

平成19年度地域保健総合推進事業

地震災害時における効果的な保健活動の 支援体制のあり方に関する検討会 報告書



平成20年3月

地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会

目 次

I. はじめに	1
II. 検討会の目的	1
III. 検討手順および方法	2
IV. 検討結果	2
1. 新潟県中越沖地震	2
1) 被害状況と特徴	2
2) 新潟県及び被災地市町村における保健活動の全体概要	3
3) 県応援保健師および県内市町村応援保健師による保健活動の実際	5
4) 応援・派遣要請と調整の実際	8
5) 派遣保健師による保健活動の実際	10
6) 応援・派遣保健師受け入れ（被災地自治体側）調整上の課題	12
7) 派遣自治体側がとらえた派遣活動の実際および課題	13
8) 被災地および派遣保健師との効果的な保健活動のための提案意見	15
9) 応援・派遣支援者との協働を想定して被災地自治体が「平常時」から取り組むこと	16
2. 阪神・淡路大震災以降の派遣保健師活動	21
1) 過去の地震災害における県外派遣保健師の活動	21
2) 都市型災害および地方型災害における派遣保健師活動の特色	22
3. 過去の地震災害時における保健師派遣活動実績からみたマンパワー	25
V. まとめ	26
1. 被災時における保健活動	26
1) 派遣保健師を含む被災地活動の原則	26
2) 所属別の主な役割	26
3) 保健活動の内容	26
4) 関係機関および住民・コミュニティーを取り巻く体制	28
5) 被災地自治体における保健活動体制の確立	29
6) 被災地市町村保健師による初期の活動例（中越沖地震時：刈羽村）	30
2. 派遣要請時の受け入れ側としての考え方	32
1) 派遣要請時期	32
2) 派遣要請数	32
3) 派遣要請エリア	32
4) 派遣要請（照会）ルートの整理	32
3. 平常時からの体制整備	33
1) 派遣保健師との協働支援を想定した体制整備	33
2) 災害時支援のための平常時からの体制強化	33
3) 派遣準備体制の整備	34
4) 災害時活動に関連する研修	35
参考資料	
1. 災害派遣計画リストの作成・整備（神戸市）	36
2. 演習形式による研修の例（神戸市）	37
VI. 地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針（別添）	39
VII. おわりに	40
参考資料	
検討会開催要綱	41
引用・参考文献	43

I. はじめに

昨今、頻発する自然災害は、地域住民個々の生命や健康を脅かすのみでなく、コミュニティの崩壊をもたらす。その結果、被災時には、日々刻々と変化する状況の中、複雑多岐にわたる支援が求められる。しかし同時に災害時は、被災地自治体職員自身も被災者であるため、その対応には限界が生じ、被災地外の自治体からの派遣職員等と協働して支援（協働支援）に取り組むことが必要になる。過去、保健師の派遣支援が全国規模で実施されたのは、平成7年の阪神・淡路大震災および、新潟県下の2回の地震（平成16年中越大震災、平成19年中越沖地震）においてである。また、全国的な規模の派遣要請までには至らずとも、被災地県内や近県自治体の保健師等からの支援を受けた自然災害の発生は多い。我が国は地理的、地形的、気象的諸条件から、地震・台風・豪雨・豪雪といった自然災害の発生しやすい国土と言われ、特に大規模地震災害発生の切迫性は指摘されており、国の安全・安心に関わる大きな脅威といえよう。このような非常事態をもたらす被災時は、応援要請のための判断を行うことや、また一旦投入したマンパワーの調整、終了時期の決定等は容易なことではない。そこで、被災地および派遣保健師の支援の実際やプロセスの検証結果を基に今後の支援体制のあり方を検討したので報告する。

II. 検討会の目的

災害時の保健活動は、被災による被害を最小にとどめ、二次的健康被害の予防、被災地の保健活動の立て直し等を目的として支援が展開される。しかしながら、被災時における、保健活動の目的や役割の認識、準備体制等は各自治体によって差があるのが実情である¹⁾。被災後の混乱時に最小限の情報共有で、効果的な支援が可能となるように派遣要請に係る判断の基準等を整理する必要がある。そこで自然災害の中でも、他の自治体からの広域的応援による支援の可能性が高く、また被災後の支援経過においても長期化する傾向にある地震災害時における効果的な支援のあり方を検討するために「地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会」を設置した。本検討会では、都市型地震災害である阪神・淡路大震災や新潟県中越沖地震をはじめとする地方型地震災害を含め、その活動実態の検証から被災地自治体が平常時から体制整備を図ることや派遣保健師の要請時に参考となる基準を検討し、受け入れ側となった場合でも効果的に保健活動を展開していくための支援体制のあり方を「地震災害時における派遣保健師の受け入れ指針」として示すことを目的とした。

なお、本報告書で用いる用語の定義は以下の通りとする。

- ・派遣保健師：被災地の県外自治体の保健師
- ・応援保健師：被災地の県内自治体の保健師

III. 検討手順および方法

新潟県中越沖地震時の受け入れ自治体（被災地自治体）からと、派遣側から見た災害時保健活動実態と課題について整理した。さらに、新潟県や兵庫県（神戸市含む）、石川県の災害時保健活動等の経験者にヒアリングを行い、被災地活動体験に基づく派遣支援のあり方として、今後の体制整備などへ向けた意見を得た。

全2回の検討会では、派遣保健師による支援活動に関連する各種記録や資料の分析を行い、ヒアリングで得られた内容も含めて、被災地になることを想定して、災害発生に備えてどのような準備の必要性があるか、被災後にどのような点に配慮して体制を組むべきか、また、派遣要請や派遣計画を行う時の必要な判断材料（情報）や留意点は何なのか、について議論をした。なお、ヒアリング調査については以下のとおりである。

【派遣支援のあり方に関するヒアリング調査】

被災保健活動従事経験のある保健師（本庁担当、派遣に関わる調整者など含む）

- 1) 被災地保健師（被災地県保健所、市町村）計15名
 - 2) 応援・派遣保健師および被災経験保健師（県、政令指定都市）計5名
- ヒアリング対象保健師の業務経験年数は平均22.3年、被災保健活動の経験回数は平均3.3回であった。
- 3) ヒアリング内容
 - ・派遣保健師受け入れ経験のある自治体においては、受け入れの実際について、派遣調整等で工夫したこと、課題となった点
 - ・要請内容（規模、機関、支援活動内容、期間など）を判断するために基準となるめやすなど

IV. 検討結果

1. 新潟県中越沖地震

1) 被害状況と特徴

中越大震災（平成16年）と中越沖地震（平成19年）の被害状況の比較を示す（表1）。中越沖地震の被害総数では、人的被害・物的被害も中越大震災に比べて少なく、死者、避

難者数や最大停電戸数でも大きな差があった。重軽傷者、被害を受けた住宅、ガスや水道の被害は中越大震災が中越沖地震の1.6～3倍程度である。中越沖地震の特徴は、市街地を中心に住宅やライフラインの被害が多く、前回の地震後に住宅を再建して間もない被災者が再び住宅被害を受ける二重被災者も存在することであった。

表1 中越大地震と中越沖地震の被害状況の比較
(H19.10.1現在)

		中越大地震 (a)	中越沖地震 (b)	比(a/b)
死者		68人	11人	6.2
重軽傷者		4,795人	1,984人	2.4
被害を受けた住宅		120,837棟	39,091棟	3.1
最大時の避難者数		103,178人	12,483人	8.3
生活基盤	電気(最大停電)	約300,000戸	27,132戸	約11
	都市ガス(最大停止)	約56,000戸	35,150戸	約1.6
	水道(最大断水)	129,750戸	61,532戸	約2

次に中越沖地震による被害規模が大きく県外派遣保健師を要請した柏崎市と刈羽村の避難所の状況を図1に示す。地震発生翌日の避難所数は79か所、避難者数は12,139人、8月8日時点においても50か所以上の避難所が開所していた。避難者数は電気が復旧した7月18日に激減し以降も減少するが、発災後2週間以降は1,000人弱が閉所まで避難を続けた。

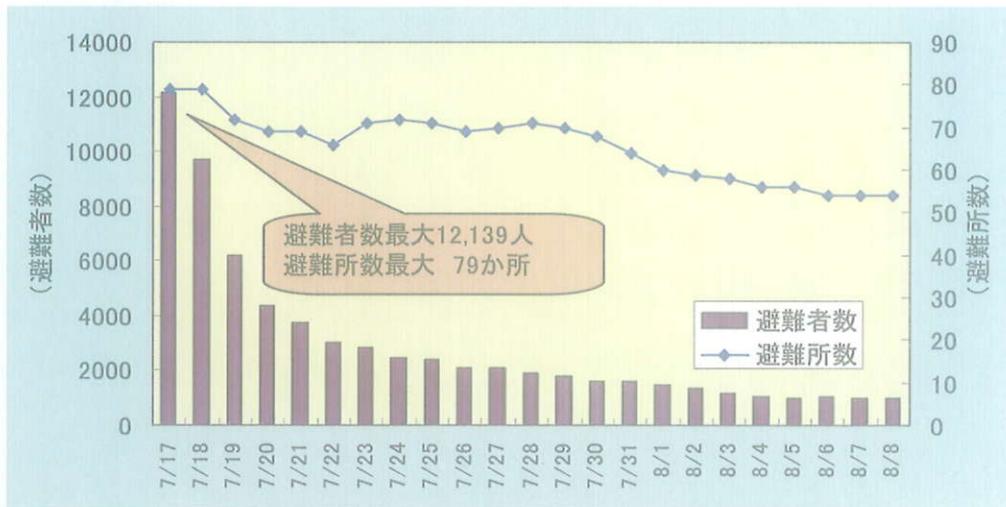


図1 柏崎市及び刈羽村の避難所の状況

2) 新潟県及び被災地市町村における保健活動の全体概要

地震発生後から時期別の、新潟県本庁（福祉保健課）、県地域機関（柏崎保健所）、市町村（柏崎市、刈羽村）における主な保健活動の概要を表2に示す。地震発生直後は、損壊家屋からの救出や負傷者の応急救護、在宅療養者の医療確保、要援護者の安否確認など緊急対応で混乱した。しかし各部署においては、中越大震災時の経験や各種ガイドライン、緊急時対

表2 新潟県中越沖地震時の新潟県及び被災市町村における保健活動の全体概要

7月16日10:13 地震発生 最大震度・6強	フェイズ0 初動体制の確立 7月16日(24時間以内)	緊急対策一生・安全・確保 7月17日～18日(3日以内)	フェイズ1 緊急対策一生・安全・確保 7月19日～7月29日(2週間まで)	フェイズ2(2-1) 一生活の安定と避難所お寄せが中心の時期 7月30日～8月12日(発災後1か月まで)	フェイズ2(2-2) 「応急対策」「応急対策」 一避難所から被災者入居までの 8月13日～(被災1か月以降)
			<ul style="list-style-type: none"> 被害対応に忙殺される 外部からの支援者、支援物資の増加 2種目の被災による精神的打撃 避難所等集団生活不適応者の顕在化 低余裕食中毒の懸念 電気の復旧(7/18) 	<ul style="list-style-type: none"> 避難所生活が軌道に乗る 被災者負担、体調不良者の懸念 暴雨による脱水・熱中症の懸念 被災者等集団生活不適応者の顕在化 電気の復旧 	<ul style="list-style-type: none"> 被災住宅への入居、生活の確立 被災者への心身の支え 被災者、仕事、役務喪失による心身の打撃 災後の御朱の生活不安の顕在化 万六復旧率約90%
被災地の動向 県庁 (都道府県 課)	道路の損壊、移動困難、登戻者の限定 情報叢集箇面 ①要保護者安否確認チームの派遣 ②現地情報叢集チームの派遣 5. 据え付けの保健師派遣、派遣要請 6. 県内外への保健師派遣、派遣要請	1. 施設設備の安全管理と財務体制の起動 2. 災害情報の叢集と地域機関等への伝達 3. 要保護者安否確認状況の把握 ①要保護者安否確認チームの派遣 ②現地情報叢集チームの派遣 5. 据え付けの保健師派遣、派遣要請	1. 応援派遣保健師の派遣調整体制の確保 2. 厚生労働省に派遣調整支援の依頼 3. 部内内閣室課との情報交換、連携強化	1. 総合的な情報叢集及び被災地への提供 2. 対策本部への報告(口頭・資料作成) 3. 現地保健福祉本部の位置・運営 ①在宅被災者の健診相談会二～三次検査の実施 ②支援者ワンストップ相談 4. 応援・派遣保健師の活動終了時期の検討 5. 据え付けのための専門家派遣要請 6. 活動の推進のための予算措置	<ul style="list-style-type: none"> 広域的、総合的な災害情報の叢集及び被災地への提供 生活再建に重点をおいた活動支援計画の立案 地域の保健活動への支援 生活再建に必要な活動のため、施設化・予算措置 被災地における保健・福祉活動のまとめと後証 開会式等への協力・支援 災時保健福祉活動に関する研修会及び会議の開催
県地域機 関	1. 情報叢集 ①管内の被災状況の把握 ②被災市町村の状況把握 ③被災市町村保健所の状況把握 2. 痘病患者安否確認の実施 2. 痘病患者安否確認の実施 3. 人工透析者の医療の確保 3. 人工透析者の医療の確保 4. 人手的問題の調整(避難所支援・心臓要請) 5. 医療チームの活動との連携 (医療チーム・本部連絡会議)	1. 情報叢集 ①被災市町村の活動状況把握 ②被災市町村保健所の状況把握 ③被災市町村保健所の状況把握 2. 人の状況の調整 ①避難所への応援・派遣保健師配置計画 ②市町村通常業務再開への支援 ③在宅被災者の健診相談会二～三次検査体制の協力 ④避難所の状況把握 ⑤医療品不足状況の確認 ⑥衛生管理状況の確認 5. 臨時被災者受付センターの活動と連絡調整	1. 左記の趣意 2. 被災市町村職員の健康管理への支援 3. 市町村災害保健活動の調整会議の実施 ①被災市町村の衛生状況の把握 ②在宅被災者の健診相談会二～三次検査体制の協力 ③在宅被災者の健診相談会二～三次検査体制の協力 ④派遣保健師の活動計画の調整 ⑤派遣保健師の活動計画の調整 ⑥通常業務の再開 ⑦派遣保健活動のまとめと評議 4. 復興期に向けた中長期的市町村支援計画の作成	1. 左記の趣意 2. 被災市町村職員の健康管理への支援 3. 市町村災害保健活動の調整会議の実施 ①市町村と一定期間の活動調整会議の実施 ②市町村通常業務再開への支援 ③在宅被災者の健診相談会二～三次検査体制の協力 ④派遣保健師の活動計画の調整 ⑤派遣保健師の活動計画の調整 ⑥通常業務の再開 ⑦派遣保健活動のまとめと評議 4. 復興期に向けた中長期的市町村支援計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> 復興期に向けた市町村保健活動調整への支援 通常業務再開への支援 被災市町村の健康管理への支援 市町村と一定期間の活動調整会議の実施 中長期業務再開への支援 通常業務の再開 派遣保健活動のまとめと評議 復興期に向けた中長期的市町村支援計画の作成
市町村 保健活動の実際 ・救護	1. 市町村対策本部設置・運営 ①管内の被災状況の把握 ②被災市町村の状況把握 ③被災市町村保健所の状況把握 2. 被災者の安全確保・救急対応 3. 要保護者安否確認 4. 避難所の設置 5. 情報叢集と災害保健活動の方針の検討 6. 避難所健康管理制度保健師の応援、派遣要請	1. 情報叢集と災害保健活動の方針の決定 2. 通常業務の調整 3. 保健・医療関係係員及びボランティアの調査 4. 保健・ボランティアの調整及び医療関係係員派遣員の調整 5. 支援者の健康管理 5. 情報叢集と災害保健活動の方針の検討 1. 避難所の設置と運営 2. DMATの搬送	1. 情報叢集 2. 活動計画の策定と実施・評価、経過に応じた見直し 3. 通常業務再開に向けた調整 4. 保健・ボランティアの調整及び医療関係係員派遣員の調整 5. 職員の健康管理 6. 支援所の運営と運営への支援	1. 通常の医療体制に移行 2. 活動計画の策定と実施・評価、経過に応じた見直し 3. 通常業務再開に向けた調整 4. 保健・ボランティアの調整及び医療関係係員派遣員の調整 5. 職員の健康管理 6. 支援所の運営と運営への支援	<ul style="list-style-type: none"> 情報叢集 活動計画の策定と実施・評価、経過に応じた見直し 通常業務再開に向けた調整 保健・ボランティアの調整及び医療関係係員派遣員の調整 職員の健康管理 支援所の運営と運営への支援
避難所・仮設住宅 自宅滞在者	1. 避難者の健康管理及び救護措所の設置・運営 2. DMATの受け入れ、医療チームの本部割り当て 3. 医薬品・救護物資の調査、衛生材料の確保 4. 応急・救急、要医療者の医療の確保 5. 避難所設置運営担当部署による住民不安への対応 6. ここのケア対策の検討 7. 保健・医療・福祉の情報提供(各担当部署との連携により健康教育等実施) 8. 健康教育の実施(エコノミーグラス床候群等・生活不活発病・脱水症・熱中症の予防等)	1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保 1. 避難所の設置運営の確保	<ul style="list-style-type: none"> 避難者の健康管理及び救護措所の設置運営、幅広い地域保健(感染症・食中毒予防) 衛生管理及び環境整備(感染症・食中毒予防) 医薬品・衛生材料、生活用品の確保 4. 避難所設置運営担当部署による住民不安への対応 6. ここのケア対策の検討 7. 保健・医療・福祉の情報提供(各担当部署との連携により健康教育等実施) 8. 健康教育の実施(エコノミーグラス床候群等・生活不活発病・脱水症・熱中症の予防等) 	<ul style="list-style-type: none"> 健康状況の把握(避難所→仮設住宅) 健康支援及び安否確認 生活用具の確保 4. ここのケア対策の実施 5. 健康状況把握のための検討及び準備 6. 仮設住宅から自宅等へ移る者の支援 	<ul style="list-style-type: none"> フェイズ0で挙げた災害弱者の医療の継続支援、生活再建の支援調整 健康相談の実施 ここのケアが策の検討 保健・医療・福祉の情報提供 5. 健康状況把握のための検討及び準備 6. 新たな交流やコミュニケーションの支援

応要援護者リスト等に基づき早期対応が実施された。

例えば柏崎保健所での難病患者への対応においては、平成16年の中越大震災以後、災害支援体制整備の一環として災害・緊急時個別支援計画の策定と、医療機関や消防署等関係機関とのネットワークづくりを行ってきた。難病患者緊急時安否確認リストを作成し、災害時初動マニュアルによって、登庁者がすぐに確認出来るように整備をしていた。平常時に本人・家族と共に、避難方法を話し合ったりする災害・緊急時個別支援計画を立てておくことで、本人・家族にも安心感があった。また、関係機関とのネットワークづくりもおこない、緊急時の安否確認や救急搬送等についても事前に打ち合わせることができていたため、中越沖地震当日、4時間後には在宅医療機器装着患者10名の対象者全員の安否確認ができた。

3) 県応援保健師および県内市町村応援保健師による保健活動の実際

(1) 応援・派遣保健師などの受入全体の概要

県下被災地全体への保健活動の支援に従事した看護職員の総数（応援・派遣保健師、看護師含む）と、支援従事者の所属別の一覧を表3に示した。

応援保健師は、災害当日から県保健師が延べ436人（45日間）、災害の翌日から30市町村保健師が延べ710人（31日間）で、合わせて延べ1,146人が従事した。県外からの派遣保健師は、災害2日後から撤退までの51日間、110自治体から延べ3,538人が被災地活動に従事した。

表3 活動に従事した看護職の全体概要（応援・派遣保健師、看護師を含む）

派遣元		自治体・施設数	派遣期間	延べ日数	延べ人数
県外	厚生労働省	—	H19.7.17～7.25	9	9
	県外保健師	110自治体 (46都道府県64市)	H19.7.18～9.7	51	3,538
	日本看護協会	25	H19.7.20～8.11	23	628
県内	新潟県看護協会	31	H19.7.18～8.25	39	195
	県立病院看護師	13	H19.7.18～8.20	29	170
	市町村保健師	30	H19.7.18～8.17	31	710
	県職員保健師	—	H19.7.16～8.31	45	436
合 計			H19.7.16～9.7	51	5,686

被災活動に従事した被災市町村別応援・派遣保健師の活動従事延べ人数を表4に示した。支援従事者は、最も被害が大きかった柏崎保健所管内に集中しており、その中でも特に柏崎市への支援に集中している。長岡保健所管内の被災地については、長岡市の被災地域が一部であったことから市保健師で概ね対応し、長岡保健所保健師と県看護協会の災害看護ボランティアが発災当初に支援に入った。出雲崎町は、村保健師だけによる対応は困難であったた

め、長岡保健所保健師を中心に県職員保健師と県内市町村保健師、及び新潟県看護協会の看護ボランティアにより支援した。なお、支援活動内容は、町保健師活動拠点への支援、避難所健康管理への従事、在宅被災者宅へ訪問調査などであった。

表4 被災市町村別応援・派遣保健師配置延べ人数

圏域	派遣先市町村等	延べ人数	計(%)
長岡	長岡市(和島地区)	11	71(1.2)
	出雲崎町	60	
柏崎	柏崎市	4,641	5,572(98.0)
	刈羽村	697	
	柏崎保健所	234	
県庁	福祉保健課	43	43(0.8)
合計		5,686(100.0)	

(2) 県職員応援保健師の実務および活動

県職員は地域防災計画において被災地支援の役割があり、被災地の状況や要請に即応して健康管理活動などの支援を行わなければならない。発災当日に県内の各保健所に、被災地支援活動を最優先にした業務調整とした上で、応援可能人数・日数を照会し応援保健師の調整を行った。応援保健師の体制は、保健師の経験年数と職位、災害保健活動の経験の有無（阪神淡路大震災、中越大震災、能登半島地震）及び柏崎保健所勤務経験の有無の考慮により①被災者に対する直接的支援、②被災地市町村保健師活動拠点の支援、③被災地保健所保健師活動支援、④本庁福祉保健課看護介護人材係支援の4分野の役割に分けた。これらの役割別の具体的な支援活動内容は以下のとおりである。

①被災者に対する直接的支援

刈羽村では、発災当日から一般避難所での避難生活が困難な高齢者、障害者などの要支援者を村内のデイサービスセンター（後日、福祉避難所に指定）に避難してもらったため、24時間体制の健康管理が必要となった。当日夜から県応援保健師を派遣し、発災後3日目からは、県看護協会の看護ボランティアの協力を得て業務を引継いだ。柏崎市および刈羽村の一般避難所での健康管理は、県内外からの応援・派遣保健師による必要人数が確保できるまでの間、避難者数が多い避難所を優先して常駐配置とし、避難者の健康管理をおこなうために応援保健師で対応した。県内外から応援や派遣保健師数が順次増加し、避難所支援へ必要な人数の確保が可能となった後は、県応援保健師は柏崎保健所保健師の支援へ切り替えていった。また、柏崎市で行った健康福祉ニーズ調査では、調査準備、応援・派遣を含む調査員へのオリエンテーション、移動の調整、事後処理など調査にかかる一連の業務を県応援保健師が担った。

②被災地市町村（柏崎市・刈羽村）保健師活動拠点の支援

柏崎保健所では、被災地市町村保健師活動拠点への支援として、主に被災地自治体における活動のコーディネートと活動計画作成などを行った。しかし保健所マンパワーの限界（柏崎保健所保健師5名）や連絡調整などの業務量も多く、他の県内保健所保健師を柏崎市と刈羽村の各自治体内へ、専任としての応援保健師を配置した。この応援保健師は、災害活動経験に基づく客観的助言ができ、かつ連泊が可能な保健師とした。柏崎市保健師（33名）は、福祉保健部門の保健師が3課6係に分散配置されており、緊急時には他課との業務の調整が取りにくく、さらに保健師の活動拠点である元気館が想定外の避難所となって混乱したため、県職員応援保健師は、客観的かつ冷静な調整を行う役割を担った。

具体的には保健部門においては、避難所における派遣保健師活動の調整、ミーティングの運営、活動上の課題検討等を行った。また医療チームミーティングに柏崎市保健師代表者と共に出席し、保健師活動に係る報告の実施など医療チームとの情報の共有化を図った。福祉部門においては、地域包括支援センターの統括部門への支援を行い、主に福祉避難所の立ち上げと、要介護認定を受けていない高齢者の避難場所の確保等を行った。

一方、刈羽村保健師は、保健福祉医療と環境対策を一括担当する課に3人（リーダー、中堅期、新任期の保健師各1名）配置されており、リーダー保健師の支援強化、保健師活動全般の調整などを目的に、村の役場内の1室に「看護チーム」を設置した。この看護チームの役割は、保健活動計画の作成、応援・派遣保健師の活動調整、医療チームミーティングへの参加、避難所の巡回、家庭訪問、健康相談などであった。

③被災地保健所（柏崎保健所）保健師活動の支援

応援・派遣保健師の活動調整を柏崎保健所で行うことにより、被災地業務に加え、調整にかかる業務の増加による混乱が予想されたため、保健所内部への応援は活動スタッフの増員だけでなく、統括・調整機能も強化した。他の保健所から課長職で、中越大震災（平成16年）時に柏崎保健所勤務経験があり管内関係機関や地理的条件等も把握している保健師を配置し、課長職保健師の統括機能を強化した。また、応援・派遣職員の調整を主に担う保健師も配置し、被災地市町村支援担当の保健師と連携し、避難所からの報告などによる現地の状況と、応援・派遣計画などから避難所配置調整を連日行った。

④本庁福祉保健課看護介護人材係の支援

本庁内所管部署の体制強化のため、看護介護人材係での勤務経験および災害対応経験のある保健師を配置した。応援・派遣要請の調整や派遣元との連携方法など、派遣保健師活動全般の計画作成に対し、経験を踏まえた提案などをしたり、さらに現地に赴いての保健師活動状況の把握と調整、活動実績の集計やまとめ、現地報告会の企画や準備等の本庁業務の支援を担った。

(3) 県内市町村応援保健師の実務および活動

県内市町村の応援保健師は、県外派遣保健師と同様に、主に避難所での健康管理に従事した。県内の応援要請にあたっては、2泊3日以上のクールによる7月末までを予定として、連続勤務での応援を要請したが、通常業務の調整や連日の宿泊が難しい事等により、応援可能な市町村はわずかであり、市町村においては、急な要請に対する支援は困難であることがわかった。一方、連続勤務が困難とする市町村の中には、事業の合間の日帰りの1日単位であれば可能との申し出は多くあったが、被災地の業務調整の混乱を考え、連続勤務可能な自治体による応援とした。しかし、柏崎市での健康福祉ニーズ調査では、大勢の調査員が必要であったため、この調査に関しては日帰りでも可として土曜や日曜日は多数の県内市町村保健師による支援が得られた。

4) 応援・派遣要請と調整の実際

(1) 初動期の応援・派遣要請にかかる体制整備

被災直後は、被災地の情報収集や詳細な状況把握が困難である中、被災後の早期に、被災市町村から本庁へ要援護者の安否確認対応への協力要請があった。本庁及び被災地近隣保健所の職員で構成する要援護者安否確認支援チームや、避難所状況確認チームを被災地へ派遣し状況の把握をおこなった。その結果、避難所運営、市・村役場・保健所内部へ支援が必要な状況を確認した。

さらに、県対策本部の避難所の情報で、柏崎市70か所以上（100人超規模が30か所余り、うち500人超規模が4か所）、刈羽村4か所（300人超規模が1か所、100人超規模が1か所）を把握し、これらの情報を基に応援・派遣保健師の要請が必要と判断した。

刈羽村保健師からは中越大震災に比べ被害規模が大きいため、応援が必要であると早期に判断し所管保健所を通じ要請があった。しかし柏崎市からは要請連絡がなく「被害が大きく混乱している程、被災地情報は入らない」という中越大震災時の教訓を踏まえ、避難所数と避難者数の情報から、柏崎市への応援・派遣要請方針を被災当日に本庁の担当所管部で決定した。なお、柏崎市からの派遣要請は、被災2日目に出された。

県内市町村と県外自治体への応援・派遣要請の準備を行なながら、すでに応援要請が上がっていた刈羽村と出雲崎町（長岡保健所管内）への県職員保健師による応援体制を組み、被災地活動の経験者かつ即対応可能と思われる保健師を優先的に配置し、県外派遣保健師へのオリエンテーション、配置・調整などは、現地柏崎保健所が担当した。

柏崎市は、保健師の活動拠点である市の施設が医療チームの拠点や指定外ではあったが近隣住民の避難所となり、さらに、施設内のデイサービスセンターが福祉避難所になったこと等から、応急救護や相談が殺到した。また医薬品等の救援物資の調整等の緊急用務に追われ、市の保健師が避難所や地域へ出ることができない状況であった。そのため、柏崎市は避難所健康管理の調整や取りまとめを、保健所に応援依頼を行った。

刈羽村は、当初避難所の健康管理への派遣要請であったが、直後に応援に入った県保健師の報告から、村保健師の活動を支援する体制が必要と判断された。

以上のことから、①柏崎市及び刈羽村保健師の活動拠点への支援、②常駐または巡回による避難所の健康管理、③業務量の激増と混乱が予想される柏崎保健所内部の体制強化の概ね3分野への保健師の応援・派遣体制を考え、柏崎保健所、柏崎市及び刈羽村の活動拠点への支援は、当県の保健所保健師を、避難所には県内外からの応援・派遣保健師による支援体制とした。

(2) 応援・派遣要請の実施と厚生労働省健康局総務課保健指導室（以下「保健指導室」という）による派遣調整協力

県内応援保健師の当初の要請は7月末までを目途とし、全県保健所に対し、電子メールで可能数を照会した。本来県内の市町村への要請は、県市町村課が発信元となるが、迅速な対応が必要であると判断したため、市町村課の了解を得た上で新潟県福祉保健部から直接行った。

県外保健師の派遣要請については、厚生労働省社会援護局総務課災害援助・救援対策室へ電話で相談した結果、保健指導室が当日中に、全国一斉FAX送信、翌日にメーリングリストの臨時配信により派遣の可否と可能な人数・期間の照会をおこなった。県外派遣保健師の調整には保健指導室に協力を得て、派遣元自治体との連絡、派遣計画作成などを行った。派遣元自治体の派遣可能な日数、人数、チーム体制（保健師以外の職員の同行、自動車の有無、宿泊状況など）の情報を得て、発災後1か月頃までを第1陣、それ以降を第2陣とするなど長期的な派遣計画を立案した。また、タイムリーな情報集約・発信のため、当県対策本部会議資料や、住民への配布パンフレット等を、保健指導室へ送信し、メーリングリストを活用して全国へ周知した。

(3) 派遣保健師の要請判断および収束化への調整

当初福祉保健課は、支援必要量を明確にできない段階で派遣要請を実施した。その後も、判断に迷いながらも、過去事例を参考に「100人以上の避難所には保健師常駐」を方針とし、概ね2週間を目途に、合計30チーム（県内10チーム、県外20チーム）は必要と判断した。その後、ライフラインの普及が当初より遅れることや避難者数が増加したこと、さらに被災5日目に、柏崎市の被災地域全世帯を対象とした健康福祉ニーズ調査の実施決定を受けたことで、派遣保健師数を急増する必要性があると判断した。増員要請について、保健指導室の助言では、中越大震災と比較し被害は大きくないこと、調査従事者を保健師にする必要性の有無について指摘があったが、安否確認だけではなく健康福祉ニーズを確認し、要支援者の把握もれを防ぎ、早期に既存支援ルートに繋げることや、次なる課題の解決を目的として、保健師の必要性を明確にし、県外派遣を50チームに変更した（第1陣50チーム、第2陣20チームに調整）。

しかし、健康福祉ニーズ調査従事者に大勢の人員の確保が可能となったこと、調査対象地域を絞り込むことができたこと等で、当初の健康福祉ニーズ調査計画期間よりも早期に

終了した。さらに仮設住宅入居者への家庭訪問をお盆過ぎから行うことになり、調査終了後から仮設住宅への支援を開始するまでの間に、支援活動量が急減する事態が生じた。そのため、現地で要援護者への家庭訪問や、集会場を利用した健康相談、災害対応職員の健康相談、通常の保健事業への協力、健康福祉ニーズ調査結果の入力などの活動計画を協議したが、活動内容と人員の需給差が大きくなつた。

そこで第1陣には派遣の早期終了を、第2陣には派遣開始時期の延期を派遣側自治体に依頼した。派遣期間の短縮、早期引き上げは、新潟県が同年4月の能登半島地震への保健師派遣で経験したように、被災地の沈静化等状況に応じて有り得ることと捉えていたが、派遣計画の急な変更は困難であった。現地の状況を解決するために、福祉保健課から直接派遣側自治体へ派遣期間の変更についての理解を求める連絡を入れると、変更可能な自治体と、各種の都合により変更はできない自治体とがあった。特に、遠方の自治体の場合は、航路・空路など交通手段の手配などにより、急な変更の難しさがあった。

5) 派遣保健師による保健活動の実際

県外派遣保健師は、支援従事看護職員総延べ人数5,686人のうち、3,538人と約62%を占め、柏崎市と刈羽村への支援として、一般避難所における健康管理、健康福祉ニーズ調査、配置避難所周辺地域の要支援者の家庭訪問、市町村保健事業支援、被災市町村職員の健康相談、仮設住宅入居者の家庭訪問その他の多岐にわたる被災地保健活動に従事した（図2）。

【フェーズ毎の保健活動の実際】（新潟県中越沖地震）

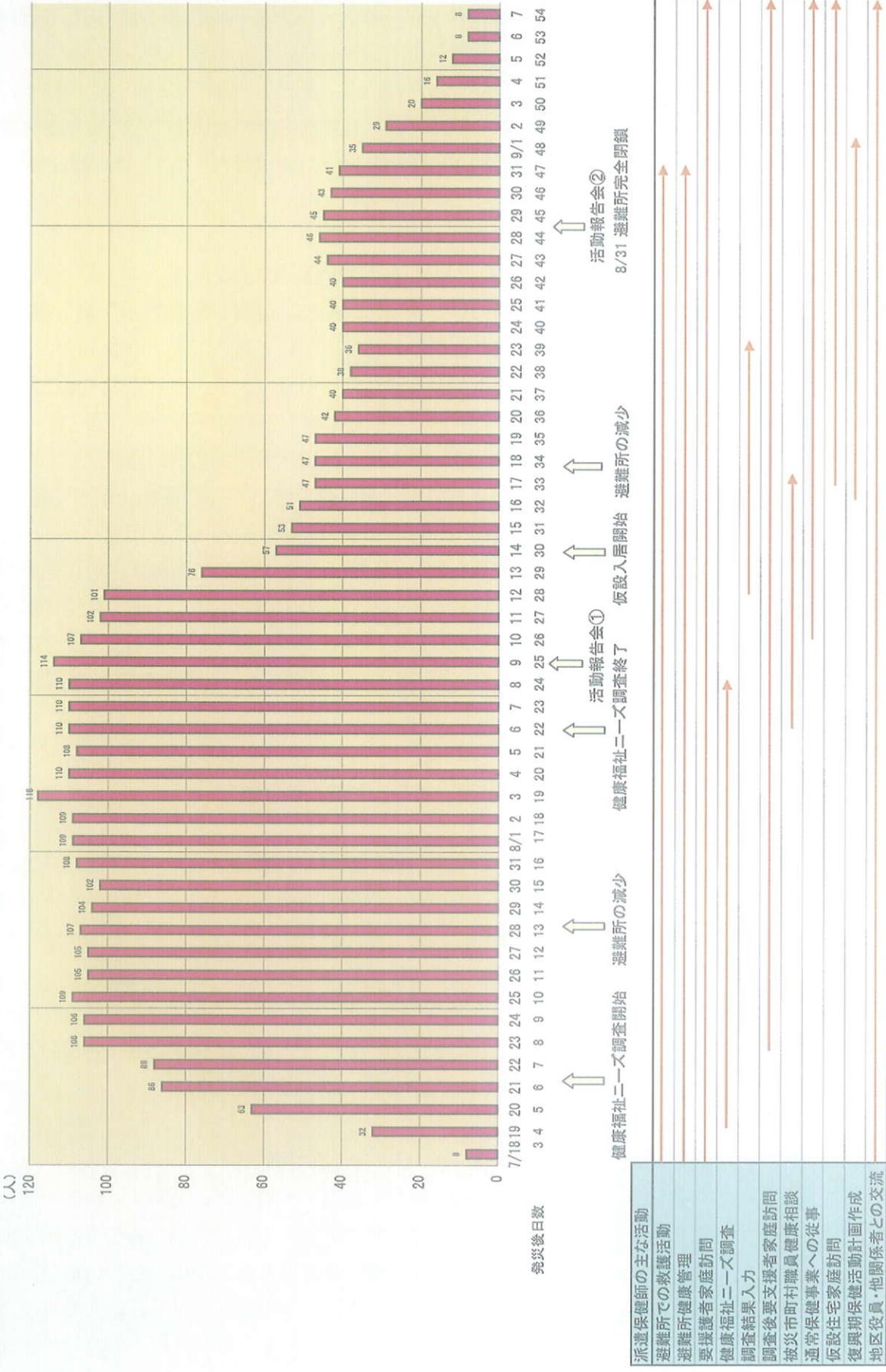
（1）フェーズ0～1（発災～2日目まで）

この時期の派遣保健師の活動は避難所配置が主であり、打撲・切り傷などの応急救護をはじめ、断水により不衛生になっている手洗い場・トイレ等の衛生管理、また、柏崎市では福祉避難所が未設置だったため、高齢者の移動・排泄介助なども対応した。さらに長期化する避難生活に備え、生活リズムづくりや集団生活のルールづくりの支援もおこなつた。不安への対応、感染症・食中毒予防、熱中症・脱水症予防、エコノミークラス症候群予防、食事摂取量の管理など、予防を含めた種々の健康課題へ早期から対応した。これらの派遣保健師による活動の調整のため、柏崎保健所が柏崎市との協力体制により、避難所における健康管理を調整・総括するための定期的な情報交換の場として、避難所ミーティングを定期的に実施する体制をつくった。

（2）フェーズ2（発災3日目～4週間（8／12）まで）

避難者数の多い避難所には、保健師や看護師を常駐配置した。日中、仕事や自宅の片付けなどで避難者が数十人と少なくなった避難所は巡回体制とした。しかし見守りが必要な要支援者が多く避難している避難所では保健師の常駐配置を継続した。

図2 新潟県中越沖地震に係る県外派遣保健師数と時期別活動状況



また、一般避難所での避難生活が困難な虚弱高齢者・妊産婦・乳幼児などに対して健康状態の確認をし、緊急避難体制が整った柏崎市の福祉避難所や旅館等への移動勧奨を行った。心のケア、食事・栄養指導、口腔ケア、運動指導、子どもの保育などに係る各分野に専門職が派遣され、保健師はそれらの支援が必要な避難者を各専門職につなぐ役割を發揮し、避難所周辺地域の巡回、区長等地域から依頼を受けた要援護者、独居・高齢者世帯等への家庭訪問等にも従事した。

(3) フェーズ3（発災後4週間目(8／13)～派遣終了まで）

派遣保健師活動が第1陣から第2陣に移行するにあたり、復旧・復興期への移行時期であること、同一自治体でもチーム交替する自治体が多い時期であること、派遣保健師と被災地保健師間で現状や課題の共有化が不十分であったこと等により、今までの活動の振り返りと共有、今後の活動方針を整理する機会とするため、災害活動報告会を計画した。

報告会では、派遣保健師からの活動報告をもとに、被災保健活動状況、健康課題、今後の活動などについて活発な意見交換がなされ現状を共有できた。この時期以降は、復旧・復興対策期へ向けて被災地自治体保健部門の地区担当保健師や地域包括支援センターの保健師との連携活動のために、派遣保健師も地区別配置とした。そして避難所を中心の活動から、地域に向けた活動と、仮設住宅入居者支援へと活動の主体を転換し、仮設住宅入居者の家庭訪問、地区担当保健師と連携した地域の要援護者世帯に対する家庭訪問、集会場などを利用した健康相談、通常の保健事業への協力など、多岐にわたる活動に支援を得た。

6) 応援・派遣保健師受け入れ（被災地自治体側）調整上の課題

(1) 応援保健師確保の困難性

県下の市町村自治体に応援保健師の要請を求めた結果、通常業務の調整困難などの理由により連続的な支援の要請に対し、県下の市町村から期待するマンパワーを得ることは困難であった。多くの自治体は、平常業務の調整可能な日時に限定した単発支援や、土日など休日の応援であれば可能という実態が多く、被災地支援活動として求める支援（一定期間の完結的、継続的な支援）とは異なる実態であった。健康福祉ニーズ目的の調査訪問が必要と判断したならば、土日に県内の応援保健師総動員で一斉に実施することも検討する必要がある。

(2) 被災地の状況に応じた流動的な派遣マンパワー配置の困難性

派遣保健師の必要数を明確にしない段階で早期に要請を実施したことや、健康福祉ニーズ調査の実施のために派遣増員要請を行ったこと等により、応急対策期を過ぎると需要に比べ派遣者数が多い状況となった。被災地活動の変化に伴う人員の縮小化を行ったかったが、派遣側自治体では当初の派遣計画の変更は容易ではない実態があり急な派遣の終了や縮小化は困難であった。そのために発災後1か月以降は活動量と稼働人員との需給差が非

常に大きく、そのための活動調整作業に苦慮した。

(3) 被災地保健師数に対する応援・派遣保健師数とのバランス

中越沖地震は被災を受けた地域が限局しており、県外派遣保健師の配置は1か所の保健所管内に限局することとなった。結果、被災地に勤務する保健所保健師数5名に対し、100名を超える派遣保健師の受け入れを行ったため、被災地保健師は派遣者に対する調整の煩雑さが大きく、また情報の共有・意思統一が図りにくいなどの混乱が生じた。

(4) 自治体回答の派遣期間の表記の違いによる緊急対応

派遣協力可能とする自治体から報告される派遣回答文書の「派遣期間」に記載されている日時が、「派遣元出発日」、「被災地到着日」、「現地活動開始日」など自治体によって異なっていた。そのため、受入側として現地活動開始日を誤認し「来るはずの自治体が到着しない」という状況が生じ、緊急に避難所配置調整をする事態を招いた。派遣期間と活動期間とを明確にして調整する必要があった。

(5) 自治体による派遣にかかる装備や体制

派遣元自治体には「自己完結型」での支援の実施協力を依頼したが、宿泊場所の手配の依頼や、移動手段がないため活動内容や担当する地域を限定してほしいなど、派遣側自治体の個々の実情や要望を配慮する調整に苦慮した。

7) 派遣自治体側がとらえた派遣活動の実際および課題

(1) 派遣要請に関するここと

派遣保健師の照会が、保健師所管部に対して保健指導室のファックスおよびメールにより実施された。しかし、自治体側では独自に被災直後に危機管理関連部署が先遣隊を被災地へ派遣し、当自治体からの保健活動の支援の必要性はないと判断していたため、その後に保健師だけが派遣支援へ向かうことが、自治体全体として支援であることに理解や協力を得ることが困難となる自治体もあった。保健師の派遣に関する依頼は、保健関連部局へのダイレクトな照会ではなく、自治体の首長へ保健師の派遣要請依頼が早期に出されることが望まれる。

(2) 派遣保健師の役割・活動内容に関するここと（避難所活動）

当初、派遣保健師への支援要請内容が避難所への24時間配置（常駐）であったが、保健師による24時間支援をいつまで実施するのか、その必要性の判断や見極めがどのように被災地自治体においてなされているのかが不明であり、派遣者に不安があった。また、ライフラインの停止や混乱期である被災初期は、仮眠の確保もできず、24時間連続勤務に従事するには体力的にも限界があった。

被災者に必要とする支援が、看護や介護サービス等が主であれば、早期に看護師や介護

福祉士など他の専門職への連携と調整を図る働きかけが必要である。

被災後の急性期を過ぎた時期においても、前任の自治体保健師から引き継がれた必要とする支援活動内容が避難者への配食の介助であった。ボランティア配置や、住民の自治への働きかけなど体制整備への取り組みがなく、被災直後から同様の支援を継続している実態があり、被災地保健活動の捉え方が、派遣保健師によっても異なっていた。

(3) 派遣保健師の役割・活動内容に関すること（健康福祉ニーズ調査）

避難所周辺地域への訪問活動と、健康福祉ニーズ調査の連動がなく、重複訪問になるなど非効率的であった。また、訪問後の引き継ぎや、住民から受けた問い合わせに対し、指示をする被災地の保健師数が少なく、迅速な対応の困難性があった。

(4) 派遣保健師の役割・活動内容に関すること（仮設住宅入居者などの支援）

仮設住宅入居者の支援は、被災後の中長期的な生活再建相談も含まれるため、被災地自治体職員を中心としたチームでの継続的な支援が望まれる。継続的な関わりを要する被災者への対応は、短期間で交代する派遣保健師では、地域の実情（関係資源等）もわからず、相談に限界が生じた。

(5) 行政組織内体制に関すること

被災者への対応が各機関内（行政、自治会、ケアマネ、地域包括支援センター等）で重複していた。横の連絡調整が整っていないと、外部支援者との調整においても指示命令系統がはっきりせず混乱を招くため、関係機関を含めた被災地自治体内の情報の一元化や調整が必要であった。

活動上の問い合わせ内容によっては、応援保健師では地域の実情がわからないのでこたえられないと言われることもあった。多数の派遣保健師が支援を実施しても、被災地自治体行政内の体制が外部支援者と効果的に支援することを前提に整備がなされないと効率的には活動ができない。

(6) 被災地の地域情報や保健師の活動に関連する情報の共有に関すること

被災地における基本的な地域の情報が得られないため、被災者への相談への対応が不十分となり、自己完結型支援の実施は困難であった。家庭訪問先の緊急度、優先度や支援の方向性の判断に困った。また、被災地内において、コミュニティーが根強い地域、そうでない地域では活動のアプローチが異なるなど活動によって違いがみられた。このような平常時の地区担当保健師が持っている情報、ケースの管理基準などが事前に示されればより効果的な支援が実施可能であったと思われる。

(7) ミーティングに関するこ

保健師のミーティングでは担当している避難所以外での状況や、被災地での取り組み全般の情報が得られるためミーティングの意義は高い。しかし、参加するための移動に時間がかかる上に、ミーティングそのものの所要時間が長く、その間の避難所対応などの活動に支障が生じた。ミーティングの実施目的の明確化や、運営方法について工夫が必要である。また、派遣保健師側も、要点を整理した端的な発言に心がける必要があった。

専門分野（医療、こころのケア、歯科等）チームとのミーティングや関連する情報の提供がないため、タイムリーかつ有効な連携がとりにくかった。

(8) 応援・派遣保健師の支援のあり方に関するこ

派遣保健師などの過剰な人員による支援は、被災地住民や職員にとっても依存の原因となり復興への自立の遅延になりかねない。派遣終了の早期見極めや、派遣側自治体側も状況に応じて、流動的に活動を縮小化するなど、早期に引き上げられる体制が必要であった。

8) 被災地および派遣保健師との効果的な保健活動のための提案意見

(1) 被災地保健活動の原則の共有化

被災地における保健師の活動の原則の共有化が必要であった。また、被災地職員が主に担うこと、派遣保健師で可能な支援の具体的な活動内容や役割分担の明確化も必要である。

(2) 派遣依頼時、派遣保健師に求める支援内容の明確化

被災保健活動経験保健師は、必要に応じ助言的支援を実施することも可能である。そこで、被災活動経験のある自治体と、そうでない自治体を、一律に直接支援のマンパワーとして派遣要請をするのではなく、被災経験自治体へは活動全体の調整など、スーパーバイザーとしての役割を明確にして派遣を依頼することも、多数の派遣者による調整の混乱をきたしやすい被災時において効果的な支援が期待できる。

(3) 被災地の情報提供の工夫

平常時から整理できる地域の保健関連情報などは被災時に外部支援者と共有できるよう備えて整理しておくと、初めて訪れる土地で支援を実施する派遣保健師にとって地域活動上の一助になると考えられる。

被災時は被災地活動の全体状況、被災後の経過、今後の見通しなどの情報や活動方針を示しておくと派遣保健師も活動の目的や方向性が理解しやすい。

(4) 派遣要請方法の適正化

派遣要請必要量の判断が前提にあるが、迅速な派遣の実施や派遣期間の短縮などにも柔軟に対応しやすいくことなどから、近隣自治体や協定締結の自治体への要請を優先し、さらに広域自治体へと段階的に依頼地域を広げる要請方法が適切と考える。

(5) 自治体における活動の調整

組織的な指揮命令系統の明確化、組織内の連携協力体制整備、被災地保健所に対する県下保健所の応援ルールづくりが必要である。平時から応援態勢に係るルールと、応援者リストの作成、役割分担の明確化を図っておく必要がある。

(6) 活動の収束化へ向けた調整

被災地の政策全体の進捗状況や、被災後の経過を鑑み、被災地の早期復興へ向けて派遣の終了目途を想定し、支援者の活動が被災地自治体保健師へスムーズに引き継がれるよう予測性をもった計画的な調整を行う。

また、派遣自治体側も被災地の状況に応じて、流動的に派遣計画や体制を修正する柔軟さが求められる。

9) 応援・派遣支援者との協働を想定して被災地自治体が「平常時」から取り組むこと

(1) 必要なマンパワー需給と供給の見込みの明確化

平常時から、管内市町村の災害発生時に設置が予定されている避難所数や予測避難者数を把握し、予測される被災活動に対する保健師の必要量を算出する。

(2) 県内応援保健師（市町村）準備体制強化

被災市町村に対し、県内の市町村が迅速に応援に駆けつけることができれば、県外からの派遣保健師の到着を待たずとも効率的かつ地域特性を踏まえた支援が可能となる。市町村における平常時からの応援派遣が可能となるような認識の強化や体制整備が望まれる。

(3) 応援・派遣受け入れ体制、指示命令系統の明確化

応援・派遣保健師を含む、外部支援者と被災地保健師との効果的な協働支援実施のための保健活動の計画や受け入れ体制、指示命令系統の明確化などについて具体的に検討し、県および市町村の双方において共通認識をしておく。

(4) 派遣依頼時に派遣先に必要とされる情報収集のための体制準備

被災地県庁から、派遣保健師の要請をおこなう場合、依頼先自治体の保健師所管課へ情報の提供が必要となるが、把握している現状をいかにコンパクトに派遣自治体へ伝え準備してもらうか、連絡先はどこなのか等を明確にする。表5にあるような項目を参考に、可能な限り被災地の基本的地域の情報を盛り込み情報提供を実施ができるように平常時から情報収集や整備を図る。

(5) 地域情報や保健活動の共有化のための準備（派遣自治体への提供情報整備）

被災地全体の地区状況や、被災後のその時点での情報や課題の提示があれば、派遣保健師は共通認識の中で自分の役割が確認できた実態から、平常時における被災地自治体およ

び保健所管内の保健活動に関する情報（参考項目：表6、表7）について、平常時に外部支援者に情報提供できることを前提に情報整理を行う。

被災後、支援協力派遣保健師などへ地区情報として提供できると、被災直後の混乱期、被災地保健師が個々に支援者にオリエンテーションを実施することが困難な中で、地域の実情を知らない応援・派遣保健師にとって、自己完結型の活動のための一助となりえる。

派遣保健師の活躍例（新潟県中越沖地震時）エピソード



被災直後の混乱した避難所へ出向き、避難者全員へ「みなさま～ん！荷物を持って立ってください」と、安全な歩行通路確保の必要性を話し協力を呼び掛けた。また、避難所運営の責任者や複数の避難住民と共に、消灯・起床時間を始めとする生活上のルールについて話し合いを持ち、決定事項は「皆さんで決めた事です、守りましょう」と説明するなどの避難所の初期体制づくりを行った。

表5 「保健師派遣要請時提供情報 項目例」

(被災時：被災地都道府県本庁⇒派遣要請自治体へ)

作成 年 月 日

派遣依頼期間	<ul style="list-style-type: none"> ・活動開始日 平成 年 月 日 () ・終了予定日 平成 年 月 日 () (もしくは、活動予定期間 月頃まで)
	1チーム最低2名以上の実働体制
活動場所 および住所	<ul style="list-style-type: none"> ・本庁 ・県（保健所） ・市町村（区） ・その他
集合日時 場所 担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・日時：平成 年 月 日 () 時 ・場所： ・担当者名：
主な依頼内容	<ul style="list-style-type: none"> ・活動場所：避難所 ・ 在宅 ・ 仮設住宅 ・その他 () ・活動内容： ・活動体制：○24時間もしくは長時間勤務の可能性大 (日頃まで) ○日中活動が中心 ○その他 ()
一般的な物品以外に必要と考えられるもの	(例：車、防寒具、寝袋など)
被災地の現状 (月 日現在)	<ul style="list-style-type: none"> ・被害状況：死者 名・負傷者 名 ・全壊（全焼）家屋数 戸 ・ライフライン：・電気 ・水道 ・ガス ・道路・交通： ・医療体制： ・在宅ケアシステム： ・派遣要請計画（規模等）： ・その他：
派遣要請自治体 名連絡先・ 担当者名	
その他	

表6 「地域保健関連情報概況 例 (本庁・保健所版)」

(平常時作成、被災時情報提供)

作成 年 月 日

自治体名 (県・市・保健所名)						
管内概況 (全体) 人口動態	総人口 世帯数 %	人 世帯	高齢化率 出生率	%		
保健師総数						
保健師所属部署						
保健師数						
派遣活動従事部署 (統括部署○ その他担当部署○)						
市町村・区名						
人口						
世帯数						
高齢化率 (%)						
出生率 (%)						
保健師数						
避難所設置数 (予定)						
地域保健活動 (通常時)						
地域保健活動 (災害時計画など)						
備考						

表7 「地域保健関連情報概況 例 (市町村・区版)」

(平常時作成、被災時情報提供)

作成 年 月 日

自治体名 (県・市・保健所名)						
自治体保健師総数						
避難所設置数(予定)						
保健師所属部署名						
保健師数						
派遣活動従事部署 (統括部署◎その他 担当部署○)						
地域概況 人口動態	総人口 世帯数	人 世帯	高齢化率 出生率		%	%
地理・地勢・気象						
交通						
産業						
その他						
地区保健活動 (通常時)						
地区組織活動 (自治会、健康推進 委員、災害支援自治 組織など)						
災害時保健活動 (防災計画、保健活 動計画、要援護者対 策など)						
備考						

2. 阪神・淡路大震災以降の派遣保健師活動

1) 過去の地震災害時における県外派遣保健師の活動

過去、派遣保健師による支援を実施した地震災害時における被害状況、被災地における主な保健活動、および派遣保健師の投入実績の概況について示した（表8）。

都市直下型で甚大な被害を及ぼした、平成7年の阪神・淡路大震災時は、災害救助法の適応となった自治体の保健所管轄数は12か所と広域におよび、被災地全体で1,100か所を超える避難所が設置され、1か所当たりの避難者人数も4,000名以上に達する規模であった。全国規模による保健師の県外派遣支援については、阪神・淡路大震災が初回の実施であった。当時の派遣に係る経緯は、被災後に被災地自治体である兵庫県と神戸市の保健師所管課と、旧厚生労働省健康政策局計画課保健指導官が現地査察の結果、被災者の避難所における生活の長期化を予想し、巡回健康相談などの保健活動の需要が高まると判断したため、平成7年1月26日付け（被災10日目）の保健指導官の事務連絡にて、各都道府県保健師所管課長あてに保健師の派遣が要請された。結果、県外保健師は被災後15日目から総延べ人数9,732人の支援を得て、避難所の巡回健康相談、仮設住宅への訪問指導、被害が甚大な地域の家庭訪問指導などを中心に被災者の健康生活支援を展開した。派遣保健師の現地配置については、兵庫県と神戸市の所管課が協議し、被害規模の大きい神戸市へ配置比重を大きくした²⁾。

全国規模による派遣保健師の支援が、2回目となった平成16年の中越大震災以降は、派遣要請の判断および、県外から被災地に入る保健師の時期は早期化している（表8）。

各災害後に新たに取り上げられた二次的健康課題（エコノミー症候群、ノロウイルス、熱中症、廃用性症候群、クラッシュ症候群、PTSD、孤独死等）は、一般的な被災者への緊急的な支援活動や、集団生活に関連する感染症対策などに加え、予防的支援が必要とされる新たな健康課題として、その取り組みが求められた。これらの健康課題は、被災規模に関わらず、被災地の保健活動として予防的支援のあり方が早期から問われるため、被災地に必要とされる予防を含めた保健活動内容は、量的にも、質的にも多様化し、そのスピードも加速化しているといえる。今後も災害が発生し、このような多様なニーズに対する支援へ、被災地職員の限られたマンパワーのみでの対応が困難な場合は、応援・派遣保健師などによる専門職の外部支援投入の必要性が生じる可能性がある。

しかし、全国規模の派遣要請によって、全ての自治体から協力が得られたとしても、その最大数は約150～200名規模という実態であることについても考慮する必要がある。すなわち、外部支援者との協働支援が予測される被災時において、被災地自治体保健師および派遣保健師が、初期および中長期的にどのような役割分担のもと保健活動の支援体制をとるのか、各自治体の実情に基づいて具体的なシミュレーションを行い検証する必要がある。

2) 都市型災害および地方型災害における派遣保健師活動の特色

阪神・淡路大震災時の、神戸市内の1行政区にあたる東灘保健所（当時）では、管内人口約19万人のうち、避難者数のピーク（被災後7日目）は6万人以上、避難所数140か所（最大4,000人規模）である。さらに、避難所の推移は、被災後1カ月後100か所（16,330人）、2カ月後97か所（9,528人）、6カ月後70か所（2,341人）であり、被災後半年を経過し仮設住宅への移行が開始しても、多数の避難所および避難者が存在した。

表8 過去の災害時における被害状況および県外派遣保健師投入実績

地震 (発災時期)		阪神・淡路 大震災 (H7.1)	新潟県中越 大震災 (H16.10)	能登半島 地震 (H19.3)	新潟県中越 沖地震 (H19.7)
被害 状況	死者数	6,402	67	1	11
	負傷者数	40,092	4,700	318	1,900
	最大避難者数	316,678	103,000	2,624	12,483
	最大避難所数	1,153	603	47	116
被災地活動	要支援者確認	5日目～	1日目～	1日目～	1日目～
	在宅調査訪問	15日目～	12日目～	2日目～	5日目～
	仮設訪問開始時期	2ヶ月後～	1.5ヶ月後～	1ヶ月後～	1ヶ月後～
	被災後に新たに注目された主な健康課題	・クラッシュ症候群 ・PTSD（こころのケア） ・孤独死	・エコノミー症候群 ・廃用性症候群	・ノロウイルス	・熱中症
派遣保健師の活動実績	派遣投入保健所数	12	4	1	1
	派遣活動開始日	15日目～	4日目～	8日目～	3日目～
	派遣延べ人数 (a)	計 9,732 1,793 兵庫県 7,939 神戸市	5,585	256	3,538
	活動期間 (日) (b)	89 兵庫県 150 神戸市	61	15	51
	派遣保健師平均人数/日 (a/b)	20.1 兵庫県 52.9 神戸市	91.6	17.0	69.4

避難所内に設置された救護所の閉鎖は、当時、神戸市内の他区の被災地に比べ最も早い実施であったが、その時期は被災後2.5か月後の3月末である。このような甚大な被害状況に対し、被災地自治体の保健師数は12名、被災後15日目から県外派遣が開始により得られた保健師数は1日あたり10～12名（5～6か所の自治体）であった。そのため派遣保健師による支援が開始された以降の時期においても、1か所の避難所内において保健師が常駐体制で被災者支援を行うことや、保健師のみのマンパワーで在宅全戸訪問調査などを実施することなどは不可能であった。在宅全戸訪問調査の実施時には、一般ボランティアなどを含む多数の職種の協力を得て、第1段階の安否確認ののち、支援の必

要性（可能性含む）のある世帯が把握された段階で、保健師による訪問を実施した。すなわち、これらの調査全体の準備を含めた運営と、フォローアップによる支援を、被災地保健師が主に担っていた。また避難所を含めた地区活動については、被災地保健師の地区分担地域を基準に、区内を3か所に分け（4保健師担当地域）、被災地自治体保健師4名と県外派遣保健師3～4名のチーム制で、その地域内にある避難所、在宅、仮設住宅への支援を行った。

一方、平成16年の中越大震災以降における地方型災害への県外派遣保健活動においては、被災規模に比して、全国規模による多数の保健師の動員がなされた。保健活動の体制においても、地方型災害では被災地域内に設置された一定以上の規模のほとんど全ての避難所へ、派遣保健師などの2名以上の常駐配置制をとり、避難所を拠点とした被災者支援を実施している。

平成17年に「災害時の保健活動～保健師の派遣と受け入れの指針～」³⁾で示された県外保健師の派遣要請の目安は、避難所を基準にした場合「3人保健師／1,000人以上の規模の避難所」、在宅訪問活動などによる基準としては「1人保健師／20～30世帯」であった。

ただし、在宅訪問活動などの地区活動においては、地域特性により変動を考慮することが必要である、すなわち、住宅が密集している都市部や、地域の土地の理に詳しい保健師による訪問であれば20～30世帯／日が可能であるが、住居が点在している地域や、土地勘の乏しい他都市等の保健師による訪問は10～20世帯／日と減少する。

これらが、過去に示された派遣保健師の要請に関連する基準であるが、阪神・淡路大震災以降に発生した地震災害は、被災地における1ヶ所あたりの避難者数は数十人～数百人という比較的小規模な避難所が多数設置されるという地方型災害であり、派遣保健師の要請規模を、どう判断するのかという点において被災地本庁において苦慮している実態があった。そこで、過去の「都市型地震災害」と、「地方型地震災害」における1保健所管内あたりの被災状況と派遣保健師の投入実態の比較検証を行うため、阪神・淡路大震災時の災害救助法指定地域内の1保健所管内における実態と、地方型災害における保健所管内における実態について示す（表9）。なお、いずれの地震災害時においても実際の保健活動の実施においては、県外派遣保健師以外に、県内応援保健師や看護師、ボランティアなどの多数の関係支援者も加わって保健活動は行われているが、ここでは派遣保健師の活動の検証のため、被災地保健師および県外派遣保健師数のみの比較とした。

都市型災害と地方型災害では、被災直後から保健活動の活動形態（体制）そのものが大きく異なっている。1派遣保健師数あたりの避難者数を地方型災害での実績を基準に求めると、阪神・淡路大震災規模での災害発生時には、確保困難な人員数を要請してしまうことになり、留意が必要である。このように考えていくと、表9の派遣保健師実績からもわかるように、平成19年7月の新潟県中越沖地震においては、保健師の投入数が過剰であったことは否めない。

表9 都市型災害および地方型災害時の1保健所管内あたりの派遣保健師実績

地震		阪神・淡路 大震災 (H7.1)	新潟県中越大 震災 (H16.10)	能登半島 地震 (H19.3)	新潟県中越沖 地震 (H19.7)
保健所名		神戸市東灘 保健所	小出保健所	能登北部 保健所	柏崎保健所
管内人口(約)		190,000人	89,000人	82,000人	98,000人
被災地 保健師	管内保健師数 合計	12人 (政令指定都 市)	24人	51人	41人
	県保健所		6	11	5
	市		12	22	33
	町・村		6	18	3
避難所 状況	避難者ピーク(a)	60,700人	36,435人	2,363人	11,985人
	避難所最大数(b)	140か所	220か所	33か所	86か所
	ピーク時の規模 (最大規模)	1,000人以上 19か所 (4,000人)	100人以上 72か所 (500人)	100以上 8か所 (300人)	100人以上 10か所 (500人)
派遣 保健師	派遣保健師 延べ人数	1,163人	2,702人	256人	3,538人
	派遣保健師数/1日 /保健所	2~12人	2~83人	8~20人	8~119人
	平均人数/1日 /保健所(c)	10.0人	44.0人	17.0人	69.4人
	避難者数 /1派遣保健師 (a/c)	6,070人	828人	139人	173人
	避難所数 /1派遣保健師 (b/c)	14.0か所	5.0か所	1.9か所	1.2か所

(注: 保健所名称および概況等は災害発生当時のもの)



神戸市東灘保健所 派遣保健師との活動例(阪神・淡路大震災時)

平常時の地区分担地域を基準に区内3地区(地区担当保健師4名)を、派遣保健師3~4名との合同チーム編成とし、各地区内における避難所、在宅、仮設住宅などへの活動に従事した。被災以前からの継続ケースや複雑困難な調整や継続的支援を要する活動等は主に被災地保健師が担当し、被災後の新規把握ケースなどは派遣保健師が主に担当する等の分担も図った。

3. 過去の地震災害時における保健師派遣活動実績からみたマンパワー

都市直下型災害においては、被災直後から避難所数や規模および減少に転じるまでの期間の長さなどその被害は甚大である。過去の阪神・淡路大震災においては、「避難者数 1,000 名規模／1箇所あたり保健師 3名」³⁾という前例基準で掲げた避難所数を対象に必要保健師数を単純算出すると、避難所数 1,153 か所に対し、3,000 名を超える保健師が必要となる。しかし、県外から最大に得られる保健師数は多くとも 150～200 名以内と予測され、算定上の必要人数の確保は現実的には困難である。また、200 名規模の保健師の支援を受けた場合も、その個々の保健師からの問い合わせや、調整依頼事項などに対し、被災地の限られた保健師マンパワーで、どのような対応ができるのかについても合わせて考えることが必要となる。

平成 19 年の新潟県中越沖地震時は、新潟県庁では発災後の 5 時間以内には県外保健師の派遣要請を判断し、全国への照会を開始しているが、最も早く県外保健師が被災地支援に入ったのは災害後 3 日目（4 自治体 8 名）である。その後、派遣保健師数は日を追うごとに増加するが、おおむね 100 名規模（50 自治体）の保健師の確保が可能となるまでには約 2 週間を要している。大規模な災害発生時に、多数の保健師の確保の必要性を判断し、全国規模による派遣要請を行った場合においても、被災直後の約 3 日間は被災地自治体内の職員のみでの対応が迫られるのである。被災後に最も混乱が生じ、多数の支援者を必要とする時期である被災後の 2 週間以内には、得られるマンパワー数には限界がある。

参考事例（H.19.7.中越沖地震時）

新潟県庁では、地震発生後 5 時間以内に県外派遣要請を判断し、厚生労働省から県外自治体へ派遣照会が開始された。その結果、災害後 3 日目から 4 チーム（保健師数 8 名）が初陣として被災地へ入り、その後も日を追って増加するが、50 チーム（100 名）規模の派遣人數に達するのには約 1 週間を要している。

また、最大ピークは 24 日目の 52 チーム（119 名）であった。

➤ このことから各自治体の派遣要請計画には以下の点に留意が必要である。

甚大な被害に対し全国規模の県外保健師の派遣要請を実施した場合でも・・・

・直後の混乱期から 3 日目までは被災地自治体内職員のみでの対応が必要となる。

・100 名規模でのマンパワーが得られるには約 2 週間を要する。

・得られる最大保健師数は 150～200 名以下である想定も必要である。

V. まとめ

1. 被災時における保健活動

1) 派遣保健師を含む被災地活動の原則

災害発生時における保健活動の目的は、被災地住民の生命と安全の確保を図り、被災による被害を最小限にし、被災後の二次的な健康障害の予防を図り、早期に被災地および被災者の復興をめざすことにある。

地区分担制を基本とした地区活動であること（被災地の地区特性を加味）、個別・集団の双方向への支援であること、中長期にわたる予測性を持った計画的・継続的な支援であることなどを忘れてはいけない。派遣保健師は、被災地住民および職員に対する直接的支援を主とし、指示命令系統の主は被災地自治体（被災地自治体の求める活動）であることを踏まえながら、保健師の専門性を発揮した自己完結型活動をおこなう。つまり、被災後の健康課題を収束化し、可能な限り早期に被災地保健師へ活動を引き継ぐことを目指すである。住民に最も身近な被災地市町村における活動は、地区担当保健師などが中心となり、平常時の地区担当制を考慮しながら避難所を含む地域全体に対し、応援・派遣保健師、医療チーム、他職種、住民リーダー等と連携し、必要な支援を提供できる体制をつくるという視点が必要である。

2) 所属別の主な役割

災害発生時は混乱し、誰が何をするべきかを明確にしないまま経過すると、活動および業務の氾濫を招きかねない。それゆえに各々が役割を認識し、その役割を果たしつつ災害時保健活動を展開することが必要となる。

3) 保健活動の内容

被災時の保健活動は、次に示す「直接的支援」（表10）、「情報収集・分析、ニーズ集約、計画策定・評価」（表11）、「関係機関連携」（表12）を前提として一貫した中長期にわたる継続的支援が必要となる。これらを踏まえて受け入れ体制、支援体制を早期に構築する。

表 10 直接的支援

避難所	環境面	避難生活環境全般の把握と必要な調整
		感染症、食中毒等の予防のための衛生、防疫資材の供給
		感染症などの患者の隔離、清潔、消毒の指導や実施
	運営面	避難所責任者、代表者などとの連携による支援体制整備
		被災状況や避難状況に関する情報収集・報告
		医薬品、防疫薬品、衛生材料などの管理
		水・食料品等の保管や消費に関する衛生管理
		関係者ミーティング（避難所責任者、代表者など含む）
		要援護者の管理台帳等記録ファイルの作成（系統的管理）
		保健・福祉・介護保険等各担当部署などとの連携・調整
		必要な職種やマンパワー量の見極めと投入（提案）
		避難所運営状況に関する関係担当部署への報告・連携
	住民支援	避難勧告、指示の周知、避難誘導
		救護所や福祉避難所等の調整・連携
		巡回健康相談などによる要援護者把握
		療養指導や他職種連携などを要する避難者への支援活動
		感染症予防（うがい・手洗い励行、予防接種等）対策
		避難者の健康調査など健康状況把握
		二次的疾患予防対策（健康相談、健康教育、健康診査等）
		避難所から仮設住宅などへ移行するケースの処遇調整
		長期的な避難所生活者を要する被災者に対する健康相談
	情報管理 プライバシー	医療・保健・福祉・医療関連情報の提供体制整備と周知
		マスコミ取材等への対応体制整備（プライバシー確保）
在宅・テント等	要援護者把握	在宅要援護者の所在および安否確認
		車中・テント泊などの把握とエコノミー症候群予防支援等
		要援護者への個別支援（医療・服薬管理、サービス調整等）
		訪問による健康に関する調査
	住民代表連携・調整	自治会などの地域代表住民との連携・調整
住宅仮設	要援護者把握	入居者の健康調査、要援護者等の継続的支援
	コミュニティー支援	自治コミュニティー代表住民との連携・調整
		コミュニティー支援（集団健康教育、つどいの場の提供等）
他	通常業務実施	各種保健事業の再開
	職員健康管理	職員の健康管理（休息確保、健康相談、検診など）

表 11 情報収集・分析、ニーズ把握、計画策定・評価

情報収集、ニーズ把握	被災に関連する情報収集・分析・整理、資料化
	被災者支援に関する活動記録・集計・統計
	被害が予測される人・集団・地域のリストアップ
計画策定・評価	フェーズ各期における支援活動計画策定と実施・モニタリング・評価
	健康状況把握のための調査や健康診査等の実施の検討および準備
	医療チームや応援・派遣者など外部支援活動収束化へ向けた検討や調整
保健事業計画調整	通常業務再開へ向けた検討・調整（中止・延期・変更・応援要請など）
	応援・派遣など必要な職種やマンパワーの算出と調整

表 12 関係機関連携

所内対策本部	被災地および活動状況等の所内対策本部への報告
	所内対策本部での支援対策方針決定および初動体制づくり
	情報提供体制の確立と周知
関係機関	医師会、医療班の調整および巡回医療計画などの連携・調整
	保健・福祉・介護保険等各担当部署等との対策検討
報告 引き継ぎ	関係者間ミーティング（連絡会議などの実施）
	派遣職員・ボランティアなどから被災地職員へ活動記録等の引き継ぎ

4) 関係機関および住民・コミュニティーを取り巻く体制

被災地市町村における保健活動の体制は、地区担当保健師が中心となり、平常時の地区分担を考慮しながら避難所を含む地域全体に対して、応援・派遣保健師、医療チーム、他の関係職種、住民リーダー等と連携し、被災地活動の早期体制確立を基本とする。

応援・派遣保健師などの支援者は、被災地内での直接的支援を中心に担い、被災地自治体保健師はこれらの活動の調整、関係機関との連携、および被災地保健計画の策定、評価に取り組む（図 3）。

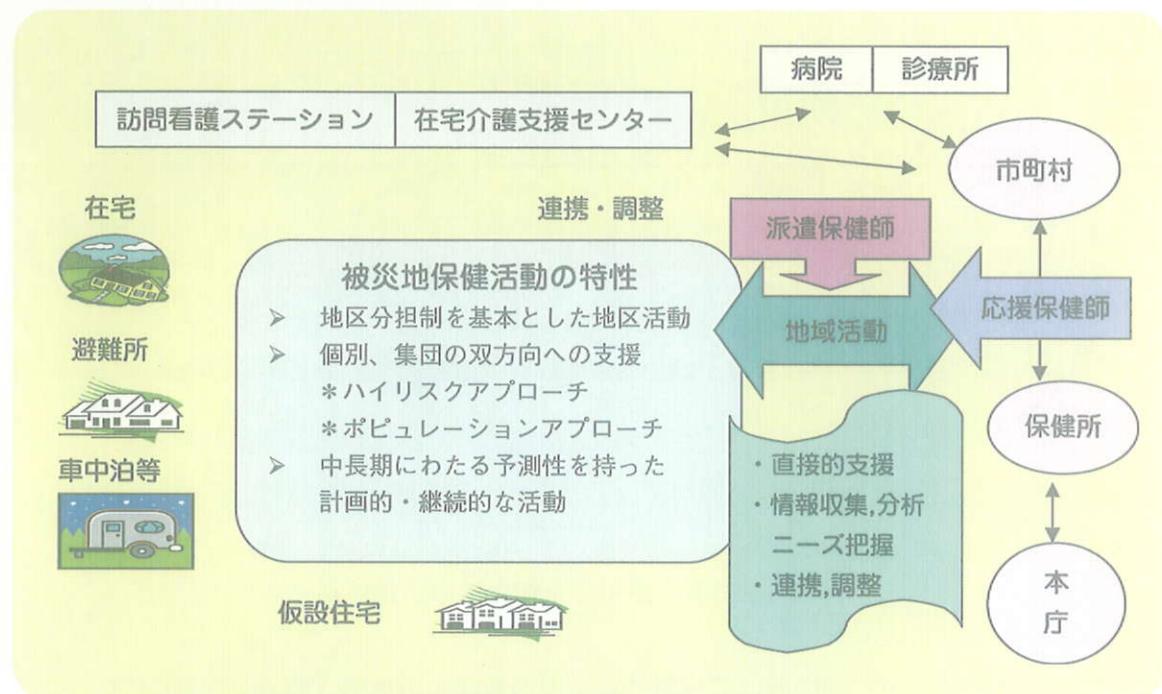


図3 被災地保健活動に関する関係機関および住民・コミュニティー

5) 被災地自治体における保健活動体制の確立

～保健所保健師機能強化体制整備と派遣保健師との関連～

被災地保健所保健師と県内の応援保健師を含む「拡大被災保健所保健師^{※1}」による被災地保健所体制強化のための整備を図ることが重要である⁴⁾。この拡大被災保健所保健師は、被災市町村保健師を支援する役割と、外部支援者となる県内応援保健師および県外派遣保健師の活動に対して、被災地保健所保健師としての調整役割を果たす。なお拡大保健所保健師は、外部支援者と被災地住民へのコーディネーターとしての役割も期待されるため、地域の実情の理解があると活動支援に効果が期待できる。そのため、被災地自治体での職歴がある等の条件に見合う保健師の配置が望ましい（図4）。

被災地の保健所は、そこの市町村を管轄し、地域特性や市町村の（業務）特性を把握しているため、担う役割が大きいといえる。被災地保健所内の管理的・統括的な立場にある保健師が統括者となり、被災地保健活動全体を統括する。被災自治体の災害対策全体の推移、保健活動全体の推移などをとらえ、統括者としての指示、活動および計画策定に対する助言、管内市町村および本庁への連携・調整などを中心的に担うことが必要となる。被災地域保健所管内の状況などの理解がある、あるいは被災活動経験がある県内の応援者を選抜し、被災地の保健活動推進の中核を担う統括者の補佐的役割をもつリーダー保健師を配置したほうが、統括者の負担が莫大にならない。

※1 拡大被災保健所保健師：被災地保健所保健師とその保健師の支援を主担当とする県保健師。

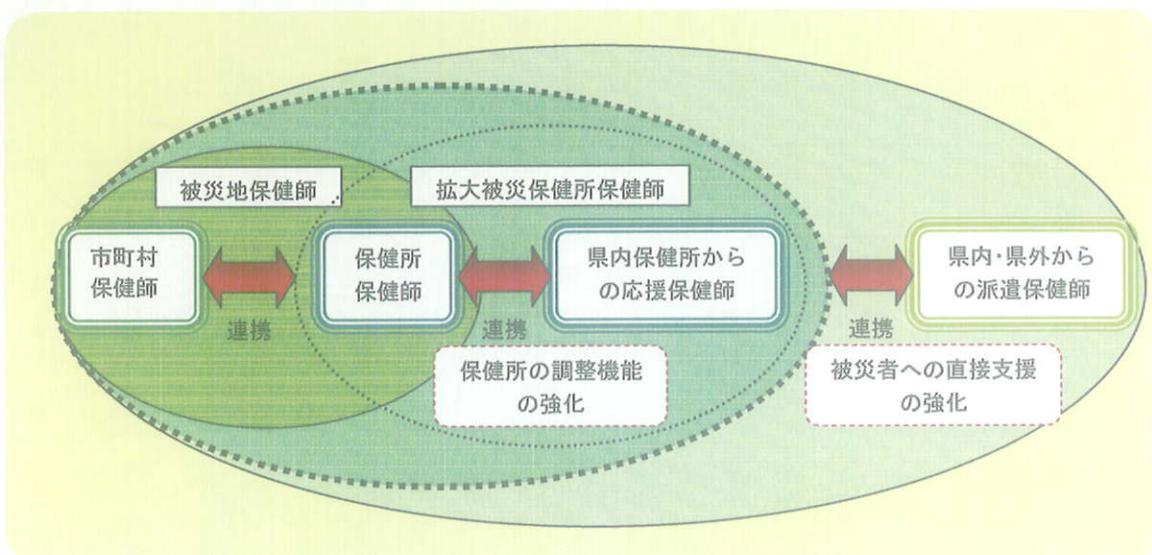


図4 派遣者を活用した被災地の活動体制

また、被災地市町村内において設置される現地看護対策本部（仮称：保健活動の中核本部となるところ）へ担当者として県保健師を配置する。このことにより被災地市町村自治体のリーダー保健師の補佐役を担い、被災地保健活動全般への助言や、派遣保健師など外部支援者との協働体制の確立や調整、都道府県保健所とのパイプ役などを担う。

6) 被災地市町村保健師による初期の活動例（中越沖地震時：刈羽村）

刈羽村（人口約5千人、PHN3人）保健師は、被災直後から地域へ足を運びその実態をとらえた。その結果、応援者の必要性を早期に判断し要請を図った。また、被災地の状況に応じた必要な活動体制を整備しつつ、被災後1週間以内に保健活動の重点を避難所から地区全体の活動へとすすめている。被災後の混乱・混迷を極める状態に埋没することなく、「とにかく前へ進むことを考えた」という。次へとめざす方向性を持ちながら（予測性）、日頃の地区活動を活かした保健活動の展開が被災地活動においても有効である。



地域へ足を運び…みる・状況をとらえる

被災直後から管内全域を見て回り、被災地全体や被災者の状況が前回の地震の比ではないことを把握した。また、平常時の活動で気になるケースが避難所よりも在宅に多いことをつかんでいた。

一方、被災地の診療所が半壊であることもわかり、村役場の上司を伴い診療所医師を訪ね診療への手立てを共に考えた。

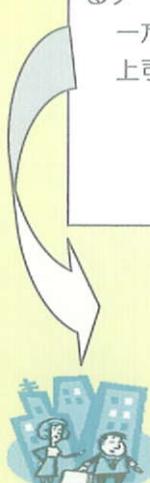


つなぐ…必要なマンパワー等確保、体制整備

一般の避難所での生活には支障があると思われる被災者（要援護者）には、村内のデイサービスセンターへの避難をすすめた。結果、要支援度の高い被災者が多くなり、当センターの支援に対して看護師の配置要請を保健所へ行った。（福祉避難所の早期設置）

⇒発災後4時間以内にここまでプロセスを実施

さらに、発災翌日には応援支援の県職保健師とともに、村の事務所内に看護チーム（本部）を設置し、派遣保健師を含む支援者との被災地活動の拠点とした。



動かす…予測性をみすえた活動の展開

保健活動の重点は避難所から、早期に地区全体の活動へ展開することが必要だと判断し、被災後約1週間で避難所の医療体制整備および看護職員等の配置を実施し、保健師活動は巡回体制を整え、派遣保健師を含む保健活動の重点を地域全般の活動へと早期移行化を図った。



2. 派遣要請時の受け入れ側としての考え方

1) 派遣要請時期

被災地県の派遣要請および調整協力要請に基づき、保健指導室も派遣調整を行うが、どの時期に何の役割でマンパワーが必要なのかを検討することは重要である。発災直後から入ったほうがいいのか、1週間後被災地の保健師の疲労等が蓄積されてくる頃から入ったほうがいいのかなどを考慮して要請を行うことが必要となる。

2) 派遣要請数

被災地の都道府県は、派遣要請数等についての相談を保健指導室へ行いながら、過去の事例を踏まえた上で、被災地が派遣保健師等に対してどのような役割を期待して要請しているのかを整理し、その上で必要なマンパワーを算定する。被災地が県外からの派遣保健師を受け入れる場合、派遣保健師への度重なるオリエンテーションや地域の関係機関との連携、活動後の継続支援の引継ぎ等も必要となるため、受け入れ側として対応出来る範囲の要請数であることが重要である。(派遣保健師の災害時保健活動によって得られた情報、要支援者の引継ぎなどを受けきれない状態となることを避けること。)

3) 派遣要請エリア

被災地県内の対応が困難である場合は、近県および災害協定を締結している自治体から順に派遣調整をおこなう。被災状況によってはマンパワーの不足や長期化が危惧される場合は、さらにエリアを拡大し、全国規模での派遣体制を検討する。この場合、派遣側自治体の準備状況等を勘案する必要がある。また、過去に被災による派遣保健師等の受け入れ経験がある自治体においては、スーパーバイザーの役割として、依頼することも検討する必要がある。

派遣要請エリアについては、上述を原則とするが、広域的な被災および都市直下型の場合は臨機応変に対応する必要がある。

4) 派遣要請（照会）ルートの整理

派遣要請については、被災地都道府県から各自治体に対して行うが、当該都道府県から保健指導室に派遣調整の協力依頼があった場合、保健指導室から健康危機管理担当部署および保健師統括部署へ並行した派遣照会を流し、迅速化を図ることが必要である。また、各自治体においては、派遣を決定する部署が様々であるため、派遣照会による派遣決定が迅速に行えるよう、各自治体において整理する必要がある。(各自治体での正規ルートとなるように、文書転送等をおこなう。)

3. 平常時からの体制整備

派遣保健師等に、被災地の地区概況や地域資源などの情報を提示できると、初めて被災地を訪れる保健師にとって自己完結型活動実践の一助となり得る。被災時に応援・派遣保健師との情報共有が必要となることから、地域保健活動に関連する情報整理を、平常時から市町村管内、保健所管内において取り組むことが必要である。

過去の災害経験から、外部支援者が被災地へ駆けつける時期は早期化されてきているが、被災後の情報収集や整理、共有は難しく、また混乱期には、外部支援者に対して丁寧なオリエンテーションなどの実施も困難である。そこで、被災地の地区概況や、地域資源など、平常時の地域の保健活動などの情報が提示できると、土地勘もなく、初めて被災地を訪れる保健師にとって有用である。

被災時に応援・派遣保健師など、外部自治体支援者との情報共有を想定した地域の情報整理を、平常時から市町村管内、保健所管内において実施することが準備につながり、情報整理のプロセスを通じて、関係職種や機関などを含めて地域を捉えること、被災時に備えた地域のキーパーソンや資源づくりへの働きかけなど連携強化を図ることを日常業務の中に取り入れる視点を持つことが重要である。さらに、シミュレーション研修や、基本的な保健師スキルの向上につながる通常時の現任教育体制づくりの強化も重要である。具体的には以下の要点を参考に、各自治体における具体的な取り組みの充実が望まれる。

1) 派遣保健師との協働支援を想定した体制整備

- ・組織、命令系統、役割の明確化と共有等の事前確認
- ・情報伝達体制の整備
- ・関係機関、支援団体の把握と役割の確認
- ・災害時要援護者の支援体制整備
- ・保健活動計画（ガイドライン、マニュアル）、各種記録等の整備

2) 災害時支援のための平常時からの体制強化

(1) 災害時保健活動ガイドライン、マニュアルの整備

- ・各自治体の地域防災計画との連動
- ・派遣・応援保健師要請手順
- ・外部支援者および他職種などとの役割分担、支援体制計画
- ・既存の計画の定期的な見直しや必要に応じた更新
- ・各種記録様式および管理方法などの検討、整備

(2) 携行物品などのリスト化および準備

- ・自治体として持参する共同装備品（衛生用品・生活用品・活動必要物品・防災用品等）の管理およびチェックリスト化

(3) 自治体における地域情報整備（前述、表6・表7参照）

地域情報に関する地図などの整備（マッピングなど）

【内容例】

- ・管内地区全体および地区担当保健師のエリア
- ・公共施設（県、市町村関連公的機関）
- ・避難所、福祉避難所の場所・規模
- ・医療・保健・福祉関連機関
(医療機関、訪問看護ステーション、介護・社会福祉関連施設、救護所設置場所等)
- ・地区組織（自治会、自主防災組織、民生委員など）
- ・その他（ボランティアセンターなど）

3) 派遣準備体制の整備

(1) 派遣メンバーおよび派遣チームの事前計画（事前登録制など）

各自治体で年度当初に、他都市への派遣支援を想定した計画リストを作成し、各所属長の事前決裁も得ておくと派遣依頼受理後の調整がスムーズになる。

災害が発生し、被災地自治体からの要請を受けてから、自治体内の派遣調整に取りかかると、個々の調整業務が煩雑化し、時間も要するのが一般的である。

神戸市では阪神・淡路大震災以降、被災地自治体首長から直接支援要請の依頼を受けることがあることから、平常時から派遣要請を受理した際に、速やかに派遣支援の開始が可能となるように全市的な派遣計画リストを、年度当初に作成している。リストの作成にあたっては、保健部門の統括者がいる部署を保健師派遣調整窓口として位置づけ、市内の各区から派遣可能な保健師候補者を区長の了解のもとに選出し、全市的なリストを作成している。派遣計画の立案は、急を要する派遣調整の時間短縮が図られるのみではなく、派遣のリスト候補となることで、災害が起これば自らが支援へ行くという意識をより具体的にもつことができること、派遣の際に職場の同意が得られやすいことなどのメリットもある。
(参考資料：神戸市の例参照)

(2) 派遣チームの編成

○不測の事態に備え、最低保健師 2名以上のチーム制とする。

○自治体内で継続的に複数の派遣職員の人員確保が困難な場合は、都道府県保健所や近隣市町村との合同チーム体制をとる。

○保健師が慣れない被災地で移動を伴いながら活動に集中できるためには、地理的条件や業務に応じ運転技師、事務職、専門職等保健師以外との複合チーム編成が効果的であることも考慮した体制が望ましい。

○被災初期や派遣終結期には現地での実態把握、支援内容および今後の見通しなどの的確な状況判断、調整力が求められるため管理職や被災活動経験者などを優先する。

○被災活動未経験保健師の派遣には経験者とペアのチーム編成とする。

派遣チームの編成は、被災地の状況（予測される支援の実態）に応じた流動的な体制が必要である。特に被災後初期段階（概ね1～2週間頃まで）は、被災地自治体も混乱しており、外部からの支援者へ十分な説明などの実施ができない状況に陥るのが一般的である。このような状況下においても、自己判断のもと完結的に複雑多岐にわたる支援を実施するという能力が求められる。

(3) 派遣期間およびローテーション

- 交代による引継ぎが頻回になり、本来の保健活動や支援活動が滞ることを避けるため、可能な限り被災地活動実動日数は4～5日以上の確保が必要である。
- 被災直後は環境、活動実態面（24時間体制等）で厳しい状況にあることを想定し、交代要員の確保のできる人数の増員や派遣期間の短縮等の流動的な編成とする。
- 継続的な支援の実施のために、被災地現地において自治体の次のチームと現地にて引き継ぎができるローテーションが望ましい。

(4) 派遣職員と自治体との連絡報告体制整備いわゆる後方支援体制

（土・日を含む24時間）

派遣保健師が、被災地へ入り活動に従事すると、被災地活動全般にわたる情報の入手は困難になる。そこで、派遣職員が参考になる情報は派遣元自治体において収集・整理し、保健指導室から発信されるメーリングリストの情報も併せて、被災地活動に従事する派遣保健師へ提供できるような派遣元自治体からの遠隔支援によるバックアップ体制を整えることも派遣者に対する有効な支援となりうる。そのための体制整備と機材の整備（無線LAN搭載のパソコンなど）も必要である。

4) 災害時活動に関する研修

災害時の活動は保健師に必要とされる能力を、総合的に用い展開していくことが求められる。活動対象は、被災地の住民（個人・家族・集団）、関係職種、被災地職員など多岐にわたり、個別および集団を捉え、かつ主体的、臨機応変な実践的支援が求められる。また、予測性を持ちながら迅速な活動の展開が求められている。さらに管理的立場にある保健師においては、保健活動全体の体制整備、保健活動計画の策定、災害対策本部などへの提言、人材確保および調整などにおいてリーダーシップを發揮することが求められる。

過去の災害時に取り上げられた二次的健康課題は、被災直後から早期対応のあり方が問われておらず、求められる支援の質・量・スピードともに増している。今後、被災地への支援を行う際には、従来経験したフェーズの各期における活動以上に、より早い対応ができるよう準備体制の強化が求められている。つまり非常時に備え、実践に結びつく力量を高めるために、被災状況などを想定した具体的な事例をもとに判断力を培うためのシミュレーション研修の実施などを系統的に実施することが必要である。また、基本的な保健師活動能力のスキルアップにつながる、通常時の現任教育体制づくりの強化も必要である。

(1) 実務者研修の課題（例）

- ・災害に関する保健・医療・福祉の基本的知識
- ・災害関連の法律および防災計画やマニュアルなど位置づけの理解
- ・災害時における活動体制
- ・災害後の時期別の健康課題の特性および保健活動
- ・被災地活動計画の企画・実施・評価
- ・情報収集および管理について
- ・関係機関との連携の意義と方法
- ・災害に関するこころのケアに関する知識や技術
- ・支援者の健康管理、セルフケア
- ・外部支援者との協働 など

(2) 管理者研修の課題（例）～(1) の実務者研修の内容に加えて～

- ・統括者に求められる能力の理解
- ・災害時保健活動全体の企画・実施・評価
- ・保健活動本部（仮称）の体制整備および運営
- ・災害対策本部など関連中枢機関との連携・調整
- ・保健活動全体の体制整備およびコーディネート
- ・職員の健康管理と適正配置 など

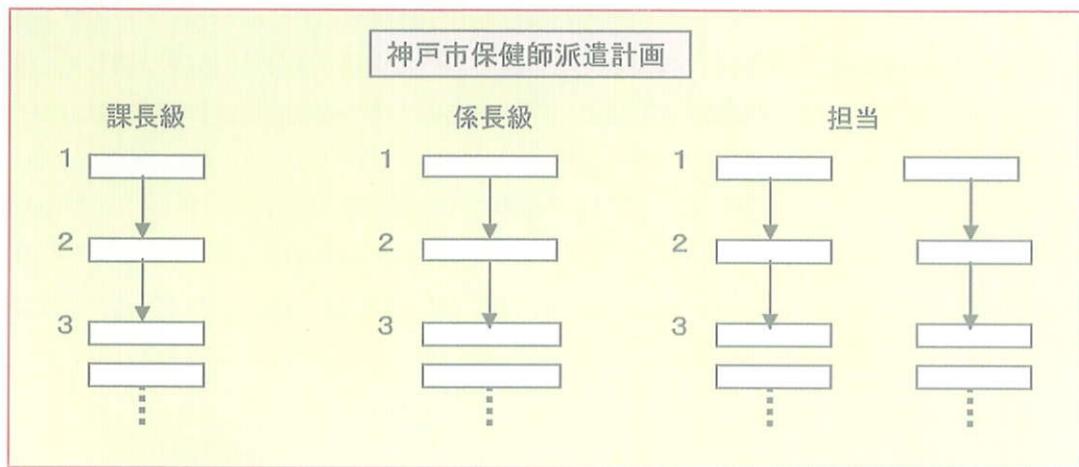
参考資料

1. 災害派遣計画リストの作成・整備（神戸市）

国内で大規模災害が発生した場合、当市では、危機管理室と連絡調整のもと、早期に派遣の必要性を検討し、派遣要請があった際には、ただちに保健師の派遣にかかる事務局を設置し、被災地との連絡調整、派遣計画策定等派遣体制の整備にあたる。

神戸市では、大規模災害発生直後に早期に派遣体制を整えるために、年度当初に本庁衛生部門と各区衛生部門から、課長級、係長級、担当の派遣計画を立案し、事前承認を得るようにしている（図5）。実際に派遣要請があった際には、年度当初の派遣計画に基づき調整を行う。この際、派遣される保健師の心身の状況や職場の状況、家庭状況等に配慮した上で調整を行っている。年度当初に派遣計画を立案し、関係者に周知することにより、各々が神戸市職員として災害が起これば自らが災害支援に行くという意識をより具体的にもつことができること、派遣の際、職場の同意を得やすいことなどがメリットであり、これまでの派遣に活かすことが出来たと考える。

図5 災害派遣計画



* 数字は派遣順

* 課長級、係長級、担当で所属が重ならないよう調整する。

2. 演習形式による研修の例（神戸市）

当市においても震災未経験者が1/3を占めるようになっており、災害時の保健師活動についてイメージがつかみにくくなっている。

災害時の保健師活動をイメージし活動を円滑に遂行することや、現状の活動をふり返り、平常時にどんな活動を行う必要性があるかを考えることが必要であることから、当市においては、経験年数に応じた研修を実施している。研修は毎年開催し、新規採用時は必ず受講、他の職員も何年かごとに受講できるような体制が必要ではないかと考える。今年度は、災害時の保健師活動をイメージできるようにするため、被災地に派遣された保健師からの報告や平常時の活動を検討するなどの内容を取り入れた。

また、※クロスロードを研修に取り入れ、災害時のあらゆる場面を想定して「その時、自分はどう判断するか」ということを考えられるような研修内容も取り入れた（表13）。クロスロードを研修に取り入れることにより、災害時の対応について自分のこととしてとらえ、様々な判断があることを理解することが可能である。

表13 クロスロードを取り入れた研修における事例の一部

課題	
①あなたは保健師係長	災害後24時間が経過。役所にはケガをした市民が対応をもとめている。担当保健師が、担当地区に気になるケースがあり訪問したいと相談を受けた。訪問に行かせる？ YES/NO
②あなたは担当保健師	災害後不眠不休で活動してきたが疲労が増し、限界に近いと感じている。しかし上司も同僚達も一生懸命頑張っている。休みを申しでる？ → YES/NO

【クロスロードについて】

神戸市危機管理室で、文部科学省の研究事業「大都市大震災軽減化特別プロジェクト」により、平成15年3月から阪神・淡路大震災において災害対応した神戸市職員のビデオインタビューをおこなった。このインタビューで、職員が対応に悩み、苦しんだ対応をカードにまとめ、ゲーム形式としたものがクロスロードである。クロスロードは京都大学防災研究所矢守准教授のほか、慶應義塾大学吉川肇子准教授、ゲームクリエイターの綱代剛が研究開発したものである。災害対応において職員が経験したジレンマの事例をカード化し、研修を受ける職員がその事例を自らの問題として考え、YES/NOで自分の考えを示し意見交換を行うことで、様々な意見や価値観を参加者同士が共有することを目的にしている。

VI. 地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針（別添）

災害時発生時に、より迅速かつ効果的に、被災都道府県内外の応援・派遣保健師を受け入れながら、被災地の保健師と協働した支援をおこなうためには、被災時における保健活動の基本的事項や、応援・派遣要請の判断基準となるもの、派遣終了の判断目安となるもの、平常時における体制整備等についての認識の共有化が必要である。

この指針は、被災地となった場合を想定して、平常時からの準備も含め、災害時においても基礎資料となることを期待し、減災や復興を目指すための活動支援指針としたい。

VII. おわりに

前触れなく突然襲いかかり、一気に「平常」を「異常」にしてしまう地震災害を前に、自治体職員として何ができるのかを改めて考えなければならない。災害の規模が大きくなると、被災地の職員はもとより、支援者であるはずの保健師も被災者となり、非常時への対応には限界が生じ、近隣あるいは全国規模による保健師の派遣支援が不可欠である。

平成7年の阪神・淡路大震災以後、新潟県下の2回の地震、能登半島沖地震などの度重なる派遣活動の経験もあって、災害が今度は地元で発生したらという危機感を持って、災害に備えた体制整備に必要性についても重視するようになってきた。

本検討会では、被災し受け入れ側となった場合に、混乱しつつも迅速かつ効果的に保健活動を展開していくための支援体制のあり方として、「地震災害時における派遣保健師の受け入れ指針」を作成した。

検討会の議論の中では、地震の規模や質、被災状況など、様々な要因が絡み合った中で災害時保健活動を展開しなければならないこと、一概には派遣要請人数が決められないのではないかということ、しかしながらある程度の基準を示す必要はあるのではないか、等があげられた。また、都市型災害と地方型災害では、災害時保健活動の展開方法は違ってくるであろうし、それらと一緒に検討した基準が本当に役立つかどうかという点も指摘された。そして被災による2次的健康被害を最小限にするためには、地域の実情にあったものが必要であること、最終的には、何をもって判断するのか、どの時点でどんな判断を下さなければならぬかを把握しておくことが必要なのである。

実際には、指針はあくまでも過去の実例に基づく基準であり、被災地の状況に合わせて判断し、臨機応変な対応が求められることになる。是非平常時からの準備体制を構築し、災害時のより具体的なマニュアル等を作成することにこの指針が活用され、役立つことを期待したい。

最後になりましたが、本報告書ならびに指針の作成にあたり、貴重なご意見やご示唆を頂戴いたしました、多くの関係者の皆様に心よりお礼申しあげます。

検討会開催要綱

平成 19 年度「地域保健総合推進事業」

地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

平成 19 年 7 月に発生した新潟県中越沖地震および、派遣保健活動を実施した地震災害時における活動について、被災地および応援・派遣保健師の活動実態の検証から、地震災害時における効果的な被災地への支援方法を明らかにし、今後の各自治体における支援体制づくりに活かすことを目的とする。

2. 実施主体

財団法人 日本公衆衛生協会

3. 検討内容

- 1) 支援活動の実態分析
- 2) 被災地自治体保健師への聞き取り調査
- 3) 県内応援保健師への聞き取り調査
- 4) 県外派遣を実施した自治体への聞き取り調査
- 5) 被災時における支援方法の方向性、平常時における準備について明らかにする
- 6) 調査結果を踏まえ、「地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針」を作成する

4. 検討会構成員等

- 1) 検討会構成員は次ページのとおりとし、うち 1 名を座長とする
- 2) 検討会構成員の任期は、平成 20 年 3 月 31 日までとする

5. その他

- 1) この検討会は、平成 19 年度地域保健総合推進事業によるものである
- 2) 会議は原則として公開とする

構成員名簿

相木 直美（石川県健康福祉部健康推進課）

大図 久美子（柏崎市元気支援課）

○ 奥田 博子（国立保健医療科学院公衆衛生看護部）

佐々木 隆一郎（長野県飯田保健所）

坪川 卜毛子（新潟県福祉保健部福祉保健課）

内藤 康子（刈羽村住民福祉課）

野々村 久実枝（神戸市保健福祉局健康部地域保健課）

山崎 理（新潟県福祉保健部健康対策課）

山田 秀子（新潟県柏崎地域振興局柏崎保健所）

(○：座長、五十音順・敬称略)

引用・参考文献

- 1) 奥田博子、宮崎美佐子、井伊久美子：自然災害発生時における保健師の派遣協力の実態と今後に向けての課題、保健師ジャーナル 63 (9) 810-815. 2007
- 2) 中野則子：阪神・淡路大震災の経験を生かした広域連携のあり方、平成 18 年度地域保健活動復旧等委託費広域的健康危機管理対応体制整備事業「広域的健康危機管理事例集」、日本公衆衛生協会、15-30. 2007.
- 3) 井伊久美子、宮崎美砂子、奥田博子：災害時の保健活動－保健師の派遣と受け入れの指針－、新潟県中越大震災被災者の健康ニーズへの緊急時及び中期的支援のあり方の検討、新潟県中越大震災を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究（主任研究者：近藤達也）、平成 16 年度分担報告書別冊、1-8. 2005.
- 4) 宮崎美砂子、奥田博子、牛尾裕子、春山早苗、森下安子、藤谷明子、本間靖子：被災時に必要な保健師マンパワー算定基準の試案作成（第 2 報）、自然災害発生後の 2 次的健康発生防止及び有事における健康危機管理の保健所等行政機関の役割に関する研究（主任研究者：大井田隆）、厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）平成 19 年度総括・分担報告書、取りまとめ中. 2008.
- 5) 宮崎美砂子、奥田博子、牛尾裕子、春山早苗、藤谷明子、本間靖子、井伊久美子、森下安子：被災時に必要な保健師マンパワー算定基準の試案作成、自然災害発生後の 2 次的健康発生防止及び有事における健康危機管理の保健所等行政機関の役割に関する研究（主任研究者：大井田隆）、厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）平成 18 年度総括・分担報告書、109-122. 2007.
- 6) 宮崎美砂子、牛尾裕子、春山早苗、錦織正子、松永敏子、藤本眞一：地域の健康危機管理における保健所保健師の活動指針、地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究、厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）、1-31. 2005.
- 7) 宮崎美砂子：派遣目的と派遣調整、平成 19 年度広域的健康危機管理対応体制整備事業災害時の保健活動に係る広域連携のあり方に関する報告書、日本公衆衛生協会、2008.
- 8) 宮崎美砂子、奥田博子、牛尾裕子、春山早苗、本間靖子：健康危機管理における保健師のキャリア・ラダーの検討（主任研究者：佐伯和子）、厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）平成 18 年度総括・分担報告書、17-25. 2007.
- 9) 全国保健婦長会兵庫県支部：全国の保健婦に支えられて、阪神淡路大震災保健婦活動編集委員会、1995

- 10) 全国保健師長会：平成17年度地域保健総合推進事業報告書、「大規模災害における保健師の活動マニュアル」阪神淡路・新潟県中越大震災に学ぶ平常時からの対策、2006.
- 11) 新潟県：災害時保健師活動ガイドライン、2005
- 12) 厚生労働省健康局総務課保健指導室：新潟県中越大震災における保健師活動について中間報告集、2005
- 13) 全国保健師長会新潟県支部：7.13新潟豪雨災害及び中越大震災における新潟県の保健師活動記録、2005
- 14) 神戸市東灘保健所：阪神・淡路大震災の記録—東灘保健所の活動報告—、1996.
- 15) 神戸市衛生局：阪神・淡路大震災神戸市災害対策本部衛生部の報告、1995.

平成19年度地域保健総合推進事業
「地震災害時における効果的な保健活動の支援体制の
あり方に関する検討会」報告書

発行日 平成20年3月

編集発行 地震災害時における効果的な保健活動の
支援体制のあり方に関する検討会

財団法人 日本公衆衛生協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605

印 刷 (株)ニッポンパブリシティー

平成19年度地域保健総合推進事業



地震災害時における効果的な保健活動の
支援体制のあり方に関する検討会報告書