

東日本大震災の被災地での支援活動を行って

高知県須崎福祉保健所 福永一郎 (Ichiro Fukunaga)  
(前 財団法人正光会精神衛生研究所)

はじめに

筆者は宮城県南三陸町に高知県より派遣され、4月の下旬、1週間の被災地支援に従事した。その内容は現地保健所業務の補完、保健福祉の関係機関の調整と、町の保健福祉行政へ技術的支援である。その経験をもとに、災害時の保健医療福祉に関して若干の知見を述べる。南三陸町での経験にとどまらず、他の市町村に関しても知り得た状況を加味して総合的に記述している。まだ十分な整理ができていないので、思いつくままに記述すること、そして文章の熟度が低く表現に粗雑な点があるかもしれないことをあらかじめお許し願いたい。

なお、筆者の勤務先所在地である高知県須崎市では、今回の震災の際、西日本で最も高い3メートル超の津波を観測した。幸いに人的被害はなかったが、多額の物的被害を出している。また、3月11日には大津波警報により多くの人が一時的に避難し、保健所(福祉保健所)を含む県の地方機関においても災害対策支部を設置した。筆者の勤務する保健所(福祉保健所)管内の人口密集地区には低地を抱え、地域住民の震災、津波に対する関心は非常に高い。高知県では保健所(福祉保健所)に災害医療対策支部事務局が設置され、市町村業務である災害要援護者対応や福祉避難に関する支援や広域調整も都道府県保健所(福祉保健所)業務であることから、災害対策の樹立は業務上の喫緊の課題となっている。

南三陸町の被災状況

南三陸町は人口2万人弱、漁業が盛んな豊穡の地域であり、そしてたいへん風光明媚なところである。写真(図1参照、筆者撮影)に示すのは、南三陸町の中心部、志津川地区の状況である。津波は想定を大きく超え、多くの地域が被災し、谷にあたる地域(川沿い)はかなり上流まで被害を受けた。ライフラインは途絶し、多くの町職員が被災したため行政機能も大きく喪失し、最初の10日間程度は現地の情報が外部からは十分に得られない状態であった。このような完全に孤立した状態での被災住民や現地関係者の苦闘には、想像を絶するものがある。南三陸町では水道の復旧が大きく遅れたため、衛生状態の管理には繊細な注意が必要であった。水道がないことは非常に不便である。筆者が派遣された4月下旬においても水道は復旧しておらず、アルコールジェルが離せない日々であった。

津波によりライフラインが途絶され、津波によるがれきによって道路が覆われ短い距離でも移動が困難な状態があり、移動手段も喪失されたため、多数の小規模な避難所が自然発生的に成立していた。南三陸町では、多くの避難所では、避難住民が避難所の「区長」を選出し班体制を組むなど、住民の手で自主運営されていた。これは平素の地域社会が健全でなければできないことであり、すばらしいことであると思われた。ただ、避難が長期に亘ると、自主運営も次第に疲弊してきて種々の困難が生じ、種々の保健福祉の問題に対しても専門職による適切なバックアップが必要となってくるようであった。

災害時の保健福祉について

津波による保健福祉機能の喪失も相まって、絶対的な従事者の不足もあり、保健福祉の問題は顕在化したようである。医療も含めてであるが、保健福祉は平常業務と災害業務の両方に対応できなければならない。平常業務は緊急性を要するものから順に復活していくことになる。たとえば介護認定審

査は平常業務であるが、長期間遅滞すると多くの待機者が滞留するので、できるだけ早い時期に復活することが望ましい。母子保健や予防接種も比較的早期に平時への復旧が必要なものである。なお、災害業務から平常業務に移行するために必要なこととして、津波被災で記録、台帳類が失われているために、地域をローラー作戦で全把握し、どこに誰がいるか、住民がそれぞれどんな健康問題を持っているか、どんな保健福祉サービスの対象となるかを調査しなければならないことがあげられる。たとえば予防接種や乳幼児健診を実施するためには、対象者を把握して、台帳類を作成しなければならない。また、健康状態が悪化している人に対して保健福祉サービスを行う場合も同様である。

以下は、災害時に特有な保健福祉上の問題点について述べる。

避難所において、狭い空間に多くの人々が居住するという状態については、超短期的には緊急避難で仕方がない部分があるが、避難生活も 2 週間を過ぎてくると感染症の制圧が大きな問題となってくる。以前の震災では、比較的早期に避難所生活から仮設住宅などへ移住でき、感染症に対して防御性のある生活に移行できたが、今回の震災ではこのような移行が非常に遅れたので、感染症に対する問題が顕在化したようである。この時期が 3 月から 4 月であったことから、感染症の問題はノロウイルスやインフルエンザの問題が大きかった。避難所は生活空間であり、医療の監督下におけるような院内感染対策では対応できない。従って、公衆衛生的なコントロールや予防対策を必要とするが、数十カ所の避難所が存在している状態は、限られた資源とマンパワーでは許容範囲を超える部分もあったようである。なお、予防に努めても自然発生的に感染症は勃発せざるを得ない側面はあるものの、支援者が外部から病原体を持ち込むことは極力避けなければならない。つまり、支援者が感染源にならないように、支援者自身が十分な健康管理や衛生管理を心がけることも必要である。

体育館のような、多数の人が一つの空間に收容される施設で、かつトイレなどの衛生的に問題が生じやすい空間が居住空間と隣接している、すなわち衛生的に問題が生じやすい場所と居住空間との動線が短く、換気も不十分な場所であると感染症の問題は起こりやすい。一方で、たとえば校舎（教室）であるとか、研修施設のような、居室にあてがうための比較的小さな部屋が多数あり、トイレなどの衛生的に問題が生じやすい空間が居室と離れている場合は、衛生的には管理しやすく感染症の問題が起こりにくい（ただし、教室に避難すると学校が本来の目的に使用できなくなるので、避難所として用いるには問題がある）。南三陸町では、多くの避難所は自主運営であって、避難住民の協力が得やすく、比較的衛生的問題にも対処しやすい状態にあったが、感染症の問題は長期避難における大きな問題の一つである。

避難所における栄養状態について少々言及する。筆者も何日間か避難所で提供される食事をいただいたが、私が派遣された被災後 1 か月の時点では、未だ全国からの（多くは善意による）救援物資を中心に食事が組み立てられていた。たとえばパンと缶詰のフルーツという献立である。これらは保存食であるために、結果的に炭水化物に偏した食事にならざるを得なかった観がある。タンパク質や野菜類が不足していることによる栄養学的問題が生じつつあることは、町や県保健所を中心とした栄養士チームによって明らかにされつつあった。もとより、支援物資が現地に行き届くまで時間が経ったことが大きな原因であるが、実際には、東北は内陸部の被害が少なく、被災地（太平洋沿岸部）から比較的早期に食糧や物資は発注可能な状態になったようだ。おおむね被災後 2 週間をのりきれば、新鮮な食材が何とか調達可能な状態となる。保存食料の支援は短期間にとどめ、現地で必要なものを購入してもらえるような経済的な支援がむしろ必要だったのではないかと思う。たすけあいの精神は美しいのだが、支援をする側は、支援する相手が必要とするものは何かという点を考えて行動するという点について、今回の震災は反省と教訓を残したといえるであろう。

長期避難において、生活不活発の問題が顕在化したようである。そのため、通常の生活に比して要介護状態あるいは虚弱状態に陥りやすく、介護予防の問題が重要である。また、障害者や要介護者の避難については、平時より十分な体制をつくっておく必要がある。

## 災害医療について

超急性期の災害医療においては、少ない医療資源を最大限活用するために、トリアージという過程

が行われる。傷病者について優先度をつけ、優先度の高い順より医療を提供する方法であって、DMAT (Disaster Medical Assistance Team) というチームが全国から被災地に派遣されて参画する。しかし、今回の震災では、大きく死亡者と軽傷者にわかれ、重傷者は少なかった。その後、続々と医療支援チームが派遣されてきたが、医療ニーズは救急医療というよりはむしろプライマリケアの対応となった。長期化する避難生活に伴って、前述した感染症の問題などの公衆衛生的対応や、避難生活に伴って起きる生活不活発による虚弱（介護）の問題など、今回の震災では医療単独の活動では限界があり、比較的早い段階から保健福祉とのコラボレーションが必要とされる場面が多かったように思われる。わが国の医療従事者は、必ずしも保健福祉には通暁していないので、保健福祉と医療とのコラボレーションが重要である。また、津波被害によって、被災地においては現地の医療機関が機能を大きく損ない、医療支援に入ったチームを現地で指揮統括する仕組み作りに時間がかかっており、今後の教訓を残したようである。

## 災害時の精神医療について

災害時の精神医療は、短期的対応が必要なものから、長期的対応が必要とされるものまで、その時期に応じたタイムリーな対応を考える必要がある。

災害時の精神医療の支援は「こころのケアチーム」という形で派遣されている。このネーミングから想像すると、災害に起因した外的要因に伴う精神医学的問題や保健福祉の問題に対処するように思われるが、実際の精神医療上の短期的対応は、精神科医療が必要な人たちを確実に医療につなぐことであった。服薬すべき薬や、活動の場所が失われ、被災という大きなイベントに直面し、病状が大きく揺れ動く精神障害者への対応が一番に求められたようである。

南三陸町の精神医療の支援は、岡山と熊本のチームが入っていたが、発災後 1 か月の支援はこの精神科医療が必要な人たちを確実に医療につなぐことが中心的な課題であったときいている。おおむね良好な対応ができたときいており、これは岡山と熊本のチームのすばらしい対応や、支援に入った宮城県及び全国の保健師さん方の努力、現地南三陸町の保健師さん方の努力、そして管轄保健所長は精神科医出身であったことで、精神医療に深い理解があったこともおそらくよい因子として作用しているだろう。

もとより、災害に起因した外的要因に伴う精神医学的問題や保健福祉の問題にも、もちろん対処していたと思われるが、こちらの問題が顕在化して生じてくるのはもう少し後のことであったようである。

認知症については、比較的短期間での対応が必要であり、主に高齢者福祉部門で対応されていたようであるが、もとより精神医療の対象にもなる。

精神医療上の対応は、フェーズに応じた長期的対応が求められるようであり、そのフェーズに対する的確で迅速な対応が求められるようである。

高知県の「心のケアチーム」は南三陸町ではなく、岩手県の山田町に派遣されており、私の保健所（福祉保健所）の次長（職種は保健師）も派遣されているが、恐縮ながら筆者は執筆時点で詳細を把握していない。また、機会があればご紹介したいと思う。



図1 被災した南三陸町志津川地区（志津川小学校から写す。2011年4月）