目　次

総括報告…… 1

分野報告

1．原因不明…… 9

2．自然災害…… 37

（1）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC …… 39

（2）医療支援チームの受入れから撤収までの過程にみる医療救護活動の調整体制の課題
～東日本大震災津波における医療救護活動の調整の経験～ …… 103

（3）大分県における災害時保健所機能の強化
～保健所災害時対応マニュアルの策定と九州北部豪雨における検証～ …… 111

（4）東日本大震災からの教訓に基づき保健機能システム強化に繋げる研究
～防災潮流の「レジリエンス」からの示唆～ …… 123

3．食品安全…… 127

4．医療・介護等安全…… 143

（1）ICS および平時連携推進事業 …… 145

（2）ICS 以外の平時連携事業 …… 197

5．感染症…… 205

（1）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC　新感染症・大規模感染症における
発生段階別の都道府県の実施対策編 …… 207

（2）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC　新感染症・大規模感染症における
発生時期別の保健所の実施対策編 …… 229

（3）東日本大震災における保健所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 …… 267

6．精神保健…… 275

（1）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC …… 277

（2）東日本大震災における精神保健対策に関する調査報告 …… 299

（3）「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査報告…… 321

7．飲料水安全…… 337

８．生活環境安全…… 349
（１）化学物質関連健康被害、ウェストナイル熱ウイルス媒介蚊等対策 …… 351
（２）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC ウェストナイル熱ウイルス感染症等媒介蚊対策…… 359
（３）日本版標準 ICS ／ IAP ／ AC 化学物質災害…… 371
９．原子力…… 375
（１）日本版標準 ICS ／ IAP …… 377
（２）研究報告 …… 401

分担報告

１．連携：院内感染対策…… 407
（１）保健所専門家連携分野 …… 409
（２）保健所専門家連携によるアウトブレイク対応 …… 413
（３）地域院内感染対策ネットワークの構築支援 …… 417
２．連携：ICS 総括…… 423
（１）研究報告 …… 425
（２）ISO2230 について …… 431
（３）災害医療コーディネーターの必要性と活動の基本 …… 435
（４）東日本大震災を例とした ICS の研究協力者による検討 …… 445
３．連携：保健所支援…… 447
４．連携：事例収集…… 453
５．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…… 457
６．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…… 495

総　括　報　告

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東日本大震災で被災した市町を管轄する保健所と県庁を対象に、震災後の地域保健活動の組織体制再構築の実態について、各組織の保健師への面接聴取により調査し検証することで、災害時に有用な活動体制再構築のあり方を検討した。

A．研究目的

保健所は、地域の健康危機管理の拠点である。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。

後者については、以下の２点について検討を行った。

①東日本大震災で被災した市町を管轄する保健所と県庁を対象に、震災後の地域保健活動の組織体制再構築の実態について、各組織の保健師への面接聴取により調査し検証することで、災害時に有用な活動体制再構築のあり方の検討を行う。

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（千葉県海保匝保健所）
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。

昨年度調査を実施した被災市町村を管轄する７管轄保健所及び２県庁を対象に事例調査を行った。各事例の活動の様相を調べ、災害時保健活動体制の影響を与えた要因を検討した。

（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、個人情報の取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、保健所地震の被災、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%でサーベイメーターを保有していた。特にサーベイメーターは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。

1)保健所の保健活動体制構築に影響を与えた要因：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、が抽出された。

2)県庁の保健活動体制構築に影響を与えた要因：**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。

災害時に地域保健活動体制を迅速に確立するためには「平常時体制から非常事態への切替」「指揮命令ライン確立」「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確立」「データ・文章資産の迅速活用」が重要と考察された。また今後整備・充足すべき点として災害時の指揮命令系統、災害時の情報管理など7項目が提案された。

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、徐々に改善を行うことが必要である。

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。

地域保健活動体制を迅速に確立するためには「平常時の体制から非常事態への切替」「指揮命令ライン確立」「各職員の災害時役割の理解浸透・修得」「情報の集約に基づく活動推進体制確立」「データ・文書資産の迅速活用」が重要である。今後整備・充足すべき点として災害時の指揮命令系統、災害時の情報管理など7項目に提案された。

F．研究発表

1．論文など：

2．学会発表：

1)佐々木隆一郎、他：大規模災害に備えた保健所の健康危機管理体制の基盤整備　- 日本版標準ICS/IAPについて。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）：487、2012.10.

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

原　因　不　明

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し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．研究目的

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．研究方法

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．研究結果

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）、「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⑴と⑵の場合が考えられる。

⑴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

⑵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. 保健所所内の指揮命令機能：

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し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．研究発表

なし

Ｇ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特許取得、実用新案登録、その他　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（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）

提言：

健康危機発生の情報は、消防や医療機関から警察や保健所に入る。それに対して、保健所や衛生研究所は分析能力の充実強化が求められるので、保健所と衛生研究所の職員においては、経験と研修が必要である。また、保健所は生物テロに対して除染等の処理能力が求められる。

衛生研究所は、保健所の求めに応じて検査や分析を行うが、衛生研究所は法的に規定されていないこともあり、地域による能力差や、担当者による能力差が大きい。そのため、全国の衛生研究所を６ブロックに分けて協力体制を築いている。平時における検査方法の標準化や精度管理が必要である。

県と指定都市の連携は難しい。それぞれの機能の整理をするとともに、共同で図上訓練等を実施し、連携を深めるべきである。

保健所は予算と人員が削られ、検査機能が低下してきているので、衛生研究所との連携を密にしないといけない。本庁、保健所、衛生研究所ともに人材が不足している。人材の確保・育成が最重要課題である。人材確保が難しい現状を考えると、広域的な人的ネットワーク、顔の見える協力関係づくりが大切である。

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。

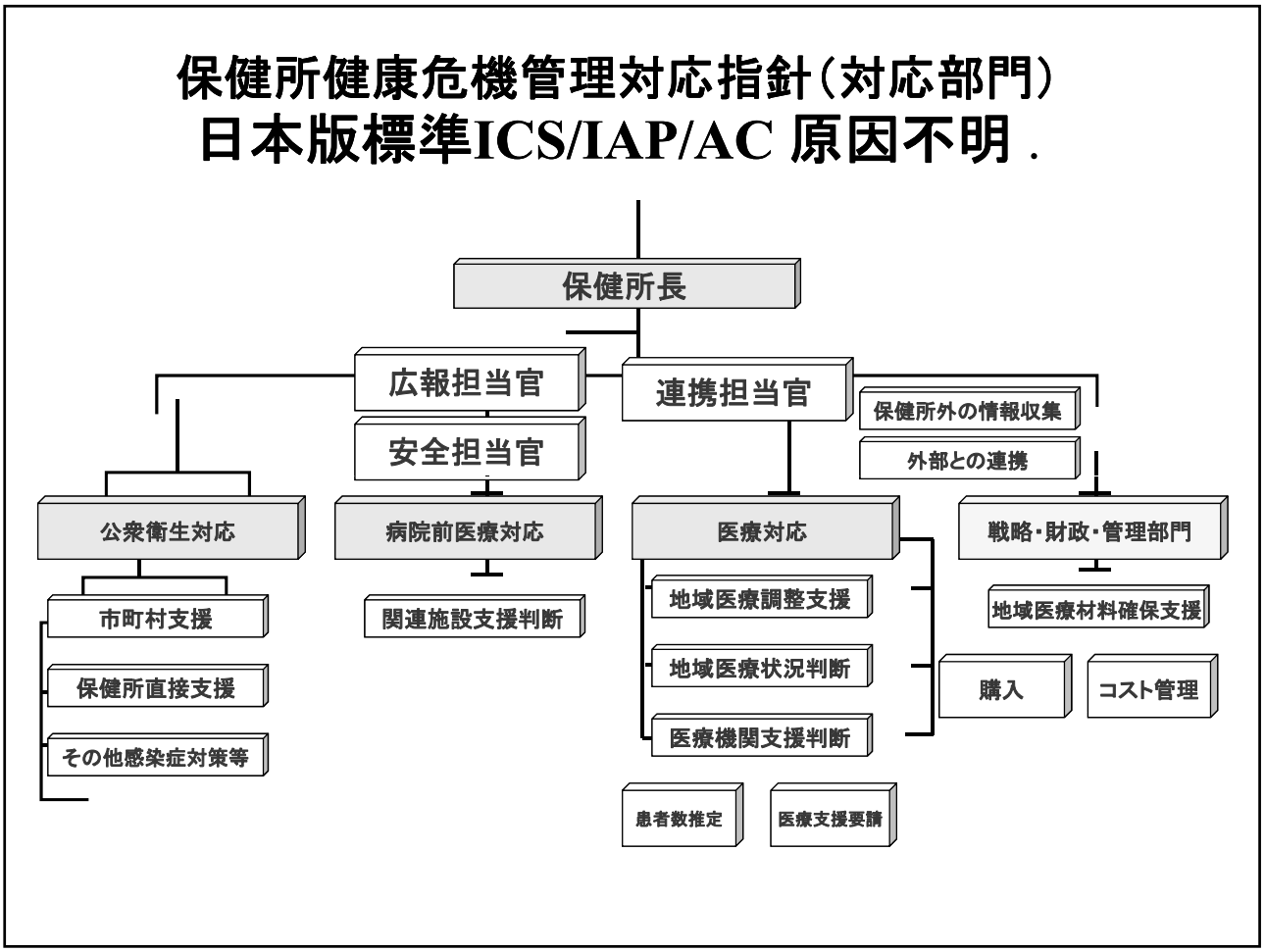
関係機関の共通の願いというのは、地域の皆さん、みんなの健康、安全、安心であるので、そうした共通の願いに向かって共に考え、共に行動していくことが大切である。

「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し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。



日本版標準 ICS(Incident Command System)/IAP(Incident Action Plan) /AC(Action Card)
―原因不明　時期別保健所の機能一覧―

必要セクション	必要機能	平時	原因不明期	原因判明期	復興期
保健所機能　（保健所長・総務部門）					
保健所の機能確保・維持	・インフラの確保 ・保健所人員の確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	・インフラ整備 ・BCP の整備と訓練 ・調達方法の確認と備蓄 ・ライフラインの強化	・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	・活動能力判定 －インフラ －人員 ・BCP の決定 ・原因に応じた指揮、対応	・活動能力判定 －インフラ －人員 ・BCP の決定 ・通常状態への移行判断
保健医療福祉部門支援機能　（保健所長・総務部門・主管部局）					
保健医療福祉対応部門の指揮機能支援 アドバイザー機能	・アドバイザーのリスト化 ・近隣保健所長との連携	・アドバイザーリストの作成 ・参考となるアドレスのリスト化	・アドバイザーの確保 ・指揮の開始 ・地域関係機関連携会議の開催	・指揮の継続性の確保 ・指揮内容の確認 ・地域関係機関連携会議の開催	・通常業務への移行 ・終結期の見定め
報道機能	・一元的報道	・報道との顔の見える関係づくり ・報道官の設定 ・地域報道システムの構築	・一元的報道方法の決定周知 ・上部指揮機能との連携 ・地域報道システムとの連携開始	・一元的報道の継続 ・地元住民への地元情報の発信	・通常情報発信体制に移行
渉外機能	・医療指揮部門との連携 ・上位指揮部門との連携	・連絡体制の確認と確保	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携開始	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携	・通常業務への移行
対応部門安全確保機能	・職場衛生管理 ・労働管理 ・健康管理	・危機管理時における衛生管理方法の確認 ・労働管理、健康管理方式の確認	・職員の健康状態のチェックと作業量の決定	・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 ・職員の心の健康管理 ・職場の衛生管理
保健医療福祉対応部門の経理・管理機能	・予算の確保 ・人員の確保	・災害時予算の確保方法の確認 ・応援体制の整備	・災害規模による必要予算見積もりの開始	・災害規模による必要予算見積もりの算出 ・予算獲得打合せ開始	・追加必要予算の見積もりの算出 ・予算獲得打合せ
保健医療福祉対応部門の企画機能	・地域情報の収集・分析	・情報収集体制の整備・訓練（衛星電話、メール、その他） ・医療機関基礎情報整理 ・福祉機関基礎情報整理 ・市町村基礎情報整理	・情報収集の開始 ・情報未入手場所への情報収集班の派遣 ・被災情報の収集 ・被災初期簡易判定の実施 ・BCP に基づく支援順位の決定 ・外部への医療支援要請判断	・情報収集の継続 ・被災状況の変化把握 ・外部への保健医療福祉支援の追加支援規模の推定	・情報収集の継続と改善 ・被災状況の変化把握 ・外部への保健医療福祉支援の追加支援規模と期間の推定
保健医療福祉対応部門の物流確保機能 （地域医療機関等支援）	・対応部門の必要物品確保 ・連携機関との連携 ・医薬品の確保 ・医療器材の確保 ・保健福祉必要品確保	・必要物品のリスト化（調達先、備蓄量、その他） ・関連機関との連携による備蓄	・現況物品、医薬品の確認 ・不足資材の確保開始 ・連携機関との連携開始	・現況物品、医薬品の確認 ・不足資材の確保 ・連携機関との連携	・現況物品、医薬品の確認 ・不足資材の確保 ・連携機関との連携強化
保健医療福祉対応部門（支援連携）（保健所長・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	・支援要請の判断 ・必要支援内容の判定 ・支援要請	・対応会議の開催 ・支援量需給の判断 ・支援内容の判断	・必要な対応会議の開催 ・支援終了の判断
保健医療福祉対応部門（医療）（保健所長・総務部門・主管部局及び地域医療コーディネーター）					
対応部門支援（医療確保） ・緊急時医療体制構築	・緊急医療体制 ・通常医療の確保 ・地域の関係者連携	・地域医療体制の構築 ・地域関係者の役割確認（訓練）	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断 ・地域医療指揮部門の支援	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断 ・地域医療指揮部門の支援	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の継続の判断
・外部支援医療との連携	・DMAT 等との連携 ・自衛隊との連携	・DMAT、自衛隊等との連携確認	・外部支援の必要性の判断 ・DMAT 撤退後の医療確保	・外部支援の必要性の判断 ・自前医療移行時期の判断	・外部支援の終了時期判断 ・自前医療への復帰
・入院前医療確保	・自助医療確保（応急処置など）	・住民の初期救護の教育	・支援の必要性の判断 ・必要物品の把握 ・赤レベル患者数の把握 ・外部支援の判断	・必要物品の確保	・通常医療への移行
・入院医療確保	・入院施設の確保 ・患者輸送の確保	・医療機関の役割の明確化 ・患者輸送方法の確認 ドクヘリ、防災ヘリ、自衛隊との連携	・要入院患者数の推計 ・病院の稼働状況の把握 ・入院可能数の推計 ・入院患者の搬出必要性 ・外部搬出の判断	・病院の稼働状況の把握	・通常医療体制への移行時期判断
・患者の管外搬出	・搬出システム ・搬送方法の確認 ・搬送手段の確認 ・特殊病態患者搬出	・搬出システムの作成 ・ヘリコプターアクセスポイントの設定 ・搬出要請方法の確認・訓練 ・搬出拠点の設定 ・透析など特殊病態患者搬出方法の検討	・搬出システムの稼動 ・搬出拠点の設定 ・搬出要請	・必要に応じた搬出	・通常医療体制への移行
・通常医療の確保	・通常医療体制の維持システム	・通常医療確保策の作成	・できる範囲での通常医療	・外部支援を得た通常医療	・通常医療体制への移行

保健医療福祉対応部門（福祉）（保健所長・福祉部門・総務部門・主管部局）					
公衆衛生対策（福祉施設支援） ・福祉施設支援	・福祉施設の状況把握	・福祉施設のリストの作成 入所者数、自力維持日数 ライフライン、備蓄など	・被災状況の把握 ・支援の必要性の把握 ・入所者の搬出の必要性	・必要に応じた支援	・通常業務への移行
保健医療福祉対応部門（公衆衛生対策）（保健所長・健康増進部門・生活衛生部門・主管部局）					
公衆衛生対策（市町村等支援） ・市町村との役割分担	・役割分担の検討	・支援可能内容を明確にする ・要望支援内容について検討	・必要支援内容の把握判断	・必要支援内容の把握判断	・通常業務への移行判断
・精神対策	・被災者精神対策 ・避難所精神対策 ・在宅精神疾患患者対策	・こころのケア対策方法の検討 ・精神疾患患者対策	・精神医療の確保	・こころのケア対策開始 ・精神医療の確保	・こころのケア対策の終了判断 ・通常精神医療へ移行
・遺体対応	・死体検案体制の確保 （警察、医師会との連携） ・遺体処理計画 （市町村と連携）	・警察との連携 ・市町村との連携 死体処理計画の作成 （安置場所、処理可能数等） ・葬儀団体との連携 葬儀必要品の確保等	・死体検案体制の稼動 ・死体処理の計画的開始 ・葬儀必要用品の確保支援	・必要処理能力の推定 ・管外への処理依頼	・通常業務への移行判断
保健医療福祉対応部門（直接対応）（保健所長・総務部門・健康増進部門・主管部局）					
独自直接対応 ・相談機能	・住民相談機能 ・関係者相談機能	・緊急時の住民相談窓口の設置 ・緊急時の関係者相談窓口の設置	・24 時間窓口設定 ・24 時間窓口設定	・必要時間の窓口設定 ・24 時間窓口設定	・通常体制への移行
・在宅要支援者対策	・在宅特定疾患患者対応 ・在宅精神疾患患者対応	・個人支援計画の樹立 ・在宅患者のリスト作成	・安否確認と支援開始	・必要に応じた支援	・通常対応への移行判断

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）　—原因不明—

この標準的 ICS/IAP（原因不明）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）、「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。

迅速かつ適切な初動対応は、その後の対策の成否を左右するので、原因不明の健康危機発生時に備え、この標準的 ICS/IAP（原因不明）に基づき、健康危機管理対策について十分に理解を深めていただききたい。

なお、この標準的 ICS/IAP（原因不明）は、都道府県型の保健所を想定するとともに、関係機関も愛知県の名称を参考に記載してあるので、他の型の保健所においては、市町村などとの関係を読み替えてご利用いただくとともに、それぞれの組織及び関係機関の名称に読み替えて参照していただければ幸いである。

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⑴と⑵の場合が考えられる。

⑴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（主に現地調整所の指揮）
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

⑵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（被害拡大の防止、被害者の治療等）
計画・情報部門 ･･･ 保健所（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 ･･･ 警察署、消防署、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

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。

標準的 ICS/IAP（原因不明）の概略

《急性型の慢性期または慢性型の原因不明健康危機が発生した場合の標準的 ICS/IAP》

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. 保健所所内の指揮命令機能：
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

標準的 ICS/IAP（原因不明）の詳細

《急性型の慢性期または慢性型の原因不明健康危機が発生した場合の標準的 ICS/IAP》

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

－通報を受けた職員は、初期の段階で正確な情報を様式１の通報受付票及び様式２の有症者健康被害状況票に沿って収集し、初期段階の情報連絡体制に基づき対応する。

・**通報受付票（様式１）は、通報を初めて受けた時にメモとして使用するシート**である。簡単に記載し、所属長や本庁への第一報として使用する。

・**有症者健康被害状況票（様式２）は、通報を受けた後、初動調査で使用するシート**である。必要最低限の基本的な疫学情報、個人情報の収集を目的としたもので、原因究明に活用する。

・健康危機の種類が明確になった場合には、各所属の個別の様式に移行する。

ICS2. 保健所所内の指揮命令機能：

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

－健康危機管理にあたっては、組織的な対応が必要なため、健康危機に関する通報を受けた保健所職員は、**自分で状況を判断して抱え込まずに**、下記の初期段階の対応に基づき、どのようなことでもグループ班長、担当課長に報告する。

・連絡及び報告は、必ず口頭及び書面の両方で行い、電話で連絡した場合は確認のためにメール又はFAX の送信を行う。

⑴勤務時間内の初期段階の対応

連絡対応の流れ	初期段階での情報連絡体制
ア　情報の入手	・地域住民、消防署、警察署、市町村、医療機関等からの情報を入手する。 ・情報を入手した保健所職員は、必要な基本情報を通報受付票（様式１）等に記載する。
イ　上司への報告及び所内連絡体制	・入手した情報を直ちに上司（グループ班長、担当課長）に報告する。 ・グループ班長又は担当課長は、所管課が異なる場合には所管課長へ報告し、所管課が決定し難い場合には、調整会議の庶務を担当する課（以下「調整会議事務局」）に報告する。 ・所管課長又は調整会議事務局は、**速やかに保健所長に報告**し、必要な健康危機管理体制の指示を仰ぐ。
ウ　本庁等への報告	・保健所長は、できるだけ速やかに第１報を本庁所管課に通報受付票（様式１）等を利用して報告する。 ・保健所長は、保健所内の人員では対応が難しいと判断した場合、広域保健所又は本庁所管課に応援を求める。
エ　健康危機管理調整会議の開催	・保健所長は、所内の調整や情報の共有化が必要な場合は調整会議を開催する。 ・調整会議では、収集した情報を分析、検討し、初動体制の整備、初動活動の役割分担を決定するとともに、必要な対策を検討する。

⑵勤務時間外（休日、夜間）の初期段階の対応

連絡対応の流れ	初期段階での情報連絡体制
ア　情報の入手	・保健所の当直者が通報を受ける。 ・通報を受けた当直者は、通報者に担当から連絡する旨を伝える。 ・担当職員は、通報者に連絡をとり、必要な基本情報を通報受付票（様式１）等に記載し、直ちに、所管課のグループ班長又は課長へ連絡する。所管課が決定し難い場合は、調整会議事務局へ連絡する。
イ　所内連絡体制	・所管課長又は調整会議事務局は、**速やかに保健所長に報告し**、必要な健康危機管理体制の指示を仰ぐ。
ウ　職員の招集及び本庁等への報告	・保健所長の指示に基づき、所管課長又は調整会議事務局は、必要な職員を選定して招集する。 ・保健所長は、できるだけ速やかに第１報を本庁所管課に通報受付票（様式１）等を利用して報告する。 ・保健所長は、所内の人員では対応が難しいと判断した場合、広域保健所又は本庁所管課に応援を求める。
エ　健康危機管理調整会議の開催	・保健所長は、所内の調整や情報の共有化が必要な場合は、調整会議を開催する。 ・調整会議では、収集した情報を分析、検討し、初動体制の整備、初動活動の役割分担を決定するとともに、必要な対策を検討する。

様式１

【報 告 先】　本庁健康危機管理担当課

【報告日時】　平成　　年　　月　　日　　時　　分

第１報

通　報　受　付　票

保健所

通報者	□医師　□有症者・家族　□関係者　□事業所　□学校 □警察　□消防署　□その他		受付者	受付時間 年　月　日（　） 時　分
	機関名			□電話　□来訪 □その他（　　）
	氏　名			氏　名
	住　所 連絡先	電話　（　　）		

・通報時点で　□散発　□集団（行事名　　）　□不明
・被害の状況　□劇症型　□急性型　□慢性型

事件の概要

・発生日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分頃

・発生場所　　市・町・村

（推定発生又は原因等施設名）

・有症者の属する団体等の名称

・有症者等　　有症者　　人、うち死亡　　人、入院　　人
（健康者も含めた全体数が分かればその数：　　人）

・ 主な症状

□ 消化器症状：□ 腹痛　□ 嘔吐　□ 吐き気　□ 下痢
□ 呼吸器症状：□ 咳　□ 痰　□ 呼吸困難
□ 神経症状　：□ 意識障害　□ 麻痺　□ けいれん
□ その他　　：□ 発熱（　　℃）　□ 頭痛
□ その他（　　）

・その他の聴取事項（メモ）：交通、気象、河川等の状況等

※可能な範囲で聴取することとし、第１報は迅速にメール又はＦＡＸにより報告すること。

様式２

オモテ面

有症者健康被害状況票（原因不明または初動時）

月　日　時　分調査

保健所　ＮＯ　　調査者

有症者・患者	氏　名	（保護者名　　）	性別	男 女	年齢	生年月日	M・T・S・H 年　月　日生
	職　業		勤務先		電話　（　）		
	住　所 連絡先	電話　（　）					
	当該者 所在地	□通報医療機関　□自宅　□勤務先　□学校等　□宿泊先　□不明 電話　（　）					

症状	年　月　日　時頃から出現　（ ）内は発生順序
	□（　）下痢（軟・水・粘・血　回/日）　□（　）悪心　□（　）嘔吐　回/日 □（　）咽頭痛　□（　）発熱（　℃） □（　）けいれん　□（　）麻痺　□（　）意識障害 □（　）腹痛（上腹部・下腹部）　□（　）頭痛 □（　）その他（具体的には　）

家族	家族構成	□父　□母　□兄　人 □姉　人 □弟　人 □妹　人 □祖父　□祖母　□その他 計　人
	有症者等	喫食者数　人、有症者数　人（うち受診　人、入院　人）

受診状況 □受　診 □未受診 □不　明	受診月日時	初診　月　日　時　（検便：□ 無　□ 有　）	
	医療機関名	（担当医師名：　）	
	所　在　地		
	入院の有無	□ 無　□ 有	医療機関電話　（　）
	入院医療機関	□ 受診医療機関と同じ　□ 異なる	
	入院医療機関名	電話　（　）	
	診　断　名		

※　裏面あり

様式２

ウラ面

有症者健康被害状況票（原因不明または初動時）

飲食状況等	飲食物	飲　食　日　時	月　　日（　　）午前・午後　　時　　～　　時
		同じ物を食べた人	□ 無　　□ 有（　　人）うち発症者：□ 有（　　人）□ 無
		内　容 □ 弁当　　□ 外食　　□飲料水等（具体的には　　）	
	渡航歴等	□ 無　□ 有：渡航先（　　）　　年　　月　　日～　　年　　月　　日	

・その他被害者に共通する行動　□共通の空間や場所（具体的には　　）
□共通に接触した動植物（具体的には　　）
□その他特記事項（　　）

・周辺の状況　□不明な化学物質や異臭（具体的には　　）
□動植物の異変（具体的には　　）
□その他特記事項（　　）

※毒物劇物等による事故発生時等、発生施設が特定あるいは推定される場合

発生施設	・所在地 ・名称	
	・発生の状況	
	・推定原因物質	

備　考	・警察への連絡　：□ 無　　□ 有（　　警察署） ・消防署への連絡：□ 無　　□ 有（　　消防署）
	・通報者に下記事項を依頼 □ 医療機関未受診の場合は、受診勧奨（医療機関名　　） □ 残食品・吐物などがあれば、冷蔵保存（廃棄しない） ・検体の状況：□保健所確保（検体名　　）　□警察確保（検体名　　）

その他特記事項

・現在推定される危機の種類　□感染症　□食中毒　□毒劇物　□犯罪　□テロ　□事故
□自然災害

※　危機の種類が明確になった場合、個別のマニュアルに従う。

⑶保健所健康危機管理調整会議の開催

調整会議は、各課の横断的組織で、保健所内の調整や情報の共有化を図り、保健所全体による対応が必要な場合に開催する。

①調整会議開催のめやす

ア　健康被害に対し、**複数の課による総合的な対応を必要とするとき**。
イ　従来想定し得なかった新たな健康被害の発生若しくはそのおそれがあるとき。
ウ　健康危機情報について、マスコミ等を通じ広く地域住民に情報公開する必要があるとき。
エ　その他必要を認めたとき。

②健康被害の重大性の判断

項　　目	判　断　の　め　や　す
ア　健康被害発生場所	公共の場所・それ以外
イ　発生時刻	勤務時間外・勤務時間内
ウ　被害者数	多数・少数
エ　主な症状	全身症状や神経症状・局所症状
オ　症状の種別	死亡・重・中・軽
カ　発生経過時間	早い（１時間未満）・遅い（１時間以上）
キ　被害拡大の可能性	広範囲・広範囲でない
ク　無症状の被害者数	多数の可能性・小人数の可能性
ケ　交通手段の状況	広範囲道路通行止め・全て不通・一部不通

③調整会議開催の手順

ア　所管課長は、健康危機の状況について保健所長へ報告し、保健所長は、必要と認める場合に調整会議の開催を決定する。
イ　保健所長（議長）は、調整会議事務局に対して調整会議の招集を指示する。
ウ　調整会議事務局は、議長の指示により「保健所健康危機管理調整会議設置要綱」に基づき構成員等あて招集の通知をする。

④調整会議における協議事項

ア　所管課の決定（所管課が不明の場合）
イ　**関係各課の役割分担及び対外窓口の決定**
ウ　当面の対策の基本方針
エ　市町村との情報連絡窓口の決定
オ　地域住民や報道機関に対する広報計画
カ　その他必要事項

⑤事務分担

事務内容	担　　当
協議事項の立案	所管課（所管課が決まっていない場合は情報を入手した課）
調整会議の庶務	調整会議事務局
文書上の処理	所管課（所管課が決まっていない場合は情報を入手した課）

⑷保健所対策本部の設置

都道府県に対策本部（都道府県対策本部又は部局対策本部）が設置された場合、保健所長は、必要に応じて保健所対策本部を設置する。

①保健所対策本部設置の手順

ア　都道府県対策本部が設置される。
イ　都道府県担当部長が保健所対策本部の設置を必要と判断した場合、保健所長は、部長の指示により保健所対策本部を設置する。
ウ　保健所対策本部は、発生した健康危機に係る保健所の最高意思決定機関と位置付けられる。
エ　保健所対策本部での意思決定された事項については、各課は別途文書等により記録しておく。

②協議及び決定事項

ア　健康危機に関する基本的な対応方針
イ　保健所対策本部組織の役割分担
ウ　状況に応じた現地への担当者の派遣
エ　原因究明のための調査活動
オ　被害状況の把握
カ　被害拡大防止対策
キ　被害者に対する適切な保健医療の確保
ク　市町村への支援及び連携
ケ　必要物品の選定
コ　本庁及び関係機関との連絡調整
サ　地域住民に対する広報活動
シ　その他必要な事項

③構成及び担当事務

保健所対策本部には、本部長、副本部長及び本部員を置き、本部長は保健所長、副本部長は次長、本部員は各課長で構成する。

④災害対策への移行

健康被害の状況が深刻で、知事が都道府県災害対策本部を設置した場合は、災害時の活動を定めた都道府県地域防災計画及び都道府県災害対策実施要綱に基づき対応を開始する。

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

－健康危機が発生した場合は、直ちに下記の初動時の措置を行う。なお、個別のマニュアルがある場合はそのマニュアルに従う。
－保健所長は、健康危機管理体制が必要であると判断した場合、調整会議を開催するとともに、指揮命令をトップダウン方式で行う。
－保健所内の人員では対応が難しい場合は、広域保健所や本庁所管課に応援を要請する。

⑴初動措置の主な内容

ア　概要の報告

　概要を把握したら、随時、本庁所管課、警察署及び消防署、さらに医療救護活動を要する場合は関係医師会、医療機関並びにその他**関係する機関へ速やかに報告し、連携を図る**。

イ　当面の対応策の検討、策定

　次の事項について、当面の対策を決定する。

（ア）情報の収集及び管理

・被害情報、医療機関情報、治療情報、検査情報等

（イ）原因究明のための調査活動

・現地調査、検体採取、検査体制等

（ウ）保健医療の確保

・医療機関の確保、患者等搬送体制の確立、医療救護班派遣の調整等

（エ）被害拡大防止及び広報活動

・地域住民、関係機関への的確な情報提供、被害拡大防止対策等

ウ　収集した情報、対応の記録

　収集した情報等については、必ず、経時的に５Ｗ１Ｈを基本とし記録する。記録は情報収集班が専属で実施し、会議等では**ホワイトボード等に記載**して情報の共有化を図る。なお、初期段階の情報は、断片的で細かいことでも記載しておく。

エ　現地への職員の派遣

（ア）派遣は、上司の指示による。

　派遣が必要な場合は、情報収集、情報確認、原因究明、関係機関との調整等、派遣の目的を明確にする。

（ウ）派遣される職員は、**事故防止に十分注意**し、現地各機関と連絡調整の上、十分な調査を行う。

⑵健康危機発生時における基本的な役割分担（一般的な例示）

班　名	班　長	グループ名	主 な 役 割
統　　括	保健所長		
総　務　班	次長	総務・企画 グループ	・対策の企画立案 ・人員の確保、対応（応援を含む） ・職員の現地派遣に伴う調整、庶務的事項 ・他機関との連絡調整 ・本庁への報告連絡 ・活動記録の管理
医療調整班			・医療機関、地区医師会、地区歯科医師との連絡調整 ・救急医療（助産所を含む）の確保
広　報　班			・広報資料の作成、提供 ・報道機関等との連絡調整 ・インターネット等での情報発信 ・広報、取材対応、本庁との連絡調整
情報収集班	担当課長	環境衛生 グループ 食品衛生 グループ 健康推進 グループ 保健対策 グループ	・本庁、関係機関等からの情報の受付、分析、整理 ・報道機関等からの情報収集 ・インターネットによる情報収集 ・専門家、大学等の研究機関、（財）日本中毒情報センター等からの情報収集、分析
現地調査班			・原因究明に係る検体等の採集 ・現地での関係者からの聞き取り調査 ・現地での関係機関との調整、情報収集 ・現地での応急措置等の協力
患者調査班			・医療機関における被害者の臨床症状の情報収集 ・患者からの聞き取り調査、患者一覧の作成 ・治療に関する情報提供 ・患者受入れ態勢の調整
試験検査班	担当課長	試験検査 グループ	・原因究明に係る調査、分析 ・検査の実施
健康管理班	担当課長	健康推進 グループ 保健対策 グループ 環境衛生 グループ 食品衛生 グループ	・被害者の健康管理 ・避難所の衛生管理 ・被災者の心のケア（ＰＴＳＤ対策を含む） ・巡回健康相談の実施 ・住民からの電話等による保健衛生相談の実施

⑶現地派遣における留意事項

ア　携行品
次のうち、状況に応じて必要な物を携行する。
・身分証明書（監視員証）
・通報受付票（様式１）、有症者健康被害状況票（様式２）、筆記用具、その他記録紙
・**デジタルカメラ、携帯電話、パソコン**
・保護具（保護手袋、保護マスク、ゴーグル、長靴、合羽、ヘルメット等）
・時計、住宅地図、GPS、懐中電灯
・簡易検査機器、検体採取用器具容器、ビニール袋
・その他、飲料水、食料などの現地の状況から必要と思われる物

イ　連絡体制の確立
（ア）　現地に赴く場合は、まず、携帯電話等の通信手段を携行するとともに、最寄りの公共機関等に協力を求め、活動の連絡拠点を確保する。
（活動が長期化する場合、携帯電話の充電器を携行する。）
（イ）　市町村、警察署、消防署、病院等の地元関係機関との連絡体制を早期に確立する。
（ウ）　不特定多数の人に食中毒のような症状が見られる等、毒物混入の可能性が少しでも疑われる場合は、直ちに、上司と連絡を取りその指示を受け、地域を管轄する警察署と連携を図る。

ウ　現地到着後の留意事項
（ア）　現地到着時刻を確実にメモする。
（イ）　動きやすい服装で手袋を着用するなど事故防止には十分注意する。
（ウ）　現地ではデジタルカメラで周囲の状況をできるだけ撮影する。
（エ）　関係者等を調査する。
（オ）　現地資料を確保する。
・有毒物質が混入されていると思われる食品等を廃棄しない。
・嘔吐物がある場合は、踏まれないよう覆いをするよう処置をとる。
・有毒物質が混入されていると思われる食品等が現地で廃棄された場合は、下水溝を確認し排水及びその沈殿物を採取する。

エ　故意又は事件性が考えられる場合の留意事項
（ア）　警察署と可能な限り緊密な情報交換を行う。
（イ）　毒物が疑われる場合は、飲み残しの毒物、食品、嘔吐物等の試料及び空き瓶、空き箱又はコップ等の容器の取扱いについて、警察署と十分協議する。（毒物検査、指紋等の採取）
（ウ）　有毒ガスが疑われる場合は、直ちに本庁所管課と連携をとり、衛生研究所及び大学の研究所等に連絡し専門家等の派遣を要請する。
（エ）　有毒ガスが疑われる場合は、周辺地域住民へ情報伝達するとともに、市町村、消防署等へ地域住民の避難要請をする。
（オ）　有毒ガスの可能性があるかどうかを次により判断する。
・無風又は弱風で雨が降っていない。
・白煙、白い霧、化学臭の発生がある。
・傷病者の症状として、頭痛、吐き気の他に、胸部圧迫、呼吸困難、瞳孔収縮、激しい発汗、震え、脱水、痙攣、ひきつけ、錯乱及び昏睡等が見られる。
・道路で、鳩、雀、犬、猫、ネズミのような小動物が死亡又は倒れている。
（カ）　有毒ガスが疑われる場合は、安全が確認された段階で、警察・消防の作業の邪魔にならない範囲で、次のことに注意して対応する。
・現地に到着した際は、最初は密閉した車内（エアコンも切る。）からの状況把握にとどめ、危険性がなくなるまで待つ。
・皮膚を露出しない服装で、風向きを把握し、現地へは風上から近づく。
・現地が地下の場合は、地下街から上ってきた者から状況を聴取する。
・屋内に立ち入る場合は、有毒ガスが屋内に滞留しているかどうかの確認を行う。

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等との連携

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

保健所は、健康危機が発生した場合には、下記のように、関係機関との連携体制を確保して正確な情報を収集し、原因の究明や医療の確保等を迅速に行い、地域住民の健康被害の拡大を防止する。また、活動内容は常時活動日誌等に記録し管理する。

⑴関係機関との連携

情報収集から各種対策の実施にいたるすべての段階で、関係機関との緊密な連絡調整を行う。

⑵情報収集及び管理

現地調査のほか、各種対策の実施にいたるすべての段階で、関係機関から健康危機管理に関する情報等を収集する。一方、保健所が収集した情報については、それを整理・分析し、関係機関に速やかに提供する。

また、大規模な健康被害が発生した場合又は健康被害が特殊の病態で治療方法が一般的でない場合については、本庁所管課と連携し、大学、高度専門医療機関、試験研究機関等からホームページ等で情報収集する。

①情報収集すべき内容

ア　被害状況
- ・健康被害の発生した場所及びその周辺の状況
- ・健康被害の発生日時（発病日時）
- ・被害者の症状及び主訴並びに受診日
- ・患者発生人数等の健康被害の概要
- ・患者の受入れ先の医療機関
- ・消防署等の関係機関名
- ・他の都道府県での発生状況

イ　原因関連情報
- ・原因究明のために必要な情報
- ・原因究明の進捗状況
- ・治療等の対処法

ウ　対応状況
- ・被害者の救助の状況
- ・患者の搬送の状況
- ・現地における医療活動の状況
- ・ボランティアの活動状況

エ　医療提供状況
- ・現地付近及びその周辺の医療機関の患者収容状況、空床状況及び医薬品の確保状況

②情報収集の方法

ア　被害状況及び対処状況
・市町村、消防署、警察署、医療機関等と相互に情報交換を行う。
・現地に職員を派遣し、情報収集を行う。
・医療機関や救命救急センターに職員を派遣し、被害者の主訴、症状、臨床経過、検査結果及び対処状況を調査する。
・他の保健所管内の医療機関に搬送された被害者については、本庁所管課及び搬送先医療機関を所管する保健所から情報を収集する。

イ　原因関連情報
・衛生研究所、試験研究機関、専門家等から情報収集する。
・警察署と可能な限り情報交換を行う。
・本庁所管課に情報収集を依頼する。

ウ　医療提供情報
・被害者の搬送先医療機関を消防署に問い合わせる。
・広域災害・救急医療情報システム等を用いて被害者を受け入れた医療機関の診療状況、その他の医療機関の空床状況等を把握する。

③情報の整理・分析

ア　収集した情報の記録
・収集した情報は経時的に記録する。
・必要に応じて、ホワイトボード等に記録することにより、保健所内で共有する。
・情報の記録管理は、専属的に行う担当者（情報収集班）を決めて**情報を一元的に管理**する。

イ　情報の分析
・調整会議等を開催し、原因の究明の困難さ、健康被害の規模及び程度、対応の緊急性等の評価を行う。
・分析にあたっては、被害者の経時的発生状況を示す分布曲線、被害の拡大範囲を示す分布図、被害者の個別の状況を示す一覧表等を作成する。

健康危機の発生、拡大及び終息の経過、被害者数の推移等の状況変化並びに健康危機発生時の対応等については、経時的に記録を作成することが必要である。この記録は、状況分析やその後の対応策を検討する上での資料となるとともに、事後においては、健康危機管理に際して講じられた対策の評価を行う上で有用で、次の危機の対処の成否を決める。さらには、もし争訟が発生した場合に、事実を証明する証拠となり得る。

④情報の提供

ア　原因物質の検査情報
・警察署、消防署、衛生研究所、医療機関、地区医師会、地区歯科医師会及び市町村の衛生担当課に情報提供する。

イ　被害者の治療情報
・本庁所管課と協議の上、直接又は地区医師会等を通じて医療機関に対して情報提供する。
・提供内容は、被害者の主訴及び症状、原因物質に関する情報、その他被害者の**治療の参考となる情報**とする。

ウ　プライバシーの保護
・情報の提供にあたっては、プライバシーの保護に十分配慮する。

保健所が収集した調査の結果等の情報は、市町村の衛生主管課、警察署、消防署、医療機関等の関係機関に速やかに提供し、情報の共有に努めることが望ましい。健康危機管理を適切に実施するためには早期の原因究明が必要であることから、原因物質の分析又は特定に当たっては、必要に応じて衛生研究所、警察署、消防署等に情報提供を行うことが必要である。

被害者の治療の参考となる情報（被害者の主訴及び症状、原因物質に関する情報、被害者の治療の参考となる情報等）については集約して、本庁と協議の上、直接又は医師会を通じ医療機関に対して情報提供を行う。この場合、所管区域外の医療機関への情報の提供は、本庁と当該医療機関の所在地を所管する保健所との協力により実施する。

また、健康被害が大規模に発生した場合又は健康被害が特殊な病態であってその治療方法等についての知見が一般的でない場合については、大学、高度専門医療機関、試験研究機関等に対してホームページ等で情報発信することを要請することも有用である。

⑶原因の究明

健康被害をもたらす原因の究明は、適切な対応の基礎となるので、所管課は、早急に体制を組み調査活動を実施する。調査は、次に示すよう関係機関（警察署、消防署等）と連携して実施する。

なお、犯罪が疑われる場合の原因調査に当たっては、事件捜査との関係から、警察署、消防署等と可能な限り連携をとり、情報交換する。

ア　現地調査の実施（市町村との連携）
イ　検体採取（警察署、消防署との調整）
ウ　警察署、消防署との情報、資料の相互活用及び窓口の特定
エ　衛生研究所との連携（原因物質の搬送、同定及び定量的分析の実施）
オ　医療機関との連携（治療情報の収集、提供）
カ　本庁、大学や国の研究機関、（財）日本中毒情報センター等からの情報収集
キ　原因物質に係る毒性及び治療方法等の調査、情報収集、整理

⑷保健医療の確保

保健所は、本庁所管課、消防署、医療機関、地区医師会等と連携を密にし、医療機関の確保、広域搬送も含めた搬送体制の確立、治療方法や費用負担に関する情報を把握するとともに、関係機関に情報を提供する。

健康危機発生場所周辺の医療機関を中心に受入れ態勢の調整を行う。被害の規模が大きい場合は、**特定の医療機関に患者が集中しないよう**、本庁所管課と連携のうえ、都道府県内及び他の都道府県も含めた**受入れ態勢の調整を行う**。

また、地区医師会等とも十分に協議し、必要に応じ医療救護班派遣等災害時の医療救護活動に準じた対応を行う。日本赤十字社等の応援を求めたい場合は、本庁所管課と十分協議する。

①医療の確保に係る調整

ア　医療機関に職員を派遣し、医療提供機能を確認する。
イ　診療時間の延長、病床の確保、患者の受入れ態勢の確保等について、医療機関、地区医師会、市町村等に要請する。
ウ　特定の医療機関に患者が殺到している場合、周辺医療機関の診療状況に係る情報を収集し、市町村等に情報提供する。
エ　保健所管内の医療機関だけで対応できない場合、本庁所管課に周辺地域の患者受入れ態勢の確保を要請する。

②情報の収集と提供

ア　　消防署から、被害者搬送状況、現地の医療救護活動等を把握する。
イ　　治療情報を収集し、医療機関、地区医師会、市町村等に情報提供する。

③救急搬送

ア　重症患者や特殊治療を要する患者が多数発生した場合、本庁所管課に広域搬送の必要性を連絡する。
イ　災害時等に医療救護班を被災地に派遣する場合、派遣車両の先導を警察署に依頼する。

④災害時に準じた医療救護活動

ア　医療救護班やボランティアの応援を求める場合、保健所は応援医療チームに現地の医療ニーズ、被害状況、交通及びライフラインの状況、避難所及び救護所の設置場所の状況、避難者の状況等の情報提供を行う。
イ　現地の医療機関機能の復旧状況に合わせて、応援医療チームの活動の調整を行う。

⑸災害時要援護者対策

災害時要援護者は、必要な情報を迅速かつ的確に把握できなかったり、自ら安全な場所へ避難できなかったりする。そのため、健康危機が発生した場合は、市町村が実施する災害時要援護者に対する情報伝達、安否把握、救出、避難誘導等を必要に応じて支援するとともに、市町村から必要な情報を収集する。

なお、災害時要援護者対策においては、プライバシーの保護に十分注意を払う。

①安否確認と避難誘導

市町村が実施する災害時要援護者の現地確認、安否確認及び避難所等への誘導の支援を行う。
・避難誘導は、警察署や消防署等の協力を得て、その指示のもとに行う。
・医療サービス又は福祉サービスの提供が必要とされる場合は、適切な医療機関や社会福祉施設等の情報提供を行う。
・居宅生活が可能な場合は、在宅保健福祉ニーズの把握について市町村に協力する。

②医療・福祉の確保

ア　人工呼吸器装着者、在宅透析者等の医療依存度が高い災害時要援護者についての医療継続状況を市町村、医療機関等から情報収集する。
イ　必要な医療を確保するため、医療機関、地区医師会等と連携を図る。
ウ　ホームヘルパー、医師、保健師、看護師などの派遣について、市町村、福祉事務所、医療機関、地区医師会等と連携を図る。

⑹被害拡大防止活動

①原因対策及び防疫措置

ア　食中毒や感染症の場合、法令に基づく原因対策を迅速に実施する。
イ　事故等によって発生した化学物質による健康被害及び環境汚染等は、法令に基づき迅速に措置する。
ウ　臨時の予防接種等の予防対策を実施する。

②避　　難

ア	化学物質、放射線による環境汚染等により地域住民に健康被害の発生が懸念される場合、必要に応じて市町村、警察署、消防署等に地域住民の避難について助言等をする。
イ	市町村に対して、避難住民の健康を損なわないよう避難所の生活環境の確保について協力する。

ICS5. 広報機能、外部関係機関などからの相談窓口機能

IAP 1．広報活動

IAP 2．医療関係者などからの相談ホットラインの設置

IAP 3．住民からの相談窓口の設置と相談受付

総務担当課は、広報業務を統括し、下記のように、適切かつ迅速な広報活動を行う。

・被害の拡大防止、住民の不安や混乱を避けるため、住民に対して迅速かつ正確に情報提供する。

・報道機関による情報の提供は影響が大きいため、本庁の広報所管課、警察署、消防署、市町村等の関係機関とも十分に連携し、情報内容に矛盾がないように注意する。また、報道機関対応担当者を決めておき窓口を一本化しておく。

⑴住民への情報提供

ア	地域住民の不安解消及び混乱を避けるため、被害状況、基本的な対処方法・治療方法、再発防止方法及び注意事項を迅速かつ正確に情報提供する。
イ	インターネット等を積極的に活用し、正確な情報を迅速に提供する。
ウ	電話や面接による相談窓口を開設し、種々の個別相談に対応する。
エ	関係機関との相互連携により適切な広報を行う。

被害の拡大防止、住民の不安の解消及び風評等による混乱の回避を図るために、一般住民に対して、被害の状況、健康危機の対処法や注意事項等を迅速かつ正確に情報提供する必要がある。また、このことは被害の拡大の早期探知にもつながる。

マスコミ、インターネット等を積極的に活用し、不特定多数の住民に正確な情報を迅速に提供するとともに、電話や対面による相談窓口を開設し、個別相談に対応する体制を確保することも有効である。不特定多数の住民に対する情報提供と住民からの個別の相談への対応は、相補的な役割を果たすものであり、並行して行うことが重要である。

⑵報道機関対応

ア	総務担当課は、広報担当を設け所管課と連携して対応し、広報及び取材等を記録する。
イ	本庁との事前調整を可能な限り行っておく。
ウ	報道機関対応の担当者でない者が取材を受けた場合、報道機関対応の担当者に対応を依頼する。
エ	取材を受けた場合、取材内容をメモに残し、その旨を保健所長及び本庁所管課へ連絡する。
オ	本庁及び保健所においては、積極的に報道発表し、情報提供に努める。
カ	報道機関との調整は、本庁の広報所管課を通じて行い、報道時間や紙面締切り時刻等、報道機関側の事情も考慮する。
キ	プライバシーの保護には十分に配慮し、報道機関に協力を要請する。

マスコミによる住民への情報提供は影響が大きい。**保健所が現場対応に専念できるように、記者会見や取材への対応は本庁に広報担当を設け、窓口を一本化して対応することが必要である。**

しかし、健康危機の第一報は現場に最も近い保健所に入ることが多いので、取材への対応も、本庁の体制が整うまでは保健所で行うことが求められることも想定される。この場合、混乱を防ぐため、取材には原則として所長が対応することが必要である。このとき、所長は取材に応じる前に、本庁との間に

おいて調整を可能な限り行っておくことが望ましい。組織内部で見解を統一し、誰が話しても同じ話ができるようにすべきである。

マスコミ対応担当者（所長か次長が望ましい。）でない者が取材を受けた場合には、たとえ自分が知っている事項であっても**軽率に受け答えせず、マスコミ対応担当者に対して取材を受けるよう依頼することが望ましい**。

取材又は問い合わせを受けた場合は、取材内容のメモを残す等して、その旨を所長及び本庁へ連絡するとともに、保健所内で情報の共有を図ることが必要である。

多数の取材による混乱を防ぐためには、本庁で定時の会見を開催し、積極的に情報提供を行うことが必要である。マスコミとの調整は、本庁知事部局広報担当課を通じて行い、テレビ・ラジオの報道時間や新聞の紙面締切り時刻等、マスコミ側の事情を配慮することも必要である。

定時の会見は、原則として本庁の衛生主管部局長が対応することが望ましい。その際には、さまざまな価値観や視点を受容するとともに、住民本位の前向きな態度をとることが望まれる。**報道関係者を、「みんなの健康、安全、安心」を共通の願いとするパートナーと考え、「一人でも命が失われないようにするための対策」の積極的なメッセージを発信しようとする意思を示すべきである。また、記者の立場に立って、誠実に対応することに留意すべきである。具体的には、説明に入る前に、話の大枠や進行順序を示し、専門用語はなるべく使わず、略語は使わないようにするとともに、冷静に、正直に、真実を伝え、誤解を招くような表現をしたり、事実を故意に隠したりしない。「遺憾、残念」、「結果として･･･」という言葉は責任逃れになり、望ましくない**。定時の会見が長期に続く場合には、日々の対策のプロセスを紹介し、日付をつけて情報を提供する。そして事前に知事部局の幹部、場合によっては知事まで、発表する内容を十分に報告するとともに、必要によっては会見の場に現場の保健所長が同席することが望ましい。

現地において特に記者会見が必要な場合には、保健所長が事前に衛生部局長に協議した上で行うこととし、必要に応じて本庁の広報担当を同席させることが重要である。

なお、個人の**プライバシーの保護**には十分に配慮し、マスコミにも協力を要請することが重要である。

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

総務担当課は、保健所内の総務機能を担い、下記のように、地域関係機関との連絡網の確保、職員の食事、睡眠、休養等の確保等に努める。

健康危機の発生時に迅速かつ効果的な対応を行うために、関係機関との連携の確保、人材の育成、施設・設備・物資等の確保、知見の集積等の事前の準備が必要である。**健康危機管理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、人のネットワークづくり、顔の見える関係づくりを進めることが大切である。**

健康危機発生をいち早く察知するためには、病院や警察署、消防署、市町村等から保健所への 24 時間ホットライン（通報システム）が必要である。休日・夜間の健康危機発生時においても、住民からの通報が迅速に保健所担当者に届くことが可能なシステムを、保健所または都道府県で構築する必要がある。**また、さまざまな会議や日常業務などの機会を通し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することも重要である。苦情も含めて、住民本位に考え、住民の声をしっかりと受け止めることも大切である**。保健所には種々の情報が集積する。こうした情報を集積し、系統的に整理し、分析に値する「情報」とすることも必要である。一見とりとめのない情報も集積すると意外に地域の異変を

察知する手段として活用できるものである。医療機関、検査機関など、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。

事前の準備としての人材の確保と育成については、主に都道府県レベルの責務ではあるが、医療関係職種の保健所実習を通して人材育成に努めるべきである。特に、**医師臨床研修制度の保健所実習の成果としては、保健所業務や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り、公衆衛生の向上につながると考えられる**とともに、将来、研修医の中から公衆衛生医師が生まれることが期待される。そこで、各保健所においては、保健所各課の業務や臨床と公衆衛生の接点（各種の届出制度や医療費公費負担制度等）に対する理解が深まるように、講義や見学の研修内容を工夫すべきである。感染症診査会の出席などは卒後研修であるからこそ有益なものになると考えられるので、卒前の研修とともに、医師となってからの卒後保健所研修の内容の充実が必要である。

また、**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、課の枠を越えた健康危機管理に関する定期的な意見交換によって、職員の意識の向上に努めることも大切である。**

自　然　災　害

日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の作成

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）、
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）、
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て作成した日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）について、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、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。最終的では、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。

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、東日本大災害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。

B．研究方法

日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の作成に当っては、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。

（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、個人情報の取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（表 1）。

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一様でなく、種々の場合が考えることから、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。

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ところである。

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ゆくことが求められる。

更には、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。

表 1　日本版標準 ICS/IAP（自然災害）

ICS1. 保健所の機能確保・機能継続
- IAP1. 保健所のインフラ確保
- IAP2. 保健所の人員の確保
- IAP3. 保健所の必要機材などの確保
- IAP4. 保健所のライフラインなどの確保
- IAP5. 保健所内指揮機能の明確化

ICS2. 保健医療福祉部門の指揮・調整機能（支援）
- IAP1. 指揮・調整機能（コーディネートチーム）
- IAP2. 保健・医療・福祉部門の情報収集・企画
- IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理
- IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流確保
- IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外機能
- IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制

ICS3. 外部からの支援受入れ
- IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れ
- IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議
- IAP3. 外部からの保健所支援隊の受入れ

ICS4. 地域医療確保
- IAP1. 地域における災害時医療体制
- IAP2. 病院前医療の確保
- IAP3. 入院医療の確保
- IAP4. 地域外への患者搬出
- IAP5. 災害時における地域の通常医療維持
- IAP6. 地域レベルの医療総務システム

ICS5. 福祉施設支援
- IAP1. 福祉施設情報の把握
- IAP2. 福祉施設支援

ICS6. 公衆衛生対策・市町村支援
- IAP1. 公衆衛生対策における市町村支援
- IAP2. 避難所、救護所などへの支援
- IAP3. 在宅要支援者対策
- IAP4. 精神対策の準備と役割の検討
- IAP5. 安全な水の確保の検討
- IAP6. 環境対策の検討
- IAP7. 動物対策
- IAP8. 遺体対応

ICS7. 地域ソーシャルキャピタル
- IAP1. 既存関連団体との連携
- IAP2. 新たなソーシャルキャピタルとの連携

ICS8. 保健所が直接行う対応
- IAP1. 相談機能の準備
- IAP2. 在宅要支援者対応

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）
―自然災害　時期別保健所の機能一覧―

担当部門	必要機能	平時	急性期	亜急性期	慢性期	復興期
ICS1　保健所機能						
保健所長 保健所総務担当	・インフラの確保 ・保健所人員の確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	・インフラの確保準備 ・保健所職員の登頂訓練 ・必要機材の確保準備 ・保健所ライフライン確保準備 ・指揮官の明確化	・インフラの確保 ・保健所人員の確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	・インフラの確保 ・保健所人員の確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	・インフラの確保 ・保健所人員の確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	通常体制に復帰
ICS2　保健・医療福・祉部門指支援揮・調整機能						
保健所長 保健所総務担当 主管部局	・コーディネートチーム参加 ・情報収集・企画体制 ・経理・総務管理体制 ・物流確保体制 ・渉外体制 ・地域報道体制	・予測業務の整理とリスト化 ・BCP の作成 ・訓練の実施	・BCP に基づく体制の確保	・BCP に基づく体制の確保	・BCP に基づく体制の確保	通常体制に移行
ICS3　外部からの支援受入れ機能						
保健所長 保健所総務担当 主管部局	・外部祉支援隊の受入れ ・支援隊調整会議 ・保健所間連携	・外部保健医療福祉支援隊の把握 ・受入れ調整会議の開催準備 ・支援隊調整会議開催準備 ・支援保健所との連携	・受け入れ態勢の確立 ・受入れ調整会議の開催 ・支援調整会議の開催 ・保健所間支援要請の判断 ・必要支援内容の判定 ・支援要請	・受け入れ態勢の確立 ・受入れ調整会議の開催 ・支援法制会議の開催 ・支援量需給の判断 ・支援内容の判断	・受け入れ態勢の確立 ・受入れ調整会議の開催 ・支援調整会議の開催 ・支援量需給の判断 ・支援期間の判断	・必要な対応会議の開催 ・支援終了の判断
ICS4　保健医療福祉部門指揮・調整機能（支援）						
コーディネートチーム 保健所長 保健所総務担当 主観部局 医療関係者 市町村	・災害時医療体制	・地域医療体制の構築 ・地域関係者の役割確認（訓練） ・DMAT、自衛隊等との連携確認	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断 ・地域医療指揮部門の支援 ・DMAT 撤退後の医療確保	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断 ・地域医療指揮部門の支援 ・DMAT 撤退後の医療確保	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断 ・地域医療指揮部門の支援 ・自前医療移行時期の判断	・地域医療稼働状況の把握 ・外部支援の継続の判断 ・自前医療への復帰
	・病院前医療	・救護所、避難所のリスト作成 ・各救護所の要員の確保とリスト作成 ・救護所要員の養成、教育 ・住民の初期救護方法の教育	・避難所要支援者人数把握 ・入院前医療状況の判断 ・外部支援の必要性の判断 ・必要物品の把握 ・赤レベル患者数の把握	・避難所要支援者人数把握 ・避難所医療の必要性判断 ・在宅要支援者の人数把握 ・在宅者医療の必要性判断 ・必要物品の確保	・避難所要支援者人数把握 ・避難所医療の必要性判断 ・在宅要支援者の人数把握 ・在宅者医療の必要性判断 ・必要物品の確保	・避難所要支援者人数把握 ・避難所医療の必要性判断 ・避難所閉鎖時期の検討 ・通常医療への移行
	・入院医療	・医療機関の役割の明確化 ・患者輸送方法の確認ドクヘリ、防災ヘリ、自衛隊との連携	・要入院患者数の推計 ・病院の稼働状況の把握 ・入院可能数の推計 ・入院患者の搬出必要性 ・外部搬出の判断	・病院の稼動状況の把握 ・入院待機者の把握 ・病院の不足物品の把握 ・入院患者の搬出	・病院の稼働状況の把握	・通常医療体制への移行時期判断

担当部門	必要機能	平時	急性期	亜急性期	慢性期	復興期
	・患者搬出（SCU）	・搬出システムの確立 ・搬出拠点、ヘリコプターアクセスポイントの設定 ・搬出要請方法の確認・訓練 ・透析など特殊病態患者搬出方法の検討	・搬出システムの稼動 ・搬出拠点の設定 ・搬出要請	・必要に応じた搬出	・必要に応じた搬出	・通常医療体制への移行
	・通常医療確保	・通常医療確保策の作成	・できる範囲での通常医療	・外部支援を得た通常医療	・外部支援を得た通常医療	・通常医療体制への移行
	・地域の医療総務必要物品確保連携機関との連携医薬品の確保医療器材の確保医療機関のライフライン確保	・地域医療バックアップ体制構築 ・必要物品のリスト化（調達先、備蓄量、など） ・関連機関との連携による備蓄 ・ライフライン関連機関との連携	・地域医療バックアップ 現況物品、医薬品の確認不足資材の確保開始医療ライフラインの確保連携機関との連携開始	・地域医療バックアップ 現況物品、医薬品の確認不足資材の確保医療ライフラインの確保連携機関との連携	・地域医療バックアップ 現況物品、医薬品の確認不足資材の確保医療ライフラインの確保連携機関との連携	・通常体制への移行
ICS5　福祉施設対応部門（福祉）						
保健所長 保健所総務担当 保健所福祉担当 主観部局 福祉施設関係者 市町村	・福祉施設の情報の把握体制 ・福祉施設の支援準備	・福祉施設のリストの作成 所者数、自力維持日数ライフライン、など	・被災状況の把握 ・支援の必要性の把握 ・入所者の搬出の必要性	・被災状況の把握 ・支援の必要性の把握 ・入所者の搬出の必要性	・必要に応じた支援	・通常体制に移行
ICS6　公衆衛生対策　市町村等支援						
保健所長 保健所健康担当 保健所生活衛生担当 市町村	・支援内容の明確化	・支援可能内容の明確化	・必要支援内容の把握判断	・必要支援内容の把握判断	・必要支援内容の把握判断	・市町村支援の終了
	・避難所、救護所	・救護所、避難所の把握 ・感染症食中毒予防策樹立	・避難所感染症食中毒予防策の周知	・避難所感染症食中毒予防策の周知	・避難所感染症食中毒予防策の周知	
		・感染症食中毒予防対策方法の作成	・感染症蔓延予防策の実施	・感染症蔓延予防策の実施	・感染症蔓延予防策の実施	
		・感染症モニタリングシステムの検討	・感染症モニタリングシステムの稼動	・感染症モニタリングシステムの稼動	・感染症モニタリングシステムの稼動	
		・その他二次健康被害対策	・二次健康被害対策の実施	・二次健康被害対策の実施	・二次健康被害対策の実施	
		・バランス食確保システム	・バランス食診断	・バランス食診断	・バランス食診断	
		・必要食糧の質的量的把握	・備蓄食品の放出	・備蓄食品の放出	・備蓄食品の放出	
		・特殊食品提供業者リスト作成 ・支援システムの構築	・支援システムからの放出	・支援システムからの放出	・支援システムからの放出	
		・心のケア対策方法の検討		・心のケア対策検討	・心のケア対策開始	
	・在宅要支援者	・在宅要支援者のリスト作成 ・在宅要望支援内容について検討 ・個人支援計画の作成 ・支援方法の検討	・個人支援計画に基づく初期支援	・個人支援計画に基づく初期支援	・個人支援計画に基づく初期支援	

担当部門	必要機能	平時	急性期	亜急性期	慢性期	復興期
	・通常地域精神対策	・精神疾患患者対策	・精神・救急医療の確保	・精神救急・医療の確保	・精神救急・医療の確保	
	・安全な水確保	・災害時飲料水の確保体制 ・生活用水確保対策 ・市町村支援体制の確認	・活動の必要性の判断 ・必要支援開始	・活動の必要性の判断 ・必要支援開始	・活動の必要性の判断 ・必要支援開始	
	・環境対策	・廃棄物などの対応把握	・必要支援の判断 ・必要支援の開始	・必要支援の判断 ・必要支援の開始	・必要支援の判断 ・必要支援の開始	
	・動物体制	・動物愛護会等との連携 ・動物避難所準備	・動物避難所設置 ・動物避難所開始	・動物避難所設置 ・動物避難所開始	・動物避難所設置 ・動物避難所開始	
	・遺体対応	・警察との連携 ・市町村との連携死体処理計画の作成（安置場所、処理可能数等） ・葬儀団体との連携 葬儀必要品の確保等	・死体検案体制の稼動 ・死体処理の計画的開始 ・葬儀必要用品の確保支援	・死体検案体制の稼動 ・死体処理の計画的開始 ・葬儀必要用品の確保支援	・死体検案体制の稼動 ・死体処理の計画的開始 ・葬儀必要用品の確保支援	
ICS7　ソーシャルキャピタル						
保健所長 保健所健康担門 保健所福祉担当 保健所生活衛生担当 市町村 関係団体	・ソーシャルキャピタル	・既存ソーシャルキャピタルとの連携 ・新たなソーシャルキャピタルの育成	・ソーシャルキャピタル活動把握 ・必要に応じて活動支援	・ソーシャルキャピタル活動把握 ・必要に応じて活動支援	・ソーシャルキャピタル活動把握 ・必要に応じて活動支援	通常体制に移行
ICS8　保健医療福祉対応部門（直接対応）						
保健所長 保健所総務担当 保健所健康担当 保健所生活衛生	・相談機能	・住民相談窓口の設置 ・関係ホットラインの設置	・24 時間窓口設定 ・24 時間窓口設定	・24 時間窓口設定 ・24 時間窓口設定	・必要時間の窓口設定 ・24 時間窓口設定	・通常体制への移行
市町村 関係機関	・在宅葉支援者特定疾患患者精神疾患患者	・個人支援計画の樹立 ・在宅患者のリスト作成	・安否確認と支援開始	・必要に応じた支援	・必要に応じた支援	・通常対応への移行判断

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）
―自然災害　保健・医療・福祉―

《日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害　保健・医療・福祉）活用のための条件》

・この ICS/IAP/AC は、自然災害発災時に住民の健康被害を最小限にすることを目的とした地域の保健・医療・福祉体制を調整するために、保健所がコーディネートチームで中核的役割を持ち、調整を行うための標準的活動システムのプランである。都道府県・保健所管内・市町村レベルで、発災時に地域防災を統括する危機管理担当官は、地域防災計画策定時に、発災時に、地域保健・医療・福祉体制を統括するコーディネートチームがどのような役割を担うかについて明確に定めることが重要である。また、コーディネートチームのメンバー及び危機管理担当官は、平時からこの ICS/IAP/AC の目的を理解し、内容を熟知すると共に、管轄する保健所管内の防災計画に定められている医療機関、福祉施設などの役割や、地域緊急医療体制の現状について再評価を行い、地域関係者と連携して、可及的速やかに体制の強化を図ることが重要である。

・保健所では、災害が発生した場合に備えて、実際にこの ICS/IAP/AC が、コーディネートチームの指揮の下、活用できるように、事前に関係者と十分な連携を図り、地域緊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、住民意識の醸成や住民の救急技術の普及等について、積極的に準備を進めることが必要である。

・コーディネートチームは、保健所管外から災害時にどのような支援を得られるのか、また支援の要請方法はどうすればよいのかについて、保健所及び危機管理部局と確認のうえ、把握しておくことが必須である。

《日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害　保健・医療・福祉）の利用に当って》

・日本版標準 ICS/IAP/AC は、都道府県・市町村レベルで策定されている地域防災計画の下で、地域保健・医療・福祉コーディネートチームが発災時に、効率的に、地域住民の健康被害をより少なくするためにどのような統括・指揮・調整を行うべきかについて、標準的な活動プランを示したものである。したがって、保健所長を含めたコーディネートチームは、地域の防災計画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/AC を事前に作成し、日頃から関係者と連携を密にし、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。

・今回示した日本標準 ICS/IAP/AC は、災害の規模（都道府県を越えたもの、保健所管轄地域を越えたもの、及び保健所所管内に留まるもの）にかかわらず、コーディネートチームが基本的に地域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、最低限の内容を示したものである。

・自然災害の場合には、災害が発生した急性期から、時間が経過するにつれ、コーディネートチームが調整すべき役割は変化してくるので、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、外部からの保健・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：外部からの保健・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、日本版標準 ICS/IAP/AC として示した。なお、これらの時期は、災害規模や地域の実情によって異なることがあるので、使用に当っては、地域の実情に応じて時期の判断を行うことが望ましい。

・この日本版標準 ICS/IAP/AC は、大規模な自然災害の発生時に、保健・医療・福祉分野で必要となる対応について、網羅的に示したものである。地域の実情に応じて、保健所が受け持つ役割を明確にして、利用することが必要である。

・今回は、保健所が事前に準備を行う事項についても、ICS の対応分野別に記載を行ってあることが特徴である。

《日本版標準 ICS/IAP/AC の ICS,IAP, 及び AC の意味について》

・ICS（Incident　Command System）：ここに示した ICS は、本来の ICS を分解して、災害時に保健・医療・福祉分野で保健所が対応・調整する可能性のある分野を、「ICS1」などのように対応分野別に示してある。それぞれの地域で。保健所が期待されている役割が様々だからである。保健所は、日本版標準 ICS/IAP/AC を参考にして、災害時の保健所の役割を整理しておくことが必要である。

・IAP（Incident　Action　Plan）：対応分野別の ICS を果たすために必要な対応内容（役割）を示してある。

・AC（Action Card）：IAP を具体的に実行するための、具体的な行動内容などを示している。行動手順、地図、記入用紙などもこれに属する。この AC は、地域の実情によって異なるので、今回は主に準備すべき項目などを示してある。また、必要なフォーマットなどを示してあるので、このフォーマットも参考にして、地域の実情に応じた AC を作成することが必要である。

今回示した日本版標準 ICS/IAP/AC は、基本的な構造を示したので、それぞれの地域の実情に応じて、地域に即した具体的な ICS/IAP/AC を作成し、関係者と訓練などを通じて共有、改良してゆく努力が大切である。

《日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の基本構造》

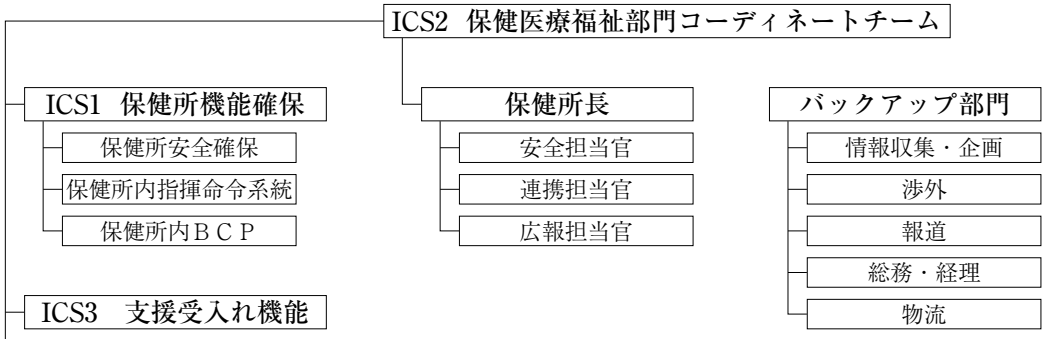
概要：

今回提示した日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害）の基本構造は、下の図に示した。即ち、大きく保健所が加わった指揮・バックアップ部門と、対応部門の二つに分かれている。

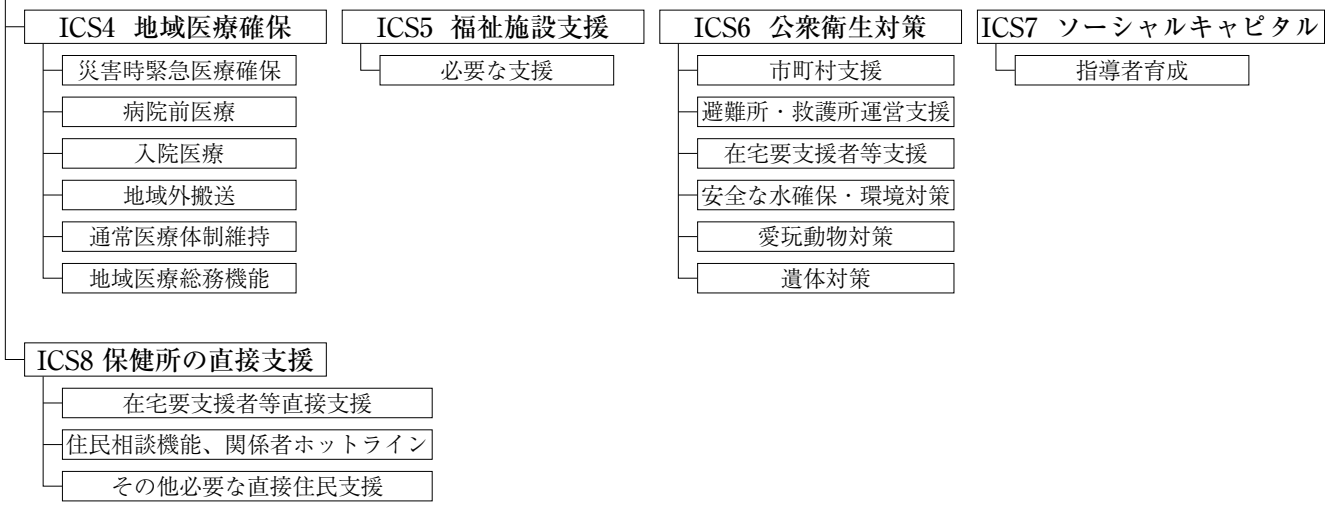
指揮・バックアップ部門は、保健所の立場から作成したものであるので、まず保健所の機能の確保、次いで地域の保健医療福祉部門のコーディネートチームの立ち上げ、更には、外部からの様々な支援チーム等の受入れ機能を保有している。

一方、対応部門は、地域の災害時の緊急医療や通常医療などの医療の確保、福祉施設などの支援、主に市町村が受け持つ様々な公衆衛生対策についての支援、及び災害時に期待できる住民の自立的な活動を育成することを含んでいる。更には、保健所が独自に地域関係者や住民に対して行うことが必要となる事項についての項目も加えた。

【指揮・バックアップ部門】



【対応部門】



日本版標準 ICS/IAP/AC（自然災害　保健・医療・福祉）

《準備期における標準 ICS/IAP/AC》

【対応時期】

発災前：地域防災計画などに基づいて、保健所の本来業務として位置づけが行われている災害時の健康危機管理を行うに当たっての、準備を行うための時期。

【主な対応目標】

・保健所の災害時の機能確保・機能継続のための準備
・保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の準備
・保健・医療・福祉対応部門の経理・管理機能の確保のための準備
・保健・医療・福祉対応部門の支援機能（企画、経理・管理、物流）の確保のための準備
・保健所間の連携体制の構築・確認
・災害時の地域の医療体制の構築・確認・訓練
・災害時の福祉体制の構築・確認・訓練
・災害時の市町村公衆衛生対応の支援体制の構築・確認・訓練
・災害時の保健所直接対応内容の確認と対応体制の構築・訓練
・災害時の住民自助力（ソーシャルキャピタル）の育成

ICS1. 保健所の機能確保・機能継続のための準備

IAP1. 保健所のインフラ確保のための準備
- 保健所庁舎の耐震能力の診断と必要に応じた可能な耐震対策の実施
- 最悪被害時の対応策の樹立（災害時の臨時保健所の設定、など）
- 保健所内の機器（電気、通信、事務機器など）の災害時機能の判定と、対策の樹立

IAP2. 保健所の人員の確保のための準備（様式 1、様式 2、参考資料 1）
- 災害時、参集職員（他職場職員を含む）緊急連絡先リスト（平日・休日、夜間・昼間）の作成
- 災害時参集職員が参集するまでの時間、人数の把握とリスト化（平日・休日、夜間・昼間）
- 災害時の保健所内 BCP の作成

IAP3. 保健所の必要機材などの確保のための準備（様式 3）
- 災害時に必要となる保健所必要機材のリスト化
- 保健所必要機材の災害時の弱点の把握と対策の樹立（代替え電源、など）
- 災害時に発要となる資材（フォーマット、マニュアルなどの紙による一元管理、など）
- 保健所職員による情報の共有

IAP4. 保健所のライフラインなどの確保のための準備
- 災害時の電源の稼働状況の確認
- 災害時の水の確保（職員の飲料水、生活用水の確保、代替え水源の確認、など）
- 災害時の食料の確保（職員のための食料備蓄）
- 災害時の寝具の確保（冬用）

IAP5. 保健所内指揮機能の明確化（様式 4）
- 参集状況に応じた保健所内の指揮命令者の順位付け
- 職員に対する ICD の周知と、役割の共有
- ICS に基づいた保健所内の訓練の実施

ICS2. 保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の準備

IAP1. 指揮・調整機能（コーディネートチーム）体制づくり

－地域における指揮・調整機能の役割の明確化

－地域における指揮・調整機能構成員のリストの作成

－保健所長機能継続支援のための近隣保健所などとの連携体制の構築とリストの作成

－必要なアドバイザーのリストの作成

IAP2. 保健・医療・福祉部門の情報収集・企画部門の体制づくり（様式４）

－地域保健・医療・福祉関連施設基礎資料のリスト化と災害リスク評価結果の把握

－職員による情報収集体制の確立と情報収集訓練

－医療機関との情報収集体制の整備・収集訓練（EMIS、衛星携帯電話、など）

－市町村との情報交換体制の確立

－市町村の要支援者体制の確認

－医療救護所との情報交換体制の確立

－福祉救護所との情報交換体制の確立

－外部への医療支援要請基準の作成

IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理体制づくり

－必要予算の見積もり（必要物品などのリスト作成など）と予算確保方法の手順確認

－職員の災害時労務管理体制の確立

－職員の健康管理体制の確立

IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流確保体制づくり

－必要物品（医薬品、医療材料、その他必要物資）のリスト化

－必要物品の備蓄量、備蓄先の確認とリスト化

－必要物品の購入先、納入日数のリスト化

－地域医療機関などのライフライン確保のための体制把握

IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外体制づくり

－上位危機管理部門との連携体制の確認と顔の見える関係づくり

－市町村危機管理部門との連携体制づくりと顔の見える関係づくり

－地域関連機関との連携体制の構築と顔の見える関係づくり

IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制づくり

－上位機関との情報提供における役割の確認

－住民への情報提供システムの構築

－地域報道機関（システム）（地域新聞、地域 FM、など）の把握と報道範囲のリスト化

－地域報道機関（システム）との連携体制の構築と顔の見える関係づくり

ICS3. 外部からの支援受入れのための準備

IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れのための準備

－医療支援隊の特徴とリスト化（DMAT, 自衛隊、JMAT、その他）

－医療支援隊の受援体制の構築と受援場所（救護所、避難所、など）のリスト化

－行政保健師、行政栄養士などの受援体制の構築準備

－その他の保健医療福祉関連団体ボランティア受援体制の構築準備

－支援隊のための地域基本情報資料の作成

IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議のための準備

－支援隊間の情報交換会議の開催準備（必要物品などのリスト化）

－日々の会議の開催準備（検討内容、決定方法の訓練、など）

IAP3. 外部からの保健所支援隊の受け入れ準備
－支援可能保健所などのリスト化

ICS4. 地域医療確保のための準備
IAP1. 地域における災害時医療体制の構築
－必要医療体制の提示
－地域の災害時医療体制の実態把握と不足医療体制の構築（対策）調整
－地域医療関係者との災害時医療体制の構築
－地域医療関係者、住民などによる災害時医療連携訓練
－地域関係者による役割の確認
IAP2. 病院前医療の確保の準備
－救護所、避難所、などのリストの作成と地図の準備
－各救護所、避難所などの想定患者数の推定
－各救護所、避難所などの医療関連要員（市町村職員、住民、など）のリストの作成
－救護所、避難所などの医療関連要因に対する教育（トリアージ、初期救急方法、など）
－住民に対する教育（トリアージ、初期救急方法、など）
IAP3. 入院医療の確保の準備
－災害時における医療機関の役割の明確化
－医療機関別、トリアージ別入院可能患者数の把握
－地域外への患者搬出基準の検討
IAP4. 地域外への患者搬出のための準備
－搬出システムの作成（合理的搬出方法の検討と、搬出要請先のリスト化）
－ヘリコプターアクセスポイントの決定とリスト化
－搬出手段の訓練の実施
－特殊病態患者（透析患者）などの病院別リストの作成
－特殊病態患者の搬出先調整方法の検討（主たる調整医療機関の設定）
IAP5. 災害時における地域の通常医療維持体制確保のための準備
- 災害時における地域の通常医療確保の検討（出産、手術、など）
IAP6. 地域レベルの医療総務システム
－地域緊急医療体制に必要な医薬品、医療用水、燃料等の調達支援の準備
－地域薬剤師会、薬品会社などとの連携による支援医薬品の管理と配布準備
－市町村などの水道管理部門との連携による医療機関の医療用水の確保支援準備
－燃料販売会社などとの連携による医療機関の燃料確保支援準備

ICS5. 福祉施設支援のための準備
IAP1. 福祉施設の基本情報の把握
－福祉施設のリスト（収容者数、連絡方法、など）と災害危険度などのリストの作成
－福祉施設のライフラインの把握とリストの作成
－福祉施設の自力度の把握（食料など、支援なしで自活可能な期間）
－福祉施設間の連携体制（相互支援体制）の構築
－災害時に地域の介護必要な被災者の受入れ可能数の把握
IAP2. 福祉施設支援体制の検討
－支援連携会議の立ち上げ検討

ICS6. 公衆衛生対策・市町村支援のための準備

IAP1. 公衆衛生対策における市町村との役割の検討

－避難所の運営管理に関する役割を明確にする

－救護所の運営・管理に関する役割を明確にする

－訪問調査に関する調整窓口の設置を準備する

－地域公衆衛生対策に関する統括会議の運営方法を検討する

IAP2. 避難所、救護所などの対応内容と役割の検討

－支援内容を検討し、明確にする

－基本的な役割分担を明確にする

－感染症対策の検討（予防、モニタリングシステム、発生時対応）

－食中毒対策の検討（予防、発生時対応）

－栄養対策の検討（バランス食の提供体制、備蓄食品管理、特殊栄養食品、給食体制、など）

－二次健康被害予防体制の検討（エコノミー症候群、など）

IAP3. 在宅要支援者対策に関する対応内容と役割の検討

－在宅要支援者のリストの作成の確認（要支援内容、など）

－在宅要支援者の自助能力、近隣支援体制の構築

－在宅要支援者支援意識の醸成と支援方法の研修

IAP4. 精神対策の準備と役割の検討

－災害発生時の精神危機管理体制の確保

－在宅精神患者の支援体制の検討

－こころのケア対策の検討

IAP5. 安全な水の確保の検討

－地域における湧水や井戸水などの安全性の検査と提供体制の確保

－生活用水の確保対策状況の把握

IAP6. 環境対策の検討

－災害時における廃棄物対策の確認

－災害時における下水対策の確認

－災害時における媒介蚊対策の確認

IAP7. 動物対策

－動物避難所の検討

－避難所ペット対策の検討

－動物愛護会など民間団体との連携と役割確認

－人畜感染症予防対策の検討

IAP8. 遺体対応の準備

－警察と連携した死体検案体制の確保

－市町村と連携した死体対応計画の検討（安置場所、臨時埋葬場所、火葬可能数、など）

－葬儀関連団体との連携体制の構築

ICS7. 地域ソーシャルキャピタルの育成と自助力向上のための準備

IAP1. 既存関連団体との連携

－自治防災組織

－日赤奉仕団

－食生活改善推進員

－連合婦人会

IAP2. 新たなソーシャルキャピタルの開拓
－職域における災害対応ソーシャルキャピタル

ICS8. 保健所が直接行う対応などの準備
IAP1. 相談機能の準備
－住民相談体制の準備
－地域医療保健福祉関係者相談体制の準備
IAP2. 在宅要支援者対応
－在宅難病患者の個別対応計画の作成と対応体制の確保
－在宅精神疾患患者の個別対応計画の作成と対応体制の確保

《急性期における標準 ICS/IAP/AC》

【対応時期】

発災～ 24 時間程度：地域防災計画に基づいて、主に保健所管内の既存の保健・医療・福祉資源を用いて対応を開始する時期

【主な対応目標】

・保健所の災害時の機能確保
・保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の確立
・保健・医療・福祉対応部門の経理・管理機能の確立
・保健・医療・福祉対応部門の支援機能（企画、経理・管理、物流）の確立
・必要に応じた保健所間の連携体制の開始
・地域の医療体制の状況把握と外部への医療支援要請の判断
・福祉体制の状況把握と支援の判断
・市町村公衆衛生対応の状況把握と支援の判断
・災害時の保健所直接対応体制の立ち上げと対応の開始

ICS1. 保健所の機能確保

IAP1. 保健所のインフラ確保
- 庁舎の安全確保：保健所庁舎の被災状況の診断と必要に応じた可能な応急復旧対策策の実施
- 保健所庁舎での業務の可否の判断と必要に応じた臨時保健所の立ち上げ
- 保健所内の機器（電気、通信、事務機器など）の被災状況の判定と復旧対策の実施

IAP2. 保健所の人員の確保
- 職員の安否確認と参集可能職員（他職場職員を含む）の把握
- 時間別参集職員人数の推定
- 参集職員による保健所内 BCP の作成

IAP3. 保健所の必要機材などの確保
- 必要となる保健所必要機材の使用可否のチェック
- 必要機材の被災状況に応じた応急復旧の実施（代替え電源、など）
- 使用可能な必要資材（フォーマット、マニュアルなどの紙による一元管理、など）の確認
- 参集職員による情報の共有

IAP4. 保健所のライフラインなどの確保
- 電源の稼働状況の確認
- 水の状況確認と確保（職員の飲料水、生活用水の確保、代替え水源の確認、など）
- 食料の確保（職員のための備蓄食料の放出など）
- 寝具の確保（冬用）

IAP5. 保健所内指揮機能の明確化
- 参集状況に応じた保健所内の指揮命令者の決定
- 職員に対する ICD の確認と役割の共有
- ICS に基づいた保健所業務体制の確立

ICS2. 保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の開始

IAP1. 指揮・調整機能（コーディネートチーム）の構築とコーディネート支援
- 指揮・調整機能の稼働状況の把握
- 参集した指揮・調整機能構成員のリストと支援の必要性の判断と支援開始

－保健所長機能継続支援のための近隣保健所などとの連携体制の構築の必要性の判断と構築開始
－必要なアドバイザーへの支援要請

IAP2. 保健・医療・福祉部門の情報収集・企画部門の体制の活動開始
－地域保健・医療・福祉関連施設の被害状況の把握とリスト化による共有
－職員による収集情報の共有
－医療機関の情報収集の開始（EMIS、衛星携帯電話、など）
－市町村の傷病者情報収集の把握
－市町村の要支援者情報の把握
－医療救護所の稼働状況の把握
－福祉救護所の稼働状況の把握
－外部への医療支援要請の判断

IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理体制の活動開始
－必要物品リスト、不足物品リストの集約と発注開始
－職員の勤務体制の把握と労務管理体制の確立
－職員の健康管理体制の立ち上げと、安全衛生管理の確立
－職員の活動必要物品確保（ガソリンなど）

IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流確保体制の活動開始
－地域の必要物品（医薬品、医療材料、その他必要物資）のリスト化
－地域の必要物品の備蓄量の確認とリスト化
－必要物品の購入先、納入日数の確認とリスト化
－地域医療機関などのライフライン情報の確認と支援体制の確立
－経理・総務管理部門へのリストの依頼

IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外体制の活動開始
－上位危機管理部門との連携体制の確認
－市町村危機管理部門との連携体制の確認
－地域関連機関との連携体制の構築の確認
－コーディネートチームとの情報の共有

IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制の活動開始
－上位機関との情報提供における役割の再確認
－住民への情報提供の開始
－地域報道機関（システム）（地域新聞、地域 FM、など）などへの報道方針の連絡
－地域対策本部と連携して、地域の救護所開設状況について、定期的に発信
（事前打合せが必須。地域 FM などの報道機関に定時的に発表する）
・救護所の診療可能状況、医療機関の診療可能状況
・福祉救護所の受け入れ可能状況
・トリアージ別の受診機関の選別情報（赤は拠点病院へ、黄は一般医療機関へ、など）

ICS3. 外部からの支援受入れ体制の構築

IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れ体制の確認
－医療支援隊の受援体制の構築と支援必要場所（救護所、避難所、など）のリスト化
－医療支援隊の支援場所のリスト化（DMAT, 自衛隊、JMAT、その他）
－行政保健師、行政栄養士などの受援体制の構築と支援場所のリスト化
－その他の保健医療福祉関連団体ボランティア受援体制の構築
－支援隊に対する地域基本情報資料の配布

IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議開催体制の確立
- 支援隊間の情報交換会議の定期的開催体制の構築（場所、頻度の連絡）
- 日々の会議の開催開始（検討内容、決定方法の訓練、など）

IAP3. 外部からの保健所支援隊の受け入れ
- 支援保健所長、職員などの役割の明確化
- 支援保健所の支援頻度の確認

ICS4. 地域の医療確保

IAP1. 地域における災害時医療体制の構築と活動開始
- 被災者情報に基づく必要医療体制の判断
- 地域の災害時医療体制（救護所、医療機関など）の稼働状況に基づく必要支援の判断
- 地域 DMAT 司令部とコーディネートチームの連携とコーディネート開始
- 地域災害時緊急医療の過不足の判断と外部への追加支援要請の判断

IAP2. 病院前医療の確保
- 救護所、避難所、などの稼働状況、医療稼働状況の把握とリスト化
- 地域コーディネーターと協力した優先支援場所、支援規模の決定
- 地域コーディネートチームとの情報の共有

IAP3. 入院医療の確保
- 被災者数、医療機関の被災状況の把握と地域外への入院医療要請の規模と種類の情報収集と整理
- 主管部局を通じた地域外入院医療の確保要請
- 地域外への患者搬出体制の構築

IAP4. 地域外への患者搬出開始
- 搬出システムに基づく負傷者患者（トリアージ赤レベル、など）搬出活動の開始
- 主管部局による搬出方法（ヘリコプターなど）の確保とアクセスポイントの確認
- 負傷患者の搬出の実施
- 主管部局による特殊病態患者（透析患者）の搬出と調整の開始

IAP5. 災害時における地域の通常医療維持体制確保のための準備
- 医療機関の被災状況に基づく地域の通常医療可能状況の把握（出産、手術、など）
- 主管部局による通常要入院患者の搬出準備の開始と調整の開始

IAP6. 地域レベルの医療総務業務の開始
- 地域緊急医療体制に必要な医薬品、医療用水、燃料等の調達支援
- 地域薬剤師会、薬品会社などとの連携による支援医薬品の管理と配布
- 市町村などの水道管理部門との連携による医療機関の医療用水の確保支援
- 燃料販売会社などとの連携による医療機関の燃料確保支援

ICS5. 福祉施設支援の開始

IAP1. 福祉施設の被災状況の把握
- 福祉施設のリストに基づく被災者数の把握と必要支援の開始
- 福祉施設のライフラインの被災状況の把握と必要支援の開始成
- 災害時に地域の介護必要な被災者の受入れ可能数の把握

IAP2. 福祉施設支援体制の検討
- 支援必要施設の把握

ICS6. 公衆衛生対策・市町村が必要とする支援の把握（内容と規模）

IAP1. 公衆衛生対策における市町村支援

－避難所の運営状況の把握

－救護所の運営・管理状況の把握

－訪問調査に関する調整窓口の設置の準備開始

－地域の公衆衛生対策に関する統括会議の開催方法の検討（場所と時間など）

IAP2. 避難所、救護所などの支援内容と支援規模の検討

－避難所について、必要な支援内容を検討し、支援規模を検討

－救護所について、必要な支援内容と規模を把握し、コーディネートチームと情報を共有

IAP3. 在宅要支援者対策に関する支援内容と支援規模の検討

－在宅要支援者のリストの確認と支援内容と規模の検討

IAP4. 精神対策の検討

－通常の精神危機管理体制の確保

－在宅精神患者の安否確認の開始と必要な支援の開始

IAP5. 安全な水の確保の検討

－安全な水の確保状況についての情報の確認

－必要に応じて、主管部局を通じた給水応援体制の確保

－住民に対する地域の安全な水提供場所（湧水、井戸水、など）の情報提供開始

IAP6. 環境対策の検討

－必要となる廃棄物対策の体制の確認

－必要となる下水対策の確認

－その他、必要となる環境対策の確認

IAP7. 動物対策

－必要に応じた動物避難所の立ち上げ

－避難所ペット対策の検討の開始

－動物愛護会など民間団体との連携の確認

－人畜感染症予防対策についての検討開始

IAP8. 遺体対応の準備

－警察と連携した死体検案体制の確保（医師会、歯科医師会と連携）

－市町村と連携した死体対応計画の検討（安置場所、臨時埋葬場所、火葬可能数、など）

－葬儀関連団体との連携体制の構築（死体保存資材調達など含む）

ICS7. 地域ソーシャルキャピタルによる活動

IAP1. 既存関連団体の活動状況の把握（場所、人数、内容、その他）

－自治防災組織

－日赤奉仕団

－食生活改善推進員

－連合婦人会

IAP2. 新たなソーシャルキャピタルの活動状況の把握

－職域などにおける災害対応状況の把握

ICS8. 保健所が直接行う対応

IAP1. 相談機能の開始

－住民相談窓口の立ち上げと周知、相談の開始

－地域医療保健福祉関係者ホットラインの設置と連携の開始

IAP2. 在宅要支援者対応の開始

－在宅要支援難病患者の安否確認の開始と必要な支援の開始

－在宅要支援精神疾患患者の安否確認と必要な支援の開始

《亜急性期における標準 ICS/IAP》

【対応時期】

発災 24 時間～ 72 時間程度：外部からの災害時の保健・医療・福祉資源の支援を得て対応を行う時期

【主な対応目標】

・保健所の災害時の機能の継続確保
・保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の継続確保
・保健・医療・福祉対応部門の経理・管理機能の継続確保
・保健・医療・福祉対応部門の支援機能（企画、経理・管理、物流）の継続確保
・必要に応じた保健所間の連携体制の継続確保
・地域の医療体制の状況把握と外部への医療支援要請の判断
・福祉体制の状況把握と支援の判断
・市町村公衆衛生対応の状況把握と支援の判断
・災害時の保健所直接対応体制の立ち上げと対応の開始

ICS1. 保健所の機能確保

IAP1. 保健所のインフラ確保

－保健所庁舎の被災状況の診断と必要に応じた可能な応急復旧対策策の継続
－保健所庁舎での業務の可否の判断と必要に応じた臨時保健所の立ち上げ
－保健所内の機器（電気、通信、事務機器など）の被災状況の判定と復旧対策の継続

IAP2. 保健所の人員の確保

－職員の安否確認と参集可能職員（他職場職員を含む）の把握の継続
－毎日の参集職員人数の把握
－毎日の参集職員（外部支援職員含む）による保健所内 BCP の作成

IAP3. 保健所の必要機材などの確保

－必要となる保健所必要機材の使用可否のチェック
－必要機材の被災状況に応じた応急復旧の実施（代替え電源、など）
－使用可能な必要資材（フォーマット、マニュアルなどの紙による一元管理、など）の確認
－参集職員による情報の共有

IAP4. 保健所のライフラインなどの確保

－電源の稼働状況の確認
－水の状況確認と確保（職員の飲料水、生活用水の確保、代替え水源の確認、など）
－食料の確保（職員のための食料確保）
－応急寝具の確保

IAP5. 保健所内指揮機能の明確化

－参集状況に応じた保健所内の指揮命令者の決定
－支援保健所職員の役割の明確化
－職員に対する ICD の確認と役割の共有
－ICS に基づいた保健所業務体制の確立

ICS2. 保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の継続

IAP1. 指揮・調整機能（コーディネートチーム）の構築とコーディネート支援

－指揮・調整機能の稼働状況の把握
－参集した指揮・調整機能構成員のリスト作成と支援の必要性の判断及び支援開始

－保健所長機能継続支援のための近隣保健所などとの連携体制の構築の必要性の判断と構築開始
－必要なアドバイザーへの支援要請

IAP2. 保健・医療・福祉部門の情報収集・企画部門の体制の活動継続
－地域保健・医療・福祉関連施設の被害状況の把握とリスト化による共有
－医療機関の情報収集の継続と共有（EMIS、衛星携帯電話、など）
－市町村の傷病者情報収集の把握と共有
－市町村の要支援者情報の把握と共有
－医療救護所の稼働状況の把握と共有
－福祉救護所の稼働状況の把握と共有
－外部への医療支援要請の判断の継続

IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理の継続
－必要物品リスト、不足物品リストの集約と発注
－主観部局との予算確保の話し合い開始
－職員の勤務体制の把握と労務管理の継続
－職員の健康管理と安全衛生管理の継続

IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流確保の継続
－地域の必要物品（医薬品、医療材料、その他必要物資）のリスト化
－地域の必要物品の備蓄量の確認とリスト化
－必要物品の購入先、納入日数の確認とリスト化
－地域医療機関などのライフライン情報の確認と支援の継続
－経理・総務管理部門への必要物品リストの提出

IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外活動の継続
－上位危機管理部門との連携の継続
－市町村危機管理部門との連携の継続
－地域関連機関との連携の継続
－コーディネートチームとの情報の共有

IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制の継続
－上位機関との情報提供における役割の再確認
－住民への情報提供の継続
－地域報道機関（システム）への定期的地域情報の提供（ブリーフィング含む）継続
・救護所の診療可能状況、医療機関の診療可能状況
・福祉救護所の受け入れ可能状況
・トリアージ別の受診機関の選別情報（赤は拠点病院へ、黄は一般医療機関へ、など）

ICS3. 外部からの支援受入れ体制の継続

IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れ体制の維持
－医療支援隊の受援体制の構築と支援必要場所（救護所、避難所、など）のリスト化
－医療支援隊の支援場所のリスト化（DMAT, 自衛隊、JMAT、その他）
－行政保健師、行政栄養士などの受援体制の構築と支援場所のリスト化
－その他の保健医療福祉関連団体ボランティア受援体制の構築
－支援隊に対する地域基本情報資料の配布

IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議開催体制の継続
－支援隊間の情報交換会議の定期的開催体制の継続（場所、頻度の連絡）
－日々の会議の開催（検討内容、決定方法の訓練、など）

IAP3. 外部からの保健所支援隊の受け入れ
- 支援保健所長、職員などの役割の明確化
- 支援保健所の支援頻度の確認

ICS4. 地域の医療確保
IAP1. 地域における災害時医療体制の活動継続
- 被災者情報に基づく必要医療体制の判断
- 地域の災害時医療体制（救護所、医療機関など）の稼働状況に基づく必要支援の判断
- 地域 DMAT 司令部とコーディネートチームの連携とコーディネート継続
- 地域災害時緊急医療の過不足の判断と外部への追加支援要請の判断
- 地域通常医療への移行の時期の推定準備

IAP2. 病院前医療の確保
- 救護所、避難所、などの稼働状況、医療稼働状況把握とリスト化の継続
- 支援必要場所、支援必要内容、支援規模の決定と支援開始
- 地域コーディネートチームとの情報の共有

IAP3. 入院医療の確保
- 被災者数、医療機関の被災状況の把握と地域外への入院医療要請の規模と種類の情報収集と整理
- 主管部局を通じた地域外入院医療の確保要請
- 地域外への患者搬出体制の継続

IAP4. 地域外への患者搬出継続
- 搬出システムに基づく負傷者患者（トリアージ赤レベル、など）搬出の継続
- 主管部局による搬出方法（ヘリコプターなど）の確保とアクセスポイントの確認継続
- 負傷患者の搬出の継続
- 主管部局による特殊病態患者（透析患者）の搬出と調整の継続

IAP5. 災害時における地域の通常医療維持体制確保のための準備
- 医療機関の被災状況に基づく地域の通常医療可能状況の把握（出産、手術、など）
- 主管部局による通常要入院患者の搬出継続と調整の継続

IAP6. 地域レベルの医療総務業務の継続
- 地域緊急医療体制に必要な医薬品、医療用水、燃料等の調達支援
- 地域薬剤師会、薬品会社などとの連携による支援医薬品の管理と配布
- 市町村などの水道管理部門との連携による医療機関の医療用水の確保支援
- 燃料販売会社などとの連携による医療機関の燃料確保支援

ICS5. 福祉施設支援の開始
IAP1. 福祉施設の被災状況の把握
- 福祉施設のリストに基づく被災者数の把握と必要支援の継続
- 福祉施設のライフラインの被災状況の把握と必要支援の開継続
- 災害時に地域の介護必要な被災者の受入れ可能数把握の継続

IAP2. 福祉施設支援の開始
- 支援連携会議の立ち上げと支援の開始

ICS6. 公衆衛生対策・市町村支援
IAP1. 公衆衛生対策における市町村支援
- 避難所の運営状況の把握と必要支援の開始

－救護所の運営・管理状況の把握と必要支援の開始
－訪問調査に関する調整窓口の設置と外部からの支援要員の調整開始
－地域公衆衛生対策に関する統括会議の開催（場所と時間など）

IAP2. 避難所、救護所などの必要支援内容の把握と外部からの支援規模の把握
－避難所について、必要な支援内容を検討し、外部からの支援規模の把握と支援要請
－救護所について、必要な支援内容の検討と、外部からの支援規模の把握と支援要請
－避難所などの感染症対策（予防、モニタリングシステム、発生時対応）
－避難所などの食中毒対策（予防、発生時対応）
－避難所などの栄養対策（バランス食の提供体制、備蓄食品管理、特殊栄養食品、給食体制、など）
－二次健康被害予防体制（エコノミー症候群、など）
《グッズ１：避難所における二次健康被害予防のためのポスター集》
http.//www.support-hc.com/
http.//www.phcd.jp/kenkou_kiki_kanri/H22poster.pdf

IAP3. 在宅要支援者対策に関する対応内容と役割の調整
－在宅要支援者の必要な支援内容と支援規模の把握と支援要請
－在宅要支援者の外部からの支援者数などの市町村との調整と支援要請

IAP4. 精神対策の準備と役割の調整
－通常の精神危機管理体制の確保（保健所における）
－在宅精神患者の安否確認の継続と必要な外部支援の判断と支援要請
－こころのケア対策の開始時期の検討

IAP5. 安全な水の確保の検討
－安全な水の確保状況についての情報の確認と必要支援要請
－必要に応じて、主管部局を通じた給水応援体制の確保の必要支援要請
－住民に対する地域の安全な水提供場所（湧水、井戸水、など）の情報提供継続
－生活用水の確保対策状況の把握

IAP6. 環境対策の検討
－必要となる廃棄物対策の体制の確認と必要な支援要請
－必要となる下水対策の確認と必要な支援要請
－その他、必要となる環境対策の確認と必要な支援要請

IAP7. 動物対策
－必要に応じた動物避難所の立ち上げと必要な支援要請
－避難所ペット対策の検討の開始と必要な支援開始
－動物愛護会など民間団体と連携した必要支援の実施
－必要な人畜感染症予防対策の開始

IAP8. 遺体対応の準備
－警察と連携した死体検案体制の確保と支援要請
－市町村と連携した死体対応計画の検討（安置場所、臨時埋葬場所、火葬可能数、など）
－葬儀関連団体との連携による死体保管体制の構築

ICS7. 地域ソーシャルキャピタルの活動状況の把握と必要支援の検討

IAP1. 既存関連団体の活動状況の把握（活動内容、場所、規模、課題など）
－自治防災組織
－日赤奉仕団
－食生活改善推進員

－連合婦人会
IAP2. その他のソーシャルキャピタルの活動内容の把握（活動内容、場所、規模、課題など）
－職域、学校（PTA など）におけるソーシャルキャピタル

ICS8. 保健所が直接行う対応
IAP1. 相談機能の継続
－住民相談窓口の継続
－地域医療保健福祉関係者ホットラインの設置と連携の継続
IAP2. 在宅要支援者対応
－在宅要支援難病患者の必要な支援の継続
－在宅要支援精神疾患患者の必要な支援の継続

《慢性期における標準 ICS/IAP》

【対応時期】

発災 72 時間～ 2 週間程度：緊急医療体制から、外部からの保健・医療・福祉等の資源の撤退時期を考慮し、支援期間を考慮に要れ、二次健康被害予防のための対応を行う時期

【主な対応目標】

・保健所の災害時の機能の継続確保
・保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の継続確保
・保健・医療・福祉対応部門の経理・管理機能の継続確保
・保健・医療・福祉対応部門の支援機能（企画、経理・管理、物流）の継続確保
・必要に応じた保健所間の連携体制の継続確保
・保健所管内資源による地域保健・医療・福祉コーディネートへの移行準備
・地域保健・医療・福祉コーディネートの中心業務を、保健・福祉中心に移行開始
　－外部からの保健・医療・福祉支援隊に対するコーディネート
　－地域の医療確保のため、情報の継続的収集と過不足の判断と追加支援要請の判断
　（地域の通常医療提供システムの回復状況、必要とする医療内容から判断）
　－市町村活動への支援の継続（避難所、在宅等の二次健康被害予防活動の強化）
・災害時の保健所直接対応体制の継続と要支援者の通常医療への円滑な移行支援の開始

ICS1. 保健所の機能確保

IAP1. 保健所のインフラ確保
　－保健所庁舎の被災状況の診断と必要に応じた可能な応急復旧対策策の継続
　－保健所庁舎での業務の可否の判断と必要に応じた臨時保健所の立ち上げ
　－保健所内の機器（電気、通信、事務機器など）の被災状況の判定と復旧対策の継続

IAP2. 保健所の人員の確保
　－職員の安否確認と参集可能職員（他職場職員を含む）の把握の継続
　－毎日の参集職員人数の把握
　－毎日の参集職員（外部支援職員含む）による保健所内 BCP の作成

IAP3. 保健所の必要機材などの確保
　－必要となる保健所必要機材の使用可否のチェック
　－必要機材の被災状況に応じた応急復旧の実施（代替え電源、など）
　－使用可能な必要資材（フォーマット、マニュアルなどの紙による一元管理、など）の確認
　－参集職員による情報の共有

IAP4. 保健所のライフラインなどの確保
　－電源の稼働状況の確認
　－水の状況確認と確保（職員の飲料水、生活用水の確保、代替え水源の確認、など）
　－食料の確保（職員のための食料確保）
　－応急寝具の確保

IAP5. 保健所内指揮機能の明確化
　－参集状況に応じた保健所内の指揮命令者の決定
　－支援保健所職員の役割の明確化
　－職員に対する ICD の確認と役割の共有
　－ICS に基づいた保健所業務体制の確立

ICS2. 保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の継続とコーディネートチームの移行準備

IAP1. 指揮・調整機能（コーディネートチーム）の継続と保健所への移行準備

－指揮・調整機能の稼働状況の現状分析と移行時期の判断

－移行後のコーディネートチームの役割の再確認と再編成

－保健所長機能継続支援のための近隣保健所などとの連携体制の構築の必要性の判断と構築開始

－必要なアドバイザーへの支援要請

IAP2. 保健・医療・福祉部門の情報収集・企画部門の体制の活動継続

－地域保健・医療・福祉関連施設の被害状況の把握とリスト化による共有

－医療機関の情報収集の継続と共有（EMIS、衛星携帯電話、など）

－市町村の傷病者情報収集の把握と共有

－市町村の要支援者情報の把握と共有

－医療救護所の稼働状況の把握と共有

－福祉救護所の稼働状況の把握と共有

－外部への医療支援要請の判断の継続

IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理の継続

－必要物品リスト、不足物品リストの集約と発注

－主観部局との予算確保の話し合い開始

－職員の勤務体制の把握と労務管理の継続

－職員の健康管理と安全衛生管理の継続

IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流確保の継続

－地域の必要物品（医薬品、医療材料、その他必要物資）のリスト化

－地域の必要物品の備蓄量の確認とリスト化

－必要物品の購入先、納入日数の確認とリスト化

－地域医療機関などのライフライン情報の確認と支援の継続

－経理・総務管理部門への必要物品リストの提出

IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外活動の継続

－上位危機管理部門との連携の継続

－市町村危機管理部門との連携の継続

－地域関連機関との連携の継続

－コーディネートチームへの情報集中の強化

IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制の継続

－上位機関との情報提供における役割の再確認

－住民への情報提供の継続

－地域報道機関（システム）への定期的地域情報の提供（ブリーフィング含む）継続

・救護所の診療可能状況、医療機関の診療可能状況

・福祉救護所の受け入れ可能状況

・トリアージ別の受診機関の選別情報（赤は拠点病院へ、黄は一般医療機関へ、など）

ICS3. 外部からの支援受入れ体制の継続

IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れ体制の維持

－医療支援隊の受援体制の構築と支援必要場所（救護所、避難所、など）のリスト化

－医療支援隊の支援場所のリスト化（DMAT, 自衛隊、JMAT、その他）

－行政保健師、行政栄養士などの受援体制の構築と支援場所のリスト化

－その他の保健医療福祉関連団体ボランティア受援体制の構築

－支援隊に対する地域基本情報資料の配布

IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議開催体制の継続

－支援隊間の情報交換会議の定期的開催体制の継続（場所、頻度の連絡）

－日々の会議の開催（検討内容、決定方法の訓練、など）

IAP3. 外部からの保健所支援隊の受け入れ

－支援保健所長、職員などの役割の明確化

－支援保健所の支援期間の判断

ICS4. 地域の医療確保

IAP1. 地域における災害時医療体制の活動継続

－被災者情報に基づく今後の必要医療体制の判断

－地域の災害時医療体制（救護所、医療機関など）の稼働状況に基づく必要支援の判断

－地域コーディネートチームと保健所によるコーディネートへの移行

－地域災害時緊急医療の過不足の判断と外部への追加支援要請の判断

－地域通常医療への移行の時期の判断

IAP2. 病院前医療の確保

－救護所、避難所、などの稼働状況、医療稼働状況把握とリスト化の継続

－支援必要場所、支援必要内容、支援規模の決定と支援開始

－地域コーディネートチームと保健所の情報共有の強化

IAP3. 入院医療の確保

－被災者数、医療機関の被災状況の把握と地域外への入院医療要請の規模と種類の情報収集と整理

－主管部局を通じた地域外入院医療の確保要請

－必要に応じた地域外への患者搬出体制の継続

－通常入院体制への移行時期の判断

IAP4. 地域外への患者搬出継続

－必要に応じた患者の搬出の継続

－主管部局による搬出調整の継続

－通常救急体制への移行時期の判断

IAP5. 災害後の地域の通常医療維持体制確保のための準備

－医療機関の被災状況に基づく地域の通常医療可能状況の把握（出産、手術、など）

－地域で不足が予測される通常医療の判断と体制再構築の検討

IAP6. 地域レベルの医療総務業務の継続

－地域緊急医療体制に必要な医薬品、医療用水、燃料等の調達支援

－地域薬剤師会、薬品会社などとの連携による支援医薬品の管理と配布

－市町村などの水道管理部門との連携による医療機関の医療用水の確保支援

－燃料販売会社などとの連携による医療機関の燃料確保支援

－通常体制への移行時期の判断

ICS5. 福祉施設支援の開始

IAP1. 福祉施設の被災状況の把握

－福祉施設のリストに基づく被災者数の把握と必要支援の継続

－福祉施設のライフラインの被災状況の把握と必要支援の開継続

－災害時に地域の介護必要な被災者の受入れ可能数把握の継続

－通常体制への課題と解決策の検討

IAP2. 福祉施設支援の継続
－必要支援の継続

ICS6. 公衆衛生対策・市町村支援
IAP1. 公衆衛生対策における市町村支援
－避難所の運営状況の把握と必要支援把握
－救護所の運営・管理状況の把握と必要支援把握
－訪問調査に関する調整窓口の設置と外部からの支援要員の調整継続
－地域公衆衛生対策に関する統括会議の開催（場所と時間など）
－通常体制への移行時期の検討
IAP2. 避難所、救護所などの必要支援内容の把握と外部からの支援規模の把握
－避難所について、必要な支援内容を検討し、外部からの支援規模の把握と支援要請
－救護所について、必要な支援内容の検討と、外部からの支援規模の把握と支援要請
－避難所などの感染症対策（予防、モニタリングシステム、発生時対応）強化
－避難所などの食中毒対策（予防、発生時対応）強化
－避難所などの栄養対策（バランス食の提供体制、特殊栄養食品、給食体制、など）継続
－二次健康被害予防体制（エコノミー症候群、こころのケア、など）強化
《グッズ１：避難所における二次健康被害予防のためのポスター集》
http.//www.support-hc.com/
http.//www.phcd.jp/kenkou_kiki_kanri/H22poster.pdf
IAP3. 在宅要支援者対策に関する対応内容と役割の調整
－在宅要支援者の必要な支援内容と支援規模の把握と支援要請
－在宅要支援者の外部からの支援者数などの市町村との調整と支援要請
－通常体制への移行時期の判断
IAP4. 精神対策の準備と役割の調整
－通常の精神危機管理体制の確保（保健所における）
－在宅精神患者の安否確認の継続と必要な外部支援の判断と支援要請及び通常体制への移行
－こころのケア対策の開始
IAP5. 安全な水の確保の検討
－安全な水の確保状況についての情報の確認と必要支援要請
－必要に応じて、主管部局を通じた給水応援体制の確保の必要支援要請
－住民に対する地域の安全な水提供場所（湧水、井戸水、など）の情報提供継続
－生活用水の確保対策状況の把握
－通常体制への移行
IAP6. 環境対策の検討
－必要となる廃棄物対策の体制の確認と必要な支援継続及び通常体制への移行時期検討
－必要となる下水対策の確認と必要な支援継続及び通常体制への移行時期検討
－その他、必要となる環境対策の確認と必要な支援継続及び通常体制への移行時期検討
IAP7. 動物対策
－必要に応じた動物避難所の立ち上げと必要な支援継続及び通常体制への移行時期検討
－避難所ペット対策の検討の開始と必要な支援継続及び通常体制への移行時期検討
－動物愛護会など民間団体と連携した必要支援の実施及び通常体制への移行時期検討
－必要な人畜感染症予防対策の継続及び通常体制への移行時期検討
IAP8. 遺体対応の準備

－警察と連携した死体検案体制の確保と支援及び通常体制への移行時期検討
－市町村と連携した死体対応体制の継続及び通常体制への移行時期検討
－葬儀関連団体との連携による死体保管体制の継続及び通常体制への移行時期検討

ICS7. 地域ソーシャルキャピタルの活動状況の把握と継続が必要支援の検討
IAP1. 既存関連団体の活動状況の把握（活動内容、場所、規模、課題など）
－自治防災組織
－日赤奉仕団
－食生活改善推進員
－連合婦人会
IAP2. その他のソーシャルキャピタルの活動内容の把握（活動内容、場所、規模、課題など）
－職域、学校（PTA など）におけるソーシャルキャピタル

ICS8. 保健所が直接行う対応
IAP1. 相談機能の継続
－住民相談窓口の継続及び通常体制への移行時期検討
－地域医療保健福祉関係者ホットラインの設置と連携及び通常体制への移行時期検討の継続
IAP2. 在宅要支援者対応
－在宅要支援難病患者の必要な支援の継続及び通常体制への移行時期検討
－在宅要支援精神疾患患者の必要な支援の継続及び通常体制への移行時期検討

《回復期における標準 ICS/IAP》

【対応時期】

発災 2 週間程度以降：外部からの保健・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

【主な対応目標】

・保健所単独による地域資源を用いた保健・医療・福祉コーディネートの再開
　－地域の通常保健・医療・福祉体制の回復状況の把握と通常体制への移行
　－地域の通常保健・医療・福祉体制への円滑な移行への必要事項の検討、調整補助
・保健所による市町村への支援の継続の必要性の判断（心のケア等の二次健康被害予防活動）
・保健所が対応を受け持つ要支援者の通常医療への円滑な移行の支援
・防災計画下での系統的対応の終息時期の検討補助
・通常の公衆衛生活動に移行するための時期と課題の検討
・発災後の保健所活動内容についての評価及び再構築の開始

ICS1. 保健所の機能確保
　IAP1. 保健所のインフラ確保
　　－保健所庁舎の被災状況の診断と必要に応じた復旧対策策の継続
　　－保健所内の機器（電気、通信、事務機器など）の被災状況の判定と復旧対策の継続
　IAP2. 保健所の人員の確保
　　－被災職員の確認と復職可能時期の把握
　　－災害時健所内 BCP の終了と通常業務への移行時期の判断
　IAP3. 保健所の必要機材などの確保
　　－被災機材の修繕など通常業務への準備
　IAP4. 保健所のライフラインなどの確保
　　－通常業務のためのインフラの復旧
　IAP5. 保健所内指揮機能の明確化
　　－通常指揮命令系統への移行

ICS2. 保健・医療・福祉部門の指揮・調整機能（支援）の通常体制への移行
　IAP1. 保健・福祉指揮・調整機能（コーディネートチーム）の保健所への復帰
　IAP2. 保健・福祉部門の情報収集・企画部門の体制の通常体制への復帰
　IAP3. 保健・医療・福祉部門の経理・総務管理の通常体制への復帰
　　－災害時経理の決算
　IAP4. 保健・医療・福祉部門の物流の通常体制への復帰
　IAP5. 保健・医療・福祉部門の渉外活動の通常体制への復帰
　IAP6. 保健・医療・福祉部門の地域報道体制の通常体制への復帰

ICS3. 外部からの支援受入れ体制の終了
　IAP1. 外部からの保健医療福祉支援隊の受入れ体制の終了
　IAP2. 外部からの保健医療福祉支援隊の災害時調整会議開催体制の終了
　IAP3. 外部からの保健所支援隊の受け入れ終了

ICS4. 通常地域医療体制への復帰
　IAP1. 地域における災害時医療体制の通常医療体制への復帰

IAP2. 災害時特別入院前医療の終了
IAP3. 入院医療の通常体制への復帰
IAP4. 特別患者搬送体制の終了
IAP6. 地域レベルの医療総務業務の終了

ICS5. 福祉施設の通常業務への復帰
IAP1. 被災福祉施設の復旧支援

ICS6. 公衆衛生対策・市町村支援
IAP1. 公衆衛生対策における市町村特別支援体制の終了
IAP2. 避難所、救護所などの閉鎖支援掌握
IAP3. 在宅要支援者対策に関する特別体制の終了と通常体制への切り替え
IAP4. 精神対策の通常体制への移行
－こころのケア対策の終了時期の判断
IAP5. 安全な水の確保の通常体制への移行
IAP6. 環境対策の通常体制への移行
IAP7. 動物対策の通常体制への移行
IAP8. 遺体対応の通常体制への移行

ICS7. 地域ソーシャルキャピタルの活動状況の通常体制への移行の確認

ICS8. 保健所が直接行う対応の通常体制への復帰

様式１　職員緊急連絡先

氏名	携帯番号	メール アドレス	出勤場所	登庁時間	調査医療施設 （登庁途中）	調査福祉施設 （登庁途中）	担当救護所	出勤可能性
佐○×雄			保健所	10 分				○
中×△夫			保健所	20 分				×
福△宣○			保健所	15 分	市立病院			○
…	…	…	…	…	…	…	…	…

様式２　職員機能把握表

発災からの時間	参集可能人数	保健所での機能可能人数（累積）
～ 30 分	人	人
～ 1 時間	人	人
～ 2 時間	人	人
～ 3 時間	人	人
～ 6 時間	人	人
～ 24 時間	人	人

様式３　災害時医薬品管理簿　　（薬品名：　　）

○○保健所

日付	受入数	払出数	在庫数	確認	備　考
記載例 H23.12.1	1000cap		1000cap		
H23.12.5		300cap	700cap	○△	Ｙ救護所、ＭＭ医師に

様式４　職務代行の順位

業務内容	代行順位１位	代行順位２位	代行順位３位	備　考
所長業務	副所長	福祉課長	健康づくり課長	
総務業務	総務係長	総務課員Ａ	食品衛生係長	
福祉業務	福祉係長	福祉係員Ａ	福祉係員Ｂ	
生活衛生業務	食品衛生係長	食品衛生係員Ａ	食品衛生係員Ｂ	

（負傷、死亡などにより、職務に従事できない場合）

様式 1-2-1-1　災害時における医療機関、救護所の初動調査票

様式ａ　災害時における医療機関の機能初動調査票（調査内容）

医療機関名		
調査日時	年　月　日　時　分	
報告者		
参集者数	医師　人	目測で大まかな人数
	看護師　人	
	薬剤師　人	
	その他　人	
	合計　人	
施設状況	全壊　半壊　無傷	職員から聴取
使用不能な機能	Ｘ線室　検査室　手術室 救急室　透析室　給食室	
被災ライフライン	電気　水道　ガス　燃料	
医薬品	不足　足りている　不明	不足の内容連絡
受け入れ可能人数	人	職員に概数を確認
入院患者への支援	必要（搬送、その他）　不要	必要な支援内容を確認
入院患者	人、（内　赤患者数　人）	目測で概数把握
入院待機者	人、（内　赤患者数　人）	
外来治療中患者	人、（内　赤患者数　人）	
外来待機患者	人、（内　赤患者数　人）	
その他特記事項		

様式ｂ　災害時における救護所（トリアージポイント）の機能初動調査票（調査内容）

救護所名	市町村　救護所	
調査日時	年　月　日　時　分	
報告者		
開設日時	年　月　日　時　分頃	
運営責任者		
参集者数	医師　人	目測で概数把握
	看護師　人	
	薬剤師　人	
	その他　人	
	合計　人	
施設状況	使用可　使用不可（全壊、半壊、その他）	職員から聴取
設備状況	使用可　使用不可（　）	
被災ライフライン	電気　水道　ガス　燃料	
不足医薬品	トリアージタッグ　包帯　ガーゼ 絆創膏　消毒薬　シーネ（副木） はさみ　三角巾　ビニール袋 カッターナイフ　その他	
外来待機患者	人、（内　赤患者数　人）	目測で概数を把握
その他特記事項		

様式ｃ　メール報告様式

医療機関用		救護所用
報告時間　　時　　分		報告時間　　時　　分
参集状況　医　　人		開設時間　　時　　分
看　　人		運営責任者
薬　　人		参集状況　医　　人
他　　人		看　　人
計　　人		薬　　人
施設　全壊・半壊・無傷		他　　人
不能設備		計　　人
不能ライフライン		施設　使用可 使用不可（全壊・半壊）
不足医薬品・機材		不能ライフライン
受け入れ可能数　　人		不足医薬品・機材
入院支援　　必要・不要		受け入れ可能数　　人
入院患者数　　人 （内　赤患者　　人）		治療中外来患者数　　人 （内　赤患者　　人）
入院待機患者数　　人 （内　赤患者　　人）		待機外来患者数　　人 （内　赤患者　　人）
治療中外来患者数　　人 （内　赤患者　　人）		
待機外来患者数　　人 （内　赤患者　　人）		

様式 1-3-1-1　保健師等の健康支援活動のための記録・報告書等様式の一覧と用途

様式 No	様式の名称	内　　容
様式Ａ	避難所支援活動報告書（日報）	・避難所毎の日報として記録する。 ・避難所の健康支援活動の引継ぎに活用し、各避難所の生活上の問題や健康課題の解決につなげていく。
様式Ｂ	健康支援活動実績報告（総括票）	・避難所や仮設住宅等における健康支援活動の実績を派遣県単位等の所属でまとめる。 ・健康支援活動における、対象者数や主な相談内容の件数をまとめ、活動の実績報告にする。
様式Ｃ	避難生活環境調査票	・避難所における生活環境面の状況把握
様式Ｄ	被災者健康相談個人票	・避難所、仮設住宅、地域における健康相談（訪問・面接・電話等）の際に用いる個別記録票
様式Ｅ	健康状況世帯票	・避難所、仮設住宅、地域において世帯の健康調査を行う際に使用する。 ・継続支援が必要な者については、健康相談票を作成する。
様式Ｆ	避難所相談対応票	・各避難所において実施した健康相談の被相談者連名簿
様式Ｇ	避難所における診察名簿	・医師の診察を受けた被災者の連名簿
様式Ｈ	避難所に備える必要物品	・避難所等での健康支援活動に必要なもので、災害に備えて普段から準備しておきたい携帯物品や災害時にあると便利な医薬品（市販のもの）
様式Ｉ	生活居住平面図ＭＡＰ	・体育館等の避難所で、避難している住民の生活場所が一目で分かるようメモをしていくもの。 ・スタッフが交代しても、住民の名前と相談票とマップで確認し、住民にその都度確認する負担を軽減する。
様式Ｊ	健康相談等週間予定表	・避難所等において、健康支援活動のグループがどこの所属で担当者は誰か分かるように、併せて、１週間の計画が記入できるもの。 ・避難所では拡大した様式で掲示し、避難所利用者がサービスを利用しやすいように配慮する。

様式ａ　避難所健康支援活動報告書（日報）

<table>
<tr><td>実施年月日</td><td colspan="8">年　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td>活動場所</td><td colspan="8">（　　）避難所・
（　　）仮設住宅・家庭訪問・その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従事者数</td><td colspan="6">保健師</td><td colspan="2">その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">総数</td><td rowspan="2">保健所</td><td rowspan="2">市町村</td><td colspan="3">応援分</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>県内保健所</td><td>県内
市町村</td><td>県外保健師</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td>避難者状況</td><td colspan="5">概ね避難者概数数　　人
（うち：相談者数　　人）</td><td colspan="4">医師による診察受診者数　　人</td></tr>
<tr><td>健康状態</td><td colspan="8">健康管理上要観察者　　人
（主たるケア内容：　　）
要介護高齢者・障害者・精神障害者　　人
（主たるケア内容：　　）
乳幼児・難病患者・有症者　　人
（主たるケア内容：　　）
その他　　人
（主たるケア内容：　　）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="8">要支援個人票番号</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="8">《問題》</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="8">《対策および対応》</td></tr>
<tr><td>清潔・環境</td><td colspan="8">トイレの状況　（清潔　・　不潔）
手洗い液確認</td></tr>
<tr><td>ライフライン</td><td colspan="8">水道・電気等について</td></tr>
<tr><td>不足物資</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>不足医薬品</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>医師派遣必要性</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>こころのケア必要性</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>福祉用具必要性</td><td colspan="8">ねたきり者・車椅子使用者等への対応</td></tr>
<tr><td>必要な情報</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>今後必要な支援</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>引継ぎ事項</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

様式ｂ　健康支援活動報告書（総括表）

所属（都道府県名）：　　**活動人数：**　　**人**　　**記録者氏名：**

活動市町村名：　　**活動日：平成**　　**年**　　**月**　　**日（**　　**）**

①活動場所（○をしてください　複数可）

避難所	**避難所以外**	**仮設住宅**	**その他（**　　**）**

②活動方法（○をしてください　複数可）

家庭訪問	**個別健康相談**	**集団健康相談**	**直接的ケア**
関係機関等の調整	**現状分析や活動分析**	**その他（**　　**）**	

③対象人数（実人数）

	感染症	精神障害	心の問題	生活習慣病		難病	心身障害	65歳以上の高齢者	妊産婦	乳幼児	その他の疾病	合計
				64歳以下	65歳以上							
家庭訪問												
健康相談												
健康教育												

④主な相談内容（複数回答可）

内　容	延件数	内　容	延件数
血圧や頭痛等の問題について		トイレや排泄等について	
不眠・不安等に関すること		入浴等清潔に関すること	
食事に関すること		運動不足に伴う問題について	
風邪等感染症に関すること		介護サービスに関すること	
住宅等の今後に関すること		要介護者の介護に関すること	
生活習慣病に関すること		プライバシー等の問題について	
子ども（子育て）に関すること		今後の生活に関すること	
経済面に関すること		その他（　　）	
その他（　　）		その他（　　）	

⑤関係機関との連携調整

連携機関：	内容：

様式 C-1　避難生活環境調査票（表面）

調査日：平成　　年　　月　　日（　　）　　調査者氏名：

避難所名：	電話：
責任者名：　　（施設代表住民代表、ボランティア）	
施設に関すること	
避難者数：　　人（定員　　人）　昼間の避難者数：　　人 避難場所　屋内（体育館、行動、集会所、教室・会議室等、廊下ロビー、その他（　　）） 屋外（テント、シート、簡易建物、自動車、その他（　　））	
飲食物に関すること	
主食	弁当、おにぎり、パン、その他（　　）
副食	缶詰、レトルト、その他（　　）
飲料	牛乳、ジュース類、お茶、ミネラルウォーター、その他（　）
配布方法	整理券、その他（　　）、責任者氏名（　　）
炊き出し	あり、なし（ご飯、味噌汁、　）（室内、屋外テント、）
運営	自主、ボランティア、その他　責任者氏名（　　）
個人持込食品	あり、なし（インスタントラーメン、ホット飲料、そうざい、その他）
残品処理	適、不適
非常用保存食糧	人・日分
保管場所	適、不適
飲料水　上水道 保管容器	復旧済み、復旧見込み（　月　日頃） ペットボトル、ポリタンク、大型タンク（非常用水）　日付　あり、なし
食品関係　その他	

様式 C-2　避難生活環境調査票（裏面）

居住に関すること	
施設　暖房	あり、なし　全館・個別（エアコン、電気ストーブ、石油ストーブ、こたつ）
換気	あり、なし　禁煙（全館、一部、なし）
清掃	している、していない　（自主、ボランティア、その他　　）
履き替え	している、していない
下敷き	あり、なし　（段ボール・発泡スチロール・たたみ・マット・その他　　）
乾燥	している、していない　（日光消毒・その他　　）
洗濯機	あり、なし
便所　既設	使用可能（　　か所）
簡易	あり、なし　（　　か所）　場所：校庭・公園・道路・その他（　　）
清掃	している、していない　（自主、ボランティア、その他　　）
手洗い　設備	あり、なし　（便所・洗面所・　　）（流水式・ため水・　　）
消毒	あり、なし
風呂　既設浴場	あり、なし
簡易浴槽	あり、なし
シャワー	あり、なし
廃棄物　保管場所	あり、なし　専用場所（　　）
居住環境関係　その他	
ペットに関すること	
飼育世帯	あり、なし
飼育動物	犬（　　頭）　猫（　　匹）　その他：　　（　　匹）
管理状況	配慮している、配慮していない
ペット関係　その他	
その他健康に関すること	

様式 d-1　　被災者健康相談個人票（表面）

No.

初回相談日：平成　　年　　月　　日	氏名
住所　〒	電話番号
既往歴	
自覚症状	循環器系
	消化器系
	感冒症状
	精神症状
	筋・骨格系
	その他
相談内容	
今後のフォロー　　あり、なし 現在の日常生活で必要な支援 １．医療受診　①内科　②外科　③整形外科　④精神科　⑤歯科　⑥その他（　　） ２．日常生活の介助や見守り ①移動　②排泄　③食事　④更衣　⑤清潔（入浴等）　⑥その他（　　） ３．心のケア ４．栄養管理 ５．健康チェック ６．生活支援（水・食事・衣服・トイレ・風呂・換気・ゴミ・騒音・その他　　） ７．その他	
医師氏名	

※被災状況の区分は自治体により基準が異なります。その自治体の区分で記入してください。

様式 d-2　　被災者健康相談個人票裏（面）

年月日時

様式ｅ　健康状況世帯票

記載日：平成　　年　　月　　日　　記入者所属・氏名：

調査場所	避難所、自宅、その他	自宅住所 (TEL)				ペットの有無 (種類：)
氏名　　(性、年齢)		続柄	治療中の病気 治療継続（服薬）	健康状態 （いつから）	介護の要否 介護度	現在の居場所
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
(　、　歳)			治療継続可・不可	不眠、便秘、 風邪、その他	介護　要・否 介護度（　）	
健康面・生活面で今困っている事、心配な事				自宅以外にいる理由 １．家屋が危険な状態 ２．家の中に入れない（家具等が壊れている） ３．ライフラインが止まっている ４．余震や二次災害が心配 ５．その他（　　）		
今後の保健師の対応　　必要　・　不要 １．緊急　（当日または翌日） ２．経過観察（　　週間後・　　か月後）						
備考						

様式ｆ　避難所相談対応票

対応日：平成　　年　　月　　日（　　）　**避難所名：**　　**担当者名：**

番号	氏　名	年齢	性	血　圧	相談内容
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	
				／	

様式ｇ　避難所における診察名簿

診察日：平成　　年　　月　　日（　　）	**診察時間：　　：　　～　　：**
診察医師名：	**避難所名：**

患者名簿

番号	氏　名	年齢	性	住所 電話番号	診察内容

様式 1-3-1-2　在宅要支援者被災調査票

調査日	平成　年　月　日　時　分ころ	相手方	1．本人　　2．家族（　　）　　3．その他
調査者		調査方法	1．訪問　　2．電話 3．その他（　　）

患者情報

患者氏名		患者住所		電話番号	
病名		医療機関		主治医	

被災情報

	被災状況と支援の必要性	支援対応緊急度
家屋	1．居住不能　　2．居住可能	1．直ちに　　2．経過追跡
病状	1．悪化搬送　　2．悪化自宅待機　　3．普遍	1．直ちに　　2．経過追跡
電気	1．停電　　2．通常	1．直ちに　　2．経過追跡
水	1．断水飲料水なし　　2．断水飲料水あり　　3．通常	1．直ちに　　2．経過追跡
酸素	1．1日の予備なし　　2．1日の予備あり	1．直ちに　　2．経過追跡
薬	残りの薬の日数	1．直ちに　　2．経過追跡
医療機器	1．使用不能　　2．使用可能	1．直ちに　　2．経過追跡
その他 必要な支援		1．直ちに　　2．経過追跡

保健所確認欄

アセスメント及び今後の方針	**【支援方法を変更する必要が　ある・ない　】（問題点があれば具体的に記入する。）**
今後の対応	**方法：1　訪問　　2　電話　　3　その他（　　）** **時期：　　対応者：**

様式 1-3-1-3　在宅要支援者療養状況基礎調査票

調査日	平成　年　月　日　時　分～　時　分	相手方	1．本人　　2．家族（　　）　　3．その他
調査者		調査方法	1．訪問（場所　　）　2. 電話 3．その他（　　）

患者情報

患者氏名	（　　年　　月　　日生）（男 、 女）	在住 市町村		療養 場所	1．自宅　　2．入院 3．入所（　　）
病歴等				使用 薬剤	
受給 医療費等	**1　重症認定（有 ・ 無）　2　身体障害者手帳（　　級）　3　介護保険（介護度　　）** **4　市町村難病患者助成金　5　障害年金（　　級）　6　特別障害者手当　7　福祉医療** **8　生活保護　9　その他**				

医療、介護等の状況（支援のキーパーソンに◎）

主治医 （専門医）	頻度（　　回 / 週・月）				訪問診療	頻度（　　回 / 週・月）		
その他の 医療機関	悪化時・レスパイト時の入院先： （レスパイトの頻度：　　）							
ケアマネ （職種）					訪問看護 （担当者 TEL）			
訪問介護 （担当者 TEL）					その他	医療機器担当者等		
サービス 利用状況		月	火	水	木	金	土	日	備考
	午前								
	午後								

災害時等への対応

災害への準備状況	**・確認や準備が（1　済んでいる　2　今後する予定　3　準備はしていない）** **・確認や準備が済んだもの** **（1　避難先　2　避難方法　3　医療機器の電源　4　常備薬** **5　その他：　　）**
災害時の心配事、特記事項	

その他

受容状況	**1　告知を受け、病気について受容、理解がある** **2　告知を受けたが、受容、理解が不十分** **3　告知は受けていない** 患者本人の受容状況（　　）　家族の受容状況（　　）
本人の希望 家族の思い等	

ADL、障害等

	項　目	障害の有無	障害ありの場合、生活に支障をきたすと考えられる内容を具体的に記入　特記事項など	
病状・障害	嚥下障害	有・無		
	構音障害	有・無		
	呼吸障害	有・無		
	排尿・排便障害	有・無		
	精神障害	有・無		
	運動障害	有・無		
	睡眠障害	有・無		
	辱創	有・無		
ADL等	食事・栄養	自立、部分介護、全介護	1　介助による経口摂取　2　胃ろう 3　中心静脈栄養　4　経鼻経管栄養	食事内容：
	入浴	自立、部分介護、全介護	1　介助で入浴　2　シャワー浴　3　清拭　4　入浴車	
	更衣	自立、部分介護、全介護		
	排泄	自立、部分介護、全介護	1　トイレ（介助）　2　ポータブルトイレ 3　尿器　4　差込便器　5　オムツ使用 6　カテーテル留置	排泄方法：
	移動	自立、部分介護、全介護	1　やや歩行困難　2　介助歩行　3　杖　4　歩行器　5　車椅子 6　ベッド上のみ	
	会話	自立、部分介護、全介護	1　筆談　2　意思伝達装置・パソコン　3　まばたき文字盤	
	使用機器等	1　なし　2　人工呼吸器（NIPPV・TPPV）　3　気管切開　4　吸引　5　吸入 6　酸素療法　7　胃ろう　8　その他（　　）		
	主な介護者等	1　配偶者　2　親　3　兄弟　4　子　5　子の配偶者（嫁・婿） 6　看護師　7　ヘルパー 8　その他（介護の協力者等：　　） 【介護のキーパーソンは：　　】		

保健所確認欄

アセスメント及び今後の方針	【支援方法を変更する必要が　ある・ない　】（問題点があれば具体的に記入する。）
今後の対応	方法：1　訪問　2　電話　3　その他（　　） 時期：　　対応者：

様式 1-7-1-1　大規模災害時における地区別応急救護所担当医師及び保健所担当者連絡リスト（例）

保健所	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
包括医療協議会	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
医師会	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
歯科医師会	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
薬剤師会	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
広域消防本部	０２６５－００－０００００	０９０－００００－００００（衛星携帯）
市災害対策本部	０２６５－００－０００００	０９０－００００－００００（衛星携帯）
（災害用医薬品）		
㈱や○○△△堂	０２６５－０００－００００	
鍋○㈱	０２６５－００－０００００	
（病院）		
市立病院	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
○田病院	０２６５－２２－５１５０	０８０－００００－００００（衛星携帯）
ＫＫ会記念病院	０２６５－２６－８１１１	０８０－００００－００００（衛星携帯）
ＫＹ会病院	０２６５－２３－３１１５	０８０－００００－００００（衛星携帯）
ＳＧ病院	０２６５－２２－０５３２	
ＳＧ脳神経外科病院	０２６５－２４－６６５５	０８０－００００－００００（衛星携帯）
西△病院	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
赤十字病院	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
厚生病院	０２６５－００－０００００	０８０－００００－００００（衛星携帯）
県立病院	０２６０－００－０００００	

地区別救護所

市町村	地　区	派遣医師（昼間）		地域別応急救護所	保健所 担当者
Ｉ市	ＫＨ	Ｕ医院	０２６５－００－０００００	ＫＨ公民館 ０２６５－００－０００００	Ｉ．Ｉ．
		ＨＴ医院	０２６５－００－０００００		
		ＧＴ医院（皮膚科）	０２６５－００－０００００		
		ＨＤペインクリニック	０２６５－００－０００００		
		（医）ＳＫ耳鼻科	０２６５－００－０００００		
		ＹＤ眼科医院	０２６５－００－０００００		
		（医）ＴＹ医院	０２６５－００－０００００		
		ＳＳ医院	０２６５－００－０００００		
		ＦＳ内科胃腸科医院	０２６５－００－０００００		
		ＫＮ医院	０２６５－００－０００００		
Ｉ市	ＨＢ	ＡＫ医院	０２６５－００－０００００	ＨＢ公民館 ０２６５－００－０００００	Ｓ．Ｈ．
		ＳＮ小児科医院	０２６５－００－０００００		
Ｉ市	ＭＲ	ＭＹ医院	０２６５－００－０００００	ＭＲ公民館 ０２６５－００－０００００	Ｎ．Ｋ．
		ＳＥ医院	０２６５－００－０００００		
		ＷＮ医院	０２６５－００－０００００		
		松村内科クリニック	０２６５－００－０００００		
		ＩＵ医院	０２６５－００－０００００		
Ｉ市	ＳＨ	ＳＨ診療所	０２６５－２９－６０１１	ＳＨ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｋ．Ｋ．
Ｉ市	ＫＨ	ＫＨ診療所	０２６５－００－０００００	ＫＨ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｙ．Ｓ．
Ｉ市	ＴＹ	ＣＹ診療所	０２６５－００－０００００	ＣＹ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｔ．Ｋ．
Ｉ市	ＴＺ	ＩＴ医院	０２６５－００－０００００	ＴＺ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｔ．Ｍ．
Ｉ市	ＫＺ	ＩＳ整形外科	０２６５－００－０００００	ＫＺ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｔ．Ｙ．
Ｉ市	ＴＯ	（医）ＨＢ医院	０２６５－００－０００００	ＴＯ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｋ．Ｋ．
Ｉ市	ＹＭ	ＨＧクリニック	０２６５－００－０００００	ＹＭ公民館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｆ．Ｋ．
Ｉ市	ＫＭ	市立ＫＭ診療所	０２６０－００－０００００	市立ＫＭ診療所 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｔ．Ｃ．

Ｉ市	ＭＳ	ＹＺ医院	０２６０－００－０００００	在宅介護支援センター ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｋ．Ｎ．
		（医）ＫＭ医院	０２６０－００－０００００		
ＡＣ村	ＡＣ	ＩＡ診療所	０２６５－００－０００００	ＡＣ村保健センター ０２６５－００－０００００	Ｙ．Ｔ．
	ＮＭ	ＡＮ診療所	０２６５－００－０００００	ＡＣ村ＮＭコアホール ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｄ．Ｋ．
ＡＣ村Ｓ		ＨＧ医院	０２６５－００－０００００	ＡＣ村ＨＧ医院 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｍ．Ｋ．
Ｍ町		ＮＴ内科循環器科医院	０２６５－００－０００００	Ｍ町民体育館 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｉ．Ｋ．
		ＮＭ医院	０２６５－００－０００００		
		ＭＫ診療所	０２６５－００－０００００		
		ＯＣ内科小児科医院	０２６５－００－０００００		
Ｔ町		ＴＭ整形外科医院	０２６５－００－０００００	Ｔ町総合福祉センター ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｍ．Ｎ．
		ＧＴ医院	０２６５－００－０００００		
		ＦＯ内科	０２６５－００－０００００		
		ＹＺ医院	０２６５－００－０００００		
ＴＫ村		ＭＵ医院	０２６５－００－０００００	ＴＫ村老人福祉センター ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｋ．Ｓ．
		ＫＳ医院	０２６５－００－０００００		
ＴＹ村		ＯＺ医院	０２６５－００－０００００	ＴＹ村保健センター ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｎ．Ｋ．
		ＹＳ医院	０２６５－００－０００００		
ＯＳ村		Ｏ村立診療所	０２６５－００－０００００	ＯＳ村立診療所 ０２６５－００－０００００	Ｗ．Ｍ．
ＨＲ村		Ｈ村国保直営診療所	０２６５－００－０００００	ＨＲ村国保直営診療所 ０２６５－００－０００００ ０８０－０００００－０００００	Ｋ．Ａ．

参考資料４．地域医療機関データベース

災害発生時に、地域の医療機関の機能を事前に把握しておくことが重要である。一つは、被災状況と地域の救急患者対応能力を比較することによって、より迅速に外部への医療要請の判断が可能になるからである。また、医療機関の医療法で定められた病床数以外で、どの程度患者を収容できるかを把握することも、要請判断を行う上での重要な情報である。もう一つは、医療機関の自家発電の燃料、水（医療用水、生活用水）等のライフライン情報を事前に把握し、関連機関と連携して医療機関を支援することによって、地域の医療能力を維持する一助になると考えるからである。

必要な情報については、病院や医師会など地域の医療関係者の協力を得て定期的に把握を行い、得られた資料については、医療、救急、行政など関係者で共有しておくことが重要である。

飯田保健所で用いている医療機関調査用紙を示した。本調査により飯田地域では、受け入れ可能なトリアージレベル赤の患者さんは５－10 人程度であることが分かった。また、収容可能患者数は、医療法上の病床数の 1.2 － 1.5 倍程度であることも明らかになった。医療機関のライフラインに関する調査は、定期的な調査を行うことで、上記の目的以外に、それぞれの医療機関が災害に向けて体制を整備するために一定の役割を果していることも明らかになっている。

参考例　地震等の大規模（自然）災害発生時における医療機関の状況等調査表（飯田保健所の例）

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記　入　者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（休日・夜間連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

地震等の大規模災害が発生した場合（外部からの人的援助や物資の供給が２日間程度遮断される可能性があります。）の、貴院における医療受入体制及び貴院のライフラインの状況について、貴院が被災されていないことを前提に御記入ください。なお、数値については概ねの数値（予想値）で構いません。

Ⅰ　医療受入体制について

１　災害時に傷病者を緊急的に受け入れる体制が整備されていますか。

例：マニュアルの作成、緊急時の参集体制等　　□有り・□無し

（有りとした場合、その内容をご記入ください）　↓

・マニュアルの有無　□有り　□無し

→ マニュアルを１部御恵与ください！

・医師、コメディカル等の参集体制　□整備済　□未整備

・災害時を想定した訓練の実施　□実施している　□実施していない

・その他（適宜その内容を記載してください）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　障害程度別の診療可能救急患者数は何人位ですか（トリアージ赤を中心に、貴院内のスタッフでご検討の上お答えください）。

⑴　トリアージ赤（１位　最優先治療群）　＿＿＿＿＿＿人位

⑵　トリアージ黄（２位　待機的治療群）　＿＿＿＿＿＿人位

⑶　トリアージ緑（３位　保留群）　＿＿＿＿＿＿人位

（コメント）

（注）トリアージの判断基準

色	優先順位	症　　状
赤	1　位	緊急治療を行えば助かりそうな人（大量出血、頭部や胸部の外傷等）
黄	2　位	治療の必要性はあるが待機可能な人（熱症、多数又は大きな骨折等）
緑	3　位	入院治療の必要がない人（手や指の骨折、小さな傷や火傷等）

3　障害程度別の入院を受入られる患者数は何人位ですか。

⑴　トリアージ１位（最優先治療群）　＿＿＿＿＿＿人位

⑵　トリアージ２位（待機的治療群）　＿＿＿＿＿＿人位

4　講堂（会議室）など臨時的に患者を受入れることが可能な施設（病室以外）はありますか。

□有り・□無し（有りとした場合、その内容をご記入ください）

□処置室　□待合室　□講　堂　□会議室（研修室）　□機能訓練室等

その他（　　）

5　建物は耐震構造となっていますか。

□いる・□いない・□不明・□その他（その他とした場合、その内容をご記入ください）

（コメント）

Ⅱ　ライフラインについて

（Ⅰで診療・入院可能とした患者数を想定してご記入ください）

1　停電時の自家発電装置はありますか。

□有り・□無し

▶（有りとした場合の自家発電維持可能時間：燃料の供給がされない場合）＿＿＿＿時間位

2　断水時の状況について

貯水する設備（貯水タンク・井戸・備蓄物品等）はありますか。

□有り・□無し（有りとした場合、その内容をご記入ください）

・飲料水の維持可能時間はどの位ですか。　＿＿＿＿＿＿時間位

・生活用水の維持可能時間はどの位ですか。　＿＿＿＿＿＿時間位

・透析等診療用に必要な水の維持可能時間はどの位ですか。　＿＿＿＿＿＿時間位

3　食料は何日分位確保されていますか。　＿＿＿＿＿＿日分位

4　医薬品は何日分位確保されていますか。　＿＿＿＿＿＿日分位

5　物資等の補給経路はありますか。　□複数有り　□有り　□無し

Ⅲ　行政機関等への要望等について

（下記について、国、県、市町村及び消防機関等に対する要望などご自由にお書きください）

1　災害に備えた準備体制について

2　災害時の支援等について

3　その他

― 御協力ありがとうございました。 ―

ご回答は、ＦＡＸ等によりお願いいたします。

飯田保健所（FAX　0265-53-0469）もしくは　飯田医師会（FAX　0265-22-1831）

参考資料１．保健所における災害急性期における優先業務について

大規模自然災害発生時においても、保健所は次に掲げる優先度Ａ及びＢの業務を行う。発災からの時間（急性期、亜急性期、慢性期、回復期）や被害や回復の程度に応じて、保健所が対応すべき事業内容は異なるので、事業継続計画の内容はその都度、変更することが合理的である。今回は、保健所通常業務の優先性という観点で、その優先度に応じ、①「優先度Ａ」：災害発生時においても、業務を中断すると市民生活や社会機能維持に重大な影響が生じるなど中断することが不可能な業務、②「優先度Ｂ」：現行では中断することは不可能だが、今後、その事業の実施内容を工夫することなどにより、中断することが可能となる業務、③優先度Ｃ：災害発生時においては、業務を中断しても市民生活や社会機能維持に与える影響が少ないなど中断してもとりわけ差し支えないと思われる業務、の３段階に分類した。

表Ａ　災害急性期における保健所の業務整理表の例（BCP 作成のための基礎表）

業務名（各係の事務分担表による）	優先度	業務量	備　考
総務課	ＡＢＣ	人	
健康危機管理、防災等に関すること	A		災害対策業務
苦情等連絡受けに関すること	B		医療体制の維持
所内の文書事務に関すること	C		必要最小限のもの
所内予算配当要求（流充用・戻入等）に関すること	B		必要最小限のもの
支出負担行為に関すること	B		必要最小限のもの
所長等の日程に関すること	C		
議会対応に関すること	C		
予算執行計画、決算の作成、提出に関すること	C		必要最小限のもの
財産・物品に関すること	C		
各種会議に関すること	C		
所内の連絡調整に関すること	C		
各種調査・回答等に関すること	C		
監査等に関すること	C		
医師臨床研修等に関すること	C		
診療所開設許可申請に関すること	B		必要最小限のもの
住民への情報提供に関すること	B		ホームページ更新ほか
各種統計調査の実施	C		
保健所事業概況等の作成	C		
保健所運営協議会に関すること	C		
保健所長会等に関すること	C		
各種統計データ等の収集、整理	C		
事務改善（事業評価）に係る調査等の実施	C		
三師会との連絡調整及び会議の開催	C		必要最小限のもの
保健・医療・福祉の連携に関すること	C		
各種許可・変更届出等の受理・進達	B		必要最小限のもの
各種表彰に関すること	C		
臓器移植等に関すること	C		
予算・決算等経理事務	C		必要最小限のもの

病院立入検査に関すること	B		緊急の場合のみ
診療所及び歯科診療所立入検査に関すること	C		緊急の場合のみ
医師等の免許に関すること	C		関係法令の改正が前提
病院の開設及び変更の許可、届出に関すること	B		医療法等の改正が前提
医療法人（病院）に関すること	C		医療法等の改正が前提
補助金に関すること	C		実施要綱等の改正が前提
診療所の開設及び変更の許可、届出に関すること	C		医療法の改正が前提
医療法人（診療所）に関すること	C		医療法等の改正が前提
歯科診療所の開設及び変更の許可、届出に関すること	C		医療法の改正が前提
医療法人（歯科診療所）に関すること	C		医療法等の改正が前提
救急告示医療機関に関すること	C		省令等の改正が前提
衛生検査所の登録及び届出に関すること	C		臨床検査技師法等の改正が前提
歯科技工所の届出に関すること	C		歯科技工士法の改正が前提
施術所の届出に関すること	C		関係法令の改正が前提
死体の解剖及び保存に関すること	A		死亡者が多数でた場合には市町村と協力
予算に関すること	C		
庶務に関すること	C		
医療機関等の調査、報告に関すること	A		被災状況、運営状況
その他医務に関すること	C		
地域医療対策に関すること	A		医療コーディネーター補助
健康づくり支援課（予防衛生係）	ＡＢＣ	人	
係全般の企画・運営進行報告等に関すること	C		
課内の予算・決算、物品管理、契約、連絡調整等	C		必要最小限のもの
係内の予算・決算、文書取扱・保管、支払等	C		必要最小限のもの
各種申請等の経由事務に関すること。	C		
養育医療の申請・交付等の経由事務に関すること。	C		
育成医療の申請・交付等の経由事務に関すること。	C		
特定疾患等の申請・交付等の経由事務に関すること	C		健康保険法等の改正が前提
難病患者等に関する相談支援に関すること。	A		在宅要支援患者支援
特定疾患等受給者情報の入力に関すること。	C		
特定疾患医療費の給付に関すること。	C		
ウイルス肝炎の等の申請・交付等の経由事務に関すること。	C		
ウイルス肝炎の等の情報入力に関すること。	C		
ウイルス肝炎医療費の給付に関すること。	C		
不妊治療費の給付に関すること。	C		
感染症発生・予防対応等に関すること。	A		災害時対策業務他
感染症発生動向調査に関すること。	B		災害時対策業務他
感染症診査協議会に関すること。	B		災害時対策業務他
結核患者の届出及び調査、管理に関すること。	A		入院勧告の場合直ちに

結核患者の医療費に関すること。	C		
予防接種事故・副反応報告等に関すること。	B		死亡・重篤の場合等は直ちに
所内体制整備及び感染防護物品の備蓄等に関すること。	B		災害対策業務
所内研修及び移送訓練等に関すること。	C		
感染症予防に係る普及啓発、健康教育に関すること。	A		避難所二次健康被害予防対策
感染症法に関すること。	B		死亡・重篤の場合等は直ちに
エイズ等に係る普及啓発等に関すること。	C		
ＨＩＶ抗体検査に関すること。	C		
肝炎検査・予防に係る普及啓発に関すること。	C		
肝炎検査に関すること。	C		
結核予防に係る普及啓発等に関すること。	C		
結核接触者健診等に関すること。	C		
結核指定医療機関に関すること。	C		
結核定期健康診断及び補助金交付に関すること。	C		
放射線業務・医療監視に関すること。	C		
予防接種の普及啓発、接種勧奨に関すること。	C		
予防接種法に関すること。	C		
原子爆弾被爆者対策に関すること。	C		
ハンセン病に関すること。	C		
係内事務の総括に関すること。	C		
係内の予算決算の総括・庶務に関すること。	C		
精神保健福祉法に基づく通報等	A		緊急度を勘案して対応
自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳申請事務	C		郵送受付等の対応
精神保健福祉法に基づく届出等	C		特例措置を求める。
歯科保健推進事業に関すること	C		
石綿による健康被害認定等に関すること	C		
健康グレードアップながの２１推進事業に関すること	C		
健康づくり啓発事業に関すること	C		
メタボリックシンドローム対策事業に関すること	C		
すこやか信州食育推進事業に関すること	C		
食育キャラバン隊派遣事業に関すること	C		
野菜を食べようキャンペーン事業に関すること	C		
食育推進連絡会議の運営に関すること	C		
食育ボランティア育成事業に関すること	C		
健康ウォーキングコース普及啓発事業に関すること	C		
たばこ対策推進事業に関すること	B		避難所の喫煙対策
専門的栄養指導事業に関すること	B		避難所のバランス食対策
市町村栄養士研修事業に関すること	C		
食生活改善推進員養成等に関すること	C		

健康・栄養調査等各種調査に関すること	C		国民、県民健康・栄養調査
特定給食施設等指導事業（研修会、巡回等）に関すること	C		
特別用途食品・栄養表示に関する相談、指導	C		
県民栄養室事業に関すること	C		
各種栄養指導健康相談に関すること	C		電話対応（緊急を要するもの）
栄養士・管理栄養士免許事務に関すること	C		
関係団体との連絡調整等に関すること	B		特殊食の手配など
細菌検査に関すること。	B		緊急の場合のみ（三類感染症）
臨床検査に関すること。	C		
その他試験検査に関すること。	C		
健康づくり支援課（保健衛生係）	ＡＢＣ	人	
相談指導	B		電話相談のみの対応
訪問指導	C		緊急度を勘案して対応
精神保健福祉法に基づく通報等	B		緊急度を勘案して対応
精神保健講演会家族学習会等・健康教育	C		
各種健康教育（出前講座を含む。）	C		
各種団体・機関との連携	C		
健康相談に関すること	B		電話対応
保健師研修に関すること	C		
学生実習・新任医師研修に関すること	C		
食品生活衛生課（生活衛生係）	ＡＢＣ	人	
旅館業に関すること（事務・立入）	C		
理美容所に関すること（事務・立入）	C		
クリーニング所に関すること（事務・立入）	C		
建築物における衛生的環境の確保に関すること	C		
興行場等に関すること（事務・立入）	C		
公衆浴場に関すること（事務・立入）	B		避難所二次健康被害予防策
遊泳用プールの衛生基準の確保に関すること	C		緊急の場合のみ（レジオネラ症等）
ねずみ及び衛生害虫の駆除等に関すること	C		
墓地等に関すること	A		緊急の場合のみ（墓埋法疑義等）
温泉に関すること（事務・立入）	C		緊急の場合のみ（レジオネラ症等）
薬事法関係について（事務・立入）	C		
毒物劇物取締法について（事務・立入）	C		
麻薬及び向精神薬取締法について（事務・立入）	A		緊急の場合のみ（盗難等）
野生大麻・不正けしの除去に関すること	A		緊急の場合のみ（事件性等）
薬物乱用防止対策に関すること	C		
献血の推進に関すること	A		緊急の場合のみ（血液不足時等）
医薬品・毒物劇物に起因する健康危害に関すること	A		緊急の場合のみ（漏洩事故等）
医薬品（ワクチン含む）緊急供給に関すること	A		薬剤師会と連携

上記の新規許可申請等に関すること	C		
課及び係内事務の総括及び庶務に関すること	C		
食品生活衛生課（食品衛生係）	ＡＢＣ	人	
食品衛生監視指導に関すること	C		
苦情処理に関すること	A		緊急の場合のみ（有症苦情等）
許認可事務に関すること	C		新規営業に限る
食品関係諸団体に関すること	C		
食品衛生法諸届出に関すること	C		
集団給食施設の衛生に関すること	C		
月報・統計その他資料の整理に関すること	C		
食中毒に関すること	A		避難所の食中毒予防
行政処分に関すること	C		
衛生教育に関すること	C		
食品衛生推進員・きのこ衛生指導員などに関すること	C		
食品収去検査に関すること	C		
食品衛生情報システム・電算処理に関すること	C		
不良食品に関すること	A		健康危害発生時のみ
係内事務の総括及び庶務に関すること	C		
食品生活衛生課（乳肉・動物衛生係）	ＡＢＣ	人	
狂犬病の予防に関すること	B		緊急の場合のみ（狂犬病発生疑等）
動物の愛護に関すること	B		避難所の動物管理
飼犬管理に関すること	B		避難所の動物管理
調理師・製菓衛生師試験に関すること	C		試験事務
調理師免許事務に関すること	C		
特定動物に関すること	A		緊急の場合のみ（特定動物逃走等）
魚介類（フグを含む）衛生に関すること	C		
乳肉衛生監視・指導に関すること	C		
苦情処理に関すること	C		
動物愛護会に関すること	B		避難所の動物管理
調理師会に関すること	C		
人畜共通感染症・動物由来感染症に関すること	C		
市場・原乳検査補助員に関すること	C		
死亡獣畜の処理に関すること	C		
乳肉・動物衛生関係月報に関すること	C		
上記の許可等に関すること	C		
係内事務の総括及び庶務に関すること	C		

上表においては、大規模自然災害急性期における保健所の係ごとの業務の優先順位付けを行ってある。

表Ｂは、平成 23 年４月末日現在の「正職員数（再任用職員を含む。管理職は除く。）（ア）」、「想定欠勤者数（イ）」、「通常業務対応者数（優先度Ａ及びＢの業務の最低必要人数）（ウ）」、及びそれらに基づき算出した「対策業務（災害対策）対応可能職員数」を整理した例である。

表Ｂ　対応可能職員数を基礎に、対策業務に対応する職員割り振りの例

	職員数 (ア)	欠勤者 (イ)	通常業務 (ウ)	対策業務 (ア) - (イ) - (ウ)	主な対策業務
総務課	4	2	1	1	各種会議、広報対応、相談対応、医療コーディネーター補佐（医療隊調整、薬流通、二次被害予防対策、など）、地域医療・福祉機関支援（人材確保、外部との調整、その他）、市町村支援（避難所二次被害予防対策）、在宅要支援患者対策、その他必要な事項
支援課予防衛生係	9	4	2	3	
支援課保健衛生係	9	4	2	3	
食品衛生係	6	2	1	3	
生活衛生係	2	1	1	0	

参考資料２．　発災からの期間別非常時優先業務（ＢＣＰ）の作成について

業務継続計画体制（BCP）を作成するにあたり、大規模な地震発災時に優先して実施すべき業務を特定しておく必要がある。具体的には、急性期においては、地域医療福祉コーディネーターの補助が大きな役割であり、そのためには、地域の被災状況（人的被害、医療機関の被害、福祉機関の被害等）、災害時緊急医療体制の稼働状況、地域救護所などの稼働状況、外部からの医療支援の状況等の情報を把握することが最も優先される。

発災後しばらくの期間は、各種の必要医療資源を非常時優先業務に優先的に割り当てるため、非常時優先業務以外の通常業務は積極的に休止するか又は非常時優先業務の継続の支障とならない範囲で業務を実施する。発災時に資源の制約を伴う状況下で業務継続を図るためには、優先的に実施する業務を時系列で絞り込むことが必要となる。そのため、非常時優先業務の候補となる各業務（災害救急医療対応業務、被災者対応業務、地域医療・福祉機能の再構築業務）を対象に、発災後のいつまでに業務を開始、再開する必要があるかを検討し、非常時優先業務として選定する。非常時優先業務の選定対象となる期間は、発災後の資源が著しく不足し混乱する期間及び業務実施環境が概ね整って通常業務への移行が確立されると考えられるまでの期間である。

選定にあたっては、次の選定基準を参照とする。

尚、業務担当者の選定には、非常参集の参集時間に見合った職員を選定する。また、平常時担当となっている者以外の者でも業務継続ができるよう、非常時優先業務について、書類・ファイルのある場所を明確にし、引継書・マニュアル等の作成、更新をしておく。

※業務開始目標時間別の業務の選定基準（例）

業務開始目標時間	該当する業務の考え方	代表的な業務例
①　１日以内	・初動体制の確立 ・被災状況の把握 ・広域応援要請 ・応急活動（救助・救急）での市町村への支援	１災害対応体制の立ち上げ業務（人、場所、通信、情報等） ２被害の把握（収集、伝達、報告） ３広域応援要請（警察、消防、DMAT 等） ４自衛隊災害派遣要請 ５応急活動（救護所など）に係わる市町村への支援
②　３日以内	・避難所など市町村業務支援 ・医療機関支援業務	１避難生活の向上に係る支援業務（保健師の派遣等） ２医療機関の機能維持に係るコーディネーターの支援（医薬品確保など） ３地域医療維持のためのコーディネーターの支援（調整業務） ４市町村支援（死亡者対応業務、防疫業務など）
④　２週間以内	・医療機関・福祉施設復旧に関する支援 ・避難所維持に関する支援	亜急性期の活動に加え、以下の業務を追加 １医療機関・福祉施設機能状況の把握と地域医療・福祉機能再構築の準備 ２避難生活の向上に係る支援業務（保健師の派遣等） ３救護所、避難所の継続期間に関する市町村支援
⑤　１か月以内	・地域医療・福祉機能の回復	１関連する必要な業務の遂行

参考資料３　　災害急性期における医療活動

１　都道府県（主管部局と保健所）

都道府県内に災害が発生した場合、都道府県は主管部局内に「災害医療本部」を設置し、災害時における医療活動の総合調整を行う。その際、被災地を管轄する保健福祉事務所（保健所）は、被災地に最も近い現地機関として、被災市町村と災害医療本部との間で双方の活動に協力する。

１－１　災害対策本部

震度６弱以上の地震が発生した時、又は知事が必要と認めた時は「災害対策本部」を設置する。

１－２　災害医療本部

災害対策本部が設置された時、又は健康福祉部長が必要と認めた時は、「災害医療本部」を設置する（第１章第２節参照）。

災害医療本部は、次に掲げる事項を行うため、災害医療コーディネートチームを置き、助言を受ける。

⑴情報収集

- **市町村、医療機関、関係団体等からの報告、又は調査により、医療機関の被災状況、傷病者の受入可能状況等を把握**
- **被災地の市町村、医療機関等に職員を派遣し、情報を収集**
- **医療機関（災害拠点病院、病院群輪番制参加病院）の被災状況等の把握（ＥＭＩＳの代行入力）**

⑵情報提供

- **災害医療本部設置を市町村、保健福祉事務所、関係機関に連絡**
- **電話、ＦＡＸ、電子メール等により、医療に関する情報（医療機関、医療救護所、ＤＭＡＴ、医療救護班、傷病者等に関する情報）を県災害対策本部・関係機関・報道機関等に提供**

⑶ＤＭＡＴの待機・派遣要請

- **ＤＭＡＴ指定病院に、ＤＭＡＴの待機・派遣を要請**
- **他都道府県又は国に、他都道府県ＤＭＡＴの派遣を要請**
- **ＤＭＡＴの活動拠点となる、災害拠点病院、広域的な医療搬送拠点等を指定し、関係機関に周知**
- **統括ＤＭＡＴ登録者と連携し、ＤＭＡＴ活動について調整・指示**

⑷ドクターヘリの待機・出動要請

・ドクターヘリ拠点病院に、ドクターヘリの待機・出動を要請
・関係消防機関に、ドクターヘリの離発着場の確保を要請
・他都道府県又は国に、ドクターヘリの応援派遣を要請

⑸医療救護班等の派遣要請

・市町村又は医療機関の要請により、日本赤十字社都道府県支部、都道府県立病院機構、被災地外の病院等に、医療救護班の派遣を要請
・他都道府県に、医療救護班等の派遣を要請

⑹傷病者搬送の調整

・市町村又は医療機関の要請により、傷病者の受入医療機関を確保し、関係機関に情報提供
・市町村又は医療機関の要請により、危機管理部にヘリの運航調整を要請
・被災地外又は他都道府県の医療機関への多数の傷病者搬送が必要な場合は、市町村と協力して被災地内に搬送拠点を設置
・他都道府県の医療機関への搬送が必要な場合は、国及び他都道府県に協力を要請
・ＤＭＡＴ、消防機関、医療機関、市町村等と連携し、広域的な傷病者搬送を調整・実施

⑺医薬品・医療用資器材等の確保

・市町村又は医療機関から医薬品・医療用資器材等の補給の要請があった場合は、日本赤十字社県支部、県医薬品卸協同組合、県医療機器販売業協会等に要請し、医薬品・医療用資器材等を確保

１－３　被災地を管轄する保健福祉事務所（保健所）

急性期においては、保健福祉事務所（保健所）は被災地の情報収集が主たる活動となるが、被災地の情報は、必ずしも保健福祉事務所を通さなければ県災害医療本部に伝達できないようなシステムは想定できず、状況に応じて対応することが必要である。

また、保健福祉事務所（保健所）は必要に応じ自ら被災市町村等へ出向き、情報収集するものとする。

⑴情報収集

・市町村、医療機関、関係団体等からの報告、又は調査により、医療機関の被災状況、傷病者の受入状況等を把握
・被災地の市町村、医療機関等に職員を派遣し、情報を収集
・医療機関（災害拠点病院、病院群輪番制参加病院）の被災状況等の把握（ＥＭＩＳの代行入力）

⑵情報提供

・電話、ＦＡＸ、電子メール等により、医療に関する情報（医療機関、医療救護所、ＤＭＡＴ、医療救護班、傷病者等に関する情報）を県災害医療本部・県災害対策本部地方部・関係機関・報道機関等に提供

⑶搬送拠点の設置

・災害医療本部の指示により、市町村と協力し搬送拠点を設置

⑷医薬品・医療用資器材等の配布

・災害医療本部の指示により、医薬品・医療用資器材を配付

２　被災市町村

災害の規模や発生した季節・時間、各市町村の実情などにより、被災市町村の実施可能な体制が異なるため、ここでは、被災市町村の災害対応の一例を記載する。

１　災害対策本部の設置

・各市町村の地域防災計画に基づき、災害対策本部を設置
・必要に応じ、現地医務班を設置し、医療救護活動を実施
・必要により、災害医療コーディネーター（チーム）の助言を得る。

◎現地医務班の役割
　災害時の医療対策の総合調整、情報収集、情報提供等
◎コーディネーター（チーム）の役割
　災害時の医療対策の総合調整、情報収集、情報提供に対する助言等
◎コーディネーター（チーム）の設置機関の例
　市町村災害対策本部、関係機関による広域的組織、災害拠点病院、保健福祉事務所　など
◎コーディネーター（チーム）の構成者
　郡市医師会関係者、災害拠点病院の医師　など

２　医療救護所の設置
・各市町村の地域防災計画に基づき、必要により医療救護所を設置
・住民に医療救護所の設置を周知
・医療救護所の設置・活動状況について、県に報告（随時）
◎基準：医療機関の収容能力を超える多数の傷病者が短時間に発生すると見込まれる場合　など
◎業務：傷病者のトリアージ、軽症患者への応急処置、傷病者の搬送手段の確保　など
◎場所：学校、公民館、保健センター　など

３　ＤＭＡＴ・医療救護班等の派遣要請
・医療スタッフ等が不足する場合は、県災害医療本部にＤＭＡＴ・医療救護班・歯科医療救護班・薬剤師班の派遣を要請

４　救急車による傷病者搬送の調整
・医療救護所の傷病者の搬送が必要な場合は、消防機関に搬送を要請
・医療機関から、傷病者の受入医療機関の調整の要請があった場合は、受入医療機関を調整（調整が困難な場合は、県災害医療本部に調整を要請）

５　ヘリコプターによる傷病者搬送の調整
・ドクターヘリの出動が必要な場合は、県に出動を要請
・ドクターヘリ以外のヘリコプターの出動が必要な場合は、消防機関又は県（危機管理部又は災害医療本部）に出動を要請
・傷病者の受入医療機関を調整・確保し、関係機関に情報提供（調整が困難な場合は、県災害医療本部に調整を要請）

６　広域的な医療搬送
・被災地外又は他都道府県の医療機関への多数の傷病者搬送が必要な場合は、災害医療本部に広域的な医療搬送の実施を要請
・必要により、県と協力して被災地内に搬送拠点を設置
・ＤＭＡＴ、消防機関、医療機関、県等と連携し、広域的な傷病者搬送を調整・実施

７　医薬品・医療用資器材等の確保
・医薬品・医療用資器材等が不足する場合は、災害医療本部に補給を要請

８　情報提供
・電話、ＦＡＸ、電子メール等により、医療に関する情報（医療機関、医療救護所、ＤＭＡＴ、医療救護班、傷病者等に関する情報）を関係機関・報道機関に提供

９　その他の応援要請
・その他医療に関する応援等が必要な場合は、近隣市町村又は県に応援等を要請

10　遺体収容所の開設
・多数の死者が予想される場合は、一時的に遺体を安置できる収容所を開設

３　被災地内の医療機関

災害の規模や発生した季節・時間、各医療機関の実情などにより、被災地内の医療機関の実施可能な体制が異なるため、ここでは、被災地内の主として病院の災害対応の一例を記載する。

１　被災状況の把握等
- 患者の安全確認、院内の傷病者への応急処置
- 施設・設備の被災状況の把握、早期復旧
- 放射性物質等による２次災害の防止
- 建物の崩壊等の危険がある場合は、患者等を避難
- 透析患者、心疾患患者等緊急を要する患者への対応が困難な場合は、他の医療機関への移送を調整
- テレビ、ラジオ等により災害情報を把握

２　被災状況の報告
- 被災状況、傷病者の受入状況等を県に報告（随時）
- 広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に、被災情報、傷病者の受入状況等を入力（災害拠点病院、病院群輪番制参加病院）

（入力された情報を、関係機関（消防機関、災害拠点病院、病院群輪番制参加病院、医師会、県）で共有）

３　院内災害対策本部の設置
- 院長を長とする災害対策本部を設置

４　災害時の医療体制への移行
- 不急の手術・検査・外来診療等の延期
- 多数の傷病者に対応するため、傷病者の流れを一定方向とする診療スペースの確保（受付、トリアージ実施場所、診療場所、遺体安置所等の確保）

５　トリアージ
- 傷病者へのトリアージ

６　診療
- 傷病者への診療・検査・手術等

７　ＤＭＡＴ・医療救護班等の派遣要請
- 医療スタッフ等が不足する場合は、県災害医療本部又は市町村に、ＤＭＡＴ・医療救護班・歯科医療救護班・薬剤師班の派遣を要請

８　傷病者の転院搬送
- 傷病者の転院搬送が必要な場合は、受入医療機関を確保し、消防機関に搬送を要請（確保が困難な場合は、県災害医療本部又は市町村に調整を要請）
- ドクターヘリの出動が必要な場合は、県災害医療本部に出動を要請
- ドクターヘリ以外のヘリコプターの出動が必要な場合は、消防機関又は市町村に出動を要請
- 広域的な医療搬送が必要な場合は、県災害医療本部又は市町村に実施を要請

９　医薬品・医療用資器材等の確保
- 医薬品・医療用資器材等については、原則、備蓄品により対応
- 医薬品・医療用資器材等が不足する場合は、市町村又は県災害医療本部に補給を要請

10　情報提供
- 入院患者、傷病者等の情報を把握し、家族等に提供（院内掲示、報道等による。）
- 広報窓口の設置
- 報道機関への対応（傷病者等のプライバシーの保護、医療活動の円滑な実施に配慮）

11　遺体の対応
- 遺体の検案

12　その他の応援要請

・その他医療に関する応援等が必要な場合は、被災地外の医療機関、市町村又は災害医療本部に応援等を要請

４　被災地外の医療機関

ここでは、主として救命救急センター等、日頃から救急医療・災害医療に関し対応可能な病院等での対応の一例を記載する。

１　被災地の情報把握

・テレビ、ラジオ、ＥＭＩＳ等により被災地の情報を把握

２　被災状況の把握

・患者の安全確認、施設・設備の被災状況の把握

３　受入可能情報等の報告

・被災がない旨、傷病者の受入可能数等を県に報告（随時）

・広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に、被災がない旨等を入力（災害拠点病院、病院群輪番制参加病院）

（入力された情報を、関係機関（消防機関、災害拠点病院、病院群輪番制参加病院、医師会、県）で共有）

４　災害時の医療体制への移行

・被災地の傷病者の受入が見込まれる場合は、不急の手術・検査・外来診療等を延期

・傷病者の受入体制の確保

５　診療

・傷病者への診療・検査・手術等

６　医療救護班の派遣

・都道府県又は市町村から医療救護班の派遣要請があった場合は、派遣の可否を判断し、派遣が可能であれば被災地に派遣

・派遣する場合は、要請元の県又は市町村に派遣の旨を報告

７　情報提供

・傷病者等の情報を把握し、家族等に提供（院内掲示、報道等による。）

５　災害拠点病院

災害拠点病院は、被災地内・被災地外の医療機関としての活動を行うが、ここでは、自病院に被害が無かったことを前提として、災害拠点病院独自の対応の一例を記載する。

１　受入可能数の把握

・被災地からの傷病者の受入可能数について把握し、ＥＭＩＳに入力するとともに、災害医療本部へ報告

２　医療救護班派遣準備

・県からの要請があれば、医療救護班（ＤＭＡＴを含む。）を派遣できるよう、準備

３　地域内医療機関の把握

・（可能な限り）地域内の医療機関の被災状況の把握

４　被災地からの傷病者の受入・治療・搬出

・被災地、県等の依頼により傷病者を受入、治療し、状態によっては、他の医療機関へ搬出

６　ＤＭＡＴ（ＤＭＡＴ指定病院）

ＤＭＡＴについては、ここで記載する内容のほか、「ＤＭＡＴ災害時活動マニュアル」により活動する。

１　待機

・都道府県から待機要請があった場合又は以下の自動待機基準に該当する場合は待機

①都道府県内で震度５弱以上の地震

②東京都 23 区で震度５強以上の地震

③その他の地域で震度６弱以上の地震

④東海地震注意情報

⑤大規模な列車転覆・航空機墜落事故

⑥その他ＤＭＡＴの派遣が必要な災害

２　派遣要請

・都道府県は、以下の派遣基準によりＤＭＡＴを派遣

①都道府県内で震度６弱以上の地震、死者２名以上又は傷病者 20 名以上の発生が見込まれる災害

②都道府県内の災害でＤＭＡＴの出動が効果的と認められる場合

③国又は他都道府県から派遣要請があった場合

（参考）

国は、被災県の要請により、各都道府県・国立病院機構等にＤＭＡＴの派遣を要請（ただし、当分の間、被災県の要請がなくても、緊急の必要がある場合は、国が各都道府県にＤＭＡＴの派遣を要請）

≪日本ＤＭＡＴの派遣要請基準≫

災害の規模等	派遣要請先
①震度６弱の地震、死者２人以上 50 人未満、又は、傷病者 20 名以上が見込まれる災害	県内
②震度６強の地震、死者 50 人以上 100 人未満が見込まれる災害	県内、隣接県、中部ブロック
③震度７の地震、死者 100 人以上見込まれる災害	県内、隣接県、中部ブロック、隣接ブロック
④東海地震、東南海・南海地震、首都直下型地震	全国

３　派遣

・ＤＭＡＴ指定病院は、派遣要請があった場合は、派遣の可否を判断し、ＤＭＡＴを派遣
（緊急でやむを得ない場合は、知事の要請前でも派遣可能）

４　活動体制

・都道府県は、地域の実情に応じ、ＤＭＡＴの指揮、関係機関との調整等を行う本部を設置

・統括ＤＭＡＴ登録者は、各本部等の責任者として活動

≪日本ＤＭＡＴ活動要領で規定するＤＭＡＴ関係の本部等≫

区　　分	設置場所	主な役割
ＤＭＡＴ調整本部	都道府県庁	被災地で活動する全ＤＭＡＴの指揮・調整 （災害医療本部の役割に含まれる）
ＤＭＡＴ活動拠点本部	災害拠点病院等	被災地で活動するＤＭＡＴの指揮・調整
ＤＭＡＴ病院支援指揮所	ＤＭＡＴが活動する病院	被災地の病院で活動するＤＭＡＴの指揮・調整
ＤＭＡＴ・ＳＣＵ本部	広域医療搬送拠点（ＳＣＵ）	ＳＣＵで活動するＤＭＡＴの指揮・調整
ＤＭＡＴ域外拠点本部	被災地外の搬送拠点・ＤＭＡＴ参集拠点	搬送拠点・ＤＭＡＴ参集拠点に参集したＤＭＡＴの指揮・調整

５　活動の原則

・　ＤＭＡＴは、医療機関、医師会等医療関係団体、消防機関及び行政機関等関係機関との密接な連携のもと、被災地での医療支援活動を行う。

７　ドクターヘリ（ドクターヘリ拠点病院）

ヘリコプターの運用については、ドクヘリ、防災ヘリを含め地域防災計画の中で包括的に定められていることから、ここではドクヘリについて主管部局との関係を簡単に記載する。

１　待機

・都道府県からの要請により、待機

・消防機関等に、災害による待機中である旨連絡

２　出動

・都道府県からの要請により、傷病者等を搬送

８　都道府県医師会

都道府県医師会は、独自のマニュアル（「都道府県医師会災害時医療救護指針」）を作成していることから、ここでは、都道府県との関係について簡単に記載する。

○　災害医療コーディネーターの派遣

・都道府県からの災害医療本部設置の連絡を受け、災害医療に関する助言を行う「災害医療コーディネーター」を災害医療本部に派遣

９　日本赤十字社都道府県支部

災害時における日本赤十字社の活動については、「日本赤十字社防災業務計画」により定められていることから、ここでは、簡単に記載する。

１　医療救護班の派遣

・支部長が必要と認めた場合は、医療救護班を被災地に派遣

・都道府県又は市町村から医療救護班の派遣要請があった場合は、派遣の可否を判断し、派遣が可能であれば被災地に派遣

・必要に応じ、本社又は近隣都県支部に、医療救護班の応援派遣を要請

２　傷病者の診療

・各赤十字病院で、傷病者を診療

３　血液の確保・輸送

・赤十字血液センターで輸血用血液を確保し、医療機関等の要請により緊急輸送

・血液が不足する場合は、移動採血車等による採血、本社又は近隣都県支部への応援の要請

10　医薬品卸協同組合・医療機器販売業協会

都道府県は、「災害用医薬品等備蓄事業実施要領」に基づき、緊急に必要とされる医薬品及び衛生材料を県下の主たる場所に常時備蓄している。ここでは、その内容を簡単に記載する。

１　医薬品卸協同組合は、都道府県の依頼により、搬送先に応じて備蓄個所を選定し、備蓄してある医薬品を指定された場所へ搬送

２　医療機器販売業協会は、都道府県の依頼により、搬送先に応じて備蓄個所を選定し、備蓄してある医療機器を指定された場所へ搬送

医療支援チームの受入れから撤収までの過程にみる医療救護活動の調整体制の課題
～東日本大震災津波における医療救護活動の調整の経験～

柳原博樹　岩手県宮古保健所

要旨：東日本大震災津波において宮古保健所が調整に関与した医療救護活動に関わる諸資料を用いて、医療支援チームの受け入れから撤収までの過程を検証し、広域・大規模自然災害における医療救護活動の調整体制の課題を検討した。第１にDMAT体制から移行した医療救護体制の構築、第２に災害のステージに対応した体制の見直し、第３に地元主体の体制へ移行する縮小・撤収の各過程を医師会との連携も含めて検討した。諸計画等の策定や訓練の実施などの事前準備の重要性と対応時における複数の調整機能の機動的な設置・運用を支援する組織を整備する必要性が示唆された。

A　目的

東日本大震災津波（以下「大震災」）において宮古保健所（以下「保健所」）が活動調整を担った医療支援チームの受入れから撤収までの過程を検証し、広域・大規模自然災害における医療救護活動の調整のあり方の検討に資する。

B　方法

大震災において保健所管内の宮古市及び山田町を中心に取り組まれた医療救護活動の調整過程について、地域の被災状況にかかる岩手県総合防災室公表資料、医療支援チーム（以下「支援チーム」）の活動日報及び同チームとのミーティング資料等を用いて、発災からの時期、活動した支援チーム数、活動調整の方針・体制、支援チーム受診者数及び地域医療機関の稼動状況の視点から記述し、検証した。

（倫理的配慮）

本研究は、人の健康に関する事象を対象としない質的研究であるため、倫理的問題はない。

C　結果

１　被災の概況

保健所管内は宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村により構成され、内陸中央から三陸海岸に至る、東京都、大阪府、神奈川県、香川県、佐賀県の各面積を超える広大な面積を有する人口は約92,700人の過疎地である（宮古市59,430人、山田町18,617人、岩泉町10,804人、田野畑村3,843人（平成22年10月1日現在））。

大震災により管内家屋の約24％（対世帯）が全半壊し、避難所避難者数は最大で18,000人を超えて管内人口の約19％に達し、避難所数は103か所となっていた。死者・行方不明者数は管内人口の約1.4％に相当し、最も死者・行方不明者数が多かった山田町では約4.0％に達した。同様に、宮古市では約0.9％、田野畑村では約0.8％、岩泉町では約0.06％となっていた（平成24年2月15日現在）。

２　医療資源の被災状況

岩手県の人口10万対の医療施設従事医師数は181.4（平成22年）で全国43位であり、その中で保健所管内の人口10万対の診療医師数は104.6と最も低い水準であった。こうした状況の中で、大震災により被災した医科医療機関は宮古市では31機関中14機関、山田町では5機関中4機関、岩泉町では6機関中1機関となっていた（平成24年3月1日現在）。

３　医療救護活動の調整過程の概況

保健所が調整した医療救護活動は宮古市及び山田町を中心に概ね次の3段階に応じて展開された（図表１，２，３）。

⑴体制の構築（～３月下旬）

保健所はDMAT体制から移行した医療救護体制の活動調整に3月19日から対応した。宮古市及び山田町にミーティング機能（調整会議）を設置・運営し支援チームの受入れや活動調整に取り組んだ。この段階での診療（診療内容や稼動日時を限定している場合を含む。以下同様）している医科医療機関数は宮古市19、山田町0であった。

⑵見直し（4 月中旬）

宮古市では医療救護体制の縮小・撤退を想定し、避難所への巡回診療を継続する必要性を検討するため、支援チームの活動日報の報告内容を修正して受診動向のモニタリングを継続した。山田町では、診療を再開した地元医療機関が当面担うことの困難な救急や休日・夜間診療に対応する体制（本部救護所）を導入した。この段階で診療している医科医療機関数は宮古市 29、山田町 3 であった。

⑶縮小・撤収（5 月～ 6 月）

宮古市の医療救護体制は、4 月中旬以降のモニタリング結果や支援チームの派遣計画を踏まえ、段階的に縮小し、5 月末で撤収した。山田町の医療救護体制については、本部救護所が 5 月上旬での評価結果や被災した県立病院が仮設診療所の開設時期を受けて 7 月上旬で、また、避難所への巡回診療は受診者の動向や支援チームの派遣計画を踏まえ段階的に縮小し、6 月末で撤収した。この段階での診療医療機関数は宮古 30、山田 3 であった。

以上のように宮古及び山田の被災状況等が異なったため、両地区における医療救護活動の調整は異なる経過をとった。

4　受入れから撤収までの過程における主な調整

医療救護活動の各過程において調整を要した事項への対応の概要は次のとおりである。

⑴体制構築の段階～受入れ数、活動調整の拠点、保健所の体制～

医療救護体制を構築する段階での問題は、支援チームの受入れ数と受入れ基本ルールの運用、活動調整を行う拠点の設置と活動調整を担う保健所の体制であった。まず、受入れチーム数の調整は、市町村の要請も踏まえ、あらかじめ保健所が設定した支援チームの活動するエリア毎におおむね被災者数 400 人に 1 チームを配置する方針で行った。支援チームの受入れ方式は緊急的に策定され、県が関係機関と設置した災害医療支援ネットワークに事前登録されたチームを受入れるものであった。仕組みの周知が十分でないこともあり、事前登録のないチームからの支援の申し出もあったが、基本的に受入れを行わないこととした。このようなケースは活動調整の期間を通じ散発的に生じ、その度ごとに基本ルールとその時点時点で変化する被災地のニーズ等を説明し支援をお断りした。次に活動調整を行う拠点については、山田では避難所となっていた小学校の一教室を拠点とすることとなった。一方、宮古では災害拠点病院に参集していた DMAT 等が引き続き同病院で活動調整を行うことを主張したが、保健所としては他の災害対応との全体的な連携・調整を行う必要性があることなどから県合同庁舎内にある保健所を拠点とすることとした。最後に活動調整の体制である。職員の業務分担上、保健所長及び主たる担当職員 2 人の体制で宮古市と山田町の医療救護活動の調整に対応しなければならない状況であった。このため、保健所長は、他に出席を要請される災害関連会議を状況に応じて欠席し、両地区で毎日開催されるミーティングへの出席を優先させた。

⑵見直しの段階～見直しの時期・内容～

体制の見直しの段階における問題は、見直しの時期・内容であった。まず、体制を見直しする必要性がミーティングや個別に支援チームから出されるようになった時期は、依然として宮古市、山田町とも受診者数に明らかな減少傾向がみられない 3 月下旬であった。ガレキに溢れ、ライフラインの復旧等も十分でなかったこの時期、今後の患者動向等を予測したうえで医療救護体制の縮小・撤退を検討することは我々としては想定しがたいものであった。確かに、宮古市では診療を再開する医療機関が増加し、山田町では避難所で支援チームとともに災害対応に従事していた地元医療機関が仮設診療所により診療を再開する動きが具体化していた。支援チームの意見は、このような現場の医療ニーズの変化を受けて、医療救護から地元医療機関の復旧支援、即ち地元主体の体制へ早期に誘導しようとする姿勢の表れであった。

このような状況を受けて山田町の支援チームの体制全体を徐々に縮小していくことを検討していた 4 月上旬、支援チームから体制見直しについて提案がなされた。山田町の地元医療機関が仮設診療所で診療を開始する計画の具体化を受けたものであった。提案の柱の一つは、最も受診者数の多かった一部救護所の機能・役割を見直し、その隣接する地域の仮設診療所等で診療を再開した地元医療機関が当面担うことが困難な救急トリアージや休日・夜間診療を担う体制（本部救護所の設置）に移行する機能分担と連携、地元主体の体制への移行を強く意識した提案であった。ミーティングにおいて全ての医療支援チームの全面的な賛同を得ることはできなかった

が、地元医療機関の意向、消防との調整も踏まえ、提案された内容を基本とする体制に移行する方針とした。なお、本部以外の救護所はこれまでの機能を継続することとした。見直した体制へ移行後、支援チームへの受診者数は一気に減少した。

一方、宮古市での医療救護体制の見直しは異なる経過をたどった。山田町と比較し、発災後早期から稼動する医療機関もあり、3月下旬には市内中心部の医療機関の多くが診療を再開していた。しかし、支援チームの受診者数は200人前後と発災早期から大きな変化が認められない状況であった。4月上旬、被災家屋の片付け作業その他のため避難所避難者が日中減少している状況を踏まえ、夜間診療を組み込むことを提案したが、ミーティングで賛同得られず導入しないこととした。一方、支援チームから「避難所の状況が疾病管理を中心とした医療ニーズから健康管理を中心とした保健ニーズへシフトしている」とする意見があり支援チームの体制を見直す必要性が高まっていた。このため、ミーティングで支援チームが報告する日報の内容を一部修正し、受診者数を健康管理、要診察、要処方、リハビリ、基幹病院紹介の4区分に計上・集計し、その動向をモニタリングしていく方針とした。

⑶縮小・撤収の段階～撤収時期の決定と方針の徹底～

体制の縮小・撤収の段階における問題は、撤収時期の決定と方針の徹底であった。なお、この時期から毎日実施していたミーティングの開催回数は週3回に変更した。

山田町の医療救護体制は、5月上旬に実施した運営評価の結果を踏まえ、本部救護所は休日・夜間診療体制に縮小した。また、本部以外の救護所4か所のうち3か所を廃止し当該地域は巡回診療で対応しながらその頻度を縮小していく方針とした。その際、いつまで体制を継続するかが問題となったものの、最終的には、本部救護所は被災した県立病院（救護所）が仮設診療所を開設する7月上旬まで、避難所への巡回診療は6月末まで継続する方針をミーティングでとりまとめた。5月上旬の時点で避難所のライフラインは相当復旧されていたが、仮設住宅の整備の見通しは明らかでなく、避難者数が2,000人を越えていた時期での方針決定であった。この方針のもと、日中の診療には対応しないこととした本部救護所を受診する患者には地元医療機関への受診勧奨を行い、また、本部救護所を設置している地域以外についても巡回診療体制も縮小しつつ、地元医療機関への受診勧奨を行うこととした。この方針を受け診療を再開した全ての地元医療機関の稼働状況等を独自に調査し、その結果を踏まえ地元主体の体制への移行を更に提案する支援チームがある一方で、本部救護所での日中診療の実施や巡回診療を行う地域の拡大を提案する支援チームもみられた。このような活動方針の不徹底は時に不要の衝突を生むことにもつながった。このような経過を辿りながら、支援チームの撤収は方針どおり実施された。この時点での山田町の避難者数は約1,400人であった。

宮古市の医療救護体制は、4月下旬、巡回診療の頻度を段階的に縮小し、5月末で撤収する方針とした。4月中旬から開始したモニタリング結果が受診者の80パーセント超が健康管理や軽易な診察の対象となる程度で、また、基幹病院に紹介を要する割合が1パーセントに満たないことを示したことや医療支援チームの派遣計画を踏まえたものであった。支援チームが撤収した時点の宮古市の避難者数は約1,800人であった（図表4）。

5　医療救護体制の構築から撤収までの過程における地元医師会との調整

地元医師会との調整は、医師会による巡回診療の実施、緊急時に対応した医療機関・薬局の処方ルールづくり、支援チームの活動方針等に関して実施したが、主に宮古市での対応にとどまった。

発災後、地元医療機関の医師が自発的に災害拠点病院への支援や避難所への巡回診療に従事していたが、地元医師会としての活動は開始されていなかった。そこで、3月中旬、保健所が医師会による医療救護活動の開始を要請した。医師会は、保健所が主催するミーティングとは別に、有志医師会員、支援チーム（一部）、薬剤師会、医薬品卸売業者、宮古市、保健所長等による災害医療救助等合同対策会議を開催し、支援チームの活動状況を情報共有するとともに、医師会による巡回診療、処方（せん）のルール化（当面1週間とし、1週間毎に薬の供給量の動向を把握し対応見直し）等について協議・方針決定を行った。同会議は4月上旬まで週1回開催され、以降は、医師会（総務会等）と保健所長が医師会による巡回診療や支援チームの縮小・撤収の方針

等の確認や調整を行った。医師会の巡回診療は、宮古市中心部に近い避難者数の多い避難所を対象として夜間（18：00 ～ 20：00；宮古市保健師同行）に実施され、徐々に頻度を縮小して5月末まで継続された。一方、山田町への医師会としての医療救護活動については、宮古市内で稼動した医療機関への受診者の増大に伴う診療負荷や被災医療機関の復旧状況、山田町での支援チームの活動状況等を踏まえ医師会に対し要請しない判断をした。なお、医師会による山田町への支援については、保健所の調整による医療救護とは別の対応として母子保健における健診事業等において実施された。

D　考察

1　医療救護体制の構築について

DMAT 体制から支援チームによる医療救護体制に移行する際に活動拠点の設置場所など様々な問題が生じた。このような問題が生じた一因としては、地域防災計画やマニュアル等において DMAT 体制から支援チーム体制への移行に関する規定や地域における関係機関の役割分担と連携、指揮命令系統などの事前調整が不十分であったこと、地域で実施していた急性期対応の災害医療訓練の内容などが挙げられる。このため、災害時の医療救護体制の構築に当たっては、まず、地域防災計画等に必要な事項を規定する必要がある。そのうえで、地域において地域防災計画等の方針を踏まえて関係機関の役割分担と連携、指揮命令系統などの事前調整を行い、いくつかのシナリオに基づき継続的に災害医療訓練に取り組み、災害対応の基本型を徹底しておくことが体制構築の重要な要素と思われる。

災害時には事前想定と異なる状況への対応が求められる。こうした事態への対応の基本は、事前に調整した対応をまず徹底することであり、その結果を踏まえて次の対応を判断することである。災害急性期から亜急性期、さらに避難所設置が長期化した場合の対応と各段階における関係機関の役割分担と連携、指揮命令系統などを含むシナリオを事前に想定・調整し、図上・机上を含めた訓練において関係機関が相互の役割や権限を確認し理解を深めながら、必要な改善に継続的に取り組んでおくことが災害時の医療救護体制を構築する鍵になると思われる。

今回の大震災においては、医療救護活動の調整を担った当保健所に対し人的支援はなされなかった。本報告のとおり、広域・大規模自然災害では市町村単位に複数の調整機能を設置・運営せざるを得ない状況になる。広域・大規模自然災害において現地での医療救護活動を広域的な組織で調整するのか、市町村単位で行うのかは災害の規模や対応する行政主体の組織力に応じて機動的に判断される必要がある。どのような調整体制を執る場合でも保健所が一定の役割を担うことが想定されるところであるが、本報告でも示したように、支援チームが入れ替わり、保健所の人員体制に制約がある中で活動方針の徹底を図ることは容易ではなく、単独の保健所が対応できる災害の規模には限度がある。保健所が医療救護の調整活動を担うとするならば災害の規模等に応じた対応力を発揮できるよう人的支援を行う体制の整備に取り組む必要があると思われる。

2　支援チームの撤収について

⑴医療ニーズと安全・安心のバランスの視点

避難生活が長期化する中で被災者の医療ニーズは変化する。3月下旬以降、再開する医療機関も増加し、支援チームの活動日報の内容も医療ニーズ、特に救急的な対応を要するものの減少を示すものであった。医療ニーズの減少や地元医療機関の再開のみの視点から判断すれば、支援チームの撤収をより早期に行う選択肢もあったと思われる。今回、この選択をしなかった理由は、医療ニーズの視点だけでは支援チームを撤収していく判断ができなかったということになる。仮設住宅の整備が進まず、避難所生活が長期化する避難者に生じる不眠、高血圧などの心身の様々な不調や感染症予防などいつ緊急的な対応を要するかわからない問題が微妙なバランスを保ちながら潜在化していると体感していたからである。別の視点からみると、支援チームの毎日の活動が避難者の安全・安心感、救急的な医療ニーズの減少につながっているという直感にもとづく判断である。この判断のもと、長期にわたる支援チームの活動を要請したことになる。この選択の判断は他地域での支援チームの活動状況と比較・検証する必要があると思われる。

⑵機能分担と連携の視点

一方で、今回の一連の過程は、可能な限り早期の段階から支援チームの撤収をイメージすることが重要であることを示すものと思われた。その際の重要

な視点は、山田町での医療救護体制に見るように機能分担と連携にあると思われる。山田町の医療救護体制は、地元医療機関が復旧していく過程を阻害させず、その時点で担うことができない機能を補完する体制に移行しつつ撤収していった。この過程は、機能分担と連携の視点が災害時においても重要であることを示す事例と思われる。こうした対応については、他の事例も含めてより広い視点からの検証も必要と考えるが、日頃、医療計画等に基づき医療連携体制を進める立場にありながら、災害時に適応させる発想ができなかった経験は次に活かされるべきものと考えている。

3　医師会活動との連携について

1で述べたように、災害時における保健所と地元医師会との連携については事前に調整がなされていなかった。こうした状況で、地元医師会としての医療救護活動は、宮古市中心部の比較的大規模な避難所を対象とした巡回診療として実施され、宮古市以外の町村へ支援するまでの体制は敷かれなかった。今回の大震災への対応に見るように、多く医療機関が直接被災し、またはライフラインに障害が発生する混乱の中で、医師会による災害対応として、避難所への巡回診療等と医療機関の診療再開のどちらにより軸足を置くかの選択は災害の規模に応じて判断されるものと思われる。

避難所で行うことができる診療には限度があるため、医療機関が診療を再開した場合は、施設・設備のより安全な当該医療機関への受診を誘導することはひとつの選択肢である。その結果として、多くの患者が受診し、当該医療機関には通常時に比較し過大な診療負荷が加わることになる。また、診療を容易に再開できない医療機関の場合、支援チームとともに救護所や避難所巡回に対応することもあり得る。被災地で診療を再開した多くの医療機関に同様の状況が生じている段階で、これらの対応に加えて地域医師会として広域的な医療救護活動を展開するかどうかの判断は発生した災害の個々の状況により異なると言わざるを得ない。避難所への巡回診療と医療機関での診療のバランスは、事前調整した想定される災害への対応の選択肢を踏まえ、災害の規模（広域や局所など）や支援チームの活動、医師会の体制など個々の実情に応じて判断され、実施される必要があると思われる。

D　研究発表

1　論文発表

1）　柳原博樹：特集　震災医療－来るべき日への医療者としての対応：震災対応システム－災害前にできること：災害医療コーディネーター：行政の視点から．内科 110（6）：910 － 914, 2012.

2　学会発表

2）　柳原博樹：広域・大規模自然災害における医療救護活動の調整体制の課題 . 第 71 回日本公衛学会総会抄録集 59（10）：484, 2012.

E　知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

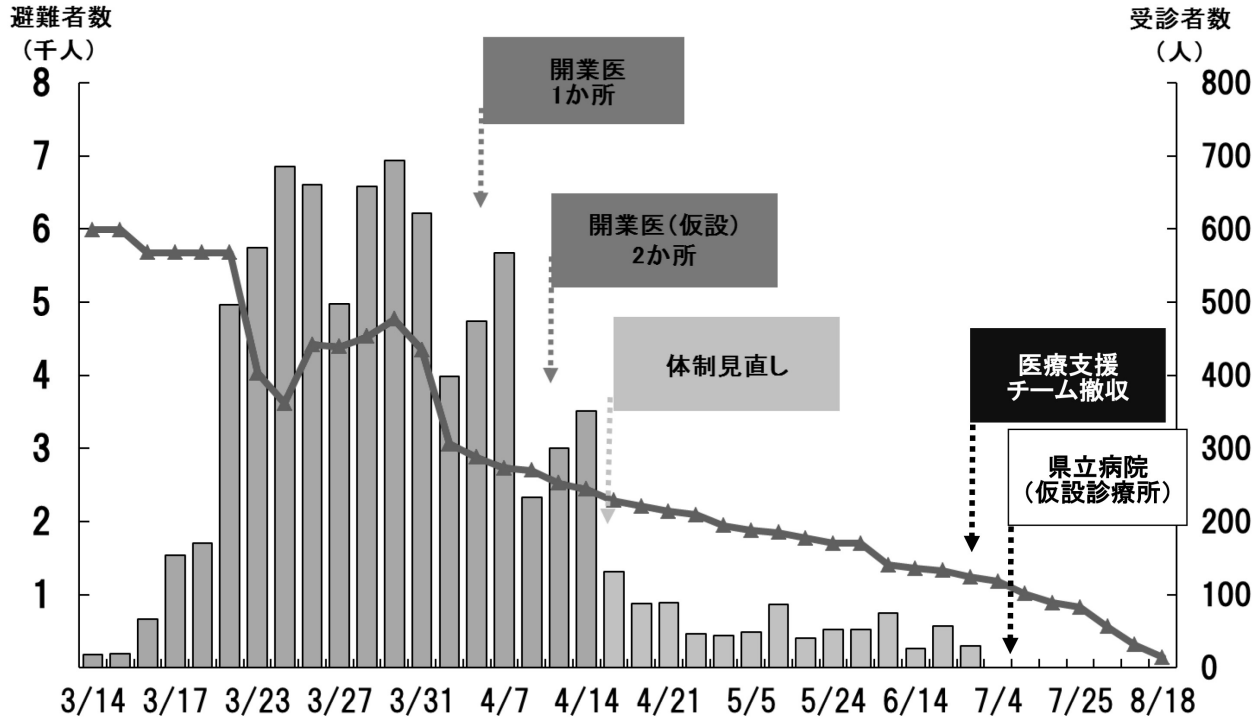
1．特許取得　なし
2．実用新案登録　なし
3．その他　なし

図表1　医療救護活動の調整過程（概況）

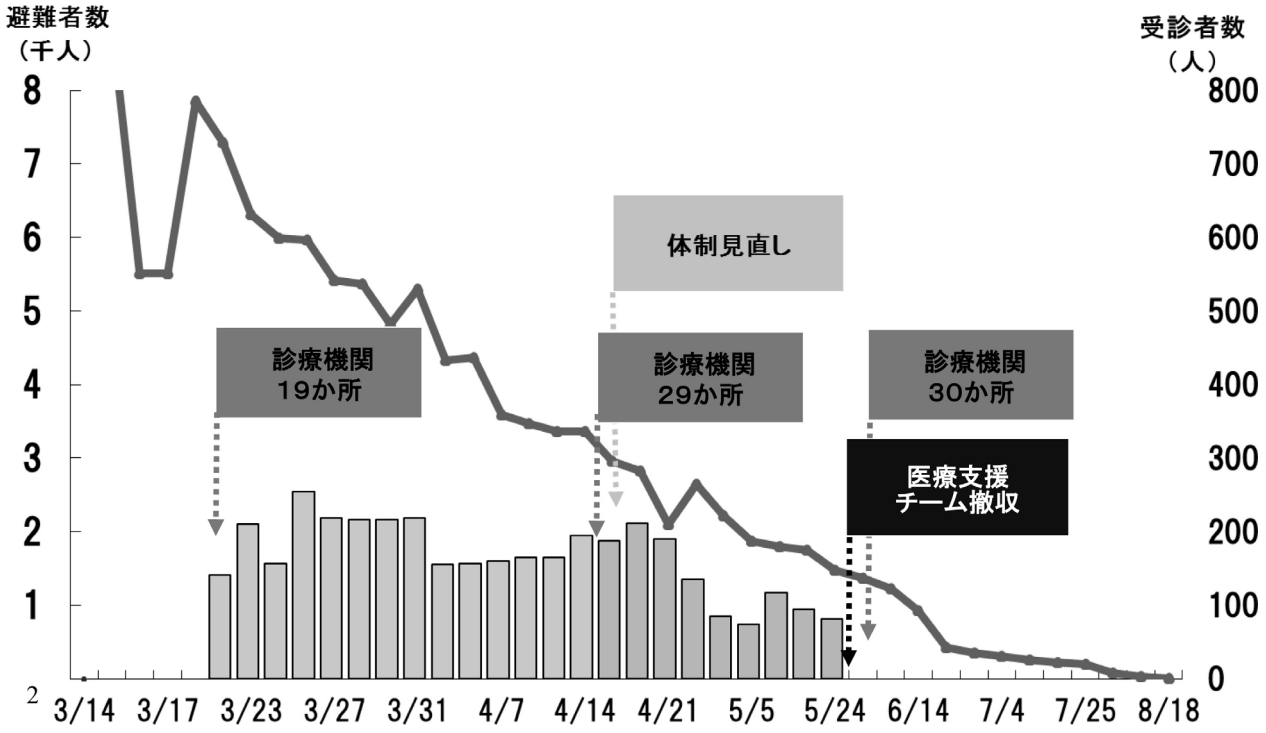
区分		医療救護体制			
		構築（3月下旬）	見直し（4月中旬）	縮小（5月上旬）	撤収時
宮古	避難者数（人）	約5,300	約3,900	約2,500	約1,800
	支援チーム数	10	9	5	3
	調整活動	調整会議運営 救護所（巡回） 巡回診療	モニタリング（修正）	巡回診療（回数減）	5月末
	稼動医療機関数	19	29	30	30
山田	避難者数（人）	約4,300人	約3,400	約2,800	約1,200
	支援チーム数	12	9	5	3
	調整活動	調整会議運営 救護所（巡回）	救急トリアージ 休日夜間対応 救護所（巡回）	巡回診療（回数減）	6月末 5月上旬 7月上旬 6月末
	稼動医療機関数	1（0）	3（2）	3（2）	4（3）

注）上表中、山田の「稼動医療機関数」の括弧内数値は「仮設診療所」の数であること。

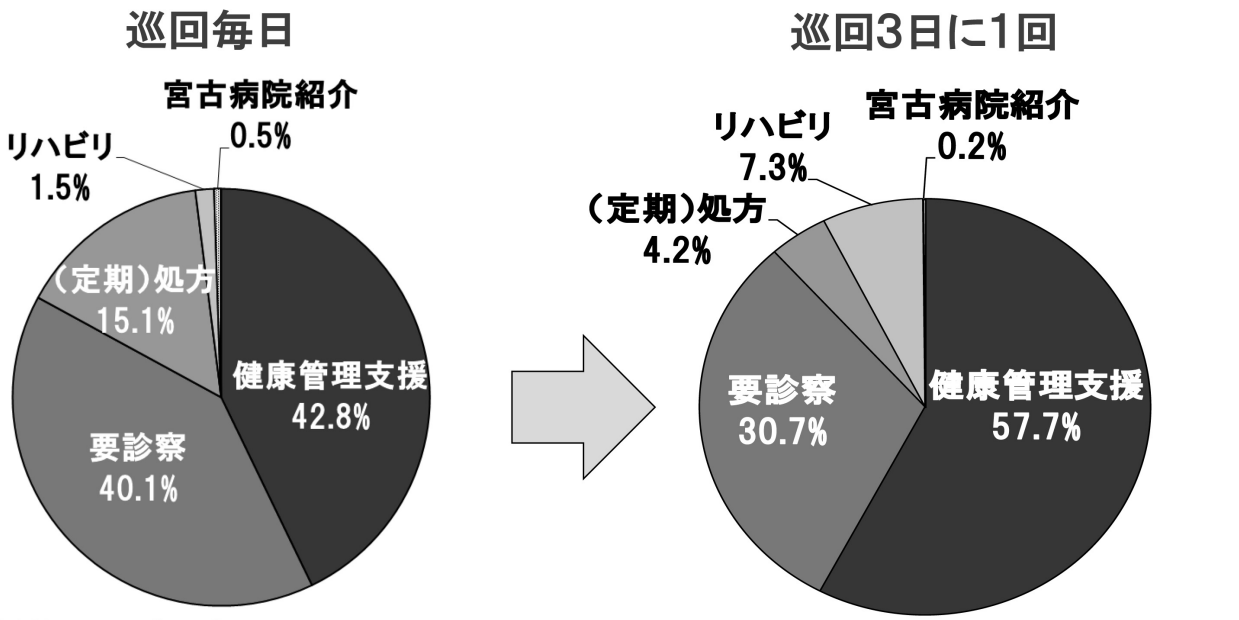
図表2　避難者・受診者数等の推移（山田）



図表3　避難者・受診者数等の推移（宮古）



図表4　受診内容のモニタリング（宮古）



＜期間＞　平成23年4月13日～4月24日
＜延受診者数＞　1,711人(回)

＜期間＞　平成23年5月10日～5月25日
＜延受診者数＞　662人(回)

大分県における災害時保健所機能の強化
～保健所災害時対応マニュアルの策定と九州北部豪雨における検証～

研究分担者　藤内　修二（大分県中部保健所）

研究要旨：大分県における保健所災害時対応マニュアルの作成に向けて取り組みを紹介するとともに，平成24年7月九州北部豪雨における対応から，その有用性について検証した。
大分県保健所災害時対応マニュアルの策定に当たっては，以下のような点を重視した。
①保健所が被災することも想定し，代替施設への移動についても記載したこと
②事前の準備から発災後の各フェーズの対応についても検討したこと
③各係がいま何をしているか，全体像の把握が容易にできるシートを作成したこと
④県の地域防災計画の改定と連動させ，地域防災計画と整合性のとれたものにしたこと
九州北部豪雨における対応の検証から，以下のような点が指摘された。
①指揮命令系統上，災害時の組織は，平時の組織と整合性が取れたものにすること
②避難所における健康支援については，柔軟な対応ができるようにしておくこと
③各作業について優先順位や法的な根拠を確認しておくこと
④被災者の訪問調査票など，必要な様式を事前に作成し，収載しておくこと
今後，地域の実情に応じてカスタマイズした保健所毎の対応マニュアルが必要と考えられた。

A．目的

東日本大震災では，保健所をはじめとする行政機関も被災したことにより，保健医療チームの調整がスムーズに行われず，避難所等の生活環境の改善が遅れるなど，災害時の公衆衛生機能不全がクローズアップされた。こうしたなか，災害時の保健所機能の強化が求められている。

本報告は，大分県において，災害時の保健所機能強化のために策定した保健所災害時対応マニュアル（以下，対応マニュアル）について紹介するとともに，九州北部豪雨における対応について，対応マニュアルの有用性を検証し，課題を分析したので，報告する。

B．研究方法

大分県において平成23年度に行われた対応マニュアルの策定に向けての検討経過（その背景，検討プロセス，検討内容，検討結果）を紹介するとともに，平成24年7月九州北部豪雨の際の対応について検証し，対応マニュアルの有用性とその課題について検討した。

C．研究結果

1．対応マニュアルの策定

1）策定の背景

大分県では，自然災害分野の健康危機管理体制の強化を図るため，平成22年度事業として，保健所災害時対応マニュアルの策定に取り組んでいた。マニュアルの素案ができ，いよいよ決裁という段階で，平成23年3月11日の東日本震災を経験した。

対応マニュアル素案では，保健所が被災することを全く想定していなかったことから，平成23年度1年間をかけて，見直すことにした。

見直しにおいては，保健所が被災した場合の支援体制として，同時に検討を進めていていた災害時公衆衛生対策チーム（以下，DPAT）の役割を盛り込むとともに，同じく23年度中に行われた大分県地域防災計画の改訂作業と連動させ，地区災害対策本部における保健所の役割等についての記載との整合性を担保することを狙った。

2）策定プロセス

策定においては，福祉保健部の主管課である福祉保健企画課の職員（保健師1名，事務職1名）と健康危機管理の担当課である健康対策課職員（事務職1名，保健師1名，獣医師1名）で事務局を担当し，県内各保健所から招集した職員15名（事務職7名，保健師3名，薬剤師2名，獣医師2名，診療放射線技師1名）からなる策定委員会を組織した。

３）対応マニュアルの概要（表１- １，１- ２）

本対応マニュアルは，大分県地域防災計画に基づき，大規模な自然災害発生時に，保健所が市町村と連携し，迅速かつ適切に対応できること，発生後の被害の復旧にあわせた柔軟な対応がとれること，あわせて，発生時に備えた準備体制を整えることを目的とした。

このため，「Ⅱ　平常時の事前措置」を盛り込んだこと，発災後の各フェーズ，特に 72 時間以後の対応についても，具体的に記載した。

「Ⅲ　災害発生時の体制」では，地区災害対策本部の中で，「保健所班」として独立した組織になっていることが大きな特徴である。従来の地域防災計画では，機能別に保健所職員が複数の班に配属されていたが，保健所による迅速な判断や機動力が活かされるように，保健所班として，独立させたのである。

保健所班は，図１に示すように，保健・医療活動支援係，総務・企画調整係，衛生・廃棄物係の３係からなるが，24 年４月の時点では，「市町村支援係」を含めた４係体制であった。これは，後述する九州北部豪雨での対応の検証に基づいて，３係体制になったものである。

「Ⅳ　災害発生時における対応」では，初動期（災害発生時～），緊急期（～ 72 時間以内），応急期（概ね３日以降１か月まで）に分けて，フェーズ毎に３係の業務を具体的に記載している。特に，初動期においては，保健所が壊滅的な損害を受けた場合，代替施設に移動する旨を明記している。

表２に保健所班各係の事務分掌を示す。衛生・廃棄物係の業務は 20 項目にも及ぶが，これらの業務が一時期に求められる訳ではない。他の係の業務についても，発災からの時間経過により，求められる業務が異なってくる。そこで，表３に示すようなフェーズ毎の保健所班各係の事務分掌表を作成した。

こうしたフェーズ毎の事務分掌表を作成したことにより，保健所における災害対応の全体像が見えるようになり，今，どの部分の作業をしているかがわかる，いつまで，現在の作業が必要で，次にどのような作業が必要になるかがわかる，他の係が今，どんな作業をしているかがわかり，係間の連携や協働が容易になるといった効果が期待できる。

また，フェーズ毎に，どの作業に職員を集中配置すればいいかがわかることから，限られた職員を有効に使うことができる。また，どの時点で，外部からの応援が必要かわかり，効率的な応援職員の配置も可能になることが期待される。

２. 九州北部豪雨における対応

１）九州北部豪雨の概要

2012 年７月 11 日から７月 14 日にかけて，九州北部を中心に発生した集中豪雨で，福岡県，熊本県，大分県の３県で 26 名の死者が出た。豊肥保健所が対応した大分県竹田市における被害は，人的被害（死者数２，負傷者２），家屋の被害（全壊 17 棟，半壊 24 棟，床上浸水 150 棟以上）であった。

２）大分県豊肥保健所の対応（表４）

７月 12 日（発災当日）

竹田市中心部を流れる玉来川が氾濫したとの情報を得た，豊肥保健所は竹田市役所に連絡要員２名（保健師１，事務職１）を派遣。連絡要員からの報告に基づき，３名の保健師の派遣を決定した（豊肥保健所は竹田市から 22 ｋｍ離れており，全く被害はなかった）。

また，在宅人工呼吸器使用患者の安否を確認するとともに，備蓄物資の提供・運搬を行った。

７月 13 日（発災２日目）

派遣された５名の保健師は市役所保健師とペアを組んで，市内４か所の避難所における被災者の健康管理を支援。

被災した竹田市立こども診療所の再開に向けては，総務・企画調整係と保健・医療活動支援係が協同で，情報収集・提供を行った。

衛生・廃棄物係は，避難所の環境衛生や水道の被害状況について情報収集し，市内の断水地域マップを入手。

７月 14 日（発災３日目）

断水による影響が懸念される透析医療機関に対して，透析継続に向けての調整を行った。

平成 24 年３月に創設された DPAT の試行的派遣について検討。縮小したメンバー（公衆衛生医師１名，保健師１名）での派遣要請を決定。

７月 15 日（発災４日目）

被災住民の健康管理の支援や水道の被害状況等についての情報収集を継続。

DPAT が活動を開始。竹田市の各関係３課の担当者から現状の保健福祉活動状況について，ヒアリングを行い，今後２日間のスケジュールを決定。

7月16日（発災5日目）

衛生・廃棄物係は，被災したペットの保護と返還を開始。

DPATは災害時の保健活動計画策定の支援，通常の保健活動再開に向けた計画策定の支援を行った。

7月17日（発災6日目）

総務・企画調整係は県内市町村間の災害派遣応援協定，看護協会の災害派遣ナースについて説明し，その受け入れに向けての調整を実施。

DPATは竹田市の保健福祉関係課の連絡会を開催し，健康増進課，保険課，福祉事務所から，現状報告（現在の業務内容，課題，協議事項を報告）をしてもらい，課題の共有を図った。

連絡会では，DPATから以下の4点の提案を行った。①保健福祉に関する被害の情報共有と今後の情報共有のルールづくり，②今後の災害保健活動（浸水世帯への訪問調査等）を行う際の基礎資料，③通常の保健業務再開に向けての計画策定支援（業務量の分析シート），④他市町村からの保健師派遣を要請について検討を行うための資料。

この連絡会での決定事項の取り扱い，定期的な開催の方針を確認し，DPATは撤収。DPAT撤収後は，DPATメンバーとして派遣された豊肥保健所の保健師が，竹田市への支援を継続し，DPATの活動との連続性を担保した。

7月19日（発災8日目）

今後の保健活動について副市長に説明。

災害廃棄物の処理について，市清掃センターと協議。

7月20日（発災9日目）

避難所閉鎖後の対応について，市と協議。

7月23日（発災12日目）

市の職員の健康管理について，市と協議。

7月25日（発災14日目）

被災者の健康管理支援の保健師派遣を終了。

4）対応マニュアルの検証

平成24年8月24日，九州北部豪雨に対応した4保健所の職員による，検証会議が行われ，対応マニュアルの見直しに向けて，以下のような指摘がなされた。

①保健所班の「市町村支援係」について

図1に示した保健所班の3係は，保健・医療活動支援係が地域保健課，総務・企画調整係は健康安全企画課，衛生・廃棄物係は衛生課というように，平時の保健所の組織と整合性がとれており，班員の構成や指揮命令系統についても混乱はない。一方，「市町村支援係」は各課からの混成チームとなり，誰が指揮を執るのかも明確ではない。

災害発生時には迅速に班編成をすることが求められるが，3係体制の方がすぐに稼働することが期待できる。そもそも，災害時の対応は市町村が主で，保健所はそれを支援するという構図であり，あえて「市町村支援係」を作る必要性はないという意見も出された。

こうした議論を経て，対応マニュアルは3係体制に修正され，「市町村支援係」の事務分掌は他の3係に割り振られることになった。

②避難所における健康支援のあり方

今回の豪雨では，避難所における健康支援が自治体によって大きく異なっていた。市が避難所の健康管理をし，保健所は在宅避難者への家庭訪問を実施した地域もあれば，当初，保健所が避難所の健康管理を行い，市の保健師に引き継いだという地域もあった。

対応マニュアルでは，「保健医療活動支援係」の事務分掌として，「市町村保健衛生部局が実施する保健衛生活動に対する助言」という表現にとどまっており，具体的な支援については，記載されていない。現在，策定中の市町村の地域防災計画の中で，避難所における健康支援がどのような形で行われるのかを確認しながら，保健所の支援のあり方について，具体的に検討することが必要であるが，災害の規模等により避難所の開設状況が大きく異なることから，柔軟な対応ができるようにしておくことが望まれる。

③対応の法的な根拠や優先順位の確認

今回の豪雨では本庁からの指示もあり，難病患者など保健所が把握している災害時要援護者の安否確認を最優先で行ったが，そのことに対する疑問が寄せられた。

対応マニュアルでも，保健医療活動支援係の事務分掌として「保健所が把握する医療依存度の高い難病患者等の安否確認及び保健指導」が明記されているが，本来，災害時要援護者に対する個別支援計画の策定は，市町村の役割であり，難病患者や医療依存度の高い小児慢性特定疾患患者などは保健所が安否確認をするという棲み分けにも疑問が残る。大分

県では平成 23 年度事業として，人工呼吸器を在宅で使用している難病患者等についての訪問調査を行い，その情報を市町村に提供して個別支援計画の策定を促している。超急性期の保健所の作業として，最優先されるべき作業は何かを検討することが必要であろう。

④様式集への追加

今回，各被災地では，浸水世帯への訪問調査を実施したが，その際，訪問調査票等の様式が事前にあればよかったという意見が出された。対応マニュアルの巻末に「様式集」として，災害時の公衆衛生活動で活用できる様式を紹介しているが，そのなかに在宅被災者への訪問調査票の様式を追加することにした。

D．考察

保健所の災害時対応マニュアルは保健所内のコンセンサスづくりと関係機関とのコンセンサスづくりという２つの意義がある。

保健所内のコンセンサスづくりとしては，大規模な自然災害発生時に保健所がどう対応するのか，そのためにどのような事前の備えが必要かを明らかにするとともに，各フェーズにおける関係機関との連携について，職員一人一人が確認することが期待される。

関係機関とのコンセンサスづくりとしては，保健所が災害発生時にどのような対応をするのかを明示することで，県の他部局や市町村，医療機関，消防などの関係機関が，保健所との具体的な連携についてイメージしやすくなり，関係機関の策定する防災計画やマニュアルの中に，保健所の役割を明確に位置づけてもらうことにもつながることが期待される。

今回，全国保健所長会で実施した調査では，災害時対応マニュアルを策定している保健所は 63.3％であった。こうした意味で，大分県における取り組みは，決して先進的なものではない。ただ，今回の大震災を受けて，県の地域防災計画と連動しながら，対応マニュアルを作成したこと，発災後の対応を見据えて，事前の取り組みについても記載を充実させたこと，超急性期から慢性期に至る公衆衛生対策を想定して，フェーズ毎の役割について記載したことなどは，他の保健所にとって参考になるのではないかと考える。

また，平成 24 年７月に発生した九州北部豪雨における保健所の対応から，対応マニュアルの検証し，必要な改定を行うなど，PDCA サイクルに基づく取り組みになっていることも評価に値しよう。

現在，大分県中部保健所では，県の対応マニュアルをベースに，保健所の対応マニュアルを作成中である。海抜２ｍの海辺にある当保健所は，南海トラフを震源とする大地震に伴う津波で，壊滅的な被害を受けることが想定されている。地震発生時には，まず一時避難所まで避難し，津波警報が解除された後，保健所の代替施設（海抜 35m にある市民健康管理センター）に移動して，保健所を再稼働させることになっており，こうした対応も含めた対応マニュアルにすることが求められている。

自然災害発生時の保健所対応マニュアルは不可欠なものであり，未策定の保健所において，早急に策定すべきことは言うまでもない。既に，策定済みの保健所においても，保健所が被災することも想定すること，事前の準備から発災後の各フェーズの対応についても検討すること，県の地域防災計画及び管内市町村の地域防災計画との整合性のとれた対応マニュアルへと改定することが望まれる。

対応マニュアルの策定に際しては，災害時に求められる公衆衛生機能について，再確認をすることが重要である。表５は災害時に求められる公衆衛生機能についてまとめたものであるが，平時に求められる公衆衛生機能と本質的には同じである。こうした作業を通して，災害時の危機管理機能だけでなく，平時の保健所全体の機能が強化されることを願う次第である。

E．結　語

大分県保健所災害時対応マニュアルの策定に当たっては，以下のような点を重視した。

①保健所が被災することも想定し，代替施設への移動についても記載したこと

②事前の準備から発災後の各フェーズの対応についても検討したこと

③各係がいま何をしているか，全体像の把握が容易にできるシートを作成したこと

④県の地域防災計画の改定と連動させ，地域防災計画と整合性のとれたものにしたこと

九州北部豪雨における対応の検証から，以下のような点が指摘された。

①指揮命令系統上，災害時の組織は平時の組織と整合性が取れたものにすること
②避難所における健康支援については，柔軟な対応ができるようにしておくこと
③各作業について優先順位や法的な根拠を確認しておくこと
④被災者の訪問調査票など，必要な様式を事前に作成し，収載しておくこと

今後，各保健所の実情に応じてカスタマイズした対応マニュアルの策定が必要であるが，マニュアルの作成に際して，災害時に求められる公衆衛生機能について，再確認をすることが重要である。

F．研究発表

なし

G．知的財産の出願・登録状況

なし

表１－１　大分県保健所災害時対応マニュアルの概要（改定後）

Ⅰ　マニュアル作成にあたって
　１　目的
　２　本マニュアルの前提条件
　　（１）災害の種類：地震，津波，豪雨，台風，火山噴火等の自然災害
　　（２）災害の規模：広域応援要請を必要とする規模，災害救助法が適用される規模
　　（３）活動の内容：大分県地域防災計画，災害対策本部条例に基づき保健所が行う活動

Ⅱ　平常時の事前措置
　１　初動体制の強化
　　（１）職員の初動体制
　　（２）災害時必要な物品等の確保及び明示
　　（３）保健所に備蓄されている救助物資
　２　関係機関との連携強化
　　（１）医療体制確立のための事前措置
　　ア　医療機関に対するEMISの周知と保健所による代行入力についての相互理解
　　イ　各医療機関における耐震化の状況把握
　　ウ　災害時の傷病者受入許容量の確認
　　（２）被災者の保護・救護のための事前措置
　　ア　各市町村の地域防災計画等を参考に，被災者保護・救護のための役割分担と支援，協力体制，具体的支援内容の確認を行う
　　イ　管内消防，警察等と連絡窓口，担当者の確認
　　ウ　地区災害対策本部（振興局）と以下の事項を確認
　　保健所が行う災害応急対策および保健所が使用不可の場合の代替施設
　３　防災訓練，シミュレーションおよび研修の実施
　　（１）防災訓練への参画
　　（２）保健所における研修及びシミュレーションの実施
　　災害発生時の参集訓練や初動対応訓練（保健所機能復旧を含む）の企画・実施

Ⅲ　災害発生時の体制
　１　広域応援体制の確立
　　（１）地区対策本部を振興局に設置　（県内６か所）
　　本部長：振興局長
　　副本部長：保健所長，土木事務所長，警察署長，教育事務所長
　　（２）地区対策本部の組織
　　被災者救援班，物資支援班，保健所班，通信・輸送班，社会基盤対策班，総務班
　２　動員配備
　　（１）参集条件　【勤務時間外の場合】
　　（２）勤務時間外における参集場所
　　（３）参集時の注意事項

表１－２　大分県保健所災害時対応マニュアルの概要（改定後）

Ⅳ　災害発生時における対応

１　災害発生時における各期の対応

（１）初動期（災害発生時～）

ア　二次災害を防ぐため，建物の外壁のひび割れや窓ガラスの破損状況などを観察し，建物内部の被害がある場合，１人では建物には入らない

イ　複数名・集合した後，庁舎に入る

ウ　登庁できた職員全員で，保健所機能復旧に着手

エ　登庁できた職員の名簿を作成し，総括責任者を決定し，福祉保健企画課へ報告

オ　住所の関係で，本務場所以外の職場に参集した保健所職員の安否確認を行う

カ　保健所長室等に保健所活動本部を設置する

キ「参集途上情報報告書」をとりまとめ，地区災害対策本部へ報告する

ク　地区災害対策本部（振興局）が設置された場合，必要に応じて，職員１名を地区情報室員として，地区災害対策本部へ参集する

（２）緊急期（～ 72 時間以内）

ア　保健所活動本部の設置・運営

保健所長を本部長，各課長を副本部長，各班総括を本部員とする。所長，課長，各班総括が参集できない場合は，次席の者を持って充てる。

イ　各係の編制

時間が経過し，登庁職員が暫時，増えてきた場合は，総務・企画調整係，保健・医療活動支援係，衛生・廃棄物係の編制を行い，係の総括責任者を決定する。

係の編制ができない場合は，業務の優先順位を決定し，時間的経過及び地域のニーズを勘案し，傾斜配分を行う。

（３）応急期（概ね３日以降１ヶ月まで）の対応

保健所は，被災地域の医療・保健衛生ニーズを把握し，各派遣チームと連携し，被災者の救援及び健康被害の拡大防止，環境衛生対策を行う。

保健所は，「災害時公衆衛生対策チーム」と連携し，避難所を含めた被災地域全体の調整役として，各班の業務を実施する。

特に，医療・保健衛生活動については，災害時保健医療ネットワーク会議（地域災害医療対策会議）に参画し，県を通じて地域に派遣される各種支援チームの活動支援拠点として，活動調整を行い，避難所等に派遣する。

Ⅴ　様式集

Ⅵ　資料集

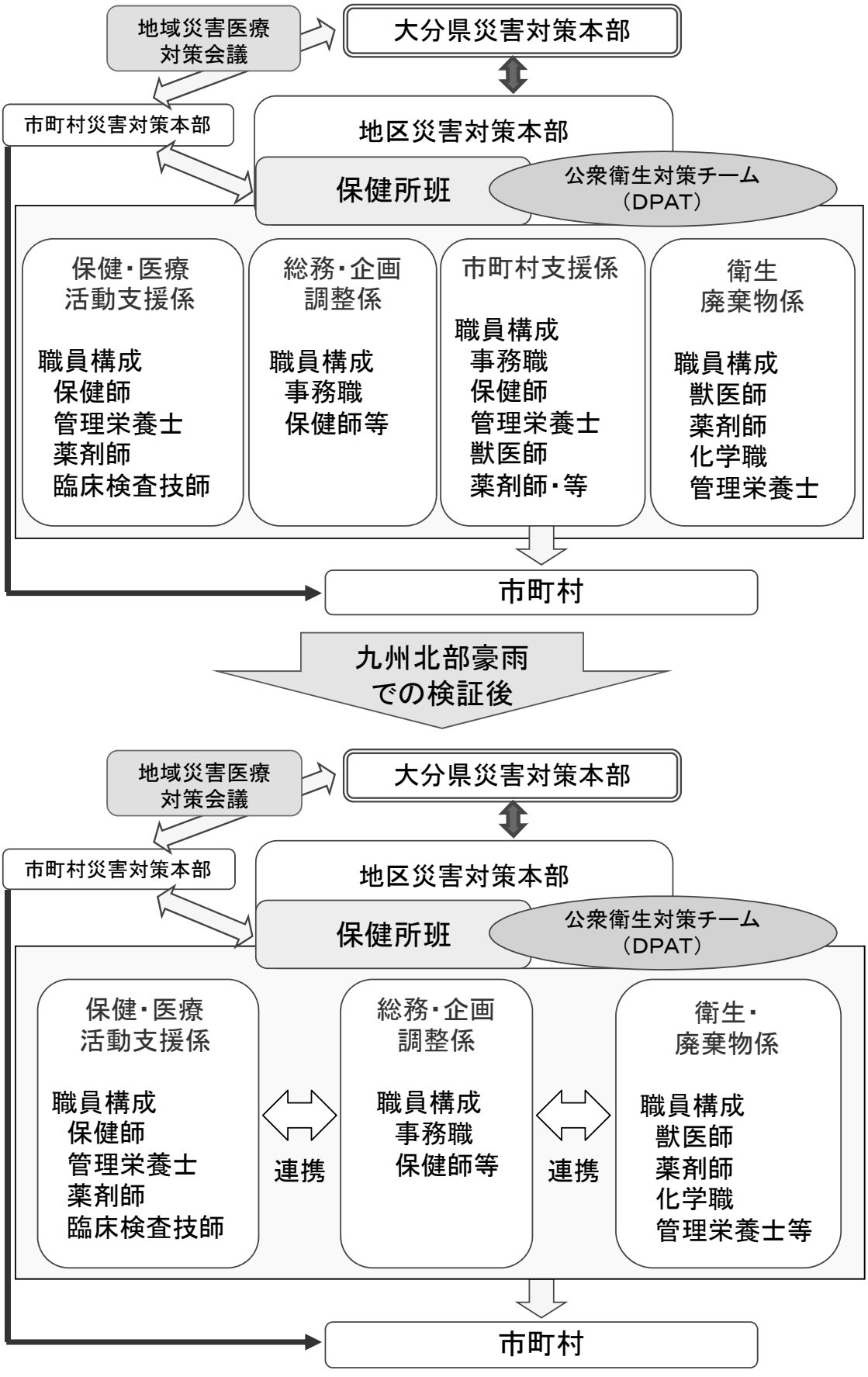


図1　地区災害対策本部保健所班の組織

表２　保健所班各係の事務分掌（改定後）

総務・企画調整係

a　保健所活動本部の運営事務
b　県災害対策本部，市町村災害対策本部，本庁主管課や近隣保健所等との連絡調整，情報提供
c　所内各班の連絡調整，情報集積
d　応援職員，派遣職員の派遣要請及び受け入れ調整
e　EMIS による管内医療機関の被害状況把握および緊急医療活動支援ニーズの把握
f　市町村の被災状況及びニーズの把握

保健医療活動支援係

a　医療救護所の設置状況の把握（所在地及び収容人数等の規模等）
b　保健所が把握する医療依存度の高い難病患者等の安否確認及び保健指導
c　医薬品等の調達要請への対応
d　市町村保健活動状況把握及び保健衛生ニーズの把握
e　市町村保健衛生部局が実施する保健衛生活動に対する助言
f　避難所等の栄養実態調査及び指導

衛生・廃棄物係

a　所内の検査機器等の被害状況調査
b　水道施設の被害状況調査
c　飲料水の検査及び住民への情報提供
d　毒劇物取り扱い施設の被害状況調査
e　食品営業施設，公衆浴場等の被害状況調査
f　食品衛生に関する指導
g　消毒にかかる市町村担当部局との連絡調整
h　産業廃棄物処理施設の被害状況調査
i　市町村廃棄物処理施設の被害状況の把握と市町村広域対応の調整
j　廃棄物の収集場所及び処分方法の調整
k　浄化槽の被害状況調査とし尿処理にかかる市町村広域対応の調整
l　水質汚濁防止法及び大気汚染防止法特定施設の被害状況調査
m　特定動物飼養施設の状況把握
n　動物取扱業者の状況把握
o　動物の保護，一時預かり，飼い主捜し
p　火葬場等の被害状況調査
q　死体の処理及び埋葬に関する情報の集約・広報
r　温泉地の被害状況
s　仮設トイレ設置にかかる関係団体等との連絡調整
t　避難所や災害廃棄物仮置場等における衛生面からの技術指導

表3 保健所班各係の事務分掌（フェーズ毎）

		1H	3H	6H	9H	12H	24H	36H	48H	60H	72H	4日目	5日目	6日目	1週間目	2週間目	4週間目	5～8週間目
総務企画調整係	1．職員の安否確認と本庁主管課への報告	職員の安否確認と福祉保健企画課への報告																
	2．保健所活動本部の運営	保健所活動本部の定期的な開催																
	3．地区災害対策本部（振興局）との連絡調整市町村災害対策本部への事務職員の派遣	連絡員の派遣										状況に応じ情報収集						
	4．本庁主管課との連絡調整	（事業課へは各班から）																
	5．近隣保健所との連絡調整			被災状況の情報交換														
	6．災害対応業務に必要な物品・資機材の準備	各係からの要望に基づき、調達又は県への要請																
	7．保健所庁舎被害箇所の復旧	被災状況の確認　簡易な修理の実施　発注																
	8．管内市町村の被害状況の情報収集	保健所活動本部の定期的な開催																
	9．管内医療機関の被害状況および稼働状況の確認	EMISでの確認・電話確認・訪問確認　必要に応じ代行入力										稼働医療機関の稼働状況　必要支援の確認						
	10．EMISの入力要請及び代行入力																	
	11．ネットワーク会議への参画																	
	12．応援職員・派遣職員の派遣要請と受け入れ調整							県庁との調整　受け入れ後の活動調整は、各班対応								派遣終了時期の検討協議		
	13．保健所内各班の連絡調整・情報集積		適宜　本部会議・係会議等を開催															
	14．医療・保健衛生・防疫活動に必要な情報の収集	各係が収集した保健衛生・医療情報の集約・整理																
保健・医療活動支援係	1．医師会、市町村間等との連携による医療・保健活動の調整		市町村間の調整（緊急医療体制）									市町村間の調整（慢性期医療体制）						
	2．各種派遣チームのローテーションの調整　保健衛生活動情報の集約							県外からの派遣保健師等の業務内容・活動場所等の管内自治体間調整										
	3．医療救護所の設置運営状況の把握																	
	4．医薬品等の確保状況の把握および調達要請					薬務室・薬剤師会等との調整				→ 通常搬送方法へ移行								
	5．医薬品業者の被害状況調査	聞き取り調査																
	6．保健所が把握する災害時要援護者の安否確認および保健指導					市町村・派遣保健師との連携（情報の共有等）												
	7．避難所サーベイランスの実施									市町村と協力し集団感染の可能性を早期に探知								
	8．保健衛生活動情報の集約と広報									情報収集、広報、情報提供								
	9．市町村保健活動の支援					市町村・派遣保健師との連携（情報の共有等）											市町村業務再開支援等	
	10．避難者への栄養改善活動									市町村・派遣栄養士等との連携　集団給食施設の巡回、状況調査　避難所等の食事調整・救援食料の調整							栄養実態調査	
	11．被災市町村職員等への健康相談														市町村人事担当の調整により助言、実施			
衛生・廃棄物係	1．所内の検査機器等の被害状況調査	現地調査																
	2．水道施設の被害状況調査	聞き取り調査		被災があれば環境保全課と給水対策														
	3．飲料水の検査及び住民への情報提供						水道事業者・市町村を通じ広報指導											
	4．毒劇物取り扱い施設の被害状況調査	聞き取り調査		被災事業所があれば対応														
	5．火葬場等の被害状況調査	聞き取り調査																
	6．温泉地の被害状況											調査実施						
	7．特定動物飼養施設の状況把握	聞き取り調査	危険な動物逃走があれば対応															
	8．動物取扱業者の状況把握						聞き取り調査											
	9．動物の保護・一時預かり・飼い主捜し										獣医師会等の連携により実施							
	10．食品衛生関係施設の被害状況把握及び指導								炊き出し施設等巡回指導				営業施設等の監視・指導					
	11．生活環境整備にかかる市町村担当部局との連絡調整						火葬場埋葬対応、災害廃棄物処理指導、河川等水質汚染等の関係課に対し指導助言											
	12．廃棄物処理施設（産廃・一廃）の被害状況の把握	聞き取り調査	被災事業所があれば、廃棄物対策課と対応															
	13．廃棄物の収集場所及び処分方法の調整								災害廃棄物の一時保管場所の選定、処理方法の指導調整等									
	14．し尿処理にかかる市町村広域対応の調整									し尿処理の計画的実施指導現地確認								
	15．防疫対策指導			被災地防疫対策指導等														

表４　豊肥保健所の活動内容と経過

	総務・企画調整係	保健・医療活動支援係		衛生・廃棄物係	
7月12日（木）	・積極的情報収集のため，職員２名を市健康増進課に派遣	・在宅人工呼吸器使用患者の安否確認 ・被災住民健康管理支援（～25日） ・備蓄物資の提供・運搬	保健師派遣３人	・水道の被害状況情報収集	
13日（金）	・三連休中の職員のローテーションを決定 ・竹田市立こども診療所の再開に向けて情報提供と調整を行う	・５名の保健師が市役所保健師とペアを組んで，市内４か所の避難所で被災者の健康管理を支援 ・竹田市立こども診療所の再開に向けて情報収集と調整を行う	５人	・避難所及び飲料組合加盟店の環境衛生・食品衛生指導と情報収集 ・市内断水地域マップを入手	職員派遣５人
14日（土）	・政府調査団の視察対応 ・災害時公衆衛生対策チーム（DPAT）派遣について検討 ・医療機関の断水時対応について調査表を作成	・断水による影響が懸念される透析医療機関への対応	２人	・水道の被害状況情報収集	
15日（日）	・DPAT の活動方針・内容について，DPAT メンバーと協議 ・DPAT 派遣について市に説明 ・DPAT による支援活動開始		２人	・水道の被害状況情報収集	
16日（月）			２人	・被災ペットの保護・返還	
17日（火）	・県内市町村間の災害派遣応援協定，看護協会災害派遣ナースについて説明	・竹田医師会病院の夜間診療体制の確認	２人	・被災ペットの保護・返還 ・被災地域の衛生指導	２人
18日（水）	・粉塵対策のためのマスク着用についての資料提供	・透析施設の現況確認	２人	・へい死獣畜処理方法検討	１人
19日（木）	・今後の保健活動を副市長に説明		２人	・災害廃棄物処理について，市の清掃センターと協議	
20日（金）	・避難所閉鎖後の対応協議		２人	・消毒用薬剤提供協議	
23日（月）	・市の職員の健康管理について，市と協議 ・今後の保健活動について，市と協議			・災害がれき処理計画について，市と協議 ・断水地域の保育園給食施設の調査	１人
24日（火）	・他市町村保健師受入準備支援				
25日（水）		・５歳児健診業務支援	２人	・飲食店営業再開に向けて，立入調査・衛生指導	２人

被災住民の健康管理の支援

表５　災害時に求められる公衆衛生機能

①アセスメント機能
被災者の健康状態のアセスメント
避難所等の生活環境のアセスメント
保健，医療，福祉サービス提供機能の評価
最優先で取り組むべき公衆衛生課題の選定

②情報の収集・集約機能
医療を必要とする患者の抽出
継続的な支援を必要とする被災者の抽出
最優先で支援が必要な対象者の選定

③情報発信機能
各種サービスの再開の時期等についての情報提供
地域の公衆衛生の課題を内外の関係者に伝える

④健康教育機能
感染症，誤嚥性肺炎，エコノミークラス症候群
生活不活発病，熱中症などの予防のための啓発
瓦礫の処理に伴う外傷防止や粉塵対策

⑤個別支援・相談機能
災害時要援護者への支援
PTSD 等のメンタル面のケア

⑥組織育成・支援機能
避難所における住民自治の支援
見守り・声かけに取り組む住民組織の育成と支援

⑦マネジメント機能
避難所の生活環境改善に向けての調整
医療サービス，福祉サービスの再開に向けての調整
対策の優先順位について，関係者との合意形成
優先順位を検討しながらの進行管理

⑧プランニング機能
保健医療福祉の再建に向けての中長期計画の策定

東日本大震災からの教訓に基づき
保健機能システム強化に繋げる研究
～防災潮流の「レジリエンス」からの示唆～

清水美香（米国東西センター）

研究要旨：東日本大震災は「大規模複合」災害が起きたときに適切に対応する上で、予め計画し、訓練し、調整しておく分野が未だ数多くあることを露呈した。特に、被害が深刻で自治体や現地の保健所そのものが機能不全に陥るなど平時に通用するシステムが崩れたときに、どのようにして現地の外の関係者が入手可能なリソースを最大限有効活用し、タイムリーに救助、支援できるか否かは人々の人命、生活を守る上で大きな鍵を握る。これには、予め平時から被害レベルにあったシナリオを想定した上で計画・訓練・調整しておくことが要求される。その観点から、その保健所の対応システムの中に日本版標準 ICS/IAP/AC が組み入れられることがのぞまれるが、そもそもなぜ ICS なのかという点で、日本で周知が不足しているように見受けられる。本研究では、その問いに答えるために、防災の大きな潮流である「レジリエンス（resilience)」の視点から、どのようにそうした視点が、大規模複合災害に備える上での公共政策に関連しているか、特にどのように保健所の活動あるいは公衆衛生の分野に適用され得るのか、そこで ICS の役割は何かを明らかにした。

A．研究目的

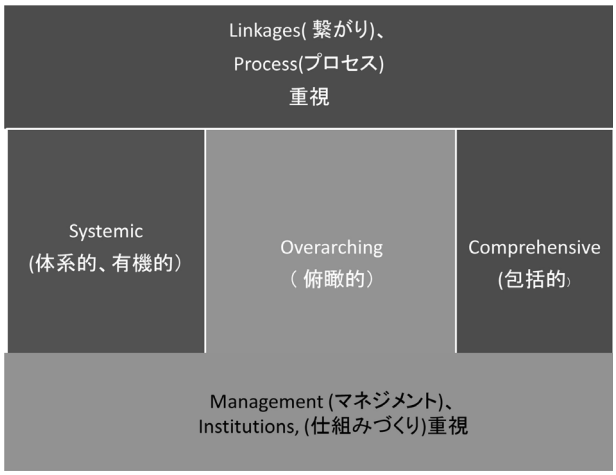
東日本大震災は「大規模複合」災害が起きたときに適切に対応する上で、予め計画し、訓練し、調整しておく分野が未だ数多くあることを露呈した。特に、被害が深刻で自治体や現地の保健所そのものが機能不全に陥るなど平時に通用するシステムが崩れたときに、どのようにして現地の外の関係者が入手可能なリソースを最大限有効活用し、タイムリーに救助、支援できるか否かは人々の人命、生活を守る上で大きな鍵を握る。これには、予め平時から被害レベルにあったシナリオを想定した上で計画・訓練・調整しておくことが要求される。その観点から、その保健所の対応システムの中に日本版標準 ICS/IAP/AC が組み入れられることがのぞまれるが、そもそもなぜ ICS なのかという点で、日本で周知が不足しているように見受けられる。本研究の目的は、その問いに答えることを念頭に入れ、防災の大きな潮流である「レジリエンス（resilience)」（仮に「回復力」と訳す）の視点から、どのようにそうした視点が、大規模複合に備える上での公共政策に関連しているのか、特に、どのように保健所の活動あるいは公衆衛生の分野に適用され得るのか、そこで ICS の役割は何かを明らかにすることである。

B．研究方法

現在、世界防災の潮流となっている「レジリエンス」の起点は、阪神淡路大震災の教訓を踏まえて構築された国際防災枠組み、UNISDR（国際防災戦略）「兵庫行動枠組み 2005-2015」の中で防災にレジリエンスを強化する必要性が柱となったことに遡る。東日本大震災後はその流れが益々高まり、G8 学術会議共同声明の中でも「レジリエンスの能力は、社会のあらゆるレベルや部門の制度の中で構築されるべき。レジリエンスの強化によって、緊急事態における死傷者数や経済的損失の減少に役立つと同時に、将来の災害に対するレジリエンスを引き出すことができる」（2012）として強調された。

では防災における「レジリエンス」とは何を意味するのか、何が重要な柱なのか。実は専門家の間でもまだまだ確立されていない概念ではあり、運用にまでは十分に至っていないのが現状である。しかし、これまで災害とレジリエンスに関わるあらゆる研究を精査してきた筆者の知見から、そこから引き出される重要な運用上の示唆を提供することができる。一言でいえば、リスク社会における防災のためのレジリエンスの運用上の柱は、「社会構造、環境変化を考慮に入れて、災害リスク環境を取り巻く複雑なリンケージ（繋がり)、およびプロセスを重視し、詳細と全体両方の観点から、俯瞰的、体系的・

【図１】リスク社会における「レジリエンスの柱」（2012、清水）



有機的なアプローチをとること」にある。そのアプローチには、マネジメントと仕組みづくりが鍵を握る（図１参照)。この柱を基礎にして、東日本大震災の教訓を踏まえた公衆衛生分野への適用性を追及した。

C．研究結果

上記の柱を踏まえて、公共政策と災害を専門にする筆者のこれまでの研究に基づき、リンケージとプロセスのそれぞれの視点から、東日本大震災の政策的教訓に大きく関わる具体的な主要素とそれに沿ったチェック項目を明らかにした上で、それに沿って、東日本大震災の教訓に関わる保健所関係者の様々な議論を踏まえ、公衆衛生への適用例（すべて現在不足しているもの）を洗い出した。その結果は以下２つの表に示されるとおりである。

この中で、レジリエンスに関わる主要素は、東日本大震災の教訓を踏まえた保健所の活動、または公衆衛生活動における不足項目に概ね当てはまることが明らかになった。言い換えれば、様々に散らばる主な教訓は、リンケージとプロセスに関わる教訓に集約され得る。

特にこれまでの教訓を次の大規模複合災害に活かす上で、現時点において、上記表の情報・知識創出プロセスが極めて重要になる（より具体的には図２参照)。１つ１つは基本的なことではあるが、いざという時の行動が機能するためには、情報、教訓、経験などを分析・評価を通して体系化し、多くの関係者に目に見えるように示し（visualize)、実際の計画行動に具体的に組み入れて、「システム化」していくことが最重要である。それを可能にするための重要ツールとしてICSを位置付けることができる。

公共政策システム・レジリエンス
「リンケージ(繋がり)」チェック項目 I

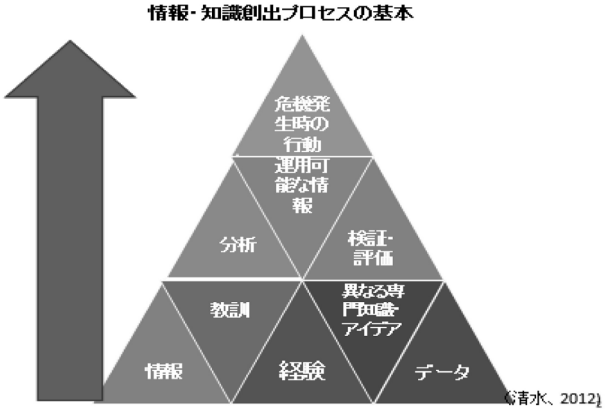
焦点	チェック項目	公衆衛生への適用例
1. 時間フレーム	• 迅速、あるいはタイムリーな対応 • 災害前(事前)の準備を重視し、災害後(事後)対応に活かすアプローチ • 短期的、中期的、長期的な影響を考慮したアプローチ	● 規模、時期に応じて公衆衛生・支援機能を調整 ● 緊急時に公衆衛生の最優先案件に即座に必要資金・人を即座に投入できる仕組み
2. 資金・人・組織・情報・専門	• 危機発生時に資金・人・組織・専門知を効率よく最大活用するための仕組み −政府内、政府・民間企業・大学・市民の連携の仕組み	● 異なる県市町村の公衆衛生基本情報収集方法(名前、項目、フォーム)の標準化、活用方法の統一理解 ● 緊急時の調達方法の仕組み化 ● 県ペアリングの仕組みとペアリング総合調整
4. 異なるリスク	• 異なるリスクへの包括的視点 • 重要インフラリスク(原子力発電等)連鎖の考慮	● 重要インフラ事業者(警察、消防、水道、電気)との連携

公共政策システム・レジリエンス
「プロセス」チェック項目 II

焦点	項目	公衆衛生への適用例
1. 政策形成プロセス	• 情報、分析、評価、可視化、更新までの一貫したプロセスの遂行 • 異なる政策分野の統合	● 情報の集約後の評価、アセスメント機能の重要性
2. 包括的リスクマネジメントプロセス	• リスクの包括的評価、リスク分析、是正、更新までの一貫したプロセスの遂行 • 事前準備・評価、減災、災害対応、回復、維持、事後検証・更新までの一貫したプロセスの遂行	● 情報集約から実際のアクションまでの綿密なプロセスづくり必要性 ● 実務者と政策関係者の綿密な調整プロセスの重要性
3. 情報・知識創出プロセス	・集積統合的アプローチ(情報、知識、教訓、経験の統合)による知識創出 ・緊急時に即座に行動可能な政策に統合	

(清水、2012)

【図２】東日本大震災の教訓を実際の活動に組み入れるための必要プロセス



(清水、2012)

E．結論

東日本大震災における保健所・公衆衛生分野の教訓の多くは「リンケージ」と「プロセス」に大きく関わるものであり、この要素を重視した保健機能強

化のために、そのツールとしてICSを活用し、保健所・公衆衛生のレジリエンス力を高めることが喫緊の課題である。

食　品　安　全

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

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

1．平成 23 年度報告書に記載した大規模食中毒標準 ICS について、本庁対策本部の ICS を追加した。また、大規模食中毒標準 ICS を時系列に整理した一覧表を作成した。

2．NESFD の食中毒速報について

1）報告例数について

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。

表－1　NESFD に登録された事例の患者数

患者数	H22	H23
0－9 人	365	397
10－19 人	135	203
20－29 人	57	80
30－39 人	38	38
40－49 人	15	15
50－59 人	9	13
60－69 人	9	7
70－79 人	3	2
80－89 人	4	1
90－99 人	2	3
100－149 人	6	9
150－199 人	0	2
200 人－	4	5
調査中	2	7
総計	649	782

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

表－2　原因物質

H22 年		H23 年	
原因物質	件数	原因物質	件数
ノロウイルス	227	カンピロバクター	155
調査中	182	調査中	144
カンピロバクター	171	ノロウイルス	115
腸管出血性大腸菌	41	植物毒	80
植物毒	33	サルモネラ	42
サルモネラ	29	腸管出血性大腸菌	35
動物毒	26	動物毒	16
ブドウ球菌	15	腸炎ビブリオ	15
ウェルシュ	12	ブドウ球菌	13
アニサキス	9	ウェルシュ	13
その他計	36	その他計	21
総計	781	総計	649

報告された事例のうち、ノロウィルス、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、ノロウィルスで7.9日であった。

表－3　原因物質別登録までの期間

植物毒	2.7
化学物質（疑い）	4.0
動物毒	4.0
調査中	4.9
腸管出血性大腸菌疑い	5.0
セレウス	5.1
原因不明	6.0
ブドウ球菌	6.0
ウェルシュ	7.1
腸炎ビブリオ	7.2
クドア・セプテンプンクタータ	7.7
ノロウイルス	7.9
サルコシスティス	8.5
その他のウイルス	10.0
赤痢菌疑い	11.0
化学物質	11.1
アニサキス	11.8
不明	12.0
カンピロバクター	12.6
サルモネラ	12.7
カンピロバクター・ノロウイルス	13.0
赤痢菌	13.3
カンピロバクター及びサルモネラ	14.0
A群溶血性レンサ球菌	15.0
サポウイルス	17.7
腸管出血性大腸菌	17.7
A型肝炎（疑い）	19.0
総計	8.6

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・ウィルスによるもの）

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（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）
―大規模食中毒―

《ICS/IAP 活用のための条件》

1．大規模食中毒発生時には、自治体を超えた医療提供体制の構築が必要な場合があり、市町村の保健部局、危機管理担当官、教育委員会と保健所は、平時からこの ICS/IAP の目的を理解しておくことが必要である。
2．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、地域関係者と連携して、平素から患者のトリアージ、搬送体制、重症者の入院先の確保・搬送体制に関する計画が策定されていること。
3．保健所は、特に大量の患者発生時の各医療機関の状況をリアルタイムに集約するシステムを構築しておく必要がある。そのために具体的な情報連絡用のフォーマットや連絡体制を確認し、日頃からこれらを用いた訓練を行っておくことが必要である。
4．保健所では、大規模食中毒が発生した場合に備えて、外部の専門家などの支援内容や支援の要請方法について、主管部局と確認しておくこと。
5．この ICS/IAP は、大規模食中毒発生時の対応を示したものであるが、地域住民の混乱や二次感染防止のためには、平素からの食中毒のリスクコミュニケーションを通じて、食品加工・流通の現状、大規模食中毒発生の危険性、個々の食中毒の予防策、早期探知のための通報など市民への啓発が重要である。

《この標準的 ICS/IAP（大規模食中毒）の利用に当って》

1．この ICS/IAP は、大規模食中毒発生時に保健所が地域の関係機関や本庁危機管理本部、関係他自治体や厚生労働省との連携のあり方や探知から大量の患者が発生する事態、二次感染防止までの必要な対応を示したものである。
2．患者発生届から初動調査、原因究明に手間取っていると、集中的に発生する患者への対応が後手にまわる恐れがある。原因施設や提供食数などから大規模食中毒が想定される場合には、原因究明をすすめつつも、速やかに患者対応の準備をすすめる必要がある。
3．仕入れ食材そのものが汚染されていると想定される場合は、その流通経路を確認し、仕入れ元の管轄自治体、厚労省に情報提供し、被害発生を最小限に留める必要がある。

図１　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し、大規模食中毒が想定される時期）

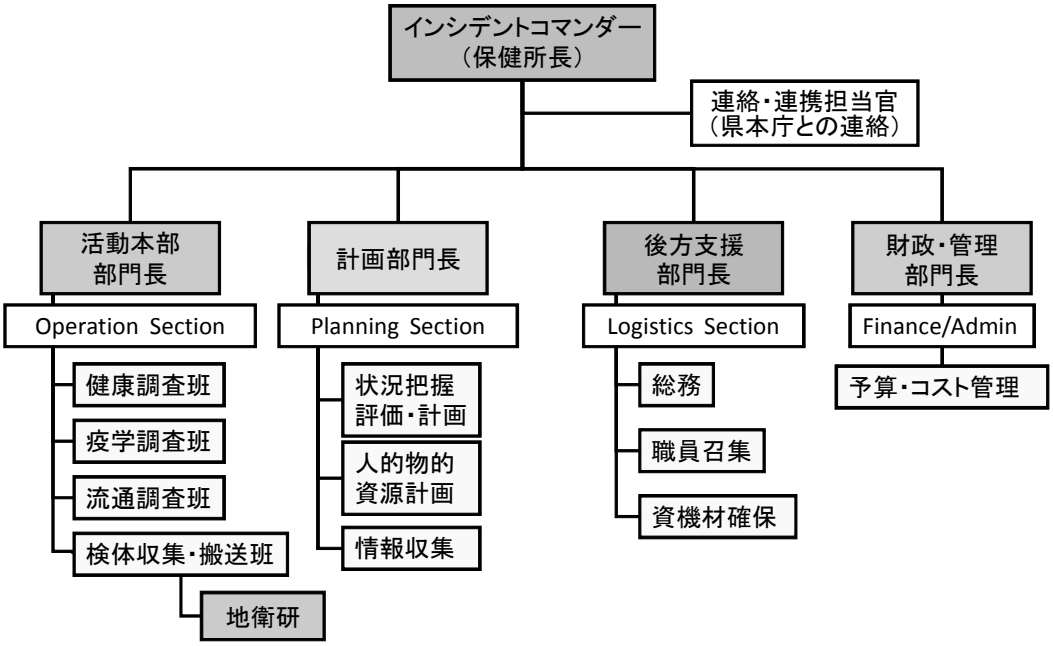


図２　都道府県健康危機管理対策本部

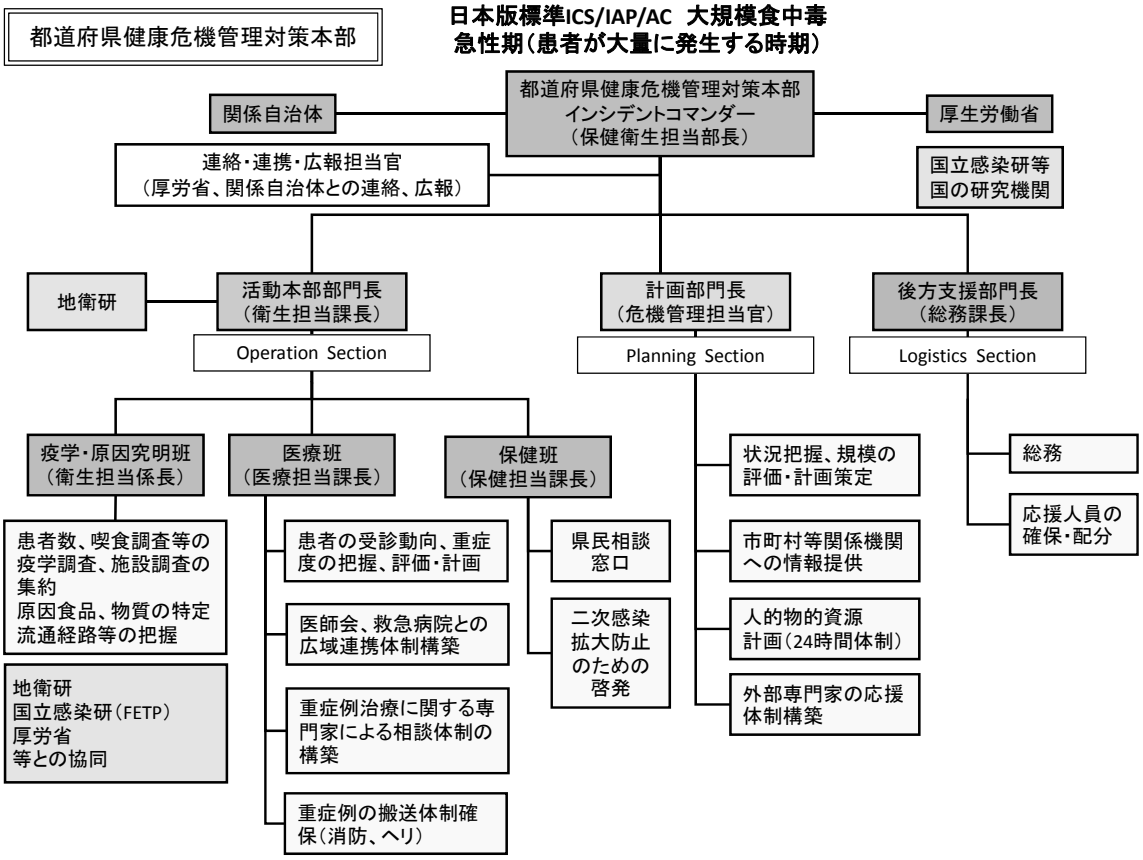
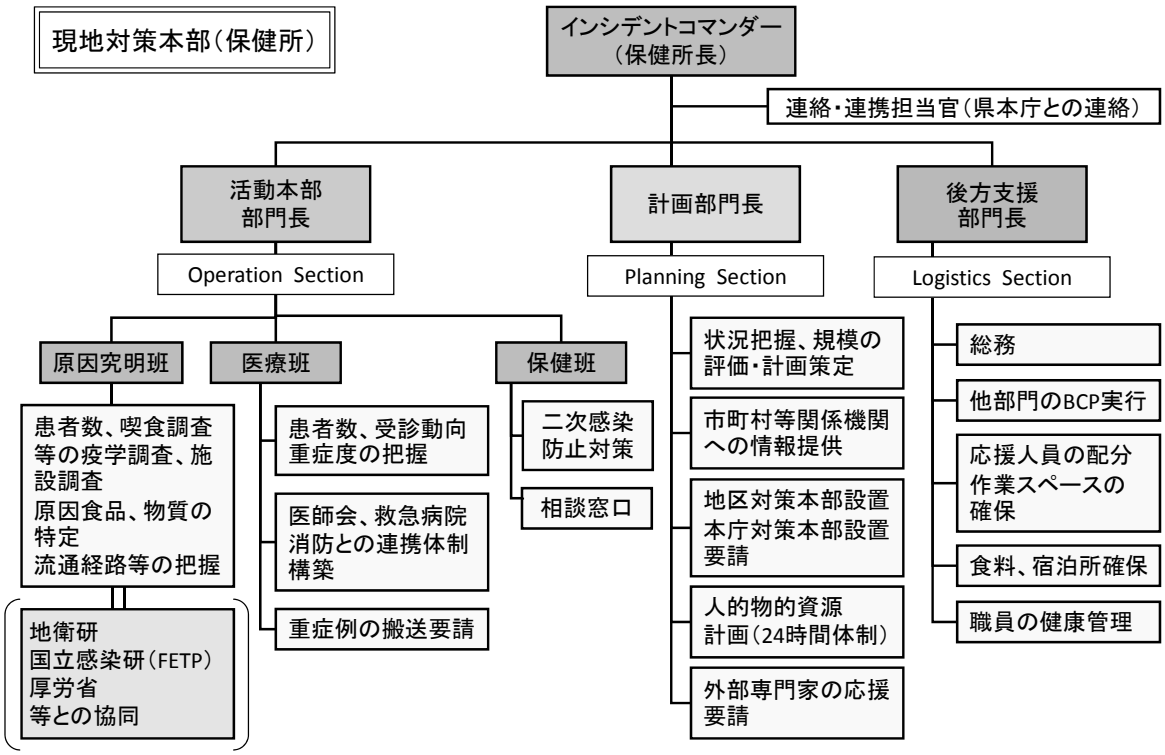


図３　現地対策本部（保健所）

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）



《患者届受理時における標準的 ICS/IAP》
【対応時期】第１患者発生届出を受理した時

【主な対応目標】
・初動調査（原因施設、食品の推定）による大規模食中毒の可能性の判断

ICS1. 保健所内の指揮機能
IAP1. 担当課による初動調査結果から対応内容の決定
－喫食調査、患者発生状況から、原因施設の推定、大規模食中毒の可能性の判断
－学校給食施設、大規模飲食店、チェーン店など大規模食中毒の可能性がある場合、所長に報告、保健所健康危機管理一次体制に入る。
・通報をうけた職員は、食品衛生、感染症担当が同一課でない場合、食品衛生担当課、感染症担当課いずれであっても受付票（様式例１）に必要な事項を記入し、それぞれの課長に報告、食中毒か感染症か判断がつかない場合は共同で調査にあたることを確認する。
・初動調査においては、発症者の（喫食）行動、家族構成、症状、発症時期、発症曲線、原因推定施設・食品（物質）などに加え、施設の特性（大規模給食施設、大型チェーン店舗等）や推定原因食品の流通状況など、大規模、広域発生の可能性について判断できる情報を収集する（様式例２）。
・広域発生が疑われる場合、NESFD、病原微生物発生動向調査等による情報収集を行うとともに、本庁に対し、他自治体、厚生労働省等に情報提供、照会を依頼する。

《患者届が増加し、大規模食中毒が想定される時期における標準的 ICS/IAP》
【対応時期】第１患者発生届出後、各医療機関からの届出が続出し、大規模食中毒が想定される時期

【主な対応目標】
・保健所内の指揮命令系統の樹立
・健康危機管理上部指揮命令系統との連携体制の樹立
・保健所による患者発生状況と原因施設の特定と原因食品の究明
・患者受診状況、入院患者の重症度等の把握
・外部からの医療支援、高次医療機関への患者転送要請の判断
・外部指揮命令系統との情報の共有

ICS1. 保健所内の指揮機能
IAP1. 保健所、職員の患者発生状況に応じた対応内容の決定
－初動調査、患者発生届の数・状況から、大規模食中毒が想定されるかどうかの判断
初動調査において、学校給食が強く疑われる場合には、喫食児童数を把握しておく。外食チェーン店とくに食肉加工品や焼肉、生肉提供店の場合は広域発生事案が近年続いているため、本部店、加工工場所在地、流通等情報を収集しておく。また冷凍食品、輸入食品の可能性も常に考慮しておく等、大規模広域発生の可能性を念頭においた調査が必要である。
－大規模食中毒が想定される場合、保健所健康危機管理対策本部の設置、担当課、総務課職員による第一次所内動員と 24 時間体制の準備（夜間の場合は非常召集）
IAP2. 主管部局との連携による指揮命令機能の確保
－主管部局への情報提供（原因食品・菌が不明の段階であっても、原因施設が特定され、大規模食中毒が想定される旨を報告）
－主管部局対策本部設置要請、他の都道府県にも患者発生の恐れがある時は情報提供依頼

患者発生の今後の見込みも含め、主管部局対策本部設置、厚生労働省への報告、他の都道府県の情報収集、情報提供等、準備を依頼しておく。

ICS2. 保健所外の指揮命令機能との連携による指揮補助機能

IAP1. 市町村保健部局、危機管理部局、医師会、病院、消防等との連携構築

－患者調査の結果や患者発生届数から大規模食中毒が想定される場合、関係機関への情報提供と連絡担当、方法の確認、患者の大量発生時の対応の確認

患者発生動向、受診先の情報等は定時の情報収集（様式３）をもとに保健所から関係機関に周知

IAP2. 医師会、救急病院との連携構築

－医師会、救急病院への情報提供と情報収集（救急病院へは職員派遣）

様式３により、患者動向（外来受診者数、軽症者、重症者、入院患者数等の情報を収集。混雑が予想される救急病院には職員を派遣し、情報を収集し、携帯電話等で連絡することも必要になる。

IAP3. 地域緊急医療状況の把握

－重症患者について、圏域内医療機関が入院治療可能かどうかの情報収集

主管部局医療担当課に対し、圏域外の三次医療機関に患者受入れ要請を依頼

IAP4. 主管部局対策本部との連携による外部からの医療支援、高次医療機関へのヘリコプターもふくめた患者転送体制の確保、大量の重症患者が出る場合に備え、隣県等への搬送先の確保

重症者が増加するような事態に備え、主管部局医療担当課に対し、隣県等への搬送先の確保と搬送手段について検討を要請する。

《患者が大量に発生した時期における標準的 ICS/IAP》

【対応時期】患者が大量に発生し、医療機関に混乱が生じたり、重症者の入院が可能数以上になる時期

【主な対応目標】

・患者受診状況、入院患者の重症度等の把握
・外部への医療支援、高次医療機関への患者転送要請の判断、実施
・外部指揮命令系統との情報の共有
・市民への情報提供と相談窓口の設置

ICS1. 保健所内の指揮機能

IAP1. 第二次所内動員と 24 時間体制の構築（夜間の場合は非常召集）、必要人員の見積と必要に応じ他保健所からの応援要請の判断

ＢＣＰに基づく業務遂行と、第二次動員体制を敷くとともに、患者数の動向から対応に必要な職種、人員を算定し、本庁に対し応援要請を行う。

IAP2. 主管部局対策本部との連携による原因究明

－主管部局と協議の上、国立感染研ＦＥＴＰの支援要請
－地衛研、ＦＥＴＰ等との協同調査

IAP3. 主管部局対策本部との連携による医療体制の確立

－主管部局対策本部へ患者数、重症者数、医療機関の対応状況等の情報提供
－主管部局対策本部を通じた外部からの医療支援、（隣県も含め）高次医療機関へのヘリコプターも含めた患者転送の要請
－重症例治療に関する専門家による相談支援システムの構築要請

ICS2. 保健所外の指揮命令機能との連携による指揮（補助）機能

IAP1. 医師会、救急病院、高次医療機関との連携構築

－医師会、救急病院からのトリアージ別患者数、入院患者数等の情報収集（救急病院へは職員派遣）（様式３）
－重症例治療に関する専門家による相談支援システムの発動

IAP2. 地域緊急医療状況の把握
－トリアージ別の患者数の把握、重症患者について、圏域内医療機関が入院治療可能かどうかの情報の収集と還元

IAP3. 市町村保健部局、危機管理部局、医師会、病院、消防等との連携構築
－地区対策本部の設置
－原因施設、患者発生数等の情報提供
－各機関の対応についての確認、意見交換
－病院外来に大量の患者が受診した際の軽症者の他医療機関への誘導・搬送要請
－大量の受診者による交通混乱軽減、解消のため警察に交通整理要請
－二次感染防止のための情報提供方法の協議、実施
－地域住民への情報発信（大規模食中毒が発生したこと、相談窓口を設置したこと、病院・救急隊の状況、その他必要事項）

ICS3. 保健所による相談機能

IAP1. 保健所に市民からの相談窓口の設置
－保健所に相談対応のための電話回線の確保
－本庁保健担当課にも相談窓口を設置

IAP2. 二次感染防止のための情報提供
－地区対策本部を通じ、医療機関外来に二次感染防止のためのパンフレット等配布
－ CATV 等を通じ二次感染防止の啓発

様式例１

通報受付票

通報者	□医師　□患者（有症者）・家族　□友人・関係者　□学校　□事業所　□その他	
	機関名	
	氏名	
	住所 連絡先	電話

受付者（　　）課（　　）
受付時間　　年　月　日（　）　時　分

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．受診の有無
受診先（医療機関名）
住所
電話

４．検体の有無　　有　・　無
□便　□嘔吐物　□残留物（食品）　□その他（　　）

５．発生場所

６．有症者の属する団体・グループ（代表の連絡先　電話　　）

７．有症者　　有症者　　人（うち入院　　人：入院先　　）
同行者の人数

８．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（　　）

様式例２

【患者調査】

１．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

２．受診・入院の有無

受診先（医療機関名）　　主治医（　　）

住所　　電話

入院　　有　　無

３．検体の有無　　有　・　無

□便　□嘔吐物　□残留物（食品）　□その他（　　）

４．家族構成、家族の発症状況

５．渡航歴

【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．共通食の献立表

４．特徴的食品、異臭、異味等の有無

（　　）

５．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）

６．利用施設、特徴的食品等から、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、燻製　□真空包装食品・食材　□輸入食品・食材

□その他（　　）

様式例３　医師会、救急病院からのトリアージ別患者数、入院患者数等の情報収集

１．医療機関名

医療機関名	
住所 電話　FAX	
病床数	

２．患者受診状況

【診療所】

報告時点　　月　　日　　時

			累計
外来患者数		人	人
	軽症患者数	人	人
	重症患者数	人	人
救急病院紹介患者数		人	人

診療所からの要望事項

・患者収容先の確保
・治療機材・薬品の確保
・治療方法等技術的支援
・重症患者紹介先の情報提供
・救急車の要請
・その他（　　）

【救急指定病院】

報告時点　　月　　日　　時

			累計
外来患者数		人	人
	軽症患者数	人	人
	重症患者数	人	人
入院患者数		人	人
転院患者数		人	人
空き病床数		床	

救急指定病院からの要望事項

・患者転院先の確保
・治療機材・薬品の確保
・人的支援
・治療方法等技術的支援
・超重症患者紹介先の確保
・救急車、ヘリの要請
・その他（　　）

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan） ―大規模食中毒―

稼働のための提言

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、食中毒事案を早期に探知できる体制を整備すること。

2．日常の食品衛生監視計画において、大規模施設などは施設検査のみならず、食材や半調理品等の仕入れ、流通状況も把握し、大規模広域食中毒発生のリスクや被害規模の評価を行い、監視指導に資すること。

3．探知の段階で、大規模広域食中毒の可能性を早期に判断できる情報収集のため、必要であれば調査票の様式を改定すること。

4．大規模広域食中毒の可能性を早期に判断できる所内体制、本庁との連絡体制を構築すること。

5．NESFD 等を活用し、大規模広域食中毒の事例を所内会議等で担当課から情報提供を求め、職員に日頃から危機管理意識の醸成を図ること。

6．大規模食中毒発生時には多くの職員が動員されるため、BCP を作成し、職員に徹底しておくこと。

7．大規模食中毒発生時には、自治体を超えた医療提供体制の構築が必要な場合があり、市町村の保健部局、危機管理担当官、教育委員会と保健所は、平時からこの ICS/IAP の目的を理解しておくこと。

8．大規模食中毒が発生した場合に備えて、外部からの応援体制や疫学調査の専門家、治療の専門家などの支援の要請方法について主管部局と確認しておくこと。

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）
―大規模食中毒　時期別保健所の機能一覧―

必要セクション	必要機能	平時	急性期	復興期
総務機能（総務部門）				
保健所の機能確保・維持	●対応人員の確保 ●必要人員の算定 ・情報収集部門 ・疫学調査部門 ・流通調査部門 ・連絡・調整部門 ・医療体制確保部門 ●BCP の作成、実施 ●職員の労働管理、健康管理 ●食料品、宿泊場所の確保	●食品衛生部門への所内応援体制の整備、各部門の訓練 ●BCP の作成、訓練 ●患者のトリアージ、重症者の入院先の確保・搬送体制について計画を策定 ●外部から専門家などの支援体制について、本庁主管部局と確認	●大規模食中毒規模の可能性の判断 ●推定原因食およびその、流通形態、患者数、症状等の情報から食中毒の規模、健康被害の重篤性の判断 ●本庁、衛公研等との連絡体制の確保 ●24 時間対応のための必要人員の算定、外部からの応援依頼の判断 ●職員の召集、BCP 実施 ●必要器材の確保 ●食料品、宿泊場所の確保	●患者発生状況から平常業務復帰時期の判断 ●24 時間体制の解除など復帰に向けての計画実施
地区対策本部運営（県対策本部との連携）	●関係機関のリストアップ ●ICS による各機関の役割の明確化と確認	●関係機関による ICS の理解 ●関係機関の役割の確認、訓練の実施	●状況把握と各部門の活動計画の作成・指示	●対応の評価
食中毒原因究明機能（食品衛生部門）				
食中毒原因究明	●健康調査 ●摂食調査 ●食品流通調査に基づく原因究明 ●検体収集・搬送	●食中毒のリスクコミュニケーションを通じて、個々の食中毒の予防策、早期探知のための通報など市民への啓発 ●消費者センター等初期探知関係機関との連携 ●NESFD 等による情報収集	●健康調査、摂食調査等から、原因施設・食品、およびその流通調査から、大規模・広範囲食中毒の可能性を判断 ●必要に応じ、FETP 等の専門家と協働	
食中毒再発防止機能（食品衛生部門）				
食中毒再発防止	●原因施設に対する食中毒防止のための指導	●施設監視による食中毒防止指導		●原因施設に対する食中毒防止のための指導、改善命令、処分
医療体制確保機能（医療部門）				
救急医療体制構築	●医療機関情報の収集体制の確保 ・管内医療機関の外来・入院能力の把握 ・患者発生動向の把握 ・患者受療状況の把握 ・重症者の把握 ●入院医療確保 ●重症者の治療体制、搬送体制の確保	●大規模食中毒発生時の対応についての協議・ICS の確認 ・情報提供・収集方法 ・患者発生動向 ・患者受療状況 ・患者受け入れ能力等の情報提供・収集方法の確認 ・医療機関の機能分担と医師会の応援体制の検討	●医師会、医療機関への情報提供と連絡体制の確保 ●外来、入院医療機関の確保 ●重症者治療のための専門家による支援体制の確保 ●重症者の搬送体制の確保（ドクターヘリも含む）	●PTSD 対策
住民に対する情報提供、相談機能（保健部門）				
情報提供、相談	●相談窓口設置 ●正確な情報提供	●市町村相談窓口担当者との連携	●相談窓口の設置 ●トリアージとともに、適切な医療機関紹介 ●食中毒防止の指導	●PTSD 対策
二次感染拡大防止（保健部門）				
二次感染の防止	●二次感染防止のための指導ツールの作成	●食中毒のリスクコミュニケーションを通じて、個々の食中毒の予防策の啓発	●医療機関外来における二次感染防止のための指導、消毒 ●家庭における二次感染防止のための指導	●家庭における二次感染防止のための指導

医療・介護等安全

「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 及び平時連携推進事業を含む単年度報告)

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：保健所が医療機関等との間においてリスク・コミュニケーションを促進するための事業を行った。

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、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、支援要請方法はどうするのかについて、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：

4－1）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：医療機関における医療安全の取組は年々向上している一方で、地域内で医療機関間に医療安全対応格差が生じており、保健所や医療安全主管課による支援が必要である。立入検査や安全管理者会議等を通じて医療機関に対して取組の実践を支援する事業を実施した。医療安全対策は組織内から地域全体での取組へという流れがあり、これを円滑に進めるには保健所の関与が重要である。

4－2）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：昨年度災害時における医療機関の準備状況を把握するためのアンケート調査実施及び病院立入検査をリスク・コミュニケーションに活用したところ、今年度の立入検査時に準備状況が改善した。

4－3）日本小児科学会山梨地方会・山梨県小児科医会合同講演会「米国のインシデント・コマンド・システムに学ぶ健康危機管理の実際」や山梨県医療安全推進研修会・看護管理者研修会「組織で取り組む感染防止対策－医療サージ対策としての新型インフルエンザ診療継続計画」を通じて医療界とのリスク・コミュニケーションを図った。

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等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．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.
2．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.
3．震災対応における保健所の役割～つくば地域における東日本大震災の対応を振り返って～．日本公衛誌2012；59（10）：483.
4．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.
5．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.
6．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.
7．Yukio Endo, Yoshimi Furuya, Ryuichiro Sasaki, 他. Infection surveillance system for evacuation centers. American Public Health Association 140th Annual Meeting, San Francisco, CA, October 28, 2012.
8．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.
9．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

「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 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）作成を基に、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。

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（医療機関収容力及び対応能力を超える緊急事態）

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 ICS/IAP/AC を作成することを目的とする。

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：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。

C．研究結果

1．医療事故探知後、保健所の指揮体制を確立し、事実確認、事情聴取または緊急立入検査を実施する。メディア対応及び注意喚起を行う。同時に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では、医療機関が被災した中で医療機能を確保するため医師会、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合議で取り組む体制を想定した。
2．地域医療システム安全に関わる事態発生において、健康被害を最小限に止め、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、場合により地域部門連携会議が協力する標準的活動プランを示した。

D．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。今後医療サージへの備えを強化する必要がある。

E．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－立入検査の活用法－インフェクション・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；17⑶: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）.

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）
－医療・介護等安全分野－

【目次】

Ⅰ．総論
《ICS/IAP 活用のための条件》及び《この標準的 ICS/IAP（医療・介護等安全）の利用に当たって》

Ⅱ．各論：各 ICS/IAP/AC
１．医療事故
２．院内感染
３．災害時医療サージ

Ⅲ．地域医療システム安全における健康危機管理に関する提言

Ⅰ．総論

《ICS/IAP 活用のための条件》

１）この ICS/IAP は、医療事故・院内感染発生時（探知時）・災害時医療サージ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である。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、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。

２）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。

３）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、支援要請方法はどうするのかについて、主管部局と確認し、把握しておくことが必要である。

《この標準的 ICS/IAP（医療・介護等安全）の利用に当たって》

１）【保健所の役割】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、法令に規定される範囲は、「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。

日常遭遇する医療事故や院内感染に関しては、これを探知した場合（疑いを含む）、事情聴取または立入検査によって医療機関の安全確認を行う役割がある。この ICS/IAP は、保健所が医療事故や院内感染を探知した場合（疑いを含む）に、法令の下あるいは医療機関の相談・要請に応じて、原因を早期に解明し、健康被害をより少なくし、再発防止策を講ずるために行うべき標準的活動プランを含む。各保健所は、地域医療計画や医療体制の実情に合わせた ICS/IAP を平時から作成し、これに即して体制づくりや対応訓練を行うことが求められる。

２）【対象とする事案】今回は、地域医療システム安全を目的とした標準的 ICS/IAP（総論）及び発生頻度が比較的高い医療事故や院内感染、自然災害時のメディカル・サージ（医療機関収容力及び対応能力を超

える緊急事態）を想定した医療・介護等安全分野 ICS/IAP（各論）を示した。今後、地域間連携が必要な大災害・事故による死傷者多数・医療機関収容限度を超える事態あるいは医療機関対応能力を超える困難な疾病（原子力災害・テロ等）や新種の感染症（強毒性新型インフルエンザ等）発生などのメディカル・サージにおける地域医療システム安全 ICS/IAP の作成についての検討が必要である。

3）【対応時期分類】時間経過と共に果たすべき保健所の役割は変化してくることから、平時、急性～亜急性期、終結期の三つの時期に分けて示した。これらの時期の長さは個々の事案によって異なると考えられるが、院内感染については、急性期を暫定的に 1 ヶ月とした。使用に当たっては、個々の事例に応じて時期の判断を行うことが望ましい。

4）【医療事故における ICS/IAP 概要】医療事故における ICS/IAP は概ね次のとおりである。すなわち、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）。なお、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。

5）【地域医療システム安全】一般に医療・介護等安全と言うと、わが国の現状では医療事故・院内感染が主となっている。しかしながら、健康危機管理における医療安全には、米国においてはメディカル・サージに対する行政対応及び医療機関における ICS を包含している。最近東北で開催された世界防災閣僚会議（2012 年 7 月 3-4 日）においては、世界防災動向はどのような事態に対しても対応できることを求めており、「わが国は世界のレジリアント社会の構築を牽引する」と首相が述べている。さらに、防災対策推進検討会議最終報告（2012 年 7 月 31 日）13 － 14 ページに記述（次の「　」内に抜粋する）があり、災害対策基本法も一部改正され、災害対策法制見直しが始まっている。アンダーライン部分が災害時医療サージ対応に特に関連していると考えられる。

「**⑤救命・医療活動**

○発災時には、被災地内の医療提供レベルが、建物・設備の被災、ライフラインの途絶、医療スタッフの不在等により著しく低下すると想定されることから、患者の急増にも対応できるよう被災地内の医療を継続させる計画を医療機関ごとに策定すべきである。

○被災地では、多数の負傷者への対応が迅速に求められることから、災害拠点病院を始め被災地内外の医療機関の間で、より有効な災害時医療活動が展開できるよう、対応する患者の分担などの連携方策をあらかじめ構築すべきである。

○災害時の医療が長期化することや医薬品の通常の流通ルートが途絶することに備え、災害拠点病院においては、ヘリポートの整備や食料・飲料水、医薬品、非常電源用燃料の備蓄などの事業継続能力の充実を図るべきである。

○迅速な医療活動の実施による救命率の向上のためにも、救出・傷病者情報の共有、被災地への出動手段等、消防機関等と DMAT との連携について、引き続き取り組むべきである。

○ DMAT が中期的にも医療活動を展開できる体制の確立や DMAT から中長期的な医療を担う医療チーム（JMAT、日本赤十字社）等への円滑な引継ぎ等が可能となるよう、都道府県が構築する医療チーム等の派遣調整を行うスキームの実効性を、訓練などを通じて確保すべきである。

○東日本大震災では被災地内の医療機関で診療が十分に受けられない事態が発生し、外傷患者だけでなく、慢性疾患患者の被災地外への広域搬送が大きな課題となった。そのため、現地の医療ニーズに応じて慢性疾患患者の搬送にも対応するよう、DMAT 研修等において教育を実施するとともに、関係機関との合同訓練などを通じて実効性を確保すべきである。」

一方、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、やはり医療事故・院内感染対策に留まらない。

ASPR（The U.S. Department of Health & Human Services Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, Hospital Preparedness Program）による National Guidance for Healthcare System Preparedness（2012年1月）は、米国厚生省を中心として医療・公衆衛生専門機関による複数の組織（CDC, FEMA, 安全搬送に関わる部局等の政府の組織の他に、病院連合、州及び準州保健当局連合、郡市保健当局連合等、国・地方・公衆衛生組織・機関）が協働して策定した医療システムにおける健康危機管理のためのガイダンスであり、関係各機関における健康危機管理能力・機能・役割・資源について、医療システムの危機管理やメディカル・サージを含む8項目を整理してある。

健康危機管理レベルを段階的に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を表1に示す（カリフォルニア州公衆衛生及び医療緊急対応マニュアルより）。このマニュアルで想定しているのは、医療事故や院内感染ではなく、自然災害や人為的（犯罪や生物・化学・核テロ）脅威、火事、メディカル・サージなどであり、わが国の場合においても、まず自然災害やメディカル・サージにおける対応が求められるものと考えられる。

一方、医療機関や保健所の現状では、メディカル・サージへの準備は未だ一般的ではなく、今後の課題であると考えられる。ここではメディカル・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について、ISO 22320 Societal security-Emergency management-Requirements for incident response（社会セキュリティ－危機管理－危機対応に関する要求事項）を参考にして組織図として示した（図1）。

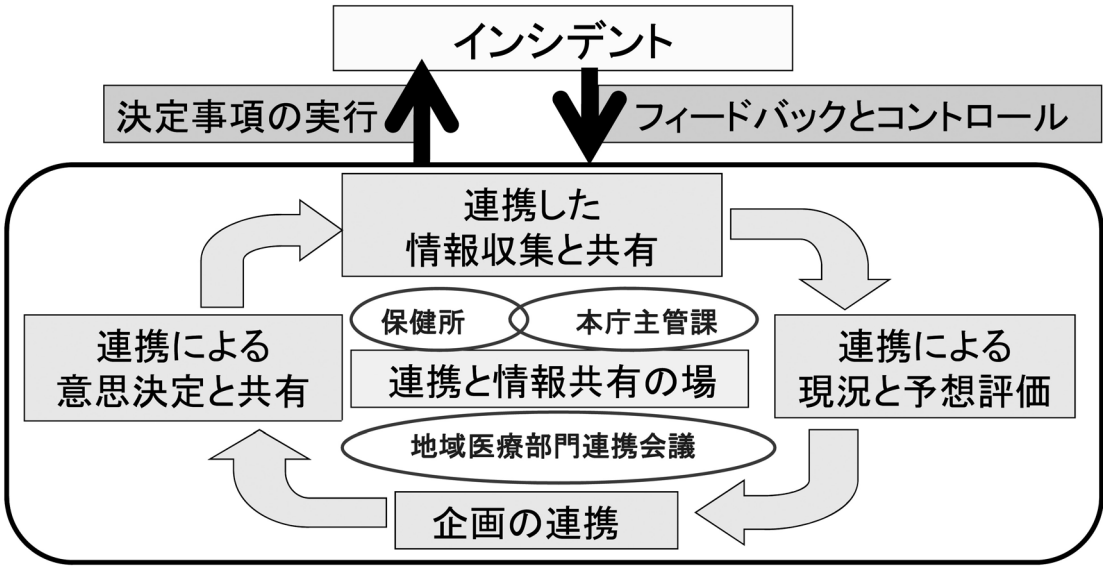
地域医療安全体制確保は、インシデントのレベルに応じてさまざまな段階がある。すなわち、一医療機関の院内体制のみで確保できるレベルもあるが、複数の医療機関が関与する場合や、大規模な災害で複数の機関や管轄地域外との調整を要する場合、質的または量的に医療機関対応能力を超えるメディカル・サージの場合など、地域医療安全体制確保のため地域内外における調整を要するさまざまなレベルがある。このような地域内外における必要な調整を表2のアンダーライン部で示す。表2は総論であって、医療事故・院内感染・災害時における ICS/IAP/AC については後述する。

表 1

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 1



連携を強化した複数の組織のコマンドとコントロールによる
地域医療安全体制確保プロセス図 (ISO 22320 Societal security
– Emergency management –Requirements for incident response
（社会セキュリティ - 危機管理 - 危機対応に関する要求事項）
Figure 3– Circular chart for multiple hierarchical command and control process with enhanced relevance of coordination を参考に作成）

表２　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）―

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	・主管部局と保健所の役割の確認 ・関係機関との連携体制 ・保健所人員の確保 ・必要機材・様式の確保 ・指揮官の明確化 ・専門家の把握	・主管部局と保健所の役割の確認（医務、薬務、感染症、保険、介護、精神、障害福祉、法務等） ・関係機関との連携体制 ・BCP の整備と訓練 ・調達方法の確認と備蓄 ・専門家の把握	・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 ・院内対応会議設置要請・協力 ・地域部門連携会議の開催 ・上位指揮・部門会議がある場合、これに参加	・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 ・終結期の見定め ・通常業務への移行
指揮機能支援 ・報道機能	・一元的報道	・報道との顔の見える関係づくり ・報道官の設定 ・地域報道システムの構築	・一元的報道方法の決定周知 ・上位指揮機能との連携 ・地域報道システムとの連携開始（医療機関 and/or 行政）事実と対応内容公表 ・地元住民、医師会等への情報発信、リスク・コミュニケーション	・一元的報道の継続 ・地元住民、医師会等への情報発信、リスク・コミュニケーション ・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	・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（リスク・コミュニケーション）、上位指揮部門との連携開始 ・議会、厚生労働省への報告（主管部局）	・医療指揮部門（リスク・コミュニケーション）、上位指揮部門との連携 ・通常業務への移行判断
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	・危機管理時における衛生管理方法の確認 ・労働管理、健康管理方式の確認	・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 ・職員の心の健康管理	・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 ・職員の心の健康管理
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	・予算の確保方法の確認（弁護士、専門家アドバイザー等） ・応援体制の整備	・健康被害規模による必要予算見積もりの開始 ・予算見積もり概算の算出 ・予算獲得打合せ開始	・健康被害規模による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 ・医療機関基礎情報整理 ・福祉機関基礎情報整理 ・シミュレーション訓練 ・日本医療機能評価機構、医療リスクマネジメント・集団災害等関連学会、自治体防災部局等主催の関連研修参加	・探知後、事実確認（反応的対応） ・所内横断的態勢による企画機能確保 ・情報収集分析及びその継続 ・患者の安全確保判断 ・新規入院・救急患者受入れ自粛判断 ・BCP に基づく支援順位の判断 ・専門家等協力要請判断 ・外部専門家等への追加協力要請判断	・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	・支援要請の判断 ・必要支援内容の判定 ・支援要請 ・対応会議の開催 ・支援量需給の判断 ・支援内容の判断 ・対応会議の開催	・支援量需給の判断 ・支援内容の判断 ・必要な対応会議の開催 ・支援終了の判断
・多機関連携	・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	・院内対応会議設置要請・協力 ・地域部門連携会議の開催 ・上位指揮・部門会議がある場合、これに参加	・対応会議の開催 ・支援量需給の判断 ・支援内容の判断 ・必要な対応会議の開催 ・支援終了の判断
対応部門（医務）（医務部門・主管部局）				
・緊急対応	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（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 ・医療機関現場経過及び院内対応会議検討内容確認 ・外部専門家支援の必要性の判断	・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立入検査を必要に応じて実施）	・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（保健所または主管部局との合同）による患者安全確保・確認 ・新規入院患者・救急患者受入自粛検討 ・専門家協力要請判断 ・背景把握 ・全容把握 ・再発防止確認 ・助言・指導 ・外部専門家支援の必要性の判断	・必要に応じた立入検査による患者安全確保・確認 ・保健所としての報告書作成（背景、全容、再発防止、助言・指導内容等） ・外部専門家支援の評価 ・病院の安全性最終確認 ・報告書の地域住民・医療機関・医師会等への還元 ・医療機関立入検査時情報提供・注意喚起 ・保健所間情報共有 ・保健所機能強化
・通常医療の確保	・入院、外来、救急医療確保	・保健所内、主管部局、医療機関・医師会との連携による事前打ち合わせ・シミュレーション訓練 ・医療機関間協定の促進	・外部支援の判断 ・病院の稼働状況の把握 ・患者外部搬出の判断 ・搬出要請 ・救急医療代替依頼 ・可能な範囲での通常医療～必要に応じて外部支援を得た通常医療 ・必要に応じた立入検査による患者安全確保・確認	・通常医療への復帰または断念の判断 ・必要に応じて外部支援を得た通常医療 ・通常医療体制への移行
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） ・相談内容整理、不安内容・要望把握	・医療機関に対して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	・当該医療機関における相談窓口設置確認・指導 ・直ちに保健所相談窓口を設置 ・相談内容整理のための様式を活用 ・医療相談分析結果をリスク・コミュニケーションに活用	・終結期判断 ・報告書作成 ・通常相談業務への移行 ・報告書内容を保健所内、保健所長会、関係機関等において共有し、保健所機能を強化する

【用語解説】

＊　JCI（Joint Commission International）：米国で 19,000 カ所以上の医療機関やプログラムを認証している NPO である TJC（The Joint Commission）を母組織として、世界 80 カ国以上において、医療の質と安全を改善する目的で、医療機関・公衆衛生機関・保健当局を支援する組織である。わが国の病院の中にもこの JCI の認証を受けたところが出現している。認証プログラムは、病院のみでなく、外来医療、在宅医療、臨床検査施設、長期療養施設、医療搬送、一次医療などがある。

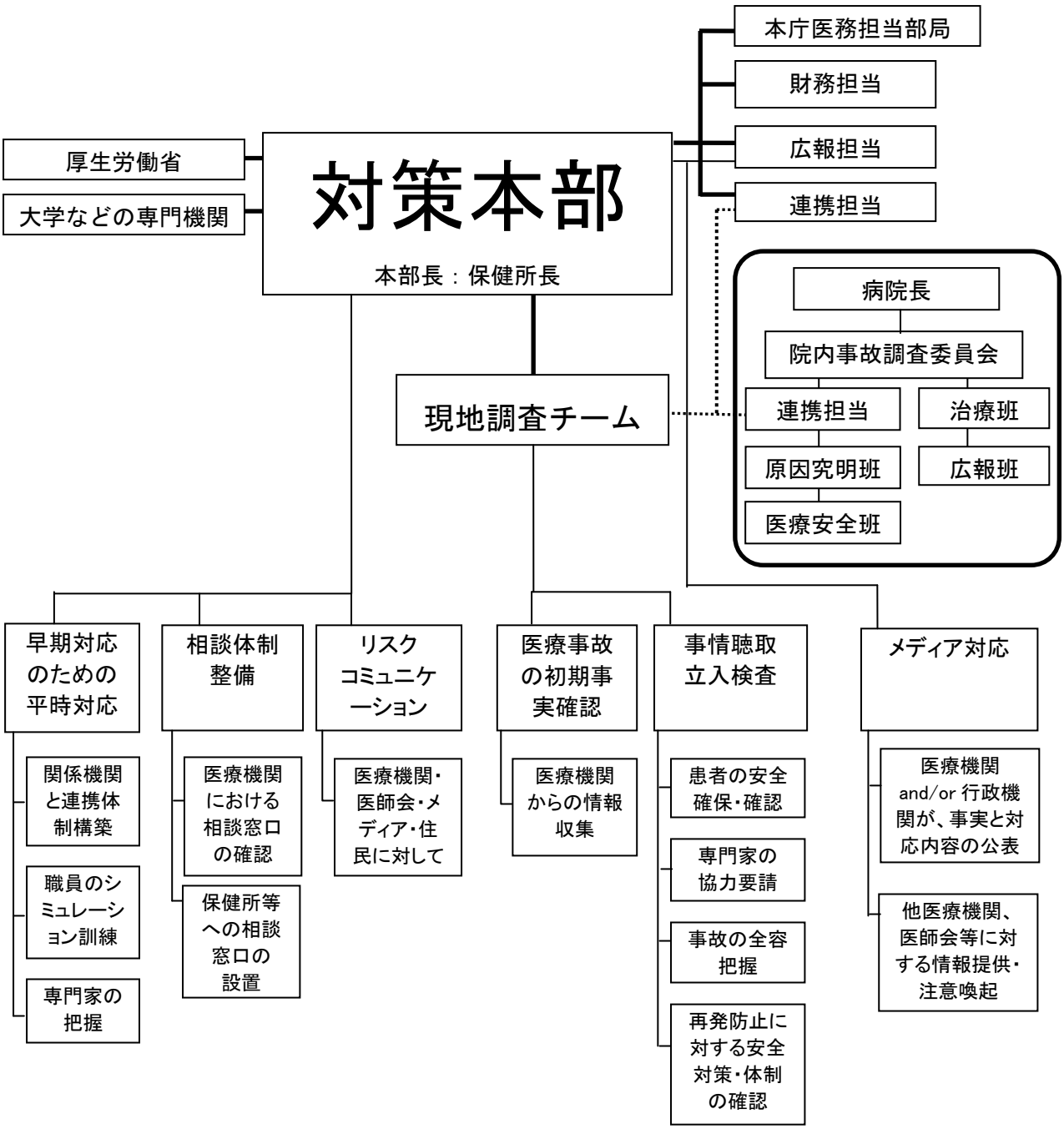
＊＊　ISO TC223：ISO（国際標準化機構）規格は、品質マネジメントシステム（ISO9000 シリーズ）や環境マネジメントシステム（ISO14000 シリーズ）などで、すでに国内でも馴染みが深い。ISO TC223 は危機管理の国際標準化を進める ISO の社会セキュリティに関する専門委員会である。2011 年 11 月に ISO22320（危機管理－危機対応に関する要求事項）を発行した。2012 年 5 月には、事故や災害時における企業の事業継続を達成させるための、日常的な事業継続マネジメントのあり方をまとめた ISO22301（事業継続マネジメントシステム）も発行し、8 月 24 日には国内 5 企業がすでに認証を取得した。

米国は ICS の考え方に基づきこれを国際標準とするため、2003 年から国際化を進めてきた。国際標準規格は仕様 / 要求事項（Specification/Requirements）及び指針 / 実践規範（Guideline/Code of Practice）という 2 つの側面があり、いずれも任意規格であるものの、官民を問わず適用されるとのことである。

ISO 22320 Societal security-Emergency management-Requirements for incident response（社会セキュリティ－危機管理－危機対応に関する要求事項）は前述の規格のうち要求事項に該当する規格で、危機対応は災害発生直後から組織の命運を左右する最も重要な要素であることから緊急時の単一組織の指揮調整のあり方、危機対応にあたって情報処理のあり方、組織間協力連携のあり方について規定している。（参考：「TC 223 Societal security」：
http://www.iso.org/iso/standards_development/technical_committees/list_of_iso_technical_committees/iso_technical_committee.htm?commid=295786、「シリーズ ISO 22320 について学ぶ(1)」：リスク対策 .com2012 年 7 月号 84 － 89 ページ）

Ⅱ．各論（医療事故・院内感染・災害時医療サージにおける各 ICS/IAP/AC）

1．医療事故



医療事故 ICS/IAP

《平時における標準的 ICS/IAP》

【対応時期】

平時

【対応目標】

○主管部局と保健所の役割の確認

○関係機関との連携体制構築

ICS0. 医療事故への早期対応のための平時対応

IAP1. 関係主管部局と話し合って、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

IAP2. 関係機関と連携体制構築

IAP3. 医療事故発生（探知）に備えて、実際にこの ICS/IAP が活用できるように、事前に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

IAP4. 医療安全に関する専門家の把握

《急性期における標準的 ICS/IAP》

【対応時期】

感知～ 1 か月程度：

【対応目標】

○医療機関から情報収集し、医療事故の事実確認

○保健所内の指揮命令系統の確立

○保健所を中心とした指揮命令系統との連携体制の確立

○当該医療機関との情報の共有

○患者への適切な医療の提供及び事故拡大の防止

○原因究明

○市民への情報提供

ICS1. 医療事故の事実確認（初期確認）

IAP1. 医療機関からの情報収集

ICS2. 医療事故探知後、保健所内の指揮体制確立

IAP1. 対応人員・内容、役割の決定、場合により所内横断的体制

IAP2. 本庁主管部局（単数または複数－医務、薬務、感染症、保険、介護、精神、障害福祉等）との連携による保健所の役割の確認

IAP3. 対策のための組織の設置

IAP4. 事実確認（保健所または主管部局との合同）

IAP5. 重大事故については事故調査委員会等の設置要請・協力

ICS3. 事情聴取または緊急立入検査

IAP1. 患者の安全確保・確認

IAP2. 新規入院患者受け入れ自粛、救急患者受け入れ自粛の検討

IAP3. 必要に応じ専門家の協力要請

IAP4. 事故背景の把握
IAP5. 事故の全容把握
IAP6. 再発防止に対する安全対策・体制の確認
IAP7. IAP6. に対する助言・指導

ICS4. メディア対応と注意喚起
IAP1. 経過について医療機関、保健所、主管部局との連携のもとに、事実と対応内容の公表。公表主体は医療機関 and/or 行政機関
IAP2. 他医療機関、医師会等に対する情報提供・注意喚起
IAP3. 保健所・主管部局連携のもと、議会・厚生労働省への報告

ICS5. 患者・住民の不安に対応するための相談体制整備
IAP1. 医療機関における相談窓口の確認
IAP2. 保健所・主管部局との連携のもと、相談窓口の設置
IAP3. 相談内容整理、不安の内容・要望把握

《亜急性期における標準的 ICS/IAP》
【対応時期】
1 か月以降：

【対応目標】
○リスク・コミュニケーションによるリスクの低減
○管内医療機関への医療安全対策の徹底

ICS6. 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実施
IAP1. 当該医療機関に対してのリスク・コミュニケーション
IAP2. 他医療機関、医師会に対してのリスク・コミュニケーション
IAP3. メディア等に対してのリスク・コミュニケーション
IAP4. 住民に対してのリスク・コミュニケーション

《終結期における標準的 ICS/IAP》
○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
○保健所の機能強化

ICS7. 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
IAP1. 立入検査時情報提供・注意喚起
IAP2. 保健所間情報共有・保健所の機能強化

様式例等
・様式例 1 ：医療事故概況報告様式
・様式例 2：報道機関からの取材対応概要

様式例１：医療事故概況報告様式

医療事故概況報告

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記載者＿＿＿＿＿＿　職種＿＿＿＿＿＿

発生日時：西暦　　年　月　日　　曜日　　時　　分

曜日区分　：□平日　　□休日

事故の程度：□死亡　　□障害残存の可能性が高い　　□障害残存の可能性が低い
□障害残存の可能性なし　　□障害なし

発生場所　：□病棟　場所（　　）　　□外来　場所（　　）
□検査室　場所（　　）　　□機能訓練室　　□手術室　　□分娩室
□放射線治療室　　□その他（　　）

事故の概要：
□指示出し・情報伝達に関すること　　□薬剤に関すること　　□輸血に関すること
□治療・処置に関すること　□医療用具（器具）の使用・管理に関すること
□ドレーン・チューブ類の使用・管理に関すること　　□検査に関すること
□療養上の場面に関すること

関連診療科：（　　）科　（　　）科　（　　）科

患者の数：□１人　　□複数（　　人）

患者の年齢：　　歳　　患者の性別：□男　□女

患者の区分：□入院　　□外来（初診）　　□外来（再診）

疾患名：

事故前の患者の病状：

事故に係る発見者：□当事者本人　　□医療従事者　　□患者本人　　□家族　　□他患者　　□その他

＊当事者職種：□医師　　□歯科医師　　□看護師　　□准看護師　　□薬剤師　　□看護助手
□その他（　　）

＊当事者の職種経験年数：（　　年　　ヶ月）

＊当事者の当部署の配属機関（　　年　　ヶ月）

＊当事者の勤務状況：直前１週間の夜勤・当直回数（　　）回
直前１週間の勤務時間（　　）時間

上記＊印は，当事者が複数いる場合は，当事者２，当事者３・・・，として明記して記入する。

当事者２（　　）

当事者３（　　）

発生場面：□手術　　□麻酔　　□分娩・人工妊娠中絶　　□救急処置
□その他の治療・処置（　　）　　□看護（　　）　　□介護（　　）

事故の内容：（用紙裏面に自由記載欄がありますので，可能な範囲で概要を明記してください）
□指示出しの誤り　　□指示受け・情報伝達の誤り　　□処方の誤り　　□与薬の誤り　　□患者間違え
□部位取違え　　□方法（手技）の誤り　　□治療・処置の未実施・忘れ
□治療・処置の日程・時間の誤り　　□不必要行為の実施　　□消毒・清潔操作の誤り
□診察・治療等の誤り　　□誤嚥　　□誤飲　　□転倒　　□転落　　□異物の体内残存
□その他（　　）

医療安全管理委員会への報告の有無：□有　□無

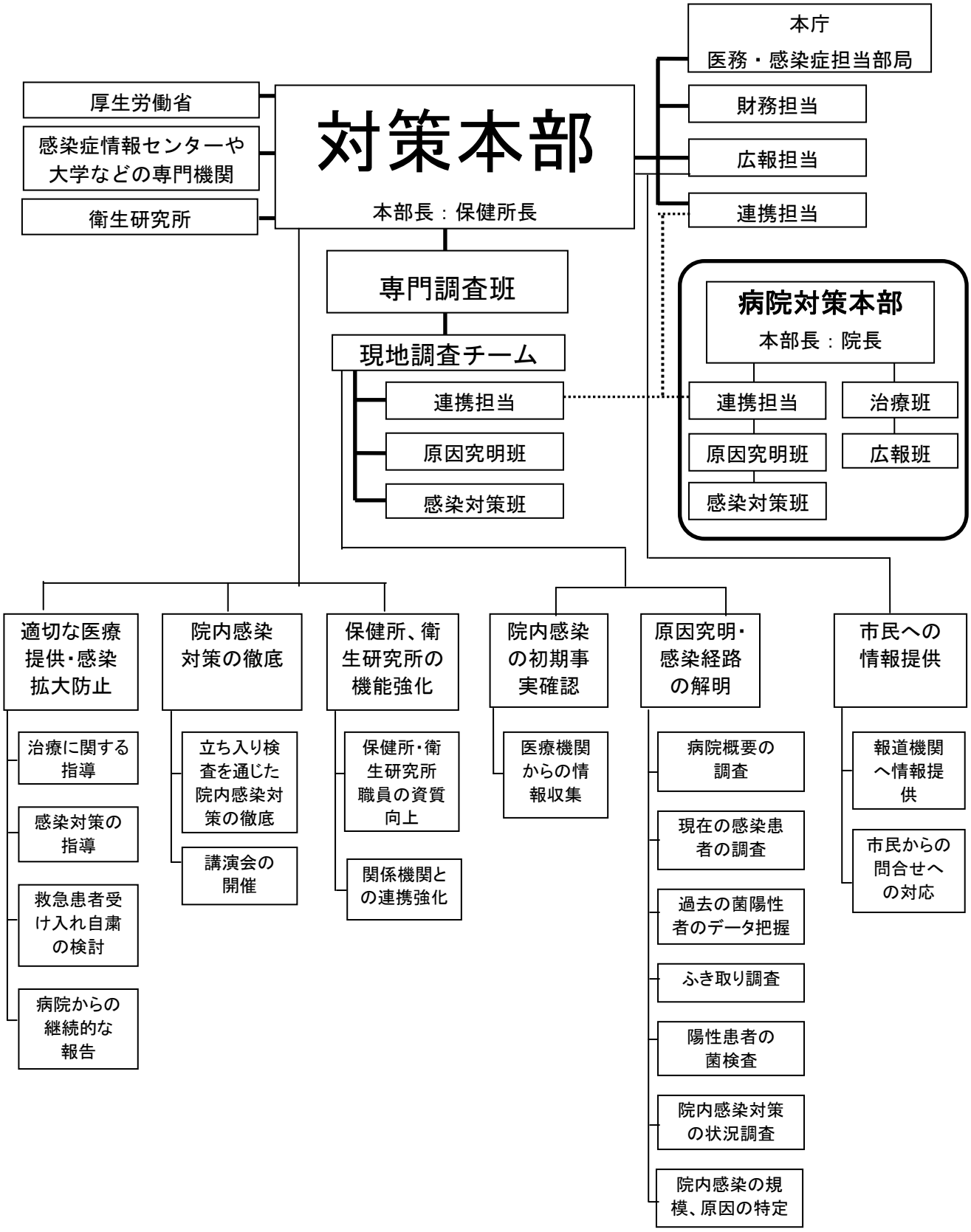
医療安全管理委員会の開催：□開催済み　　□開催予定（予定日　　月　　日）

事故調査委員会設置の有無：□検討中　　□内部調査員会の設置　　□外部調査委員会の設置

様式例２：報道機関からの取材対応概要

取材日時	平成　年　月　日(　)午前･午後　時　分		
報道機関名		対応職員	所属(　　)
(記者名)			氏名(　　)
取材方法	電 話 ・ 対 面 ・ その他(　　)		
取材項目名			
取材内容			
対 応			
伝達事項			

２．院内感染


本庁
医務・感染症担当部局
厚生労働省
感染症情報センターや
大学などの専門機関
衛生研究所
対策本部
本部長：保健所長
財務担当
広報担当
連携担当
専門調査班
現地調査チーム
連携担当
原因究明班
感染対策班
病院対策本部
本部長：院長
連携担当
治療班
原因究明班
広報班
感染対策班
適切な医療
提供・感染
拡大防止
治療に関する
指導
感染対策の
指導
救急患者受
け入れ自粛
の検討
病院からの
継続的な
報告
院内感染
対策の徹底
立ち入り検
査を通じた
院内感染対
策の徹底
講演会の
開催
保健所、衛
生研究所の
機能強化
保健所・衛
生研究所
職員の資質
向上
関係機関と
の連携強化
院内感染
の初期事
実確認
医療機関
からの情
報収集
原因究明・
感染経路
の解明
病院概要の
調査
現在の感染患
者の調査
過去の菌陽性
者のデータ把握
ふき取り調査
陽性患者の
菌検査
院内感染対策
の状況調査
院内感染の規
模、原因の特定
市民への
情報提供
報道機関
へ情報提
供
市民からの
問合せへ
の対応

《急性期における標準的 ICS/IAP》

【対応時期】

感知～１か月程度：

【対応目標】

○医療機関から情報収集し、院内感染の事実確認。
○保健所内の指揮命令系統の確立
○保健所を中心とした指揮命令系統との連携体制の確立
○当該医療機関との情報の共有
○原因究明・感染経路の解明
○患者への適切な医療の提供及び感染拡大の防止
○市民への情報提供
○報告書をまとめる
○管内医療機関への院内感染対策の徹底

ICS1. 院内感染の事実確認（初期確認）
IAP1. 医療機関からの情報収集

ICS2. 保健所を中心とした指揮命令系統と連携体制の確立
IAP1. 保健所内の対応職員体制の確認
IAP2. 病院に赴く調査チームを編成する（現地調査チーム）
IAP3. 厚生労働省、本庁、衛生研究所との連携体制の確立
IAP4. 専門機関との連携体制の確立
IAP5. 対策のための組織の設置

ICS3. 患者への適切な医療の提供及び感染拡大の防止
IAP1. 患者の治療に関する指導
IAP2. 感染対策の指導
IAP3. 新規入院患者受け入れ自粛、救急患者受け入れ自粛の検討
IAP4. 感染対策の改善状況について、病院から継続的に（例えば１年間）報告を受ける

ICS4. 原因究明・感染経路の解明
IAP1. 病院概要の調査
IAP2. 現在の感染患者の調査
IAP3. 過去（例えば、過去１年間）の菌陽性者のデータを把握する
IAP4. ふき取り調査
IAP5. 陽性患者の菌検査
IAP6. 院内感染対策の状況調査
IAP7. 院内感染の規模、原因を特定する

ICS5. 市民への情報提供
IAP1. 報道機関へ情報提供する
IAP2. 議会への対応
IAP3. 市民からの問い合わせへの対応

《亜急性期～終結期における標準的 ICS/IAP》

【対応時期】

1 か月以降：

【対応目標】

○報告書をまとめる
○管内医療機関への院内感染対策の徹底
○保健所、衛生研究所の機能強化

ICS6. 管内医療機関への院内感染対策の徹底
IAP1. 立ち入り検査を通じた院内感染対策の徹底
IAP2. 関係機関からの情報提供
IAP3. 講演会の開催

ICS7. 報告書を作成する
IAP1. 専門調査班による調査報告書を作成する

ICS8. 保健所、衛生研究所の機能強化
IAP1. 保健所職員の資質向上
IAP2. 関係機関との連携強化
IAP3. 検査体制の強化
IAP4. 衛生研究所職員の資質向上

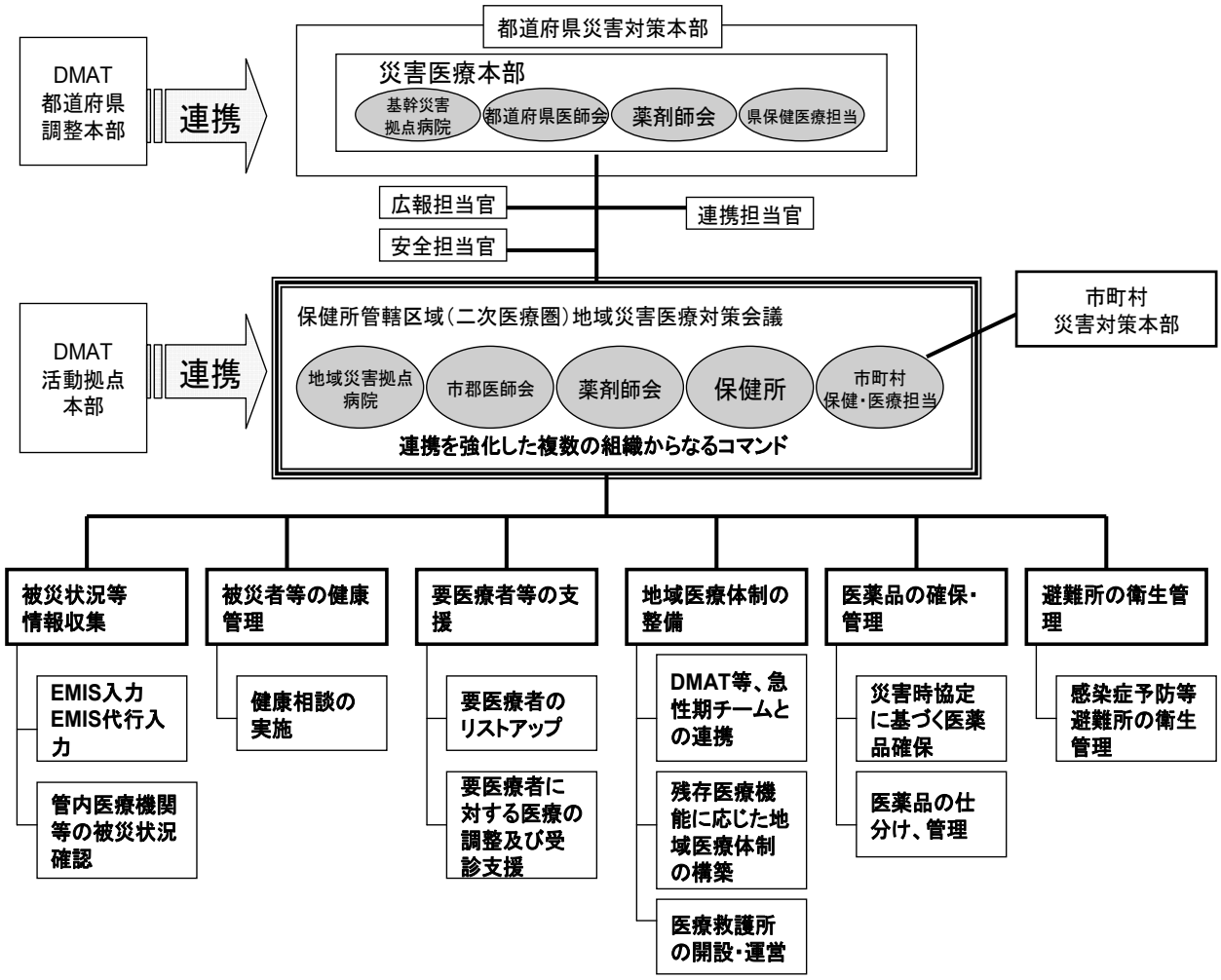
３．災害時医療サージ

《ICS/IAP 活用のための条件》

・医療サージ（災害時）において、地域の複数の組織からなるコマンドである「地域災害医療対策会議」が、相互に情報を共有し自律的に対応できるよう連絡体制が構築されていること。
＊地域災害医療対策会議：保健所管轄区域（二次医療圏）における、地域災害拠点病院、医師会、薬剤師会、市町村、保健所等から構成される。
・保健所は、関係機関が ICS/IAP の目的を理解し、発生時には協働して対応できるよう、調整役としての役割を果たすこと。
・圏域を超えた広域連携が必要な場合は、都道府県災害対策本部を通じて、支援が受けられるような体制が構築されていること。

《この標準的 ICS/IAP（医療サージ）の利用に当たって》

・「地域災害医療対策会議」は、医療サージにおいて、速やかに自律的に参集し、相互に情報を共有し、対応方針を決定し、決定事項を実行する。
・発災当初の通信の寸断・混乱が復旧した後は、都道府県災害対策本部を通じて、圏域を超えた広域連携を図る。
・保健所は「地域災害医療対策会議」において、調整役としての役割を果たす。



医療サージ（災害時を中心に）ICS/IAP/AC

医療サージ（災害時）におけるコマンド

ここではコマンドを「連携を強化した複数の組織からなるコマンド」である「地域災害医療対策会議」とする。「地域災害医療対策会議」は、保健所管轄区域（二次医療圏）における、地域災害拠点病院、医師会、薬剤師会、市町村、保健所等から構成される。

《平時における標準的 ICS/IAP/AC》

【対応時期】

平時

【対応目標】

○保健所管轄区域（二次医療圏）の関係機関との連携体制構築

○主幹部局と保健所の役割の確認

ICS1. 保健所管轄区域（二次医療圏）関係機関の連携確保

IAP1. 地域災害医療対策会議の立ち上げ

AC1. 地域災害医療対策会議メンバー表

ICS2. 情報収集体制の整備

IAP1. 医療機関等の被災状況、被災者数の確認
AC1. EMIS 入力（訓練）
AC2. 圏域内関係機関連絡網（携帯メール等）（訓練）

ICS3. 地域医療体制の確保
IAP1. 医療救護活動（訓練）
AC1. 医療救護所開設予定施設、担当者一覧
AC2. 様式等整備（診療カルテ、診療情報提供書、医療救護所日報）

ICS4. 医薬品の確保
IAP1. 医薬品等の確保体制
AC1. 医薬品確保に係る災害時協定等締結

《急性時における標準的 ICS/IAP/AC》
【対応時期】
～約 48 時間まで
【対応目標】
○保健所管轄区域（二次医療圏）の被災状況把握等、情報収集
○緊急医療による救命活動

ICS5. 緊急医療の提供
IAP1. 地域災害拠点病院、DMAT による緊急医療

ICS6. 被災状況等情報収集
IAP1. 医療機関等の被災状況、被災者数の確認
AC1. EMIS 入力、EMIS 代行入力
AC2. 連絡網等による医師会員等の被災状況、地域の医療機関の稼働状況の把握
AC3. 被災者数の把握

ICS7. 地域の医療機関による応急医療
IAP1. 地域の残存医療機能を活用した応急医療
AC1. 残存した医療機関による応急医療

ICS8. DMAT、外部の医療チームによる緊急医療
IAP1. DMAT、外部の医療チームの派遣状況の確認
AC1. 医療チームの調整

ICS9. 要医療者等の支援
IAP1. 在宅難病患者等の安否確認
AC1. 要支援者リスト
IAP2. 要医療者に対する支援
AC1. 医療機器等調達支援
AC2. 停電対応

ICS10. 医療救護活動
IAP1. 医療救護所の開設
AC1. スタッフの確保

ICS11. 医薬品の確保
IAP1. 必要医薬品の把握及び確保
AC1. 必要医薬品把握
AC2. 備蓄医薬品供出

《移行期における標準的 ICS/IAP/AC》

【対応時期】
～約５日まで

【対応目標】
○ DMAT 等急性期医療チームから医師会等地域医療チームへの切れ目のない移行

ICS12. 保健所管轄区域（二次医療圏）関係機関による情報共有及び対応方針の確認
IAP1. 地域災害医療対策会議招集
AC1. 圏域内関係機関連絡網（携帯メール等）による招集
IAP2. DMAT から地域の医療チームへの移行
AC1. DMAT →地域医療チームへ引き継ぎ
IAP3. 残存医療機能の確認及び情報共有
AC1. EMIS、各団体からの情報収集
IAP4. 残存医療機能に応じた医療体制整備
AC1. 医療機関等の被災状況に応じた役割分担

ICS13. 要医療者等の支援
IAP1. 在宅難病患者等要医療者の把握
AC1. 要医療者リスト
IAP2. 要医療者に対する支援
AC1. 医療機器等調達支援
AC2. 停電対応
IAP3. 要医療者に対する医療の調整及び受診支援
AC1. 受入れ医療機関一覧（連絡先、窓口担当者）

ICS14. 医療救護活動
IAP1. 医療救護所の開設
AC1. スタッフの確保
AC2. DMAT 等急性期医療チームからの引き継ぎ

ICS15. 医薬品の確保
IAP1. 必要医薬品の把握及び確保
AC1. 必要医薬品把握
AC2. 備蓄医薬品供出

《中長期における標準的 ICS/IAP/AC》

【対応時期】

約５日～以降

【対応目標】

○被災者等の健康管理、復旧に向けた支援

ICS16. 被災者等の健康管理

IAP1. 健康相談の実施

AC1. 健康調査票、調査結果報告書

AC2. 健康相談スタッフの確保

ICS17. 要医療者等の支援

IAP1. 要医療者のリストアップ

AC1. 要医療者リスト作成

IAP2. 要医療者に対する医療の調整及び受診支援

AC1. 受入れ医療機関一覧（連絡先、窓口担当者）

AC2. 医療機関マップ

ICS18. 地域医療体制の整備

IAP1. 残存医療機能による地域医療体制の構築

AC1. 医療機関の役割分担

ICS19. 医療救護活動

IAP1. 医療救護所の開設、運営

AC1. スタッフの確保

AC2. 諸記録（診療カルテ、診療情報提供書、医療救護所日報）

AC3. スタッフミーティング

ICS20. 医薬品の確保・管理

IAP1. 災害時協定に基づく医薬品確保

AC1. 医薬品確保手順

AC2. 協定先一覧

IAP2. 医薬品の仕分け・管理

AC1. 薬剤師当番表

AC2. 仕分け、管理手順

ICS21. 避難所の衛生管理

IAP1. 感染症予防等、避難所の衛生管理

AC1. 避難所保健衛生チェックリスト

AC2. スタッフ向け衛生指導マニュアル

AC3. 感染症予防啓発資料（ポスター等）

医療サージ（災害等）におけるＩＣＳ／ＩＡＰ／ＡＣ

コマンド

保健所管轄区域（二次医療圏）地域災害医療対策会議
災害拠点病院、医師会、薬剤師会、市、保健所等の合議体

必要機能	平時	急性期	移行期	中長期
災害拠点病院				
・地域医療ネットワーク	・地域災害医療対策会議参画		・地域災害医療対策会議参画	・地域災害医療対策会議参画
・被災状況等情報収集	・EMIS 入力（訓練）	・被災状況確認	・地域医療稼働状況確認	・地域医療稼働状況確認
・緊急医療	・緊急医療（訓練）	・DMAT 等による緊急医療の提供	・広域医療支援の調整	・広域医療支援の調整
医師会				
・地域医療ネットワーク	・地域災害医療対策会議参画		・地域災害医療対策会議参画	・地域災害医療対策会議参画
・被災状況等情報収集	・EMIS 入力訓練（救急病院等） ・災害時連絡網整備	・EMIS 入力（救急病院等） ・会員医療機関被災状況確認	・地域医療稼働状況確認 ・ＤＭＡＴからの引き継ぎ	・地域医療稼働状況確認
・地域医療の調整	・地域災害医療対策会議における連絡調整		・残存医療機能に応じた医療機関の役割分担	・残存医療機能に応じた医療機関の役割分担
・医療体制の確保	・災害対応準備（医師会・会員）	・残存した医療機関による応急医療	・残存医療機能に応じた医療提供	・残存医療機能に応じた医療提供
・医療救護所運営	・医療救護所活動（訓練）	・医療救護所担当医調整 ・医療救護所医療活動	・医療救護所担当医調整 ・医療救護所医療活動	・医療救護所担当医調整 ・医療救護所医療活動
薬剤師会				
・地域医療ネットワーク	・地域災害医療対策会議参画		・地域災害医療対策会議参画	・地域災害医療対策会議参画
・被災状況等情報収集	・災害時会員連絡網整備	・会員被災状況確認	・薬局稼動状況確認	・薬局稼動状況確認
・医薬品の確保	・医薬品確保に係る災害時協定締結	・必要医薬品の把握及び確保	・必要医薬品の把握及び確保	・必要医薬品の把握及び確保
・医療救護所運営	・医療救護所活動（訓練）	・医療救護所担当薬剤師調整 ・医薬品の仕分け、管理	・医療救護所担当薬剤師調整 ・医薬品の仕分け、管理	・医療救護所担当薬剤師調整 ・医薬品の仕分け、管理
保健所				
・地域医療ネットワーク	・地域災害医療対策会議参画		・地域災害医療対策会議参画	・地域災害医療対策会議参画
・被災状況等情報収集	・EMIS 代行入力（訓練） ・EMIS 入力情報確認（訓練）	・EMIS 代行入力 ・EMIS 入力情報確認 ・地域医療稼働状況確認	・地域医療稼働状況確認 ・ＤＭＡＴからの引き継ぎ	・地域医療稼働状況確認
・地域医療の調整	・地域災害医療対策会議における連絡調整		・残存医療機能に応じた医療機関の役割分担	・残存医療機能に応じた医療機関の役割分担
・要支援者・要医療者の支援	・要医療者に対する受診調整方法を確認	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・要医療者への医療提供支援	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・要医療者への医療提供支援	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・要医療者への医療提供支援
・在宅難病患者等支援	・災害時機器調達方法、停電時の対応確認	・医療機器等調達支援 ・停電対応	・医療機器等調達支援 ・停電対応	・医療機器等調達支援 ・停電対応
・医療救護所支援	・医療救護所支援（訓練）	・医療救護所連絡調整	・医療救護所連絡調整	・医療救護所連絡調整
市町村				
・地域医療ネットワーク	・地域災害医療対策会議参画		・地域災害医療対策会議参画	・地域災害医療対策会議参画
・被災者等の健康管理	・健康相談票作成 ・医療スタッフ招集体制整備	・健康相談体制準備	・健康相談の実施	・健康相談の実施
・要支援者・要医療者の支援	・要支援者・要医療者調査手順、担当者、調査票等様式の確認・準備	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・ ・要医療者への医療提供支援	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・ ・要医療者への医療提供支援	・避難所・在宅における要支援者・要医療者の把握 ・ ・要医療者への医療提供支援

・医療救護所運営	・医療救護所活動（訓練）	・医療救護所開設	・医療救護所担当者調整 ・医療救護所運営	・医療救護所担当者調整 ・医療救護所運営
・避難所運営	・避難所用資機材、マニュアル整備	・避難所開設	・健康相談の実施 ・ ・要支援者・要医療者把握 ・感染症対策・衛生管理 ・精神保健対策	・健康相談の実施 ・ ・要支援者・要医療者把握 ・感染症対策・衛生管理 ・精神保健対策

参考文献

1）本田美和子：初めて会う医師や看護師に伝えたい健康の基本情報「ほぼ日の健康手帳　Dear DoctorS」http://www.1101.com/20110311/deardoctors.html

2）山梨県中北保健所：避難所保健衛生チェックリストモデル http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo.html

様式例等

・健康調査結果報告書
・医療機関の役割分担
・医療救護所当番表
・健康基本情報（参考文献 1）
・診療情報提供書
・避難所保健衛生チェックリスト（参考文献 2）

（例）

健康調査報告書

訪問地区 ：　　報告者氏名 ：

活動日 ：

訪問従事者 ： 保健師　　看護師

Ⅰ 活動場所 ・ 件数

訪問世帯数　　世帯　うち（面接　世帯 ・ 不在　世帯 / 家がない等で面接不可　世帯 ・ 訪問拒否　世帯）

※ 面接できた世帯の内訳（世帯数と面接した人数）

1 自宅（持ち家）　世帯　人　2 自宅（貸家）　世帯　人　3 県営住宅等の入居　世帯　人

4 その他（　　）

Ⅱ 活動方法

1 家庭訪問

2 その他（　　）

Ⅲ 対象区分（訪問等で状況が分かった人の数：家族からの聞き取り可）

区分	妊産婦	新生児	乳児	幼児	成人	高齢者（65歳以上）	要介護者	心身障害	精神	特定疾患	その他	合計
実／延	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／

7歳以上の児童など

Ⅳ 要フォロー状況

要フォロー者数　　0　人

フォロー理由（フォロー者記名不要）

Ⅴ 指導人員（指導を実施した人のみ計上：様子を伺っただけの人は計上しない）

指導内容	延べ人数
1 被災による外傷等（復旧作業に伴うものも含む）	
2 現症・既往・医療・服薬に関すること	
3 感染症予防に関すること	
4 食事に関すること	
5 睡眠に関すること	
6 生活機能低下予防に関すること	
7 こころに関すること	
8 妊産婦の健康管理・育児	
9 その他	
合計	0

Ⅵ 全体を通して,今後の課題や方針など（あれば記入）

（例）

医療機関、医療救護所の役割分担

医療機関名	役　割
○○病院	例）一般患者の対応を休止し、重症患者のみ対応。
○○病院	例）軽症外来のみ受入れ。検査・画像診断は対応不能。
○○病院	例）産科受け入れ可
○○病院	例）精神科受け入れ可
○○病院	
○○病院	
○○医院	例）小児科外来可
○○医院	

医療救護所	例）一般用医薬品のみ投与可能、処方薬が必要な場合は紹介 17時以降は○○病院を紹介。

医療救護所当番表

（例）

医療救護所当番票　　（　月　日　曜日）

集合場所:　　集合時間:

月	日	曜日	時間　集合場所:105会議室			担当職種	所属・氏名	
			勤務時間	集合時間	解散時間		所属	当番者
	例		9:00～16:45	8:30	17:15	保健師		
			12:30～21:00	12:00	21:30	看護師		
			9:00～14:00			事務職		
			13:00～15:00			医師		
			9:00～10:00 16:00～17:00			薬剤師		
						保健師 看護師		
						事務職		
						医師		
						薬剤師		
						保健師 看護師		
						事務職		
						医師		
						薬剤師		
						保健師 看護師		
						事務職		
						医師		
						薬剤師		
						保健師 看護師		
						事務職		
						医師		
						薬剤師		

健康基本情報

（例）

初めて会う医師や看護師に伝えたい健康の基本情報

被災地の皆様の健康状態を把握し、治療を必要としている方を見逃さないことを目標として作成する記録です。分る範囲で下記の項目にお答えください。不明な点がありましたら、お気軽にお尋ねください。

1　自分の基本情報　　記入日：平成23年　　月　　日

フリガナ	性別　男性 / 女性
氏名	生年月日　　年　月　日生（　　歳）
血液型　A, B, AB, O　型　RH+/RH−	保険証の記号番号
緊急時の連絡先（名前、続柄、住所、電話、メールアドレス）	

2　かかりつけの医療機関

病院・診療所名　　診療券の番号

3　持病（あてはまるものに○をつけてください）

心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全・その他：　　）

高血圧　腎不全　糖尿病　脳卒中（脳梗塞・脳出血）

がん（具体的に　　）　ぜんそく　てんかん　リウマチ　うつ

その他：

4　手術の記録

年齢　受けた病院	手術の内容
年齢　受けた病院	手術の内容

5　薬のアレルギー

薬の名前	薬の名前
なにが起きましたか	なにが起きましたか

6　薬のリスト：現在飲んでいる薬（のみぐすり、吸入薬、貼る薬、注射薬などすべて）

薬の名前（色や形、記号でも可）	分量	薬の名前（色や形、記号でも可）	分量

7　今、困っている症状は何かありますか？伝えておきたいことはありますか？

http://www.1101.com/deardoctors/

診療情報提供書

（例）

避難所健康相談（医師診察）情報提供書

避難所健康相談（医師診察）情報提供書

受診勧奨時医師が記入

記入年月日　　年　　月　　日

記録者所属

記録者氏名

1 対象者基本情報

氏名		性別	
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）		
自宅住所			
連絡先携帯電話			
保険証所持・番号	あり　　なし		
保護者氏名	（続柄　　）		

2 震災避難の状況

原発からの距離	10km圏内	20km圏内	30km圏内	30km圏外
滞在地避難所				
放射線スクリーニング	実施（実施期間：　　日時：　　月　　日）・未実施			
	結果（問題なし・　　）			

3 心身の状況

既往歴	
現病歴	診断名 入院・通院先 処方薬名 経過
現在の状況	

（山梨県中北保健所版　一部）

避 難 所 保 健 衛 生 チ ェ ッ ク リ ス ト モ デ ル

各項目について、自主防災組織等により組織する避難所の運営委員会でよく話し合った上で、保健衛生管理の徹底に取り組んでください。（★印は、優先度の高い項目です。）

区分		No.	チェック項目（保健衛生管理の徹底を図るために留意すべき事項）	チェック欄	最低限必要な物品	
					品名	数量の目安
1 生活	(1)水分	1	**★水道が使用できない場合、飲料水の確保を最優先で行いましょう。** 【確保の手段】 ① ペットボトル入りミネラルウォーターの確保 （できるだけ冷暗所に保管し、開封後は長く保存しない。）		ペットボトル入りミネラルウォーター、 紙コップ	成人１人あたり、1日３リットル
			② 給水車の給水の汲み置き （できるだけ当日給水のものを使用。蓋付の清潔なポリ容器に保存。）		蓋付の清潔なポリ容器	－
			③ 断水となった場合で、受水槽等に水が残っているときは、飲用を最優先とする。 （水洗トイレの使用禁止等）		－	－
			④ 井戸水、プール等の濾過水 （煮沸又は塩素消毒後に飲用とする。生水の使用は避ける。 蓋付の清潔なポリ容器に保存。）		コンロ・燃料、鍋、ヤカン、 食品添加物の塩素剤（ミルトン等）	塩素系消毒剤の場合は、濃度が0.1～1ppmになるように調整.
		2	水分をしっかりとるよう、呼びかけや掲示をしましょう。 ・ストレスやトイレの未整備などにより、水分をとる量が減りがちになります。 ・熱中症、脱水、尿路の感染症、心筋梗塞、ｴｺﾉﾐｰｸﾗｽ症候群等の予防にも有効。		入り口に掲示（紙、マジック、テープ等）	－
	(2)食事	3	**★できるかぎり、栄養バランスなどを考慮した食事をとりましょう。食事で摂れない栄養については、サプリメント（ビタミンやミネラルなど不足しやすい栄養素を補うための食品）等も活用しましょう。**		主食、副食、サプリメント等	－
		4	**★治療を目的とした栄養管理、食事療法が必要な人がいる場合は、救護所等を通じて医療機関につなげましょう。**		**【平時の取り組み】治療を目的とし から最低３日分の備蓄をするよう心**	
		5	使い捨て食器を使用し、清潔を保ちましょう。使い捨て容器が不足している場合は、食器にラップを掛けて使用しましょう。		使い捨て容器 ラップ	－
		6	食事の前には、流水が使えるときは、手洗いを励行しましょう。水が十分に活用できない場合は、ウェットティッシュ等を活用しましょう。		ウェットティッシュ	－
		7	炊き出し等の調理者は作業前に流水で手を洗い、アルコール等で手指の消毒を行いましょう。下痢や嘔吐等の症状がある人は、食品を取り扱う作業をしないようにしましょう。		アルコール消毒液	－
		8	加熱が必要な食品は中心部までしっかり加熱しましょう。		－	－
		9	食品は、その特性に応じて冷暗所に保管しましょう。		－	－
		10	配給食を出す場合には、食品の賞味期限、消費期限を確認しましょう。必要以上に保管することは避けましょう。		－	－
			★利用者の数に応じた手洗い場とトイレを設置しましょう。常設トイレが使用不能であったり数が足りない場合は、仮設トイレの設置を要請しましょう。 ※　トイレの設置、使用に当たっては、浄化槽や下水が使用可能な状態か確認しましょう。		仮設トイレ	１００人に１基を目標として順次設置。
			【断水で常設トイレが使用できない場合】 →　井戸水やプール等の水を利用して水洗トイレを使用する。		ポリ容器、バケツ	－

詳細は以下を参照。

・避難所保健衛生チェックリストモデル.
http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo.html

・避難所における要援護者支援チェックリストモデル .
http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo_youshiensya.html

【参考文献】

1）医療法．http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html

2）厚生労働省医政局指導課長通知「医療機関等における院内感染対策について」等、法令・通知．
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/index.html

1．医療安全対策に係る制度等に関するもの

2．個別の安全対策に関するもの

3．診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に関するもの

4．医療事故情報収集等事業に関するもの

3）地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正（平成 24 年厚生労働省告示第 464 号）．http://wwwhourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T120803H0010.pdf

4）災害対策基本法．　http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S36/S36HO223.html

5）防災対策推進検討会議最終報告．
http://www.bousai.go.jp/jishin/chubou/taisaku_shutochokka/6/sub4.pdf

6）医療安全支援センター総合支援事業．
http://www.anzen-shien.jp/information/index.html

7）研究分担者 古屋好美，石田久美子．平成 20 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）「健康危機管理体制の評価指標，効果の評価に関する研究」報告書別冊、立入検査ハンドブック改訂版．2009.

8）分野研究代表者　古屋好美．平成 23 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）「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、医療・介護等安全分野研究報告．2012, 65-72．別冊（保健所健康危機管理対応指針　日本版標準 ICS/IAP/AC）69-80.

9）分野研究代表者 古屋好美．平成 22 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」報告書、医療・介護等安全分野研究報告．2011，559-99．及び「保健所の行う健康危機管理－医療・介護等安全における連携促進のためのガイドライン．別冊 149-80.

10）分野研究代表者 古屋好美．平成 21 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」報告書、医療・介護等安全分野研究報告．2010，129-232.

11）分担研究者 古屋好美，石田久美子．平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）「健康危機管理体制の評価指標，効果の評価に関する研究」報告書、医療安全・医薬品医療機器等安全合同班報告．2007，103-32.

12）分担研究者 古屋好美，石田久美子．平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）「健康危機管理体制の評価指標，効果の評価に関する研究」報告書、医療安全・医薬品医療機器等安全合同班報告．2008，80-334.

13）研究分担者 古屋好美，石田久美子．平成 20 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）「健康危機管理体制の評価指標，効果の評価に関する研究」報告書、医療安全・医薬品医療機器等安全合同班報告．2009，78-222.

14）研究分担者 古屋好美，石田久美子．平成 20 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）「健康危機管理体制の評価指標，効果の評価に関する研究」総合報告書（平成 18-20 年度）、医療安全・医薬品医療機器等安全合同班報告．2009，51-81.

15）分担事業者 古屋好美．平成 17 年度地域保健総合推進事業「医療安全対策と保健所機能強化に関する調査研究」報告書．2006.

16）Medical Surge Capacity and Capability: A Management System for Integrating Medical and Health Resources During Large-Scale Emergencies.

http://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/handbook/Documents/mscc080626.pdf
17）Medical Surge Capacity and Capability: The Healthcare Coalition in Emergency Response and Recovery.
http://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/Documents/mscctier2jan2010.pdf
18）California Public Health and Medical Emergency Operations Manual. July 2011.
http://www.emsa.ca.gov/disaster/files/EOM712011.pdf
19）内閣府「事業継続ガイドライン第二版」.
http://www.jsa.or.jp/stdz/mngment/pdf/guideline02.pdf
20）経済産業省「事業継続計画策定ガイドライン」.
http://www.meti.go.jp/policy/netsecurity/downloadfiles/6_bcpguide.pdf
21）ISO/TR 22312:2011 Societal security - Technological capabilities（社会セキュリティ - 技術的能力）. The International Organization for Standardization, 2011.
22）ISO/PAS 22399:2007 Societal security - Guideline for incident preparedness and operational continuity management（社会セキュリティ - 緊急事態準備と業務継続マネジメントガイドライン）. The International Organization for Standardization, 2007.
23）ISO 22320 Societal security - Emergency management - Requirements for incident response（社会セキュリティ - 危機管理 - 危機対応に関する要求事項）. The International Organization for Standardization, 2011.
24）ISO 22301 Societal security - Business continuity management systems - Requirements（社会セキュリティ - 事業継続マネジメントシステム - 要求事項）.
The International Organization for Standardization, 2012.
25）ISO 22300 Societal security - Terminology（社会セキュリティ - 用語）.
The International Organization for Standardization, 2012.
26）横浜市医療安全メールマガジン.
http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/iryou-anzen/ml/
27）じょうずなお医者さんのかかり方.
http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/tsukuhc/iryou-joho/jozu.pdf
http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/tsukuhc/iryou-joho/gaikoku.pdf
28）避難所保健衛生チェックリストモデル.
http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo.html
29）避難所における要援護者支援チェックリストモデル.
http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo_youshiensya.html
30）医療機関におけるトラブルの実際と対応. 横浜市医療安全研修会 2012 年 2 月. http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/soudan-madoguchi/shiryo/kenshu-shiryo-24-2-9.pdf
31）堺市保健福祉局. セラチアによる院内感染事例報告書. 平成 12 年 12 月.
32）編集　日本弁護士連合会. 第 51 回人権擁護大会シンポジウム第 2 分科会基調報告書、安全で質の高い医療を実現するために　―医療事故の防止と被害の救済のあり方を考える―　院内事故調査ガイドライン. 2008 年 10 月 2 日.
33）研究代表者　名城大学大学院 酒井順哉. 医療の安全に関する研究会　特別研究、医療機関における医療事故調査のあり方に関する研究成果報告書、医療機関における医療事故調査委員会のあり方ガイド（第 1 版）. 2007 年 11 月.
34）茨城県つくば保健所・常総保健所. 医療事故発生時における保健所対応マニュアル.「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書　平成 20 年 3 月　324-331.
35）本田美和子. 初めて会う医師や看護師に伝えたい健康の基本情報「ほぼ日の健康手帳 Dear DoctorS」
http://www.1101.com/20110311/deardoctors.html

平成 24 年度
地域医療システム安全における健康危機管理に関する提言

平成 23－24 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）「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」医療・介護等安全分野研究班の研究結果に基づき、次のように提言いたします。

１．平成 23－24 年度当研究班の研究結果は次のとおりです。

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、法令に規定される範囲は、「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」による健康危機管理・リスク・コミュニケーションも含まれ、社会情勢の変化と共にそのあり方が変化してきていると言えます。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方向性が示されていると考えられます。

本研究では、発生頻度が比較的高い医療事故や院内感染、自然災害時のメディカル・サージ（医療機関収容力及び対応能力を超える緊急事態）を想定した医療・介護等安全分野インシデント・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）を作成しました。これらは、地域医療システム安全に関わる事態発生において、健康被害を最小限に止め、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、場合により地域部門連携会議が協力する標準的活動プランです。

２．研究結果に基づく提言は次のとおりです。

⑴　保健所が適切にこれらの有事対応を実施するために、関係医療機関、医師会・歯科医師会・薬剤師会や病院連合体等医療関連団体、国・都道府県等本庁の医務担当課を始め関係各部局や関係各機関との連携を進めるにあたり、「地域医療システム安全」と「メディカル・サージ対策」をわが国の健康危機管理の概念として定着させ、「地域医療部門連携会議」が地域で有効に機能するよう、今回作成した医療・介護等安全分野 ICS/IAP/AC をガイドラインとして位置付けていただきたい。

⑵　今後、地域間連携が必要な大災害・事故による死傷者多数・医療機関収容限度を超える事態あるいは医療機関対応能力を超える困難な疾病や外傷（原子力災害・テロ等）や新種の感染症（強毒性新型インフルエンザ等）発生などのメディカル・サージにおける地域医療システム安全の検討が必要と考えられるので、保健・医療・福祉部局内の連携は基より、総務・防災部局、その他関係部局との連携が可能となるよう、メディカル・サージを地域防災計画や危機管理に位置付けるなどの検討をいただきたい。

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）
「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」
医療・介護等安全分野研究班
平成 25 年 3 月

医療事故ICS

アクションカード（AC）

《平時における標準的ICS/IAP》

【対応時期】
平時
【対応目標】
〇主管部局と保健所の役割の確認
〇関係機関との連携体制構築

ICS0.
医療事故への早期対応のための平時対応

IAP1. 関係主管部局と話し合って、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

IAP2. 関係機関と連携体制構築

- 病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等医療関係機関と、平時から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。
- 他の地域で医療事故が発生した場合、その事例に関して管内関係者への情報提供と注意喚起を行う。

IAP3. 医療事故発生（探知）に備えて、実際にこのICS/IAPが活用できるように、事前に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

IAP4. 医療安全に関する専門家の把握

- 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、支援要請方法はどうするのかについて、主管部局と確認し、把握しておく。
- 事故発生時の連携のための関係機関の連絡先、担当者のリストを整備する。

《急性期における標準的ICS/IAP》

【対応時期】
感知～1か月程度：
【対応目標】
〇医療機関から情報収集し、医療事故の事実確認。
〇保健所内の指揮命令系統の確立
〇保健所を中心とした指揮命令系統との連携体制の確立
〇当該医療機関との情報の共有
〇患者への適切な医療の提供及び事故拡大の防止
〇原因究明
〇市民への情報提供

ICS1.
医療事故の事実確認
（初期確認）

IAP1. 医療機関からの情報収集

- 医療機関から電話等で医療事故の状況（人数、症状、事故内容等）の詳細を受ける。
- 医療事故が疑われる場合、医療機関を訪問し、医療機関の協力のもと、スタッフからの聞き取り、カルテの閲覧などからさらに情報を収集する。
- 医療安全対策についての指導を行う。
- 保健所で、調査結果の情報共有を行う。
- 医療事故事例（疑い）として、本格的に調査することを判断する。
- 事故に関連する機器、処置、データ等の保全を指示する。

経過の記録・証拠の保全

・医療事故に関与した医療従事者に事実経過を記録させる。
医療事故発生後に診療記録等に記録するときは、記録の時期、記録者を忘れずに記載させ明らかにしておく。

・重要な証拠を保存・管理する。

- 医薬品・医療機器などの証拠保全

当該医療事故で使用した各種医薬品（消毒薬を含む）・医療機器（医療材料を含む）が対象となり、事故発生の状態のままで保全されなければならない。特に、医薬品のアンプルや注射器が廃棄されるなどの事態がないよう、事故現場での証拠保全に注意しなければならない。

薬剤など放置すると変質し、事後に事実が不明となる可能性がある場合は、薬剤を検査する等の調査を実施する。

- 事故現場の状況写真

事故現場の状況写真は事故調査を分析する上で有効な証拠となるため、様々な方向から医療現場の状況を撮影する必要がある。

・関係者から聴き取る事項があれば、聴き取り調査を行う。

確認事項

当該患者の治療目的・治療内容（時系列で）

事故発生時の状況（時系列で）

事故発生後の患者・家族への説明や対応（時系列で）

事故に対する医療機関の受け止め方（医療過誤の認識があるか）

医療機関による発生原因の分析

医療機関の報道機関への公表の意向

様式例1

別紙報告様式1　　医療事故概況報告

医療機関名＿＿＿＿＿＿　記載者＿＿＿＿＿＿　職種＿＿＿＿＿＿

発生日時：西暦　　年　月　日　曜日　　時　　分
曜日区分　□平日　□休日
事故の程度：□死亡　□障害残存の可能性が高い　□障害残存の可能性が低い
□障害残存の可能性なし　□障害なし
発生場所：□病棟　場所（　　）　□外来　場所（　　）
□検査室　場所（　　）　□機能訓練室　□手術室　□分娩室
□放射線治療室　□その他（　　）
事故の概要
□指示出し・情報伝達に関すること　□薬剤に関すること　□輸血に関すること　□治療・処置に関すること　□医療用具（器具）の使用・管理に関すること　□ドレーン・チューブ類の使用・管理に関すること　□検査に関すること　□療養上の場面に関すること
関連診療科：（　　）科（　　）科（　　）科
患者の数：□1人　□複数（　　人）
病名：
患者の年齢　歳
患者の性別：□男　□女
患者の区分：□入院　□外来（初診）　□外来（再診）
事故前の患者の病状：
事故に係る発見者：□当事者本人　□医療従事者　□患者本人　□家族　□他患者
□その他
＊**当事者職種**：□医師　□歯科医師　□看護師　□准看護師　□薬剤師　□看護助手
□その他（　　）
＊**当事者の臨理経験年数**：（　　年　　ヶ月）
＊**当事者の当部署の配属期間**：（　　年　　ヶ月）
＊**当事者の勤務状況**：直前1週間の夜勤・当直回数（　　）回
直前1週間の勤務時間（　　）時間
上記＊印は、当事者が複数いる場合は、当事者2、当事者3・・・、として明記して記入する。
当事者2：（　　）
当事者3：（　　）
発生場面：□手術　□麻酔　□分娩・人工妊娠中絶　□救急処置
□その他の治療・処置（　　）　□看護（　　）　□介護（　　）
事故の内容：（用紙裏面に自由記載欄がありますので、可能な範囲で概要を明記してください）
□指示出しの誤り　□指示受け・情報伝達の誤り　□処方の誤り　□与薬の誤り　□患者間違え　□部位取違え　□方法（手技）の誤り　□治療・処置の未実施・忘れ　□治療・処置の日程・時間の誤り　□不必要行為の実施　□消毒・清潔操作の誤り　□診察・治療等の誤り　□誤嚥　□誤飲　□転倒　□転落　□異物の体内残存　□その他（　　）
医療安全管理委員会への報告の有無：□有　□無
医療安全管理委員会の開催：□開催済み　□開催予定（予定日　月　日）
事故調査委員会設置の有無：□検討中　□内部調査委員会の設置　□外部調査委員会の設置

ICS2.
医療事故探知後、
保健所内の指揮体制確立

IAP1.対応人員・内容、役割の決定、場合により所内横断的体制

- 保健所長を、コマンダーとする。
- 医務担当課、企画総務課を中心に担当職員を配置する。
- 医務担当課、企画総務課の役割を確認する。
  - ・医務担当課は、立ち入り検査、原因究明、指導、医療機関の運営に関すること。
  - ・企画総務課は、関係機関調整、報道に関すること。

IAP2. 本庁主管部局（単数または複数ー医務、薬務、感染症、保険、介護、精神、障害福祉等）との連携による保健所の役割の確認

- 本庁の医務担当課など関係部局へ協力を依頼する。
  役割確認、住民・議会・マスコミ等への情報提供等
- 厚生労働省に、医療事故事例発生疑いの報告を行う。

IAP3. 対策のための組織の設置

-保健所に対策本部を設置する。
・対策本部設置要領作成
・構成：保健所長（本部長）、医務担当課長、企画調整担当課長等

IAP4. 事実確認（保健所または主管部局との合同）

- 医療機関から聞き取り、連絡調整を行うチームを編成する（現地調整チーム）。
- 医務担当課の保健師、事務職員等。

IAP5. 重大事故については事故調査委員会等の設置要請・協力

-重大事故については、医療機関に対して、事故調査委員会の設置を要請する。
- 委員会の構成は、副病院長、医療安全管理者、診療部長または医長、看護部長または総看護師長、事務部長または事務長等の内部委員と、当該医療事故の専門分野の医師、弁護士・法律専門家等の外部委員から構成する。

院内事故調査委員会1

1 院内事故調査委員会を設置すべき場合

重大な事故事例が発生した場合、院内事故調査委員会を設置して事故調査を実施しなければならない。

「重大な事故事例」の範囲については、次のような考え方が参考になる。

・行った医療または管理に起因して、患者が死亡し、もしくは患者に心身の障害が残った事例。
・重大な事故とはいえない事例でも、同種事故の再発防止に資すると判断される場合には、原因究明を行い、再発防止を図るため、院内事故調査委員会を設置することが望ましい。

院内事故調査委員会2

2 院内事故調査委員会は次に掲げる事項を行う。
-医療事故発生の原因調査に関すること。
-医療事故発生の背景・原因究明に関すること。
-医療事故調査報告書の作成および公開に関すること。
-患者／家族に対し、医療事故調査委員会での調査を知る機会を提供すること。
-その他医療事故発生の原因の改善・指導に関すること。
-医療事故再発防止のための院内対応に関すること。

院内事故調査委員会3

3 医療事故調査委員会の組織形態

医療事故調査を実施する委員会の組織形態としては、主として以下の形態が考えられる。

なお、内部委員とは、事故が発生した医療機関の職員および顧問契約のある関係職員から委員として選任された者をいい、外部委員とは、事故が発生した医療機関の外部の者から委員として選任された者をいう。

・内部委員のみで構成される内部調査委員会を設置するもの
・外部委員を入れた内部調査委員会を設置するもの
・外部委員のみで構成される外部調査委員会を設置するもの
・内部委員のみで構成される内部調査委員会と外部評価委員会を設置するもの

医療事故調査を実施する委員会を組織するにあたっては、現場に根付く再発防止策を策定し実践するために、内部委員が主体的に再発防止策策定までの事故調査に関与する必要がある。他方、公正性・透明性及び論理性を確保するためには外部委員を入れる必要がある。

院内事故調査委員会4

4 委員として選任すべきではない者

・当該医療事故に関与した医療従事者、患者・家族

当該医療事故に関与した医療従事者、患者・家族は基本的には調査の客体となる。

・病院長

内部委員の構成に病院の管理責任者である病院長や副病院長を含める場合もあるが、公正さの観点からは、病院の管理責任やシステムの問題が問われる事例もあり、間接的に当事者となることも考えられるため、少なくとも委員長となることは妥当でない。

院内事故調査委員会5

5 外部委員の選任

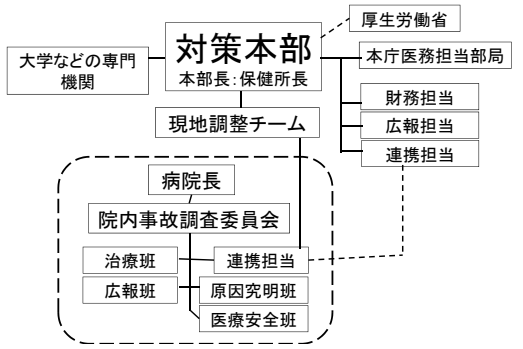
・外部委員の選任と人数

外部委員の人数は、公正性・透明性及び論理性確保の観点から、複数選任する。

・外部委員として選任すべき者

-発生した医療事故の医療行為が分析できる専門医（関係学会が推薦する者など）
-事故調査委員会の調査手法、論点を客観的に評価できる弁護士・法律家など
-科学的に事故原因を究明できる薬剤師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師など
-航空・鉄道・原子力など医療関係以外の事故分析に従事経験のある専門家

医療事故ICS　組織図



ICS3.
事情聴取または緊急立入検査

IAP1.　患者の安全確保・確認

- 当該患者の治療に全力をあげることを指導する。
- 患者および家族へは充分な説明を行うことを指導する。
- 医療機関が行った患者・家族への説明内容を確認する。

IAP2. 新規入院患者受け入れ自粛、救急患者受け入れ自粛の検討

-医療機関と協議し、医療事故状況により医療機関の判断で自粛を検討する。
-医師会を通じて、医療機関に患者受け入れ要請をする。
-医療安全対策が十分講じられたら、その改善状況により、通常診療再開について検討する。

IAP3. 必要に応じ専門家の協力要請

-地域の医療安全ネットワークや大学などの専門機関に協力を依頼する。

（参考：緒方班　保健所－院内感染専門家連携事業）

IAP4.　事故背景の把握

-医療機関の背景事情も十分に理解・検討することが必要。

病院のシステムの検討
〇研修・教育がどのように行われていたか
〇院内コミュニケーションは適切であったか
〇病院のルール、ガイドラインなどが守られていたか
〇管理体制は適切であったか
〇スタッフの人員配置、勤務体制
〇薬剤、医療機器の選定システムと維持管理体制

IAP5.　事故の全容把握

① 医療事故の当該患者の調査。
- 医療事故に関する経過を書面にて報告するよう求める
- 医療機関関係者から調査状況の聴取

② 医療事故の規模、原因を特定する。
- 医療事故の有無の検討
  偶発的なものか？過失によるものか？

事故調査の対象

事実調査における対象は、物、記録、人に分類される。

・物

医療機器・薬剤等が関与する事故である場合、事故を起こした「物」そのものを事故時の状態のまま保存する。事故調査のために物に対して手を加える必要がある場合には、物の性状を正確に記録しつつ、公正性・透明性が疑われない方法で行う。

・記録

診療録・看護記録等の診療記録、各種検査結果、手術のビデオ等の画像資料、その他全ての当該患者の診療に関して作成された記録は調査の対象とされる。特に死亡事例において剖検記録は重要な資料となる。

事故発生後に既存の記録に改変を加えることは、その目的いかんに関わらず、行ってはならない。事故後に診療記録等に記録をする場合は、記録の時期、記録者を明記する等の方法によって、事故後の記載であることが分かるように区別して記載する。

・人

当該事故の発生に関与した全ての人が調査対象となる。

・医療従事者（医師・看護師・薬剤師・医療機器の管理者等）

・患者・家族など

これらの人々から体験した事実を聴取して診療記録に記載されていない事実経過を補充する必要がある。聴き取りにあたっては、事故調査の必要性・重要性を説明し、協力を要請する。

医療事故の当該患者の調査

1　医療事故の当該患者の調査。
- 当該患者の入院中の状況をカルテ等から調査する。

調査項目：

性、年齢、入院日、退院日、転帰、入院病棟、疾患名、治療経過

- 当該患者が複数いる場合、
- ・患者で共通の治療がされていないか、共通に関わっている職員がいないか確認する。（例えば、同じ職員によって点滴がなされた）
- ・病棟別当該患者状況を調査する。
- ・月日別当該患者の状況を調査する。

2　過去（例えば、過去1年間）の当該医療事故のデータを把握する。
- 病棟別、性別、年齢区分別、月別等で当該医療事故発生状況を調査する。

事故原因の分析

ア　事故原因分析の手法

事故原因の分析及び再発防止策策定にあたっては、評価されている事故分析・再発防止手法（ルートコーズ分析（RCA、根本原因分析法）等）を用いて、多角的に事故原因と再発防止策を検討する。

イ　事故分析にあたって想定される着目点

事故分析にあたっては事故再発の危険を減少させるために必要な改善点を検討する。

想定される着目点について検討する。

・事故に至ったプロセスの検討
- ○診断
- ○適応と治療選択
- ○インフォームド・コンセント
- ○治療手技・技量
- ○事故後の異常の発見と緊急治療などが適切に行われたか

IAP6.　再発防止に対する安全対策・体制の確認

① 医療安全対策の状況調査
- 医療安全対策マニュアルの内容を確認する。
- 当該医療機関の患者発生病棟を中心に担当者から医療安全対策について聞き取りをする。
- 院内の巡回調査を行う。

再発防止策の提言

再発防止策を検討する際には、事故原因を特定の個人のミスや個人の努力の問題にとどめてはならない。当該医療機関のシステムの問題として、どのような再発防止策がとれるかという視点が重要である。

また、再発防止策は、現場に根付くものでなければならない。そのためには、事故発生の直接の原因だけでなく、背景事情までをも十分に理解・検討することが必要である。その上で、医療現場の実態に基づいた実施可能な再発防止策を策定・提言する。

さらに、再発防止策が適切に実施されるように、当該院内事故調査委員会を再結集し、再発防止策の実施状況を評価するという方策も考えられる。

IAP7.　IAP6.に対する助言・指導

① 医療安全対策の指導
- 調査の結果を受けて、改善すべき医療安全対策について、速やかに医療機関に指導する。
- 保健所の指導を受けて、医療機関が改訂した医療安全対策マニュアルおよび手順書の内容を、全職員に理解させ、実行させるよう指導する。

② 医療安全対策の改善状況について、医療機関から継続的に（例えば1年間）報告を受ける。
- 医療安全対策委員会の議事録および活動状況、医療安全担当チームの活動状況、ヒヤリハット報告、医療事故報告の結果報告を受ける。

ICS4.
メディア対応と注意喚起

IAP1.　経過について医療機関、保健所、主管部局との連携のもとに、事実と対応内容の公表

公表主体は医療機関and/or行政機関
- 早い段階で、医療機関に記者会見を促す。
- 医療機関の記者会見を受けて、行政の記者会見を行う。
- 当初は、頻繁に記者会見する（例：毎日1回）。
- 公表内容は、行政と医療機関で異ならないよう情報共有しておく。
- 内容によって、専門家にも記者会見に参加してもらう。
- 報道機関への情報提供は、できるだけ記者会見の場で行い、報道機関に平等に情報がいきわたるようにする。
- 記者会見後は、対応窓口を一本化し、提供する情報を統一する。
- 個人情報保護に配慮する。

患者・家族のプライバシーへの配慮

情報を公表する場合、患者・家族のプライバシーに配慮しなければならない。

この点、2004年12月24日厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」では、「 医療・介護関係事業者の義務等5. 個人データの第三者提供（法23条）(5)その他留意事項」として、「医療事故等に関する情報提供にあたっては、患者・利用者及び家族等の意思を踏まえ、報告において氏名等が必要とされる場合を除き匿名化を行う。また、医療事故発生直後にマスコミへの公表を行う場合等については、匿名化する場合であっても本人又は家族等の同意を得るよう努めるものとする。」との指針を示している。したがって、同指針に則り、事故調査報告書を公表する。

報道機関からの取材対応概要　様式例2

取材日時	平成　年　月　日(　)午前・午後　時　分		
報道機関名 (記者名)		対応職員	所属(　) 氏名(　)
取材方法	電話・対面・その他(　)		
取材項目名			
取材内容			
対応			
伝達事項			

IAP2. 他医療機関、医師会等に対する情報提供・注意喚起

IAP3. 保健所・主管部局連携のもと、議会・厚生労働省への報告

-本庁担当課を通じて、議会に情報提供する。
-本庁担当課を通じて、議会からの要望に対応する。

ICS5. 患者・住民の不安に対応するための相談体制整備

IAP1. 医療機関における相談窓口の確認

-当該医療機関に対して、市民からの問い合わせに十分対応するよう指導する。

IAP2. 保健所・主管部局との連携のもと、相談窓口の設置

-広報紙やホームページで、医療事故とその対策について情報提供する。

IAP3. 相談内容整理、不安の内容・要望把握

-市民問い合わせQ&A等を作成し、回答内容が統一されるよう所内職員に徹底する。

《亜急性期における標準的ICS/IAP》

【対応時期】
1か月以降:
【対応目標】
〇リスク・コミュニケーションによるリスクの低減
〇管内医療機関への医療安全対策の徹底

ICS6.
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実施

IAP1. 当該医療機関に対してのリスク・コミュニケーション

- 事故調査委員会は調査報告書を作成する。
- 当該医療機関の管理者は、当事者以外の職員や他の患者に対する説明、および地域住民からの問い合わせへの対応を行うよう指導する。

事故調査報告書の作成

ア 事故調査報告書の作成

事故調査が科学性・客観性・論理性・公正性を確保して行われたことを明らかにするため、再発防止策を周知するため、また、患者・家族及び社会に対する説明を尽くすため、事故調査の結果をまとめ、事故調査報告書を作成しなければならない。

イ 事故調査報告書の記載内容

記載すべき事項は、次の事項等をできる限り詳細に記載する。

- ・調査活動の経過
- ・院内事故調査委員会が事実と判断した診療経過その他の事実
- ・事故に至った機序、原因ないし背景、根本原因
- ・診療経過に対する医学的評価
- ・再発防止策の提言
- ・委員の所属・氏名

IAP2. 他医療機関、医師会に対してのリスク・コミュニケーション

- 厚生労働省等からの通知を管内医療機関に情報提供する。
- 管内医療機関に従事する職員に対して、医療安全対策講演会を開催する。

IAP3. メディア等に対してのリスク・コミュニケーション

IAP4. 住民に対してのリスク・コミュニケーション

《終結期における標準的ICS/IAP》

○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

○保健所の機能強化

ICS7.
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

IAP1. 立入検査時情報提供・注意喚起

-本事例を通じて、医療機関での医療安全対策のあり方等について検討する。
-立ち入り検査担当の医師、保健師に医療安全対策指導方法について周知徹底する。
-チェックシートを用いるなど、指導方法を工夫する。
-チェックシートの不適合項目数等から経年的に改善状況を評価する。

IAP2. 保健所間情報共有・保健所の機能強化

① 保健所職員の資質向上
-医療安全対策にかかわる職員を、外部の研修等に派遣し、得られた情報や知識を所内で共有する。
② 関係機関との連携強化
-関係各機関、団体等との連携を深め、管内外で発生した事例に関する情報や最新の知識等を速やかに入手し、新たな事例が発生した場合には直ちに対策を講じるようにする。

参考文献

第51回 人権擁護大会シンポジウム 第2 分科会 基調報告書
安全で質の高い医療を実現するために —医療事故の防止と被害の救済のあり方を考える—
院内事故調査ガイドライン 2008年10月2 日 編集 日本弁護士連合会

医療の安全に関する研究会 特別研究
医療機関における医療事故調査のあり方に関する研究 成果報告書
医療機関における医療事故調査委員会のあり方ガイド(第1版)
研究代表者 名城大学大学院 酒井順哉 2007 年11 月

医療事故発生時における保健所対応マニュアル
茨城県つくば保健所 常総保健所 平成19年12月28日
「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書
平成20年3月 P324～P331

院内感染ICS
アクションカード（AC）

《急性期における標準的ICS/IAP》

【対応時期】
感知～1か月程度

【対応目標】
〇医療機関から情報収集し、院内感染の事実確認。
〇保健所内の指揮命令系統の確立
〇保健所を中心とした指揮命令系統との連携体制の確立
〇当該医療機関との情報の共有
〇原因究明・感染経路の解明
〇患者への適切な医療の提供及び感染拡大の防止
〇市民への情報提供
〇報告書をまとめる
〇管内医療機関への院内感染対策の徹底

ICS1.
院内感染の事実確認
（初期確認）

IAP1. 医療機関からの情報収集

-医療機関から電話等で感染患者状況（人数、症状、感染時期等）の詳細を受ける。
-院内感染が疑われる場合、医療機関を訪問し、医療機関の協力のもと、スタッフからの聞き取り、カルテの閲覧などからさらに情報を収集する。
-感染対策についての指導を行う。
-保健所で、調査結果の情報共有を行う。
-院内感染事例（疑い）として、本格的に調査することを判断する。

ICS2.
保健所を中心とした
指揮命令系統と連携体制
の確立

IAP1. 保健所内の対応職員体制の確認

-保健所長をコマンダーとする。
-医務担当課、感染症担当課、衛生担当課から担当職員を配置する。
-医務担当課、感染症担当課、衛生担当課の役割を確認する。
・医務担当課は、立ち入り検査、指導、病院の運営に関すること（入院制限など）
・感染症担当課は、原因究明や感染対策に関すること
・衛生担当課は、ふき取り検査、院内環境衛生に関すること

IAP2. 病院に赴く調査チームを編成する（現地調査チーム）

- 感染症担当医師、保健師、衛生担当課職員、事務職員等で現地調査チームを編成する。
- 必要に応じて、専門家（実地疫学専門家養成コース：Field Epidemiology Training Program：FETP等）に現地調査の協力を依頼する。
（感染症情報センター：
http://idsc.nih.go.jp/fetpj/index.html）

IAP3. 厚生労働省、本庁、衛生研究所との連携体制の確立

-本庁の医務・感染症担当部局へ協力を依頼する。
・住民、議会、マスコミ等への情報提供等
-衛生研究所に協力を依頼する。
・ふき取り調査の実施等による原因究明及び感染対策へのアドバイスなどの協力
- 厚生労働省に、院内感染事例発生疑いの報告を行う。

IAP4. 専門機関との連携体制の確立

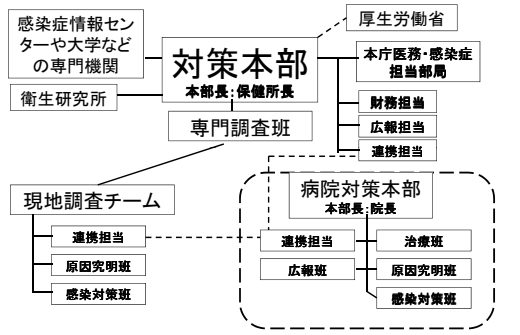
-感染症情報センターや大学などの専門機関に協力を依頼する。

IAP5. 対策のための組織の設置

-保健所に対策本部を設置する。
・対策本部設置要領作成
・構成：保健所長（本部長）、衛生研究所長、医務担当課長、感染症担当課長、衛生担当課長、感染症担当医師等

-保健所に専門調査班を設置する。
・専門調査班設置要領作成
・構成：大学教授、国立感染症研究所感染症情報センター、保健所長、衛生研究所長、本庁担当課長、感染症担当医師等

院内感染ICS　組織図



ICS3.
患者への
適切な医療の提供
及び感染拡大の防止

IAP1. 患者の治療に関する指導

- 感染患者の治療に全力をあげることを指導する。
- 患者および家族に対しては充分な説明を行うことを、指導する。

IAP2. 感染対策の指導

- 現地調査の結果を受けて、改善すべき感染対策について、速やかに病院に指導する。
- 保健所の指導を受けて、病院が改訂した感染症予防・対策マニュアルおよび手順書の内容を、全職員に理解させ、実行させるよう、指導する。

IAP3. 新規入院患者受け入れ自粛、救急患者受け入れ自粛の検討

-病院と協議し、感染状況により病院の判断で新規患者受け入れ自粛を検討する。
-医師会を通じて、医療機関に患者受け入れを要請する。
-院内感染防止対策が十分講じられたら、その改善状況により、通常診療再開について検討する。

IAP4. 感染対策の改善状況について、病院から継続的に（例えば1年間）報告を受ける

- 院内感染対策委員会の議事録及び活動状況、感染制御チーム（ICT）の活動状況、菌検索動向調査結果の報告を受ける。

ICS4.
原因究明・感染経路の解明

IAP1. 病院概要の調査

-病院概要を調査する。
・調査項目：病院名、病床種別、許可病床数、診療科目、職員等の数、院内見取り図、入院患者数（病棟別・年齢階級別入院患者数、病棟別・性別入院患者数）、空調設備等設置状況等

IAP2. 現在の感染患者の調査（1）

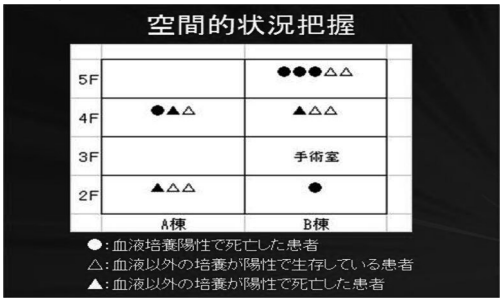
- 感染患者等に関する経過を書面にて報告するよう求める。
- 感染患者の入院中の状況をカルテ等から調査する。
・調査項目：性、年齢、入院日、退院日、転帰、入院病棟、菌検出部位、疾患名、治療経過（特に菌陽性直前の経過）
・感染患者で共通の治療がされていないか確認する。
・感染患者に感染時期に共通に関わっている職員がいないか確認する。
（例えば、同じ職員によって点滴がなされた）

（例）

ID	年齢	性	入院日	退院日	転帰	病棟	菌検出部位	疾患
1	70	男	H○.○.○	H○.△.△	死亡	5階	血液	
2	72	男	H○.○.○	H○.△.△	退院	5階	喀痰	結核性胸膜炎
3	60	男	H○.○.○	H○.△.△	死亡	5階	血液	肺癌、脳転移
4	77	男	H○.○.○		入院中	5階	喀痰	慢性呼吸不全
5	82	女	H○.○.○	H○.△.△	死亡	5階	血液	肺炎、老人性うつ病
6	69	男	H○.○.○		入院中	4階	喀痰	急性心筋梗塞
7	65	女	H○.○.○	H○.△.△	死亡	4階	喀痰	慢性腎不全
8	80	女	H○.○.○		入院中	4階	喀痰	腎硬化症
9	67	男	H○.○.○	H○.△.△	転院	4階	胃ろう	肺炎
10	89	男	H○.○.○	H○.△.△	死亡	4階	喀痰	慢性気管支炎
11	91	男	H○.○.○	H○.△.△	死亡	4階	血液	糖尿病
12	47	男	H○.○.○		入院中	2階	爪周囲創部	閉塞性動脈硬化症
13	82	女	H○.○.○	H○.△.△	転院後死亡	2階	喀痰	左大腿骨頸部骨折
14	78	男	H○.○.○		入院中	2階	喀痰	肺炎
15	67	男	H○.○.○	H○.△.△	死亡	2階	血液、喀痰	脳梗塞後後遺症

IAP2. 現在の感染患者の調査（2）

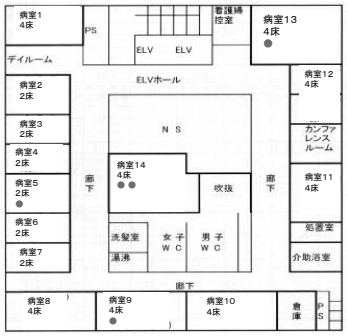
- 病棟別感染患者状況を調査する。



IAP2. 現在の感染患者の調査（3）

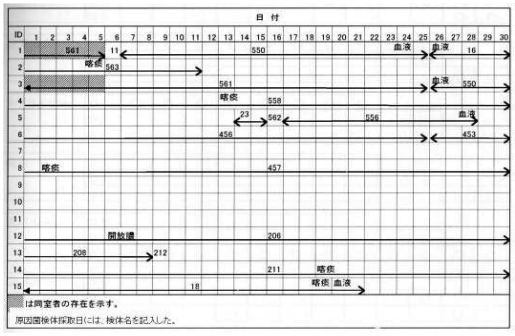
- 同一病棟内の感染患者の病室の位置関係を調査する。

病棟見取り図（例）
●：原因菌陽性患者



- 感染患者の部屋異動状況を調査する。

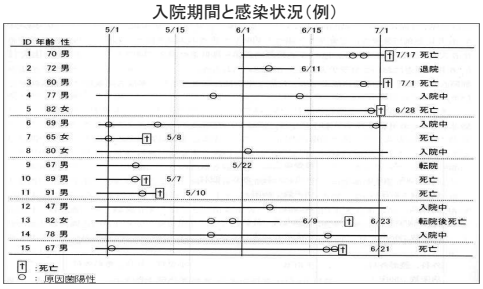
原因菌陽性患者の部屋移動表（例）



IAP2. 現在の感染患者の調査（4）

- 月日別感染患者の状況を調査する。

入院期間と感染状況（例）



IAP3. 過去（例えば、過去1年間）の菌陽性者のデータを把握する

- 病棟別、月別菌検出状況を調査する。

病棟別、月別菌検出状況（例）

	平成●年						平成●年						
入院階	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	合計
5階	6	12	7	4	5	11	4	2	2	2	1	8	64
5階	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4階	4	5	11	5	2	2	6	7	4	4	3	2	55
4階	0	2	1	0	1	1	1	0	0	0	3	0	9
3階	1	1	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	2
3階	3	4	8	6	2	1	4	0	1	1	0	0	30
3階	8	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
2階	4	2	4	6	2	0	3	4	0	1	1	2	29
2階	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	3	2	10
2階	4	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	12
合計	30	33	35	22	14	17	18	15	9	8	11	14	226

- 検体別、月別菌検出状況を調査する。

検体別、月別菌検出状況（例）

	平成●年						平成●年						
採取部位	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	合計
喀痰	16	23	26	16	11	16	16	15	8	8	9	7	171
咽頭粘液	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
尿	6	2	6	1	1	1	1	0	1	0	0	0	19
血液	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	6	12
IVH	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4
ドレーン	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
膿	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
胃ろう部	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
その他	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
合計	30	33	35	22	14	17	18	15	9	8	11	14	226

- 入院病棟別、検体別菌検出状況を調査する。

入院病棟別、検体別菌検出状況（例）

入院階	喀痰	咽頭粘液	尿	血液	IVH	ドレーン	膿	胃婁部	その他	合計
5階	57	0	2	5	0	0	0	0	0	64
5階	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
4階	51	0	1	1	0	0	0	1	1	55
4階	4	0	0	2	1	0	0	1	1	9
3階	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
3階	17	0	5	2	0	3	1	0	2	30
3階	8	6	0	0	0	0	0	0	0	14
2階	22	0	3	1	3	0	0	0	0	29
2階	9	0	0	0	0	0	1	0	0	10
2階	3	0	7	1	0	0	0	0	1	12
合計	171	6	19	12	4	3	3	2	6	226

- 病棟別、月別菌陽性者実数を調査する。

病棟別、月別菌陽性者実数（例）

入院階	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	合計
5階	3	4	4	4	3	4	3	1	2	1	1	5	12
5階	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4階	1	3	6	3	2	2	5	4	2	2	2	1	14
4階	0	2	1	0	1	1	1	0	0	0	3	0	8
3階	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3階	2	2	5	4	2	1	2	0	1	1	0	0	12
3階	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2階	3	1	2	2	2	0	3	3	0	1	1	1	15
2階	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	5
2階	3	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5
合計	15	16	22	14	12	10	14	9	7	5	9	9	76

-性別、年齢区分別菌陽性者数を調査する。

性別、年齢区分別菌陽性者数（例）

性別	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	合計
男	1	1	2	2	11	17	13	3	50
女	0	1	0	0	4	3	11	2	21
合計	1	2	2	2	15	20	24	5	71

IAP4. ふき取り調査

- 感知から速やかに（出来れば感知当日）ふき取り調査を実施する。
- 調査段階でも、必要に応じて追加のふき取り調査を行う。
- ふき取り検査の場所、対象物を決定する。
  場所：感染患者発生の病棟、トイレ、検査室等
  対象物：空調吹出し口・吸込み口、シンク、器具乾燥台、
  消毒薬、薬液、石鹸、アルコール綿、タオル、回診車、
  超音波ネブライザー（薬液、マウスピース）、
  酸素吸入器（マスク、蒸留水）、
  吸引器（蓄痰ビン、チューブ）、内視鏡、聴診器など
- 衛生研究所で、ふき取り検体の検査を行う。
- 検体別・採取場所別検体数を表にする。
- 採取場所別・検体別ふき取り検査結果を一覧表にする。
- 菌陽性検体を遺伝子解析する。

IAP5. 陽性患者の菌検査

-現在の菌陽性患者を特定する。
-関係職員の保菌状況を把握する。
-陽性患者の検体検査をする。
採取検体：喀痰、咽頭粘液、尿、血液、
中心静脈栄養カテーテル、
ドレーンチューブ、膿、胃ろうなど
-衛生研究所で、菌の検体検査
（DNA解析を含む）を行う。

IAP6. 院内感染対策の状況調査

-院内感染対策マニュアルの内容を確認する。
-当該病院の患者発生病棟を中心に担当者から院内感染対策について聞き取りをする。
-院内の巡回調査を行う。
病棟、中央材料室、薬局、検査室等の巡回調査を実施する。

調査項目及び観察する手技

調査項目:

病棟内・詰所内での物品の配置、消毒薬の種類と使用状況、感染症隔離病室の状況(手袋、ガウン、マスクの使用方法)、ガウンの管理状況、手洗い方法、点滴作成手順、静脈留置針の刺入・留置方法やその際の消毒方法、医療器具消毒手順、詰所内点滴準備台(清潔区域)の物品の配置、廃棄物収納容器の設置、シンク周辺等の清潔状況、病棟(特に詰所)や処置室での清潔物品・不潔物品の取り扱い、アルコール綿の使用状況、冷蔵庫内の薬品管理状況、
喀痰吸引の方法、吸引カテーテルの消毒方法、カテーテルの交換時期、
尿道カテーテル挿入方法、交換頻度 等を調査。

手技観察:

手洗い方法、点滴作成手順、中心静脈栄養カテーテル・末梢静脈留置針の挿入と管理の方法、超音波ネブライザーの使用方法と消毒・管理方法、
口腔鼻腔喀痰吸引操作、尿路カテーテルの挿入および交換手技、
消毒用アルコール綿の扱い 等。

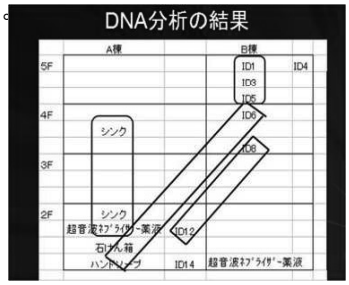
IAP7. 院内感染の規模、原因を特定する (1)

- 院内感染の有無の検討。
  菌陽性患者の遺伝子解析結果及びその病棟別分布等から院内集団感染の有無を特定する。
- 症例対照研究を行う。
  菌陽性患者と同時期、同病棟の入院患者の検査・治療状況を調査し、症例対象分析を行うことによって、検査・治療内容別の菌陽性リスクを推定する。

IAP7. 院内感染の規模、原因を特定する (2)

- ふき取り検査の結果及び陽性患者の菌検査を突き合わせる。

両検体の遺伝子解析結果、病棟別陽性検体の分布、菌陽性者の治療状況などから院内感染の原因を推定する。



ICS5.
市民への情報提供

IAP1. 報道機関へ情報提供する

- 早い段階で、病院に記者会見を促す。
- 病院の記者会見を受けて、行政の記者会見を行う。
- 当初は、頻繁に記者会見する(例、毎日1回)。
- 内容によって、専門家にも記者会見に参加してもらう(例:専門調査班長)。
- 報道機関への情報提供は、できるだけ記者会見の場で行い、報道機関に平等に情報がいきわたるようにする。
- 記者会見後は、対応窓口を一本化し、提供する情報を統一する。
- 個人情報保護に配慮する。

IAP2. 議会への対応

- 本庁担当課を通じて、議会に情報提供する。
- 本庁担当課を通じて、議会からの要望に対応する。

IAP3. 市民からの問い合わせへの対応

- 市民問い合わせQ&A等を作成し、回答内容が統一されるよう所内職員に徹底する。
- 当該医療機関に、市民からの問い合わせに十分対応するよう指導する。
- 広報紙やホームページで、院内感染とその対策について情報提供する。

《亜急性期～終結期における標準的ICS/IAP》

【対応時期】
1か月以降

【対応目標】
〇報告書をまとめる
〇管内医療機関への院内感染対策の徹底
〇保健所、衛生研究所の機能強化

ICS6.
管内医療機関への院内感染対策の徹底

IAP1. 立ち入り検査を通じた院内感染対策の徹底

- 本事例を通じて、医療機関での院内感染対策のあり方等について検討する。
- 立ち入り検査担当の医師、保健師に院内感染対策指導方法について周知徹底する。
- チェックシートを用いるなど、指導方法を工夫する。
- チェックシートの不適合項目数等から経年的に改善状況を評価する。

IAP2. 関係機関からの情報提供

- 厚生労働省等からの通知を管内医療機関に情報提供する。

IAP3. 講演会の開催

- 管内医療機関に従事する職員に対して、院内感染対策講演会を開催する。

ICS7.
報告書を作成する

IAP1. 専門調査班による調査報告書を作成する

ICS8.
保健所、衛生研究所の機能強化

IAP1. 保健所職員の資質向上

- 感染症対策や院内感染対策にかかわる職員を、外部の研修等に派遣し、得られた情報や知識を所内で共有する。

IAP2. 関係機関との連携強化

-関係各機関、団体等との連携を深め、管内外で発生した事例に関する情報や最新の知識等を速やかに入手し、新たな事例が発生した場合には直ちに対策を講じるようにする。

IAP3. 検査体制の強化

-衛生研究所に必要な検査機器の充実を計り、緊急事例に対し原因微生物の究明、拡散防止等の対処を速やかに情報発信できる体制を構築する。

IAP4. 衛生研究所職員の資質向上

-微生物の検査に携わる人材確保、各種研修で最新知識・技術を習得し職員の資質を向上させる。

用語解説 (1)

1 院内感染:

院内感染とは医療機関で治療を受けている患者が原疾患とは別の微生物によって惹起された感染症の総称であり、多くの場合、集団感染を意味する。

院内感染の発生要因は、感染源、感染経路、感受性宿主の3つがあり、病院内には、この3つの要因とも濃厚に存在する。すなわち、感染源である患者が集まっており、感染経路である直接の接触あるいは医師、看護婦を介した接触機会は非常に高い。さらに、基礎疾患によって易感染状態になっていることが多い。一般の社会では問題にならない病原性の弱い微生物でも、院内感染では重篤な感染を引き起こすことがある。院内感染の原因となる微生物には、ウイルス、一般細菌、結核菌、真菌、原虫などの微生物が含まれる。感染部位により、呼吸器感染、尿路感染、血流感染などがある。

参考:医療関連感染healthcare associated infection(HCAI)

2004年以降、CDCでは病院感染という言葉から、医療関連感染という用語を使用することを提唱している。これは、医療施設内に限らず、在宅医療において接種された微生物による感染症や、退院後に発症しても医療施設内で接種された微生物による感染症を含む。

用語解説 (2)

2 菌血症(bacteremia):

循環血液中に生菌が存在すること。歯科を含めた医療に関連した外傷により一過性に起こる場合と感染により一過性、持続的または繰返し起こる場合がある。

3 敗血症(sepsis):

循環血液を介して細菌の増殖やそれによって産生される毒素の作用により重症な全身性症状を示す菌血症をいう。

4 血流感染(bloodstream infection):

血流を介して感染が起こること。院内の血流感染では、点滴や血液カテーテル等を介して、直接血流感染を起こすことがある。

5 パルスフィールドゲル電気泳動(PFGE:pulse-field gel electrophoresis):

比較的大きなDNA断片を分離することに使用される。DNAを制限酵素にて切断し、それをアガロース電気泳動にてDNA移動が始まった後、電流を短時間止め、異なった方向から再び流す電気泳動法である。DNAの大きさ、使用する制限酵素、パルスタイム、電圧など泳動条件は菌の種類により異なる。

泳動後のDNAフィンガープリントから感染経路、菌株間の異同の識別に使用される。MRSAによる院内感染経路の究明、病原性大腸菌による集団下痢症事例の疫学的検討に使用される有用な方法である。

参考資料:

セラチアによる院内感染事例報告書
平成12年12月　堺市保健福祉局

「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 以外の平時連携事業）

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）作成にあたり、これまでに構築した連携体制の質の改善を目的として、医療安全のための平時連携事業を実施した。

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

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目的とする。

B. 研究方法

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。

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（東健一、H23 ）
2．行政による院内感染対策支援体制構築事業（船山和志、H23 ）
3．住民・医療機関とのリスク・コミュニケーション事業（石田久美子、H23 ）
4．病院災害準備状況調査を基にした保健所 - 病院間のリスク・コミュニケーション事業（土屋久幸、H23-24）
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（東健一、H24）

C. 研究結果

概要を次に記載した。

D. 結論

医療システム安全における日本版標準 ICS/IAP/AC の作成にあたり、保健所の平時連携及び支援体制の強化を図る必要がある。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、リスク・コミュニケーションを通じて、地域における医療安全レベル向上を図りたい。

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

【目的】

平成 19 年施行の第 5 次医療法改正により、都道府県、保健所設置市、特別区が、医療安全支援センターを設置するよう努めるとともに、医療安全支援センターの機能を明確化することが義務付けられた。

医療安全支援センターの機能として、①医療安全相談窓口業務、②患者、家族、医療者への情報提供、啓発、③病院、診療所又は助産所の管理者又は従業者に対し、医療安全に関する研修の実施、④都道府県等の区域内における医療安全の確保のために必要な支援を行うこと、が挙げられる。

保健所機能や情報の周知については、従来の自治体広報や掲示に加え、特に1990年代からはインターネットを介したものが重要になってきている。今回は、上記医療安全支援センター業務のうち相談窓口およびその結果、患者啓発の内容について、都道府県や政令指定都市において、各自治体ホームページ（以下、HPとする）への容易なアクセスが可能かどうかについて調査した。

また、厚生労働省は毎年立入検査結果の全国集計をHPにて公開しているが、今回は各自治体でのHP上での公表状況について、あわせて調査した。

【方法】

平成23年8月時点で、各都道府県および政令指定都市について、それぞれの内容が公式HPにおいて、容易にアクセスできるか否かを調査した。

【結果】

都道府県と政令指定都市におけるHP掲載状況のまとめを表1に示した。

いずれの項目についても都道府県と政令指定都市の掲載率に統計的有意差を認めなかった。

表1　各内容のHP掲載状況の集計結果（%）

	相談窓口	窓口結果	啓発内容	立入結果
都道府県	100（47/47）	38.3（18/47）	29.8（14/47）	4.2（2/47）
政令指定都市	100（18/18）	36.8（7/19）	26.3（5/19）	5.3（1/19）

【考察】

相談窓口とその電話番号の掲載はほぼ全国的に完了しており、患者がHPを見て電話できる状況が整えられていることが分かった。しかし、その集計結果になると掲載率は40%弱に下がり、フィードバックについては、HP上では不十分であった。患者・家族や医療機関への啓発内容についてはさらに掲載率が下がり30%弱であった。さらなる内容の充実が望まれる。また、立入検査の結果について公表している自治体はわずかであった。このことについては、①すでに国の単位で結果を発表しているので自治体単位で公表する必要性が無い、②病院数の少ない自治体においては情報の公開が、匿名であっても病院の特定につながってしまう→風評被害などに絡む問題に発展する可能性があることから躊躇される、などの原因が考えられた。

住民へのHPによる周知においては、「操作性（ユーザビリティ）」「アクセシビリティ」の要素も重要と考えられているので、今後の研究が待たれる。

【結論】

医療安全支援センター業務のうち、相談窓口とその電話番号のHPへの掲載はほぼ全国的に完了していた。一方、相談窓口の集計結果、および患者・家族や医療機関への啓発内容の掲載について、よりHPを充実させる余地があると思われた。

（横浜市健康福祉局医療安全課　東健一）

2. 行政による院内感染対策支援体制構築事業

【目的】

院内感染対策への地方自治体の積極的な支援について、平成23年6月の通知（医政指発0617第1号）でも求められているが、全国的に具体的な事例に乏しいのが現状である。そこで、全国の地方自治体における院内感染対策への支援体制構築の参考とするため、地方衛生研究所を主体とした積極的な支援を実施している群馬県の事例を調査したので報告する。

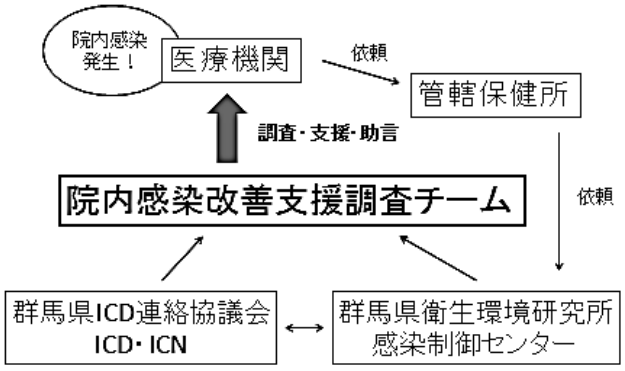
【方法】

群馬県の地方衛生研究所である、群馬県衛生環境研究所長にインタビュー調査（平成 23 年 12 月 13 日）を実施した。

【結果】

群馬県衛生環境研究所では、医師や FETP 等から構成される実地疫学調査を担当する「感染制御センター」が設置されており、県内医療機関の ICD、ICN から構成される「ICD 連絡協議会」とともに、「院内感染改善支援調査チーム」を構成し、医療機関からの依頼に基づいて院内感染対策を支援していた（図 1）。そこでは、具体的な病棟等への助言は ICD、ICN が実施し、実地疫学調査を感染制御センターが担当していた。なお、本チームは医療機関の依頼に基づく助言が主目的であるため、行政指導や報告を求めることは実施していなかった。また、医療機関のメディア対応についても支援が行われていた（図 2）。

図1 群馬県院内感染対策支援体制



（群馬県衛生環境研究所長小澤邦寿先生資料を基に作成）

図2 院内感染対策支援の実例

院内感染改善支援調査チーム

○群馬県ICD連絡協議会

ICD、ICNによる具体的な院内感染対策助言

○群馬県感染制御センター

- 菌株の相同性の検査
- FETPによる実地疫学調査
- ICD、ICN、FETP、保健所職員、院内ICTとの共同調査のコーディネート
- メディア対応の支援
  - 記者会見に専門家として同席

（群馬県衛生環境研究所長小澤邦寿先生資料を基に作成）

【考察】

ICD、ICN と協働して支援を実施することは、行政に不足している専門家の協力を得られるとともに、医療機関側の受け入れやすさにもつながり、有効に機能していた。また、支援には医療機関と行政との信頼関係が重要と考えられた。メディア対応の支援では、対応に不慣れな医療機関をサポートすることで、無用なバッシング等を避け、結果として住民を混乱させることを防ぐことが出来たと考えられた。

【結論】

群馬県の事例は有効に機能していたが、他の自治体への導入に際してはそれぞれの自治体の状況に応じた対応が必要となる。自治体によっては衛生研究所より保健所や本庁への導入が適切な場合もあると考えられる。導入に際して重要なポイントは、①院内感染対策専門家の協力を得られる体制の確保、②医療機関との信頼関係の構築、③行政の実地疫学調査等の感染症対応能力の強化、であると考えられた。

【謝辞】

お忙しい中調査にご協力いただいた群馬県衛生環境研究所小澤邦寿所長と所員の方々に深謝いたします。

（発表）

行政による院内感染対策支援体制構築について．日本公衆衛生雑誌；59（10）：484

（横浜市衛生研究所感染症・疫学情報課　船山　和志）

3．医療安全に係るリスク・コミュニケーションにおける保健所の役割

【目的】

患者・住民と医療機関等との医療安全に係るリスク・コミュニケーション促進のための事業を通じて、地域の医療安全文化醸成において保健所の担うべき役割を明らかにする。

【方法】

⑴啓発冊子を用いた普及・啓発の実施

⑵ホームページによる普及啓発

⑶地域住民を対象にした研修会の開催

⑷つくば・常総地区メディカルコントロール協議会・救急講習部会との連携

【結果】

⑴啓発冊子を用いた普及・啓発の実施：平成 22 年度、本研究班の事業の一環として作成した啓発冊子「上手なお医者さんのかかりかた」を管内市、医療機関へ配布した。

⑵ホームページによる普及啓発：啓発冊子「上手なお医者さんのかかりかた」を保健所、県ホームページに掲載した。http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/tsukuhc/iryou-joho/jozu.pdf

⑶研修会の開催：民生委員児童委員、社会福祉協議会登録ボランティアを対象に「上手なお医者さんのかかりかた」を用いた研修会を開催した。受講者からは、「かかりつけ医を持つ」「平日昼間の受診を心がける」など自らできることから取り組みたいという意見が出された。

⑷つくば・常総地区メディカルコントロール協議会・救急講習部会との連携：つくば・常総地区メディカルコントロール協議会・救急講習部会において、普通救命講習会の機会を用いた救急医療の適正利用に関する情報提供について協議し、消防本部と連携した啓発に取り組むことになった。

【考察】

地域の医療安全文化を醸成するためには、住民に医療の実情を理解してもらい、住民の主体的参加を促進することにより、地域全体で医療を守り育てていくことが重要である。今年度は、昨年度の本研究班の事業を受けて啓発事業に取り組むとともに、救急医療の適正利用など共通の課題を抱えた消防本部との連携を図ることができた。

保健所は、日常業務を通じて培ったネットワークを活用することにより、地域の医療安全文化醸成、医療安全に係るリスク・コミュニケーション促進において、調整役としての役割を果たすことが重要である。

【結論】

保健所は、日頃から関わりのある関係機関とのネットワークを活用することにより、患者・住民と医療機関等との医療安全に係るリスク・コミュニケーションの促進につなげることができる。

（発表）

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．日本公衆衛生雑誌；58（10）：453

（茨城県つくば保健所　石田久美子）

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

【目的】

大規模災害時の医療機能の確保について、保健所が平時に知っておくことは重要である。今回、災害時における医療機関の準備状況を把握するためアンケート調査を実施するとともに病院立入検査をリスク・コミュニケーションの機会としたので報告する。

【方法】

⑴熊谷保健所管内の病院に「医療機関の震災対応に関するアンケート」調査票を配布し、大規模災害時の対応について調査した（実施時期：平成 23 年 8 月）。さらに、調査票を立入検査前に回収し、アンケート結果に基づき医療法の立入検査時に災害時の医療機能について情報交換した。

⑵ 24 年度は上記の調査のフォローアップを行った。前年に比べて、改善されているかどうかを再度、立入検査の機会を利用して情報交換を行った。

【結果】

23 医療機関（100%）から回答があった。結果は表 1 に示すとおりである。

平成 23 年度に「大規模災害時の対応について検討した」ところは 17（73.9%）だったが、24 年度では 21（91.0%）に増加した。同様に平成 24 年度に増加した項目は、「災害発生に対応した医療マニュアル有り」「災害時に通信手段」3 項目、「非常用発電装置有り」、飲料水の確保で「貯水槽（平均日数）」、「生活用水（平均の日数）」医薬品の確保で「入院（平均の日数）」、患者の受け入れ可能数の「外来人数（管内合計）」「入院人数（管内の合計）」「病院建物の耐震化（一部以上）」、ボランティア医師等の受け入れ調整部門」、後方支援病院有りの場合の「病院数」だった。一方、大きく減少した項目はなかった。

また、医療機関の立入検査時にアンケート調査の内容に関して情報交換を行った。A 病院はアンケート調査時には飲料水の確保はないと回答していたが実際に行ってみたところ大きな貯水タンクがあり、飲料水は 2 日ほど確保してあることが分かった。

【考察】

昨年の東日本大震災を契機に大規模災害時対応に関して検討したところは 4 分の 3 程だったが、昨年の立入検査で病院の管理者や担当者とリスク・コミュニケーションを実施したところ、平成 24 年度には 9 割以上が検討をしたと回答した。他の項目も同様に実施率が向上していた。とはいえ、後方支援病院の確保しているところやボランティア医師等の受け入れ調整部門のあるところは少なく、今後の課題と考えられた。立入検査は医療機関の災害への対応能力を把握する機会として活用できる貴重な場である。保健所は平常時の立入検査を活用して医療機関の物資の備蓄状況、患者の受け入れ能力等の情報を把握しておくことが重要である。アンケート調査も大事だが、実際に現場に行ってみるとアンケートの回答内容と異なっていることもあるので注意したい。

また、データには出てこない情報も得られる。産科の医療機関の検査時に、まだ出産までは時間があるが一般の避難所で過ごすのが困難な妊婦の避難場所をその医療機関に確保することが出来た。このように、立入検査はきめ細かな情報を得ることができ、医療を必要とする人の避難所の設置に向けて良い材料となった。今後は、災害時の備えについてフォローしていく中で、初動体制の構築に向け医療機関との連絡体制を整備していきたい。

表 1　管内医療機関の大規模災害への対応状況

		平成 23 年度	平成 24 年度	増減
大規模震災時の対応の検討有り		17	21	4
災害対応の医療マニュアル有り		10	11	1
災害時通信手段	災害時用電話	17	18	1
	災害時に使える携帯電話	7	10	3
	インターネット	12	15	3
	業務用無線	1	1	0
非常用発電装置	非常用発電有り	19	21	2
非常用発電装置	利用可能時間（平均、時間）	19	25	6
飲料水の確保	確保有り	23	23	0
	貯水槽（平均の日数）	2.1	2.7	0.6
	ペットボトル（平均の日数）	9.2	8.9	-0.3
生活用水（平均の日数）		1.7	2	0.3

医薬品確保	確保有り	22	22	0
	外来（平均の日数）	6.9	6.5	-0.4
	入院（平均の日数）	10.4	11.3	0.9
患者の受け入れ可能数	外来の人数（管内合計）	2200	2290	90
	入院の人数（管内合計）	619	594	-25
病院建物の耐震化有り（一部以上）		16	17	1
ボランティア医師等受入調整部門有り		1	3	2
後方支援病院	後方支援病院の有り	9	9	0
	有り場合の病院数	12	14	2

（埼玉県熊谷保健所　土屋久幸）

５．医療安全における医療機関間の格差是正のために保健所の果たす役割についての研究

【目的】

医療法第５次改正（平成 19 年施行）から５年あまりが経過した。医療安全に関しては、積極的・先進的な取り組みが特定機能病院や地域中核病院等でなされる一方、安全管理者が兼任でも定められておらず、インシデントレポートを集めても、どう分析や改善策に結び付けてよいか分からない、という病院が未だにあるのも事実である。医療安全対応格差が生じているのであれば、保健所・医療安全主管課による支援が必要である。本研究では医療機関間の医療安全対応における格差の分析を行うとともに、立入検査や安全管理者会議等を通じた、医療安全取組の実践を支援する手法について記述した。

【方法】

⑴インシデントレポートから見た、医療安全取組格差の現状

医療安全管理体制の客観的評価には様々な指標があるが、横浜市を例にとって、全体および医師のインシデントレポート数から見た医療安全の推進状況、および、医療安全格差の現状について考察した。

⑵横浜市における医療安全支援の取組

①立入検査における指導、助言による支援、②安全管理者会議を通じた、困難事例の共有、改善策立案の取組、③メールマガジンを通じた情報提供を通じた横浜市の医療安全支援の取組について記述した。

【結果】

⑴インシデントレポートから見た、医療安全取組格差の現状

横浜市における 2007 年と 2010 年での、許可病床数あたりレポート数の比較を図１に示した。①全ての病床規模、病院種別において、レポート数は 2007 年から 2010 年にかけて伸びている、②医師のレポート数は全体レポート数と比較すると伸びが小さい、③ 2010 年でも、最もレポート数の多いグループが増加する一方、最も少ないグループも存在する、④小規模病院の方がインシデント数が少なく、特に医師のレポートが０件という病院が多いことが分かった。

⑵横浜市における医療安全支援の取組

①立入検査における指導、支援：立入検査においては医療法に抵触する事項に対して指導を行っているが、医師からのレポートが増えない、研修において職員の受講率が上がらないなどの悩みに対して、助言や他病院の取組の情報提供等を行って、取組を支援している。

②安全管理者会議を通じた、困難事例の共有、改善策立案の取組：平成 12 年度に設立された安全管理者会議は、平成 23 年度からは中小規模病院の取組支援に焦点を当て、平成 24 年度第１回は、「他の病院はどうしているのだろう？　～いただき！隣の医療安全」と題したグループワークを行った。メールアドレ

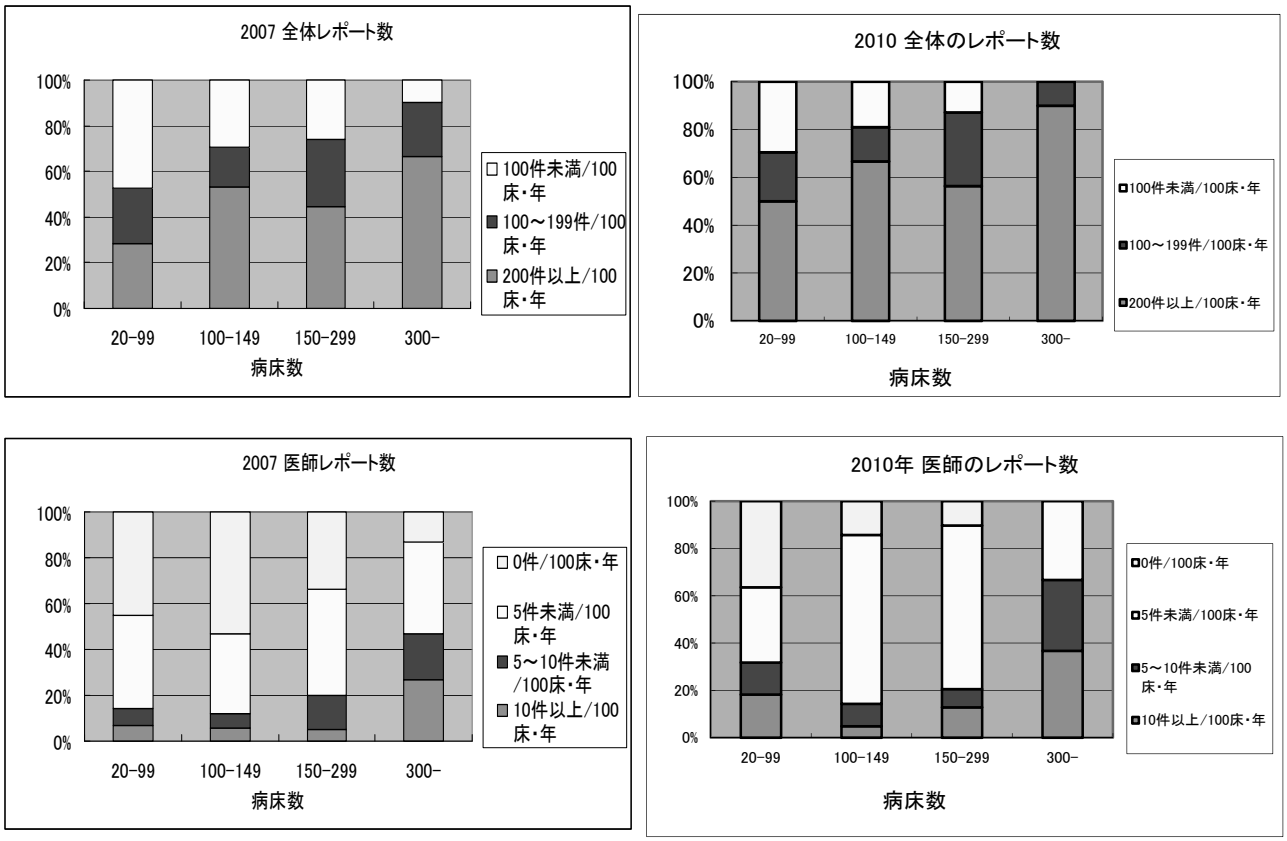
スを交換するなど、横のつながりができ好評価であった。

③メールマガジンを通じた情報提供：横浜市医療安全メールマガジンは、患者と医療機関の信頼関係構築を目的とし、医療機関に対する情報提供を行う目的から 2008 年 10 月にスタートし、2012 年 8 月 1 日現在 1214 件の登録がある。内容は、医療安全相談窓口に寄せられた教訓的事例の紹介や、参考となる医療機関の医療安全改善事例の紹介をメインとしている。

【考察・結論】

レポート数に関する調査結果からは、依然医療安全の格差の存在が示唆された。特に大規模病院と、中小規模の病院での格差が見られた。これに対しては保健所・医療安全主管課による支援も必要と考えられ上記のような取組を行っているが、取組の評価体制の確立が課題である。医療安全が地域全体で取り組む時代へと変化する中、保健所の関わりが求められている。

図１　2007 と 2010 年の病床数別に見たインシデントレポート数、医師のレポート数の比較



（横浜市健康福祉局医療安全課　東健一）

【平成 23-24 年度　多田羅班　医療・介護等安全分野研究班　業績】

1）古屋好美、石田久美子、池田和功、他。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。日本公衆衛生雑誌 2011；58（10）：415。

2）石田久美子、加瀬林和恵。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. 日本公衆衛生雑誌 2011；58（10）：453。

3）Yoshimi Furuya, MD, PhD, MPH, Kozo Tatara,　他. Japanese patient safety guidelines for Public Health Centers. American Public Health Association 139th Annual Meeting, Washington DC, November 2, 2011.

4）古屋好美。保健所が求める医療機関における感染対策－立入検査の活用法－。インフェクション・コントロール、メディカ出版　2011；20（9）：38 － 43。

5）古屋好美、石田久美子、池田和功、他。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）。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：482。

6）池田和功、古屋好美、石田久美子、他。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～。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：483。

7）石田久美子、古屋好美、池田和功、他。震災対応における保健所の役割～つくば地域における東日本大震災の対応を振り返って～。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：483。

8）東健一、古屋好美、石田久美子、他。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。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：483。

9）土屋久幸、古屋好美、東健一、他。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。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：483。

10）船山和志、古屋好美、東健一、他。行政による院内感染対策支援体制構築について。日本公衆衛生雑誌 2012；59（10）：484。

11）Yukio Endo, MD. PhD, Yoshimi Furuya, MD, PhD, MPH, Ryuichiro Sasaki, MD,　他. 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;17⑶: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）.

【講演】

14）古屋好美。日本小児科学会山梨地方会・山梨県小児科医会合同講演会「米国のインシデント・コマンド・システムに学ぶ健康危機管理の実際」。古名屋ホテル（甲府市）2012 年 7 月 10 日。

15）古屋好美。山梨県医療安全推進研修会・第 1 回看護管理者研修会「組織で取り組む感染防止対策－医療サージ対策としての新型インフルエンザ診療継続計画」。山梨県立文学館講堂（甲府市）2012 年 11 月 30 日。

感　染　症

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC
(Incident Command System/Incident Action Plan/Action Card)
―新感染症・大規模感染症における発生段階別の都道府県の実施対策編―

研究分野責任者　遠藤幸男　福島県県北保健所所長

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　宮川隆美　青森県八戸保健所所長
山口　亮　旭川市保健所所長　野尻孝子　和歌山県御坊保健所所長
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　国立医療科学院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

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP は新感染症・大規模感染症における発生段階別において、保健所の実施対策編を作成したが、平成 24 年度は都道府県の実施対策編を作成した。

なお、都道府県と保健所との役割が明確になるよう感染症分野の日本版標準 ICS/IAP を図で明確に示した。

図１．都道府県における大規模感染症等発生に対応した ICS/IAP 組織図

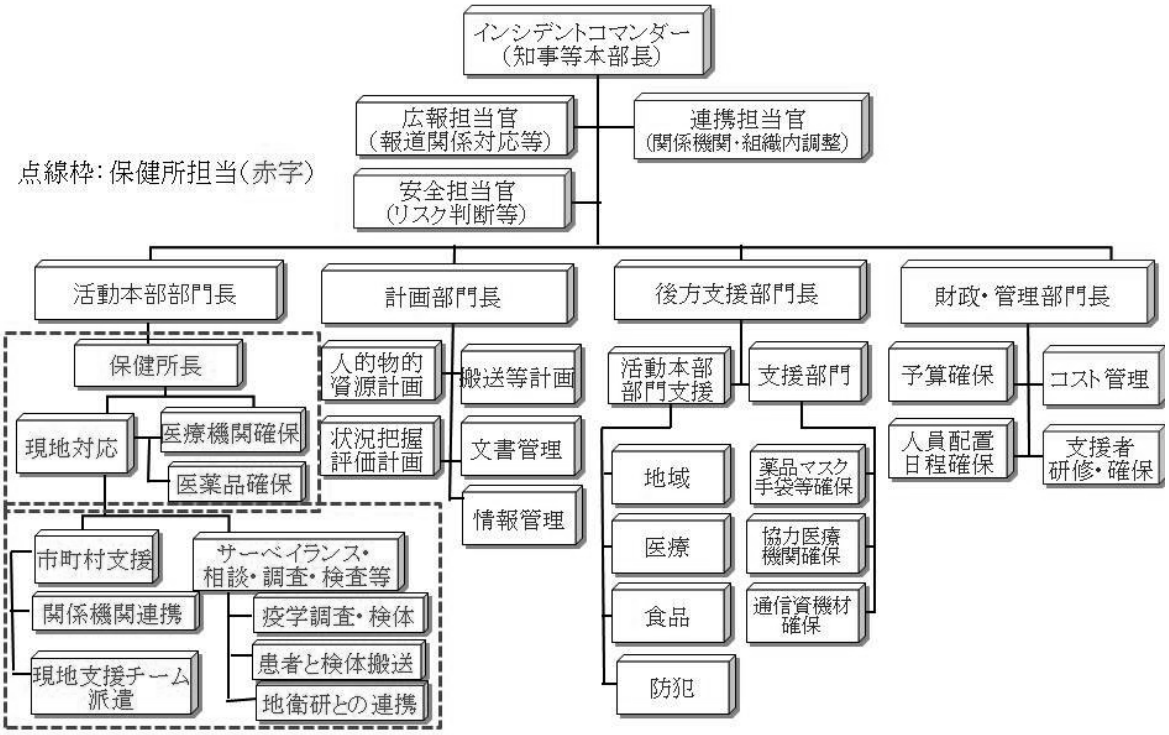
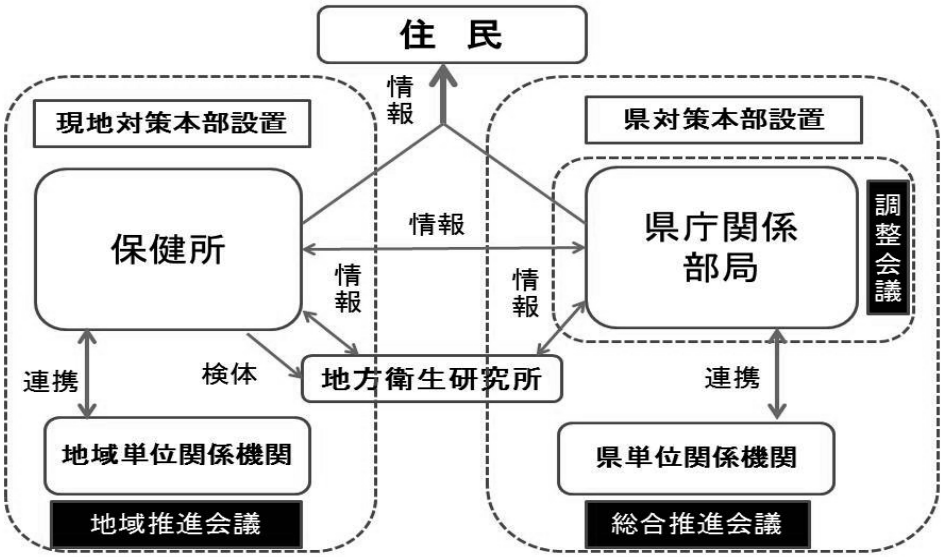
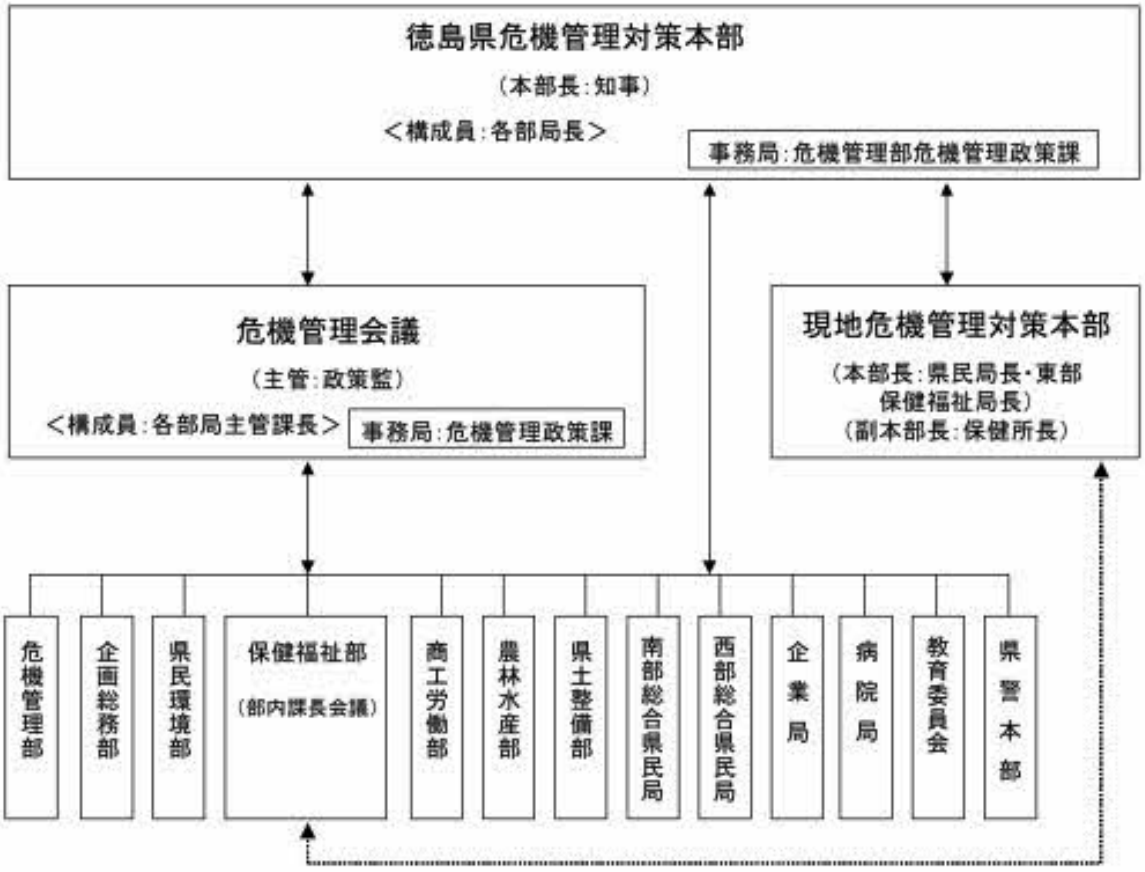


図２．県庁と保健所との関係図





《ICS/IAP 活用のための条件》

１．感染症分野における ICS/IAP は、高病原性等の新たな感染症が海外で発生し、国際的な広がりとなって、都道府県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したものである。

２．新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の場合、危機管理会議及び危機管理対策本部において、全庁的に対応することとしている徳島県本庁の調査≪資料１≫を踏まえ新型インフルエンザ特別措置法（内閣府）の所管は危機管理部で、具体的かつ技術的に対応する医療体制等を構築する保健福祉部である

等の都道府県版の標準 ICS/IAP を作成した。

3．危機管理対策本部は，知事を本部長とし，副本部長は政策監で、各部局の部長級で構成し、危機管理会議は，政策監（特別職）をトップとし，危機管理部長及び各部局の主管課長、県民局代表で構成し、危機管理連絡会議は主管課副課長、県民局代表で構成し、想定上の被害規模により危機管理部が全庁を指揮する≪資料２≫。

4．規範的かつ標準的 ICS/IAP の視点に立ち、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。活動本部の後方支援（地域・医療・食品等）においては、保健福祉部門と危機管理部門や他部局との十分な連携のもと、役割分担することが望ましい。

5．保健所は、事前に行政内外の関係者と十分な連携を図り、地域緊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。

6．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、外部の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、都道府県本庁の主管部局と確認のうえ、事前に把握しておく。

7．都道府県内で発生する大規模感染症を想定した ICS/IAP によって、県内の複数の保健所が当該の圏域においても、指揮命令系統と役割分担や責任が明確に示された活動本部として対応する。

《この標準的 ICS/IAP（感染症）を利用するに当って》

この ICS/IAP は、国・都道府県等のレベルで策定される新型インフルエンザ対策行動計画に則って、感染症の発生段階を以下のとおり分類し、新たな感染症の流行にあたって、それぞれの段階において、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、標準的な活動プランを示したものである。したがって、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都道府県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。

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

なお、新型インフルエンザ等対策行動計画などをベースにした標準版であるため、ICS のスタートを未発生期としているが、感染症対策としては、むしろ平常時対策として実施すべきものを含んでいること、地域（国際空港や港湾や検疫所等を有する）によっては、海外発生期は平時・未発生期ではなくスタンバイの時期であることを申し添える。それらを踏まえ、それぞれの保健所だけでなく都道府県は、地域の実情に応じて、実際的な ICS/IAP を作成することが必要である。

目次

《未発生期・海外発生期・県内未発生期・県内発生早期・県内感染期・県内小康期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 実施体制
IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
IAP2. 発生段階の宣言
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
IAP2. サーベイランス
IAP3. 調査研究
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
IAP3. 情報提供
IAP4. コールセンターの設置
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
IAP2. 感染症危機情報の発出等
IAP3. 県内での感染症拡大防止対策の準備
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP5. 在外邦人及び外国人支援
ICS5. 医療
IAP1. 地域医療体制の整備
IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保
IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置
IAP4. 医療従事者等の研修・訓練
IAP5. 医療資器材の整備
IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備
IAP7. 患者への対応等
IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備
IAP9. 医薬品の備蓄・使用等
IAP10. 在宅患者への支援
IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等
ICS6. 社会・経済機能の維持
IAP1. 事業継続計画の策定促進
IAP2. 事業者の対応
IAP3. 物資供給の要請等
IAP4. 社会的弱者への生活支援
IAP5. 火葬能力等の把握
IAP6. 犯罪の予防・取締り

＊各発生段階による ICS/IAP の対応は以下、概要編を参照のこと

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）

―新感染症・大規模感染症における発生段階別の県の実施対策の概要編―

＊地域（国際空港や港湾や検疫所等を有する）によっては、海外発生期は平時・未発生期ではなくスタンバイの時期

実施の必要な対策　ICS1. ～ 6. － IAP1. ～ 11.

	対応部局	1. 未発生期	2. 海外発生期	国内発生			
				3. 県内未発生期	4. 県内発生早期	5. 県内感染期	6. 県内小康期
ICS1. 実施体制							
IAP1 － 1 体制整備及び関係機関との連携							
・危機管理体制及び指揮命令系統	危機管理部	●本部等の体制整備	●本部等の設置	●危機管理対策本部等の開催 / 実務者・専門家会議の開催			●検証・終息の見定め
・関係機関と連携・情報交換（連携体制整備・訓練・体制強化・縮小）	危機管理部 保健福祉部	●体制の確認・訓練	●連携体制の整備	●連携体制継続	●連携体制強化		●連携体制の縮小
・感染対策の職員等養成～派遣協力等	危機管理部 総務企画部 保健福祉部	●医療従事者等の養成	●医療従事者等リスト作成	●医療従事者等	●医療従事者等派遣要請 現場派遣～派遣強化	●医療従事者等派遣継続・調整	●医療従事者等派遣中止
・市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携推進	危機管理部 保健福祉部	●市町村等の連携確認	●市町村等の連携確保・情報共有		●市町村等の連携推進		●連携の評価・見直し
・各段階の対策の評価、必要に応じた行動計画・マニュアル等の見直し		●対策等整備	●対策等の確保	●対策等の推進	●対策等の推進強化		●対策等の評価・見直し
IAP1 － 2 発生段階の宣言							
・海外発生疑い時、危機管理会議の招集、情報集約・共有・分析、県の対処方針の協議・決定	危機管理部 保健福祉部	●危機管理会議の整備	●危機管理会議の招集	●情報集約・共有・分析等			
・発生時期に応じた宣言					●県内発生早期の宣言	●県内感染期の宣言	●終息宣言の検討
ICS2. サーベイランス・情報収集							
IAP2 － 1 情報収集							
・新感染症等の国内外の情報収集	危機管理部 保健福祉部	●新型インエンザ等その他の新たな感染症等について、情報収集					
IAP2 － 2 サーベイランス							
・国内発生状況のリアルタイム把握と必要な対策実施	危機管理部 保健福祉部			●リアルタイム把握と対策実施			
・医師の発生届出、全数把握～中止 ・症例定義に基づく患者の連絡	保健福祉部	保健所へ届出の周知	●医師の発生届出等 （確定患者又は疑似症患者）			●全数把握の中止	
IAP2 － 3 調査研究							
・積極的疫学調査のための専門家の養成・関係機関等との連携等	保健福祉部	●専門家の養成・連携等の体制整備					
・県内発生患者について、積極的疫学調査チームとの調査協力（感染経路・感染力等の情報収集・分析・まとめ）	保健福祉部				●国に派遣要請等		●積極的疫学調査の評価
ICS3. 情報提供・共有							
IAP3 － 1 継続的な情報提供							
・基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供	危機管理部 保健福祉部	●情報提供の検討	●確認・運用開始	●情報提供の運用継続			●情報提供の検証
IAP 3 － 2 情報提供・情報共有の体制							
・県民への情報提供の内容（対策決定のプロセス等）・媒体（マスメディアの活用等）等の体制 ・関係機関等との情報共有、国の対策方針の確認・現場（県）の状況伝達	危機管理部 保健福祉部	●体制整備の検討	●体制の確認・運用開始～継続 （国と担当者間のホットライン設置、緊急情報提供体制整備、リアルタイム・双方向情報共有の体制）				●体制の検証
IAP3 － 3 情報提供							
・個人レベルの感染予防策 ・第一波終息と第二波発生への備え	危機管理部 保健福祉部	●情報提供の検討	●情報提供確認・開始	●情報提供の継続 （受診方法等、臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の啓発）			●情報提供 第一波終息 第二波備え
IAP 3 － 4 コールセンターの設置							
・住民相談に応じるコールセンター設置	危機管理部 保健福祉部	●設置準備	●設置確保	●設置運営		●状況により縮小	
・一般的問合せのためのコールセンターの適時適切な情報提供、必要情報の把握			●適時適切な情報提供			●再度の情報提供等	

	対応部局	1. 未発生期	2. 海外発生期	国内発生			
				3. 県内未発生期	4. 県内発生早期	5. 県内感染期	6. 県内小康期
ISC4. 予防・まん延防止							
IAP 4 － 1　予防・まん延防止対策の実施							
4 － 1 － 1 個人レベルでの対策の普及							
・手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の普及、患者行動の理解	危機管理部 保健福祉部	●基本的感染予防策の普及	●予防策の周知・行動の理解	●予防策の継続・適切な患者行動の理解促進			●予防策・患者行動の検証
4 － 1 － 2 地域・社会レベルでの対策の普及							
・発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大対策の普及	危機管理部 企画総務部 県民環境部 保健福祉部 商工労働部 教育委員会	●濃厚接触者の外出自粛等の感染拡大対策の普及～周知徹底		●濃厚接触者の外出自粛等の感染拡大対策の継続	●学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等の感染拡大対策の強化		●感染拡大対策の検証
4 － 1 － 3 衛生資器材等の供給体制の整備							
・衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等把握、供給体制の整備	危機管理部 保健福祉部	●体制整備の検討	●体制確認・運用開始	●体制の運用継続			●体制の検証
IAP4 － 2 感染症危機情報の発出等							
・事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請	危機管理部 商工労働部 関係全部局	●危機情報の発出等の検討	●危機情報の発出等の確認・開始	●危機情報の発出等の継続			●危機情報の発出等の検証
IAP4 － 3 県内での感染症拡大防止対策の準備							
・患者発生時の対応（治療・隔離）や濃厚接触者への対応（外出自粛、健康観察、有症時の対応等）の準備	保健福祉部	●患者・濃厚接触者の外出自粛、健康観察、有症時の対応等の準備					●検証
IAP4 － 4 県内での感染拡大防止対策							
4 － 4 － 1　発生の地域住民や関係者に対する要請							
県内発生早期～感染期の対応 ・患者の対応 ・濃厚接触者の措置～中止	保健福祉部	●患者の対応・濃厚接触者の措置準備・確認		●患者の対応（治療・入院措置等）・濃厚接触者の措置（外出自粛要請、健康観察等）確保・		●措置の中止	●対応等の検証
・感染者の交通機関等利用時の接触者調査等のため関係交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼	危機管理部 保健福祉部 県土整備部	●提供依頼の検討	●（帰国者対応）提供依頼の確認～確保		●提供依頼の継続		●提供依頼の中止検討～検証
・学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請	危機管理部 企画総務部 保健福祉部 教育委員会	●臨時休業等の要請の検討	●臨時休業等の要請の確認～確保		●臨時休業等の要請実施		●臨時休業等の要請中止～検証
・集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請 ・住民、事業者、福祉施設の設置者等へ手洗い、うがい、マスクの着用の強い勧奨 ・事業者へ有症状従業員への対応	危機管理部 保健福祉部 商工労働部 関係全部局	●活動の要請の検討	●活動の要請の確認～確保 ●住民等へマスク等勧奨 ●従業員の出勤停止や受診勧奨の要請等		●活動要請の実施 ●住民等へマスク等勧奨 ●従業員の出勤停止や受診勧奨の要請等		●活動の要請の中止～検証
・事業者へ職場の感染予防策の徹底・事業継続の不可欠重要業務以外の業務の縮小要請	危機管理部 商工労働部 関係全部局				●事業者へ業務の縮小を要請		
・公共交通機関等へ利用者へのマスク着用の励行の呼びかけ等の適切な感染予防対策の要請 ・公共交通機関の運行維持・注意喚起	危機管理部 保健福祉部 県土整備部				●適切な感染予防対策の要請等		
・必要に応じ県民へ外出を自粛要請	危機管理部 保健福祉部				●外出自粛要請		
・県内の感染動向から学校や保育施設等の臨時休業・集会の自粛、事業所の業務再開等の時期の検討・周知	危機管理部 企画総務部 保健福祉部 商工労働部 教育委員会 関係全部局						●臨時休業・集会の自粛や業務再開等の検討・周知
4 － 4 － 2 施設の感染対策強化							
・基礎疾患者が集まる施設、多数の者が居住する施設等の感染対策の強化	保健福祉部 病院局	●病院・施設等対策の検討	●病院、高齢者施設等の感染対策の強化			●強化～通常への移行時期検討	
4 － 4 － 3 予防投与							
・濃厚接触者及び医療従事者又は救急隊員等への予防投与 ・県内感染期：予防投与原則中止	保健福祉部		●予防投薬の確保	●濃厚接触者の予防投与を周知	●濃厚接触者への予防投与	●予防投与中止 （同居者へ予防投与継続の有無の決定）	

	対応部局	1. 未発生期	2. 海外発生期	国内発生			
				3. 県内未発生期	4. 県内発生早期	5. 県内感染期	6. 県内小康期
4－4－4 地域封じ込め							
・人口密度や交通量、自然障壁等で交通遮断が容易な地域、強い病原性、県内初発生等効果の一定条件下で検討	危機管理部 保健福祉部		●実施の可否の検討時期の準備	●実施の可否の検討時期の決定	●実施の可否の検討・実施	●中止	●検証
IAP4－5 在外邦人及び外国人支援							
・発生国滞在・留学の県内邦人へ感染予防の注意喚起 ・多言語の情報提供サービス	企画総務部 商工労働部 教育委員会	●在外邦人支援検討・多言語サービス準備	●在外邦人支援要請・多言語サービス実施	●在外邦人支援の通常移行 ●診療時における多言語サービス実施			●在外邦人対策・多言語サービスの検証
ICS5. 医療							
IAP5－1 地域医療体制の整備							
・国のマニュアル等参照・関係機関と調整し、医療関係者と発生時の医療提供体制の協議・確認	保健福祉部	●医療提供体制の協議・確認等					
・保健所中心・２次医療圏単位で関係者の対策会議の設置、地域関係者と連携		●対策会議の設置等医療体制整備～推進					
・有症状者の診療体制 ・相談体制 ・不足医療資器材や医薬品の確保	保健福祉部 病院局			●外来診療体制や相談体制の継続	●外来診療体制や相談体制の継続	●一般診療体制へ移行	●通常体制へ ●不足医薬品等の確保
IAP5－2 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保							
・全医療機関に診療継続計画の作成要請と作成支援	保健福祉部 病院局	● BCP 作成要請と支援					●検証
・地域の実情に応じ、感染症指定医療機関等で入院患者の優先的受入体制の整備・使用可能な病床数等の把握	保健福祉部 病院局	●入院患者優先的受入体制の整備 ●病床数等の把握		●受入体制確認～確保			●検証
・医療機関の収容能力以上の場合 ・非診療（がん・透析・産科）医療機関設定 ・集団感染発生時の医療提供の検討	保健福祉部	●公共施設での医療提供検討 ●非診療医療機関検討 ●社会福祉施設等の検討		●対応準備	●必要時対応		●検証
・患者対応マニュアル作成、地域の医療機関等と連携 ・救急機能維持方策の検討、PPE 備蓄	保健福祉部 病院局	●大学附属病院と地域医療機関との連携 ●方策の検討、備蓄要請		●対応準備 ●備蓄等の確認			●検証
IAP5－3 帰国者・接触者相談センターの設置							
・帰国者・接触者相談センターの設置	保健福祉部	●準備	●設置	●運用推進	●運用強化		●解消～検証
・発生国から帰国者の有症状者に帰国者・接触者相談センター等から帰国者・接触者外来の受診紹介の周知	危機管理部 保健福祉部	●準備	●周知	●周知徹底～運用	●帰国者に限定せず		●通常対応
IAP5－4 医療従事者等の研修・訓練							
・国内発生を想定した研修や訓練（国と協力）	保健福祉部 病院局	●研修訓練実施・評価					●検証
IAP5－5 医療資器材の整備							
・医療資器材（PPE・人工呼吸器等）の備蓄・整備 ・医療機関の人的被害及び資器材・医薬品の在庫確認	保健福祉部 病院局	●必要機器、機材の事前備蓄・整備（感染症指定医療機関等に十分量の確保）			●人的物的状況確認し、診療継続の調整		●検証
IAP5－6 ＰＣＲ検査体制の整備 **5－6－1 検査体制の整備**							
・地方衛生研究所における PCR 検査実施体制の整備／疑似症・疑い事例検体を地方衛生研究所で亜型の検査	保健福祉部	●体制整備・検査準備	●検査体制確認～確保	●体制確保実施可能	●実施	●検査中止へ	●検査体制の検証
・必要時、地方衛生研究所で PCR 検査実施、全数 PCR 検査の確定診断は患者数極少時のみ、患者数増加では限定		●準備	●確認～確保	●全患者実施可能	●全患者実施：極少時～増加時重症患者限定	●増加時は重症者限定の検査中止検討	●検証
IAP5－7 患者への対応等 **5－7－1 県内発生早期における対応**							
・感染症法に基づき確定患者の移送、入院勧告、措置等の実施 ・帰国者・接触者外来における診療 ・予防投与・有症時対応指導、有症状時に感染症指定医療機関等へ移送	保健福祉部				●移送、入院勧告、措置等 ●濃厚接触予防投与・有症時指導等	●移送中止 ●措置解除～中止	●検証
5－7－2 県内感染期における対応（入院措置対応中止）							
・診療体制（外来・入院） ・病床不足時の施設確保 ・電話診療、ファクシミリ等の処方箋発行	保健福祉部					●重症者の入院 ●公共施設検討 ●電話診療 FAX 処方	●検証

	対応部局	1. 未発生期	2. 海外発生期	国内発生			
				3. 県内未発生期	4. 県内発生早期	5. 県内感染期	6. 県内小康期
IAP5 － 8 医療機関等への情報提供体制の整備							
・診断・治療の情報等の提供	保健福祉部	●提供体制の整備	●医療機関及び医療従事者へ迅速な提供				●検証
IAP5 － 9 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）							
・医薬品の備蓄の推進・備蓄量の把握・備蓄医薬品の活用	保健福祉部	●備蓄推進	●備蓄の把握　～備蓄医薬品の活用				●備蓄の評価
・医薬品の流通状況、供給体制の構築、適正流通の指導		●供給体制の構築等	●供給体制の確認等	●供給体制の確保～運用		●供給体制の強化	
・県内の発生状況から医薬品の受給確認、不足時の対応				●不足時、国に配分要請	●国に配分調整要請～廃止		
IAP5 － 10　在宅患者への支援							
・在宅療養患者への支援や自宅死亡患者への対応	保健福祉部			●在宅患者への支援等（見回り、訪問看護・診療、食事の提供、移送）			●在宅患者の支援評価
IAP 5 － 11 医療機関・薬局における警戒活動等							
・警戒活動・交通規制	保健福祉部			●警戒活動等（医療機関・薬局及び周辺の混乱の不測の事態の防止）			●警戒活動等廃止・評価
ICS6. 社会・経済機能の維持							
IAP6 － 1 事業継続計画の策定促進							
・職場の感染予防策 ・社会機能維持事業者の事業継続計画の策定の支援	危機管理部 商工労働部	● BCP 策定準備要請等・支援					●検証
IAP6 － 2 事業者の対応							
・発生状況等の情報収集、職場の感染予防策、重要業務の重点化や社会機能維持業者へ事業継続 ・事業継続の状況や被害状況等確認	危機管理部 保健福祉部 商工労働部		●発生状況の情報収集・準備要請	●重要業務取組の開始要請を準備	●事業継続の取組を要請		●事業継続要請 ●被害状況等の確認、対応策迅速検討
・各地域の感染動向から事業の縮小・中止業務の再開 ・被害状況等の確認、第二波流行に備え事業継続の支援	危機管理部 商工労働部 関係全部局						●業務再開検討・周知 ●被害状況等に応じた支援第二波備え
IAP6 － 3 物資供給の要請等							
・医薬品・食料品等の緊急物資の流通や運送等の実施体制 ・生活関連物資等の価格高騰・買占め等の調査・監視 ・関係団体等への指導・県民の相談窓口の設置等	危機管理部 保健福祉部	●事業者へ実施体制整備の要請	●要請の準備 ●調査監視指導の準備	●必要時、国と連携し要請 ●物価高騰等の調査監視指導等			●検証
IAP6 － 4 社会的弱者への生活支援							
・市町村に高齢者・障害者等の社会的弱者への支援 ・患者搬送・死亡時の対応等について、具体的手続決定	県民環境部 保健福祉部	●支援等の把握・手続決定の要請	●支援等の把握・手続決定の確認（見回り、介護、訪問看護・診療、食事提供等）～確保		●支援対応等の要請～実施		●支援対応等の継続～中止検討
IAP6 － 5 火葬能力等の把握							
・火葬能力・一時的遺体安置施設等の把握による体制整備 ・火葬場に火葬炉の稼働要請	県民環境部 保健福祉部	●市町村と連携し、火葬能力等の把握・対応検討 ●施設確保の準備を要請		●火葬能力の限界の場合、一時的遺体安置施設等確認～確保		●火葬炉の稼動・一時施設確保要請	●通常へ移行～検証
IAP6 － 6 犯罪の予防・取締り							
・予想される各種犯罪の防止、広報啓発活動の推進	県警察本部		●犯罪情報の収集	●犯罪の予防・取締り （悪質な事犯の取締りの徹底）			●検証

＊医薬品の備蓄・使用等にワクチンの供給体制・接種体制、接種対象者、接種順位のあり方等を含む。

≪資料１≫感染症対策 ICS に関する徳島県とのヒヤリング調査等報告

＊感染症分野　研究責任者　福島県県北保健所長　遠藤幸男

ヒヤリング調査および記録　研究協力者　御坊保健所所長　野尻孝子・神戸市保健所 白井千香

日時　　平成 24 年 10 月 29 日（月）場所　徳島県県庁

面談者　危機管理部　危機管理政策課　勝間基彦課長補佐（事務）・山本依子主任（獣医師）

保健福祉部　医療健康総局　石本寛子次長（医師）

健康増進課　富久実疾病対策室長（事務）・湯浅京子室長補佐（医師）

Ⅰ　事前質問事項と徳島県からの回答

１．徳島県における危機管理体制において，大規模感染症対策に対応するのはどのような組織になっていますか？特に，保健福祉関連以外の他部局を含む，指揮命令系統はどのようになっていますか？徳島県は全県的な命令系統と役割分担や責任が明確に示されているとうかがっています。

○新型インフルエンザ等の大規模感染症の場合，徳島県においては，危機管理会議及び危機管理対策本部において，全庁的に対応することとしています。新型インフルエンザ特別措置法（内閣府）の所管は危機管理部で、具体的かつ技術的に対応する医療体制や予防接種計画を立てるのは、保健福祉部である。

また，それ以外の感染症対策についても基本的には，新型インフルエンザ対策に準拠することとなる。

○危機管理会議は，政策監（特別職＝事実上の副知事扱い）をトップとし，危機管理部長及び各部局の主管課長、県民局代表で構成。危機管理連絡会議は主管課副課長、県民局代表で構成。災害の事象によらず，想定上の被害規模により危機管理部が全庁を指揮します。

○危機管理対策本部は，知事を本部長とし，副本部長は政策監で、各部局の部長級で構成する。

○バイオテロ等の国民保護事案に対しては，国民保護法に基づく徳島県国民保護対策本部及び徳島県緊急対処事態対策本部にて対応する。

２．感染症対策における県庁と保健所の関係や役割分担などを教えてください。

○県庁は，マスコミ対応，全県的な方針の決定と調整，保健所間の調整（徳島県内６か所），他都市や厚生労働省との連絡調整を担当する。保健所版ＩＣＳが現在，使われるチャンスはまだない。

○保健所は，現場対応と，管轄地域内の関係機関への細やかな調整

患者調査，疫学調査，拡大防止の施設，個人への指導，管内の医療機関等の調整，情報共有等

いわゆる感染症法に基づいて対応する。

３．感染症対策における県と市町村の指揮命令系統や役割分担について、平常時と発生時（緊急時）について教えてください。（保健所がどのように関わるかは、２．でも可）

○平常時，緊急時とも，法（感染症法，特措法）にもとづく役割分担

○保健所は県立６か所で，市町村（徳島県内 24 市町村）からの相談等について、市町村への指示命令ではなく、きめ細やかに対応。市町村は県に支援を求めるのが原則です。（H21 新型発生時は，管轄市町村への情報提供，ワクチン集団接種について医師会と市町村の調整等を実施）

４．県内の関係機関との連携について，防災（感染症対策も）にどのような機関が構成メンバーとなっていますか？

○防災会議委員

○国民保護協議会委員

を任命し，県内の防災関係機関と連携体制を構築している。

＊新型インフルエンザについては、既存の実務者・専門家会議がある。

５．４のメンバーに含まれる各種医療機関や大学病院による医療の確保についてはネットワークがありますか？（県市医師会との関連なども含む）

○徳島県新型インフルエンザ実務者・専門家会議。医学・感染症専門員として大学の呼吸器内科医師と

医師会の代表医師に知事が委嘱している。

6．情報伝達について，平常時と発生時（緊急時）で徳島県の特徴や工夫がありますか？

全庁（行政内部）に対して／関係機関（行政外）に対して／県民に対して等。

○徳島県では，行政内部，行政外，県民に対する情報提供は「すだちくんメール」を活用し，情報提供をすることとしている。また，市町村（防災担当者），消防機関等の防災関係機関にも活用。

○・すだちくんメール（H24 年 10/24 現在約 19000 人登録）個人または民間のグループを設定し、グループ間で安否確認など、情報共有できる。Yahoo! JAPAN ID の登録（無料）

ホームページ　http：//ourtokushima.jp

・各職員の個人メール連絡網を整備し，情報伝達に努めている。

○各部局が所管する団体については，各部局から適切に情報提供をしていただくこととしている。

○保健福祉部

平常時：登録医療機関（H24.4 病院 95%, 有床診療所 30%，無床診療所 48%）

高齢者施設等へのメール配信（感染症週報等の情報提供）県のＨＰでも掲載あります

緊急時：医療機関への一斉ファクシミリ送信します

7．県民向けのコールセンターやホットラインはどこが担当してどのように設定しますか？

○新型インフルエンザでのコールセンター，ホットラインは，保健所と県庁（感染）担当，順次，市町村でも対応予定．普段の全庁的なコールセンターは「すだちくんコールセンター」が担当

大規模感染症（新型インフル）の場合は、市町村は一般的な電話相談を行い、帰国者・接触者相談や外来への振り分けは、県庁と保健所で行ないます。

8．県外の関係機関との連携体制や徳島県の特徴的な役割があれば教えてください。

○関西広域連合

○四国 4 県危機管理連絡会議

において，近畿府県，四国 4 県との連携体制を確保しています。

9．国との情報交換や指示を受ける窓口はどこでしょうか。

○内閣府の防災に係る部分の窓口は危機管理部

○厚生労働省，感染症研究所の窓口は保健福祉部

10．感染症対策や災害時の必要な人員確保や物資の調達（ロジスティック）について，担当する部署はどこでしょうか。

○感染症対策では，保健福祉部（主に主管課）で調整するが，状況に応じて危機管理等の調整もあります。平成 21 年の新型インフルエンザのときは、危機管理部が主になって担当しました。

Ⅱ　感染症対策 ICS ヒヤリング

1．主に危機管理部との面談

徳島県では危機管理部ができたのは平成 17 年、SARS 対策からの強化を意図し、新型インフルエンザ対策に備える。それまでは防災部局だったが、危機管理部として編成し、全庁的な指示を一元化することとなった。新型インフルエンザ対策を危機管理部で担当するという判断は、県民の被害想定（過去のスペイン風邪を参考とした想定死者）を 4,000 人とした場合、南海大地震と同等の死者であろうという規模を考え、災害の事象や原因によらず、多大な被害であり、社会的な問題も大きい場合の対応は「危機管理部」であるとした。

よって、新型インフルエンザ対策の全般は危機管理部が所管し、ワクチンや医療対応における具体策は保健福祉部の所管とした。発生前に国との合同訓練を行い、危機管理部のモチベーションと役割が明確になった。全国的には、新型インフルエンザ対策において、保健衛生部局でなく危機管理部局が中心になった自治体は少なかったのではないか。四国の中では、高知県は危機管理が強力なリーダーシップを持っていたが、香川県と愛媛県は危機管理があまり関与せず、徳島県はその中間的で危機管理部が保

健福祉部とよい連携が取れたと思う。危機管理部が他部との調整がしやすいのは、危機管理会議のトップである政策監が特別職であることが大きい。

新型インフルエンザ以外の他の感染症についても、被害規模と社会的影響の大きさによって、危機管理部が中心になる。危機管理部は県で全庁的に対応するしくみを作るというスタンスである。

対策本部において危機管理と他部局との連携を円滑にするには、同じテーブルで情報共有しながら話し合いができる本部体制が好ましい。新型インフルエンザのときは徳島県でも危機管理部と保健福祉部の本部は別室で様々な課題はあったものの，最終的には統一的な対応がとれた。災害と感染症の違いは、感染症だけであればライフラインは保たれているとして、普段の40%に落とした事業実施を行う予定である。

法体系では危機管理部は国民保護法に準じて、特措法の所管となり、保健福祉部は感染症法の所管として、実際の対応の方法論は異なり、人権や個人情報の保護において取り扱いや考え方が異なる。

徳島県の県民局は３区分（東部＝本庁、中部、南部）で、危機管理部との直接の連絡窓口は県民局で、地域の危機管理担当局となる。保健所長の上位に県民局の部長が存在する。保健所長の権限のあることについては、県民局と保健所の連携は課題となることもある。

なお、危機管理政策課は１５名～１６名で、うち危機管理担当は４名で、事務職２名、土木技術職１名、獣医師１名である。

２．主に保健福祉部との面談

災害対策において、公衆衛生版 DMAT（DPAT）の具体化をどう考えるか（徳島県から質問）

・和歌山県（野尻所長の福島県での避難所支援）や神戸市（白井の陸前高田市での大船渡保健所支援）を例に、その中で保健所は被災地の現状に合わせて臨機応変に役割を工夫すること、公衆衛生として感染症対策に取り組めること等を情報交換した。

・災害対策コーデイネーターの位置づけについて、徳島県では①保健衛生に関しては保健所長と保健師等、②医療は災害医療拠点病院と医師会、③薬剤については災害医療拠点病院薬剤師、行政薬剤師と薬剤師会、④介護福祉については福祉事務所と保健所次長等という役割分担をしているとのこと。

ほか、前述の事前質問を中心にしたヒヤリングは、主に保健福祉部から回答があった。回答の概要は別紙のとおり。

＜県単位の ICS について＞

徳島県の場合、ICS でいうと危機管理部はコマンダーで、保健福祉部は、情報作戦・資源管理・庶務財務等具体的な対応部門で、保健所がオペレーション（事案処理）になるのではないか。新型インフルエンザ等感染症に限らず、実行部隊は各部局でコマンダーが危機管理であっても既存の組織を災害時に組みなおすことが日本の行政では現実的でない。公務員としての責任問題もあり、上司が急に変わって命令が混乱すると、実際動けない。

全国的に東日本大震災では県と市町村の連携がうまくいかなかったところもあったが、普段の日常的な事業が、特に連携を意識せずに実施できていたからではないか。また、自衛隊が支援に入ったところは、自衛隊と県や市町村が、連携を取れるような状態ではなく、全く組織は別であり本部会議にも自衛隊をどう扱うか、情報共有においても自治体は困っていた。市町村の枠組みでは ICS のしくみで動くことは、今後も含めて困難であろう。市町村を包括した都道府県単位での ICS のポイントは「全庁的に対応する」組織が必要である。

情報把握や情報共有において、今後はＧＩＳや Google の地図情報を使うことが期待される。各地区の危機管理担当からの情報の吸い上げやニーズの把握も可能でロジステイックに役立てられる。危機管理部門は、市町村から県民局へ、県民局から危機管理部へという流れで情報やニーズの把握をしていく。

≪資料２≫　危機管理体制

１．危機管理会議の活動内容

危機管理会議は都道府県として新型インフルエンザ等の大規模感染症対策の方針決定を行うこと、各部局で把握している新型インフルエンザ等の新感染症に関する情報を一元的に集約し、全庁的な情報共有を行うこと、各部局における対策の実施状況を把握すること、各部局が策定する対処マニュアルの整備状況を把握することを役割とする必要がある。

対策の実施手順の確認や、新型インフルエンザ等の発生状況に関する情報共有など、全庁的な事務的調整の必要がある場合には、危機管理会議の下部組織である危機管理連絡会議を積極的に活用する。

2．危機管理対策本部及び危機管理現地対策本部の設置

国内外を問わず新型インフルエンザ等の新たな感染症によるヒトからヒトへの感染が確認された時点（ＷＨＯがフェーズ４の宣言を行った時点）、県内で高病原性鳥インフルエンザ等の新感染症の発生が確認された時点だけでなく、大規模感染症の発生の恐れがあり、都道府県として全庁的な対応が必要であると判断される場合に、危機管理対策本部の設置を妨げるものではない。

現地危機管理本部の対策本部長（知事）は、都道府県内で新たな感染症が発生し、発生地域での総合的な対策の推進等を図る必要があると認められる場合には、現地危機管理本部を設置する必要がある。

3．各部局の役割分担

各部局は、主として以下の役割を担うとともに、新型インフルエンザ対策の実施を円滑に行うための連絡窓口を設置する必要がある。各部局は、危機管理対策本部が設置された場合には、新型インフルエンザ等発生による所管業務への影響等を把握するとともに、都道府県危機管理対処指針に示された理念に基づき、危機管理対策本部で決定された基本的対処方針に沿って必要な対策を積極的に推進する必要がある

（表　各部局の役割分担）

4　都道府県民及び関係機関の役割

新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症対策の推進に際しての、県民及び関係機関の主たる役割は次のとおりにする必要がある。

⑴都道府県民

新型インフルエンザの場合に発生前は、新型インフルエンザに関する情報や発生時にとるべき行動などその対策に関する知識を得るとともに、通常のインフルエンザにおいても、手洗い・うがい・マスク着用・咳エチケット等の個人レベルでの感染予防策を実践するように努める。発生時に備えて、個人レベルにおいても食料品・生活　必需品等の備蓄を行う事が望ましい。新型インフルエンザ発生時には、発生の状況や実施されている対策等についての情報を得て、感染拡大を抑えるための個人レベルでの対策を実施するよう努める。

⑵市町村

住民に最も近い行政単位であり、地域住民に対するワクチンの接種や、住民の生活支援、社会的弱者への支援に関し主体的に対策を実施することが求められる。対策の実施に当たっては、都道府県や近隣の市町村と緊密な連携を図る必要がある。

⑶社会機能の維持に関わる事業者

医療関係者、公共サービス提供者、医薬品・食料品等の製造・販売事業者、運送事業者、報道機関等については、新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の発生時においても最低限の県民生活を維持する観点から、それぞれの社会的使命を果たすことができるよう、発生前から、事業継続計画の策定や従業員への感染予防策の実施などの準備を積極的に行うことが重要である。

⑷一般の事業者

一般の事業者については、新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の発生時に備えて、職場における感染予防や事業継続に不可欠な重要業務への重点化のための準備を行うことが求められる。発生時には、感染拡大防止の観点から、不要不急の事業を縮小することが望まれる。特に不特定多数の者が集まる事業を行う者については、事業の自粛が求められる。

＊表　各部局の役割分担

部局の名称は徳島県例であり、都道府県によってその役割を担う部署が担当する。

都　局　名	役　　割
危機管理部	危機管理会議及び危機管理対策本部の運営 庁内の連絡調整 総合窓口（広報対応） 消防機関との連携 ライフラインの維持に関する事業者との連携
企画総務部	職員に対する予防、感染拡大防止に関する周知 私立学校での対応
県民環境部	保健製薬環境センター（地方感染症情報センター）での検査体制の整備 市町村のごみ処理体制の確保に向けた対応
保健福祉部	新型インフルエンザ等に関する相談窓口 都道府県対応マニュアル及び相談窓口対応マニュアルに基づく対応 市町村の火葬場運営や遺体安置に関する対応 市町村の要支援者に対する支援に関する対応
商工労働部	在県外国人への情報提供 商工団体及び事業者への情報提供、協力要請 観光関連事業者への情報提供、協力要請
農林水産部	農林水産関係団体への情報提供、協力要請 鳥インフルエンザに関する相談窓口 高病原性鳥インフルエンザ防疫マニュアルに基づく対応
県土整備部	公共交通機関との連絡調整
各振興局	管内における総合窓口
企業局	事業継続のための体制確保
病院局	県立病院での対応
教育委員会	公立学校での対応
県警察本部	支援要請等に伴う警戒活動及び交通規制 社会秩序の維持

≪資料３≫新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症発生段階に応じた対策

１　発生段階の区分

都道府県行動計画では、新型インフルエンザと概ね同様に新感染症・大規模感染症が発生する前から、海外での発生、県内での発生、まん延を迎え、小康状態に至るまでを、都道府県内の実情に応じ、未発生期、海外発生期、未発生期、発生早期、感染期、小康期の六つの時期に分けた。

なお、地域での発生状況は様々であり、その状況に応じ、特に地域での医療提供や感染拡大防止対策等について、柔軟に対応する必要があることから、その移行については、国と協議の上、判断する必要がある。

２　発生段階ごとの対策

国の行動計画に即した新型インフルエンザ発生段階に応じて都道府県が取るべき対策及び主たる担当部局は「新感染症・大規模感染症における発生段階別の都道府県の実施対策の概要編」のとおりとする。

なお、新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の発生時に、個々の対策を実際に実施するかどうかの判断について、病原性・感染力等のウイルスの特徴、流行の状況、地域の特性、その他の状況、患者等の人権への配慮、対策の有効性、実行可能性、対策そのものが社会・経済活動に与える影響等の対策実施上の留意点を十分踏まえた検討を行うとともに、実施に際しては都道府県民や関係機関に理解と協力を得られるよう十分な説明や広報を行う必要がある。

なお、病原性・感染力等に関する情報が限られている場合には、これらが高い場合を想定した強力な対策を実施するが、情報が得られ次第、適切な対策へと切り替える必要がある。また、常に対策の必要性を評価し、状況の進展に応じて、必要性の低下した対策についてはその縮小・中止を図るなど見直しを行う必要がある。

３　発生初期段階に実施を検討する主な対策

⑴海外において新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症が発生した場合〔海外発生期〕の対応

ア　各部局の対応

各部局は、海外において新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症が発生した場合、「新感染症・大規模感染症における発生段階別の都道府県の実施対策の概要編」に掲げる対策と併せて、以下に掲げる対策についても実施の検討を行う必要がある。

＊部局の名称は徳島県例であり、都道府県によってその役割を担う部署が担当する。

部局名	実施を検討すべき主な対策
危機管理部	□危機管理対策本部及び危機管理会議の招集・運営 □対策の実施等についての全庁の総合調整 □県民への積極的な情報提供 □消防機関との連携 □ライフラインの維持に関する事業者との連携 □市町村（危機管理担当部署）との連携
企画総務部	□県内私立学校への情報提供等 最新情報を提供し、児童・生徒、教職員、保護者等への周知徹底 発生地域等への留学生や修学旅行、発生地域等からの帰国者の有無の調査 国内発生に備え、緊急時の連絡責任者の確認 □職員に対する予防、感染拡大防止に関する周知

県民環境部	□保健製薬環境センターの体制整備 県内発生期に備え、保健福祉部と連携し、人的体制やウイルス検査試薬の確保等、物的側面も含め検査体制の整備 □市町村廃棄物処理体制の確保に向けた助言・指導
保健福祉部	□厚生労働省や関係機関からの情報収集 □健康増進課及び各保健所に「新型インフルエンザ相談窓口」を、健康増進課に「新型インフルエンザ安心ダイヤル」を設置 □県医師会及び保健医療関係団体と連携し、感染予防策や県内発生期の対応について周知徹底 □社会福祉施設等への情報提供及び感染予防対策の周知徹底 □保健所での疫学調査、検体搬送等の体制の確認 □国立感染症研究所へ検体を搬送する場合の体制の確認 □入院対応医療機関との連携及び情報の共有化 □医薬品卸売業者と連携し、抗インフルエンザウイルス薬等の市場流通状況を確認 □県備蓄の抗インフルエンザウイルス薬の配布方法の調整 □火葬場の処理能力の確認、遺体の取扱いについての市町村指導

イ　医療資器材（消毒薬・マスク等）の確保について

県が所管している公共施設や観光地などで、感染予防・拡大防止対策のためのマスクや消毒薬は、国内で発生が確認された段階で入手困難となるおそれがあることから、海外発生早期から備蓄を推進するなどの対策が必要である。

ウ　交通機関からの乗客情報入手手順について

感染者が交通機関等を利用していた場合には、接触者調査を行うため、関係する交通機関等に対し、乗客リスト等の提供を依頼することとなるため、海外発生早期から、乗客リストの提出方法（提出される内容、時期等）を検討しておく必要がある。

⑵県内で患者が確認された場合〔県内発生早期〕の対応

ア　初動対応時の留意事項

県内で新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症が疑われる事例が報告された場合には、以下の点に留意しながら、速やかに危機管理体制を整備する。

初動対応時の主な留意事項
●情報の伝達 □危機管理部と保健福祉部は、入手した情報は、その都度、知事・政策監・危機管理部長・保健福祉部長へ速やかに報告すること。
●感染確定に至るまでの手順の確認 □危機管理部と保健福祉部は、感染の確定するまでの手順を確認すること。 ○保健製薬環境センターでPCR検査を行う場合には、検査開始時刻と検査終了見込み時刻を確認すること。 ○国立感染症研究所に検体を搬送しPCR検査を行う場合には、検体の搬送手順や感染症研究所での検査開始時刻と検査終了見込み時刻を確認すること。 なお、この際、できうる限り時間ロスが発生しないよう、保健製薬環境センターでの検査結果が判明する前に搬送することや、最も効率的な搬送手段（飛行機や鉄道等）の選択につき、十分配慮すること。

○情報の公表基準や公表方法についても、必要に応じて国（厚生労働省）と調整しながら確認すること。
●対策の実施に備えた準備 □危機管理部と保健福祉部は、感染確定後の危機管理対策本部会議の開催準備を進めること。 □保健福祉部は、新型インフルエンザの感染が疑われる者の同意を得るなどの配慮を行った上で、発症までの行動や接触者等に関する情報等、感染が確定した後の対策の実施に必要となる情報を事前に収集すること。また、収集した情報は、対策本部事務局に報告すること。 □対策本部事務局は、感染が確定した後の対策実施に必要だと判断される場合には、保健福祉部から報告のあった情報を関係部局と共有し、社会生活活動への要請を行うべきかを含め、対策実施に必要な準備を進めること。また、必要に応じて、市町村や関係機関との連携についても調整を進めること。

イ　県民や学校・事業者等への要請

県内で新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症が発生した場合には、感染拡大を防止するため、「新感染症・大規模感染症における発生段階別の都道府県の実施対策の概要編」の「４－４－１発生地域の住民や関係者に対する要請」に整理されている以下の事項について実施を検討する。

これらの要請については資料３の２に記載した対策実施上の留意点を十分踏まえた検討を行うとともに、実施に際しては県民や関係機関に理解と協力を得られるよう十分な説明や広報を行う。

要請の対象	要　請　の　内　容
都道府県民	・マスク着用、手洗い・うがいを強く勧奨 ・不要不急の外出を控えること
集会主催者、興業施設の運営者	・活動を自粛すること
学校・通所施設等の設置者	・県内全ての学校・通所施設等の臨時休業及び入学試験の延期等を行うこと
公共交通機関	・利用者へのマスクの着用の励行の呼びかけなど適切な感染防止対策を講ずること ・公共交通機関の運行に支障が出ないよう注意を喚起すること
社会福祉施設の設置者	・マスクの着用、手洗い・うがいを強く勧奨 ・症状の認められた従業員等に対し出勤停止や受診の勧奨を行うこと ・外務省等からの情報収集（発生国への渡航制限情報等） ・在県外国人へホームページ等を通じて情報提供を実施
農林水産部	□農林水産関係団体への情報提供及び対応状況等の情報収集 □風評被害防止のため、本県農畜産物に関する相談窓口設置 □全農徳島県本部及び食料卸協同組合に対し食料供給の協力要請 □農林水産省と連携した食料供給等の情報収集・情報提供 □所管している公共施設等での感染予防・拡大防止対策の実施 □県内養鶏農家、養豚農家への立ち入り検査
県土整備部	□県内交通機関及び関係団体への情報提供及び対応状況等の情報収集 □公共交通機関との感染者の情報共有 □国土交通省等との連携及び情報収集

南部総合県民局 西部総合県民局	□局内の対策会議開催 □相談窓口の設置 □管内市町と連携及び情報収集
企　業　局	□事業継続のための体制確保 □関係事業所等への情報提供及び対応状況等の情報収集 □職員の健康状態の確認及び感染防止対策の周知徹底
病　院　局	□患者の治療継続 □病院内感染対策 □帰国者・接触者外来の設置 □人工呼吸器等の医療器具の確認、補充
教育委員会	□公立学校へ最新情報を提供し、児童生徒等や教職員、保護者等への周知徹底及び児童生徒等の健康状態調査の指示 □社会教育団体等への注意喚起・情報提供
県警察本部	□地域封じ込め及び医療活動の円滑な推進のための支援要請等に伴う警戒活動及び交通規制 □混乱に乗じた犯罪の予防及び取締り □社会的混乱による不測の事態への対応 □多数死体の死体検分

ウ　新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）等の個人情報の取り扱いについて

県内で新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）が確認された場合、その者や濃厚接触者に関する個人情報の取り扱いについては、患者等の人権に配慮する必要がある。

一方、その者の感染が確認（確定）された場合に、速やかに接触者調査をはじめ県民や学校、事業者等へ要請などの各種対策を実施するためには、新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）等の情報は必要不可欠である。

そのため、病原性の高い新型インフルエンザ等の感染症の場合には、

・感染が確認された時点から対策実施の準備を進めるのでは対応が遅れて不要な感染拡大を招くおそれがあること。
・情報の取り扱いは、基本的には県対策本部で行うものとし、広く一般に周知することはしないこと。
・発生した新型インフルエンザの病原性が低い場合には、特例的な扱いをするのではなく、通常の感染症対策と同等の扱いとすること。

などの点を考慮しながら、疑い患者の情報について、妥当な取り扱い方を平時より検討しておく必要がある。

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC に関する提言

この感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC は、感染症の発生段階を今回 1. 未発生期、2. 海外発生期、3. 地域未発生期、4. 地域発生早期、5. 地域感染期、6. 小康期に分類し、新たな感染症の流行にあたって、それぞれの段階において、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、標準的な活動プランを示したものである。したがって、保健所及び都道府県は、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。

今回、感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC に関して、次のように提言する。

1．都道府県は、新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の場合、危機管理会議及び危機管理対策本部において、全庁的に対応することとしている徳島県本庁の調査を踏まえ新型インフルエンザ特別措置法（内閣府）の所管は危機管理部で、具体的かつ技術的に対応する医療体制等を構築する保健福祉部である等の各都道府県レベルで組織の再構築が必要である。

2．都道府県は、危機管理対策本部において，知事を本部長とし，副本部長は政策監で、各部局の部長級で構成し、危機管理会議は，政策監（特別職）をトップとし，危機管理部長及び各部局の主管課長、県民局代表で構成し、危機管理連絡会議は主管課副課長、県民局代表で構成し、想定上の被害規模により危機管理部が全庁を指揮するような組織の再構築が必要である。さらに、このような組織の再構築は自然災害等すべての健康危機管理において、必要である。

3．都道府県は、規範的かつ標準的 ICS/IAP の視点に立ち、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）として市長村事業支援を含めて対応する必要がある。

4．都道府県は、活動本部の後方支援（地域・医療・食品等）においては、保健福祉部門と危機管理部門や他部局との十分な連携のもと、役割分担する必要がある。

5．保健所は、事前に行政内外の関係者と十分な連携を図り、地域緊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。

6．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、外部の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、都道府県本庁の主管部局と確認のうえ、事前に把握しておく必要がある。

7．都道府県内の複数の保健所は、都道府県内で発生する大規模感染症を想定した ICS/IAP によって、県内の複数の保健所が当該の圏域においても、指揮命令系統と役割分担や責任が明確に示された活動本部として対応する必要がある。

8．都道府県及び保健所は、大小規模感染症の様々な危機対応を今回の感染症研究レポート等のように、活動報告書として記録し、対応内容の分析・評価を行い、次に起こる健康危機に備える仕組みの構築が必要である。

9．大規模感染症の発生に備えて、そのためにも ICS の枠組みのような標準的な危機管理対応システムを構築するとともに、活動報告書の内容をマニュアル等に反映させる必要がある。

10. 厚生労働省等の国の関係機関、都道府県及び保健所は、感染症分野の ICS/IAP 関連標準的ツールとして、幅広い実践的な標準的連絡票、調査票、連携様式等を標準化する必要がある。

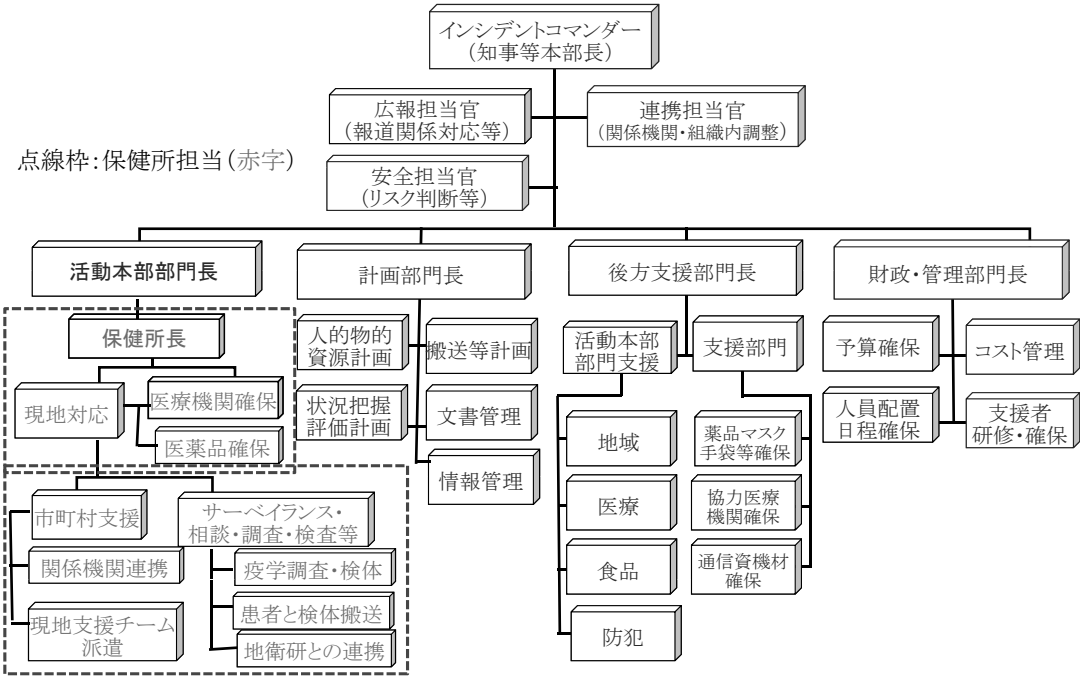
11. 都道府県及び保健所は、感染症に係わる関係機関の役割を明確にするとともに、感染症、感染対策や感染制御に関する相談窓口情報を共有することは保健所自身だけでなく、社会福祉施設・医療機関への支援、社会福祉施設・医療機関との連携上も必要である。今後、保健所が感染制御専門家とも相談できるような保健所管内関係機関の地域レベルだけでなく全国レベルのシステムの構築も必要である。

12. 都道府県及び保健所は、大規模感染症の発生が危惧される中、業務や様式を ICS/IAP のように標準化

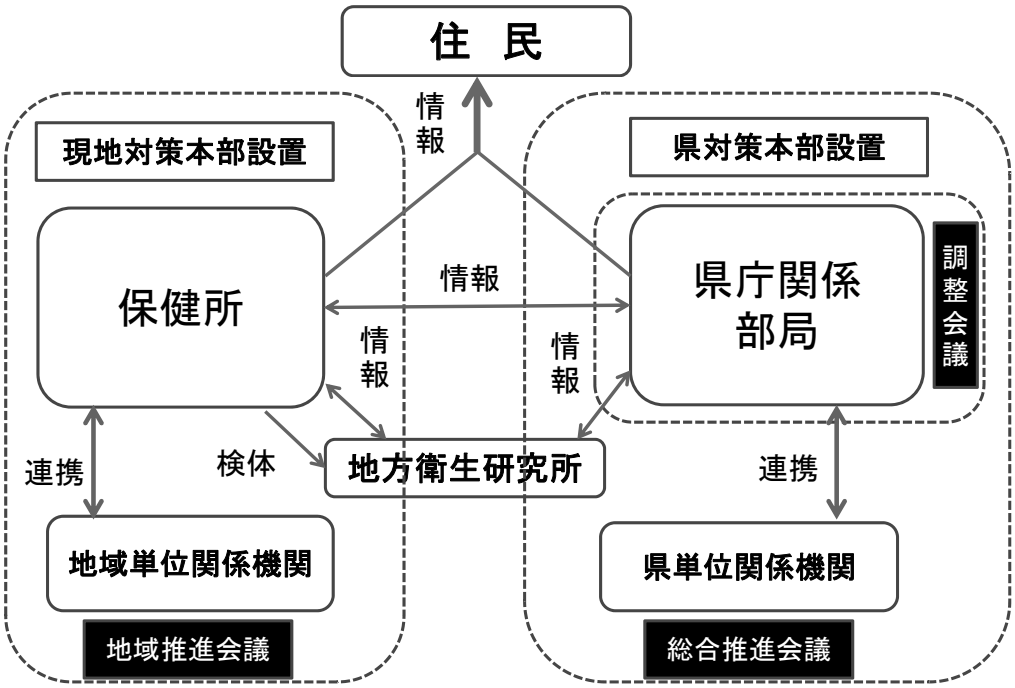
し、過去の事例を検証する仕組みを構築し、マニュアル等の整備を平時から行うとともに、さらに、訓練などを併用して継続的にその実行性の検証を行うことが感染症危機管理システムの更なる質の改善を行うために必要がある。

13. 厚生労働省等の国の関係機関は、感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC の策定支援及びそれに関する人材育成・研修会等の新たな感染症施策を講ずる必要がある。

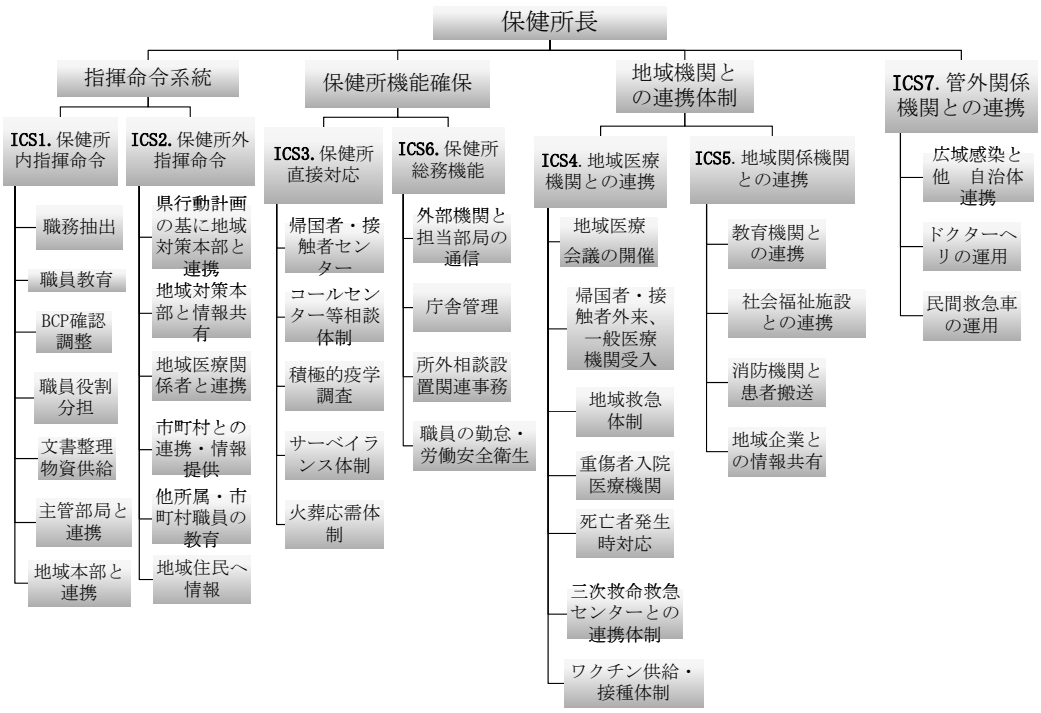
都道府県における大規模感染症等発生に対応したICS/IAP組織図



県庁と保健所との関係図



保健所健康危機管理対応指針
日本版標準ICS/IAP感染症分野



感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC
(Incident Command System/Incident Action Plan/Action Card)
―新感染症・大規模感染症における発生時期別の保健所の実施対策編―

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）、白井千香（神戸市保健所参事）、新家利一（いわき市保健所所長）、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）、山口一郎（山形県村山保健所所長）、大日康史（国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官）、小澤邦壽（群馬県衛生環境研究所所長）、大久保憲（東京医療保健大学大学院学科長）、賀来満夫（東北大学医学系大学院教授）、加藤誠也（結核予防会結核研究所副所長）、角野文彦（滋賀県健康福祉部技監）、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）、助言者：佐々木隆一郎（長野県飯田保健所所長）、緒形剛（茨城県筑西保健所所長）、古屋好美（山梨県中北保健所所長）、阿彦忠之（山形県健康福祉部次長・山形衛生研究所所長）、橘とも子（国立保健医療科学院健康危機管理研究部上席主任研究官）、永井しづか（厚生労働省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保健所が活用できるよう感染症分野の日本版標準の ICS/IAP 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。であり、有効であった。

A．目的

保健所が、地域住民の健康安全を守るための健康危機管理拠点としての危機管理システムをより強化するために、感染症分野の日本標準版の ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan） を作成すること及び ICS/IAP の運用のため感染症関係機関の役割と相談窓口等を明確にすることを目的とした。

B．方法

感染症標準版 ICS/IAP 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、平成 22 年度の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）等を踏まえて、高病原性の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、感染症標準版 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。

C．結果

1．感染症分野の日本版標準の ICS/IAP

この ICS/IAP は、国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、感染症の発生状況を対応時期として 5 分類し、新たな感染症の流行では、対応時期において、保健所が効率的に、地域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。

新型インフルエンザや新たな感染症等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、保健所が果すべき役割は変化してくるので、1. 海外発生期（政府対策本部を設置するような時期）、2. 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）、3. 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）、4．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の患者の接触歴を疫学調査で追えなくなった時期）、5. 小康期（新型インフルエンザや新感染症等の患者の発生が

減少し、低い水準でとどまっている時期）５つの時期に分けた。さらに、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、実際的なチェックリストでもある。

なお、新型インフルエンザ対策行動計画などをベースにした標準版であるため、ICS のスタートを海外発生期としているが、保健所の感染症対策としては、平常時対策として実施すべきものを含んでいる。

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。

D．考察

新型インフルエンザ行動計画においては、全国的に病原性が高い新型インフルエンザの発生・流行に備え、医療、社会機能維持等の対策強化がポイントの一つとされているが、保健所の対応としては、もう一つのポイントである、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。

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

地域の集団発生事例、病院内感染事例などに対して、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できるよう保健所支援システムの構築に取り組む。さらに、保健所における感染症対策担当職員等に対する感染症対策人材育成プログラムシステムなどの保健所支援システムの構築にも取り組む。

G．発表

１．論文発表

⑴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.

⑵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.

⑶遠藤幸男：災害時における公衆衛生―東日本大震災を踏まえて―．ひょうごの公衆衛生．p3 － p 11．第 27 号．2012.

２．学会発表

⑴遠藤幸男：福島県における被災状況と保健所活動：東日本大震災を経験して、今後保健所が備

えるべき体制について．第 68 回全国保健所長会 研究事業報告会員協議．p51-p65．2011.
⑵遠藤幸男：大震災に備えての保健所の危機管理体制～東日本大震災からの教訓を生かした今後の対策～．平成 23 年度　地域保健総合推進事業　地域保健推進戦略会議（関東甲信越静ブロック）．p.9 － p.23．2011.
⑶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.
⑷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.
⑸遠藤幸男他 , 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．日本公衆衛生誌．Vol.59．No.10．p158．2012.
⑹ Endoh Y, Furuya Y, Sasaki R, Ohkusa Y, Yasui Y, Tatara K, Yamaguchi R, Suzumura S, Infection surveillance system for evacuation centers, American　Public Health Association 140th Annual Meeting and Exposition, SANFRANCISCO, CA,USA, Oct27-31.2012

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC（Incident Command System/ Incident Action Plan/Action Card）
―新感染症・大規模感染症における発生期別の保健所の実施対策編―

《ICS/IAP 活用のための条件》

１．感染症分野における ICS/IAP 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、平成 22 年度地域保健総合推進事業の新型インフルエンザ対策に関する評価及び情報発信・共有（分担事業者　遠藤幸男）を踏まえて、高病原性の新たな感染症が海外で発生し、国際的な広がりとなって、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したものである。

２．当該行動計画においては、全国的に病原性が高い新型インフルエンザの発生・流行に備え、医療、社会機能維持等の対策強化がポイントの一つとされているが、保健所の対応としては、もう一つのポイントである、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。

３．保健所では、事前に関係者と十分な連携を図り、地域緊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。

４．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。

《この標準的 ICS/IAP（感染症）を利用するに当って》

この ICS/IAP は、国・都道府県等のレベルで策定される新型インフルエンザ対策行動計画に則って、感染症の発生状況を以下のとおり対応時期として分類し、新たな感染症の流行にあたって、それぞれの対応時期において、保健所が効率的に、地域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、標準的な活動プランを示したものである。したがって、各保健所は、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、保健所管轄地域を越えたもの、及び保健所所管内に留まるもの）にかかわらず、保健所が基本的に地域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、最低限の内容を示したものである。

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、保健所が果すべき役割は変化してくるので、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）、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）、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）、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の患者の接触歴を疫学調査で追えなくなった時期）、小康期（新型インフルエンザや新感染症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）五つの時期に分けた。さらに、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七つの分類に分け、標準的 ICS/IAP として示した

なお、新型インフルエンザ対策行動計画などをベースにした標準版であるため、ICS のスタートを海外発生期としているが、保健所の感染症対策としては、むしろ平常時対策として実施すべきものを含んでいることを申し添える。それらを踏まえ、それぞれの保健所は、地域の実情に応じて、実際的な ICS/IAP を作成することが必要である。

目次

《海外発生期・地域未発生期・地域発生早期・地域感染期・小康期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 保健所内の指揮命令系統の確認
- IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出・実施体制～管内流行の沈静化に応じた対応
- IAP2. 全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育
- IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、調整、実施、感染症業務の減少・職員の状況に応じた業務回復
- IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担
- IAP5. 文書整理や物資補給の専任部門の確保～閉鎖→ ICS6・7
- IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能
- IAP7. 地域対策本部との連携による指揮命令機能

ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制
- IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部との連携・役割遂行・連携・役割終了
- IAP2. 地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有
- IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との連携
- IAP4. 市町村及び市町村教育委員会との連絡体制・情報提供
- IAP5. 他所属職員、市町村職員等への感染症の基本的知識と対策に関する教育
- IAP6. 地域住民への情報（海外・国内・地域の感染症発生状況、ウイルスの性質等）発信（市町村との連携を含む）

ICS3. 保健所による直接対応
- IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討）～閉鎖
- IAP2. 一般相談体制の構築（コールセンターなど所外の設置原則）・Q & A 作成・相談対応者教育・対応水準の確保～一般相談体制の閉鎖
- IAP3. 症例定義を踏まえた積極的疫学調査の準備・実施
- IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集～第二波の備えたサーベイランス体制の構築、情報収集
- IAP5. 火葬応需体制確認

ICS4. 地域医療機関との連携体制確保
IAP1. 医療機関及び関連機関と情報共有のための定期的協議・地域医療会議の開催～現状確認
IAP2. 地域発生時の医療体制（帰国者・接触者外来、一般医療機関の受け入れ体制等）について継続、情報収集、支援、閉鎖
IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制
IAP4. 重症患者入院医療機関の把握・協議
IAP5. 死亡患者発生時の対応（検死、解剖等）
IAP6. 三次救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有～第二波を踏まえた救急体制の確認、消防との情報共有
IAP7. ワクチンの製造状況に関する情報収集・接種に関する医師会との協議・供給状況を踏まえた集団接種実施
ICS5. 地域関係機関との連携確保
IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と有症者発生時の連携確認・流行状況に関する情報共有
IAP2. 社会福祉施設との連携確認
IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議
IAP4. 地域内企業における意識啓発、国内知見・地域内流行状況の情報共有
ICS6. 保健所内の総務機能
IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保～閉鎖
IAP2, 庁舎管理
IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務（人員確保・場所・通信ラインの確保）
IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
ICS7. 管外関係機関との関係構築
IAP1. 広域感染を想定した他自治体との連携体制確保
IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリの運用について確認～第二波を踏まえ協議・確認
IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の実態把握、運用検討、第二波を踏まえ協議・確認

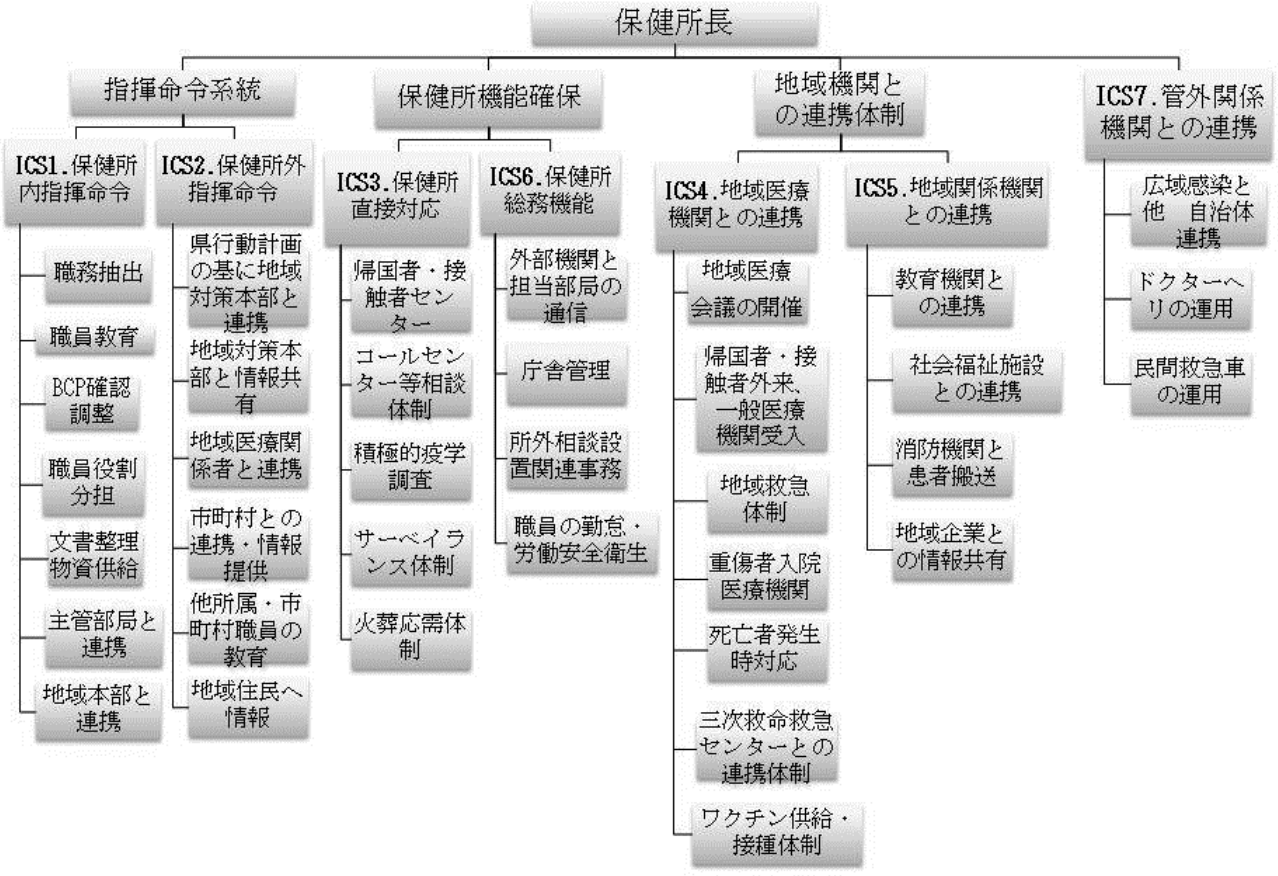
＊各発生期による ICS/IAP の対応は以下、概要編を参照のこと

	海外発生期	地域未発生期	地域発生早期	地域感染期	小康期
ICS1. 保健所内の指揮命令系統の確認	IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出	IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出	IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出、実施体制の準備	IAP1. 新たな感染症に関する業務の抽出、実施	IAP1. 管内流行の沈静化に応じた対応内容の決定
	IAP2. 全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育	IAP2. 国内の知見に基づき、全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育	IAP2. 地域の発生状況に基づき、全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育	IAP2. 地域の流行状況に基づき全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育	
	IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整	IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整	IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整、実施	IAP3. 業務継続計画（BCP）の実施	IAP2. 感染症業務の減少及び職員の状況に応じて業務継続計画（BCP）からの業務回復
	IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の基づく業務実施	IAP3. 管内流行の沈静化に応じて、職員の役割分担の整理
	IAP5. 文書整理や物資補給の選任部門の確保 ⇒ ICS6.	IAP5. 文書整理や物資補給の選任部門の確保 ⇒ ICS6.	IAP5. 文書整理や物資補給の選任部門による体制整備 ⇒ ICS6.	IAP5. 文書整理や物資補給の選任部門による所内調整 ⇒ ICS6.	IAP4. 文書整理や物資補給の選任部門の閉鎖 ⇒ ICS6.
	IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認	IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認・確保	IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認・確保	IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の維持	IAP5. 主管部局との連携による指揮命令機能の整理
					IAP6. 地域対策本部の閉鎖に向けての指揮命令系統の整理
ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部との連携構築	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部との連絡体制の確保、及び指揮命令機能の確認	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割遂行、連携構築	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割遂行、連携	IAP1. 県の行動計画に基づき地域対策本部における役割の終了
	IAP2. 地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有	IAP2. 国内の知見に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有	IAP2. 地域の発生状況に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有	IAP2. 地域の流行状況に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有	
	IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、剤師会等）との連携構築	IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携構築	IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携構築	IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携	IAP2. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会薬剤師会等）との情報共有・連携
	IAP4. 市町村及び市町村教育委員会との連絡体制の確保	IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する情報提供・連絡体制の確保、専門的助言の実施	IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の発生に関する情報提供・サーベイランス連絡体制の確保	IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の流行に関する情報提供・専門的助言の実施	IAP3. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の流行に関する情報提供
	IAP5. 他所属職員、市町村職員等への感染症の基礎知識と対策に関する教育.	IAP5. 他所属職員、市町村職員等への感染症の基礎知識と対策に関する教育.	IAP5. 地域の発生状況に基づき、他所属職員、市町村職員等への感染症の基礎知識と対策に関する教育.	IAP5. 地域の流行状況に基づき、他所属職員、市町村職員等への感染症の基礎知識と対策に関する教育.	
	IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、ウイルスの性質等）発信（市町村との連携を含む）	IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、症状、ウイルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）	IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の発生状況、症状、ウイルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）	IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の流行状況、症状、ウイルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）	IAP4. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の流行状況、症状、ウイルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）

ICS3. 保健所による直接対応	IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討する）	IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討する）、担当保健師等の情報共有	IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討する）、担当保健師等の情報共有、Q&A の作成	IAP1. 帰国者・接触者相談センターの運営、担当保健師等の情報共有、Q&A の作成	IAP1. 帰国者・接触者相談センターの閉鎖
	IAP2. 一般相談体制の構築（コールセンター等　所外に設置することを原則とする）	IAP2. 一般相談体制の構築（コールセンター等　所外に設置することを原則とする）し、Q&A を作成して相談対応者の教育及び対応水準の確保	IAP2. コールセンター等所外における一般相談体制を運営し、最新の知見に基づく Q&A を作成・見直しを行い、相談対応者の教育及び対応水準の確保	IAP2. 所外における一般相談体制を運営し、最新の知見に基づく Q&A を作成して相談対応者の教育及び対応水準の確保	IAP2. 一般相談体制の閉鎖
	IAP3. 症例定義を踏まえた積極的疫学調査の準備	IAP3. 症例定義を踏まえた積極的疫学調査票の作成・準備	IAP3. 地域の発生に即して、国内の症例定義を踏まえ、積極的疫学調査の実施	IAP3. 地域の発生に即して、必要な患者に対する積極的疫学調査の実施	IAP3. 第２波に備えた地域医療機関とのサーベイランス体制の構築、情報収集
	IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報提供	IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集	IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集	IAP4. 地域医療機関とのサーベイランス体制の構築、情報収集	
			IAP5. 火葬応需体制の確認	IAP5. 火葬応需体制の確認	
ICS4. 地域医療機関との連携体制確保	IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための定期的協議の継続	IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための地域医療会議の開催	IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための地域医療会議の随時開催	IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための地域医療会議の定期的開催	IAP1. 医療機関及び関係機関と、地域医療会議における現状の確認
	IAP2. 地域発生時の医療体制（帰国者・接触者外来、一般医療機関の受け入れ体制等）について継続的情報収集	IAP2. 地域発生時の医療体制（帰国者・接触者外来、一般医療機関の受け入れ体制等）について継続的情報収集	IAP2. 帰国者・接触者外来の状況確認、問題点への対応、一般医療機関の受け入れ準備に関する情報提供	IAP2. 帰国者・接触者外来の状況確認、一般医療機関の受け入れ支援	IAP2. 帰国者・接触者外来の閉鎖
	IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の整備	IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の整備	IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の確保	IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の確保	IAP3. 第２波を踏まえた救急体制の確認
	IAP4. 重症患者入院医療機関の把握	IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議	IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議	IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議	
	IAP5. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有.	IAP5. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有.	IAP5. 死亡患者発生時の取り扱いの整理（検死、解剖等）.	IAP5. 死亡患者発生時の対応（検死、解剖等）.	
	IAP6. ワクチンの製造状況に関する情報収集	IAP6. ワクチンの製造状況に関する情報収集、ワクチン接種に関する医師会との協議	IAP6. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有 .	IAP6. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有 .	IAP4. 第２波を踏まえた救急センターとの連絡体制確認、消防との情報共有 .
			IAP7. ワクチンの製造状況を踏まえて、ワクチン接種に関する医師会との協議、接種開始	IAP7. ワクチンの供給状況を踏まえ集団接種の実施	IAP5. 第２波を踏まえたワクチンの確保
ICS5. 地域関係機関との連携確保	IAP1. 教育機関、市町村教育委員会との連携確認	IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、有症者発生時の連携確認	IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、発生状況に関する情報共有	IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、流行状況に関する情報共有	IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、流行状況に関する情報共有
	IAP2. 社会福祉施設との連携確認	IAP2. 社会福祉担当部署と、有症者発生時の連携確認	IAP2. 社会福祉施設と発生状況に関する情報共有	IAP2. 社会福祉施設と流行状況に関する情報共有	IAP2. 社会福祉施設と流行状況に関する情報共有
	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議	
	IAP4. 地域内企業における意識啓発	IAP4. 地域内企業における意識啓発、国内知見の情報共有	IAP4. 地域内企業における意識啓発、地域内発生状況に関する情報共有	IAP4. 地域内企業における意識啓発、地域内流行状況に関する情報共有	

ICS6. 保健所内の総務機能	IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの閉鎖
	IAP2.庁舎管理	IAP2.庁舎管理	IAP2.庁舎管理	IAP2.庁舎管理	IAP2.庁舎管理
	IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務	IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）	IAP3. 所外設置の相談体制に関する維持事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）	IAP3. 所外設置の相談体制に関する維持事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）	IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務
	IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）	IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）	IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）	IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）	IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
		IAP5. 関係記録の作成	IAP5. 関係記録の作成	IAP5. 関係記録の作成	IAP5. 関係記録の整理
ICS7. 管外関係機関との関係構築	IAP1. 広域感染を想定した他自治体との連携体制確保	IAP1. 広域感染の発生について他自治体との連携体制確保	IAP1. 広域感染の発生について他自治体との連携体制確保	IAP1. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用	IAP1. 第２波を踏まえ、消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について
	IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認	IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認	IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認	IAP2. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運輸	
	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の実態把握	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運用検討	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運用検討		

図.　保健所健康危機管理対応指針 日本版標準 ICS/IAP 感染症分野



感染症分野の日本標準版 ICS/IAP 運用における感染症関連グッズ・ツール

A. 目的

保健所管内の感染症集団発生事例等について当該研究班が提案した積極的疫学調査報告様式を活用し感染症研究レポートとともに保健所の感染症調査に関連する各種様式を提示し、感染症の関係機関の役割、感染症に関する相談窓口等を明示し、感染症分野の日本標準版 ICS/IAP 運用において、感染症関連グッズ・ツールを検討し、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

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・下痢等を呈する物の集団発生報告書、神戸モデル早期探知地域連絡システム等を整理したので、報告する。さらに、感染症 ICS/IAP 及び感染症の関係機関の役割や感染制御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、日本公衆衛生学会感染症専門委員会代表等により、検討したので、報告する。

C. 結果・考察

積極的疫学調査報告様式には、神戸市保健所における集団発生事例及び単発事例を示し、探知、発生状況、初動調査、施設の概要及び利用者・職員の特徴、施設への対応、症例内訳及び調査結果、感染原因・感染経路、事例経過（ピーク・終熄の根拠・終熄の時期)、考察・コメント等を記載するとともに保健所で活用している各種様式を収集した。さらに、神戸市モデル-早期探知地域連絡システムや地域感染症情報共有システムを提示した。

1．腸管出血性大腸菌感染症の集団発生事例（様式 1）

神戸市保健所において、技術習得専門学校（企業設置）での宿泊研修後、O157 陽性者 14 人（学生 12 人、教師 2 人）を含む有症状者 52 人の集団発生事例であった。旅行中の食中毒と感染症の両面での調査を始め、喫食調査では共通食について他の利用者・団体等からの有症状等苦情なく食中毒は否定されたが、大腸菌 O157 の初発からの暴露または共通の食材の喫食を疑うに留まった事例である（様式 1)。

数年前に同様の集団感染事例のあった施設であるが、学校といっても企業と関連しており、集団発生の記者発表等により、企業や学校のイメージを落としたくないという意図があるのか、具体的な調査が進まなかった。当初は初発者を把握できず、現場の判断で食中毒として先行した調査を行い、初動で保健師が同行していないことから適切な時期の情報収集や検便採取が難航した。なお、現場に立ち入る保健センターに、保健所の指示の意図が十分伝わることが調査を円滑に進める条件になると考える。

感染症対応ファイル 10　腸管出血性大腸菌としては、この事例では、初発時から調査までに時間が経過しており、適切な情報の把握や、検便の実施が困難であり、感染拡大も起こった。複数の腹部有症状者の発生時は食中毒と感染症の観点で監視事務所との連携による迅速な初動調査と対策が重要である。分離菌の遺伝子分析から得られた結果を、原因究明や学校への対策行動を指導するためのエビデンスとして活用し、再発防止の働きかけが必要であると考える。と情報を整理しているが、このような感染症対応ファイルとして保健所が感染症情報としてデータ蓄積していくことが、保健所における情報共有とともに、人材育成にも資するものであると考えられる。

2．テング熱の散発事例（様式 2）

神戸市保健所管内の事例（様式 2）であり、受診先の医療機関は感染症指定医療機関であり、同行者（母の父）は、頻回に亜熱帯地域（タイ北部）へボランテイア活動のために渡航している経験から、デング熱についての蚊による刺傷等の知識はあったものと思われる。ただし、母と子についての感染防御が十分であったかどうかは不明であり、夏休みを利用して初めて渡航する学童について、海外ではより留意して生

活することを保護者に保健所が指導した。世界的にデング熱が流行しており、近年、流行地で感染し発症後、日本国内への持込が多数例見られている。日本でデングウイルスが常在することが懸念され、それに伴い重症例の発生も危惧されるので、海外由来感染症については、感染予防および実態把握のため、旅行者に対する啓発や帰国後の体調の変化など情報の提供と収集が必要であると考える。

3．神戸モデル－早期探知地域連携システム－について

新型インフルエンザ等の感染拡大に備え、保健所・区と地域・学校園・施設・医療機関等との連携強化を図り、感染症発生のサインを的確に把握し、迅速に対応することにより、社会機能の維持を図るとともに、地域における感染症の急激な拡大と重症化の防止を目指している。

①各区「感染症対策連絡会」の設置

⑴機能

区役所、学校園、福祉施設、医療機関等から成る構成員が、日頃からそれぞれの集団で適切な健康管理を行えるよう、校内、施設内、地域で発生している新型インフルエンザなどの感染症の流行状況や拡大防止対策に関する情報交換・共有を図る。

⑵メンバー

区長、区医師会・区歯科医師会・区薬剤師会の各代表、学校園・保育所・社会福祉施設等の各代表、地域包括支援センター・障害者地域生活支援センターの各代表、その他（大学等）、（事務局）各区保健福祉部健康福祉課

②感染症（インフルエンザ含む）・食中毒疑い発生状況連絡票

⑴「感染症（インフルエンザ含む）・食中毒疑い発生状況連絡票」（施設用）

⑵「感染症（インフルエンザ含む）・食中毒疑い発生状況連絡票」（学校・園用）

③感染症対策保健師の配置

各区に配置する感染症対策の専任保健師が、地域の学校園や施設への巡回を通して情報交換や予防・啓発活動を行うとともに、把握した情報からコーディネート・調査を行い、新型インフルエンザなど感染症発生のサインを的確に把握する。また、感染症の拡大防止に向けて、指導・助言など迅速な対応を行うとともに、地域・学校の感染症に対する対応能力の向上を図るためのネットワークを構築し、「顔の見える関係づくり」に努めている。

④感染症情報紙「今どき情報＆耳寄り情報」

この情報紙は、その季節に流行がみられる感染症の発生状況や感染症予防・対応に役立つ情報を発信している。

さらに、「感染症（インフルエンザ含む）・食中毒疑い発生状況連絡票」を使用して、手足口病事例の具体的報告例を示している。

4．地域感染症情報共有システム

福島県県南保健所管内の社会福祉施設（高齢者施設、児童福祉施設、障害者施設等）、医療機関、各市町村教育委員会等を対象に感染症に関する情報を定期的に提供するとともに各種施設毎の課題等の情報交換を行い、施設毎に感染症発症時の対策が図れるよう保健所が支援している。地域感染症情報として県感染症発生動向調査週報の情報を参照しながら地域で流行している感染症の情報、感染予防対策や感染予防に関する情報、児童福祉施設等には、各市町村教育委員会から毎日報告される欠席状況報告書を反映した情報などを提供している。発行時期については毎月１回メール及びＦＡＸにて送付し、感染症発生動向に急激な変化がある場合や子供の感染症流行により影響される児童福祉施設については、流行の兆しがあった場合などには、随時発行するものとしている。なお、福島県のホームページから福島県県南保健福祉事務所・福島県県南保健所のホームページ（www.pref.fukushima.jp/kennanhofuku）へ進んでいくと地域感染症情報が掲載されている。

さらに、本保健所では、「地域感染症情報」をＦＡＸ及びメールで月一回以上送信しているが、双方向の感染症情報システムを構築するため「感染症情報連携シート」を作成した。「感染症情報連携シート」を活

用し意見、質問、感染症の情報提供等を依頼した。メール送信は、本保健所ホームページをクリックし、本ホームページの感染症情報連携シートをクリックし、「感染症の疑いのある者」に関する情報を入力して送信して、本保健所が受信することにより、地域における感染症情報共有システムを構築した。なお、どの地域感染症情報を閲覧しても、感染症情報連携シートをクリックすると同画面が出てくるので、ここからも入力可能である。なお、ＦＡＸ返信も可能である。なお、この入力画面は福島県ふくしま県市町村共同電子申請システムを利用して本保健所が独自に作成したものである。

各保健所が神戸市モデル等のように感染症情報を早期に収集し感染症情報を提供するなど地域の実情に応じた感染症の地域連携システムを構築するよう望まれる。

5．保健所における各種様式について

郡山市保健所では、時系列の幼稚園における感染症も発生状況についての提供は規範的である。疫学調査様式に、感染症担当職員とともに食品衛生監視員や環境衛生監視員等による調査票もあるので、感染症か食中毒かと同時並行として保健所の初動対応にマッチングして使用されやすいと思われる。

山形県村山保健所では感染症発生時にはこの感染症患者票を使用している。

和歌山県御坊保健所では和歌山県が作成した社会福祉施設等における嘔吐・下痢等を呈する物の集団発生報告書とその嘔吐・下痢症状を呈する集団発生時の基礎データ表を使用している。

平成 22 年度健康安全・危機管理対策総合事業の感染症分野において、保健所対応連携事例や平成 21 年度に独自に開発した事例報告様式等を踏まえて、標準報告事例様式、積極的疫学調査報告様式、保健所間連携様式（依頼用、回答用、(結核接触者健診に関する情報提供票等)）等の標準連携ツールを具体的に提案し、保健所が危機管理発生時に直ちに活用できるように示してきた。

6．ICS/IAP を意識した保健所の感染症事例対応の考察について

⑴ ICS について

・日常の感染症対応は届出の必要な感染症が出て対応する法律に沿った対応と、何らかの感染症の集団発生の兆しが見られたときに拡大防止のために情報収集や感染経路に応じた予防行動を助言、指導する対応が挙げられる。情報を得たときに既に発症者数が通常より多い状況では、保健所の業務の優先順位を所長（または担当部署の所属長）の判断で、調整して現所属を超えて担当者を感染症対応に当てはめることができる。

・「通常より多い発生状況」は診断名が特定されなくても、感染症の種類や感染経路、想定される潜伏期から予想するために、通常のサーベイランスが機能していることが必要である。

・保健所の役割が設置主体によって全国一律ではなく、異なっている状況もあり、現在福祉部門との統合が進み、指揮命令系統が保健所長に集約されているとはいえない場合がある。また、管轄市町村と保健所の役割分担が明確に分かれて職員がそれぞれの事業の経験がない場合は、災害時にお互いが補完できない状況もある。

・保健所が複合組織になり、合同庁舎化している場合、危機管理として感染症に限ったことではなく、健康危機の発生時に、庁舎内で総合的にＩＣＳを意図して職員が動ける組織編制ができるのか、今回の東北の震災時にも地元の自治体の再編で保健所職員が増えるようなことはなかったので防災関連部署や首長部局が動かないと保健所を超えたＩＣＳは成り立たないのではないか。

⑵ IAP

・危機発生時に「誰が何をするか」、を示しているのは既存では感染症対応マニュアルや医療安全マニュアル、防災マニュアル、危機管理マニュアルなどそれぞれの自治体や保健所単位で作成しているのではないか。

・ただし、ICS を意識した複数の機関が動くためのマニュアルは、総論であっても（それはマニュアルとはいわないが)、具体的に網羅された各論では十分なものがないのではないか。

・未知の感染症や既知でも多数発生または珍しいか久しぶりに発生した感染症に対応する場合、単に感染症拡大防止のみならず患者やその家族、当事者等の人権保護や生活上支障が生じないような個別施

策を行う必要も生じる。大規模な被害でなくても被害に対する補償や再発防止に際する行政の各部署の関わりが求められ、内容によっては民間やボランテイアの役割を想定したＩＡＰの作成が必要かもしれない。

7．感染症の関連ツール、ICS/IAP と関係機関の役割等について

―研究班会議の協議を踏まえて―

主に本研究班会議における協議を踏まえて、感染症の関連ツール、ICS/IAP、関係機関の役割、感染制御に関する相談窓口等について述べる。

協議内容は、⑴感染症における研究の進め方について、⑵ICS/IAP について、⑶ICS/IAP と保健所について、⑷感染制御に関する相談窓口について、⑸国立感染症研究所と避難所サーベイランスについて、⑹日本環境感染学会とその感染症相談窓口について、⑺地方衛生研究所と群馬県感染制御センターについて、⑻結核研究所について、⑼感染制御ネットワーク（東北感染制御ネットワーク）とその感染症・感染対策相談窓口について、⑽日本感染症学会の施設内感染対策事業の e-Consultation 症例相談コーナーについて、⑾国立保健医療科学院における研修と H―CRISIS について等であった。

感染症対応への役割分担は、国立感染症研究所の渡邉治雄所長の「国立感染症研究所のミッションと方針」によると、基本は、地域で発生した感染症への対応は保健所、地方衛生研究所等地方行政府が担当であり、国（厚生労働省）は感染症の発生把握・予防の基本指針の作成、および各地方行政府間対応の調整である。国の役割はリスクマネージメントであり、感染症の原因究明、発生予防、蔓延防止、医療提供、研究開発推進、国際的連携等であると言われている。国立感染症研究所は国、地方行政府（保健所、地方衛生研究所等）への科学的、技術的支援、地方から報告される感染症・病原体情報の収集・解析・還元、地方の要請による疫学調査の支援および国の指示による積極的疫学調査および感染症発生のリスク評価、研究面での国際的対応（国際機関、各国の感染症研究機関との連携）であり、リスクアナリシスと言われている。

8．ICS/IAP に関する文献的考察

ICS の大きな特徴は、どのような規模の危機であろうと、どのような原因で発生した危機であろうと、つまり、ハザードに関係なく一元的で包括的な危機対応を可能にする組織運営の柔軟性にある。それを可能にしているのが、関係するすべての組織が標準的な危機対応体制を共有することと、危機対応に必要となる活動を５つの機能の集合体としてとらえていることである。危機の規模はそれぞれの部門に配当される人員の数が違うものの、基本的にはどの規模の危機であっても同じ構造を持っている。

危機の原因による違いは事案処理分門が扱う活動の違いとして処理され、危機対応の構造そのものはどのような原因であれ変化しないようになっている。各部門の主要な５つの機能を示す。

⑴指揮調整　INCIDENT　COMMAND

意思決定及び実行部隊の指揮調整を行ない、危機対応局面において、対応活動の方針を決定し組織全体の組織体制を総括し、ICS の組織構造において最上位に位置し危機対応の目標を掲げる部門である。

⑵事案処理部門　OPERATIONS　SECTION

すべての戦術活動に対する指示と調整を行う部門であり、必要に応じて柔軟に組織体制を変更することが可能で、組織体制は空間的なまとまりを単位として活動する地区と業務内容のまとまりで行動する部や班に分けられるが、具体的な活動内容は危機の発生原因によって大きく異なる。

⑶情報作戦（情報・計画）部門　PLANNING　SECTION

資源動員状況を把握する、継続的に状況を分析する、事案処理計画（Incident Action Plan :IAP）を作成する、必要な文章を作成・配布する、撤収計画を作成する、技術専門家を派遣するという６つの業務を担当する部門である。

⑷資源管理部門（後方支援部門、ロジスティック部門）　LOGISTICS　SECTION

事案またはイベントに対する役務供給と業務支援を行う部門であり、この部門では，通信管理係，医療供給係，食物供給係，資源供給係，活動拠点係，車両支援係という６つの主要な活動をもつ部門であ

る。

⑸庶務財務部門（財務・行政管理部門、財務・管理部門）FINANCE F /ADMINISTRATION SECTION

危機対応に伴って発生する事務を処理する部門である。時間記録係は，出勤簿を管理する、調達契約係は、機器やレンタル物資の契約をむすぶ、補償対応係は従事者からのクレーム、記録、請求を処理する、経費管理係は経費帳簿を管理し、使用見込みを推計するという ４つの係りが存在する。

ここで大切なのは、ICS ではあくまでも機能の定義にとどまり、危機の規模と組織の規模によって柔軟に組織体制を変化させる必要がある。特に、危機の規模が大きくなるに従い、「指揮調整」機能と、「情報作戦」「資源管理」「庶務財務」のスタッフ機能を拡大していく必要がある。また、ハザードの種類に応じて「事案処理」を実施する現場と部局が変化する。組織の体制を柔軟に変化させることによってあらゆる危機に対応可能な組織運営が可能となる。このような理由から、ICS があらゆる危機に対して一元的に対応可能な危機対応システムと呼ばれている。

D. 結論

感染症分野の日本標準版 ICS/IAP 運用において、感染症関連グッズ・ツールを検討した。

1．大小規模感染症の様々な危機対応を今回の感染症研究レポート等のように、活動報告書として記録し、対応内容の分析・評価を行い、次に起こる健康危機に備える仕組みの構築が必要である。

2．大規模感染症の発生に備えて、そのためにも ICS の枠組みのような標準的な危機管理対応システムを構築するとともに、活動報告書の内容をマニュアル等に反映させることが重要である。

3．今回の感染症分野の ICS/IAP 関連標準的ツールとして、感染症研究レポートとそれに伴う各種様式の検討により、幅広い実践的な標準的連絡票、調査票、連携様式等の標準化に向けて重要な示唆となった。

4．感染症に係わる関係機関の役割を明確にするとともに、感染症、感染対策や感染制御に関する相談窓口情報を共有することは保健所自身だけでなく、医療機関への支援、医療機関との連携上も必要であると考える。今後、保健所が感染制御専門家とも相談できるような全国レベルのシステムの構築が必要であると考える。

5．今後、大規模感染症の発生が危惧される中、業務や様式を ICS/IAP のように標準化し、過去の事例を検証する仕組みを構築し、マニュアル等の整備を平時から行うとともに、さらに、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ために必要であると考える。

積極的疫学調査報告　集団発生事例　（様式 1）

保健所名	神戸市保健所
感染症名（感染症法類型）	腸管出血性大腸菌感染症（三類）

1　探知

保健所探知日	2010 年 12 月 1 日
連絡者（第一報）	専門学校から衛生監視事務所（食中毒疑いで）へ連絡あり。
内　　容	学校での宿泊研修（11 月 25、26 日）後、複数の有症状（消化器症状）者あり、旅行中の食中毒と感染症の両面での調査を始めた。

2　発生状況

症例定義	腹痛・下痢症状を当該宿泊研修前後（潜伏期を考慮して）で呈した者 ①食中毒としては、宿泊研修参加者で共通食を喫食した者 ②感染症としては、有症状者の生活上寝食を共にする接触者（寮・家族）
発生期間	11 月 22 日から 12 月 6 日まで
症 例 数	O157 陽性者 14 人（学生 12 人、教師 2 人）を含む有症状者 52 人
検査結果	検便実施者 42 人中、O157VT1 陽性　14 人（うち 11 人が遺伝子分析により同一由来株）。ほか 38 人は菌陰性であったが、宿泊研修同行または同じ寮生活で寝食、入浴を共にしているため一連の集団発生事例として判断した。

3　初動調査

日　　時	12 月 1 日（食中毒）/12 月 3 日（感染症対応開始）
目　　的	食中毒についての調査を先行
方　　法	・研修旅行中の喫食調査 ・研修旅行後の有症状者 42 人中 12 月 1 日現在の有症状者 37 人に検便を勧奨し、翌日、2 人の検便提出あり。12 月 3 日に 2 人（市内 1 人、市外 1 人）とも大腸菌 O157VT1 確定される。

4　施設の概要及び利用者・職員の特徴

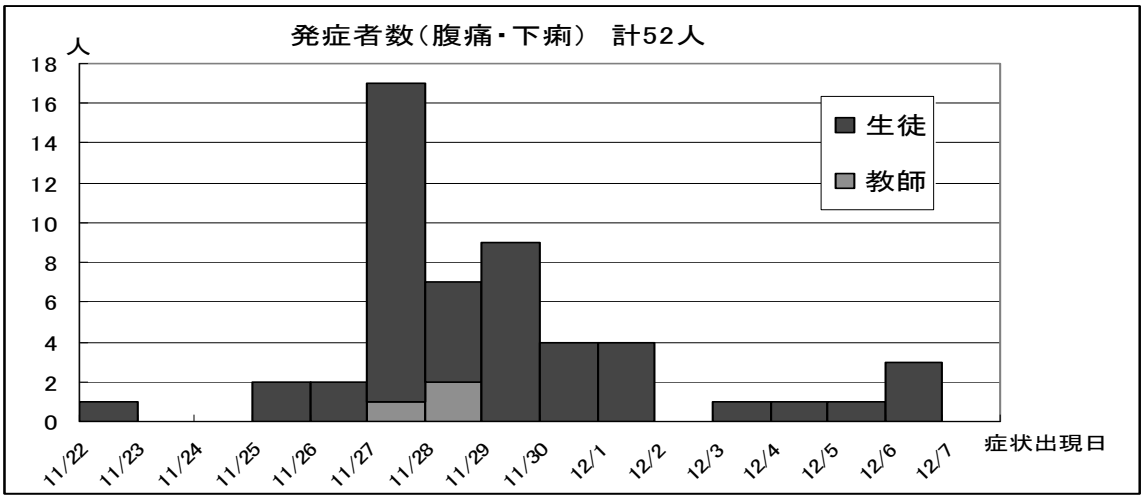
施設の種別	専門学校（メーカー系大学校）
施設の定数	2 年制 600 人・4 年制 320 人（いずれも全日制）　学生寮 425 室（全個室）
施設の構造 / 利用者・職員の特徴など	技術習得専門学校（企業設置）/ 自宅通学者と寮生活通学者がいる。 就職率が高く入学希望者に人気あり。在学者の住所は市外、県外に亘る。 4 年前にも腸管出血性大腸菌感染症の集団発生（O121VT2 有症状者 40 人）。

5　施設への対応

施設への対応	12 月 1 日は食中毒を疑って、監視員が学校へ訪問し健康調査と施設内環境調査を行った。その後検便結果で 12 月 3 日 O157 検出により保健師が、感染症対策の観点で聞き取りや現地確認を行った。喫食調査では共通食について他の利用者・団体等からの有症状等苦情なく食中毒は否定した。校医や保健室看護師から状況把握し、トイレや水周りの消毒指導と VT1 確定判明後、発生届受理に引き続き、他の有症状者の検便提出を指示し、12 月 7、8 日に行った 11 人追加検査でさらに VT1 検出のため、検便提出を促し、計 42 人に検査を行った。

6　症例内訳及び調査結果

（以下、性別・年齢別 / 学年別発生状況・症状別発症割合等の表・グラフを必要に応じて記載する。グラフ・表はエクセルファイルの添付のみでも可）



上記、52 人は 1 組から 6 組に分布しているが、O157VT1 陽性は 1 組 2 組に集中した。

＊電気泳動（PFGE）にて　O157VT1 陽性 14 人中 11 人が同一由来株であった。

7　感染原因／感染経路（初発者および集団内それぞれについて推定される感染原因 / 経路）

初発者の喫食内容を含む行動の聞き取りによれば感染経路を示唆するものは得られず、引き続く宿泊研修中およびその後の症状発現について、教師や生徒ひとりひとりとの面接が十分ではなかった。保健所から発症のグラフや潜伏期の推定をし、ほとんどが同一株であることから、共通行動があるとして、それらのデータを示したが、学校側は聞き取り調査にやや拒否的で、行動について具体的に思い出せないなど、原因究明には至らなかった。大腸菌 O157 の平均潜伏期から考えると 11 月 22 ～ 24 日に初発からの暴露または共通の食材の喫食を疑うに留まった。

8　事例経過（ピーク・終息の根拠・終息の時期）

6 の図を参照すると、発症者のピークが宿泊研修翌日の 11 月 27 日であり、食中毒を疑った学校からの連絡があった。感染症との観点では寮生活を通して 12 月初旬に二次感染が起こったことも考えられる。終息は菌陽性者の経過検便で陰性を 12 月末までに確認している。

9　考察・コメント

数年前に同様の集団感染事例のあった施設であるが、学校といっても企業と関連しており、集団発生の記者発表等により、企業や学校のイメージを落としたくないという意図があるのか、具体的な調査が進まなかった。当初は初発者を把握できず、現場の判断で食中毒として先行した調査を行い、初動で保健師が同行していないことから適切な時期の情報収集や検便採取が難航した。神戸市において感染症対策の現地調査や二次感染予防対応や指導は当該施設が設置されている行政区の保健センターで行うが、保健所はそれらの情報を得ながら助言や調査の進め方などのスーパーバイズおよび広報対応を担当している。現場に立ち入る保健センターに、保健所の指示の意図が十分伝わることが調査を円滑に進める条件になる。

積極的疫学調査報告　単発事例　（様式２）

保健所名	神戸市保健所
感染症名（感染症法類型）	デング熱（四類）　　＊デング出血熱ではない

病原体	デングウイルス
患者属性	（年齢・性別）30 歳代・女性とその子 9 歳　　（職業等）主婦（ボランテイア）
発症日	2010 年 8 月 2 日（2 人とも）
探知日・内容	2010 年 8 月 6 日　医療機関からの発生届
調査目的	海外渡航感染症の複数発生が起こっていないかどうか
調査方法	（症例調査・環境調査等） 同行者の症状の有無、現地での行動、現地の流行状況の聞き取り
症状／経過	（症例の症状、臨床経過及び行動等） 発熱、頭痛、関節痛、血小板減少、白血球減少 家族でボランテイア活動に参加（タイ北部に滞在）、帰国後に発症し医療機関受診で発見される。
関係者／接触者	（同一感染源に曝露したと思われる者、人－人感染の可能性がある場合の接触者等） 同行した家族（主婦の父・子：小学生）
検査情報	（検体採取部位 / 場所、検査方法、検査結果） 血液検体からの PCR 検査で検出　デングⅠ型
感染原因／感染経路	（推定される感染原因 / 経路）　亜熱帯地域（現地　タイ北部）の蚊による刺傷
対応経過	受診先の医療機関は感染症指定医療機関であり、同行者（母の父）は、頻回に亜熱帯地域へボランテイア活動のために渡航している経験から、デング熱についての知識はあったものと思われる。ただし、母と子についての感染防御が十分であったかどうかは不明であり、夏休みを利用して初めて渡航する学童について、海外ではより留意して生活することを保護者に指導した。

考察／コメント	世界的にデング熱が流行しており、近年、流行地で感染し発症後、日本国内への持込が多数例見られている。集団発生には至っていないが、複数発症者が多発する場合は病原体の持ち込みにより日本でデングウイルスが常在することが懸念される。軽症例では医療機関受診につながらないが、重症例の発生も危惧されるので、海外由来感染症については、感染予防および実態把握のため、旅行者に対する啓発や帰国後の体調の変化など情報の提供と収集が必要である。

≪参考資料１≫

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC（Incident Command System/Incident Action Plan/Action Card）
―新感染症・大規模感染症における発生段階別の都道府県の実施対策編―

《未発生期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 実施体制
　IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
　　－危機管理体制及び指揮命令系統の整備
　　－関係機関との連携体制確認・訓練実施
　　－行動計画作成、業務継続計画の作成・感染対策の医療従事者・専門家・職員等の養成
　　－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携推進
　　－各段階の対策の評価、必要に応じた行動計画・マニュアル等の見直し
　IAP2. 発生段階の宣言
　　－危機管理会議の招集準備
ICS2. サーベイランス・情報収集
　IAP1. 情報収集
　　－新感染症等の国内外の情報収集
　IAP2. 調査研究
　　－専門家の養成・関係機関等との連携等の体制整備
ICS3. 情報提供・共有
　IAP1. 継続的な情報提供
　　－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供の検討
　IAP2. 情報提供・情報共有の体制
　　－発生状況に応じた県民への情報提供等の体制整備の検討
　　－国との間にリアルタイム・双方向情報共有の体制整備の検討
　　－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有体制整備の検討
　IAP3. 情報提供
　　－個人レベルの感染予防策・受診の方法等、学校・保育施設等の臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の情報提供の検討
　IAP4. コールセンターの設置
　　－発生時県民からの相談に応じる県のコールセンターの設置の準備
ICS4. 予防・まん延防止
　IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
　IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
　　－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の普及、患者行動の理解促進
　IAP1－2. 地域・社会レベルでの対策の普及
　　－発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大防止対策の普及～周知徹底
　IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
　　－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握する供給体制整備の検討
　IAP2. 感染症危機情報の発出等
　　－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請の検討
　IAP3. 県内での感染症拡大防止対策の準備
　　－患者への対応（治療・隔離）や患者の濃厚接触者への対応（外出自粛、健康観察の実施、有症時の対

応指導等）の準備

IAP4. 県内での感染拡大防止対策

IAP4－1. 発生地域の住民や関係者に対する要請

－患者の対応（治療・入院措置等）・濃厚接触者（外出自粛要請、健康観察等）等の措置の準備

－交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の検討

－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の検討

－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の検討

IAP4－2. 施設の感染対策強化

－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等の感染対策の強化の検討

IAP5. 在外邦人支援

－発生国滞在・留学の県内邦人へ感染予防の注意喚起、疑似症の対応等の周知徹底の要請検討

ICS5. 医療

IAP1. 地域医療体制の整備

－国のマニュアル等参照し、医師会等関係機関と調整し、医療関係者と発生時の医療提供体制の協議

－保健所中心・２次医療圏単位で関係者の対策会議の設置、地域関係者と連携等医療体制整備

IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保

－全ての医療機関に診療継続計画の作成要請と支援

－感染症指定医療機関、公的医療機関等で入院患者の優先的受け入れ体制整備

－入院治療患者増加した場合の医療機関での使用可能な病床数等の把握

－入院治療患者の増加で医療機関の収容能力以上に備え公共施設等で医療提供の検討

－がん医療や透析医療、産科医療等の地域医療継続のため、初診患者を原則診療しない医療機関の設定の検討

－社会福祉施設等の入所施設における集団感染発生時の医療提供の検討

－大学附属病院が患者対応マニュアル作成し、地域の医療機関等と連携し発生時の準備

－県内感染期の救急機能維持方策の検討、救急隊員等搬送従事者の個人防護具の確認

IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置

－帰国者・接触者相談センターの設置準備

－発生国から帰国者の有症状者に帰国者・接触者相談センター等から帰国者・接触者外来の受診紹介の周知の準備

IAP4. 医療従事者等の研修・訓練

－国と協力し、医療従事者等に国内発生を想定した研修や訓練

IAP5. 医療資器材の整備

－必要な医療資器材（個人防護具、人工呼吸器等）の事前備蓄・整備

IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備

－地方衛生研究所における PCR 検査実施体制の整備

－地方衛生研究所にて亜型の検査準備

－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定

IAP7. 患者への対応等

IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備

－診断・治療情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速提供体制の整備

IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）

－医薬品の備蓄の推進

－医薬品の流通状況を確認、発生時円滑な供給体制の構築、適正流通の指導

ICS6. 社会・経済機能の維持
IAP1. 事業継続計画の策定促進
－社会機能維持事業者の事業継続計画の策定の支援
IAP2. 事業者の対応
IAP3. 物資供給の要請等
－医薬品・食料品等の緊急物資の流通や運送等の体制の整備の要請
IAP4. 社会的弱者への生活支援
－市町村に県内感染期の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援（見回り・介護・訪問看護・訪問診療・食事提供等）・搬送・死亡時の対応等について、対象世帯の把握と具体的手続決定の要請
IAP5. 火葬能力等の把握
－市町村と連携、火葬場の火葬能力・一時的遺体安置施設等の把握・検討による火葬体制の整備

《海外発生期における標準的 ICS/IAP》
＊地域（国際空港や港湾や検疫所等を有する）によっては、海外発生期は平時・未発生期ではなくスタンバイの時期
ICS1. 実施体制
IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
－危機管理対策本部等の設置
－関係機関との連携体制整備
－感染対策の医療従事者・専門家・職員等のリスト作成
－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携確保
－各段階の対策の評価、必要に応じた行動計画・マニュアル等の整備
IAP2. 発生段階の宣言
－危機管理会議の招集、情報集約・共有・分析、県の対処方針の協議・決定
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
－新感染症等の国内外の情報収集
IAP2. サーベイランス
－医師の発生届出、発生患者の全数把握、入院患者の全数把握
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供開始
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
－発生状況に応じた県民への情報提供体制の確認・運用開始
－国との間でリアルタイム・双方向情報共有体制の確認・運用開始
－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有体制の確認・運用開始
IAP3. 情報提供
－個人レベルの感染予防策・受診の方法等、学校・保育施設等の臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の情報提供の開始
IAP4. コールセンターの設置
－住民相談に応じるコールセンター設置確保
－住民からの一般的な問い合わせに対するコールセンターからの適時適切な情報提供
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施

IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の徹底、患者行動の理解促進
IAP1－2. 地域・社会レベルでの対策の普及
－発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大対策の徹底
IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握と供給体制の確認・運用開始
IAP2. 感染症危機情報の発出等
－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請
IAP3. 患者発生時の対応（治療・隔離）や濃厚接触者への対応の準備
－患者発生時の対応（治療・隔離）や濃厚接触者への対応（外出自粛、健康観察、有症時の対応等）の準備
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP4－1. 発生地域の住民や関係者に対する要請
－県内発生早期には、患者の対応（治療・入院措置等）・患者の同居者等の濃厚接触者の対応（外出自粛要請、健康観察等）等の措置の準備・確認
－感染者の交通機関等利用時の接触者調査等のために関係交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の確認～確保
－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の確認～確保
－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の確認～確保
－住民、事業者、福祉施設の設置者等へ手洗い、うがい、マスクの着用の強い勧奨、事業者へ有症状の従業員の出勤停止・受診勧奨の要請
IAP4－2. 施設の感染対策強化
－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等、多数の者が居住する施設等の感染対策の強化
IAP4－3. 予防投与
－患者の同居者等の濃厚接触者及び医療従事者又は救急隊員等の十分な防御なく暴露時の予防投与準備
IAP4-4. 地域封じ込め
－人口密度が低く交通量が少なく自然障壁等により交通遮断が比較的容易な離島・山間地域等、強い病原性を示し、県内で初めて発生し、地域封じ込めに効果の一定の条件下、直ちに地域封じ込め実施の可否の検討時期の準備
IAP5. 在外邦人支援
－発生国滞在・留学の県内邦人へ直接又は県内の各企業、各学校等から感染予防の注意喚起、疑似症の対応等の周知徹底の要請
ICS5. 医療
IAP1. 地域医療体制の整備
－国のマニュアル等参照し、医師会等関係機関と調整し、医療関係者と発生時の医療提供体制の確認
－保健所中心・２次医療圏単位で関係者の対策会議の設置、地域関係者と連携等医療体制推進
IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保
－全ての医療機関に診療継続計画の作成要請と支援
－感染症指定医療機関、公的医療機関等で入院患者の優先的受け入れ体制整備
－入院治療患者増加した場合の医療機関での使用可能な病床数等の把握
－入院治療患者の増加で医療機関の収容能力以上に備え公共施設等で医療提供の検討
－がん医療や透析医療、産科医療等の地域医療継続のため、初診患者を原則診療しない医療機関

の設定の検討
－社会福祉施設等の入所施設における集団感染発生時の医療提供の検討
－大学附属病院が患者対応マニュアル作成し、地域の医療機関等と連携し発生時の準備
－県内感染期の救急機能維持方策の検討、救急隊員等搬送従事者の個人防護具の確認
IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置
－帰国者・接触者相談センターの設置
－発生国から帰国有症状者は、帰国者・接触者外来の受診を帰国者・接触者相談センター等から周知
IAP4. 医療従事者等の研修・訓練
IAP5. 医療資器材の整備
IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備
－地方衛生研究所における PCR 検査実施体制の整備確認～確保
－地方衛生研究所にて亜型の検査準備を確認～確保
－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定
IAP7. 患者への対応等
IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備
－診断・治療の情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速な提供
IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）
－医薬品の流通状況を確認、発生時円滑な供給体制の確認、適正流通の指導
－県内における医薬品の備蓄量の把握
IAP10. 在宅患者への支援
IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等
ICS6. 社会・経済機能の維持
IAP1. 事業者の対応
－事業者に発生状況等の情報収集、職場の感染予防策、事業継続の準備の要請
IAP2. 物資供給の要請等
－必要時、医薬品・食料品等の緊急物資の運送等の要請準備
－生活関連物資等の価格高騰・買占め・売惜しみがないよう調査・監視、指導等の準備
IAP3. 社会的弱者への生活支援
－市町村に県内感染期の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援（見回り・介護・訪問看護・訪問診療・食事提供等）・搬送・死亡時の対応等について、対象世帯の把握と具体的手続決定の確認
IAP4. 火葬能力等の把握
－市町村と連携、火葬場の火葬能力・一時的遺体安置施設等の把握・検討による火葬体制の整備
－市町村に火葬場の火葬能力の限界を超える事態に備え、一時的遺体安置施設等の確保の準備の要請
IAP5. 犯罪の予防・取締り

《県内未発生期における標準的 ICS/IAP》
ICS1. 実施体制
IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
－危機管理対策本部等の開催
－関係機関との連携体制継続
－感染対策の医療従事者・専門家・職員等の派遣要請確認
－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携
－各段階の対策の推進

IAP2. 発生段階の宣言
－危機管理会議の招集、情報集約・共有・分析、県の対処方針の協議・決定
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
－新感染症等の国内外の情報収集
IAP2. サーベイランス
－国と連携による国内発生状況のリアルタイムの把握と必要な対策実施体制の整備
－医師の発生届出、発生患者の全数把握、入院患者の全数把握
IAP3. 調査研究
－積極的疫学調査のための専門家の養成・関係機関等との連携等の体制整備
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供の運用継続
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
－発生状況に応じた県民への情報提供の運用継続
－国との間で担当者間のホットライン設置、緊急情報提供体制、リアルタイム・双方向情報共有の運用継続
－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有の運用継続
IAP3. 情報提供
－個人レベルの感染予防策・受診の方法等、学校・保育施設等の臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の情報提供の継続
IAP4. コールセンターの設置
－住民相談に応じるコールセンター設置運営
－住民からの一般的な問い合わせに対するコールセンターからの適時適切な情報提供
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の継続、患者行動の理解促進
IAP1-2. 地域・社会レベルでの対策の普及
－発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大対策の継続
IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握と供給体制の継続
IAP2. 感染症危機情報の発出等
－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請継続
IAP3. 県内での感染症拡大防止対策の準備（海外発生期まで）
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP4－1. 発生地域の住民や関係者に対する要請
－県内発生早期には、患者の対応（治療・入院措置等）・患者の同居者等の濃厚接触者の対応（外出自粛要請、健康観察等）等の措置
－感染者の交通機関等利用時の接触者調査等のために関係交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の準備継続
－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の準備継続
－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の準備継続

－住民、事業者、福祉施設の設置者等へ手洗い、うがい、マスクの着用の強い勧奨、事業者へ有症状の従業員の出勤停止・受診勧奨の要請

IAP4－2. 施設の感染対策強化

－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等、多数の者が居住する施設等の感染対策の強化継続

IAP4－3. 予防投与

－患者の同居者等の濃厚接触者及び医療従事者又は救急隊員等の十分な防御なく暴露時の予防投与の周知徹底

IAP4－4. 地域封じ込め

－人口密度が低く交通量が少なく自然障壁等により交通遮断が比較的容易な離島・山間地域等、強い病原性を示し、県内で初めて発生し、地域封じ込めに効果の一定の条件下、直ちに地域封じ込め実施の可否の検討時期の決定

IAP5. 在外邦人支援

－発生国滞在・留学の県内邦人へ直接又は県内の各企業、各学校等から感染予防の注意喚起、疑似症の対応等の通常移行

－診療時における多言語サービス実施

ICS5. 医療

IAP1. 地域医療体制の整備

－有症状者の外来診療体制や相談体制の継続

IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保

－地域の実情に応じ、感染症指定医療機関等で入院患者の優先的受入体制の確認～確保

－入院治療患者の増加で医療機関の収容能力以上に備え公共施設等で医療提供の対応準備

IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置

－帰国者・接触者相談センターの運用推進

－発生国から帰国者の有症状者は、帰国者・接触者相談センター等から帰国者・接触者外来の受診の周知徹底～運用

IAP4. 医療従事者等の研修・訓練（未発生期）

IAP5. 医療資器材の整備（事前備蓄・整備は海外発生期まで）

IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備

－地方衛生研究所における PCR 検査実施体制の確保

－地方衛生研究所にて亜型の検査実施可能

－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定実施可能

IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備

－診断・治療の情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速な提供

IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）

－医薬品の流通状況を確認、発生時円滑な供給体制の確保

－県内における医薬品の備蓄量の把握

－必要時、備蓄医薬品の活用、患者の同居者・医療従事者・救急隊員等搬送従事者等には必要に応じて予防投与

－県内の医薬品の流通状況の調査、患者の発生状況から医薬品の必要量供給状況確認、不足時国に配分調整の要請

IAP10. 在宅患者への支援

－在宅療養患者への支援や自宅死亡患者への対応

IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等
－医療機関・薬局及び周辺の不測の事態に備え、警戒活動・交通規制
ICS6. 社会・経済機能の維持
IAP1. 事業継続計画の策定促進（未発生期）
IAP2. 事業者の対応
－事業者に職場の感染予防策・事業継続に不可欠な重要業務への重点化取組の開始の要請、社会機能維持事業者に事業継続の取組の開始要請を準備
IAP3. 物資供給の要請等
－必要時、国と連携、医薬品・食料品等の緊急物資の運送等の要請
－生活関連物資等の価格高騰・買占め・売惜しみがないよう調査・監視、指導等
IAP4. 社会的弱者への生活支援
－市町村に県内感染期の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援（見回り・介護・訪問看護・訪問診療・食事提供等）・搬送・死亡時の対応等について、対象世帯の把握と具体的手続決定の確保
IAP5. 火葬能力等の把握
－市町村に火葬場の火葬能力の限界を超える事態に備え、一時的遺体安置施設等の確認
IAP6. 犯罪の予防・取締り
－混乱に乗じて発生が予想される各種犯罪の防止、犯罪情報の収集、広報啓発活動の推進、悪質な事犯の取締りの徹底

《県内発生早期における標準的 ICS/IAP》
ICS1. 実施体制
IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
－危機管理対策本部等の開催 / 実務者・専門家会議の開催
－関係機関との連携体制強化
－行動計画作成、業務継続計画の作成、感染対策の医療従事者・専門家・職員等の現場派遣～派遣強化
－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携推進
－各段階の対策の実施強化、行動計画・マニュアル等の推進強化
IAP2. 発生段階の宣言
－危機管理対策本部による国等の意見を踏まえた県内発生早期の宣言
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
－新型インエンザ等その他の新感染症等の国内外の情報収集
IAP2. サーベイランス
－国と連携による国内発生状況のリアルタイムの把握と必要な対策実施
－医師の発生届出、発生患者の全数把握、入院患者の全数把握
IAP3. 調査研究
－県内発生患者について早期に積極疫学的調査チームの派遣を国に要請、感染経路・感染力の情報収集・分析
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供の運用継続
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
－発生状況に応じた県民への情報提供等の体制の継続
－国との間に担当者間のホットライン設置、緊急情報提供体制整備、リアルタイム・双方向情報共有の

体制の運用継続
－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有体制の運用継続
IAP3. 情報提供
－個人レベルの感染予防策・受診の方法等、学校・保育施設等の臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の情報提供の継続
IAP4. コールセンターの設置
－住民からの一般的な問い合わせに対応できるコールセンターの適時適切な情報提供
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の継続、患者行動の理解促進
IAP1－2. 地域・社会レベルでの対策の普及
－発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大防止対策の強化
IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握する供給体制の運用継続
IAP2. 感染症危機情報の発出等
－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請の継続
IAP3. 県内での感染拡大防止対策の準備（未発生期）
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP4－1. 発生地域の住民や関係者に対する要請
－患者の対応（治療・入院措置等）、濃厚接触者等（外出自粛要請、健康観察等）の措置確保
－交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の継続
－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の実施
－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の実施
－住民、事業者、福祉施設の設置者等へ手洗い、うがい、マスクの着用の強い勧奨、事業者へ有症状の従業員の出勤停止・受診勧奨の要請
－事業者へ職場の感染予防策の徹底・事業継続の不可欠重要業務以外の業務の縮小要請
－公共交通機関等へ利用者へのマスク着用の励行の呼びかけ等の適切な感染予防対策の要請、公共交通機関の運行維持・注意喚起
－必要に応じ県民へ外出を自粛要請
IAP4－2. 施設の感染対策強化
－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等の感染対策の強化
IAP4－3. 予防投与
－患者の同居者等の濃厚接触者及び医療従事者又は救急隊員等の十分な防御なく暴露時の予防投与
IAP4－4. 地域封じ込め
－人口密度が低く交通量が少なく自然障壁等により交通遮断が比較的容易な離島・山間地域等、強い病原性を示し、県内で初めて発生し、地域封じ込めに効果の一定の条件下、直ちに地域封じ込め実施の可否の検討～実施
IAP5. 在外邦人支援及び外国人支援
－発生国滞在・留学の県内邦人へ感染予防の注意喚起、疑似症の対応等の周知徹底の要請の通常移行
－診療時における多言語サービス実施
ICS5. 医療
IAP1. 地域医療体制の整備

－有症状者の外来診療体制や相談体制の継続

IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保

－入院治療患者の増加で医療機関の収容能力以上に備え公共施設等で医療提供の必要時対応

IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置

－帰国者・接触者相談センターの運用強化

－発生国から帰国者に限定せず有症状者は、帰国者・接触者相談センター等から帰国者・接触者外来の受診の周知徹底

IAP4. 医療従事者等の研修・訓練（未発生期）

IAP5. 医療資器材の整備

－医療機関の人的被害及び資器材・医薬品の在庫確認し、診療継続の調整

IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備

－疑似症・疑い患者の検体、地方衛生研究所にて亜型の検査実施

－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定

IAP7. 患者への対応等

IAP7－1. 県内発生早期における対応

－確定患者は原則感染症法に基づき感染症指定医療機関等に移送、入院勧告

－患者同居者等の濃厚接触者及び医療従事者又は救急隊員等の暴露者に予防投与・有症時対応指導、有症状時に感染症指定医療機関等へ移送

－帰国者・接触者外来における診療、患者の入院措置等の実施

－必要時には、帰国者・接触者外来の指定診療体制から一般医療機関の診療体制へ

IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備

－診断・治療の情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速な提供

IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）

－医薬品の流通状況を確認、発生時円滑な供給体制の運用、適正流通の指導

－県内における医薬品の備蓄量の把握

－必要時、備蓄医薬品の活用、患者の同居者・医療従事者・救急隊員等搬送従事者等には必要に応じて予防投与

－県内の医薬品の流通状況の調査、患者の発生状況から医薬品の必要量供給状況確認、不足時国に配分調整の要請

IAP10. 在宅患者への支援

－在宅療養患者への支援（見回り、訪問看護、訪問診療、食事の提供、医療機関への移送）等

IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等

－医療機関・薬局及び周辺の不測の事態に応じ警戒活動・交通規制

ICS6. 社会・経済機能の維持

IAP1. 事業者の対応

－事業者に職場の感染予防策・事業継続に不可欠な重要業務への重点化取組の開始の要請、社会機能維持事業者に事業継続の取組の要請

IAP2. 物資供給の要請等

－必要時、国と連携、医薬品・食料品等の緊急物資の運送等の要請

－生活関連物資等の価格高騰・買占め・売惜しみがないよう調査・監視、指導等

IAP3. 社会的弱者への生活支援

－市町村に在宅の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援（見回り・介護・訪問看護・訪問診療・食事提供等）、搬送・死亡時の実施

IAP4. 火葬能力等の把握
－市町村に火葬場の火葬能力の限界を超える事態の場合、一時的遺体安置施設等の確保
IAP5. 犯罪の予防・取締り
－混乱に乗じて発生が予想される各種犯罪の防止、犯罪情報の収集、広報啓発活動の推進、悪質な事犯の取締りの徹底

《県内感染期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 実施体制
IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
－危機管理対策本部等の開催 / 実務者・専門家会議の開催
－関係機関との連携体制強化
－行動計画作成、業務継続計画の実施
－感染対策の医療従事者・専門家・職員等の派遣継続・調整
－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携推進
－各段階の対策の実施強化、行動計画・マニュアル等の推進強化
IAP2. 発生段階の宣言
－危機管理対策本部による国等の意見を踏まえた県内感染期の宣言
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
－新感染症等の国内外の情報収集
IAP2. サーベイランス
－国と連携による国内発生状況のリアルタイムの把握と必要な対策実施
－全数把握の中止
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供の運用継続
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
－発生状況に応じた県民への情報提供等の体制整備の継続
－国との間に担当者間のホットライン設置、緊急情報提供体制整備、リアルタイム・双方向情報共有の体制の運用継続
－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有体制の運用継続
IAP3. 情報提供
－個人レベルの感染予防策・受診の方法等、学校・保育施設等の臨時休業・集会の自粛等の感染拡大防止策の情報提供の継続
IAP4. コールセンターの設置
－相談に応じる県のコールセンターの設置は状況により縮小
－住民からの一般的な問い合わせに対応できるコールセンターの再度の情報提供
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策の継続
IAP1－2. 地域・社会レベルでの対策の普及
－発生時の患者の濃厚接触者の外出自粛、学校・保育施設等の臨時休業、集会の自粛等、県内での感染拡大防止対策の強化

IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握する供給体制の運用継続
IAP2. 感染症危機情報の発出等
－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請の継続
IAP3. 県内での感染拡大防止対策の準備（海外発生期まで）
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP4－1. 発生地域の住民や関係者に対する要請
－県内感染期には、患者の濃厚接触者を特定しての措置（外出自粛要請、健康観察等）の中止
－交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の継続
－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の実施
－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の実施
－住民、事業者、福祉施設の設置者等へ手洗い、うがい、マスクの着用の強い勧奨、事業者へ有症状の従業員の出勤停止・受診勧奨の要請
－事業者へ職場の感染予防策の徹底・事業継続の不可欠重要業務以外の業務の縮小要請
－公共交通機関等へ利用者へのマスク着用の励行の呼びかけ等の適切な感染予防対策の要請、公共交通機関の運行維持注意喚起
－必要に応じ県民へ外出を自粛要請
IAP4－2. 施設の感染対策強化
－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等の感染対策の強化～通常への移行時期検討
IAP4－3. 予防投与
－県内感染期の患者との濃厚接触者（同居者を除く）への予防投与原則中止
IAP4－4. 地域封じ込め
－地域封じ込めの中止
IAP5. 在外邦人及び外国人支援
－発生国滞在・留学の県内邦人へ感染予防の注意喚起等の通常移行
－診療時における多言語サービス実施
ICS5. 医療
IAP1. 地域医療体制の整備
－一般医療機関も一般診療体制へ移行
IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保（県内感染期の事前対応）
IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置
－帰国者・接触者相談センターの設置の運用強化
IAP4. 医療従事者等の研修・訓練（未発生期まで）
IAP5. 医療資器材の整備
－医療機関の人的被害及び資器材・医薬品の在庫確認し、診療継続の調整
IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備
－疑似症・疑い患者の検体、地方衛生研究所にて亜型の検査中止へ
－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定の中止検討
IAP7. 患者への対応等
IAP7－1. 県内発生早期における対応（県内感染早期）
IAP7－2. 県内感染期における対応（入院措置対応中止）
－帰国者・接触者外来、帰国者・接触者相談センター、患者の入院措置の中止、患者の未診療医療機関等を除き、原則一般医療機関も患者の診療

－入院治療は重症患者、それ以外は在宅療養の要請の関係機関へ周知
－入院患者数と病床利用率の状況の確認、病床不足時には、公共施設等の利用の検討
－患者治療の公共施設等利用後の流行ピーク後、状況で医療機関患者移送等順次閉鎖
－在宅療養患者に医師が電話診療により感染の有無の診断時、ファクシミリ等により医薬品の処方箋を発行の検討、対応方針の周知
－医療機関の人的被害及び医療資器材・医薬品の在庫状況の確認、診療が継続の調整

IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備
－診断・治療の情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速な提供

IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）
－医薬品の流通状況を確認、円滑な供給体制の強化、適正流通の指導
－県内における医薬品の備蓄量の把握
－県内の医薬品の流通状況の調査、患者の発生状況から医薬品の必要量供給状況確認、不足時国に配分調整の要請～中止

IAP10. 在宅患者への支援
－在宅療養患者への支援（見回り、訪問看護、訪問診療、食事の提供、医療機関への移送）や自宅死亡患者への対応

IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等
－医療機関・薬局及び周辺の不測の事態に応じ警戒活動・交通規制

ICS6. 社会・経済機能の維持

IAP1. 事業継続計画の策定促進（未発生期）

IAP2. 事業者の対応
－事業者に職場の感染予防策や事業継続に不可欠な重要業務への重点化の要請、社会機能維持業者に事業継続の要請
－各事業者の事業継続の状況や被害状況等の確認、必要な対応策の速やかな検討

IAP3. 物資供給の要請等
－必要時、国と連携、医薬品・食料品等の緊急物資の運送等の要請
－生活関連物資等の価格高騰・買占め・売惜しみがないよう調査・監視、指導等

IAP4. 社会的弱者への生活支援
－市町村に在宅の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援（見回り・介護・訪問看護・訪問診療・食事提供等）、搬送・死亡時の対応等の実施要請

IAP5. 火葬能力等の把握
－火葬場の経営者に可能な限り火葬炉の稼働の要請
－市町村に、死亡者増加・火葬能力の限界を超えた場合には、一時的遺体安置施設等の直ちに確保の要請

IAP6. 犯罪の予防・取締り
－混乱に乗じて発生が予想される各種犯罪の防止、犯罪情報の収集、広報啓発活動の推進、悪質な事犯の取締りの徹底

《県内小康期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 実施体制

IAP1. 体制整備及び関係機関との連携
－危機管理体制及び指揮命令系統の検証の検討・終息の見定め
－関係機関との連携体制縮小
－感染対策の医療従事者・専門家・職員等の派遣中止

－市町村・自衛隊・警察・消防機関・海上保安機関等との連携評価・見直し
－各段階の対策の評価、必要に応じた行動計画・マニュアル等の見直し
IAP2. 発生段階の宣言
－危機管理対策本部による国等の意見を踏まえた県内小康期の宣言検討～終息宣言の検討
ICS2. サーベイランス・情報収集
IAP1. 情報収集
－新感染症等の国内外の情報収集
IAP2. サーベイランス
－全数把握の中止
IAP3. 調査研究
－県内発生患者について積極疫学的調査チームの派遣を国に要請、感染経路・感染力の情報収集・分析の評価
ICS3. 情報提供・共有
IAP1. 継続的な情報提供
－基本的情報・発生時対策の各種媒体利用による継続的な情報提供の検証
IAP2. 情報提供・情報共有の体制
－発生状況に応じた県民への情報提供等の体制整備の検証
－国との間に担当者間のホットライン設置、緊急情報提供体制整備、リアルタイム・双方向情報共有の体制整備の検証
－関係機関等とのリアルタイムかつ双方向の情報共有体制整備の検証
IAP3. 情報提供
－県民へあらゆる媒体・機関の活用による第一波の終息と第二波発生の可能性・備える必要性の情報提供
IAP4. コールセンターの設置
－県民からコールセンター等に寄せられる問い合わせの情報の内容から、県民の必要な情報の把握、再度の情報提供
－状況を見ながら、コールセンターの縮小
ICS4. 予防・まん延防止
IAP1. 予防・まん延防止対策の実施
IAP1－1. 個人レベルでの対策の普及
－手洗い、うがい、マスク着用、咳エチケット等の基本的な感染予防策、患者行動のあり方の検証
IAP1－2. 地域・社会レベルでの対策の普及
－県内での感染拡大防止対策の検証
IAP1－3. 衛生資器材等の供給体制の整備
－衛生資器材等（消毒薬、マスク等）の流通・在庫等の状況把握する供給体制の検証
IAP2. 感染症危機情報の発出等
－事業者へ発生国への旅行、出張等の回避要請の検証
IAP3. 県内での感染拡大防止対策の準備
－患者発生時の対応（治療・隔離）や濃厚接触者への対応（外出自粛、健康観察、有症時の対応等）の準備の検証
IAP4. 県内での感染拡大防止対策
IAP4－1. 発生の地域住民や関係者に対する要請
－患者の対応、濃厚接触者の措置の検証
－交通機関等へ乗客リスト等の提供依頼の中止検討～検証

－学校・保育施設等の設置者へ臨時休業・入学試験の延期等の要請の中止～検証
－集会主催者、興行施設等の運営者へ活動自粛要請の中止～検証
－県内の感染動向から学校や保育施設等の臨時休業・集会の自粛、事業所の業務再開等の時期の検討・周知

IAP4－2. 施設の感染対策強化
－病院、高齢者施設等の基礎疾患を有する者が集まる施設等の感染対策の強化～通常の移行時期の検討

IAP4－3. 予防投与
－県内感染期の患者との濃厚接触者等への予防投与の検証

IAP4－4. 地域封じ込め
－地域封じ込めに効果の一定の条件下、直ちに地域封じ込め実施の可否の検証

IAP5. 在外邦人及び外国人支援
－発生国滞在・留学の県内邦人へ感染予防の注意喚起、疑似症の対応等の周知徹底の要請検証
－診療時における多言語サービス実施の検証

ICS5. 医療

IAP1. 地域医療体制の整備
－発生前の通常医療体制へ
－不足医療資器材や医薬品の確保

IAP2. 国内感染期・県内感染期に備えた医療の確保
－全ての医療機関に診療継続計画の検証
－感染症指定医療機関・公的医療機関等で入院患者の優先的受け入れの検証
－入院治療患者増加した場合の医療機関での使用可能な病床数等の把握の検証
－入院治療患者の増加で医療機関の収容能力以上に備え公共施設等で医療提供の検証
－がん医療や透析医療、産科医療等の地域医療継続のため、初診患者を原則診療しない医療機関の設定の検証
－社会福祉施設等の入所施設における集団感染発生時の医療提供の検証
－大学附属病院が患者対応マニュアル通りに地域の医療機関等と連携し発生時の検証
－県内感染期の救急機能維持方策の実施、救急隊員等搬送従事者の個人防護具の支援の検証

IAP3. 帰国者・接触者相談センターの設置
－帰国者・接触者相談センターの設置の解消～検証
－発生国から帰国者に限定せず有症状者に帰国者・接触者相談センター等から帰国者・接触者外来の受診紹介から通常対応へ

IAP4. 医療従事者等の研修・訓練
－国内発生を想定した研修や訓練（国と協力）の検証

IAP5. 医療資器材の整備
－医療資器材（PPE・人工呼吸器等）の備蓄・整備　・医療機関の人的被害及び資器材・医薬品の在庫確認の検証

IAP6. ＰＣＲ検査体制の整備
－疑似症・疑い患者の検体、地方衛生研究所にて亜型の検査中止～検証
－全患者の PCR 検査の確定診断は地域患者数が極少の段階で実施、患者数増加段階では、PCR 検査は重症患者等に限定の検証

IAP7. 患者への対応等
－県内発生早期における対応及び県内感染期における対応の検証

IAP8. 医療機関等への情報提供体制の整備
－診断・治療の情報等の医療機関及び医療従事者へ迅速な提供の検証

IAP9. 医薬品の備蓄・使用等（医薬品はワクチンを含む）
－医薬品の備蓄の評価
－県内における医薬品の備蓄量の把握
－県内の医薬品の流通状況の調査、患者の発生状況から医薬品の必要量供給状況確認、不足時国に配分調整の要請～中止
IAP10. 在宅患者への支援
－在宅療養患者への支援等への評価
IAP11. 医療機関・薬局における警戒活動等
－医療機関・薬局及び周辺の不測の事態に備えた警戒活動・交通規制の廃止・評価
ICS6. 社会・経済機能の維持
IAP1. 事業継続計画の策定促進
－社会機能維持事業者の事業継続計画の策定の支援の検証
IAP2. 事業者の対応
－事業者に各地域の感染動向から事業継続に不可欠な重要業務への重点化のため縮小・中止業務の再開時期の検討・周知
－社会機能維持事業者に被害状況等の確認、流行の第二波に備え、事業継続の必要な支援
IAP3. 物資供給の要請等
－国と連携、医薬品・食料品等の緊急物資の流通や運送等の体制の整備の検証
IAP4. 社会的弱者への生活支援
－市町村に在宅の高齢者・障害者等の社会的弱者への支援、搬送・死亡時の対応等の継続～中止検討
IAP5. 火葬能力等の把握
－火葬場の火葬能力・一時的遺体安置施設等の把握・検討による火葬体制の通常へ移行～検証
IAP6. 犯罪の予防・取締り
－犯罪の予防・取締り（悪質な事犯の取締りの徹底）の検証

≪参考資料２≫
感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC（Incident Command System/Incident Action Plan/Action Card）
―新感染症・大規模感染症における発生期別の保健所の実施対策の概要編―

《海外発生期における標準的 ICS/IAP》
ICS1. 保健所内の指揮命令系統の確認
IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出
IAP2. 全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整
IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定
IAP5. 文書整理や物資補給の専任部門の確保→ ICS6
IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認
ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備
IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部との連携構築
IAP2. 地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有
IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との連携構築
IAP4. 市町村及び市町村教育委員会との連絡体制の確保
IAP5. 他所属職員、市町村職員等への感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、ウィルスの性質等）発信（市町村との連

携を含む）
ICS3. 保健所による直接対応
IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討する）
IAP2. 一般相談体制の構築（コールセンターなど所外に設置することを原則とする）
IAP3. 症例定義を踏まえた積極的疫学調査の準備
IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集
ICS4. 地域医療機関との連携体制確保
IAP1. 医療機関及び関連機関と、情報共有のための定期的協議の継続
IAP2. 地域発生時の医療体制（帰国者・接触者外来、一般医療機関の受け入れ体制等）について継続的情報収集
IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の整備
IAP4. 重症患者入院医療機関の把握
IAP5. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有
IAP6. ワクチンの製造状況に関する情報収集、ワクチン接種に関する医師会との協議
ICS5. 地域関係機関との連携確保
IAP1. 教育機関、市町村教育委員会との連携確認
IAP2. 社会福祉施設との連携確認
IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議
IAP4. 地域内企業における意識啓発
ICS6. 保健所内の総務機能
IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保
IAP2. 庁舎管理
IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務
IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
ICS7. 管外関係機関との関係構築
IAP1. 広域感染を想定した他自治体との連携体制確保
IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認
IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の実態把握

《地域未発生期における標準的 ICS/IAP》
ICS1. 保健所内の指揮命令系統の確認
IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出
IAP2. 国内の知見に基づき、全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整
IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定
IAP5. 文書整理や物資補給の専任部門の確保→ ICS6
IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認・確保
ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備
IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部との連絡体制の確保、及び指揮命令機能の確認
IAP2. 国内の知見に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有
IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携構築
IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する情報提供・専門的助言・連絡体制の確保
IAP5. 国内の知見に基づき、他所属職員、市町村職員等への感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、症状、ウィルスの性質、感

染対策等）発信（市町村との連携を含む）

ICS3. 保健所による直接対応

IAP1. 帰国者・接触者相談センターの設置（所外を含めて検討する）、担当保健師等の情報共有

IAP2. 一般相談体制を構築（コールセンターなど所外に設置することを原則とする）し、Q&A を作成して相談対応者の教育及び対応水準の確保

IAP3. 症例定義を踏まえた積極的疫学調査票の作成・準備

IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集

ICS4. 地域医療機関との連携体制確保

IAP1. 医療機関及び関連機関と、情報共有のための地域医療会議の開催

IAP2. 地域発生時の医療体制（帰国者・接触者外来、一般医療機関の受け入れ体制等）について継続的情報収集

IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の整備

IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議

IAP5. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有

IAP6. ワクチンの製造状況に関する情報収集、ワクチン接種に関する医師会との協議

ICS5. 地域関係機関との連携確保

IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、有症者発生時の連携確認

IAP2. 社会福祉担当部署と、有症者発生時の連携確認

IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議

IAP4. 地域内企業における意識啓発、国内知見の情報共有

ICS6. 保健所内の総務機能

IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保

IAP2, 庁舎管理

IAP3. 相談体制の所外設置に関する事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）

IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）

IAP5. 関係記録の作成

ICS7. 管外関係機関との関係構築

IAP1. 広域感染を想定した他自治体との連携体制確保

IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認

IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の実態把握

《地域発生早期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 保健所内の指揮命令系統の確認

IAP1. 新たな感染症の流行を踏まえた関係職務の抽出、実施体制の準備

IAP2. 地域の発生状況に基づき、全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育

IAP3. 業務継続計画（BCP）の確認、現状にあわせた調整、実施

IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担の決定

IAP5. 文書整理や物資補給の専任部門による体制整備→ ICS6

IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の確認・確保

ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備

IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割遂行、連携構築

IAP2. 地域の発生状況に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有

IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携構築

IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の発生に関する情報提供・サーベイランス連絡体制の確

保
IAP5. 地域の発生状況に基づき、他所属職員、市町村職員等への感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の発生状況、症状、ウィルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）

ICS3. 保健所による直接対応
IAP1. 帰国者・接触者相談センターの運営、担当保健師等の情報共有、Q&A の作成
IAP2. コールセンターなど所外における一般相談体制を運営し、最新の知見に基づく Q&A を作成しての見直しを行い相談対応者の教育及び対応水準の確保
IAP3. 地域の発生に即して、国内の症例定義を踏まえ、積極的疫学調査の実施
IAP4. 地域医療機関との早期サーベイランス体制の構築、情報収集
IAP5. 火葬応需体制の確認

ICS4. 地域医療機関との連携体制確保
IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための地域医療会議の随時開催
IAP2. 帰国者・接触者外来の状況確認、問題点への対応、一般医療機関の受け入れ準備に関する情報提供
IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の確保
IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議
IAP5. 死亡患者発生時の取り扱いの整理（検死、解剖等）
IAP6. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有
IAP7. ワクチンの製造状況を踏まえて、ワクチン接種に関する医師会との協議、接種開始

ICS5. 地域関係機関との連携確保
IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、発生状況に関する情報共有
IAP2. 社会福祉施設と、発生状況に関する情報共有
IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議
IAP4. 地域内企業における意識啓発、地域内発生状況に関する情報共有

ICS6. 保健所内の総務機能
IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保
IAP2. 庁舎管理
IAP3. 所外設置した相談体制に関する維持事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）
IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
IAP5. 関係記録の作成

ICS7. 管外関係機関との関係構築
IAP1. 広域感染の発生について他自治体との連携体制確保
IAP2. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認
IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運用検討

《地域感染期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 保健所内の指揮系統の確認
IAP1. 新たな感染症に関する業務の抽出、実施
IAP2. 地域の流行状況に基づき、全職員に対する感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP3. 業務継続計画（BCP）の実施
IAP4. 職員の職務及び職能に応じた役割分担に基づく業務
IAP5. 文書整理や物資補給の専任部門による所内調整→ ICS6
IAP6. 主管部局との連携による指揮命令機能の維持

ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備

IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割遂行、連携
IAP2. 地域の流行状況に基づき、地域対策本部関係者との当該感染症に関する情報共有
IAP3. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携
IAP4. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の流行に関する情報提供・専門的助言
IAP5. 地域の流行状況に基づき、他所属職員、市町村職員等への感染症の基本的知識と対策に関する教育
IAP6. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の流行状況、症状、ウィルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）

ICS3. 保健所による直接対応
IAP1. 帰国者・接触者相談センターの運営、担当保健師等の情報共有、Q&A の作成
IAP2. 所外における一般相談体制を運営し、最新の知見に基づく Q&A を作成して相談対応者の教育及び対応水準の確保
IAP3. 地域の発生に即して、必要な患者に対する積極的疫学調査票の実施
IAP4. 地域医療機関とのサーベイランス体制の構築、情報収集
IAP5. 火葬応需体制の確認

ICS4. 地域医療機関との連携体制確保
IAP1. 医療機関及び関係機関と、情報共有のための地域医療会議の定期的開催
IAP2. 帰国者・接触者外来の状況確認、一般医療機関の受け入れ支援
IAP3. 地域医療体制を踏まえた救急体制の確保
IAP4. 重症患者入院医療機関との患者受け入れに関する協議
IAP5. 死亡患者発生時の対応（検死、解剖等）
IAP6. 救命救急センターとの連絡体制確認及び地域医療機関、消防との情報共有
IAP7. ワクチンの供給状況を踏まえ集団接種の実施

ICS5. 地域関係機関との連携確保
IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、流行状況に関する情報共有
IAP2. 社会福祉施設と、流行状況に関する情報共有
IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携協議
IAP4. 地域内企業における意識啓発、地域内流行状況に関する情報共有

ICS6. 保健所内の総務機能
IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの確保
IAP2. 庁舎管理
IAP3. 所外設置した相談体制に関する維持事務（人員確保、場所・通信ラインの確保）
IAP4. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
IAP5. 関係記録の作成

ICS7. 管外関係機関との関係構築
IAP1. 消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用
IAP2. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運用

《小康期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 保健所内の指揮系統の確認
IAP1. 管内流行の沈静化に応じた対応内容の決定
IAP2. 感染症業務の減少及び職員の状況に応じて業務継続計画（BCP）からの業務回復
IAP3. 管内流行の沈静化に応じて、職員の役割分担の整理
IAP4. 文書整理や物資補給の専任部門の閉鎖→ ICS6
IAP5. 主管部局との連携による指揮命令機能の整理

IAP6. 地域対策本部の閉鎖に向けての指揮系統の整理
ICS2. 保健所外の指揮命令機能（地域対策本部、市町村等）との連携による体制整備
IAP1. 県の行動計画に基づき地域対策本部における役割の終了
IAP2. 地域医療関係者（郡市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等）との情報共有・連携
IAP3. 市町村及び市町村教育委員会に対する地域の流行に関する情報提供
IAP4. 地域住民への情報（海外における感染症の発生状況、国内の発生状況、地域の発生状況、症状、ウイルスの性質、感染対策等）発信（市町村との連携を含む）
ICS3. 保健所による直接対応
IAP1. 帰国者・接触者相談センターの閉鎖
IAP2. 一般相談体制の閉鎖
IAP3. 第二波に備えた地域医療機関とのサーベイランス体制の構築、情報収集
ICS4. 地域医療機関との連携体制確保
IAP1. 医療機関及び関係機関と、地域医療会議における現状の確認
IAP2. 帰国者・接触者外来の閉鎖
IAP3. 第二波を踏まえた救急体制の確認
IAP4. 第二波を踏まえた救命救急センターとの連絡体制確認、消防との情報共有
IAP5. 第二波を踏まえたワクチンの確保
ICS5. 地域関係機関との連携確保
IAP1. 教育機関、市町村教育委員会と、流行状況に関する情報共有
IAP2. 社会福祉施設と、流行状況に関する情報共有
ICS6. 保健所内の総務機能
IAP1. 外部主要機関と担当部局の通信ホットラインの閉鎖
IAP2. 庁舎管理
IAP3. 職員の勤怠確認、労働安全衛生の確保（安全確保、健康管理）
IAP4. 関係記録の整理
ICS7. 管外関係機関との関係構築
IAP1. 第二波を踏まえ、消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について確認

東日本大震災における保健所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

感染症分野研究責任者：遠藤幸男（福島県県北保健所・前福島県県南保健所）

研究要旨：東日本大震災において、避難所では限られた居住空間等で集団生活するなかで、感染症発症のリスクが高い状況にあった。そこで、感染症対策として避難所サーベイランスにより、被災地の各関係者が避難所における感染症情報を共有した。その結果、この避難所サーベイランスは保健所が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的確な環境衛生、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。国立感染症研究所感染症情報センターが感染症情報を評価・分析し、保健所等に各種情報を還元する双方向の避難所サーベイランスは地域での復旧・復興へ向けての感染症対策の一環として重要である。今後、避難所サーベイランスは発災早期から各避難所において活用すべきであると考えられる。

東日本大震災において、国立感染症研究所感染症情報センターが開発した避難所感染症サーベイランス（避難所サーベイランス）を福島県県南保健所がわが国初、3月31日より使用開始したので、報告する。

A．目的

避難所における集団生活が長期化するなか、感染症等の発生のリスクは高い状況である。そこで、今回の被災県の公衆衛生的な課題の一つとして福島県の保健所が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）の支援を受け、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積極的に取り組み、感染症の発生状況をリアルタイムに把握し、感染症対策を図ることを目的とした。

今回は東日本大震災の被災県の喫緊の課題の一つとして、保健所が市町村及び県等と連携し、地域の避難所における感染症サーベイランス（避難所サーベイランス）を積極的に実施し、感染予防及び感染拡大防止を図る。

B．方法

福島県県南地域における最大避難者数は約2,600名、延べ対象巡回避難者数は約18,000名であったが、当所は各避難所巡回を3月13日から、避難所感染症サーベイランスを3月31日から開始した。避難所からFAXにより保健所に送信された感染症情報（表1，様式1）を、保健所単位でID・パスワードにより感染研情報センターのホームページ上の画面にID・パスワードにより感染症情報を入力した。福島県における避難所サーベイランスは県南保健所からさらに、郡山市保健所、いわき市保健所等へと推進された。

東日本大震災後に保健所が被災地の感染症対策として避難所サーベイランスとして避難所における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していく。そこで、国立感染症研究所感染症情報センターの支援のもとに、当該保健所中心とした地域内から福島県内の各保健所へ推進していき、福島県内公衆衛生関係者が感染症情報を早期に共有できるようにしていく。さらに実際に国立感染症研究所感染症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感染症サーベイランス及び情報共有システムを運用していく。

このシステムは、感染研情報センターのホームページ上の画面にID・パスワードにより入っていき、避難所サーベイランス入力画面から必要とされる数字等を入力するだけで、リアルタイムに発生状況を示す地図、保健所管内の情報の一覧、グラフを参照できるようになっている。さらに、各保健所管内の避難所データ閲覧画面から避難所サーベイランスのデータを一括入力、修正することができる。

（倫理面への配慮）

個人が特定されないよう個人情報保護に基づいた。

C．結果

福島県県南地域における避難所サーベイランスの実施結果について述べる。

1．避難所Aの急性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎）の早期探知・介入事例

5月14日に初発症例と考えられる11ヶ月男児の急性嘔吐下痢症の報告があり、感染性胃腸炎の感染対策を指導していたが、5月18日に避難所Aでの感染性胃腸炎の増加を早期探知し、直後より当所が直接介入し、避難所Aに対して、隔離、環境衛生と手指衛生の徹底を図った。最終的に5家族6名までに感染症胃腸炎の感染拡大を防止した。

2．避難所Bにおける急性呼吸器感染症の集団発生の介入事例

5月16日に呼吸器系の感染症の患者が1例発生し、翌日肺炎にて入院した。その後5月19日以降継続的に新規発症者がみられるようになった。当保健所は呼吸器系の感染症がなかなか収束しないことを避難所サーベイランスより察知し、5月31日、6月1日には所長も直接巡回するなど介入を強めていった。原発事故が収束しない状況下で、この浜通りの施設の身体障害等の入所者が本来入所する福祉施設ではない避難所で長期にわたることを鑑み、当保健所は感染症対策に関する様々なアドバイスと介入を施設側に行っていった。当保健所の介入により、新規の発症者は減っていたが、6月8日には感染研感染症情報センターのスタッフも保健所と共に同施設を訪問の上ラウンドを行い、状況を確認した。

3．避難所Bにおいて保健所が行った介入・アドバイス

⑴1室での収容者数が過剰となっているため、他施設と連携、部屋毎に適切な収容人数とすること

⑵床に直接寝具や物品を置いているため、棚等の設置や建物の外にプレハブの保管場所の確保等の措置により、物品を清潔な状態で保管すること

⑶手洗い場を整備し、消毒薬やペーパータオルを利用者の手が届く場所に設置し、使用しやすい環境をつくること

⑷食後に利用者の口腔内清掃（義歯等）を実施すること

⑸咳エチケットを遵守し、マスクの着用を徹底すること

⑹おむつ交換時は1処置1手洗いを厳守するよう利用者1人毎にゴム手袋の交換を徹底すること

⑺職員が感染の媒体とならないよう、毎日の業務開始時に職員の健康状態をチェックするなど健康管理を徹底すること

D．考察

今回の東日本大地震において、避難所を含めて地域全体の衛生状態が悪化すること、断水や停電などライフラインの途絶のために個人レベルでの衛生状態も十分に維持できないこと、避難所では限られた居住空間で寝泊まりの集団生活しているために感染が拡大しやすい環境であること等から、感染症発症のリスクが高い状況にあった。そのために、避難所において感染症の流行の可能性があった。人員が十分でなく物資の需給ギャップの現場で感染症対策の実施は容易ではなかったが、この状況下でも避難所において感染症の発症を防止するためにはどうすればいいのかが重要な課題であった。通常のサーベイランスでは医療機関受診患者の感染症情報を集計していているが、今回のような大震災直後や早期ではサーベイランスは医療機関自体が被災し、地域全体が混乱している等の状況において、多くの被災地では十分に機能していなかったからである。そのために、避難所で有症状の患者情報を収集し、感染症の流行を早期に探知して感染症対策を実施する必要があった。通常の体系的な感染症情報収集は困難であったが、避難所で同様な有症状者の増加があった場合には、感染症の流行を疑い迅速で的確な感染症対策を実施する必要があった。そこで、避難所において、緊急サーベイランスとして、急性消化器症状、インフルエンザ・インフルエンザ様症状、急性呼吸器症状（インフルエンザ以外）等の感染症の症候群情報をモニタリングすることが流行の早期探知に有効であったとともに、保健所が避難所へ医療チームの派遣、保健師、栄養士、歯科衛生士、食品・環境衛生監視員、薬剤師、獣医師等による多職種チーム、公衆衛生チームの巡回指導及び施設入所者、高齢者、障害者、妊産婦等の災害弱者に感染対策等のきめ細やかな健康支援の実施とともに、重層的に直接介入による迅速な早期対応が有効であったと考えられる。

避難所Aでは、サーベイランス報告用紙が保健所に送付された時点で小児科医師が風邪とか薬の副作

用とかグレープフルーツの食べ過ぎとか言われていたが、症状から感染性胃腸炎の発症であると直ちに判断し、保健所が直接介入して、手指衛生の徹底、トイレを衛生的に利用する方法の徹底、トイレの清掃の仕方、消毒方法の徹底等により感染性胃腸炎の集団発生を回避することができ避難所サーベイランスによる有効性を示す典型的な事例であったと考える。しかし、本保健所管内の避難所に入所している高齢者や障害者等の要介護者は本来の別の社会福祉施設へ移動するように調整してきたが、避難所Ｂだけは浜通りの施設の身体障害等の入所者が本来入所する福祉施設ではない唯一の避難所であり、急性呼吸器感染症の集団発生が２回繰り返された。その入所者自身の抵抗力が低下している易感染性患者であり、なお一層の感染症対策が徹底される必要があったが、避難所の実情に応じた環境衛生、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により、重症化予防につながり、集団発生した場合でも感染拡大を最小限化することができたと考えられる。

集団発生した場合でも感染拡大を最小限化することができたことを実証したと考えられる。今後、避難所サーベイランスは発災早期から被災地の各避難所において活用すべきであると考えられる。そのためには、平常時から災害時の感染症対策として、発災直後から活用できるよう避難所サーベイランスを普及啓発していくことも必要である。

したがって、国立感染症研究所感染症情報センターが開発した避難所サーベイランスは保健所等の公衆衛生関係者が双方向に情報を共有しながら、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と考えられる。

Ｅ．結論

１．東日本大震災における感染症対策として避難所サーベイランスは、各関係者が避難所における感染症情報を経時的に共有でき、有効であった。

２．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。

３．国立感染症研究所感染症情報センターが感染症情報を評価・分析し、保健所等に各種情報を還元する双方向の避難所サーベイランスは地域での復旧・復興へ向けての感染症対策の一環として重要である。

Ｆ．今後の計画

今回の災害時における避難所サーベイランスによる感染対策について有用あると考えられるため、今後、保健所は避難所サーベイランスを発災早期から各避難所において活用すべきであると考えられる。

Ｇ．発表

１．論文発表

⑴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 p.2-p.8.Vol.41 No.6.2011.

２．学会発表

⑴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.

⑵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.

⑶ Endoh Y, Tatara K, Ohkusa Y ,et al , Infection surveillance system for evacuation centers, American Public Health Association 140th Annual Meeting and Exposition, SANFRANCISCO, CA,USA, Oct27-31.2012

表１．避難所サーベイランスの有症状情報の９項目

症候群の把握による情報収集（避難者数に加え以下のような有症状者数情報を収集）

１．急性の消化器症状
２．インフルエンザ・インフルエンザ様症状
３．インフルエンザ以外の急性呼吸器症状
４．発熱および発疹症状（麻疹など）
５．急性神経系症状（髄膜炎・脳炎、破傷風を疑わせる症状）
６．必ずしも発熱を伴わない皮膚症状（疥癬など）
７．創傷関連感染症（破傷風以外）
８．急性黄疸症状（肝炎、レプトスピラなど）
９．死亡（原因を問わない）

様式１：避難所からの感染症情報収集用紙

感染症等の集団発生時探知のための避難所サーベイランス（Syndromic Surveillance）

●情報登録は「インターネット」、「電子メール」、「携帯電話メール」、「ファックス*」が可能です。

＊ファックスの場合は下記様式を利用し 03-5285- 1129（国立感染症研究所感染症情報センター）まで情報をご記入の上ご送信下さい。

１．施設情報（ID を記入された場合は住所の記載省略可）

報告者氏名		職種（医師：D；保健師：P；看護師：N；その他：O）									
ID		避難所名									（市・町・村）
報告日		平成	23	年		月		日	電話		
収容者概数（全体のみも可）									e-mail		
全体	約　　人	5 歳未満		約　　人		5 ～ 64 歳		約　　人	65 歳以上		約　　人

２．症候群情報（有症者数を記入してください。0 人の場合は 0 を記入し、不明の場合は空欄とし、合計欄は余裕があれば記入してください。コメントは必要に応じてご利用ください。）

また、避難所の状況に応じて、合計のみでも構いません。

No.	症候群の分類	5 歳未満	5 ～ 64 歳	65 歳以上	合計
1	急性の消化器症状（下痢、血便、嘔吐など）				
2	インフルエンザ、インフルエンザ様疾患				
3	急性の呼吸器感染症（インフルエンザ以外）				
4	発熱を伴う発疹（はしかなど）・水疱（水ぼうそうなど）				
5	破傷風、髄膜炎・脳炎などの神経症状				
6	疥癬など				
7	けがに関連した感染症				
8	黄疸（肝炎など）				
9	死亡				
コメント その他の感染症					

感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC に関する提言

この感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC は、新たな感染症の流行にあたって、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、標準的な活動プランを示したものである。したがって、都道府県及び保健所は、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要である。

今回、感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC に関して、次のように関係機関に提言する。

1．都道府県は、新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の場合、危機管理会議及び危機管理対策本部において、全庁的に対応することとしている徳島県本庁の調査を踏まえ新型インフルエンザ特別措置法（内閣府）の所管は危機管理部で、具体的かつ技術的に対応する医療体制等を構築する保健福祉部である等の都道府県レベルで組織の再構築が必要である。

2．都道府県は、危機管理対策本部において、知事を本部長とし、副本部長は政策監で、各部局の部長級で構成し、危機管理会議は，政策監（特別職）をトップとし，危機管理部長及び各部局の主管課長、県民局代表で構成し、危機管理連絡会議は主管課副課長、県民局代表で構成し、想定上の被害規模により危機管理部が全庁を指揮するような組織の再構築が必要である。さらに、このような組織の再構築は自然災害等すべての健康危機管理において、必要である。

3．都道府県は、規範的かつ標準的 ICS/IAP の視点に立ち、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）として市長村事業支援を含めて対応する必要がある。

4．都道府県は、活動本部の後方支援（地域・医療・食品等）においては、保健福祉部門と危機管理部門や他部局との十分な連携のもと、役割分担する必要がある。

5．保健所は、事前に行政内外の関係者と十分な連携を図り、地域緊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。

6．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、外部の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、都道府県本庁の主管部局と確認のうえ、事前に把握しておく必要がある。

7．都道府県内の複数の保健所は、都道府県内で発生する大規模感染症を想定した ICS/IAP によって、当該の圏域においても、指揮命令系統と役割分担や責任が明確に示された活動本部として対応する必要がある。

8．都道府県及び保健所は、大小規模感染症の様々な危機対応を今回の感染症研究レポート等のように、活動報告書として記録し、対応内容の分析・評価を行い、次に起こる健康危機に備える仕組みの構築が必要である。

9．都道府県及び保健所は、大規模感染症の発生に備えて、そのためにも ICS の枠組みのような標準的な危機管理対応システムを構築するとともに、活動報告書の内容をマニュアル等に反映させる必要がある。

10．厚生労働省等の国の関係機関、都道府県及び保健所は、感染症分野の ICS/IAP 関連標準的ツールとして、幅広い実践的な標準的連絡票、調査票、連携様式等を標準化する必要がある。

11．都道府県及び保健所は、感染症に係わる関係機関の役割を明確にするとともに、感染症、感染対策や感染制御に関する相談窓口情報を共有することは保健所自身だけでなく、社会福祉施設・医療機関への支援、社会福祉施設・医療機関との連携上も必要である。今後、保健所が感染制御専門家とも相談できるような保健所管内関係機関の地域レベルだけでなく全国レベルのシステムの構築も必要である。さらに保健所は都道府県内の大学病院の感染制御等の専門家と積極的に連携していくことも必要である。

12．都道府県及び保健所は、大規模感染症の発生が危惧される中、業務や様式を ICS/IAP のように標準化

し、過去の事例を検証する仕組みを構築し、マニュアル等の整備を平時から行うとともに、さらに、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ために必要がある。

13. 厚生労働省等の国の関係機関は、感染症分野の日本版標準 ICS/IAP/AC の策定支援及びそれに関する人材育成・研修会等の新たな感染症施策を講ずる必要がある。

平成 23 年度・平成 24 年度「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」の感染症分野に関する成果（本研究に関する発表会及び報告書を除く）

１．論文発表

⑴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 .

⑵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.

⑶遠藤幸男：避難所サーベイランスによる感染症の発生状況と対策. 大日康史（研究代表者）平成 23 年度健康安全・危機管理対策総合研究事業「健康危機事象の早期探知システムの実用化に関する研究」H22－健危― 一般－ 003. p163 － p174. 2012.

⑷遠藤幸男：災害時における公衆衛生―東日本大震災を踏まえて―. ひょうごの公衆衛生. p3－p11. 第 27 号. 2012.

⑸遠藤幸男：東日本大震災 1 年後―第 1 回 被害者支援活動を振り返り、大災害への備えを新たに：公衆衛生情報 p26－p30. Vol. 42. No. 2. 2012. 4・5.

⑹遠藤幸男：ブロック別地域保健推進戦略会議の記録（東北）. p73－p76. 松本一年：分担事業者.
平成 23 年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会事業） 東日本大震災被災保健所に対する今後の支援のあり方に関する研究.

⑺遠藤幸男：震災後 2 年を経過する現状と課題 . ～被災者・避難者の命と健康を守る保健所の現場から～ 公衆衛生情報 保健所活動最前線 第 8 回 Vol. 42. No. 11. p20－p23. 2013. 2.

２．学会発表

⑴遠藤幸男：福島県における被災状況と保健所活動：東日本大震災を経験して、今後保健所が備えるべき体制について. 第 68 回全国保健所長会 研究事業報告会員協議. p51－p65. 2011.

⑵遠藤幸男：大震災に備えての保健所の危機管理体制～東日本大震災からの教訓を生かした今後の対策～. 平成 23 年度 地域保健総合推進事業 地域保健推進戦略会議（関東甲信越静ブロック）. p9－p23. 2011.

⑶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.

⑷遠藤幸男他：福島県における避難所サーベイランス. 第 60 回東北公衆衛生学会講演集. No. 60. p28. 2011.

⑸遠藤幸男：災害時における公衆衛生的対応―東日本大震災を踏まえて－（特別講演）. 第 29 回和歌山県県公衆衛生学会 抄録集. p5－p6. 2011.

⑹遠藤幸男：災害時における公衆衛生ー東日本大震災を踏まえてー（特別講演）. 兵庫県公衆衛生協会（兵庫県医師会館）. 2011. 11. 3.

⑺遠藤幸男, 阿部孝一 , 多田羅浩三 , 他：感染症版インシデントコマンドシステムの作成とその運用に関する検討. 東北公衆衛生学会講演集 第 61 回東北公衆衛生学会講演集. No. 61. p31. 2012.

⑻遠藤幸男, 阿部孝一, 新家利一, 他：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. 第 71 回日本公衆衛生学会総会抄録集 日本公衆衛生雑誌. Vpl59. No10. p158. 2012.

⑼ Endoh Y, Tatara K, Ohkusa Y ,et al , Infection surveillance system for evacuation centers, American Public Health Association 140th Annual Meeting and Exposition, SANFRANCISCO, CA,USA, Oct27-31. 2012

精　神　保　健

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）：髙岡道雄（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 県の保健所が被った被害は地震、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は、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。被災住民に対するメンタルヘルスサポートは単独では実施しにくく、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な問題である。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、現地災害対策本部では保健医療福祉部門コーデイネートチームによる総合調整に基づき支援を実施する。後方支援部門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」（災害精神保健医療情報支援システム含む）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時期における対策、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：髙岡道雄、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

Ⅰ、精神保健分野の日本版標準 ICS/IAP/AC（案）
(Incident Command System/Incident Action Plan/Action Card)

《ICS/IAP/AC 活用のための条件》

1．事前に精神保健福祉所管部局、精神科医療関係部局、防災部局等の関係組織の連携により、行政対応の枠組みが構成されていること

2．上記の関係部門間の役割分担のもと、保健所と本庁、精神保健福祉センター、こころのケアセンター、市町村、精神科医療機関、等の役割分担が明示、周知されていること

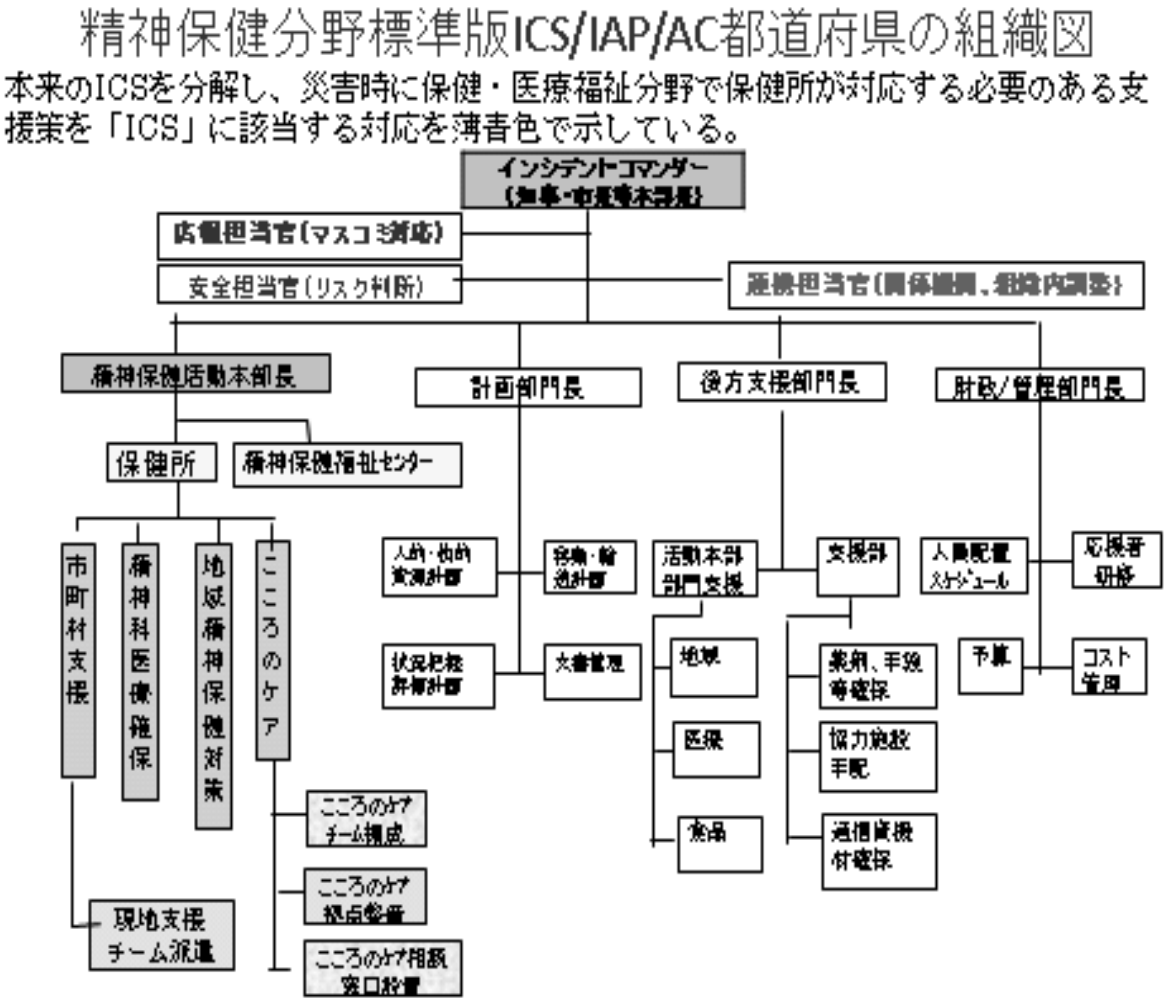
3．精神科病院協議会、精神科診療所協議会、臨床心理士等の専門職種団体との連携・協力関係があること

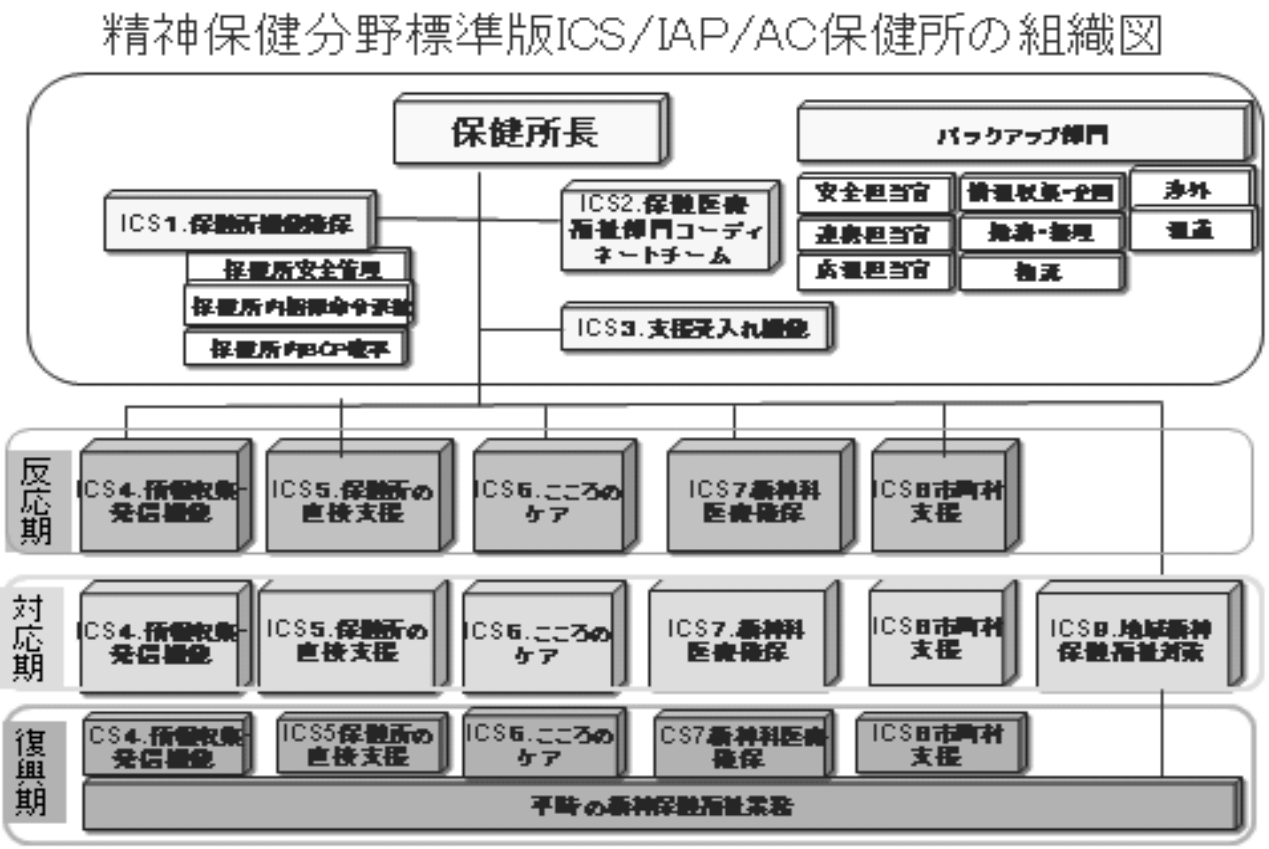
《この標準的 ICS/IAP/AC の利用にあたり》

1．災害等が発生した時点からなるべく、災害の規模によらず早期に対策が実施される。

2．災害対策本部が知事を司令官となって設置され、その下に精神保健活動本部が置かれる。

3．保健所が担う業務は、精神保健活動本部の一部であり、地域精神保健医療対策の多くを担っている。保健所の精神保健医療対策を中心として ICS/IAP/AC を示す。





精神保健活動本部は本庁に設置され、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、市町村関係者などを構成員として設置し、計画部門本部と連携し現地からの情報（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、精神保健対策の対象、活動拠点、活動内容、時期等の基本的な支援策を決定し、指揮するが現地では保健医療福祉部門コーデイ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する。

保健所が担う業務は、地域精神保健医療活動の一部であり、その機能が有効に効果的に働くためのシステムとしてICS/IAP/ACを示す。

《ICS，IAP，及びACの意味について》

ICS（Incident　Command System）：ここに示したICSは、本来のICSを分解して、災害時に保健・医療・福祉分野で保健所が対応する可能性のある分野を、「ICS1」などのように対応分野別に示してある。保健所に期待されている役割がそれぞれの地域で様々だからである。保健所は、本日本版標準ICS/IAP/ACを参考にして、災害時の保健所の役割を整理しておくことが必要である。

IAP（Incident Action Plan）：対応分野別のICSを果たすために必要な対応内容（役割）を示してある。

AC（Action Card）:IAPを具体的に実行するための、具体的な行動内容などを示している。行動手順、地図、記入用紙などもこれに属する。このACは、地域の実情によって異なるので、今回は主に準備すべき項目などを示してある。地域の実情に応じたACを作成することが必要である。

《事態への反応的対応期（急性期）における標準的ICS/IAP/AC》3日程度

―精神保健活動本部、現地災害対策本部の指揮のもと、保健医療福祉部門コーディネートチーム（精神対策コーディネーターを含む）の総合調整により、現地支援チームの派遣などにより関係施設・関係者の被災

状況の把握に努める。―

ICS1. 保健所機能確保
- IAP1. 精神保健活動本部、地方災害対策本部、市町村対策本部との連携による指揮命令機能の確保
- IAP2. 災害対応マニュアル等による組織づくり
- IAP3. 精神保健活動本部との連絡手段の確保
- IAP4. 現地災害対策本部への参画
- IAP5. 市町村対策本部会議への参加
- IAP6. 衛星携帯電話など通信手段の確保と稼働状況の確認

ICS2. 保健医療福祉部門コーディネート機能
- IAP1. 保健医療福祉部門コーディネートチーム（精神対策コーディネータ※含む）設置調整
- IAP2. 精神保健活動本部との調整
- IAP3. 保健医療福祉部門コーディネートチームの設置調整

※）地域で精神保健医療に関する連携構築を担当する者で、精神保健福祉センター医師、精神科病院医師、保健所精神担当保健師、中心的な施設の PSW などが自然に若しくは予め位置付けて調整役を担う

ICS3. 支援受け入れ機能
- IAP1. 外部からの心のケアチーム支援状況等の把握（医療提供場所、患者数とのマッチング状況）
- IAP2. 自衛隊、DMAT、日赤等医療救護班、ボランティア医療支援隊、心のケアチーム等の情報収集

ICS4. 情報収集・発信機能
- IAP1. 精神科医療機関の被災状況、精神科診療状況の把握
  - AC1. 精神科医療機関のトリアージ別患者数、医療材料、医療スタッフなどの過不足の把握
- IAP2. 調剤薬局の被災状況・稼働状況の把握
- IAP3. 障害者総合支援法等関連施設の被災状況の把握
- IAP4. 福祉避難所の開設状況の把握、公表
- IAP5. 職員派遣による直接的情報収集の開始
- IAP6. 在宅精神障害者に関する安否確認と直接支援の必要性判断
- IAP7. 精神科緊急時医療体制（救急対応医療機関など）の情報収集
  - AC1. EMIS、衛星携帯電話、防災無線、災害時優先電話、携帯電話などによる情報収集
- IAP8. 道路、橋等の被災情報（救急車両の運行情報等）、ライフライン情報の把握
- IAP9. 地域住民への情報提供（相談窓口の開設状況、その他必要事項）
  - AC1. 相談窓口の開設状況（電話番号等）
  - AC2. 避難所の受入れ状況
  - AC3. 福祉避難所の受入れ可能状況

ICS5. 保健所による直接支援
- IAP1. 支援が必要な在宅精神患者等の状況把握
  - AC1. 在宅精神障害者要援護者リストの作成
  - AC2. 医療機関と連携した直接支援の検討
  - AC3. 在宅患者の生命維持に必要なライフラインの確保支援（酸素、電気、など）
- IAP2. 相談対応窓口の設置
  - AC1. 相談ホットライン回線の確保

AC2. 担当者の当番表の作成（人員の確保）
AC3. 相談表及び相談対応 Q&A の作成
IAP3. 精神科医療関係者からの相談ホットラインの設置
IAP4. 住民なんでも相談窓口の設置
AC1. 相談ホットライン回線の確保
AC2. 担当者の当番表の作成（人員の確保）
AC3. 相談表及び相談対応 Q&A の作成

ICS6. こころのケア
IAP1. こころのケア拠点の整備調整
IAP2. 精神科医療関係者、精神保健福祉センターとの調整
IAP3. 精神対策コーディネータ等の地域関連指揮命令系統との連携
IAP4. ライフラインの確保状況等を勘案し、拠点設置場所の検討

ICS7. 精神科医療確保
IAP1. 支援の必要な精神科医療機関の把握
AC1. 精神科医療機関からの援助要請の把握
AC2. 支援内容・手段等の検討
IAP2. 支援準備
AC1. 精神科緊急医療体制に必要な医薬品、医療用水、燃料等の調達支援準備
AC2. 医薬品等の調達先のリストの作成
AC3. 製薬会社等の担当者の連絡先のリストアップ
AC4. 地域薬剤師会、薬品会社などとの連携準備
AC5. 医療機器担当者等のリストアップ

ICS8. 市町村支援
IAP1. 支援の必要な市町村の把握
AC1. 市町村からの援助要請の把握
AC2. 市町村への支援内容・手段等の検討
IAP2. 市町村支援チームの派遣
AC1. 支援チーム要員の人選
AC2. 交通手段・通信機器・資機材の調達

《事態への目的をもった対応期（慢性期・回復期）における標準的 ICS/IAP/AC》4 日以降

―精神保健活動本部及び現地災害対策本部の指揮のもと、保健医療福祉部門コーディネートチーム（精神対策コーディネーターを含む）の総合調整により、精神保健福祉センターなど支援機関・団体と協力し、精神科救護所の設置、こころのケアの実施、精神科医療の確保などを行う。―

ICS1. 保健所機能確保
IAP1. 精神保健活動本部、地方災害対策本部、市町村対策本部との連携による指揮命令の運用
IAP2. 災害対応マニュアル等による組織の運用
IAP3. 現地災害対策本部への参画
IAP4. 市町村対策本部会議との連携
IAP5. 衛星携帯電話など通信手段の確保運用

ICS2. 保健医療福祉部門コーディネート機能
IAP1. 保健医療福祉部門コーディネートチーム（精神対策コーディネータ※含む）の運用
IAP2. 精神保健活動本部の指揮下の調整機能の発揮
IAP3. 保健医療福祉部門コーディネートチームによる現地調整

ICS3. 支援受け入れ機能
IAP1. 精神科医療救護班（こころのケアチーム）の受入れ調整
AC1. 市町村又は精神科医療機関の要請により、精神科医療救護班の派遣を要請
AC2. 日本赤十字社病院や都道府県立病院など被災地外の病院等からの精神科医療救護班の受入れ
AC3. 都道府県からの精神科医療救護班等の派遣受入れ調整
IAP2. 外部ボランティア等の受け入れ調整

ICS4. 情報収集・発信機能
IAP1. 精神科医療機関の被災状況、精神科診療状況の継続的把握
AC1. 精神科医療機関のトリアージ別患者数、医療材料、医療スタッフなどの過不足の把握
IAP2. 調剤薬局の被災状況・稼働状況の継続的把握
IAP3. 障害者総合支援法等関連施設の被災状況の継続的把握
IAP4. 福祉避難所の開設運用状況の把握
IAP5. 職員派遣による直接的情報収集
IAP6. 在宅精神障害者に関する安否確認と直接支援
IAP7. 精神科緊急時医療体制（救急対応医療機関など）の情報収集、公表
AC1. EMIS、衛星携帯電話、防災無線、災害時優先電話、携帯電話などによる情報収集
IAP8. 道路、橋等の被災情報（救急車両の運行情報等)、ライフライン情報の継続把握
IAP9. 地域住民への情報提供（相談窓口の開設状況、その他必要事項）
AC1. 相談窓口の開設状況（電話番号等）
AC2. 避難所の受入れ状況
AC3. 福祉避難所の受入れ可能状況

ICS5. 保健所による直接支援
IAP1. 支援が必要な在宅精神患者等への対応
AC1. 在宅精神障害者要援護者リストに基づく安否確認
AC2. 医療機関と連携した直接支援の開始
AC3. 在宅患者の生命維持に必要なライフラインの確保（酸素、電気、など）
IAP2. 相談対応窓口の設置
AC1. 相談ホットライン回線の増設
AC2. 担当者の当番表の作成（人員の確保）
AC3. 相談表及び相談対応 Q&A の活用
IAP3. 精神科医療関係者からの相談ホットラインの設置
IAP4. 住民なんでも相談窓口の設置
AC1. 相談ホットライン回線の確保
AC2. 担当者の当番表の作成（人員の確保）
AC3. 相談表及び相談対応 Q&A の活用

ICS6. こころのケア
IAP1. ライフラインの確保状況等を勘案し、こころのケア拠点の整備
IAP2. こころのケアチームの編成
AC1. 精神保健福祉センター等との連携
AC2. 精神対策コーディネータ等の地域関連指揮命令系統との連携
AC3. 他都道府県派遣こころのケアチーム（精神科救護班）との調整
AC4. カルテ、処方記録用紙、診療情報提供書など書式の確保
IAP3. こころのケア相談窓口の設置運用
AC1. 精神保健福祉センター等との連携
AC2. 精神対策コーディネータ等の地域関連指揮命令系統との連携
AC3. ライフラインの確保状況等を勘案し、保健所に設置し運営
IAP4. こころのケアチームの派遣
AC1. 巡回相談前の情報交換会（心身面での要注意者情報等）
AC2. 避難所、仮設住宅、被災住宅への巡回相談
AC3. 巡回相談後のこころのケア拠点での連絡会

ICS7. 精神科医療の確保
IAP1. 被災精神科医療機関への支援
AC1. 精神科医療機関、関連施設、その他の人的被害（精神患者等）情報の収集
AC2. 医療支援状況の把握（避難場所、医療支援の有無、医薬品確保状況）
AC3. 医療支援の実施調整（医薬品支援調整、人的支援の調整など）/ 支援調整（ライフライン等）
AC4. 被災医療機関入院患者の避難先受入れ医療機関の調整
IAP2. 在宅精神障害者への支援
AC1. 保健師を中心とした巡回・訪問支援チームによる直接支援
AC2. 在宅精神障害者への医薬品の支給 / ライフラインの確保補助（酸素、電気、など）
IAP3. 精神科救護所の設置
AC1. 設置場所の検討（精神科医療機関の被害状況、避難所の収容状況等）
AC2. 精神科救護所の設置（保健所か利便性の良い大規模避難所）
AC3. 精神科救護所マンパワー、必要備品、医薬品等の確保
AC4. 精神科救護所用カルテ、処方記録用紙、診療情報提供書など書式の確保
AC5. 精神科救護所設置の住民等への広報 / 現地対策本部への報告

ICS8. 市町村支援
IAP1. 市町村支援チームの継続派遣
AC1. 支援チームの役割調整
AC2. 支援チームの派遣期間等の調整
IAP2. 相談窓口支援
AC1. 市町村への相談窓口担当の派遣
AC2. 相談表及び相談対応 Q&A の作成
IAP3. その他、支援が必要な市町村に対する直接支援
AC1. 支援医療給付（精神通院医療費）（障害者総合支援法）
AC2. 支援給付及び地域生活支援事業（障害者総合支援法）
AC3. 45 条手帳交付 / 就労支援
AC4. 相談支援（計画相談支援、地域相談支援等）

ICS9. 地域精神保健福祉対策
IAP1. 精神保健相談への対応
AC1. 相談窓口の継続設置
AC2. 専門相談精神科医師の確保
AC3. 相談担当職員の分担表の作成
IAP2. 警察官通報等への対応
AC1. 警察官等からの通報等の受理
AC2. 面接調査の実施
AC3. 27 条診察医師、応急入院病院の調整
AC4. 27 条診察の実施、応急入院病院への移送
AC5. 患者への告知 / 継続訪問
IAP3. 地域関係者からの精神障害疑い者への対処要請への対応
AC1. 地域関係者からの相談受付
AC2. 訪問調査の実施
AC3. 精神保健指定医師による診察の実施
AC4. 応急入院病院への移送
AC5. 患者への告知 / 継続訪問
IAP4. 障害者総合支援法に基づく支援
AC1. 支援医療費（通院医療費）支給支援
AC2. 支援施設等の地域関係者からの相談受付
AC3. 支援給付及び地域生活支援事業の支援
IAP5. 心神喪失者等医療確保法に基づく支援
AC1. 地域処遇等の要請への対応
AC2. 鑑定留置入院決定
IAP6. その他の精神保健福祉施策の実施
AC1. 地域移行支援
AC2. 47 条相談指導等（うつ・自殺対策）
AC3. 引きこもり対策・アルコール対策

《復興期における標準的 ICS/IAP/AC》概ね 6 ヶ月以降

―精神保健活動本部及び現地災害対策本部の指揮のもと、精神科医療機関や障害者総合支援法準拠施設などの復旧状況の情報収集に努め、通常の支援業務への移行を進める。―

ICS1. 保健所機能確保
IAP1. 精神保健活動本部及び現地災害対策本部の指揮命令による運用
IAP2. 災害対応組織編成から通常体制への組織編成の検討

ICS2. 保健医療福祉部門コーディネート機能
IAP1. 精神保健活動本部の指揮下の調整機能の発揮

ICS3. 支援受け入れ機能
IAP1. こころのケアチームの受入れ調整
IAP2. 外部ボランティア等の受け入れ調整

ICS4. 情報収集・発信機能
IAP1. 精神科医療機関の復旧・復興状況の把握
IAP2. 調剤薬局の復旧・復興状況の把握
IAP3. 障害者総合支援法等関連施設の復旧・復興状況の把握
IAP4. 精神科緊急時医療体制（救急対応医療機関など）の復旧・復興情報の把握
IAP5. 道路、橋、ライフライン等の復旧・復興情報の把握
IAP6. 地域住民への情報提供（相談窓口の開設状況、その他必要事項）

ICS5. 保健所による直接支援
IAP1. 災害なんでも相談窓口の継続設置

ICS6. こころのケア
IAP1. こころのケア拠点の縮小・廃止の検討
IAP2. 支援者へのこころのケア
IAP3. こころのケア相談窓口

ICS7. 精神科医療の確保
IAP1. 被災精神科医療機関への復興支援
IAP2. 在宅精神障害者への医療継続支援
IAP3. 精神科救護所の閉鎖
AC1. 精神科救護所用カルテ、処方記録用紙、診療情報提供書などの保存

ICS8. 市町村支援
IAP1. 市町村職員へのこころのケア

ICS9. 地域精神保健福祉対策
IAP1. 精神保健相談への対応
IAP2. 警察官通報等への対応
IAP3. 地域関係者からの精神障害疑い者への対処要請への対応
IAP4. 障害者総合支援法に基づく支援
IAP5. 心神喪失者等医療確保法に基づく支援
IAP6. こころの健康づくり
IAP7. 地域関係者との連携会議
IAP8. その他の精神保健福祉施策の実施

精神保健対策関連　様式集

様式 No	様式の名称	内　　容
様式 A	避難所等健康支援活動報告書（日報）	・保健師等による避難所や仮設住宅における健康支援活動を日報として記録する。 ・避難所の健康支援活動の引継ぎに活用し、各避難所の生活上の問題や健康課題の解決につなげていく。
様式 B	避難所等健康支援時系列活動報告書（日報）	・保健師等による避難所や仮設住宅等における健康支援活動を時系列に記録する。
様式 C	こころのケアチーム 診療・相談個人票	・こころのケアチームによる避難所や仮設住宅等における相談や診療の際に用いる個別記録票
様式 D	こころのケアチーム 相談・診療連名簿	・こころのケアチームによる避難所、仮設住宅等における健康相談・診療（電話・面接・相談）者連名簿
様式 E	こころのケアチーム 時系列活動日誌	・こころのケアチームによる相談・診療の時系列活動記録
様式 F	こころのケアチーム 活動報告書（日報）	・こころのケアチームの相談・診療等の内容や件数を集計し日報として報告する。
様式 G	生活居住平面図 MAP	・体育館等の避難所で、避難している住民の生活場所が一目で分かるようメモをしていくもの。 ・スタッフが交代しても、住民の名前と相談票とマップで確認し、住民にその都度確認する負担を軽減する。
様式 H	こころのケアチーム 健康相談等週間予定表	・こころのケアチームによる避難所、仮設住宅等における健康支援活動の週間計画が記入できるもの。 ・避難所では拡大した様式で掲示し、利用者がサービスを利用しやすいように配慮する。
様式 I	精神科医療機関診療機能被災状況調査票	・精神科医療機関の診療機能・入院機能等の被災状況を訪問調査で聞き取った結果を記録する。
様式 J	精神科救護所の初動機能調査票	・精神科救護所の初動時の診療機能等を訪問調査で聞き取った結果を記録する。
様式 K	精神科救護所の診療 カルテ	・精神科救護所の診療カルテ
様式 L	精神科救護所の診療 連名簿	・精神科救護所の診療者名簿

様式Ａ　避難所健康支援活動報告書（日報）

<table>
<tr><td>実施年月日</td><td colspan="7">年　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">活動場所</td><td colspan="3">避難所　　避難者数</td><td colspan="4">仮設住宅　　避難者数</td></tr>
<tr><td colspan="3">家庭訪問地区　　避難者数</td><td colspan="4">その他</td></tr>
<tr><td>ライフライン</td><td colspan="7">電気・水道・ガス・電話</td></tr>
<tr><td rowspan="3">従事者</td><td colspan="7">医師：　保健師：　看護師：　薬剤師：　PSW：　その他：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">総数</td><td colspan="2">当該地域</td><td colspan="2">県内常駐支援</td><td rowspan="2">県外常駐支援</td><td rowspan="2">巡回支援</td></tr>
<tr><td>保健所</td><td>市町村</td><td>保健所</td><td>市町村</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td>相談・診療状況</td><td colspan="3">健康相談者数　　人</td><td colspan="4">医師による診察受診者数　　人</td></tr>
<tr><td rowspan="8">健康状態</td><td colspan="3">人工呼吸器装着　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">在宅酸素療法　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">透析　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">妊婦　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">乳幼児　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">難病　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">身体障害者　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">精神障害者　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">知的障害者　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">要介護高齢者　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">高血圧　人（ケア：　　）</td><td colspan="4">糖尿病　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（咳・発熱）人（ケア：　　）</td><td colspan="4">（下痢・嘔吐）人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">その他要観察者　人（ケア：　　）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">要支援個人票番号</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">《問題》</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">《対策および対応》</td></tr>
<tr><td>清潔・環境</td><td colspan="7">トイレの状況　（清潔　・　不潔）　　手洗い液確認</td></tr>
<tr><td>不足物資
（不足医薬品）</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>医師派遣必要性</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>こころのケア必要性</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>福祉用具必要性</td><td colspan="7">ねたきり者・車椅子使用者等への対応</td></tr>
<tr><td>引継ぎ事項</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>今後必要な支援</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

様式Ｂ　避難所健康支援時系列活動報告書（日報）

日時：　　月　　日　避難所名：　　活動班：　　記載氏名：

時刻	活　動　内　容

様式Ｃ　こころのケアチーム　診療・相談個人票

カルテ No　　平成　　年　　月　　日

氏名		男・女	大・昭・平　年　月　日生　　歳
住所			避難所
避難者の状況			
所見			
対応状況			

様式Ｄ　心のケアチーム相談・診療連名簿

平成　　年　　月　　日　　避難所：

カルテ番号	氏名	年齢	住所	所見・病名	処置・投薬・入院等

様式Ｅ　こころのケアチーム時系列活動日誌

活動日	平成　　年　　月　　日（　　）	チーム		記録者	
メンバー					
時刻	場所	活　動　内　容			
特記事項					
引継ぎ事項又は次回計画等					

様式Ｆ　こころのケアチーム　活動報告書（日報）

活動日	平成　　年　　月　　日（　　）		記録者	
チーム		活動場所		

職種	人　数	区分	避難住民	自宅訪問	来訪	その他	関係者	合計
医師		大人						
心理士								
保健師		子ども						
看護師								
その他		合計						
合計								

診療相談実施状況

①内訳

年齢	~6	7~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	合計
男性										
女性										
合計										

②相談件数

年齢	~6	7~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	合計
男性										
女性										
合計										

③コンサルテーション

年齢	~6	7~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	合計
男性										
女性										
合計										

愁訴分類（重複可）		
	①不眠・睡眠障害　（　　件）	⑥幻覚・妄想　（　　件）
	②不安・恐怖　（　　件）	⑦食欲不振　（　　件）
	③イライラ　（　　件）	⑧集中困難　（　　件）
	④無気力　（　　件）	⑨抑うつ気分　（　　件）
	⑤不穏　（　　件）	⑩アルコール問題　（　　件）
	⑪その他　（　　件）（具体的内容）	

医療機関紹介・搬送	件数（　　件） 具体的病状
継続支援必要者	男性（　　名）　女性（　　名）　合計（　　名） 継続支援必要者のうち、特記すべき事項
特記事項	1日の診療状況、救護班の必要経費として支出した物品・金額等を記入

様式Ｇ　生活居住平面図 MAP

様式Ｈ　こころのケアチーム健康相談等週間予定表

曜日	日時	健康支援活動内容	
		午前	午後
日	月　日		
月	月　日		
火	月　日		
水	月　日		
木	月　日		
金	月　日		
土	月　日		

様式Ｉ　災害時における精神科医療機関の初動機能聞き取り調査票（訪問調査）

医療機関名			
調査日時	年　月　日　時　分		
報告者			
参集者数	精神科医　人	看護師　人	目測で大まかな人数
	薬剤師　人	その他　人	
	合計　人		
施設状況	全壊　半壊　無傷		職員から聴取
使用不能な機能	X 線室　検査室　救急室　給食室		
被災ライフライン	電気　水道　ガス　燃料		
医薬品	不足　足りている　不明		不足の内容連絡
受け入れ可能人数	人		職員に概数を確認
入院患者への支援	必要（搬送、その他）　不要		必要な支援内容を確認
入院患者	人、（内　人）		目測で概数把握
入院待機者	人、（内　人）		
外来治療中患者	人、（内　人）		
外来待機患者	人、（内　人）		
その他特記事項			

様式Ｊ　災害時における精神科救護所の初動機能聞き取り調査票（訪問調査）

救護所名	市町村　　救護所	
調査日時	年　月　日　時　分	
報告者		
開設日時	年　月　日　時　分	
運営責任者		
参集者数	精神科医　　人	目測で概数把握
	看護師　　人	
	薬剤師　　人	
	その他　　人	
	合計　　人	
施設状況	使用可　使用不可（全壊、半壊、他）	職員から聴取
設備状況	使用可　使用不可（　　）	
被災ライフライン	電気　水道　ガス　燃料	
不足医薬品		
外来待機患者	人、 うち措置入院相当　　人 医療保護入院相当　　人	目測で概数を把握
その他特記事項		

様式Ｋ　精神科救護所　診療カルテ

カルテ No＿＿＿＿＿＿＿＿　　平成　年　月　日

氏名		男・女	大・昭・平　年　月　日生　歳		
住所			避難所		
避難者の状況					
所見 （身体面） （精神面）					
対応状況 （服薬状況） （主治医の有無） （継続通院の有無）					

様式Ｌ　精神科救護所　診療連名簿

平成　　年　　月　　日　　精神科救護所名：

カルテ番号	氏名	年齢	住所	所見・病名	処置・投薬・入院等

（参考）精神保健分野 ICS/IAP/AC における時期別保健所の機能一覧

（共通機能分野）

対応部門		必要機能	平時	反応的対応期	事態対応期	復興期
共通機能	**保健所機能確保　（保健所長・総務部門）**					
	保健所の機能確保・維持	・インフラの確保 ・保健所人員確保 ・必要機材の確保 ・保健所ライフライン確保 ・指揮官の明確化	・インフラ整備 ・BCP の整備・訓練 ・調達方法確認・備蓄 ・ライフラインの強化	・活動能力判定 ・インフラ・人員 ・BCP の実行 ・指揮官の決定 ・指揮の開始	・活動能力判定 ・インフラ・人員 ・BCP の実行 ・指揮の継続	・通常状態への移行判断
	保健医療福祉部門支援機能　（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）	・アドバイザーのリスト化 ・近隣保健所長との連携	・アドバイザーリスト作成 ・参考となるアドレスのリスト化	・アドバイザー確保 ・指揮の開始 ・地域部門連携会議の開催	・アドバイザー確保 ・指揮の継続性の確保 ・地域部門連携会議の開催	・通常業務への移行 ・終結期の見定め
	報道機能	・一元的報道	・報道との顔の見える関係づくり ・報道官の設定 ・地域報道システムの構築	・一元的報道方法の決定周知 ・上部指揮機能との連携 ・地域報道システムとの連携開始	・一元的報道の継続 ・地元住民への地元情報の発信	・通常情報発信体制に移行
	渉外機能	・医療指揮部門との連携 ・上位指揮部門との連携	・連絡体制の確認と確保	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携開始	・医療指揮部門、上位指揮部門との連携	・通常業務への移行
	対応部門安全確保機能	・職場衛生管理 ・労働管理 ・健康管理	・危機管理時における衛生管理方法の確認 ・労働管理、健康管理方式の確認	・職員の健康チェックと作業量の決定	・職員の健康チェックと作業量の決定 ・職場の衛生管理	・職員の健康チェックと作業量の決定 ・職場の衛生管理（心の健康含む）
	経理・管理機能	・予算の確保 ・人員の確保	・災害時予算の確保方法の確認 ・応援体制の整備	・災害規模による必要予算見積もりの開始	・災害規模による必要予算見積もりの算出 ・予算獲得	・追加必要予算の見積もりの算出 ・予算獲得
	企画機能（保健医療福祉部門コーディネートチーム対応）	・地域情報の収集・分析 ・保健医療福祉部門コーディネートチーム編成	・情報収集体制の整備・訓練（衛星電話、EMIS、等） ・避難所基礎情報の整理 ・医療・福祉機関基礎情報整理 ・市町村基礎情報整理（要支援者）	・情報収集の開始 ・情報収集班の派遣 ・被災情報の収集 ・被災初期簡易判定の実施 ・BCP に基づく支援順位の決定 ・医療支援要請判断	・情報収集の継続 ・被災状況の変化把握 ・保健医療福祉支援の追加支援規模の推定 ・追加支援要請判断	・情報収集の継続 ・被災状況の変化把握 ・保健医療福祉支援の追加支援規模と期間の推定
	物流確保機能（地域医療機関等支援）	・対応部門の必要物品確保 ・連携機関との連携 ・医薬品の確保 ・医療器材の確保 ・医療機関のライフライン確保 ・保健福祉必要品確保	・必要物品のリスト化（調達先、備蓄量、その他） ・関連機関との連携による備蓄 ・ライフライン関連機関との連携	・現況物品、医薬品の確認 ・不足資材の確保開始 ・医療ライフラインの確保 ・連携機関との連携開始	・現況物品、医薬品の確認 ・不足資材の確保 ・医療ライフラインの確保 ・連携機関との連携	・必要物品、医薬品の確認と確保
	保健医療福祉対応部門（支援連携）　（保健所長・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 ・受援体制構築	・支援要請の判断 ・必要支援内容の判定 ・支援要請	・対応会議の開催 ・支援量需給判断 ・支援内容の判断	・必要な対応会議の開催 ・支援終了の判断
	支援受入調整機能	・管内支援団体との連携 ・管外支援機関等との連携	・支援団体のリストアップ ・支援機関との連絡会議	・支援要請の判断 ・支援内容の判定 ・支援要請	・支援者の食住・移動手段の調整 ・支援内容の調整	・支援終了の判断

（精神保健分野対応機能）

対応部門	必要機能	平時	反応的対応期	事態対応期	復興期
情報収集・発信機能	・精神科医療機関・障害者福祉施設等の被災状況把握システム整備 ・在宅精神障害者の被災状況把握 ・福祉避難所の把握	・関係機関・施設との連絡会議 ・在宅精神障害者のリスト作成 ・福祉避難所のリスト作成	・精神科医療機関障害者福祉施設等の被災状況把握 ・在宅精神障害者の被災状況把握 ・福祉避難所への障害者の避難状況把握	・精神科医療機関障害者福祉施設等の被災状況把握 ・在宅精神障害者の被災状況把握 ・福祉避難所への障害者の避難状況把握	・精神科医療機関障害者福祉施設等の復興状況把握
直接支援機能	・なんでも相談窓口設置 ・在宅精神患者等への医薬品確保等の支援	・相談ホットラインの確保 ・在宅精神障害者要援護者リスト作成	・相談窓口開設 ・在宅精神障害者要援護者の状況把握	・相談窓口開設 ・在宅精神障害者要援護者への医薬品確保等支援	・相談窓口継続設置 ・通常業務への移行
こころのケア	・こころのケア拠点整備（巡回診療相談システム）	・ライフラインの整備 ・設置場所調整 ・精神保健福祉センター等と調整 ・関係者連携会議の設置	・ライフラインの確保 ・備蓄食品の放出 ・精神保健福祉センター等と調整	・保健所等に拠点の設置 ・拠点運営会議（関係係者連携会議）の運営 ・支援システムに基づく支援開始	・こころのケア拠点の縮小し通常業務への移行
	・こころのケアチーム調整・支援	・チーム編成案の作成 ・他都道府県の精神科救護班との連携 ・運用に係る医薬品等の確保	・支援要請の判断 ・要員の派遣要請	・備蓄医薬品放出 ・精神科救護所での診療 ・管内外の派遣要員による実施	・支援者へのこころのケア ・通常業務への移行
	・こころのケア相談窓口設置	・設置場所確保 ・相談要員確保	・電話回線の設置要請 ・相談要員の確保 ・こころの相談の開始	・こころの相談の継続実施	・こころのケア相談継続 ・通常業務への移行
精神科医療確保	・緊急精神科医療体制の整備	・緊急精神科医療体制の構築	・緊急精神科医療稼働状況の把握 ・外部支援の必要性の判断	・緊急精神科医療稼働支援（ライフライン確保、医薬品の確保等）	・通常緊急精神科医療体制への移行
	・精神科診療確保	・地域医療関係者の役割確認	・外部支援の必要性の判断 ・在宅障害者把握	・外部支援の要請	・被災精神科医療機関の復興支援
	・入院医療確保	・精神科病院の耐震化 ・連携病院確保 ・搬出システム整備（特殊病態患者搬送方法等） ・搬出要請方法の確認訓練 ・搬出拠点設定	・病院の稼働状況の把握 ・入院患者の搬出必要性判断	・搬出要請 ・搬出システムの稼動	・通常医療体制に移行
	・入院前避難所の確保（福祉救護所）	・福祉避難所リスト作成 ・精神障害者への初期救護の教育	・避難所要支援者人数把握 ・入院前医療状況の判断	・避難所要支援者人数把握 ・精神科救護班の派遣	・福祉避難所の解消
	・精神科救護所の整備	・精神科救護所リスト作成 ・精神科救護班と連携確認 ・精神科救護班の編成案作成	・必要性の判断 ・必要物品の把握 ・外部支援の判断	・精神科救護班撤退後の医療確保 ・必要物品の確保	・精神科救護所の閉鎖
市町村支援	・支援チーム派遣	・支援チーム編成案の作成	・支援要請の確認 ・支援チーム編成	・支援チーム派遣 ・窓口要員の派遣	・市町村職員へのこころのケア
	・被災障害者相談支援		・相談窓口対応要員の確保		・通常の連携体制に移行
地域精神保健福祉対策	【精神保健福祉法準拠支援】 ・24 条通報等への対応	・通報受理体制 ・面接訪問調査 ・27 条診察実施 ・応急入院病院の確保 ・移送・臨場要請 ・精神疾患患者への告知	・なんでも相談窓口で対応 【反応的対応期には災害対応を優先し地域精神保健福祉対策の必要性は低い】	・通報受理体制 ・面接訪問調査 ・27 条診察実施 ・応急入院病院の確保 ・移送・臨場要請 ・精神疾患患者への告知	・通常の体制に移行
	・精神障害疑い者への対応	・地域相談窓口 ・地域の見守り体制 ・医療連携作り		・訪問調査 ・調整会議 ・診察の実施 ・移送・臨場要請 ・告知・継続訪問 ・措置入院及び医療保護	
	・38 条の 2 定期病状報告受理 ・38 条の 6 実地審査	・入院に係る定期病状報告受理 ・精神保健指定医師による診察	・精神科医療機関の被災状況把握	・入院に係る定期病状報告受理 ・精神保健指定医師による診察	

	・45 条手帳交付指導 ・46 条正しい知識の普及 ・47 条相談指導 ・実地指導（局長通知） 【心神喪失者医療観察法準拠の支援】 ・鑑定留置入院 ・地域処遇等 【障害者総合支援法準拠の支援】 ・通院医療費負担 ・支援給付及び地域生活支援事業 【その他施策】 ・地域移行事業 ・認知症対策 ・アルコール対策 ・うつ・自殺対策	・手帳交付指導 ・正しい知識の普及推進体制づくり ・精神保健相談窓口設置 ・専門相談精神科医師の確保 ・相談指導体制整備 ・実地指導体制の整備 ・鑑定留置入院への協力体制 ・地域処遇等会議への参画 ・通院医療費負担事務指導 ・支援給付及び地域生活支援事業支援体制整備 ・地域移行事業・認知症対策支援 ・精神科医療ネットワークの構築	・障害者総合支援施設の被災状況の把握	・手帳交付指導 ・正しい知識の普及推進 ・精神保健相談窓口設置 ・専門相談精神科医師の確保 ・相談指導体制整備 ・実地指導の実施 ・鑑定留置入院への協力 ・地域処遇等への支援 ・支援給付及び地域生活支援事業支援 ・地域移行事業・認知症対策支援 ・精神科医療ネットワークの構築支援	

Ⅱ、東日本大震災における精神保健対策に関する調査報告

1．目　的

東日本大震災における精神保健対策の実施状況の把握とともに、対策の実施における課題等について被災保健所から自由に意見をもとめ、今後の自然災害時における精神保健福祉業務推進の資料とすることを目的として調査を実施した。

2．方　法

東日本大震災被災東北3県の保健所を対象に、平成24年8月1日から31日までの期間に電子メールによるアンケート調査を実施した。

3．結　果

⑴回答率など

表1－①　回答率など

	岩手県	宮城県	福島県	計
対象保健所数	10	12	8	30
回答保健所数	4	8	6	18
回答率（%）	40.0	66.7	75.0	60.0

・調査票は岩手県、宮城県、福島県の全30保健所に送付した。
・回答が得られた保健所は全体で18か所（60.0%）であた。
・回答保健所の中には2か所の政令指定都市の保健所と2か所の中核市保健所が含まれる。
・岩手県からの回答が少なく、回答は内陸部に位置する5保健所中の2か所と沿岸部に位置する5保健所中の2か所であり、回答の有無と管轄区域の被災状況等とは関係がないように思われた。

⑵保健所の属性など

1）　問1－②　所管人口

表1－②　所管人口の分布

所管人口（千人）	～50	51～100	101~200	201～300	301～400	401～	計
保健所数	1	5	5	3	2	2	18
率（%）	5.6	27.8	27.8	16.7	11.1	11.1	100

・所管人口は約3万人から約48万人の開きがあり、ほぼ半数（10か所）の保健所の所管人口は5万人から20万人の間にあった。

2）　問1－③　常勤職員数の規模（保健福祉事務所など統合事務所では全体の職員数）

表1－③－1　常勤職員数総計

職員数（人）	～50	51～75	76～100	101～	計
保健所数	8	4	4	2	18
率（%）	44.4	22.2	22.2	11.1	100

表1－③－2　常勤医師数

職員数（人）	0	1	2	3～	計
保健所数	1	16	1	0	18
率（%）	5.6	88.9	5.6	0	100

表１－③－３　常勤保健師数

職員数（人）	0	1～5	6～10	11～20	21～	計
保健所数	0	2	6	7	3	18
率（%）	0.0	１１．１	３３．３	38.9	16.7	100

表１－③－４　常勤放射線技師数

職員数（人）	0	1	2	3	計
保健所数	11	6	0	1	18
率（%）	６１．１	３３．３	0	5.6	100

表１－③－５　常勤精神保健福祉士

	0	1～	計
保健所数	18	0	18
率（%）	100	0	100

・保健所により常勤職員数において 27 人から 224 人の大きな開きがあった。50 人以下が 8 か所、51 人以上 ~100 人以下が 8 か所で、平均人数は 66 人、中央値は 63 人であった。
・専門職の常勤配置人数は、医師ではおそらく保健所長の兼務のため常勤医師がいないと回答した保健所が 1 か所あり、1 人配置が 16 か所、2 人配置は 1 か所であった。保健師では、4 人から 24 人の幅があった（平均は 12 人、中央値は 11 人）。放射線技師については、配置のない保健所が 11 か所、1 人配置が 6 か所、3 人配置が 1 か所あった。常勤の精神保健福祉士が配置されている保健所はなかった。
・県毎に専門職の常勤配置数をみると、保健師は岩手県が 4 人から 6 人、宮城県が仙台市の 2 つの保健所はそれぞれ 22 人、24 人、県の保健所は 6 人から 13 人、福島県が中核市の 2 つの保健所はいずれも 20 人、県の保健所は 6 人から 22 人であった。放射線技師が常勤配置されている保健所は岩手県が 4 か所中 2 か所、宮城県が仙台市の 2 保健所のみで県の 6 保健所には配置されておらず、福島県が 2 つの中核市のうち 1 か所、県の保健所 4 か所中 2 か所であった。

3)　問２－①②　精神保健部門の体制

表２－①　精神保健部門の体制

	課制	係制	担当制	その他		計
				班制	グループ制	
保健所数	1	4	8	4	1	18

表２－②　常勤職員数の規模別保健所数

	0 人	1 人	2 人	3～4 人	5～9 人	計
医師	17	1	0	0	0	18
保健師	0	1	4	7	6	18
精神保健福祉士	17	1：注 1)	0	0	0	18
臨床心理士	16	0	2	0	0	18
事務系職員	8	5	4	1	0	18
その他	17	1	0	0	0	18

＊注 1)：1 保健所が、職員全数の問（問１－③）では「0」、個々では「1」と回答している

・保健所の精神保健部門が課体制をとっているのは 1 か所、係制は 4 か所であり、精神保健部門のみである程度独立した体制をとりうる保健所は多くないと考えられた。なお、課体制と答えた保健所は、所管人口が約 14 万人、全職員数は 30 人、精神保健部門の職員数は 3 人であった。

・当該部門の職員数は、ほぼ半数の 10 か所で 5 人以上 10 人未満であった。

・医師、精神保健福祉士、臨床心理士などの専門職の常勤配置は少なかったが、保健師は 13 か所で 3 人以上 10 人未満が配置されていた。

4) 問２－③ 管内の精神科入院患者数など

表２－③－１ 管内の精神科入院患者数などの規模別にみた保健所数

			0 件	1 件～25 件	26 件～50 件	51 件～100 件	101 件～	未記入
通報種別								
	23 条通報	平成 22 年度	10	3	0	0	0	5
		平成 23 年度	9	4	0	0	0	5
	24 条通報	平成 22 年度	0	13	2	3	0	0
		平成 23 年度	0	14	2	2	0	0
	25 条通報	平成 22 年度	4	11	0	0	0	3
		平成 23 年度	3	10	0	0	0	5
	26 条通報	平成 22 年度	7	6	0	0	0	5
		平成 23 年度	3	10	0	0	0	5
	他の通報	平成 22 年度	11	1	0	0	0	6
		平成 23 年度	10	4	0	0	0	4
	通報合計	平成 22 年度	0	11	5	1	0	1
		平成 23 年度	0	12	2	3	0	1
34 条移送		平成 22 年度	8	6	1	0	0	3
		平成 23 年度	8	5	1	0	0	4
入院種別								
	措置入院	平成 22 年度	1	16	1	0	0	0
		平成 23 年度	0	17	1	0	0	0
	医療保護入院	平成 22 年度	0	3	2	3	7	3
		平成 23 年度	0	3	2	4	7	2
	任意入院：注 2)	平成 22 年度	0	2	0	0	3	13
		平成 23 年度	0	3	0	0	3	11

＊注 2)：任意入院について、平成 22 年度で 1~25 件の 2 保健所の回答はそれぞれ 1 例、2 例であり、一方、100 件以上の 3 保健所は 200 例から 600 例という数字をあげている。多くの保健所で正確な数値が把握できていないと考えられる。

表２－②－２　通報、移送、入院件数の年度比較

	通報種別					
	23 条通報	24 条通報	25 条通報	26 条通報	その他	合計
平成 22 年度	4	373	32	37	1	443
平成 23 年度	4	382	23	28	10	456

	34 条移送	入院種別	
		措置入院	医療保護入院
平成 22 年度	70	131	2268
平成 23 年度	69	143	2499

・通報の種別によっては未記入の保健所も多いが、回答があった保健所の範囲では、通報の合計数は 5 件から 81 件の幅があり、25 件までの保健所がほぼ半数の 11 か所であった。
・措置入院は 1 件から 36 件の間で、25 件までの保健所が 16 か所であった。医療保護入院の件数は 3 件から約 300 件まで大きな差があり、平均は 151 件、中央値が 75 件であった。
・通報や法的入院の対応は保健所によっても異なる面もあるが、この数字からみても平常時の精神保健関連業務の量は保健所により大きく異なると考えられる。
・平常時と考えられる 22 年度と災害後の 23 年度を比較すると、通報件数と 34 条移送には大きな変化はなく（ただし、内容は不明であるが「その他」の通報件数が 1 件から 10 件に増加している）、措置入院と医療保護入院件数はいずれも 10% 程度増加している。個々の保健所毎にみても、これらの傾向にかわりはなかった。数字のみでは保健所の対応の詳細は不明であるが、少なくとも災害後も平時と同様かそれ以上の活動がなされていたと考えられる。

⑶災害などを想定した平時における事前対応

1）　問３～問６　こころのケアなどを含むマニュアルやガイドライン

表３　こころのケアなどを含むマニュアルやガイドラインの策定の有無

	作成済み	作成予定	未作成	計
保健所数	14	2	2	18
率（%）	77.8	11.1	11.1	100

表４－①　マニュアル等の作成の中心となった組織（複数回答あり）

	保健所	本庁所管部局	精神保健福祉センター	その他
回答数	0	3	14	0

表４－②　マニュアル等の作成の時期

	～ H16 年	H17 年～ H22 年	H23 年～
保健所数	0	7	9

表５　マニュアル等の作成のきっかけ（複数回答）

	地震等の災害	大規模事故	政策的課題	その他 *
保健所数	13	0	1	3

その他：・いずれ発生すると考えられる宮城県沖地震を想定して作成。
・平成 23 年 3 月には政策的課題としてマニュアル案を作成し、その後震災を経て完成した。
・全国の災害発生状況を鑑み、平成 23 年度中に作成予定であった。

表６　原子力事故を想定した放射線被曝の不安へのケアについての記載の有無

	記載あり	記載なし	その他*	計
保健所数	4	10	2	16

その他：・今年度の作成に向け精神保健福祉センターで内容を検討中（宮城県）。
・今年度中に作成予定。

・マニュアル等は 14 の保健所で作成済み、予定が 2 か所、未作成は中核市の 2 保健所であった。
・マニュアル等は予定も含め精神保健センターか本庁の所管部局が中心となって作成されていた。
・作成の時期は、平成 17 年から作成されはじめ、今回の震災前には 7 か所、24 年度までに 16 か所で作成されている予定である。なお、今回の震災前の平成 17、18 年度に作成されていたのは岩手県の保健所と、宮城県の保健所の一部と仙台市の保健所であった。
・ほとんどの保健所が地震などの災害をきっかけに、あるいは、これらの発生を想定してマニュアル等が作成あるいは予定されていた。
・放射線被曝の不安へのケアに関してすでに記載があるマニュアル等を作成している保健所は 4 か所（福島県の県保健所 4 か所、作成時期は今回の震災後）あったが、記載がない所も 10 か所あった（その他と回答した保健所を含めると 11 か所）。

2）　問７　東日本大震災以前に保健所で取り組んでいた事項

表７　東日本大震災以前に取り組んでいた事項（複数回答）

	連携体制作り	マニュアル整備	要援護者リスト作成	災害時療養支援計画作成	研修実施
保健所数	11	5	6	1	1
率（%）	61.0	27.8	33.3	5.6	5.6
	実地訓練	過去の経験を活かす伝承	こころのケアに関する研修	住民に対する健康危機対応	その他*
保健所数	5	5	4	2	4
率（%）	27.8	27.8	22.2	11.2	22.2

＊）その他：自殺防止対策（民生委員などへの啓発）、非常時優先業務一覧作成、こころのケア研修。
・約 60% の保健所で「連携作り」に取り組まれており、次いで「要援護者リスト作成」、「マニュアル整備」、「実地訓練」、「過去の伝承」などが約 30% の保健所で取り組まれていた。

⑷問８　東日本大震災発生時の精神保健対策に関する連携機関

表８　東日本大震災発生時に精神保健対策に関して連携した機関

	医師会（精神科医会含む）	薬剤師会	管内医療機関	精神科診療所協会・病院協会	看護協会	臨床心理士会	精神保健福祉士会
保健所数	7	2	12	2	1	3	1
率（%）	38.9	１１．２	66.7	１１．２	5.6	16.7	5.6
	精神保健福祉センター	教育機関	市町村	社会福祉協議会	地域自治会	民生児童委員協議会	その他*
保健所数	12	1	10	0	0	1	5
率（%）	66.7	5.6	55.6	0	0	5.6	27.8

＊）その他：管外医療機関、県立医科大学、児童相談所、地域障害相談支援事業所、地域包括支援センター。

・70% 近くの保健所が管内医療機関、精神保健福祉センターと連携をとっていた。次いで、市町村、医師会（精神科医会を含む）の順であった。政令市保健所の一つは「その他」として地域包括支援センターなどと直接連携したと答えていた。

⑸東日本大震災発生後３日以内の対応

1） 問９　保健所における精神保健対策

表９　取り組み事項

	医療機関被災状況等の情報収集	要援護者の状況把握	巡回健康相談・訪問指導	こころのケアに関する拠点の設置	関係機関連絡会議の開催	こころのケアに関する相談	メンタルヘルスを含む健康調査
保健所数	14	6	3	0	0	5	0
率（%）	77.8	33.3	16.7	0	0	27.8	0
	精神科救護所の設置	相談窓口の設置	ケアチームの編成派遣調整	その他 *	特別な対応できず		
保健所数	0	3	2	3	4		
率（%）	0	16.7	11.2	16.7	22.2		

＊）その他：・保健師チームの受入調整。
・市町村担当者への情報提供。
・避難してきた精神科入院患者の転院調整、移送。

・全く特別な対応を実施できなかったと回答した保健所が４か所あった。うち３か所は沿岸部に位置する保健所であった。

・「情報収集」は約 80% の保健所で行われており、次いで「要援護者の状況把握」や「こころのケアに関する相談」が約 30% で実施されていた。しかし、その他の対応が行われたのは少数の保健所のみであり、発生３日以内では充分な対応を行うことが困難であったと考えられる。

2） 問 10　保健所内における精神保健対策の体制

表 10　保健所内の新たな体制整備の有無

	整備した *	整備無し（既存の庁舎行動指針等で対応）	その他 **	計
保健所数	2	14	2	18

何に基づいて整備したか：・「災害時保健師活動マニュアル」「災害時メンタルヘルス支援マニュアル」。
・保健所内における上司の判断指示。

＊＊）その他：精神保健に特化したものではないが、保健活動チームを整備（2 保健所）。

・「災害時保健師活動マニュアル」や「災害時メンタルヘルス支援マニュアル」に基づいた体制整備、上司の指示による体制整備を行ったと回答した保健所が２か所、精神保健対応に特化はしていないが種々の保健活動を行う体制を組んだ保健所が２か所あった。

・大半の 14 か所の保健所では新たな体制の整備は行われていなかった。

3） 問 11　関係機関・団体との連携方策

表 11　連携方策の種類（複数回答）、（無回答の保健所が 1 か所、率の分母は 17 か所で計算）

	現地精神保健対策本部員として活動	精神保健対策コーディネータと役割調整	市町村との支援調整	精神保健福祉センターと派遣調整	こころのケアセンターと派遣調整	避難所管理者と訪問調整	本庁所管部局と派遣調整
保健所数	0	2	7	2	0	5	3
率（%）	0	11.8	41.2	11.8	0	29.4	17.6

	未実施	その他 *
保健所数	6	1
率（%）	35.3	5.9

＊）その他：記載なし（1 か所）。

・「市町村との支援調整」、「避難所管理者との訪問調整」を実施した保健所がそれぞれ約 40%、約 30% あった。

・「市町村との支援調整」は、マニュアル策定済み保健所の実施率が、未策定保健所に比べ高い傾向にあった。（p=0.058）

・「連携方策を実施できず」の中には、津波警報発令や保健所の浸水により連携活動が実施できなかったと回答した所が各々 1 か所、残りの 4 か所は問 9 において「特別な対応は実施できなかった」保健所であった。

4） 問 12　保健所外の情報収集

表 12　情報収集の種類（複数回答）、（無回答の保健所が 1 か所、率の分母は 17 か所で計算）

	精神科医療機関の被災情報	精神科救護所の設置情報	精神科救急対応医療機関の情報	こころのケアチームの派遣情報	在宅精神障害者の被災情報	実施できず	その他 *
保健所数	12	0	4	2	2	3	4
率（%）	70.6	0	23.5	11.8	11.8	17.6	23.5

＊）その他：・避難所における精神科的ニーズ。
・福祉施設等の被災状況。
・前 4 事項は精神保健センターが、最後の 1 事項は障害者相談支援事業所が実施。

5） 問 13　被災者・被災機関への直接的な支援内容

表 13　直接的支援の内容（複数回答）、（無回答の保健所が 1 か所、率の分母は 17 か所で計算）

	在宅精神障害者の医薬品の確保	市町村への訪問巡回人員の派遣	精神科医療機関への調査要員派遣	市町村への相談窓口・健康チェック職員派遣	実施できず	その他 *	特になし
保健所数	1	4	2	0	3	8	1
率（%）	5.9	２３．５	１１．８	0	17.6	47.1	5.9

＊）その他：・避難所巡回。
・患者移送・被曝スクリーニング。
・精神科医療機関の診療情報提供。

・回答の中では「市町村への訪問巡回人員の派遣」が 4 か所で最も多かったが、選択肢にはない支援も実施されていた。
・しかし、保健所自身が被災したなどの理由から系統だった支援は十分に行うことが難しい状況であったことも伺われた。

6） 問 14　相談窓口等の設置

表 14　相談窓口の形態

	相談 ホットライン	こころのケア 相談窓口	実施できず	その他 *	無回答
保健所数	0	0	2	12	4
率（%）	0	0	11.1	66.7	22.2

＊）その他：・電話不通のためホットライン設置は不可。
・必要時に対応する体制を取った。
・既存の窓口で対応した（5 か所）。
・通常の電話相談と巡回相談。
・避難してきた住民に対して個別の相談に対応した。
・新たな窓口は設置せず、通常の相談窓口につながった際に携帯電話番号を教える等で対応した。
・係直通電話で対応。
・窓口の設置はなし。

・発災後 3 日以内にホットラインや相談窓口を設置した保健所はなかった。「その他」としての回答からは、通信手段自体が機能しない状況であったことや精神保健に特化した窓口の設置が可能か、また、特化させるべきかなどの問題も伺われる。

7） 問 15　発災後 3 日以内で取り組むべき事項、または取り組めなかった事項（自由記載）
・通信が途絶え、津波警報が解除されない中、初期対応である情報収集も困難を極め、相談窓口の設置や避難所での健康相談等の対応を実施することはできなかった。
・発災直後は通信手段が失われ、道路も損壊したり、瓦礫等が山積み状態となって交通手段も失われた。被害の大きかった地域に入ること自体に相当な日数が必要であった。
・保健所自体が津波被害を受け、災害活動は津波警報が解除された 4 日目（3 月 14 日）からとなった。電気、水道のライフラインは断たれ、通信手段は所内で 2 台の携帯電話。公用車は半数が流され、ガソリンの入手も困難、道路も一部寸断され、県庁主幹課との連絡も取れない状況であった。震災直後は、人命救済、安否確認、避難所での食事確保等が優先であり、精神保健活動は緊急対応以外は数日後になると思う。災害直後は保健活動チームを編成し、業務別ではなく精神保健を含め感染症や要介護者など全体的な把握、対応となると思われる。
・外部との通信が繋がらなかったり、事務所が被災したこと等から、外の情報が掴めず大変であった。本来なら医療機関情報を早期に確認し、市町村に情報を流したり、患者の対応に向けた調整を図ったり、外部からの応援を求める等、保健所の役割は多々あったが、何もできなかった。
・管内の市町も被災し混乱状況にある中で、地域 , 関係機関等の現状把握からして大変な状況にあった。状況把握以外の次のような動きは 2 日以内ではできていなかった。（相談窓口の設置・精神保健福祉センターと派遣調整・本庁所管部局と派遣調整・精神科救急対応医療機関の情報把握・在宅精神障害者の被災情報把握・相談ホットラインの設置）。
・1 週間近くインフラが寸断された状況で避難所での救護活動を中心に活動を実施していた。政令市

であり、問いにある役割や調整は本庁や精神保健福祉センターが担当した。当保健所に派遣されたケアチームは、当市の精神保健福祉センターからで、発災後 4 日目であった。
・原発事故に伴う避難情報が不十分であり、避難所担当者等への相談窓口の周知や、職員の派遣が 3 日以内には出来なかった。また、患者の移送にあたり原発事故に伴う被曝スクリーニングとの調整がスムーズでなく移送に時間を要した。
・広範な被災で避難所数も避難者数も膨大で、取り組むべきことは多かったと思うが、3 日以内と限定した場合、求めのあったものへの対応しかできていなかった。精神障害者のための避難所の環境調整は必要であったと思う。
・直接的な被害なし。沿岸被災地へ支援実施した。

・管内の各地域毎に被災状況の情報収集を行い、精神保健対策に必要なニーズの把握。必要に応じ所内の体制整備と本庁、精神保健福祉センターへの発信など。
・管内医療機関、社会復帰施設の被災状況把握。
・精神科救護所の設置、相談窓口の設置、災害発生直後のこころのケアチームの編成・派遣。

・要援護者の状況把握
・市民からの問い合わせも多く、医療機関情報（診察可能かどうか）が早期に得られることが重要だと思われる。
・直接的に被害、被災者もなく、また避難者もいなかったことから何も取り組みはしなかった。

⑹災害発生後 4 日以降の対応

1） 問 16　保健所の精神保健対策に関する取り組み

表 16　取り組み事項（複数回答）、（無回答の保健所が 1 か所、率の分母は 17 か所で計算）

	情報収集（医療機関被災 / 救急対応状況等）	要援護者の状況把握	巡回健康相談訪問指導	こころのケアに関する拠点の設置	関係機関連絡会議の開催	こころのケアに関する相談	メンタルヘルスを含む健康調査
保健所数	14	9	12	4	6	12	6
率（%）	82.4	52.9	70.6	23.5	35.3	70.6	35.3
	精神科救護所の設置	相談窓口の設置	巡回チームのこころのケア	精神科医療の確保	医療関係者との情報交換	市町村対策本部との連携	精神保健対策コーディネータ支援
保健所数	0	7	10	3	10	9	1
率（%）	0.0	50.0	58.8	17.6	58.8	52.9	5.9

・震災発生後 3 日以内の対応に比べ、非常に多様な対応が多くの保健所で実施されるようになった（問 9、表 9 参照）。
・「情報収集」は 80% 強の保健所で、「巡回・訪問」、「こころのケア相談」等は約 70% で、次いで、「精神科医療関係者との情報交換」、「巡回チームによるこころのケア」、「要援護者の状況把握」、「相談窓口の設置」、また「市町村（対策本部）との連携」も半数以上の保健所で実施された。

2) 問 17　こころのケアに関する対応

表 17　こころのケア関連事項（複数回答)、(無回答保健所が 1 か所、率の分母は 17 か所で計算)

	こころのケアチーム所内編成調整	精神保健福祉センターと派遣調整	本庁所管部局と受入調整	こころのケアチームの受入・活動調整	医療救護班 / 健康巡回チームとの情報共有	その他 *
保健所数	2	9	7	12	13	3
率（%）	11.8	52.9	50.0	70.6	76.5	17.6

＊）その他：・沿岸被災地への支援実施。
・こころのケアに関する意見交換会の開催などにより、地元中心の体制への移行支援。
・管内市町で地区担当制をとり、市町ごとのこころのケア体制の再構築を支援。

・「医療救護班・健康巡回チームとの情報共有」が 13 か所で実施されており、また、「こころのケアチームの受入・活動調整」をはじめとする精神保健福祉センターや本庁所管部局とのチームの受入調整が多くの保健所で行われていた。
・保健所内でこころのケアチームを編成した所は 2 か所であった。

3) 問 18　精神科医療の確保方策

表 18　精神科医療の確保関連事項

	精神科緊急医療状況の把握	医療機関障害者施設への関連物資の確保支援	障害者施設等の被災状況把握	在宅精神障害者の医療提供状況把握	避難所巡回チームによる要治療者の把握・紹介	精神科医療機関の被災状況把握	精神科救護所の設置調整
保健所数	7	4	9	3	13	12	0
率（%）	38.9	22.2	50.0	16.7	72.2	66.7	0

	患者等入院・転院等の調整	医療機関 / 障害者施設支援調整（水・電気・ガス等）	その他 *
保健所数	8	3	4
率（%）	44.4	16.7	22.2

＊）その他：・沿岸被災地への支援実施。
・震災直後に薬を失った精神障害者への薬の提供（市町村、支援チーム保健師、保健所保健師、精神科医療機関の連携による対応)。
・治療の必要な患者の受診支援。
・避難所巡回チームによる診療と要治療者への薬剤処方の提供。

・「避難所巡回チームによる要治療者の把握・紹介」や「患者等の入院・転院等の調整」等の個別の患者支援、また、「精神科医療機関の被災状況把握」や「精神科緊急医療状況の把握」等の情報把握に関しても実施されていた。
・「医療機関・障害者施設への医療関連物資の確保支援」や「医療機関・障害者施設への支援調整（水・電気・ガス等)」という直接的な支援も行われていた。

4） 問 19　県型保健所における市町村（対策本部）との連携方策

表 19　市町村支援関連事項（複数回答）、（13 の県型保健所からの回答）

	人材派遣	支援チームの活動調整	市町村対策本部への参画	巡回相談・健康状況把握	市町村職員へのこころのケア	その他 *
保健所数	7	8	0	9	6	2
率（%）	５３．８	６１．５	0	69.2	46.2	15.4

＊）その他：・こころのケアチームによる市町村職員等の惨事ストレス対応の調整。
・地方振興事務所長が市町対策本部にでており、そこから保健所長等に伝わってきた、間接的だったこともあり、うまく連携が図れなかった。

・選択肢の内「市町村対策本部への参画」を除く事項については半数以上の保健所で実施されていた。
・直接「市町村対策本部への参画」した保健所はなかった。

5） 問 20　発災後 4 日以降で取り組むべき事項、または取り組めなかった事項（自由記載）

・沿岸被災地へ支援を実施した。
・在宅精神障害者への医療提供状況の把握。
・発災後、県内外の多くのこころのケアチーム、保健師チームの支援が入り、精神障がい者に対する医療や被災者へのこころのケアの対応は、地元医療機関や市町村等との連携の下で概ね実施できたと考えている。地元中心の精神保健医療体制に移行していくことを目標に必要な取り組みを進めることが重要。その際、市町村の保健師のこころのケアへの対応力を向上させる取り組みを併行する必要がある。
・精神科救急医療については、地元精神科病院が稼働したので連携しての速やかな対応が可能だった。こころのケアについても、岩手医大こころのケアチームが常駐に近い形で対応し協同で対応にあたった。
・障害者施設の状況把握を本庁で行ったが、交通手段が許せば保鍵所で出向き聞き取りをすることで実態がより把握でき支援の検討に繋がったと思う。被災医療機関の把握は担当である企画総務班が行ったが、精神科医療機関に関しては人的余裕があれば精神担当班も一緒に行くと良かった。
・市町等の関係機関に対し、こころのケア対策について国や県の動き、新たな情報を提供していくこと、他機関の取り組みについて情報交換できる場面を提供していくこと。
・外部からの支援団体や関係機関の役割調整。
・市町の災害対策本部との協働、健康巡回チームとの情報共有、精神科救護所の設置調整、在宅精神障害者へ医療提供状況の把握。
・こころのケアの拠点に関する設置では、管内の避難所 2 ヶ所に相談室を設置した。問 16 の「12、精神科医療関係者との情報交換会」は実施できなかったが、管内の精神科診療所の医師（保健所の指導医）との何かしらの情報交換会は必須であったと反省している。問 18「4、在宅精神障害者への医療提供状況の把握」では死亡を含む安否確認も十分に出来ずにいた。仙台市で実施できなかったのは、マンパワー不足があったことが大きな理由ではあったが、比較的早期に地域の診療所で診察が再開されていたこともある。
・避難所に一気に多くの人が入り、環境に適応できない精神科疾患を持つ患者は、精神科医療機関に入院せざるを得ない状況であった。障がい者がゆっくり休める環境整備とケアにあたる人材が必要であった。
・精神科救護所の設置、相談窓口の設置、管内関係機関との連絡調整、在宅精神障害者への医療提供状況の把握、福祉避難所の設置に関する調整。

・支援者のこころのケア、被災者に対する生活支援・健康支援の継続。
・在宅精神障がい者の安否確認について、要援護者の名簿については65歳以上の独居高齢者や身体障害者、療育手帳所持者の一部となっている。精神障害者名簿の整備はこれからであり、個人情報取り扱い等の困難な点もあるが、障害者を取り巻く近隣地区で障害者の安否が確認できるよう自立支援協議会等で名簿の作成及び情報開示について検討していく予定となっている。
・市全域が被災して、水や食料やガソリン、薬剤の確保、人員不足に対し自分のところは自分で守るという状況であった。状況を把握しても直接支援できる状況になかった。

⑺問21～問22　東日本大震災発生時の精神保健に関する課題

1)　問21　精神保健対策を実施する際の各分野での問題点【自由記載】

①地域精神保健対策：精神保健福祉法に基づく通報等への対応

・法に基づく通報はなく、精神障がい者への対応では、服薬支援、受診支援、避難所の変更等を実施したが、関係機関との連携、調整等が円滑に行われ、大きな問題なく対応できた。
・精神科救急患者（急激に不穏状態を呈した患者）への対応。
・被災直後の精神症状が悪化した患者への対応（特に入院受入先の確保）。
・実際、6月に震災後初めて通報があった。宮城県警は行方不明者の捜索に追われており、精神障害者発見通報は控えていたと聞く。
・他圏域から避難してきた障害者についての事前情報がなかったことから、問題行動が見られた場合の対応に苦慮した。
・発災後4日目に警察官通報が入ったが、通信も途絶え、関係書類も公用車も流され、何もなくなった状況での対応は大変だった。この様な時は例外的に被災が少なかった保健所や精神保健福祉センターなどが対応してくれる体制整備が必要である。
・マンパワーの不足、医療機関の不足、地域（地理）的不利、電話の不通やガソリン不足により関係諸機関と連絡が十分取れなかった。警察署の被災、電話や電気の不通から情報が行き届かなかった事を背景に、警察から当初、通報時の連絡先の確認や、入院できる医療機関等に関する相談があり、県庁等で対応した。
・震災発生後6日目に警察官通報1件あり。保健所への連絡が取れず本庁を通しての通報連絡であった。対応困難な状態であり本庁を通じ近隣の他管内保健所での対応を依頼し、他管内保健所が対応した。
・診察のための医師や入院可能な医療機関の確保が平常時にまして困難となった。
・当所管内の精神科医療機関は、避難区域に指定された医療機関の入院患者の転院を受け入れたため病床超過となり、通報や相談業務の中で、入院が必要と判断されても受入れ医療機関の調整が困難な状況であった。←避難区域の近隣区域で通報等から医師が必要になった場合、避難区域近隣には応急指定病院がないため、当所管内の応急指定病院に移送となり、上記の転院者対応に加えて、新たな入院が重なり、通報等で特に保護室対応を要する患者の受入が困難な状態であった。
・管内の医療機関に被災地からの殺到、または病院内救急病棟の震災により建物損壊等により医療機関の入院受入ができなくなり、遠方までの受け入れ調整が必要となった。ガソリンの不足により移送業務や保健所職員が警察や病院に向かう移動手段が難しかった。震災対応等にも職員が取られ、また職員が事務所に来れない状況も重なり、通報できる担当職員数を確保するのが大変であった。
・県内の多くの精神科病院においてライフラインの停止、建物被害があったことにより、入院受入れが困難な状況に陥った。
・地域全体が被災した中で、診察のための精神保健指定医の確保、入院先の確保が困難であった。

②こころのケア：被災者・支援者へのメンタルサポート

・県内外の多くのこころのケアチーム、保健師チームの支援が入り、被災者へのこころのケアの対応は、市町村等との連携の下で概ね実施できたと考えている。

・被災者の状況に沿ったメンタルサポートのあり方。

・こころのケアチーム派遣により対応したが、通信手段、交通手段が十分でない時期のニーズ把握は難しかった。

・うつ病やアルコール問題での受診者が増加。住民のセルフケア能力を高める必要が生じた。

・外部から様々な団体やボランティア等が応援に入ってくれて助かる面も多いが、よく分からない団体が勝手に避難所に入り活動したり、関係者のミーティングに参加し無責任な情報を流す等、市町毎に調整を図り体制をつくりながら活動しても、かき回されて、その対応に労力を費やした。医療救護チームやこころのケアチームが多く入ってきて、その調整を図るのが大変だった。
県外からの応援チームから、活動方針を示して欲しいと言われたが、方針を立てるまでの地域の情報や考え方が整理されないと出来ない。今回のような大震災では地元の職員は疲弊し混乱している状況なので、そのプロセスの支援が必要である。

・当初県で想定していた「こころのケアチーム」の活動では、保健（予防）活動を主としていたところがあり、想定外の事へ対処しきれなかった面や事前に十分な情報提供ができなかった面があり、現場等を混乱させてしまったところもあった。

・避難所では、当保健所の保健師及び全国派遣保健師が毎日巡回で健康観察・相談を実施しており、その活動で精神的支援が必要と把握された方にこころのケアチームによる面接を実施した。巡回チームは日替わり、週替わりでメンバーが入れ替わることから、継続した関係性の相談がされにくく、また被災者の中には周囲から「こころが病んでる人」と見られることを嫌がり、自ら相談に来る事を躊躇する方が多く見受けられたことから、通常の健康相談を通じて把握し、繋げるように心掛けた。支援者の精神的ケアについては当初から意識して対応することが出来た。但し、保健所職員を含む行政職員に対するこころのケアは十分と言えず、セルフケアで凌いでいたように思われる。そのことに気付ける余裕もなく、また巡回のこころのケアチームからも配慮されることはなかったと感じる。支援する側の支援が確立されていない。

・被災者へのメンタルサポートを行うために、他県のこころのケアチームの派遣を受け、避難所の巡回相談を行った。精神科病院毎の多職種チームであったが、3日毎にチーム交代となるため、派遣調整、活動後の引き継ぎ等に時間を要した。また、派遣される職員の全てが災害時のこころのケアに関して十分な知識があるわけではないので、専門機関の一定の研修受講等の必要性を感じた。支援者のメンタルサポートについては、予防的な働きかけやセルフケアについての啓発はしていたが、事業主体が明確でなく、具体的な支援を始めたのは今年度からであり取り組みも遅かったと思われる。

・ガソリン不足により管内への出張等の制限が加わり避難所へ出向くことが困難な状態であった。県外からのこころのケアの派遣チームが福島県に来たのは、災害後10日以上経過してからであり、また管内の医療機関でも混乱が続き被災者・支援者へのメンタルサポート体制ができたのも10日以上経過した後であったため、災害直後の緊急対応ができなかった。

・「こころのケア」のためという介入では相手から拒否されることがあるため、生活支援・健康支援を中心に、併せて心の支援についても配慮するということで関わっている。

・被災者支援が優先され、支援者のメンタルサポートは後回しになりがちである。同時にサポートを行うことが必要でも、人員やメディカルスタッフの不足等の問題もあり、困難な点が多い。

・被災者・支援者ともにメンタルサポートのPRが行き渡らず、ケアの必要な人の把握もスムーズでなかったと思われた。効果的な支援活動の構築である。

③精神科医療の確保：精神科救急・精神科救護所の調整

・精神科医療機関（病院 2、診療所 1）は被災しなかったことから、緊急度の低い患者の受診制限や薬の処方期間の短縮はあったものの、救急患者の受診、入院等の医療については確保されていた。なお、発災後、不安定になった認知症高齢者や、もともとメンタル面で脆弱性を有しストレスによる不調となった者による一時的な入院需要が増加したものの、国の定員超過を緩和する方針を踏まえて精神科医療機関が対応した。
・医療機関の被災状況や病院機能の状況の速やかな把握。
・避難所において治療の必要なケースは病院への受け入れ調整をし、受診（移送）支援を行なった。また、避難所等のこころのケアチームによる巡回相談を 4 月初めまで行った。こころのケアチームによる薬の処方は、患者の今後の受診行動を鈍らせたり、地元医療機関との関係もあり何らかのルール化が必要だと思う。
・通信が遮断されたことにより情報収集が困難となった。
・県内の精神科病院が長期にわたりオーバーベッドの状態となり、緊急対応時に受入してもらえる病院が見つかりにくかった。
・管内の入院ベッドのある主要な医療機関が流された為、入院ベッドが不足し、調整が大変だった。
・「こころのケアチーム」と医療機関との連絡調整についてアウトリーチで引き受けた（DMAT 含む。）。今回の震災時は、被災した精神科医療機関も多かったことを背景に、精神科救急にしても県外等のこころのケアチームに多くを担っていただいた。そのため敢えて救護所は開設しなかった。
・県内の多くの精神科診療所や病院が被災し、患者受け入れ調整に苦慮していたと思う。そのような状況の中でも、入院調整に問題が生じたことはなく、各医療機関の努力のお陰と思う。
・精神科救護所の設置はなかったが、こころのケアチームの調整で広く避難所を廻り、診察・処方を実施した。避難所以外の方は 3 月 23 日以降の浸水地域訪問調査後に把握されることとなり対応が遅れた。マンパワー的に早期の在宅精神障害者への対応は困難であった。
・被災直後の精神症状が悪化した患者への対応（特に入院受入先の確保）。
・原発事故の避難で、精神科医療機関や老健施設から医療機関に移送された患者の中には、名前や生年月日、病名、これまでの治療歴など基本的な情報が一切わからない患者が多数含まれており、医療機関における救急対応は困難を極めた。透析が必要な精神疾患患者について、一定時間内に透析をしなければならない状況であるにも拘わらず対応可能な医療機関を探すのに苦慮した。身体合併症のある方の救急受入先等も定めておく必要があると思われた。
・今回の大規模災害では、福島県への支援が届くと期待したが、原子力災害という特殊性の中で、その派遣が中断され、混乱した管内の精神科医療状況の中では、現地の体制整備もできず、精神科救急体制はもぐら叩きの様に対応に追われてしまった。その反省からも、県外からの応援が届くまでの間の早い時期は、身近な管内の関係機関で対応ができるように、日頃の身近なネットワークの中で医療や薬の確保ができる体制として、精神科救護所の設置や、災害時の救急体制を具体的（に）かつ実現可能な状態で検討し、災害前から常時シミュレーションをしていることが大事であったと痛感した。
・県内の多くの精神科病院においてライフラインの停止、建物被害があったことにより、入院受入れが困難な状況に陥った。
・予想外の規模の災害で、多数の避難所が開設され、精神疾患を持っている方が落ち着いて過ごせる環境調整は困難であったが、必要性は実感した。今後に向けて検討したい。

④市町村対策本部との連携

・当初、各支援チーム、市町村、保健所、関係機関の連絡調整の取りまとめは、保健所が中心とな

って実施し、6月頃からは各市町村が担当したが、連携は概ね確保されたと考える。
・精神保健に関して市町村対策本部との連携は取らなかった（市町村担当部署との連携はあり）。
・「保健所」として市対策本部に組み入れられておらず、間接的連携に終始した。（宮城県では地域復興事務所が対策本部に組み入れられていた。宮城県内には町対策本部が立ち上がらないほどの深刻な被災をしていた自治体もあった。）
・災害発生後間もない時期は、市町村対策本部から県の対策本部に入る内容や対策本部・当該市町村保健師・避難所担当者から直接精神保健担当に連絡がある事項に食い違いも多く、情報の共有が困難であった。市町村、県の相談等の窓口を明確にしておく必要があった。
・生活支援・健康支援の活動の中で、市町村保健師や保健福祉部門との連携は図っているが、市町村対策本部との連携は十分とは言えない。
・今回本部機能が発揮されるまでに時間を要したため、初動時においてはそれぞれが判断して行動せざるを得なかった。今後の課題と思われる。

2) 問22　今後の情報通信等の基盤として必要な事項【自由記載内容】
・被害状況等の情報収集の担当者、役割分担を決めて訓練しておくことが必要と考えられる。
・通信手段の確保、関係機関との情報共有・そのためのネットワークづくり。
・固定電話、携帯電話は使用不能となり、衛星携帯電話や職員の移動による伝達が通信の手段となった。基盤整備としては、衛星携帯電話を必要数確保することが、非常に重要と考える。一方で、情報通信手段が全く利用できない場合の情報連絡体制について地域の実情に応じて検討すべきである。
・主要な関係機関の間でできる通信手段の確保。役所関係の建物も自家発電設備が整っておらず、停電に対応できない所もあるので、活動拠点として稼働するための震災に強い施設整備。
・東日本大震災では、発生直後は生きることに精一杯で、もともと精神疾患があった人かストレスに対し脆弱な人が変調をきたしやすかったように思う。直後は不眠や不安を訴える人が多かったが、正面切って精神保健と銘打っての活動は敬遠され、身体的な問題から係わりを持ち精神的なものも確認していく作業だった。派遣いただいたこころのケアチームは、その辺は十分に理解し、幅広く対応いただいた。また保健所職員への啓発、遺体を発見した学生ボランティアへの対応なども快く引き受けていただき感謝しております。地元の医療機関は患者の治療で精一杯状態であり、災害直後は心のケアチームに頼るところは大きかった。（本所、支所間で情報が十分に共有できたわけではないので、回答は、回答者の理解している範囲での本所活動についての回答になっている部分もあります。）
・電話が不通になった場合に市町村、医療機関等の関係機関と早期から連絡がとれるようメーリングリストの準備が必要。
・無線機、衛星電話。
・衛星携帯の常備。非常電源の確保。NTT などの通信会社と事前に契約し、災害時に電源車や移動基地局車の配備を依頼することが必要と思われる。
・衛星回線の確保、ライフライン・ロジスティックの確保。
・通信手段が途絶えた今回の災害では、仙台市の多くの部署で情報伝達に支障を来しており、迅速かつ的確に情報収集し伝達することの必要性を痛切に実感した。今後は広範囲で検討がなされるところであり、保健所レベルでの回答は困難である。その上で、「情報通信の基盤整備に何が必要か」の回答とは違うが、今回の災害対応を通じ、民生児童委員、自治会、地域包括支援センター、訪問看護センターなど障害・高齢福祉関係者との日頃の連携の重要性を実感した。これらの関係者からの情報で、地域の精神障害者をはじめこころのケアを必要とする方を多く把握することが出来た。「避難所に行けば保健師がいる」この情報で、相談を受けることが出来たように思う。

・無線による情報通信網（非常電源等による）の整備。
・精神科救急の窓口について災害時も利用できる通信手段の確保。電話が不通の時期に、比較的メールがつながったので、関係機関のメールアドレスの情報整理。
・緊急時のガソリンの確保、災害時優先電話の確保（公衆電話、防災無線等）。衛星回線 / 衛星通信の公共施設への設置（災害時優先利用として）。災害時にアクセスし、診療情報、処方情報を電子媒体で参照、共有できる仕組み。テレビ局、ラジオ局と連携（公共無線システム）。アマチュア無線機の設置。
・県内の精神科医療機関の診療情報や入院情報（現在の入院数、受入れ可能数等）が毎日更新され、保健所等で把握できると良い。
・診療可能な精神科を含む医療機関、及び相談窓口等の情報が必要であることはもちろん、精神保健分野のみでなく、迅速なライフラインを含めた関連情報が早期に得られることが重要だと思われる。

4．考　察

調査対象とした岩手、宮城、福島の合計 30 か所の保健所のうち、回答は 18 か所からとなり回答率がやや低く、特に岩手県は回答率が 40% であった。今回の東日本大震災により、これら 3 県の保健所が被った被害は地震、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。このため、この調査により自然災害後の保健所における精神保健対応の状況を定型的に示すことは難しいと考えられる。しかし、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の程度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としては、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 18 保健所中 7 か所であり、特に、原子力発電所の事故の影響を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が、自然災害を強く意識した体制づくりかどうかは今回の調査では明確にできていない。

震災発生後 3 日以内の対応については、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。自由意見として多くの保健所が記載しているように、被災した保健所では、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は多くはなかったと考えられる。津波による流出・浸水を含む建物自体の損壊や交通及び通信手段の喪失などの被害があり、多くの保健所では精神保健対応のみに特化した対策を取ることは非常に困難であり、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。しかし、この時期においても、マニュアル等に基づき精神保健対策を行う活動チームを整備した保健所も存在した。また保健所が精神保健対策に関して連携した組織は、精神保健福祉センター（67%）、市町村（56%）、医師会（39%）であった。

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。この時期では、巡回相談・訪問指導やこころのケアチームの編成・派遣調整などは 2、3 か所の保健所で行われていたが、保健所外へ出ての直接的な支援を行うことは難しかった状況がうかがわれた。また、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。得られた情報から必要な対応の優先順位を決め、既存あるいは残された人員・体制・設備などを活用して活動を開始することが重要と考えられた。一方、患者搬送や精神科医療機関の診療情報の提供を行ったと回答した保健所もあった。

震災発生後 4 日以降になると、表 16 に示したように種々の精神保健対策を講じることができるようになっていた。被災者などへのメンタルサポートの観点からは、3 日以内にも行われていた情報収集などに加えて、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に焦点を当てた対応も多くの保健所で実施されるようになっていた。

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。精神科医療の確保方策として、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。在宅精神障害者の状況把握や医療機関・障害者施設へのライフラインに関する支援調整を実施できる保健所が現れていた。市町村との連携・支援では、表19に示すように人材派遣（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%）も多くの保健所で実施されていた。

なお、問9、問11から問19については、選択肢にあげた対応事項の実施の有無がこころのケアに関するマニュアル等の策定の有無に関係するかどうかを統計的に検討したが、系統だった関連はなかった。ただ、問11「市町村との支援調整」のみ $p=0.058$ と $p<0.1$ で傾向性がみられた。選択肢にあげた対応事項の実施状況はマニュアル等の存在以外に、保健所自体の被災状況が異なること、管轄区域の被災状況も津波・地震・原発事故関係など種々の様相を呈しており、地域により支援ニーズも異なっていたことなどが大きく影響すると考えられる。一方、今回の震災後には、ほとんどの保健所でマニュアル等が策定されているが、複合的な自然災害に対応が可能なマニュアルであるかどうかの検討が必要である。

今回の東日本大震災発生時の精神保健対策に関する課題を整理すると、精神保健福祉法に基づく通報等への対応については、通常通り実施された地域もあるが、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（受け入れ先の確定、搬送）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、数字のみでみると平成22年度と平成23年度において大きな差はなかったが、今回のように交通及び通信手段に甚大な障害が発生した場合の法的手続き等を継続させうる方策を検討する必要がある。

被災者及び支援者へのメンタルサポートに関する課題として、交通・通信手段の制限などによりニーズの把握が十分にできなかったこと、支援受入側として来援団体の調整の困難さ、支援する側として想定していた活動と現場のニーズとの齟齬、そして、早期から職員へのメンタルケアを効果的に実施することの難しさが明確になった。また、被災者に対し、はじめからメンタルヘルスサポートとしては接しにくく、健康・生活相談をきっかけにして状況の把握に努める姿勢が必要であり、健康巡回チームとの連携が求められた。

精神科医療の確保に関する課題は、災害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まず上げられる。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な問題である。また、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る必要があると考えられる。

市町対策本部との連携に関する課題については、今回の調査では組織的な連携体制が保健所と市町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。県型保健所の場合は、少なくとも保健所が所管する事項については市町村対策本部と常に情報共有しうる体制も検討する必要がある。

自由意見に多く述べられている情報通信等の基盤として必要な事項として、ハード面では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。一方、ソフト面では、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、日頃からこれらの様々な地域団体とのネットワークを構築しておくことが非常に重要と考えられる。

精神保健部門の体制に関しては、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」1）に精神保健福祉士や精神保健福祉相談員等を含めた職員配置等が記載されているが、今回の調査では表1-③-5に示したように精神保健福祉士を配置している保健所はなく、精神保健部門の体制も5人以上10人未満の保健所が約6割であり、常勤専門職員の配置が十分でないことがうかがえる。今後の精神保健福祉業務の市町村や精神保健福祉センター等との役割分担を踏まえた保健所の精神保健部門の充実強化が望まれる。

5．まとめ

自然災害時における精神保健福祉業務に関しては、平時の地域精神保健福祉業務を定めた「保健所及び

市町村における精神保健福祉業務運営要領」1）に準じた「災害時等における精神保健福祉業務手引き」の作成が望まれる。「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドライン」2）の作成が検討されているが、災害時等の精神保健福祉対策の記載が不十分であり、また平時と危機時の体制・業務は連動していることから「業務運営要領」の見直しにおいても、自然災害時における精神保健福祉対策の記載が必要である。

また都道府県内あるいはそれ以上の広域に及ぶ危機時への対応は、単独あるいは少数の組織では困難であり、精神保健福祉業務に関しても同様である。このため、平時から政令市保健所を含めた都道府県内の保健所が連携・協働しうる保健所同士の連携体制の整備を基本としながら、災害等の健康危機の規模に応じて、さらに、都道府県外の保健所から被災地域への支援・受け入れが可能な体制を早急に整備していく必要がある。

そのためには、分散化し多様化している、保健所間の支援を円滑に行うための共通の考え方や指示系統、手順等の方法を整理・成文化し共有しておくことが望ましく、有効な標準化の一つと考えられる日本版ICS（incident command system）を、現在保健所長会で作成中であり、各々の保健所・自治体で共有化・活用することも有効な手段の一つであると考える。

参考：

1．保健所及び市町村における精神保健福祉業務について：
http：//wwwhourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/170815au.pdf#search=' 保健所及び市町村の精神保健福祉業務運営要領 '

2．「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」報告書：厚生労働省平成 23 年度障害総合福祉推進事業，社団法人日本精神保健福祉連盟，201 2．3

別添

東日本大震災における精神保健対策に関する調査票

都道府県名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

回答者氏名		所属・職名	
電話番号		Emil アドレス	

【保健所基本属性】

問１　保健所全般についてお聞きします。

①保健所名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、②所管人口：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿人

③勤職員数※1)：＿人（うち医師＿人、保健師＿人、放射線技師＿人、精神保健福祉士＿人、その他＿＿人）

※1）　保健福祉事務所等の統合事務所の職員数を記載

問２　保健所精神保健部門についてお聞きします。

①精神保健部門はどのような体制ですか

ア、課制　　イ、係り制　　ウ、担当制

エ、その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

②精神保健部門の常勤の職員数※2)：＿＿＿＿人

（うち医師＿人、保健師＿人、精神保健福祉士＿人、臨床心理士＿人、事務＿人、その他＿＿人）

※2）　他の部門との兼務を含む

③精神科入院患者数等：※把握されていない場合は斜線を記入ください

	通報等件数						34条移送件数	入院件数			
	23条申請	24条通報	25条通報	26条通報	その他通報	通報等合計		措置入院	医療保護入院	任意入院	合計
22年度											
23年度											

【(災害などを想定した) 平時における事前対応】

問3、貴都道府県・政令指定都市・中核市において、災害時における「こころのケアに関するマニュアル」もしくは、「こころのケアを含む災害時の保健活動ガイドライン」を作成されていますか。

1、作成している　2、作成する予定　3、作成していない（⇒問7にお進みください）

問4、マニュアル等はどこの機関が中心となって作成（予定）されましたか。（　）内に作成又は予定年月日を記載ください。

1、保健所（　　）　2、本庁所管部局（　　）　3、精神保健福祉センター（　　）

4、その他〈　　〉（　　）

問5、作成（予定）されたきっかけは、どのようなことですか。

1、地震など災害　2、大規模事故　3、政策的課題　4、その他（　　）

問6、原子力発電所の事故を想定した放射線被ばく不安のケアは記載（予定を含む）されていますか。

1、記載（予定）されている　2、記載（予定）されていない　3、その他（　　）

問7、発災前に貴保健所で取り組んでおられたのは、どのようなことですか。(5つまで回答)

1、危機発生時に備えた連携体制づくり（管内関連機関連絡会議の実施、役割と連絡体制の確認等）

2、危機マニュアル整備　3、研修の実施〈例：危機管理一般、原子力発電所事故対応〉

4、実地訓練　5、過去の健康危機活動経験を生かす伝承〈例：経験者からの発表会、事例集〉

6、災害時こころのケアに関する研修の実施（例：こころのケアの基礎、支援者のためのこころのケア）

7、要援護者リストの作成　8、要援護者個別の災害時療養支援計画の作成

9、住民に対し健康危機対応（セルフケア能力を高める等精神保健に関する事項）に関する啓発を実施

10、その他（　　）

【東日本大震災発生時の精神保健対策に関する連携機関】

問8　発災時に精神保健対策に関し最も連携された機関はどこですか。(5つまで回答)

1、医師会　2、薬剤師会　3、管内医療機関　4、診療所協会・病院協会　5、看護協会

6、臨床心理士会　7、精神保健福祉士協会　8、精神保健福祉センター　9、教育機関

10、市町村　11、社会福祉協議会　12、地域の自治会　13、民生・児童委員

14、その他（　　）

【東日本大震災発生後3日以内の精神保健対策に関する対応】

問9、発災後3日以内における貴保健所の精神保健対策での取り組みはどのようなことでしたか。(複数回答)

1、情報収集（医療機関被害状況等も含む）　2、要援護者の状況把握　3、巡回健康相談・訪問指導

4、こころのケアに関する拠点の設置　5、関係機関連絡会議の開催

6、こころのケアに関する相談　7、メンタルヘルスを含む健康調査の実施

8、支援者へのメンタルヘルスケア　9、精神科救護所の設置　10、相談窓口の設置

11、ケアチームの編成・派遣調整　12、その他（　　）

13、特別な対応を実施することはできなかった

問 10、発災後 3 日以内では、防災計画などに基づく庁舎内の指揮命令とは別に、保健所内の精神保健対策機能は整備されましたか。

1、保健所内の精神保健対策機能を整備した

→問 10-1 何に基づき対応しましたか

（ア、職員行動マニュアル　イ、こころのケアマニュアル　ウ、その他（　））

2、整備しなかった（庁舎行動指針等で対応）　3、その他（　　）

問 11、発災後 3 日以内では、関係機関・団体等との連携は、どのようにされましたか。（複数回答）

1、現地精神保健対策本部員として活動　2、精神保健対策コディネータと役割調整

3、市町村と支援調整　4、精神保健福祉センターと派遣調整　5、こころのケアセンターと派遣調整

6、避難所管理者と訪問調整　7、本庁所管部局と派遣調整　8、その他（　　）

問 12、発災後 3 日以内では、保健所外の情報収集として、どのような情報を収集されましたか。（複数回答）

1、精神科医療機関の被災情報　2、精神科救護所の設置情報　3、精神科救急対応医療機関の情報

4、こころのケアチームの派遣情報　5、在宅精神障害者の被災情報　6、その他（　　）

問 13、発災後 3 日以内では、被災者被災機関等への直接的な支援はどのような活動ができましたか（複数回答）

1、在宅精神障害者の医薬品確保　2、市町村への訪問巡回人員派遣

3、精神科医療機関へ調査要員派遣　4、市町村への相談窓口、健康チェック職員派遣

5、その他（　　）

問 14、発災後 2 日以内では、相談窓口の設置は、どうされましたか

1、相談ホットラインの設置　2、こころのケア相談窓口設置　3、その他（　　）

問 15、発災後 3 日以内で取組むべきこと又は取組めなかった事項は何ですか。（問 9、11、12、14 を参考）

……

……

【災害発生後 4 日以降】

問 16、こころのケア実施にあたり保健所は、どのようなことをされましたか。（複数回答）

1、こころのケアチームの編成　2、本庁所管部局と受入調整

3、精神保健福祉センターと派遣調整　4、こころのケアチーム派遣調整

5、健康巡回チームとの情報共有　6、所内編成調整　7、その他（　　）

問 17、精神保健対策実施にあたり対外的 / 所内対応として保健所はどのようなことをされましたか。（複数回答）

1、主管部局と連絡調整　2、現地精神保健対策本部と連携　3、地域精神保健対策部門と職務分担

4、精神保健対策コーデイネータ※1)の連携支援　5、その他（　　）

※ 1）精神保健対策コディネータとは、地域で精神保健医療に関する連携構築役（コディネート役）を行っている（自然と行うようになった）者（精神保健福祉センター医師、精神科病院医師、中心的な施設の PSW など）

問 18、精神科医療の確保にあたり保健所はどのようなことをされましたか（複数回答）

1、精神科緊急医療状況の把握　2、精神科救護所の設置調整　3、障害者施設等の被災状況の把握

4、在宅精神障害者への医療提供状況の把握　5、精神科医療機関の被災状況の把握

6、医療機関・障害者施設への医療関連物資の確保支援　7、患者等の入院・転院などの調整

8、医療機関・障害者施設への支援調整（水、電気、ガス等）　9、その他（　　）

問 19、精神保健対策に関し、市町村対策本部との連携において県型保健所は、何をされましたか（複数回答）

１、被災者支援チームに人材派遣　　２、被災地住民への巡回相談・健康状況把握
３、市町村対策本部への参画　　４、その他（　　）

問 20、発災後 3 日以降で取組むべきこと又は取組めなかった事項は何ですか。（問 16、17、18、19 を参考）

【東日本大震災発生時の精神保健対策に関する課題】

問 21、次の精神保健対策を実施するにあたり、各分野で問題となったことはどのようなことですか。

（地域精神保健対策：精神保健福祉法に基づく通報等への対応）

（こころのケア：被災者・支援者へのメンタルサポート）

（精神科医療の確保：精神科救急・精神科救護所の調整）

（市町村対策本部との連携）

問 22、東日本大震災の経験を踏まえ、今後の情報通信等の基盤整備として何が必要と考えられますか。

Ⅲ、「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査報告

1．調査目的

地震などの自然災害や大規模事故などにおける被災者・被害者への支援において、こころのケアは長期にわたる重要な課題だが、保健所の所管事項、そのうち地域精神保健対策に関する役割、また、保健所と関係機関、特に精神保健福祉センターとの連携体制が都道府県・政令指定都市により異なっている。このため、「災害時のこころのケア」対策で中心的な役割を担う精神保健福祉センターを対象に、「災害時のこころのケア」マニュアル等の策定状況、マニュアル等での保健所の役割の記載内容等を調査し、「災害時のこころのケア」における保健所の役割と精神保健福祉センターとの協働のあり方等に関する検討材料とすることを目的とした。

2．調査期間

平成 23 年 8 月 1 日 ~31 日

3．調査方法

電子メールによりアンケート調査票を送付

4．調査対象

全国すべての精神保健福祉センター、68 か所

5．回答率

・全国の全ての精神保健福祉センター（以下、センター）68 か所にアンケートを送付した。回答は 43 か所から得られ、回答率は 63.2% であった。中国・四国ブロックの回答率は高かったが、九州ブロックでは低かった。

・センターの設置主体別にみると、対象となる都道府県のセンターは 49 か所、政令指定都市（以下、指定都市）のセンターは 19 か所あり、回答率はそれぞれ、79.1%、47.4% で、指定都市のセンターからの回答が実数としては少なかったが統計学的な有意差はなかった。元々のセンター数及びこの回答率のためもあり、今回の回答のほぼ 80% は都道府県のセンターからのものとなった。

・回収率は地域により数値にばらつきががみられたが統計学的な有意差はなく、全体では 63.2% であり全国的な傾向は反映していると考えられる。

⑴地域別

	北海道・東北	関東・甲信越	中部・近畿	中国・四国	九州	計
対象数	9	18	20	11	10	
回答数	6	11	12	10	4	43
回答率（地域毎）	66.7%	61.1%	60.0%	90.9%	40.0%	
回答割合（全体）	14.0%	25.6%	27.9%	23.3%	9.3%	

⑵設置主体別

	都道府県	指定都市	計
対象数	49	19	68
回答数	34	9	43
回答率（設置者別）	69.4%	47.4%	63.2%
回答割合（全体）	79.1%	20.9%	100.0%

6．調査結果

【精神保健福祉センター基本属性】

問１－②　常勤職員数

・センターの常勤職員総数及び職種別常勤職員数には差がみられた。常勤職員総数は、入院等診療部門を持つ東京都の２つのセンターが 50 人以上であり、この２センターを除いても４人から 37 人までの幅がみられ、10 人以下のセンターが 12 か所、ほぼ半数（49%）のセンターは 11 人～ 20 人の範囲であった。中央値は 14 人であった。

・常勤医師の配置については、所長は兼務と考えられる（常勤の配置なし）センターが１か所、１人配置が 16 か所、２人配置が 15 か所と、72% のセンターでは医師は 1~2 人配置であった。都道府県のセンターでは１人配置が 49%、指定都市では２人配置のセンターが 78% であった。

・保健師は複数配置のセンターが多く１～４人、精神保健福祉士は 20 か所で配置されておらず、次いで１～２人のセンターが多かった。臨床心理士も約 30% のセンターでは配置されておらず、次いで１～２人の配置が多くなっていた。事務職は１～９人のセンターが多かった。

・作業療法士と看護師も配置されていないセンターが多かったが、これは所管する業務、特に臨床業務の有無によると考えられる。

・その他の常勤職種として、MSW：１センター、保育士：１センター、福祉指導員：２センター、心理判定員：３センター、薬剤師：１センター、業務技師：１センターであった。

職員総数	4~10 人	11~20 人	21~30 人	31~40 人	41~50 人	51 人 ~	計
センター数（計）	12	21	5	3	0	2	43
比率（%）	27.9	48.8	11.6	7.0	0.0	4.7	100
都道府県	13	12	4	3	0	2	34
指定都市	0	8	1	0	0	0	9

医師	0 人	1 人	2 人	3~4 人	5~9 人	10 人 ~	計
センター数（計）	1	16	15	8	3	0	43
比率（%）	2.3	37.2	34.9	18.6	7.0	0.0	100.0
都道府県	1	15	8	7	3	0	34
指定都市	0	1	7	1	0	0	9

臨床心理士	0 人	1 人	2 人	3~4 人	5~9 人	10 人 ~	計
センター数（計）	13	15	10	5	0	0	43
比率（%）	30.2	34.9	23.3	11.6	0.0	0.0	100.0
都道府県	11	12	7	4	0	0	34
指定都市	2	3	3	1	0	0	9

保健師	0 人	1 人	2 人	3~4 人	5~9 人	10 人 ~	計
センター数（計）	1	7	11	16	7	1	43
比率（%）	2.3	16.3	25.6	37.2	16.3	2.3	100.0
都道府県	1	6	8	13	5	1	34
指定都市	0	1	3	3	2	0	9

精神保健福祉士	0人	1人	2人	3~4人	5~9人	10人~	計
センター数(計)	20	6	8	2	2	5	43
比率（%）	46.5	14.0	18.6	4.7	4.7	11.6	100.0
都道府県	14	4	7	2	2	5	34
指定都市	6	2	1	0	0	0	9

作業療法士	0人	1人	2人	3~4人	5~9人	10人~	計
センター数(計)	28	9	4	1	1	0	43
比率（%）	65.1	20.9	9.3	2.3	2.3	0.0	100.0
都道府県	22	7	3	1	1	0	34
指定都市	6	2	1	0	0	0	9

看護師	0人	1人	2人	3~4人	5~9人	10人~	計
センター数(計)	32	4	3	1	1	2	43
比率（%）	74.4	9.3	7.0	2.3	2.3	4.7	100.0
都道府県	24	4	2	1	1	2	34
指定都市	8	0	1	0	0	0	9

事務	0人	1人	2人	3~4人	5~9人	10人~	計
センター数(計)	3	2	13	10	12	3	43
比率（%）	7.0	4.7	30.2	23.3	27.9	7.0	100.0
都道府県	3	2	9	6	11	3	34
指定都市	0	0	4	4	1	0	9

その他	0人	1人	2人	3~4人	5~9人	10人~	計
センター数(計)	23	7	6	7	0	0	43
比率（%）	53.5	16.3	14.0	16.3	0.0	0.0	100.0
都道府県	19	6	3	6	0	0	34
指定都市	4	1	3	1	0	0	9

＊その他として記載のあったものでは、MSW：1センター、保育士：1センター、福祉指導員：2センター、心理判定員：3センター、薬剤師：1センター、業務技師：1センター

【マニュアル等】

問2　貴都道府県・政令指定都市において、災害時における「こころのケアに関するマニュアル」もしくは、「こころのケアを含む災害時の保健活動ガイドライン」を作成されていますか。

・現時点でマニュアル等があるセンターは22か所（51%）、作成を予定しているセンターが9か所（21%）で、あわせると約70%のセンターでは災害時に関する備えがあると考えられるが、12か所（30%）では作成していなかった。

	作成している	作成する予定	作成していない	無回答	計
センター数(計)	22	9	12	0	43
比率	51.2%	20.9%	27.9%	0%	100.0%
都道府県	18	6	10	0	34
指定都市	4	3	2	0	9

問3　マニュアル等はどこの機関が中心となって作成（予定）されましたか。作成（予定）年月日を記載ください。

・マニュアル等が作成（予定）されている31か所中、センターが中心となって作成（予定）した所は15か所、本庁が中心となった所は11か所、センターと本庁が協働で作成した所は3か所であった。指定都市では7センターのみからの回答ではあるが、本庁がマニュアル策定の中心となっている自治体はなかった。

・マニュアル等の作成時期については、1996年が一番早く2000年までには4センター（自治体としては2自治体)、2007年までには計13センター（12自治体)、2011年までには計27センター（24自治体）で作成されていた。

・異なる年次で2回の回答を寄せた自治体があり、これはマニュアル等の改訂等と思われるため以下に再掲する。

同一自治体の3か所の精神保健福祉センター：	1998年	2009年
○○精神保健福祉センター：	2007年	2011年
□□精神保健福祉センター：	1996年	2006年

⑴作成の中心機関

	センター	本庁所管部局	両者	その他	無回答	計
センター数(計)	15	11	3	1	1	31
比率	50.0%	36.7%	10.0%	3.3%	0%	100.0%
都道府県	10	11	2	0	1	24
指定都市	5	0	1	1	0	7

＊調査では複数回答で答えを求めたが、回答は上記の表のように「センター」、「本庁所管部局」、「これらの両者」、「その他」、「無回答」に分けることができた。比率は無回答の1か所を除いた数値を示している。

＊両者と答えた3か所中、2か所は協働で作成、1か所は異なる年次で2回作成されており、それぞれを1か所で作成したか、2回とも協働で作成したかは未確認。

⑵作成の時期

	'96~'00年	'01~'03年	'04~'07年	'08~'11年	'12年~	無回答	計
センター数	4	0	9	11	3	4	31
都道府県	4	0	8	9	1	2	24
指定都市	0	0	1	2	2	2	7

＊作成時期として異なる2回の回答があった場合は、早期の方をカウントし集計した。

＊無回答の中には、策定予定時期が未定の1センターを含む。

問４　作成（予定）されたきっかけは、どのようなことですか。（複数回答）

・作成のきっかけは、「地震などの災害」が 17 か所、「政策的課題」が 10 か所、「大規模事故」が 1 か所であった。「その他」として「被災地への保健師派遣」、「東海地震を想定」と記載したセンターがそれぞれ 1 か所あった。

	地震など災害	大規模事故	政策的課題	その他	無回答
センター数	17	1	10	3	2
比率	58.6%	3.4%	34.5%	10.3%	−

＊その他　被災地への保健師派遣：1 件、東海地震を想定：1 件

＊比率は無回答の 2 か所を除いた数値を示している。

問５　原子力発電所の事故を想定した放射線被ばく不安のケアは記載（予定を含む）されていますか。

・すでに記載されているセンターは 2 か所あったが、25 か所では記載されていなかった。その他としては検討中（2 か所）、記載未定（1 か所）との回答があった。なお、記載があったのは原子力発電所が所在する自治体のセンターと原子力発電所が所在する自治体に隣接する自治体のセンターであった。

	されている	されていない	その他	無回答	計
センター数	2	25	3	1	31
比率	6.7%	83.3%	10.0%	−	100%

注）比率は無回答の 1 か所を除いた数値を示している。

問６　災害等発生時における保健所の役割はどのようなことですか。（複数回答）

・センターが保健所の役割としてあげた事項は、「情報収集」、「巡回健康相談・訪問指導」、「要援護者の状況把握」、「相談窓口の設置」、「普及啓発」、「ケアチームの編成・派遣調整」、「支援者へのメンタルヘルスケア」、「関係機関連絡会議の開催」の順で多かった。

・また、都道府県と指定都市のセンターの違いについては、上位にあげられた事項と下位にあげられた事項に大きな違いは見られなかった。しかし、「相談窓口の設置」に関しては都道府県のセンターでは 77.3%、指定都市のセンターでは 28.6% で有意差が見られた。

・その他の役割として、「市町村職員の業務支援」、「入院患者の転院調整・搬送」、「市町保健活動の支援」であった。また、検討中や具体的役割は決めていないとの回答もあった。

	情報収集	要援護者の状況把握	巡回健康相談・訪問指導	拠点の設置	関係機関連絡会議の開催	普及啓発	健康調査の実施
センター数	23	20	21	8	12	15	11
都道府県	18	16	17	7	10	12	9
指定都市	5	4	4	1	2	3	2
比率（計）	79.3%	69.0%	72.4%	27.6%	41.4%	51.7%	37.9%
都道府県	81.8%	72.7%	77.3%	31.8%	45.5%	54.5%	40.9%
指定都市	71.4%	57.1%	57.1%	14.3%	28.6%	42.9%	28.6%

	支援者へのメンタルヘルスケア	精神科救護所設置	相談窓口設置	ケアチームの編成・派遣調整	その他	回答センター総数
センター数(計)	13	5	19	14	7	29
都道府県	11	4	17	13	6	22
指定都市	2	1	2	2	1	7
比率（計）	44.8%	17.2%	65.5%	48.3%	24.1%	100%
都道府県	50.0%	18.2%	77.3%	59.1%	27.3%	100%
指定都市	28.6%	14.3%	28.6%	28.6%	14.3%	100%

注）比率は都道府県の無回答の２センターを除く。

問７　平時における保健所の役割はどのようなことですか。(複数回答)

・平常時における保健所の役割は、「連携体制づくり」、「危機マニュアル整備と研修実施」、「要援護者リストの作成」、「災害時の研修実施」、「住民に対する健康危機対応・啓発実施」の順に多かった。

・指定都市のセンターでは多くが共通して保健所の役割と考えている項目が少なく、特に都道府県のセンターに比べ「連携体制づくり」は低率であり、「災害時療養支援計画の作成」を選択したセンターは無かった。

・その他として、市町・関係機関との連携、地域の状況把握、緊急連絡等の整備、市町村活動の支援、啓発資材の備蓄、ニーズ把握のためのチェックリスト等の準備などがあった。

	連携体制づくり	危機マニュアル整備と研修実施	実地訓練	過去の活動経験を生かす伝承	災害時の研修実施	要援護者リストの作成	災害時療養支援計画の作成
センター数	20	17	10	8	12	14	8
都道府県	17	14	9	5	10	11	8
指定都市	3	3	1	3	2	3	0
比率（計）	69.0%	58.6%	34.5%	27.6%	41.4%	48.3%	27.6%
都道府県	77.3%	63.6%	40.9%	22.7%	45.5%	50.0%	36.4%
指定都市	42.9%	42.9%	14.3%	42.9%	28.6%	42.9%	0.0%

	住民に対する健康危機対応啓発実施	その他	回答センター総数
センター数	12	12	29
都道府県	9	10	22
指定都市	2	2	7
比率（計）	41.4%	41.4%	100%
都道府県	40.9%	45.5%	100%
指定都市	28.6%	28.6%	100%

注）都道府県の無回答の２センターを除く。

問８　危機発生時に備えて保健所が連携すべき機関はどのような機関ですか。（複数回答）

・保健所が連携すべき機関として、「管内医療機関」、「精神保健福祉センター」、「市町」「医師会」「行政管轄課」の順に多かった。この傾向は「市町」を除き都道府県と指定都市のセンターでも同様であった。

・ただし、「診療所・病院協会」、「自治会」、「民生児童委員」、「社会福祉協議会」「精神保健福祉協会」に関しては指定都市のセンターの方が多く、「診療所・病院協会」、「自治会」については統計的に有意差があり、「精神保健福祉協会」についても $p<0.1$ と指定都市が高い傾向にあった。また「市町」に関しては、都道府県が有意に高かった。

・連携すべき機関として「精神保健福祉センター」をあげていないセンターは、回答があった 41 センター中、都道府県が５か所、指定都市が２か所有った。この理由を今回の調査から明確にすることはできなかった（このうち３か所は保健所が連携すべき機関については検討中、２か所は記載がなかった）。

・「その他」としても次のような多くの機関があげられていた。

警察署：５件、消防署：５件、歯科医師会：３件、獣医師会：１件、栄養士会：３件、農協：３件、自助組織（断酒会・ダルク等）：１件、児童相談所：１件、相談支援事業所：１件、障害福祉サービス提供事業：１件、訪問看護ステーション等：１件、区（指定都市の行政区）：１件、こころのケアセンター：１件

	医師会	薬剤師会	管内医療機関	診療所・病院協会	看護協会	臨床心理士会	精神保健福祉士協会
センター数	28	24	34	18	13	7	8
都道府県	23	19	26	11	9	4	4
指定都市	5	5	8	7	4	3	4
比率（計）	68%	59%	83%	44%	32%	17%	20%
都道府県	71.9%	59.4%	81.3%	34.4%	28.1%	12.5%	12.5%
指定都市	55.6%	55.6%	88.9%	77.8%	44.4%	33.3%	44.4%

	市町（市町村）	教育機関	精神保健センター	行政管轄課	社会福祉協議会	地域の自治会	民生・児童委員
センター数	30	17	34	28	18	10	13
都道府県	27	13	27	22	12	4	8
指定都市	3	4	7	6	6	6	5
比率（計）	73%	41%	83%	68%	44%	24%	32%
都道府県	84.4%	40.6%	84.4%	68.8%	37.5%	12.5%	25.0%
指定都市	33.3%	44.4%	77.8%	66.7%	66.7%	66.7%	55.6%

	その他	回答センター総数
センター数	15	41
都道府県	11	32
指定都市	4	9
比率（計）	37%	100%
都道府県	34.4%	100%
指定都市	44.4%	100%

注）都道府県の無回答の２センターを除く。

問９　センターは、災害時こころのケアに関し、どのような支援をされていますか。（複数回答）

・「活動への技術支援」、「個別相談」、「ケアチーム派遣等」、「研修会開催」、「ケース検討会助言」、「訪問」などをセンターが行っていた。

・その他として、情報収集・分析・管理、県への災害支援方針への助言、関係機関の会議・研修会への参加、ホットラインなど電話相談等、普及啓発資料の提供、スタッフの心のケア、活動状況報告や研修会の開催等があった。

	研修会開催	定期的連絡会開催等	ケース検討会助言	活動への技術支援	個別相談	訪問	ケアチーム派遣等
センター数	29	11	17	31	31	16	31
都道府県	23	8	14	24	25	12	24
指定都市	6	3	3	7	6	4	7
比率（計）	67.4%	25.6%	39.5%	72.1%	72.1%	37.2%	72.1%
都道府県	67.6%	23.5%	41.2%	70.6%	73.5%	35.3%	70.6%
指定都市	66.7%	33.3%	33.3%	77.8%	66.7%	44.4%	77.8%

	その他	回答センター総数
センター数	16	43
都道府県	12	34
指定都市	4	9
比率（計）	37.2%	100%
都道府県	35.3%	100%
指定都市	44.4%	100%

問 10　貴センターは、地震災害時等への被災者支援に行かれましたか。（複数回答）

・今までに県内外に直接支援を行ったセンターは、県外（他の自治体）が 36 か所、県内（自治体内）が 17 か所あり、県外への支援予定が 1 か所あった。県内外とも支援経験があるセンターは 17 か所であり、県内外とも支援に行っていないセンターは 3 か所であった。大部分のセンターが自治体内あるいは他の自治体への支援派遣経験を持っていた。県内への支援は都道府県のセンターが高い傾向にあった。

・その他として、「自治体内への避難者支援」、「派遣チームへの情報提供」、「派遣されるこころのケアチームへの情報提供」と回答したセンターがあった。

	県外の災害時支援	県内の災害時支援	県外の災害時支援予定	県内外の災害時支援なし	その他	回答センター総数
センター数（計）	36	17	1	3	6	43
都道府県	28	16	1	2	5	34
政令指定都市	8	1	0	1	1	9
比率（計）	83.7%	39.5%	2.3%	7.0%	14.0%	100%
都道府県	82.4%	47.1%	2.9%	5.9%	14.7%	100%
政令指定都市	88.9%	11.1%	0.0%	11.1%	11.1%	100%

問 11　貴センターは、CRT チーム（災害時等に学校等にかけつける［こころのレスキュー隊］）を持っていますか。）

・CRT を持っていると答えたセンターは 2 か所あった。「その他」の記載をみると、チームとして持ってはいないが教育委員会との協働等も含めて CRT に関連する何らかの体制があると回答したセンターが 3 か所、検討を予定していると答えたセンターが 3 か所あった。

・CRT チームを持っている、あるいは類似した体制があると答えたセンターでは、実際の事例を経験するなどの契機があり体制の整備に結びついたのではないかと考えられる。

	いる	いない	その他	無回答	計
センター数（計）	2	34	6	1	43
都道府県	2	27	4	1	34
政令指定都市	0	7	2	0	9
比率（計）	4.8%	81.0%	14.3%		
都道府県	6.1%	81.8%	12.1%		
政令指定都市	0.0%	77.8%	22.2%		

注）比率は都道府県の無回答の 1 センターを除く。

問 12　こころのケアに関し、保健所に期待されることがあれば、自由に記載してください。

【災害時等に関する意見】

①被災地の情報収集（被災者の健康状態把握と評価も含む）

保健所のアウトリーチ機能も生かしたすみやかな情報収集

例）＊被災地域全体の情報収集と健康課題の評価

＊保健所は管内の市町村の状況を把握しておき、危機発生時に市町村と連絡することで地域の情報把握ができるようにしておくことが望まれる

＊災害発生時は、できるだけ早期に情報収集し、市町村職員の稼働状況や医療機関情報の把握等を行い、支援活動に必要な情報提供を市町村にできること。

＊災害発生時の情報収集（医療機関等の被害状況や要配慮者の被災状況の確認等）

＊地域住民（避難所　在宅）のこころの健康状態の把握（市町と連携し質問票などを利用）

＊管内精神科病院の被災状況の把握

＊こころのケアを含め、災害時の対応は、初動体制が大切である。災害発生時、初動体制づくりのために、保健所は、すみやかに現地に赴き、被害状況等の情報把握を行い、対策本部等にその情報を伝えることが重要な役割だと思う。当県の「健康福祉部健康危機管理基本要領」において、保健所を、地域における健康危機管理の拠点と位置づけ、また保健所長を、健康危機情報取扱責任者と定め、管轄地域の健康危機に関するあらゆる情報収集・提供に努めることとしている。

＊管内の情報収集を行い、関連機関へ正しい情報を還元すること

＊地域（市町村）の状況を把握する。

＊市町村など、地域でのこころのケアに係るさまざまな情報の収集と整理

②保健活動の体制整備

センターと保健所等との連携、地域関係機関との連携、活動のシステムづくり、マネジメント

例）＊関係機関の広域調整

＊地域保健活動の再構築という視点で地域の精神保健福祉関係機関との連携強化

＊管内の市町村が地域の自治会・民生委員等と日頃から協力体制を構築していることから、保健所は管内の市町村の状況を把握しておき、危機発生時に市町村と連絡することで地域の情報把握ができるようにしておくことが望まれる。（こうすることで地域のネットワークがより細部にわたって構築できるのではないか。）
＊地域精神保健を担う第一線機関として、心のケアと連携しながら市町村を支援し、こころのケアに関する普及啓発や支援が必要な方を専門家へつなぐ役割を明確化していただければと思います。
＊東日本大震災の支援活動では、こころのケアへの支援が必要であるにもかかわらず、こころのケアを前面に出すことが必ずしも有効ではありませんでした。そのため、家庭訪問による保健師チームの身体面へのアプローチから、こころのケアの必要な方をこころのケアチームへつないでいただくという連携をとることでスムーズに支援が行えました。保健所と精神保健福祉センターが有機的に連携して支援活動にあたることは大切なことだと思います。
＊「こころのケア」は精神保健福祉部局だけの問題とされることが多く、ともすれば他の保健分野や精神科以外の医療分野との連携が軽視されがちである。しかし、実際の災害時には、それらの連携がとても重要となる。また、「こころのケア」という名称を用いると「カウンセリング」や「話を聴くこと」ばかりに焦点があてられ、住民の精神健康度の把握やハイリスク者への早期介入などの精神保健の視点がぼやけてしまう。
中越地震、中越沖地震やその他の災害において、以上のような弊害を経験し、また見聞きしてきた。精神保健福祉センターは精神保健福祉に特化しているだけに活動が偏りがちであり、また、ふつう他分野との連絡チャンネルを持たないため、その弊害を克服することは難しい。地域保健の中核機関である保健所が、保健の立場を明確にしながら、災害時こころのケア活動において中心的な役割を果たすことを期待する。
＊災害時のみでなく、こころのケアに関して一機関のみで対応するのは困難が伴うことから精神保健福祉センターはもちろんのことそれぞれの役割・機能を発揮し合い、連携をとっていけることが地域精神保健福祉に資するものと感じています。人的な交流や事業の共同実施など今後も積極的に協力し合っていきたいと思います。
＊大規模な災害の場合は、市町村機能も充分果たすことができないこともあるため、市町村のバックアップ体制を整え、管内の医療機関を始め、関係する機関・団体との連携体制づくりを進めること。
＊管内関係機関（市町村・医師会等）の会議を実施し、被災者の受け入れ体制を確保
＊災害時においては、日頃からの地域保健活動が非常に役立つため、保健師を中心とした日常業務の中の充実が期待される。災害時の避難所での地域保健活動においては保健師の働きが極めて重要と考えます。
＊「こころのケア」を特別扱いせず、地域保健活動の一環として行って欲しい。（平時の精神保健活動も同様）
もし、外部からの応援チームが加わったり、新たな機関（こころのケアセンターなど）ができたとしても、同じように良く連携して、協働してこころのケアにあたってほしい。また災害時活動のためには、平時からの、各機関の連携が重要である。
＊状況に応じた支援（医療）システムの構築
＊生活の安全安心がまず第一と考える。その点においては保健所市町村の役割は大きく、そことの連携により心のケアは成立するものと考える。

③市町村のバックアップ
例）＊地域精神保健を担う第一線機関として、心のケアと連携しながら市町村を支援し、こころのケ

アに関する普及啓発や支援が必要な方を専門家へつなぐ役割を明確化していただければと思います。

＊現地市町村の保健師が「心のケア」に果たす役割は非常に大きいが、その保健師自身も被災者であったり、支援活動の中で大きなストレスを抱えるため、それを軽減する支援が必要であることから、保健所の支援と連携を期待する。

＊大規模な災害の場合は、市町村機能も充分果たすことができないこともあるため、市町村のバックアップ体制を整え、管内の医療機関を始め、関係する機関・団体との連携体制づくりを進めること。

＊阪神大震災当時は保健所が地域の第一線機関という位置づけであったが、現在はそこから後退している感は否めない。障害者自立支援法施行により、精神保健福祉行政に関する市町村の役割は更に強化された。また、災害時の避難所、仮設住宅の運営は市町村が行う。これらのことから、情報は市町村に集約されることになるが、各市町村の規模や精神保健福祉業務の蓄積にばらつきがあり、災害後のマネージメント機能が充分に果たせないことが予測される。このため、事前に市町村に対する災害時のバックアップ機能について協議するとともに災害時に必要な情報が速やかに提供されるよう確認しておくことが必要。

④支援者へのケア

例）＊こころのケアに関しての普及啓発、支援者のメンタルヘルスケア

＊現地市町村の保健師が「心のケア」に果たす役割は非常に大きいが、その保健師自身も被災者であったり、支援活動の中で大きなストレスを抱えるため、そのれを軽減する支援が必要であることから、保健所の支援と連携を期待する。

＊支援職員のこころのケア

【平常時に関する意見】

①災害時の役割を果たすための日頃の保健活動の充実強化、関係機関との連携、個別ケースの支援体制づくり、人材育成

例）＊平常時の精神保健活動の推進管理（各関係機関の活動状況、支援台帳管理、連携状況など）

＊災害時においては、日頃からの地域保健活動が非常に役立つため、保健師を中心とした日常業務の中の充実が期待される。災害時の避難所での地域保健活動においては保健師の働きが極めて重要と考えます。

＊災害時活動のためには、平時からの、各機関の連携が重要である。

＊災害時、自治体は住民全体に対する支援と対応のため、精神障害者を含む社会的弱者に対し十分なケア出来ないことが予想される。そうした者に対し、保健所が持つ個人情報を生かした支援・ケアが行えるように、まず連絡方法の確保を行うこと、連絡の同意を日常的に構築することが最大の課題であろう。心のケアは、日常的なネットワークと行政活動の必然性の構築の上にあると考えられる。

【その他】

①保健所と精神保健福祉センターの連携

上記と重複する部分もあるが、こころのケア（精神保健活動）は単独ではアプローチが難しい。また、こころのケアという言葉がもつ曖昧さが、医療も保健もトラウマケアも含むように思われ、特別なもの、カウンセリング主体のものという誤解を生みやすい。精神保健福祉センターなど精神保健分野の機関と、保健所との連携が大切であり、精神保健を「保健活動」として一環して支援していくべきである。

例）＊東日本大震災の支援活動では、こころのケアへの支援が必要であるにもかかわらず、こころの

ケアを前面に出すことが必ずしも有効ではありませんでした。そのため、家庭訪問による保健師チームの身体面へのアプローチから、こころのケアの必要な方をこころのケアチームへつないでいただくという連携をとることでスムーズに支援が行えました。保健所と精神保健福祉センターが有機的に連携して支援活動にあたることは大切なことだと思います。

＊「こころのケア」は精神保健福祉部局だけの問題とされることが多く、ともすれば他の保健分野や精神科以外の医療分野との連携が軽視されがちである。しかし、実際の災害時には、それらの連携がとても重要となる。また、「こころのケア」という名称を用いると「カウンセリング」や「話を聴くこと」ばかりに焦点があてられ、住民の精神健康度の把握やハイリスク者への早期介入などの精神保健の視点がぼやけてしまう。

中越地震、中越沖地震やその他の災害において、以上のような弊害を経験し、また見聞きしてきた。精神保健福祉センターは精神保健福祉に特化しているだけに活動が偏りがちであり、また、ふつう他分野との連絡チャンネルを持たないため、その弊害を克服することは難しい。地域保健の中核機関である保健所が、保健の立場を明確にしながら、災害時こころのケア活動において中心的な役割を果たすことを期待する。

＊災害時のみでなく、こころのケアに関して一機関のみで対応するのは困難が伴うことから精神保健福祉センターはもちろんのことそれぞれの役割・機能を発揮し合い、連携をとっていけることが地域精神保健福祉に資するものと感じています。人的な交流や事業の共同実施など今後も積極的に協力し合っていきたいと思います。

＊「こころのケア」を特別扱いせず、地域保健活動の一環として行って欲しい。（平時の精神保健活動も同様）もし、外部からの応援チームが加わったり、新たな機関（こころのケアセンターなど）ができたとしても、同じように良く連携して、協働してこころのケアにあたってほしい。また災害時活動のためには、平時からの、各機関の連携が重要である。

＊生活の安全安心がまず第一と考える。その点においては保健所市町村の役割は大きく、そことの連携により心のケアは成立するものと考える

②災害時及び平常時における保健所の保健活動マネジメント

例）＊地域保健活動の再構築という視点で地域の精神保健福祉関係機関との連携強化及び将来に向けた長期的な地域精神保健福祉保健活動の体制整備をはかっていく重要な役割を担う必要がある。

＊地域保健の中核機関である保健所が、保健の立場を明確にしながら、災害時こころのケア活動において中心的な役割を果たすことを期待する。

＊阪神大震災当時は保健所が地域の第一線機関という位置づけであったが、現在はそこから後退している感は否めない。障害者自立支援法施行により、精神保健福祉行政に関する市町村の役割は更に強化された。また、災害時の避難所、仮設住宅の運営は市町村が行う。これらのことから、情報は市町村に集約されることになるが、各市町村の規模や精神保健福祉業務の蓄積にばらつきがあり、災害後のマネージメント機能が充分に果たせないことが予測される。このため、事前に市町村に対する災害時のバックアップ機能について協議するとともに災害時に必要な情報が速やかに提供されるよう確認しておくことが必要。

以前に比べ保健所が中二階に置かれている状況から、各地から集結する心のケアチームに対し的確なマネージメントも実施できないおそれがある。予め、災害時の心のケアに関する保健所の役割を明確に位置づける必要があると思う。

＊市町村など、地域でのこころのケアに係るさまざまな情報の収集と整理、医療活動や保健師活動など災害時のさまざまな支援全体を地域で中心となる圏域の司令塔の役割。

7．考察

●精神保健センターの規模など

・精神保健福祉センターの人員配置には、常勤職員数など大きな幅が見られたが、センターはそれぞれの人的資源に基づいて災害時にも役割を果たさなければならない。限られた人的資源の中で効率的に役割を果たすためには、災害時のマニュアルの作成が必要である。しかし、が、マニュアルの作成については、既に作成が半数、作成する予定を含めても7割にとどまっており、早急な作成が望まれる。

●マニュアルの作成など

・マニュアルの作成は2004年以降、「地震などの災害」を契機に作成が増えており、昨今「こころのケア」の必要性が一般にも強く認識されてきている。現場での対応など専門的なマニュアルの作成はセンターが中心となり作成することが望ましいと考える。

・また、今回の原発事故により放射線被曝の不安が高まっている社会的背景を考えると、わずか2箇所にとどまっている放射線被爆不安のケアについて、既存のマニュアル改訂及び新規マニュアルの盛り込みが望まれる。

●センターからみた保健所の役割など

・センターから見た災害時の保健所の役割について、問6の回答結果からは、情報収集、巡回健康相談・訪問指導、要援護者の状況把握、相談窓口の設置など、主に災害の際の情報を収集し、状況の把握を求めていた。しかし、問12のフリー記載欄からはさらに詳細な内容が読み取れ、以下の①～④のようにまとめることができる。

①被災地の情報収集（被災者の健康状態把握と評価を含む）

②保健活動の体制整備（センターと保健所等との保健分野間の連携、地域関係機関との連携、活動のシステムヅクリ、マネジメント）

③市町村のバックアップ

④支援者へのケア

・平常時における保健所の役割については、連携体制の整備、危機マニュアル整備、研修実施と回答する割合が高く、保健所が災害時にその役割を果たすためには、平時から関係機関と連携を図って地域での保健活動を充実し、要フォロー者をリストアップ、個別事例（ハイリスク事例など）の支援体制作り、また、啓発、研修等により人材育成を図り危機時への備えをしておく必要があると考える。都道府県に比べ指定都市のセンターからの回答が分散した理由の一つとして、指定都市の防災計画などにおけるセンター及び保健所の役割が都道府県にくらべ様々であることも考えられる。

・危機発生に備えて、保健所が連携すべき機関とセンターが考えている機関は、管内医療機関と精神保健福祉センター自身が多かったが、都道府県では市町村、指定都市においては診療所・病院協会、地域の自治会が高く、精神保健福祉士協会も都道府県と比べると高かった。都道府県と指定都市、また、指定都市間において保健所及び精神保健福祉センターの役割が異なる面もあり、これらの違いが出てきていると考えられる。

8．まとめ

・精神保健福祉センターは、地域精神保健の技術的中核という位置づけであり、センターと保健所とは、単なる役割分担ではなく、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。平時も災害時も、県、指定都市も同じと考える。このセンターの技術支援という役割は、問9の、災害時のセンター支援の結果にも表れている。

・一方、今回の東日本大震災支援でも経験されたとおり、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、さらに、こころのケア（精神保健活動）は被災者自身には求められず、単独ではアプローチしにくい。「こころのケア」という言葉の曖昧さから、トラウマ治療とも結びつけられ、精神保健専門職が行う特別なものという誤解もある。こころのケアは精神保健活動

であり保健所が行う住民支援活動と切り離してはありえない。「保健活動」の一環としてセンターが保健所と連携して協働することが必要である。

・精神保健以外の分野では、直接的な「対人保健サービス」事業が少ない県の保健所とそれらを持つ指定都市の保健所、また、指定都市の間でも保健所の所管する業務は異なる。このような状況の中で、災害時の精神保健活動をよりよいものにするためには、平常時から自治体内でセンターと保健所が連携し協働する体制を構築しておくことが非常に重要と考えられる。さらに、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いる。そのためにも平時からの各機関との関係づくりが重要である。

別添

「災害時こころのケア」マニュアル等に関する調査票

地震などの自然災害や大規模事故などにおける被災者・被害者への支援において、こころのケアは長期にわたる重要な課題であるが、地域精神保健対策を担う保健所の役割と保健所と関係機関との連携体制が都道府県により異なっている。このため、災害時メンタルヘルス対策で中心的な役割を担う精神保健福祉センターを対象に、「災害時こころのケア」マニュアル等の策定状況、マニュアル等で保健所の役割の記載内容等を調査し、「災害時こころのケア」における保健所の役割に関し意見をまとめることを目的とする。

なお調査目的以外の理由で調査内容を公表することはありません。

（注１）「災害時こころのケア」は、「災害後のフェーズに対応した、精神障害者を含む被災者等へのこころの健康支援（医療的アプローチ、公衆衛生的アプローチ、福祉的アプローチ）全般をいう。」

（注２）「マニュアル等」は、「災害後のフェーズに対応したこころのケアの取り組みを具体的に記載したガイドラインや手引き、ハンドブックをいう。」

【精神保健福祉センター基本属性】

問１精神保健福祉センター（以下、センター）についてお聞きします。

①センター名称：____、②常勤職員数：____人（うち医師____人、臨床心理士____人、保健師____人、精神保健福祉士____人、作業療法士____人、看護師____人、事務____人、その他_____人）

【マニュアル等】

問2、貴都道府県・政令指定都市において、災害時における「こころのケアに関するマニュアル」もしくは、「こころのケアを含む災害時の保健活動ガイドライン」を作成されていますか。

１、作成している　　2、作成する予定　　3、作成していない（　⇒問８にお進みください）

問3、マニュアル等はどこの機関が中心となって作成（予定）されましたか。（　）内に作成又は予定年月日を記載ください。

１、センター（　　）　　２、本庁所管部局（　　）　　３、その他（　　）

問4、作成（予定）されたきっかけは、どのようなことですか。

１、地震など災害　　2、大規模事故　　３、政策的課題　　４、その他（　　）

問5,原子力発電所の事故を想定した放射線被ばく不安のケアは記載（予定を含む）されていますか。

１、記載（予定）されている　　2、記載（予定）されていない　　３、その他（　　）

問6、災害等発生時における保健所の役割はどのようなことですか。（複数回答）

１、情報収集（医療機関被害状況等も含む）　　2、要援護者の状況把握

３、巡回健康相談・訪問指導　　４、こころのケアに関する拠点の設置

５、関係機関連絡会議の開催　　６、こころのケアに関する普及啓発

７、メンタルヘルスを含む健康調査の実施　　８、支援者へのメンタルヘルスケア

9、精神科救護所の設置　　10、相談窓口の設置　　11、ケアチームの編成・派遣調整
12、その他（　　）

問 7、平時における保健所の役割はどのようなことですか。（複数回答）
1、危機発生時に備えた連携体制づくり（管内関連機関連絡会議の実施、役割と連絡体制の確認）
2、危機マニュアル整備と研修の実施　　3、実地訓練　　4、過去の活動経験を生かす伝承
5、災害時こころのケアに関する研修の実施（例：こころのケアの基礎、支援者のためのこころのケア）
6、要援護者リストの作成　　7、要援護者個別の災害時療養支援計画の作成
8、住民に対し健康危機対応（セルフケア能力を高める等）に関する啓発を実施
9、その他（　　）

問 8　危機発生時に備え保健所が連携すべき機関（ 関連機関連絡会議等）はどのような機関ですか。（複数回答）
1、医師会　　2、薬剤師会　　3、管内医療機関　　4、診療所協会・病院協会
5、看護協会　　6、臨床心理士会　　7、精神保健福祉士協会　　8、市町　　9、教育機関
10、精神保健福祉センター　　11、行政所管課　　12、社会福祉協議会　　13、地域の自治会
14、民生・児童委員　　15、その他（　　）

問 9、センターは、災害時こころのケアに関し、どのような支援をされていますか。（複数回答）
1、研修会の開催　　2、関連機関との定期的連絡会の開催または参加　　3、ケース検討会での助言
4、活動への技術支援（健康調査の内容や結果解釈を含め地域活動に関する助言指導）　　5、個別相談
6、訪問　　7、ケアーチーム派遣・参加　　8、その他（　　）

問 10、貴センターは、地震災害時等への被災者支援に行かれましたか。（複数回答）
1、県外の災害時に支援に行った　　2、県内の災害時に支援に行った
3、県外の災害時に支援に行く予定　　4、県内・県外の災害時に支援に行かなかった
5、その他（　　）

問 11、貴センターは、CRT チーム（災害時等に学校等にかけつける [こころのレスキュー隊]）を持っていますか。
1、持っている　　2、持っていない　　3、その他（　　）

問 12、こころのケアに関し、保健所に期待されることがあれば、自由に記載してください

_____

_____

最後に、保健活動ガイドライン等における「こころのケア」に関する該当部分を一部、PDF ファイルで送っていただくか、記載されているホームページを教えていただければ幸いです。

回答先：日本公衆衛生協会総務課　　健康危機管理事務局：crisis@jpha.or.jp
問い合わせ先：精神保健分野班
兵庫県加古川保健所　高岡：Michio_Takaoka@pref.hyogo.lg.jp

飲　料　水　安　全

分担研究年度終了報告書
「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」
飲料水安全分野

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 センター長）

研究要旨：平成 24 年度は、昨年度作成した飲料水安全分野 ICS の実用性について改善を行い、全体のシステムを解りやすくした標準 ICS を構築した。また震災等災害時の医療用水確保の実態について、災害拠点病院の現地調査、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。さらに被災地での飲料水確保に関して、迅速な安全性評価方法の検討も行った。飲用水健康危機事例は新規 37 事例を追加し、460 事例となり、昨年の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した小冊子を作成、全国の保健所・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。

研究協力者
秋葉道宏（国立保健医療科学院 統括研究官（水管理研究分野担当））、鈴木俊也（東京都健康安全研究センター薬事環境科学部環境衛生研究科 主任研究員）、亀井翼（千葉科学大学大学院危機管理学　研究科 教授）
研究協力補助者
小菅瑠香（国立保健医療科学院生活環境　研究部建築・施設管理研究分野 研究員）、﨑本李子（千葉県海匝健康福祉センター　総務企画課 技師）、鶴田秀貴（千葉県海匝健康福祉センター健康生活支援課 技師）、圓田辰吉（岐阜県飛騨保健所生活衛生課 課長補佐）
研究アドバイザー
佐々木隆一郎（長野県飯田保健所 所長）、中瀬克己（岡山市保健所 所長）、緒方剛　（茨城県筑西保健所 所長）、米山克俊　（日本公衆衛生協会総務課 課長）

A．研究目的

飲料水安全分野について健康危機管理対応の基本的なツールである ICS の概念を導入し、飲料水安全分野日本版標準 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、危機発生時における関係機関相互の適切な連携体制を整える。

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の確保について調査を実施し、現状の把握、問題点の抽出を行う。さらに飲料水の迅速な安全性評価方法についても検討する。

その他、飲料水安全について保健所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［継続］

昨年度作成した ICS の実用性について改善を行い、最終版 ICS を作成する。具体的には AC（Action Card）を中心に、より簡素かつ合理的な修正を行い、全体のシステムを解りやすくした標準 ICS の構築を行う。

小窪、﨑本、鶴田を中心に取りまとめを行った。

②震災等災害時の医療用水確保［新規、一部継続］

⑴医療施設における災害時対応への水確保の実態に関する研究と提言

⑵都内の病院における健康危機管理時の医療用水確保の現状についての研究

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。また災害拠点病院の現地調査を行い、その対策を実例紹介と共に検討する。

なお、震災等災害時の医療用水確保に関して、医療法 25 条 1 項を根拠とする保健所による医療機関立ち入り検査（医療監視）時の調査に、医療用水の備蓄・代替水の確保に関する項目を必須とすること

を、当研究班から全国の保健所に提言する。

研究(1)は秋葉、小菅、小窪が、研究(2)は鈴木が中心となり取りまとめを行った。

③震災等災害時における迅速な水の安全性評価方法の開発研究［新規］

ヒトの健康を守るための水質基準項目は50項目に及ぶが、災害時でも容易に携帯可能な分光光度計の使用により得られる少数の指標から、様々な水の迅速な安全性評価が可能であるか検討を試みる。

亀井が中心となり取りまとめを行った。

④飲料水健康危機事例［継続］

過去423事例の総点検及び新規事例の追加を行い、さらに参考として代表的対応の14事例を別途紹介した小冊子を作成し、保健所・水道業者に配布する。小冊子には特に、昨年発生した利根川水系におけるホルムアルデヒド水質汚染事故と、昨年一部判決のあった茨城県の有機ヒ素化合物による地下水汚染事案（健康被害）他について、それぞれ河川水と地下水の代表的水源汚染事例として別途掲載する。

小窪、﨑本、秋葉が中心となり取りまとめを行った。

C．研究結果

①日本版標準ICS（Incident Command System）の作成

急性期（発災から約48時間後まで)、亜急性期（約48時間後から約2週間後まで)、回復期（約2週間後から約4週間後まで）の対応時期別に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）を明記した標準ICS/IAPを作成した。

具体的なACとして飲料水危機管理に有用なフォーマットを、それぞれ作成し巻末に添付した。(作成した飲料水安全分野ICSは「多田羅班全分野ICS」として別途掲載)

なお、一昨年『地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律』が施行されたことに伴う水道法の一部改正を受けた保健所の対応についての考え方は、別途掲載「多田羅班全分野ICS」中の参考資料２に掲げた通りであり、関連する厚生労働省健康局水道課長通知と共に以下（【注１】、【注２】）に示すが、ICSの基本的な部分（保健所の役割）に変更の必要は無いものと考えている。

飲料水安全分野において標準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係事業者間の情報交換、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出来るものと考える。併せてICSの作成・導入が全国保健所の健康危機管理分野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が期待される。

【注１】水道法一部改正（平成23年8月30日厚生労働省健康局長通知）による権限移譲後の当研究班の考え方

現状の市町村（水道事業者【現場活動・担当官】）においては関係部署の担当者も含め、飲料水危機管理の専門技術職員（保健所の環境監視員レベルの職員）が極端に不足している。今回の法改正において専用水道及び簡易専用水道に係る権限が全ての市に移譲されたが、このような市町村の実情から、水道行政（なかでも「飲料水にかかる健康危機管理」）を適切に推進していくためには従来通りの保健所の協力・支援が必要である。まして、健康被害を伴う健康危機管理では地域内、地域外の連携が必要となるケースが多く、現在の市町村では能力的に対応困難のケースが大半と思われ、むしろ今後は従来以上にきめ細かい保健所の支援が必要になっていくものと考えられる。このように保健所によるセクター全体の統括調整の役割は不変で、これらのケースにおける保健所業務の根拠法は「地域保健法」となる。

【注２】厚生労働省健康局水道課長通知

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律における留意事項等について」(都道府県、保健所設置市、特別区　水道行政担当部（局）長あて平成23年11月18日健水発1118第2号)

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第177号。以下「整備法」という。)の施行については、厚生労働省健康局長通知「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行等につ

いて」（平成23年8月30日付け健発0830第10号。以下「局長通知」という。）により指示されたところであるが、なお下記の事項に留意の上、遺漏なきよう願いたい。都道府県水道行政担当部（局）長においては、保健所設置市以外の貴管内市町村に対し、その周知徹底を図るとともに、その事務の運営に当たってよろしく御配慮願いたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）に規定する技術的助言であることを申し添える。

記

第1水道法（昭和32年法律第177号）の一部改正について

⑴布設工事監督者及び水道技術管理者の配置基準及び資格基準（水道法第12条、第19条関係）

布設工事監督者の配置基準及び資格基準について、水道事業又は水道用水供給事業を経営するすべての地方公共団体（地方公共団体の組合を含む。以下同じ。）が条例で定めること。また、水道技術管理者の資格基準について、水道事業若しくは水道用水供給事業を経営する又は専用水道の設置者であるすべての地方公共団体が条例で定めること。

地方公共団体が水道法第24条の3第1項の業務の委託を受ける場合の受託水道業務技術管理者の資格は、水道法第24条の3第5項及び水道法施行令第9条の規定により、水道法施行令第6条に規定する資格となり、従前どおりであること。

施行日（平成24年4月1日）から1年を超えない期間内において、条例が制定施行されるまでの間は、布設工事監督者を置く工事は従前のとおり水道法第3条第10項に定める水道の布設工事とするとともに、布設工事監督者及び水道技術管理者の資格は従前のとおり政令で定める資格とみなす経過措置を設けていること。

⑵専用水道及び簡易専用水道に係る権限の移譲（水道法第46条、第48条の2、第50条、第50条の2関係）

事務権限が移譲される場合にあっては、新たに事務を移譲される市において施行日（平成25年4月1日）までに万全の事務執行体制が整備されるよう、都道府県と市において相互に十分調整されたいこと。

都道府県においては、事務の移譲に当たり、移譲先の市と情報を共有し連携を図るとともに、移譲後、体制の整備や取組が不十分な市に対し取組の実施を促す等配慮願いたいこと。

事務が移譲される市においては、関係者、関係部局が相互に密接に連携し、当該地域を管轄する保健所等とも連携するなど、体制の整備に万全を期されたいこと。

第2水道原水水質保全事業の実施の促進に関する法律（平成6年法律第8号。以下「原水法」という。）の一部改正について

⑴都道府県計画の内容（原水法第5条関係）

都道府県計画において、その他地域水道原水水質保全事業の実施に際し配慮すべき重要事項に係る規定を廃止したが、当該事項について定めることを妨げるものではないこと。

⑵河川管理者事業計画の内容（原水法第7条関係）

河川管理者事業計画において、その他河川水道原水水質保全事業の実施に際し配慮すべき重要事項に係る規定を廃止したが、当該事項について定めることを妨げるものではないこと。

第3飲用井戸等衛生対策要領の改正について

専用水道及び簡易専用水道に係る事務がすべての市に移譲されることを踏まえると、飲用に供する井戸等及び水道法等の規制対象とならない水道の衛生対策についてもすべての市が実施することが適切であるため、局長通知により、「飲用井戸等衛生対策要領」（昭和62年1月29日衛水　第12号厚生省生活衛生局長通知別紙）の改正を行ったこと。（改正後の要領については別紙のとおり）

都道府県においては、事務の移譲に当たり、移譲先の市と情報を共有し連携を図るとともに、移譲後、体制の整備や取組が不十分な市に対し取組の実施を促す等配慮願いたいこと。

事務が移譲される市においては、関係者、関係部局が相互に密接に連携し、当該地域を管轄する保健所等とも連携するなど、体制の整備に万全を期されたいこと。

②震災等災害時の医療用水の確保

⑴医療施設における災害時対応への水確保のあり方に関する研究

災害時の水道、下水、電気をはじめとするライフライン機能の寸断は、住民の生活に大きな影響を及ぼす。発災後の断減水は、飲用水、トイレ用水等の他、医療用水や消火用水等に大きな影響を及ぼし、救命・医療救護や消火活動等の応急活動を行う上でも支障をきたす。特に、救命・医療救護活動への影響としては、震災で家屋の倒壊等により発生した負傷者の早期治療や手術及び入院患者、通院患者は継続して医療をうけることができなくなり、住民の生命の危機を直接もたらすことになる。阪神淡路大震災後、兵庫県が医療機関へ実施したアンケート調査によると、医療行為を停止させた最大の原因は、「水道水の供給不能」であったとする回答が得られている。

本研究では、東日本大震災における医療施設の給水設備の被災状況と応急給水の実態、全国の病院の災害時対応への水確保の状況を明らかにするため、文献調査を行った。また、全国の災害拠点病院の中から３施設を任意に選択し、聞き取り調査を行い、災害拠点病院の水確保の実態を検討した。

【東日本大震災における医療施設の給水設備の被災状況と応急給水】

・東日本大震災における医療施設の給水設備の被災状況と応急給水

今回の震災において、病院の被害は、9県1,313施設のうち、591施設（全壊10施設、一部損壊581施設）が被災した。多くの施設では、倒壊に至るような構造的被害は比較的少なかったが、給排水設備の破損、二次部材の落下、エレベータの停止等により、結果的に病院機能の維持に大きな障害となった。山下らは、青森県、岩手県、宮城県、福島県、茨城県の48病院（2病院は精神科）を対象とし、平成23年5月～平成24年1月に施設の被害状況等について関係者に聞き取り調査を実施した。給水設備の被害の特徴は、病院敷地内の地盤沈下によって院内引き込み管が破損、天井内配管の破損によって病室内へ漏水及び受水槽、高置水槽が転倒・破損、受水槽の下流側の給水設備の破損により受水槽の水が流出する事例が数多く見られた。病院等の重要施設においては、配水管の耐震化が重点的に行われているが、断水は、施設内の給水設備の破損によって引き起こされている事例が数多く報告されている。今後は、給水設備の耐震性の向上を図る必要があり、特に、受水槽の下流側の給水設備の破損により受水槽の水が流出する事例が数多く見られたことから、受水槽の水を流出するのを防ぐ給水設備の設置を検討する必要がある。

・応急給水

厚生労働省では、本震発生後、断水状況等の報告があった水道事業体に対して、危機管理対応状況調査（アンケート調査）を実施した。回答数は260事業体である。この中で、病院への応急給水については、全ての施設に応急給水を行うことができた事業体の割合は、地震発生から３日間約65％、４日目以降約67％であった。給水量について確認した結果（表１）、給水量が不足していた事業体の割合は、本震発生直後から３日間で約60％以上、４日目以降で約50％であった。本震発生直後から３日間では、約30％近い事業体で給水量がかなり不足していたと回答している。

応急給水先である病院の災害時対応への水確保の実態については、小林らが、本震災後、全国の病院8,607施設を対象（全数調査）にアンケート調査を実施した。全国6,122病院から回答が得られた。この中で、災害拠点病院は、495病院であった。なお、平成23年1月1日現在で、609病院（基幹災害拠点病院57病院、地域災害拠点病院が555病院）が指定されている。「水・食料の提供」について、他の医療機関との連携・応援体制を整備している災害拠点病院は、14％であった。病院で使用する「飲料水の備蓄計画」については、79％が策定しており、飲料水の備蓄については、「２～３日分」が最も多く、58％であった。受水槽は、99％の病院で設置しており、その容量は、「半日～１日分」が最も多く、42％であり、次いで「２日分以上」が約25％以上であった。井戸設備については、47％が保有していた。

表１　応急給水を行った病院の給水量不足状況

項目	不足はなし	一部不足した	かなり不足した	計
地震発生から３日間	28(39.4)	23(32.4)	20(28.2)	71(100.0)
４日間以降	30(51.7)	21(36.2)	7(12.1)	58(100.0)

【災害拠点病院における水確保状況】

災害拠点病院における水確保状況の実態を明らかにするため、国内３施設を対象に、聞き取り調査を実施した。病床数は、Ａ病院 989 床、Ｂ病院 309 床、Ｃ病院 296 床であり、Ａ病院は、基幹災害拠点病院、Ｂ、Ｃ病院は地域災害拠点病院に指定されている。調査は、Ａ病院については、平成 24 年９月下旬、保健所担当職員、病院担当職員の他、専用水道の管理担当者（水道技術管理者）、Ｂ、Ｃ病院については、平成 23 年 11 月下旬、衛生部局職員、保健所担当職員を対象者として、それぞれの施設を訪問し、聞き取り調査を行った。

水源は、Ａ病院では、公共用水道、地下水利用専用水道、Ｂ及びＣ病院では、公共用水道を使用している。Ａ病院の水源の利用割合は１（公共用水道）：９（専用水道）であった。日本水道協会は、平成 15 年～平成 20 年の間に地下水専用水道に切り替えた大口利用者（676 施設）を対象にアンケート調査を行った。その結果、病院 33％、販売業 15％、ホテル・旅館 15％であり、病院が最も多かった。その理由として、経営面の他、災害時対応のため、水源を２系列にし、独自の給水確保を上げている。Ａ病院は、免震構造を有していたことにより、今回の大震災においても建物や浄水施設に大きな被害はなかった。そのため、地域の住民が飲用水を求め一時的な避難所となった。病院に避難所としての役割を求めるのは、新たな議論が必要であるが、他の医療機関や地方自治体と災害時における給水協定を締結し、こうした地下水利用専用水道を災害時に活用することも有効であると考えられる。Ｃ病院では、災害時用貯水槽を設置し、飲用水として２㎥に備蓄していた。一方、３施設ともに、受水槽を設置しており、その容量は、Ａ、Ｂ及びＣ病院で、それぞれ 240（～半日分）、408（２日分以上）、340 ㎥（２日分以上）であった。前述した小林ら調査においても受水槽の容量２日分以上が約 25％以上を占めていた。受水槽の容量の標準は、計画１日使用水量の 4/10 ～ 6/10 程度が標準であり、半日分程度である。災害時においては、受水槽の保留水の利用が期待できるが、受水槽の滞留時間が長くなると、残留塩素の消費量が増大するので、水質面での劣化を留意しなくてはならない。平常時においても、これまでは手術用手洗い用の水は、「滅菌水」を使用することになっていたが、平成 17 年の医療法施行規則の改正により、「水道水」の使用も認められることとなった。また、大規模な災害時においては、衛生上の措置として、残留塩素の濃度は通常よりも高めに設定（遊離塩素として 0.2 mg/L、結合残留塩素として 1.5 mg/L 以上）されている。このようなことから、水道水の残留塩素の適正管理は重要であると考えられた。

１日の使用水量は、Ａ病院 600 ㎥、Ｂ病院 169 ㎥、Ｃ病院 160 ㎥であり、１病床当たりの原単位を求めると、Ａ病院 607 Ｌ／床・日、Ｂ病院 547 Ｌ／床・日、Ｃ病院 541 Ｌ／床・日であった。病院設備設計ガイドライン（衛生設備編）9）では、延べ床面積約 20,000 ～ 80,000㎡の 11 病院の平均１病床当たりの原単位は約 750 Ｌ／床・日、また、災害拠点病院では、約 1,000 ～ 2,500 Ｌ／床・日の値を示している。Ａ、Ｂ及びＣ病院ともに、１病床当たりの原単位は小さな値であった。このことは、使用水量が病院の規模、診療科目、設備システム（節水器具使用の有無など）等の違いにより、大きく影響された。

【提言】

病院においては、施設自体や病院敷地内までの配水管の耐震化が重点的に行われているが、今後は、給水設備の耐震性の向上を図る必要がある。また、受水槽の保留水は、災害時においては、その利用が期待できるが、滞留時間が長くなると、残留塩素の消費量が増大するので、水質面での劣化を留意しなくてはならない。災害時に備え、水源の２系列化の推進等により、地下水利用専用水道を導入する病院が増えているが、平成 25 年４月１日に水道法の一部改正により専用水道の権限（布設工事の設計の確認等、給水開始の届出受理、業務委託の際の届出受理、改善の指示、給水停止命令、報告徴収及び立入検査）が都道府県から市へ移譲されることから、行政上の課題を抽出し、その対応に取り組む必要がある。

≪飲料水安全分野研究班からの提言≫

『震災等災害時の医療用水確保に関する提言』
平成24年度多田羅浩三班飲料水安全分野

1. 医療機関（主に病院）においては、その診療内容及び診療規模をふまえて、適切な容量の受水槽の保有や、可能な範囲で停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等、あらゆる手段を講じて診療時に必要な水の確保に努める必要がある。

2. 保健所は医療法第25条1項による医療機関立入検査（医療監視）において、医療用水の備蓄・代替水の確保に関する具体的な調査を実施する。

   なお、立入検査時の具体的な調査項目（調査票の様式）の一例を以下に示す。

非常時における医療用水の確保について

調査票様式

1. 現在使用中の水道施設の状況について

水　源	上水道・井戸・混合 その他（具体的に:　　）
受水槽の容量	㎥
高置水槽の容量	㎥
一日の使用水量	㎥

2. 上水道使用の場合、地震、津波等で断水した場合の代替措置について

水　源	井戸 ・ その他
水源の水量	㎥/時
非常時以外での使用	使用している ・ 使用していない
用　途	飲用 ・ 雑用 ・ 飲雑共用
水質検査（水道法による）	全項目 ・ 一部項目 ・ 未実施
	検査実施頻度:　　回 / 年

3. 医療用水の備蓄について

有 ・ 無	貯水槽	㎥
有 ・ 無	ポリタンク等	ℓ入り　個

4. 災害時の応援協定について

有 ・ 無	関係自治体及び水道企業団体等 協定団体名：
有 ・ 無	近隣病院及び医療関係団体 協定団体名:

⑵東京都内の災害拠点病院における災害時の医療用水の確保の実態についての研究

東京都では、災害拠点病院（70 カ所）における災害時の医療用水の確保について、東京都地域防災計画の中で規定している。東京都水道局では、災害時に拠点となる病院への供給ルートの耐震継手化を優先的に進めてきている。緊急時、給水槽の水を給水するが、なお不足するときは、都水道局に連絡し、緊急給水（給水車等）を要請し、医療用水を供給する体制となっている。

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課が調査したアンケートによれば、受水槽は全ての災害拠点病院で保有しており、上水道の通常の１日あたりの使用量の最小値 10,000L、最大値 1,940,000L、中央値 290,000L で、また、受水槽の合計量は最小値 60㎥、最大値 1,440㎥、中央値 205㎥であった（図１）。災害時に水道水の供給が停止した場合、受水槽の容量は１日の使用量の約 80% であり、殆どの病院で備蓄量は１日の使用量に満たない。そこで、災害時には使途を限定しており、その場合の使用対象範囲は、手術室、ICU 等、人工透析室の順で高かった（表１）。

災害拠点病院 70 カ所の内、病院内に災害用の井戸を設置しているのは 23 カ所（33%）で、設置していない病院の方が多かった（図２）。災害用の井戸を日常的に使用している病院は 16 カ所（23%）と少なく、水道水への依存度が大きいことがわかった。

※災害拠点病院：災害に対する総合地域危険度を勘案して次の基準から災害拠点病院を指定している。

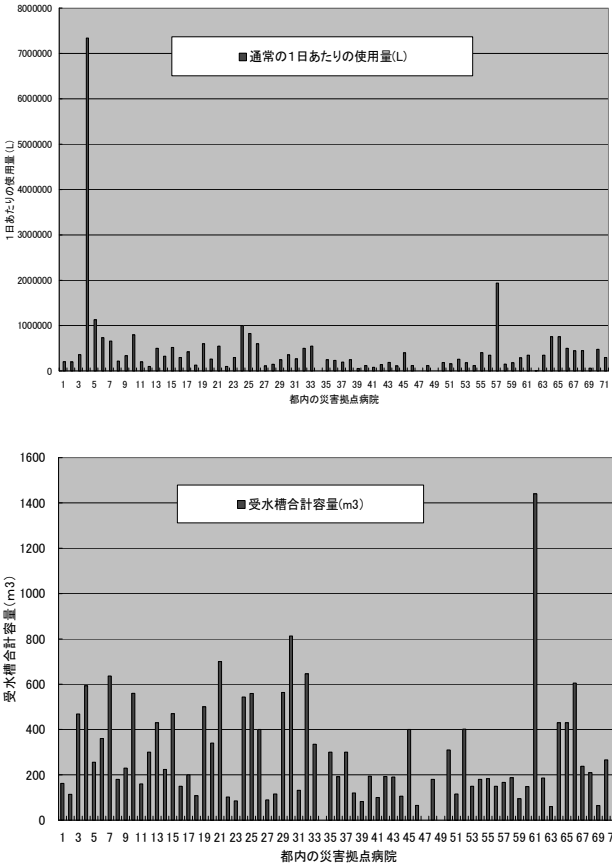
・原則として 200 床以上の病床を有する救急告示医療機関であること。
・建物が耐震・耐火構造であること。
・重症者を応急的に収容するための講堂、会議室の転用面積が広いこと等。
・70 カ所

※透析患者等への対応

・日本透析医会等との連携により、透析医療機関の被災の状況、透析医療の可否について情報を収集し、関係機関に情報を提供する。
・被災状況に応じ、水、医薬品等の供給、患者搬送について関係機関と調整する。

他県市への支援要請について、必要な調整を図る。

図１．東京都内の災害拠点病院（70 カ所）における水道水の使用量及び受水槽量

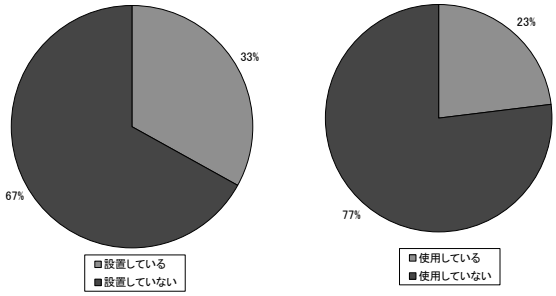


最小値 60㎥、最大値 1,440㎥、中央値 205㎥

表１．災害時に使途を限定した場合の使用対象範囲

手術室	47
ICU等	46
人工透析室	26
検査室	38
回復室	29
処置室	32
一般病室	29

図２．都内の災害拠点病院における災害用井戸の現状



通常の１日あたりの使用量：
最小値 40L、最大値 375,000L、中央値 83,250L

③ UV 吸光度による災害時の地下水水質評価と浄水確保

平成 11 年度 3 月 11 日の地震による地殻変動、下水道管渠の破損などの可能性も指摘され、その結果としての地下水質変化も危惧され、災害時の地下水水質変動の迅速な評価、および普段利用されていない近隣の「ため池」などの緊急給水原水としての可能性も検討され始めている。

そこで本研究では千葉県銚子市及び近郊の家庭井戸水、湧水、表流水の充電器内蔵型の紫外線（UV）220nm260nm 吸光度法（E220,E260）による水の安全性の迅速評価に震災などによる水道水断水時の緊急給水原水としての河川・池の迅速簡単な浄化の検討を目的とした。実験方法は以下のとおり。

【試料水と E220、E260、農薬の分析】

地下水として千葉県富里市および旭市の個人宅の浅井戸、銚子市小畑池の水源湧水、表流水として、銚子市小畑池、農薬添加水道水を用いた。E220,E260 は分光光度計、農薬は水溶液を直接、逆相分配 HPLC に注入測定した。

【通常の Jar Tester を用いた凝集剤全量、一括投入凝集処理と手動撹拌による凝集剤逐次投入凝集処理との凝集処理性比較実験】

浄水場などにおいては jar tester を用いて添加量を異にした凝集剤を全量、同時に添加して、同一攪拌強度、攪拌時間の条件で、最も濁度あるいは色度の除去率を示す添加量を当日の凝集剤として採用している。災害時には電力を要する jar tester を用いて凝集剤添加量を決定することは困難であるので、意図的に凝集処理の 30 人の未経験者により、攪拌を様々な形状、寸法の木片を用いた手動で、急速および観測攪拌時間も、それぞれ通常より短時間の 20 秒程度から 1 分程度まで異にした条件で凝集操作を行った。

【試料水の UV220nm 吸光度（E220）に占める有機成分の吸光度を除いた E220 を用いて硝酸イオン濃度と E220 との検量線から硝酸イオン濃度を求める方法（E220/E260 法）】

硝酸態窒素と亜硝酸態窒素の合計の水質基準は 10mg/L 以下であるが硝酸イオンが大部分である。硝酸イオンは平野部の地下水にも含まれる場合が多いが、その測定には電力を必要とする測定装置あるいは測定に熟練と時間を要する測定方法が必要である。そこで、迅速簡単に測定可能な E220 と E260 のみにより硝酸イオン濃度を求める方法の開発を試みる。硝酸イオンを含まない天然有機成分のみの水の E220/E260 の値はほぼ 3 である。試験水の天然有機成分に由来する E220 は試験水の E260 の値を E220/E260 = 3 に代入することにより求めた。

【天然粘土による天然有機成分（NOM）と農薬の吸着実験】

凝集剤は高価であるので粘土による NOM と粘土の一種であるカオリンによる農薬の吸着実験を試みた。

以下結果を示す。

【E260,E220/E260 による千葉県富里市および旭市の個人宅の浅井戸、銚子市小畑池の水源湧水、銚子市小畑池水質の迅速評価】

地下水として千葉県富里市および旭市の個人宅の浅井戸、銚子市小畑池の水源湧水、銚子市小畑池水質を表 1 に示す。

有機物濃度を示す井戸水の E260 の値は水道水と同程度の低さであり、震災の影響は認められない。一方、銚子市の地下水である小畑池の水源湧水の E220 は 3.0 であり、後述する新しい方法で求めた硝酸イオンの値は 22mg/L となり水道水水質基準の 2 倍以上の値を示した。これは震災によるものではなく、肥料によるものと考えられる。

表 1．試験水の E220，E260

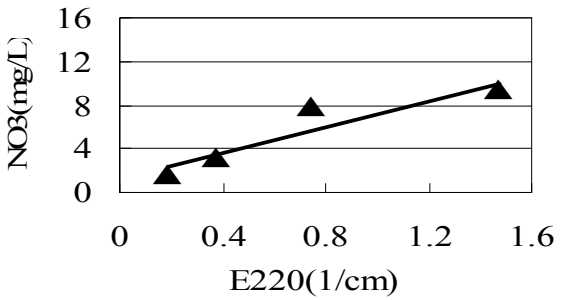
試料水	E260	E220
旭市の井戸水	0.005	0.965
富里市の井戸水	0.020	0.144
銚子市小畑池の水源湧水	0.005	3.0
銚子市小畑池	0.166	0.692
小畑池凝集処理水	0.025	0.437
銚子水道水	0.0140	0.804

【E220/E260 法による硝酸イオン濃度の迅速評価】

図 1 に示すように硝酸イオン濃度と E220 の値は 1 本の直線に比較的良く回帰している。硝酸イオン濃度予測（試験水の硝酸イオン濃度；7.7mg/L，E220；1.594，E260；0.206）は試験水の E220 の値から直接、硝酸イオン濃度を予測した場合、11mg/L であるが、E220 に占める有機成分の寄与を除く E220/E260 法の場合は、実際の値の 7.7 mg/L に近い 7.4 mg/L が得られ、E220/E260 法の有効性を示

している。

図１．E220 と硝酸イオン濃度との関係



【E260 除去率を指標とした水の安全性の迅速評価】

活性炭吸着、凝集処理など水処理後の浄化の程度は、原子吸光分析、ICP/MS など高価で、熟練を要する装置を用いて評価されている。普遍的に存在している E260 発現成分の凝集除去率と有害金属の Cd 及び As 除去率の関係は図４、図５に示すように E260 の凝集除去率を容易に達成可能な 65% になるように凝集剤を添加すれば有害金属の Cd、As 除去率も安全レベルの 80%（As の場合は 90%）に到達可能なことを示している。

図４．Cd 凝集率と E260 除去率の関係

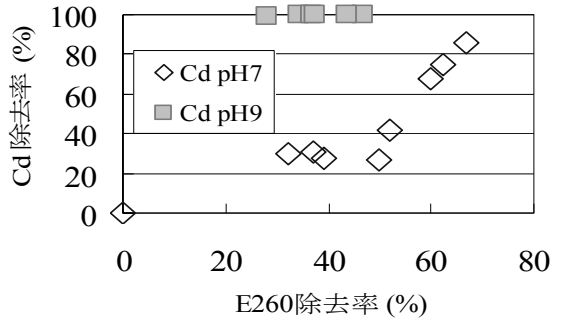
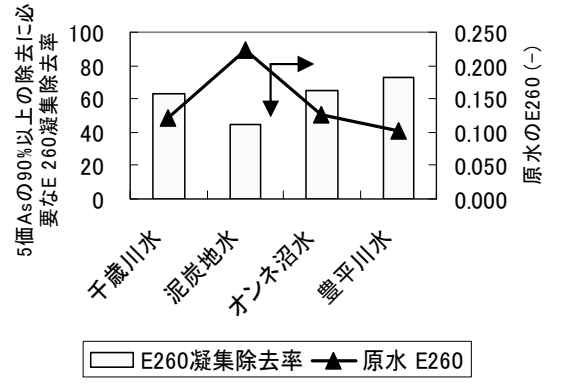


図５．E260 凝集除去率と５価ヒ素の凝集除去率の関係



【Jar Tester を用いた凝集剤全量一括投入凝集と手動撹拌による凝集剤逐次投入凝集との処理性比較実験結果】

機械攪拌・凝集剤全量、一括投入凝集と手動撹拌・凝集剤逐次投入凝集との処理性の比較実験結果を表３に示す。いずれの方式でも凝集処理性には大差は無い。小畑池の手動撹拌・凝集剤逐次投入凝集の結果は表１に示すように有機物濃度の指標である E260 は銚子水道水とほぼ同レベルにまで低減されている。小畑池水源湧水は低く有機物濃度が低いことを示しているが、凝集では除去不可能な E220 は高いため、緊急用原水としても利用困難であるが、藻類、微生物により硝酸イオンが低減された小畑池は手動撹拌による凝集処理により飲用可能となる。

表３．Jar Tester を用いた機械攪拌凝集剤全量一括投入凝集処理と手動撹拌による凝集剤逐次投入凝集との処理性比較実験結果

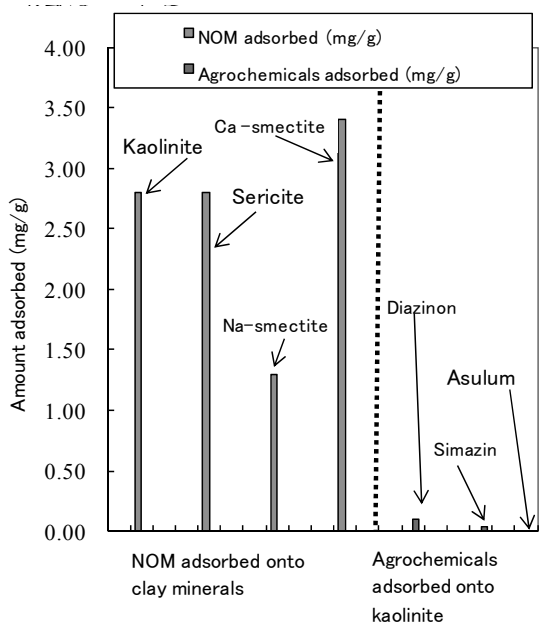
（原水；着色水（UV390nm 吸光度；0.36）、凝集剤全量一括添加条件；凝集剤として 67mg/L, 逐次添加条件；凝集剤を 1 回目 0.5mL,2 回目 0.5mL,3 回目 1mL, を添加した時点で累積凝集剤量として 67mg/L）

凝集剤添加、凝集方法	UV390	除去率（%）
機械攪拌・凝集剤一括投入	0.030	92
凝集剤逐次投入・手動凝集	0.029	92
全量一括投入・手動凝集	0.030	92

【粘土による有機成分の吸着実験結果】

凝集剤節約のための粘土による天然有機物（NOM）と農薬の吸着実験結果は図６に示すように、ある程度の除去が期待できる。合成した陰イオン交換性粘土（LDH）は陽イオン交換性自然粘土の 10 倍程度の NOM 吸着能を示した。

図６．粘土による天然有機物（NOM）と農薬吸着実験結果



【まとめ】

災害時の水道水・断水時の緊急給水としての地下水などの迅速簡単な水質評価は紫外線220nm260nm吸光度により可能と考えられる。凝集処理も現用の凝集剤全量一括添加後の機械攪拌によることなく、手動の短時間攪拌で可能である。合成した陰イオン交換性粘土も自然粘土及び有機成分の10倍程度の吸着効果を有することも明らかにした。

④飲料水健康危機460事例

460事例と代表的対応の14事例を掲載した小冊子を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、飲料水健康危機管理の一助とした。

各分野別の事例数は以下の通り。

・感染症126事例
・化学物質汚染　132事例
・自然災害　29事例
・事件・テロ　10事例
・管理ミス　163事例

小冊子には、昨年発生した利根川水系におけるホルムアルデヒド水質汚染事故と昨年一部判決のあった茨城県神栖市の有機ヒ素化合物（ジフェニルアルシン酸）による地下水汚染事案（健康被害）等、河川水と地下水の代表的水源汚染事例について別枠で詳細を掲載した。

D．健康危機情報

総括研究報告書による。

E．研究発表

未定

F．知的財産権の出願・登録状況

特になし

生　活　環　境　安　全

「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、梶原則夫、味埜圭祐（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（(公財）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）、石丸泰隆（山口県岩国保健所）、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、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が、被災地では発災前に蚊媒介感染症は流行していないという条件があった。被災地での衛生害虫対策に全国からの PCO が派遣により協力した。

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伴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。参加者の評価を踏まえ、多様な方法による原因物質に関する情報収集を平行して進める事の追加などの修正を行った。ICS/IAP は発災時の業務や分掌を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と考えられ、今後の健康危機管理において広く用いることのできる同様の機能の整備が望ましい。

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、消防と伴に全国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、個人情報は扱わない。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 23 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（チクングニア熱のカンボジアからの輸入例―福岡市 IASRVol. 33 p. 240：2012 年 9 月号、チクングニア熱の輸入症例―千葉市 IASR Vol. 33 p. 239-240：2012 年 9 月号）を踏まえ、保健所における対応の情報も得て研究協力者間で検討した（別添１）。その結果、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。

自治体が媒介蚊対策を実施する際 PCO の協力は重要であり、大阪府 PCO を訪問し自治体との協力および東日本大震災時の活動について聞き取り調査を行った。（別添２）調査の結果、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た。

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。このような役割は、ICS/IAP において示され、特に ICS の組織図によって直感的に捉えられやすい。上記チクングニア熱での検討を踏まえて ICS/IAP を修正した（別添３）。

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でかつ保健所の機能が有効に働くと考えられるのは、保健所は医療に強い、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（別添4-1及び4-2）。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（別添５）。

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（別添６及び6-1から6-4）。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。机上訓練を通じてICS/IAP/ACを一部修正した（別添７）。

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った。今後、同様の機能の整備によって健康危機管理における複数の場や機関における情報交換が効果的、迅速に行えると考えられる。

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）に平成23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。

また、研究協力者間で東日本大震災時の化学物質に関連した対応の検討を行った。（別添8）

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伴に住民組織、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伴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を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と考えられ、今後の健康危機管理において広く用いることのできる同様の機能の整備が望ましい。

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

添付資料　1

1．チクングニア熱患者発見時の対応の検討

＊福岡市での対応状況週報 IDWR 及び福岡市保健所長からの情報（１例患者報告では媒介蚊対応に関する具体的対応には結びつかなかった。）を参考に検討した。

＊チクングニア熱患者報告後の急性期に保健所が対応すべき項目の検討結果：

▶媒介蚊対策を稼働させるかどうかの判断が必要となる。

▶判断の際に必要な情報として、「発症後に国内で蚊に刺されたか」否かが重要となる。本人に聴いても本当に分かるのか、適切な質問方法は？刺された場としての滞在場所の振り返り調査は何日程度行うのが適当か？などが必要となる。

▶類似の媒介蚊対策の例として、日本脳炎患者発生時には周辺の蚊の補足検査を行った（沖縄県）。

▶２例目が出てくる時に備えた準備が必要。以下の具体的な AC が有用であろう。

▶ AC

☆可能性のある人に渡すパンフ等。発熱したら受診等。

☆媒介蚊対策開始の判断条件。

▶感染症対策　患者確認時には入国審査において停留場所も必要となってくる可能性がある。新型インフルエンザ時対応に、検疫所から留め置く施設の確保について協力が府に求められた。ICS に検疫との連携についても加えるべきか。

＊成虫対策の位置づけ

▶チクングニア媒介蚊対策ガイドラインには、成虫駆除対策が記されているが殺虫剤の「散布」という駆除（防除）の有効性には限界があると思われ、幼虫対策との優先度の検討が必要である。

▶効果に限界がある理由として、葉の裏に停まる等の性質から散布薬に触れにくい、蚊密度が低く効果と実施上の困難点や環境影響等の比較が必要、などがある。例えば、媒介蚊は大阪市内であればビル風に乗って数 km 飛翔すると想定すべきであり、対策地域が広域になれば、費用、人員も厖大に必要となり費用対効果が低い。

▶このため、蚊の発生場所で蚊の密度が高いところに絞ったスポット的駆除は効率的で有効であろう。

▶専門的な助言としての項目：防除技術、薬剤について（PCO の具体的知見のある人等が必要。漁業権（養殖魚への影響など）を配慮した薬剤の特別な配慮など)、蚊の知識（縞蚊であれば、乾燥期には地上に産卵するが降雨によってふ化する）など

＊ AC の案

▶可能性のある人に渡すパンフ。

→大阪府が作成した個人向けパンフレット（成虫に刺されない対策、発熱したら受診等）を参考にする。沖縄県でも地域で環境研究所や保健所が行う講演に用いる資料に入っている。

▶判断の内容：幼虫対策をどのタイミングで行うかなど分かると有用

２例目が出てくる時に備えた準備。

▶訓練時の環境対策として、対応処置がわかるマップ利用が有用であり、この備えはよい。対策すべき地域の特徴の基本はガイドラインに示されている。

▶通常期から蚊が多い地域を把握しておけば有用。ゆすりかと家蚊の発生地域は近似しているとの認識のもと密度の高い地域を把握できると思われる。

2．ペストコントロール協会（PCO）と連携した媒介蚊対策の状況

＊自治体と PCO との関係の現状が不明である。PCO の能力をどの程度把握しているのか。契約等で発災時の対応を定めているのか、など。

＊人材に地域差があるものの、PCO には媒介昆虫対策における薬剤散布時の農産物対策に関する知識を持った人がいる。

＊ PCO 自体の能力に地域差がある。日本 PCO 協会は会員数全国の状況を把握している。
＊ PCO 業界の現状：PCO とシロアリ対策との兼業が多い。シロアリ対策は梅雨明けには、羽根蟻がふ化するので苦情が増える。現状のシロアリ対策としての有効期間は５年程度、以前はディルドリン（有機塩素系）を用いる事が出来、半永久的に効果があった。

３．東日本大震災での媒介蚊対策に関する検討
＊被災地での媒介昆虫による感染症増加はなかった。病原体が定着していなかったために、広がらなかったというのが、感染研の見解。つまり、病原体があれば蔓延の可能性はあったとも解釈できる。今後の対策としてこれで良いかは不安がある。
＊今回の震災で、各地のペストコントロール協会が「主体的に」防疫支援を行った。
＊全国の連絡組織である日本 PCO 協会が調整機能を迅速に発揮できず、地域間の直接交渉による相互支援が行われた。
＊援助は、災害救助法に基づくものではなく、伝染病予防に基づく対応との考えで行われている。
＊被災地の残存肉魚類は、嫌気性の状態で臭いはあるが当初は媒介昆虫の多発に結びつかなかった。行政の優先度も低く、衛生害虫対策として、うまく調整できなかった面がある。
＊現地での PCO による観察では、被災地の土壌内に残存する肉魚類は嫌気化されており、肉バエの穴があったことから、地中に動物等が残存する可能性はある。工事等でこの場所を掘り起こした際に、再度媒介昆虫等が多発する懸念がある。

４．媒介蚊対策を取り巻く環境の変化
＊媒介蚊対策の政策転換
▶感染症法に基づく媒介蚊等対策は、市、県、国が３分の１ずつ費用負担。伝染病予防法では職員（防疫員）を置いていたが、伝染病としての対策が不用になったとの認識を元に、全額国費から費用分担へと変更となった。
▶感染症法への改正時に、旧来型の伝播経路（蚊等媒介昆虫）による伝染病拡大が無いとの前提であったとの意見があるが、今回の大規模震災においても確かに感染症増加は無かった。
▶人の交流が増加した現状において、広域の系統的な媒介昆虫対策を抜きに、蔓延防止が可能か、は充分検討されていないと思われる。
▶蚊対策事業を自治体が検討／実施した場合に国補助を得られるか否かは、「伝染病蔓延防止」として認められるかどうかがポイントとなろう。
＊現在一般市民は、蚊は感染症を媒介するとの認識がない。
＊近年豚の日本脳炎ウイルス保持割合のニュースを殆ど見かけなくなった。死亡鳥のサーベイランス事業も本年度で終了になる予定である。

添付資料２

大阪府ペストコントロール協会からの環境衛生活動に関する状況聴取

日時：平成 24 年 12 月７日（金）15：00 ～ 17：00
場所：大阪府ペストコントロール協会研修室
大阪市中央区和泉町１－２－６玉村ビル２階
参加者：
社団法人大阪府ペストコントロール協会、会長：向井俊彦、副会長：石橋慎示、
事務局長：綿貫實
研究班員、中瀬克己（岡山市保健所長） 竹之内直人（愛媛県中予保健所長）
坂部憲一（大阪府健康医療部環境衛生課長補佐）
倉持隆（大阪府守口保健所衛生課長）
議題：

１．被災地における活動状況について

平成 23 年６月理事会で被災地防疫支援活動を決議
平成 23 年６月 17 日日本ペストコントロール協会（NICCO）から
被災地の事前調査の結果、ハエの発生の多い対象地区（岩手県大船渡市、津波により、港の食品加工工場の冷凍庫から魚が大量に流出、腐敗）への派遣要請
活動資金は、公益社団法人日本国際民間協力会からの災害時に備えた募金を活用

１）第１次時派遣（平成 23 年６月 29 日～７月２日、３泊４日）、
第２次時派遣（平成 23 年７月 18 日～７月 23 日、５泊６日）
防疫作業、１次 22 名、２次８名で活動面積（約 20 万㎡、発生源・瓦礫への処理、水田は危険を伴うため外周のみ散布）、散布薬剤（レトナップ乳剤 200 倍希釈、合計４万Ｌ、環境に配慮し、人畜に害のない、自然分解される薬剤、希釈用の水は消防が確保）、ハエ、蚊、を対象とした。蚊については津波による塩水でやぶ蚊の発生が多く、真水で発生する日本脳炎を媒介するコガタアカイ蚊の発生は少ない。ねずみは捕獲により発生数を追跡。結果としてハエ、蚊、ねずみによる伝染病の発生はなかった。

現場の声
①道路周辺の瓦礫処理は進んでいるものの、４ヶ月も経過の割には復旧のスピードが遅い。実際現場を体験し、ハエの異常発生、腐敗物の臭い、津波の悲惨さを知った。
②津波を受けた地域の壊滅状態と受けなかった地域のギャップに奇異な感じがした。
③ハエ類の発生はすさまじいものがある。瓦礫の早期処理と成虫・幼虫対策が必要だ。瓦礫も高さが増し防疫も危険を伴う。
④酷暑に備え、作業員への健康管理が重要（給水・休憩）
⑤支援要員の予算・組織・作業内容及び現場情報に準備不足
⑥現金・体力・技術力必要、誇り多い、暑さに冷却スプレーは効果的

２．自治体とペストコントロール協会との連携（委託業務）について

１）感染症予防法に基づく消毒
感染症患者の消毒、水害時の床上・床下浸水時の消毒
２）そ族・ゴキブリの駆除
公共施設のねずみ、ゴキブリ駆除、施設・マンホールなど調査、薬剤設置
３）毛虫などの駆除
公共施設の毛虫・ノミ・ダニ・セアカゴケグモなど駆除、薬剤散布

4）蚊・ユスリカの駆除
管理地及び河川・側溝での発生防止及び駆除
5）ハチの駆除・指導
公共施設・民間・市民など、スズメバチ、ミツバチ、アシナガバチ
6）ウエストナイルウイルス媒介蚊の調査
定期的に蚊の採集・同定調査
7）アライグマ捕獲関連業務
8）その他
孤独死の消毒・消臭、輸入動物処分、外来動物遺失物処分、
ガスくん蒸処理・防かび・除草・害鳥害獣防除

3．その他
1）各種研修会の開催、
（例）感染症対応出動隊研修会　参加者：大阪府及び近畿地区府県ペストコントロール協会会員、
大阪府職員
「感染症法と感染症」、「高病原性鳥インフルエンザなどの防疫待策」
「消毒ポイント作業に関する実技指導」
2）「ペストコントロールフォーラム」の年１回開催
主催：全国環境衛生・廃棄物関係課長会、日本環境衛生センター
日本ペストコントロール協会
3）機関紙の発行
4）地域住民からの電話相談対応、啓発事業

4．研究班での検討及びこれら状況調査を踏まえた考察
1．WN 熱、チクングニア熱等感染症発生時の媒介蚊対策として、PCO には、どのような役割を期待できるか。
→ PCO には、媒介蚊対策という専門的な業務での指導的役割を期待できる。しかし、広域での消毒作業の直接の実施を期待することは困難である。
理由：PCO は府県区域すべてを対象に短期間で消毒等対応できるような大きな組織ではない。大阪 PCO は全国的に見ても会員数の多い組織ではあるが、それでも府全域を対象とした消毒処理を短期間で実施することは困難である。全国を見ても PCO は任意団体が多く、会員数も少ないところが多い。
2．自治体で自ら行うべき業務は何か
→行政が担うべき優先的な機能は、緊急時の媒介蚊対策のマネージメント機能である。地域住民や多くの臨時的な応援者をとりまとめ、このような従事経験がない集団が PCO 等の指導や助力を得て、媒介蚊対策を効果的に実施できるような体制を事前に確立しておく必要がある。
3．PCO の協力を得て効果的に媒介蚊対策を実施するために必要なことは何か。
→ PCO との危機発生時の援助協定の締結が事前に必要である。また、都道府県が県 PCO との協定を締結するに当たっては、危機管理部局、感染症部局、生活衛生部局が連携して締結することで、実働を担当する市町村においても同様の連携が図りやすく、有事の際も全庁一体となった対応が可能となることが期待できる。
4．大阪 PCO の東日本大震災での活動から、災害時の媒介蚊対策において PCO に期待できる役割にはどのようなものがあるか。
→都道府県単位の PCO は組織が小さいことから、近隣府県を含めた広域的な PCO 間の連携が重要である。都道府県や市町村と地域別の PCO との協定のみではこのような広域支援を担保することがで

きない。
この調整には、日本ペストコントロール協会の働きは非常に重要だと考えられる。ただし、今回の東日本大震災時の対応事例からは、日本ペストコントロール協会の地方への指示や取り纏め機能は迅速、効果的とは言えなかった。一方で、被災地での環境衛生活動に対する民間からの財政的な支援が全国 PCO を通じて行われた実績がある。そこで、例えば、全都道府県をカバーし広域的な調整を全国 PCO が行うという包括的な協定を国と日本 PCO が結び、国として PCO を支援する体制を事前に整備しておく事などが考えられる。

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）
―生活環境安全（ＷＮ熱ウイルス感染症等媒介蚊対策）―

《ICS/IAP 活用のための条件》

・事前に感染症法所管部局、環境衛生関係部局、道路・下水道管理部局等関係組織の連携によって、行政対応の枠組みが構成されていること
・上記の部門間の役割り分担のもと、保健所と本庁、地方衛生研究所、市町村、PCO（ペストコントロール協会）等の役割分担が明示、周知されていること
・PCO、地域の衛生組織等の維持とこれら団体・組織との連携・協力関係があること
・媒介蚊幼虫、成虫対策用の薬剤、散布等に必要な専門的人材、機材、蚊分布調査用の機材が確保されていること

《この標準的 ICS/IAP の利用に当って》

・国内で感染したと考えられる WN 熱患者確認、野鳥等からのＷＮ熱ウイルスの検出等により媒介蚊対策の実施が決断された時点からなるべく早期に行われる、媒介蚊対策に関して保健所が担当すると想定される環境への薬剤散布による幼虫対策に関して記載している。なお、人患者発生時には平行して行われると考えられる成虫駆除の実施の詳細は含めていない。
・対応事象において保健所の担う業務は活動本部（地域実行）の一部でありその主要機能を中心としての ICS/IAP を示す。　別図１, ２参照
・我が国では近年感染症媒介蚊に対し大規模な環境対策を短時間で実行した例はないため、今回は大阪府において行われた WNV 媒介蚊対策（幼虫対策に限定）に地域住民が広範囲に参加したシミュレーションの過程を通じて得られた知見を参考に作成した。
・ＷＮ熱等媒介蚊対策は通常対策実施に準備を要し、亜急性期の対応となる。チクングニア熱患者の診断など緊急的な実施が必要とされる事態もあるが、実施すべき内容は亜急性期に行う事と同じである。

参考

１．平成１４年度厚生科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「節足動物媒介性ウイルスに対する診断法の確立、疫学及びワクチン開発に関する研究」における「ウエストナイル熱の媒介蚊対策に関するガイドライン」作成に関する研究（分担研究者：国立感染症研究所昆虫医科学部 小林睦生部長）の報告書（健感発第 0618002 号平成１５年６月１８日により各自治体に配布された。）に、科学的知見等の基本的情報が記載されている。
２．第２次世界大戦後、我が国でもマラリア媒介蚊対策を行いマラリア伝播が収束した経験があり、沖縄等にその記録が残されている。以下のように収集報告した。平成 21 年度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および活動内容に関する研究」報告書　p483-490

《急性期における標準的 ICS/IAP》

ICS1. 緊急な媒介蚊対策の必要性の判断に必要な情報の収集と連絡
　IAP1－1. 迅速な媒介蚊対策が必要な疾患（チクングニア熱）の情報探知（感染症担当部門から）
　IAP1－2.（感染症部門と平行して）本庁等媒介蚊対策担当部門と連絡し情報共有する
　IAP1－3. 地域蚊動向情報など基礎的情報を集約する
ICS2. 所内体制の確立
　IAP2－1. 感染症、環境対応部門等が連携した所内連携体制を確立する
ICS3. 所外連携体制の確立
　IAP3－1. 本庁感染症、環境対応部門、地方衛生研究所等と連携した同一行政機関内の所外連携体制を確

立する
IAP3－2. PCO、管内市町村等と連携した所外連携体制を確立する

《亜急性期における標準的 ICS/IAP》
ICS1. 市町村における実施体制整備の支援
IAP1－1. 市町村に対策案を提示し県等との役割分担を確認
IAP1－2. 対策の事前準備
ICS2. 住民等の参画を促すための市町村への支援
IAP2－1. 地衛研、公益団体であるＰＣＯ等が担う技術的助言や支援の調整
IAP2－1. 管内の複数市町村間の調整
ICS3. 媒介蚊の特定
IAP3－1. 捕集器を設置し蚊および幼虫を集め蚊種を同定
IAP3－2. ＷＮ熱ウイルス同定のため蚊を地衛研等に搬送
ICS4 地域蚊動向による対策の評価
IAP4－1. 蚊の発生源調査と幼虫生息調査による媒介蚊の地域分布図作成
IAP4－2. 蚊捕集モニタリング等による対策の評価と市町村及び関係部門への提供

《亜急性期における標準的 ICS/IAP/AC》
【対応時期】
《**亜急性期**》発災（国内で感染したと考えられる患者確認や野鳥等からのＷＮ熱ウイルスの分離等により媒介蚊対策の実施が決断された時点）からなるべく早期：環境への薬剤散布により媒介蚊幼虫対策を開始する時期

【主な対応目標】
○長期的媒介蚊対策の基礎である環境への薬剤散布と水たまり等の発生源減少とによる幼虫対策を住民および公益団体であるＰＣＯの協力を得て地域で実施する。

【ICS/IAP】
ICS1. 市町村における実施体制整備の支援
IAP1－1. 市町村に対策案を提示し県等との役割分担を確認
－市町村へ提示する対策（案）別掲 AC1－1 参照
IAP1－2. 対策の事前準備

ICS2. 住民等の参画への支援
IAP2－1. 地衛研、公益団体であるＰＣＯ等が担う技術的助言や支援の調整
－住民への説明と協力依頼内容　一般および農漁業関連組織等　別掲 AC2－1 参照
IAP2－1. 管内の市町村調整

ICS3. 媒介蚊の特定
IAP3－1. 蚊および幼虫を集め蚊種の同定
IAP3－2. ＷＮ熱ウイルス同定のため蚊を地衛研等に搬送

ICS4. 地域蚊動向による対策の評価
IAP4－1. 蚊の発生源調査と幼虫生息調査による媒介蚊の地域分布図作成

IAP4－2. 蚊捕集モニタリング等による対策の評価と市町村及び関係部門への提供
－蚊捕集と幼虫採取による媒介蚊の動向評価　別掲 AC 4-2 参照

図１　WN熱患者等発生に対応した都道府県の対策（機能）の全般を想定しその関係を組織図として示した。

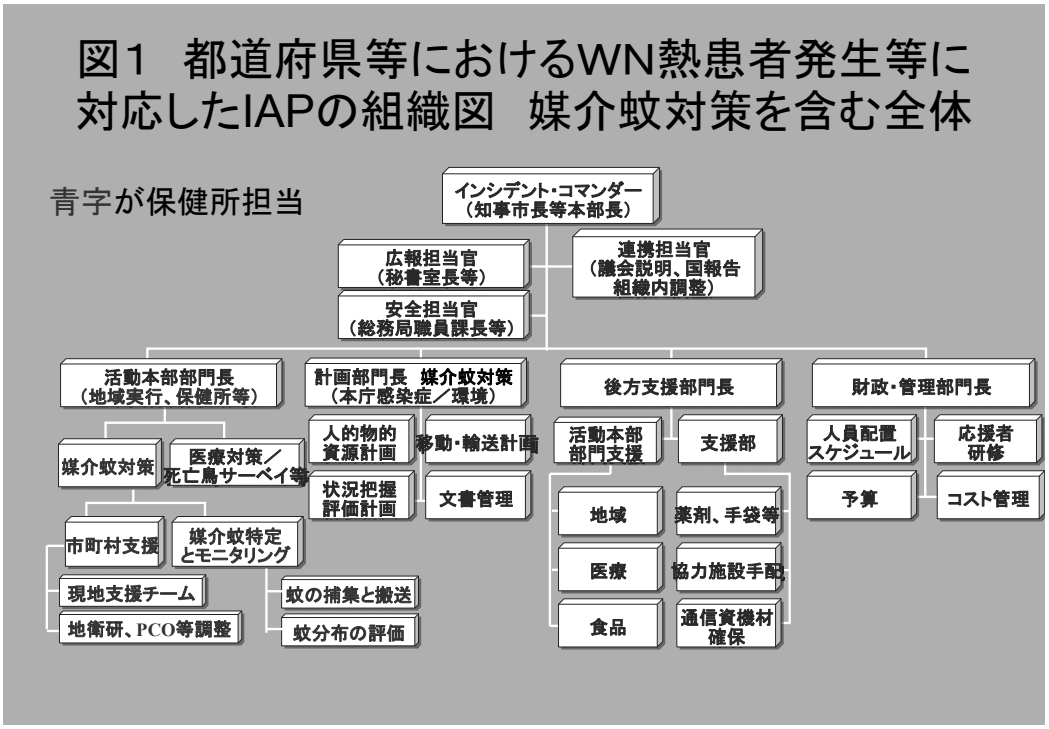
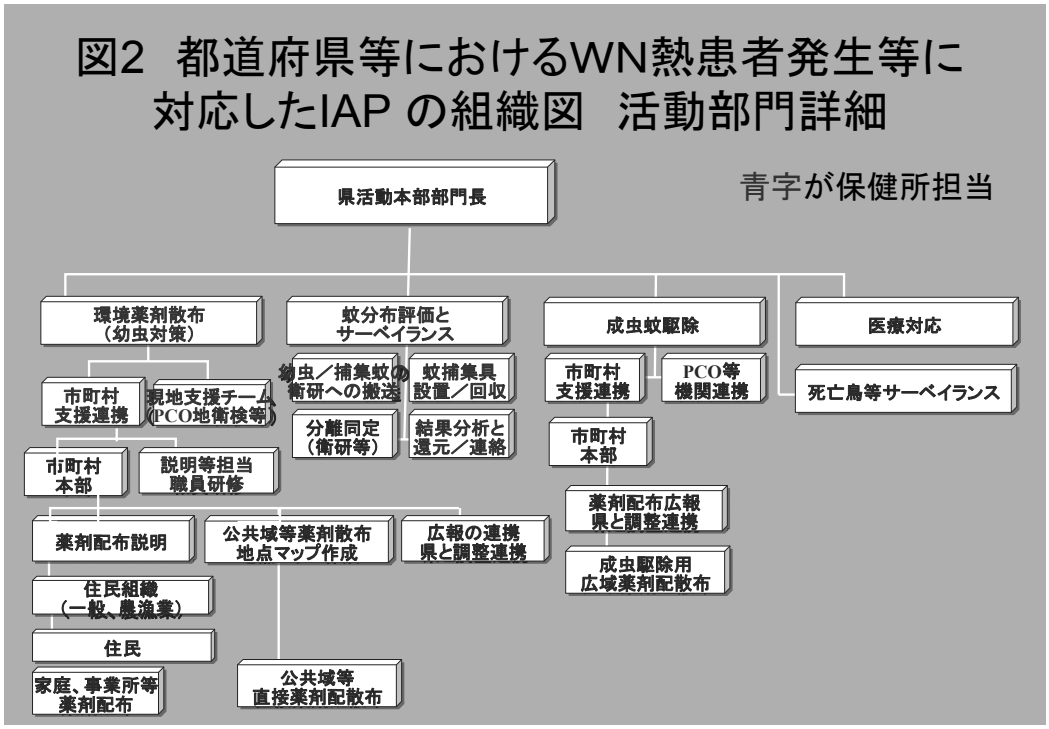


図２　活動本部の機能を組織図として示した。この内保健所が主に担当する機能を、ICS/IAP として上述した。



活動本部は地域での実行、計画部は都道府県および市町村本庁が協同して運営し WN 熱患者発生の動向等を踏まえて媒介蚊対策の範囲、内容、時期等の基本的な企画を決定する。我が国では権限委譲がなされ

ていない事が多いので対策本部に提案し、了解を得ることが通常と考えた。後方支援は対策本部の機能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する、という想定で例示した。

AC（アクションカード）1－1　市町村へ提示する対策（案）

①媒介蚊対策実施区域の決定
②対策内容の確認
　薬剤処理（昆虫成長制御剤使用、成虫駆除剤の散布など）
　環境改善措置（排水路への流水、溜まり水解消）
③住民への協力依頼内容の確認
　薬剤散布（敷地内)、自宅敷地内等の溜まり水解消、
　個々人における蚊の刺咬防止方法の徹底
④住民、関係団体への協力依頼と説明
　住民および住民団体に対する依頼・説明範囲（役員等）の確定
　農漁業団体：水利組合（排水路への流水)、薬剤影響とポジティブリスト
　住民への広報
⑤対策の日程調整
⑥対策効果の検証（市町村、保健所、公益法人、衛生研究所で協議）

AC（アクションカード）２－１　住民への説明と協力依頼内容　一般および農漁業関連組織等

①感染症（ＷＮＦ)、媒介蚊の基礎知識と対策に至った状況
②対策の全体計画
　対策の目標と市町村全体計画の説明
　対策の限界
　　蚊を全滅させることは不可能、成虫対策としての殺虫剤全面散布は不可能
③住民への具体的行動依頼（一斉薬剤処理等）
　一斉薬剤処理
　　一斉薬剤処理実施日
　　行政が実施する場所と住民が実施する場所の役割分担
　個々人で行う対策（自己防衛）
　　溜まり水解消（自宅内発生源対策)、蚊の刺咬防止（忌避剤、衣服等）
④薬剤の特徴と使い方
　昆虫成長制御剤、殺虫剤等使用薬剤の特徴
　　薬剤の作用点（ホルモン等成長制御、神経毒等）
　　即効性等の効果と持続性、使用禁止対象物、
　　人体影響（毒性、アレルギー等）
　　環境影響（ポジティブリスト、特異的生物影響等）
　使い方
　　投入や散布の仕方、使用濃度、薬剤の有効期間
⑤その他
　問い合わせ窓口の紹介（保健所、市町村等）
　　対策に関すること（対物)、医療等に関すること（対人）の窓口
　対策の結果報告（広報、回覧、放送等）

⑥各種住民組織向け追加項目

６－１　農漁業関係の住民組織向け追加項目

河川、用水路における蚊幼虫の押し流し操作、

作物、魚類等への薬剤影響防止

使用薬剤「昆虫成長制御物質（剤）」による生産物への影響についての安全性やその試算結果の提示

野菜等の残留農薬の規制に関する「ポジティブリスト」での位置づけと意義

甲殻類への影響（脱皮ホルモン様物質は影響が有り、幼若ホルモン様物質は少ない）

６－２　ＰＴＡ等教育関係団体向け追加項目

教育施設等への防除対策への協力など

AC（アクションカード）４－２　蚊捕集と幼虫採取による媒介蚊の動向評価

－市町村からの情報により捕集器設置地点を確認

－市町村職員、PCO 担当者等と協力して設置場所提供者に確認説明

－捕集器を設置

－捕集器の定期巡回による捕集蚊の計測と機器管理

－捕集蚊数の報告

－地域別捕集蚊数の動向評価

－企画部門への報告

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card） 評価シート

必要セクション	必要機能		担当課	評価(1,2,3,4)悪→良	評価内容	日本版標準 ICS/IAP/AC の項目の妥当性（追加、修正、不要）	備考（岡山市健康危機管理マニュアルの妥当性、WEB 会議の有用性等）
ICS－1：発災事例における保健所の役割を確認する	IAP1－1	保健所が関与すべき事例か判断する。	保健課				
			衛生課	4			健康危機として初動を行う条件
			健康づくり課	4			
	IAP1－2	自治体における既定の危機管理対応体制に準じるか判断する。	保健課				
			衛生課	4	係員→課長→所長へ報告した		ＯＫ
			健康づくり課				
	IAP1－3	連絡すべき部門等を確認する。	保健課				
			衛生課				
			健康づくり課				
ICS－2：初動時の情報収集及び報告	IAP2－1	本庁及び地域の健康危機管理関連機関への情報提供を行う。	保健課	4	南区役所、教育委員会、保育課、備前保健所に情報提供できた。		
			衛生課				
			健康づくり課				
	IAP2－2	初動の漏れがないか確認する。	保健課				
			衛生課	4	係員→課長→所長へ報告した		ＯＫ
			健康づくり課	4	・センター長は健康づくり課長に報告した。 ・健康づくり課長は所長に報告した。 ・健康被害の状況、症状等を把握し、安全な場所への移動を指示した。		・危機管理調整責任者の位置づけの必要性、役割等の明確化 ・マニュアル内「初動班」の標記は、今回設定の班はすべて初動時の班だったので、標記の検討が必要では。 ・緊急連絡先及び連絡・召集の流れ図は、機構や職員異動に合わせ、毎年度初めに、作成・周知が必要
ICS－3：原因物質推定・治療法等情報把握	IAP3－1	救急、医療機関から患者の病状など原因物質の特定に有用な情報を集める。	保健課	3	救急（消防局情報指令課）から患者の病状など原因物質の特定に必要な情報を集めることができた。ただし原因物質の特定にはもう少し詳しく聴取する必要があった。また、医療機関からは情報収集できなかった。		
			衛生課				ＯＫ
			健康づくり課				
	IAP3－2	日本中毒情報センターに情報を提供し原因物質、対応の情報を得る。	保健課				
			衛生課	2	連絡シートへの記載不備があり		ＯＫ
			健康づくり課				
	IAP3－3	医療機関等の関係機関に情報提供する。	保健課	4	有症者搬送先病院及び現場周辺医療機関、南区役所（総務、地域振興課、農林水産振興課）、教育委員会（教育企画総務課）、保育課へ推定化学物質情報等を提供できた。		
			衛生課				ＯＫ
			健康づくり課				

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card） 評価シート

必要セクション	必要機能		担当課	評価(1,2,3,4)悪→良	評価内容	日本版標準 ICS/IAP/AC の項目の妥当性（追加、修正、不要）	備考（岡山市健康危機管理マニュアルの妥当性、WEB 会議の有用性等）
ICS－4：住民相談への対応	IAP4－1	相談に必要な各種情報を把握、整理する。	保健課				
			衛生課	2			ＡＣ２－１に初動時の点検事項あり
			健康づくり課	3	・対策会議で事例の概要、安全性に関する情報や対応方法等、各班の対応状況等を把握した。 ・農作物、動植物等に対する影響等の確認まではできなかった。		・市マニュアルには、科学物質関連の対策会議と判断会議における確認・決定事項等は、明記（項目等）すると共有しやすい。
	IAP4－2	相談担当部門に提供する。	保健課				
			衛生課	2			ＡＣ２－１に初動時の点検事項あり
			健康づくり課	3	・対策会議での情報、住民相談への対応について、各班長や各保健センターに情報提供した。 ・訓練では、情報分析班が作成した啓発チラシ等の情報提供まではできなかった。		
ICS－5：被害拡大等の新たに対応が必要な状況の把握とリスクの評価	IAP5－1	追加情報の把握	保健課	3	机上訓練時間が短く追加情報を収集するところまでには至らなかった。ただし、南区役所、教育委員会、保育課、備前保健所へ現況連絡をした時点で情報提供依頼はできていた。		
			衛生課				ＯＫ
			健康づくり課				
	IAP5－2	関係機関との情報共有	保健課	3	Web 会議を通じて関係機関との情報共有は概ねできていた。ただし、Web 会議がつながっていない機関については情報共有のために連絡等徹底する必要がある。		
			衛生課				ＯＫ
			健康づくり課				
	IAP5－3	継続監視の必要性の検討	保健課				
			衛生課				ＯＫ
			健康づくり課				

※標準 ICS/IAP/AC の詳細については別紙参照

総括（感想等）

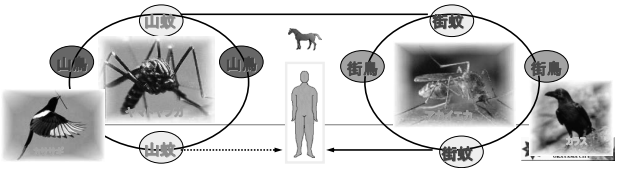
（保健課）実際の時間経過ではなく時間を短縮しての訓練だったので、不十分な対応となった部分もあるが概ね必要な対応はできていたと思う。もし、また訓練を行う場合は実際の時間経過に沿った訓練を行えば、より細かい問題点も見えてくるのではないかと思う。
本部事務局をどこが行うかといったことや健康危機管理調整責任者ほかの役割分担を年度当初に決定して周知を図っておく必要を感じた。
現行の健康危機管理マニュアルは、作成当初から改訂がなされていないので、現在の体制、状況等に合った見直しが必要だと思う。
（健康づくり課）〇訓練設定時間が短く対策会議に押され、実施者がシュミレーションするのが精一杯で、求められていた対応結果等の作成は訓練の中でできなかった。
〇今回の研修が生かされ、市マニュアル（科学物質だけでなく）が改訂できるよう取り組むことが重要と思われる。
〇今回の研修で、初めて「岡山市健康危機管理マニュアル」の存在を知った職員もいた。年度当初の時期に、各所属において、内容の周知・確認することが必要と思う。

1．所属、氏名　所属、氏名を記入する
2．訓練の評価１～４（悪→良）の４段階で評価する。評価に至った理由等を評価の内容に記載する。
3．項目の妥当性項目の追加、修正、不要等があれば記載する。また、項目に対する意見等あれば記載する。
4．その他　岡山市健康危機管理マニュアル、WEB 会議の有用性、その他意見等について記載する。
5．総括　訓練の感想。その他、意見等なんでも記載する。

平成23,24年度
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
感染症媒介蚊対策
化学物質関連健康被害

2013. 3. 4.



概要

- 感染症媒介蚊分野におけるICS/IAP作成
  - チクングニア熱媒介蚊等で緊急的対応が必要
  - ペストコントロール協会との連携
- 化学物質分野におけるICS/IAP作成
  - 机上訓練によるICS/IAP/ACの検証
  - 危機対応訓練におけるNESFDのWeb会議利用
- 東日本大震災における2分野での健康危機情報の把握

岡山市

迅速な媒介蚊対策が必要な場合がある

チクングニア熱：発症患者から媒介蚊による伝播拡大と地域内定着がある

- 準備期に以下に関するACが必要
  - 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
  - 蚊の補足調査による病原体定着の判断（検討方法）
  - 媒介蚊対策を開始する要件 （明確化）

広域での媒介蚊対策実施における地域協力

ペストコントロール協会(PCO)は、自治体委託業務として蚊収集、同定等調査、蚊駆除の他、独自に研修会開催、市民相談等を実施しているが、地域差がある

- 準備期のACとして以下が必要
  - 協定締結
  - 協定内容（委託業務）の明確化

岡山市

媒介蚊対策《ICS/IAP　平常時（準備期）》

- 本庁各部署（感染症、環境、下水道、道路等）での対策推進や分担の明確化
- 保健所と本庁、地方衛生研究所、市町村、PCO（ペストコントロール協会）等の役割分担を明確化し周知する
- 媒介蚊幼虫、成虫対策を行える専門的人材、薬剤、散布に必要な資機材、蚊分布調査用の機材の確保
- PCO、地域の衛生組織等を維持し、連携・協力関係を持つ

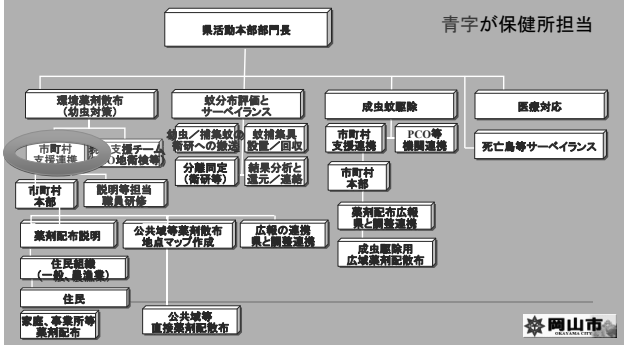
《この標準的ICS/IAPの利用に当って》

- 環境への薬剤散布による媒介蚊幼虫対策に関して記載（成虫対策の詳細は含めていない。）
- わが国では近年大規模な感染症媒介蚊環境対策実行例はない。地域住民が広範囲に参加したWNV媒介蚊対策（幼虫対策に限定）シミュレーションを参考に作成
- 保健所の担う業務は活動本部（地域実行）の一部でありその主要機能を中心としてのICS/IAPを示す。

岡山市

都道府県等におけるWN熱患者発生等に対応したIAP の組織図　活動部門詳細

青字が保健所担当



岡山市

ICS-1 市町村における実施体制整備の支援
IAP 1-1 市町村に対策案を提示し県等との得役割分担を確認
AC1-1　市町村へ提示する対策（案）抜粋

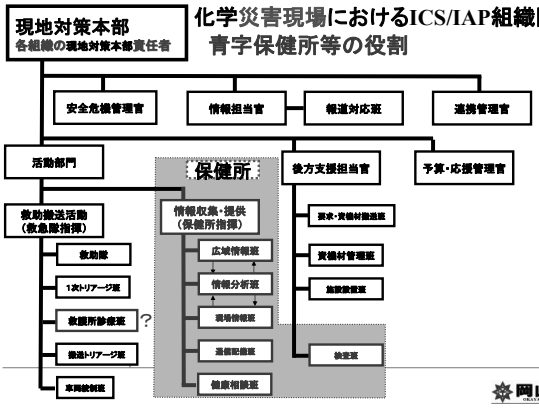
- 媒介蚊対策実施区域の決定
- 対策内容の確認
- 住民への協力依頼内容の確認
- 住民、関係団体への協力依頼と説明
- 対策の日程調整
- 対策効果の検証（市町村、保健所、PCO等公益法人、衛生研究所で協議）

岡山市

化学物質健康危機時のICS/IAP

- H22年度に整理した保健所の特異的対応（分担）と健康危機時共通の対応
  →特異的　症状情報を収集し適切な対処策についての示唆を得て関連医療機関等に提供する
- この役割を果たすための特異的IAP(業務項目)および一般的IAPの整理
  - 情報収集:病院／救急隊
  - 専門機関(日本中毒情報センター等)との連携（AC等）
  - 関連医療機関等への情報提供
- 机上訓練による検証

化学災害現場におけるICS/IAP組織図
青字保健所等の役割



岡山市

食中毒調査支援システム（NESFD）を利用したWeb会議による　情報共有
→机上訓練で各部門から非常に高い評価

課題と見直し点：初動対応＆ICS/IAP

- 分析班　何が起こっているか明確な情報や全体像が把握できなかった　→情報の集約・共有・発信の充実
- 本部立ち上げを判断できる情報が集まる必要がある。現場から発信できなかった、状況の動きがわからない　→通信手段確保、ホワイトボード等で記録・一覧を
- 通信配備班が活用されなかった　→ web会議の立ち上げ、内部情報の共有
- 適切な人員配置が必要。本部職員、事務局が不明確。体制の更新ができていない。→年当初に確認を
- 内部、外部組織：消防、区役所・・との関係の明確化が必要　→準備期の課題

岡山市

机上訓練を踏まえICS/IAP/AC変更　一部

岡山市

研究協力者

- 中瀬克己、味埜圭祐、梶原則夫（岡山市）、岩本治也（福岡県保健医療介護部保健衛生課）、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）
- 石丸康隆（山口県岩国環境保健所）、緒方剛（茨城県筑西保健所）
- 黒木由美子（（公財）日本中毒情報センター）
- 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）

岡山市

保健所への普及の方策

- ICS/IAP/ACの有用性を通じた研究班報告書の周知
- 保健所長会メーリングリストにおける事例対応を通じた紹介と普及を行う。
- H-crisis、保健所長会ホームページ等に掲載し、研究成果に常時アクセスしやすいようにする。
- 地方感染症情報センターや地方衛生研究所との連携を通じた感染症対策担当者への周知
- 環境衛生監視員と連携した情報提供

岡山市

添付資料 6

化学物質結構危機机上訓練および Web 会議の活用　評価

実施体制に関して

岡山市内外の 4 保健所、保健福祉局および岡山市消防、日本中毒情報センター、保健医療科学院、全国保健所長会事務局が web 会議システムを通じて参加して、机上訓練が行われた。

実施保健所では、保健所各担当課、現場保健センターおよび市危機管理部門と連絡を担当する本庁担当課が参加する参加者割合の高い訓練機会とした。また、机上訓練の実施評価体制も市保健福祉局内で実行委員会形式をとって整え多部門職員の参画を得た。

併せて研究班の研究協力者による、ICS/IAP/AC および web 会議の妥当性、有用性評価を行った。

以下に示すように、ICS/IAP に関する意見がいろいろとあったので、これを反映し修正する。

なお、AC の内容に関しては項目を挙げるが内容は今後の検討課題としたい。

ICS/IAP/AC に関して

・保健所内および関係機関相互の情報共有が重要であり、そのためにホワイトボードの活用を指摘する意見が多くあった。この前提として今回は web 会議での画像の共有化があった。
・危機時における対応の確認のために、「漏れが無いか」を確認するステップの重要の指摘も多くこの項が ICS/IAP に盛り込まれている点が評価された。
・健康危機情報の把握と確認の手段は、複数準備すべきであり、特に初期情報の確認は複数の源から行う事を明確にすべきとの指摘があった。
・被害者の身体、精神的な後遺障害に対応するために被害者の正確な把握と継続対応の重要性を指摘する意見があった。
・今回の訓練でも他機関との連携担当は複数人が必要であり、ICS/IAP でも人員などある程度の量的な注意点を含み注意喚起すると有用と思われる。
・システム運用では、ICS/IAP 図で挙げられている web 会議立ち上げを担当する班に業務を位置づけておくことが有用と思われた。
・AC として判断基準、関係者／機関リストの例、住民等に提供する危機対応情報の例示やひな形、を準備しておく事の有用性、必要性の指摘が複数からあった。
・発災時当初からは困難としても、早急に HP などを介して広く情報を提供／共有し活用を促す事が必要と複数から指摘された。
・ICS/IAP/AC でも情報に関する項を意識して明示することが有用と思われた。

Web 会議に関して

・厚生労働省の提供する Web 会議の情報共有機能の評価は大変高く、今後の健康危機対応やその訓練に活用を進めるべきと考えられる。
・web 会議の有用性は保健所外を含め多くの関係者からあった。
・保健所内および関係機関相互の情報共有が重要であり、そのためにホワイトボードの活用を指摘する意見が多くあった。この前提として今回は web 会議での画像の共有化があった。
・対応の「方針」や状況を web 会議を通じて共有するには、工夫が必要との指摘があった。一方、上記ホワイトボードの活用以外にも、スピーカーフォンで状況を常時流す、今回安定し記録も残るチャットで状況を伝える、などの提案もあった。
・Web 会議における情報交換は、画像、音声、メール、チャットと複数手段で行われたが、複数である事の有用性が複数からあった。また、複数の手段の準備とシステムで不具合が起こった際の応急的な対応方策

を準備することの重要性の指摘が複数あった。
・消防からは、web 会議の当初からの対応は困難だが活用は非常にメリットがあり、事前に初動対応以外の部門での立ち上げまた部門ごとの対応担当を定めておくとよいとの意見であった。
・Web 会議では今後現場情報をスマートフォンを活用して得る方策も検討すると良い。
・また、web 活用を含めこの訓練は、保健医療科学院での健康危機対応研修に取り入れると有用と考えられる。
（中瀬克己）

各研究協力者による総括的評価

消防部門

評価シートの記載については、全体が見えていないので差し控えさせていただきます。Ｗｅｂ会議についての感想とさせていただいます。

それぞれの機関の方が遠隔地において音声や映像等を介して、災害の経過・実態の把握をリアルタイムに共有することにより、迅速・適切な対応ができる、このＷｅｂ会議の活用は非常にメリットがあると実感しました。これは皆さんも同感だと思います。ひとつ懸念されることは、災害は日中、夜間を問わず突然にやってくるということで、初動の段階では、やはり電話、ＦＡＸでの情報交換になろうかと思いますが、早期にＷｅｂ会議を立ち上げる人と誰が会議に対応するかをあらかじめ決めておくこともポイントだと思いました。また、実務を担当している部署ではなかなか難しいと感じました。大変参考になりました。ありがとうございました。

中毒情報センター

所長のリーダーシップにより、ぐいぐい ICS/IAP/AC に沿って訓練が引っ張られ、実行されていく様子が見事だと思いました。平時に ICS/IAP/AC を作成し、訓練し、実際に災害が発生した場合に備え改良していくことの重要性を感じるとともに、災害時の対応をよく理解しているリーダーの必要性を感じました。保健所における現場訓練とともに、リーダー育成・研修がさらに必要だと思います。Web 会議での情報交換や現場画像の紹介など、さらにシステムや通信環境の整備も必要だと思いました。

保健所Ａ

WEB 会議では、健康危機管理対策本部での対応状況が十分には把握できないため、評価に必要な情報が不十分であり評価が難しかった。本部の対応状況や対応方針等を WEB 会議を通じて知るためには、工夫が必要である。会議の中で提案された①本部の様子を常時音声で流す②チャットの利用　に加えて、③ホワイトボードの活用が有効である。画面の拡大機能を使えば、ホワイトボードを使って本部からの情報提供ができると思う。

保健所Ｂ

Web 会議システムを組み合わせた訓練は、大変よいと思われました。また、保健所の皆さんが、役割をよく把握していて、動いていらっしゃったことに感心しました。Web 会議システムを用いた場合、複数の保健所が連携して訓練できることがわかりました。リアルタイムに気づきやコメントもチャットでできて、振り返りにも有用でした。訓練の進行状況が第３者には若干見えにくいので、訓練会場から適時チャットで状況概要を流すとよいと思われました。

今回の訓練では、消防や現場の情報がかなり重要だと感じました。関係機関の間で情報共有や情報確認を行う際には、担当者対担当者でやり取りするよりも、Web 会議等を用いて複数対複数でやり取りするほうが時間の短縮や情報の正確な把握に役立つように感じられました。

なお、システムトラブルとして、音声の不具合、メール配信の不具合等が生じました。トラブルが生じた

場合の応急対処法などを検討してルール化しておく必要があると考えました。　ありがとうございました。

保健所C

このような手間のかかる訓練を企画され実施されたことに敬意を表します。また、訓練自体も、時間は延長されましたが、全体的には順調に行ったと考えます。　欲を言うならば、机上訓練であっても、場面の設定自体はデスク中心とせず、職員が事故現場や医療機関に赴き、情報を収集発信する設定であればさらに良かったようにも思いました。

ウェブ会議は、専門家への相談、訓練の評価など用途の可能性がさらに広がりました。音声とメールの安定性がもう一つでしたが、チャットが補っていました。対策会議はもう一台カメラを置いて、図、ボードなどの様子が見られるとさらに良かったと思います。

保健所D

WEB 会議にはメールとチャットの併用が有効であることがわかった。岡山市保健所での会議の様子を、音声も伝わりと臨場感があった。

化学物質の災害時には、和歌山市のカレー事件と同様に、後遺症を心配されるのでそれに対する説明も必要。特に、妊婦や乳幼児、子供。事故を契機に心の変調をきたす人がいるので、被害者の正確な把握とフォローの体制の確立が必要。

保健所E

○ WEB 会議を開催する担当部門（通信配備班？）が、施設の回線使用量の把握・会議に必要な回線量の確保等も調整する必要がある。

○今回使用したシステム（meetingplaza）では参加拠点数に制限（10）があったため、岡山市からの参加は現場（本部のみ）となった。実際に、被害が発生した場合、迅速に対応するには、参加拠点の選定基準（優先順位）等をあらかじめ定めておく必要がある。

○今回は、訓練という形で、食中毒調査支援システムを実験的に食中毒調査以外での使用を検討したが、有用性が確認され、今後も活用を行うのであれば、厚生労働省に利用方法について厚生労働科学研究班？からの意見提出を検討するとよいのではと感じた。

日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）/AC（Action Card）

―化学物質災害　時期別保健所の機能一覧―

【主な対応目標】

・化学物質健康危機における特異的対応である病因物質を特定するための情報収集と医療機関等への提供

・健康危機時に保健部門が担当する共通対応

《この標準的 ICS/IAP の利用に当っての注意点》

各種計画等に規定されている場合　→　規定された計画に沿って対応

・各自治体又は各地域等での独自の対応方針等による対応

・地域防災計画、国民保護計画等の計画に定められた対応（医療班、保健班など）

・事態に応じて必要となる対応は本庁等と連絡しつつ実施

各種計画等に規定されていない場合　→　管轄外事態でも以下の健康危機時共通の対応は必要

・地域の危機管理関係機関、本庁、市町村との連携

・一般的健康相談

・各保健所の体制で対応可能な範囲での専門的相談対応

・不安（ＰＴＳＤ）等への対応

必要 セクション	必要機能	平時（準備期）	急性期	亜急性期	終息期
ICS1. 発災事例における保健所の役割を確認する	IAP1－1　保健所が関与すべき事例か判断する	特異的対応については、自らの組織の担当物質、管轄する発生場所を把握しておく	保健所が関与すべき事例か判断する AC1－1		
	IAP1－2　自治体における既定の危機管理対応体制に準じるか判断する	保健所職員の発災現場臨場の要件を定める。現場臨場時の職員の対応訓練を行う。	自治体における既定の危機管理対応体制に準じるか判断する AC1－2		
	IAP1－3　連絡すべき部門等を確認する。	連絡すべき部門等の連絡先リストの作成	連絡すべき部門等を確認する。		
ICS2. 初動時の情報収集及び報告	IAP2－1　本庁及び地域の健康危機管理関連機関への情報提供を行う。	連絡すべき部門等の連絡先リストの作成	本庁及び地域の健康危機管理関連機関への情報提供を行う。		
	IAP2－2　初動の漏れがないか確認する	連絡すべき部門等の連絡先リストの作成	初動の漏れがないか確認する AC2－1		
ICS3. 原因物質推定・被害拡大防止・治療法等情報把握	IAP3－1　救急、医療機関から患者の病状など原因物質の特定に有用な情報を集める。	救急、医療機関と事前に役割を定める。連絡すべき部門等の連絡先リストの作成	救急、医療機関から患者の病状など原因物質の特定に有用な情報を集める。		
	IAP3－2　発災時施設や現場からの情報を把握し原因物質を推定する	職員が発災時現場に臨場する場合、しない場合各々の連携部門（消防等）の連絡先を確認	事故、事件関連施設等からの情報、保健所の持つ毒劇物情報から原因物質を推定する		
	IAP3－3　日本中毒情報センターに情報を提供し原因物質、対応の情報を得る	日本中毒情報センターとの情報交換方法を周知　別紙様式の確認	日本中毒情報センターに上記の多方面からの情報を提供し原因物質、患者や近隣者への対応の情報を得る		
	IAP3－4　医療機関、消防、市町村等の関係機関に、治療や周辺者被害防止等の情報を提供する。	連絡すべき部門等の連絡先リストの作成	医療機関、消防、市町村等の関係機関に情報提供する。		
ICS4. 住民相談への対応	IAP4－1　相談に必要な各種情報を把握、整理する	中毒情報センター等専門機関の連絡先、専門情報の入手先リストを作成	相談に必要な各種情報を把握、整理する AC4－1		
	IAP4－2　相談担当部門に提供する	迅速な情報提供策を策定	相談担当部門に提供する		
ICS5. 被害拡大等の新たに対応が必要な状況の把握とリスクの評価	IAP5－1　追加情報の把握	各部門の役割の確認、連絡すべき部門等の連絡先リストの作成		追加情報の把握 AC5－1	
	IAP5－2　関係機関との情報共有			関係機関との情報共有	
	IAP5－3　継続監視の必要性の検討			継続監視の必要性の検討	

ICS6. 原因究明	IAP6－1　究明方策の検討	各部門の役割の確認、連絡すべき部門等の連絡先リストの作成			究明方策の検討
	IAP6－2　調査方法を本庁、地方衛生研究所等と協議				調査方法を本庁、地方衛生研究所等と協議
ICS7. 危機事態終息後の対応	IAP7－1　事例評価　再発防止対策	各部門の役割の確認			事例評価　再発防止対策 AC7－1
	IAP7－2　長期的な住民相談、ＰＴＳＤ等への対応等の必要性の検討				長期的な住民相談、ＰＴＳＤ等への対応等の必要性の検討
	IAP7－3　健康影響追跡調査の検討				健康影響追跡調査の検討

AC1－1. 保健所の役割を判断するための点検項目
- －事例が発生した場所の管理者は誰か特定する
- －発災した化学物質関連施設／場所等は保健所が所管している範囲か？
- －原因物質は食品、飲料水に関連する法令や環境関連の法令等との関連する可能性があるか？
- －管理者等や管理者を管轄する部署と連携

例示　農地、公道、その他の公共施設、海洋、河川、私有地等

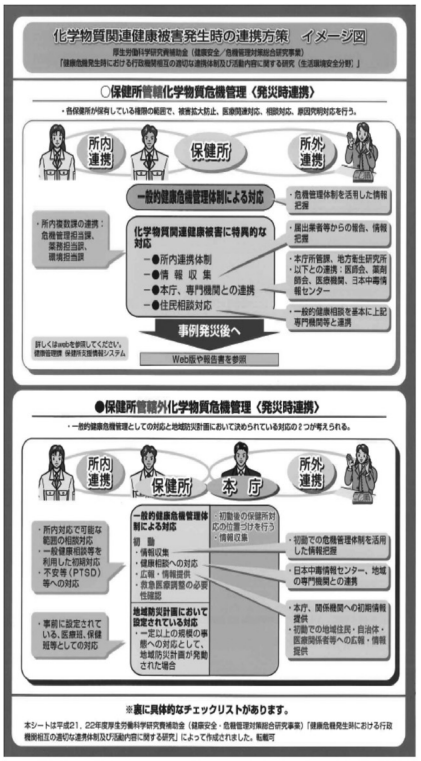
AC1－2. 保健所の役割が規定されているかを点検する項目
- －各自治体において、関連する化学物質等による健康被害に対応するマニュアル、対応要綱、その他関連するマニュアル等が定められているか？
  その他関連するマニュアル等が定められているか？ある場合は、それに従い対応を開始する。
- －規模が大きく、地域防災計画の発動が行われるか？
  各自治体の地域防災計画に準じた対応を取る
- －国民保護計画の対象となるか？
  自治体が定める計画、マニュアル等に従いその役割を果たす

AC2－1. 初動時の点検事項
- －被害の状況（規模・特性）
- －保健所が管轄する施設、物質（毒劇物等）との関連はあるか
- －原因物質又はその推定に必要な情報はどこから把握するか
  例：発災施設、消防、警察、病院等
- －医療体制確保の必要性はあるか
  一般的な救急医療体制で対応可能か、災害拠点病院等との連携が必要か
- －現場から病因物質等の採取が必要か，その際職員の被害防止が可能か
- －医療機関に病因物質や治療情報の提供が必要か
- －地域の関係機関（警察、消防、医師会、薬剤師会、市町村等）との連携は適切か
- －専門機関との連携は必要か　日本中毒センター、大学等
- －その他必要と考えられる事項　例：事例によって各保健所で必要と判断する事項

AC4－1. 相談に必要な情報
- －事例の概要
- －安全性に関する情報（安全な地域、安全確保方法）
- －医学的事項（症状、応急処置法等）
- －防御方法、対応方法等
  参照：日本中毒情報センタ -、UMIN 中毒データベース、毒物劇物情報データベース（事前の導入が必要）
- －原因物質の毒性、人体、農作物、動植物等に対する影響
- －行政等の対応状況に関する情報
- －地域での医療対応に関する情報（受診先）
- －ＰＴＳＤ等の対応に必要な情報
- －その他地域や事例に応じて必要と考えられる事項

AC5－1. 変化状況の把握項目
- －健康被害の拡大状況
- －原因物質の推定に必要な情報
- －医療機関の対応状況に関する情報
- －その他の関係機関の対応状況に関する情報
- －健康被害発生事案の原因（事故原因等）に関する情報
- －その他必要と考えられる事項

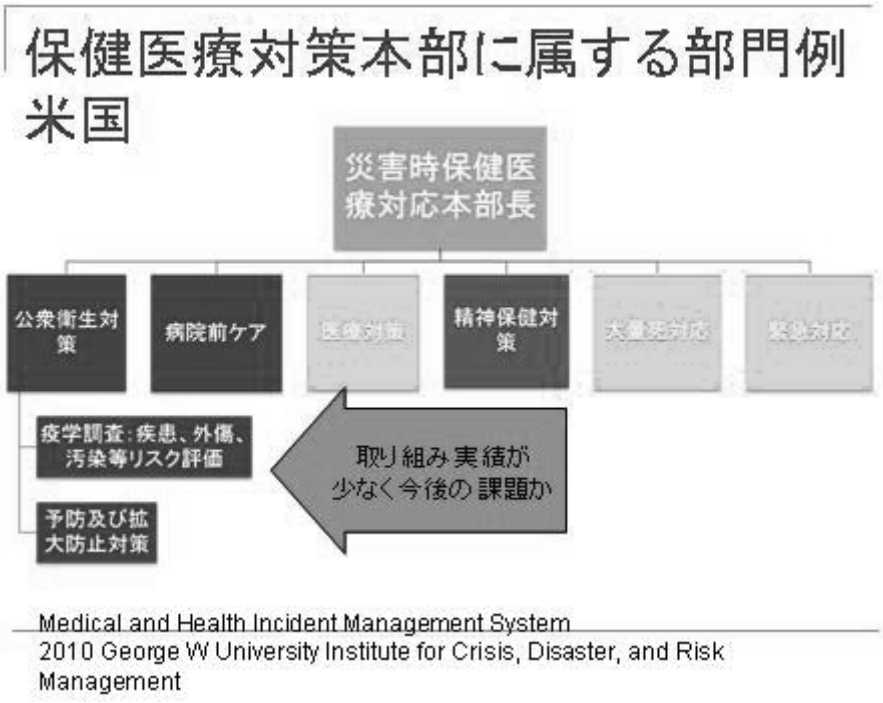
AC7－1. 対応評価
- －保健所の対応（必要に応じて地域危機管理体制）を評価
- －保健所の有する権限等に従い、設置者、取扱者等に対し必要な行政対応を行う。
- －保健所等の対応について、必要に応じ改善策を講じる。



添付資料８

１．東日本大震災での化学物質健康危機に関する検討

＊米国 ICS の例示では、公衆衛生分野の役割に環境リスクアセスメントが位置づけられており、またアスベスト対応等の課題が指摘されている。



＊環境衛生分野での対応範囲として、生活衛生に留まらず大気、水質等の状況が把握されているか不明である。特にその知見が保健医療分野にフィードバックされていない事が問題である。(「宮城県石巻市での健康調査と環境調査について “Disaster cough” 津波被災後の現地での問題点（岡山県医師会被災地支援プロジェクト)」江谷　勉第 58 回中国地区公衆衛生学会　2012 年）

＊全国衛生主管課長会議では、被災地での環境衛生対策について以下のような検討が行われている。保健所職員等向けの専門誌「環境と衛生」におけるシンポジウムや保健医療科学院での研修に自治体対応の状況が含まれている。しかし、大気汚染など環境汚染の状況についての点検結果が共有されていないようである。

＊アスベストへの対応：阪神淡路では、封じ込め→撤去→という手順／方針であったが、撤去の基準が非常に厳しく実効性の高い方策は、水をまく、作業者はマスク、防護衣程度であった。東日本大震災までの間に実効性の高い方策の研究が、なされていないのではないか。

＊化学物質が混ざった海水を飲み込んだ事による健康被害の予防に関して対応が求められた事例があるようだだが、保健所でこのような事例への対応の準備が検討されていない。(Leo,Bosner 日本の災害対応の課題と提言　リスク対策．com　2012.6　p39-43）

原　子　力

原子力分野の日本版標準 ICS
（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）

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長）

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。さらに緊急時のスクリーニングに役立つ問診票等グッズを加えた。

A．目的

放射線に関係する原子力災害、医療機関放射線事故、身元不明放射性物質などの健康危機に対して、健康危機管理を行う保健所が適切に対応できるよう、「放射線関連事故への保健所の対応の手引き」を作成したが、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、「日本版標準 ICS 原子力分野」を作成するために、全国調査を行った。

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原発事故に伴い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」（平成 24 年 9 月実施、都道府県・政令市など 52 自治体の保健所長会長を対象、回答率 71％）
　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

23、24 年度報告参照

D．考察

アンケート調査の自由記載から、事故発生時の保健所対応マニュアル（迅速なスクリーニング体制の立ち上げと、保健所や担当者によって相談対応に差が生じない、最低限の知識・対応方法）が必要であるとの意見が多かった。

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

スクリーニングの実施、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）

また日本版標準 ICS 原子力分野の作成については、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、さらに充実させていきたい。

3）保健所職員等には，どのような訓練や研修が必要か。
　①訓練　原発立地県においては、毎年、国、地元自治体、地域住民や関係機関を含む大規模な訓

練が実施されている。

②研修の例

ａ．（財）原子力安全技術センター

http://www.nustec.or.jp/

原子力緊急時における応急対策の実効性を確保するため、地方公共団体等の防災業務関係者を対象に、共通基礎講座、救護所活動、緊急時モニタリング、緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム等、原子力防災対策に関する知識及び技術を習得できる。

ｂ．（公益法人）原子力安全協会

http://www.remnet.jp/

緊急被ばく医療初級講座、放射線事故医療研究会等。

ｃ．（独立行政法人）放射線医学総合研究所

http://www.nirs.go.jp/index.shtml

緊急被ばく医療指導者育成コース等。

４）平時から備えておくべき備品等

GM サーベイメータ、電離箱式サーベイメータ、シンチレーションサーベイメータ、ポケット線量計などである。ただ、使用する頻度が少ない機器なので、メンテナンスの点からは、普段は集中管理しておき、必要なときに配備する方法もある。その他除染用機材、救護活動用品などが考えられる。

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

原子力分野の日本版標準 ICS（Incident Command System）/IAP（Incident Action Plan）

《ICS/IAP 活用のための条件》

この ICS/IAP は、原子力災害において住民の健康被害を最小限にすることを目的としたものである。

原子力災害とは、原子力緊急事態により国民の生命、身体又は財産に生ずる被害をいい、原子力緊急事態とは、放射性物質又は放射線が異常な水準で原子力事業所外や運搬容器外に放出された状態をいう（原子力災害対策特別措置法第二条）。

原子力災害においては、周辺住民の退避・避難といった防護対策に加え、安定ヨウ素剤の服用支援、緊急被ばく医療の確保、身体汚染検査（スクリーニング）を中心とした救護所活動が実施されることになっている。

また、緊急時の混乱により生じる一般傷病者に対する医療が必要となるほか、特に医療を必要としない多くの者が放射線障害に対して漠然とした不安や危惧を持ち、医療施設に検査等を求めてくることも予想される。こうした事態に対し、迅速、的確に対応するために、関係者の協力によりあらかじめ緊急被ばく医療体制について検討を行い、適切な研修・訓練を実施することにより、円滑に被ばく者等を診療できる体制を構築するとともに、事故の状況と汚染検査等の結果について積極的な情報提供・広報活動を行い、住民等の不安の解消に努めることが必要である。

一方、原子力とは無関係の「放射線関連事故」はこれまでも、工場、工事現場、医療機関、研究機関、住宅密集地などにおいてしばしば発生しており、また核テロなどの懸念も指摘されている。このような事態は日本全国いつでもどこでも起こりうるものであり、原子力災害と同様の対応を想定しておかなければならない。

《この標準的 ICS/IAP の利用に当って》

原子力緊急事態における実際の業務に当たっては、保健所の医師、放射線管理に習熟した診療放射線技師、相談指導に携わる保健師、メンタルヘルスに携わる精神保健担当者などの各職種や、病院から派遣された医師、看護師が、連携して対応する必要がある。また、国、都道府県本庁、市町村、事業所などの関係機関と緊密に連携するため、事故に関する情報が速やかに保健所に伝達される体制の確保も必要となる。

東日本大震災の経験を踏まえ、安定ヨウ素剤の服用基準などが大幅に見直されることになっているが、その検討作業は大幅に遅れていることから、この標準的 ICS/IAP は東日本大震災以前に作成されたマニュアル等に基づいている。

なお、東日本大震災のように、原子力災害が大規模複合災害として発生した場合は、自然災害、感染症、食品安全、精神保健、飲料水安全、生活環境安全などの対策が同時に行われることになり、原子力災害のみを想定した ICS/IAP は実効性を持たないことは言うまでもないが、それは他分野においても同様である。

《注》

原子力緊急事態においては、国、地方公共団体はそれぞれ災害対策本部を設置するとともに、緊急事態応急対策拠点施設（オフサイトセンター）において「原子力災害合同対策協議会」を組織し、情報を共有しながら連携の取れた応急対策を講じることとされている。この「原子力災害合同対策協議会」が設置されるオフサイトセンターの機能が東日本大震災では十分発揮することができなかった、という反省から、国は（旧）原子力安全委員会において「国の意思決定者が的確・迅速な防護対策を意思決定できるよう、米国等において導入されている「インシデント・コマンド・システム（ICS）」に相当するシステムの構築が必要である」としている。（「原子力施設等の防災対策について」の検討について「中間とりまとめ」平成 24 年度 3 月 22 日原子力安全委員会原子力施設等防災専門部会防災指針検討ワーキンググループ、以下「中間とりまとめ」36 頁）。

また、この「中間とりまとめ」において、スクリーニングや安定ヨウ素剤投与指示を含む緊急被ばく医療

のあり方などについても検討が必要であるとしている（28 頁）。

平成 24 年 10 月 19 日には、原子力防災会議（首相官邸）において「原子力災害対策マニュアル」が全面改正された。平成 24 年 10 月 31 日には、原子力規制委員会（環境省）において「原子力災害対策指針」が決定された。今後、オフサイトセンター等の整備、安定ヨウ素剤の服用、緊急被ばく医療、スクリーニング、飲食物摂取による被ばくの防護、防災関係者防護措置など、現場における具体的な対応方針やマニュアルが国から順次示されてくるものと思われる。

さて、原子力災害対策において国が主導する「ICS（に相当するシステム）」が構築されれば、事故対応に従事する地方公共団体・保健所の職員等はすべてそこに組み込まれることになる。また、安定ヨウ素剤の服用など各種の原子力災害対応に関する具体的な対応方針やマニュアルが国から示されれば、現場はそれに基づいて活動することになる。したがって、それらが示されていない現段階において保健所や地域レベルで独自の ICS/IAP を策定することは、指揮命令系統や現場の支援活動を混乱させることになりかねず、適当ではないことになる。

しかしながら、被災地以外における避難住民の受け入れや地域住民の不安解消活動などのほか、原子力とは無関係の「放射線関連事故」や核テロ対応などについては、保健所や地域レベルにおいて独自の ICS/IAP を組み込むことが必要になり、また、国レベルの ICS についても、東日本大震災で生じたような機能不全を起こさないと断言できるわけではなく、上位の意思決定・命令システムが機能しなかった場合に備え、地域レベルで意思決定・命令を行いうる独自の ICS/IAP を検討しておくことは必要である。何より、原子力災害は原子力規制委員会の検討結果を待ってくれるとは限らない。もし明日、原子力事故が起これば、（東日本大震災で役に立たなかった）現行システムにより最善を尽くさなければならないことは言うまでもない。

《原子力分野における標準的 ICS/IAP/AC》

【主な対応時期】

緊急被ばく医療に係る初動対応（事故直後）

【主な対応目標】

主管部局の指示による指揮命令機能の確保
地域医療本部、地域対策本部との連携による指揮命令機能の確保
保健所内の指揮機能、保健所、職員の被災状況に応じた対応内容の決定
救護所などの現場における体制確立と業務遂行

図１　緊急被ばく医療体制

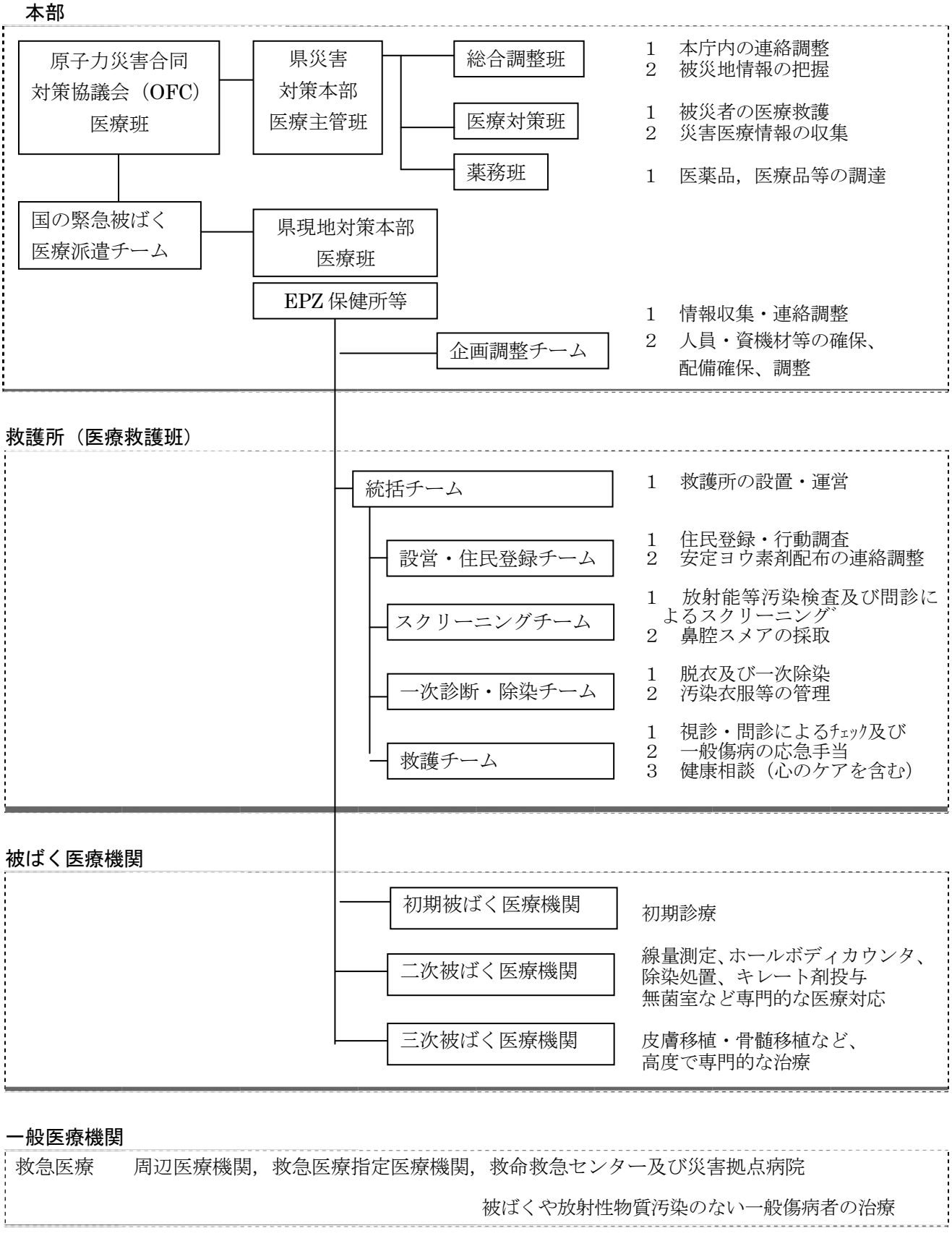
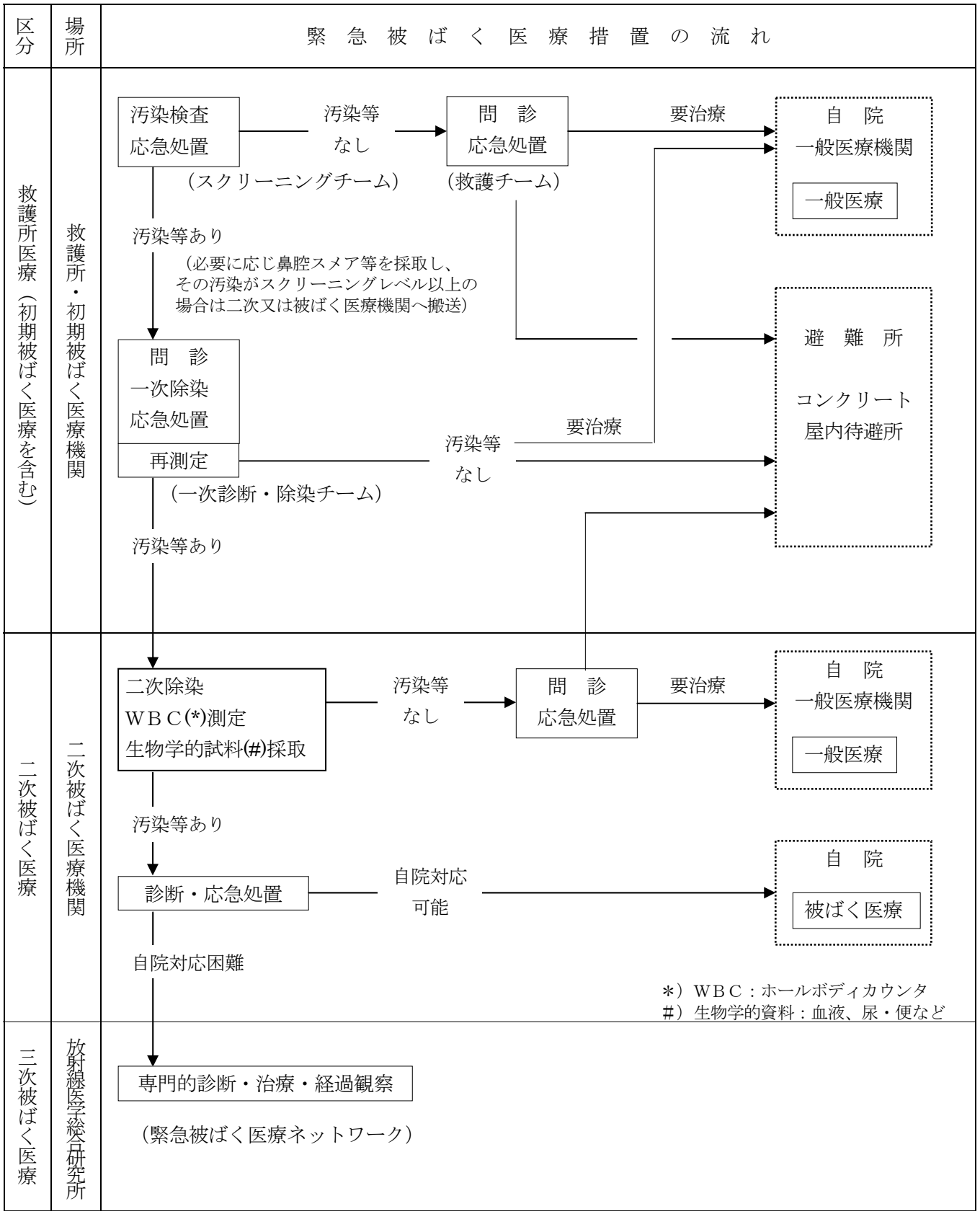


図２　被ばく・放射性物質汚染に対応する緊急被ばく医療のフロー



「汚染等」には、スクリーニングレベル以上の汚染のほか、被ばく医療を要する者を含む

下線部は他災害と共通部分が多いもの

＜現地対策本部≒ EPZ 所管保健所における ICS/IAP ＞

ICS1. 初動体制の確立

IAP1. 初動時の基本的な確認事項の連絡

IAP2. 事態の推移に応じて、初動医療体制の整備

IAP3. 県（県出先機関・保健所設置市市役所を含む。以下同じ）防災計画の確認
県災害対策本部及び県現地対策本部の設置確認

IAP4. 保健所内の指揮機能、保健所、職員の被災状況に応じた対応内容の決定

IAP5. 連絡手段の確保（電話、ＦＡＸ、電子メール、○○救急医療ネット等）

ICS2. 職員の招集等

IAP1. 緊急連絡体制の確保

IAP2. 緊急被ばく医療関係者招集

IAP3. 県庁、保健所ともに職員の招集、資機材の準備

IAP4. 緊急被ばく医療本部設置の要否の決定

IAP5. 県緊急被ばく医療アドバイザー及び県職員の現地派遣

ICS3. 県現地対策本部との連携による指揮命令系統、関係機関との連絡体制の確立

IAP1. 緊急被ばく医療機関への連絡

IAP2. 消防機関への連絡：搬送体制の確保

IAP3. 原子力災害合同対策会議（オフサイトセンター）機能班との連絡体制確立（県現地対策本部経由）

ICS4. 医療スタッフ等の要員・資機材の確保・調整等

IAP1. （事故の規模・状況により）避難範囲、避難住民数などの把握

IAP2. （事故の規模・状況により）必要な医療スタッフ等の人員・資機材数量の検討

IAP3. 関係機関へ派遣要請
（県・郡市レベルの）医師会、日赤支部、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、放射線技師会、
災害拠点病院等への依頼

IAP4. （国の）緊急被ばく医療派遣チームとの連携について確認

IAP5. 要員の派遣準備、資機材の準備

ICS5. 救護所の開設指示

IAP1. 救護所の組織、医療救護班の編成、連絡・命令系統の確認
（運営・住民登録チーム、スクリーニングチーム、一次診断・除染チーム、救護チーム）

IAP2. 救護所開設等の方針決定及び救護所の開設指示（県現地対策本部）

IAP3. 救護所ごとに救護医療班を配置し、救護所を開設

IAP4. 避難先市町村は、救護所の開設及び運営に協力

IAP5. 救護所で発生する傷病者の搬送体制の確認

ICS6. 問診、行動調査、スクリーニング、除染、保健指導、健康相談、飲食物制限対応

IAP1. （事故の規模・状況により）救護所における問診・行動調査項目などの確認

IAP2. スクリーニング・除染の方法及び基準等の指示

IAP3. 事前のＦＡＱの整理

IAP4. 健康相談事例の収集と現場への還元

IAP5. 飲料水・飲食物の摂取制限について（県現地対策本部）

ICS7. 安定ヨウ素剤の調整（調剤）、搬送、配布・服用指示等

IAP1. 丸薬の備蓄、内服液の調整（調剤）体制、薬剤の配布体制などの確認

IAP2. 安定ヨウ素剤の服用基準・説明事項・問診票・立ち会い者の確認

IAP3. 内服液の調整（調剤）（県現地対策本部の指示を受けて）

IAP4. 搬送、配布・服用指示（県現地対策本部の指示を受けて）
ICS8. 緊急被ばく医療の確保
IAP1. 緊急被ばく医療機関の確保
IAP2. 緊急被ばく医療を要する傷病者の輸送手段確保
ICS9. 一般医療の確保・支援
IAP1. 災害時医療・一般医療の調整
IAP2. 人員・資機材不足時、本部への支援要請
要請先（県・郡市レベルの）医師会、日赤支部、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、
放射線技師会、災害拠点病院、緊急被ばく医療機関
IAP3. 医療機関及び入院患者の退避・避難の連絡調整
ICS10. 健康調査・管理（中・長期を含めて）（国や県本部から指示）

＜医療救護班における ICS/IAP ＞
ICS11. 救護所の開設と医療救護班の配置（統括チームの設置）
IAP1. 統括チームの組織、連絡・命令系統
IAP2. 救護所（≒医療救護班）の組織、連絡・命令系統
IAP3. 救護所の開設とそれに必要な人員、資機材等の確保、調整
IAP4. 安定ヨウ素剤の配布、服用支援
IAP5. 隣接避難所との連絡体制の構築・維持
IAP6. 本部との連絡体制の構築・維持・定時連絡
IAP7. 救護所内の案内・誘導
IAP8. 医療機関等への救急搬送が必要な傷病者が発生した場合の対応
IAP9. 予期せぬ事態の報告、健康相談事例の収集と本部への報告
ICS12. 住民登録チーム
IAP1. チームの組織、連絡・命令系統
IAP2. 住民登録の実施、行動調査
ICS13. スクリーニングチーム
IAP1. チームの組織、連絡・命令系統
IAP2. 避難住民に対する一次スクリーニング
IAP3. 内部汚染の疑いがある者の鼻腔スメア採取 , 甲状腺スクリーニング
IAP4. 一般的傷病検査
IAP5. 問診、説明
ICS14. 一次診断・除染チーム
IAP1. チームの組織、連絡・命令系統
IAP2. 汚染が認められる者に対する除染
IAP3. 除染後の二次スクリーニング
IAP4. 問診
IAP5. 被ばく患者、除染できない汚染傷病者を被ばく医療機関へ搬送する手配
ICS15. 救護チーム
IAP1. チームの組織、連絡・命令系統
IAP2. 軽度の一般的傷病者に対する応急処置
IAP3. 健康相談窓口の開設
IAP4. 医療機関等への救急搬送が必要な傷病者が発生した場合の対応

＜医療機関における ICS/IAP ＞
ICS16. 緊急被ばく医療機関
ICS17. 一般医療機関

＜保健所、保健センターなどにおける ICS/IAP ＞
ICS18. 保健所等における健康相談窓口の開設
IAP1. 保健所等に健康相談窓口を設け、緊急被ばく医療機関等と連携、健康相談に対応
IAP2. 周辺地域以外の住民や通過者等から多数の問い合わせがされる場合、他の保健所においても健康相談窓口の開設
IAP3. 救護所の開設を必要としない場合、相談や検査を求めてきた時は、保健所、重点市町保健センター、緊急被ばく医療機関等で対応
ICS19. 健康調査・管理の実施（本部の指示を受けて）
ICS20. メンタルヘルス対策
IAP1. 必要性
・生命を脅かされるような危機や予期せぬ事態の体験
・被ばくや汚染が身体に影響を及ぼす不安（将来的な影響、子供への影響等を含む）
・五感では感じることができない放射線や放射性物質に対する不安
・情報の不足、不的確な情報、情報の錯綜等による不安（デマ、風評被害等を含む）
・避難措置等に伴う生活環境の変化への不適合
IAP2. メンタルヘルス対策の実施
IAP3. 保健所、市町保健センター、心と体の健康センターが、医療機関、メンタルヘルスの専門家、ボランティアなどと連携して対応

解説：メンタルヘルス対策の実施にあたっては、原子力災害の特徴、自然災害との共通点等を整理し、災害の形態・規模、住民の心的衝撃・精神的負担及び心理的変化等に対応した措置を行うものとするが、初動時の相談活動・対象者の把握等は、基本的に次の（1）～（4）により対応する。
なお、原子力災害時のメンタルヘルス対策には、迅速かつ的確な情報提供が有効であり、県緊急被ばく医療本部及び保健所等関係機関は、放射線による身体的な影響等を分かりやすく説明するなど情報の提供に留意する。
（1）避難住民及び周辺住民等に対する相談活動等
①メンタルヘルスに関する初期の相談等は、「心のケア」の強調による実効性の低下（相談への抵抗感等）に配慮し、原則として、健康相談、生活相談、一般の援助活動と一体的に実施する。
②具体的には、健康相談窓口（設置されていない場合は保健所）等での相談の際に、身体的不安だけではなく、精神的負担・心理変化にも配慮した対応を行い、専門的なメンタルヘルス対策が必要と考えられる住民等の把握に努める。
③併せて、保健所職員が中心となり、防災業務関係者、ボランティア等との協力体制を整え、一般の援助活動等を通してのメンタルヘルス対策（声かけ、精神状態の把握、情報提供等）を推進する。（不安の強い住民を把握した場合は、専門的な対応を検討する。）
④避難住民又は周辺住民の精神的不安が大きいと想定される場合等は、保健所職員が中心となり、住民のもとに赴いて相談活動（アウトリーチ活動）を実施する。
⑤原子力災害に伴う精神的負担及び心理的変化は、災害の経過とともに変化し、災害終息後にも対策の継続が必要とされる場合があるため、その変化に応じた対応にも留意する。
（2）被ばく患者に対する相談活動等
①被ばく患者の診療を担当する緊急被ばく医療機関が中心となり、保健所やメンタルヘルスの専門家と連

携して対応する。

②被ばくの程度、身体に与える影響等について的確な情報を繰り返し説明し、被ばく者が不必要な健康不安を抱かずにすむよう配慮する。

③被ばく患者には、行動の制限、事情聴取・取材などによる精神的負担も想定されるため、事情聴取・取材への医師等の立会いなどの配慮等についても検討する。

④被ばく患者の家族に対するメンタルヘルス対策にも配慮する。

（3）防災業務関係者、原子力施設の従事者等に対する相談活動等

①産業医・保健所等の協力を得て、健康診断等と組み合わせた職員のメンタルヘルス対策を実施するなど、まず、各関係機関において、業務に応じた適切な対策を講じる。

②防災業務関係者には、災害現場の目撃等による心的衝撃、職業上の使命感、疲労の蓄積等による精神的負担にも配慮する。原子力施設の従事者の場合は、それに加えて、災害の発生元としての自責の念、周辺住民等からの怨恨感情等の精神的負担にも配慮する。

③被ばく等の危険のある防災業務の場合、従事者に個人線量計を着用させ、被ばく線量を明確化する等科学的データに基づいた対応を行うことが、メンタルヘルス上も重要である。

④防災業務関係機関は、平常時から教育及び訓練等を実施し、職員が過度の不安を抱くことのないよう、正確な知識、対応方法等の習得に努める。

（4）メンタルヘルス対策における関係機関の役割

①防災業務関係者の役割

消防士、警察官、行政職員、放射線の専門家等の医療関係者以外の防災業務関係者（ボランティアを含む）は、それぞれの業務を適切に行いつつ、周辺住民等と個別に顔を合わせ、声をかけることなどにより安心感を与えるよう配慮する。

②医療関係者の役割

医師、看護師等の医療関係者は、防災業務関係者としての役割に加え、周辺住民等からの放射線の健康影響等に関する相談に対応する。

③メンタルヘルス専門家の役割

精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士等のメンタルヘルスの専門家は、メンタルヘルス対策の実施にあたり、行政、医療関係者、防災業務関係者、ボランティア等に対し、総合的・専門的な助言を行う。

また、主に心理的変化の非常に強いと考えられる者に対し直接援助を提供する。

参考文献

被災者を支援する人に
～支援のポイントと実技～
武蔵野大学大学院教授　小西聖子・藤森和美
平成 23 年度日本心理学会「震災からの復興のための実践活動及び研究」助成事業
①放射線の心理的影響への対応
②放射線の相談をメンタルヘルスケア提供者が受けるときに

図３　被災地住民登録票

※　被災地住民登録票については、各市町村防災計画で規定するものであるが、市町村の参考とするため、基本的な様式を定めておく。

被災地住民登録票

第　　号　　平成　　年　　月　　日　　時　　分　記載

ふりがな 1　氏　　名		男 女	明治　大正 年　　月　　日 昭和　平成
2　職業			年齢　満　　才
3　現住所			
4　電話番号			
5　本籍地			

6　事故発生時の居場所	郡・市　　町・村字　　番地				
	屋内（木造・鉄骨・コンクリート・石造）　・　屋外				
	事故現場からの距離　　km　　m				
7　事故発生直後の行動	屋内	時　　分頃　～　　時　　分頃		備考	
	屋外	時　　分頃　～　　時　　分頃		備考	
8　現在の体調や治療中の病気の状態等					
9　汚染の程度	有・無 （有りの場合の程度）				
10　除染その他の措置状況	衣服	A　B　（携行・支給）			
	身体	A　B　C　D			
	医療措置	A　B　C　D　E			
	（記載上の注意） 衣服の欄　A：更衣せず　B：更衣 身体の欄　A：未処理　B：水により除染　C：洗剤により除染 D：特殊洗剤により除染 医療措置の欄　A：不必要　B：安定ヨウ素剤投与　C：その他の薬品投与 D：一般検査　E：精密検査（ホールディカウンタ測定等）　F：治療				
11　被ばく当時の急性症状					

12　避難・退避場所名	
13　避難・退避期間	月　日　時～　月　日　時
14　避難・退避の開始・到着の時間（移動手段）	開　始　時　分 到　着　時　分 （　車両　・　徒歩　・　その他（　））
15　到着までの行動	○避難するまでどこにいましたか。（　一次避難所・自宅・その他　） ○簡易マスクをしていましたか。（　はい　・　いいえ　） ○雨に濡れましたか。（　はい　・　いいえ　）
16　その他の参考事項	○妊娠の可能性の有無（有・無）有りの場合：最終月経の時期（　） ○放射線治療や検査の実施状況 （　）
17　発行年月日	平成　年　月　日
発　行　者	市町村長　印

（この登録表について）

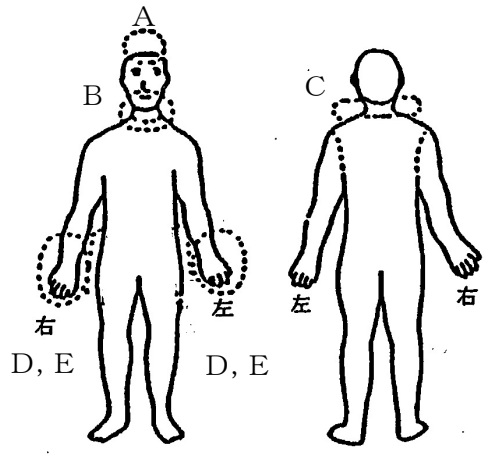
1．この登録票は、事故当時の行動や被ばくの状況を記録したものです。今後の医療や健康管理のための参考となるものですので、紛失しないように大切に保管してください。

2．住所や氏名が変わったときには、すぐその旨を市町村の担当課に届けてください。

3．この登録票を紛失又は破損したときは、再交付を市町村の担当課に申し出てください。

4．この登録票は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

図４　スクリーニング測定記録票

ふりがな １．氏　名				
２．性別 生年月日	男　明治・大正・昭和・平成 女　　年　月　日			
３．現住所				
４．電話番号				
５．検査日時	年　月　日 時　分			
６.検査場所・ 測定者	場　所： 測定者：			
７.サーベイメータの形式		身体汚染スクリーニング測定結果（着用中の衣服を含む）　必要ならば図中にも記入		
８.サーベイメータの管理番号				
９．負傷	□　要　救急処置 □　要　介護 □　無	部位	スクリーニング計数率	
			スクリーニングレベル超過（min-1）	レベル以下
１０．病気 その他（妊娠）	□　要　救急処置 □　要　介護 □　処置を要しない	A （頭部 ）		
１１．安定ヨウ素剤の服用	有 （　月　日　時　mg） 無	B（顔（特に鼻腔）		
		C（両肩）		
１２．除染処置 □　要　□ 不要		D(両手の掌)		
１３．外部被ばく推定線量当量※ 全身　　ｍＳｖ（注） 内部被ばく推定線量当量※ 全身　　ｍＳｖ（注）		E(両手の甲)		
		F（服及びズボンのポケット）		
１４．観察　□要　□不要				
１５．スクリーニングレベル ○スクリーニングレベル：　４０Ｂｑ／ｃ㎡		G（その他）靴等		

※SPEEDI ネットワークシステム等のデータにより被災者の居た地域と時間を参考にスクリーニングチームが記載する。

図５　安定ヨウ素剤の服用に関する説明書

（表　面）

安定ヨウ素剤の服用に関する説明書

○月○日○時○分、○○原子力発電所○号機で事故が発生し、現在、放射性物質（放射性ヨウ素）の放出が予想される（放出されている）ことから、これから予防的に安定ヨウ素剤を服用するものです。

以下、服用に当たっての服用対象者、服用方法など注意事項を示します。

この説明書をよく読み、医師又は配付担当者の指示に従ってください。

１.服用の目的

放射性ヨウ素を吸入し、身体に取り込むと、放射性ヨウ素は甲状腺に集積するため、若年者については、放射線の内部被ばくにより甲状腺がんを発生させる可能性があります。

放射性ヨウ素の吸入前に安定ヨウ素剤を服用することにより、放射性ヨウ素の甲状腺への集積を抑制することができます。

２.服用対象者

安定ヨウ素剤の服用は、４０歳未満の方及び妊婦の方を対象とします。

４０歳以上の方については、放射性ヨウ素による甲状腺の発がんの可能性は低いと考えられているので、服用の必要はありません。

また、授乳中の方は、授乳を中止し、代用ミルクに切り替えてください。

３.安定ヨウ素剤の副反応

ヨウ素に対する特異体質（過敏症）を有する者（①～④に該当する方）が、安定ヨウ素剤を服用するとアレルギー症状（発熱、関節痛、浮腫など）を引き起こします。

これらの方は、安定ヨウ素剤の服用ができませんので、医師又は配付担当者に申し出てください。

①今までにヨウ素過敏症と言われた方

②今までに造影剤過敏症と言われた方

③今までに低補体性血管炎と言われた方

④今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われた方

また、安定ヨウ素剤服用後、アレルギー症状が出た方や具合の悪くなった方は、医師又は　配付担当者に申し出てください。

（裏　面）

４.安定ヨウ素剤の服用方法・１回服用量

区　　分	服用方法・１回服用量
新生児	安定ヨウ素剤内服液１ml
生後１カ月以上３歳未満	安定ヨウ素剤内服液２ml
３歳以上１３歳未満	安定ヨウ素剤丸薬１錠（注１）
１３歳以上４０歳未満	安定ヨウ素剤丸薬２錠
４０歳以上（注２）	服用しない

（注１）丸薬が服用できない場合は、安定ヨウ素剤内服液３ml を服用します。

（注２）妊婦については，４０歳以上であっても、安定ヨウ素剤丸薬２錠を服用します。

安定ヨウ素剤内服液は紙コップ又は使い捨てスポイトで、安定ヨウ素剤丸薬は用意した水で服用します。

５.安定ヨウ素剤の服用量

上記の服用量は、放射性ヨウ素の甲状腺への集積を防ぐのに十分な量であり、これ以上の量を服用しても効果に変わりはありません。

また、誤って二重服用しないように留意してください。

６.安定ヨウ素剤の服用時期

説明後、配付担当者の指示により服用してください。指示があるまでは、服用しないで、お待ちください。

７.安定ヨウ素剤の服用回数

原則１回とします。服用の効果は１日は持続します。

８.服用後の安定ヨウ素剤及び吸入後の放射性ヨウ素

最終的に尿や便となって体外に排出されます。

９.その他

安定ヨウ素剤の服用に関し質問や不安がある場合は、医師又は配付担当者にご相談ください。

図６　安定ヨウ素剤服用に関する問診票

安定ヨウ素剤予防服用に関する問診票

記 入 日：平成　　年　　月　　日　　記入者：＿＿＿＿＿＿書類番号：＿＿＿＿

服用場所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性　別：　男　・　女

生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日

あなたの年齢は

□　①　新生児
□　②　生後１カ月以上３歳未満
□　③　３歳以上小学校就学前
□　④　小学１年生～６年生
□　⑤　中学１年生～４０歳未満
□　⑦　４０歳以上

［女性の方にお尋ねします］　妊娠中ですか　は　い　□　いいえ　□

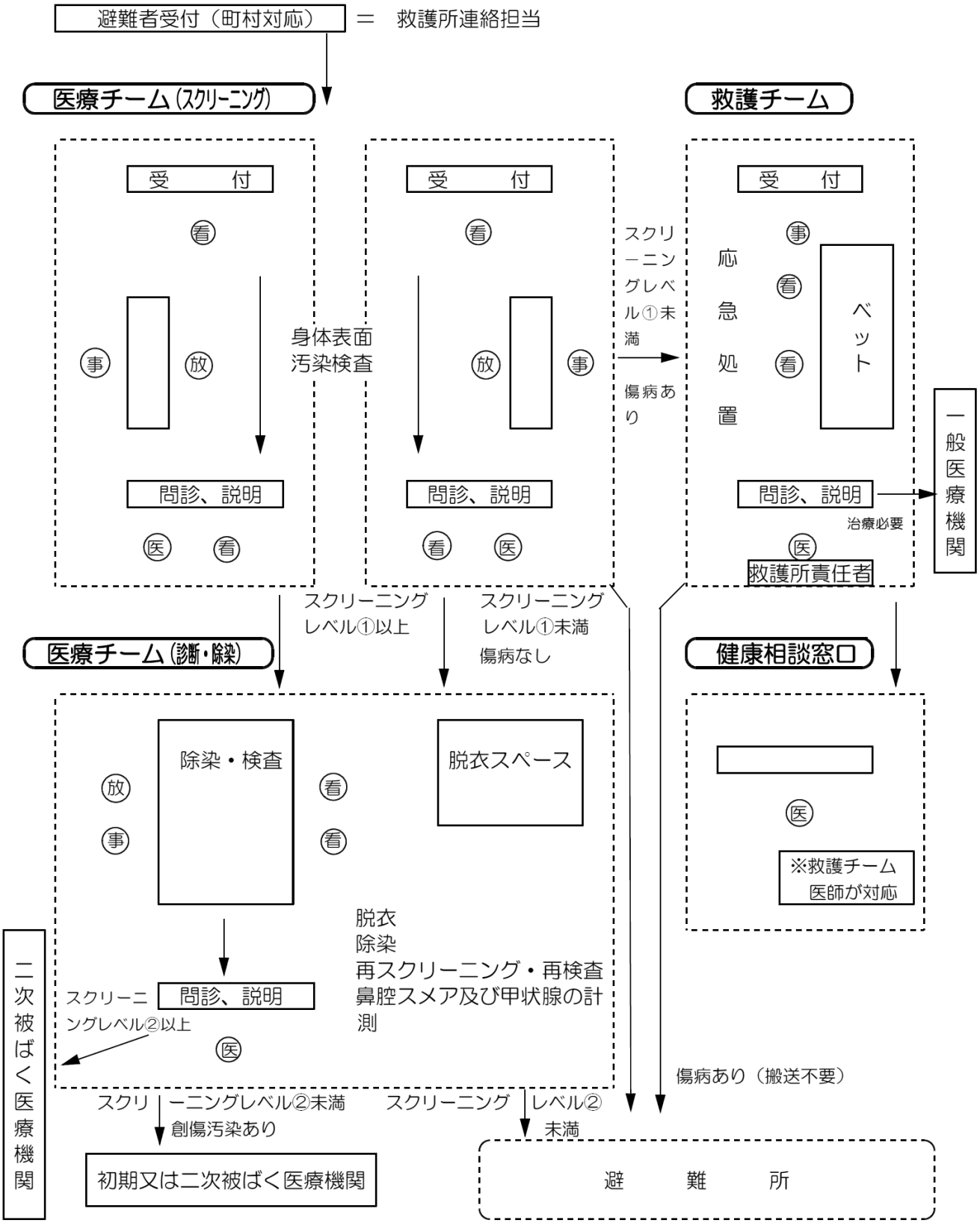
授乳中ですか　は　い　□　いいえ　□

【除外基準】	は　い	いいえ	不明
１.今までにヨウ素過敏症と言われたことがありますか	□	□	□
２.今までに造影剤過敏症と言われたことがありますか	□	□	□
３.今までに低補体性血管炎と言われたことがありますか	□	□	□
４.今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか	□	□	□

【確認事項】	は　い	いいえ
１.安定ヨウ素剤の効能・効果について説明を受けましたか	□	□
２.安定ヨウ素剤の服用方法について説明を受けましたか	□	□
３.安定ヨウ素剤の副作用について説明を受けましたか	□	□
４.すでに安定ヨウ素剤を服用しましたか	□	□

参考資料

救護所での活動フロー図



第　　報

救護所対応状況連絡票

平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分			区分	電話・口頭・FAX・メール・その他
受信者（送付先）	所属		氏名	
	FAX		TEL	
発信者	所属		氏名	
	FAX		TEL	

（連絡内容）

（　　）救護所の状況について、次のとおり、情報提供・報告いたします。

【スクリーニング結果】　（単位：名）

対象者の市町名	被災地住民登録者数	検査実施者数	汚染者数		一般負傷者数	搬送者数	備　考
			一次	二次			

【医療処置結果】　（単位：名）

除染実施者数：　　名、　一般医療処置実施者数：　　名）

氏　名（所属機関・住所）	年齢・性別	処置内容	処置結果			備　考
			開放（避難所等）	搬送	死亡	
	歳 男・女	□除染の実施（　　） □一般傷病負傷の処置（　　） □その他（　　）				
計						

【搬送】

搬送者数：　　名　　※詳細については、別紙（様式13-2）のとおり。

氏　名（所属機関・住所）	年齢 性別	搬送理由	搬送先（日時）	備　考
（　　）	歳 男・女	□被ばく医療に係る搬送 □一般傷病負傷に係る搬送 □その他の理由（　　）	（　　）病院 年　月　日 時　　分	

【安定ヨウ素剤】　※詳細については、別紙（様式12-2）のとおり。

配布数量	丸薬	名	丸	回収数量 ※回収時のみ	丸薬	名	丸	備　考
	内服液	名	ｍｌ		内服液	名	ｍｌ	
服用対象者から除外された者の人数		名	（理由）		（対応）			

内部処理	口頭伝達・コピー配布・ボード記入・その他（　　）		
連絡事項の処理	平成　　年　　月　　日　　時　　分	手段	電話・口頭・FAX・メール・その他

（連絡状況）

被災地住民登録・受付簿

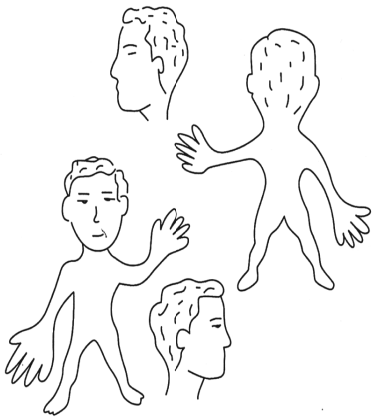
受付番号	氏　名	住　所	汚染の程度、処置状況	その他の負傷等の処置状況	備考（搬送等）
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	
			汚　染　：有・無 一次除染：有・無 除染後の処置： 必要　・　不要	負傷等：　有・無 処置等：　有・無 応急処置後の処置 必要　・　不要	

除染後の残存汚染記録票

	本人記入欄（記入日　年　月　日）			
ふりがな 氏名		男 女 妊婦	明治 大正 昭和 平成　年　月　日生	歳
現住所	（TEL）			

医師記入欄

1. 避難者の状態
   - 外傷　あり　なし（切り傷　刺し傷　すり傷　挫傷）
   - 骨折　あり　なし
   - 意識障害　あり　なし
   - 呼吸障害　あり　なし
   - 精神安定
   - その他



2. 救急処置

3. 安定ヨウ素剤服用状況
   - 有（月　日　時　量）
   - 無

医師氏名	（サイン）

4. 今後の措置　不要・必要（医療措置、内部被ばく評価）
5. 総合所見

医師氏名	（サイン）

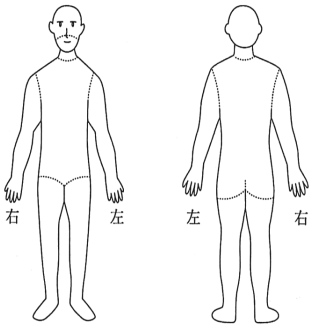
線量評価記入欄

残存汚染検査

測定時刻	年　月　日　時　分	
サーベイメータの種類		
サーベイメータの管理番号		
B．G．レベル	min^{-1}	μSv/h
身体汚染スクリーニングレベル	min^{-1}	

サーベイ結果

部位	除染前	第1回	第2回
	min^{-1}		
傷部			
頭部			
顔面			
鼻腔			
手部			
腹部			
脚部			
甲状腺	μSv/h		



測定者氏名	（サイン）

線量評価

内部被ばく	皮膚汚染
推定ヨウ素残留量*　kBq	有
推定全身線量**　mSv	無

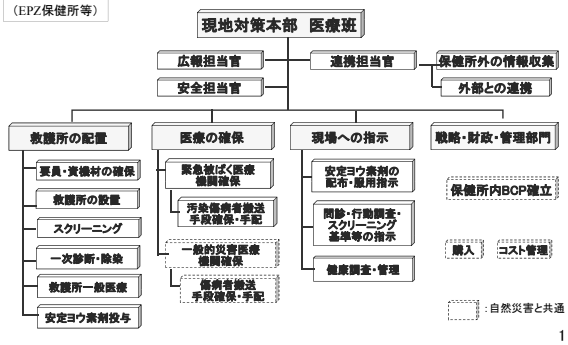
所見
1. 着衣の交換　必要・不要
2. 皮膚汚染の措置　必要・不要
3. 内部被ばく評価　必要・不要
4. コメント

*換算係数：　K＝　[kBq／(μSv/h)]
推定ヨウ素残留量＝（S－B．G．）×K
**SPEEDIの情報等から推定

評価者氏名	（サイン）

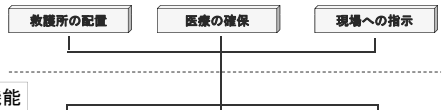
保健所健康危機管理対応指針（対応部門）
日本版標準ICS/IAP　原子力災害

本部機能
（EPZ保健所等）

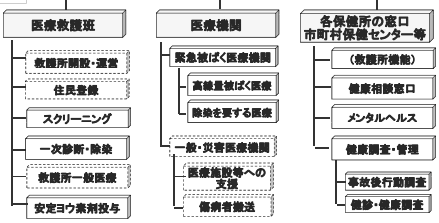


保健所健康危機管理対応指針（対応部門）
日本版標準ICS/IAP　原子力災害

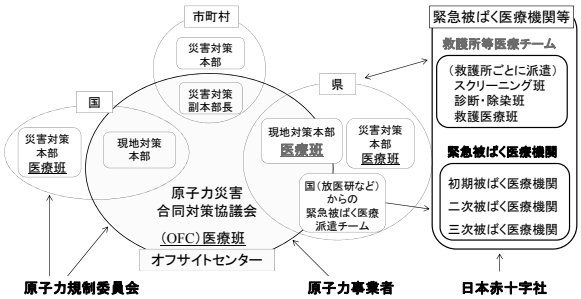
本部機能



各現場機能



＜参考1＞　緊急被ばく医療体制の枠組み（現行）



原発所在地保健所は、県の現地対策本部医療班に組み込まれる。
応援に来た保健所は、避難所等の医療チーム（班）に組み込まれる。
避難者受入保健所は、適宜独自のICS/IAPを確立して対応する。

＜参考2＞　**オフサイトセンター（OFC）に設置される「原子力災害合同対策協議会」とその「機能班」の役割（現行）**

原子力災害合同対策協議会　（国、県、関係市町村で組織）

緊急事態対応方針決定会議
・重要事項の調整
・国の原子力災害対策本部への進言

全体会議
・情報共有、調整、連絡
・各機能班からの報告とその確認

OFC機能班

広報班
発表
・住民への広報
・報道機関対応

総括班
情報管理
・全体統括
・連絡調整

運営支援班
OFCの施設管理
・施設内環境整備
・機器等の管理

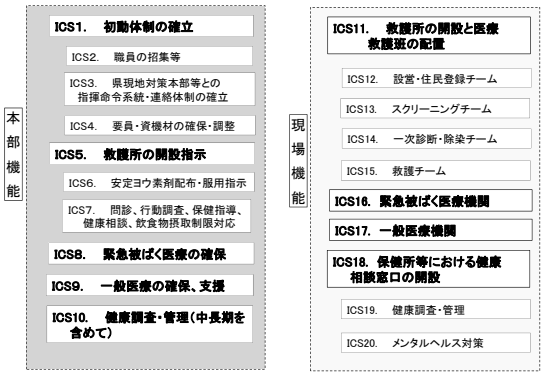
プラント班
事故状況の把握及び進展予測
・プラント情報
・事故の進展予測

放射線班
放射線影響評価・予測
・被ばく線量の予測
・退避／避難勧告の検討
・飲食物摂取制限の検討
・モニタリング情報の収集

住民安全班
被災者の救助活動及び社会秩序維持
・退避／避難
・救助／救急／輸送
・交通規制
・飲食物摂取制限

医療班
被災者の医療活動
・受傷者等の被害状況把握
・被ばく患者輸送・治療
・救護所等の医療体制調整
・スクリーニング・除染
・安定ヨウ素剤服用指示

原子力災害時の初動対応におけるICS関係図



緊急被ばく医療活動の　ICS/IAP/AC　（現行）

本部機能

ICS　原子力災害対策マニュアル　（国：H241019）
OFC運営要領　（各OFCごと：未改訂）

ICS/IAP　県の緊急被ばく医療実施要領　（県ごと：未改訂）

現場機能　（＊：いずれも未改訂）

救護所等

IAP　緊急被ばく医療ポケットブック（H1703）
緊急被ばく医療の知識－避難所等における初期被ばく医療活動（H1503）
安定ヨウ素剤取り扱いマニュアル（H1503）
原子力災害時における心のケア対応の手引き(H2103)

医療機関等

IAP　緊急被ばく医療初動対応の手引き～傷病者発生から医療機関への収容～(H1803)
緊急被ばく医療のための基礎資料（H1503）
二次被ばく医療機関における対応(H1603)

AC　緊急被ばく医療　院内活動アクション・カード（H21）

＊財団法人原子力安全研究協会が文部科学省の委託事業等により作成したもの

ICS/IAP　目次　原子力災害編

必要セクション	必要機能	平時	特定事象発生直後	緊急事態宣言	初期	中期
県現地対策本部医療班	ICS1. 初動体制の確立	初動時の基本的な確認事項の連絡				
		初動医療体制の整備				
		防災計画の確認				
		防災計画、本部設置の確認				
		職員の被災状況に応じた対応内容の決定				
		連絡手段の確保				
	ICS2. 職員の招集等		緊急連絡体制の確保			
			緊急被ばく医療関係者招集			
			職員の招集、資機材の準備			
			緊急被ばく医療本部設置の要否の決定			
			県緊急被ばく医療アドバイザー及び県職員の現地派遣			
	ICS3. 指揮命令系統、関係機関との連絡体制の確立			緊急被ばく医療機関への連絡		
				消防機関への連絡：搬送体制の確保		
				対策会議機能班との連絡体制確立		
	ICS4. 医療スタッフ等の要員・資機材の確保・調整等			避難範囲、避難住民数などの把握		
				必要な医療スタッフ等の人員・資機材数量の検討		
				関係機関へ派遣要請		
				派遣チームとの連携の確認		
				要員の派遣準備、資機材の準備		
	ICS5. 救護所の開設指示			現地作業チームの標準的な班編成		
				救護所開設等の方針決定		
				救護所の開設を指示		
				救護所を開設		
				市町村への開設及び運営に協力依頼		
				傷病者搬送体制の確認		
	ICS6. 安定ヨウ素剤の配布・服用指示等			丸薬の備蓄、内服液の調整準備、配布体制などの確認		
				安定ヨウ素剤の服用基準・説明事項・問診票・立ち会い者の確認		
				内服液の調整		
				搬送、配布、服用指示		
	ICS7. 問診、行動調査、保健指導、健康相談、飲食物制限対応			救護所における問診・行動調査項目などの確認		
				事前のＦＡＱの整理		
					事例の収集と現場への還元	
					飲料水・飲食物の摂取制限	
	ICS8. 緊急被ばく医療の確保			緊急被ばく医療の調整		
					傷病者の輸送手段確保	

必要セクション		必要機能	平時	特定事象発生直後	緊急事態宣言	初期	中期
県現地対策本部医療班		ICS9. 一般医療の確保・支援				災害時医療・一般医療の調整	
						人員・機材不足時、本部への支援要請	
						医療機関及び入院患者の退避・避難の連絡調整	
		ICS10. 健康調査・管理					健康調査実施指示
現場の医療救護班	**統括チーム**	ICS11. 救護所の開設と医療救護班の配置			役割の確認		
					本部との連絡体制の構築・維持・定時連絡		
					安定ヨウ素剤配布・投与に関する連絡調整		
						健康相談事例の収集と本部への報告	
	設営・住民登録チーム	ICS12. 設営・住民登録				一般的傷病検査	
						定時報告・連絡	
						必要な人員、資機材等の確保、調整	
						住民登録の実施、行動調査	
						傷病者が発生した場合の対応	
						安定ヨウ素剤配布・投与に関する連絡調整	
	スクリーニングチーム	ICS13. スクリーニング				被ばく患者、除染できない汚染傷病者を被ばく医療機関へ搬送する手配	
						一次スクリーニング	
						鼻腔スメア採取, 甲状腺スクリーニング	
						一般的傷病検査	
						問診、説明	
						傷病者が発生した場合の対応	
	一次診断・除染チーム	ICS14. 一次診断・除染				緊急被ばく医療機関等と連携、健康相談	
						汚染が認められる者に対する除染	
						除染後の二次スクリーニング	
						問診	
						被ばく医療機関へ搬送する手配	
	救護チーム	ICS15. 救護				傷病者に対する応急処置	
						健康相談窓口の開設	
						傷病者が発生した場合の対応	
	緊急被ばく医療機関	ICS16. 緊急被ばく医療機関				傷病者の受け入れ	
		ICS17. 一般医療機関				傷病者の処置	
	保健所健康相談班	ICS18. 保健所等における健康相談窓口の開設				健康相談に対応	
						他の保健所においても健康相談窓口の開設	
		ICS19. 健康調査・管理の実施（本部の指示を受けて）					健康調査の実施
		ICS20. メンタルヘルス対策					メンタルヘルス相談

参考１　特定事象発生とは、①原子力事業所の境界付近において、空間放射線量率が１地点で５μSv/h 以上が 10 分以上継続するか、または２地点以上で同時に５μSv/h 以上を検出。②事業所の境界付近において５μSv/h 以上に相当するような放射性物質の放出等。

参考２　緊急事態宣言とは、① 原子力事業所の境界付近において、空間放射線量率が１地点で 500 μSv/h 以上が 10 分以上継続するか、または２地点以上で同時に 500 μSv/h 以上を検出。② 事業所の境界付近において 500 μSv/h 以上に相当するような放射性物質の放出等。

「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長）

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 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、スクリーニング、保健所

A．目的

福島での原子力災害の際、緊急時保健所活動の全国調査の結果、スクリーニングが住民の健康不安を取り除くための迅速かつ的確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。

派遣された保健所は原発非立地県も参加したが、訓練や研修の経験がなく、不安を抱えた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た。

B．方法

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

C．結果

原発非立地県で新規 6 県、(計 24 県）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 県、計 29 県が参加、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 県が参加。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 など立地県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県が決定し所長の関与はない。

救護所の数や場所は 25 県で見直し。近隣県との協力は新規９県（計２４件）がある。

原発有（13)・無（13）自治体の比較は、訓練・研修の参加や、ヨード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。

G．研究発表

1．論文発表　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

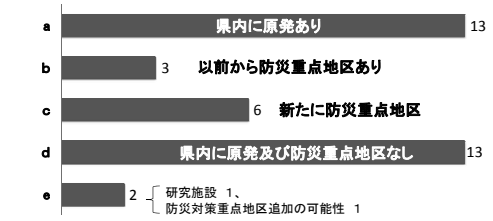
荒木均：特別企画シンポジウム「原子力災害と保健所の役割」第 53 回日本社会医学会「原子力災害と保健所の役割」2012.7

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.

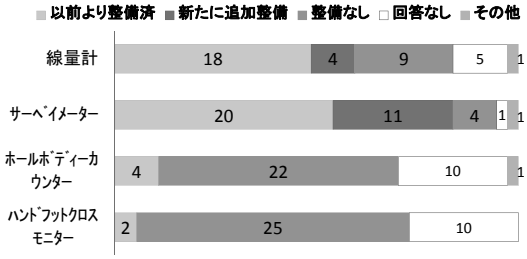
H．知的財産権の出願・登録状況　なし

1. 県内の原子力発電所や防災重点地域の状況 について



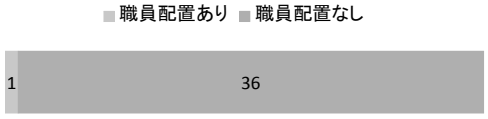
a. 県内に原子力発電所がある。
b. 県内に原子力発電所はないが、以前から県内に防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲があった。
c. 県内に原子力発電所はないが、先の事故後、新たに県内に防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲が加わった。
d. 県内に原子力発電所はなく、現在も県内に防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲はない。
e. その他

2. 保健所への放射線量測定装置の整備について



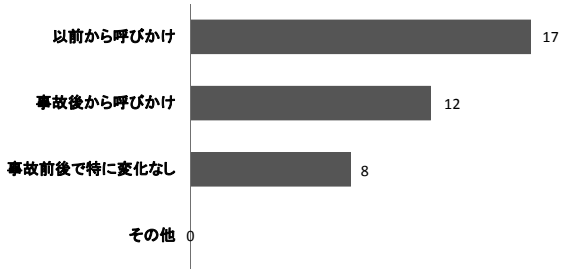
【その他の回答】
・サーベイメーター及びゲルマニウム半導体検出器が、衛生環境研究所に追加配備されている。
また、保健所には上記の他、モニタリングポストは追加配備されている。
・福島原発事故後、以前は設置されていなかった環境モニタリングポスト1台が保健所敷地内に新たに設置された。
・ホールボディカウンターについては、県立中央病院に配備されている。

3. 先の事故後の新たな保健所職員の配置について

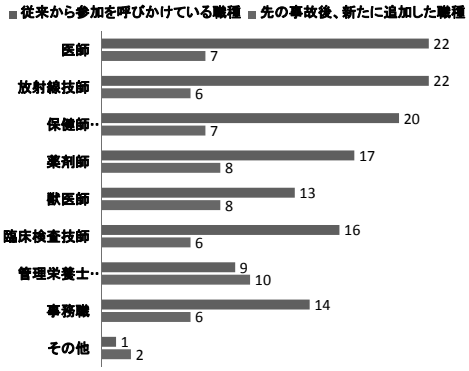


新潟県
嘱託員 1名配置
業務内容：市町立学校及び保育所等の給食用食材放射線物質スクリーニング測定

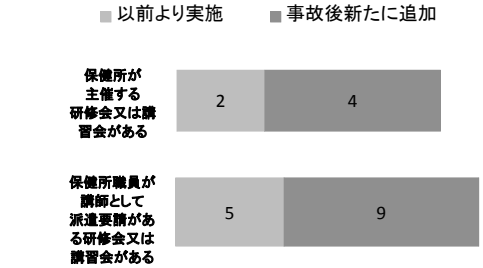
4－1. 保健所職員の研修への「参加の呼びかけ」について



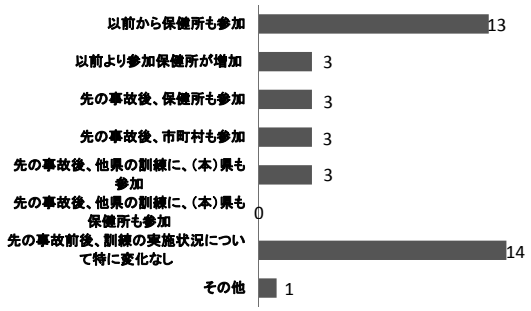
4－2. 保健所職員の研修への参加の呼びかけについて(2)



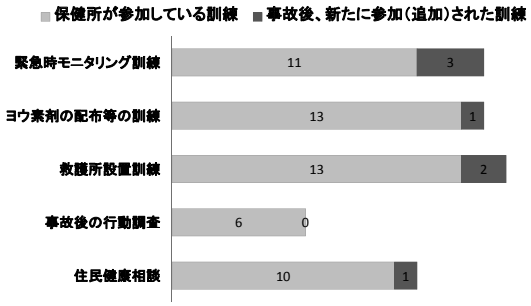
4－3.「保健所が主催」または「保健所職員を講師として派遣要請がある」研修会・講習会について（2）



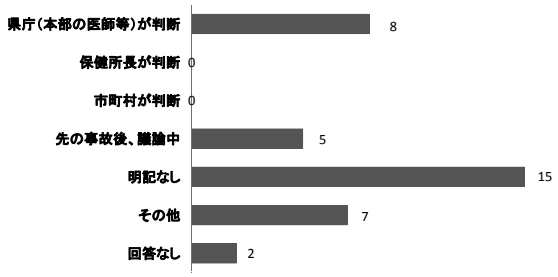
５－１．原子力防災訓練の実施状況



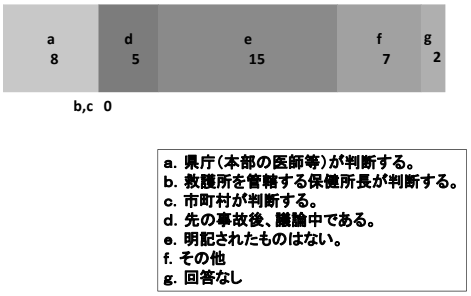
５－２．原子力防災訓練への参加状況(2)



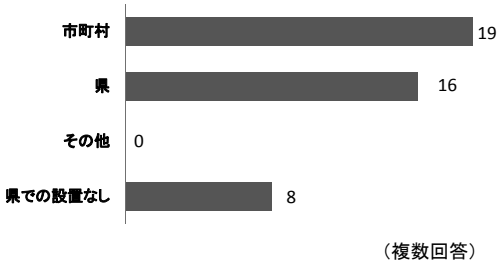
５－３．ヨウ素剤の配布について



５－３．ヨウ素剤の配布について

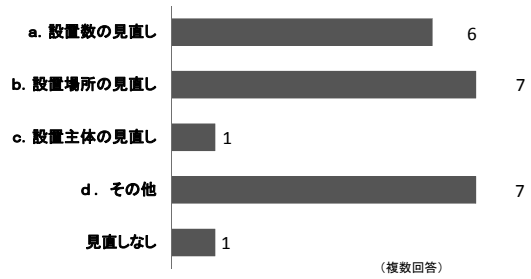


６－１．救護所の設置主体



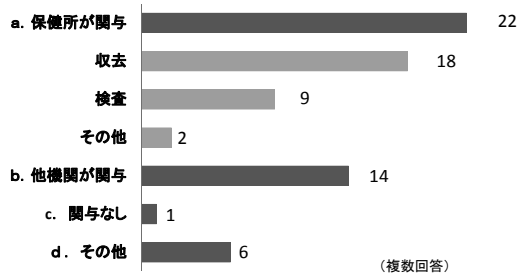
（複数回答）

６－２．救護所のあり方の見直し

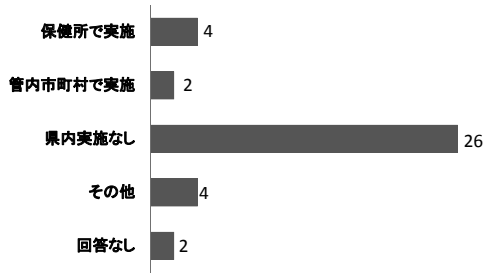


（複数回答）

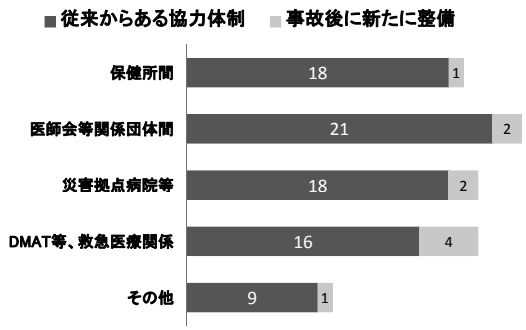
7．食品放射線検査への関与



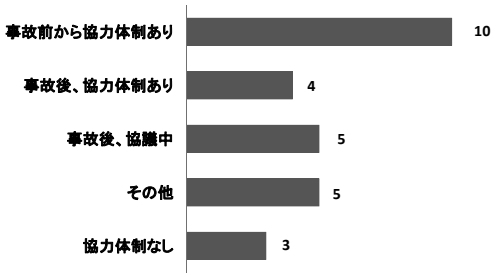
8．被ばくによる健康影響調査



9－1．保健所間等の支援体制



9－2．近隣県との協力体制について



原子力分野提言

今後整備すべき体制、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低線量被爆に関する、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県内の専門家の養成
⑤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
⑥スクーリング測定、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、ヨウ素剤の備蓄や事前配布、ライフライン確保
⑧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
⑨原子力事故被災者の健康調査に保健所が積極的に関与
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

参考

アンケート調査の自由記載から

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）

院　内　感　染　対　策

「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（日本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）　吉田眞紀子（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」
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）

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。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。

感染防止対策加算のカンファランスと保健所および全医療機関が参加する会議が合体して開催される場合、効率的かつ網羅的なネットワークが形成される可能性がある。

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。

感染管理の専門家から支援を受けその判断を得ることが「(どちらかといえば）できない」と回答した保健所が、15% あった。

今後の計画

院内感染対策ネットワーク構築をさらに推進するために、次年度に再度調査を行って変化を把握し、また地域別の分析を行うとともに、保健所が関与するモデル事例をさらに詳細に調査する。また、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。

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ることについて、リーフレットによる病院への情報提供、専門家からの支援を受けることができないと回答した保健所へのプロフィールなどを用いた重点的働きかけを行う。また、具体的事案への対応経験やネットワーク構築を通じて、よりよい具体的な手続きや連携のあり方を研究するとともに、情報を提供する。

「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」
院内感染対策　保健所専門家連携によるアウトブレイク対応

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（日本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）　吉田眞紀子（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）

要旨：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、アウトブレイク、連携

A．目的

多剤耐性菌などの院内感染について適切にアウトブレイク対応を行うために、保健所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

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

1　院内感染のアウトブレイク時に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。
2　専門家の関係団体に対して、協力依頼を行う。
3　保健所に専門家から支援が得られるか調査を行う。
4　関係者向けに資料作成など啓発活動を行う。

C．結果

1　保健所長および感染制御専門家による班会議を8月17日および1月18日に東京で行った。また、公衆衛生関係者による打ち合わせを10月25日に山口市で行った。
2　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に対して支援いただける全国の感染制御専門家を、森兼、森澤研究者を中心として選定し、メーリングリストおよびアウトブレイク発生時の対応方針を作成した。

氏名の公表に同意した専門家は24名であり、地域別内訳は、北海道・東北4名、東京5名、東京以外の関東7名、中部3名、近畿・中四国3名、九州2名である。また医師以外の職種は、看護師4名、薬剤師1名、臨床検査技師1名である。

ただし、今年度にまだ、実際の支援事例はない。

3　研究班の議論を踏まえ、全国保健所長会会長が9月11日に、国公立大学附属病院感染対策協議会および私立医科大学病院感染対策協議会　議長に対し「多剤耐性菌などの院内感染が発生したとの報告が保健所にあり、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。」という要望を行った。これに対して、11月14日に国公立大学附属病院感染対策協議会会長の一山智京都大学教授より、「会員感染対策担当者に周知いたしました」旨の

回答があり、また 12 月 21 日に私立医科大学病院感染対策協議会議長の岩田敏慶応大学教授より、「できる限りの支援を行うよう所属する医療機関に要請いたしました」旨の回答があった。

4　全国の保健所長に対するアンケート調査を、平成 23 年 9 月に行い、282（57%）の保健所から回答があった。「管内の病院で多剤耐性菌による重大なアウトブレイクが起こったとして相談があった場合、保健所は感染管理の専門家から支援を受け、その判断を得ることができますか。」との質問に、「できない」と回答した保健所は 2%、「どちらかといえばできない」と回答した保健所は 13% であった。

5　保健所及び病院向けのリーフレット、専門家のプロフィール一覧を作成した。（図　参照）　また、関東甲信越ブロック保健所長会（7 月 6 日、山梨県）および国立感染症研究所感染症危機管理研修会（10 月 18 日）において、説明を行った。

D．考察

平成 23 年 6 月の国の院内感染に関する通知では、「同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合等においては、「管轄する保健所に速やかに報告すること」とし、報告を受けた保健所は医療機関の対応を「確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関等の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと」とされている。しかし、すべての保健所が地域の専門家の支援を必ずしも受けられるわけではないことから、昨年度の関東地域に続き、今年度は全国レベルで保健所関係者及び感染制御専門家のメーリングリストによる支援システムを構築した。

アウトブレイクに関する相談・支援の実例はないが、これはもともと多剤耐性アシネトバクターなどの重大アウトブレイクが少ないことに加えて、保健所、病院への支援システムの周知が不足していること、別のルートにより行政と専門家の連携が図られていることなどが考えられる。

今後は、リーフレット、プロフィールによる情報提供の促進、専門家からの支援を受けることができないと回答した保健所への重点的働きかけ、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。また将来は、地域のネットワーク構築を通じて、行政と大学などの専門家が直接に連携・協力関係を築くことが考えられる。

なお関係者からは、将来研究費以外の財源を確保することにより毎年安定的に運営することや、国の関与が望ましいとの提言があった。

E．結論

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。

F．今後の計画

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ることについて、リーフレットによる病院への情報提供、専門家からの支援を受けることができないと回答した保健所へのプロフィールなどを用いた重点的働きかけを行う。また、具体的事案への対応経験やネットワーク構築を通じて、よりよい具体的な手続きや連携のあり方を研究するとともに、情報を提供する。

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」2013 年 （印刷中）

学会発表　日本環境感染学会シンポジウム「感染制御に関する医療機関と行政との連携」

医療機関は、多剤耐性菌等院内感染の重大なアウトブレイクがある場合には、**保健所に報告**をします。

「医療機関等における院内感染対策について」

平成２３年６月１７日　厚生労働省医政局指導課長

医療機関内での院内感染対策を講じた後、同一医療機関内で同一菌種による**感染症の発病症例が多数にのぼる場合**（目安として 10 名以上となった場合）または当該院内感染事案との**因果関係が否定できない死亡者が確認された場合**においては、**管轄する保健所に速やかに報告すること**。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡･相談することが望ましいこと。

報告を受けた保健所は、当該院内感染発生事案に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施され効果を上げているか、また地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているか、**一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関等の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。**

⬇

保健所長は、医療機関へのご対応にあたって本研究班にご支援をお求めになる場合には、**研究班にご連絡下さい。**（医療機関名は明示されなくて結構です）

注　重大院内感染以外の**問題に関するご相談についても、可能な範囲で支援**いたします。

⬇

注　保健所長には別途、研究班のご連絡先をお知らせいたします。

研究班より保健所長へ**感染制御の専門家をご紹介します**

⬇

保健所長の医療機関に対する対応・指導を、感染制御の専門家またはそのチームが、**直接ご支援なさいます**

「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　地域院内感染対策ネットワークの構築支援

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）　坂本史衣（聖路加国際病院）　金井信一郎（信州大学医学部）　石原弘子（筑波メディカルセンター病院　感染対策室長）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）　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。

キーワード：院内感染対策、保健所、専門家、地域ネットワーク

A．目的

多剤耐性菌などの院内感染について適切に対応を行うために、保健所、医療機関と感染制御専門家が連携するネットワーク体制を確保することを目的とする。

B．方法

1．地域におけるモデル的な院内感染対策ネットワークの構築を保健所が支援する。
2．感染症対策に関する地域における連携について、診療報酬上の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。
3．これらをもとに、地域における感染症対策ネットワークの構築支援のあり方について検討する。

C．結果

1．保健所長および感染制御専門家による班会議を8月17日および1月18日に東京で行った。
2．地域院内感染対策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平成24年8月30日に協和中央病院が事務局を担当して開催した。参加者は、管内全10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名であった。感染制御専門医師によるラウンドへの病院の改善状況および専門家による施設アウトブレイク相談について、担当者よりの報告、意見交換が行われた。
3．地域における院内感染対策に関する連携について、全国の保健所長に対するアンケート調査を、平成23年9月に行い、282（57%）の保健所から回答があった。

「管内に院内感染対策に関する医療機関の参加する何らかのネットワークがありますか。」との問に対する保健所の回答は、「ある」は48%、「ない」は27%、「わからない」は24%であった。一方、ネットワークに、参加していると回答した保健所は22%であった。

「管内に、感染防止対策加算を算定している病院がありますか。」との問に対する回答は、「ある」は54%、「ない」は4%、「わからない」または無回答は42%であった。「貴保健所は、感染防止対策加算のカンファランスなどに参加または関与していますか。」との問に対する回答は、「ある」は12%、「ない」は74%、無回答は14%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。

4．地域における感染症対策ネットワークの構築支援の考え方を検討した。

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。例えば、平成23年の国の通知では、「今後は医療機関の院内感染担当者、専門家、保健所や都道府県本庁、衛生研究所、医師会・看護協会などが自主的に協力し、地域におけるネットワークを構築していく努力が求められる」としている。また、11月14日に、国公立大学附属病院感染対策協議会の一山智会長より、「地域連携活動において、貴保健所におかれましても、当会の活動に積極的にご関与願いたく存じます」との旨の要望があった。

これを受けて、11月19日に佐々木全国保健所長会会長より会員あてに、「各保健所および各都道府県保健所長会におかれては、（中略）各地域における院内感染対策ネットワークの体制づくりについての保健所のご支援、ご協力を重ねてお願い申し上げます。」との通知を行っている。

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、保健所の具体的役割を明らかにする必要がある。全国保健所長会の平成25年度要望書においても、国に対して、「平成24年度診療報酬改定で医療機関連携による感染防止対策の評価が行われたが、ネットワーク整備における保健所の役割について示すとともに、技術的・財政的な面から支援されたい。」としている。

本年度の診療報酬改定により、感染防止対策加算によるカンファランスが増えているが、地域の医療機関の一部しか参加することができない。本研究班では厚生労働省に問い合わせを行い、口頭で「感染防止対策加算の算定に当たり、感染防止対策加算の届出を行っている医療機関が合同で行うカンファランスを実施する場合、円滑な連携や情報交換等に資するために、地域の保健所又は加算を算定しない医療機関が、関係者の了解のもとに参加し、協力することは差支えない」との回答を得ている。調査においても、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では、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。アンケート調査においても、同様の試みを実施している保健所が見られた。この方式の長所は、地域の全ての病院などが参加でき、関係者間で対等の関係のもとに連携することができるため、参加する各病院の担当者の自主的な向上への動機づけと、行政、専門家をも含めた顔の見える関係の構築が図られると考えられる。なお、感染防止対策加算のカンファランスと保健所および全医療機関が参加する会議が合体して開催される場合、効率的かつ網羅的なネットワークが形成される可能性がある。

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。

F．今後の計画

院内感染対策ネットワーク構築をさらに推進するために、次年度に再度調査を行って変化を把握し、また地域別の分析を行うとともに、保健所が関与するモデル事例をさらに詳細に調査する。また、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。

G．研究発表

学会発表　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」

論文　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」

「院内感染対策に関する連携などについてのアンケート調査」

保健所の地域のネットワーク・カンファランスへの関与についての自由記載例

1　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
2　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
3　保健所が県の設置するネットワーク会議に参加
4　保健所が感染防止対策加算のネットワーク会議に情報提供など
5　保健所が特定職種の連絡会などを開催
6　保健所が研修・講演会を開催・協力
7　地域社会への啓発における保健所と病院の連携
8　保健所による一般的な感染症対策ネットワークの設置

院内感染対策地域ネットワーク会議

2012 年 8 月 30 日（木）協和中央病院講堂

1　森澤先生のラウンドを受けて　ラウンドの結果と改善　森田　和明（協和中央病院感染管理者）

全病棟共通対策の一部

病室前、汚物処理室にＰＰＥラックの設置。
病棟での一時洗浄は原則行っていない。鋼製機器、ネブライザー蛇腹、薬液槽など中央化している。
手指消毒薬の使用状況のチェック。ボトルに毎日、日付を記入。コンプライアンスモニターの活用。
吐物処理用などの次亜塩素酸の作り置きはしていない。尿器などの消毒時もその都度作成する。
セッシなどの鋼製機器、ガーゼ、綿球、消毒薬は単包化

結果

大幅に改善された項目　診療材料倉庫の改善、棚の中のケースなどの５S。
尿路感染対策（紙コップ、精密尿量計）。
あまり改善されなかった項目　針捨てボックスの管理。陰洗ボトルの管理、口腔ケアグッズの管理。
改善されなかった理由　病院設備、金銭的理由。教育不足、認識不足、習慣化していない。
人が見ていないと甘えが出る。（夜勤の時など）

2　関連施設におけるノロウィルスの集団発生時の対応について　飯島　基子（下館病院病棟師長）
3　アドバイザーからのコメント　森澤　雄司（自治医科大学附属病院感染制御部長）
　　石原　弘子、仙田　順子（筑波メディカルセンター病院）

厚生労働省通知　院内感染対策　平成23年6月
「今後は医療機関の院内感染担当者、専門家、保健所や都道府県本庁、衛生研究所、医師会・看護協会などが自主的に協力し、地域におけるネットワークを構築していく努力が求められる」

全国保健所長会　平成25年度要望書　平成24年
「平成24年度診療報酬改定で医療機関連携による感染防止対策の評価が行われたが、ネットワーク整備における保健所の役割について示すとともに、技術的・財政的な面から支援されたい。」

国公立大学附属病院感染対策協議会会長
保健所長会会長あて文書　平成24年11月
「地域連携活動において、貴保健所におかれましても、当会の活動に積極的にご関与願いたく存じます」

モデル的地域院内感染対策ネットワーク
保健所が構築支援
参加者
保健所
院内感染対策専門家
（医師、看護師）
管内医療機関
管内施設、医師会など

議題
院内感染対策・体制に関する研修
情報交換、メーリングリスト作成
病棟ラウンドと指摘事項改善

H24.3
自治医科大学部長
病院ラウンド

H24.8
院内感染対策
地域ネットワーク会議

ラウンドの結果と改善

院内感染に関する連携調査
282保健所(57%)回答　松本、緒方、佐々木

管内に院内感染対策に関するネットワークがありますか。

	ある	ない	わからない	無回答
保健所数	135	78	68	1
割合	47.9%	27.7%	24.1%	0.4%

ネットワークに、貴保健所は参加していますか。

	している	していない	無回答
保健所数	63	84	135
割合	22.3%	29.8%	47.9%

感染防止対策加算カンファランスに参加していますか。

	はい	いいえ	無回答
保健所数	34	208	40
割合	12.1%	73.8%	14.2%

保健所の地域のネットワーク・カンファランスへの関与についての自由記載例

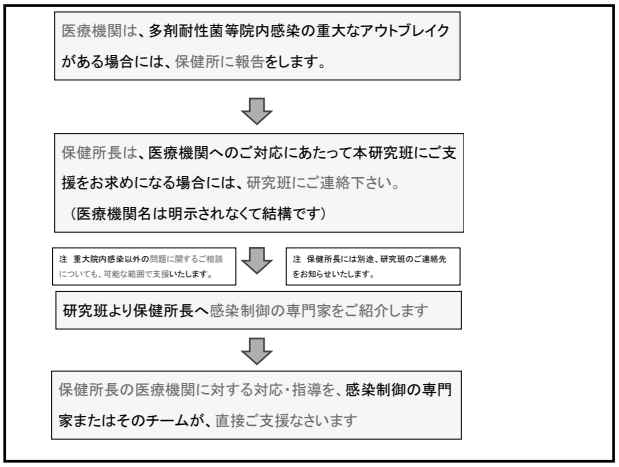
1 保健所が感染防止対策加算のネットワーク・カンファランスを共催または事務の支援 (一部参加)
2 保健所が感染防止対策加算とは別にネットワーク会議などを主催 (全病院参加)
3 保健所が県の設置するネットワーク会議に参加
4 保健所が感染防止対策加算のネットワーク会議に情報提供など
5 保健所が特定職種の連絡会などを開催
6 保健所が研修・講演会を開催・協力
7 地域社会への啓発における保健所と病院の連携
8 一般的な感染症対策ネットワークの設置

全国保健所長会会長　会員あて通知　平成24年11月
大学病院感染対策協議会からの回答のお知らせ
「各保健所および各都道府県保健所長会におかれては、多剤耐性菌等の院内感染に適切に対応するために専門家との連携を一層深めていただくとともに、各地域における院内感染対策ネットワークの体制づくりについての保健所のご支援、ご協力を重ねてお願い申し上げます。」「院内感染保健所・専門家連携班に関する研究結果を今後ご報告する予定ですので、ご参考にしていただければ幸いです。」

厚生労働省　本研究班問合せ口頭回答　平成24年10月
「感染防止対策加算の算定に当たり、感染防止対策加算の届出を行っている医療機関が合同で行うカンファランスを実施する場合、円滑な連携や情報交換等に資するために、地域の保健所又は加算を算定しない医療機関が、関係者の了解のもとに参加し、協力することは差支えない」と

医療機関等における院内感染対策について
平成23年6月　厚生労働省通知

同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合（目安として10名以上）または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましいこと。
報告を受けた保健所は、当該院内感染発生事案に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施され効果を上げているか、また地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関等の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。



森兼　啓太	山形大学	感染制御部部長
森澤　雄司	自治医科大学	感染制御部部長
石黒　信久	北海道大学	感染制御部副部長
豊場　広之	弘前大学	感染制御センター長
佐藤　智明	山形大学	検査部技師長
徳江　豊	群馬大学	感染制御部准教授
人見　重美	筑波大学	感染症科教授
山口　敏行	埼玉医科大学	感染制御科副診療科長
細川　直登	亀田総合病院	総合診療・感染症科部長
吉田眞紀子	亀田総合病院	感染管理室副室長
大久保　憲	東京医療保健大学	感染制御学教授
吉田　正樹	慈恵医科大学	感染制御部診療副部長
坂本　史衣	聖路加国際病院	ＱＩセンター
小野　和代	東京医科歯科大学	感染管理担当看護師長
満田　年宏	横浜市立大学	感染制御部部長
飯沼　由嗣	金沢医科大学	感染制御室室長
金井信一郎	信州大学医学部	感染制御室
村上　啓雄	岐阜大学	地域医療医学センター長
朝野　和典	大阪大学医学部	感染制御部　部長
大毛　宏喜	広島大学	感染症科教授
武内　世生	高知大学	感染制御部部長
青木　洋介	佐賀大学	感染制御部部長
川村　英樹	鹿児島大学	感染制御部門
中島　一敏	国立感染症研究所	FETP 主任研究官

全国保健所長会会長
院内感染対策におけるご協力のお願い　平成24年9月
「下記について、ご要望を申し上げます　記
多剤耐性菌などの院内感染が発生したとの報告が保健所にあり、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。」

国公立大学附属病院感染対策協議会会長
回答　平成24年11月
「会員感染対策担当者に周知いたしました。」

私立医科大学病院感染対策協議会議長
回答　平成24年12月
「できる限りの支援を行うよう所属する医療機関に要請いたしました」

今後の計画
院内感染対策ネットワーク構築推進
次年度に変化の状況を調査、地域別分析、保健所が関与するモデル事例をさらに詳細に調査
連携のあり方を具体的に明らかにするマニュアル作成

院内感染アウトブレイクの保健所への専門家支援
具体的事案への対応やネットワーク構築を通じて、よりよい具体的な手続きや連携のあり方を研究

(参考）専門家からの意見
アウトブレイク時の保健所と専門家の連携について、来年度も続けてほしい。
保健所は今後さらに積極的に、地域感染症対策ネットワークの形成に関わってほしい。

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」

ＩＣＳ　総　括

「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」ICS 総括分担報告

中瀬克己　岡山市保健所所長

研究要旨：本年度は、ISO（国際標準化機構）による社会セキュリティー分野における対応の標準化への取り組みを把握すると伴に、FEMA が提供する ICS の導入研修の受講により概要や世界的な危機管理専門家の認定についての情報を得た。また、生活環境安全分野および保健所支援分担研究と協力して、作成した IAP の実効性、web 会議システムを活用した広域多機関連携を机上演習によって検証した。さらに東日本大震災を例として ICS の我が国での適応について研究協力者間で検討した。

研究分担者
中瀬克己（岡山市保健所、所長）
研究協力者
古屋好美（山梨県中北保健所、所長）佐々木隆一郎（飯田保健所、所長）、清水美香（上智大学、東西研究センター　研究員）、緒方剛（茨城県筑西保健所、所長）近藤久禎（国立病院機構災害医療センター、DMAT 事務局次長）、石丸泰隆（山口県岩国環境保健所、所長）

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について、保健所の対応体制及び活動内容に関し、ICS/IAP の有用性とその我が国おける活用に関する検討を行う。特に、ISO（国際標準化機構）による社会セキュリティー分野における対応の標準化への取り組みの把握、FEMA が提供する ICS 研修の把握、机上演習による IAP の実効性検証を行う。

B．研究方法

ICS/IAP に関する関連する研究の成果や文献、財団法人日本規格協会（JSA）の刊行物や ISO ホームページ等の参照により情報を入手して検討した。International Institute of Global Resilience および IAEM が提供する FEMA　ICS の導入研修に参加し、米国で行われる標準的な ICS 研修の概要を把握した。生活環境安全分野、保健所支援分担研究と協力し多施設と協力して机上訓練を実施し IAP の実効性を検討した。

また、DMAT 事務局、ISO 社会セキュリティー分野 2230 に詳しい研究協力者、健康危機管理研究に携わる保健所長を交え、DMAT の東日本大震災での対応および育成の経験を踏まえ、日本版 ICS/IAP に関して検討した。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人情報は扱わない。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

１．ISO 社会セキュリティー分野 2230 の検討状況

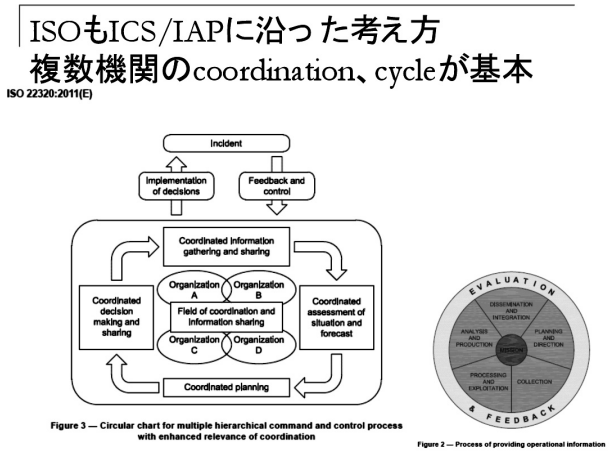
2012 年 5 月に事業継続マネジメントシステム（ISO22301）が発行し国内でも既に取得企業がある。ICS と関連し運営組織に関する分野である社会セキュリティ - 危機管理 - 危機対応に関する要求事項（ISO 22320 Societal security -- Emergency management -- Requirements for incident response）では、複数機関の coordination、と、実施、分析、計画といった評価とフィードバックの cycle が基本となっており、ICS/IAP の考え方に一致している。詳細は別添１、２参照

２．FEMA の行う ICS の基礎研修と世界における危機管理専門家の認定

研修は FEMA が公表している資料 ICS100（Introduction to the Incident Command System）、および ICS200（ICS for Single Resources and Initial Action Incidets）という教材を基本に、これらに関する研修を解説する形で行われた。

http://emilms.fema.gov/IS100b/index.htm
http://emilms.fema.gov/IS200b/index.htm

米国全土で広く行われている研修コースであり、教える側にとっても分かりやすく教材が準備されて



いる。また一般公務員や災害ボランティアなどに受講が義務づけられており、試験制度により受講終了が認定される。ICS が National Incident Management System の一貫として全国的に普及し関わる人々の共通認識となっていることが理解できる内容であった。

また、本コースの共催団体である International Association of Emergency Managers（IAEM）は、全世界 60 カ国に 5000 名の会員を有する職業団体であり、こちらも認定制度を持ち危機管理の普及その能力の保障を制度として推進していることが理解できた。

３．机上訓練による IAP の検証

事例として用いた化学物質健康危機での IAP は、分野特異的な operation 部分（前年に作成した日本版 ICS/IAP/AC）は、危機時の対応に漏れが無いか確認できるなど「標準化」として意義が大きいことが確認できた。また、ActionCard として事前に準備しておきたい、関係者／機関リストの例、住民等に提供する危機対応情報の例示やひな形なども、訓練を通じて明らかとなり具体的な対応の質向上に寄与すると考えられた。一方、情報共有や全体像の把握・提供など ICS/IAP そのものの必要性が多くの参加者から指摘された。マネージメントのシステムに加え、資機材や訓練によって情報伝達、指揮、など個々の役割を果たすの対応能力の向上の必要性も明らかとなった。

添付１　及び分野別研究報告参照

４．東日本大震災を例とした ICS の研究協力者による検討

今までの DMAT 訓練や国際緊急援助隊指揮に加えて東日本大震災における DMAT 指揮や福島での緊急対応の経験を踏まえた災害医療コーディネーターの役割について見解をお聴きし（添付３）研究協力者と討議を行った。検討の主要な結果は以下のようであった。詳細は添付４を参照されたい。

小規模な危機に、伝統的保健所組織は、専門技術者とロジを職員として配置しており対応できる。ICS は大規模健康危機にその力を発揮すると思われ、保健所が組織全体の中で果たす役割に見合った資源配分が得られる、声が通る危機時の運営組織となっているかが重要である。危機時の縦割り各分野の情報共有による効率的運営が目標であろう。

目標は立割りの自衛隊、救急など部門別 ICS の調整会議であり、情報共有により control ができればよい。これを現場で具現化したものが本部会議の一同に介する座席である。現場運営は、一堂に会した座席配置と、明確な資源配分がポイントであり、配分できる資源リスト、資源に対する需要（要望）のリストそして、判断指示の時系列記録の３点を明確にできれば指示できる。一方、一人の指揮者が適切に配分可能な資源の量には限界があり、ヘリによる患者搬送は県単位で可能でも、膨大な数の避難所への医療班配分は無理であり、配分量が多ければ段階を追って細分化する必要がある。そして、この本部機能の一般化が ICS である。

D. 結論

ISO による危機管理対応は ICS の複数機関の coordination、フィードバックの考え方に一致している。米国での ICS 運用の背景には、全土に普及させるための仕組みがある。机上訓練を通じて、日本版 ICS による健康危機分野ごとの operation の標準化＝保健所機能強化が検証できた。伝統的な機構と職員を持った保健所は小規模な危機に対応できる ICS の機能を持っている。大規模危機では部門別 ICS の調整による control が目標であり、本部機能でもある。

G. 研究発表

１．論文発表　２．学会発表　なし

添付1

平成23,24年度
「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」

ICS総括分担

H23年度　報告まとめ

対応システムの大きな構成に対し

- 標準化
  危機に直接対応するシステム、即ちICS/IAPにおいてoperation（対応）と呼ばれる部門の構成および業務内容には、各種の健康危機ごとに具体化し準備できる部分がある。
- 連携
  共通するシステムの考え方を元として具体的なシステムとプラン（計画）を作る事は、保健所以外の対応部門との共通認識および健康危機分野ごとの類似性や相違に関する共通認識を持つ事によって、発災時の備えとして有用である。

ISOによる社会セキュリティー分野（TechnicalCommitees223）の動き

- 2011.11:ISO22320（危機管理－危機対応に関する要求事項）発行
- 2012.5:ISO22301（事業継続マネジメントシステム）発効　国内でも富士通、大塚製薬などが認証取得
- TC223　6分野（マネージメントフレームワーク、用語、危機管理、業務継続、ビデオサーベイランス、集団避難と救護）
  今後発行予定
  - マネージメントフレームワーク：演習指針、組織間協定等
  - 集団避難と救護　等

ISOもICS/IAPに沿った考え方　複数機関のcoordination、cycleが基本

ISO 22320:2011(E)

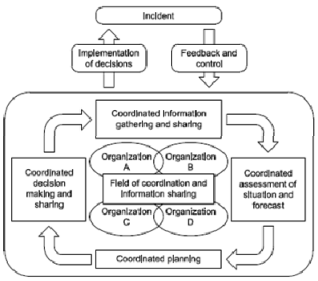


Figure 3 — Circular chart for multiple hierarchical command and control process with enhanced relevance of coordination

Figure 2 — Process of providing operational information

日本版IAPを検証する机上演習の実施

目的：

- 事前に想定した化学物質健康危機に対するIAPの実効性検証
- Web会議による保健所情報支援機能の検証
  食中毒対応支援システムNESFDの機能を利用した会議を開催。事前接続試験、打ち合わせ会議実施

実施体制と参加者

- 分野別研究（生活環境安全　化学物質健康危機）および保健所支援担当（石丸所長）と協力して実施
- 1月9実施：4保健所、市役所本庁、消防、日本中毒情報センター、保健医療科学院、日本公衆衛生協会が参加

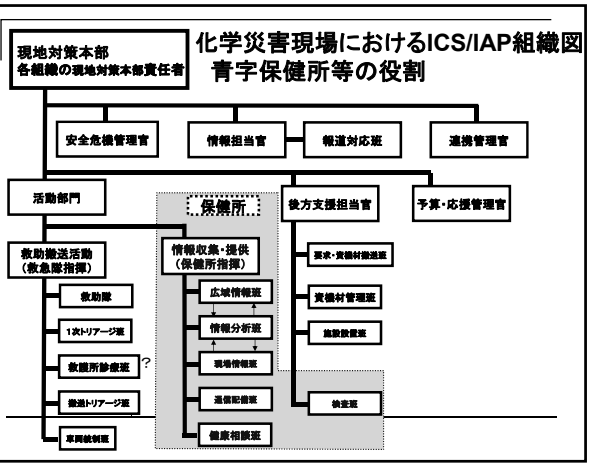
FEMA「インシデント・コマンド・システム」オンラインコースの受講

- 2013年3月1日2日　両日とも9−12時
- IIGR (International Institute of Global Resilience) とIAEM(International Association of Emergency Managers)共催
- 米国におけるICS導入及び初級コース講義内容のポイント紹介　ICS100／ICS200に準拠しており資料は公開されている。
- 危機管理専門家認定の仕組みの解説
  IAEMという機構による世界の災害対応専門家の認定の概要説明

プログラムと講師

- 主催者挨拶　Leo Bosner, MSW, IIGR fellow and former FEMA Emergency Management specialist
- 基調講演　Ellis Stanley, Sr., IAEM-USA Council Representative
- ICS100,ICS200 Kathleen Henning, IAEM Region 3 President and a member of IAEM's board of directors
- 危機管理の国際資格　Daryl Lee Spiewak, CEM, TEM, Vice President, Foundation for Higher Education Accreditation
- 主催者挨拶　Dr. Maki Fukami, President of IIGR

化学災害現場におけるICS/IAP組織図 青字保健所等の役割



机上訓練を通じての評価　一部抜粋

Operationの標準化

- 対応「漏れが無いか」を確認するステップが重要でICS/IAPに盛り込まれている点が評価された。
- ACとして判断基準、関係者／機関リストの例、住民等に提供する危機対応情報の例示やひな形、を準備しておく事の有用、必要性が指摘

連携したControlの仕組み

- 相互の情報共有が重要と多部門から指摘、今回はweb会議での画像の共有化が有用
- システム運用ではweb会議の立ち上げ担当する班を位置づけておくことが有用

ICS/IAPとは

Incident Command Systemとは

- 複数の機関が大災害発生時等に協働して対応を行うことを可能にするためのマネジメントのシステム
- 1970年代カリフォルニアでの大規模火災消火活動で複数消防署間での調整がうまくゆかずミス
  - 命令系統が不明瞭だった（誰が責任者か）
  - 複数機関を前提とした「システム」を含めた計画が事前の検討においてなかった
  - 複数機関の間での統一のマネジメント組織がなかった
  - 統一された用語がなかった

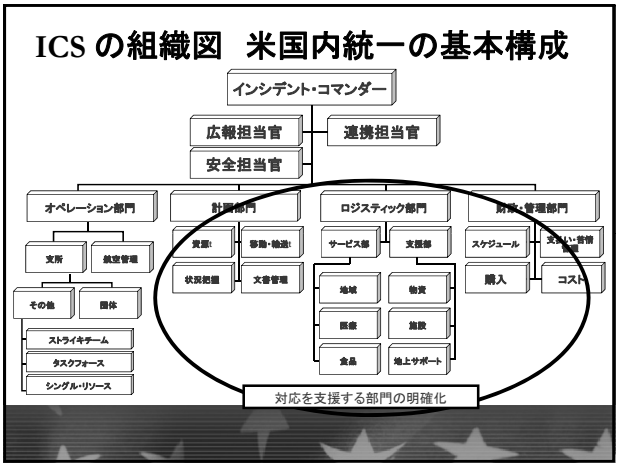
指令の統一

Unified Command

- 緊急時対応の目的と戦略の指揮系統を確立し、関わるすべての機関の管理を共通の指揮系統で行う.
- ひとつの指揮システムを確立することにより、各部門の指令担当官が参加しての決定を行うことができる.
- 指令の統一性を維持できる. スタッフは一人の上司に報告をするだけでよい.

緊急時の指示を発令する立場

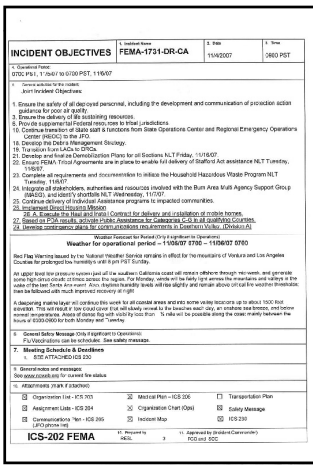
部門１の緊急時司令官　部門2の緊急時司令官　部門3の緊急時司令官



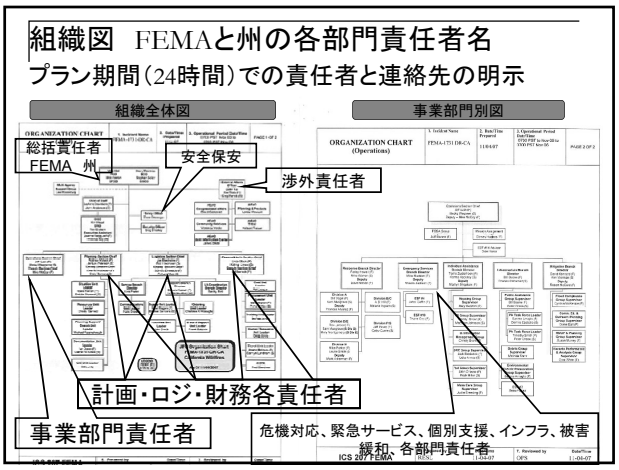
Incident Action Planの実例1

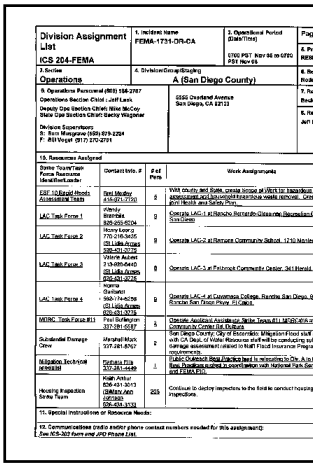
カリフォルニア山火事でのFEMA、州合同　Incident Action Plan

‘07.11.05,07:00-
11.06,07:00



任務の期間、目的、
安全情報（気候、ワクチン接種）、
など

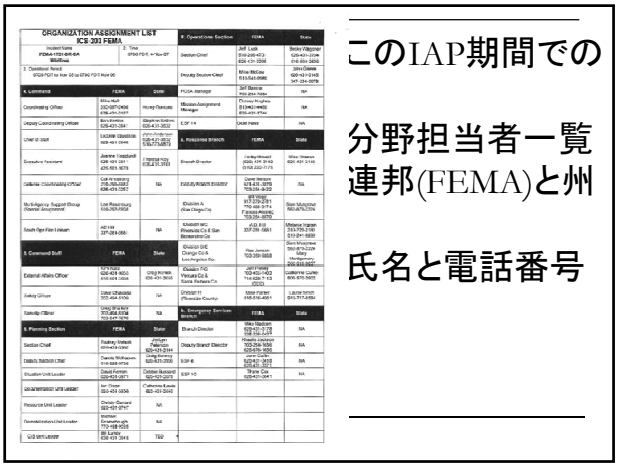




部門ごとの任務リストと担当者名

チーム名
迅速評価

住宅探査



このIAP期間での

分野担当者一覧
連邦(FEMA)と州

氏名と電話番号

危機時指揮システム／対応計画

Incident Command System, Incident Action Plan の運用によって

- 予測される業務の基本区分の共有化
- 発災後の実際の部門責任者の明確化と共有化
- 時間を区切った目標到達評価と計画の変更
- 対応者の疲弊防止と業務の継続

が可能となり多組織が共同した効果的な対応が期待できる。

ICS,IAPを導入している米国と比較したわが国の現状

- 発災時の実働体制の全体像と部門責任者を迅速に示すことが優先されない、伝わりにくい
  - 多組織・部門の協力、組織運営に無駄と混乱が多い
  - 被災後状況（被害と資源）の統合に手間取る
  - 応援要請が迅速・系統的にできない
- 自然災害での発災地元職員の疲弊が指摘される
  - 任務時間が明確化されておらず従事者の交代を元にした業務の持続性に問題がある

我が国でも

Incident Control System

が有用

- Operation 部門の標準化
- 協調システムの多部門共有化

研究協力者

- 中瀬克己　岡山市保健所　所長
- 古屋好美　山梨県中北保健所　所長
- 近藤久禎　国立病院機構災害医療センター
- 清水美香　上智大学、East West Center
- 緒方剛　茨城県筑西保健所　所長
- 石丸泰隆　山口県岩国環境保健所　所長
- 佐々木隆一郎　長野県飯田保健所　所長

ISO2230 に関して

山梨県中北保健所　古屋好美

品質マネジメントシステム（ISO9000 シリーズ）や環境マネジメントシステム（ISO14000 シリーズ）などで、すでに国内でも馴染みが深い ISO 規格。2011 年 11 月に ISO22320（危機管理－危機対応に関する要求事項）を発行した。2012 年 5 月には、事故や災害時における企業の事業継続を達成させるための、日常的な事業継続マネジメントのあり方をまとめた ISO22301（事業継続マネジメントシステム）も誕生し、8 月 24 日には富士通、大塚製薬など国内 5 企業がすでに認証を取得した。

米国は ICS の考え方に基づき、これを国際標準とするため、下記のような経緯で国際化を進めてきたと言える。保健所の行う健康危機管理も、保健所の業務としての要求事項、事業継続マネジメントの観点から影響を受けることが考えられる。また、病院も米国の ICS の考え方を取り入れた Joint Commission International（JCI）認証を受けたところ（亀田総合病院と NTT 東関東病院）も現れている。

http://www.jsa.or.jp/stdz/mngment/risk.asp

1．規格開発の経緯

2001 年 9 月の米国同時多発テロの発生を背景に、2003 年に米国から ISO に対し、セキュリティ関連の標準化提案がなされました。これを受けて、2004 年 1 月に ISO/Advisory Group on Security（AGS：セキュリティ高級諮問グループ）が設置され、2005 年 1 月に最終報告書が提出されました。

最終報告書では、次の提言が勧告されています。

- ISO/IEC Strategic Advisory Group on Security（SAG-S：セキュリティに関する戦略的諮問グループ）の設置及び運営
- セキュリティマネジメントシステム規格の標準化の検討
- TC223（専門委員会 223）の活性化
- Emergency Preparedness（緊急事態準備）の IWA（International Workshop Agreement：国際ワークショップ合意）化の推進
- セキュリティに関係する既存規格の把握及び規格開発の提言

2．ISO TC223 について

現在、ISO　TC223 によって公共安全の国際標準化の議論が進められており、今年度中にも公共安全に関する国際規格が策定される見通しである。この国際規格は、事前、有事、事後のすべてのフェース対応において活用され、公的機関、NPO を含む民間機関に適用される。別添付参考資料は、この ISO　TC223 を、わが国の防災・危機管理にどのように活かすかに関する多分野協働の公開シンポジウムのプログラムである。

Challenges to overcome when developing global standards in a field with extreme national interest

Dr Stefan Tangen
Secretary of ISO/TC 223 Societal security
SIS, Swedish Standards Institute
Stockholm, Sweden
stefan.tangen@sis.se
+46 8 555 521 60

ISO/TC 223 Scope

- ISO/TC 223 develops international standards that aim to increase ***societal security***, i.e. protection of society from and response to incidents, emergencies, and disasters caused by intentional and unintentional human acts, natural hazards, and technical failures.
- An all-hazards perspective is used covering adaptive, proactive and reactive strategies in all phases before, during and after a disruptive incident.
- The area of societal security is multi-disciplinary and involves actors from both the public and private sectors, including not-for-profit organisations.

3．TC223（社会セキュリティ）の活動

（更新日：2012 年 10 月 15 日）

SAG-S の決定を受け、2006 年 5 月から活動を開始しています。TC223 には 6 つの Working Group（WG1, 2, 3, 4, 5, 6：作業グループ 1、2、3、4、5、6）が設置されています。

● TC223/WG1 の活動（リーダー：日本）社会セキュリティマネジメントフレームワーク規格の開発を担当。現在、WG1 で開発している規格は次のとおりです。

・ISO 22397 Societal security - Guidelines for establishing partnership agreements among organizations（社会セキュリティ - 組織間協定構築の指針）- 第二次委員会原案投票中

・ISO 22398 Societal security - Guidelines for exercises（社会セキュリティ－演習の指針）- 第二次国際規格原案投票中

● TC223/WG2 の活動（リーダー：カナダ）社会セキュリティに関する用語規格集の開発を担当。現在、WG2 で開発している規格は次のとおりです。

＊発行済み：ISO 22300 Societal security - Terminology（社会セキュリティ－用語）

● TC223/WG3 の活動（リーダー：ドイツ）危機管理の開発を担当。現在 WG3 で開発している規格は次のとおりです。

・ISO 22322 Societal security - Emergency management - Public Warning（社会セキュリティ - 危機管理 - 警報）- 委員会原案可決＊日本提案

・ISO 22324 Societal security - Emergency management - Colour-coded alert（社会セキュリティ - 危機管理 - 色コードによる警報）- 委員会原案可決＊日本提案

・ISO 22351 Societal security - Emergency management - General rules for writing data elements and codes for information sharing（社会セキュリティ - 情報共有のためのデータ要素及びコード作成の一般原則）- 作業原案作成中

・ISO/TS 22352 Societal security - Emergency management - Data elements and codes for information sharing（社会セキュリティ - 情報共有のためのデータ要素及びコード）- 作業原案作成中

・ISO 22325 Societal security - Guidelines for Emergency Capability Assessment for Organizations（社会セキュリティ - 組織の緊急事態対応能力評価の指針）- 作業原案作成中

＊発行済み（原文及び対訳）：ISO 22320 Societal security -- Emergency management -- Requirements for incident response（社会セキュリティ - 危機管理 - 危機対応に関する要求事項）

○危機対応は災害発生直後から組織の命運を左右する最も重要な要素である。緊急時の単一組織の指揮調整のあり方、危機対応にあたって情報処理のあり方、組織間協力連携のあり方について規定した国際規格。他の国際規格同様、今後官民の危機対応において影響を及ぼすことが予想される。「リスク対策 .com」において解説を連載中。

● TC223/WG4 の活動（リーダー：オランダ）緊急事態準備と業務継続マネジメントのガイドライン規格と要求事項規格の開発を担当。現在 WG4 で開発している規格は次のとおりです。

・ISO 22313 Societal security - Business continuity management systems -Guidance（社会セキュリティ - 事業継続マネジメントシステム - 指針）- 最終国際規格原案投票中　＊ ISO 22313　国際規格原案（DIS）邦訳版（対訳）

・ISO 22316 Societal Security - Organizational resilience - Principles and guidelines（社会セキュリティ - 組織のレジリエンス - 原則及び指針）- 新業務項目提案投票中

＊発行済み：ISO PAS 22399:2007 Societal security - Guideline for incident preparedness and operational continuity management（社会セキュリティ - 緊急事態準備と業務継続マネジメントガイドライン）ISO 22301 Societal security - Business continuity management systems - Requirements（社会セキュリティ - 事業継続マネジメントシステム - 要求事項）○ BCP/BCMS 構築・運用から認証取得までの解説書も発行された。「ISO22301 徹底解説」

● TC223/WG5 の活動（リーダー：フランス）ビデオサーベイランスフォーマットの相互運用に関する規格開発を担当。現在 WG5 で開発している規格は次のとおりです。

・ISO 22311 Societal security - Video surveillance - Export interoperability（社会セキュリティ - ビデオサーベイランス - データのエクスポートの相互運用）- 国際規格原案可決

● TC223/WG6 の活動（リーダー：英国）緊急時の集団避難と救護に関する規格開発を担当。現在 WG6 で開発している規格は次のとおりです。

・ISO 22315 Societal security - Mass evacuation（社会セキュリティ - 緊急事態における集団避難）- 作業原案作成中

4．参考規格・指針情報

関連する規格・指針

▶ 内閣府 「事業継続ガイドライン　第二版」（PDF 形式）
▶ 経済産業省 「事業継続計画策定ガイドライン」（PDF 形式）
▶ ISO/TR 22312:2011 Societal security - Technological capabilities（社会セキュリティ - 技術的能力）
▶ ISO/PAS 22399:2007 Societal security - Guideline for incident preparedness and operational continuity management（社会セキュリティ - 緊急事態準備と業務継続マネジメントガイドライン）
▶ ISO 22320 Societal security -- Emergency management -- Requirements for incident response（社会セキュリティ - 危機管理 - 危機対応に関する要求事項）
▶ ISO 22301 Societal security -- Business continuity management systems -- Requirements（社会セキュリティ - 事業継続マネジメントシステムー要求事項）
▶ ISO 22300 Societal security - Terminology（社会セキュリティ－用語）

（参考）規格

・仕様 / 要求事項（Specification/Requirements）
・指針 / 実践規範（Guideline/Code of Practice）

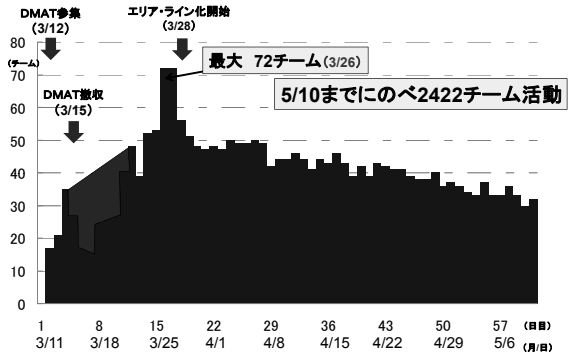
添付3

災害医療コーディネーターの必要性と活動の基本

国立病院機構災害医療センター　近藤久禎

東日本大震災における亜急性期への引き継ぎの課題

救護チーム数の推移　（こころのケアチームは除く）

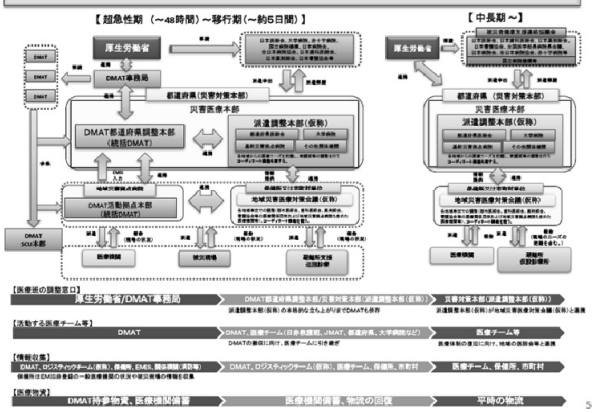


（石巻圏合同救護チームよりデータ提供ー部追加）

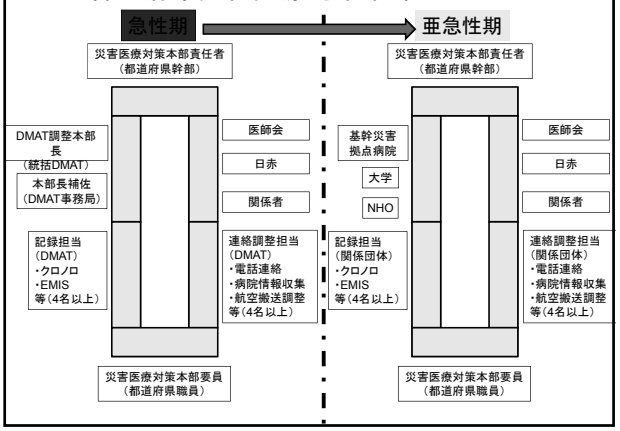
亜急性期活動戦略：課題と対応策

- DMAT活動期間の見直し
  - 従来48～72時間を主な想定としていた。
  - 大規模な震災時には急性期ニーズの継続、支援の遅れが想定される。
  - 迅速性を維持しつつ、1～2週間をカバーできる体制の検討が必要。
- 亜急性期の病院支援（補給、退避）戦略の構築
  - 亜急性期まで支援が届かなかった病院の入院患者の移送活動が行われた。
  - このような病院の情報を把握し、的確に対応する戦略の構築が必要。
- 亜急性期への指揮系統引き継ぎ体制の構築
  - 急性期に構築した医療の指揮体制の適切な引き継ぎ先がなく、DMATは1カ月以上、県庁にとどまらざるを得なかった。
  - 医師会、日赤、公衆衛生専門家への引継体制の確立が必要

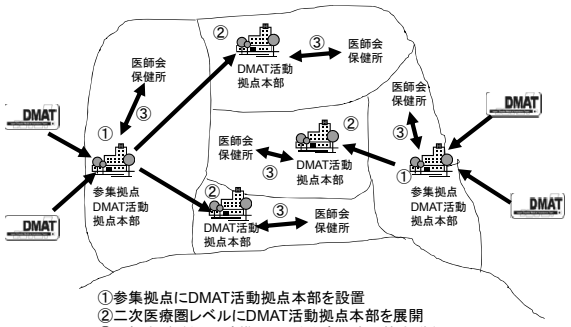
今回の震災を踏まえた急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



都道府県災害医療対策本部のイメージ

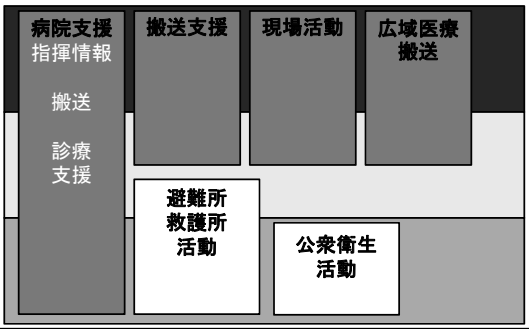


地域災害医療対策会議への引き継ぎを考慮したDMAT活動拠点本部の展開



①参集拠点にDMAT活動拠点本部を設置
②二次医療圏レベルにDMAT活動拠点本部を展開
③医師会・保健所と連携し、地域災害医療対策会議を設置
機能を徐々に移譲

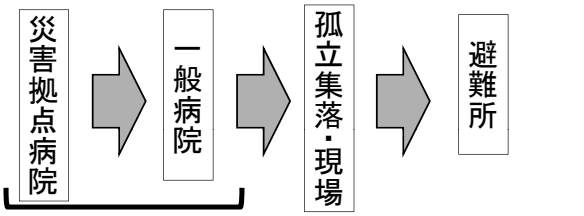
DMATの活動



DMATは唯一の迅速に、組織的に活動できる災害の専門家集団

他の支援が組織的に行われるまでカバーすることが期待される。

DMAT指揮情報活動の優先順位



病院支援
搬送支援
広域医療搬送
病院避難活動

現場活動
搬送支援

搬送支援
救護所活動

~~それはDMATの仕事ではない~~

すべては被災者のために

活動期間、撤収、引き継ぎについて

- 各チーム
  - 被災地内で48時間の活動
  - 引き継ぎ先を見つけてから撤収
  - 引き継ぎ先は二次隊、救護班、地元資源
- DMAT活動全体
  - 救護班のマネージメントが確立してから撤収
  - DMATは救護班のマネージメントの確立を支援
  - DMAT全体の活動は、二次隊、三次隊の活動を含め、1週間をめどとする。

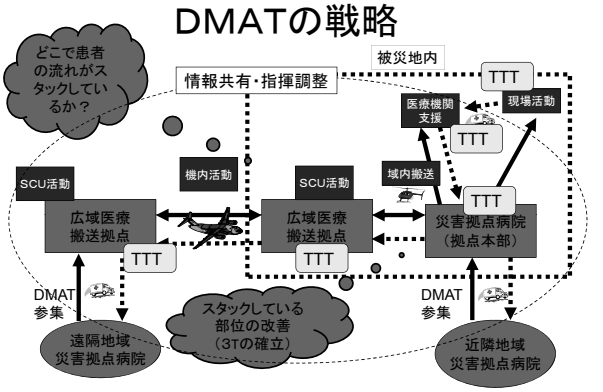
災害医療コーディネートの基本

戦略と戦術

DMATの目標、活動＝DMAT活動戦略

- 上位目標
  - 「防ぎ得た災害による死亡」を減らす
- 目標
  - できるだけ多くの傷病者にできるだけ早く根本治療を行う。
  - できるだけ多くの傷病者に根本治療までの安定化を図る。
- 活動
  - 現場の医療資源の有効活用のための情報共有、組織化を行う。
  - 災害のすべての場面で適切なTTTを確立する。

DMATの戦略



実線　DMATの動線
点線　患者の動線

DMATにおける戦略と戦術

- 戦略
  - 現場の医療資源の有効活用のための情報共有、組織化を行う。
  - 災害のすべての場面で適切なTTTを確立する。
- 戦術
  - 災害拠点病院の支援
  - 現場の運用
  - SCUの運用
- 戦闘
  - トリアージ
  - 治療

災害医療コーディネーターの作戦立案の要点

およそ戦いは、正を以って合し、奇を以って勝つ

孫子　勢篇

災害医療活動における正と奇

- 正：原則
  - 正攻法
  - 事前の計画、取り決め、ミッションイメージ
  - 防災計画、広域医療搬送計画等
  - 研修などで学習、訓練で修練
  - 普遍的なもの：CSCA
- 奇：応用
  - 奇策、奇襲
  - 現場で応用、判断が必要な事項
  - 事例より学ぶ
  - 災害により変化するもの：TTT

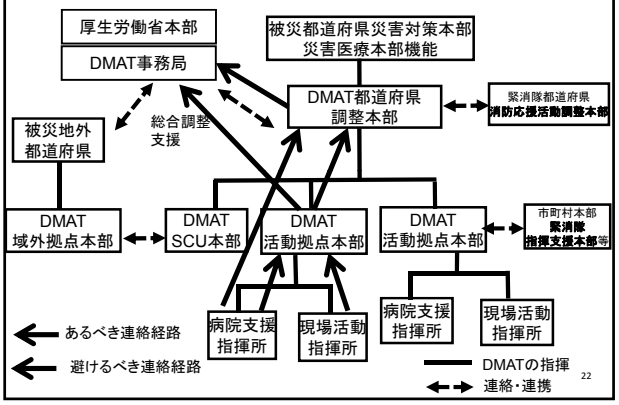
凡そ衆を治むること寡を治むるが如くなるは、分数是なり。

孫子　勢篇

指揮命令系統の確立

- 分数＝組織、編成
- 管轄下の本部の編成、連絡先を把握
- 指揮系統に沿った連絡体制の確立

広域災害時DMATの指揮系統



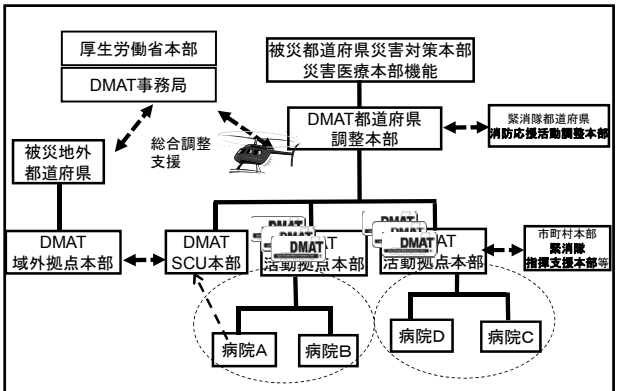
22

上位本部と下位本部

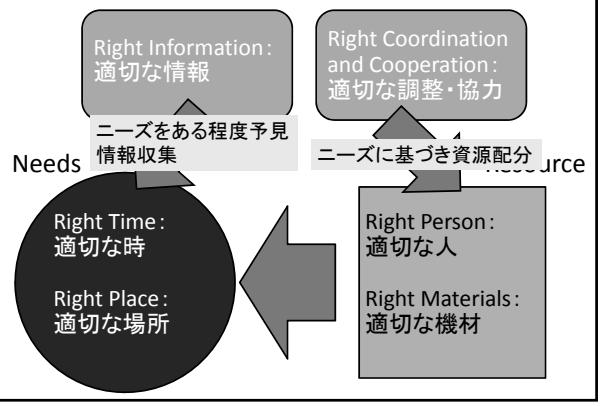
- 上位本部の役割：戦略
  - 活用可能な資源の範囲を規定
  - 希少資源の運用
- 下位本部の役割：戦術
  - 与えられた資源の範囲内での運用

将の能にして君の御せざる者は勝つ

孫子　謀攻編



災害医療コーディネーターの作戦立案



ニーズの予見のためには？

- 「愚者は経験に学び、賢者は歴史に学ぶ。」
オットー・フォン・ビスマルク

- 全く同じ災害は二度はない
- 同じような災害は起こる。

- 応用、TTTのニーズの災害事例を知ることが必要

東日本大震災は想定外の災害であったか？

- 津波の疾病構造
  - インド洋津波
- 長く続く急性期
  - パキスタン地震、ハイチ地震
- 情報の混乱、通信不通地域
  - 阪神淡路大震災、全ての災害
- 亜急性期初期、後期における救護班の不足
  - GAP問題：全世界の災害の問題
- DMAT隊員の救護班としての活動
  - 新潟中越沖地震、岩手宮城地震他
- 病院避難のオペレーション
  - 宮城連続地震
- 医療班の公衆衛生的活動
  - JMTDR他国際緊急援助の事例

災害医療コーディネーターの役割

- 管下の本部の指揮系統の確立

- ニーズを予見しながら、把握

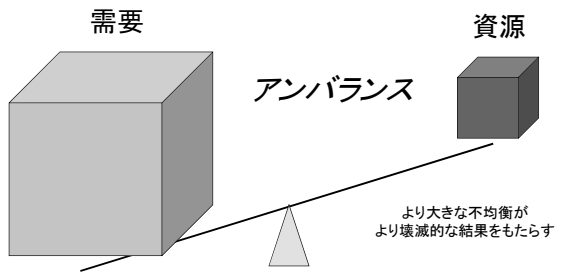
- ニーズに応じて柔軟、的確に資源配分

需要と資源の情報管理

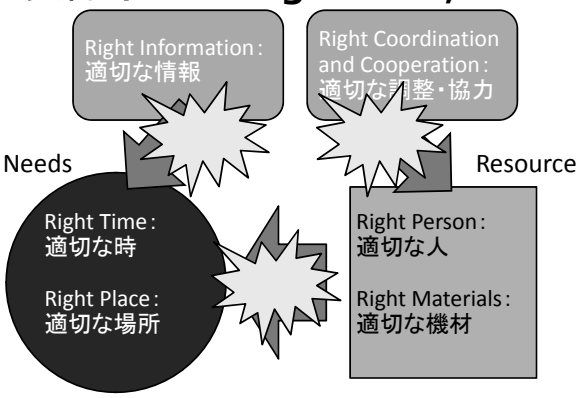
彼を知り己を知れば
百戦して殆うからず

孫子　謀攻篇

災害では



災害時のManagement ;6R's



災害時に収集すべき情報
METHANE Report

M Major incident：大事故災害　「待機」または「宣言」
E Exact location：正確な発生場所　地図の座標
T Type of incident：事故・災害の種類
鉄道事故、化学災害、地震など
H Hazard：危険性　現状と拡大の可能性
A Access：到達経路　進入方向
N Number of casualties：負傷者数　重症度、外傷分類　需要
E Emergency services：緊急対応すべき機関
－現状と今後必要となる対応　資源

MIMMS Advanced courseより引用

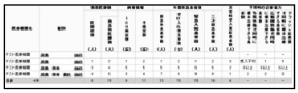
EMISの機能

- 災害時病院情報入力
  - 対象：全病院
  - 入力項目：緊急入力と詳細入力

需要の情報

- DMAT管理メニュー
- 平時の施設情報
  - 受入可能患者数等

資源の情報



ニーズの整理・把握

- 患者一覧表の整理
  - 現場救護所
  - 病院
  - SCU

氏名	年齢	性別	傷病名	傷病備考	トリアージ	搬入時刻	搬出時刻
A	10	M	頭部外傷		赤	14:20	
B	20	F	胸腹部外傷	バイタル不安定	赤	14:23	
A	54	F	緊張性気胸	バイタル安定	赤	14:23	
B	49	M	全身熱傷	バイタル安定	赤	14:25	
A	63	F	頭部外傷		赤	14:26	
B	23	M	骨盤骨折	バイタル不安定	赤	14:30	
A	45	F	腹部外傷	バイタル不安定	赤	14:40	
B	33	F			赤	14:45	
A	25	M	上位頸椎損傷	挿管ずみ	赤	14:45	
B	67	M			赤	14:50	

災害急性期指揮情報活動の優先順位

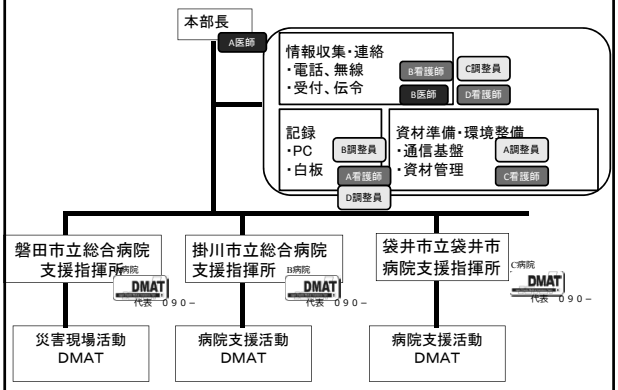
災害拠点病院 → 一般病院 → 孤立集落・現場 → 避難所

病院支援
搬送支援
広域医療搬送
病院避難活動

現場活動
搬送支援

搬送支援
救護所活動

資源の情報の整理：指揮系統

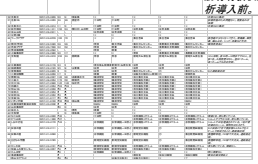


チーム管理

病院名	7月16日	7月17日	7月18日	7月19日	7月20日	7月21日	7月22日	7月23日	7月24日	7月25日	IN	OUT
東京都 慶応病院			1	1							7.18	
東京都 白隆病院	1	1	1								7.16	7.18
東京都 永世病院		1	1	1	1	1						7.21
東京都 日本医大付属病院	1	1	2	2	2							
東京都 日本医大付属多摩永山病院	1	1									7.16	7.17
東京都 日本大学付属病院		1	1									
東京都 帝京大学	1	1	1	1	1							
東京都 東京大学DMAT	1	1										
東京都 町田市立病院					1	1	1	1				
東京都 聖路加国際病院						1	1	2	1	1		7.25
東京都 聖隷佐倉病院					1	1	1					
神奈川県 藤沢労災病院			1	1								7.19
神奈川県 川崎市立病院						1	1					
栃木県 自治医科大学					2	2	2					
青森県 弘前大学				1	1							
福島県 福島県立医大DMAT	1	1										
福島県 白川厚生連DMAT	1	1										
福島県 福島県						1	1	1				
山形県 山形県立中央病院DMAT	1	1										
山形県 山形県立日本海病院						1	1	1				
山形県 山形県立新庄病院						1	1	1				
愛知県 豊川市民病院									1	1		7.26
長野県 信州大学（DMAT）	1	1										
長野県 相澤病院（DMAT）	1	1	1	1							7.18	7.19
長野県 長野県立須坂病院					1	1	1					
長野県 長野県立木曽病院					1	1	1					
長野県 長野県立（？）病院								1	1	1		
石川県 金沢大学					1	1	1					
石川県 石川県立中央					1	1	1					
兵庫県 兵庫県災害医療センターDMAT												
兵庫県 兵庫県立加古川病院					1	1	1					
徳州会病院			1	1								
新潟県 新潟大学医歯学総合病院	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		7.28
県立中央病院			1	1				1				
県立がんセンター新潟病院					1	1	1					
県立十日町		1	1	1								7.21
県立吉田病院		1	1	1	1	1	1					
県立小出			1	△	△							
県立新発田病院						1	1	1				
新潟市民病院					1	1						
新潟労災病院			1	1	1						7.18	
新潟県済生会		1	1	1	1	1	1				7.17	7.23
国立病院機構西新潟病院			△									
ゆきぐに大和								2	2	2		
東京電力								1	1	1		
（上越医師会）										1		
日本赤十字	7	7	7	7	7	5	5	3	3	3		
合計	18	23	24	22	28	26	24	16	10	11		

チームの役割分担

	避難所	避難所連絡	避難所連絡	最大	最少	保健師	7月18日	7月19日	7月20日	7月20日夕	7/21(予定)	
1	柏崎小	0257-22-2196		240	56	石川県、川口市			日赤+弘前	日赤	日赤+日本海病院	
2	第一中	0257-22-4158		372	309	山形県	日赤	日赤+弘前	日赤	日赤	日赤	
4	比角小	0257-22-5213		400	150	福島県	日赤	日赤	日赤+永世	日赤	日赤+永世病院	
5	第二中	0257-22-2822		60	30	高知県	日赤	日赤+永世	日赤	日赤	日赤	
6	比角コミ	0257-24-7487		83	39	福島県	日赤	日赤	日赤	日赤	日赤	
7	枇杷島小	0257-22-2511		38	4		日赤	日赤	×	×	×	
8	鏡が沖	0257-21-(	080-5509-	100	13	大阪市	新潟大I	×	徳州会	加古川病院	加古川病院	*腰痛ぐらい。*
9	枇杷島コミ	0257-24-7449		20	2		新潟大I	徳州会	×	×	×	
10	半田小	0257-24-(	堀井	66	10	南魚沼市	新潟大I	×	長野県立オ	長野県立オ	長野県立オ	*前身律子:脳卒中後、心のケアチーム*
11	半田コミ	0257-22-5999		80	70	南魚沼市	新潟大I	相澤	長野県立オ	長野県立オ	長野県立オ	*HITチェック。助骨骨折。透析導入前。*



診療患者の集計

	外科						内科						その他							計	対応結果		
活動実施日	総胆・骨折・脱臼	切創・擦過傷	頭部外傷	多発外傷	熱傷	皮膚疾患	その他の外科疾患	上気道炎	循環器系疾患	呼吸器系疾患	消化器系疾患	腎尿路系疾患	その他の内科疾患	産婦人科（出産・疾患）	耳鼻咽喉科疾患	眼科疾患	歯科疾患	精神科疾患	その他		帰宅（避難所等含む）	他の医療施設へ搬送	死亡
7月16日	28	63	5	0	2	1	64	8	16	9	4	1	14	1	1	3	1	1	17	239	82	2	0
7月17日	60	154	10	4	10	17	150	13	139	21	21	6	88	3	4	9	4	18	40	771	349	8	0
7月18日	26	136	11	1	2	32	99	33	143	21	53	2	92	3	5	6	4	13	21	703	452	5	0
7月19日	21	90	4	0	4	40	76	26	122	15	40	0	59	0	14	15	1	15	33	575	436	4	1
合計	135	443	30	5	18	90	389	80	420	66	118	9	253	7	24	33	10	47	111	2288	1319	19	1

本部での情報集約と共有

ホワイトボード記載の意義

- 指揮者の得た情報、指示を本部内で共有
  - 指揮者自身の頭の整理になる
  - すべての本部要員が同じ情報のもとで活動（本部版NCO)
  - 後着隊、交代の指揮者がボードを見るだけで迅速に活動全体像を把握できる
  - 電子化することにより記録となり、EMISを通じて共有できる。

ホワイトボードで共有すべき情報

- 経時活動記録（クロノロ）　需要
- 指揮系統図と活動部隊・人員と現在の活動
- 患者一覧表
- 主要連絡先　資源

- *問題・解決リスト（長期にわたる活動の際）*
- *被災状況・現場状況（地図）*
- *その他*

混乱とは

- 秩序なく入り乱れること（三省堂国語辞典）

- 個々の活動が孤立
- 指揮命令系統が崩壊
  - 指示が伝わらない（情報断絶）
  - 指示が間違って伝わる（情報誤認）
  - 適切でない指示が出る（本部の混乱）
- 本部の混乱
  - 本部（長）の頭が混乱
  - 本部（長）の情報処理能力の限界
- 情報処理能力
  - 本部に入る情報、出ていく指示の整理

→経時記録

経時活動記録（クロノロ）

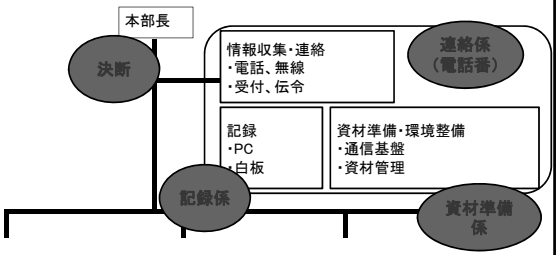
- 汎用性のある記録ツールである。

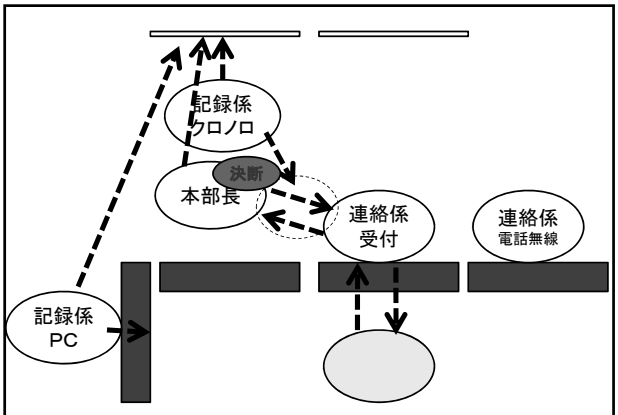
- 本部を通り過ぎていく情報を時刻とともに記載
- 本部に入った情報および指示事項を記載
- 記録員を置いて、本部長、リーダーが書くことを指示
- 予定については、予定が立った時刻を記載し、その横に予定事項、予定時刻を記載する。
- 速やかに電子化する。（記録として、ホワイトボードがいっぱいにならないため）

経時活動記録（クロノロ）

発	受	内容
3:20—	—	本部活動開始
3:40本部	羽田	タイ到着時間を確認 → 羽田では 4:50 着
4:29羽田	本部	4:28 山形チームVスポット配置
4:58羽田	本部	タイ到着
5:13羽田	本部	5:11 タイVゲート通過。山形チーム撤収。
5:36ロジ本部	本部	タイ ホテル到着
7:00—	—	日中対応に移行（本部）
7:00本部	横浜T	ブリーフィング実施
7:50前橋	本部	横浜日勤体制に移行
8:004F	本部	8:00藤沢派遣チーム出発予定
8:30本部	4F	救護所の治療方針について調整
9:144F・草津	本部	藤沢市民病院派遣チーム　現地着
9:30—	—	玄関前資材（藤沢チーム＋平賀）撤去→前橋Dr.カーへ
9:00—	—	医療本部全体ミーティング
9:30本部	前橋	本日の婦人プログラムの詳細伝達
9:55横浜市	本部	インターコンチ、会議場、エレベーター断続的に規制あり
9:55本部	前橋	上記情報を伝達
10:01本部	横浜消防	MCA無線メリットチェック済

DMAT活動拠点本部の指揮系統





まとめ

- 災害医療コーディネーターは、本部間の指揮系統を確立
  - 上位本部は、活用可能な資源の範囲を規定
  - 下位本部は、与えられた資源の運用
- 災害医療コーディネーターは、ニーズを予見しつつ把握し、資源を柔軟に配分
- 本部は、需要と資源の情報を常にモニターする。
- 本部では、連絡係、記録係を有効に活用し、本部で情報を処理し、本部長は決断に専念する。

東日本大震災を例としたICSの研究協力者による検討

12Oct25　山口にて

参加者　緒方、近藤、清水、古屋、中瀬　　参考：近藤先生のPPT

ICSの考え方の日本での取り入れ

1．保健所は既に小規模のincidentに対応できる仕組みとなっている。→この確認が必要か。つまり、庶務係があり指揮者がおり現場で動ける人員（専門技術者とロジを担える人材）を抱えている。

2．より大きな規模のincidentにどの程度対応できるか。その危機／災害（通常の資源and組織が対応できない事態）へ対応すべきで、ニーズに応じた資源配分を行うこと（保健所から情報を得て必要な人、もの、金を配分する）が上部組織で位置づけられているか、が課題である。その解決に役立たないと意味が無い。保健所から県庁に言って、県庁が動いてくれるという危機時機能があるか。

　上位本部への直接進言機能を持つかが大切ではないか。これが仙台市で区長を通じないと意見が言えなかったことの困難さの意味か。

Controlの内容

3．現状の機構で可能ではある。都道府県等各自治体範囲内の検討事項。

（ア）この具体組織が、３月末国通知の災害時に備えた協議機関

（イ）その目標は日本では、縦割りの部門別ICSの調整会議であり、保健所が音頭をとるなら、医療と保健の調整を核として、救急、警察や地域実情に併せて高齢者支援などを取り入れてゆく、ということか。

　例えば、自衛隊、災害拠点病院、救急車のロジは各々別建てで動いている。この統合化は不可能であろう。情報共有によるcontrolが目標であり、他国で視察の際見た本部はこれを座席配置で明示したものであろう。　この近藤先生意見を元とした案は会議では否定はされなかったが、更に検討、協議を進めてゆくことで実効性が高まる。

　保健医療はその範囲がとても広い

4．他地域からの受援、支援を考えると、自治体を越えた考え方の一致が必要となる。

本部設置場所

5．今回東日本震災で、医療本部設置場所が、県単位では県庁が適当であることが明確となった。県単位のニーズと資源という必要な情報は県庁に集まるからで、ヘリコプターなど希少資源の指揮はこれでよい。

　疑問　どのような準備があって今回の震災で医療調整が県庁内で位置づけられたか？DMATコーディネーターに任せられると皆が感じたからか？そう感じさせる訓練による具体的な調整能力があったからか。保健サイドから見ればDMATコーディネーター研修に保健所長が参加する事がその能力を身につける近道か。

6．しかし、その下の地域レベルになると本部の設置場所はばらばらで、圏内で決めるしかない。市役所、インターチェンジ、保健所などなど。

　例えば、国ポンチ絵で「保健所あるいは市町村」などと記載されている内容である。

　ここで扱うのは、保健福祉であったり初期医療であり、量が多いためニーズと資源の調整単位（指揮範囲）は細かくならざるを得ない。その仕組みを作っておく必要がある。この設置場所の明確化が、地域調整会議の最も大切な議題ではないか。市県保健所、市本部？？　避難所本部か保健医療本部か？

本部の運営とコーディネーターの仕事

7．座席配置を決めその設置場所を決めれば良い。

本部組織のカバーできる決断は、人間の扱える情報量の限界に一致し、ブランチが多すぎると判断が指揮官の能力を越えて無理となる。

これが、中越沖地震では県本部で扱えたものが、東日本では扱えなかったことの意味と反省である。

8．判断指示のログ、指揮できる資源リスト、資源に対する需要（要望）のリストの３点を明確にできれば指示できる。現場の位置図と指揮官と補佐（記録、伝達）から成り立つのか。

9．決断は一人である必要はない。東日本震災時の救急医療では、県外調整と域内など数人で扱う範囲を決めて対応しうまく動いた。この際、判断の時系列記録は一本化する必要があった。この判断する人がコーディネーターであり初期はDMAT、時間と伴に保健医療福祉へと内容が変化して行くのであろう。この本部機構の一般化がICSの組織図である。

10. これらの上位判断（各管轄へ配分する資源「量」の決定）の仕組み、下位判断（管轄内の資源「量」の配分）の仕組みを理解する必要がある。

11. 保健所から発信することは、組織、運営を関連機関に伝えること。このビジョンが議論の始まりとなり調整が進むのであろう。

保　健　所　支　援

分担研究　年度終了報告書
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

研究分担者（保健所支援　研究分担）　石　丸　泰　隆（山口県岩国環境保健所長）

研究要旨：「保健所支援」の分野では、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」の構築、運用並びに利用状況分析及びアンケート調査による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。

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員）

A　研究目的

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とともに、Web テレビ会議システムを利用した訓練の実施などにより、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　研究方法

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、これらのシステムの利用状況の分析及び保健所長への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。

○メーリングリストアンケート調査概要
- 目的：保健所長のメーリングリスト登録参加の意向把握等
- 対象：全国の全保健所長 449 名
- 実施期間：平成 24 年 12 月
- 方法：電子メールにより質問票を配信し、電子メールで返信された回答を集計
- 回答：328 件（回答率 73.1%）

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、Web テレビ会議システムを利用した後述の訓練等を実施し、それが「保健所情報支援システム」の１つとして有用であるかを検討する。

○ Web テレビ会議システム接続訓練
- 全国５～ 10 か所の保健所等に参加を要請
- 平成 24 年８月から計５回実施
- 各回、少人数の保健所長等が参加。使用方法の確認及び利用ローカルルールの検討を実施

○有事想定ＩＣＳ訓練
- 日時：平成 25 年１月９日（水）
- 目的：
  ①岡山市保健所でのＩＣＳによる、隣接保健所等と連携した健康危機発災時対応の確認
  ② Web テレビ会議システムを利用した複数関係機関での情報共有及びＩＣＳの内容評価
- 想定内容：交通事故に伴う化学物質保管施設破損、刺激性ガス発生による有症状者発生
- 参加機関：岡山市保健所（訓練主催）、岡山県備前保健所、岡山市消防局、公益財団法人日本

中毒情報センター、山口県岩国環境保健所、愛媛県中予保健所、茨城県筑西保健所、国立保健医療科学院、一般財団法人日本公衆衛生協会（９機関）

C　研究結果

１　「保健所情報支援システム」の運用及び有用性の評価

⑴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。

⑵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及び専門的情報などを逐次掲載してきたページが特に閲覧されていた。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。

⑶メーリングリスト登録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、自由記載回答においても、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

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した場合には、お互いの顔を見ながらリアルタイムな情報の共有、意見交換及び意思の決定などがスムーズに実施できた。

これらの訓練を通じて、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把握できた。

D　考察等

■メーリングリスト及びホームページについて

これまで、実際に構築して運用し、検討を重ねてきた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発揮していること、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」にも保健所支援に資することができる「保健所情報支援システム」として適当であると考えられた。

また、本研究班で取り組んでいる日本版標準 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。このことは、有事の際にも円滑に対策を進めることに資すると考えられる。全ての保健所長のメーリングリストへの参加登録を進め、今後も運用を継続し、活用を図っていくことが重要である。

■ 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、メーリングリストやホームページ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と思われる。さらには、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、有事で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。

■今後の取組について

最後に、当分担班が取り組んだ「保健所情報支援システム」については、情報インフラが壊滅的なダメージを受ければ十分には機能が発揮されないというウイークポイントはあるものの、近年、広域での健康危機管理対応を求められる事案が増えている状況を踏まえると、現実的な対策の１つとして重要であり、これからもその活用を推進していくべきであると思われる。

Ｅ　研究発表

１．論文発表　なし

２．学会発表　なし

Ｆ　知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得　なし

２．実用新案登録　なし

保健所支援　研究分担からの提言

・メーリングリストへの全保健所長の登録参加

・全保健所でWebテレビ会議システムが利用できる体制構築（全国保健所長会及び国の支援が必要）

・Webテレビ会議システムを利用したＩＣＳ訓練の実施

事　例　収　集

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

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）　髙野　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）　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。今年度はクドア（疑いを含む）による食中毒事例及び原因不明の食中毒事例を重点報告事例に加え情報収集を行うことによって、新たに53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、収集事例を分析することによって論点を整理し、議論を深めてもらうことで、今後の保健所の事例対応に活用する。

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

⑴健康危機管理事例の収集と共有化

平成13年度から22年度までの10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。

今年度は、H-CRISISに掲載されている事例の拡充を図るため、①化学物質が原因と思われる健康被害②医療安全（医療事故）③大規模食中毒、広域食中毒④結核集団発生⑤クドア（疑いを含む）による食中毒⑥初期に原因不明の食中毒に関する事例を、重点報告事例として事例収集を行った。

また、より効率的な事例収集を行うため、「食中毒調査支援システム（NESFD）」における「食中毒事件調査結果詳細報告」該当事例及び厚生労働省へ報告することになっている「結核集団感染事例報告」の該当事例についてH-CRISISに掲載していただくように文書で追加依頼した。

⑵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、収集した事例を分析して、いくつか論点を整理した。

今年度重点報告事例として取り上げたクドア（疑いを含む）による食中毒事例については、「クドアを原因とする食中毒の発生防止について」（H24.6.7食安発0607第7号）の通知により、筋肉1ｇあたりのクドア胞子数が１００万個を超えることが確認された場合に食品衛生法第６条違反として取り扱い、当該ヒラメを廃棄することにより食中毒の拡大・再発防止が可能であるため、他に改善すべき内容がない場合は営業禁止・停止の期間設定は不要であることが示された。

この通知を受け、保健所で混乱が見られたので、クドア（疑いを含む）による食中毒の事例を分析して論点整理を行った。

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についても整理した。

C．結果

⑴健康危機管理事例の収集と共有化

今年度の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23年度に発生した健康危機管理事例53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	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	37
介護等安全		43
結核	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	6	282
食品安全 （クドアに関するもの）	37 （21）	308
合　計※	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。

⑵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、クドアに関する事例21件について分析を行い、次のように論点を整理し、厚生労働省担当者との意見交換等行った。

・「クドアを原因とする食中毒の発生防止について」の通知（H24.6.7　食安発0607第7号）による対応が、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と差がある。また、「廃棄で拡大・再発防止が可能」の考え方。
・便検査等での検査手法の確立がされていないため、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。
・養殖場まで特定できないことが多く、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はどうするべきか。

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について、以下のように整理した。

・タイムリーな広域的情報共有が必要である。
・感染症の届出基準に合わない症例が多く、届出がされない危惧がある。
・溶血性尿毒症症候群（HUS）の緊急治療体制の確立が急務である。

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。

収集した事例を分析することによって論点を整理し問題提起することで、保健所長会等で議論を深めることは、今後の保健所の事例対応において大変有用であると考えられた。

食中毒事例の処分については、事例毎に対応も異なるため、ここで収集した事例を活用し、各保健所がそれぞれ状況に応じて対応を判断する必要があると考えられた。

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分析することにより整理した論点について、健康危機管理に関する委員会において全国保健所長会での対応をさらに検討していく。

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。

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

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　宮﨑美砂子（千葉大学大学院看護学研究科　教授）

研究要旨：東日本大震災で被災した市町村を管轄する保健所と県庁を対象に、震災後の地域保健活動の組織体制再構築の実態について、各組織の保健師への面接聴取により調査し、検証することで、災害時に迅速かつ効果的に地域保健活動を展開するために有用な、地域保健活動の組織体制再構築のあり方について検討した。その結果、災害時に保健所保健師が果たすべき主な役割として８項目、県庁保健師が果たすべき主な役割として５項目が求められることを考察した。さらに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）
小窪和博（千葉県海匝健康福祉センター
　　（海匝保健所）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）

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る。しかしながら東日本大震災では、地域保健活動の中枢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。

昨年度の被災市町村調査を踏まえ、本年度は、当該被災市町村を管轄する保健所調査、および県庁調査を行った。

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

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。昨年度、調査期間内に協力の承諾が得られたのは被災８市町であり、本年度は、被災市町村調査地を１か所追加し、それら９市町（パターンＡ：３か所、パターンＢ：５か所、パターンD: １か所）、を管轄する７保健所及び２県庁の地域保健活動部門を対象とした。

［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に被害なし、隣接市町村から被災者受入れの必要性あり

２．調査方法

保健所、県庁の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

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（昨年度調査）、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．調査対象保健所及び県の概要（表１）

７保健所および２県の調査対象者の概要は表１（本文末に掲載）に示すとおりである。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．経時的な組織体制再構築の様相

保健所調査、県庁調査の事例ごとに、様相の概要を以下に述べる。なお文中のアンダーラインは、そのときどきの組織体制の動きを示す。

１）保健所

【事例１】A保健所

〈初動〉

○体制

震災直後の地域保健活動体制は4班構成であった（発災年の7月から保健師の総括が設置された体制となった）。

当時は７名で実働し、「被災自治体（パターン A）の支援」、「要援護者の対応」、「こころのケア」、「感染症対応等」の活動編成を取った。

現地調査の結果、被災自治体（パターン A）の被害が甚大であることが判明し、保健所として全面的に応援することを決定した。

3 月 18 日以降、保健師は当該自治体に泊まり込みながらローテーション体制を取った（当初１人１泊２日という体制から２名体制とし、徐々に宿泊日数を４泊５日まで増加）。

○被災自治体（パターン A）への支援

県内の２保健所から応援を得た。被災自治体（パターン A）への支援に際しては、A 保健所からの移動に時間を要するためアクセスし易い応援保健所内に支援拠点を設置した。

3 月 20 日以降、県内保健所保健師の派遣開始、3 月 22 日以降は他県の公衆衛生医の助言を受けながら保健活動を開始し、感染症サーベイランスも開始した。

○被災自治体（パターン B）への支援

A 保健所では平成 22 年度に地震災害等対応マニュアルを作成しており、マニュアルに沿って「保健活動支援チーム」を 3 月 13 日に立ち上げた。避難所の生活環境や健康状態、保健スタッフの活動状況の現地調査を行った。最大避難所と地区の避難所の現地支援を行った。

〈発災後２週間以降〉

被災自治体（パターン A）への支援として、避難所の衛生対策、生活不活発病予防対策への支援、乳幼児健診や予防接種再開に向けた準備を行った。

被災自治体（パターン B）への支援として、業務担当を中心とした活動（こころのケア、感染症対応、要援護高齢者の緊急受入調整等）、巡回療養支援隊（医師会を中心とした在宅支援）の活動支援を行った。

〈発災後２か月以降〉

7 月の人事異動に伴い災害保健活動方針を再検討し決定した。

被災自治体への支援体制として、7 月以降は地区担当制による総合的支援を実施した。

所内で方針を検討し、保健師の班長レベルを被災自治体の総合調整リーダーとし、サブリーダー保健師を付けた。

リーダー・サブリーダーが中心となり、被災自治体の災害時の保健活動計画や、感染予防計画を支援した。通常業務への復帰方法や、業務との兼ね合い（優先度）に関する計画支援を実施した。

被災自治体（パターン A）に関わる保健活動の打ち合わせを隣市（パターン D）や管轄保健所と共に実施した（仮設住宅が隣市にあるため）。

被災自治体（パターン A）へ支援は、5 月～6 月頃より、常駐保健師を追加し、兼務発令は保健所から県に要請した。

その他の支援は、仮設住宅健康調査実施、避難所サーベイランス、避難所での熱中症予防・食中毒予防対策、二次避難所等での生活不活発病予防対策、乳幼児健診再開の支援、ハエ等防除対策への助言、隣市との保健活動打合せ調整を行った。

被災自治体（パターン B）への支援は、業務担当を中心とした活動（こころのケア、要援護高齢者の緊急受入調整）、巡回療養支援隊（医師会を中心とした在宅支援）の活動調整、派遣保健師と被災自治体（パターン B）の保健師とのつなぎ役に注力した（県外保健師ミーティングは NGO が主導しており、被災自治体保健師へ情報がつながりにくい状態にあったため、被災自治体が主導できるよう仕組みを改善した）。

【事例２】B 保健所

〈初動〉

○活動拠点の喪失

庁舎被災により活動拠点として機能できず、県庁とも連絡が取れない状況であった。さらに、庁舎の４～５階に 200 ～ 300 人の近隣からの避難者を受け入れていた状況にあった。

避難者も多かったため、当座は庁舎内で確保可能な水と食料の確保を優先し、一室を救護室にして保健所長を含む２名の医師と共に避難者への救護活動を実施した。

情報が遮断されており、全県的な災害になっているとは思わず、長期化するとは思っていなかった。

○新拠点の設置

自衛隊からの救助（14 日）後、県の他施設に拠点を置いた。新拠点では鉛筆もパソコンもない状態の中、衛星電話で管内の市町村に連絡を始めた。

18 日から保健師と事務職でチームを組み、管内

各市町村に情報収集のために派遣を行った。情報がなかったので、とにかく情報を集める目的で派遣した。

派遣チームの人選については、中堅を派遣し、統括と班長の保健師は拠点に残った。派遣は概ね５泊６日の日程で行った。なお庁舎からの救助後、帰宅できる職員は一度帰宅させ、派遣の準備をした。

○組織編成

派遣チームの編成にあたっては、通常の班別組織を超えた運用を行った（通常は３班に分かれての配属。さらに技術総括として保健師１名が配置）。保健師の配置や班の変更を柔軟にして、24時間体制で班に関係なくローテーションを組んだ。

これらの組織運用は、保健師が統括職にあったので可能となった（当県では保健所に統括職を置いていた）。保健師の最上位者が班長クラスでしかないと、班を超えた調整は難しかった。

統括職の職位は技術統括、次長級として辞令に明記されていた。人事権はなく、ラインの管理職ではないが、非常時などの際に威力を発揮でき、調整をためらいなく実施できた。

○保健所からの派遣者による情報収集

管内市町村へ電話連絡できたのが17日の夜７時～８時。電話が４つしかない状態で、他の部局も連絡を並行して行っていたので順番待ちもあり時間もかかり、どの程度被災しているのかも不明な状態だった。「明日から保健所の保健師を派遣するから」としか連絡できない状態であった。

保健所からの派遣チームは泊まり前提で派遣することとし、地域活動しながら情報収集を行う方針とした。

○保健所からの派遣チームによる情報への対応

現場からのリクエストとして、物品の補給、さらに被災自治体に妊婦が５人おり、道路寸断のため、緊急対応時の指示を仰いできた。自衛隊が道を開き、近隣自治体の災害拠点病院への搬送パスを確保し、救急車も用意できる対応をとった。

○市町村以外の情報の受発信

県庁からの指示や、大学やボランティア、マスコミなどからの問い合わせも多かった。これらは技術統括保健師一人では対応しきれないため、事務系次長や所長と手分けした。保健活動に関するものは技術統括保健師が対応した。

技術統括保健師の一連の対応におけるパートナーは事務系次長であった（技術統括と同クラスの事務系統括職）。

保健所長は対策本部の医療系会議に出席する必要もあり、打ち合わせ時間や判断を仰ぐ時間も取れなくなってきたため、統括職は外出を極力控える方針とした。そのうえで重要な決断は技術統括保健師一人で行うのではなく、事務系統括や所長と協議し実施した。また休息も必要なため、班長保健師とダブルで対応した。

〈発災後２週間以降〉

○県内の他保健所からの応援派遣保健師による対応

県内の他保健所からの保健師の応援派遣が３月23日から開始された。５～６日の期間で保健師、事務、理学療法士などが、最大10名程継続して応援派遣された。

応援派遣者をチーム編成し被災自治体の現場に出てもらった。被災自治体のうち１か所（パターンB）は市町が合併し、支所地域の情報が入ってこないため、支所周り担当の応援派遣保健師をつけて情報収集・支援にあたり、当該自治体の本庁にも情報をフィードバックすることとした。

県内の応援派遣チームの情報を基に、各被災自治体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。

被災自治体の１か所は拠点が完全喪失していたので最も意識していた。

継続的な支援の必要性を見越して５月１日から兼務発令により保健師３名が配属され、自治体別の担当方式とした。その結果、月単位で応援ができるようになり、中長期的な支援、復興経過を被災自治体と一緒に考えながら、保健所保健師は、被災自治体のリーダー保健師の補佐役を務めた。

情報集約・打ち合わせについては、B保健所の保健師は毎日夕方にミーティングを行った。協議内容としてはトイレの衛生問題、介護が必要な人の問題から福祉避難所の設置など。事務系職員を含めた全庁のミーティングは朝実施した。

多くの事柄が錯綜していたため、案件別に連絡票を作成し、各案件の収束まで終えるように留意した。

○保健所保健師による地域支援の困難性

被災自治体によって保健所への期待は異なるものがあった。業務へのマンパワー支援を期待する自治

体もあれば、マンパワーではなく全体の方針や対策への支援期待のある自治体もあった。

○保健所の役割

被災自治体のリーダー保健師を支えることが最も大事であり、そのような意識をもってあたる必要がある。被災市町村からもリーダーの相談役を務めたことに対して感謝されている。

そのほかに被災自治体のうち市町村合併をして組織が大きくなった自治体においては、中長期的な保健計画策定の点で保健所保健師が役割を果たすことができた。

また保健所に期待されることのひとつに各種対策に関する情報発信がある。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。粉塵対応についてN95マスクが意味のないことについてもアドバイスを行った。

〈発災後2か月以降〉

被災8か月後の頃になると、同じ管内でも自治体規模、被災規模、通常の保健活動の点で、自治体間で異なることが明確になってきた。管内での情報共有の機会を開くことの難しさを感じていた。

7月の県保健師の定期異動を契機に兼務を解除し、保健師一人が増員されたため、班の業務において被災自治体のリーダー保健師の支援を行う形に改変した。

被災自治体の1つから、管内の他の被災自治体とも情報交換をしたいと要望が出され、それに対応した。

【事例3】C保健所

〈初動〉

○拠点の体制

庁舎自体が被災し、1階が浸水する。拠点を別の場所に設置する方針は出ず、被災した庁舎で活動を展開することになった（3月末まで）。ライフラインが断絶していたため情報が全く入らない状況が続いた（携帯電話は2台あるも、1つは所の総括、1つは技術総括が管理していた）。

津波警報が出ていたため、13日までは自宅待機命令が出た。14日から出勤可能な職員が出勤し活動を開始した（出勤職員は3分2であった）。

14日の時点で、所内での組織体制が確立せず、保健師が独自に集まって体制を協議した（保健所全体の指揮命令はなかった）。管内の被災地区の情報収集を実施することとし、通常は業務分担制だが、地区担当制をとった（4月18日まで）。

統括保健師1名のもと、下記のように体制を組んだ。2つの被災自治体は被害が甚大だったため地区担当を配置し、他3自治体は保健師2名体制で1つの自治体を巡回した。

被害が甚大であった自治体の1つは、自治体のセンター長、主管課の課長の理解が得られ、またリーダー保健師とも良い連携がとれ、活動が展開できた。

もう1つの被害が甚大であった自治体は、避難所が大規模であり、当該自治体から保健所に求められた役割は、調整役割というより人足（マンパワー）であった。

他自治体は巡回対応を行ったが、原発などの問題により県外派遣チームが引き上げるなど支援者が足りない状況があったため、支援チームの調整を行った。各自治体の状況に応じて保健所としてどのように支援に入るか検討しながら支援を展開した。

各自治体での活動報告は、毎日保健所内で夕方実施した（庁舎内は電気・水道は未復旧であった）。

県外派遣チームの調整業務に追われる中（こころのケア、保健師、医療）、県庁ルートや独自ルートなども混在し、混乱した。

○管内自治体への対応

12日～13日に保健師と事務職で管内自治体を回り、情報収集を行った。情報収集結果を元に、14日以降の自治体への応援体制を検討した。

保健活動体制が軌道にのっていた自治体は、保健所の支援は1名体制とした。

被災自治体の1つ（パターンC）は、当初、保健所の支援は不要との意向を示されたが、支援を継続することとし保健所の支援を1名体制とした。

他の2自治体は、被害が甚大であり、当該自治体の保健師数が少なかったため、保健所の支援は2名体制とした。

各自治体への支援は、その状況に応じて活動を展開した。自治体の統括保健師が機能しているところでは、後方支援を行い、機能できていないところでは、調整役割を直接担うなど状況に応じて活動を行った。

14日に本所（保健所）と県庁に応援を依頼し、本所から保健師3名の応援を得た。本所には元々、

地元の職員が少なく（平常時から新幹線通勤など遠方から通勤している職員が多数を占める）、初動段階で職員が揃わなかった。

通信手段が断絶していたため、本所と支所間の密な連絡ができない状況で、支所独自の判断で活動を展開しなければならなかった。

支所長がマニュアル（H22 策定）をみながら統括役割を発揮した。

マニュアルを基にして、まずは福祉施設の被災状況の確認など情報収集を職員間で分担して行った。またマニュアルにあった記録票も活用し、被災自治体に持参した。

情報収集結果から被災自治体で必要な人員などは、総括次長が県庁に要望を上げた。派遣保健師の調整は支所保健師が担った。支所全体で 20 名程の職員組織だったので内部連携が図りやすかった。また事務職員がガソリン調達などの業務を担ったため、保健師は保健業務に専念できた（しかしマニュアルに明確な役割分担の記載はなかった）。

必ず毎日保健師間でミーティングを行い、情報交換を行うことで、一人に負担がかからないようにした。道路の復旧状況がよかったため、毎日その日のうちに帰ってくることが可能だった。初期は時に目まぐるしく変化するため、皆で協議できる環境がよかった。

〈発災後 2 週間以降〉

○本所（保健所）の動き

本所の通常業務は、5 月から再開させた。

被害が甚大な被災自治体を管轄する他の保健所へ、当本所の保健師が応援に行くこととなった（主幹以上の保健師）が、5 月からは限界であることを県庁に伝え要請を断った。

○支所の動き

支所 6 名体制は 3 月末までで、4 月より定期異動のため 2 名が本所に戻り、4 名体制となった。避難所で行う健康相談の実施に向けて、健康相談票を作成した。また保健師の打ち合わせ体制を整え、1 つの自治体に関しては、健康調査の要項原案を作成し自治体と協議を進めた。

通常窓口業務（免許、特定疾患受給者証など）は 3 月から災害時業務と並行しながら対応しなければならなかった。

〈発災後 2 か月以降〉

○本所（保健所）の動き

医療機関もほぼ回復し、各自治体の状況に応じて活動を行った。

7 月に仮庁舎に移転。8 月から他県保健師が応援に入ったが、人事異動で本所の保健師が 1 名異動となったため実質、支援体制の充実にならなかった。

○支所の動き

6 月より本来の 3 名体制となった。

7 月には、被災自治体の活動も落ち着き始め、自治体の状況に応じて健康調査の方針を検討した。基本的に各自治体の統括保健師の相談役になる形で支援を継続した。

【事例 4】D 保健所

〈初動〉

県の災害時保健活動マニュアルに基づいて動く。その中に市町村にコーディネータ役の保健師 1 名を派遣することが定められていた。

保健所長が不在の中、事務系副所長が全職員を参集し、方針を提示し、発災日の 17：30 には市町村へのコーディネータ派遣を実施した。

事務系副所長が中堅保健師を選抜し、派遣保健師を決定。保健師の班長と主事が 3 日毎のローテーションで被災自治体に派遣された。

県のマニュアルの定めに従って、当保健所のようにコーディネータを派遣できた保健所は少なく、被害甚大であった保健所は即時の対応は難しかったと思われる。

コーディネータ役の保健所保健師の役割は平常時に分散配置されている保健師を組織横断的なチーム組織に再構成することであった。当保健所内においても情報共有等のために毎夕方の職員間でミーティングを実施した。

当保健所庁舎自体は損傷あるも大きな被害は無かったが、近隣住宅、道路等の被害は甚大であった。橋の損傷、閉鎖などで、外出中の職員の庁舎への参集には時間を要した。

コーディネータの最初の仕事は情報収集で、自治体側も十分には状況把握ができていない状況だった。

発災日 19 時過ぎ頃から避難所等が設置され始めた。避難所は自治体の支所別に設置され、20 箇所弱。派遣当日は情報収集の方針確認をした状態で終えた。避難所は翌日には 20 箇所を越え、15 日には

49 箇所約 6,000 人が避難していた。12 日は避難所の状況確認と午前中には隣接の被災自治体（パターン A）から被災者が自主避難してくるとの情報が入る。各支所の自治体保健師は手一杯であり、人員不足が予想された。この段階で当該自治体から保健所や外部へ保健師の応援派遣が依頼された。保健所から県庁に依頼を伝達するも、返事がいつ来るか不明確な状況であった。

医療状況も不明確であり、透析患者の取り扱い等について保健所で対応し、情報提供を行った。隣接の被災自治体（パターン A）は透析患者が多く、一週間近く透析を受けていない人もいた。緊急性を要する状況と判断し、医療機関に対して当該自治体と保健所の保健師で受入を依頼した。医療機関への搬送は当該自治体が担った。

13 日には隣接の被災自治体（パターン A）からの避難者が当該自治体に入り、避難者への対応については自治体での対応に限界が来ていたため、隣接の被災自治体（パターン A）からの避難住民の避難所対応は保健所主体で実施した。

自治体の情報を得た上での疑問点や検討事項を保健所内の夕方のミーティングで解決して行った。連絡手段がダウンしていたので、重要な情報についてはチームを組んでいる事務職員が伝令して派遣先の市から保健所庁舎に持ち帰った。情報が増加したため、チームの事務系職員を増員した（1 名から 2 名に）。

現地の情報を保健所のコーディネータ保健師が集約し、事務のメッセンジャーに伝え、メッセンジャーは庁舎に帰り、保健所内部の調整を実施した。情報は原則として自治体に集まってくるため、保健所にいるだけでは必要な情報を得ることはできない。自治体と保健所の間の情報の流通をどのようにして確保するかは非常に重要な課題であった。

当初は自治体に集まる情報を保健所に伝えることに注力していたが、やがて保健活動の範疇でどのようなことができるかを検討・調整する必要がある局面が現れてきた。例えば、通院手段の確保、自治体の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、時間の経過とともにニーズは変化していった。

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、自治体に対して提供した。また、地域の災害 FM 放送で情報発信を行った（自治体と保健所が把握している情報が異なる時もあったため、相互に補完しつつ住民に情報提供した）。

発災数日間は、隣接自治体だけではなく、当該自治体において津波被災した住民のうち、妊婦や障害者がヘリコプターで当該自治体の総合支所まで搬送されてきており、到着後の受入れ先の確保に関する情報提供も実施した。

自治体や地域のニーズに対してタイムリーに動けたのは、情報の流通が途切れなかったからだと思われる。自治体では外部支援の調整も必要な状態だったが手が回らず、保健所が分担したという経緯もあった。

当地域では県外からの応援保健師の活動は無かったが、受入をしなかったのではなく、県に対して応援要請はしたものの、津波の被災地域への応援が最優先される状況であり、当地域に派遣できる余力がないとの返答を 13 ～ 14 日の時点で得ていた。

発災直後から人的資源の補強は県に対して要請していたものの、上記のような状況で当地域は人的資源については自立して対応する必要があった。

〇公衆衛生活動面での支援

各避難所の衛生環境整備、感染症の発生状況の把握と個別対応を行った。自治体保健師が避難所に配置されている、衛生環境整備と感染症対応は保健所の役割と認識して行った。避難所から 10 名の腹痛の連絡があり、調査したところノロウィルスの集団感染であった。衛生環境整備や今後の増加に備えて医療機関との事前調整を実施した。どのような状態像が病院搬送対象となるかを確認するなどした。最終的に発症者は 15 名となったが、病院搬送までの事態には至らず、感染管理のため、隔離的な措置（別室管理）をとり、終息した。

結核患者については結核薬の残量の把握などを行い、訪問指導等を実施した。耐性菌を持つため、入院ができない高齢在宅患者に対しては、前年度の申合わせどおり、自治体保健師が在宅で安否を確認した。

日頃からかかわりのある精神障害を持つ住民に対しては保健所保健師が巡回して状況を確認し、また家族会経由で情報収集を行った。家族会からは保健所の対応に感謝された。人工呼吸器装着患者に対しては電源切り替えの状況について発災直後は公衆電話を用いて確認を行った。

○コーディネータの派遣の終了

コーディネータの派遣は3月25日まで、常駐は18日くらいまでの期間とした。自治体内のライフライン（電力）の復旧に伴って、常駐方式から巡回方式に変化させても情報の授受がある程度可能になったためである。自治体全域の復旧は17日であったが、13日くらいから徐々に復旧して行った。ただし、隣接自治体（パターンA）の避難者が多い避難所については自治体本庁と保健所の保健師によるローテーションで常駐対応を継続した。上記の対応決断を行うにあたり、自治体は保健所に方針を示してもらい助かったと感じている。保健所は、自治体の決断を後押しするスタンスで対応してきた。常駐が必要と思われるが自治体の支所の人員だけでは対応が難しいという相談があったので、保健所も支援するという形で後押しした。

実質的には当保健所にも余力が無かったため、初日については副所長が県内の他保健所に直接保健師1名の派遣依頼をしたという経緯もあった。

○健康ニーズの把握と対応

避難が済むと医療の問題が顕在化してくる。妊婦をはじめ、十分な保護が必要な避難者もあまり声を上げない傾向にあった。健康調査によって判明することがあったので、避難所に入ってもらう際に健康調査を受けてもらう方式とした。避難所にいる住民については健康状況を把握し、状況に応じて層別の対応をした（妊婦のみの避難所や子育て世帯中心の避難所などの設置）。健康調査は14～15日に開始し、層別対応はその後に実施した。避難所ではみんなそれぞれ我慢しているので、思っていることを自分からは言って来ない。健康調査をきっかけに個別の事情などを把握することができた。隣接の被災自治体の子どもたちについては、避難している教員から日中の勉強部屋のニーズが挙げられたため、保健所保健師が対応した。

避難所は大規模なところで350名強。自治体の支所の保健師も本庁に対して各避難所の状況を情報提供していた。市民主体の避難所は自治会が機能しており、炊き出しなどをしていたが、隣接自治体の被災者主体の避難所では対応を検討する必要があった。

避難所の状況については支所単位で把握できてくると、自分たちが分かっているので支所の情報が本庁に上がらず、支所を横断した情報集約ができなくなった。保健所の職員（コーディネータ以外）が避難所を巡回して避難所の状況調査を行った。スタッフ数や避難者の特徴などについても情報収集した。

保健所が現場に入り込むという活動方法の方針の検討などは保健所の夕方ミーティングで行った。収集した情報を出し合い、各部門の技術系職員が中心となり必要に応じて事務系職員が加わるという形で行った。

発災直後から副所長が長丁場になることを予測し、長期間にわたって対応できるよう、職員の休息やローテーションは当初から考えられていた。

隣接自治体からの避難者の流入は当初から予想していた。12日には山を越えて独力で逃げ延びた隣接自治体の住民がいたことも把握していた。こうした情報は保健所からの派遣者が自治体に居たから得られた情報であった。

隣接自治体の避難者のいる避難所に臨場していたのは18日まで。その後保健所は隣接自治体への保健師派遣について検討した。

県の保健師連絡協議会作成の保健活動マニュアルが頭に入っていたので、それを基に行動した。被災後の経過日数とともに活動内容を確認した。健康調査票などの帳票類やチラシの原稿などを活用した。

平常時から管内自治体とは一市一保健所であり、研究会等は合同開催していないものの、個別事例の情報交換、各所管会議のほか比較的頻繁に連絡を取ることで情報提供を行う関係にあった。

○保健所の自治体支援について

自治体のリーダー保健師の補佐、情報の収集と分析による支援は重要な役割だった。自治体内で保健師の役割を活かしていけるよう保健所が後押ししていくことも必要と考え対応した。たとえば自治体内には健康部門と福祉部門とを統括する部局が無いため、そこをつなぐ役割を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。自治体の組織全体が疲弊している状況で、自治体のリーダー保健師がどのようなタイミングで自治体の上層部に対して意見を発信するかは悩ましく、保健所が後押しする役割があった。

〈発災後2週間以降〉

当初県からは、県内の他の被災自治体（パターンB）への派遣が打診されたが、副所長の判断で、地理的に近接していることや、管内の自治体内にはす

でに、隣接自治体（パターンA）の避難者が多いことなどから隣接自治体の現地支援に向かう方向で調整を実施し、3月28日から実施した。

派遣体制は3人で1チーム（当保健所保健師1名、事務職1名、他保健所保健師1名）。

隣接自治体では28日に役場仮庁舎が設置されたため、保健活動の基盤を復旧させるために応援に行くべきという判断があった。本当は当保健所の管内自治体の状況が安定するまで同自治体に注力したいという気持ちもあったが管内自治体は内陸でもあり、隣接自治体の現地支援も行っていくこととした。

隣接自治体への支援では保健活動の取りまとめについて期待されていたように思う。仮庁舎では鉛筆一本調達するのも難しい状態だったため、文房具やOA機器などの持ち込みも必要だった。

仮庁舎の設置に伴い、避難所に分散していた隣接自治体の保健師が集合し、保健活動の再構築を目指した。ただ、同自治体の保健師は9名中5名しか稼動できず、いろいろなことを求めても無理な状態と判断し、できることとして台帳づくりから手をつけた。

例えば、妊婦であれば、妊婦検診はどうするか、母子健康手帳がほしいなどといった非常に具体的な事項での対応が必要であった。仮庁舎での業務開始から2日ほど経過してようやく、被災自治体では何から始めていこうか、という思考回路が働くようになった状況であった。

外部から非常に大量の情報が入ってくる（支援の申し出や各種の報告など）ため、処理が追いつかない状況であった。また、保健師自体も被災しており、避難者であったという状態で疲労が蓄積している状態。どのような状態でも職務から逃れられない公務員の厳しさを感じた。何からやってよいのかと言うのが正直な気持ちであった。

大学教授やマスコミから、取材の依頼や情報提供と称した接触が多く、休む暇が無かったというのが実態である。

保健活動をするとしても、台帳がない状態。相談や書類の発行を求めてきた人がいれば、書類の発行とともに台帳を作るという流れであった。

他県からの支援もあったので、分担して地域に入り情報収集した。集団で来る支援もあるが、個人で来る人もおり、対応に労力を取られた。

隣接自治体への保健所からの派遣支援は5月5日まで実施した。支援終了時には、隣接自治体の保健師も地域に出始めており、台帳も出来上がりつつある状態であった。保健活動の基盤は復旧しつつあったが、保健師の心身がまだついていかなかった状態であった。

〈発災後2か月以降〉

隣接自治体現地への当保健所からの保健活動は5月初旬までであったが、避難先自治体内の避難所には調査等のために5月末まで通った。

派遣終了の直接の契機は保健所からの常駐支援が入ることになったことである。その後は自治体内に開設された仮設住宅についての健康調査を隣接自治体から依頼されて実施した。また、隣接自治体と避難者受入自治体、保健所による情報交換の場の設定がであった。

心のケアチームが巡回による住民状況の把握を行っていたので、巡回時の状況を保健所に報告してもらうようにした。

【事例5】E保健所

〈初動〉

○当日

平時の防災避難訓練のとおり、発災直後庁内職員は庁舎前の駐車場に集合した。自転車やバイクで出かけていた職員から川や沿岸部には近づけない状況にあるという情報を得た。

地震後の津波発生の想定はされておらず、もし津波が庁舎まで到達していれば、訓練の想定が危険な避難行動となっていたことが後にわかった。

○避難住民対応

庁舎に津波や地震による被害はなく、近隣住民が庁舎へ避難してきたため、住民への対応（飲料・食料の確保や配布など）や要援護者対応（妊婦、高齢者、肢体不自由者、子ども等約40名）に追われた。

当日夜、所属長から数名の職員を残し、一旦帰宅の指示があった（保健師1名残留、1名帰宅、1名訪問中行方不明で安否確認困難。）

庁舎内の避難者に対し、避難所への移動を勧めるが、全員退去まで約4日間を要した。その間、保健師が庁内避難住民の健康管理対応を続けた。

○情報収集

保健活動に必要な情報収集をこころみるも、管内

の浸水区域、ライフラインの状況など正確な情報の入手が困難であった。

正午すぎ、次長、課長が被災自治体（パターンA）の民生部長、消防本部などを訪問し現地情報を収集し自治体が甚大な被害を受けた状況を確認した。

保健所長（２保健所兼務）は被災時、当保健所勤務であったが、被災後から管内の医療機関や関係機関へ出向いていたため不在。情報把握内容の共有や、保健活動への指示や統括機能は不全状態にあった。

保健所保健師は平時定員３名である。うち１名が被災しその後休職し、被災活動を残る２名で対応する必要があり人員不足であった。

２名の保健師が２つの被災自治体（パターンAとパターンB）をそれぞれ担当し、支援を開始した。以後毎日２人の保健師間で支援活動の共有・検討を行った。

〈発災後２週間以降〉

厚労省ルートによる県外派遣保健師の被災地派遣のための調整活動（オリエンテーション、活動調整、ミーティングなど）や自治体内の支援関係者や関係機関と連携した活動を行った。

〈発災後２か月以降〉

5/16県内保健師１名兼務発令（～H24.3.31まで）が行われた。

保健所内の平常時業務再開に伴い、被災地支援活動の継続は保健師のみという実態であった。

県庁からの被災地視察は被災後３か月頃であった。被災自治体（パターンA）に対して保健所から毎日出向く支援は６月まで継続した。

４月末から県外自治体の１年派遣が始まり、６月までの間に、保健所の保健師の役割を県外自治体による長期派遣保健師へ徐々にシフトさせていった。

長期支援の見通しとそれに伴う外部支援の必要な手続きは県外の派遣保健師の助言に基づいてすすめた。支援継続の必要性を示すために必要な資料の素案を県外派遣保健師が作成、提案された原案を被災自治体と保健所で確認し、肉付けする作業をすすめた。

６月以降から現在に至るまで週に１～２回は保健所保健師が自治体へ出向き、協議会などへの出席や、被災地保健活動の支援を継続した。

自治体の保健部門保健師の経験年齢が浅く、長期的なサポートが不可欠だと考えられた。

【事例６】F保健所

〈初動〉

○体制

震災当日、もっとも若い保健師１名だけが庁内におり、残りは外出中（課長も不在（14日、県の車で帰所）、所長も休暇中）。住民が500人程入ってきて避難所となったため、その健康管理を実施した。

○対応方針

発災時は保健部の部長と所長で指揮を執った。（部長と所長は同等。所長は技官、部長はセンターのセンター長）。

部長または所長の指示で、各地域の避難所の現地調査を行ったが、大量のがれきに阻まれて移動が困難だった。

３月14日に２地区を把握し、３月15日に被災自治体（パターンB）を把握した。

○保健師支援チームの受入調整

他県保健師チームの受入調整を実施し、保健師のミーティングは朝・夕に実施した。６月までは土日も含めて毎日実施し、それ以降は回数を漸減した。

○医療支援チームの受入調整

保健所管理課で調整した（～６月末）。また医療支援チームの連携会議（管内の２自治体）を開催した。

発災直後に精神障害をもつ住民への対応を実施した。薬が流されてしまったことと、交通網が遮断されたため保健師が対応した。薬の入手は困難を伴った。

〈発災後２週間以降〉

３月末より、こころのケアチームの受入調整を実施した。機械的に入ってきた順番で２自治体に振り分けた。２自治体での活動方式は異なり、避難所対応から巡回への変更した方式と最初から避難所を巡回した方式とがあった。

９月以降は県庁からの依頼で他県チームの支援は辞退した（県で関連協会の巡回健康相談などを受け入れることになったため）。

〈発災後２週間以降〉

5月よりこころのケアに関する意見交換会を定期開催した。8月、9月あたりから通常ルートへ復帰し、精神保健相談については、こころのケアチームへつないだ。自殺関連の研修会や会議を9月、10月あたりに開催した。

こころの相談室を9月から設置（一部の自治体においては6月から開始）、医師2名で実施した。

自治体が実施している被災関連事業の支援は、仮設住宅居住者やみなし仮設住宅者への全戸訪問、仮設住宅集会所等での健康相談、運動教室、サロン、被災地区居住者への全戸訪問である。

【事例7】G保健所

〈初動〉

課長は、発災当時薬剤の調達に実務者として従事したため、保健活動は実質保健師2名で対応しなければならなかった。栄養士が休職中だったため、内陸部の保健所のバックアップが入るまで保健師が一部栄養面の調整業務も担う必要があった。

まずは、浸水区域の人工呼吸器装着の難病患者の安否確認および消防要請、受け入れ体制の整備に従事した。合同庁舎1階しか電話が通じない状況の中、保健師2名および事務の総括1名で従事。医療機関・福祉施設の情報収集は組織の中で分担して動いた。

徒歩による移動が可能な避難所に出向き、環境整備や避難住民の対応に自治体職員と共に従事した。

被害が甚大であることから、応援が入ることを予測し、避難所で情報収集を行った。情報収集項目は手書きで整理した。発災2、3目頃には、避難所の情報が集約でき、物資や派遣保健師が入る避難所の優先度を把握することができた。

被災自治体（パターンA）は発災時から火災が収まらず、実際に出向けたのは4日目だった。以後は、毎日必ず保健所保健師が入るようにした。

保健師2名での対応だったため応援は発災直後から必要であった。内陸部の保健所のバックアップはあったが、2日間程のショートスパンだった。中堅保健師クラスの人員が1～2か月のロングスパンで手足ではなく共に活動方針を考えてくれるような存在が欲しかった。

発災数日後、保健師が企画管理課課長にミーティングの開催を打診し、企画管理課の主導により、全課対象で朝のミーティングを実施し、所内全体の動きの情報共有を行った。職員の健康支援も兼ねて、ミーティングの時間に体操も取り入れた。夜間ミーティングも毎日実施し、各チームの活動結果を共有した。

この頃医師会が中心となり、医療班の巡回体制の調整を行った。医療班のミーティングにはスペースの関係で保健班と一緒にはできなかったが、保健所企画管理課職員が出席し、その情報を翌日に保健班につなげる体制をとった（元々、医師会を中心にまとまりのよい地域のため日頃の関係性が体制構築に良い影響を与えた）。

〈発災後2か月以降〉

各自治体と保健所で連絡会を開催した（2自治体）。

1つの自治体は、地区制をとっており、全ての保健師の統制をとることが困難な状況であったため、1週間に1回の自治体でのミーティングは必ず保健所保健師も入り、共に動けるよう活動方針の検討を行った。

もう1つの自治体は、母子保健事業再開のバックアップ（受給券の発行、予防接種等）を行った。

〈発災後2か月以降〉

5～6月頃より、保健所主催で行っていた派遣保健師との週1回のミーティングを自治体主催で開催できるようにバックアップした。

8月頃より、それまで県の精神保健福祉センターが担っていた「こころのケアチーム」の調整を、保健所で実施するようになった。

9月から、自殺対策や被災者の心のケアの視点での連絡会を開催し、組織体制に関するものや、担当者レベルのものをそれぞれ月1回開催する。また2つの被災自治体にケアに入っている支援者との事例検討会を開催した（翌年3月まで継続して実施）。これらの連絡会等を通して、活動方針の検討を行い支援体制づくり進めた。

1つの自治体では年明けから、全戸調査（仮設住宅）を実施した。そのための方針を自治体側と協議しながら検討した。

2）県庁

【事例1】A県庁

〈初動〉

○発災後の動き

地震により庁内も資料の散乱、建物・設備の損壊、課内で2名の負傷者あった。

課長から自衛隊へ派遣要請済みであることが伝えられた。庁内は予備電源によりテレビ視聴は可能であった。メールや電話は不通。第一報は17時10分、1か所の保健所の総括保健師からの無線電話が入った。

担当課の班（保健師2名、事務2名の構成。班長は保健師であるが管理職ではなく、班の取りまとめ役である）は総務課の保健師と協働で情報収集に当たった（当時は7保健所が無事と聞いたが、後で誤りだったことに気付く）。DMATやホームページの情報を通じて地域情報を把握するしかなかった。

当時の情報は、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、それが現場に伝えられるという仕組みであった。

〈3月12日〉

担当課の班の保健師2名で手分けして情報収集や調整を試みることとしたが、平成20年の内陸地震の経験から、2名だけでは難しいと判断し、庁内の保健師の応援をもらうことを考えた。庁内には18名の保健師（保健福祉部16名、他部2名）がおり、協力可能な部署から巻き込んでいった。（課長から他課の課長へ依頼した。正式には3月14日に兼務発令された）

各保健所への連絡を試みたが、9時半の時点で2か所、11時半の時点で3か所しかつながらなかった。17時に2か所の保健所以外は把握できた。

市町村との災害電話はスムーズにいかず、職員の安否は保健所経由で収集した。

〈3月14日〉

各課からの応援も得て、各地からの派遣の準備・調整のための作業を行った。

派遣者に対して地図、行先、災害時保健活動マニュアル（当時は未定稿）を印刷。病院、ガソリンスタンド、スーパーなどの現地情報も追加して提供した。

○厚生労働省【以下；厚労省】保健指導室との連携

3月11日21時40分に、厚労省保健指導室から「支援の必要があれば連絡をしてほしい」旨メールを受けたが、「状況がわかったらお伝えします」という程度の返信しかできなかった。

3月12日、厚労省保健指導室長より電話があり、早く要請を出すよう依頼あり。この時点で県庁内部では、全国知事会からの支援照会がかかっておりそちらの対応を行っていた。

全国知事会からの照会は応援の必要な人数や期間に関する回答を求めるものであり、算定するには情報が少なすぎたが、周囲と相談して提出した。

3月13日、厚労省から再度回答の督促があり、正式に要請をした。文書手続きは総務課が行った。

○派遣要請内容の検討

当時は被災地の状況が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。

当時は「まず保健所に保健師を派遣して、保健所で調整して管内市町村に配置。各保健所は10週間、6人ずつ程度」と考えていた。後から考えると全然足りない数字であった。

厚労省には「できるだけ多く派遣してください」と要請した。厚生労働省内部で3月12日に派遣元との調整を開始していたため、県外からの応援が3月14日には到着した。現地との調整ができていなかったので、とりあえず県庁に来てもらった。

○派遣保健師の配置

当初は保健所と相談して配置することを考えていたが、その後市町村と直接相談することとなった。理由は被災自治体を管轄する保健所自体も被災し機能不全であったり、本来と別の場所で業務をすることとなり混乱があったりしたため。庁舎が無事で情報もつかんでいた保健所には相談対応ができた。保健所と相談しながら人員配置できるようになったのは4月以降であった。

マニュアルが通用しない事態。マニュアルは平成20年の内陸地震の経験も反映していたが、これだけ広域な被害は想定していなかった。

〈発災後2週間以降〉

○県内保健師の派遣

県内陸部の各保健所から順番に派遣してもらう体制をとり、派遣は出張対応という形で「○月×日まで□人」という支援を要請した。派遣期間は平均5日程度、引き継ぎのために1日は重複するようなスケジュールとした。県内陸部の保健師を確保するなどの調整は総務課より行い、担当課の班は市町村へ

の派遣調整を行った。

被災自治体（パターンA）を管轄する保健所は通常でも車で1時間かかる場所にあるため、当該自治体に直接の担当を置いた。

○総務課との協働

総務課は人員の確保、医療整備課は派遣調整という形で連携。朝夕にミーティングを行い情報共有した。

〈発災後2か月以降〉

県内保健師の派遣をした。月に兼務発令を出して対応した。職員の人事異動は4月にできなかったため7月に行われた。この時期の異動は上層部の決定であり保健師以外もかなり動いた。

健康調査は避難所ごとにそれぞれが行っていたが、健康問題全体を分析することができず。平成24年1月からみなし仮設の健康調査を一斉に行ったのが初めてであった。

当初から、被災地全体の健康状態を考えるという考え方を持ち、統一書式を作っていれば早めに取り組むことができ、今後の課題である。

当時の災害時保健活動マニュアルの様式は手書き部分が多く、データは入力したが量的な集計などの取りまとめはできなかった。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、集計までは頭になかった。マニュアルは策定直後であり周知も十分にできなかったし、被災して流されてしまったところもある。合意ができていればもう少し早く活用できた。

関連通知の発出やパンフレットの作成は他課が行い、感染症対策のパンフレットやエコノミークラス症候群、生活不活発病関連の啓発も原稿は作成済みであった。

内陸部の保健所は、自治体の健診業務の対応、妊産婦を集める場の設置、育児相談の支援を行った。自治体によっては通常業務の計画づくりの支援を行ったところもあった。

新潟県中越地震では、支援チームが通常業務の支援までやるかどうか課題となったが、今回は中越地震と異なる現地の様相であり、応援側が通常業務への支援を断る状況にはなかった。

研究目的の現地調査・支援について県庁に問い合わせが来たものは断ったが、県や市町村を通さずに現地入りしたものも多くあったと聞いている。県外の医療チームの中には、「余震があるから○○地域にはいかない」「現地を見学させてほしい」という意見を言うものもあった。一方、派遣応援者を受入れる自治体側のマナーとして、支援が長期化してきた際、「長期間支援してくれるチームがいい」（短期ならばいらない）「経験ある保健師がいい」（若手の経験を積むためだけのような保健師はいらない）という意見もあり、調整が大変困難となった。

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では全戸訪問をしたいという要望があり、まとまった数の派遣者が確保できない場合に調整が困難であった。

7月以降の派遣調整は、引き続き県と市町村で直接行った。保健所と市町村で行うような仕切り直しが必要であったが、保健所も人事異動があったので介さない方が効率が良いと考えた。また派遣期間が8月末までというチームが多く（24／33都道府県）、本庁側も疲弊した。

お盆の時期の調整が大変だった。初盆ということもあり保健活動が停滞するため、受入側の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、そのこと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。お盆の時期は県内でも8月2日～20日までと長いこともその時に初めて知ることとなった。

仮設住宅の建設遅れによる調整も手間取り、県北沿岸地域の仮設住宅は建設が遅れ、入居後の健康調査の実施時期も遅れることになった。健康調査は内陸部の保健師に対応してもらうことで調整したが、「その場で判断させられるのは困る。資料など準備をしておいてほしい」「通常の業務時間内で戻れるよう活動したい」「○○には上司の許可が必要」など要望が多く手間取った。

【事例2】B県庁

〈初動〉

被災直後、県庁舎内においても停電があり、電話・ＦＡＸの不通が続いた。自家発電でテレビのみつけていたため津波の被災状況は映像で把握していた。被災地自治体へ状況確認を試みるも、衛生電話が保健所専用ではなく、限られた通信手段での連絡は困難を極め、沿岸部地域の保健所には連絡がとれず情報収集困難な状況が続いた。

当日夜、1か所の保健所の部長（事務職）に衛星電話の連絡が通じ、「とんでもない状況だから保健師の応援が必要」と保健師要請依頼を受理した。

〈3月12日〉

翌朝、被災地市町村への電話もすべて不通。被災地を管轄する保健所から要請があることで国に派遣要請を行うことを決めた。本庁災害対策本部がその時点で把握していた避難所数が112か所（規模は不明）であることを確認し、1避難所あたり2名の保健師とし要請人数を224人と算出し、当面7日～10日の期間の予定で保健師の派遣要請を保健指導室へ行った。被害の詳細がわからないため派遣要請人数、支援希望日数はとりあえずという本庁の判断であった。

県下の保健師の安否確認にも3日間を要した。

○県内応援調整

翌日県外派遣要請と同時に、本庁から県内すべての市町村へ対し、沿岸部自治体への支援要請依頼のFAXを流した。しかし、保健師個々に支援の意思はあっても、市町村自治体として費用負担や危険性などの問題、時間とともに沿岸部被災者が内陸自治体へ避難を始めたことによる対応業務量の増加など諸事情も加わり、県内の応援マンパワーの確保は当初困難であった。

○県外派遣調整

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本庁で調整をすすめた。市町村と本庁間で直接のやり取りができなかったため、派遣チームは管内の保健所の指示で市町村支援を実施するという流れとした。

○庁内体制

本庁保健師統括担当は1名のみ。担当課内は被災直後から、透析患者の受け入れ調整に人員を要し、統括保健師へのサポートができる余裕はなかった。そのため、国保担当課課長がサポートを名乗り出てくれ、その課長に臨時職員（事務）1名がつくという3名の変則的な体制で対応した。

〈3月13日〉

県外派遣チームの第一陣が保健所に支援へ入ったが、被災地保健所と県本庁、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。混乱した状態が続いている被災地において、後方支援者としての立場でのリーダーシップによる支援であれば良かったが、派遣側保健師による課題の指摘や、陣頭指揮をとったことが現地とかみ合わなかった。直後の被災地のニーズは、指導・助言よりも、手つかずの現状に対する柔軟な支援の担い手としてのマンパワーであった。

別の被災保健所では実働保健師2名のみとなったため、本庁統括者との連絡調整担当が事務職課長となったことも意思疎通困難な要因となった。

〈3月24日〉

本庁課長（事務職）と同行する形で、沿岸部被災保健所へ本庁から出向き現地の状況把握や担当者と話をする機会を持った。しかし、本庁担当保健師は1名のみであり、時間をかけて足を運び調整を行うことは困難でもあった。また、ヒアリングなどのための時間は、現地にとっても負担となる面があり、県庁からの情報発信は、極力、本庁職員専用共有フォルダーによるメール発信を行っていたが、忙殺される被災地の職員はメールを読む余裕もなく、一方的な情報発信となった。

○内陸保健所保健師による沿岸部保健所機能強化

内陸保健所保健師による沿岸部保健所への応援体制は被災後約1週間頃から開始した。県の広域な地域特性を考慮し、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。当初は保健師以外にも、事務職や運転手の同行などの配慮も一部ではとられていたが、時間の経過とともに保健師だけの支援が継続した。内陸保健所の応援体制は、各保健所の判断に任されたものであり、地域差もあった。応援保健師の業務は主に避難所支援であり、避難所の減少によって、保健所への支援へとシフトしていった。県の応援保健師の支援が有効であったのかは検討が必要である。

〈発災後2週間以降〉

本庁にて県内応援体制および県外保健師の派遣調整を沿岸部保健所と連絡をとりながら継続し、3被

災保健所管内の避難所数で比率を考慮した（派遣保健師の配置割合を考える際に避難所数以外に比較や考慮の根拠とできる指標がなかったため）。

〈発災後２か月以降〉

被災地の応援者に対するニーズは、ベテラン保健師による自律的支援であったが、県内の応援可能な保健師の多くは経験の浅い若手であった。県外派遣保健師の中にも「勉強のために来た」と明言する保健師がいるなど、人選に対する被災地からのクレームがあった。

○派遣収束の経緯

７月頃になると、派遣元自治体から派遣者の活動報告、避難所や避難者数の減少などから、派遣ニーズの減少の指摘、長期派遣困難性などの意見があがってきた。被災地においても、避難所閉鎖、職員の土日の休暇確保の方向性が示されるなど、急性期からシフト化していく時期と認識した。派遣収束に対し、双方の同意が得られ大きな混乱はなく収束化へ向かった。

３．組織体制再構築に影響を与えた要因

１）保健所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。

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、各市町村の地域診断を実施。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。

・管轄市町村によっては、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。
・平常時からの保健所と市町村の関係
・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

２）県庁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。

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。衛生電話が保健所専用のものでなく、限られた本数の衛生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ると考えられるが、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力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。

2）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。

発災初期の迅速な被災情報の収集（迅速評価）

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）

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はなく、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４）

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４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）職員の健康安全管理の確立

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宮﨑美砂子，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宮﨑美砂子：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　調査対象一覧

１．保健所調査

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	【パターンB】No.6
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に被害はなく（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。所内の体制が組まれ、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采配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。所内の体制が組まれ、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２　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	医療班と保健班で連携をとりながら、活動を展開。
		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２　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）
	妨げた要因	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２　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を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
		公衆衛生活動面での支援 （災害時の保健所の公衆衛生的役割について、管轄市内については各避難所の衛生環境、感染症の発生状況の把握と個別対応など行った。支所の保健師が避難所についており、保健所の助言についてうるさがられる部分もあったがやるべきことを実施した）
	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）
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）

表２　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	管轄市町の保健体制の状況に応じた支援を実施 （各市町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。被災時も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）
		市町村への支援 （日頃の人間関係をある程度活かせた。「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）
	妨げた要因	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） （各市町と保健所の日頃の関係性が影響し、市町保健師統括者の理解が得られなかった）
		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うまく進行しなかった）
⑨ 役割認識	促進した要因	－
	妨げた要因	保健所保健師としての役割認識があったが役割遂行が困難だった （保健所保健師は自分の業務上の守備範囲だけではなく、地域の保健活動、健康課題の全体を俯瞰すべきという意識はあったが役割遂行は困難だった。）
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、復興経過を一緒に考えながら、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３　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	・県庁担当課の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、現場に出向く体制が必要。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、限られた本数の衛生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）
		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い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）
③ 組織体制の再編・組織内連携	促進した要因	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）
	妨げた要因	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）
④ 県職の人材活用・調整	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 週間頃から開始できたこと）

表３　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
④ 県職の人材活用・調整	促進した要因	（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４　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		
		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
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		
		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
	○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化	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 ・新たに必要な活動の明確化 ・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		
		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
	＜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．職員の健康安全管理の確立	＜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化	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 ○被災地の職員に対して外部支援者に求められる倫理的態度		◎	◎
	＜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

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

研究分担者　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伴い、他地域への避難を強いられている。いわき市内へは双葉郡の町村と南相馬市の9市町村から平成24年10月1日現在23,307人が避難しており引き続き増加傾向にあった。避難住民へは保健サービス提供が必要であるが、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り、保健サービス提供の体制は整備の途上である。平成23年度は、いわき市内へ避難住民の保健ニーズと、そのニーズへの対応状況について、住民への訪問調査内容の分析、相双保福いわき市駐在、関係町村保健師へのヒアリング等を実施し、避難住民の健康課題を明らかにし、保健サービスを提供する保健組織体制の改善支援を行った。

これらを受けて、平成24年度は、相双保福いわき市駐在、関係市町村、いわき市の保健関係者への現地調査をし、避難住民の保健ニーズへの対応について、専門的観点から、課題を踏まえた対応方策を検討した。

避難住民の動向は、帰還を含め、今後も変わっていき、それに伴い支援課題も変化する。避難住民に関わる、各市町村の保健福祉関係の課、いわき市保健所、相双保福いわき出張所の３つの組織が協力し、支援体制を構築する必要がある。一方で、人材不足は慢性的で、国の交付金等も活用しながら専門職の人材確保や保健事業の委託が必要である。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、財政的な面も含めた支援が必要であると考えられる。

研究協力者
日本赤十字看護大学
学長　高田早苗
大森赤十字病院　看護部
看護副部長　内木美恵

A．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、他地域での避難生活を強いられている。いわき市内へは双葉郡の町村と南相馬市の9市町村から平成24年10月1日現在23,307人が避難しており、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、仮設住宅、借り上げ住宅は増加している。この避難住民に対し、避難先においても保健サービスが提供される必要があるが、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サービスの提供状況は異なり、保健サービス提供の体制は整備の途上である。

そこで、平成23年度は、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、福島県相双保健福祉事務所いわき市駐在（以後、相双保福いわき市駐在）に拠点を置き、住民への訪問調査内容の分析、相双保福いわき市駐在の保健師および関係町村保健師へのヒアリング等の現地調査によって現状把握し、避難住民が直面する健康課題と支援策、避難住民へ保健サービスを提供する保健組織活動の構築のあり方に関する課題整理および提言を行った。

これらを受けて、平成24年度は、相双保福いわき市駐在、関係市町村、いわき市の保健関係者へのヒアリングなどの現地調査から、現在も課題の残る、避難住民の保健ニーズへの対応について、専門的観点から、課題を踏まえた対応方策の提言を行う。

〈目的〉

いわき市内に避難した東電福島第一原発周辺の双葉郡8町村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ことである。

B. 調査方法

1）対象と方法

資料収集、保健師へのインタビュー及び、会議への参加により情報を収集した。

（1）相双保福いわき出張所、いわき市保健所からの資料収集

（2）相双保福いわき出張所、楢葉町、広野町、富岡町、双葉町、浪江町、大熊町、川内村、南相馬市、いわき市保健所の各組織に所属する保健師、いわき市心のケア事務所の臨床心理士を対象にインタビューガイドに従い、調査を行った。インタビューガイドの対象及び内容は以下のア～エである。

ア．対象：相双保福いわき出張所の保健師
内容：相双保福いわき出張所体制の状況、市町村への支援状況

イ．対象：いわき市に避難している双葉郡の町村である楢葉町、広野町、富岡町、双葉町、浪江町、大熊町、及び南相馬市の保健師
内容：保健サービス提供体制、いわき市避難住民への医療保健に関するサービスの状況。

ウ．対象：いわき市保健所の保健師
内容：いわき市保健所の津波被災者支援状況と原発事故避難住民支援状況。

エ．対象：いわき市心のケア事務所の臨床心理士
内容：心のケアのいわき市内での活動状況、相双保福の活動状況。

（3）双葉郡８町村の保健関係者による会議への参加。

2）調査期間

平成 24 年 8 月 6 日から 17 日の 12 日間、平成 25 年 1 月 28 日の 1 日

3）倫理的配慮

資料収集と保健師へのインタビューおよび、会議への参加については、事前に電話で調査の概要を説明し、承諾を得た後、実施した。

C. 結果

1）インタビューおよび参加した会議の概要（表 1、2 参照）

インタビューは、双葉郡８町村と南相馬市の保健師を対象とした。ただし、いわき市への避難が少ない川内村、葛尾村の保健師へのインタビューは行わなかった（表１）。会議は、双葉郡８町村の保健関係者による２つの会議といわき市と双葉郡８町村の保健師による会議に出席した（表２）。

2）いわき市への避難住民の状況（表 3 参照）

いわき市へは、双葉郡８町村と南相馬市のあわせて 9 市町村から、平成 24 年 10 月 1 日現在、23,307 人が避難しており、平成 24 年 2 月 1 日に比べ 1,450 人増加していた。市町村別に見ると、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。

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、いわき市内の避難住民が少ない南相馬市、葛尾村、そして、避難住民が多い浪江町である。仮設住宅は、平成 24 年 10 月 1 日現在で 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。入居者人数は 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。

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。借り上げ住宅は、世帯数が平成 24 年 10 月 1 日現在で 7,181 世帯であり、同年 2 月 1 日に比べ 885 世帯増加した。入居者は 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。

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、楢葉町、広野町は、いわき市に 70％以上の住民が避難している。葛尾村、川内村は既に帰還が始まり、役場も避難先から村内へ戻っていることから、いわき市への避難

者も葛尾村 31 人、川内村 360 人と少ない。また、南相馬市も 773 人と他の町村と比べると少ない。いわき市への避難住民が多いのは、大熊町、富岡町、双葉町、浪江町の 4 町であった。

3）双葉郡 8 町村における保健支援の状況（平成 24 年 8 月 17 日）

（1）いわき市への保健師の配置と体制（表 4 参照）

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、及び事務職等で、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 i、福島県緊急雇用創出事業、被災者健康支援事業であった。

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、楢葉町 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、郡山市に福島県内を管轄する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、いわき市への避難町民を担当していた。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 人と避難住民の数が多かった。なお浪江町については、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に関する調査を行っている。

双葉 8 町村の各町村の住民を母数とした、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楢葉町（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。

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。

広野町は平成 25 年 3 月 1 日に役場機能をいわき市から広野町に戻す予定であり、楢葉町も平成 26 年中に戻す予定である。

このように、自力又は外部からの支援を活用することにより、いわき市内で保健師が常駐し住民に直接的な保健サービスを提供できる体制があるのは、広野町、楢葉町、富岡町、浪江町であった。一方、川内村、葛尾村、南相馬市はいわき市内への避難住民の数が少なく、常駐の体制をとる必要性が乏しいと考えられる。

（2）仮設住宅及び借り上げ住民への保健医療サービスの状況（表 5，6 参照）

ア．仮設住宅住民への支援（表 5 参照）

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、双葉町は巡回訪問を実施していた。運営者は町村の社会福祉協議会（以下、社協）、仮設住宅に派遣されている絆づくり応援事業の職員などであった。

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のサロンは、仮設住宅があるすべての町村で実施されていた。サロンの運営は町村の社協、または仮設住民自治会などが行っていた。サロンでの健康相談は、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。

保健関係課による活動については、広野町、楢葉町は町保健福祉課が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。また、富岡町、川内村、大熊町、双葉町は相双保福いわき出張所が初回の健康調査を実施していた。家庭訪問は、仮設住宅がある全ての町村が実施しており、定期的に実施し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、浪江町であった。健康教室などの集団健康指導は、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、安否調査が社協、自治会、絆づくり応援事業などで実施され、サロンも開催されていた。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。

イ．借上げ住民への支援（表６参照）

借上げ住宅入居者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、楢葉町、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、楢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、楢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、楢葉町、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、楢葉町、大熊町であり、その他は不定期に実施していた。健康教室等は楢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、楢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、安否調査は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。仮設住宅住民と比較すると、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。

（３）住民の健康状況・健康課題について（表７参照）

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。

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。

（４）保健支援体制に関する課題（表８参照）

住民の多くがいわき市内に避難している市町村のうち、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専門職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。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、楢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箇所で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。

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ておらず、安否調査が手つかずになっていることであった。

母子保健についての課題は、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。

（５）双葉郡８町村が連合体等を作りいわき市で保健サービスを提供する可能性について

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。

3）相双保福いわき出張所における体制と避難住民支援の状況

（1）相双保福いわき出張所における職員体制

職員は総数26名であった。本所からの正職員が保健師3名、事務職3名、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。

(2) 保健業務の状況

相双保健福祉事務所は、平成23年9月からいわき市へ避難した双葉郡住民への支援のため、保健師2名を派遣し、平成24年1月にいわき市駐在を設置した。平成24年6月、住民への支援を強化するため、いわき出張所とした。出張所となったことにより、これまでは、避難住民の健康調査、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、これらに加えて、特定疾患医療給付等の各種申請の受付など、通常の県保健所の業務も実施することになった。申請受付業務は保健師1名、事務職1名が担当していた。正職員は町村との窓口業務（新規の訪問により健康調査が必要な避難住民の受付、サロンなどの開催の受付など）を行っていた。総務省派遣（埼玉県、京都府、福岡県からの派遣）の保健師は、各町村を受け持って健康調査と要支援者への訪問を行っていた。福島県立大野病院看護師は広野町、楢葉町に毎日通って支援を行っている者、要支援者の訪問、サロンで行われる健康相談会で血圧測定実施や健康に関する相談対応を行う者に分かれていた。栄養士は料理教室の開催やサロンでの栄養指導、個人指導を行っていた。歯科衛生士はサロンでの口腔衛生指導を行っていた。

(3) 避難住民支援への対応状況

相双保福いわき出張所のいわき市への避難住民に対する支援については、市町村住民への直接的な保健サービスについては、一義的には市町村が提供するものであるものの市町村では十分に対応しきれない実情があるため、対応を要望されたことに関しては、相双保福いわき出張所がサービスを提供することとしている。しかし、人員体制が十分ではないため、市町村からの要望の全てに応えられていないと考えられる。

いわき市への避難住民が多い市町村については、保健師など直接住民に保健サービスを提供する者を市町村が配置することで、保健サービスの向上が期待できるが、大熊町、富岡町、浪江町、双葉町は保健師の配置がなかった。また、富岡町は保健師等2名が配置されているが、要支援者の訪問などの保健活動がされていないなど保健師の業務内容に課題があると考えられる。避難住民が少ない葛尾村、川内村住民に関しては、人数も少ないため、相双保福いわき出張所が支援する上での大きな課題はないと考えられる。

住民を避難させている市町村の問題点の把握や、いわき市の現状を伝えるような会議の開催は行われていなかった。また、双葉群8町村の保健関係の会議へは、招集があれば参加していた。

避難住民の状況把握に関しては、避難住民のいわき市内の人口及び、居住状況、保健師等のいわき市への配置状況、サロンの開催状況などについて聞き取り調査及び統計調査を行なっていた。しかし、町村ごとの分析や統計資料を各町村へは提供されていなかった。この調査は定期的には実施されていなかった。

4）いわき市保健所における津波被災者支援、双葉郡8町村など避難住民支援の状況

(1) いわき市津波被災者支援の状況

いわき市の津波被災者支援については、NPO「きぼうときずな」プロジェクトにより聖路加看護大学が主体となり支援が行われていた。市との契約は平成２４年度末までであり、平成２５年度以降は補助金等がなければ継続実施できないとのことであった。聖路加看護大学から男性保健師1名が派遣され常駐し、支援を実施していた。

いわき市民への支援は、市保健所の巡回と、地区センター（7か所）ごとの巡回から成り立っていた。地区センターには保健師、包括支援センター（以後、包括とする）職員、社協職員が同じ事務所におり、役割分担もできていた。社協が安否確認の巡回を1回／月実施していた。その他に、住民からの連絡によっても家庭訪問を実施していた。包括は、この地域の双葉8町村の避難住民についての情報提供があれば家庭訪問を実施していた。また、聖路加看

護大学が市保健所に代わって1年に1回、各家庭を訪問しており、聖路加看護大学の家庭訪問は、平成24年度が2巡目になる。平成23年度と同様、問題があれば、地区センターの保健師が訪問をしていた。いわき市津波被災民の健康に関する情報等の管理方法は専用調査票を1枚/人作成し管理しており、統計的な分析は実施していなかった。

心のケアは、いわき市津波被災者に対しては特別に実施していなかった。いわき市津波被災者の精神保健上の問題は昨年度より増えている感じはないとのことであった。

安否確認は、地区センターが1回/月、家庭訪問していた。いわき市津波被災者からは「必要ないのではないのか」という声も聞かれてきているが、いわき市としては、家庭訪問により、日々の問題点を把握することができるので継続予定であるとのことだった。子どもについては児童相談所、障害者については障害者同士が見守り体制を作っていた。

サロンは、被災者用の集合住宅において、定期的に社協が開催していた。サロンでの課題は、もともと住んでいる住民と、被災住民とが混ざっているところにおける開催であった。被災住民は新たなコミュニィテーを作るのを面倒だと感じる人も多く、参加したがらない傾向があった。被災住民は被災者用の集合住宅は自宅に帰るまでの一時的な場所と考えているようであった。平成26年までは家賃は無料である。公営住宅建設が恒久住宅として5か所で決まっていた。

（2）双葉郡8町村など市外からの避難住民支援

いわき市保健師は、各町村への支援が相双保福いわき出張所の支援だけでは十分ではないと感じていると考えられた。見守り体制（安否確認）が必要であるが、各市町村では実施されておらず、特に借り上げ住宅居住者に対する支援が不足している。いわき市への避難住民に対しては、特例法の担当部分をいわき市は実施していた。しかし、市の担当かどうかが不明瞭で、支援が抜け落ちるところがあるとのことだった。（例えば、新生児訪問。妊婦健診はいわき市の担当だが、出産の届け出先は市町村であり、4か月健診からはいわき市が実施する。このような状況で生まれてから4か月までの母子はどこの市町村も担当していないこととなる。）いわき市としては、双葉群8町村は震災前の市町村間の関係性等から、今後連合体として保健サービスを提供する可能性は高くないと考えていた。

D. 考察

双葉郡8町村と南相馬市のいわき市内避難住民支援についての課題（表9参照）

双葉郡8町村と南相馬市は、現在、いわき市内の避難住民支援を通常業務にいかに組み込むかを検討している状況にあると考える。移転先の役場で業務を行う現状の下、通常業務が住民の避難先の地域の数だけ発生し、煩雑になっていた。市町村では、役場機能が移転した先の地域に避難している住民に対しては、通常業務以外の避難に伴って生ずる業務についても比較的対応ができていた。

いわき市以外に役場機能を移した富岡町、大熊町、双葉町、浪江町の4町は、役場機能移転地域以外に避難した住民への支援は県保健所または、住民の避難先の町村に委託していた。町村の保健福祉に関する課は、県保健所や避難した町村保健師などと連絡を取りつつ、情報を収集することにとどまっている状況であり、直接的な保健サービスは提供できていない。加えて、保健福祉課の職員も被災者・避難者であり、先を見据えた支援や企画をする余裕はないように感じられた。いわき市への避難住民に関しては、相双保福いわき出張所に対応を全面的に任せている状況であった。それぞれの市町村の状況は、富岡町は、保健師が出張して対応しているが体制が十分でない。大熊町は、仮役場での体制は出来つつあり保健師をいわき市に配置する予定である。双葉町は、いわき市を担当する保健師（福島県内担当）が郡山市に常駐しているが、いわき市内の支援体制作りの途上であった。

一方で、住民の70％以上がいわき市に避難し、役場機能も一緒に移動した広野町、楢葉町は、帰還が決まり、元の町に戻る事にはなったが、放射線量や除染の問題などから、住民の移動がスムーズに進むとは考えられていない。今後は、各々の町といわき市の2箇所に拠点を置きながらの支援が必要になると予測しており、保健福祉業務が煩雑化すると考えている。

また、川内村、葛尾村、南相馬市はいわき市への避難住民が比較的少ない。これら避難住民が少なく役場機能が市町村に戻るか移動しなかった市町村は、相双保福いわき出張所に対応を任せており、相

双保福いわき出張所も対象数が少ないため対応できていたと考えられる。

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の公平性などから、双葉郡として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。むしろ、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）。

２）相双保福いわき出張所の避難住民支援についての課題

相双保健福祉事務所は、平成 24 年１月、いわき市へ避難した双葉郡住民への支援のため、いわき市駐在を設置した。６月には、住民への支援を強化するため、いわき出張所が設置された。これにより、相双保健福祉事務所の保健所長直下の部と並ぶ位置づけとなり、組織での位置づけが明確になった。

業務内容は、平成 24 年６月より、県保健所の通常業務、被災市町村が実施することができない業務と避難住民特有の業務である要フォロー住民の継続訪問、高齢者や母子などを対象としたサロンの開催など直接的な保健サービスの提供を実施することとなった。県保健所の通常業務は、被災前も実施していた内容であり、業務量を考慮した人員配置は可能であり、実際に適切に運営されていたと考える。一方、被災市町村が実施することができない業務と避難住民特有の業務については、不十分であったと考える。なぜなら、町村からの依頼内容に応じた対応はできていたが、いわき市内での各町村の支援内容を把握したり避難住民の声に耳を傾けたりしているものの、各町村の問題点の抽出と問題改善に向けての支援方法の提案等、より踏み込んだ対応に活かされていないからである。県保健所として具体的に支援すべきと考えられる内容として以下の３点をあげる。

①借り上げ住宅避難住民の支援が必要である。仮設住宅は一箇所に集合住宅を建てられ、集会所など住民が集まる場所があるため、そこへの町村の職員の派遣や自治会の立ち上げができており、町村による住民の健康管理は容易である。しかし、借り上げ住宅の避難住民は、いわき市内に散らばって居住し、各町村のコミュニティー作りが困難である。よって、健康の調査、安否調査、町ごとのサロンの開催が町村ではできていない状況にある。町村ごとに保健師等の配置がなかったり、いわき市内の支援方法に違いはあるが、町村と協力して借り上げ住宅避難住民の全容把握と安否確認体制の構築、サロンの開催などの検討を行うこと必要ではないか。加えて、各町村の保健師等職員も被災者であることを十分考慮し、申し出があるまで待つのではなく、必要と考えられる支援内容を提示することなども必要ではないかと考える。

②避難住民の町村を横断的に支援する必要がある。これは、町村ごとに帰還や仮の町構想、避難地域などの違いはあるが、共通する保健・福祉の問題点への対策を考えることが必要であると考えられる。具体的には、母子支援として育児不安解消のためのサロンの開催や、要介護者への支援としてデイサービス実施など、各町村が持つ共通の問題について、町村横断的に事業を行うなどである。この際に、高齢者向けの健康教室や社交目的のサロンは、すでに町村ごとでの開催が望まれており、横断的に実施しても参加者が少ないと予想されているため、地域性等の状況を踏まえ実施する必要がある。

③いわき市避難住民の保健福祉に関する全容を把握する必要がある。これは、各町村のいわき市内の人口流動や居住状況、保健福祉サービス提供体制とその内容のデータを定期的に集め、避難住民全体での問題点の把握と本庁や双葉郡８町村、いわき市への問題提示と効率効果的な問題解決策を模索する資料とするためである。現在も実施しているが定期的ではなく、内容も町村の問題点把握までに及んではいない。いわき市内にいる避難住民の状況やサービスの状況を俯瞰できる唯一の組織であり、全体の問題点把握に努める必要があると考えられる。

次に、人員体制である。業務内容が明確になれば業務量、必要な人員体制も見通しがつく。県保健所の通常業務については、業務内容や対象数が明確であるため必要な配置人員数は、算出できる。しかし、被災市町村が実施することができない業務と避難住民特有の業務については、未だに流動的であり、各町村では、住民の避難先がいわき市だけではなく、県内外に分散しているため、いわき市の避難住民への対応に集中できない状況があるので、相双

保福いわき出張所が中心を担って実施する必要がある。今後、町の帰還や、役場機能の移転、仮の町構想など状況が変化することが予測されるが、避難住民の帰還までにはまだ時間がかかることが予想される。流動的な業務に対応できる人数の確保と今後起こりうる事態に対して予測を立てつつ、人員配置を行うことが必要である。現状の人員数では、借り上げ住宅住民支援、サロンの開催、データ分析などきめ細やかな対応ができていない部分があるため、人員は不足していると考える。加えて、適切な人員を配置するためには、外部からのコーディネーターを投入し客観的な評価を受けることも必要ではないかと考える。

3）組織間調整コーディネーターの必要性

避難住民に関わる組織としては、双葉郡8町村各保健福祉関係の課、いわき市保健所、相双保福いわき出張所の3つがある。これらの3つの組織が、各々の視点で支援をしているのが現状である。避難住民を視点とした効率効果的で質の高い支援を行うためには、これらの組織を横断的に調整し、人員配置について適切に調整・助言し、それぞれの役割を明確にしながら支援するコーディネーターが必要だと考える。コーディネーターによる支援の具体的な例としては、いわき市内の要介護者への支援である。現在、いわき市では被災前から既に要介護者が多かった上に、避難住民の中の要介護者も受け入れることとなり、施設、職員の人員とも不足した状態が続いている。この問題を、いわき市に住む要介護者という視点で捉えなおし、組織横断的な対策方法を県などに提案することが必要である。また、各組織の役割を明確化し、必要なところに必要な人員の配置がなされるよう調整を行うことが有用であると考えられる。避難住民といわき市民の状況を考えると、双葉郡8町村、いわき市、福島県の3つの組織を横断して総合的に判断することの必要性が高いと考えられる。

E. 結論

いわき市への避難住民の動向は、帰還を含め、今後も変化し、それに伴い、課題も新たに出てくると考えられる。避難住民へ適切な保健サービスを提供するために、避難住民に関わる、各町村保健福祉関係の課、いわき市保健所、相双保福いわき出張所の3つの組織が協力し、流動的かつ変化する課題に即応しつつ、支援体制を構築する必要がある。しかしながら、保健サービスを提供するための人材の不足は慢性的である。これらに関しては、交付金を活用した人材確保や保健事業を委託し活用すること、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、コーディネーターの配置が効果的であると考察された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 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、聖路加看護大学の事業でもある。

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日から平成24年3月31日まで実施。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．インタビューの概要

対象となる組織 （インタビュー開催場所）		インタビュー対象者	回数	日時（時間）
相双保福いわき出張所（いわき市）		保健師2名、主事1名 保健師1名、主事1名	1 1	8月8日 （120分） 8月16日 （120分）
避難の市町村	楢葉町（いわき市）	保健師1名	1	8月9日 （60分）
	広野町（いわき市）	保健師1名	1	8月10日 （60分）
	大熊町（会津若松市）	保健師1名	1	8月16日 （90分）
	富岡町（いわき市）	保健師1名、看護師1名	1	8月9日 （60分）
	浪江町（二本松市）	保健師2名	1	8月15日 （90分）
	双葉町郡山出張所（郡山市）	保健師2名	1	8月14日 （80分）
	南相馬市（南相馬市）	保健師3名	1	8月17日 （60分）
いわき市地域保健課（いわき市）		保健師3名 医師1名、保健師3名	1 1	8月6日 （120分） 8月10日 （90分）
福島県いわき市心のケア（いわき市）		精神科医1名、臨床心理士1名	1	8月7日 （40分）

表２．会議の概要

会議名 （開催地）	会議参加者	議題	日時 （会議時間）
いわき市内避難者への保護等の広域担当者会議（いわき市）	双葉町・楢葉町・富岡町・大熊町・浪江町の保健福祉課長および課長補佐５名、双葉地方市町村広域圏組合環境福祉課２名、相双保福いわき出張所保健師１名・主事１名、相双地域等医療福祉復興センター１名、東北厚生局復興支援室１名、計 10 名	・母子サロンの開催・運営について ・双葉８町村の保健に関する本会議の名称について	８月７日 （60 分）
いわき市・双葉 8 町村保健担当者会議（いわき市）	双葉町・楢葉町・富岡町・大熊町・浪江町・広野町・川内村の保健福祉課長および課長補佐８名、双葉地方市町村広域圏組合環境福祉課２名、相双保福いわき出張所保健師１名・主事１名、相双地域等医療福祉復興センター1 名、東北厚生局復興支援室１名、合計 16 名	・母子サロンの開催・運営について ・いわき市特例法関連事業区分けの状況について	８月７日 （60 分）
双葉８町村保健師会議（いわき市）	双葉町・楢葉町・富岡町・大熊町・浪江町・広野町保健師６名・主事１名、いわき市保健師５名、相双保福いわき出張所保健師１名・主事１名、厚労省保健師・看護師２名、福島県立医科大学４名、合計 22 名	・不活化ポリオワクチン接種業務 ・定期予防接種に関わる郡医師会との変更契約 ・いわき市における母子保健業務 ・発達障害児への対応について	８月 10 日 （120 分）

表３．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						平成24年10月1日						
		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：福島県相双保福祉事務所いわき出張所作成資料「双葉郡町村および南相馬市のいわき地域における状況」

表４．双葉郡８町村の保健サービスに関する体制

	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17日)
楢葉町	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)	実施スミ	・人口の38%をいわき市が居住。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%をいわき市が居住。(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%をいわき市が居住。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%をいわき市が居住。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%をいわき市が居住。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%をいわき市が居住。

＊10月1日の各町村の状況を福島県相双保福事務所いわき市駐在から問い合わせた。調査期間は10月1日～11月15日。

表５．仮設住宅住民への保健医療サービス状況　（平成24年8月17日）

	安否確認巡回	コミュニティー作り		保健関係の課による活動					
		サロンの有無	運営主体/健康相談の開催	健康調査	家庭訪問			健康教室等	心のケア
					有無	定期・不定期	実施者		
広野町	絆づくり応援事業スタッフが巡回訪問	有	社会福祉協議会/有	全戸実施スミ、要フォロー者のみ実施、定期的訪問必要者のみ定期	有	定期(1回／週)	保健師、その他(看護師)	有	臨床心理士による相談(訪問型12回、来所型6回)
楢葉町	有/仮設連絡員の常駐	有 サロンの他に各仮設で週1回社協の介護予防教室 元気あっぷ教室 「空の家」こども園 男の料理教室	保健福祉課/有	入居者の健康調査済み 要支援者は看護職対応 各仮設で月1回健康相談(介護予防教室時)	有	定期(毎日) 要支援者は、基準を設けて訪問	保健師、社協、包括、その他(仮設連絡員)	有　全仮設週1回(運動及び介護教室)	京都府心のケアチームより支援
富岡町	有/社協生活支援相談員が巡回	有	社会福祉協議会+仮設自治会/有	入居者の健康調査済み(H23.10.17～12.1相双保福いわき市駐在実施)	有	不定期	保健師、社協、包括、その他(看護師)	有(保健師等)	−
川内村	無	有	仮設自治会/有	入居者の健康調査済み(H23.12.7～12.21、H24.5.24、31相双保福いわき市駐在実施)	有	定期(1／週)	社協、その他(看護師)	有(社協1回／週実施、看護師)	ー
大熊町	有/社協生活支援相談員の巡回	各仮設でサロン活動	仮設自治会/有	入居者の健康調査済み(H23.11.15～H24.2.17いわき市駐在実施)	有	定期	社協	有/月1回サロン内で健康相談。町、相双保福の保健師で対応。	必要があれば、いわき出張所、県心のケアいわき市センターに依頼があり
双葉町	有/社協生活支援相談員、絆づくり応援スタッフ巡回	仮設でサロン活動	仮設自治会/有	入居者の健康調査済み(H23.10.14～10.28町といわき市駐在共同で実施)	有	不定期	保健師、社協	有	
浪江町	−	−	−	−	−	−	−	−	−
葛尾村	−	−	−	−	−	−	−	−	−

＊福島県相双保福事務所いわき市駐在「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)」とインタビューをあわせて作成

表６．借り上げ住民への保健医療サービス状況　（平成 24 年 8 月 17 日）

	安否確認巡回	コミュニティー作り		保健関係の課による活動					
		サロンの有無	運営主体/健康相談の開催	健康調査	家庭訪問			健康教室等	こころのケア
					有無	定期・不定期	実施者		
広野町	社協生活支援相談員が巡回	無	無	乳幼児で保健師が必要と判断した世帯、生活習慣病で状況確認が必要な人（計5世帯）の調査いわき出張所に依頼 5月～65歳以上と乳幼児は大野病院看護師が訪問。状況によっては保健師が訪問。	有	不定期	保健師、社協、その他（看護師）	無	臨床心理士による相談（訪問型12回、来所型6回）
楢葉町	社協生活支援相談員が巡回	小名浜地区で交流サロン	保健福祉課/有	生活支援相談員が訪問健康調査 要支援者は看護職対応	有	定期（毎日）基準を設けて訪問	保健師、社協、包括、その他（生活支援相談員）	有　小名浜地区　社協が月1回実施 （四倉地区実施予定）	京都府心のケアチームより支援
富岡町	無	無	無	70歳以上の高齢者がいる世帯（計404世帯）の調査、要支援者フォローを相双保福いわき出張所に依頼	有	不定期	保健師、その他（看護師）	無	相双保福いわき市駐在、県こころののケアセンター等にフォロー依頼
川内村	無	無	無	村が調査必要と判断した世帯（計22世帯）の調査、要支援者のフォローを相双保福いわき出張所に依頼	有	不定期	社協、その他（看護師）	無	相双保福いわき市駐在、県こころののケアセンター等にフォロー依頼
大熊町	社協生活支援相談員の巡回	無	無	乳幼児、自立支援医療受給者のうち保健師が必要と判断した世帯（計14世帯）をいわき出張所に依頼	有	定期	社協	無	相双保福いわき市駐在、県こころののケアセンター等にフォロー依頼
双葉町	社協生活支援相談員一部訪問	無	無	町のアンケート・電話調査（回収分のみ）により保健師が必要と判断した世帯、（計53世帯）の調査、要支援者のフォローをいわき出張所に依頼	有	不定期	保健師、社協	無	相双保福いわき市駐在、県こころののケアセンター等にフォロー依頼
浪江町	浪江町民自治組織「なみえ絆いわき会」による、ぐるりんこ訪問（会員のみ）	「なみえ絆いわき会」を定期的に開催	自治体/無	65歳以上の世帯、4歳未満のいる世帯（計236世帯）の調査、要支援者のフォローをいわき出張所に依頼	無	不定期	保健師	有　浪江町自治組織「なみえ絆いわき会」を定期開催	相双保福いわき市駐在、県こころののケアセンター等にフォロー依頼
葛尾村	–	–	–	–	有	不定期	保健師、社協	無	–

＊福島県相双保福事務所いわき市駐在作成資料「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て研究班が作成

表７．住民の健康状況・健康課題（平成 24 年 8 月 17 日）

	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がっ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	・母子の継続的なかかわりが難しい。幼稚園、保育所に入所している要支援児の支援		・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、引きこもり傾向有り			・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で対応	
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）	・夫が原発勤務の為、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	・どこの医療機関にかか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	・いっぱいで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がっ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で、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。								

＊福島県相双保福事務所いわき市駐在作成資料「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８．支援体制に関する課題　（平成 24 年 8 月 17 日）

	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（日中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
楢葉町	帰還後、住民の帰還が進まないことでいわき市の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ずらい			
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									

＊福島県相双保福事務所いわき市駐在作成資料「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９．保健サービス提供状況からみた各町村の状況

状況	町村
いわき市内での保健サービス提供、被災者支援の体制づくりが途上である。 富岡町：保健師を出張所させているがまた体制ができていない 大熊町：仮役場での体制はできつつあり保健師出張所を設置予定 双葉町：いわき市を担当する保健師（福島県内担当）が郡山市に常駐しているが、いわき市内の支援体制づくり途上 浪江町：他組織（日赤）の支援を受けつつ体制づくり模索中	富岡町 大熊町 双葉町 浪江町
人的支援（絆、サポート事業、姉妹都市からの派遣、ナースバンク等）を受けつつ保健サービスの提供、被災者支援ができている。帰還開始により、帰還する住民としない住民に分かれ、業務が煩雑化する可能性あり。	楢葉町 広野町
県・いわき市保健所の支援を受けながら、ほぼ通常業務の中で保健サービスの提供、被災者支援ができている。保健機能を災害以前と同じ場所で提供でき、住民のほとんどが元の町に居住している。	南相馬市

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」

報　告　書

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