

これに関連する特徴として、韓国の地方自治体では、職種や階級ごとに指定された教育課程を受講することが昇級の評価に反映されることが明確に規定されている点が挙げられる。そのため、教育訓練の受講が義務づけられているわけではないが、受講するインセンティブは非常に大きい。わが国でも、法令等によって研修受講に関する評価基準を明確に設定し、研修受講が昇級に反映される人事評価システムを導入する必要がある。

保健所等に勤務する公衆衛生専門家に関しても、一般の公務員と同様に、関係法規（地域保健法令等）の中で教育訓練が明確に位置づけられている。わが国では、地域保健法施行令の中で、保健所長に対して国立保健医療科学院での養成訓練が求められているが、それは必要条件ではなく、さらに保健師などの他の技官や事務官に関しては全く規定されていないのが現状である。したがって地域保健法の中で、保健所長だけでなく、全ての職種に対する教育研修の規定（地方自治体の研修の実施または委託、職員の研修受講など）を明確にする必要がある。

韓国保健福祉人材開発院（Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare：KHRDI）は、韓国における公衆衛生専門家を対象とした専門教育訓練のほとんどを実施しており、組織の設立目的、研修の対象や内容などの点でわが国の国立保健医療科学院と類似している。KHRDI の教育訓練の特徴として、短期間（主に5日間）で実施されていること、各種事業・業務の担当者の実務能力の向上を目的としていること、などが挙げられる。長所として、特定の事業・業務に必要な実践的な知識や技術を短期集中的に習得できる点があるが、その反面、事業・業務に共通する、あるいはそれらを横断する、公衆衛生実践の総合的な能力を習得できないという問題もある。研修の期間短縮は、地方自治体にとっては職員の派遣による負担（他

の職員への業務のしわよせなど）が小さいため、多くの職員が研修を受講することができる。しかし無計画に短期研修を受講するだけでは、断片化された知識や技術が堆積していくに過ぎない。したがって受講者の職務、経験、バックグラウンド、将来展望などを考慮した上で、受講すべき短期研修をどのように組み合わせるか、どの短期研修をいつ受講するか、などについて個別指導や助言を行い、受講生にとって最適な研修計画を長期的な視点から策定する必要がある。

E. 結論

アメリカ、オーストラリア、及び韓国における公衆衛生医師等の資質向上方策の実態を調査した結果、以下のことが明らかとなった。

- ・アメリカ、オーストラリア、韓国の衛生行政システムは地方分権を原則として構築されているため、衛生行政に従事する公衆衛生医師等の教育研修、資格認定、採用条件などに関する国レベルの公的な制度やシステムは存在しないが、それぞれの国で特徴的な取り組みが行われている。
- ・アメリカでは、国レベルで、公衆衛生専門家に必要とされる competency の開発・作成・普及している。またそれに基づいた様々な教育研修プログラムが、連邦政府、州、大学、民間団体などによって実施されているが、そのほとんどはインターネットなどを利用したオンラインによる遠隔教育（e-learning）である。また教育研修プログラムに関する全国レベルの包括的なデータベースである TRAIN が運用され、公衆衛生専門家の研修への参加を支援・促進している。
- ・オーストラリアでは、Australasian Faculty of Public Health Medicine (AFPHM) によ

って、公衆衛生専門医の教育研修プログラムが運営されている。これはイギリスのシステム（competencyに基づくプログラム、研修生自身による学習計画の策定と主体的な取り組み、OJTを中心とした研修活動、試験による客観的な評価、指導者による個別指導など）に類似しているが、イギリスとは異なり、公衆衛生専門医の資格が採用・昇進条件に十分に活用されていない。

- ・韓国では、保健所等の衛生行政組織に勤務する公衆衛生専門家は「地方公務員」として、公務員制度の枠組みの中で、職種や階級ごとに指定された教育課程を受講している。韓国保健福祉人材開発院（Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare : KHRDI）が、公衆衛生専門家を対象とした教育課程のほとんどを実施している。これらの教育課程は、各種事業・業務の実務担当者の実践的な能力・資質の向上を目的として短期間（主に5日間）で実施されているが、保健所長などの管理職レベルのプログラムはほとんど実施されていない。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

武村真治. イギリスにおける公衆衛生体制の再構築—わが国が学ぶべきこと. 公衆衛生. 2006; 70(6): 428-431.

2. 学会発表

武村真治, 曾根智史, 橘とも子, 緒方裕光, 加藤則子. 諸外国の健康危機管理システムの実態. 第65回日本公衆衛生学会総会, 富山. 2006年10月; 469 (日本公衆衛生雑誌. 2006; 53(10)特別附録: 469) .

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

(資料1) アメリカの公衆衛生医師等の資質向上方策の実態

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部
地域保健システム室長 武村真治

第1章 アメリカの保健医療システム

1. 医療保障制度の概要

(1) 医療保険制度

アメリカの医療保障制度は社会保険方式であるが、わが国のような国民皆保険制度はもたない。公的な医療保険制度としては、65歳以上の高齢者、障害年金受給者、慢性腎疾患患者等を対象とした Medicare、一部の低所得者を対象とした Medicaid、連邦政府職員を対象とした Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP)、現役及び退役軍人を対象とした Department of Defense and Department of Veteran's Affairs health care systems、軍人の家族を対象とした Civilian Health and Medical Program for the Uniformed Services (CHAMPUS)、低所得層の保険未加入の子供を対象とした State Children's Health Insurance Program (SCHIP) がある。

Medicare と Medicaid を所管するのは、日本の厚生労働省に相当する省庁である DHHS (Department of Health and Human Services) の CMS (Centers of Medicare and Medicaid Services) である。Medicare は連邦政府によって運営され、入院サービスなどをカバーする強制加入のパート A と、医師サービスをカバーする任意加入のパート B に分かれている。Medicaid は連邦政府が給付資格の要件などの大枠を定め、各州が運営するが、受給者に対しては自己負担のない現物給付が行われる。

アメリカでは民間医療保険が発達しており、生命保険会社や損害保険会社などの営利保険会社が提供するもの、地域住民一般の医療保障を目的としたブルークロス、ブルーシールドといった非営利団体が提供するもの、その他に HMOs (Health Maintenance Organizations) や PPO (Preferred Provider Organization) などの医療保険がある。これらの保険には、個人による加入と、企業の福利厚生の一環として事業主の負担による団体加入がある。

(2) 診療報酬支払制度

公的医療保険の診療報酬支払制度は医師サービスと病院サービスに大きく分かれている。医師サービス(診療所や病院における医師の診療行為)は出来高払い制で、RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) と呼ばれる診療報酬点数表(厳密には、診療行為の相対価格表)に基づいて支払われる。なお総枠予算が定められているため、基準単価が調整されている。

病院サービスに関しては、DRG (Diagnosis Related Group) -PPS (Prospective Payment System) で、DRG (診断群)ごとに定められた1入院あたりの費用が支払われる。その他に、資本調達費用や教育・研修費用が支払われる。

医療費がGDPに占める割合は、1980年から1993年にかけて加速度的に増加していたが、それ以降、安定している。1993年から2000年の平均増加率は5.6%であり、それまでの増加率の約半分である。2000年の総医療費は1兆3千億ドルであった。

2. 保健医療資源

(1) 医療施設

病院は平均在院日数30日未満の短期入院型病院と30日以上長期入院型病院に分類できる。人口1,000あたりの病床数は3.7床であり、入院日数30日以内の一般病院では、3.1床である(1998年)。利用できる病床数が少ないにもかかわらず、入院率は人口1,000あたり118と高く、平均入院日数は6.0日と非常に短い。これは、長期の療養は、高齢者等の慢性疾患患者の入所施設であるナーシングホームで提供されることが多いためである。

患者は、まず地域のプライマリケア医を受診し、必要があればプライマリケア医が専門医を紹介する。専門医は病院の勤務医ではなく、病院の近くに事務所をもつ開業医である場合が多い。多くの病院はオープン病院のシステムを採用しており、専門医は病院との契約に基づいて医療機器や病床を利用して治療や手術等を実施する。

以下に病院の概要(1998年)を示す。

全病院数	6,021
うち100床以上の病院	3,216
設置主体	
国立	275
その他	
地域病院(入院日数30日以内の一般病院:大学・研究所の病院は除く)	5,015
NGO、NPO	3,026
営利企業	771
州立、郡・市立	1,218
結核療養所	3
精神病院 ¹	3,742
州立、郡・市立	234
私立(情緒不安定な子どもの入所センターも含む)	813

(2) 医師等の医療関係者の養成

① 医師

医師の養成は医科大学によって実施される。医科大学は125校(1998年)あり、私立大学が大部分を占めるが、すべての学校が連邦政府から補助金を受けている。医科大学に入学するには、4年制大学を卒業し、学士号が必要となる。医科大学の修業年数は4年間である。医師免許は州ごとに交付されるが、すべての州で少なくとも1年間の病院における臨床研修が義務づけられている。医学部への入学は難しく、受験生の半数しか入学できない。

専門医の資格を得るためには、レジデントとして病院に勤務し、定められた研修の受講と臨床経験が必要である。医師の85%が何らかの専門領域の資格証明書を有する。

医師数は、1999年時点で約72万人である。内訳は、プライマリケア医(9.4%)、専門医(57.9%)、病院勤務医(6.4%)、研修医(13.2%)である。

②看護師・保健師

準看護師の養成研修は、高校卒業後、practical nursing school(1996年現在1,210校)において1年間実施される。正看護師の養成研修は、Associate degree(2年間)、Diploma course(3年間)、Bachelor course(4~5年間)の三つのコースで実施される。このような研修を実施する看護大学は1,508校(1997年)ある。

保健師の資格認定制度はなく、地域において予防活動に従事する看護師がpublic health nurseもしくはcommunity health nurseとよばれる。

看護師数は2000年で約270万人、そのうち常勤が58.5%、非常勤が23.2%と推計されている。

3. 一般行政組織

アメリカ合衆国憲法のもとで、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦制度がとられている。アメリカの自治体の階層は「連邦政府—州政府—地方自治体」である。州政府の自治権は大きく、連邦政府と州政府はそれぞれ異なる権限をもつ。

連邦政府は、造幣、宣戦、外交、国外及び国内貿易の監督をおこない、州政府は、憲法の修正箇条の批准、公衆衛生と安全の管理、州内貿易の監視をする権限がある。法律の制定と執行、課税、借金は、連邦政府と州政府の両者とも行うことができる。

州は50州あり、全ての州が独自の憲法をもつ。しかし、州法が合衆国憲法や国の法律と矛盾することは許されない。連邦政府と同様、州レベルでも立法、司法、行政の三権分立がおこなわれている。また、ほとんどの州の議会は上院と下院の二院制をとっている。大統領の代わりに、州知事が選出される。

地方自治体には、City(市)、County(郡)、Town/Township、Municipality、Districtなどの形態があり、ある程度の自治権が認められる地方分権型の自治体である。

4. 衛生行政システム

(1) DHHS (Department of Health and Human Services)

日本の厚生労働省に相当する省庁はDHHS (Department of Health and Human Services)である。衛生行政に関する権限の多くは州政府がもっているため、DHHSの業務は、移民の健康診査、州間で売買される薬物の規制、特別な疫学調査、国の厚生統計の編纂、アメリカン・インディアンに対する医療サービスの提供などに限定されている。

またDHHSは州政府に対して、補助金の交付(感染症対策、環境衛生、母子保健、マンパワーの養成、施設建設、貧困者の医療サービス、健康科学に関する研究など)や「agency」による技術支援などを実施している。特に補助金は州政府の健康政策の方向性に大きな影響を与えている。

DHHSの組織は、以下に示す12の部門で構成される。

- Administration for Children and Families (ACF)
- Administration on Aging (AoA)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)
- Food and Drug Administration (FDA)
- Health Resources and Services Administration (HRSA)
- Indian Health Service (IHS)
- National Institutes of Health (NIH)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- Program Support Center (PSC)

AHRQ、ATSDR、CDC、FDA、HRSA、IHS、NIH、SAMHSAはDHHSの「agency」で、連邦政府及び州政府に対する技術支援を行っている。

アメリカ全土（50州とワシントンDC、アメリカンサモア、グアム、プエルトリコ、ミクロネシア、北マリアナ諸島、バージン諸島）は10の厚生行政区に分けられており、ACF、AoA、ATSDR、CDC、CMS、FDA、HRSA、IHSは地域事務所をおいている。

（2）州保健部局（State Health Department）

全ての州政府には、州保健部局（State Health Department：SHD）が設置されている。州によって組織の名称、業務、規模などが異なり、社会福祉やその他の機能を有する部局と統合されている場合もある。典型的な組織体系としては、部局長（多くはState Health Directorと呼ばれるが、Commissioner、Secretary、State Health Officerと呼ばれる州もある）を筆頭に、管理（保健計画など）、感染症予防・管理、生活習慣病、厚生統計、環境衛生、健康教育・ヘルスプロモーション、母子保健、精神保健、産業保健、歯科保健、衛生検査、公衆衛生看護、公衆衛生獣医学などの部門が設置されている。

部局長は、法律上の規定はないが、ほとんどが医師であり、半数程度が公衆衛生と予防医学の専門資格証明書や公衆衛生学修士（MPH）を有している。また局長が医師でない場合は、次長に医師を配置している。半数以上の州の部局長は、州知事によって任命されるが、任命にあたっては政治的な問題もあり、必ずしも地域保健や公衆衛生の経験が豊かな者であるとは限らない。

スタッフとして、微生物学者、エンジニア、衛生学者、疫学者、看護師、健康教育者などの保健医療専門家が配置されている。

（3）地方保健部局（Local Health Department）

地方自治体レベルには、地方保健部局（Local Health Department：LHD）が設置されており、これがアメリカにおける衛生行政の第一線組織に位置づけられる。ただしLHDの設置主体、管轄地域は、州によって以下のような類型に分類できる。

①設置主体

- ・ 州政府が設置（11州）（うち規模の小さい4州はLHDを設置していない）
- ・ 州政府と地方自治体が共同で設置・管理（7州）
- ・ 地方自治体が設置（16州）
- ・ 人口規模の大きい自治体は地方自治体、小さい自治体は州政府が設置（16州）

②管轄地域

- ・ County …単独の County を管轄する。County 内の City が独立している場合もある。
- ・ City …単独の City を管轄する。地方自治体としての City の行政区域と一致する。
- ・ City-county …City とその周辺の County を管轄する。
- ・ Township …強い home-rule や town-meeting political system をもつ州の LHD
- ・ Multi-county …複数の County を管轄する。

2001年現在では、County が約 60%、City が約 19%、City-county が約 7%、Township が約 15%、Multi-county が約 8%である。

LHD の典型的な組織体系として、部局長を筆頭に、公衆衛生看護、薬物乱用、環境衛生、精神保健などの部門が設置されている。主な業務は、予防接種、学校保健、高齢者保健プログラム、感染症対策（感染症の届出の受理、感染症・食中毒の集団発生への対応）、結核・性感染症・HIV/AIDS 対策、狂犬病・西ナイル熱の予防管理、環境衛生、食品衛生、薬物対策、精神保健、地域保健計画の策定などである。

LHD の部局長は、Health Officer、Administrator、Commissioner 等の名称で呼ばれ、州法により、医師、歯科医師、獣医師、もしくは公衆衛生学修士や公衆衛生学博士の学位を有するものと定められていることが多い。部局長は、設置主体の長（州知事、市長など）、または保健委員会（Board of Health）によって任命され、設置主体の長または保健委員会と SHD の部局長に対して説明責任をもつ。人口規模の大きい LHD の部局長は医師である場合が多い。また部局長が医師でない場合は、コンサルタントとして医師が雇用されることがある。

LHD の部局長の資格要件として、例えばワシントン州の場合、公衆衛生学修士または同等の学位を有する者が原則であるが、学位をもたない場合、部局長レベルで3年間の実務を経験した後、正式に部局長として任命されることもある。

5. 健康危機管理（感染症を含む）

（1）健康危機管理の定義

健康危機は Public Health Emergency と呼ばれ、自然災害（雪崩、干ばつ、地震、異常低温、異常高温、洪水、ハリケーン、熱帯低気圧、感染性疾患の発生、地滑り・泥流、降雪・吹雪、雷雨・稲妻、竜巻、津波、噴火など）と技術的・人的災害（航空機事故、生物兵器、ビル・建造物の崩壊、化学物質、危険物質の放出、暴動・抗議行動、ライフラインの破壊（電話・電力・ガス、石油・交通・水道・汚物処理）、爆発、海事、集団入国、大規模集会、鉱山の崩壊・爆発、放射線・核、電車の脱線など）に分類される。

（2）感染症への対応

感染症への対応の第一線組織は LHD であり、法定感染症の届出の受理、感染症・食中毒発生時の対応（疫学・微生物学的調査、予防措置など）を実施する。また結核等の感染症患者の措置入院の権限ももっている。

感染症発生報告は、医療機関等から LHD へ、LHD から SHD へ、SHD から CDC へ、順に行われる。CDC は発生数を集計し、週報で報告する。

大規模な感染症の場合は、連邦政府や州の多数の機関が関与する。特に CDC は高度な疫学・微生物学的な調査研究に中心的な役割を果たす。また感染症の種類によって、食品由来の感染症（食中毒など）は FDA が、飲料水を原因とする感染症は Environmental Protection Agency (EPA) が、それぞれ所管する。州レベルでは、農業、消費者保護、自然資源などの多くの部門が関わる場合が多い。

（3）大規模な健康危機管理への対応

①概要

国レベルでは、DHHS が所管し、CDC が中心的な役割を担う。また地方レベルでは、LHD が第一線組織、SHD がその上位組織として位置づけられる。感染症と同様に、医療機関等から LHD へ、LHD から SHD へ、SHD から CDC へ、発生報告が行われる。

また実際の対応においては、感染症と同様に、連邦政府や州の多数の機関が関与する。

②Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

DHHS の agency として、あらゆる健康問題の管理と予防に関する調査研究、情報提供、教育研修、連邦政府及び州政府に対する技術支援などを実施する。具体的な対象領域として、ヘルスプロモーション、慢性疾患、先天性障害、発達障害、環境衛生、保健統計、HIV・STD・結核、感染症、予防接種、産業衛生、疫学、公衆衛生、健康危機管理などが挙げられる。

CDC は 1946 年に設立され、現在 7 のセンターと 5 のオフィスで構成され、本部はアトランタに設置される。また米国とプエルトリコに 10 の支所が設置されている。スタッフは約 15,000 人、予算は 77 億ドル（2005 年）である。

健康危機管理に関しては、感染症、テロなどの健康危機のサーベイランスや情報収集、感染症情報の提供、alert system の構築（緊急司令室の設置、緊急時の通信システムの構築、大規模な健康危機発生時の調査研究（疫学、微生物学など）、衛生検査（生物学、化

学)、人材育成(教育研修)、検疫(CDC 検疫所)、健康危機管理のガイドライン作成、Center for Public Health Preparedness の設置(後述)などを行う。

③Food and Drug Administration (FDA)

連邦政府の食品や医薬品の安全を所管する。食品・医薬品の流通に関する規制の権限をもつ。食品・医薬品の取り扱い施設や事業者の登録、輸入食品等に関する製造・加工に関するモニタリング・監視、施設や業者への立ち入り検査などを行う。

FDA は食品由来の感染症(食中毒など)への対応も所管するが、実際の対応では CDC が中心となって疫学・微生物学的調査を実施する。

④Center for Public Health Preparedness (CPHP)

SHD や LHD における健康危機管理体制の整備を支援するためのセンターとして、2000 年から設置が開始された。公衆衛生大学院協会と CDC との協定により、CDC が出資し、公衆衛生大学院が設置することとなった。

CPHP は現在、全国に 39 ヶ所設置され、学術センター 21 ヶ所(公衆衛生全般)、専門センター 13 ヶ所(公衆衛生法学、人畜共通感染症、精神保健など)、実践推進センター 5 ヶ所(IT など)に分類される。ハーバード大学、コロンビア大学、ミシガン大学、ノースカロライナ大学、ジョンスホプキンス大学、テキサス大学、カリフォルニア大学などの公衆衛生大学院の一部門として設置されている。

具体的な活動としては、SHD や LHD の職員等を対象とした健康危機管理研修(教材の開発、研修プログラムの実施など)、健康危機管理計画の作成の支援、健康危機のサーベイランスやデータ収集のプロトコルの作成の支援、Incident Command System (ICS) に関する研修などを実施している。また DHHS の Office of Emergency Preparedness の支援を受けている。

センターには、医師、生物統計学者、看護師、環境保健・公衆衛生の専門家、研修担当者などのスタッフが配置されている。

健康危機管理研修として、バイオテロや新興・再興感染症(西ナイル熱、SARS など)などに関する 1 日間程度の短期研修(モジュール)や遠隔教育を開催している。

⑤State Emergency Response Commission (SERC)

1986 年の連邦公法 99-499 Superfund and Reauthorization Act (SARA) Title III Emergency Planning and Community Right-to-Know Act (EPCRA) により、州知事は State Emergency Response Commission (SERC) を設置することが義務づけられた。SERC は、環境、自然資源、救急サービス、公衆衛生 (SHD)、産業衛生、運輸を担当する部局の代表者で構成され、その他に危機管理に関連する公的・私的セクターがメンバーとして参加する場合がある。

SERC は州における「危機」全般への対応に関する責任をもち、健康危機管理はその重要な部分を占める。具体的な責務は、①州内に危機管理行政区域 (Local Emergency Planning District:LEPD) を設定すること、②各 LEPD に Local Emergency Planning Committee (LEPC) を設置すること、などである。

⑥Local Emergency Planning Committee (LEPC)

各州で設定された LEPC における危機管理を所管する組織である。LEPC の規模（郡、市、複数の自治体など）は州によって異なるが、全国で約 4,000 設定されている。

LEPC は州・地方自治体の行政担当者（公衆衛生、環境、交通など）、警察、消防、医療機関、地域の住民団体、メディア関係者などで構成される。

LEPC の責務は、危機管理計画（emergency response plan）の策定で、少なくとも年 1 回、計画を改定することが推奨されている。また連邦政府の関係機関からなる National Response Team (NRT) が作成したガイドラインに基づいて計画を策定することが推奨されている。さらに連邦政府は、ブロック単位で Regional Response Team (RRT) を設置し、emergency response plan の改定や LEPC の支援を実施している。

(4) 健康危機管理のガイドライン等

DHHS と CDC は、健康危機管理に関連して、以下のガイドライン等を策定している。

- ・ National Incident Management System (NIMS) …2004 年 3 月に策定された。
- ・ Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Directors Ver. 1.0…2004 年 10 月に CDC が策定した、SHD、LHD の責任者や管理者を対象とした健康危機管理の活動ガイドラインである。
- ・ National Response Plan……2004 年 12 月に策定された。

以下に、Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Directors Ver. 1.0 の全文を示す。

Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Directors Ver. 1.0

Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

(1 ページ)

このガイドは、健康危機（緊急事態）または災害の発生後 24 時間以内に対応活動を開始する際に、州、地方自治体、および部族（tribal）の公衆衛生専門家を支援するためのものである。このガイドは、健康危機管理に関する現行の計画、手順、指針、資源、資産や人材、および緊急時管理システムとあわせて使用されるべきである。このガイドは、健康危機管理の平常時における準備の計画や計画策定活動の代用となるものではない。健康危機や災害への対応には、地域社会における強調された努力が必要である。

CDC Emergency Response ホットライン（24 時間対応）（770） 488-7100

(2 ページ) このページは意図的に空白となっている。

(3 ページ) 目次

I. はじめに	5
II. 健康危機に対する平常時の準備に必要な条件	7
III. 急性期（acute phase）における健康危機への対応の機能と任務	11
IV. 継続的な健康危機への対応の機能と任務	33
V. テンプレート 1. 連絡先および活動の記録	37
VI. テンプレート 2. 保健部局の職員の緊急連絡先の情報	41
VII. テンプレート 3. 州、地方自治体、部族（tribal）の連絡先の情報	43
VIII. テンプレート 4. リーダーの配置	45
IX. テンプレート 5. 健康危機の種類別の平常時の準備	53

(4 ページ) このページは意図的に空白となっている。

(5 ページ) はじめに

このガイドは、健康危機や災害の発生直後の 24 時間（すなわち、急性期（acute phase））に、公衆衛生における対応活動を開始する責任をもつ州、地方自治体、部族の公衆衛生専門家が使用するためのものである。このガイドは、主要な使用者が常に管理し、手元に置くこととする。また健康危機への対応の際に、このガイドの使用を通じて思いついた考えやアイデアを記録できるように、白紙の小型ノートまたはメモ帳を当ガイドと共に常に用意しておくこととする。このガイドは現行の緊急時対応計画、対応手順、指針の代用となるものではない。またこのガイドは、National Response Plan（NRP）および National Incident Management System（NIMS）の原則、概念、原理、用語、および組織的プロセスと整合している。

このガイドは、最初のセクションで、健康危機への平常時の準備の前提条件について短く説明している。次のセクションでは、緊急事態発生から 24 時間以内に開始すべき健康危機への対応活動に関するガイダンスと情報を示す。このセクションは、初期（0～2 時間）、中期（2～6 時間、6～12 時間）、後期（12～24 時間）の 3 つの段階に分けられている。最終セクションでは、緊急事態発生から 24 時間を越えた際に実施すべき継続的な公衆衛生の機能と任務の一覧を示す。

(6 ページ)

本ガイドには、各自で利用できる 5 つの空白テンプレートが付いている。

- ・テンプレート 1 には、緊急事態への対応の際の連絡先や活動が記録できる。
- ・テンプレート 2 には、あなたが所属する保健部局の主要な職員の連絡先情報を記入できる。緊急事態が発生する前にあらかじめ記入しておくべきである。
- ・テンプレート 3 には州、地方、部族の、地域における対応のパートナーの連絡先情報が記載できる。緊急事態が発生する前にあらかじめ記入しておくべきである。
- ・テンプレート 4 には、緊急事態への対応の際の公衆衛生リーダーの担当業務を記録できる。
- ・テンプレート 5 には、保健部局が、緊急事態別に対応準備のレベルをランク付けできる。

(7～9 ページ) 健康危機に対する平常時の準備に必要な条件

健康危機や災害に効果的に対応するために、保健部局は平常時の準備に従事しなければならない。対応を成功させるためには、健康危機発生前に以下の活動を完了しておくことが不可欠である。

- ✓以下の関係団体と緊密な協力関係と相互援助協定を築く。
 - ・EMA (Emergency Management Agencies)
 - ・救急医療サービス (EMS : Emergency Medical Services)
 - ・医療・保健・行動ケアの提供者
 - ・消防、法執行機関 (警察)、その他の連邦、州、地方自治体、部族の対応組織
 - ・Local Emergency Planning Committee (LEPC)
 - ・州、地方、部族の公衆衛生対応コーディネーター
 - ・近隣の保健衛生の管轄当局
 - ・人道的・ボランティア団体
 - ・民間企業
 - ・学術機関 (公衆衛生、医学、看護学の大学院など)
 - ・その他関連機関・組織
 - ・各自の管轄地域のハザードとリスクのセスメントに参加する。

- ✓地域の公衆衛生システムや相互援助協定を通じて利用可能な資源を適宜するための対応能力のアセスメントを行う。

- ✓公衆衛生に割り当てられた基本的な任務を遂行するために必要な資源と収容能力 (surge capacity) を獲得する。

- ✓地域における他の対応機関・団体によって用いられているものと整合性のある計画、手順、ガイドラインを作成する (National Response Plan (NRP) および National Incident Management System (NIMS) の原則、概念、原理、用語、および組織的プロセスと整合していなければならない)。具体的には、以下のものである。
 - ・全ての危険に対する緊急時対応計画
 - ・健康危機の種類別の付属書類 (健康危機の種類別の平常時の準備については、テンプレート 5 を参照)
 - ・ボランティア調整指針
 - ・保健部局の人員配置計画
 - ・コミュニケーション計画
 - ・個別／家族を対象としたケア計画
 - ・緊急時の指令・管理システムと権限
 - ・緊急時の業務継続計画 (COOP : Continuity of operations plan)

- ✓健康危機への対応のための行動目標を開発する。

- ✓罹患率、死亡率、症候群、精神面・行動面の健康状態に関するサーベイランスのための基本システム、および適切なデータ保管システムによる被災者の登録を作成する。
- ✓広報業務とリスクコミュニケーションのための計画、手順、指針を作成する。
- ✓機関の公衆衛生従事者が、個人用防御用具の使用を含め、安全・健康管理実務において訓練を受け、資格を有することを確認する。現場での資格認定を検討する。
- ✓地域で用いられている緊急時対応計画、手順、指針、緊急時の指令・管理システムと権限、緊急時管理システムに基づいて、ボランティアを含めた公衆衛生の対応職員に対して、オリエンテーションと訓練を提供する。
- ✓健康危機への平常時の準備と緊急時の対応を評価するための訓練（exercise）の計画、デザイン、実施に参加する。
- ✓演習や実際の対応の後で実施される事後評価活動に参加し、改善、強化、訓練が必要な領域を同定し、適切なフォローアップ行動を取る。

（10 ページ）このページは意図的に空白となっている。

（11 ページ）急性期（acute phase）における健康危機への対応の機能と任務

このセクションでは、健康危機や災害の発生から 24 時間以内（つまり急性期）に開始すべき対応活動に関するガイダンスと情報を提供する。このセクションでは、特定の機能と任務を、初期、中期、後期の時間枠に区切って説明している。

これらの対策が行われる順序は健康危機の種類によって異なるが、生物兵器によるテロや感染症の集団発生の場合には特に異なる可能性が高い。健康危機への対応はダイナミックなプロセスであるため、これらの活動が対応の様々な段階で繰り返される場合もある。

保健部局は、より大きな緊急対応活動全体の一部として機能すべきである。多くの場合、保健部局が先頭に立って緊急事態に対応することはないだろう。保健部局は常に、常に地域で用いられている緊急時管理システムの範囲内で機能すべきである。

以下のガイダンスと情報は、既存の緊急時対応の計画、手順、指針が入手できるまでの間、参考として使用するべきである。このガイドの以下のセクションに記載されているそれぞれの機能と任務は、既存の緊急時対応の計画、手順、指針に従って遂行されるべきである。

(12～21 ページ) 初期対応：0～2 時間

1. 状況を把握する。

状況を把握して対応を開始する。以下の質問に答え、未記入のノート、メモ帳、その他適切なものを使用して考えやアイデアを記録する。

- ・公衆衛生は対応に関与すべきか？ その場合、どのような方法で行うか？
- ・公衆衛生の機能の中で、どの機能が悪影響を受けたか、または受ける可能性があるか？
- ・悪影響を受けた、または受ける可能性のある地域はどこか？ その地域は自分の保健部局の管轄区域内か？
- ・脅威にさらされている、影響を受けている、暴露を受けている、負傷している、死亡した人数は何人か？
- ・曝露の経路は何か？
- ・重要なインフラが影響を受けたか（電力、水道、下水道、電気通信、交通など）？ その場合、どのように影響を受けたか？
- ・保健医療施設は影響を受けたか？ その場合、どのように影響を受けたか？
- ・公衆衛生業務は影響を受けたか？ その場合、どのように影響を受けたか？
- ・避難経路は確保され、利用可能か？
- ・現在および今後の天候は状況にどのように影響するか？
- ・現在、他のどの機関・組織が緊急事態に対応しているか？
- ・これまでどのような対応がとられたか？
- ・公衆衛生を守るために対応の実践者や一般市民に情報は提供されているか？ その場合、だれがどのような方法で情報を提供したのか？
- ・保健部局は他の機関、組織、管轄当局と相互援助協定を結んでいるか？
- ・現場指揮本部（ICP：Incident Command Post）は設置されているか？ その場合、どこに設置されているか？

- ・緊急事態指揮官（IC：Incident Commander）は誰か？ IC とどのようにコンタクトできるか？
- ・地方自治体、州、部族の緊急時指令センター（EOC：Emergency Operations Center）は機能しているか？ その場合、どこで活動しているのか？

2. 主要な保健担当者との連絡を取る。

以下のような、緊急対応の役割と責任をもつ職員と連絡を取る。

- ・管理者・指揮者
- ・緊急対応調整者（Emergency Response Coordinator）
- ・環境衛生専門家
- ・疫学者
- ・安全・保健専門家
- ・衛生検査の担当職員
- ・精神面・行動面の健康への担当職員
- ・医務官・看護師
- ・広報担当者（Public Information Officer：PIO）
- ・監察医・検死官
- ・動物管理の担当職員
- ・連絡担当職員
- ・技術、後方支援、その他の補助の担当職員

必要に応じて、その他の保健医療機関と協力する。成功しなかった試みも含めて、全てのコンタクトとフォローアップ活動を記録する。

3. 健康への対応の初期目標を設定し、行動計画を策定する。

具体的で、測定可能で、達成可能な健康への対応の初期目標を設定する。状況の判断に基づいて行動計画を策定する。責任を割り当てて、全ての行動を記録する。

4. 緊急時対応センター（EOC：Emergency Operations Center）への公衆衛生の参加

地方自治体、州、部族の EOC やその関連部門が機能していれば、それらとのコミュニケーションと密接な連携を維持するために、あなたの機関の保健代表者を任命すべきである。健康危機の種類や、確立した緊急時対応の計画、手順、指針にしたがって、保健代表者は EOC に配置される場合とそうでない場合がある。

5. 現場の安全・保健計画が策定され、レビューされ、遵守されることを保証する。

安全管理者と連携して、健康危機に関連する危険や安全でない状況を同定し、適切な監督者および指揮者に直ちに警告や通知を行う。これは、現場の安全に関する説明会、またはシフトの交替時に行ってもよい。保健対応者による安全報告、情報更新、説明会は、対応のこの段階で開始されるべきである。医療スタッフが対応職員を診断・治療できることを保証する必要がある。

6. 主要な保健医療組織とのコミュニケーションを確立する。

緊急時対応の役割と責任をもつ、以下のような保健医療機関、施設、組織とのコミュニケーションを確立し、彼らの処理能力とサポート能力（患者の隔離、汚染除去など）を確認する。

- ・救急医療サービス（EMS：Emergency Medical Services）
- ・病院および診療所
- ・衛生検査所
- ・ナーシングホーム・生活援助施設
- ・在宅ケアの提供者
- ・精神医学的・精神的・行動的な健康に対する保健および社会サービスの提供者
- ・州・郡の医師会
- ・連絡担当者（特殊な集団などとの）
- ・必要に応じて、その他の保健医療団体

成功しなかった試みも含めて、全てのコンタクトとフォローアップ活動を記録する。

注意！

このガイドの巻末のテンプレート 1 を参照して、緊急対応中に行ったコンタクトとフォローアップ行動を記録すること。

このガイドの巻末のテンプレート 2 および 3 を参照して、保健部局とその管轄区域に特有の緊急連絡先の情報を記入記録すること。

7. 確立された健康への対応の初期目標を達成するため、資源と資産を割り当て、配置する。

対応の際には、多くの目標をすぐには達成できないかもしれない。24 時間の対応活動を維持するためには、保健医療の資源と資産を効果的に配分し、モニタリングする必要がある。

注意！

このガイドの巻末のテンプレート 4 を参照して、緊急時対応における公衆衛生リーダーの担当業務を記録すること。

8. 支援と情報提供の要請に対応する。

地域における対応の一環として、他の機関、組織、一般市民からの、健康に関連する支援と情報提供の要請があれば、保健部局内の適切な職員に直接伝達するか、または適切な機関・組織に情報を転送する。

9. リスクコミュニケーション活動を開始する。

統合情報センター（JIC：Joint Information Center）および地方自治体、州、部族の緊急時指令センター（EOC：Emergency Operations Center）が機能しているかどうかを判断する。機能していれば、JIC とのコミュニケーションと密接な連携を維持するために、保健部局の保健代表者が統合情報システム（JIS：Joint Information System）の一員に任命されていることを保証する必要がある。健康危機の種類や、確立した緊急時対応の計画、手順、指針によっては、保健代表者は JIC に配置される場合とそうでない場合がある。

保健部局内の適切な職員との連絡体制を確立し、リスクコミュニケーション活動を開始することを保証する必要がある。英語力が十分でない人々に対しては、適切な言語を用いて、公衆衛生に関するメッセージを伝達することを思い出す必要がある。一般市民からの情報の要請に対応するために、応じるために、公衆衛生情報の「ホットライン」を開設する。

注意！

メッセージの準備

STARCC の原則を適用すること

危機の状況における広報メッセージには、以下の要素が必要である。

- ・簡潔である (Simple) …脅威にさらされている人々は、もったいぶった言葉を好まない。
- ・タイミングがよい (Timely) …脅威にさらされている人々は、今すぐに情報を必要としている。
- ・正確である (Accurate) …脅威にさらされている人々は、微妙なニュアンスを察する余裕がないため、ストレートな表現を用いる。
- ・適切である (Relevant) …人々の質問に答え、行動のステップの情報を提供する。
- ・信頼できる (Credible) …信頼を得るためには、共感の姿勢と寛大さを示すことが重要である。
- ・一貫性がある (Consistent) …メッセージのわずかな違いが人々を動揺させ、混乱の原因となる。

出典：Reynolds B. Crisis and Emergency Risk Communication by Leaders for Leaders. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004

注意！

メッセージの伝達

○リスクコミュニケーションを実施する際、以下のことを示して信用と信頼を得る…

- ・ 共感と思いやり
- ・ 力量と専門技術
- ・ 誠実さと寛大さ
- ・ 献身と専念

○特に重視すべきこと…

- ・ 過大に安心させすぎない。
- ・ 不確実性を認める。
- ・ 希望を表現する（「答えがわかればいいのですが」）。
- ・ 答えを見つけるプロセスにおける現在の位置を説明する。
- ・ 人々の不安を認識する。
- ・ 人々にすべきことを伝える。
- ・ 人々に多くを尋ねる（リスクを分かち合う）

○広報担当者として…

- ・ 組織の方針を理解する。
- ・ 責任の範囲内で行動する。
- ・ 真実を伝える。透明性を維持する。
- ・ 機関の独自性を具体化する。

首尾一貫したメッセージが重要である。

出典: Reynolds B. Crisis and Emergency Risk Communication. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002

10. 緊急時対応活動の一環として、弁護士を依頼する。

発生した法的問題を認識し、保健部局と管轄区域の適切な職員に相談する。

11. 全ての対応活動を記録する。

保健部局内の様式を用いて、全ての対応活動を記録する。このガイドの巻末のテンプレート1と4も初期対応活動の記録に役立つ。

(22 ページ) このページは意図的に空白となっている。

注意！

地域における対応活動の一環として、以下の活動を継続して行う。

- ✓状況をアセスメントする。
- ✓健康への対応の目標を再検討・更新する。
- ✓現場での安全・保健計画を再検討、更新、遵守する。
- ✓主要な保健医療機関・組織、近隣の管轄区域とコミュニケーションを図る。
- ✓支援及び情報提供の要請に対応する。
- ✓リスクコミュニケーション活動を継続する。
- ✓法的問題を把握しておく。
- ✓全ての対応活動を記録する。

以下の活動を開始する。

1. 健康サーベイランスシステムが作動していることを確認する。

データの収集・分析のプロセスを開始するためには、健康サーベイランスシステムが完全に機能している必要がある。データの収集、分析、保管に関連する人的問題とプライバシーに配慮する。

2. 対応の際に利用される可能性のある衛生検査所が機能していることを保証し、その分析能力を確認する。

検体の収集と分析のプロセスを開始するために、対応の際に利用される可能性のある衛生検査所が完全に機能している必要がある。対応の際の活動のいかなる変更も衛生検査所に報告すべきである。サンプルの検査と分析を準備できるように、衛生検査所に準備期間を与える必要がある。