

表4 東日本大震災において県庁（本庁）の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理（県庁）

| 影響要因 | | 具体的内容 |
|--|--------|--|
| ① 指揮命令系統・方針の決定（調整）体制の確立 | 促進した要因 | — |
| | 妨げた要因 | 統括者の位置づけの不十分さ （これまでの統括は、保健師の研修を主としていたが、保健師活動の統括や配置計画の統括をする必要があるのではないか。大きい位置づけがあると発言力をもってできたかもしれない） |
| ② 情報収集・アセスメント・問題整理・発信 | 促進した要因 | 県庁担当課保健師が総務課保健師と協働で情報収集にあたった |
| | 妨げた要因 | 被災地の情報を直接取る手段が未確立 （発災時に県庁の立場から現地に出向き、情報を直接取る手段が確立していない。情報が届かなければ、現場に出向く体制が必要。職員の中でも、自由に情報を集めることのできる立場の存在が必要） |
| | | 甚大な被害・ライフラインの寸断による情報収集の困難 （ライフラインが断絶。衛生電話が保健所専用のものでなく、限られた本数の衛星電話では被災地との連絡は困難を極めた） （翌日、市町村の状況を確認するため架電するも、被害を受けた自治体は全て不通） （保健所職員の安否確認に3日要した） （市町村の保健師の安否確認にはさらに日数を要した） （派遣要請の有無を含む被災地の状況把握困難） |
| | | 情報集約と共有の方法が未確立 （災害時の情報共有の会議体として、県には副知事をトップとするものと、総括が集まるもの、一般職員が集まるものの3段階がある。その中には保健福祉事務所の副所長が集まるもの、総括保健師が集まるものなどがある。県庁において情報授受の仕組みに乗れるよう総括保健師などの位置づけが必要） |
| | | 情報集約と共有の方法が未確立 （4月以降、激務が続く被災地と本庁間でスムーズな連絡が困難な状況が続いた。様々な本省などを含む外部からの問い合わせに対し、数的に示せるものがなく困った） （毎日夕方、日報をFAXで現地から発信するよう依頼したが、情報が上がってくる状況にはなかった） |
| | | 情報分析から対策を考えていく機能が果たせていない （健康調査は避難所ごとに実施していたため、県内全体の健康問題を十分に分析できなかった） |
| 情報の集約・発信の方法が未確立 （アセスメントに際して、当初から被災地全体の健康状態を考えると方針が徹底されておらず、統一書式等の作成を行っていなかった） （被災当時の災害時保健活動マニュアルの様式は自由記述欄が多く、データを電子化したのが定量的な分析が困難であった。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、集計までは想定されていなかった） （県庁のPCの共有ホルダーなどを活用し、県庁から情報発信を行うが、昼夜を問わず忙殺されている被災地の保健師には、PCの膨大なデータを読むことが負担であった。そのため本省が集約している他県の活動報告などの記録も、被災地保健師には活動されていない） | | |
| ③ 組織体制の再編・組織内連携 | 促進した要因 | 庁内他部局の応援確保・役割分担 （県庁内で総務課は人員の確保、医療整備課は派遣調整という形で課別に役割分担を行いつつ連携し、朝夕にミーティングを行い情報共有した） （県庁担当部局の保健師のみで情報収集・調整業務を担当することを考えたが、平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験から、マンパワー不足を懸念し、庁内他部局の保健師の応援を得る方針とした） |
| | 妨げた要因 | 県庁側の体制未確立 （派遣者の要請の判断、概算算出に数日を要した） （派遣調整は、発災直後から県庁と市町村間で連絡調整。保健所にどの時点で調整業務をバトンタッチすべきか判断がつかず） |
| ④ 県職の人材活用・調整 | 促進した要因 | 内陸部から沿岸部の応援体制の構築 （内陸保健所保健師による沿岸部保健所への応援体制を被災後約1週間頃 |

表4 東日本大震災において県庁（本庁）の災害時保健活動体制に影響を与えた要因の整理（県庁）

| 影響要因 | | 具体的内容 |
|-------------------|--------|---|
| | | <p>から開始できたこと） （県の地理特性を考慮し、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） （県内陸部の各保健所から順番で保健師を派遣する体制をとり、派遣は出張対応という形で支援を要請した）</p> |
| | 妨げた要因 | <p>県内応援者の必要量を推計 （県庁から応援を送る際、各被災保健所管内の避難所数で派遣人員比率を考慮した）</p> |
| | | <p>職種間の温度差 （課長や事務とチームを組み沿岸部保健所を支援していたが、次第に保健師だけの支援となった） 地域間の温度差 （内陸部保健所の応援は2～3日のチームもあり、沿岸部保健所から困惑する声があった）</p> |
| ⑤ 県外の支援者の受入・調整・活用 | 促進した要因 | <p>当初から機能できた保健所では、県外派遣保健師が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にした</p> |
| | 妨げた要因 | <p>県外派遣チームと受け入れ保健師ニーズの差 （被災保健所は絶対的なマンパワー不足、現状把握もままならない中、助言的立場のスタンスで派遣支援に入った派遣保健師とうまく折り合いがつかない面があった）</p> |
| | | <p>派遣保健師の認識の差・知識不足・配慮の欠如 （経験の乏しい、自律的な活動を行うことが困難な保健師も多く、被災地からクレームがあった） （当然宿泊させてもらえるもの、という認識で派遣に来ていることも被災地保健師の負担になった）</p> |
| | | <p>長期支援・被災市町村のマンパワー不足 （予算補助があっても、被災地の危険性や旅費や交通手段などの問題で専門職の確保が困難だった）</p> |
| | | <p>県外派遣と被災地保健所と派遣保健チームのマッチングのための調整 （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に市町村から全戸訪問をしたいという要望があったが、まとまった数の支援者を確保できず調整が困難であった）</p> |
| ⑥ 市町村との連携 | 促進した要因 | <p>受け入れ市町村の体制確立 （以前に災害を経験した市は初動が早く、すぐに受け入れの表明があった。震災時の支援経験とトップのマネジメント能力が決断を左右した）</p> |
| | 妨げた要因 | <p>受け入れ市町村側の体制の未確立 （受け入れ側の市町村の窓口の有無によって、派遣保健師の活用の成否がわかれた。窓口が保健師ではない自治体では受け入れ後に効果的な保健活動ができていなかった） ・地域文化・慣習を踏まえた対応のための市町村との連携 （初盆の時期には保健活動が停滞するため、受入側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、こうした事態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）</p> |
| ⑦ 役割認識 | 促進した要因 | — |
| | 妨げた要因 | <p>被災地の情報を直接取る手段が未確立 （県外派遣チームが保健所に支援へ入ったが、被災地保健所と本庁、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こと）</p> |
| ⑧ 平常時からの研鑽・人材育成 | 促進した要因 | — |
| | 妨げた要因 | <p>応用力の育成 （災害時対応マニュアルでは平成20年の岩手・宮城内陸地震の経験も反映していたが、東日本大震災規模の災害は想定できていなかった）</p> |

表5 災害時の地域保健活動及びその組織体制構築のあり方に対し今後整備・充足すべき点

| 組織体制の構築に必要な事項 | 整備・充足すべき点 | 具体的方策 | | |
|--------------------------|---|------------------------|------------------|-------------------|
| | | 防災計画への明示 通知・ガイドライン・ | 化 マニ ニユアルへの明文 | 発 研 ・実施 プログラム開 |
| 1. 地域保健活動部門における指揮命令系統の確立 | <市町村> ○保健活動の拠点となる場・人材の確保 ・活動推進には場と人材の確保が基盤となることの認知 | | ◎ | |
| | ○職能を初動から効果的に活用するための体制整備 ・平常時から災害発生時へのモードの転換 ・平常時の分散配置体制を越えて保健師の人員を集約して管理できる初動体制の確立 | ◎ | ◎ | |
| | ○管理職による役割遂行 ・市町村の災害対策本部と保健部門、他部門とのリエゾン役割 ・市町村の保健活動の全体把握と活動方針の樹立 ・意思決定に関わる権限の明確化 ・県庁、保健所とのリエゾン役割 | ◎ | ◎ | ◎ |
| | ○保健師統括者（実務リーダー）の立場の設置と役割の明文化 ・災害時における統括者の設置・役割付与・役割の明文化 ・保健師統括者を補佐する役割の設置・明文化 ・市町村の保健活動の全体把握と方向づけ ・活動班編成と人員配置調整 ・情報の分析と問題把握 ・定例ミーティング主催による職員間の情報共有の場づくり | ◎ | ◎ | ◎ |
| | ○平常時からの職員間のコミュニケーション ・分散配置を越えた連携意識の醸成 ・保健師間のつながる力の育成 ・事務職上司との信頼関係の構築 | | ◎ | |
| | <保健所> ○健康危機管理の拠点としての体制整備 ・権限をもって所内の平常時の班別組織を越えて保健師の人員を集約し再編できる立場の設置（統括保健師の任命など） | ◎ | ◎ | |
| | ○市町村支援機能の発揮のための役割の設置と明文化 ・被災市町村の保健師統括者（実務リーダー）を持続的に補佐する役割の設置（市町村担当者の設置） ・市町村と共に問題に取り組む同士としての支援の立ち位置 ・市町村機能不全時の市町村統括者の代替役割 | ◎ | ◎ | ◎ |
| | <県庁> ○権限をもって指示できる立場の設置と役割の明文化 ・被災地からの情報収集や県内保健所、市町村に指示できる県庁保健師の立場の設置と分掌としての役割の明文化（統括保健師の任命など） ・スペシャリストの投入の判断およびシステムの運営力強化 | ◎ | ◎ | |

| 組織体制の構築に必要な事項 | 整備・充足すべき点 | 具体的方策 | | |
|----------------------------|--|------------------------|--------------|------------------|
| | | 防災計画への明示 通知・ガイドライン・ | 化 マニュアルへの明文化 | 発・実施 研修プログラム開 |
| | ○増大する調整業務への人員補充 ・県庁内の他課や県内保健所から人員補充する仕組みの明文化 | | ◎ | |
| 2. 地域保健活動部門における災害時の情報管理の確立 | <市町村> ○避難所、地域ごとに情報を把握し蓄積できる仕組み（記録方式も含む）の構築 ・経時的に情報収集すべき項目の明確化とデータの蓄積・記録への対応（統一様式の設定とデータ管理のための外部支援者の確保） ○県庁、保健所から提供された情報を集約し、対策に活かすための仕組みの構築 | | ◎ | |
| | <保健所> ○発災初期から定期的かつ継続的に被災市町村に直接足を運ぶことによる市町村単位の情報収集と問題分析による地区診断、協議の場の設定 ・アウトリーチによる管内被災市町村の情報の把握・分析に基づく関係者間の協議の場の設定 ○市町村から収集した情報を県庁に発信する仕組みの構築 ○県庁からの情報を被災市町村へ発信できる仕組みの構築 | | ◎ | ◎ |
| | <県庁> ○情報管理の仕組み ・被災市町村の稼働状況や健康問題に関する情報収集と情報の一元化の仕組みづくり ・収集した情報から県内の被災市町村全体の問題を分析し、資源の配分や調達、県の対応策を検討し発信する部署や担当者の役割の明文化 ○県庁内の先遣隊メンバーの1人として、発災初期の県内被災地の積極的な情報把握 | ◎ | ◎ | |
| | ・情報の入りにくい発災初期の情報を把握するための方策の確立 | ◎ | | ◎ |
| 3. 人員確保と配置、活用方法の確立 | <市町村> ○稼働できる職員の確保 ・緊急的な人材雇用の判断 | | ◎ | |
| | ○平常時の組織体制から災害時の体制への再編 ・分散配置の枠を外し一括管理体制へ再編 ・組織のラインと保健活動のラインという二重の命令系統の整理の必要性 | | ◎ | |
| | ○人材確保 ・直接支援を持続的に担う人材の確保（外部支援者の活用） ・長期的スパンで現地職員を補佐する人材の確保 ・派遣者の広域的調整 ・地域内の人材発掘と任用 ・雇用による人材活用 | | ◎ | |
| | ○活動編成と人材の配置・調整 ・活動の組織編成調整を担う統括者及びその補佐役の設置 ・活動単位（地区）の明確化 | | ◎ | ◎ |

| 組織体制の構築に必要な事項 | 整備・充足すべき点 | 具体的方策 | | |
|------------------|--|------------------------|----------------|------------------|
| | | 防災計画への明示 通知・ガイドライン・ | マニュアルへの明文 化 | 研修プログラム開 発・実施 |
| | ・外部の人材を活用した被災住民支援 | | | |
| | ○地元住民協力者・関係者とのネットワークの構築 ・活動方針の共有、連携、役割分担の検討 ・連絡・連携体制の組織化 | | ◎ | |
| | ○活動内容に応じた外部支援者の短期・長期活用 ・長期的外部支援者による統括者の継続的バックアップ（支援体制づくり・施策提言） ・短期的外部支援者による住民に対する直接的支援 | | ◎ | |
| | <保健所> ○保健所のマンパワーの確保 ・災害時における迅速かつ持続的な人員の補充方式の検討 | | ◎ | |
| | ○市町村への外部支援者のマネジメント役割（市町村が外部支援者のマネジメント役割を直接担う力がある場合は、保健所はその補佐役を担う） ・派遣・応援保健師の調整役割 | | ◎ | ◎ |
| | <県庁> ○被災時における人事の方針の確立 ・平常時の人員状況（病休・産育休など）を考慮した被災時の人員配置の検討 ・被災時における人事異動時期のあり方の再検討 | | ◎ | |
| | ○外部支援者の必要人員数の判断および国への要請 ・応援・派遣保健師の必要人員数の判断および要請 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討 | ◎ | ◎ | |
| 4. 各組織固有の役割遂行の確立 | <市町村> ○災害時においても継続が必要な業務の明確化 ・継続業務の選定、優先度の検討 | | ◎ | |
| | ○活動方針の決定と職員の役割分担の決定 | | ◎ | |
| | ○対応方式の選定 ・巡回または駐在、地区担当制等の活動方式の選定 ・要支援者の基準づくり ・通常業務の再開の判断 | | ◎ | |
| | ○役割編成・役割分担の再編と人員配置の調整 ・新たに必要活動の明確化 ・活動の再編と人員配置の調整 | | ◎ | |
| | ○予算獲得による事業の企画・実施 ・フォロー調査、活動まとめの作成等の活動に係る予算・人員確保 | | ◎ | |
| | ○職員間の情報共有、今後の見通し、気持ちの共有を図るミーティングの継続的な実施 | | ◎ | |

| 組織体制の構築に必要な事項 | 整備・充足すべき点 | 具体的方策 | | |
|-----------------|--|------------------------|----------------|------------------|
| | | 防災計画への明示 通知・ガイドライン・ | マニュアルへの明文 化 | 研修プログラム開 発・実施 |
| | <p><保健所></p> <ul style="list-style-type: none"> ○公衆衛生の技術拠点としての遂行役割の明確化 ・公衆衛生の視野で地域診断し問題を明確化し活動推進の根拠とする ・感染症対策等の具体策の普及・浸透に対する専門技術の発揮 ○被災市町村への支援役割内容の明確化 ・市町村の稼働力・保健活動体制、被災者の健康問題のアセスメント、活用できる資源の査定に基づく支援方針の樹立 ○健康危機管理の拠点としての遂行役割の明確化 ・情報管理の拠点であることの認知とその役割の遂行 ・地域内の関係機関・関係者との連携体制構築による活動推進役割の遂行 | | ◎ | ◎ |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○市町村の保健推進体制のアセスメントに基づく機能補充役割の明確化 ・市町村統括者の補佐、統括者の代替、市町村機能不全時における保健活動部門丸ごとの代替など状況に応じた対応 | | ◎ | ◎ |
| | <p><県庁></p> <ul style="list-style-type: none"> ○県外に及ぶ広域的業務及び市町村間の調整等への対応 | | ◎ | |
| 5. 職員の健康安全管理の確立 | <p><市町村><保健所><県庁></p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期的支援を見越した職員の休息確保 ・幹部からの休息確保命令 ・職員の休息確保のため外部人材導入方法の検討 ○職員の二次的健康被害やこころのケアへの対策の実施 | | ◎ | |
| 6. 組織間連携の確立 | <p><市町村></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村間における支援ネットワーク体制（協定）の構築 ○マニュアルの基本事項及び初動体制について庁内での合意 | ◎ | | |
| | <p><保健所></p> <ul style="list-style-type: none"> ○関係機関・団体等との連携体制の構築 ・連携調整のための協議体制づくり | | ◎ | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○市町村との連携体制の構築 ・平常時からの市町村とのネットワーク構築 | | ◎ | |
| | <p><県庁></p> <ul style="list-style-type: none"> ○国との連携体制の構築 ・応援・派遣保健師の要請の意志決定と必要人員数のアセスメントの考え方 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討 ・応援・派遣保健師の受け入れ停止の意志決定の考え方 | ◎ | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○保健所との連携体制の構築 ・情報の授受の仕組み ・応援人員の授受の仕組み | | ◎ | |
| 7. 外部支援者の活用 | <p><市町村></p> <ul style="list-style-type: none"> ○活動内容に応じた外部支援者の短期・長期活用 ・長期的外部支援者による統括者の継続的バックアップ（支援体制づ | | ◎ | |

| 組織体制の構築に必要な事項 | 整備・充足すべき点 | 具体的方策 | | |
|---------------|---|----------|---------------------|--------------|
| | | 防災計画への明示 | 通知・ガイドライン・マニュアルへの明文 | 研修プログラム開発・実施 |
| | <ul style="list-style-type: none"> くり・施策提言) ・短期的外部支援者による住民に対する直接的支援 | | | |
| | <p><保健所></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村への外部支援者のマネジメント役割（市町村が外部支援者のマネジメント役割を直接担う力がある場合は、保健所はその補佐役を担う） ・派遣・応援保健師の調整役割 | | ◎ | ◎ |
| | <p><県庁></p> <ul style="list-style-type: none"> ○外部支援者の必要人員数の判断および国への要請 ・応援・派遣保健師の必要人員数の判断および要請 ・応援・派遣保健師の要請内容の検討 | ◎ | ◎ | |
| 8. 人材育成 | <p><市町村></p> <ul style="list-style-type: none"> ○土地勘や地域の資源情報の体得 ・地域を基本においた活動 ・地域性、地域資源、地域内組織の熟知 | | | ◎ |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○地元の保健師として地域住民への責任感と役割遂行 ・地元住民との信頼関係の構築 ・地元住民や関係者への介入力 | | | ◎ |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○保健師統括者の人材育成 | | | ◎ |
| | <p><保健所></p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村保健師のスキルアップ・人材育成の計画と体制整備 ○保健所保健師の公衆衛生の専門能力の強化 | | ◎ | ◎ |
| | <p><県庁></p> <ul style="list-style-type: none"> ○所属機関・施設の機能を考慮した専門性の育成 ・保健師の所属機関・施設を考慮した人材育成の強化 ・人材育成を考慮した保健師の人員配置 ・立場の違いによる役割発揮のための人材育成 | | ◎ | ◎ |
| | <p><市町村><保健所><県庁>共通</p> <ul style="list-style-type: none"> ○外部支援者に求められる被災地の職員への倫理的態度 | | ◎ | ◎ |
| | <p><国></p> <ul style="list-style-type: none"> ○県庁保健師を補佐する災害時保健活動のスペシャリストの養成 | | | ◎ |
| | | | | |

福島県いわき市区域に所在する東電福島第一原発周辺町村住民の 保健ニーズへの対応に関する研究 活動報告

分担研究代表者 日本赤十字社 事業局 看護部 看護部長 浦田喜久子

研究要旨：東電福島第一原発周辺住民は、東日本大震災および原発事故により、いわき市内へ23,307人（2012/10/1時点）が避難している。東電福島第一原発周辺地域を管轄する相双保健福祉事務所は、いわき市内に、相双保健福祉事務所いわき出張所（以下、相双保福出張所）を設置し、保健サービスを提供している。本研究は、避難住民の健康ニーズの調査・分析、保健サービスの提供状況について調査を実施し、それらを踏まえて関係自治体の保健組織の構築のあり方について検討を行った。避難住民は度重なる移動、環境の変化、永住地が定まらないことなどから、心身のストレスが大きかった。関係自治体の保健活動は避難住民の健康ニーズの全容把握、組織間の連携体制構築の途上であった。今後の対策として重要な点は、県として保健サービス提供体制の構築と交付金を活用して人材確保等を行うことであり、財政面も含めた国の支援が必要であると考えられる。また、体制構築の方策として、県機関の出張所、いわき市、町村が連携して保健サービスを提供するためには、長期的支援を見据えたコーディネーターの配置が効果的であると考察された。

研究協力者

高田早苗（日本赤十字看護大学 学長）

福井小紀子（日本赤十字看護大学
地域看護学 教授）

内木美恵（大森赤十字病院 看護副部長）

澤井美奈子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）

藤田淳子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）

宮内清子（日本赤十字看護大学
地域看護学 講師）

堀井湖浪（日本赤十字看護大学
精神保健看護学 講師）

乙黒千鶴（日本赤十字看護大学
地域看護学 助教）

加藤めぐみ（日本赤十字看護大学
地域看護学 助手）

住宅が建設中である。また、いったん福島県内陸部に避難していた避難住民もいわき市へ移動している状況にあり、2012年10月1日現在、避難住民の数は23,307人に上り、震災後1年経過しても増加している。

避難住民には避難先においても行政サービスが必要であり、避難住民への保健サービスも求められているが十分とはいえない状況である。避難先での役場機能の有無や保健師の配置状況によって提供状況は異なっており、町村の提供の体制は整備の途上であると考えられる。

そこで本研究では、いわき市に避難した東電福島第一原発周辺町村住民の保健ニーズと、その保健ニーズへの対応状況について現地調査によって把握し、保健活動体制の構築のあり方について検討する。

また、この組織体制再構築のための実践的介入・結果検証を行なうことにより、大規模災害における保健師活動ガイドラインマニュアル・研修プログラムの改訂や、大規模災害発生時の保健師の派遣要請体制の仕組みの見直しに際して、東日本大震災の被災地経験を踏まえた提言につなげることができると考える。

A. 研究目的

1. 背景・目的

1) 背景

東電福島第一原発周辺住民は、東日本大震災および原発事故に伴い、他地域への避難を強いられている。いわき市内には双葉郡8町村中、6町村の仮設

2) 研究目的

本研究は、いわき市内に避難した東電福島第一原発周の双葉郡8町村と南相馬市の9市町村の住民の保健ニーズと、関係自治体における保健ニーズへの対応状況を現地調査によって把握し、いわき市内における双葉郡8町村の保健活動体制の構築のあり方について検討および提言を行う。

B. 研究方法、手順

1) 方法

双葉郡8町村避難住民の健康ニーズ把握のための訪問調査と町村保健師、いわき市保健師、出張所保健師からの保健サービスに関するフィールド調査①②③を実施。

平成23年度は、①健康ニーズ把握のため双葉郡8町村避難住民の訪問調査を行った保健師、看護師による日々の事例検討会に参加し、検討内容をノートに記述し内容の分析をした。対象は保健師、看護師は15名、訪問調査数は876人。②出張所の機能に関するインタビューをし、フィールドノーツに記述し内容の分析をした。対象は双葉郡8町村・出張所の保健師・看護師であり13人。また、出張所から避難住民の保健サービス提供に関する資料収集、また3つの関連会議に参加した。調査期間は①、②ともに平成24年1月30日から3月23日。

平成24年度は前年度の調査結果を踏まえて、③双葉郡8町村と南相馬市の9市町村避難住民への保健サービスの提供状況に関するインタビューをし、フィールドノーツに記述し内容の分析をした。対象は双葉郡8町村・いわき市・出張所の保健師・看護師17人。また、出張所から避難住民の保健サービス提供に関する資料収集を行い、3つの関連会議に参加した。調査期間は、平成24年8月6日から17日まで、1月28日の1日。

2) 倫理的配慮

倫理的配慮は、避難住民の情報、自治体保健師からの情報を各自自治体の承諾を得て使用した。分析にあたっては個人が特定されないよう事例ごとに記号化し個人情報保護に配慮した。

C. 結果および考察

1) 市町村別の避難状況と保健師などの支援体制

(1) 町村別の避難状況

平成24年10月1日現在の双葉郡8町村と南相馬

市からいわき市への避難住民人口は23,307人であった。避難住民人口は、平成24年2月1日に比べ1,450人増加している。市町村別に見ると、平成24年2月1日に比べ南相馬市、楢葉町、広野町、富岡町、双葉町、大熊町、浪江町が増加し、葛尾村、川内村が減少している。避難住民数は、楢葉町が最も多く、次いで富岡町、広野町、大熊町、楢葉町の順であった。広野町、川内村は帰還が始まっている。葛尾村は360人、川内村は31人と少ない状況であった(表1)。

いわき市内に仮設住宅がある町村は、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町、川内村であり、仮設住宅がない市町村は、南相馬市、葛尾村、浪江町であった。仮設住宅は、平成24年10月1日に32箇所であり、同年2月1日に比べて5箇所増えた。増加の内訳は、楢葉町2箇所、大熊町2箇所、川内村1箇所であった。入居者数は6,455人であり、4,017人増加した。市町村別に見ると、川内村、大熊町が増加し、南相馬市、楢葉町、広野町、富岡町、双葉町が減少した(表1)。

いわき市内で、避難住民が借上げ住宅に生活している市町村は、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、川内村であった。借上げ住宅は、世帯数が平成24年10月1日に7,181世帯であり、同年2月1日と比べて885世帯増加した。入居者数は16,852人であり1,550人増加した。市町村別に見ると、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、浪江町、葛尾村が増加し、南相馬市、大熊町が減少した。借上げ住宅入居者数は仮設住宅入居者数の2.6倍であり、10,397人多い(表1)。

避難を余儀なくされた市町村の住民は、いわき市だけに避難しているわけではないが、相双保健福祉事務所管内8町村のうち、いわき市内に仮設住宅を設置しているのは広野町、楢葉町、大熊町、双葉町、富岡町、川内村の6町村であった。仮設住宅を設置する主な町村は、平成24年2月時点で、福島市に浪江町、双葉町、相馬市に浪江町、南相馬町、会津若松市に大熊町、双葉町、郡山市に富岡町、川内村、双葉町、三春町に富岡町、葛尾村、田村市に富岡町、川内村となっていた(図1)。

(2) 市町村別の保健師等の配置

双葉郡8町村は、原発事故により町村全体が避難

を余儀なくされ、役場の本庁機能も移転した。この役場の平成 24 年 10 月 31 日時点の体制については、常駐職員は、正職員と臨時職員であり、正職員は、保健師、管理栄養士、保育士、事務職員等の職種で、2～6 名であった。双葉郡 8 町村すべてが、臨時職員として保健師、助産師、看護師、事務職員、栄養士、保育士・養護教諭等を配置していた。臨時職員の保健師・助産師・看護師は 2～4 名であり、派遣元・事業が福島県看護協会、福島県立大野病院、きぼうときずなプロジェクト、福島県緊急雇用創出事業、被災者健康支援事業であった（表 2）。

いわき市内での保健支援体制については、保健師等看護職員を常駐しているのは広野町 5 名、楢葉町 6 名、富岡町 2 名であり、大熊町は今後、常駐を予定していた。また、双葉町は役場機能を県外に置いているため、郡山市に福島県内の双葉町役場の出張所を設置し、保健師 1 名、看護師 1 名を常駐させており、いわき市への避難住民を担当していた。いわき市に常駐職員がおらず、出張所を設置していない町村は、双葉町、浪江町、川内村、葛尾村である。そのうち、双葉町は 1,396 人、浪江町は 2,079 人と避難住民が多かった。浪江町については、平成 24 年 9 月 1 日から 1 年間、日本赤十字社・日本赤十字看護大学の合同組織と協定を結び、看護師又は保健師が常駐して、いわき市内への避難住民の健康の調査、支援を行っている（表 2）。

双葉 8 町村の各町村住民を母数としたいわき市内に避難している各町村住民の割合は、役場機能がいわき市内にある楢葉町（79%）、広野町（78%）が多く、続いて富岡町（38%）、大熊町（32%）、双葉町（22%）、川内村（14%）、浪江町（11%）、葛尾村（2%）となっている（表 2）。

いわき市内に役場を移設していない市町村でいわき市以外に保健師等看護職員を常駐させている市町村は、富岡町だけであった。広野町は 3 月 1 日に役場機能をいわき市から広野町に戻す。楢葉町も平成 26 年に戻す予定がある。

2) いわき市内へ避難した住民の健康問題に関するニーズ調査

健康ニーズ把握のため双葉郡 8 町村避難住民の訪問調査を行った保健師、看護師による事例検討会（土日を除く平成 24 年 1 月 30 日～3 月 23 日）で検討された内容を分析した。

いわき市に避難してきている住民は、度重なる避難や長期的な避難生活による身体的・精神的ストレスから、本態性高血圧症や不眠など身体症状としてあらわれ、診断を受けている例がみられた。また、避難により継続的な医療を受けられない事例や、ハイリスクであるにも関わらず医療者側からやむを得ない理由で手放す事例も存在した。このため、避難住民が一貫して周辺住民と同等の医療を受けられるような支援が求められる。さらに、従来の市町村で受けられていた保健福祉サービスが十分受けられていない現状にあった。

ライフステージごとに、健康に関わるリスクファクターと健康問題の事例をみると、乳幼児期では、行政からの情報不足や知らない土地での生活による不安や孤独な育児などのリスクがあり、子供の放置（ネグレクト）の事例がみられ、虐待の発生が危惧される。一方、母親が自身のセルフケアまで行えず、疲弊していく事例がみられた。学童期・思春期では、避難生活による家族の離散や避難の繰り返しから新しい友達関係の構築の困難さ、放射能の影響による屋内でのゲーム遊びが中心といった健康リスクから、引きこもり・不登校・孤独・肥満などの事例がみられた。成人期の男性では、失職により自身の生活自体が崩壊しかかっている、家族関係が壊れかけているといったリスクから、ストレスと不安等によるうつ状態や孤独と絶望で酒量が増えアルコール中毒になる事例がみられた。成人期の女性では、家族の世話を優先して自分自身の体調管理ができないため、生活習慣病が悪化したり、うつ・不眠などの疾患を患う事例がみられた。高齢期では、コミュニティーの分断が最も大ききリスクであり、閉じこもりで ADL が低下し、生活不活発病を引き起こすだけでなく、生きる意欲を失わせてしまう結果を招くことが危惧される。また、自力で医療機関へ行き、受診できないために持病を悪化させる事例もみられた。

3) 相双保福いわき出張所の機能に関する体制の検討

(1) 相双保福いわき出張所の体制

相双保福いわき出張所は、平成 23 年 9 月に相双保健福祉事務所から保健師 2 人が派遣され管轄する双葉郡からの避難住民への支援を開始した。平成 24 年 1 月にいわき市駐在となり、避難住民の支援

を開始した。その後、6月には、支援の強化を目的にいわき出張所となった。

職員体制について、いわき市駐在であった3月には職員総数12名であった。正職員が4名で内訳が保健師3名、事務職員1名。臨時職員が8名、看護師1名、保健師1名、助産師1名、歯科衛生士1名（雇用は6名であるが月の勤務時間換算すると1人分）、栄養士2名、事務2名であった。臨時職員の派遣元は、福島県看護協会、きずな事業であった。この他に他県からの支援として保健師2人、事務1人をメンバーとする1チームが3月下旬まで活動をした。業務内容は、仮設住宅全住居対象の健康の調査、仮設住宅ごとのサロン立ち上げ、市町村から依頼があったハイリスクの借り上げ住宅住居者の健康の調査、障害児に関する県の事業など避難住民への直接的な保健サービスの提供を実施していた。

6月からは、いわき出張所となり、職員は総数28名となった。正職員6名で保健師3名、事務3名。臨時職員19名で嘱託保健師2名、大野病院看護師7名、総務省派遣の保健師3名、絆づくり応援事業からの派遣看護師1名、保健師1名、事務2名、栄養士2名、歯科衛生士2名。業務について、出張所となったことにより、これまでは、避難住民の健康の調査、サロンの開催など直接的な保健サービスが中心であったが、加えて特定疾患医療給付などの申請受付など通常の県保健所の業務も実施することになった。

(2) 相双保福いわき市駐在の体制構築にむけての方策の検討

平成24年2月に相双保福いわき市駐在の体制に関して、保健師等に対してヒアリングを実施し、同年3月に改善を提案した。ヒアリングの結果、駐在の活動方針や業務内容に不明確な点があり、市町村や避難住民のニーズの把握ができていなかったため、組織力を発揮し避難住民に対して十分な保健サービスを提供できる体制になっていないという問題点が明らかとなった。また、その背景要因として職員間の情報交換ができていないこと、職員の指示待ち等消極的な業務姿勢がうかがわれた。これらの問題点を踏まえ、相双保福いわき市駐在が避難住民の保健ニーズに対応するため5点の目標をたて、具体的に活動し体制構築を検討した。目標は、①相双保福いわき市駐在の現状での組織体制を改善する。②

双葉郡8町村が、相双保福いわき市駐在に対して求める具体的な要望を明らかにする。③いわき市内避難住民の健康に関するニーズについて把握する。④4月以降の体制を検討する。⑤避難住民へ適切な保健サービスが提供できるよう人材の確保を行うことである。

具体的活動と評価について、目標①「相双保福いわき市駐在の現状での組織体制を改善する」については、本研究の調査者は、相双保福いわき市駐在の職員の一員として他の職員同様に健康調査、サロンでの健康相談などの業務をしつつ、正職員、臨時職員にヒアリングを行った。相双保福いわき市駐在が設置された目的は、相双保福事務所が管轄する市町村の避難住民へ保健サービスを提供し、保健衛生状態の悪化を防ぐことである。目的を達成するためには、組織体制整備が必要であり、情報交換と共有、業務内容の明確化を行った。具体的には、日、週、月単位での朝礼、事例検討会、業務に関する検討会などの各種ミーティングを実施した。それに伴い業務分担表が作成されるなど、正職員、臨時職員、他県からの派遣職員の垣根を取り払い職員全員で目的に向かう体制が整いはじめた。業務については、支援項目、職種ごとの役割をミーティングの中で話し合い、共通認識を持つ機会を持った。相双保福事務所はこれまでに駐在を設置したことはなく、ましてやこのような大災害により管轄住民が管轄地域外に避難することの予想はなく前例のない活動であった。このため、職員も目前の出来事への対処することに手一杯となり、支援体制の構築に苦慮していた。避難住民を受け入れたいわき市、県保健所、避難元の市町村の3者を、避難住民に視点をおき、全体的に概観し、支援する組織として体制を構築する必要があった。この点でチームビルディング（チーム体制作りと実際の行動指導）をはかることが効果的であった。また、状況を概観でき具体策を提案するコーディネーターとしての本研究の調査者の立場は効果的であったと考える。

目標②「双葉郡8町村及びいわき市が、相双保福いわき市駐在に対して求める具体的な要望を明らかにする」については、2月に双葉郡8町村のうち、多くの被災者が避難する、葛尾村を除く7町村を訪問し町村の現状と要望を聴取、双葉郡8町村が開催する保健福祉担当者による2つの会議に出席した。広野町、楢葉町は役場とともに多くの町民がいわき

市に避難してきており、町の保健福祉課による避難住民への保健サービス提供が行われていた。相双保福いわき市駐在への要望は、双葉郡8町村に共通する問題点の洗い出しと、いわき市内に広範に避難する借り上げ住民への支援であった。その他の6町村は、仮設住宅に関しては住民が集合して生活しているため、自身の町村で保健福祉課と住民課などと協力しながらほぼ支援ができていた。相双保福いわき市駐在への要望は、借り上げ住宅避難住民への対応ができておらず、町村横断的な支援の実現であった。いわき市保健所は、「原発避難者特例法に基づく指定市町村及び特例事務（平成23年11月15日告示）」に関して、1月から対象市町村との会議で業務調整をしながら実施していた。相双保福いわき市駐在への要望は、双葉郡8町村の全体としての問題点の分析と対策を講ずることであった。この他に、市町村の保健師や事務職の者も被災者であり、通常業務と被災によって新たに出来た業務に追われており、睡眠が少なく、自分の家族のこともケアできない状況にあった。公務員である前に被災者であることを公的組織も理解し、職員へのケアを行いつつ支援する体制が重要であると考ええる。

目標③「いわき市内避難住民の健康に関するニーズについて把握する」については、避難住民全数の調査を行い、その結果の分析が必要である。これまでに、役場機能をいわき市に移動していない市町村で双葉町、大熊町、富岡町、川内村の仮設住宅住民の健康調査を実施している。一方、借り上げ住宅住民については市町村が希望する対象者1,118人のみの調査であり、全戸を把握するには至っていない。今後は、これまで統一されていなかった借り上げ住宅の健康調査の依頼基準を考慮するとともに、調査結果のデータ整理を行うことで、有病率やリスク保有率の把握、ハイリスク者の内容把握と、その対応のために必要な資源投入量の見積りと支援につなげることができると考える。

目標④「4月以降の相双保福いわき市駐在の体制を検討する」については、正職員の副部長、主任保健師と平成24年3月上旬より会議を開き検討をした。会議の内容は、相双保福いわき市駐在の組織図、機能図、業務内容の整理であった。業務においては、避難住民支援における各町村の要望と長期的な展望を視野に入れ検討した（資料1）。この作業を通し、日々の業務に追われていた正職員の中に避

難住民支援が、短期的なものではなく長期的に関わらなくてはならない事業であるとの認識が深まったと考える。

目標⑤「避難住民へ適切な保健サービスが提供できるよう人材の確保を行う」については、福島県看護協会が看護師を雇用し派遣することが人材の確保の有効な方法となっている。しかしながら課題として、常勤でないと雇用できず時間単位や曜日単位の雇用ができなかったため、相双保福いわき市駐在から要望を出すよう提案した。また、各市町村が直接交渉し支援を得ている大野病院看護師の存在がある。この看護師の継続的な市町村配置と相双保福いわき市駐在への配置の検討を提案した。

4) 避難住民への保健サービスの提供状況

(1) 居住形態（仮設住宅住民、借り上げ住宅住民）の違いによる保健医療サービス状況

仮設住宅での安否確認については、広野町、楢葉町、富岡町、大熊町、双葉町は、社会福祉協議会（以下、社協）、絆づくり応援団事業事業職員などによる巡回を実施していた。コミュニティー作りについては、住民の交流の場を主体としたコミュニティー作りであるサロンは、社協、仮設住宅自治会の運営で仮設住宅がある全ての町村で実施されていた。保健関係課による活動については、広野町、楢葉町が町保健福祉課で自ら健康調査を実施し、要支援者住民への継続訪問も実施していた。家庭訪問は、仮設住宅がある全ての町村が実施しており、定期的に行っている町村は広野町、楢葉町、川内村、大熊町であり、不定期で実施している町村は、富岡町であった。健康教室など集団指導は、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町が実施していた。心のケアについては、広野町、楢葉町、大熊町は福島県心のケアいわき市センター等が実施していた。このように、仮設住宅住民への支援としては、安否確認が社協、自治会、絆づくり応援事業などで実施されていた。サロンの開催も実施されていた。健康調査も、町保健福祉課または相双保福いわき出張所が実施していたことから、仮設住宅住民への直接的な保健サービスは提供されていたと考えられる。

借り上げ住宅の安否確認については、広野町、楢葉町、大熊町、双葉町は町内の社協が実施しており、浪江町は自治会が自治会員を対象に実施していた。

コミュニティー作りについては、楡葉町、浪江町の自治会がサロンを実施していた。保健関係課による活動状況は、健康調査は広野町、楡葉町が自身で実施していた。広野町が要支援者、ハイリスク（乳幼児、母子、高齢者）の住民に対して実施し、楡葉町は借上げ住宅に住む全避難住民に対して実施していた。富岡町、川内村、大熊町、浪江町は町が訪問調査を必要だと考える要支援者及び、ハイリスク住民に対する調査を相双保福いわき出張所に依頼し実施していた。双葉町は自身の町の保健師が電話で調査した後、更に訪問調査が必要だと判断した避難住民の訪問調査を相双保福いわき出張所に依頼し実施していた。家庭訪問は、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町で実施しており、定期的を実施していたのは、楡葉町、大熊町であり、その他は不定期に実施していた。健康教室等は楡葉町が社協主催で実施し、浪江町が自治会員に対し自治会が実施していた。心のケアは、広野町、楡葉町が自身の町で実施しており、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は福島県心のケアいわき市センターに依頼していた。このように、安否確認は2つの町村で実施されておらず、サロンは、2つの町だけで開催されていた。また、健康調査は、母子、高齢者などハイリスク対象者が中心で、その他の者に対してはされていなかった。これらより、借上げ住宅住民への直接的な保健サービスは不足していると考えられる。

（2）住民の健康状況・健康課題について

母子に関する健康課題は、育児相談をする相手がないことや情報交換の場がないこと等、育児の負担であった。また、双葉郡8町村の全てで出生数が減少していた。成人・高齢者に関する健康課題は、成人男性の飲酒、ギャンブル依存であった。高齢者は外出の減少、運動量の低下の問題があった。介護認定者も増加しているという意見があった。また、高齢者の引きこもりも課題として挙がっていた。介護保険の利用状況における健康課題は、要介護や要支援の申請増加、借上げ住宅避難住民の送迎がないことによる介護予防事業への参加困難等に加え、いわき市内の介護施設入居やサービスが震災前から供給不足であったところに避難住民による利用が加わったことによる一層の利用困難化が生じていたことである。障がい児・障がい者の健康問題は、避難

住民を受け入れるグループホームや作業所がないため、避難住民の障害者などを受け入れる施設がないことで震災前のサービスが受けられていないことであった（表3）。

（3）保健支援体制に関する課題

いわき市内に役場を移動させていない町村、また、帰還が始まっていない町村で、保健師・看護師など健康支援や保健サービスを提供できる者を常駐させていない町は大熊町、浪江町であった。富岡町は、保健師などを常駐させているものの健康支援や保健サービスの提供が十分とはいえないと考えられる。葛尾村、川内村は避難住民が少ないため、相双保福いわき出張所の支援で対応できていると考えられる。また、広野町、楡葉町は既に町への帰還が可能となっているが、今後早期の帰還を選択しない住民がいることが予想される中で自身の町といわき市の2箇所保健サービスを提供する体制を構築することが必要となり、人手の確保を課題として捉えていた。（表4）。

仮設・借上げ住宅についての課題は、借上げ住宅避難住民の健康調査を兼ねた訪問活動が進まないこと、安否調査と健康管理などの業務について、社協などとの役割分担ができておらず、安否調査が手つかずになっていることであった（表4）。

母子保健についての課題は、保健師の業務である要支援母子への日常的な支援が不十分なことであった。

高齢者についての課題は、要介護者を増やさないための予防事業が不足していること、介護施設では通所者へのサービスが十分でないことであった（表4）。

双葉郡8町村の保健福祉関係課長らによる2つの会議に参加した。双葉地方市町村広域連合が参加し、し尿処理、消防業務に関する業務連携については議題となったが、保健サービスの合同実施に関する具体的な検討は進まなかった（表4）。双葉郡8町村及び南相馬市では連合体での、避難住民への支援方法を模索しているが、震災前からの関係、いわき市以外の市町村への避難住民への支援との公平性などから、双葉郡が連合体をつくり保健サービスを提供することは難しいと考えられる。隣接している町村や震災前からの関係が良好な市町村同士の助け合いが、最も現実的で実施可能性が高いと考える。

(例えば、南相馬市は浪江町の住民に対する保健サービスを提供しているので、いわき市の南相馬市の住民については浪江町が対応していく等)。

D. 結論

1) 今後の支援について

避難住民へ適切な保健サービスを提供するために、県が市町村をはじめとする各機関の連携強化や市町村の支援体制の強化などの必要性を認識し、県として方策を示し、体制整備を行う必要がある。併せて、保健サービスを提供するための人材が不足しているため、交付金を活用して、人材確保や保健事業の委託を行い活用すること、特に、長期的に支援活動に従事する専門職の確保が必要とされている。そのためには、財政面も含めた国の支援が必要であると考えられる。また、連携強化の方策として、相双保健所、出張所、いわき市、8町村が連携し、一体的な支援活動が行えるよう、コーディネーターの配置が効果的であると考察された。

その他に、支援体制として双葉郡8町村の連合体での活動は現状においては困難である。加えて、住民が居住するいわき市が主体となり保健サービスを提供することも難しい。よって、現実的で実現可能な方法は、隣接している町村や震災前からの関係が良好な市町村同士の助け合いを推進することだと考える。

2) 防災・減災に向けて

今回の調査を通し、防災対策への助言をしたい。

市町村など自治体は、業務の継続、人材確保のため、平時から防災連携市町村の協定などを結び、相互扶助ができる体制の考慮が必要だと考える。

県は、中核市と県の関係も踏まえ、効果的な人員配置のため、災害時の“被災住民への保健サービス提供は、避難先市町村が実施する”といったルール等の考慮が必要だと考える。

県は、大規模災害対策において、他市町村へ住民が避難することを想定し、県保健所の支援体制の策定の考慮が必要である。

被災当事者でもある保健師への支援体制への考慮が必要である。

E. 健康危険情報

該当なし

F. 研究発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

i きぼうときずなプロジェクト

きぼうときずなプロジェクトは、特定非営利活動法人日本臨床研究支援ユニット（理事長 大橋 靖 2009年に設立）が運営の中心となり、2011年に福島県内で東日本大震災と原発事故被災者から始まった。活動内容は・避難所・仮設住宅・在宅での医療・看護支援と心のケアなどである。聖路加看護実践開発研究センターが看護師・保健師などを派遣し、このセンターの事業でもある。

ii 絆づくり応援事業

福島県では緊急雇用創出基金事業として「がんばろう福島！絆づくり応援事業」を平成23年6月1日より平成24年3月31日を実施。その後、絆づくり応援事業とし、平成24年4月1日から平成25年3月31日まで実施。事業の目的は、仮設住宅等の運営体制を強化することにより、避難者同士や地域住民などとの絆づくりを図るとともに、雇用を通じた避難者・失業者への経済的支援を行うことである。事業は、県内6方部ごとに担当する事業者へそれぞれ委託し、受託業者が市町村等から支援要請のあった業務の実施に必要な人員を避難住民等から雇用した。

表1. いわき市避難住民の居住形態と人数

| 町村名 | 役場機能 移転場所 | 平成24年2月1日のデータ | | | | | | 平成24年10月1日のデータ | | | | | | | |
|-----|--------------|---------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|----------------|-------------|---------|-------------|--------|--------|--------------------------|----|
| | | 仮設住宅 | | | 借り上げ | | | 仮設住宅 | | | 借り上げ | | | いわき 市居住 者 (a+b) | 人口 |
| | | 箇所 数 | 世帯 数 | 入居者 数(a) | 世帯 数 | 入居者 数(b) | 箇所 数 | 世帯 数 | 入居者 数(a) | 世帯 数 | 入居者 数(b) | | | | |
| 南相馬 | 南相馬市 | 0 | 0 | 74 | 335 | 718 | 792 | 0 | 0 | 74 | 342 | 699 | 773 | 65,102 | |
| 広野 | 広野町 | 9 | 666 | 1,739 | 734 | 2,122 | 3,861 | 9 | 662 | 1,659 | 949 | 2,280 | 3,939 | 5,081 | |
| 檜葉 | いわき市 | 10 | 942 | 2,395 | 1,178 | 3,214 | 5,609 | 12 | 1,029 | 2,364 | 1,303 | 3,416 | 5,780 | 7,285 | |
| 富岡 | 郡山市 | 2 | 240 | 653 | 1,824 | 4,359 | 5,012 | 2 | 317 | 636 | 1,965 | 4,881 | 5,517 | 14,633 | |
| 川内 | 川内村 | 1 | 1 | 70 | 108 | 221 | 291 | 2 | 43 | 92 | 132 | 268 | 360 | 2,641 | |
| 大熊 | 会津若松市 | 4 | 4 | 913 | 915 | 2,240 | 3,153 | 6 | 561 | 1,319 | 1,115 | 2,111 | 3,430 | 10,973 | |
| 双葉 | 埼玉県加須市・郡山市 | 1 | 1 | 380 | 381 | 866 | 1,246 | 1 | 119 | 303 | 386 | 1,095 | 1,398 | 6,310 | |
| 浪江 | 二本松市 | 0 | 0 | 7 | 821 | 1,786 | 1,793 | 0 | 7 | 8 | 970 | 2,071 | 2,079 | 19,126 | |
| 葛尾 | 三春町 | 0 | 0 | 0 | 23 | 38 | 38 | 0 | 0 | 0 | 19 | 31 | 31 | 1,476 | |
| 合計 | | 27 | 2,438 | 2,438 | 6,296 | 15,526 | 21,757 | 32 | 2,738 | 6,455 | 7,181 | 16,852 | 23,307 | 132,627 | |

出典：相双保福いわき出張所作成「双葉郡町村および南相馬市のいわき地域における状況」

図1. 双葉8町村の福島県内応急仮設住宅の設置状況（避難元住民別 平成24年2月1日）

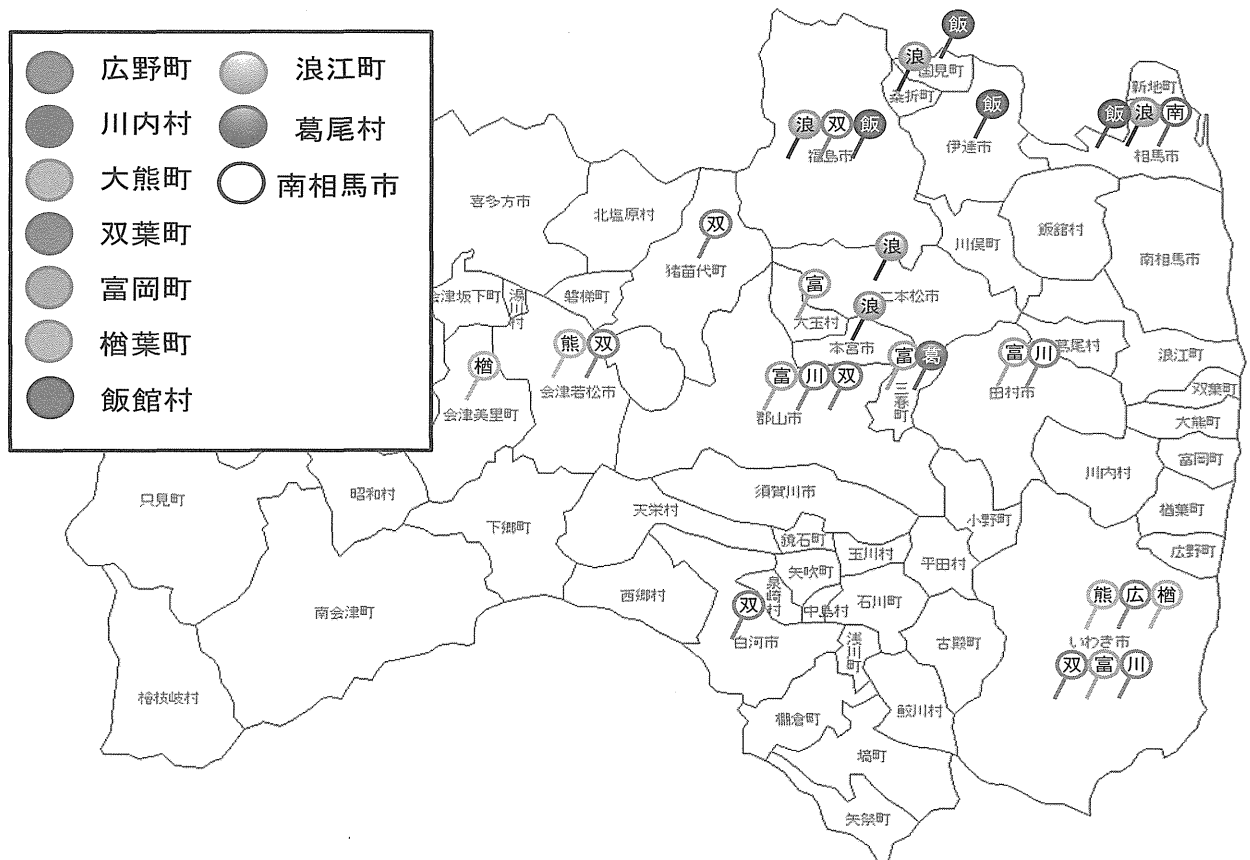


表2. 双葉郡8町村の保健サービスに関する体制 (平成24年10月31日)

| | 本庁での体制 | | | | いわき市内での体制 | | | | |
|-----|----------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|--|------|---|----------------------------|--|
| | 保健サービスを提供している課 | 常駐職員の数(正職員/臨時職員) | 常駐職員の職種と員数 | うち正職員の数 | うち臨時職員の数と派遣元 | 常駐人数 | うち職種 | 常駐予定 | 町村から見たいわき市遊離住民 |
| 広野町 | 町民課 町民保健グループ(保健センター) | 7人(正職員2人/臨時職員3人/県職員2人) | 保健師2人 助産師1人 看護師1人 准看護師1人 事務2人 | 保健師1人 事務1人 | 保健師1人(福島県看護協会) 助産師1人(福島県立大野病院職員) 看護師1人(福島県立大野病院職員) 准看護師1人(きずな事業) 事務1人(広野町) | 5 | 保健師2(うちサポート事業1) 看護師3(うち福島県立大野病院職員2、絆事業1) | H24. 8月末まで常駐 | ・人口の78%がいわき市に居住。最大である。(10月1日) ・町内居住数427人(8月17日) |
| 楢葉町 | 住民福祉課保健衛生係 | 7人(正職員3人/臨時職員4人) | 保健師4人 看護師3人 | 保健師3人 | 保健師1人(福島県看護協会) 看護師3人(きずな事業1人、福島県立大野病院職員2人) | 6 | 保健師4(うちサポート事業1) 看護師2(うち福島県立大野病院職員1、絆事業1) | H25. 4月から未定 | ・人口の79%がいわき市に居住。最大である。(10月1日) |
| 富岡町 | 健康福祉課(健康づくり係) | 9人(正職員5人/嘱託職員3人/派遣1人) | 保健師4人 助産師1人 看護師1人 事務3人 | 保健師3人 事務2人 | 保健師1人(福島県緊急雇用創出事業) 看護師1人(福島県緊急雇用創出事業) 助産師1人(保健医療専門職雇用事業) 事務1人(東電) | 2 | 保健師1 看護師1(うちサポート事業1) | 実施済み | ・人口の38%がいわき市が居住。最大である。第2位は郡山である。(10月1日) |
| 川内村 | 保健福祉課 | 3人(正職員2人/臨時派遣職員1人) | 保健師 2人 看護師 1人 | 保健師2人 | 看護師1人(福島県看護協会) | 0 | - | 無 | ・人口の14%がいわき市が居住。(10月1日) |
| 大熊町 | 健康介護課 | 8人(正職員6人/臨時職員2人) | 保健師3人(1名埼玉県より派遣) 看護師2人 栄養士1人 保育士・幼稚園教諭1人 事務1人(課長を除く) | 保健師3人 栄養士1人 保育士・幼稚園教諭1人 事務1人 | 看護師1人 看護師1人(県看護協会からいわき連絡事務所へ2名が交替で1日あたり1人派遣) | 0 | - | 機構改革検討委員会にて検討中 | ・人口の32%がいわき市が居住。最大である。(10月1日) |
| 双葉町 | 健康福祉課 | 9人(正職員3人/臨時6人) | 保健師2人 栄養士1人 事務6人 | 保健師1人 事務2人 | 保健師1人(町臨時雇用) 栄養士1人(町嘱託職員) 事務4人(福島県緊急雇用創出事業) | 0 | - | 未定 | ・人口の22%がいわき市が居住。最大である。第2位は埼玉県である。(10月1日) |
| 浪江町 | 健康保険課 | 10人(正職員6人/臨時職員3人/県立大野病院1人) | 保健師4人 看護師3人 事務職員3人(1人岡山県より派遣) | 保健師4人 事務職員2人 | 看護師2名(被災者健康支援事業1名/福島県緊急雇用創出事業1名) 看護師1人(福島県立大野病院職員) 事務職員1名(被災者健康支援事業) | 0 | - | 日本赤十字社と日本赤十字看護大学が常駐9/1~1年間 | ・人口の11%がいわき市が居住。第3位である。第1位は福島市、第2位は会津若松市。(10月1日) |
| 葛尾村 | 住民生活課 | 4人(正職員2人臨時1人派遣1人) | 保健師3人 看護師1人 | 保健師2人 | 保健師1名 看護師1名(福島県立大野病院職員) | 0 | - | 無 | ・人口の2%がいわき市が居住。 |

表3. 住民の健康状況・健康課題

| | 母子 | | | 成人・高齢者 | | | 介護保険の利用状況 | | 障がい児・障がい者 | | | | |
|-----|---------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|--|--|----------------------------------|------------------|---------------------------|---|-------------------------------|
| 広野町 | ・出生数の減少 | ・乳幼児健診の受診率低下 | ・母子の要支援者へ関わる機会が減少 | ・母子の関係機関との連携がとれていない(保育所・幼稚園等) | ・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向の高齢者が多い | ・介護認定者増加 ・認知症の方が増加 | ・65歳以上の運動量が減少し、生活行動機能が低下している | ・介護認定者の増加を防ぐため介護予防事業の再開が必要 | ・家族と分かれた生活となり程度(要支援や要介護1)の認定者が増加 | ・認定者の割合がいわき市内で生活 | ・いわき市内に入所施設の空きが戻ってこない方がいる | ・作業所等サービス利用につながっていない方への対応 | ・町にはグループホームがないため近隣自治体のサービスを利用 |
| 楢葉町 | ・出生数の減少(月1~2件) | ・いわき市の小学校に入学している子どもたちの送迎 | ・母子の継続的なかわりが難しい。幼稚園、保育所に入所している要支援者の支援 | | ・失業者が増え、60歳、70歳代のアルコールやギャンブル依存が増えつつある。介護している家族の負担が増。 | ・20歳代後半から40歳代男性に、飲酒問題、引きこもり傾向有り | | | ・借上げの人の送迎ができないため、介護予防教室に参加できない | | | ・精神障がい者のグループホームや作業所等に対応 | |
| 富岡町 | ・出生数の減少 | ・子育てについて相談できる友達が近くにおらず寂しいという母親の訴え | ・母子の要支援者へ関わる機会が減少 | | ・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向・軽度認知症の高齢者が多い | ・介護認定者増加 | ・介護予防事業を実施しているが、施設の関係で仮設入居者が中心である。もっと広域的に展開する必要がある | ・いわき市内の事業所のサービスを利用、入所施設を探すが見つからない。 | | | | ・市内事業所のサービス提供を受けている方もいるが、震災前の利用状況にはなっていない | |
| 川内村 | ・子育て世代の人たちが集まれる場がほしいとの声あり | ・母子の健診結果で要フォロー者がいても、フォロー体制が整っていない | | | ・借上げ住宅入居の一部の方に閉じこもり傾向あり(高齢者) | | | ・いわき市内の事業所を利用 | | | | ・障害者:いわき市内の事業所を利用 | |
| 大熊町 | ・いわき市での出生は増加(全体の出生数は減少) | ・夫が原発勤務のため、放射線の健康被害の不安や、周囲に勤務していることを言えないストレスあり | ・子育てについて話せる友達がいなかったという声あり | ・家族が別れて住むようになり、育児負担が大きくなったという声あり | ・どこかの医療機関にかかればいいかわからない | ・外で活動する時間が減り、閉じこもり傾向の高齢者が多い | ・介護認定者増加 | ・いわき市内の事業所を利用 | ・いっぱい利用者の希望通りのサービスが受けられない状況 | | | ・福祉と連携し、いわきの児童デイや事業所につながっていない人を確認中 | |
| 双葉町 | ・出生数、子育て世帯が少ない | | | | ・閉じこもり傾向の高齢者が多い | ・健康サロンの参加者が固定している | | | | | | | |
| 浪江町 | ・出生数は減少 | ・県内避難先で、いわき市に避難している乳幼児が増加 | | | ・町民どうしの集まれる場所がない | ・若年男性に不眠等で内服している人がいる | | ・介護認定や居宅支援事業所の紹介、在宅サービスの提供等はスムーズに行われているか | | | | | |
| 葛尾村 | ・出生数なし | ・子育てについての相談は友人や家族に電話等で相談しているとのことで、特に訴えはない | | | ・避難者の多くが、成人で働いている方が多い。 | | | | | | | | |

* 相双保福いわき出張所作成資料「いわき市における被災者健康支援の現状と課題(8月7日作成)」にインタビューで収集した情報を追加し研究班で作成

表 4. 支援に関する課題

| | 体制について | | | 仮設・借り上げ支援 | | 母子保健について | | 高齢者について | |
|-----|--|----------------------------|---------------------------------|------------------|---|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| 広野町 | 帰還が決定し、役場を町にしたが、住民の帰還が進まないことで広野町といわき市の2箇所での活度となり業務量2倍、人員不足している | | | | ・借り上げ住宅の訪問がなかなか進まない(日中は広野町に戻っている人もいるため) | | ・母子の要支援者へ関わる機会が減少 | ・母子の関係機関との連携がとれていない(保育所・幼稚園等) | ・介護認定者の増加を防ぐため介護予防事業の再開が必要 |
| 楡葉町 | 帰還後、住民の帰還が進まないことでいわき市の2箇所での活度となり業務量2倍、人員不足が予測される | 県外等の支援が今年度で、終了した場合の体制、人材確保 | | | | | ・母子の継続的なかわりが難しい。幼稚園、保育所に入所している要支援児の支援 | | |
| 富岡町 | | | ・保健師が常駐しているが、具体的な活動は構築中 | ・借り上げ住宅の安否確認なし。 | ・借り上げ住宅の訪問がなかなか進まない | | ・母子の要支援者へ関わる機会が減少 | | ・介護予防事業を実施しているが、施設の関係で仮設入居者が中心である。もっと広域的に展開する必要がある |
| 川内村 | | | | | ・避難先と村との行き来が頻繁で所在が把握できない | ・訪問しても不在が多く、現状把握ができない | ・母子の健診結果で要フォロー者がいても、フォロー体制が整っていない | | |
| 大熊町 | | | ・保健師の常駐なし。定期的な訪問あり。年内に常駐予定。 | | ・保健師が常駐していないので、保健事業がなかなかできていない | ・借り上げ住宅の現状把握がしづらい | | | |
| 双葉町 | | | ・保健師の常駐なし。会津若松市に常駐する保健師が不定期に訪問。 | ・借り上げ住宅安否確認一部のみ。 | ・社協、民生委員の訪問で情報を得ているが、保健サイドの訪問が進まない | | | | |
| 浪江町 | | | ・保健師の常駐なし | ・借り上げ住宅の安否確認なし。 | ・借り上げ訪問が進まず、現状把握ができない | | | | |
| 葛尾村 | | | | | | | | | |

* 相双保福いわき出張所作成資料「いわき市における被災者健康支援の現状と課題 (8月7日作成)」にインタビューで収集した情報を追加し研究班で作成

平成 24 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)

「健康危機発生時における行政機関相互の
適切な連携体制及び活動内容に関する研究」

総 合 報 告 書
(平成 23 ～ 24 年度)

平成 25 年 3 月

研究代表者 多田羅 浩三
(一般財団法人 日本公衆衛生協会 会長)

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8
TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605

