

13 原因究明調査・検査の連携  
 保健所で所管していない化学物質事例発生時における、本庁の指示又は関係機関からの要請等  
 に応じた、原因究明のための協力対応

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 11.0                        | 4.6                   | 2.5                    | 58.8      | 18.1           | 2.5 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 26.9                        | 0.0                   | 3.8                    | 61.5      | 7.7            | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 11.5                        | 7.7                   | 3.8                    | 50.0      | 26.9           | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 50.0                   | 0.0       | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 20.0                        | 0.0                   | 13.3                   | 33.3      | 26.7           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 12.7                        | 4.2                   | 3.6                    | 56.8      | 18.2           | 2.3 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

14 発生時の具体的対応住民相談対応  
 保健所で所管していない化学物質事例発生時における住民相談対応

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 4.6                         | 3.8                   | 1.3                    | 78.5      | 6.8            | 2.5 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 19.2                        | 0.0                   | 7.7                    | 69.2      | 3.8            | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 7.7                         | 3.8                   | 3.8                    | 76.9      | 3.8            | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 25.0                  | 0.0                    | 50.0      | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 6.7                   | 0.0                    | 66.7      | 13.3           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 6.2                         | 3.9                   | 1.6                    | 76.6      | 6.5            | 2.3 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

15 発生時の具体的対応住民相談対応  
 保健所で所管していない化学物質事例発生時における以下の住民相談対応  
 ・一般的健康相談対応  
 ・他機関への振り分け

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 10.1                        | 5.5                   | 2.1                    | 58.2      | 18.6           | 3.0 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 19.2                        | 0.0                   | 3.8                    | 61.5      | 15.4           | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 7.7                         | 3.8                   | 3.8                    | 76.9      | 7.7            | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 50.0                   | 0.0       | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 13.3                  | 6.7                    | 46.7      | 20.0           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 10.4                        | 5.2                   | 2.9                    | 59.4      | 17.2           | 2.6 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

16 事後の具体的対応住民相談対応  
 保健所で所管していない化学物質事例発生時における住民相談対応

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 5.1                         | 3.4                   | 1.7                    | 78.1      | 7.6            | 2.5 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 23.1                        | 0.0                   | 3.8                    | 69.2      | 3.8            | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 3.8                   | 7.7                    | 80.8      | 3.8            | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 25.0                  | 0.0                    | 50.0      | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 6.7                   | 0.0                    | 66.7      | 13.3           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 6.5                         | 3.6                   | 2.3                    | 76.6      | 7.1            | 2.3 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

17 事後の具体的対応住民相談対応  
 保健所で所管していない化学物質事例発生時における以下の住民相談対応  
 ・一般的健康相談対応及び他機関への振り分け

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 9.3                         | 5.5                   | 2.5                    | 60.3      | 18.1           | 3.0 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 23.1                        | 0.0                   | 3.8                    | 61.5      | 11.5           | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 3.8                   | 7.7                    | 69.2      | 15.4           | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 50.0                   | 0.0       | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 13.3                  | 6.7                    | 46.7      | 20.0           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 9.7                         | 5.2                   | 3.6                    | 60.4      | 17.2           | 2.6 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

18 追跡調査  
 本庁からの要請等があった場合、追跡調査への協力対応

| 評価<br>(%)   | 評価の<br>基準・目安<br>(良好)        |                       |                        | B<br>(普通) | C<br>(要改<br>善) | その他 | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|----------------|-----|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |           |                |     |       |
| 1.都道府県保健所   | 4.2                         | 3.4                   | 0.8                    | 81.0      | 6.3            | 2.5 | 100.0 |
| 2.指定都市保健所   | 15.4                        | 0.0                   | 3.8                    | 76.9      | 3.8            | 0.0 | 100.0 |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 7.7                   | 7.7                    | 73.1      | 7.7            | 0.0 | 100.0 |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 25.0                   | 0.0       | 0.0            | 0.0 | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 0.0                         | 13.3                  | 0.0                    | 66.7      | 13.3           | 6.7 | 100.0 |
| 計           | 4.9                         | 3.9                   | 1.6                    | 79.2      | 6.5            | 2.3 | 100.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある  
 B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない  
 C.対応は可能ではない

19 事後評価

保健所の対応の事後評価-既存会議等を利用して外部意見を聴取できるか

| 評価<br>(%)   | 評価                          |                       |                        | 計    |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |      |
| 1.都道府県保健所   | 6.8                         | 3.8                   | 7.6                    | 3.0  |
| 2.指定都市保健所   | 23.1                        | 0.0                   | 3.8                    | 0.0  |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 7.7                   | 15.4                   | 0.0  |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 75.0                   | 0.0  |
| 5.東京都特別区保健所 | 0.0                         | 6.7                   | 60.0                   | 6.7  |
| 計           | 7.5                         | 3.9                   | 65.6                   | 12.0 |

A.各種会議や連携事業等を利用して外部意見も聴取した評価を行うことが可能

B.所内での事後評価は可能

C.事後評価は行えない

20 体制の再構築 保健所所管化学物質事例の場合

監督指導による再発防止策対応

| 評価<br>(%)   | 評価                          |                       |                        | 計    |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |      |
| 1.都道府県保健所   | 6.8                         | 2.1                   | 1.3                    | 6.8  |
| 2.指定都市保健所   | 23.1                        | 0.0                   | 7.7                    | 69.2 |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 0.0                   | 3.8                    | 7.7  |
| 4.保健所政令市保健所 | 25.0                        | 0.0                   | 25.0                   | 50.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 0.0                         | 6.7                   | 6.7                    | 0.0  |
| 計           | 7.8                         | 1.9                   | 6.8                    | 74.0 |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある

B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない

C.対応は可能ではない

21 体制の再構築保健所所管以外の化学物質事例の場合

本庁からの要請等による保健所としての再発防止策への協力対応

| 評価<br>(%)   | 評価                          |                       |                        | 計     |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |       |
| 1.都道府県保健所   | 10.1                        | 3.0                   | 1.3                    | 3.4   |
| 2.指定都市保健所   | 19.2                        | 0.0                   | 3.8                    | 73.1  |
| 3.中核市保健所    | 0.0                         | 0.0                   | 7.7                    | 0.0   |
| 4.保健所政令市保健所 | 0.0                         | 0.0                   | 0.0                    | 100.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 20.0                  | 0.0                    | 46.7  |
| 計           | 11.4                        | 3.2                   | 1.6                    | 2.9   |

A.迅速に対応可能であり、過去3年間に訓練又は対応事例の経験がある

B.迅速に対応可能であるが、過去3年間に訓練又は対応事例の経験はない

C.対応は可能ではない

22 体制の再構築

所内体制の再構築-既存会議等を利用して外部意見を聴取できるか

| 評価<br>(%)   | 評価                          |                       |                        | 計    |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |      |
| 1.都道府県保健所   | 7.6                         | 4.2                   | 1.7                    | 9.3  |
| 2.指定都市保健所   | 19.2                        | 0.0                   | 3.8                    | 76.9 |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 3.8                   | 3.8                    | 15.4 |
| 4.保健所政令市保健所 | 25.0                        | 0.0                   | 0.0                    | 75.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 6.7                   | 0.0                    | 20.0 |
| 計           | 8.4                         | 3.9                   | 1.6                    | 9.7  |

A.各種会議や連携事業等を利用して外部意見も聴取した評価を行うことが可能

B.所内での事後評価に基づき再構築が可能

C.再構築は可能ではない

23 体制の再構築

地域連携体制の再構築-既存会議等を利用して外部意見を聴取できるか

| 評価<br>(%)   | 評価                          |                       |                        | 計    |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|             | 1.保健所<br>所轄(権<br>限)外であ<br>り | 2.具体的<br>評価指標<br>が不適当 | 3.評価の<br>基準・目安<br>が不適当 |      |
| 1.都道府県保健所   | 7.6                         | 4.6                   | 2.1                    | 10.5 |
| 2.指定都市保健所   | 23.1                        | 3.8                   | 0.0                    | 3.8  |
| 3.中核市保健所    | 3.8                         | 3.8                   | 3.8                    | 11.5 |
| 4.保健所政令市保健所 | 25.0                        | 0.0                   | 0.0                    | 75.0 |
| 5.東京都特別区保健所 | 6.7                         | 6.7                   | 0.0                    | 20.0 |
| 計           | 8.8                         | 4.5                   | 1.9                    | 10.4 |

A.各種会議や連携事業等を利用して外部意見も聴取した評価を行うことが可能

B.所内での事後評価に基づき再構築が可能

C.再構築は可能ではない

## 健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制 及び活動内容に関する研究（原因不明分野）

分野研究責任者：松本一年（愛知県一宮保健所長）

研究協力者：佐々木隆一郎（長野県飯田保健所長）、緒方 剛（茨城県筑西保健所長）、  
藤田 稔（熊本県八代保健所長）、松岡洋一郎（鹿児島県指宿保健所長）

**要旨**：保健所が地域で健康・安全に関する役割を的確かつ効率的に果たすために、原因不明分野を中心にした「保健所健康危機管理マニュアル」を作成し、日本公衆衛生協会から出版した。「原因不明の健康危機」発生をいち早く察知するためには、病院や警察、消防等から保健所へのホットライン（通報システム）が必要である。さまざまな会議や日常業務、新医師臨床研修制度の保健所実習などの機会を通じたコミュニケーションを積み重ね、人のネットワーク、顔の見える関係を構築することが重要である。

### A. 研究目的

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

そこで、保健所が地域で健康・安全に関する役割を的確かつ効率的に果たすため、原因不明分野を中心にした連携活動ガイドラインを作成する。

### B. 研究方法

昨年度作成した「原因不明の健康危機に対する県型保健所活動マニュアル」の見直し案を分野研究責任者が作成し、各研究協力者に対してメールで意見照会するとともに、会議において意見交換を行った。その際には、保健所組織内連携、地域内連携（関係機関や住民との連携）とマスコミ対応について特に検討した。

また、全国保健所の健康危機管理体制の整備状況調査（平成20年度回収率65.8%、平成22年度回収率62.3%、以下全国調査と略す）の原因不明分野における分析を行った。

### C. 研究結果

「保健所健康危機管理マニュアル」を作成し、平成22年10月に日本公衆衛生協会から出版した。このマニュアルは、初動時や既存の健康危機類型別マニュアル等で対応できない原因不明時の対応手順を定めることにより、保健所が関係機関の連携・協力のもとに迅速かつ適切に健康危機管理対策を実施し、住民の生命、健康、安全の確保に万全を期するためのものである。

全国調査の原因不明分野における分析結果は、表1から4に示したとおりである。

### D. 考察

「原因不明の健康危機」発生をいち早く察知するためには、病院や警察、消防等から保健所へのホットライン（通報システム）が必要である。様々

な会議や日常業務などの機会を通じたコミュニケーションを積み重ね、顔の見える関係を構築し、医療機関など、地域の関係者から異常情報が常時自律的に集積する保健所を目指す必要がある。

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

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

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

全国調査の結果によると、NBCテロに関しては、保健所所轄外と考えている保健所が多かった。しかし、原因不明の段階では、生物テロも視野に入れて保健所も積極的に関与すべきである。また、所内及び所外の連携体制については改善が認められたが、緊急医療体制訓練の実施、公衆衛生医師の確保、情報収集様式の整備、患者輸送体制については改善が認められなかった。

### E. 結論

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

### F. 健康危機情報

原因不明の健康危機管理

### G. 研究発表

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特許取得、実用新案登録、その他 なし

表1 要改善と考えられる回答をした保健所の割合(%) -NBC テロ関係の項目-

| 回答内容                              | 平成   |        | 平成   |        | 改善<br>ポイント |
|-----------------------------------|------|--------|------|--------|------------|
|                                   | 20年度 | ( )    | 22年度 | ( )    |            |
| NBC テロに関するシミュレーション訓練は行っていない       | 76.6 | (12.3) | 73.1 | (16.6) | 3.5        |
| NBC テロに関する担当職員の研修は実施していない         | 57.2 | (13.8) | 59.1 | (17.5) | -1.9       |
| 「NBC テロ対処現地機関連携モデル」における現地調整所を知らない | 54.8 | (22.8) | 45.1 | (27.9) | 9.7        |
| NBC テロ関係(対策、対象)機関の連絡先リストが作成されていない | 35.4 | (28.3) | 28.2 | (38.0) | 7.2        |
| NBC テロについて助言が得られる専門家が本庁を通じてもない    | 28.0 | (25.5) | 22.7 | (34.4) | 5.3        |

注1) 括弧内は保健所所轄外と答えた保健所の割合(%)

注2) 改善ポイントは「平成20年度の%-平成22年度の%」

表2 要改善と考えられる回答をした保健所の割合(%) -保健所所轄外と答えた保健所の割合が高い項目-

| 回答内容                      | 平成   |        | 平成   |        | 改善<br>ポイント |
|---------------------------|------|--------|------|--------|------------|
|                           | 20年度 | ( )    | 22年度 | ( )    |            |
| 住民への一元的に統一された情報提供ができない    | 15.1 | (17.8) | 15.3 | (21.4) | -0.2       |
| 保健所では暴露住民の追跡調査内容を決定できない   | 14.8 | (10.2) | 13.3 | (14.0) | 1.5        |
| 原因究明のための専門家による検討会の設置ができない | 13.5 | (14.2) | 15.3 | (19.5) | -1.8       |
| 原因究明のために必要な専門機関が分からない     | 11.7 | (9.8)  | 9.1  | (19.5) | 2.6        |

注) 括弧内と改善ポイントは表1と同じ

表3 要改善と考えられる回答をした保健所の割合(%) -改善が認められた項目-

| 回答内容                             | 平成   |        | 平成   |       | 改善<br>ポイント |
|----------------------------------|------|--------|------|-------|------------|
|                                  | 20年度 | ( )    | 22年度 | ( )   |            |
| 調査によって要因に暴露した職員についての対応が定められていない  | 68.3 | (4.0)  | 59.1 | (4.9) | 9.2        |
| 基幹医療機関から必要時に保健所に連絡があるとはかぎらない     | 35.1 | (8.9)  | 27.6 | (8.4) | 7.5        |
| 地域関係者と連絡できるリストはあるが、顔の見える関係ではない   | 34.8 | (11.1) | 30.8 | (8.1) | 4.0        |
| 地域医療機関の体制や受け入れ能力を把握していない         | 32.9 | (5.8)  | 27.3 | (7.1) | 5.6        |
| 原因究明のためのサンプル輸送資材が準備されていない        | 30.2 | (4.0)  | 26.0 | (4.9) | 4.2        |
| 調査に必要な職員保護装備が配置されていない            | 26.2 | (2.5)  | 20.8 | (3.6) | 5.4        |
| 保健所の関与度を迅速に判断するためのマニュアルがない       | 25.2 | (3.7)  | 21.8 | (3.9) | 3.4        |
| 情報受取後1時間以内に公衆衛生医師の判断を得られる体制がない   | 20.3 | (3.1)  | 12.3 | (3.9) | 8.0        |
| 発生時の所内体制(役割分担)が確立されていない          | 17.5 | (2.2)  | 11.4 | (3.2) | 6.1        |
| 情報の信頼性が判断できない                    | 14.8 | (3.4)  | 9.7  | (5.8) | 5.1        |
| 原因究明のために検査を依頼できる機関(地衛研等)を把握していない | 12.6 | (5.8)  | 9.4  | (5.5) | 3.2        |
| 発生時の参集体制が確立されていない                | 9.5  | (2.2)  | 2.6  | (3.2) | 6.9        |
| 危機発生時に主管部局の指示が無ければ対応できない         | 7.1  | (2.8)  | 2.3  | (3.9) | 4.8        |
| 地域関係者の連絡先が分からず、連携体制の構築ができていない    | 5.8  | (3.4)  | 0.6  | (4.9) | 5.2        |
| 発生時の所内連絡網が確立されていない               | 5.8  | (2.2)  | 2.9  | (3.6) | 2.9        |
| 休日夜間は連絡受取体制がない                   | 1.8  | (3.7)  | 0.6  | (3.9) | 1.2        |

注) 括弧内と改善ポイントは表1と同じ

表4 要改善と考えられる回答をした保健所の割合(%) -改善が認められなかった項目-

| 回答内容                           | 平成   |        | 平成   |       | 改善<br>ポイント |
|--------------------------------|------|--------|------|-------|------------|
|                                | 20年度 | ( )    | 22年度 | ( )   |            |
| 地域医療機関を中心とした緊急医療体制訓練を行っていない    | 63.7 | (10.2) | 63.6 | (7.8) | 0.1        |
| 公衆衛生医師1人以下の体制整備しかなされていない(含む兼務) | 51.1 | (3.7)  | 50.3 | (4.5) | 0.8        |
| 原因不明健康危機に対応可能な情報収集様式を備えていない    | 24.3 | (8.3)  | 25.0 | (7.1) | -0.7       |
| 1及び2類の感染症が疑われる患者の輸送体制ができていない   | 16.0 | (5.8)  | 17.2 | (6.2) | -1.2       |

注) 括弧内と改善ポイントは表1と同じ

## 自然災害分野について

分担研究者：佐々木隆一郎（飯田保健所）

### A. 研究目的

第1の目的は、総括班が調査した全国保健所調査結果を用いて、この二年間の検討活動が、地域の保健所の自然災害に備える体制にどのような影響を与えたかを評価することである。

厚生労働省は、保健所に地域での医療体制の構築として4疾患5事業の役割を期待している。災害時の緊急医療体制は、この5事業の一つに位置づけられている。一方、昨年度の全国保健所調査結果では、災害時に機能する地域での緊急医療体制の構築に関与している保健所は多くないこと（68%が要改善）が判明した。そこで、第二の目的として、保健所が災害時の緊急医療体制の構築にかかわるための第一歩として、二年間の研究成果をまとめ、地域における災害時緊急医療連携体制ガイドラインの作成を行った。また、保健所が地域で医療体制を構築する上で、また災害発生時の preventable death を最小限とする医療体制を構築するための基礎情報として、必要な地域内医療データベースについて提案する。更に、災害時に発生する死亡者への対応について、必要なネットワーク構築に係る事項について検討を行うこととした。更に、災害発生後の二次健康被害などを目的に作成されたチラシなどの資料について、能登半島地震と中越沖地震の際に実際に用いられた資料をPDF化し、全国保健所で利用可能なようにデータベース資料として整理した。

第三の目的として、全国保健所栄養士会が提唱している大規模自然災害における栄養支援を、都道府県単位で具体的に進めるために、都道府県レベルでの栄養支援体制を構築するための課題を解決するために、長野県をモデル県として検討し、ガイドラインとして提示することとした。

### B. 研究体制

研究の実施に当っては、以下の研究協力者、および、災害時の栄養支援については地域協力者とアドバイザーの協力を得て、研究を行った。

研究協力者：寺井直樹（松本保健所）、堀井淳一（佐渡保健所）、柴田裕行（南加賀保健所）、工藤淳子（五所川

原保健所）、米山克俊（日本公衆衛生協会）

地域協力者：花岡佐喜子（長野県健康福祉部）、田中佳乃（飯田保健所）、高橋初江（佐久保健所）、酒井登実代（伊那保健所）、赤塩真奈美（長野保健所）、宮島京子（北信保健所）、飯澤裕美（松本保健所）、小林ゆかり（長野県健康福祉部）

研究結果の詳細は、別項に述べるが、以下にそれぞれの研究結果について、概要を述べる。

### C. 結果

#### 1. 全国調査からみた保健所の自然災害に対する健康危機管理体制の現状評価

平成20年度に引き続いて、平成22年7月に全国保健所における主要健康危機12分野についての健康危機管理体制の現状と課題を把握することを目的に、調査を行った。回収率は、62.3%であった。自然災害に対する保健所の健康危機管理体制についての結果を平成20年度調査と比較した。その結果、平成20年度調査と比して、大規模自然災害に対する全国保健所の健康危機管理体制は、徐々に整備されつつあることが分かった。また、現状では必ずしも十分でない地域救急医療体制の構築に関しても、地域で医療機関の役割を構築している保健所が増えており、保健所が今後より多くの役割を果たすことが期待できる結果であることが判明した。

#### 2. 地域における健康危機管理連携体制構築ガイドラインの開発

平成21年度に開発した地域緊急医療体制チェックリスト、研究班で作成したグッズなどを用い、保健所が、地域において大規模な自然災害に備えた緊急医療体制の構築を行う上での手順について、長野県飯田保健所での事例をまじえて、総論的にガイドラインとしてまとめた。保健所は、地域での緊急医療体制の現状を踏まえ、地域関係者の協力をえて、必要な体制構築

がなされるよう、支援・促進することが必要であることを示した。

地域における災害時医療体制の構築に当たって、地域の医療機関の災害対応能力を知ることが、地域全体の災害時医療対応能力を把握し、効率的な緊急医療体制づくりの第一歩である。飯田保健所では、平成 16 年度から、定期的に医療機関の実態調査を行い、災害時地域緊急医療データベースを作成している。そこで、飯田保健所でのデータベースを基礎に、全国保健所での災害時地域緊急医療データベースの作成について提案した。

地震等の大規模な自然災害時には多数の死者が発生することが予想される。しかし、その死体検案から埋・火葬にいたる処理に関して、各地域でどのような検討・準備がされているのかという情報は極めて少ない。そこで、5000 人を超える死者が発生した 1995 年の阪神・淡路大震災における死体検案・処理の状況を聞き取り調査し、松本保健所管内の警察ならびに市町村関係者に情報伝達するとともに、それぞれの組織での準備状況や検討課題等について意見交換を行った。関係機関の取り組みに関する情報を得ることによって、今後必要となる体制作りについて整理を行った。

地震等の大規模な自然災害時に、多数の住民は制約された衣食住環境の生活を強いられる。被災者には経済的な損失から強い精神的なストレスが加わる。被災地区の住民の健康管理には、被災者に避難生活に伴う二次健康被害や疾病リスクを十分に理解させ、積極的に健康の自己管理を促すことが重要である。啓発ポスターとチラシは避難所の主要な情報伝達手段である。そこで、能登半島地震と中越沖地震の被災地避難所で実際に使った啓発ポスターとチラシを収集し、その中から健康支援を目的としたものを PDF ファイルとして整理した。今後の自然災害時において避難所で被災者への健康支援をおこなう上で、有用な資料となると考える。

### 3. 災害時栄養・食生活支援ガイドラインの作成（長野モデル事業）

中越沖地震の際の栄養士の現地調査を契機に、災害時における栄養支援の取り組み方法について全国保健所管理栄養士会が中心となり、保健所管内における災害時の栄養支援について、全国的にガイドラインに基づく普及活動が行われている。今回長野県で、災害時の栄養・食生活支援について、

保健所管理栄養士がシステムとして取り組むためのガイドラインを作成した。概要は以下のとおりである。

#### 1 はじめに

(1) 栄養・食生活に関する大規模自然災害時支援体制の必要性

(2) 大規模自然災害における保健所の役割

#### 2 長野県の危機管理体制における栄養・食生活支援の現状

(1) 長野県の危機管理体制における栄養・食生活支援の現状

(2) 市町村の危機管理体制における栄養・食生活支援の現状

#### 3 各種団体、自衛隊との連携

#### 4 食中毒予防など食品衛生の遵守

5 普通の食事が食べることができない住民への栄養・食生活支援

6 避難所被災者への食事提供支援及び栄養指導

7 給食施設への支援

8 保健所間の栄養・食生活支援体制

#### E. 考察

全国調査からみて、徐々にではあるが保健所の自然災害に対する備えは、充実してきているのではないかと考えた。しかし、緊急医療体制構築に対する保健所の取り組みはまだ必ずしも十分ではないと考えた。

今回作成した「地域緊急医療体制構築ガイドライン」は、全国の保健所が地域の緊急医療体制の現状に目を向け、地域での緊急医療体制構築の取り組みの端緒にするための一助になればと考えた。

長野県をモデル地域として行った災害時における栄養・食生活支援ガイドラインは、公衆衛生協会と全国保健所栄養士会が先駆的に提案している災害時の栄養・食生活支援についてのガイドラインを都道府県レベルで検討したものである。本初版の作成には関連機関との調整に時間を要したが、各地域で同様の取り組みが行われることが期待される。

#### F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

## 全国保健所健康危機管理体制調査（自然災害）結果

分担研究者 佐々木隆一郎（飯田保健所）  
研究協力者 寺井直樹（松本保健所）、堀井淳一（佐渡保健所）、  
柴田裕行（南加賀保健所）、工藤淳子（五所川原保健所）、  
米山克俊（公衆衛生協会）、原一樹、村澤栄治、福島貴文（飯田保健所）

要旨：平成20年度に引き続いて全国保健所における主要健康危機12分野についての健康危機管理体制の現状と課題を把握することを目的に、調査を行った。回収率は、62.3%であった。本報告では、この調査の中で自然災害に対する保健所の健康危機管理体制についての結果を平成20年度調査と比較して報告する。平成20年度調査と比較して、大規模自然災害に対する全国保健所の健康危機管理体制は、徐々に整備されつつあることが分かった。また、現状では必ずしも十分でない地域救急医療体制の構築に関しても、地域で医療機関の役割を構築している保健所が増えており、保健所が今後より多くの役割を果たすことが期待できる結果であった。保健所の体制整備や健康危機管理時の対応を支援するためのグッズの開発を行うことが有用であると考えた。

キーワード：全国保健所調査、自然災害、健康危機管理

### A. 研究目的

全国保健所における健康危機管理体制の整備状況を把握する目的で、全国保健所を対象として全国保健所健康危機管理体制調査を行った。

ここでは、この全国保健所調査結果のうち、自然災害の調査結果について平成20年度調査と比較して報告する。

また、保健所の型によっては所管する業務に差があることから、回答の可否についての項目も別に設けた。

今回は、これら三段階の回答のうち、A、Bの回答を普通以上の対応とし、それ以外の回答は改善等を必要とする項目として整理し、検討に用いた。

### ③ 調査方法

調査はインターネットを用いたメール法で行った。調査時期は、平成22年7月に行った。

### B. 研究方法

調査方法については、別項で詳細を述べるが、調査の概要は以下のようなものである。

#### ① 調査対象

調査の対象としたのは、全国保健所494保健所である。

#### ② 調査内容

調査には、平成20年度に開発した保健所の「健康危機管理体制の評価指標」を用いた。自然災害についての調査指標は、平成20年度調査と同様で、事前の対応16項目、発災時の対応16項目、事後の対応4項目の合計36項目である。

それぞれの項目は、対応程度別に3段階の選択肢で回答できるようにした。即ち、A（良好）、B（普通）、C（要改善）の三段階である。

### C. 研究結果

対象とした全国494保健所の中で308保健所から回答が得られ、回答率は62.3%であった。

表1に全国保健所における自然災害に対する対応体制の状況を示した。

事前の対応16項目についてみると、要改善率40%以上の項目は、「災害発生に関する地域のリスクアセスメント」、「救急医療阻害要因の評価」、「住民との連携」、「医療機関対応力の把握」、「患者収容能力の把握」、「地域緊急医療体制の構築」、「通信の確保」、及び「要支援者情報の把握」の8項目であり、平成20年度の10項目から2項目減少していた。ま

た、要改善率 40%以上の項目でも、実際の要改善率を比較すると、「救急医療阻害要因の評価」以外の項目は、数字が改善しているという結果であった。

発災時の対応 16 項目では、要改善率が 40%を超えた項目は、「職員のためのライフライン」及び「動物の保護」の 2 項目であり、平成 20 年度調査と同様であった。

事後の対応 4 項目は、要改善率 40%を超えている項目は「住民の系統的追跡調査」であった。

「個別健康相談窓口の設置」、「対応の事後評価」、「対応体制の再構築」の三項目は、70%以上の保健所が普通以上の対応を準備しているという結果であった。

#### D. 考察

今回の調査は、平成 20 年度に作成した保健所の「健康危機管理体制の評価指標」を用いた追跡調査である。平成 20 年度と今年度の調査結果を比較すると、徐々にではあるが、保健所の対応体制が整いつつあることが分かった。

保健所が大きな役割を期待されている地域における災害時の緊急医療体制の構築は、まだ 70%近くの保健所が課題を抱えていることが分かった。災害時における地域の医療機関における役割体制の構築についてみると、この 2 年間で 15%以上改善しており、保健所が少しずつ役割を果たすべき方向に活動を開始していることがうかがわれる結果であった。

今後、研究班としては、保健所がまだ不十分な地域で災害時の緊急医療体制の構築などに向けて活動するために役に立つグッズの構築を開発し、普及してゆくことが大切であると考えた。

#### F. 研究発表

論文

なし

学会発表

なし



表1. 全国保健所調査結果（自然災害）

| 項目               | 平成22年度調査 |       | 平成20年度調査 |       |
|------------------|----------|-------|----------|-------|
|                  | 要改善等     | 普通以上  | 要改善等     | 普通以上  |
| 1. リスクアセスメント     | 68.6%    | 31.4% | 71.5%    | 28.5% |
| 2. 救急医療阻害要因評価    | 81.8%    | 18.2% | 77.2%    | 22.8% |
| 3. 所属組織での役割確認    | 6.3%     | 93.7% | 6.4%     | 93.6% |
| 4. 基幹医療機関との連携    | 23.6%    | 76.4% | 26.2%    | 73.8% |
| 5. 地域関係者との連携     | 15.4%    | 84.6% | 19.7%    | 80.3% |
| 6. 市町村との連携       | 13.7%    | 86.3% | 18.0%    | 82.0% |
| 7. 住民との連携        | 61.7%    | 38.3% | 65.9%    | 24.1% |
| 8. 医療機関対応力の把握    | 41.3%    | 58.7% | 41.4%    | 58.6% |
| 9. 医療機関の役割体制の構築  | 29.8%    | 70.2% | 43.0%    | 57.0% |
| 10. 避難所、救護所の把握   | 38.5%    | 61.5% | 48.7%    | 51.3% |
| 11. 患者収容力の把握     | 77.9%    | 22.1% | 79.3%    | 20.7% |
| 12. 地域緊急医療体制の構築  | 67.9%    | 32.1% | 70.0%    | 30.0% |
| 13. 広域緊急医療体制の構築  | 15.5%    | 84.5% | 20.2%    | 79.8% |
| 14. 通信の確保        | 50.7%    | 49.3% | 52.6%    | 47.4% |
| 15. 効率的情報収集      | 33.1%    | 66.9% | 34.4%    | 65.6% |
| 16. 要支援者情報       | 44.5%    | 55.5% | 50.0%    | 50.0% |
| 17. 発災時の職員参集体制   | 6.3%     | 97.7% | 4.4%     | 95.6% |
| 18. 発災時の所内体制の確立  | 3.5%     | 97.5% | 4.2%     | 95.8% |
| 19. 施設維持の確保      | 22.2%    | 77.8% | 30.4%    | 69.6% |
| 20. 職員のためのライフライン | 66.7%    | 33.3% | 76.1%    | 23.9% |
| 21. 外部への支援要請の判断  | 29.3%    | 70.7% | 29.8%    | 20.2% |
| 22. 情報の信頼性       | 17.5%    | 82.5% | 16.5%    | 83.5% |
| 23. 管内医療体制の判断    | 32.9%    | 68.1% | 27.1%    | 72.9% |
| 24. 緊急医療対策       | 22.2%    | 78.8% | 24.1%    | 75.9% |
| 25. 在宅要支援者（施設）対策 | 24.2%    | 75.8% | 23.3%    | 76.7% |
| 26. 避難所の二次被害予防対策 | 9.3%     | 90.7% | 6.5%     | 93.5% |
| 27. 在宅者の二次被害予防対策 | 25.4%    | 74.6% | 27.2%    | 72.8% |
| 28. 関係者間の連絡調整    | 11.2%    | 88.8% | 15.5%    | 84.5% |
| 29. 二次的健康被害対策    | 9.5%     | 90.5% | 10.2%    | 89.8% |
| 30. 必要医療供給量の判定   | 26.6%    | 73.4% | 25.2%    | 74.8% |
| 31. 住民への一元的情報提供  | 25.5%    | 74.5% | 31.7%    | 68.3% |
| 32. 動物の保護        | 46.2%    | 53.8% | 48.9%    | 51.1% |
| 33. 個別健康相談窓口の設置  | 20.6%    | 79.8% | 21.9%    | 79.1% |
| 34. 住民の系統的追跡調査   | 58.8%    | 41.2% | 57.6%    | 42.4% |
| 35. 対応の事後評価      | 2.5%     | 97.5% | 2.5%     | 97.5% |
| 36. 対応体制の再構築     | 2.9%     | 97.1% | 2.2%     | 97.8% |

## 地域連携構築ガイドライン（自然災害）

### －災害時地域緊急医療連携体制の構築について－

分担研究者 佐々木隆一郎（飯田保健所）

研究協力者 寺井直樹（松本保健所）、堀井淳一（佐渡保健所）、柴田裕行（南加賀保健所）、  
工藤淳子（五所川原健所）、米山克俊（日本公衆衛生協会）

要旨： 保健所が、地域において大規模な自然災害に備えた緊急医療体制の構築を行う上での手順について、長野県飯田保健所の例を用いて、総論的にガイドラインとしてまとめた。保健所は、地域での緊急医療体制の現状を踏まえ、地域関係者の協力をえて、必要な体制構築がなされるよう、支援・促進することが必要である。

キーワード：大規模自然災害、地域緊急医療体制の構築

#### はじめに

地震のような大規模自然災害における保健所の重要な役割の一つとして、Preventable Deaths を最小限とすることができる緊急医療体制の確保がある。

災害時に Preventable Deaths を最小限とすることができる緊急医療を行うためには、発生した災害の規模や地域の既存の緊急医療体制の実情に応じて、地域内、都道府県内、及び全国規模の応援を求めなければならない場合が多々ある。即ち、保健所が対応の視野に入れるべき災害時の緊急医療体制には、地域緊急医療連携体制、都道府県内の緊急医療連携体制、及び DMAT のような都道府県を越えた連携による緊急医療体制が含まれる。

これまで、都道府県を越えた医療連携の構築は、全国の日赤病院など病院レベルの自発的な医療救援体制に加え、厚生労働省が中心となって構築している、基幹となる EMIS による緊急医療情報把握体制をベースとした DMAT あるいは医療従事者の支援派遣体制などがある。一方、地域緊急医療連携体制は、体制づくりについての明確な規定がないためか、地域による連携体制の整備のバラツキがみられるのが現状である。保健所が、災害時における緊急医療について果せる重要な役割は、平常時に大きなウエイトがあり、「連携体制が機能するものであるかを確認し、不足部分を補完する体制の構築を促進する点」にある。災害発生直後における保健

所の役割は、構築された連携体制が十分機能するよう種々の支援を行うことに尽きる。地域を越えた連携による医療体制の援助要請を他地域に発信することも重要な役割である。

災害発生直後の混乱期を過ぎると、保健所には、市町村と協力して、二次健康被害を最小限にするために種々の直接的な活動が期待されている。避難所における予防活動や地域住民に対する現状把握と追跡活動などがこれに含まれる。混乱期以降の回復期におけるこれら保健所の活動は、厚生労働省の指導などにより全国的な保健師支援ネットワークや行政栄養士会の全国的な取り組みによって整備が図られつつある。

本稿は、地域における緊急医療連携体制の構築に重点を置き、保健所の役割として「連携体制が機能するものであるかを確認し、不足部分を補完する体制の構築を支援・促進する点」について標準的なガイドラインをお示しするものである。各保健所では、災害発生時に地域における緊急医療体制が Preventable Deaths を少しでも減らすことができるように、また地域の関係者が果せる役割を明確にして、効率的に活動できるよう準備するために、活用していただければ幸いである。

#### 【ステップ1：地域緊急医療連携体制についての確認】

保健所が第一に行うべきことは、地域におけ

る災害時の緊急医療体制がどのような状態にあるかを確認することである。この確認作業は、地域内の既存の緊急医療体制を把握することで、キーパーソンの発見、不足部分の把握など、保健所が活動を行うための基本的な情報を得ることにつながるからである。また、保健所の活動を効率的なものにするためにも必須な情報を得るためにも重要な作業である。

地域緊急医療体制の確認は、災害時地域緊急医療体制チェックリストから開始する(表1)。このチェックリストは、災害時地域緊急医療体制、地域医療関係者との定期的連携会議、市町村関係者との定期的連携会議、及び保健所における災害時情報収集・提供体制の大きく4項目からなっているが、具体的チェック項目は全体で29項目と簡便なものである。

災害時地域緊急医療体制の有無の確認は、まだ保健所で把握していない場合には、地域の二次救急拠点病院や地域医師会を訪ねれば、簡単にできる。災害時の地域緊急医療体制に係るその他の項目についても、どちらかの機関で概要を知ることができよう。ここで大切なことは、既存の体制が、災害時にどの程度機能するかを見極めることである。責任者(コーディネーター)が明確になっているかどうか、その責任者が地域の緊急医療体制を日常的に指揮するキーマンであるかどうか、が確認できれば、地域の体制は機能する状況にあると考えても良いことが多い。この他、大項目の2番目と3番目で、地域医療関係者や市町村関係者と定期的な連携会議を持っているかどうか、またそれぞれに付随する質問項目の回答内容も、機能する体制の有無を知る重要な手がかりとなる。

4番目の保健所における災害時情報収集・提供体制に関する項目は、保健所が基本的な役割として準備すべきと考えている項目を挙げてあるので、参考にしていただきたい。

## 【ステップ2：地域緊急医療体制の改善】

大規模な自然災害の発生時に、機能する地域緊急医療体制を構築するためには、二つの視点からの連携体制の整備が必要である。地域を構

成する地域住民との連携と緊急医療に関連する医療関係者、消防・警察関係者、行政関係者などとの連携である。保健所は、最低限これらの二つの連携体制づくりを目標にすることが必要である。大規模な自然災害の場合には、短期間に多数の住民が生命の危険に曝される事態が発生されることから、地域に暮らす種々の立場の医療関係者、消防・警察関係者、行政関係者、地域住民組織など、及び多くの地域住民の協力がなければ Preventable Deaths の減少はできないからである。

こうした意味で、大規模な自然災害に対して保健所がまず取り組むべき事項として、地域における災害時の地域緊急医療体制に対する共通認識の醸成が大切である。共通認識の醸成の手段として、関係者や行政担当者を集めた研修会や講習会などは、これまでもよく用いられている具体的な手段である。目的を明確にし、工夫を凝らし、魅力ある企画が伴わないと地域全体での共通認識の醸成には結びついていないのが現実である。より多くの人により多くの関心を持ってもらうには、斬新な企画と継続的なキャンペーンが必要となるわけである。特別な予算を持たない大部分の保健所において、継続的なキャンペーンを行うためには、マスコミ関係者を巻き込んだ活動を考慮することも必要となる。企画段階からマスコミ関係者を巻き込み、まずマスコミ関係者を賛同者にすることから始めることも大きな保健所の役割である。このためには、日頃から地域のマスコミ関係者と「顔の見える関係」を構築しておくことが、基本である。マスコミは、保健所にとって、両刃の剣であるとの認識をもって対応せねばならないことはもちろんであるが、マスコミ関係者は、地域において、医者である保健所長や行政マンに比べれば、はるかに優れたキャンペーンのプロであることも考慮にいれておくことである。

地域の共通認識の醸成作業に平行して保健所が行うべき大きな作業は、地域での関係者間の連携体制の構築である。保健所は、緊急医療連携体制づくりの準備段階では、全ての点の企

画・実行者になる必要はない。全国の多くの保健所の職員体制からして、健康危機管理の特に地域の緊急医療連携体制づくりに専門的に取り組む人材を裂く余裕はないからである。では、連携体制の構築に当たって、当面保健所が果たすべき役割はどこにおけばよいだろうか。どこの保健所でも可能なことは、地域で大規模で自然災害発生に当たっての緊急医療体制づくりに必要な関係者を一堂に集め、関係者間の連携が図れるような機会を準備することである。この第二の作業では、保健所長の役割が求められる。保健所長は、自らが陣頭に立って、災害時における地域で連携した緊急医療体制の必要性、及び具体的な構築像などを客観的に示す資料を手に、関係者の説得に当たることである。保健所長がこの任務に当たる必要があると考えるのは、他の保健所職員や行政関係者では、医療関係者の説得に苦慮することが多いからである。連携づくりで役割を果たすことの方が保健所長にとって最も重要な役割であると考えている。地域関係者が同じテーブルにつくことができれば、この作業における保健所長の役割はほとんど達成できたと考えても良い。地域で救急、消防、警察、行政関係者等それぞれの専門家を集めることができれば、具体的な緊急医療体制は自ずと構築されると考えられるからである。

この第二の作業で留意すべきことは、大規模な自然災害において必要となる理想的な緊急医療体制像と連携する関係者のそれぞれの役割を明確にするための検討に十分な時間を割くことである。地域にとって理想的な緊急医療体制像が明確になったら、その体制の役割を地域で満たすことができるかどうかを検討することである。次に、役割を果たす人の決定、地域で限界のある役割について明確にすることが必要である。地域での限界を明確にすることによって、代替案の検討ができることに加えて、自衛隊など外部組織への依頼に遅れをとることを防ぐ上でも有用であると考えられるからである。

具体的に地域での健康危機管理体制の構築

に必要と考える専門家集団は、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師など）、消防関係者、警察関係者、行政関係者（都道府県の地域代表、市町村の代表など）、住民代表（消防団、防災自治組織関係者、ボランティア団体関係者など）及び保健所関係者である。大規模な自然災害時に予測されるライフライン、通信、道路や輸送等についての検討も、一般的には他の部署で行われていることが多いが、地域の他の部門の動きを把握する上に、これら必要な人材を加えることを検討することも必要となる。

地震のような大規模な自然災害に対する対応は、保健所が単独で行っても十分な効果を上げられることは少ない。地域の自治体で作成されている防災計画などとの整合性を計ること、逆に防災計画に反映されることが望ましい。地域特性を踏まえ検討された、大規模自然災害に備えた地域緊急医療体制の具体的な対応が、地域で防災計画に織り込まれるように働きかけることも保健所の重要な役割である。

### 【ステップ3：地域緊急医療体制の構築と運営に必要な情報の準備】

保健所が事前に準備すべき事項に、健康危機管理に必要な情報の収集と関係者への情報の周知・連絡方法の確保がある。保健所が事前に準備しておくことが必要な情報は、保健所が地域の健康危機管理の中核機関としての役割を果たす上で必要な情報である。即ち、発災時に必要となる医療関係情報、地域情報、及び災害弱者情報である。

医療関係情報としては、医療機関の医療に関する情報（トリアージ別の患者診療能力、入院患者能力、医療機関の医薬品備蓄情報、医療機関のライフラインに関する情報など）や医療機関を支援するための地域情報（医薬品供給体制、ライフライン確保体制など）の情報などである。

地域情報としては、市町村が設置する救護場所（トリアージ場所、避難所など）、患者輸送体制（地域ごとのヘリポート、輸送協力が期待できる民間交通会社など）、及び食料・医薬品などの備蓄情報などが、収集しておくことが望ましい項目である。

災害弱者情報は、一義的には市町村が把握していることが多いので、保健所としては難病など特定の目的を持って保健所が把握すべき災害弱者の定義を定め、一定の情報を保管しておくことが必要である。現時点で保健所が把握していることが望ましいと考える項目について、チェック表（表2）を添付した。もちろん、こうした情報の保管、取扱いには、個人情報の保護の観点から、十分な配慮が必要なことは、いうまでもない。

情報の保有には、データベースなどを作成して保管しておくことが便利である。しかし、災害時には電気などのライフラインの保証がないことから、紙データで保有することも必要である。関係者が、それぞれ紙データを持つ必要がある。また、地域情報は Up to Date な情報でなければならない。したがって、継続的にデータの更新が行われるシステムの構築を考慮しておくことも必要である。

表2 大規模自然災害の緊急医療体制の構築・運営に必要な情報の一覧

【医療機関に関する情報】

1. 医療機関の受入体制情報
  - 1) 災害時の緊急受入体制の有無
  - 2) 重症度別診療可能救急患者数
  - 3) 重症度別入院可能患者数
  - 4) 講堂など臨時受入可能施設の有無
  - 5) 受け入れ可能な透析施設の有無
2. 医療機関のライフライン情報
  - 1) 停電時の自家発電の有無
  - 2) 自家発電時の診療能力
  - 3) 自家発電維持可能時間
  - 4) 飲料水の維持可能時間
  - 5) 生活用水の維持可能時間
  - 6) 診療用に必要な水の維持可能時間
  - 7) 食料の備蓄状況
  - 8) 医薬品の備蓄状況
  - 9) 日用品の備蓄状況
3. 医療機関の支援に関する情報

- 1) 医療機関との情報伝達・収集方法
- 2) 医薬品の臨時供給体制
- 3) 医療用ライフラインの備蓄・配送体制

【地域情報】

1. 輸送体制についての情報
  - 1) 地震時の道路（橋の強度など）の危険個所の把握
  - 2) 災害時輸送道路の確保状況の把握
  - 3) 協力可能な災害時車両の種類と数の把握
  - 4) 利用できる災害車両の登録状況
  - 5) 緊急時ヘリポートの場所
  - 6) 災害時医薬品の配布体制
2. 情報の収集伝達体制についての情報
  - 1) 衛星電話の有無
  - 2) 防災無線の有無
  - 3) 広域災害・救急情報システムの有無
  - 4) 独自の無線の有無
3. その他の事項
  - 1) 住民避難場所
  - 2) 医療救護所の設置場所
  - 3) 住民組織の有無
  - 4) 災害時備蓄用品の備蓄状況と場所
  - 5) 災害時ライフラインの対応（水、食料など）
  - 6) 地域での医療備品・医薬品の備蓄状況

【住民情報】

1. 災害弱者情報
  - 1) 自治体が把握している災害弱者に関する情報の内容
  - 2) 災害弱者が入所している施設の情報
  - 3) 自宅に生活する災害弱者情報
2. 住民防災組織情報
  - 1) 組織規模
  - 2) 代表者情報
  - 3) 活動内容

【ステップ4：地域緊急医療連携体制構築の例  
（飯田保健所管内の災害時緊急医療体制）】

飯田保健所管内は、東海地震の対策強化地域である。そこで、平成16年から大規模災害発災に備えた地域緊急医療連携体制の構築と、体制強化のための訓練を毎年行っている。ここでは、現在の医療体制の概要をお示しする。

平成16年度に、地域で積極的に種々の保健医療問題を扱っている包括医療協議会（構成：医師会、歯科医師会、薬剤師会、市町村、保健所、その他保健医療関係の団体）に対して、既存の「大規模災害医療救護計画」の見直しを依頼した。

その結果、資料1に示したように、地域の大規模災害医療救護計画が改善された。主な改善点は、本部機能（指揮所となる医療救護本部を消防署に設置）、応急救護所（応急救護所（トリアージ場所）を設ける地区の避難所の明確化）、初期医療器具（各地区への救急医療セットの配備の要請）、傷病者の輸送体制（自主防災組織、救急車両、ヘリコプター、緊急車両など）、及び地震に対して注意情報及び警戒宣言が発せられた場合の準備・待機体制の構築など大きく5点である。

平成16年度以降、毎年地域で全病院、診療所、看護協会など医療関係者、行政の危機管理担当部局、消防、警察、及び、地域住民組織などが参加して、大規模な災害時訓練を行っている。この訓練の特徴は、毎年反省会が開かれ、反省点を地域で徐々に改善して、より良い体制を構築していることである。

現在の飯田地域における災害時緊急医療体制の概要は、図1のようである。

飯田地域においては、救急のAED訓練修了者が、人口の10%である17000人を越えている。これは地域におけるこうした取り組みが、医療関係者だけではなく、住民の防災、救急医療への意識を高める効果にもつながることをも示している結果かもしれない。

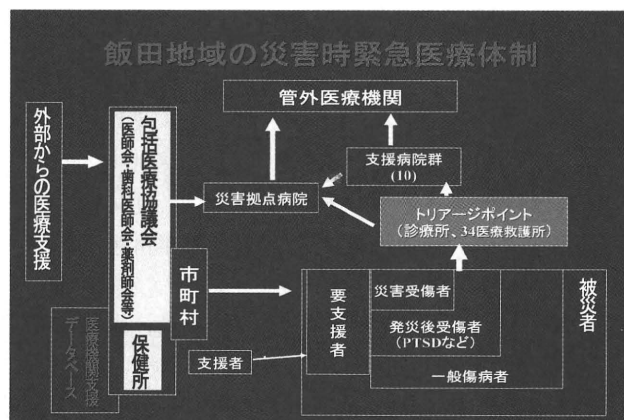


図1 飯田地域における災害時緊急医療体制の概要

【地域緊急医療連携体制を支援・強化するための既存のシステムとグッズの概要】

DMATとの連携；

DMAT (Disaster Medical Assistance Team)は、厚生労働省が構築した全国規模の災害医療派遣チームである。チームは、災害急性期（48時間以内）に活動するために、事前にトレーニングを受けた医療チームであり、医師、看護師、業務調整員で構成されている。各都道府県にはDMATが設けられており、全国組織と連携した活動体制を整えている。

災害発生時にDMATは、EMISの情報を参考に、自立的に災害地域に出動することが期待されている。出動したDMATは、災害発生地に最も近い災害拠点病院やDMAT隊のいる病院に集結する。災害発生時のDMATの指揮は、最初に到着したDMAT隊の隊長が行うことがルール化されている。

保健所としては、これらDMATの体制を把握することと共に、EMISを用いた地域外への情報発信が、スムーズに行われるように日頃から地域の医療機関と連携した訓練を行うことが求められる。更に、地域や都道府県内のDMATの現状についても十分把握し、特に地域のDMAT隊長とは「顔の見える関係」を構築しておくことが重要である。

保健師派遣システム：

厚生労働省健康局総務課保健指導室が中心



になって運用している全国規模の行政保健師支援システムである。保健所から主観部局に派遣要請がなされると、保健医療科学院に保存されているデータベースを用いて、各都道府県の統括保健師に派遣依頼がなされる。派遣された保健師は、被災地の災害対策医療本部の指揮下に入り、現地の行政保健師の業務の支援を行う。これまで行われた支援内容は、避難所の二次健康被害予防、避難者の健康調査、在宅被災者の健康調査など、様々である。

平成 19 年度地域保健総合推進事業で、「地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針」がまとめられ、平成 20 年 3 月に発行されているので、事前に内容を把握しておくことが必要である。

#### 死亡者対応ネットワーク：

阪神淡路大震災のような大規模な地震災害では、死亡者が多く、死体処理についての配慮が必要となる。災害時の死体検案については、一義的には警察の検死業務で処理することになるが、死亡者が多い場合には、警察による検死体制ではまかなえない場合もあるので、医師会や歯科医師会と協力して構築しておくことが望ましい。

火葬などの死体処理は、市町村の役割であるが、死体焼却施設の処理量を超えた場合の対策も、考慮しておくことが望ましい。また、死体を一時的に保管せざるを得ない場合に備えて、棺桶、ドライアイス、死体保管所などの手配も、市町村や冠婚葬祭業者などと協力して構築しておくことが望ましい。

保健所は、こうしたシステム構築の他、地域における死体保存場所、地域の日当りの焼却能力、棺桶の備蓄数や確保方法などの情報について、把握しておくことが望ましい。

#### 在宅難病患者支援：

地域で生活する災害時の要支援者の中で、在宅で生活する難病患者は、市町村や近隣住民に把握されていないことが多々ある。難病患者のなかで地震発生時に自力で避難所への移動が

困難であるなど支援が必要な人に対しては、情報を持つ保健所が介入を行い、災害発生時に有効な支援体制を構築することが必要である(資料 2)。

保健所が行うべき支援内容は、神経難病患者などを中心に平常時に支援が必要な患者かどうかを明確にし、支援の希望があるかどうかを確認することである。支援希望者に対しては、個々の病状に応じての支援内容の決定、近隣者を含めた支援者の決定を行うことが重要である。また、災害発生時には、要支援者が多く生活している福祉施設や精神病院などの医療機関などについても、状況を確認し、支援を検討する必要がある場合が多い。そこで、あらかじめこれらの施設の把握と支援内容・支援体制づくりについても検討しておくことが望ましい。

#### 避難所二次健康被害予防：

一般的に大規模な自然災害の場合には、住民が一時的に避難する場所を各市町村が設定している。保健所は、まず地域のどこに避難所が設定されるかを把握しておくことが大切である。これらの避難所の運営は市町村の業務とされている。避難所での保健所の役割は、保健衛生分野の活動である。

短期間の避難所生活で普通の生活に復帰できるような場合の保健所の役割は、食中毒予防、避難所環境の悪化による二次健康被害の予防、健康相談及び住民のこころのケアである。保健所が日常的に行っている保健予防業務を、集中的に実行することによって、その役割は完結できる。一時的な必要な人材の不足に対しては、前述したような全国レベルの支援体制が構築されつつあるので、活用することが望まれる。避難所生活が長期間に及ぶことが予測される場合には、これらの活動に加えて、避難所での食生活(食のバランス、病態に応じた食事内容、など)、避難所生活における運動の確保(エコノミック症候群の予防、その他)などを考慮する必要がある。

こうした避難所における保健所の保健予防活動について、保健所毎に総括的に指導できる

職員を養成・配置しておくことが理想的であるが、都道府県単位で適当数の職員を確保することも考える必要がある。避難者や在宅の被災者に対する健康調査、保健所が行う様々な予防活動、食生活、などに必要な資源については、研究班で種々のグッズが開発され、本研究班のデータベースや保健所長会のデータベースなど全国規模のデータベースに収録したので、活用されたい。

**避難所必要医療・保健チーム数の目安：**

平成 19 年度に発生した能登半島地震、及び中越沖地震では、多くの被災者が長期間避難所生活を送ることになった。一方で、避難所設置場所に置かれる必要医療・保健チーム数に関して、災害発生後時間を経て状況が変化するに従って、経済的効率性や地元医師会などの軋轢などが課題として残った。

そこで、研究班では一つの目安として、図2のように必要医療・保健チーム数の算定方法についての提案を行っている。地域の実情によって、必ずしも公式で一律に示せるものではないが、判断基準の一つの材料として用いることが可能だと考えている。

解決策の提示

大規模自然災害の健康危機管理  
能登半島、中越沖地震の経験から  
必要医療・保健チーム数の算定

必要医療・保健チーム数決定関連要因

- a: 避難所(巡回地域)要支援者数
- b: 避難所(巡回地域)数
- c: 対応可能数 (基準数: 医療従事者1人当たりの  
対応可能数人数  
巡回、訪問を行うかで増減)
- d: 政策要因

支援医療従事者インデックス = (a/c) × b

判定: 1. 避難所(巡回地域)当りの要支援者数がcを上回ったら、増援考慮  
2. 避難所(巡回地域)当りの要支援者数がcを下回ったら、避難所数の減少考慮

図2 災害発生後の地域で必要となる医療・保健チームの算定に関する一方法

**災害時避難所栄養対策：**

災害時の避難所などにおける食糧の供給は市町村の役割である。市町村では、地域ボラン

ティア、スーパーマーケットチェーン、コンビニエンスストアチェーン、などと事前に協定などを結んで、準備を行っている。また、大規模な災害の場合には、食糧供給に自衛隊の支援も行われてきた。しかし、中越沖地震や能登半島地震の時の経験したように、被災者が長期間の避難所生活を余儀なくされる場合には、二次健康被害の予防のために食のバランスや個人の病態に応じた食糧の供給が求められるようになってきた。

こうした必要性を満たすために、全国保健所管理栄養士会では、研究班を立ち上げ方法の検討を行い、実質的な研修も行っている。中でも自衛隊との事前の協議の必要性などは、特筆すべき内容であり、各保健所でも栄養士を中心に地域での体制づくりが進められている。(長野県のガイドラインを別に示すので、参考にされたい)。

一方、市町村の防災担当者は、災害に備えた食糧の備蓄、災害発生後は被災者などに対する食糧の提供を担うことになる。前述したように、災害後に住民の生活が復旧するまでに長期の時間がかかる場合には、食のバランスに配慮して、このような業務を進めることが必要となる。そこで、研究班では、災害時に食のバランスガイドに準拠した食糧供給を行うための目安量が簡易に計算できる「集団における食のバランスチェック表」を開発し、全国保健所管理栄養士会を通じて普及中であるので、活用していただきたい。



表1. 災害時地域緊急医療体制チェックリスト

| チェック項目                     | 体制の有無 | 体制構築等の主体            | 無・未の場合：<br>今後の予定時期 | (再)構築・実施の際の<br>保健所の役割 |
|----------------------------|-------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| 災害時地域緊急医療体制                | 有・無   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 地域指揮命令系統の設定                | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 本部の設置予定場所が決まっている           | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 責任者が明確になっている               | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 保健所の役割が明確になっている            | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 医療機関(関係者間)での役割の明確化         | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 医療機関毎の役割に応じた体制の構築          | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 地域関係機関の情報連絡体制の構築           | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 地域での保健所・地域団体が関係する定期的な訓練の実施 | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 地域医療機関のDMATとの連携の実情把握       | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| チェック項目                     | 体制の有無 | 体制構築等の主体            | 無・未の場合：<br>今後の予定時期 | (再)構築・実施の際の<br>保健所の役割 |
| 地域医療関係者との定期的連携会議           | 有・無   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 地域におけるレベル別応需患者数把握          | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 医療機関における災害時応需患者数の把握        | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 医療機関における災害時職員体制対策把握        | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |
| 医療機関における災害時ライフライン対策把握      | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |                    |                       |

|                 |     |                     |  |
|-----------------|-----|---------------------|--|
| 医療機関での定期的な訓練の実施 | 済・未 | 保健所・医療機関・<br>他機関( ) |  |
|-----------------|-----|---------------------|--|

| チェック項目             | 体制の有無 | 体制構築等の主体                   | 無・未の場合：<br>今後の予定時期 | (再)構築・実施の際の<br>保健所の役割 |
|--------------------|-------|----------------------------|--------------------|-----------------------|
| 市町村関係者との定期的連携会議    | 有・無   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 健康危機管理体制の設定        | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 大規模災害時避難所の設定       | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 大規模災害時救護所の設定       | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 住民(ボランティア等)との役割の設定 | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 要支援者施設マップの作成       | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 要支援者マップの作成         | 済・未   | 市町村・医療機関・保健所・<br>住民・その他( ) |                    |                       |
| 市町村での定期的な訓練の実施     | 済・未   | 保健所・医療機関・<br>他機関( )        |                    |                       |

| チェック項目                          | 体制の有無 | 体制構築等の主体   | 無・未の場合：<br>今後の予定時期 | (再)構築・実施の際の<br>保健所の役割 |
|---------------------------------|-------|------------|--------------------|-----------------------|
| 保健所における災害時情報収集・提供体制             | 有・無   | 保健所・他機関( ) |                    |                       |
| 情報収集体制(どこに何を確認すべきか)の確<br>認      | 済・未   | 保健所・他機関( ) |                    |                       |
| 情報提供体制(どこに何を提供すべきか)の確<br>認      | 済・未   | 保健所・他機関( ) |                    |                       |
| 避難所における予防パンフレットの作成体制            | 済・未   | 保健所・他機関( ) |                    |                       |
| 発災後に住民に対する地域医療体制の広報を<br>行う体制の確立 | 済・未   | 保健所・他機関( ) |                    |                       |

## 大規模災害医療救護計画

飯伊地区包括医療協議会

### 第1 計画策定の目的

この計画は、地震・風水害・火災・交通事故・特殊等の大規模災害から郡市民（被災者）の生命と健康を守るため、災害発生時における医療救護体制の確立を目的として飯伊地区包括医療協議会（以下「包括」という。）が定める。

### 第2 医療救護体制

#### 1 緊急救急医療対策（大規模災害対策）委員会

災害時における円滑な医療救護を行うため、包括の緊急救急医療対策（大規模災害対策）委員会が、日頃から関係機関と情報交換をするとともに、医療救護計画についての調査研究を行う。

#### 2 医療救護本部

① 市町村長からの医療救護班の出動要請を受けて、医療救護本部（以下「本部」という。）を被害状況により飯田広域消防本部及び阿南消防署に設置する。

② 市町村長からの指示がない場合でも、消防署若しくは医師会又は緊急事態に基づく包括会長又は初動救護班員の独自判断により、本部の設置及び救護班を編成し派遣することができる。

この場合、包括会長は速やかに本部設置及び救護班の編成及び派遣を関係市町村に連絡するものとする。

#### 3 救護施設

救護施設は、市町村設置の応急救護所及び災害発生現場等（交通事故等）並びに災害拠点病院及び支援病院群（以下「災害拠点病院等」という。）とする。

### 第3 本部

1 救護施設の医療救護に関連する拠点として設置し、正副本部長及び本部詰役員が本部に駐在し、関係機関との連絡調整を行うとともに、医療救護活動全般の統率指揮を行う。

2 本部長は包括の会長とし、副本部長は包括の幹事長、緊急救急対策正副委員長及び大規模災害対策委員長並びに本詰役員は、飯田医師会（以下「医師会」という。）、飯田下伊那歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）及び飯田下伊那薬剤師会（以下「薬剤師会」という。）の選出者とする。

なお、事務局職員については、包括は本部へ、また医師会、歯科医師会及び薬剤師会（以下「三師会」という。）は、おのおのの事務所に駐在する。

3 本部員及び事務局職員の招集は、別表1の緊急連絡網（体制図）により行い、本部及び事務所への出動は各自の交通手段による。

#### 4 担当業務

① 関係機関及び救護施設との連絡調整及び情報収集・提供

② 災害拠点病院等の災害時対応能力の確認

③ 医師・看護師・歯科医師の編成による医療班及び薬剤師による薬剤班を応急救護所又は災害現場へ配置する。

④ 救護施設への活動の指示

⑤ 出動した医療班や災害拠点病院等の活動状況の把握及び集約

⑥ 薬剤班と連携して医薬品の確保と配布

⑦ 水、電気及び食料等ライフラインの状況把握と関係機関との連絡調整

### 第4 応急救護所

1 応急救護所は、市町村長が指定した場所とし、軽症患者に対する処置及び重症患者、中等症患者に

対する初期救急医療に相当する応急処置及びトリアージを行う。

- 2 応急救護所の外科系初動救護班は、本部からの出動要請に基づき、医師1人、看護師2人編成を標準とし、状況に応じ後続医療班として医師等の増員を計るほか、市職員及び自主防災会の協力を求めるものとする。
- 3 応急救護所への出動は、出動者各自の交通手段による。  
災害現場への出動は、消防署の救急車両等による。但し、災害の発生程度により消防署の車両で対応できないときは、予め飯田警察署と協議し緊急車両として指定されている各医療機関の車両を使用するときもある。
- 4 外科系初動救護班  
本部は、市町村長からの医療救護班の出動要請があった場合、別表2の「地区別医療機関表」を参考に外科系初動救護班を配置する。

#### 5 担当業務

- ① 一刻も早い処置が必要な被害者に対して応急処置を行う。
- ② トリアージを行う。トリアージタグは、広域消防本部救急車両に搭載されているものを使用する。

##### トリアージ基準

下記により処置するものとし、具体例については別記1のとおりとする。

##### 1) 重症患者（トリアージ区分：赤）

生命を救うため、直ちに手術等の入院加療を必要とする者

救護所において応急処置を行い、病院への振り分け指示より、病院において処置するものとする。

##### 2) 中等症患者（トリアージ区分：黄）

多少治療時間が遅れても生命に危険はないが入院治療を必要とする者

処置内容は1)に同じ。

##### 3) 軽症患者（トリアージ区分：緑）

上記以外で、医師の治療を必要とする者

救護所において対応するものとする。

##### 4) 医療救護対象外の者

軽易な傷病で家庭救護の範囲内で対応できる程度の者

平常時からの応急手当方法を普及・啓発することにより、発災時に備えておく。

- ③ 軽症患者に対する処置の看護師等への指示
- ④ 災害拠点病院等への患者移送手配
- ⑤ 死体の検案
- ⑥ 地区防災会との連携・調整
- ⑦ 医療救護活動の記録
- ⑧ その他必要な事項

#### 6 後続医療班

災害の状況等により、別表2を参考にした本部からの出動要請により外科系及び内科系の後続医療班を配置し、初動外科系救護班の支援及び救護所における診療等を行う。

#### 7 歯科医療班

災害等の状況により、別表3を参考にした本部からの出動要請により救護所へ出動し、必要な医療活動を行う。

#### 8 薬剤班

災害等の状況により、別表5を参考にした本部からの出動要請により救護所へ出動し、必要な薬剤の供給、調剤及び服薬指導等を行う。

#### 9 運営体制

- ① 東海地震に関して、注意情報及び警戒宣言が発せられた場合は、必要に応じ医療救護活動ができ