

厚生労働行政推進調査事業費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

災害発生時の分野横断的かつ長期的な マネジメント体制構築に資する研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

令和4年3月

目 次

I. 総括研究報告書	1
災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究 尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座） 資料：保健医療福祉調査本部等におけるマネジメントの進め方 2022（暫定版）	7
II. 分担研究報告書	
1. 保健医療調整本部等に関する調査及び要点	34
原岡 智子（松本看護大学看護学部）	
2. 近年の自然災害における保健医療調整本部等の実事例調査	44
池田 真幸（防災科学技術研究所災害過程研究部門）	
3. 産学民官の連携に関する調査	50
菅 磨志保（関西大学社会安全学部） 資料：産学民間の連携に関する調査の概要（2019-2021）	62
4. 指揮・統制・調整・コミュニケーション(C4)に関する海外の情報収集	72
冨尾 淳（国立保健医療科学院健康危機管理研究部） 別紙1：Health EDRM Framework（日本語訳）	80
5. 分野横断的な情報共有・連携の課題	124
池田 和功（和歌山県橋本保健所）	
6. 自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策	131
相馬 幸恵（新潟県三条地域振興局健康福祉環境部） 別紙1：新型コロナウイルス感染症対応をする職員のメンタルヘルスの現状と その対応策	135
大規模自然災害と新型コロナウイルス感染症対応のストレスの現状と 対応策等の違い	136
別紙2：新型コロナウイルス感染症に対応する自治体職員のメンタルヘルス対策に 係る意見交換会の実施について	137
別紙3：新型コロナウイルス感染症対応における自治体職員の過重労働・メンタル ヘルス対策について	138
別紙4：避難所支援従事者による情報把握と効果的支援のための避難所日報の検討	142
別紙5：大規模災害時における在宅等避難者（災害時要配慮者）の情報把握・支援方法 の検討	143
別紙6：コロナ対応における自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策 ～大阪市・埼玉県・群馬県の事例に学ぶ～	144
III. 研究成果の刊行に関する一覧	145

災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座教授）

研究要旨：

保健医療福祉活動の総合的なマネジメントの進め方を明確化することがこの研究の目的である。各分担研究のこれまでの成果を集大成して、小冊子「保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022（暫定版）」を作成した。その基礎となる分担研究として、保健医療調整本部等に関するインタビュー・アンケート・文献調査、産学民官の連携に関する調査、指揮・統制・調整・コミュニケーション(C4)に関する海外の情報収集、分野横断的な情報共有・連携の課題、自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策の検討を行った。

その結果、総論として、まず災害時の組織対応の原則（CSCA）に沿って、指揮・調整（保健医療福祉調整本部の設置、本部の構成員、本部長、リーダーシップ、本部事務局、本部会議、本部室）、安全の確保（活動者や被災者の二次災害等の防止、職員等の過重労働・メンタルヘルス対策）、情報交換・共有、評価が、また災害対応全体の流れとして、目的・戦略・目標・戦術、情報収集・状況認識・意思決定・実施、そして保健医療福祉活動チームの派遣調整、平常時の備え（計画・マニュアル、人材育成、物資）、事後レビューなどが、マネジメントを進める上で重要である。また、各論として、避難所及び在宅避難者の支援、医療活動、福祉活動・福祉との連携、NPO／ボランティアなどとの連携、民間企業などとの連携などが重要である。

研究分担者・研究協力者（コアメンバー）

池田 和功（和歌山県橋本保健所所長）
池田 真幸（国立研究開発法人防災科学技術研究所災害過程研究部門研究員）
菅 磨志保（関西大学社会安全学部准教授）
相馬 幸恵（新潟県三条地域振興局健康福祉環境部（三条保健所）地域保健課長）
富尾 淳（国立保健医療科学院健康危機管理研究部部長）
原岡 智子（松本看護大学看護学部看護学科公衆衛生看護学領域教授）
藤内 修二（大分県福祉保健部理事兼審議監（保健担当））
服部希世子（熊本県人吉保健所所長）
高杉 友（浜松医科大学健康社会医学講座助教）

研究協力者

赤松 友梨（浜松医科大学健康社会医学講座特任研究員）
鮎川 昌代（松本看護大学看護学部看護学科教授）
五十嵐 佳寿美（松本大学看護学部看護学科助教）
糸数 公（沖縄県保健医療部保健衛生統括監）
浦野 愛（認定NPO法人 レスキューストックヤード（RSY）常務理事）
大塚 理加（国立研究開発法人 防災科学技術研究所研究員）
奥田 博子（国立保健医療科学院健康危機管理研究部上席主任研究官）
川田 敦子（静岡県健康福祉部健康局国民健康保険課参事 兼 課長代理）

齊藤 富美代（埼玉県狭山保健所副所長）
佐々木 亮平（岩手医科大学全学教育推進機構教養教育センター人間科学科体育学分野助教）
静岡 健人（関西大学社会安全研究センター研究員）
鈴木 伸明（社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会災害福祉支援専門幹）
園崎 秀治（オフィス園崎、防災科学技術研究所客員研究員、（前全国社会福祉協議会））
武智 浩之（群馬県利根沼田保健福祉事務所（兼）吾妻保健福祉事務所医監）
田村 太郎（一般財団法人 ダイバーシティ研究所代表理事）
坪井 塑太郎（公益財団法人 人と防災未来センターリサーチフェロー）
中村 満寿央（一般財団法人 ダイバーシティ研究所理事）
西本 伊津美（大阪市人事室人事課保健副主幹）
坂東 淳（徳島県危機管理環境部危機事象統括監兼副部長）
古川 馨子（静岡県牧之原市健康推進課）
松本 珠実（大阪市健康局健康推進部保健主幹）
水井 良暢（国立研究開発法人 防災科学技術研究所研究員）
三村 誠二（徳島県立中央病院救急科部長）
山崎 初美（神戸市健康局担当局長（保健企画担当））
山本 千恵（行政書士（兵庫県行政書士会所属））
横山 芳子（松本看護大学看護学部看護学科准教授）

A. 研究目的

熊本地震（2016年）の検証結果を受けて、2017年7月5日に、厚生労働省5課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」が発出された。そこでは、

各都道府県において、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することなどが示されている。しかしながら、具体的にどのような整備を行うのが良いのかについて検討すべき点が多数ある。

一方で、2019年末から始まった新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は一種の災害であるとも言われ、またそのマネジメントや職員の安全衛生対策などにおいて自然災害と共通する点は多い。

そこで、保健医療福祉活動の総合的なマネジメントの進め方を明確化することをこの研究の目的とした。

B. 研究方法

1. 小冊子「保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方」の作成

各分担研究のこれまでの成果を集大成して、研究班会議、ワーキング会議及びメールによる意見交換等により、保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方についてのとりまとめを行った。

主として、都道府県庁の保健医療福祉部に設置される保健医療福祉調整本部について検討を行ったが、保健所等に設置される、いわゆる地域保健医療調整本部においても共通のことが多く、それも含めて検討した。なお、災害時の対応に軸足をおきつつ、新型コロナウイルス感染症対策本部など、新型コロナウイルス感染症対応の経験に基づく共通点も参考にして、とりまとめを行った。

これまでに災害対応に関する種々のマニュアルが作成されてきた。ただし、分量が多いと、特に災害発生時に通読することが困難である。また、詳細な記載は、災害の状況によって、また地域の特性によって、時に適用できない場合もある。そのため、主として、戦略・戦術レベルの、災害対応の大枠や基本的な考え方を比較的コンパクトにまとめること

とした。

2. 保健医療調整本部等に関する調査及び要点

2016年以降に災害の対応をした都道府県庁、保健所、中核市、中核市保健所に対して保健医療調整本部の設置と体制・運営、実際の対応（機能）、情報収集・計画策定、ロジスティクス、財務・総務等について聞き取り調査を行った。

3. 文献調査を含めた近年の自然災害における保健医療調整本部等の実事例調査

これまで、アンケートとインタビューによる実態調査を行った。また、その後に公開された各行政機関等の検証報告書や学術論文から課題を抽出し、本研究から明らかになった実態と照らして、要因や改善策について検討した。

4. 産学民官の連携に関する調査

従来、保健医療調整本部とあまり接点を持たず、独自の判断で要援護者支援を行う民間非営利組織（NPO・NGO等）や専門職によって新たに構築された支援体制の実態を把握する調査を行った。また、生活再建段階の被災者支援体制として「災害ケースマネジメント

（DCM）」に注目し、その先行事例の調査や、DCMに必要な被災者の支援需要を評価するアセスメント調査を行った。さらに、2018年のアセスメント調査結果と、その結果に基づく3年間の支援活動記録を突合したデータセットを構築し、分析した。加えて、専門士業団体への調査を行った。

5. 指揮・統制・調整・コミュニケーション(C4)に関する海外の情報収集

大規模災害時の対策本部（Emergency Operations Center, EOC）の主要機能とされる指揮・調整機能等について、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の対応も引き続き注

視しつつ、欧米諸国の現状について文献・資料等をもとに調査を行った。

6. 分野横断的な情報共有・連携の課題

令和3年度災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）養成研修（基礎編）において、DMAT、DPAT、JVOAD、DHEATといった関係機関からのビデオメッセージ（15～20分）を参加者に視聴してもらい、支援チームの特徴や活動内容の理解が深まったか分析した。都道府県における災害福祉支援ネットワークおよびNPO/ボランティア団体について、事例をもとに保健部局との連携のポイントについて分析した。

7. 自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策

新型コロナウイルス感染症に対応する職員のメンタルヘルスの現状とその対応策について、研究分担班メンバーの自治体の現状を把握し整理するとともに、自然災害との違いについても整理した。また、新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員のメンタルヘルス対策・過重労働対策について、積極的な取り組みを行っている自治体の関係者等を招聘して、オンラインによる意見交換会を実施した。

（倫理面への配慮）

人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針が適用される調査等については、倫理審査を受けるとともに、指針に則ってインフォームド・コンセントを受けるといった手続等を行った。関係者へのインタビュー調査等においては、研究の趣旨を説明し了承が得られた場合に実施した。

C. 研究結果及び考察

1. 小冊子「保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方」の作成

別添資料の通り、保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022（暫定

版)を作成した。総論として、まず災害時の組織対応の原則(CSCA)に沿って、指揮・調整(保健医療福祉調整本部の設置、本部の構成員、本部長、リーダーシップ、本部事務局、本部会議、本部室)、安全の確保(活動者や被災者の二次災害等の防止、職員等の過重労働・メンタルヘルス対策)、情報交換・共有、評価について、また災害対応全体の流れとして、目的・戦略・目標・戦術、情報収集・状況認識・意思決定・実施、そして保健医療福祉活動チームの派遣調整、平常時の備え(計画・マニュアル、人材育成、物資)、事後レビューについてマネジメントの要点をまとめた。また、各論として、避難所及び在宅避難者の支援、医療活動、福祉活動・福祉との連携、NPO/ボランティアなどとの連携、民間企業などとの連携についてまとめた。

2. 保健医療調整本部等に関する調査及び要点

急性期から活動を開始できるDMATが災害発生直後から行政を支援し医療中心の調整本部が設置されていて、被害状況の変化等に伴い保健や福祉を含む調整本部に移行していた。また調整本部では班体制が組まれており、行政組織の業務を生かして平常時から関係がある組織・団体等とともに対応していた。調整本部会議では、他の本部等へのリエゾン派遣等により収集した様々な情報を共有し、活動方針・目標・計画を決定して、本部長が関係のある班に連携・調整・連絡等の対応を指示していた。内容により権限移譲を行うこともあった。ロジスティクスは発災から暫くはDMATが担当し、保健所は県等に依頼していた。財務・総務は県等が担当し労務管理は各場所で行われていた。また、他県の災害支援や過去の災害対応経験、平常時からの研修が役立っており、研修や訓練、経験の有効性と災害対応の記録による災害経験の伝承が必要と考える。これらのことから、保健医療調整本部の名称はそれぞれ違うが、ICSの機能に類似

した役割をもって状況に応じた活動をしていただと推察される。地域の特性を踏まえICSの視点をもった保健医療調整本部の構築が必要と考える。

3. 文献調査を含めた近年の自然災害における保健医療調整本部等の実事例調査

福祉施設の被災状況や支援ニーズ等の把握は、これまでの災害においてEMISのように関係者に一斉に情報共有する仕組みが整備されておらず、情報伝達経路も明確でない場合が多いことから、適切な組織に情報が集約されず、対応が遅れると考えられる。ただし情報システムは電気や通信等が不通になると使用できないことを想定し、代替の情報収集手段を講じる必要がある。

保健医療調整本部とライフライン企業等の民間企業との連携は重要であるが、防災部局を介して連携調整が行われる場合が多く、迅速性に欠くことが懸念される。防災部局や支援企業の連絡員が常駐する部屋と保健医療調整本部の執務スペースは同室であることが望ましいが、別室にならざるを得ない場合には、定例の会議の外にも相互にコミュニケーションをとる手段を講じるべきである。

活動チームの派遣調整や支援にかかる費用負担等については、都道府県、保健所、市町村間で共通認識を持つことが重要である。特に災害救助法適用の有無等によって事務の所掌や権限移譲、費用負担が変わるため、想定されるケースを事前に整理し、関係者間で共有しておくことや、その判断を迅速に行うための情報収集・分析を早期から行うことが有効であると考えられる。

4. 産学民官の連携に関する調査

2021年の調査では、特に高齢世代で「まち・地域の安定」「心理的安定」についての主観的復興感の回復が遅かった。また2018年のDCM結果と、その後の支援活動記録の分析では、被災当初のアセスメント調査で日常生活・住ま

いの再建支援世帯と評価された世帯の生活再建が遅れており、過去の評価が概ね妥当だったことが確認された。専門士業団体への調査の結果、技術系・法律系の団体は、福祉系の団体より他の分野との連携が少なかった。

5. 指揮・統制・調整・コミュニケーション(C4)に関する海外の情報収集

COVID-19 のパンデミックの経験を通じて、バーチャル EOC の活用など新たな技術の導入も進んでいることが明らかになった。一方で、地域のリスクやリソースの評価により本部機能を確立し、標準作業手順書 (SOP) として一連の手順を明確にするという基本的なプロセスを確実に実施していくことが重要であると考えられた。

6. 分野横断的な情報共有・連携の課題

災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT) 養成研修基礎編において、令和 2 年度から 2 年間にわたり、NPO・ボランティアとの連携について取り上げたこともあり、保健部局の行政職員から福祉との連携が重要であるということが聞かれるようになってきた。

今後、具体的に平時・災害時に連携できるようになることが重要である。連携のポイントとして、以下のことが抽出された。①災害時の住民支援は多岐にわたり保健部局だけでは対応できない。災害派遣福祉チーム (DWAT) や災害 NPO・ボランティアは専門的に被災者の生活支援にかかわった経験があり、連携することが有用である。②災害時に効率よく DWAT や災害 NPO と連携するためには、社会福祉協議会や災害中間支援組織の役割が重要で、平時から連携の仕組みを構築すること、保健部局もかわることが重要である。③災害時に DWAT や災害 NPO、中間支援組織と効率的に連携するには、平時から地元の関係団体との連携が不可欠である。福祉部局や社会福祉協議会と協力して、地元ボランティア団体との関係づくりをしていくとよい。

7. 自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策

大規模災害時における職員の健康管理は各地で行われてきた。一方で、新型コロナウイルス感染症対応業務が長期化する中、職員の心身の不調が多く発生している現状があり、過重労働・メンタルヘルス対策が重要な課題となっている。その対策として「業務マネジメント」と「メンタルヘルスカケア」の 2 つの柱に整理し、両輪で進めることが重要であり、各職場では所属長等をリーダーとし組織としての具体的な取組を進めていくことが必要である。新型コロナウイルス感染症対応の収束が見えない中、今後も職場において各地の取組事例を参考にし、創意工夫しながら対応業務を進めていけるよう、取組の発信、共有化をしていくことも必要である。

D. 結論

保健医療福祉活動の総合的なマネジメントの進め方の明確化に向けて検討を行い、小冊子「保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方」を作成した。

総論として、まず災害時の組織対応の原則 (CSCA) に沿って、指揮・調整 (保健医療福祉調整本部の設置、本部の構成員、本部長、リーダーシップ、本部事務局、本部会議、本部室)、安全の確保 (活動者や被災者の二次災害等の防止、職員等の過重労働・メンタルヘルス対策)、情報交換・共有、評価が、また災害対応全体の流れとして、目的・戦略・目標・戦術、情報収集・状況認識・意思決定・実施、そして保健医療福祉活動チームの派遣調整、平常時の備え (計画・マニュアル、人材育成、物資)、事後レビューなどが、マネジメントを進める上で重要である。また、各論として、避難所及び在宅避難者の支援、医療活動、福祉活動・福祉との連携、NPO/ボランティアなどとの連携、民間企業などとの連携などが重要である。

E. 研究発表

1. 論文発表・著書

- 1) 尾島俊之. 保健・医療・福祉活動の考え方. 國井修、尾島俊之編集. みんなで取り組む災害時の保健・医療・福祉活動. 南山堂, 2022, pp17-23.
- 2) 菅磨志保. コロナ禍における市民活動の展開. 関西大学社会安全学部編. 検証 COVID-19 災害. ミネルヴァ書房, 2022, pp 168-177.
- 3) 尾島俊之. 感染症法施行後の地域保健における感染症対策の歩みと今後の在り方. 公衆衛生. 2021; 85(4): 210-214.
- 4) 尾島俊之. 新型コロナウイルス感染症の疫学. 診断と治療. 2021; 109(11): 1473-1477.
- 5) 尾島俊之、鳩野洋子. コロナ禍から学ぶ市町村の保健活動. 保健師ジャーナル. 2021; 77(11):872-876.
- 6) Nakahara S, Inada H, Ichikawa M, Tomio J. Japan's slow response to improve access to inpatient care for COVID-19 patients. Front. Public Health. 2022; 9: 791182.
- 7) Ito Y, Hara K, Sato H, Tomio J. Knowledge, Experience, and Perceptions of Generic Drugs among Middle-Aged Adults and their Willingness-to-Pay: A Nationwide Online Survey in Japan. Tohoku J Exp Med. 2021, 255, 9-17.
- 8) 山本千恵. 避難の多様性に伴う課題と職能集団による支援の可能性. 危機管理レビュー. 2021; 13: 13-21.

3. 学会発表

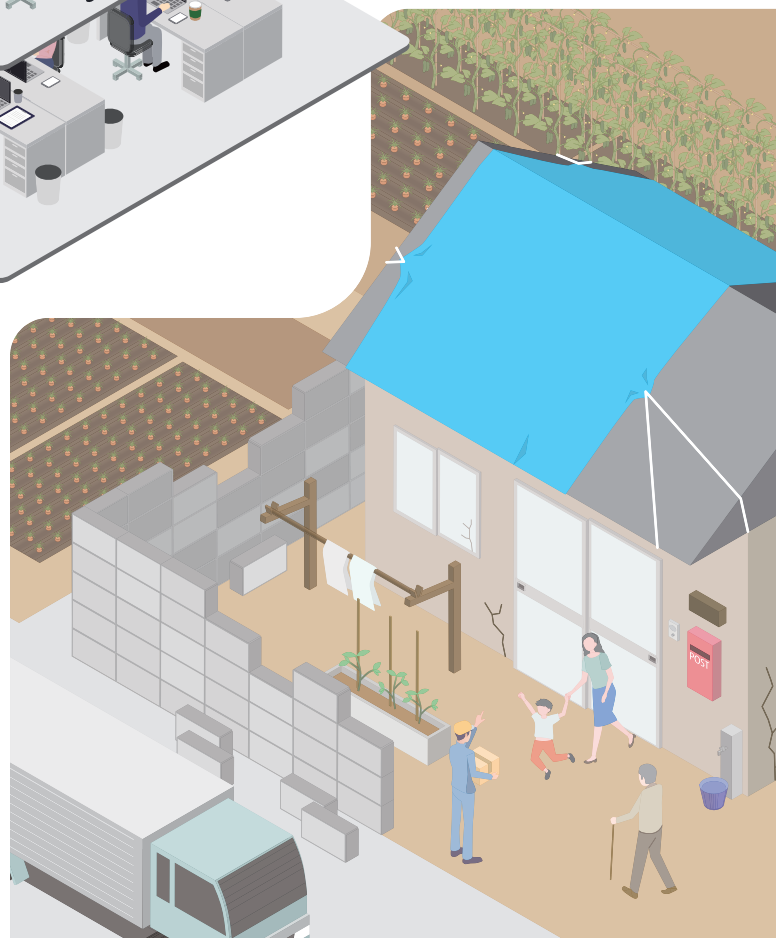
- 1) 尾島俊之. 新型コロナウイルス感染症への公衆衛生対応の俯瞰. 第 67 回東海公衆衛生学会学術大会, 長久手市, 2021 年 7 月 3 日. (東海公衆衛生雑誌. 9(1):26,2021.)
- 2) 尾島俊之、高杉友、原岡智子、池田真幸、

池田和功、富尾淳. 保健医療調整本部等におけるマネジメント. 第 27 回日本災害医学会総会・学術集会, 広島市, 2022 年 3 月 3 日.

- 3) 菅磨志保. コロナ禍における市民活動の展開. 2021 年度関東都市学会秋季大会, Zoom, 2021 年 12 月 5 日.
- 4) 静間健人、中村満寿央、田村太郎、菅磨志保、大塚理加、尾島俊之. 被災世帯の生活再建支援需要評価に基づく『災害ケースマネジメント』の可能性と課題: 2018 年西日本豪雨・広島県坂町における 3 年間の生活再建過程の分析から. 第 8 回震災問題研究交流会 (社会学系 4 学会連合), 遠隔大会, 2022 年 3 月 19 日.
- 5) 富尾淳. オールハザード・アプローチに基づく災害医療に向けて-海外の事例をふまえた考察. 第 27 回日本災害医学会総会・学術集会. 広島市, 2022 年 3 月 3 日. (Japanese Journal of Disaster Medicine 2022;26 suppl.: 185.)
- 6) 相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子、佐々木亮平. 避難所支援従事者による情報把握と効果的支援のための避難所日報の検討. 第 80 回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2021 年 12 月 21-23 日.
- 7) 佐々木亮平、相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子. 大規模災害時における在宅等避難者(災害時要配慮者) の情報把握・支援方法の検討. 第 80 回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2021 年 12 月 21-23 日.

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



保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022-(暫定版)

保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方

—— はじめに

趣旨

平成29年7月5日付け厚生労働省5課局部長通知「**大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について**」により、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う**保健医療調整本部を設置**することとされた。最近では、保健医療福祉調整本部として設置されることが多い。

本小冊子は、その保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方を明確化し、より適切に運営するための一助となるよう作成した。主として、都道府県庁の保健医療福祉部局に設置される保健医療福祉調整本部について記載するが、保健所等に設置される、いわゆる地域保健医療調整本部においても共通のことが多い。なお、災害時の対応に軸足をおきつつ、新型コロナウイルス感染症対策本部など、新型コロナウイルス感染症対応の経験に基づく共通点も参考にし、とりまとめを行った。

これまでに災害対応に関する種々のマニュアルが作成されてきた。ただし、分量が多いと、特に災害発生時に通読することが困難である。また、詳細な記載は、災害の状況によって、また地域の特性によって、時に適用できない場合もある。そのため、この小冊子は、主として、**戦略・戦術レベル**の、災害対応の大枠や基本的な考え方を比較的コンパクトにまとめることとした。目の前の対応に追われると、忘れがちになる基本的事項のチェックリストと考えることもできる。複数の考え方で一般的にいずれもありえる論点は、それらを併記し、各選択肢のメリット、デメリット、選択の考え方の整理を行った。なお、一部、コラムとして、具体的な事例・意見や実務例を入れている。

対象読者

都道府県庁の保健医療福祉調整本部関係者、保健所等の地域保健医療福祉調整本部等関係者を主に念頭に置いて作成した。なお、副次的に、市町村、災害医療コーディネーター、その他の関係者等が参考にして頂くことも想定している。また、状況により災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)研修等における活用も考えられる。

目次

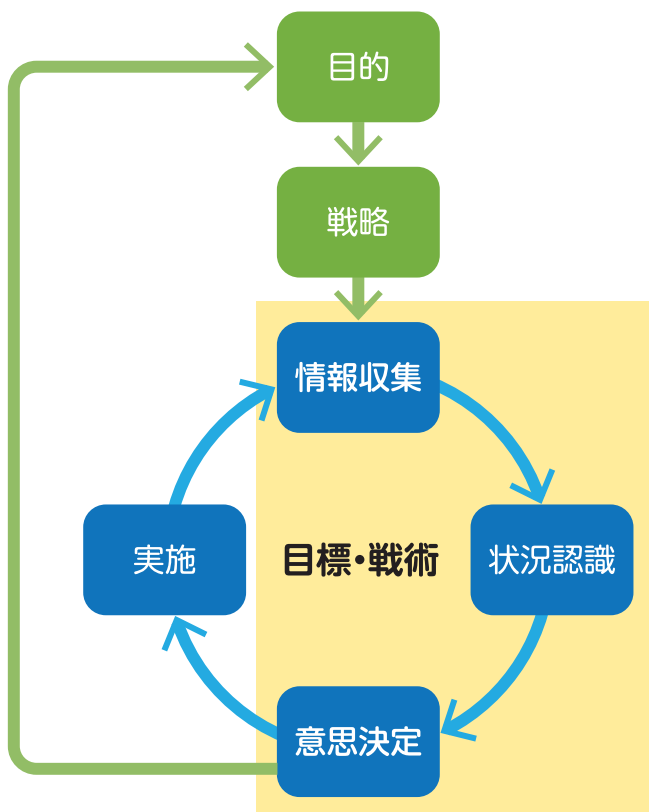
概要スライド	.....	P.2
概要	.....	P.3
本編 総論	.....	P.7
各論	.....	P.21
研究分担者・研究協力者等	.....	P.26



保健医療福祉調整本部等における災害時の組織対応の原則 (CSCA)



災害対応全体の流れ



- ・ 平時から目的、戦略を設定
- ・ 発災初期の情報収集から、目標、戦術 (緊急時実行計画 (IAP) 等) を策定し実施
- ・ 究極の目的：生命、健康、生活、尊厳、幸福
- ・ 急性期、亜急性期、復旧復興期等のフェーズにより重点目標や戦術が変化

情報収集 Observe 平時と発災時、ニーズとリソース、寄せられる情報と取りに行く情報、ICT の活用

状況認識 Orient 全体像の見える化、ニーズとリソースのバランスの見える化、平時の情報からの推計

意思決定 Decide 次の本部会議までにやることと役割分担を決定、計画と目標を策定、事例やアイデアを検討

実施 Act 実施の状況を記録、実施後に情報収集し評価・状況認識

OODA loop (ウーダーループ)：PDCA サイクルを C から始めることに近い

保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022 概要

(特に重要な内容を抜粋して頭出ししている。各項目間で重なり合う事項も多い。)

総論

C：指揮・調整
S：安全の確保
C：情報交換・共有
A：評価

1 災害時の組織対応の原則(CSCA)

1-1. 指揮・調整(Command & Control)

1-1-1. 保健医療福祉調整本部 (Emergency Operations Center, EOC)

- ・災害発生時には、保健医療福祉調整本部、またはそれに相当する本部を設置する。
- ・本部に福祉を含めるか否かは、その都道府県における平時の部局と同様にするのが標準的と考えられる。福祉を含めない本部とする場合には、福祉部局等との緊密な連携を図る。
- ・都道府県庁の保健医療福祉部局等に設置する保健医療福祉調整本部と、保健所等に設置するいわゆる地域保健医療福祉調整本部がある。
- ・本部は災害発生時の指揮・調整や地域・集団の課題等の個別案件の処理等を行う。
- ・本部は、危機管理部局が設置する災害対策本部の下に設置され、緊密な連携を行う。

1-1-2. 本部の構成員

- ・本部の構成員は、関係各課等の課長及び職員等である。時には、災害医療コーディネーター、各課の関連する活動チームの代表者等も構成員となる。

1-1-3. 本部長、リーダーシップ

1-1-3-1. 本部長

- ・本部長は、一般的に、都道府県庁では部局長とするが、保健医療担当部局長や医監等が就く場合もある。保健所では保健所長、または保健福祉の統合組織の長が就く。

1-1-3-2. リーダーシップ

- ・本部長や各部門のリーダーは、災害に対応したリーダーシップを発揮する。
- ・リーダーは、全体像を把握し、課題を時系列に書き出し、基本方針・具体的な戦略を検討する。それらを、見える化して、所属内で共有する。
- ・その役割を果たすためには、リーダーが落ち着いて考える時間を確保する。
- ・リーダーには、補佐役を確保する。
- ・具体的な対応は担当部門や現場に権限移譲して任せる。
- ・直属の部下の数は5人程度以下が良い。直接指示を受ける上司は1人に明確化する。

1-1-4. 本部事務局

- ・保健医療福祉調整本部の事務局をどの課が務めるかを平時から決めておく。一般的には部局の主管課とする。業務の内容毎に各事業課で分担する形もありえる。
- ・本部会議の準備や後処理、予算調整や会計、必要物品の調達、労務管理等を行う。
- ・庁内において、積極的に人事異動を発令し、管理職を含め必要な人材を配置する。

1-1-5. 本部会議

- ・定期的に保健医療福祉調整本部会議を開催する。
- ・本部会議には、都道府県庁内の本部構成各課長等で開催する形と、種々の活動チームの代表者を含めて開催する形とある。
- ・本部会議には、保健所や関係機関等の Web 等による参加を検討する。
- ・本部長、本部長補佐、及び主要構成員数人による打ち合わせである幹部会議も行う。
- ・会議は、情報共有、意思決定、モチベーション維持などの目的を明確にして効率的、効果的に実施する。

1-1-6. 本部室 (Operations Room)

- ・災害発生時には、個別案件に対して、異なる課等の担当者同士が協議をして迅速に対応するために、本部室を開設する。
- ・本部室は、外部からの活動者の執務室として使われることも多い。
- ・物理的に本部室の開設が困難な場合には、平時の執務室等で対応業務を行う。

1-2. 安全の確保 (Safety)

1-2-1. 活動者や被災者の二次災害等の防止

- ・活動場所や、移動途上の安全に留意する。天気予報、土砂崩れ、活動場所の耐震性など。
- ・CBRNE：化学 (Chemical)、生物 (Biological)、放射性物質 (Radiological)、核 (Nuclear)、爆発物 (Explosive) の防護等に留意する。また、感染防護に留意する。
- ・保健医療福祉活動等の安全衛生を担当する人を設ける。

1-2-2. 職員等の過重労働・メンタルヘルス対策

- ・業務マネジメントにより、勤務時間を管理し、交代で休めるようにする。
- ・心のケアの 4 つの柱として、セルフケア、相互支援、組織的対応、専門職による支援を行う。

1-3. 情報交換・共有 (Communication)

- ・通信手段を確保する。電話、会議、ファイル共有システム、掲示板などを使って、情報交換・共有する。
- ・関係者間の状況認識の共有が、円滑な指揮・調整の基盤となる。
- ・連絡窓口 (リエゾン) を派遣する。特に、都道府県庁から、政令指定都市・保健所設置市等に派遣する。また、被害の激しい地域の保健所、一般市町村に派遣する。
- ・災害対応の情報は記録し、保存しておく。
- ・広報の体制を決めておく。

1-4. 評価 (Assessment)

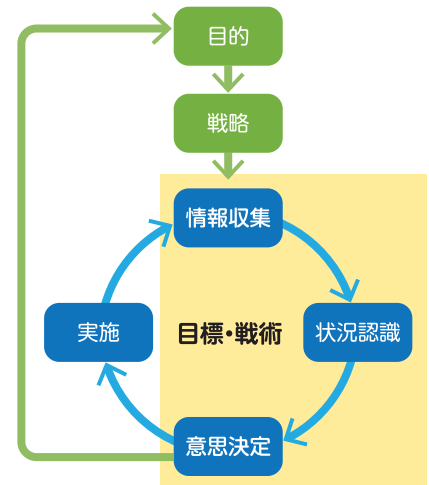
- ・災害発生直後に、被災地の状況や現地のニーズを大まかに評価し、支援の優先順位を決定する。

◆次の項「災害対応全体の流れ」の「状況認識」を参照。

2 災害対応全体の流れ

2-1. 目的・戦略・目標・戦術

- ・災害対応の<目的>、大枠の<戦略>を定め、<目標>を設定し、目標達成に向けた実行計画<戦術>を策定し実施する。
- ・平時から検討しておき、災害発生時には見直ししながら運用する。
- ・実施した結果の評価をふまえて、新たな目標を設定し、これに応じた実行計画を策定し実施する。この一連の流れを繰り返しながら、目的に向かって対応を進める。
- ・究極の目的は、人々の生命、健康、生活、尊厳、そして幸福を守ることである。
- ・急性期、亜急性期、復旧復興期等のフェーズにより重点目標や戦術が変わる。



2-2. 情報収集・状況認識・意思決定・実施

- ・情報収集 (Observe)、状況認識 (Orient)、意思決定 (Decide)、実施 (Act) の一連の流れを、ウーダグループ (OODA loop) ともいい、PDCA サイクルを C から始めることに近い。
- ・海外の災害対応で用いられる緊急時総合調整システム (Incident Command System, ICS) の肝は、意思決定に至るこのプロセスである。

3 保健医療福祉活動チームの派遣調整

- ・保健医療福祉活動チームに対する指揮・連絡、保健所等への派遣調整を行う。
- ・被災地での状況やニーズを暫定的に把握・推定して、応援要請を行う。
- ・各地域及び分野の推定される業務量に応じて、保健医療福祉活動チームの配分を行う。
- ・活動チームから、必要十分な内容による活動報告を集約する。

4 平常時の備え

4-1. 計画・マニュアル

- ・保健医療福祉調整本部や保健医療福祉活動の計画やマニュアルを策定する。
- ・自治体の地域防災計画に、保健医療福祉調整本部を位置づける。
- ・受援体制を含めた体制づくりや、関係機関との協定の締結等を行う。
- ・業務継続計画 (BCP) を策定し、また適切に発動できるようにする。
- ・各種災害時活動チーム、NPO、民間企業を含めて平時から関係者と顔の見える関係を作っておく。

4-2. 人材育成

- ・全国やブロックでの機会を活用し、また自治体独自に、大規模災害を始めとした健康危機管理に関する研修や訓練を実施する。研修や訓練の内容に応じて、都道府県庁、政令指定都市・保健所設置市、保健所、市町村の職員、災害時活動チームのメンバーなどが合同で行う。
- ・小規模な災害でも積極的に支援または受援を行い、人材育成の機会として活用する。
- ・健康危機管理の中核を担える職員の育成を考慮して、研修派遣や人事を行う。

4-3. 物資

- ・健康危機時に必要となる物資を備蓄し、また必要時に物資や資機材などが調達でき、輸送手段の手配ができるように準備を行う。

5 事後レビュー

- ・災害対応時に種々の記録を残しておき、災害対応が一定程度落ち着いた時点で事後レビューを行い、次の災害において留意すべき事項を整理する。

各 論

6 避難所及び在宅避難者の支援

- ・組織づくり、環境整備、疾病予防、要配慮者支援等を行う。
- ・避難所への支援に加えて、在宅等の避難所以外での避難者の支援も行う。
- ・被災者、多職種、被災地内外の NPO やボランティアが連携して対応する。
- ・生活の視点を含めた災害ケースマネジメントにより中長期的な支援を行う。

7 医療活動

- ・災害医療コーディネーター、DMAT 等とともに災害医療活動のマネジメントを行う。
- ・トリアージ (Triage)、搬送 (Transport)、治療 (Treatment) 等を行う。
- ・広域医療搬送や、大人数の搬送が必要な場合、特に保健医療福祉調整本部の役割が大きい。

8 福祉活動、福祉との連携

- ・福祉活動には、高齢者、要介護者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童、生活保護、生活困窮者や、福祉施設への支援など、様々なものがある。
- ・介護保険事業者、福祉事業者、地域包括支援センター、災害派遣福祉チーム (DWAT) 等と連携する。

9 NPO / ボランティアなどとの連携

- ・災害時の住民支援は、NPO / ボランティアと連携することが有用である。
- ・個々の NPO 等の活動調整は、全国災害ボランティア支援団体ネットワーク (JVOD) 等と連携しながら、中間支援組織に担ってもらおうとよい。

10 民間企業などとの連携

- ・災害対応を効率的効果的に実施するため、官民連携を推進する。

保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022 本編

総論

1 災害時の組織対応の原則(CSCA)

C：指揮・調整
S：安全の確保
C：情報交換・共有
A：評価

1-1. 指揮・調整(Command & Control)

1-1-1. 保健医療福祉調整本部 (Emergency Operations Center, EOC)

- ◆災害発生時には、保健医療福祉調整本部、またはそれに相当する本部を設置する。
- ◆本部に福祉を含めるか否かは、その都道府県における平時の部局の構成と同様にするのが標準的と考えられる。福祉を含めない本部とする場合には、福祉部局等との緊密な連携を図る。
- ◆都道府県庁の保健医療福祉部局等に設置する保健医療福祉調整本部と、保健所等に設置するいわゆる地域保健医療福祉調整本部がある。
- ◆本部は災害発生時の指揮・調整や地域・集団の課題等の個別案件の処理等を行う。
- ◆本部は、危機管理部局が設置する災害対策本部の下に設置され、緊密な連携を行う。

- ▶情報を分析し活動計画を立て関係各課に実施するよう指揮・調整する。
- ▶保健医療福祉調整本部の役割の明確化が必要。
- ▶災害救助法適用があった場合、救助事務の市町村と都道府県の役割の理解が必要。小規模災害の救助の実施主体は市町村であるが、大規模災害で災害救助法が適用となると都道府県が救助の実施主体となる(災害救助法第2条)。ただし、救助実施市として指定された市は救助の実施主体となる例外がある(法第2条の2)。また、都道府県は、救助事務の一部を市町村に委任することができる(法第13条第1項)。
- ▶救助の程度、方法及び期間は一般基準として定められているが、一般基準では救助の適切な実施が困難な場合には、都道府県知事は内閣総理大臣に協議し、その同意を得た上で、特別基準を定めることができる(災害救助法施行令第3条第2項)。
- ▶災害救助法による救助の費用は、市町村ではなく、都道府県と国が負担するため、費用のかかる救助の意思決定は都道府県が行うことになる。都道府県は方針を定めて、個別の意思決定は市町村に委譲するのが良い。

保健医療福祉調整本部と保健医療調整本部の特徴

	保健医療福祉調整本部	保健医療調整本部
特徴	・災害対応当初から福祉との連携が図りやすい。	・小回りが効きやすい。 ・福祉との連携を図る仕組みを別途設ける必要がある。
平時の組織体制との関係	・保健医療福祉が統合された部局の場合に、平時と同様の運用が可能。	・保健医療と福祉と別の部局の場合に、平時と同様の運用が可能。

- ▶平成29年7月5日付け厚生労働省5課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」では、「保健医療調整本部」を設置することとされている。最近では、保健医療福祉調整本部としての設置が標準的になりつつある。

事例・意見

*以下の記載で茶色文字はインタビューでの聴取等による事例や意見

- ▶保健所・市町村レベルでは、被災者の保健医療福祉課題は一緒になって上がってくる。保健医療と福祉の各部門の横連携が、保健医療福祉調整本部というかたちで作れば、もっとスムーズに被災者ニーズを解決できる。

保健医療福祉調整本部と国との連携

- ▶保健医療福祉調整本部は、保健医療福祉活動を効果的・効率的に行うため、被害状況、保健医療ニーズ等について、厚生労働省等と緊密な情報連携を行うとともに、必要な助言及びその他の支援を求める。

1-1-2. 本部の構成員

- ◆本部の構成員は、関係各課等の課長及び職員等である。時には、災害医療コーディネーター、各課の関連する活動チームの代表者等も構成員となる。

- ▶保健医療福祉調整本部等の構成員は、一般的に、保健医療福祉所管部局の全課とする。都道府県の医務、保健衛生、業務、精神保健福祉、高齢者福祉、障害福祉、児童福祉主管課等の関係各課及び保健所の職員、災害医療コーディネーター、各課に關係する活動チーム代表者等の関係者が参画する。しかし、關係する課の数が多い場合は、本部会議に毎回参加する課を絞る運用もあり得る。

事例・意見

- ▶保健医療調整本部の本部員の運営体制は、行政の各課とその課に關連する活動チームからなる調整班、災害医療コーディネーター、本部運営チームで構成されている。
- ▶保健医療調整本部の本部運営チームは、保健医療調整本部を円滑に運営するための補佐的役割を担う。チームには統括チーム、記録／連絡／資材管理チーム、情報収集／分析チーム、ロジスティクスチーム、救護班管理チーム、搬送調整チームがあり、1チームあたり行政職員数名で構成されている。

事例・意見

- ▶保健医療調整本部には複数の班が設置されており、行政の各課の平常時の業務が災害時対応へ転換するよう班分けがされている。医療政策班には統括 DMAT が来て活動した。

事例・意見

- ▶発災直後の保健医療調整本部(当時は DMAT 調整本部と言っていた)は、行政の医療担当課、統括 DMAT、災害医療コーディネーター、DMAT、DMAT ロジスティクスチーム(全国から集められた本部運営やロジスティクス活動のトレーニングを受けた DMAT 隊員のチーム)、小児周産期リエゾンがおり、情報収集、分析、対応の指示等を行っていた。

事例・意見

- ▶保健所保健医療調整本部の下に、被災した複数の町や保健所の職員、被災地で活動している活動チームで構成された現地保健医療調整本部が設置された。

1-1-3. 本部長、リーダーシップ

1-1-3-1. 本部長

- ◆本部長は、一般的に、都道府県庁では部局長とするが、保健医療担当部局長や医監等が就く場合もある。保健所では保健所長、または保健福祉の統合組織の長が就く。

事例・意見

- ▶保健所保健医療調整本部の本部長は保健所長で、被災地の現地保健医療調整本部の本部長は保健所長の代行として保健所長が都道府県庁の職員を指名し、活動してもらった。

1-1-3-2. リーダーシップ

- ◆ 本部長や各部門のリーダーは、災害に対応したリーダーシップを発揮する。
- ◆ リーダーは、全体像を把握し、課題を時系列に書き出し、基本方針・具体的な戦略を検討する。それらを、見える化して、所属内で共有する。
- ◆ その役割を果たすためには、リーダーが落ち着いて考える時間を確保する。
- ◆ リーダーには、補佐役を確保する。
- ◆ 具体的な対応は担当部門や現場に権限移譲して任せる。
- ◆ 直属の部下の数は5人程度以下が良い。直接指示を受ける上司は1人に明確化する。

- ▶ リーダーシップの発揮として、目的や役割分担を共有して、チームメンバーの能力などを最大限に引き出す「チームビルディング」(チーム構築)を行う。
- ▶ 1人が効果的に監督できる直属の部下の人数(統制範囲(Span of Control)と言われる)は5人程度とされるため、これを目安に組織を編成するとよい。直属の部下の人数が多くなりすぎる場合は、状況に応じて、サブリーダー等を設けて分割して対応することも考慮する。
- ▶ 直接指示を受ける上司は1人に明確化する。**指揮の一元化(Unity of Control)**という。災害発生時に、臨時的にある部署に配属や応援派遣となった際に、そこでの上司と、元々の上司の両方から指示が来る体制となっている場合、それらの指示が微妙に異なると混乱が発生し、両方の指示の業務を行うことになるなど好ましくない。
- ▶ 具体的な対応は担当部門や現場に権限移譲して任せる。リーダーは細かいことは言わない。

事例・意見

- ▶ コマンドを出す職員の職位は部長・課長である。新任の部長・課長でも指示を出さないと、誰が本当の責任者かわからなくなるので気を付けないといけない。
- ▶ リーダーは全体像を把握し意思決定する。補佐役がそれを助ける。
- ▶ リーダーが意思決定をするときに補佐役が非常に重要である。リーダー 1人で判断しにくい場合は、補佐役が助言・アイデア出しをして一緒に考える。
- ▶ 連絡・記録・物資など各部門に役割を振り分け、任せる。それぞれの現場単位で意思決定を早くするため、全体の方針・戦略・具体的な基本方針をきっちり表示する。
- ▶ 業務が集中するセクションに人材を確保する。
- ▶ 各セクションを任された担当者はそこで完結することはそこで終わらず。どうしても本部長決裁が必要な内容や本部長自身による電話が必要な内容に関してはどんどん上げていく。

事例・意見

- ▶ リーダーや統括 DMAT 等が活動チームの必要性を話し合い、その結果をもとにリーダーが活動チームに、活動の依頼と活動場所・内容、活動の中止、活動の申し出のお断り等を伝えていた。

事例・意見

- ▶ 発災後、組織図を作成し、指揮命令系統を明確にし、組織図に名前・電話番号を書き、誰からの命令で誰に報告するのか明確にした。

事例・意見

- ▶ 保健医療調整本部の本部長が、何か責任問題が生じたら本部長が責任をとることを宣言し権限を各班(班長=課長)に委譲していたので、本部員個々でできることは行って班長へ報告していた。

事例・意見

- ▶ 本部長が災害対策本部にも出席し、保健医療調整本部のリーダーとして指揮していた。

事例・意見 日本の文化的背景

- ▶ 日本では上長が担当者に細かい指示を出すような文化があるが、平常時からその文化を変えていく必要がある。
- ▶ 災害現場では担当者に任せ、彼らのモチベーション維持、全体像把握に努める。
- ▶ 任されているという実感がないとお伺いを立てて、災害対応に時間がかかる。任せる・権限を与えるということをやっていく。

事例・意見 リーダーが考える時間の確保と課題の見える化(統括 DMAT のノウハウ例)

- ▶ リーダーが落ち着いて考える時間をとる。
- ▶ 課題を時系列で書き出し、見える化する。状況分析を行い、それをもとに活動方針を立てる。それらをもとに適宜ミーティングを行う。最低 1 日 1 回、各部門のリーダー・集まるべき人を集め、これを実施する。
- ▶ 様々な部署のリーダーを集め、困っていることを聞く。各課題の担当者を決め、例えば 3 時間後に進捗状況を確認する。担当者をつけると、リーダーが自由になり、次に何が必要か落ち着いて全体像を考えることができる。
- ▶ いろいろなことを書き出して見える化する。災害現場の本部では、次から次に様々な大きい課題から小さい課題、目の前に来ている課題、隠れていて見えない課題がある。
- ▶ 状況分析・活動方針を定期的に見直す。困っていることがそのときに出てこなくても、非常に重要なミッション・課題はある。クロノロジー・ホワイトボードなどを有効に使い、各項目(指揮調整、患者の搬送、物資等)を分けて書き、現状分析をして、それに対する活動方針を立てる。これを最低 1 日 1 回あるいは朝夕、状況によったら定時ごとに、各部門のリーダー・集まるべき人を集めて実施する。

事例・意見

- ▶ 発災後の多くの要求が来ている混乱期に、リーダーは電話に出ないようにしよう、出来ないことは出来ないとしようと整理した。

事例・意見

- ▶ 保健所長は冷静な判断をするために、現場の情報収集と考える時間を確保するため、応援の活動チーム等が慌ただしく調整している部屋に常駐しない方が良い。

保健医療福祉調整本部のリーダーを補佐する人を確保

- ▶ 保健医療福祉調整本部は、保健医療福祉活動の総合調整を円滑に行うために必要があるときは、被災都道府県以外の都道府県等に対し、保健医療福祉調整本部における業務を応援するための人的支援等を求める。このとき、保健医療福祉調整本部のリーダーを補佐する人として、庁内の役職者の他、DHEAT や、災害対応について経験や知見を有する人(災害医療コーディネーター、統括 DMAT 等)を確保する。

事例・意見

- ▶ 保健所長が保健医療調整本部のリーダーで、外部からの活動チームはその下にぶら下がるようなかたちのロジスティックチームで、保健所長を支援する。DHEAT や被災地の人で災害のことに詳しい人(職位は関係なく)が実質的な役割ができるとよい。
- ▶ それぞれの本部・チーム単位でこのような運営がされるとよい。

事例・意見

- ▶ 災害発生直後、保健医療調整本部に、統括 DMAT、災害医療コーディネーターなどが入り、リーダーを補佐していた。

事例・意見

- ▶ DHEAT の派遣により被災地での調整が迅速、スムーズに実施できた。

1-1-4. 本部事務局

- ◆保健医療福祉調整本部の事務局をどの課が務めるかを平時から決めておく。一般的には部局の主管課とする。業務の内容毎に各事業課で分担する形もありえる。
- ◆本部事務局は、本部会議の準備や後処理、予算調整や会計、必要物品の調達、労務管理等を行う。
- ◆庁内においても、積極的に人事異動を発令し、管理職を含め必要な人材を配置する。

▶本部事務局について、災害発生時には行政職員に加えて DMAT や DHEAT も組み込んだ体制とすると良い。

事例・意見

- ▶動員となると、既存の仕事があつて支援に行くことになる。長期対応が必要な場合は人事異動を発令することが望ましい。
- ▶短期間でも辞令を出して平時の組織体を崩し災害対応チームを編成した。

1-1-5. 本部会議

- ◆定期的に保健医療福祉調整本部会議を開催する。
- ◆本部会議には、都道府県庁内の本部構成各課長等で開催する形と、種々の活動チームの代表者を含めて開催する形とある。
- ◆本部会議には、保健所や関係機関等の Web 等による参加を検討する。
- ◆本部長、本部長補佐、及び主要構成員数人による打ち合わせである幹部会議も行う。
- ◆会議は、情報共有、意思決定、モチベーション維持などの目的を明確にして効率的、効果的に実施する。

▶本部会議の開催頻度は、災害発生直後は 1 日 2 回または 1 日 1 回とし、状況が落ち着くにつれて数日に 1 回とすることもある。

会議の種類と在り方

- ◆会議の種類には、大きな会議、小さな会議、1 対 1 対応などがある。
- ◆大きな会議：災害対策本部会議、保健医療福祉調整本部会議など。
- ◆小さな会議：知事レク、本部長を囲んでの幹部会議、保健所長を囲んでの会議など
- ◆会議の在り方：会議が多くあるので、どのような会議があるかの全体像を把握する。そして、参加すべき人が重複する会議の時間帯が重ならないようにする。

主な関係機関・活動チーム（順不同）

- ◆行政のチーム：災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT)、保健師チームなど。
- ◆多様なチーム：災害派遣医療チーム (DMAT)、日本医師会災害医療チーム (JMAT)、日本赤十字社の救護班、災害派遣精神医療チーム (DPAT)、こころのケアチーム、歯科医師チーム、薬剤師チーム、災害支援ナース、日本栄養士会災害支援チーム (JDA-DAT)、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会 (JRAT)、災害派遣福祉チーム (DWAT)、獣医師チーム、土業協会、民間企業、NPO / ボランティア、住民組織など。
(行政のチームにも多様なチームに記載の専門職などが含まれる)

事例・意見

- ▶ 会議のやり方がコロナ禍で変わった。圏域の全体支援をする人と、市町村域の被災地活動者のそれぞれが、時間を決めて、すぐにオンラインでやりとりできた。距離が離れた人とも短時間で小まめなミーティングが行われた。
- ▶ これまでは大きな部屋がないと会議ができなかったが、オンラインで大勢の人を集めて会議ができるようになった。
- ▶ 保健所管内で被害の出た市町が保健所から離れていたため、各市町の情報集約会議を頻繁に開けなかったが、テレビ会議システムを導入したことで改善した。

事例・意見

- ▶ 市町村や保健所だけでなく県でもクラスターミーティング(医療救護、保健師、看護師、薬剤師、リハビリなどの分野別ミーティング)を行ったことで、多数の被災市町村の状況を俯瞰的に把握できた。翌日の活動計画も共有され、活動チームの避難所訪問予定を事前に避難所担当者に連絡できて、混乱が解消された。

事例・意見

- ▶ 発災直後、医療担当課と DMAT 等で本部会議を必要時に、2 日目からは朝・夕の 2 回開催し、6 日後からは行政の各課や他の活動チームが加わった保健医療福祉調整本部会議を必要時に開催していた。
- ▶ 会議の内容は、初動対応の決定、情報共有、被災地の保健所の情報、被災地の情報、都道府県レベル以外の DMAT 派遣要請、他県との折衝、受援体制の整備についてであった。
- ▶ 1 日2回の会議の場合は、当日の活動報告と活動目標に対する評価、および評価を基にした翌日の活動計画を立案していた。

事例・意見

- ▶ 保健医療調整本部会議は、本部長の策定した保健医療調整本部の方針を実施するため、本部員や本部コーディネーター等を招集し、原則毎夕、または災害対応の状況に応じ開催される。
- ▶ 保健医療調整本部会議以外に、医療救護活動において圏域内機関との情報共有と方針の検討・統一や、DMAT 活動拠点本部収束に向けた引継ぎ準備のための圏域保健医療調整会議が行われる。

事例・意見

- ▶ 本部会議で長期計画が提示され、活動チームの撤収時期が明確になったことで、担当職員は先の見通しと今やるべきことがはっきりして早くから撤収準備ができた。

1-1-6. 本部室 (Operations Room)

- ◆ 災害発生時には、個別案件に対して、異なる課等の担当者同士が協議をして迅速に対応するために、本部室を開設する。
- ◆ 本部室は、外部からの活動者の執務室として使われることも多い。
- ◆ 物理的に本部室の開設が困難な場合には、平時の執務室等で対応業務を行う。

- ▶ 保健医療福祉調整本部では、本部室を開設し、個別案件に迅速に対応できるよう、各担当課の職員が詰めている形が一般的である。
- ▶ 外部からの活動者が常駐する場合には、本部室に詰めている形が多い。
- ▶ 本部室の他に、休憩用の部屋なども確保することが望ましい。

事例・意見

- ▶ 本部長の個室が本部室として使われ、外部から応援に来た活動チームが常駐して執務した。
- ▶ 庁舎外の隣接する建物に本部室を開設することは、庁舎内の各課等との連絡が取りにくいいため現実的ではない。

1-2. 安全の確保(Safety)

1-2-1. 活動者や被災者の二次災害等の防止

- ◆ 活動場所や、移動途上の安全に留意する。天気予報、土砂崩れの状況、活動場所の耐震性など。
- ◆ CBRNE：化学 (Chemical)、生物 (Biological)、放射性物質 (Radiological)、核 (Nuclear)、爆発物 (Explosive) の防護等に留意する。また、感染防護に留意する。
- ◆ 保健医療福祉活動等の安全衛生を担当する人を設ける。

▶ 保健医療福祉活動等の安全衛生を担当する人を設ける。保健医療福祉部局内で設ける形と、職員厚生部局の産業保健スタッフ等に担ってもらう形とあり得る。

1-2-2. 職員等の過重労働・メンタルヘルス対策

- ◆ 業務マネジメントにより、勤務時間を管理し、交代で休めるようにする。
- ◆ 心のケアの4つの柱として、セルフケア、相互支援、組織的対応、専門職による支援を行う。

(新型コロナウイルス感染症対応での事例・意見も踏まえて検討した。)

- ▶ 業務マネジメント(労務管理)とメンタルヘルス対策(心のケア)を両輪で進める。
- ▶ ストレスの種類には、長時間労働による心身へのストレス、必要な対応が十分にできないストレス、批判や苦情のストレスがある。

業務マネジメント

- ▶ 業務の効率化により、過重労働を減らし、交代で休めるようにする。
- ▶ 行政及び民間による災害対応の状況等を積極的に広報・情報発信することが、行政に対する批判や苦情の軽減につながる。
- ▶ どのような状況や見通しであるのか、職員間で情報共有を進めることも不安軽減につながる。

メンタルヘルスケア

- ▶ 職員の心のケアは、セルフケア、相互支援、組織的対応、専門職による支援の4つの柱で行う(保健師のための積極的疫学調査ガイド 第2.1版)。(メンタルヘルスケアは、一般の産業保健では、セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフなどによるケア、事業場外資源による4つのケアが重要と言われる。)
- ▶ 同じ立場の職員同士や活動者等に思いを吐露できる機会を作る。
- ▶ 精神保健福祉センターなどの支援や助言を受ける。

事例・意見

- ▶ 業務可視化と1人2役、業務改善運動が重要。
- ▶ 組織として、目指す方向を明確にして、情報共有し、全所的に方向合わせをする。
- ▶ 個性として得意不得意があるので、それを考慮して担当業務を決める。
- ▶ 誰か一人の責任にしないように。また、良かったことは広く共有する。

事例・意見

- ▶ 得意な人に災害対応業務等のマニュアルづくりをしてもらい、その内容をしっかり理解してもらい、全所体制を作る。
- ▶ 頑張り過ぎない。時間を区切って、割り切って対応する必要がある。
- ▶ 関係機関職員への支援など精神保健福祉センターによるサポートを受けた。

事例・意見

- ▶ タイムレコーダーにより、管理職を含めて超過勤務を把握している。
- ▶ 長時間勤務職員の人数が増え、産業保健スタッフが少ない中、優先順位をつけながら面談を行った。ストレスチェックも

活用して対応している。

- ▶ マインドフルネスの実践が行えるものなど、メンタルヘルス研修のオンライン化を行った。
- ▶ 実施している業務の意味や見通しを説明してくれることで頑張れるという声があった。

事例・意見

- ▶ 業務マネジメント・労務管理によるメンタルヘルスに与えるストレス軽減方法が重要。組織として望まれる支援者のストレス対策として、サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)研修などもある。

事例・意見

- ▶ 労務管理として、他部局や他課からの応援のための派遣職員を適材適所に配置し、過重労働にならないよう交代要員を確保していた。
- ▶ 発災後、シフト表を作成し、過重労働にならないようなローテーションが組まれていた。
- ▶ 職員の過重労働について配慮していたが、実際は特定の職員(係長、主査)に時間外勤務や休日勤務が集中していた。
- ▶ 職員の表情等をリーダーが観察していた。

1-3. 情報交換・共有 (Communication)

- ◆ 通信手段を確保する。電話、会議、ファイル共有システム、掲示板などを使って、情報交換・共有する。
- ◆ 関係者間の状況認識の共有が、円滑な指揮・調整の基盤となる。
- ◆ 連絡窓口(リエゾン)を派遣する。特に、都道府県庁から、政令指定都市・保健所設置市等に派遣する。また、被害の激しい地域の保健所、一般市町村に派遣する。
- ◆ 災害対応の情報は記録し、保存しておく。
- ◆ 広報の体制を決めておく。

- ▶ 現場で情報共有し、セクターを超えて状況認識の共有を図っていく。
- ▶ 災害対策本部、政令指定都市・保健所設置市、都道府県型保健所、被害の激しい市町村との間の連絡窓口(リエゾン)の配置を検討する。
- ▶ リエゾンは、常時、重要な情報の収集や意思決定が必要な場合は常駐する。その頻度が低い場合には会議等の開催時に参加する。
- ▶ 被災の現場と本部の間や、種々の対応組織間の情報交換を行う。
- ▶ 情報共有システムの整備等を行う。
- ▶ 災害対応の進捗状況は、経時活動記録(クロノロ)やその他の形で記録していく。
- ▶ 平時から情報の記録や保存の重要性を周知し、担当を決めておく。
- ▶ 保健所における関係機関との情報連携の手段として、地域災害医療対策会議がある。

事例・意見

- ▶ 県と市で分野別の連絡体制を平時から取り決めていなかったため混乱があった。
- ▶ 県のリエゾンが市保健所に入り、各分野を担当する県の部署が整理された。連絡窓口が相互に一本化されたことで県と市の連絡体制が改善した。
- ▶ 県のリエゾンが保健所や市町村の拠点に派遣されたことで、県庁からの問合せや情報の交通整理が行われ、保健所や市町村の負担軽減につながった。

事例・意見

- ▶ 発災直後の保健医療調整本部(当時はDMAT調整本部と言っていた)は、被害情報の把握、DMAT活動戦略の策定と実施、急性期から慢性期に対応した医療提供体制の確保としてDMAT・JMAT・日赤などの医療チームの連携調整、

医師会など関連団体との連絡調整を行っており、その後 DMAT 撤収と撤収後の引継ぎに向けた保健福祉担当課との連絡調整、医療救護活動から保健衛生活動への連携のための保健所との連絡調整、保健と福祉担当課との連絡調整、被災地支援での医療救護と保健衛生活動の連絡調整を行っていた。

事例・意見

- ▶保健医療調整本部の副本部長から要求される情報や各調整班に共通する情報は、保健医療調整本部を補佐する本部運営チームの情報収集／分析チームが情報を収集し、避難所情報や医療支援状況等を踏まえて分析して、副本部長や各調整班に提供する。

事例・意見

- ▶保健医療調整本部は災害対策本部や保健所との情報収集のためリエゾンを派遣しており、状況に応じ派遣先に常駐していた。リエゾンは行政職員や、DMAT のロジ担当だった。

事例・意見

- ▶情報共有として、担当職員が活動チームの名刺からメール登録して、一斉配信した。

1-4. 評価 (Assessment)

- ◆災害発生直後に、被災地の状況や現地のニーズを大まかに評価し、支援の優先順位を決定する。
- ◆次の項「災害対応全体の流れ」の「状況認識」を参照。

- ▶保健医療福祉調整本部は、活動チームや他部局の職員にも依頼しながら、情報の収集、共有、整理・分析を行う。
- ▶各保健所が整理及び分析した情報の取りまとめを行い、保健医療福祉活動の総合調整に活用する。
- ▶意思決定のためにどのような情報や分析が必要かを、リーダーや補佐役は明確化する。
- ▶活動チームに対し、活動の内容及び収集した被害状況、保健医療福祉ニーズ等を報告するように求める。特に、当該保健医療福祉活動チームが対応することができなかった保健医療福祉ニーズ、他の保健医療福祉活動チームが引き継ぐに当たって必要な情報の報告を求める。

事例・意見

- ▶地域保健医療調整本部では、県の各担当課から来た情報を被災者に伝える際、もう 1 回調整してまとめる必要がある（パッケージング or 複数の専門職による個別の課題に対応）。被災者のニーズは、保健医療、福祉、建物、電気・水道、気象など様々で、どこの部署からどういうふうの下りて来たかというのとは関係ない。

事例・意見

- ▶被災世帯の全戸訪問を行う人員が不足した。応援が何チームいるかという予測の数値を本部活動者 (DHEAT) が計算してくれて役立った。

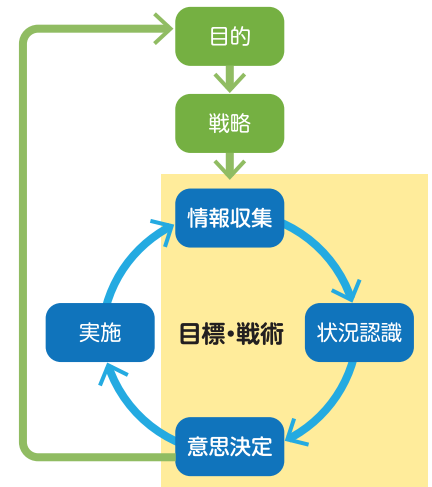
事例・意見

- ▶統括 DMAT や DMAT、DMAT ロジスティックチームは情報収集等を行い、必要な通信、移動手段、医薬品、生活手段等を検討し、本部の行政職員から災害対策本部へ確保を依頼していた。
- ▶発災直後の初動の段階では、会議において、収集した情報から目標と活動計画を立案し、その決定に沿って実行するよう副本部長またはリーダーが関係班に指示していた。
- ▶保健医療調整本部が設置された後、リーダーが厚生労働省へ活動開始を連絡し、また保健所に対して情報提供依頼と保健医療調整本部の活動開始報告を行っていた。
- ▶J-SPEED (災害時診療概況報告システム) を利用したことで活動チームの派遣調整、撤収時期の見通し、撤収調整の根拠となった。
- ▶発災の 1 か月前に他県へ DHEAT として災害活動を経験していた所長と保健師がいたことで、情報に基づいた活動計画 (活動チーム数など) が立てやすかった。

2 災害対応全体の流れ

2-1. 目的・戦略・目標・戦術

- ◆災害対応の<目的>、大枠の<戦略>を定め、<目標>を設定し、目標達成に向けた実行計画<戦術>を策定し実施する。
- ◆平時から検討しておき、災害発生時には見直しながら運用する。
- ◆実施した結果の評価をふまえて、新たな目標を設定し、これに応じた実行計画を策定し実施する。この一連の流れを繰り返しながら、目的に向かって対応を進める。
- ◆究極の目的は、人々の生命、健康、生活、尊厳、そして幸福を守ることである。
- ◆急性期、亜急性期、復旧復興期等のフェーズにより重点目標や戦術が変わる。



- ▶目的、戦略、目標、戦術については、保健医療福祉調整本部の構成員全体で共有することが重要である。
- ▶上記の一連の流れは、緊急時行動計画の策定 (Incident Action Planning, IAP) と同様の考え方に基づく。これは、緊急時総合調整システム (Incident Command System, ICS) に基づいた災害対応の核心的な要素である。
- ▶災害発生時には、情報収集や状況認識に基づいて、目標や戦術を設定して実施するとともに、より具体的な目的の設定や戦略の策定を行う。
- ▶平時に想定していなかった状況や、被災状況に大きな変化があった場合、対応が長期化する場合などは、目的および対応方針 (戦略) の大きな修正を行う。
- ▶災害対応の究極の目的は、人々の生命、健康、生活、尊厳、そして幸福を守ることと言えよう。災害の状況により、重視すべき健康課題などは異なることがある。
- ▶災害対応の基本的な戦略は、C: 指揮・調整、S: 安全の確保、C: 情報交換・共有、A: 評価を確立すること、また情報収集・状況認識・意思決定・実施のサイクルを回すことと言えよう。それにより、資源の供給をニーズに整合させて、被災者が必要なサービスや物資を受けられるように対応を進めていく。また、想定される健康課題ごとに、それぞれ具体的な対応戦略がある。

フェーズによる対応

- ▶急性期、亜急性期、復旧復興期等のフェーズにより重点目標や戦術が変化する。なお、フェーズの分類にはさまざまな考え方があり、連続するフェーズがオーバーラップすることも多い。
- ▶次のフェーズで重要となる課題についても、早めに検討や対応を開始する。

2-2. 情報収集・状況認識・意思決定・実施

- ◆情報収集 (Observe)、状況認識 (Orient)、意思決定 (Decide)、実施 (Act) の一連の流れを、ウーダグループ (OODA loop) ともいい、PDCA サイクルを C から始めることに近い。
- ◆海外の災害対応で用いられる緊急時総合調整システム (Incident Command System, ICS) の肝は、意思決定に至るこのプロセスである。

解説 ウーダグループ（情報収集・状況認識・意思決定・実施）

- ◆情報収集 (Observe、見る)：災害に関する様々なデータを収集する（地域人口、人的・物的被害状況、ライフラインの被害状況、地域の医療資源、実施した対応の評価など）
- ◆状況認識 (Orient、分かる)：上記のデータを処理・分析するとともに、当該地域の過去の被災経験、訓練等の実績等に基づいた対応能力などの情報を統合し、被災地の状況を総合的に判断する。
- ◆意思決定 (Decide、決める)：状況認識をふまえて、具体的な対応方針、計画を定める（決定に際して追加の情報収集・分析が必要となる場合もある）。
- ◆実施 (Act、動く)：方針・計画に基づいて対応を実施する。実施結果は次の段階の情報収集につながる。

ウーダグループに沿った災害対応

- ▶災害時のように常時変化する状況下で効果的に意思決定を行うプロセスとして、ウーダグループ (OODA loop) が知られており、上述の「2-1. 目的・戦略・目標・戦術」の一連のステップを遂行する上でも有用と考えられる (図)。
- ▶発災直後は、限られた情報から状況認識を行い、対応全体の目的を定めるとともに全般的な方針 (戦略) を立て、または平時に設定した目的や戦略の変更が必要かを検討し、初期対応を実施する。
- ▶その後は、被害の状況や対応の効果等について継続的に情報収集を行い、被害やリソースの現況を把握し、対応の具体的な目標と計画を立てて、実行するという、一連の流れを繰り返す。
- ▶災害発生直後は保健医療福祉調整本部において、活動チーム (DHEAT、DMAT 等の災害支援経験の豊富な人) 等とともに必要な情報の収集・分析等を行う。
- ▶平時において、情報収集、状況認識、計画策定、訓練等の実施として、ウーダグループを一回回しておくが良い。
- ▶平時からマニュアルや業務継続計画 (BCP) を策定し、訓練等を通じて見直すことなども含めて、PDCA サイクルと呼ぶのも良い。

情報収集

- ▶多機関からの情報収集、情報収集先遣隊の派遣
- ▶平時からの情報整理、それに基づく推計
- ▶平時からの地域の人的リソース、災害発生後の稼働状況の把握
- ▶物資に関する情報の災害対策本部からの収集
- ▶情報収集における情報通信技術の活用：広域災害救急医療情報システム (Emergency Medical Information System, EMIS)、災害時保健医療福祉活動支援システム (Disaster/Digital information system for Health and well-being, D24H)、災害時診療概況報告システム (Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters, Japan, J-SPEED)、携帯電話等を使って情報収集する。
- ▶情報収集においては、避難者数、被災地域の人口、被災家屋数、傷病者数、被災地に供給されている物資の量、稼働可能な人員等の量的な情報の他、被災者の生の声、鍵となる関係者の考え、被災地の画像情報などの質的な情報も重要である。また、国の方針や、災害救助法による特別基準の適用などを含めた通知、過去の対応事例などの情報も重要である。

状況認識

- ▶インフォメーション (生の情報) から、インテリジェンス (活用できる知見) にする。
- ▶収集した情報を分析、評価して、状況を認識できるようにする。
- ▶状況認識においては、まずは入手可能な情報をもとに暫定的に全体像の見える化を行う (情報は正確・完全なものでもなくてもかまわない)。被災状況や避難者数等を地図に表示し、活動中の関係者のリストまたは組織図を作成するとよい。
- ▶ニーズとリソースのバランスの見える化、場所・時間・人の属性による見える化
- ▶状況の重大さの程度を認識できるようにする。このとき、例えば、震度が大きいのに、または風雨や浸水の状況が激しい

のに、被害の報告が少ないなど、複数の情報間で不整合がある場合には、真の被害状況はより大きい可能性があることを考えながら状況を評価する。

- ▶ラピッドアセスメント(迅速評価)においては、まずは、地域別の人口、高齢者割合、疾病の発生状況などの災害発生前の情報と、被災地域の広がり、季節や気候などの災害発生時の情報から、暫定的に優先度の高い健康課題を見積もる。その後、より詳細な情報が入ってくるなかで、それらの見直しを行っていく。
- ▶被災者が必要としている保健医療福祉サービスや物資の量と、それらの供給についての状況、また被災地内外の潜在的な資源の状況を認識し、支援要請や被災地域への供給の方策を検討する。

意思決定

- ▶次の本部会議までに行うことや、役割分担を決める。
- ▶可能であれば、緊急時行動計画(IAP)、達成すべき目標を策定する。
- ▶過去の事例や関係者のアイデアを活用して、対応策を検討する。

実施

- ▶実施の状況を記録しておく。
- ▶実施した後の状況について情報収集し、評価・状況認識を行う。

事例・意見 緊急時総合調整システム(ICS)導入の検討

肯定的な意見

- ▶目標を設定して実施する体制でないと、適切な災害対応・危機管理はできない。上層部の意思疎通が重要。
- ▶必要なところに柔軟にリソースを投入する。リソース管理の一元化も重要。
- ▶ICSでは災害時に必要な機能・役割・権限が明確化されている。意思決定の文書化・記録が重要。

否定的な意見

- ▶日本の組織が、戦略的かつ説明責任を重視する考え方を感覚・慣習的に受け入れられるか。日本の組織は災害対応の実績が十分あり、必ずしもICSにフィットするかどうかはわからない。
- ▶ICSを効果的に動かすためには、それぞれの役割について熟練した人員の確保・教育が必要。司令官を務められる、マネジメントできる人材の育成が必要。

3 保健医療福祉活動チームの派遣調整

- ◆保健医療福祉活動チームに対する指揮・連絡、保健所等への派遣調整を行う。
- ◆被災地での状況やニーズを暫定的に把握・推定して、応援要請を行う。
- ◆各地域及び分野の推定される業務量に応じて、保健医療福祉活動チームの配分を行う。
- ◆活動チームから、必要十分な内容による活動報告を集約する。

- ▶保健医療(福祉)調整本部は、被災都道府県内で活動を行う保健医療(福祉)活動チームに対し、保健医療(福祉)活動に係る指揮又は連絡を行うとともに、当該保健医療(福祉)活動チームの保健所(や市町村、医療・福祉施設等)への派遣の調整を行う。なお、災害発生直後においては、人命救助等に支障が生じないよう、(保健医療福祉調整本部や)保健所を経由せず、被災病院等への派遣の調整を行う等、指揮又は連絡及び派遣の調整について、臨機応変かつ柔軟に実施する(平成29年7月5日付け厚生労働省5課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」、()内はこの冊子にて加筆)。

- ▶保健医療福祉活動チームは、実施可能な活動の内容、日程、体制、連絡先等の情報を予め保健医療福祉調整本部及び保健所に登録し、その指揮・調整に基づき活動を行う。
- ▶他都道府県への応援派遣の要請を行うとともに、受援体制を整える。
- ▶活動チームへの指示や活動チームからの報告について、一定の標準化が必要である一方で、現場の状況に応じた臨機応変の対応が可能となるよう、各活動チームが一定の自立性を持ちながら活動できるようにする。

事例・意見

- ▶被災住民の所在と状況把握のため、避難所を巡回する県外の保健師チームが情報を収集し、市保健師が確認できた世帯を地図に塗り分けて全戸把握した。毎日地図を更新し、翌朝の避難所巡回の活動計画に反映することを繰り返して、早く全戸把握ができた。

4 平常時の備え

4-1. 計画・マニュアル

- ◆保健医療福祉調整本部や保健医療福祉活動の計画やマニュアルを策定する。
- ◆自治体の地域防災計画に、保健医療福祉調整本部を位置づける。
- ◆受援体制を含めた体制づくりや、関係機関との協定の締結等を行う。
- ◆業務継続計画(BCP)を策定し、また適切に発動できるようにする。
- ◆各種災害時活動チーム、NPO、民間企業を含めて平時から関係者と顔の見える関係を作っておく。

- ▶業務継続計画(Business Continuity Plan, BCP)は、災害時等、人・物・情報等利用できる資源に限りがある状況下において、優先的に実施すべき業務を特定し、その継続ができるように定める計画である。
- ▶特に市町村レベルでは、自治会、自主防災組織、民生委員、保健推進員などの住民組織との平時からの連携も重要である。

事例・意見

- ▶地域・保健所のレベルでは、災害時に福祉が後回しになったり、どのように入れてよいのかわからなかったりした。平時に「災害時の保健医療福祉の対策会議」という枠組みをつくり、地域の社協・ケアマネの代表者に入ってもらい、福祉との連携の枠組みをつくっている。市町村レベルでは保健・福祉の部署は密接である。保健所レベルでも保健・医療・福祉というかたちを平時からつくっていく必要がある。

4-2. 人材育成

- ◆全国やブロックでの機会を活用し、また自治体独自に、大規模災害を始めとした健康危機管理に関する研修や訓練を実施する。研修や訓練の内容に応じて、都道府県庁、政令指定都市・保健所設置市、保健所、市町村の職員、災害時活動チームのメンバーなどが合同で行う。
- ◆小規模な災害でも積極的に支援または受援を行い、人材育成の機会として活用する。
- ◆健康危機管理の中核を担える職員の育成を考慮して、研修派遣や人事を行う。

事例・意見

- ▶事前に関係機関も参加した訓練を行っていたことで EMIS の入力率が高かった。

事例・意見

- ▶保健医療調整本部は ICS に基づいており、市も保健所も同様の組織体制である。さらに都道府県レベル、市、保健所合同で ICS や保健医療調整本部等の研修や訓練を行っている。

4-3. 物資

◆健康危機時に必要となる物資を備蓄し、また必要時に物資や資機材などが調達でき、輸送手段の手配ができるように準備を行う。

- ▶災害対策本部と連携しながら物資の調達などを行う。
- ▶保健医療福祉調整本部から現地に派遣される活動チームが使用する物資の調達については、平時から保健医療福祉調整本部事務局が検討しておくといふ。
- ▶民間企業などと連携しながら調達や輸送手段の確保を行う。

事例・意見

- ▶希少リソース(ヘリコプターなど)は県が統括しないと有効に使えない。

5 事後レビュー

◆災害対応時に種々の記録を残しておき、災害対応が一定程度落ち着いた時点で事後レビューを行い、次の災害において留意すべき事項を整理する。

事例・意見

- ▶事後レビューとして本部会議等の会議録を分析し、会議内容と各フェーズでの活動の移行との関係を関連づけて整理し分析していた。

事例・意見

- ▶事後レビューとして、災害対策本部で行われた会議内容や資料、地震後の時系列の状況などをアーカイブとして保存していた。

事例・意見

- ▶派遣保健師と協働で、保健師活動を時系列に整理しまとめていた。

事例・意見

- ▶東日本大震災の被災地では、発災～6か月分の記録のとりまとめに1年間、さらに発災6か月～1年後分の記録のとりまとめに3年間を要した。事後レビューできる状態になること自体が困難であるため、その体制や担当、職員の動機づけに留意する。

各 論

6 避難所及び在宅避難者の支援

- ◆組織づくり、環境整備、疾病予防、治療継続、要配慮者支援等を行う。
- ◆避難所への支援に加えて、在宅等の避難所以外での避難者の支援も行う。
- ◆被災者、多職種、被災地内外のNPOやボランティアが連携して対応する。
- ◆生活の視点を含めた災害ケースマネジメントにより中長期的な支援を行う。

- ▶避難所運営責任者をはじめ、市町村関係部局担当者(防災、保健・福祉・医療、環境担当等)、外部の多職種による支援者(保健医療福祉活動チーム、社会福祉協議会、被災地内外のNPOやボランティア等)による避難所運営体制を確立し、情報共有・検討をしながら支援を行う。

- ▶避難所の環境等全体の状況と医療保健福祉ニーズのある避難者の状況を把握するため、被災者のアセスメントを行う。
- ▶高血圧、糖尿病、腎臓病(透析)、精神障害等、災害発生前から服薬等の治療を受けていた人はそれを継続できるようにする。
- ▶疾病予防としては、感染症対策、心のケア、静脈血栓塞栓症(いわゆる、エコノミークラス症候群)対策、生活不活発病対策などが災害時の課題となる。また夏期においては熱中症対策、冬期においては寒冷に起因する傷病等の予防が重要である。
- ▶福祉避難所の開設を含めて、高齢者、障害者、乳幼児・妊産婦、外国人、傷病者等の災害時要配慮者への支援を行う。
- ▶ペットの対応が行われるようにする。
- ▶必要な物資や資機材等が確保できるようにする。被災者が必要な情報を入手できるようにする。
- ▶避難所及び地域における、環境衛生、食品衛生、廃棄物対策等も確保する。
- ▶生活の視点を含めた災害ケースマネジメントにより中長期的な支援を行う。
- ▶平時の仕組みや取り組みが、災害時にも活用でき、多くの課題にフェーズフリーで対応できることがひとつの理想である。

在宅避難、分散避難

- ▶自宅等に滞在し続けている避難所外避難者についても、必要な生活関連物資の配布、情報の提供、保健医療サービスの提供その他これらの者の生活環境の整備に必要な措置を講ずるよう努めなければならないこととされた(2013年改正、災害対策基本法第86条の7)。その後の災害において、「在宅避難者」に避難所で配布している食料・水等の物資の提供や、住まいや生活環境に関する行政からの正確な情報の伝達等の要請が内閣府から通知されている。
- ▶避難所を、在宅避難者支援の拠点としても活用する。
- ▶新型コロナウイルス感染症の流行などにより、在宅などの避難所以外も含めた分散避難が重要となっている。
- ▶メリットやデメリットを考慮しながら、ホテルや旅館への避難も検討する。
- ▶避難所以外の在宅等避難者には、要配慮者(避難行動要支援者)が含まれると考えられ、早期にアセスメントを行い必要な支援を行う。
- ▶平時から高齢者や障害者等の支援を行っている地域包括支援センター、介護保険事業者、障害者支援事業者、民生委員や自治会等と、連携して支援を行う。

事例・意見

- ▶保健医療福祉調整本部で行われるマネジメントの対象が、避難所であることが非常に大きく、在宅の方々への支援量が加味されにくい。調整する対象の範囲も検討が必要である。

解説 災害ケースマネジメント

- ◆現行の被災者支援の内容は、災害救助法に基づき、住家被害の判定結果(罹災証明)で決められるため、被災に伴う健康・生活状態の悪化に対応した支援メニューが無い。
- ◆東日本大震災後、こうした被災者支援の限界を乗り越えるため、自治体とNPOが連携し、各種生活・福祉サービスを組み合わせ、被災世帯の個別のニーズへの対応が試みられ、「災害ケースマネジメント」と呼ばれ、注目された。
- ◆以来、生活再建期の被災者支援方策として、大規模な災害の後に設置される「地域支え合いセンター」等で行われる見守り支援や災害救助法に基づく支援の対象になりにくい被災世帯への支援方策として採用する自治体が増えているが、制度として確立したものではない。
- ◆この方策に基づく支援の前提として、住まいの再建だけでなく、生活の再建や、心身の健康に関わる支援ニーズを適切に把握することが求められる(アセスメント調査等の実施)ため、平時の保健・福祉行政の中で、支援体制を考えておくことが求められる(個別避難計画の努力義務化など)。

7 医療活動

- ◆ 災害医療コーディネーター、DMAT 等とともに災害医療活動のマネジメントを行う。
- ◆ トリアージ (Triage)、搬送 (Transport)、治療 (Treatment) 等を行う。
- ◆ 広域医療搬送や、大人数の搬送が必要な場合、特に保健医療福祉調整本部の役割が大きい。

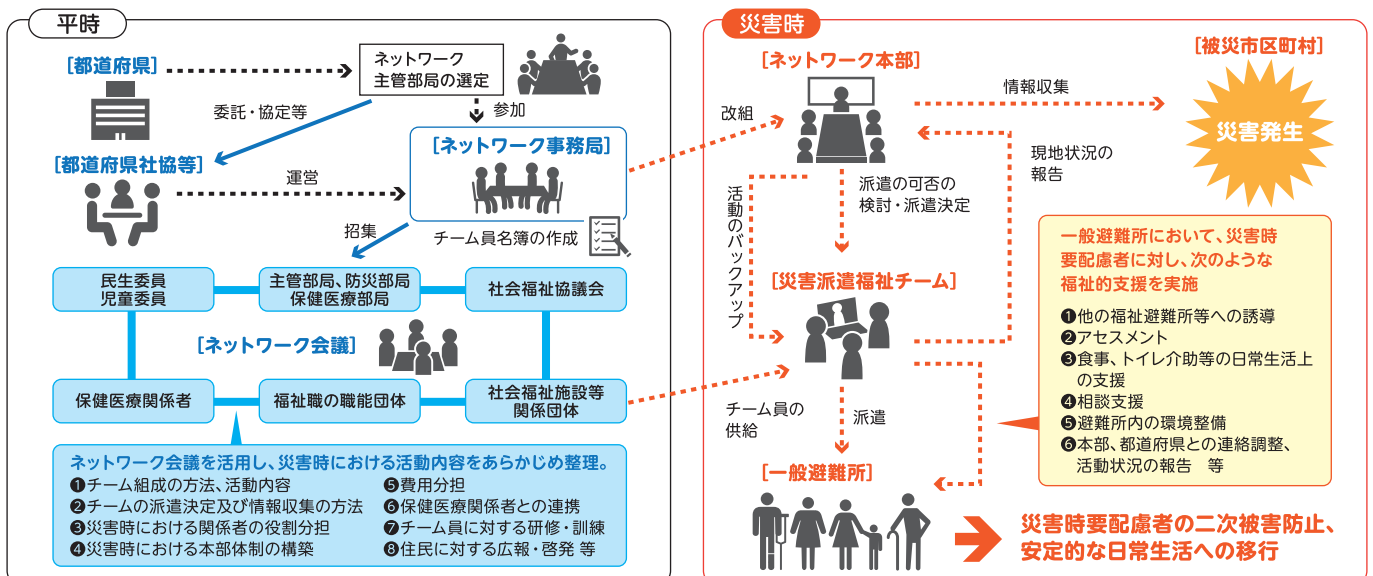
- ▶ 災害拠点病院、DMAT、救急隊等が連携し、トリアージ、搬送、治療により、重症者の救命を行う。保健医療福祉調整本部は、必要な資機材や人員等に関する後方支援を行う。
- ▶ 広域医療搬送が必要となる場合には、都道府県庁の保健医療福祉調整本部の調整等により、自衛隊等と連携し、広域搬送拠点臨時医療施設 (Staging Care Unit, SCU) 等を設置して、実施する。
- ▶ 病院が被災した場合には、病院避難または籠城 (被災した場所での入院診療維持) の支援を行う。福祉施設が被災した場合にも、同様の対応が必要となる。
- ▶ 救護所の開設、巡回診療、地域の医療機関や薬局の復旧により、災害による傷病者の治療や、災害発生前からの傷病の継続治療を行う。

8 福祉活動、福祉との連携

- ◆ 福祉活動には、高齢者、要介護者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童、生活保護、生活困窮者や、福祉施設への支援など、様々なものがある。
- ◆ 介護保険事業者、福祉事業者、地域包括支援センター、災害派遣福祉チーム (DWAT) 等と連携する。

- ▶ 災害派遣福祉チーム (Disaster Welfare Assistance Team, DWAT) は、「災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドライン」(平成 30 年 5 月 31 日付、厚生労働省社会・援護局長通知)により設置されている。その通知では、各都道府県は、一般避難所で災害時要配慮者に対する福祉支援を行う災害派遣福祉チームの組成と、一般避難所へこれを派遣すること等により、必要な支援体制を確保することを目的として、都道府県、社会福祉協議会や社会福祉施設等関係団体などの官民協働による「災害福祉支援ネットワーク」を構築するとされている(下図)。

参考：都道府県における災害福祉支援ネットワーク



※ 上記は、あくまで標準的な在り方であり、都道府県の実情を踏まえつつ、ネットワークで検討の上、必要な変更を加えていくことが期待される。

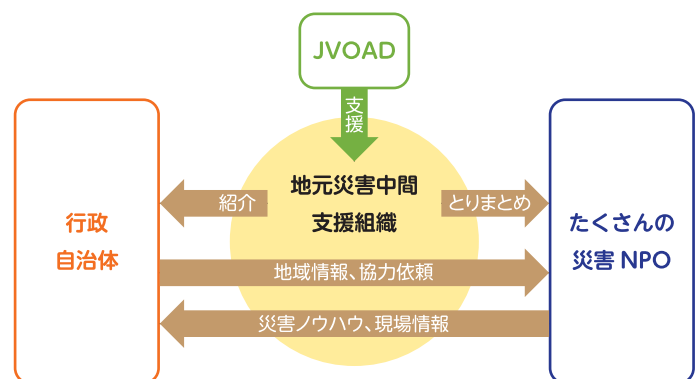
事例・意見 ぐんま DWAT

- ▶群馬県では、平成 26 年度より県庁、県社協、県社会福祉法人経営者協議会(以下、経営協)を含む 21 の関係団体と協定し、災害時の施設間相互応援と災害派遣福祉チーム(ぐんま DWAT)という 2 つの機能を持つ群馬県災害福祉支援ネットワークを構築した。
- ▶DWAT の主な活動としては、福祉避難所等への誘導、災害時要配慮者へのアセスメント、日常生活上の支援、相談支援、一般避難所内の環境整備、他職種や地域資源との連携による支援等がある。具体的には、保健師と連携した巡回(ラウンド)や避難生活者の困りごと全般を受け止め、調整を図る「なんでも相談」の開設、手すりの設置等の避難所の環境改善なども行っている。

9 NPO / ボランティアなどとの連携

- ◆災害時の住民支援は、NPO / ボランティアと連携することが有用である。
- ◆個々の NPO 等の活動調整は、全国災害ボランティア支援団体ネットワーク (JVOD) 等と連携しながら、中間支援組織に担ってもらおうとよい。

- ▶本部または地域本部において、NPO、NGO などのボランティア団体の受付を行う際には、中間支援組織と連携して行う。
- ▶NPO / ボランティア等との効果的な連携のためにも、行政内の危機管理部局や、市民活動担当部局、社会福祉協議会等と、保健医療福祉部局との密接な連携を行う。
- ▶特定非営利活動法人(認定 NPO 法人) 全国災害ボランティア支援団体ネットワーク (Japan Voluntary Organizations Active in Disaster, JVOD) は、東日本大震災での経験を踏まえて、また熊本地震を契機に、地域、分野、セクターを超えた関係者同士の「連携の促進」および「支援環境の整備」を図ることを目的として、2016 年に設立された。(https://jvoad.jp/)
- ▶個人ボランティアは一般的に市町村社会福祉協議会等が開設する災害ボランティアセンターが活動調整を行っている。
- ▶平時から地元ボランティアや NPO と連携し、災害時には中間支援組織連携会議を開催して連携調整できる体制を整えておくことがポイントとなる。
- ▶災害ボランティアの健康管理(脱水、熱中症、低体温症、粉塵被害の対策など)のために、災害ボランティアセンターへの専門職の派遣または巡回を検討する。



NPO・ボランティアの災害支援の内容

- ①炊き出し・食事
- ②避難所の生活環境
(多目的スペースの確保、段差解消など)
- ③がれき撤去や家屋の清掃
- ④物資配布・輸送(倉庫の設置など)
- ⑤医療・レスキュー
- ⑥障がい者・高齢者などの要配慮者支援
(段ボールベッド設置、相談、介護など)
- ⑦子どもや子育て世代への支援(プレイルーム設置、あそびなど)
- ⑧外国人等のマイノリティ支援
- ⑨ペットの支援
- ⑩仮設住宅支援(見守り、生活必需品提供など)
- ⑪地域づくり・コミュニティ活動(仮設住宅サロンなど)
- ⑫ボランティア派遣・ボランティアセンター支援
- ⑬団体間のコーディネート
- ⑭調査・アセスメント

事例・意見 くまもと災害ボランティア団体ネットワーク(KVOAD)

- ▶くまもと災害ボランティア団体ネットワーク（KVOAD）は災害支援と持続可能な復旧・復興のコーディネートを担い、関係組織の連携強化および人材育成を図る団体。
- ▶ネットワークの機能として、災害時には、「被災者、住民、地域ニーズの全体像の把握」、「支援活動のコーディネーション」、「復旧・復興に向けた支援策の提言」が、平時には、「ネットワークの形成による連携強化と情報の共有・発信」、「ストックヤード(防災倉庫)の情報共有」、「被災者支援および調整を行う人材育成」がある(KVOADのHPより)。

事例・意見

- ▶NPO等と連携した受援・支援を組み込むとよい。現場で情報を共有しながら、セクターを超えて状況認識の共有を図っていく。オープンな場で行政の対応から漏れている問題を含め、総合的な状況認識を作っていく。このような対応を検討することが、行われている。

10 民間企業などとの連携

◆災害対応を効率的効果的に実施するため、官民連携を推進する。

- ▶災害発生時の被災者支援等において、ライフライン事業者の他に、運輸業、情報サービス業、レンタカー業、宿泊業・飲食サービス業、弁当等製造業、小売業（食品、日常生活用品、家電等）、浴場業、不動産業等との連携は重要である。
- ▶日本防災産業会議が、わが国の安全・安心を一段と高めるとともに、防災産業の一層の育成強化を進め、国内および国際社会が求める防災対策・危機管理ニーズに積極的に応えることを目的に、産官学の横断的メンバーによって2015年に設立されている。

参考文献

- Major Incident Medical Management and Support: The Practical Approach at the Scene: Third edition. BMJ Books, 2012.
- MIMMS 日本委員会翻訳. MIMMS 大事故災害への医療対応：現場活動における実践的アプローチ 第3版. 永井書店, 2013.
- 永田高志、石井正三、長谷川学、他翻訳. 緊急時総合調整システム Incident Command System(ICS) 基本ガイドブック. 日本医師会, 2014.
- National Incident Management System: Third Edition. Federal Emergency Management Agency (FEMA), 2017.
- 平成30年5月31日 社援発0531第1号 厚生労働省 社会・援護局長通知. 災害時の福祉支援体制の整備について（災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドライン）. 2018.
- 吉川悦子、他. 保健師のための積極的疫学調査ガイド 第2.1版. 2021.
https://plaza.umin.ac.jp/~COVID19/core/survey_guide_for_PHN2021_edit2_1.pdf
- 國井修、尾島俊之編. みんなで取り組む 災害時の保健・医療・福祉活動. 南山堂, 2022.



災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究

研究分担者・研究協力者等

研究代表者・研究分担者・コアメンバー

尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学講座教授
池田 和功	和歌山県橋本保健所所長
池田 真幸	国立研究開発法人 防災科学技術研究所研究員
菅 磨志保	関西大学社会安全学部・社会安全研究科准教授
相馬 幸恵	新潟県三条地域振興局健康福祉環境部（三条保健所）参事・地域保健課課長
富尾 淳	国立保健医療科学院健康危機管理研究部部長
原岡 智子	松本看護大学看護学部看護学科公衆衛生看護学領域教授
藤内 修二	大分県福祉保健部理事 兼 審議監（保健担当）
服部 希世子	熊本県人吉保健所所長
高杉 友	浜松医科大学健康社会医学講座助教

研究協力者

赤松 友梨	浜松医科大学健康社会医学講座特任研究員
糸数 公	沖縄県保健医療部保健衛生統括監
浦野 愛	認定 NPO 法人 レスキューストックヤード（RSY）常務理事
大塚 理加	国立研究開発法人 防災科学技術研究所研究員
奥田 博子	国立保健医療科学院健康危機管理研究部 首席主任研究官
川田 敦子	静岡県健康福祉部健康局国民健康保険課参事 兼 課長代理
斉藤 富美代	埼玉県狭山保健所副所長
佐々木 亮平	岩手医科大学全学教育推進機構教養教育センター人間科学科体育学分野助教
静間 健人	関西大学社会安全研究センター研究員
鈴木 伸明	社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会災害福祉支援専門幹
園崎 秀治	オフィス園崎、防災科学技術研究所客員研究員、（前全国社会福祉協議会）
武智 浩之	群馬県利根沼田保健福祉事務所 兼 吾妻保健福祉事務所医監
田村 太郎	一般財団法人 ダイバーシティ研究所代表理事
坪井 塑太郎	公益財団法人 人と防災未来センターリサーチフェロー
中村 満寿央	一般財団法人 ダイバーシティ研究所理事
西本 伊津美	大阪市人事室人事課保健副主幹
坂東 淳	徳島県危機管理環境部危機事象統括監 兼 副部長
古川 馨子	静岡県牧之原市健康推進課
松本 珠実	大阪市健康局健康推進部保健主幹
水井 良暢	国立研究開発法人 防災科学技術研究所研究員
三村 誠二	徳島県立中央病院救急科部長
山崎 初美	神戸市健康局担当局長（保健企画担当）
山本 千恵	行政書士（兵庫県行政書士会所属）
横山 芳子	松本看護大学看護学部看護学科准教授

保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方 2022(暫定版)

発行日 令和4(2022)年3月

本小冊子の電子ファイル、補足・修正等は研究班のホームページに掲載しています。 <http://dheat.umin.jp>

発行者 厚生労働行政推進調査事業費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」班
(研究代表者 尾島 俊之)

事務局 〒431-3192 浜松市東区半田山1丁目20-1
浜松医科大学健康社会医学講座
電 話 053-435-2333
メール dheat@umin.ac.jp

デザイン 株式会社自由区域

保健医療調整本部等に関する調査及び要点

研究分担者 原岡 智子（松本大学看護学部看護学科公衆衛生看護学 教授）
研究協力者 藤内 修二（大分県福祉保健部参事監兼健康づくり支援課長）
研究協力者 横山 芳子（松本大学看護学部看護学科公衆衛生看護学 准教授）
研究協力者 五十嵐 佳寿美（松本大学看護学部看護学科公衆衛生看護学 助教）
研究協力者 鮎川 昌代（松本大学看護学部看護学科成人看護学 教授）

研究要旨：

保健医療調整本部の実際について ICS の視点から検証することを目的とした。2016 年以降に災害の対応をした都道府県庁、保健所、中核市、中核市保健所に対して保健医療調整本部の設置と体制・運営、実際の対応（機能）、情報収集・計画策定、ロジスティクス、財務・総務等について聞き取り調査を行った。急性期から活動を開始できる DMAT が災害発生直後から行政を支援し医療中心の調整本部が設置されていて、被害状況の変化等に伴い保健や福祉を含む調整本部に移行していた。また調整本部では班体制が組み立てられ、行政組織の業務を生かして平常時から関係がある組織・団体等とともに対応していた。調整本部会議では、他の本部等へのリエゾン派遣等により収集した様々な情報を共有し、活動方針・目標・計画を決定して、本部長が関係のある班に連携・調整・連絡等の対応を指示していた。内容により権限移譲を行うこともあった。ロジスティクスは発災から暫くは DMAT が担当し、保健所は県等に依頼していた。財務・総務は県等が担当し労務管理は各場所で行われていた。また、他県の災害支援や過去の災害対応経験、平常時からの研修が役立っており、研修や訓練、経験の有効性と災害対応の記録による災害経験の伝承が必要と考える。これらのことから、保健医療調整本部の名称はそれぞれ違うが、ICS の機能に類似した役割をもって状況に応じた活動をしていたと推察される。地域の特性を踏まえ ICS の視点をもった保健医療調整本部の構築が必要と考える。

A. 研究目的

保健医療調整本部は、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携・整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行うことと国の通知に示されている。

ひとたび災害が発生すると、保健医療調整本部は、重要な保健医療活動の拠点として災害発生直後から迅速かつ効果的に対応しなければならない。アメリカでは災害初動の標準化ツールとして ICS が用いられている。ICS は、災害対応部隊が迅速かつ効果的に他機関

と連携し、資源の効率的な確保と配分などの即効行動を、強力に支援するマネージメント・ツールである。現在、ICS はアメリカ以外の国でも導入されたり、ICS の概念と仕組みを採用したりと世界的に活用されている。日本では、DMAT などの災害時の緊急医療支援にかかわる組織において先駆的に導入されている。また、古屋らは、医療システム安全において、保健所が担う役割を明らかにする目的で、国際動向調査から ICS の考え方の導入は可能であると述べており、日本版標準保

健所インシデント・コマンド・システムを作成したと報告している。

これらのことから、保健医療調整本部においても、災害発生時から保健医療活動のマネージメントを迅速かつ効果的に行うには、ICSの機能を用いシステムティックに対応する必要があると考える。令和元年に、全国の都道府県庁および政令市を対象に、実施した保健医療調整本部等に関する調査では、都道府県庁の88.9%、政令市の66.5%が、保健医療調整本部を設置していた。しかし、具体的な保健医療調整本部の災害時対応状況は明らかではない。

そこで、本研究では、過去の災害時において、保健医療調整本部の対応の在り方をICSの視点で検証することを目的とする。

B. 研究方法

令和3年8月1日から令和4年1月10日において、複数の災害に被災した都道府県庁5か所と中核市1か所、被災地の県型保健所2か所と、中核市保健所1か所（表1）の災害当時の、担当者または現職の担当者に対して、インタビューガイドを用いた半構造化面接（インタビュー調査）を実施した。面接の日時や場所は、対象の意見を尊重し設定した。インタビューガイドは、ICSに関する文献を参考に、ICSの要点を抽出して作成した。具体的には、保健医療調整本部の組織体制や本部会議、実際の対応状況、情報収集提供、対応計画策定、ロジスティクス、財務・総務、その他の8項目に関する内容である。インタビュー内容は、対象に承諾を得た上でICレコーダーにて録音した。

表1 災害とインタビュー対象機関

発生日月	災害		地域	インタビュー対象機関
	種類	または名称		
2019.10	令和元年東日本台風		長野県	長野県庁
2018.9	北海道胆振東部地震		北海道	北海道庁
2016.8	台風7号			苫小牧保健所
2020.7	令和2年7月豪雨		熊本県	熊本県庁
2016.4	平成28年熊本地震			八代保健所
2020.7	梅雨前線による大雨土砂		広島県	広島県庁
2018.7	台風7号・豪雨			
2021.8	豪雨		福岡県	久留米市役所
2020.7	令和2年7月豪雨			久留米市保健所
2019.7	豪雨			
2018.7	西日本豪雨			
2018.8	台風21号		大阪府	大阪府庁
2018.7	豪雨			
2018.6	大阪府北部地震			

C. 研究結果

1 - 1. 保健医療調整本部の設置と運営について（都道府県の場合 - 設置）

- ◆ 災害対策本部が立ち上がった後に、設置されていた。
- ◆ 災害発生直後には医療本部として、平常時にDMATとの訓練を担当している課、例えば医療対策課や地域医療課、医療政策課に設置されていた。
- ◆ 県の保健医療調整本部である災害医療本部は、発災後日数がたち被災地が限局されたために市災害医療本部へ移行した。
- ◆ 保健医療調整本部の名称は各都道府県で違っていたが、状況により医療・保健・福祉に関する対応を行っていた。
- ◆ 北海道庁（以下、道庁と記す）の保健医療調整本部は、発災直後はDMAT調整本部の名称だったが、その後行政の課や支援チームが加わって保健医療救護調整本部と呼ぶようになり、さらに保健医療福祉調整本部の名称に変わった。

（都道府県の場合 - 体制・運営）

- ◆ 各部門の災害医療担当者（以下、リーダーと記す）と発災直後に来庁した災害医療コーディネーター、統括DMAT（災害医療コーディネーターを兼務している場合もある）が、災害医療本部に常に常駐し中心となって活動していた。

- ◆ 道庁では発災直後の DMAT 調整本部には、行政の医療担当課、統括 DMAT、災害医療コーディネーター、DMAT、DMAT ロジスティクスチーム（全国から集められたロジスティクスのみのチーム）、小児周産期リエゾンがいた。
- ◆ 保健医療調整本部には班が設置されており、平常時の行政の組織の課がそのまま班となり、平常時の業務を生かした災害時対応をしていた。
- ◆ 各班において、行政の職員が足りないときは、他の課から招集していた。
- ◆ 医療政策班に DMAT の支援チームが入ってきた。
- ◆ 大阪府庁（以下、府庁と記す）の保健医療調整本部は過去の災害対応の経験から ICS に基づいている。（*当本部になってから災害が発生していないため実践なし）
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の運営体制は、行政の各課による調整班と災害医療コーディネーターと本部運営チームで構成されている。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の調整班には、医療対策課が DMAT・AMAT（全日本病院医療支援班）・JMAT（日本医師会災害医療チーム）・日赤救護班・看護協会救護班の支援チームを担当する
- ◆ 「医療対策班」、地域保健課が DPAT（災害派遣精神医療チーム）・災害時小児周産期リエゾン・災害時透析リエゾンの支援チームを担当する「地域保健班」、総務課保健所担当が DHEAT・公衆衛生チームの支援チームを担当する「DHEAT・公衆衛生チーム調整班」、薬務課が薬剤師会の支援チームを担当する「薬務班」、健康づくり等の関係課が歯科医師会・管理栄養士会などの支援チームを担当する「その他調整班」がある。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の本部運営チームは、保健医療調整本部を円滑に運営するため設置されており、本部運営チームには統括チーム、記録／連絡／資材管理チーム、情報収集／分析チーム、ロジスティクスチーム、救護班管理チーム、搬送調整チームから成り立っている。
- ◆ 本部長を補佐する者としての副本部長を、明確に置いているところとないところがあった。
- ◆ 行政の医療職が副本部長になっていた。
- ◆ （保健所の場合 - 設置・体制・運営）
- ◆ 保健所本部の班は、「医療庶務班」として総合調整チームと医療体制チーム、「救護班」として支援調整グループと支援活動グループからなる保健活動チームがあった。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部は、総務班・保健班・医療班で構成されていた。「総務班」は本庁・振興局との連絡調整・災害対応に関わる庶務、「保健班」は被災町の保健活動支援・外部支援チームとの調整、「医療班」は医療体制の確保・地域災害医療対策会議の開催・三師会との連絡調整であった。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部の下に、被災した複数の町の職員や保健所の職員、被災地で活動している支援チームで構成された現地保健医療調整本部が設置されていた。
- ◆ 保健所保健医療調整本部の本部長は保健所長で、現地保健医療調整本部の本部長は保健所長の代行として保健所長が指名した職員がなっていた。
- ◆ 中核市の場合、災害対策本部が設置された後、市保健所に保健医療調整本部として保健所本部が立ち上がった。
- ◆ 市保健所本部の体制および市の災害対策本部の体制は、以前経験した市内の内水氾濫と同様に水害に特化したものであった。
- ◆ 市保健所の保健所本部の本部長は保健所長であった。

- ◆ 府の保健所保健医療調整本部は、過去の災害対応の経験から ICS に基づいている。
- ◆ 府の保健所保健医療調整本部は、管内の保健医療活動の総合調整を行う。
- ◆ 府の保健所保健医療調整本部には、情報管理・連絡班、企画調整班、地域保健班、生活衛生班が置かれている。
- ◆ 府の保健所保健医療調整本部の本部長は保健所長が、副本部長は保健所次長になる。

1 - 2. 保健医療調整本部会議について (都道府県の場合)

- ◆ 県の保健医療調整本部である災害医療本部は、発災後から数日間の急性期には、朝と夕の1日2回、災害医療本部会議が開催されていた。その後、県の保健医療調整本部の役割が縮小していくにつれ、DMATの活動拠点本部での保健医療調整連絡会議の開催となり、さらに限定された被災地の災害保健医療調整会議へと移行していった。
- ◆ 発災直後の会議においては、収集した情報から活動目標と計画を立案し、その決定にそって実行するよう本部長またはリーダーが関係班に指示していた。
- ◆ 1日2回の会議の場合は、当日の活動報告と活動目標に対する評価、および評価を基にした翌日の活動計画を立案していた。
- ◆ 1回の会議は30分から1時間であった。
- ◆ 道庁のDMAT調整本部会議は、発災直後は必要時に、2日目からは朝・夕の1日2回開催し、6日後からは行政の各課や他の支援チームが加わった保健医療救護調整本部や、のちの保健医療福祉調整本部会議を必要時に開催していた。
- ◆ 会議の内容は、初動対応の決定、情報共有、被災地の保健所の情報、被災地の情

報、道庁外のDMAT派遣要請、他県との折衝、受援体制の整備についてであった。

- ◆ 府庁の保健医療調整本部会議は、本部長の策定した保健医療調整本部の方針を実施するため、本部員や本部コーディネーター等を招集し、原則毎夕、または災害対応の状況に応じ開催される。また、毎朝、引き継ぎ会議を開催し、前日までの各保健医療活動チーム等の動向、継続している課題、当日の活動目標等を共有する。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部会議以外に、医療救護活動において圏域内機関との情報共有と方針の検討・統一や、DMAT活動拠点本部収束に向けた引継ぎ準備のための圏域保健医療調整会議が行われる。

(保健所の場合)

- ◆ 1日2回の朝・夕の保健所の全体会議を行っていた。
- ◆ 初動時、会議で保健所長が当日の行動計画や活動方針を、出席者に提示していた。
- ◆ 市の保健所本部会議は、所長、技監、次長、保健監、各管理職が参加する統括会議で、1日2回開催されていた。
- ◆ 市の保健所本部会議では、災害対応の全体的な方針決定や支援活動グループの派遣の要否の判断を行っていた。
- ◆ 府庁の保健所保健医療調整本部会議は、保健所職員、災害医療コーディネーター、保健医療活動チーム、市町村等が参加し、保健所管内機関との情報共有と方針の検討・統一を行う。

2. 実際の対応について

(都道府県の場合)

- ◆ 発災直後から保健医療調整本部が地域の状況に応じて対応できるように、DMATが本部を支援していた。

- ◆ 発災直後は保健医療調整本部の対応は医療中心で、時間の経過とともに保健中心となっていた。
- ◆ 水害直後、救急医療の要請はなかったが、浸水した高齢者施設の入所者の搬送をDMATが行っていた。
- ◆ 水害の被害が限局し、支援内容が限定され、保健医療調整本部の活動が数日のみの場合は、支援チームの派遣調整はなかった。
- ◆ リーダーや統括DMAT等が支援チームの必要性を話し合い、その結果リーダーが支援チームに、活動の依頼と活動場所・内容、活動の中止、支援のお断り等を伝えていた。
- ◆ 発災直後の道庁のDMAT調整本部（後の保健医療調整本部）は、被害情報の把握、DMAT活動戦略の策定と実施を行っており、その後DMAT撤収と引継ぎに向けた保健福祉担当課との連絡調整、被災地支援での医療救護と保健衛生活動の連絡調整を行っていた。
- ◆ 道庁の保健医療調整本部は、急性期から慢性期の医療提供体制の確保のために、DMAT・JMAT・日赤などの医療チームの連携調整、医師会など関連団体との連絡調整、医療救護活動から保健衛生活動への連携調整のための保健所との連絡調整、保健・福祉担当課との連絡調整を行っていた。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の班の役割として、「医療対策班」は医療救護全体の調整と他班との連携及び調整・情報の共有および集約、「DHEAT・公衆衛生チーム調整班」はDHEAT・公衆衛生チームの応援派遣・受入れの調整および他班との連携・調整、「地域保健班」は精神保健医療・小児周産期医療・透析医療の確保、「薬務班」は薬剤師チームの派遣および医薬品等の確保・配分・搬送等の調整、その他「調整班」は歯科医師チーム

や栄養士チームの受入れ・派遣調整・府庁と保健所設置市における防疫・食品衛生・環境衛生の業務支援である。

（保健所の場合）

- ◆ 保健医療調整本部の本部長が、何か責任問題が生じたら本部長が責任をとることを宣言し権限を各班（班長＝課長）に委譲していたので、班長の指示のもと班員が個々でできることは行って班長へ報告していた。
- ◆ 保健所保健調整本部は、必要な活動チームとその数を県へ派遣依頼し、また活動を断る場合も県に依頼していた。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部は、道庁の保健医療調整本部から派遣された道内のDHEATを、被災した町の支援へと派遣調整していた。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部の保健班と医療班の活動は、被災地の医療機関の状況把握・EMIS入力・支援、救護所・巡回診療の医療提供体制の確保、避難所活動や個別対応による被災者健康相談・支援、衛生指導や衛生物資等の手配による避難所等における生活衛生の確保であった。
- ◆ 水害対応の市保健所の保健医療調整本部の活動は、避難所避難者の対応が主であり、保健活動チームの支援調整グループと支援活動グループが対応していた。具体的には支援活動グループの保健師が2人1組で避難所避難者の健康対応を行って活動報告および課題などを支援調整グループに伝え、その内容をもとに支援調整グループが活動計画を立て支援活動グループに伝えるという流れであった。
- ◆ 市保健所の保健医療調整本部は、コロナ禍での避難所避難者の対応を行っていた。具体的には、市保健所のコロナ担当職員がコロナ感染者またはコロナ疑いの者に対し事前に水害時の避難の意思を確認しており、その情報を発災時に保健活

動チームへ提供して、該当被災者を指定の避難所に保健所職員が搬送したり自力で避難するよう被災者に伝えていた。

- ◆ 府の保健所保健医療調整本部の活動としては、活動日報の作成、管内避難所のアセスメント、DHEAT や公衆衛生チームの支援要請、ニーズ把握、市町村等への派遣調整および受け入れ態勢の確保、各活動や情報を府庁の保健医療調整本部へ報告することである。
- ◆ 保健所に参集した役職の職員で、参集していない職員への連絡をし、個々の職員の状況に応じて参集に関する指示を出していた。
- ◆ 発災直後一番早く登庁した役職者がライフラインの停止を予測して、登庁した職員に行動を指示し庁舎の解錠（電子錠）、車庫の電動シャッター開放、庁舎の安全確認等迅速な対応をしていた。

3. 情報収集・計画策定について (都道府県の場合)

- ◆ 保健医療調整本部はリエゾンを災害対策本部や保健所へ情報収集・提供のため派遣しており、被害状況に応じて派遣先に常駐していた。
- ◆ リエゾンは行政職員あるいは、DMAT のロジ担当であった。
- ◆ 災害対策本部の情報は、TVで見たり、本部の資料を持ってきたりして、保健医療調整本部で共有していた。
- ◆ 被災地の状況は保健所保健医療調整本部が情報収集し、保健医療調整本部へ情報提供していた。
- ◆ 保健医療調整本部のメンバーは、本部に入った情報を分析し活動計画を立てて、計画を実行に移すよう関係班に指示を出していた。
- ◆ 道庁の DMAT 調整本部（後の保健医療調整本部）が設置された後、リーダーが厚

生労働省へ災害支援活動の開始を連絡していた。

- ◆ 道庁の DMAT 調整本部のリーダーが保健所に対して情報提供依頼と DMAT 調整本部の活動開始の報告を行っていた。
- ◆ 道庁の DMAT 調整本部では、初動時、外部と電話が通じなかったため、DMAT が所有する衛星電話（アイサット）を利用して情報を収集していた。
- ◆ J-SPEED（災害時診療概況報告システム）は、避難所の医療ニーズをリアルタイムで把握でき各チームの派遣調整、特に被災自治体への各隊の撤収見通しの説明、医療チームの派遣の申し出に対する断りの説明、医療救護から保健衛生活動への移行調整について、客観的データに基づいた判断を可能とし、またデータを根拠とすることで説明できるため、災害時に有効なシステムであった。
- ◆ J-SPEED の解析は、J-SPEED オフサイト解析支援チームが行った。
- ◆ EMIS に掲載される被災地の 972 医療機関の支援要否について、ブラックアウト（停電）により入力できない医療機関に代わって、厚労省、東京 DMAT、大阪 DMAT、保健所がローラー作戦で医療機関の被災状況を確認し、EMIS に入力した。
- ◆ ある病院の食料が不足するとの情報が来るなど、1 件でも起きると地域全体の病院ではどうかと考えて問題を解決していく視点で計画を立てていた。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の調整班においては、調整班の各班が独自で情報を収集するが、収集した情報が他の班に関連する情報の場合は、各々で他の班に情報提供や連絡調整を行う。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部の副本部長から要求される情報については、本部運営チームの情報収集／分析チームが情報を収

集し、避難所情報や医療支援状況等を踏まえて分析する。

- ◆ 府庁の保健医療調整本部の調整班の中の各班に共通する情報については、本部運営チームの情報収集／分析チームが情報収集し提供する。
- ◆ 大阪府庁保健医療調整本部活動ガイドラインに、保健医療活動における情報伝達方法と各機関が収集、報告すべき情報が明記されている。
- ◆ 報道機関、一般市民などへ情報を提供する広報担当者は置いていなく、災害対策本部で対応してもらっていた。

(保健所の場合)

- ◆ 道庁の保健医療調整本部から保健所保健医療調整本部に発災から2～3日後にリエゾンが来た。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部は、交通状況を確認して、情報収集のため3名（保健師1名、ロジスティクス担当として理学療法士、獣医）1チームを被災した町役場と避難所に派遣し、情報収集を行っていた。その結果、被害が大きかった町へは、情報収集のためさらに3名1チームの追加派遣をしていた。
- ◆ 災害の影響がないと予想される町役場へは、電話で確認をし被害なしの報告を受けていた。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部の医療班からDMAT活動拠点本部へリエゾンを派遣していた。
- ◆ 道の保健所保健医療調整本部の情報収集班は、停電中に使っていた自家発電ではPC作業が出来なかったため、保健所保健医療調整本部に戻って来て収集した情報を壁に貼っていた模造紙やホワイトボードに書き込んでいた。
- ◆ PCがネットワークにつながらず情報を共有できないことから、模造紙やホワイトボードの情報を写真に保存し共有していた。

- ◆ 避難所を巡回したり、常駐したりして、避難所避難者の情報を収集していた。
- ◆ 通信の電波情報は地域によってdocomoよりauがつながりやすく、lineがもつとも有効であった。
- ◆ 避難所が100以上あるが、避難所名や場所を聞いたのと、実際とが違っていることもあったり、道庁と保健所で把握した避難所数が異なっていたりした。
- ◆ EMISの入力が分からない医療機関には保健所保健医療調整本部が入力していた。
- ◆ 市の保健所本部から災害対策本部にリエゾンを派遣していた。
- ◆ 市の災害対策本部会議には、保健所本部の保健所長とリエゾン職員が出席し、保健所長が保健所本部の活動を報告し、情報提供を行っていた。
- ◆ 市の保健所本部の保健活動チームの中の支援活動グループが避難所を巡回して得た情報や課題を支援調整グループに報告していた。

4. ロジスティクスについて

(都道府県の場合)

- ◆ 災害発生直後から参集した統括DMATやDMATがロジスティクスを担当していた。
- ◆ 初動時、道庁の保健医療調整本部であるDMAT調整本部に、DMATの他に、DMATロジスティクチームが入り、ロジスティクスを担当していた。
- ◆ 統括DMATやDMAT、DMATロジスティクチームは情報収集等を行ったり、必要な通信、移動手段、医薬品、生活手段等を検討し、本部の行政職員から災害対策本部へ確保を依頼したりしていた。
- ◆ 初動時に活動していたDMATロジスティクチームから、後に来た医療支援チームのロジスティクス担当へ引き継ぎが行われていた。

(保健所の場合)

- ◆ 保健所の活動で必要と思われる物品の確保、燃料の確保、公用車の借り上げ等が必要な場合や、医療機関や避難所で必要な物資の支給は、保健所の活動チームから保健所保健医療調整本部に報告し、さらに県の保健医療調整本部へ情報提供され、さらに災害対策本部へ情報が行き、災害対策本部で対応していた。
- ◆ 保健医療チームは独自で食料や資機材を持参していた。
- ◆ 停電だったので、県からのロジスティクス担当者は数日後に保健所に入った。

5. 財務・総務について

(都道府県の場合)

- ◆ 労務管理として、他部局や他課からの応援のための派遣職員を適材適所に配置したり、過重労働にならないよう交代要員を確保したりしていた。
- ◆ 支援チームの活動に対し賃金が支払われており、その業務を担当していた。
- ◆ リーダーは3日程度泊まり込みで活動していた。
- ◆ リーダーが職員の食料について指示していた。

(保健所の場合)

- ◆ 職員の派遣、資機材等の購入やレンタル、費用の見積もり・支出などの財務・総務については、県型保健所も、市保健所も都道府県や市の本庁等に依頼していた。
- ◆ 労務管理は、各保健所で行っており、適材適所の配置をしていた。
- ◆ 発災直後の登庁については、職員の状況に応じて登庁時間を考慮していた。
- ◆ 発災後、シフト表を作成し、過重労働にならないようなローテーションが組まれていた。

- ◆ 職員の過重労働について配慮していたが、実際は特定の職員（係長、主査）に時間外勤務や休日勤務が集中していた。
- ◆ 職員の表情等をリーダーが観察していた。

6. その他

- ◆ ICSは手段である。ICSをそのまま組織に取り入れることや、新しい組織を作るのは難しい。上司も部下も馴染めない。
- ◆ 災害時ICSを実行するためには、平時の組織を活用したうえでICSに基づいた組織図を平時から提示しておくこと、さらに自分の指揮者（班員は各班長に、各班長は本部長に）への報告を徹底することが必要である。
- ◆ 府庁の保健医療調整本部はICSに基づいており、市も保健所も同様の組織体制である。
- ◆ 府庁の担当者が企画して、ICSや保健医療調整本部等の研修や訓練をおこなっている。
- ◆ 府庁、市、保健所合同で他での研修や訓練の情報を収集し広く公表し、参加の機会を職員に多く与えている。
- ◆ 地震災害対応、噴火災害対応を経験した職員がいたので、すぐに所内の協力体制が出来た。
- ◆ 発災の1か月前に他県へDHEATとして災害支援を経験していた所長と保健師がいたことで、情報に基づいた活動計画（必要な支援チーム数の見積もりなど）が立てやすかった。
- ◆ EMIS訓練の準備をしていた職員がいたことで、EMISの入力がスムーズに行えた。
- ◆ 市保健所の保健医療調整本部の保健活動チームのリーダーが平常時に、災害時避

難所担当となる市職員に対し研修を行っていた。

- ◆ 災害対応が終息した後で、災害時の情報で得た結果や会議で得た言葉などの分析を行い評価をしたことで、経験を「言語化」、「定量化」でき経験の伝承につながっていた。

D. 考察

発災直後、都道府県の医療担当の課が、駆け付けたDMATとともに調整本部を設置しており、調整本部には班が組まれていた。班は、平常時に決められている行政組織の危機時の体制に加え、平常時業務において各課・係と関係がある組織・団体等が加わる形であった。保健所においても、調整本部が設置され、班に分かれ対応していた。職員の通常業務を活かして専門家チームと危機対応をすることで役割が遂行しやすく効率的で効果的な対応ができていたと考えられる。

ある自治体は調整本部に本部運営チームが設置される組織体制になっていた。共通の情報や副本部長が要求した情報などを収集・分析・提供したり、包括支援や搬送などについて本部運営チームで補佐することとなっており、災害対応の円滑さや迅速さ、効果性を高められると考える。

都道府県の調整本部では本部会議が開催され、情報共有、活動計画立案、活動内容や必要な資源等の決定をし、調整副本部長等が実施の指示を関係班に伝えていた。平常時から災害対応の準備をしている一方で実際の危機対応については不慣れである行政職員が、急性期から活動を開始できる機動性をもったDMATと協働で活動したことで、発災当初から指揮、情報、計画、調整、実行、包括支援の遂行がしやすくなったと考えられる。

また保健所の調整本部でも定期的に会議が開催され、活動方針決定、行動計画、支援活動グループの調整決定などを行い、本部長である保健所長から班長に指示し、中には権限委譲していたところもあり、指揮系統は一本化されていたと思われる。

市保健所では、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者の避難者への対応を行っていたことから、国、都道府県、保健所、関係機関などは、従来の感染症に加え、新型コロナ、実態が不明な感染症など新しい感染症に対する対応策を検討しておく必要があると考える。

情報収集のため、各関係場所にリエゾンが派遣されていることで、都道府県、保健所、被災市町村などの連携のスムーズ化や明確でタイムリーな情報収集に効果的であると思われる。

また、医療面については、EMISやJ-SPEED（災害時診療概況報告システム）を活用していたが、EMISの代替入力が必要な場合もあった。EMISやJ-SPEEDは客観的なデータとして有効な活用が期待されるが、停電の際の入力の対応方法の検討や、行政、医療機関等に対する入力等の定期的な訓練が必要であると考えられる。

対応の意思決定のため情報は重要であることから、本部長等が担当者に必要となる情報の入手の要求を行ったか、収集した情報の適時性や適切性の判断を行ったか、信頼性や正確性の判断をおこなったか、報告の仕方などについても今後調査が必要と思われる。

ロジスティクスについては、広範囲に被害が及んでいた自治体で、DMATロジスティクスチームが入り担当していた。また、被災地の医療機関や避難所で必要な物資は保健所調整本部から都道府県調整本部へ情報提供され、災害対策本部も含め都道府県で対応する流れとなっていた。和歌山市では2018年台風21号の災害対応の経験から、保健医療調整本部活動で、必要な資機材の手配や人員の

確保等、本部活動の調整役を担う人材育成の必要性が明らかになり、新たに本部組織としてロジスティクスグループを編成したと報告されている。被災地での活動を円滑かつ効果的に行うためには、関連施設の提供、通信管理、医療供給、食物・水供給、資源供給、車両支援の活動を行うロジスティクスは重要な部門であることから、今後、行政の危機対応組織体制へのロジスティクス部門の導入と、行政職員に対する教育・訓練の実施が必要不可欠であると考えられる。

災害直後や、甚大または広範囲にわたる災害の場合、意思決定や判断する役割の者は、休みがとりにくい状況であり、上司が職員を、また職員同士で健康観察をしていた。人材確保と共に本部長や班長などの管理者の勤務の検討や心身の健康についての検討が必要と思われる。

さらに、他県の支援の経験、過去の災害対応の記録による経験の伝承、研修、訓練が災害対応に効果的だったとの意見があった。今後、保健医療調整本部の効果的な活動のためには研修や訓練を定期的に行うことが重要である。さらに研修や訓練の内容によっては、都道府県、保健所などの行政機関や災害対応の関係機関と合同で行い平時から顔が見える関係を作っておくことも必要であると考えられる。

本調査において ICS を明確に取り入れた行政機関はなかったが、ICS の機能に類似した役割が果たされていたと推察された。

ICS はあらゆる災害現場における標準危機管理アプローチであり、複数の組織のスタッフが効果的に活動できる共通の組織構造を提供することから、今後おこりうる大規模災害や複合災害を見据えて ICS の機能を取り入れた保健医療調整本部の構築が必要と考える。

E. 結論

発災直後、行政の医療担当の課は、駆け付けた DMAT とともに調整本部を設置しており、調整本部には通常業務を基にした役割をもつ班があった。調整本部の本部長や DMAT の主要メンバーなどは、調整本部会議を開催し、リエゾンの派遣等により収集した情報を共有して分析し活動計画を立て決定した活動内容を関係する班に指示していた。保健所においても調整本部が設置され、班が構成されており、調整本部会議で活動計画を立てて活動内容を本部長が班に指示していた。情報はリエゾンの派遣や資料、EMIS、J-SPEEDなどで収集していた。都道府県では DMAT や DMAT のロジスティックチームが、保健所では職員や県のロジスティクス担当者がその業務を行っていた。財務・総務は都道府県、保健所の各役割により行われていた。過重労働にならないように労務管理を行っていた。他の災害の支援経験、訓練、研修等によりスムーズに活動ができていた。

F. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

G. 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

近年の自然災害における保健医療調整本部等の実事例調査

研究分担者 池田真幸（防災科学技術研究所 研究員）

研究要旨：

近年国内で発生した自然災害では、保健・医療・福祉の総合マネジメントに関する課題が指摘されている。国は過去の災害検証を通じて、保健・医療・福祉の総合マネジメントを担う組織として、保健医療調整本部を被災各都道府県が設置し、保健所や市町村と連携して、支援活動や支援者の派遣調整を担うよう、2017年に通知を発出した。その後、2018年に発生した西日本豪雨や、2019年東日本台風、2020年7月豪雨（球磨川水害）など、広域で災害救助法が適用される大規模災害が毎年発生している。これらの災害において、多くの被災都道府県が保健医療調整本部を設置している。これらの保健医療調整本部の実態と課題を捉えるため、本研究では、アンケートとインタビューによる実態調査を行った。また、その後公開された各行政機関等の検証報告書や学術論文から課題を抽出し、本研究から明らかになった実態と照らして、要因や改善策について検討した。

A. 研究目的

近年、気象災害の激甚化・頻発化等が懸念される中で、災害時の保健医療福祉に関するマネジメントの重要性が課題として指摘されている（例えば内閣府（2016）の「平成28年熊本地震に係る初動対応の検証レポート」）。2017年7月5日に発出された厚生労働省5課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」では、各都道府県において災害時に保健医療調整本部を設置することなどが示された。この通知以降に発生した2018年西日本豪雨や2019年東日本台風等の大規模災害では、被災都道府県や保健所に保健医療調整本部が設置され、災害時の保健医療福祉マネジメントが行われた。しかし全国的にも保健医療調整本部の運用実績は未だ少なく、実態は明らかにされていない。

本研究では、大規模災害における保健医療活動の総合的なマネジメント体制について、2018年以降の自然災害において対応を経験した都道府県、市町村、保健所を対象とした実事例調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象災害

2018年以降に災害救助法の対象となった災害を調査対象とした。主要なものには2018年西日本豪雨、2018年北海道胆振東部地震、2019年房総半島台風、2019年東日本台風、等がある。

2. 対象

保健医療調整本部の設置者となる都道府県、域内における保健医療活動のマネジメントを担う保健所、災害対応業務を実施する市町村、を調査対象とした。

3. 方法

質問紙とインタビューによる事例調査と、公開されている検証報告書や学術論文等資料から情報収集を行った。質問紙調査は、対象となる全組織に対して郵送で行った。インタビュー調査は、特に保健医療調整本部が重要な役割を担ったと思われる組織に対し行った。

4. 語の定義

(a) 保健医療活動チーム

保健医療活動チーム(以下、「活動チーム」)は、災害派遣医療チーム(DMAT)、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、災害派遣精神医療チーム(DPAT)その他の災害対策に係る保健医療活動を行うチームをさす。

(b) 保健医療調整本部

保健医療調整本部(以下、「調整本部」)は、都道府県が設置し活動チームの派遣調整等を行うものをさす。また本稿では、保健所や市町村に設置され保健医療活動の総合調整を行う組織体制も保健医療調整本部という。

C. 研究結果

ここでは、アンケートおよびインタビュー調査から分かった調整本部の実態を、「設置」、「組織体制」「情報の共有・連携」「情報の整理・分析」「活動チームの派遣等調整」の視点で整理した結果を示す。

1. 調整本部等の設置

アンケート調査に回答した都道府県(N=8)では、全体の75%で調整本部が設置された。設置の判断は都道府県災害対策本部の設置と同時に進められていた。保健所では、域内の被害状況に応じて調整本部の設置が個別に判断された。アンケートに回答した県型保健所(N=53)では28.3%、保健所設置市(N=13)では15.4%で調整本部が設置された。

インタビュー調査では、通知から間もないため計画に調整本部の設置が定められておらず設置されなかった事例や、DMATや日本赤十字社が主導して調整本部を設置した事例もあることが分かった。

2. 調整本部の組織体制

都道府県の調整本部の構成員は、医務・保健衛生・薬務・精神保健主管課を中心に構成されていた。福祉(高齢・障害・児童等)主管課は含まれない事例もあった。本部長は保健福祉部局の長が就く場合が多かった。保健所の調整本部の構成員は保健所職員で、本部長は保健所長が就く場合が多かった。

調整本部と災害対策本部の場所については、都道府県では同室が25.0%、同館別室が50.0%、別館が25.0%であった。保健所では、同室が33.3%、同館別室が16.7%、別館が50.0%であった。

3. 情報の共有・連携

災害発生直後の情報収集方法は、都道府県では電話(100.0%)に次いでEMIS(83.3%)、メール(83.3%)、連絡員派遣(83.3%)が利用された。県型保健所では、電話(100.0%)、EMIS(81.0%)、メール(66.7%)、被災地巡回(52.4%)の順に多かった。EMISの導入先は、災害拠点病院と一般の病院が9割超、診療所は3割弱であった。

インタビュー調査でも、福祉施設等の被災状況や支援ニーズが当該施設やDMAT等から市町村や保健所に報告されても、EMISのように関係者に一斉共有する仕組みがなく、情報共有に課題があることが分かった。

4. 支援・派遣等の連携調整

関係機関との連携調整における課題の有無についてのアンケート調査では、災害対策本部との連携調整が問題なく実施できたと回答した都道府県は16.7%、県型保健所は9.5%、保健所設置市は16.7%であった。また、活動チームとの連携調整については、都道府県では33.3%、県型保健所では69.2%、保健所設置市では0.0%が問題なく実施できたと回答した。国との連携調整については、都道府県では25.0%、県型保健所では66.7%、保健所設置市では0.0%が問題なく実施できたと回答した。具体的な課題として、保健所設置市では

活動チームや国との連携調整の方法が分からなかったとの回答が目立った。

また、調整本部の対象とした活動についてのアンケート調査では、回答した都道府県では医療施設の支援が100.0%、医療・救護活動が75.0%に対して福祉施設の支援は25.0%に留まった。

D. 考察

ここでは、公開資料や先行研究による論文等から分かる近年の災害における保健、医療、福祉分野における課題について、アンケートおよびインタビュー調査結果と照らして考察した結果を示す。

1. 施設の被災状況・支援ニーズの把握

内閣府の「平成30年7月豪雨に係る初動対応検証レポート」では、医療・福祉施設等、優先的に給水支援を行う対象の特定が課題として挙げられている。これについて愛媛県の「平成30年7月豪雨災害における初動・応急対応に関する検証報告書」では、EMIS（広域災害救急医療情報システム）により病院の被災状況等を情報収集・共有したと報告されている。

アンケート調査結果から、調整本部では病院の被害状況や支援ニーズをEMISにより把握している。一方で診療所や福祉施設等の被災状況はEMIS等で情報共有されず、電話、メール、巡回等により把握されていると考えられる。加えて、都道府県の調整本部が対象とした活動は医療施設の支援や医療・救護活動が主であり、福祉施設等の支援は平時の福祉主管課が担う事例が見られた。インタビュー調査でも、調整本部に福祉施設の情報把握し対応するスキームがなく、災害対策本部や平時の保健福祉部局に報告される事例が見られた。しかし大塚ほか(2020)により、福祉施設のライフライン被害は入居者の健康被害に繋がること指摘されている。そこで、福祉施設等の被災状況や支援ニーズを調整本

部が把握し、EMISのように関係者に一斉共有し対応することで、給水や停電復旧等支援の優先順位に反映することが重要であると考える。

2. 情報の連絡・共有

岡山県の「平成30年7月豪雨災害検証報告書」では、病院の浸水による孤立情報や物資支援ニーズが関係機関に共有されず、救助や物資支援が迅速に行われなかったことが示された。インタビュー調査でも、このような事案に対して病院からの情報が市町村災害対策本部、保健所、都道府県の調整本部（DMAT調整本部を含む）、都道府県災害対策本部にどのように伝達するか事前に定まっておらず、対応の遅延が生じたことが分かった。特に保健所設置市では、県型保健所と市保健所の役割や情報伝達経路が事前に明確にされていない場合、情報収集の重複や把握漏れが生じやすいことが懸念される。以上から、都道府県、保健所、市町村、および病院や医師会等の関係者間で、災害時の被災状況や支援ニーズを共有するための情報伝達経路を事前に協議し、明確にすることが重要である。

熊本県人吉保健所の「令和2年7月豪雨災害対応検証記録」では、インターネット回線が不通となりEMISが使用できず、電話回線の不通と道路被害もあり、初動の情報収集が遅れたことが示されている。EMISや防災情報システムは一斉に情報共有できるメリットがあるが、インターネット回線が使用できる場合に限られることから、代替の連絡手段を用意しておくことが重要である。

3. 民間企業との連携調整

医療施設や福祉施設のライフライン被害に対応するためには、水道や停電の迅速な復旧が重要である。愛媛県の「平成30年7月豪雨災害における初動・応急対応に関する検証報告書」では、市立病院の給水支援要請に対し、県トラック協会の協力が有効であったことが

示されている。以上から調整本部では、施設の被害状況や支援ニーズを把握し、災害対策本部を通じて民間企業等と連携することで、重要施設のライフライン復旧や一時的支援を優先的に行うことが求められる。

アンケート調査結果から、調整本部のオペレーションルームは災害対策本部と同館別室や別館に設置される事例が少なくない。その場合には、災害対策本部を介した民間企業との連携調整は迅速性を欠くことが懸念される。施設の被害状況を関係機関に一斉に共有する手段や、復旧・支援の優先順位を事前に検討することが重要である。

4. 支援・派遣等の連携調整

愛媛県の「平成 30 年 7 月豪雨災害における初動・応急対応に関する検証報告書」では、県医師会等の関係者と協定や訓練を通じて平時から連携が図られていたことが奏功し、救護班の支援要請から派遣までを円滑に実施できたことと示されている。一方で保健師派遣のスキームが複数存在し、保健所内での情報共有が十分でなかったため、調整本部が把握しきれず受け入れ調整や役割分担に支障があったことが報告されている。

また、長野市の「令和元年東日本台風災害対応検証報告書」では、被災した要配慮者利用施設への支援にあたり、県、市、被災施設それぞれの費用負担の調整が困難であったと報告されている。インタビュー調査においても、災害救助法等に関する事務や費用負担についての知識・経験不足が対応の遅れ等に繋がった事例が見られた。特に風水害の警戒期における避難所開設や要配慮者等の搬送について、一般には災害救助法の適用対象外となるため、市町村の財源を圧迫したり、迅速な意思決定に支障を来すことが懸念される。

アンケート調査やインタビュー調査では、保健師等の支援者の役割について、派遣調整を行った都道府県と受け入れた市町村との間で認識のずれがあり、課題があったとの回答

があった。また保健所を設置する中核市では、県型保健所や政令指定都市以上に、国や全国規模の活動チームとの連携調整に関する知識や経験が不足し、

一方で長野市の「令和元年東日本台風災害対応検証報告書」において、市のGISを活用して発災直後に浸水地域の被災世帯数を推計し、迅速な被害推定を行うことができたことと報告されている。被害の程度や必要な業務量を迅速に見積もることができれば、活動チーム等の派遣要請や災害救助法の適用を前提とした連携調整を早期に行うこともできる。保健医療調整本部においても、現場からの報告等に基づく積み上げ式の情報収集だけでなく、観測技術やGISを活用した即応的な災害状況の推計技術に基づく情報を活用することも有用であると考えられる。

E. 結論

本稿では、2018 年以降に国内で発生し災害救助法の適用対象となった自然災害について、対応にあたった都道府県、保健所、市町村を対象としたアンケートおよびインタビュー調査の結果を整理し、公開された検証報告資料や学術論文から確認できた保健医療福祉分野における災害対応上の課題との関係について考察した。その結果から、課題の要因と改善策の提案を次のようにまとめた。

- 福祉施設の被災状況や支援ニーズ等の把握は、EMISのように関係者に一斉に情報共有する仕組みが整備されておらず、情報伝達経路も明確でない場合が多いことから、適切な組織に情報が集約されず、対応が遅れると考えられる。ただし情報システムは電気や通信等が不通になると使用できないことを想定し、代替の情報収集手段を講じる必要がある。
- 保健医療調整本部とライフライン企業等の民間企業との連携は重要であるが、防災部局を介して連携調整が行われる場合が多く、迅速性に欠くことが懸念される。防災部局

や支援企業の連絡員が常駐する部屋と保健医療調整本部の執務スペースは同室であることが望ましいが、別室にならざるを得ない場合には、定例の会議の外にも相互にコミュニケーションをとる手段を講じるべきである。

- 活動チームの派遣調整や支援にかかる費用負担等については、都道府県、保健所、市町村間で共通認識を持つことが重要である。特に災害救助法適用の有無等によって事務の所掌や権限移譲、費用負担が変わるため、想定されるケースを事前に整理し、関係者間で共有しておくことや、その判断を迅速に行うための情報収集・分析を早期から行うことが有効であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

- 尾島俊之・池田真幸・原岡智子・池田和功・富尾淳：令和元年の一連の風水害の保健医療調整本部等に関する調査. 第26回日本災害医学会総会・学術集会.
- 尾島俊之・高杉友・原岡智子・池田真幸・池田和功・富尾淳：保健医療調整本部等におけるマネジメント. 第27回日本災害医学会総会・学術集会.

G. 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

参考資料

- 内閣府（2016）：平成 28 年熊本地震に係る初動対応の検証レポート。 <https://www.bousai.go.jp/updates/h280414jishin/h28kumamoto/shodotaio.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 内閣府（2019）：平成 30 年 7 月豪雨に係る初動対応検証レポート。 <https://www.bousai.go.jp/updates/h30typhoon7/h30typhoon7/shodotaio.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 内閣府（2020）：令和元年台風第 15 号・19 号をはじめとした一連の災害に係る検証レポート（最終とりまとめ）。 <http://www.bousai.go.jp/kaigirep/r1typhoon/index.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 岡山県（2019）：平成 30 年 7 月豪雨災害検証報告書。 <https://www.pref.okayama.jp/page/574750.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 愛媛県（2019）：平成 30 年 7 月豪雨災害における初動・応急対応に関する検証報告書。 <https://www.pref.ehime.jp/h15350/gouu/kensyo.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 長野市（2020）：令和元年東日本台風災害対応検証報告書。 <https://www.city.nagano.nagano.jp/soshiki/kikibousai/455926.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 福島県（2020）：令和元年台風第 19 号に関する災害対応検証報告書。 <https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/16025b/r01-taifu19kensyo.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 千葉県（2020）：令和元年房総半島台風等への対応に関する検証報告書。 <https://www.pref.chiba.lg.jp/gyoukaku/press/2019/kensyou-last-houkoku.html> (2022. 04. 30 閲覧)
- 熊本県人吉保健所（2021）：令和 2 年（2020 年）7 月豪雨災害対応検証記録。 https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/90333_127164_misc.pdf (2022. 04. 30 閲覧)
- 熊本県球磨村（2021）：令和 2 年 7 月豪雨災害検証報告。 <https://www.kumamura.com/gyousei/2021/05/13282/> (2022. 04. 30 閲覧)
- 全国知事会（2021）：令和 2 年度災害検証報告書（案）。 https://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/2/2021052705_shiryo2.pdf (2022. 04. 30 閲覧)
- 大塚理加・宇田川真之・笠岡宣代・伊崎田和歌・永松伸吾（2021）：千葉県の高齢者入居施設における令和元年台風 15 号への対応と事業継続との関連。 地域安全学会論文集，No. 37，pp. 289-297.

厚生労働行政推進調査事業費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
分担研究報告書

産学民官の連携に関する調査

研究分担者	菅 磨志保	（関西大学 社会安全学部 准教授）
研究協力者	田村 太郎	（（一財）ダイバーシティ研究所 代表理事）
研究協力者	中村 満寿央	（（一財）ダイバーシティ研究所 理事）
研究協力者	坪井 塑太郎	（人と防災未来センター リサーチフェロー）
研究協力者	山本 千恵	（兵庫県行政書士会 行政書士）
研究協力者	静間 健人	（関西大学 社会安全研究センター 研究員）
研究協力者	大塚 理加	（（国法）防災科学技術研究所 研究員）

研究要旨：

災害時に要援護状態に陥る人たちへの支援体制の整備は喫緊の課題である。本分担研究班では、従来、保健医療調整本部とあまり接点を持たず、独自の判断で要援護者支援を行う民間非営利組織（NPO・NGO等）や専門職によって新たに構築された支援体制の実態を把握する調査を行った。また、生活再建段階の被災者支援体制として「災害ケースマネジメント（DCM）」に注目し、その先行事例の調査や、DCMに必要な被災者の支援需要を評価するアセスメント調査を行った。2021年の調査では、特に高齢世代で「まち・地域の安定」「心理的安定」についての主観的復興感の回復が遅かった。また2018年のアセスメント調査結果と、その結果に基づく3年間の支援活動記録を突合したデータセットを構築し、分析した結果、被災当初のアセスメント調査で日常生活・住まいの再建支援世帯と評価された世帯の生活再建が遅れており、過去の評価が概ね妥当だったことが確認された。専門士業団体への調査の結果、技術系・法律系の団体は、福祉系の団体より他の分野との連携が少なかった。

A. 研究目的

大規模災害が発生すると、日常的に保健・医療・福祉サービスを受けている人たちだけでなく、被災により、又は劣悪な環境の被災生活によって、新たに要援護状態に陥る人たちが急増する。近年の高齢化と災害の多発化・激甚化は、こうした災害時の「ハイリスク予備軍」を確実に増加させており、災害時に要援護状態に陥る人たちへの支援体制を整えていくことは、喫緊の課題となっている。

厚生労働省も、2017年7月5日、都道府県に対して「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備」を発出し、都道府県災害対策本部の中に「保健医療調整本部」を設置して保健医療活動に関する情報の連携・整理・分

析等の総合調整を行う新たな体制を整備してきた。他方で、保健医療調整本部と接点を持たず、独自の判断で要援護者支援に動く民間非営利組織や専門職能団体も増えている。とくに2015年以降、こうした組織が、セクターを越えて連携・協働し、新たな支援体制を創り出してきた（2019年度成果報告書）。ただ、それらの多くは、発災から概ね1か月程度の期間（避難生活が行われる時期）に特化して、被災地外から応援人材を派遣する体制を前提にしており、平常時の福祉・保健・医療サービスとの連続性や、生活再建が課題になる避難所解消後の支援体制（「地域支え合いセンター」の生活支援相談員による巡回訪問等）

との連続性の確保に課題があることも、指摘されてきた。

COVID-19 感染拡大のリスクを回避する観点からも、外部支援にあまり多くを依存せず、地域内の資源を効果的に活用していくことや、平常時から応急対応期を経て、生活再建に至る一連の過程を連続的に捉えた支援体制を構築していくことが求められている。

そこで、本分担研究班では、まず、災害時要配慮者を支援対象としながらも、保健医療調整本部とあまり接点を持って来なかった①民間の多様な主体の連携に基づく被災者支援体制や、②福祉分野の応援派遣体制の概況を把握する調査を行ってきた。

その中で、東日本大震災以降、災害関連法制の限界を乗り越える取組みとして、幾つかの被災自治体で導入されている③「災害ケースマネジメント」（以下、DCM）において、多様な社会資源の活用や、災害初期だけでなく中長期的な対応を視野に入れた支援体制づくりが試みられていることが把握できたため、それらの DCM 先行事例の調査や、DCM 導入に必要な被災者の生活状況（支援需要）を把握する調査（アセスメント調査）を通じて、DCM による要援護者支援の可能性と課題について検討してきた。

2021 年度は、これまでの調査で得られた知見と残された研究課題を掘り下げるために 3 つの調査を実施した。これらの調査を通じて、多様な主体の連携に基づく「災害対応のマルチセクター化」と、住家被害と災害初期に限定されない「災害対応のフェーズフリー化」が、災害時要配慮者支援体制の構築においてどのような可能性と課題をもたらすのかを検討していく。

3 つの調査の目的と対象を以下に記す。

1. 熊本県人吉市における令和 2 年 7 月豪雨の避難行動・生活復興に関する調査

2020 年度に行った「令和 2 年 7 月豪雨における人吉市・八代市坂本町における被災者生

活実態調査」（災害ケースマネジメントのためのアセスメント調査）において、想定を大幅に超えた浸水と物理的被害が、①避難行動（支援）の見直しに加え、②生活インフラ（商店・病院等）の破壊を通じて、住家被害が無い地域でも移動等の新たな生活支援ニーズを生み出していることや、世帯単位の支援に加え、コミュニティ形成など面的なまちづくり支援のニーズを生み出していること等が示唆された。

こうした 2020 年度調査で得られた知見をより詳しく検討するために、今年度は、被害や避難、生活再建の状況や復興感といった被災者個人の災害経験を、位置情報を基に GIS を用いて地図上で可視化し、今後の支援活動や将来の防災・減災対策に資する災害記録にするための質問紙調査を実施した。

調査は、特に物理的被害が大きかった人吉市球磨川右岸の特定街区の被災世帯を対象に、当該地区で活動する被災者支援団体「アーキレスキュー人吉球磨」と連携して、団体が被災世帯を訪問する際に質問紙を配置してもらった。

2. 平成 30 年 7 月豪雨被災者の生活状況追跡調査

近年、避難所解消後の被災者支援拠点として「地域支え合いセンター」が開設されるようになり、ここに配属された「生活支援相談員」が、要支援世帯を巡回訪問する体制が組まれるようになってきた。これにより DCM を実施し易い環境が整ってきたと言える。しかし、センターが開設された段階で、支援を要する被災者が誰で何処にいるのか把握できていないことが多く、問題視されてきた。

仮に、被災市町村が、センター開設前に被災住民の生活実態を把握できていれば、「地域支え合いセンター」の支援対象世帯も確定でき、速やかな生活再建支援が可能になる。また、避難所が解消された時点で、被災世帯

の生活状況(支援需要)が把握できていれば、被災地区の全体状況と必要な支援の総量を予測することも可能になる。そこで、ダイバーシティ研究所では、被災市町村による DCM 実施体制づくり支援として、被災者の生活状況を把握するアセスメント調査を行ってきた。

2020 年度に実施した「令和 2 年 7 月豪雨における人吉市・八代市坂本町における被災者生活実態調査」も、DCM の実施を可能にし、より早い生活再建支援の開始につなげることを目的として実施した。

調査の実施に際して、感染症対策下で調査員の確保が難しく、調査対象者の把握も困難を極めた。実際、被災現場で行う生活実態調査は、かなり労力とコストがかかる調査であり、2020 年度調査からも多数の有用な知見が得られたが、現地調査の負担を減らすことが課題となった。加えて、分析結果(アセスメント結果を 4 象限分類)が効果的な生活再建支援につながっていたかを検証し、調査項目や評価基準を吟味する必要性も指摘された。しかし、分析結果の妥当性や、生活再建を促進する要素を明らかにするためには、調査結果に基づいて生活再建支援活動を行った実績データが必要になる。

そこで、ダイバーシティ研究所は、平成 30 年西日本豪雨(7 月豪雨)の後に広島県坂町で行った「被災者アセスメント調査」の結果に基づく被災世帯支援を行った「坂町地域助け合いセンター」に、支援記録の提供を依頼したところ了承が得られたので、「(平成 30 年)被災者アセスメント調査」の対象世帯の中から、坂町地域支え合いセンターが継続的に支援した世帯を抽出し、当該世帯に対する 3 年間の支援記録とアセスメント調査結果を突合したデータセットを構築することが可能になった。

本調査では、まず、このデータセットを構築し、その上で、このデータセットの分析を通じて、発災 1 か月後のアセスメント調査の結果が、その後の支援活動にどう生かされ、

どんな成果(生活再建)につながったのか、さらに、被災者アセスメント調査の妥当性・有効性の検証や、生活再建を促進・阻害する要因についての検討を行った。

3. 被災者支援への専門士業の関わりに関する調査

大規模災害後の被災地で、弁護士をはじめとする専門士業が、被災者支援窓口を開設して相談活動を行う光景をよく目にするようになった。実際、被災者支援の重点が、生活再建へと移行していく過程で、専門的知識が求められる場面は多く、自治体が士業団体と支援協定を結ぶケースも増えている。被災者にとっても、住まいや仕事など具体的な生活再建の道筋を見出す上で、専門士業による助言は不可欠な支援となっている。

専門士業の間でも、被災者支援を目的とする「専門士業連絡会」を結成する動きが各地で広がっており、2021 年 5 月には「全国災害復興支援士業連絡会」が設立され、業種・地域を越えた被災者支援のネットワークも構築されつつある。

このように、被災者支援を目的とする「専門士業連絡会」は、DCM を支える多様な主体の連携に基づく支援体制の一つになり得ると考えられるが、その体制は構築途上にあり、実態を把握する調査もまだ行われていない。

そこで、本調査では、各地の専門士業連絡会に参加する士業団体・職能団体を対象に、被災者支援活動の内容、支援のスキーム、人材育成・確保の手段、平常時の取り組み等について WEB 入力による質問紙調査を実施し、専門士業団体による被災者支援活動の実態を把握すると共に、行政機関や保健医療福祉活動との連携の可能性などについて検討した。

併せて、福祉系の専門職能団体が参画する「広島県災害復興支援士業連絡会」は、上記調査 2 との関連性もあり、設立経緯、平常時・災害時の活動等に関するヒアリング調査も行った。

以上、3つの調査のうち2つの調査は市町村域を対象とする調査となったが、「受援側」となる市町村の視点から、「支援側」となる都道府県域の対応体制の在り方について考察することも目指した。

B. 研究方法

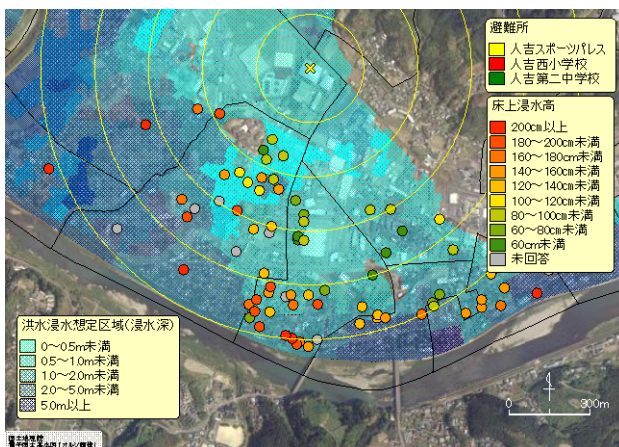
2021年度も、感染症対策により、現地調査を行い難い状況が続いたため、支援団体による巡回訪問と連携した調査や、資料解析に耐える正確な支援活動記録の情報資源の発掘や、新たなデータ分析方法の検討にも力を入れた。

3つの調査の概要とデータの収集・分析方法を以下に記す。

1. 熊本県人吉市における令和2年7月豪雨の避難行動・生活復興に関する調査

本調査は、特に物理的被害が大きかった人吉市球磨川右岸の特定街区を対象に、当該地区で戸別訪問活動を行う被災者支援団体「アーキレスキュー人吉球磨」と連携して行った。「アーキレスキュー人吉球磨」は、令和2年7月豪雨で被災した地域の支援を目的として、人吉市に本拠地を置き、住まいと生活再建支援を行う被災者支援のための連携組織である。

質問紙は、この被災者支援団体が当該地域内を戸別訪問する際に、感染症対策を徹底した上で、また調査趣旨を説明して回答協力を



【図表1】洪水浸水想定区域と床上浸水高・避難所からの同心円距離圏域 (200m 単位)

得た上で配布(1世帯辺り3部)してもらい、記入を終えた質問紙は、郵送にて返送してもらった。調査結果は、位置情報を基に、GISを用いて空間集計を行い、物理的な被害と被災場所、避難行動の関係を地図上に可視化した。

調査の手法上、対象地域及び回答者に制約はあるものの、支援活動で訪問した際、一部ヒアリングを実施することで質問紙回答データ以外の状況に関する補完を行い、分析結果の解釈は慎重を期して実施した。

調査の概要は、以下の通りである。

[調査概要]

- ・調査地域：熊本県人吉市球磨川右岸の被災市街地 (資料参照)
- ・調査方法：質問紙調査法 (被災者支援団体による訪問留置郵送回収・一部対面)
- ・調査時期：2021年3月～5月
- ・回収件数：130名 (96世帯)
- ・調査主体：アーキレスキュー人吉球磨
- ・分析者：坪井壘太郎 (研究協力者)

2. 平成30年7月豪雨被災者の生活状況追調査

本調査では、ダイバーシティ研究所が実施した「坂町 平成30年7月豪雨被災者アセスメント調査 (以下、平成30年アセスメント調査)」の結果に、「坂町・地域支え合いセンター (以下、支え合いセンター)」所有の支援記録を突合させることで、支援対象世帯の生活状況を追跡できるデータセットを作成し、このデータセットを使って、上述した研究課題を明らかにしていくための分析を行った。

調査に当たっては、支え合いセンターと坂町に対して生活支援相談員 (以下、相談員) による支援活動記録を閲覧する承諾と、関西大学社会安全学部研究倫理委員会による倫理審査による承認を得た上で実施した。

まず、「平成30年アセスメント調査」の調査完了1,551世帯のアセスメントシートと、

支え合いセンターの相談員による見守り評価結果（以下、支え合いセンター・アセスメントシート）がともに存在する世帯を抽出し、当該支援対象世帯の支え合いセンター・アセスメントシートから、分析に必要な項目（a. 家族構成の変更（死亡、別居等）、b. 生活拠点の変化、c. 見守りおよび再建支援の必要性に対するアセスメントの結果（複数回）、d. アセスメントシートの職員所見（コメント欄）など 48 項目）を抽出し、当該世帯の 3 年間の状況変化を記録した。

この作業により、「平成 30 年アセスメント調査」の結果（688 世帯、327 項目）と、2021 年 12 月までの見守り評価結果（アセスメントシート 1281 件の 48 項目）を追跡できるデータセットが作成でき、被災から 1 か月後の状況がその後の生活再建に及ぼす影響を分析することが可能になった。

そこで、支え合いセンター・アセスメントシートにおいて見守りの総合評価となる「最終判断」で判定区分 D（見守り必要なし・支援終結）と評価された世帯が、母集団に占める割合を「生活再建達成率」と定義し、「ア

セスメント実施日」を月単位で集計して被災後（2018 年 7 月）からの「生活再建達成率」の累計推移を明らかにした。その上で被災当初の家屋状況や心身の状況等の区分がその後の生活再建に与える影響を「生活再建達成率」累計推移により評価した。

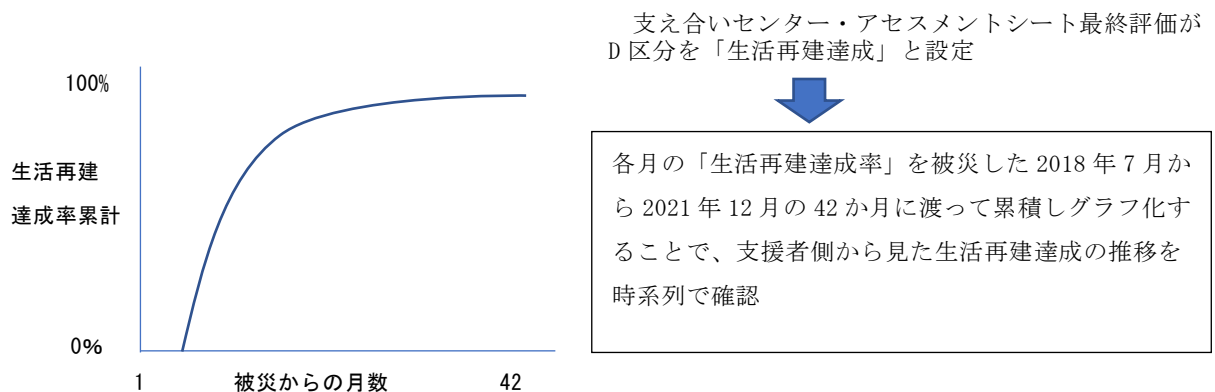
評価手法の概要を図表 2 に示す。

さらに、本調査を補完するために、並行して 2 つの調査を実施した。

一つは、生活状況追跡調査による量的分析の補完として、①被災者の生活再建に資する支援の在り方に関する質的分析を行う調査である。具体的には、支え合いセンターの相談員 5～6 名を対象に、支援事例（当初は課題が無いと思われていた世帯や、支援困難世帯など）について聴取調査を行い、得られたテキストデータを定性的に分析することを通じて、被災者の生活再建に資する支援方法を検討した。

もう一つの調査は、②都道府県域の対応体制が、市町村域における被災者支援体制の構築に与える影響を把握する調査である。具体的には、坂町地域支え合いセンター、坂町保

見守り区分		判断の目安
A	重点見守り	生活支援相談員の見守りと他機関のサービス利用・連携により、多機関多職種で関わる必要がある
B	通常見守り	生活支援相談員が定期的に関わり、変化があるかどうか気に掛ける必要がある
C	不定期見守り	生活支援相談員による定期的な関わりは不要であるが、引き続き見守りが必要である
D	必要なし・支援終結	生活支援相談員による関わりは特段必要ない



〔図表 2〕 評価手法の概要

どのような影響を与えていたのかについて聴取調査を行い、「受援側」の市町村の視点除健康課、広島県地域支え合いセンター（広島県社会福祉協議会内）それぞれの担当者を対象に、都道府県域の関係機関からの支援（物理的支援と知的支援）が、市町村域の支援体制の構築や支援対象世帯への具体的な対応に、から「支援側」の都道府県域の対応体制の在り方についても考察した。

補足調査を含む本調査の概要は以下の通りである。

[調査概要]

①生活状況追跡調査

- ・調査対象：坂町・地域支え合いセンター
- ・調査方法：資料解析
過去の調査結果と生活支援相談員による支援活動記録を突合したデータセットを作成、統計的な分析（生存分析など）を行った
- ・調査期間：2021年11月～2022年2月

②支援事例に対する生活支援相談員調査

- ・調査対象：坂町・地域支え合いセンター生活支援相談員5～6人
- ・調査方法：オンライン会議システム（Zoom）により、支援対象事例に関する聴取調査を行い、得られたテキストデータに対して質的分析を行った
- ・調査期間：2022年1月～2月（合計5日）

③広島県内の地域支え合いセンター関係機関への聴取調査

- ・調査対象：坂町・地域助け合いセンター、坂町・保険健康課、広島県社会福祉協議会・地域支え合いセンター
- ・調査方法：聴取調査（坂町・地域支え合いセンター（3/3）のみオンライン会議システムを利用。他は訪問聴取（3/24）調査）
- ・調査時期：2022年3月3日、3月24日

3. 被災者支援への専門士業の関わりに関する調査

本調査は、被災者支援を目的とする「専門士業連絡会」を通じて、連絡会に所属する士

業団体・職能団体にWEB入力による質問紙調査を依頼して実施した。

調査準備の過程で、神奈川県、静岡県、新潟県、徳島県、岡山県、愛媛県にも士業連絡会が存在することが判明し、広島県災害復興支援士業連絡会を通じて、各士業連絡会に参画する団体等に連絡をとり、WEB上に設定した質問紙への回答を依頼した。

また、福祉系の職能団体も参加している「広島県災害復興支援士業連絡会」には、その事務局を担っている広島弁護士会、法テラス広島に対して聴取調査も行った。

本調査の概要は以下の通りである。

[調査概要]

- ・調査時期：2021年11月30日～2022年3月4日
- ・調査方法：
 - ①WEB入力による質問紙調査
 - ②オンライン会議システムに（Zoom）による聴取調査
- ・調査対象：把握できた全国10カ所にある専門士業連絡会および連絡会に所属する専門士業団体・専門職能団体
《専門士業連絡会の例》
近畿災害対策まちづくり支援機構
災害復興まちづくり支援機構
広島県災害復興支援士業連絡会
宮城県災害復興支援士業連絡会
神奈川県大規模災害対策士業連絡協議会
静岡県東海地震対策士業連絡会
- ・回収件数：事前に把握できた10カ所の士業連絡会のうち、8連絡会・27団体から回収
- ・調査主体：やまもと行政書士事務所（兵庫県行政書士会所属）

C. 研究結果

1. 熊本県人吉市における令和2年7月豪雨の避難行動・生活復興に関する調査

本調査で明らかになった主な結果は以下のとおりである（資料1-1～1-4参照）。

(1) 浸水想定と被害状況

- ・浸水は、2020年7月4日の早朝6時台に発生し始めており、特に球磨川に近い場所に立地する家屋においては全壊、大規模半壊等の甚大な被害が発生した。
- ・浸水開始とほぼ同じ時間帯に自宅外避難が開始されたが、浸水域内の床上浸水高が1mを超す家屋内でも自宅内避難状態の世帯が一定数見られた。
- ・浸水想定範囲は概ねハザードマップと合致したが、浸水高については想定を上回る地域・事例も見られた。

(2) 避難行動

- ・本調査対象地域（浸水域内）の指定避難所（人吉スポーツパレス）までは、最長で約1km離れており、早朝の浸水（溢水）発生状況の中、甚大な浸水高にも拘らず自宅内での避難者が相当数存在した。
- ・自由回答や補足的に行った聴取調査から、避難時に支川からの溢水があったことで避難が困難であったことが述べられた。
- ・地形特性上、地区防災計画やマイタイムライン等の活用による「浸水域外への避難」を基本としながら、域内の堅牢な中高層建物等を活用した「緊急避難」を併用した避難方法も併せて検討する必要がある。

(3) 被害と主観的復興感・健康観

- ・30～40代において「仕事・経済状況」の復興は、早期の回復がみられたが、高齢世代では回復が遅く、特に「まち・地域の安定」「心理的安定」においてその傾向が顕著であった。
- ・主観的復興感：全般的に被害が大きいかほど復興感の回復が遅く、全壊世帯において、復興感が得られるまでに長期の時間を要していることが明らかになった。
- ・「復興を実感できた時期」において回答者の半数（50%以上）に達したのは、「仕事・経済状況」「日常生活再開」において「2021年11月」（発災から5ヶ月後）、「心理的

安定」で「2022年01月」（発災から7ヶ月後）と長期的影響が見られた。

- ・主観的健康観：60代以上において被災後の「健康悪化」割合が多い。被害規模が大きいかほど主観的健康感の悪化割合が高く、「心理的安定」に時間を要することから、中長期での医療・保健支援体制の検討が必要になることが示唆される。

2. 平成30年7月豪雨被災者の生活状況追調査

本調査の主な結果を以下に記す。

(1) 生活状況追跡可能なデータセット構築

ダイバーシティ研究所による「坂町 平成30年7月豪雨被災者アセスメント調査」（372項目）の聞き取り完了世帯のうち「見守り区分・再建支援区分アセスメントシート」（48項目）が存在する支援対象世帯688件（シート件数1281件）のデータセットが作成できた。今後、詳細な研究を実施するための基礎資料として活用できる。

(2) 生活状況追跡データセットの分析結果

調査結果（1）で作成したデータセットから、支援者の見守り評価で「見守り必要なし・支援終結」と評価された世帯が母集団に占める割合を「生活再建達成率」と定義し、被災当初の家屋状況や心身の状況等の区分がその後の生活再建に与える影響を「生活再建達成率」により評価した結果、以下の点が明らかになった（資料2-3〔図表3,4〕参照）。

- ・罹災証明区分で家屋の損傷が大きい世帯や被災当初の居住地が元住所でなく避難所や仮設住宅等に居住していた世帯は、住まいの課題が大きく、その後の生活再建に至る期間が長くなる傾向がある。
- ・災害ケースマネジメントによる4象限区分で「日常生活・住まいの再建支援世帯」と判定された世帯では生活再建までの期間が他のカテゴリに比べ長く、重点的な見守り支援が必要であることが示唆される。

- ・被災当初に心身の不調がある家族がいる世帯は、被災前から変わりなしと回答した世帯に比べその後の生活再建に至る期間が長く、心身の不調がその後の生活に影響を与えることがうかがえる。

(3) 補足調査の結果

①支援事例に対する生活支援相談員聴取調査

- ・「坂町・地域支え合いセンター」が「地域包括支援センター」を運営する「済生会」に委託されたことから、高齢者福祉関係との連携がとりやすく、相談員が動きやすかったこと、相談員が医療職であったことから、身体状況への理解や、必要な対応が的確に行っていたことが確認できた。
- ・他方、支援事例への対応においては、被災後の混乱の中で、医師同士の連携がうまくいかず、被災者の身体状況変化への対応が遅れ、一時的に寝たきりとなったが、生活支援相談員が、済生会のネットワークとうまく連携が図れたことで、本人の思いを尊重した支援体制が作られた。
- ・こうした地域内の保健・医療・福祉関係者による被災者支援体制は、災害が発生後に新たに作って機能しにくい。支援事例においても、災害後の生活再建支援の段階で、災害発生以前から存在していた支援ネットワークが有効なサポートを果たしていたことが確認された。

②広島県内の地域支え合いセンター関係機関への聴取調査

COVID-19 感染症拡大の影響を受け、予定していた広島県の担当部局等への聴取調査が実施できなかったため、暫定的な結果となるが、「坂町・地域支え合いセンター」および「広島県地域支え合いセンター」（広島県社会福祉協議会内）への調査から以下のことが把握できた。

- ・坂町・地域支え合いセンターの戸別訪問活動において不可欠な情報インフラとなる被災者支援台帳（データベースのファイル）

については、広島県および広島県地域支え合いセンターから提供されていた。

- ・坂町・地域支え合いセンターによれば、こうした支援対象世帯に関する情報システムの構築と運用は、広島県域からの支援によって支えられていたこと、とりわけデータベース構築や入力フォームの調整等の技術的な支援は必要不可欠であったことを述べており、広島県域からの支援の有効性が確認できた。
- ・時間的経過に伴い変化する支援対象世帯の状況や、仮設住宅から公営住宅への移転など生活環境が大きく変化する場面では、支援内容を変化させていくことが求められる。これらの課題に対して、広島県地域助け合いセンターは、市町村の相談員・担当部局職員を対象にした研修や連絡会（情報交換の場）を提供していた。
- ・坂町・地域支え合いセンターへの調査からも、これらの研修で得られた知見が支援活動に役立っていたことに加え、連絡会などを通じて、異なる体制で運営されている他市町村の状況を知られたこと、相談員だけでなく行政職員とも意見交換ができたことが、センターの運営に役立っていたことも確認できた。
- ・さらに、広島県域のセンター職員が、市町村のセンターを訪問し、具体的な助言活動を行っていたことも把握できた。広島県支え合いセンターから、市町センターの個別事情に合わせた支援が行われていたこと、またそれらが市町域のセンターにとって有効な支援であると認識されていたことが確認できた。

3. 被災者支援への専門士業の関わりに関する調査

本調査では、回答団体を「技術系」「法律系」「福祉系」に分類した上で集計したが、それぞれの母数に開きがあり、単純に比較できなかったため、以下では、調査結果に加え

て、今後の課題整理や調査分野の検討に向けた事実関係の整理を行う。

(1) 専門士業による被災者支援活動状況と団体間の連携

- ・「専門士業連絡会」等に参画する団体が行う被災者支援活動は、応急対策期以降から復興支援期にかけて行われる傾向がある。その理由として、発災から1カ月程度経過すると、被害の状況が明らかになり、罹災証明の発行や各種支援制度による給付、地域支え合いセンターの設置準備などが始まるため、被災者が、今後の生活や生活再建の先行きに不安を覚えやすく、弁護士や司法書士など法律系の団体による無料相談が求められると解される。
- ・DCMに基づく被災者支援では、被災者ひとり一人にあわせた個別の支援を組み合わせで行われるため、多岐にわたる分野の支援者との連携が必要になるが、福祉系の団体は、技術系や法律系の団体、自治体やボランティア団体等との連携を取っている様子が見える。しかし、技術系や法律系の団体は、福祉系の団体よりも他の分野との連携が少なかった。

(2) 被災者支援活動の実施体制

- ・被災者支援活動に向けた事前の計画策定や人材派遣の仕組み、研修制度は、技術系や法律系の団体よりも、福祉系の団体の方が整っている傾向がみられた。
- ・支援活動費用の内訳では、福祉系の団体は、技術系や法律系の団体よりも、公的資金の活用率が高かった。
- ・これらの結果から、福祉系の団体が行う被災者支援活動は、法律や制度に裏付けされていることに起因すると考えられる。一方で、技術系や法律系の団体の支援活動は、制度化（又は委託）されることが少なく、団体会計で負担する割合が高くなっていることがうかがえる。
- ・人材については、「支援活動を行う人材の不足」「マネジメントを行う人材の不足」

ともに、福祉系団体が他の団体よりも高い割合となった。支援計画や人材派遣の仕組み、研修制度が整っている反面、制度化された被災者支援策への人材派遣が難しい状況が伺える。

(3) 「広島モデル」の取り組み

「広島県災害復興支援士業連絡会」に対する聴取調査から、この連絡会には、設立時から技術系、法律系に加え、福祉系の職能団体が参画していることが把握された。

平成30年7月豪雨発災後の10月30日には、広島県、広島県社会福祉協議会、広島県災害復興支援士業連絡会の三者協定が結ばれ、広島士業連絡会の参画団体の支援活動の一部が制度化（「広島モデル」と呼ばれる）されることとなった（平成30年7月豪雨災害での支え合いセンターとの連携）。

この協定は、令和4年3月7日に広島県と広島県災害復興支援士業連絡会との間で新たに締結された「防災まちづくり・災害復興への専門家派遣協定」にもつながっており、専門士業が連携し、被災地での相談活動のみならず、当該地域における防災・減災への取り組みや、復興まちづくり支援など、幅広い分野において、復興に向けた取り組みをサポートできる平時から復興までの一貫した支援体制が構築されることとなった。

広島モデルは、士業連絡会等に参画する団体の被災者支援活動が、①災害ケースマネジメントに基づいた被災者支援に不可欠なものとして連携が行われた点、②防災まちづくり～被災者支援～復興まちづくり支援に関わっていく各士業団体が、自治体やその他の団体とパートナー関係になる点において、大きな変革をもたらしたと考えられる。

D. 考察と結論

1. 多様な主体の連携・協働に基づく要援護者支援に向けた組織間調整

(1) 都道府県域における連携・調整

災害福祉や避難所運営支援に関わる民間団体による連携・支援体制の構築は、2019年度調査以降も、大きく進められてきた。

社会福祉協議会を中心とする災害時の福祉支援体制のための協議体「災害福祉支援ネットワーク」も、大半の都道府県で構築されており、災害派遣福祉チーム（DWAT）の組織化も進められた。さらに、こうした災害時の福祉的支援を担う人材の育成や、関係団体のプラットフォームづくりについても、全国社会福祉協議会が、都道府県域への設置を推進している「災害福祉支援センター」構想の中で検討されている。

NPO・NGOを中核とする災害支援に関わる民間団体である全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）も、「避難生活改善に関する専門委員会」などの専門委員会を設置し、災害時は福祉系の専門知識・技能をもつ人材を被災地に派遣して、関係団体のコーディネート、被災自治体から避難所調査を受託するなどの活動を展開している。

これらの応援派遣・支援体制の多くは、都道府県域を単位に連携・調整を行うことになるため、今後、各都道府県域の保健医療（福祉）調整本部体制を整備していく中で、これらの民間の支援体制との接点をどう設定していくのか、また、これらの支援体制間の水平的な連携をどう調整していくのかも、今後検討すべき課題になると考える。

（２）都道府県から市町村への支援と調整

市町村域のDCMに関する調査結果から、県内市町村状況を俯瞰できる都道府県が、異なる規模と課題を持つ市町に対して、それぞれの課題に応じた支援を行ったり、市町村間の情報共有を促進していたことが把握された。これらの支援に対して相談員は高く評価しており、都道府県—市町村間の垂直的な支援が重要な役割を果たしていたことも確認できた。

今後は、2021年度調査で得られた相談員による支援活動実績記録や、感染症の影響で実施できなかった広島県域の地域支え合いセン

ターの運営に関わる機関の調査を実施して、こうした垂直的な支援の有効性を高める要素についての検討が必要である。

（３）生活再建支援体制に向けた情報連携

DCMに向けたアセスメント調査を実施していく中で、「地域支え合いセンター」が開設された段階で、支援対象世帯の情報が、センターに十分に提供されていないことが多く、開設後すぐに訪問活動を開始できないことが課題になっていることが把握された。

平常時の体制から災害時の応急的な対応体制に移行させていく際の手続きについてはある程度検討されていても、応急対応体制から復興に向けた生活再建支援を行う体制に移行させていく際の体制移行やその手続きについては、十分に検討されているとは言い難い側面もある。応急対応から生活再建支援への情報連携を可能にする体制についても検討が必要であるが、その体制は、平常時の地域福祉要援護者支援の体制を踏まえて、事前に検討しておく必要があると考えられる。

2. 災害ケースマネジメントの可能性と課題

（１）被災地でのアセスメント調査の課題

DCMを実施するためには被災世帯の生活実態を把握することが必要になる。しかし被災現場に、専門職の調査員を派遣して行う被災者への質問紙調査は、多大な労力とコストがかかる。

今後は、2021年度調査で得られたデータセットを活用し、評価の妥当性や生活再建の促進に寄与する要素等の分析を進め、評価項目を吟味し、質問項目を絞るなどして、非専門職の調査員、さらには被災当事者でも回答できるような質問紙を開発することが必要である。

また、支援活動に伴って作成される記録が、被災者調査を補完する資料として有用であることも明らかになった。支援活動にも還元できる情報整理の方策として支援活動の中で作

成する記録を標準化することも検討の余地があるように思われる。

(2) 効果的な DCM を行うために必要な要因の分析

——よりよい支援体制の構築に向けて

生活状況追跡調査を通じて構築したデータセットにより、アセスメントの妥当性や、生活再建を促進する・疎外する要素の抽出を分析する準備が整った。分析はまだ途上であり、これまでに示して来た結果もまだ暫定的なものであるが、今年度の調査で明らかにできたことを踏まえ、よりよい支援体制を構築していくために必要な研究課題を以下に整理しておく。

- ・生活再建に至る期間が長くなる要因を個々の事象から抽出し、事例として分類することで、生活支援に必要な要件や、再建を阻害する要因を分析し、明らかにすることを通じて、行政・支援機関・コミュニティ等が果たすべき生活再建支援のあり方について検討する。
- ・被災当初の心身の不調がその後の生活再建に影響を及ぼすことが明らかになったため、個々の事象を分析し、心身の健康を増進し生活再建につなげる方策について検討する。また、被災当初のアセスメント調査へのフィードバックとして、心身の状態をより明確にでき、適切な支援につながる設問設計のためのガイドラインを作成しておくことも必要である。
- ・災害ケースマネジメント (DCM) の 4 分類で生活再建に至る期間に違いがあることが明らかになった。各分類の個々の事象を抽出し、各分野で必要とされる支援内容のあり方や事例を明らかにする必要がある。

3. 生活再建期の「災害ケースマネジメント (DCM)」を視野に入れた連携・支援体制の構築に向けて

本稿の冒頭でも述べたが、生活再建期における被災者支援の拠点として「地域支え合いセンター」が開設されるようになり、DCM の

考え方に基づく支援体制が構築されるようになってきた。しかし、避難所等における応急的な被災者支援の体制から、生活再建期に移行する際の支援体制の連続性が確保されていないという課題が残されている。この点について「専門士業連絡会」調査から考察できることを述べておきたい。

災害ケースマネジメント (DCM) に基づく被災者支援は、主に地域支え合いセンターが中心となり実施するものと解されているが、実際には、地域支え合いセンターの開設前から、士業連絡会等の団体によって着手されていると考えることができる。

DCM に基づく被災者支援では、被災者ひとり一人に合わせて個別の支援を組み合わせで行われるため、多岐にわたる分野の支援者との連携が必要になる。今回の調査結果では、福祉系の団体は、技術系・法律系の団体、自治体やボランティア団体等との連携を取っている様子がうかがえたが、技術系・法律系の団体は、他の分野との連携が少なかった。

これらの状況から、地域支え合いセンターの開設よりも前に行われている、技術系団体の調査や法律系団体の無料相談等で判明している被災者が抱える課題（調査や相談により整理された課題）が、DCM の観点から見たときに、その先の支援につながりにくくなっている可能性が指摘できる。被災者の立場から考えると、地域支え合いセンターの活動が本格化するまで、生活再建に向けた支援のマッチングを待たなければならない状況に置かれる可能性がある、ということでもある。

本稿で紹介した「広島モデル」は、都道府県行政、都道府県社会福祉協議会、専門士業団体が連携し、平常時の防災・減災から復興まちづくりまで一貫した支援体制を構築する試みであり、上述のような問題にも対応できる可能性を持っている。特に、感染症拡大下では、応急対応期に外部支援の受け入れを巡って混乱・対立が生じることもあるが、こうし

た支援体制があれば、平常時から受援の基準についても検討することができる。

今後は、生活再建期の DCM との接合も視野にいたした連携・支援体制の在り方について検討していくことが求められる。

E. 研究発表

1. 論文発表

- ・山本千恵（2021）「避難の多様性に伴う課題と職能集団による支援の可能性」（一財）日本防火・危機管理促進協会『危機管理レビュー』Vol.13、pp.13-21.
- ・菅磨志保（2022）「コロナ禍における市民活動の展開」関西大学社会安全学部編『検証 COVID-19 災害』ミネルヴァ書房（第9章3節）pp.168-177.

2. 学会発表

- ・菅磨志保「コロナ禍における市民活動の展開」2021年度関東都市学会（2021年度）秋季大会（Zoom）、2021年12月5日.

- ・静間健人・中村満寿央・田村太郎・菅磨志保・大塚理加・尾島俊之「被災世帯の生活再建支援需要評価に基づく『災害ケースマネジメント』の可能性と課題：2018年西日本豪雨・広島県坂町における3年間の生活再建過程の分析から」第8回震災問題研究交流会（社会学系4学会連合、遠隔大会）、2022年3月19日.

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

厚生労働行政推進調査事業「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」
産学民官の連携に関する調査の概要（2019-2021） 分担代表：関西大学 菅磨志保

【概要】 本分担研究班では、保健医療調整本部と接点を持たず、独自の判断で要援護者支援を行う民間非営利組織(NPO等)や専門職によって新たに構築された支援体制の概況を把握すると共に、多様な資源を活用した生活再建段階の被災者支援体制として「災害ケースマネジメント(DCM)」に注目し、その先行事例調査や、DCMに必要な被災者の支援需要を評価するアセスメント調査を行った。更にアセスメント結果と、結果に基づく支援活動記録を突合したデータセットを構築し、過去のアセスメントが概ね妥当だったことを確認した。今後は、このデータを活用して、生活再建を促進・阻害する要因の分析を進めること、現地調査を補完する支援活動記録の活用方法を検討する必要がある。また支援主体間の水平的な連携・調整、都道府県一市町村間の垂直的支援、避難生活から生活再建期への情報連携を支援する方策等について検討が必要である。

【2019年度】概観の把握

- (1) セクター間(官民)連携体制の把握：
 - ・一般の被災者支援の枠組の中で行われてきた多様な主体による連携体制づくりの経緯と現状の把握
 - ・JVOAD/内閣府/全社協への聴取、(大阪府北部地震の事例分析)
- (2) 福祉専門職による連携体制の把握：
 - ・JVOADを通じた関係団体への聴取、質問紙調査の実施
- (3) 「災害ケースマネジメント」事例検討：
 - ・福祉と防災の連携に基づく被災者支援体制の連続性を維持する試み
 - ・鳥取県（全国で初めてDCM条例化）訪問聴取

【2020年度】質問紙調査・活動記録の分析

- (1) 多様な主体の連携に基づく支援活動
 - ・大阪府北部地震における支援活動分析
 - ↳ オフ・データ+被害データ+活動実績データ
 - GISにより脆弱性・対応力などを可視化
- (2) 「災害ケースマネジメント」事例分析
 - ・鳥取県中部地震の5年検証に向けた準備
 - ↳ 制度利用者のライブヒストリー調査
 - ↳ 鳥取県下19市町村調査の準備
- (3) 「災害ケースマネジメント」につなぐアセスメント調査（被災者生活実態調査）
 - ・熊本県人吉市・八代市坂本町
 - ↳ 感染症防止の特別な配慮が求められる中、避難のあり方も大きく変化。分散避難・在宅避難の実態を把握し、生活再建支援に必要な基礎的データを収集・分析

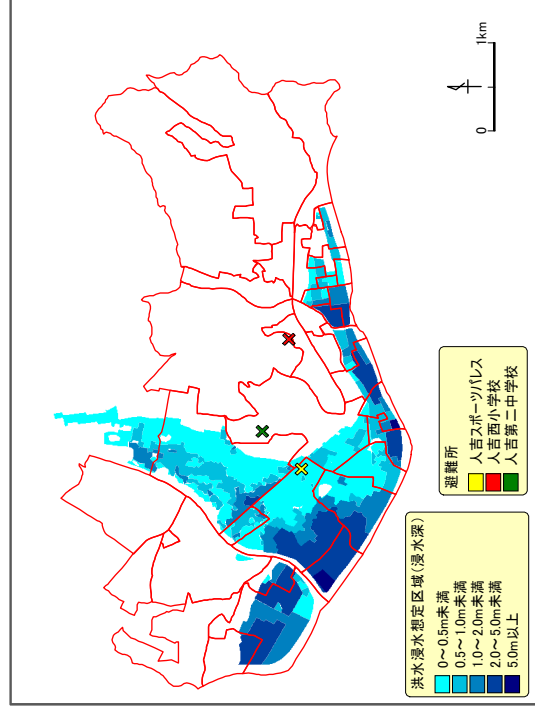
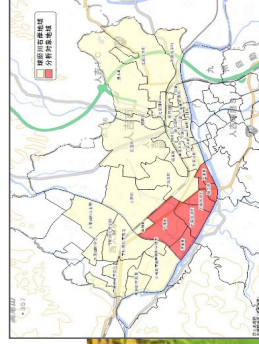
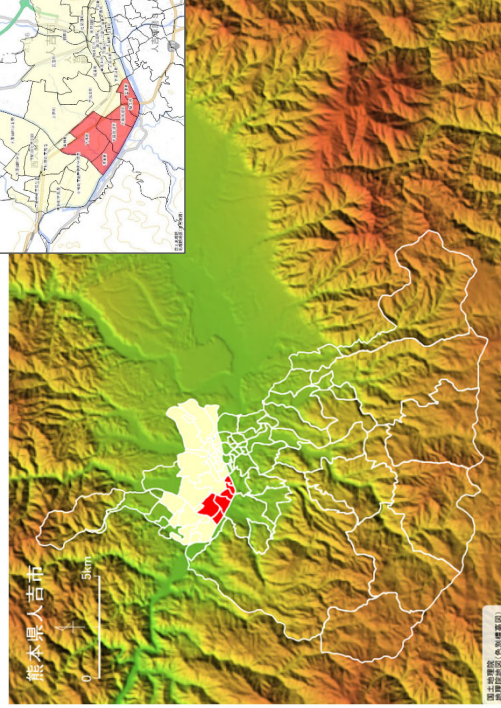
【2021年度】質問紙調査・活動記録の分析

- (1) R2年7月豪雨DCMアセスメント補足調査（地図でみる災害ケースマネジメント）
 - ・2020年調査対象地域(人吉市)内の地区で支援活動と連携して行った質問紙調査
 - ↳ GISによる可視化：被害と避難行動、生復興感の関係を分析
- (2) H30年西日本豪雨生活状況追跡調査
 - ・西日本豪雨・広島県坂町アセスメント調査の結果に基づく坂町支え合いセンター支援活動記録
 - ↳ 2018調査+支援記録を突合・量的分析
 - ↳ 聴取調査の質的分析/県域-町域の聴取
- (3) 多様な主体の連携に基づく支援活動：
 - 災害支援に関わる専門士業連絡会調査
 - ・全国10の専門士業連絡会へのweb調査
 - ・「広島モデル」の事例調査(Zoom調査)

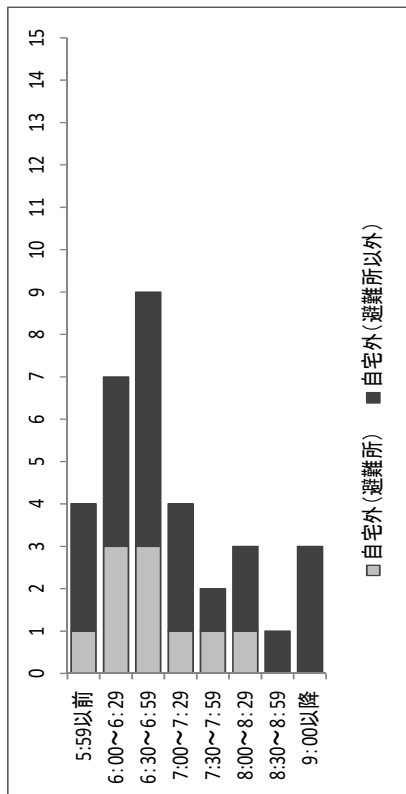
令和2年7月豪雨の避難行動・生活復興 に関する調査 (2020年度 人吉市追加調査)

坪井 塑太郎

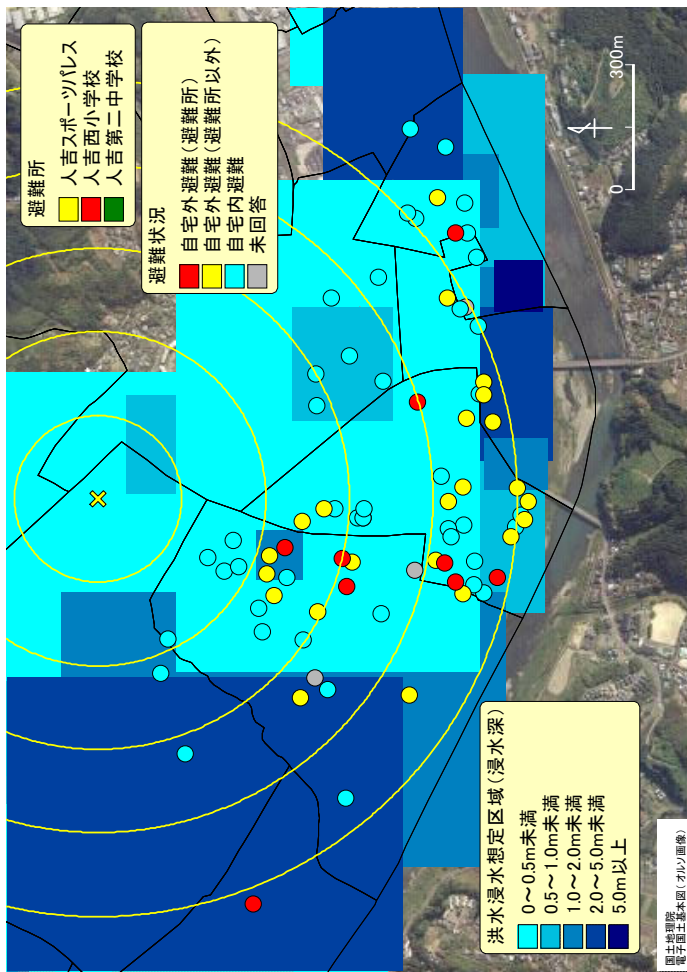
熊本県人吉市球磨川右岸(調査対象地域)の
地理的特徴と被害の概況



避難場所と避難開始時間・浸水想定区域(浸水深)と避難所からの距離



- 域内の指定避難所（人吉スポーツパレス）までは、最大で約1km離れており、**早朝の浸水（溢水）発生状況**の中で、甚大な浸水高にもかかわらず**自宅内での避難者が相対数存在した。**
- 地形特性上、**地区防災計画やマイタイムライン等の活用**による「**浸水域外への避難**」を基本としながら、**域内の堅牢な中高層建物等を活用した「緊急避難」**を併用した避難方法も併せて検討



洪水浸水想定区域と避難状況・避難所からの同心円距離圏域（200m単位）

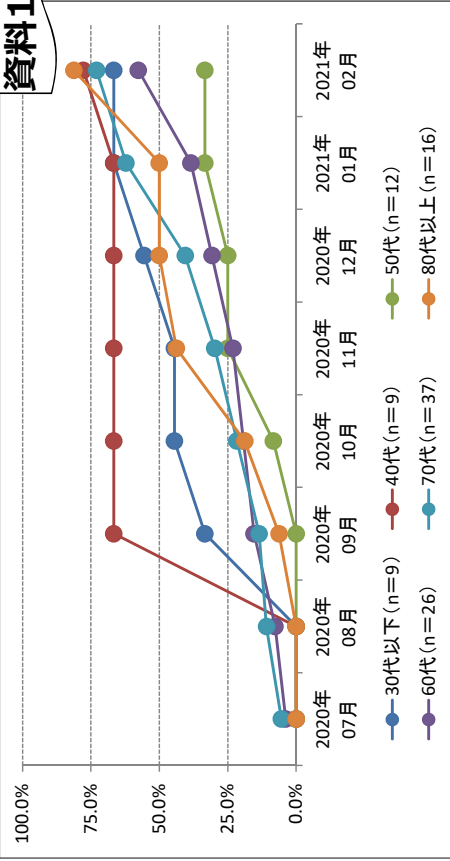
被害状況×現在居住場所・今後居住予定（世帯数）

	現在居住場所（世帯数）						今後居住予定（世帯数）							
	自宅		仮設住宅		自宅外		現住地再建		市内別場所再建		市外転居再建			
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合		
被害状況 (世帯数)	全壊	13	16.0%	7	70.0%	1	25.0%	21	23.9%	0	0.0%	0	0.0%	21
	大規模半壊	39	48.1%	2	20.0%	1	25.0%	41	46.6%	1	33.3%	0	0.0%	42
	半壊	23	28.4%	1	10.0%	2	50.0%	21	23.9%	2	66.7%	1	100.0%	24
	準半壊	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	2
	一部損壊	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	2
	無被害	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	1
合計	81	100.0%	10	100.0%	4	100.0%	88	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	92	

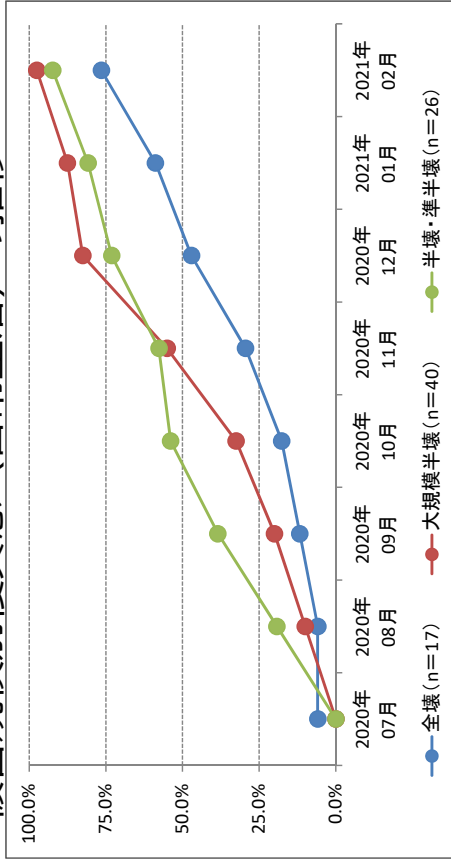
	今後居住予定（世帯数）						
	現住地再建		市内別場所再建		市外転居再建		
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合	
現在 居住場所 (世帯数)	自宅	78	100.0%	0	1.3%	0	0.0%
	仮設住宅	8	80.0%	2	8.0%	0	0.0%
	自宅外	2	50.0%	1	12.5%	1	25.0%
合計	88	95.7%	3	1.0%	1	1.1%	
合計	88	95.7%	3	1.0%	1	1.1%	

年代別復興感（心理的安定状況）の推移

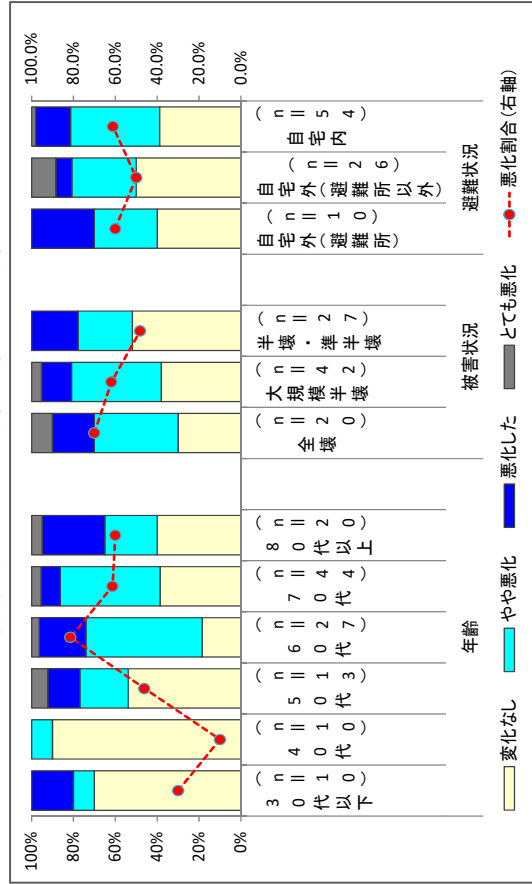
調査1
資料1-4



被害規模別復興感（日常生活）の推移



被災後の主観的健康観



復興した時期（分野別）

	仕事経済状況 (n=105)	日常生活再開 (n=113)	まち地域安定 (n=98)	心理安定状況 (n=109)
2020年07月	4.8%	4.4%	0.0%	2.8%
2020年08月	19.0%	14.2%	1.0%	5.5%
2020年09月	29.5%	25.7%	4.1%	17.4%
2020年10月	46.7%	38.1%	14.3%	24.8%
2020年11月	52.4%	54.0%	19.4%	33.9%
2020年12月	68.6%	71.7%	23.5%	42.2%
2021年01月	73.3%	79.6%	30.6%	55.0%
2021年02月	81.0%	90.3%	41.8%	69.7%

平成30年7月豪雨被災者の生活状況追跡調査

(一財)ダイバーシティ研究所

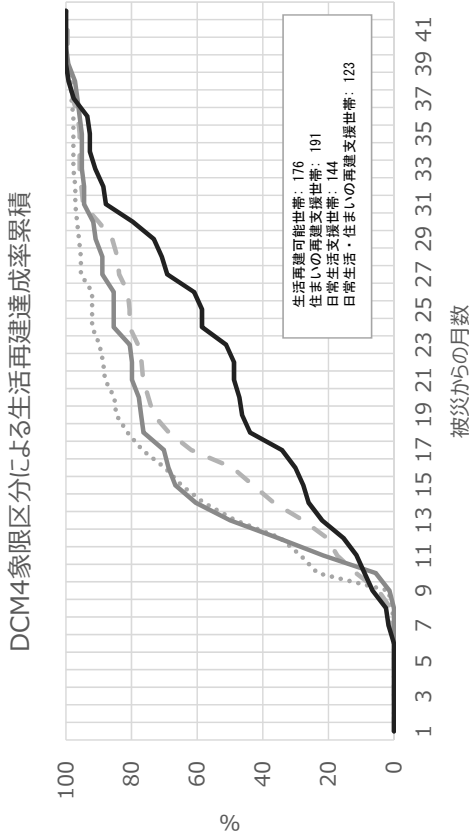
- 目的： 広島県坂町における平成30年7月豪雨被災者の生活状況追跡調査により、被災から生活再建支援状況を時系列で把握し、早期の生活再建に寄与する被災者アセスメントのあり方やアセスメントの妥当性等を明らかにする。
- 実施概要： ダイバーシティ研究所による平成30年7月豪雨被災者アセスメント調査のデータ提供
- 2018年9～10月に 広島県坂町で被災者アセスメントを実施
- 2,482世帯への訪問、**1,551世帯** (62.5%)の聞き取り調査完了
- 詳細は <https://diversityjapan.jp/heavy-rain-2018/> 参照

調査項目 (327項目)

1. 世帯情報…住所、家族構成、要援護者該当、家族の被災状況等
 2. 家屋の状況…家屋の種類、築年数、浸水被害、土砂被害、罹災証明、立替補修予定等
 3. 避難行動について…避難の有無、救助者等
 4. 生活状況について…健康状態、移動困難度、移動手段、食事、買い物、義援金等
 5. 今後の見通しなど…当面の居所、今後の居住地希望
 6. 支援や情報について…情報入手、入手経路、種類の種類、相談相手、不安・心配ごと
 7. 調査員所感
- 坂町地域支え合いセンターの支援記録と突合できた調査データを提供することで、災害当時の状況とその後の支援状況との比較が可能になる

小笠原地区版		坂町被災者アセスメント調査票				シート No.		
記入者名:	記入日時:	日	時	分	<input type="checkbox"/> 小笠原	<input type="checkbox"/> 坂	<input type="checkbox"/> 橋本	ブロック番号
聞いた場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設() <input type="checkbox"/> 仮設() <input type="checkbox"/> みなし仮設()	聞いた場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不在 <input type="checkbox"/> 不在	聞いているかどうか不明						
調査対象者に含まなかった場合 → <input type="checkbox"/> 不在 ※ 外観から確認出来る範囲で、「2. 家屋の状況」を記入して下さい。								
1. 世帯情報								
現住所:		町		丁目		番		
※ 聞いた人の名前に○をつける ※ 世帯主は、姓順に「姓」								
名前	生年月日	性別	続柄	該当 No.	要援護者該当*特別事項	要援護者該当 No.	現在も居住 No.	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
()	男/女/平	男/女/その他					同居/別居	
家賃の現状状況 <input type="checkbox"/> 全無事 <input type="checkbox"/> ケガ人あり <input type="checkbox"/> 連絡が取れない 現在居住率 % <input type="checkbox"/> 以上もともとが該当 ① 要介護者 ② 要介護者なし ③ 要介護者あり ④ 要介護者あり ⑤ 要介護者あり ⑥ 要介護者あり ⑦ 要介護者あり ⑧ 要介護者あり ⑨ 要介護者あり ⑩ 要介護者あり ⑪ 要介護者あり ⑫ 要介護者あり ⑬ 要介護者あり ⑭ 要介護者あり ⑮ 要介護者あり ⑯ 要介護者あり ⑰ 要介護者あり ⑱ 要介護者あり ⑲ 要介護者あり ⑳ 要介護者あり ㉑ 要介護者あり ㉒ 要介護者あり ㉓ 要介護者あり ㉔ 要介護者あり ㉕ 要介護者あり ㉖ 要介護者あり ㉗ 要介護者あり ㉘ 要介護者あり ㉙ 要介護者あり ㉚ 要介護者あり ㉛ 要介護者あり ㉜ 要介護者あり ㉝ 要介護者あり ㉞ 要介護者あり ㉟ 要介護者あり ㊱ 要介護者あり ㊲ 要介護者あり ㊳ 要介護者あり ㊴ 要介護者あり ㊵ 要介護者あり ㊶ 要介護者あり ㊷ 要介護者あり ㊸ 要介護者あり ㊹ 要介護者あり ㊺ 要介護者あり ㊻ 要介護者あり ㊼ 要介護者あり ㊽ 要介護者あり ㊾ 要介護者あり ㊿ 要介護者あり ㊿ 要介護者あり								

【図表3】アセスメント結果（DCM4象限）区分
「日常生活・住まいの再建支援世帯」の生活再建達成の遅れが著しい。

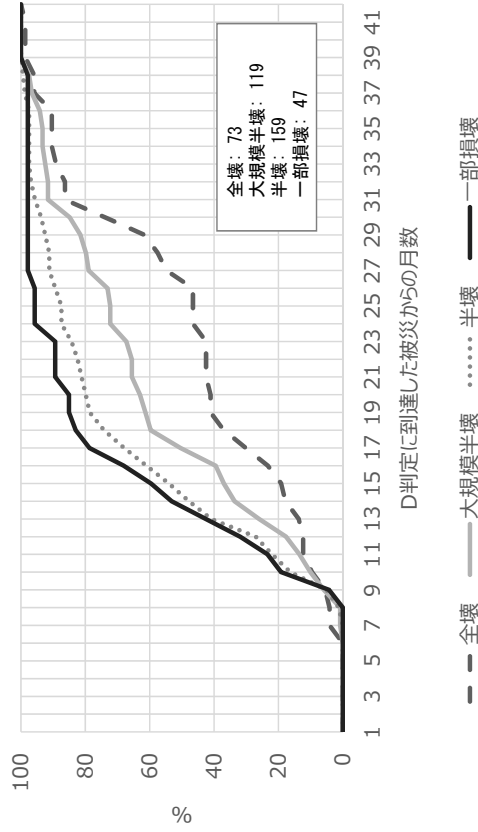


区分	中央値 50%の月数	被災から 12か月後	被災から 24か月後	被災から 36か月後
生活再建可能世帯	14か月	34%	92%	97%
住まいの再建支援世帯	17か月	20%	80%	96%
日常生活支援世帯	13か月	35%	85%	95%
日常生活・住まいの再 建支援世帯	23か月	15%	58%	93%

災害ケースマネジメント（DCM）4象限区分による生活再建達成率累積比較

【図表4】罹災証明発行区分
家屋の損壊程度が大きい順に生活再建達成の遅れが生じてい
ることが明らかである。

「罹災証明取得内容」項目による生活再建達成率累積



区分	中央値 50%の月数	被災から 12か月後	被災から 24か月後	被災から 36か月後
全壊	27か月	12%	47%	90%
大規模半壊	17か月	18%	72%	94%
半壊	15か月	27%	87%	97%
一部損壊	14か月	32%	96%	98%

被災当時の罹災証明区分による生活再建達成率累積比較

[参考資料] 災害ケースマネジメントにおける「個」と「面」の概念

調査2
資料2-4

災害ケースマネジメント

- 社会保障制度や福祉サービス等と連動
- 個々のニーズに対応した個別の支援計画
- 「住まいの再建実現性」「日常生活自立性」の観点から支援
- 東日本大震災以降に取り入れられた生活再建期の支援方策

仙台市

- 巡回訪問、情報提供
- 住まいの相談
- 相談事業、健康支援
- コミュニティ再生、サロン活動
- 就労支援

地域支え合いセンターによる全世帯巡回訪問と被災者一人一人に合った支援を組み合わせ、生活再建支援を実施した評価結果。訪問と支援提供の機関は同一。

個々の支援の組み合わせとプロセス

熊本市

広島県坂町

人吉市

八代市坂本

地域支え合いセンターの開設前（生活再建へのフェーズの移行期）に、調査員による聞き取り調査の結果。

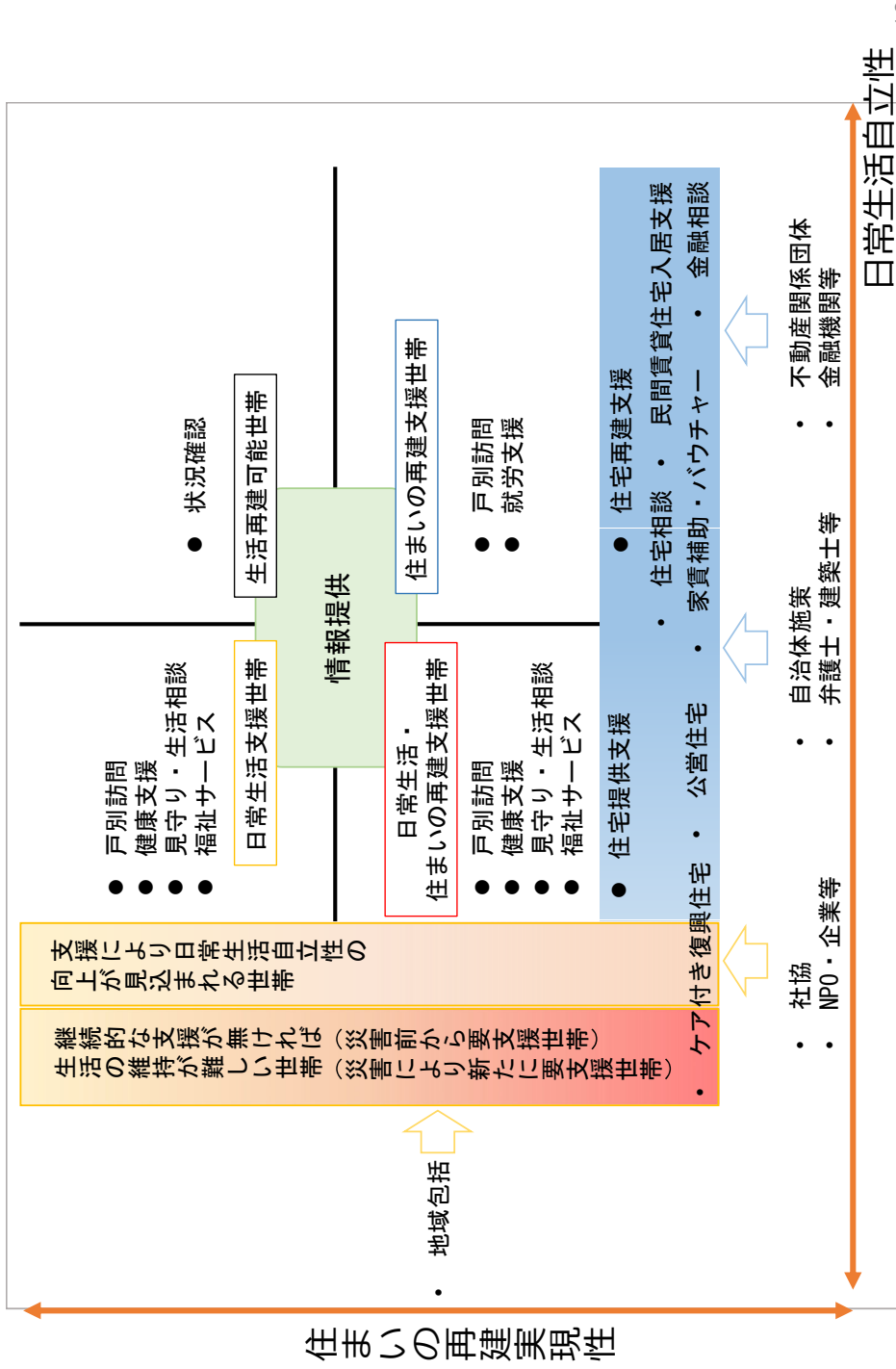
100%訪問を目指す、一定期間の調査ではお会いできない世帯もある。訪問と援提供の機関は別々。

早い時点で、地域全体の傾向を見ることができ、地域支え合いセンターの活動の基礎情報になる。

地域全体の必要な支援の総量や地域の状態

[参考資料] 災害ケースマネジメントの世帯分類と基本的な支援方針

調査2
資料2-5



指揮・統制・調整・コミュニケーション(C4)に関する海外の情報収集

研究分担者 富尾 淳 （国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長）

研究要旨：

大規模災害時の対策本部（Emergency Operations Center, EOC）の主要機能とされる指揮・調整機能等について、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の対応も引き続き注視しつつ、欧米諸国の現状について文献・資料等をもとに調査を行った。COVID-19のパンデミックの経験を通じて、バーチャル EOC の活用など新たな技術の導入も進んでいることが明らかになった。一方で、地域のリスクやリソースの評価により本部機能を確立し、標準作業手順書（SOP）として一連の手順を明確にするという基本的なプロセスを確実に実施していくことが重要であると考えられた。

A. 研究目的

大規模災害時に組織的な保健医療活動を実現するにあたっては、活動の指揮・調整等を担う「本部」の機能が重要であるとされる。このような「本部」は、一般に Emergency Operations Center (EOC) と呼ばれ、主に指揮 (command)、統制 (control)、調整 (coordination)、コミュニケーション

(communication) の機能を担う（頭文字をとって C4 と称される）。

近年、わが国では厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年 7 月 5 日）を受けて、都道府県の保健医療調整本部の整備が進められている。北海道胆振東部地震（2018 年）、令和元年東日本台風（2019 年）等の被災自治体では、実際に保健医療調整本部が設置・運用され、一定の役割を果たしてきた。しかし保健医療調整本部の設置・運用のあり方は自治体ごとに異なり、今後の体制充実に向けた標準的なモデルの構築などが求められている。さらに、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大は、世界各国の保健医療体制にかつてな

いほどの過大な負荷をもたらし、指揮・調整機能の見直しも求められている。

本研究は、指揮・調整機能について海外の動向を把握し、わが国の保健医療調整本部等の体制構築に向けて参考となる知見を整理することを目的として実施した。これまでに収集した情報をもとに、COVID-19 対応に関連した新たな取り組みに関する知見もふまえて、わが国の保健医療調整本部等と海外の体制を比較分析し、わが国の保健医療調整本部等の標準モデルの検討に向けて活用可能な項目と活用に向けた方策について考察した。

B. 研究方法

1. 対象

調査対象はわが国と社会背景、医療水準が近い欧米諸国とした。

2. 方法

世界保健機関（WHO）及び米国をはじめとする国際機関及び各国政府等の公的機関の資料、学術文献、ウェブサイト等のレビュー、ウェビナー、オンライン会議等を通じて、主に EOC のあり方に関する最新の知見について情報収集を行った。

C. 研究結果

1. WHO 災害・健康危機管理枠組

(Health Emergency and Disaster Risk Management (EDRM) Framework)

WHO は、近年、災害・健康危機管理枠組を提唱し加盟国の災害・健康危機管理対策の推進を行っている（詳細は別紙1を参照）。本枠組は、「緊急事態のリスクにさらされている全ての人々に可能な限り高い水準の健康と福祉を提供し、コミュニティや国のレジリエンス、ヘルスセキュリティ、ユニバーサルヘルスカバレッジ、持続可能な開発を強化すること」というビジョンのもと、「国やコミュニティが、保健医療分野やその他の分野において、より強力な能力やシステムを持ち、その結果、あらゆる種類の緊急事態や災害に伴う健康リスクや影響を低減すること」を目指すものである。本枠組は下記の要素により構成される。

- 政策・戦略・法令：災害・健康危機管理に関する政府及びその他の関係者の構造、役割、責任を定義する。災害・健康危機管理の能力強化のための戦略もこれに含まれる。
- 計画立案と調整：災害・健康危機管理の計画と運用のための効果的な調整メカニズムを重視する。
- 人的リソース：すべてのレベルにおける災害・健康危機管理の能力の範囲内での人員配置、教育・訓練、及び人員の労働安全衛生に関する計画など。
- 財源：災害・健康危機管理活動の実施、キャパシティ・ディベロップメント、緊急対応と復旧のための緊急用資金の調達を支援する。
- 情報と知識（ナレッジ）のマネジメント：リスクアセスメント、サーベイランス、早期警戒、情報マネジメント、技術的指針、研究など。
- リスクコミュニケーション：保健医療やその他の分野、政府当局、メディア、一

般市民にとって、効果的なコミュニケーションが重要であることを理解する。

- 保健医療インフラとロジスティクス：災害・健康危機管理を支援するための、安全で、持続可能で、しっかりと準備された保健医療施設、重要なインフラ（水、電力など）、物流・供給システムに焦点をあてる。
- 保健医療及び関連サービス：災害・健康危機管理のための幅広いヘルスケア・サービスとこれに関連するサービスを理解する。
- 災害・健康危機管理のためのコミュニティ・キャパシティ：地域の保健医療人材の能力強化と、コミュニティを中心とした包括的な計画と行動に焦点を当てる。
- モニタリングと評価：リスク及び対応能力のモニタリングや、戦略、関連プログラム及び活動の実施状況の評価など、災害・健康危機管理の目標達成に向けた進捗状況をモニタリングするプロセスなど。

また、同枠組では、あらゆる災害による緊急事態への対応を管理・調整するために、資源のある緊急事態対策センター

(Emergency operations center, EOC) を、明確な標準作業手順書 (Standards of procedures, SOP) とともに、保健省またはその他の適切な保健当局内に設置すべきであるとしている。また、公衆衛生、プレホスピタルケア、看護、プライマリーケア、内科・外科の専門分野、感染管理、サーベイランス、検査サービス、リスクコミュニケーションなど、さまざまな保健医療分野が緊急事態への準備と対応に貢献すべきであるとされている。

2. 米国における EOC のあり方

米国では COVID-19 への対応及び COVID-19 感染拡大下での災害対応について、連邦緊急事態管理庁 (FEMA) が国家

インシデントマネジメントシステム (NIMS) に基づいたいくつかの指針を示している。このうち、National Incident Management System Emergency Operations Center How-To Quick Reference Guide (August 2021) と COVID-19 Pandemic Operational Guidance: All-Hazards Incident Response and Recovery (May 2021) の内容を中心に EOC のあり方について整理した。

1) EOC の定義と役割

EOC は、緊急事態管理（現場活動）を支援するための情報およびリソースの調整が行われる物理的または仮想的（バーチャル）な場として定義される。EOC は、一般に一時的な施設、または常設のセンターとして設置される。構造や組織の構成等は管轄レベルや地域によっても様々だが、EOC には下記の 3 つの特徴があるとされる。

- リソースのニーズと要求の支援（配分と追跡を含む）

EOC は管轄区域全体および周辺の管轄区域に追加的なリソースを要請できる唯一の組織となる。EOC が直接戦術的な指示を行う場合もあれば、現場に近い戦術レベルの指揮者からの要請に基づいて主にリソースの配分・派遣を行う場合もある。すべての EOC において、データの分析、不足するリソースの特定、リソースの調達と追跡を通じて、現場スタッフに必要な支援の提供が行われる。

- 計画の調整と現在および将来のニーズの決定

EOC は、複数の部門や機関が連携して活動する場であり、EOC のスタッフは、EOC の目的達成に向けて標準的な計画立案のプロセスを促進する。また、現在のニーズに対応するとともに、将来のニーズを予測し、これに向けた対策の検討が行われる。

- 調整と政策の方向性の提示

EOC は、ステイクホルダーの統合を支援し、上級スタッフと協力して、緊急事態支援に向けた政策の方向性を提示する。EOC スタッフは法律顧問と協力し、対応と調整のための関連するプロトコルや手順を承認し、一般市民に対してタイムリーで正確な情報提供を行う。また、EOC スタッフは、連邦政府や州や地方を含むあらゆるレベルの行政機関との連携を図る。

2) EOC 設置準備段階のアセスメント

EOC の設置準備にあたり、各管轄区域では、それぞれの地域特性に応じた事前の評価を行い、災害等の発生時に EOC が適切に機能するように検討する必要がある。FEMA は下記の 3 つの評価の実施を推奨している。

① ハザード脆弱性評価

EOC は当該地域で起こりうるハザードの影響に耐えられるように設計される必要があるため、ハザード脆弱性評価により、自然、技術、人為的脅威・ハザードを特定し、その可能性と潜在的な影響に基づいて順序付けを行う。

② レジリエンス分析

地域のレジリエンス（被災した場合の回復力）について、ハザードマップや消防署、医療機関等、重要インフラの分布、ライフラインや社会経済的特性の状況等を地理情報システム（GIS）を用いて分析・評価する。カウンティ（郡）レベルのレジリエンスについては、Community Resilience Indicator Analysis (CRIA)によって特定された 20 の指標が用いられる。また、一連の分析・評価は、FEMA が作成したレジリエンス分析・計画ツール（Resilience Analysis and Planning Tool (RAPT)）を用いて行われる。

③ 能力評価（Capability Assessment）

緊急時に EOC が確実に機能するためには、事前にその能力を評価し必要な体制整備を行うことが求められる。能力評価は、当該

地域のハザードとリスクへの対応の調整を行う上で EOC が備えておくべき能力 (capability) を、主に下記の項目について検討するものである。

a. 省庁間連携 (Interagency Coordination)

NIMS における指揮・調整機能で重要となる以下の4つの責務を確実に遂行できるような省庁間の連携体制の構築

- 現場でリソースを活用するための戦術的な活動
- EOC で行われる事案対応支援
 - オペレーションと戦略の調整
 - リソース獲得
 - 情報の収集・分析・共有
- 政策指針と上級レベルの意思決定
- メディアや一般市民へのアウトリーチとコミュニケーションを通じた事案に関する情報提供と理解の推進

b. 多機関連携グループ

多機関調整 (MAC) グループは、政策グループ (Policy Groups) とも呼ばれ、一般に関係機関や組織の幹部、幹部が指名した者等で構成される。MAC グループは、事案担当

者に政策方針を示すとともに、リソースの優先順位付けと配分を支援する。連邦、(複数の州で構成される) 地区、州、地方の各行政レベルにおける MAC グループ、EOC、ICS の関係を図 1 に示す。

c. 民間セクター

民間セクターは、国内の重要なインフラの多くに関わっているため、FEMA は、民間セクター (業界団体、アカデミア等) と NGO を公的セクターと対等で責任のあるパートナーとして位置付けている。民間セクターと NGO が計画立案・調整に参加することで、対応のタイムライン、施設の設置場所、建物へのアクセスニーズ、輸送ニーズ、移動等に要するロジスティクス、セキュリティ上の課題等について、重要な情報を得ることが可能となる。

近年では、国家ビジネス EOC (NBEOC) と呼ばれる、クリアリングハウスとして機能するバーチャルな EOC が設置され、公的セクターと民間セクター・NGO の関係者の双方向の情報共有の体制整備が進められている。

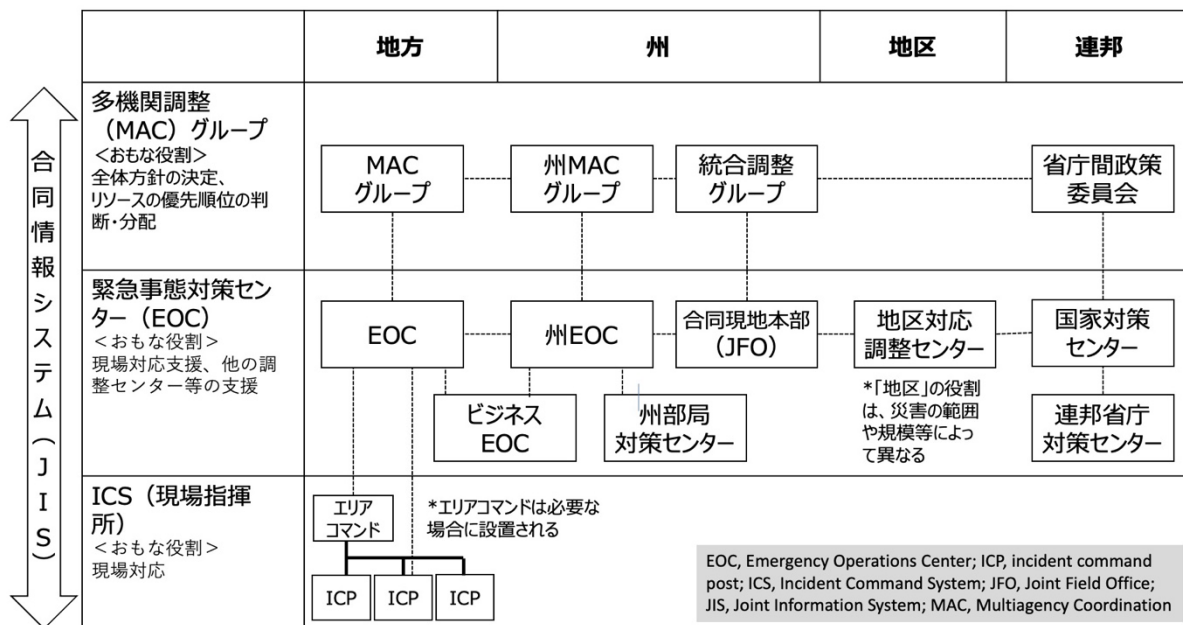


図 1 EOC と関係機関との連携体制

(FEMA. National Incident Management System Emergency Operations Center How-To Quick Reference Guide (August 2021) をもとに作成)

d. EOC スタッフの要件と構造のタイプ

EOC スタッフの確保にあたっては、必要となる最大限の人員配置をもとに計画する必要がある。関係機関からリエゾン等で派遣されるスタッフの人数についても考慮する。人員配置については、管轄・組織の権限、利用可能な人員、パートナー及びステイクホルダーとの関係性、EOC の施設と能力、政治的配慮、発生する事案等の特徴や複雑性、などを踏まえて検討する。

EOC の構造は典型的には、ICS または ICS に類似した構造、インシデントサポートモデルによる構造、部門構造（平時の組織構造に基づく構造）があり、それぞれにメリット、デメリットがあるため、管轄区域や事案の状況をふまえて検討する必要がある。また、構造に加えて EOC の対応方式として

MAC グループ等、政策レベルの意思決定による優先事項を重視して対応する方式（Major management activities method）、関係者のリソースを、緊急支援機能（Emergency Support Functions (ESF)）に照らして調整・配分を行う方式（ESF organizational method）などがある。

e. EOC 施設支援

EOC の計画ではスタッフの能力確保に加えて、情報技術、保守契約、ケータリング、清掃サービス、消耗品等のメンテナンスなどの施設支援、さらには、EOC の準備運営に向けた財政的支援を得ることも重要である。

f. 計画と手続き

EOC の計画と手続きが、ハザード脆弱性評価で特定されたリスクとハザードに適切に対処していること確認する。計画と手続きには、EOC のアクティベーション、主要担当者の周知、24 時間体制の人員配置、業務継続計画（Continuity of Operations (COOP)）の提示、および EOC の撤収（事後報告（after-action reports）の作成を含む）、などを含む必要がある。

g. ライフライン

EOC は、被災者中心の重要なニーズに焦点を当てたコミュニティ・ライフライン（安全・セキュリティ、食料・水・避難所、保健医療、エネルギー、情報通信、交通、危険物）を監視・支援する能力を評価する必要がある。

3) EOC の基本デザイン

① 会議室（Boardroom）型

EOC の典型的なレイアウトであり、関係機関の代表者がテーブルを囲み、部屋の正面にメインディスプレイが配置される。後方にサポートスタッフが座り、壁には別のディスプレイが配置されることもある。協働と調整を重視したレイアウトである。

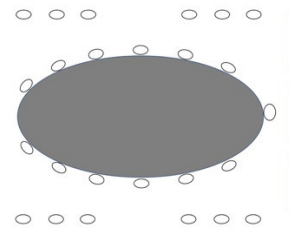


図2 会議室（Boardroom）型 EOC

② 管制室（Mission control）型：

スタッフが大型ディスプレイに向かい一列または半円形に座る講義室様レイアウト。技術レベルに大きく依存しており、スタッフのコミュニケーションは主にソフトウェアを通じて行われる。技術的業務に適したレイアウトである一方、スタッフ間の協働や交流が制限される可能性があるため、会議室型の別室が用意されることもある。

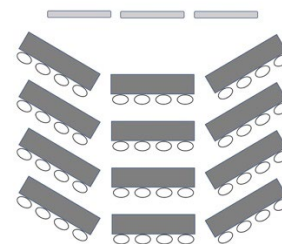


図3 管制室（Mission control）型 EOC

③ 市場 (Marketplace) 型 :

スタッフは機能別のグループ (ESF や ICS ユニット) に配置される。専門家同士の協働を重視したレイアウトであり、意思決定に向けてスタッフはグループ間の調整を行う必要があります (Management by Walking Around と呼ばれる)。

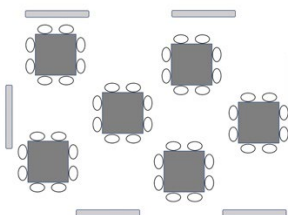


図 4 市場 (Marketplace) 型 EOC

④ 標的 (Bull's-eye) 型 :

会議室型を拡張したレイアウトであり、中央のメインテーブルに主要リーダーが、その後方に同心円状に配置されたテーブルにスタッフが座る。キーパーソンの立ち位置が強調される反面、協働が制限される可能性がある。スペースを必要とすることもあり EOC のレイアウトとしては理想的とはいえない。

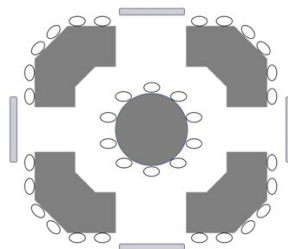


図 5 標的 (Bull's-eye) 型 EOC

⑤ バーチャル EOC :

EOC の物理的なレイアウトを補強するための手段である。ウェブベースの技術でバーチャルな EOC を構築することにより、EOC スタッフは他のグループや関係機関の代表者を物理的に配置することなく協力することが

できる。バーチャル EOC は、あらゆる物理的なレイアウトにおいて補助的に使用できる。

4) 標準業務手順書 (SOP)

計画プロセスの一環として、リーダーは標準的な EOC の運営手順を作成し、関係者に配布する。手順書には EOC のレイアウトと機能、主要なチームや個人の任務、ディスプレイ、メッセージフォーム、その他の運用フォームの使用方法などを記述する必要がある。標準的な操作手順は、EOC の運営、組織、スタッフ配置に関する FEMA のガイドランス (壁の表示、スタッフと個人の機能、メッセージの流れとフォーム、およびその他の操作手順に関する推奨事項を含む) を参考にすることができる。

緊急事態には、EOC の活性化が必要になることがある。EOC 標準作業手順書には、以下の要素を含む EOC 開設のための簡単な手順が明示されている。

① 権限

EOC をアクティベートしスタッフを招集する権限を有する職員 (3 名以上) を指定する。

② 首長等の上級責任者

あらゆる事案に共通の優先事項、上級責任者の主な責務、期待される成果、市民向けのメッセージの例、などを含む上級責任者に求められる事項を準備する。

③ アクティベーションの条件

EOC をアクティベートする条件を定めておく。

④ 予定されたイベントへの対応

突然の事案だけでなく、就任式、パレード、デモ、スポーツイベントなどの予定されたイベントにおいても、リスクと脅威を勘案し、EOC を運用できるようにしておく。

⑤ 連絡手段

緊急事態マネジメントチーム全員の通知先リスト (職場、自宅、その他連絡可能な電話

番号など。関係機関を含む)を用意しておく。

⑥ セットアップ

24時間稼働する施設でない場合は、対策室(Ops Room)を利用可能な状態にするための解錠、設備等の設置の詳細を定めておく。

⑦ 撤収

EOCの撤収は一度に行われることは稀であり、段階的に縮小する形で実施されるため、この手順を定めておく。また、事後報告の作成についても定めておく。

⑧ 年次見直し

SOPは毎年見直し、現在の計画、手順、設備、記録システム、ディスプレイ、通信機能との整合性を確認しておく必要がある。

⑨ 起動手順のテストと演習

EOCのアクティベーションとセットアップ手順を訓練やトレーニングセッションでテストする必要がある。

D. 考察

近年の大規模自然災害やCOVID-19のパンデミックに伴い、EOCの役割と、現場対応者との関係性、また、国レベル、州・県レベル、市町村等の基礎自治体レベルのEOC間の連携のあり方の重要性が改めて認識されている。WHOが提示する災害・健康危機管理枠組においてもEOCを明確なSOPとともに整備することが推奨されており、国、自治体レベルでのEOC機能の整備は急務といえる。

近年都道府県を中心に整備が進む保健医療福祉調整本部は、自治体レベルの保健医療福祉に関わるEOCに相当する組織といえるが、現状では、準備・運用に関する標準的な指針は示されていない。今回調査した、米国FEMAが提示するEOCの指針は、保健医療福祉領域に特化したものではなく、様々なレベルの自治体における全庁的なEOCを想定

したもののだが、基本的な考え方として参考にすべき点が多く示されている。

まず、EOC設置準備としての地域の詳細な評価の実施が挙げられる。都道府県あるいは市町村では、主要なハザード・脅威を特定し、優先すべきハザード・脅威に対する地域の脆弱性や既存のリソースの把握すること

(ハザード脆弱性評価)が重要である。これに基づいて適切な場所に適切な規模の本部を設置し、必要とされる機能とこれに対応する十分な人員・設備を準備することになる。

都道府県の災害対策本部等のより上位の組織、保健所や市町村等の本部などの現場に近い組織との関係性や連携体制についても、リエゾン体制の検討や組織間の関係図を作成するなど事前に準備しておく必要がある。

民間セクターやNGOとの協力体制の構築についても積極的に検討する必要があるだろう。災害対策基本法に基づく指定公共機関との連携はすでに構築されている自治体も多いと思われるが、それ以外の機関(NGOや地域の主要企業、大学等)との連携も視野に入れることで、保健医療福祉調整本部の機能の充実につながることを期待される。民間セクターにおいても協力体制を通じて事業継続につながる情報が得られるなどメリットもあるだろう。

本部の物理的環境整備も重要である。

FEMAが提示するいくつかの構造モデルやレイアウト例を参考に、自治体の特性に応じた本部スペースをデザインすることで、より効果的、効率的な本部運営が可能となりうる。COVID-19の経験を踏まえ、スタッフ間の距離の確保、本部スペースの換気の確保とモニタリングなどについても考慮すべきである。米国ではビジネスEOCとして、民間セクター等が参加する形でのバーチャルEOCが提唱されており、それ自体、あるいは既存の物理的EOCを補完するものとして、今後のさらなる活用が期待されている。バーチャルEOCあるいは様々な形でのウェ

ブによるリモート接続は、現場指揮所と EOC、さらには他自治体や国（厚生労働省）など物理的に集まることが難しい関係者との連携体制の構築を可能にする。技術的な可能性とともにセキュリティ上の課題等についても検討し、今後の体制構築に向けた検討が求められる。

以上の準備・運営のプロセスについて、SOPとして文書化することも重要である。その上で SOP を関係者に周知し、実際に使える状態にしておく必要がある。さらに、定期的な見直し、訓練、あるいは実際の対応を通じてブラッシュアップする一連のサイクルを制度化することで、半ば自動的に保健医療福祉本部体制の継続的な改善が可能になる。

E. 結論

保健医療福祉調整本部の整備推進に資する本部機能に関する海外の知見の収集を行った。COVID-19 のパンデミックの経験を通じて、バーチャル EOC の活用など新たな技術の導入も進んでいることが明らかになった。一方で、地域のリスクやリソースの評価により本部機能を確立し、SOP として一連の手順を明確にするという基本的なプロセスを確実に実施していくことが重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Nakahara S, Inada H, Ichikawa M, Tomio J. Japan's slow response to improve access to inpatient care for COVID-19 patients. *Front. Public Health*. 2022 Jan 24;9:791182.
- Ito Y, Hara K, Sato H, Tomio J. Knowledge, Experience, and Perceptions of Generic Drugs among Middle-Aged Adults and their Willingness-to-Pay: A Nationwide Online Survey in Japan. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2021, 255, 9-17.

2. 学会発表

- 富尾淳. [シンポジウム 攻める一災害医療のパラダイムシフトー災害医療体制を再考する(役割と法整備)] オールハザード・アプローチに基づく災害医療に向けてー海外の事例をふまえた考察. 第 27 回日本災害医学会総会・学術集会. *Japanese Journal of Disaster Medicine* 2022;26 suppl.: 185.

G. 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

災害・健康危機管理枠組 (日本語訳)

世界保健機関 2019

*本翻訳は、世界保健機関（WHO）が作成したものではない。WHO は本翻訳の内容や正確さについて責任を負わない。オリジナルの英語版（下記）が拘束力のある正式な版である。

Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva: World Health Organization; 2019.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<翻訳>

令和 3 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）

「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」 班

（研究分担者 富尾淳／研究代表者 尾島俊之）

「オールハザード・アプローチによる公衆衛生リスクアセスメント及びインテリジェンス機能の確立に資する研究」 班

（研究代表者 富尾淳）

目次

序文	ii
謝辞	iii
貢献者一覧	iv
略語一覧	vi
エグゼクティブ・サマリー	vii
01 はじめに	1
02 コンテキスト：緊急事態・災害の健康への影響	2
03 災害・健康危機管理：健康リスクをマネジメントし、レジリエンスを高めるための統合的アプローチ	3
3.1 災害・健康危機管理の主要概念と特徴	
04 災害・健康危機管理：ビジョン、期待される成果、指針となる原則	6
4.1 ビジョンと期待される成果	
4.2 指針となる原則	
05 災害・健康危機管理の構成要素と機能	9
5.1 政策、戦略、法令	
5.2 計画と調整	
5.3 人的資源	
5.4 財源	
5.5 情報と知識（ナレッジ）のマネジメント	
5.6 リスクコミュニケーション	
5.7 保健医療インフラとロジスティクス	
5.8 保健医療および関連サービス	
5.9 災害・健康危機管理のための地域（コミュニティ）のキャパシティ	
5.10 モニタリングと評価	
06 災害・健康危機管理の実施に向けての協力	12
6.1 災害・健康危機管理戦略の策定と優先行動の実施における重要なステップ	
6.2 災害・健康危機管理の基盤となる多部門行動の領域	
07 災害・健康危機管理の役割と責任	15
7.1 政府の全体像、社会の全体像	
7.2 保健省（Ministry of Health）	
7.3 国家災害管理庁	
7.4 地域（コミュニティ）とコミュニティベースの組織	
7.5 WHO	
7.6 国際コミュニティ	
08 結語	18
Annex 1. WHO のハザード分類	22
Annex 2. 保健医療の緊急事態・災害リスクマネジメントの構成要素と機能	25
Annex 3. 保健医療の緊急事態・災害リスクマネジメントのステークホルダー・グループのリスト	33

序文

緊急事態や災害は、ニュースで扱われなくなった後も人々の健康に深刻な影響を与えます。

毎年、1億7,000万人以上が紛争による被害を受け、1億9,000万人以上が災害に被災していますが、人々の健康への影響はこれよりはるかに大きいものです。

これらには、サイクロンや干ばつ、大規模なアウトブレイクなど、国や地域、さらには地球規模の大規模な危機にいたるものもあります。一方で、交通事故や火災などのように局所的なものもありますが、これらも全体としての人命への影響の大きさを考えると、やはり壊滅的なものとなります。

このような事象は、時に数十年にもわたって開発を後退させ、国の他の開発課題とともにユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現を危うくしてしまうこともあります。このような事象は、子どもや大人、そして彼らが住んでいる、あるいは家と呼んでいる地域（コミュニティ）の願望を打ち砕きます。また、保健医療システムを逼迫させ、その資金源となる経済を衰退させることもあります。

これらの影響を軽減することは、私たちの最も緊急な優先事項の一つです。これは、世界保健機関（World Health Organization、WHO）が掲げる3つの目標（ユニバーサルヘルスカバレッジ、ヘルスセキュリティ、すべての人の健康）を達成するための中心となるものです。

この保健医療の災害・健康危機管理（EDRM）枠組は、この課題に対する実質的な対応策です。災害・健康危機管理は、命を救い、健康を守るためには、緊急対応と復旧とともに、予防と事前準備、即応態勢が非常に重要であることを強調しています。また、災害・健康危機管理は一部門や一機関だけで行うものではないため、共同作業の必要性を示しています。災害・健康危機管理は、保健医療システム全体がいかんにかしてこれらの取り組みすべての基盤とできるか、またそうでなければならないか、を示しています。

この枠組では、地域（コミュニティ）が主導権を握ることの必要性が明確に述べられています。緊急事態はすべての人に影響を与えますが、最も脆弱な立場にある人々に不均衡に影響を及ぼします。最も貧しい人々、女性、子ども、障害者、高齢者、移民、難民、避難民、慢性疾患を抱える人々のニーズと権利を、私たちの活動の中心に据えなければなりません。

WHOは加盟国やパートナーと協力して、この枠組が効果的に実施されるように努めています。

この文書は、加盟国やパートナー、そして世界中のWHOのオフィスやプログラムに所属するスタッフからの広範な協議とインプットの結果です。この文書の作成にご協力いただいた方々に感謝いたします。

さらに、私はこの枠組を皆さんに使っていただきたいと思っています。この冊子を通じて皆さん自身の状況と皆さんの役割を確認できるはずで、すべての緊急事態が予測できるわけではありませんが、それに備えることはできます。私たちは、緊急事態の発生前、発生中、発生後のリスクを軽減するために共に行動し、すべての人にとってより安全で健康な世界を実現していきましょう。

世界保健機関 事務局長
テドロス・アダノム・ゲブレイエソス

謝辞

災害・健康危機管理枠組（Health EDRM Framework）は、文書の作成、レビュー、改訂に貢献した WHO と加盟国及びパートナー組織の専門家による対面及びバーチャルでの協議のプロセスの集大成です。この枠組は、人道的活動、多部門にわたる災害リスク管理、感染症を含むオールハザードの緊急事態への事前準備と対応、保健医療システム強化、地域（コミュニティ）中心のプライマリーヘルスケアなど、多くの関連分野におけるグッドプラクティスと成果から導き出されたものです。この枠組みは、世界保健総会や地域委員会の決議、地域戦略、国の政策、国際・国内基準やガイドライン、国連の持続可能な開発目標、仙台防災枠組 2015-2030、気候変動に関するパリ協定、国際保健規則（2005）の実施に関する指針、災害・健康危機管理のための WHO テーマ別プラットフォームと関連する研究ネットワークの活動からインスピレーションを得ています。

本文書を作成にあたっての広範なプロセスは、WHO の国・地域事務局及び各地域の緊急事態対応責任者（Ibrahima Socé Fall（アフリカ地域）、Ciro Ugarte（アメリカ地域）、Roderico Ofrin（南東アジア地域）、Nedret Emiroglu（ヨーロッパ地域）、Michel Thieren（東地中海地域）、Li Ailan（西太平洋地域））が中心となり、パートナー組織や各国とともに実施した WHO の活動から得られたエビデンスに基づいています。

災害・健康危機管理枠組は、各国、あらゆるレベルの WHO リーダーシップ、アカデミアを含む専門家の参加を得て、「災害・健康危機管理の概念及び技術的ガイダンスに関するテクニカルワークショップ」（ジュネーブ、2018 年 11 月 21-23 日）においてレビューと確認が行われた。WHO 本部の Mike Ryan、Jaouad Mahjour、Stella Chungong、Qudsia Hudan の各幹スタッフは、枠組の最終的なとりまとめにおいて有用な貢献をしました。また、Rick Brennan と Rudi Coninx そして開発プロセスのコーディネーターを務めた Jonathan Abrahams の貢献にも感謝します。

WHO は、オーストラリア、フィンランド、韓国、英国政府からの財政的支援に感謝します。

貢献者一覧

WHO は本枠組の作成にあたり、特に以下の加盟国、専門家、パートナー組織から技術的な貢献をいただきました。

加盟国：オーストラリア、バングラデシュ、カンボジア、カナダ、中国、エジプト、エチオピア、インド、インドネシア、イラン、日本、ラオス、メキシコ、ニュージーランド、オマーン、ペルー、フィリピン、カタール、モルドバ、シンガポール、スリランカ、スーダン、トルコ、英国、タンザニア、米国、ベトナム。

各国専門家：Walid Abu Jalala（カタール）、Salim Al Wahaibi（オマーン）、Sergio Alvarez（ペルー）、Ali Ardalan（イラン）、Haithem El Bashir（スーダン）、Paul Gully（カナダ）、Didier Houssin（フランス）、Alistair Humphrey（ニュージーランド）、Ute Jugert（ドイツ）、Margaret Kitt（米国）、Mollie Mahany（米国）、Ahamada Msa Mliva（コモロス）、Virginia Murray（英国）、Guilherme Franco Netto（ブラジル）、Sae Ochi（日本）、Somiya Okoud（スーダン）、Peng Lim Steven Ooi（シンガポール）、Ravindran Palliri（インド）、Thierry Paux（フランス）、Mihail Pîsla（モルドバ）、Ossama Rasslan（エジプト）、Nobhojit Roy（インド）、Mehmet Akif Saatcioglu（トルコ）、Sri Henni Setiawati（インドネシア）、John Simpson（英国）、Theresa Tam（カナダ）。

政府間組織及びパートナー組織の専門家：

Vincent Lee Anami（International Medical Corps (IMC) ケニア）、Paul Arbon（Torrens Resilience Institute オーストラリア）、Frank Archer（Monash University オーストラリア）、Marvin Birnbaum（World Association for Disaster and Emergency Medicine 米国）、Lourdes Chamorro（欧州連合）、Emily Chan（香港中文大学 (CUHK) 中国香港特別行政区）、Gloria Chan（CUHK 中国香港特別行政区）、Massimo Ciotti（欧州疾病予防管理センター (ECDC) スウェーデン）、Ioana Creitaru（国連開発計画 (UNDP) スイス）、Marcel Dubouloz（コンサルタント スイス）、Mélissa Gèneveux（Sherbrooke University カナダ）、John Harding（国連防災機関 (UNDRR) スイス）、Teodoro Herbosa（University of the Philippines フィリピン）、Hossein Kalali（国連開発計画 (UNDP) 米国）、Mark Keim（DisasterDoc 米国）、Wirya Khim（国連食糧農業機関 (FAO) スイス）、Kaisa Kontunen（国際移住機関 (IOM) スイス）、Peter Koob（コンサルタント オーストラリア）、Daniel Kull（世界銀行 スイス）、Shuhei Nomura（東京大学 日本）、Michel le Pechoux（国連児童基金 (UNICEF) スイス）、Czarina Leung（中国香港特別行政区）、Gabriel Leung（中国香港特別行政区）、Michael Mosselmans（国連世界食糧計画 (WFP) イタリア）、Loy Rego（Asian Disaster Preparedness Center タイ）、Panu Saaristo（International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) スイス）、Valérie Scherrer（CBM ベルギー）、Rahul Sengupta（UNDRR ドイツ）、Margareta Wahlstrom（UNDRR スイス）、Chadia Wannous（United Nations System Influenza Coordination (UNSIC) スイス）。

WHOの専門家 : Usman Abdulmumini, Onyema Ajuebor, Yahaya Ali Ahmed, Nada Alward, Bruce Aylward, Nicholas Banatvala, Maurizio Barbeschi, Samir Ben Yahmed, Rayana Bouhaka, David Brett-Major, Sylvie Briand, Nilesh Buddh, Alex Camacho, Diarmid Campbell-Lendrum, Zhanat Carr, Frederik Copper, Paul Cox, Stephane de La Rocque, Xavier De Radigues, Linda Doull, Osman Elmahal Mohammed, Ute Enderlein, Florence Fuchs, Keiji Fukuda, Michelle Gayer, Andre Griekspoor, Kersten Gutschmidt, Fahmy Hanna, David Harper, Dirk Horemans, Gabit Ismailov, Hamid Syed Jafari, Kalula Kalambay, Kande-Bure Kamara, Nirmal Kandel, Youssouf Kanoute, Ryoma Kayano, Hyo-Jeong Kim, Rebecca Knowles, Helena Krug, Ben Lane, Jostacio Lapitan, Vernon Lee, Jian Li, Matthew Lim, Tarande Manzila, Adelheid Marschang, Susana Martinez Schmickrath, Elizabeth Mason, Elizabeth Mumford, Altaf Musani, Maria Neira, Tara Neville, Dorit Nitzan, Ngoy Nsenga, Dorit Nitzan, Jian Li, Ngoy Nsenga, Isabelle Nuttall, Olushayo Olu, Heather Papowitz, Yingxin Pei, Charles Penn, William Perea, Arturo Pesigan, Jean-Luc Poncelet, Pravarsha Prakash, Jukka Pukkila, Adrienne Rashford, Gerald Rockenschaub, Guenael Rodier, Alex Ross, Cathy Roth, Dalia Samhuri, Irshad Shaikh, Iman Shankiti, Rajesh Sreedharan, Ludy Suryantoro, Joanna Tempowski, Lisa Thomas, Angelika Tritscher, Heini Utunen, Willem Van Lerberghe, Liviu Vedrasco, Elena Villalobos Prats, Kai von Harbou, Michel Yao, Nevio Zagaria, Wenqing Zhang.

略語一覧（訳注：日本語訳があるものは日本語を併記）

CADRI	Capacity for Disaster Reduction Initiative
EDRM	emergency and disaster risk management（災害・健康危機管理）
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network 地球規模感染症に対する警戒と対応ネットワーク
GPW	General Programme of Work (WHO) 総合事業計画
IASC	Inter-Agency Standing Committee 機関間常設委員会
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 国際赤十字・赤新月社連盟
IHR	International Health Regulations 国際保健規則
JMP	Joint Monitoring Programme (WHO/UNICEF) 合同モニタリングプログラム
NDMA	National Disaster Management Agency 国家災害管理庁
NGO	nongovernmental organization 非政府組織
SDGs	United Nations Sustainable Development Goals 国連持続可能な開発目標
SOP	standard operating procedure 標準作業手順書
UHC	universal health coverage ユニバーサルヘルスカバレッジ
UN	United Nations 国際連合
UNDP	United Nations Development Programme 国連開発計画
UNDRR	United Nations Office for Disaster Risk Reduction 国連防災機関
UNICEF	United Nations Children's Fund 国連児童基金
WHE	WHO Health Emergencies Programme WHO 健康危機管理プログラム
WHO	World Health Organization 世界保健機関

エグゼクティブ・サマリー

すべての地域（コミュニティ）は、感染症のアウトブレイク、紛争、自然・科学技術・その他のハザードによる緊急事態や災害のリスクにさらされている。これらの事象がもたらす健康、経済、政治、社会的な影響は壊滅的なものになる可能性がある。気候変動、無計画な都市化、人口増加と移住、薬剤耐性、国家の脆弱性（state fragility）などにより、様々な種類の危険な事象の頻度、重大さ、影響（インパクト）が増加しており、効果的なリスクマネジメントを行わなければ、緊急事態や災害につながる可能性がある。

緊急事態がもたらす健康リスクと影響を軽減することは、地域、国、そしてグローバルなヘルスセキュリティにおいて非常に重要であり、地域（コミュニティ）、国、保健医療システムのレジリエンスを高めることにつながる。健全なリスクマネジメントは、ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）への道筋を含む持続可能な開発目標

（SDGs）、災害リスク軽減のための仙台枠組 2015-2030（仙台防災枠組）、国際保健規則（IHR）（2005）、気候変動に関するパリ協定（パリ協定）、その他関連する世界、地域、国の枠組の開発と実施を保護するために不可欠である。

各国は、マルチハザードの災害リスクマネジメント、IHR（2005）、保健医療システムの強化などを通じて、緊急事態や災害による健康リスクや影響を軽減するための能力を強化してきているが、多くの地域（コミュニティ）は依然として、様々な危険事象に対して非常に脆弱な状態にある。様々な種類のハザードに対する断片的なアプローチ（災害を予防し、対応できるように適切に準備するのではなく、災害に対応することに重点が置かれていることなど）や、保健医療システム全体、および保健セクターと他のセクターとの間の調整のギャップは、地域（コミュニティ）や国が公衆衛生を含む最適な開発成果を達成する能力を妨げている。

カリブ海諸国、日本、モザンビーク、ネパールにおける自然・科学技術ハザードによる大規模な出来事、コンゴ民主共和国、韓国、サウジアラビアにおける感染症のアウトブレイク、多くの国での長期にわたる危機は、どの国も緊急事態や災害と無縁ではいられないことを浮き彫りにした。これらの事象は最も大きな影響を与えるかもしれないが、小規模な事象の累積的な影響もまた、世界中の地域（コミュニティ）に大きな影響を与えている。これらの事象はすべて、ハザード、ばく露、脆弱性を軽減するためのリスク情報に基づいた行動を拡大し、緊急事態や災害から公衆衛生を守るための能力を構築することが公衆衛生上、必須であることを示しています。

公衆衛生に対する現在および今後のリスクに対処し、資源を効果的に利用・管理する必要があるため、リスクマネジメント、緊急事態マネジメント、疫病対策と対応、保健医療システム強化の分野から派生した概念枠組を採用した。また、ヘルスセキュリティ、災害リスクの軽減、人道的活動、気候変動、持続可能な開発に関する政策や活動との整合性を図っている。したがって、災害・健康危機管理を効果的に実施することは、すべての国でUHCを達成するために不可欠です。

災害・健康危機管理の**ビジョン**は、「緊急事態のリスクにさらされているすべての人々に可能な限り高い水準の健康と福祉を提供し、地域（コミュニティ）や国のレジリエンス、ヘルスセキュリティ、ユニバーサルヘルスカバレッジ、持続可能な開発を強化すること」です。災害・健康危機管理に**期待される成果**は、「国や地域（コミュニティ）が、保健医療分野やその他の分野において、より強力な能力やシステムを備え、その結果、あらゆる種類の緊急事態や災害に伴う健康リスクや影響を低減すること」です。

災害・健康危機管理は、政策と実践の指針となる以下の基本原則とアプローチに基づいています。

- リスクに基づいたアプローチ
- 包括的な緊急事態マネジメント（予防、事前準備、即応態勢、対応、復旧の各領域）
- オールハザードアプローチ

- 包括的で、人々や地域（コミュニティ）を中心としたアプローチ
- 多部門・多分野の協働
- 保健医療システム全体に基づく
- 倫理的配慮

災害・健康危機管理は、多部門にわたる緊急事態・災害マネジメント、IHR（2005）の実施能力、保健医療システムの構成要素、地域・国・地域（コミュニティ）のグッドプラクティスなどを参考にして、一連の機能と構成要素で構成されている。

この枠組は、主に保健医療分野に焦点を当てているが、健康リスクと影響の軽減に多大な貢献をしている他の多くの分野との協力が必要であることを指摘している。

災害・健康危機管理の機能は、以下の要素で構成される。

- **政策・戦略・法令**：災害・健康危機管理に関する政府及びその他の関係者の構造、役割、責任を明確にするものであり、災害・健康危機管理の能力強化のための戦略もこれに含まれる。
- **計画立案と調整**：災害・健康危機管理の計画と運用のための効果的な調整メカニズムを重視する。
- **人的資源**：人員確保計画、災害・健康危機管理に必要とされる様々な能力を対象とする教育・訓練、労働安全衛生などが含まれる。
- **財源**：災害・健康危機管理活動の実施、キャパシティ・ディベロップメント、緊急対応と復旧のための緊急用資金の調達を支援する。
- **情報と知識（ナレッジ）のマネジメント**：リスクアセスメント、サーベイランス、早期警戒、情報マネジメント、技術的指針、研究などが含まれる。
- **リスクコミュニケーション**：保健医療やその他の分野、政府当局、メディア、一般市民にとって、効果的なコミュニケーションが重要であることを理解する。
- **保健医療インフラとロジスティクス**：災害・健康危機管理をサポートするための、安全で、持続可能で、しっかりと準備された保健医療施設、重要なインフラ（水、電力など）、物流・供給システムに焦点を当てる。
- **保健医療及び関連サービス**：災害・健康危機管理のための幅広い保健医療サービスとこれに関連するサービスを理解する。
- **災害・健康危機管理のための地域（コミュニティ）のキャパシティ**：地域の保健医療人材の能力強化と、地域（コミュニティ）を中心とした包括的な計画と行動に焦点を当てる。
- **モニタリングと評価**：リスク及びキャパシティのモニタリングや、戦略、関連プログラム及び活動の実施状況の評価など、災害・健康危機管理の目標達成に向けた進捗状況をモニタリングするプロセスなどを含む。

災害・健康危機管理が成功するためには、保健省やその他の政府省庁、国家防災機関、民間部門、地域（コミュニティ）やコミュニティベースの組織が、国際社会の支援を受けながら共同で計画・行動することが必要である。効果的な災害・健康危機管理の中核となるのは、緊急事態や災害を含むあらゆる種類の危険な事象からの効果的な予防、準備、対応、復旧・復興の基盤を構築するために、地域社会の参加と行動に重点を置いて、国の保健医療システムを強化する取り組みである。

すべての国において、緊急事態や災害による健康リスク及びそれに伴う影響を軽減するために、学際的かつ多部門にまたがる政策、戦略及び関連プログラムが必要である。災害・健康危機管理戦略を策定するためには、地域・国・地方レベルでのリスク、能力、及びリスクマネジメント対策を実施するための資源の利用可能性を考慮した体系的なアプローチが必要である。戦略的な健康危機リスクの評価、災害・健康危機管理の構成要素や機能のキャパシティの評価、既存の計画や過去の経験のレビューは、包括的な戦略の策定や行動の優先順位の特定に役立つ。

この枠組では、包括的な戦略の基盤として保健医療セクターが検討しうる行動分野として、以下のような提案を行っている。

- サーベイランス及び早期警戒・警告システム
- 即応態勢の確立や多数傷病者管理システムなど、あらゆるハザード、保健医療システム、あらゆるセクターを対象とする緊急対応に向けた事前準備
- 安全で安心かつ持続可能で、緊急事態や災害時にも機能を継続できるレジリエントな保健医療機関

国民の健康が、多部門にわたる政策、計画、資源配分の協議や、地方、準国家、国家レベルでの活動調整の中心であり続けるためには、国際的、国内の議論の場において、国家災害管理庁（National Disaster Management Agency、NDMA）などを通じた、保健セクターによる強力なアドボカシーと参加が必要である。

WHO は加盟国やパートナーと協力して、IHR（2005）、仙台防災枠組、SDGs、パリ協定の実施を支援することを約束する。すべてのステークホルダーが緊急事態や災害のリスクを効果的にマネジメントすることは、地域（コミュニティ）や国のレジリエンス、ヘルスセキュリティ、UHC、持続可能な開発の強化に大きく貢献する。また、緊急事態や災害のリスクにさらされているすべての地域（コミュニティ）が、可能な限り高い水準の健康と福祉を得ることを可能にする。災害・健康危機管理枠組の実施は、すべてのステークホルダーが協力してこれらの目的を達成するための強固な基盤となる。

1. はじめに

世界中の人々は、健康危機や災害に関連する広範で多様なリスクに直面している。これには、感染症のアウトブレイク、自然ハザード、紛争、安全でない食品や水、化学物質や放射線の事故、建物の崩壊、交通事故、水及び電力供給の不足、大気汚染、薬剤耐性、気候変動の影響、その他の原因によるものなどが含まれる（Annex 1）。健康影響が限定的な小規模な危険事象は日常的に発生しているが、事象によっては、公衆衛生や福祉、健康開発に重大な影響を及ぼす緊急事態や災害にいたる場合もある。これらの事象がもたらす健康、経済、政治、社会的な影響は、急性期と長期の両方において壊滅的なものになる可能性がある。気候変動、無計画な都市化、人口増加、移民、国家の脆弱性などの進展により、世界中で様々な種類の緊急事態の頻度、深刻さ、影響が増加している。

これらのリスクを管理することは、緊急事態や災害から人々の健康を守り、地域・国・世界のヘルスセキュリティを確保し、UHCを達成し、地域（コミュニティ）・国・保健医療システムのレジリエンスを構築するために不可欠である。また、健全なリスクマネジメントは、保健分野やその他の分野における開発を保護し、地域、国、地域（1、6）、世界の戦略を実施するために不可欠である。これは、UHCへの道筋や、「国内および世界の健康リスクの早期警戒、リスク軽減、マネジメントのために、すべての国、特に途上国の能力を強化する」という目標3dを含むSDGs（7）、仙台防災枠組（8）、IHR（2005）（9）、¹パリ協定（10）を実施する上で特に重要である。

あらゆるレベルの保健医療システムは、あらゆる種類の災害による日常的な状況と緊急事態の両方のリスクをマネジメントし、結果を軽減する上で中心的な役割を担っている。感染症リスクの管理と発生への対応における保健セクターのリーダーシップは明らかだが、自然災害、科学技術災害、社会的災害による緊急事態の健康への影響を予防し、最小化する上でも、保健セクターは重要な役割を担っている。保健医療部門は、リスクのある地域社会や他の部門との密接な協力関係があつてこそ、これらの責任を果たすことができる。本文書の目的は、保健省やその他のステークホルダーに対し、緊急事態や災害によるリスクや影響を軽減し、保健医療システム、地域社会、国のレジリエンスを高めるために考慮すべき政策の概要を提供することにある。災害・健康危機管理枠組は、リスクマネジメントの概念、指針、効果的な災害・健康危機管理の構成要素と機能の概要、及び本枠組の実施に関するガイダンスを提供する。本文書は、IHR(2005)を含む既存の地域や世界の枠組や戦略に取って代わるものではない。むしろ、複数の災害を取り込み、包括的なリスクマネジメントのアプローチを採用するために、これらを基礎としている。また、IHR（2005）、仙台防災枠組、パリ協定、SDGs、その他の関連する国や地域、世界的な戦略や枠組の実施において、各国を支援し、共同で行動し統一性を高めること目的としている。

1. IHR（2005）は法的拘束力を持ち、特に国境を越える可能性のある生物・化学・放射線事象を効果的にマネジメントするための国際的なメカニズムを提供する。

2. コンテキスト：緊急事態・災害の健康影響

世界的に見て、最も一般的な危険事象は、交通機関の事故、洪水、サイクロン・暴風雨、アウトブレイク、産業事故、地震である(11)。自然災害や技術的災害による緊急事態では、年間約1億9,000万人が直接被害を受け、7万7,000人以上が死亡している(11)。さらに1億7200万人が紛争の影響を受けている(12)。2012年から2017年にかけて、WHOは168カ国で1200件以上のアウトブレイクを記録したが、その中には新規または再興の感染症によるものも含まれている。2018年には、中東呼吸器症候群コロナウイルス(MERS-CoV)やエボラウイルス病(EVD)など、さらに352件の感染症事例がWHOによって追跡された(13)。

罹患率、死亡率、障害の増加に加えて、緊急事態は保健医療システムに深刻な混乱をもたらす可能性がある。緊急事態は、保健施設の損傷や破壊、保健プログラムの中断、保健スタッフの喪失、臨床サービスの過重な負担などにより、保健医療サービスの提供を妨げる。たった一度の緊急事態によって、公衆衛生やその他の分野における開発の成果が数十年単位で後退する可能性がある。

緊急事態の経済的コストも莫大である。自然災害や技術的災害によって引き起こされる緊急事態のコストは年間平均3,000億ドルであり(14)、武力紛争のコストは数兆ドルにも上る。パンデミックリスクによる生産性、貿易、旅行への影響による予想損失額は、年間約5,000億米ドル、世界所得の6%と計算されている(15)。大気汚染による早死は、2013年に世界経済に約2,250億ドルの労働収入の損失をもたらしたと推定されている(16)。

ほとんどの国では、およそ5年ごとに大規模な緊急事態が発生する可能性があり(17)、多くの国では、モンスーンによる洪水、サイクロン、感染症のアウトブレイクなどのハザードが季節的に繰り返される傾向がある。国際的に注目されるのは影響の大きい災害だが、感染症のアウトブレイクや洪水、火災、交通機関の事故など、何百もの小規模な緊急事態やその他の危険事象は地域レベルで毎年のように発生している。このような災害の累積により、多くの死亡者、傷病者、障害者が発生している。

3. 災害・健康危機管理：

健康リスクをマネジメントし、レジリエンスを高めるための統合的アプローチ

保健医療システムの強化、IHR（2005）の実施、マルチハザード対応の災害リスクマネジメント戦略の策定は、気候変動への適応への関心の高まりとも相まって、危険事象に関連する健康リスクのマネジメントの改善に向けた取り組みの進展の好事例となっている。それにもかかわらず、多くの地域（コミュニティ）、集団、国は、緊急事態や災害に対して非常に脆弱な状態にある。緊急事態に関連した健康上の最適な成果を達成する能力は、さまざまな種類の災害に対する断片的なアプローチ、事象に対する予防や準備よりも、事象への対応に重点が置かれていること、そして保健医療システム全体や保健部門と他部門との間の調整のギャップによって妨げられてきた。

現在の公衆衛生に対するリスクと、リソースのより効果的な調整、利用、マネジメントの必要性を考慮して、「災害・健康危機管理」の概念枠組やパラダイムを通じて、現代のアプローチと実践を統合する必要がある。

3.1 災害・健康危機管理の主要概念と特徴

緊急事態や災害による健康リスクや影響を最小化するための政策やプログラムは、リスクマネジメントのアプローチに基づくべきである。災害・健康危機管理は、事象や危機への対応のみではなく、潜在的な緊急事態や災害のリスクをマネジメントし、地域（コミュニティ）や国のレジリエンスを高めることに重点を置いた、一連の対策である。

- リスクは、「ある事象の発生確率とその負の影響の組み合わせ」と定義される(18)。より具体的には、緊急時や災害時のリスクとは、「特定の期間にシステム、社会、地域（コミュニティ）に発生する可能性のある、潜在的な人命の損失、負傷、資産の破壊や損失であり、ハザード、ばく露、脆弱性、対応能力の関数として確率的に決定されるもの」と定義される(19)。ハザード関連のリスクを完全に排除することはできないが、マネジメントすることは可能であり、またそうすべきである。災害・危機管理の活動が、事象の発生確率を低減し、健康影響を最小限に抑えることを目的としている場合、「災害・健康危機管理」という用語が用いられる。

包括的な災害・健康危機管理は、自然、生物、科学技術、社会ハザードなどの幅広い分野に対応しており、保健医療システムや複数のセクターが幅広く関与し、地域（コミュニティ）を重視した様々なリスクマネジメントの手段（例えば、緊急時の準備や対応に加えて、一次予防や復旧など）を採用している。

- 緊急事態による健康への影響やその他の影響を軽減するために、各国は進歩してきた。最も成功している費用対効果の高い戦略の多くは、緊急事態の予防、被害軽減、事前準備、対応、回復を目的とした包括的なリスクマネジメントアプローチを採用している。この包括的なアプローチは、原因にかかわらず、すべての緊急事態に適用されるものであり、各ハザード（生物学的、地質学的、化学的、水文気象学的、社会的ハザード、など）に関連する特殊性を取り入れなければならない。また、各国はアワードアクションレビューと緊急事態や災害からの復旧・復興を利用して、政策の変更を促し、あらゆるレ

ベルの保健医療システムを強化し、「Build Back Better」（訳註：よりよい復興）の原則を適用して将来の緊急事態のリスクを軽減する方法で能力を構築してきた。

災害・健康危機管理は、主にリスクマネジメント、緊急事態・災害マネジメント、感染症のまん延に対する事前準備・対応、保健医療システムの強化などの様々な分野に由来する考え方である。災害・健康危機管理は、様々な分野の災害・危機管理コミュニティと保健医療コミュニティとの架け橋となっている。災害・健康危機管理は、緊急事態や災害のリスクにさらされている地域（コミュニティ）の健康状態を改善するために活動している保健医療分野やその他の分野の関係者が適用できる共通言語や適応可能なアプローチを提供することを目的としている。

- 健康への影響を最小限に抑え、健康、福祉、社会的成果を向上させるためには、リスクを予防・軽減し、緊急時に備え、効果的な対応と復旧を確保し、地域（コミュニティ）や国のレジリエンスを高めるために、多くのシステムやセクターが協調して取り組む必要がある。災害・健康危機管理は、過去の実績や、世界の公衆衛生や緊急時のリスクマネジメントに見られる傾向に基づいている。災害・健康危機管理は、ヘルスセキュリティ、災害リスク軽減、人道的改革、気候変動、持続可能な開発のための政策や活動と十分に整合性がとれたものであり、その調整に有用である。
- 災害・健康危機管理は、国の災害・健康危機管理能力の向上に不可欠な要素であるIHR（2005）や、SDGs（目標3dに焦点を当てたもの）、仙台防災枠組、パリ協定等の他の関連する国際的・地域的な合意やイニシアティブの実践体制の整備につながる。より効果的な実践のためには、このような合意を個別に行うのではなく、それぞれに関連を持たせて相互の整備につながる形で検討すべきである。

災害・健康危機管理は、日常的なリスクをマネジメントするための保健医療システムの能力を基盤とする。

- 保健医療システムは、ハザード、ばく露、脆弱性を軽減し、緊急事態につながる可能性のある危険事象の発生を防止し、その影響を軽減するための能力を確立する上で、重要な役割を果たす。このような能力には、プライマリケア、疾患サーベイランス、プレホスピタルケア、多数傷病者マネジメント、化学物質・放射線の安全性、メンタルヘルス、リスクコミュニケーションなどが含まれる。また、保健医療システムは、非日常的なリスクや緊急事態に関連するリスクをマネジメントするために、イベントベース・サーベイランス、専門の緊急医療チーム、高リスク地域のインフラに関する基準、緊急対応計画、シミュレーション演習などの追加的な能力を確保する必要がある。このように、災害・健康危機管理は、緊急時や災害時の健康リスクや影響を効果的に軽減するために、すべての保健医療システム関係者の役割、責任、貢献、プライマリ・ヘルスケアの位置付け、そしてプライマリケア、セカンダリ（2次）ケア、ターシャリ（3次）ケアの提供を重視している。
- 長期に及ぶ紛争などの大規模な緊急事態は、健康に重大な影響を及ぼすことが多く、最も基本的な保健サービスの提供も困難となる。そのため、保健医療システムは、被災した人々や各地域の人々の保険医療ニーズに対応するために、国や国際機関からの支援を含むサービスを、ニーズにあった形で、優先順位をつけて提供しなければならない。このような支援は、不安定で、紛争の影響を受けた脆弱

な環境で必要となる可能性が高い。また、保健医療システムは、遷延する危機の中で、災害後や紛争後に、地域の能力を支援し、強化し、回復させるための戦略を計画し、実施する必要がある。

このように、災害・健康危機管理は、「誰ひとり残さない」ための健康の増進・保護、世界の安全維持、脆弱な人々へのサービス提供の実現に向けて、現行の政策、実践、文化を改革するための重要な一歩となる。アプローチの変遷の要点を表 1 に示す。

表 1 災害・健康危機管理によるアプローチの変遷の概要

従来 (From)	今後 (To)
事例ベース	リスクベース
事後対応型	事前対応型
単一ハザード	オールハザード
ハザードを重視	脆弱性と対応能力を重視
個々の機関	社会全体
機関・組織・個人単位の責任	保健医療システム全体として責任を共有
緊急対応を重視	リスクマネジメント
地域 (コミュニティ) のための計画立案	地域 (コミュニティ) とともに計画立案

4. 災害・健康危機管理：ビジョン、期待される成果、指針となる原則

4.1 ビジョンと期待される成果

災害・健康危機管理の概念は、ビジョン、期待される成果、指針となる原則とアプローチ、構成要素・機能により構成されている。災害・健康危機管理の**ビジョン**は、「緊急事態のリスクにさらされているすべての人々に可能な限り高い水準の健康と福祉を提供し、地域（コミュニティ）や国のレジリエンス、ヘルスセキュリティ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、持続可能な開発を強化すること」である。**期待される成果**は、「国や地域（コミュニティ）が、保健分野をはじめとする様々な分野において、より強力な能力とシステムを有し、その結果、あらゆる種類の緊急事態や災害に伴う健康上のリスクや影響が軽減されること」である。

4.2 指針となる原則

効果的な災害・健康危機管理の政策、戦略、関連プログラム及び実践は、以下の基本原則とアプローチに基づいて進められる。

リスクベース・アプローチ：緊急事態が地域（コミュニティ）にもたらすリスクは、発生前、発生中、発生後のいずれにおいても、地域（コミュニティ）がハザードにさらされているか、ハザードに対する脆弱性があるか、リスクマネジメント能力があるかに直接関係する。したがって、国や地域（コミュニティ）は、ハザードを防止または軽減し、ハザードへの曝露を減らし、脆弱性を最小化し、能力を強化することで、緊急事態による健康その他の影響を最も効果的に最小化することができる。

包括的な緊急事態マネジメント：包括的アプローチとは、密接に関連した一連の予防・緩和策、緊急時の準備（運用準備を含む）、対応、復旧策を指す。これは、予防・緩和策によって緊急事態の可能性と深刻度を軽減できること、健全な準備がよりタイムリーで効果的な対応につながることで、調整のとれた対応によって、最も脆弱な人々を対象とした被災者のニーズに合った保健医療サービスが適切に提供されること、そして復旧・復興は将来の緊急事態のリスクを軽減するように設計されるべきであるという前提に基づいている（保健医療システムの強化を含むBuild Back Betterアプローチ）。

オール・ハザード・アプローチ：様々な種類の災害は、健康に対する同様のリスクと関連しており、多くの災害・危機管理機能は災害によらず類似している（例：計画、ロジスティクス、リスクコミュニケーション）。個々のハザードに対応する能力や対応メカニズムを個別に開発することは、効率的でなく、経済的でもない。従って、災害・健康危機管理政策、戦略及び関連プログラムは、共通の課題に共通の能力で対応し、リスクに応じた能力によって補完する必要がある。

包括的で人々・地域（コミュニティ）を中心としたアプローチ：地域（コミュニティ）の人々は、まさに自分たちの健康や生活、資産が緊急事態や災害などの危険事象のリスクにさらされることから、効果的な災害・健康危機管理の中心的存在である。地域（コミュニティ）の人々は、自分自身や家族、地域を守る行動を通じてリスクにうまく対処するとともに、緊急事態が発生した場合のファーストレスポンドーとなることも多い。災害・健康危機管理は、誰でも利用しやすく差別のない包括的なアプローチをとる。災害・健康危機管理は、緊急事態や災

害のリスクが最も高く、特に被害を受けやすいとされる人々、特に、最貧層、女性、子供、障害者、高齢者、移民、難民、避難民、慢性疾患を持つ人々、その他リスクの高い集団に属する人々のニーズや対応能力を扱う。すべての災害・健康危機管理に関する政策と実践は、ジェンダー、年齢、障害、文化的観点を統合し、その中で女性、若者及びその他のリスクを有する集団のリーダーシップを促進するものである。

地域（コミュニティ）のレジリエンスは、地域（コミュニティ）にとって重要なハザードや脆弱性を特定し、緊急事態の緩和、準備、対応、復旧のための能力を構築することによって強化される。「社会全体（whole-of-society）」の概念に基づけば、効果的な災害・健康危機管理は、地方政府、市民社会やボランティア団体、民間企業、そして個々の市民の積極的な参加によってのみ達成されるといえる。

多部門・分野横断的な協力体制：緊急事態が健康に及ぼすリスクを効果的にマネジメントするには、強力で継続的な部門（セクター）間の協力が必要である。例えば、ワンヘルス・アプローチは、公衆衛生、動物衛生、その他の関連部門や分野の協力、コミュニケーション、調整に基づいて、人と動物、環境の接点における健康上の脅威に対処し、人と動物の両方に最適な健康状態を実現することを目的としている。保健分野は、感染症のリスクマネジメントにおいて技術的に主導的な役割を果たすが、それ以外のほとんどのハザードや事象では、他の分野が技術的に主導的な役割を果たす（食料不安に対する農業、サイクロンの早期警報に対する気象サービス、洪水への緊急対応に対する市民保護、など）。健康を守るために必要な多くの災害・危機管理活動、例えば、重要インフラの維持、生活に必要な水と衛生、医療施設の機能、輸送、物流、緊急サービス、食料安全保障などは、他のセクターの管轄である。

保健医療セクターには、健康危機のリスクマネジメントを担う多くの関係者と強い関係性を構築することが求められる。これらの関係者には、都市計画の専門家、土木技師、危険物取扱施設の実務者、気候情報提供者、動物衛生の専門家、メディア、緊急サービスなどが含まれる。また、救急医療や疾病サーベイランス、メンタルヘルス、栄養、水と衛生、保健医療情報マネジメントなど、保健医療コミュニティの多くの専門分野間の効果的な連携が求められる。

保健医療システム全体で取り組む：一般的な保健医療システム強化策の多くは、災害・健康危機管理においても効果的である。UHC 政策の実施などにより、基本的な保健サービスの普及率が高まれば、全体的な健康状態が改善され、感染症の予防や緊急時の健康被害を軽減することができる。健康状態や栄養状態の改善は、地域（コミュニティ）のレジリエンスを高める最も重要な要因の一つである。緊急時や災害時の健康リスクや影響を軽減するためには、災害・健康危機管理の構成要素・機能（Annex 2）に関係する国、地方及び地域の保健医療政策、計画、プログラム及びサービスにおいて、災害・健康危機管理の原則と実践を統合することが重要である。

倫理的配慮：災害・健康危機管理には、いくつかの倫理的課題がある。リスク低減や災害対応の優先順位を決める際には、現実的、経済的、政治的、その他の検討課題に加えて、人権としての健康増進（20）や倫理的側面からの課題も含まれる。災害・健康危機管理では、個人の尊重、正義、連帯感、文化的相違の尊重などの原則をふまえて、倫理規範や保健医療に関する国際法が重視される（21）。これらの原則に基づくことで、災害・健康危機管理の政策、実践、コミュニケーション、評価及び研究に関して、倫理的な行動が可能となり、被災地域（コミュニティ）との間の信頼関係の促進につながる。

政府、政府間組織、非政府組織（NGOs）は、人々の多様なニーズを考慮し、特に脆弱性の高い人々を、関係するサービスの計画立案、設計、提供に対する参加型アプローチに関与させるべきである。人々は、緊急事態のリスクや、地域や個人の適切な行動について、正確でわかりやすい最新の情報にすぐにアクセスできなければならない。入手可能な最善の科学的・社会経済的エビデンス、分析、および詳細なデータは、特に不利な立場にある集団に関して、政策や活動の有効性と影響に関する計画、実践、評価に利用されるべきであり、それによりタイムリーな修正調整が可能となる。

-
1. 到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一である。世界保健機関憲章（20）。

5. 災害・健康危機管理の構成要素と機能

災害・健康危機管理は、国が緊急時や災害時の健康リスクをマネジメントするための、保健医療セクターやその他のセクターにおける様々な機能や要素を含んでいる。これらの機能は、あらゆるレベルのリスクを統合的にマネジメントするシステムを形成しており、災害・健康危機管理の実践にあたっては、効果的な調整が必要となる。

災害・健康危機管理の機能は、以下の構成要素に分類される。これは、保健医療システムの構成要素への適合、多部門にわたる災害・危機管理、感染症のまん延に対する事前準備・対応を含むIHR(2005)など、様々なソースから得られたものである。提案された構成要素と機能の詳細については、Annex 2 を参照のこと。

5.1 政策、戦略、法令

災害・健康危機管理の検討課題は、適切な法令に基づいて関連する政策や戦略に統合されるべきである。災害・健康危機管理は、国の保健医療政策、戦略及び計画に盛り込まれ、国の計画及び予算サイクルと整合性をとり、国及び地方の広範な保健医療プログラムの主流となるべきである。災害・健康危機管理に関する国の政策や戦略は、オールハザードの災害・健康危機管理の構成要素について、官・民・市民社会のすべてのステークホルダーの役割と責任を概説する必要があり、計画立案・調整、IHR(2005)、サーベイランス・早期警戒、緊急時の事前準備・対応、復興、安全な病院、保健医療および関連サービスを含むものでなければならない。同様に、多部門の災害・危機管理の政策・法令は、すべての部門の活動の具体的な目的や成果として、人々の健康の保護と健康被害の最小化に言及する必要がある。保健医療の問題は、セクター間の政策や戦略に十分に反映されていないことが多いため、これらの重要な多部門の政策、戦略、イニシアチブにおいて保健医療がより中心的な位置を占めるよう、強力なアドボカシーが必要となる。

5.2 計画立案と調整

災害・健康危機管理の実践には、各国におけるIHR(2005)や仙台防災枠組の実践を支援する計画を含め、様々な計画が必要である。これらの計画は、特に国の多部門にわたるオールハザードの災害リスクマネジメントのために実施されたものや、IHRのモニタリングと評価の枠組の下で実施されたものなど、リスク・能力評価、演習、レビューの結果に基づいたものでなければならない。また、重要な保健医療の検討課題は、ヘルスセキュリティのための国家行動計画、国家災害リスク軽減計画、準備・対応・復旧のための計画、インシデントマネジメントシステムなど、保健医療および多部門の計画と完全に統合されたものとすべきである。また、地域、地方、国といった異なるレベル・管轄の計画の間にも一貫性と継続性がなければならない。緊急時の準備と対応のための計画は、定期的テストし、見直す必要がある。また、緊急時にも重要な機能やサービスを継続して提供できるように、公共機関や民間機関では事業継続計画が必要となる（22、23）。

保健医療部門全体及び各レベルの他部門との適切な連携を確保するために、災害・健康危機管理調整メカニズム及び／または専門部署を設置する必要がある。また、国の能力を超えた大規模な緊急事態に備えて、国際的な保健医療パートナーを要請し、受け入れ、調整するための手順を用意しておく必要がある。これには、

これらのパートナーを受け入れ、選別し、登録し、タスクをこなすためのシステム、医薬品や機器の提供を予測し、要求し、受け取るシステムが含まれる。

5.3 人的資源

災害・健康危機管理戦略及び関連プログラムをマネジメントし、活動を実践するためには、国、地方、地域レベルで専任の人材が求められる。人材管理で考慮すべき点は、必要な人員配置（緊急時の対応能力を含む）、キャパシティ・ディベロップメントのための教育・訓練、労働安全衛生などの計画である。熟練した人材は、災害・健康危機管理戦略及び関連プログラムの有効性の中心であり、緊急時計画、インシデントマネジメント、疫学、検査診断、情報管理、リスク及びニーズの評価、ロジスティクス、リスクコミュニケーション、保健医療サービスの提供などの技術的領域における災害・健康危機管理の能力向上のための教育・訓練への、具体的かつ長期的な投資が必要である。

5.4 財源

キャパシティ・ディベロップメントやプログラム・活動の実践のためには、保健省を含む政府機関やその他の財源から十分な財源を確保する必要がある。予防・事前準備対策を含む災害・健康危機管理には、国民の安全・安心に関連する他の分野と同様に、経常的なコストがかかるため、十分な検討と資金提供が必要である。資金メカニズムには、対応と復旧のための緊急時の資金も含まれるべきである。国家予算制度は、緊急事態の直後に迅速に資金を提供できるよう、十分な柔軟性を持つ必要がある。提言や計画立案のためには、過去の災害が健康や保健医療システムに与えた経済的影響を文書化すること、また将来起こりうる緊急事態や災害のコストを見積もることが重要である。

5.5 情報と知識（ナレッジ）のマネジメント

リスク・ニーズの評価、疾病サーベイランスやその他の早期警報システム、広報活動を支援するために、情報と知識（ナレッジ）のマネジメント能力を強化する必要がある。情報の収集、分析、発信を関連部門間で調和させ、「適切な情報を適切な人に適切なタイミングで届ける」ためのメカニズムを導入することが重要である。研究は、エビデンス、知識、実践の進化と、新薬、ワクチン、革新的なリスクマネジメント手段の開発を支える。トレーニングプログラムや保健医療システムの改善を通じて能力を高めるためには、エビデンスに基づく技術的ガイダンスが必要である。

5.6 リスクコミュニケーション

リスクコミュニケーションを含む効果的なコミュニケーションは、特に他の部門、政府当局、メディア、一般市民との関係において、災害・健康危機管理の重要な機能である。リスクにさらされているすべての人が、情報に基づいた意思決定を行い、潜在的な緊急事態を予防、緩和、対応するための行動をとるためには、情報、助言、意見をリアルタイムで入手し、交換することが重要である。広報活動は、矛盾した情報が流されるのを避けるために、関係者間で調整し、より脆弱な人々を含む、多様なリスクを持つ人々のリスクとニーズに合わせて行うべきである。

5.7 保健医療インフラとロジスティクス

病院、保健医療施設および関連インフラを安全かつ安心なものとし、緊急時に備え、エネルギー効率を高めることは、入院患者等の命を守り、効果的な保健医療対応と復旧を可能にし、公的および民間の投資を保護

し、持続可能性を支援し、気候や環境に対する保健医療の影響を軽減する。水、衛生設備、エネルギーなど、保健医療サービスが依存している多くの基本的なサービスは、事象発生前、中、後を通じて利用可能で、機能し続ける必要がある。支援物流（ロジスティクス）には、医薬品や消耗品の備蓄や事前配置、効果的なサプライチェーン、信頼できる輸送・通信システムなどが含まれる（24、25）。

5.8 保健医療および関連サービス

公衆衛生、病院前および施設ベースの医療サービスは、健康に影響を及ぼす緊急事態が発生した場合に、効果的に対応できるように準備されなければならない。これらの施設は、増大する保健医療ニーズに対応するために、サービス提供の規模を拡大し（例：病床数の増加、仮施設や移動診療所の設置、予防接種キャンペーン）、特定の災害に関連する特別な措置（例：感染症患者の隔離）を講じる能力を有していなければならない。保健医療の様々な分野が、リスクの予防・軽減、準備、対応、復旧など、災害・健康危機管理や地域（コミュニティ）および国のレジリエンスの構築に貢献している。可能な限り、様々な専門分野の代表が、リスク及び能力の評価、計画立案、実践、モニタリングと評価に貢献すべきである。

5.9 災害・健康危機管理のための地域（コミュニティ）の対応能力

地域（コミュニティ）が、地域で問題となりうるハザードと脆弱性を特定するリスクアセスメントに関わることで、緊急事態が発生する前に、健康リスクを軽減するためにとるべき行動を把握することが可能になる。緊急事態発生後の最初の数時間は、外部からの支援が到着する前に、地域での効果的な対応によって多くの命を救うことができる。また、復旧・復興の取り組みにおいても、地域住民が主導的な役割を果たす。したがって、プライマリ・ヘルスケアを含む地域（コミュニティ）の能力や活動、地域の保健医療従事者、市民社会、民間セクターの役割は、効果的な災害・健康危機管理の中心的な役割を果たす。市民社会は、地域（コミュニティ）レベルの監視、家庭での備え、地域での備蓄、応急処置の訓練、緊急時の対応などに貢献することができる。省庁や民間企業は、重要なインフラ（水道、電気、交通、通信など）のマネジメントを担当し、市民活動に貢献することから、災害・危機管理のあらゆる側面に関連する活動への省庁や民間企業の積極的な関与が不可欠である。

5.10 モニタリングと評価

災害・健康危機管理の目的及びコア・キャパシティの達成に向けた進捗をモニタリングするプロセスを、既存の保健医療部門のモニタリングシステムに統合する必要がある。そのためには、リスク、キャパシティ、プログラムの実践をモニタリングするための標準化された指標が必要である。指標の候補としては、仙台防災枠組のターゲットと指標のモニター、IHRのモニタリングと評価の枠組、WHOの災害・健康危機管理の国家キャパシティのグローバル調査、WHOの地域モニタリングと評価のメカニズム等がある。継続的なモニタリングは、事前準備（シミュレーション等）、対応、復旧に関する活動をその都度評価することで、さらに強化される。

6. 災害・健康危機管理の実践に向けた協力

災害・健康危機管理戦略及び関連するプログラムや活動の効果的な実践は、保健医療部門に限ったものではない。緊急時や災害時の健康リスクや影響を総合的に軽減するためには、すべてのセクターとの連携が不可欠である(26)。5章で述べた構成要素と機能は、仙台防災枠組、SDGs、IHR (2005)、¹ パリ協定、及びその他の関連する国、地域、国際的な枠組の実践にも役立つ。

災害・健康危機管理のためのキャパシティ・ディベロップメント及び運用計画の優先順位は、国や地域（コミュニティ）が直面するリスクや事象、現在の能力レベル、災害・健康危機管理を実践・維持するために利用可能なリソースなど、それぞれの国や地域（コミュニティ）の状況によって異なる。したがって、戦略的かつ体系的なアプローチをとるためには、国、地方、地域レベルで、状況、リスク、キャパシティを分析し、主要なステークホルダーの積極的な関与を得て、災害・健康危機管理のための優先事項を開発・実践することが必要である。

6.1 災害・健康危機管理戦略の策定と優先行動の実践における重要なステップ

- 戦略的な健康危機管理を実施し、地方、広域、国レベルでの危険事象のリスクを特定・分析する。既存のリスクアセスメントが利用可能な場合はそれを利用し、定期的に更新する。国及び地域のハザード、脆弱性及び対応能力を分析する戦略的リスクアセスメントは、予防、事前準備、対応及び復旧の計画を含む効果的な災害・健康危機管理の基本である。アセスメントは、標準化されたフォーマットに沿って、国、地広域、地方レベルで、すべての関連セクターと共に実施し、合意が得られた間隔で更新する。特に、水・衛生サービスに関するものなど、最新のデータを使用するように努める。²
- 緊急事態や災害に伴う健康リスクをマネジメントするための現在の能力を評価する。この評価は、災害・健康危機管理の構成要素を幅広く対象とする場合と、すべてのレベルにおける特定の構成要素を対象とする場合がある。既存の計画及び能力評価は、定期的に見直し、更新する。この目的のために、世界、地域、国のシステム全体及びキャパシティに特化したツールが多数用意されている。キャパシティ評価によって、評価されたリスクのマネジメントするために地域（コミュニティ）、広域、国の各レベルで優先すべき行動など、強みと開発すべき分野の特定が可能になる。³
- 多部門および保健医療部門のキャパシティ・ディベロップメント戦略、ヘルスセキュリティのための国家行動計画、特定の構成要素（保健医療従事者、メンタルヘルス、疾病サーベイランスなど）のための計画、および予防、事前準備、対応、復旧に向けた計画を開発・実践する。これらの戦略と計画は、利害関係者との協議のもと、既存の計画の見直し、能力評価、リスクアセスメント、活動のコスト計算、リソースのマッピング、その他の分析に基づいて作成すべきである。利用可能なリソースに基づいて、優先すべき行動を関連する計画に統合する。戦略と計画の実践にあたっては、モニタリング、評価、および定期的な報告を行うとともに、政策、計画、予算のサイクル、およびリスクのレベルと種類の変化に応じて更新する。

6.2 災害・健康危機管理の基盤となる多部門行動の分野

包括的な戦略は、上述したように、災害・健康危機管理のすべての要素で構成されるべきである。そのためには、あらゆるレベルにおいて、災害・健康危機管理を管理・実践する保健医療人材の強化、災害・健康危機管理に利用可能な財源の確保、資源を効率的に利用するためのエビデンス・ベースを提供する情報管理・研究への投資が必要となる。保健省及びパートナーは、特にプライマリーケアレベルでの保健医療システムの強化に加えて、包括的な災害・健康危機管理戦略を構築するための基盤として、以下の行動分野について検討する。

リスクアセスメントとキャパシティアセスメント

戦略又はベースラインの評価 災害・健康危機管理戦略、関連プログラム及び活動の策定は、リスクアセスメントやより詳細なキャパシティアセスメントの結果に基づいて行う必要がある。

事象のリスク・ニーズのアセスメント：健康影響が懸念される事象（例：アウトブレイクの疑い、化学物質の流出）が報告された場合、通常、その事象の発生を確認し、健康へのリスクを判断し、措置の要件を特定するために、初期リスクアセスメントが必要となる。当初から健康影響が明らかな事象（例：地震、サイクロン、アウトブレイク）が発生した場合には、主要な保健医療上の優先事項を決定し、現在進行中のハザード・脅威を特定し、現地での対応の有効性を評価し、外部からの支援の必要性を判断するために、迅速なニーズアセスメントが必要となる。

早期行動につながる監視、早期警告、警報システム

進行・拡大しつつある、あるいは潜在的なハザード（疾病のアウトブレイク、サイクロン、干ばつなど）の早期警報は、緩和策、即応態勢の確保、タイムリーな対応などの早期行動に必要である。疾病サーベイランスシステム、気象予報、その他の早期警報メカニズムからの情報は、緊急事態による健康影響などを軽減する上で重要な役割を果たす。確立された国際的な早期警報メカニズムがいくつかあり、各国のシステムは、これらから情報を得ることで、緊急事態や災害の予防、検知、準備、対応に向けた行動をとることができる。⁴

オールハザード対応に向けた事前準備

複数のハザードに対する緊急対応計画や特定のリスクに対するコンティンジェンシー・プランなど、エビデンスに基づいた事前準備（即応態勢の確保を含む）は、タイムリーで効果的な対応の基盤となる。これらの計画では、初期のリスク／ニーズの評価、インシデント／事象のマネジメント、コミュニケーション、緊急時の公衆衛生対策、プレホスピタルケア、診療、部門や機関間のそれぞれの役割と責任などの問題を扱う。

あらゆるハザードによる緊急事態への対応をマネジメント・調整するためには、保健省またはその他の適切な保健当局内に、必要なリソースを備えた緊急事態オペレーションセンター（Emergency operations center、EOC）を、明確な標準作業手順書（Standards of procedures、SOP）とともに設置すべきである。保健医療システムの各レベル（地方、地域、国）において、訓練を受けて装備を整えたチームが、迅速で拡張可能な対応のために利用できるようにすべきである。公衆衛生、プレホスピタルケア、看護、プライマリーケア、内科・外科の専門分野、感染症管理、サーベイランス、検査室サービス、リスクコミュニケーションなど、さまざまな保健医療分野の事前準備と対応への貢献が求められる。

アウトブレイクの警告と対応、多数傷病者管理など、事前準備と対応のメカニズムは、保健医療システムの各レベルでの訓練・演習を通じて定期的にテストされ、緊急対応の都度、評価される必要がある。国や地域（コミュニティ）は、効果的な計画を立て、復旧・復興対策を持続的に実施することで、能力を強化し、将来の緊急事態のリスクを軽減するために、災害後の復興の機会を活用しなければならない。

レジリエントな病院・保健医療施設

レジリエントな保健医療施設は、安全で、確実で、持続可能であり、緊急時や災害時にも機能を維持する。保健施設の構造的、非構造的、機能的な健全性を強化する対策は、効果的な災害・健康危機管理の鍵となる。地域社会の重要なインフラである病院やその他の医療施設は、緊急時や災害時にも機能しなければならない。また、災害対応時に発生する患者の負担を軽減する能力も必要である。また、既存の施設については、その安全性とセキュリティを評価し、安全性とセキュリティを向上させ、緊急時に備えた対策を講じる必要がある。WHOと汎米保健機構（Pan American Health Organization）の病院安全指標（Hospital Safety Index）は、施設を評価し、安全性、事前準備、緊急時対応能力の改善を導くための効果的なツールである。

また、保健医療施設は、スタッフや患者にとって安全な環境を提供する必要があり、暴力行為やサイバーセキュリティ攻撃から守るための構造的・非構造的な対策や手順を含むべきである。安全性と保健医療施設の生態学的な持続可能性の向上を組み合わせることで、電力や水の供給の信頼性が向上し、保健医療施設の廃棄物が削減されるため、医療が気候や環境に与える全体的な影響を軽減することができる(25)。

NDMAやその他のプラットフォームにおける保健医療部門の代表性

政策、計画、資源配分の対話の中で、また、地方、広域、国レベルでの活動調整の中で、保健医療を効果的に位置づけるためには、国内および国際的な主要フォーラムにおいて、保健医療のための強力な代表とアドボカシーが必要である。このような代表がいなければ、特に自然、科学技術、社会的ハザードの計画立案の際や、生物学的ハザードのマネジメントに対する政府全体のアプローチを確保する際に、他の部門の災害管理者によって保健医療の優先事項が見落とされてしまう危険性がある。

1. IHR(2005)を実施するためのキャパシティ・ディベロップメントを目的とした国家行動計画は、仙台防災枠組に記載されているように、より広範な災害・健康危機管理や、地域・国家の多部門・オールハザード災害・危機管理計画にも貢献する。
2. WHO/ユニセフ合同モニタリングプログラム（JMP）は、家庭、学校、医療施設における水と衛生に関する報告を定期的に行っており、すべての国のデータはJMPのウェブサイト（<https://washdata.org/>）で公開されている。
3. 例えば、IHR（2005） State Party Self-Assessment Annual Reporting tool（SPAR（訳注：IHR（2005）に基づく加盟国の年次報告））、自主的合外部評価（JEE）；WHOによる国のキャパシティ調査；仙台防災枠組；Capacity for Disaster Reduction Initiative（CADRIパートナーシップ）；機関間常設委員会（IASC）事前準備と対応。
4. 例えば、地震、津波、洪水、火山、熱帯サイクロンなどを対象としたグローバル災害警戒・調整システム（GDACS）、国際・地域津波警戒システム、飢饉早期警戒システム（FEWS NET）、グローバル感染症情報（オープンソースによる感染症情報（EIOS）、グローバル公衆衛生情報ネットワーク（GPHIN）、疾患別監視システム（ポリオ、麻疹、インフルエンザ、薬剤耐性など）、サブリージョナル疾患サーベイランスネットワーク（メコン川流域疾患サーベイランス、中東感染症サーベイランスコンソーシアムなど）などがある。

7. 災害・健康危機管理の役割と責任

災害・健康危機管理の開発・実践には、社会のあらゆるレベルの幅広い部門やステークホルダーの積極的な参加が必要である（Annex 3）。主なステークホルダーの役割を以下に示す。

7.1 政府全体・社会全体

緊急事態や災害による健康リスクや影響を軽減するためには、あらゆるレベルの多省庁・多部門による協調的な取り組みが必要である。仙台防災枠組に従い、災害リスクマネジメントに関連する国や地域の多部門・部門別計画の策定に当たっては、健康と福祉の向上が集团的行動の重要な目的と成果であることを念頭におくべきである。人々の健康は、脆弱性の原因であると同時に、人間のレジリエンスの基盤でもある。保健医療もまた、ひとつの対応部門（セクター）だが、生物学的ハザードは、自然・科学技術・社会的ハザードと並んで、地域（コミュニティ）や国の重要なリスクとなっている。災害・健康危機管理は、リスク及びキャパシティの評価、並びに多部門にまたがるリスクマネジメント手法の開発、計画、実践、モニタリング及び報告のためのメカニズムの中心となるべきである。

保健医療セクターは、保健医療システムが効果的に機能するために、他のセクターにも依存しており、地域、国、国際レベルで緊急事態の健康リスクのマネジメントを担う関係者と強い関係性を構築する必要がある。これらの関係者には、都市計画者、土木技師、危険物取扱施設の実務者、気候情報提供者、動物衛生の専門家、エネルギー・水・衛生などの重要インフラ管理者、通信・輸送業者、製薬企業、メディア、救急サービスなどが含まれる。災害・健康危機管理を効果的に実施するためには、これらの部門が効果的に連携することが重要である。

7.2 保健省（Ministry of Health）

一般的に、国・広域レベルの保健省は、災害発生に関連する災害・危機管理対策において主導的な役割を担う。また、保健省は、自然ハザード、科学技術ハザード、社会的ハザード、生物学的ハザードなどのあらゆるハザードに対する災害・健康危機管理の重要性について、NDMAまたはそれに相当する機関や他の部門に働きかける責任を有する。保健省内の部局、ユニットまたはフォーカルポイントは、NDMA、他省庁、市民社会、民間セクターとの調整を含め、国の災害・健康危機管理戦略及び関連プログラムをマネジメントする責任を担うべきである。このユニット・フォーカルポイントは、通常、省内の他の部局・プログラム（保健医療サービス、感染症、環境衛生部局など）を招集し、必要な能力の開発を含め、災害・健康危機管理を確実に実施する責任を有する。地域の状況や資源に応じて、この役割を IHR ナショナルフォーカルポイントの責務に組み込むことも可能であり、これはより広範なオールハザードの災害・健康危機管理能力を構築するよい機会となるだろう。IHR とオールハザードの災害・健康危機管理のために個々のユニット・フォーカルポイントがある場合は、緊密な調整と協力が必要となる。

7.3 国家災害管理庁（NMDA）

多くの国では、NDMA またはそれに相当する機関が設置されており、ほとんどのハザードによる大規模な緊急事態や災害に対する災害・危機管理活動のマネジメント・調整を統括している。その他の主管機関が、アウトブ

レイク、化学・放射線・原子力事象などの特定の種類の危険事象を担当する場合もある。NDMAは、すべての関連政策・計画に保健医療を完全に組み込み、保健医療に関する成果が優先され、保健医療当局がすべての関連活動に積極的に関与する。また、国や広域での戦略（仙台防災枠組やSDGsの実践など）、関連するプログラムや計画の全体的なモニタリングに保健医療指標を含むこととする。

7.4 地域（コミュニティ）とコミュニティベースの組織

災害・健康危機管理関連の戦略、プログラム、活動には、地域住民、市民社会、民間セクターを含む地域（コミュニティ）が、全面的にパートナーとして関与する必要がある。そうすることで、当該戦略や活動が、状況に応じて、文化的に適切で、効率的で、費用対効果の高いものとなることが期待される。地域（コミュニティ）は、災害の特定、準備計画の策定、緊急事態の検知・対応、復旧活動の実施において中心的な役割を担う。地域（コミュニティ）のリーダーや医療従事者（家庭医、看護師、助産師、薬剤師、コミュニティヘルスワーカーなど）は、一般市民の信頼を築き、情報を広め、リスクにさらされている人々を特定することができる。また、これらの集団は、弱い立場にある人々のニーズを満たすために、コミュニティベースのサービスを提供することができる。

災害・健康危機管理は、地方政府を含む地域レベルにまで拡大し、中央及び地方の保健当局の支援を受けることが重要である。すべての地方機関や組織を結集した多部門調整メカニズムは、緊急時や災害時の健康リスクや影響を軽減するための機関横断的な協力の中心となる。

多くの国では、政府全体の幅広いアプローチに加えて、国内外の市民社会やコミュニティベースの組織が、脆弱な人々の基本的なニーズを満たす上で重要な役割を果たしている。したがって、これらの組織が、災害時に必要なサービスをどのように継続するかという計画を含め、緊急時の健康リスクをマネジメントするための能力を備えていることが重要である。地方政府は、リスクアセスメント、計画、キャパシティ・ディベロップメント、脆弱な人々の基本的なニーズ（食料、保健医療、避難所、水、衛生など）を満たすためのサービスや支援の提供に、市民社会や地域（コミュニティ）を関与させる必要がある。

7.5 WHO

WHOは、その運営組織と上級幹部職員を通じて、第13次総合事業計画（GPW）2019-2023において、緊急事態から人々をよりよく保護することを3つの優先事項の一つとしている。災害・健康危機管理は、UHCの達成によるすべての人の健康的な生活の確保とすべての年齢層での幸福の促進、SDGsの実践によるより多くの人々がより良い健康と幸福を享受する健康な集団の促進にも依存し、貢献している。WHOは、WHO健康危機プログラム(WHE)を通じ、国の保健医療システムの強化や国や地域（コミュニティ）のレジリエンスの構築を支援するすべてのWHO事務局や技術プログラムの参加により、災害・健康危機管理の行動全般の開発と実施を支援している。WHEのミッションは、国を支援し、国際的な活動を調整することで、感染症の予防、準備、検知、迅速な対応、そして感染症の発生と緊急事態からの復旧を図ることである。WHOは、政策オプションの提供、技術的支援、技術的ガイダンス・規範・基準の策定を通じて、各国のオールハザード災害・健康危機管理の能力向上を支援している。SDGs、仙台防災枠組、パリ協定、IHR（2005）、GPWの実践は、緊急事態や災害のリスクマネジメントにおける各国の能力を強化するためのWHOの行動の指針となる。

さらに、WHOは、IASCグローバル・ヘルス・クラスターのリード・エージェンシーとしての役割¹、IHR（2005）の管理者としての役割、Outbreak Alert and Response Network（GOARN）、Emergency Medical Teams Initiative、UHC2030 Partnershipの事務局としての役割を含め、あらゆる種類のハザードによる緊急事態に対する国家の対応を支援している。復旧・復興に向けた取り組みを支援するために、WHOは、国連、世界銀行、欧州連合（EU）が支援する、国が主導する災害後のニーズ評価や復興計画の保健医療の要素を支援することができる。また、WHOは、地域レベルでは加盟国やパートナーとの間で、また、世界レベルではWHOの災害・健康危機管理に関するテーマ別プラットフォームや関連する研究ネットワーク、ヘルスセキュリティのための戦略的パートナーシップの促進を通じて、災害・健康危機管理のための重要な会議体の役割を果たしている。

7.6 国際コミュニティ

国連とその機関、その他の国際機関、政府間組織、国際赤十字・赤新月運動、NGOs、民間企業は、国レベルでの災害・健康危機管理に必要な能力の構築に貢献することができる。これらの機関は、WHOの重要なパートナーである。例えば、国連のCADRIパートナーシップは、各国政府が緊急対応の準備を含む災害リスク軽減のための国家能力の評価、計画、開発を支援している。また、ヘルスセキュリティ、災害リスクマネジメント、化学物質や放射線の安全性とインシデントマネジメント、食品の安全性に関する国際的・地域的なパートナーシップ・イニシアチブは、各国が資源を活用し、能力を高め、国際的な緊急対応メカニズムとの連携を可能にする。このような国際的・地域的メカニズムの例としては、UNDRR、IASCのクラスター・システム、緊急医療チーム・イニシアチブ、GOARN、UHC2030パートナーシップなどがある。

1. IASCは、災害/人道的対応を調整するための国際的な主要メカニズムである。IASCのメンバーは、国連および非国連の主要な人道機関である。保健医療クラスターのリード・エージェンシーとして、WHOは、国レベルで保健省や人道支援機関と協力し、災害に対する保健医療部門の対応が十分に主導、調整され、被災者のニーズを満たすために効果的に機能することを目指す。

8 結語

経済的・社会的発展の程度にかかわらず、どの国も緊急事態の頻度・深刻度の高まりを免れることはできない。すべての国は、健康リスクとそれに伴う健康その他の影響を最小限に抑えるための明確な政策、戦略、関連プログラムを必要としている。これらの政策と戦略には、分野横断的で多部門の連携のもと、包括的なオールハザード・アプローチとリスクマネジメント・アプローチを適用すべきである。

災害・健康危機管理には、緊急時の様々なリスクに対処するための多面的な戦略と具体的な行動が求められるが、プライマリヘルスケアに根ざした国の保健医療システムの全般的な強化も重要である。

国や地域レベルでの災害・健康危機管理のためのキャパシティ・ディベロップメントは、IHR (2005)、仙台防災枠組、SDGs及びパリ協定を含む既存のプログラム・枠組を最大限に活用し、これらに基づいて実施すべきである。そして、これらの既存のプログラム・枠組に対しても有用なものとするべきである。

WHOは、各省庁やパートナーと協力して、各加盟国の災害・健康危機管理に関するキャパシティ・ディベロップメントを支援している。協働によって、緊急事態や災害のリスクにさらされているすべての地域（コミュニティ）の最高水準を健康と福祉を達成し、地域（コミュニティ）や国のレジリエンスを高め、ヘルスセキュリティ、UHC、持続可能な開発を実現することが可能になる。

参考文献

1. Plan of action for disaster risk reduction 2016–2021. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33772>, accessed 31 March 2019).
2. Asia Pacific strategy for emerging diseases and public health emergencies (APSED III): advancing implementation of the International Health Regulations (2005). Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2017 (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13654>, accessed 31 March 2019).
3. Western Pacific regional framework for disaster risk management for health. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2016 (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/10927>, accessed 31 March 2019).
4. WHO Regional Committee for Africa resolution AFR/RC62/6 on disaster risk management: a health sector strategy for the African Region. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2012 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/80074>, accessed 31 March 2019).
5. WHO Regional Committee for South-East Asia resolution SEA/RC68/R2 on response to emergencies and disasters. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2015 (http://www.searo.who.int/about/governing_bodies/regional_committee/rc68-r2.pdf?ua=1, accessed 31 March 2019).
6. Action plan to improve public health preparedness and response in the WHO European Region 2018–2023. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/393705/Action-Plan_EN_WHO_web_2.pdf?ua=1, accessed 31 March 2019).
7. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (A/RES/70/1; (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 31 March 2019).
8. Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015 (https://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, accessed 31 March 2019).
9. International Health Regulations (2005), third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf>, accessed 31 March 2019).
10. Paris Agreement. Bonn: United Nations Framework Convention on Climate Change; 2015 (FCCC/CP/2015/10/Add. 1, accessed 31 March 2019).
11. World disasters report 2016: Resilience: saving lives today, investing for tomorrow. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2016 (https://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/201610/WDR%202016-FINAL_web.pdf, accessed 31 March 2019).
12. People affected by conflict – humanitarian needs in numbers, 2013. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; 2013 (<https://reliefweb.int/report/world/people-affected-conflict-humanitarian-needs-numbers-2013>, accessed 31 March 2019).
13. Disease outbreaks by year. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/>, accessed 31 March 2019).
14. Results briefs. Climate insurance. Washington (DC): The World Bank; 1 December 2017 (<https://www.worldbank.org/en/results/2017/12/01/climate-insurance>, accessed 31 March 2019).
15. Fan VY, Jamison DT, Summers LH. Pandemic risk: how large are the expected losses? Bull World Health Organ. 2018;96(2):129–34.
16. World Bank; Institute for Health Metrics and Evaluation. The cost of air pollution: strengthening the economic case for action. Washington (DC): The World Bank; 2016 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25013>, accessed 31 March 2019).

17. Global assessment of national health sector emergency preparedness and response. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 31 March 2019).
18. 2009 UNISDR terminology on disaster risk re-duction. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2009 (https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf, accessed 31 March 2019).
19. Report of the open-ended intergovernmental expert working group on indicators and terminology relating to disaster risk reduction. New York (NY): United Nations Note by the Secretary-General; 2016 (A/71/644; <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/51748>, accessed 31 March 2019).
20. Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 48th edition. Geneva: World Health Organization; 2016:1-9 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>, accessed 31 March 2019).
21. Global health ethics: key issues. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164576/9789240694033_eng.pdf, accessed 31 March 2019).
22. International Health Regulations (2005) monitoring and evaluation framework. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276651/WHO-WHE-CPI-2018.51-eng.pdf?sequence=1>, accessed 22 May 2019).
23. Bangkok Principles for the implementation of the health aspects of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2016 (http://www.who.int/hac/events/2016/Bangkok_Principles.pdf, accessed 31 March 2019).
24. Safe hospitals and health facilities [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/hac/techguidance/safehospitals/en/>, accessed 31 March 2019).
25. Smart hospitals [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization (https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=3660:hospitales-inteligentes&Itemid=911&lang=en, accessed 31 March 2019).
26. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), second edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259961/9789241550222-eng.pdf>, accessed 31 March 2019).

Annexes

Annex 1. WHOのハザード分類

Annex 2. 災害・健康危機管理の構成要素と機能

Annex 3. 災害・健康危機管理のステークホルダー一覧

Annex 1. WHO によるハザード分類

一般グループ ¹	1. 自然						2. 人為 ^{2,3}		3. 環境
	1.1 地球物理 ⁴	1.2 水文-気象			1.3 生物 ⁵	1.4 地球外 ⁴	2.1 科学技術	2.2 社会	3.1 環境悪化 ¹⁷
		1.2.1 水文 ⁴	1.2.2 気象 ⁴	1.2.3 気候 ⁴					
サブグループ	地震 -地盤振動 津波 マス・ムーブメント： 地質学的原因によるもの -地滑り -落石 -地盤沈下 液状化 火山活動 -降灰 -火山泥流 -火砕流 -溶岩流	洪水 -河川洪水 -鉄砲水 -沿岸洪水 -アイスジャム洪水 マス・ムーブメント： 水文気象学的原因によるもの -地滑り -雪崩（雪） -泥流 -土石流 波動活動 -巨大波 -セイシュ（静振）	暴風雨 -温帯低気圧 -サイクロン（低気圧性の風、雨、風津波） -対流による暴風雨（竜巻、風、雨、暴風雪、ブリザード、デレーチヨ、雷、雷雨、雹、砂塵風） 異常高温・低温 -熱波 -寒波 -冬季の異常気象（氷雪、霜・凍結、ゾド（寒雪雪） ⁶ ） 霧	干ばつ 林野火災 -山火事（低木地、牧草地など） -森林火災 氷河湖決壊洪水	空気感染疾患 水媒介性疾患 ベクター媒介性疾患 食品媒介性疾患 ⁷ 昆虫大量発生 ⁴ -バット -イナゴ 動物疾患 植物疾患 エアロアレルゲン 薬剤耐性微生物 動物と人の接触 -有毒動物	衝突 -空中爆発 -隕石 宇宙天気 -高エネルギー粒子 -磁気嵐 -衝撃波	産業ハザード ⁸ -化学物質の流出 -ガス漏出 -放射線（放射性物質、核） 構造物の崩壊 -建物の倒壊 ^{8,9} -ダム・橋梁崩落 職業ハザード -採掘 交通 ^{8,11} -空路、道路、鉄道、水路、宇宙 爆発 火災 ⁸ 大気汚染 ⁹ -煙霧 ¹⁰ インフラの破綻 -停電 ¹¹ -水供給 -廃棄物、廃水 -電気通信 サイバーセキュリティ 大気、土壌、水中の有害物 ^{12,13} -生物学的、化学的、放射性物質 食品汚染 ⁷	暴力行為 武力紛争 ¹⁴ -国際的 -国際的以外 社会不安 群衆雪崩 テロリズム -化学、生物学、放射線、核、爆発物 ^{15,16} 金融危機 -ハイパーインフレ -通貨危機	浸食 森林破壊 塩害 海面上昇 砂漠化 湿地損失・縮小 氷河後退・融解 砂の侵食

出典

1. Report of the open-ended intergovernmental expert work-ing group on indicators and terminology relating to disaster risk reduction. Note by the Secretary-General. New York (NY): United Nations ; 2016 (A/71/644; <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>, accessed 18 February 2019).
2. OCHA Annual Report, 2017. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2017 (<https://www.unocha.org/sites/unocha/files/2017%20annual%20report.pdf>, accessed 18 February 2019).
3. Types of disasters: definition of hazard [website]. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2019 (<http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/definition-of-hazard/>, accessed 18 February 2019).
4. EM-DAT: International Disaster Database [website]. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; (<https://www.emdat.be/>, accessed 18 February 2019).
5. International Health Regulations, third edition. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf>, accessed 31 March 2019).
6. Dzud national report 2009–2010. Ulaanbaatar: United Nations Development Programme and Swiss Agency for Development and Cooperation; 2010 (https://www.academia.edu/2426652/How_Mongolian_herders_affected_by_Dzud_natural_phenomena_2009-2010_government_and_pastoralists_disaster_management, accessed 18 February 2019).
7. Jaykus L, Woolridge M, Frank J, Miraglia M, McQuatters-Gollop A, Tirado C. Climate change: implications for food safety. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2008 (<http://www.fao.org/3/i0195e/i0195e00.pdf>, accessed 18 February 2019).
8. EM-DAT: General classification [website]. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (<https://www.emdat.be/classification>, accessed 18 February 2019).
9. Global environmental outlook 3: past, present and future perspectives [website]. Nairobi and London: United Nations Environment Programme; 2002 (https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/8609/GEO-3%20REPORT_English.pdf?sequence=7&isAllowed=y, accessed 18 February 2019).
10. International cloud atlas [website]. Geneva: World Meteorological Organization (<https://cloudatlas.wmo.int/haze.html>, accessed 18 February 2019).
11. Coppola D, editor. Introduction to international disaster management, 3rd edition. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2015.
12. Recommendations for the transport of dangerous goods, 19th edition. New York and Geneva: United Nations; 2015 (https://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/danger/publi/unrec/rev19/Rev19e_Vol_I.pdf, accessed 18 February 2019).
13. IHR core capacity and monitoring framework. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf, accessed 18 February 2019).
14. The protocol additional to the Geneva conventions for 12 August 1949, and relating to the protection of victims of international armed conflicts (Protocol I) of 8 June 1977. Geneva: International Committee of the Red Cross; 1977 (<https://www.icrc.org/ihl/INTRO/470>, accessed 18 February 2019).
15. National strategy for chemical, biological, radiological, nuclear, and explosives (CBRNE) standards [website]. Washington (DC): United States. Department of Homeland Security; 2010 (<http://www.dhs.gov/national-strategy-chemical-biological-radiological-nuclear-and-explosives-cbrne-standards>, accessed 18 February 2019).

16. Treaty on the non-proliferation of nuclear weapons [web-site]. New York (NY): United Nations Office for Disarmament Affairs; 2012 (<http://www.un.org/disarmament/WMD/Nuclear/NPT.shtml>, accessed 18 February 2019).
17. Technical guidance for monitoring and reporting on progress in achieving the global targets of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2017 (<https://www.unisdr.org/we/inform/publications/54970>, accessed 18 February 2019).

Annex 2. 災害・健康危機管理の構成要素と機能

災害・健康危機管理には、緊急事態や災害を含むあらゆる種類の危険事象による健康リスクとその影響を総合的に軽減する保健医療及びその他のセクターの幅広い機能が含まれる。これらの機能は、あらゆるレベルのリスクをマネジメントするシステムを形成しており、災害・健康危機管理では、これらの機能を効果的に調整する必要がある。様々な機能があるということは、多くのステークホルダーが災害・健康危機管理の開発・実施に貢献していることを意味する。ここでは、主に保健医療セクターが果たす役割や、保健医療セクターのパフォーマンスに直接影響を与えるもの（例：多部門間の調整、ロジスティクス）に焦点を当てる。

緊急事態や災害のリスクにさらされている人々の健康状態を改善するためには、保健医療及びその他のセクターにおける他の多くの機能が貢献していることが認識されている（例：土地利用計画、食糧生産）。これらの機能は、保健医療システムの構成要素、多部門にわたる緊急・災害管理、感染症まん延への事前準備・対応を含むIHR（2005）など、多くのソースから得られる構成要素に分類される。

1. 政策・戦略・法令

政策・戦略・法令

- 災害・健康危機管理と多部門の災害・危機管理に関する法的枠組
- 災害・健康危機管理の政策
- 多部門の災害・危機管理の政策¹
- 特定の高リスク（コレラ、化学ハザード、洪水、交通安全など）に対する保健医療及び多部門の政策
- 国・広域の保健医療政策、戦略、計画及び国の多部門開発計画・政策への災害・健康危機管理の統合
- 特定の要素に関する政策や法律における災害・健康危機管理の統合（例：医療従事者、非感染性疾患、メンタルヘルス、障害、病院、薬剤耐性、予防接種に関する国や地方の政策において災害・健康危機管理に取り組むことなど）。

キャパシティ・ディベロップメント戦略

- キャパシティアセスメント（災害・健康危機管理枠組の構成要素及び機能を参照）
- 下記についてのキャパシティディベロップメント戦略
 - 総合的な災害・健康危機管理（国や地方の優先課題に応じて、構成要素や機能を横断的に含む）
 - 本Annexに記載されている災害・健康危機管理の具体的な構成要素と機能
 - 特定の高リスク（例：コレラ、放射線、大気汚染、異常高温・低温、テロリズム）
 - グローバルおよび地域（リージョナル）な枠組の実施（例：IHR（2005）を実施するための国家行動計画、国および地域の災害リスク低減戦略、気候変動に関する国家行動計画など）
- 災害・健康危機管理の統合
 - 保健医療システム開発戦略

- 多部門にまたがる緊急事態・災害リスクマネジメントの開発戦略
- 気候変動への適応戦略

2. 計画立案と調整（国、地域、地方のすべてのレベルにおける）

調整メカニズム

- 機能の開発と実施のために：政策、評価、計画、キャパシティ・ディベロップメント
- 予防、事前準備、対応、復旧、実践、モニタリングと報告
- 異なる行政レベル/管轄（国、広域、地域、コミュニティなど）における多部門の調整メカニズム
- 様々な管轄（国、広域、地区、地域、コミュニティなど）の保健医療部門
 - 様々な保健医療プログラムと専門分野の取り込み
 - 他の部門（セクター）の取り込み
- 国境を越えた、小地域、地域、国際的なメカニズム（例：合同評価、計画、キャパシティ・ディベロップメント（教育・訓練など）、情報共有（サーベイランスなど）、オペレーション、ロジスティックなど）
- 国際的な支援のための規則やプロトコル、外部機関の関与に関する規則

保健省内の災害・健康危機管理ユニット

- 異なる行政レベル（コミュニティ、地域、国、地方）における災害・健康危機管理の開発及び運用の役割を調整するための専門スタッフ/ユニット
 - 保健医療部門内（専門分野や管轄を超えて）
 - 他の部門（セクター）と共同
 - 他の国、地域、国際的なアクターとの連携
- IHR (2005) ナショナルフォーカルポイント
- 災害・健康危機管理ユニットのスタッフ、調整機関及び関連プログラムの予算
- コーディネーションセンター、緊急事態オペレーションセンター

予防と被害軽減に向けた計画立案と調整

- リスクの予防と軽減のための計画
 - 保健医療部門及び多部門による災害・健康危機管理
 - オールハザード及びハザード特異的
- プログラムとプロジェクト管理の調整
- プログラム・プロジェクトのモニタリング、評価、報告

事前準備、即応態勢の確保、対応のための計画立案と調整

- すべてのレベルでの事前の対応計画（保健部門および多部門での対応）
 - 全般的な災害対応計画
 - 特定の事象に対するコンティンジェンシー（非常時）計画の立案
 - 特定の状況（紛争、マスギャザリング）に対する計画立案

- 対応策の準備、準備の調整
- 指揮・統制・調整・コミュニケーションを含むインシデントマネジメントシステム
- 緊急事態オペレーションセンターとネットワーク
- 多数傷病者発生時のマネジメント
- ニーズ調査
- サージキャパシティ計画の策定
- 特定の手順 – 標準作業手順書（SOPs）

復旧・復興に向けた計画策定と調整

- あらゆるレベルでの事前の復興計画（保健部門／多部門合同）
- すべてのレベルでの事後の復興計画（保健部門／多部門合同）
- アセスメント
- 復興の調整とマネジメント
- 移行計画の立案
- イベント後の保健医療システム強化戦略
- 具体的な手順やプロトコル（SOPs）

業務継続マネジメント

- 組織的なリスクアセスメント
- 組織の対応と復旧計画
- スタッフの健康と福祉

訓練・演習・シミュレーション

- 訓練・演習マネジメントプログラム
- 下記についての設計・開発・実践
 - 訓練（ドリル）
 - ディスカッション・演習
 - 実地演習
- 訓練・演習評価
- 計画、手順、プロトコルの更新
- キャパシティ・ディベロップメント計画の更新

3. 人的資源

- 職能別に配備された分野横断的人材能力
- 国および広域で災害・健康危機管理に必須となる職種が確保できている
- 人材開発戦略（災害・健康危機管理機能とコンピテンシーの統合）
 - 一般的な保健医療従事者の労働力（レベル別、専門職別、職業グループ別）

- 教育訓練ニーズの分析
- コンピテンシーの枠組
- カリキュラム開発
- ラーニング、教育訓練コースの提供
 - 事前、現職者向け、大学、コミュニティレベル
- スタッフ/ボランティアの免許及び認証
- 人員のサージキャパシティに向けた計画立案
- すべての人員の安全と安心（保健医療およびその他のセクターにおいて-職場、緊急事態発生時）

4. 財源

- 災害・健康危機管理プログラムの予算（スタッフ、活動・サービス、保健医療サプライ、病院、インフラなど）
 - 災害・健康危機管理の役割を果たすための特定のプログラム・サービス
- 緊急対応及び復旧のための緊急用資金
- 緊急時の治療に関する財務的取り決め（例：費用免除方針、非居住者の治療、医療目的の本国送還など）
- 社会的／保健医療セーフティネット（医療へのアクセス、経済的障壁の軽減-UHC、食料援助）
- 補償制度（例：緊急事態や災害で被災した人の長期ケア、保険）
- 現金給付の仕組み（バウチャーなど）
- 資源の動員

5. 情報と知識（ナレッジ）のマネジメント

リスクアセスメント

- 戦略的緊急事態リスクアセスメント（保健医療および多部門）
- 事象のリスクアセスメント
- ハザード分析
- ばく露分析
- 国及び地域（コミュニティ）レベルでの脆弱性分析
- 能力評価
- 緊急事態の前、中、後のニーズ評価
- 政策立案者や実務者の使用に向けたリスクアセスメントの普及

早期警戒とサーベイランス

- 指標に基づくサーベイランス
- イベントベース・サーベイランス
- マルチハザード早期警戒システム
- さまざまなハザードに対する早期警報
- 公衆衛生検査室、診断、特性評価

- 疫学調査

災害・健康危機管理の研究

- 災害・健康危機管理の研究アジェンダ
- ケーススタディ
- オペレーショナル・リサーチ
- 災害・健康危機管理に関する研究コミュニティ
- 医薬品開発（医薬品、ワクチンなど）、機器
- 研究倫理

知識（ナレッジ）マネジメント – 技術的ガイダンスとサポート

- 技術的ガイダンス
- グッドプラクティス/ガイドライン/プロトコルの開発
- レビューと教訓
- 教訓の制度化
 - トレーニングプログラムにおける
 - 保健医療システムの改善
- 地域における知識、先住民等が有する知識

情報マネジメント

- 基本データセット
- 運用情報
- 損失データベース（訳註：被害等のデータベース）
- 緊急報告
- 規格

6. リスクコミュニケーション²

- パブリック・コミュニケーション
- メディア（例：関与、教育訓練）
- 調整のとれたコミュニケーション戦略
- リスクコミュニケーション（例：一般市民、医療従事者、その他のセクター）

7. 保健医療インフラとロジスティクス

ロジスティクス、サプライ

- 物流システム（ワクチンのコールドチェーン、検体の輸送を含む）
- 必須のサプライ/医薬品
- 救急医療キット
- 仮設保健医療施設
- 物資の備蓄、倉庫保管、事前配備
- 移動手段

- 通信
- オペレーションのセキュリティ
- 寄付のガイドライン／医薬品の緊急輸入

レジリエントな医療施設（安全 safe、持続可能 sustainable、安心 secure、スマート smart）

- 既存および新規の医療施設のための医療施設基準およびコード
- ユニバーサルデザイン（障がいのある方のためのアクセスなど）
- 安全な立地と施工
- 設備・機器（安全・セキュリティ・保守）
- 緊急事態マネジメント（例：緊急事態の準備と対応：計画、訓練、演習）
- 感染予防・管理（保健医療施設やその他の保健医療の現場において）
- 患者隔離能力
- 除染
- エネルギー効率、二酸化炭素排出量の削減
- 保健医療施設のセキュリティ
- サージキャパシティ計画（スタッフ、物資、機器、ライフラインなど）
- ライフライン/サポートサービスの確保（水、スタッフの福利厚生を含む）

8. 保健医療および関連サービス（緊急事態の前、中、後：ルーチン、緊急事態、サージを含む）

1. ヘルスケア・サービス

- プレホスピタルサービス/ケア
 - 医療避難サービス
- プライマリーケアサービス
- 救急診療
- 外科診療
- 感染症予防・管理・医療
- HIV/AIDS
- 傷害予防と外傷診療
- メンタルヘルスと心理社会的サポート
- 性と生殖に関する健康
- 母体と新生児の保健医療
- 子どもの保健医療
- 思春期の保健医療
- 高齢者ケア
- 非感染性疾患
- 検査・診断サービス
- 輸血サービス

- リハビリテーションサービス
- 緊急医療・保健チーム
- 介護福祉機器・サービス
- 緩和ケア

2. 公衆衛生対策

- 健康教育とプロモーション
- 感染予防・管理
- 予防接種プログラム
- 死者・行方不明者の管理
- 環境衛生
 - 水・衛生・トイレ
 - ベクター制御
 - 一般・医療系廃棄物処理
- 食糧安全保障
- 栄養
- 社会的措置（例：検疫、学校閉鎖、マスギャザリングの中止など）
- 入国時の予防・管理（サービス）について
- バイオセーフティとバイオセキュリティ
- 暴力防止（例：子ども、ジェンダー、高齢者）
- 小集団に特化したプログラム（例：貧困層、障害者、ジェンダー、年齢別、難民、移民）

（注：早期警戒・サーベイランス機能のための情報・知識（ナレッジ）マネジメントの構成要素を参照）

3. 特定のハザードに対する専門的サービスと対策

- 感染症のアウトブレイク
 - バイオテロリズム
 - 動物由来感染症（動物衛生を一緒に扱うワンヘルス）
- 薬剤耐性
- 食品安全
- 科学技術
 - 化学ハザード・毒性
 - 放射線ハザード
 - 交通・輸送
 - サイバーセキュリティ
- 紛争、暴力、テロリズム
- 自然ハザード（例：異常気温、火山、洪水）

- 大気汚染
- 環境悪化

9. 地域（コミュニティ）の災害・健康危機管理のキャパシティ

- リスク認識
- 人々を中心とした行動（例：脆弱な人々、集団）
- ヘルスプロモーション
- 地域（コミュニティ）のリスクアセスメント
- 個人及び家庭の対策
- 都市、地方、その他の環境における地域（コミュニティ）のリスク予防と軽減策
- 都市部、地方、その他の環境における緊急事態への備え、運用準備、緊急対応、復旧計画
- 災害・健康危機管理のための地域の保健医療従事者のトレーニング（地域保健医療従事者、看護師、家庭医など）。
- コミュニティ・ヘルスサービス（プライマリヘルスケア、コミュニティベースの医療など）
- 応急処置
- コミュニティ・エンゲージメント/社会的動員
- コミュニティのサポートとネットワーク

10. モニタリングと評価

- パフォーマンス枠組（パフォーマンス基準、指標、具体的なターゲット）
- 倫理枠組
- 振り返り（例：政策、計画立案、オペレーション、アフターアクションレビュー、保健医療サービス）
- 教訓／勧告のフォローアップと実施（例：計画、トレーニング、キャパシティ・ディベロップメントの更新）
- プログラム・プロジェクトのモニタリング、評価、報告
- 国、広域、地方レベルでの法定報告
- SDGs、IHR（2005）、仙台防災枠組、地域枠組に関連した報告
 - IHRに関する各国のフォーカルポイント
 - 仙台防災枠組のモニタリングのナショナルフォーカルポイント（多部門）、仙台防災枠組のモニタリングと報告の保健医療フォーカルポイント
 - SDGs報告のフォーカルポイント
- 各国の災害・健康危機管理キャパシティに関する地域及びグローバルの報告書（例：IHR締約国の自己評価年次報告書、災害・健康危機管理に関する各国のキャパシティに関するグローバル調査）

-
1. 多部門の機能は、通常、国、地方、地域の緊急・災害管理機関（国の災害管理機関など）が担っている。
 2. コミュニティ・エンゲージメントを含む地域（コミュニティ）の災害・健康危機管理に関連する主な機能

Annex 3. 災害・健康危機管理のステークホルダー一覧

効果的な災害・健康危機管理には、リスクマネジメントに利害関係のあるステークホルダー（リスクオーナー、脆弱な集団、リスクマネジメント能力を有する集団など）の代表者の積極的な参加が求められる。主要なステークホルダーのいくつかを以下に挙げる。災害・健康危機管理では、地方、州、国、地域、国際の各レベルで、これらのステークホルダーの関与することについても検討する（Annex 2. 災害・健康危機管理の構成要素・機能も参照）。

地域（コミュニティ）

- 地域（コミュニティ）の状況をふまえて、より脆弱性が高いとみなされる人々、集団（例：貧困層、女性、男性、子ども、障害者、高齢者、先住民、移民、難民、避難民）
- 緊急事態・災害の被災者
- コミュニティグループ、市民社会組織、ネットワーク（例：ボランティアグループ、地域福祉グループ、学生、教員、先住民、民族団体、信仰団体、若者、女性、高齢者、障害者、保健医療ネットワーク、地域奉仕団体（ロータリークラブなど））

政府組織（すべてのレベル）

- 指導者、国会議員、政治家
- 中央省庁（例：保健、社会福祉サービス、財務、企画、教育、農業、外務、環境、インフラ、広報、情報通信、交通、防衛、産業、観光、国際開発など）
- 国家災害管理庁、分野横断的緊急事態・災害マネジメント委員会（国、広域、地方）
- 緊急サービス（例：消防、警察、救急）、気象庁
- 軍、国家安全保障委員会

保健医療（すべてのレベル）

- 保健省（部局、プログラム）、保健当局、国立公衆衛生研究所
- 災害・健康危機管理委員会、IHRのナショナルフォーカルポイント
- WHO協力センター
- WHO災害・健康危機管理テーマ別プラットフォーム、WHO災害・健康危機管理研究ネットワークプラットフォーム
- 専門家団体（例：医師、公衆衛生従事者、看護師、助産師関連協会、医学会、世界災害・救急医学会など）
- 保健医療関連NGO・保健医療ネットワーク
- 保健医療従事者（公的、民間、非政府セクター）、地域の保健医療従事者（家庭医、看護師、助産師、薬剤師など）、コミュニティヘルス・ワーカー
- 病院、その他の保健医療施設
- 民間の保健医療機関・専門家（保健医療施設、健康保健組合、製薬業界）

その他団体（保健医療・その他の分野）

- アカデミア、大学、教育研修機関、研究所
- 非政府組織およびボランティア団体、信仰団体、労働組合および団体
- メディア、ソーシャルメディア、ニューメディア
- 地域（コミュニティ）のインフルエンサー、災害・健康危機管理の推進者（ミュージシャン、スポーツ界のスターなど）
- 民間セクター（水道、食品、電力、通信、保険、技術、危険物施設管理者など）、業界団体、運輸業
- 多国籍企業（エネルギー（電力、燃料）、情報通信、インフラ、メディア）

国連、地域・国際機関

- 国連及び専門機関、特に、FAO、UNDP、UNDRR、UNICEF、国連事務所
- 国連人道問題調整事務所（OCHA）、国連人口基金（UNFPA）、WHO、世界気象機関（WMO）、国際獣疫事務局（OIE）
- 地域の政府間組織・危機管理組織（アフリカ連合、アラブ連盟、アジア防災センター（ADPC）、東南アジア諸国連合（ASEAN）、カリブ海災害危機管理庁（CDEMA）、中央アメリカ災害防止センター（CEPRENAC）、欧州連合（EU）、太平洋共同体、南アジア地域協力連合（SAARC）など）
- グローバルヘルスクラスターを含むグローバルクラスター
- 開発協力のパートナー、寄贈者
- 国際NGO、赤十字・赤新月運動（IFRC、赤十字国際委員会(ICRC))
- 保健医療及び多部門の災害・危機管理のための地域および国際センター

分野横断的な情報共有・連携の課題

研究分担者	池田 和功	（和歌山県橋本保健所）
研究協力者	坂東 淳	（徳島県危機管理環境部）
研究協力者	古川 馨子	（静岡県牧之原市健康推進課）
研究協力者	松本 珠実	（大阪市健康局健康推進部）
研究協力者	浦野 愛	（NPO 法人レスキューストックヤード）
研究協力者	田村 太郎	（ダイバーシティ研究所）
研究協力者	山本 千恵	（兵庫県行政書士会）
研究協力者	赤松 友梨	（浜松医科大学 医学部健康社会医学講座）
研究協力者	鈴木 伸明	（群馬県社会福祉協議会 群馬県災害福祉支援ネットワーク事務局/ぐんま DWAT 事務局）

研究要旨：

保健部局と NPO、ボランティアの連携状況、および、今後連携するにあたっての課題と要点について明らかにすることを目的とした。

災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）養成研修基礎編において、令和 2 年度から 2 年間にわたり、NPO・ボランティアとの連携について取り上げたこともあり、保健部局の行政職員から福祉との連携が重要であるということが聞かれるようになってきた。

今後、具体的に平時・災害時に連携できるようになることが重要である。連携のポイントとして、以下のことが抽出された。①災害時の住民支援は多岐にわたり保健部局だけでは対応できない。災害派遣福祉チーム（DWAT）や災害 NPO・ボランティアは専門的に被災者の生活支援にかかわった経験があり、連携することが有用である。②災害時に効率よく DWAT や災害 NPO と連携するためには、社会福祉協議会や災害中間支援組織の役割が重要で、平時から連携の仕組みを構築すること、保健部局もかかわることが重要である。③災害時に DWAT や災害 NPO、中間支援組織と効率的に連携するには、平時から地元の関係団体との連携が不可欠である。福祉部局や社会福祉協議会と協力して、地元ボランティア団体との関係づくりをしておくことよい。

A. 研究目的

阪神淡路大震災や東日本大震災など過去の大規模な災害に自治体等が対応してきたなかで、関係機関の組織横断的な連携が十分でなかったという課題が挙げられた。

2017 年 7 月 5 日に、厚生労働省 5 課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」が発出され、保健所は、保健医療調整本部を通じて派遣された保健医療活動チームに対し、保健医療活動に係る指揮又は連絡を行うとともに、当該保健医療活

動チームの避難所等への派遣調整を行うこととされた。

これを受けて、保健と医療の連携体制は徐々に構築されつつある。一方で、災害時の福祉、NPO、ボランティアによる活動体制は構築途上にあり、保健と福祉の連携についても十分になされていないのが現状である。

本研究の目的は、市町村内及び保健所管内・2 次医療圏等における過去の災害時の NPO、ボランティア活動の現状を調査し、保健部局と NPO、ボランティアの連携状況、および、

今後連携するにあたっての課題と要点について明らかにすることである。

B. 研究方法

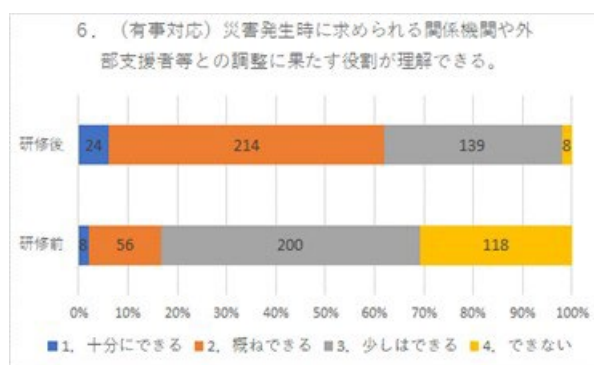
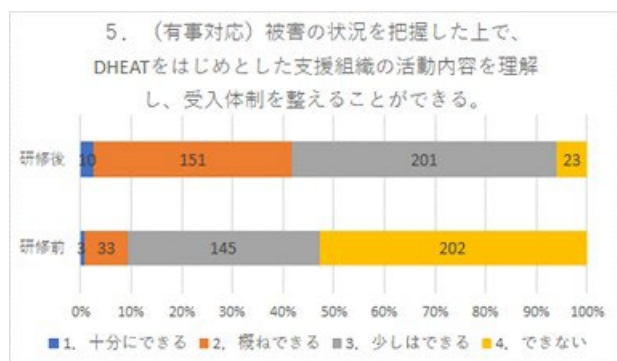
1. 令和3年度災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）養成研修（基礎編）において、DMAT、DPAT、JVOAD、DHEATといった関係機関からのビデオメッセージ（15～20分）を参加者に視聴してもらい、支援チームの特徴や活動内容の理解が深まったか分析した。

2. 都道府県における災害福祉支援ネットワークおよびNPO/ボランティア団体について、事例をもとに保健部局との連携のポイントについて分析した。

C. 研究結果

1. 令和3年度災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）養成研修（基礎編）

令和3年度、4回にわたって研修を実施し、全国の保健所、行政職員が延べ550人参加した。研修の前後で関係機関との連携に関するアンケート調査を実施した。研修前に比べ研修後で、「支援組織の活動内容を理解し、受け入れ態勢を整えることができる」、「関係機関や外部支援者等との調整に果たす役割が理解できる」という質問について、十分できる、おおむねできると回答したものが増加した。ビデオメッセージの閲覧や訓練により関係機関についての理解が深まるなど効果があったと考えられる。



2. 都道府県における災害福祉支援ネットワーク

(1) 目的

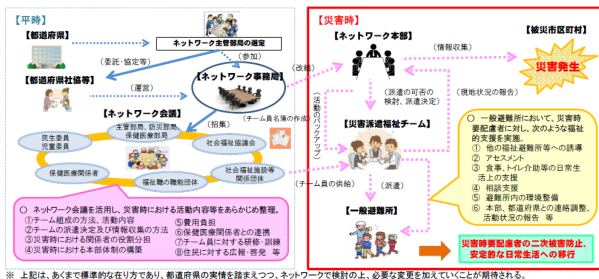
災害時要配慮者対策の目的は、在宅、避難所等において、要配慮者の生活に必要なソーシャルワーカー、介護福祉士、手話通訳者等の人的資源や、車椅子、障害者用携帯便器等の物的資源及び福祉サービスを確保するとともに、社会福祉施設等への緊急入所や福祉避難所への移動など、より適切な生活環境や支援に繋ぐことにより、避難生活による二次被害（災害関連死、心身の機能の低下等）を防ぐことである。

(2) 組織概要

「災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドライン」（厚生労働省 平成30年5月31日社援発0531第1号）では、下記のような方法が提案されている。

各都道府県は、災害福祉支援ネットワーク 主管部局を定める。主管部局は、直接又は都道府県社会福祉協議会等の関係団体との協定の締結等によりネットワーク事務局を設置する。事務局は、チームを円滑に組成し、活動をさせるため、各都道府県の実情に応じて、①主管部局及び都道府県防災部局、保健医療部局、②都道府県社会福祉協議会、③社会福祉施設等関係団体、④福祉職による職能団体、⑤保健医療関係者及び関係団体、⑥都道府県民生委員児童委員協議会などを構成員として選定し、ネットワーク会議を組織する。

主管部局は、一定期間、避難所の設置の継続を要する規模の災害が発生した場合、事務局と調整し、速やかに本部を立ち上げる。災害発生時には、福祉専門職によって構成された災害派遣福祉チーム（DWAT：Disaster Welfare Assistance Team）を編成し、被災地に派遣する。



(3) 災害派遣福祉チーム (DWAT) とは

災害派遣福祉チーム (DWAT) は、(原則、福祉避難所を除く) 一般避難所に避難する高齢者や障害者、子供のほか、傷病者といった災害時要配慮者の福祉ニーズを把握し支援を提供する、福祉専門職によって構成されたチームである。

DWAT のチーム員は、日常業務として、高齢や障害、児童等の各分野において福祉サービスを提供しており、相談支援や介護、保育といった多様な知識・技術を有している。避難者の生活ニーズに合わせて多様な領域の専門性を組み合わせるチームを構成する。

また、2019 年度には、全国社会福祉協議会により、DWAT 登録研修の標準プログラムが全国研修という形で示された。このように DWAT は全国に広がりつつある。

(4) 事例紹介 ぐんま DWAT

群馬県では、平成 26 年度より県庁、県社会福祉協議会 (以下、社協)、県社会福祉法人経営者協議会 (以下、経営協) を含む 21 の関係団体と協定し、災害時の施設間相互応援と災害派遣福祉チーム (ぐんま DWAT) という 2 つの機能を持つ群馬県災害福祉支援ネットワーク (以下「災害 NW」という。) を

構築した。災害 NW は、災害時要配慮者対策の一つの仕組みで、社会福祉法人群馬県社会福祉協議会が事務局となり運営している。

(4) -1 DWAT 派遣要否の検討

自都道府県での災害時、ネットワーク本部は、ネットワーク会議の招集などにより、構成員との間で収集した情報を共有し、必要に応じ被災市区町村とも連絡・調整の上、DWAT 派遣の要否について検討を行う。被災地の状況確認のため先遣隊を派遣する場合があります。

他都道府県での災害の場合、DWAT の支援調整は、被災自治体の要請に基づき、厚生労働省を通じて実施される。また被災地では地元 DWAT または社会福祉協議会が受援する体制にあり、そのことが、DWAT の円滑な受け入れ、連携につながっていると考えられる。

(4) -2 災害支援の内容

主な活動としては、福祉避難所等への誘導、災害時要配慮者へのアセスメント、日常生活上の支援、相談支援、一般避難所内の環境整備 (災害時要配慮者の良好な生活環境を確保するため、生活スペースや車いすの通路の確保、段差の解消、トイレ環境の改善、子どものリフレッシュのためのキッズスペースや乳幼児を抱える母親に対する授乳スペースの設置等一般避難所内の必要な環境整備を行うこと。)、他職種や地域資源との連携による支援等がある。

避難生活者の抱える①保健衛生課題、②介護・福祉課題、③生活環境課題等を確認しながら、要配慮者を見つけ、より適した支援につなぐために、巡回を行う。保健師が「健康相談票」を使って行う巡回 (ラウンド) に同行し、保健師では対応が難しく、DWAT では専門領域となる介護・福祉課題を発見し、必要な支援につなぐ。また、「なんでも相談」を開設し、避難者の生活の困り事に係る相談を受け付ける。



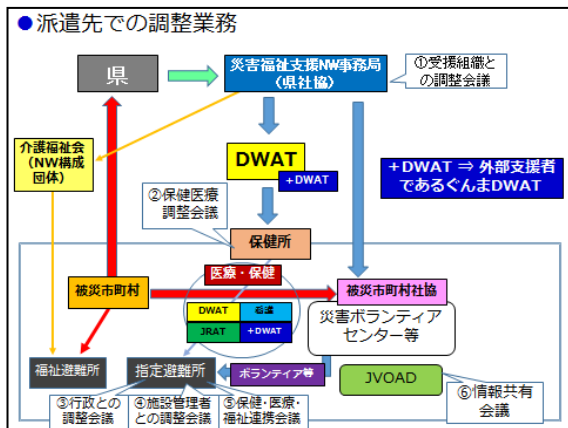
▲相談支援の様子（なんでも相談）



▲生活不活発病予防の取り組み

(4) - 3 他団体との連携

避難所内では、多様な専門職種、ボランティア等の支援者が活動を行っているため、多職種チームでの要配慮者への対応等について検討する場づくりを行う。保健・医療・福祉連携ミーティングや行政を交えたミーティング、避難所運営者が集まるミーティング等も行われる。行政ミーティングでは物資の供給状況や炊出し等の情報も伝えられる。



保健所が保健医療調整会議を主催し、避難所支援にかかわる保健医療チームの配置を決めている。避難生活が長期化すると、ボランティアなどによる生活支援型のサポートも必要になる。多様なボランティアグループと連携する機会として、JVOAD（全国災害ボランティア支援団体ネットワーク）が開催する情報共有会議を活用することも一つの方法である。



▲避難所内での保健・医療・福祉連携の様子

(4) - 4 平時の連携

群馬県の場合、県庁では健康福祉部、支庁では保健福祉事務所と、保健と福祉の組織が一体となっており、組織上連携しやすい形になっている。さらに、群馬県災害時保健医療福祉活動指針で保健医療福祉の連携が明確に示されている。

ぐんま DWAT は、「群馬県災害時保健医療福祉活動指針」に基づく災害時保健医療福祉活動チームの一員として位置づけられ、保健医療分野と福祉の連携を平時から行っている

*群馬県災害時保健医療福祉活動指針

群馬県では、平成 30 年度 3 月に群馬県災害時保健医療福祉活動指針が策定された。災害時の保健医療福祉活動の内容、受援体制の整備を含めた健康福祉部各組織の役割・業務及び組織体制並びに平時の準備等を定めることにより、関係機関における理解の促進と認識の共有を図ることを目的としている。

DWAT は、始まって間がない組織で、まだ多くの都道府県ではこれから DWAT を組織するという段階である。ぐんま DWAT のような組織が全国で育成され、災害時の保健医療福祉の連携が強化されることが期待される。

参考文献

- ・平成 30 年 5 月 31 日 社援発 0531 第 1 号 厚生労働省 社会・援護局長
災害時の福祉支援体制の整備について

「災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドライン」

(5) 保健部局との更なる連携に向けて

災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドラインが発出され、災害福祉支援ネットワークが徐々に立ち上がり、今では9割近くの都道府県でネットワークが形成されている。保健部局との更なる連携に向けて必要なこととして、

- ① 平時に県庁の保健部局と福祉部局が協議し、保健チームとDWATが連動した活動の取り決めをし、地域防災計画への記載や災害時保健医療福祉活動指針の作成をする。
- ② 2次医療圏レベルでDWATと保健所、市町村、市町村社協が会議や研修を通じて連携を深める。
- ③ 災害時は保健医療チームがDWATについて知っている円滑に連携できるので、知名度を上げることが重要である。DWATが知られていなかったら、まず、DWATは何ができるかを伝えることから始める。併せて市町村とも連絡を取り、保健と福祉が連携して活動することを提案する。

3. NPO/ボランティア団体などとの連携

(1) NPO・ボランティア団体の特徴

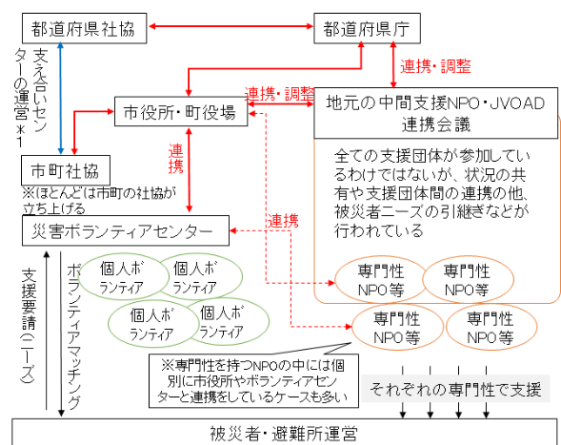
NPO（非営利団体）とボランティアは、いずれも社会貢献活動を行う。両者重なるところも多いが、災害支援におけるNPOはノウハウを持った専門集団、ボランティアは善意で集まる個人という特徴がある。

(2) ボランティア・NPOの災害支援活動体系

ボランティア・NPOが被災地に入るルートとしては、主に2つある。一つは、地元社会福祉協議会が立ち上げる災害ボランティアセンターを通じて個人ボランティアが活動する場合。もう一つは、NPOなどの団体が、地元の支援団体で構成する、いわゆる中間支援組

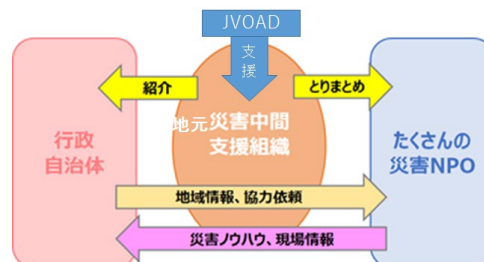
織を通じて活動する場合がある。また、専門性のあるNPOでは個別に行政と連携することもあるようである。災害ボランティアセンターや地元中間支援組織が、市役所・役場や都道府県庁と連携する形で活動調整される。したがって、平時から地元ボランティアやNPOと連携し、災害時には中間支援組織連携会議を開催して連携調整できる体制を整えておくことがポイントとなる。

図 災害時における公的機関とNPO等の活動体系



※1 生活再建のフェーズに入ってから、支え合いセンターの設置・運営が始まる

災害中間支援組織には、全国と地域のネットワークがある。全国ネットワークの代表例としてはJVOAD（全国災害ボランティア支援団体ネットワーク）があり、その活動指針は、「支援者の力を最大限に活かすため、多様な担い手とともに全国ネットワークを築きます。災害時には、支援の「もれ・むら」をなくすため、被災した地域をサポートし、災害時の連携・コーディネーションを行います。円滑かつ効果的な支援をするため、コミュニケーションの場を作ります。災害に備え、多様な担い手とともに啓発・理解促進、政策提言などを行います。」となっている。



地域ネットワークとしては KVOAD（くまもと災害ボランティア団体ネットワーク）など様々なものがある。ネットワークの機能として、災害時には、「被災者、住民、地域ニーズの全体像の把握」、「支援活動のコーディネート」、「復旧・復興に向けた支援策の提言」が、平時には、「ネットワークの形成による連携強化と情報の共有・発信」、「ストックヤード（防災倉庫）の情報共有」、「被災者支援および調整を行う人材育成」がある（KVOAD の HP より）。

被災地で保健医療チームとの接点としては、避難所活動などで個々の NPO/ボランティアと出会い、どちらからか声をかけて知り合いになることがある。こういったことをきっかけに連携して活動することもある。中間支援組織や地元社会福祉協議会など NPO/ボランティアの取りまとめ組織があれば、そちらを通じて連携したほうが効率的、効果的な連携ができる。

（3）災害支援の内容

NPO・ボランティアは発災から復興期に至るまで、時期に合わせた様々な活動をしており、被災地での主な活動は下記のようなになる。

- ①炊き出し・食事
- ②避難所の生活環境（多目的スペースの確保、段差解消など）
- ③がれき撤去や家屋の清掃
- ④物資配布・輸送（倉庫の設置など）
- ⑤医療・レスキュー
- ⑥障がい者・高齢者などの要配慮者支援（段ボールベッド設置、相談、介護など）
- ⑦子どもや子育て世代への支援（プレイルーム設置、あそびなど）
- ⑧外国人等のマイノリティ支援
- ⑨ペットの支援
- ⑩仮設住宅支援（見守り、生活必需品提供など）

- ⑪地域づくり・コミュニティー活動（仮設住宅サロンなど）
- ⑫ボランティア派遣・ボランティアセンター支援
- ⑬団体間のコーディネート
- ⑭調査・アセスメント

平時には、防災・減災の活動を行っている。事前の安全対策や地域で助け合える関係づくりのため、災害ボランティア養成講座の開催や、人材の発掘と育成を行っている。避難訓練では、身体を動かす実践的な訓練を行い、防災を切り口としてお互いに助け合える仕組みづくりをしている。

（4）保健部局との更なる連携に向けて

保健部局（県庁保健部局や保健所等）との連携に向けて必要なこととして、

- ①平時から保健部局は地元ボランティアや NPO と連携し、災害時には中間支援組織と連携調整できる体制を整えておく。
- ②NPO や中間支援組織とは、行政の防災部局がつながっていることが多く、保健福祉部局との連携が必要である。また、行政のどの部局が（防災部局？保健福祉部局？市民協同部局？）が中間支援組織を所管するか決めておく。
- ③被災地では、現状 NPO の活動が知られていない、理解されないことがある。また平時から NPO は DWAT や DHEAT など保健福祉チームとも接点が少ない。そのため、NPO の活動について知ってもらい知名度を高めることが大切。

D. 考察

令和 2 年度から 2 年にわたり DHEAT 基礎編研修で NPO・ボランティアとの連携について取り上げたこともあり、保健部局の行政職員から福祉との連携が重要であるということが聞かれるようになってきた。

次は具体的に平時・災害時に連携できるようになることが重要である。連携のポイントとして、以下のことが抽出された。①災害時の住民支援は多岐にわたり保健部局だけでは対応できない。DWAT や災害 NPO・ボランティアは専門的に被災者の生活支援にかかわった経験があり、連携することが有用である。②災害時に効率よく DWAT や災害 NPO と連携するためには、社会福祉協議会や災害中間支援組織の役割が重要で、平時からこの仕組みを構築すること、保健部局もかかわることが重要である。③災害時に DWAT や災害 NPO、中間支援組織と効率的に連携するには、平時から地元の関係団体との連携が不可欠である。福祉部局や社会福祉協議会と協力して、地元ボランティア団体との関係づくりをしておく必要がある。

E. 結論

DHEAT 基礎編研修を実施し、全国の保健部局の行政職員が NPO/ボランティアの特徴や連携方法について理解を深めた。

災害福祉支援ネットワーク、NPO/ボランティアの特徴を明らかにし、災害時に保健部局等と連携する方法についてポイントをまとめた。

F. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

G. 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

自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策

研究分担者 相馬幸恵(新潟県三条地域振興局健康福祉環境部(三条保健所)地域保健課長)
研究協力者 奥田博子(国立保健医療科学院健康危機管理研究部 上席主任研究官)
川田敦子(静岡県健康福祉部健康局国民健康保険課 参事)
佐々木亮平(岩手医科大学教養教育センター人間科学科体育学分野 助教)
山崎初美(神戸市健康局担当局長(保健企画担当))

研究要旨：

大規模災害時における職員の健康管理は各地で行われてきた。一方で、新型コロナウイルス感染症対応業務が長期化する中、職員の心身の不調が多く発生している現状があり、過重労働・メンタルヘルス対策が重要な課題となっている。その対策として「業務マネジメント」と「メンタルヘルスケア」の2つの柱に整理し、両輪で進めることが重要であり、各職場では所属長等をリーダーとし組織としての具体的な取組を進めていくことが必要である。新型コロナウイルス感染症対応の収束が見えない中、今後も職場において各地の取組事例を参考にし創意工夫しながら対応業務を進めていけるよう、取組の発信、共有化をしていくことも必要である。

A. 研究目的

災害時における組織対応の共通原則、CSCAのひとつである Safety は、安全の確保であり、3つの S (Self、Scene、Survivor) があるとされている。Self は、被災者、職員自身の安全であり、災害発生直後からのフェイズが進む中、安全を確保し日常生活をおくることができるよう支援していく必要がある。

特に被災地の行政職員においては、災害発災時からの避難所の設置・運営、応援職員の受け入れ、他関係機関との連絡調整等の過重な災害対応業務に従事し、心身に大きな負担が生じ職員のメンタルヘルス不調も課題となり、対策も進められているところである。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大時対応については、全国規模で長期間に渡る点など災害レベル以上とされ、県庁本部や保健所においても電話対応、疫学調査、患者搬送、関係機関との調整など、終わりがみえず見通

しのつかない連日のコロナ対応、併せて自身自身の行動制限や家庭への配慮等々の様々なストレスにより、うつ状態、無気力、もえつき症候群、管理職のバーンアウト、身体症状の出現などがみられ、心身面に多大な影響が生じている現状がある。各職場においては、セルフチェックや相談窓口等のメンタルヘルス対策をはじめ、応援・派遣職員の確保や業務改善、休暇の確保など様々な取組を行い対応している状況がある。

自治体職員、特に保健師等の専門職については、支援者側の立場であり住民への責任感の強さ等も相まって、自身の健康管理は後回しになってしまう現状もみられる。災害時、保健医療調整本部におけるマネジメント体制を構築していくためにも、職員の健康管理支援は重要な柱である。

については、保健師をはじめとする自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策について、

その現状と対応策について明らかにし、今後の自治体職員の必要な健康管理・支援対策の検討の一助とする。

B. 研究方法

(1) 新型コロナウイルス感染症に対応する職員のメンタルヘルスの現状とその対応策について、研究分担班メンバーの自治体の現状を把握し整理するとともに、自然災害との違いについても整理した。

(2) 新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員のメンタルヘルス対策・過重労働対策について、積極的な取り組みを行っている自治体の関係者等を招聘して、オンラインによる意見交換会を実施した。

C. 研究結果

(1) 新型コロナウイルス感染症対応する職員のメンタルヘルスの現状と対応策については、別紙1のとおり整理した。

ストレスの要因について、①健康危機の発生に伴う業務上の課題を要因とするストレス、②支援者個人に対する外的ストレス、③住民や団体、マスコミ等の批判的意見や世論によるストレスに分類した。各要因の主なストレスの現状については、①健康危機の発生に伴う業務上の課題を要因とするストレスについては、「医療資源・医療体制の確保困難によるもの」「行政の業務体制によるもの」「過重な業務量によるもの」、②支援者個人に対する外的ストレスについては、「他者（患者や住民）からの批判や要求に対するもの」「自己が抱く不安や苦痛によるもの」、③住民や団体、マスコミ等の批判的意見や世論によるストレスについては、「マスコミ・SNS等によるもの」「住民や団体によるもの」に整理した。さらにその後の検討で、長時間労働による心身へのストレス、必要な対応が十分にできないストレス、批判や苦情のストレスにも分類された。

また、その対応策については、①職場内の業務体制の整備、②外部からの応援協力体制、③関係機関による応援協力体制の構築、④積極的広報、⑤従事者のためのマニュアル整備、⑥職場内の話しやすい場の整備、⑦メンタルヘルスチェックによる不調の早期発見、⑧クレーム対応の体制などに整理した。

大規模自然災害と新型コロナウイルス感染症対応の違いについては、①フェイズの変化の違い、②業務量・業務内容の変化の予測が不可能、③他機関や他自治体からの専門職応援の制限、④行政機関（公務員）としての役割や責任の違い、⑤（自らが被災者としての）行動制限、⑥実施主体の違い、⑦住民（民間団体）の協力が得にくい点等の論点で整理が行われた。

(2) 新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員のメンタルヘルス対策・過重労働対策に係る意見交換会を、別紙2に基づき実施した。

参加の自治体（埼玉県狭山保健所（統括保健師の立場）、群馬県利根沼田／吾妻保健福祉事務所（保健所長の立場）、大阪市（職員厚生部署の立場）、神戸市（統括保健師の立場）と、関係団体（全国保健師長会）からの各所属における現状と取組報告を共有した。その報告やそれを一般化した実施しうる取組から、抽出された対策のポイントについて「業務マネジメント」と「メンタルヘルスケア」の柱で整理をした。（別紙3）

「業務マネジメント」については、①全庁体制による業務の分担化・効率化（保健部署以外の部署も含めた全庁体制、「1人2役により複数人でカバーできる体制等」）、②組織体制及びリーダーの明確化、③職員間の情報共有（定期的なミーティング、ホワイトボード等を活用した情報や業務の可視化、業務マニュアルの作成・更新等）、④職員の意識醸成（全所ワンチームで行う風土づくり等）、⑤積極的な情報発信・広報（住民の理解を得るための発信など）、⑥クレーム対応体制（対

応方針の作成、窓口の一元化等)、⑦受援体制(市町村と応援に係る協定書の締結、併任辞令の発令等)、⑧研修の実施・強化、⑨労働環境の整備(ヘッドセットの活用等)、⑩労務管理(ワークライフバランスの配慮、休暇等の確保等)と整理した。また、「メンタルヘルスケア」については、①セルフケア(休養の確保、メンタルヘルスチェックの実施等)、②相互支援(定期的なコミュニケーション等)、③組織的対応(職制のラインによるケア、メンタルヘルスに関する情報発信等)、④専門職による支援(相談窓口の設置等)と整理し、その他として、職員の家族への支援(職員の仕事の理解、家族の負担へのねぎらい等)もあげられた。各保健所において、業務マネジメントとメンタルヘルスケアの両輪で進めることが重要であるとの認識であった。

(3) 研究班ホームページでの情報発信

当研究分担任が実施した意見交換会での取組事例について、令和4年3月24日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部主催の「自治体における過重労働・メンタルヘルス対策に関する取組事例等説明会」において紹介された。取組事例については、厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」研究班の「災害時の対応体制研究班」ホームページへ掲載した。

災害時の対応体制研究班：

<http://dheat.umin.jp/>

D. 考察

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が発生し、2年が経過したところである。各職場においては、感染症発生当初から、日々の様々な業務や課題に対応すべく、悩みながらも検討し組織的に体制づくりを進めてきたところである。職員の過重労働やメンタルヘルスの現状や取組について、分担任内で検討し、意見交換会での報告を受け、解決しにくい課

題であると再認識したものの、改めて各職場での努力や取組状況を知り、共有や情報発信することの重要性を再認識することができた。

また、新型コロナウイルス感染症対応を行う職員の過重労働・メンタルヘルス対策については、業務マネジメントとメンタルヘルスケアの2つの柱を両輪で進めることが重要であり、各職場において創意工夫をしながら所属長をトップとした組織体制の中で、具体的な取組の推進が求められる。

新型コロナウイルス感染症対応は、変異株等による感染拡大の繰り返しにより収束が見えないため、業務量・業務内容の変化の予測が不可能であること、専門職の応援に限られており、事務職も含めた対応体制の構築及び継続が困難であること、また住民を始め関係団体における感染症の理解が不十分な面もあり、行政への不満や要求等も多い等、大規模災害時の対応との違いもあり、より鮮明に職員の過重労働、メンタルヘルスへの影響が大きくみられたと考えられる。今なお、その状況は継続されており、長期的に過重労働対策及びメンタルヘルス対策を強化し進めていく必要がある。一方で、これらの対策は、大規模災害時の対応においても同様の側面があり、業務マネジメントやメンタルヘルス対策は重要な対策としてより明確化され、今後、大規模災害時における保健医療福祉調整本部等における組織対応の原則として、発災早期から活かすことができるものとする。

E. 結論

災害レベルの対応が求められている新型コロナウイルス感染症対応を行う職員の過重労働・メンタルヘルス対策については、対応業務が逼迫、長期化する中、「業務マネジメント」と「メンタルヘルスケア」の2つの柱を両輪で進めることが重要であり、各職場で組織として具体的に取組んでいくことが必要である。また各地における取組事例を参考に

するため、共有化できるよう事例の収集及び発信していくことも必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

1) 相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子、佐々木亮平. 避難所支援従事者による情報把握と効果的支援のための避難所日報の検討. 第80回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2021年12月21～23日. (別紙4)

2) 佐々木亮平、相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子. 大規模災害時における在宅等避難者(災害時要配慮者)の情報把握・支援方法の検討. 第80回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2021年12月21～23日. (別紙5)

3. その他

1) 厚生労働省広報誌『厚生労働』5月号
「講演会レポート」コロナ対応における自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策～大阪市・埼玉県・群馬県の事例に学ぶ～
(別紙6)

G. 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

ストレスの要因種別	ストレスの現状	対応策
<p>健康危機の発生に伴う業務上の課題を要因とするストレス</p> <p>※需要に応じた支援の提供体制が整っていない等行政上（業務上）の課題がある場合など</p> <p>※組織に対する要求が大きい場合</p>	<p>○医療資源・医療体制の確保困難によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床等の医療提供の上限を超え、医療が必要な患者を必要時に受診（入院）させることが出来なかった。 ・自宅療養者の医療の確保が難しかった ・訴えや不安のある患者について自宅療養の継続を指示することしかできなかった。 ・相談相手がおらず医療機関の対応も困難な夜間に、体調不良者に明日の受診まで待つように伝えざるを得なかった。本当に大丈夫なのかと念を押されたが、在宅で療養してもらわざるを得なかった。 ・医療ひっ迫時、医療機関が患者を選ぶ状況が増えた。特に支援者の感染対策に高度なテクニックを要する要介護（高齢者・障害児者・乳幼児学童）の受け入れが難しかった。 ・医療ひっ迫時、保健所の入院調整の段階で、リスクが高い方にはDNRをとらなければ受け入れてくれない医療機関が多発し、患者へ電話でその行為を行わなければならなかった ・在宅療養者へ訪問看護や介護サービス等のサービスを継続して導入できなくなった ・医療機関で院内感染によるクラスターが発生し、職員も感染したり自宅待機になりマンパワーがない中、患者を他病院へ転院させ、当該医療機関の負担軽減を図るべきところであったが、転院させることができず申し訳なかった ・コロナ対策が始まって長い間、多くの医療機関（病院や診療所）において、かかりつけの患者であっても発熱患者や呼吸器症状のある病院を診療してくれなかった ・コロナ陽性判明したとたん、夜中であっても患者をすぐに転院させるよう行政に丸投げしてくる医療機関が多数あった ・当初、PPEがない中であっても、医療機関へ患者受け入れを要請せざるを得なかった ・クラスターの発生した医療機関における職員のメンタルフォローが不十分だった。感染した職員が宿泊療養施設に入所した場合や病院訪問した際、深く傷ついていることがわかった。行政としても相談支援体制の構築が必要だった。 <p>○行政の業務体制によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者から「保健所からの電話がなかなか来なくて不安だった」「保健所の対応が遅い」と責められたりして患者を不安にさせてしまったことを申し訳なく思った。 ・自力でPCR検査に行けない対象者の移動支援や自宅検査の調整等の負担が増大した ・PCR検査を希望する接触者が多く、検査対象者の範囲の判断が難しかった ・自宅療養者が一人暮らし等で買い物に行けない時の生活支援の調整の負担が増大した ・ハースス入力の負担及び活用状況の不透明感があつた ・非常勤職員（応援職員）の業務の限界（内部データベースの利用権限などの課題）があつた ・緊急案件に対する24時間体制について保健師一人あたりの従事の負担が増大した ・コロナ以外の感染症対応等の通常業務も行わなければならず、負担が増大した ・新型インフルエンザ等感染症行動計画に基づく対応ができなかった。特に感染拡大期の積極的疫学調査の中止など国全体でその方向性が示されなかった。 ・残業が多く、育児、介護、その他保健師のプライベートへの影響が長く続いている ・死亡に至った事例に対応したことによる精神的負担 ・在宅死亡患者のエンゼルケア、及び納体袋へのお納めや納棺を行ったことによる精神的負担 ・本来必要でない検査（単なる感染不安、自費で行うべき検査）を、行政が積極的にすすめるをえなくなったこと ・一部の事務職員の応援体制はとってもらったが、自治体全体の対応になっておらず、保健師や保健所職員だけで対応している状況があること（どこまでも応援の意識が強い人がいる為、お礼を伝えながら業務にあたる状況が続いている） ・災害モードで対応しているが、一方で平常の保健業務や虐待などの緊急対応もしないといけない体制であること ・担当者や係長などの負担軽減のため、課長級にシワ寄せがくる体制（夜中の対応など）、その現状で月200時間以上超過勤務をしても超過勤務手当がつかない状況 ・時間外に保健所医師に連絡がつかない（保健所医師が少なすぎる） <p>○過重な業務量によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規陽性者が急増し、発生届受理から24時間以内に連絡をすることが出来なかった ・保健所業務量が増大したため、患者の健康観察をを優先し、感染拡大防止のための積極的疫学調査を縮小するなど業務を整理せざるを得なかった。 ・有症状者からの「受診を断られた」「どこに受診すればいいか」という相談が殺到した ・患者が自宅で死亡した際、保健師がご遺体を納体袋へおさめ、納棺まで行った ・患者発生数の急増に比例した、療養終了後の公的証明や公費負担事務の業務量が集中した 	<p>1 職場内の業務体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場全庁体制による業務の役割分担とみえる化 ・任用職員等にもパソコン、パスワード付与等業務環境の整備 ・業務の効率化に向けた振り返り、定期的ミーティングの実施 ・職員の相談体制の強化 ・厳密な業務管理（休暇の強制取得や定時退庁日を確保） <p>2 外部からの応援協力体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管内市町村、管外保健所、本庁等からの応援 ・応援者の活用のため事前に業務を整理、方針を共有 <p>3 関係機関による支援協力体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関、医師会の協力体制の構築 ・発熱外来、検査実施可能機関の拡大 ・現状説明や意見交換会の実施（医療機関、施設、市町村など） <p>4 積極的広報（現状の住民理解を得るための機会の提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治体の方針をホームページ等で詳しく掲載することで、患者が自分が置かれている状況を理解し、不安を軽減できる。 <p>5 従事者のためのマニュアル整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所属における業務マニュアル ・全国（他自治体）からの応援者の理解をすすめる全国共通の活動マニュアル
<p>支援者個人に対する外的ストレス</p> <p>※支援者個人の対応に対する批判や能力を超える支援要求</p> <p>※支援者の私的な行動への影響（育児や介護など）</p>	<p>○他者（患者や住民）からの批判や要求に対するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診や検査が困難な状況を、電話対応した支援者が個人的な能力不足を責められた。 ・対応が難しいという説明に対し「感染が広がってもよいのか」と恫喝された。 ・要望を聞いてくれないと支援者の個人名をSNSに晒すと言われた。 ・要求が思い通りにならないと「電話対応は録音してネットに公表する」と言われた。 ・患者の遠隔地別居家族から保健所の支援の範囲を超えたサービスを強く要求された ・濃厚接触者から「仕事に行けなく破産したら責任とれ」と何度も電話で怒鳴られた ・保健所へ応援職員を送り込んでいる元職場職員からの不満の声（応援職員不在中の業務負担） ・患者の情報をもっと公表するように市民や行政の広報担当から責められた（感染拡大防止に不要な情報まで） <p>○自己を抱く不安や苦痛によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談対応をしていた患者が急変した。 ・自分の対応がこれでよかったのか、悪化するかもしれないという不安が常にあった ・育児のための短時間勤務であるが、他職員が遅くまで残業している中帰れなかった。家族の負担が増えた。（家族に気を遣われるのが辛く感じた） ・持病のための通院する時間がとれない。内服が先延ばしになってしまった。 ・病床が逼迫する中、入院させる患者の優先順位をつけて行ったが、人の命を左右する判断を行う負担 ・いつまで続くのか先の見通しを持たず、常に追い詰められていた。 	<p>1 話しやすい場の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同様の体験をした支援者同士の話し合い ・愚痴が言える環境 ・これは止めよう、答えられない、できないことはできない等割り切ることを対応者全員で共有する <p>2 メンタルヘルスチェックによる不調の早期発見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストレスマネジメントの実施 <p>3 個人のレジリエンス能力の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能力に応じた配置換え <p>4 積極的広報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治体の方針を広報することで、個人への攻撃の矛先を組織へ変えることが可能
<p>住民や団体、マスコミ等の批判的意見や世論によるストレス</p> <p>※行政（保健所）の対応不足や保健師等支援者に関する繰り返されるマスコミ報道（特定の個人や組織に対するものは除く）</p>	<p>○マスコミ・SNS等によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第〇波がなぜ防げなかったのかという報道を繰り返し聞いていると、保健所の感染拡大防止の機能が不十分と常に責められるような感覚になった。 ・報道や広報、電車内の案内等でコロナと聞くと、一般的な感染予防を訴える内容であっても保健所の対応を責められているような気になることがあった。 ・マスコミの取材を受けたが、意図しない記事になった。 ・まだよくわからないことを、不安を煽り立てるかのようになり、報道を繰り返す ・ワイドショーも含め、個人的な意見や根拠のない意見をのべ、行政が悪いかのように発言する <p>○住民や団体によるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所の対応に関するマスコミの情報をそのまま、苦情として「対応が後手後手でもっと早く対応すべき」という住民からの行政批判の電話が負担だった。 ・死亡した患者の葬儀について葬儀組合と調整したが、いくら説明をしても理解しようとせず、感染の不安、気持ちの問題で、直接斎場へ行く以外、お通夜やお葬式はしませんといわれた ・公表された情報以外の患者の氏名や住所を教えてください、自分の近くで発生してるといって不安だという問い合わせへの対応。「私が感染したらあなたの責任だ」と長時間の対応を強いられた。 	<p>1 クレーム対応の体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初の電話対応者を年齢的にも経験豊富な職員が対応し担当職員に取り継ぐ。意見やクレームについては当該職員がそのまま対応。 ・電話相談対応の指針の作成 ・クレームに対する対応方針の決定（調査優先なので切り上げると伝え、ある程度の時間が経過したら切るなど） <p>2 職場内の環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同様の体験をした支援者同士の話し合い ・愚痴が言える環境 ・定期的支援者同士の話し合い

大規模自然災害と新型コロナウイルス感染症対応のストレスの現状と対応策等の違い

新型コロナウイルス感染症	
項目	対策・今後強化すべき点
大規模自然災害	ストレスの状況
・収束に向かって行く自然災害と比べて、感染状況により感染拡大のフェーズが繰り返され、そのたびに新たなニーズが現れ収束への予測がたてにくい。	・フェーズの変化が予測できず心理的負担は大きいまま継続し、モチベーションが保てない ・いつまで続くのかわからない（終わりの見えない）現状に対する不安・負担感
① フェーズの変化	○研究・分析 ・感染の波の予測による、医療や保健行政の資源の準備 ・新たな感染症の発生～感染拡大～収束の各フェーズでどのような業務と業務量であったかをまとめ、次に備える。 ○従事者のためのマニュアルの整備 ・自治体間で共有できる感染症対応マニュアルを作成。（災害時健康支援マニュアルへ追加か？） ・今回のコロナ対応は保健所（都道府県・政令市）によって対応が異なっているため、ある程度の業務の標準化が必要。 ・保健師等専門職以外が対応出来るよう行政機関ごとの事務対応マニュアルもあるとよい。
② 業務量・業務内容の変化の予測	○感染症発生時の受援の検討 ○リーダー保健師への寄り添い支援の投入
③ 他機関や他自治体からの専門職応援	○職場環境整備 ・チームプレイによる業務体制（患者担当制）でなく業務担当制による負担感の軽減 ○保健師の資質向上 ・統括保健師による現場管理（保健師個人が抱えないような相談体制、対応報告による個人の責任の回避） ・保健師全体の感染症対応能力の向上
④ 行政機関（公務員）としての役割や責任	○職場環境整備 ・スタッフミーティングによる個人作業の進捗状況や課題の共有
⑤（自らが被災者としての）行動制限	○職場環境整備 ・業務量に応じた保健所の規模の拡大（平時の保健所の役割の見直しも必要） ○関係機関による支援協力体制の構築 ・市町との連携強化 ・住民団体等との連携開始 ・各分野における新型コロナウイルス対応の強化
⑥ 実施主体	○啓発 ・感染者対応以外の感染予防のための啓発や保健所の現状に関する広報などについて住民や団体の協力を得る。業務負担の軽減だけでなく住民の理解を得る機会となる。
⑦ 住民（民間団体）の協力体制	
自然災害との違い	・保健所の規模に比べて圧倒的に業務量が多い。 ・保健所業務の範囲を超えた対応（関係機関との調整を含む） ・コロナに関する全ての対応（対象：個人・企業・学校・施設等）（内容：相談・問い合わせ・苦情）が保健所に集中。 ・患者の家族や親しい知人の支援でさえ得られない場合がある。
大規模自然災害	・「感染症」の脅威に対しては心理的な点で専門家以外の介入が困難。（出来れば避けたいもの） ・全ての住人が感染の可能性があり、感染予防が必要な避難者の立場にある。
① フェーズの変化	・収束に向かって行く自然災害と比べて、感染状況により感染拡大のフェーズが繰り返され、そのたびに新たなニーズが現れ収束への予測がたてにくい。
② 業務量・業務内容の変化の予測	・感染の波（支援ニーズの増減）が予測しづらく、業務量の急増に対応が困難。 ・感染症法等に沿った行政事務（就業制限通知、公費負担事務、療養証明など）は後回しにはできず、個別対応と同時並行で業務量が増大する。
③ 他機関や他自治体からの専門職応援	・被災地以外の自治体から全国的な応援体制がある（保健師等） ・過去の経験をもとに、職種別の活動内容については、受援側・応援側いずれも理解が進んでいる。（対応マニュアルが作成されている） ・応援者に避難所支援等の現場を任せることが可能 ・災害直後から中長期に渡り支援が必要であり、応援者の対応可能時期からでも支援が有効である。（いつの時点でも応援があれば助かる）
④ 行政機関（公務員）としての役割や責任	・行政自体が災害により多くのモノとヒトを失いコントロールタワーの役割を失うことがある。 ・保健活動は現場での作業がメインとなる。 ・災害時健康支援活動そのものが個人の命に直結する場面は極めてまれである。 ・天災そのものについて行政が責められることはない。
⑤（自らが被災者としての）行動制限	・一時的ではあるが行動制限による不便を生じる。 ・医療従事者は一般人の行動制限以上に日常の感染予防に気を遣い、また業務上の感染の危険性がある。 ・将来的には感染が終息し元の生活に戻る事が期待できる。
⑥ 実施主体	保健所（都道府県・政令市） ・管轄の広域化、人員体制の縮小化した保健所が対応 ・関係者間でも「コロナは保健所」という括りで、保健所の対応を求められることがあった（例：見相、生保、独居、ペット、防災など。次第にそれぞれが対応するようになった）
⑦ 住民（民間団体）の協力体制	・「共助」の考えに基づく住民同士の支援体制（自主防災組織等） ・生活支援がメインのため、誰でも支援者になり得る。 ・ボランティア組織や職能団体による災害時支援の準備が整っている。

新型コロナウイルス感染症に対応する自治体職員のメンタルヘルス対策に係る 意見交換会の実施について

【背景・目的】

大規模災害発生時においても、被災地の行政職員は、避難所の設置・運営、応援職員の受け入れ、他関係機関との連絡調整等の過重な災害対応業務に従事し、心身に大きな負担が生じ職員のメンタルヘルス不調も課題されており、対策も進められているところである。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、県庁本部や保健所においても電話対応、疫学調査、患者搬送、関係機関との調整など、終わりがみえず見通しのつかない連日のコロナ対応、併せて自分自身の行動制限や家庭への配慮等々の様々なストレスにより、うつ状態、無気力、もえつき症候群、管理職のバーンアウト、身体症状の出現などがみられ、心身面に多大な影響が生じている現状があった、各職場においては、セルフチェックや相談窓口等のメンタルヘルス対策をはじめ、応援・派遣職員の確保や業務改善、休暇の確保など様々な取組を行い対応している状況がある。

自治体職員、特に保健師等の専門職については、支援者側の立場であり住民への責任感の強さ等も相まって、自身の健康管理は後回しになってしまう現状があるのではないかと。

災害時、保健医療調整本部におけるマネジメント体制を構築していくためにも、職員の健康管理・支援は重要な柱であり、については、保健師をはじめとする自治体職員メンタルヘルス対策について、コロナ対応や大規模災害時に取り組んだ自治体と職員のメンタルの現状とその対応の実際及び課題等を共有し、今後の自治体職員の必要な健康管理・支援法の検討の一助とする。

【実施内容】

- 1 日 時 令和4年1月13日（木）18:00～20:00
- 2 方 法 Zoomによるオンライン会議
<https://us02web.zoom.us/j/84530511988?pwd=akpCUFZucFJvTmJwMmovZUZ1UnpJdz09>
ミーティング ID: 845 3051 1988
パスコード: 040433
- 3 内 容 新型コロナウイルス感染症対応における自治体職員のメンタルヘルス対策・過重労働対策の現状と取組、課題等について
- 4 出席者 別紙のとおり（省略）

新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員の 過重労働・メンタルヘルス対策について

大規模災害発生時の被災地の自治体職員(以下、職員)は、避難所運営、応援職員の受け入れ、関係機関との連絡調整等、昼夜問わず過重な災害対応業務に従事し、心身に大きな負担が生じメンタルヘルス対策を始め、職員の健康管理が課題とされているところです。

このたびの新型コロナウイルス感染症については、新たな感染症であり住民が見えない恐怖・不安を持っていること、いくつもの感染拡大の波の到来があること、収束に見通しがみえないこと、また職員自身の行動制限があること等、様々な特徴的な背景があり、職員にはうつ状態やもえつき症候群、管理職のバーンアウト等の出現などがみられる等、心身面に多大な影響が生じている現状があります。そのため、各職場では職員のセルフチェックや相談窓口等のメンタルヘルス対策をはじめ、応援・派遣職員の確保や業務改善、休暇の確保など、試行錯誤しながら取り組んでいる現状があります。

については、新型コロナウイルス感染症等対応における職員の過重労働・メンタルヘルス対策について、各自治体の現状や取組について意見交換会を実施しました。各自治体における具体的な取組事例やそれを一般化した実施しうる取組を記載し、そこから抽出された対策のポイントを、「業務マネジメント」と「メンタルヘルスケア」の柱で整理を行いました。その結果を別紙の通りとりまとめましたので、参考にしていただければ幸いです。

なお、取組事例については、今後も情報収集しながら更新し、研究班ホームページ(<http://dheat.umin.jp>)に掲載する予定です。

厚生労働行政推進調査事業費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学医学部健康社会医学講座教授)

研究分担者 相馬 幸恵

(新潟県三条地域振興局健康福祉環境部参事・地域保健課課長)

新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員の 過重労働・メンタルヘルス対策のポイント及び取組事例等

【 業務マネジメント 】

□ 全庁体制による業務の分担化、効率化

- *保健部署だけではなくその他の部署も含めた全庁的な業務体制を構築する。
- *積極的疫学調査を重点化し、また調査票を必要な事項に限定して簡略化する。
- *「1人2役」等、1人担当制ではなく複数人でカバーできる体制をつくる。
- *保健師等の専門職と事務職の特性を活かして業務を分担する。
 - ・例えば、複雑な相談対応や検体採取に関することは保健師等の専門職が担当し、発生届や患者数等のデータの管理、書類の作成・発送等は事務職が担当する。積極的疫学調査、健康観察は、事務職も担当し、専門的判断が必要となる場合は専門職にバトンタッチする。
- *職員の得意不得意を考慮して担当業務を決める。

□ 組織体制及びリーダーの明確化

- *健康危機管理業務の組織体制を明確化する。
- *統括保健師とその補佐を位置づける。

□ 職員間の情報共有

- *忙しいからできないではなく、業務の目的の具現化、共有化に努める。
- *管理職等（総務、保健、感染症、医療等）による戦略会議を実施する。
 - ・目指す活動の方向性や人員配置等を検討する。
- *定期的なミーティングを実施する。
 - ・チームで対応する機運づくりにも配慮して実施する。
 - ・管理職等レベル、実務者レベル（担当業務（調査担当、検査担当、医療機関搬送担当、事務担当 等）毎等で行う。
 - ・問題・課題、懸案事項の確認、進行状況、改正通知等の周知 など。
- *職員の疑問や不安に対応する相談体制をつくる。
- *ホワイトボード等を活用して情報を可視化する。
- *業務の可視化と共有化を行う。
 - ・業務マニュアルを作成し、業務の流れを明確化する。

□ 職員の意識醸成

- *全所ワンチームで行う風土づくりの重要性、個人一人の責任ではないこと、一人で抱え込まないこと等を管理職等から強くメッセージを伝える。

□ 積極的な情報発信・広報

- *住民の理解を得るための機会として、自治体ホームページ、マスコミ、保健福祉事業等の活用により、自治体の対応方針や行政対応の状況説明、新型コロナウイルスに関する知識の普及を行う。

□ クレーム対応体制

- *電話・来所対応担当者を決める（年齢的にも経験豊富な職員）。
- *クレームへの対応方針・マニュアルを作成する。
- ・調査優先なので切り上げると伝え、ある程度の時間が経過したら切るなど。

□ 受援体制

- *応援職員のためのマニュアル作成、研修会を実施する。
- *引継ぎは応援者間で行う。
- *市町村と応援に係る協定書を締結する。また、時間外勤務にも対応できるよう市町村と都道府県保健所の併任辞令を発令した事例がある。

□ 研修の実施、強化

- *職員に対して、新型コロナウイルスに関する必要な知識、対応について研修を行う。
- *保健師の経験年数や経験業務に関わらず、調査や相談対応等ができるよう研修を行う。

□ 労働環境の整備

- *電話をしながらパソコンへの入力を行って業務の効率化をするために、また身体的負担の軽減のため、ヘッドセットを活用し電話対応を行う。
- *会計年度任用職員等にもパソコン、パスワード付与等を行う。

□ 労務管理 ー働き続けられる職場づくりー

- *管理職も含めた超過勤務時間を把握する（タイムレコーダーによる等）。
- *全職員のワークライフバランスを最大限考慮する（既婚、独身、介護者、派遣職員等）。
- *交代しながらの定時退庁日、代休・連続休暇の確保を確実に行う。
- *二交代制（遅出、早出）、フレックスタイム（介護時間、育児時間帯の変更可など）を導入し、休養・睡眠時間を確保する。
- *正規職員の増員、会計年度任用職員などの雇用を行う。
- *管理職から継続的なメッセージを送る。
- ・休暇を必ずとること、頑張り過ぎないこと。
- ・優先させる業務、延期・中止が可能な業務は適宜整理して対応すること。

【メンタルヘルスケア】

□ セルフケア

- * 休養をとる。
- * メンタルヘルスチェックを実施する。
- * 実施している業務の意義を意識する
- * オンラインのメンタルヘルスケア教材等を利用する。

□ 相互支援

- * コミュニケーションを意識的に定期的に行う。
(例えば共感ミーティング、同様の体験をした者同士の話し合い、悩みや弱音等何でも言える環境など)
- * 応援先勤務地においても、タイムリーに職員厚生（産業保健）スタッフによる面談ができる環境づくり（長時間勤務者等）。

□ 組織的対応（職制のラインによるケアなど）

- * 前述の業務マネジメント
- * メンタルヘルスに関して情報発信を行う。
 - ・ 庁内ポータルや各所属の安全衛生委員会からの情報提供を行う。
 - ・ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応する職員のためのサポートガイド」（日本赤十字社作成）、「COVID-19 流行時によるストレスへの対処」（WHO 作成）等の情報提供を行う。
- * 体系的なメンタルヘルスケア研修のオンライン化を行う。
 - ・ マインドフルネスの実践ができるような配信する。
 - ・ 職場への出張型研修を行う。

□ 専門職による支援（産業保健スタッフ・外部資源によるケア）

- * 保健所等への衛生管理全般の技術支援を行う。
- * 長時間勤務職員に対してタイムリーな面談を行う（優先順位をつけて）。
 - ・ ストレスチェックを活用する。
- * 相談窓口を設置する（直営・委託）。
 - ・ 職員が相談できる窓口を設置するとともに、特に管理監督者が相談しやすい配慮や工夫を行う。
- * ハイリスク者への個別支援を行う。
- * ストレスチェックと職場環境改善を継続的に分析し、良好事例を公表する。
- * 精神保健福祉センター、大学等の協力により個別・集団支援を行う。

【その他】

□ 職員の家族への支援

- * 職員の仕事の理解の推進や、家族の負担へのねぎらい等を記載した文書の発出など、職員の家族への支援を行うことも必要である。

避難所支援従事者による情報把握と効果的支援のための避難所日報の検討

相馬 幸恵 新潟県三条地域振興局健康福祉環境部
尾島 俊之 浜松医科大学健康社会医学講座
奥田 博子 国立保健医療科学院健康危機管理研究部
佐々木亮平 岩手医科大学教養教育センター



日本公衆衛生学会COI開示
課題発表に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません。
令和2年度厚生労働行政推進総合研究事業「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究」(研究代表者 尾島俊之)
(19LA2003)

【目的】

避難所には様々な健康状態の避難者が集まるため、感染症の発生や拡大、生活環境の変化による疾患の悪化など健康リスクが高くなる。被災者の二次健康被害を最小限に抑えるため、早期から必要な人的及び物的サービスマネジメントを優先的に分配することを最も重要なこととなる。そのため、災害直後から保健医療福祉活動チームが、避難所運営担当者等との連携のもと早期かつ迅速に必要な情報を早期かつ迅速に把握しアセスメントができるよう、避難所日報の様式とその記載要領を作成した。

【方法】

- 平成29年7月5日付け厚生労働省大臣官房厚生科学課長等発出「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」添付(全国保健師長会作成「大規模災害時の保健師の活動マニュアル」平成28年4月改正)の避難所日報をもとに検討、作成した。
- 検討する上では、①日報を使う者は保健師をはじめとする保健医療活動を担う職員(事務職を含む)であること、

ハイライト

- 早期かつ迅速に避難所の情報把握及びアセスメントを行うため、避難所日報として様式を統一化し、避難所全体を把握する避難所状況シートと医療保健福祉二重のあたる避難者を把握する避難者状況シートの2シートとした。
- 保健医療福祉活動チームの他、避難所支援に携わる者も活用できるよう記載要領を作成した。
- OCR化により情報の一元化ができるよう、数字記載欄も設けるなど、認識しやすいような様式とした。

②災害直後からフェーズの経過とともに中長期的に使い続け性があること、③迅速に避難所全体像の把握ができるものがあること等の観点から行った。

【結果】

- 避難所日報の作成
日報については、避難所全体を把握する避難所状況シートと医療保健福祉二重のある避難者を把握する避難者状況シートを検討・改訂した。

A. 避難所全体を把握する避難所状況シート

- 主な項目として、避難者数、運営組織等の「避難施設基本情報」救護所設置状況の「医療」、「ライフライン」、スペースの過密度、トイレ衛生状況等の「設備状況と衛生面」、温度、清掃状況等の「生活環境」、主食・おかず提供回数等の「食事提供」に整理した。
- チェック項目は、「有・無」「適・不適」等の2択とした。

イ. 医療保健福祉二重を把握する避難者状況シート

- 「配慮を要する者」の人数及びその再掲として要継続支援人数、医療保健福祉二重のある者の「対応すべきニーズがある者」の有無、「感染症・食中毒等症状がある者」の有無に整理した。その他、具体的な内容を書けるよう特記事項の記載欄、確案に課題等の申し送りができる記載欄を設けた。

(2) 記載要領の作成

避難所日報の記載者は、保健医療活動を担う職員(事務職

を含む)の他、避難所開設直後は避難所運営担当者も想定され、迅速かつ一定レベルで正確に情報収集できるように記載要領を作成した。留意点としては、日報の記載に負担をかけないよう全ての項目を関係者等に聞き取って記載するのではなく、前日までの様々な情報等を参照することとし、特に優先的に収集する情報については太枠項目とした。

(3) 情報の一元化を想定したOCR化

両シートともに、OCR化により情報の一元化ができるよう、数字記載欄も設けるなど、認識しやすいような様式とした。

〈避難所日報及び記載要領〉

全国保健師長会作成(地域保健総合推進事業)の「災害時の保健活動推進マニュアル」に掲載。

<http://www.nacphn.jp/02/saigai/>

【考察】

災害時は、直後から早期かつ迅速に避難所・避難者の情報把握及びアセスメントを行う必要があり、統一した様式を使用することが有効である。

避難所においては、保健師等の専門職をはじめ様々な職種による支援者が関わるとともに、避難所運営管理者や住民代表者等の協力も必要である。そのため、必要な情報をよりの確に把握し活用するためには、記載要領の活用を期待したいところである。また、避難所日報の記載及びその活用については、避難所支援者等と検討し役割分担も必要になってくると思われ、関係部署への周知及び訓練等による意識の向上に努めることが必要と考える。また、OCR化を想定した様式により、早期の情報の一元化、保健医療活動支援チームの効果的な支援活動にもつながることが期待できる。

【結論】

避難所日報及び記載要領については、災害規模や種類、また記載者、職種等により違いがあると思われ、今後実際の現場で使いながら、必要な項目、優先度、運用の仕方等に必要に応じ検討・改訂が必要である。

新型コロナウイルス 最前線

第19回

講演会レポート

コロナ対応における自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策 ～大阪市・埼玉県・群馬県の事例に学ぶ～

厚生労働省では、今年3月24日に「新型コロナウイルス感染症等対応における自治体職員の過重労働・メンタルヘルス対策に関する取組事例の共有について」(※今年3月22日新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡を自治体向けに発出)の説明会を実施しました。本取り組みの目的と事例について担当者に聞きました。

手を得にくい新規採用職員・新任係長へは直接メール発信を行うなど、相談事業等の利用促進に積極的に取り組んでいます。また、管理監督者自身も過重労働となる傾向にあるため、ラインケア・セルフケアの重要性を発信しています。

事例2

齊藤富美代氏
埼玉県蕨市保健所

・体系的なメンタルヘルス研修はオンライン化しつつも、対面が望ましい職場環境改善研修は、実際に職場に出張して実施しています。

・「業務の可視化」と「二人役」を導入して、過重労働対策を進めてきました。「業務の可視化」では、ホワイトボードを活用した進捗管理などにより、誰でもリモートでも業務内容・進捗状況がわかるようになりました。「二人二役」では、担当を超えた業務フォロー体制の明確化などにより、複数名で業務をカバーして、時間外勤務縮減、職員の

自治体の取り組みの 好事例を共有・発信

——説明会開催の目的を教えてください。

新型コロナウイルス感染症への対応については、感染力の強い変異株の流行など、これまでの想定を上回る規模・スピードで感染が拡大したことを受け、自治体において業務の重点化など、さらなる体制強化に取り組んでいただけてきたところで、そのなかで、これらの対応を行う職員の過重労働・メンタルヘルスに関するさまざまな課題も明らかになってきており、既に組織的な業務改善やストレスケアの仕組みづくりについて取り組まれている自治体もあることも承知していました。

今回、厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)(災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究)(研究代表者＝尾島俊之・浜松医科大学健康社会医学教授)において、「新型コロナウイルス感染症対応を含めた健康危機管理に

肉体的・精神的な負担軽減を実現しました。

- ・統括保健師が、保健師以外にも従事可能な業務を判断し役割分担をすることで、全所体制をとっています。特に、若い世代への初回連絡、一部調査、マスク対応などは本庁が対応することで、現場が業務に集中できる体制をつくっています。また、応援職員へのオリエンテーションは動画視聴とし、交代要員との引き継ぎは応援職員間で行っています。
- ・夜間対応が増加した時期は深夜対応の翌日をフレックスタイム制とする、夜勤体制をとる、休日出勤の代休は連続休暇とするなどに取り組んでいます。
- ・電話連絡等に使用するヘッドセットの導入や、医療機関へHEALTHSYS(新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理システム)の利用を個別にお願いすることで、業務の効率化・負担の軽減につながります。
- ・在宅療養支援においては、診

における職員等の過重労働・メンタルヘルス対策」について検討し、過重労働・メンタルヘルス対策のポイントを【業務マネジメント】【メンタルヘルスケア】の柱でまとめました。これらの自治体の取り組みの好事例を広く共有し、発信することが必要と考え、説明会を開催いたしました。

業務マネジメントと メンタルヘルスケアの重要性

尾島俊之氏
浜松医科大学健康社会医学教授

相馬幸恵氏
新潟県三条地域振興局健康福祉課 地域保健課

柱ごとにみると、「業務マネジメント」の具体例としては、「全庁体制による業務の分担化・効率化」、「職員間の情報共有」、「積極的な情報発信・広報」、「労務管理」が挙げられました。また、「メンタルヘルスケア」としては、共感ミーティングなど意識的なコミュニケーションの定例化といった「相互支援」が挙げられました。そして、「その他」としては、「職員の家族への支援」を検討してい

事例3

武智浩之氏
群馬県利根沼田保健福祉事務所
吉妻保健福祉事務所

- ・全所体制を構築するため、すべての職員向けの陽性者対応マニュアルを作成することに加えて、随時更新し、感染症担当以外の職員でも電話対応などが可能な体制をとっています。
- ・土日祝日体制の見える化・均等化、会計年度職員の採用、本庁および地域機関の他部局からの応援により、休暇が取

る自治体もありました。

——各自治体の取り組みの事例にはどのようなものがありますか。

事例1

西本伊津美氏
大阪市総務局人事課

- ・長時間勤務職員への健康被害防止対策として、産業保健スタッフが面接対象者の把握・モニタリング、出張対応を行うほか、労務管理部門と連携し、応援職員については勤務状況を派遣元が情報収集し勤務先と共有することで、従事している場所で面接ができるよう対応しています。
- ・面接対象者が急増した際は、面接がタイムリーに実施しづらいこともありましたが、過去の健康管理情報(健診結果・既往歴等)を参考に優先順位をつけて対応し、衛生管理者の業務を産業保健スタッフが支援、ICT等も活用して効率化を図っています。
- ・メンタルヘルス・相談窓口の情報発信は、庁内ポータルでの活用、管理監督者への周知、対面交流が減っており相談相

得できる職場環境を整備し、モチベーション維持につなげています。

保健所職員の負担軽減へ

——今後予定している取り組みなどがあれば教えてください。

組織的な業務改善やストレスケアの仕組みづくりに取り組んでいる保健所もあると承知しており、4月に実施している保健所体制の確保状況調査において、過重労働・メンタルヘルス対策の好事例を収集しているところです。好事例を集約して横展開するなど、引き続き保健所職員などの負担軽減につながる支援を行っていきたいと考えています。



研究班のHP
はこちら➡



講演会動画
はこちら➡

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
尾島俊之	保健・医療・福祉活動の考え方	國井修、尾島俊之編集	みんなで取り組む災害時の保健・医療・福祉活動	南山堂	東京	2022	17-23
菅磨志保	コロナ禍における市民活動の展開	関西大学社会安全学部編	検証COVID-19災害	ミネルヴァ書房	京都	2022	168-177

雑誌・学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
尾島俊之	感染症法施行後の地域保健における感染症対策の歩みと今後の在り方	公衆衛生	85(4)	210-214	2021
尾島俊之	新型コロナウイルス感染症の疫学	診断と治療	109(11)	1473-1477	2021
尾島俊之、鳩野洋子	コロナ禍から学ぶ市町村の保健活動	保健師ジャーナル	77(11)	872-876	2021
Nakahara S, Inada H, Ichikawa M, Tomio J	Japan's slow response to improve access to inpatient care for COVID-19 patients.	Front. Public Health	9	791182	2022
Ito Y, Hara K, Sato H, Tomio J	Knowledge, Experience, and Perceptions of Generic Drugs among Middle-Aged Adults and their Willingness-to-Pay: A Nationwide Online Survey in Japan.	Tohoku J. Exp. Med.	255	9-17	2021
山本千恵	避難の多様性に伴う課題と職能集団による支援の可能性	危機管理レビュー	13	13-21	2021
尾島俊之	新型コロナウイルス感染症への公衆衛生対応の俯瞰	第67回東海公衆衛生学会学術大会			2021
尾島俊之、高杉友、原岡智子、池田真幸、池田和功、富尾淳	保健医療調整本部等におけるマネジメント	第27回日本災害医学会総会・学術集会			2022

菅磨志保	コロナ禍における市民活動の展開	2021年度関東都市学会秋季大会 (Zoom)			2021
静間健人、中村満寿央、田村太郎、菅磨志保、大塚理加、尾島俊之	被災世帯の生活再建支援需要評価に基づく『災害ケースマネジメント』の可能性と課題：2018年西日本豪雨・広島県坂町における3年間の生活再建過程の分析から	第8回震災問題研究交流会（社会学系4学会連合、遠隔大会）			2022
富尾淳	オールハザード・アプローチに基づく災害医療に向けて-海外の事例をふまえた考察	第27回日本災害医学会総会・学術集会			2022
相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子、佐々木亮平	避難所支援従事者による情報把握と効果的支援のための避難所日報の検討	第80回日本公衆衛生学会総会			2021
佐々木亮平、相馬幸恵、尾島俊之、奥田博子	大規模災害時における在宅等避難者（災害時要配慮者）の情報把握・支援方法の検討	第80回日本公衆衛生学会総会			2021

厚生労働行政推進調査事業費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に資する研究
令和3年度 総括・分担研究報告書

発行日 令和4年3月

研究代表者 尾島俊之

事務局 〒431-3192 浜松市東区半田山1丁目20-1
浜松医科大学健康社会医学講座

電話 053-435-2333

FAX 053-435-2341

メール dph@hama-med.ac.jp