

# 被災地派遣レポート＜第126回＞

福祉保健局保健政策部保健政策課 桐生 宏司さん

## ●はじめに

平成25年度の宮城県自治法派遣の活動報告をするにあたり、宮城県気仙沼保健福祉事務所・気仙沼保健所（写真1）の保健所長として平成24年度に着任した際に定めた6項目の目標（Plan）とその具体的内容を示すところから始める。1から4は、保健所の対人事業を担当する宮城県保健福祉部の平成25年度重点方針に依拠している。5、6は自分で加えたものである。また今回の投稿で気づかされたことだが、保健所には対物事業を担当する環境生活部も入っているが、私の目標には加味されていない。ちなみに同年度同県環境生活部の基本方針は、1. 東日本大震災への対応、2. グリーン社会の実現、3. 安全安心社会の実現、4. 協働共創社会の実現である。

この目標は2年目の平成25年度も踏襲し、その達成度は、PDCAサイクルに則って「目標とその具体的内容（Plan）」それぞれに対して「行われた事業等（Do）」「その事業を実行しての評価・目標に向かっての進捗状況等（Check）」「対策・改善点（Action）」を作表して、定期的に東京都福祉保健局保健政策部長へ提出した。

今回の報告はPDCAの順のストラクチャーとして4部構成で論じるが、P・D・Cのパートは、保健政策部長に提出した平成25年4月から同26年3月までに提出した8回の報告書から、最後のパートは、A（Action）として、今被災地支援で一番求められていることの考察を記したい。

特に最後のパートA（Action）では、人的にも物的にも被災都道府県の中で最大の被害をうけた宮城県だからこそ県職員は、発災後の公衆衛生活動が十全に遂行できなかったことへの強い後悔を抱かざるを得なかったし、後悔に留まることなくあえて対峙し呻吟する中で「次に同じような大規模災害があっても決して同じ失敗・失墜はおかせまい」という真摯な意志が立ちのぼっていたように現地では常々感じさせられた。その結晶が「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」と「宮城県避難行動要支援者等に対する支援ガイドライン」（宮城県公式ウェブサイトから「組織でさがす」⇒「保健福祉総務課」からダウンロードできる）だと思う。

それではPlan, Doのパートから始めたい。以下に記した6項目が気仙沼保健所赴任時に定めた目標である。



写真1 気仙沼保健福祉事務所気仙沼保健所

## ●気仙沼保健所に着任した際に定めた6つの目標（Plan）と平成25年度の実施状況（Do）

### 1. 被災者の生活環境の確保（災害公営住宅入居に伴う「取り残され不安」「はさみ状格差」への見守り）

（内容）仮設住宅（プレハブ・民間賃貸）住まいの被災者の医療面、雇用面、コミュニティづくり面での具体的支援を、被災者生活支援チームメンバーと復興計画「復旧期」最終年度の目標水準まで実行する。

（実施状況）保健所内では2週間に一度の頻度で「被災地保健活動グループ」ミーティングの場が持たれた。保健所長は統括リーダーで、地域保健部長が所内調整を務め、同部事務次長と技術次長（保健師）がサブリーダーを務めた。この会議の中で保健所のルーチンワーク以外のオプションの仕事として所全体で役割分担して企画・実行・共有した。その他気仙沼市に隣接する岩手県陸前高田市で月一回、外部の有識者が進行する陸前高田市未来会議にオブザーバーとして保健所職員も参加して、復興に向けたネットワークのあり方を吸収した。

### 2. 安心できる地域保健医療福祉（介護）の確保と充実

（内容）地域の保健医療福祉資源の復興を所内所外の関係者と共に、住民の最低限のニーズに応えられるまで実行する。

（実施状況）気仙沼地域は気仙沼市と南三陸町からなる。市街地が海岸に近かった南三陸町の医療・歯科医療機関は、津波による甚大な被害を受け、再開率も低いままだった。気仙沼市医師会は、平成21年春の新型インフルエンザ流行時の課題を教訓として、平成23年3月の震災時にはほぼ完璧な受援体制を構築していた。そのため被災自治体の中では最大の医療チームを受け入れることができた。

また、気仙沼市本吉町の市立本吉病院は、海岸から離れた内陸に位置したため、震災当日津波への警戒が薄く、津谷川を逆流してきた津波によって多くの犠牲があり行方不明者率も多い地域にあった。病院も2階まで浸水し二人いた医師は辞職。その後6ヶ月間は医師不在のまま看護師等の医療スタッフはもとより地域住民が病院内のがれきやヘドロをかき出し、外部から入った保健医療専門職支援者が“町の病院”の存続を守った。支援者の一人であったA医師が住民の熱い要望から院長に就任し、平成24年度からは県ドクターバンクを通して島根県から東北大学医学部卒の小児科医師であるB医師が副院長に就任した。二人は地元の医療職・事務職スタッフとともに病院再建に向けて日夜懸命な努力をした。震災後も自主的に持続的支援に入る関係機関の協力もあり、平成25年度からは入院施設が再開した。気仙沼保健所は気仙沼地域を管轄する医療行政執行機関である。医療監査等で病院再建再開時に入り審査をした。また気仙沼市医師会および地域医療機関の医師や開業医師とともに被災後の復旧復興の基礎づくりを担った。

### 3. 未来を担う子ども・青年・医療福祉従事者・食品理美容従事者への支援

（内容）看護学生への講義等の年少者への関わりを、職員、2つの看護学校関係者、全国から支援に入っている関係機関と共に、子どもが自主的に行動できるようになるまで実行する。

（実施状況）学校保健関係の会議に出席して、日常の子どもの健康上の問題の他に震災孤児や遺児の状況を話し合った。地域保健をはじめとする公衆衛生学の講義は、市内に2つある看護学校から依頼された。講義終了後には学生の理解度を知るためのテストを行い成績をつける。及第点に至らなかった学生には再テストを行なった。

#### 4. だれもが住みよい地域社会の構築（結核等の再興・新興感染症、心のケア対策、地域リハビリ）

（内容）震災後からの自殺対策、心のケア対策の課題の解決に向けて、職員、外部支援者、学校保健関係者と共に現状を明らかにして具体的対策が立てられるまで実行する。

（実施状況）震災後の心のケアは、目には見えないゆえに、自死や警察官通報に至らないように日頃からの備えが求められる。阪神大震災後から心のケアのためのシステム化が進み、保健所と同じ建物に宮城県心のケア気仙沼地域センターが平成24年6月に開設された。専門職が配置され、保健所職員は協働して被災後のこころのケアを担った。先述した隔週開催の被災地保健活動ミーティングには同センタースタッフも参加し活動報告をし合い、被災後の住民の課題を共有し合った。

#### 5. 職員間の相互理解と友情に基づく被災者生活支援チーム保健活動グループの着実な前進と一人ひとりの深化

（内容）職員間の相互理解から始まる友情の絆構築を被災者生活支援チーム（保健活動グループ、企画調整グループ）、管内自治体保健担当職員と共に6つの目標が共有され、PDCAサイクルを回し続ける風土が醸成されるまで実行する。

（実施状況）保健所職員との相互理解をベースに、同じ建物に併設されている出先機関としての児童相談所や震災廃棄物対策課の職員、さらには気仙沼地域の気仙沼市、南三陸町の保健衛生行政職員との平常時からの相互理解に務めた。その相互信頼を基にお互いが専門性を発揮し合える切磋琢磨の風土の中で、被災地復興という共通の目標に向かった。

#### 6. 最終年度として宮城県復興計画の復旧期から再生期への移行への持続可能な支援の創造

（内容）今後の復興への継続的支援のあり方について東京都上司、同僚、所内職員、宮城県公衆衛生医師と共に、後任が見つけられるか、しかるべきシステムが構築されるまで実行する。

（実施状況）大規模自然災害により被災地は甚大な被害を被り、自己完結的な復旧復興には限界があった。外部自治体からの支援は可能な限り持続可能なシステム等の創造が求められる。着任当初からそれを念頭に仕事を進め、東京都から私と同じ課長級の保健所医師の後任を見つけようと思っていたが、宮城県の保健所長の権限が東京都と比較して大きく狭められていることを認識してから以降、後任者探しにエネルギーが注がなくなった。それ以上に必要とされている人材は、被災地保健所が発災後から地道に進めてきた管内市町への保健師等専門職による支援の成果を、外部から評価する有識者だと確信するようになった。保健所県職員には保健活動リーダー会場でその必然性を伝えつつ、同時に被災地に継続的に入っている知己の有識者への打診や、東京都公衆衛生医師OBで適任者はいないか上司と相談したが適任者は見つからず、かつ宮城県職員からも要望もないまま立ち消えとなった。

#### ●6つの目標の到達度の評価（Check）

（Plan, Doのパート受けて、平成25年度の6項目の目標到達度を評価する）

##### 1. 被災者の生活環境の確保（災害公営住宅入居に伴う「取り残され不安」「はさみ状格差」への見守り）

（評価）気仙沼市では人手不足等で災害公営住宅建設が遅れており、現在も仮設住宅住まいを余儀

なくされている住民が多くいる。災害公営住宅の第1号の完成は約半年後、平成27年1月の予定である。県では仮設住宅からの移行期の変化に、環境面・保健面・コミュニティ面で対応できるように有識者を呼んで講演会や研修会を開き、課題を抽出し、対策まで5保健所共通のロードマップを作成している。

陸前高田市と比較すると気仙沼保健所あるいは同管内市町の構成メンバーは内輪的であり、陸前高田市のような定期的に長期に支援できる有識者を外部から入れていないことが不足している。

## 2. 安心できる地域保健医療福祉（介護）の確保と充実

（評価）沿岸部にあった南三陸町の公立病院は全壊したため新築移転を余儀なくされた。南三陸町病院建設基本計画策定委員会は当初東北大学医学部からその方面に精通している教授を委員長として議論を進めたが、委員長の他自治体と合併させる形での構想（町外への新築移転が余儀なくされる）と町長、町民の希望との間に乖離が生まれた。町は年度変更時に新たに同大学総合地域医療教育支援部C教授を委員に加えることで議論に幅を持たせ、町が希望する町内での新築移転を実現する方向に持っていった。保健所長は、町の意向を認識しつつも県の代表でもあるため、委員長の県の医師確保政策批判の格好の標的となった。

保健所長は、医療監査を病院については毎年、診療所については5年に一度実施している。2年間で回りきれない診療所については必要に応じて年度初めに別途アポイントをとって、院長と個別面談の場を設けた。中には地域医療・僻地医療に使命感をもって長年従事されている医師もいて触発された。東京に戻ってからも今後の被災地復興に向けた保健医療支援や日本全体の地域医療について議論できる関係を持ち続けられている方もいる。

## 3. 未来を担う子ども・青年・医療福祉従事者・食品理美容従事者への支援

（評価）県立気仙沼高校保健委員会には年2度の会議に毎回呼ばれ、地域関係者、学校関係者を交えて意見交換や情報提供をした。その中で震災孤児・遺児の現状を聞くことができた。しかし気仙沼高校は地元の進学普通校であり、地域には進学校でない普通高校、漁業専科の県立高校、私立高校があり、生徒の家庭環境や経済状況に大きな違いがあるゆえその理解はすべてを網羅しているわけではない。

県職員として高校卒業後に採用された新規職員との関係の中で、読書交換や会食の機会の中で、都会の生徒に比べて社会に対する考えは成熟していると感じた。また看護学生とは教師と生徒の関係であったが、こちらが伝える地域医療の担い手として期待する気持ちには敏感に反応され希望を持った。テストの答案を通して生徒の人柄がうかがえた。再試験も行ったが最終的には全員が合格した。

## 4. だれもが住みよい地域社会の構築（結核等の再興・新興感染症、心のケア対策、地域リハビリ）

（評価）結核・感染症については保健所感染症疾病班が難病分野も兼ねて担当している。班長以下班員保健師は皆優秀で保健所医師が関わらなくても医師とのやり取りまで自己完結できた。保健所医師は、同班が仕事をスムーズにできるように、たとえば月2回の石巻保健所にて北部5保健所合同で開催される感染症診査部会に参加して委員の意見を持ち帰る等を担った。感染症発生があっても一保健所一公衆衛生医師一保健所長であるため、現場に疫学調査に出ることはなかった。

「保健所長は保健所で待機するもの」という認識がある。精神保健では、警察通報があるとその後の調査（保健師担当）、調査結果に基づく措置診察の適否の判断（保健所長担当）、その結果によって措置入院が必要ならば保健所による患者の移送（保健師・男性事務職担当）まで責任を担った。被災者の心のケアや自殺対策は、外部支援有識者（国立精神神経医療研究センター医師、兵庫県こころのケアセンター医師が定期的にアドバイザーとして来所し、地域市町のケースカンファレンス等にも参加した。地域リハビリについては、（意外に知られていないが）宮城県はリハビリテーション支援センターが名取市にあり、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語療法士（ST）が揃うセンターオブセンターの役割を担う。所長は整形外科・リハビリテーション科専門医で実践的なリーダーシップを発揮されている。各保健所には理学療法士・作業療法士が1名ずつ置かれ、地域リハビリセンターの名に恥じない管内PT・OT職のネットワークの要となって研修会を保健所で開催し、地域の様々な医療機関に勤務する若手のリハ職がその場を主体的に担えるような全県的なネットワークができている。

## 5. 職員間の相互理解と友情に基づく被災者生活支援チーム保健活動グループの着実な前進と一人ひとりの深化

（評価）初年度に引き続き、最終年度も宮城県職員に自然に受け入れていただいた感を強く持って感謝の念を禁じえない。若手職員とはバドミントンクラブ（後半は衰退したが）や気仙沼市の夏の大イベント「はまらいんや踊り（「はまらいんや」は気仙沼弁で「一緒に仲間に入りましょう」の意味）」で、有志とは仕事を離れて国土交通省から気仙沼市副市長として派遣されているD氏や地元若手県会議員にも声がかかったの懇親を兼ねた情報交換の場を開いたり、地元新聞社（三陸新報）若手記者と保健所職員合同の後藤新平記念館ツアー等の企画に参加した。また宮城県公衆衛生医師のみならず、地域の臨床医師や被災市町の行政保健師の方で津波等の被害で家族を亡くしたり、診療所が全壊して移転開業を余儀なくされていた方には個別に関係を持つように努めた。

## 6. 最終年度として宮城県復興計画の復旧期から再生期への移行への持続可能な支援の創造

（評価）沿岸被災地地域の保健医療福祉分野の支援は非常に息の長い分野である。建物等のインフラ面の復旧もままならない南三陸町や石巻市雄勝は復興のスタートラインにすらまだ立っていない。そのような地域に、東北大学総合地域医療教育支援部が東北大学メディカルメガバンクと協働して、深刻な医師不足に対して恒常的に医師が確保されるシステムづくりを全学あげて進めている。あるいは県外から町の病院が全壊した地域に入り、診療所立ち上げとその後の診療体制を確立した活動を展開している方もいる。私は、医療と保健の違いはあっても宮城県の公衆衛生医師不足の現状の支援を東京都公衆衛生医師に引き継げなかったし、その解消のためのシステムを構築することはできなかった。

### ●対策と改善点（Action）

これまでのPlan, Do, Checkを受けて、宮城県保健福祉部が東日本大震災の最たる被災県として今後どのような地域復興における保健医療福祉分野の復興の青写真を描いていくべきなのかを、「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」（平成25年4月）と「同県避難行動要支援者等に対する支援ガイドライン」（平成25年12月）から引用して考察したい。

○「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」から（公衆衛生情報みやぎ 2013 年 6 月号「保健所長からの便り」参照）

宮城県では、震災後約 1 年が経過した平成 24 年 2 月から、各保健所における災害時保健活動の対応状況の検証・評価作業を開始し、第 1 章総則で、以下の 5 項目の「必要性」が示唆された。

- ①大規模災害時の初動体制の基盤整備の必要性
- ②被災した保健所への広域的な支援体制整備の必要性
- ③全国各地から派遣される専門職、ボランティア、NPO 団体等の受入れおよび調整体制の整備を強化する必要性
- ④避難所での超急性期から慢性期に及び医療救護ニーズに適切に corres 応するため、平時から保健所長が地域災害医療コーディネーターと連絡方法、役割分担を確認し合う必要性
- ⑤人と生活環境をトータルにみる“公衆衛生の視点”をもった保健所活動が強化される必要性

以下第 2 章 県内で大規模災害が発生した場合の対応、第 3 章 平常時の準備、第 4 章 県外で大規模災害が発生した場合の対応 と続く。詳細は同ガイドライン概要、全文、あるいは公衆衛生情報みやぎ 2013 年 6 月号を検索いただきたい。

○「宮城県避難行動要支援者等に対する支援ガイドライン」から（公衆衛生情報みやぎ 2014 年 1・2 月号「保健所長からの便り」参照）

「はじめに」では下記の目的のためにガイドラインを改訂したと記される。○平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災で得られた教訓を踏まえて改訂したこと。○特に想像を絶する大津波により高齢者や障害者、避難支援者の中にも尊い命を落とした方が多数いたこと。○今後再び大きな災害が発生しても、高齢者や障害者、避難支援者等が安全な場所に避難できるように平時から支援体制を整備すること。○さらに津波から生き延びたその命をその後の避難生活で失うことのないようにすること。

そしてこのガイドラインは、国の「改正災害対策基本法（平成 25 年 6 月 21 日公布）」、「避難行動要支援者の避難支援に関する取組指針（平成 25 年 8 月）」及び「避難所における良好な生活環境の確保に向けた取組指針（平成 25 年 8 月）」の内容を反映し改訂したものである。

内閣府の調査によると、東日本大震災では、障害者 1702 人が犠牲となった。死亡率は 1.47%で、住民全体の死亡率 0.75%の 2 倍に達した。また避難支援者となった家族のみならず、民生委員・児童委員等の尊い命が失われた。その教訓を生かすために、避難支援者の滞在時間を最小限にとどめるための要配慮者、避難行動要支援者自身の避難支援者への配慮やはたらきかけについて書かれ、要配慮者、避難行動要支援者自身の心構えや取組について 6 項目が書かれている。その 5 番目が「受援力」の強化である。

要配慮者・避難行動要支援者自身の「受援」についての平時の心構えが以下のように書かれている。

「災害時対応の基本は自助であるため、要配慮者自身も、防災訓練に積極的に参加するとともに、平時から地域住民や避難支援等関係者と積極的に関わりを持っておくことや非常持出品の準備など災害に備えた心構えをしておくことが大切である」。そして市町村においては、要配慮者自身が平時にできることについて広報等を通じた周知に努めるとし、その中に「受援力」の強化をあげ、「受援力」とは「支援を受ける力」「助けられ上手」と解説されており、東日本大震災においても「必要なときに必要な支援を受けられるよう平時から隣近所や関係者とのコミュニケーションを強化しておくこと」の大切さが再認識されたとしている。同ガイドラインの前半は「基本的な考え方」と「平常時における要配慮者への支援対策」だが、後半は、災害発生から災害復興期までの支援対策について書か

れている。詳細は同ガイドライン概要，全文，公衆衛生情報みやぎ 2014 年1・2月号を検索いただきたい。

東京に戻って4ヶ月目に入ったが，医師という職能集団として今後被災地での孤独死，あるいは自殺の発生を防ぐために何をしなければならないのかと自問せずにはおれない気持ちになる。現地の医師たちの中には，次代の医師の引き継ぎがスムーズに行えず，70歳代、80歳代になっても地域医療を支えなければならない現状がある。今僻地では，地域中核病院や総合病院で待機する専門知識，専門技術を駆使して診療する専門医につなげる総合診療医、プライマリーケア医が地域では切実に求められている。その役割を担う上で最も求められる資質・能力は，患者の正確な見立て力と，自らが専門医でないことを認識して次の専門医に潔くつなげられる判断力，連携力（ネットワーク形成）力，そして時には黒子に徹しられるコーディネート力だと思う。そしてそれを日常可能にするのは，その医師一人ひとりの，平常時からの臨床力の鍛錬をベースにした「地域の総合力で一人の患者を救います」という全体の目標を第一義にできる，無私を生きられる医療者同士のチームワークだと考察する。

（以上）