

平成25年度 地域保健総合推進事業

健康危機における保健所の  
調整機能の強化に関する研究  
報告書

平成26年3月

分担事業者 中瀬 克己  
(岡山市保健所)

平成 25 年度 地域保健総合推進事業  
「健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究」  
報告書

目次

1.	研究事業の概要	
1.	概要	1
2.	概要の説明スライド	4
2.	ブロック保健所連携推進会議を活用した健康危機対応の推進	
1.	ブロック連携推進会議一覧	15
2.	各ブロック推進会議の概要	16
3.	ブロック保健所連携推進会議での検討例（九州ブロック）	27
4.	参加予定者事前アンケートの集計結果	29
	事前アンケートからみた健康危機への全国保健所の準備状況 調査票 推進会議前	
5.	会議後の各地域保健所長会の取り組み 会議後アンケート	45
	調査票 推進会議後	
3.	組織的危機対応推進のための分野別要点、組織図と Action Card 例	
1.	原因不明	53
2.	自然災害	60
3.	食品安全	66
4.	医療安全	71
5.	感染症	76
6.	精神保健	83
7.	飲料水	89
8.	生活環境安全	94
9.	原子力	98
10.	全国保健所長会に対する活用の依頼	104
4.	ICS を用いた健康危機対応の検討 分野別詳細検討	
1.	医療安全（医療サージ）分野【古屋】	
	検討結果の概要	107
	事例 1. 新型インフルエンザに対して基幹病院が地域の診療所と連携した事例	115
	事例 2. 広域 EHEC 集団発生で ML での議論とコンセンサスがコマンドの役割を果たした事例	116
	事例 3. 多数の重症食中毒入院患者を広域で調整した事例	118
	事例 4. 大震災時に地域の保健・医療関係者が連携会議を持ってコマンドの役割を果たした事例	121
2.	精神保健分野【高岡】	124
	別添 1 日本精神保健福祉士協会会員との意見交換	126
	別添 2 精神科救護所とこころのケアについての考え方	137
3.	生活環境安全分野【中瀬】	141



1. 研究事業の概要

1. 概要	.....	1
2. 概要の説明スライド	.....	4



## 「健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究」

分担事業者 中瀬克己 岡山市保健所長

事業協力者 遠藤幸男：福島県北保健所長、緒方剛：茨城県筑西保健所長、佐々木隆一郎：長野県飯田保健所長、古屋好美：山梨県中北保健所長、竹内俊介：島根県松江保健所長、高岡道雄：兵庫県加古川保健所長、小窪和博：千葉県海匝保健所長、竹之内直人：愛媛県中予保健所長、米山克俊：日本公衆衛生協会総務課長、金谷泰宏：国立保健医療科学院健康危機管理部長、笠松淳也／林修一郎：厚生労働省健康局がん対策・健康増進課地域保健室室長補佐

**研究要旨** 健康危機各分野での保健所の準備を強化するため、全国8つの保健所長会ブロックごとにテーマを選び、対応強化のため日本版標準ICS(Incident Command System、危機時対応システム)を活用した研修会の実施に協力し、全国の約4割の保健所が参加した。併せて研修会参加予定保健所を対象に事前調査を行ったところ、保健所の対応体制は身近な所内等から進みつつあるが、行政庁内調整でもなお4割に留まっていた。また、保健所対応マニュアルの作成は自然災害、感染症、食品安全で5割を越えるが、他の稀な分野では数割に留まるなど、健康危機への備えは分野ごとに差が大きい。年度末の調査では所長会として取り組んだのは、自治体内の相互支援体制、危機管理における保健所の役割が4割弱で多く、日本版標準ICSへの取り組みが進んでいるとしたのは6カ所に留まった。評価の高かったAction Cardに関し、健康危機分野ごとに代表的例とその活用方策を選び、全国の保健所に全国保健所長会健康危機に関する委員会の協力を得て改めて提示する等対策の推進を図ると共に必要な改訂や追加を行った。引き続き、健康危機への備えや進捗程度をモニタリングすると共に分野ごとの検討を踏まえ、全国保健所長会の協力等組織的な推進が必要と考えられた。

### A. 研究目的

健康危機発生時における保健所の対応を日本版標準ICSを活用して強化するため、全国保健所長地区ブロックごとの研修の実施とアンケートによる評価、ICSの必要な改訂や準備体制強化のための方策を検討する。

### B. 研究方法

1. 全国保健所長会8ブロック別の「保健所連携推進会議」を活用した健康危機への備えの推進：日本公衆衛生協会、保健所長会が開催する「保健所連携推進会議」に協力し、全国8ブロックにおいてブロックの担当保健所長等と研修を企画し、研究協力者が各分野の健康危機および日本版標準ICSを活用したその管理等に関し解説し実施した。

2. 保健所の健康危機管理への準備に関するアンケート調査：地域における健康危機管理の準備や日本版標準ICSの活用等をブロック研修会に参加予定の保健所を対象として事前にアンケート調査し、ブロックの集計結果と他地域との比較等を研修会当日に資料配布及び解説した。

3. ブロック別研修会の効果および取り組みの進捗に関するアンケート調査：研修後の2月に各都道府県保健所所長会長を対象に都道府県における取り組みに関アンケート調査を行った。

4. 関係者を交えた検討と分野別ICSの必要

な改定：

各分野の日本版標準ICS作成の中心となった事業協力者、助言者と準備体制推進や分野別のICS改訂、追加や活用の方策を収集、検討した。

(倫理面への配慮)

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

### C. 研究結果 D. 考察

1. 全国8ブロック別保健所長等の研修の場である「保健所連携推進会議」を活用した健康危機への備えの推進

台風接近のため中四国ブロックが中止となったため、5月24日から11月22日に渡って7ブロックで実施した。中止となった中四国ブロックの除き参加保健所は全国保健所数の41%であった。各ブロックの選択した健康危機分野のテーマは、昨年度、開催直前の地震により中止となった東北ブロックは自然災害を選んだ。その他は、感染症が4、原子力災害が2、中止となった中四国が選んだ医療安全であった。

プログラムは各ブロックで異なっていたが、本研究事業者が担当した部分の標準的な内容は、日本版標準ICSの概要説明、分野別での事例も用いた健康危機への対応とICSの活用に関する講

義そして健康危機への備え等に関するグループワークであった。

関東甲信静ブロックを例にとると、新型インフルエンザ蔓延防止対策での連携構築をテーマにして、参加者からの事前アンケートも参考に日本版標準ICSに基づき企業との情報共有を含めた具体的な連携方法・項目について6グループに分かれて検討した。

ICSの有用性について以下のような意見があった。業務のチェックリストとしてアクションカードに期待する、コマンダーが変化した際の継続性に有用、責任明確化、役割分担や応援を含めた人もの確保や連携の際に期待等。業務のチェックや図示による業務全体の見える化は、日本版標準ICSの機能でありICSの有用な点であり、共感が得られている。

## 2. 保健所の健康危機管理への準備に関するアンケート調査：

8ブロックの研修参加予定保健所を対象にアンケート調査を行い、229保健所（全国保健所の46%）から回答を得た。県や市が作成する危機管理計画への保健所の役割記載や保健所対応マニュアルの整備状況は、感染症、自然災害、食品安全では半数を越えているが他分野では進んでおらず、媒介昆虫対策、精神保健、化学物質健康危機分野では3割に満たないなど、健康危機への備えは分野ごとに差が大きく強化が必要と考えられた。また、自然災害への保健所対応マニュアルが整備されているとしたのは62%で前年度の調査結果から増加していない。内閣府の進める災害対応における組織運営の枠組みではICSを取り入れている事から公衆衛生分野での取り組みが期待される。

保健所の健康危機対応体制は身近な所内等から進みつつあるが、訓練や定期的な点検をしているのは行政庁内の調整でもなお4割に留まり、医療機関や管内市町村との連携でも3割に満たないなど、推進の余地が大きい。

ブロック別研修では、ブロック間の差や「隣接自治体」との連携などブロックごとの調査項目を含めて紹介し現状を踏まえた検討の参考に供した。

## 3. ブロック別研修会の効果および取り組みの進捗に関するアンケート調査：

8ブロックでの研修会に当たり、企画運営に協力した都道府県等保健所長会長に組みの進捗状況をH26年2月に調査した。回答は38、回答率56%。所長会として取り組んだのは、自治体内の相互支援体制、危機管理における保健所の役割が4割弱で多く、日本版標準ICSへの取り組みが進んでいるとしたのは

6カ所に留まった。

## 4. 関係者による検討と分野別ICSの必要な改定：

● 組織的危機対応普及の取り組み、概要版作成と全国保健所長会への普及の依頼

各分野の研究協力者による検討等で、ICS/IAP/ACの技術的利点はわかるが保健所権限を越える仕組みの実現性に懸念の指摘があった。そこで、自然災害や新型インフルエンザなど多組織の関与調整が必須な分野において先行して具体化し、保健所が中心となって対応できる分野では、大規模や広域での対応が必要な場合等での活用を強調するなど、今後の健康危機対応の推進における日本版標準ICS活用において考慮する必要があると考えられた。

健康危機時の組織的対応普及の手段として、主要9分野においてICSを活用した対応の要点、組織図とAction Cardの例を、事業協力者が作成した。この内容を全国保健所長会健康危機管理に関する委員会委員長へ送付し、健康危機管理に関する委員会の協力を得て、全国保健所等に改めてACを入り口として日本標準ICS/IAP/AC紹介することによって、その活用と推進を図った。

### ● 分野別検討と準備推進の方向

医療サージへの対応について、ソート・トリアージ、合議による役割分担、後方支援と総務・財務機能、連携・広報を組み合わせた管理システム（ICS）によって対応した有事事例9例、平時連携事例3例を収集して、個別に分析した。また、「食中毒・感染症等すでに反応的対応ができています。ICSで行う理由は何か？医療サージも医療機関の課題ではないか？」など、大規模危機に対応した経験の無い保健所担当者の疑問に対し協力者の検討により回答を作成すると共に、今後の組織的対応を進めるためには、直感的に分かりやすいAction Cardを導入に使うと良いなどの整理を行った。

また、自然災害における保健所の役割として、DHEAT (Disaster Health Assistant Team) という考え方も検討されている。調整と合わせて、先遣隊としての早期評価や防疫/衛生管理など、災害対応に既に位置づけられまた医療や他分野から期待されている役割を明確にした提示が有用ではないかとの考えも示された。

### ● ICS活用事例

医療安全：東京ブロックでの研修を発端として、多摩小平HC健康危機管理対策協議会で医療サージに関する研修ICSの普及を行った。

原子力：愛媛県の緊急被爆医療の演習にICSを利用して行った。

感染症：新型インフルの官邸主催の県への連携

訓練ではICSの考えに基づいていると考えられる。

精神保健：災害時の精神保健医療関連の多様なチーム（DPAT、こころのケアチーム、健康巡回チーム）の調整に使うとよく、ICS3（精神医療に特化しない全体調整を担う）に相当する。  
上水：保健所から水道行政が外れ、健康危機時の対応は必要だが継続した困難な状況になっている。

#### ● 健康危機時の保健所の対応部分に関する検討

健康危機は危機管理の一部門でもあり、保健所が主体となって担当できる部分の明確化について以下の3つの視点から分野別に検討した。

1. 法令権限による規定 2. 質的な職員の能力 3. 量的な対応力及び体制

原子力危機への対応体制は、1 原子力災害対策基本法により文部科学省が中心となって定められており、保健所はその指示の元に活動する事とされている。しかし、福島原発事故でも、被爆線量スクリーニング等2. 想定されていない市型保健所が対応し事前訓練不足や3. 集中的実施のため人員不足がおこった。

医療安全分野の内、医療サージへの対応では、

1. 救急／消防との役割分担、情報収集役割の規定が未定。2. 医療サージ概念の普及による準備促進、管轄内等における対応協議の場の設定を行っておくことで発災時の情報収集評価と地域外への応援依頼は保健所で概ね可能と思われる。3. 発災時の緊急的現場対応による堺市や富山県での腸管出血性大腸菌による大規模発症時の患者調整の事例があるが、全保健所での対応には量的質的な課題がある。

生活環境安全での媒介蚊対策では、1. 感染症法によって駆除の責任主体は原則区域の管理者となり、次に市町村最後に県となり県型保健所の責任は低い。2. 3. 発生時の保健所の動き方については、日本版標準ICS/IAP/ACを作成し発生時も含めた技術的指針は、厚労科研費のガイドラインで整備済である。広域での実行は保健所が指導する際の人員・技術が不足しており、ペストコントロール協会との協力、地域住民組織の力が不可欠。しかし、都道府県レベルで具体的な対策のための会議等を開催しているところは一桁レベルであり、危機発生

（感染蚊の確認、2 例目の国内感染例確認）時には、疾患、蚊の特性、防除方法等、地域では対応に必要な情報が無く、（また、相談できる場所がないと）混乱する可能性が有る。

分野ごとの現状、課題を引き続き整理し、対応の検討が必要と考えられた。

#### E. 結論

健康危機各分野での保健所の準備を強化するため、全国8つの保健所長会ブロックでの研修に協力し4割の保健所の参加があった。保健所の対応体制は進みつつあるが危機分野ごとの差も大きく、健康危機への備えや進捗程度をモニタリングすると共に、分野ごとの検討を踏まえ理解が得やすい技術的Action Cardを入り口にする等、全国保健所長会の協力等組織的な推進が必要と考えられた。

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

中瀬克己、竹之内直人、緒方剛、石丸泰隆、金谷泰宏他、WEB会議を活用した訓練を通じた化学物質健康危機に対するICS/IAPの検証、日本公衆衛生学会、2013年10月、三重

中瀬克己 佐々木隆一郎、災害医療対応におけるPublic Healthのあり方全国保健所長会の取り組み、日本集団災害医学会、2014.2月、東京

## 健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究概要

平成26年3月  
中瀬克己（岡山市保健所）

1

## 研究協力者

- 遠藤 幸男 福島県北保健所
- 緒方 剛 茨城県筑西保健所
- 佐々木 隆一郎 長野県飯田保健所
- 古屋 好美 山梨県中北保健所
- 竹内 俊介 島根県松江保健所
- 高岡 道雄 兵庫県加古川保健所
- 小窪 和博 千葉県海匝保健所
- 竹之内 直人 愛媛県中予保健所
- 大橋 俊子 栃木県北保健所
- 米山 克俊 日本公衆衛生協会総務課
- 金谷 泰宏 保健医療科学院
- 笠松 淳也／林修一郎 厚生労働省健康局 がん対策・健康増進課  
地域保健室

2

## 事業実施計画

- 全国8ブロックにおける保健所長会と協力した研修の実施
- 健康危機におけるICSを活用した公衆衛生活動の組織的調整と準備に関する検討及び既存の分野別ICSにおける必要な改定
- 地域におけるICSを活用した健康危機管理への準備状況と研修成果に関するアンケート調査
- 5月ヒアリング時のご意見
  - ICS/IAP/ACの保健所における事例を点検・報告して頂きたい。
  - 保健所として、できること、できないことを明確にし、できない場合はその理由が明らかになるとよい。

3

## ブロック地域連携推進会議

4

## 平成25年度 保健所連携推進会議 (8ブロック) 日程一覧

	開催予定日	当班担当テーマ	担当者
北海道ブロック	7月29日(月)・30日(火)	原子力健康危機	竹之内直人
東北ブロック	5月24日(金)	自然災害	中瀬克己
関東甲信越静ブ ロック	11月8日(金)	感染症(新型コロナウイルス等)	中瀬克己
東京ブロック	8月28日(水)	感染症	古屋好美
東海北陸ブロッ ク	7月26日(金)	ICS/感染症	中瀬克己・緒方剛
近畿ブロック	11月22日(金)	ICS/感染症	古屋好美
中四国ブロック	9月5日(木)・6日(金) 台風のため中止	ICS/医療安全	中瀬克己・古屋好美
九州ブロック	9月13日(金)	原子力健康危機	竹之内直人

5

## プログラム例 基本 東海ブロック

13:00～ ～	主催者挨拶【会長 多田 浩三 副会長挨拶【佐々木 隆一郎 保健所長挨拶【加藤 昌弘 【講演1】 愛知県健康福祉部健康担当局長
13:15 ～ (30分 間)	「地域保健の現状と課題」 講師 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 がん対策推進官 岡田 就博 座長 愛知県東海北陸保健所長 服部 歴
13:45 ～ (60分 間)	【講演2】 「感染症対策における日本版標準ICS/IAP/ACについて」 講師 岡山市保健所長 中瀬 克己 「重大感染症における保健所の対策と連携」 講師 茨城県東西保健所長 緒方 剛 座長 豊川保健所長 澁谷 いつみ
14:45 ～15: 00	【休憩】15分間
15:00 ～ (討論60分 間) (発表30分 間)	【グループディスカッション】 全参加者を6グループに分け、日本版ICS/IAP/ACに基づき、企業との情報共有 を含めた新型コロナウイルス等への蔓延防止対策の連携構築に向けて事前 情報収集(アンケート等)を基に、具体的な連携方法・項目について検討する。 各グループからの発表 コーディネーター 岡山市保健所長 中瀬 克己 次城県東西保健所長 緒方 剛 愛知県西尾保健所長 杉浦 嘉一郎
16:30 ～	【総括】 日本公衆衛生協会 会長 多田 浩三 全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎
16:55 ～	【閉会挨拶】東海北陸ブロック保健所長会長 武藤 眞

6

## 【グループディスカッション】

- 全参加者を6グループに分け、日本版ICS/IAP/ACに基づき、企業との情報共有を含めた新型コロナウイルス等への蔓延防止対策の連携構築に向けて、事前の情報収集(アンケート)等を基に、具体的な連携方法・項目について検討する。

7

## グループ討議での意見例 関東甲信静

- ICSが有用な部分
- 業務のチェックリストとして、チェックリスト、アクションカードに期待
  - コマンドーが変化した際、継続性に有用、責任明確化、役割分担、応援を含めた人もの確保、連携の際に期待
- コメント/考察
- チェックは日本版標準ICSの機能
  - 見える化はICSの有用な点

8

## 分野検討 医療安全/医療サージ

- 日本版標準ICS/IAP/ACの普及に関して保健所と市との関係、報告は求められるが指揮がない、部門責任者が明確な組織図、ACチェックリストは有用
  - ICSの組織や言葉、権限に疑問が多い
- 連携の具体を含むACやチェックリストに重点をおいて推進
- 住民・医療機関とのコミュニケーションのノウハウ  
→ 希な危機での目的対応のチェックリスト
  - 県内連携、県外・隣接自治体連携のノウハウ  
→ ICSの観点から事例収集

10

## 媒介蚊対策 今後の対応策（案）

- ACの普及
- 全国レベルでの関連機関（大学、検疫所、保健所長会、厚労省、PCO）連絡会議立ちあげ
- 媒介蚊ハザードマップの作成

ICS-I 市町村における実施体制整備の支援  
IAP-I-I 市町村に対策案を提示し県等との役割分担を確認  
AC-I-I 市町村へ提示する対策（案）抜粋

- 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）

12  
愛知県

## 分野別検討

9

## 分野別検討 生活環境安全 媒介蚊

- 発生時の保健所の動き方については、多田羅班で検討し、作成済み。広域での実行は保健所の人員・技術が不足しており、ペストコントロール協会との協力、地域住民組織の力が不可欠。
- 発生時も含めた技術的指針は、厚労科研費のガイドラインで整備済
- しかし、都道府県レベルで具体的な対策のための会議等を開催しているところは一桁レベル。
- 危機発生（感染蚊の確認、2例目の国内感染例確認）時には、疾患、蚊の特性、防除方法等、地域では対応に必要な情報が無く、（また、相談できるところがないと）混乱する可能性有り。

11

## 日本版標準ICS/IAP/AC普及のための 取り組み ACを入り口とした普及

- Action Card等を各分野ごとに5枚程度選定（各分野代表者）
- 厚労省の関連各部署に確認
- 研究事業、健康危機に関する委員会、全国保健所長会の同意を得て全国の保健所に周知

13

## 保健所としてできること、できないこと

14

### 1. 法令権限による規定 2. 質的な職員の 能力 3. 量的な対応力及び体制、の観点

- 原子力危機への対応体制は、
  - 1 原子力災害対策基本法により文部科学省が中心となって定められており、保健所はその指示の元に活動する事とされている。しかし、福島原発事故でも、被爆線量スクリーニング等
  - 2. 想定されていない市型保健所が対応し事前訓練不足や
  - 3. 集中的実施のため人員不足がおこった。

15

### 1. 法令権限による規定 2. 質的な職員の 能力 3. 量的な対応力及び体制、の観点

- 媒介蚊対策では、
  1. 感染症法によって駆除の責任主体は原則区域の管理者となり県型保健所の責任は低下
  2. 知識技能が不足するので、実施体制は日本版標準ICS/IAP/AC、技術的指針は、厚労科研費のガイドラインで整備済
  3. 広域での実行は、ペストコントロールチーム協会との協力、地域住民組織の力が不可欠。
    - しかし、都道府県レベルで具体的な対策のための会議等を開催しているところは一桁レベルであり、危機発生（感染蚊の確認、2例目の国内感染例確認）時には、疾患、蚊の特性、防除方法等、地域では対応に必要な情報が無く、（また、相談できるところがないと）混乱する可能性が有る。

16

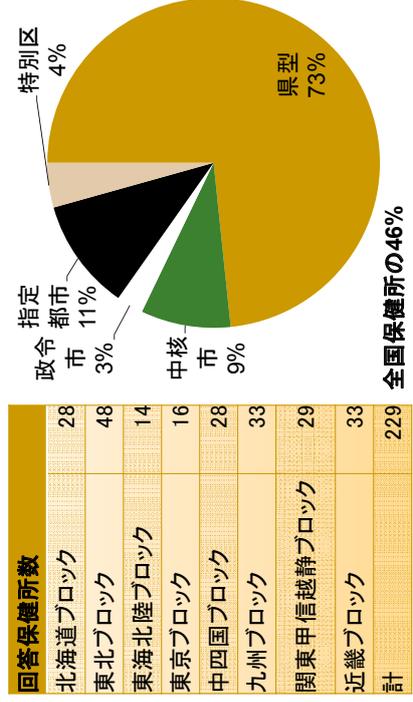
# 1. 法令権限による規定 2. 質的な職員の能力 3. 量的な対応力及び体制、の観点

## ■ 医療安全分野の内、医療サージへの対応

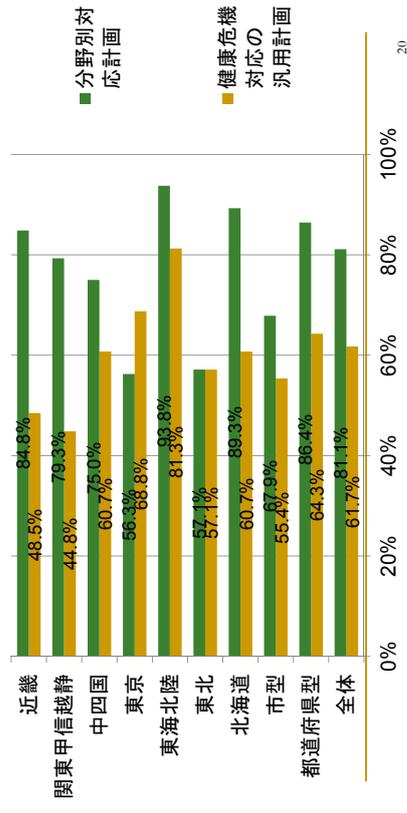
1. 救急／消防との役割分担、情報収集役割の規定が未定。
2. 医療サージ概念の普及による準備促進、管轄内等における対応協議の場の設定を行うておくことで発災時の情報収集評価と地域外への応援依頼は保健所で概ね可能と思われる。
3. 発災時の緊急的現場対応による堺市や富山県での腸管出血性大腸菌による大規模発症時の患者調整の事例があるが、全保健所での対応には量的質的な課題がある。

## ブロック地域連携推進会議 参加予定保健所アンケート

## 平成25年度 地域保健推進会議 参加保健所事前アンケート

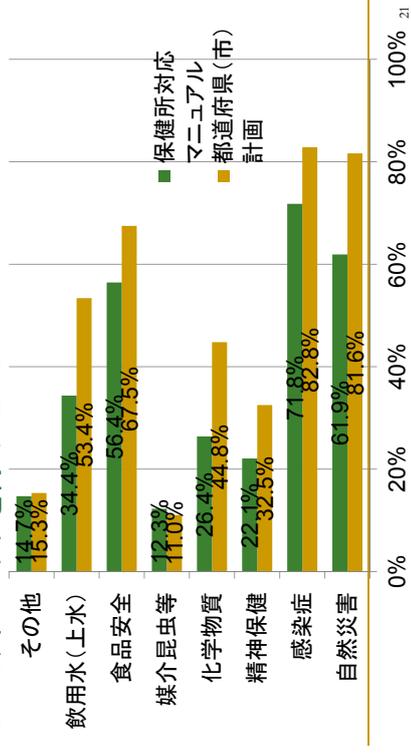


## 健康危機に対応する都道府県（保健 所設置市）全体の計画の作成 2013 九州ブロックを除く n=196



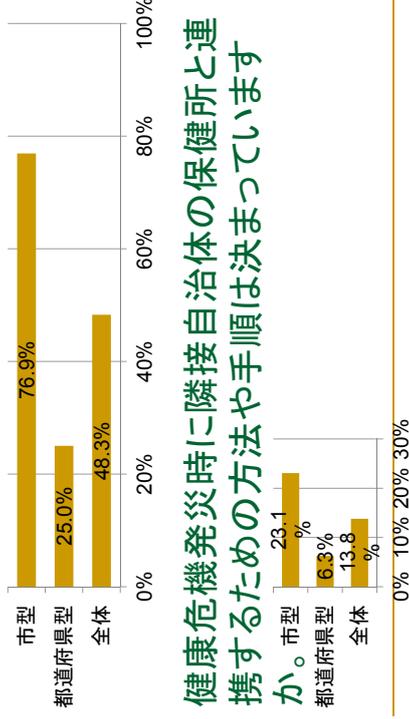
危機対応計画において保健所の役割は記載されていますか。また、貴保健所では「保健所対応マニュアル」を整備していますか。

13 九州ブロックを除く n=196

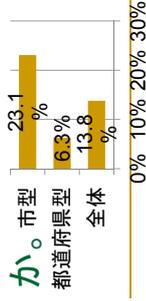


21

健康危機管理対策上、隣接自治体の保健所との連携が必要と感じたことはありますか。関東甲信静ブロック 市型13、県型16

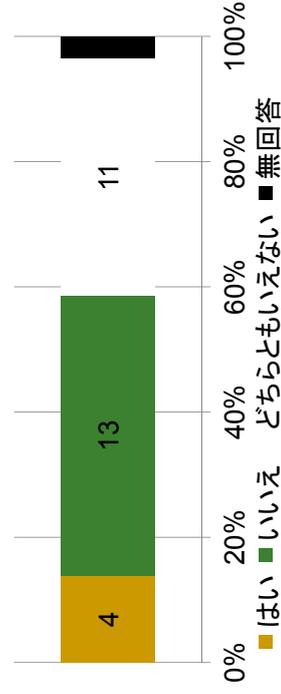


健康危機発災時に隣接自治体の保健所と連携するための方法や手順は決まっていますか。市型



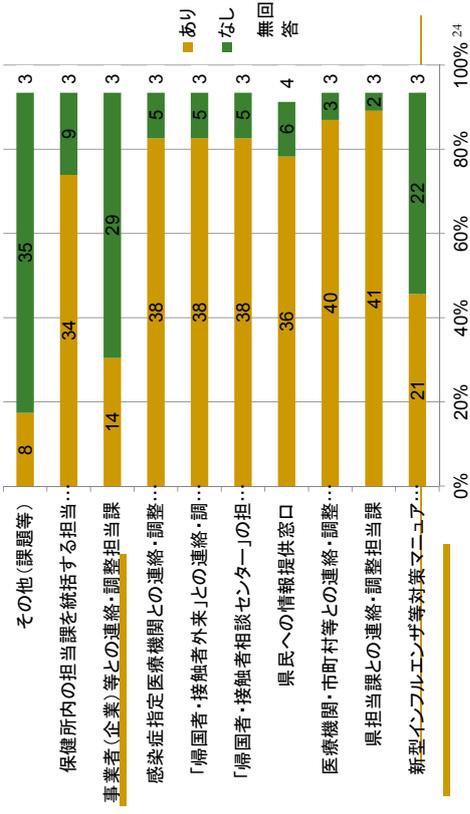
22

貴県・貴所ではインシデント・コマンドシテムの取組は進んでいますか。関東甲信静 n=29



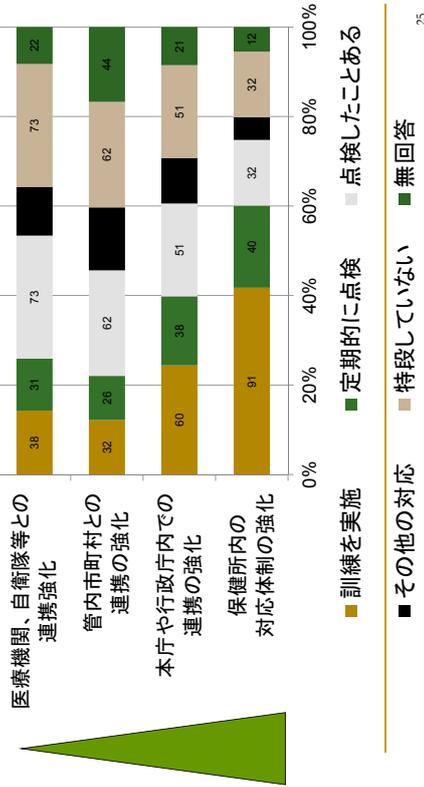
23

貴保健所内の体制整備をできている(分担を決めている) H25.7.東海北陸 N=48



## 健康危機への対応体制強化のために以下のような取り組みを行っていますか。

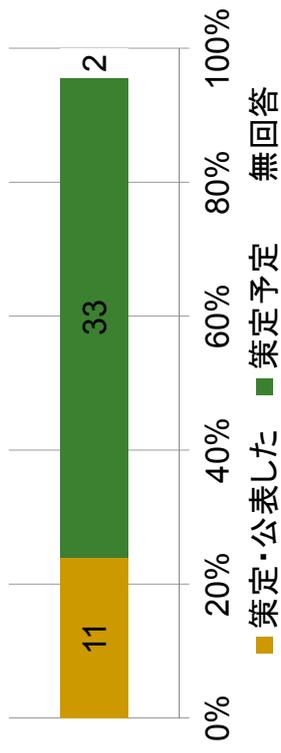
全国 n=229 複数選択



25

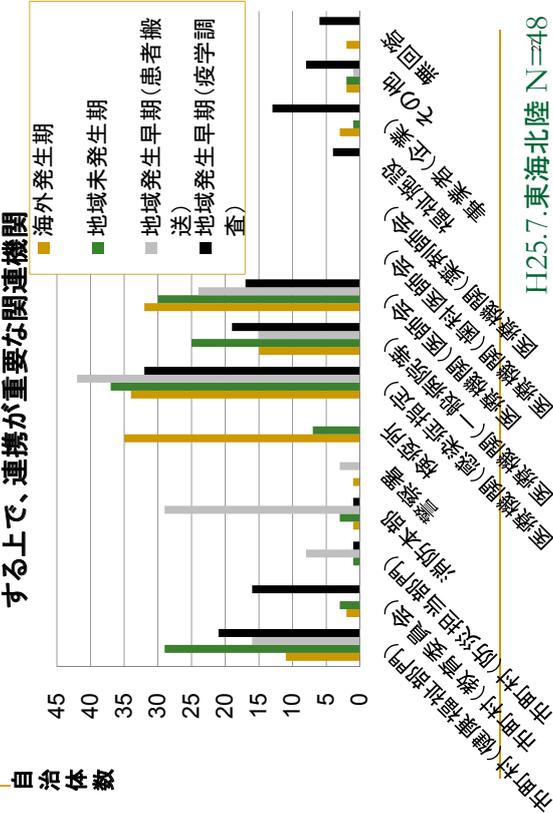
## 貴県における「新型インフルエンザ等行動計画」策定の状況

H25.7.東海北陸 N=48



26

## 新型インフルエンザ等感染症対策に対するICSを実施する上で、連携が重要な関連機関

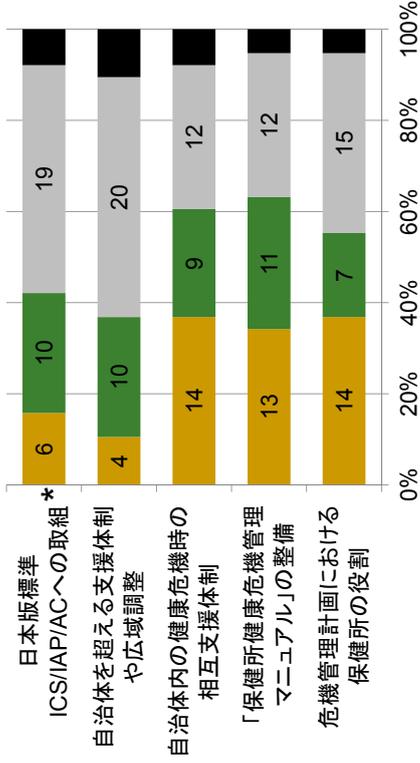


H25.7.東海北陸 N=48

28

## ブロック検討会後の組み状況調査 都道府県政令市保健所長会長

## 本年度の貴保健所長会での協議や情報提供・共有といった取り組み H26.3.n=38



■ 取り組んだ ■ 取り組んでいない ■ 無回答  
 \* ICSの項の選択肢は、進んだ、どちらとも言えない、いいえの順

## 要約

- 全国8ブロックでの地域連携推進会議に4割の保健所が参加し、医療サージ、感染症、原子力災害等への対応について協議した。
- 保健所の対応体制は身近な所内等から進みつつあるが、行政庁内調整でもなお4割に留まる。
  - ブロック会議では「隣接自治体」が取り上げられ、検討でのキープワード。
- 健康危機への備えは分野ごとに差が大きく強化が必要
  - 保健所対応マニュアルは自然災害、感染症、食品安全で5割を越えるが、他の稀な分野では数割に留まる
- ICS/IAP/ACの技術的利点はわかるが保健所権限を越える仕組みの実現性への懸念がある。
  - 技術的ACから取り組み全国所長会としての普及を目指す<sup>30</sup>



## 2. ブロック保健所連携推進会議を活用した健康危機対応の推進

1. ブロック連携推進会議一覧 …………… 15
2. 各ブロック推進会議の概要 …………… 16
3. ブロック保健所連携推進会議での検討例（九州ブロック） …… 27
4. 参加予定者事前アンケートの集計結果 …………… 29  
事前アンケートからみた健康危機への全国保健所の準備状況  
調査票 推進会議前
5. 会議後の各地域保健所長会の取り組み 会議後アンケート …… 45  
調査票 推進会議後



平成25年度 保健所連携推進会議（8ブロック） 日程・企画担当者一覧

	開催予定日	開催時間帯	場所	研究班担当テーマ	対応者			企画担当者	
					厚生労働省	全国保健所長会	研究班	氏名	所属施設名
北海道ブロック	7月29日(月) 30日(火)	29日10:17:30 30日9:12:00	北海道立道民活動センター かでの2・7(札幌市)	原子力健康危機	岡田推進官	倉橋副会長	竹之内直人	堀 幹典 古畑 雅一	北海道留萌保健所 北海道稚内保健所
東北ブロック	5月24日(金)	10:00~ 16:00	ホテル青森(青森市)	自然災害	笠松補佐	佐々木会長	中瀬克己	阿部 孝一 菅原 智	郡山市保健所 岩手県県央保健所
関東甲信越精ブロック	11月8日(金)	10:00~ 16:45	中原区役所(川崎市)	感染症(新型インフル等)	林推進官	佐々木会長	中瀬克己	両宮 文明 田崎 薫	川崎市川崎保健所 川崎市健康福祉局健康安全部
東京ブロック	8月28日(水)	10:00~ 16:30	アルカディア市ヶ谷(千代田区)	感染症	岡田推進官	佐々木会長	古屋好美	田中 敦子 深澤 啓治	千代田区千代田保健所 東京都南多摩保健所
東海北陸ブロック	7月26日(金)	13:00~ 17:00	レセプションハウス名古屋 通信会館(名古屋市)	ICS/感染症	岡田推進官	佐々木会長	中瀬克己 基本、緒方剛 感染症	杉浦 嘉一郎 渋谷 いづみ	愛知県西尾保健所 愛知県豊川保健所
近畿ブロック	11月22日(金)	10:00~ 17:00	ホテルアウイーナ大阪(大阪府)	ICS/感染症	林推進官	佐々木会長	古屋好美	甲田 伸一 川本 雅人	大阪市保健所 大阪市保健所
中国ブロック*	9月5日(木) 6日(金)	5日13:00~ 17:15 6日9:00~ 12:00	マリンパレスさぬき(高松市)	ICS/医療安全	岡田推進官	佐々木会長	中瀬克己	岸本 泰子 小倉 永子	鳥取県出雲保健所 香川県中讃保健所
九州ブロック	9月13日(金)	13:00~ 17:30	鹿児島県医師会館(鹿児島市)	原子力健康危機	林推進官	佐々木会長	竹之内直人	宇田 英典 西 宣行	鹿児島県伊集院保健所 鹿児島県始良保健所兼大口保健所

\* 中国ブロックにおける研修会は、台風の影響により開催が終止となった。

「平成25年度保健所健康危機管理機能強化研修Ⅰ」及び平成25年度地域保健  
総合推進事業「保健所連携推進会議（北海道ブロック）」開催要領

1 目的

- (1) 保健所公衆衛生医師の健康危機管理能力を高め、地域で発生するさまざまな健康危機事象に対する保健所の対応能力ならびに組織体制の強化を図る。
- (2) 北海道医療計画に盛り込まれた在宅医療の目標達成のため、保健所による地域在宅医療体制の整備促進を図る。

2 目標

- (1) 保健所長として健康危機事象発生時に求められる役割とその責務について学ぶ。
- (2) ICS/IAP/AC の概念を活用しながら、健康危機事象に備えた保健所の組織体制の在り方ならびに発生時の効果的な対応について学ぶ。
- (3) 地域における在宅医療の体制整備に向け、さまざまな地域課題への対応ならびに多職種間の連携強化の進め方等について学ぶ。

3 受講者

保健所長及び保健所勤務医師（保健所連携推進会議と共催するため保健所設置市の保健所医師も含む。）

4 主催

北海道・一般財団法人 日本公衆衛生協会

5 会議・研修期間

平成25年7月29日（月）～7月30日（火） 2日間

6 会議・研修場所

かでの2.7会議室1060号室（札幌市中央区北2条西7丁目）

7 講師及びスタッフ

近藤 久禎	国立病院機構災害医療センター 診療研究部 政策医療企画研究室長 厚生労働省医政局災害医療企画研究室 DMA T事務局次長
笠松 淳也	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課地域保健室 室長補佐
増田 和茂	(財)日本公衆衛生協会 常務理事
倉橋 俊至	全国保健所長会副会長
山口 亮	旭川市保健所長
山口 理恵	旭川市保健所保健指導課
佐藤 敏	北海道保健福祉部健康安全局長
高垣 正計	北海道渡島保健所長兼八雲保健所長
廣島 孝	北海道倶知安保健所長兼岩内保健所長
堀 幹典	北海道留萌保健所長
古畑 雅一	北海道稚内保健所長
岩田 顕	北海道江別保健所長兼千歳保健所長
荒田 吉彦	北海道保健福祉部技監
伊藤 靖	北海道保健福祉部道立病院室医療参事
川上 禎之	北海道保健福祉部医療政策局医療薬務課主査

8 研修プログラム

第1日目 7月29日(月)			
時間	内容・講師等	目的	司会進行
10:00～10:05	開講・研修の進め方・注意事項等の説明	研修のねらいを理解する。	総合司会：高垣
10:05～10:20 (挨拶各5分)	挨拶 ・日本公衆衛生協会 常務理事 増田 和茂 ・全国保健所長会 副会長 倉橋 俊至 ・保健福祉部健康安全局 局長 佐藤 敏	各挨拶者から保健所に対する期待並びに意見等を伺い、今後の保健所行政の進め方等を考える。	進行：高垣
10:20～10:25	準備		
10:25～11:25 (講義40分)  (質疑20分)	テーマ：地域保健 ・講義 「最近の保健医療行政の動向について」 講師：厚生労働省健康局がん対策・健康増進課地域保健室 室長補佐 笠松 淳也	地域保健の現状と課題を知り、保健所に求められる役割について考える。	進行：高垣
11:25～12:30	休憩(昼)		
12:30～13:40 (講義60分)  (質疑10分)	テーマ：危機管理体制 ・講義 「ICS/IAP/AC と保健所の危機対応について(仮称)」 講師：旭川市保健所 所長 山口 亮 旭川市保健所 保健指導課地域保健第2係 山口 理恵	ICS/IAP/AC の実践を学び、危機対応における公衆衛生活動(保健所機能)について考える。	進行：高垣
13:40～13:45	休憩		
13:45～16:25 (講義60分) (質疑10分)  (講義40分) (質疑10分)  (討議40分) GW・発表	テーマ：原子力災害(放射能汚染事故) ・講義 「放射能関連施設災害への対応(仮称)」 講師：  ・講義 「道内での発生に対する備え(仮称)」 講師：倶知安保健所兼岩内保健所 所長 廣島 孝  ・討議「保健所の体制について」 GW・発表	道内に原子力発電所が存在することから、ICS/IAP/AC を基に放射能汚染事故発生時の保健所の対応・体制について考える。	進行：高垣
16:25～16:30	休憩		
16:30～17:30 (説明10分)  (討議40分) GW・発表 (助言10分)	テーマ：在宅医療 ・説明 「医療計画における在宅医療の推進について」 講師：保健福祉部医療政策局医療薬務課 主査(地域医療) 川上 禎之  ・討議 「在宅医療推進に向けた検討」 GW・発表  ・助言：保健福祉部 技監 荒田吉彦	北海道医療計画の在宅医療の目標達成のため、地域の課題を踏まえつつ、保健所による効果的な施策づくりならびに実践的な取組について考える。	進行：高垣

第2日目 7月30日(火)			
時間	内容・講師等	目的	司会進行
9:00～10:30 (講義 80分)  (質疑 10分)	<p>テーマ：災害医療における保健所の役割</p> <p>・講義 「災害医療の現状と保健所の役割について（仮称）」</p> <p>講師：国立病院機構災害医療センター 診療研究部 政策医療企画研究室長 厚生労働省医政局災害医療対策室 DMAT事務局 次長 近藤 久禎</p>	災害時の急性期における医療の現状を知り、管内の医療体制構築のための保健所長としての役割を考える。	進行：古畑
10:30～10:35	休憩		
10:35～11:50	<p>テーマ：災害に備えた保健医療体制</p> <p>・講義「災害発生時の行政の役割 －北海道都市型地震災害対処訓練について－」</p> <p>講師：保健福祉部道立病院室 医療参事 伊藤 靖</p> <p>・演習</p> <p>・意見交換</p> <p>講師：保健福祉部道立病院室 医療参事 伊藤 靖</p>	道内での発生に備え、災害時の保健医療行政ならびに保健所体制について考える。	進行：古畑
11:50～12:00	<p>講評：日本公衆衛生協会 常任理事 増田 和茂 全国保健所長会 副会長 倉橋 俊至 保健福祉部健康安全局</p> <p>(終了)</p>	研修への助言・意見	進行：技監

## 平成25年度「東北ブロック保健所連携推進会議」プログラム（案）

### 1 テーマ

健康危機管理における保健所の体制強化及び保健所支援体制の構築

### 2 趣 旨

昨年度は、広域自然災害への対応を中心に、ICS/IAP/AC の概念の普及（講義）と地域の課題の抽出とその解決策の立案（グループディスカッション）について実施した。しかし、東北ブロックは開催予定前日の地震のため中止となった。

平成25年度は、ICS の概念が浸透しつつあるため、東北ブロックは、自然災害と健康危機管理（感染症、食中毒、飲料水、原子力災害、医療安全、精神保健、生活環境、原因不明）の分野の中から、優先度の高い感染症を選定し、保健所の体制等の構築について検討する。

3 日 時 平成25年 5月24日（金）10：00～16：00

4 場 所 ホテル青森(青森市)

### 5 プログラム

10:00～	【主催者挨拶】 日本公衆衛生協会 会長 多田羅浩三 【本会議趣旨説明】 全国保健所長会 会長 佐々木隆一郎
10:15～ (30分間)	【話題提供】 「地域保健の現状と課題」 講師 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課地域保健室室長補佐 笠松 淳也
10:45～ (15分間) 11:00	【質疑・ディスカッション】 座長 仙台市青葉保健所長 大熊 恒郎
11:00～ 12:00～ (60分間)	【講義】 テーマ1：「ICS/IAP/AC について、その概念と自然災害」 講師 岡山市保健所長 中瀬克己 座長 岩手県県央保健所長 菅原 智 郡山市保健所長 阿部 孝一
12:00～ 13:00～ (60分間)	【昼 食】
13:00～ 14:30 (90分間)	【グループディスカッション1】 全参加者を数グループに分け、テーマ1について議論 各グループからの発表
14:30～ 14:45 (15分間)	【休 憩】
14:45～ (30分間) 15:15～ (15分間) 15:30	【講義】 テーマ2：「大規模感染症における日本版標準 ICS/IAP/AC」 講師 福島県県北保健所長 遠藤幸男 【質疑・ディスカッション】 座長 山形県村山保健所長 山口 一郎
15:30～ 16:00	【総 括】厚労省担当官、全国保健所長会、日本公衆衛生協会

進行担当 横手（兼）湯沢保健所所長 小松 真吾

## 平成25年度「保健所連携推進会議」【関東甲信越静ブロック】プログラム

### 1 テーマ

健康危機管理における保健所の体制強化及び保健所支援体制の構築

### 2 趣 旨

昨年度は、広域自然災害発生時の保健所の対応を想定してICS/IAP/ACの概念を理解すると共に、地域の課題抽出とその解決策についてグループディスカッションを実施した。

今年度は、「地域保健の現状と課題」、「健康危機管理における最近の動向」、そして「健康危機管理における保健所の体制整備及び感染症対策の構築について」の3題の講義を拝聴した上で、自然災害以外の健康危機管理の分野として「感染症」を選び、保健所の体制の構築等についてシナリオを題材にしたグループディスカッションを行い情報と認識の共有を図る。

3 日 時 平成25年11月8日(金) 10:00 ~ 16:45

4 場 所 川崎市中原区役所5階 502会議室

### 5 プログラム

10:00~	【挨拶】 日本公衆衛生協会 理事長 篠崎 英夫 全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎
10:15~ (30分) 10:45~ (15分) 11:00	【話題提供】 座長 川崎市川崎保健所長 雨宮文明 「地域保健の現状と課題(仮題)」 講師 厚生労働省 健康局総務課課長補佐 林 修一郎 氏 【質疑応答】
11:00~ 12:00~ (60分)	【講義】 座長 川崎市宮前保健所長 益子まり 「健康危機管理における最近の動向」 講師 国立保健医療科学院 健康危機管理研究部長 金谷泰宏 先生 【質疑応答】
12:00~ 13:00	【昼休憩】
13:00~ 14:00 (60分)	【講義】 座長 川崎市中原保健所長 石津博子 「健康危機管理における保健所の体制整備及び感染症対策の構築について」 講師 岡山市保健福祉局審議監 保健医療担当 岡山市保健所 所長 中瀬克己 先生 【質疑応答】
14:00~ 14:15	【休憩】
14:15~ 16:15 (120分)	【グループディスカッション】 「新型インフルエンザ発生時の対応について」 *シナリオの想定に基づいて、グループディスカッションを行い、保健所の体制強化に向けての検討、保健所間相互の調整・支援体制の構築について意見交換し、情報交換と認識の共有を図る。  ファシリテーター 川崎市健康福祉局健康安全部長 田崎 薫 インストラクター 岡山市保健所 所長 中瀬克己先生
16:15~ 16:45	【総括】 全国保健所長会 会長 佐々木隆一郎

## 平成25年度「保健所連携推進会議」【東海北陸ブロック】プログラム

1 テーマ 健康危機管理における保健所の体制整備及び保健所支援体制の構築について

### 2 趣旨

保健所には、地域医療・保健にかかる調整機能や平常時からの関係機関との連携及び危機管理体制の強化が求められている。このため、感染症分野における保健所の地域医療・保健における調整機能の強化を図るため、多田羅班で開発した日本版標準 ICS/IAP/AC に基づき、関係機関との連携体制の構築について、新型インフルエンザ等の国内における発生予防及び蔓延予防対策を課題に挙げ、具体的な検討をする。

3 日時 平成25年7月26日(金) 13:00～17:00

4 場所 レセプションハウス 名古屋通信会館 (名古屋市西区牛島町5-6)

### 5 プログラム

13:00～	<p>【主催者挨拶】 日本公衆衛生協会 会長 多田羅 浩三</p> <p>【検討会趣旨説明】 全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎</p> <p>【開催県挨拶】 愛知県健康福祉部健康担当局長 加藤 昌弘</p>
13:15～ (30分間)	<p>【講演Ⅰ】 「地域保健の現状と課題」</p> <p>講師 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 がん対策推進官 岡田 就将</p> <p>座長 愛知県衣浦東部保健所長 服部 悟</p>
13:45～ (60分間)	<p>【講演Ⅱ】 「感染症対策における日本版標準 ICS/IAP/AC について」</p> <p>講師 岡山市保健所長 中瀬 克己</p> <p>「重大感染症における保健所の対策と連携」</p> <p>講師 茨城県筑西保健所長 緒方 剛</p> <p>座長 豊川保健所長 澁谷 いづみ</p>
14:45 ～15:00	【休憩】 15分間
15:00～ (討議60分間) (発表30分間)	<p>【グループディスカッション】</p> <p>全参加者を6グループに分け、日本版ICS/IAP/ACに基づき、企業との情報共有等を含めた新型インフルエンザ等の蔓延防止対策の連携構築に向けて、事前の情報収集(アンケート)等を基に、具体的な連携方法・項目について検討する。各グループからの発表</p> <p>コーディネーター 岡山市保健所長 中瀬 克己 茨城県筑西保健所長 緒方 剛 愛知県西尾保健所長 杉浦 嘉一郎</p>
16:30～	<p>【総括】</p> <p>日本公衆衛生協会 会長 多田羅 浩三</p> <p>全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎</p>
16:55～	<p>【閉会挨拶】</p> <p>東海北陸ブロック保健所長会長 武藤 眞</p>

## 平成25年度「保健所連携推進会議（近畿ブロック）」プログラム

1 テーマ 感染症危機時における保健所の地域保健の調整機能の強化について

2 趣 旨

保健所（支所）には、感染症危機時の地域保健にかかる調整機能や平時からの関係機関との連携及び危機管理体制の強化が求められている。そのため、広域感染症危機時における保健所の地域保健における調整機能の強化を図るため、いわゆる保健所における危機時対応システム（多田羅班で開発した日本版標準 ICS/IAP/AC）や必要時に保健所業務を補佐する他自治体からの感染症危機時連携体制の考え方や役割などを理解し、保健所における体制構築に向け、具体的な検討をする。

3 日 時 平成25年11月22日（金）10：00～17：00

4 場 所 ホテルアウィーナ大阪

5 対象者 近畿保健所長会の会員、会員が指名する者 1～2 名（約 100 人）

6 プログラム

10:00～	<b>【開会挨拶】</b> (一財)日本公衆衛生協会会長 多田羅 浩三 <b>【開催地挨拶】</b> 大阪市健康局首席医務監 寺川 和彦 <b>【挨拶と進め方】</b> 全国保健所長会 会長 佐々木隆一郎
10:15～ (45分間)	<b>【話題提供】</b> 「地域保健の現状と課題」 講師 厚生労働省健康局総務課課長補佐 林 修一郎
11:00～ (15分間) 11:15	<b>【質疑】</b> 座長 大阪府枚方保健所長 笹井 康典
11:15～ (45分間) 12:00	<b>【話題提供】</b> 「ワクチン効果の疫学的評価と予防接種基本計画」(仮題) 講師 大阪市大大学院医学研究科公衆衛生学准教授 福島 若葉 座長 兵庫県龍野保健所長 大橋 秀隆
12:00～ (60分間)	<b>【昼 食】</b> (注：この時間に近畿保健所長会役員会を別室で開催予定、約 50 分)
13:00～ (60分間) 14:00	<b>【講義】</b> 「感染症危機管理における保健所の体制整備及び保健所支援体制の構築について」 <b>【先進地域の取り組みなどの紹介して具体的な保健活動を整理する】</b> 講師 山梨県中北保健所 古屋 好美 座長 兵庫県洲本健康福祉事務所長 柳 尚夫

14:00～ (110分間) 15:50  (休憩)	【グループディスカッション】 全参加者を数グループに分け、保健所における危機時対応システム（日本版標準ICS/IAP/AC）および保健所機能について、事前の情報収集等を基に、具体的な対策について検討し共有する。  各グループからの発表 コーディネーター 神戸市保健所長 伊地智 昭浩 奈良県葛城保健所長 山田 全啓
16:00～ (40分間) 16:40	【特別講義】  「あいりんの結核対策から学ぶ」（仮題） 演者 大阪市西成区役所 結核対策特別顧問 下内 昭  座長 大阪市保健所長 甲田 伸一
16:40～ (15分間) 16:55	【総括】厚生労働省健康局 林 修一郎 全国保健所長会 会長 佐々木隆一郎 （一財）日本公衆衛生協会会長 多田羅 浩三
16:55	【閉会挨拶】 近畿保健所長会会長 笹井 康典

- 7 その他
- ①この催しは、近畿保健所長会との共催事業とし、近畿保健所長会における催しの事業名は「連絡協議会」である。
  - ②終了後（17時15分）から、約2時間程度の意見交換会を同じ建物内の会場で予定する。
  - ③プログラムは実施要領に即しているが、議論を深めるために1題とした。余裕の時間を特別講義に充てた。

平成 25 年度中四国ブロック保健所長会総会・平成 25 年度地域保健総合推進事業 保健所連携推進会議  
(中四国ブロック)

月日		時間	所要時間	内容	備考
9.5 (木)	総 会	12:30~13:00 13:00~13:45	30分 45分	受付 中四国ブロック 保健所長会総会	
	日 本 公 衆 衛 生 協 会 主 催 検 討 会	14:00~14:15	15分	1日目司会：小倉永子 (香川県中讃保健所) 主催者挨拶 趣旨説明	日本公衆衛生協会 会 長：多田羅浩三 全国保健所長会 会 長：佐々木隆一郎
		14:15~15:00	45分	講演 「最近の保健医療行政の動向に ついて(仮題)」	【講師】 厚生労働省：笠松淳也 (健康局がん対策・健康増進 課地域保健室 室長補佐) 【座長】 岸本泰子(島根県出雲保健所)
		15:00~15:50	50分	テーマ I 健康危機管理における保健 所の体制整備及び保健所支 援体制の構築について :地域医療安全(医療サージ) 講演 「健康危機管理における保健 所の体制整備及び保健所支 援体制の構築について」 話題提供 地域医療安全(医療サージ) における保健所の役割(仮題)	【座長及びコーディネータ】 1. 竹之内直人 (愛媛県中予保健所) 2. 吉田良平 (鳥取県倉吉保健所) 【講演】(20分) 中瀬克己(岡山市保健所) 【話題提供】30分 古屋好美 (山梨県中北保健所)
		15:50~16:00	10分	休憩	
16:00~17:15	1時間 15分	グループワーク 1 地域医療の確保体制の構築につ いて 1 保健所の体制づくり 2 医療機関や消防、市町村等 の関係機関との連携 3 自治体内の支援・連携体制 4 ICS/IAP/AC に関する意見			

9.6 (金)	日本公衆衛生協会主催検討会	9 : 00~10 : 00	1 時間	<p>2 日目司会：小倉永子 (香川県中讃保健所)</p> <p>テーマⅡ 在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアの推進における保健所の役割</p> <p>講演 在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアの推進の推進における保健所の役割 (仮題)</p> <p>話題提供 在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアの推進の推進における保健所の役割 (仮題)</p>	<p><b>【座長及びコーディネータ】</b></p> <p>1. 鈴木順一郎 (高知県安芸福祉保健所)</p> <p>2. 中川洋一 (徳島県三好保健所)</p> <p><b>【講演】 (40 分)</b> 大江 浩 (富山県砺波保健所)</p> <p><b>【話題提供】 (20 分)</b> 小寺良成 (岡山県備前保健所)</p>
		10 : 00~10 : 10	10 分	休憩	
		10 : 10~11 : 40	1 時間 30 分	<p>グループワークⅡ 在宅医療・介護連携・地域包括ケアの推進における保健所の役割について 討議・発表</p>	
		11 : 40~12 : 00	20 分	<p>総括 日本公衆衛生協会 全国保健所長会</p>	<p><b>【コーディネータ】</b> 岸本泰子 (島根県出雲保健所)</p>

## 平成25年度「九州ブロック保健所連携推進会議」プログラム

### 1 テーマ

健康危機管理における保健所の体制強化及び保健所支援体制の構築

### 2 趣 旨

昨年度は、大規模・広域自然災害への保健所の対応を中心に、ICS/IAP/AC の概念の普及（講義）と災害時における地域保健の調整機能の強化を図るための対策を議論した。

平成25年度は、健康危機管理事象等を含む九州ならではのテーマの中から、在宅医療連携、原子力災害の分野を選び、保健所の体制等の構築についてさらに議論を深めていくこととする。

### 3 日 時 平成25年 9 月13日（金）午後1時～午後5時30分

### 4 場 所 鹿児島県医師会館（鹿児島市中央町）

### 5 プログラム

13:00～	<b>【主催者挨拶】</b> 日本公衆衛生協会 会長 多田羅 浩三 <b>【本会議趣旨説明】</b> 全国保健所長会 会長 佐々木 隆一郎 <b>【開催県挨拶】</b> 鹿児島県保健福祉部 部長 松田 典久
13:15～ (40分間)	<b>【話題提供】</b> 「地域保健の現状と課題」(仮題) 講師 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 岡田 就将 がん対策推進官
13:55～ (5分間) 14:00	<b>【質 疑】</b> 座 長 鹿児島県伊集院保健所長 宇田 英典
14:00～ 14:50 (50分間)	<b>【講 義】</b> テーマ1：「在宅医療連携の推進に向けて」(仮題) 講 師 大分県 中部保健所長 藤内 修二 <b>【質 疑】</b> 座 長 福岡県嘉穂・鞍手保健所長 中原 由美
14:50～ (10分間)	<b>【休 憩】</b>
15:00～ 15:50 (50分間)	<b>【講 義】</b> テーマ2：「原子力災害に対する備え」(仮題) 講 師 愛媛県中予保健所長 竹之内 直人 <b>【質 疑】</b> 座 長 鹿児島県川薩保健所長 揚松 龍治
15:50～ 16:40 (50分間)	<b>【グループワーク】</b> ・ 参加者をグループ分けし、在宅医療連携の推進及び原子力災害時における保健所の地域保健調整機能の強化体制構築に向け、具体の対策について検討する。 テーマ1：「在宅医療連携の推進に向けて」 助言者：藤内 修二， 中原 由美 テーマ2：「原子力災害に対する備え」 助言者：竹之内 直人， 揚松 龍治
16:40～ 17:10 (30分間)	<b>【発 表】</b> ・ 各グループからの発表，講師等からの助言
17:10～ 17:30	<b>【総 括】</b> 厚労省担当官、全国保健所長会、日本公衆衛生協会

進行担当 鹿児島県始良・大口保健所 所長 西 宣行

**【健康危機管理（原子力災害）】**

**課題1：地方防災計画**

● 1 グループ

- ・福岡県防災計画を拝見して、少なくとも自分の管内に原発はないが、平常時にやるべきことがたくさんあるので、そこから準備しないといけない。
- ・研究施設等にどのようなものがあるか、マップを作成したり、保健所としても情報を集める。
- ・事故があった時、どこへ話をすればよいか。24時間対応の地域包括センターなど事前に把握しておく。
- ・資材の確保。どこにあって、どのように使用されているか。
- ・事故が発生した時に、消防や警察などへ連絡するが、保健所の健康危機管理委員会などで日頃から顔の見える関係を作っておく。
- ・特殊な放射線の専門家がいる、いないに関わらず、避難場所やどのような措置をとったらよいかなどを調べておく。
- ・災害の範囲に入っていない市町村へも情報を流しておかないと、近隣の市町村が事故にあったり、いざというときに動けないので、市町村との連携が必要。
- ・マスコミや電話相談に対応できるよう、きちんと知識を身につけておく。

● 4 グループ

- ・原子力関連事案を中心に検討。
- ・避難所を設置する際の申し入れをする場合、佐世保市では医療チームが消防に置かれて、保健師が医療の相談をするようになっている。
- ・資材の確保をどうするか等、事前に対応を考えておく。
- ・住民の方へきちんとした電話対応ができるよう、事前研修会を開き、原子力関係の知識を得ることが重要である。

● 5 グループ

- ・課題のとらえ方。原子力や放射線事故はまれであるので、方策が必要だということを認識しづらいのが大きな課題。
- ・佐賀県や長崎県では、実際に訓練している。可能であれば、そのような訓練を実際に見てみる。自分のモチベーションを高め、その中で関係機関の役割分担を検討したり、一から考えるのではなく、他の現状も把握してみる。
- ・放射線関係は知識がないと全く役に立たないので、基礎知識を得るための講習会等を行う。
- ・PTSDについて、保健所レベルでどのように対応するのか。

## 課題2：希少事例への対応

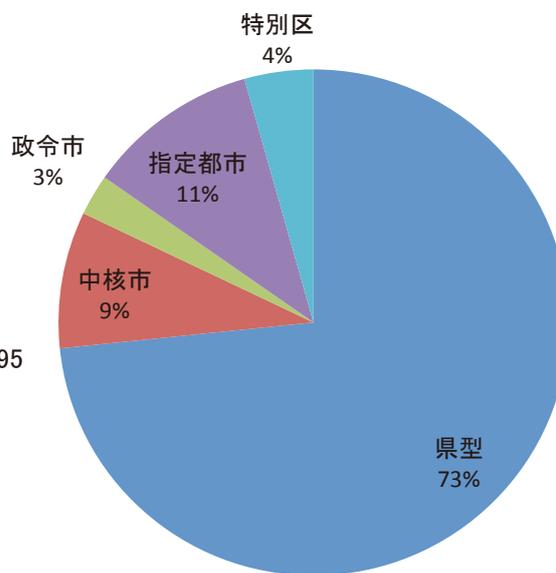
### ● 3グループ

- ・地域防災計画をどういう人が使うのか。厚労省などのホームページ上でリアルタイムにアップデートされているとよい。
- ・情報を見る人が保健所職員とは限らず、住民や一般の方の場合もあるので、NHKなどのデジタル放送上で流してはどうか。
- ・アクセスがない場合は、広報や回覧で情報を流す。
- ・Q&Aの内容で他にあった方がよいと思うのは、急性期の、実際に事故が起こった時、保健所が主に関わっていくことはメンタル的なことであるが、急性期をある程度すぎた頃のQ&Aがあると使い勝手が良い。
- ・その後の環境測定や健康の影響など、何十年という範囲になると思うが、放射能がどのように人に影響があるのかなど、行政として把握しておくべきである。

### ● 2グループ

- ・目に見えない危機であるため、最初の情報収集と正確な情報、迅速な対応が逆サイドにある。その中で、保健所の役割は健康相談、現地に派遣された県や関係機関の職員の健康チェックである。暑い時期は防護服で活動できる時間が限られる。
- ・住民相談は、情報が揃わない限り、不安を和らげることはできない。
- ・放射線がどのようなものかによって、避難の範囲が違ってくる。そのようなことを想定して、住民からの問い合わせに対応できるよう、事故を起こした物質が何であればこうであるとか、ライン引きをすることも大事である。
- ・長崎県のマニュアルは、保健所でやるべきことが明記されている。時間、場所、空間的な基礎知識を保健所職員が把握しておく。

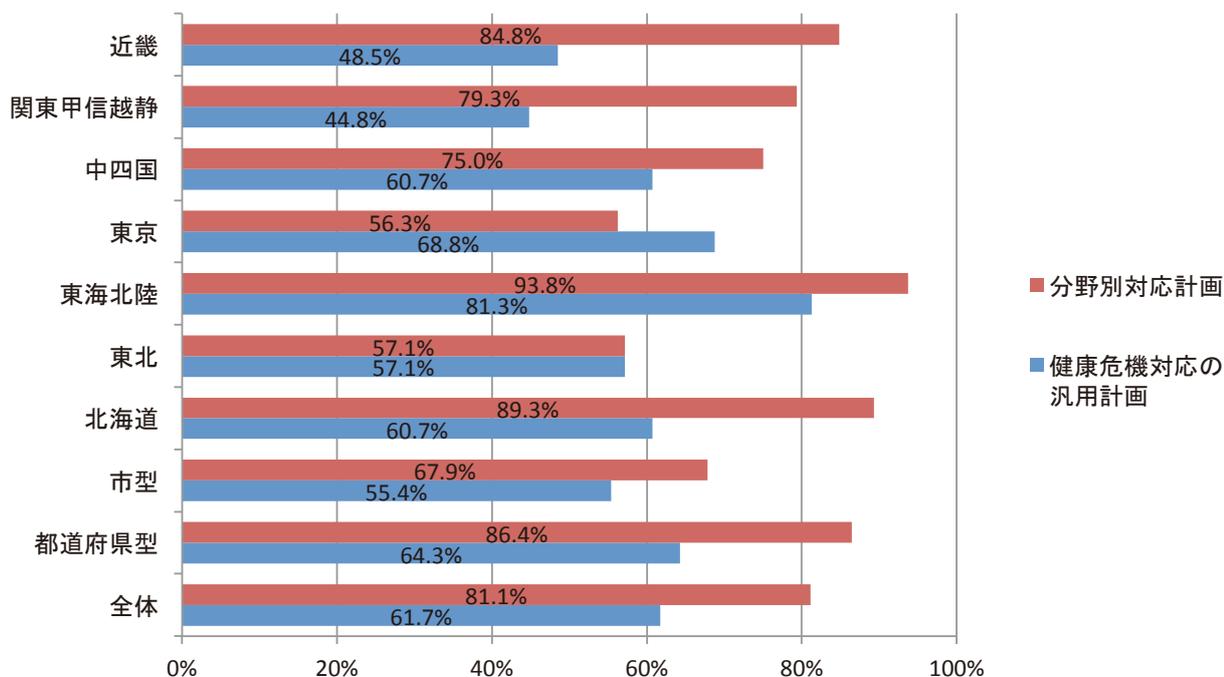
回答件数	回答数の構成割合	
北海道ブロック	28	12%
東北ブロック	48	21%
東海北陸ブロック	14	6%
東京ブロック	16	7%
中四国ブロック	28	12%
九州ブロック	33	14%
関東甲信越静岡ブロック	29	13%
近畿ブロック	33	14%
計 回答率%	229	46% 全国保健所数495



保健所種別	回答数	割合
県型	168	73%
中核市	20	9%
政令市	6	3%
指定都市	25	11%
特別区	10	4%
計	229	

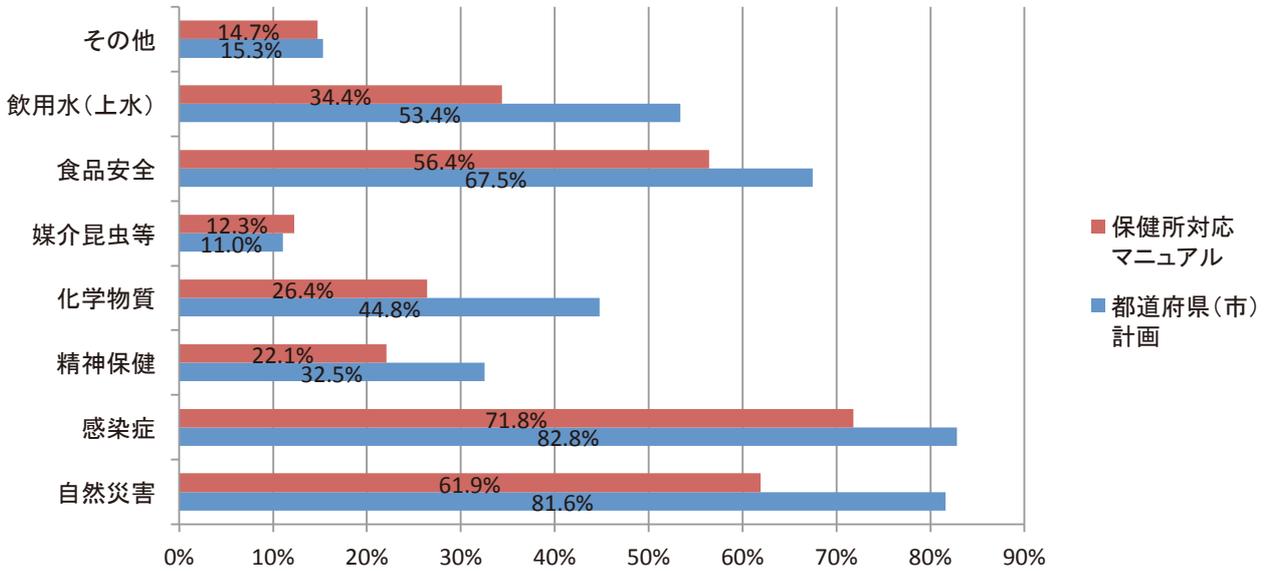
### I. 保健所の対応体制の現状について

①健康危機に対応する都道府県(保健所設置市においては市)全体の計画が作成されていますか。(九州ブロックを除く n=196)



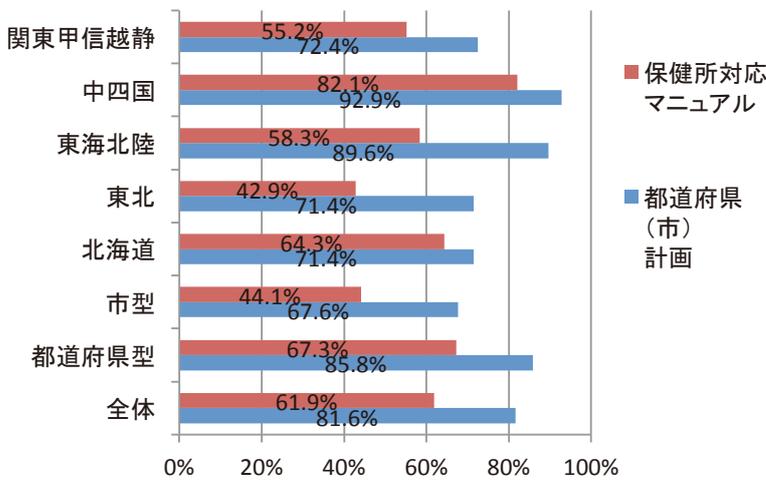
② 上記計画において保健所の役割は記載されていますか。また、貴保健所では「保健所対応マニュアル」を整備していますか。(九州、近畿ブロックを除くn=163)

保健所の役割の記載 九州、近畿以外 n=163

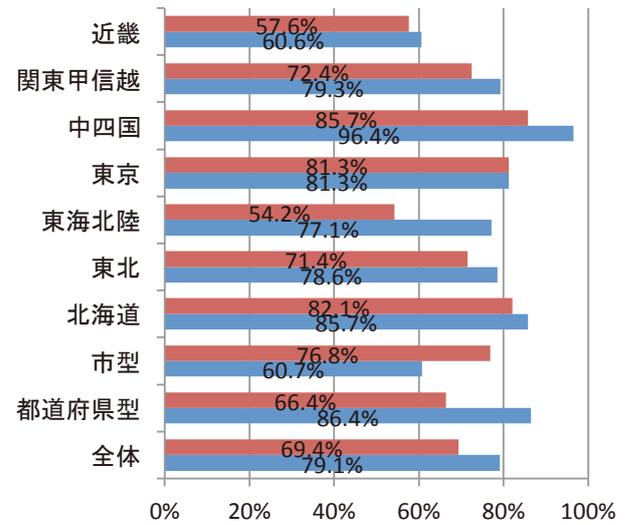


各分野ごとの回答 九州近畿ブロックを除く n=163 一部回答ブロックが異なる

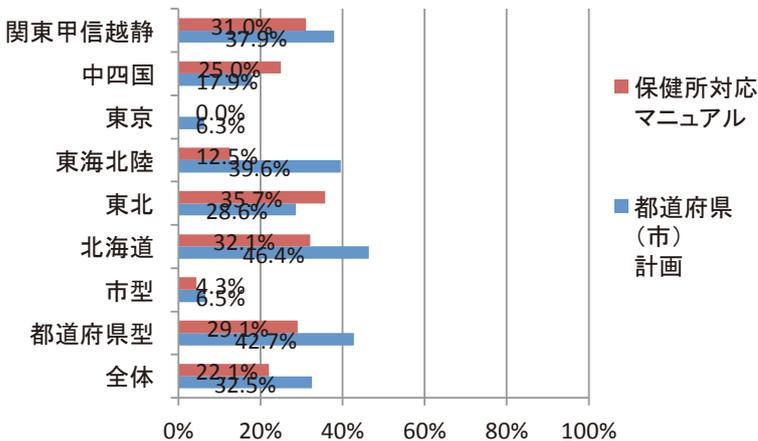
(ア) 自然災害 九州、近畿、東京ブロック以外n=147



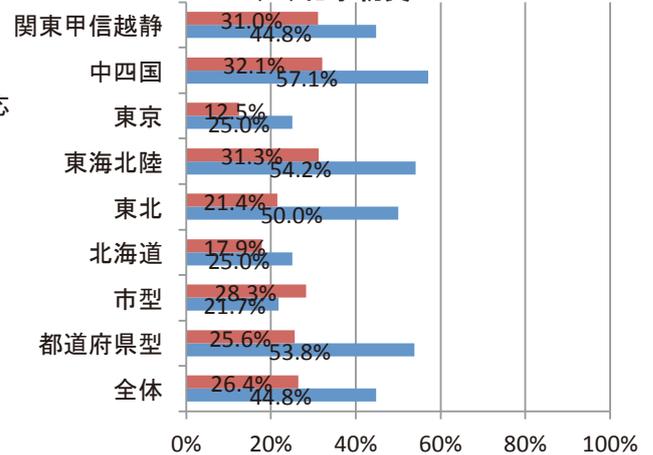
(イ) 感染症 九州ブロック以外n=196



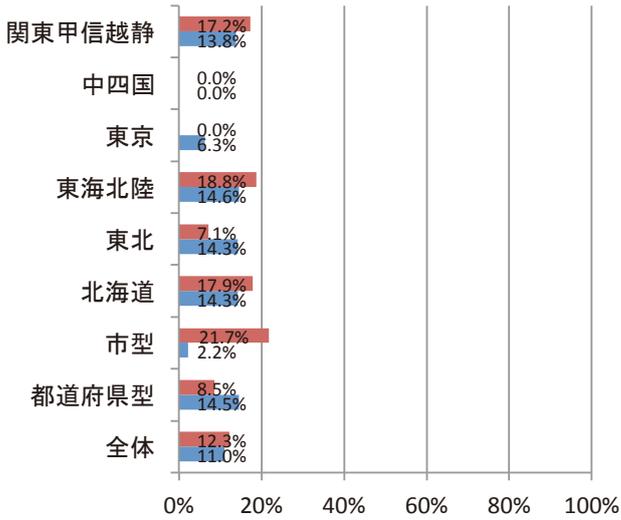
(ウ) 精神保健



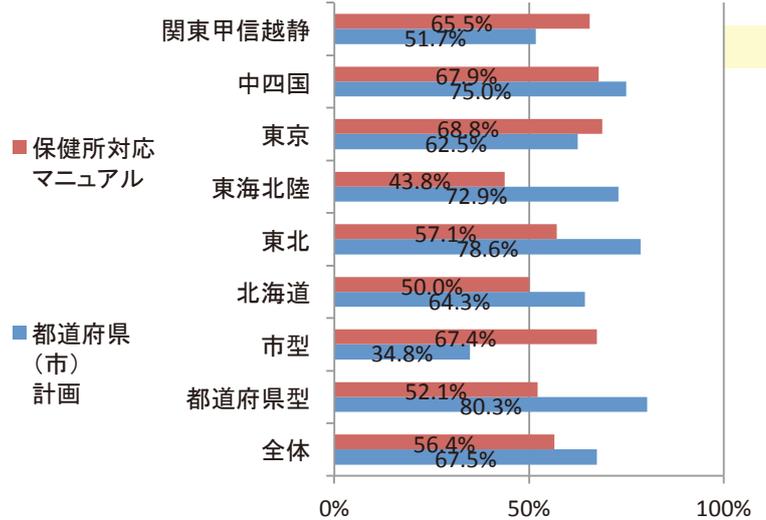
(エ) 化学物質



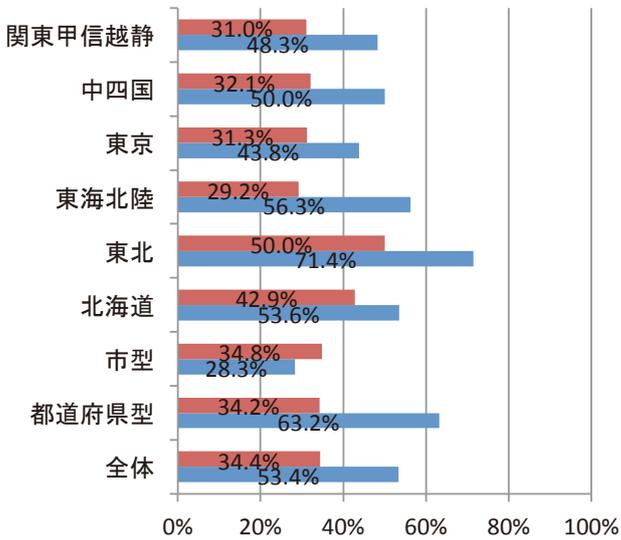
(オ)媒介昆虫等



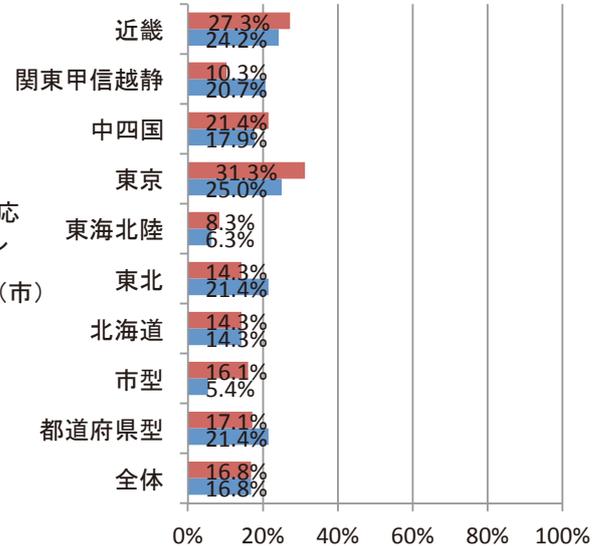
(カ)食品安全



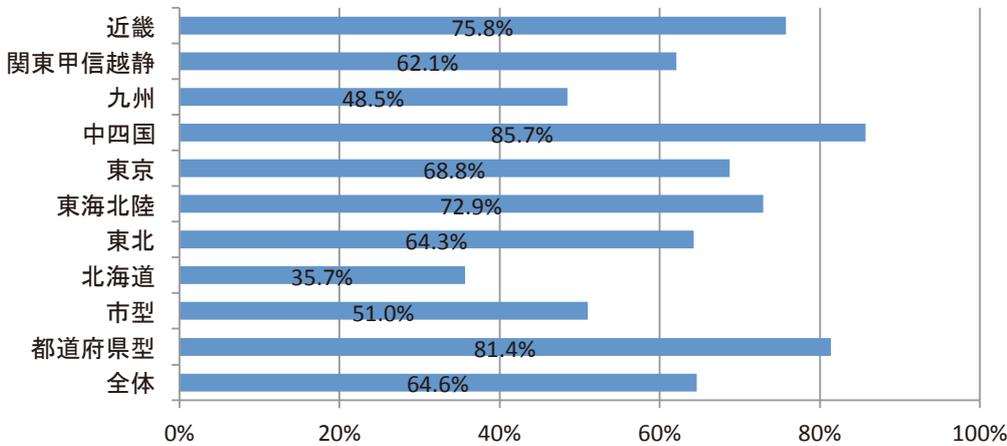
(キ)飲用水(上水)



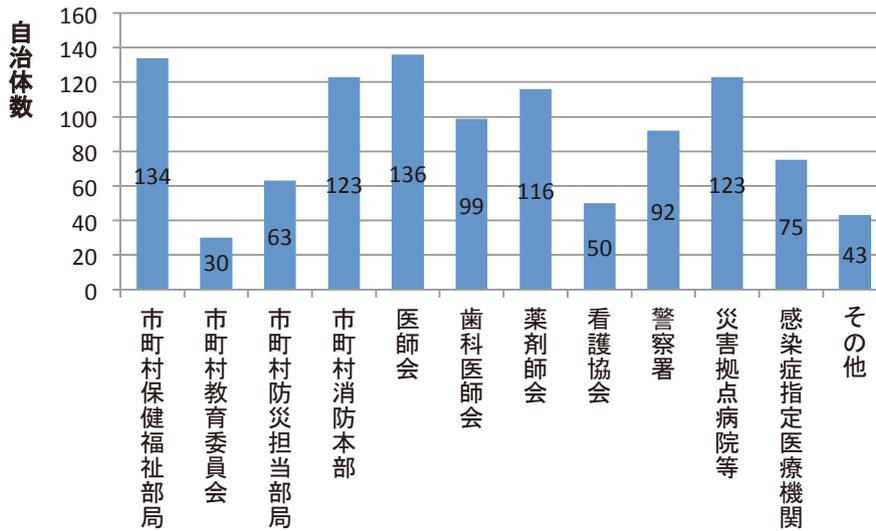
(ク)その他 九州ブロック以外n=196



③ 貴保健所では、管内市町村や関係団体を集めた地域における健康危機管理に関する協議を行う会議を開催していますか。N=229



開催している場合、会議に含まれる構成メンバー（複数回答）



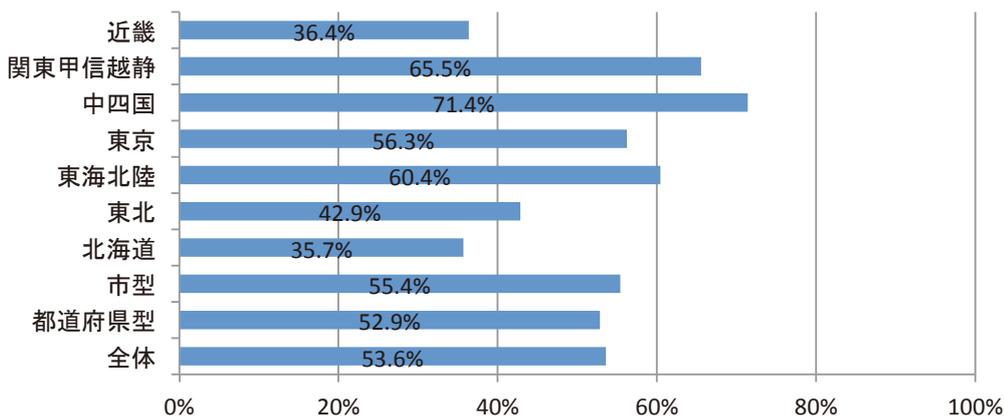
「その他」の内容

- 公的病院
- 感染症審査協議会員
- 管内の中核的な医療機関
- 市町村農林水産部局
- 県(地域)防災担当部局
- 県農林水産部署
- 自衛隊、広域消防組合
- 救急告示病院、二次救急輪番病院
- 精神科救急病院
- 医療機関(病院)
- 電力会社、ガス会社
- 精神障害者家族
- 運輸、農政、検疫
- 水道企業団
- 小中高長会、教育事務所
- 教育機関
- 保健福祉部、福祉・介護関係者

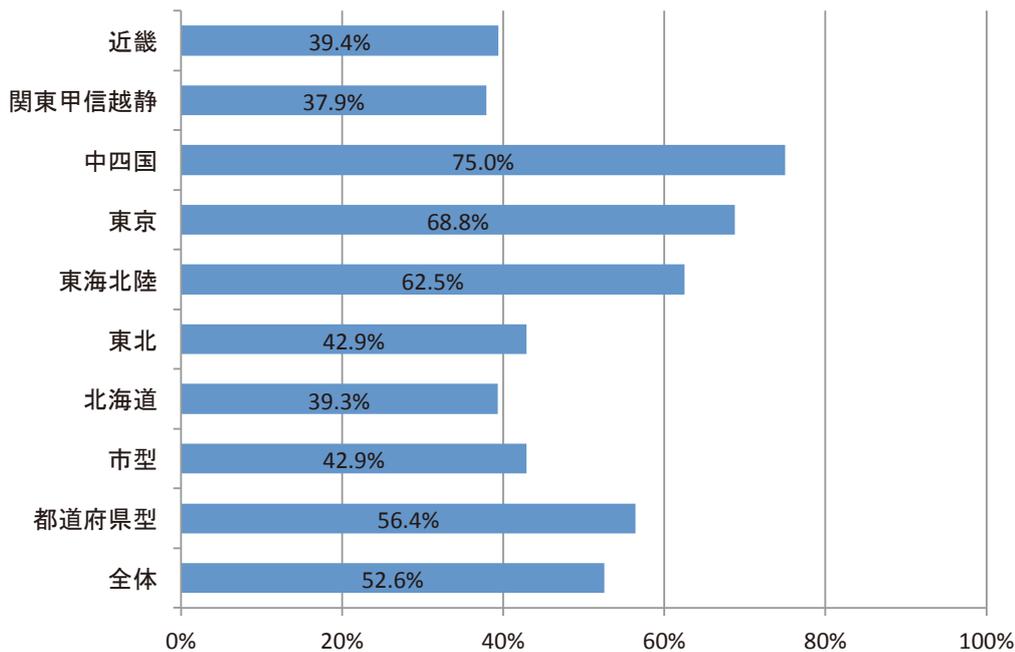
社会福祉協議会

- 食品衛生協会
- 女性団体、区民代表
- 民間事務所
- 県関係出先機関
- 獣医師会
- 学識経験者
- 検討内容により構成メンバーの変
- 災害医療コーディネーター
- 介護保険サービス事業所
- 母子愛育会会
- 食生活改善推進協議
- 赤十字奉仕団
- 消防署
- 労働基準監督署
- 厚生委員・児童委員代表
- 観光協会
- など

④ 上記計画には健康危機時の保健所機能に対する庁内外からの支援についての記載がありますか。九州ブロック以外 n=196



⑤ 健康危機時に保健所が行う医療調整や公衆衛生対応での調整に人員が不足する場合、その要望を伝える仕組みが決まっていますか。決まっている場合には伝達の間および伝達先をお答えください。九州ブロック以外n=196



#### 伝達の間

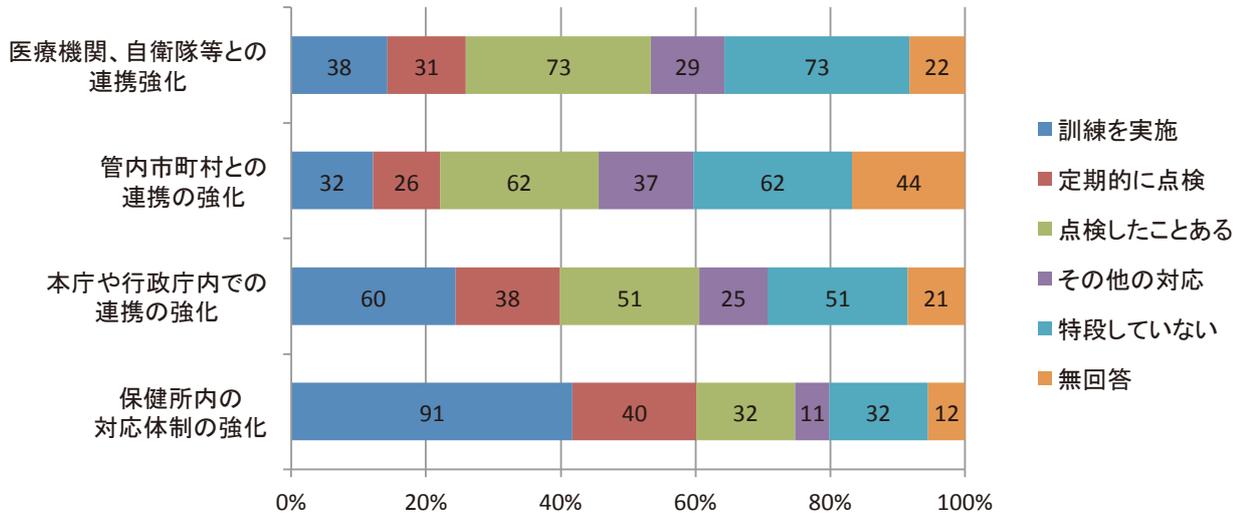
健康危機管理対策会議  
 地域医療救護活動支援室  
 災害対策支部会議  
 県庁  
 文書  
 電話  
 メール  
 広域指導班  
 振興局  
 本庁対策本部  
 感染症対策本部  
 保健所から人的支援派遣  
 保健所長会  
 特に決まっていない  
 直接  
 県の他の保健所  
 健康福祉局責任職会議等  
 地区対策本部  
 随時  
 防災情報システム  
 保健所処務規則に規定  
 新型インフルエンザ等対策地方本部  
 県民局で調整して支援

#### 伝達先

医務課  
 主管課  
 県庁  
 県地域福祉課  
 支部長  
 対策本部会議  
 医療福祉計画課  
 医薬安全課  
 医療政策課  
 健康福祉部  
 保健福祉部  
 県健康増進課  
 技監  
 総合振興局  
 関係機関  
 近隣保健所  
 東海北陸ブロック健康危機管理連絡協議会  
 食品衛生協会  
 保健医療課(各担当課)  
 区長  
 他部署の保健師  
 出先の関係部局  
 職員課  
 幹事課  
 県内の他の保健所の所長  
 東海北陸厚生局  
 本庁感染症グループ  
 県民局  
 など

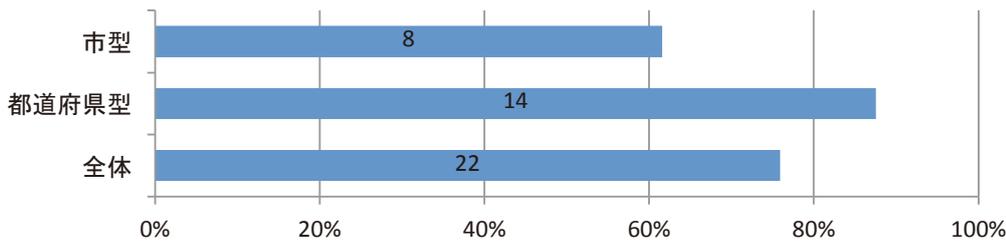
## II. 対応体制の強化について

多田羅班では分野別健康危機への保健所の標準的な対応をICS/IAP/ACという形でお示しし、全国の保健所等に配布しています。健康危機への対応体制強化のために以下のような取り組みを行っていますか。複数選択(回答n=229)



### <以下、関東甲信越静岡ブロックのみの設問> 市型13、県型16

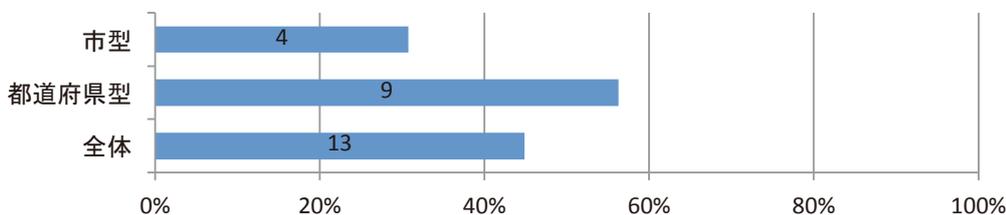
⑥ 災害発生時、圏域内の医療機関の病床状況等を把握する手段として広域災害医療情報システム(EMIS)を整備し、



★いいえとお答えの場合、医療機関の状況把握にどのような手段をお考えか教えてください。

- 1 電話・ファックス・メール等
- 2 MCA無線による医療救護対策本部と地区病院等との情報収集及び提供
- 3 千葉県が運用する広域災害・救急医療情報システムを利用することで、災害発生時における医療機関の情報を把握する
- 4 その時の状況により
- 5 一般電話、衛星携帯電話等を使用した連絡

⑦ 被災された方々に対する避難所における具体的な健康支援策(体操等)は決まっていますか。

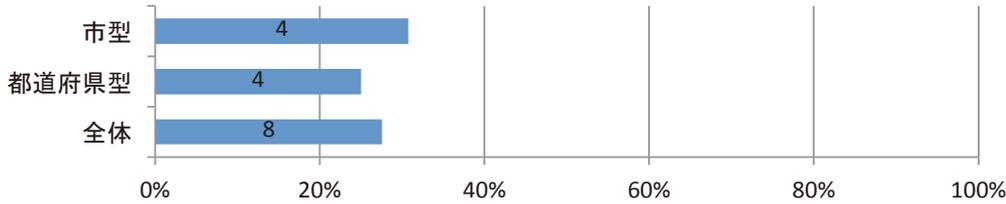


★はいとお答えの場合、どのような内容が教えてください。

- 1 主に健康管理支援
- 2 保健活動マニュアルが整備しており、その中に支援方法(チラシ等)が示されている
- 3 保健師が巡回する
- 4 災害時保健師活動マニュアルを作成し、健康状態の把握、健康教育の実施等を定めている
- 5 感染症の蔓延防止。衛生面・メンタル面のケア。口腔機能の維持及び回復。飲料水の確保。
- 6 市町村主体での実施に対する情報提供等…避難所チェックリストモデル
- 7 健康状態の把握、衛生管理と環境整備、栄養支援、こころのケア、感染症対策、食中毒予防、歯科口腔保健
- 8 健康チェック、健康相談、感染症発生・蔓延予防のための環境整備・衛生教育等

- 9 感染予防、生活不活発病予防、食事、運動
- 10 保健所ではなく、各区保健福祉センター健康課(市民局)で実施することがマニュアルで規定。
- 11 避難所における健康支援活動ガイドライン
- 12 (県)避難所における健康支援ガイドライン

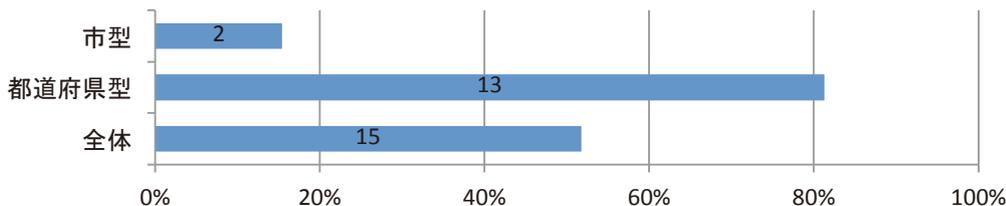
⑧ 要援護者等に対する二次避難所以降での支援策は決まっていますか。



★はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

- 1 保健所は難病のみ把握。市等関係機関との連携を強化し難病以外の要援護者の窓口を確認している。
- 2 保健師等が支援する
- 3 障害の特性に配慮したスペースの確保、視覚・聴覚・知的障害者など障害の特性に応じた情報伝達の対応
- 4 管内市町村の救護活動の支援…避難者の健康管理及び処遇調整
- 5 福祉避難所として、各福祉施設と契約をしている
- 6 保健所ではなく、防災対策課(総務局)で規定(千葉市地域防災計画)
- 7 避難所における健康支援活動ガイドライン

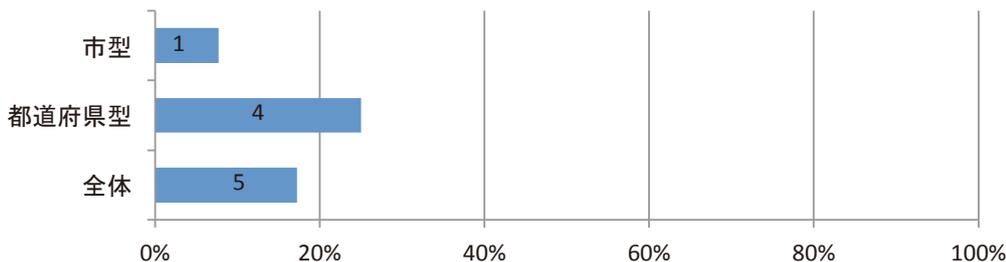
⑨ 在宅で人工呼吸器を使用されている方など要緊急援助者への対応策は決まっていますか。



★はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

- 1 市町村の支援
- 2 H24から、人工呼吸器装着者の情報の把握を行い、訪問看護ステーションなどとの連携を強化に努めている
- 3 難病対策として対応する
- 4 「災害時個別支援計画策定マニュアル」に基づいた患者別の支援計画
- 5 特定疾患医療給付申請者のうち、人工呼吸器を使用されている方に対して安否確認を実施する。
- 6 リスト(随時更新)に基づき安否確認
- 7 〇ハイリスク者台帳の作成
- 8 被災状況の確認、人工呼吸器用酸素等の供給状況の確認、県救護本部へ医薬品の確保要請、巡回相談、
- 9 災害時支援対象者を優先度1~3に分類しリストを作成することで災害時安否確認を行う。
- 10 安否確認、電源確保状況や状態に応じた病院等調整
- 11 事前に患者情報を消防署、電力会社に提供している。
- 12 松本広域圏災害時医療連携指針
- 13 避難先、病院への避難方法、避難に際しての必要物品、電源が使えない場合の対応、etc.
- 14 安否確認、停電時の電源確保についての連絡対応

⑩ 慢性疾患患者(特に透析、インシュリン、免疫抑制剤等の治療を受けている方々)への支援策は決まっていますか。



★はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

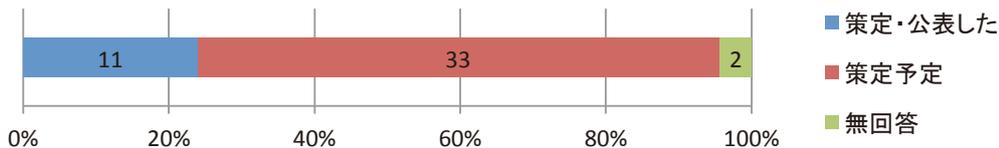
- 1 「災害時個別支援計画策定マニュアル」に基づいた患者別の支援計画
- 2 〇 台帳登録者の安否確認
- 3 透析施設の医薬品や給水状況の把握、県救護本部への透析液等の確保要請、水道事業者へ給水の優先確保の要請
- 4 松本広域圏災害時医療連携指針

<以下東海北陸ブロックのみの設問> n=48

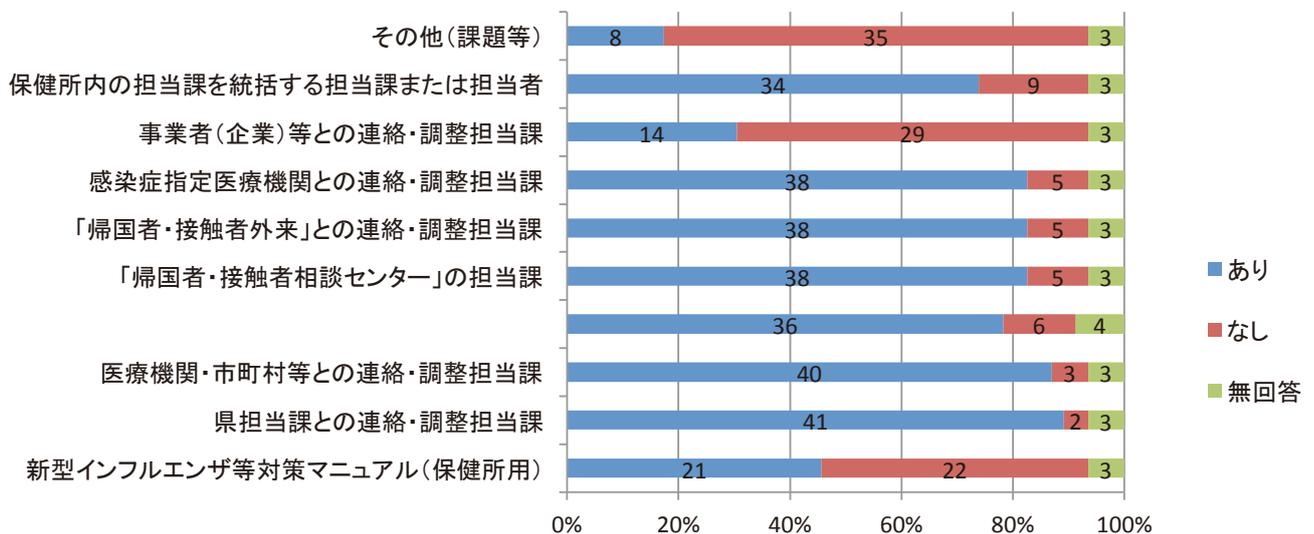
V. 新型インフルエンザ等の感染症対策について

※東海北陸ブロックのみの設問

① 貴県における、新型インフルエンザ等対策の実施に関する計画(「新型インフルエンザ等行動計画」)策定の進捗状況についてお答えください。



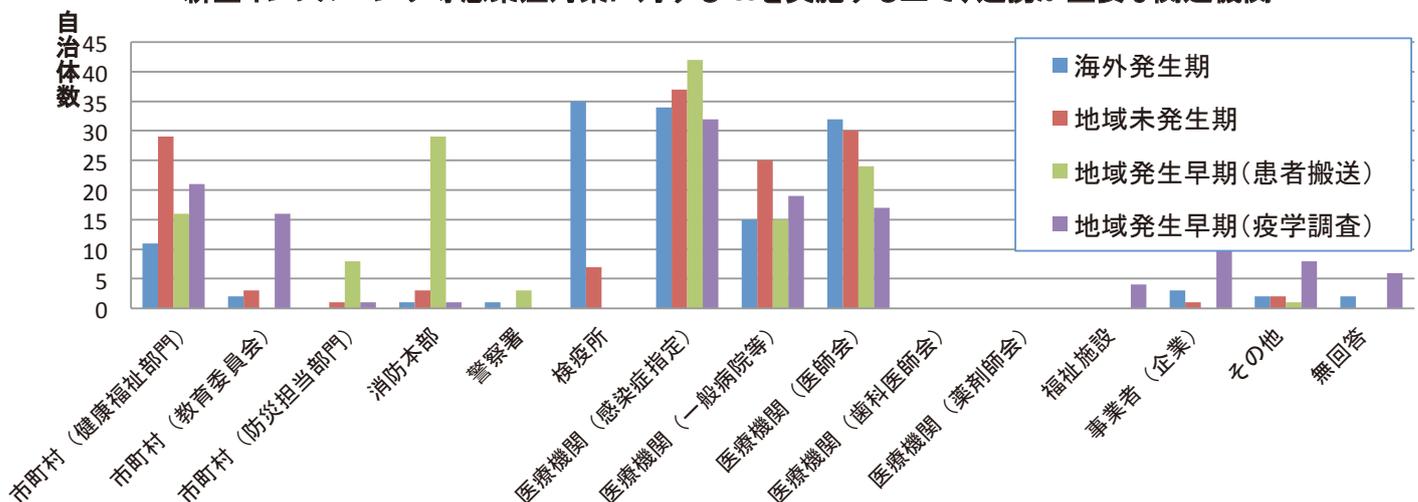
② 貴保健所内における、新型インフルエンザ等の感染症に対する体制について整備をできている(分担を決めている)項目



VI. 感染症分野におけるICS/IAP/ACについて

※東海北陸ブロックのみの設問

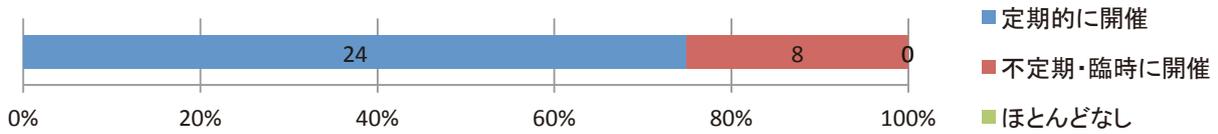
新型インフルエンザ等感染症対策に対するICSを実施する上で、連携が重要な関連機関



＜以下、近畿ブロックのみの設問＞ n=33

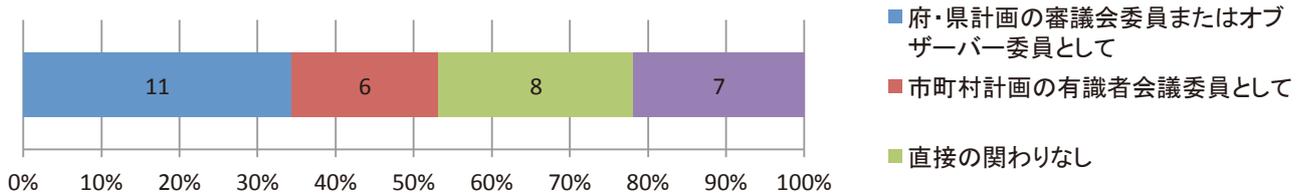
IV. 他保健所長との連携について

県内・府内保健所長と打合せをする機会がありますか。



V. 新型インフルエンザ等対策行動計画について

新型インフルエンザ等対策行動計画への関わりについてお尋ねします。



「その他」の内容:

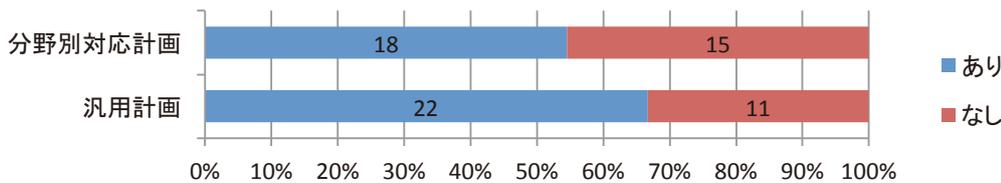
- 1 医療分野の実施主体として〇〇市新型インフルエンザ等対策行動計画策定に関与
- 2 府保健所長会代表が参加
- 3 〇〇市新型インフルエンザ等対策行動計画(案)を保健所を中心に策定中。
- 4 所長会の代表は委員として参加し、所長会の意見反映に努力した
- 5 県行動計画の策定時に開かれた関係機関の会議に参加した
- 6 策定部所(本庁)と兼務

＜以下九州ブロックのみの設問＞ n=33

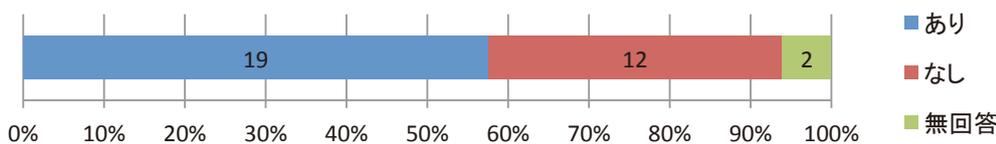
テーマ1 【原子力災害時における保健所の調整機能及び対応体制の強化について】

I. 保健所の対応体制の現状について

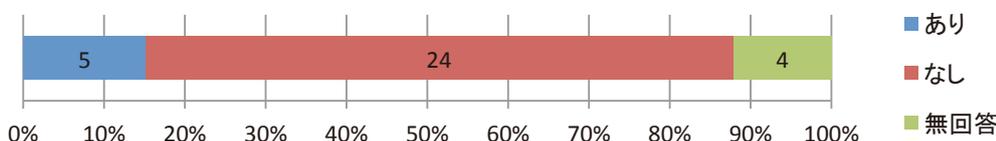
① 原子力災害時における健康危機に対応する都道府県(保健所設置市においては市)全体の計画が作成されていますか。



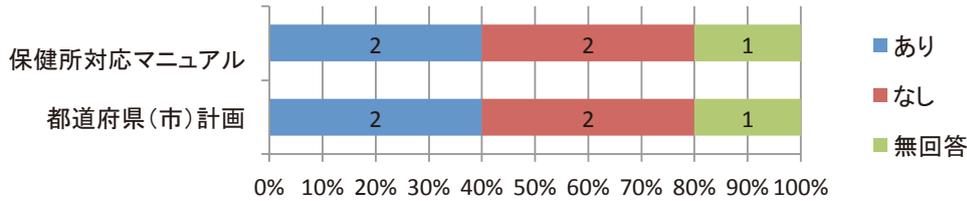
② 原子力災害に関する上記都道府県計画に保健所の役割は記載されていますか。



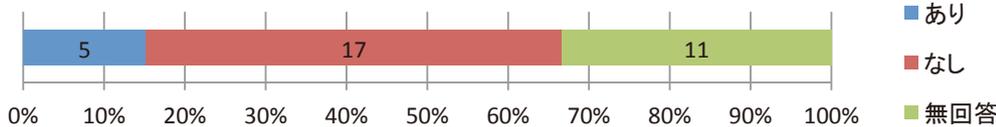
③ 貴保健所では「保健所対応マニュアル」を整備していますか。



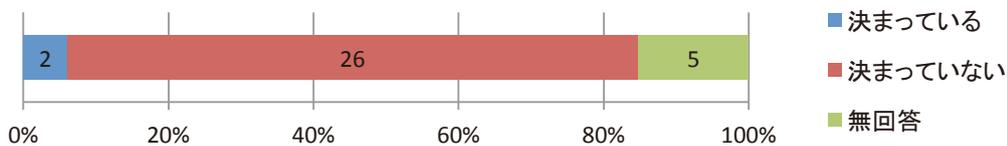
「あり」の場合、原子力災害に対応する記載はありますか。



④ 上記計画には健康危機時の保健所機能に対する庁内外からの支援についての記載がありますか。



⑤ 原子力災害による健康危機時に保健所が行う医療調整や公衆衛生対応での調整に人員が不足する場合、その要望を伝える仕組みが決まっていますか。決まっている場合には伝達の場合および伝達先をお答えください。



伝達の場合

市災害対策本部  
現地災害対策本部

伝達先

総括, 広報チーム

### III. 特徴的な取り組みについて

以上の質問に加えて、隣接県の保健所との連携、企業やNPOとの連携による対応の強化など、特徴的な取り組みがございましたら以下にお答えください。

- 健康危機管理に関する研修会の開催
- 隣接県の保健所との連携  
平成24年1月、京都府庁、京都府3保健所、兵庫県県庁、兵庫県3保健所の関係者による「新型インフルエンザ関係者連絡会議」を開催した。  
平成25年4月には、“中国における鳥インフルエンザA(H7N9)”発生を受け、隣接する兵庫県2保健所と情報共有を図った。
- ・保健所管内健康危機管理関係機関連絡会議を昨年度から再開し、今年度はその中に感染症部会と災害部会を立ち上げ、今後はそれぞれの部会を中心にそれぞれの健康危機について対策の検討を進めて体制整備を図る方針としている。  
・所管地域が兵庫県に隣接している上に、一部の所管地域の住民は兵庫県を生活圏としているため、今後健康危機管理についても当該地域を所管する兵庫県の保健所や医療機関とも連携を図る方向で調整を進めたいと考えている。
- 感染防止対策加算1、2算定施設合同カンファレンスへの参画、情報提供
- 関西国際空港検疫所との連携(会議、訓練、調査 等)
- 中核市の特性を生かし、“フットワーク”良く、例えば医療機関には、個別に訪問して協議するようになっています。
- 多田羅班が示す、ICS/IAP/ACという形での対応強化との視点では、回答が困難な項目が多い。  
保健所では、行政改革で人員が削減され、体制強化よりも通常業務を処理するのがやっとの状況である。新型インフルエンザ発生時や地域の災害が発生した場合、BCPIにより業務を縮減しても実際に業務が継続できるかどうか不安な状況にある。その現状からも強固な保健所支援システムが必要な状況であるが、現状では模索の段階にある。  
そのためにも、デマンドだけではなく社会的ニーズを高めることにより、行政全般(上部組織)に健康危機管理事案発生時の保
- ICS/IAP/ACを考慮したあるいは活用した取り組みは行っていない。
- ・上記(エ)について  
県作成の「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき「西宮市新型インフルエンザ等対策行動計画」を作成中である。近く医師会・防災・消防・教委等関係者を交えた会議を予定している。  
・自治体間の連携について  
阪神南圏域(尼崎市・西宮市・芦屋市)として、県芦屋健康福祉事務所のリーダーシップの下、行っている。

- 10 隣接県との協定等の連携はできていません。ただ、県内で新型インフルエンザ発生時の患者搬送訓練を毎年保健所持ち回りで実施している。一般病院、保健所、大学感染症センターが参加して、アイソレーターを用いて搬送訓練を実施している。また、感染症ではありませんが、災害時のICSに関して、毎年、防災訓練で、医療救護訓練に加えて避難所訓練を実施しており、保健所と市町村が協働して避難所の運営調整をしている。また、医療機関の復旧状況、避難所・救護所等の健康把握、支援チームの調整を行うため、県医師会、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村担当で構成される地域災害医療等対策会議を設置しており、衛星携帯による県対策本部との連絡体制の確認と、派遣調整をしている。
- 11 ○○保健所は管内に泊原子力発電所があるため、原子力に対する研修・訓練を行っている。
- 12 保健所職員及び食品取扱事業者等の危機管理対応能力の向上を図るとともに、北海道及びホテル・高齢者福祉施設等の関係者相互の連携・協働を促進し、緊急時における迅速かつ適切な連絡体制等を確保するため、食品に由来する大規模健康被害の発生を想定した○○市独自の「食品健康危機管理シミュレーション訓練」を平成23年度から毎年実施している。
- 13 県境に居住する住民の生活圏は両県にまたがっており、県際保健所は平常時から様々な業務において連携した対応が求められることが少なくないこと、特に健康危機管理事案における迅速な対応が可能な体制の確立が課題となっていることから、震災後においても県際5保健所がまず顔の見える関係の構築からはじめ具体的な課題解決のための検討の場を通じてお互いの機能強化に努めていること
- 14 食品安全：食品衛生協会との協定、感染症、媒介昆虫等：公益社団法人愛知県ペストコントロール協会との協定（災害等発生時における防疫活動の協力に関する協定書）
- 15 災害医療対策については、市町（防災担当部局を含む）、県の防災担当出先機関、警察署、消防機関、病院、診療所等の参加による医療情報伝達訓練を平成23、24年の2年間実施しました。
- 16 「感染症危機管理ネットワーク会議」として、感染症に関するネットワークも構築しています。構成の関係機関は、感染症指定医療機関、管内総合病院、市町村保健福祉部局、市町村消防本部等です。
- 17 鳥しよ保健所の出張所毎に、所管町村が同じである支庁という東京との機関があり、そこの連携一連動した体制をとる仕組みがある。
- 18 『原子力災害対策』について「○○市地域防災計画」に位置づけているほか、「○○市保健医療計画」の施策の方向性にも位置づけをしている。
- 19 隣区と、健康危機管理発生時の検査実施協力体制について協定を締結
- 20 震災対策、新型インフルエンザ等対策では、二次医療圏ごとの連携会議がある。
- 21 東京都あるいは特別区レベルで所管の部長会・課長会を毎月開催している他、メールや電話等による情報連絡体制ができています。感染症対応等では東京都健康安全研究センターの協力の下、関係各区による対策会議等を各区の保健所長が招集して開催する体制ができています。
- 22 電話不通時はアマチュア無線赤十字奉仕団と連携
- 23 災害時要援護者支援セミナーの実施。市町村保健福祉部局・防災担当部局、地域包括支援センター、社会福祉協議会、警察、消防等が参加。
- 24 健康危機対応ではないが熊本県芦北水俣地域と鹿児島県境（出水、伊佐市）は救急医療、一般医療、歯科医療で連携の必要に迫られて毎年、水俣市立総合医療センターが中心になって地域医療連携懇話会をもち平成25年度は地元の38医療機関（歯科も含む）と市町村や薬剤師会、隣県の公的医療機関3カ所、その他7カ所の医療機関の参加があり、救急、一般、災害医療での連携を確認した。官公署関係は地元保健所や消防本部、隣県の出水保健所、川薩保健所や関係消防本部が参加している。会の内容は今年度は総合医療センターから「神経内科通常診療再開とt-PA静注療法について」水俣芦北消防本部から「プレホスピタルレコードについて」の講演と新任医師紹介あとは懇親会で参加者220名。
- 25 津波による浸水時の保健所代替施設の確保
- 26 ・南薩地域における感染症の発生を早期探知し、迅速に情報共有し、地域全体の予防対策を講じることで感染拡大を防止することを目的に、平成22年9月から地域？ネットワークを運用している（医療機関、社会福祉施設、？機関、市等）  
・管内での高速船事故を対応した経験から市の防災訓練に保健所職員が参加している。
- 27 那覇市保健所は、本年4月に開所したばかりであり、当保健所としての①～④の項目での取り組みはおこなっておらず、これから整備する重要な課題として認識している。  
昨年、沖縄県中央保健所の主催で、那覇市の職員を含め健康危機管理に関する研修会等を行っており、一部ICSについても学習してある。中核市になることの主要なメリットとして健康危機管理対応の向上をあげており、今後防災と協議しながら必要な訓練もしていきたい。また、今年市町村行動計画を作る新型インフルエンザ対策を通して、体制を作っていくたい。

## VI. 管内の医療機関・団体との連携上の課題について 近畿ブロック

感染症健康危機時に連携が必要な医療機関・医師会等の団体と解決困難な課題があれば教えてください。

- 1 迅速に情報の共有ができるICTシステムの構築

- 2
  - ・夜間休日などの時間外について、通常の救急医療に加えて感染症診療を行う体制の構築が困難。
  - ・感染症指定医療機関以外の協力医療機関における感染症患者用病床の確保が困難。
  - ・感染症が疑われる患者の医療機関への搬送について、消防機関(救急隊)の拒否感が強い。
  - ・ワクチンの集団接種が必要な場合においても関係機関の協力が得られにくい。
  - ・病原性が強い感染症で外出自粛等の対応が必要となる場合に、協力が必要となる警察や市町村の他部局(福祉、教育委員会、商業・工業、市民生活など)等の一部の関係機関の関心が薄い。
- 3 未知の感染症に対しては、その致死率が高い場合医療機関や医師会がどこまで対応してくれるかを事前に確約を得るのは難しい。
- 4 地域における診療体制の構築  
疾患によっては、診療に協力いただけない医療機関も考えられる。
- 5 特定感染症指定医療機関の受入体制の問題
- 6 医師会とは保健所の各種委員会委員、医療機関外来DOTS、予防接種の委託医療機関など密接な協力関係にありますが、一旦契約交渉がこじれると契約を人質に取られ他の事業の詳細な議論が出来ない状況にあり困っています。
- 7 管内に感染症指定医療機関、大学病院などがなく、感染症危機管理について主体的に対応できる医療機関がない。
- 8 感染症指定医療機関以外の医療機関及び医師会を対策の中に組み込むことについて、調整作業が必要です。
- 9 県医師会と、根本的なところで意見の相違がある様に思われる。
- 10 新型インフルエンザ発生期及び県内感染期等における入院医療機関や外来協力医療機関の確保
- 11 体制整備に向けた行政側の人材育成と予算確保が必要である。
- 12 医師会とも、十分合意ができていて、何ら問題はない
- 13 解決困難ではないが、帰国者・接触者外来や相談センターが機能するかどうかや、相談窓口やコールセンターがスムーズに設置されるかどうか、また、関係機関との情報共有等がメールやFAX等でスムーズに提供できるかが課題と考える。

平成 25 年度 保健所連携推進会議（関東甲信越静ブロック）事前アンケート（9.11 案）

【健康危機管理における保健所の体制強化及び保健所支援体制の構築について】

\*アンケートへの回答にあたっては、以下の報告書を参考とされますようお願いいたします。

○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（研究代表者 多田羅浩三）  
別冊 保健所健康危機管理対応指針 日本版標準 ICS/IAP/AC 3 以降の分野別 報告

※ 1 つの保健所より複数名参加される場合は、1 回答のみで結構です。

回答者氏名 : \_\_\_\_\_

所属保健所および職名 : \_\_\_\_\_

保健所設置種別（該当に○）： 県型（ ）・市型【中核市・政令市・指定都市】（ ）・特別区（ ）

I. 保健所の体制の現状について

① 健康危機に対応する都道府県（保健所設置市においては市）全体の計画が作成されていますか  
あてはまるものに ○をつけてください。

健康危機対応計画は無く国民保護計画での対応が流用されると思われる（ ）

健康危機対応の汎用計画がある（ ） ・ 分野別対応計画がある（ ）

例： 新型インフルエンザ対応計画、河川毒劇物流域対応計画

② 上記計画において保健所の役割は記載されていますか。また、貴保健所では「保健所対応マニュアル」を整備していますか。マニュアルに各々に対応する記載があれば○を付けてください。

自然災害 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

感染症 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

精神保健 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

化学物質 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

媒介昆虫等 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

食品安全 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

飲用水（上水） 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

その他（ ） 都道府県（市）計画（ ） 保健所対応マニュアル（ ）

③ 上記計画には健康危機時の保健所機能に対する庁内外からの支援についての記載がありますか？

ある（ ） ない（ ）

④ 健康危機時に保健所が行う医療調整や公衆衛生対応での調整に人員が不足する場合、その要望を伝える仕組みが決まっていますか？決まっている場合には伝達の間および伝達先をお答えください。

決まっている（ ）【伝達の間 伝達先】

決まっていない（ ）

⑤ 貴保健所では、管内市町村や関係団体を集めた地域における健康危機管理に関する協議を行う会議を開催していますか？ 開催している場合、その会議名称もお答えください。

ア 開催しているまたは開催予定している ( ) 【会議名称 ( )】  
開催していない ( )

(複数ある場合は別紙等にお答え頂きますようお願いいたします)

イ 開催している場合、その会議の構成メンバーに含まれているものに全て○を受けてください

市町村保健福祉部局 ( ) 市町村教育委員会 ( ) 市町村防災担当部局 ( )

市町村消防本部 ( ) 医師会 ( ) 歯科医師会 ( )

薬剤師会 ( ) 看護協会 ( ) 警察署 ( )

災害拠点病院等の中核的な医療機関 ( ) 感染症指定医療機関 ( )

その他 ( )

《以下⑩までは、主に大きな自然災害時の対応を想定してお答えください》

⑥ 災害発生時、圏域内の医療機関の病床状況等を把握する手段として広域災害医療情報システム(EMIS)を整備し、利用する体制をとっていますか。

はい ( ) いいえ ( )

いいえとお答えの場合、医療機関の状況把握にどのような手段をお考えか教えてください。

( )

⑦ 被災された方々に対する避難所における具体的な健康支援策(体操等)は決まっていますか。

はい ( ) いいえ ( )

はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

( )

⑧ 要援護者等に対する二次避難所以降での支援策は決まっていますか。

はい ( ) いいえ ( )

はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

( )

⑨ 在宅で人工呼吸器を使用されている方など要緊急援助者への対応策は決まっていますか。

はい ( ) いいえ ( )

はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

( )

⑩ 慢性疾患患者(特に透析、インシュリン、免疫抑制剤等の治療を受けている方々)への支援策は決まっていますか。

はい ( ) いいえ ( )

はいとお答えの場合、どのような内容か教えてください。

( )



#### IV. インシデント・コマンドシステム (ICS/IAP/AC) について

① 貴県・貴所ではインシデント・コマンドシステムの取組は進んでいますか。

はい ( ) いいえ ( ) どちらともいえない ( )

② ①で「いいえ」か「どちらともいえない」とお答えの方に伺います。取組が進まないのはどのような理由によるとお考えでしょうか。【複数回答可】

ICS/IAP/ACがよくわからない ( ) 関係者の理解が得にくい ( )

導入のきっかけがない ( ) 導入しようと思っていない ( )

その他 ( )

お忙しいところ、ご協力いただきありがとうございました。

質問事項は、全ブロック共通の基本項目に、皆様からお寄せいただいたご意見を加えて作成いたしました。

アンケートの結果は、保健所連携推進会議当日にご報告させていただく予定です。

恐れ入りますが、ご回答は\_\_月\_\_日 ( ) 必着で電子メールにて [ichi-jo@jpha.or.jp](mailto:ichi-jo@jpha.or.jp) までお送り下さい。

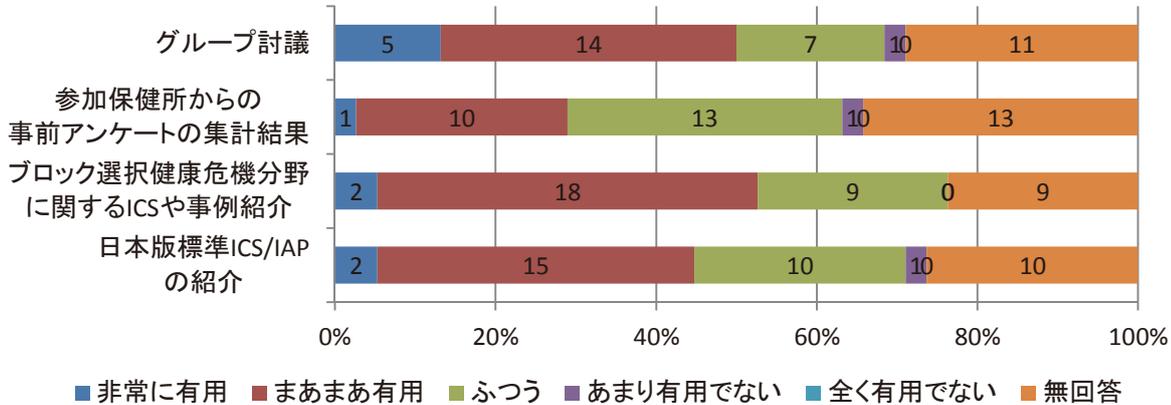
なお、本様式の電子ファイルについては、各保健所長宛に一斉送信されておりますが、別途必要となる場合には上記アドレスまでご依頼願います。

# 「健康危機における保健所の調整機能の強化」に関する 保健所長会の取り組みに関するアンケート

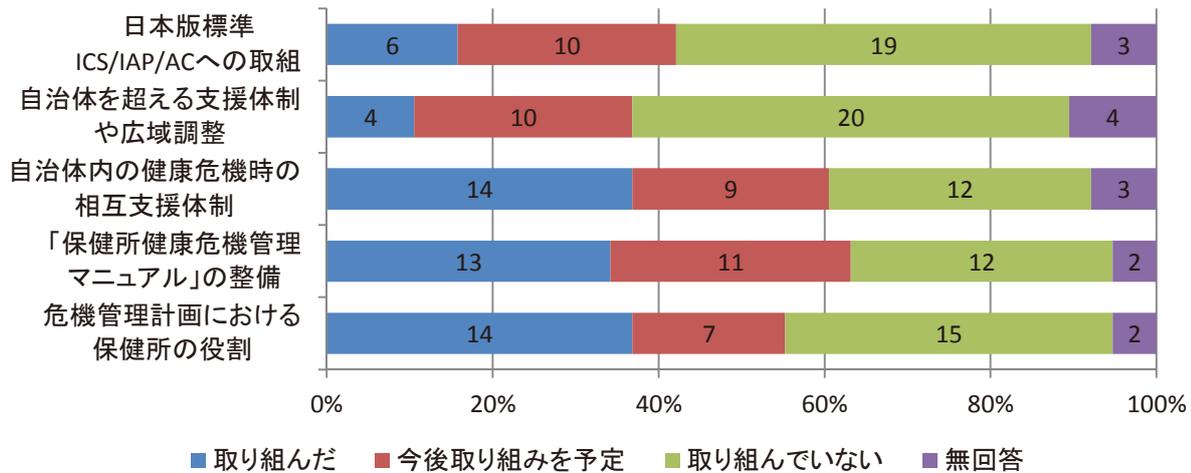
平成26年3月実施

回答数 38都道府県・政令市保健所長会 (38/68=55.9%)

I. ブロック検討会においては以下の項目に関してご紹介等させて頂きました。その評価はいかがだったでしょうか？

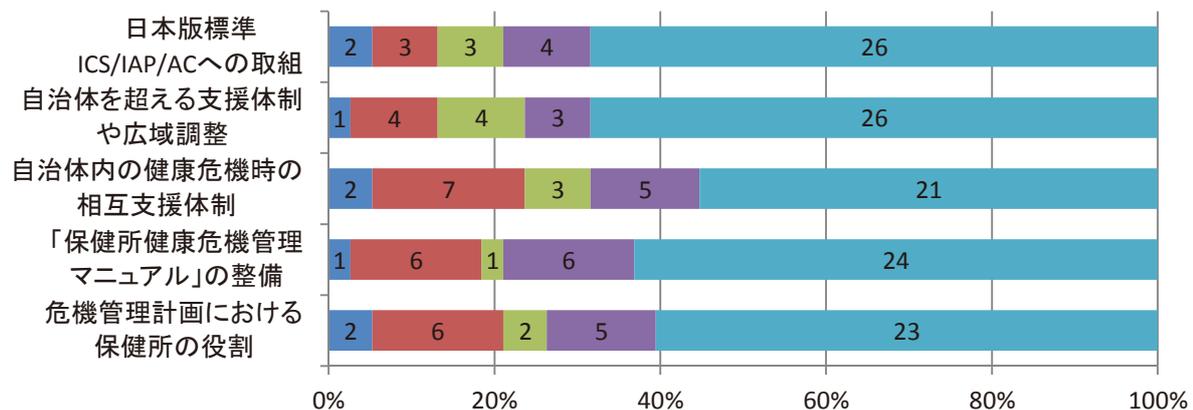


II. 本年度、貴保健所長会での健康危機に関する協議や情報提供・共有といった取り組みについてお尋ねします。



注) ICSの項の選択肢は、進んだ、どちらとも言えない、いいえ、となっています。

また、取り組まれた場合今回の検討会が役立ちましたか。



- 検討会が役立った ■ きっかけになった ■ 有用でなかった ■ 役立った& きっかけになった ■ 無回答

取組まれた場合、その概要をお教え下さい。

- A県 3. 自治体(県)内の健康危機時の相互支援体制:津波を伴う地震災害を想定し、県内の“山側”に位置する保健所による、津波被害の可能性を有する“海側”に位置する保健所に対する、保健師等の多職種により構成される公衆衛生チームによる応援体制についての検討を行った。
4. 自治体を越える支援体制や広域調整:隣接する岐阜県、長野県、静岡県等の保健所との、保健所長会としてではなく、取り組んでいる一部の保健所がある。内容としては、県防災計画の資料から保健所所管地域の被害想定、医療機関の被害想定と災害への備え等を調査し、災害拠点病院と救急告示病院間との連絡会議を開催、災害時の医療体制の検討・調整を行い、今年度は災害拠点病院と救急告示病院間の相互応援協定を締結する予定となっている。
- B県 個人的には所属の保健所で有事の際の保健所対応マニュアル、アクションカードを作成、C県のカウンターパートであるX県の災害対応図上訓練等参加しているが、保健所長会としての取組はしていない。
- D県 情報を得て協議し、協力・連携して実働するというICSの基本を学んだことで、2月に発生した雪害においては、市町村に対する孤立集落調査及び透析患者への災害時食事指導(県HP及び新聞)を県保健所長会が主導して実施できた。
- E県 本年度においては「取り組んでいない」を選択したが、設問の内容に関してはE県保健所長会総会等にて、以前から取組みを図っている。
- F県 県内西部では、災害時傷病者収容可能数を A体制(平常診療体制の場合)B体制(平常診療を休止するなどし、診療拡大した場合)に分けて、重症度別に数を把握している
- G県 1. 災害医療コーディネーターの選出、災害医療対策協議会の開催等を行っている。  
3. 鳥インフルエンザ発生時には複数の保健所協同での対応を取り決めている。また、結核の多数の接触者を健診する際には、複数の保健所協同で対応している。
- H県 H県保健所では、現在ICS/IAP/ACを活用して保健所災害対策マニュアルを作成している。
- I県 保健所災害時対応マニュアルをベースにアクションカードを作成し、他の保健所や他部局の所属の職員が応援に来て、迅速に対応ができるようにしている。現在、X部保健所のみでの取り組みであるが、26年度にはすべての保健所で活用できるようにしたい。
- J県 1. H25年度に栃木県防災行動計画、J県災害医療体制運用マニュアルの改定実施にあたって、保健所の役割について意見を述べた。  
2. 県全体として保健所健康危機管理マニュアルの見直し予定であるが、個別に所内危機管理情報の集約化、所内データの見える化などを実施した保健所もある。
- K県 ・24年度、25年度の県防災訓練で避難所訓練と多職種連携による地域災害医療対策会議を開催した。避難所訓練では、感染症予防、食中毒予防等衛生指導、栄養指導、エコノミー症候群予防、避難所感染症サーベイランス等を実施した。地域災害医療対策会議では、保健所が事務局となり、県医師会理事がコーディネーターとなり、避難所の健康状況把握や、医療機関の復興状況把握をはじめ、災害時の医療チーム・公衆衛生チームの派遣調整を行った。  
・24年度は、旧所属で災害時保健所活動マニュアルを作成した。  
・25年度は、新型インフルエンザ健康危機管理地域連絡会議を開催した。医師会、病院、市町村で構成される会議を開催し、県行動計画の確認と新型インフルエンザ発生時の役割分担と連携を確認した。
- L県 県所長会において、災害時厚生センター活動マニュアルを作成し、各所及び関係機関に配布した。多田羅班報告書を参考文献として活用した。
- M県 大規模自然災害発生時対応のため「福井県災害時健康福祉センター活動指針」及び「M県災害時健康福祉センター活動要領」を県として作成するにあたり、作成会議に参加した。今回の推進会議を契機として、日本版標準ICS/IAP/ACを紹介し、作成の参考にした。
- N県 本県全体の健康危機対策に関する下記質問項目等、具体的対応については、本庁各担当課に持ちかけているところであり、今後、必要に応じて取り組むこととなる。

- 県 ①○県第六次医療計画における保健所の役割の明確化：  
 本県医療計画の災害時医療の調整機能等の項目として、保健所においては、郡市医師会等の関係団体と連携しながら、派遣された医療チームや自主的に集合した医療チームの派遣調整等を行う機能が必要とされます。これらの機能を果たすために、県災害対策本部や保健所には、以下の機能を持つ災害医療コーディネーターの設置が必要です。  
 ・県災害対策本部と連携し、情報収集、急性期支援などの対応を行う機能。  
 ・保健所において、医療救護班の派遣調整、避難所における健康問題への対応を行う機能。  
 等災害時における保健所の役割の明確化記載された。
- ②平成25年度地域保健総合推進事業発表会：  
 大規模地震に対する地域保健基盤整備実践研究の発表において、モデル保健所の災害時初動時の組織図と機能のイメージ図及びマニュアルのアクションカード化について発表し、災害時のICS/IAP/ACについて普及啓発を図った。
- P県 ※ 今年度P県保健所での取り組みはありません。3. 4. などに関しては、新型インフルエンザ行動計画などに、関与してはいます。
- Q県 自然災害について大規模自然災害保健所対応マニュアルを県所長会として示し、県でひな形を作成したものを参考にして各保健所で整備した。今後、隣接する保健所間での体制づくりに関して、検討・整備することとしている。

### III. 今後の日本版標準ICS/IAP/ACの普及や大規模健康危機への対応体制の推進についてご意見をお願いいたします。

- A県 今後の自治体(県)内の健康危機時の相互支援体制についての検討結果を踏まえ、日本版標準ICS/IAP/ACに準拠する行動計画の策定が重要と考える。この際、地域の実情に応じたIAPの検討が必要となるものの、特殊な対処を要するIAPは少なく、全国で共通のIAPが多く存在すると予想される。これらの全国に共通するIAPに対する具体的、一般的なACを提示していただけたら幸いと考える。
- B県 ICSの考え方については、規模健康危機への対応体制を考える際に有用である。また研究班がまとめた「日本版標準ICS/IAP/AC」はマニュアル等を整備する際の参考書として役立つ。しかし、発災時に活用できる「日本版標準ICS/IAP/ACに基づくマニュアル等」を作るのは簡単ではないと思われる。
- C県 保健所権限で実施できることには限界があり、あくまで防災所管部署や危機管理部署という大きな中での保健所活動になることから、本件を保健所として推進するには困難を感じる。
- D県 1. 本庁他、他の機関との連携を保健所主導で行うことは困難  
 2. 日本版標準ICS/IAP/ACの普及は重要  
 3. 非日常案件を日常の業務につなげることが課題
- E県 内容をよく把握できずに申し訳ありません。海外のシステムをどのように日本に導入しようとしているのか、現在の組織や法体系の中でどのように位置づけられるのか、よく分かっていません。指揮命令システムが現行のまま、保健所だけに、このシステムを導入して有効に機能するのでしょうか？
- F県 日本版標準ICS/IAP/ACがうまくいくかどうかは現場である保健所が鍵を握っている。発災時に災害対策本部、医療救護本部とのリエゾン担当を置くことや日常からの消防や警察との顔の見える関係づくり、医療・保健の切れ目のないつながりが重要と思う。保健所はその意識を持つことと保健所に健康危機情報が集まるようにしてもらいたい。保健所は管内の健康危機に対する初動の役割があり、ここから始まり、協力・協働によって危機を収束させるまで、健康危機管理の質と量が不十分であればこれを発信する役割も含めて、見守る役割がある。このことを本庁にも理解してもらい、情報共有を確立してもらいたい。
- G県 1) 文書などのハード面、保健所やそれ以外の職員の意識などのソフト面とも、根本的に変えて行かなければならない部分がとても多く、手のつけどころに悩んでいる。どの組織へどのタイミングでどのように働きかけていき、関係組織へどのように浸透させていくか、関係組織全体でのモチベーションをいかに上げていくか(動機づけ)について全国での成功例(手応えがあったというレベルで良いので)を今後も教えていただければ幸いです。  
 2) 「健康危機における保健所の調整機能の強化」は最重要課題であることは言うまでもありませんが、我が県においては長年にわたる保健所長不足により、兼務が常態となっており、機能強化の前に機能の維持すら危うい状態です。保健所のあり方と保健所が行うべき業務の整理、そして公衆医師の確保(医師の絶対数不足と偏在の解消)のほうが先決すべき課題と考えます。
- H県 組織論として展開するのではなく、考え方としてICSを紹介し、アクションカードのように現場での受け入れが良い部分から取り入れることが賢明と考えます
- I県 総論的には日本版標準ICS/IAP/AC必要だと思うが、現実には、保健所ごとに業務が異なっており、国の強力な指導がないと無理だと思う。

- J県 (1) J県内では、災害時医療救護マニュアルの見直しが話題となったおりに、ICS/IAP/ACについて提案したが、協議として深まっていない  
(2) J県とX県は災害時カウンターパートナーとしての協定を結んでいる。相互支援のためにはICS/IAP/ACに基づく取り組みが必要と本庁に提案しているが、今のところは訓練への相互参加の話題までで、内容の検討は進んでいない。大規模災害対応の医療救護・保健衛生分野について、ICS/IAP/ACの例となる都道府県のマニュアルを提示していただくと動きやすいのかもしれない。
- K県 今後とも先進事例等の情報提供をお願いします。
- L県 全国保健所が共通して大規模な健康危機管理に対応できるツールができるといいと思います。支援に行く場合も入りやすい体制につながると思います。
- M県 上記防災訓練→マニュアル見直し→防災訓練→マニュアル見直し、を繰り返すことで、体制整備と連携ができあがるのではと思います。
- N県 ・ICSに関する基本的事項をもっと普及啓発すべきでないか。  
・保健所以外の部署がICSを理解していなければ、成り立たないのではないか。  
・ICSはボトムアップ方式の体制構築と理解しているので、いきなり県全体の体制図を示すのではなく、保健所長をコマンダーとした体制図が先ず提示されるべきではないか。
- O県 ICS/IAP/ACの理念は有用と考える。一方で県型保健所においては本庁との共通認識が重要となるが、本庁保健部門、危機管理部門においてICS/IAP/ACの理念は未だ一般的でなく、体制も理念とは異なる。保健所内で指揮が完結する業務については、普及可能と思われるが、本庁各部門での導入がなければ全体としてはその目的を達成できないのではないかと思う。
- P県 今回、平成24年度多田羅班報告書の感染症分野の日本版標準ICS/IAP/ACに関して、次のように提言したが、特に都道府県への提言1から4は、保健所からの要望だけでは提言が実現されにくく、保健所だけでは都道府県も策定出来ないのが現状である。今後、提言10、13が国等により方針の提示や指導助言等により、日本版標準ICS/IAP/ACが普及されるとともに実現されていくこととなる。そのためには、まず、全国の保健所から、提言5から9、11、12を実現していくことが必要である。
- Q県 Q県災害救急医療システムの中で、医療圏域ごとに策定(平成15年3月)している圏域災害救急医療マニュアルの改定を行った(平成26年4月予定)。体制が違いすぎて応用できないところが多すぎる。

「健康危機における保健所の調整機能の強化」に関する保健所長会の取り組みに関するアンケート

平成 26 年 3 月 19 日

今年度各ブロックで開催されました保健所連携推進会議においては、当班の活動とも連携し、講演・事例発表・グループディスカッションが行われましたが、開催運営に当たっては、ご協力まことにありがとうございました。

**I. ブロック会議においては以下の項目に関してご紹介等させて頂きました。その評価はいかがだったでしょうか？**

非常に有用 5 から 全く有用でない 1 までの 5 段階評価でお答え下さい。

1. 日本版標準 ICS/IAP の紹介 (5、4、3、2、1)
2. ブロック選択健康危機分野に関する ICS や事例紹介 (5、4、3、2、1)
3. 参加保健所からの事前アンケートの集計結果  
(5、4、3、2、1、事前送付が間に合わず集計未報告)
4. グループ討議 (5、4、3、2、1)

**II. 本年度、貴保健所長会での健康危機に関する協議や情報提供・共有といった取り組みについてお尋ねします。また、取り組まれた場合今回の検討会が役立ちましたか。**

1. 都道府県あるいは設置市の危機管理計画における保健所の役割に関して  
1-1 a. 取り組んだ b. 今後取り組みを予定している c. 取り組んでいない  
「取り組んだ」とご回答の場合検討会は役だったでしょうか？（複数回答可）  
1-2 a. 検討会が役立った b. きっかけになった c. 有用ではなかった  
ご回答 1-1 ( ) 1-2 (複数回答可) ( 、 )
2. 「保健所健康危機管理マニュアル」の整備に関して  
ご回答 2-1 ( ) 2-2 (複数回答可) ( 、 )
3. 自治体（設置する都道府県や市）内の健康危機時の相互支援体制に関して  
ご回答 3-1 ( ) 3-2 (複数回答可) ( 、 )
4. 自治体を越える（ブロックや広域）支援体制や広域調整に関して  
ご回答 4-1 ( ) 4-2 (複数回答可) ( 、 )
5. 貴自治体では日本版標準 ICS/IAP/AC への取組は進んでいますか。  
a. はい b. いいえ c. どちらとも言えない  
a. 検討会が役立った b. きっかけになった c. 有用ではなかった  
ご回答 5-1 ( ) 5-2 (複数回答可) ( 、 )

取組まれた場合その概要をお教え下さい。紙面が不足する場合は別途添付をお願いいたします。

ご回答例. 2. ご回答 2-1 (a) 2-2 (複数回答可) ( a,b )

自然災害について大規模自然災害保健所対応マニュアルを県所長会として示し各保健所で整備した。今回の推進会議を契機として過去の多田羅班報告書を参考にして作成した。

**III 今後の日本版標準 ICS/IAP/AC の普及や大規模健康危機への対応体制の推進についてご意見をお願いいたします。**

\_\_\_\_\_保健所長会

お名前\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ Email：\_\_\_\_\_

「健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究」班

連絡先：岡山市保健所保健課 TEL. (086)803-1200 河本、中瀬 sachiko\_koumoto@city.okayama.jp



### 3. 組織的危機対応推進のための分野別要点、組織図と Action Card 例

1 から 9 の各分野について取り纏め、10 のように保健所での活用推進を依頼した。

1. 原因不明	53
2. 自然災害	60
3. 食品安全	66
4. 医療安全	71
5. 感染症	76
6. 精神保健	83
7. 飲料水	89
8. 生活環境安全	94
9. 原子力	98
10. 全国保健所長会に対する活用の依頼	104



【原因不明】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 11-35 ページを参照。

	様式等項目 AC	活用方法説明
1	原因不明健康危機管理における組織例	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。いずれも医療機関、消防・警察等、市町村、検査機関等、また、広域の場合本庁を通じて他自治体との連携が必要であることから、この表を活用して平時から顔の見える関係、疑いあればすぐに連携がとれる関係を築くことが重要である。
2	慢性型原因不明健康危機管理における保健所の役割例(総論)	これは一般的総論を示したものであり、平時から所内で指揮系統を確認しておくことが必要である。具体的な事案について机上シミュレーション訓練に活用できる。
3	原因不明健康危機管理業務例の概要	保健所外の情報収集、所内の指揮命令確認、保健所による直接支援、所外関係機関との連携、広報、医療機関や住民からの相談窓口、所内の総務機能などが主な機能であり、平時においても所内における役割確認のチェックリスト、所内横断的訓練に活用可能である。有事には直ちに対応可能となる。
4	原因不明健康危機発生時における基本的な役割分担の例	上記概要の基本的具体的な役割分担である。各役割が明確になり、漏れなく危機管理対応ができることと、有事に人が代わっても継続して役割を果たすことが可能なので職員の疲弊を防止できる。
5	通報受付票の例	平時から様式を準備し、事案を想定して記載訓練に活用することで、有事対応に役立つ。
6	有症者健康被害状況票の例(原因不明または初動時)	平時から様式を準備し、事案を想定して記載訓練に活用することで、有事対応に役立つ。

## 1 原因不明 AC：保健所が主に対応する原因不明健康危機管理における組織例

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。

### (1) 現地調整所が必要な場合(急性型の急性期で現場あり)の ICS

指揮・統括部門…消防署（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

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

指揮・統括部門…保健所

実行・行動部門…保健所、医療機関（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。

## 2 原因不明 AC：慢性型原因不明健康危機における保健所の役割

### 慢性型原因不明健康危機 における保健所の役割

平時 異常の察知	→ 発災・発生 的確迅速な対応	→ 事後 終結判断
○情報収集・分析	○指揮	○健康相談窓口
○体制整備	○行政介入判断	○追跡調査
△予防教育・監視 指導・監督	○連絡調整 △原因究明	○対応事後評価
	○具体的対応	○体制再構築

### 3 原因不明 AC：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》

##### ICS 1. 保健所外の情報収集機能：

- IAP 1. 医療機関、警察署、消防署等からの人的被害状況把握
- IAP 2. 健康危機被害者及び関係者からの情報収集
- IAP 3. 主管部局との連携による広域的な情報収集
- IAP 4. 原因物質について衛生研究所等からの情報収集

##### ICS 2. 保健所内の指揮命令機能：

- IAP 1. 健康危機状況に応じた対応内容（体制と業務）の決定
- IAP 2. 主管部局、地域関係機関との連携による指揮命令
- IAP 3. 保健所機能の効率的な運用のための指揮命令

##### ICS 3. 保健所による直接支援機能：

- IAP 1. 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
- IAP 2. 衛生研究所等と協力して原因物質の分析・特定
- IAP 3. 支援が必要な人に対する直接支援（心のケア等）
- IAP 4. 支援が必要な市町村等に対する直接支援

##### ICS 4. 保健所外の関係機関との連携機能：

- IAP 1. 主管部局や衛生研究所との連携
- IAP 2. 地域関係機関との連携
- IAP 3. 地域救急医療体制の調整
- IAP 4. 地域住民への情報発信補助

##### ICS 5. 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

##### ICS 6. 保健所内の総務機能：

- IAP 1. 地域関係機関との連絡網の確保
- IAP 2. 職員の食事、睡眠、休養等の確保
- IAP 3. 事前の準備としての人材育成
- IAP 4. その他必要な総務

4 原因不明 AC：原因不明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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対策の企画立案</li> <li>・人員の確保、対応（応援を含む）</li> <li>・職員の現地派遣に伴う調整、庶務的事項</li> <li>・他機関との連絡調整</li> <li>・本庁への報告連絡</li> <li>・活動記録の管理</li> </ul>
医療調整班			<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関、地区医師会、地区歯科医師との連絡調整</li> <li>・救急医療（助産所を含む）の確保</li> </ul>
広報班			<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報資料の作成、提供</li> <li>・報道機関等との連絡調整</li> <li>・インターネット等での情報発信</li> <li>・広報、取材対応、本庁との連絡調整</li> </ul>
情報収集班	担当課長	環境衛生グループ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本庁、関係機関等からの情報の受付、分析、整理</li> </ul>
現地調査班		食品衛生グループ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報道機関等からの情報収集</li> </ul>
		健康推進グループ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インターネットによる情報収集</li> <li>・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</li> </ul>
患者調査班	保健対策グループ		<ul style="list-style-type: none"> <li>・原因究明に係る検体等の採集</li> <li>・現地での関係者からの聞き取り調査</li> <li>・現地での関係機関との調整、情報収集</li> <li>・現地での応急措置等の協力</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関における被害者の臨床症状の情報収集</li> <li>・患者からの聞き取り調査、患者一覧の作成</li> <li>・治療に関する情報提供</li> <li>・患者受入れ態勢の調整</li> </ul>
試験検査班	担当課長	試験検査グループ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原因究明に係る調査、分析</li> <li>・検査の実施</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害者の健康管理</li> <li>・避難所の衛生管理</li> <li>・被災者の心のケア（PTSD対策を含む）</li> <li>・巡回健康相談の実施</li> <li>・住民からの電話等による保健衛生相談の実施</li> </ul>

5 原因不明 AC

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	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/> 有症者・家族 <input type="checkbox"/> 消防署	<input type="checkbox"/> 関係者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> 学校	受 付 者	受付時間 年 月 日 ( ) 時 分
	機関名						<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> 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: )

・ 主な症状

- |                                |                                     |                             |                               |                             |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 消化器症状 | : <input type="checkbox"/> 腹痛       | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 吐き気  | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 | : <input type="checkbox"/> 咳        | <input type="checkbox"/> 痰  | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |                             |
| <input type="checkbox"/> 神経症状  | : <input type="checkbox"/> 意識障害     | <input type="checkbox"/> 麻痺 | <input type="checkbox"/> けいれん |                             |
| <input type="checkbox"/> その他   | : <input type="checkbox"/> 発熱 ( °C) | <input type="checkbox"/> 頭痛 |                               |                             |
|                                | <input type="checkbox"/> 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 F A X により報告すること。

6 原因不明 AC  
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	<input type="checkbox"/> 通報医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 学校等 <input type="checkbox"/> 宿泊先 <input type="checkbox"/> 不明 電話 ( )				

症 状	年 月 日 時頃から出現 ( ) 内は発生順序
	<input type="checkbox"/> ( ) 下痢 (軟・水・粘・血 回/日) <input type="checkbox"/> ( ) 悪心 <input type="checkbox"/> ( ) 嘔吐 回/日 <input type="checkbox"/> ( ) 咽頭痛 <input type="checkbox"/> ( ) 発熱 ( °C) <input type="checkbox"/> ( ) けいれん <input type="checkbox"/> ( ) 麻痺 <input type="checkbox"/> ( ) 意識障害 <input type="checkbox"/> ( ) 腹痛 (上腹部・下腹部) <input type="checkbox"/> ( ) 頭痛 <input type="checkbox"/> ( ) その他 (具体的には )

家 族	家族構成	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 人 <input type="checkbox"/> 姉 人 <input type="checkbox"/> 弟 人 <input type="checkbox"/> 妹 人 <input type="checkbox"/> 祖父 計 <input type="checkbox"/> 祖母 計 <input type="checkbox"/> その他 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 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 不明	受診月日時	初診 月 日 時 (検便: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	医療機関名	(担当医師名: )
	所在地	
	入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    医療機関電話 ( )
	入院医療機関	<input type="checkbox"/> 受診医療機関と同じ <input type="checkbox"/> 異なる
	入院医療機関名	電話 ( )
	診断名	

※ 裏面あり

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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 人) うち発症者: <input type="checkbox"/> 有 ( 人) <input type="checkbox"/> 無
		内容	<input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 飲料水等(具体的には )
	渡航歴等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 警察署)
	・消防署への連絡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 消防署)
	・通報者に下記事項を依頼 <input type="checkbox"/> 医療機関未受診の場合は、受診勧奨(医療機関名 ) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 保健所確保(検体名 ) <input type="checkbox"/> 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

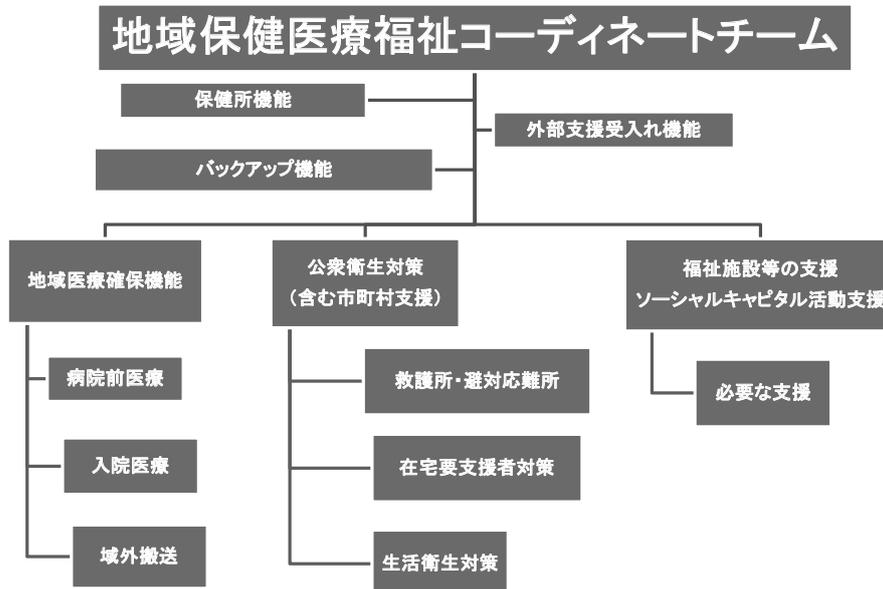
※ 危機の種類が明確になった場合、個別のマニュアルに従う。

【自然災害】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 39-102 ページを参照。

1	組織図 災害時における地域保健医療福祉体制	保健所は、急性期・亜急性期は地域の緊急医療確保を目的に、保健医療福祉コーディネートチームの支援を目的に活動を行う。亜急性期以降は、保健所がチームの一員として、保健、福祉、及び医療体制の確保、復旧を目標に、市町村の活動全体を支援する。他の業務分担の詳細や様式は、多田羅班報告書 H24 年度 pp39-102. 組織図は pp47.
2	アクションカード：発生直後の所内対応	自然災害の発生直後は、保健所の体制を固めることが第一である。そのために基本的に行う事項について示した。効率的にこの作業を行うためには、事前の準備が不可欠である。詳細は H24 多田羅班報告書 pp39-102。
3	アクションカード：発生直後の保健所指揮体制の確立	対応業務を担う担当責任者（指揮）を明確にすることが、ICS/IAP では不可欠である。保健所内で、それぞれの業務のだれが指揮を執るのかを明確にしておく。表には、職務代行順位表の例を示した。
4	アクションカード：地域医療福祉情報の収集と分析	地域の医療、福祉関連の情報の集約を行う。その情報に基づいて発生した被災者の重症度（トリアージレベル）別患者数を推計する。特に赤レベルの患者数が、地域内で治療可能な患者数を超えていれば、外部への支援を要請する。
5	アクションカード：医療機関調査票の例	医療機関の情報収集に当たっては、例として示した医療機関調査票に基づいて、調査を行う。この調査票の情報から、医療機関の患者受入れ能力、受診患者の状態が把握できる。EMIS 情報に加えて、医療機関別の外部支援の必要度の判断に用いる。
6	アクションカード：救護所調査票の例	救護所の情報収集に当たっては、例として示した救護所調査票に基づいて調査を行う。この調査票の情報から、救護所の医療関係者の状況と被災患者の状況が把握できる。救護所別の外部支援の必要度の判断に用いる。
7	アクションカード：避難所の被災者対策	亜急性期以降に必要な避難所における被災者の二次健康被害予防対策の柱を示した。感染症予防、食中毒予防など、早期から予防対策をとる必要があるものについては、二次健康被害発生者のモニタリング資料に基づき期から対策をとることが必要である。
8	アクションカード：避難所（在宅）の被災者の二次健康被害の総括票の例	二次健康被害の発生をモニターするための総括票。毎日、避難所ごとに総括を行い、地域或は避難所で発生していることが疑われる二次健康被害の早期対策、拡大予防につなげる。
9	アクションカード：避難所ライフライン調査票の例	二次健康被害予防のための、避難所のライフラインのチェック票。避難所の食物、飲料水等のライフライン早期評価票としての活用。
10	アクションカード：避難所の生活環境調査票の例	二次健康被害予防のための、避難所の生活環境のチェック票。避難所における生活環境の早期評価票としての活用。愛玩動物の取り扱いなどについても評価が可能。

自然災害 地域における対応組織概略図の例



アクションカード例

自然災害(急性期) 保健所体制の確立

保健所の初動体制を確立する

- 保健所活動能力を判定する
  - 保健所のインフラ被災状況をチェックする
  - 活動可能な人員をチェックする
- 判定活動能力から初動のためのBCPを決定
- 出勤者の中から初動の指揮官の決定
- 活動を開始する

### 3 AC3: 発生直後の保健所指揮体制の確立

アクションカード例

## 自然災害(急性期) 保健所指揮体制の確立

### 職務代行順位表による指揮体制確立

表 職務代行順位表の例

業務内容	代行順位1	代行順位2	代行順位3
所長担当業務	副所長	福祉課長	健康づくり支援課長
総務課長担当業務	総務係長	総務職員A	総務係員B
健康づくり支援課長担当業務	予防衛生1係長	予防衛生2係長	保健衛生係長
福祉課長担当業務	社会係長	福祉1係長	福祉2係長
食品生活衛生課長担当業務	生活衛生係長	食品衛生係長	乳肉・動物衛生係長

### 4 AC4: 地域医療福祉情報の収集と分析

アクションカード例

## 自然災害(急性期) 地域医療等情報の収集・分析

医療福祉関連情報を把握する  
外部支援の必要性を判断する

- 医療機関の被災情報・稼働状況を把握する
- 救護所の被災状況・稼働状況を把握する
- 情報欠落地域へ調査職員を派遣する
  
- トリアージ別患者数を推計する
- 外部支援の必要性を判断する

5 AC5: 医療機関調査票の例

アクションカード例

自然災害(急性期) 医療機関調査票

医療機関の稼働状況を調査し、分析する

様式例 災害時における医療機関の機能調査票

医療機関名			
調査日時	年 月 日 時 分		
報告者			
参加者数	医師	人	目測で大きな人数
	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		職員に人数を確認
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)		目測で概数を把握
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			

6 AC6: 救護所調査票の例

アクションカード例

自然災害(急性期) 救護所調査票

救護所の稼働状況を調査し、分析する

様式例 災害時における救護所の機能調査票

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			
参加者数	医師	人	目測で概数を把握
	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	トリアージタグ 包帯 ガーゼ 絆創膏 消毒薬 シーン(副木) はさみ 三角巾 ビニール袋 カッターナイフ その他		目測で概数を把握
外来待機患者	人、(内 赤患者数 人)		
その他特記事項			

7 AC7: 避難所の被災者対策

アクションカード例

自然災害(亜急性期以降) 市町村支援(避難者対策)

避難所被災者の二次健康被害予防対策

- 感染症・食中毒予防の啓発を行う
- その他の健康被害対策を開始する
- 避難所内患者発生モニタリングを開始する
- 発生した健康被害の拡大の予防対策を行う
- 外部支援の必要性(内容)の検討を行う

8 AC8: 避難所(在宅)の被災者の二次健康被害の総括票の例

アクションカード例

自然災害(亜急性期以降) 市町村支援(避難所対策)

避難所のライフラインを調査し対策を立てる

様式例 避難所ライフライン調査票

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) 屋外の避難者数: 人		
避難場所 屋内(体育館、行楽、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	復旧済み、復旧見込み( 月 日頃)	
保管容器	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		

9 AC9: 避難所ライフライン調査票の例

アクションカード例

自然災害(亜急性期以降) 市町村支援(避難所対策)

避難所のライフラインを調査し対策を立てる

様式例 避難所ライフライン調査票

調査日:平成 年 月 日( ) 調査者氏名: \_\_\_\_\_

避難所名: _____ 電話: _____	
責任者名: (施設代表者氏代表、ボランティア)	
施設に関すること	
避難者数: 人(定員 人) 屋間の避難者数: 人	
避難場所 屋内(体育館、行館、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 副食 飲料 配布方法 炊き出し 運営 個人持込食品 残品処理 非常用保存食糧 保管場所	弁当、おにぎり、パン、その他( ) 缶詰、レトルト、その他( ) 牛乳、ジュース類、お茶、ミネラルウォーター、その他( ) 調理券、その他( )、責任者氏名( ) あり、なし(ご飯、味噌汁、 ) (室内、屋外テント、 ) 自主、ボランティア、その他 責任者氏名( ) 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 ) 適、不適 人・日分 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
貴重関係 その他	

10 AC10: 避難所の生活環境調査票の例

アクションカード例

自然災害(亜急性期以降) 市町村支援(避難所対策)

避難所の生活環境を調査し対策を立てる

様式例 避難所生活環境調査票

調査日:平成 年 月 日( ) 調査者氏名: \_\_\_\_\_

居住に関すること	
施設 暖房 換気 清掃 塵き替え 下敷き 乾燥	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) あり、なし 経費(全館、一部、なし) している、していない(自主、ボランティア、その他 ) している、していない あり、なし (段ボール・発泡スチロール・たたみ・マット・その他 ) 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 簡易 清掃	使用可能( か所) あり、なし( か所) 場所:校庭・公園・道路・その他( ) 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 消毒	あり、なし(便所・洗面所・ ) (流水式・ため水・ ) あり、なし
風呂 既設浴場 簡易浴槽 シャワー	あり、なし あり、なし あり、なし
薬棄物 保管場所 居住環境関係 その他	あり、なし 専用場所( )
ペットに関すること	
飼育世帯 飼育動物 管理状況	あり、なし 犬( 頭) 猫( 匹) その他: ( 匹) 配慮している、配慮していない
ペット関係 その他	
その他施設に関すること	

【食品安全】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 129-142 ページを参照。

	様式等項目	活用方法説明
1	大規模食中毒発生時のアクション・カード例	<p>1) 食中毒（疑）の通報（情報提供）を受けた場合（医療機関、消費者等からの通報受理時）の初動 AC（対応 1、様式例 1）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 大規模食中毒の場合短期間に多数の患者がでるため、先手先手の対応が必要。</li> <li>● 食品衛生担当課、感染症担当課がわかれている場合でも、同一の様式で情報を収集、とくに大規模事案、広域事案の可能性の有無について初動から意識づけをするために有用。</li> </ul> <p>2) 初動調査や医療機関等からの通報が続き、<u>現実</u>に大規模食中毒が想定される時期の AC（対応 2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 所内体制の確立、本庁担当部局との連携体制、市町村、医療機関等関係機関との連携準備等、先手をとっておくべき対応漏れのチェックに有用</li> </ul> <p>3) 多数の患者（重症者）が発生し、医療機関に混乱が想定される時期の対応（対応 3、様式例 2、3）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 連携をとるべき機関のチェック</li> <li>● 多数の患者や重症者が発生した場合に備えて、本庁担当部局への要請事項のチェック</li> <li>● 市民への情報提供、相談窓口開設が遅れないようにする必要。</li> <li>● 二次感染防止を関係機関・施設に指導</li> </ul>
2	大規模食中毒発生時の組織図例	都道府県対策本部の機能と保健所（現場）の機能を明確にし、それぞれがはたすべき機能のチェックと役割分担、連携の明確化に活用できる。

例1: 代表的なアクション・カードの例  
(大規模・広域食中毒分野)

1) 食中毒の通報を受けた場合(施設利用者、消費者等からの通報も含む)の初動

利用施設、食品等から、大規模食中毒あるいは広域食中毒の可能性の判断材料の収集

- 通報を受けた職員は、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する。
- 通報受付段階でも、原因推定施設・食品(物質)などに加え、施設の特徴(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しておく。
- 利用施設が学校給食施設、大規模飲食店・旅館、チェーン店など大規模食中毒の可能性のある場合、利用食品が冷凍食品や広域流通している加工品等の場合、推測段階でも所長に報告する。
- 大規模食中毒の場合、複数の医療機関から通報が続く可能性があるため、職員を確保しておく。

食中毒(疑)の通報を受けた場合の初動調査 様式例1

通報受付票

通報者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 患者(有症者)・家族 <input type="checkbox"/> 友人・関係者 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他					
	機関名					
	氏名					
	住所 連絡先	電話				

受付者( )課 (受信者氏名 )  
受付時間 年 月 日( ) 時 分

事案の概要

1. 発生日時
2. 症状
3. 受診の有無
4. 検体の有無
5. 有症者の属する団体・グループ等の連絡先
6. 有症者数、同行者(グループ)の人数 など各自治体、保健所の様式に7. を追加
7. 今後の患者発生の見通し

多発の患者発生の可能性	有	無	不明
【推定する根拠】	<input type="checkbox"/> 学校・施設・企業等給食が原因と推定	<input type="checkbox"/> 旅館・ホテル等の利用者	
	<input type="checkbox"/> 大規模仕出し・弁当の利用者	<input type="checkbox"/> 大規模イベント参加者	
	<input type="checkbox"/> 広域チェーン店利用者	<input type="checkbox"/> 広域流通している冷凍食品等	
	<input type="checkbox"/> その他( )		

2)初動調査や医療機関等からの通報が続き、現実に大規模食中毒が想定される時期

大規模食中毒あるいは広域食中毒の可能性の判断および対応準備

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

- 保健所内の指揮命令系統の樹立
  - － 組織図例1のような体制と役割分担の決定
- 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、原因施設が推定され、大規模食中毒が想定される旨を報告)
  - － 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。
- 保健所外の指揮命令機能との連携による指揮補助機能
  - － 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

3)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

医療提供体制の確保と二次感染防止

患者が大量に発生し、医療機関に混乱が生じたり、重症者が出ているような場合

- 本庁担当部局(危機管理部局も含む)、外部指揮命令系統への情報提供・共有
  - － 主管部局と協議の上、国立感染症研FEPの支援要請
  - － 地衛研、FEP等との協同調査
- 患者受診状況、入院患者の重症度等の把握および医療機関の要請(様式例2、3)
  - － 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、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
- 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
  - － 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)
  - － 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
- 市民への情報提供と相談窓口の設置
- 二次感染防止のための施設、関係機関への指導

## 診療所からの情報収集 様式例2

### 1. 医療機関名

【診療所】 報告時点 月 日 時

医療機関名	
住所 電話 FAX	
病床数	

### 2. 患者受診状況

(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

### 3. 診療所からの要望事項

- ・患者収容力の確保
- ・治療機材・薬品の確保
- ・治療方法等技術的支援
- ・重症患者紹介の確保提供
- ・救急車の要請
- ・その他 ( )

## 救急告示病院等からの情報収集 様式例3

### 1. 医療機関名

【救急告示病院等】 報告時点 月 日 時

医療機関名	
住所 電話 FAX	
病床数	

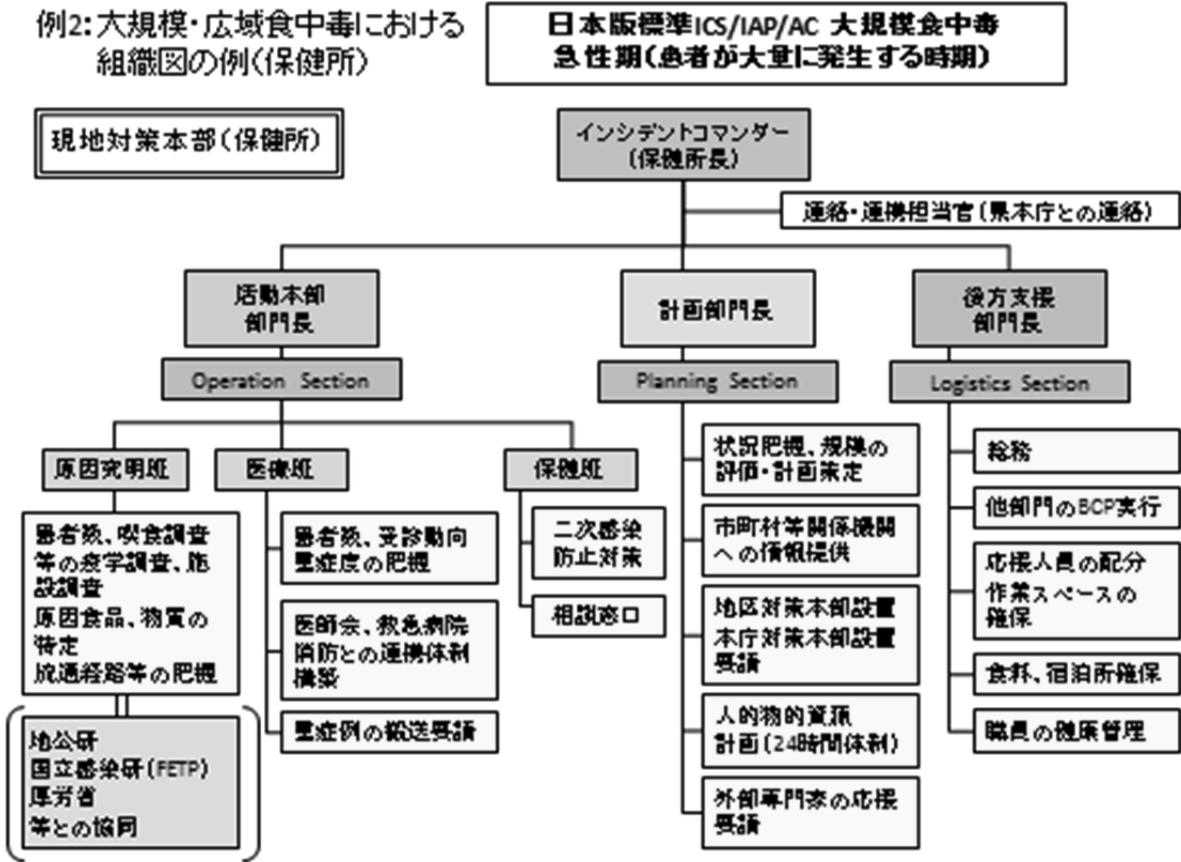
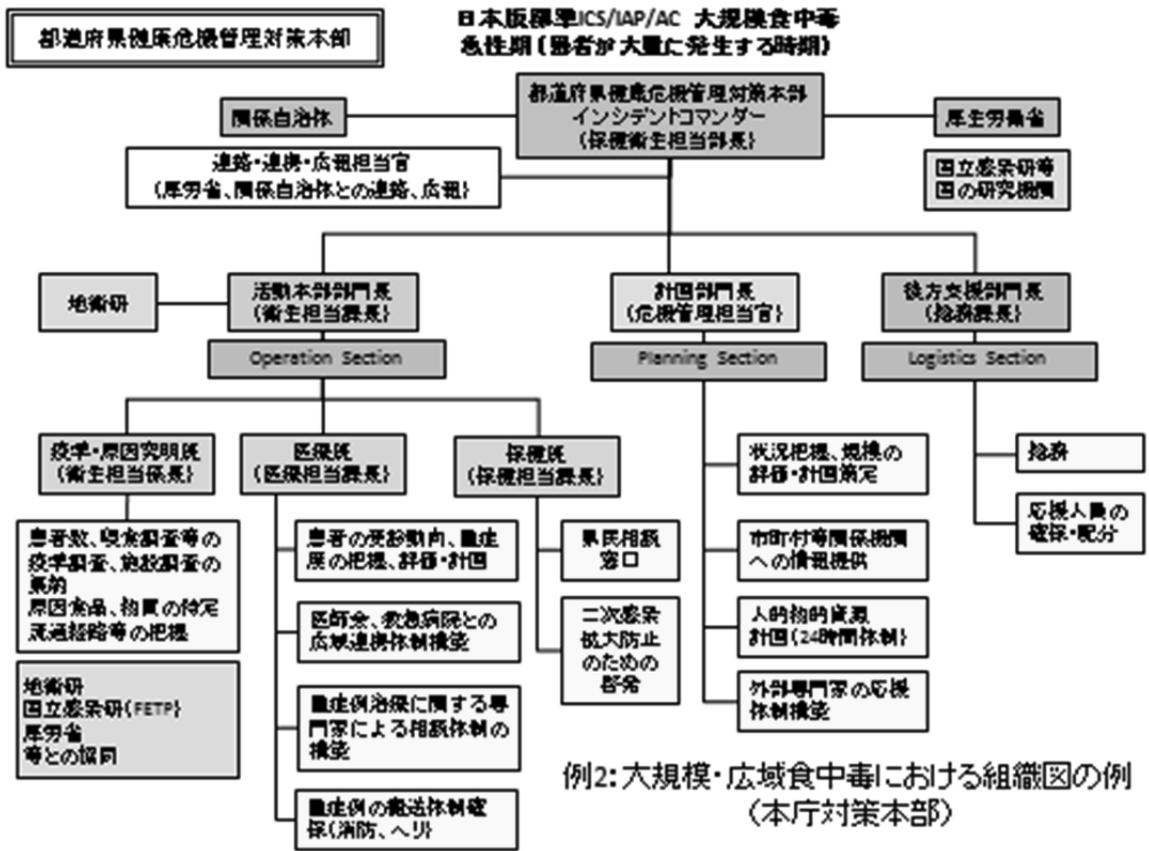
### 2. 患者受診状況

(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	—

### 3. 救急指定病院からの要望事項

- ・患者収容力の確保
- ・治療機材・薬品の確保
- ・人的支援
- ・治療方法等技術的支援
- ・重症患者紹介の確保
- ・救急車、ヘリの要請
- ・その他 ( )



【医療安全】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 145-204 ページを参照。

	様式等項目	活用方法説明
1	アクション・カード例（事案毎に異なると想定されるため、事例を示す）	<p>1) 医療事故を探知した場合の初動 AC（対応 1、様式 1）：緊急時の対応漏れのチェックに有用。健康被害対象者が圏域を越える場合も同じ情報を得て対応を行うことが可能となり、調査も協働して実施できる。（例：複数都県に健康被害が及んだレーシック術後感染性角膜炎等事故。）</p> <p>2) 院内感染を探知した場合の初動 AC（対応 1）：緊急時の業務指示・分担や対応漏れのチェックに有用。行政機関内、専門機関や他の医療機関の協力が必要となる場合に有用。（例：透析医療機関における肝炎集団発生時透析受け入れ先の確保。保健所・本庁（複数課に係る場合もある）・衛生研究所・大学等専門機関（感染症治療・感染制御・疫学調査等）・国立感染症研究所等、多数の機関の協働が必要な場合。）</p> <p>3) 災害時医療サーージにおける分担票（様式 1）：時間帯を区切った分担・当番を割り当て、具体的手法を統一することで実現性を高める。</p> <p>他の AC（業務や様式）の詳細は多田羅班報告書 H24 年度 149-195 ページを参照、特に AC は 172-195 ページ。</p>
2	医療事故・院内感染・災害時医療サーージにおける組織図例	<p>多機関・多自治体と連携する場合において、組織と機能を共通認識することによって連携相手及び内容を明確化する。チェックリストとしての活用、平時からの連携構築、シミュレーション訓練、有事に直ちに連携体制に入ることができる等の活用方法がある。他の組織図や業務分担の詳細は多田羅班報告書 H24 年度 149-195 ページを参照、特に組織図は 158、163、166 ページ。</p>
3	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	<p>地域医療システム安全確保に必要な時期別保健所機能一覧をチェックリストとして用いて、平時・有事・事後に必要な連携体制構築を平時から行う。シミュレーション訓練にも活用する。連携時には、どの機能を示しているか直ちに共有可能となり、連携・支援し易くなる。</p>

## 【医療・介護等安全】

### 1 医療安全 AC の例：

#### 1) 医療事故を探知した場合の初動対応 AC と様式例 AC

## 医療事故

アクションカード例

## 事情聴取または緊急立入検査

### 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十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。

12

### 保健所が医療事故を探知した場合の報告様式例

医療事故概況報告様式  
医療機関名 \_\_\_\_\_

医療事故概況報告  
記載者 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

アクションカード例

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・情報伝達に関する事 薬剤に関する事 輸血に関する事 治療・処置に関する事  
医療用具(器具)の使用・管理に関する事 ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する事  
検査に関する事 療養上の場面に関する事  
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  
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



## 2 医療事故・院内感染・災害時医療サーージにおける組織図 AC の例

### 院内感染 ICS/IAP 組織図例

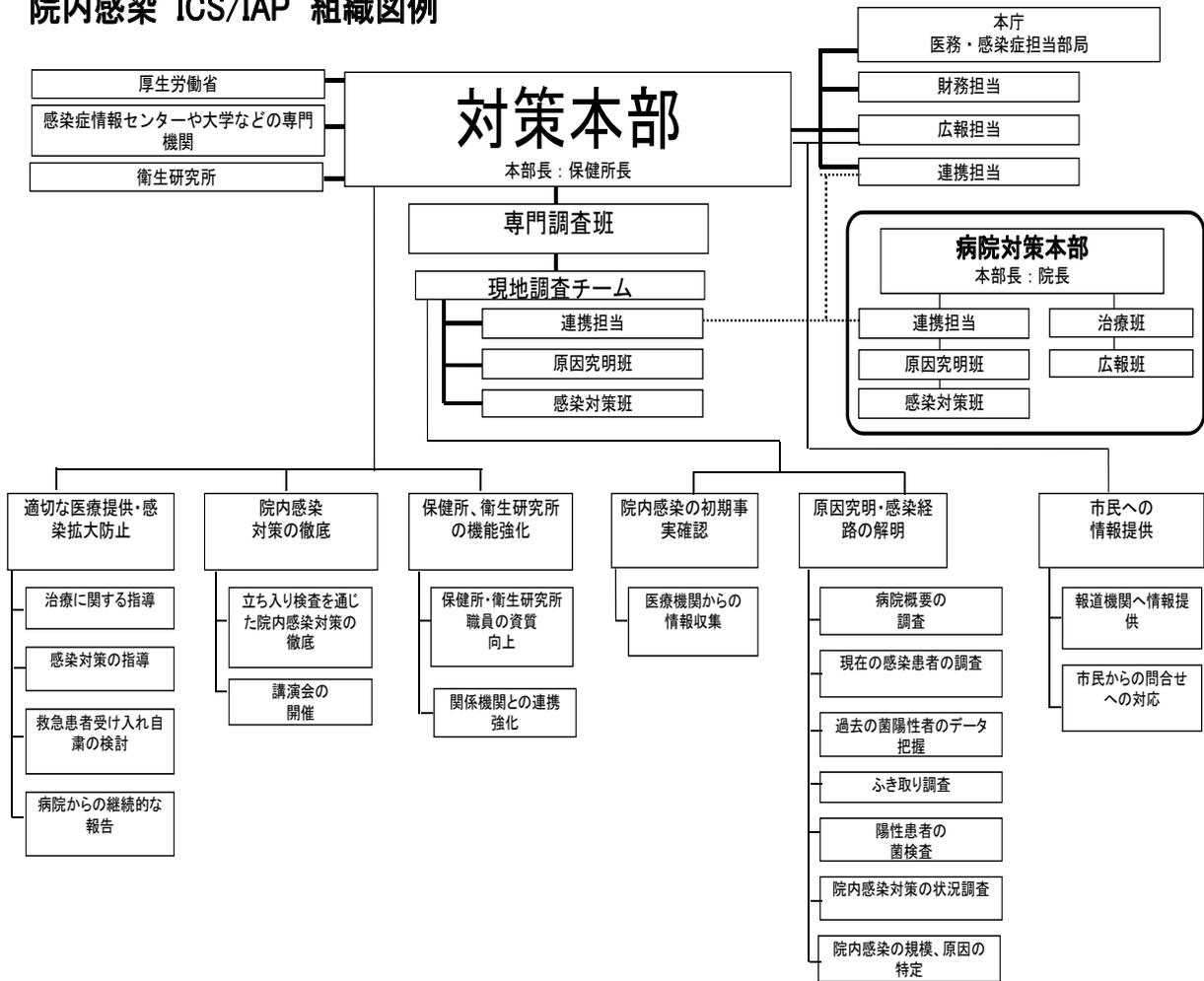


表 1. 日本版標準 ICS (Incident Command System)/IAP(Incident Action Plan)  
 一地域医療安全体制確保における時期別保健所の機能一覧 (総論概要) 一

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

【感染症】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 207-273 ページを参照。

	様式等項目 AC	活用方法説明
1	大規模感染症健康危機管理における組織図例	新型インフルエンザ等の新感染症・大規模感染症の場合、全庁的対応が行われることから、危機管理部がコマンダーとなり、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、保健所は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を想定した都道府県版の標準 ICS 組織図である。なお、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に役割分担する。県内の複数の保健所が当該圏域において活動本部として対応する。226 ページ
2	感染症健康危機管理における連携体制フローチャート例	保健所が各関係機関及び各部署とどのように連携すべきかについて連携体制フローチャート例として示した。この場合、患者管轄保健所が中心となって情報のまとめを行い、調査方法を企画し、多機関・組織と連携しながら接触者調査や感染拡大防止を進めるが、その場合、患者搬送・PPE 等の資器材調達・後方支援、一貫したメディア対応のための広報、継続性ある連携係、総務事務機能等、ICS に固有の機能調整が必要となる。
3	非常時保健所優先業務一覧表例	保健所各部署における非常時に優先すべき業務をその根拠を示して一覧表にしたものである。さらに各部署が優先すべき業務を業務総括表にすると視認しやすくなる。平時においても所内における役割確認のチェックリスト、所内横断的訓練に活用可能である。有事に直ちに対応可能となる。各役割が明確になり、漏れなく危機管理対応ができることと、有事に人が代わっても継続して役割を果たすことが可能で職員の疲弊を防止できる。
4	地域新型インフルエンザ流行状況の情報共有表の例（取扱注意）	新型インフルエンザ対策地域医療会議構成員のうち医療機関のみに迅速に情報提供し、地域未感染期や地域感染早期の新型インフルエンザの確定診断前及び地域感染期等に対応しやすくしたものである。当然ながら情報は取扱注意となる。
5	災害時避難所感染症情報収集用紙及び避難所サーベイランス	平時から様式を準備し、事案を想定して記載訓練に活用することで、有事対応に役立つ。270 ページ。
6	大規模感染症における保健所実践対策マトリクス・チェックリスト	大規模感染症における海外発生期、地域未発生期、地域発生早期、地域感染期及び小康期の 5 つの各時期において、保健所内指揮命令系統確認、保健所外指揮命令機能との連携・体制整備、保健所直接対応、医療機関との連携体制、地域関係機関との連携、保健所内総務機能、及び管内関係機関との関係構築の内容をマトリクスで示した。232-236 ページ。 平時においても所内における役割確認のチェックリスト、所内横断的訓練に活用可能である。有事には直ちに対応可能となる。



3 感染症 AC : 非常時優先業務一覧表

非常時優先業務一覧表

部署名	保健福祉部	所属名等	県南保健福祉事務所	課/室名等	通し番号			
通常時職員数 A	52人	大動者想定数 B B=A×0.4 (四捨五入)	21人	対策本部、地方対策本部事務局長職員数 C	2人			
					非常時想定職員数 D D=A-B-C	29人		
業務名	観点1	観点2 県民生活への影響評価 (5段階)				観点3	総合判断 (A/B/C)	必要人員数 (人/日)
	新型インフルエンザ対策に 関係する業務 (該当○)	生命や安全の 確保	不利益 不公平	財産 保全	合計 点数	行政運営上 維持すべき 業務 (該当○)		
<b>【医療薬事課】</b>								
<b>(医事薬事T)</b>								
インフルエンザ関係医薬品流通状況調査に関すること	○						A	0.5
新型インフルエンザ予防接種に関すること(新型インフルエンザワクチンを含む)	○						A	2
健康危機管理に関すること	○						A	0.5
災害時救急医療に関すること		5	4	1	10		A	0.1
医療安全に関すること		4	3	1	8		A	0.3
医療相談に関すること		3	3	1	7		A	0.1
大気汚染の健康被害に関すること		4	3	1	8		A	0.1
災害時医薬品等の備蓄供給に関すること		4	3	1	8		A	0.1
小児救急医療整備支援に関すること		3	2	1	6		B	
薬物相談に関すること		2	2	1	5		B	
医療法の施行に関すること		1	2	1	4		B	
医療関連法令に関すること		1	2	1	4		B	
薬事法、薬剤師法の施行に関すること		2	2	1	5		B	
医薬品製造業(製造販売業)の許可等及び品質管理等に関すること		2	2	1	5		B	
毒物及び劇物取締法の施行に関すること		2	2	1	5		B	
臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律に関すること		2	2	1	5		B	
麻薬四法に関すること		2	2	1	5		B	
麻薬等免許事務に関すること		1	2	1	4		B	
医療従事者等の免許事務に関すること		1	3	3	7		B	
献血及び安全な血液製剤の安定供給の確保に関すること		3	1	1	5		B	
老人診療報酬に係る施設基準に関すること		1	2	1	4		C	
医療監視及び医療機関の指導に関すること		1	2	1	4		C	
医療安全ネットワーク確保事業に関すること		1	1	1	3		C	
移植医療に関すること		3	1	1	5		C	
救急医療対策協議会に関すること		1	1	1	3		C	
メディカルコントロール対策協議会に関すること		1	1	1	3		C	
薬局、店舗販売業の許可等及び薬事監視に関すること		1	1	1	3		C	
毒物劇物製造業・販売業の登録等及び毒物劇物監視に関すること		2	1	1	4		C	
骨髄バンク登録に関すること		3	1	1	5		C	
薬物乱用防止啓発(乱用防止教室)事業に関すること		1	1	1	3		C	
薬物乱用防止指導員協議会指導育成に関すること		1	1	1	3		C	
スクールキャラバンカーに関すること		1	1	1	3		C	
医薬分業の適正推進に関すること		1	1	1	3		C	
<b>(感染症T)</b>								
新型インフルエンザ連絡調整に関すること	○						A	1
新型インフルエンザ相談窓口に関すること	○						A	2
新型インフルエンザクラスターサーベランスに関すること	○						A	1
新型インフルエンザ積極的疫学調査に関すること	○						A	6
新型インフルエンザ検体搬送に関すること	○						A	2

新型インフルエンザ患者発生調査に関する事	○						A	1
感染症診査協議会に関する事		3	3	1	7		A	0.2
結核患者の登録管理に関する事		3	3	1	7		A	0.3
結核患者の療養支援(相談・訪問指導)に関する事		4	2	1	7		A	0.3
感染症及び防疫に関する事		4	3	1	8		A	0.1
感染症発生動向調査に関する事		4	2	1	7		A	0.2
結核定期外健康診断の保健カード発行に関する事		3	3	1	7		A	0.1
結核定期健康診断に関する事		2	1	1	4		B	
結核患者の医療費公費負担に関する事		1	3	2	6		B	
肝炎治療特別促進事業に関する事		3	3	1	7		B	
学校における結核健診に関する事		2	1	1	4		C	
保健事業費負担金、補助金に関する事		1	1	1	3		C	
エイズ予防対策事業に関する事		2	1	1	4		C	
モデル診査会に関する事		2	1	1	4		C	
結核対策特別促進事業に関する事		1	1	1	3		C	
結核対策ワーキンググループ会議に関する事		1	1	1	3		C	
結核指定医療機関の指導及び調査に関する事		1	1	1	3		C	
予防接種普及事業に関する事		2	1	1	4		C	
ハンセン病啓発普及事業に関する事		1	1	1	3		C	
<b>【衛生推進課】</b>								
(環境衛生T)								
水道施設BCP支援に関する事	○						A	0.5
墓地埋葬等に関する法律に関する事	○						A	0.2
災害発生時の環境衛生確保に関する事		5	3	2	10		A	0.2
上水道・簡易水道に関する事		4	3	2	9		A	0.2
専用水道に関する事		4	3	2	9		A	0.2
福島県給水施設等条例に関する事		4	3	2	9		A	0.2
飲用井戸衛生対策に関する事		4	3	2	9		A	0.5
ねずみ・衛生害虫に関する事		3	3	1	7		A	0.1
興行場法、公衆浴場法、旅館業法の許可に関する事		2	4	2	8		A	0.3
理容師法、美容師法、クリーニング業法の確認に関する事		2	4	2	8		A	0.2
興行場法に関する事		1	2	1	4		B	
理容師法に関する事		1	2	1	4		B	
美容師法に関する事		1	2	1	4		B	
公衆浴場法に関する事		3	3	1	7		B	
建築物における衛生的環境の確保に関する法律に関する事		1	2	1	4		B	
旅館業法に関する事		1	2	2	5		B	
クリーニング業法に関する事		1	2	2	5		B	
温泉法に関する事		1	2	2	5		B	
遊泳用プールの衛生確保に関する事		1	2	2	5		B	
有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律に関する事		1	2	2	5		B	

4 感染症 AC4：地域における新型インフルエンザ流行状況共有表

様式3 地域のインフルエンザ流行状況の情報提供について

**取扱注意**

各〇〇地方新型インフルエンザ対策地域医療会議構成員(医療機関のみ) 様

〇〇保健所長

**〇〇地方インフルエンザ流行状況**

月 日

1	〇〇地域で、前日(休日である場合は休前日)の午後3時以後、本日の午後3時までにインフルエンザ〇型と診断された患者数	名
2	〇〇地域で、過去7日間にインフルエンザ〇型と診断された患者数	名
3	2の患者数について、住所地及び属する集団(属する集団がない場合は記入なし) (2については、管外からの受診者も含むため、下表の合計とは異なる数値になります。)	
	市町村名	居住する患者数
		患者が所属する集団
	〇〇市	名 ( 名 ) ( 名 )
	〇〇村	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇村	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇村	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇町	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇町	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇町	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇町	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
	〇〇村	名 ( 名 ) ( 名 ) ( 名 )
その他の 注意情報		

※当該情報は、〇〇地域のインフルエンザの流行状況について、医療機関や教育機関から寄せられた情報をまとめたもので、新型インフルエンザ対策地域医療会議の構成員に対し送付するものです。

※当該情報は月曜日から金曜日まで(祝日を除く)の毎日、午後4時までに入手した情報を整理して作成しますので、医療機関では前日(休日がある場合は休前日の午後3時から、当日の3時までに受診した患者さんについて情報を提供してください。

**※当該情報については、医療情報として、新型インフルエンザ〇〇地域医療会議の構成員のうち、医療機関にのみ送付するものです。感染症関連情報として、取り扱いには十分注意してください。**

※当該情報提供は、〇〇地域におけるインフルエンザの流行状況の推移により、停止することがあります。

5 感染症 AC5 : 大災害時避難所感染症情報収集用紙

様式4 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)

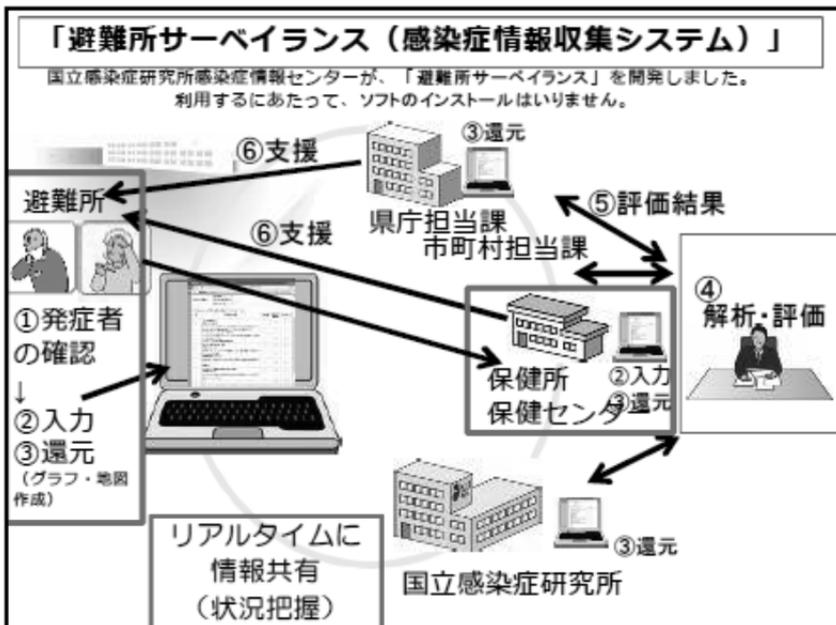
- 情報登録は「インターネット」、「電子メール」、「携帯電話メール」、「ファックス\*」が可能です。  
\* ファックスの場合は下記様式を利用し 03-5285- 1129 (国立感染症研究所感染症情報センター) まで情報をご記入の上ご送信下さい。

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					



6 感染症 AC6：大規模感染症における保健所 ICS/IAP マトリクス・チェックリスト

対応例 1 大規模感染症における保健所実践対策編の日本版標準 ICS/IAP マトリクス・チェックリスト

	海外発生期における標準的ICS/IAP	地域未発生期における標準的ICS/IAP	地域発生早期における標準的ICS/IAP	地域感染期における標準的ICS/IAP	小規模期における標準的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	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. 新たな感染症に関する業務の抽出、実施	IAP1. 管内流行の状況に応じて対応内容の決定
	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. 管内の知見に基づき、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	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(BOP)の業務削減
	IAP3. 業務継続計画(BOP)の確認、現状にあわせた調整	IAP3. 業務継続計画(BOP)の確認、現状にあわせた調整	IAP3. 業務継続計画(BOP)の確認、現状にあわせた調整	IAP3. 業務継続計画(BOP)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(BOP)の業務削減
	IAP4. 職員の職務及び機能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び機能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び機能に応じた役割分担の決定	IAP4. 職員の職務及び機能に応じた役割分担の決定	IAP3. 管内流行の状況に応じて、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体制整備 ⇒ ICS6.	IAP5. 文書整理や物資補給の選任部門の削減 ⇒ ICS6.
	IAP6. 主官部局との連携による指揮命令系統の確認	IAP6. 主官部局との連携による指揮命令系統の確認	IAP6. 主官部局との連携による指揮命令系統の確認	IAP6. 主官部局との連携による指揮命令系統の確認	IAP5. 主官部局との連携による指揮命令系統の整理
ICS2. 保健所外の指揮命令系統(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、及び指揮命令系統の確認	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	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割分担、連携体制	IAP1. 県の行動計画に基づいた地域対策本部における役割分担、連携	IAP1. 県の行動計画に基づいた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. 管内の知見に基づき、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(市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等)との連携体制	IAP3. 地域医療関係者(市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等)との情報共有・連携体制	IAP3. 地域医療関係者(市医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等)との情報共有・連携体制	IAP3. 地域医療関係者(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. 地域医療関係者(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発生に関する情報提供・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発生に関する情報提供
	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、国内の発生状況、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、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、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、ウイルスの性質等)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、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、QA/QA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、QA/QA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、QA/QAを作成し、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、最新の知見に基づきQA/QA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、最新の知見に基づきQA/QA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の実施の作成・準備	IAP3. 地域の発生に即して、国内の症例定義を踏まえた、積極的疫学調査の実施	IAP3. 地域の発生に即して、必要な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. 火葬対応体制の確保	IAP5. 火葬対応体制の確保	
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連の開催	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連の開催	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連の開催	IAP1. 医療機関及び関係機関と、地域医療会連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、懸念点への対応、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保
	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、接種開始	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
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	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保	IAP2. 社会福祉施設と有症者発生時の連携確保	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確保	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携確保	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携確保	IAP3. 消防機関との患者搬送に関する連携確保	
	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連携ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の連携ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の連携ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の連携ホットラインの確保	IAP1. 外部主要機関と担当部局の連携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
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波を踏まえた、消防機関と協議し、ドクターヘリ等の運用について調整
	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出	
	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運出体制	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運出体制	IAP3. 地域内及び隣接地域の民間救急車の運出体制		

【精神保健】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 277-298 ページを参照。

	様式等項目	活用方法説明
1	情報収集・発信 AC	災害等重大危機発生時の精神保健分野情報集 AC : 在宅精神障害要援護者、精神科医療機関、障害者関係施設等の被災状況把握におけるチェックや支援対象内容の調整に有用。
2	健康支援活動 AC	避難所等における要援護者等への支援活動 AC : 避難所等における相談支援状況や相談支援要員の確保、相談支援内容（こころのケア要否等）の確認等に有用。
3	こころのケア AC	こころのケアの対応 AC : こころのケア活動記録や DPAT・こころのケアの派遣調整に有用。
4	精神科医療確保 AC	精神科医療を確保するための AC : 精神科救護所の診療記録や精神科救急の確保に有用。
5	精神保健分野 ICS 組織図	全国の各種団体・自治体からの支援チーム（DPAT やこころのケアチーム）の受入・活動調整窓口の明確化、市町村支援内容等の事前調整、精神科医療確保の役割分担の明確化、各種団体との連携のあり方の事前調整に有用。

## 1 情報収集・発信 AC

例1 精神科医療機関の初動機能聞き取り調査票

医療機関名			入院患者の移送の必要性：
調査日時	年 月 日 時 分		
報告者			
参集者数	精神科医	人	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		職員から聴取内容：
使用不能な機能	X線室 検査室 救急室 給食室 その他（ ）		
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		
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			

## 2 健康支援活動 AC

### 例 2 避難所健康支援活動報告書

実施年月日	年 月 日 ( )						
活動場所	避難所 避難者数			仮設住宅 避難者数			
	家庭訪問地区 避難者数			その他			
ライフライン	電気・水道・ガス・電話						
従事者	医師： 保健師： 看護師： 薬剤師： P S W： その他：						
	総数	当該地域		県内常駐支援		県外常駐 支援	巡回支援
		保健所	市町村	保健所	市町村		
	人	人	人	人	人	人	人
相談・診療状況	健康相談数 人			医師による診察受診者数 人			
健康状態	人工呼吸器装着	人	(ケア： )	透析	人	(ケア： )	
	在宅酸素療法	人	(ケア： )	妊婦	人	(ケア： )	
	要介護高齢者	人	(ケア： )	難病	人	(ケア： )	
	身体障害者	人	(ケア： )	高血圧	人	(ケア： )	
	知的障害者	人	(ケア： )	乳幼児	人	(ケア： )	
	精神障害者	人	(ケア： )	糖尿病	人	(ケア： )	
	(咳・発熱)	人	(ケア： )	(下痢・嘔吐)	人	(ケア： )	
	その他要観察者	人	(ケア： )				
	要支援個人票番号						
	《問題》						
	《対策および対応》						
清潔・環境	トイレの状況 (清潔 ・ 不潔)			手洗い液確認			
不足物資 (不足医薬品)							
医師派遣 必要性							
こころのケア必 要性							
福祉用具 必要性	ねたきり者・車椅子使用者等への対応						
引継ぎ事項							
今後必要支援							

### 3 こころのケア AC

例 3, 診療・相談個人票

カルテ No \_\_\_\_\_

日付：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							

例 4, 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					

#### 4 精神科医療確保 AC

例 5, 精神科救護所 診療カルテ

カルテ No \_\_\_\_\_ 日付: 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)							

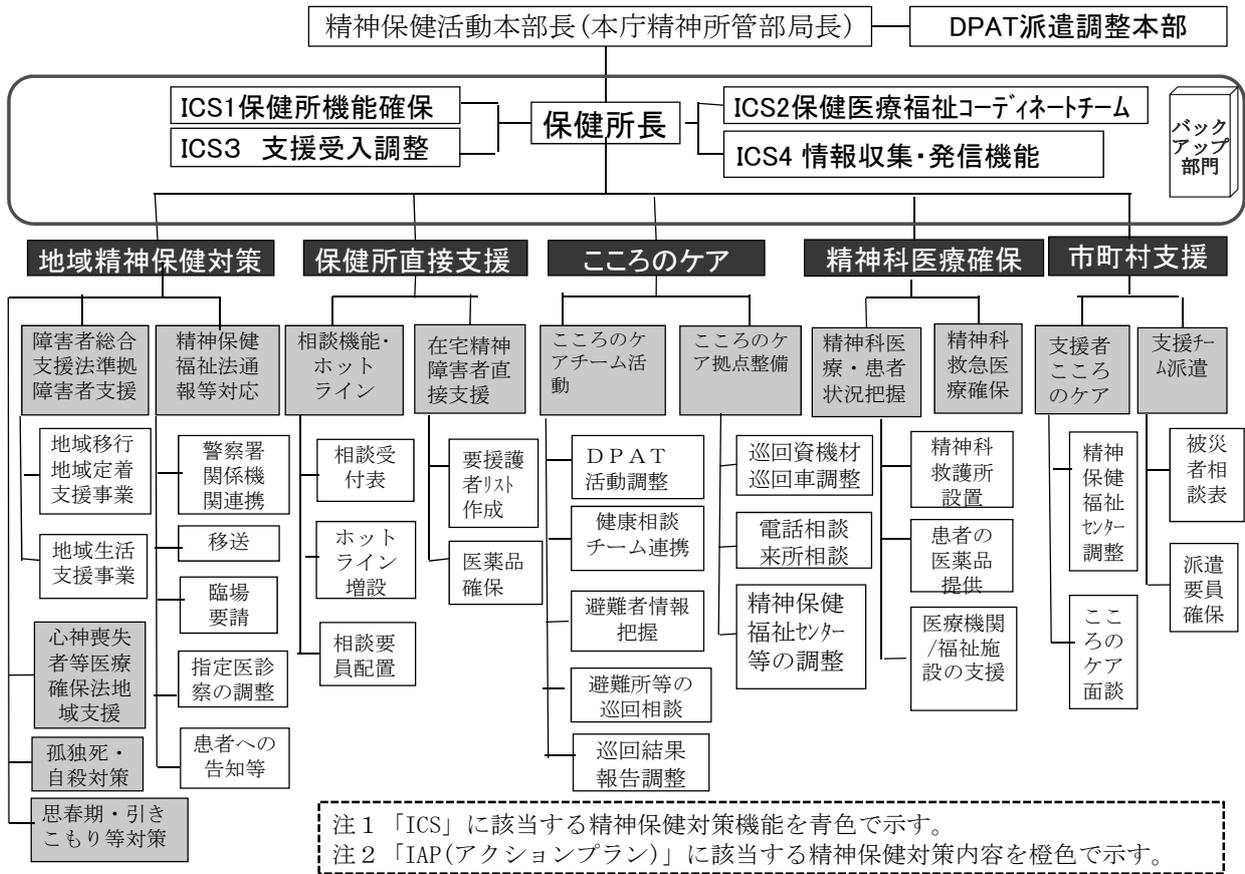
例 6, 診療連名簿

日付: 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 精神科救護所名: \_\_\_\_\_

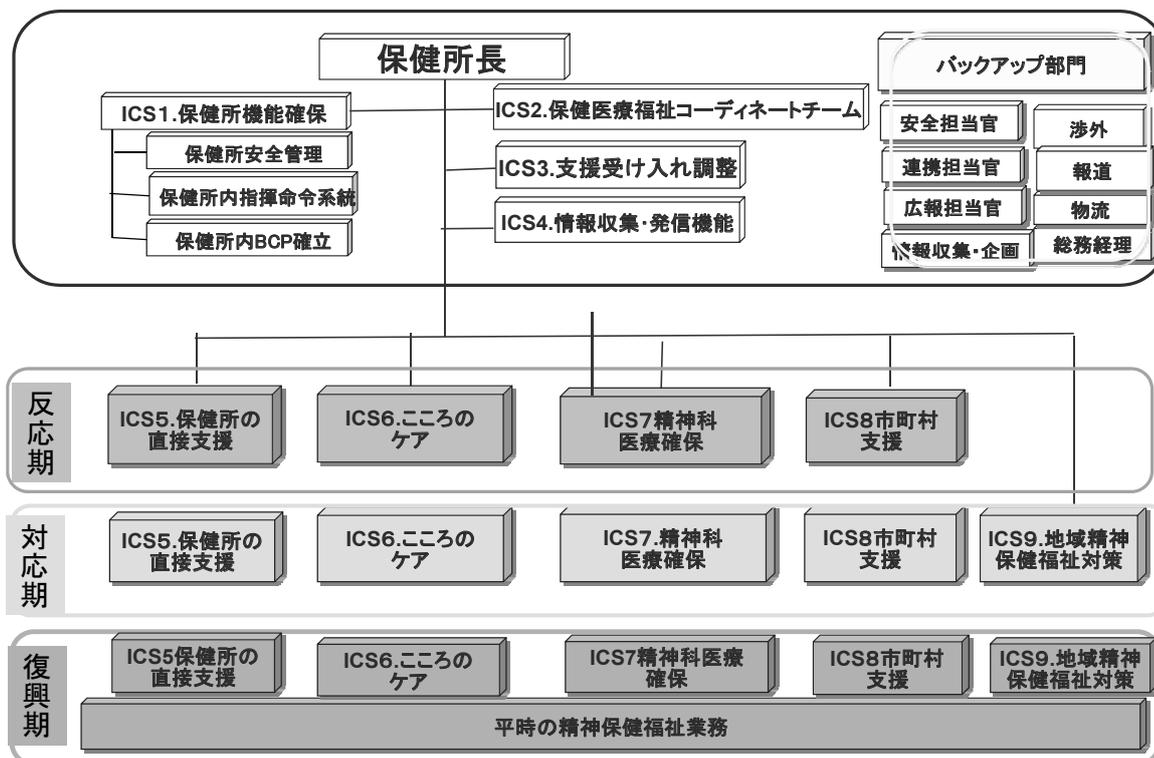
カルテ 番号	氏名	年齢	住所	所見・病名	処置・投薬・入院等

5 精神保健分野 ICS 組織図

精神保健分野インシデントコマンドシステム【保健所の危機対応機能】



精神保健分野インシデントコマンドシステム時期別機能図



## 【飲料水安全】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 339-348 ページ 及び

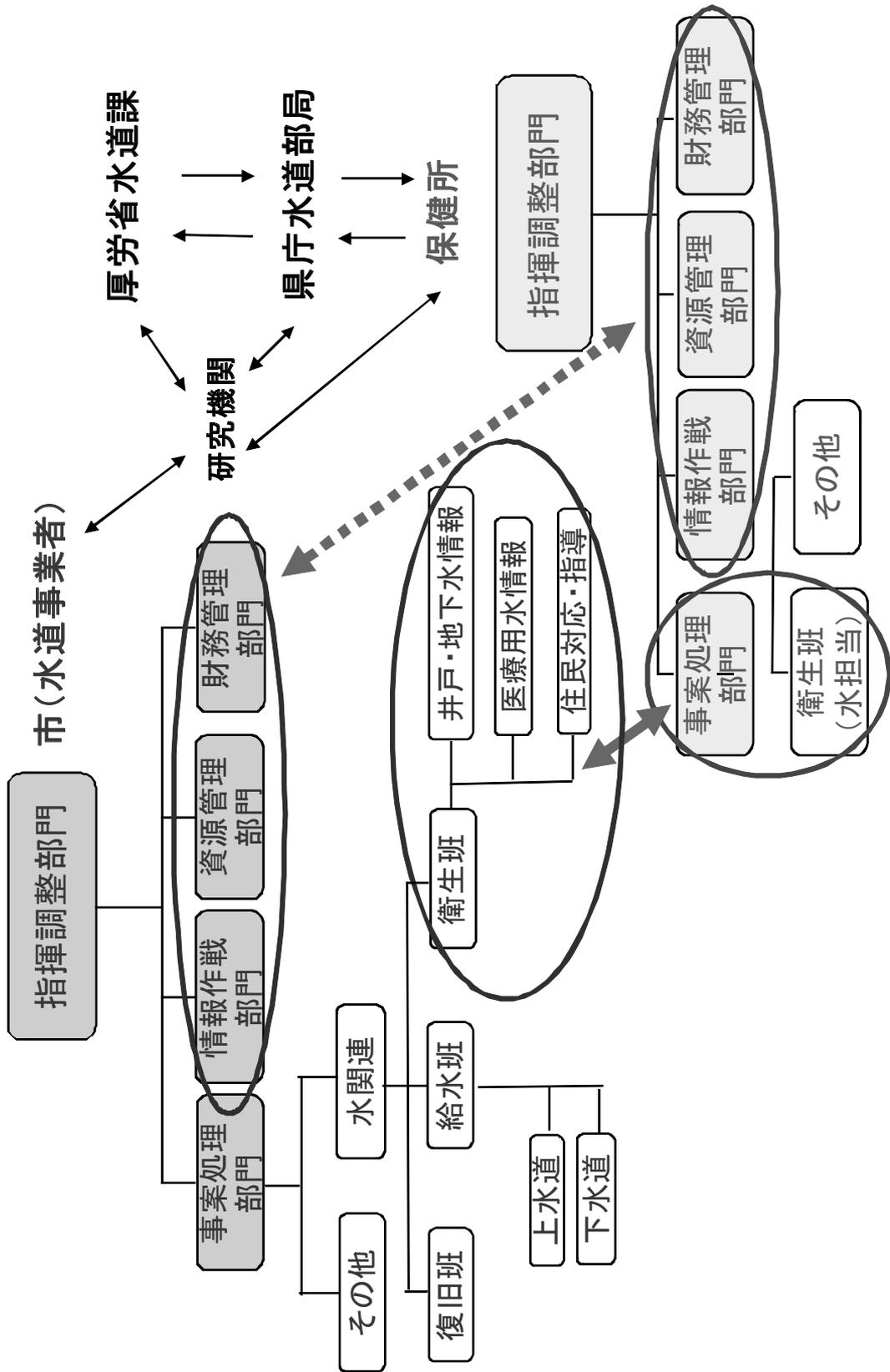
飲料水健康危機事例集-最近の主要事例と過去 600 事例-を参照。

	様式等項目 AC	活用方法説明
1	水衛生における ICS (保健所・市町村レベル)	現状の市町村（水道事業者）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。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すべての市に移譲されたが、このような市町村の実状から、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。
2	ICS 機能別職員配置表（飲料水）	保健所長（コマンダー）は、飲料水の汚染が原因となる健康危機情報入手した時点で、事案処理部門（生活衛生課職員）をはじめとする関係部門の職員配置を行い、必要な危機管理業務を迅速かつ適切に行う。 なお、飲料水安全に係る健康危機情報とは、健康被害の発生したもの他、健康への影響が懸念されるもの、又は健康への影響は小さいが発生規模が大きいもの、もしくは広域にわたると懸念されるもの全てを含む情報と定義する。
3	時系列における被災状況と水需要との対応（例）	飲料水を原因とする健康危機の場合には、災害直後から時間経過につれ、保健所が果たすべき役割は変化してくるので、急性期（給水停止から応急給水、一方で支援が不可欠）、亜急性期（水道事業者との連携、保健所の積極支援、外部の支援を得て対応を行う時期で、施設全体は大方が回復の方向）及び回復期（外部資源が撤退、各連携の解除、通常体制への移行が開始された時期で、通常この期間内に大半の危機は終息する）の三つの時期に分けて考える。 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、使用に当たっては、地域の実情に応じて時期の判断を行うことが望ましい。
4	防災井戸の指定基準（例）	水道水の代替として、飲用に供される井戸水等の指定基準の一例を示す。災害時には飲用可能な清浄な水質の確保が必要である。
5	各種計画・マニュアルの体系図と地域防災計画による水の供給計画事例	関連する各種計画・マニュアルの体系図と地域防災計画による水の供給計画の代表例（5自治体）を示す。

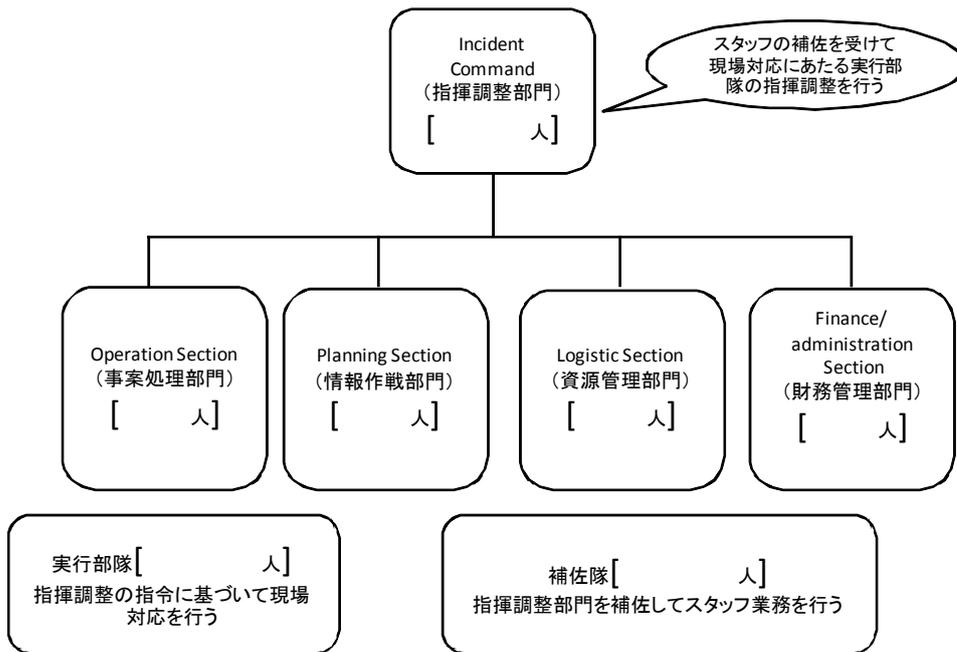
1 飲料水安全 AC：水衛生における ICS（保健所・市町村レベル）

# 日本版標準ICS/IAP/AC 飲料水安全

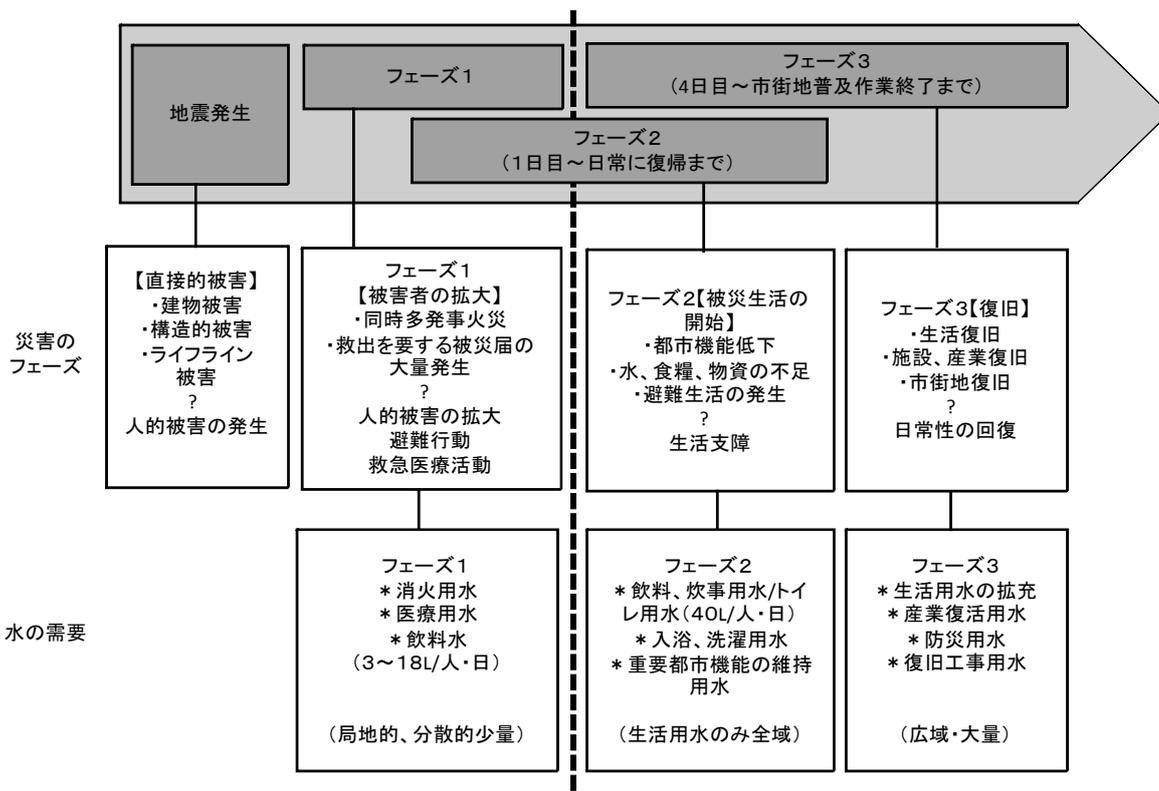
急性期（～48時間）、亜急性期（48時間～10日）、回復期（10日～）



2 飲料水安全 AC : ICS 機能別職員配置表 (飲料水)



3 飲料水安全 AC : 時系列における被災状況と水需要との対応 (例)

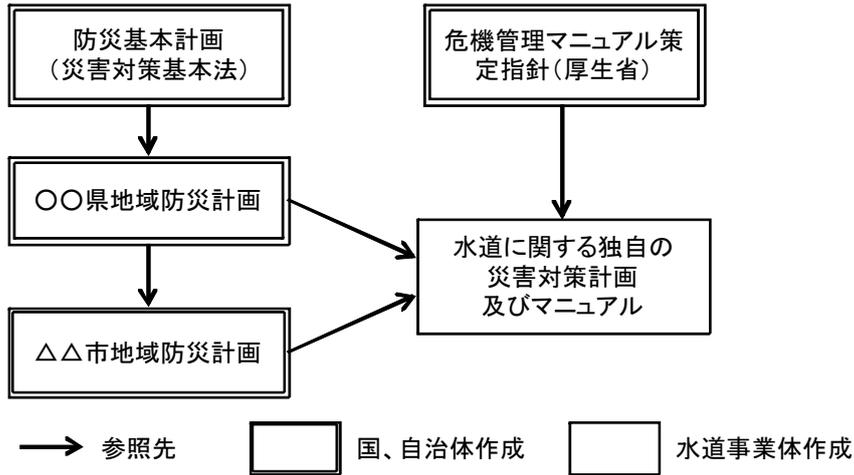


#### 4 飲料水安全 AC： 防災井戸の指定基準（例）

番号	測定項目	基準値
1	一般細菌	1ml の検水で形成される集落数が 100 以下であること。
2	大腸菌	検出されないこと。
3	硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素	10mg/l 以下であること。
4	塩化物イオン	200mg/l 以下であること。
5	有機物（全有機炭素（TOC）の量）	5mg/l 以下であること。
6	pH 値	5.8 以上 8.6 以下であること。
7	味	異常でないこと。
8	臭気	異常でないこと。
9	色度	5 度以下であること。
10	濁度	2 度以下であること。

千葉県防災井戸の指定等に関する要綱

5 飲料水安全 AC： 各種計画・マニュアルの体系図と地域防災計画による水の供給計画事例



自治体名	防災計画における水の供給計画事例
東京都文京区	(1) 東京都水道局の給水拠点（給水所・応急給水槽、居住地より概ね 2 km 距離内に確保）による飲料水の供給 (2) 区の倉庫でのペットボトルの備蓄 (3) 区設貯水槽（容量 40 m <sup>3</sup> ：31 箇所、20 m <sup>3</sup> ：1 箇所） (4) 区の井戸による確保（公園等に 12 箇所設置） (5) 民間井戸所有者との防災協定井戸の締結（114 箇所） （区立小・中学校の高架水槽・受水槽・プール・井戸による確保）
東京都墨田区	(1) 東京都水道局の給水拠点（給水所・応急給水槽、居住地より概ね 2 km 距離内に確保）による飲料水の確保（5 箇所） (2) 学校プール水及び飲料水貯蔵水槽の水をろ過し飲料水として供給。（ろ過機設置：区内 79 箇所） (3) 雨水利用施設の貯留雨水を生活用水として活用 (4) 既存井戸水の生活用水としての利用（公衆浴場組合
東京都三鷹市	(1) 飲料水給水所における給水（市内に 9 箇所） (2) 生活用水給水所の設置（市内 16 箇所、井戸及び貯水槽設置、一部水道水貯留式） (3) 生活用水としてプール水の活用（市内の小・中学校のプール水） (4) 民間井戸を震災用井戸として指定（39 箇所）
千葉市	(1) 耐震性井戸付貯水槽等の整備（広域避難場所等に整備する） (2) 非常用井戸の整備（避難所となる学校施設に整備する） (3) 防災井戸の指定（飲料用に使用されている事業所、団体、市民の所有井戸を指定） (4) プール水をろ過、消毒して使用可能とするため、ろ過浄水器と塩素の配備
川崎市	(1) 川崎市水道局の応急給水拠点による飲料水の供給（半径 1 km に 1 箇所の割合で設置）

資料：各自治体の地域防災計画

【生活環境安全】

詳細は多田羅班報告書 H23 年度 276-281 ページ、H24 年度 351-373 ページを参照。

	様式項目	活用方法説明
1	アクション・カード：媒介蚊対策を緊急に行う祭の都道府県保健所が市町村に対して示す市町村が分担する対策の概要	ウエストナイル熱等発生時に WN 熱ウイルス等媒介蚊への対策を実施することが決定された場合に、実施組織図での市町村支援連携に際して、市町村本部に示す、担当業務の概要 他の AC (業務や様式) の詳細は多田羅班報告書 H23 年度 P276-P281 を参照。
2	WN 熱ウイルス等媒介蚊対策における組織図例 (活動部門)	媒介蚊対策を地域で実施するには、ペストコントロール協会、地方衛生研究所等多機関および市町村やその住民組織と連携する必要がある、関係者が組織の全体像と機能を共通認識することによって、緊急時に効果的効率的に可能となる。チェックリストとして、平時からの連携構築、シミュレーション訓練、有事に直ちに連携体制に入るため等の活用方法がある。提示は活動部門の組織図であるが全体の組織図や業務分担の詳細は多田羅班報告書 H23 年度 P276-P281 を参照。
3	アクション・カード：化学物質健康危機発災時急性期点検項目	化学物質の関連が疑われる健康危機発災時に保健所の役割を判断するための点検項目
4	化学物質健康危機発災時の連携イメージ図	化学物質健康危機は発災場所、原因物質や自治体の業務分掌により保健所の役割が異なるので、保健所が主体となって管轄する事案とそうでない事案とにおける保健所と他の組織との連携のイメージを図示した。
5	化学物質健康危機発災に保健所の特異的役割の組織図 (活動部門)	化学物質健康危機発災時における対応組織の概要 (組織図) と保健所が主体となって管轄する事案において、保健所の特異的対応 (医学的情報を収集し対策を日本中毒情報センターの協力を得て明らかにし、治療機関等必要な部門に提供する) の位置づけ

1 AC1 : 媒介蚊対策を緊急に行う祭の都道府県保健所が市町村に対して示す市町村が分担する対策の概要

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役割分担を確認

AC1-1 市町村へ提示する対策(案)概要

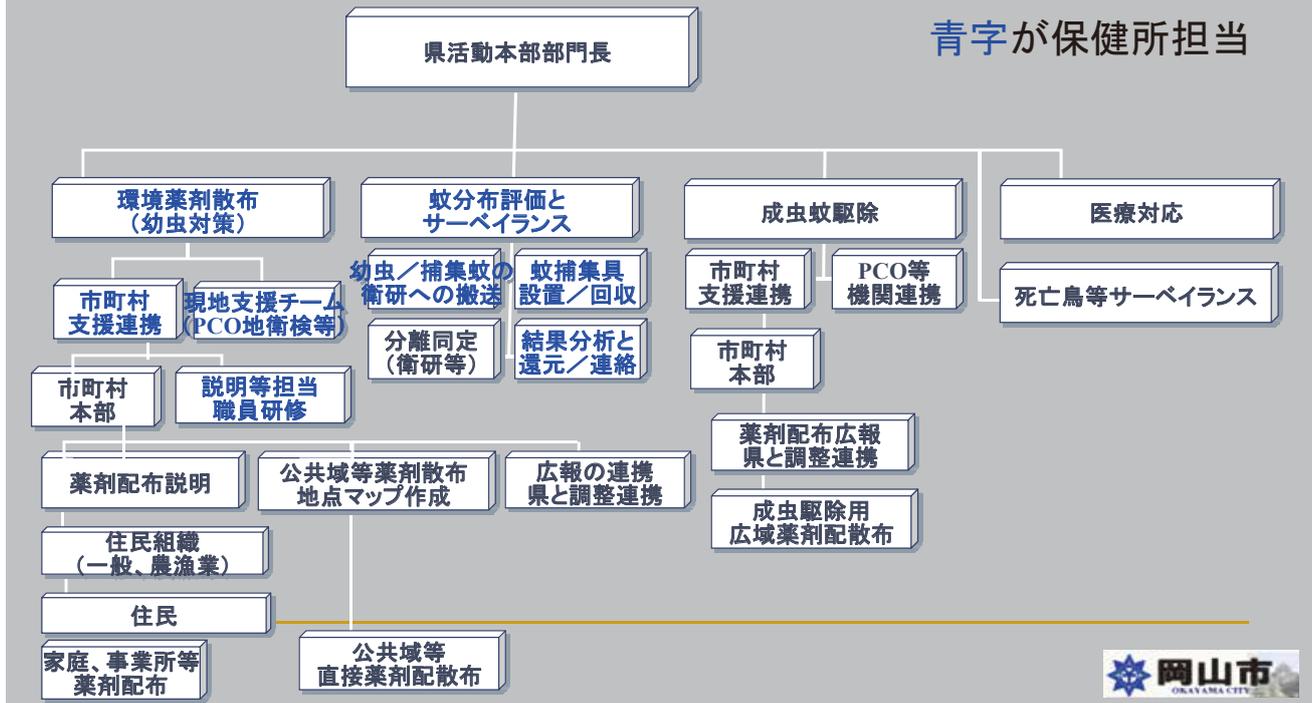
- 媒介蚊対策実施区域の決定
- 対策内容の確認
- 住民への協力依頼内容の確認
- 住民、関係団体への協力依頼と説明
- 対策の日程調整
- 対策効果の検証(市町村、保健所、PCO等  
公益法人、衛生研究所で協議)



2 AC2 : WN 熱ウイルス等媒介蚊対策における組織図例

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



## 化学物質健康危機 発災急性期

### AC 1 -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

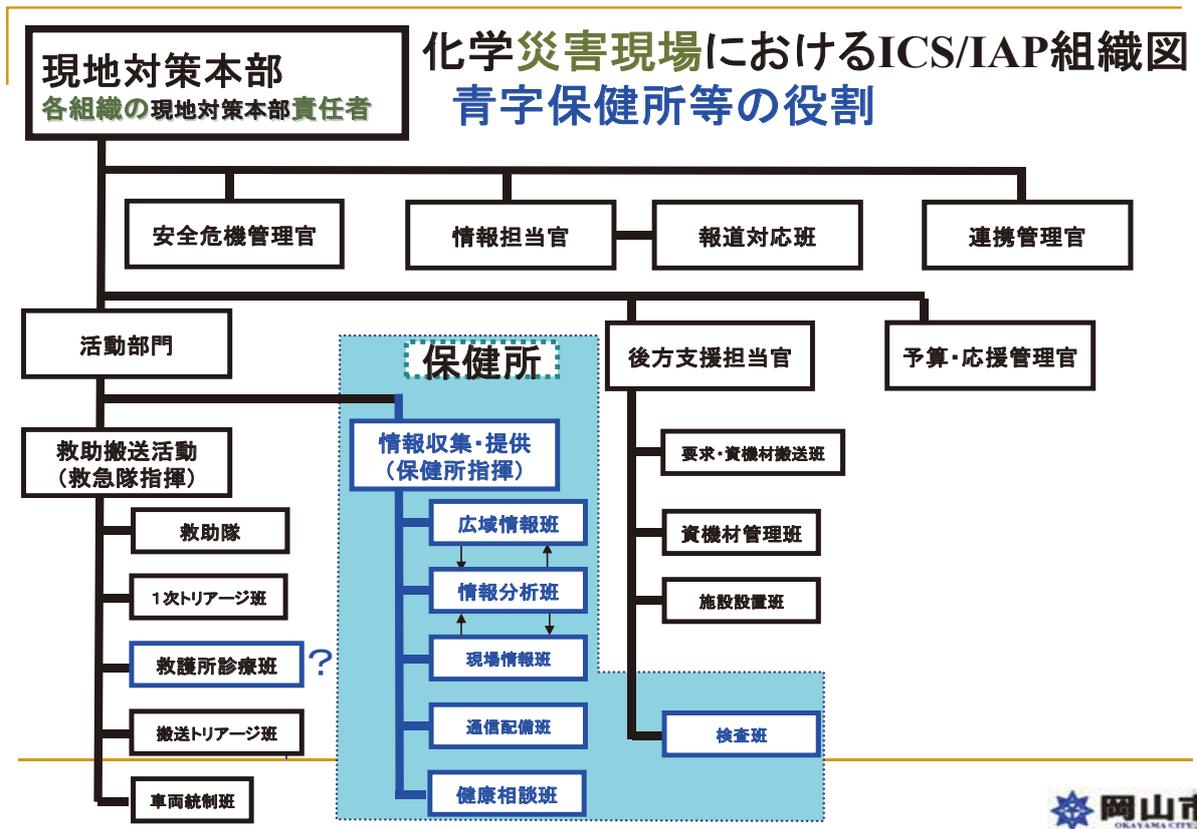


## 化学物質健康危機時のICS/IAP

- 発災場所、起因物質、自治体での分掌等により異なる主な対応部門と保健所との連携のイメージ
- 保健所の特異的対応(分担)と健康危機時常に行う対応(一般的対応)
- 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
- 一般的 住民や関係機関からの相談、救急医療等の必要性和医療サーージが発生する場合への対応等



5 AC5 : 化学災害現場における ICS/IAP 組織図

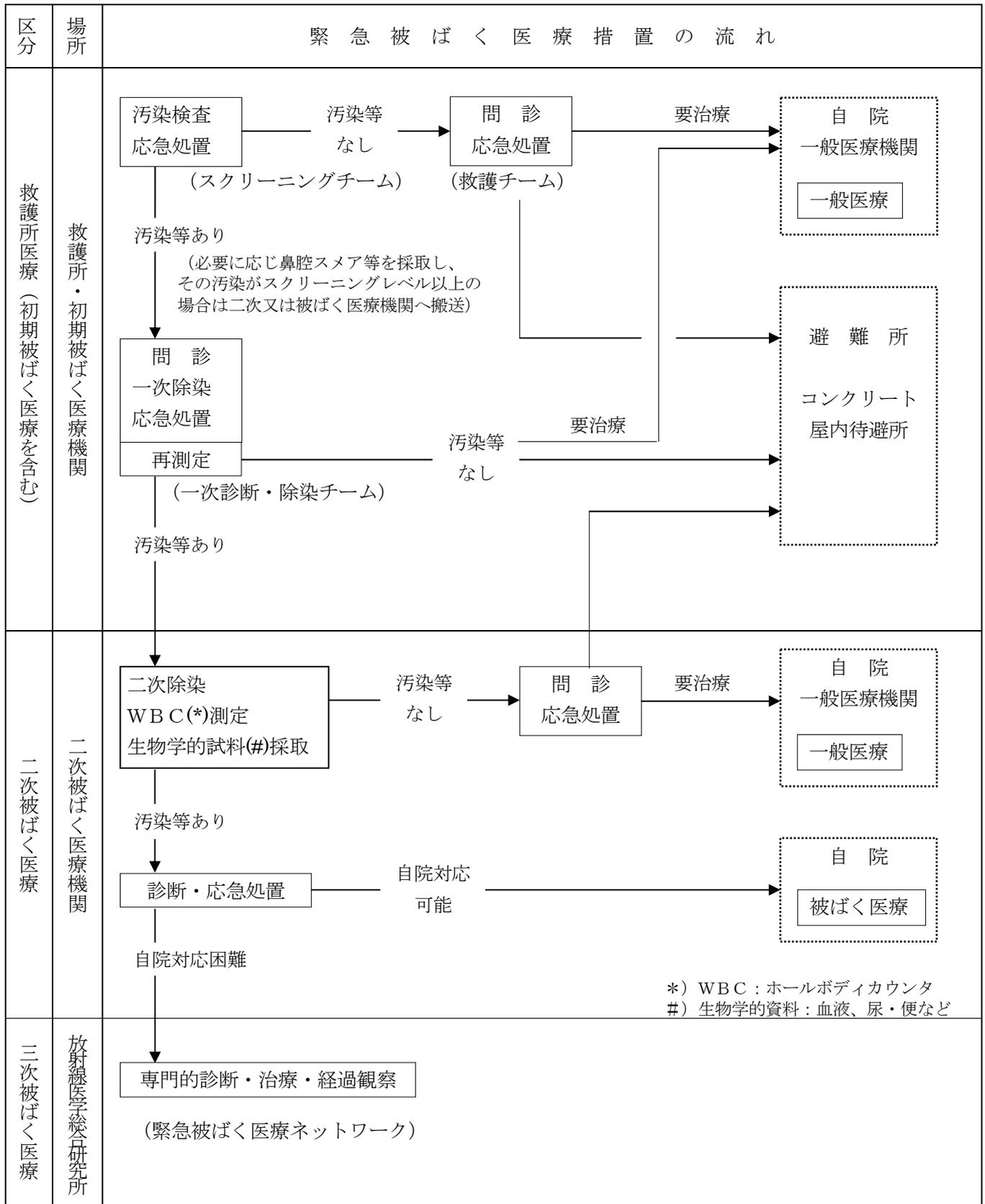


【原子力分野】

詳細は多田羅班報告書 H24 年度 377-406 ページを参照。

	様式等項目	活用方法説明
1	被ばく・放射性物質汚染に対する緊急被ばく医療のフォロー	<p>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。</p> <p>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。被ばく・放射性物質汚染に対する緊急被ばく医療のフォローを示す。</p> <p>多田羅班報告書H24 年度382ページを参照</p>
2	被災地住民登録票	<p>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。「事故発生時 の居場所、事故発生直 後の行動、避難・退避の開始・到着の時間(移動手段)、到着までの 行動」については、事故時被ばく量の推定や、汚染不安解消のための重要である。</p> <p>多田羅班報告書H24年度387-388ページを参照</p>
3	スクリーニング測定記録票	<p>緊急時被ばく医療においては、除染の対象者把握はもちろんであるが、住民の安全・安心のためには、迅速かつ正確な情報が得られる。</p> <p>多田羅班報告書H24年度389ページを参照</p>
4	日本版標準ICS/IAP 原子力災害	<p>組織図を示す。</p> <p>多田羅班報告書H24年度397ページを参照</p>

1 AC1: 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

## 2 AC2 : 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

明治・大正

昭和・平成

1	ふりがな 氏名	男 女	年 月 日			
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)				
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					

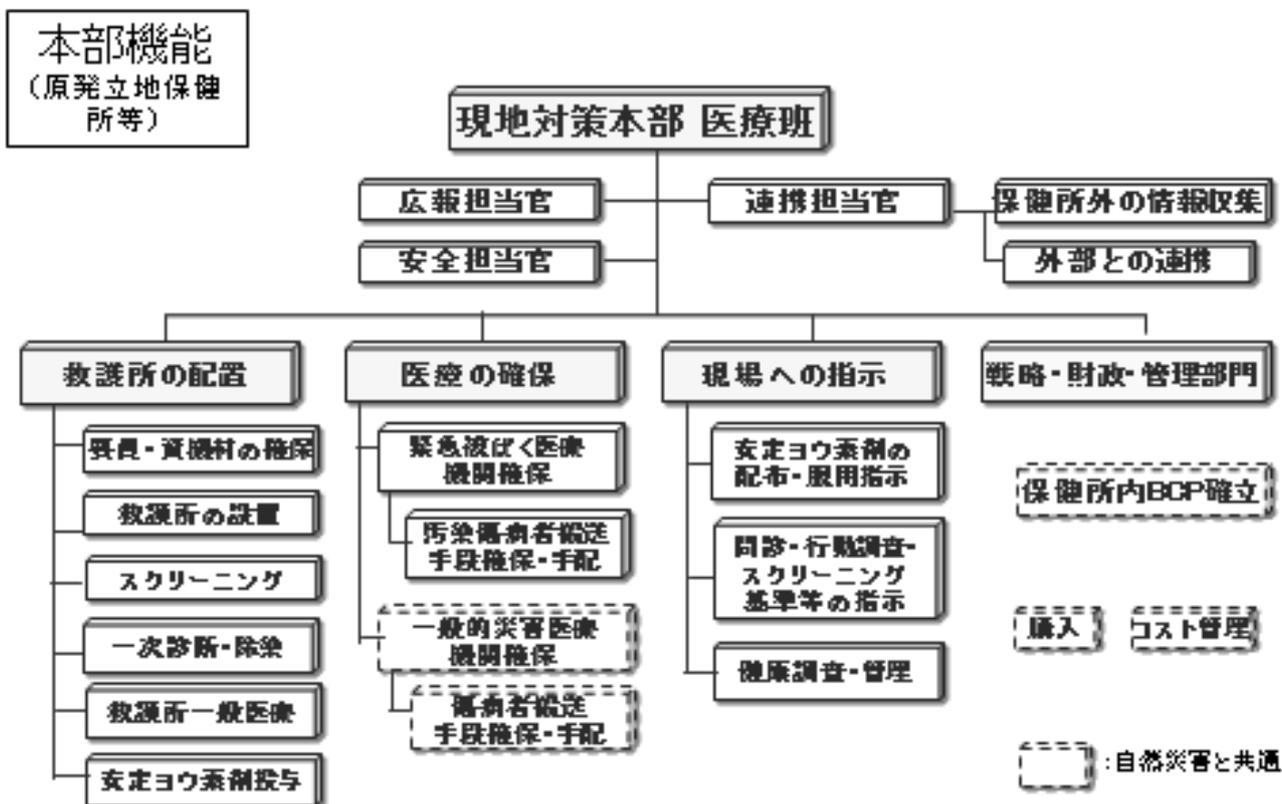


3 AC3 : スクリーニング測定記録票

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	<input type="checkbox"/> 要 救急処置 <input type="checkbox"/> 要 介護 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 要 救急処置 <input type="checkbox"/> 要 介護 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		D(両手の掌)		
13. 外部被ばく推定線量当量 <sup>※</sup> 全身 mSv (注) 内部被ばく推定線量当量 <sup>※</sup> 全身 mSv (注)		E(両手の甲)		
		F (服及びズボンのポケット)		
14. 観察 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
15. スクリーニングレベル ○スクリーニングレベル: 40 Bq/cm <sup>2</sup>		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。

## 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



2014年3月11日

平成25年度 地域保健総合推進事業  
健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究  
事業分担者 中瀬克己（岡山市保健所長）

日本版標準アクション・カード活用例と活用について（依頼）

平素より地域における健康危機管理へのご尽力に敬意を表すると共に、地域保健総合推進事業「健康危機における保健所の調整機能の強化に関する研究」へご理解・ご協力を賜り篤くお礼を申し上げます。さて、本事業では保健所が大規模な健康危機時において対応を組織的に行うための管理手法として平成23、24年度に多田羅班において取り纏められた、日本版標準インシデント・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）の活用を推進しております。平成24、25年度には、日本公衆衛生協会主催全国保健所長会協力による全国8ブロックでの検討会を通じて日本版標準ICS/IAP/ACの解説や事例紹介を行いその普及を行っているところです。また、平成25年10月に開催された全国保健所長会総会においても、健康危機管理の手法として日本版標準ICSの活用が位置づけられたところです。

全国ブロック別検討会には平成24、25年の各年度とも、保健所長を中心に全国の4割を超える保健所にご参加頂いたところです。しかし日本版標準ICSはなお十分浸透しておらず、馴染みがない、他の機関組織に説明が難しく推進しにくいという声も聞かれます。一方で、多人数の健康影響や広域の事例では、特に多機関・多自治体間連携が必要であり、このような事例での支援受け入れや多機関調整において、日本版標準ICSの全国共通の基本的認識と地域における活用の準備が有用と考えられます。

幸いアクション・カード（AC）は分かり易いという声が多いため、健康危機管理9分野においてアクションカード（具体的な業務内容等）や組織図等を改めて全国の保健所にお示しすることといたしました。これを入り口として、大規模健康危機等への備えに日本版標準ICS/IAP/ACをご活用頂きますようお願いいたします。なお、日本版標準インシデントコマンドシステムの詳細はすでに全国の保健所等に配布しております多田羅班報告書に掲載されておりますのでご参照下さい。

今回の収集内容は次のとおりです。

- 1) AC項目と活用方法の説明
- 2) AC(業務例、様式例)や組織図

なお、このご案内と合わせて、本事業助言者である林修一郎厚生労働省地域保健室室長補佐および厚生労働省の各担当部局に対してご意見をお伺いしている所です。

また、本様式等AC収集については今年度、平成25年度地域保健総合推進事業「健康危機における保所の調整機能の強化に関する研究」報告書へ掲載を予定しています。

本件問い合わせ先  
山梨県中北保健所 古屋好美  
Email: furuya-ahkr@pref.yamanashi.lg.jp  
Tel: 055-237-1381, FAX: 055-235-7115

## 4. ICS を用いた健康危機対応の検討 分野別詳細検討

### 1. 医療安全（医療サージ）分野【古屋】

検討結果の概要	107
事例 1. 新型インフルエンザに対して基幹病院が地域の診療所と連携した事例	115
事例 2. 広域 EHEC 集団発生で ML での議論とコンセンサスがコマンドの役割を果たした事例	116
事例 3. 多数の重症食中毒入院患者を広域で調整した事例	118
事例 4. 大震災時に地域の保健・医療関係者が連携会議を持ってコマンドの役割を果たした事例	121

### 2. 精神保健分野【高岡】

別添 1 日本精神保健福祉士協会会員との意見交換	126
別添 2 精神科救護所とこころのケアについての考え方	137

### 3. 生活環境安全分野【中瀬】



事業協力者：山梨県中北保健所長 古屋好美、茨城県潮来保健所長 石田久美子、北海道稚内保健所長 古畑雅一、大阪府寝屋川保健所長 池田和功、埼玉県川口保健所長 土屋久幸、長野県諏訪保健所長 白井祐二、山梨県中北保健所峡北支所長 津金永二、山梨県峡東保健所長 藤井充、山梨県富士・東部保健所長 櫻井希彦、川崎市川崎保健所長 雨宮文明、長野県大町保健所長 小松仁

助言者：国立保健医療科学院健康危機管理研究部長 金谷泰宏

【背景】多田羅班 ICS は普及が課題である。また、新しい概念である医療サージの理解と対策・対応を進めることが課題である。

【目的】医療サージ（医療機関収容力または対応能力を超える緊急事態で、地域で医療の質または量が確保できない状態）ICS/IAP/AC 普及を目指して、想定を超える危機においても管理システムとしての ICS を用いて保健所が多機関間連携の核として果たす役割をわかりやすく示す事例を収集するとともに保健所が ICS を活用する上での課題を明らかにする。

#### 【方法】

- (1) 多田羅班作成の日本版 ICS/IAP/AC 普及のための課題整理を、多田羅班に参加した 5 名、不参加だった 6 名の計 11 名で、オブザーバー 1 名の助言を得て行った。
- (2) 医療サージ事例（有事及び平時における準備）を班内外の経験から収集して、それぞれ必要な AC、連携のポイント、メディア対応、相談対応のポイントを具体的に整理した。

#### 【結果】

- (1) 課題、具体的疑問点、課題に対する回答及び今後の取組検討（表）
- (2) 医療サージ事例

##### 有事対応

- 1) 広域多発した腸管出血性大腸菌食中毒における ML による県内外保健所一広域臨床医師連携（富山県）（古屋好美）
- 2) 堺市学童集団下痢症における医療体制（池田和功）
- 3) 熊本市保健所「救命救急センターにおけるクロルピクリン中毒患者受け入れに伴う二次被害」
- 4) 熊本市保健所「保育園で発生したセレウス菌を原因とする大規模食中毒による大量患者の発生」（藤井充、櫻井希彦）
- 5) 阪神淡路大震災時の医療サージ（金谷泰宏）

- 6) 東日本大震災時石巻医療圏のエリアライン制 (金谷泰宏)
- 7) つくば地域における東日本大震災医療サージの対応 (石田久美子)
- 8) 長野県北部地震における県内保健所の連携 (白井祐二)
- 9) フィラデルフィア小児病院における 2009 年新型インフルエンザ対応 (古屋好美)

#### 平時対応

- 10) 医療サージに備える中北保健所峡北支所・諏訪保健所連絡会議 (津金永二)
- 11) 都市圏における医療サージへの準備 (土屋久幸)
- 12) 医療過疎地における日常診療評価と医療サージへの備え (古畑雅一、石田久美子)

有事対応：新型感染症に対して基幹病院が地域の診療所と連携した事例 1 (上記の 9)、以下同様)、0157 事件で、ML での議論とコンセンサスがコマンドの役割を果たした事例 2 (1)) や多数の入院患者を広域で調整した事例 3 (2))、大震災時に地域の保健・医療関係者が連携会議を持ってコマンドの役割を果たした事例 4 (5)) など、ソート・トリアージ、合議による役割分担、後方支援と総務・財務機能、連携・広報を組み合わせた管理システム (ICS) によって対応した事例を収集した。

平時対応：医療サージを想定した平時の準備を行った事例を医療過疎地及び都市部において収集した。

#### **【考察】**

医療サージ有事事例 9 例、平時連携事例 3 例を収集して分析した。大規模自然災害・大規模感染症・新型感染症等において医療サージはこれまでも多数発生しているが、医療サージ対応に必要な具体的な連携の検討はこれまでされてこなかった。医療サージは医療機関を現場として発生するが、地域で医療の質または量が確保できない状態であり、地域保健の課題であること及び多数の機関・組織が連携する必要があることから、ICS を活用した保健所の調整機能が重要となる。今回得られた分析結果から保健所が具体的な準備 (具体例を示す) を行うこと、また平時から医療機関に対しても準備を促すことが必要であると考えられる。

#### 保健所が ICS を活用する上での課題：

- ・想定外危機にはスピード感ある目的対応が必要。そのために自治体間の連携を強化し、その際、保健所にも同時に情報共有できる方策の検討が必要。
- ・マニュアルのみでは想定外危機対応ができない。組織・機関を超える対応には ICS が必要となるが、まだ自治体内に十分に浸透していない。分かり易い説明資料が必要。
- ・普及のためには次のような方法が考えられる。すなわち、「コマンド」に抵抗感あるならば、例えば「インシデント・マネジメント・システム」として普及する。「ISO TC223」の普及を待つ。危機管理システムとして制度化してもらおう。しかし、制度化は現在のところ困難かと思われ、日本型 ICS は保健所を連携の核として地域の助け合いやチーム力に頼らざるを得ないと考える。

- ・今後医療機関に対して医療サージ対策について、何を誰にどのように働きかけるかが課題となる。
- ・災害対策として防災計画に組み込まれることが必要。

【結論】

今後、医療サージに備えて、今回の事例分析結果を踏まえて保健所が準備することと医療機関への働きかけが必要である。これらを推進する上で支障となる課題（例示する）を解決する必要がある。

(1) 課題とその整理結果（Q&A）及び今後の取組検討

課題 Q	具体的疑問点	A 課題に対する回答	今後の取組検討
Q①日本版 ICS は必要か？	食中毒・感染症等すでに反応的対応ができています。ICS で行う理由は何ですか？医療サージも医療機関の課題ではないか？	単独保健所管内事例や頻度の高い事例では ICS がなくても対応可能だが、大規模・広域・稀少事例等、通常の体制では対応出来ない状況が危機であり、この危機に対応しなくてはならない。その際に機関・組織間協力は目的対応として必要である。そのためのシステムが ICS。	反応的対応のみでも想定内危機には有効。想定外危機にはスピード感ある目的対応が必要。例）大停電時、本庁と保健所で病院に対して同じ調整をして病院から苦情があった。
Q②日本型 ICS とはどのような形か？	ICS はボトムアップのシステムであり、平時の行政は現場の反応的対応以外はトップダウンのシステム。危機の際には現場の情報共有の結果初めて全体像が見えて対応可能となるのではないか？	ゆるやかな圏域レベル連携を基本とする。その根拠として、未だ ICS は国・自治体に浸透していないことから制度化は現在のところ困難と思われ、日本型 ICS は保健所を連携の核として地域の助け合いやチーム力に頼らざ	マニュアルのみでは想定外の危機対応ができないことがわかってきた。マニュアル通りにできないときにどうするか、BCP や想定外対応を考えておく必要がある。組織・機関を超える対応を効率的効果的

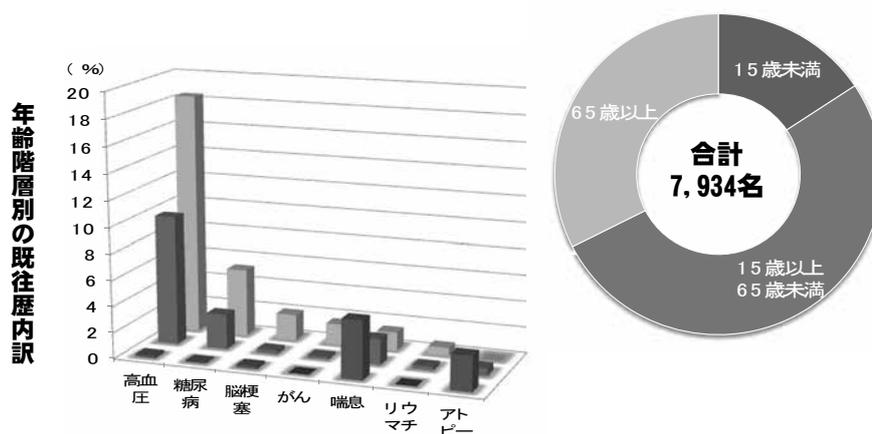
		<p>るを得ない。コマンダーはチームとしてコマンドする。医療サージの場合、保健所・医療機関それぞれを中心とした人、資器材、患者受入先、搬送実務、検体受入、共通の広報及びこれらを可能とする連携連絡機能などの調整機能が必要で、圏域レベル、さらに必要ならば都道府県、国レベルの機能が必要。</p>	<p>に行うために標準化が有用であり、ICSが役立つ。</p>
<p>Q③ICSの必要性は理解しやすいか？</p>	<p>ICSは米国の仕組みであり応用しにくいと同時に、「コマンド」という語句に対して抵抗感がある。自衛官にとっては当然の仕組みでも行政では必要性を感じない人もまだ多いのではないか？</p>	<p>危機対応には戦術と戦略の両者が必要である。反応的対応と目的的対応の両者が必要である。これを理解すると必要性がわかる。組織・機関が異なる場合の連携、資器材調達・総務財務機能、広報、安全担当等、体系的な整備が必要。</p>	<p>わかりやすい説明資料作成を中瀬班に提案する。</p> <p>「インシデント・マネジメント・システム（危機時指揮調整システム）」という言葉い方もある。また、ISOも社会セキュリティの国際標準化を開始した（ISO TC223）。</p>
<p>Q④指揮調整において保健所と市町村の関係は明確か？</p>	<p>指揮命令系統における保健所と市町村の具体的な関係がわからないのではないか？</p>	<p>市町村との関係は重要であり、ICSでは連携担当の役割となる。都道府県・基礎自治体間は指揮する・される関係ではないからこそ、共通の仕組みを持つこと</p>	<p>平時には防災計画に保健所との連携を組み込んでもらえるよう、働きかける。災害時に情報が来なければ保健所職員を市町村に派遣して情報を得ることも大切。</p>

		で効果的に実働できる。	
Q⑤アクション・カード(AC)は有効か？	AC 自体はわかりやすいが、ACのみでは動けない。束ねるツール・システムが必要ではないか？	限局した危機ではチェックリストとしても役立つ。一保健所で完結しない場合応援を依頼する時にも役立つ。組織図で責任者が明確になる。	AC を入口として連携方策を具体的に示すことが重要である。業務内容、組織図、マップ、役割分担票などを入口としてICSを普及する。
Q⑥保健所が実施する上で困難があるか？	保健所がICSを推進できない理由は何か？保健所自身が理解し、他機関・組織に働きかけなくては推進できないではないか？	各機関・組織が共通認識の上で連携する仕組みであることが理解されないと困難がある。	普及のための選択肢 1) 「コマンド」に抵抗感あるならば、例えば「インシデント・マネジメント・システム」として普及する。 2) 「ISO TC223」の普及を待つ。 3) 危機管理システムとして制度化してもらおう。
参考議論：食中毒調査は自治体間で十分迅速・効果的に実施されているか？	現状では、自治体を通じたのみ保健所間情報共有がされており思うような調査結果が得られず時間がかかり無駄も多い。	複数自治体にまたがる危機管理にもICSは有用である。	自治体間の連携強化、保健所も同時に共有できる方策検討が必要。

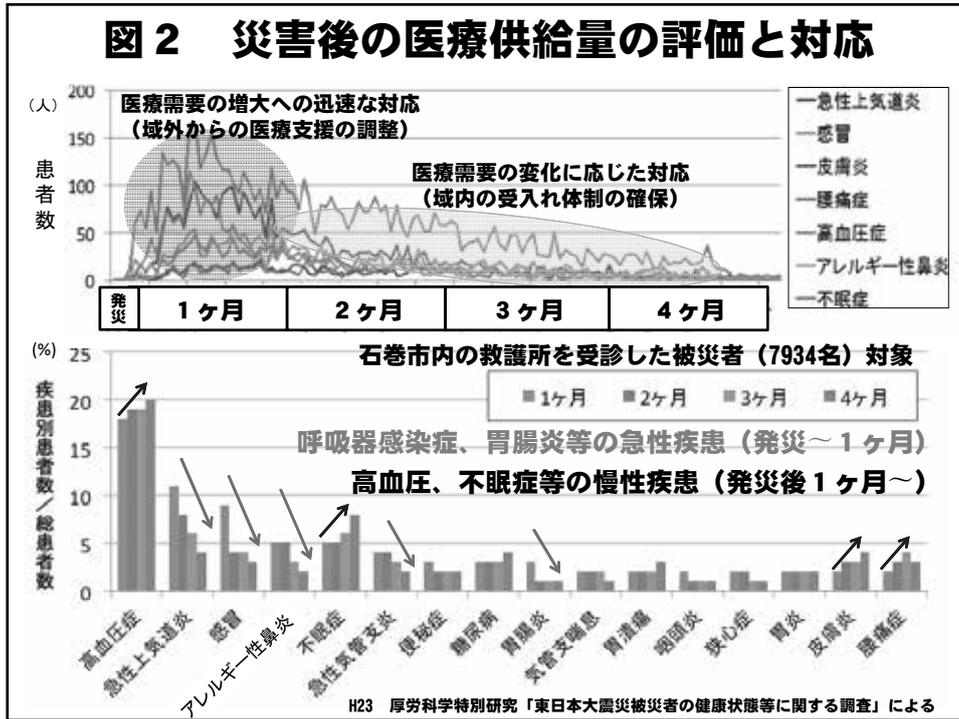
## 表 災害時における初期救急医療体制の充実強化

- (1) 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進
- (2) 災害時における応援協定の締結
- (3) 広域災害・救急医療情報システムの整備
- (4) 災害拠点病院の整備
- (5) 災害医療に係る保健所機能の強化
- (6) 災害医療に関する普及啓発、研修、訓練の実施
- (7) 病院防災マニュアル作成ガイドラインの活用
- (8) 災害時における消防機関との連携
- (9) 災害時における死体検案体制の整備

## 図 1 救護所を受診した被災者の既往歴



**図2 災害後の医療供給量の評価と対応**



医療サージへの対応として、保健所としてできること・できないこと

(医療サージ：医療機関収容力または対応能力を超える緊急事態で、地域で医療の質または量が確保できない状態)

保健所にできること：

- ・ 医療サージ対策・対応は基本的には医療機関・救急搬送機関の役割であるが、医療サージの概念の普及、医療サージ平時・有事における情報収集・発信は保健所ができる。
- ・ 医療サージにおける質の確保については、地域内及び広域における専門家を核とした協議の場を設定することができる(例：地域健康危機管理協議会、広域の場合のML設定等)。
- ・ 量の確保については、情報収集の結果を集約して発信することにより地域外からの支援を要請できる。
- ・ 医療サージの概念及び対応への普及については医療機関立入検査を活用するなどが考えられる。
- ・ 医療過疎地域では医療サージ発生時にはいっそうの医療不足に陥ることや隣接地域の医療サージも助長することから、消防・警察等の機関及び隣接地域の保健所・医療機関との平時からの医療情報共有・連携が可能である。

以上について研究班としてのまとめを行って、全国保健所長会健康危機管理に関する委員会を通じて、「全国保健所長会会員」への周知は可能である。

保健所にはできないこと：

医療サージは新しい概念であり、上記「保健所ができること」について、法令による位置付けや権限が「保健所」にないため、全国の保健所で標準化することができない(例：医療サージ情報が保健所に集まるようになっていない。立入検査時に医療サージ対応を普及するようになっていない。救急搬送機関や救急情報センター等との役割分担が明確になっていない。これらの対応が可能となるような職員の資と量の担保がない。)

医療サーージ事例 1

	<p>有事 事例名：「フィラデルフィア小児病院のA(H1N1)対応」を参考にした新型インフルエンザ医療サーージ対応 (詳細は「公衆衛生情報 2010 年 5 月号 p48-53」)</p>	<p>平時 有事に備えて平時に行うべきと考えられる準備 (例：保健所職員の研修、本庁との役割分担確認、専門家の確保、必要な連携機関との協定、医療機関への働きかけ、地域健康危機管理協議会開催等。)</p>
<p>医療サーージの概要 (例：医療機関の対応力を超える困難な疾病・感染症等、外来対応キャパシティを超える患者数増加、病床不足、トリアージ等。具体的な外来患者数・入院患者数等。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の地域の流行状況把握。</li> <li>・自院救急患者数のモニター。</li> <li>・医療サーージ中の毎日のミーティング(病棟入院数、ICU 入院数、救急外来患者数、診療所の状況、各部署における問題点、スペース・病床数の過不足、人的資源、スタッフ休業状況、他業務への影響等)。</li> <li>・受付でのソートで重症者と軽症者の区分。呼吸器症状有無で区分。トリアージ。</li> <li>・軽症者救急外来スペース確保。ベッドは入院及び軽症者用にも確保。</li> <li>・呼吸器症状有症者には直ちにマスクと手指消毒、院内移動制限。親に教育用資料。</li> <li>・入院患者にはコホーティングのため PCR 実施。</li> <li>・入院 15 床につき 1 チーム(医師・看護師)態勢。</li> <li>・周辺診療所との連携にあたるリエゾン担当が病院救急外来への過度の負担を軽減するよう働きかける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療サーージには病院全体で対応することを確認。</li> <li>・そのために必要な人員確保(他科医師、看護師、その他コメディカル、事務職等)。</li> <li>・訓練。</li> </ul> <p>AC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 看護師役割や診療の流れのマニュアル化、患者スクリーニングと管理のガイドライン</li> <li>② 検査及び治療ガイドライン</li> <li>③ 軽症者スクリーニング用紙</li> <li>④ 軽症者対応ガイドライン</li> <li>⑤ サーージ・ドクター票</li> <li>⑥ 患者の親のための教育資料</li> <li>⑦ 救急部診療計画概要</li> <li>⑧ 当日担当リーダー医師チェックリスト</li> <li>⑨ 救急部レッドゾーン計画(全スタッフ配置)</li> <li>⑩ コマンドセンター オペレーションミーティング</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院リーダーによる定期的な会議(副院長等医師・災害危機管理責任者である非医師)。PPE・ワクチンの専門家・責任者も必要。</li> <li>・以上、各医療機関において必要であることを地域健康危機管理協議会や立入検査等の機会に周知徹底する。</li> </ul>
<p>連携機関名及び連携のポイント(例：内容、時期、資源管理(ロジスティクス)、総務・財務機能つまり人・もの・予算の調整、情報収集・計画の共有、その他。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所連携を推進。</li> <li>・地域の中核となる専門病院や救急センター、医師会が地域に必要な調整のため保健所に協力する。</li> <li>・各医療機関の状況を共有しながら地域全体の医療サーージに対応する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域健康危機管理協議会等の組織を活用し、連携に必要な人・資器材・予算調達方策等を協議する。</li> </ul>
<p>広報・メディア対応のポイント、双方向性のコミュニケーションの有無及び内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療サーージ発生時の全体像や対応方針、対応した結果とさらなる対応方針等を一貫して広報しながらリスクコミュニケーションを図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療サーージによってパニックにならないよう、地域全体の広報対応を協議しておく。リスクコミュニケーションを重視する。</li> <li>・住民に冷静な対応を呼びかける方針についてメディア関係者に周知する。</li> </ul>
<p>相談業務のポイント、相談内容による対応変化の有無及び内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前の協議内容に沿って保健所も医療機関も相談業務を進め、リスクコミュニケーションを図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関対応や相談内容分析によるリスクコミュニケーションを重視する。</li> </ul>

医療サーージ事例 2

	<p>有事</p> <p><u>事例名：広域多発した EHEC 食中毒患者の治療及び後方支援における ML 活用を参考にした医療サーージ対応</u></p> <p>(詳細は「公衆衛生情報 2013 年 6 月号 p8-9、及び第 70 回全国保健所長会総会会員協議講演 3」参照)</p>	<p>平時</p> <p>有事に備えて平時に行うべきと考えられる準備(例：保健所職員の研修、本庁との役割分担確認、専門家の確保、必要な連携機関との協定、医療機関への働きかけ、地域健康危機管理協議会開催等。)</p>
<p>医療サーージの概要 (例：医療機関の対応力を超える困難な疾病・感染症等、外来対応キャパシティを超える患者数増加、病床不足、トリアージ等。具体的な外来患者数・入院患者数等。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一飲食店での喫食後 EHEC 感染症が疑われる患者数名がいるとの情報を医療機関から探知した管轄保健所は菌のベロ毒素産生性検査と重症患者受入れ先確保を依頼されて、他医療圏に入院している患者も含めて病院間調整を行い、県庁による調整も実施され、その結果、隣接医療圏及び隣県の急性期病院 13 施設に患者を緊急入院させた。</li> <li>・探知 2 日目、第 1 例目の死亡が発生し、その主治医からの要望により検討した結果、県庁を事務局とする患者の診療に当たる医師団 ML が開設され、病理解剖結果や治療等重症患者救命に有用な情報を共有した。</li> <li>・ML には 101 名(県内 90 名、県外 11 名)の医師・公衆衛生従事者が参加し、積極的に議論が交わされ、治療方針決定や不足物資の融通を通じて重症患者救命に貢献した。</li> <li>・ML の効果は、病像・病態共通理解、治療方針共通理解、診断治療に関する相談・助言、薬剤在庫状況、時間有効活用、HUS に対する積極的ステロイド治療及び改善報告などであった。</li> <li>・事件の概要：平成 23 年 4 月発生、原因物質 EHEC0111 及び 0157、食中毒患者数 181 名(内死亡 5 名)、EHEC 感染者数 85 名(内 HUS34 名)原因施設焼肉チェーン店 6 店舗。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療サーージには保健所・保健所間、県庁、必要があれば隣接する他自治体との協働で対応することを平時に確認しておく。</li> <li>・訓練。</li> <li>・ML 実施要領、ML 利用規約。</li> </ul>
<p>連携機関名及び連携のポイント(例：内容、時期、資源管理(ロジスティクス)、総務・財務機能つまり人・もの・予算の調整、情報収集・計画の共有、その他。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・病院連携を推進。保健所間、隣接自治体との連携を推進。</li> <li>・地域の中核となる専門病院や救急センター、医師会が地域に必要な調整のため保健所に協力する。</li> <li>・ML 投稿内容により必要な連携が確認でき(コマンド)、情報企画・ロジ後方支援・総務財務の各機能がそれぞれの役割を果たした。特に行政対応としては、プライバシーに関すること、報道対応が重要だった。複数自治体において共通情報源として対応できた。</li> <li>・原因施設が複数あったため、保健所間の症例定義、診断方法、検体処理、調査内容・結果等基本を押さえた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域健康危機管理協議会等の組織を活用し、連携に必要な人・資器材・予算調達方策等を協議する。ML 規約等の検討。</li> <li>・医療サーージの概念を立入検査等の機会を活用して医療機関に周知・協力依頼する。特に原因不明疾患に対する急性期病院間の情報交換。連携体制整備が課題。</li> </ul>
<p>広報・メディア対応のポイント、双方向性のコミュニケーションの有無及び内容</p>	<p>医療サーージ発生時の全体像や対応方針、対応した結果とさらなる対応方針等を一貫して広報しながらリスクコミュニケーションを図る。</p>	<p>複数自治体間で共通の情報源に基づく広報。リスクコミュニケーションを重視する。</p>
<p>相談業務のポイント、相談内容による対応変化の有無及び内容</p>	<p>住民からの相談はどの部署にも入るので、問診や保健指導、検便の勧奨などで差異が生じないよう、保健所内、保健所間で対処した。</p>	<p>医療機関対応や相談内容分析によるリスクコミュニケーションを重視する。</p>

	有事 事例名： 堺市学童集団下痢症 における医療体制	平時 有事に備えて平時に行うべき と考えられる準備 (例：保健所職員の研修、本庁 との役割分担確認、専門家の確 保、必要な連携機関との協定、 医療機関への働きかけ、地域健 康危機管理協議会開催等。)
医療サージの概要 (例：医療機 関の対応力を超える困難な疾 病・感染症等、外来対応キャパ シティを超える患者数増加、病 床不足、トリアージ等。具体的 な外来患者数・入院患者数等。)	小学校の給食を原因とする大規 模な集団下痢症。発生直後の3 日間は、1日当たりの外来患者 が千人以上、入院患者が100人 以上にのぼった。	
連携機関名及び連携のポイント (例：内容、時期、資源管理(ロ ジスティクス)、総務・財務機能 つまり人・もの・予算の調整、 情報収集・計画の共有、その他。)	探知後すぐに、市から医師会等 を通じた市内45病院、541診療 所への協力依頼、急病診療セン ター2施設での診療体制を整備 した。さらに不足する医療機能 を、大阪府救急医療情報センタ ーの協力を得て、同センターの 常駐医による適切なトリアージ のもと市外の医療機関への転院 を行った。	初期から3次までの救急医療体 制を整備しておく。さらに、都道 府県レベルでの救急医療情報網 の整備。普段からの医療機関との 関係づくり。
広報・メディア対応のポイント、 双方向性のコミュニケーション の有無及び内容 (リスクコミュ ニケーション)	当初1日2回会見を行っており、 会見の準備に追われる面もあっ た。広報担当は、調査分析担当 と切り離して専任で配置すべ き。また、当時同市住民に対す る非人権的な対応(宿泊を拒否 させるなど)が見られたので、 人権にも十分配慮すべき。	有事の際の広報担当部署を決め ておく。メディア対応の取り決め をしておく。
相談業務のポイント、相談内容 による対応変化の有無及び内容 (リスクコミュニケーション)	Q&A等を準備し対応を統一さ せ、できるだけ早期にコールセ ンターなど相談体制を整える。	OJTや研修により相談対応力を 向上させておく。有事にすぐにコ ールセンターを立ち上げられる 体制づくり。

市、都道府県、医師会が連携した医療機関確保について  
～堺市学童集団下痢症における医療体制～

大阪府寝屋川保健所 池田 和功

平成8年7月に大阪府堺市で小学校の給食を原因とする大規模な集団下痢症が発生した。発生直後の3日間は、1日当たりの外来患者が千人以上、入院患者が100人以上となり、地域の医療に大きな負荷がかかった。当時の堺市内の医療状況は、病院が45施設（うち小児科標榜は20施設）、診療所が541施設（うち小児科標榜は146施設）であり、救急告示病院は19施設（うち小児科標榜は5施設）で急病診療センターは2施設という状況であった。受診状況は、市が関知した7月13日（土）の外来受診者が1,308人、翌日が2,592人、2日後が2,859人であった。3日後は約800人となり、以降400人前後でしばらく推移した。7月中の初診受診者は14,318人であったので、当初3日間で約半数を占めていた。入院患者は、7月13日に128人、翌日が173人、2日後が128人であった。本事例の新入院患者が758人であったので、当初3日間での入院が半数以上を占めた。1日当たりの在院患者数は、7月18日に496人と最多となり以降減少した。この状況に対応するために、どのように医療機関を確保したのかを以下に時系列で記す。

平成8年7月13日（土）午前10時に、市立堺病院から「昨夜夜間診療で下痢、血便を主症状とする小学生の患者10名を診察した。」という通報が堺市に入った。同じころ小児科診療所からも「特定の学校の児童が下痢、血便等で多数受診している。」との報告が入った。情報を受けて市は、堺市医師会のFAX網を通じて各医療機関に現状報告と受診状況等の情報収集を医師会に依頼した。午後0時に、市立堺病院の昨夜の診療で入院患者がいることを確認した。その後、市内医療機関での診療状況を把握するために、電話による照会と診療協力を要請した。情報収集の結果、午後4時には患者は市内92小学校のうち33校で255人発生しており、24医療機関で治療を受け、32人が入院していることが判明したため厚生省、大阪府に報告した。この間、市内各病院には、夜間（深夜）診療、および14日以降の24時間診療体制に協力を求め、急病診療センターについては、堺市救急医療事業団、堺市医師会に対し、診療時間を延長し翌日午前9時までの深夜診療を行うよう依頼した。また、入院については市内病院への電話照会で得た空床状況を消防本部へ連絡するなど病床を確保してきた。

7月13日夜から14日にかけて堺市内の急病診療センター、病院の救急外来に下痢症患者を含め二千数百名が受診し、救急用ベッドが満床となったため、堺市医師会、大阪府、大阪府救急医療情報センターに、病床の確保や外来診療体制の確保について協力を依頼した。これを受けて、大阪府は、府医師会を通じてベッドの確保を依頼するとともに、府立病院において患者の受け入れを開始した。また、大阪府の協力を得て大阪府救急医療情報センター\*で府内の空床状況を把握し病床を確保した。

7月14日（日）午前9時に把握した患者数（概数）は1,228名で、そのうち入院患者93名、受診医療機関が59機関であることを確認した。各小学校では、担任による児童の家庭訪問をはじめ、児童の症状把握が行われた。午後3時には、患者の検便26検体中13検体から腸管出血性大腸菌157およびペロ毒素が検出されたことを確認した。病床確保については、市内病院を堺市対策本部が、市外病院を大阪府救急医療情報センターを中心に分担することとし、その情報を大阪

府救急医療情報センターに集約し、医療機関からの転送依頼に対応した。午後4時には患者数(概数)が2,691人、うち入院患者140名、受診医療機関79機関を確認した。午後9時には、隣接市(大阪市、松原市、和泉市等)での空床がなくなり、再度大阪府救急医療情報センターに、大阪府北部にいたる府下全域での空床の確保を依頼した。大阪府は、府立病院に続き府立母子保健総合医療センターでも24時間体制で外来診療を開始するとともに、2次診療体制として府下3病院、3次診療体制として8か所の救命救急センターにおいて受け入れ体制を確保した。

7月15日(月)午前9時の時点で、患者数(概数)2,836人、うち入院患者146人、受診医療機関79機関、発生小学校47校を確認した。診療体制では、夜間診療を依頼していた市内8病院で24時間の診療体制への協力が得られることになり、また、入院調整については、大阪府救急医療情報センターに配置の医師が患者の病状に応じた後送病院を選定し搬送する体制を確立した。さらに、市民の相談に応じるために、24時間体制での「医療相談ホットライン」を開設し、また、保健所、保健センターでも相談に応じた。

7月16日(火)午前9時の時点で、患者数(概数)4,088名、うち入院患者218名(入院患者のうち11名は退院)を確認した。同日、対策本部は、外部の医療担当アドバイザーの協力を得て、「大腸菌157感染から溶血性尿毒症症候群(以下、HUS)に進展する群のリスクファクターとその対策」という資料を作成し、病院や診療所医師に堺市医師会を通じて送付した。

7月17日夜ころからHUS発症患者の報告が各医療機関よりよせられ、血液透析等の高度医療を要するための転院要請が相次いだため、大阪府救急医療情報センター等の協力を得て約100名にのぼる重症患者の3次救急医療機関への転送を進めた。

その後、外来患者、入院患者ともに減少し、診療状況は落ち着いていき、診療体制は徐々に平常の体制にもどっていった。振り返って7月中の外来受診状況をみると、14,318人の外来患者のうち市内医療機関を受診したのは12,318人(86%)で約9割を市内医療機関で対応できた。市内外来受診状況は、診療所181施設に5,491人(38.4%)、病院28施設に6,827人(47.7%)が受診し、病院受診が多かったが、休日夜間の受診が病院に偏ったことが影響していると考えられる。新入院の延べ数は758人で、市内19病院に422人(55.7%)、府内58病院に331人(43.7%)、府外2病院に5人(0.7%)が入院した。市内には3次救急医療機関がないので、府内病院に入院したもののうち141人が府内3次医療機関14施設に入院した。

本事例は、医療機関からの情報提供をきっかけに、早い段階で大きな医療需要が発生することを予想し、医師会や病院の協力を得て夜間休日の診療体制を確保できた。当初、外来受診では長い待ち時間が生じたが、結果的に外来のほぼ9割を市内で対応できたのは、医療機関の協力のおかげである。また、医療機関と頻りに連絡を取り外来、入院の受療状況を把握することで、入院需要を予測し市内の医療機関だけでは入院が対応できないと判断すると、大阪府および大阪府医師会の協力を得て府下の医療機関の病床を確保することができた。救急医療情報システムが運用されていたことで、タイムリーに府下の病床が確保でき、大阪府救急医療情報センターに医師が常駐し入院のトリアージが行われたことで患者を適切な病院に搬送できたと考えられる。

突発的な医療サージが発生するときは、当初は全体像がつかめずに対応に苦慮するものだが、人海戦術的に多くのスタッフを投入し情報を集めることが肝心で、正確な情報があるからこそその後起こることやすべきことが予測でき、その正確性が増すのであろう。本事例では、一例として当初医療機関に毎日電話で受診状況を確認するなど情報収集に時間と人手をかけていたが、

FAX で定時に情報提供してもらうようシステム化して効率化できた。このように当初はルーチン業務を停止させて人手を割いてでも本事例への早期の対応に努めた。情報把握により事態が予測ができれば、早期に対応することができる。医療サーージでは、多くの患者が漏れなく医療にアクセスできることが大切であり、そのために普段から医療を確保できるシステムを整備しておく必要があり、医療機関から協力が得られるような関係づくりが重要である。

\*大阪府救急医療情報センター：

府民への情報提供を行う医療機関情報案内システムの管理運営（救急医療機関を含む医療機関と診療所情報）と広域災害・救急医療情報システムの管理運営を主な機能とし、大阪府医師会が府から運営を受託している。救急医療情報システムは、2次・3次救急医療機関の機能と応需情報がリアルタイムで入力される情報システムで、救急医療機関の救急患者の受入可否情報を収集・管理し、消防機関など関係機関へ情報提供している。

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

## 5) 阪神淡路大震災時の医療サージ

### [都市直下型震災による被害事例 - 1995年兵庫県南部地震]

兵庫県南部地震は、わが国で初めての近代的な大都市における直下型地震であり未曾有の被害をもたらした。本地震による死者は6,434人、重軽傷者は43,7920人、住宅被害は639,686棟に及んだ。また、病院などの医療施設にも甚大な被害が生じ、地震後の救命・救急活動に大きな影響を与え、病院の圧壊以外に水道施設の破損による透析医療の停止、手術部機能停止、滅菌業務不能など深刻な影響を与えた。

#### [医療施設への被害]

神戸市には2,251の医療施設、22,302床の病床数があり、このうち全壊・全焼被害が314施設に及んだ。また、上水道の断水に伴い、医療器具の滅菌不能、トイレ用水の不足、人工透析の不能、調理への影響等といった支障をきたし、給水が開始されるまでの約10日間、病院を閉鎖した施設もあった。臨海部の人工島にあった基幹病院では、交通網及びライフラインが寸断され、「陸の孤島」となった。屋上にある飲用高置水槽と配管の破損、雑用高置水槽の亀裂が生じて漏水が生じた。このことにより各病棟や電気設備等が直接的な物損を被っただけでなく、高置水槽への自動給水装置が作動し、地上の受水槽の貯留水をも失う結果となった。また、高置水槽の破損はその後の給水車による運搬給水の効率を低下させるとともに、水道局による上水供給の開始後の病院機能の復旧を遅らせるなど、断水の長期化および深刻化に拍車をかけることとなった。

#### [透析施設への被害]

兵庫県透析医会の集計によると、兵庫県下の104透析施設中66施設に建物被害があり、ライフラインの途絶した施設数は停電51、断水50、ガス停止42、電話不通19であった。ライフラインの途絶等により透析が不可能となった1,700人を超える患者が、兵庫県内外の透析施設で臨時透析を受けることとなった。

#### [被災後の医療用水供給の復旧状況]

神戸市内の病院を対象とした被災時の医療用水供給の実態に関するヒアリング調査によると、医療用水の常時供給までに5日～2週間を要し、かつ、平常時使用量の数%～30%しか水量を確保できなかった。災害拠点病院を中心に9病院の給水状況をアンケート及び聞き取り調査した結果によると、公共水道のみが7病院、公共水道と自己水源（地下水）併用が2病院であり、そのうち2病院が雑用水として雨水利用を行っていた。なお、震災後に新たに自己水源（地下水）併用に切り替えた病院があった。

#### [医療サージへの対応]

わが国の災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会等の関係機関等において、地域の実情に応じた体制が整備されてきた。しかし阪神・淡路大震災を契機に、災害拠点病院、災害派遣医療チーム、広域医療搬送、広域災害・救急医療情報システムの体制が新たに加わることとされた。さらに、平成18年度の第5次医療法改正に伴い、医療計画の中に「災害時における医療」の提供体制の整備が盛り込まれた。これにより、国は都道府県に対して「災害時における医療」の確保に向けた地域の連携体制の構築を促すとともに「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」により医療体制の構築に向けた手順を示すこととなった。

阪神・淡路大震災の教訓を生かすために設置された「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会」報告書では、災害時における医療確保に向けた基本的な考え方として、被災地内の医療機関は自らも被災者となるものの、被災現場において最も早く医療救護を実施できることからその役割は重要なものであるとされている。このため、地域の医療機関を支援するための災害拠点病院の整備、災害時に迅速かつ的確に救援・救助を行うための広域災害・救急医療情報システムの整備、災害医療に係る保健所機能の強化、搬送機関との連携等が必要であるとしている。この報告を受け、平成8年に厚生省（当時）より、表に掲げる項目の整備を図ることを目的に、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について（平成8年5月10日付け健政発第451号）」が出されている。

#### **【今後の課題】**

兵庫県南部地震発生当時（1995年）は介護保険制度導入前であったこともあり、介護の必要な患者の多くは医療機関で療養していた点が、現在と大きく異なっている。当時は、保健行政ではなく、医療機関が主体的に患者の移送を行っている。国の政策として在宅医療が推進されることから（厚生労働省 在宅医療連携拠点事業）も、在宅医療を受ける患者に対して、自然災害等の発生時における支援体制の構築が不可欠となる。

## **6) 東日本大震災時石巻医療圏のエリアライン制**

### **【宮城県石巻医療圏の概要】**

東日本大震災で著しい津波被害を受けた宮城県石巻医療圏の人口は約22万人であり、65歳以上の高齢者人口は5万5千人（25.1%）と、全国平均の20.1%を大幅に上回り、入院外来（患者住所地）別の患者数と受療率（人口10万対）は、いずれも宮城県平均より高く、循環器系、消化器系疾患で高い受療率である。さらに、人口10万対の総病床数は941.1と宮城県の平均1141.6を下回り、最も病床数が少ない医療圏である。医師数についても141.1人（人口10万対）と宮城県平均208.7、全国平均217.5を下回るなど、いわゆる高齢化、医療過疎という問題に直面している医療圏と言える。

## [医療サーージへの対応]

東日本大震災は、わが国で増えつつある高齢化と医療過疎が進行する地域を直撃することとなった。図1は、石巻医療圏の救護所を受診した患者約8千人の既往歴を示したものであるが、高血圧の既往を有する者が高齢者世代で高いことがわかる。災害時には平素の地域の医療需要が反映されることを示しており、特に、高血圧、糖尿病については、災害発生時にはストレス、内服薬の途絶等によりさらに悪化することとなる。また、震災に伴う生活環境の悪化は、アトピーや喘息等の既往を有する小児の医療ニーズを高めることになる。このような広範な災害に伴う医療ニーズの増大に対応するためには、地域内の医療資源だけではまかなうことが困難であり、域外からの医療チームによる支援を受けることになる(図2)。一方で、適切に医療圏内における医療の均てん化と医療の再開を図るためには、被災地の医療ニーズの把握と外部からの医療支援の調整が不可欠である。宮城県は、平成21年3月に県の災害対策本部等において被災地の医療ニーズ把握・分析やDMAT・医療救護班の派遣調整等を行う「災害医療コーディネーター制度」を創設した。石巻医療圏では、この災害医療コーディネーターが中心となることで、県内外から参加した合同医療チームの活動が円滑に調整されたと評価されている。具体的には、避難所の状況を踏まえて、被災地域を複数のエリアに分割し、エリアごとに割り当てられた救護チームの中から幹事チームを選び、幹事チームの判断で活動を行う「エリアライン制」という手法が取られた。これにより、エリアを統括する本部は、毎日更新されるアセスメントデータにより、地域における医療ニーズをモニタリングすることでニーズに応じた救護チームの活用ができる等、今後の大規模な震災に対応するための新しいモデルであると考えられる。

## [今後の課題]

### (1) 災害医療コーディネーター制度

災害時の医療を考える場合、平時における地域の医療ニーズの把握が不可欠である。特に、継続的な医療サービスを提供できる後方支援体制を整えるためには、医療機関のみで対応することは困難であり、保健所をはじめとした自治体の保健衛生部門を含めた連携体制の構築が望まれる。東日本大震災で有効性が証明された災害医療コーディネーター制度は、問題解決の1つの手段と言えるのではないかと考えられる。

### (2) 災害時に向けた保健医療クラウドシステムの構築

被災地の医療ニーズの把握の手段として、医療分野のクラウドサービスが注目されているが、連携ネットワークの構築に必要な運用資金を公的に負担する制度が未整備であること等、全国的な普及には至っていない。災害時の医療とは、既存の地域医療に加えて、被災地域のニーズに応じて地域内外の医療資源をコーディネートすることに他ならない。このためには、平素からの行政、医療機関を含めた顔の見える関係の構築が不可欠である。

## 1, 精神保健分野 ICS/IAP/AC 活用について

2014.1.27

「災害時における職員行動マニュアル」(平成 25 年度版)の改定において、既存の課組織を災害対応班編成への組み換えに関し ICS 組織図に沿った内容で見直しをする。

## 2, 健康危機発生時に精神保健対策として保健所ができること、できないことの理由

### ○できること (やるべきこと)

こころのケア相談、精神科救護所の設置(調整)、精神障害者への直接支援(医薬品確保・診療調整など)、精神科医療機関や関連施設への支援(患者転院調整・医薬品確保・ライフライン復旧支援など)、市町村支援(支援チーム派遣)

### ○できない場合の理由

災害時の精神保健福祉活動に関する業務運営要領が国において未作成(平時の業務運営要領は策定済み)、精神保健担当職員の不足、こころのケアに関するノウハウが未蓄積(保健所活動マニュアル等未作成)

## 3, 精神保健分野の今後の課題

○保健所「災害時行動マニュアル」に ICS 組織図の適用。

→ 保健所長への普及と必要性の認識が必要。

○DPAT(災害派遣精神医療チーム)設置の精神保健福祉センター、こころのケアセンターと連携協力会議の開催。

→ 都道府県本庁と保健所長会、精神保健福祉センター等の理解と同意が必要。

○災害時等こころのケアマニュアルへの ICS 概念の導入改定。

→ 都道府県本庁と精神保健福祉センター等の理解と同意が必要。

○防災訓練への ICS 対応の導入。

→ 都道府県本庁防災部局と地方行政庁の理解と同意が必要。

○保健所職員(所長を含む)への ICS 概念の普及。

→ 保健所長会における保健所長への普及研修の取り組みが必要。

## 4, 精神保健分野 ICS 見直し

日本精神保健福祉士協会との意見交換会での意見【別添 1】を踏まえた修正をする。

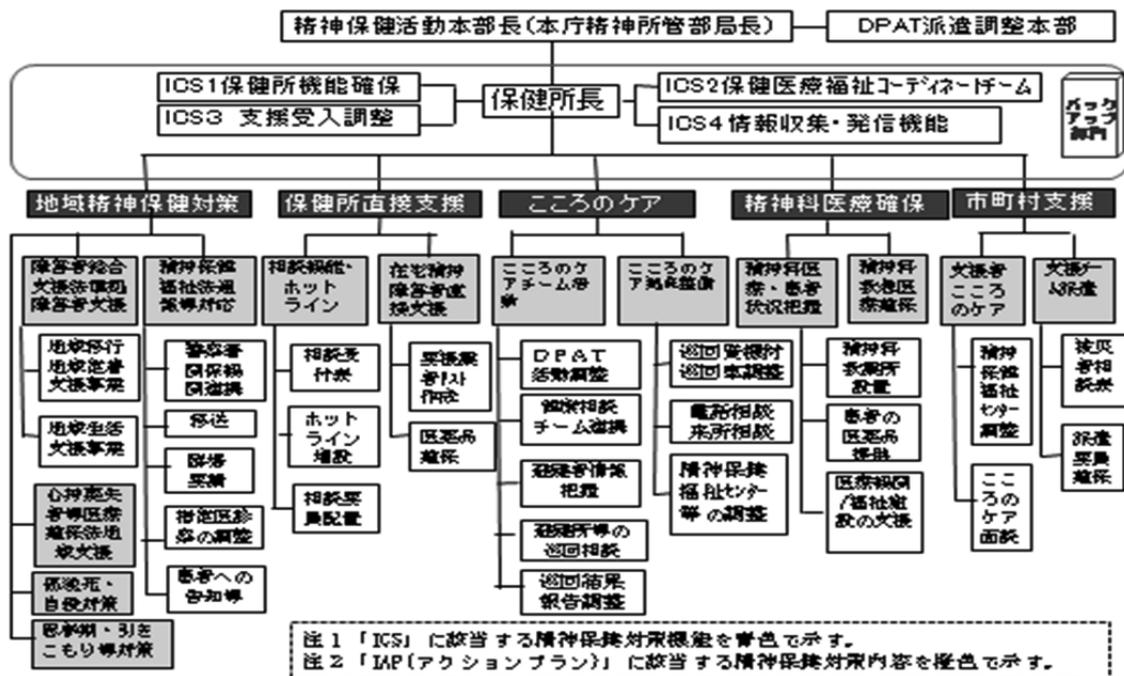
### 1) 精神科救護所は必要に応じて設置する。(別添 2 の考え方)

精神科医療機関の被災状況等を勘案し、少なくとも発災直後の精神障害者の病状悪化、急性期のストレス障害等を対象とした精神科治療が行える場として精神科救護所の設置を検討する。急性期以降は、精神保健活動本部や市町村、医師会の意見も踏まえて設置継続を判断する。

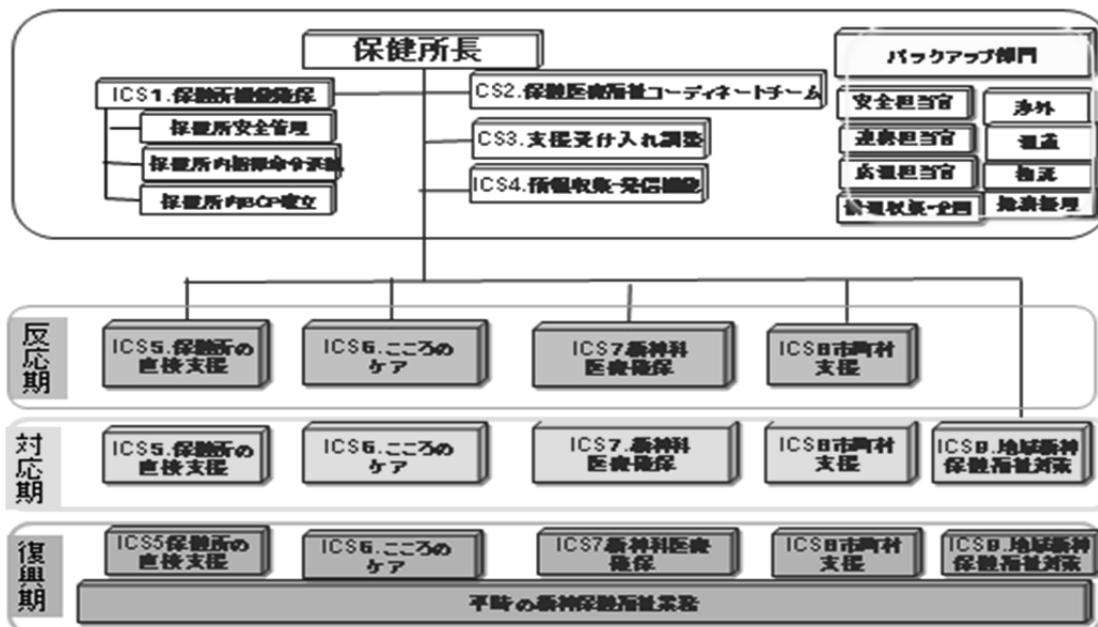
### 2) こころのケアチーム、DPAT の受入れ・活動調整は現地の保健所が中心となり、派遣調整は国の指示のもと都道府県調整本部が行う。

こころのケアチームの派遣調整は、被災地の要請に基づき厚生労働省からの指示により各都道府県精神・障害担当部局が行い、DPATの派遣調整は、国の「災害時こころの情報支援センター」の指揮のもと DPAT 活動要領に基づき DPAT 都道府県調整本部（各都道府県精神・障害担当部局）が行う。

### 精神保健分野インシデントコマンドシステム【保健所の危機対応機能】



### 精神保健分野インシデントコマンドシステム時期別機能図



(別添1)

### 日本精神保健福祉士協会会員との意見交換

日時：平成25年8月25日午後1時～3時

場所：日本公衆衛生協会会議室

出席者：(日本精神保健福祉士協会) 廣江仁(社会福祉法人養和会障がい福祉サービス事業所F & Y境港) 渡部裕一(医療法人社団 原クリニック)  
(精神保健分野 I C S 改定班) 高岡道雄(兵庫県加古川保健所)、伊地智昭浩(神戸市保健所) 山田全啓(奈良県葛城保健所)、宇田英典(鹿児島県伊集院保健所) 竹島 正(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

I、廣江仁氏より、日本精神保健福祉士協会の東日本大震災における支援活動)、災害支援ガイドライン及び鳥取県との協定書について報告がされる。

(要約) 災害支援ガイドラインが作成された直後に、東日本大震災が発生し、ガイドラインに沿って対策本部の立ち上げなどがスムーズに行われた。災害時に精神保健福祉士が行う活動は、1 業務として被災者を支援する活動、2 被災地に赴いて支援する活動、3 避難してきた人を支援する、4 被災地に赴く支援者を支える この4分野がある。被災地での支援活動としては、協会の支援調整の結果、福島県いわき市、南相馬市、宮城県石巻市、東松島市において被災者支援を行った。支援活動としては、心のケアチームのコーディネーター、自治体の精神保健福祉活動の補完、心のケアチームの要員派遣であった。

心構えとしては、現地の人に負担をかけない、地元の求める活動を行いメンタルヘルスと関係なくても活動する、地元の指示に従い派遣の終期も地元と協議し地元で迷惑をかけない。派遣は2名体制で1週間単位で派遣し、引き継ぎが円滑に進むように、2名の派遣始期をずらして、派遣要員間で引き継ぎができるようにし、地元の保健師さんの負担にならないように配慮した。

派遣された精神保健福祉士が帰ってきた場合、地元の協会支部にフォローをお願いした。

災害時に精神保健福祉士協会と自治体の協力協定書の締結の動きがあり、鳥取県で協定が締結され県内、県外への心のケアチーム活動に精神保健福祉士協会から人を出すといった内容になっている。

岩手県では災害福祉広域支援機構の検討が進んでいる。精神保健福祉士協会を含む7団体でDMATの福祉版の立ち上げの動きが進んでいる。

### II、廣江仁氏の報告に関する質疑応答

(竹島) 精神保健福祉士協会会員としての独自の活動と病院等の職場の業務としての活動とに棲み分けをどのようにされているのか。

(渡部) 職場の理解が得られているかどうかを確認した上で、協会から派遣する。病院等が独自に支援する場合は、病院からの派遣となる。

(高岡) 派遣要請についてですが、現地への視察の際に要請があった所、地元大学からの要請など、様々な形であったとのことですが自治体からの要請はありましたか。

(廣江) 現地の方からお声かけがあった所に、支援に入った。現地の協会支部は、活動できない状態で、むしろ現地の大学の先生や現地の協会員からの支援が不足している所の情報などから協会が調整に入った。

(渡部) 所属している原クリニックの原理事長は、宮城県精神神経科診療所協会の会長をしている関係で、全国から問い合わせがあり、また(渡部)の付き合いの関係でも問い合わせがあって、協会との調整や地元の仲間内での調整で、支援活動を行った。

(伊地智) 東日本大震災における支援活動では、自治体からの要請はなかったのか。

(廣江) 被災地自治体から被災地外の自治体に要請があり、要請を受けた自治体から協会支部に依頼があって、その自治体の心のケアチームの一員として支援活動を行ったケースはあった。石川県の心のケアチームは、自治体からの要請で派遣された。

(山田) 自治体や大学、現地の関係者などからの派遣要請があった場合、派遣協定書があれば支援がしやすいと思うが、その場合、協定は何処と何処が結んでおけばよいのか。厚労省と精神保健福祉士協会との間に、協定はありますか。

(廣江) 自治体が考えて、鳥取県の場合は協定を結んでおり、厚労省と精神保健福祉士協会の間に協定は結んでいない。阪神淡路大震災の際には、厚労省から協会に派遣要請があり、協会から支援に入ったが、それ以降の新潟中越、中越沖地震、東日本大震災などでは、厚労省からの派遣要請は、なかった。

厚労省は、最近の大きな震災において民間団体に派遣要請を出していない。中越地震では、逆に現地に支援に入るなどの指示があった。新潟県が独自に、特定の団体や県に派遣要請を行った。

東日本大震災では、厚労省は47都道府県に派遣要請を出し、派遣チームが結成された。精神保健福祉士協会も厚労省に派遣の要請があれば支援に赴く準備があることは、震災直後に伝えてはいる。被災自治体の関係団体や多くの自治体との結びつきで、支援が受けられた所とそうでない所の差が出た。

(宇田) 派遣に要する経費で、旅費はどうされましたか。

(廣江) 旅費は、後で災害救助法に基づき、国から福島県、宮城県に、福島県、宮城県から協会に支給され、協会から派遣した会員にお支払いした。日当と旅費が支払われた。

日当は職種により額が異なっていた。支給まで事務的手続きにかなり時間がかかった。

(宇田) 協会から現地の支援に入る際には、どの指示命令システムにはいに入ったのか。支援活動する根拠というか権限を付与されるために、どのような命令系統に属したのか。そのための手続き的なものは、協会が代行して行なったのか。その場合の相手は、首長か自治体によりバラバラであったのか。

(廣江) 福島県や宮城県は、そういった調整部門が機能していなかったもので、支援希望のある保健所や保健センターと直接、接触しニーズを把握し、協会が調整した。現地に

入る際、ホテル、レンタカーの確保、パソコン等、体温計・血圧計などの装備類は協会準備した。

(宇田) 精神科救護所のメンバーの一員としての支援活動、石巻市の地域精神保健福祉活動などにおいて、その地域で支援活動を行っている保健所や市の保健師さんとの役割分担など、支援チームの中での調整が必要と思うが、どのように調整されたのか。

(廣江) 事前の調整で、市の保健センターの保健師の補助的な位置づけとし保健師の指示に従うということでスタートし、それは、南相馬市、東松島市では一貫していた。どこのお墨付きで支援に入ったかという市保健センターになる。ただ、南相馬については、その調整時、双相保健所の保健師が仲介機能を果たした。

(宇田) 精神の場合、宮城県では精神保健福祉センターが窓口になり、被災地外からの支援チームの支援に入る地域なども調整し、現地では支援に入った市の保健師さんの指示のもと動いたと聞いている。

(廣江) 県がコーディネートしている所には、協会からは支援に入らなかった。

(渡部) 宮城県の場合、仙台市内で精神保健福祉関係者有志が集まり、災害支援対応のあり方について継続的な協議が行われていた。大崎市にある精神保健福祉センター職員数名も、当初は仙台市内の県庁障害福祉課に間借りして詰めていた。精神保健福祉センターからは被災地への情報収集、ホットラインの開設、主に県北部沿岸域へのこころのケアチーム派遣調整などを行っていた。

(宇田) 避難所や住宅を回って、お話を聞いたり支援をされる場合に、市町村との連携は必要であり、実際に市の保健師さんの指示の基に動いたわけですが、精神科医療が必要な場合には、保健所や精神科医療機関との連携が必要となりますが、このような医療との連携における保健所のかかわりや保健所と連携することの利点など実際の支援活動を通してどのように考えられますか。

(廣江) 南相馬に相双保健所があったのですが、精神科医療チームが南相馬市にはどこも支援に入っておらず困っているという情報を提供したのが保健所でした。広域をカバーしている保健所が、どこの市がどのように困っているかを把握し、発信することが必要である。南相馬市の仮設住宅を市内に建てられず、隣接する相馬市内に建てた結果、市の境を超えて支援をする場合があった。そのような市を超えて支援が必要な場合では、保健所の支援調整が期待される。逆に保健所の保健師さんが人材不足の市の支援活動に協力して活動することもあった。

保健所も放射能の相談など、ものすごい人が動いていて何十人、何百人という人が並んで待っていたり、避難区域になっている地域にとどまっている人に、自衛隊と一緒に相談等に行っているのは保健所の保健師さんであった。避難地区から戻ってきた訪問自動車の除染を行うなど繁忙状態で、なかなか精神の方には手が回らない状況であった。

(宇田) 症状が悪化して精神科医療が必要な人がでてきたり、自傷他害の恐れのある人が

出てきたりすれば保健所の対応が必要となるなど保健所の精神の活動が必要となります。支援活動にあたり、どのように権限を付与すれば、円滑に進むかを考え、保健所長会では、一応、保健所のコマンドシステムを作ってみて、現場の専門職種からのご意見を踏まえて見直しをすることを考えています。

### Ⅲ、精神保健分野 ICS に関する意見交換

(高岡) ICS (危機時対応システム) に関して、まず現地での受け入れ調整窓口を何処にするのがよいのか。南相馬市に支援に入るに際しては、保健所に相談をされたのですが、他の3か所については保健所に相談はされなかったのですか。

(廣江) 宮城県の場合には、保健所を通ってはいません。

(渡部) 震災直後、津波により保健所が機能出来なかったところ、何度か移転を強いられたところもあった。現地のニーズと外部支援との調整窓口のひとつとして、原クリニック院長と渡部も対応した。あちこちの自治体に出かけて外部支援との調整を行った。日本精神保健福祉士協会からの派遣と東松島市との調整もその一つである。

(高岡) 保健所が機能している場合には、保健所が調整窓口となることに問題はないと考えられるか。

(渡部) 保健所がマンパワーの調整など行うことは大事なことです。

(宇田) 保健所が心のケアを含めて調整するために、支援チームへの権限の付与として保健所の了解を得て支援活動を行うのであれば、仕事がしやすい気がする。キーステーションとしては住民に近い市町村が保健所より適切と考えるのか。

(渡部) 石巻の保健所は津波被害によって最初の数日間、全く身動きが取れない状況だった。外部との調整やいろいろな情報に自治体の保健師さんらは、大変混乱されていたと思う。保健所の方で、段取りであったり情報を確認しながら進捗調整をされれば、担当者は助かったのではないか。自治体の職員と保健所が普段からよい連携をしている所とそうでない所では、非常時の連携にも差があったように思う。

(高岡) いわき市では、複数の心のケアチームの現地調整を行ったということは、情報を集約して派遣先などの調整を支援チームされたのですか。

(廣江) いわきの場合は、埼玉県精神保健センターで長年活躍された、力のある方が、お一人だけで入り調整をされたのですが、保健所さんとどのようなかわりがあったかは不明です。

(高岡) 保健所が調整の窓口となり、心のケアチームの活動調整を担うという考え方はどうでしょうか。

(廣江) それは、すごく大事と思うが石巻では機能しなかった。

(渡部) ある自治体の保健師さんの話では、1日に10チームもの心のケアチームが入ったが、どこのチームに何処を受け持ってもらうか考えるだけで一苦勞であったそうです。

(廣江) 3月下旬に伺った仙台市精神保健福祉センターの担当者も心のケアチームの受け持

ち地域の調整が大変とのこと、地理感のない外部のチームだけで動くのは難しく地元の保健師や精神保健福祉士と一緒に動かざるを得ない。外部の心のケアチームには、保健師の誰をつけて、運転手は誰にするかを毎日、11 時近くまでかかって調整し、疲れがたまり疲弊していた。

(渡部) 大崎市にある精神保健福祉センターは、主に県北沿岸域をまわっていたが、距離もあるため、地元自治体と連絡や移動も大変だったのではないかと思う。保健所の方が地元との連絡、連携が取りやすいのではないか。なじみの顔同士でやりとりした方が連絡もスムーズに進むのではないか。

(竹島) 宮城県の場合、仙台市のある南と気仙沼市などのある北に、2つに分かれている。地方振興局単位で考えたらよいのではないか。保健所が被害が甚大でなく、既存の意思決定の仕組みが使える場合には保健所の役割としてもよいのではないか。

(伊地智) いろいろなコネクションで現地に入り、派遣チームが動き出して、保健所が支援チームの配置状況を掴んでいなければ、市が調整をした。保健所が機能していれば、保健所が調整することになる。

(高岡) 派遣チームの宿泊場所や移動手段、どこに支援に入るかなど実際面の相談先は、保健所が望ましいと思うが、石巻保健所のように機能がダウンしている場合には、どこが対応するのか。精神保健福祉センターか市町村かになる。

(竹島) 保健所であれば、水道でもなんでも、一元的に把握しているから、窓口は保健所が最適とする理屈が必要。保健所よりも市町村が情報を持っているとなれば市町村が窓口となる。決定者をどこかに置かなければいけない。

(宇田) 災害対策基本法では市町村が対応し、県は支援が基本ではあるが、災害の規模（広域大規模災害等）により地域の行政機関の被災状況を踏まえ、即応力を強化する観点から災害対策基本法の一部が改正され、情報収集・伝達・管理、避難所運営支援、巡回健康相談等、市町村の機能を上位行政機関である県が支援、執行していくことは可能となっている。現場では保健医療面は保健所が市町村から情報を取りに行くか、情報を得て対応する。支援の窓口も市町村、次いで保健所の順番であらかじめ構築しておくことが望ましい。

(伊地智) 災害が起こって、夜間もしくは休日では、県の保健所は連絡がつかない。

(宇田) 精神保健分野 I C S にも書かれているが、まず、日頃から市町村がしっかり対応する。被害状況が甚大で、複数の市町村にまたがり一自治体だけでは対応できない又は複数の自治体の連携では対応しきれない場合、県に支援を要請することになる。だから、まず市町村で動いて、規模が拡大していくことを前提に、保健所は市町村と協定のようなルールを定めておく。外部からの派遣チームを市町村で受け入れて、対応しきれなくなれば保健所に支援窓口を要請する。調整能力を代替して執行してもらうようにする。支援の受け入れ体制を地域で構築する責務は、市町村と県の双方にあることを共通理解しておく必要がある。

(伊地智) 支援チームの受け入れ状況を市町から情報として保健所に流すことは、拡大した場合の調整機能の代執行を見据えて、お願いすることは理解できる。しかし、最初の窓口として保健所が対応するのはしんどいかな。

(竹島) 市町村から県に要請があって保健所が窓口として調整機能を行うことになるのか。

(宇田) 大規模災害等の場合には、要請がなくても代替して行える業務があるので、保健所が市町村の疲弊状況等を判断して調整機能を実行しても問題はない。

(山田) 保健所が保健と医療に関する調整機能を発揮するべきで、精神では精神科医療に繋ぐことと薬の確保手配は役割と整理している。市町村は、家屋の倒壊や津波洪水対策、避難所対策などで手一杯のところ、医師の手配とか医療班の調整までは出来ないのであるから、それは保健所が対応する。医療機関の被災状況や立ち上げ状況、避難所での要援護者や医療ニーズの高い人の状況を把握して、県医療部局に伝え、県から厚労省に情報を上げる。情報ラインは、普段から確認することが大事である。

(宇田) 医療に関しても市町村の災害対策本部が地元の医師会と協定を結んでおくことになっているが災害の規模により市町村の範疇では対応しきれなくなれば、県が対応することになる。このようなコマンドシステムを作っておくことが大事である。

(高岡) 兵庫県の災害救急医療マニュアルの見直しでは、DMAT の地域での受け入れ、派遣場所の調整を保健所に設置する医療連絡会議で行う内容で検討している。精神のDPAT、心のケアチームの派遣の受け入れと派遣場所の調整を保健所が主体となった調整会議で行うというのが大規模災害時の精神保健分野 ICS の考え方にしています。

(伊地智) 協会など外部の支援チームの活動を指示調整するコマンドは、市であってもいいのではないかな。

保健所の指揮調整で動くチームもあってもよいが、全てが保健所の指揮調整の下でなくてよい。市町の指揮調整で動いているチームの状況を保健所は把握しておけばよいと思う。

(山田) 保健所が指揮調整するというより医師会や薬剤師会看護協会等からなる災害医療等対策会議で調整する。

(渡部) 石巻の日赤病院で行われていた会議が、そのような内容だったように思う。

(高岡) 東日本大震災で精神科救護所が設置されなかったのは、どのような理由があったのですか。

(廣江) たぶん、阪神淡路大震災以降は、置かれていない。芦屋保健所におかれた精神科救護所に支援に入ったが患者さんにきてもらえなかった。そのためか、阪神大震災以降は、精神科救護所という名前は使わないようにして、心のケアという言葉になったりしたように思う。置くとしたら保健所のイメージで市町村では不自然な感じがする。精神の分野は、待ちの姿勢ではなくてどんどん出て行くと姿勢で、所というのはそぐわない。そこに来てもらうということではなくてでかけて行く。

(宇田) 精神科救護の定義を明確にしておく必要がある。

- (伊地智) 一般的には、精神科の治療をイメージする。災害時でも精神科に自分からかかる人は、少なく、こちらから見つけるか医療救護所に来る人を振り分けることになるのではないかと。
- (高岡) 精神科医療機関が災害の被災のため診療機能が崩壊をして、患者さんの受け皿がない中で行政が医療救護所の精神科版として立ち上げた経緯がある。
- (竹島) 神戸という街の特性があって、保健所の数と患者の集積のコンパクト差が一致することがあったのでは。被災地の地域特性から保健所に精神科救護所を置くことは難しくなる。
- (伊地智) 区役所の中に保健所があったので、みんなが行きやすかった。区役所が避難所であり生活の拠点であったから精神科の先生も保健所に常駐している状況が生まれた。
- (竹島) 東日本大震災では、旧市街地が海に近い場所にあり、津波の被害を受け、逆に遠隔地に作られた施設がコアな支援施設として機能した。気仙沼の保健所も海岸から離れた場所にあってコアな施設として機能した。
- (廣江) 東北地方の方は、精神科にマイナスイメージを持たれる方が多く、病気を隠す方も多い中で、精神科の看板を掲げることは、あまりそぐわないということもあったかもしれない。あとは、支援チームが眠剤などもって回っていたので、必要な人に投与することで、ある程度ニーズが満たされたこともあった。困った投与の仕方をした医療チームもありましたが。
- (高岡) 心のケアチームに医師がいる場合に、大規模避難所に置かれた医療救護所で精神科医として診察をし、薬を出していた。保健所から避難所に出向いて精神科診療するアウトリーチ型の精神科救護所が実態としてあったと聞いた。そのようなアウトリーチ型の医療救護所の一部として診療する方法がよいのか。災害対策基本法に基づく平成24年修正の兵庫県地域防災計画では、兵庫県及び神戸市は精神科救護所の設置することが記載されています。
- (宇田) 救護所は医療施設ですが、救護はいろんなところで使われ、それが混乱を招いている。精神科救護所は精神科の医療に特化して、健康保険に準拠せずに医療行為を行う医療施設であり、災害救助法に基づく施設となる。避難所と救護所が混乱して使われているイメージがある。医療機関が機能しなくなったときに、患者さんに被害が及ばないように行政が災害救助法に準拠して臨時応急的に医療施設を設置する。救護所は市町村が設置し、その運営は医師会等に委託するかたちになることが多い。
- (伊地智) 救護所に精神科医師を配置するというのは、まだ分かる。精神科だけでは、人が来ないのではないかと。
- (宇田) 精神は、身体と生活とセットですから。精神科だけでは対応が限られることから総合病院のほうがよい気がする。
- (伊地智) 精神科の急性期的なイメージもある中で、みて回り見つけてくる方がよいのでは。

- (山田) 救護所のイメージは、救護所に常駐している医療チームが、その避難所の患者さんを診察するだけではなく、救護所のない避難所を巡回しているのであれば、待っているのではない。精神科救護所と言っても言わなくても、そこに精神科医師が常駐し、避難所を巡回して診察しているイメージではないか。
- (渡部) 避難所によって運営の仕方は、それぞれだった。精神疾患を持っている方や周囲からみて目につく方が、ひとつの教室に集まっている避難所があったりした。落ち着かず、目が離せない状況の方を日赤の病院でずっと見守っていたと聞いた。あとは山元町の事業所などが居場所として大変よい役割を果たしていた。避難所のトラブルが全くなかった訳ではないが、昔からあんな人と受け入れているところも多く、それなりに、皆さん何とかやっていたように思う。
- (高岡) 心のケアの活動における手引き的なものとして活用されたものはありますか。兵庫県の心のケアセンターが翻訳しているサイコロジカル・ファーストエイドなど、参考にされたものはありますか。
- (廣江) 兵庫県さんが出されたものは参考にさせていただきました。ただ、サイコロジカル・ファーストエイドなどの訳は、後から出たので利用はしていない。基本的なことは、災害支援ガイドラインに具体的な活動事例を載せて、手引き的な役割も果たしている。あとは、日頃から患者さんの話をじっくり聞くという姿勢で入れば、支援活動に問題はなかった。
- (渡部) 東松島で支援に入った方々が、宿帳のようなものに、こんなところにこんなお店がある、コインランドリーはあそこにある、などの情報を共有し、マニュアルを作っていた。
- (廣江) 支援チームの活動報告は、毎日、必ず上げてもらうようにして、刻々変わる状況に対応できるようにした。使える資源の情報も上げてもらった。最初は、お店も開いていなかった。そのような情報を共有は出来るようにした。
- (高岡) 支援チームは一日の稼働後、市の保健センターに戻ってきたのですか。
- (廣江) 朝、保健センターに行ってミーティングに参加し、情報を共有して、それから今日は何処に行くとかを市の保健師さんの指示で活動にでかけ、また保健センターに帰って、記録をつけた。
- (高岡) 保健師さんの健康巡回チームから、避難所で精神面で気になる人がいるなどの情報は、朝のミーティングの時にあるのですか。
- (廣江) 朝もそうですし、昼に戻ってきたときにも聞きます。またチームの携帯電話に直接、避難所から人が暴れているので、すぐに来てくれとかの要請があり駆け付けたこともあった。実際に、入院までかかわったケースもある。
- (宇田) 精神保健福祉士協会では、精神科救護をどのように定義され、具体的どのような活動をされたのか。
- (廣江) 協会の支援活動は、医師が関与する範囲より、広い範囲で行った。具体的には市

の保健センターでの朝のミーティングでは、一般の医療チームも参加し、県の保健師さん、OTの人、自衛隊の人などいろいろの職種の人がおられ、そこで今日は何処に入るかを市の保健師が調整し、避難所に入った場合は、精神的なダメージを負われている方の所にいき2時間近くかけて話を伺ったり、ニーズがある場合は、かなえられるように係わっていく。医療については、南相馬市では一般医療チームが眠剤ぐらいは処方し、クリニックが一か所開いていたので、通院はそちらにお願いした。入院は、ニーズがある方は、計画的避難地域であり他の地域に転院され、避難所などにはあまりいなかった。あとは、妄想幻覚でワーとなっている人、寡黙で反応がない方でお風呂に入らず周りの方が臭いなどで迷惑をかけている人など精神的な問題のある方に対応した。また避難所の責任者の方に、の避難者は心配だと相談を受けた場合には、リエゾンの的にアドバイスをした。あとは、通院の同行であったり、避難所の中でトラブルとなり周囲と険悪な雰囲気になった人に対し、関係者と一緒に入院に動いたケースもあった。

(宇田) 生活環境調整から生活支援、精神症状の予防、症状緩和の話、純然たる精神疾患の治療の話、精神科救急に関する事まで、いろいろ対応されています。精神科救護は、ICSでは、どのような位置づけとなるのか検討しておく必要がある。

(竹島) 阪神淡路大震災の際には、精神科救護所は設置されたが後は、設置されていないので、精神科救護という言葉がどの程度、一般的に使われているか不明である。

(宇田) 心のケアは、広い範囲で使われているが緊急の対応が入るかどうかは分からないし、精神科救護は心のケアまでは含まないイメージがある。

(高岡) ICSの考え方では、災害時の精神保健福祉対策があり、その中のパーツとして、心のケア、精神科救護、精神保健福祉法など法規に基づく対応がある。

(宇田) 医療とか福祉とか生活支援があるとすれば、医療に関するところが精神科救護という理解となる。

(山田) 集中豪雨などで集落が孤立し、精神科の患者さんから医療機関から薬がもらえないとの電話連絡があり、精神保健福祉センターで処方調剤をして県庁に薬を集めて、ヘリコプターで集落に運んだことがあった。これも精神科救護といえるのではないか。

(廣江) 災害などにより精神科医療にアクセスできなくなった方に対する医療の提供が精神科救護ではないか。協会の活動は、精神科救護とはあまり考えていない。薬のお話では、中越地震の際に、県の保健所の精神保健福祉士が雪道をリュックを背負って薬を届けたと聞いています。

(伊地智) 精神科救護所のことはICSの改正では、誰が書くのか。

(高岡) 宇田先生のところでは精神科救護所と心のケアチームの役割分担を東日本大震災の心のケアセンターの活動報告を踏まえて分析し、その結果に基づき、伊地智先生がICSの改正を行っていただきたい。

(宇田) ICSでは精神科救護の定義を明記し、東日本大震災では、このような活動は、こ

の時期にこのようなことを行うということを可能な限り、調べてまとめる。

(高岡) 調べていただいた結果を踏まえ、伊地智先生が ICS の改定に書き込んでいただく。

(伊地智) DPAT も書き込む必要がありますね。

(竹島) 精神科救護所が心のケアになって、それが DPAT になったのでしょうか。

(高岡) DPAT と心のケアチームは、別立てであることはないか。

(竹島) 精神科医療を特化して、心のケアチームを DPAT にした。心のケアでは、宗教家も誰でもが活動出来るので、医療に絞り、期間も短期に絞って、DPAT にした。

(高岡) 協会の災害活動ガイドラインの見直しで、DPAT も取り入れるのですか。

(廣江) 今、見直しの最中です。

(宇田) 救護所は、1 週間から 2 ヶ月程度で閉鎖して、既存の医療体制に移行させるのが原則ですね。地域の医療機関に早めにバトンタッチをしましょうということです。精神科でも精神科医療へのアクセスが途絶したケースに対して、臨時応急的に精神科医療の提供を行う救護所を設置することになる。既存の精神科医療機関が被害が少なく診療機能が維持できれば精神科救護所は不要ということになる。

(竹島) 精神科救護所はケース・バイ・ケースでしょう。DPAT の派遣期間は、数週間から数ヶ月と曖昧な規定となっている。精神の場合は、アウトリーチを含めて考えている。一般医療のように高度医療を提供する施設があり、そこに搬送する体制が整備されていれば、精神科でも被災地に固定した精神科救護施設が考えられるが。その点は、DPAT は曖昧な定義となっている。

(宇田) DPAT が医療もアウトリーチも含めて活動するとすれば、一定期間後、既存の医療資源にバトンタッチすることは、難しくないか。

(竹島) 半壊状態の精神科拠点病院に DPAT を派遣することは考えられる。DPAT が拠点医療とアウトリーチの両方を行うことも可能な曖昧さがある。東日本大震災では、精神科医療の過疎地でもあり、支援を比較的長く続けたけれども、これが精神科医療が過密地域では、支援は短期ですんでしまう。たぶん。アウトリーチ型より拠点型になるのでは。

(宇田) 精神科救護から心のケアチーム、DPAT に進んだということでしたが、DPAT は、精神科医療に心のケア、保健福祉対策を包含したものか。臨時的応急的に精神科医療提供する精神科救護を行うチームが DPAT になって、一部が心のケアチームになり、アウトリーチも保健とか福祉サービスも行うようになる。

(竹島) 精神保健福祉活動を行う精神医療チームと定義されている。2~3 年の長期になれば、違うと考えるが短期的には DPAT が精神科医療、心のケア、保健福祉サービスを行うことが期待されている。

(廣江) 県が派遣する心のケアチームは、DPAT に変わるかもしれないが、他の心のケアチームもそうなるとみんな短期で帰ることになり、被災地の心のケア体制に不備が生じる。そのところがまだ整理されていない。

- (伊地智) DPAT は、この名前からして、発災後早く現地に入るとするのが基本ですね。現地で医療が中心になるのか、もっと長期に心のケアを行うのか決まるのでは。
- (宇田) DMAT も救命救急医療ですが、ケアチームに情報提供する責務がある。DPAT も臨時応急的に精神科医療を行うだけでなく、ケアが必要なケースに対し DPAT が自らケアをするよりはケアチームに情報を提供し、ケアを任せの方がよいように思う。
- (伊地智) 要綱は不明ですが自立的、自発的に活動出来るシステムでしょうから、そこが心のケアチームなどとは異なるのでは。精神科医師を加えて、飛び出すように活動出来るのでは。
- (高岡) DPAT についても国が事前に登録制度により、認定研修なども行い、何かあればすぐに派遣できる体制を DMAT と同様に整備するのか。
- (竹島) DMAT と同様な体制を整備するようだ。
- (高岡) 精神保健福祉センターで登録をしても、DMAT と同様に 1 施設 1 チームが限界でしょうね。
- (廣江) 養成は始まっています。国での研修が行われていますので。都道府県単位での養成も始まるのでは。
- (竹島) 精神保健福祉センター長は、強制参加の研修です。
- (廣江) DPAT も当初は医療に特化した支援活動が数ヶ月にわたる場合には、幅の広い活動に変化することも考えられる。
- (高岡) ICS という考え方について、協会サイドではどのように考えられますか。
- (廣江) 個人的な考えとしては、マンパワーと権限がそのシステムに付与されるのかで変わってくる気がします。保健所がその機能を担うのであれば、マンパワーと権限をもたないと難しい。災害が起きたときに市町が問い合わせても県庁に問い合わせるまでは、迅速かつ広域的対応は出来ない。東日本大震災で市からは県にいくらマンパワーの要請をしても返事すら、かえってこないといわれた。保健所の担当で精神の部分は少なく、他のところが大きいですから災害時には、テンヤワンヤになり精神分野のマンパワーもそちらにもっていかれることになりかねない。災害時には精神分野のマンパワーの確保が困難な気がする。
- (高岡) 本日は、精神保健福祉士協会の廣江さま、渡部様には、日曜日にもかかわらず意見交換にご出席いただき、貴重なご報告とともに鋭いご指摘をいただきありがとうございました。これで意見交換を終了させていただきます。

(別添2)

## 精神科救護所とこころのケアについての考え方

2014. 1. 26

大規模災害時の保健医療体制については、災害対策基本法に基づき国、都道府県、市町村等の公的機関が地域防災計画やマニュアル等を作成し、公的機関はもとより、医療機関・社会福祉施設等の特定施設、住民等とそれぞれ連携・協働しながら対応することになっている。また、医療法においても、5疾患5事業及び在宅医療に関する医療提供体制を検討し公開することが求められていることから、各都道府県では災害時の医療連携体制を含む体制を構築し、保健医療計画に記載している。

そのなかで、医療救護所については、当該地域の医療施設の診療能力を超える程度の多数の負傷者が一度に発生したときや、医療施設が多数被災し十分な診療機能を発揮できないと判断されたとき、あるいは災害発生から時間の経過とともに負傷者が増加するおそれがあるとき等に設置され、軽症患者に対する処置の他、必要に応じ、中等症患者及び重症患者に対する応急措置、トリアージ、死亡の確認等を行うこととされる。被災住民の救護及び後方医療機関の医療機能の確保を図る目的がある。

こころのケアについては、災害直後から生じる、うつや不安状態、睡眠障害等といった反応性のストレス障害の他、うつ病や不安障害、物質依存症といった精神疾患の幅広い状態像が対象となることから、災害後の経過（フェーズ）に応じた保健・医療・福祉分野及び地域住民同士の支え合いといった包括的な対策を講じていく必要がある。医療・地域保健活動と連動しながらの精神健康不調者の早期発見・早期介入や集団に対する精神保健活動、精神障害を有する人々への医療やサービスの提供（精神医療、福祉）とともに、生活面での支援、情緒的支援などの提供を含めた対応が必要となる。

それらの対策の一環としての精神科救護所の位置づけについては、精神科医療依存度の高い対象者への対応が主な役割と考えられる。フェーズ1（発災後数日）～フェーズ2（数週間）といった発災後早期に見受けられる精神障害者の症状悪化、急性期のストレス障害、服薬中断例、アルコールや薬物等の物質関連障害等を対象として、行政や保健師等の関係者・機関・団体との連携のもとで救護所はもとより、避難所、自宅への訪問により被災住民へのケアを行うことを目的として設置される必要がある。

平成7年に発生した阪神淡路大震災の際には、活動の拠点として10カ所の保健所に設置され、密度の濃い精神科医療が数ヶ月にわたって提供された。激震地及びその近隣地域に精神科診療所が多かったこともあり、それらの大きな被害のために、診療機能を早急に補完する必要性が生じたことが大きな要因とされる。平成11年に発生した東日本大震災では、沿岸部といった医療密度が比較的薄い地域での被害が多かったものの、大規模・広域にわたる災害であったことから治療中・治療中断例等のハイリスク者や重度のストレス障害を訴える精神科医療依存度の高い対象者が多数に上った。地域特性や発災後の時系列に応じた精神科救護所の設置を含めたこころのケア体制の構築について、あらかじめ検討し地域

防災計画やこころのケアマニュアル（仮称）等に記載しておく必要があるのではないかと考えられた。

また、平成25年4月1日に作成・公布された障精発0401第1号通知「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領について」により、各都道府県で策定される防災計画において、各都道府県の事情に応じたDPATの運用が求められている。これまで作成されたり、今後計画されている「地域防災計画」や「こころのケアマニュアル(仮称)」のなかで、新たに設置されたDPATの活動を支援していくための体制として「DPAT都道府県調整本部」や「DPAT活動拠点」との整合性をはかる必要がある。そのなかで精神科救護所の役割や位置づけ、DPATとの役割分担、あるいは連携体制等について検討・記載していくことが大切であると思われる

#### 【参考資料】

#### ○ 医療提供体制の確保に関する基本方針

（平成十九年厚生労働省告示第七十号）

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

#### 二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

##### 1 疾病又は事業ごとに明示する機能

##### （六）災害時における医療

災害時に被災地へ出動し、迅速に救命医療を提供する機能、その後**避難所等において診療活動を行う機能**、被災しても医療提供を引き続き維持し被災地での医療提供の拠点となる機能及びNBCテロ（核兵器、生物兵器、化学兵器等によるテロをいう。）等特殊な災害に対し医療支援を行う機能（都道府県内外での災害発生時の医療の対応（災害派遣医療チーム（DMAT）の整備状況と活用計画を含む。）、広域搬送の方法、後方医療施設の確保、消防・警察等関係機関との連携、広域災害・救急医療情報システムの状況、災害拠点病院の耐震化・医薬品の備蓄状況、災害に対応した訓練計画等）

#### ○ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

（平成24年3月30日医政指発第0330第9号厚生労働省医政局指導課長通知）

##### [1 目指すべき方向]

「第1 災害医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、さらにそれらの関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築する。また構築に当たっては、**地域の防災計画と整合性を図る。**

##### (1) 災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療が確保される体制

- ① 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制
- ② 必要に応じてDMATを直ちに派遣できる体制

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

① 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

[各医療機能と連携]

「1 目指すべき方向」を踏まえ、災害医療体制に求められる医療

(3) 救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【災害中長期の応援派遣】

① 目標

・ 災害発生後、救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うこと

○ 「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」の抜粋

I 活動理念

2. 運用の基本方針

2-1 平時

・ 都道府県等は——都道府県等の DPAT の整備を行い、——  
・ 都道府県等において地域防災計画を策定する際には、DPAT の運用についても記述することが望ましい。

II 活動の枠組み

2 DPAT の統括

2-1 DPAT 都道府県調整本部

・被災地域の都道府県によって設置される DPAT と道府県庁製本部は、被災地期における DPAT を統括する。

4. 派遣の流れ

・ DPAT の派遣は、基本的に災害対策基本法に基づいて行われるため、都道府県と政令指定都市によって派遣の流れが異なる。

III 活動内容

3. 災害によって障害された既存の精神医療システムの支援

・災害によって障害された地域精神医療機関の機能の保管を行う。

○ 「災害時地域精神保健医療ガイドライン」からの抜粋

[http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_guide.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_guide.pdf)

平成13年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業 金 吉晴

## 大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス

フェーズ	フェーズ0 (数時間、数日)	フェーズ1 (数日)	フェーズ2 (数週間)	フェーズ3 (数か月)
	各現場	救護所、遺体安置所	避難所、自宅、医療機関	仮設住宅
ターゲット	・精神不穏（パニック）	・精神障害者の症状悪化 ・ASD ・悲嘆反応 ・スタッフの惨事ストレスによる急性反応	・服薬中断 ・適応障害、不安障害、PTSD等 ・アルコール関連障害 ・スタッフの疲労の問題の顕在化	・うつ病、自殺
ゴール	自助・互助による静穏化	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療
本部 (本庁、精神保健福祉センター等)	・情報収集と発信 ・精神保健活動方針の決定（精神科救急システム調整、精神科救護所設置の要否、ケアプランの確認等） ・人的支援（外部・内部）の派遣要請と調整			・活動の評価、継続支援内容の検討、活動報告会の開催
保健所	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
市町村	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者、要援護者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
医療機関	・各機関における情報収集、連絡、精神保健活動方針の決定		・精神医療の実施 ・連携会議への参加 ・スタッフの心のケアの検討	
医療チームまたは心のケアチーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供、精神科救急業務	・精神保健相談（訪問、窓口）、医療や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	
保健チーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供	・精神保健相談（訪問、窓口）、健康教育や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	

# 生活環境安全分野 ICS改定の 検討結果 H25年度まとめ

H26.1.26.

## 媒介蚊対策

既に一定検討は行われ、問題提起もできている、今後は、実効性ある行動提起が必要

- 発生時も含めた技術的指針は、厚労科研費のガイドラインで整備済
- 発生時の保健所の動き方については、中瀬班で検討し、作成済み
- しかし都道府県レベルで具体的な対策のための会議等を開催しているところは一桁レベル。  
→事例の発生(感染蚊の確認、2例目の国内感染例確認)時には、疾患、蚊の特性、防除方法等、地域では情報が無く、(また、相談できる場所がないと)混乱する可能性有り。

対応

- 市町村におけるハザードマップの作成(有事にどこを限定的に対応すればよいか)
- 国やPCO(日本ペストコントロール協会)、有識者を集めた会議を設定し、国(厚生労働省)において、系統立てた対応のセッティングにより、市町村の対応を促進支援  
仮称「危機事象としての感染症媒介蚊対策を行うための、事前計画の策定」  
想定メンバー: 大学、検疫所、保健所長会、厚労省、PCO

## 化学物質

- 中毒情報センターとの連携は一定の仕組みが構築できた
- 希少事例であるので、いざというときに保健所がうまく相談できるようにすること、が(従来から)課題
- 化学テロ対策なら、基本は国民保護法であり、全く新しい取組となる。
  - 各都道府県、政令市等の国民保護に関する計画で、保健所役割がどのようになっているか、指揮系統はどうなのかとか、把握できていない-->実態調査が必要。  
その中から、専門的検討が必要なことを抽出
- 保健所長会等で、中毒センターの会員になる

