

ロック間応援の規定を改正した。2) 全国知事会の体制と機能を強化し、広域応援に係る事務を迅速かつ的確に実施するため、知事会に「緊急広域災害対策本部」を設置する規定を新設した。また「緊急広域災害対策本部」には、各都道府県東京事務所より職員の応援を得る規定も新設した。さらに広域応援実施の迅速性を高めるため、連絡・調整を全国知事会が直接行う規定を新設した。3) 広域応援の実効性を高めるため、都道府県間の連携を強め、自律的な支援が可能となる体制構築の努力規定を新設し、広域応援の要請がなくとも、その必要性があると判断される場合は、広域応援を実施する規定を新設した。この協定では、知事会の「緊急広域災害対策本部」の設置、全国を7つのブロックに分けた応援体制の構築と都道府県間のパートナー制の導入が大きな特徴である。この協定の中には国との連携のあり方、政令市をはじめとする都道府県内の基礎自治体との連携協力体制などについては触れられていない。今般改正された災害対策基本法に従って、今後地域防災計画の見直しが行われると思うが、この全国知事会によるこの協定がそれぞれの都道府県の地域防災計画の中にどのように反映され、また市町村の定める地域防災計画との整合性をどのように図るかが課題であると思われる。

一方この全国知事会による協定とは別個に、都道府県とほぼ同等の権限を有する政令指定都市においては、東京都と全国19の政令指定都市間で結ばれている「20大都市災害時相互応援に関する協定」(2010年4月)があるが、これは加入している都市が被災し自力で十分な応急措置が出来ない場合に、他の大都市が相互に救援協力する協定である。今回の東日本大震災では、政令市の一つである仙台市にこの協定が適用されている。

またそれ以外の市町村では、都道府県内の市町村を対象とした統一応援協定の締結や市町村長会や姉妹都市などを背景とした都道府県外の市町村などと間の様々な相互応援協定締結への取り組みも見られ、総務省消防庁によると2010年4月現在、市町村の9割にあたる1571市町村が広域防災応援協定を締結している。つまり今までに述べた数多くの様々な応援協定の整理・統合も含めた調整を今後どのように図るかも重要な課題ではないかと思われる。

2013年4月現在日本には1,742の市町村という基礎自治体が都道府県の中に存在する。内訳は政令指定都市20、東京都特別区23、市769、町746、村184である。この市の中には保健所を設置している市からそうでない市までと規模においてかなり幅が広い。これら市町村は全て選挙で選出された首長と議会を有する。さらにこの議会は法の規定する範囲を超えない限り独自の条例によって自由に種々の規定を定める権限を有している。このように日本の地方自治は様々な規模のそしてその規模に応じて様々な権限を有する自治体が入り交ざった複雑な構造を形成している。2006年12月15日に「地方分権改革推進法」が成立し、国と地方の役割分担や国の関与のあり方

について見直しを行い、これに応じた税源配分等の財政上の措置のあり方について検討を進めるとともに、地方公共団体の行政体制の整備及び確立を図ることとなった。さらに2011年5月に公布された「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(第1次・第2次一括法)により都道府県と基礎自治体とは対等の関係であると法的にも明記されるようになった。法的背景がないものを都道府県知事が市町村に命ずることはできない規定になっている。このような複雑な自治体のモザイク構造の中においてどのように広域災害に対する危機管理業務を共同で遂行するかについては、多くの課題があることは容易に推察される。先に述べた都道府県知事会の応援協定も、それぞれの都道府県がこの協定を自らの地域防災計画にその運用などを含めてしっかり反映させる必要があると思われる。

また自治体間支援におけるパートナー性については、2011年全国自治体保健医療支援報告書でも効率的な長期支援を可能にするという観点から、広域災害における自治体間のパートナー性の導入に賛成する自治体が多かった。しかし一方、パートナーである自治体へ過剰な依存が生じることや、パートナー間で密室的な関係になり支援の客観的な評価が適正に行われにくくなる危険性があるのではないかと指摘もあった。

災害時の保健医療福祉支援の地域拠点になる保健所についても、1994年に保健所法を地域保健法に改正が行われた際に847あったものが現在では495と大幅に減少した。当然県型の保健所の所管区域は広がりそれだけ管内の市町村や関係団体との関係は希薄にならざるを得なかった。今回の東日本大震災ではこの保健所機能の弱体化の問題があらためて浮き彫りになってきた。保健所機能の弱体化の背景として、行財政改革に伴う保健所の削減による影響が大きい。また20政令市のうち16市で1保健所体制となってしまっており、その保健所も事実上本庁組織である保健福祉局などの一部門となってしまっているところも多い。広域災害における保健所の機能強化も含めたあり方について再検討すべき時期に来ていると思われる。

一方全国保健所長会を中心に米国のNational Incident Management System (NIMS) の中で示されている Incident Command System (ICS) の概念を導入した保健所における広域災害対策が検討されるなどの期待すべき新たな動きもみられている。

#### 4. 米国における自治体間相互の支援協定

結論的に言えば、日本において様々な自治体間の広域災害時の応援協定はあくまでも紳士協定の域を出ず、自治体間を調整する一元的な管理システムや支援を行う職員のための研修制度は存在しない。また国は自治体間の相互支援協定にはなんの関与もしていないと思われる。国立保健医療科学院が危機管理研修として保健所職員を中心に研修を行っているが、内容のレベルは高いものの

参加者の数やその資格化や派遣先の自治体の中での活用という観点から課題は多い。

米国ではこれに対して“イーマック”と呼ばれている Emergency Management Assistance Compact (EMAC) が50の州とその他の特別区などの地域と結ばれている。これは日本の防災対策基本計画に相当する位置づけを有する、米国の National Response Framework (NRF) に基づいている。日本の防災基本計画にはこの自治体間相互応援協定の必要性について数行のコメントがあるだけである。このEMACは歴史的には1992年のハリケーン・アンドリューの経験からフロリダ州知事のLawton Chilesが提案したものが発端となり、1993年に米国南部の州知事の集まりである Southern Governors' Association (SGA) が Southern Regional Emergency Management Assistance Compact (SREMAC) という相互援助協定を結んだことに端を発している。1995年1月にSGAは南部地域以外の全ての州と地区にこの協定の会員となれるよう門戸を開放した。ここにこの協定は初めてSREMACからEMACと呼ばれるようになった。1996年に連邦議会はこのEMACに対して法的権限を与える特別議決を行い、この州間の相互応援協定は法的根拠を有する制度となった。そして2006年までに全米の全ての州と地域が参加するようになった。このようにEMACは明確に法的根拠、運用基準、研修システムを有する協定である点が日本の都道府県知事会の相互応援協定やその他の市町村の相互応援協定とは根本的に異なる点である。さらにこのEMACは独自の教育や訓練システムを有しており、派遣されるのは地方公務員に限らずEMAC規定のもとで契約が結ばれている教育と訓練を受けた民間人も対象となっている。この民間人は臨時に公務員として雇用される形態となっているようである。なお派遣される際には災害支援チームの基本的な構成のあり方を定めた国としての災害支援チームの運用を定めたNIMSの規定に従うチーム構成が要請されている。このEMACの州間調整は、災害対策も含め国家の安全保障を司る Department of Homeland Security (DHS) の一機関である Federal Emergency Management Agency (FEMA) も重要な役割を担うことになっている。さらにこの協定の実効性と効率性を高めるために、各州の行政官である専門的な教育や訓練を受けた危機管理責任者が“ニーマ”と呼ばれている National Emergency Management Association (NEMA) という集まりを形成して、運用基準の整備、帳票類の統一化、緊密な相互連携や調整に随時努めている。このNEMAはFEMAと連携し派遣される予定の人員に対する専門的な教育・訓練を行っているようである。この教育訓練の一部はインターネットでも受けられるようになっている。支援に派遣されるスタッフはこの研修を受けているある意味で有資格者である点が、保健医療福祉の専門家であっても災害支援については何の研修も受けたことがない人が被災地に派遣されている場合がある日本と大きな違いである。災害時の保健医療福祉支援を通常の

保健医療福祉業務の延長線上で考えることは危険であることは言うまでもない。また派遣される人員に対する費用は応援を求めた州に求償できるとの規定や、この被災した州には必要に応じて国の補助が供される点は日本の災害救助法のつくりと同じである。

以上、災害対策基本法の中には他の自治体に応援を要請でき、そして応援要請を断れない規定にはなっている。また国も調整に関与することができるようにはなっているが、実際の運用においては何の基準もなく当事者同士の話し合いに任せられているのが現状である。災害大国日本にこのような法的背景を有する自治体間相互支援制度がないこと自身が不思議である。

#### IV. 考察

南海トラフ巨大地震の被害想定や現実性からも、その被害を最小限にする保健医療福祉施策を真剣に検討すべき時期に来ていると思われる。上に述べてきた我々のこれまでの研究データなどの分析評価から以下の7つの項目について今後検討する必要があると思われる。1) 災害支援の一元管理を行う米国におけるFEMAのような災害支援のための統括部局の創設と支援を一元管理するための災害対策基本法のさらなる改正。2) 被災地の情報を的確に収集し一元的管理を行うための国におけるクラウドシステムの開発とそのための「災害保健医療総合情報センター(仮称)」を国立保健医療科学院に設置する。3) 自治体間や各種保健医療団体間での保健医療災害マニュアルや使用する種々のチェックリストなどの様式の統一化に向けた検討をする。4) 都道府県の災害対策本部の指揮下に入り機能低下した被災市町村機能を補完すべく、被災地における災害状況調査と支援チーム間の調整を行うため緊急的に派遣される「災害時健康危機管理支援チーム(Disaster Health Emergency Assistance Team: DHEAT)」の創設、そのための研修システム開発と制度化(システム開発と研修は国立保健医療科学院が行う)。自治体は一定の比率の職員に対してこの研修を義務化し、国はDMATのような登録制度をつくる。5) 現在都道府県が設置を進めている災害医療コーディネーターに対する全国統一的な研修制度の創設(国立保健医療科学院と国立病院機構災害医療センターでの共同事業とする)。6) 自治体間の相互支援を法制化も含めた統一的で実効性のある制度とする。7) 都道府県を中心とした自治体内の医療機関と管内での災害応援協定だけではなく、他の自治体への派遣に際しての応援協定の検討を行う。

#### 参考文献

- [1] 全国衛生部長会 東日本大震災にかかる保健師、医師、管理栄養士等の派遣状況調査、被災地への支援を通じて把握した被災地の課題等の調査について集計・分析報告書。2011年7月。

- [2] 坂元昇, 他. 全国の自治体等による東日本大震災被災地への保健医療福祉支援実態調査報告書. 日本公衆衛生協会. 2012年3月.
- [3] 全国保健師長会. 地域保健総合推進事業大規模災害時の保健医療分野の災害対応計画と支援システムの構築. 平成24年度報告書.
- [4] 災害医療コーディネーター設置に関わる都道府県アンケート調査結果報告, 東北大学 災害科学国際研究所 災害医療国際協力学分野 江川新一, 佐々木宏之, 2013年4月
- [5] 高野健人, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野地球規模保健課題推進研究「災害における公衆衛生的な活動を行う支援組織の創設に係る研究」平成24年度総括研究時報告書. 2012.
- [6] 厚生労働省. 災害医療等のあり方に関する検討会報告書. 2011年10月26日.
- [7] 厚生労働省. 災害時における医療体制の充実強化について. 医政局長通知文. 2012年3月21日.
- [8] 日本医師会. JMAT, JMAT II 活動について. 日本医師会ホームページ. 2013年3月.
- [9] 神長和美 (私信), 日本赤十字社事業局救護・福祉部救護課. 救護班派遣内訳データ. 2013年3月.
- [10] 中央防災会議. 南海トラフ巨大地震の被害想定について. 2013年3月.
- [11] 安齋由貴子. 東日本大震災からの教訓. 日本地域看護学会第15回学術集会; 東京. 同理事会セミナー講演集. 2012年6月.
- [12] 多田羅浩二, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究健康安全・危機管理対策総合研究「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」平成23年度総括研究報告書. 2012年3月.
- [13] 厚生労働省. 我が国の保健統計. 平成22年.
- [14] 総務省. 広域行政・市町村合併資料集. 総務省ホームページ.
- [15] 全国知事会. 全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定書. 2012年5月.
- [15] Department of Homeland Security. National Response Framework. January 2008.
- [16] Department of Homeland Security. National Incident Management System. December 2008.
- [17] National Emergency Management Association. EMAC Strategic Plan: 2007-2012. August 2007.

[ Aging and Health ] / INC-C1-C-2

**A Case Study of the Elderly's Way of Living Focusing on the Adaptation in Shelters and Temporary Houses after Natural Disasters**

Ayumi Hashimoto, Mina Ishimaru and Misako Miyazaki

Department of Community Health Nursing, Chiba University, Graduate School of Nursing, Japan

**Purpose**

The purpose of this study was to provide new understanding about the elderly's way of living focusing on the adaptation in shelters and temporary houses after natural disasters.

**Methods**

The subjects were three elderly people living in temporary houses with experiences of living in shelters after the Great East Japan Earthquake. Semi-structured interviews were conducted about living conditions, coping with difficulties and reasons for living from the time of the earthquake to the present. The interview data were analyzed by case and the development of ideas and behavior patterns about the way of living through interaction with the environment were qualitatively described.

**Results**

These three cases had similar qualities in the development of ideas and behavior patterns. That is, the adaptation was divided into three phases. The first phase was, "Feel difficulty in living with environmental changes". The second phase was, "Reflect on the way of living". The third phase was, "Believe in the way of living". The following ideas and behavior patterns were included in each phase. The first phase included the gap between life in shelters and in temporary houses, alienation from temporary houses' community, and isolation in separated family's house for refuge. The second phase included fear of meaningless life in temporary houses, the realization of potential effects of their own effort, and recognition of local support as the basis of life. The third phase included the creation of pleasures in the limited environment, living with respect for themselves, and ascertaining their own identities.

**Conclusions**

Traditionally, the elderly have been thought vulnerable to environmental changes after natural disasters. However, this study suggests that it is essential to understand the elderly as people who have power to preserve and mature their own ideas and behavior patterns about the way of living over major environmental changes after natural disasters.

**Keyword(s)**

the elderly, adaptation, shelter, temporary house, natural disaster

# 東日本大震災 — その後の

## 災害時に求められる保健活動の体制および方法の再構築

千葉大学大学院看護学研究科教授 宮崎美砂子

災害時の対応経験からの学びや教訓を次に活かす

東日本大震災後、2年以上が経過し、この間、自治体の多くで地域防災計画が見直されました。新たな地域防災計画では、医療救護対応とともに、保健活動の体制づくりや推進方法について、どのように記載が充実されたでしょうか。また、市町村や保健所などの各保健活動拠点では、災害時保健活動マニュアルの整備や組織内外での共有はどのように進んだのでしょうか。いま改めて、東日本大震災時の対応経験からの学びや教訓を、今後の災害時対応や平常時

からの備えに活かすために問題意識をもち、組織的行動力につなげていくことが求められているように思います。

東日本大震災で甚大な被害を受けた市町村、その管轄保健所、さらには県庁の保健活動統括部門のそれぞれを対象に事例調査を行っていただいた経験から、見えてきた学びや教訓とは何か、今後の災害時の保健活動体制や方法について強化すべき事項とは何か、について考えてみたいと思います。

### 今後、要となる市町村の災害時対応力

今回の事例調査から、市町村の

保健師は、被災現地の保健師として、地域住民への直接支援はもちろんのこと、外部支援者の受け入れ体制づくりやその調整、関係者とのネットワークづくりなど、多様な対応を行っていたことがわかりました。

しかし、保健所や県との連絡調整や、外部派遣者との支援方針の共有など、複数の機関や人材を有効に活用し、組織的な活動の推進主体となるには、とまどいや不安も大きい状況がありました。災害においては、市町村が第一線で防災後から復旧・復興、そして、防災に至るまでの対応を行う立場にあります。市町村の保健師としてそのことの重みを強く受け止め、被災者の健康問題への対応はもとより、今後、組織的なマネジメント力を高めていくことが、市町村保健師に求められるように思います。

### 保健所と市町村との信頼関係 平時時から意識的に組織間連携を

事例調査から、保健所のかかわりによって、被災市町村の保健活動は進展していたことが確認できました。しかし保健所と市町村の

間で意思疎通が十分でなかった側面も見られました。市町村が保健所に期待していたのは、公衆衛生の専門機能、後方支援機能、さらに地域の健康危機管理の拠点機能でした。公衆衛生の専門機能とは、公衆衛生の視野から、現状をアセスメントし、対策を樹立して、それを地域に普及していく強い指導力や、地域への普及・発信力でした。

また、後方支援機能において求めていた支援のあり方とは、助言ではなく、困難な状況にも取り組む同士としての立ち位置で、市町村のもつ力を引き出すとともに、市町村の代弁者として県庁等に必要な対策を進言する役割でありました。市町村側の役割期待と保健所のかかわりがかみ合わない部分のあった背景には、意思疎通にかかわる組織間連携の成立基盤が十分に確立されていないことが影響していると推察されました。

つまり、信頼関係が育ちきっていない（これまであまり面識がない・交流の場がない・実態をよく知らないなどの意思疎通ができていない背景、問題意識の内容が異なる、互いの専門性や責任を認め

あえていないなどの相互信頼が不足しているなど)、協調関係ができていない(縦割りのな構造がある、規則や職務へのこだわりがあるなど)、制度・支援体制・基盤が整っていない(マンパワーが質的・量的に不足している、フレキシブルに動ける体制ではないなど)、全体調整機能がない(個人的立場での行動である、総合的な見方ができていない、共通の目的・理念・原則がない、将来への危機感が弱い、目的意識が弱い、忙しすぎるなどの理由により適切な機能分担ができていない)などの要因が示唆されます。

これらの要因の点検を手がかりにして、市町村および保健所の両者において平常時から意識的に組織間連携を図っていくことが、災害時の連携を円滑に進めるうえできわめて重要であると考えられます。

### 外部支援の効果的活用のため 情報管理の体制構築が急務

被災市町村では、持続的なマンパワー不足があるものの、外部支援者を効果的に活用できていない

という課題が生じていました。外部支援者のあり方については、自己完結型で被災地に赴くことや、被災地域の文化的背景への配慮、被災地の保健師も被災者であることへの配慮などについて、これまでも言及されてきたところです。しかし今回の事例調査からは、外部支援者への対応において、市町村保健師が心理的にも物理的にも負担がかかる出来事が生じていました。被災市町村の職員が担うべき事項と外部支援者が対応できる事項との共通理解のさらなる充実が必要であるように思います。

今回の東日本大震災の経験を通して、外部支援者の役割を考えるとき、①短期外部支援者として、避難所や地域での被災住民への直接的支援を担い、マンパワー充足に貢献する人材 ②長期外部支援者として、市町村の統括保健師を継続的に補佐し、活動体制の構築、復旧・復興に向けた中長期の活動計画策定と体制づくり、政策提言の支援を担い貢献する人材として想定しておくことの必要性が示唆されました。

外部支援者の必要性の判断と具

内外の調整に具体的にかかわるのは、県庁の保健活動統括部門となりますが、外部支援者が迅速かつ変化する状況に感じられるには、判断根拠となる被災地の被災状況や保健医療福祉等の資源の稼働状況、健康問題の状況などの変化する情報を一元的に持続的に集約できるような情報管理の体制構築が急務と考えられます。

想定外を超えて、何を成すべきかを判断し、組織的に行動できるように

東日本大震災では、活動拠点そのものや蓄積データの喪失、さらには活動拠点の支援人材の喪失など、想定外の事態が何重にも重なりました。市町村、保健所、県庁のそれぞれへの事例調査を通して感じたことは、災害時の対応は、組織的対応であり、そのためには、保健活動についての指揮命令系統や、人材の配置・活用が手段として確立していることが大事になるということです。発災時には平常時の人員配置や分掌の枠組みを外して、緊急対応に切り替え、新たな災害時の枠組みの下に、活動推進できるしくみが必要と思います。

今後の組織的な人材育成計画においては、災害時対応力の視点を含め、各組織の機能を活かした人材育成が大事となります。市町村では、住民や関係者との協働力・組織的なマネジメント力、統括者の育成、保健所では専門機能の技術強化、問題分析力・提案力、市町村人材の支援力の育成、県庁では県内の人材のキャリアや配置を総合的にとらえた人材活用力、県レベルでの政策形成力の育成、が特に重要となると考えます。

#### ■引用文献

- \*1 宮崎美砂子, 奥田博子, 春山早苗, 牛尾裕子, 岩瀬靖子, 大内佳子, 他. 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. 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「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(研究代表者: 多田羅浩三)平成23年度分担研究報告書. 2013. p.1-38.
- \*2 宮崎美砂子, 奥田博子, 春山早苗, 牛尾裕子, 岩瀬靖子, 大内佳子, 他. 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. 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「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(研究代表者: 多田羅浩三)平成24年度分担研究報告書. 2013. p.1-30.
- \*3 山本勝. 保健・医療・福祉のシステム化と意識改革. 東京: 新興医学出版社; 1993.
- \*4 井伊久美子, 奥田博子, 宮崎美砂子. 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. 厚生労働科研: 新潟県中越地震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年度分担研究報告書. 2005.

特集：大規模災害に備えた公衆衛生対策のあり方

< 総説 >

大災害時における市町村保健師の公衆衛生看護活動

宮崎美砂子

千葉大学大学院看護学研究科

Public health nursing activities of municipal public health nurses during major disasters

Misako MIYAZAKI

Graduate school of Nursing, Chiba University

抄録

市町村に所属する保健師（以下、市町村保健師）は、災害時には現場の最前線で、活動推進の中核役割を担う立場にある。このたび、東日本大震災で被災した市町村9か所、その管轄保健所7か所、県庁2か所を対象に、発災直後から約1年間の地域保健活動体制の再構築の様相について事例調査を行った。

その調査に基づき、災害時の市町村保健師の公衆衛生看護活動の特徴と課題について検討したところ、以下が明らかになった。

災害時の市町村保健師の公衆衛生看護活動において、活動推進の基盤となるのは、保健師と地域住民、地元関係者との信頼関係ならびに土地勘、地域資源および風土・慣習への熟知である。その一方で、課題となるのは、医療活動から公衆衛生活動への迅速な移行、地域を基盤においた活動展開のできる組織体制の再構築である。これら課題への対応として、災害時には、平常時分散配置下にある保健師の集約化と一括管理、活動推進の要となる統括保健師の設置、副統括者の役割、変化するニーズに応じた活動編成と再編の繰り返しによる活動推進、市町村保健師の公衆衛生活動を支える外部支援者の役割、が重要である。

また、本報告では、自らも被災者でありながら被災住民への支援を持続的に担う立場にある市町村保健師のこころのケアについても言及した。

キーワード：自然災害、東日本大震災、市町村、公衆衛生看護

Abstract

Public health nurses belonging to municipalities (hereafter, municipal public health nurses) play a central role in promoting activities on the forefront during disasters. A case study of nine municipalities affected by the Great East Japan Earthquake was conducted, concerning the aspects of reconstruction of community healthcare activity systems, specifically in relation to health centers (n=7) or prefectural offices (n=2), during the approximately one-year period after the disaster.

In this report, the characteristics and issues involved in the public health nursing activities of municipal public health nurses during the disaster were described.

連絡先：宮崎美砂子

〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1

1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba-city, Chiba, 260-8672, Japan.

Tel&Fax: 043-226-2435

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

[平成25年7月3日受理]

Relationships of trust between public health nurses and community residents, as well as local parties, and familiarity with the area and knowledge of community resources, local culture, and customs provided the foundations for activity promotion in the public health nursing activities of municipal public health nurses during disasters. On the other hand, several issues, including the rapid transition from medical activities to public health activities and reconstruction of organizational systems that enable implementation of community-based activities, were also identified. Important measures for addressing these issues included the following: integration and unified management of public health nurses, who are normally dispersed more than one department; the presence of public health nursing manager who play a key role in activity promotion; the roles of vice manager; activity promotion through organization, and repeated re-organization of activities according to changing needs; and the roles of external support providers backing the public health activities of municipal public health nurses.

In this report, psychological care for municipal public health nurses, who, despite being affected by the disaster themselves, are in a position to provide continuous support to affected residents was also discussed.

**keywords:** natural disaster, the Great East Japan Earthquake, municipalities, public health nursing  
(accepted for publication, 3th July 2013)

## I. はじめに

市町村は、住民に最も身近な基礎自治体として、災害時には、住民の生命、健康、生活等をまもる立場にある。その中で、市町村に所属する保健師（以下、市町村保健師）は、災害時には現場の最前線で、活動推進の中核役割を担う位置にある [1]。しかしながら、このたびの東日本大震災では、市町村庁舎や地域保健活動拠点となる保健センター等が壊滅的打撃を受けると共に、職員自身も甚大な被害を受けた。発災直後は指揮命令系統が未確立の中で、医療との連携調整、要援護者への対応、被災者の健康管理、避難所の環境整備などのニーズが増大し、想定を上回る対応が与儀なくされた。その後も頻回の避難所移転、仮設住宅分散などの状況下で、持続的な被災者への健康支援が行われており、一連の活動については、十分な検証は行われていない。

著者らは、平成23～24年度に厚生労働科学研究費補助金による分担研究として、発災後1年を経た時期に、被災市町村9か所、その管轄保健所7か所、県庁2か所において発災後の地域保健活動体制の再構築の様相について事例調査を行った [2, 3]。

本報告は、上記の事例調査の経験から、大災害時における市町村保健師の公衆衛生看護活動に焦点をあて、その特徴と課題について述べる。

## II. 市町村保健師の災害時の公衆衛生看護活動

### 1. 調査対象事例の特徴

被災市町村の保健活動機能の被災状況を類型化し（表1）、その状況を踏まえ、調査候補先市町村を選定し、協力の得られた市町村に調査を行った。

調査対象は9市町村であり、パターンAが3か所、パターンBが5か所、パターンCが1か所である。これら市町村の保健師の平常時の配属は分散配置が採られており、「保健部門、福祉部門、地域包括支援センターなど」または「本庁（保健部門、福祉部門、保険年金部門、地域包括支援センター）、支所」であった。こうした状況は近年の全国的な市町村保健師の配属状況の特徴 [4] を反映するものであった。9市町村には配属部門を超えて保健師のまとめ役となる統括者がいたが、いずれも行政組織上の任命はなく、保健師機能の間で年長者がその役割を執ると認識されていた状況であった。

以上のことから、災害時の増大するニーズに対して、市町村保健師が有効に公衆衛生看護活動を行うには、分散配置されている保健師人材を集約し、保健活動の統制をとる統括者を設置するなど、平常時と異なる組織体制を再構築する必要性が示唆された。

### 2. 市町村保健師の災害時の公衆衛生看護活動の課題

事例調査の結果、市町村の公衆衛生看護活動を促進した要因、促進を阻害した要因は、表2に示すように整理

表1 被災市町村の保健活動機能の類型

[パターンA] 地域全域被災、役場中枢機能の壊滅的喪失、職員の人的被害甚大、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、職員の人的被害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頭に被害なし、隣接市町村から被災者受入れあり



表2 東日本大震災において市町村の災害時保健活動体制に影響を与えた要因

影響要因		具体的内容
保健活動の拠点・人材	促進した要因	本部機能の確立、保健活動の拠点となる場の確立、稼働できる職員の確保、連絡手段の確保と情報の集約
	妨げた要因	本部機能喪失、保健活動の拠点となる場の喪失、職員の喪失・負傷、基本情報及び情報収集・連絡手段の喪失
防災計画及びマニュアルの職務記載	促進した要因	マニュアルの基本事項の職員への浸透と初動の保健活動体制について庁内での合意あり
	妨げた要因	保健活動に専念できない発災時の防災計画上の職務内容記載、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、想定外の事態にも応えられる組織対応力の不足、救護所の介助業務に保健師人員が割られること
管理者の役割・指揮命令系統	促進した要因	課長が全体掌握し、部長が本部とのリエゾン役割を發揮した組織的な動き、管理職による統括保健師の指名、市町村において統括保健師の設置困難な場合に保健所が全体調整役として常駐
	妨げた要因	管理職も現場活動に従事し指揮者が不在、緊急事態に対して現場部門の意思決定権限の無いこと、保健活動の統括者の設置なく活動が調整のないまま経過
活動体制の再編・調整	促進した要因	平常時の分散配置を解除し一括配置体制をとることにより初動を促進、平常時にはない保健師の統括役割を設置、統括者の補佐役の設置、状況変化に応じた持続的な活動再編、人員配置の調整、地域内の人材発掘と活用、地域内関係者とのネットワークづくり、職員間の情報共有、気持ちの共有を図るためのミーティングの実施
	妨げた要因	医療チームの行政への理解不足、統括者の負担増大、避難所への市町村保健師の常駐の体制、複数回に及ぶ避難所の移転・再編、非常時から平常時の体制移行時の活動方針に対する保健師間の認識のずれ
活動の継続性の担保	促進した要因	継続業務の選定、長期戦を見越した職員の休息確保、外部委託できる業務選定と採用
	妨げた要因	職員の休息確保・健康管理方法の未確立
外部からの支援	促進した要因	[保健所からの支援] 感染症対策の普及・推進、市町村の活動体制のアセスメントに基づく支援方針樹立・応援者要請・人材活用の仕組みづくり、市町村が機能不全の場合の統括者の代替、市町村の統括者の補佐、市町村の本庁と支所の調整、震災対応の振返りを通して行う市町村保健師の人材育成支援 [派遣者からの支援] 市町村内に統括者設置が困難な場合には派遣者を活用して設置、派遣者による統括者の補佐役割、地元と派遣者の役割分担、派遣者の長期活用
	妨げた要因	[保健所からの支援] 感染症対策の普及・推進に対する技術不足、市町村ごとの窓口担当者がおらず責任所在が不明、市町村との協働意識の乏しさ、保健所の方針が市町村側に見えないこと、持ち帰った情報が対策に活かされたかどうか不明な状態、平常時から保健所と市町村の関係が希薄、平常時から人員配置の少ない保健所の体制 [派遣者からの支援] 派遣者の受入業務の増大（配置調整、オリエンテーション、携帯する身分証明準備）、派遣者の被災地活動に対する認識不足・引継ぎ体制の不備、調整や記録整理などの業務への支援者不足
外部からの倫理的配慮	促進した要因	-
	妨げた要因	派遣者による現地職員への批判、調査研究・マスコミ取材・ボランティア等の倫理観の欠如
住民や関係者との関係	促進した要因	地域住民との信頼関係、地元関係者との連携協力関係、本庁と支所との保健師間のコミュニケーション、事務職上司の保健師への理解と信頼
	妨げた要因	地域住民や地元関係者へのかかわりに対する市町村保健師間の主体性の差
土地勘・地域の資源情報	促進した要因	地域を基盤に置いた活動、地域性・地域資源・地域組織の熟知
	妨げた要因	分散配置や年代による保健師活動自体への認識の差、保健師等職員間のつながる力の差

された。これらの内容に基づき、市町村保健師の災害時の公衆衛生活動の進展に影響を与えた課題を以下に示す。

1) 医療活動から公衆衛生看護活動への迅速な移行

発災後まもない初動期において、市町村保健師が実施していた活動を表3に示す。

発災直後から当該地域内の医療従事者及び到着した医療チームにより医療活動が開始され、市町村保健師も医師らと共に要援護者への初期対応に関わっていた。しか

しパターンAを主とする複数の市町村では、発災後2週を経ても保健師は個別の医療対応に従事しており、地域全体を視野に入れた公衆衛生活動に移行できていない状況が生じていた。その主たる要因として、市町村の地域保健活動拠点が未設置であったことが挙げられる。「日々医療活動に明け暮れていたところ、派遣支援者から、保健活動の体制面での改善点の助言を受けた。活動拠点（テント）を借り受けて設置し、保健師間の話し合

表3 市町村保健師が実施していた初動期の活動

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救護所での直接ケア，診療補助</li> <li>・ 避難所への巡回，常駐，それらの併用</li> <li>・ 透析患者の受入れ病院の確保</li> <li>・ 避難所でのケア（トイレ介助，要援護者への直接的なケア提供）</li> <li>・ 搬送（医療機関への搬送，福祉避難所への搬送，病院から避難所への移動）</li> <li>・ 避難所運営の手伝い</li> <li>・ 物資や薬剤の調達</li> <li>・ 物資の仕分け，避難所への物資の配送</li> <li>・ 炊き出し</li> </ul>
---

いや打ち合わせができるようになった。それを契機に、医療活動から公衆衛生活動へと活動内容が変化した。地域住民の健康調査（ローラー作戦）を開始。地域が見えるように地区別のマップを作成して問題を把握し、地区担当制による活動を実施した。派遣者同士が引き継ぐ形でその体制を継続。関係者から保健師の下に情報が次第に集まるようになった」とある保健師は語った。個別対応を主とする医療とは異なる視野で、公衆衛生活動を震災当初から始動させていくには、活動拠点を設置し、情報集約及び協議のできる体制構築が必要と示唆された。同時に震災当初からの市町村保健師人材が保健活動に従事できるような市町村防災計画等への明記や関係者間での共通理解が必要である。

## 2) 地域を基盤においた活動展開のできる組織体制の再構築

### (1) 平常時分散配置下にある保健師の集約化と一括管理

いずれの自治体においても、初動あるいはその後の応急対策期において、分散配置という平常の保健師の活動枠組みをはずし、自治体内の保健師人材という資源を集約化して一括管理し、役割を再配分して、保健活動を迅速かつ効果的に進める組織体制がとられていたことが分かった。

初動の時点から保健師を一括管理体制に組み替えた自治体では、防災計画やマニュアルにその旨の記載があった場合と、初動期の増大する保健医療ニーズに対し、限られた保健師人材を効果的に機能させる仕組みとして必要であると幹部や管理職（課長）が判断し行われた場合とがあった。

また災害時における保健師の職務や指揮命令系統は、平常時の配属ラインに基づく場合と、災害時の保健活動としてのラインを独自に設置し、それに基づく場合とがあった。保健活動としてのラインで、保健師を集約化して活動を再組織化することは、いわゆるタスク・グループを形成することに他ならない。地域保健活動拠点の機能喪失状況や、震災後のフェーズ進展の時期によって、平常時の配属ラインと保健活動としてのラインを使い分ける柔軟性が組織体制再構築においては必要と示唆された。

保健活動のラインに拠る機動性が特に求められるのは、初動期でかつ外部支援者が到着するまでの間である。現

有の職員で、迅速に、住民の生命や安全、健康、生活に対して医療保健福祉のニーズを一体的に提供するには、平常時に分散配置している保健師の人員を集約化し、一括管理の下で保健活動を再組織化していく必要性や意義は高い。初動期に平時と異なる保健活動ラインを機能させることについては、マニュアル等への記載と共に、市町村庁内での合意を図っておく必要がある。

### (2) 活動推進の要となる統括保健師の存在

初動あるいはその後の間もない時期から持続的に、保健活動の方針決定や、対応方式の選定、役割編成と人員配置・調整、復旧・復興計画の立案とその推進、を中心的に担う職員が必要となり、その役割が保健活動の統括役割として遂行されていた。

統括役割は、保健師の中でも、年長者が担っていた場合や、管理職（課長）から新たに任命されて担うようになった場合、また活動経過の中で自他ともに役割を認識しながら担うようになった場合があった。また統括役割を担う保健師は固定的なものではなく、統括役割の負担を考慮し、交代や複数配置の調整がみられた。また多くの職員が被災し、保健活動拠点としての運営自体が極めて困難な自治体においては、保健所が市町村に常駐し、市町村が自立して活動が担えるまでの間、市町村の統括役割を代替する対応が取られていたことも分かった。

以上のように、市町村の地域保健活動拠点の機能を活性化し、方向づけ、実効性ある活動を組織的に創りあげていくには、統括保健師の役割機能が極めて重要であることが明らかになった。これまで、平常時において、統括的役割を担う保健師に期待される役割は、「業務の調整・まとめる役割（マネジメント）」「専門に関する指導的な役割（ガイド）」「職位に不随する役割（ポジションパワー）」として説明されてきたが [4]、災害時における統括保健師の役割は、災害時ゆえに迅速性や決断力、行動力、推進力をもつことが更に求められる。また市町村ゆえの統括者役割は、地域を熟知していることや、地域住民への責任感をもつことが基盤にあってはじめて成り立つと考えられる。

また緊急性の高い災害時の現場においては、患者の受入れ等に関する医療機関との交渉など、平常時と異なる裁量範囲が統括保健師に必要であった。災害時の裁量に