厚生労働科学研究費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

課題番号　25CA2024

分担研究報告書

災害時における産業保健支援チームの制度化に向けた研究

― 研究２　医療機関・介護施設への効果的な介入手法の検討 ―

研究分担者

独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所

過労死等防止調査研究センター 統括研究員

吉川 徹

研究代表者

産業医科大学 産業生態科学研究所 教授

立石 清一郎

令和７年度

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

災害時における産業保健支援チームの制度化に向けた研究（25CA2024）
分担研究報告書
― 研究２　医療機関・介護施設への効果的な介入手法の検討 ―

【研究分担者】

吉川 徹　　（独）労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所
過労死等防止調査研究センター 統括研究員

【研究代表者】

立石 清一郎　産業医科大学 産業生態科学研究所 災害産業保健センター 教授

研究要旨

【背景】令和６年（２０２４年）能登半島地震では、災害拠点病院や老人保健・介護施設への災害産業保健支援チーム（DOHAT）の支援活動が小規模ながら展開された。これらの活動は一定の成果を上げたが、汎用性・効率性の点で課題が残った。一方、医療機関・介護施設の職員は、災害時に「医療従事者・介護従事者であると同時に被災者」という二重の負担を抱え、しかも医療・介護機能の継続的提供という極めて重い責務を課されている。災害医療の本質が「需給バランスの崩壊した医療システムの再構築」にあることを踏まえると、医療・介護施設職員への支援は、災害時医療システム維持の中核的要素として位置付けられる。

【目的】被災した医療機関および介護・福祉施設の職員に対する効果的な産業保健介入手法の検討を目的とし、能登半島地震において DOHAT の支援を受けた被災医療機関および被災介護・福祉施設へのフォーカスグループインタビューを実施し、①支援が機能した場面とその要因、②支援が機能しなかった場面・残った課題、③医療・介護施設に特有の支援ニーズ、④DOHAT の介入モデルを抽出・整理する。

【方法】質的研究（フォーカスグループインタビュー）の手法により、被災医療機関１件（公立総合病院）および被災介護・福祉施設１件（県立施設）の計２件のヒアリングを実施した。インタビューは１名以上の研究者が対面またはオンラインで行い、所要時間は６０～１２０分とした。同意のもと録音・録画を行い、企業情報および個人情報を削除した逐語録を作成、ＫＪ法を参考に質的に整理した。

【結果】医療機関事例からは、①医療支援以前の衣食住支援の決定的重要性、②「臨時健康診断」構想、③院内 DMAT 等を介したリーダー層への間接的アプローチ、④J-SPEED のトップ層へのブレーキ機能、⑤ストレスチェックパラドックス（ハネムーン期効果）、⑥支援メニュー化の必要性、が抽出された。介護・福祉施設事例からは、①外部介入による「非常時」自覚と日常リズム再構築、②朝礼再開といった小さな儀式の効果、③過酷な労働環境下でのモチベーション維持、④支援チーム識別不能（アルファベットスープ）と窓口一本化要望、⑤プッシュ型支援の統制不足、⑥早期の傾聴介入の必要性、⑦J-SPEED による職員負担の定量化と、ヒアリングに基づく「職場環境改善のヒント集」を媒介とした労使協働グループワークの有効性（“ありがとう”の伝達・情報共有再構築といった具体的アクションの導出）、が抽出された。

【結論】医療機関・介護施設への効果的な DOHAT 介入モデルは、①衣食住等の生活基盤支援、②外部の客観性を活かした「休息」の正当化、③院内実務者を介したリーダー介入、④施設規模・機能別のメニュー化、⑤早期の傾聴と日常回帰の促進、⑥多職種支援チームの統合的窓口設計、⑦介護・福祉施設における J-SPEED による定量化＋ヒント集媒介型の労使協働グループワークによる現場発アクションの導出、を中核要素とする。本研究の成果は、医療機関のＢＣＰ研究班との連携、DMAT 事務局との協議、そして本研究班の他研究（研究１・研究３～６）との統合を通じて、DOHAT の介入手法の標準化と制度化に資することが期待される。

【研究協力者】

榎田 奈保子　産業医科大学 保健センター 主任

Ａ．研究目的

１．研究の背景

災害発生時、医療機関および介護・福祉施設の職員は、自らも被災者でありながら、医療・介護機能の継続的提供という極めて重い責務を担う。能登半島地震においては、断水・停電・建物損壊・スプリンクラー破損などインフラの広範な機能不全のもとで、医療機関・介護施設の職員は患者・利用者の生命と生活を守るため、長時間の連続勤務、宿泊先の不足、衣食住の制約等、過酷な状況下での業務遂行を余儀なくされた。

DMAT 事務局関係者の知見によれば、災害医療の本質は単なる個別の患者治療ではなく、「需給バランスが崩壊した医療システムの再構築と現場の混乱収拾」にある。すなわち、災害時には平時には機能している医療・福祉体制が、需要の急増・資源の枯渇・インフラ破壊等によって崩壊するため、この崩壊した体制を立て直し、既存の医療機関や施設が本来の力を発揮できるように支援することが災害医療の中核となる。この視点に立てば、医療機関・介護施設の職員への産業保健支援は、災害時医療システム維持の不可欠な構成要素として位置付けられる。

能登半島地震においては、災害産業保健支援チーム（DOHAT）が、災害拠点病院や老人保健・介護施設に対して小規模ながら支援活動を展開した。これらの活動は、職員アンケートの実施、J-SPEED の導入、外部相談窓口の提供、グループワーク等のメンタルサポートなどから構成され、一定の成果を上げた。しかしながら、医療機関・介護施設に固有の特性（職員の自己犠牲文化、トップダウン構造、業務の専門性、地域内での代替不可能性等）に十分対応した介入モデルが確立されたとは言えず、汎用性・効率性の点で課題が残された。

また、医療機関の事業継続（ＢＣＰ）に関する研究と災害産業保健の連携、ＤＭＡＴ事務局との戦略的な連携、被災医療機関・介護施設からのフィードバックの継続的取得など、本研究班として今後具体化すべき課題が多数存在している。

２．研究目的

本研究の目的は、能登半島地震において DOHAT の支援を受けた被災医療機関および被災介護・福祉施設の関係者に対するフォーカスグループインタビューを実施し、以下の項目に関する知見を質的に収集・整理することである。

- 災害発生時における医療・介護施設の従業員支援の枠組みの確立
- 被災した医療機関・介護施設からのフィードバックを通じた課題抽出

- 医療機関における事業継続に関連する研究班（厚労科研）との連携可能性の整理
- DMAT 事務局へのヒアリングを通じた DOHAT への期待の整理
- これらに基づく医療機関・介護施設への効果的な DOHAT 介入モデルの提案

３．研究の意義

本研究により、災害医療の成否に直結する医療・介護施設職員の支援体制を強化する枠組みが構築される。医療機関職員の健康と業務遂行能力を維持することは、災害時の地域医療体制の維持に直接寄与し、ひいては被災住民全体の救命・救護にも資する。同様に、介護・福祉施設職員の支援は、要介護高齢者・障害者等の脆弱な集団の生命と生活を守ることに直結する。本研究は、本研究班の他研究課題（研究１：能登半島地震の振り返り全般、研究３：システム運用、研究４：学会連携、研究５：運営委員会、研究６：防災基本計画）と連動し、DOHAT の制度化に向けた包括的政策提言の医療・介護領域における基盤を提供する。

B．研究方法

１．研究デザイン

本研究は、質的研究の手法（フォーカスグループインタビュー）を採用した非侵襲的研究である。能登半島地震において DOHAT の支援を受けた被災医療機関および被災介護・福祉施設に対し、半構造化インタビューを実施し、ＫＪ法等を参考に抽出された要素のカテゴリ化・分類を行った。

２．倫理的配慮

本研究は産業医科大学倫理委員会の承認（受付番号：U25-235）を得て実施した。研究対象者には事前に研究目的・方法・予測される利益・負担・リスク・個人情報の取り扱い・同意撤回の自由等を記した説明文書を交付し、文書または電磁的方法により同意を取得した。本研究によって得られた成果を学会や論文等に発表する場合には、個人を特定できる氏名、住所等の個人情報は一切使用しない方針とした。録音・録画は同意の上で行い、逐語録作成時にすべての企業情報と個人情報を削除した。逐語録の対象者が判別できるよう匿名化および対応表を作成し、逐語録とともに災害産業保健センターの鍵のかかる保管庫に保管した。電子媒体はパスワードによる保護およびアクセス権の限定により安全管理措置を講じた。原則として情報は当該論文等の発表後１０年間保存し、その後は復元できないよう適切に消去・廃棄する。

なお、被災医療機関・被災介護施設の職員は、被災当時の記憶想起などを不快または不都合に感じる精神的負担が想定されるため、特に丁寧な説明と、不快感を訴える

等の不測の事態が生じた場合には直ちに中止して適切な処置を講じる体制を整えた。

３．研究対象者の選定

研究対象者は、能登半島地震においてDOHAT の支援を受けた被災医療機関および被災介護・福祉施設の関係者について機縁法で選抜した。さらに、ヒアリング対象機関から推薦を受けた関係機関に対してはスノーボールサンプリング方式で追加実施を予定している。

【適格基準】

・能登半島地震において DOHAT の支援対象となった医療機関または介護・福祉施設に所属する者であって、機縁法により対象に選抜された者

・ヒアリング対象機関から推薦を受けた関係機関の所属者

【除外基準】

・上記の適格基準を一つでも満たさない者

４．インタビュー実施方法

フォーカスグループインタビューは、１名以上の研究者により対面またはオンライン面談（電気通信回線を通じたテレビ電話等）にて実施した。１グループは２～５名を基本とし、所要時間は６０分を基本として最長１２０分とした。

インタビュー項目は、本研究班が事前に設計した「インタビューガイド（災害版）」に基づき、以下の大項目を骨格として、医療・介護施設に固有の事項を加えて設計した。

- 能登半島地震の際の被災状況（建物・インフラ・職員生活）
- 発生した災害対応業務（医療機能維持、要介護者対応、避難所機能等）および勤務実態
- 職員の健康面・就労上の課題に対する Good Practice（成功事例）とその要因
- 当該取り組みにおいて残った課題
- DOHAT による活動に関する感想・意見
- 施設に固有の論点（リーダー層への介入の困難さ、衣食住の問題、地域医療キャパシティ等）

各対象者の専門性・立場・経験に応じて柔軟に深掘りを行い、可能な限り理論的飽和に近づけることを目指した。

５．分析方法

録音データは逐語録化したうえ、対象者および所属の匿名化を施した。各ヒアリングごとに議事録形式で論点を整理した後、ＫＪ法を参考に、第一段階で各議事録から重要発言を抜き出し、第二段階で類似発言を統合してコードを生成、第三段階でコード間の関連を整理して上位カテゴリ（テー

マ）を構築するボトムアップ型の分析を行った。医療機関事例と介護・福祉施設事例について、それぞれの固有性を踏まえつつ、両者に共通するテーマと施設種別固有のテーマを区別して整理した。

６．本研究の対象範囲と関連研究

本研究は、医療機関・介護施設の職員への支援に焦点を絞り、被災自治体一般や他支援団体との関係性、防災基本計画等に関する論点については本研究班の研究１（能登半島地震の振り返り全般）の報告書に委ねる。なお、本研究は本年度において先行的に実施した医療機関１件・介護福祉施設１件のヒアリングに基づくものであり、今後、医療機関ＢＣＰ関連研究班（厚労科研山岸班等）へのヒアリング、ＤＭＡＴ事務局へのヒアリングを実施し、追加的知見を統合していく予定である。

Ｃ．研究結果

１．ヒアリング実施概要

本年度において、被災医療機関１件（能登地域の公立総合病院）および被災介護・福祉施設１件（石川県立の福祉施設）の計２件のヒアリングを実施した。倫理的配慮に従い、対象者の氏名は記載せず、立場のみを記す（表１）。

２．被災医療機関ヒアリング結果

被災医療機関①は、能登地域の公立総合病院である。発災後、断水・建物損壊等の中で診療機能の維持を継続したが、職員の労働環境は極めて過酷であった。本ヒアリングからは、医療機関に対する効果的な産業保健介入の在り方について、複数の重要な論点が抽出された。

（１）発災直後の状況とニーズ把握

発災から２週間程度は病院機能の復旧に追われ、職員の健康管理に注力する余裕はなかった。その後、医療機能を戻す段階で職員の疲労やメンタルヘルスが課題となったが、アプローチ方法が不明だったため、外部支援（石川県調整本部経由の専門チーム）の介入が非常に有効であった。介入のきっかけとして、発災後早期（１月２１日から１月３０日）に実施された職員アンケート（回答率８割以上）が、現場の真のニーズを正確に把握するうえで決定的な役割を果たした。

本アンケートにより、当該病院の職員の最大のニーズは医療支援ではなく「失われた生活環境（衣食住）の改善」であることが判明した。これは、外部支援者の思い込みではなく、現場のリアルなニーズに基づく支援設計の重要性を示している。

（２）衣食住支援の決定的重要性

ニーズ把握を踏まえ、以下の生活環境改

善が実施された。

- 【宿泊】空き病棟を職員の宿泊場所として開放し、避難所ではなく院内で寝泊まりできるようにした
- 【洗濯・入浴】市長を通じた自衛隊への要請により、病院への給水が最優先化された。これにより、患者だけでなく職員にも時間限定でシャワーや洗濯機を開放し、洗濯のために金沢まで戻る負担を軽減した
- 【医療コンテナの不採用】医療コンテナを休憩所とする案があったが、ディーゼル発電機の騒音や寒さの問題があり、院内設備の方が快適であるため、物置としての利用に留めた

これらの一見「医療外」の支援が、実は医療従事者の継続勤務を可能にする決定的要素であった。本事例は、医療機関への災害産業保健介入が、「健康診断やメンタルヘルスケアといった狭義の産業保健」を超えて、「働き続けるための生活基盤の確保」を本質とすることを示している。

（3）「休むこと」への罪悪感と「強制健診ツアー」構想

DMAT 等が「休んでください」と声をかけても、現場の職員は「自分だけ休むわけにはいかない」という罪悪感（気が引ける思い）から、自発的に休みを取ることが困難であった。これに対し、極めて示唆に富む介入構想が提案された。すなわち、「『臨時健康診断』の必要性について調査を行い、対象者に対し宿泊を伴う健診を受診させることで職員の再戦力化を図る」という構想である。

現場の評価として、有効性の点では「命令（仕事）」という名目があれば、罪悪感なく現場を離れる理由になるため、職員にとってはありがたい仕組みになり得る、との反応であった。一方、タイミングの課題としては、発災後２～４週間の時期は、本部業務の引き継ぎ体制が確立しておらず、責任ある立場の人間が抜けることは現実的に困難だった。代替要員の確保や業務整理が前提となる、との指摘がなされた。

この構想は、災害産業保健における「休ませる」という行為に意味づけを与え、個人の意思に依存せずに休息を確保する画期的なメカニズムになりえるのでオプションとして準備しておくことがあってもよいのではないかという意見があった。

（4）リーダー層への介入と組織論

院長や市長などトップ層が不眠不休で働いており、「休もう」という空気感になりにくい。特に医師には自己犠牲的な文化が根強い。外部支援者がいきなり院長に「休んでください」と進言しても、対立構造になりやすく聞き入れられにくい。

解決策として、以下の間接的アプローチが効果的であるとの実践知が示された。

・院内の労働安全衛生担当者を介してアプローチする
・院長と信頼関係のある「院内 DMAT」等の実務者を介して間接的にアプローチする
・「アドバイザー」として本部に入り込み、状況把握と助言を継続的に行う

これらは、医療機関のヒエラルキー構造と医師の文化を踏まえた、極めて実践的な介入手法である。

（５）データ活用と相談窓口の効果

J-SPEED（健康データ）の効用として、以下の二点が抽出された。第一に、可視化によるブレーキ機能である。職員の疲労度やストレス状況が数値化・可視化されたことで、トップ層に対して「少しペースを落として体制を整えよう」とブレーキをかける客観的な根拠となった。第二に、外部相談窓口の重要性である。院内の人間には「みんな辛いから」と言えない弱音や不満も、外部の第三者（支援チーム）には吐き出しやすい。J-SPEED の入力や相談窓口が、ガス抜きの機会として機能した。

興味深いことに、当該病院の今年度のストレスチェック結果（高ストレス者７．４％）は、地震前（１０．９％）よりむしろ低下していた。これは「ハネムーン期（高揚感）」の影響や、個人のストレスよりも「組織としての対応」に焦点が当たっていた可能性が考察された。一方で、不公平感（あの部署だけ休んでいる等）によるわだかまりが残り続けているケースも見受けられた。これは、定量指標の解釈には文脈理解が不可欠であることを示す重要な知見である。

（６）支援の「メニュー化」と平時からの準備

被災直後の混乱した病院に「何をしてほしいですか？」と聞くのではなく、支援側から「プランＡ（こういう調査）、プランＢ（こういう介入）」といった具体的な選択肢（スキーム）を提示すべきである。現場は判断能力が低下しているため、「選ぶだけの状態」にすることが望ましい、との明確な提言がなされた。

また、災害時にニーズを聞き出すのは困難であるため、平時から「災害時にはこういう支援が必要になる」という知見をまとめ、広報しておく必要があるとの指摘もなされた。これは、医療機関向けの支援パッケージの平時整備の必要性を強く示唆する知見である。

３．被災介護・福祉施設ヒアリング結果

被災介護・福祉施設①は、石川県立の福祉施設である。同施設では、過去の災害（平成１９年能登半島地震、東日本大震災）の対応経験を有しており、当初は「自分たちは冷静に対処できている」との自己認識を有していた。しかし、外部支援チームの

介入を通じて、これが正確な状況認識ではなかったことが浮き彫りとなった。

（１）支援介入の効果と気づき

外部支援チーム（産業保健支援チーム）の指摘により、施設側は「自分たちは平常心ではなかった」ことに気づかされた。アドバイスを受けて「朝礼」を再開したことで、日常のリズムを取り戻すきっかけとなり、組織としての機能回復に寄与した。これは、災害時には「何をすべきか分からない」状態に陥りがちだが、まず日常の小さなルーチンを取り戻すことが組織機能回復の第一歩となる、という極めて重要な実践知を示している。

職員からは、具体的な支援だけでなく、「ありがとう」という声かけや、自分たちの頑張りを認めてもらうことを求める声が多かった。第三者の介入により、組織内で停止しがちな承認サイクルが再起動された。ストレスの矛先が上司や組織に向きがちだったが、第三者が介入することでガス抜き（不満の吐き出し）の効果があった、との評価が得られた。

当該施設における支援活動では、職員の負担を客観的に把握するために社会福祉施設職員健康管理版 J-SPEED が導入され、年代・性別・職種別の集計、活動環境（睡眠時間・食事休憩・本来業務外の負荷等）、症状、パフォーマンス、疲労（１０段階評価）等の指標により職員の状態が定量化された。そのうえで、施設管理者・現場職員双方への入念なヒアリングを通じて、当該施設の実情に即した「職場環境改善のヒント集」が作成され、これを素材として労使を交えたグループワークが実施された。J-SPEED による定量データと、現場の語りから抽出されたヒント集とを組み合わせ、参加者がアクションプランシートに具体的改善策を落とし込むという一連のプロセスが、外部支援チーム介入の中核的な手法として機能した。事後ヒアリングにおいても、定量化と労使協働のグループワークを組み合わせたこの手法が有効であったことが繰り返し指摘された。

グループワークから具体的に導出された主要なアクションは、「“ありがとう”の言葉をしっかり伝えること」および「情報共有を密に行うこと」の二点であった。一見するときわめて素朴で、平時であれば標語にもならないような内容であるが、当該施設の文脈においては、いずれも被災下の組織機能不全の核心を突く介入となっていた。

第一の「“ありがとう”の言葉」については、災害下では極端な業務負荷の継続によって「忙しいのが当たり前」という状態が常態化し、ねぎらいや感謝のやり取りが組織内から消失しやすい。だからこそ、職員はかえって「“ありがとう”の言葉が欲しい、そして被災下だからこそその言葉が深く響く」と感じており、承認サイクルの再起動

が職員のモチベーション維持に直結する具体的アクションとして共有された。第二の「情報共有」については、平時から運用されていた情報共有ノートが、発災を機に途絶し、加えて交代制勤務という勤務形態と相まって、必要な情報が一部の職員にしか届かない状態が生じていた。これにより、シフトをまたぐ業務の引き継ぎや判断の前提となる情報の偏在が発生し、現場職員の不安・不公平感・自己効力感の低下を招いていた。グループワークを通じてこの構造的課題が言語化されたことで、平時から運用していた情報共有手段の早期復旧と、災害下でも持続可能な簡素な情報共有手段（朝礼での口頭共有・掲示板の活用等）の併用が、組織機能の回復策として位置付け直された。

本事例は、外部支援者があらかじめ用意した抽象的な改善策を提示するのではなく、J-SPEED による客観的データと当事者の語りに基づくヒント集を媒介として、労使が同じテーブルで具体的アクションを導出する構造そのものに価値があることを示している。導出されたアクションが「“ありがとう”」「情報共有」という日常的言語に着地したという事実は、被災下の組織が真に必要としていたのは、特殊な災害対応スキルではなく、平時の組織運営を支えていた基本的機能の回復であったことを物語っている。

（２）過酷な労働環境とモチベーション維持の困難

受水槽の破損による断水対応（給水車からの水運び）や、１日２食の制限など、業務負担が激増し生活環境が悪化する中、「きつい労働をするくらいなら辞めたい」「逃げたい」という感情が職員に蔓延していた。施設自体もスプリンクラー配管の破損調査のために天井を落とした状態が続き、視覚的にも復旧の遠さを感じさせる環境下での勤務を強いられていた。

離職の実態については、病院等に比べると離職者は少なかったものの、家の全壊や子供の教育環境（金沢への転居）を理由に退職せざるを得ないケースはあった。多くの職員は「感情が先に立つと辞めたくなる」状態だったが、プロフェッショナルとしての使命感や、「みんなでなんとかやっていこう」という現場の連帯感で踏みとどまった。これは、職員の使命感への過度な依存がやがて持続不可能となるリスクを示すものであり、外部支援による意図的な「持続可能性確保」の介入が不可欠であることを示している。

（３）外部支援受け入れ時の混乱

当該施設のヒアリングからは、受援側の混乱として極めて率直なフィードバックが得られた。

・【支援チームの乱立と識別不能】
DMAT、DPAT、JMAT、DWAT（介

護）など、多数のアルファベットを持つ支援チームが入り乱れ、現場職員にはそれぞれの役割の違いや所属が理解できなかった

- 【統一感の欠如】「同じ DMAT でも『東大から来ました』『広島から来ました』」とバラバラに名乗られるため、受け入れる側としては統一感がなく、混乱の要因となった
- 【プッシュ型支援の弊害と統制不足】役場を通じた「プッシュ型支援」として、お風呂支援チーム（日本体育大学等）などが送り込まれた。ニーズと合致した際は感謝されたが、全体的なコーディネート（統制）が効いているようには感じられなかった
- 【パッチワーク感】「ここには何が足りないから、このチームを送る」という中央でのコントロール感が現場には伝わらず、単発的な支援の継ぎはぎ（パッチワーク）のような印象を受けた

（4）今後の支援体制への要望

施設からの具体的要望として、以下が示された。

- 【支援窓口の一本化】医療、精神、介護などの分野ごとに窓口を一本化し、「どこの大学・病院から来たか」ではなく、「〇〇支援チーム」という統一された枠組みで対応してほしい
- 【シームレスな連携】支援を受ける側の負荷を減らすため、シームレスな連携が求められる
- 【早期の傾聴介入】発災直後の混乱期に、ただ話を聞いてくれる人（愚痴をこぼせる相手）が入ってくれるだけでも、職員の心理的負担は大きく軽減される。今回は支援が入るまで時間が空いたため、次回はより早い段階でのメンタルヘルス支援（ガス抜き）が望まれる

これらの要望は、医療機関事例の「メニュー化」と並び、災害産業保健介入の体系性および即応性の向上の必要性を強く示唆している。

（5）職員の健康とモチベーションを守る組織的取り組み

施設関係者からは、職員の健康とモチベーションを守ることは、災害復旧の「一丁目一番地」であるとの認識が示された。これは、介護・福祉施設のような「人によるサービス」が中核となる事業体において、職員の健康維持が事業継続そのものに直結することを示す本質的な指摘である。

D．考察

本章では、C．研究結果を踏まえ、医療機関・介護施設に対する効果的な DOHAT 介入手法について考察する。具体的には、両事例から共通して抽出された論点と施設種別

固有の論点を整理し、医療・介護領域における災害産業保健の介入モデルを提示する。

１．両事例から共通して抽出された論点

（１）「休むこと」への罪悪感と外部介入の必要性

両事例において、職員の自発的な休息が極めて困難であることが共通して観察された。医療機関では「自分だけ休むわけにはいかない」、介護施設では「みんなでなんとかやっていこう」という連帯感のもと、職員は自己犠牲的に労働を継続した。これらの心理的構造は、職業文化（医療従事者・介護従事者の倫理）と組織的同調圧力に根差すものであり、個人の精神論では解除しえない。

したがって、医療機関・介護施設に対するDOHATの介入は、職員個人の判断力に依存せず、組織として「休む」を正当化する仕組みを提供することが本質的に重要である。医療機関における「臨時健康診断」構想、介護施設における「朝礼再開のアドバイス」と「グループワークによるガス抜き」は、いずれも個人を超えた組織レベルの介入として機能した点で共通している。

（２）第三者性によるバッファー機能

両事例において、外部から来た支援チームが「第三者性」を活かしたバッファー機能を果たしたことが繰り返し言及された。医療機関では「外部の第三者には弱音を吐ける」、介護施設では「外部の介入によりガス抜きが可能になった」と評価された。これは、組織内部の人間関係や評価システムから自由な外部支援者だからこそ可能となる役割であり、災害産業保健の本質的価値の一つである。

DOHAT の介入設計においては、この第三者性を意図的に活用することが必要である。具体的には、外部相談窓口の常設、定期的な巡回相談、匿名性を担保した J-SPEED 運用、外部主催のグループワークなど、組織内部の評価から切り離された「安全な対話の場」を提供することが、医療機関・介護施設への介入の中核となる。

（３）リーダー層への間接的介入の必要性

医療機関では院長・本部長層、介護施設では施設長・管理者層へのアプローチが、組織全体の健康状態を左右する。しかし、両事例ともに、外部支援者が直接トップに進言することは対立構造を生みやすく、効果的でない。

解決策として、医療機関事例では院内 DMAT 等の信頼関係のある実務者を介する三段階アプローチ、介護施設事例では施設内の保健師・労働安全衛生担当者を介する間接的アプローチが効果的であることが示された。両者に共通するのは、組織内部に「翻訳者」となる実務者を確保し、外部支

援者の知見をその実務者を通じて意思決定層に届ける、という構造である。

（４）データ・客観的指標による組織内介入の正当化

医療機関事例における J-SPEED のトップ層へのブレーキ機能、介護施設事例における J-SPEED による職員負担の定量化と、それを基盤としたヒント集媒介型の労使協働グループワークは、いずれも「組織内の集団的自己抑制を解除する社会的装置」として機能した。すなわち、データや外部の客観的視点が、組織内では言いにくい「ペースを落とそう」「休もう」というメッセージを正当化する役割を果たした。

これは、医療機関・介護施設においても、自治体と同様に J-SPEED 等の健康データ収集システムが介入の有力なツールとなることを示している。ただし、医療機関・介護施設では、職員の業務形態（シフト勤務、夜勤、訪問業務等）が複雑であり、入力タイミングや方法を施設特性に合わせて最適化する必要がある。

さらに、介護・福祉施設事例においては、J-SPEED による定量化のみならず、その結果と現場ヒアリングを統合して作成された「職場環境改善のヒント集」を媒介として労使を交えたグループワークを行う、という三段構造の介入が有効であった。すなわち、(i)定量データによる“状況の見える化”、(ii)当事者の語りに根ざしたヒント集による“改善の選択肢の言語化”、(iii)労使協働のグループワークによる“具体的アクションの合意形成”という三層の組み合わせが、外部からの一方的な指導ではなく、組織内発の改善行動を生み出す装置として機能した。データ単独では行動変容に至らず、ヒント集単独では当事者性を欠き、グループワーク単独では客観性が担保されにくいため、これら三要素を統合的に運用することが、特に介護・福祉施設のように“人”を中核とする事業体への介入においては、決定的に重要となる。

２．施設種別固有の論点

（１）医療機関固有の論点：衣食住支援の決定的重要性

医療機関事例から最も強く抽出された知見は、「医療支援以前の衣食住支援」の重要性である。職員アンケートにおいて、職員の最大のニーズは医療支援ではなく失われた生活環境の改善であった。これに対する空き病棟の宿泊所化、自衛隊との連携による給水確保、シャワー・洗濯機の時間限定開放等の対応が、結果として医療従事者の継続勤務を可能にした。

この知見は、医療機関への災害産業保健介入の射程を大幅に拡張するものである。すなわち、DOHAT は単に「健康診断やメンタルケアを提供する団体」ではなく、「職員が働き続けるための生活基盤を確保する支援を含めた包括的支援団体」として機能

すべきである。具体的な介入機能として、以下が挙げられる。

- 被災医療機関のニーズアンケートの即時実施
- 自治体・自衛隊・他支援団体との橋渡し（給水、宿泊先確保、生活物資調達）
- 院内空き施設（病棟・会議室等）の職員宿泊所への転用支援
- 医療コンテナ等の代替施設の使用適合性評価
- 生活環境改善の進捗を J-SPEED で可視化し、改善要望を本部に届ける機能

（２）医療機関固有の論点：ストレスチェックパラドックスの理解

医療機関事例において観察された「ハネムーン期」効果（地震後のストレスチェック結果が地震前より低下）は、災害時の心理状態の独自性を示す重要な知見である。災害直後には、共通の困難に立ち向かう一体感や使命感が高揚し、個人レベルのストレス自覚は一時的に低下する傾向がある。しかし、これは長期的なリスクを覆い隠すものでもある。

したがって、医療機関への介入においては、ストレスチェック等の標準的指標を単独で用いるのではなく、文脈情報（不公平感、業務負荷の偏在、トラウマ反応の遅発出現等）と組み合わせて解釈する必要がある。POS（組織的支援感）指標の導入や、複数時点での縦断的評価が有効となる。

（３）介護・福祉施設固有の論点：日常リズムの再構築

介護施設事例における「朝礼再開」の効果は、災害時の組織機能回復における「日常リズム」の重要性を示すものである。災害時には、職員も組織も「非常事態」が常態化し、何をすべきか分からない状態に陥りがちである。これに対し、外部支援者が「朝礼」「定例ミーティング」「巡回ラウンド」といった日常的儀式の再開を促すことで、組織が日常モードに復帰するきっかけを与えることができる。

この介入は、専門的な医療・心理的技法ではなく、「組織運営の常識を再確認する」という性質のものである。しかし、被災下の組織はしばしばこの「常識」を見失うため、外部からの示唆が決定的に重要となる。DOHAT の教育プログラムにおいて、「日常リズム再構築のためのアセスメントと助言」は、医療機関より介護・福祉施設において特に重要なスキルとなる。

（４）介護・福祉施設固有の論点：「人によるサービス」の中核性と職員のモチベーション

介護・福祉施設は、医療機関以上に「人」が事業の中核を成す。設備や薬剤よりも、職員の手と判断と関係性が、利用者のＱＯＬを直接決定する。したがって、職員のモチベーション低下や離職は、施設機能の即

時的崩壊に直結する。

当該事例では、「ありがとう」という声かけ、頑張りを認める承認サイクル、第三者によるガス抜きが、モチベーション維持の中核要素として抽出された。これらは医療機関にも該当するが、介護施設においては特に重要性が高い。DOHAT の介入設計においては、定量的健康指標（J-SPEED 等）に加え、組織内の承認・感謝の循環の状態を質的に評価し、必要に応じて外部から「承認の代行者」として介入する機能を組み込むことが求められる。

加えて、当該事例で労使協働グループワークから抽出された「“ありがとう”の言葉」「情報共有を密に」という二つのアクションは、いずれも被災下において“平時の組織運営基盤が侵食されること”の帰結であった点に注目する必要がある。「忙しいのが当たり前」となるなかで承認・感謝のやり取りが消失し、また平時に機能していた情報共有ノートが交代制勤務下で途絶することで、シフトを越えた情報の連続性が失われた。これらはいずれも、災害そのものが直接生み出す問題というよりも、災害下で平時の組織運営基盤（承認文化、情報共有ルーチン）が継続できなくなることに起因する、いわば“二次的な組織機能不全”である。したがって、介護・福祉施設へのDOHAT介入においては、新規の災害対応スキームを上書きするだけでなく、平時の組織運営基盤のうちどの要素が侵食されているかをアセスメントし、その復旧と簡素化（災害下でも持続可能な形での再設計）を支援することが、極めて重要な機能となる。

３．医療機関・介護施設への効果的な DOHAT 介入モデル

以上の考察を踏まえ、医療機関・介護施設に対するDOHATの介入モデルを以下のとおり提案する。本モデルは、本研究班の研究１で示された全体的な活動モデル（フェーズ別段階モデル、オフサイト・オンサイト機能整理）の医療・介護領域における具体化版として位置付けられる。

（１）介入フェーズと対応する活動

表 2 参照

（２）医療機関・介護施設の介入機能パッケージ

医療機関・介護施設に対するDOHAT介入機能を、領域別にパッケージとして整理する（表 3）。

（３）平時からの準備事項

災害時に上記の機能を即応的に発揮するためには、平時からの準備が不可欠である。具体的には、以下の活動を進める必要がある。

- 医療機関・介護施設向けの「災害時産業保健支援パッケージ」の整備（メニュー型）
- 災害拠点病院、地域中核病院、特別養護老人ホーム等との平時協定
- 医療機関ＢＣＰと災害産業保健の連携モデルの構築（厚労科研山岸班等との連携）
- DMAT 事務局との情報共有プロトコル整備（DOHAT への期待の明確化）
- 「強制健診ツアー」等の運用ガイドラインの作成
- 医療・介護施設職員の災害時健康管理に関する教育コンテンツの整備

４．本研究の限界と今後の課題

本研究は、医療機関１件、介護・福祉施設１件の限られたサンプルに基づくものであり、地域・施設種別（公的・民間、規模、診療科構成等）の多様性を十分に反映していない。本研究で抽出されたモデルの一般化可能性を高めるため、今後以下の追加調査を実施する必要がある。

・能登半島地震の被災医療機関のうち、規模・機能の異なる複数機関への追加ヒアリング
・能登半島地震の被災介護・福祉施設のうち、特別養護老人ホーム、グループホーム、訪問介護事業所等の異なる類型への追加ヒアリング
・医療機関ＢＣＰに関する厚労科研班（山岸班等）へのヒアリング
・ＤＭＡＴ事務局へのヒアリング（DOHAT への期待の整理）
・過去の災害（東日本大震災、熊本地震等）における医療・介護施設支援事例の遡及的整理

また、本研究で抽出された介入モデルは、その効果検証が今後の課題である。シミュレーション訓練や実際の災害対応における実装を通じて、各介入の有効性を検証していく必要がある。

Ｅ．結論

本研究は、令和６年能登半島地震においてDOHATの支援を受けた被災医療機関および被災介護・福祉施設の関係者へのフォーカスグループインタビューを通じて、医療・介護施設への効果的な災害産業保健介入手法を質的に検討した。

分析の結果、本研究は以下の総括的知見を得た。第一に、両事例に共通して、職員の自発的休息は極めて困難であり、組織として「休む」を正当化する外部介入が本質的に重要である。第二に、外部支援者の「第三者性」が組織内部のしがらみから自由な対話と承認の場を提供し、これは医療・介護施設におけるDOHATの中核的価値である。第三に、リーダー層への直接介入は対立構造を生みやすく、院内・施設内実務者を介した間接的アプローチが効果的である。第四に、医療機関への災害産業保健介入は、狭義の健康管理を超え、「働き続けるための生活基盤の確保」（衣食住支援）を本質的要素として含む。第五に、介護・福祉施設においては、「日常リズムの再構築」（朝礼再開等）が組織機能回復の重要な起点となる。第六に、医療機関・介護施設の双方において、職員のモチベーション維持は事業継続そのものに直結し、承認サイクルの再起動が決定的に重要である。

本研究の成果として、医療機関・介護施設に対する効果的なDOHAT介入モデルを以下のとおり提示する。

- 生活基盤支援（衣食住の確保）を介入の出発点とし、自治体・自衛隊等との橋渡し機能を担う。
- 臨時健康診断命令等の法的枠組みを活用した「強制健診ツアー」など、外部の客観性と権威を活かして「休息」を組織的に正当化する仕組みを提供する。
- リーダー層への介入は、院内・施設内実務者を介した間接的アプローチを基本とし、外部支援者は「アドバイザー」として状況評価と助言を提供する。
- J-SPEEDによる定量的指標と、ＰＯＳ・承認サイクル・不公平感等の質的観察を組み合わせ、組織の状態を多面的に評価する。
- 介護・福祉施設においては、朝礼・定例ミーティング等の日常リズム再構築のアセスメントと助言を、医療・心理的介入と並ぶ中核機能として位置付ける。
- 介護・福祉施設においては、社会福祉施設職員健康管理版J-SPEEDによる職員負担の定量化、入念なヒアリングに基づく「職場環境改善のヒント集」の作成、および当該ヒント集を媒介とした労使協働グループワークを三層的に組み合わせた介入を中核手法として整

備する。これにより、外部からの一方的指導ではなく、現場発の具体的アクション（“ありがとう”の伝達・情報共有の再構築等）を導出する仕組みを提供する。

- 施設規模・機能・地域特性に応じてカスタマイズ可能な「メニュー型支援パッケージ」を平時から整備する。
- 複数の支援チームが同時に入る現場の混乱を最小化するため、医療・精神・介護等の領域別に統合的窓口を設計する。
- 本研究の知見は、本研究班の他研究課題と連動して、DOHAT の制度化に向けた政策提言の医療・介護領域における基盤を提供する。今後、医療機関ＢＣＰ研究班、ＤＭＡＴ事務局等への追加ヒアリングを通じて、知見の精緻化と一般化を進めるとともに、提案した介入モデルの効果検証をシミュレーション訓練および実際の災害対応において行っていく必要がある。

Ｆ．健康危険情報

特になし。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

該当年度なし。次年度以降、本研究の成果を産業衛生学関連雑誌および災害医学関連雑誌に投稿予定。

２．学会発表

該当年度なし。日本産業衛生学会、日本職業災害医学会、日本災害医学会等にて成果発表予定。

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし。

２．実用新案登録

該当なし。

３．その他

該当なし。

表１

対象施設	対象者の立場	主たる論点
被災医療機関①（公立総合病院）	災害対策本部担当医師、本部担当者	衣食住支援（病棟転用、自衛隊給水）、強制健診ツアー構想、トップ介入の難しさ、J-SPEED のブレーキ機能、ストレスチェックパラドックス、メニュー化提案
被災介護・福祉施設①（県立施設）	施設長、保健師等職員	朝礼再開による日常回帰、グループワークでのガス抜き、過酷な労働環境とモチベーション、支援チーム識別不能、窓口一本化要望、早期傾聴の必要性

表２

フェーズ	時期目安	医療機関・介護施設に対する主要活動
①入口	発災～2 週間	ニーズアンケート即時実施、衣食住支援の調整（自衛隊・自治体との橋渡し）、院内空きスペースの宿泊所転用支援、リーダー層との初期接触、メニュー型支援パッケージの提示
②展開	2 週間～1 か月	J-SPEED 導入、ハイリスク者抽出、外部相談窓口開設、強制健診ツアー（医療機関）の準備・実施、朝礼再開等の日常リズム再構築アドバイス（介護施設）、グループワーク
③継続	1 か月～3 か月	ハイリスク者の個別フォロー、不公平感等の組織課題への介入、業務分担の見直し（タスク・シフティング）、ストレスチェック結果の文脈解釈と組織へのフィードバック、承認サイクル再起動の支援
④撤退・移管	3 か月以降	地域産業保健機関への引き継ぎ、撤収後のフォローアップ計画、施設の BCP 改善への提言、教訓の言語化と平時連携体制への移行

表３

領域	医療機関	介護・福祉施設
生活基盤支援	空き病棟の宿泊所転用、給水・洗濯支援、医療コンテナ適合性評価	水運搬負担の軽減、食事改善（1日２食からの脱却）、職員寮等の確保
休息確保	臨時健康診断命令の活用（強制健診ツアー）、シフト見直しの提言	交代勤務の再設計、休息スペースの確保、有給休暇取得促進
リーダー介入	院内 DMAT 等を介した三段階アプローチ、本部アドバイザー機能	施設内保健師・労安担当者を介した助言、施設長への状況評価提供
データ活用	J-SPEED 運用、ストレスチェック結果の文脈解釈、不公平感の可視化	簡素化された健康チェック、ＰＯＳ評価、承認サイクル可視化、社会福祉施設職員健康管理版 J-SPEED による定量化、ヒアリングに基づく「職場環境改善のヒント集」作成
メンタル支援	外部相談窓口、DPAT へのリファー、医師の自己犠牲文化への対応	早期傾聴介入、グループワーク、朝礼再開等の日常リズム再構築、ヒント集を媒介とした労使協働グループワーク（“ありがとう”の伝達・情報共有再構築等の具体的アクション導出）
組織機能	業務命令系統の整理、応援医師・看護師との関係調整	承認・感謝サイクルの再起動、第三者によるガス抜きの場の提供