

## I. 本指針作成の経緯とねらい

本指針は、平成 21～22 年度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）「大都市部における自然災害等健康危機発生時の保健活動体制と方法に関する研究」において取り組んだ 6 つの分担研究の成果をまとめたものである。自然災害の中でもマグニチュード 7 クラスの地震発生を想定し、大都市部に特徴的な保健活動上の課題、フェーズの進展、健康福祉ニーズ、被災地外からの派遣者を含む保健活動の体制について、大都市部の組織や保健師配置の現状を踏まえて検討した。

その成果としてここに示した内容は、災害時の保健活動に対するこれまでの経験知を基礎とし、それらを大都市部の特性を踏まえたときにどのようなことが課題となり、どのように保健活動の体制や方法として整備すべきかに焦点をあてて、大都市部の保健所・市区等の保健活動従事者と共に議論し、実践の一部を試行する中で、整理したものである。

今後、大都市部の各自治体の特性に応じて保健活動体制と方法の整備を推進するうえで、一助となれば幸いである。

## II. 大都市部における自然災害等健康危機発生時の保健活動体制と方法

### 1. 大都市部において考慮すべき災害時の保健活動上の課題

大都市部における災害時対応には、初動体制の遅れ、本庁とセンター(区)との関係、被災者の人口規模の大きさや住民気質、被災者の避難場所の多様性、被害甚大による発災後のフェーズ進展の緩慢性、多種多様な応援・派遣者の調整等、に由来する課題が予測される。これらは大都市部の地震発生時の保健活動体制と方法を検討する上で重要な論点となる。

平常時から、初動体制の構築方法、支援優先度の高い住民の明確化、自治組織・民生委員・防災協力者および患者会・家族会との連携による災害対応への自助力・共助力を高めていくための支援、応援者・派遣者の持続的な調整体制の構築、被災地職員への計画的な健康管理の検討が求められる。これらには発災時の情報管理や人材マネジメントの体制づくりを含む。

表1 大都市部の地震発生時に特徴的な課題・活動方法

論点	予測される問題 (大都市部の弱み)	対策を推進する点 (大都市部の強み)	平常時からの取組として重要となる点
初動体制	・通勤圏の拡大による初動体制構築の遅れ	・ITの活用	・初動対応の可能な人の明確化 ・配属場所での指示命令系統の確立
組織の体制	・保健活動に関する情報集約・調整に対する本庁と各センター(区)との関係 ・自治体ごとに異なる地域防災計画上の保健師の役割	・インフォーマルな自治体横断の専門職ネットワークの存在 ・隣接する行政区間でのネットワーク構築の可能性	・発災時の情報管理、人材マネジメントの体制づくり
被災者の人口規模・住民気質	・情報・知識不足由来のパニック ・権利意識の強い市民からのクレーム ・地区全体の損壊によるコミュニティの崩壊 ・避難所での混乱、優先度の高い被災者支援の取りこぼし	・人口密集地のため発信した情報は伝搬・浸透し易い ・多様な専門職があり、連携協働が可能 ・若者が比較的多い ・防災は市民の行政ニーズの上位を占める ・防災に関心のある市民がいる	・災害時の効果的な情報発信の方法の明確化 ・支援の優先度の高い対象者の明確化(特に行政機関が関与する必要性の高い人の絞り込み) ・継続的な保健活動の必要な対象者の明確化 ・平常時の保健活動における震災対策の強化 ・平常時から自治組織、民生委員、防災協力者(となり得る人の組織化)、患者会・家族会との連携による自助力・共助力の向上に向けた支援 ・平常時からの顔の見える地域ネットワークづくり
被災者の所在場所	・所在場所の多様化(自宅待機、車中、私設避難所など)及び移動の多様化による被災者の全体把握の困難性		・発災後に集中的に家庭訪問による健康調査を必要とする対象者の明確化と、応援者・派遣者に当該業務を委譲するために必要な準備
フェーズの進展	・フェーズの進展の緩慢性と復旧・復興の長期化 ・被災生活の長期化による二次被害の発生 ・災害対応の長期化による被災地職員の心身への影響と問題発生		・被災生活の長期化への対応と共に長期化を予防する活動の必要性 ・被災地職員への計画的な健康管理方法の確立
応援者・派遣者の調整	・外部からの大量の応援者・派遣者の長期にわたる調整と活用 ・大規模避難所で24時間支援対応のできる体制づくり	・大量の応援者・支援者	・最低限必要な応援者・派遣者数の算出方法の確立 ・応援者・派遣者の算出根拠となる情報集約体制の確立 ・応援者・派遣者の効果的活用と持続的な調整体制
活動推進を担う保健師の能力	・所持ち地区の特性情報や関係者との信頼関係形成の不足		・岐路に立つような場面での判断力育成のためのシミュレーション機会の確保

## 2. 大都市部の災害発生時における保健師の派遣体制と方法

都市災害では、被災直後の職員の出勤率が極めて低いことに加え、ライフラインの寸断、本庁などの中枢機関の機能マヒなどの要因が加わり、被災地の実態をとらえることや、初動体制確立に困難を極める。被災地職員の多数が被災者となる可能性の高い都市災害では、被害の甚大さに比例して、被害全容の把握には時間を要し、派遣要請の判断も遅れる可能性が高いことを、前提におく必要性がある。

また、都市災害時では、避難所設置数や被災者数が大規模かつ長期化し、派遣保健師の算定基準で示した、避難所への固定的配置活動を行うための人員の算定や、訪問調査世帯数による保健師のマンパワーの確保は算出上、絶対的な不足が生じる。

都市部を含む大規模災害発生時には、避難所への保健師の固定配置による支援方法や、広域的な全世帯を対象とした在宅訪問調査の活動要員に保健師を充てるといった人員確保の計画は成立しない。全国で派遣可能な保健師の総数を、被害地域全体を見極めて、被害規模に応じた比率による配置をとることにより被災地自治体は、割り当てられた派遣保健師などの人員と、より優先度を見極め、他の職種との連携を強化した、保健活動を展開することが期待される。

その際、必要な情報としては、算定基準で示したような、被災地の被害規模が基準となる。すわなち、被災地保健所管内の避難所数、避難者数をはじめとする被害状況の実態比に応じた、マンパワーの配置を、被災地本庁が被災地と調整を行いながら実施することが求められる。一方で各自治体では派遣可能な外部支援者数は限られていることは明白なことから、長期支援についても、より早期に被災地内で人員確保をはかり支援体制を整備していくことが望まれる。そのための方策として、様々な既存の組織や職種との連携が大事となる。被災地の保健活動の中において、「地元の保健師でなければ対応できない支援」、「応援の保健師でも可能な支援」、「保健師でなくとも看護職種であれば可能な支援」、「看護などの職種が問わず求められる支援」など、複雑かつ膨大化する支援内容を、細分化し、支援者との協働支援を想定した保健活動計画を平常時から検討することが必要である。また、現実的にどの機関（組織など）から、どのようなマンパワーを、どのようなルート（依頼を含む）によって確保することが可能かについても、組織間連携強化などにより整備しておくことが重要である。各自治体内の地元の人材や機関へ対し、災害時の協働活動が円滑にすすむための平時からの認識の共有やそのための体制整備を図ることが望まれる。

各自治体の統括部署においては、当該自治体での派遣に伴う課題を検証することを通して統括部署の役割を認識し、平時から県下での連携を含めた体制整備を強化することが望まれる。具体的には本庁、保健所、市町村各々の自治体組織内での災害時の統括者と各役割の明確化、情報集約や指示命令を簡潔かつ系統的に行うための工夫、長期的な支援に備えて自治体内で活用できる人員確保の工夫が必要である。

表 2-1 被災自治体保健師の機能・支援内容

フェーズ0 被災後 24 時間以内	フェーズ1 ～72 時間以内
<p>【情報収集・集約機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>被害状況把握</li> <li>健康被害把握</li> <li>緊急治療対象者把握</li> <li>要援護者安否確認</li> <li>職員安否確認</li> <li>不足物資の確認</li> <li>医療機関、診療情報等の把握 (被災地医療機関、DMAT 支援など含む)</li> <li>自治体災害対策方針確認</li> </ul>	<p>【情報収集・集約機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養者の状況把握</li> <li>車中泊、テント泊等指定外避難住民の健康状況把握</li> <li>医療・保健関連施設、サービス再開状況</li> </ul>
<p>【企画・対策検討・体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>被災者支援緊急対策の検討</li> <li>保健活動の体制整備 (緊急人員配置、活動従事職員ミーティング運営など)</li> <li>行政内連携 (市—県—本庁)</li> </ul>	<p>【企画・対策検討・体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療・保健・福祉など関係機関連携</li> </ul>
<p>*応援・派遣要請の検討</p>	
<p>【直接的支援活動】 (医療・救護)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急、救護支援 (救護所開設)</li> <li>医薬品の確保体制整備</li> <li>緊急入院、入所の調整</li> </ul>	<p>【直接的支援活動】 (医療・救護)</p>
<p>(要援護者対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急優先度の高い在宅療養者の支援</li> </ul>	<p>(衛生・防疫など健康影響支援)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>避難所環境衛生整備支援</li> </ul>
<p>(栄養)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>飲料水、食糧の確保</li> </ul>	<p>(栄養)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特殊栄養食品など必要者の把握</li> </ul>
<p>【記録・活動評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>活動記録</li> </ul>	<p>【記録・活動評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急支援対策活動評価</li> </ul>

フェーズ2 ～1か月まで	フェーズ3 1か月～
<p>【情報収集・集約機能】</p> <p>●</p> <p>→</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>【企画・対策検討・体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・復旧・復興対策の検討（仮設住宅住民支援対策など）</li> <li>・被災活動（応援体制縮小・終了など）の検討</li> <li>・保健事業再開の検討</li> </ul>	<p>【情報収集・集約機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●仮設住宅入居者健康状態把握</li> </ul> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>【企画・対策検討・体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中長期的な地域継続支援の検討</li> <li>・被災地内の有資格者などを中心とした活動体制の構築</li> </ul>
<p>【直接的支援活動】 (個別支援)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅療養者・継続支援必要者の個別訪問、相談</li> </ul> <p>●</p> <p>→</p> <p>(二次的健康障害対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●集団感染症対策、エコノミークラス症候群、生活不活発病、熱中症などの予防知識普及、啓発のための健康教育、健康診断、健康相談、心のケア対策</li> </ul> <p>(栄養)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養相談窓口の周知</li> <li>・特殊栄養食品などについて管理栄養士と連携</li> </ul> <p>(平常業務)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健事業再開へ向けた準備、調整</li> </ul> <p>(職員など健康管理)</p>	<p>【直接的支援活動】 (個別支援)</p> <p>→</p> <p>(二次的健康障害対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●避難生活の長期化による健康障害予防</li> <li>●精神的支援者把握（健康相談、医療連携）</li> <li>●心のケア対策 精神保健福祉士等と連携</li> </ul> <p>(仮設住宅支援対策)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●入居者健康状態把握</li> <li>●仮設住宅（調査・健康教育）</li> </ul> <p>(平常業務)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●保健事業再開</li> </ul> <p>(職員など健康管理)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●健康相談</li> </ul>
<p>【記録・活動評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・応急対策活動評価</li> </ul>	<p>【記録・活動評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・復旧・復興支援対策評価</li> <li>・支援活動総括、評価</li> </ul>

(●応援、派遣保健師、看護師など協力要請、協働支援内容 \*今回の検討結果による試案)

表 2-2 災害発生後のフェーズの進展を考慮した派遣者の算定と都市災害の課題

	フェーズ 被災後 期間	フェーズ0 24時間以内	フェーズ1 72時間以内	フェーズ2 ～1ヶ月まで	フェーズ3 1ヶ月～
応援 派遣 保健 師 算定 基準	派遣者要 請	・県内保健所に対する被災地保健所の調整機能	・被災者数の増大に伴い 派遣者の要請範囲を判断	・避難所が縮小し地域での対応が主となる時期の派遣者数の見直し	仮設入居の開始、平常業務全体の再開、復興期における派遣の見直し・県外派遣の終結
	派遣マン パワー 算定	・被災地保健所数を基準に各保健所に数名を配置	・避難所 1 箇所あたり派遣者 1 チーム 2 名 (24 時間体制は 2 チーム)	・地区単位、世帯数を基準にして、積極的に地域活動ができるよう派遣者を配置	・地区単位、世帯数を基準にして、中長期的に地域活動はできるように派遣者を配置
	派遣者との連携	・県内応援者による被災状況把握・被災市町村リーダー保健師の補佐及び被災地保健所と県庁のパイプ役	・県内外の派遣者支援を開始、被災地保健所は派遣者へのオリエンテーションやミーティング開催	・県内外の派遣者による要支援者への継続対応を含む地域支援(巡回活動)開始	・被災地内の有資格者を中心とした県内派遣者による中長期的な地域支援(巡回活動)体制の構築 ・PTSDへの重点ケアの開始
都市災害実態想定	阪神・淡路大震災時課題	被害の実態把握困難 ・県庁、本庁とも被災のため中枢機能不全 ・ライフライン断絶による情報集約困難 ・被災地職員低い出勤率	避難所数による算定人数保健師確保困難 ・少数職員で急を要する対応。組織体制確立困難 ・被害の甚大さと実態把握の困難性は比例	業務の増大などに伴う算定人数確保困難 ・避難所数、規模が大きく、被災世帯も広域絶対的マンパワー不足 *応援・派遣+被災地保健師 実人数約 20 名/日/HC	派遣保健師支援終了時期のみきわめと長期的支援活動体制整備 ・長期かつ広域化する支援活動ニーズへの対応のためマンパワー確保の困難性、 *兵庫県南部地震非常災害対策本部(阪神・淡路大震災 3 カ月 10 日後廃止) *兵庫県下仮設住宅(3 万戸)全戸訪問終了被災後 7.5 カ月後
	派遣体制の留意点	実態把握に伴う派遣体制の検討の開始	被害状況に応じたマンパワー配置比重の検討	・派遣マンパワー配置・調整 ・被災地内でのマンパワー確保の検討	・派遣終了へ向けた調整・実施の必要性 ・被災地内でのマンパワー確保による活動の推進
	検討結果	【実態把握ルート】 ・県内市町村、中核市市町村→保健所→県 ・政令指定都市各区保健所→本庁→県 【実態把握ツール】 初動時情報 FAX or TEL	【被害状況に応じたマンパワー配置比重の検討】 初動時情報(活動体制、要望事項) FAX や電話による確認。本省⇄県庁間において配置の検討を行う。	【派遣マンパワー配置・調整】 県外保健師による支援は 1 カ月をめどとする。被災地内のマンパワー確保を行う	【被災地内でのマンパワー確保】 ・看護職種の確保 看護協会、災害支援ナース、県看護系大学連絡協議会学生、保健師OB(自治体退職者)、新生児訪問嘱託看護職(助産師、保健師等) ・地区住民や地区組織の協力 健康推進員、健康づくりリーダー、食生活改善委員、介護保険調査員、地区自主防災組織、民生委員など

### 3. 大都市部の災害発生時における感染症対策

大都市部では、被災者が多数となり、また自宅も含め避難カ所も多数となり、当該地域住民ではない被災者も相当数いる可能性があり、感染症の早期探知が困難となりやすい。感染者や接触者の数が多く業務量が膨大となる可能性が高く、関係機関も多く情報提供に困難が生じる可能性も高い。

大都市部において自然災害が発生した場合の感染症対策として、医療機関の確保、感染症の発生状況・蔓延状況の把握、感染症の予防活動と発生時の対応、初動体制、感染拡大に伴う他の保健所や複数の保健所・他都道府県との連携体制、業務量増大に伴う人員確保等の体制整備及び発生した感染症の業務と被災に関わる保健活動との両立、応援体制・応援調整、関係機関への情報提供、感染症対策の観点からの防災マニュアルの整備、に関する保健活動方法が重要となる。

表3 防災マニュアルに記載すべき感染症対策に関わる内容

- |  |
|--|
| <p>① 感染症の早期探知</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・災害種別による注意すべき感染症の発生兆候を把握できるための項目と調査票</li></ul> <p>② 感染症予防活動</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・水とトイレの確保</li><li>・断水時のベースン法、ウェルパスなどの手洗い代替手段</li><li>・インフルエンザや風邪の蔓延防止のための避難所におけるマスクの着用(就寝時も)</li><li>・避難所における炊き出しが開始される前の食中毒予防や感染症予防に関する教育(パンフレットやチラシなど避難所生活に関する心得についての教材を掲載)</li><li>・どの感染症にも共通する3エチケットについてのポスターやチラシの雛型</li><li>・水害発生後等は下水からの逆流や汚水の流出から消化器系の伝染病が起こり易いので注意すること</li><li>・市町村の消毒活動に対する指導内容</li><li>・予防接種(判断の視点と実施の手順等)</li></ul> <p>③ 感染症が発生した場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・医療体制と発災時の協力医療機関のリスト(定期的な更新が必要)</li><li>・薬剤の備蓄と調達のための薬剤師会との連携方法</li><li>・避難所における感染者の隔離の必要性和方法</li><li>・災害種別による注意すべき感染症対応マニュアル(通常の感染症マニュアルに災害時、特にライフラインが断絶した場合の視点を盛り込んでおけば兼用可能)</li><li>・診療にかかわる費用</li><li>・カルテの管理方法</li><li>・感染症に関する正しい知識の提供と風評予防</li></ul> <p>④ 結核登録者等慢性感染症患者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・結核患者のマスクの着用</li><li>・服薬を含めた医療の確保の方法</li></ul> <p>⑤ 発災時の感染症対策に関わる活動計画</p> |
|--|

表4 自然災害の種別による注意すべき感染症

感染症	災害種別 ハリケーン・台風・洪水	地震	地震津波	噴火災害
外傷や熱傷による創部感染症		○	○	
皮膚・外耳、眼、尿路などの細菌感染	○			
吸引性肺炎、急性呼吸器感染症 (ARI)	○		○	
ノロウイルス等の感染性胃腸炎	○	○		
コレラ、細菌性赤痢、A 型肝炎、腸チフス等の消化器感染症 (下痢症・脱水)			○	
火山灰による呼吸器感染症				○
感冒やインフルエンザ、肺炎等の呼吸器感染症	○	○	○	○
結核		○	○	
麻疹	○		○	
破傷風			○	
<媒介蚊の生息地域> マラリア、デング熱、日本脳炎等	○		○	

表5 地震災害フェーズにおける注意すべき感染症

フェーズ	フェーズ0 初動期 (発災後から 24 時間以内)	フェーズ1 緊急対策期 (発災後3日以内)	フェーズ2 応急対策期 <避難所中心> (概ね4日目～ 2週間)	フェーズ3 応急対策期 <避難所から 仮設住宅等入居> (概ね3週間～ 2か月)	フェーズ4 復旧・復興対策期 (概ね2か月以降)
感染症					
外傷や熱傷による創部感染症	→				
吸引性肺炎、急性呼吸器感染症 (ARI)	→				
感染性胃腸炎、その他の消化器感染症			→		
感冒やインフルエンザ、肺炎等の呼吸器感染症			→		
上気道炎			→	→	
高齢者の肺炎				→	
寄生虫による感染症 シラミ寄生症				→	
結核					→ 数年後まで
麻疹					→ 数ヶ月まで
破傷風			→		
蚊媒介感染症				→	→ 数ヶ月まで

#### 4. 大都市部における災害発生時の要援護者への支援方策

災害時の対応は、自助、共助、公助を3本柱に考え、中でも地域住民に期待する声大きい。しかし、都市部の地域住民は関係が希薄化しているだけでなく、高齢化も進んでいる。災害発生時の時間帯にもよるが、地域住民だけでハイケアな患者を高層階から搬送することは困難である。具体的に依頼できる役割としては、自治体での安否確認後に市役所や避難所にいる職員へ報告する、避難所まで来られない家族に代わって水や食料品などを家に運ぶなどが、可能性の高い内容だと思われる。安否確認も高層階では階段昇降の負担が大きい。携帯電話の保有台数が急増した現在、阪神淡路大震災時のように「メールならつながりやすい」という状況も期待薄である。また、高齢者の家族がメールを使いこなせない可能性もある。

事前にルールを決めておき、ベランダ等人目に触れるところに印を出すというような、通信機器に頼らない安否確認の方法も併せて検討する必要がある。また建物の崩壊が免れ、電源の確保さえできれば、自宅で過ごす方が安全である。そのためには、発電機購入を補助する制度、地域の消防署が人工呼吸器装着患者の家をバッテリー充電に回ったり、バイク便でバッテリーを届けたりするなどのサポート体制・支援方策を検討しなければならない。また、電気の復旧を優先的に行ってもらうためには、電力会社との連携も必須である。発災直後の3日間は、行政職員も動きが取れない状況となることが予測される。日常のケアを提供している訪問看護ステーションやヘルパーステーション、ケアマネージャーとどのような連携をしていくかは検討されていても、行政機関とは異なる民間の事業所である以上、災害時対応までは業務に位置づけられているわけではない。担当者が、心配する思いから自発的に療養者の様子を見に行くことがあっても、それはシステム化されたものでない限り、安否確認の情報も有効に集約されていかない。行政が災害時も何らかの対応を期待するのであれば、事前に協定を結ぶなどの準備がなされていなければならない。市の災害時要援護者避難支援制度に、どのように難病患者も入れ込んでいくのか、保健所がまず難病患者を切り口に要援護者支援について検討し、庁内の関係部署に提言をするなど、リーダーシップを発揮する必要がある。

災害時の要援護者の個別避難支援計画では、「まず避難」から「自宅待機の推奨」に発想を切り替え、発災後3日間を自宅で乗り切る方法について具体的に方策を検討していくことが重要である。またシミュレーションの実施は当事者、地域住民、医療や行政関係者それぞれが災害をイメージ化し、自らの役割を具体的に考え、連携を取る契機をつくる上で有用である。

## 5. 自然災害発生時の保健師を含む自治体職員へのこころの支援

災害後の被災地自治体職員は、「被災者やマスコミから責められることによるつらい思い」「休むことは悪いこと、個人的な不調を口に出してはいけないという雰囲気を感じる」「疲れを感じない、必死の思い」「不満・不信感、いらだち・怒り」「疎外感」「くやむ・自分を責める」といった精神心理状態に陥りやすい。これらは行政の立場で、第一線で、被災者の要求に対応しなければならない責務があることによる自治体職員ならではの特徴的な側面を含むものである。

災害発生後の対策として、1つ目に「メンタルヘルスを維持する勤務体制の確保」が挙げられる。被災地自治体職員は、災害への対応や被災者対応において非難を受けやすい立場であることから、組織全体が、職員は自らを犠牲にして対応にあたらねばならないという雰囲気に陥りやすい。しかし、特に市区町村などの基礎的自治体職員は、災害直後のみでなく復興期まで長期にわたって災害対応に責任を果たしていく立場にある。初期における過酷な状況で心身に影響が及ぶことになれば、復興業務の遂行にも支障を来す。被災地自治体職員は長期的な視野で災害対応に当たるという認識の下、交代で休養を取るなどの体制を、組織として確保することが重要である。

2つ目に「気持ちを吐き出す機会をつくる」ことが挙げられる。友人や仲間、家族、上司など気持ちを語れる身近な人に、気持ちを吐き出す、対話をするということである。他にも、組織内でしんどさを出し合える機会や自分達の経験を意味づけられるような機会が助けとなる。もともとの組織のコミュニケーション状況や個人がもつもとのソーシャルサポートネットワークの状況により、どのような相手が最も効果的かは異なると思われる。しかし、身近な話せる相手に、気持ちを吐き出すということは重要である。

3つ目に「職員に対して災害後の精神保健研修を行うこと」が挙げられる。これまでの災害時においても、発災後早期から職員を対象にメンタルヘルス研修などが実施されているが、いずれも、職員自身は「研修に参加する時間も惜しい」という思いを持ちやすいが、職員自身のメンタルヘルス維持の重要性について、組織全体で共通認識を持つうえで、ある程度の効果は期待できる。

4つ目に「外部からの専門家による専門的個別的支援」が挙げられる。災害後ストレスの大小は、大変個別性が高いものである。またその性質や内容によっては、職場内で対応困難な場合もある。災害後被災者のこころのケア対策と同様に、被災地自治体職員に対しても、必要に応じ専門的な支援を提供できる体制を確保する必要がある。

平常時からの対策として、「災害に対する個人の備え」、「組織の備え」、「職場内の良好なコミュニケーションの維持」、「危機的状況における精神保健に関する研修」、「個人的なストレスマネジメントの強化」が重要となる。

## 6. 大都市部における災害発生時の保健活動体制と方法構築のための検討の進め方

災害発生時に向けて保健活動体制を構築し、平常時からの備えを強化しておく必要性は、自治体関係者の間で十分認識されているにもかかわらず、保健師を含む自治体職員の取組は十分とはいえない現状にある。大都市部においては、何から手をつけてよいのか具体的なアクションが見出せないこと、優先性の高い取組として組織内で取り上げにくいことなどがその理由として挙げられる。全国の自治体には地域防災計画や災害対策マニュアルが存在するが、発災時のいざという時に保健師がその役割や活動を主体的に担う指針として活用できるレベルまで十分に検討されていない。自治体の特性に応じた災害時保健活動体制の構築は、すべての自治体に共通する課題である。

大都市部の自治体がそれぞれの特性に応じて、保健活動にかかわる保健師等が自治体組織や地域の特性に応じて必要とされる災害時の保健活動の体制と方法とは何かを検討することは有用である。

ここで提示するのは、大都市部の各自治体の特性に応じて必要とされる、災害時の保健活動体制と方法の構築に向けて検討を効果的に進めるために有効な取組へのアプローチ方法である。

検討を進める手順は、①参加メンバーの問題意識の活性化と取組課題・目標の明確化、②自組織（自治体・地域）に焦点をあてた災害時保健活動の現状分析と対応策の具体的検討、活動指針となり得る成果物の産出、③成果の公表と評価・振り返り・次なる課題の明確化、の段階を踏むのが効果的である。その際、参加メンバーの時間と負担、リーダー（世話役）の関わりと負担、組織外のスーパーバイザー等の関与の必要性とその役割・資質、作業組織の位置づけをあらかじめ検討しておくのがよい。

大都市部では平常時の保健活動は部門別の分掌による分担で成り立っている傾向が強い。災害時には、こうした平常時の組織体制に拠るのではなく、既存の部門を超えて保健師としての職能を組織的に活かす役割意識の醸成やそのために必要な災害時の新たな体制構築とは何かに関する検討が必要である。また災害時の保健活動において活動を迅速かつ適切に進めるうえで、メンバー間で共有でき、それぞれの判断の拠り所となる指針は、説明文書の形態よりも、図表などによって視覚的に短時間で容易に確認できるようなツールが有用であり、そうしたツールの生成を検討の中に盛り込む意義は高い。

表6 大都市部の特性を踏まえた自然災害発生時の保健活動体制・方法構築の検討の進め方

段階	ねらい	検討の進め方	ポイント
初期	① 参加者の問題意識の活性化と取組課題・目標の明確化	○ 検討部会の立ち上げと参加者の当事者意識や問題意識を高める	○ 参加メンバー同士の積極的な傾聴、各メンバーの思い・考え・経験が自分の言葉で表出できる雰囲気をつくる ○ 共感・相互理解が進むようにする ○ 検討部会にリーダー（世話役）とスーパーバイザーを加える
		○ 先行事例での取組を理解し、それを所属自治体の現状と対比することにより、メンバーの問題意識をより鮮明にし、所属自治体における課題を明確にする	○ 大都市部での先行事例として、阪神・淡路大震災の保健活動を検討する ・ 参考となる文献を取り上げ検討素材とする ・ 被災地域の規模、被災状況、保健師配置状況、発災後のフェーズ進展に伴う保健活動の内容・活動量の変化、活動に従事した保健師の思い・考え等の具体情報に基づいて先行事例を多角的に理解し、所属自治体の課題を対比して考えられるようにする ○ 大都市部に特徴的な課題を明確にするために、新潟中越地震などの地方都市での先行事例を検討に加えながら大都市部及び所属自治体に特徴的な課題と目標をより明確にできるようにする
		○ 優先課題と目標、取組の進め方・到達点を明確にする	○ 参加メンバーに共通性の高い問題意識や所属自治体の災害対策及び平常時の保健活動の現状から早急に取組む必要性の高い課題を取り上げる ○ 取組期間中に何をどこまで検討するかを明確にする ○ 具体的に検討するためにモデル地域を設定して進める ・ 被害想定、要援護者数、初動可能な保健師数など多様な観点から何を重視してモデル地域を選定するかは、参加者の討議によって決定する ・ モデル地域のデータは参加者が主体的に情報収集する
中盤期	② 自組織（自治体・地域）に焦点をあてた災害時保健活動の現状分析と対応策の具体的検討、活動指針となり得る成果物の産出	○ モデル地域設定による発災後保健活動のシミュレーションの実施	○ 災害が発生した場合、どのような事象進展が起こりうるかモデル地域設定によるシミュレーションを行う ・ 被害想定、住民情報、関係施設、防災拠点、協定書締結機関を理解する ・ 「ケースメソッド法」を用いて発災後の事象進展シナリオを作成する。 ・ 発災後 24 時間、72 時間、1 週間の経過毎に活動可能な保健師数・職位を自治体の現状に照らして具体的に設定して行動レベルで活動のイメージを明確にする
		○ 自組織（自治体・地域）の活動指針と成り得るツールの作成	○ 優先性の高い課題への具体的な対応策の検討作業を参加メンバーによる役割分担と全体討議を繰り返しながら進める ○ 検討結果を整理し、災害時に関係者が共通認識のもと指針として活用できるツール（図表）として形づくる。 ＜ツール（図表）の例示＞ a. 災害時要援護者の優先順位の考え方 b. 発災 1 カ月における、本市保健師と応援保健師の役割の考え方 c. 災害時の保健活動を行う上での情報源および支援者ネットワークの構築の考え方 d. 災害発生後の時間経過とともに、健康上の問題を引き起こすと考えられる対象者とその健康問題、予防的対応策 e. 発災後の時間経過に伴う要援護者支援の業務量の変化

段階	ねらい	検討の進め方	ポイント
最終期	① 成果の公表と評価・振り返り・次なる課題の明確化	○ 検討結果の公表という課題の設定	○ 検討部会での議論、整理した検討結果を他の保健師（関係者等）に説明し、意見交換する <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一方的な説明ではなく、ケースメソッド事例を用いて関係者とも課題意識を共有しながら進める</li> <li>・ 関係者に対してツールを公表し意見交換してツールの精度を高める</li> </ul>
		○ 学びの確認と今後のアクションプランの明確化	○ 検討部会で得られた成果を取りまとめる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参加メンバー1人ひとりの学びを確認し共有する</li> <li>・ 本成果を当該自治体の防災計画等にどのように位置づけるか、そのために今後何が必要かを検討し、今後のアクションプランを作成する</li> </ul>

## 執筆・協力者一覧（アンダーラインは執筆者を示す）

### ・大都市部において考慮すべき災害時の保健活動上の課題

宮崎美砂子（千葉大学大学院看護学研究科）、松島郁子（東京都福祉保健局保健政策部）、前川あゆみ（東京都福祉保健局保健政策部）、川田敦子（静岡県厚生部医療健康局）、田中由紀子（神戸市保健福祉局健康部）、近藤政代（横浜市瀬谷区福祉保健センター）、岩瀬靖子（千葉大学大学院看護学研究科）

### ・大都市部の災害発生時における保健師の派遣体制と方法

奥田博子（国立保健医療科学院）、小島修子・榊原るり子・有川かがり（愛知県医療福祉計画課）、森登志恵（名古屋市健康福祉局健康部保健医療課）、今泉英子（豊橋市保健所健康部）、井関穂美（岡崎市保健所健康増進課）、鈴木稚佳子（豊田市福祉保健部総務課）

### ・大都市部の災害発生時における感染症対策

春山早苗（自治医科大学看護学部）、山口佳子（杏林大学保健学部）、櫻山豊夫（東京都福祉保健局）、倉橋俊至（足立区衛生部足立保健所）、筒井智恵美（東京都南多摩保健所）、堀裕美子（荒川区福祉部高齢者福祉課）、北島信子（大阪府八尾保健所）、有馬和代（大阪市保健所）、川人礼子（大阪市保健所）、塚本友栄・島田裕子・関山友子（自治医科大学看護学部）

### ・都市部における災害発生時の要援護者への支援方策

藤田美江（北里大学看護学部）、高橋悦子・目代弥美・茂田総子（相模原保健所疾病対策課）、中村和恵、菊池明子・村田知子（相模原市介護予防推進課）、中井泉（北里大学看護学部）

### ・自然災害発生時の保健師を含む自治体職員へのこころの支援

牛尾裕子（兵庫県立大学看護学部）、大澤智子（兵庫県こころのケアセンター）、清水美代子（兵庫県立精神保健福祉センター）、田中由紀子（神戸市保健福祉局健康部）

### ・大都市部における災害発生時の保健活動体制と方法構築のための検討の進め方

宮崎美砂子（千葉大学大学院看護学研究科）、近藤政代（横浜市瀬谷区福祉保健センターこども家庭支援課）、小西美香子（横浜市健康福祉局保健事業課）、福石貞子（横浜市健康福祉局福祉保健課）、中西美和子（横浜市こども青少年局こども家庭課）、藤原啓子（横浜市西区福祉保健センターこども家庭・障害支援課）、岡利香（横浜市神奈川区福祉保健センター福祉保健課）、丹野久美（横浜市こども青少年局こども家庭課）、土井やすみ（横浜市金沢区福祉保健センター福祉保健課）、飛田千絵（横浜市金沢区福祉保健センター高齢・障害支援課）、椎葉桂子（横浜市健康福祉局健康安全課）、戸矢崎悦子（横浜市健康福祉局福祉保健課）、岩瀬靖子（千葉大学大学院看護学研究科）、大橋毅夫（㈱三菱総合研究所）

大都市部における自然災害等健康危機発生時の保健活動体制と方法に関する指針

問合せ先：千葉大学大学院看護学研究科 地域看護学教育研究分野

編集 宮崎 美砂子

〒260-8672 千葉県千葉市中央区亥鼻 1-8-1

TEL (043) 226-2435 FAX (043) 226-2435

e-mail : miyamisa@faculty.chiba-u.jp

平成 23 年 3 月 発行

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 1. 論文発表

発表者氏名	論文タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
春山早苗、山口佳子、櫻山豊夫、倉橋俊至、筒井智恵美、堀裕美子、北島信子、有馬和代、川人礼子、塚本友栄、島田裕子、関山友子	都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健活動	自治医科大学看護学ジャーナル	第8巻	133-150	2010

厚生労働省科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業

大都市部における自然災害等健康危機発生時の  
保健活動体制と方法に関する研究

平成 21 年度～平成 22 年度 総合研究報告書

平成 23(2011)年 3 月 31 日発行

事務局 千葉大学大学院看護学研究科地域看護学教育研究分野  
研究代表者 宮崎 美砂子  
〒260-8672 千葉県千葉市中央区亥鼻 1-8-1  
TEL(043)226-2435 FAX(043)226-2435  
e-mail : miyamisa@faculty.chiba-u.jp

