

自然災害時における保健師の役割

奥田博子

国立保健医療科学院公衆衛生看護部

**Support Activities of Suffering from the Natural Disaster
by Public Health Nurse**

Hiroko OKUDA

Department of Public Health Nursing, National Institute of Public Health

抄録

目的：過去，国内で発生した自然災害時における，保健師による被災地支援活動の現状と課題を明らかにする。

材料と方法：阪神淡路大震災（1995年）以降に発生した国内の自然災害（10事例）において，保健師の支援活動の実践および全国県外保健師の派遣支援の実態に関する各種記録，活動報告書などを対象とする。

結果：被災時の保健活動は，被災の影響や地域特性に応じて，被災後の直後から中長期にわたり実施される。保健師は，これらの過去の災害時にみられた健康課題やその対応，被災規模による活動方法の違いなどの理解を深めることが必要である。また平常時から，限られた人員での支援を前提とした，具体的な活動計画策定が必要である。

結論：被災時に，迅速かつ効果的に専門性を発揮した活動を行うため，特に県保健所は，被災地自治体活動の支援拠点として，情報連絡体制，指揮命令系統の確立や，職員の動員方法などの機能充実を図ることが求められる。

キーワード：健康危機管理，自然災害，保健師，被災支援活動

Abstract

Objectives: In this article, the present status and issues of support activities for the suffering from natural disasters by public health nurse in Japan.

Methods: The subjects of this study includes analyzing data collected through the public health nursing activities reports for 10 natural disaster reviewed issues in Japan, and which were after the Great Hanshin-Awaji Earthquake at 1995.

Results: In order to establish effective cooperation, it is important to standardize the meaning of support activity of suffering from disasters by public health nurse. In particular, we need to identify differential activities between urban or wide disasters area and rural or small disasters area. In addition, in view of the possible personnel shortage, for the prompt and adequate initial reaction to be successful, we should prepare the strategy of the detail planning of the disaster preparedness.

Conclusions: Public health centers are required to function as information centers. It is necessary for the staff of authorities concerned to raise awareness of public health nursing activities for the natural disaster.

Keywords: health crisis management, natural disaster, public health nurse, support activity of suffering from disasters

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

TEL : 048-458-6235 FAX : 048-469-7683

ohiroko@niph.go.jp

1. はじめに

昨今、国内外の各地で、被害の甚大化した自然災害が頻発し、多数の人命や財産が奪われるという事態が生じている。このような災害時に保健師は、被災直後から中長期間にわたる様々な支援活動を担ってきた。また被災による被害規模が大きく、自治体内の職員による対応に限界がある場合には、被災地域外の自治体保健師による派遣支援の経験もある。過去、国内において全国的規模の自治体保健師による派遣支援が実施されたのは、1995年の阪神・淡路大震災、新潟県下の2回の地震（2004年中越大震災、2007年中越沖地震）の計3回である。このほかにも、近隣自治体や災害協定に基づく自治体から派遣者を得て支援を行った災害事例は多数存在する。そのため、一定規模をこえる被害が発生した災害時には、自治体の枠を越えた広域支援の必要性があるという認識も高まってきているといえよう。しかし一方で、保健活動の目的や役割の認識、災害に備えた体制などは被災経験の有無などにより、各自治体によって差がみられることも事実である¹⁾。被災時に、迅速かつ効果的に、専門性を発揮した活動を行うためには、災害時における保健活動の実態への理解を深めることが不可欠である。本稿では、過去国内で発生した自然災害時の保健活動および派遣支援の実際と課題について述べる。

II. 対象

阪神・淡路大震災（1995年）以降、国内で発生した自然災害事例のうち、全国派遣保健師活動を実施した災害事例を含む、被災地保健師の具体的な活動内容や課題分析が可能な10事例（表1）を対象とした。

III. 結果および考察

1) 自然災害時の保健活動

(1) 災害のもたらす健康課題と保健活動の目的

被災時の健康課題は、災害の特性によるものと²⁾、避難環境などの二次的要因によってもたらされるものとが混在する。一般的に、自然災害によってもたらされる健康障害

と、阪神・淡路大震災以降に発生した国内の自然災害時に、健康課題としてとりあげられた主な疾患を一覧に示す（表2）。このような、健康課題が発生しうる被災時における、保健活動の目的は、被災地住民の生命や安全の確保を図り、予測される二次的な健康障害の予防に努めながら、被災地の早期復興へ向けた中長期的な支援を行うことである。これらの活動は、発生した災害の種類、規模、時期などによって異なるが、一般的に被災後の初期ほど緊急性を要するものが多く、災害発生後の時間の経過とともに、被災地の状況は推移し、その変化に応じて、求められる支援活動内容は変化することが整理できた³⁾（表3）。しかし、被災後の各時期における活動は、その期間の課題が完結したために、次段階の課題へと取り組むというものばかりではなく、むしろ前期の残った課題への取り組みと並行して、次の時期に求められる課題に対する支援も行われる。すなわち、支援内容は各時期において、重層化しつつ、継続的な支援を行うという特性がある。そのため、常に時々刻々と変化する状況を的確に捉えるとともに、被災政策全般の推移を踏まえ、今後予測される健康課題などを見通した活動計画の策定が必要となる。過去の被災地保健活動の実態をみると、住民の生活拠点となる場所の変化に応じて、支援活動内容も推移していた⁴⁾。そこで、被災者の生活や、支援ニーズなどの変化のきっかけになる、“ラ

表1. 対象災害事例

事例	災害名	発生年	災害種別	全国派遣実施
1	阪神・淡路大震災	1995	地震	○
2	有珠山噴火	2000	火山噴火	
3	福岡県西方沖地震	2004	地震	
4	福井豪雨災害	2004	水害	
5	新潟県豪雨災害	2004	水害	
6	台風第23号	2004	水害	
7	新潟県中越大震災	2004	地震	○
8	鹿児島県北部豪雨災害	2006	水害	
9	石川県能登半島地震	2007	地震	
10	新潟県中越沖地震	2007	地震	○

表2. 代表的な自然災害と被災がもたらす健康課題

災害	被災地活動	災害がもたらす主な健康被害	過去の災害で取り上げられた健康課題
地震	<ul style="list-style-type: none"> ・ 捜索と救護・救援活動 ・ 医療活動 ・ 被害調査、査定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 倒壊家屋などによる骨折、挫創、打撲などの外傷性疾患 ・ 火災による熱傷 ・ 粉塵による呼吸器障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慢性疾患（持病など）の憎悪 ・ 感染症（インフルエンザ、ノロウイルス等） ・ 熱中症 ・ クラッシュ症候群 ・ エコノミークラス症候群（深部静脈血栓症/肺塞栓症） ・ 廃用性症候群（生活不活発病） ・ タコつぼ型心筋症 ・ 心的外傷、PTSR, PTSD（心のケア） ・ 孤独死
水害 (台風・洪水)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難誘導、捜索、救護・救援活動 ・ 医療活動 ・ 被害調査・査定 ・ 浄水、消毒 ・ 疫学的サーベイランス 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 汚水等による伝染性疾患 ・ 感冒、喘息など呼吸器疾患 ・ 瓦礫の飛散などによる外傷 ・ 皮膚疾患 	
火山噴火	<ul style="list-style-type: none"> ・ 警報と避難 ・ 避難誘導、捜索、救護・救援活動 ・ 被災者の移住 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 火砕物、溶岩流などによる負傷 ・ 熱傷 ・ ガス、火山灰の吸入などによる呼吸器障害 	

表 3. 被災後の経過における保健活動

フェーズ	0	1	2	3
時期	発災当日	2～3日	数日後～1か月頃	1か月以降
	緊急対策期	活動態勢確立期	活動期・仮設住宅入居まで	仮設住宅入居～復興期
被災地の一般的推移	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフラインの寸断, 情報混乱, 錯綜 ・家屋被害などによる健康障害や生活障害 ・災害対策本部の設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・急を要する健康課題の多発 ・被災地自治体職員での対応時期 	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフライン一部復旧 ・医療・保健・福祉などの関連サービスの再開 ・被災地復興支援計画の進捗 ・外部支援者の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療班など外部支援者の縮小, 撤退 ・仮設住宅入居開始 ・通常業務再開
主な保健活動	<ul style="list-style-type: none"> ・初期医療チーム (DMAT等) による救命救護活動 ・被災状況などの情報把握 ・要援護者などの安否確認 ・初動活動体制確立 (被災地保健活動体制整備) 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期体制による継続支援 ・避難状況把握と健康管理 (環境整備を含めた調整) ・避難状況などから予測される二次的健康障害の予防, 早期発見 ・緊急入院, 入所, 福祉避難所などの調整 ・関係機関連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・避難所初期体制確立などの重点支援から地域全体を対象とした活動への移行 (被害家屋居住住民など在宅被災者, 車中泊対応など) ・こころのケア ・関係機関, 職種との連携, 調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・長期的な避難生活が及ぼす健康障害の予防と対応 ・仮設住宅入居などによる新たな環境不適応への早期発見 ・コミュニティ再生への支援

ライフラインの復旧”や“医療, 保健, 福祉などの関連サービスの普及”, さらに仮設住宅建設などの“行政の被災対策”といった情報をとらえることが状況判断の一助となる。

(2) 活動体制の整備

被災後にはまず, 被災状況を含めた情報把握が必要になる。しかし, 被災の直後は, ライフラインの断絶などにより, 情報収集そのものが困難を極めるのが一般的である。2007年の中越沖地震の発生時, 新潟県庁では, 被災地自治体との連絡が困難であったため, 被災後数時間以内に, 本庁から被災地へ情報把握を目的としたチームを派遣していた⁵⁾。このように, 被災後の混乱期ほど情報を待つという姿勢ではなく, 可能な限り現地へ足を運び, 実態から状況を把握するという工夫を図ることが重要である。

また, 中越沖地震時には, 被災後の早期から被災地市町村自治体の保健活動の本部拠点となる市町村内へ, 県保健所保健師が応援配置され, 市町村の保健師とともに, 県外派遣保健師などとの協働支援の調整を含む被災者支援活動に取り組んでいた。また, 被災地県保健所においても, 被災していない県内保健所から, リーダー的立場にある保健師や, 被災地活動経験のある保健師を優先的に被災地保健所へ配置し, 活動体制の強化を図っていた⁶⁾。被災地では, 被災者への直接的な支援の継続実施に加え, 県外派遣保健師などの外部自治体職員による支援者の増加と比例して, 支援活動従事者からの活動報告や, 各種問い合わせなどへ対する指示や調整のための業務量も急増する。そのため, 被災地県保健所および, 市町村自治体に対し, 被災地自治体職員と同様に調整を担える応援職員の配置を実施することは, 多数の支援者と被災地職員が効果的に活動をすすめる上で重要な体制となる。さらに, 活動実施上においても, 医療救護調整, 避難所対策, 在宅等の被災者対応など, 被災地の重点活動内容ごとに役割分担されたチーム形式で支援が行われることが多い。しかしこのように, 支援活動が多領域にわたるケースほど, 体制上の役割の明確化

を図ることが必要になる。すなわち, 被災地業務の中で, 直接的な支援を主に担う保健師, 各業務のリーダー的な役割を担う保健師, 全体の統括者という役割の明確化が必要である。リーダーとしての役割を担う被災地自治体および県保健所保健師は, 常に活動全体を把握し, 総合的に被災地活動をとらえた調整を行うことが求められる。

(3) 被災時の活動内容

被災者の多くは, 生活基盤を根底から覆される被災体験に加え, 不自由な避難生活を強いられるために, 生活全般にわたる不安や不自由さを抱えており, 時には健康問題への自覚を持つ余裕すらないこともある。保健師は, このような被災による影響を加味した多様なニーズの中から, 必要と考えられる支援や, 優先度の判断が必要となる。具体的な活動内容としては, 「直接的支援」, 「情報収集・分析」, ニーズ集約, 計画策定・評価」, 「関係機関連携, 調整」に区分される各々の支援を継続的に実施している⁷⁾ (表 4)。また, これらの活動を実施する際の基本は, 平常時の保健師の地区活動を基盤として, 避難所を含む被災地域全体に対して, 医療・保健・福祉の関係機関および, 住民リーダー, ボランティア等の関係支援者との連携や調整を図り, 継続的な支援を行うことにある。特に, これらの被災者支援活動の中で, 住民に最も身近な立場で支援を担う中核となるのは市町村の保健師である。被災地の特性を考慮した, 必要な職種や支援者との連携を図り活動を展開する。

(4) 被災後の通常業務の再開

被災により一旦休止した通常業務は, 被災後の急性期を過ぎると, 被災地支援活動と並行して再開されることが多い。その際には, 優先して再開する業務内容の検討が必要となる。さらに再開にあたっては, 被災後の経緯や被災地の特性を考慮した実施内容の具体的検討が必要となる。一般的に, 被災地における中長期的な健康課題は, 被災する以前から地域にみられたものが, 被災によってさらに浮き彫りになるものである⁸⁾。通常業務の再開は, 従来実施し

表 4. 被災時の保健活動

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、防疫資材の供給調整
			感染症など予防（うがい・手洗い励行、消毒の指導）
		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
			飲料水・食料品等の保管や消費に関する衛生管理
			保健・福祉・介護保険等各担当部署などとの連携・調整
			要援護者の管理台帳等記録ファイルの作成（系統的管理）
		住民支援	必要な職種やマンパワー量の見極めと投入
			救護所や福祉避難所等の調整
			巡回健康相談、健康調査などによる健康状況把握 療養指導や他職種連携などを要する避難者への支援 二次的健康障害予防対策（健康相談、健康教育、健康診査等）
	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、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）	
	（車中泊含む） 在宅	要援護者把握	在宅要援護者の所在および安否確認
			要援護者への個別支援（医療・服薬管理、サービス調整等）
			車中泊、テント泊などの把握（エコノミーSD予防など）
			訪問調査などによる健康状況把握
	仮設住宅	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
		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 住民間の交流への支援（健康教育、つどいの場の提供等）	
他	保健事業再開	各種保健事業の再開	
	職員健康管理	職員の健康管理（休息・休暇確保、健康相談など）	
情報収集・分析、ニーズ 集約・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等の管理	
		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	フェーズ各期の活動計画策定と実施、モニタリング、評価	
		健康調査、健康診査等の実施の検討および準備	
		医療チームや応援・派遣者など支援活動収束化への調整	
事業計画調整	通常業務再開へ向けた検討・調整		
	必要な人的資源および量の算出と調整		
関係機関連携・調整	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	
		支援対策方針決定および必要な体制整備	
		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（巡回・配置医療計画など）	
		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	関係者ミーティング（連絡会議などの実施）	
活動記録等の引き継ぎ、管理			

ていた活動の中に、被災地であることを考慮したものと位置付けるものであり、通常業務の立ち上げも被災地活動の一環としてとらえる認識が必要である。

2) 全国県外派遣保健師活動

(1) 派遣活動の実態

過去、全国規模による県外派遣支援を実施した災害の概

況および派遣の実態について一覧に示した（表5）。阪神・淡路大震災発生当時は、兵庫県下において、災害救助法適応自治体保健所管轄数は12か所と広域におよび、1,100ヶ所以上の避難所が開設され、1避難所あたりの最大避難者数も4,000人以上であった。このような被害の甚大さから、兵庫県と神戸市の所管課および、旧厚生省健康政策局計画

表 5. 全国自治体保健師派遣活動の概況

地震 (発災時期)		阪神・淡路大震災 (1995.1)	新潟県中越大地震 (2004.10)	新潟県中越沖地震 (2007.7)
被害 状況	死者数	6,402	67	11
	負傷者数	40,092	4,700	1,900
	最大避難者数	316,678	103,000	12,483
	最大避難所数	1,153	603	116
派遣 保健師 の活動 実績	派遣活動開始日	15日目～	4日目～	3日目～
	派遣投入保健所 ヶ所数 (a)	12 計	4	1
		6 兵庫県 6 神戸市 *1		
	派遣延べ人数 (b)	9,732 計	5,585	3,538
		1,793 兵庫県 7,939 神戸市		
	活動期間 (日) (c)	89 兵庫県 150 神戸市	61	51
	1日あたり派遣保健師人数 (b/c = d)	20.1 兵庫県 52.9 神戸市	91.6	69.4
1 HC/1日あたり派遣保健 師人数 (d/a)	3.4 兵庫県 8.8 神戸市	22.9	69.4	
1日あたり派遣者最多人数 (時期)	115 *2 (被災約1ヶ月後)	140 (被災27日目)	119 (被災17日目)	

*1: 1995年2～5月の期間は6か所、6月は8か所の保健所(区)にて派遣受け入れ

*2: 阪神・淡路大震災データは月別集計のため、月別最多人数であった2月の総延べ人数を日数で除した値

課保健指導官による現地査察の結果、被災者の避難生活の長期化に伴う、健康障害の発生予防に対し、保健師による支援の必要性が高いと判断され、被災後15日目から延べ9,732人の全国自治体保健師の派遣が実施された。具体的な派遣期間及び派遣人数は、兵庫県と神戸市の所管課が協議し、被害がより顕著であった神戸市へ比重をおいた派遣が実施された。派遣保健師の活動内容は、被災地の保健師とともに、避難所の巡回健康相談、被害が甚大な地域の家庭訪問、仮設住宅への訪問指導などであった⁹⁾。

新潟県中越大地震および、中越沖地震では、県外派遣支援の開始時期(派遣要請判断を含む)は早期化している。一方、中越沖地震時、新潟県庁の所管部署では、被災後の5時間以内に、派遣要請の必要性を判断し、県外派遣に関する照会を開始したが、県外保健師が最も早く被災地へと向かったのは災害後3日目(4自治体8人)である。また、100人規模(50自治体)の保健師の確保が可能となるまでに約10日間の期間を要した。さらに過去3回の全国派遣のうち、1日あたりの最大派遣保健師数は、中越地震時の140人/日である¹⁰⁾。これらのことから、今後も大規模な災害が発生し、ただちに全国規模の派遣要請を行った場合においても、被災直後の約3日間は被災地および近隣から駆けつけられる限られた職員での初期対応が必要であること、さらに、100人規模の派遣者を得るには、おおむね7～10日間の日数を要すること、また県外自治体の派遣可能人数には上限があることなどを想定した活動計画が必要である。

(2) 被災時の保健活動に必要な保健師数

中越地震後に実施した調査研究では、過去の災害支援活動の実態から算出された被災活動に従事した保健師数は、家庭訪問20～30世帯/保健師1人/日、1,000人以上の避難所1ヶ所/保健師3人/日であった¹¹⁾。しかし、阪神・淡路大震災以降の国内災害では、避難者数が1,000人以上/ヶ所の規模となる災害の発生はない¹²⁾。前項で述べたとおり、阪神・淡路大震災時の全国派遣では、避難所数や家庭訪問などの活動内容に応じ、必要とされる派遣人員を算出した要請ではなかった。そのため、1保健所あたり1日平均約8.8人の県外保健師と、被災地自治体保健師によって、管内に開設された100か所以上の避難所の巡回指導、および被災地の家庭訪問など、広域的な支援活動を実施している。一方、中越沖地震時は、1保健所管内あたりの派遣保健師人数は1日平均69.4人と、被害規模に比して多数のマンパワーを得ていた。

新潟県以外の災害において、被災地外の都道府県から派遣支援を得た地方型災害に、石川県能登半島地震(2007年)がある。この災害時は、近県3県から延べ256名の県外派遣保健師による支援を得た。その結果、1保健師あたりの避難所避難者数は、被災4日目で30人以下、避難所が廃止されるまで平均15人前後であったとされる¹³⁾。すなわち、被害が限局された災害に対し、県外から多数の派遣支援が得られたために、小規模避難所などにおいても、保健師が長期的に常駐体制で支援を継続することや、中越沖地震時のように、保健師職種を中心とした広域調査活動の早期実施が可能であったといえる¹⁴⁾。

一方、中央防災会議において予測されている東海地震の

発生時の被害は、1都9県において最大予測避難者数は190万人に達すると想定されている¹⁵⁾。これは、阪神・淡路大震災時（最大避難者数316,678人）の6倍以上の被害に相当する。そのため、1保健所管内や被災地自治体における、被災地活動内容ごとに応じた、前述の算定基準で派遣要請人数を算出すると、全国で派遣可能と予測される保健師数の上限を容易に超えることになる。このような、大規模災害や都市直下型災害時には、地方型災害時に多数の派遣を得たために可能であった活動方法とは異なる体制の考慮が必要である。すなわち、限られたマンパワーの派遣保健師と、被災地保健師がどのような協働体制のもとに活動を実施するのか、取り組むべき課題に対して、優先順位をより明確にした支援活動や活動方法の検証が求められている。

3) 今後の課題

(1) 災害に備えたスキルアップ

阪神・淡路大震災以降、派遣支援の開始時期を含む、被災地の対策の推移は加速化している。また、過去の災害でとりあげられた健康課題への対応は、新たな地域で災害が発生した際に、より早期から予防的支援を含めた対策の実施を求められている¹⁶⁾。したがって、一般的な被災地支援活動における特性や、過去の災害時の取り組み、推移についても熟知しておくことが基本となる。さらに、被災地職員の立場、被災後の早期から派遣される保健師の立場のいずれにおいても、混乱する被災地の現状から、優先すべき課題の見極めや、予測される健康課題を含めたアセスメント力、個別・集団のアプローチ手法を活用した保健活動の実践力、様々な職種と協働支援を行うコーディネータ力など、保健師活動の基本的なスキルを、被災状況に応じて臨機応変に発揮する、即戦力としての力量を高めておくことが求められている。

(2) 派遣支援に関する課題

中越沖地震時、新潟県が派遣要請当初の予測より、派遣保健師に期待する活動が早期に収束化し、派遣期間の短縮調整が必要となった。しかし計画の変更を受けた派遣自治体側が、急な変更には対応が困難という実情がみられ、被

災地活動の重要と供給にアンバランスが生じ、そのための調整に苦慮することとなった¹⁷⁾。被災が甚大になると、外部支援者による支援が必要ではあるが、過剰な人員配置や不必要な長期間にわたる支援の継続は、被災地の復興のさまたげとなることも事実である。被災者への支援活動においても、地域の復興へ向けた継続的な支援は、地域に存在する資源（他機関など）との連携・調整による比重が大きくなるため、外部支援者である県外保健師などの関わりには限界が生じる。これらのことから、被害規模が限局される災害時においては、直後から全国規模の派遣要請を実施するのではなく、近隣自治体や災害協定自治体といった範囲での派遣を優先することが基本である。また、特に保健所や本庁においては、被災後の活動経過をとらえ、派遣終了の判断基準となる事項（表6）を参考に、計画的な活動の収束化と、配置人員の調整を図る役割がある。特に、多人数の支援を得た場合ほど、派遣者による協働支援活動を段階的に収束化し、被災地自治体の保健師へ引き継がれていく調整が必要である。一方、派遣自治体側も、被災時支援活動の原則にたちかえり、保健活動は早期に平常化をめざすことが目的であることを再認識し、被災地の状況変化に応じて、派遣体制の縮小化や終了などへ流動的な対応をとることが求められる。

IV. おわりに

混乱をもたらす被災時に、迅速かつ有効な保健師マンパワーの集結と、専門性を効果的に発揮するためには、特に県保健所および本庁では、被災地自治体活動の支援拠点として、情報連絡体制、指揮命令系統の確立や、職員の動員方法などの機能充実を図ることが求められる。また、市町村自治体では、被災時における保健活動を想定した平常時からの取り組みの強化、すなわち、過去の災害時の支援活動の実態から、各地域、各立場におきかえた想定での事前の準備の強化が重要である。さらに、どの程度の被害規模が生じた場合に、外部支援を要請するのか、近隣から得られるマンパワーの見込みはどのくらいであるか、さらに派遣要請を想定した場合の県外保健師と被災地保健師との役

表6. 派遣支援終了判断のめやす¹⁸⁾

①住民生活の安定化への見通しが立つ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ライフラインの復旧 ・ 避難所数、規模の縮小もしくは閉鎖 ・ 被災による健康課題等の減少
②被災地における保健・医療・福祉などの在宅ケアシステムの再開	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救護所の閉鎖 ・ 被災地病院や診療所などでの診療の再開 ・ 保健、福祉関連諸サービスの復旧、平常化
③通常業務の再開	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被災地自治体での通常業務の再開 ・ 通常業務の中での被災者支援の割合の減少
④被災地におけるマンパワーの確保により対応可能なめやすが立つ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被災地職員だけで対応可能なめやすが立つ ・ 中長期的な被災者支援のために必要とする地域の有資格者や非常勤職員などが得られる ・ 地域住民の協力などが得られる
⑤自治体職員での対応の必要性が高まる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 季節的な考慮（豪雪など） ・ 被災地住民とのコミュニケーション問題（方言など） ・ 支援内容が、自治体職員による対応ニーズが高い（関係機関連携など）

割分担、連携体制などの具体性を組み込んだ活動計画やシミュレーションの強化が必要である。

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2007; 63(9): 810-815.
- 2) 南裕子, 山本あい子編. 災害看護学習テキスト概論編. 東京: 日本看護協会出版会; 2007. p.12-13.
- 3) 奥田博子. 保健師による地震災害における地域保健活動支援の要件に関する研究—応援・派遣保健師との協働体制を含めた支援のあり方—. 国立保健医療科学院研究課程論文. 2007. p.3-4.
- 4) 奥田博子, 相木直美, 大岡久美子, 佐々木隆一郎, 坪川トモ子, 内藤康子, 他. 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. 2008. p.10-12.
- 5) 坪川トモ子. 新潟県中越沖地震派遣受け入れ状況及び活動. 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. 2008. p.92-102.
- 6) 前述 5) p.94
- 7) 井伊久美子, 宮崎美佐子, 奥田博子. 新潟県中越地震被災者の健康ニーズへの緊急時および中期的支援のあり方の検討. 厚生労働科学研究費補助金事業報告書. 2005. p.57.
- 8) 南裕子, 山本あい子編. 災害看護学習テキスト実践編. 日本看護協会出版会. 2007. p.27-28.
- 9) 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」. 東京: 日本公衆衛生協会; 2007. p.15-30.
- 10) 前述 4) p.25.
- 11) 前述 7) p.63.
- 12) 前述 4) p.22-25.
- 13) 柴田裕行. 能登半島地震における発生から1か月間の保健活動支援の分析・評価. 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指針. 2008. p.5.
- 14) 山崎理. 新潟県中越沖地震. 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. 2008. p.90.
- 15) 中央防災会議「東海地震対策専門調査会」事務局. 東海地震にかかる被害想定結果について. 2003. p.9.
- 16) 奥田博子. 新潟県中越沖地震, 県内2度目の全国保健師派遣支援の実際. 保健師ジャーナル 2008; 64(4): 314-318.
- 17) 前述 5) p.96.
- 18) 奥田博子, 相木直美, 大岡久美子, 佐々木隆一郎, 坪川トモ子, 内藤康子他. 地震災害時における派遣保健師の受け入れ指針. 2008.
- 19) 宮崎美砂子, 牛尾裕子, 他. 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. 2005.
- 20) 内閣府政策統括官. 日本の防災対策. <http://www.bousai.go.jp>
- 21) 阪神淡路大震災保健婦活動編集委員会. 全国の保健婦に支えられて 阪神淡路大震災の活動記録. 神戸: 全国保健婦長会兵庫県支部; 1995. p.21-25.
- 22) 全国保健師長会新潟県支部. 7.13新潟豪雨災害および中越大震災における新潟県の保健師活動記録. 2005. p.23-28.
- 23) 宮崎美砂子, 主任研究者. 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業「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」平成16年度総括報告書. 2005.
- 24) 全国保健師長会. 大規模災害における保健師の活動マニュアル～阪神淡路・新潟中越大震災に学ぶ平常時からの対策～平成17年度地域保健総合推進事業「大規模災害時における保健師の活動に関する研究」報告書. 2006.
- 25) 長谷川まゆみ. 福井豪雨災害と保健師活動 県型保健所における市町村支援. 地域保健2004; 35(10): 62-74.
- 26) 福井県福井健康福祉センター. 健康福祉センターに求められる健康危機管理の機能. 福井豪雨災害における福井健康福祉センター活動報告. 2006.
- 27) 北海道室蘭保健所. 有珠山噴火災害における保健活動から保健所保健師の在り方の検討. 平成13年度先駆的保健活動交流推進事業保健所保健活動モデル事業報告書. 2002.
- 28) 奥田博子. 自然災害時の保健師活動. 地域保健 2008; 39(8): 8-15.