

健康危機管理対策を推進する上で、Webテレビ会議システム活用は重要だと思われた。

今後、全国の保健所に普及させていくことが望まれる。ただし、個々の保健所でITセキュリティ調整を行う必要があるなど、普及上の課題もあることから、全国保健所長会や国などからも普及促進支援を受けながら取り組んでいきたい。

■今後の取組について

最後に、当分担班が取り組んだ「保健所情報支援システム」については、情報インフラが壊滅的なダメージを受ければ十分には機能が発揮されないというウイークポイントはあるものの、近年、広域での健康危機管理対応を求められる事案が増えている状況を踏まえると、現実的な対策の1つとして重要であり、これからもその活用を推進していくべきであると思われる。

E 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

保健所支援 研究分担からの提言

- ・メーリングリストへの全保健所長の登録参加
- ・全保健所で Web テレビ会議システムが利用できる体制構築（全国保健所長会及び国の支援が必要）
- ・Web テレビ会議システムを利用した I C S 訓練の実施

事例収集

地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究 分野総括・事例収集担当

研究分担者：澁谷 いづみ（愛知県豊川保健所長）

研究協力者：岸本 泰子（鳥根県出雲保健所長） 高野 正子（高槻市保健所長）

大橋 俊子（栃木県県東健康福祉センター所長） 大江 浩（富山県砺波厚生センター所長） 松本 一年（愛知県一宮保健所長） 竹内 俊介（鳥根県松江保健所長） 谷畑 健生（国立保健医療科学院主任研究官） 中尾千恵子（愛知県豊川保健所主任主査）

要旨：本研究は、保健所からの健康危機管理事例の収集及び活用について検討することを目的としている。今年度はクドア（疑いを含む）による食中毒事例及び原因不明の食中毒事例を重点報告事例に加え情報収集を行うことによって、新たに53件の健康危機管理事例を収集し、H-CRISISに掲載することにより情報の共有化を図った。また、収集事例を分析することによって論点を整理し、議論を深めてもらうことで、今後の保健所の事例対応に活用する。

A. 目的

保健所の経験した健康危機管理事例の収集及び今までに収集したこれら事例の活用方法を検討することを目的とした。

B. 方法

(1)健康危機管理事例の収集と共有化

平成13年度から22年度までの10年間で保健所が経験した健康危機事例は、国立保健医療科学院が運営する健康危機管理支援ライブラリーシステム（以下、「H-CRISIS」とする。）に保健所健康危機管理事例として掲載（保健所等職員のみが利用できる限定サイト）している。これらの事例は、全国保健所長会の「健康危機管理に関する委員会」が実施主体となって収集を行い、H-CRISISに掲載し、保健所等の関係機関と健康危機管理事例の情報の共有化を図っている。

今年度は、H-CRISISに掲載されている事例の拡充を図るため、①化学物質が原因と思われる健康被害②医療安全（医療事故）③大規模食中毒、広域食中毒④結核集団発生⑤クドア（疑いを含む）による食中毒⑥初期に原因不明の食中毒に関する事例を、重点報告事例として事例収集を行った。

また、より効率的な事例収集を行うため、「食中毒調査支援システム（NESFD）」における「食中毒事件調査結果詳細報告」該当事例及び厚生労働省へ報告することになっている「結核集団感染事例報

告」の該当事例についてH-CRISISに掲載していただくように文書で追加依頼した。

(2)健康危機管理事例の活用

H-CRISISに掲載された保健所健康危機管理事例を有効に活用するため、全国保健所長会の「健康危機管理に関する委員会」と協力し、収集した事例を分析して、いくつか論点を整理した。

今年度重点報告事例として取り上げたクドア（疑いを含む）による食中毒事例については、「クドアを原因とする食中毒の発生防止について」（H24.6.7食安発0607第7号）の通知により、筋肉1gあたりのクドア孢子数が100万個を超えることが確認された場合に食品衛生法第6条違反として取り扱い、当該ヒラメを廃棄することにより食中毒の拡大・再発防止が可能であるため、他に改善すべき内容がない場合は営業禁止・停止の期間設定は不要であることが示された。

この通知を受け、保健所で混乱が見られたので、クドア（疑いを含む）による食中毒の事例を分析して論点整理を行った。

また、腸管出血性大腸菌集団食中毒事例を踏まえた感染症としての課題についても整理した。

C. 結果

(1)健康危機管理事例の収集と共有化

今年度の重点報告事例を示して全国の保健所に事

例報告を依頼したところ、平成 23 年度に発生した健康危機管理事例 53 件の報告があり、H-CRISIS に掲載した。

これにより、今までに H-CRISIS に掲載できた保健所健康危機管理事例は 681 件となった。(分野別掲載事例の内訳は表 1 を参照。)

表 1 分野別 H-CRISIS 掲載件数

分 野	24 年度 掲載	総掲載 件数
原因不明健康危機		3
災害有事・重大健康危機	2	14
医療安全	1	37
介護等安全		43
結核	9	64
精神保健医療		20
児童虐待		11
飲料水安全		11
生活環境安全	1	24
感染症	6	282
食品安全 (クドアに関するもの)	37 (21)	308
合 計※	53	681

※分野が重複する事例があるため、実際の掲載件数と保健所健康危機管理事例の合計とは一致しない。

(2)健康危機管理事例の活用

H-CRISIS に掲載している保健所健康危機管理事例の中から、クドアに関する事例 21 件について分析を行い、次のように論点を整理し、厚生労働省担当者との意見交換等を行った。

- ・「クドアを原因とする食中毒の発生防止について」の通知 (H24.6.7 食安発 0607 第 7 号) による対応が、廃棄で拡大・再発防止できるアニサキス等の他の病因物質との対応と差がある。また、「廃棄で拡大・再発防止が可能」の考え方。
- ・便検査等での検査手法の確立がされていないため、疑わしい食品残品がない場合は原因物質を特定できない可能性が高い。
- ・養殖場まで特定できないことが多く、特定できた場合の公表や、養殖・流通業者に対する指導方法はどうすべきか。

また、腸管出血性大腸菌集団食中毒事例を踏まえた感染症としての課題について、以下のように

整理した。

- ・タイムリーな広域的情報共有が必要である。
- ・感染症の届出基準に合わない症例が多く、届出がされない危惧がある。
- ・溶血性尿毒症症候群 (HUS) の緊急治療体制の確立が急務である。

D. 考察

継続的に健康危機管理事例を収集するためには、保健所の協力が必要不可欠である。全国保健所長会等と連携し、事例報告の積極的な呼びかけにより、H-CRISIS に掲載した事例を増やすことができた。

収集した事例を分析することによって論点を整理し問題提起することで、保健所長会等で議論を深めることは、今後の保健所の事例対応において大変有用であると考えられた。

食中毒事例の処分については、事例毎に対応も異なるため、ここで収集した事例を活用し、各保健所がそれぞれ状況に応じて対応を判断する必要があると考えられた。

E. 結論

全国保健所長会の健康危機管理に関する委員会が中心となり、健康危機管理事例の収集を行い、H-CRISIS に掲載することにより、保健所を始めとした関係機関との情報の共有化が図られた。

また、今までに収集した健康危機管理事例を分析することにより整理した論点について、健康危機管理に関する委員会において全国保健所長会での対応をさらに検討していく。

F. 今後の計画

引き続き健康危機管理事例の収集を行い、H-CRISIS に掲載の保健所健康危機管理事例の充実を図るとともに、保健所等においてより活用できる方法を検討していきたい。

東日本大震災被災地の地域保健基盤の
組織のあり方に関する研究

分担研究報告書

「東日本大震災被災地の地域保健基盤の組織体制のあり方に関する研究」

研究分担者 宮崎美砂子（千葉大学大学院看護学研究科 教授）

研究要旨：東日本大震災で被災した市町村を管轄する保健所と県庁を対象に、震災後の地域保健活動の組織体制再構築の実態について、各組織の保健師への面接聴取により調査し、検証することで、災害時に迅速かつ効果的に地域保健活動を展開するために有用な、地域保健活動の組織体制再構築のあり方について検討した。その結果、災害時に保健所保健師が果たすべき主な役割として8項目、県庁保健師が果たすべき主な役割として5項目が求められることを考察した。さらに地域保健活動の組織体制再構築時に、初動活動を迅速に確立するために留意すべき事項として5つの事項を提示した。また災害時の地域保健活動体制再構築に向けて、今後整備・充足すべき点として8項目、①地域保健活動部門における災害時の指揮命令系統の確立、②地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立、③人材確保と配置、活用方法の確立、④各組織固有の役割遂行の確立、⑤職員の健康安全管理の確立、⑥組織間連携の確立、⑦外部支援者の活用、⑧人材育成の確立を提案した。

研究協力者

奥田博子（国立保健医療科学院生涯健康研究部
上席主任研究官）
春山早苗（自治医科大学看護学部 教授）
牛尾裕子（兵庫県立大学看護学部 准教授）
岩瀬靖子（千葉大学大学院看護学研究科 助教）
大内佳子（宮城県東松島市保健福祉部
健康推進課 技術主任兼保健師）
松下清美（兵庫県健康福祉部健康局
健康増進課 副課長）
小窪和博（千葉県海匝健康福祉センター
（海匝保健所）所長）
館石宗隆（札幌市保健福祉局高齢保健福祉部
認知症支援・介護保健担当部長）
塚田ゆみ子（長野県健康福祉部医療推進課
副参事兼課長補佐兼看護係長）
松本珠実（大阪市保健所感染症対策課
保健副主幹）

A. 研究目的

災害時において効果的に地域保健活動を展開するためには、指揮命令系統を含む組織体制を被災状況に即した体制に迅速に再構築することが不可欠である。しかしながら東日本大震災では、地域保健活動の中核機能である市町村庁舎等が壊滅的打撃を受け、これまでの災害発生時の対応方法では対応し難い問題が生じた。

本研究は、東日本大震災において被災自治体が震災後に保健活動体制をどのように再構築したのかの様相を被災市町村、管轄保健所、県庁の各立場から地域保健活動実態を調べ多角的に検証することから、災害時の地域保健活動に有用な活動体制再構築のあり方を検討することを目的とした。

昨年度の被災市町村調査を踏まえ、本年度は、当該被災市町村を管轄する保健所調査、および県庁調査を行った。

研究目標

- ・既存の災害時保健活動マニュアル、ガイドライン等の改定に際して根拠となる情報の提供ができること
- ・災害時の市町村等の地域保健活動体制の構築に貢献できること
- ・平常時からの備えに関して、市町村等の地域保健活動拠点に対して貢献できること（研修プログラムの作成に貢献できることを含む）
- ・県本庁、保健所、市町村の組織間連携に対して貢献できること

B. 研究方法

事例調査の方法により、実態を詳細に把握することとした。

1. 調査対象

被災市町村の保健機能の被災状況を類型化し

(下表)、その状況を踏まえまず調査候補先市町村を選定した。昨年度、調査期間内に協力の承諾が得られたのは被災8市町であり、本年度は、被災市町村調査地を1か所追加し、それら9市町(パターンA:3か所、パターンB:5か所、パターンD:1か所)、を管轄する7保健所及び2県庁の地域保健活動部門を対象とした。

[パターンA] 地域全域被災、役場中枢機能を壊滅的喪失、人的被害甚大、地域保健活動の拠点も喪失
[パターンB] 地域の広域が被災、役場中枢機能の一部機能喪失、人的被害甚大であるが地域保健活動拠点は存続
[パターンC] 役場中枢機能及び地域保健活動拠点は被害なし、地域の中に被災地区と被災しなかった地区が存在
[パターンD] 役場中枢機能及び地域保健活動拠点到被害なし、隣接市町村から被災者受入れの必要性あり

2. 調査方法

保健所、県庁の地域保健活動部門において、発災直後から概ね1年間、地域保健活動の推進と体制構築を中心に担った保健師に60分～90分の面接聴取を行った。

3. 調査項目

発災後の指揮命令系統、組織(活動)編成、各職員の動き方、その中での保健師の役割、他機関との連絡・調整における活動体制と課題、組織および保健師の動き方における自己検証等

4. 分析方法

1) 個別分析

保健所調査、県庁調査の調査事例ごとに、以下の分析を行った。

(1) 経時的な組織体制再構築の様相

各保健所、県庁ごとに、発災直後からどのように組織体制を再構築しながら活動を推進していったかの経過を記述した。

(2) 組織体制再構築に影響を与えた要因

上記(1)の記述から、組織体制再構築に対して、

“推進を促した要因”、“推進を妨げた要因”について関連する事象を抽出し、内容を端的に記述した。

2) 全体分析

影響要因の性質ごとに、市町村(昨年度調査)、保健所、県庁の個別分析結果を統合し整理した。災害時の地域保健活動体制再構築のあり方に対して今後、整備・充足すべき点、そのための具体策について考察した。

(倫理面への配慮)

調査対象の地域保健部門の管理者および面接聴取する保健師の両者に、本調査の趣旨及び内容について文書及び口頭にて十分な説明を行った。また調査内容は本研究以外の目的に使用しないこと、調査結果の公表にあたっては、保健師個人および自治体名が特定されることのないよう十分配慮すること等を伝え、調査協力の同意を得た上で行った。本調査は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会にて承認を得た後に行った。

C. 研究結果

1. 調査対象保健所及び県の概要(表1)

7保健所および2県の調査対象者の概要は表1(本文末に掲載)に示すとおりである。保健所調査では合計16名、県庁調査では合計6名の保健師から協力が得られた。各調査において、調査対象となった保健師の立場は、発災当時地域保健活動の推進を担当する部署の担当者であった者、発災当初に現場活動に出向いた者、発災当初の担当者の異動後に発災1年以内の状況を引き継ぎ現在地域保健活動の推進を担当する部署の担当者である者、がそれぞれ含まれた。

2. 経時的な組織体制再構築の様相

保健所調査、県庁調査の事例ごとに、様相の概要を以下に述べる。なお文中のアンダーラインは、そのときどきの組織体制の動きを示す。

1) 保健所

【事例1】A保健所

〈初動〉

○体制

震災直後の地域保健活動体制は4班構成であった(発災年の7月から保健師の総括が設置された体制となった)。

当時は7名で実働し、「被災自治体（パターンA）の支援」、「要援護者の対応」、「こころのケア」、「感染症対応等」の活動編成を取った。

現地調査の結果、被災自治体（パターンA）の被害が甚大であることが判明し、保健所として全面的に応援することを決定した。

3月18日以降、保健師は当該自治体に泊まり込みながらローテーション体制を取った（当初1人1泊2日という体制から2名体制とし、徐々に宿泊日数を4泊5日まで増加）。

○被災自治体（パターンA）への支援

県内の2保健所から応援を得た。被災自治体（パターンA）への支援に際しては、A保健所からの移動に時間を要するためアクセスし易い応援保健所内に支援拠点を設置した。

3月20日以降、県内保健所保健師の派遣開始、3月22日以降は他県の公衆衛生医の助言を受けながら保健活動を開始し、感染症サーベイランスも開始した。

○被災自治体（パターンB）への支援

A保健所では平成22年度に地震災害等対応マニュアルを作成しており、マニュアルに沿って「保健活動支援チーム」を3月13日に立ち上げた。避難所の生活環境や健康状態、保健スタッフの活動状況の現地調査を行った。最大避難所と地区の避難所の現地支援を行った。

〈発災後2週間以降〉

被災自治体（パターンA）への支援として、避難所の衛生対策、生活不活発病予防対策への支援、乳幼児健診や予防接種再開に向けた準備を行った。

被災自治体（パターンB）への支援として、業務担当を中心とした活動（こころのケア、感染症対応、要援護高齢者の緊急受入調整等）、巡回療養支援隊（医師会を中心とした在宅支援）の活動支援を行った。

〈発災後2か月以降〉

7月の人事異動に伴い災害保健活動方針を再検討し決定した。

被災自治体への支援体制として、7月以降は地区担当制による総合的支援を実施した。

所内で方針を検討し、保健師の班長レベルを被災自治体の総合調整リーダーとし、サブリーダー保健

師を付けた。

リーダー・サブリーダーが中心となり、被災自治体の災害時の保健活動計画や、感染予防計画を支援した。通常業務への復帰方法や、業務との兼ね合い（優先度）に関する計画支援を実施した。

被災自治体（パターンA）に関わる保健活動の打ち合わせを隣市（パターンD）や管轄保健所と共に実施した（仮設住宅が隣市にあるため）。

被災自治体（パターンA）へ支援は、5月～6月頃より、常駐保健師を追加し、兼務発令は保健所から県に要請した。

その他の支援は、仮設住宅健康調査実施、避難所サーベイランス、避難所での熱中症予防・食中毒予防対策、二次避難所等での生活不活発病予防対策、乳幼児健診再開の支援、ハエ等防除対策への助言、隣市との保健活動打合せ調整を行った。

被災自治体（パターンB）への支援は、業務担当を中心とした活動（こころのケア、要援護高齢者の緊急受入調整）、巡回療養支援隊（医師会を中心とした在宅支援）の活動調整、派遣保健師と被災自治体（パターンB）の保健師とのつなぎ役に注力した（県外保健師ミーティングはNGOが主導しており、被災自治体保健師へ情報がつながりにくい状態であったため、被災自治体が主導できるよう仕組みを改善した）。

【事例2】B保健所

〈初動〉

○活動拠点の喪失

庁舎被災により活動拠点として機能できず、県庁とも連絡が取れない状況であった。さらに、庁舎の4～5階に200～300人の近隣からの避難者を受け入れていた状況にあった。

避難者も多かったため、当座は庁舎内で確保可能な水と食料の確保を優先し、一室を救護室にして保健所長を含む2名の医師と共に避難者への救護活動を実施した。

情報が遮断されており、全県的な災害になっているとは思わず、長期化するとは思っていなかった。

○新拠点の設置

自衛隊からの救助（14日）後、県その他施設に拠点を置いた。新拠点では鉛筆もパソコンもない状態の中、衛星電話で管内の市町村に連絡を始めた。

18日から保健師と事務職でチームを組み、管内

各市町村に情報収集のために派遣を行った。情報がなかったため、とにかく情報を集める目的で派遣した。

派遣チームの人選については、中堅を派遣し、統括と班長の保健師は拠点に残った。派遣は概ね5泊6日の日程で行った。なお庁舎からの救助後、帰宅できる職員は一度帰宅させ、派遣の準備をした。

○組織編成

派遣チームの編成にあたっては、通常の班別組織を超えた運用を行った（通常は3班に分かれての配属。さらに技術統括として保健師1名が配置）。保健師の配置や班の変更を柔軟にして、24時間体制で班に関係なくローテーションを組んだ。

これらの組織運用は、保健師が統括職にあったので可能となった（当県では保健所に統括職を置いていた）。保健師の最上位者が班長クラスでしかないため、班を超えた調整は難しかった。

統括職の職位は技術統括、次長級として辞令に明記されていた。人事権はなく、ラインの管理職ではないが、非常時などの際に威力を発揮でき、調整をためらいなく実施できた。

○保健所からの派遣者による情報収集

管内市町村へ電話連絡できたのが17日の夜7時～8時。電話が4つしかない状態で、他の部局も連絡を並行して行っていたので順番待ちもあり時間がかかり、どの程度被災しているのかも不明な状態だった。「明日から保健所の保健師を派遣するから」としか連絡できない状態であった。

保健所からの派遣チームは泊まり前提で派遣することとし、地域活動しながら情報収集を行う方針とした。

○保健所からの派遣チームによる情報への対応

現場からのリクエストとして、物品の補給、さらに被災自治体に妊婦が5人おり、道路寸断のため、緊急対応時の指示を仰いできた。自衛隊が道を開き、近隣自治体の災害拠点病院への搬送パスを確保し、救急車も用意できる対応をとった。

○市町村以外の情報の受発信

県庁からの指示や、大学やボランティア、マスコミなどからの問い合わせも多かった。これらは技術統括保健師一人では対応しきれないため、事務系次長や所長と手分けした。保健活動に関するものは技術統括保健師が対応した。

技術統括保健師の一連の対応におけるパートナー

は事務系次長であった（技術統括と同クラスの事務系統括職）。

保健所長は対策本部の医療系会議に出席する必要もあり、打ち合わせ時間や判断を仰ぐ時間も取れなくなってきたため、統括職は外出を極力控える方針とした。そのうえで重要な決断は技術統括保健師一人で行うのではなく、事務系統括や所長と協議し実施した。また休息も必要なため、班長保健師とダブルで対応した。

〈発災後2週間以降〉

○県内の他保健所からの応援派遣保健師による対応

県内の他保健所からの保健師の応援派遣が3月23日から開始された。5～6日の期間で保健師、事務、理学療法士などが、最大10名程継続して応援派遣された。

応援派遣者をチーム編成し被災自治体の現場に出してもらった。被災自治体のうち1か所（パターンB）は市町が合併し、支所地域の情報が入ってこないため、支所周り担当の応援派遣保健師をつけて情報収集・支援にあたり、当該自治体の本庁にも情報をフィードバックすることとした。

県内の応援派遣チームの情報を基に、各被災自治体の地域診断を実施し、それに基づいて応援保健師の配置を決めた。

被災自治体の1か所は拠点が完全喪失していたので最も意識していた。

継続的な支援の必要性を見越して5月1日から兼務発令により保健師3名が配属され、自治体別の担当方式とした。その結果、月単位で応援ができるようになり、中長期的な支援、復興経過を被災自治体と一緒に考えながら、保健所保健師は、被災自治体のリーダー保健師の補佐役を務めた。

情報集約・打ち合わせについては、B保健所の保健師は毎日夕方にミーティングを行った。協議内容としてはトイレの衛生問題、介護が必要な人の問題から福祉避難所の設置など。事務系職員を含めた全庁のミーティングは朝実施した。

多くの事柄が錯綜していたため、案件別に連絡票を作成し、各案件の収束まで終えるように留意した。

○保健所保健師による地域支援の困難性

被災自治体によって保健所への期待は異なるものがあった。業務へのマンパワー支援を期待する自治

体もあれば、マンパワーではなく全体の方針や対策への支援期待のある自治体もあった。

○保健所の役割

被災自治体のリーダー保健師を支えることが最も大事であり、そのような意識をもってあたる必要がある。被災市町村からもリーダーの相談役を務めたことに対して感謝されている。

そのほかに被災自治体のうち市町村合併をして組織が大きくなった自治体においては、中長期的な保健計画策定の点で保健所保健師が役割を果たすことができた。

また保健所に期待されることのひとつに各種対策に関する情報発信がある。感染症ではレジオネラ、破傷風などについてチラシを即座に作った。粉塵対応について N95 マスクが意味のないことについてもアドバイスをを行った。

〈発災後 2 か月以降〉

被災 8 か月後の頃になると、同じ管内でも自治体規模、被災規模、通常の保健活動の点で、自治体間で異なることが明確になってきた。管内での情報共有の機会を開くことの難しさを感じていた。

7 月の県保健師の定期異動を契機に兼務を解除し、保健師一人が増員されたため、班の業務において被災自治体のリーダー保健師の支援を行う形に改変した。

被災自治体の 1 つから、管内の他の被災自治体とも情報交換をしたいと要望が出され、それに対応した。

【事例 3】 C 保健所

〈初動〉

○拠点の体制

庁舎自体が被災し、1 階が浸水する。拠点を別の場所に設置する方針は出ず、被災した庁舎で活動を展開することになった（3 月末まで）。ライフラインが断絶していたため情報が全く入らない状況が続いた（携帯電話は 2 台あるも、1 つは所の総括、1 つは技術総括が管理していた）。

津波警報が出ていたため、13 日までは自宅待機命令が出た。14 日から出勤可能な職員が出勤し活動を開始した（出勤職員は 3 分 2 であった）。

14 日の時点で、所内での組織体制が確立せず、保健師が独自に集まって体制を協議した（保健所全

体の指揮命令はなかった）。管内の被災地区の情報収集を実施することとし、通常は業務分担制だが、地区担当制をとった（4 月 18 日まで）。

統括保健師 1 名のもと、下記のように体制を組んだ。2 つの被災自治体は被害が甚大だったため地区担当を配置し、他 3 自治体は保健師 2 名体制で 1 つの自治体を巡回した。

被害が甚大であった自治体の 1 つは、自治体のセンター長、主管課の課長の理解が得られ、またリーダー保健師とも良い連携がとれ、活動が展開できた。

もう 1 つの被害が甚大であった自治体は、避難所が大規模であり、当該自治体から保健所に求められた役割は、調整役割というより人足（マンパワー）であった。

他自治体は巡回対応を行ったが、原発などの問題により県外派遣チームが引き上げるなど支援者が足りない状況があったため、支援チームの調整を行った。各自自治体の状況に応じて保健所としてどのように支援に入るか検討しながら支援を展開した。

各自自治体での活動報告は、毎日保健所内で夕方実施した（庁舎内は電気・水道は未復旧であった）。

県外派遣チームの調整業務に追われる中（こころのケア、保健師、医療）、県庁ルートや独自ルートなども混在し、混乱した。

○管内自治体への対応

12 日～13 日に保健師と事務職で管内自治体を回り、情報収集を行った。情報収集結果を元に、14 日以降の自治体への応援体制を検討した。

保健活動体制が軌道にのっていた自治体は、保健所の支援は 1 名体制とした。

被災自治体の 1 つ（パターン C）は、当初、保健所の支援は不要との意向を示されたが、支援を継続することとし保健所の支援を 1 名体制とした。

他の 2 自治体は、被害が甚大であり、当該自治体の保健師数が少なかったため、保健所の支援は 2 名体制とした。

各自自治体への支援は、その状況に応じて活動を展開した。自治体の統括保健師が機能しているところでは、後方支援を行い、機能できていないところでは、調整役割を直接担うなど状況に応じて活動を行った。

14 日に本所（保健所）と県庁に応援を依頼し、本所から保健師 3 名の応援を得た。本所には元々、

地元の職員が少なく（平常時から新幹線通勤など遠方から通勤している職員が多数を占める）、初動段階で職員が揃わなかった。

通信手段が断絶していたため、本所と支所間の密な連絡ができない状況で、支所独自の判断で活動を展開しなければならなかった。

支所長がマニュアル（H22 策定）をみながら統括役割を発揮した。

マニュアルを基にして、まずは福祉施設の被災状況の確認など情報収集を職員間で分担して行った。またマニュアルにあった記録票も活用し、被災自治体に持参した。

情報収集結果から被災自治体で必要な人員などは、総括次長が県庁に要望を上げた。派遣保健師の調整は支所保健師が担った。支所全体で20名程の職員組織だったので内部連携が図りやすかった。また事務職員がガソリン調達などの業務を担ったため、保健師は保健業務に専念できた（しかしマニュアルに明確な役割分担の記載はなかった）。

必ず毎日保健師間でミーティングを行い、情報交換を行うことで、一人に負担がかからないようにした。道路の復旧状況がよかったため、毎日その日のうちに帰ってくるのが可能だった。初期は時に目まぐるしく変化するため、皆で協議できる環境がよかった。

〈発災後2週間以降〉

○本所（保健所）の動き

本所の通常業務は、5月から再開させた。

被害が甚大な被災自治体を管轄する他の保健所へ、当本所の保健師が応援に行くこととなった（主幹以上の保健師）が、5月からは限界であることを県庁に伝え要請を断った。

○支所の動き

支所6名体制は3月末までで、4月より定期異動のため2名が本所に戻り、4名体制となった。避難所で健康相談の実施に向けて、健康相談票を作成した。また保健師の打ち合わせ体制を整え、1つの自治体に関しては、健康調査の要項原案を作成し自治体と協議を進めた。

通常窓口業務（免許、特定疾患受給者証など）は3月から災害時業務と並行しながら対応しなければならなかった。

〈発災後2か月以降〉

○本所（保健所）の動き

医療機関もほぼ回復し、各自治体の状況に応じて活動を行った。

7月に仮庁舎に移転。8月から他県保健師が応援に入ったが、人事異動で本所の保健師が1名異動となったため実質、支援体制の充実にならなかった。

○支所の動き

6月より本来の3名体制となった。

7月には、被災自治体の活動も落ち着き始め、自治体の状況に応じて健康調査の方針を検討した。基本的に各自治体の統括保健師の相談役になる形で支援を継続した。

【事例4】D保健所

〈初動〉

県の災害時保健活動マニュアルに基づいて動く。その中に市町村にコーディネータ役の保健師1名を派遣することが定められていた。

保健所長が不在の中、事務系副所長が全職員を参集し、方針を提示し、発災日の17:30には市町村へのコーディネータ派遣を実施した。

事務系副所長が中堅保健師を選抜し、派遣保健師を決定。保健師の班長と主事が3日毎のローテーションで被災自治体に派遣された。

県のマニュアルの定めに従って、当保健所のようにコーディネータを派遣できた保健所は少なく、被害甚大であった保健所は即時の対応は難しかったと思われる。

コーディネータ役の保健所保健師の役割は平常時に分散配置されている保健師を組織横断的なチーム組織に再構成することであった。当保健所内においても情報共有等のために毎夕方の職員間でミーティングを実施した。

当保健所庁舎自体は損傷あるも大きな被害は無かったが、近隣住宅、道路等の被害は甚大であった。橋の損傷、閉鎖などで、外出中の職員の庁舎への参集には時間を要した。

コーディネータの最初の仕事は情報収集で、自治体側も十分には状況把握ができていない状況だった。

発災日19時過ぎ頃から避難所等が設置され始めた。避難所は自治体の支所別に設置され、20箇所弱。派遣当日は情報収集の方針確認をした状態で終えた。避難所は翌日には20箇所を越え、15日には

49箇所約6,000人が避難していた。12日は避難所の状況確認と午前中には隣接の被災自治体（パターンA）から被災者が自主避難してくるとの情報が入る。各支所の自治体保健師は手一杯であり、人員不足が予想された。この段階で当該自治体から保健所や外部へ保健師の応援派遣が依頼された。保健所から県庁に依頼を伝達するも、返事がいつ来るか不明確な状況であった。

医療状況も不明確であり、透析患者の取り扱い等について保健所で対応し、情報提供を行った。隣接の被災自治体（パターンA）は透析患者が多く、一週間近く透析を受けていない人もいた。緊急性を要する状況と判断し、医療機関に対して当該自治体と保健所の保健師で受入を依頼した。医療機関への搬送は当該自治体が担った。

13日には隣接の被災自治体（パターンA）からの避難者が当該自治体に入り、避難者への対応については自治体での対応に限界が来ていたため、隣接の被災自治体（パターンA）からの避難住民の避難所対応は保健所主体で実施した。

自治体の情報を得た上での疑問点や検討事項を保健所内の夕方のミーティングで解決して行った。連絡手段がダウンしていたので、重要な情報についてはチームを組んでいる事務職員が伝令して派遣先の市から保健所庁舎に持ち帰った。情報が増加したため、チームの事務系職員を増員した（1名から2名に）。

現地の情報を保健所のコーディネータ保健師が集約し、事務のメッセンジャーに伝え、メッセンジャーは庁舎に帰り、保健所内部の調整を実施した。情報は原則として自治体に集まってくるため、保健所にいるだけでは必要な情報を得ることはできない。自治体と保健所間の情報の流通をどのようにして確保するかは非常に重要な課題であった。

当初は自治体に集まる情報を保健所に伝えることに注力していたが、やがて保健活動の範疇でどのようなことができるかを検討・調整する必要がある局面が現れてきた。例えば、通院手段の確保、自治体の支所の保健師の疲弊状態への対応、心のケアに関する派遣要請の提言等、時間の経過とともにニーズは変化していった。

医療機関の情報が入手できないというニーズがあったため、保健所で把握の上、自治体に対して提供した。また、地域の災害FM放送で情報発信を行

った（自治体と保健所が把握している情報が異なる時もあったため、相互に補完しつつ住民に情報提供した）。

発災数日間、隣接自治体だけではなく、当該自治体において津波被災した住民のうち、妊婦や障害者がヘリコプターで当該自治体の総合支所まで搬送されてきており、到着後の受入れ先の確保に関する情報提供も実施した。

自治体や地域のニーズに対してタイムリーに動けたのは、情報の流通が途切れなかったからだと思われる。自治体では外部支援の調整も必要な状態だったが手が回らず、保健所が分担したという経緯もあった。

当地域では県外からの応援保健師の活動は無かったが、受入をしなかったのではなく、県に対して応援要請はしたものの、津波の被災地域への応援が最優先される状況であり、当地域に派遣できる余力がないとの返答を13～14日の時点で得ていた。

発災直後から人的資源の補強は県に対して要請していたものの、上記のような状況で当地域は人的資源については自立して対応する必要があった。

○公衆衛生活動面での支援

各避難所の衛生環境整備、感染症の発生状況の把握と個別対応を行った。自治体保健師が避難所に配置されている、衛生環境整備と感染症対応は保健所の役割と認識して行った。避難所から10名の腹痛の連絡があり、調査したところノロウィルスの集団感染であった。衛生環境整備や今後の増加に備えて医療機関との事前調整を実施した。どのような状態像が病院搬送対象となるかを確認するなどした。最終的に発症者は15名となったが、病院搬送までの事態には至らず、感染管理のため、隔離的な措置（別室管理）をとり、終息した。

結核患者については結核薬の残量の把握などを行い、訪問指導等を実施した。耐性菌を持つため、入院ができない高齢在宅患者に対しては、前年度の申合わせどおり、自治体保健師が在宅で安否を確認した。

日頃からかかわりのある精神障害を持つ住民に対しては保健所保健師が巡回して状況を確認し、また家族会経由で情報収集を行った。家族会からは保健所の対応に感謝された。人工呼吸器装着患者に対しては電源切り替えの状況について発災直後は公衆電話を用いて確認を行った。

○コーディネータの派遣の終了

コーディネータの派遣は3月25日まで、常駐は18日くらいまでの期間とした。自治体内のライフライン（電力）の復旧に伴って、常駐方式から巡回方式に変化させても情報の授受がある程度可能になったためである。自治体全域の復旧は17日であったが、13日くらいから徐々に復旧して行った。ただし、隣接自治体（パターンA）の避難者が多い避難所については自治体本庁と保健所の保健師によるローテーションで常駐対応を継続した。上記の対応決断を行うにあたり、自治体は保健所に方針を示してもらい助かったと感じている。保健所は、自治体の決断を後押しするスタンスで対応してきた。常駐が必要と思われるが自治体の支所の人員だけでは対応が難しいという相談があったので、保健所も支援するという形で後押しした。

実質的には当保健所にも余力が無かったため、初日については副所長が県内の他保健所に直接保健師1名の派遣依頼をしたという経緯もあった。

○健康ニーズの把握と対応

避難が済むと医療の問題が顕在化してくる。妊婦をはじめ、十分な保護が必要な避難者もあまり声を上げない傾向にあった。健康調査によって判明することがあったので、避難所に入ってもらう際に健康調査を受けてもらう方式とした。避難所にいる住民については健康状況を把握し、状況に応じて層別の対応をした（妊婦のみの避難所や子育て世帯中心の避難所などの設置）。健康調査は14～15日に開始し、層別対応はその後に実施した。避難所ではみんなそれぞれ我慢しているので、思っていることを自分からは言っていない。健康調査をきっかけに個別の事情などを把握することができた。隣接の被災自治体の子どもたちについては、避難している教員から日中の勉強部屋のニーズが挙げられたため、保健所保健師が対応した。

避難所は大規模なところで350名強。自治体の支所の保健師も本庁に対して各避難所の状況を情報提供していた。市民主体の避難所は自治体が機能しており、炊き出しなどをしていたが、隣接自治体の被災者主体の避難所では対応を検討する必要があった。

避難所の状況については支所単位で把握できると、自分たちが分かっているので支所の情報が本庁に上がらず、支所を横断した情報集約ができなく

なった。保健所の職員（コーディネータ以外）が避難所を巡回して避難所の状況調査を行った。スタッフ数や避難者の特徴などについても情報収集した。

保健所が現場に入り込むという活動方法の方針の検討などは保健所の夕方ミーティングで行った。収集した情報を出し合い、各部門の技術系職員が中心となり必要に応じて事務系職員が加わるという形で行った。

発災直後から副所長が長丁場になることを予測し、長期間にわたって対応できるよう、職員の休息やローテーションは当初から考えられていた。

隣接自治体からの避難者の流入は当初から予想していた。12日には山を越えて独力で逃げ延びた隣接自治体の住民がいたことも把握していた。こうした情報は保健所からの派遣者が自治体に居たから得られた情報であった。

隣接自治体の避難者のいる避難所に臨場していたのは18日まで。その後保健所は隣接自治体への保健師派遣について検討した。

県の保健師連絡協議会作成の保健活動マニュアルが頭に入っていたので、それを基に行動した。被災後の経過日数とともに活動内容を確認した。健康調査票などの帳票類やチラシの原稿などを活用した。

平常時から管内自治体とは一市一保健所であり、研究会等は合同開催していないものの、個別事例の情報交換、各所管会議のほか比較的頻繁に連絡を取ることによって情報提供を行う関係にあった。

○保健所の自治体支援について

自治体のリーダー保健師の補佐、情報の収集と分析による支援は重要な役割だった。自治体内で保健師の役割を活かしていけるよう保健所が後押ししていくことも必要と考え対応した。たとえば自治体内には健康部門と福祉部門とを統括する部局が無いため、そこをつなぐ役割を保健所が主導して後押しすることが役割としてあった。自治体の組織全体が疲弊している状況で、自治体のリーダー保健師がどのようなタイミングで自治体の上層部に対して意見を発信するかは悩ましく、保健所が後押しする役割があった。

〈発災後2週間以降〉

当初県からは、県内の他の被災自治体（パターンB）への派遣が打診されたが、副所長の判断で、地理的に近接していることや、管内の自治体内にはす

でに、隣接自治体（パターン A）の避難者が多いことなどから隣接自治体の現地支援に向かう方向で調整を実施し、3月28日から実施した。

派遣体制は3人で1チーム（当保健所保健師1名、事務職1名、他保健所保健師1名）。

隣接自治体では28日に役場仮庁舎が設置されたため、保健活動の基盤を復旧させるために応援に行くべきという判断があった。本当は当保健所の管内自治体の状況が安定するまで同自治体に注力したいという気持ちもあったが管内自治体は内陸でもあり、隣接自治体の現地支援も行っていくこととした。

隣接自治体への支援では保健活動の取りまとめについて期待されていたように思う。仮庁舎では鉛筆一本調達するのも難しい状態だったため、文房具やOA機器などの持ち込みも必要だった。

仮庁舎の設置に伴い、避難所に分散していた隣接自治体の保健師が集合し、保健活動の再構築を目指した。ただ、同自治体の保健師は9名中5名しか稼働できず、いろいろなことを求めても無理な状態と判断し、できることとして台帳づくりから手をつけた。

例えば、妊婦であれば、妊婦検診はどうか、母子健康手帳がほしいなどといった非常に具体的な事項での対応が必要であった。仮庁舎での業務開始から2日ほど経過してようやく、被災自治体では何から始めていこうか、という思考回路が働くようになった状況であった。

外部から非常に大量の情報が入ってくる（支援の申し出や各種の報告など）ため、処理が追いつかない状況であった。また、保健師自体も被災しており、避難者であったという状態で疲労が蓄積している状態。どのような状態でも職務から逃れられない公務員の厳しさを感じた。何からやってよいのかと言うのが正直な気持ちであった。

大学教授やマスコミから、取材の依頼や情報提供と称した接触が多く、休む暇が無かったというのが実態である。

保健活動をするとしても、台帳がない状態。相談や書類の発行を求めてきた人がいれば、書類の発行とともに台帳を作るという流れであった。

他県からの支援もあったので、分担して地域に入り情報収集した。集団で来る支援もあるが、個人で来る人もおり、対応に労力を取られた。

隣接自治体への保健所からの派遣支援は5月5日まで実施した。支援終了時には、隣接自治体の保健師も地域に出始めており、台帳も出来上がりつつある状態であった。保健活動の基盤は復旧しつつあったが、保健師の心身がまだついていかなかった状態であった。

〈発災後2か月以降〉

隣接自治体現地への当保健所からの保健活動は5月初旬までであったが、避難先自治体内の避難所には調査等のために5月末まで通った。

派遣終了の直接の契機は保健所からの常駐支援が入ることになったことである。その後は自治体内に開設された仮設住宅についての健康調査を隣接自治体から依頼されて実施した。また、隣接自治体と避難者受入自治体、保健所による情報交換の場の設定がであった。

心のケアチームが巡回による住民状況の把握を行っていたので、巡回時の状況を保健所に報告してもらうようにした。

【事例5】E 保健所

〈初動〉

○当日

平時の防災避難訓練のとおり、発災直後庁内職員は庁舎前の駐車場に集合した。自転車やバイクで出かけていた職員から川や沿岸部には近づけない状況にあるという情報を得た。

地震後の津波発生の想定はされておらず、もし津波が庁舎まで到達していれば、訓練の想定が危険な避難行動となっていたことが後にわかった。

○避難住民対応

庁舎に津波や地震による被害はなく、近隣住民が庁舎へ避難してきたため、住民への対応（飲料・食料の確保や配布など）や要援護者対応（妊婦、高齢者、肢体不自由者、子ども等約40名）に追われた。

当日夜、所属長から数名の職員を残し、一旦帰宅の指示があった（保健師1名残留、1名帰宅、1名訪問中行方不明で安否確認困難。）

庁舎内の避難者に対し、避難所への移動を勧めるが、全員退去まで約4日間を要した。その間、保健師が庁内避難住民の健康管理対応を続けた。

○情報収集

保健活動に必要な情報収集をこころみるも、管内

の浸水区域、ライフラインの状況など正確な情報の入手が困難であった。

正午すぎ、次長、課長が被災自治体（パターンA）の民生部長、消防本部などを訪問し現地情報を収集し自治体が甚大な被害を受けた状況を確認した。

保健所長（2保健所兼務）は被災時、当保健所勤務であったが、被災後から管内の医療機関や関係機関へ出向いていたため不在。情報把握内容の共有や、保健活動への指示や統括機能は不全状態にあった。

保健所保健師は平時定員3名である。うち1名が被災しその後休職し、被災活動を残る2名で対応する必要がある人員不足であった。

2名の保健師が2つの被災自治体（パターンAとパターンB）をそれぞれ担当し、支援を開始した。以後毎日2人の保健師間で支援活動の共有・検討を行った。

〈発災後2週間以降〉

厚労省ルートによる県外派遣保健師の被災地派遣のための調整活動（オリエンテーション、活動調整、ミーティングなど）や自治体内の支援関係者や関係機関と連携した活動を行った。

〈発災後2か月以降〉

5/16 県内保健師1名兼務発令（～H24.3.31まで）が行われた。

保健所内の平常時業務再開に伴い、被災地支援活動の継続は保健師のみという実態であった。

県庁からの被災地視察は被災後3か月頃であった。被災自治体（パターンA）に対して保健所から毎日出向く支援は6月まで継続した。

4月末から県外自治体の1年派遣が始まり、6月までの間に、保健所の保健師の役割を県外自治体による長期派遣保健師へ徐々にシフトさせていった。

長期支援の見通しとそれに伴う外部支援の必要な手続きは県外の派遣保健師の助言に基づいてすすめた。支援継続の必要性を示すために必要な資料の素案を県外派遣保健師が作成、提案された原案を被災自治体と保健所で確認し、肉付けする作業をすすめた。

6月以降から現在に至るまで週に1～2回は保健所保健師が自治体へ出向き、協議会などへの出席

や、被災地保健活動の支援を継続した。

自治体の保健部門保健師の経験年齢が浅く、長期的なサポートが不可欠だと考えられた。

【事例6】F保健所

〈初動〉

○体制

震災当日、もっとも若い保健師1名だけが庁内におり、残りは外出中（課長も不在（14日、県の車で帰所）、所長も休暇中）。住民が500人程入ってきて避難所となったため、その健康管理を実施した。

○対応方針

発災時は保健部の部長と所長で指揮を執った。（部長と所長は同等。所長は技官、部長はセンターのセンター長）。

部長または所長の指示で、各地域の避難所の現地調査を行ったが、大量のがれきに阻まれて移動が困難だった。

3月14日に2地区を把握し、3月15日に被災自治体（パターンB）を把握した。

○保健師支援チームの受入調整

他県保健師チームの受入調整を実施し、保健師のミーティングは朝・夕に実施した。6月までは土日も含めて毎日実施し、それ以降は回数を漸減した。

○医療支援チームの受入調整

保健所管理課で調整した（～6月末）。また医療支援チームの連携会議（管内の2自治体）を開催した。

発災直後に精神障害をもつ住民への対応を実施した。薬が流されてしまったことと、交通網が遮断されたため保健師が対応した。薬の入手は困難を伴った。

〈発災後2週間以降〉

3月末より、こころのケアチームの受入調整を実施した。機械的に入ってきた順番で2自治体に振り分けた。2自治体での活動方式は異なり、避難所対応から巡回への変更した方式と最初から避難所を巡回した方式とがあった。

9月以降は県庁からの依頼で他県チームの支援は辞退した（県で関連協会の巡回健康相談などを受け入れることになったため）。

〈発災後2週間以降〉

5月よりこころのケアに関する意見交換会を定期開催した。8月、9月あたりから通常ルートへ復帰し、精神保健相談については、こころのケアチームへつないだ。自殺関連の研修会や会議を9月、10月あたりに開催した。

こころの相談室を9月から設置（一部の自治体においては6月から開始）、医師2名で実施した。

自治体が実施している被災関連事業の支援は、仮設住宅居住者やみなし仮設住宅者への全戸訪問、仮設住宅集会所等での健康相談、運動教室、サロン、被災地区居住者への全戸訪問である。

【事例7】G保健所

〈初動〉

課長は、発災当時薬剤の調達に実務者として従事したため、保健活動は実質保健師2名で対応しなければならなかった。栄養士が休職中だったため、内陸部の保健所のバックアップが入るまで保健師が一部栄養面の調整業務も担う必要があった。

まずは、浸水区域の人工呼吸器装着の難病患者の安否確認および消防要請、受け入れ体制の整備に従事した。合同庁舎1階しか電話が通じない状況の中、保健師2名および事務の総括1名で従事。医療機関・福祉施設の情報収集は組織の中で分担して動いた。

徒歩による移動が可能な避難所に出向き、環境整備や避難住民の対応に自治体職員と共に従事した。

被害が甚大であることから、応援が入ることを予測し、避難所で情報収集を行った。情報収集項目は手書きで整理した。発災2、3日頃には、避難所の情報が集約でき、物資や派遣保健師が入る避難所の優先度を把握することができた。

被災自治体（パターンA）は発災時から火災が収まらず、実際に出向けたのは4日目だった。以後は、毎日必ず保健所保健師が入るようにした。

保健師2名での対応だったため応援は発災直後から必要であった。内陸部の保健所のバックアップはあったが、2日間程のショートスパンだった。中堅保健師クラスの人員が1～2か月のロングスパンで手足ではなく共に活動方針を考えてくれるような存在が欲しかった。

発災数日後、保健師が企画管理課課長にミーティングの開催を打診し、企画管理課の主導により、全課対象で朝のミーティングを実施し、所内全体の動

きの情報共有を行った。職員の健康支援も兼ねて、ミーティングの時間に体操も取り入れた。夜間ミーティングも毎日実施し、各チームの活動結果を共有した。

この頃医師会が中心となり、医療班の巡回体制の調整を行った。医療班のミーティングにはスペースの関係で保健班と一緒ににはできなかったが、保健所企画管理課職員が出席し、その情報を翌日に保健班につなげる体制をとった（元々、医師会を中心にまとまりのよい地域のため日頃の関係性が体制構築に良い影響を与えた。）

〈発災後2か月以降〉

各自治体と保健所で連絡会を開催した（2自治体）。

1つの自治体は、地区制をとっており、全ての保健師の統制をとることが困難な状況であったため、1週間に1回の自治体でのミーティングは必ず保健所保健師も入り、共に動けるよう活動方針の検討を行った。

もう1つの自治体は、母子保健事業再開のバックアップ（受給券の発行、予防接種等）を行った。

〈発災後2か月以降〉

5～6月頃より、保健所主催で行っていた派遣保健師との週1回のミーティングを自治体主催で開催できるようにバックアップした。

8月頃より、それまで県の精神保健福祉センターが担っていた「こころのケアチーム」の調整を、保健所で実施するようになった。

9月から、自殺対策や被災者の心のケアの視点での連絡会を開催し、組織体制に関するものや、担当者レベルのものをそれぞれ月1回開催する。また2つの被災自治体にケアに入っている支援者との事例検討会を開催した（翌年3月まで継続して実施）。これらの連絡会等を通して、活動方針の検討を行い支援体制づくりを進めた。

1つの自治体では年明けから、全戸調査（仮設住宅）を実施した。そのための方針を自治体側と協議しながら検討した。

2) 県庁

【事例1】A県庁

〈初動〉

○発災後の動き

地震により庁内も資料の散乱、建物・設備の損壊、課内で2名の負傷者あった。

課長から自衛隊へ派遣要請済みであることが伝えられた。庁内は予備電源によりテレビ視聴は可能であった。メールや電話は不通。第一報は17時10分、1か所の保健所の総括保健師からの無線電話が入った。

担当課の班（保健師2名、事務2名の構成。班長は保健師であるが管理職ではなく、班の取りまとめ役である）は総務課の保健師と協働で情報収集に当たった（当時は7保健所が無事と聞いたが、後で誤りだったことに気付く）。DMATやホームページの情報を通じて地域情報を把握するしかなかった。

当時の情報は、庁内の災害対策本部会議に出席した部長から各課長に伝達され、それが現場に伝えられるという仕組みであった。

（3月12日）

担当課の班の保健師2名で手分けして情報収集や調整を試みることにしたが、平成20年の内陸地震の経験から、2名だけでは難しいと判断し、庁内の保健師の応援をもらうことを考えた。庁内には18名の保健師（保健福祉部16名、他部2名）がおり、協力可能な部署から巻き込んでいった。（課長から他課の課長へ依頼した。正式には3月14日に兼務発令された）

各保健所への連絡を試みたが、9時半の時点で2か所、11時半の時点で3か所しかつながらなかった。17時に2か所の保健所以外は把握できた。

市町村との災害電話はスムーズにいかず、職員の安否は保健所経由で収集した。

（3月14日）

各課からの応援も得て、各地からの派遣の準備・調整のための作業を行った。

派遣者に対して地図、行先、災害時保健活動マニュアル（当時は未定稿）を印刷。病院、ガソリンスタンド、スーパーなどの現地情報も追加して提供した。

○厚生労働省【以下；厚労省】保健指導室との連携

3月11日21時40分に、厚労省保健指導室から「支援の必要があれば連絡してほしい」旨メールを受けたが、「状況がわかったらお伝えします」という程度の返信しかできなかった。

3月12日、厚労省保健指導室長より電話があり、早く要請を出すよう依頼あり。この時点で県庁内部では、全国知事会からの支援照会がかかっておりそちらの対応を行っていた。

全国知事会からの照会は応援の必要な人数や期間に関する回答を求めるものであり、算定するには情報が少なすぎたが、周囲と相談して提出した。

3月13日、厚労省から再度回答の督促があり、正式に要請をした。文書手続きは総務課が行った。

○派遣要請内容の検討

当時は被災地の状況が把握できなかったため、要求を具体的に伝えることができなかった。

当時は「まず保健所に保健師を派遣して、保健所で調整して管内市町村に配置。各保健所は10週間、6人ずつ程度」と考えていた。後から考えると全然足りない数字であった。

厚労省には「できるだけ多く派遣してください」と要請した。厚生労働省内部で3月12日に派遣元との調整を開始していたため、県外からの応援が3月14日には到着した。現地との調整ができていなかったもので、とりあえず県庁に来てもらった。

○派遣保健師の配置

当初は保健所と相談して配置することを考えていたが、その後市町村と直接相談することとなった。理由は被災自治体を管轄する保健所自体も被災し機能不全であったり、本来と別の場所で業務をすることとなり混乱があったりしたため。庁舎が無事で情報もつかんでいた保健所には相談対応ができた。保健所と相談しながら人員配置できるようになったのは4月以降であった。

マニュアルが通用しない事態。マニュアルは平成20年の内陸地震の経験も反映していたが、これだけ広域な被害は想定していなかった。

〈発災後2週間以降〉

○県内保健師の派遣

県内陸部の各保健所から順番に派遣してもらう体制をとり、派遣は出張対応という形で「○月×日まで□人」という支援を要請した。派遣期間は平均5日程度、引き継ぎのために1日は重複するようなスケジュールとした。県内陸部の保健師を確保するなどの調整は総務課より行い、担当課の班は市町村へ

の派遣調整を行った。

被災自治体（パターン A）を管轄する保健所は通常でも車で1時間かかる場所にあるため、当該自治体に直接の担当を置いた。

○総務課との協働

総務課は人員の確保、医療整備課は派遣調整という形で連携。朝夕にミーティングを行い情報共有した。

〈発災後2か月以降〉

県内保健師の派遣をした。月に兼務発令を出して対応した。職員の人事異動は4月にできなかったため7月に行われた。この時期の異動は上層部の決定であり保健師以外もかなり動いた。

健康調査は避難所ごとにそれぞれが行っていたが、健康問題全体を分析することができず。平成24年1月からみなし仮設の健康調査を一斉に行ったのが初めてであった。

当初から、被災地全体の健康状態を考えるという考え方をもち、統一書式を作っていれば早めに取り組むことができ、今後の課題である。

当時の災害時保健活動マニュアルの様式は手書き部分が多く、データは入力したが量的な集計などの取りまとめはできなかった。要支援者を早く見つけてフォローしたいという思いで様式が整備されていたが、集計までは頭になかった。マニュアルは策定直後であり周知も十分にできなかったし、被災して流されてしまったところもある。合意ができていればもう少し早く活用できた。

関連通知の発出やパンフレットの作成は他課が行い、感染症対策のパンフレットやエコノミークラス症候群、生活不活発病関連の啓発も原稿は作成済みであった。

内陸部の保健所は、自治体の健診業務の対応、妊産婦を集める場の設置、育児相談の支援を行った。自治体によっては通常業務の計画づくりの支援を行ったところもあった。

新潟県中越地震では、支援チームが通常業務の支援までやるかどうか課題となったが、今回は中越地震と異なる現地の様相であり、応援側が通常業務への支援を断る状況にはなかった。

研究目的の現地調査・支援について県庁に問い合わせが来たものは断ったが、県や市町村を通さずに

現地入りしたのも多くあったと聞いている。県外の医療チームの中には、「余震があるから〇〇地域にはいかない」「現地を見学させてほしい」という意見を言うものもあった。一方、派遣応援者を受入れる自治体側のマナーとして、支援が長期化してきた際、「長期間支援してくれるチームがいい」（短期ならばいい）「経験ある保健師がいい」（若手の経験を積むためだけのようないい保健師はいらない）という意見もあり、調整が大変困難となった。

市町村側が業務の建て直しや継続フォローに差し掛かった時期では全戸訪問をしたいという要望があり、まとまった数の派遣者が確保できない場合に調整が困難であった。

7月以降の派遣調整は、引き続き県と市町村で直接行った。保健所と市町村で行うような仕切り直しが必要であったが、保健所も人事異動があったので介さない方が効率が良いと考えた。また派遣期間が8月末までというチームが多く（24 / 33 都道府県）、本庁側も疲弊した。

お盆の時期の調整が大変だった。初盆ということもあり保健活動が停滞するため、受入側の市町村は保健師の受け入れを止めたいという申し出をしてきたが、そのことが念頭になく急遽受け入れを止めるための調整をすることになった。お盆の時期は県内でも8月2日～20日までと長いこともその時に初めて知ることとなった。

仮設住宅の建設遅れによる調整も手間取り、県北沿岸地域の仮設住宅は建設が遅れ、入居後の健康調査の実施時期も遅れることになった。健康調査は内陸部の保健師に対応してもらうことで調整したが、「その場で判断させられるのは困る。資料など準備をしておいてほしい」「通常の業務時間内で戻れるよう活動したい」「〇〇には上司の許可が必要」など要望が多く手間取った。

【事例2】B県庁

〈初動〉

被災直後、県庁舎内においても停電があり、電話・FAXの不通が続いた。自家発電でテレビのみつけていたため津波の被災状況は映像で把握していた。被災地自治体へ状況確認を試みるも、衛生電話が保健所専用ではなく、限られた通信手段での連絡は困難を極め、沿岸部地域の保健所には連絡がとれず情報収集困難な状況が続いた。

当日夜、1か所の保健所の部長（事務職）に衛星電話の連絡が通じ、「とんでもない状況だから保健師の応援が必要」と保健師要請依頼を受理した。

〈3月12日〉

翌朝、被災地市町村への電話もすべて不通。被災地を管轄する保健所から要請があることで国に派遣要請を行うことを決めた。本庁災害対策本部がその時点で把握していた避難所数が112か所（規模は不明）であることを確認し、1避難所あたり2名の保健師とし要請人数を224人と算出し、当面7日～10日の期間の予定で保健師の派遣要請を保健指導室へ行った。被害の詳細がわからないため派遣要請人数、支援希望日数はとりあえずという本庁の判断であった。

県下の保健師の安否確認にも3日間を要した。

○県内応援調整

翌日県外派遣要請と同時に、本庁から県内すべての市町村へ対し、沿岸部自治体への支援要請依頼のFAXを流した。しかし、保健師個々に支援の意思はあっても、市町村自治体として費用負担や危険性などの問題、時間とともに沿岸部被災者が内陸自治体へ避難を始めたことによる対応業務量の増加など諸事情も加わり、県内の応援マンパワーの確保は当初困難であった。

○県外派遣調整

県外派遣保健師は被災地管轄の保健所へ出向き、その指示のもとに被災市町村活動の支援を行うよう本庁で調整をすすめた。市町村と本庁間で直接のやり取りができなかったため、派遣チームは管内の保健所の指示で市町村支援を実施するという流れとした。

○庁内体制

本庁保健師統括担当は1名のみ。担当課内は被災直後から、透析患者の受け入れ調整に人員を要し、統括保健師へのサポートができる余裕はなかった。そのため、国保担当課課長がサポートを名乗り出てくれ、その課長に臨時職員（事務）1名がつくという3名の変則的な体制で対応した。

〈3月13日〉

県外派遣チームの第一陣が保健所に支援へ入った

が、被災地保健所と県本庁、派遣保健師間で意思疎通が上手く図られず、被災地から先遣隊の助言指導の立場に対し拒否反応が示された。混乱した状態が続いている被災地において、後方支援者としての立場でのリーダーシップによる支援であれば良かったが、派遣側保健師による課題の指摘や、陣頭指揮をとったことが現地とかみ合わなかった。直後の被災地のニーズは、指導・助言よりも、手つかずの現状に対する柔軟な支援の担い手としてのマンパワーであった。

別の被災保健所では実働保健師2名のみとなったため、本庁統括者との連絡調整担当が事務職課長となったことも意思疎通困難な要因となった。

〈3月24日〉

本庁課長（事務職）と同行する形で、沿岸部被災保健所へ本庁から出向き現地の状況把握や担当者と話をする機会を持った。しかし、本庁担当保健師は1名のみであり、時間をかけて足を運び調整を行うことは困難でもあった。また、ヒアリングなどのための時間は、現地にとっても負担となる面があり、県庁からの情報発信は、極力、本庁職員専用共有フォルダーによるメール発信を行っていたが、忙殺される被災地の職員はメールを読む余裕もなく、一方的な情報発信となった。

○内陸保健所保健師による沿岸部保健所機能強化

内陸保健所保健師による沿岸部保健所への応援体制は被災後約1週間頃から開始した。県の広域な地域特性を考慮し、各地域の内陸保健所から沿岸部保健所担当制の支援者を配置し、内陸部の保健所および管内の市町村からも可能なスタッフの応援派遣調整を行った。当初は保健師以外にも、事務職や運転手の同行などの配慮も一部ではとられていたが、時間の経過とともに保健師だけの支援が継続した。内陸保健所の応援体制は、各保健所の判断に任されたものであり、地域差もあった。応援保健師の業務は主に避難所支援であり、避難所の減少によって、保健所への支援へとシフトしていった。県の応援保健師の支援が有効であったのかは検討が必要である。

〈発災後2週間以降〉

本庁にて県内応援体制および県外保健師の派遣調整を沿岸部保健所と連絡をとりながら継続し、3被