

## 佐久農村医療から被災地石巻の 地域包括ケアへ ～いのちを大事にする 社会を目指して～

### 長 純一 氏

石巻市立病院開成仮診療所長 石巻市包括ケアセンター長



#### 要旨

石巻市は東日本大震災の最大被災地であり、未だ仮設住宅入居者は1万人10,000人以上であり、現在災害公営住宅への移行がピークである。演者は長く佐久総合病院関連の農村部診療所を中心に地域包括ケアの実践と、在宅医療・地域での医療者育成などで活動・発信を行っていた。東日本大震災時に県医療団として支援に行った石巻の現状を知り、当時在宅ケアやプライマリ・ケアで全国の仕事をしていた立場や、阪神淡路大震災で中長期支援に関わったの経験などを生かしたいと考えた。特に中長期の復興を考えた場合行政との協働が重要と考えて交渉し、2012年約2,000戸の仮設住宅内に、被災した市立病院の仮診療所を開設された。特に医療過疎・超高齢社会を、地域の力に頼ってきた東北で、震災で虚弱な方々が多数出現することと支える力を大きく失った地域社会を想定し「地域包括ケア」による復興の視点が必要と考えていた。診療所での活動や発信が認められ、2013年8月「市包括ケアセンター」が開設(演者が所長)、市包括ケア推進室が開設された。さらに医師会や仮設住宅自治連合推進会など参加による石巻地域包括ケア推進協議会がつけられ、協議を進め「地域包括ケア推進実施計画」が策定された。石巻市の「地域包括ケア」は当初復興庁の「新しい東北先導モデル事業」に、その後内閣府の地域活性化モデルケースに、さらに地域創生の地域再生計画第一弾に選ばれるなど、市の最重要政策という位置づけになった。

演者は医学生時代、医師育成が生物科学に偏重していると感じ、他学部の学生や看護教員らと看護他を学んだり、全国の地域医療・精神医療などの現場の先達のもとを訪れ、いろいろと教わっていた。たとえば地域医療・在宅医療で先駆的であった黒岩卓夫先生のところには、家に泊めてもらい教えを受けたりしていた。諏訪中央病院の故今井澄先生、日本最初の精神科開放病棟の三枚橋病院の石川信義先生、緩和ケアの徳永進先生ほか多くの先生にお世話になっていた。医療人類学や生命倫理に関心を持ち、特に医療問題や医学教育の第一人者であった故中川米造先生に教えて頂くなど、医学教育に強い関心があり、一時は社会医学と医学教育の道を考えてが、やはり実践者になりたい、実践の現場・地域で医師を育成することが必要であると考えた(なお故中川米造先生の遺言といえるNHKの番組があり、緩和ケアの第一人者である柏木哲夫先生がその番組内の中川先生のインタビュー内容をよく講演で引用されるが、番組作成からインタ

ビュー内容まで、私が主に関わってつくられたものである)。そして、日本の農村医療・地域医療のパイオニアであり医療の民主化のリーダーであった故若月俊一佐久病院当時院長について様々な学びを重ね、惹かれるようになった。特に医学教育・医療者育成に関心が強かったため、農村の地域の中で人間教育を重視して、貧しい農民に共感を持つ医療者を育成するという構想である「農村医科大学」構想に強く惹かれ、就職した。途中ちょうど介護保険前夜であった関係もあり、4年目から3年間、北欧ブームの火付け役の一翼を担った東京の健和会(柳原病院=在宅医療のパイオニア、みさと健和病院=中小病院での初期研修のモデルケース)に出向し、当時日本で唯一24時間の医療看護介護体制を構築していたところで在宅ケアシステムの構築の経験をした。また日本の医療史の第一人者であった故川上武先生を囲む勉強会で社会医学を学んだ。佐久に戻る際には、健和会が参考にした北欧について相当学び視察に訪れたりした。佐久病院に戻る

際には、行政との連携が重要と考え、佐久病院から40km離れた国保川上村診療所長として赴任、計7年間にわたり、地域包括ケアシステムの構築に力を入れた。特に医療面では農村では考えられないほど医療面では充実した佐久の特性もあり、当時の地域福祉(宅老所・今でいう小規模多機能など)の全国の実験例を視察に行くなど、地域ケアの充実を目指して、さまざまな活動を行っていた。

老いや死を地域に戻すことこそ、地域の復権につながり、そのことが農村部の復権につながると信じ、地域での看取りを進めたところ、川上村の在宅死率は4割となり、全国有数となった。最近ではソーシャルキャピタルと健康の関連が注目されているがそういったことをずっと以前から意識してきたといえる。現在では川上村は地域包括ケアの実験例と評価されるようになった。在宅医療の高まりの中、都市部の在宅中心・専門医療機関のみが在宅医療を語り政策づくりに参画することに危惧を覚え、一人診療所で看取りをやりながら、学会活動や執筆などで、地方の在宅医療の現状や課題などを発信していた。このころ、大島先生に声をかけていただき、長寿医療センターでお話をさせていただいた。在宅医療推進政策(診療所のみが在宅医療を行うという強力な医療の機能わけのもと)をとった後、むしろ全国一だった長野県の在宅死は激減したことが顕著な例であるが、地方の実況が中央と異なることなど示させていただいたことが、現在の「地域包括ケア」で「地域ごと」の仕組みが強調されていることに、多少影響を与えたのではと、考えている。

このころ家庭医療学会の理事(その後プライマリ・ケア連合学会合併時も理事)を務めたが、今後家庭医が社会認知されるためには、認知症と一人診療所の在宅医療(がんでなく、認知症など日本の社会保障の中でのケアの貧困を補う在宅医療—在宅療養支援診療所の流れとは異なる、在宅医療の意義の言語化が必要)と考え主張したが、なかなか理解を得られず、その後認知症は国家戦略となったことを考えると、そこにアイデンティティの一つを求める流れをつくれず、総合診療専門医の新設問題にいい影響を与えられなかったことが、悔やまれることであった。

また、通算で1,000人近い医療系学生を村での見学や実習で受け入れを行ない、地域医療の魅力を発信した。在宅医療や地域包括ケア、総合診療、医学教育、医療史、認知症ケアや小規模ケア、住宅政策を含めた地域づくりと健康、医療の経済や政策、農村・地方問題など様々な分野で、活動、発信をしてきた。

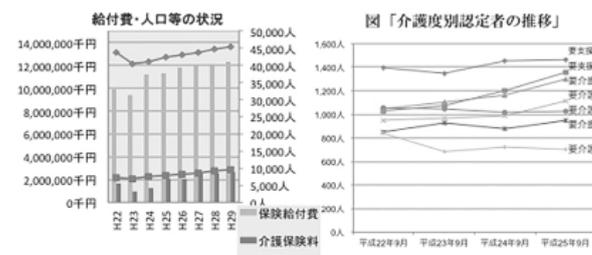
## 石巻市の現状

石巻市は最大被災地であり、当初14,000戸以上の仮設住宅に30,000人以上が暮らしていた。震災後5年がたつが、石巻市(人口15万人弱)では28年5月現在、仮設住宅にいまだ約10,000人以上が住む。石巻市では災害公営住宅(以下復興住宅)は27年以降本格的に入居が始まり、4,600戸が建てられているが、自宅を建てると想定されていた住民の多くが自宅再建をあきらめ、復興住宅の希望者が想定を大きく上回っているのが現状である。

また仮設住宅での閉じこもりは深刻で、介護認定率の急上昇、中でも要介護4.5は震災前より減少(震災で死去されたと推定)しているにもかかわらず、要支援から要介護1.2まででは急増しており、これはおそらく被災者が、閉じこもりあるいはメンタルの課題から、わずかの期間に健康状態を悪化させていることと、地域や家族の支え合いが失われたために、介護保険サービスを利用せざるを得ない人が急増したのであろうと考えられる。これは極めて深刻なことであるうえに、さらに介護保険制度の改定で、要支援は地域で支えていく必要性が高まり、被災地においては極めて厳しいことが今後起きると推測される。

震災後介護認定率上昇 要介護4, 5は減少し、要支援1, 2要介護1が急増！  
今後、要支援が地域事業になる！！コミュニティ崩壊とダブルパンチ！！

	石巻市 平成26年3月末	石巻市 平成26年3月末	全国 (平成26年2月末)	宮城県 (平成26年2月末)
1号被保険者認定者数	7,065人	8,205人	—	—
認定率	16.1%	19.0%	17.8%	18.0%



## 開成仮診療所開設の経過と背景

当時在宅ケアやプライマリ・ケアで全国の仕事をしてきた立場や、国際保健医療協力に関わっていたこと、「阪神高齢者障害者支援ネットワーク(代表故黒田裕子)」に世話人として中長期支援に関わった経験や、中越地震で活躍した故小山剛さんの災害福祉の取り組みへの参加していたなどの経験を生かしたいと考えた。健康問題を意識した復興を考えることが最重要と考え、2012年5月約2,000戸の仮設住宅内に、被災した市立病院の仮の診療所を開設してもらった。特に医療過疎・超高齢社会を、地域の力(ソーシャルキャピタル)に頼ってきたことなどの

特徴がある地方の特性や東北の文化を意識したうえで、震災で虚弱な方々が多数出現するとともに、支える力を大きく失った地域社会を想定した復興が不可欠と考えていた。つまり、医療よりも壊れたコミュニティ再建に関わることが必須と考えていた。

佐久病院の活動そのものが、戦後の貧しい農村・農民の健康状態を改善すべく、医療はもちろんのこと、保健・衛生・さらには農村地域の在り方そのものにもかかわる活動を行っていた。そのような活動の根源には、すべての人々にとって、生命・健康は平等である、また健康がいかに社会的な要因の影響を受けるかといった視点があり、必然「農村を守る」ことが目的になった。その活動は、その後1978年WHOとUNICEFによる国際会議でアルマアタ宣言として認められた(そして現在にいたるまで基本的に)国際的に医療・健康の基本原則である、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)を先取りするものであったといえ、これらの活動が、国民皆保険より以前に取り組みされたことが、今日長野県特に佐久が全国一長寿県・地域になったことと関係することは間違いないと考えている。近年WHOでも「健康の社会的決定要因(SDH)」委員会がつくられているように、格差の増大と社会疫学の発展でいかに大きく社会の在り方が健康に影響するか?ということが理解されてきているが、SDHの是正に取り組み成果を出した世界的な仕事であったと考えており、そのことを被災地で生かしたいという意識があった。

そのような視点で被災地で起こる健康障害を減らすことを考えると、被災した状況下で、医療へのアクセスが容易であること、すなわち仮設住宅内に診療所があることは重要である。また近接していても、貧困や精神的なダメージから医療につながらなくなってしまふ多くの方々が存在することは必至であるため、特に行政の被災者対策と連携しながら、保健活動や、生活支援活動を行っていくことが極めて重要であり、それが筆者が市立医療機関を希望した理由である。神戸での震災時、避難所から仮設住宅がなくなるまでをフォローした組織に関係した経験などから、診療所開設されるに当たり、私が目指した内容は以下の通りであった。

## 最も重要と考える活動

1. 仮設住宅のプライマリ・ケアを行う。一般内科中心に、メンタルケアが重要と思われる。
2. 仮設住宅で必要とされる、PHC活動に関わりを支援する。
3. 仮設内の各種資源(ボランティアなど)の連携を促進

- し、コミュニティづくりを支援する。特に環境整備や福祉制度の活用などで専門性を生かした支援をおこなう。
4. 市立病院という立場をいかした、他職種協働を推進する。
5. 今後急増する、高齢者を中心とした、ケア・ニーズの増大に対応する。具体的には、訪問診療・訪問看護・訪問リハなどの強化と、ケア付き仮設の支援

## さらに取り組みたいこと

1. 開成地区のみならず、石巻全体を視野にいれ、地域包括ケア体制を樹立していく
2. 地域雇用の創出という意味で、雇用創出効果ダントツの介護・福祉を、石巻・東北で活用するモデルとなることを目指す
3. 仮設住宅はある時期から縮小していくが、当初の保健・介護予防から徐々に在宅医療にシフトして行けば人材とシステムは残るので、将来の石巻の重要な資源とする
4. 将来、石巻の復興のみならず東北一円に復興に寄与できる人材を広く集め養成する機能を目指す

## 被災者の健康問題と現状

最大の課題は当初から危惧した通り、メンタルと閉じこもりであり、当初より被災者支援を意識した診療(うつ・PTSD・アルコールなどメンタルの課題にプライマリ・ケアとして診療した総数300人以上)や保健活動に積極的に参加をしてきたが深刻である。うつからの閉じこもりから、廃用や認知機能の低下につながるものが危惧されるが、実際、先述のごとく市内全域の要介護認定者数は震災前より相当増加し、その大半は要支援から要介護2までの軽度の方である。このような状況を回避・改善すべく多くの被災者支援の仕組みがつくられ被災者の状況に対応しているが、多くの事業に対応するため行政内で分業化がすすめるを得ない混乱状況にある事、予算や人材確保の中長期的展望がたちにくいことなどを背景に、なかなか「地域包括ケア」で言われるところの、規範的統合・あるいは問題意識の共有といったところが困難であるのが一貫した課題である。

## 石巻の地域包括ケアへの流れと今後

「地域包括ケア」の考えを取り入れた復興が必要との演者の意見が市内部で認められ、2013年8月「市包括ケアセンター」が開設(演者が所長)され、14年4月には市包括ケア推進室が開設された。さらに石巻地域包括ケア推

進協議会(以下協議会)がつくられた。協議会での議論と並行して、下部組織として部会を設置し、より実践的な議論をするなどを経て、2015年には推進実施計画策定を策定、現在それに基づき地域包括ケアシステムの構築を推進している。石巻市の「地域包括ケア」は当初復興庁のモデル事業に選ばれ、その後内閣府、さらに「東日本大震災からの復興まちづくりと被災者を支える地域包括ケアの展開」として、地域創生の地域再生計画第一弾に選ばれるなど、市の最重要政策という位置づけになった。総理、知事、大臣他の多くの政治家や、復興庁や厚労省を中心とした多くの行政関係者、さらに多くの視察者が訪れることとなっている。石巻の地域包括ケアの推進においては、高齢者以外のすべての人々を対象にすべての人で支え合うことを目指している。すなわち1、現状の地域包括支援センターの活動を生かしながら、2、被災者の転居に配慮し、3、高齢者以外を含む次世代型—すべての世代を含む、地域包括ケアになるのが被災地の必然と考えられ、石巻市の計画の特徴である。

## 仮設の終焉とその後に向けて これからの課題と対応

石巻の復興住宅への入居は震災5年の現在ピークを迎えており、あと2,3年かけて仮設が終焉していくことになるが、実はそれからが最も健康課題が大きくなると考えている。復興住宅は、仮設から自宅再建が可能な人々すなわち多くは若く元気な人たちが減って、高齢者を中心とした自立する力が弱い人たちの割合が高まる住宅であり、高齢化率も高い。そのような自立度が低い人が、再度抽選を行い知らない人々が集まって住む、平地の現在の仮設住宅でもコミュニケーションがとりづらい人々が高層住宅で暮らすため、復興住宅が高齢者ケアなし住宅になる可能性が高いが、復興期とは異なり、その時にはそのための対策をおこなう人やお金はないといったことが予想される。今必要なことは、数年先もって健康問題が深刻になるであろうこの被災地で、長期的視野に立ち、健康を支える限りある資源が、最も効率的に力を発揮できるシステムを考えながら活動することすなわち「地域包括ケア」のしくみづくりとそのための意識改革である。

石巻市立病院は2016年9月、180床の在宅医療や地域連携を担う病院として石巻駅前市役所向いに再建され現在その準備に忙殺されている。市役所そして包括ケアセンターが入る(仮称)ささえあいセンターとが物理的に一体化し、石巻の地域包括ケアの拠点が整備されるが、市役所・医療(市立病院)・福祉と住民活動の支援(ささえあ

いセンター)が機能的に連携から統合されていくことが重要で、特に市立病院の役割は重要である。幸いすでに7人の内科系総合診療・家庭医療を基本に、在宅医療も行え被災地域での活動を志す医師が全国より集まり、さらに今後も将来働きたいという希望者がいる。この医師集団が、医師会の先生がたや他の市の医療機関(被災の激しい地域に多い)と訪問看護が連携しながら、市内全域の24時間365日の在宅医療・ケア体制を構築していく予定である。数年以内に石巻市においては、少なくとも医療の問題で家で最後まで暮らせないということは解消され、在宅ケアに関しては全国有数の地域となっていると思われる。

一方地域でのささえあいの構築は、極めて重要であるとともに、大きな困難を伴う。筆者は当初よりいずれ支援者がいなくなることを想像した仕組みづくりを意識してきた。特に仮設住宅では、被災者でありながら自治活動を行う方々と連携したり支援したりすることは極めて重要であると考えて、当初よりボランティア連絡会などにも参加をした。その縁で、仮設住宅自治連合推進会(当初つくられたプレハブ仮設7,200戸の内4,000戸が加盟：以下自治連)の理事に就任し、現在は行政職と専門職と被災者の声をまとめる役という多彩な役割りを担うことになっている。自治連には協議会にも当事者として参加いただき、被災者同士の支え合い活動の活性化などについて、地域包括ケアや市はどういった協力・支援ができるのかといったことの協議を行っている。実際は、被災者・地の課題は山積しており、また行政内のいわゆる縦割りや復興政策と介護保険はじめとした平時の仕組みとの整合性をとる困難や、何よりコミュニティ再生が困難であることから、中長期展望は厳しいといわざるを得ない。しかし超高齢社会でさらに被災に伴い非常に厳しい心理・社会状況の方が多数出現せざるを得ない被災地において、少しでも専門職と行政と住民の協働を進めていくこと、そのために市の地域包括ケアを進めていくためにも、またプライマリ・ケア連合会に新設されたSDH検討委員会の委員になったこともあり、SDHの重要性を理解し、多職種協働から地域包括ケアが実践できる人材の確保・育成をすすめていくことが重要と考えている。

現在熊本震災にも、被災地での復興と地域包括ケア構築のために少しでも貢献できればと訪れ、被災地の医療関係者と連携し支援を続けており、賞金はすべて石巻及び熊本の被災者支援に関わる活動に寄付させていただきます。