

## 2 まとめ・これからの対策

- 災害時、医療機関から給水要請があり、事業者などに支援を要請したが、給水車などが不足していたため、十分な給水体制の確保が必要である。
- 避難所などのトイレが不足していたため、簡易トイレなどの支援整備が必要である。
- 全国から支援物資が避難所などに配給されたが、配給のミスマッチがあり、各避難所ごとに過不足が発生していたため、災害時の物流システムを全国規模で整備し、クラウドを活用して被災地のニーズと支援側の支援物資をマッチングできる円滑で効率的なシステムの構築が必要である。
- 災害時、福島県庁、保健所、医療機関、市町村、住民などの連絡手段および避難先への誘導手段として、衛星回線電話、災害時優先電話、MCA 無線、ラジオなど情報伝達ルート多重化による確実な連絡情報体制の整備が必要である。
- 放射線被ばくスクリーニングをしていないと受診に応じない医療機関があった。医療従事者の放射線に対する理解不足があったため、医療従事者に放射線の情報提供や普及啓発、教育が必要である。
- 緊急被ばくスクリーニングを実施する場所や人員の確保と体制の構築、スクリーニングによる着衣の交換や除染用シャワーの確保、安定ヨウ素剤の服用との連携、避難者の申請登録、測定器と測定方法の標準化などが必要である。
- 子どもへの放射線に関する教育カリキュラムの見直しとともに、住民に対するリスクコミュニケーション、緊急時に被害が最小限になり得るため情報公開のようなクライシスコミュニケーションが平時から必要である。
- 医療機関や社会福祉施設などが被災し患者や入所者の個人情報紛失したことから、カルテや調剤、介護の医療情報などを電子化し、クラウドを活用して耐震施工データセンターで一元的に蓄積しインターネット専用回線を経由して避難所、他医療機関、福祉施設などでデータ閲覧可能な大規模個人保健医療福祉情報システムの構築が必要である。
- 災害時の相互応援協定は相互応援を含めた広域的な応援体制であるが、それらの迅速な対応や保健所要請ライフラインの確保など個別具体的対応の支援が必要であったことから、要請がなくてもただちに相互応援する自律的応援体制の整備が必要である。
- 放射線障害についてマスコミなどに住民の不安が扇動されないよう、専門家による一元化された継続的な情報発信体制の構築が必要である。
- 平時から自律的応援体制の健康支援先遣隊、公衆衛生派遣チーム、公衆衛生版 DMAT、DHEAT、REMAT、DPAT などの登録・派遣制度、被災者の健康管理情報の共有化、復旧・復興支援制度データ活用などのシステムを構築する必要がある。
- 原子力災害では、全国に被ばく医療機関の整備と重症被ばく患者拠点病院の指定とともに、原子力災害版 DMAT の原子力災害派遣医療チーム NMAT を新設する必要がある。

- 被災3県の災害拠点病院において国の、広域災害救急医療情報システム Emergency Medical Information System (EMIS) を利用した病院は少数であったことから、保健所にも端末の設置や情報発信の支援、入力、訓練などの体制の整備（地域災害医療関係機関連携会議、災害医療関係機関対応マニュアルなど）が必要である。
- 福島県外の避難者に対して福島県「県民健康管理調査」、健康診断、がん検診、予防接種などに対応できるよう情報提供や健康支援の体制の構築が必要である。
- 保健所は地域の健康危機管理の拠点として迅速な行動力に対応するとともに、大震災の影響が長期化するなか、避難所から仮設住宅などの住民の現場に足を運び、避難者のニーズに対して、ソフトパワーを十分に発揮し地域力が生かされるよう、新しいコミュニティづくりを推進していく必要がある。
- 保健所は警戒区域からの避難者などに対して健康支援、特に今後の生活再建の見通しが困難な避難者に対して、こころのケアをきめ細やかに継続的に実施していく必要がある。
- 保健所など公衆衛生関係機関は、放射性物質による影響について、住民の安全・安心を確保するため、食品、飲料水などの検査および適正な情報提供を図っていく必要がある。
- 保健所などの公衆衛生関係機関は、平時の訓練や発災時の情報を迅速に住民へ伝達し、一人ひとりの安全確保の情報システム、地域防災計画見直しや減災対策のため、安全・安心の体制を構築していく必要がある。
- 保健所など公衆衛生関係機関は県の医療計画、県や地域の復興計画および防災計画、地域保健医療福祉計画、地域医療再生計画などの策定に関与する機会をとらえて、積極的に役割を果たす必要がある。
- 国や自治体などによる支援として保健師などの被災者および避難者の支援者が利用できるストレスケアシステムを確立する必要がある。
- 被災者および避難者のための保健、福祉、介護施策などの総合的活動の展開および地域包括ケアシステムの再構築が必要である。
- 地域づくり、まちづくりのあり方も踏まえた医療機能の集約と連携、在宅医療の推進など、新たな医療提供体制の再構築が必要である。
- 安定ヨウ素剤は国の原子力災害対策本部から服用指示の情報が伝わらない場合には、市町村の独自の判断でできるようにするとともに、一定範囲にある地域では事前に説明のうえ、安定ヨウ素剤を各世帯に平時から配布しておく必要がある。

（前県南保健福祉事務所 遠藤幸男）



# 平成25年度 地域保健総合 推進事業発表会

福島県北保健所所長  
(全国保健所長会学術担当常務理事)

遠藤 幸男

平成25年度地域保健総合推進事業発表会は平成26年3月3日(月)、4日(火)の2日間、東京都都市セクターホテルで開催されました。1日目は第1部「健康安全・危機管理対策総合研究事業」で2演題、第2部「地域保健総合推進事業」で16演題が最新のさまざまな

表 第2部「地域保健総合推進事業」演者(分担事業者)

松本珠実氏 (大阪市保健所保健副主幹)
小澤邦壽氏 (地方衛生研究所全国協議会長)
中西好子氏 (全国衛生行政研究会長)
磯部澄枝氏 (新潟県上越保健所主任)
田邊等氏 (全国精神保健福祉センター長会長)
半田一登氏 (日本理学療法士協会会長) / 中村春基氏 (日本作業療法士協会会長)
松本啓俊氏 (医療・病院管理研究協会常任理事)
山田全啓氏 (奈良県葛城保健所長)
大江浩氏 (富山県砺波厚生センター所長)
石丸泰隆氏 (山口県岩国環境保健所長)
宇田英典氏 (鹿児島県伊集院保健所長)
柳尚夫氏 (兵庫県洲本保健所長)
阿部孝一氏 (郡山市保健所長)
緒方剛氏 (茨城県筑西保健所長)
竹之内直人氏 (愛媛県中予保健所長)
中瀬克己氏 (岡山市保健所長)

テーマで発表され、2日目は第3部「地域保健に関するフォーラム」がI・IIのテーマ別に、それぞれ基調講演と3演題のパネルディスカッションという工夫もなされ、第4部「地域保健総合推進事業」紙上発表」3演題の計4部に及ぶ豊富な内容でした。1日目の第1部では筆者と大分県中部保健所長の藤内修二氏から、第2部では表の方々から報告がありました。また、2日目の第3部では、I「大規模災害時における地域医療の確保」について、国立保健医療科学院上席主任研究官の橘とも子氏、兵庫県災害医療センター長の中山伸一氏、東京都災害医療担当課長の宮野収氏、高知市保健所長の堀川俊一氏から、さらにII「保健師活動指針の見直し」に

ついて、日本看護協会常任理事の中坂育美氏、杏林大学看護学科教授の大木幸子氏、埼玉県保健医療政策課副課長の加藤静子氏、姫路市保健所技術主任の竹田貴子氏から講演および報告がありました。第1部では、ソーシャルキャピタルの醸成や活用には、藤内氏は全国市町村調査結果から住民組織との協働のプロセスの改善に向け、その手引きや研修の機会の重要性を、第2部で松本氏は保健師の総合的な職務遂行能力、地域保健と学校保健や産業保健との連携の促進等を報告されました。小澤氏は地方衛生研究所の検査機能の強化のための連携支援体制の充実や広域的な疫学情報共有システムの構築の必要性を示されました。中西氏は、公衆衛生(行政)医師確

保・育成に関して、調査とともに新規採用職員と管理・監督職の研修等の実施を報告され、宇田氏は若手のメーリンググループ運用、サマーセミナー開催、ポスター配付、ガイドライン作成等を行い、一定の成果が得られたと発表されました。磯部氏は栄養・食生活改善の効果的な施策には、地域の実情に応じた手法の検討・実践、検証の必要性、田邊氏は法改正後、災害時、依存症の地域精神保健と精神保健福祉センターの役割の重要性、半田氏と中村氏は、地域ケア会議へのリハ専門職の役割の必要性、松本氏は地域包括ケア提供拠点の量的分布的推計等の構築方策の検討について、それぞれ報告されました。さらに保健所の立場から、山田氏は精神医療と地域ケアの連携推進、大江氏は在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアの推進、石丸氏は地域医療連携・地域医療再生の充実、柳氏は精神障がい者のアウトリーチの推進、阿部氏は東日本大震災被災者の支援の在り方、緒方氏はメーリングリスト活用等の情報支援システムの構築、竹之内氏は緊急被ばく保健医療手引き

改訂、中瀬氏は自然災害や新型インフルエンザ等の健康危機のICS活用の調整機能強化についてそれぞれ報告され、保健所が地域保健の拠点および健康危機管理の拠点として住民の健康と命を守る役割の重要性を有することが改めて明確にされました。

大規模地震に対する地域保健基盤整備実践研究(研究代表者 筆者)では、政府が想定している南海トラフ巨大地震等の大規模地震に備えるために、健康被害と支援等の量的推定と把握方策、域内外からの支援の調整方策、これらを担う人材やその育成について、次に掲げるような検討を行いました。

1. モデル地域での被害想定を踏まえ、小地域単位で死者数を推計することで医療資源に対しニーズが過大な地域を「見える化」しました。岡田氏は震災による推定被災者数に関する新しい精度の高い提案式を提示しました。本方法には、かつて試みられなかった方法が導入されています。1つは「外傷重症度スコアSSS指標」の導入、1つは「建物内部空間損傷度」の導入です。

2. 公衆衛生分野での情報把握と支援実務の最前線を担う保健師が中心となつて、災害時の被災市町村の保健活動支援に際し有用な地域診断項目(把握情報項目)とその活用方法を明らかにし、現場に有用なツールを作成しました。迅速評価を行う場合は、災害時対応の県庁、保健所、市町村等の機関・組織の特性を生かして行うことが重要です。

3. 人的・物的地域保健資源の効果的な調整の方策として、モデル地域で県間の調整を具体的に検討しました。広域支援資源の効率的な活用には、モデル保健所管内で現場(救護所や避難所等)から市町村、保健所、本庁まで一体的に調整できるインシデント・コマンド・システム/インシデント・アクション・プラン(ICS/IAP)の共通基盤のイメージ図を作成しました。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、また田上氏は高知県中央東福祉保健所において、保健所版のICS/IAPの模範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す。

(図1)。さらに、震災初動等のマニュアルをアクションカード化し、カードによる指示命令等の有効性を確認しました(図2)。黄色カードは全員と班員全員が全体像を理解するために、青色カードは班長の役割理解と進行管理用とし、白色カードは個々の班員の具体的行動命令としました。中瀬氏と堀川氏もアクションカードを切り口として、ICS/IAPを活用しやすくしました。

4. 被災地経験の共有を含め、福島県で研修を実施するとともに、国立

図1 モデル保健所の災害初動時の組織体制と機能のイメージ図

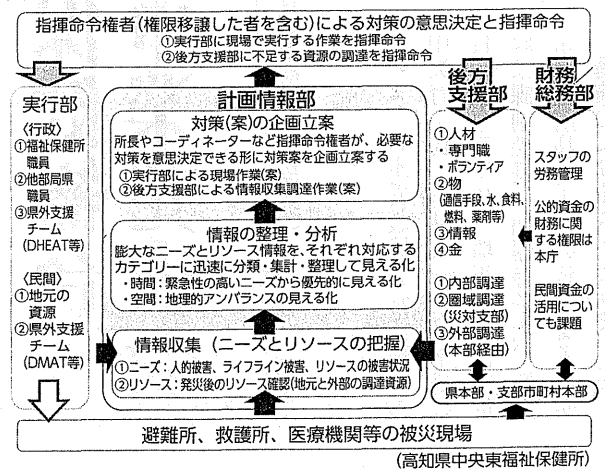
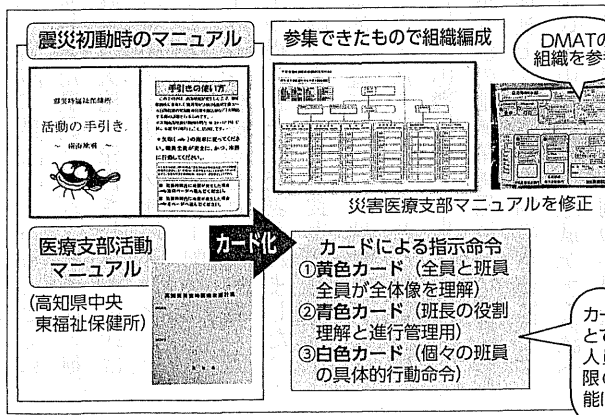


図2 モデル保健所のマニュアルのアクションカード化



保健医療科学院の研修では、公衆衛生情報の迅速な収集・共有化とICTの活用を強化しました。今後はカウンターパートの4県間で広域的な支援調整を行うための機構(ICS)の活用、災害時広域支援調整のための南海トラフ巨大地震モデル地域案の作成、クラウドの活用、発災時の自衛隊、警察、消防との連携のあり方、災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)の人材育成等を強化することを検討していく予定です。

# 地域における感染症対策 システムと保健所の役割

## はじめに

ご承知のように、感染症対策は保健所が果たすべき重要な健康危機管理の一つです。そこで今回は筆者がかかわってきた、当保健所管内における活動の事例を紹介いたします。地域における感染症対策システムの構築に関する保健所の役割を提示することにより、保健所長をはじめ、公衆衛生医師や保健師、薬剤師、臨床検査技師等の方々にとって、地域の感染症対策の一助になれば幸いです。

## 当保健所管内における取り組みの事例

(1) 地域感染制御ネットワーク支援  
いま、社会福祉施設だけでなく、

医療機関の院内感染対策だけでなく、地域を点から線、線から面としてとらえる感染制御への対応が求められています。そのためには、地域における健康危機管理拠点として、保健所が主体的に地域における感染症対策システムを構築することが重要です。そこで、平成21年度から実施した「地域感染制御ネットワーク支援事業」では、管内地域における社会福祉施設および医療機関を対象に、施設内感染に関する情報交換および感染症対策に関する基本的知識の習得等について支援を行い、関係機関の地域ネットワークの構築を図ることで、地域全体の感染症対策の向上を推進しました。

このような取り組みが評価されたためか、直近の診療報酬改定では、医療機関の感染防止対策加算や地域連携加算が新設されました。今後、各医療機関における感染防止対策の評価の充実、推進、医療機関どうしの連携が図られることが期待されます。

## (2) 地域医療安全ネットワーク

保健所が毎年行っている医療機関への立入検査だけでは、各病院における医療安全対策への取り組み状況や病院職員間の安全管理意識の継続等に偏在や格差が生じ、病院間における医療格差の発生にもつながりかねません。このため、当該地域病院の状況を踏まえ、病院のリスクマネージャーを構成メンバーとする情報連絡会議を、当初は福島県南保健所で開催し、医療安全対策に関する情報交換や事例検討などを行いながら、地域



福島県北保健所所長  
遠藤 幸男

における医療安全対策システムの全体的なレベルアップを図っていくことになりました。

まず平成19年度から、当保健所において「地域病院リスクマネージャー連絡会議」を開催しました。平成20年度からは各病院における医療安全管理の責任者であるリスクマネージャー間の情報交換および安全対策意識の向上を図ることにより、医療現場における事故の減少および安全管理体制の確保に努めることを目的とする「地域医療安全ネットワーク会議」を開催することとしました。

本会議は保健所管内の病院におけるリスクマネージャー、医療安全推進者、医療従事者を対象として、会場は保健所だけでなく各病院持ち回りで、院長の同意・支援の下、各病院の医療安全対策や院内感染対策について、本会議の構成メンバーを含め医療現場の視点で、自主的に相互に院内ラウンドを取り入れることにより、他病院の実践的な取り組みを自病院に持ち込み、相互に地域感染制御のレベル向上を図るものです。参加者全員に大好評であり、その有効性

について評価する声も聞かれます。

感染対策ラウンドにおけるキーポイントは、医薬品や医療器具などの共用の回避、処置時における手指衛生の励行、輸液・注射液調製時における無菌操作、尿や便処理時における適切な手指衛生と個人防護具の着用、職業感染対策（咳エチケット、安全器材とシャープスコンテナの使用など）等です。班に分かれてラウンドしていただき、当番病院の引率者、または現場の責任者の指示に従い、現場の邪魔にならぬように配慮して確認やヒアリングを実施していただきました。ラウンド時のポイントは現場で気づいた点についてはメモを取るなどして、後の意見交換に生かし、他病院の状況を知る貴重な機会に事前に確認したいことなどのテーマを持ち寄りラウンドしていただきました。

ラウンドに保健所は同行しませんが、ラウンド後の意見交換の際にはアドバイザーとして同席しました。意見交換は4班に分かれ、自院と異なる点、気がついた点、疑問点を提出し、有意義な意見交換の場となるよう活用していただ

きました。なお、ラウンドで知り得た個人情報取り扱いについては、十分な配慮をお願いしています。

### (3) 院内ICT活動

当保健所の病院立入検査において、各病院から事前に提出された自主点検票を確認するとともに、院内ラウンドでは標準化した院内感染対策のチェックリストを活用して10大項目91小項目について漏れがないよう確認し、指導等しています。

当保健所管内H病院の「ICT（Infection Control Team）委員会」は、保健所との連携および支援の下、平成18年3月に発足しました。ICT委員会は、院内感染防止のため具体的な感染防止対策活動を行う委員会として活動しています。院内感染防止対策委員会（管理）の実働組織としてICT活動を行っている（委員長は兼務）組織構成は、医師1名・事務1名・看護師12名（外来・病棟・看護管理職を含む）・技術5名の19名で、病棟と外来はリンクナースを兼務し、毎月第3木曜日に定例委員会を開催し活動しています。

活動内容は「院内感染防止の現状調査（流行調査）」「院内巡視など現状調査」「感染防止対策マニュアル改訂・追加」「ICT会報の定期発行」「院内感染発生率・感染症種類の現状分析と検討」「立ち入り調査・現状確認」「問題点リストアップ」「感染経路別防止対策の検討」「発生例の多い病棟の症例の分析検討」「平常時・アウトブレイク時の対策立案」「院内勉強会の実施」など、多岐にわたります。

H病院では抗生剤の使用数を診療科ごとに設定、件数を決め、汚染機材などからの感染者を監視しています。抗生剤の系統薬剤ごとにグラフにして推移をわかりやすくし、特に監視が必要な抗生剤について表記しています。院内巡視時に使用する標準予防策などの項目の設問を聞き取りと手洗いについては実施してもらい、チェックリストに記入しています。各科院や外来を2名の委員がチームを作り、隔月に違った診療科の調査を行っています。

### (4) 専門家による社会福祉施設・病院のラウンド

「社会福祉施設等における感染

予防対策実地研修会」は、県南保健所が主催して、東北大学病院感染管理室の感染制御専門家をお迎えし、平成18年度には知的障害者更生施設・介護老人保健施設において、県南地域の社会福祉施設等の感染症担当職員を対象に、実地研修とラウンド後の意見交換を実施しました。また、平成22年度には「院内感染ラウンドの実際」として、東北大学感染制御・感染管理等の感染症専門家による実務研修が、福島県内保健所職員を対象にして、地域の拠点病院において初めて実施されました。

### (5) 地域感染症情報共有システム

地域の社会福祉施設、医療機関、各市町村教育委員会等を対象に、感染症に関する情報を定期的に提供するとともに、各種施設ごとの課題等の情報交換を行い、施設ごとに感染症発症時の対策が図れるよう支援している事例です。

地域感染症情報として県感染症発生動向調査週報の情報を参照しながら、地域で流行している感染症の情報、感染予防対策や感染予防に関する情報、児童福祉施設等には、各市町村教育委員会から毎

日報告される欠席状況報告書を反映した情報などを提供します。発行時期については毎月1回程度、メールおよびFAXにて送付し、感染症発生動向に急激な変化がある場合や、子どもの感染症流行により影響される児童福祉施設については、流行の兆しがあった場合などは、随時発行するものとしています。

なお、福島県のWebサイト内に地域感染症情報が掲載されています(「県南保健福祉事務所・県南保健所」を探索してください)。

(6) 避難所感染症サーベイランス  
東日本大震災において特異的に避難所感染症サーベイランスシステムを活用して感染症危機管理システムのさらなる質の改善を行う避難所サーベイランスは、感染症分野における特異的研究として、国立感染症研究所感染症疫学センター(前感染症情報センター)の支援の下に、福島県県南保健所中心とした地域内から福島県の郡山市保健所、いわき市保健所等、宮城県へ推進されました。東日本大震災における感染症対策として、このサーベイランスは、被災地の各

関係者が避難所における感染症情報リアルタイムにかつ経時的に共有できました。さらに同センターが情報を分析し、保健所等に情報を還元する双方向の情報共有システムを運用できました。実際には同センターのホームページ上の画面にID・パスワードにより入っていき、避難所サーベイランス入力画面から必要とされる数字等を入力するだけで、リアルタイムに発生状況を示す地図、保健所管内の情報の一覧、グラフを参照できたのです。さらに、各保健所管内の避難所データ閲覧画面から避難所サーベイランスのデータを一括入力、修正することもできました。

避難所サーベイランスは感染症を早期探知し、集団発生が回避できるとともに、集団発生した場合でも感染拡大を最小限化するなど迅速で適確な環境衛生、手指衛生、マスクの着用、衝立、隔離、医療機関との連携強化等状況に応じた感染症対策を直接介入することができまますので、災害時には必要不可欠な感染症対策となり、今後の普及啓発が必要です。

### (7) 地域の感染症予防リーダー養成講座

県北保健所管内における高齢者施設、児童福祉施設、障害者福祉施設の社会福祉施設等の職員を対象とし、平成21年度から感染症予防リーダー養成講座を実施し、平常時の感染症予防策と感染症発生時の拡大防止策に必要な知識の再確認と感染症に関する情報提供を行い、平成24年度には実践報告会を開催しましたが、

さらに地域の人材育成のため充実を図っています。平成25年度には社会福祉施設等における感染症対策を進めるためのコーチング技術を習得した方々を中心に、国立感染症研究所のFETPや福島県立医科大学のICN等の方々のご協力により、各施設において職員教育ができる感染症予防リーダーを育成してまいります。この新しい取り組み

は感染症対策におけるソーシャルキャピタルを育てるものといえるでしょう。

### (8) 日本版標準のICS/IAPの作成

保健所が地域住民の健康安全を守るための健康危機管理拠点としての危機管理システムをより強化するために、感染症分野の日本版標準のICS(Incident Command System)およびIAP(Incident Action

図1 都道府県における大規模感染症等発生に対応したICS/IAP組織図

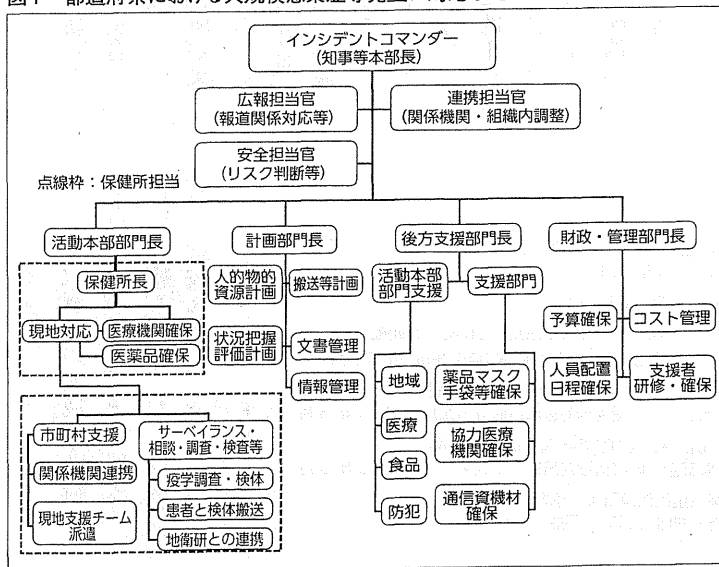
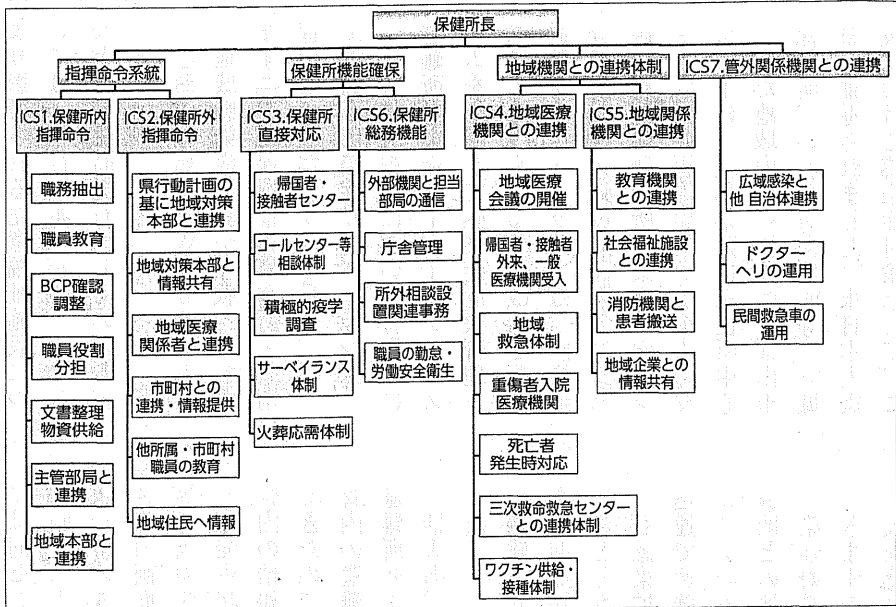


図2 保健所健康危機管理対応指針 日本版標準ICS/IAP感染症分野



Plan)を作成しました(図1・2)。  
 感染症分野の日本版標準ICS / IAPは、平成23年9月20日に公表された新型インフルエンザ行動計画を主たるベースとして、平成22年度の新型インフルエンザ対策に関する事業(分担事業者)遠

藤幸男等を踏まえて、高病原性の新たな感染症が海外で発生し、国内でも多大な被害が発生する大規模感染症を想定して作成しました。これは新型インフルエンザ等対策政府行動計画(平成25年6月7日)策定を受け、都道府県および保健所の新型インフルエンザ行動計画作成に活用すべきシステムであるといえます。このICS/IAPは、国等のレベルで策定された新型インフルエンザ対策行動計画に則っ

て、感染症の発生状況に対応時期として5分類し、新たな感染症の流行では、対応時期において、保健所が効率的に地域住民の健康被害をより少なくするためにどのような活動を行うべきかについて、標準的なシステムを示したもので

す。新型インフルエンザや新たな感染症等の大規模感染症の場合には、感染症が発生した時期から、時間の経過とともに、保健所が果たすべき役割は変化してきますので、海外発生期、地域未発生期、地域発生早期、地域感染期、小康期の5つの時期に分類しました。さらにICSの分類としては「ICS1・保健所内の指揮系統」など7つの分類に分け、標準的ICS/IAPとして示しました。これらの時期と分類のICS/IAPマトリックスは、実際的なチェックリストでもあります。

おわりに

以上、「地域における感染症対策システム」をめざすうえで参考となりそうな、私がかかわってきた保健所の事例を紹介しました。

結局は、いつでも、どこでも、なんでも、住民の安全・安心を求めるニーズに迅速・的確に対応できるよう、保健所が地域の実情に応じて独自に、主体的に関係者の一人ひとりと会い、語り、動くことによる自助・共助・公助のしく

みづくり、新しい地域感染制御ネットワークづくり、そして人材育成に取り組んでいくことが重要なのだと思います。

参考文献

1. 遠藤幸男(分担事業者):平成22年度 地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)「新型インフルエンザ対策に関する評価及び情報発信・共有」平成23年3月
2. 遠藤幸男他:避難所サーベイランス:日本感染症学会東日本地方会.2011.10.27.
3. 遠藤幸男(研究代表者):「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」感染症・結核分野研究平成23年度厚生労働科学費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業).平成24年3月
4. 遠藤幸男(研究代表者):「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」感染症・結核分野研究平成23年度厚生労働科学費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業).平成24年3月
5. 遠藤幸男(研究代表者):「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」感染症・結核分野研究平成23年度厚生労働科学費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業).平成25年3月
6. 遠藤幸男(分担事業者):平成24年度 地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)「東日本大震災復興期における保健所の被災者への支援のあり方に関する研究」平成25年3月



Vol.60 No.10

ISSN 1347-8060 Nihon Koshuu Eisei Gakkai Soukai Shourokushuu

特別附録 平成 25 年 10 月 15 日発行

October 2013

JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

# 日本公衆衛生雑誌

第 60 卷・第 10 号 特別附録 平成 25 年 10 月

第72回日本公衆衛生学会総会抄録集

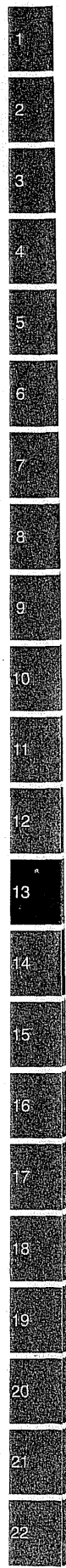
三 重

日本公衛誌  
Jpn J Public Health

日本公衆衛生学会  
Japanese Society of Public Health

10

特別附録



O-1302-2 東日本大震災における個人情報の保護と活用に関する課題

齋藤 明子<sup>1,2)</sup>、人見 祐<sup>2)</sup>、中山 健夫<sup>1)</sup>

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野<sup>1)</sup>、特定非営利活動法人 医療ネットワーク支援センター<sup>2)</sup>

【目的】福島第一原発周辺町を例に、東日本大震災発生から2013年2月までの個人情報取扱い事例を収集・検討し、災害時の個人情報の保護と適切な活用を目指した方策を提案する。

【方法】災害時の個人情報取扱いを検討・情報共有する目的で、NPO医療ネットワーク支援センターが主催した、福島県双葉群4町職員、法律関係者らの参加する勉強会(演者含む)6回と、町職員、住民等への面接記録を主な情報源とする協働的事例研究で質的研究。個人情報に関連する事例を抽出・概観し、課題を検討・整理した。

【結果】収集した33事例より、災害とそれに伴う情報技術系の機能不全による膨大な災害対応業務に、法の構造上の課題、法の理解不足という人の側の理由から、町職員の負担が増大した状況が伺われた。さらに放射線災害が生み出した個人情報の機微性が状況を一層複雑化した。その状況は発災からの期間とともに変遷した。緊急期、個人情報保護を理由に避難施設から住民の避難情報提供が拒否された事例から、災害時、自治体の避難状況確認の目的に対し、関与する機関は個人情報を提供する協力義務を課す法改正につき提案がなされた。積極的な個人情報共有事例として電話帳の作成・配布があり、組織全体での目的の共有と住民への十分な周知と理解が自治体での個人情報活用には有効と示唆された。

【考察】災害時、市町村が住民を保護する責務を果たすには個人情報の共有が不可欠となる場合が多い。個人情報提供の協力義務に関し法改正のみならず、ガイドライン策定、現行条例内での解釈、平時よりの関連各所との連携依頼、運用細則、免責事項、除外規定の解釈などで可能な対応もあるので、自治体の災害担当者間で事前確認を提案する。また、個人情報の取得・提供の業務では、包括同意やオプトアウトなどの運用により、自治体、住民双方にとり円滑な手続きが進められると考えられる。この度の結果を事例集としてまとめたものを自治体に配布する他、自治体・住民に対し個人情報への理解を促す啓発に動めることも必要と考えられた。

O-1302-3 東日本大震災復興期における被災者への支援と保健所のあり方

遠藤 幸男<sup>1)</sup>、宮川 隆美<sup>2)</sup>、菅原 智<sup>3)</sup>、小松 真吾<sup>4)</sup>、大熊 恒郎<sup>5)</sup>、山口 一郎<sup>6)</sup>

福島県東北保健所<sup>1)</sup>、青森県八戸兼東地方保健所<sup>2)</sup>、岩手県県央保健所<sup>3)</sup>、秋田県横手兼湯沢保健所<sup>4)</sup>、仙台市青葉保健所<sup>5)</sup>、山形県村山保健所<sup>6)</sup>

【目的】東日本大震災の発災後2年以上が経過したが、依然として、避難者は約30万人である。そこで、仮設住宅や借り上げ住宅等での生活が長期化するなか、復興期における被災者への支援と保健所のあり方について検討する。

【方法】1東北ブロック保健所長等による検討会を開催し、各保健所の立場から、東日本大震災の被災者支援の状況と課題、今後の対応について、講演、パネルディスカッション、グループワーク・発表を行った。2東日本大震災の発災後の保健活動体制のあり方に関する研修会を開催し、被災者支援の保健師・保健所長を対象にして、講演とその後の活発な質疑応答により、保健師等の支援者の支援を行った。3東日本大震災で被災した子どもの健康を守るをテーマに健やか親子21推進協議会(課題3・課題1)講演会を開催した。4保健所とともに被災者支援を行っている専門的立場から報告を依頼した。

【結果】被災市町村、被災者受入市町村、地域自治会、社会福祉協議会、保健所等による被災者支援連絡調整会議を定期的開催しているが、生活不活病、生活習慣病、孤立化、アルコール依存症、先の見えない不安等の被災者の健康課題に応じられるよう、保健所の多職種等による健康相談・栄養支援・歯科口腔ケア・リハビリ・心のケア等の各種チームを派遣している。特に心のケアには多層的レベルで対応している。仮設住宅地域における新しいコミュニティづくり、地域医療の確保(震災前から医師不足の状況下の被災地の医療崩壊からの回復)、地域保健医療介護福祉連携の推進、要援護者支援の確保等がおお一層推進されるよう保健所の支援が求められているとともに、取り組んでいるところである。

【結論】今後、仮設住宅等から復興公営住宅へ移動しても被災者の継続的な健康支援していくことが保健所の役割であるが、災害に備え、被災者の健康支援には、健康支援先遣隊・公衆衛生対策チームの登録・派遣制度、クラウド活用による患者情報の共有化や避難所から継続性のある健康管理情報の共有化、被災者支援制度活用、子どもの健康支援等の一元化管理システムを構築するとともに、保健所と被災者支援を行っている関係機関や専門家等の関係者との連携を強化する必要がある。さらに保健師等の支援者が利用できるストレスケアシステムを確立する必要がある。

O-1302-4 福島県原発周辺地域における保健師の蓄積放射線量測定と屋外活動時間の関係

渡倉 陸子<sup>1,2)</sup>

東京医療保健大学<sup>1)</sup>、住民とともに活動する保健師の会<sup>2)</sup>

【目的】2011年3月11日に発生した東日本大震災では、福島県原発周辺地域に在住する保健師は公務員として現地での生活を選択し、不安を抱えながら住民のために公衆衛生活動に当たった者が多く存在した。そこで本研究では、医学的知識があり、屋外での家庭訪問等の活動をしている保健師に対し、個人線量計を配布し、住民代表として線量測定のモニターとなり、放射線量を可視化を行い、他県からの保健師派遣を促す一助とすることを目的とした。

【方法】期間:2011年5月1日~2012年2月29日(1回目1ヶ月、2回目以降3ヶ月毎)

対象:原発周辺行政保健師を中心に約200名

方法:4月中旬に個人線量計((株)千代田テクノル;ガラスパッチ)着用希望者の集約。下旬に紙面・口頭にて現地で説明。個人線量計を用い放射線の被ばく量を線量測定し、各居住市町村の平均線量( $\mu\text{Sv/h}$ )・各個人の屋外活動時間との整合性を分析した。本研究は当大学の倫理審査にて承認を得た。

【結果】調査票記入率61%。最大測定値は1回目0.7mSv、3ヶ月間の装着では2回目の1.1mSvであった。X線 $\gamma$ 線 $\beta$ 線を測定したがほとんどが $\gamma$ 線であった。地域の空間線量率と個人線量計測定値平均には相関がみられたが、調査票の屋外活動時間と被ばく量の相関は明らかでなかった。5月の結果は保健師の平均屋外活動時間は、2.35時間/日であったにもかかわらず、結果は12時間/日の試算に匹敵する値であった。

【考察】福島県内での集団に対する個人線量計の配布は、6月下旬に1町で小児中心に個人線量計を配布したのが最初であり、本研究は、最も早く集団へ配布し測定した結果となるが、現地では「原発事故直後の被ばくが最も知りたかった」との声が多い。また、毎日の調査票記入は負担が大きく、住民対象の調査における記入は困難さが予想された。日数が経過してからの振り返り調査はさらに困難であり、本研究の結果からも個人線量計等で総被ばく量をはかることが、リスク管理・安全確保のために最も有用であると考えられた。今後の災害時のリスク管理のためには、原発周辺地域では災害後早急なる着用の検討が重要である。

最後に、社団法人鶴岡青年会議所、日本青年会議所、全国保健師・保健行政職員等からの住民とともに活動する保健師の会への寄付、日本公衆衛生学会東日本大震災公衆衛生プロジェクト活動助成によって本研究活動を継続できたことに心より感謝する。

O-1302-5 放射線の発がん性に関する誤ったリスクコミュニケーションの現状—学術団体の声明等

高松 勇<sup>1)</sup>、林 敬次<sup>2)</sup>

たかまつこどもクリニック<sup>1)</sup>、はやし小児科<sup>2)</sup>

【目的】100mSv 閾値説=現在の日本では、累積被ばく量あるいは一時間被ばく量が100mSv以下ではがんなどの健康障害が確認できない、もしくはこれまでも起こっていないことを前提で政策が立案されている。この、100mSv以下では発がん影響がないと主張しているのは、ICRPも含めて世界の学会や政府機関の中で、日本の学会や政府だけであり、かつそれは医学的データ、科学的事実と反するものである。そこで、福島第一原子力発電所事故に際して本邦の学術団体が、100mSv以下の低線量被ばくの影響をどう扱っているかを検討した。

【方法】本邦の学術団体の被ばくに関する声明などの内容を検討した。対象は、2011年3月の原発事故後から同年6月までの間に出した声明や見解であり、以下の6団体を対象とした。1)日本学術会議会長談話、2)日本医学放射線学会、3)日本公衆衛生学会、4)日本疫学会、5)日本医師会、6)日本小児科学会、であった。

【結果】1団体を除き、「受動喫煙や野菜不足によるがんの増加より少ない、実証困難な小さな影響、被ばくへの不安が最大の危険因子、がんやがん以外の疾患のリスクが増加することを示す明確な証拠は得られていません、150mSv以下の原爆被ばく者ではがんの頻度の増加は確認されていません」と記述されており、100mSv以下では発がん影響がないかのように説明が行われていた。

【結論】本来なら科学的根拠に基づいて決定されるべき政策が、これでは逆に科学的根拠に反する政策決定になってしまっている。学術団体は、根拠のない100mSv 閾値説の主張をやめ、低線量被ばくについて、自ら科学的なデータを独自に調査し、真実を学会員をはじめ全ての市民に伝え、子どもの健康を第一においた活動をすべである。

# 米国公衆衛生協会

## 「避難所サーベイランス」の発表等を通じて

「Think globally, Act locally」の新潮流！

- 福島県北保健所長 遠藤幸男
- 北海道旭川市保健所長 山口亮
- 和歌山県新宮保健所長 鈴木滋生

(所属は平成24年10月当時のものです)

第140回米国公衆衛生協会総会が2012年10月28日から31日までサンフランシスコにて開催されました。

レポートの最終回となる今号では、APHA総会でのポスターセッションや世界公衆衛生連盟の朝食会等の様子をご紹介します。

### はじめに

米国公衆衛生協会 (American

Public Health Association: APH

A) 総会は節目の第140回であり、そのような機会に全国保健所長会代表として筆者が発表できたことは身に余る光栄であった。さらに、サンフランシスコでの学会発

表は今回で3回目になったが、最も脳裏に焼きついた印象深いものとなった。

山口市において開催された第71回日本公衆衛生学会総会に参加したあとに、10月27日(土)の発足の準備は徹夜となったが、APHA総会開催地のサンフランシスコへ無事向かうことができた。このAPHA総会

において、世界各国から1万2500名以上の公衆衛生関係者が参加し、1000以上のセッションがセッションングされ、650以上の企業公衆衛生関係機関等が参加する展示会が開催された。APHA総会のオープニングセレモニーは10月28日(日)12時から14時まで、さらに、私のポスターセッションは同日14時30分から15時30分までのプレゼンテーションであった。事前に計画されたスケジュールどおりに行動し、最終日である10月31日の世界公衆衛生連盟朝食会にはわれわれ3名とも出席。使命を果た

して日本に無事帰国した。

疫学と感染症をテーマにしたポスターセッションにおいて「Infection surveillance system for evacuation centers」のタイトルで東日本大震災時における避難所の感染症サーベイランスシステムを中心に発表した(写真1,2)。2011年3月13日から5月4日までトモダチ作戦(Operation Tomodachi(Friends))と称して、米国を中心に各国が被災地支援に尽力してくれたことに対し、心から感謝した(図1)。ポスターセッションでは、日本の保健所について、市町村の保健センターと

特別レポート

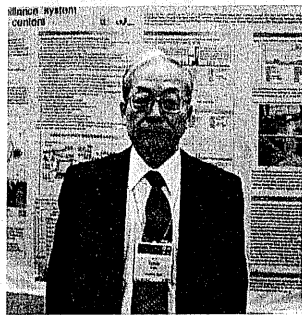


写真1 発表ポスター前の筆者

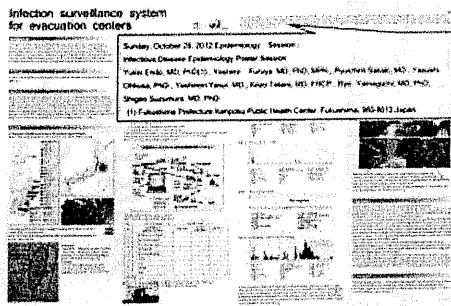
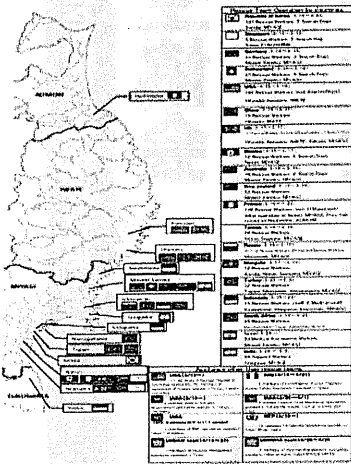


写真2 発表ポスターと共同演者の一覧

図1 支援にかけつけてくれた各国とその活動地域図



\*「トモダチ作戦」として、2011年3月13日から5月4日までの間、2万4000人もアメリカ軍兵士が支援に携わってくれた

の相違点も含めて説明するとともに、今回の震災では感染症による直接的死亡はなかったことを強調した。会場には20名ほどの参加者が集まり、活発なディスカッションが行われた。なお、大きなポスターを日本から米国まで長い円筒の状態で持ち運ぶことは問題があるので、ポリエステル製の布地により印刷会社で制作し、折りたたんで持ち運んだことは有用であった。

ポスターセッションで行ったプレゼンテーションの主な概要  
長期化する東日本大震災での感染症対策

2011年3月11日の東日本大震災発生後、避難所における集団

表1 避難場所を調査するためのレポート

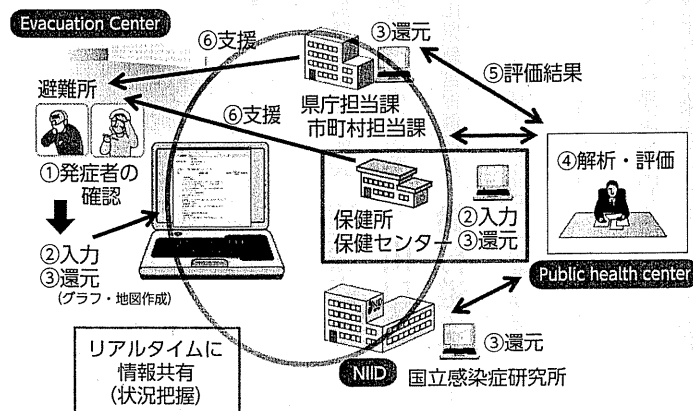
No	Classification of symptoms/syndrome	Under 5 yrs.	Over 5yrs. Under 65yrs.	Over 65 yrs.
1	Diarrhea and/or vomiting			
2	Flu or flu-like syndrome			
3	Fever and cough/sputum			
4	Fever and rash			
5	Neurological symptoms			
6	Scabies			
7	Injury			
8	Jaundice			
9	Death			

Comments :

生活が長期化するなか、感染症等の発生リスクは高い状況である。そこで、福島県の当該保健所が国立感染症研究所感染症情報センター(感染症情報センター、なお感染症情報センターは平成25年4月1日から感染症疫学センターに組織名称変更)の支援を受け、感染研情報センターに開発した避難所サーベイランスをわが国で最初に積極的に取り組み、感染症の発

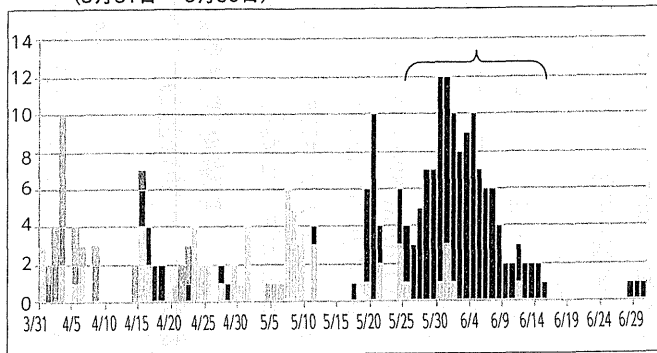
図2 避難所サーベイランス(感染症情報収集システム)

国立感染症研究所感染症情報センターが、「避難所サーベイランス」を開発しました。利用するにあたって、ソフトのインストールはいりません。



生状況をリアルタイムで把握し、感染症対策を図ることを試みた。今回は東日本大震災の被災県の保健所が市町村および県等と連携し、地域の避難所における避難所サーベイランス(感染症サーベイランス)を積極的に実施し、感染予防および感染拡大防止を図った。当該保健所は各避難所巡回を3月13日から、避難所サーベイランスを3月31日から開始した。避難所か

図3 急性呼吸器感染症の集団発生を早期探知し、感染拡大を防止した  
(3月31日～6月30日)



らFAX等により保健所に送信された感染症情報(前頁・表1)を、感染研情報センターのホームページ上の画面にID・パスワードを入力して記載した。東日本大震災後に保健所が被災地の感染症対策として、避難所における感染症の症候群情報を9分類した急性消化器症状、インフルエンザ・インフルエンザ様症状、急性呼吸器症状(インフルエンザ以外)などの有症状者情報を収集し、感染症集団発生の拡大



写真3 保健所が介入したことで、避難所の環境が改善され、感染防止につながった

防止のため、感染症の早期探知システムとして活用していった(前頁・図2)。入力後リアルタイムに症状別の地図やグラフが閲覧可能となり、該当有症者数の経時的推移を瞬時に把握できた。ある避難所では5月に急性胃腸炎を早期探知。直後より介入し、5家族6名の発症までに拡大防止した。感染症の早期探知システムとして活用できただけでなく、ある避難所では浜通りの施設からの被災



写真4 CDCブース

者が入所していたが、当該保健所がこの避難所サーベイランスにより5月に急性呼吸器感染症約30名の集団発生を早期探知し(図3)、迅速で適確な環境衛生、手指衛生、マスクの着用、衝立、隔離等、状況に応じた感染症対策を直接介入することにより(写真3)、感染拡大を防止することができ、急性呼吸器感染症は終息した。この避難所サーベイランスは、避難所における感染症の症候群情報を9分類しただけであるので、感染症の早期探知による感染症予防及び感染拡大防止に有用であった。今後は特に大規模災害時に活用する必要がある。



写真5 WPHA朝食会の全体状況



写真6 WPHAのJames Chauvin会長あいさつ

展示会場のCDCのブースにおいて、受付担当者に今回のAPH Aで発表した避難所サーベイランスについて名刺と資料を手渡し、コメントの依頼をした。「必ず連絡する」との返答であったが、いま

だに連絡が来ないのが残念である(写真4)。

## WFPHAの朝食会で、災害時の感染症対策を議論

APHHAの最終日の10月31日7時30分から世界公衆衛生連盟(World Federation of Public Health Associations: WFPHA)の朝食会がMarriott Marquis Hotelで開催された。日本、韓国、モンゴル、エチオピア、南アフリカ、イギリス、カナダ、米国やその他関係機関の国際公衆衛生関係者約40名が参加した(写真5)。驚いたことに名刺交換した数名の方はすべて各国の代表でありかつ公衆衛

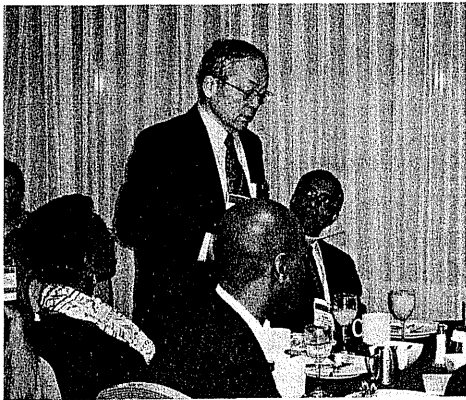


写真7 WFPHA朝食会における自己紹介

生学の教授であった。各参加者の自己紹介から始まり、WFPHAの歴史と概要についての説明後、Strengthening of Public Health Associations (SOPHA) プログラムについて、カナダ公衆衛生協会から紹介があり、また、第13回WFPHA国際会議について、エチオピア公衆衛生協会代表から報告があった。

各参加者の自己紹介の開始は、WFPHAのJames Chauvin 会長(写真6)、各国の参加者の最初に私を指名した。朝食会場で当方からJames Chauvin 会長に最初にあいさつをして堅い握手を交わしたためなのか、私の直前の予想は的中した。「日本公衆衛生協会の多田羅会長の代理としてこのWFPHAに参加した福島県北保健所長である」と述べたところ、Fukushimaは世界共通語になっているためなのか、参加者全員の視線が集中したことを強く感じた。続けて、同僚の山口亮所長と鈴木滋生所長を紹介し、「本日このように世界の公衆衛生のリーダーに招待されたことはたいへんな喜びと光栄である」とを伝えた(写真7)。また、「トモダ

チ作戦として世界各国の救助チームに心から感謝したい」と述べた。さらに、東日本大震災と原子力災害について掲載してある『Public Health of Japan 2011』の冊子を紹介した。同じテーブルでは朝食をとりながら災害時の感染症対策について討議した(写真8)。

WFPHAは1967年5月に設立された唯一の世界的な公衆衛生専門家組織であり、WHOとは公式な関係にあるNGOとして認可されているとともに、世界の健康社会のために追究を推進するため、国際的非政府組織で多職種の専門家の市民社会組織である。また、WFPHAの使命はグローバルな公衆衛生を促進し擁護することであるが、WFPHAのValues & Goals には、Right to Healthとして健康の基本的人權と公益を保持する健康に対する権利、Social Justiceとして公正と非差別と健康格差を解消することを提唱する社会的正当性、Diversity and Inclusionとして多様な社会的・文化的背景、民族、人種、性別、性的指向および障害を含むグローバルな公衆衛生の観点を推進する多

様な人材の活用、Partnershipとして相互学習と能力構築のための協力関係の構築、Ethical Conductとして個人や集団のために公衆衛生の倫理的な実践を信ずる道義的行為等を掲げている。

われわれにとって、「グローバルな視点を踏まえた現場の公衆衛生活動」の展開こそが、公衆衛生の目標であり、使命といえるのではないだろうか。したがって、いま、Public Healthは、Think globally, Act locallyの新潮流になっていると私は感じている。

(分担執筆者＝遠藤幸男)



写真8 WFPHA朝食会におけるテーブルディスカッション



# 平成24年度 地域保健総合推 進事業報告会

福島県北保健所所長（全国保健所長会学術担当常務理事） 遠藤幸男

## 報告会概要

皆さまご存じのように、平成24年7月31日、厚生労働省健康局長から「地域保健対策の推進する基本的な指針の一部改正」について告示がありました。主な改正内容は、ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進、地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進、医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化、地域における健康危機管理体制の確保などです。

この地域保健法に基づき、保健所も所要の取り組みを推進していきます。地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）は、地域保健対策の推進に関する基本指針の改

正の視点を踏まえ、できるだけ多くの事業を実施し、多くの保健所長等の事業への参加の下に進められています。地域保健の課題解決を志向した事業、全国の保健所への普遍化・実用化をめざした事業、さらに平成24年度に関しては、新たな医療計画の策定、母子保健に関する事務の市町村移譲などの動きを見据えるとともに、保健所長の確保や育成、東日本大震災への対応、精神障害者の退院促進・地域生活支援の体制整備など保健所長会としての喫緊の課題に対応する事業が選定されました。

実際には、平成24年度地域保健総合推進事業発表会は、日本公衆衛生協会が主催し、全国衛生行政研究会が後援で、平成25年3月4

日（月）より2日間、都市センターホテルで全国の保健所はじめ、公衆衛生行政関係者、医療関係者等が多数参加し、盛大に開催されました。第1日目は、第1部「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（健康安全・危機管理対策総合研究事業）」で14演題（平成21年度から継続の多田羅班における分野研究責任者の保健所長による報告、第2部は「地域保健総合推進事業」で15演題（全国保健所長会協力事業10演題、全国保健師長会・全国衛生部長会・

地方衛生研究所全国協議会・全国衛生行政研究会・全国保健所管理栄養士会、協力事業各1演題・計5演題）、第2日目は第3部「地域保健・医療に関するフォーラム」（1

地域連携バス、その先—シームレスなケア提供体制を考える—、2精神保健福祉法の改正について—地域移行・地域定着を進めるために—、第4部「地域保健総合推進事業」紙上発表」の構成でした。

## 研究報告と提言

そのなかで演者の私は、第1部では健康危機管理の今回のテーマの「日本版標準ICS/IAP/A C（Incident Command System/ Incident Action Plan/ Action Card）」として感染症分野の立場から、保健所と都道府県の日本版標準ICS/IAP/A Cの具体的な成果を報告するとともに、今後、大規模感染症が危惧されるなか、都道府県および保健所は危機時対

図1 都道府県における大規模感染症等発生に対応したICS/IAP組織図(保健所の位置づけ)

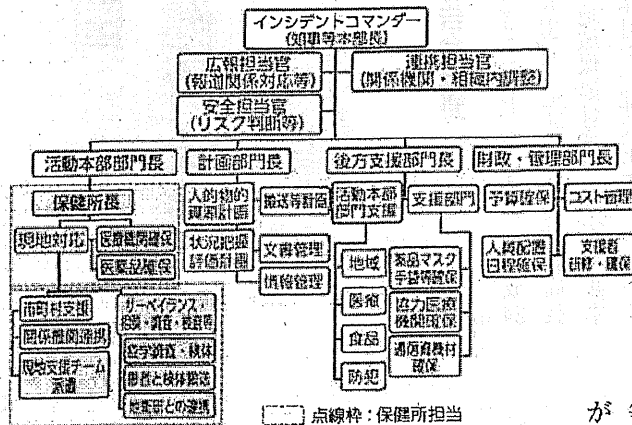
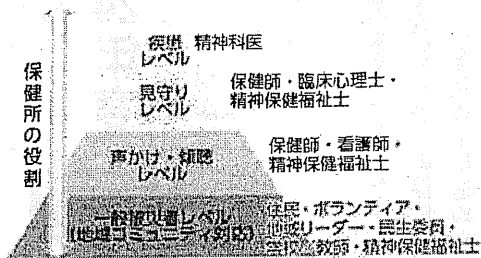


図2 被災者への心のケアと保健所の役割



応システムであるICS/IAP/ACの作成を推進し、感染症体制を再構築する必要性を強調しました(図1)。さらに、第2部では「東日本大震災復興期における保健所の被災者への支援のあり方に関する研究」を報告しました。避難生活が長期化するなか、たとえば、被災者を取り巻く多層的ストレスを考えると、そのケアのシステムもまた多層的である必要があります。医療機関レベル、行政レベル、民間レベル、すなわち疾患レベル、見守りレベル、声かけ・傾聴レベル、

一般被災者レベル、それぞれのレベルでのケアと心のケアセンターを含め、各レベルの連携が必要であり、保健所長のリーダーシップの下、それらのすべてのレベルに保健所が関与しているといえます(図2)。この報告では、今後、災害時クラウドを活用するシステムの構築、公衆衛生版DMATといえるDPAT(Disaster Public Health Assistance Team)の登録・派遣制度、被災者の健康管理情報の共有化、復旧・復興支援制度データ活用などのシステムの構築、保健師等の被災者・避難者の支援者自身可以利用できるストレスケアシステム

の確立等を提言し、今後の保健所の被災者への支援のあり方の方向性を示しました。特に、被災した子ども・避難している親子の健康を守るために、災害時の感染症サバイランスと予防接種実施等の子どもに関する情報一元化管理システム構築、災害時の居住空間における障害防止・交通事故防止、防災教育・避難訓練等の子どもの事故から守る情報提供体制・セーフティづくり、災害時・災害後の子どもへの心身の健康を守るシステムの構築(妊産婦・保護者等を含む)、保健所と関係機関・団体等の連携による被災した子ども・避難している親子の継続的な健康支援の強化、被災地の小児医療・周産期医療提供体制の再構築についても提言しました。

さて、今回、中国で発生した鳥インフルエンザA(H7N9)は、4月1日にWHOがトリヒトへの感染を初めて公表しましたが、中国政府の調査では、ヒトからヒトへの感染は確認されていません。しかし、中国での感染拡大が続いていることも踏まえ、日本政府は4月12日、新型インフルエンザの対策を定めた特別措置法の施行令を閣議決定し、4月13日施行へと早めました。さらに、東日本大震災のような広域・複合型災害となるような東海・東南海・南海三連動地震などの南海トラフ巨大地震は40都道府県に及び、発生1週間後の避難者数は最大950万人、被害額は最悪で約220兆円規模になると推測されると内閣府の作業部会が発表しました。そのような状況下、4月13日に兵庫県の淡路島付近でマグニチュード6.3、震度6弱の地震が発生したときは、だれもが胸を締め付けられるような思いになったと思います。今回の地域保健総合事業発表会の報告内容だけでなく、大規模災害、H7N9を踏まえた新型インフルエンザ等の健康危機事案が次々と発生し、新たに重大な健康被害の可能性の観点からも、保健所は住民の健康危機管理対策を含めた地域保健対策の拠点であることをいままさに実感させられています。今後もしっかり実感させられることでしょうか。言い換えれば保健所は平時も有事もいつでもどこでも住民の健康と命を守る拠点であるといえます。



## 東日本大震災被災者の支援の在り方に関する保健所の役割

分担事業者	阿部孝一(福島県郡山市保健所長)
事業協力者	宮川隆美(青森県八戸兼東地方保健所長) 菅原智(岩手県県央保健所長) 中川美智子(宮城県仙南保健所長) 小杉真吾(秋田県横手兼湯沢保健所長) 山口一郎(山形県村山保健所長) 遠藤幸男(福島県県北保健所長) 大熊恒郎(仙台市青葉保健所長)
助言者	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) 金谷泰宏(国立保健医療科学院健康危機管理部部長) 佐々木隆一郎(全国保健所長会会長)

要旨：東日本大震災による東北6県の避難元・避難先市町村の母子保健・高齢者保健、介護保険事業を調査した。避難元市町村の人口減少、要介護者率の増加および震災後の出生数、がん検診受診率の低下、3歳児健康診査要精検率、高齢化率、要介護者率の増加を認めた。避難先市町村の避難者支援事業の実施率は7割以上であったが、保健所と連携して実施している事業の実施率は3割程度であった。これらの結果に基づいて、保健所は市町村支援体制の確立を図る必要があると考えられた。

### A. 目的

東日本大震災後の保健所の被災者支援に関しては、平成24年度地域保健総合推進事業の研究課題として取り上げられ、「保健所は東北各県の課題や取り組み状況等を共有しながら、継続的に被災者を支援していく必要がある」とされた。これを受けて、今回、被災した市町村と避難者を受け入れている市町村の小児、高齢者の保健サービス等について実態を調査し、保健所の市町村を通じた避難者支援の在り方について検討することを目的とした。

### B. 方法

対象：東日本大震災により多数の避難者を出した44市町村(青森県：3市町、岩手県：11市町村、宮城県：16市区町、福島県：14市町村、以下避難元市町村)と避難者を受け入れた東北6県の54市町村(青森県：7市町、岩手県：6市、宮城県：3市町、秋田県：8市、山形県：11市町、福島県：19市町村、以下避難先市町村)に郵送による自記式質問票を配付し、平成25年9月19日～10月18日の期間、市町村別の母子保健・高齢者保健、介護保険に関する調査を実施した。回答率は74.5%、避難元市町村は68.2%、避難先市町村は81.1%であった。

解析：避難元市町村の調査項目について、県別、震災前後別に統計解析し、避難先市町村の調査項目については県別に統計解析した。

### C. 結果

#### 1. 避難元・先市町村の人口、出生数、高齢化率、避

#### 難者の把握

大震災後の避難元市町村の人口は、平成22年10月と比較し平成24年10月時点で3.5%(中央値)減少した。避難先市町村の人口は1.6%(中央値)減少した。避難元市町村の減少率が避難先市町村の減少率に比べ有意に大きかった( $p<0.01$ )。県別では、岩手県、福島県の避難元市町村の人口減少率が青森県の避難元市町村の人口減少に比べ有意に大きかった( $p<0.05$ )。妊娠届と出生数は震災後それぞれ6.9%( $p<0.05$ )、6.7%( $p<0.001$ )有意に減少した。避難元市町村の高齢化率は震災前の25.1%から震災後の25.9%に有意に増加した( $p<0.001$ )。避難している母子住民の健康状態を把握している市町村は19市町村(67.9%)、避難している高齢者の健康状態を把握している市町村は14市町村(53.8%)であった。

#### 2. 孤立死、震災関連死

孤立死は福島、宮城県内の2つの町で、それぞれ1人、3人計4人、震災関連死は19市町村で1,221人(岩手：111人、宮城：416人、福島：694人)に上った。

#### 3. 避難元市町村の母子保健

3歳児健康診査については、受診率、要医療率に大きな変化はなかったが要観察率は増加傾向にあり、要精検率は有意に増加していた( $p<0.05$ )。予防接種については、BCG接種率に変化はなかったが、MR(2期)接種率が増加傾向にあった。上記項目を避難元市町村が属する県ごとに分析した結果、MR(2期)接種率が福島県において他県より有意( $p<0.01$ )に低下していた以

外、県別の有意の差は認めなかった。

#### 4. 避難元市町村の高齢者保健・介護保険

要介護者率は震災前の4.24%から震災後4.80%と有意に増加し( $p<0.01$ )、要介護者も1市町村あたり約100人増加した。がん検診の受診率は、胃がん検診が1.8%( $p<0.01$ )、乳がん検診が2.3%( $p<0.01$ )有意に減少した。上記項目を避難元市町村が属する県ごとに分析した結果、県別の有意の差は認めなかった。

#### 5. 避難先市町村の母子・高齢者保健、介護保険

避難者を把握している市町村の割合は、全避難者で82.0%、母子避難者で78.0%、高齢避難者で85.0%であった。避難者への健康相談・健康教育・訪問指導などの母子保健・高齢者保健事業を実施している市町村の割合は、母子保健事業で69.8%、高齢者保健事業で57.7%であった。避難者の健康管理の支援については、母子の身体的支援を実施している市町村が72.0%、母子の心理的支援を実施している市町村が75.5%、高齢者の身体的支援を実施している市町村が71.1%、高齢者の心理的支援を実施している市町村が67.9%であった。保健所と連携して母子保健事業を実施している市町村の割合は33.3%、高齢者保健事業を実施している市町村の割合は31.4%であった。避難者の定期予防接種事業を支援している市町村の割合は98.1%、介護認定事務を支援している市町村の割合は92.5%であった。上記事業を避難先市町村が属する東北6県で比較した結果、全避難者・高齢避難者の把握、母子避難者の身体的・心理的支援、保健所と連携した母子・高齢者保健事業の項目で県間に有意の差が認められた。

#### D. 考察

避難先市町村に比べ避難元市町村は人口の減少が著しく、また、大震災前に比べ高齢化率の上昇、出生数の減少が有意に大きく、特に人口減少は岩手、宮城、福島県の市町村で顕著であった。これは、震災前から続いていた傾向に震災の影響が加わった結果であると考えられるが、復興への足かせや介護保険の負担増加などが憂慮される結果である。

母子避難者の健康状態を把握していない避難元市町村が3割強、高齢避難者の健康状態を把握していない避難元市町村が半数近く存在することは、今後の避難者支援の障害になると考えられ、早期に、確実に把握する体制の構築が求められる。

今回の調査では、孤立死が4人、震災関連死が1,221

人であったが、復興庁等からそれぞれ81人(H25.8)、2,916人(H25.9)と報告されていることから、未回答市町村に孤立死、震災関連死が多数存在している可能性がある。兵庫県では、阪神大震災から20年近く経過している昨年でも46人の孤立死が発生していることから、東日本大震災被災地でも長期にわたり孤立死を防ぐ対策が必要となる。また、孤立死の9割は高齢者であることから高齢者保健事業を強化する必要がある。震災関連死についても、ハイリスク者を把握する体制の確立、感染症や生活不活発病などの避難生活のリスク因子を減らす取り組みが重要となる。

避難元市町村の母子・高齢者保健、介護保険の分析では、3歳児健康診査の要精検率、要介護者率が震災前に比べ有意に上昇し、3歳児健康診査の要観察率も上昇傾向にあった。大震災が避難元市町村の幼児、高齢者の健康状態に影響を及ぼしていることを示唆する結果であり、内容の詳細な調査が必要である。がん検診の受診率は有意に低下し、定期予防接種の接種率は有意の低下は認めなかった。避難者の定期予防接種は、避難先市町村の98%が実施し、支援体制がほぼ確立しているのに対し、がん検診は、市町村連携が未確立であることに起因しているものと思われる。

避難先市町村の避難者に対する母子・高齢者保健事業の実施、母子・高齢避難者の健康支援の実施などは7割前後の市町村が実施しており、支援はおおむね良好と思われる。しかし、これらの事業の実施状況は、依頼に応じて実施することが多く、今後、積極的に支援を実施する体制の確立が求められる。また、支援している市町村の数も県間で差があること、保健所と連携して事業を実施している市町村の数が3割程度であることが課題として指摘される。

#### E. 結論

東北6県の避難元、避難先市町村の避難者の健康状態の把握状況、母子・高齢者保健、介護保険のデータや事業実施の調査から避難者支援の課題が明らかになった。

#### F. 今後の計画

保健所の市町村支援により課題を解決する具体的方策を検討、実施し避難者支援を強化する。

#### G. 発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

# 東日本大震災被災者の支援の 在り方に関する保健所の役割

分担事業者  
郡山市保健所 阿部孝一

## 目的

- 東日本大震災の被災者支援については、平成24年度地域保健総合推進事業で「保健所の被災者への支援あり方」をテーマに研究を行った。
- 今年度は、直接住民サービスを行う市町村の母子・高齢者の保健の実施状況について避難元・避難先市町村に分けて実態調査し、保健所の市町村を通じた避難者支援の在り方について検討する。

## 調査方法

- 対象
  - 避難元・避難先市町村を対象とした自記式質問票による調査
  - 調査項目：母子保健・高齢者保健、介護保険に関する項目
  - 調査期間：平成25年9月19日～10月18日
  - 調査票配付先(東北ブロック保健所長会からの情報提供により選定)
    - 避難元自治体44市町村(青森:3、岩手:11、宮城:16、福島:14市区町村)
    - 避難先自治体54市町村(青森:7、岩手:6、宮城:3、秋田:8、山形:11、福島:19市町村)
  - 回答率
    - 避難元自治体:66.7%
    - 避難先自治体:82.7%
- 分析
  - 調査項目を避難元市町村については、県別、震災前後別、避難先市町村については県別に統計解析

## 結果1 (人口・出生数・高齢化率)

### 人口増減率

避難元自治体 N=30	-3.5(-1.2, -7.0)
避難先自治体 N=53	-1.6(-1.0, -2.5)

単位は% 中央値(4分位)で表示 p<0.01 (Wilcoxon検定)

### 避難元市町村の妊娠届・出生数の推移

	震災前(平均)	震災後(平均)	p値
妊娠届(N=27)	475.7件	450.2件	0.011
出生数(N=29)	434.4人	401.7人	0.0001

Wilcoxonの符号付順位検定

### 避難元市町村の高齢化率の推移

高齢化率(N=29)	25.1%	25.9%	p<0.001
------------	-------	-------	---------

Wilcoxonの符号付順位検定

## 結果2 (孤立死、震災関連死)

### 孤立死

4人/2町(宮城、福島県)

### 震災関連死

1,221人/19町村  
(岩手:111人、宮城:416人、福島:694人)

## 結果3 (避難元市町村の母子保健)

### 健康状態の把握

母子避難者の健康状態を把握している自治体	19(67.9%)
母子避難者の健康状態を把握していない自治体	8(32.1%)

### 震災前後の変化

	震災前(平均)	震災後(平均)	p値
3歳児健康診査受診率(N=25)	82.1%	80.4%	0.182
3歳児健康診査受診率(N=18)	17.3%	20.3%	0.058
3歳児健康診査受診率(N=18)	18.0%	20.3%	0.037
3歳児健康診査受診率(N=18)	2.4%	2.2%	0.179
SCG接種率(N=27)	84.3%	80.7%	0.123
MR(2期)接種率(N=29)	80.4%	82.3%	0.131

Wilcoxonの符号付順位検定

### 県別比較

「MR(2期)接種率」を除いて青森、岩手、宮城、福島県間に有意差なし (Kruskal-Wallis検定)

### 結果4 (避難元市町村の高齢者保健・介護保険)

#### 健康状態の把握

高齢避難者の健康状態を把握している市町村	14(53.8%)
高齢避難者の健康状態を把握していない市町村	12(46.2%)

#### 震災前後の変化

	震災前(平均)	震災後(平均)	p値
要介護者率(N=29)	4.24%	4.80%	0.002
胃がん検診受診率(N=25)	20.8%	17.2%	0.002
乳がん検診受診率(N=26)	23.8%	20.2%	0.008

Wilcoxonの符号付順位検定

#### 県別比較

上記項目について、青森、岩手、宮城、福島県間に有意差なし(McNemar-Wallis検定)

### 結果5 (避難先市町村の母子・高齢者保健・介護保険)

#### 避難者を把握している市町村数

	把握している	把握していない
避難者	41(82.0%)	9(18.0%)
母子避難者	32(78.0%)	9(22.0%)
高齢避難者	34(85.0%)	6(15.0%)

#### 避難先市町村と保健所の連携事業

	実施している	実施していない
母子保健事業	17(33.3%)	34(66.7%)
高齢者保健事業	16(31.4%)	35(68.6%)

#### 母子・高齢者保健事業を実施している市町村数

	実施している	実施していない
母子保健事業	37(69.8%)	16(30.2%)
高齢者保健事業	30(57.7%)	22(42.3%)

#### 予防接種・介護認定事務の支援を実施している市町村

	実施している	実施していない
予防接種	52(98.1%)	1(1.9%)
介護認定	48(92.5%)	4(7.5%)

#### 母子避難者・高齢避難者の健康支援を実施している市町村数

	実施している	実施していない
母子支援(身体的)	26(72.0%)	14(28.0%)
母子支援(心理的)	40(75.5%)	13(24.5%)
高齢者(身体的)	38(71.7%)	15(28.3%)
高齢者(心理的)	36(67.9%)	17(32.1%)

#### 県別(東北6県)の分析で有意差のあった項目

避難者の把握、母子避難者に対する身体的・心理的支援、保健所と連携した母子保健・高齢者保健事業(※)

### 考察1

- ・ 避難元市町村の人口の減少、高齢化率の上昇、出生数の減少の進行が予想され、復興の障害、医療費負担の増加などが危惧される
- ・ 避難元市町村の避難者の健康状態把握率が低いことにより、避難者支援に格差が生じる恐れがある
- ・ 迅速かつ長期にわたる孤立死、震災関連死対策が求められる
- ・ 避難元市町村の3歳児健康診査の要観察率、要精検率が震災後上昇しており、今後、要観察、要精検の詳細な内容の調査と対応が必要と思われる

### 考察2

- ・ 避難元市町村の高齢者のがん検診の受診率の低下が認められるため、早急に検診体制を確立する必要がある
- ・ 震災後、避難元市町村の要介護者率の上昇(要介護者数増加)を認めるため、介護予防事業の強化等が求められる
- ・ 保健所と連携して避難者支援事業を実施している市町村は3割程度と低いので保健所による市町村支援がさらに求められる

### まとめ

- ・ 東北6県の避難元、避難先市町村の避難者の健康状態の把握状況や母子・高齢者保健、介護保険のデータ、事業実施の調査から避難者支援の課題が明らかになった
- ・ 課題に基づいて、保健所による市町村支援の具体的対策をとる必要がある