

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究
東日本大震災における精神疾患の実態についての
疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究

東日本大震災の精神医療における 被災とその対応

—— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——

松本和紀・松岡洋夫 編

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

東日本大震災の精神医療における 被災とその対応

—— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——

巻 頭 言

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 教授
松岡 洋夫

近年、多くの精神疾患の成因における環境因の重要性が科学的に解明されてきました。破局的な自然災害という環境因は、被災者やその関係者に長期間にわたり心理的、社会的、経済的な悪影響を直接的あるいは間接的に複雑に与え続けます。阪神・淡路大震災や新潟県中越地震のときと同様に、東日本大震災後も精神保健医療への需要が長期間にわたり高まっていることは自明のことですが、東日本大震災は震災のみならず津波や原発事故による広域の複合的な災害であり、過去の経験則では十分に解決できない予想外の問題も多く発生しました。

こうした新たな問題を研究する必要性から、平成24年度の厚生労働科学研究費補助金〔障害者政策総合研究事業（精神障害分野）〕に、「東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究」〔課題番号：H24・精神・一般・002（復興）〕という研究課題で応募したところ採択されました（3年間継続予定）。松岡を主任研究者として、金吉晴先生（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・災害時こころの情報支援センター）、富田博秋先生（東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野）、酒井明夫先生（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）、丹羽真一先生（福島県立医科大学会津医療センター）、大野 裕先生（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）、松本和紀先生（東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座）、柿崎真沙子先生（東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野）、加藤 寛先生（ひょうご震災記念21世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター）に分担研究者をお願いし（順不同）、さらに多くの研究協力者の支援を得て研究班を構成することができました。

本研究班のミッションは、東日本大震災の主な被災3県である福島県、岩手県、宮城県での精神保健医療領域での支援を行ってきた研究者が中心となり、①被災地での精神疾患の発生と支援の実態に関する疫学調査を行うとともに、②災害後の精神保健医療対応の問題点を検討して災害時に役立つ精神保健医療支援システムを構築し、③さらに災害と関連した精神疾患の発症メカニズムの解明と予防的介入方法の開発を目指す、ことです。研究の初年度である平成24年度には、被災地の行政等と連携し自治体等の職員や住民を対象とした疫学調査を実施し、さらに被災直後での精神保健医療対応の問題点と、その後の心のケア体制の構築と精神疾患への対応を調査しました。その結果、被災直後の対応や実態について地域、施設、組織で極めて多様であったため、問題を相互に共有する意味で本研究班の活動の一環としてシンポジウムを平成25年7月6日と7日に仙台市で開催しました（参考資料のシンポジウムプログラム参照；時間の関係で宮城県の問題を中心に構成）。そして、この成果を後世に残すべきという意見が多く聞かれたため、シンポジウムの内容を拡大して本記録誌を作成することにしました。現在、東日本大震災に関する記録誌が多くの施設や組織から刊行されていますが、本記録誌は被災直後期から急性期における宮城県での病院や施設の実態に加えて、被災地を支援いただいた方々からの記録も含めた点で、より包括的に震災直後の実態を把握でき、今後の災害への備えの一

助となることを願っております。最後になりますが、シンポジウムの開催と本記録誌の作成は、研究班の分担研究者でもある教室の松本和紀君を中心に多くの教室員のご支援によるものであることを付記いたします。

参考資料

【公開シンポジウム プログラム】(平成25年7月6日、7日)

「東日本大震災の精神医療における被災とその対応—宮城県の直後期から急性期を振り返る—」

平成25年7月6日16時～18時

・シンポジウム1 精神科診療所／地域支援の立場から 座長：松本和紀(東北大学)

①宮城秀晃(宮城クリニック)、②原 敬造(原クリニック)

平成25年7月7日9時30分～16時30分

・全体の概観 松本和紀(東北大学)

・シンポジウム2 総合病院精神科の立場から

座長：富田博秋(東北大学)

①三浦伸義(東北薬科大学病院)、②岡崎伸郎(仙台医療センター)、③佐藤茂樹(成田赤十字病院)

・シンポジウム3 津波被害に遭った精神科病院の立場から

座長：浅野弘毅(せんだんホスピタル)

①木村 勤(鹿島記念病院、元 恵愛病院医師)、②高階憲之(南浜中央病院)、

③新階敏恭(麻見江ホスピタル、元 光ヶ丘保養園医師)

・シンポジウム4 被災地の精神科病院の立場から

座長 岩館敏晴(国見台病院)

①佐藤宗一郎(こだまホスピタル)、②連記成史(三峰病院)、③小高 晃(宮城県立精神医療センター)

・シンポジウム5 精神科医療と関連する領域・組織の立場から

座長：小原聡子(宮城県精神保健福祉センター)

①姉齒純子(なごみの里サポートセンター)、②沼田周一(安田病院)

③大場ゆかり(宮城県立精神保健福祉センター、元 宮城県障害福祉課)

・総合討論

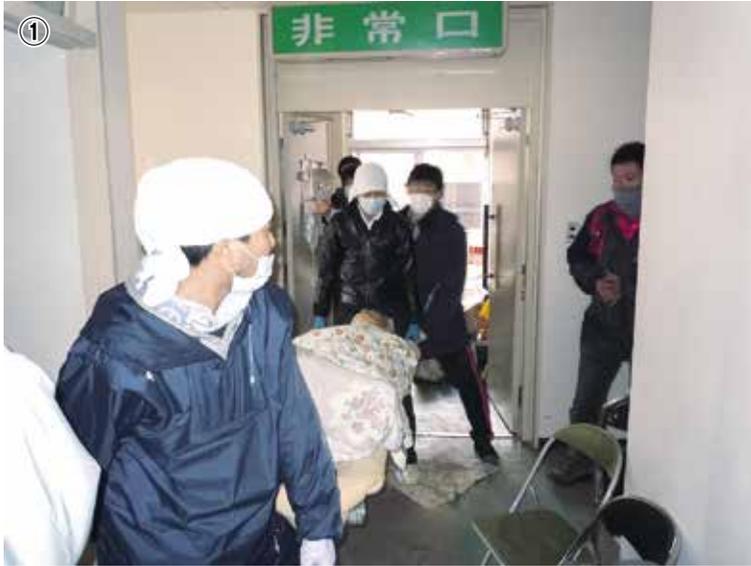
座長：白澤英勝(東北会病院)、松本和紀(東北大学)

指定発言：①金 吉晴(国立精神・神経医療研究センター)、②加藤 寛(兵庫県こころのケアセンター)

(敬称略)

本稿で記載されている主な医療機関





避難所	人数	性別	年齢	備考
① 東山田中 一 男児	1	男	10	
② 東山田中 一 男児	1	男	10	
③ 総合体育館 - 震災・南町田 (K-women)	2	女	0	
④ 松本公民館 - 市東	3	女	0	
⑤ 西面中 一	4	女	0	
⑥ 陸上中 二 棟宇	5	女	0	
⑦ 鹿折中 一 棟宇	6	女	0	
⑧ 若くは保善館 - 寸延	7	女	0	
⑨ 森町小 一 棟宇	8	女	0	
⑩ 天島中 一 物産総合	9	女	0	
⑪ 大谷公民館 一 棟宇	10	女	0	
⑫ 木下公民館 一 棟宇	11	女	0	
⑬ 小泉中学校 一 日保山	12	女	0	
⑭ 唐津公民館 一 日保山	13	女	0	
⑮ 中井公民館 一 日保山	14	女	0	
⑯ 小原中学校 一 日保山	15	女	0	
⑰ 南風荘	16	女	0	



- ① 上左：光ヶ丘保養園における救出活動
- ② 上右：被災地にて
- ③ 中左：東北大学・富山大学・東京女子医科大学によるチーム
- ④ 中右：避難所巡回の配置
- ⑤ 下右：光ヶ丘保養園における救出活動



⑥上左：被災地の病棟にて
⑦中左：救援チームの会議
⑧中右：被災地にて
⑨下右：光ヶ丘保養園の1階の被災





- ⑩ 上右：恵愛病院の近隣にて
- ⑪ 中左：石巻赤十字病院前にて
- ⑫ 中右：初期の東北大学チーム
- ⑬ 下左：被災後の光ヶ丘保善園



- ⑭上左：南浜中央病院
(高階憲之先生からのご提供)
- ⑮上右：石巻赤十字病院
- ⑯上右：石巻圏合同救護チームの配置
- ⑰中：被災地の市街
- ⑱下：南浜中央病院
(高階憲之先生からのご提供)



目 次

巻頭言	松岡 洋夫	1
東日本大震災直後期・急性期の宮城県の精神医療の概観	松本 和紀	17
総合病院精神科の立場から		
東日本大震災の精神医療における被災とその対応——宮城県の直後期から急性期を振り返る——	東北薬科大学病院精神科 三浦 伸義	25
仙台医療センターの「3.11」——精神科を中心に振り返る——	国立病院機構仙台医療センター精神科 岡崎 伸郎	28
石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援	成田赤十字病院精神神経科 佐藤 茂樹	31
津波被害に遭った精神科病院の立場から		
暗闇の中での叫び——ライフラインを断たれた21日間——	元 医療法人仁明会 恵愛病院 院長 現 医療法人海邦会 鹿島記念病院 院長 木村 勤	41
南浜中央病院、そのとき、いま、これから	特定医療法人松涛会 南浜中央病院 理事長 高階 憲之	45
2011年3月11日を振り返って	元 医療法人くさの実会 光ヶ丘保養園 副院長 現 医療法人真美会 麻見江ホスピタル 副院長 新階 敏恭	49
被災地の精神科病院の立場から		
宮城県石巻市の単科精神科病院の状況	有恒会 こだまホスピタル 佐藤 宗一郎	59
東日本大震災を振り返って	医療法人移川哲仁会 三峰病院 院長 連記 成史	64
東日本大震災——直後期と急性期を振り返る——	宮城県立精神医療センター 小高 晃	68
東日本大震災における当院の被害状況と その対応および後方病院としての役割と課題	一般財団法人東北精神保健会 青葉病院 院長 菅野 道	74
精神科診療所／地域支援の立場から		
東日本大震災を体験して	宮城クリニック 宮城 秀晃	85

東日本大震災とこころのケア——“からころステーション”の活動を通して——
原クリニック 原 敬造 92

東日本大震災の精神医療における被災とその対応
——精神科診療所／地域支援の立場から——
清山会医療福祉グループ いずみの杜診療所 山崎 英樹 99

精神科医療と関連する領域・組織の立場から

あのとき、そしてこれから… ながみの里サポートセンター 姉齒 純子 105

東日本大震災の震災直後の支援活動——宮城県精神科病院協会事務局として——
宮城県精神科病院協会事務局長（安田病院事務長） 沼田 周一 113

東日本大震災の精神医療における被災とその対応
——宮城県の直後期から急性期を振り返る—— 行政の立場から
宮城県精神保健福祉センター 技術次長（総括担当兼相談診療班長） 大場 ゆかり 118

被災地での精神医療支援の体験：外部支援者の立場から

被災地での精神医療支援の体験 東京女子医科大学精神科 長谷川 大輔 125

東日本大震災直後の気仙沼での支援活動
高知大学医学部附属病院精神科 藤田 博一・永野 孝幸 127

震災後の急性期における気仙沼での精神医療支援活動の経験
富山大学附属病院神経精神科 高橋 努・松岡 理 129

支援要請の巧みなやり方
岐阜大学大学院医学系研究科 精神病理学分野 深尾 琢 131

気仙沼での体験
元 金城学院大学心理学科
現 海辺の杜ホスピタル 岡田 和史 133

東日本大震災における宮城県岩沼市での精神科医療支援体験
医療法人順真会 メイプル病院 松尾 徳大 135

東日本大震災における宮城県気仙沼市での精神科医療支援体験
日本こころとからだの救急学会代表理事
福島県立医科大学会津医療センター附属病院 久村 正樹 137

被災地での精神医療支援の体験：東北大学精神医学教室の一員として

東北大学精神医学教室の活動
東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授 松本 和紀 141

被災地での精神医療支援の体験
元 東北大学病院精神科
現 国立病院機構花巻病院 伊藤 文晃 145

石巻における初期支援活動についての私見
元 東北大学病院精神科
現 国見台病院 原田 伸彦 147

石巻赤十字病院での急性期医療支援、気仙沼地域での精神科と医療救護班との連携
東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 佐久間 篤 149

被災地内からの支援経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 佐藤 博俊 153

被災地の精神科医による外部支援の経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 桂 雅宏 154

東北大学病院・石巻赤十字病院での体験について

東北大学病院精神科 近藤 直洋 156

東日本大震災直後期・急性期の 宮城県の精神医療の概観

東日本大震災直後期・急性期の宮城県の精神医療の概観

東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授
松本 和紀

はじめに

東日本大震災では、精神医療の領域においても多大な被害があり、多くの精神科医療機関は困難な状況に陥った。3つの精神科病院が津波による直接の被害を受け、患者や職員にも犠牲者が出た。被害を受けた病院からは300人の患者の移送と受け入れが必要となった。また、被災地の近くで機能していた精神科医療機関には、多くの患者が新患として殺到し、入院も増えた。被災中心地域での精神科救急システムは一時的に破綻し、精神科のない災害拠点病院に精神科救急を要する患者が搬送された。発災直後から必要な向精神薬を手にするできなくなった被災者も多かった。精神科医療機関で働く職員は被災者でもあり、家族の安否確認、衣食住やガソリン等の確保にも追われる状況の中で勤務を続けた。

しかし、このような大規模災害に対する備えは不十分なものであり、直後・急性期には被害が大きい病院は孤立し、精神医療の領域での支援は不十分にしか行うことができなかった。東日本大震災の発災直後から急性期において、精神医療の領域でどのような被害があり、どのような対応が行われたのかを明らかにすることで、今後起こりうる大規模災害の備えとして有益な準備、支援方法、介入方法について検討することが必要である。本稿では、宮城県の精神医療や関連領域における直後期・急性期を全般的概観する。

宮城県における被災の特徴

2011年3月11日に発生した東日本大震災で起こった地震はマグニチュード9.0を記録し、わが国観測史上最大、世界史上でも4番目に大きい地震であった。宮城県は震源に最も近く、震度6強から7の大きな地震が起こり、その数十分後に襲ってきた大津波により県北部のリアス式海岸から県南部の仙台平野沿岸部までが広域に被災し、壊滅的な打撃を受けた地域も多い。また、この震災に併発した福島第一原子力発電所事故により、放射性物質は宮城にも降りかかり、放射能に対する恐怖が続いた。沿岸部では行政機関にも大きな被害があり、行政機能が麻痺し混乱が続いた。仙台市沿岸部にも津波被害があり、内陸部も含めて宮城県は広域に災害による被害を受けた。死者・行方不明者数は1万人を超え、全国の死者・行方不明者数の58%が宮城県に集中し、宮城県だけで阪神淡路大震災を大きく上回る犠牲者が出た。死因のほとんどは津波による水死であった。23万棟以上の住宅が全壊又は半壊し、避難者数は最大30万人以上となり、その後も10万人以上が応急仮設住宅や借り上げ仮設住宅での生活を強いられている。震災直後は仙台空港や仙台駅にも大きな被害があるなど、県内の交通網は寸断され、ガソリン不足により車での移動も制限された。

精神医療における被害状況

今回の災害では、宮城県内のほとんどの精神科医療機関が被害を受け、震災直後から急性期にかけて、多くの精神科病院ではさまざまな問題が生じた(表1)。電気、水道、ガス、下水、通信などの基本的なインフラ機能が麻痺してしまい、発災直後期には特に入院患者への食料の供給と薬剤の確保に苦勞し、また深刻なガソリン不足のために職員の通勤や地域支援にも大きな支障を来した。入院中の患者は、ライフラインを病院に全面的に依存しており、その確保は直接生死にかかわり、これは、被害が小さかった精神科病院も例外ではなかった。

- 1) 津波被害に遭った精神科病院：沿岸部の精神科病院の被害はさらに大きく、津波による直接の被害により、岩沼市の南浜中央病院(定床242床)と石巻市の恵愛病院(定床120床)では病院機能がほぼ停止してしまい、気仙沼市の光ヶ丘保養園(定床268床)も津波被害に遭ったが、関係者の努力によりかろうじて病院機能を維持した。津波被害に遭ったいずれの病院も、周囲が浸水地域となったり、瓦礫に囲まれ、外部との通信できず、一時的には全くの孤立状態となった。この間、取り残された患者と職員の生命を守るための苦勞があったが、公的支援は乏しく、転院のための交渉や移動手段も自力で探す必要に迫られた。
- 2) その他の精神科病院：津波被害を免れた沿岸部の石巻市のこだまホスピタル、気仙沼市の三峰病院は、被害にあった病院の外來患者、新規の精神疾患の患者、身体科の治療薬を求める患者を受け入れ、また、精神科救急による入院治療の受け皿として機能した。名取市にある宮城県立精神医療センターは、県内の精神科救急の砦として機能し、被災と関連して病状悪化した入院患者を引き受けた。国見台病院、青葉病院、石越病院、東北会病院、小島病院などの内陸部の精神科病院の多くも、食糧と薬剤の確保に苦勞し、また深刻なガソリン不足のために職員の通勤や地域支援にも大きな支障を来した。しかし、こうした病院の多くはそのような劣悪な環境の中で入院、外來機能を維持し、さらに被災病院からの転入院の受け入れも行った。
- 3) 総合病院精神科：宮城県の有床総合病院精神科は仙台市内の東北厚生年金病院(現東北薬科大学病院)、仙台医療センター、仙台市立病院、東北大学病院の4病院に限られている。震災直後から急性期にかけては、宮城県全体の精神科病床数が不足する中で、総合病院精神科においても、震災の影響により入院の受け入れが困難となったり、身体合併症をもつ精神疾患の患者の入院依頼が増加するなど大きな影響が生じた。総合病院精神科は全国的に不足しており、今後、大きな災害が起こった際には身体合併症をもつ精神疾患患者への対応についての備えが必要である。
- 4) 精神科診療所：精神科診療所では、気仙沼や石巻では津波による浸水被害を受けた診療所もあり、内陸部でも地震による被害が見られた。しかし、多くの診療所はできるだけ早期から診療を再開させ、仙台市内などの内陸部では、数日程度で診療機能を回復させるところがほとんどであった。石巻市内の宮城クリニック、伊藤心療内科クリニック、

東松島のきくべいクリニック、ひかりサンテクリニック、塩釜の新浜クリニックは津波による浸水被害にあった。気仙沼の小松クリニックも津波被害に遭い、移転後の5月から診療を再開した。

- 5) 高齢者医療：被災地の多くは高齢化率の高い地域であり、災害弱者である高齢者の精神医療的な対応は重要な課題であった。震災直後には、被災高齢者の身体合併症に伴うせん妄、避難所生活に適応できなくなった認知症高齢者などに対して精神医療が必要となり、一部にはせん妄や興奮などのために精神科への入院が必要となる事例もあった。避難所生活に適応できずに、避難所を転々とする事例もあり、介護する家族の負担も大きかった。災害により地域の介護力は大きく低下し、老人保健施設や福祉避難所の入所者が増え、精神科病院では病状が改善した後の退院先を探すことが困難となった。
- 6) 被災病院からの転院調整：直後期の宮城県の精神科医療における最重要課題の1つは、被災病院からの転院を要した患者300名の搬送調整であった。いずれの病院も発災から数日間孤立が続き、被害状況は周囲にほとんど伝わらず、県障害福祉課などに状況が伝わった後にも、転院調整はすぐには進まなかった。県内の精神科医療機関の多くが被災したため、山形県の病院にも受け入れをお願いし、最終的に全ての転院が終わったのは4月に入ってからであった。
- 7) 薬剤の供給：震災後には、医療機関へのアクセスが困難となり、医薬品の確保と向精神薬を患者にいかにして供給するかが課題となった。特に、流通システムの破綻により、医薬品を現場の最前線にまで届けることが難しかった。患者は、かかりつけ以外の近隣の医療機関を受診したり、処方箋交付の緩和措置により医療機関を受診せずに調剤薬局で処方を受けた。また、避難所では、こころのケアチームや医療救護チームが処方することもあったが、常備薬には制限があり、医療情報も乏しく、現場で苦勞することも多かった。お薬手帳を含めた医療情報の電子化とその利用法が今後の検討課題とされている。

精神科医療機関以外での精神医療のニーズ

大規模災害の直後期に、精神科医療機関以外の場所で、どのような精神医療ニーズがあるのかについては、詳しいことは分かっていなかった。外部から支援に入るこころのケアチームは、直後期から活動することは少なく、大規模災害の発生から数週後に活動を開始することが多い。また、こころのケアチームの活動拠点は、自治体の精神保健を担当する部署であることがほとんどであり、精神保健が活動の中心となることが多かった。

しかし、今回の災害では、精神科の設置されていなかった災害拠点病院である石巻赤十字病院や気仙沼市立病院に精神疾患をもつ被災者が直後期に搬送されたり、自ら受診したりする事例が相次いだ。また、直後期の災害拠点病院には、DMATを中心に全国から医療チームが集結したが、避難所などで巡回診療を行った医療チームからは、精神医学的診察を必要とする事例がたびたび報告されていた。

直後期に問題となった事例の多くは、発災前から精神疾患に罹患していた被災者であった。

服用していた向精神薬を切らしてしまい新たな処方が必要となったり、災害を契機として精神疾患を再発、再燃したり、避難所に適応できずに調子を崩したり、病院の被災や交通事情の関係でかかりつけの精神科医に通院することができなくなったりしたのである。特に、石巻や気仙沼は、近郊の医療資源は限られ、直後期には他地域へのアクセスも制限され、精神科医療機関の被災の程度も大きかったために、平時の精神科医療システムが破綻し、精神科医療を提供する機能が大幅に低下した。しかし、災害拠点病院の石巻赤十字病院と気仙沼市立病院は、いずれも精神科が設置されておらず、精神医療との連携には課題が残った。

現在、従来のこころのケアチームに代わり災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）が、災害時の精神保健医療を担う精神医療チームとして整備されようとしているが、直後期・急性期の活動には多くの課題があり、今後、実際の災害時の役立つ支援の方法を検討していく必要がある。特に、直後期・急性期においては、医療チームとの連携は極めて重要であり、今回の東日本大震災の経験から学ぶべき点は多い。

被災地内の精神科医療関係者の役割

最後に、被災地の精神科医療関係者の果たした役割について、以下にまとめてみた。

- ・被災地の精神科医療関係者が第一に行うべきことは、平時に行われていた精神医療の機能を維持、回復させることであろう。特に、入院患者を預かっている病院では、入院患者の安全確保が最優先の課題となる。このためには、食料や水、医薬品、基本的なライフラインの確保に努める必要がある。外来機能としては、向精神薬の処方が重要であるが、普段は他院に通院している精神疾患をもつ被災者が受診したり、周囲に医療機関が乏しい地域では、精神科病院に、一般身体科の薬の処方を求めて、あるいは精神科以外の診療を求めて被災者が受診することがあり、こうした被災者への対応が必要となる。
- ・精神科救急体制についても、平時の機能の維持、回復が必要となるが、被害の大きい地域では、医療システム全体が平時とは異なる状況に陥っている場合もある。地域の医療機関同士が、お互いの被害状況を確認し、協力体制を構築することが必要となる。しかし、直後期・急性期には、被害の大きい地域ほど情報のやりとりが困難となり、相互の連携が難しくなってしまう。機能を維持している機関は、積極的に情報を集める作業を行い、精神科救急を受け入れる体制を保持する必要がある。
- ・大規模災害時には、一度に、複数の精神科医療機関が突然に機能を停止するなどし、大量の患者を安全な場所へ移送する必要がある。また、被災地やそれ以外の地域においては、被災病院からの患者の受け入れを要請されることがある。患者は、被災地に近い場所への転院を希望することが多いが、一方で、被災地の精神科医療機関の多くも困難な状況にあることが多い。これに備えるためには、大規模災害が発生する前に、行政を含めた関連機関、あるいは隣県を含む近郊の関係者を含めて、精神疾患をもつ患者の移送方法について事前に検討しておく必要がある。
- ・被災地には全国から多数の精神保健医療関係者が支援に訪れる可能性があり、また、その

他にもさまざまな関係者から情報を求められることがある。地元の精神科医療機関の被災状況や稼働状況、必要な支援のニーズなどについて情報を集め、集約し、必要な情報を関係者に提供したり、発信することが大切である。また、被災地内の関係者と被災地外の支援者との調整やコーディネートの役割を担うことが要請されることがあり、被災地内の関係者にしかできない役割がある。

おわりに

今回の東日本大震災では、直後・急性期に被災地域の精神医療全体が大きな被害を受けたことが特徴のひとつである。しかし、直後・急性期は混乱し、情報も乏しく、調査を行うことは難しく、当時の具体的な資料も乏しい。本稿を含めた本記録集が、今後の大規模災害への備えとして役立つことを期待したい。

表 1. 被災した精神科病院に共通した課題

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・食糧：患者の栄養管理、孤立した施設では職員分も含む ・水道：飲料水、生活用水の不足 ・下水道：し尿処理 ・ガス、燃料：調理の制限、暖房の停止 ・電気：医療機器、電子カルテ、電子施錠などの問題 ・医薬品：被災地全体で不足、流通の混乱 ・通信障害：情報収集／発信の制限 ・職員の通勤：ガソリン不足 ・患者の通院：交通機関の被害、ガソリン不足 |
|---|

総合病院精神科の立場から

東日本大震災の精神医療における被災とその対応

—— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——

東北薬科大学病院精神科
三浦 伸義

平成23年3月11日の東日本大震災で、宮城県(人口約230万人)にも甚大な被害が生じ、死者・行方不明者は1万人を超えた。精神医療に限ると、精神科病院に入院中の死者は25名あった。浸水による甚大な被害にあった精神科病院は3病院あり、1病院は廃院を余儀なくされた。

筆者の勤務する東北薬科大学病院(震災当時の名称:東北厚生年金病院、総病床数466、診療科21の総合病院)は、仙台市東部沿岸、七北田川のほとりに位置している。河川の逆流と増水はすさまじく、あとわずかかで堤防を越えて水があふれ出るところであった。陸からの津波も届かず、当院は浸水被害を免れることができた。しかし、ライフラインは途絶え、病棟建造物の一部が損壊し崩壊の恐れが出て、診療機能は完全に停止した。当院は地域の災害拠点病院としての指定を受けていたが、災害医療活動を行うことはできず、被災病院として救援を受ける立場となった。15日には病院執行部より約400人の入院患者は全員退院(転院)の方針が出され、これに従い県内外に患者は次々と搬送されていった。「死んでもいいから、この病院に置いてくれ」と懇願する患者や「見捨てるのか」と怒声をあげる患者がいた。3月18日には病院全体の入院患者数は27名まで低下した。27名のうち、精神科病棟入院中の患者は20名であった。

宮城県内の有床総合病院精神科は震災当時4病院171床しかなく、当院の精神科病棟は許可病床数46床であったが、看護師配属の都合上、実質30床で稼働していた。他院総合病院精神科でも許可病床数に比べ、実稼働病床数が少ない病院があり、震災当時の実働病床数は4病院で130床程度であった。筆者が以前勤務していた青森県八戸市は当時人口24万人であったが、有床総合病院精神科は3病院150床あった。人口約50万人の石川県金沢市は、有床総合病院精神科は7病院約400床であると聞いたことがある。これらと比べてみると、宮城県は総合病院の精神科病床数が極端に少ないことがわかる。この宮城県の抱える極端かつ慢性的な総合病院精神科病床数不足の問題は、東日本大震災で顕在化することになる。

当院の震災直後の方針は全患者退院(転院)となり多数の患者が搬送されることになったと前述したが、当院の精神科に限ってみると、入院患者は震災当時29名であったが、最少で20名にしかならなかった。そもそも当院精神科に入院しているのは、入院が必要な程度の精神症状を有し、かつ中等度～重度の身体合併症を持つ者が多くを占めていた。平素の状態さえ、精神科病院でも一般病床でも入院が不可能で総合病院精神科で入院せざるを得ないのである。ましてや震災の混乱で診療機能の低下している状態で、これらの患者を受け入れてもらえる病床が、そう簡単に見つかるはずもない。県内の有床総合病院内どうしでの転院など期待できるはずもない。広域搬送基準を満たすほどの身体疾患は有しておらず、県外搬送は難しかった。身体合併症を有する精神障害者の転院先を探すことは、震災時にはさらに難しくなる。これらの患者は震災後、真っ先に難民化するといってもよい。

病院は全入院患者の転院の方針を出したが、筆者は病院長と面談し、精神科入院患者の方針

に関しては、筆者に一任してもらった。独歩可能な患者のみ退院とし2名を自宅退院、7名を仙台市内の2つの精神科病院に転院させてもらうこととした。残った歩行困難または栄養摂取困難の患者20人はそのまま入院治療を続けることとした。筆者にしてみれば、この20名とは心中する覚悟であった。残存する診療機能で、なんとか治療を続けるしかなかった。

震災から時間がたちライフラインが復旧し病院機能が回復すると、病院執行部の方針は一転し、3月15日より外来診療を再開、そして3月23日より入院診療を再開した。病棟の損壊があり、病院全体としては病床数の2/3程度しか使用できなかったが、精神科病棟は全病床使用可能であった。入院診療を再開すると、その直後から当院精神科への入院依頼が相次いだ。このため通常30床で運営していた稼働病床数を、許可病床数の46床まで引き上げ対応した。病棟の損壊により閉鎖した一般病棟から看護師の応援を多数得られ、46床での稼働が可能となった。入院依頼は、避難所で徘徊する認知症、アルコール離脱せん妄、消化管出血、骨折、リチウム誘発性腎性尿崩症、脱水、けいれんなどなど、様々な病態を抱えた患者であり、ほとんどが総合病院精神科でなければ対応できない患者であった。23日に入院診療を再開した時は22名であったが、31日は精神科の入院患者は36人と急増した。以降、9月末までに損壊のあった病棟の復旧工事が終わり、看護師が元の所属病棟での勤務に戻ることになって、10月より実働病床数を30床に戻さざるを得なかったが、それまで、精神科病棟の入院患者数は概ね42～44名であった。

直後期～急性期の話に戻す。4月に入ると、筆者の想定していなかった事態がおきた。前述の浸水による甚大な被害のあった3精神科病院のうち、2病院は全入院患者を県内外の精神科病院（仮に“後方支援病院”と称す）に転院させた。この後方支援病院に移った患者の中で、骨折、肺炎など身体合併症を発症して、当院に転院するケースが多かった。これは、震災直後期の環境が劣悪（低体温、脱水、カロリー不足など）で、この時期に身体機能が大幅に低下するためと考えられた。甚大な被害のあった病院から後方支援病院を経て、身体合併症の発症または悪化によって、当院に転院する患者が増えた。転倒による骨折、慢性閉塞性肺疾患の悪化、ガラス破片異物混入傷の化膿、肺炎など、病態は様々であった。これらの患者のうち、当院転院後2名が死亡している。

死亡に関して言及すると、当院精神科病床での死亡患者数が増加したことも想定外の事であった。当院は認知症の高齢患者が多く、月1～2名の死亡患者があることは珍しくなかったが、震災後の23年4月には4名、5月は1名であったが、6月は5名となった。年度別の病棟内死亡数を見ても、平成22年度が10名、平成23年度が23名、平成24年度が7名であった。平成23年度の半分は稼働病床数を46床まで増加させたため、入院数も多かったが、それでも23年度は突出して多いことがわかる。筆者の考えでは、震災直後の寒さが影響をしているのではないかと考えている。震災直後の数日を除き、カロリーと水分補給は十分であったはずである。さらに、3月中は、病院全体の入院数が極端に少なく、内科ら医師も時間的に余裕があったため、筆者は内科医に精神科病棟患者の身体診察を毎日してもらっていた。入院患者の健康管理には十分努めていた。震災直後からライフラインの供給が途絶え暖房が停止すると、病院は凍てつく寒さとなった。患者は一日中布団の中で臥床し暖をとって過ごした。震災の数日後、救援物資として清拭用のウェットタオルが送られてきていたが、寒さのために患者を裸にして清拭することは出来ない日が続いた。ライフラインが復旧し、病棟は次第に暖かくなり環境は元通りになった頃には、患者はそのまま寝たきりとなってしまった。こうして、彼（女）らが死

期を早めることになった、と筆者は確信している。

震災直後から急性期、被災地域では精神疾患を新たに発症する患者や、精神障害者の精神症状の再燃もあるが、何よりも震災後の過酷な環境による身体疾患の発症や再燃が多くみられる。精神障害者も同様である。当然身体合併症を有する精神障害者で、かつ入院を必要とする患者が増え、有床総合病院精神科で対応せざるを得なくなる。このように、災害時には、有床総合病院精神科への入院ニーズがより高まるため、平時よりこの機能維持・向上に努めていなければならない。

ところが、宮城県内の有床総合病院精神科は、震災当時4病院171床、実稼働病床数は130床であったと前述したが、平成25年10月現在では3病院132床、実働稼働病床は95床まで落ち込んでいる。今、東日本大震災と同規模の災害が宮城県で起きたらどうなるであろう。身体合併症を有する精神障害者は、適切な治療を受けられず、失わずに済んだ命を落とす場合も出るであろう。全国的にも有床総合病院精神科の病床数の減少、(有床無床を問わず)総合病院に勤務する精神科医師数の減少が問題となっているが、宮城県ではこの問題はさらに深刻である。次の災害に備えるためにも、この問題の解消に向かうことが、宮城県の精神科医療の最大の課題である、と筆者は強く主張する。

仙台医療センターの「3.11」

—— 精神科を中心に振り返る ——

国立病院機構仙台医療センター精神科
岡崎 伸郎

仙台医療センターの概要

仙台医療センターは、独立行政法人国立病院機構（全国143病院）に所属する病院の1つであり、同機構北海道・東北ブロック（21病院）の基幹病院である。救命救急センター指定病院（県内5ヵ所）であるばかりでなく、基幹災害医療センター（各県1ヵ所）に指定されている。所在地は仙台市宮城野区宮城野で、東日本大震災の津波到達地域まで車で約15分のところにある。総病床数698床で31診療科を有する大規模総合病院であり、うち精神科は48床の閉鎖病棟（東5階病棟）である。

精神科病床を備えた総合病院は、特に身体合併症を有する精神疾患患者の治療施設として重要な役割を担っているにもかかわらず、全国的にも減少傾向にある。2013年10月現在、宮城県内では東北大学病院、東北薬科大学附属病院、当院の3病院のみが稼働している。震災当時、当院の常勤相当の精神科医は3名であり、数年前に常勤医が相次いで離職したことによる病棟閉鎖の危機は乗り切っていたものの、なおマンパワー不足の中にあった。

「3.11」とその後の状況 —— 病院全体 ——

幸いにして患者・職員に本震による直接の人的被害はなかった。2011年3月11日14時46分の発災時に手術中の患者が7名いたが、全員無事閉鎖して手術終了した。

ライフラインのうち電力は、発災直後から非常電源のみとなり、3月13日深夜に復旧。都市ガスは、長期にわたって供給不能となり、3月30日に復旧するまで重油での給食調理が続いた。水道は、貯水槽の損傷が甚大であったところ、その後の余震によりさらに被害が拡大した。このため3月25日から4月17日まで新規入院・手術の制限と在院患者の削減を余儀なくされた。被災地の多くの医療機関が機能回復し始めたこの時期に、当院は逆に機能ダウンしたことになる。

診療活動としては、宮城県基幹災害拠点病院として、3月11日から3月16日までの初期6日間で計101チームのDMATが当院に集結して活動し、3月17日以降は国立病院機構の各病院からの医療支援チームに引き継がれた。初期6日間のトリアージ患者は「赤」63、「黄」233、「緑」406、「黒」3の計705名（うち209名が入院）であった（仙台医療センター、2012）。外科系傷病よりも内科系傷病が多かったことは今回の災害医療の大きな特徴であり、初期の医療支援チームにとって想定外であった。被害の性質をいかに迅速に把握してそれに見合った態勢をとれるかが、今後の災害医療全体の課題である。

この他、原子力災害二次医療機関として、放射能測定検査実施ケースが132名あった。また病院外での活動として、霞目飛行場の医療航空搬送拠点を重点支援した。

「3.11」とその後の状況 —— 精神科 ——

精神科病棟では、本震の直後から断続的に強い余震があったため、院内の対策本部の指示によって、まず自力歩行可能な入院患者を隣接の附属看護助産学校体育館に避難誘導した。残った要搬送患者が病棟に待機するうちに避難解除となり、3月11日の夕方には全患者が病棟に戻った。入院患者は概ね平静を保ち、職員の指示に従って淡々と行動された。これは阪神淡路大震災の際に多くの精神科病院で観察されたことと一致する。

3月11日以後、入院要請の増加により、在院患者数は平時の25名前後から最大36名まで膨れ上がった。これは被災地の病院として当然しのがなければならない状況と考えていた。ところが、病院の給水施設の損壊が余震とともに深刻化したため、3月25日から病院全体の方針として手術制限や新入院制限に加えて、在院患者も減らすことになった。これを受けて可能な限り調整にあたったが、家族の被災等もあって退院や転院の調整は困難を極めた。

3月11日以後、数日にわたって強い余震が続く中で、精神科病棟に特有の問題がいくつも生じた。

まず、閉鎖病棟の出入口の施錠をどうするかという問題があった。平時は電磁ロックで施錠されているが、緊急避難を要する事態が常に起き得る中では不相当である。かといって終日開放というわけにもいかない。種々検討した結果、ドアノブに布紐を巻き付け、さらにドアの前に机を置くという非常措置をとることとし、これを約1週間続けた。この状態なら、鍵を持たぬ者でも非常時に10秒程度あれば開放できると考えた。また、夜間の看護配置が2名という手薄な状況で、数え切れないほどの余震のたびに隔離・身体拘束中の患者の安全をどのように確保するかということも難しい問題であった。こうした問題はいずれも、当院が通常備える防災マニュアル（主として一回性の火災を想定）では対応できないことである。閉鎖病棟の中に隔離室も持つという二重閉鎖構造を想定した震災用の防災マニュアルが必要となってくる所以である。一方、平時の人員配置等から考えて実行不可能な対策を並べたようなマニュアルでは無意味である。真の現実検討をふまえた備えが今後要請される。

さらに、男性看護スタッフの少ない総合病院精神科の弱点も露呈することになった。興奮患者への対応が難しいのである。実際に、易怒的で屈強の男性措置入院患者を震災直後に受け入れたことから、以後の数週間、処遇に苦慮する場面が続いた。

次に、外来の状況を述べる。

筆者の予約外来（毎週木曜日）の推移をみると、平時には予約患者の約90%が受診していたところ、本震後最初の再来日である3月17日には約30%、3月24日には約50%、3月31日には約70%が受診した。当院の通院圏域は、JR仙石線沿線の津波被災地域を広く含むため、本人が無事であっても自宅の被災や交通遮断のため受診できなくなった患者が多数にのぼると考えられ、こうした人が時とともに受診に漕ぎ着けた経過が見てとれる。なお、通院中断患者について、病院側から連絡を試みることは、種々の理由から行わなかった。したがって通院患者中の犠牲者数も正確に把握できない。

大災害時に特有の精神科的病態としては、異常体験反応、アルコール離脱せん妄、双極性障害の躁転、遠方からの支援者の発症や再発、などが見られたが、典型的なPTSDと診断し得るケースは、震災後2年を経ても（統計はないが）多くはない印象だった。そこには、自然災害と犯罪被害体験などとの質的な違いの有無、あるいは東北人に特有のレジリアンス的要素があ

るのかどうかといった興味深い問題があるが、本稿では問題の所在を指摘するにとどめる。

なお、異常体験反応 *abnorme Erlebnisreaktion* については、震災後の自験例に基づいて、Schneider, K. の同概念の今日的意義を操作的診断基準のカテゴリー (ICD-10の急性一過性精神病性障害 *Acute and Transient Psychotic Disorder* や DSM-Vの短期精神病性障害 *Brief Psychotic Disorder*) との対比において考察する発表を行った (岡崎, 2012)。

被災地医療支援のため病院外に出向く余力は全くなく、自院の病棟・外来の機能維持に専念せざるを得なかった。

その他の状況および結語

被災地の精神科医療の状況および各地からの支援チームの活動についての情報は、神奈川県立せりがや病院の川副泰成院長によって3月15日に早くも立ち上げられた通称『東北支援』MLを通じて時々刻々と入手できた。当院の状況も同MLによって発信することができ、被災地にあつての孤立感は相当軽減された。今回のような大災害下で、このような情報ツールが威力を発揮したことは貴重な経験であり、未来への財産といえよう。

独立行政法人国立病院機構の精神科の動きについても触れておく。機構の143病院のうち外来のみを含めて精神科を有する病院は78ある。このうち旧精神療養所系病院の院長で組織する国立精神医療施設長協議会 (精神科七者懇談会の構成団体、精神保健従事者団体懇談会の加盟団体) は、従来から比較的強固なネットワークがあり、医療観察法に基づく入院医療など共通する課題を通じた日常的な連携があつたことから、情報交換が活発に行われた。また各病院がそれなりの数の精神科医を擁することから、医療支援チームの派遣も可能であつた。一方これとは別に、総合病院系を含むすべての国立病院機構病院の精神科医の連絡組織として国立病院精神科医協議会があるが、こちらはMLすらなく全く機能しなかつた。総合病院系の精神科は一人医長というところも少なくないため、医療支援チームへの参画も現実には難しいという事情もあつた。

ちなみに、仙台医療センターは、宮城県の広域防災拠点として新たに整備する宮城野原総合運動公園地区 (現病院の隣接地) に、2016年を目途に新築移転する計画である。新病院において、精神科医療について応分の防災拠点機能を担えるかどうかは今後の課題である。

以上を概観し、当院内外の状況もふまえた上で一点だけ管見を述べると、精神科医療が「3.11」体験から最も学ぶべきことは、平時から指摘されて久しかった総合病院精神科の危機が、有事にあつて無惨なまでに露呈したという現実である。特に津波被災地域の公的総合病院で精神科を備えていたところは極めて少なく、そのことが震災後の医療活動にとって大きなハンディとなつたのである。

「平時にできないことは有事にはできない」という以外にない。この苦い教訓を記して稿を終える。

文献 (五十音順)

- ・ 岡崎伸郎:「異常体験反応」再考 - 東日本大震災関連の症例を通して - . 第36回日本精神病理・精神療学会, 2013
- ・ 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター (編): 生命の架け橋「絆」 - 東日本大震災の記録 - . 2012

石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援

成田赤十字病院精神神経科
佐藤 茂樹

石巻赤十字病院に対する精神科リエゾン診療支援開始の経緯

2011年3月11日に発生し主に東北地方太平洋側沿岸部に壊滅的な被害を与えた東日本大震災においては、震災発生当初より日本国中あるいは全世界から災害救護や医療支援の手が差し伸べられた。発生直後は、DMATなどの救護班が、少し遅れて「こころのケア」班が各地から被災地に次々と駆けつけた。東北地方太平洋側沿岸部の病院として、直接的な被災を免れ宮城県石巻圏域における拠点病院となった赤十字病院系列の石巻赤十字病院に対しては、全国の赤十字病院などからの支援が集中し、またこの病院を中心とした災害医療活動が盛んに報道されたことにより、石巻赤十字病院は震災救護の象徴的な存在となっていった。

私たちが所属する赤十字社という組織は、災害救護を一つの社是としているため、どの病院にも救護班が組織されており、災害発生時には直ちに出勤できるような準備が常になされている。成田赤十字病院でも、今回の震災発生後直ちに救護班が招集され、3月11日の夕方6時過ぎには第1班が早くも石巻赤十字病院に向け出勤した。他の都道府県における赤十字病院も同様で、先陣を争うかのように被災地に向けて救護班を派遣していた。また、こころのケアに関しても、各都道府県などにより構成される自立型のこころのケアチームが震災発生後1週目頃より被災地に入り活動を開始し始めていた(石井, 2012)。

こうした動きの中で、私たち赤十字病院精神科の医師は、もちろん各赤十字病院で組織される救護班の中に一員として入ったり、赤十字独自の活動である「日赤こころのケアチーム」の一員として活動する者もいたが、もう少し自分たちらしい被災地支援の方法はないかと考えていた。3月25日過ぎ、全国赤十字精神科連絡協議会の一員である大阪赤十字病院の吉田佳郎医師と横浜市立みなと赤十字病院の石東嘉和医師は、全国赤十字精神科連絡協議会の代表ということになっている私に対し、相次いで「何か私たちにできることはないか」と問いかけてきていた。「全国赤十字精神科連絡協議会」という組織について説明すると、赤十字病院は全国に92病院あり、その中で精神科を標榜している病院は39病院ほどであり、精神科病床を有している病院は19病院にしか過ぎない。他の総合病院精神科と同様、赤十字病院の精神科も徐々に縮小、撤退を強いられていて私たち赤十字病院の精神科医は有床無床を問わず、各病院の中で苦闘しているお互いを支え合うために、また貴重な総合病院精神科という社会資源を残すべく毎年1回開催している言わば情報連絡会が「全国赤十字精神科連絡協議会」である。赤十字病院の中で石巻赤十字病院は何度か日赤医学会を主催するなど小規模だが比較的アクティビティが高い病院だとは認識していたが、精神科医としては、常々石巻赤十字病院に精神科が開設されていないのは残念なことだと思っていた。

震災直後の3月15日に神奈川県立精神医療センターせりがや病院の川副泰成氏によってメーリングリスト「東北支援」が開設されたが、東北大学精神科の松本和紀氏は、3月27日に「宮

城県の状況についてのレポート3.27」において、宮城県各地の状況について述べた後、「全国的な総合病院精神科医療の崩壊は、宮城県においても震災前から深刻な状況に陥っていた。今回、被災地に残った基幹病院のいずれにも精神科が開設されていなかったことが、被災後の被災地における精神医療体制構築の障壁となっている。被災地である宮城県には、総合病院に精神科医を常駐するだけの余力はない。国が主導して、総合病院精神科対策と連動して、特に精神科が元々無かった被災地の総合病院における継続的な精神科医配置が可能となるような対策を緊急に行う必要があるのではないだろうか。」と宮城県における総合病院精神科医療の貧困とその必要性について述べていることに私は注目した。

被災地においては、一般の救護活動とともにこころのケアが求められることは最近しきりに言われていることである。総合病院で働く私たちは容易に被災地の病院では精神科的ニーズが増大しているであろうことが想像できた。そこで、東北大学の松本氏の意見と重ね合わせ、精神科のない石巻赤十字病院に全国赤十字精神科連絡協議会のネットワークを利用して、精神科診療支援を行い、いわば一時的な無床総合病院精神科を立ち上げることを着想した。内容としては、医師一人でも可能な一般病棟内や救急外来での精神科リエゾン診療の実践である。そこで改めて石巻赤十字病院のホームページをみると、医師の募集の一番手に精神科医が挙げられていた。また、念のため東北大学の松本氏に電話で石巻赤十字病院に対する精神科医派遣の可能性について問うと、やはり今は全く可能性がないということであった。そこで直接、石巻赤十字病院の院長に精神科リエゾン診療支援を申し出てみることにした。突然の電話に石巻赤十字病院の院長は驚いた様子であったが、すぐに折り返しかかって来た電話では「いい話なので是非お願いしたい」とのことであった。当院を含め連絡を取り合った3病院は赤十字病院の中では比較的精神科医が多い方であり、まずこの3病院にて1週間ずつ交代で、4月より6月末まで石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援を行うことにした。日本赤十字社本社からの各病院への指示という形を整え、4月6日より支援を開始することとした。

被災地における精神科医による支援は、救護所や仮設診療所への支援などが一般的と思われるが、我々の支援は、精神科病棟どころか精神科外来もない総合病院に、リエゾン中心の一時的な精神科を立ち上げるというある意味で画期的な試みである。

石巻赤十字病院に対する精神科リエゾン診療支援の状況

支援業務を整理、確認するために4月6日から4月13日までの予定で筆者がまず石巻赤十字病院に赴き、院長先生を始め病院幹部の先生方に挨拶をし、また「こころのケアセンター」の担当となっている臨床心理士の方々にもお会いしてその時点での石巻赤十字病院の状況を把握した。4月6日は震災発生からまだ3週目で、院内には多数の支援者が出入りしており、4月7日夜には震度7の最大級の余震が起これば東北地方全域で停電するなど騒然とした雰囲気であった。4月7日より実際の診療業務を開始した。原則として外来診療は行わず、一般病棟に入院している患者に対するリエゾン診療を主とし、日中院内滞在中に救急外来よりコールがあれば対応することとし、また職員のメンタルヘルスへの相談や診療にも応ずることとした。さらに必要があれば随時避難所などへの往診も行うことにした。

この支援はあくまで石巻赤十字病院の一般科の診療すなわち精神科以外の診療科に対する支援であり、外来での精神科の継続的な診療も行わない方針としたため、地元の医療機関との連

携が必須であった。というより、石巻赤十字病院の身体科と地域における他の精神科医療機関・福祉機関との連携を構築することが狙いであったといってもよい。このため、この地域の中心的な精神科病院には早々に被災に対するお見舞いを兼ねて挨拶に伺い、また転院などをお願いする可能性のある宮城県内の他の総合病院精神科にも電話で挨拶をさせていただいた。

4月の時点では石巻赤十字病院の病棟では、悪性腫瘍などに対する予定手術は先送りとなっており、避難所などからの救急患者を優先的に入院させていて、地域柄もあってか、その多くは高齢者であった。高齢入院患者の多くはもともと認知症を伴っていたり、あるいは住み慣れた環境からの移動により認知症症状が顕在化したりしており、入院後せん妄を呈して不穏となり、徘徊したり大声を出したりと、病棟管理上問題となっているケースも多数見られた。こうした傾向はもちろん被災地以外の病院でもよく見られることであり、今やわが国の一般病棟に共通した現象でもある。認知症やせん妄への対応は、いわば総合病院精神科医にとって慣れ親しんだ基本手技のようなものであり、積極的に診療にあたることができた。認知症やせん妄を適切に対応することにより、身体科医師は本来の業務に専念することができ、震災対応で過労状態にある被災地の病院には一定の支援効果があったのではないかと考えている。入院患者で次に多かったのが自殺企図後の患者であり、腹部などの切創、過量服薬などにより救急搬送され、救急センターに入院し必要な処置が行なわれた後に精神状態の評価や対応を依頼された。自殺企図の背景には震災に伴う家族や家屋、仕事の喪失、震災に伴う住環境の変化などによって起こった対人ストレスの増加などが存在していることが伺われた。自殺企図者への対応も総合病院におけるコンサルテーション・リエゾンの重要な機能であり、うつ病など本格的な精神科的治療が必要なケースは地元医療機関につないだ。

救急外来からもしばしば依頼がありPTSDにより解離状態を呈し降圧剤が服用できなくなり血圧が極端に上がってしまったケース、意識障害やてんかんと鑑別を要したケース、縊頸などの切迫した自殺未遂患者、パニック障害で繰り返し救急外来を受診しているが精神科的な診断がつけられず救急スタッフが困り果てていたケースなどに各医師は対応した。

また震災発生以来、一丸となって震災対応にあたっている石巻赤十字病院の職員も家族を亡くしたり、家屋が流されたりなどの被災者が多く不眠やうつ状態のために対応を必要としていた。

地域の医療機関との連携に関しては、身体疾患の治療終了後、継続的な精神科的診療が必要な患者や、希死念慮が持続しているために直ちに精神科治療が必要な患者を地元の精神科病院や地元の精神科クリニックに紹介させていただいた。身体と精神の一元的な対応が必要であり、どうしても総合病院精神科での治療が必要と思われる患者は仙台市内の有床総合病院精神科に紹介させていただいた。

なお、7月以降も石巻赤十字病院への常勤精神科医の派遣は叶いそうになかったため、支援の延長を6月に開かれた全国赤十字精神科連絡協議会総会で提案し、最初の3病院以外に、精神病棟を有する長野赤十字病院、足利赤十字病院、釧路赤十字病院、北見赤十字病院、松江赤十字病院の5病院、精神病棟を持たない名古屋第二赤十字病院、深谷赤十字病院、前橋赤十字病院の3病院が精神科医の派遣に応じ、計11病院で2012年の3月まで支援を継続した。

対応患者の診療統計

1) 対応患者数の月別診療件数

2011年4月は切れ目なく毎日診療を行いface to faceで引き継ぎを行った。5月～6月は月曜朝から土曜日の午前までの診療とし、7月～12月は月曜午後から金曜午前まで、2012年1月～3月は月曜午後から木曜午前までの診療とした。

2011年4月6日から2012年3月29日までの約1年間に延べ53名実人数30名(6回×1名、5回×1名、4回×1名、3回×3名、2回×5名、1回×19名)の赤十字病院所属の精神科医が支援に参加し、総支援診療日数は248日であった。新規対応患者は計218人で1日あたり平均0.9人であった。7月以降対応患者数は減少したが、11月になると再び対応患者は増加に転じ、2012年3月になっても一定のニーズが存在していた。

対応患者を入院、救急外来、職員に分けると、入院142人、救急外来53人、職員23人で、救急外来での対応は8月以降滞在日数が減ったこともあり減少したが、2012年1月以降は若干の増加を見ている(図1)。

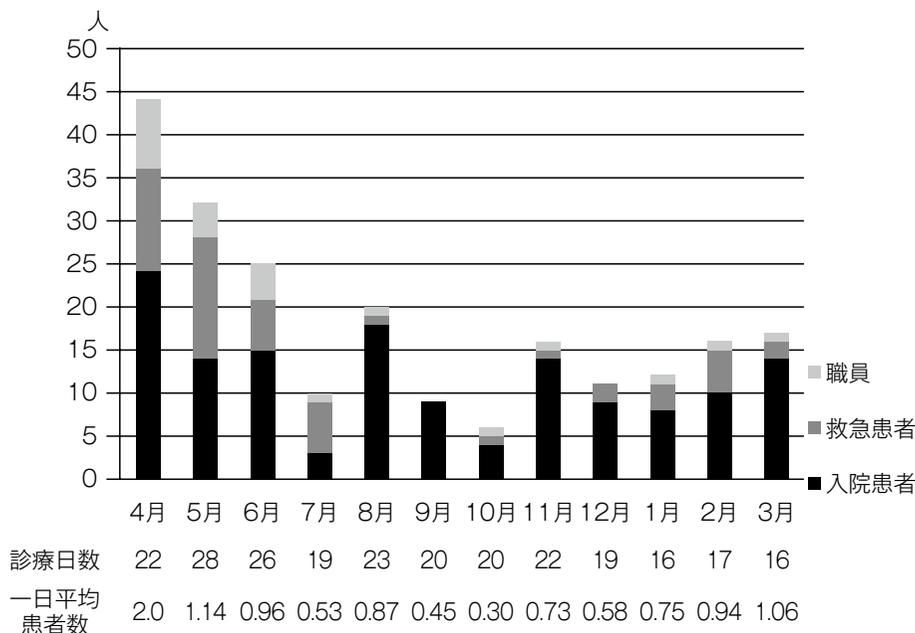


図1. 対応患者月別診療件数

2) 震災との関係

対応患者の震災との関係を調べた。「震災と直接的に関係」とは、震災により適応障害、PTSD、うつ病などを引き起こし、そのことが原因となって、入院もしくは救急受診したケースであり、「震災と間接的に関係」とは、震災のストレスにより元々存在していた身体疾患が悪化したり、震災後の避難所や仮設住宅での生活が身体疾患増悪の因子と考えられたり、避難生活により認知症が顕在化したりしたケースである。入院患者では一般病棟であるため「震災と直接的に関係」したケースは約9%と少ないが、「震災と間接的に関係」した

ケースは約3割を数えた。救急患者、職員では直接および間接に関係したケースが66%、61%と過半数を占めていた。月別推移では、7月までは震災と直接的および間接的に関係のある患者の割合は6割を超えていたが、8月以降はその割合が減少していた。しかし、11月以降も震災と直接的、間接的な因果関係のある患者の診療が行なわれており、長期的な対応の必要性が示されている(図2, 図3)。

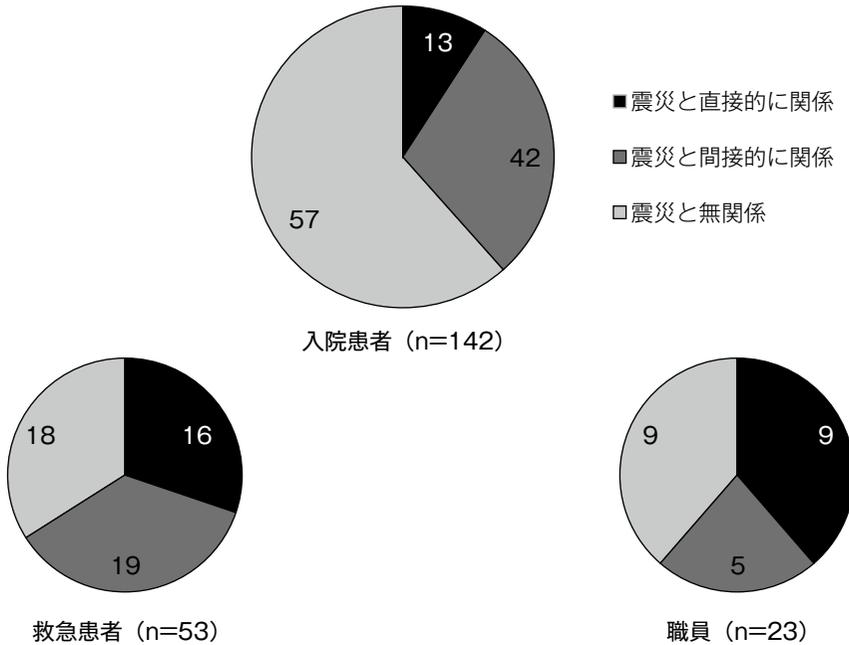


図2. 対応症例の震災との関係

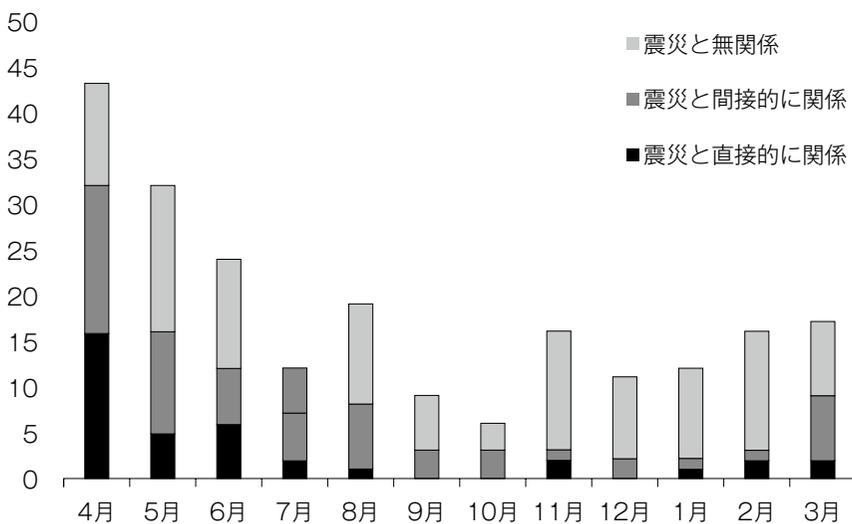


図3. 対応症例の震災との関係/月別変化

3) 診断分類

入院患者では認知症、せん妄を中心としたF0圏が最も多く、救急患者ではF4圏のストレス関連障害次いでF3圏の内うつ病が75%と大部分を占めており、職員もストレス関連障とう病が87%を占めていた(図4)。

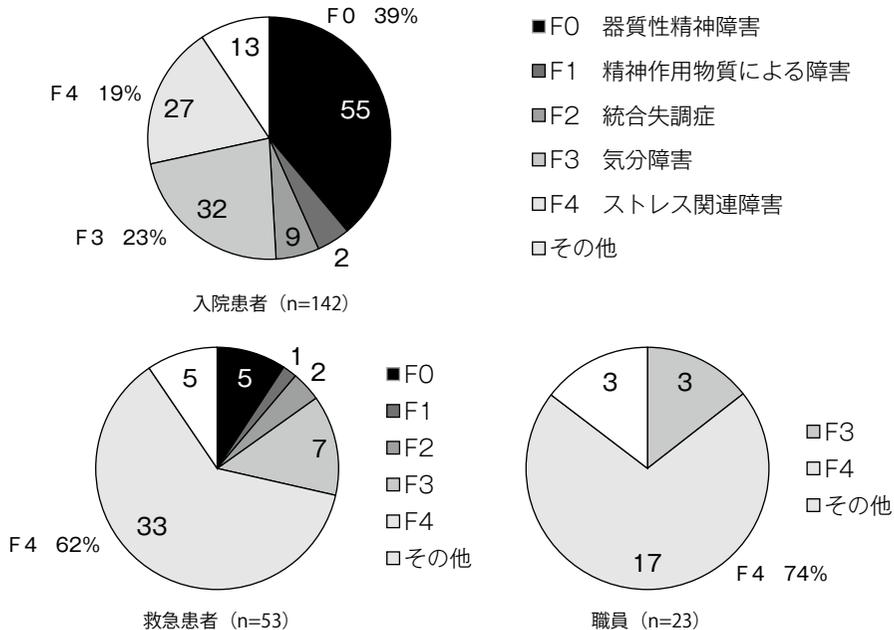


図4. 精神科診断分類

4) 精神症状・依頼理由別分類

入院患者では、せん妄(42名)や認知症症状(10名)による者が多く、次いで自殺企図(27名)、うつ状態(21名)が多くを占めた。不眠(14名)、不安・焦燥(10名)、解離症状(5名)などの不安・解離系の患者や統合失調症症状(6名)や統合失調症の既往を持つ者(3名)など統合失調症系の患者も存在していた。救急患者では不安(6名)、パニック発作(4名)、過換気(3名)、PTSD(3名)、解離症状(2名)など不安・パニック系の症状が多く、次いで過量服薬(11名)、切創(6名)、縊頸(2名)など自殺企図系の患者続いた。興奮・妄想(7名)、抑うつ(6名)などの状態で来院する患者もいた。

精神科リエゾン診療支援より災害拠点病院における医療について考える

このように精神科を標榜していない石巻赤十字病院においても、無論震災とは関係のない精神疾患もみられたが、震災の影響を受け精神的対応が必要なケースが数多く存在していた。今回の精神科リエゾン診療支援では、震災に伴う適応障害、PTSD、うつ病などが精神科のない病院にも身体症状や自殺企図という形で訪れ、また高齢者では潜在的にまたは明らかに認知症となっている者が多く、認知症症状が悪化したり、併存する身体疾患が悪化したりして避難所に適応できなくなり、一時的な入院を余儀なくされ、せん妄や認知症への対応を必要とした

患者が多かった。

石巻医療圏は人口約17万人で、地域の精神科医療資源としては精神科病院が3～4、精神科クリニックが2、総合病院精神科は無床、有床とも皆無の状態であったが、石巻赤十字病院への精神科リエゾン支援期間中に、図5に示すような精神科病院、精神科クリニック、総合病院精神科との医療連携が行なわれていた。この地域においても、一般医療と精神科医療の連携を促進し、医療の総合性を発揮することの出来る総合病院精神科の必要性が示されているものと思われる。

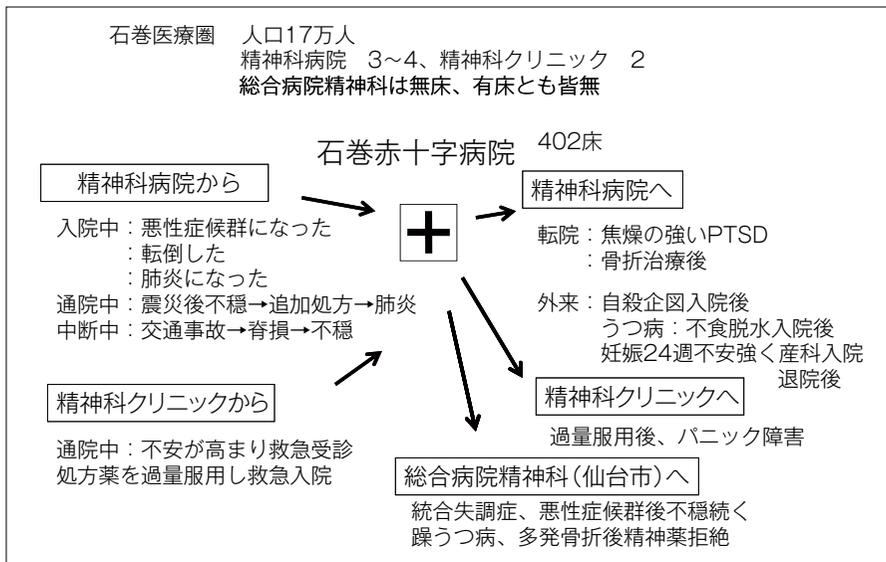


図5. 石巻赤十字病院支援で経験した地域医療連携

今日では、被災地のみならずどの一般病院においても、身体疾患と精神疾患の明確な線引きができないケースは数多く存在し、一般医療と精神科医療が絶えず連携し合っていかなければ質の高い医療を提供できないことは明らかである。ましてや、災害に伴う心理的ストレスが増大する被災地の病院には精神科医の存在が必要であり、少なくとも災害拠点病院の役割を負う病院には精神科の必置を義務づけるべきであろう。常勤精神科医が1名存在するだけでも、被災地の病院における心理・精神医学的問題の対応に大きな力となり、適切な診療や医療連携が行なわれるようになるものと考えられる(佐藤, 2011)(佐藤ら, 2011)。

文献(五十音順)

- ・石井正. 石巻災害医療の全記録. 講談社, 東京, 2012.
- ・佐藤茂樹. 石巻赤十字病院への精神科診療支援よりわが国における医療について考える, 精神医療, 64号: 132-137, 2011.
- ・佐藤茂樹, 吉田佳郎, 石東嘉和他. 石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援, 総合病院精神医学, 23巻(2): 160-166, 2011.

津波被害に遭った 精神科病院の立場から

暗闇の中での叫び ——ライフラインを断たれた21日間——

元 医療法人仁明会 恵愛病院 院長
現 医療法人海邦会 鹿島記念病院 院長
木村 勤

東日本大震災当時は、石巻市の沿岸部にあった恵愛病院（120床）の院長をしていました。震災後は全国から支援をいただき本当に助かりました。ただ、全国の皆さんに恵愛病院のことを知っていただいたのは、震災から8日も経った3月19日、読売新聞の夕刊に「一番弱い人に支援届かない」という記事が載ってからのことだと思います。そのあとはインターネットや様々なマスコミによって恵愛病院のことが報道され、いろいろな援助物質が届いたり、訪ねて来て下さったりする方が増えました。恵愛病院は、海から直線距離にして約1kmの場所に立っていました。私は2009年4月に勤め始めましたが、職員から「今まで何度か大きな地震があったが、ここは地形上津波が来たことが無い」と聞いていました。けれど、今回のことで、人生には想定外のことが起こりうる。これから先も何があるか分からないということを思い知り、人生観が一変しました。

突然大きな揺れが5分以上続き、治まったあと、全ての病棟を見に行きました。机の中の物、書棚の中の物、皆、床に散らばっていましたが、誰一人としてけが人は出ていませんでした。すぐ外来棟に戻り、ラジオをつけると、〇〇で津波が30cmという放送があり、安心しました。外からの津波警報とか避難を呼びかける放送も聞こえてきませんでした。ホッとして院長室に戻った直後です。避難してきた妻が、「ザーッという音が聞こえた」と言うので、窓の外を見ると、水が押し寄せて来ています。すぐ6歳の息子の手を引いて走って2階へ逃げる途中、見る見るうちに足を取られ、辛うじて抱き上げて駆け上がりました。そして、詰め所から中庭の方を見ると、1階のホールの窓が破壊され、荒れ狂う海になっていて、2階へ避難途中だった患者さん、職員が浮き沈みしています。驚いて、「すぐにシーツをつないで！」と職員に言ったら、若い職員が屋根からシーツを垂らして何人か救助してくれたのです。

水が引いたあと、24人ものご遺体がありました。他に職員3名が犠牲になりました。そして雪が舞ってきました。全てのライフラインが止まり、何もかも津波で流され、このままでは何とか助かった患者さん、職員、そして緊急避難してきた近所の住民合わせて143人が今晚もたないのは明白でした。そこで、事務長以下数人の職員が、ほとんど水没状態の調理室からわずかな水、ジュース等、そして薬品庫から水浸しになり散らばった薬をかき集めてきました。戻ってくる途中、津波の第二波で水をかぶって危なかったそうですが、何とか戻ってきてくれました。精神科の患者さんですから、薬が無いと不安定になる。水、食料が無いと我慢できない人もいます。けれど125mlの野菜ジュース1本と小さなカップゼリー、そしていつもと比べてほんのちょっとの眠前薬しか無い中で、職員が一晩中、いろいろ訴える患者さんを、子供をあやすようになだめ、何とか翌日を迎えることが出来ました。わずかにあった懐中電灯が、本当に命綱の一つでした。眠前薬を配る時と、見回りの時だけつけました。

翌朝、ヘリコプターの音が聞こえてきます。待ちに待った救助の音だと思い、窓から手を振

り、職員が屋根に上ってシートでSOSの文字を書きました。けれどもいくら待っても誰も来ませんでした。この日も朝は昨日と同じもの、そして夕方はコップ150cc程の水とわずかなお菓子だけです。職員は昨日に引き続いて不眠不休でしたが、少しずつ不穏になる患者さんが出てきました。3日目…午前中までは救助を待っていましたが誰も来てくれません。管理栄養士は食料、水等の配分を3日は持つように分けていたのですが、1日2食の飲食がこんなわずかなものしかありませんでした。何もしないでいたのでは明日はもたないと思い、午後、事務長に助けを求めるため近くのスーパーマーケットまで行ってもらいました。屋上に避難している人たちが見えたからです。まだ大津波警報は解除されていなかったと思います。道路は冠水し、危険な状態でした。スーパーの屋上には偶然地元の消防団の人がいて、自衛隊に連絡してもらえらることになりました。それで4日目から自衛隊が顔を出してくれるようになり、少しですが水をもらい、親病院の齋藤病院も被災して孤立し、食料もわずかしかなかったのですが、その日から毎日恵愛病院にも分けてくれるようになったのです。

小さなおにぎりを1日に1個食べられるようになりましたが、いよいよ患者さんの我慢は限界に達し、不穏状態になる者が続出しました。1床しか残っていない隔離室はその時最も興奮が激しい人を入れ替わり立ち替わりで利用し、職員も限界に達していました。その日夕方5時頃、仙台にある安田病院の沼田氏（宮城県精神科病院協会事務局長）が来てくれなかったらどうなっていたか…恵愛病院にはもう誰もいないという情報が出回っていたそうです。しかし、連絡が取れないからこそ、確認する必要があると判断して、危険な道を通って見に来てくれたのです。実はこの日、看護部長から、「院長先生、職員は限界です。このままだと、皆逃げ出します」と言われ、「分かった。3日以内にまず半数の患者さんを転院させるから」と約束したばかりでした。

翌15日朝、沼田氏が再度仙台から来てくれました。この日が自分にとってこれまでで最も長い一日となりました。一緒に市役所に行き、非常用電話から県の障害福祉課を通して県内のあちこちの病院に転院依頼をしてくれたのです。津波からは免れても、「まだ電気が通っていない」とか「満床でとても受け入れられる状況ではない」と一旦は断られましたが、それでも粘り強く交渉した結果、3日以内に半数の患者さんの転院先が決まりました。しかし、次の新たな問題は移動手段です。石巻市立病院の場合、3日後までにヘリコプターで全員日赤病院等に転院が完了しましたが、民間病院である恵愛病院に対して行政は何もしてくれなかったのです。沼田氏と二人で情報をもとに、通学用バスを持っていた会社を訪ね、張り紙を見て社長が避難している中学校に向かい、奥さんから話を聞いてバスが置いてある現場に行った所ようやく社長を見つけることが出来ました。「帰りのガソリンはこちらで何とか調達するから」とお願いしてようやくバスを1台確保することが出来ました。しかし、緊急車両証明書がないと動けないということで、市役所に戻り担当者に頼みましたが、「警察署に直接言ってくれ」と言われて警察署に行くと、「市から何かの証明書を貰ってこない駄目だ」と言われました。全ての用意が出来て、飲まず食わずで病院に戻ってきた時にはもう夕方でした。それだけではありません。市から各地の避難所へ食料配給等が始まった時も、あとで知ったのですが、支援対象リストに恵愛病院が載っていませんでした。もう誰も住んでいないと勝手に決めつけられていたのです。全員の転院が終わった4月1日に近くの避難所に向かう車を呼び止め、ようやくリストに追加してもらったのです。

震災から10日が経ち、職員はもちろん、自分も、もう一人の常勤医である徳永医師も限界

に達していました。自分は毎日、残りの患者さんの転院を早く実現するための交渉や、食料、薬剤等の確保のため走り回っていましたし、徳永医師は津波から助かった患者さんが誰一人として低体温症等で亡くなったりしないよう診てくれていました。そうした時、生まれて初めて急性高血圧症になり、(普段は130/80位だったのが190/110へ)めまい、顔面のしびれも出てきていました。ちょうどそんな時(3月21日)天の助けのように島根県医師会の杉浦先生が日本医師会JMATチームの一員としてやってきてくれたのです。恵愛病院を見つけて下さったのも偶然なのですが、事情を知って3月24日までずっと恵愛病院を担当してくれることになりました。あとで振り返ると笑い話ですが、杉浦先生の私への第一印象は、何枚も重ね着しての汚い服装、ボサボサの髪、無精ひげ、マスク、落ちくぼんだ眼を見て、精神的におかしくなっていると思ったようです。看護部長からも点滴して休ませてあげてとか言われたようで、危うくセルシン入りの点滴で眠らされそうになりました。どんなに「精神状態は大丈夫」と言っても、「いや、そういうことを言うこと自体がおかしくなっている」と…そしてこのまま帰るわけにはいかないと、日赤病院に戻らず当直をしてくれることになったのです。とてもありがたいと思う反面、悔しくもありました。誤解されたままでは嫌なので、その夜時間が空いてる時に杉浦先生とじっくり話をしました。話は弾みいろいろな事を語り合い、やっと誤解が解けました。「先生、こんな状況で異様な感じを受けなかったら、落ち着いた冷静な人に見えたら、誰も本気で援助してくれなかったと思いますよ。もしかしたら院長がおかしくなってるかもしれない…」と思ってくれたからこそ無理な転院を引き受けてくれ、バスも見つかり、自衛隊からの水、食料が届いたのです。(市の支援が始まる前に消防団から連絡を受け、自衛隊が毎日顔を出してくれるようになりました。毎日のように部隊が変わるので、必ず次の部隊にも伝えてほしいと必死になって頼むと、「約束はできませんが…」と言い、何とか止まらずに続いていました)ようやく精神的には正常だと分かってくれたようで政治の話にまで及びました。私が震災の何日かあと、真つ暗闇の中でラジオを聴いていると、首相が自民党の総裁に「副総理になって大連立を」と呼びかけたというニュースが入ってきました。その時、それが保身のためでなく、本当に被災者の人命を大事に思っているのなら、「自分が支えるからあなたが総理大臣になって一緒にこの国難を乗り越えよう」と言ってくれたのなら話がまとまって、もっと早くこの状況から抜け出せるかもしれないと思ったという話をしたら大ききうなずいてくれました。

今回の大震災に遭遇して学んだことです。

- ・衛星携帯、防災無線等の整備が必要。
- ・常識は通用しない。

津波は来ないと聞いていたのに来た。非常時の食料や水は3日分用意しておけばと言われていたのに、3日待っても何の援助も無かった。

- ・津波の情報も当てにならない。

どこかで津波が30cmというのはかえって知らない情報だった。

- ・職員の士気を保つことの大切さ。

誰だって逃げ出したいくなるような過酷な状況の中で、最後まで職員が頑張ってくれたのは、親病院の理事長のおかげです。数日後に危険を顧みず駆け付けてくれ、職員に「雇用は守る」と約束してくれたことが支えになった。

- ・懐中電灯と電池の備えが必要。

水、食料があれば何とかかなると思っていたが、とても重要だったのは、懐中電灯と電池です。真っ暗闇の中では何もできない。

- ・日本医師会JMATチームの助けは本当にありがたかった。被災者側からしたら眠れなくても食べ物無くても寒くても、明日は助けが来るだろうと思ったからこそあきらめずに堪えることが出来た。出来ればもっと早く、せめて1週間以内に来てほしかった。(中には3日以内に行く必要があるところも)

3月13日の読売新聞に「孤立…学校で病院で」という記事が載りました。けれど新聞に載った病院はまだましな方だと思いました。少なくとも存在を知られている、あるいは、SOSを発信できているからです。例えて言えば学校のいじめ問題のように、一番早急に支援を必要としているところほど自分からは発信できないのです。沼田氏がして下さったように、連絡が取れないからこそ、行って確かめてみる必要があると思います。想定外のことが起こった場合は、行政もマスコミも、そしてそれほど被害が大きくない他の病院も、連絡が取れない病院のことを考えてほしい、助けてほしいと思います。今勤めている鹿島記念病院は、石巻市の内陸部にあり、津波だけは来ない所にあります。まさかあのようなことがもう一度あることなど考えたくもないですが、万一の時には、沿岸部の病院の支援に回りたいと考えています。それが恵愛病院で津波被害に遭い、命が助かった私たちの使命なのだと思います。

南浜中央病院、そのとき、いま、これから

特定医療法人松涛会 南浜中央病院 理事長
高階 憲之

松涛会南浜中央病院は平成23年3月11日に東日本大震災の津波により2名が死亡し、病院建物の1階部分が全壊するという壊滅的な被害を受けた。病院周囲は翌日も水が引かず入院患者と職員300名が3日目まで孤立したが、5日目に患者職員全員が病院脱出をして岩沼市内にて避難所生活となった。外部との交通が可能となった3日目からは入院患者の転院作業を行い10日目の3月20日に全ての入院患者の転院が完了し、避難所生活が終了するとともに南浜中央病院は休院した。震災から1年後の平成24年4月、一帯が災害危険地域に指定され住民が居住出来ない中で部分再開をしたが、現在でも5病棟中3病棟しか稼働はできないままである。

南浜中央病院は宮城県南部の岩沼市に所在する。南浜中央病院は、この岩沼市の沿岸南部、福島県から流れてくる阿武隈川の河口近く、遠浅の太平洋の海岸線からは約700m内陸に位置している。多くの住民と同様に、この地を大津波が襲うなどとは夢にも思っていなかった。平成22年2月28日、遠い南米チリで発生した地震による津波が日本の太平洋沿岸に到達した。連動型の宮城県沖地震が発生してもハザードマップでは当院までは津波に襲われる可能性はないとされていたが、気仙沼港の埠頭が海水に覆われる映像を見て、病院では津波が発生した場合の避難方法を検討した。病院が平野部に立地していることから入院患者を津波が及ばない遠方に水平避難させることは不可能であるため、大津波警報発令時には1階の患者全員を上階に避難させるという垂直避難を行うこととしていた。奇しくも震災直前のチリ地震津波から1年経った2月28日、この避難方法を再確認したばかりであった。

平成23年3月11日14時46分、マグニチュード9、最大震度7を記録する東日本大震災が発生し、最大震度6で繰り返し繰り返し、病院は揺さぶられた。地震は建物設計の想定内であり、揺れがキラパルスとはならなかったため、地震そのものによる建物被害はほとんど無かった。しかしながら、約1時間後に襲来した津波により建物の1階部分が天井近くまで浸水し、1階にあった内科療養病棟と認知症治療病棟の2つの病棟と病院の電気・ガス・水道・下水といったライフライン及び通信手段、駐車場にあった全ての車が流され、周囲の道は冠水し病院は孤立し交通手段も失った。(表1)

表1

津波による被害状況(建物・設備)	
院内設備(1階部分すべて)	外部設備
外来診察室(精神科、内科)	電源設備
歯科診察室	空調設備
デイケア部門	ボイラー
認知症治療病棟48床	浄化槽
内科療養病棟42床	非常用自家発電設備
薬局	貯水設備
患者浴室	業務室
事務部門	倉庫
FCR撮影装置(レントゲン室)	病院マイクロバス1台
X線ポータブル撮影装置	病院患者送迎用ワゴン車2台
脳波計・心電図計	病院用乗用車4台
超音波エコー装置	職員の通勤用自家用車70台
臨床検査室	通院患者の自家用車5台
心理室	
ケースワーカー室	
給食・調理部門	
エレベーター	
倉庫	
売店	
職員食堂	
職員更衣室	
霊安室	

地震直後の情報が途絶えた中、津波が来るはずは無いと多くの職員が思う中でも、申し合わせの通り1階の患者全員の垂直避難を速やかに行ったことで、患者は全員無事であった。しかし、地震後に夕食の支度に取りかかろうとしていた調理の委託職員2名が津波に巻き込まれ命を失った。患者職員約300名は5日間の院内避難後に、病院を脱出し避難所へと移動した。約200名の入院患者の全てが自宅退院や転院をし、発災から10日目の3月20日には入院患者がゼロとなった。こうして南浜中央病院で被災した患者職員の急性期は終わった。これは、災害対応の循環体系（disaster management cycle）では、crisis managementの災害対応に該当する期間でもある。

病院という組織を考えた場合に、災害サイクルを日数で区切ることが果たして適当であろうか。今回の震災では避難所に病院脱出をしたが、避難所は病院として機能したため診療報酬の請求が認められた。病院の本当のサバイバルは避難が終了して入院患者がゼロとなって収入が途絶えたところから始まった。病院は労働集約型産業であり、多くの医療従事者がいなければ成り立たない。復旧をするためには職員の流出をどうやって最小限とするかが最大の課題であった。収入が途絶えた以上は、職員の雇用を継続することは不可能であり、平成23年4月15日付で多くの職員との雇用関係を退職や出向、休職により一旦絶たざるを得なかった。将来とも病院への復職を望まない職員が退職し、長期にわたって雇用保険を受給し待機をし、病院が再開した場合には復職する予定の職員が休職を選択した。他の医療機関等に就職するが、病院には籍を残して病院と出向先と本人が契約を結び復旧時には復職することに同意した職員が、この在籍型出向を選択した。

復興の補助金や融資制度を利用する目処が立ち、23年8月から建物の復旧工事を開始することができた。しかし、同じ物を同じ場所に寸分違わず作るということが原則である原形復旧が補助金の条件としてあった。南浜中央病院の周辺一帯は、災害危険区域に指定されるといわれ、住居の新築は許可されなかった。そのような危険な地域で、病院の再建が可能かどうか県に問い合わせたところ、まだ災害危険区域に指定されていないこと、建築基準法上での制限の対象は住居であり病院はそもそも対象とならないこと、復旧工事は新築では無く修理であることから制限されないことから、現地での復旧工事は可能であるとの回答を得た。災害対策のために、敷地内に新たにピロティ構造の病棟を建築し、被災した1階の2つの病棟を移転し減災を図る計画や、病院そのものを内陸に移転して防災をはかる計画は、原則として復旧の対象とならず、もし対象となっても金銭的な負担も大きくなることは明らかだった。そしてそれ以上に再開まで年単位という時間がかかることが予想されたことから、地域あつての南浜中央病院であるため、災害危険地域の中での再開を目指すこととした。（表2）

表2

病院と建築制限
<ul style="list-style-type: none"> ● 建築基準法では建築制限の対象は住宅のみで、その他は制限の対象外で、新築可能 ● 岩沼市は24年12月に沿岸地域を災害危険区域に指定したが、建築制限は住居のみ ● 災害危険区域は市町村の条例に基づき、自治体によって指定内容は異なる ● 独自の条例により建築制限対象を病院や福祉施設に拡大した市や町もある。

復旧工事資金は補助金と借り入れである。震災復旧補助金の補助率は官民で異なり、公立精神科病院が2/3に対して、民間の精神科病院には1/2と民間病院が低かった。それよりも驚いたことに、補助対象の区分では、精神科病院は医療施設に含まれず保健衛生施設等に含まれるということであった。新たな借り入れをしたことから、8年前に病院を新築したときの借入金と今回の借入金で、病院は二重債務の状態となった。(表3)

表3

平成23年度厚生労働省第一次補正予算	
●医療施設等の災害復旧	906億円
(1)医療施設等の災害復旧等	70億円
①被災した医療施設等の復旧に係る施設整備に対する国庫補助率を引き上げ、所要の国庫補助を行う。	
○国庫補助率の引上げ	1/2 → 2/3 (例：公的医療機関)
※上記に加え、岩手県、宮城県及び福島県については、平成22年度補正予算で設けた「地域医療再生基金」における交付額の上限である120億円をそれぞれ確保。	
②被災した医療施設における患者の療養環境の改善に係る施設整備に対する国庫補助を行う。	
(2)保健衛生施設等の災害復旧	13億円
被災した保健衛生施設等(保健所、火葬場、食肉衛生検査所、精神科病院など)の復旧に係る施設整備に対する国庫補助率を引き上げ、所要の国庫補助を行う。	
○国庫補助率の引上げ	1/2 → 2/3 (例：保健所、火葬場、公的精神科病院など) 1/3 → 1/2 (例：食肉衛生検査所、民間精神科病院など)

被災病院からの医療保護入院者の転院は、震災特例により一連の入院と見なされ手続きは簡略化された。当初は平成23年内の再開を目指していたことから、震災からおおよそ半年後に医療保護入院者の再入院時の手続きについて県を通して厚生労働省に問い合わせたところ、もはや非常時では無いので通常を取り扱いを行うようにとの返答であった。被災地の実情をあまりにも理解していない回答であり、県を通して改めて申し入れを行った。その結果、再開時には転院したときと同様の特例が適用となり、被災した病院から医療保護入院で転院し、その後も入院形態が変更されずに医療保護入院で被災した病院に再入院する場合には、一連の入院と見なして良いと示され、簡略化された手続きでの再入院が可能となった。ただ、患者の転院先からの移送は、全て自前で行わなければならなかった。資材不足や人材不足から、病院再開は平成23年内から平成24年4月にずれ込み、人件費の増大に資材の高騰も加わり工事費も予定の倍近くに膨らんだ。

被災から病院の再開、そして現在まで病院に組織的な医療支援が入ることはなかった。休院中は病院が稼働していないのであるから、被災地支援の医療チームが来ることもない。再開してからも医師や看護師の組織的な支援は全くなく、マンパワー不足は続いている。定床を超えて入院をさせても入院費の減額はされないという震災特例が出されていたが、定床を超えた場合のみであり、定床以下で病院を稼働し人手不足のため基準を満たすことができない場合には適応されない。被災して段階的に再開した当院のような病院は人員基準を守らなければならず救済はない。しかし、被災地でも被害が少なく通常通り運営している病院は定床を超えての入院が認められ、病院を潤すこととなった。

震災から2年以上が経った。被災地の復興とは何だろうか。被災地では、建物の土台だけが残った土地が広がり、26万人上の人々が今も避難生活を送っている。震災前の景色を思い出すことも難しくなっている。移転事業、被災地域のかさ上げ事業、防潮堤の新設事業等、種々の事業は行われ、復興を目指すというが、復興のゴールは見えずつつ到達するかも分からない間に、忘れられようとしている。震災直後の被災地支援のキーワードであった「安全・安

心・安眠」が必要なことは今も変わらない。災害危険区域に病院がある以上、防潮堤が整備されたとしても本質的に安全と言うことはできず、同様の震災が起きた場合に100%避難出来る術もないので制御安全と言うこともできない。被災しても、民間病院は公立病院のように数年先に移転再開ということは現行の制度下では不可能である。民間病院としては、土地を得てゼロからの再出発となれば、再建を断念し病院を閉鎖する方が賢明であろう。震災は繰り返す。震災は終わったわけではなく、次の震災の準備段階である。災害大国日本にいる以上、震災にあった民間病院がすぐに復興出来る対応策の早急な確立を望みたい。(表4, 5)

表4

継続可能な医療を

- 医療は地域生活にとって必須である
- 医療は社会のセーフティネット
- 医療は社会資源であり、公共財であり、民間病院であっても他の営利企業とは一線を画すべきである
- 災害時に、医療従事者に犠牲を強いない風土と制度が必要

表5

現状

- 津波への防災対策は防潮堤のみ
- 周囲は災害危険区域となり、住居は建築不可。病院は建築制限の対象外
- にもかかわらず病院には24時間災害弱者が在院している
- 迅速は水平避難は不可能
- 津波への不安を口にして災害危険区域内の病院に就職する人は少ない。
- 津波に対して常に不安を抱えながら病院で過ごしているのが現状

2011年3月11日を振り返って

元 医療法人くさの実会 光ヶ丘保養園 副院長
現 医療法人眞美会 麻見江ホスピタル 副院長
新階 敏恭

はじめに

2011年3月11日に発生した、日本列島東方沖を広く震源とするマグニチュード9.0の大地震は、大津波を発生させ、東日本の沿岸部に未曾有の大災害をもたらした。

被災地で暮らす人々には、大震災の直接的な人的・物的被害を体験・見聞することによって、一部に、急性ストレス反応やPTSD（外傷後ストレス障害）、死別反応の発症が見られた。また現在、多くの人々に、避難所・仮設住宅での生活や職場環境の変化、失業などによって、適応障害や抑うつ反応、うつ病が発症することが危惧され、被災地でのメンタル・ケアの重要性が叫ばれている。

今回、2011年3月11日を振り返って、被災した一精神科病院（光ヶ丘保養園）における、職員の判断・行動、患者の精神・身体の状態、病院施設の状況について、時系列で記述、報告したい。また、被災した精神科病院に勤務していた一精神科医として、震災への対応のために役に立った知識、経験について述べたい。最後に、入院患者の精神状態の変化、及び、被災地におけるこころのケアの問題点について述べたい。

大震災の中で… 光ヶ丘保養園では

当院の苦闘について、報告する。

1. 病院の概要

当園は、気仙沼湾の入江に位置し、周囲を緑に囲まれた 恵まれた環境の中にある。

病床数 268床（精神保健福祉法指定病床10床）

職員 常勤医師5名含め 計148名

2. 当院での動き

3月11日

午後2時46分。新階医師（以下、筆者）は、光ヶ丘保養園（以下、病院）建物3階の第2医局に、同僚の医師とともにいた。突然、建物が、地響きとともに揺れ始めた。今まで経験したことがないような、強い揺れが、数分間、続いた。

停電になり、非常用電源が点灯した。

職員が数人、病院から約100メートル先の海岸を見に行った。筆者も、海を見に行こうと考えたが、その時、堤防の高さを超えて盛り上がるように濁流が上流に向けて逆流し、その上を大型の船が、橋を乗り越えて行った。その直後、濁流が堤防を越えて、病院に向けて流れ迫って来るのが見えた。

筆者も、同僚の医師から「避難しましょう」と促されたが、病棟の患者や看護職員のごとが心配になり、2階の閉鎖病棟に向かった。

2階の閉鎖病棟(1病棟)に行くと、看護職員が、患者を連れて自主的に避難し始めていた。

どこからか叫び声が上がった。「津波が来た、逃げろ」

看護職員は、まず、歩くことのできる患者を屋上に誘導した。次に、車椅子の患者をそれぞれ職員2人がかりで持ち上げ、階段を登ろうとしたが、もうすでに階段室2階踊り場まで海水が渦巻き、吹き上がって来た。そこで、車椅子を捨て、職員一人が患者一人を背負い、吹き上がる海水に浸かりながら階段を駆け上った。寝たきりの患者は、職員がシーツに包み、一人で担いで階段を駆け上り、屋上に寝かせた。

看護職員や栄養室職員の獅子奮迅の働きで、10分で、入院患者全員を、屋上へ避難し得た。

筆者も、職員、患者とともに屋上に上がった。

そこから、外、眼下には、信じられない光景が広がっていた。

病院建物2階まで、黒い海水が渦巻き、押し寄せ、辺りの民家はメリメリ、バキバキという轟音とともに破壊され、病院に押し寄せ、また引き波にさらわれていった。空は、にわかにかき曇り、雪も降ってくる。風が冷たく、寒い。じっとしてられない。

泣いたり、茫然自失となる人々の中で、筆者は、これから、この病院に閉じ込められた350人もの人々の、水、食料を、いかに確保していくか、また、いかに病院の機能・経営を維持するか、そのことを考え続けていた。

2時間程、屋上で過ごし、海面が下がっていることを確認して、全員で3階の男性病棟に移動した。

病院の周囲は、水と瓦礫の山。外界から完全に孤立している。携帯電話、固定電話も通じず、ネットも使えない。通信手段はない。

生き残りへ向けての戦いが始まった。

1階の外来、薬局、給食室等は、柱のみで中身は跡形も無く流された。2階病棟も、床上の浸水で、汚泥にまみれている。

電気、水道などライフラインが途絶し、非常用電源によるランプの薄暗い光の中、入院患者は、3階の男性フロアで、男女別にエリアを区切り、8人部屋に20人が入り、生活することになった。

看護職員は、患者の群れの中で、一つの布団を患者と分け合って、横になった。

医師や事務職員は管理棟3階の廊下や医局で身を寄せ合って、過ごした。

筆者は、明日の早朝から活動することを考え、早めに眠った。余震が何回もあったとのことだが、ほとんど気づかず熟睡した。

3月12日

筆者は、早朝、日の出とともに起き、病院の外へ出た。瓦礫の山を越えて、市内に行き情報収集をするつもりであったが、病院職員から「行くな、死ぬぞ」と声がかかり、病院に一旦戻った。しかし、やはり、被害の情報、全体像の把握、行政との連絡が必要と考え、病院の誰にも言わず、黙って、外へ出た。

余震が続き、大津波警報が継続している状況で、筆者は、瓦礫の山を乗り越え、堤防の上を上下する海水に浸りながら、かろうじて足幅の厚みのある堤防上をバランスを取りながら歩いた。

全面瓦礫の迷路と化した鹿折地区を、ガスボンベがあちこちで爆発する中、何とか市街中心部に向けて、歩いた。結局、通り抜けられず、大船渡線の線路の上を歩き、トンネルを通過して、市街地へ出た。踏切は壊れ、警報機が鳴り続けている。

帰院後、直ちに、幹部会議を開いた。

院長や事務長に、市内の様子、及び市中心部、市役所へたどりつくためのルートを伝え、市役所、医師会等との連絡を提言した。

まず、この病院建物に取り残された350人のために、清潔な水の確保が急務である。

筆者は、院内、病棟にあるペットボトルを、全て集めるように指示した。栄養室職員によって、沢の水を大なべで煮沸し、砂糖、塩を入れて、ペットボトルに詰め、患者一人一人に持たせ、飲用とした。

また、看護職員に対して、手は頻回にアルコールで消毒し、患者のおむつ交換、処置は最小限にすることを伝えた。

入院患者の薬は、一階の薬局が流されたので、筆者は、病棟に残されていた1週間分の薬で、以下の方法で、薬、材料が供給されるようになるまでの3週間をしのぐことを考えた。最初の1週間は、各患者さんがもともと飲んでた薬のうち、夕食後の薬だけを処方し、次の1週間は、昼食後の薬だけを夕食後に処方、3週間は、朝食後の薬だけを夕食後に処方することとした。

精神科薬は夕食後に多く、身体科薬は朝食後に多いので、上記の方法によって、精神科薬は徐々に減量され、一方、血圧上昇や身体合併症の重くなる2週後以降に、身体薬が加わることになり、最低限の必要を満たすであろう。

3月13日

地域の消防団員から、パン、菓子が、ゴミ袋一つに詰められて届けられた。

3月14日

早朝、全職員を3階のダイルーム（ホール）に集め、院長が全職員を激励した。また、筆者から、現在の被災の状況及び「大震災」の今後予想される経過（ライフラインの復旧時期、仮設住宅の建設時期など）を説明した。

(筆者は、「阪神淡路大震災」時に、埼玉県医療チーム医師として、避難所での医療支援を行った経験がある)

3月15日

航空自衛隊のヘリコプターが、病院前のわずかな平地に降り立った。病院東方数キロの山中で、林野火災が発生していると言う。院長が、入院患者及び職員の全員避難を決定した。

避難に向かう場所、方法は二転三転したが、結局、病院から約5 km離れた唐桑小学校体育館に、東京消防庁マイクロバスによって、搬送されることになった。

この頃から、精神科薬の1/3の減量による退薬症状が、多くの患者で表れ始めた。不穏・興奮状態となる患者はほとんどいなかったが、てんかん発作があちこちで多発した。

唐桑小学校体育館は、暖房もほとんど効かず、零度に近い気温で、厳しい寒さであった。先に避難した、院長と身体科医師は、病院に戻ってきた。

最後の搬送患者とともに、筆者が体育館に向かい、患者、事務長、薬局長や看護職員らとともに、泊まった。

毛布も不足し、患者と分け合いながら過ごしたが、ほとんど眠れなかった。一晩中、筆者の名を叫び続ける患者もいた。

3月16日

林野火災もほぼおさまったので、東京消防庁マイクロバスによって順次患者が搬送され、正午には、全避難患者の病院への復帰が終了した。

自宅が被災した院長や筆者を残して、他の常勤医師たちは、仙台や一関に避難して行った。

院長、筆者、事務室職員、薬局長、検査室職員、栄養室職員、看護長及び看護職員の多くは、病院に泊まり込んで活動を続けた。

栄養室職員は、作業療法棟に泊まり込みながら、350人の入院患者、避難者、職員のために、食事を作り続けた。作業療法棟一階を食材等の置き場とし、屋外にテントを張り、瓦礫を燃料として、レクリエーション用の大鍋で、ご飯を炊き副食を調理した。早朝から、重油のしみついた瓦礫を燃やして黒煙に燻されながら、大鍋でご飯を炊く、水を沸かすことを何度も繰り返した。

3月17日

気仙沼市による給水車での給水も開始され、また、食糧などの支援物資も定期的に届けられるようになった。

筆者は、入院患者の水分、カロリー摂取量を上げるように指示した。また、おむつ交換、清拭も頻回にするように、また、体温に注意し低体温にならないように、瓦礫を燃やして温めた湯をペットボトルに入れ、低体温が疑われる患者の寝具の中や腋窩近く等に配置するように指示した。

また、脱水が疑われる患者に対しては、早めに補液を開始した。
そのような努力にかかわらず、入院患者の中でも、とくに合併症のある男性患者から、肺炎や急性心不全で亡くなる人が増えてきた。

全国あちこちの災害医療チームが、日中に来て患者を見ては帰っていく。

3月18日

県障害者福祉課から、肺炎患者等をリストアップするように指示された。

3月19日

東北大学精神科医局の医師が、視察のため来院した。

筆者及び看護職員は、連日、全力で、肺炎患者の治療にあたっていた。肺炎が遷延する入院患者数名を、医療チームの仲介によって、県内各病院に紹介し、転院させた。

3月20日

自衛隊によって、津波の泥水が流入した2階女性病棟の清掃作業が行われた。

気仙沼市医師会長が、視察のため来院した。

県、国（厚生労働省東北厚生局）が、光ヶ丘保養園の全入院患者を全国の他の精神科病院に移送し、病院機能を停止させる意向を固めた。10人程度ずつ、患者を、東北、関東の精神科病院に、ばらばらに移すという。

気仙沼保健所長らが、全患者移送、病院機能停止について、院長を説得するために来院した。院長は、同意した。

県障害者福祉課の担当者から、全入院患者のリストを提出するように、命じられた。

3月21日～23日

事務長をはじめとする事務職員の力によって、大型発電機（灯油によって稼働可能）を借り入れ、稼働した。病棟内のほぼすべての照明が点灯した。

また、井水の貯水槽が津波によっても破損しなかったのも、そこから水を、ポンプで病院屋上のタンクまで汲み上げ、病院各所に供給できるように、配管を修正した。汲み上げた井水には、塩素を入れ、蛇口での残留塩素濃度を測定した。しかし、念のため、井水は、手洗い、トイレ用とし、入院患者の飲用としては、あくまで、市給水車からの水を使用した。

県障害者福祉課の担当者に、全入院患者のリストを提出した。

3月24日

事務長をはじめとする事務職員の力によって、何とか、ボイラーを手配し、病棟の暖房を確保した。

3月25日

県災害医療コーディネータ 大庭医師らが、来院し、視察した。

筆者は、医系の行政職員であった経験から、この大庭医師が事実上の決定者であることが分かっていたので、事務長、看護長とともに、大庭医師らを病院内に案内し、光ヶ丘保養園がライフラインを自力で復興し、病院機能が維持されていることを、印象づけた。

大庭医師は、「仙台で聞いていたことと全然違う。職員の士気も保たれ、患者の表情も明るい。ライフライン、物資も、充分あり、全く病院継続は可能である」と言われた。大庭医師によって、行政に働きかけがあり、県、国は、全患者転院、病院機能停止方針を中止し、病院継続を黙認した。

3. 患者数の推移

	3月11日～17日	18日～24日	25日～31日
入院患者数の推移	250人→246人	244人→231人	230人→226人
死亡者数	2	5	2
男	2	4	2
女	0	1	0
退薬症状によるてんかん発作(人数)	4	11	0
てんかん患者のてんかん発作(人数)	3	2	0
肺炎患者(罹患者数)	1	20	1
低体温が原因と思われる死亡者数	2	1	0

筆者の知識、経験のうち、震災に遭遇して、役に立ったもの

1. 阪神淡路大震災の時、埼玉県医療チームの医師として、現地に赴いたこと(1995年)

震災は、いずれ収束し、復興は意外に早期から始まる。震災エリアは限られており、そのエリアの外では、普段とそんなに変わらない日常がある。

2. JICA(国際協力事業団(当時))公衆衛生専門家としてネパール王国(当時)に派遣されたこと(1998年)

極限状況の中でも、清潔な水 + 電解質 + カロリー が重要である。体内に入るものは清潔に、それ以外は不潔でもやむを得ない。

3. 埼玉県健康福祉部医療整備課主査などとして、衛生行政に携わったこと(2000年)

行政には、「独特な」意思決定のプロセスがある。一病院の機能停止も、意外に少数者の意見で決定され、一旦決まると機械的に実行される。

その意思決定を覆すためには、行政の事情に精通している必要がある。

入院患者の精神状態の変化、及び、被災地におけるこころのケアの問題点について

1. 入院患者の精神状態の変化について

① 震災時の入院患者の精神状態は

多くの入院患者は、良い意味で軽度の緊張状態にあり、抗精神病薬、抗うつ薬等が1/3程度に減量されたにもかかわらず、震災以前に症状として認められた、幻覚、妄想、緊張病症状、意欲低下は、大幅に改善していた。

② その後の入院患者の精神状態は

約1/3の患者は、入院前の精神状態に戻り、抗精神病薬等の服用量も再び増加、ほぼ入院前の量となった。残り約2/3の患者は、抗精神病薬の量が大幅に減量されたまま、精神状態も変わらず、あるいはむしろ改善していた。

2. 被災地における、「心のケア」の膠着状態!?

被災地で暮らす人々には、大震災の直接的な人的・物的被害を体験・見聞することによって、一部に、急性ストレス反応やPTSD（外傷後ストレス障害）、死別反応の発症が見られた。また現在、多くの人々に、避難所・仮設住宅での生活や職場環境の変化、失業などによって、適応障害や抑うつ反応、うつ病が発症することが危惧されている。

このように、被災地では、メンタル面のケアを必要とされる人は多いと思われるが、人々は、お互いに辛いことを抱えているのがわかるので、話し出せない。被災しなかった人には、どうせ自分たちの辛さは理解できないだろうと思って、話し出さないことが多い（図1）。



図1

メンタル・ケアの第一歩は、つらい体験、思い、気分、感情を、他の人に話すことであり、人々が、思い、感情を言葉にしやすいような場の設定、環境の整備が重要であろう。「こころのケアセンター」とサテライトの実現、充実を期待したい。また、被災地における、生活基盤及び雇用の、早急な回復を願うばかりである。

被災地の精神科病院の立場から

宮城県石巻市の単科精神科病院の状況

有恒会こだまホスピタル
佐藤 宗一郎

はじめに

宮城県石巻市は三陸海岸沿いに位置する人口151,314人（平成25年6月現在）の県第二の都市である。平成23年3月11日14時46分、当院の位置する宮城県北部沿岸部は震度6弱から6強の激しい揺れにみまわれた。当地域においては、地震の揺れそのものによる被害とともに、その後に発生した大津波による被害が甚大であった。石巻市の浸水面積は 73平方キロ に及び、住宅地・市街地の実に46%が浸水した。当時、その浸水範囲内の推計人口は 112,276人、実に当市の人口の69%に及んだ。石巻工業港と石巻漁港の海岸沿い、鳴瀬川、淀川、旧北上川の河口沿いに広大な浸水域が広がっていた。

有恒会こだまホスピタル（以下、当院）は海岸から直線距離約1.5Km に位置する病床330床の精神科病院であり、地域の精神科基幹病院としての機能を担っている。平成23年3月当時、病院職員は約250名、常勤精神科医12名（内指定医10名）、常勤内科医1名、非常勤医8名が在籍していた。病棟は閉鎖病棟3病棟、開放病棟2病棟、認知症疾患治療病棟1病棟から構成されている。発災当時、当院近くを通る国道398号線、JR石巻駅周辺も浸水・冠水した。当院北東部の日和山公園から見る旧北上川河口部は壊滅状態であった。海岸沿いの門脇地区にある小学校は、地震の揺れ、津波の被害と同時に、震災後に発生した火災により壊滅的な被害を受けた。

東日本大震災により甚大な被害を蒙った当地において、地域で機能していたほぼ唯一の精神科病院として当院が経験した状況と対応について報告する。

病院の状況と対応

地震発生当初は当院の地震マニュアル通りに対応した。病院職員は、家族・家の状況が分からず不安を抱えたまま、患者の安全確認と各部の点検に追われた。当院付属の託児所へ避難指示を行い、当院への避難を誘導した。託児所の建物は避難が完了した直後に津波が押し寄せ水没した。病院職員用駐車場にとめてあった70台の車が水没、さらに病院隣の自動車学校まで津波が押し寄せた。周囲を津波による海水と瓦礫で囲まれ陸の孤島となったが、奇跡的に病院建物は津波の被害を免れた。

復旧にはかなりの時間を要した。電気は、地震後すぐに停電となり、自家発電へ切り替わった。しかし、発電に必要な重油を自家発電装置に汲み上げるポンプが地震で壊れ、32時間で停電になった。送電が再開されるまでは5日を要した。固定電話はすぐに不通となった。非常用電話も同様であった。携帯電話は通話困難な状況であったが半日程度メールの送受信は可能であった。その後は全面不通となったが2～3日で徐々に復旧し、3週間後には、完全復旧し

た。当地区では、ソフトバンク、ドコモ、auの順に復旧した様である。

水道は断水となったが、貯水タンク分が使用可能であった。タンクの水が無くなる前に自衛隊の給水車による補給を受けることができ、なんとか賄うことができた。水道の一部復旧に18日、完全復旧には33日を要した。都市ガスは翌朝まで使用可能であったが、その後は使用できなくなった。これはガス管の寸断と仙台港のガス供給基地が津波で壊滅したため、復旧に34日を要した。インターネットは地域のプロバイダが水没し使用不能となったため、送電が再開されてからも復旧に3週間程度必要であった。道路は震災直後より陥没と橋の崩落により寸断され、外部に向かうルートがなんとか開けたのは、国道の海水が40cm程度に引いた地震発生2日後であった。しかし、その直後からはガソリン不足で車が走行困難に陥るという事態に直面した。

病院各部署の対応

1. 看護部の対応

当院看護部が最優先事項としたのは安全確保であった。非常用電源が32時間程で停止したため電気錠が解除となり、看護師2名が離院防止のため24時間常に非常口前に待機した。夜間は懐中電灯のみが光源となり転倒が最大のリスクになった。入院患者には基本的にベッド上安静を促し、ライトで廊下を照らし見回りを頻回にする、廊下にスタッフが駐在する等で対策し、転倒のリスクを回避した。

食事は、非常食や配給のパンとなった為、ペースト食などの食事形態がとれず、誤嚥・窒息のリスクが高まった。栄養部と協力して食材を病棟で刻む、固形の栄養補助食品を粥状にするなどの工夫をし、少人数毎に食事を取って頂き見守りを強化する、窒息に備えて掃除機や吸引器を食堂に配置するなどして対応した。外来看護師は、震災後帰宅できなかった外来患者20名のため待合室に新聞紙を敷き、毛布と一緒に雑魚寝し不安の傾聴や励ましを行いながら夜を過ごした。

次に重点的に行なったのは、感染防止であった。病棟では食前に食堂入り口での手指消毒の徹底し、トイレの汚物は、5階の風呂水を職員が毎回運び定期的に流すとともに、こまめに消毒を行った。病棟出入口にマットを置き、履物を消毒した。職員以外の院内への出入りを制限し、安否確認の家族等には、玄関で職員が対応した。

震災直後は歯磨きを控えるほどの水不足に悩まされたが、給水開始後に口腔ケアを実施した。毎日温タオルで清拭を行い保清に心がけた。飲料水を確保した後は、一人一人にお茶・水を配り、確実な飲水コントロールを行い、脱水や尿路感染を防止した。外来では、スリッパを使用して頂き、足ふきマットを用意、手指アルコール消毒の徹底、1日3度の床拭き掃除を行なった。それでも4月7日、ノロウイルス患者が発生したが、数名の感染で抑えることができた。

病床管理の面では、まず、寒さ対策が必要であった。暖房手段がなかったため、厚着と毛布の補充でしのいだ。服薬の中断等により病状の悪化する患者が続出し、定床オーバーが続く状態であったが、近隣の被災病院からの患者の受け入れ、避難所で状態悪化している患者の受け入れを行った。震災により退院先が“消滅”したため、治療目標の大幅な調整を余儀なくされた。

病状把握の面では、停電で暗闇が続く中、バイタルチェックの回数や巡視回数を増やし、異常の早期発見に努めた。外部と連絡を取れないことの不安や食事量の減少による不満が聞か

れ、対応を要した。また、せん妄、躁状態の方の増加などで隔離室が満室となり、拘束帯も不足するなどの事態に苦慮した。外部との連絡が取れるようになってからは、家族を亡くした患者の精神的援助も重要な仕事となった。

発災当初は院内に残った職員での交代勤務となり、一時は24時間勤務に近い状態であった。その後は日々変わる状況に毎日、勤務シフトの変更、作成を行い、日があるうちに業務が終わり、職員が明るいうちに帰宅できるように配慮を行った。PHSや院内LANが不通の為、連絡系統はその都度移動し口頭伝達する必要があった。職員とその家族の安否確認も困難であり、職員同士の情報交換を行うとともに、避難所を回り確認作業を続けた。

治療者側も被災者であった。

震災後、周囲は瓦礫の山で混沌とした状況であったが、病院内では患者の安全保持のため懸命の努力がなされた。

2. 事務部の対応

事務部は普段の業務に加え、病院・職員全体の状況を把握しサポートする役割を担った。発災直後から各部署の点検、職員の安否確認を行った。病院建物より海岸側にある当院付属の託児所に、病院への避難を促したのも事務部である。公的機関に救援要請を行ったが、自衛隊は人命救助を優先、市役所からは飲めない水と乳児用オムツが届くという混乱した状況であった。店内の在庫が売り切れるまで開いていた市内のスーパーに4時間並んだり、ディーゼル車で仙台へ行き食料調達を行ったり、付き合いのある卸業者からプロパンガス等を調達したりすることも事務部の仕事となった。復旧が進んできた際には医療費一部負担免除による返金作業などの業務に加え、ガソリン不足や公共交通機関の消滅などで通院が困難となった方へ送迎バス運行のサービスを行った。

3. 薬剤部の対応

発災後、すべてのライフラインが止まり薬剤部も全体的な機能不全に陥った。分包機が使用できないため、一包化での調剤が不可能となり、薬袋や分包紙を用い手作業で処方した。院内LANによる処方箋の発行ができず、手書き処方箋での対応となった。薬剤服用時の飲料水も不足していたため、散薬からの剤形変更を工夫した。薬剤等の納品もストップしており、問屋へ行き代替使用可能なものを調達してこることも薬剤部の仕事であった。

発災後10日間は院外の多くの調剤薬局が機能麻痺し当院に患者が殺到したため、様々な医療機関で処方された薬剤の識別を行い、代替薬品を提案し調剤した。糖尿病用薬服用患者に、発災後、食料が不足し栄養が十分に取れない中で、摂取エネルギーに応じた服用を行うようアドバイスをするなどの活動も行った。復旧期には特定の医療機関に支援薬剤が集中していたようであるが、民間の病院、薬局にはほとんど届かなかった。支援薬剤の管理と利用促進のためのシステムを新たに構築すべきであると考えられた。

4. 栄養部の対応

非常食の備蓄は1日1,000食が3日分であったが、同法人の介護老人保健施設の入居者・職員分で1日1,750食が必要になった。震災後4日目以降は不定期で業者から少しずつ納品があり、公的機関からの支援は2週間後からであった。献立を工面しながら1日3食は提供したが、栄

養量は40%～50%減となった。

ミキサーなどが使用出来ず咀嚼・嚥下食への対応困難となった。認知症病棟・慢性療養病棟では誤嚥・窒息によるトラブルに注意を払う必要があった。また、急性期病棟では食事量低下が少ないことに対する不安、不満から不穏を呈する方も認められた。病棟毎に食形態を統一、献立を変更すること対応を行った。入院中の方には当然1日3食提供しつつ、職員は1日おにぎり1～2個の食事となった。

非常食備蓄は病院が孤立した状況を想定し、職員食を含めて最低5日分必要であり、最小限のスタッフで運用できるよう配置を工夫するなど、非常食のあり方を変更する必要があると考えられた。また、備蓄内容は食形態が二極化する患者に見合ったものに変更し、嚥下食に対応した非常食を準備することが必要であり、栄養補助食品の備蓄を追加することも考慮すべきであると考えられた。

5. リハビリテーション部の対応

発災直後期では本来のリハビリテーション業務が出来ず、事務部や相談部と協力して食料の買出しや職員の検索・安否確認を行なった。精神科OTは3月22日より開始し、当初はリラクゼーションとカウンセリング的な会話を中心となった。血栓予防を目的としヨガストレッチなどの運動系のプログラムを同時に施行した。リハビリテーションを通じ、患者の体力維持とストレス発散に努めた。寝たきり患者の個別リハビリテーションは困難な状況であり、発災直後から急性期においては、結果として、廃用性の筋力低下に基づくADLの低下を招いてしまった。復旧後のケアによってその状態は徐々に改善していった。当院リハビリテーション部には、年齢的職業的な体力と医療的知識があり、他の職種と連携する上で非常に重宝であった。どの部署も「補完」出来る存在であり、普段からの他部署との連携が生かされた。

6. 地域医療相談部の対応

発災直後の混乱した状況下で、病院と家族、地域を連携する業務は困難を極めた。医療保護入院を考慮する際に保護者の確認が取れなく、市町村長同意で入院に至るケースが普段より多く認められた。停電中は入院届等の書類を作成することも困難であり、その提出先も二転三転する状況であった。ガソリンが確保されてからは、沿岸部においては保健師の訪問により家族の生存確認はできたが、直接連絡は取れない状態が続いた。6月以降は医療費一部負担免除証明書の手続きを該当者に啓蒙活動を行った。

おわりに

発災直後の混乱した状況において、やはりチーム医療の大切さが実感させられた。日頃より各部署の連携を密にし、責任者が全体を統括し導くことが必要であった。今回の大震災下では公的機関からの援助がほとんど得られず、私的につながりのあった民間機関・病院からの援助がほとんどであった。青森の病院から届いたストーブの暖かさ、広島病院からの支援物質に入っていた“もみじ饅頭”の甘さは忘れられない震災の記憶のひとつである。また、平時の心構えの大切さと備蓄の重要性を痛感した。自家発電の充実と停電対策を行う事、ディーゼル車や衛星電話等複数のライフラインを持つ事、食料の備蓄は職員の数も考慮し最低5日分用意する

事、医療関係者はプライマリケアや救急対応を行う能力を維持向上させる事が重要である。大規模災害下では、地域の人すべてが被災者である。被災者をサポートする者も例外ではない。

日頃より当院スタッフの志気は高く、東日本大震災時においても、大半が自らも被災者であるにもかかわらず、その団結は確固たるものであり、患者の安心・安全・安眠を守るため不断の努力がなされた。ともに震災を乗り越えてきた一医療従事者として誇りに思う。今回、私たちが得た経験、教訓、犠牲が今後の礎となることを期待する。

東日本大震災を振り返って

医療法人移川哲仁会三峰病院 院長
連記 成史

はじめに

平成23年3月の東日本大震災において気仙沼市は大きな被害を受けた。幸いにも当院は直接的な被害は比較的少なかったが、地域の医療は大きな被害を受け、障害者を取り巻く状況は激変した。グループホーム、特養、老健、介護サービス事業所、作業所などが被災したため対応能力が極端に低下、構築した地域ネットワークが十分に機能しなくなり、障害者を支援する担い手は不足し、障害者のサポート体制は一刻の猶予もない事態に陥った。こうした状況の中で当院の急性期の対応を、外来の対応、院内の対応、地域連携に分けて振り返りたい。

外来の対応

当院の外来においては、地震・津波発生後より救急搬送者の対応に追われた。震災直後は気仙沼市内で機能している病院は気仙沼市立病院と当院の2か所のみとなった。気仙沼市立病院は混乱状態にあり、発電機故障により外来対応を制限することとなったため、当院へ専門外の患者が殺到し、小児や妊婦までも外来対応をせまられた。多くの患者が新たなカルテ作成が必要であったが、保険証などの流出により個人特定が困難であった。

診察においても、病歴聴取や持参した薬剤を特定する作業にかなりの時間を要した。また、診察後には落ち着きを取り戻した患者の避難所確保のため、受け入可能な避難所を探す必要があった。

外来対応においては薬の処方が必要な要素であるが、多くのケースで薬の流出により薬剤情報がなく、薬剤情報提供書を出していない医療機関もあり、対応は困難を極めた。調剤薬局の薬剤師と連絡が取れず、院内薬局で対応するも薬剤補充の目途が立たないため3日分の処方に限界であった。特定困難な薬剤（特に散剤）もあり、識別コード辞典と照らしながら薬剤の確認作業を行った。3日目より窓口を数か所設け、処方箋希望者と診察希望者を別けて対応した。この際に必要と感じたものは、最新の薬剤識別コード辞典、そして停電の中での薬剤特定、手作業での分包に時間がかかるため部屋全体を照らせる照明（LED ランタン等）であった。

院内の対応

元々高台に病院があったため建物自体に大きな被害がなく、病院周辺の道路状況も比較的保たれていた。幸いなことに震災による職員の人的被害がなく、職員が病院に集結できた。このため病院としてほぼ通常の看護体制や診療体制を確保することができた。

院内での対応においては、電気、水、ガス等のインフラの確保、復旧が重要であった。震災

後すぐに自家発電装置へ燃料の移し替えを行い、照明と延長コード類の確保に努めた。エレベーターストップにより各病棟への配膳車を運ぶことができなくなり、厨房から3～4階の病棟まで職員の手渡しで対応した。震災3日目から近隣の変電所が復旧し電気が供給され、同時にエレベーターの早期点検を業者介入し復旧することができた。水の確保においては、残量確認を行い3日間の使用は可能と判断の上、節水を呼びかけ、翌日には給水車を要請して対応した。ガスについてはガス会社に依頼、ボンベ付きコンロを厨房に設置して対応した。ガソリンの確保も職員の通勤、患者の搬送、物資の搬入などに必要であったため、スタンドに直接交渉、病院職員の証明書を提示して対応してもらった。

食料確保では備蓄分(1日分+ランニングストックの食料数日分)があり、幸いにも週末であったため週明けまでの食材があり、ある程度の量を確保することができた。震災翌日には委託業者から食材納入あり備蓄分以外の食材確保ができた。安定した食料確保の目途が立たなかったが、入院患者には1日3食提供の維持に努めた(昼食は軽食対応)、職員にも必要量を提供することができた。震災2日後より行政、病院との取引業者から支援物資が届き始め、同時に委託給食会社からの食材物資の配送が始まった。被災会社から冷凍庫が使用不可となった為、「よかったら冷凍食品を使ってほしい」と食品を提供して頂いた。こうした支援もあり、震災4日後には職員への通常食の提供が可能となった。現在では震災での経験をふまえ、緊急時の対策として、食料備蓄を1日分から3日分に変更し、経管栄養用濃縮流動食についても増量確保している。

外部、内部も含めた各方面との交渉、連携には情報収集・連絡手段が不可欠であった。毎日1～2回、防災センターへ行き情報収集と支援物資を要請した。防災センターより衛星電話を借り入れ、情報共有と物資要請、職員、家族の安否情報を得ることができた。内部の情報伝達には内線電話が通じなくなったため各病棟への連絡手段は職員が走って対応していた。

入院患者の対応では朝夕のミーティングを行い、各病棟状況、被災状況を確認し情報共有を徹底した。オーバーベッド状態で、病棟は元々の入院患者と急性期入院対応に不眠不休の対応に追われた。この中で高齢者の低体温者続出し、暖房復旧が急務であり、南側の部屋に移動させ、ホッカイロやペットボトルにお湯を入れて対応した。震災14日後にようやく院内の暖房が復旧した。

避難所としての役割も求められ、避難者および職員、職員家族の休息場所を確保し、絨毯・毛布・衣類・食事の提供をした。主な避難者は避難所対応困難となった作業所利用者および自宅被災職員(15名程)とその家族であった。

職員のケアも大きな問題となっていた。職員の家族と休暇中の職員の安否確認ができない状態で勤務を続けることへの葛藤が大きかった。震災5日目により職員が無事を確認できた。職員は泊まり込みで勤務したため健康面が懸念された。経済的な面でも銀行が被災したため、職員家族分の食料確保するうえで必要な資金を現金で支給するといった対応が必要であった。

困難な状況の中、できる限りの対応は行っていたが、あえて当院の対応の問題点を挙げるとすれば、直接被災しなかったことが、震災のリアリティーを欠いてしまっていたのではないかという点である。被災されパニック状態になっている患者の対応が事務的になってしまい、患者のケアが不十分となっていた。急性期対応に追われる中、消息不明の家族、友人を探しに来た方へも十分な対応ができなかった。

地域連携

外来の診療を行う上でも、院内のインフラの確保の上でも地域との連携が不可欠であった。日頃から地域福祉の連携を密に図っていたことが震災の混乱の中でも連携が活かされ、保健福祉関係の人たちとの連携はかなり保たれ、さらに強化された。

震災直後から当院独自の地域との連携を生かし、障害者への支援活動を行った。グループホーム、特別養護老人ホーム、避難所、行政などに積極的にアウトリーチ活動を行い、当院を中心とした独自の支援の体制を構築した(図1)。

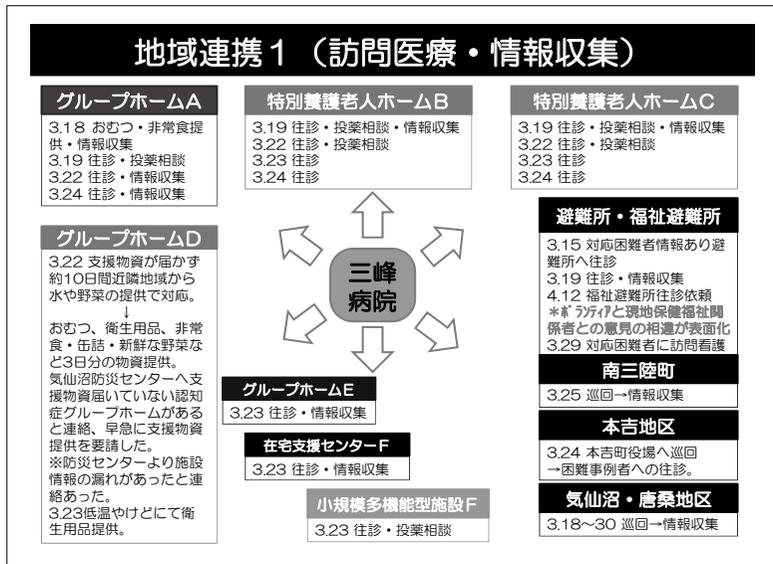


図 1

保健福祉、ボランティアとの連携も図るよう模索し、情報交換会、研修会等の様々な事業に院内会議室を利用してもらい、協力体制を構築した(図2)。この中でも特に、平成24年4月1日のみやぎ心のケアセンター気仙沼地域センター設立、平成24年12月JFK(日本の福祉を考える気仙沼若手の会)(図3)設立には主導的に関わり、地域の精神医療体制の構築に努め、活動を支援している。

地域連携 2 (保健福祉 ボランティア)	
4.	1 地域情報交換会会場提供打ち合わせ
4.	4 第1回被災に関わる情報交換会
4.	5 気仙沼コアメンバーによる実践協議
4.	11 第2回被災に関わる情報交換会
4.	13 気仙沼コアメンバーによる実践協議
4.	26 第3回被災に関わる情報交換会
5.	31 気仙沼管内精神科医療連携情報交換会
6.	3 震災対応型アウトリーチ事業検討会
7.	14 震災対応型アウトリーチ事業検討会
9.	12 震災対応型アウトリーチ事業担当者検討会
10.	31 第1回震災後の各分野の意見交換会
11.	9 第2回震災後の各分野の意見交換会

4.	26 認知症グループホーム情報交換会
5.	25 認知症グループホーム研修会
6.	1 宮城県認知症疾患医療センター設立
6.	13 被災GH仮設建設場所提供案を市に打診
8.	31 認知症専門研修会及び医療福祉連携協議会
12.	2 第1回認知症研究集会

図2

団体マーク由来



『理知に富んだ教育』『豊かな教養』を花言葉にする八重桜をデザイン。中央部の黄色い円は地域・福祉・医療の垣根を越えた連携をイメージ。

JFK主旨
 気仙沼の行政・医療・福祉に携わる若手有志の会です。
 専門職の垣根を越えた連携システム構築と気仙沼福祉モデルとして全国発信を目指しています。現在会員36名。

活動目的
 認知症のみならず高齢者のケアにおける優れた学識と高度な技術を習得し、気仙沼の福祉に貢献する。
 日本の福祉における喫緊の課題について協議し、その中で気仙沼が福祉の街になるために必要なシステムを構築する。のちに気仙沼福祉システムとして全国への発信を目指す。

JFK公式フェイスブック
 活動報告や気仙沼や日本における福祉の問題・課題について協議しております。

*Yahoo検索で「**JFK 気仙沼**」をチェックしてください。

図3

まとめ

当院の直後期から急性期を振り返り、外来での診療、薬の処方混乱、院内のインフラ確保、病院としての医療体制の維持、災害時に求められる避難所としての機能、地域の拠点としての機能、地域との連携など様々な面でこれまで経験したことのない対応を求められた。しかし、当院職員の努力、日頃からの地域とのつながり、そして外部の方々の多大なる支援があり、乗り切ることができた。総じて「やることはやった」といえるのではないだろうか。

東日本大震災

—— 直後期と急性期を振り返る ——

宮城県立精神医療センター
小高 晃

はじめに

東日本大震災から2年以上が過ぎた。震災の後は時間感覚が変わったようで、あっという間に過ぎてゆく感があるが、過度の緊張や感情の負荷から幾分か解放され、率直な回顧が可能になりつつある。こうした回顧は、震災に遭遇したものの現時点の記録として一定の意味があるかも知れない。また、組織として、どう考え、判断し、行動したのかを記録に残す責任もある。構造的視点から離れた個人的・断片的なものとならざるを得ないが、可能な範囲での率直さを心がけ、震災前後（震災前と発災からおおむね3ヶ月間）を振り返っておきたい。

震災が来る前に

当院は昭和32年に設立された県立単科精神病院で、定床286・職員数約200であり、県の基幹病院として県内措置入院の過半数を受け入れ、救急急性期医療、重症者医療、地域移行、地域活動等のモデル医療・政策医療に取り組んできた。震災直後の平成23年4月、運営体制が地方独立行政法人（一般型）へ移行した。

宮城県沖地震は必ず来ると言われていたので、病院として一定の備えをしてはいた。災害時の避難等の訓練、物資の備蓄、給食業者との災害時特約などである。また、県内の精神科病院がいくつか倒壊した場合の受け入れ相互協定の必要性を県に伝え、宮城県精神科病院協会の会合で議論してもらうこととしたが、決まったことは、「県障害福祉課が調整を行う」という点のみであった。当院は、前回の宮城県沖地震後の昭和57年に全面改築を終え、平成7年には耐震診断に合格し、リハビリテーションセンター（体育館・デイケア施設）は平成10年に竣工したので、建物は持ち堪えるであろうとの判断から、数十名単位での転院受け入れは可能かと想定した。

本震の2日前の地震の際には、当時の橋浦哲事務局長と「近々宮城県沖地震が来るかもしれない。県内の被災地に出たの避難所巡回なども必要になるかもしれない」と会話した。念頭にあったのは昭和53年の宮城県沖地震、さらにはその後の北部地震などであった。石巻赤十字病院はこの日、全院挙げての訓練を行い、南浜中央病院は1ヶ月前に津波想定訓練を実施していたことを後に知る。現実には想定をはるかに超えたものとなったが、想定は程度は様々であったものと思われる。

その日

病棟は無事であろうとの想定は外れ、比較的高齢者の多い2つの病棟で配管の損傷と水漏れ

が生じ、この病棟に入院中の方約90名は体育館に移動し、一夜を過ごした。給水設備の一部損傷、自家発電装置の損傷・停電、電話回線は一つを残して使用不能…となり、病院内の給水・暖房も停止した。幸い患者・職員は全員無事であった。ガスは使用可能で委託業者等の支援もあり食材の確保ができたので、給食は1日3食(1,200～1,900kcal)を以後継続して提供することができた。

直後に、災害対策本部が起動し、外来待合室を使用しての会合を行い、体育館への避難、安全確保のための開放病棟閉鎖、当直体制強化など当面の方針、1日3回外来待合室でのミーティングを行うこと、情報はこの場にすべて掲示して集中管理し共有することなどを決定した。当時、筆者は医療観察法に関わる研修のため盛岡に出張中であり、発災数分後に電話連絡ができたものの、詳しい状況を知ることができたのは当夜遅くであった。副院長をはじめとする在院職員が、知恵を集め、的確に対応した。様々な場面でチームとして活動し、毎朝、各部門の職員が一堂に会してミーティングを行うなどの経験があったことが、危機において、チームとして知恵と力を結集することを可能にしたものと思う。暗い中で過ごす患者さんの不安を軽減し、事故を防ぐため、大多数の職員が病棟で過ごした。家族を亡くした職員は5名おり、自宅の損壊・浸水に遭遇した職員は多数あり、職員家族も病院へ避難した。この夜の入院はなかった。

震災後1週間

震災の翌日から入院要請があり、2月に導入したばかりの電子カルテは使用不能のため残されていた紙カルテを再使用して入院対応を開始した。3月14日に震災後初の措置入院があり、以後震災後1ヶ月間の新規入院は震災前1ヶ月の37名から71名に増加し新患者数も38名から175名へと増加した。発災翌日から訪問看護対象者への訪問と安否確認を行った。週明けの月曜、14日からは全部門の職員を動員して外来診療を開始したが、薬剤の不足が懸念されたため処方には1週間分に限定した。この日から病棟内の作業療法グループ活動を開始した。病棟は暖房が停止していたため、個々の患者の寒冷対策には注意を払った。16日には被災した南浜中央病院から、20名の転院を受け入れた。

筆者は震災直後、出張に同行した同僚職員達とともに盛岡の避難所で診療活動をしつつ、津波にのまれる名取市の映像を見ながら交通の復活を待ち、13日午後の臨時バスで仙台へ戻ることが出来た。そして、その夕刻から病院へ入り、状況の確認を行い、当面の当院の方針を「救急を含めた入院・外来診療機能の維持と県内医療機能維持への貢献を最優先とする」とし、「避難所等の地域支援は当面は外部からの支援に委ねる」とこととした。この方針は、対外的には全国自治体病院協議会のメーリングリストで発信し、支援を依頼した。他県からの支援打診については、厚生労働省・県に窓口を一本化することも発信した。県内被災病院への支援については県障害福祉課へ転院調整機能の發揮について改めて確認し、県内医療機関のみでの受け入れは困難となることを想定して、近県の精神科病院関係者へ、転院受け入れ内諾の取り付けを進めた。東北大学精神科からの呼びかけで開始された県内連絡会議へも参加した。また、旧知の他県自治体病院関係者へ薬剤を含めた支援物資送付をお願いした。

下水道の復旧にはその後相当の時間を要したが、電気・水道・電話は16日までには復旧したので、16日夜から精神科救急情報センター業務を再開した。ガソリン不足による通勤困難問題への対応として、16日から、公用車5台・マイクロバス1台を使用して集団通勤体制を始め

た。20km以上の距離を自転車で通勤する職員もいた。

帰宅できない職員のための炊き出し、職員子弟のための託児所運営も行った。泊まり込み体制が続き、職員の心身の疲労が増大する兆しが見えたため、17日午後の時点で、発災後の体制を緩和し、職員の帰宅と休養を指示した。18日には薬剤を含めた他県からの支援物資が到着し始めた。発災後1週間を経て疲労は高まったが、一方当面の見通しが見えて、幾分かのゆとりが生じた。この時期に当院グラウンドへの仮設住宅受け入れ入れも決定した。

その後

3月22日からは外来処方を2週間とし、発災から17日後(3月28日)には通常の外來診療体制とした。余震が続くため自由散歩は中止としており、院内売店は各病棟で移動販売を行った。職員向けに「心のケアパンフレット」を配布し、必要時は上司による個人面接も行った。

対外的には、被災地支援の一環として県内精神科病院勤務医師の増援が必要と考え、県病院局と検討の上、宮城県・東北大学・宮城県精神科病院協会合同で、被災地支援医師募集のホームページを3月25日に立ち上げた。

外来・入院は多忙を極め、在院患者数も30名以上の増加となりこの傾向が1年は続くこととなった。直後期・急性期の事故は少なかったものの、その後1年間を通してみると院内の事故が増加した事実がある。

地域活動をどうすべきかは、震災直後からの課題であった。病院内の活動がいくらか安定した4月に入り、仮設住宅での支援活動を念頭に置きながら、運営企画チームを中心として南部沿岸部市町村へ直接出向いての調整を開始した。保健所を介しての聞き取りでは支援ニーズが把握できないため、旧知の人脈を活用して、まずは現状と今の思いを伺うこととした。その結果、名取市内では6月から、山元町では9月から、地元医師会・保健師等と連携する形で、仮設住宅での支援活動(いきいきほっとサロン・リラクゼーション、お茶会、医師の講話、話し合い、個別相談等…を多職種で展開)を開始することとなった。この際、雲仙普賢岳災害時の資料、及び被災地支援として来県していた長崎県チームの助言が有益であった。

印象に残ること

震災の発生からを回顧すると、いくつか印象の深い出来事が思い浮かぶ。人の振る舞いや心のあり方として、そして支援の姿勢として、大切なことを学ぶ機会となった。そのいくつかに触れておきたい。

1. 経験の力と広域連携(ネットワーク)

長崎県チームは宮城県南部に入り支援を展開した。同チームの活動を見ると初期の普及啓発・介入から地元の人々による活動の準備、そして終了までの3ヶ月間、組織的計画的な動きを進めており、非常に準備・訓練された活動との印象を受けた。地元の人々による活動の展開までには相当のエネルギーの蓄積が必要であることを充分理解した上で、粘り強く、地元の人々を責めることなく常に力づけながら、後押ししていた。おそらくは雲仙普賢岳災害以来の経験の蓄積があるものと思われた。大塚俊弘先生が、常に笑顔で柔和に地元の会議で発言して

いた姿が印象深い。

旧知の兵庫県立光風病院・幸地芳朗院長から電話があったのは4月末で、病院内は幾分か落ち着いていたものの、まだまだ混乱と緊張が続いており、皆ゆとりのない時期であった。「短時間でも会えないか」との申し出であったが、その真意を測りかねつつも、せっかく支援に来ていただいているのだからと考えて、宴会を設定した。兵庫からは幸地先生とところのケアセンターの方3名の計4名、当院からは病棟看護師長を中心として20名が参加した。そこで、乾杯の後、一人一言の機会をもうけると、当院の職員は震災後の自らの体験を語って止まず、瞬く間に宴会の時間が過ぎた。震災後初めての宴会であったこともあり、現場リーダーとしての重責の中、緊張が続いた看護師長達は、おそらく支援に見えた方々の持つ「ゆとり」に触発され、聴く姿勢に支えられ、語る機会を得て、思いを表現したのであろう。被災地への支援の核は「ゆとりを届けること」と言ったのは中井久夫先生であると記憶しているが、ゆとりが生み出してくれた語りの時間は、緊張が続いた私どもにとって貴重な支援を頂く機会となった。いくらかゆとりのある人々と飲み語る機会の効用を知悉する、神戸の経験者の企みであったかと感謝している。そして、私どもも、この経験を生かしてゆきたいと思う。被災地支援の基本は、いくらかの「ゆとり」を持ってその場に赴くこと、そしてそのゆとりが生み出すものに耳を傾け続けること、なのかも知れない。

旧知の岡山の方々には、震災直後に状況確認と支援申し出のメールを届けてくれた。そしてその後も、連絡を取り合い、様々な支援をいただいた。南三陸町に向かう途中当院を尋ねてもいただいた。同院の来住由樹先生が南三陸町に入り、まずしたことは、被災した地元の保健師さんに、「今何をしたいですか」と問い、その保健師さんが「流された自宅の周辺を見てみたい」と答えると、車で希望の場所へ移動し、ともにその場の光景を見てきたという。ここに支援の基本があるように感じる。これは、多くの被災地支援の経験の中で培われたものであろう。

その他にも多くの支援を頂き、そのことの恩恵は挙げ尽くせないが、たまたま筆者が支援を受ける立場で感じたことの一部を述べた。多くの支援者が様々な場で印象深い支援を展開していたはずであり、その基盤には経験とその経験を踏まえた鍛錬があるに違いないと思う。経験の力とこれを統合する広域連携（ネットワーク）の重要性を改めて思う。

2. 当事者の方々

筆者が外来で担当する患者さんは当初4名の方が死亡したものだと思われたが、職員・入居者の半数以上が亡くなった老人ホームに居た方2名は、無事避難し震災2ヶ月後に外来で再会することが出来た。

単身生活をしていて60才過ぎの方の遺体はまだ見つかっていない。海岸のすぐ近くの住居で、近隣の人々の支援を受けながら、単身生活の疲労が蓄積すると希望して休息入院をしながら地域生活を維持していた。丁度昼寝の時間帯で、そのまま波にのまれたのかも知れない。後日、その住居跡を尋ねてみたが、雑草が近所の家よりも多いことで、それとわかった。

沿岸部の作業所に通所中の方は、作業所の行事が終了した直後の地震に驚き、自宅の様子を確認するため自転車ですぐ帰宅する途中津波に遭遇した。母上は行方不明のご息子が遺体で発見された直後、涙ながらに病院へ報告に来てくれたが、事実を受け入れがたい思いが長引くことになったと伝え聞く。

外来診療中に震災に関わる思いを伺う機会も多かった。当初は地震に関わる不安・不眠、生

活環境変化に関わる不安が多く聞かれた。一方で、声を潜め「誰にも言わないでください。実は震災が来てほっとしているんです。仕事もしていない、精神科の病気の自分がまわりからどう見られているか、いつも緊張してびくびくしていたのが、地震とか津波で、まわりの人も仕事がないし、大変だし、自分だけでないと思えて、ほっとしているんです。震災で大変な思いをしている人が居て、こんな気持ちになるのは申し訳ないんですけど」と話す方も居た。病気・障害という厳しい条件の中で生きてこられた方の率直で痛切な感想と思える。同様の心境から、震災を契機に自由さを感じ、仮設住宅に移ると生き生きと散歩を始め20kgの減量に成功した方も居た。

3. 力を合わせることの大切さと難しさ

今回の震災対応は、病院内外・県内外と様々な形で力を合わせ、チームとして力を発揮し、事態を乗り切ることができたと総括し振り返ることが出来る。事後の視点からは多くの課題が見えるものの、2011年3月の時点で、置かれた条件の中での最高度の実践であったと言える。一方、負の側面、例えば、折に触れて、様々な場で攻撃性の発露があったことも事実として見つめておく必要があるだろう。攻撃性の背景には、思い描く支援の展開に至らない現状へのいらだちや、疲労の蓄積等、多くの要因が想定される。災害対応の体制整備が進展することを前提としながら、危機にあっけいかに自らの感情や攻撃性を統制できるか、最も困難な状況にある方々の回復の歩調に同調できるか、経験と修練が課題であろうと自省を込めて思う。

これからに向けて

今、被災地で、生活基盤の再生は緒に就いたばかりであり、復興住宅の建設も遅々としている。うつ状態の遷延や自殺増加の報告も出ている。一方、震災を機に地域・職域・学校等で様々な精神保健の支援活動が生まれ、工夫とともに広がりつつあることも、事実である。各地の活動を共有し、地域精神保健活動の基盤と結びつけながら発展させてゆくことが、地元の我々に求められている。また、今回の震災への取り組みの中で課題として見えてきたことを忘れることなく、粘り強く、具体化することも欠かせない。支援を受けた経験を元に外部からの震災支援の検討に関与し、現在構想中のDPATなどの活動がより実際的なものとなるよう、準備してゆくことも重要であろう。DPATはDMATと連動してこそ有意義になるものと思う。

終わりに

災害の真の中心からは少しだけ離れた土地にある公的精神科医療機関に勤務する医師・管理者の立場から、震災の直後期と急性期を振り返り、そこで起きたこと、印象に残ることを述べてきた。改めて思うことは、「備えあれば憂い無し」とはいかないものの、備えはどこかで生きるという事実、そして支援者としての日々の鍛錬が危機にあっけい姿勢に繋がることである。危機・災害は常に起こり得る。日常の暮らし・仕事と、災害・危機に通底する、心と体の姿勢のようなものを確かめ、鍛えながら、備えを怠らず、様々な課題に取り組みながら日々を過ごしていきたい。

被災された皆様、ともに活動した同僚の諸氏、各地から駆けつけ、応援して下さった方々、今、被災地で日々の生活と支援を続けている皆様…への敬意と感謝を込めて、この稿を終えたい。

東日本大震災における当院の被害状況と その対応および後方病院としての役割と課題

一般財団法人東北精神保健会 青葉病院 院長
菅野 道

当院は仙台市の市街地東部にあり津波の被害には遭わなかったが、地震による建物等の損壊とライフラインの麻痺、食糧の不足などの問題が発生したので、まずそれらの被災状況と対処について報告したい。また、津波の被害により入院治療の継続が困難だった病院からの患者様の受け入れや、震災後に病状が悪化した患者様の入院が数多くあり、その際の受け入れ体制についても言及したい。さらに、今後予測される大規模震災における後方支援体制の課題についてもいくつかの提言をしたい。

当院の地震による被害状況

1. 地震発生時の状況と対応

当日の入院患者様は医療保護入院89名（うち8名隔離室使用）、任意入院192名（うち担送・護送を要する患者様32名）の計281名（許可病床299床）であった。なお、職員の配置は（表1）の通りで、当日の勤務者は医師9名、看護職員70名、他職員56名の計135名であった。地震発生14時46分は、外来診療は終了、病棟はいずれもレクリエーション・作業療法が終了間際で、デイケアには30名の患者様がいた。地震発生直後、患者様にはすぐにベッドの下やテーブルの下に潜って身を守るよう指示した後、避難経路を確保した。病棟ではある程度揺れが治まってから患者様にデイルームに集合していただき、その後全員をグラウンドに移動させた。しかし担送・護送を要する患者様がグラウンドまで避難できたのは少数であった。ただ、普段は易怒的あるいは興奮状態の方、不穏な方、著明な幻覚妄想状態の方、減裂思考のある方、さらに隔離中の方も、発生直後の激しい揺れの最中やその後の余震の不安がある中、皆様真剣に職員の指示に従い、避難行動をとっておられたのが今でも深く記憶に残っている。入院患者様は、余震が治まり院内の安全が確認された後、さらなる余震への対応や患者様の不安を考慮し、また、停電のため少ない照明器具でも状態が把握しやすいよう、数日間は昼夜デイルームで過ごしていただいた。デイケアの患者様のうち6名が当日は病院に泊まり、翌日自宅や避難所に行っていたが、1名は不安が強く、数日間院内の外来待合室などで過ごしていただいた。また、近隣に住む患者様の中にも、不安で夜は病院の待合室で過ごされる方もいた。3月11～12日は各部署より院長・副院長・看護部長・事務長などの役職者に情報を集約し、2005年に作成した当院の震災マニュアルに従って対策本部を設置して必要な指示を出した。また、開放病棟の患者様には余震や治安の問題が起こる危険性から、院長・副院長から直接事情を説明して外出を控えるように要請し、全員が十分に理解され、それを守っていただき、外出等による大きな問題は起きなかった。3月13日より毎日8時30分と12時45分の2回、各部署の代表者による震災対策会議を行って情報を共有し、問題に対処した。

表1. 青葉病院の人員配置（平成23年4月1日時点）

医師	10.6名	常勤医師	8名
		非常勤医師	5名
看護師	60名		
准看護師	33名		
看護補助	38名		
薬剤師	4名		
臨床心理士	2名		
精神保健福祉士	7名		
作業療法士	5名		
管理栄養士	1名		
事務職員	9名		
CRC	1名		
事務当直	2名		
給食委託職員	17名		
合 計	189.6名		

2. 病院施設の被害とライフラインの麻痺および復旧状況

建造物そのものについては、壁に亀裂が多数入り半壊の罹災証明となったが、柱などの主要構造物は損害がほとんどなく、病棟は使用可能であった。なお、その後の耐震診断の結果、基準に満たない2つの病棟は平成25年10月より建て替えを行っており、平成26年9月末に完成予定である。付帯設備はエレベーターが全壊、ボイラー及び配管も全壊、高架水槽・受水槽も破損した。地震発生直後から電気、都市ガス、水道などのライフラインはすべて麻痺した。電気の復旧は3月14日と比較的早かったが、水道は供給が再開されても設備の破損があり、すぐに十分な量の水を確保するのは難しかった。都市ガスの復旧は3月28日と遅く、復旧までの間は炭や薪で調理したり、電気の復旧後はIH調理器を使用したり、市に要請してLPガスとそれに対応するコンロを業者に手配いただき購入し、食事を提供した。ライフラインの麻痺および復旧状況については、地震発生後の対応と併せて（表2）に示した。

表2. ライフラインの麻痺・復旧と震災後の当院での対応

日付	3/11(金)	3/12(土)	3/13(日)	3/14(月)	3/15(火)	～	3/17(木)	～	3/19(土)	～	3/22(火)	～	3/28(月)	～	3/31(木)	
入院者数	281名	281名	281名	291名	291名		306名		307名		310名		312名		319名*	
震災対策本部設置			震災対策会議開始(8:30 / 12:45)										震災対策会議(現在も月1回継続中)			
主な出来事と対応	入院患者様へ 外出自粛要請			M病院より 10名受入			K病院より 15名受入						入院患者様へ の外出自粛要 請解除		K病院より 10名受入	
食事		1日3回粥食		外来患者様へ 1週間投薬 対応	全職員にタミフル 予防投与 (1錠×5日間)		災害派遣等従 事車両証明書 交付						外来患者様へ 2週間投薬 対応		(4月4日～ 通常メニュー)	
電気停止																電気復旧
水道停止																水道復旧 水道使用可能(一部水漏れあり)
ライフライン																市ガス停止 → (LPガス支給) → 市ガス復旧
エレベーター損壊																(5月7日復旧)

*: 同日内での入院者が多かったため記録上は319名が最多となっているが、最大は324名の患者様が入院されていた。

当院で地震発生後に生じた問題とその対処

1. 情報収集・伝達

震災発生直後はもちろんのこと、その後も現地の状況や国及び自治体からの通達などの情報を把握することや、他の医療機関や関係団体と情報交換・共有するのに通信手段がなかったり制限されていて、スムーズに情報を集めたり伝えることが難しかった。当院には停電時でも使用可能な緊急電話回線は一回線のみであり、災害対策本部等との連絡のみに追われ、食糧・物資などの調達、職員との連絡等、その他の情報収集・伝達のためにはそのみでは十分ではなかった。また、自治体や関係諸団体からの情報提供も十分になされなかった。病院の状況や入院患者様および職員の安否情報については、当院において人的被害がなかったことをラジオ情報にて流してもらおうという方法をとった。

2. 職員の確保

震災発生当日やその後数日間は、居住地や家族構成、交通手段などの問題から自宅からの出勤が難しい職員がおり、多数の職員が泊まり込んだり、休憩を取りながら交代で働いていた。当院では家庭の事情に問題がなく近隣に住んでいる職員は、徒歩や自転車等で自主的に通勤していただいた。

3. ライフライン・食糧の確保

電気の復旧には約3日間を要した。非常電源用の自家発電は火災を想定しているため、使用できる時間が短かった。その他は主に懐中電灯などで対応したが、電池の備蓄が十分ではなく、各職員の家庭などから持ち寄っていただいた。また、自動車のシガレットライターからコードを引いて照明に用いた。

水道は震災発生後すぐ貯水槽の残量を確認し、浴槽に水をはったりポリタンクに貯水したりと、可能な限り水を確保しておくことが重要であった。水道の回復後も2つの病棟では貯水槽等の設備が破損しているため使用不能となっていた。当院では宮城県における過去の地震においても貯水槽からの水漏れがあったため、そのときに使用した数十メートルの長いホースを保管していたため、それを用いて残存した貯水槽から上水道使用不能であった2つの病棟のトイレなど、必要最低限な所への給水を行った。

食事については、当院ではすべて都市ガスで厨房機器を運用していたため、市ガスの供給停止で使用不能となった。そのためグラウンドにテントを張り、炭や薪で調理せざるを得なかった。市ガス自体の復旧には震災発生から3週間弱を要した。この間、電気が復旧した1週間後からはIH調理器などを用いたり、市に要請してLPガスやそれに対応するコンロを購入した。食糧については当院では震災マニュアル通り約3日分の食糧を備蓄していたが、当日の夜から帰宅困難の職員あるいは不安が強かったり食糧がない等の近隣に住んでいる患者様の受け入れ、その後には津波被害のあった病院からの受け入れ患者様計35名、その他病状の悪化した患者様等、食事の提供が必要な患者様、職員の数が増加した。そのため備蓄分では賄えないと判断し、粥食にしてなんとか3食を提供し続けた。その後市や県からの食糧支援もあったが、主食・副食ともに到底十分な量ではなく、病院自体で近隣の食料品店をたずね、食糧を購入する日々が続いた。また、職員の家族からの差し入れなども多数あった。精神科病院協会などをはじめ、多数の機関

から食糧支援の申し出があったが、交通手段がないためそれを受け取りに行くことが困難であった。その後は業者からの供給も増え、4月4日からは通常の献立での食事提供が可能になった。

4. 医薬品の備蓄

入院患者様については備蓄医薬品で対処し、不足分については幸いなことに当院が仙台の市街地にあったため、薬品問屋さんからの仕入れがあって対応できたが、一部の医薬品については不足していた。当院の外来患者様については日頃から院外処方に対応していたが、近隣の調剤薬局で医薬品が不足したため、初期は処方日数を1週間、その後も様子を見て長期投与の方に対し2週間分の処方などに制限せざるをえなかった。

5. 交通手段の確保

当院近辺では瓦礫等で交通が遮断されることはなかったが、ガソリンは不足していた。そのため対策本部に申請し、災害派遣等従事車両証明書を交付してもらい、1台のみについては優先的なガソリンの供給を受けられるようになった。しかし、医薬品や食料品等の支援物資も運んできてもらえるわけではなく取りに行かなければならなかったため、職員の通勤にも多大な支障をきたしており、十分な量の確保には至らなかった。

6. 感染症・衛生対策

3月12日、病棟でインフルエンザが発生し、その後集団感染に陥ってしまった(4月10までの間に67名中29名が罹患)。インフルエンザ罹患患者様にはタミフルを早期に投与し、カーテンを閉めて自床で過ごしてもらうようにした。また、全職員に情報を伝え、ウィルスを持ち込まない・持ち出さないことを原則に、手洗い・うがいや手指衛生の徹底、マスクの着用、咳エチケットの励行などの標準予防策・飛沫感染予防策を徹底した。しかし、地震発生後数日間はデイルームで過ごしていたり、インフルエンザの診断後も罹患患者様が不安で自床にいられずデイルームに出てしまうことがあったり、ライフラインの麻痺で衛生管理が難しかったことなどにより集団感染につながってしまったものと考えられる。なお、職員については全職員にタミフルの予防投与を行った。

津波被害のあった病院からの受け入れについて

1. 転入院にあたっての問題点

当院では3月14日にM病院より10名、3月17日と3月31日にK病院よりそれぞれ15名、10名の患者様を受け入れた。いずれの病院も津波被害に遭われた病院で、特にK病院ではカルテも流出し、処方内容や保険の種類、家族・保護者の方の連絡先など通常必須とされるような情報も、被災病院の職員の方の記憶やメモを頼るしかない中での転入院であった。当院では目の前の対処に追われ、また停電のため、当初は被災地の十分な情報が得られなかった。しかし3月15日に事務長・他1名がK病院に水を運搬した際に撮影したビデオで現地の様子を目の当たりにすると、全職員が医療従事者としては患者様を救うのが最優先であり、受け入れざるを得ない、全ての要請に応えようとするのは当然のことと決意した。しかし、入院形態や保険については後々処理に困難を感じることもあった。震災発生後間もなく、保険証や入院形態、病室・病院外収容等についての特例措置の通達が国から何本も出ていたようだったが、それが自

治体や医療現場にスムーズに伝わっていない状況があり、我々の得た情報と行政の見解との間に違いが生じることや、問い合わせ先の自治体がどこであるかなどの問題もあった。当然、自治体としても被害状況の把握や対応に追われる面があり、情報の把握に苦慮されていたものと思われるために、このような状況が生じたと考えられる。今後情報伝達についてはなんらかの事前の伝達計画などの作成が必要だと思われる。

2. 転入院患者様のその後

身体科の治療が必要など、当院での治療が困難なため転院していただいた患者様もおり、中には残念ながら転院先で亡くなられた方が2名おられた。2012年4月よりM病院が再開され、同院へ戻られたり、ご家族の方の近くの病院に転院されたり、ご自宅に退院された患者様が大部分であったが、現在もなお11名の患者様が当院に入院を継続されている。なお、震災時に入院していた病院に戻る／戻らないの判断は、基本的には患者様自身やご家族の方で話し合っ

震災時の対応と今後の対策の課題

今回の経験を踏まえ、震災時に実際に行った対応と今後の対策の課題についていくつか言及したい。なお、詳細は以下に述べるが、主な内容を【表3】としてまとめた。

1. 地震発生直後

患者様の安全の確保については前記のような対処をとったが、事前に震災マニュアルを作成し、それに従って平素から定期的に訓練を行うことが重要であると思われる。なお、前記のように、かなり重症の患者様でも、緊急時には冷静な態度をとられるということは過去のいくつかの例にも見られているが、患者様への的確な情報の提供と、それに対する対策や指示を明確かつ丁寧に伝えることが重要と思われる。

2. 被害状況の確認

今回行った各部署における責任者が集まった会議が非常に有効であった。この会議は3月23日までは1日2回、それ以降は昼のみの1日1回、その後状況に合わせて間隔を調整しながら行ってきており、現在でも月1回の頻度で病院全体の連絡会議として継続中である。

3. 情報収集

停電のため、当初被災地においては被災状況がまったく得られなかったし、関係諸機関との連絡においても少なからず混乱が見られていた。これについては、ラジオ・テレビなどでは各局で被災状況の放送をしていたが、今後は対策本部などからの情報を専門に扱うラジオ放送等が必要と思われた。なお、宮城県精神科病院協会においては、今後の震災に備え、病院相互間の連絡の円滑化のために、現在ではアマチュア無線クラブを設立している。

4. 職員の確保

今回職員が団結し、この難局に十分対応できたが、今後さらなる震災などがあった場合に備

え、病院と職員間の連絡網の整備、家庭等の事情等を考慮し、直ちに病院に来られる職員の確保計画や、それらの職員のための院内宿泊対策計画などを事前に作成すべきだと思われる。

5. ライフラインの確保

水道の復旧は4日を要し、その後も貯水槽と水道の接合部の破損により十分な水の確保が困難だった。残存した貯水槽からの水の供給のために、長いホースなどを事前に用意したり、多数のポリタンクなどの常備が必要と思われる。電気の復旧は比較的早いと思われるが、それでも数日間を要するため、寿命の長いLEDの懐中電灯と電池の備蓄、あるいは自動車からの電源の確保のための長いコードと照明器具などの対策が必要と思われる。都市ガスは復旧に時間がかかるため、炭や薪、LPガス等の燃料と、それに対応する調理器具や、IH調理器具等の備蓄などが必要と思われる。

6. 食糧の確保

食糧については当院の震災マニュアルで入院患者様の3日分を備蓄していたが、帰宅困難あるいは勤務中の職員が多数いることを考慮し、それ以上の備蓄が必要と思われる。今回我々の病院では被災病院から35名、被災地からの病状悪化で約20名と、入院患者様が計約55名増加し、食糧の供給には大変困難を伴った。後述のように、当院のように多少の被害はあったが受け入れ可能な病院をあらかじめ想定して、そこに対する食糧・医薬品等の物資支援計画を立てておく必要があると思われる。なお、後日談ではあるが、食料品店や飲食店においては電気の供給が麻痺したことで冷蔵庫・冷凍庫が使用不能になり、食材の保管が困難になるという状況があったようだった。

7. 医薬品の備蓄・確保

当院は幸い都市部の病院であったため、入院患者さんの医薬品の確保はかろうじて可能であったが、遠隔地の病院においては約1ヶ月近くの備蓄が必要と思われる。外来患者さんについては、特段の処方の変更の予定が無く、薬の管理や服薬に問題の無い方の場合、1～2週間の薬を予備として保管していただくことも必要と思われる。

8. 交通手段の確保

医薬品や食糧品、援助物資等の輸送のため、自治体からの災害派遣等従事車両証明書により1台分ガソリンが優先的に確保されたが、当院の規模においては到底1台分では不足であった。その後、当院においては燃費の良いハイブリッド車への切り替えを行った。また、阪神淡路大震災等においては、倒れた電柱等の障害物等があったため、できるだけ軽量な原付バイクが一番有用であったとの報告もあった。

9. 感染症・衛生面への対策

震災時においては肺炎、感冒、インフルエンザなどの感染症の蔓延が予測される。このため、身体症状をこまめにチェックし、その早期発見に努めることが必要と思われる。

10. 国・自治体などへの震災時の医療計画作成の要望

今後の災害に備えて、被災現場の医療圏（一次）、多少の被害はあるものの一時医療圏からの受け入れが可能な近隣の医療圏（二次）、さらに、ほとんど被害がなく通常に機能している地域、あるいは自治体をまたいだ医療圏（三次）と区別して、それぞれの実情にあった震災時の計画を作成すべきであろうと思われる。

- ① 一次医療圏では、現地や避難所での精神衛生相談や外来患者の受け入れ、任意入院や医療保護入院、さらに措置入院、応急入院等が必要な対応としてあるだろうが、この際十分な医療機関や病床数の確保が困難になるものと考えられる。このため、外来通院の要否、入院治療の要否などを判定する災害時精神科トリアージ等の作成が必要と思われる。患者様には、ふだん薬局や病院から出ているお薬手帳など、処方内容のわかるものを避難時に持ち出す用品の中に入れることを推奨されたい。
- ② 今回の震災の特徴として、津波により現地の医療機関での入院継続が不可能になったことがある。このため、地震には遭ったものの被害は少なく、機能を保っていた当院に多数の患者さんを受け入れることとなった。しかし、宮城県内の民間病院では収容が困難となり、また公的病院も被害があり受け入れができず、直接的な震災の被害のない三次医療圏である近隣の山形県等に患者様を受け入れていただくという事態にも至った。今後の震災対策においては、一次の医療圏は当然のことながら、二次三次の医療圏についても、収容病院の事前の選定やそれらの病院に対する医薬品・食料品などの支援計画なども立てておくことが必要であろう。また、公的病院が地域にあっても、立地や被災状況によっては十分な機能を果たせないこともあり得るため、都道府県をまたいだ三次医療圏の設定が重要だろう。
- ③ 国や自治体からの被災地の患者さんの転入院要請や病院の収容に関して、定員外収容、病室外収容、さらには病院外収容が可能なこと、医療保護入院など前病院の入院形態がそのまま継続される等の通達がより迅速かつ正確に伝達されていれば、さらに円滑な支援が可能であったと思われる。このような通達やその他の情報はその他にも多数出されていた。このため情報の共有や通達等の伝達のための手段として、公共放送の震災時専用チャンネルの設置等が必要と思われる。前述のように宮城県では、今回の教訓を踏まえ、病院間の連絡のためにアマチュア無線のクラブを作っている。
- ④ 災害時精神保健福祉についての調査研究も今後必要と思われる。当院においては、今回被災地からの患者様、あるいは外来患者様で急性増悪した方の多くは躁状態や昏迷状態の方であった。一般に予想されているうつ状態については、同年9月頃から多少の増加が見られている。少数例であるため当院では統計的な比較はできなかったが、このような災害時における精神障害の特性を掌握し、今後の震災計画の参考とする必要があると思われる。

今回の震災では2005年に作成した震災マニュアルが非常に有用であった。しかし、それにも増して職員自身が少なからず被害にあったにもかかわらず、全員が医療従事者としての使命感を持って支援にあたり、職員の一体感や病院への帰属意識、医療へのモチベーションが高まった。それにより、当院の機能回復や被災患者様の受け入れなどが迅速かつ円滑に行えた面が多にあった。この震災で得た教訓を風化させないためにも、定期的な防災意識の向上と持

続が必要と思われる。

最後になりましたが、患者様の一日も早い御回復を願いますと共に、不幸にも亡くなられた方々のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

表3. 震災時に行った対応、および今後の対策の課題（→）

1)患者様の安全確保
ナースステーション近くのデイルームに集合、開放病棟での外出自粛要請、病室の安全確認（余震での落下物等がないかなど） →震災マニュアルの確認、定期的訓練
2)病院の被害状況の確認
対策本部の設置 各部署の責任者が集合しての情報の共有と対策、毎日2回の震災対策会議 →その後も定例会議化
3)情報伝達収集
現地の状況、患者様家族への安否の連絡（ラジオ放送）、国及び自治体からの通達、他の医療機関との連携、関係団体との連絡、緊急時優先開戦電話の確保 →通信手段の確保、アマチュア無線の利用、緊急時優先開戦電話の増設
4)職員の確保
通勤の可否の確認、院内宿泊対策→事前の災害時職員の確保計画
5)ライフラインの確保
①水道：貯水槽の残量確認→備蓄水の増量、ポリタンク・長いホース等の常備 ②電気：LEDランプ、電池の備蓄の増量、発電機の常備、長い延長コードの常備 ③燃料：LPガス、IHヒーター、炭・薪等の備蓄
6)食糧品の確保
備蓄を確認し献立作成→備蓄の増量（入院患者定員+想定される受け入れ患者+職員）、タンパク質の備蓄、普段からの近隣の食料品店・飲食店との連携
7)医薬品の備蓄・確保
市内の間屋より調達→備蓄の増量（入院患者定数+想定される受け入れ患者数） 外来患者様の調剤日数制限→普段から1週間程度の予備（可能な場合）、患者様の薬剤情報の携帯
8)交通手段の確保
医薬品、食糧品、援助物資の輸送のため、自治体への緊急車両の申請により給油 →燃費の良い車両（ハイブリット車）、原付バイク、自転車の常備
9)感染症・衛生面への対策
→詳細な身体症状のチェック、早期発見・早期介入、感染予防と感染拡大の防止
10)国・自治体による震災時の医療計画作成への要望
①一次医療圏（被災地）：機能している医療機関の確認、現地及び避難所での精神保健相談、精神科トリアージの作成 ②二次（被災地に隣接した地域）・三次医療圏（他県などの遠隔地）： 災害時の受け入れ病院確保の計画作成、それらの病院への医薬品、食糧等の支援 ③国、自治体からの通達の迅速かつ正確な伝達（公共放送の震災時専用チャンネル設置等） ④災害時精神保健福祉についての調査研究

精神科診療所
地域支援の立場から

東日本大震災を体験して

宮城クリニック
宮城 秀晃

はじめに

このたびの東日本大震災に際しましては全国より多くのご支援、励まし本当にありがとうございました。当地も少しずつではありますが、徐々に復興の途についております。

学術的なものではありませんが、町医者が被災地の中でこの2年間に体験したこと、出来たこと、出来なかったことについて、報告いたしたいと思います。

クリニック2階での3泊4日の自らの避難生活

大震災のあった3月11日、当院も津波の直接的被害はなかったが、貞山運河からあふれた水で、1階は約1mの浸水となった。(図1) 外来の患者さんと近隣から助けを求め集まった住民ら20人とともに孤立したサバイバル生活となった。(図2) 道路を一本はさんだだけの自宅にも戻れず、クリニック2階からロープを渡し、妻からゴミ袋一杯にコンロやボンベ、水、食料、衣類、懐中電灯、ろうそく等を毎日配送してもらい、雪の降る寒い3日間を過ごした。食事は、一食分のレトルトごはんをおじや等にして、3倍に増やして食べた。トイレも水を流せないため、スーパーの袋に排泄してもらい、ポリバケツにためるようにした。夜のあかりは、電池の節約のため出来るだけろうそくをともして、暖房としても利用した。ストーブは反射式のもの1台残っていただけだった。



図1. 水没した自宅周辺の街並 (市内中里地区)



図2. 自院2階デイケアルームでの避難の人々

4日目の午前、なんとか冠水状況も膝の高さくらいに引いてきた。やっと自衛隊や警察の救助のゴムボートが窓から見たので、20人の避難者を安全な所、さらには自宅の方へ誘導してもらったことが出来た。(図3)



図3. ゴムボートでの退避



図4. 中里小学校教室の退避者

避難所(中里小学校)における救護活動

4日目、(3月14日)の午後、自院の1階の状況を見て、「これは1カ月以上再開は無理」と判断し、ずぶ濡れになった中から使える薬や点滴セットを探し出し、避難所となっている中里小学校へ向かった。中里小には1,200人を超える避難者が待っていた。校長先生に保健室を救護診療室に使わせてもらうことを了承してもらった。看護経験のあるボランティアを避難者の中から募ると4名の看護師が手をあげてくれた。さらに学校の先生方にも24の教室にいた避難者のトリアージをしてもらった。ケアホームからの老人も多く、2階3階の教室に点滴して歩いた。(図4) 歩行可能な方は、保健室まで来てもらい毎日60～70人の診療を続けた。子どもの避難者も多数居たため、途中、小児科医の阿部淳一郎先生、中山孝之先生にも4～5日助っ人に来てもらった。

一度、校長先生と意見の対立する場面があった。1,200人の避難者の多くは、着のみ着のままずぶ濡れで逃げ込んで来ており、低体温症や風邪の発症が多かった。学校には800個くらいのカイロ、1,000枚のマスク、300人分くらいの古着等があったが、数日間配布されないままになっていた。校長先生としては平等性、公平性を考え十分な物資が届けられるまで保管していたかったようだが「風邪や肺炎が蔓延する前に予防する方が大事」と伝え、すぐにあるだけのものをお年寄りや子どもを中心に配ってもらうことにした。

学校の先生方は、自らも被災しているにもかかわらず、ほとんど学校に寝泊りし1週間に一回くらいしか自宅に戻らず、献身的に避難者の対応をしていた。(図5) この間、住吉中学校、青葉中学校、好文館高校、遊楽館にも市の保健師の要請で往診して回った。(図6) 風邪薬や胃腸薬等はすぐに底をついたので、毎日、医師会や市役所に自転車で(自院の車3台は水没し機能しなかった)取りに行った。石巻市医師会には日本医師会から緊急医薬品として、山のように薬はきていたが保管するスペースがなく半分は市役所の3階の一室に薬剤師会の協力のもと薬の集配所となり機能していた。



図5. 自らも被災者でありながら
避難者を支え続けた教師たち



図6. 体育館への往診(河南町)

自院の復興と精神科往診

3月20日(夕)自宅に電気が来た。初めてテレビを見て当地の沿岸部の壊滅的状况を知った。(図7, 8, 9) 渡波、湊、南浜町、門脇、大街道、大曲等沿岸部一帯は、まるで爆撃を受けたような状態。家々が土台から根こそぎ流され、がれきの山が連なっていた。清寿先生方の所は、満生先生の所は、遠藤先生の所はどうなっているんだろうと急に恐怖感を憶えると同時に、診療がまったく出来ない先生方が多数いることを知った。このままでは石巻の医療がストップし、医療難民が大勢発生すると感じた。自院再開は1カ月以上先になると当初考えたのは間違いと気付いた。

翌朝、3月21日(春分の日)スタッフに招集をかけた。全員が被災者であったがみんな集まってくれた。(図10)「明日からクリニックを再開したい。一日で1階のがれき、水浸しの中から、薬とカルテと診療に必要なものを全部2階に移してもらえないか」と頼んだ。全員が「やりましょう先生」と答えてくれた。うれしくて涙が止まらなかった。次女の高校の同級生も来てくれた。スタッフの家族も手伝ってくれた。泥かき、排水はあと回しにして、冷たい水に浮いている医薬品を、拾い上げ暖房もない所で水につかったカルテなどを、ひとつひとつ再生してくれた。(図11)

3月22日から自院2階で診療を開始した。電気もなく当然レセコン等は使えない状況。もちろん患者さんたちは、保険証もなく、お金もないため、窓口負担金等も計算出来ないため、すべて無料で診る状況だった。(一部山の手や内陸の津波の被害のなかった診療所は、保健診療としていたらしく、一時、利用者には混乱がおきていたようだった。)

午前中のみ診療とし、午後は中里小、向陽小、蛇田小、蛇田中、住吉中と避難所を回り、車が手に入った2週間目から(仙台と横浜の先生が2台の車を貸してくれた。)渡波中、湊中、青葉中、万石浦中、万生園等に往診に行った。土曜、日曜は、車で1時間ほどかかる半島方面の東浜小、荻浜小、荻浜中、石巻支援学校等(学校医をしていることもあり)へ物資を持って訪問支援に向かった。道路は津波と地震であちこちで寸断され、さらには地盤沈下の影響で各所で冠水するため、満潮、干潮の潮見表を見ながらの移動であった。避難所訪問をしながら、ひとつの思いつきが生まれた。



図7. 石巻市中心部の街の風景
(宮精診 原先生、千葉先生と共に)



図8. 3階建てのコンクリートの建物の崩壊
(女川町)



図9. 中央公民館の2階に打ち上げられたバス
(雄勝町)



図10. クリニック再開の為に集まった
スタッフとその家族



図11. 水没したカルテを再生しながらの診療

東海大セットの思いつき

避難所にいる人たちから、「煮炊きが出来れば2階で生活し、1階のガレキ撤去や家の再建が出来るのだが、電気も水もガスも駄目で帰りたくとも帰れない」という話をあちこちから聞かされた。

「よし、家で過ごせるための最低の生活必需品のセットを作ろう」という思いで次のセットを考えた。(図12)



図12. 災害時生活必需品
(東海大セット)

- ① カセットコンロとボンベ
- ② 懐中電灯と電池、ろうそく
- ③ やかんとなべ
- ④ 3人で3～4日分のごはんとレトルト食品
- ⑤ ブルーシートとタオル

以上のものをひとまとめにして送ってくれるよう大学の同級生のメーリングリストに掲示してもらった。3月30日のことだった。4月1日ごろより続々と宅急便が届くようになった。カセットボンベは宅配に入れられないとのことであとで分かりボンベは大学からのD-MATチームや精神科の医局の先輩が300本、400本という単位で別送してくれた。同級生のメーリングリストなので、はじめは40～50個届けばいい方かなと思っていたが最終的には全国から500個近いセットを送ってもらえた。それを高校の同級生や当院のスタッフ、娘たちや親せきのボランティアチームを通じて、必要な人へ配って回った。渡波に50個、湊に30個、立町に40個、大街道に30個、女川に40個、牡鹿半島方面へ30個というふうに。もちろん、それだけで足りるわけがなかった。

宮城クリボランティアチームとの活動

東京にいる長女とは、携帯電話に充電が可能となった10日目くらいに連絡がついた。毎日、当地の壊滅的状况をテレビで見っていたようで、初めて話が出来た時、「パパ、ママ、生きていてくれてありがとう」と言って泣き出してしまった。こちらも言葉につまり、何も言えず、涙があふれてきた。

そんな娘が、姪たちと一緒にボランティアチームを作り友人たちと4月から5月にかけて4回来てくれた。彼らの協力で石巻赤十字病院や専修大学のボランティアセンターに届けられた救援物資を毎週、計10回以上もらいに行った。社会福祉協議会のセンターになった石巻専修大学や石巻赤十字病院には、山のように全国から救援物資が届けられていたが、それを配布する機能が十分ではなかったため、野積み状態でしばらく止めおかれており、システムが動き出すまでには相当時間がかかったようだった。それらをワゴン車4台分の米、オムツ、ミルク、衣類、ボンベ、ブルーシート等をそのつどもらっては、イベントや炊き出しに合わせ青空



図13. 宮クリ市場による毛布・オムツ等の配布



図14. 全国から集まった医師、臨床心理士、ケースワーカーの皆さん

市場を開き、配って歩いた。(図13) 渡波、中央、中里、南中里、大街道など計8回の宮クリ市場を開催した。仕訳けするのは1日かかりだが、配るのは30分足らずだった。でもみんなに喜んでもらえ、ボランティアチームも充実感で一杯だったようだ。赤十字病院の病診連携室の千田康徳さん本当にありがとうございました。

日精診（日本精神神経科診療所協会）とのアウトリーチ（訪問支援）活動

全国で石巻市の被災が一番大きいということで日精診の医療ボランティアチームが4月初めより当院を拠点に訪問支援活動をするようになった。

現在、毎日2～3名の医師と看護師、臨床心理士、ケースワーカーが来て、総勢10名くらいで活動を展開している。(図14) 大きくは次の活動である。

- ① 避難所を回り健康相談や心のケアの活動。
- ② 市の保健師や日赤の心のケアチームからリストアップされたケースの訪問支援活動。
- ③ イベントや炊き出しに合わせ、移動診療室を設置し、健康相談活動。(図15)
- ④ 最近仮説住宅に移った人たちの個別相談や集会所での講演活動。ハローワークでの個別相談。



図15. 日精診移動診療所

現在までに、のべ2000人以上のドクターやコワーカーが参加してくれており、当面仮説住宅が終了する今後2年間は、土、日も休まず活動継続の予定である。雄勝地区、北上地区、牡鹿地区、女川地区にはそれぞれ20回以上自ら足を運んだが、復興というにはまだまだほど遠い状況である。震災後2年たった今も石巻の医療機関を受診したくても、移動手段もまだない

状況があちこちに存在する。早く安心して十分な医療が受けられる環境になって欲しいと願い、それまでは自分の出来ることを出来る範囲で続けていこうと思う今日のごろである。

おわりに

今回の大震災は本当に前代未聞、まったく想像も出来ないことでした。

被災地の中心に居ながら、電気が復活するまでの10日間はまったく情報もなく、被害の大きさから茫然自失の状態でした。医師会で作っていた防災対策マニュアルもまったく用を成さず、自らの判断で行動するしかない状況。取り合えずその瞬間瞬間に出来ることをやっていくという考えで動いていたように思います。

冒頭に「当地も徐々に復興の途についた」と記しましたが、実はまだまだであり、精神科診療に関しましては、2年たったいま本当のニーズが高まっていると感じます。

現在、日精診（日本精神神経科診療所協会）を中心に原先生と立ち上げた「震災こころのケアネットワークみやぎ」を拠点に、全国のデイ・ケアスタッフの協力の元、アウトリーチ活動を展開しております。しかし、まだまだどのように活動をしていくべきか手探りの状況です。ニーズを見逃さない包括的支援体制を作り、この震災経験を次世代に活かすため、さまざまな取り組みを試行錯誤の中、毎日動いております。

今後この活動を改めて報告したいと思いますが、今回は、2年間の体験記として示しました。全国の皆様にさらなくご支援をお願いし、おわりとします。

東日本大震災で学んだこと

〈個人的対応〉

1. 大震災のあとは、津波が来ると考えて、とにかく高い所（海拔20m以上の場所）へ逃げる。
2. 家族や身内の集合（落ち合う場所）を1番目、2番目、3番目と3カ所くらい決めておく。
3. 緊急サバイバルセット（東海大セット）を3～4セット備蓄しておく。（病院と自宅それぞれ）

〈医療者としての対応〉

4. 緊急避難救護所（診察室）の設置と配置の分担
医師会、薬剤師会、教育委員会との連携、院内処方の有用性
5. メーリングリストの構築と参加
5. 大学の仲間を大事にすること

東日本大震災とこころのケア

—— “からころステーション” の活動を通して ——

原クリニック
原 敬造

3月11日金曜日

14時46分、筆者はクリニック1階のカフェ 225にいました。金曜日の午後で、普段なら午前中の外来が夕方5時頃までかかりますが、珍しく13時50分に終わりました。近くのそば屋でそばを食べ、久しぶりにデイケアで卓球をしました。午後の診療に備えて1階のカフェでコーヒーを飲もうとし、コーヒーを頼んだ瞬間に、突然大きな揺れがきました。ものすごい揺れでした。ビルがギーギーと悲鳴をあげました。恐怖を伴う揺れでした。一瞬、「壊れるんじゃないかな」と感じました。ものすごく長く感じられました。その後、カフェにいた2人のメンバーを隣の駐車場に避難させ、2階のクリニックにもどり外来、デイケアの避難、怪我人がいないかの点検と安否確認を行い、情報収集を行いました。当日は空いていたため混乱もなく、幸いなことに人的な被害はありませんでした。クリニックの外壁はタイル張りでしたがかなり剥がれ落ちていました。内部は物が倒れたり本棚が数十センチ移動していたり、デイケアの食器が壊れ散乱していたりといった状態でした。余震が繰り返し起こっていました。

3月12日土曜日

電気、ガス、水道全てが止まっていましたが、ビルの貯水槽には水があり、水道とトイレは使えました。散乱していたものを片付け、診療を開始しました。停電のためコンピューターは動かず、手書きで処方箋を発行しました。電子カルテではなかったもので、診察と処方箋の発行は特に問題なく行えました。アナログの良さを見直した次第です。

3月13日日曜日

朝からガスボンベや非常用の物資を求めて市内に買い物に行きました。ほとんどのお店が閉店していましたが、建築資材などを扱っているお店が開いており、電池やガスボンベなどを買うことが出来ました。午後クリニックに行き、片づけをしている間に電気が回復しました。診察室は書類が散乱していましたが、幸いなことに被害はほとんどありませんでした。

3月14日月曜日

診療を続けながら当院の各部署のスタッフに依頼して、宮城県精診神経科診療所協会(以下、宮精診) 会員の安否確認を開始しました。当院には看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士など多種の職種の方が勤務しており、デイケアや自立支援法の事業所を運営しているので、幅広いネットワークが平時からありました。そのネットワークを活用しての情報収集により、比較的早期に安否の確認が出来ました。災害には平時のネットワークが大きな力になります。このネットワークを通じて、被災地への救援物資や医薬品、人的な支援など多くのことを行いました。

3月18日金曜日

日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）の理事3名が来仙しタクシーで各診療所を訪問してくださりました。3月19日頃には殆どの診療所で医師の人的被害はなかったことが判明しました。ただ沿岸部を中心にして数か所のクリニックで大きな被害を受けていることが分かりました。気仙沼の小松クリニックは津波で跡形もなく流され、石巻の宮城クリニック、伊藤心療内科クリニック、東松島のきくべいクリニック、ひかりサンテククリニック、塩釜の新浜クリニックは津波の被害を受けていました。津波では宮精診の6名の先生が大きな被害を受けています。

3月19日土曜日

ハートポート仙台のこころのケアチームに当院看護師を派遣しました。

3月20日日曜日

宮精診の千葉健先生、当院の渡部裕一ケースワーカーと筆者で宮城クリニックを訪問し、石巻での支援活動を開始しました。

3月23日水曜日

筆者が仙台チームに参加して荒浜に行きました。

3月25日金曜日

仙台市に宮精診・日精診チームを派遣しています。

3月27日日曜日

山元町を訪問し工房地球村の田口ひとみさんと今後の支援について話し合いました。当院スタッフが、2012年5月まで工房地球村への支援を継続しました。

2011年4月に入り本格的な支援開始に向け、先発メンバーとして当院スタッフが石巻に入りました。その後4月17日から宮精診・日精診が本格的に石巻の支援を開始しました。日精診からは、医師とコワーカーの派遣を受け、原クリニックを拠点として、宮城クリニック、きくべいクリニックのスタッフとともに活動を行いました。半壊地域や、避難所への訪問など、アウトリーチ活動を主にしての活動を行いました。宮精診・日精診の主な活動は、アウトリーチを主体にした活動で現在に引き継がれています。

仙台市では「はあとぽーと」のチームの一員として七郷地区を担当していました。当院スタッフと日精診からの医師とコワーカーがチームを組み、避難所への訪問、避難所から仮設住宅に移り始めてからは仮設住宅への訪問と、半壊した家に戻っている人たちへの訪問を行いました。

2011年7月には仙台市では避難所が閉鎖され、災害救助法の活動が終了することになり、多くの問題を残しながら急性期の活動の終了を迎えることになりました。仙台市の体制が徐々に平時の体制に移行するにあたって、2012年1月で、仙台市への直接的な支援は終了しました。

今回の震災の特徴として仮設ではなく借り上げ住宅に移った人が多いことがあげられま

す。仙台市や沿岸部では不動産が満室状態になり、家もアパートも借りられないという状況になっています。仮設住宅と違って、借り上げ住宅に入った方への訪問には困難さがあります。被災している方の住所がわからないこと、借り上げ住宅が広く散在していること、コミュニティを形成しづらく孤立しがちなことなどの問題点が指摘されています。

2012年2月に筆者らは、石巻地区で借り上げ住宅への訪問調査を行いました。その時訪問した多くの方々から「初めて訪問を受けた。今まで支援物資をもらったことがなかった、話す機会もなかった」などの声が聞かれました。やはり借り上げ住宅への支援が届きにくいとの懸念通りだったことが明らかになりました。

初期の活動について

宮精診・日精診の石巻チームの活動はアウトリーチを中心にして展開していました。『柔軟かつスピーディ、そしてタイムリーに』をモットーにして、継続的な活動を心掛けていました。当初は、旧石巻市内における戸別訪問活動・医療支援、半島(牡鹿・女川・雄勝・北上など)方面への生活支援を軸にした支援活動、車に物資や薬などを積みこみ、半島での活動などを行いました。半島方面は被災地域が広く、多数あるため活動場所をある程度決めて活動していました。また半島方面はコミュニティが強固なため、区長など地域を知る人を通じて情報やニーズを得てから活動を行ないました。こうした訪問活動を中心にした活動のほか、「災害後のストレスケア」について日精診の医師が講話をしたり、カフェ活動と抱き合わせにこころの相談会を開催したり、個別相談活動なども行っていました。こうした活動は後に立ち上がる“からころステーション”に受け継がれています。

避難所の閉鎖から、“からころステーション”の設立

多くのこころのケア活動が、厚生労働省を經由しての派遣や、県を經由しての派遣である為、災害救助法の規定で、避難所を中心にした活動が行われていました。筆者らの活動は、行政からの要請ではなく、自主的な活動でしたので、災害救助法の縛りを受けることなく活動を行いました。筆者らは、力にみあった活動を心がけて展開しました。筆者らは、避難所でテントを立て、暑い時はかき氷と冷たい飲み物を出し、かき氷を食べながら血圧を測って、日常生活について話を聞いていくと、「眠れないとか、不安だ、先が心配」とさまざまな話がでます。話すことで気持ちが楽になっていきます。個別に相談したい方には対面式のワゴンを用意しました。避難所を含めて個別に仕切られた空間で相談できる場所は本当に少なかったです。

石巻市では2011年10月で避難所は閉鎖されました。避難所が閉鎖されるとこころのケアチームは去っていきました。そうしたことから筆者らの活動が被災地に徐々に根を張った活動になっていきました。当初からこの活動は息の長い持続的な取り組みが必要と考えていたため、筆者らは一般社団法人「震災こころのケア・ネットワークみやぎ」を6月に立ち上げていました。

筆者らは、保健活動を中心とした活動を心がけていました。医療に関しては地元の医療機関、或いはご本人が希望する医療機関に通院してもらうことを基本に置いています。半島方面などは交通機関が壊れていますので、自分で車を持っていないと動けませんので、どうしても

通院が出来ないということで少し投薬することはありましたが、原則は保健活動を中心に行っていました。

2011年9月に入り筆者らは、“からころステーション”を立ち上げました。スタッフは、宮城クリニックと原クリニックを中心にした現地のスタッフと宮精診・日精診の医師、コワーカーでした。そこでは、来所相談、電話相談、訪問活動などを中心に行っていました。その他、からころカフェ、からころ相談会、からころ講演会、からころコンサートなど様々なイベントを組み合わせた活動を展開しています。総じて女性からの相談は多いのですが、男性に気軽に利用していただけるには何が必要なのか、どうしたら引き出せるのかが大きな課題です。その取り組みの一端として、ハローワークでの相談会を行っています。地域に雇用の受け皿が少ない現状でハローワークでの相談会は重みを増してくると思ったからです。

なぜ“からころステーション”と名付けたか

当初、避難所で血圧を測ると多くの方々が日常より高く、また動悸や頭痛、めまいや不眠を訴える方が多くみられました。そうした体に起こった変化はこころの変化のあらわれでした。人が強いストレスにさらされた時に起こる当然の体の変化でした。筆者らは、そうした変化に焦点を当てながら、その背景にあるこころの問題へのアプローチを試みました。避難所ではプライバシーがないため、こころのケアチームを嫌う方もみられました。「こころのケアチームお断り」との張り紙が貼ってあった避難所もありました。微妙な問題をはらんでいます。筆者らは、第一に生活支援の観点から、生活物資を配布しながら、体の問題からアプローチし徐々にこころの問題へと迫っていく方法を実践しました。生活支援を第一義に取ったのは、勿論発災当初は多くの生活物資が手に入らなかったこと、車を使える環境に多くの方々はなく、遠方への買い出しが困難であったことがあげられます。そうした支援活動を通して、関係性を作ることで被災体験を話していただいたり、徐々にこころの問題へのアプローチをとることができるようになりました。からだところを一体としてとらえて支援していく拠点として、“からころステーション(からだところのステーション)”と名付けました。

“からころステーション”の活動紹介

宮城県の死者行方不明者はおよそ一万一千人で石巻周辺地域(石巻市、東松島市、女川町)のそれはおよそ6,000人(県内死者のおよそ6割を占める)で、甚大な被害を受けている地域でした。そうしたことから筆者らは、発災当初から、石巻市の宮城クリニックを中心にして支援活動を展開してきました。そしてこの活動を個人のレベルで継続するのは困難と感じ、継続的組織的活動を目指して5月から準備に入り一般社団法人「震災こころのケア・ネットワークみやぎ」を立ち上げました。2011年6月26日に設立許可がおりました。先の宮精診・日精診の活動を引き継ぎ、①アウトリーチ型支援、②ニーズに則した包括的支援、③柔軟かつ迅速な支援、④震災経験を次世代に活かすための取り組みを中心としました。被災地・石巻市周辺のこころのケアを中心とした精神保健活動を行うことにしました。財政的には、1. 石巻市 こころのサポート拠点事業、2. 宮城県 アウトリーチ推進事業(震災対応版)を受諾しました。しかしながら財政基盤は脆弱であり、活動範囲は広範囲であるため、多くの方々からの寄付金を

いただいています。現時点での、こころのケア活動を行う対象地域は、石巻市・東松島市・女川町です。そこを拠点として先に紹介した、“からころステーション（からだこころの相談所）”をオープン（2011年10月）しました。

“からころステーション”の運営体制とスタッフ構成

活動は、365日（土・日も対応）行っています。開所時間は10：00～16：00でこの時間帯を軸に様々な活動を行っています。活動方法としては多職種（医師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士等）によるチームアプローチです。現在のスタッフ数は17名で、日精診（日本精神神経科診療所協会）のスタッフによる運営のサポート（直接支援・後方支援）を受けています。活動エリアは先に述べた2市1町ですが、仙台市などに避難している方もいますので、仙台市などで上記地区の集まりがある場合市町からの要請に基づいて参加しています。

今回のような大規模災害では、待ちの姿勢では限界があります。多くの情報を直接届けることでニーズを掘り起こすことができます。筆者らは、様々な活動を重層的に行っています。その中で力を入れているのは、アウトリーチ支援です。アウトリーチ支援は訪問活動が中心で、場合によっては受診に同行することや入院の援助をすることもあります。ケース会議や支援者とのミーティング、家族への支援なども並行して行っています。仮設住宅等での健康相談会（からころカフェ）、こころの相談ダイヤル、“からころステーション”での相談、講演会、啓発活動、研修会、資源の開発と開拓などの活動を重層的に行っています。“からころステーション”の利用者は、保健師からの紹介、医療関係者や社会福祉協議会、新聞広告や報道を見ての相談、電話での直接相談などもあります。複数のチャンネルがあることが大事なことと考えています。

筆者らの経験では、女性は自らコンタクトをとる方が多いが、男性が自らコンタクトを取ってくるのは少ない傾向にあります。自ら発信することが少ない40～60代の男性のニーズをどのようにつかむのが課題でもあります。ある地区で行われている、【メンズクラブ】と銘打った男性だけが参加できる集まりに今後の活動のヒントが隠されていると思います。

“からころステーション”の利用状況について

昨年一年間のサポート事業の相談者は延べ3,716人（内本人は76.5%）男女別では男性40.8%女性59.2%であった。新規相談者は1,261件で、内訳は訪問が59.5%、来所相談が16.3%、電話相談が18.8%ケース会議が5.4%でした。継続相談は2,238件で内訳は訪問が27.9%、来所相談が19.2%、電話相談が46.4%ケース会議が6.5%です。新規ケースでは、仮設住宅や民間借り上げ住宅への訪問調査による訪問が多く、継続ケースでは電話による相談が多い傾向がありました。

アウトリーチ推進事業では、新規が121件、継続が1,065件でした。男女別では男性が54%、女性が46%でサポート事業とは逆転傾向にありました。相談の内訳は訪問が42.4%、来所相談が20.9%、電話相談が36.7%でした。主訴分類では不眠が多く、抑うつ、無気力、不安と恐怖、アルコール問題等もみられます。

民間借り上げ住宅（みなし仮設）訪問調査活動について

石巻市にはプレハブ仮設がおよそ7,000戸、民間借り上げ住宅がおよそ44,000戸あります。一般に居住性が高いといわれていますが、プレハブ仮設に入らずに急いで部屋を探さざるを得なかったため、居住環境が実情に合わない場合もあります。市内に点在しているため、把握が難しく支援も難しい側面があり、また被災者同士が接触する機会も少ないために、不安や孤独に陥りやすいと懸念されています。こうした状況の下で、宮城県が、平成24年1月～3月に民間借り上げ住宅の健康調査を実施しました。調査内容は、①世帯の状況（人数、被災状況、住民票登録地、収入源、必要な保健福祉サービス等）、②個人の状況（現病歴、既往歴、受診中断の有無、現在の体調、こころの状態（K6）等）です。回収率は70%（石巻市 3,100世帯）で、石巻市保健師が精査し、K6などからこころのケアが必要と判断された800件を越す内の628件のフォロー要請が“からころステーション”にありました。件数が多いため、試行錯誤の末、原則的にアポなし訪問（アタック訪問）としました。突然訪問したことに十分配慮し、身分を明確にし、訪問の意図を正確かつ簡潔に伝え、健康状態や生活の困り感等を主に聴取しました。被災当時の状況や亡くなったご家族のことは積極的に聞かずに行いました。家に上げてくれる方も多く、初めて訪問に来てくれたという方も多く、民間借り上げ住宅への支援が不十分であったことが実感させられました。不在者も多く、訪問不在票の活用は、実際にはあまり効果がありませんでした。不在の世帯へは曜日や時間帯を変え、会えるまで何度も訪問を続けることが大切です。住民の方にとって、予期しない突然の訪問に対する配慮は本当に大切なことでした。また効率は悪いものの、アタック訪問の方が、きちんと話を聞くことができました。要フォローになった場合でも、頻回の訪問は押しつけにもなるので、フォロー頻度の設定を慎重に行う必要があります。

被災地のアルコール問題と課題

被災地のアルコール問題には難しさがあります。被災者は、壮絶な被災体験によるストレスを抱えています。家族・住居・仕事・コミュニティ・人間関係等といったさまざまな喪失体験、急激な環境の変化そして孤立や孤独によって、飲酒量が増し問題飲酒や大量飲酒等になります。至極当然のことです。

“からころステーション”でのアルコール問題を抱える方の相談は109件、その間の実相談者数は1,709件（2012年10月まで）6.4%を占めています。多くはアルコール依存症圏で、飲酒によるトラブルがあり、継続的なフォローが必要でした。本人または家族は少なく、地域の保健師からの相談が多く、家族との同居の方々も多いので、今後の課題として家族支援の強化に取り組む必要があると感じました。当ステーションでの健康調査などで把握されたケースもあります。いずれにしても本人の相談へのモチベーションが低いのが特徴として挙げられます。また、被災地での特殊な要因としては、避難所・仮設住宅という特殊な環境の中でのトラブルにより事例化したり、震災に関わる調査やかかわりの多様化による顕在化をあげることができると思います。震災を契機として生じたアルコール問題への対処としては、適正飲酒指導や他のストレス対処方法の検討、不眠などに対する医療機関への受診等があげられます。それに対して、元来アルコール問題があり、震災後悪化し顕在化した場合は、専門の医療機関や相談

機関、自助グループにつなげたうえでの継続的なかわりが必要です。

Aさんの場合 — 震災を契機にアルコール乱用問題が表面化した方 —

30代の男性で独居の方。震災にて、住いと仕事を失ったため仮設住宅にて生活をしている。1日中やることなく、孤独感を強く感じ、日中より飲酒するようになった。仮設住民とのトラブルにて警察官が介入した。飲酒運転により運転免許をはく奪された。転居をきっかけに環境が変化し、仕事を紹介してもらい役割ができ問題行動が収まった。震災を契機に、アルコール乱用による問題が生じたものの、さまざまな機関によるサポートや環境の変化や役割の取得により問題は沈静化していった。

被災地でもアルコール問題を抱える方は否認が強くみられ、かわりが難しいといった共通点があります。心情的には被災に伴っての孤独感や喪失体験は共感できます。寄り添う支援、つながりの継続が有効と考えています。しかしながら支援者の巻き込まれ、共依存関係にならないよう注意も必要です。

今後アルコール問題が増えていく可能性が指摘されています。石巻地域での支援の充実・普及・啓発、他機関とのネットワーク強化が必要と考えます。また、支援者の疲労やバーンアウトの問題を予防するためにもセルフケア、チームアプローチと他機関との連携が必要となります。石巻地区では、アルコールの治療機関や相談機関の不足が指摘されており、新たな社会資源の開発も必要です。

今後に向けて

“からころステーション”の活動は、一次予防を中心にした活動です。これまで以上に地域に根付いた活動を行っていくことが大切なことです。自死の予防に向けても更なる取り組みが必要です。自身や周囲の方々がこの問題を感じた時に“からころステーション”に気軽にアクセスできる環境整備が最も重要なことと考えております。そして三次予防にも力を入れていこうと考えております。障害を持つ方々のQOLの改善に力を入れていきます。こうした活動を通して精神保健の新たなモデルを作り上げていきたいと思っています。また全国から支援に来てくださっている方々と手を取り合って石巻地区で行われている先駆的活動を全国に広めたいと考えております。

東日本大震災の精神医療における被災とその対応

—— 精神科診療所／地域支援の立場から ——

清山会医療福祉グループ いずみの杜診療所
山崎 英樹

私たちの施設でおきたこと

私たちは宮城県内でいくつかの診療所や介護施設、精神科作業所などを運営している。震災当日は、利用者も職員も幸いに無事であった。施設は大きく壊れたが、それでも風と雪をしのげたから、津波や原発の被災地に比べればありがたいことであった。東日本大震災といわれながら、大災害と呼べるのは津波と原発だけであって、東日本の大部分はせいぜいライフライン大混乱と呼ぶにすぎなかったような気がする。

震災をふり返ったとき、認知症の災害医療とでも呼べるような、なにか特別な医療が必要とされた訳ではなかったように思う。総じてお年寄りたちは、まるでなにかを悟ったように、寒さにも空腹にもよく耐えていた。ケアスタッフの、いつにも増した深い関わりが、急性のストレス反応を防いだかもしれない。

3月11日、マグニチュード9.0の地震は、午後2時46分に発生した。地割れが走り、施設は天井が落ちたり、壁にひびが入ったりした。急いで実施した耐震診断（応急危険度判定）で構造躯体に問題はなく、倒壊の危険もないということで、入所系のサービスだけは続けることができた。

余震が続き、ライフラインが途絶えた。容赦のない非日常のなかで、逆に認知症と呼ばれるお年寄りたちのなんでもない日常性に癒される毎日であった。あのときケアされたのは、自分たちであったような気がする。

被災時（平成23年3月11日）の職員数は516人である。震災後しばらくは、利用者の家族や職員の子供たちまでが施設に避難してきた。外部の誰がどのように出入りしているのか、職員の勤務状況がどうなっているのか、当初はまったく把握できなかった。ようやく状況が分かってきたのは3月23日以降のことである。震災から10日以上を過ぎても20名近くの職員が帰宅できず、施設に寝泊まりしていた。社宅を準備することも検討したが、その後、それぞれ自力で住居を確保している。

デイとショートが多機能型施設では、震災当日、被災したデイの利用者の帰宅が困難になり、ショートに受け入れてしのごことになった。津波の被災地に近い施設は、一時的に利用率が300%近くになっている。内陸部の老健でも徐々に沿岸部の津波被災者の入所が増え、震災後約1か月で利用率150%になった。

こうした緊急入所は、グループホーム72床、ショートステイ40床、小規模老健20床で合計132床の仙台地区に限っても104人に上る。平均年齢は81.8歳、平均介護度は2.8であった。水、食糧、調理用燃料、排泄用品、寝具、石油ストーブ、あらゆるものが不足した。

震災による緊急入所者は、女性が7割を占め、要介護度は1から5まで万遍なくおり、住所地は津波の被災地に近い宮城野区と多賀城で6割を占めた。介護事業所であるため、主治医が

私たちの診療所の医師とは限らず、診断名を整理することはできなかったが、印象としては8割以上が認知症の高齢者であった。

緊急入所の理由は、介護力がもともと脆弱であったケース（20%）、津波による浸水（19%）、震災によって介護者が復旧作業に追われるなどして介護力が低下したケース（15%）、連絡不通（13%）、住宅半壊（12%）、住宅全壊（8%）などであった。

緊急入所の期間は、一泊だけが25%、一週間以内が15%、3か月未満が46%である。3か月以上の長期入所に至ったのは14%であった。

避難理由と入所期間の関係をみると、一泊だけで済んだ人は震災当日に連絡が取れなかった人が多く、家が半壊、全壊した人も、3割前後は翌日に家族が迎えにきた。3か月未満の人は連絡不通以外のすべてのケースでみられた。3か月以上の長期は、家屋の全壊や浸水のケースで多くみられた（図1）。

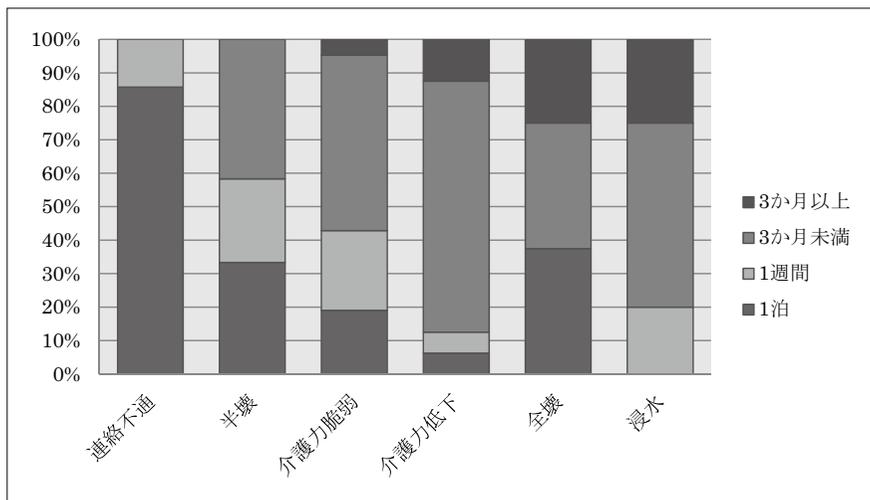


図1. 避難理由と入所期間

入所系事業所の食糧備蓄は3日分しかなかったが、震災翌日からたくさんの寄付があり、なんとかしのぐことができた。寄付件数は、4月25日までに202件である。利用者・家族が6割、職員・関係者が2割で、地域の方の支えが大きかったことを、改めてありがたく思う。

以上の経験から、次のようなことが指摘できる。すなわち災害時には、要介護者（多くは認知症）の緊急入所のニーズが極めて高くなる。しかも要介護者とともに、その家族や職員も介護施設に避難してくる。介護施設は、災害時の介護（福祉）避難所として想定されるべきであり、その自覚とともに、物資・薬物の配給やライフラインの優先復旧など、地域の防災計画にも予め反映されることが望ましい。

職場のメンタルヘルス

全職員516名中、津波で2親等以内の家族を亡くした者は3名、3親等以上の親族を亡くした者は多数であった。住宅を被災した職員は21名おり、全壊が4名、半壊が11名、浸水が6名で

ある。震災による退職が2名で、在職1年の非正規職員1名（精神的ショック）と内定辞退1名（宮城への転居に親が反対）であった。

緊急入所が急増する一方で、人手はむしろ不足した。出勤不能となった職員が78名、通所系事業所の休業のために自宅待機となった者が51名である。出勤不能78名の理由は、ガス欠や瓦礫、公共交通機関の麻痺など、交通手段を失ったためが74%、家族の付添が8%、自宅被災が7%、家族の捜索が5%、体調不良が5%であった。

私たちの職場では、職業性ストレス簡易調査票（厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究」）を用いて定期的に職場のメンタルヘルスを調べている。震災から約1か月を経たH23年4月に行った調査を、前年H22年7月の調査と比較したところ、仕事の要求度は減り、自由度は増え、上司の支援は高まる傾向があった。ストレスの総合的な指標である健康リスクは役職者でやや悪化したものの、一般職では例年の枠に納まっていた。一時的に悪化した役職者の健康リスクも、同年H23年10月の調査では再び例年のレベルに回復している。すなわち、現場は少ない人手で緊急入所に応じながら、しかしメンタルヘルスは総じて保たれていたどころか、むしろ普段より良好な状態にあったといえることができる。

当時の職員の日報を抜粋する。

「今、伝えたいこと。被災地で、高い電柱に登って電気工事をする人、がれきの中、郵便配達する人、スコップで地面を掘って水道管を修理する人。プライドにかけて自分の仕事を。今の私達を動かしているのは、そのプライドそのものなのかなと。大げさかもしれませんが、いま、みんなの、清山会スタッフとしてのプライドがひとつになっているなど、激しく感じました。そう思ったら、かなり納得。俄然、ヤル気まんまんです。」

「家がどうなっているか、家族がどうなっているかわからない中、それでも頑張っている。みんなが力強く見える。守らなければならない人がいるから、守るべきものがあるから頑張れる。」

「冷えた空間のなかで、温かいぬくもりを、肌でたくさん感じたような気がします。守るべき人のいる“しあわせ”、やるしかない時の、真のひとの“強さ”や“やさしさ”。一瞬にして起こった地震が、たくさんのことを教えてくれました。」

「失ったものも多かったけれど、けっしてそれだけではなく、人と人とのつながり、絆、信頼しあうこと。お互いを気遣う心。目に見えない確かなものが増えていったように感じます。それは家族だったり、友人だったり、お年寄りからや職場の仲間から。はたまたご近所さんやお店の店員さん。ボランティアさん。こんなにも人の温かみを感じ感謝の気持ちを持ったことはなかったです。」

「3.11の震災から今に至るまで、本当に様々な想いが私の中に生まれました。今、私の中にある想いは、ただシンプルに“困っている人がそこにいたら手を差し伸べていこう、今できることを共にがんばろう”というものです。難しく考えず、一人一人が、そこにいて困っている人達の力となり、共に歩んでいけたらと思っております。一人より二人、二人より三人、三人より…。想いが同じ“仲間”で一緒に守っていきましょう。」

「3.11の震災から早いもので三週間以上経ちました。あの日から先週何があったか前の日何をしたか、忘れてしまうほど駆け巡った日々でした。ライフラインもメドがたたない中、暗く、寒く、いつも職員やお年寄りと共に“今”を生きてきたような気がします。今まで以上に

自然と私のハートは熱く、まさに魂で駆け巡った日々です。」

H22年に実施した職場のアンケートにおいて、介護の仕事を選んだ理由の上位は、働きがいがある66%、人や社会の役に立ちたい45%、お年寄りが好き45%であった。

「平時におけるケアへの想いの深さが、想定外の事態への本当の備えとなる。」

これが、この震災から得られた本質的な教訓であった。

精神科医療と関連する 領域・組織の立場から

あのとき、そしてこれから…

なごみの里サポートセンター
姉齒 純子

「なごみの里サポートセンター」(以下SC)は、県北の内陸部にある登米市と栗原市の中間地点にあります。ここでは障害をお持ちの方を対象に相談支援事業や通所系・入所系の福祉サービスを行っています。また、同じ法人で石越病院という精神科病院も運営しています。

この地域では震災当時、電気-16日夜、水道-20日前後、インターネット-19日頃、電話-不安定ながら17日にそれぞれ復旧しました。法人の施設はすべて軽微な被害でした。食料豊富な田園地帯であり、通所施設では宅配弁当なども行っているの、食料はなんとかありました。その中で、何よりも困ったのは、情報と燃料の不足です。テレビを見ることの出来ない環境で、利用者や患者の皆さんは長期化する不自由な生活に不満を募らせました。

当時の状況を簡単にお話ししますと…

震災直後、私たちは錯綜する断片的な情報を元に各部門、各個人がそれぞれの判断でばらばらに動いていました。そこで、法人全体でのミーティングとスタッフ・メンバーミーティングを毎日行い、情報の集約や方針の確認を行いました。

また、SCでは職員が貴重なガソリンを使って何度も給水所に並びました。何時間も並んでやっと少量のガソリンを手に入れました。そのうち自分から水くみや買い出しに並んだり、薪割りをする利用者も出てきました。

さて、ここで、敬愛病院から患者さんを受け入れた時の状況について、少しだけお話しさせていただきます。

地震発生から4日目の夜、携帯メールの復旧に気づいた院長が宮精協に連絡したところ、沿岸部の病院が壊滅したらしいとか、機能を停止している病院がいくつもあるらしい、といった情報が飛び込んできました。ライフラインは復旧前でしたが、病院は建物も機能もほとんど無事だったので、すぐに患者さんの受け入れを決めました。

それから2日後、宮精協と県より患者さん移送の連絡がありましたが、その頃から病院の自家発電機が変な音を出し始め、燃料の軽油も今夜には底をつく、という状態となりました。不安な思いを抱えつつ夜を迎えた頃、ようやく電気が復旧しました。思わず拍手が湧き、抱き合って喜んだ直後、敬愛病院からのバスが到着しました。夜の7時でした。

驚いたのは、受け入れた患者さんの多くが車椅子だったことです。すぐに隔離室が必要なほど精神状態が変化した方もいました。孤立無援の状況で数日間過ごした結果だそうです。皆さまの直面した厳しい現実を見せつけられた思いでした。

4月1日にはさらに8名の方を受け入れ、合計21名の方が石越に転院されました。

今回の地震では、地域に密着した地元FM局の情報と、地域の方々とのネットワークや支え合いが何よりもありがたく感じました。近隣の方から食料や軽油の提供を頂いたり、今まで取

引のなかったガソリンスタンドが「たくさんの方の命を預かっている大切な所だから」と優先的に燃料を分けてくれたりしました。

肝心の行政からの支援ですが、市内には民間病院が1つしかなかったためか、公立病院以外にも病院があることがあまり意識されていなかったように思います。それでも支援を要請すれば給水車や食料の調達は出来ました。しかし、障害者施設は給水車も来ないなど、さらに公的支援を得にくく、また、食料の備蓄義務や緊急電話回線がないなど、非常時の地域生活支援体制がとても脆弱な印象を受けました。

被災して困ったのは、とにかく情報と燃料の不足です。行政の防災放送もいつの間にか静かになりました。停電中、どこでどのような支援が行われているのか、国や行政が何を考えどう動いているのかほとんどわからず、とても不安でした。先が見えないのです。ゴールが示されていれば、頑張ることも出来ます。でも、先が見えない真っ暗闇では怖くてたまりません。そのうち心の余裕が無くなり、思いやりも優しさも失われていきます。ある行政の外郭団体が運営する障がい者施設では、職員が利用者を心配して安否確認をしようとして「障がい者なんて後回しだ!」といわれたそうです。また、ある避難所では、パニックになって騒ぎ回る発達障がいのお子さんに対し、行政の方が「こんな奴らが助かって!」という言葉を投げつけたそうです。もちろん、そうでない行政の方々が沢山おられたことを私も知っています。でも、これも悲しいことに現実なのです。

私たちが体験した1ヶ月の記録を資料にまとめましたので、後ほどご覧ください(表1)。

表1

病院の状況

サポートセンターの状況

3/11	<p>外来診療中に被災。停電して自家発電作動。調剤薬局の対応が困難となり外来は中止。病棟は緊急用の食事に変更し、エレベーター使用不能のため2・3階の入院者で歩行可能の方は1階まで降りてもらおう。また調理の関係で食事時間を早め、2・3階の入院者の食事はバケツリレー形式で階段を利用して運ぶ。断水後もしばらくは貯水タンクの水が使えるなど、入院者は事態の深刻さが実感出来ない様子。</p>	<p>相談支援スタッフは車で移動中被災し、目前で民家が倒壊。通所施設では、利用者を送迎バスで送るが、一部利用者は泊まることに。遠方で研修中の利用者は会場から自宅まで送迎。夕刻、A市の福祉担当者が状況確認に来所。18時頃、息子が帰ってこない利用者両親来所。21時頃、見つからないと憔悴しきった両親来所。搜索願をだすことに。スタッフも深夜まで搜索。C町のGH利用者は避難所へ。そのほかの入所者はサポートセンター(SC)1Fに臨時避難。</p>
3/12	<p>県庁より被害状況確認の電話あり。外来は休診。停電や断水の長期化が予想され、自家発電の軽油や飲料水の確保が課題となる。自家発電の軽油タンク容量は5時間程度しか維持できない。夜間当直者1名では負担が大きく、2名体制とする。</p>	<p>午前、行方不明だった利用者が両親と来所。近くの避難所でボランティアをしていたとのこと。相談支援では利用者の安否確認、生活状況の把握、受診・残葉状況の確認、受葉方法の助言、行政・通所事業所等の連絡調整などを開始。しかし、通信不能やガソリン不足から思うように動けず、単身世帯や残葉が極端に少ないとみられる方、避難所で不安定になっている方など優先順位を決め、訪問範囲も制限しての支援となった。B市にガソリン不足を訴えたが、市でもガソリンスタンドに並んで調達している状況とのこと。</p>
3/13	<p>院内ネットワーク不能のため外来業務は困難を極める。なんとか非常電源を接続してネットワークの暫定的回復成功。ターミナルケアを行っていた入院患者さんの容体悪化。しかし、家族と連絡がつかず行政に相談。病院で遺体を火葬場に搬送し、遺骨を保管することに。沿岸部出身の職員は、家族と連絡がとれないと不安そう。</p>	<p>福祉施設には給水車が来ないため、スタッフ総出で給水所に並ぶ。わずかな情報を頼りに食料やガソリンの調達に奔走している。利用者からは不自由な生活に不満の声…。支え合いと秩序を守るため、スタッフ・利用者で朝夕のミーティングを開始、非常時のルール確認を行う。職員自宅より食材の提供を受け、スタッフ泊まり込みで食事の提供に当たる。</p>

3/14	<p>当院利用者の外来受診は少なく、むしろ他院通院者の受診・問い合わせ多し。ガソリン等の燃料不足深刻。業者や職員の協力で自家発電用の軽油を確保するが在庫は数日分。職員の通勤・勤務に支障。電話回線不通。外部との通信手段なし。食材や薬品の在庫不安。供給見通し経たず。レセコン不調。処方箋全て手書き。粉末の調剤不能。錠剤変更の処理大変。ディケア再開。夕方、携帯のインターネット・メール機能回復。県精神科病院協会に状況報告。県内の状況一部判明。呆然。被災病院より可能な限り患者受け入れることに。</p>	<p>行政は大混乱し、本来の機能が低下している。まずは自分たちの足元を固めるためにも法人全体でまとまろうと、この日から毎朝、病院において法人ミーティング開催。法人としての方針を確認し、燃料や食料、薬剤などの在庫状況や各部門の状況の報告と今後の予定、課題の検討などを行う。また、利用者の精神状態の安定を計るため、日中の居場所確保が重要と考え、通所先が再開するまでディケアの開放してもらうことに。また、C町の避難所が解散したため、ライフライン復旧までGH入居者もSCに合流。</p>
3/15	<p>停電・断水持続し、自家発電用の軽油残量あと1日。食事は粥食とし副食の数を減らして何とか一日3食を確保するが入院患者さんは不満。新聞やラジオで情報を把握しようとする方は少なく、大半がTVからの情報に頼る生活だったからだろう。外来は自家発電との接続でレセコンが起動、手書きから解放される。</p>	<p>職員から軽油を分けてもらい、カセット式のカセットガスボンベでお礼をするなど、物資の調達は物々交換が主流。また、近隣の農家からは野菜を調達している。C町では水道・電気とも復旧したとのこと。状況を確認し、そちらのGH入居者4名ならびに特に疲弊しているメンバー4名をC町のGHに移動。さっそく入浴し生き返ったと笑顔。</p>
3/16	<p>固定電話復旧。しかしネット関係は相変わらず不調。外来処方はまだ1週間分ずつが限界。流通の改善が待たれる。給食は米の節約で全員粥食だったが、近隣の支援で米を確保。常食も出せることに。副食は入手困難。19時、電気が点いた直後、被災病院の患者さん13名が到着する。ほとんど車椅子状態。震災前は落ちついて歩いていた方がほとんどとのこと。すぐにお茶と食事を差し上げる。皆さん、熱いお茶をおいしそうに飲んでおられた。</p>	<p>施設の利用者は全員無事。ただ、職員は食材や水の調達、ガソリンの入手で奔走しており、勤務表はあってないようなもの。スタッフ全員がかなり疲弊している。ガソリン不足で帰宅困難の職員が増加。病院・施設内や車に泊まっている。C町のGHに戻った人たちは、この日を境に自分たちで食材の調達をするなど、できるだけスタッフに頼らず生活し始めた。19時頃、電気が回復。思わず全員で拍手。利用者職員、抱き合って喜ぶ。</p>
3/17	<p>受け入れた患者さんは震災で急速に精神症状が悪化している。被災病院職員皆さまのご苦労とご努力に頭が下がる。電話回線復旧により、入院者の安否や診療に関する問い合わせが殺到。病院・SCとも温水器が凍結のため故障しており入浴不可。</p>	<p>通話状況はまだ不安定。IP電話はつながりやすいことが判明し、そちらを利用。サポートセンターで避難生活中の利用者のストレス緩和のため、C町のGHで入浴させてもらう。皆、表情に明るさが戻った。一関在住の職員より、復旧は岩手の方が早いようだとの情報をもらう。</p>
3/18	<p>臨時プログラムで作業療法再開。</p>	<p>相談支援では、定期的通院が途絶えている方々に対し、引き続き受薬情報などを提供。中には、「いざというときのために薬を貯めていたから大丈夫」という人も…</p>
3/19	<p>保健師より避難所で不安定となった方の相談を受け、院長が避難所回りをを行う。また入院患者の容体急変。ご家族は必死でガソリンをかき集め来院。</p>	<p>インターネット回復。国や行政からの照会や通知メールがたまっていた。医療関連の情報をプリントアウトして病院に届ける。</p>
3/20	<p>水道復旧。ライフラインは全て復旧した。今後の課題は食料や薬剤、燃料などの物資の安定供給。県庁より連絡あり、自衛隊が軽油1000ℓ届けてくれる。足の確保が難しく通院困難な方たちの送迎バスにも利用したい。</p>	<p>タバコが入手困難になりつつあり、ストレスも手伝わってかシケモク拾いやたかりタバコ等によるトラブルも発生。日中の活動場所が休みの時は、スタッフが率先して散歩や折り紙、ゲームなどを行っていき事とする。</p>
3/21	<p>今のところ反応型の診察依頼が多く、中には外国の方も含まれている。今後、言語面で対応できる医療機関が今後必要になるかもしれない。登米市・栗原市や登米保健所の精神保健福祉担当者との今後の対応について協議。他院利用者の受け入れや、避難所や在宅の交通弱者に対して送迎による通院援助を行うなど、出来る限りの協力を行う準備があることを説明。</p>	<p>登米・栗原の保健福祉担当者と院長の協議に統括施設長も同行。福祉部門では避難所生活に支障を来す要援護者などの受け入れや、相談支援スタッフによる避難所の巡回相談、心のケアのお手伝いなどを提供できること、また協力できることがあればいつでも声をかけて下さるようお願いしてくる。相談支援では、移動手段に制約のある中、電話での相談支援を活発に行っている。</p>

3/22	外来は想定を超える来院者数。外来処方14日可能となる。院内薬剤も注射薬など一定量を確保、診療に大きな支障なし。市より給食用食材の提供を受ける。交通網の障害やガソリン不足による受診困難が大きな課題。送迎できること等を地元FNM局を通じて流してもらう。	A市でケアマネやヘルパー、相談支援事業者などにもガソリンを有償配布を行うことになったと連絡あり。20%頂く事が出来た。また、軽油が確保できたことから、就労支援事業所の送迎もこの日から再開することに。 また、ほぼ市内全域でライフライン復旧しGH入居者はSCより移動。
3/23	状況に変化なし。	ケアホームメンバー、避難先のサポートセンター1Fより2Fの自室に戻る。
3/24	外来受診者多数。ガソリン不足による職員の通勤や食材の搬送に支障。ツムラの工場が被災、一部漢方製剤の入手が困難となり使用量を控えることに。	震災以降、不安と恐怖を訴えSCに泊まっていた地域で独居生活の利用者が、ようやく自宅に戻ることに。
3/25 ~ 27	3月26日は職員の交通手段などの問題で休診とし精神科救急体制で対応。 27日は休診。薬剤や食材などは徐々に確保出来るようになったがガソリン不足は持続している。	登米保健所より支援物資を分けて頂く。また、仙台より岩手・秋田の復旧が早く、岩手を北上して食材の買い出しとガソリン調達を行う。 外来の方々のために、病院売店でおにぎりやパスタなどの軽食を販売開始。
3/28	病棟のボイラー修理完了、入浴再開。経済産業省より重油在庫の問い合わせ。	ケアホームのボイラー修理完了。入浴再開する。
3/29 ~ 31	病院業務は通常通り。29日に熊本チームの依頼にて避難所暮らしで精神状態が悪化した方が入院。また、被災した病院より再び入院患者さん受け入れの依頼あり。了解する。外来処方については一部の調剤薬局の協力もあり、条件によっては長期投与対応可能になる。	近隣のスーパーの品揃えはまだまだ。ミネラルウォーターは「お一人様一本」だが、物が買える環境は回復した。各事業所の利用者からの訴えも、震災による耐乏生活へ関連から、日常生活に関することになりつつある様子。ただ、調子を崩しつつある方も増えている印象。
4/1	被災病院の患者さん8名を受け入れる。転院した患者さんの多くがベッド不足で床に寝ている状況であり、先方にベッドの譲渡をお願いした。	就労支援施設では本日より高齢者の宅配弁当再開。喫茶「ベル・エキップ」も11日から開店の目処がつく。洗濯業務も一部再開する。
4/2	被災病院に伺い、ベッドを頂戴する。初めて目にする現場の状況に声を失う。	
4/3 ~ 6	外来処方は長期投与可能、ガソリン供給も徐々に改善し、通院困難のため当院を受診していた方も本来の通院先にほぼ戻ったため外来は通常体制となる。	各事業所とも、地震から1ヶ月での完全復旧を目指してサポート。
4/7	県より重油の在庫について問い合わせあり。深夜、大きな余震発生。	県障害福祉課より震災時の対応と現場の状況について確認と意見交換に来所。 深夜の地震にも関わらず、入居者は落ちついて行動していた。
4/8	昨夜の地震で建物被害はないものの、備品の転落、損傷や建物周囲のアスファルトの亀裂・陥没の拡大あり。再び停電・断水、以前の状況に逆戻りする。外来など通常業務を行う予定だが調剤薬局は停電のため粉の調剤が不能、また日数は本日は2週間と依頼された。今回は地震の被害が大きい。現在、停電・断水中。出勤した職員の話では道路や建物に結構被害が出ている。尚、以前の停電に懲りネットワークやTVが使えるよう、すぐに自家発電に切り替えたため、インターネット接続はすぐ回復、TVも視聴できた。	相談支援利用者の中に余震で自宅が大変危険な状態になり、とうとう住める状態ではなくなった方がおられた。薬が切れているのに外来受診日に来院されないのでも相談支援スタッフが自宅まで迎えに行き、外来受診後に緊急でショートステイとなる。 日頃からお本人や関係機関と信頼関係を作ってきたことが素早い対応につながったと思う。しかし、これからこういった方が増えてきそうな予感。
4/9、 10	9日夕方、電力復旧、しかし断水は持続している。	地域生活をしてきた障害をお持ちの方2名が、住居を失い、避難所で調子を崩すなどして短期入所に向けて調整中。いずれは正式入居か？
4/11	水道は午前中に回復し、ライフラインは全て復旧した。	喫茶部門再開。行政からは入所関連の問い合わせが増え始めている。

続いて、相談支援事業（当法人実施分）の資料について説明します（表2）。

地震発生直後から、私たちの相談支援事業所では登米・栗原の利用登録者対象に安否確認などを行いました。ご覧のように、ほとんど精神障がいの方たちのデータです。

表2

平成23年3月11日～3月31日災害時対応件数（登米・栗原）

地域生活支援センター「ボレボレ」

○相談支援実施件数

	実人員	区 分		
		知的障害	精神障害	その他
計	85	6	72	7

○支援方法

	訪問	来所相談	同行	電話相談	電子メール	個別支援 会議実施	関係機関 との調整	その他
実件数	42	6		33			50	
延べ件数	52	10		60			115	

○支援内容

項 目		件 数	H22年度 実績（年間）
1	福祉サービス利用に関する支援	53	1,532
2	障害や病状の理解に関する支援	15	785
3	健康・医療に関する支援	117	1,534
4	不安の解消・情緒安定に関する支援	58	1,057
5	保育・教育に関する支援	0	15
6	家族関係・人間関係に関する支援	22	1,016
7	家計・経済に関する支援	10	446
8	生活技術に関する支援	33	727
9	就労に関する支援	4	240
10	社会参加・余暇活動に関する支援	21	352
11	権利擁護に関する支援	0	18
12	その他	44	691
合 計		377	8,417

◎今回の被災状況

- ・ 停電（3月11日～16日）
- ・ 断水（3月11日～23日）
- ・ 電話不通（3月12日～17日）その後も不安定な状況は続いた。
- ・ しばらくはガソリンを全く入れることができず。

◎相談支援の内容

- ・ 安否確認
- ・ 生活状況の把握
- ・ 受診・残薬状況の確認、受薬方法の助言

- ・行政・通所事業所との連絡調整
- *単身世帯の方や残薬が極端に少ないとみられる方、避難所で不安定になっている方など優先順位を決めた上、訪問範囲も制限しての支援となってしまった。

◎実際に相談支援を提供してみて感じたこと

- ・ガソリンがない。安否確認などにまわりたくても限界があった。
- ・電話不通時は、ケアマネや徒歩圏内などの安否確認に限定されがちだったが、電話開通後は多くの対象者に相談支援を提供することができた。
- ・電話不通時、スタッフの個人携帯電話番号を市に伝え、必要時に情報交換などを行った。しかし利用者は自宅の電話が復旧せず、なかなか安否確認が進まない状況があった。
- ・行政、通所事業所、相談支援事業所など、それぞれに安否確認をしていたので重複したケースがいくつもあった。安否確認をいかに役割分担し効率的かつスムーズに行うか、また安否確認後の報告の方法など流れを明記したマニュアルがあって共通認識をもてると良いのかなと感じた。
- ・まもりーぶ、ヘルパー、通所事業などの福祉サービスを利用している方は混乱が大きかった。特にまもりーぶ利用者は、お金の支援がなくなり混乱する様子が見られた。
- ・薬のもらい方を心配する方は多かった。かかりつけの病院を受診できない方に他病院でも対応可能なことを情報提供するが、受薬の方法は様々あり、支援者の方も勉強になった。(他科医療機関で対応してもらう、近くの調剤薬局で対応してもらう、避難所に来た他県の医師より処方箋を出してもらう、かかりつけの病院は遠いが郵送してもらえた等。)
- ・情報難民となってしまった。必要な人に必要な情報が届かない。状況がわからなかった。
- ・うまく医療機関につながらず、薬が切れてしまい状態悪化する方もいた。相談支援や行政が介入し、結局タクシーで遠方のかかりつけ病院を受診することとなった。
- ・お金がなくて、食料などを買うのが難しい方もいた。いざというときのための蓄え…食料や現金…が無かった方と、お金を下ろすことができなかつた方の二通りが見られた。
- ・独居で炊事や買い物が困難な方はヘルパーの支援が途絶えたことによって食べる物に困る方もいた。(通所先の職員が水や食料を持ってきてくれていた方もあった)
- ・ライフライン復旧までが山だった。ライフライン復旧後は、皆さんの生活も落ち着き、一部を除いて早々に避難所も解散となった。
- ・集団避難のストレスがある。要援護者本人が感じるストレスもあるが、要援護者の周りにいる人が特にストレスを感じてしまうことがあった。福祉避難所がほしいと感じた。
- ・避難所では皆さん不眠傾向にあると感じたが、いつまた強い揺れがあるか解らない状況で深い眠りに入る事への不安から、あえて睡眠薬を服用しない方も見られた。
- ・市外から避難してきた方々のフォローもできる体制が必要である。

支援の提供方法について

本来、当事業所は訪問の件数が多いのが特徴で、この年度は電話相談の1.5倍でした。しかし、この時期は長期にわたる深刻なガソリン不足や道路状況の問題があり、延べ訪問件数に至っては電話相談より少ない、という数字になっています。

当時の活動内容

被災からしばらくは、一人暮らしの方や残薬が極端に少ないとみられる方、避難所で不安定になっている方など優先順位を決めた上、限られた範囲での訪問しかできませんでした。通信

規制のため、震災直後の安否確認も思うように出来ませんでした。電話復旧後は直接訪問できなかった方々の状況把握や、必要な情報の提供を電話で行うことが多かったため、それも電話相談の件数に反映されているように思います。

支援内容について

「健康・医療に関する支援」、これは外来受診や薬のもらい方に不安を感じていた方の多さを示しています。また、まもり一歩やヘルパーの支援を受けていた方の混乱は大きく、「次にいつ来てくれるのだろう」という不安の声が多く聞かれました。「不安の解消・情緒安定に関する支援」や「福祉サービスの利用に関する支援」がこれです。自力で生活されている方の中には生活費や食料がないという方もおられたので、配給や炊き出しの情報提供や支援を行いました。

今後の課題

安否確認は、通所事業所や保健師など利用者に関わっている関係機関がそれぞれに動き、何度も重複して確認されたケースもありました。今後は安否確認をより有効に行えるよう、役割分担や報告方法などについて記載したツールやマニュアルを作り、共通認識を持つ必要性を感じます。

また、避難所では普段と違う環境のため、健康な方でも不眠傾向にあるなど何らかのストレスを感じている方が多くみられました。眠るのが怖いと、あえて寝る前の薬を飲まないという方もいました。その中で障がいをお持ちの本人が精神的に不調を訴える他、その方の言動で周囲がストレスを抱える事態に陥るなど、障がいをお持ちの方が避難する場合、福祉避難所（障害福祉サービス事業所等に緊急の受け入れが可能となる設備等を備えた防災拠点等の整備）開設などの配慮を行う必要を感じています。

また、今あるガソリンが無くなれば次にいつ給油できるかわからない状況が、きめ細かな訪問活動を妨げました。栗原市は震災直後、地元業者の協力を得てガソリンの確保を行い、相談支援やヘルパーなどに対しても有償譲渡を行いました。市町村自体がガソリン確保に追われ、福祉まで配慮する余裕のなかったところも多かったようです。

行政といえば、地域防災計画や要援護者マニュアルなどを作成していましたが、周知されていたのか、いざというときに役に立っていたのか、検証が必要です。お恥ずかしい話ですが、私は震災からしばらくたって、インターネットで市の地域防災計画を見つけました。市の自立支援協議会でも地域のセーフティネットの構築が課題として上がり、要援護者の把握状況を調べたところ、個人情報の関係もあるのか登録されているのは高齢者や単独世帯が中心で、障がい者については実態からの乖離を指摘されました。

さて、被災病院から患者さんを受け入れ、ライフラインも回復した3月19日、県の手配でドラム缶10本分の軽油が届きました。これでディーゼル車が動かせます。そこで、今度は市や保健所に足を運び、協力や支援を申し出ました。その内容は

- 1) かかりつけの医療機関を受診できない方に対し、臨時で治療及び処方を行うこと

- 2) 避難所を回っての診察や相談を行うこと
- 3) 治療や受薬の便宜を図るため、送迎を行うこと
- 4) 福祉的配慮の必要な方にはGHやCHの居室を提供すること
- 5) その他、いつでも要請があれば応じること

などでしたが、行政の方からは「支援チームも来るので大丈夫です。必要な時にご連絡します。」というようなお返事を頂きました。行政の方々も大変疲弊しておられ、考えきれなかったのだと思います。それでも、送迎や診療の要請が現場レベルではありました。

4月7日の大きな余震の後、今度は自宅が危険な状態の方や、避難所生活が困難な方、退院先の確保ができない方などが増えてきました。住居の不足です。「津波の来るところにはもう住みたくない」と内陸部のGH入居を希望する沿岸部の方もいました。空室のあったCHは震災の後、満杯となりました。また、登米市には沿岸部から移住してきている方が多く、行政では実態があまり把握されていない印象もあり、そちらへの支援が今後どのようなようになっていくのか、仮設住宅が開設されている期間を過ぎたらどうなるのか、とても心配しております。

最後に、震災当時、被災病院から転院してこられたAさんは、今、GHで穏やかに暮らしています。「このままこの地域で落ち着いて暮らしたい」というご本人の思いを受け止めながら、これからも精進していきたいと思えます。

東日本大震災直後の支援活動 —— 宮城県精神科病院協会事務局として ——

宮城県精神科病院協会事務局長（安田病院事務長）
沼田 周一

はじめに

あの3月11日の震災で、宮城県精神科病院協会の会員病院は甚大の被害を受けました。その中でも津波被害のあった3病院は患者を救うため文字通り死力を尽くしました。生き延びるため、必死に救援を求めましたが、直後期には公的支援がありませんでした。行政機関が機能するまでのつなぎとして、宮城県精神科病院協会（以下、宮精協）事務局は、被害状況の確認、会員病院への転送依頼や支援物資の搬送など様々な事を行いました。

専従ではなく、しかも地震被害のあった病院の事務局長が、兼務している宮精協事務局長とし、会員病院のためにどう対応し、何が出来なかったかを記す事により、今後も起こり得るであろう震災の一民間病院団体の支援のあり様を考える一助になればと思います。

宮城県精神科病院協会とは

宮精協は、民間精神科病院の団体として昭和52年に設立され、現在は宮城県内の24の精神科病院で構成されています。仙台市内に8病院、仙台市以外に16病院です。県内の精神科病院の65%、総病床数の77%、入院患者数の75%を占めています。また、公益社団法人日本精神科病院協会宮城県支部としても活動しており、日本精神科病院協会として動く時は宮城県支部として、県内のことは宮精協として役割分担しながら活動しています。また、宮精協は、宮城県精神科救急医療対策事業の中心的役割を担っており、宮精協事務局はそのスケジュール調整を事業開始時より行っています。事務局には専従の職員はおらず、現事務局長（筆者）がひとり3代の会長に20数年に亘ってその職を務めています。月に1回定例会を開催し、平成25年7月には500回の開催となりました。

宮精協会員病院の被害状況

会員病院の被害状況は、平成23年7月の調査では、入院患者の直接的死者25名、間接的死者26名、職員の死者5名、職員の家族の死者・行方不明数が95名で、職員の住宅の被害は、全壊・半壊が291世帯に及びました。

会員病院の建物の被害は、「全壊、医療提供不可の状態」が2施設、「半壊、病棟等一部使用不可の状態」が4施設、「一部損壊、医療提供に影響なし」が18施設に上りました。

地震による直接的な損壊だけでも甚大なものでしたが、その後の大津波により、沿岸部の3病院が医療継続の危機に立たされるような大きな状況に陥りました。津波被害にあった岩沼市の南浜中央病院は、1階（認知症病棟、外来、厨房、非常設備等）が全損し、給食の委託職員2

名が亡くなりました。石巻市の恵愛病院は、1階（外来、厨房他）が全損し、地震の避難のため、1階に下りていた患者・職員が津波にのまれ、患者24名が死亡しました。気仙沼市の光ヶ丘保養園は、2階床上まで浸水し、1,2階の病棟、外来、厨房が全損し、その後の近隣の火災による酷寒の中の避難を余儀なくされ9名が亡くなりました。

南浜中央病院は、3月13日に転院を開始し15日には病院を退去し避難所へ移り、20日までは他県を含め患者162名が転院できました。恵愛病院は、13日から転院が始まり、4月1日に89名が転院しました。光が丘保養園は、近隣火災のため、15日に250名全員が一旦避難所の小学校に移りましたが、寒さのため、翌16日に病院へ戻りました。

直後期の事務局の対応

3月11日は、仙台市内で激しい揺れに襲われましたが、建物が倒壊している訳でもなく、火災が起きている様子もなく、停電で信号機が止まっているぐらいで、かなりの確率で大きな地震が宮城県に起きると脅された割にはこの程度なのかと妙な安心感がありました。筆者が勤務している病院は、幸い築40年の病院を数年前に改築し、地震に強い病院へ変わっていましたので、食糧が確保できれば入院患者への治療サービスの継続には問題はないと考えました。ラジオで大津波警報が出ているのは知っていましたが、津波被害は「リアス式海岸の沿岸部で主に岩手県」という意識しかなく、沿岸部の会員病院へ頭をめぐらす事も全然ありませんでした。何気なく見た待合のテレビから津波被害の状況が放映されていました。今朝、外にいた猫を家の中に入れ出勤して来た自宅が、津波にのまれる映像でした。ここに来てようやく県内の沿岸部が大変な状況になっていると感じ始めました。

1. 南浜中央病院への対応

12日の早朝に、南浜中央病院地域医療連携室の旧知の課長から携帯電話に連絡が入りました。沿岸部は津波で電話線が破損し、固定電話が全然つながらない状態でした。「病院が津波で被災し、給食の委託職員2名が行方不明になっている。患者は全員無事。患者全員を転院させる院長の意向だが、県と連絡がとれない。身動きがとれない。」 公的支援は十分になされるだろうから、県（障害福祉課）へ被害状況を説明し対応をお願いすれば、事務局としての仕事は終了する事になると安易に考えていました。県へ連絡し、状況を説明し対応をお願いしました。翌13日早朝に再度の支援要請がありました。「県から何のアクションもない」と。再度、県へ連絡し、具体的な対応を求めましたが、この段階でようやく行政機関の大混乱がわかってきました。公的支援を待っているだけでは進まない。仙台市内の病院と協議するにも、通常の代表電話ではつながらず、災害時優先電話や公衆電話など比較的つながり易い物の番号を調べる為、自転車で当院職員を派遣し聞き取りをしました。連絡がついた仙台市内の4病院と協議し、とりあえず10名ずつの受け入れる事としました。その後、県外も含め、連絡が付く医療機関へ片っ端からお願いをし、会員病院以外の転院先も確保しました。ようやく、県の担当課も動き出し、県へこちらで確保した受入先病院などの情報を提供し、転院が進みだしました。

この頃、石巻市や気仙沼市にある会員病院の様々な情報が流れてきました。「こだまホスピタルには避難者も含め1,000名が孤立している。」「石巻の恵愛病院は廃墟になっている」

2. こだまホスピタルへの対応

こだまホスピタルの状況は、東京など他県から多く寄せられました。携帯電話は遠方局の方が近場よりつながり易いようで、こだまホスピタルの関係者が救援を要請していたようでした。しかし、情報を寄せられても十分な支援物資が宮城県へ届いている状況になく、まして、宮精協事務局が支援物資を備蓄している訳でもありませんでした。そんな中、八戸市の病院から、水、食料、ストーブ、照明器具などを満載した2トントラックが事務局へ到着しました。「支援物資の使い道は事務局の判断に任せる」との有難い申し出でした。夜半にもかかわらず、早速、孤立したこだまホスピタルへ支援物資を搬送しました。翌日、大手製薬会社から大量の水やバランス栄養食品を調達でき、それを持って再び病院へ向かいました。こだまホスピタルは津波の被害はのがれましたが、自家発電用の重油のポンプが作動しないなど十分な状態ではありませんでしたが、全職員が今できる事を的確に判断し全力で行動したいました。その中に、支援物資もさる事ながら、仙台から旧知の人が来てくれて、これで他の世界とつながった。自分達だけでなく皆も頑張っていてくれるのだと感じ、大変有難かったと話していました。

3. 恵愛病院への対応

「壊滅」「全滅」などの言葉が普通に飛び交っていた直後期に、恵愛病院もその文言で語られていた病院のひとつでした。事実、恵愛病院の職員の家族が病院まで来たそうですが、あまりの酷さに、全員亡くなったか、避難したかに違いないと思ったそうです。入院患者が24名亡くなりましたが、職員はシーツをロープ状にし、患者を水から引き上げ、また、泥水にもぐり何人も救い出しました。低体温症の残った89名の患者の命を、公的支援を待ち続けながら守りました。しかし、公的支援はありませんでした。14日の夕方に筆者が訪れました。不眠不休で働いていた職員も限界でした。院長と転院を協議し、翌日訪れる事を約束し石巻市を後にしました。

県や会員病院へ悲惨な状況を説明し支援を要請しました。担当課には大変ご努力頂きましたが、県の災害対策本部からは精神科病院への支援はこちらではやらないとの冷たい回答でした。先の南浜中央病院の転院で仙台市内の受入は困難な状況になっていました。恵愛病院へ再度伺うにも、こちらの体制は全くできていませんでした。夜半、院内のネットワークが動き出し、メール受信を始めると石越町の会員病院から被災状況の報告があり、恵愛病院の状況を報告すると、15名程度の受入は可能であるとの心強い返信がありました。

翌日、恵愛病院へ向かい、まず15名の転院は確保できた事を院長に報告しました。その後、病院長から他の患者の転院と搬送について、直接県へ依頼してもらう為、院長、事務長と3人で衛星電話のある石巻市役所へ向かいました。転移先の確保と搬送用にバスの手配をお願いしましたが、県ではバス手配が困難だと言われ、こちらでバスを探す事になりました。石巻市に観光バス会社がある事がわかりましたが、営業している訳もなく、会社の社長を見つけ出すのに避難所を回り続けました。かなり大変でしたが、バスも燃料も調達でき、夕刻、石越町の病院まで13名を搬送できました。

その後、県の担当課も動き出す事が出来る状態になったようで、搬送や転院先の確保をお願いし、事務局は会員病院が受入可能かの情報を提供するにとどめました。

4. 光ヶ丘保養園への対応

気仙沼市の光ヶ丘保養園へは、道路事情や車の燃料の状況から現地に行く事ができたのは

25日になってからでした。その頃、こちら仙台では、自力で頑張っている光が丘保養園の環境衛生状態が問題になっていて、転院を応じず「籠城している」みたいな言われていました。実際はどのような状況なのかを会員に報告する為出かけました。病院は、職員のモチベーションも高く、水や暖房も確保され、仙台で言われていたようなものではありませんでした。ただ、離脱した医師もあり、残った医師が疲弊しておりました。日本精神科病院協会へ状況を説明し、その後、気仙沼へ医療従事者の派遣が始まりました。

直後期の公的支援について

前述のように、自衛隊、消防、警察以外の公的支援は、直後期には期待できないと感じました。行政は平時の組織なのでしょう。また、精神障害者（精神科病院）への救援の順番は低く、精神科病院に一般状態が悪い患者がいるとは思われていないようです。会員へのアンケートでも、行政への不満が多数上がってきました。

まず、今回のような大規模災害時は、担当が宮城県だとか仙台市とか関係なく、同じような業務をする部署は連携し、事に当たるべきだと思います。今回、津波被災3病院を対応した県の障害福祉課精神保健推進班は少人数であり、不眠不休で当たっていたようです。早朝でも夜遅くでも電話に出てくれました。精神科病院の実情を知る仙台市の職員も一緒に事に当たればどんなに良かったかと思います。

また、県の災害対策本部は一般病院を監督する医療整備課が担当し、精神科病院を監督している障害福祉課は入っていません。コーディネートする医師にも精神科医師がいません。この事が対策本部の冷たさに現れたのではと思います。

直後期に事務局ができなかった事

津波被害以外の会員病院への対応が直後期に全くできませんでした。事務局は病院事務長が兼任でしているだけの平時の組織です。このような大規模災害では広範な活動はできなく、前述のように一か所の病院へ集中的に力を注ぐ方法を取るよりありませんでした。全ての会員病院を訪問できたのは4月中頃になりました。

もう一点は、全国の精神科病院から支援物資の提供の申し入れがありましたが、それを配分し、各病院へ搬送する人的・物的な手段が見つけられず、やむなく県の災害対策本部へ回す他ありませんでした。仲間の精神科病院へ直接、物資を届けて欲しかったとは思いますができませんでした。

今後の災害に備えて

今回の震災では、確実な情報のやり取りをする手段が足りませんでした。しかも、拠点は仙台市にしかなく、県内に分散している会員病院の情報は人づてでした。県内の各会員病院と情報のやりとりをする拠点を仙台一点に集中して置くのではなく、例えば、大崎市や白石市にも拠点を置き、情報を集めやすくするなどしておく必要があると思います。情報を集める方法として、現地で確認することが大原則ですが、各病院とのやりとりの方法を病院の代表電話だ

東日本大震災の精神医療における被災とその対応

— 宮城県の直後期から急性期を振り返る —

行政の立場から

宮城県精神保健福祉センター
技術次長（総括担当兼相談診療班長）
大場 ゆかり

はじめに

平成23年3月11日に発生した東日本大震災では、県内のほとんどの精神科病院が被害を受け、特に津波の被害が甚大であった沿岸部の精神科病院では入院患者の転院等の事態が発生した。震災発生当時、県庁障害福祉課でこれらに携わってきたことから、今回、行政の立場から当時を振り返り課題等を報告する。

東日本大震災の概要及び被害状況

東日本大震災は三陸沖を震源にマグニチュード9.0、最大震度7、浸水面積327km²は6県62市町村の浸水面積の約6割に相当し宮城県の津波被害の甚大さを表している。

県内の被害状況は、津波被害による沿岸部を中心に住宅被害全壊82,889棟、半壊155,107棟、一部破損222,741棟、床下浸水7,796棟、死者10,436人、行方不明者1,308人（H25年5月31日現在）である。重傷者は504人であり、阪神淡路大震災に比べ非常に少ないことも今回の特徴と言える。3月のピーク時は1,200カ所近い避難所が設置され、避難者は約320,000人におよんだ。全ての避難所が閉鎖されたのは、H23年12月30日であり、長期に渡る避難所生活が強いられた。現在、プレハブ仮設住宅に48,453人、民間賃貸借上住宅等に51,700人、併せて100,153人が入居（H25年4月30日現在）し、県外避難者は8,420人（H25年5月16日現在）である。

また、沿岸部の自治体庁舎26カ所中10カ所、県保健所2カ所が被害を受け、行政機能が一時的にも停止状態に陥ってしまったことは、その後の活動に影響を及ぼした。

県内の精神科病院は、38病院中30病院が何らかの被害を受け、被害額は約25億にのぼる（県保健衛生施設等災害復旧費補助金実績）。特に沿岸部の病院では津波による甚大な被害を受け、入院患者の転院という事態が生じた。

災害直後の対応と課題

県災害対策本部が3月11日15時30分に設置されDMATが招集された。DMATは通常48時間の活動だが、今回は16日までの長期の活動が行われた。

まず被災状況や精神科病院等の被害状況の把握を行ったが、通信が途絶え、情報収集は思うように進まなかった。職員は24時間体制、泊まり込みで対応した。情報不足ながらもこれまでにない甚大な被害が予想され、県内での対応が困難であると判断し、災害対策基本法に基づ

き3月13日に厚生労働省に「心のケアチーム」の派遣要請を行った。これを請けて17日に岡山県チームの南三陸町（登米市）への派遣を皮切りに、「心のケアチーム」の活動が始まった。「心のケアチーム」は、10月末まで災害救助法により対応し、その後、一部の「心のケアチーム」は翌年3月末まで長期派遣を継続した。

また、沿岸被災地の精神科病院が津波により被災し、入院患者の転院を余儀なくされ、県内外の精神科病院等に転院を行った。発災から2～3週間は、精神科救急対応や県民からの問合せが連日続き、その対応にも追われた。

1. 情報収集

通信手段が遮断、情報入手が困難となり、宮城県精神科病院協会、県保健所、県精神保健福祉センターが瓦礫の中を直接出向き被害状況等を確認した。

多くの精神科病院で電気・ガス・水道が止まり、食料・飲料水をはじめ重油・灯油・医薬品不足により、栄養管理や調理、トイレ処理の問題や寒さ対策、退薬による病状の悪化等の問題が生じていた。また、今回の震災はガソリン不足が長期間続き、職員の通勤、物資搬送に支障をきたし、交替のできないスタッフの疲労が増した。こうした状況の中で、沿岸部の精神科病院では津波による被災、入院患者の救助、転院問題が発生していた。

被災情報は、市町村から県保健所を経由して県に集約されることになっていたが、沿岸部の自治体庁舎及び保健所が被災したことにより、このルートが途絶え、津波警報が継続中のため現地へ直接立ち入ることが難しく情報が錯綜し、混乱したため正確な情報把握に時間を要することになった。

2. 被災精神科病院入院患者の転院調整

沿岸被災3病院では、計300人の入院患者の転院（272人）、退院（28人）が行われた。受入病院は県内38カ所（精神科病院13、その他25）、県外山形県の精神科病院10カ所であった。転院は3月13日～4月1日まで20日を要したが、早急な対応に応えられなかったのには、多くの要因があった。

まず、被災病院の被災状況の把握と転院調整のやりとりに時間がかかった。病院との連絡手段は市災害対策本部の防災無線や病院職員の携帯電話であり、本部までの往復時間がかかったり、通信状態が悪く何度もかけ直す必要があるなど、時間のロスがあった。県災害対策本部に救助要請をしたが現地の危険度、患者の状態、搬送先が決まっていない等により優先順位が低いと判断された。

また、受入病院は、事前の登録・協定等がなかったため県内医療機関に個別に照会・調整を行った。県外の受入は、厚生労働省が北海道・東北・関東エリア14都道府県の調査を行い県に提供されたが、被災病院からは県内の転院を要望された。受入病院側もスタッフ不足、物資不足等で、受入にあたっては物資等の要望があり手配に手間取った。

患者情報はカルテの流出等で紛失したため、職員の記憶や入退院届・病状報告等で名簿を作成した。受入病院では病状・入院形態等により受入の可否や、人数を決定していたため病状に合わせて転院先を調整せざるを得なかった。

患者搬送車輛を県災害対策本部に依頼したがこれも優先順位等により早急に手配できず、被災病院が自力でバス会社や消防の協力を得て対応した。県外搬送時にはようやく自衛隊、県社

会福祉協議会の協力を得ることができた。

転院患者の中には身体合併症を有する方もいたが、県の精神科救急における身体合併症の受入体制が未整備のためその調整は更に困難であった。

3. 心のケア対策会議

精神医療機関からの呼びかけで3月15日に精神保健医療関係者を参集して打合せが行われた。関係者との情報共有と今後の対策等の協議が必要であり、3月18日から県（障害福祉課）が「心のケア対策会議」を開催した。当初は週2回、徐々に週1回、月2回程度と頻度を減らしながら開催し、7月まで継続した。被災状況や「心のケアチーム」の派遣状況を報告し、県内の精神保健医療の現状、課題、今後の方向性等について検討した。県の対応の遅れや認識不足等が指摘され、厳しい会議だったが、このネットワークによる協力体制がその後の被災地での支援の継続や「みやぎ心のケアセンター」等への協力を繋がった。

4. 「心のケアチーム」の派遣

前述のように、3月13日に災害対策基本法に基づき、厚生労働省を通じて他都道府県に派遣要請を行った。3月17日から10月31日まで災害救助法を適用、その後一部チームは県事業として翌年3月まで派遣を継続した。実33チーム、5保健所管内、17市町に派遣、活動内容は精神医療救護活動から地域精神保健活動へと幅広い活動が展開された。また、現場では自治体チームの他、東北大学チーム、他県大学チーム、日本精神神経科診療所協会チームなど複数の派遣元のチームが活動を行っていた。

「心のケアチーム」の派遣のピークは3月～4月で5月連休から減少している。被災地の保健師等行政職員は不眠不休の活動が強いられ、疲労が重なっていた。支援者自身も定期的な休養が必要であり、また5月初めには県内のほとんどの精神科病院が外来を再開しており、5月の連休を機に外部支援を平日中心の体制とした。その後、仮設住宅への入居が進むにつれチーム数が減り10月末で終了した。

「心のケアチーム」の活動は、急性期は主に急性ストレス反応や精神症状の悪化、通院困難者等への診察や投薬、入院支援等の精神科医療ニーズに対応し、その後は精神保健活動に移行し、被災者や支援者への啓発や相談、保健師の精神保健活動への助言等が求められ、派遣終了を見据えて地元への支援ケースの引き継ぎが行われていった。

他県からの支援はもとよりこれほど長期間で多数の市町への派遣は初めてであり、また求められた活動が幅広かったことから、派遣に伴う課題も多かった。

「心のケアチーム」の派遣調整は、県（障害福祉課）と県精神保健福祉センターが分担し、現場では県保健所や被災市町の保健師を中心にチーム活動の調整が行われた。複数の市町や多くのチームを調整する業務量は膨大で負担が重く、この「心のケアチーム」のコーディネート機能をサポートする体制が必要であった。

また、多数の派遣元チームの活動全体を把握することは難しく、現場で連携を模索していったが、これら精神医療支援チームを一元的に統括する体制も必要である。

医療救護活動にはDMATや日赤等の医療救護チームがあるが、「心のケアチーム」と医療救護チームの関係性や連携が問題となった。災害医療体制に精神医療が組み込まれておらず、今後、災害医療における精神医療の役割を明確にしていかなければならない。

5月頃から被災地では保健所主催でネットワーク会議等が開催され、情報交換や共有等が行われたが、地元精神科医療機関との役割分担や活動の共有等連携が求められた。

最後に災害救助法の問題だが、救助法は応急的な救護活動であり、避難所設置の間が基本である。当初、医師中心のチームが想定されており、派遣職種が限定され、精神保健福祉士、心理士は対象外であった。また、病院支援（保険診療）が想定されていなかったため、病院診療支援に「心のケアチーム」を派遣することができなかった。

震災前後の精神医療の状況

障害福祉課で震災前（2月8日～3月10日）、震災後（3月12日～4月12日）、5月（5月1日～5月31日）の入院及び外来患者について病院調査を行った。38病院中35病院から回答を得た。※津波被害により休止中の2病院と仙台市内の1病院は回答なし。

入院患者（延数）は、震災前は160,386人、震災後は172,079人と11,693人増加した。5月には7,560人減少したが、震災前より多い状況が続いた。定員超過病院は震災後8病院、5月は7病院であった。

外来患者（延数）は、逆に震災前94,682人から震災後81,014人と13,668人減少し、5月に2,608人増加したが、震災前より少ない状況が続いた。宮城県（仙台市除く）と仙台市では、宮城県が震災後9,691人減少しており、県全体の減少数の7割を占めた。

一日平均入院患者は、震災前5,173人から震災後5,377人と203人増加し、5月は64人減少したが、震災前より増えている。県内の病床数（回答病院のみ）は5,842床あり、震災後入院患者は増加し、定員超過病院もあるが満床には至っていない。

宮城県の圏域別（仙南、塩釜・岩沼・黒川、大崎・栗原・登米、石巻、気仙沼）の状況は、入院患者は圏域差がほとんど見られないが、外来患者は圏域により増減が見られた。特徴的なところでは、仙南は1病院が大きな被害を受け震災後大幅に減少したが、その後外来が再開したこともあり、5月には増加した。石巻は複数の病院のうち1病院が津波被害を受け休止状態になったため震災後大幅に減少し、5月も減少が続いた。気仙沼も1病院が津波被害を受けたが圏域内の別の病院に患者が集中し、震災後の減少は見られなかったが、5月には減少している。震災で多くの方が亡くなったことや通院の交通手段の問題、「心のケアチーム」の活動等の様々な要因が絡んでいると考えられる。

今後に向けて

想定外の津波被害は、これまでのマニュアルにない対応を迫られた。不十分な情報の中で速やかな判断が求められることや様々な壁にぶつかり容易に進められないこと等も多々あった。今後に向けては、情報収集は通信手段を複数確保することや精神科病院協会等の民間との連携、可能な範囲で直接情報を取りに行く体制を考えなければならない。

被災精神科病院患者の転院では、県として事前に協定等により協力病院を確保しておくこと、また病院の防災対策に患者転院を想定した対策を盛り込むことも必要であろう。

「心のケアチーム」活動を推進するには、災害医療体制に精神医療を明確に位置づけ、災害医療コーディネーターに精神科医を配置するなどの検討が必要である。

また、被災病院支援については、災害救助法の壁があり病院への「心のケアチーム」の派遣ができなかった。しかし、今回、国で災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領が示され、DPATの活動として「災害により障害された地域精神保健医療機関の機能補完（外来・入院診療）」が活動内容に明記された。まだはっきりしない点多々あるが、今後に向けて期待される。

最後に

その後の中長期的な取り組みとして、震災後の精神医療体制を確保するため精神科病院の復旧（保健衛生施設等復旧費補助）、被災病院を中心に4カ所に精神障害者アウトリーチ事業を委託し医療中断者等への支援を行った。被災者の心のケア対策としてH23年10月に東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座、H23年12月に「みやぎ心のケアセンター」を設置した。また、大規模災害時医療救護活動マニュアル、災害時こころのケア活動マニュアル等の災害関連マニュアルの見直し等も行われてきている。

被災地ではアルコール問題や自殺の増加等が見られ、今後も復興の格差や仮設住宅から復興住宅への移転等による環境や生活変化によるストレスから、潜在的な問題が表面化してくることが予想される。今回の震災を通して、精神科医療機関と保健師をはじめ地域関係者との連携が強まったのではないだろうか。そして、新たなシステム（みやぎ心のケアセンター等）と協働して支援体制を強化するチャンスにもなると考える。

最後に、県内外から多くの御支援をいただいたことに改めて深く感謝申し上げる。

被災地での精神医療支援の体験 外部支援者の立場から

被災地での精神医療支援の体験

東京女子医科大学精神科
長谷川 大輔

東日本大震災の被災地支援に際して、当初は女子医大病院全体として医療支援チーム派遣の決定が下りていませんでしたが、東北大学精神科からの支援要請を受け、精神科単独での派遣を決断し、東京女子医大精神科は3月19日～3月24日を第一陣として派遣し、以降6月まで計11回にわたり精神科多職種チームを毎週派遣し、東北大チームに参加、気仙沼の精神医療支援に従事しました。

精神科医局単独での行動となったため第一班は、仙台までの交通経路も確認出来ない状況下での出発となりました。空路福島空港に降り着き、空港からはその場その場で利用できたバスとタクシーを数回乗り継ぎ、半日以上かけて仙台に到着しました。その晩に東北大の諸先生方から概況について丁寧なレクチャーを頂き、翌日津波被害に直接遭った精神科病院の応援を主な目的として気仙沼に向かいました。

当時気仙沼のDMAT会議は気仙沼市立病院において連日行われており、被災者人数と地域に応じて区分された18の救護ポイントが設定され、担当の振り分け、報告や方針の決定がなされていました。前に入っていた複数の精神科医チームの申し送りや、その他DMATチームから精神医療の要請など多様な情報をできるだけ客観的に整理しようと試みましたが非常に困難でありました。また、会議に出席していない有志チーム、各都道府県精神医療チームが活動している等の不確定な情報が錯綜していました。

津波被害に直接遭った光ヶ丘保養園は3階建ての2階まで浸水したため、残った一つのフロアーに少ない職員と患者多数が所せましと寝泊りしていました。また、トイレが使用できないなどの衛生面の悪化が目立ち始めた時期でもありましたが、DMAT会議においても身体科チームによる精神科病院への対応が他の救護ポイントに比べやや出遅れているようで、地域医療圏とは別に精神医療圏が形成されている印象が強まりました。

震災発生から一週間経過した時点で、精神科薬の確保は徐々に再開されてきていましたが、職員と患者の疲弊が明瞭であり、体力的にも厳しい高齢者がいったん熱発すると急速に生命的危機に陥ることがみられました。

第一班のもう一つの重要な役割は、女子医大精神科が継続的に被災地支援に人を派遣するにあたっての状況理解でありました。今回、支援する際に一番の不便は、自ら足「車」を持っていなかったということでした。その日ごとに、他のDMATチームに混ぜてもらい相乗や送迎にも来てもらいました。急性期における突発的な要請に対して、一日遅れることが多く不甲斐ない思いをしました。

そして、精神科患者や精神医療従事者よりも、一般患者や他科医師・コメディカル、行政担当者等といった日頃精神科医療と関わりの乏しい人との接点が多くなるため、適度なコミュニ

ケーションがとれるよう各派遣チームの人選に配慮しました。個人的にはその後も数回支援に訪れ、避難所の集約や地域医療圏の再構築など中長期的な問題も見させてもらいました。急性期においても精神科医療チームのニーズは十分にあると実感できました。その一端を担えたことに感慨深いものが残ります。

東日本大震災直後の気仙沼での支援活動

高知大学医学部附属病院精神科
藤田 博一・永野 孝幸

私たちは、震災から間もない3月28日から、気仙沼にて震災支援活動を行った。こころのケアチームが介入を行う前であり、被災地で医療活動を行っていたのは全国各地のDMATが中心だった。精神疾患を含めたメンタルヘルスに関する専門家は少数だった。

まず、現地に向かうメンバーとして、精神科医の藤田と精神科看護師の永野が決まった。2人とも災害現場での支援活動は初めてだった。さらに、現地に着いてみないとどのような活動のニーズがあるのかよく分からなかったため、どのような準備をすればよいのか戸惑った。私たちの住んでいる高知とは気候が全く異なることや、食料や水などの準備など、現地で足手まといにならないための必要最小限の装備は必要だろうと考え、先に活動を開始していた高知大学のDMATからの情報を頼りに2人で運べる範囲の物を揃えた。

東北大学病院精神科佐久間篤先生に案内をしていただき気仙沼に入った。まず、私たちは現地で活動を行っていたDMATのミーティングに参加した。私たちが参加した頃は、避難所にいる方の多くは大きな外傷はみられず、DMATの活動はいわゆる持病のコントロールや避難所で発生した感染症への対応が中心だった。また、現地の精神科・心療内科の病院・診療所が被災して診療が止まったため、通院中の被災者から向精神薬処方への希望があり、精神科医の需要はあったが、避難所に併設されている臨時診療所では、向精神薬は種類が不足していた。一方で、なぜかジアゼパムが突出して揃っていたりして、バランスはあまり良いとはいえなかった。

現地では、他にも精神科医が活動していたため、各避難所で活動しているDMATからの要望を整理し、サポート調整を行うためのミーティングが自然発生的に行われるようになっていた。私たちはそのミーティングで決定された避難所にDMATと向かった。

避難所では、通院中の精神疾患の患者さんを中心に診療を行った。しかし、診断も処方内容もはっきりしないことも多く、患者さんの記憶を頼りに、そして手元の薬剤を組合せながら、急場をしのぐという診療であった。その時に大変助けられたのは、同様に派遣されていた薬剤師であった。運び込まれ積み上げられたままになっていた医薬品を整理し、使いやすく配置してくれたり、必要な処方薬を準備してくれたりするなど大変ありがたい存在であった。

被災地の役場では、急性ストレス反応を起こしている職員も働いていた。本来なら休息のため業務から離れ、必要なら短期間の向精神薬で睡眠を確保するなどが望ましいと思われたが、本人には病識がなく、さらに休息する自宅は被災しており、休む環境が全く作れない状況であった。被災者のみならず支援者への支援も重要な課題だと思われた。

最終日は、被災した光ヶ丘保養園を訪問する機会を得た。訪問したときはまだ1, 2階部分が津波で使用不能になっており、患者は3階の病棟に集められていた。本来は2, 3階部分が病棟であったため、単純に半分のスペースしかなくなっていた。食料が未だに安定供給されておらず、またノロウイルス感染症と思われる集団感染も起きており、状況は切迫していた。さらに、多くの職員の自宅も被災しており、帰る場を失ったままエンドレスの業務に就かざるを得

なかった。さらに、ストレスから精神症状が悪化し昏迷になっている患者も相当数あり、何人かは被災を免れた病院への転院が必要だった。精神科医による診療支援はあったが、働く職員も含めて食料などの生活上の基本的な物資が不足した状況が続いており、毎日のように炊き出しが行われていた避難所と比べて、支援は進んでいない状況であった。残念ながら日程の関係から私たちは診療の手伝いはできなかったが、高知県で起きた際の精神科病院のあり方を考えさせられた。

この震災支援の体験から、日頃からの準備が必要であることは痛感させられた。まとめると、

(支援する側の準備)

- ・ DMATのように精神科スタッフも普段から準備し、災害発生後数日のうちに現地入りできるぐらいの組織作りが必要だと考える。
- ・ 医師、看護師のみならず薬剤師などさまざまな職種が派遣できるよう準備することが望ましい。

(患者自身の自己防衛策)

- ・ 普段から処方薬は1～2週間程度は余裕を持っておく。
- ・ 「お薬手帳」などを活用して、普段服薬している薬の名前や用法用量は把握しておく。

(精神科病院の準備)

- ・ 被災後しばらくは孤立しても自立できるあらゆる備えをしておく必要がある。
- ・ いくつかの精神科病院が普段から連携して、有事の際、患者の転院や物資の融通などを含めた協力体制を作る。

以上のことは必要最小限と考え、各地域・病院の特性に合わせた防災、減災計画を考えていく必要があると感じた。

震災後の急性期における気仙沼での精神医療支援活動の経験

富山大学附属病院神経精神科
高橋 努・松岡 理

はじめに

東北各県に甚大な被害をもたらした東日本大震災に対して、本学附属病院では震災発生当日に現地入りしたDMATチームの報告を受け、多職種からなる災害医療救護班が継続的に支援活動を行う体制が整えられた。当院対策本部からは各診療科への個別支援要請に応じるのではなく支援窓口を一本化する方針が示され、当初は精神科医も大学医療チームの一員として支援活動を行う予定であった。しかし災害直後の精神保健対応の必要性や東北大学精神科からの依頼に答える形で、大学医療チームとは別に被災精神科へ精神科医を派遣することとなった（第1陣から第6陣まで延べ7名）。本稿では、第1陣として震災後10日目の3月21日から同26日にかけて東北大学精神科チームの一員として宮城県気仙沼市での支援活動を行った精神科医2名（筆者）の体験およびそこから得られた教訓を紹介したい。

宮城県気仙沼市における支援活動の概要

派遣が決まった時点では現地の状況に関する十分な情報がなく、また移動手段の確保にも困難を伴う状況であったため、寝袋や十分な水・食料を持って飛行機（富山－羽田－山形）およびバスで仙台に向かった。東北大学の研究棟は倒壊の恐れがあるため立ち入り禁止となっており、病棟の一面に精神科仮医局兼対策本部が設けられていた。到着翌日に大学病院のバスで現地に赴き気仙沼市立病院での災害支援会議に参加し、大規模な余震が続くなか、同院および三峰病院を活動拠点とし、東北大学精神科の佐久間篤先生の指揮のもと他県から支援に訪れた精神科医と協力して支援活動を行った。紙面の関係もあり本稿では概要のみを記すが、凄惨な被災状況や現場の混乱については他の報告で紹介されている通りである。3月23日は津波で大きな被害を受けた光ヶ丘保養園の診療支援（身体的重症者の搬送、身体処置、および精神科診療）、24日は避難所2ヶ所（医務室）での精神科診療、25日は大島の避難所を巡回して精神科医派遣のニーズ調査や被災者相談などを行った。気仙沼市内はまだ瓦礫が散乱しており、ガソリンの入手も困難であったが、向精神薬を含め医療物資は十分に集まっていた。朝夕に行われる医療支援チームの全体ミーティングでは精神科診察の依頼が相次ぎ、大規模災害直後の精神科医療のニーズの高さが伺えた。三峰病院では滞在中にインターネットが復旧し、第2陣以降の支援活動のためメールおよびPHSで現地の状況を随時富山に報告した。

支援活動の教訓

当講座からは3月21日から5月6日にかけて延べ7名の精神科医が被災地での精神保健活動

に参加したが、これは組織的な支援というよりは、現地の要望に答える形での草の根的な活動であった。派遣に際しては被災地の状況や支援ニーズについて受け入れ機関である東北大学精神科などと事前協議を行い、それに応じて派遣期間の決定や派遣準備を行った。また被災地に負担をかけないように可能な限り移動手段や宿泊先を確保し、連続して赴任する場合には前任者からの申し送りを徹底するよう心がけた。さらに活動予定を大学や県に提出し、公的な活動という立場をとることで、交通費用の減免（各航空会社による災害派遣の輸送協力）や保険加入が可能であった。震災支援に関する資料収集については、国立精神・神経医療研究センターが開設した支援医療関係者向けのメンタルヘルスに関する情報サイトなどが有用であった。実際の被災地では支援対象者は多岐に渡り、また活動内容も医療の提供からメンタルヘルスの啓蒙まで幅広く、それらを行う場所も医療機関や避難所、個人宅など様々であった。当然ながら我々にはこれほどの大規模災害やそれに対する支援活動の経験はなく、また被災地から離れた地方大学の精神科講座のみで行える支援には限界があるものの、上記の事前準備を行うことで、各派遣医は被災現場である程度臨機応変に支援活動を行えたように思う。重要なこととして、派遣医が不在となる期間の通常業務に関しては代行体制を敷き、現地での支援活動に直接携わらないスタッフも含めて講座全体でできる限り支援活動をサポートした。

なお気仙沼地域では比較的被害の少なかった気仙沼市立病院が災害救護の拠点となっていたが、家を失った多くの職員までもが泊まり込みで診療をこなしていた。クリニックが津波で全壊したにも関わらず毎日避難所で診療を行っている地元開業医もあり、地域医療を支える医療関係者の献身的な姿には頭が下がる想いであったが、同時に支援者の疲労対策の必要性も感じた。また急性期には指示系統の混乱もあり保健所の「こころのケアチーム」との連携がスムーズに取れなかったが、次第に情報共有できる体制が整った。

最後に、今後も国内外から継続的な支援がなされ、被災した人々の生活再建と被災地の復興が少しでも早く進むことを願い報告を終えたい。

謝辞

宮城県での支援活動に際しては松岡洋夫先生および松本和紀先生（東北大学精神科）をはじめとする現地の関係者の方々にお世話になり、厚く御礼申し上げます。また当講座からの精神科医派遣についてご高配、ご助力いただいた富山大学附属病院および富山県厚生部健康課に深く感謝いたします。最後になりますが、震災で被災されたすべての方々に関心をお見舞い申し上げます。

「支援要請の巧みなやり方」

岐阜大学大学院医学系研究科 精神病理学分野
深尾 琢

私は2011年3月19日から22日までの4日間、東北大学からの要請を受けて1人で宮城県に入った。そのうち20日と21日の2日間、石巻で精神科医としてボランティア活動に従事した。この極めてわずかな体験をもとに、私なりに学んだことを一つだけ記す。それは、私のような災害素人の手でも借りたいような大規模災害において、広く支援を要請する際のスキルについてである。

そもそも岐阜で生まれ育った私には、大規模災害の実体験が無い。また災害支援に出向いた経験も皆無であった。岐阜県を中心に起きた濃尾大震災は、日本の陸域で発生した観測史上最大の地震である。ただし1891年の出来事で、社会の時間に聞きかじった歴史的事実に過ぎず、私にとって災害はこれまで他人事であった。2011年3月14日頃から届き始めた数多くの支援要請さえも、なかなか自分へのメッセージとして受け止めることができなかった。

ところが、メールで届いた「東北大学・精神科医派遣受付要項」は、私でも東北に行っているのかも、と思わせるような内容であった。

その理由の1つは、活動の概要が、

1. 病院での勤務
2. 石巻避難所救護班への参加
3. 仙台市のこころのケアチームへの参加

などと箇条書きではっきり書かれていたことである。一度も被災地に出たことのない私でも、明確な指示の下で、安心して活動できそうな予感を持たせてくれた。また、現場に出向く際の準備品については、

- ・ 最低限の食料品
- ・ 薬は無くても構わない
- ・ 寝袋は持参

とだけ書かれていて、さほど難しい準備を必要としないのだとわかった。

しかし、何より私の心を動かしたのは、東北大学からの要請が、複数人でのチーム編成を求める、最低何日間は滞在してほしい、といった類の条件を全く付けなかったことである。実際、私はこの要項を17日に読むと、直ぐに詳細情報を求めるメールを東北大学に送ることにした。さらに、翌18日朝には東北大学から電話が入り、本当に「1人でもいい、何も持ってこなくていい、いつからでも、何日間の滞在でもいいから来てほしい」と熱のこもった口調で請われると、私も思わず「明日から行きます」と答えたのであった。

このいきさつは、自分が派遣を要請する立場になったときの貴重なモデルケースとなりうる。やってほしいことを明確に、条件は極力少なく且つシンプルに。私にとって情報発信のスキルを学ぶ貴重な体験となった。

気仙沼での体験

元 金城学院大学心理学科
現 海辺の杜ホスピタル
岡田 和史

支援に入るまでの個人的な状況

筆者が気仙沼において支援に携わったのは3月25日から29日の5日間で、ちょうど震災発生後3週間目にあたる時期であった。筆者は精神科医であるが、当時は名古屋の大学の心理学科の教員であったため、医療機関や行政団体などの組織的な支援活動ではなく、個人ボランティアとして東北大学精神科医局のお手伝いをする形での支援となった。

震災当日はPSW養成課程の学生の病院実習の巡回指導に出ており、地震発生時は東名高速を走行中でまったく揺れには気づかなかった。しかし、翌日には、これはただならぬ非常に大変な事態であるということが明確となって、一刻も早く全国からあらゆる分野の専門家が支援に入る必要がある状況だと確信し、出身医局や近隣の医療機関に相談したが、話が進展しないまま時間が経過した。また、一般的なニュースでの情報からは、精神科医がどのように必要か、広範囲な被災地のどこなら自分が役に立てる可能性があるのかといったことはさっぱりわからない状態であった。やみくもに現地に向かってもかえって迷惑をかけるのではないかという危惧も強かった。結局10日以上、寝袋やリュックサックなどを買い揃えつつも悶々としていた。ようやく東北大の情報を得て、3月24日山形空港経由で仙台の東北大学精神科に到着。翌日から気仙沼での支援活動に携われることになった。

こうして現地で支援に入ってしまったからは、目の前のことにできる限り対処するだけということである意味迷いがなくなったためか、今思い返してみると支援に入るまでの不安や葛藤の方が強くよみがえってくる。もちろん気仙沼の現地の状況はすさまじいものであり、非常に強い衝撃を受けたので、現地での感情を隔離抑圧しているのかもしれない。

現地での活動・感じたこと

当然のことながら、圧倒的な津波の破壊力を目の当たりにした。震災発生時に居合わせたわけでもなく、自分の故郷というわけでもない筆者でさえ、足元からよって立つ場を崩され、すべてを根こそぎにされるような巨大な喪失感を抑えきれなかった。本当に胸をえぐられる思いであった。

現地では避難所を巡回したが、単独では動けないため、主に北海道江別市立病院のチーム（内科医師1名を中心に5名、車2台の構成）に同行させていただいた。避難所では高齢者を中心に自ら不調を訴えてこられない傾向が強く、筆者は順に声掛けをして、便秘などの小さな症状でも内科の先生に相談できることを説明しニーズを掘り起こすように努めた。精神症状は、急性の反応や再発・悪化などの激しい症状を呈するケースが出現する時期は過ぎており、不眠

や身体的な愁訴、軽い抑うつや不安などの症状が中心であった。また、ちょうど届いた支援物資の運搬を手伝ったりもした。とにかくその場その場でニーズに応じて自分ができることをできるだけやったということになる。

医療支援とは別の話だが、移動中あちこちで高圧電線の修理にあたっている方々を目にした。つまり本当にたくさんの電気技術者が全国から被災地に集まってきて必死の作業を続けていたということである。医療関係者に限らず、電気・ガス・水道・通信・交通等々の社会的なインフラを支える専門家集団が全国規模で機能していることが実感され、少なくとも庶民・現場レベルでは日本社会の基礎的機能はしっかり働いているのだと思えた。

振り返ってのまとめ

- ・大規模な災害時には被災地のニーズは時々刻々変化し状況依存性が高い。
- ・被害の程度がひどい所ほど情報を収集できないし発信もできない。つまり自らニーズを伝えることができない。したがって支援者側が十分な情報提供を求めることは無理があるし意味がない。
- ・支援者には専門能力のみならず、一般的・全般的な対処能力が必要で、一定の自律的な動きが要求される。
- ・十分な余裕を持ったマンパワーが必要であり、その場その場のニーズに応えるとともに、支援者の姿を示すこと、いわゆるプレゼンスも重要である。

最後に、快適な宿泊場所と食事を提供してくださった気仙沼市の三峰病院の皆様と、支援に参加する機会を与えていただいた東北大学精神科の皆様に変更して感謝申し上げます。

東日本大震災における宮城県岩沼市での精神科医療支援体験

医療法人順真会 メイプル病院
松尾 徳大

東日本大震災に際し、私は東北大学精神科による支援要請を受け、平成23年3月23日から4月1日までの震災の直後期において、宮城県岩沼市の小島病院に派遣されて支援活動を行った。

当時、津波により沿岸域全体にわたって甚大な被害が生じており、津波被害や揺れによる倒壊、原発問題などで、福島第一原発以北から宮城県南部における沿岸域の精神科医療機関はこの小島病院を除き、事実上診療機能をほぼ完全に喪失していた。そのため、当該診療圏の精神科患者の通院先がないため、震災後唯一の精神科機関である小島病院に患者が治療を求めて新患として殺到する事態となっていた。

常勤精神科医師は3名であったが、多くの病院職員と同じく医師もまた被災者であり、家族の安否確認の困難、ガソリン不足と交通機関麻痺による通勤難などに直面していた。医師達は震災後様々な事情で数多く来院する患者の外來業務に加え、物質的にも窮乏し、混乱した入院病棟の管理や、疲弊したスタッフの対応などで忙殺され、症状増悪や処方薬切れなどから、新規に医療を求めて殺到する新患に対応する余裕がなかったのが実情であった。診療機能を守るため、病院は止むを得ず表向き新患受け入れを中止していたが、それでも上記の理由から通院先を失った患者が連日多数、小島病院にやってくる。

渦中であって、私は上記期間の新患初診全例と再診外來の支援に入らせて頂くという貴重な経験をさせて頂いた。診療に当たっては通常精神科診療に徹し、敢えて当方から被災状況を事細かに伺うことはせず、患者の表出に委ねた。ガソリン不足の中、多くの患者が避難所から自衛隊や近隣の善意からの支援を受けて、やっとの思いで来院された方々であり、ほとんどの方が再び来院する困難さから、長期処方を望んでいた。

幸い向精神薬などほとんどの医薬品は充足していたが、多くの患者が診療情報提供書を持たないため、病歴と処方薬の詳細が不明な新患が多数来院した。特に、海岸近くにあった単科精神科病院は津波で病院全体が泥流に埋まってしまう、病院に情報を照会することが全く不可能な状態であった。院外の調剤薬局に処方箋の情報が残っていたり、薬手帳を持参していた患者はまだ良かったが、診断名と診療歴が定かではなく、処方薬の詳細も不明な患者の初診での治療は困難を極めた。

この経験を通じて、再びこのような大規模災害が起こった場合に備え、科を問わず、患者個人の診療情報を各医療機関で即時に共有出来るシステムの構築が何より重要であると痛感した。今後、この問題解決のため、国主導、厚生労働省主導による医療ITインフラの進展と拡

充が必要不可欠に思われる。

また、喧噪も激しく物質的にも不自由な中、大勢の人が限られた空間で過ごす避難所生活は特に統合失調症の方々にとっては大変なストレスであり、震災を契機としたF2圏の患者の症状増悪の原因としては、処方薬切れと並んでこれが比較的多かったように思う。

身内が津波に流されて行方が分からなくなった方や、自宅や自動車などが津波の泥流にのまれてしまった方々も多数おられた（特に、亘理町、山元町からの来院者）が、それだけ多大なストレスを受けたにも関わらず、気分障害圏の方々において、この直後期にはそれら悲惨な出来事が抑うつ気分や意欲低下の悪化をもたらすのではなく、かえって躁防衛ともいべき軽躁状態を少なからず呈していたのは印象的であった。

また、自宅と家族を津波で失い、急性ストレス障害（ASD）の症状を呈していた患者もいたが、全体から見ると明らかなASDは記憶の限りでは2例にとどまった。この時期は福島第一原発の危機が最も切迫した時期であり、原発から僅か50km内という診療圏の地理的状況や、この地域の津波の被害の甚大さを考えると、この結果には正直意外な思いを抱く。

この期間の診療で全体として強く感じたことは、忍耐強さといった東北人気質と地域コミュニティの強い結びつきが精神症状悪化に抑制的に作用していると思われたことであった。しかしながら、我慢強さ故に苦衷をなかなか表出できなかつたり、周囲の被災者に気兼ねや遠慮して、症状増悪を放置したりするなど却って治療が遅れたケースがあったことも記しておく。被災直後の混乱した避難所生活では特に個人の悩みや辛さを表出することが抑制されがちであり、保健師の介入などによる個別健康相談や、早期の精神症状スクリーニングが必要不可欠に思う。

最後に、困難な状況下、種々様々にご協力とご支援を頂いた小島病院、岩沼市保健センター、東北大学精神科医局の各関係者の方々に改めて深く感謝申し上げます。

東日本大震災における宮城県気仙沼市での精神科医療支援体験

日本こころとからだの救急学会代表理事
福島県立医科大学会津医療センター附属病院
久村 正樹

はじめに

2011年3月11日、宮城県沖を震源とするマグニチュード9.0の東日本大震災が起こった。当時神奈川の川崎市の病院に勤務していた筆者は、厚生省の荒川医系技官（当時）と連絡をとり、宮城と福島が医者を求めている、との情報を得た。当時は福島がここまで長期的な被災を余儀なくされるという情報はなかったため、東北大学松本先生と福島県立医科大学丹羽先生に連絡し、結果、まずは宮城に行くことに決めた。震災1週間後急性期の3月18日に羽田から福島空港への臨時便で福島入りし、その後空港からはタクシーで東北大学に向かった。交通費は自腹となり8万円を超え、ずいぶん高い国内旅行もあるものだ、とやっておいて後に驚いたということがある。

活動について

東北大に着くと精神科の松本先生達が出迎えてくれた。通されたのは寒い、おにぎりが並べられた元デイケアルームであった。同室で明日派遣される場所や説明を聞いていた。この時、気仙沼に震災以後、精神科医を派遣するのは初めとのことだった。「何ができるかなー」とおにぎりを食べながらぼんやり夜を明かした。

出陣

朝、各科の医師がバスに乗せられ一関経由で気仙沼に向かった。気仙沼に入ったところで光景が一変した。家がなぎ倒され、船が座礁している。「ここが日本か」というのが最初の感想であった。その中で気仙沼市立病院に着いた途端、検死の依頼を頼まれた。個人単位で来ている医師は検死が主な仕事だった。私は東北大学精神科として行っていたのでこの仕事は免れたが、凄まじい遺体に検視が間に合わないという状況だったという。

現地で

自分が何をしたいかわからず、とにかくできることは何でもやった。中でも印象深かったのは、大変な状況のなかで救助された被災者の方を診たところ、栄養状態も問題なく、明らかな昏迷状態にあった方だった。その方に、ハロペリドールを点滴したところ、数時間後には興奮し、昏迷が解けた。統合失調症の緊張型で、興奮と昏迷を繰り返すタイプの方だった。気

仙沼市立病院は外科中心の病院のようであり、精神疾患のために搬送されたこの被災者を保護した自衛隊に「空振りしやがって」という声を聞いた。しかし救急医療も専門の私は、空振りはまったく問題ない、いわばオーバートリアージであり、望ましいものと思われた。また近隣の石巻日赤から情報がこないことに声を荒立たせる人もいたが、後に知るように、石巻日赤は日々完璧な訓練を重ね、来るべき傷病者に対して万全の体制をとっていたのである。このお蔭で、石巻日赤に重傷者がヘリで搬送されるなどの機能的な動きが取れた。一方で、気仙沼市立病院では、「こうした方が効率的だ」などといった話がようやく進んでおり、また日本各地から来たDMAT精鋭部隊もそれ程機能できる場がなかったように思われる。気仙沼市立病院を本質的に救ったのは後に来た自衛隊であった。

災害では災害の知識を持って対応すること

救急医学は戦争の歴史で、災害医学にも大変深い関連があり、その教育コースも各地で開催している。精神医療のかたわら、救急医療にも携わる筆者の立場からすると、現地では災害に対する知識と技術が拙劣に感じた。災害の現場には災害時の進め方がある。これは改めて勉強しないと絶対に身に付かない。今、厚労省で検討されているDPATも最低限、災害の知識はもとより、赤タグの患者に対して迅速な処置ができること、という縛りを加えるべきかと思う。

おわりに

災害が発災し、医師だから、と現場に向かうのは素晴らしいことかと思う。しかしながら災害の対応はまったく別物であり、ただ人を無防備に出せば良いというものではない。私が気仙沼から引き上げるところ、支援に入る他の医療機関の精神科医と話す機会があったが、話をしてみると救急医療も災害も、全く経験のない人のようであった。医療人はもちろん、災害時の対応が、この災害国日本で教養として国民に浸透することを望むものである。

被災地での精神医療支援の体験
東北大学精神医学教室の一員として

東北大学精神医学教室の活動

東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授
松本 和紀

東北大学精神医学教室の活動と他大学／宮城県関係者との連合チームの活動

東北大学病院では精神科外来が地震被害によりしばらく使用できず、精神科の医局がある3号館は倒壊の危険があり3週間ほど立ち入り禁止が続き、病棟会議室がスタッフの活動拠点となった。交通網が分断され、食料や燃料調達の見通しも立たず、福島第一原子力発電所事故による放射能への不安も含め、被害が比較的小さかった仙台市でも先の見えない孤立感が広がっていた。家族を遠方の実家などに避難させるスタッフもいた。

3月14日、里見病院長より精神科のない石巻赤十字病院への精神科医派遣要請があった。余震も続き危険が続く中、翌日夜明けを待って佐久間医師と菊池医師が自ら運転し情報収集も兼ねて現地へ向かった。地元精神科医療機関の被災、交通や情報の分断により、精神科のない石巻赤十字病院にも重度の精神症状を示す被災者が多数搬送され対応に追われた。この後、3月28日まで同院へ精神科医を継続的に派遣した。

15日夕方には宮城県の精神医療関係者と宮城県や仙台市の関係者が集まり、精神医療保健福祉領域の情報交換を行う集まりが東北会病院理事長で元宮城県精神保健福祉センター所長の白澤の声がけで始まった。この集まりは後に宮城県災害時精神医療福祉対策会議の幹事会へとつながった。

16日に「東北大学精神科医受け入れ要項」を発表し全国に精神科医派遣の要請を行った。この要請を行った頃は、大きな余震も続いており、折しも同日には米国国防省が福島第一原子力発電所から少なくとも50マイル(80km)圏から避難するように勧告を出したばかりであり、交通も分断され、被災地の情報も乏しい中で、宮城県に支援に来る人などいるのだろうかと案じていた。しかし、翌日からは全国からのメールや電話による連絡が続々と入った。当初は個人支援の受け入れも行ったが、派遣調整の負担が大きくなったため中止し、その後は個別にくつつかの大学の精神医学講座からの支援を受けた。

17日には気仙沼市立病院からも精神科医が必要という情報が入り、19日に佐久間と久村(日本こころとからだの救急学会)が大学病院のバスで気仙沼支援へと向かい、支援と情報収集を行い、その後の同地区での継続的支援が始まった。20日は応援にかけつけた東京女子医大チームと合流し、2日後に富山大チームへと引き継がれた。岐阜大からは深尾医局長がかけつけ石巻日赤で支援を行った。

厚労省がコーディネートする心のケアチームは自己完結性を求められる多職種チームであり、東北大学では事前にそのための準備はなく、突然、そのようなチームを単独で構成することはハードルが高いというのが当時の率直な気持ちだった。しかし、これだけの大規模な災害が起こり、地元の大学病院精神科として何かできることはないのかという気持ちに駆り立てられた医局員有志の賛同を得て、地元関係者を中心とした支援チームの結成に向けて関係者との

調整を始めた。里見院長から大学病院として可能な協力をするという激励をいただき事務担当者の尽力もあり精神科が編成する心のケアチームに2台の車が準備された。宮城県障害福祉課とも密に連絡をとり、さまざまな関係者の賛同と協力を得て3月22日からチーム活動を開始した。宮城県障害福祉課と協議し、22日に岩沼市を中心とした活動を、23日には七ヶ浜町での活動を、28日には石巻市での活動を開始した(表1)。

表1. 東北大学を介したチーム・個人派遣の地域別・職種別の延べ人数の内訳

	医 師	看護師	心理士	PSW	他	計
気 仙 沼	108	8	1	0	1	118人
石 巻	245	117	84	88	12	546人
東部沿岸	87	30	29	34	13	193人
仙 台	17	0	0	0	0	17人
総 数	457人	156人	114人	122人	26人	875人

先の見通しの立たない中、志のある当科精神科医、心理士、看護師がチーム派遣に名乗り出た。原クリニックや東北会病院の協力で日本精神科診療所協会や日本精神保健福祉士協会等からの支援も得て、徐々に県内の精神科医、心理士、精神保健福祉士、看護師からの支援が得られるようになった。

連日活動した4月を中心に富山大、高知大、浜松医大、東京医科歯科大等からの支援も得ることができ、我々の活動の大きな支えとなった。岐阜大学は、我々と宮城県との調整で4月から2ヶ月間石巻での支援を継続的に行った。東京女子医大は5月末まで毎週3日間気仙沼支援を行った。その他にも全国から個人レベルでの支援も頂いた。活動のための車は、3月末には病院が車を手配できる期限が近づき、宮城県にかけあい3月27日にレンタカーを手配してもらい、最終的には東北大チームに2台、岐阜大チームに1台、東松島で支援に当たる東大チームに1台の車を確保した。県の協力により支援者のボランティア保険の加入、災害従事車両証明書も準備された。

各地域での支援状況

被災地が広域になため、東北大学では地域ごとに担当者を決めて活動を行い、松本が全体的なコーディネートをを行った。各地域の状況は逐一、東北大精神科に集められ、この情報を元に宮城県、その他関係者との調整が行われた。活動は地元の保健師、宮城県と連携し、適宜情報交換をしながら進めた。

気仙沼地区は、佐久間医師が担当した。既にDMATなどの医療チームが気仙沼市立病院を拠点に活動していたが、同院には精神科がなく、佐久間が精神科医療関係の調整補助を行うよう要請された。当初は厚労省派遣の心のケアチームとその他の支援チームとの間のコーディネーターが機能せず混乱も認められ、必ずしも全体として統一的な活動が行われたわけではないが、一般の医療チームと心のケアチームとが連携しながら活動することも多かった。気仙沼では津波被害が甚大な光ヶ丘保養園が深刻な状況に陥り、同園への支援も大きな役割であった。

仙台から遠方の気仙沼では独自の車が無いためDMATに帯同しての活動となったが、一般医療チームと帯同することで、少ない人数の精神医療関係者であっても効率的に機能することができた。佐久間は、全国からの支援者／チームと連携するするとともに、現地の精神科病院、保健所、気仙沼市立病院の連携促進のためにコーディネーター役を担った。

石巻地区は佐藤医師が担当した。石巻市は、地震・津波による最大の被災自治体であり、市民の「心のケア」にかかわる数多くの支援者・支援チームが殺到し、混乱を極めた。しかし石巻日赤のリーダーシップの元、石巻市の保健師や関係者が協力し連携のための努力が行われた。佐藤が東北大チームの石巻支援のまとめ役としてこの調整に協力した。東北大チームは連日仙台から渋滞の中、日帰りでの往復を繰り返したが、大学病院での通常勤務や研究活動を行いながらの継続派遣には多くの苦労があった。現地のニーズ減少を確かめ5月からは週3日の派遣体制に切り替え、6月末には週1日を雄勝地区の支援に振り分けた。避難所を中心とした活動に加えて、後半は仮設住宅対策へと支援の重点をシフトし、その他にも石巻市職員に対する支援等も継続的に行った。外部からの支援者が少しずつ撤退する中、原クリニックや宮城クリニックを拠点とした日本診療所協会の支援チームとともに、地元の支援チームとして10月末まで活動を継続した。

岩沼地区は、桂医師が担当した。岩沼地区の浸水面積は広大ではあったが、医療機関へのアクセスが比較的容易であり、日中労働人口が多かったこともあり、避難所でのニーズは限定的であった。このため、桂が中心となり仮設住宅入居者に対するグループワーク、市役所職員の相談ブース開設、消防署員面接、保健師へのスーパーバイズ等、被災者の支援にあたる職員への支援やメンタルヘルスに重点をおいた。職員や民生委員、サポートセンター職員に対する講演会、症例検討会等を通してゲートキーパーの養成、現地職員の組織づくりについての取り組みも行った。

その他の支援活動

このような東北大学の主な活動は、11月からはみやぎ心のケアセンターの非常勤職員としての活動へと引き継がれていった。その他に東北大学が派遣調整を行った活動としては、こころのケアチーム活動の他にも、仙台市こころのケアチームへの医師派遣、自治体職員への相談、講演活動などがあり、様々な機関に所属する県内の精神科医が多数ボランティア的に活動した。その他、東京大学、名古屋大学、千葉大学、産業医科大学の精神科が病院本部の依頼で支援活動を行い、適宜当科との連携を行った。自治医科大学、奈良県立医科大学、熊本大学等も宮城県での支援を当科と連携しながら行った。

東北大学の活動は、臨床業務の負担が少ない大学院生を中心に行われたが、この間研究活動の中断や縮小を余儀なくされた。また、臨床業務の合間を縫って、何人かの精神科医が継続的に被災地での支援活動に携わった。その他、東北大学の精神・生物学分野の曾良教授は、向精神薬の確保のために尽力し、同分野（当時）の富田医師は、七ヶ浜町での支援活動を継続しており、被災地での研究調査も実施している。

東北大学精神医学教室による活動

我々の活動は、外部から入るころのケアチームを補完する役割があったと考えられる。県内の精神科医が個人的に被災地支援を行う際の受け皿となり、被災地のニーズに臨機応変に対応することができた。地元のスタッフが活動に関わったため、情報収集能力が高く、また、地元関係者が関わっているチームということで、地域での信頼が得られやすいという利点があった。また、様々な地域から来て県内で活動する精神科医に対して情報提供を行ったり、外部に対して情報発信するなどの働きをした。一方で、通常業務と並行した長期の支援活動はスタッフへの負担が大きく、週単位で交代できる外部チームと比べると活動量には制限があった。心のケアチームの一員として、あるいは通常業務としての病棟・外来業務、研究・教育業務を通じて、多くの医局関係者が尽力、協力したことで、災害時の困難な時期に多方面にわたる活動を継続的に行うことができた。

一方で、災害精神医学についての知識や経験が乏しいなかで支援を行っていたため、活動内容や活動の意義などについて試行錯誤が繰り返された。大学病院の規模や役割は地域によっても異なるが、災害時には地域支援において一定の役割を果たすとともに、今後は、災害精神医学についての教育を行っていくことも重要であろう。

被災地での精神医療支援の体験

元 東北大学病院精神科
現 国立病院機構花巻病院
伊藤 文晃

私は、東日本大震災当時、東北大学病院精神科に勤務していた。震災後の石巻赤十字病院に、3月17日から18日までと、3月21日から22日までの、2回支援に入る機会があった。1回目は被災直後であったこともあり、診療科として精神科がないこの病院にも精神症状を呈する被災者が多く受診していた。向精神薬が切れたことによる離脱症状や、自殺企図での救急搬送なども見られていた。院内には診察が終わっても帰宅できない被災者が多く、ごった返していたが、そのような中、躁状態、興奮、昏迷を呈する患者がいてスタッフは対応に苦慮していた。精神症状の強い患者はできるだけ精神科病院に入院してもらった方が良いのではないかと考えたが、しかし、当時は通信が十分に回復しておらず、近隣の医療機関の状況はほとんど何も分からなかった。そのため、救急車で直接患者を搬送して受け入れをお願いしたこともあった。身寄りがなく病歴が分からない患者もいて、精神科病院への入院は簡単ではなかった。後で分かったことであるが、当時は、石巻の中核となる精神科病院も浸水地域に囲まれてしばらく孤立し、水が引いた後も混乱した状況が続き、また、1つの精神科病院は津波により病院機能がほぼ停止していたということであった。震災当時は、情報が入らず、他機関との連携が非常に難しかった。

当時病院には、医療救護チームとは別に、看護師や臨床心理士が中心に心理社会的支援を担当する日本赤十字社独自の「こころのケアチーム」が派遣されており、職員や被災者遺族への心理的支援、避難所への物資提供などを行っていた。また、今後全国から精神科医療チームが派遣されてくることを見越して、院内の臨床心理士が「心のケア」を担当するチームを統括する体制を整えていた。当時は各避難所の状況がまだ十分に把握できていなかったため、全国から派遣されてきた医療救護チームが巡回しながら、精神科医療の必要性も含めて、アセスメントを行っていた。

2回目の支援時には、近隣の精神科医療機関が外来診療を再開したことや、病院に留まっていた精神症状の強い患者が転院したことなどもあって、院内での精神科診療の需要は以前よりは減っていたように思われる。「心のケア」を担当するチームの定期的なミーティングには地元の保健師も加わっていた。情報を共有しながら、チームごとに担当地域を決めて、精神科医が保健師とともに避難所を巡回する活動が始まりつつあった。「心のケア」を担当する支援チームは他の医療救護チームとは独立して行動するようになっていた。

避難所での主な活動は、精神科医療機関に通院できず服薬中断となってしまう患者に向精神薬を配ることであった。あわせて、被災者の心理的支援にも当たろうと、声をかけながら回った。診療を自ら希望してこなくても、こちらから具合を尋ねれば、不眠を訴える者は多かった。しかし、数日分の睡眠薬を手渡すことが良いことなのかどうか判断に迷った。余震が続いており、熟睡するのはかえって危険なように思えた。また、当時は今後の巡回の頻度の見通しは立っていなかった。チームによっては積極的に向精神薬を配っているところもあり、対

応には差があったようである。

支援に入っている間、病院スタッフや保健師などから様々な要望があった。当時は通信が思うようにいかず入院依頼の要請などに対して医局からの指示を仰げずに、現場のニーズにすぐに答えることができないこともあった。ただ、震災後の急性期においては状況が刻一刻と変化し、必要とされる支援も流動的であったように思われる。地元の関係者と連携を保ちながら、途切れることなく支援に入り続けることが大切なのではないかと感じた。

石巻における初期支援活動についての私見

元 東北大学病院精神科
現 国見台病院
原田 伸彦

私が石巻地域の支援に初めて携わったのは3月26日の事であり、震災から既に2週間が経過していた。石巻赤十字病院（以下、石巻日赤）を拠点として支援活動を行った…と言えば聞こえは良いが、グレーのスキーウェアを身にまとった私は赤十字の統一したウェアの中では、さながらコウモリの様で、矢も楯もたまらずに飛び出して来たのは良いが、医療者として何を求められているのか、どのようなスタンスに立てばよいのか分からない居心地の悪さを感じていた。当時私は、東北大学病院精神科に所属しており、精神科の設置されていない石巻日赤との間には普段からの交流が無い中で、東北大から日替わりで交代派遣される精神科医の1人として支援に入った。当時、石巻日赤で行われていた精神科医療は、石巻日赤の臨床心理士が中心となって仕切っていたが、朝夕の全体カンファレンスでのミーティングはあるものの、身体科としっかりと連動している訳ではなくほぼ独立した形で活動していたように感じた。折しも石巻日赤では石巻女川地域の医療を14のエリアに分ける体制を取り始めていた。しかしその中に精神科医療は含まれておらず、取り残される状態にあった。こうした「風通しの悪さ」を折に触れて感じることもあり歯痒い思いをしたが、身体科からすると精神科医が具体的に何をどこまで出来るのか分からず、どう扱っていいのか分からない、というところが本音だったのでなかろうか。精神科医を含む人員で派遣された医療チームもあったが、結局精神科医は別行動をとっているところも多かったように思う。疾患対応の迅速性を考えると致し方ない事なのかもしれないが、どうやら身体医療と精神医療のペースはなかなか合わないものらしい。困っている被災者を目の前にして「この人は今何を必要としているのか」ということを支援者側がきちんとアセスメントして、身体面は身体科に、精神面は精神科に、とトリアージして連携していかなければならない。平時の臨床においても言えることだが、普段から「風通しの良い関係」を築いておくことが重要なのであろう。また、災害精神医療として何ができるのか、という事を我々がもっと勉強し啓蒙して行く事が必要だと痛感した。

2週間以上が過ぎていたが、阪神淡路大震災の時とは違い被害状況が広範囲で、かつ寸断されており、どこで何が必要とされているのかよく分からない混沌とした状態は続いていた。避難所も小中学校を中心とした大規模な物の他に民家や工場を利用した小さな物が点在しており、その詳細は把握しきれていなかった。私はわざわざ無理を言って、こうしたまだ人の手の入っていない箇所を中心に回らせていただいた。地域の情報は地元の保健師が最も良く把握しており、保健師とペアを組んで自家用車で巡回したが、孤立した入り江の小さな集落で集会所に避難している被災者、1階部分が津波で流された建物の2階に避難している被災者、崩れかけたパチンコ屋の駐車場で野宿同然の生活をしている被災者など、避難の形態は様々であった。事前にある程度情報を得てはいたものの、カーナビは被災の強いところでは役に立たず、行ったり来たりしながらやっと目的地にたどり着くこともしばしばであった。「こころのケア」

を掲げて訪問しても、結局こうした場所で急性期に必要なとされるのは御用聞き的な役割であった。必要な物事を尋ねつつ過度に侵襲的にならない様に睡眠状況やストレス要因などについて聞き取り、次につなげるように心掛け、必要であれば時間をかけて被災者の言葉に耳を傾けた。極短期間の接触で精神科医が出来る事は限られている。そこに一度しか行かないなら尚更である。訪問しておきながら何かあった時の連絡先さえはっきりしておらず、手書きのメモで石巻市の障害福祉課の電話番号を渡すくらいしか出来なかった記憶がある。初期介入としてはそれ以上どうにもできなかつたのかもしれないが、改めて非常時における情報伝達と共有の重要性を感じた。

巡回していてまだ手の回っていない場所を見つけると、新たな発見をして何か手柄でも立てたような気分になり、帰院後にその結果やニーズについて報告する事があったが、振り返って今思えば、結局は自分が役に立っている、という自己満足感に浸っているだけであつたのかもしれない。既知の避難所への対応だけでも精一杯であつたのに更に地元保健師達の業務を増やしてしまう形になってしまつていたのかもしれない。自分が役に立つ事で存在価値を見出そうとする心理は、何も精神科に限ったことではなかつた。全体ミーティングでも、派遣人材への対応が遅れたことについて外部からの支援者が行政のスタッフに疑義を呈した時に、今は亡き石巻市立病院外科の内山哲之医師が「みんな精一杯やっているんだよ！」とその支援者に食って掛かつた事が今でも忘れられない。皆、被災地を助けるために役に立ちたい、という思いは医療者として同じなのだが、どこか功名心のようなものが無かつたのか、自らを振り返り自戒する必要がある。被災者支援はともすると「支援の押し売り」となりかねない。特に精神科領域での支援は慎重さが必要なのは言うまでもない。冷静に判断を下しているのか、集団心理に巻き込まれていないか…平時よりセルフチェックをしながら行動する癖をつけ今後の緊急時に備えたい。

石巻赤十字病院での急性期医療支援、 気仙沼地域での精神科と医療救護班との連携

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
佐久間 篤

震災から4日後の3月15日から17日に石巻赤十字病院で医療支援を行い、3月19日からは気仙沼地域において支援活動をさせて頂いたので、その経験を紹介する。

石巻赤十字病院での支援（精神科のない災害拠点病院での診療支援）

震災から3日後の3月14日に、石巻赤十字病院（以下、石巻日赤）から大学病院に精神科医の派遣要請があり、里見院長からの要請を受けて、精神科として精神科医を派遣することとなった。同日昼に出発する予定であったが、高速道路を通るのに必要な緊急車両証明書が夕方まで届かなかったため、やむなく一晩待ち、翌15日の朝6時に同僚の菊池達郎医師とともに大学病院の車両を自らの運転で出発した。当時の石巻では固定電話も携帯電話もつながらず、衛星電話でさえもつながりにくい状況で、病院の状況も石巻市街の様子もほとんどよく分からないままでの出発であった。道路の再開状況が不明ため、内陸の古川方面から石巻へ向かった。いたる所で道路が隆起、ひび割れしており、運転に難渋したが、8時過ぎには到着した。

病院の正面玄関前では、次から次へとヘリコプターや救急車で患者が搬送されてきていた。玄関先のロビーは、治療を受ける人、病院に避難してきた人、家族を探しにきた人で混雑を極めていた。その中、全国から応援にきた赤十字の医療職員が治療にあたっていた。石巻日赤の職員は泊まり込みで働き続けており、疲労のピークを既に超えているように思えた。

トリアージゾーンがメインとなり治療が行われていたが、そこでは対応できない精神疾患と思われる患者の対応を依頼された。向精神薬は院内在庫が比較的豊富だったが、治療のための環境は厳しかった。まず、精神科病床がなく、入院はできないこと。次に、病院では食事は出ず、避難所に行かないと食糧がないこと。最後に、通信が途絶えており、関連機関への連絡ができないこと。これらの厳しい状況は他科も同様だった。あらゆる患者が殺到していたため、緊急性が高い場合を除き、最低限の治療をし、どこの避難所に着くかわからないバスに乗ってもらい、後日また来てもらう、というのが全体の状況だった。

3月15日から17日の3日間で、20名程に対応した。最も多かったのは、統合失調症の症状が再発、再燃した方で、7名程の診察をした。いずれも平時であれば医療保護入院を検討すべきような状態の方ばかりだった。その他には躁状態、認知症の周辺症状、パニック発作の対応をした。お薬手帳を持っていたのは1名のみで、ほとんどの方は、それまでの治療についての情報がなかった。

支援内容は課題が残るものだった。例えば、母と姉に連れられ来院した40代の男性は、家族の話では、20年来自宅の問題なく生活していたが、避難所で幻聴が活発となり、2カ所の避難所を追い出され、来院に至った。本人も家族も憔悴していたが、抗精神病薬で何とか安静を確保し、他の避難所を見つけてもらうこととなった。救急車で来院した40代の女性は、昏迷

状態であった。二人で暮らしていたという中学生の娘の話では、避難所で徐々に症状が悪化し来院した。状態像にはあまり変化はなかったが、一晩ホールで過ごし水分はとれるようになったため、避難所へ戻ってもらった。

支援に入る前は、精神科のない石巻日赤から精神科医の派遣要請があった理由がわからなかった。しかし、後から分かった事だが、石巻市の精神科病院の1つは津波被害で機能を停止し、中核的な精神科病院も周囲を瓦礫や浸水地域に囲まれ、支援も乏しく非常に過酷な状況にあった。このため、石巻圏の救急搬送が一極集中する中、重度の精神疾患の方も精神科のない災害拠点病院に搬送されてきており、同院での精神科医療のニーズが高まっていたのだ。求められた役割は、精神科救急の業務であったが、病院自体に食糧がなく、新たな入院を受け入れる余力がなく、保健所は津波による浸水被害で機能が低下し、通信もままならぬ状況では外部の精神科病院との連携をとることもできず、診察した患者さんには避難所へ戻ってもらうための最低限の対応しかできなかった。

地震や津波も影響していたかもしれないが、避難所の過酷な環境によって症状が悪化し、追い出されるような形で受診に至った方が多かった。患者の病状悪化の要因となった避難所へ戻ってもらうことしかできなかったのは、頭では非常時で仕方がないと理解していても、医療者としてはとても辛く厳しい現実だった。精神科医療を大規模災害時にどのように維持するか、被災地外との連携や、精神保健福祉法との兼ね合いなど、今後検討する余地は大きい。石巻日赤の職員の方々は、押し寄せる被災者に対応しながら、支援に入った我々にも懇切丁寧に接して下さった。我々の方が勇気づけられ、本当に頭が下がる思いだった。献身的な姿を見ていると忘れがちだが、彼らは病院職員であると同時に、石巻の住民でもあり、家に帰れば被災者でもある。窓際に携帯電話の電源を入れ、いまだ不通であることを確認し、苦渋の表情で急いで持ち場に戻る職員を何度か目にした。家族の安否もわからぬまま、何日も働き続ける苦悩と葛藤は、想像するに余りある。医療者を始めとする災害支援者の疲労の影響をどのように軽減するかも、重要な課題である。

気仙沼地域での支援（急性期における精神科と医療救護班との連携）

石巻日赤での支援は別の医局員と交代し、震災から8日後の3月19日からは、やはり大学病院に支援要請のあった気仙沼市立病院へと派遣され、同日からは気仙沼地域での支援を開始した。3月19日は、精神科医局からの全国への支援要請に応じて来仙していただいた久本正樹先生（現福島県立医科大学津医療センター）とともに大学病院の医師派遣用のバスで気仙沼へと向かった。気仙沼の中心部は津波と火災で壊滅的な被害を受けていたが、わずかに高台に位置する市立病院は被害を免れていた。精神科では、光ヶ丘保養園と小松クリニックが津波で甚大な被害を受け、被災を免れた三峰病院には患者が殺到していた。

医療支援は、全国のDMATや大学病院の医療チームが、気仙沼市立病院を拠点に避難所で診療を行っていた。朝と夕にミーティングが行われていて、筆者も参加した。精神科のニーズは、三峰病院が稼働していたこともあり、気仙沼市立病院では少なかったが、医療チームから各避難所における精神的対応が必要な方の情報が報告され、筆者はその対応を依頼された。医療チームの一員として精神科医が入っているチームもあったため、全体ミーティングの後に精神医療関係者で集まり支援方法についての相談を行った。

災害時にDMATなどの外部の支援チームとの連携は初めての体験であり、どうしたらよいか全くわからない状況であった。しかし、埼玉医大総合医療センター神経精神科の深津亮先生から、地域の事情がわかるのは筆者のみであるから、精神科医の配置を指示してほしいと助言を頂き、活動場所の調整をすることとなった。具体的には、夕方のミーティングで医療チームから精神科対応依頼のあった避難所に、翌日に精神科医を派遣する調整を行うようになった。当初は精神医療関係者の避難所までの移動方法や引き継ぎ方法などについての課題が挙げられたが、こうした問題は、医療チームをコーディネートしていた気仙沼市立病院の成田徳雄先生、横山成邦先生に多くのアドバイスを頂き修正した。また、気仙沼では、東京都職員・医師会の方々が、気仙沼市立病院の先生方とともに、最初から最後まで医療チーム全般のコーディネートを担当して下さっていた。東京都からは、同じ職員の方が繰り返し支援に入っていたので、安心感もあり、あらゆる場面で助けて頂いた。

精神科医の主な活動は避難所での診察だったが、対応が必要な方は大規模避難所でも数名であり、精神科医が終日待機する必要性は低かった。一方で、対応が必要な方は複数の避難所に散らばるような形で、しかも各避難所には必ず1人はいるという状況であったため、移動手段の制限もあり全ての要請に応えることは難しかった。アウトリーチが基本であったため、診察を要する患者数に比するとより多くの精神科医が必要であった。こうした大規模災害後の非常時には、単純な数計算では無く、移動時間や診察環境についても加味した上で、支援者の人数や支援方法を検討することが必要と考えられる。

我々が気仙沼市立病院を拠点に活動していた同時期には、複数の心のケアチームが気仙沼保健所を拠点に活動していた。当初は気仙沼市立病院の医療チームと心のケアチームとの連携がなく、大規模避難所で支援が重なることがあった。このため、3月23日に、保健所所長（当時）の西條尚男先生と相談させて頂き、保健所の担当職員が気仙沼市立病院のミーティングに参加することで支援が重複することはなくなった。医療チームは、気仙沼市中心部の大規模避難所を担当し、車のある心のケアチームは周辺の地域を担当することとなった。また、精神医療的に重症な方は、その都度三峰病院で対応して頂くように、医療チーム、心のケアチーム、地元医療機関との連携がとれるよう努力した。しかしながら、急性期は目まぐるしく状況が変化し、朝決めたことが昼に変わることも多く、常に現場での柔軟な対応、決断が求められた。振り返ると、3月中の筆者の活動の大半は、関係各所との連絡や調整だった。

3月末頃には気仙沼市職員や病院の医療職員など、不眠不休で働き続けてきた地元支援者の疲労が強く懸念されると話題に始まった。震災から1ヶ月が過ぎた頃には、避難所でのニーズは減少してきたため、4月30日から、気仙沼市立病院の職員を対象に健康相談の窓口が設置され、東京女子医大の先生方が担当して下さった。この相談窓口は、形を変えながら平成26年1月現在も継続しており、東北大学精神医学教室、みやぎ心のケアセンター、宮城大学が地元支援者の相談活動を行っている。

5月の連休を挟んだ時期には、医療チームや心のケアチームが去った後の対応が検討され始めた。地元医療機関が被災者支援を継続する必要があるとの認識で、保健所の西條先生、三峰病院の連記成史先生、光ヶ丘保養園の奥山保男先生、新階敏恭先生（当時）、小松クリニックの小松孝男先生が中心となり、気仙沼保健所、宮城県、気仙沼市の精神保健福祉の関係者が集まり、情報共有するための「気仙沼管内精神保健医療福祉連絡会議」が設定された。5月10日から毎月行われたこの会議では、被災者支援や支援者支援など、幅広い内容が検討され、その

後の中長期的支援につながっている。

気仙沼では、地元の先生方、病院スタッフを始め、保健所、市役所、気仙沼市立病院で、数えきれない程多くの方にお世話になった。東北大学を通じて支援に入られた富山大学、東京女子医科大学、高知大学、浜松医科大学の先生方、個人で支援に入られた先生方、心のケアチームの先生方、現地でお会いした先生方にも本当に助けて頂いた。紙面を借りてお礼を申しあげたい。思い返すと、後悔ばかりが残る急性期の活動だったが、この体験を共有し、今後に活かすことができれば幸いである。

被災地内からの支援経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
佐藤 博俊

東日本大震災では我々は地元の大学として、被害が甚大であった地域ごとに担当者を決めて直後期・急性期から被災地支援を行った。筆者が担当した石巻地区は、保健所や市役所、総合支所など地域精神保健を担当する行政機関が津波の被害を受けたため、官民を問わず災害拠点病院である石巻日赤病院に無数の支援者・支援チームが殺到していた。我々は多職種チームによる被災者への直接支援とともに被害状況や支援ニーズの情報収集、現地の支援者への情報提供などの機能も担ったが、被災地入りした支援者の中には些末な問題でも執拗に地域の担当者や保健師に対応を求めるものや、自分の内にある万能感の傷つき・不全感を現場やweb上などに吐き捨てていくものが散見され、それにより現場がたびたび翻弄させられた。現場では情報の優先度や重要度をアセスメントすること自体が重労働であり、相対的に優先度や重要度が低くかつ具体的な解決策とセットとなっていない「ふとした指摘」への対応が、現場の疲弊に拍車をかけることを認識したとともに、外部支援者は自らのニーズを満たすために活動していないかを、常に自戒する必要があると痛感させられた。また一方で、大規模災害での現地支援経験者や専門家からの励ましやねぎらいは、大変な勇気となり、活動を継続する大きな力となることも実感した。

東日本大震災のように被災地域が広範囲にわたる場合は、被害の状況は一様ではなく、横並びの対応は現実的ではない。今回、支援の単位を地域区分で分割したことは、限られた資源の中で、効率的な支援を行うために有益であった。ただし、筆者の場合は、直接支援に伴って壮絶な光景や被災者の過酷な体験にさらされ続ける心理的代理受傷のストレスとコーディネーター業務に伴う膨大な量の情報の整理・分析作業による疲労が、潜行性に蓄積していった上自らの生活・業務の復旧作業もあるため休息をとることが難しかった。このような場合の地域担当者は、負担軽減のため直接支援をチームメンバーや外部応援者に分散し、現場のコーディネーター業務に比重をおくことで中央のコーディネーターと現場の架け橋となることが望まれるであろう。地震大国である日本は、各地で同様の事態がおこる可能性があり、我々の経験を記すことで万一の助けになることを願う。

被災地の精神科医による外部支援の経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
桂 雅宏

東北大学病院精神科では、院内の臨床業務の割り当てが少ない大学院生が、率先して外部の支援に参加した。我々は、津波による直接的な被害を被ってはいないものの、自身や家族が被災した状況下で、災害精神医療に関する十分な知識や経験がないにも関わらず、唐突に被災地支援の最前線に立つことになり、手探りでこれを行ってきた。本稿では、被災地あるいは近隣地域にしながら支援を行った者としての体験の一端を述べたい。

発災時、外来診察中であった私は、外来患者の避難誘導を行った後、大急ぎで家族の入院する市内の病院に向かった。当時の私には、まだ名前も決まらない新生児と、産後の状態が不良でようやく少量の粥を口にできる程度だった妻がいたため、緊急の当直体制を免除する配慮をして頂いた。停電のためメディアからの情報はほとんど得られず、沿岸部の状況を想像することすらできなかった私は、震災当日、翌日と、ただ家族を守ることだけに必死だった。その晩は、繰り返す余震の中、病院のベッドで初めての「川の字」を経験することになった。翌日は早朝から街を奔走した。妻でも食べられる物はないか、オムツやミルクは手に入らないか、大学病院を離れられない職員に食料の差し入れはできないか、そして全容の分からない放射能から家族を守れないか。

自分の周囲だけでなく、より深刻な被災者の支援を行う必要性により考えが至ったのは、3日目のことであった。決められた臨床業務が少ない立場から、遊撃手としての役割を担うことになった私が最初に担当したのは、情報収集の役目だった。当時、沿岸部に限らず、内陸部との連絡も困難で、市内・県内の精神科医療機関の現状を把握することは急務だった。公的立場にあり、多くの医師を抱える大学病院として、人的支援をいかに行うかは課題の一つとされていた。実際に行ったのは、電気、通信などのインフラに恵まれた大学病院の環境を活かし、片っ端の病院から連絡を試みては、状況一覧を作成する泥作業であったが、先方の通信が復旧していないため、被害状況の全容どころか、断片的で不確実な情報しか得ることができなかった。被災地の直中に居ることは情報弱者であるということを思い知らされた。重要な情報は、実際に足を動かして孤立した地域を訪れた方から得られるものだった。また、例えば、市内の医療機関の状況を把握している団体が県内の病院の状況を全く知らされていないなど、組織間の密接な交流が日頃行われていない場合には、基本的な情報共有ですら困難であることが窺われた。孤立した状況で孤軍奮闘されていた先生からは、迅速な人的支援がないことに対するお怒りを頂戴することもあり、この情報収集は大変心苦しい業務であった。

発災1週間後からは、「心のケアチーム」の活動に参加した。私は、はじめ「はあとぼーと仙台」のチームに参加し、宮城野区の支援を行った。既に活動のノウハウをもつチームに参加できたことが、その後の活動に役立った。翌週の3月22日からは、東北大学病院独自のチームを派遣することになり、以来、岩沼市をはじめとする県南沿岸市町で活動を行った。チームのメンバーは全員が初対面で構成されることも多く、毎回の道中で被災状況とチームの活動を紹介

することが私のルーチンとなった。

「心のケア」の定義や任務についてのコンセンサスは十分に得られていなかったが、被災現地の支援者の間では漠然とその必要性は認識されていたようで、快く訪問に対応して下さる方が多かった。一方で、各種の報告で触れられているが、家族の安否確認、生活の問題に直面している被災者にとって、特に直後期・急性期に、避難所の衆人の中で心のケアを受けたいというニーズがある場合は多くはなく、我々の担当した地域ではこの時期の活動が多忙だったとは言いがたい。初期には、元々の精神疾患の増悪や、環境変化や身体の衰弱により顕在化した認知症やせん妄などへの対処を求められたが、その後、主に一般市民で構成される避難所においては、医療モデルの治療が必要なケースは少なかった。急性期のチラシを用いた啓発活動が有効であったのか、逆に被災者の生活領域を侵食することになっていなかったか、と今となっては疑問に思わざるを得ない。むしろ、避難所の代表や保健師とタイアップしてのコーディネート型の支援、地域保健のモデルでの活動が重要であると感じている。また、それ以上に重宝されたのは、震災を機に発覚したゴミ屋敷の住民への対処であったり、躁状態を呈して役所の窓口で問題視されていた患者の入院支援だったり、保健師などの担当者にとって、困った時にそこに精神科医を呼べ、臨機応変に対処してもらえる、という事実だったのだと感じる。しかしながら、当初私自身がそうであったように、何らかの役割を果たしたいと意気込み、自らの存在意義を確認したくなくなってしまう外部支援者は、ともすれば短期的な成果を期待するきらいがあり、現場のニーズにそぐわないスタンドプレーに走ったり、保健師など現地の支援者を困らせたりすることもあった。外部支援者は、こうした自らの心理と、期待される振舞いをよく理解する必要があると考える。

岩沼市の心のケア活動は、現在に至るまで形を変えて継続されている。結局、有効な活動を行う上で最も必要だったのは、地域精神保健担当者との相互理解、繋がりがだったと感じている。

東北大学病院・石巻赤十字病院での体験について

東北大学病院精神科
近藤 直洋

東北大学病院

当科では震災発生後、数週間は一般の新患と外来は行わず、震災関連で症状が生じた方の対応や、薬の処方、もしくは交通手段がない他院通院中の方の処方を行っていました。外来医長という立場上、外来での診察ではなく緊急時対応を受け持つこととなりオンコール体制をとっておりました。院内LANが使用できず処方内容も手書きのカルテ指示頼りであり、さらに来院数が予測できず戦々恐々としていたのですが、交通機関を利用して通院していた方が多かったため、来院者数は想像していたほどではありませんでした。外来からのコールもほとんどなく、私の仕事は事実上「来ない電話を待ちながらうろろする」でした。医師に関しても、数人の医師が短期間体調を崩したほか、1名が家庭の事情で2週間休んだ以外は、大きな支障はありませんでした。

4月に入りパソコンの復旧、更に外来棟への立ち入り制限が解除されたため外来は徐々に平常を取り戻していきました。震災後しばらくは「亡くなった方を思うと生きていだけで感謝しなくて」と口々に話していましたが、4月中旬頃より「他人が生きるとか死ぬとか正直どうでも良い、自分の苦しさを何とかしてくれ」という訴えも聞かれるようになりました。気持ちが落ち着いてきて自身の気持ちに目が届く余裕が出てきた事の表れなのかな、と思い、印象に残っています。

石巻日赤病院

私が行ったのは3/19・20の2日間でした。院内は慌ただしい状況でしたが直後の混乱は過ぎているように感じられました。前医からの引継ぎを見ると震災直後と比べ、病院に直接受診する患者数が徐々に減ってきていました(19日は依頼なし)。そこで20日は前夜来院していた石巻市、東松島市の精神保健担当者と打ち合わせをし、ケースがあげられた避難所にこちらから出向いて対応する、という方法をとりました。内科・外科医師の数に比して当科医師の数が余りにも少なく、避難所があまりにも多かったため、総当たりで巡回しても一部しかあたる事が出来ないと判断した結果でした。担当者のご助力もあり、翌日は問題として拳がっていた避難所にスムーズに行くことが出来、処方をする事が出来ました。

が、自前の車がなかったためわざわざ職員の方に車を用意、運転していただくという余計な手間を取らせてしまった事が反省点でした。そのような計画を立てたならば被災地の負担を減らすために車を持参するべきでした。また、着いた避難所で全員に話を聞いていったところ「てんかんなのだが薬の持ち合わせがなく、通院する手段もないが病気が病気だけに申し出られない」という方もおられ、ピンポイントで訪問するだけでは不十分であることも痛感されました。

感想

急性期（数週間以内）における精神科の役割はいわゆる精神病圏とてんかん（個人的には神経内科疾患と考えていますが）の方々に速やかに薬剤を供給する、という事で必要十分だと感じました。不眠、不安、悲哀反応など程度差はあるものの、誰にでも見られた反応でありマニュアルにある「ここが安全な場所であることを話す」などは余震が続き、原発事故が眼前で起きている状況では全く役に立ちませんでした。必要な衣食住、身体が健康が保たれば急性期においては神経症の対処などは精神科医が対応する必要などなく、かえって邪魔であるとも感じます。一段落した頃（3～4週頃）に満を持して対応を行う方が有効だと考えます。そういう意味で災害後1か月程度を「急性期」とひとまとめにしている記述を見ると「悠長だな」という思いを感じざるを得ません。

以上、自分なりに感じたことを書かせていただきました。深く研究していない一精神科医が書いた事ですので事実と相違している点もあるかもしれませんがご容赦ください。

編集委員 (五十音順)

上田 一気
桂 雅宏
佐久間 篤
佐藤 博俊
高橋 葉子
松岡 洋夫
松本 和紀
見立 京子

厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究)

「東日本大震災における精神疾患の実態についての
疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究」

東日本大震災の精神医療における被災とその対応 —— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——

発行日 平成26年3月20日
発行者 研究代表者 松岡 洋夫
編集 松本 和紀・松岡 洋夫
発行所 東北大学大学院医学系研究科
予防精神医学寄附講座
〒980-8574
宮城県仙台市青葉区星陵町1-1
TEL 022-717-8059
