を保健所主導で開催し、方針の共有を図ること
- ・派遣保健師チーム、こころのケアチームの受入・調整を担うこと
- ・医療支援、派遣保健師チームとのミーティングの実施・調整

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・管轄町によっては、各避難所の医療チームが公衆衛生的役割も担う体制になっていたため、保健所として動きにくい部分が生じたこと

⑤市町村支援・市町村管理職への進言

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・市町村の稼働状況に応じた支援（→市町村リーダー保健師（統括者）の相談役・補佐役、統括者の代替、市町村の保健活動部門丸ごとの代替）
- ・市町村の状況に応じた関わり方の変化（→連絡会開催、ミーティング参加、活動の後方支援）
- ・情報収集と分析
- ・広域的・専門的視点での助言
- ・市町村庁内の関係部署間の調整
- ・外部機関とのつなぎ役
- ・市町村保健師のマンパワー不足で支援の行き届いていない避難所への対応
- ・市町村の事務職管理職へ健康相談体制の必要性を報告

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・被害甚大な市町村は発災直後から孤立し、市町村保健師が避難所に張り付いたため、当初予測していた支援役割が発揮できなかったこと

⑥感染症対策

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・チラシ、ポスターを即座に作成
- ・避難所での消毒薬の使用方法などの指導実施。粉塵予防のためのN95マスク配布は意味のないことなどの市町村への助言
- ・衛生環境整備や、今後の感染症発生増加に備えて

医療機関との事前調整を実施

【推進を妨げた要因】は抽出されなかった。

⑦要援護者支援

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・日頃から気に掛けている精神障がいをもつ住民を巡回して確認
- ・家族会経由で情報収集

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた

- ・保健所が担当している難病や精神障がいをもつ住民などへの安否確認を行う余裕がなかった

⑧市町村との連携

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・市町村のリーダー保健師と連携し、支援方針を協議し活動を展開できたこと
- ・市町村の保健活動、支援チーム活動について協議の場をもち、保健所の支援方法を決定したこと
- ・定例連絡会議により平時から顔の見える関係にあること
- ・日頃の人間関係により、誰に何を働きかければ組織が動くかを分かっていたこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・市町村が保健所に求めることのアセスメント、保健所の役割についての市町村との合意形成、市町村との信頼関係づくりがうまく進行しなかったこと

⑨役割認識

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・保健所保健師は自分の業務上の分掌だけでなく、地域の保健活動、健康課題の全体を俯瞰すべきという認識はあったが役割遂行困難であったこと

【推進を妨げた要因】は抽出されなかった。

⑩県職の人材活用方法

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・兼務発令により、月単位で応援ができるようになったこと

り、中長期的な支援、復興経過を共に考えながら市町村のリーダー保健師の補佐役を務めたこと
一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・支所が被災地を管轄しているにもかかわらず、本所保健所は県内の他の被災地に応援要請があったこと
- ・他県から応援が入る代わりに、正規職員が異動になったこと

⑪平常時からの研鑽・人材育成

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・健康危機管理を伴う自然災害、インフルエンザ、原子力災害の3テーマについて研修を毎年実施してきたこと
- ・自然災害に限らず、危機的状況への対応について保健師のスキルアップの機会づくりを行ってきたこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・地域保健法制定後に入職した保健師には市町村との連携協働の機会や経験が多くないこと

3) 県庁の災害時保健活動体制に影響を与えた要因(表4)

“推進を促した要因”および“推進を妨げた要因”を検討した。

県庁機能については8の内容、すなわち、①指揮命令系統・方針の決定及び体制の確立、②情報収集・アセスメント・問題整理・発信、③組織体制の再編・組織内連携、④県職の人材活用・調整、⑤県外の支援者の受入・調整・活用、⑥市町村との連携、⑦役割認識、⑧平常時からの研鑽・人材育成、に整理された。

以下に内容を示す。

①指揮命令系統・方針の決定及び体制の確立

【推進を促した要因】は抽出されなかった。

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・保健師活動の統括という大枠的な分掌の位置づけがあると発言力をもてたかもしれないということ

②情報収集・アセスメント・問題整理・発信

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・県庁担当課保健師が総務課の保健師と協働で情報収集にあたった

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・発災時に県庁の立場から現地に出向き、情報を直接取る手段が確立していない。情報が届かなければ、現場に出向くことのできる体制が必要である
- ・ライフラインが断絶。衛星電話が保健所専用のものでなく、限られた本数の衛星電話では被災地との連絡は困難を極めた
- ・発災直後の情報は、庁内の災害対策本部会議に出席した部長から各課長に伝達され、それが職員に伝えられる仕組みであり、被災地の状況が十分把握できなかったため、要求を具体的に伝えることができなかった。県庁において情報授受の仕組みに乗れるよう総括保健師などの位置づけが必要
- ・様々な本省などを含む外部からの問い合わせに対し、数的に示せるものがなく困ったこと
- ・健康調査は避難所ごとに実施していたため、県内全体の健康問題を十分に分析できなかったこと
- ・アセスメントに際して、当初から被災地全体の健康状態を考えるとという方針が徹底されておらず、統一書式等の作成を行っていなかったこと
- ・被災当時の災害時保健活動マニュアルの様式は自由記述欄が多く、データを電子化したのが定量的な分析が困難であったこと。要支援者を早く見つけてフォローしたいという思いで様式が整備されていたが、集計までは想定されていなかったこと

③組織体制の再編・組織内連携

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・県庁内で総務課は人員の確保、医療整備課は派遣調整という形で課別に役割分担を行いつつ連携。朝夕にミーティングを行い情報共有した
- ・県庁担当部局の保健師のみで情報収集・調整業務を担当することを考えたが、平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験から、マンパワー不足を懸念し、庁内他部局の保健師の応援を得る方針としたこと。このため課長から他課の課長へ依頼を実施したこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・派遣者の要請の判断、概算算出に数日を要した
- ・派遣調整は、発災直後から県庁と市町村間で連絡調整。保健所にどの時点で調整業務をバトンタッチすべきか判断がつかず

④県職の人材活用・調整（保健所との連携を含む）

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・県庁から応援を送る際、各被災保健所管内の避難所数で派遣人員比率を考慮したこと
- ・内陸保健所保健師による沿岸部保健所への応援体制を被災後約1週間頃から開始できたこと
- ・県の地理特性を考慮し、各地域の内陸保健所から沿岸部保健所担当制の支援者を配置し、内陸部の保健所および管内の市町村からも可能なスタッフの応援派遣調整を行ったこと
- ・県内陸部の各保健所から順番で保健師を派遣する体制をとり、派遣は出張対応という形で支援を要請したこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・職員間の温度差があり、当初は課長や事務とチームを組み沿岸部保健所を支援していたが、次第に保健師だけの支援となった
- ・地域間の温度差があり、内陸部保健所の応援は2～3日のチームもあり、沿岸部保健所から困惑する声があった

⑤県外の支援者の受入・調整・活用

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・当初から機能できた保健所では、県外派遣保健師は被災地管轄の保健所へ出向き、その指示のもとに被災市町村活動の支援を行うようにしたこと

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・被災保健所は絶対的なマンパワー不足、現状把握もままならない中、助言的立場のスタンスで派遣支援に入った派遣保健師とうまく折り合いがつかない面があった
- ・経験の乏しい、自律的な活動を行うことが困難な保健師も多く、被災地からクレームがあった

- ・市町村側が業務の建て直しや継続フォローに差し掛かった時期に市町村から全戸訪問をしたいという要望があったが、まとまった数の支援者を確保できず調整が困難であったこと

⑥市町村との連携

【推進を促した要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・災害経験のある自治体は初動が早く、応援者受入の表明があった。災害時の支援経験とトップのマネジメント能力が決断を左右した

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた

- ・市町村側の応援者受入の窓口者の対応によって応援者活用推進の成否が分かれた
- ・初盆の時期には保健活動が停滞するため、受入側市町村は保健師の受け入れを止めたいという申し出をしてきたが、こうした事態が念頭になく急遽受け入れを止めるための調整をすることになった

⑦役割認識

【推進を促した要因】は抽出されなかった。

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・県外派遣チームが保健所に支援へ入ったが、被災地保健所と本庁、派遣保健師間で意思疎通が上手く図られず、被災地から先遣隊の助言指導の立場に対し拒否反応が示されたこと

⑧平常時からの研鑽・人材育成

【推進を促した要因】は抽出されなかった。

一方、【推進を妨げた要因】として以下の取組が挙げられた。

- ・災害時対応マニュアルでは平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験も反映していたが、東日本大震災規模の災害は想定できていなかったこと

D. 考察

1. 災害時における各組織が果たすべき役割

1) 災害時における市町村保健師の役割

市町村調査の結果から、災害時対応において、市町村保健師の強みとなるものは、保健師と地域住民、地元関係者との間にこれまでに構築した信頼関係があることや、土地勘があり地域資源、風土・慣

習を熟知していること、上司の理解・信頼に基づき活動上の判断と決定に際して裁量をもつことができ得るということが挙げられる。

一方、市町村保健師の弱み、すなわち災害時の保健活動における市町村の脆弱性とは、平常時の保健師配置に由来する体制の混乱（分散配置体制、組織のラインと保健活動のラインという二重の命令系統の存在）、防災計画上の職務記載内容の不足（応急救護を中心とした職務記載、フェーズ進展に伴い変化する職務記載の不足）、地域全体を視野にいたした公衆衛生活動への対応の遅れ（要援護者への対応の遅れ、二次的健康問題の発生）、問題の全体把握の困難さ（被災当事者ゆえに目前の対応に追われがちで全体を俯瞰することが困難）、持続的な人材不足（外部支援者を効果的に活用する方法の未確立）が考えられた。

以上を踏まえ、災害時において市町村保健師が果たすべき役割とは、以下の4項目であると考えられた。

- （1）平常時からの信頼関係を活かした直接的な支援者の立ち位置から個人・家族、グループ、地域を単位に機能する予防的な支援対応
- （2）土地勘、地域風土・慣習を熟知する支援者だからこそ住民に受入られるアプローチ方法を用いた要援護者の早期対応
- （3）地域に必要な支援を関係者や住民と協働することにより創造し、仕組みや体制として構築すること
- （4）中長期に及ぶ持続的な支援者として要援護者はもとより、地域住民に対する支援者として機能しつづけること

これらの役割を遂行するには、平常時からの住民や関係者との信頼関係づくり、住民や関係者と協働した活動の仕組みづくりの蓄積が大事となると考えられる。

2) 災害時における保健所保健師の役割

保健所は、災害対応の観点からは県の出先機関としての役割を担い、健康危機管理の観点からは地域の中核拠点として体制づくりを担う重要な拠点である。したがって、災害時には、保健所が持つ、公衆衛生に関する知識・技術を含む健康危機管理の機能が不可欠である。

災害時に保健所保健師が主体的に果たすべき役割は以下の8項目であると考えられた。

(1) 情報収集・アセスメント・問題分析（初期～中期）

保健所保健師は主に健康危機管理の点からの被害拡大や二次的被害防止及び管轄市町村の災害対応支援を目的に、以下の観点から情報収集・アセスメント・問題分析を行う。

①現地調査：発災初期の被災情報と地域の支援対応力に関する情報収集（迅速評価）

②被災者の生活環境・健康状態を中心とする情報の集積、経時的な動向分析（モニタリング）

③積極的な調査の企画実施による実態分析

(2) 派遣保健師の受入・調整・活用（発災初期～中期）

大規模災害における発災初期は、全国から派遣保健師の受入等要望が集中する。保健所が稼働できる状況においては、被災市町村よりも広域に状況を把握できる保健所保健師が派遣保健師の調整を行うことが有効である。その場合保健所保健師は、県の保健師および市町村保健師と緊密な連携を取りながら、かつ被災市町村の地域文化や慣習を把握し対応方法に反映させる立場にあることを認識のうえ、派遣保健師の受入・調整・活用を図る。

(3) 地元関係者、外部支援者との連携体制・協議体制づくり（初期～長期）

被災地への支援は、災害が大規模になるほど多くの人材や関係者との連携が必要である。保健所保健師は、市町村への後方支援として地元関係者や外部支援者との連携体制や協議体制を構築して、被災地での円滑な支援を図る。

(4) 市町村支援（初期～長期）

発災初期から長期にわたり、市町村保健師の活動を支援する必要がある。発災後の初期は、マンパワーの充足への支援が求められる。そのため避難所等の現場に入り、直接住民支援に携わることもあったと考えられるが、そうした場合においても、現場活動を通じて情報収集に務め、アセスメントや活動計画策定に活かす。また市町村のリーダー保健師が不在の場合は、保健所保健師はその代替を務める。中長期になるに従い、変化するニーズに対して市町村のリ

ーダー保健師の補佐役割を取り、相談役を担うことにより、市町村の保健活動の充実や推進を支援する。また中長期的には、市町村の保健活動の振り返り・活動まとめの作成を協働することにより支援する。市町村の保健師を支えるということを一貫して念頭に置いた継続的な支援者役割を担うことが大事である。

(5) 感染症対策（初期～中期）

災害時には災害の形態、避難所の状況や災害時の季節に応じて各種感染症が発生する可能性が高まる。そこで、保健所保健師は住民への啓発、医療チーム・関係者への指導・協力要請という点で対応を行う。またサーベイランスなどの持続的な情報集積の体制を構築する。

(6) 要援護者支援（初期～長期）

災害時要援護者は、保健所が把握している要援護者への継続支援を行うとともに、市町村が把握している要援護者についても保健所保健師が応援する形で支援を行う。市町村では、発災後、要援護者の避難所生活、仮設住宅、借り上げ住宅、施設での生活等に伴い、要援護者に対する新たな問題が頻発することも考えられる。これらの問題には保健所保健師と市町村保健師が協働して解決に当たる等、柔軟な対応が必要となる。さらに要援護者を支援する関係組織等とのネットワークづくりも並行して進める。

(7) 平時からの基盤整備（長期）

大規模災害への対応は、災害の収束だけが目的ではなく、対応行動全般を事後評価して、さらに将来の有事に備えに活用することまでを含めて行うべきである。

保健所は、健康危機管理の地域中核拠点および公衆衛生の専門技術拠点として、災害対応を技術的に評価し、災害に強い地域を作り上げていくための基盤整備を行う必要がある。保健所保健師が主体となり、地域の関係者と共に災害時の活動の振り返りと活動まとめの作成を行う。また災害時保健活動マニュアルの充実を図り、関係者と共有する場を設ける。

(8) 職員のこころのケア・人材育成（初期～長期）

保健師による災害時の対応は、長期的支援を見据えて心身ともに健全な状態を維持しながら精神的な活動をしなければならない。そこで保健所保健師は職員のこころのケアのための対策を図るとともに、こころのケアに対応するための人材の育成についても検討する。

3) 災害時における県庁保健師の役割

災害時、県庁の地域保健活動部門は県内の保健所・市町村の活動全体を統括するとともに、厚生労働省、派遣元自治体、保健所、市町村等多チャンネルとの調整をする役割を担う。さらに、県域での事象進展を踏まえ、早急に対応すべき事項については対策を樹立し、通知を発行する等により具体方策の周知と浸透を図ることに責任をとる。中長期的な見地から、先行的な対策の樹立と体制確保を確立する役割を担う必要がある。

災害時に県庁保健師が主体的に果たすべき役割は以下の5項目であると考えられる。

(1) 情報収集・アセスメント・問題分析（初期～中期～長期）

県庁保健師は主に県内の市町村及び保健所の災害対応支援を目的として、以下の観点から情報収集・アセスメント・問題分析を行う。

- ①発災初期の迅速な被災情報の収集（迅速評価）
- ②派遣者、現地保健所等からの情報を活用した情報の集積、経時的な動向分析（モニタリング）
- ③積極的な調査による実態把握の企画（対策の根拠を明確にする）

(2) 支援人材の受入・調整（初期～中期～長期）

県庁保健師は、発災直後から収束までの全期間に渡り、派遣保健師等の支援人材の受入・調整・活用のため、国や派遣元の自治体と調整を行うとともに、県内の支援人材活用のための体制づくりを行う。また、被災していない市町村、保健所の人材活用に関する支援も行う。

(3) 県として取組が必要な事業、施策の起案、実施の体制づくり（中期～長期）

災害からの復旧・復興のため、地域保健活動部門として行うべき取組について、必要な事業・施策の起案や実施体制の検討を行う。

(4) 支援人材の人材育成（中期～長期）

大規模災害への対応は中長期に渡るだけでなく、収束のためには多くの人材を要する。県庁では県内の人材を活用するだけでなく、更なる人材の育成を行い、対応力の強化に努める必要がある。県庁保健師は、平常時から緊急時に備えて、県内の人材活用のための情報の蓄積、さらには人材育成の方針や対応計画を明確にし、実行に移していくことが求められる。

(5) 災害時保健活動の基盤整備（長期）

大規模災害への対応は、災害の収束だけが目的ではなく、対応行動全般を事後評価して、さらに将来の有事に備えに活用することまでを含めて行うべきである。

県庁は、県としての対応や県下での災害時の活動の検証と、災害時保健活動マニュアルへの反映を図るとともに、今後の災害に強い県づくりに向けて、平時から取組強化の必要な事業・施策への反映を図る。

2. 災害時における地域保健活動体制上の課題

各調査結果から見られたように、災害時に適切な地域保健活動体制を構築するためには、初動活動を迅速に確立することが何よりも重要である。調査結果および研究班での討議から、初動活動を迅速に確立するために留意すべき事項は、以下の5項目であると考えられた。

- ・平常時の組織体制から、災害という非常事態への組織体制の切り替え
- ・指揮命令ラインの確立
- ・各職員の災害時役割の理解の浸透、修得
- ・情報集約に基づく活動推進体制の確立（情報の一元管理、スタッフミーティングの定例化による方針共有、現地のニーズ変化に応じた活動内容の変化）
- ・データ・文書資産の迅速活用（要援護者台帳、災害時保健活動の調査票、記録票、予防啓発ポスター等）

これらの項目を災害時の時系列に即して対応する場合、以下のようなタイミングになると考えられる。

〈発災直後〉

平常時の係や班、分散配置の体制から、災害時には平常時の体制を越えて活用できる人員を集約し活動体制を再構築するという非常事態体制に切り替える。

〈24 時間未満〉

指揮命令ラインを確立するとともに、初期方針を決定する。同時に、平常時の体制を越えて人員を集約し、各部署の連携体制により、チームの再編を行う。また、ローテーションの編成による活動の持続性確保を図る。さらに、保健師職能全体を管理する統括者の任命・設置を行う。

〈24 時間以降〉

保健活動の指揮命令ラインを始動させる。具体的には統括者、統括補佐、リーダー保健師、被災地区の担当保健師のそれぞれの役割を明確にし、指揮命令の下、活動を開始し、情報集約に基づく活動推進体制を確立する。活動の際には、データ・文書資産を迅速に活用する。

さらに、統括者は活動編成（班）への人員配分、県への人員要求を行い、以後必要に応じて再調整を図る。これらを円滑に行うためには、日常的な各職員の災害時役割の理解の浸透、修得、さらに基盤には部署間や組織間の連携協力関係が必須である。

〈平常時業務の再開以後〉

平常時の配属部門へ保健師の帰属と平常業務遂行の中での災害対応の継続を行う。

3. 災害時の保健活動体制再構築の推進に向けて (表5)

災害時の保健活動体制再構築の推進に向けて、今後整備・充足すべき点を以下のとおり整理した。また、各組織が取るべき具体的方策として①通知・ガイドライン・防災計画への明示、②マニュアルへの明文化、③研修プログラム開発・実施との対応について表5に整理した。

1) 地域保健活動部門における災害時の指揮命令系統の確立

発災時は、平常時の保健師分散配置体制を迅速に集約化して保健師統括者の設置の下、保健活動としての指揮命令ラインを明確にした体制づくりが市町村、保健所、県庁のいずれの組織においても必要で

ある。

2) 地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立

災害時の情報は、統一様式による蓄積情報項目の明確化により、速やかに問題分析と協議につなげていくことが求められる。特に保健所では、発災初期から定期的かつ継続的に市町村単位の地区診断と協議の場を設定することが必要である。また県庁では、複数の被災地情報を一元的に管理し資源配分・調達、対策樹立につなげる役割認識や災害時の対応部門を明確にすることが必要である。

3) 人材確保と配置、活用方法の確立

災害時は、住民への直接支援を担う人材、長期的スパンで現地職員を補佐する人材、地域内の人材発掘と雇用を活用した人材活用のそれぞれについて、体制づくりが必要である。また、市町村、保健所、県庁のいずれにおいても、自組織の職員が担うべき事項と外部等からの支援者に委ねるべき事項の整理と共通理解が必要である。

4) 各組織固有の役割遂行の確立

市町村、保健所、県はそれぞれの組織の位置づけを踏まえて役割遂行を行うことが必要である。

市町村では役割の再編・調整を担う統括者と補助者を設置する。保健所では公衆衛生の技術拠点、被災市町村への支援、健康危機管理の拠点の各観点から遂行する役割を明確化する。県庁では県外に及ぶ広域調整や市町村間の調整を遂行する役割が重要である。

5) 職員の健康管理の確立

長期的支援を見越した職員の休息確保、職員の二次的健康被害やこころのケアの体制が必要であり、それについて、特にリーダー的立場にある保健師は環境づくりに務めるとともに、上司にも進言するなどして対応が適切に図れるようにする。

6) 組織間連携の確立

市町村と保健所間では、健康課題共有などの連携体制づくりが求められる。県と保健所間では、情報や応援人員を授受する連携体制づくりが必要である。

7) 外部支援者の活用

市町村では活動内容に応じて短期及び長期の外部支援者を受け入れ、効果的に活用するための体制づくりが必要である。短期外部支援者は避難所や地域での被災住民への直接的支援を担う人材としてマンパワー充足に貢献する。長期外部支援者は市町村の統括保健師を継続的に補佐し、活動体制構築、復旧・復興に向けた中長期の活動計画策定と体制づくり、施策提言を支援する人材として貢献する。

保健所においては、被災市町村への外部支援者の受け入れや活用の体制づくりを管内の複数の被災市町村を見据えた広域的視野から状況に応じて調整する役割が求められる。県と被災市町村との調整役割を効果的に実行するための体制づくりが必要である。

県庁においては、外部支援者の要請に関わる判断を迅速かつ変化する状況に対応できるようにするための体制構築が必要である。

8) 人材育成の確立

今後は、各組織の機能を活かし、災害時に活動推進のできる能力開発が重要である。市町村では、地域の風土や慣習、人々の価値観の理解を高めること、住民や関係者との協働力、統括保健師の育成が求められる。保健所では専門機能の技術強化、問題分析力・提案力、市町村人材の支援力の育成が求められる。県庁では県内の人材のキャリアや配置を総合的に捉えた人材活用力、県レベルでの施策形成力の育成、が必要である。また国として県庁保健師を補佐する災害時保健活動のスペシャリストの養成を計画的に行うことが求められる。

E. 結論

地域保健活動の組織体制再構築時に、初動活動を迅速に確立するために留意すべき事項として5つの事項、①平常時の組織体制から、災害という非常事態への組織体制の切り替え、②指揮命令ラインの確立、③各職員の災害時役割の理解の浸透、修得、④情報集約に基づく活動推進体制の確立、⑤データ・文書資産の迅速活用、を提示した。

災害時の地域保健活動体制再構築に向けて、今後整備・充足すべき点として8項目、①地域保健活動部門における災害時の指揮命令系統の確立、②地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立、③

人材確保と配置、活用方法の確立、④各組織固有の役割遂行の確立、⑤職員の健康安全管理の確立、⑥組織間連携の確立、⑦外部支援者の活用、⑧人材育成の確立が必要であり、通知・ガイドライン・防災計画への明示、マニュアルへの明文化、研修プログラム開発・実施への反映が求められる。

F. 危機管理情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

①宮崎美砂子，奥田博子，春山早苗，牛尾裕子，岩瀬靖子，大内佳子，松下清美，加藤静子，小窪和博：東日本大震災の被災市町村における発災後の保健師活動体制再構築の様相．第71回日公衛会抄録集，479，2012．

②宮崎美砂子：パネルディスカッション（市民公開）大災害における市町村保健師の公衆衛生看護活動．第71回日公衛会抄録集，75，2012．

H. 知的所有権の出願・登録情報

なし

表 1 - 1 調査対象市町村の概要（平常時の地域保健活動体制）

	保健師数 (育児休暇・病欠 者の有無)	分散配置状況	保健師間の連絡調整者の 有無
事例 1 (パターン A)	9 人 (内、育休 4 人) : 実働 5 人	分散配置有り ・保健センター ・地域包括支援センター	有
事例 2 (パターン A)	10 人	分散配置有り ・福祉課に全員配属 4 班で構成され、内 2 班 (地域包 括支援班、健康推進班) に配置	有
事例 3 (パターン A)	7 人	分散配置なし ・健康推進課に全員配属	有
事例 4 (パターン B)	13 人 (内、産休 1・ 病休・退職者合計 3 人) : 実働 10 人	分散配置有り ・保健センター ・地域包括支援センター ・障害福祉	有 地域包括支援センター配 属の保健師が保健師職能 として意思決定する場合 のトップとして認識され ている
事例 5 (パターン B)	14 人 (内、病休者 1 人) : 実働 13 人	分散配置有り ・保健介護センター ・保健福祉センター ・地域包括支援センター ・総務部	有 ただし、行政組織上の明 確な位置づけではなく、 保健師職能の中で、最年 長者 (所属は地域包括支 援センター) を統括者と して職能内で認識してい る
事例 6 (パターン B)	11 人 (内、育休 1 人) : 実働 10 人	分散配置有り ・本庁 ・保健センター ※ただし、本庁と保健センターは 隣接しており、意思疎通良好	有
事例 7 (パターン B)	44 人 (内、産休・ 育休及び病休者 合計 4 名) : 実働 40 人	分散配置有り ・本庁 (保健、高齢介護、障害、 保険年金(特定健診)) ・支所 6 か所 (うち高齢介護 5 支 所に各 1)	有
事例 8 (パターン D)	41 人	分散配置有り ・本庁 (健康増進、福祉事務所) ・支所 9 箇所	有
事例 9 (パターン B)	25 人	分散配置有り ・本庁 (健康増進、健康予防、高 齢介護、地域包括支援センター、 福祉事務所) ・支所 2 箇所	有

表1-2 調査対象保健所及び県庁の概要

No.	県	保健所	調査対象者 (全て保健師)	担当者立場 ①発災当初の担当者 ②発災当初、現場活動に出向いた保健師 ③発災当初の担当者の異動後、発災1年以内の状況を引き継いだ担当者	管轄市町村の被災状況の パターン (No.はH23調査報告事例番号)
1	A 県	A保健所	a氏	①②	【パターンA】No.1 【パターンB】H24追加事例
b氏			③		
c氏			② 被災地の町(パターンA)に平成23年5月～6月の2ヶ月間常駐 ③平成24年5月から現職		
d氏			②被災地の市(パターンB)に平成23年5月～6月の2ヶ月間常駐 ③平成23年7月から現職		
2		B保健所	e氏	①②	【パターンB】No.4 【パターンB】No.7
f氏			③		
3		C保健所(支所)	g氏	①	【パターンC】
h氏			②		
i氏			③平成23年7月から現職		
j氏			②		
4		D保健所	k氏	①②③	【パターンD】No.8
l氏			①②③		
5	B 県	E保健所	m氏	①②③	【パターンA】No.3 【パターンB】No.5
6		F保健所	n氏	①②③	
7		G保健所	o氏	①	【パターンA】No.2
			p氏	①②	

保健機能の被災状況のパターン一覧

【パターンA】地域全域が被災し、役場中枢機能が壊滅的に機能を喪失(本庁舎完全喪失及び職員の人的被害が甚大)し、地域保健活動の拠点も失う中で、初動を開始した市町村

【パターンB】地域の広域が被災し、役場中枢機能の一部機能が喪失(本庁舎の一部損壊及び職員の一部に人的被害が甚大)するが、地域保健活動の拠点は存続し、初動を開始した市町村

【パターンC】役場中枢機能及び地域保健活動の拠点には被害はないが(建物及び職員の人的被害もほとんどなく)、地域の中に、被災地区と被災しなかった地区が存在する状況の中で、初動を開始した市町村

【パターンD】役場中枢機能及び地域保健活動の拠点到被害はなく(建物及び職員の人的被害もほとんどなく)、被災地域もないが、隣の市町村が被災したことにより被災者受け入れの必要性が生じ、初動を開始した市町村

2. 県庁調査

No.	県庁	調査対象者	担当者立場 ①発災当初の担当者 ②その後発災から1年以内の担当者 ③その他(現在の担当者)
1	A県庁	q氏	①②
		r氏	①
		s氏	②
		t氏	③
2	B県庁	u氏	①
		v氏	②, ③

表2 東日本大震災において市町村の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈市町村〉

影響要因		具体的内容
① 保健活動の拠点・人材	促進した要因	本部機能の確立、保健活動の拠点となる場の確立、稼働できる職員の確保、連絡手段の確保と情報の集約
	妨げた要因	本部機能喪失、保健活動の拠点となる場の喪失、職員の喪失・負傷、基本情報及び情報収集・連絡手段の喪失
② 防災計画及びマニュアルの職務記載	促進した要因	マニュアルの基本事項の職員への浸透と初動の保健活動体制について庁内での合意あり
	妨げた要因	保健活動に専念できない発災時の防災計画上の職務内容記載、組織のラインと保健活動のラインという二重の命令系統、想定外の事態にも応えられる組織対応力の不足、救護所の介助業務に保健師人員が割かれること
③ 管理者の役割・指揮命令系統	促進した要因	課長が全体掌握し、部長が本部とのリエゾン役割を發揮した組織的な動き、管理職による統括保健師の指名、市町村において統括保健師の設置困難な場合、保健所が全体調整役として常駐、地元看護職の緊急雇用による人材確保
	妨げた要因	管理職も現場活動に従事し指揮者が不在、緊急事態に対して現場部門の意思決定権限の無いこと、保健活動の統括者の設置なく活動が調整のないまま経過
④ 活動体制の再編・調整	促進した要因	保健師の統括役割を設置、統括者の補佐役の設置（状況により市町村内、保健所、他県、外部機関から）、状況変化に応じた持続的な活動再編、人員配置の調整、地域内の人材発掘と活用、職員間の情報共有、気持ちの共有を図るためのミーティングの実施
	妨げた要因	医療チームの行政への理解不足、統括者の負担増大、避難所への市町村保健師の常駐の体制、複数回に及ぶ避難所の移転・再編、非常時から平常時の体制移行時の活動方針に対する保健師間の認識のずれ
⑤ 活動の継続性の担保	促進した要因	継続業務の選定、長期戦を見越した職員の休息確保（幹部からの命令、外部委託できる業務選定と採用）
	妨げた要因	職員の休息確保・健康管理方法の未確立
⑥ 外部からの支援	促進した要因	（派遣者からの支援） 市町村内に統括者設置が困難な場合、派遣者を活用して設置、派遣者による統括者の補佐役割、地元と派遣者の役割分担、派遣者の長期活用 （保健所からの支援） 感染症対策の普及・推進、市町村の活動体制のアセスメントに基づく支援方針樹立、応援者要請、人材活用の仕組みづくり、市町村が機能不全の場合、統括者の代替、市町村の統括者の補佐、市町村の本庁と支所の調整、震災対応の振返りを通して行う市町村保健師の人材育成、保健所からの支援
	妨げた要因	（派遣者からの支援） 派遣者の受入業務の増大（配置調整、オリエンテーション、携帯する身分証明準備、派遣者の被災地活動に対する認識不足・引継ぎ体制の不備、調整や記録整理などの業務への支援者不足 （保健所からの支援） 感染症対策の普及・推進に対する技術不足、市町村ごとの窓口担当者がおらず責任所在が不明、県保健師としての主体的な役割意識、市町村との協働意識の乏しさ、保健所の方針が市町村側に見えないこと、持ち帰った情報が対策に活かされなかったかどうか不明な状態、平常時から保健所と市町村の関係が希薄、平常時から人員配置の少ない保健所の体制
⑦ 外部からの倫理的配慮	促進した要因	—
	妨げた要因	派遣者による現地職員への批判、調査研究・マスコミ取材・ボランティア等の倫理観の欠如
⑧ 住民や関係者との関係	促進した要因	地域住民との信頼関係、地元関係者との連携協力関係、本庁と支所との保健師間のコミュニケーション、事務職上司の保健師への理解と信頼
	妨げた要因	地域住民や地元関係者へのかかわりに対する市町村保健師間の主体性の差
⑨ 土地勘・地域の資源情報	促進した要因	地域を基盤においた活動、地域性・地域資源・地域内組織の熟知
	妨げた要因	分散配置や年代による保健師活動自体への認識の差、保健師等職員間のつながる力の差

表3 東日本大震災において保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈保健所〉

影響要因		具体的内容
① 指揮命令系統・方針の決定（調整）体制の確立	促進した要因	所内全体ミーティングの開催を呼びかけ、企画管理課主導で実施することで、所内の活動状況の共有・方針の検討体制につなげた
		指揮命令系統・組織体制の確立 （支所長が、マニュアルを参考に指揮命令役割を発揮） （本所と連絡がとれなかったが、独自に支所で組織体制を確立する判断をする）
		発災直後に所内に「保健活動支援チーム」を立ち上げ、管内で最も被害の大きい市町村への支援を決断した点は、災害直後の地域診断・問題検討・対応指揮の力が発揮できた
		被災地の情報を分析し、必要な対策を講じる協議体制の構築 （保健活動支援チームをすぐに設置し、情報分析がタイムリーになされ、その報告が管内支援方針に活用された点で役割を発揮できた）
		所内の指揮命令系統の確立 （支所は支所長がマニュアルを参考に指揮命令役割を発揮。所内の体制が組み立てられ、その後の活動につながった）
		被災地の情報を分析し、必要な対策を講じる協議体制の構築 （こころのケアは、連携の拡大、活動の一体感醸成と中長期支援の方向性検討のための意見交換会を定期開催し、協議体制を構築した）
	妨げた要因	指揮命令系統の確立ができなかった （所長の指揮命令役割が発揮されなかった） （災害時活動マニュアルの存在が保健所内で認識されていなかった）
		指揮命令系統の確立ができなかった （直後は、保健所長が県立病院や管内市町村に足繁く通ったが、保健所としては、司令塔が不在で困った） （所長が動き、どういう情報を把握し、どういう指示をしてきたのか、末端スタッフまで届かなかった） （内陸保健所の応援所長は、多角的に状況を見ていたが、直属の所長を差し置いてまでの配慮はできないという遠慮があった） （所長、次長、課長などからも的確な指示がなく、夜間それぞれの担当の市から保健所に戻り、2名の保健師間で状況共有や方針の検討を重ねた）
		保健所における活動方針やビジョンの不明確さ （保健所上層部に対しては方針やビジョンはなく保健師が課題や方針を提案すると、その通りになるような状況があり、保健師だけに考えも行動も委ねられたような状況だった）
		被災地の情報を分析し、必要な対策を講じる協議体制の構築 （保健活動支援チームをすぐに設置し、情報分析がタイムリーになされ、その報告が管内支援方針に活用された点で役割を発揮できた）
		所内の指揮命令系統の確立 （支所は支所長がマニュアルを参考に指揮命令役割を発揮。所内の体制が組み立てられ、その後の活動につながった）
		被災地の情報を分析し、必要な対策を講じる協議体制の構築 （こころのケアは、連携の拡大、活動の一体感醸成と中長期支援の方向性検討のための意見交換会を定期開催し、協議体制を構築した）
② 情報収集・アセスメント・問題整理・発信	促進した要因	甚大な被害により情報収集が困難であったが、可能な限り情報収集に努めアセスメントを行い、派遣調整等の体制につなげた。
		関連情報の整理・普及 （発災直後、物品の状況や医療機関の状況を保健所独自に毎日収集・更新して、毎晩、情報提供を実施。その結果「保健所はこんなに頼りになるものとは思わなかった」という言葉をもらった。） （県からの日々流れてくる大量の情報も保健所で振り分けて市町村に情報提供。）
		公衆衛生活動面での支援 （管轄市町村内の避難所については、保健所と医療チーム合同で毎朝ミーティングを行っていたが、保健所からは感染症の発生状況や感染管理・衛生管理に関する情報提供を行った）

表3 東日本大震災において保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈保健所〉

影響要因		具体的内容
		災害時の市町村の保健活動体制のアセスメント (管内市町村の状況の早期アセスメントが実施できた)
		市町村側の体制状況のアセスメントに基づく支援の実施 (派遣チームなどからの情報を元に各町村の地域診断を実施し、それに基づいて応援保健師の配置を決めた)
		市町村側の体制状況のアセスメントに基づく支援の実施 (拠点を失った市町村については特に意識して情報を収集した。合併した後の市については、旧市に対応するだけで限界の状況だったため、支所の情報を意識的に集め市役所にフィードバックした)
		管轄市町村の情報収集に基づくアセスメント (支所は発災初期から各市町村を巡回し、情報収集を実施。その情報に基づき、14日からの体制を検討した)
		県レベルなどのより高次の対策へとつなげていく役割 (管内市町村への保健師の常駐化の点で役割を発揮できた)
		県レベルの役割の遂行 (環境衛生面に関する体制については、派遣チームがサーベイランスシステムを立ち上げ、避難所の感染症などの動向についてのとりまとめや医療ミーティングへの参加により、受診状況などの情報を保健師チームに還元してくれるなど、主体的に被災地のニーズに即した支援や助言を実施)
		市では推進できない課題に対して対応策を樹立 (管内市は組織が大きいので物事が進まない。トイレプロジェクトなども保健所が旗振り役を務めた)
		情報収集・提供支援 (管内市町村の医療施設整備課から情報を提供してもらい、一元化した上で広域の情報を市に提供する機能を担った) (医療機関の情報が入手できないというニーズがあったため、保健所で把握の上、市に対して提供した。地域の災害 FM 放送で放送を行った(保健所の情報とは異なる情報もあったため、相互に補完しつつ住民に情報提供した)
		時間の経過とともに変化するニーズに応じた保健活動方針の検討 (時間の経過とともに、通院手段の確保、支所の保健師の疲弊状態への対応、心のケアに関する派遣要請の提言等、変化するニーズに対する保健活動方針の検討・調整を行った)
	妨げた要因	市・地域のニーズ把握に応じたタイムリーな活動 (情報の流通を途切れさせずに動いた。市では外部支援の調整も必要な状態だったが手が回らず、保健所が分担した)
		管内市町村の情報収集が困難だった (被災直後、庁舎内職員は駐車場へ避難し、カーナビやワンセグで見られる情報のみであった) (所内の衛生電話は充電切れのため使用不可) (保健活動に必要な各種調査票などの準備を行うが、停電のため作業が思うように進まなかった)
		管轄市町村の情報収集に基づくアセスメント (本所は自宅待機命令があり、14日から情報収集を開始した。所内の指揮命令系統整備の遅れがあった)
	③ 組織体制の再編・組織内連携	促進した要因
市町村の状況に合わせた総合調整機能の発揮 (発災2か月後、被害の大きい市町村に常駐保健師を設置することを決定し県と調整)		
市町村側の体制状況のアセスメントに基づく支援の実施 (管内市は、市町が合併しており、市内の支所の情報が入ってこなかった際に、支所周り担当の保健師をつけて情報収集・支援にあたった)		
人員配置の調整 (継続的な支援を見越して、5月から兼務発令を行って、地域別に張り付き方式とした。兼務発令は短期間にスムーズにできた。)		

表3 東日本大震災において保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈保健所〉

影響要因	具体的内容
	組織独自の体制を確立 (甚大な被害に影響を受け、本所と支所間の連携体制の構築が困難だったが支所独自で組織体制を構築した) (支所では、事務と保健師など役割分担が明確であり、保健師が本来の保健業務に専念できた)
	医療班と保健班との連携体制を構築 (元々、医師会を中心にまとまりのある地域であり、その体制が災害時にも活きた)
	組織内の連携不足、保健師の孤立 (壊滅的被害を受けた市の支援に対して相談できる人も指示もなく、毎日保健所へ戻り報告しても反応もなく、全て一人という孤独感があった)
	県内内陸部保健所応援者との連携における問題 (内陸部保健所が沿岸部の被災保健所の応援に入ったが、単に指示に従うという認識であった。そのため状況は変わらず応援による負担軽減は少なかった) (暗中模索の活動の中、応援の内陸部保健所から、被災保健所の指示が不十分である、指示命令系統がわからないなどクレームがあり苦慮した)
	アセスメントに基づき応援者の投入と活動推進の体制づくりが実施できた (市町村統括者の補佐、統括者の代替、市町村の保健活動部門丸ごとの代替、状況に応じた対応) (被害が甚大だった市町村は発災直後から孤立、保健師が避難所に張り付いてしまったことから、アセスメントに基づいた支援の役割を発揮できなかった)
	衛生環境整備面に対する支援 (衛生環境整備面への支援は、各地区、各避難所単位での対応が主体であり、保健所の衛生監視員(薬剤師、獣医師等)と連携した対応ができていなかった) (平時から衛生部門との連携はほとんどなく、災害支援時の衛生環境支援の連携についても予測されておらず、保健所全体としての初期からチーム支援体制の指揮命令系統なく活用できていない) (神戸市は初期チームから食監、環監が合同チームであったが、保健所保健師として、知識不足もあり、それらの職種を有効活用して指示することなど被災地主体にはできなかった) 情報収集・共有 (保健師の活動で得た情報は他部署・他職種も得たい情報であったと思うが、一緒に活動する、情報を共有するなど行われなかった)
④ 外部支援者の受入・調整・活用	促進した要因 外部支援者の連絡会を保健所が主導で開催し、方針の共有を図った。 保健師支援チーム、こころのケアチームの受け入れ調整 医療支援、保健師支援チームとのミーティングの調整・実施 こころのケアに関する意見交換の定期開催 (応援自治体の一部が派遣期間を延長するきっかけとなった) (ハローワークでの健康相談会の開催につながった) 派遣保健師の連絡調整 (派遣保健師の連絡調整は保健所が中心に担う) 県レベルの役割の遂行 (環境衛生面に関する体制については、神戸市がサーベイランスシステムを立ち上げ、避難所の感染症などの動向についてとりまとめや医療ミーティングへの参加により、受診状況などの情報を保健師チームに還元してくれるなど、主体的に被災地のニーズに即した支援や助言を実施)
	妨げた要因 公衆衛生活動面での支援 (管轄市町村については、各避難所に医療チームが入っており、医療チームが公衆衛生的役割も担うことになっていたため、他の管轄市と比べて動きにくい部分があった)

表3 東日本大震災において保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈保健所〉

影響要因		具体的内容
⑤ 市町村支援・市町村管理職への進言	促進した要因	市町村の状況に合わせた総合調整機能の発揮 (市町村リーダー保健師の相談役、広域的・専門的視点での助言、市町村内の調整支援、外部機関とのつなぎ役、保健福祉内業務とのつなぎ役を担う)
		市町村の災害時の保健活動計画等への総合的支援 (7月以降に地区担当制による総合的支援を実施) (市町村の災害時の保健活動計画、感染予防計画を支援することで自立への活動を促進した)
		アセスメントに基づき応援者の投入と活動推進の体制づくりが実施できた (市町村統括者の補佐、統括者の代替、市町村の保健活動部門丸ごとの代替、状況に応じた対応) (被害が甚大だった市町村への支援に優先的にリソースを投入) (5月以降の常勤化による総合調整による支援を実現)
		市町村との連携・支援 (市のリーダー保健師を補佐する役割、情報の収集と分析による支援ができた)
		市町村との連携・支援 (支所の健康推進課と福祉事務所を統括する部局がないため、保健所が主導して後押しをすることが役割としてあった)
		市町村保健活動体制のアセスメント・市へのアウトリーチ・関係者協議 (震災翌日、甚大な被害のある市に状況把握と活動への助言を行う) (被災のため市の保健師が2名のみとなっており、対応に追われていた。そのため、市の保健師が未訪問の避難所へ行くなど、市保健師活動の支援を開始した) (市対策本部に詰める健康推進課長(事務職)へ、被災住民の健康相談体制の必要性を報告した。課長から、市内の遠方の地区には市の職員の対応が追い付かない状況であり、情報集約も行えていないため保健所へ支援の要請があり対応した) (派遣保健師に常駐してもらう避難所を決定する必要があると考え、確認訪問を行った)
		各市町村と保健所で共に支援体制を検討した (市町村の状況に応じて連絡会を開催したり、適宜ミーティングに入ったり、活動をバックアップすることで後方支援を行った)
	妨げた要因	—
⑥ 感染症対策	促進した要因	専門的見地からの情報発信とアドバイス (感染症ではレジオネラ、破傷風などについてチラシを即座に作った。粉じんについては住民全体に N95 マスクを配布しようとしていたので、無駄であることを助言した)
		避難所における感染症対策支援 (避難所に消毒薬の使用方法是はじめ指導を行ったり、ポスターを貼ったりなどの対応をした)
		衛生環境整備や今後の感染症の発生増加に備えて医療機関との事前調整を実施
	妨げた要因	—
⑦ 要援護者支援	促進した要因	精神疾患を持つ対象への支援 (日頃から気になっている精神障害を持つ住民に保健師が巡回して確認したり、家族会経由で情報収集したりなど行った。家族会からは保健所の対応に感謝された)
	妨げた要因	情報収集・共有 (保健所の担当である難病や精神疾患患者などの安否確認など、行える余裕はなかった)

表3 東日本大震災において保健所の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理〈保健所〉

影響要因		具体的内容
⑧市町村との連携	促進した要因	平常時からの信頼関係づくり (市町村との連携は互いの顔が見えていること、平常時から良好な関係が築けていることが重要)
		管轄市町村の保健体制の状況に応じた支援を実施 (各市町村の保健師統括者と連携し、支援方針を協議し活動を展開できた) (地区担当制をとっていた頃の各市町村と保健所の関係性が活きた)
		市町村との連携・支援 (保健活動マニュアルがあり、内容が頭に入っており、それを元に行動できた)
		アセスメントに基づく活動体制づくり (保健所と複数の市町村間で、甚大な被害を受けた市町村の保健師活動、支援チーム活動の調整について、協議の場を持ち話し合い、保健所保健師が被害甚大な市町村に常駐し主担当となることが決定した) (壊滅的な被害を受けた市町村の統括者の代行として、市の保健活動全体の統括を担った) (発災直後から保健医療全体ミーティングを毎晩開催した)
		平常時からの保健所と市町村の協働による交流 (管内保健師市町村連絡会の定期開催などにより、平時から市町村保健師と保健所が顔の見える関係性にあった。) (精神保健は平時から月1回精神保健に従事する関係者が集まる会議の場があった。被災時このネットワークが機能し、発災後4月には関係者が集まり現状や今後についても検討することができた)
	妨げた要因	市町村への支援 (日頃の人間関係のある程度活かした。「誰に何を働きかければ組織が動くか」をわかっていたことが役だった)
⑨ 役割認識	促進した要因	平常時からの信頼関係づくり (市町村保健師とは平常時からの信頼感をベースにしていたが、被災によって一時的に緊張感が高まった部分がある) (各市町村と保健所の日頃の関係性が影響し、市町村保健師統括者の理解が得られなかった)
	妨げた要因	アセスメントと合意に基づく支援 (市町村側が保健所に対して求めることへのアセスメント、保健所の役割について市町村との合意形成、市町村との信頼関係づくりがうまく進行しなかった)
⑩ 県職の人材活用方法	促進した要因	市町村のリーダーの補佐役を担う (兼務発令により月単位で応援ができるようになり、中長期的な支援、復興経過と一緒に考えながら、市町村のリーダーの補佐役を務めるようにした)
	妨げた要因	被災状況に即さない人事異動による不安定な体制 (被災地にも関わらず本所保健師が他の被災地に応援) (他県から応援が入る代わりに、正規職員が異動した)
⑪ 平常時からの研鑽・人材育成	促進した要因	平常時からの健康危機管理への研鑽 (平成22年度以降、健康危機を伴う自然災害、インフルエンザ、原子力災害の3テーマについて研修を実施してきた) (災害に限らず、危機的状況への対応について保健師のスキルアップの機会づくりを行ってきた)
	妨げた要因	平常時からの信頼関係づくり (平成9年以前に入職した保健師が培ってきたような市町村との関係が重要であるが、現在の保健師にはこうした機会は多くはない)

表4 東日本大震災において県庁（本庁）の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理（県庁）

影響要因		具体的内容
① 指揮命令系統・方針の決定（調整）体制の確立	促進した要因	—
	妨げた要因	統括者の位置づけの不十分さ （これまでの統括は、保健師の研修を主としていたが、保健師活動の統括や配置計画の統括をする必要があるのではないか。大きい位置づけがあると発言力をもってできたかもしれない）
② 情報収集・アセスメント・問題整理・発信	促進した要因	県庁担当課保健師が総務課保健師と協働で情報収集にあたった
	妨げた要因	被災地の情報を直接取る手段が未確立 （発災時に県庁の立場から現地に出向き、情報を直接取る手段が確立していない。情報が届かなければ、現場に向く体制が必要。職員の中でも、自由に情報を集めることのできる立場の存在が必要）
		甚大な被害・ライフラインの寸断による情報収集の困難 （ライフラインが断絶。衛生電話が保健所専用のものでなく、限られた本数の衛星電話では被災地との連絡は困難を極めた） （翌日、市町村の状況を確認するため架電するも、被害を受けた自治体は全て不通） （保健所職員の安否確認に3日要した） （市町村の保健師の安否確認にはさらに日数を要した） （派遣要請の有無を含む被災地の状況把握困難）
		情報集約と共有の方法が未確立 （災害時の情報共有の会議体として、県には副知事をトップとするものと、総括が集まるもの、一般職員が集まるものの3段階がある。その中には保健福祉事務所の副所長が集まるもの、総括保健師が集まるものなどがある。県庁において情報授受の仕組みに乗れるよう総括保健師などの位置づけが必要）
		情報集約と共有の方法が未確立 （4月以降、激務が続く被災地と本庁間でスムーズな連絡が困難な状況が続いた。様々な本省などを含む外部からの問い合わせに対し、数的に示せるものがなく困った） （毎日夕方、日報をFAXで現地から発信するよう依頼したが、情報が上がってくる状況にはなかった）
		情報分析から対策を考えていく機能が果たせていない （健康調査は避難所ごとに実施していたため、県内全体の健康問題を十分に分析できなかった）
③ 組織体制の再編・組織内連携	促進した要因	情報の集約・発信の方法が未確立 （アセスメントに際して、当初から被災地全体の健康状態を考えると方針が徹底されておらず、統一書式等の作成を行っていなかった） （被災当時の災害時保健活動マニュアルの様式は自由記述欄が多く、データを電子化したのが定量的な分析が困難であった。要支援者を早く見つけてフォローしたいという思いで様式が整備されていたが、集計までは想定されていなかった） （県庁のPCの共有ホルダーなどを活用し、県庁から情報発信を行うが、昼夜を問わず忙殺されている被災地の保健師には、PCの膨大なデータを読むことが負担であった。そのため本省が集約している他県の活動報告などの記録も、被災地保健師には活動されていない）
	妨げた要因	庁内他部局の応援確保・役割分担 （県庁内で総務課は人員の確保、医療整備課は派遣調整という形で課別に役割分担を行いつつ連携し、朝夕にミーティングを行い情報共有した） （県庁担当部局の保健師のみで情報収集・調整業務を担当することを考えたが、平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験から、マンパワー不足を懸念し、庁内他部局の保健師の応援を得る方針とした）
④ 県職の人材活用・調整	促進した要因	県庁側の体制未確立 （派遣者の要請の判断、概算算出に数日を要した） （派遣調整は、発災直後から県庁と市町村間で連絡調整。保健所にどの時点で調整業務をバトンタッチすべきか判断がつかず）
	促進した要因	内陸部から沿岸部の応援体制の構築 （内陸保健所保健師による沿岸部保健所への応援体制を被災後約1週間頃

表4 東日本大震災において県庁（本庁）の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理（県庁）

影響要因		具体的内容
		から開始できたこと） （県の地理特性を考慮し、各地域の内陸保健所から沿岸部保健所担当制の支援者を配置し、内陸部の保健所および管内の市町村からも可能なスタッフの応援派遣調整を行った） （県内陸部の各保健所から順番で保健師を派遣する体制をとり、派遣は出張対応という形で支援を要請した）
		県内応援者の必要量を推計 （県庁から応援を送る際、各被災保健所管内の避難所数で派遣人員比率を考慮した）
	妨げた要因	職種間の温度差 （課長や事務とチームを組み沿岸部保健所を支援していたが、次第に保健師だけの支援となった） 地域間の温度差 （内陸部保健所の応援は2～3日のチームもあり、沿岸部保健所から困惑する声があった）
⑤ 県外の支援者の受入・調整・活用	促進した要因	当初から機能できた保健所では、県外派遣保健師が被災地管轄の保健所へ出向き、その指示のもとに被災市町村活動の支援を行うようにした
	妨げた要因	県外派遣チームと受け入れ保健師ニーズの差 （被災保健所は絶対的なマンパワー不足、現状把握もままならない中、助言的立場のスタンスで派遣支援に入った派遣保健師とうまく折り合いがつかない面があった）
		派遣保健師の認識の差・知識不足・配慮の欠如 （経験の乏しい、自律的な活動を行うことが困難な保健師も多く、被災地からクレームがあった） （当然宿泊させてもらえるもの、という認識で派遣に来ていることも被災地保健師の負担になった）
		長期支援・被災市町村のマンパワー不足 （予算補助があっても、被災地の危険性や旅費や交通手段などの問題で専門職の確保が困難だった）
		県外派遣と被災地保健所と派遣保健チームのマッチングのための調整 （市町村側が業務の建て直しや継続フォローに差し掛かった時期に市町村から全戸訪問をしたいという要望があったが、まとまった数の支援者を確保できず調整が困難であった）
⑥ 市町村との連携	促進した要因	受け入れ市町村の体制確立 （以前に災害を経験した市は初動が早く、すぐに受け入れの表明があった。震災時の支援経験とトップのマネジメント能力が決断を左右した）
	妨げた要因	受け入れ市町村側の体制の未確立 （受け入れ側の市町村の窓口の有無によって、派遣保健師の活用の成否がわかれた。窓口が保健師ではない自治体では受け入れ後に効果的な保健活動ができていなかった） ・地域文化・慣習を踏まえた対応のための市町村との連携 （初盆の時期には保健活動が停滞するため、受入側市町村は保健師の受け入れを止めたいという申し出をしてきたが、こうした事態が念頭になく急遽受け入れを止めるための調整をすることになった）
⑦ 役割認識	促進した要因	—
	妨げた要因	被災地の情報を直接取る手段が未確立 （県外派遣チームが保健所に支援へ入ったが、被災地保健所と本庁、派遣保健師間で意思疎通が上手く図られず、被災地から先遣隊の助言指導の立場に対し拒否反応が示されたこと）
⑧ 平常時からの研鑽・人材育成	促進した要因	—
	妨げた要因	応用力の育成 （災害時対応マニュアルでは平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験も反映していたが、東日本大震災規模の災害は想定できていなかった）

表5 災害時の地域保健活動及びその組織体制構築のあり方に対し今後整備・充足すべき点

組織体制の構築に必要な事項	整備・充足すべき点	具体的方策		
		防災計画への明示 通知・ガイドライン・	化 マニ ニ ュ ア ル ル への 明 文	発 研 ・ 修 実 プ 施 ロ グ ラ ム 開
1. 地域保健活動部門における指揮命令系統の確立	<市町村> ○保健活動の拠点となる場・人材の確保 ・活動推進には場と人材の確保が基盤となることの認知		◎	
	○職能を初動から効果的に活用するための体制整備 ・平常時から災害発生時へのモードの転換 ・平常時の分散配置体制を越えて保健師の人員を集約して管理できる初動体制の確立 ・平常時と指揮命令系統の異なる初動体制に対する庁内での認知	◎	◎	
	○管理職による役割遂行 ・市町村の災害対策本部と保健部門、他部門とのリエゾン役割 ・市町村の保健活動の全体把握と活動方針の樹立 ・意思決定に関わる権限の明確化 ・県庁、保健所とのリエゾン役割	◎	◎	◎
	○保健師統括者（実務リーダー）の立場の設置と役割の明文化 ・災害時における統括者の設置・役割付与・役割の明文化 ・保健師統括者を補佐する役割の設置・明文化 ・市町村の保健活動の全体把握と方向づけ ・活動班編成と人員配置調整 ・情報の分析と問題把握 ・定例ミーティング主催による職員間の情報共有の場づくり	◎	◎	◎
	○平常時からの職員間のコミュニケーション ・分散配置を越えた連携意識の醸成 ・保健師間のつながる力の育成 ・事務職上司との信頼関係の構築		◎	
	<保健所> ○健康危機管理の拠点としての体制整備 ・権限をもって所内の平常時の班別組織を越えて保健師の人員を集約し再編できる立場の設置（統括保健師の任命など）	◎	◎	
	○市町村支援機能の発揮のための役割の設置と明文化 ・被災市町村の保健師統括者（実務リーダー）を持続的に補佐する役割の設置（市町村担当者の設置） ・市町村と共に問題に取り組む同士としての支援の立ち位置 ・市町村機能不全時の市町村統括者の代替役割	◎	◎	◎
	<県庁> ○権限をもって指示できる立場の設置と役割の明文化 ・被災地からの情報収集や県内保健所、市町村に指示できる県庁保健師の立場の設置と分掌としての役割の明文化（統括保健師の任命など） ・スペシャリストの投入の判断およびシステムの運営力強化	◎	◎	

組織体制の構築に必要な事項	整備・充足すべき点	具体的方策		
		防災計画への明示 通知・ガイドライン・	マニュアルへの明文 化	研修プログラム開 発・実施
	○増大する調整業務への人員補充 ・県庁内の他課や県内保健所から人員補充する仕組みの明文化		◎	
2. 地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立	<市町村> ○避難所、地域ごとに情報を把握し蓄積できる仕組み（記録方式も含む）の構築 ・経時的に情報収集すべき項目の明確化とデータの蓄積・記録への対応（統一様式の設定とデータ管理のための外部支援者の確保） ○県庁、保健所から提供された情報を集約し、対策に活かすための仕組みの構築		◎	
	<保健所> ○発災初期から定期的かつ継続的に被災市町村に直接足を運ぶことによる市町村単位の情報収集と問題分析による地区診断、協議の場の設定 ・アウトリーチによる管内被災市町村の情報の把握・分析に基づく関係者間の協議の場の設定 ○市町村から収集した情報を県庁に発信する仕組みの構築 ○県庁からの情報を被災市町村へ発信できる仕組みの構築		◎	◎
	<県庁> ○情報管理の仕組み ・被災市町村の稼働状況や健康問題に関する情報収集と情報の一元化の仕組みづくり ・収集した情報から県内の被災市町村全体の問題を分析し、資源の配分や調達、県の対応策を検討し発信する部署や担当者の役割の明文化	◎	◎	
	○県庁内の先遣隊メンバーの1人として、発災初期の県内被災地の積極的な情報把握 ・情報の入りにくい発災初期の情報を把握するための方策の確立	◎		◎
3. 人員確保と配置、活用方法の確立	<市町村> ○稼働できる職員の確保 ・緊急的な人材雇用の判断		◎	
	○平常時の組織体制から災害時の体制への再編 ・分散配置の枠を外し一括管理体制へ再編 ・組織のラインと保健活動のラインという二重の命令系統の整理の必要性		◎	
	○人材確保 ・直接支援を持続的に担う人材の確保（外部支援者の活用） ・長期的スパンで現地職員を補佐する人材の確保 ・派遣者の広域的調整 ・地域内の人材発掘と任用 ・雇用による人材活用		◎	
	○活動編成と人材の配置・調整 ・活動の組織編成調整を担う統括者及びその補佐役の設置 ・活動単位（地区）の明確化		◎	◎

組織体制の構築に必要な事項	整備・充足すべき点	具体的方策		
		通知・ガイドライン・防災計画への明示	マニュアルへの明文	研修プログラム開発・実施
	・外部の人材を活用した被災住民支援			
	○地元住民協力者・関係者とのネットワークの構築 ・活動方針の共有、連携、役割分担の検討 ・連絡・連携体制の組織化		◎	
	○活動内容に応じた外部支援者の短期・長期活用 ・長期的外部支援者による統括者の継続的バックアップ（支援体制づくり・施策提言） ・短期的外部支援者による住民に対する直接的支援		◎	
	＜保健所＞ ○保健所のマンパワーの確保 ・災害時における迅速かつ持続的な人員の補充方式の検討		◎	
	○市町村への外部支援者のマネジメント役割（市町村が外部支援者のマネジメント役割を直接担う力がある場合は、保健所はその補佐役を担う） ・派遣・応援保健師の調整役割		◎	◎
	＜県庁＞ ○被災時における人事の方針の確立 ・平常時の人員状況（病休・産育休など）を考慮した被災時の人員配置の検討 ・被災時における人事異動時期のあり方の再検討		◎	
	○外部支援者の必要人員数の判断および国への要請 ・応援・派遣保健師の必要人員数の判断および要請 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討	◎	◎	
4. 各組織固有の役割遂行の確立	＜市町村＞ ○災害時においても継続が必要な業務の明確化 ・継続業務の選定、優先度の検討		◎	
	○活動方針の決定と職員の役割分担の決定		◎	
	○対応方式の選定 ・巡回または駐在、地区担当制等の活動方式の選定 ・要支援者の基準づくり ・通常業務の再開の判断		◎	
	○役割編成・役割分担の再編と人員配置の調整 ・新たに必要活動の明確化 ・活動の再編と人員配置の調整		◎	
	○予算獲得による事業の企画・実施 ・フォロー調査、活動まとめの作成等の活動に係る予算・人員確保		◎	
	○職員間の情報共有、今後の見通し、気持ちの共有を図るミーティングの継続的な実施		◎	

組織体制の構築に必要な事項	整備・充足すべき点	具体的方策		
		防災計画への明示 通知・ガイドライン・	マニュアルへの明文 化	研修プログラム開 発・実施
	<保健所> ○公衆衛生の技術拠点としての遂行役割の明確化 ・公衆衛生の視野で地域診断し問題を明確化し活動推進の根拠とする ・感染症対策等の具体策の普及・浸透に対する専門技術の発揮 ○被災市町村への支援役割内容の明確化 ・市町村の稼働力・保健活動体制、被災者の健康問題のアセスメント、活用できる資源の査定に基づく支援方針の樹立 ○健康危機管理の拠点としての遂行役割の明確化 ・情報管理の拠点であることの認知とその役割の遂行 ・地域内の関係機関・関係者との連携体制構築による活動推進役割の遂行		◎	◎
	○市町村の保健推進体制のアセスメントに基づく機能補充役割の明確化 ・市町村統括者の補佐、統括者の代替、市町村機能不全時における保健活動部門丸ごとの代替など状況に応じた対応		◎	◎
	<県庁> ○県外に及ぶ広域的業務及び市町村間の調整等への対応		◎	
5. 職員の健康管理の確立	<市町村><保健所><県庁> ○長期的支援を見越した職員の休息確保 ・幹部からの休息確保命令 ・職員の休息確保のため外部人材導入方法の検討 ○職員の二次的健康被害やこころのケアへの対策の実施		◎	
6. 組織間連携の確立	<市町村> ○市町村間における支援ネットワーク体制（協定）の構築 ○マニュアルの基本事項及び初動体制について庁内での合意	◎		
	<保健所> ○関係機関・団体等との連携体制の構築 ・連携調整のための協議体制づくり		◎	
	○市町村との連携体制の構築 ・平常時からの市町村とのネットワーク構築		◎	
	<県庁> ○国との連携体制の構築 ・応援・派遣保健師の要請の意志決定と必要人員数のアセスメントの考え方 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討 ・応援・派遣保健師の受け入れ停止の意志決定の考え方	◎		
	○保健所との連携体制の構築 ・情報の授受の仕組み ・応援人員の授受の仕組み	◎		
7. 外部支援者の活用	<市町村> ○活動内容に応じた外部支援者の短期・長期活用 ・長期的外部支援者による統括者の継続的バックアップ（支援体制づ		◎	

組織体制の構築に必要な事項	整備・充足すべき点	具体的方策		
		通知・ガイドライン・防災計画への明示	マニュアルへの明文	研修プログラム開発・実施
	くり・施策提言) ・短期的外部支援者による住民に対する直接的支援			
	＜保健所＞ ○市町村への外部支援者のマネジメント役割（市町村が外部支援者のマネジメント役割を直接担う力がある場合は、保健所はその補佐役を担う） ・派遣・応援保健師の調整役割		◎	◎
	＜県庁＞ ○外部支援者の必要人員数の判断および国への要請 ・応援・派遣保健師の必要人員数の判断および要請 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討	◎	◎	
8. 人材育成	＜市町村＞ ○土地勘や地域の資源情報の体得 ・地域を基本においた活動 ・地域性、地域資源、地域内組織の熟知			◎
	○地元の保健師として地域住民への責任感と役割遂行 ・地元住民との信頼関係の構築 ・地元住民や関係者への介入力			◎
	○保健師統括者の人材育成			◎
	＜保健所＞ ○市町村保健師のスキルアップ・人材育成の計画と体制整備		◎	◎
	○保健所保健師の公衆衛生の専門能力の強化			◎
	＜県庁＞ ○所属機関・施設の機能を考慮した専門性の育成 ・保健師の所属機関・施設を考慮した人材育成の強化 ・人材育成を考慮した保健師の人員配置 ・立場の違いによる役割発揮のための人材育成		◎	◎
	＜市町村＞＜保健所＞＜県庁＞共通 ○外部支援者に求められる被災地の職員への倫理的態度		◎	◎
	＜国＞ ○県庁保健師を補佐する災害時保健活動のスペシャリストの養成			◎

福島県いわき市区域に所在する東電福島第一原発周辺町村住民の 保健ニーズへの対応に関する研究 活動報告

分担研究代表者 日本赤十字社 事業局 看護部 看護部長 浦田喜久子

研究要旨：東電福島第一原発周辺住民は、東日本大震災および原発事故により、いわき市内へ 23,307 人（2012/10/1 時点）が避難している。東電福島第一原発周辺地域を管轄する相双保健福祉事務所は、いわき市内に、相双保健福祉事務所いわき出張所（以下、相双保福出張所）を設置し、保健サービスを提供している。本研究は、避難住民の健康ニーズの調査・分析、保健サービスの提供状況について調査を実施し、それらを踏まえて関係自治体の保健組織の構築のあり方について検討を行った。避難住民は度重なる移動、環境の変化、永住地が定まらないことなどから、心身のストレスが大きかった。関係自治体の保健活動は避難住民の健康ニーズの全容把握、組織間の連携体制構築の途上にあった。今後の対策として重要な点は、県として保健サービス提供体制の構築と交付金を活用して人材確保等を行うことであり、財政面も含めた国の支援が必要であると考ええる。また、体制構築の方策として、県機関の出張所、いわき市、町村が連携して保健サービスを提供するためには、長期的支援を見据えたコーディネーターの配置が効果的であると考察された。

研究協力者

高田早苗（日本赤十字看護大学 学長）
福井小紀子（日本赤十字看護大学
地域看護学 教授）
内木美恵（大森赤十字病院 看護副部長）
澤井美奈子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）
藤田淳子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）
宮内清子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）
堀井湖浪（日本赤十字看護大学
精神保健看護学 講師）
乙黒千鶴（日本赤十字看護大学
地域看護学 助教）
加藤めぐみ（日本赤十字看護大学
地域看護学 助手）

住宅が建設中である。また、いったん福島県内陸部に避難していた避難住民もいわき市へ移動している状況にあり、2012 年 10 月 1 日現在、避難住民の数は 23,307 人に上り、震災後 1 年経過しても増加している。

避難住民には避難先においても行政サービスが必要であり、避難住民への保健サービスも求められているが十分とはいえない状況である。避難先での役場機能の有無や保健師の配置状況によって提供状況は異なっており、町村の提供の体制は整備の途上であると考えられる。

そこで本研究では、いわき市に避難した東電福島第一原発周辺町村住民の保健ニーズと、その保健ニーズへの対応状況について現地調査によって把握し、保健活動体制の構築のあり方について検討する。

また、この組織体制再構築のための実践的介入・結果検証を行なうことにより、大規模災害における保健師活動ガイドラインマニュアル・研修プログラムの改訂や、大規模災害発生時の保健師の派遣要請体制の仕組みの見直しに際して、東日本大震災の被災地経験を踏まえた提言につなげることができると考える。

A. 研究目的

1. 背景・目的

1) 背景

東電福島第一原発周辺住民は、東日本大震災および原発事故に伴い、他地域への避難を強いられている。いわき市内には双葉郡 8 町村中、6 町村の仮設

2) 研究目的

本研究は、いわき市内に避難した東電福島第一原発周の双葉郡8町村と南相馬市の9市町村の住民の保健ニーズと、関係自治体における保健ニーズへの対応状況を現地調査によって把握し、いわき市内における双葉郡8町村の保健活動体制の構築のあり方について検討および提言を行う。

B. 研究方法、手順

1) 方法

双葉郡8町村避難住民の健康ニーズ把握のための訪問調査と町村保健師、いわき市保健師、出張所保健師からの保健サービスに関するフィールド調査①②③を実施。

平成23年度は、①健康ニーズ把握のため双葉郡8町村避難住民の訪問調査を行った保健師、看護師による日々の事例検討会に参加し、検討内容をノートに記述し内容の分析をした。対象は保健師、看護師は15名、訪問調査数は876人。②出張所の機能に関するインタビューをし、フィールドノーツに記述し内容の分析をした。対象は双葉郡8町村・出張所の保健師・看護師であり13人。また、出張所から避難住民の保健サービス提供に関する資料収集、また3つの関連会議に参加した。調査期間は①、②ともに平成24年1月30日から3月23日。

平成24年度は前年度の調査結果を踏まえて、③双葉郡8町村と南相馬市の9市町村避難住民への保健サービスの提供状況に関するインタビューをし、フィールドノーツに記述し内容の分析をした。対象は双葉郡8町村・いわき市・出張所の保健師・看護師17人。また、出張所から避難住民の保健サービス提供に関する資料収集を行い、3つの関連会議に参加した。調査期間は、平成24年8月6日から17日まで、1月28日の1日。

2) 倫理的配慮

倫理的配慮は、避難住民の情報、自治体保健師からの情報を各自治体の承諾を得て使用した。分析にあたっては個人が特定されないよう事例ごとに記号化し個人情報保護に配慮した。

C. 結果および考察

1) 市町村別の避難状況と保健師などの支援体制

(1) 町村別の避難状況

平成24年10月1日現在の双葉郡8町村と南相馬

市からいわき市への避難住民人口は23,307人であった。避難住民人口は、平成24年2月1日に比べ1,450人増加している。市町村別に見ると、平成24年2月1日に比べ南相馬市、楢葉町、広野町、富岡町、双葉町、大熊町、浪江町が増加し、葛尾村、川内村が減少している。避難住民数は、楢葉町が最も多く、次いで富岡町、広野町、大熊町、楢葉町の順であった。広野町、川内村は帰還が始まっている。葛尾村は360人、川内村は31人と少ない状況であった(表1)。

いわき市内に仮設住宅がある町村は、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町、川内村であり、仮設住宅がない市町村は、南相馬市、葛尾村、浪江町であった。仮設住宅は、平成24年10月1日に32箇所であり、同年2月1日に比べて5箇所増えた。増加の内訳は、楢葉町2箇所、大熊町2箇所、川内村1箇所であった。入居者数は6,455人であり、4,017人増加した。市町村別に見ると、川内村、大熊町が増加し、南相馬市、楢葉町、広野町、富岡町、双葉町が減少した(表1)。

いわき市内で、避難住民が借上げ住宅に生活している市町村は、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、川内村であった。借上げ住宅は、世帯数が平成24年10月1日に7,181世帯であり、同年2月1日と比べて885世帯増加した。入居者数は16,852人であり1,550人増加した。市町村別に見ると、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、浪江町、葛尾村が増加し、南相馬市、大熊町が減少した。借上げ住宅入居者数は仮設住宅入居者数の2.6倍であり、10,397人多い(表1)。

避難を余儀なくされた市町村の住民は、いわき市だけに避難しているわけではないが、相双保健福祉事務所管内8町村のうち、いわき市内に仮設住宅を設置しているのは広野町、楢葉町、大熊町、双葉町、富岡町、川内村の6町村であった。仮設住宅を設置する主な町村は、平成24年2月時点で、福島市に浪江町、双葉町、相馬市に浪江町、南相馬町、会津若松市に大熊町、双葉町、郡山市に富岡町、川内村、双葉町、三春町に富岡町、葛尾村、田村市に富岡町、川内村となっていた(図1)。

(2) 市町村別の保健師等の配置

双葉郡8町村は、原発事故により町村全体が避難

を余儀なくされ、役場の本庁機能も移転した。この役場の平成 24 年 10 月 31 日時点の体制については、常駐職員は、正職員と臨時職員であり、正職員は、保健師、管理栄養士、保育士、事務職員等の職種で、2～6 名であった。双葉郡 8 町村すべてが、臨時職員として保健師、助産師、看護師、事務職員、栄養士、保育士・養護教諭等を配置していた。臨時職員の保健師・助産師・看護師は 2～4 名であり、派遣元・事業が福島県看護協会、福島県立大野病院、きぼうときずなプロジェクト、福島県緊急雇用創出事業、被災者健康支援事業であった（表 2）。

いわき市内での保健支援体制については、保健師等看護職員を常駐しているのは広野町 5 名、楡葉町 6 名、富岡町 2 名であり、大熊町は今後、常駐を予定していた。また、双葉町は役場機能を県外に置いているため、郡山市に福島県内の双葉町役場の出張所を設置し、保健師 1 名、看護師 1 名を常駐させており、いわき市への避難住民を担当していた。いわき市に常駐職員がおらず、出張所を設置していない町村は、双葉町、浪江町、川内村、葛尾村である。そのうち、双葉町は 1,396 人、浪江町は 2,079 人と避難住民が多かった。浪江町については、平成 24 年 9 月 1 日から 1 年間、日本赤十字社・日本赤十字看護大学の合同組織と協定を結び、看護師又は保健師が常駐して、いわき市内への避難住民の健康の調査、支援を行っている（表 2）。

双葉 8 町村の各町村住民を母数としたいわき市内に避難している各町村住民の割合は、役場機能がいわき市内にある楡葉町（79%）、広野町（78%）が多く、続いて富岡町（38%）、大熊町（32%）、双葉町（22%）、川内村（14%）、浪江町（11%）、葛尾村（2%）となっている（表 2）。

いわき市内に役場を移設していない市町村でいわき市以外に保健師等看護職員を常駐させている市町村は、富岡町だけであった。広野町は 3 月 1 日に役場機能をいわき市から広野町に戻す。楡葉町も平成 26 年に戻す予定がある。

2) いわき市内へ避難した住民の健康問題に関するニーズ調査

健康ニーズ把握のため双葉郡 8 町村避難住民の訪問調査を行った保健師、看護師による事例検討会（土日を除く平成 24 年 1 月 30 日～3 月 23 日）で検討された内容を分析した。

いわき市に避難してきている住民は、度重なる避難や長期的な避難生活による身体的・精神的ストレスから、本態性高血圧症や不眠など身体症状としてあらわれ、診断を受けている例がみられた。また、避難により継続的な医療を受けられない事例や、ハイリスクであるにも関わらず医療者側からやむを得ない理由で手放す事例も存在した。このため、避難住民が一貫して周辺住民と同等の医療を受けられるような支援が求められる。さらに、従来の市町村で受けられていた保健福祉サービスが十分受けられていない現状にあった。

ライフステージごとに、健康に関わるリスクファクターと健康問題の事例をみると、乳幼児期では、行政からの情報不足や知らない土地での生活による不安や孤独な育児などのリスクがあり、子供の放置（ネグレクト）の事例がみられ、虐待の発生が危惧される。一方、母親が自身のセルフケアまで行えず、疲弊していく事例がみられた。学童期・思春期では、避難生活による家族の離散や避難の繰り返しから新しい友達関係の構築の困難さ、放射能の影響による屋内でのゲーム遊びが中心といった健康リスクから、引きこもり・不登校・孤独・肥満などの事例がみられた。成人期の男性では、失職により自身の生活自体が崩壊しかかっている、家族関係が壊れているといったリスクから、ストレスと不安等によるうつ状態や孤独と絶望で酒量が増えアルコール中毒になる事例がみられた。成人期の女性では、家族の世話を優先して自分自身の体調管理ができないため、生活習慣病が悪化したり、うつ・不眠などの疾患を患う事例がみられた。高齢期では、コミュニティの分断が最も大きなリスクであり、閉じこもりで ADL が低下し、生活不活発病を引き起こすだけでなく、生きる意欲を失わせてしまう結果を招くことが危惧される。また、自力で医療機関へ行き、受診できないために持病を悪化させる事例もみられた。

3) 相双保福いわき出張所の機能に関する体制の検討

(1) 相双保福いわき出張所の体制

相双保福いわき出張所は、平成 23 年 9 月に相双保健福祉事務所から保健師 2 人が派遣され管轄する双葉郡からの避難住民への支援を開始した。平成 24 年 1 月にいわき市駐在となり、避難住民の支援

を開始した。その後、6月には、支援の強化を目的にいわき出張所となった。

職員体制について、いわき市駐在であった3月には職員総数12名であった。正職員が4名で内訳が保健師3名、事務職員1名。臨時職員が8名、看護師1名、保健師1名、助産師1名、歯科衛生士1名（雇用は6名であるが月の勤務時間換算すると1人分）、栄養士2名、事務2名であった。臨時職員の派遣元は、福島県看護協会、きずな事業であった。この他に他県からの支援として保健師2人、事務1人をメンバーとする1チームが3月下旬まで活動をした。業務内容は、仮設住宅全住居対象の健康の調査、仮設住宅ごとのサロン立ち上げ、市町村から依頼があったハイリスクの借り上げ住宅住居者の健康の調査、障害児に関する県の事業など避難住民への直接的な保健サービスの提供を実施していた。

6月からは、いわき出張所となり、職員は総数28名となった。正職員6名で保健師3名、事務3名。臨時職員19名で嘱託保健師2名、大野病院看護師7名、総務省派遣の保健師3名、絆づくり応援事業からの派遣看護師1名、保健師1名、事務2名、栄養士2名、歯科衛生士2名。業務について、出張所となったことにより、これまでは、避難住民の健康の調査、サロンの開催など直接的な保健サービスが中心であったが、加えて特定疾患医療給付などの申請受付など通常の県保健所の業務も実施することになった。

（2）相双保福いわき市駐在の体制構築にむけての方策の検討

平成24年2月に相双保福いわき市駐在の体制に関して、保健師等に対してヒアリングを実施し、同年3月に改善を提案した。ヒアリングの結果、駐在の活動方針や業務内容に不明確な点があり、市町村や避難住民のニーズの把握ができていなかったため、組織力を発揮し避難住民に対して十分な保健サービスを提供できる体制になっていないという問題点が明らかとなった。また、その背景要因として職員間の情報交換ができていないこと、職員の指示待ち等消極的な業務姿勢がうかがわれた。これらの問題点を踏まえ、相双保福いわき市駐在が避難住民の保健ニーズに対応するため5点の目標をたて、具体的に活動し体制構築を検討した。目標は、①相双保福いわき市駐在の現状での組織体制を改善する。②

双葉郡8町村が、相双保福いわき市駐在に対して求める具体的な要望を明らかにする。③いわき市内避難住民の健康に関するニーズについて把握する。④4月以降の体制を検討する。⑤避難住民へ適切な保健サービスが提供できるよう人材の確保を行うことである。

具体的活動と評価について、目標①「相双保福いわき市駐在の現状での組織体制を改善する」については、本研究の調査者は、相双保福いわき市駐在の職員の一員として他の職員同様に健康調査、サロンでの健康相談などの業務をしつつ、正職員、臨時職員にヒアリングを行った。相双保福いわき市駐在が設置された目的は、相双保福事務所が管轄する市町村の避難住民へ保健サービスを提供し、保健衛生状態の悪化を防ぐことである。目的を達成するためには、組織体制整備が必要であり、情報交換と共有、業務内容の明確化を行った。具体的には、日、週、月単位での朝礼、事例検討会、業務に関する検討会などの各種ミーティングを実施した。それに伴い業務分担表が作成されるなど、正職員、臨時職員、他県からの派遣職員の垣根を取り払い職員全員で目的に向かう体制が整いはじめた。業務については、支援項目、職種ごとの役割をミーティングの中で話し合い、共通認識を持つ機会を持った。相双保福事務所はこれまでに駐在を設置したことはなく、ましてやこのような大災害により管轄住民が管轄地域外に避難することの予想はなく前例のない活動であった。このため、職員も目の前の出来事への対処することに手一杯となり、支援体制の構築に苦慮していた。避難住民を受け入れたいわき市、県保健所、避難元の市町村の3者を、避難住民に視点をおき、全体的に概観し、支援する組織として体制を構築する必要があった。この点でチームビルディング（チーム体制作りと実際の行動指導）をはかることが効果的であった。また、状況を概観でき具体策を提案するコーディネーターとしての本研究の調査者の立場は効果的であったと考える。

目標②「双葉郡8町村及びいわき市が、相双保福いわき市駐在に対して求める具体的な要望を明らかにする」については、2月に双葉郡8町村のうち、多くの被災者が避難する、葛尾村を除く7町村を訪問し町村の現状と要望を聴取、双葉郡8町村が開催する保健福祉担当者による2つの会議に出席した。広野町、楢葉町は役場とともに多くの町民がいわき

市に避難してきており、町の保健福祉課による避難住民への保健サービス提供が行われていた。相双保福いわき市駐在への要望は、双葉郡8町村に共通する問題点の洗い出しと、いわき市内に広範に避難する借り上げ住民への支援であった。その他の6町村は、仮設住宅に関しては住民が集合して生活しているため、自身の町村で保健福祉課と住民課などと協力しながらほぼ支援ができていた。相双保福いわき市駐在への要望は、借り上げ住宅避難住民への対応ができておらず、町村横断的な支援の実現であった。いわき市保健所は、「原発避難者特例法に基づく指定市町村及び特例事務（平成23年11月15日告示）」に関して、1月から対象市町村との会議で業務調整をしながら実施していた。相双保福いわき市駐在への要望は、双葉郡8町村の全体としての問題点の分析と対策を講ずることであった。この他に、市町村の保健師や事務職の者も被災者であり、通常業務と被災によって新たに出てきた業務に追われており、睡眠が少なく、自分の家族のこともケアできない状況にあった。公務員である前に被災者であることを公的組織も理解し、職員へのケアを行いつつ支援する体制が重要であると考ええる。

目標③「いわき市内避難住民の健康に関するニーズについて把握する」については、避難住民全数の調査を行い、その結果の分析が必要である。これまでに、役場機能をいわき市に移動していない市町村で双葉町、大熊町、富岡町、川内村の仮設住宅住民の健康調査を実施している。一方、借り上げ住宅住民については市町村が希望する対象者1,118人のみの調査であり、全戸を把握するには至っていない。今後は、これまで統一されていなかった借り上げ住宅の健康調査の依頼基準を考慮するとともに、調査結果のデータ整理を行うことで、有病率やリスク保有率の把握、ハイリスク者の内容把握と、その対応のために必要な資源投入量の見積りと支援につなげることができると考える。

目標④「4月以降の相双保福いわき市駐在の体制を検討する」については、正職員の副部長、主任保健師と平成24年3月上旬より会議を開き検討をした。会議の内容は、相双保福いわき市駐在の組織図、機能図、業務内容の整理であった。業務においては、避難住民支援における各町村の要望と長期的な展望を視野に入れ検討した（資料1）。この作業を通し、日々の業務に追われていた正職員の中に避

難住民支援が、短期的なものではなく長期的に関わらなくてはならない事業であるとの認識が深まったと考える。

目標⑤「避難住民へ適切な保健サービスが提供できるよう人材の確保を行う」については、福島県看護協会が看護師を雇用し派遣することが人材の確保の有効な方法となっている。しかしながら課題として、常勤でないと雇用できず時間単位や曜日単位の雇用ができなかったため、相双保福いわき市駐在から要望を出すよう提案した。また、各市町村が直接交渉し支援を得ている大野病院看護師の存在がある。この看護師の継続的な市町村配置と相双保福いわき市駐在への配置の検討を提案した。

4) 避難住民への保健サービスの提供状況

(1) 居住形態（仮設住宅住民、借り上げ住宅住民）の違いによる保健医療サービス状況

仮設住宅での安否確認については、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町は、社会福祉協議会（以下、社協）、絆づくり応援団事業事業職員などによる巡回を実施していた。コミュニティー作りについては、住民の交流の場を主体としたコミュニティー作りであるサロンは、社協、仮設住宅自治会の運営で仮設住宅がある全ての町村で実施されていた。保健関係課による活動については、広野町、楢葉町が町保健福祉課で自ら健康調査を実施し、要支援者住民への継続訪問も実施していた。家庭訪問は、仮設住宅がある全ての町村が実施しており、定期的に行っている町村は広野町、楢葉町、川内村、大熊町であり、不定期で実施している町村は、富岡町であった。健康教室など集団指導は、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町が実施していた。心のケアについては、広野町、楢葉町、大熊町は福島県心のケアいわき市センター等が実施していた。このように、仮設住宅住民への支援としては、安否確認が社協、自治会、絆づくり応援事業などで実施されていた。サロンの開催も実施されていた。健康調査も、町保健福祉課または相双保福いわき出張所が実施していたことから、仮設住宅住民への直接的な保健サービスは提供されていたと考えられる。

借り上げ住宅の安否確認については、広野町、楢葉町、大熊町、双葉町は町内の社協が実施しており、浪江町は自治会が自治会員を対象に実施していた。

コミュニティー作りについては、檜葉町、浪江町の自治会がサロンを実施していた。保健関係課による活動状況は、健康調査は広野町、檜葉町が自身で実施していた。広野町が要支援者、ハイリスク（乳幼児、母子、高齢者）の住民に対して実施し、檜葉町は借上げ住宅に住む全避難住民に対して実施していた。富岡町、川内村、大熊町、浪江町は町が訪問調査を必要だと考える要支援者及び、ハイリスク住民に対する調査を相双保福いわき出張所に依頼し実施していた。双葉町は自身の町の保健師が電話で調査した後、更に訪問調査が必要だと判断した避難住民の訪問調査を相双保福いわき出張所に依頼し実施していた。家庭訪問は、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町で実施しており、定期的に実施していたのは、檜葉町、大熊町であり、その他は不定期に実施していた。健康教室等は檜葉町が社協主催で実施し、浪江町が自治会員に対し自治会が実施していた。心のケアは、広野町、檜葉町が自身の町で実施しており、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は福島県心のケアいわき市センターに依頼していた。このように、安否確認は2つの町村で実施されておらず、サロンは、2つの町だけで開催されていた。また、健康調査は、母子、高齢者などハイリスク対象者が中心で、その他の者に対してはされていなかった。これらより、借り上げ住宅住民への直接的な保健サービスは不足していると考えられる。

（２）住民の健康状況・健康課題について

母子に関する健康課題は、育児相談をする相手がいないことや情報交換の場がないこと等、育児の負担であった。また、双葉郡8町村の全てで出生数が減少していた。成人・高齢者に関する健康課題は、成人男性の飲酒、ギャンブル依存であった。高齢者は外出の減少、運動量の低下の問題があった。介護認定者も増加しているという意見があった。また、高齢者の引きこもりも課題として挙がっていた。介護保険の利用状況における健康課題は、要介護や要支援の申請増加、借り上げ住宅避難住民の送迎がないことによる介護予防事業への参加困難等に加え、いわき市内の介護施設入居やサービスが震災前から供給不足であったところに避難住民による利用が加わったことによる一層の利用困難化が生じていたことである。障がい児・障がい者の健康問題は、避難

住民を受け入れるグループホームや作業所がないため、避難住民の障害者などを受け入れる施設がないことで震災前のサービスが受けられていないことであった（表3）。

（３）保健支援体制に関する課題

いわき市内に役場を移動させていない町村、また、帰還が始まっていない町村で、保健師・看護師など健康支援や保健サービスを提供できる者を常駐させていない町は大熊町、浪江町であった。富岡町は、保健師などを常駐させているものの健康支援や保健サービスの提供が十分とはいえないと考えられる。葛尾村、川内村は避難住民が少ないため、相双保福いわき出張所の支援で対応ができていると考えられる。また、広野町、檜葉町は既に町への帰還が可能となっているが、今後早期の帰還を選択しない住民がいることが予想される中で自身の町といわき市の2箇所保健サービスを提供する体制を構築することが必要となり、人手の確保を課題として捉えていた。（表4）。

仮設・借り上げ住宅についての課題は、借り上げ住宅避難住民の健康調査を兼ねた訪問活動が進まないこと、安否調査と健康管理などの業務について、社協などとの役割分担ができおらず、安否調査が手つかずになっていることであった（表4）。

母子保健についての課題は、保健師の業務である要支援母子への日常的な支援が不十分なことであった。

高齢者についての課題は、要介護者を増やさないための予防事業が不足していること、介護施設では通所者へのサービスが十分でないことであった（表4）。

双葉郡8町村の保健福祉関係課長らによる2つの会議に参加した。双葉地方市町村広域連合が参加し、し尿処理、消防業務に関する業務連携については議題となったが、保健サービスの合同実施に関する具体的な検討は進まなかった（表4）。双葉郡8町村及び南相馬市では連合体での、避難住民への支援方法を模索しているが、震災前からの関係、いわき市以外の市町村への避難住民への支援との公平性などから、双葉郡が連合体をつくり保健サービスを提供することは難しいと考えられる。隣接している町村や震災前からの関係が良好な市町村同士の助け合いが、最も現実的で実施可能性が高いと考える。

(例えば、南相馬市は浪江町の住民に対する保健サービスを提供しているので、いわき市の南相馬市の住民については浪江町が対応していく等)。

D. 結論

1) 今後の支援について

避難住民へ適切な保健サービスを提供するために、県が市町村をはじめとする各機関の連携強化や市町村の支援体制の強化などの必要性を認識し、県として方策を示し、体制整備を行う必要がある。併せて、保健サービスを提供するための人材が不足しているため、交付金を活用して、人材確保や保健事業の委託を行い活用すること、特に、長期的に支援活動に従事する専門職の確保が必要とされている。そのためには、財政面も含めた国の支援が必要であると考えられる。また、連携強化の方策として、相双保健所、出張所、いわき市、8町村が連携し、一体的な支援活動が行えるよう、コーディネーターの配置が効果的であると考察された。

その他に、支援体制として双葉郡8町村の連合体での活動は現状においては困難である。加えて、住民が居住するいわき市が主体となり保健サービスを提供することも難しい。よって、現実的で実現可能な方法は、隣接している町村や震災前からの関係が良好な市町村同士の助け合いを推進することだと考える。

2) 防災・減災に向けて

今回の調査を通し、防災対策への助言をしたい。

市町村など自治体は、業務の継続、人材確保のため、平時から防災連携市町村の協定などを結び、相互扶助ができる体制の考慮が必要だと考える。

県は、中核市と県の関係も踏まえ、効果的な人員配置のため、災害時の“被災住民への保健サービス提供は、避難先市町村が実施する”といったルール等の考慮が必要だと考える。

県は、大規模災害対策において、他市町村へ住民が避難することを想定し、県保健所の支援体制の策定の考慮が必要である。

被災当事者でもある保健師への支援体制への考慮が必要である。

E. 健康危険情報

該当なし

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

i きぼうときずなプロジェクト

きぼうときずなプロジェクトは、特定非営利活動法人日本臨床研究支援ユニット（理事長 大橋 靖 2009年に設立）が運営の中心となり、2011年に福島県内で東日本大震災と原発事故被災者から始まった。活動内容は・避難所・仮設住宅・在宅での医療・看護支援と心のケアなどである。聖路加看護実践開発研究センターが看護師・保健師などを派遣し、このセンターの事業でもある。

ii 絆づくり応援事業

福島県では緊急雇用創出基金事業として「がんばろう福島！絆づくり応援事業」を平成23年6月1日より平成24年3月31日を実施。その後、絆づくり応援事業とし、平成24年4月1日から平成25年3月31日まで実施。事業の目的は、仮設住宅等の運営体制を強化することにより、避難者同士や地域住民などとの絆づくりを図るとともに、雇用を通じた避難者・失業者への経済的支援を行うことである。事業は、県内6方部ごとに担当する事業者へそれぞれ委託し、受託業者が市町村等から支援要請のあった業務の実施に必要な人員を避難住民等から雇用した。

表1. いわき市避難住民の居住形態と人数

町村名	役場機能 移転場所	平成24年2月1日のデータ						平成24年10月1日のデータ						
		仮設住宅			借り上げ		いわき 市居住 者 (a+b)	仮設住宅			借り上げ		いわき 市居住 者 (a+b)	人口
		箇所 数	世帯 数	入居者 数(a)	世帯 数	入居者 数(b)		箇所 数	世帯 数	入居者 数(a)	世帯 数	入居者 数(b)		
南相馬	南相馬市	0	0	74	335	718	792	0	0	74	342	699	773	65,102
広野	広野町	9	666	1,739	734	2,122	3,861	9	662	1,659	949	2,280	3,939	5,081
楢葉	いわき市	10	942	2,395	1,178	3,214	5,609	12	1,029	2,364	1,303	3,416	5,780	7,285
富岡	郡山市	2	240	653	1,824	4,359	5,012	2	317	636	1,965	4,881	5,517	14,633
川内	川内村	1	1	70	108	221	291	2	43	92	132	268	360	2,641
大熊	会津若松市	4	4	913	915	2,240	3,153	6	561	1,319	1,115	2,111	3,430	10,973
双葉	埼玉県加須市・郡山市	1	1	380	381	866	1,246	1	119	303	386	1,095	1,398	6,310
浪江	二本松市	0	0	7	821	1,786	1,793	0	7	8	970	2,071	2,079	19,126
葛尾	三春町	0	0	0	23	38	38	0	0	0	19	31	31	1,476
	合計	27	2,438	2,438	6,296	15,526	21,757	32	2,738	6,455	7,181	16,852	23,307	132,627

出典：相双保福いわき出張所作成「双葉郡町村および南相馬市のいわき地域における状況」

図1. 双葉8町村の福島県内応急仮設住宅の設置状況（避難元住民別 平成24年2月1日）



表2. 双葉郡8町村の保健サービスに関する体制（平成24年10月31日）

	本庁での体制					いわき市内での体制			
	保健サービスを提供している課	常駐職員の数(正職員/臨時職員)	常駐職員の職種と員数	うち正職員の人数	うち臨時職員の人数と派遣元	常駐人数	うち職種	常駐予定	町村から見たいわき市避難住民
広野町	町民課 町民保健グループ(保健センター)	7人(正職員2人/臨時職員3人/県職員2人)	保健師2人 助産師1人 看護師1人 准看護師1人 事務2人	保健師1人 事務1人	保健師1人(福島県看護協会) 助産師1人(福島県立大野病院職員) 看護師1人(福島県立大野病院職員) 准看護師1人(きずな事業) 事務1人(広野町)	5	保健師2(うちサポート事業1) 看護師3(うち福島県立大野病院職員2、絆事業1)	H24. 8月末まで常駐	・人口の78%がいわき市に居住。最大である。(10月1日) ・町内居住数427人(8月1日)
楡葉町	住民福祉課保健衛生係	7人(正職員3人/臨時職員4人)	保健師4人 看護師3人	保健師3人	保健師1人(福島県看護協会) 看護師3人(きずな事業1人、福島県立大野病院職員2人)	6	保健師4(うちサポート事業1) 看護師2(うち福島県立大野病院職員1、絆事業1)	H25. 4月からは未定	・人口の79%がいわき市に居住。最大である。(10月1日)
富岡町	健康福祉課(健康づくり係)	9人(正職員5人/嘱託職員3人/派遣1人)	保健師4人 助産師1人 看護師1人 事務3人	保健師3人 事務2人	保健師1人(福島県緊急雇用創出事業) 看護師1人(福島県緊急雇用創出事業) 助産師1人(保健医療専門職雇用事業) 事務1人(東電)	2	保健師1 看護師1(うちサポート事業1)	実施済み	・人口の38%がいわき市に居住。最大である。第2位は郡山である。(10月1日)
川内村	保健福祉課	3人(正職員2人/臨時派遣職員1人)	保健師 2人 看護師 1人	保健師2人	看護師1人(福島県看護協会)	0	-	無	・人口の14%がいわき市に居住。(10月1日)
大熊町	健康介護課	8人(正職員6人/臨時職員2人)	保健師3人(1名埼玉県より派遣) 看護師2人 栄養士1人 保育士・幼稚園教諭1人 事務1人(課長を除く)	保健師3人 栄養士1人 保育士・幼稚園教諭1人 事務1人	看護師1人 看護師1人(県看護協会からいわき連絡事務所へ2名が交替で1日あたり1人派遣)	0	-	機構改革検討委員会にて検討中	・人口の32%がいわき市に居住。最大である。(10月1日)
双葉町	健康福祉課	9人(正職3人/臨時6人)	保健師2人 栄養士1人 事務6人	保健師1人 事務2人	保健師1人(町臨時雇用) 栄養士1人(町嘱託職員) 事務4人(福島県緊急雇用創出事業)	0	-	未定	・人口の22%がいわき市に居住。最大である。第2位は埼玉県である。(10月1日)
浪江町	健康保険課	10人(正職員6人/臨時職員3人/県立大野病院1人)	保健師4人 看護師3人 事務職員3人(1人岡山県より派遣)	保健師4人 事務職員2人	看護師2名(被災者健康支援事業1名/福島県緊急雇用創出事業1名) 看護師1人(福島県立大野病院職員) 事務職員1名(被災者健康支援事業)	0	-	日本赤十字社と日本赤十字看護大学が常駐9/1～1年間	・人口の11%がいわき市に居住。第3位である。第1位は福島市、第2位は会津若松市。(10月1日)
葛尾村	住民生活課	4人(正職員2人臨時1人派遣1人)	保健師3人 看護師1人	保健師2人	保健師1名 看護師1名(福島県立大野病院職員)	0	-	無	・人口の2%がいわき市に居住。

表 3. 住民の健康状況・健康課題

母子				成人・高齢者				介護保険の利用状況			障がい児・障がい者		
広野町	・出生数の減少	・乳幼児健診の受診率低下	・母子の要支援者へ関わる機会が減少	・母子の関係機関との連携がとれていない(保育所・幼稚園等)	・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向の高齢者が多い	・介護認定者増加 ・認知症の方が増加	・65歳以上の運動量が減少し、生活行動機能が低下している	・介護認定者の増加を防ぐため介護予防事業の再開が必要	・家族と分かれての生活となり軽度(要支援や要介護1)の認定者が増加	・認定者の約8割がいわき市内で生活	・いわき市内に入所施設の空きがなく戻ってこられない方がいる	・作業所等サービス利用につなげていない方への対応	・町にはグループホームがないため近隣自治体のサービスを利用
楢葉町	・出生数の減少(月1〜2件)	・いわき市の小学校に入学している子どもたちの送迎	・母子の継続的なケアが難しい。幼稚園、保育所に入所している要支援児の支援		・失業者が増え、60歳、70歳代のアルコールやギャンブル依存が増えつつある。介護している家族の負担が増。	・20歳代後半から40歳代男性に、飲酒問題、引きこもり傾向あり			・借り上げの人の送迎ができないため、介護予防教室に参加できない			・精神障がい者のグループホームや作業所等に対応	
富岡町	・出生数の減少	・子育てについて相談できる友達が近くにおらず寂しいという母親の訴え	・母子の要支援者へ関わる機会が減少		・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向・軽度認知症の高齢者が多い	・介護認定者増加		・介護予防事業を実施しているが、施設の関係で仮設入居者が中心である。もっと広域的に展開する必要がある	・いわき市内の事業所のサービスを利用、入所施設を探すが見つからない。			・市内事業所のサービス提供を受けている方もいるが、震災前の利用状況にはなっていない	
川内村	・子育て世代の人たちが集まれる場がほしいとの声あり	・母子の健診結果で要フォロー者がいても、フォロー体制が整っていない			・借り上げ住宅入居の一部の方に閉じこもり傾向あり(高齢者)				・いわき市内の事業所を利用			・障害者：いわき市内の事業所を利用	
大熊町	・いわき市での出生は増加(全体の出生数は減少)	・夫が原発勤務のため、放射線の健康被害の不安や、周囲に勤務していることを言えないストレスあり	・子育てについて話し合える友達がいない	・家族が別れて住むようになり、育児負担が大きくなったという声あり	・どこかの医療機関にかかれればよいかわからない	・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向の高齢者が多い	・介護認定者増加		・いわき市内の事業所を利用	・いっぱい利用者の希望通りのサービスが受けられない状況		・福祉と連携し、いわきの児童デイや事業所につなげていない人を確認中	
双葉町	・出生数、子育て世帯が少ない				・閉じこもり傾向の高齢者が多い	・健康サロンの参加者が固定している							
浪江町	・出生数は減少	・県内避難先で、いわき市に避難している乳幼児が増加			・町民どうしの集まれる場所がない	・若年男性に不眠等で内服している人がいる			・介護認定や居宅支援事業所の紹介、在宅サービスの提供等はスムーズに行われているか				
葛尾村	・出生数なし	・子育てについての相談は友人や家族に電話等で相談しているとのこと、特に訴えはない			・避難者の多くが、成人で働いている方が多い。								

※ 相双保福いわき出張所作成資料「いわき市における被災者健康支援の現状と課題（8月7日作成）」にインタビューで収集した情報を追加し研究班で作成

表 4. 支援に関する課題

	体制について				仮設・借り上げ支援		母子保健について		高齢者について
広野町	帰還が決定し、役場を町にしたが、住民の帰還が進まないことで広野町といわき市の2箇所での活度となり業務量2倍、人員不足している				・借り上げ住宅の訪問がなかなか進まない(中には広野町に戻っている人もいるため)		・母子の要支援者へ関わる機会が減少	・母子の関係機関との連携がとれていない(保育所・幼稚園等)	・介護認定者の増加を防ぐため介護予防事業の再開が必要
檜葉町	帰還後、住民の帰還が進まないことのでいわき市の2箇所での活度となり業務量2倍、人員不足が予測される	県外等の支援が今年度で、終了した場合の体制、人材確保					・母子の継続的なかわりが難しい。幼稚園、保育所に入所している要支援児の支援		
富岡町			・保健師が常駐しているが、具体的な活動は構築中	・借り上げ住宅の安否確認なし。	・借り上げ住宅の訪問がなかなか進まない		・母子の要支援者へ関わる機会が減少		・介護予防事業を実施しているが、施設の関係で仮設入居者が中心である。もっと広域的に展開する必要がある
川内村					・避難先と村との行き来が頻繁で所在が把握できない	・訪問しても不在が多く、現状把握ができない	・母子の健診結果で要フォロー者がいても、フォロー体制が整っていない		
大熊町			・保健師の常駐なし。定期的な訪問あり。年内に常駐予定。		・保健師が常駐していないので、保健事業がなかなかできていない	・借り上げ住宅の現状把握がしづらい			
双葉町			・保健師の常駐なし。会津若松市に常駐する保健師が不定期に訪問。	・借り上げ住宅安否確認一部のみ。	・社協、民生委員の訪問で情報を得ているが、保健サイドの訪問が進まない				
浪江町			・保健師の常駐なし	・借り上げ住宅の安否確認なし。	・借り上げ訪問が進まず、現状把握ができない				
葛尾村									

* 相双保福いわき出張所作成資料「いわき市における被災者健康支援の現状と課題（8月7日作成）」にインタビューで収集した情報を追加し研究班で作成

平成 24 年度
厚生労働科学研究費補助金
(健康安全・危機管理対策総合研究事業)

「健康危機発生時における行政機関相互の
適切な連携体制及び活動内容に関する研究」

総 合 報 告 書
(平成 23 ～ 24 年度)

平成 25 年 3 月

研究代表者 多田羅 浩三
(一般財団法人 日本公衆衛生協会 会長)

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8
TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605