

大規模災害時には、ICS/IAP の機能の中でも、特に、現場から集めた膨大な需要と供給に関する情報を迅速にマッチングして、不足する資源を後方へ支援要請する機能が極めて重要である。しかし、大規模災害時には、現場のオペレーション部門だけではなく、マネジメント部門の人員も大きく不足することから、参集できた職員以外に、県内外の外部支援者を臨時に組織内に取り込んで一体的に機能させる必要がある。その際には、地域密着性と専門性でもって分類した類型毎に、どのタイプの者には、どの部門でどんな業務を、どんな条件の下にお願いすれば良いのかを予め検討しておく必要がある。(図5、図6)

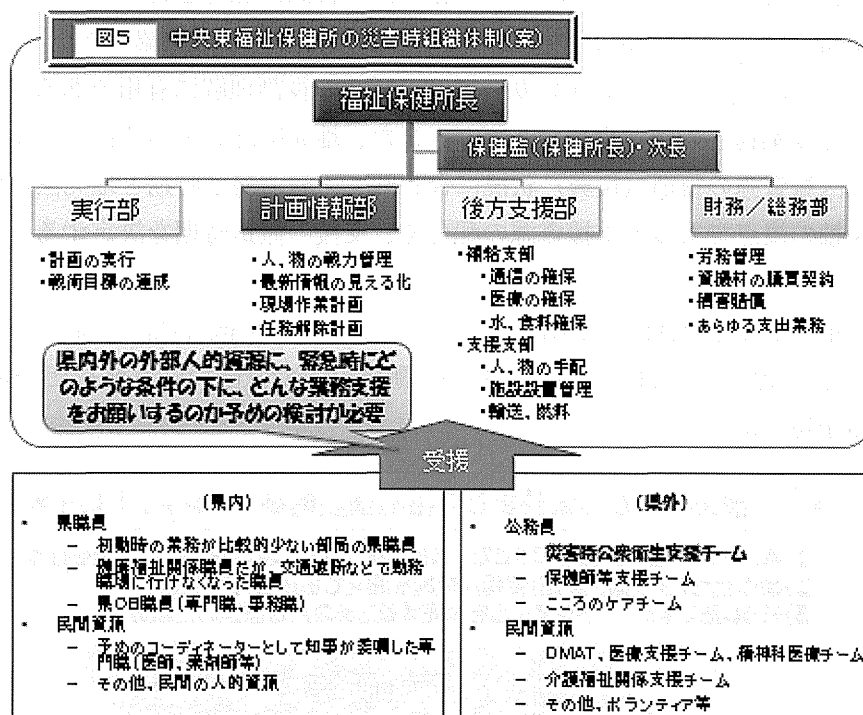
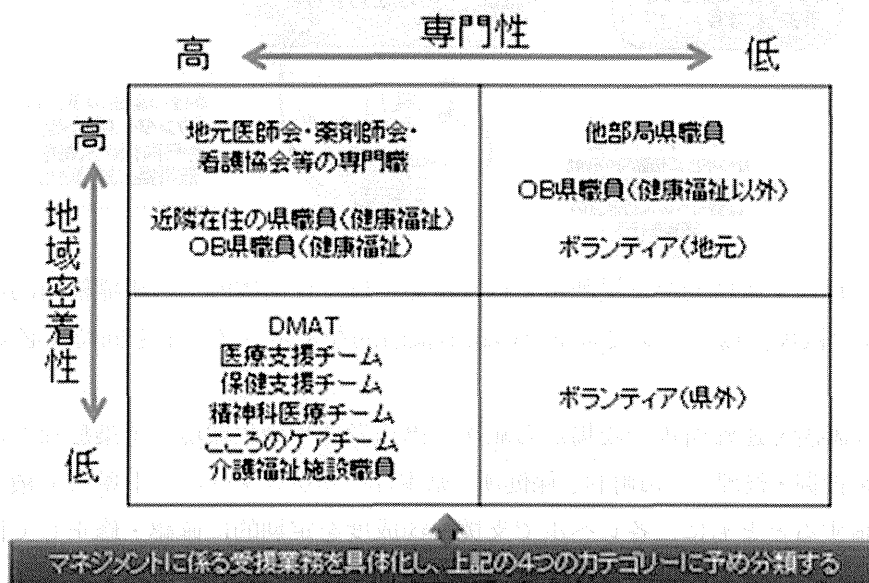


図6 地域密着性と専門性のカテゴリー別に、予め支援業務と組織内の位置づけを整理しておく



また、こうした県外からの支援を効率的に受けるためには、支援側と受援側による一体的なマネジメントシステムが必要となることから、「中国・四国地方の災害等発生時の広域支援に関する協定」に基づき高知県とカウンターパート県になっている島根・山口県とともに、中央東福祉保健所の ICS/IAP に基づく組織体制（案）とアクションカード等について検討協議した。

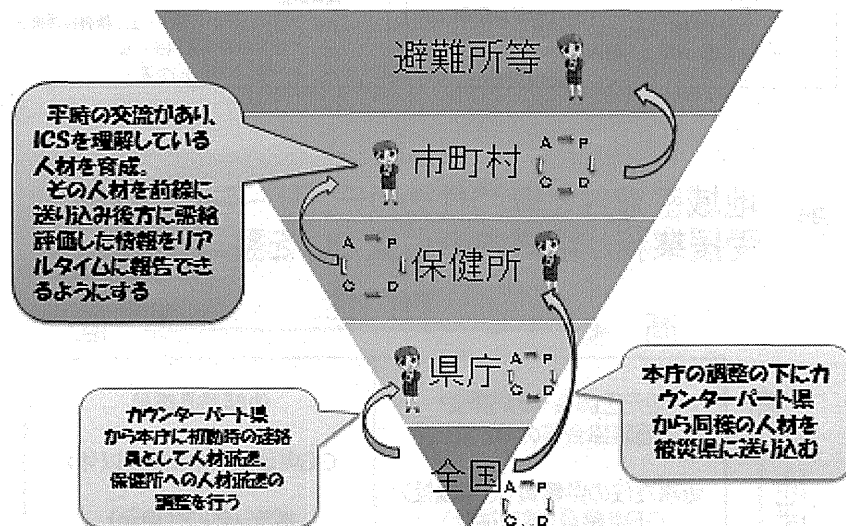
その結果、カウンターパート県には、保健所や市町村におけるマネジメント部門の支援に加え、全国の支援県と高知県との調整役（ハブ的な役割）を期待すること、その役割を発揮するためには、協定第 6 条（平常時の相互交流）に基づき平時から情報交換や合同訓練等を行うことで、顔の見える関係づくりと ICS/IAP に基づくマネジメントの相互理解が必要であることを確認した。

また、支援県の立場からは、アクションカードは支援時の役割理解に有用であるが、土地勘を必要とする業務や責任を伴う業務への課題指摘があった。また、地元医師会等の関係者と定期的に検討協議する場を設け、地元医療資源の復旧（復興）状況に合わせて、派遣終了時期と地元医療資源への移行を決定するなど、時間軸の視点でもって支援資源の配分や、支援の撤退時期を決定することも課題として指摘された。

なお、3 県の保健医療分野の合同図上訓練については、3 県の危機管理防災部門の了解を得て、平成 26 年 3 月に中央東福祉保健所において協定に基づく訓練として位置づけ実施した。その結果と考察は、次年度に報告する予定である。

図7 被災現場から県外までの組織横断的なマネジメントのイメージ

- 1) 各レベルの組織運営をICSでできるだけ統一化し、組織的に需給評価を行う
- 2) 標準化された需給(評価)情報が組織を超えて伝達される仕組み
- 3) そうしたマネジメントシステムを補完するための人材派遣の仕組み

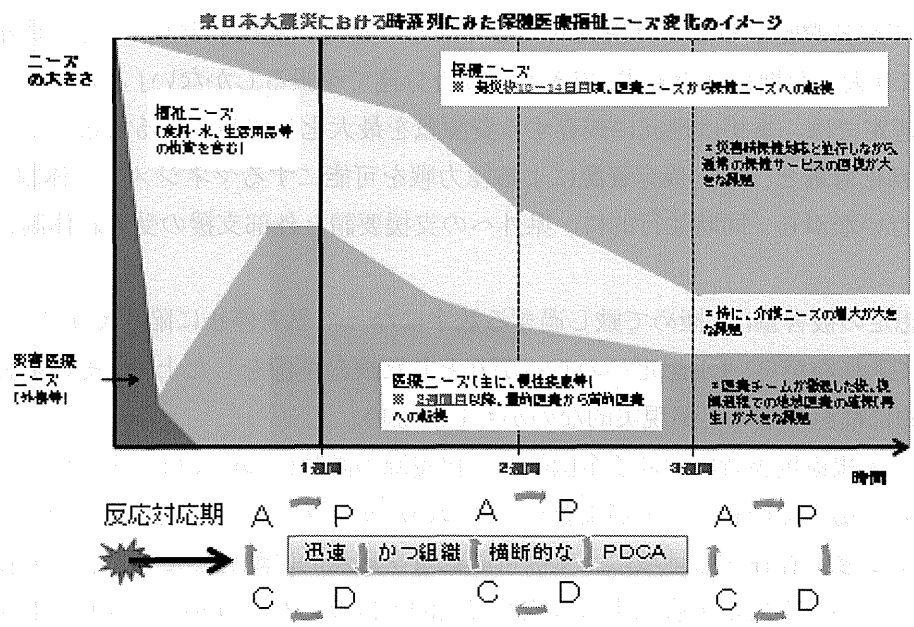


また、自治体を超えて広域的な支援調整を行うためには、自治体内での組織横断的なマネジメントに加え、以下のような被災現場から支援県までの組織縦断的なマネジメントも同時に必要となる。(図7)

具体的には、救護所や避難所等の現場から順次、傷病者数や衛生環境、感染症などの大きな分野毎の保健医療ニーズを把握・整理し、市町村、保健所、県本庁、カウンターパート県まで積み上げ式で順次、不足分を支援要請するとともに、各レベルで支援の達成度を定期的に確認・修正して情報共有する仕組みが必要である。また、その際には、各レベルに支援（受援）の責任者を明確にすること、刻々と変化するニーズに対応して関係者が定期的に協議する場を設けて期限ごとの達成度を確認すること、また、

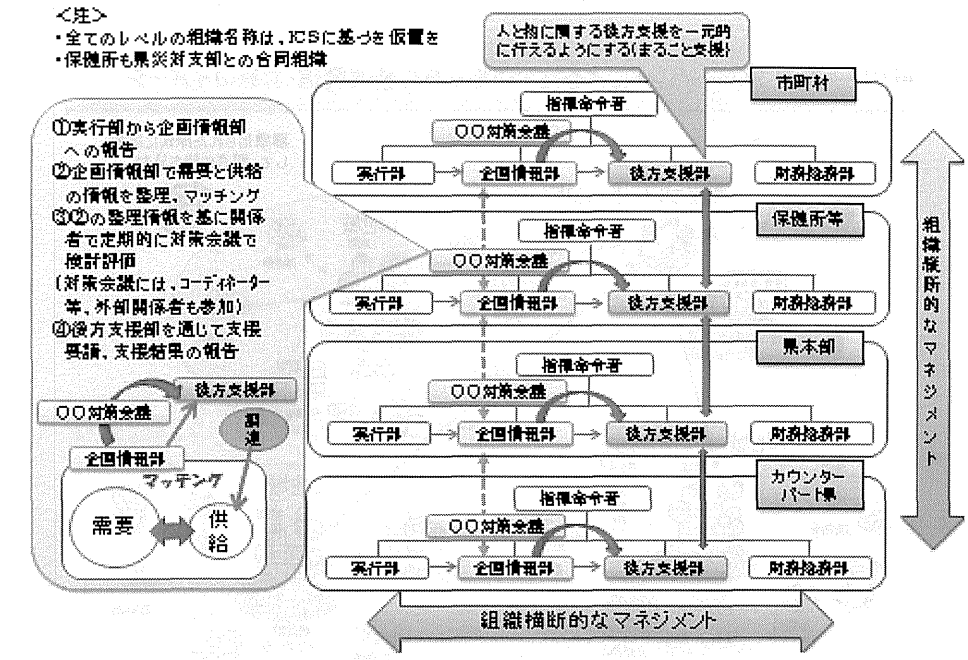
その検討結果を次の支援要請や支援に反映するといった災害時 PDCA サイクルを迅速に回す必要があることも確認した。(図8)

図8 刻々と変化するニーズと災害時PDCAサイクルのイメージ



また、そうした ICS/IAP 機能を基盤とする広域的な支援(受援)のためのマネジメントシステムを支援者と受援者の双方で共通理解するため、中央東福祉保健所をモデルに、広域的な支援(受援)の仕組みの全体イメージを図式化した。(図9)ただし、この図は、全国の保健所の組織機構は多様なので、あくまでも都道府県型保健所の一つの例示であることに留意する必要がある。

図9 組織横断的、組織縦断的な支援(受援)に関するマネジメントのイメージ図



D. 考察

1) 被災ニーズの量的推定と広域支援

L2 想定では、東日本大震災と同等の支援を受けると仮定した場合、人口 11 万人の 3 市に 1 日 260 人（島根県の約 6 割の保健師数に相当）もの人的支援が必要となる。このように、被災地の支援ニーズが莫大になり、非被災県による最大支援可能量を大幅に超えることから、L2 想定では、事前に不足する資源量を推定して配分調整することは現実的でなくなる。また、受援側としても、「県外からの広域的な支援には、あまり大きな期待はできず、できるだけ自分達で頑張るしかない」としか言えなくなる。

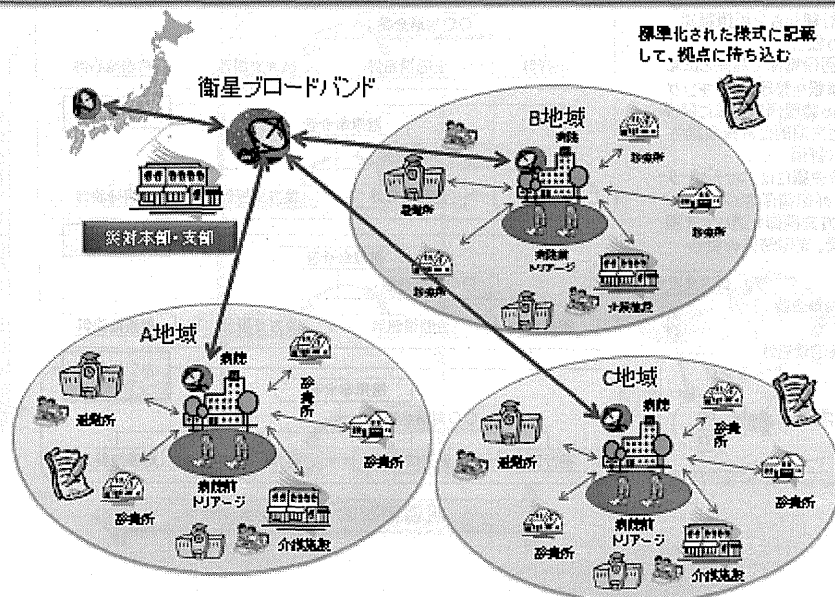
そのため、L2 想定では、まずは地元に残存する資源量を最大化して踏ん張る対策、つまり医療機関等の平時からの強靱化対策と、地元残存資源による総力戦を可能にするマネジメント体制（ICS/IAP）の構築を優先的に行いながら、同時並行的に、県外への支援要請と外部支援の受入れ体制を整えることが求められる。

このように L2 想定 of 被害量は、極めて厳し過ぎる数字になって思考停止に陥りやすくなることから、まずは L2 を視野に入れながら、L1 想定へのしっかりとした検討準備をした上で、その延長戦上でもって L2 対応を具体的に検討することが現実的なものかもしれない。

いずれにしても、大規模災害時における全国的な支援資源の調整については、まずは、自衛隊等による空撮映像（国から現場まで伝わるのが重要）に基づいたザックリとした被害推定をベースに、被災エリアに医療機関等が多く存在する地域に、支援可能総量を重点的に配分した上で、その後の被災現場からの収集情報に基づいて支援量を修正する方式が現実的ではないだろうか。こうした空撮映像に基づく迅速評価のシステムは、国家レベルでの構築が期待される。

ただし、空撮映像による被災状況の把握や先遣隊による情報収集には自ずと限界があることから、大規模災害になればなるほど、被災地域側から生の被災情報を収集・発信して迅速評価につなぐことができる仕組みを構築することが必要不可欠と考えられる。例えば、中学校区単位に衛星ブロードバンドの通信拠点（市町村の災対支部的な拠点で病院等に併設）を確保し、そこに傷病者数や避難者数、医療機関の被災状況、医療従事者の安否情報等に関する標準化された情報を人海戦術で集積し、EMIS のようなインターネット上のアプリケーションシステムに入力・発信することにより、全国規模で被災状況をリアルタイムに把握・共有できる仕組みを構築することを提案したい。（図 10）

図10 衛星ブロードバンドによる被災現場からの情報発信・共有のイメージ



2) 保健医療救護等の広域的な支援調整を行うための機構 (ICS/IAP) の検討

大規模災害時の広域的な支援調整を行う機構については、先にも述べたように、まずは被災地側に残存する資源を最大限に活用して踏ん張るための機構が必要であり、その機構でもって同時に不足する資源を広域的に支援要請して受援することが、基本的な枠組みになるのではないかと考えられる。

そのためには、被災地内に残存する資源を最大限に活用するためにも、限られた県外支援を効率的に受援・活用するためにも、ICS/IAP 機能を基本とするマネジメントシステムを全国の共通基盤として確立する必要があり、中央東福祉保健所における図上訓練においても、一部ではあるが、その有用性を実感することができた。

これまで都道府県域を超える広域的な支援調整のあり方については、様々な研究検討がされてきたが、主に支援者側が検討してきたこともあって、支援者側の論理に偏る傾向にあったように思われる。しかし、効率的な支援調整を行うためには、まずは受援側に ICS/IAP に基づく組織が立ち上がることが前提条件として必要であり、その上で支援側と受援側のマネジメントシステムをうまくマッチングさせる必要がある。

そのためにも、市町村、保健所、県庁といった各レベルでの大規模災害時における ICS/IAP の導入に関する基本的な合意形成が急がれる。しかし、これまで健康安全・危機管理対策総合研究事業を通して全国保健所長会のブロック研修会等で ICS/IAP について普及推進してきたが、現実の行政システムの中に ICS/IAP を導入するには様々な困難があり、全国的に保健所への導入があまり進んでいない。

そういう意味でも、今回、高知県と島根県、山口県の 3 県で中四国知事会の協定に基づく訓練として、中央東福祉保健所において、中央東福祉保健所版の ICS/IAP の模擬的な試行検証を継続的に行える基盤ができたことは有意義なことである。本研究の 2 年目にも、この試行検証作業を継続して行う予定であり、その中で都道府県域を超えて ICS/IAP の考え方を共有した広域的な支援 (受援) 調整のモデルとして発展させていきたい。

さらに、今後の重要な検討課題としては、市町村における ICS/IAP の導入と危機管理防災部門と保健衛生部門の間での ICS/IAP の共有がある。災害時の保健医療活動は、主に市町村が最前線の役割を担うことから、市町村における ICS/IAP の導入が必要不可欠である。既に、中央東福祉保健所管内では、3 市の医療救護所設置運営マニュアルに ICS/IAP を取り入れて図上訓練を行うことができた。今後は、医療救護以外の保健衛生部門や福祉部門の活動まで、この仕組みを拡充していくことが課題となっている。

また、危機管理部門と保健衛生部門の間での ICS/IAP の共有については、さらに大きなハードルを超える必要がある。我が国の自治体では、日頃からの縦割り行政の壁が厚く、災害時に組織横断的に危機事象をマネジメントすることは簡単ではない。実際、東日本大震災でも地域防災計画に基づいて各レベルに災害対策本部が設置されたが、組織横断的、組織縦断的なマネジメントはうまく機能していなかった。また、保健医療部門においても、通信・運搬などを担当するいわゆるロジ部門 (後方支援部) との連携が不十分なため、ガソリン不足で移動できない、通信ができないために機能できないなど、多くの課題を有していた。

高知県においては、中央東福祉保健所における ICS/IAP の仕組みが、危機管理部も含めて次第に認知されつつあること、また、カウンターパート県である 3 県の保健衛生部門の間で行う合同図上訓練が、3 県の危機管理防災部門の認知の下に実施できるようになったことは、一つの前進である。

今後とも、こうした地道な取り組みを進めるなかで、縦割りの壁を越えたシステム構築を進めていきたい。

E. 結論

南海トラフ巨大地震（L2想定）では、甚大な被害となり、支援ニーズが広域支援可能量を大幅に上回ることから、平時からの強靱化対策で残存させた医療資源等を総動員して踏ん張ることを基本に、限られた広域支援資源を効率的に調整・活用できるようにすることが大規模地震時のICS/IAPの基本になる。

また、広域的な支援資源を含め、限られた資源を効率的に活用するためには、現場（救護所や避難所等）から市町村、保健所、県本庁、支援県まで、一貫したICS/IAPの共通基盤が必要であり、高知県中央東福祉保健所管内でそのイメージ図を作成した。その運用に当たっては、各レベルに支援(受援)の責任者を明確化し、定期的に関係者が集まって支援(受援)の達成度等を確認・評価し、その情報を現場から順次、伝達共有して迅速にPDCAサイクルをまわすことが重要である。

中国・四国知事会の災害時広域支援協定で高知県のカウンターパート県になっている島根・山口県が、全国の支援県と高知県（被支援県）の間でハブ的な調整役を担えるよう、各県の危機管理防災部門と連携して、協定に基づく保健医療分野における情報交換と合同訓練を定期的に行うことを確認できた。

次年度は、高知県と島根・山口県の間で広域的な支援調整を行う機構(ICS/IAP)の考え方を共有した上で、3県の合同図上訓練を行うなどして実践的に確認・検討し、大規模災害時の広域支援調整のための南海地震モデル地域案を作成する予定である。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「公衆衛生チーム派遣による災害時における
公衆衛生機能支援のあり方に関する研究」

研究要旨 大規模長期的な被害が発生する災害時においては保健所の公衆衛生機能はきわめて重要である。一方で、保健所自体も従来業務の復旧に向けて外部からの支援を受けることが必要である。

東京都公衆衛生チームは地域情報収集、感染症対策等に効果的な支援し、保健所の公衆衛生機能を支援する画期的な役割を果たしたが、災害情報の包括的な把握、所長の企画調整補佐、保健所本来業務の支援、等には十分な支援が行なえず、チーム参加者側、受入側とも十分効率的に活用できていなかったと考えていた。その原因は、災害時の公衆衛生機能の重要性についての認識の共有が弱かったこと、これまでは他自治体からの派遣職員は主に市町村業務を支援し、こうした保健所の業務への支援には振り分けられていないなど、支援する側受け入れる側双方に公衆衛生チーム活用についての基本的な方法論が確立されていなかったことなどであると考えられた。

このため、公衆衛生チームが十分効果を発揮するためには、災害発生時の公衆衛生機能の重要性を、医療救護班と関係者と事前に共有すること、マニュアルの整備等のより支援受援双方が公衆衛生チーム活動方針を確立することが重要である。

分担研究者

前田秀雄・東京都福祉保健局技監

研究協力者

田原なるみ・東京都多摩府中保健所

田口健・東京都福祉保健局医療政策部

吉見逸郎・江戸川区保健所

林友紗・東邦大学医学部公衆衛生学

A. 研究目的

東京都では、東日本大震災発生時に石巻保健所及び石巻市役所支援のために、公衆衛生チーム（公衆衛生医師及び公衆衛生技術職・事務職で編成）を派遣し、地域における保健医療福祉対策の情報共有・連絡調整及び計画策定を支援した。その活動状況の分析を通じて本チーム活動の効果及び課題を検証し、今後の普遍的な災害時公衆衛生支援システムのあり方を検討する。

B. 研究方法

1. 研究対象

東京都が東日本大震災発生時に派遣した公衆衛生チームの活動

<活動概要>

- ・第1期派遣：5月～9月

公衆衛生医師及び公衆衛生技術職3名を1

週間交代で派遣 計20チーム

- ・第2期派遣：11月～3月

公衆衛生医師1名を1ヵ月交代で派遣、計4チーム

<派遣先>

宮城県東部保健福祉事務所(宮城県石巻保健所)

<支援内容>

同保健所の災害時公衆衛生活動の補佐及び平常事業復旧の補助

2. 調査分析方法

チーム活動記録を記述疫学的に分析するとともに、チームに参加した東京都職員及びカウンターパートナーだった宮城県職員に対して質問調査を行った。

C. 研究方法及び結果

【テーマ1】

「東京都公衆衛生チームの活動分析」

<方法>

同チームの活動内容を、活動報告日報を基に分野別、方法別に集計し時系列的に分析した。

<結果>

1. 第1期（1週間単位3名派遣）

1) 全体的傾向

分野別では、感染症分野が最も多く、次いで被災者支援（全般）、医療整備だった。業務別では、情報収集が最も多く、次いで調整、報告だった。

2) 個別分野

感染症対策は定常的に多く、5～6月の初期は、避難所における感染症予防対策、7月～9月の発生動向調査データベースの修復等の通常業務の復旧、12月～3月にかけてのインフルエンザ等の冬季感染症対策等、年間を通じて業務が発生していた。

医療整備については、早期から活動全体の2割程度で継続して業務があり、関係機関や医療救護チーム等からの情報収集、調整等の役割を担っていた。

被災者支援全般では、初期は各自治体からの支援チームに対するヒアリング等の業務量が多く。活動資料の作成、各種ミーティング参加が継続していた。

精神保健に関しては、6月以降から増加している。通常業務の復旧の本格化と被災者の心のケア対策への支援が増加し、11月は、アルコール研修会等、普及啓発活動等、PTSDへの支援も必要となっている。

環境衛生（食品、獣医等）は、初期の避難所における衛生管理が多く、衛生状況全般の改善や避難所閉鎖に伴い、減少した。

薬事関連業務は、保健所からの依頼に基づき薬局の被災状況調査、毒劇物・麻薬管理対

策の復旧等の支援を行ったため、8・9月に集中的に発生している。

2. 第2期（1か月間単位医師1名派遣）

1) 全体的傾向

仮設入居もほぼ終わり復興が現実的に進み始めている時期でもあり、安定して支援ができる体制とするための、1週間交代による複数人による支援から約1か月間の長期にわたる同一職員による支援へと変更された。

2) 活動方法について

いずれの分野・時期においても「情報収集」が多かった。

3) 活動分野について

感染症分野が、ノロなどの発生への対応やHIV検診など平常業務の支援作業と、被災したデータの復旧などで最も多かった。要援護者や被災者の支援に関する業務も、復興に向けた関係者会議や発災直後からの支援を振り返る時期であったため、一定程度存在した。

3. 考察

各対策の再構築に向けて具体的方策を検討するフェーズであったため、各分野におけるそのために必要な情報収集を担った。

また、保健所業務についても復旧の時期であったため、感染症等の分野を中心に保健所業務を必要に応じて支援した。

【テーマⅡ】

「東京都公衆衛生チーム参加者の活動に対する評価についての質問調査」

<方法>

評価すべき活動及び実施すべきだったが実施されなかったと考えられる事業を調査

<結果>

1. 調査の概要

- ・調査対象：平成23年度に「東京都公衆衛生チーム」として派遣された医師等専門職44名の内、平成25年度に都及び特別区に在職している職員計33名
- ・調査方法：自記式調査票をメールにて配布し、メールまたは郵送等で回収を行った。
- ・調査期間：平成25年11月28日～12月10日
- ・回収状況：対象者33名中29名から有効回答を得た（有効回答率は87.9%）。

2. 結果

1) 実際に支援に従事した分野

感染症対策（16人）が最も多く、次いで組織調整整備（12人）、精神保健（10人）、環境衛生（9人）だった。

2) 重要であると感じた分野

組織調整整備（14人）、感染症対策（10人）の順だった。一方、「重要と思うが実際には手を付けられなかった課題」は、環境衛生（4人）、精神保健（4人）、被災者（全般）支援（4人）、組織調整整備（4人）だった。

3) 災害時の公衆衛生活動の阻害要因

地域の連絡連携体制（平常時も含）、受援計画が未策定、等受入れ側の課題（9人）、業務を理解し現地職員と関係性を構築するに派遣期間が短い（5人）、コーディネート・指揮

命令系統、医療との役割分担が不明確（3人）保健所と災害拠点病院、災害医療コーディネーターとの役割分担が不明確（2人）だった。

4）災害時の公衆衛生支援活動の課題

平常時からの健康危機管理の意識の醸成やマニュアル等の体制整備が必要（5人）、コーディネーターや司令塔的役割を担う人を適切に配置することが、効果的に活動を展開する上で重要（5人）、現場で活動していく中で、本当に必要な支援が見えてくる（4人）、等平常時にルール決めし、発災直後に最大限人員を投入することが、その後の保健衛生の復興に必要（4人）早期に現地入りし適切なニーズアセスメントを行うチームの編成及び人材育成が必要（3人）だった。

【テーマⅢ】

「石巻保健所担当職員の東京都公衆衛生チームの活動に対する評価についての質問調査」

<方法>

公衆衛生チームのカウンターパートナーだった宮城県職員より同チームに対する評価について聞き取り調査を行い、その時期の公衆衛生チームの活動、役割および課題を検討した。

<結果>

1. 調査対象

東日本大震災発生当時の宮城県職員（宮城県東部保健福祉事務所所長、宮城県石巻保健所所長、宮城県東部保健福祉、石巻市支援担当保健師、宮城県東部保健福祉事務所疾病対策班保健師）

2. 調査方法

宮城県庁及び各保健福祉事務所（保健所）において対面質問調査を行った。

3. 調査結果

1) 重要性が高かったと考えられる公衆衛生活動

初期は、地域の状況の把握、必要な支援の調査、中期は避難所への支援、特に感染症対策、環境衛生の分野、後期は、市町村支援、市町村ごとの異なるニーズに応じた支援で、全期を通じては、保健と医療の連携、職員のメンタルケアだった。

2) 重要と思うが実際には十分に対応できなかった課題

医療救護班との連携、情報収集と発信、外部支援者の状況把握及び調整、増加する保健所本来業務への対応等だった。

原因としては、①保健所が水没し初期の3日間活動ができなかったことや通信交通手段がきわめて不足していたという物理的要因、②職員自身が被災しかつ市町村支援に従事したため人員が不足していたこと、③災害医療コーディネーター及び医療救護班の処方方針に保健所との連携が想定されていなかったこと、等だった。

3) 公衆衛生チームの活動で評価できると考えられる分野

地域情報収集（毎日の定期的な保健所・市役所・医療救護チーム間の巡回による情報収集）、避難所サーベイランス体制の構築のためのマニュアル作成等への支援、流出した感染症発生動向調査データベースの復元等の感染症情報の復旧

4) 公衆衛生チームに参加させるべきだったができなかった業務

災害情報の包括的な把握、所長の企画調整補佐、接触者検診等の感染症発生時対応、保健所通常業務復旧への支援、等だった。

原因としては、①公衆衛生チームの処遇・活用について災害時マニュアル等で事前に検討されていなかった。②公衆衛生チーム処遇が不明確で保健師等職員等所内での連携がなかった、③他県からの支援は原則として市町村支援に振り向けるものと考えられていた、等だった。

5) 公衆衛生チームの実務的課題

他自治体から派遣されるため、①地元情報の不足、②短期派遣では被災状況の把握も十分ではない、③実務的な方法論が異なる、⑤保健師が市町村業務支援に派遣され公衆衛生チームへの参加がなかった、等の課題があった。

対応策としては、①地元情報に乏しくても実施可能な情報収集・疫学調査、感染症対策等実務の分野で活用する、②チーム引継ぎの際の情報共有を徹底する、③所長等幹部の意思決定の補佐として活用する、④公衆衛生チームと保健師チームの有機的な連携システムを構築する、等だった。

(倫理面への配慮)

派遣した都職員及び現地の宮城県職員については個人の行動及び意見が特定されないよう配慮した。

D. 考察

大規模長期的な被害が発生する災害時においては保健所の公衆衛生機能はきわめて重要である。一方で、保健所自体も従来業務の復旧に向けて外部からの支援を受けることが必要である。

東京都公衆衛生チームは地域情報収集、感染症対策等に効果的な支援し、保健所の公衆衛生機能を支援する画期的な役割を果たしたが、災害情報の包括的な把握、所長の企画調整補佐、保健所本来業務の支援、等には十分な支援が行なえず、チーム参加者側、受入側とも十分効率的に活用できていなかったと考えていた。

その原因は、災害時の公衆衛生機能の重要性についての認識の共有が弱かったこと、これまでは他自治体からの派遣職員は主に市町村業務を支援し、こうした保健所の業務への支援には振り分けられていないなど、支援する側受け入れる側双方に公衆衛生チーム活用についての基本的な方法論が確立されていなかったことなどであると考えられた。

E. 結論

大規模長期的な被害が発生する災害時においては地域の公衆衛生機能はきわめて重要であり、その支援を行う公衆衛生チームが十分効果を発揮するためには、災害発生時の公衆衛生機能の重要性を医療救護班等の関係者・関係機関と事前に共通認識を持つこと、マニュアルの整備等により支援する側、受援する側の双方が公衆衛生チーム活動方針を確立し共有することが必要である。

G. 研究発表

なし（平成26年度発表予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 次年度計画

1. 医療救護班の公衆衛生機能の調査

東京都が宮城県に派遣した医療救護班を対象に公衆衛生分野の活動に実態を調査し、医療活動と公衆衛生活動の連携及び役割分担のあり方について検討する。

2. 公衆衛生チーム支援及び受援マニュアルの作成

災害時の公衆衛生機能支援活動の具体的方法論を支援する側、される側の双方から明らかにする。

3. 大規模自然災害発生事例における検証

東日本大震災以降の大規模自然災害発生時の健康危機管理事例において上記マニュアルの妥当性を検証し、マニュアルの標準化を図る。

【研究テーマ 1】

東京都公衆衛生チームの活動分析

分担執筆者 吉見 逸郎（江戸川区保健所）

1. 目的

東京都福祉保健局から宮城県の石巻福祉保健事務所に派遣した、公衆衛生チームの活動状況を振り返るとともに、今後の災害後の支援等のあり方を検討するための課題を得ることを目的とする。

2. 方法

累次の公衆衛生チームが日々送付した記録（日報）の記述に基づき、活動の分野や内容について分析した。

具体的には、全日報の各記述を、感染症対策、環境衛生、精神保健、医療体制整備、要援護者対策、避難所被災者支援、被災者（全般）支援、組織調整整備、母子保健、薬事業務の分野に振り分け、さらに活動の内容について、情報収集、報告、調整、調査、企画、個別対応、窓口業務等実務、に振り分けた。このデータを、時系列、分野別等に集計した。振り分けの作業は研究協力者をお願いした。

3. 結果

日報の記述を分野や活動内容に振り分けたものを、図 1 から図 20 に示し、それぞれの概要を下記に記す。

1) 公衆衛生チームの活動について

図1. 公衆衛生チームの担当分野の推移

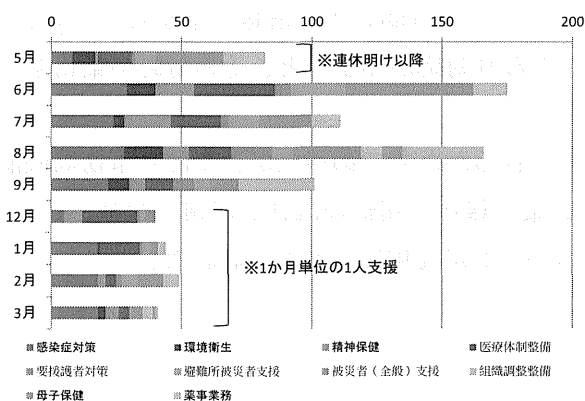
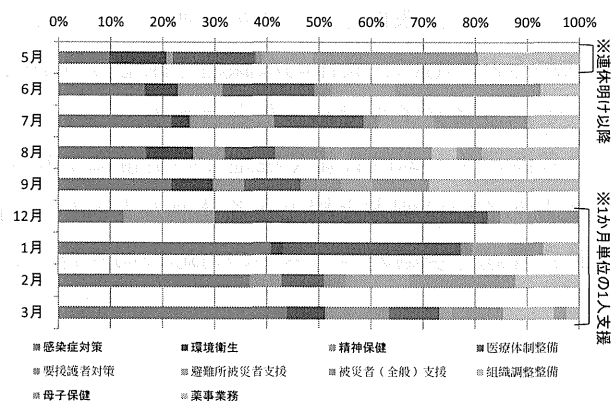


図2. 公衆衛生チームの担当分野の推移



公衆衛生チームの担当分野の推移について（図 1、2）、総数は 6 月が 1 番多かった。5 月は日数が 1 週間程度短かったこともあるが、おそらく特に状況把握のために様子を見ながら対応していたことによるのではないと思われる。

6 月には環境衛生や感染症対応や被災者（全般）支援など具体的な業務も増え、かつ様子を見るというより実働的に活動できたのではないと思われる。また医療整備に関しては先は長いものの、避難所からの患者の流れを調整していく動きも 5 月からあったので、6 月には各種会議も活発化していたと思われる。

また、8 月からは状況や現地ニーズを踏まえて薬事業務の支援も追加されたため、そのことを反映し

た推移となっている。

なお、感染症対策や環境衛生が夏に向けて増えていくのではないかと、あるいは、精神保健は漸増するのではないかと、思われたが、データの推移からは、感染症対策や環境衛生はどの時期でもそれなりの分量はあることが明らかとなった。また精神保健については5月から7月にかけて漸増するように見えたが、業務的にケース対応が増えるというわけではないため、会議体など情報収集や調整にかかる場ができるようになったことを反映していると思われる。

図3. 公衆衛生チームの担当分野における業務内容

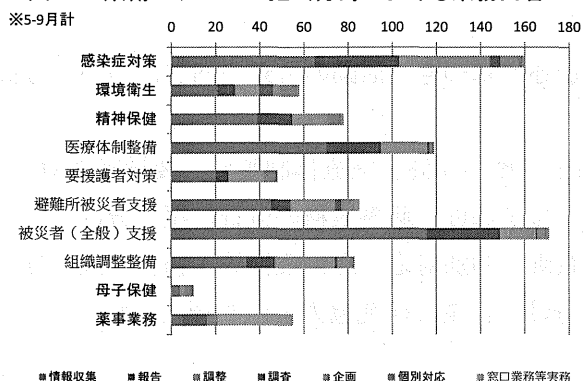
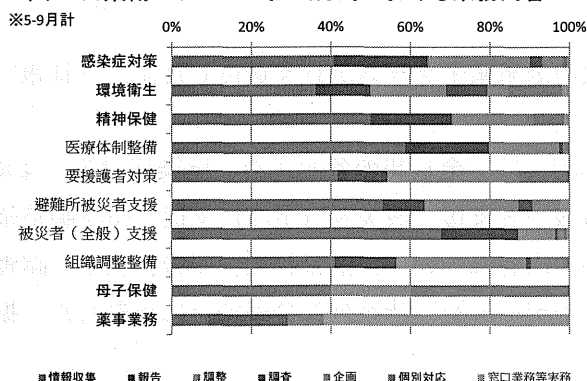


図4. 公衆衛生チームの担当分野における業務内容



公衆衛生チームの担当分野における業務内容について（図3、4）、総数は感染症対策が1番多く、ついで被災者（全般）支援、医療体制整備と続いた。内訳をみると基本的には情報収集、報告が多くを占め、調整も含めるとほとんどの分野で大半を占めていた。ただし、個別対応の含まれる母子保健や環境衛生などではその割合も多かった。また、薬事業務については、8月から窓口業務の支援も含めての派遣となっており、そのことを反映して窓口業務等実務が過半数を占めていた。

以上のように、公衆衛生チームの活動について俯瞰すると、分野は問わず、情報収集を軸に、報告、調整をはかるとともに、具体的な課題や派遣方針が明らかとなり対応が始まると、その分野の業務を支援する、というスタイルであったと言える。

また、各派遣チームは日報や現地での引継によりリレーされるかたちであったが、やはり事務局機能として後方あるいは側方支援できる体制があれば、情報収集、報告、調整の流れも円滑になり、また、把握された課題や現場のニーズへの対応の切り替え等についても迅速化できると思われた。

2) 各分野ごとの活動の状況について

図5. 感染症対策における業務内容の推移

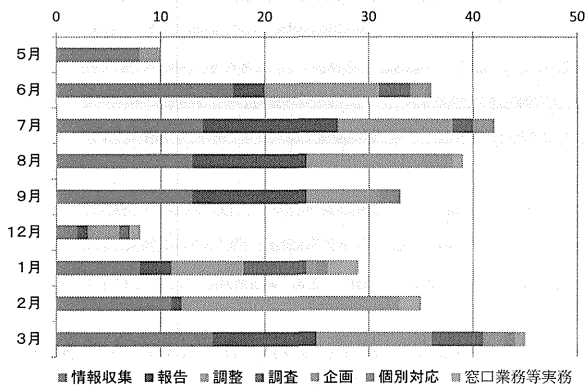
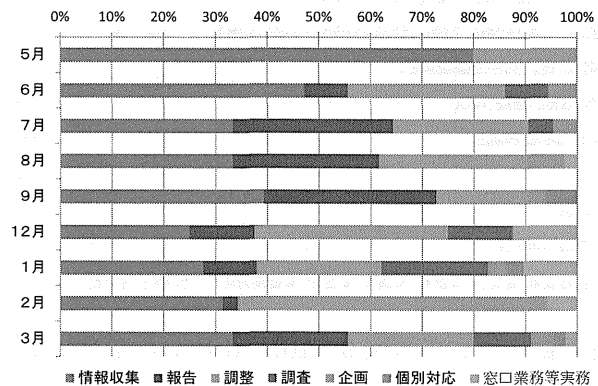


図6. 感染症対策における業務内容の推移(%)



感染症対策における業務内容の推移について(図5、6)、件数は7月を中心に6月から9月にかけてが多かった。また、業務内容の内訳については、5月は情報収集が中心で、6月から9月にかけては企画・調整、報告なども多くなった。次項の環境衛生とも一部重なるが、5月以降は避難所の衛生管理上の課題や浸水後の対応等があったことに加え、避難所での集団生活による感染症発生への対応に関する業務があった。

なお、1月から3月にかけての件数が多い理由は、データ整理等の業務も含まれているためであり、派遣方法やフェーズの違い、派遣された対応者の違いに加えて異質なものであるため留意が必要である。

図7. 環境衛生における業務内容の推移

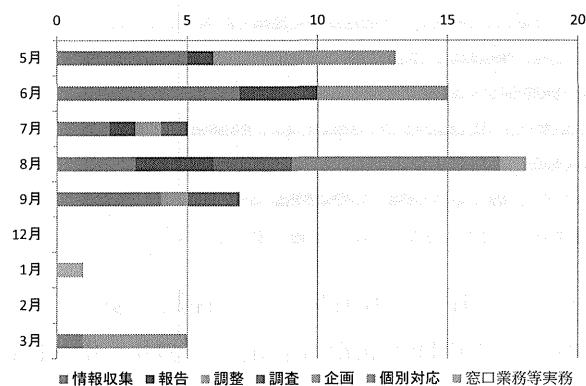
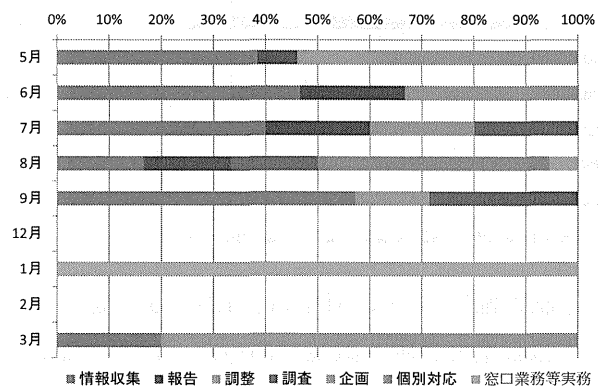


図8. 環境衛生における業務内容の推移(%)



環境衛生における業務内容の推移について(図7、8)、5月、6月は情報収集を中心として件数も増加したが、7月には一旦少なくなり、8月にはまた個別対応を含めて増加している。これは6月から8月の記録を見ると、6月から7月は浸水後の対応や避難所の衛生面での被災状況の把握に関することが主で6月が多く7月が減少していることに対して、8月には環境衛生等の専門の職員が派遣チームに含まれるなど、より専門性の高いチーム編成であるため対応案件も具体的に出てきたためと考えられる。

図9. 精神保健における業務内容の推移

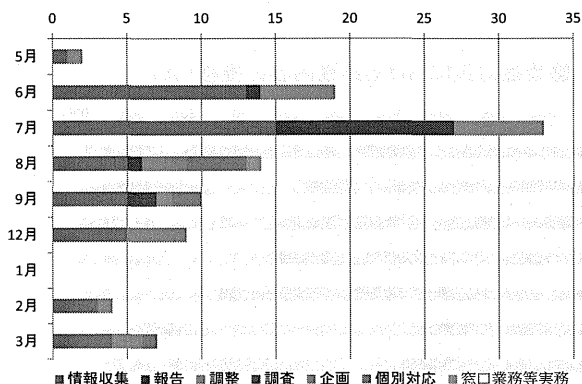
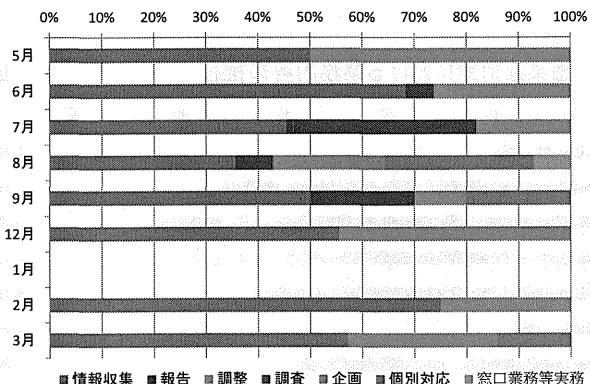


図10. 精神保健における業務内容の推移(%)



精神保健について（図9、10）、6月から7月にかけてピークとなり、以後8月、9月は大きく減少している。同期間の記録によると、6月から7月にかけてはこころのケアに関するものや従事者に関するものなど、関係するミーティングが様々行われていたが、そこに参加して状況を把握し報告する一方で、8月から9月にかけてはそれらのミーティングは流れや対応が整理されてきて落ち着いていった一方で、通報への対応などケースに関する検討など個別対応案件も出現しはじめるなど、件数の推移だけでなく内訳の変化もあった。

図11. 医療体制整備における業務内容の推移

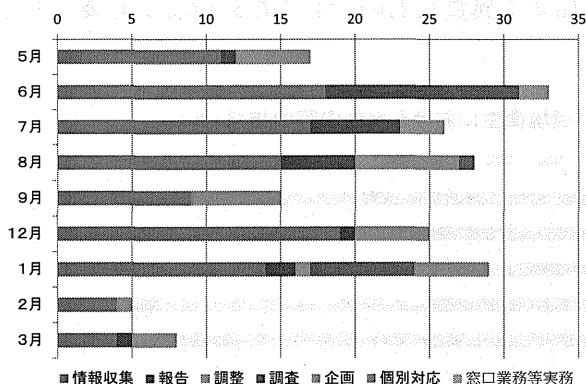
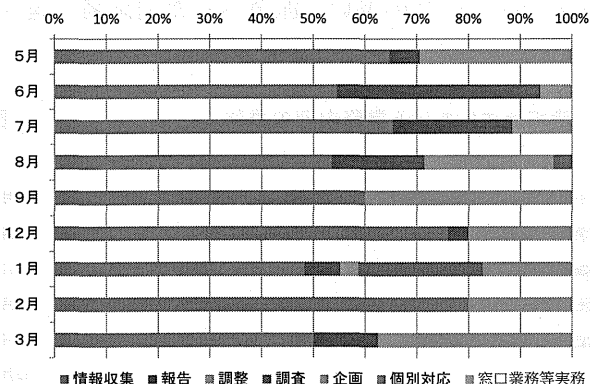


図12. 医療体制整備における業務内容の推移(%)



医療体制整備について（図11、12）、6月をピークとして、5月から8月にかけて件数が多く、ほとんどは情報収集と企画・調整であった。ただし記録によれば、この間の状況は変化しており、6月には医療救護班との合同ミーティング等も含まれていたが、7月以降開催間隔が開いていく一方で、医療提供体制の復興に関する各種の会議等や、保健医療に関する計画作成に関する打ち合わせ等も増えていったようである。

図13. 要援護者対策における業務内容の推移

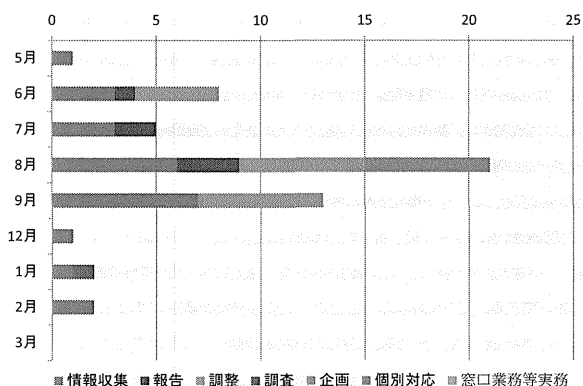
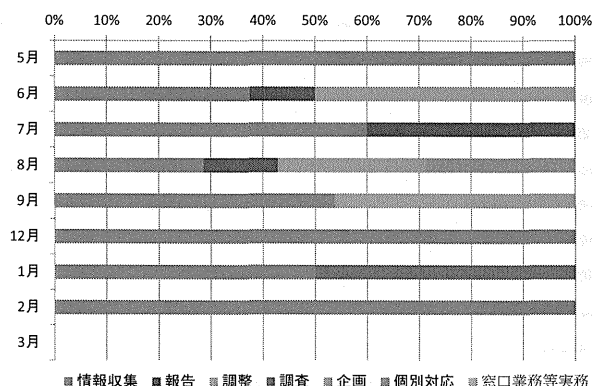


図14. 要援護者対策における業務内容の推移(%)



要援護者対策について（図13、14）、全体として件数は少なく、また業務内訳もほぼ調整と情報収集であった。5月など早い段階では避難所等での援護が必要と思われる方への対応についての相談なども含まれていたが、8月には難病に関するシステム化や事例の検討など個別対応も出現していた。また記録によれば、8月などシステム化や台帳等整備等体制に関する作業が出現しており、そうした業務に対応することができるようになったという状況の変化があった、とみることもできる。

なお、災害時要援護者対策については、上記のような対応の背景にある状況の変化や、そもそも数も少なかったことなどからも、やはり被災後に何か新たな対応をしていくという性質の分野ではなく、如何に事前に体制を作っておくか、意識共有や確認をしておくか、ということが重要な分野と考えられる。

図15. 避難所被災者支援における業務内容の推移

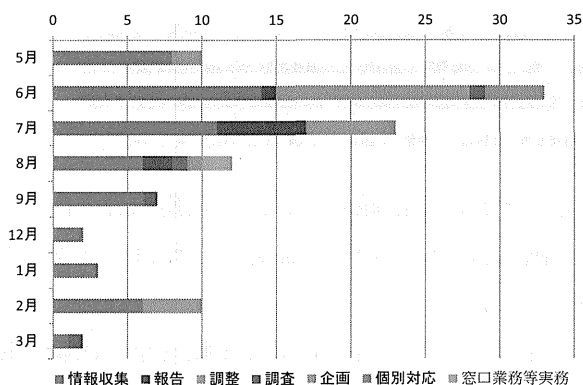
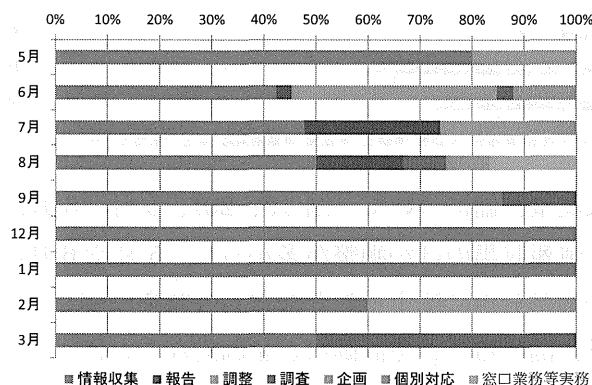


図16. 避難所被災者支援における業務内容の推移(%)



避難所被災者支援について（図15、16）、ここでは仮設住宅に関するものも含まれているが、基本的には調整と情報収集であった。記録によれば、5月などには避難所運営に関する事項も含まれているが、その他の時期には全体のミーティングや現地視察の中で避難所・仮設住宅のことが含まれているなどのほか、サーベイランスなど調査に関することが多くなっていた。

なお、避難所や仮設住宅の被災者支援に関することは、社会福祉協議会など、より広い枠組みの中でサポートセンターやその連絡会等の動きがあり、基本的には保健所や健康関係行政よりもそちらでの対応が主軸であるため、今回の公衆衛生チームの派遣による支援のなかでは特に濃い分野ではなかったのかもしれない（感染症対策や環境衛生など特定分野として避難所等を支援する場合を除いて）。

図17. 被災者(全般)支援における業務内容の推移

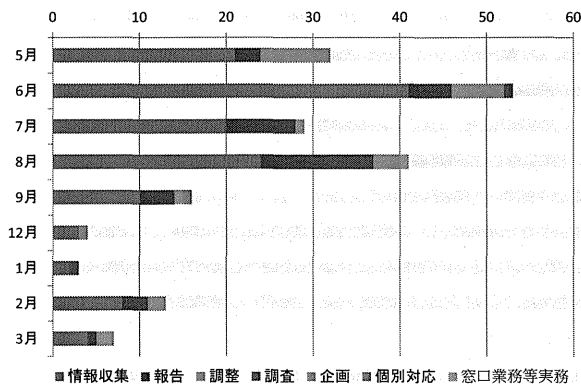
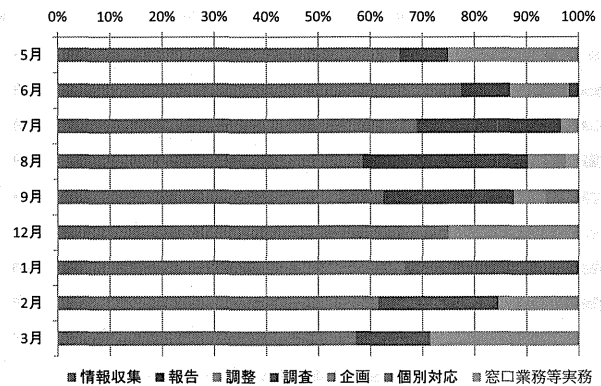


図18. 被災者(全般)支援における業務内容の推移(%)



被災者(全般)支援について(図17、18)、ここではその他の被災者支援が含まれているが、多くは調整や情報収集・報告であった。記録によれば、各種の内部・スタッフのミーティング等で議論があった場合が多く、他上記の被災者支援に含まれないカテゴリとなっていると思われる。

図19. 組織調整整備における業務内容の推移

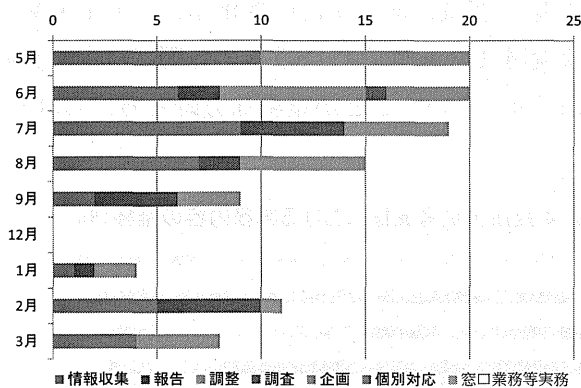
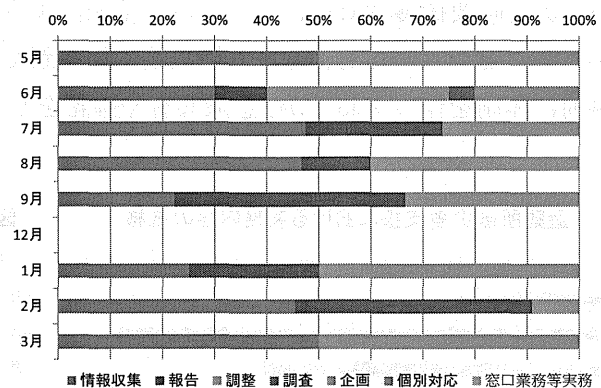


図20. 組織調整整備における業務内容の推移(%)



組織調整整備について(図19、20)、5月、6月が多く、それから漸減していた。業務内容の内訳としては情報収集のほか調整が多かった。5月や6月には企画も含まれていた。記録によれば、スタッフ配置や業務分担に関する事なども各時期に応じて出現していた。

方針に関することや計画など企画的なことについては、外部からの支援としては比較的早い段階で協力する課題が多く、むしろ後になってからは現地体制が復活するに従い外部支援としての関与は薄くなっていく可能性が考えられる。

その他母子保健について、薬事業務については示していないが、全体的に出現している他の分野と異なり、限られた時期での部分的な出現であった。

まず母子保健については、今回は基本的には県の保健所への支援であり、基本的には案件がなかったと思われる。8月については密に母子保健に関する打ち合わせを管内自治体含めて行っており、復興期をにらんで業務の進め方の検討をする時期に、また派遣職員でも母子保健にあかるといスタッフを送っているなどによるものと考えられた。

薬事業務については、5月の派遣などから現地行政ニーズとして薬事の窓口業務についての人手不足が明らかとなっており、それに呼応して専門スタッフを集中的に派遣したことの表れであった。

4. まとめ・考察

以上のように、今回の公衆衛生チームの派遣について、日々の記録から状況を分析した。派遣のしかたによって件数や内訳がことなることは当然としても、主として5月から9月の間の短期派遣の繰り返しの時期についても、それぞれの分野において件数や内訳に特徴があった。

特に時系列の推移については、当初は感染症対策が多く、追って精神保健などの対応が増えていくことを予想していたものの、日報の分析ではそうした単純な傾向は浮かび上がってこなかった。以下に具体例として感染症対策と精神保健、医療体制整備について取り上げ、考察を加える。

感染症対策は件数が多いことは確かであったものの、被災による衛生面での対応についてはその後環境衛生等での対応につながり、また、避難所での集団発生の防止や個別の対応はいずれの時期にも何かしらの案件は出ており、単純な増減といった傾向ではない。この経験からも、衛生教育的な意識向上・普及啓発的な、面的な対応については、いろいろな活動や団体の協働による組織的な対応となるため、体制を持ってあたることが重要であることがわかる。また、こうした組織的な対応については、出来る限り平時から訓練なりマニュアル類などにもきちんと位置づけて備えておくことが重要である。

精神保健については、いわゆる災害後のこころのケアなどは、比較的早期の医療救護の一環で外部医療チームを中心にまわっている時期にはミーティングなどでの情報共有も多かったが、復興期に入るに従い、通報等に基づく対応やその検討という、保健所そのものの業務も出現していた。今回の公衆衛生チームの派遣は発災2か月後から1年後程度までのあいだでありさまざまな状態をまたいでいるが、その中でも様相が劇的に変わっていることをふまえ、フェーズに応じた精神保健分野の支援のあり方としても検討しておく必要があると考えられる。

具体的には、比較的早い段階には、避難所などでの急性期、亜急性期の対応であり、おそらくは頻回の合同ミーティングなどで事例の共有や対応の流れの整理と役割分担の明確化を行なう、ということが考えられる。

一方、仮設住宅への移行など復興にシフトしていくに従い、規模的にも行政だけの対応では無理になってくる。また、介入といっても近隣の見守りなど健康に限らない活動が、しかも重層的になってくるが、そういう状況では、行政だけでなく協働できる諸活動との連携とその体制の確立が大きな課題となる。このあたりは要援護者対応であるとか、平時の障害者総合支援法による諸活動などが下敷きになるはずである。その上で、いわゆる保健所の業務としての精神保健分野の活動についての人的支援のあり方を整理する必要があると考えられる。

医療体制整備については、比較的早期には医療救護班との合同ミーティングが頻回であるなど、被災後の医療救護活動との連携の強化・維持が主であったが、その後、復興をにらんだ医療体制のあり方についての各種の検討会議等への協力が多くなった。前者の医療救護活動については、情報共有やそのための関係づくりが重要であり、特に外部からの支援では、医療救護活動と公衆衛生・行政の「つなぎ役」を目指す必要がある。また後者については、急性期の救護医療だけでなく、中長期、復興期を長いスパンでとらえた医療提供体制を検討することが必要である。被災前の医療体制状況にもよるが、基本的には医療資源、介護資源も打撃を受けているはずで、また生活の場も自宅ではなく避難所、仮設住宅へとシフトしていく。これらの状況では、平時以上に、訪問サービスや地域包括ケア的な多職種連携による地域の保健・医療・福祉の連携が求められる。保健所と医療提供体制については所や都道府県により向

き合い方は様々であるが、こと災害時対応や健康危機管理に関わる以上、医療提供体制については不可避の課題と言える。いかに平時から地域の関係者とのつながりを維持しておけるか、ということが生きてくると考えられる。

以上のとおり、感染症対策、精神保健、医療体制整備について取り上げ、まとめるとともに考察を加えた。このほか、今回は特に環境衛生・薬事業務で明らかであったが、5月に現地の課題やニーズを把握し、それを踏まえた構成で専門的支援を行なうことができた。

発災後に従来の地域保健支援チームが出動するなかで、急きよ公衆衛生支援として立ち上がった今回の公衆衛生チームによる支援活動であったが、内部での情報共有や分析、戦略の検討等といった、支援の「ロジスティクス」の重要性が浮き彫りとなったといえる。今後の派遣による災害後の支援活動につなげていくためにも、派遣の後方部隊、事務局機能の充実についても検討が必要であると考えられる。と同時に、都市部、大規模自治体としては、受援に関しても類似の事務局機能が必要となる可能性を想定しておかねばならない。