

保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

海外における地域健康危機管理について

研究分担者	佐伯 圭吾	（奈良県立医科大学 疫学・予防医学）
研究協力者	吉見 逸郎	（国立感染症研究所）
研究協力者	松田 亮三	（立命館大学 産業社会学部）
研究分担者	白井 千香	（枚方市保健所所長）
研究代表者	尾島 俊之	（浜松医科大学健康社会医学）

研究要旨：保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料として、米国公衆衛生機関認証制度やその効果について調査した。米国公衆衛生機関認証制度は、2011年に発足した自主的認証制度で、わが国の保健所に相当する地方政府のLHD（Local Health Department）の第三者評価と質の向上を目的に実施されている。同認証制度が導入された効果について文献的調査をしたところ、認証機関において、質向上プログラムの実施の促進や、職員の認識の増加が確認されたのみでなく、COVID19流行下において、総死亡率低下効果を示唆する結果を認めた。認証を受けたLHDを訪問し、その意義などについてヒヤリングを行った。英国の健康危機管理については、COVID19感染流行時の法的な対応、医療調整体制、データ収集とその利活用、臨床研究の実施や人材育成体制について情報収集し整理した。今後、これらの詳細を精査し、わが国の地域健康危機管理ガイドラインとの比較や参考とすべき点を検討する予定である。

A. 研究目的

わが国の地域健康危機管理ガイドラインにおいて、保健所はその中核的役割を果たすとされている。新型コロナウイルス感染症のパンデミックや、地震や豪雨災害の経験から、今後の地域の健康危機管理の在り方が再検討されている。

本研究の目的は、米・英国の地域健康危機管理体制や、米国公衆衛生認証制度を調査し、わが国の地域保健行政に資することである。

B. 研究方法

米国および英国の保健機関に勤務した経験がある医師からのヒヤリングによって健康危機管理体制について調査した。さらに米国の公衆衛生認証制度の効果について文献を用い

たレビューを行った。また同認証を受けた機関を訪問しヒヤリングを行った。

C. 研究結果と考察

1. 米国の地域健康危機管理体制

米国は合衆国憲法のもと、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦主義制度がとられている。50州すべてが独自の憲法をもち、州には city, county, town, municipality, district といった地方政府がある。衛生行政組織としては国の保健省（department of health and human service: HHS）の下に、州レベルの保健衛生部局（State Health Department）がある。日本の保健所に相当するのは city, county, town, municipality, district といった地方政府のLHD（Local Health Department）である。LHDの運営は州によって異なるが、感染症

対策、健康危機管理、食品衛生に関する監視業務を行っている。

2. 米国公衆衛生機関認証制度

2003年に米国のIOM (Institute of Medicine) は、公衆衛生機関が果たす役割やサービスの質を評価するために認証制度を推奨した。2004年に、CDC (the center for disease control and prevention) は認証制度が公衆衛生インフラを強化する重要な戦略であると発表した。2007年に米国公衆衛生認証評価委員会 (PHAB: Public Health Accreditation Board) が発足し 2011年から全米で自主的認証制度が開始された(1, 2)。

3. 米国公衆衛生機関認証制度の効果

(1) 短期アウトカムによる評価

Kronstadt らは、認証後1年経過した60か所のLHDに対し、認証効果に関するアンケート調査を行い、52LHD (87%)から回答を得た。その結果、認証によって「LHDの活動の質や実績改善のための機会を促進した」、「各LHDの強みと弱点について認識する機会となった」の二点について、60%以上の機関が、強く同意すると回答した(3)。

Beitsch らは、認証制度発足前の2010年と開始後の2013年、2016年にNational Association of County and City Health Officials (NACCHO)によって実施された全米保健所調査結果を用いて、公式な質的向上プログラムの実施の有無を、2017年7月の時点で非認証施設、認証中施設、認証施設の3群で比較したところ、認証施設の実施状況は30.1% (2010年)、42.6% (2013年)、79.1% (2016年)と増加していた(4)。

Allen らは、NACCHOが2016年に実施した全米保健所調査にて、糖尿病、体格指数、運動・栄養に関するポピュレーションアプローチを実施していると回答したLHDから層化抽出した579施設に、根拠に基づく判断

(Evidence based decision making: EBDM) に関するオンライン調査を実施した。376施設 (65%)からの回答に基づいて、認証の有無とEBDMの関連を分析した。認証機関のEBDMに関する得点が、対象施設の最高三分位となるオッズ比 (95%信頼区間) が有意であったのは、EBDM能力の2.12 (1.04 to 4.32)、EBDMのリソースの活用しやすさの2.24 (1.08 to 4.57)、EBDM評価能力の2.26 (1.12 to 4.56)であった(5)。

Yeager らは、全米の公衆衛生従事者に対する調査 (PH WINS 2017) のデータを用いて、認証されたLHDと非認証LHDに従事する職員の公衆衛生のコンセプトや仕事の満足度を調査した。調査対象者は70302名のうち、非認証機関の職員は34552人、認証手続き中の機関の職員は12194人、認証機関の職員は21556人であった。非認証LHDと比べて認証LHDの職員では、質の向上 (Quality improvement)、多施設の共同 (Multi-sectoral collaboration) を認識する職員の割合が有意に高かった。一方、仕事の満足度と認証の有無には有意な関連はみられなかった(6)。

(2) 地域の年齢調整死亡率との関連

Kovach らは、2013-2016年に公衆衛生認証を受けたLHDにカバーされた地域 (239 counties) と認証を受けていないLHDが担当する地域 (2506 counties) のうち、男性割合、白人割合、都市部とのつながり度合いによって推定した公衆衛生認証の propensity score を用いてマッチした認証機関地域 (238 counties) と非認証機関地域 (389 counties) の間で、年齢調整死亡率を比較した。認証後の2016-2019年には、認証機関地域のほうが、非認証機関の死亡率よりやや低いものの有意な差はみられなかった。しかし新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって総死亡率が急増した2020年において、認証機関地域の総死亡率は非認証機関地域より有意に低い結果であった (人口10万人当たりの死亡

率: 871.0 vs. 904.0, $p = 0.02$)。公衆衛生認証規格には、感染症を含む健康危機管理に関する内容が含まれており、認証制度による地域の公衆衛生活動が COVID19 による死亡率上昇を抑制した可能性が示唆された(7)。

4. 米国勤務経験医師へのヒヤリング

感染症危機管理専門家 (IDES) 養成プログラム参加者に協力を得てヒヤリングを行った。米国 CDC、Global health center に勤務した医師からは、イリノイ州の Henry county Emergency Operation Center へ見学に行かれた経験について伺った。地域の健康危機の際に、様々な情報を収集し、各部署への指令を行う機関で、行政・消防などの機関と一体となった施設に設置されているということであった。さらにジョージア州の Cobb Douglas Public Health への見学に行かれた経験について伺った。同施設では感染症に関する診療、ワクチン接種に加えて、母子保健活動なども実施していた。同施設へは 11 月に尾島班長が視察に訪問することとなった。米国国立進行特殊病原体研修教育センター (NETEC National Emerging Special Pathogens Training and Education Center)での勤務経験についてヒヤリングを行った。NETEC では定期的に、米国保健福祉省 (HHS) が地域事務局を設置する 10 地域の LHD や医療機関から特殊感染症に関する相談を受け付ける Web 会議が定期的で開催されていたことや、感染症のみでなくオールハザードの危機管理対応を行う中央機関として、戦略的準備対応管理局 (ASPR: administration for strategic preparedness and response) が機能していることが分かった。

5. 米国公衆衛生機関認証機関ヒヤリング

IDES 養成プログラム修了者のご協力を得て、ジョージア州の Cobb Douglas Public Health(CDPH)へ訪問、聞き取りを行った。

CDPH はジョージア州によって設置されている LHD で、担当する地域の人口は 915,000 人である。

(1) CDC や大学との連携について

CDC (Center for Disease control and prevention) は、同地域の保健事業に資金を支出しているのみでなく、CDC によって雇用されたスタッフや学生が多く派遣されており、平時から協働して活動を行っている。

Kennesaw State University、Georgia State University Chattahoochee Technical College and the University of West Georgia、といった大学とは、保健所から保健関連情報を教員や学生に提供する一方、大学からは学生の派遣や、データ分析に関するサポートを受けている。

(2) 公衆衛生認証を受けた動機や意義

CDPH は 2015 年に公衆衛生認証を受け、2021 年に再認証されている。その意義として、住民や関連機関に対して、サービス向上のための取り組みを明らかにすることができたことを挙げた。認証を受けるためには、費用や時間を要し、当該機関の各部署が共同して質を向上させ、承認要件を満たしていることを示す必要がある。一方で認証されることによって、住民やその他のスポンサーが、施設の運営資金が適切に使用されたことを確認できた点を意義として挙げられた。(添付資料)

6. 英国の健康危機管理体制について

(1) 危機管理体制

第二次世界大戦の戦時の地方の市民防衛体制を下敷きとし、特にブレア労働党政権において緊急事態への対応体制の見直しが行われ、2004 年緊急事態法が制定されている。この法律では、緊急事態を、人間の福利、環境、安全に対し、深刻なダメージを与える脅威がある状況あるいは出来事、と定義し、洪水、家畜の病気、テロ事件や、重要な公共

サービスやインフラの混乱による影響などといった幅広い想定が含まれる(8,9)。

COVID-19 感染症流行においては、この緊急事態法が発動されたわけではなく、公衆衛生法と COVID-19 感染症に関する新法を中心とした関連法令により対処された。

(2) 医療調整 (トリアージ、入・退院)

NHS が主に電話によるトリアージや搬送調整を行った。

コロナ対応においては、優先的に患者を受け入れる体制が NHS のもとで提供されていたが、もともと病床が日本よりはるかに少ないことや、冬季には呼吸器感染症や感染性胃腸炎などの流行への対応として段階的に病床確保をすることがある点から (winter surge/winter plan など計画や訓練含む)、医療機関がある意味で、対応に慣れていたことも重要な要素であると考えられる。

救急搬送の指標を設定し、目標を位置づけ、重症度別にもモニタされたが、それらのデータが NHS で使用されるほかに、透明性、説明性の観点からも公開されており、各種シンクタンクが分析に用いられたことは、意義が大きいと考えられた(10)。

(3) サーベイランス体制とデータ活用

2012年のロンドン五輪における拡大サーベイランスの経験や同時期の公衆衛生改革(法改正)など大きな政策的背景から、もともとサーベイランス体制は整理されていた(11)。コロナ対応においては2020年3月より dashboard を設置するなどデータ収集とその活用、可視性には大きく注力されていた(12)。世界初となったワクチン展開においてもモニタリング戦略が2020年1月に公開されている(13)。実社会モニタリングのためのデータ環境がもともと充実しているうえに、利活用の円滑化が図られた。このほかにも、COGUK (COVID-19 Genomics UK Consortium) によって、ゲノムサーベイラン

スという分野そのものが確立された印象がある。

コロナ後の方向性としては、コロナ対応で立ち上げられた部門や機能を活かして UKHSA (UK Health Security Agency) が設立された。データ収集、数理モデルの活用、情報収集・分析の体制が拡充・強化されると思われる。特にデータや分析の機能として大きな部門 (Data, Analytics & Surveillance) が設置されている。

(4) 緊急時の臨床研究体制

国レベルの効率的な推進を支援する中核として保健医療福祉研究支援機関である

National Institute for Health Research

(NIHR) が2006年に設置され(16)、NIHR の臨床研究ネットワーク(17)も整備されてきており、臨床研究が効率的に展開される土壌がある。その上で、NHS という医療サービスの基盤のうえで臨床研究をするにあたり、Health Research Authority (HRA) が2011年に設置され、倫理審査も集約して実施されている(18)。

NIHR の設立に至る経緯については、保健政策関連の論文において、英国の歴史的な構造改革や根拠に基づく医療の展開の大きな流れの中で、公共事業のマネジメントや、医療研究開発への投資を支持する経済政策などが背景として存在し、古くからの生物医学研究の助成機関 (Medical Research Council) と共に医療サービス研究システムを一元化することに成功していることが報告されている(19)。

また、NHS の患者や関連法規に関連する研究の倫理審査については、2011年に NRES などから組織改編された HRA に申請することとなっており、質の向上・標準化の方策として標準作業手順書などが整備されている。英国は2001年のEU指令と前後して倫理審査委員会の集約と質の向上・標準化を進め、そのための体制や環境を整備している(20,21)。HRA の2018-2019年までの年報

によれば、各地区別や下部委員会も含め多数の審査実績があるが、ほぼ21日以内にレビューがなされており、効率よく安定した倫理審査体制が伺える(22)。

今回のパンデミック前までの保健医療福祉に関する研究環境改革という土壌のうえに、いくつかの主要な緊急公衆衛生研究課題が実施された。初期治療やワクチンに関する緊急課題が迅速に立ち上がったが、研究助成においてもこうした体制が準備・活用され、RECOVERY 試験：Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy (23) のような大規模な研究が素早く実施され、有用な知見が得られた。我が国においても、政策的な医科学研究（臨床分野も含め）の環境整備が必要と思われる。

D. 結論

わが国の保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料として、米国公衆衛生機関認証制度、英国のCOVID19感染流行時の法的な対応、医療調整体制、データ収集とその利活用、臨床研究体制などについて情報収集し整理した。

E. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし（第83回日本公衆衛生学会総会にて発表予定）

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

引用文献

1. Riley WJ, Bender K, Lownik E. Public health department accreditation implementation: transforming public health department performance. *Am J Public Health.* 2012;102(2):237-42.
2. Ingram RC, Scutchfield FD, Charnigo R, Riddell MC. Local public health system performance and community health outcomes. *Am J Prev Med.* 2012;42(3):214-20.
3. Kronstadt J, Meit M, Siegfried A, Nicolaus T, Bender K, Corso L. Evaluating the Impact of National Public Health Department Accreditation - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(31):803-6.
4. Beitsch LM, Kronstadt J, Robin N, Leep C. Has Voluntary Public Health Accreditation Impacted Health Department Perceptions and Activities in Quality Improvement and Performance Management? *J Public Health Manag Pract.* 2018;24 Suppl 3:S10-s8.
5. Allen P, Mazzucca S, Parks RG, Robinson M, Tabak RG, Brownson R. Local Health Department Accreditation Is Associated With Organizational Supports for Evidence-Based Decision Making. *Frontiers in public health.* 2019;7:374.
6. Yeager VA, Balio CP, Kronstadt J, Beitsch LM. The Relationship Between Health Department Accreditation and Workforce Satisfaction, Retention, and Training Needs. *J Public Health Manag Pract.* 2019;25 Suppl 2, Public Health Workforce Interests and Needs Survey 2017(2 Suppl):S113-s23.
7. Kovach KA. Age-Adjusted All-Cause Mortality in Counties Served by PHAB-Accredited Local Health Departments Compared With Counties Served by Nonaccredited Local Health Departments: 1999 to 2020. *J Public Health Manag Pract.* 2023;29(4):446-55.
8. Civil Contingencies Act 2004 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>

9. 英国の危機管理体制 自治体国際化協会
ロンドン事務所 (2015)
https://www.jlgc.org.uk/jp/wp-content/uploads/2015/07/report_kikikanrifinal.pdf
10. Why have ambulance waiting times been getting worse? The Health Foundation (2022)
<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/why-have-ambulance-waiting-times-been-getting-worse>
11. Towards A Public Health Surveillance Strategy in England (2012)
<https://www.gov.uk/government/publications/public-health-surveillance-strategy-overview-published>
12. Behind the scenes: Expanding the COVID-19 dashboard. Blog UK Health Security Agency
<https://ukhsa.blog.gov.uk/2021/03/22/behind-the-scenes-expanding-the-covid-19-dashboard/>
13. COVID-19: vaccine surveillance strategy. Public Health England (2020)
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-surveillance-strategy>
14. History of COG-UK. Sharon Peacock (2020)
<https://www.cogconsortium.uk/about/about-us/history-of-cog-uk/>
15. UKHSA organogram (2023)
UKHSA Senior Leadership
(publishing.service.gov.uk)
16. National Institute for Health Research (NIHR)
<https://www.nihr.ac.uk/about-us/who-we-are/>
17. Clinical Research Network. NIHR
<https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/support/clinical-research-network.htm>
18. Health Research Authority (HRA)
<https://www.hra.nhs.uk/about-us/what-we-do/>
19. Atkinson P, Sheard S, Walley T. 'All the stars were aligned'? The origins of England's National Institute for Health Research. Health Res Policy Syst. 2019 Dec 4;17(1):95.
20. 第1回疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議 資料 5 (p10-p13) / 臨床研究規制に関する英国 (イングランド) の最近の状況 国立がん研究センター 藤原康弘
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002vmja-att/2r9852000002vmrc.pdf>
21. 英国の倫理審査委員会から何を学ぶか 昭和大学研究推進室 田代 志門 / ※英国における倫理審査委員会の標準業務手順書：文部科学省科学技術試験研究委託事業 「次世代がん研究シーズ戦略的育成プログラム」 研究倫理支援ユニット・英国研究倫理政策研究班
<https://www.pubpoli-imsut.jp/files/files/21/0000021.pdf>
22. Annual Report Summary for RECs in England April 2018 to March 2019. NHS Health Research Authority.
<https://www.hra.nhs.uk/about-us/committees-and-services/res-and-recs/research-ethics-committees-annual-reports/april-2018-march-2019/>
23. Pessoa-Amorim G, Campbell M, Fletcher L, Horby P, Landray M, Mafham M, Haynes R. Making trials part of good clinical care: lessons from the RECOVERY trial. Future Healthc J. 2021 Jul;8(2):e243-e250.

添付資料：コブ&ダグラス保健所 事前質問回答

Cobb & Douglas Public Health (CDPH) Responses to Outline Questions

Date Nov 7, 2023

Main Questions (tentative)

1. Outline of the Cobb & Douglas Public Health (CDPH)

1.1 What is founding body of CDPH (county, state, semi-government sector, or non-government organization)?

Cobb & Douglas Public Health (CDPH) is part of the Georgia Department of Public Health (state agency). The state of Georgia is divided into 18 public health districts. CDPH is designated District 3-1 and is comprised of Cobb and Douglas counties and their approximately 915,000 residents.

District size is based on population density; this is why some districts only have one or a few counties while others have many. An online depiction of the districts is [here](#).

In addition, counties have a Board of Health as part of the county government. Cobb County's Board of Health web page is [here](#).

1.2 Roughly, how many the staff of CDPH by occupational category, and by centers?

Please see attached organizational charts.

1.3 How is the collaboration with universities, CDC and other academic organizations (including knowledge translation, collaboration research, and fund)?

- We have very strong relationships with several of our higher education systems in our district:
 - Kennesaw State University is one of the largest universities in GA with approx. 45,000 students. We frequently partner for interns, strategic community health planning, public health messages sent out to students/faculty, distribution of COVID tests/COVID & Flu vaccinations/ and outbreak responses. They were also a key pandemic partner hosting ongoing mass drive through testing and vaccination services.
 - We also partner with Chattahoochee Technical College and the University of West Georgia on various PH messages to students and faculty. We are about to launch another level of partnership with UWG related to a new mobile health van they recently purchased. We will use the van as needed and UWG will provide nursing/health education students as needed to assist.
 - Georgia State University and KSU have also both helped us with our 5-year thorough Community Health Assessment by helping to collect/analyze secondary data and host/analyze focus group feedback.
- We work regularly with the CDC on too many projects to fully list here. A few to mention:
 - CDC frequently funds programs and projects that directly serve our community.
 - They have assigned staff and students (and covered their cost) to our district to help with emergency and non-emergency projects.
 - They are one of our trusted advisors related to policies and protocols.

Other academic institutions such as Morehouse University School of Medicine and Emory University's Rollins School of Public Health also partner with us for special projects as needed.

2. Health emergency preparedness and response

2.1 How to activate emergency mode from normal mode? (process and de facto decision maker)

The ultimate activation authority is the District Health Director (DHD), who would coordinate such a decision with the state DPH leadership. Process:

1. DHD becomes aware of a public health emergency in Cobb and/or Douglas counties requiring a district-level response.
2. DHD directs district Emergency Coordinator (EC), who is the Director of the Emergency Preparedness & Response department, to initiate a response.
3. EC notifies EP&R staff.
4. EP&R staff determines nature of response needed and deploys appropriate personnel, assets, and equipment.

2.2 Where and how to use emergency operation center (EOC) room?

CDPH's District Emergency Operations Center (DEOC) is located on the 2nd floor of Building A on the Marietta campus. Our district did not use the DEOC facility during COVID-19 for several reasons:

- Concern over people working in close quarters in the DEOC during an infectious disease emergency.
- Use of technology enabled DEOC functions to carry on via Teams, Zoom, conference calls, etc.

A physical EOC may be useful in a different kind of emergency for example where coordination over wide areas is necessary, for example during hurricane evacuations.

2.3 How are command and control or cooperation with related organizations (e.g. medical facilities, NPOs, county government; especially with county EOC, state EOC, and state department of public health EOC)?

- Our district Emergency Preparedness & Response staff includes a Healthcare Coalition Coordinator role. This individual is our liaison with medical facilities and related partners.
- Communication & coordination with other organizations, including the county, state, and state DPH EOCs, non-governmental organizations such as the Red Cross, and other external partners has evolved. In the past, we would typically have sent a representative to the EOC with overall authority for the situation. This has been superseded by technology, with the communication and coordination functions taking place through virtual meetings, conference calls, etc. This is helpful because it enables better staff utilization and faster collaboration.

2.4 How to gather and share information inside CDPH and with outside organizations (e.g. meeting, use of information and communication technology (ICT))?

This is accomplished through scheduled and ad hoc conference calls & virtual meetings. These may occur as often as multiple times per day or as seldom as weekly or even quarterly depending on the need. The state-level organizations, the Georgia Emergency Management Agency (GEMA) and/or Georgia DPH, typically organize and conduct these sessions.

2.5 How to overcome required surge capacity and how to cooperate with the "Medical Reserve Corp"?

- The Healthcare Coalition Coordinator within the district EP&R department is also our MRC coordinator. She conducts regular meetings and training for MRC members.
- Meeting surge capacity needs is a function of the 14 healthcare coalitions within the state. Our district is part of Region N. This description is from their [website](#) and a map of the regions is [here](#).

Georgia's Healthcare Preparedness Program is directly funded by the Administration for Strategic Preparedness and Response (ASPR) through the Hospital Preparedness Program (HPP) ([link](#)). HPP's mission is to prepare the health care system to save lives through the support of regional health care coalitions. HCCs are groups of health care and response organizations that collaborate to prepare for and respond to medical surge events. HCCs incentivize diverse and often competitive health care organizations to work together. To that end, we have formed the Georgia Healthcare Coalitions (GHC911.org) website as the one-stop-shop for healthcare preparedness resources in the state of Georgia.

2.6 How to ensure good logistic (including equipment and facilities) and good risk communication?

Logistics: This was such a challenge during the COVID-19 response that we added an additional staff position focused on inventory, maintenance, and calibration of assets, equipment, and supplies. This was initially considered

a temporary role, however it was decided to make it permanent due to the substantial amount of material acquired during the pandemic and ongoing agency needs, for example monitoring expiration dates and routine maintenance.

As an example, here are our before and after COVID command and storage assets:

Before:

- 1 x 10-meter Command trailer
- 6 x 4m storage trailers
- 1 x Ford tow vehicle

Present:

- 2 x 10m Command trailers
- 2 x 5.5m heavy-duty storage trailers
- 7 x 8m storage trailers
- 2 x Ford tow vehicles
- 1 x towable generator for site power
- 1 x small motorized vehicle for site mobility & non-mobile clients
- 1,500 x traffic cones

We will see and discuss these assets during your visit.

Risk Communication: This is a coordinated effort between our agency, including Epidemiology, and the state DPH. A self-reporting system is used to monitor deployed staff.

2.7 How to train CDPH staff and related organization staff?

Many training opportunities are available to agency staff, including:

- Federal Emergency Management Agency (FEMA) [Emergency Management Institute \(EMI\)](#) and [Center for Domestic Preparedness](#)
- “TRAIN DPH” state library of training (some is mandatory, for example cybersecurity)
- Partner offerings, for example through [Counterterrorism Operations Support \(CTOS\)](#)
- Georgia Emergency Management Agency (GEMA) [courses and certification program](#)
 - Georgia Certified Emergency Manager (GA-CEM)
 - Georgia Advanced Certified Emergency Manager (GA-ACEM)
 - Georgia Professional Certified Emergency Manager (GA-PCEM)
- Internal agency offerings
 - New staff EP&R familiarization (mission, assets, operations)
 - Workplace Emergencies course (fire, tornado, active assailant, bomb threat)
- External courses, for example the University of Minnesota’s [Incident Command System \(ICS\) courses](#)
- Conferences
 - Emergency Management Association of Georgia (EMAG) Summit & Training Sessions
 - Statewide public health emergency preparedness
 - National Association of City & County Health Officials (NACCHO) Preparedness Summit

2.8 How to ensure safety and health of staffs during disasters and pandemic?

Acquiring adequate PPE was difficult during the early days of the pandemic, however, while supplies ran critically low at some points, we never ran out. Clinical staff are of course used to using PPE but we had to train the temporary support staff.

2.9 What is the key points and major challenge to apply the National Incident Management System (NIMS)?

Use of NIMS and ICS has several advantages, for example documentation of decision-making rationale, recording milestones and statistics, and ensuring consistent staff awareness of important information. One of our areas for improvement following COVID was to take steps to improve adherence to ICS protocols. Use of ICS documentation for example was inconsistent.

A major challenge was that staff outside of emergency preparedness were largely untrained in ICS processes. We have improved our training in that regard with a focus on practical elements.

For example, we emphasize what is important to the individual staff member on a day-to-day basis as opposed to the “big picture” strategic and organizational elements. This slide from our new staff orientation presentation illustrates this point. The presenter explains, “Our goal is to provide all of the information needed for you to feel comfortable fulfilling your role during a public health emergency.” Then they describe the elements shown and how they prepare the staff member to carry out a specific function during their shift.

What ICS Means for You

Shift Briefing (who, what, when, why, how)

Site/HIPAA Quick Reference Guide

Just-in-Time Training / Job Action Sheets

2.10 Can you kindly provide us with some manuals or documents for emergency preparedness and response in DDPH and/or Georgia state?

Yes, I will see what is available to share.

3. Public Health Department Accreditation and other programs

CDPH have accredited in 2015 and reaccredited in 2021.

3.1 What is the main motivation of obtaining accreditation?

- The Public Health Accreditation Board (PHAB) gives solid guidance for how an agency can establish a system of continuous improvement.
- We get accountability to achieving our goals. Every agency should have the goal to continuously improve their service to their community. PHAB is an independent 3rd party that validates that we’ve met the established guidelines.
- We demonstrate our commitment to excellence to our clients and partners. Achieving PHAB accreditation requires a significant commitment to improved service throughout the agency. Many departments must work together to provide evidence of meeting the PHAB guidelines. By achieving this certification, our clients can be confident that they will receive quality care and all residents are more confident that their tax dollars are being spent responsibly.
- Our funding partners appreciate that they are contributing funds to an organization that is committed to quality performance and community collaboration.

3.2 What is the concrete examples of advantage to obtain accreditation?

- Our Board of Health members who are familiar with Joint Commission accreditation for hospitals and SACS accreditation for schools appreciate that we also are held to a high standard by an outside agency who has the perspective of other like agencies across the country.

- We note that we are PHAB accredited in all our applications for private and public non-traditional funding. Many funders have said that this gives them confidence in investing/contributing to our programs.

3.3 What is the concrete examples of challenge or hardship to obtain accreditation?

- Cost:
 - We hired a fulltime accreditation coordinator to manage initial accreditation (in 2014), and that position still exists and is responsible for annual reports and reaccreditation efforts. There are external consultants that will help with this but given the level of coordination you need throughout the agency; I'd recommend a fulltime internal position focused on this.
 - Annual accreditation fees to PHAB are significant. However, the amount of your annual fee is determined by the region's population. [Link for the 2022 Fee schedule.](#)
- Time
 - Many requirements for accreditation require written plans (e.g., workforce development plan, quality improvement plan, strategic plan) and an established performance management system that tracks various resource, output, and outcome measures. This takes substantial time from agency leadership and program managers. Also, consultants may need to be brought in to support some of these. We brought in a consultant to help develop our initial performance measures throughout the agency.