

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動した。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思っている。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）。

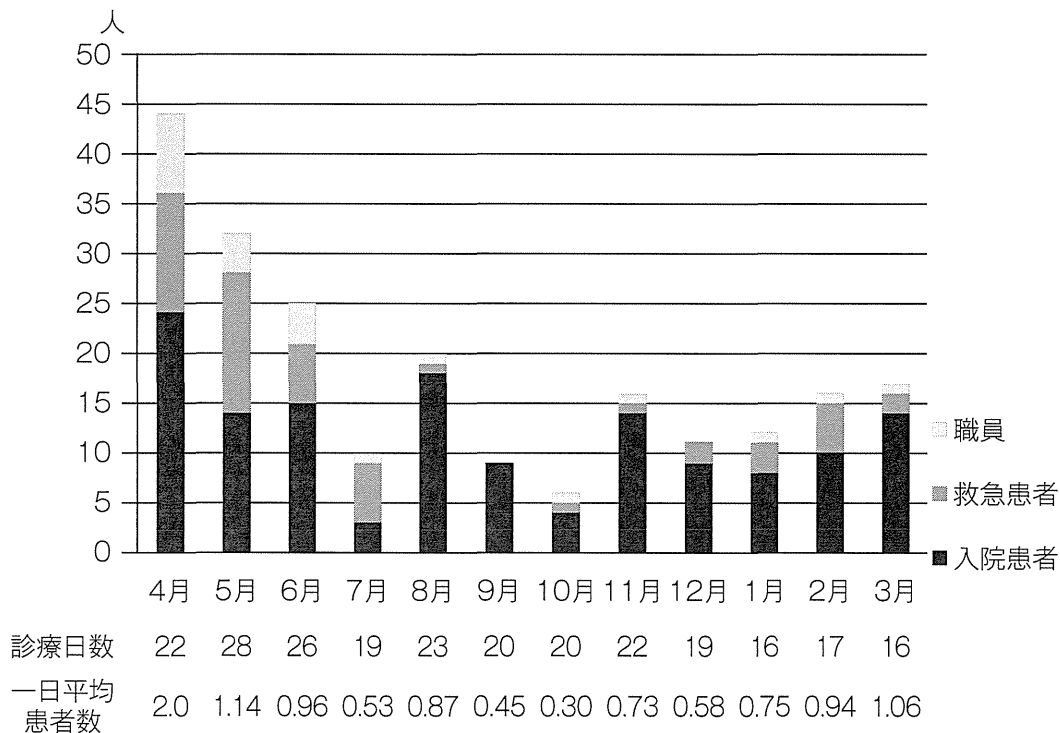


図1. 対応患者月別診療件数

### 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の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)。

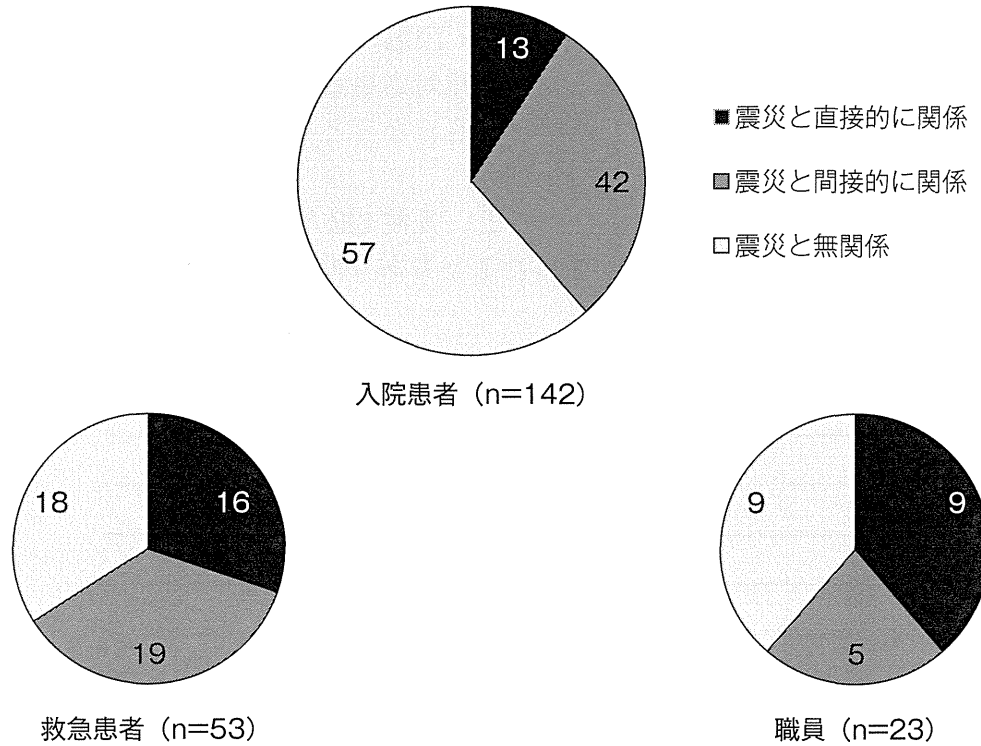


図2. 対応症例の震災との関係

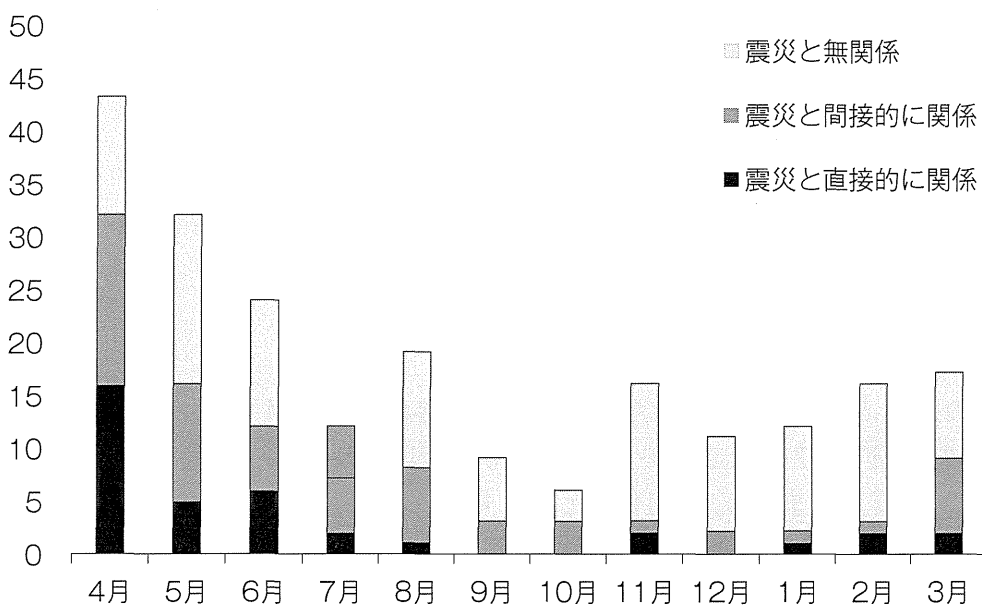


図3. 対応症例の震災との関係/月別変化

### 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つ病が87%を占めていた(図4)。

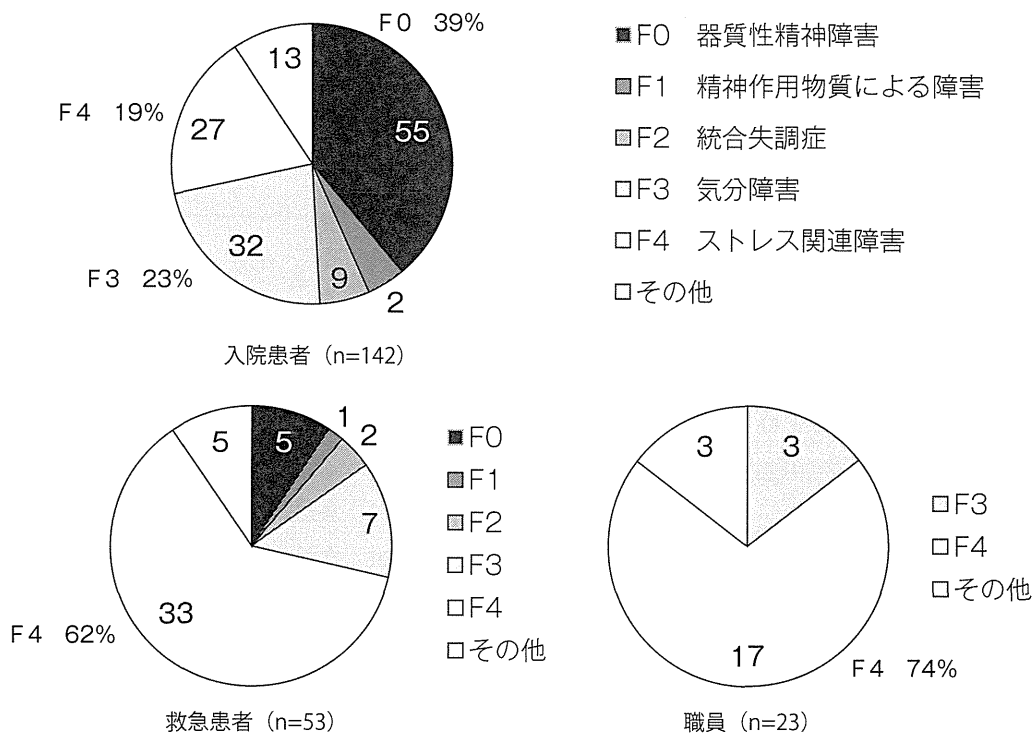


図4. 精神科診断分類

### 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。

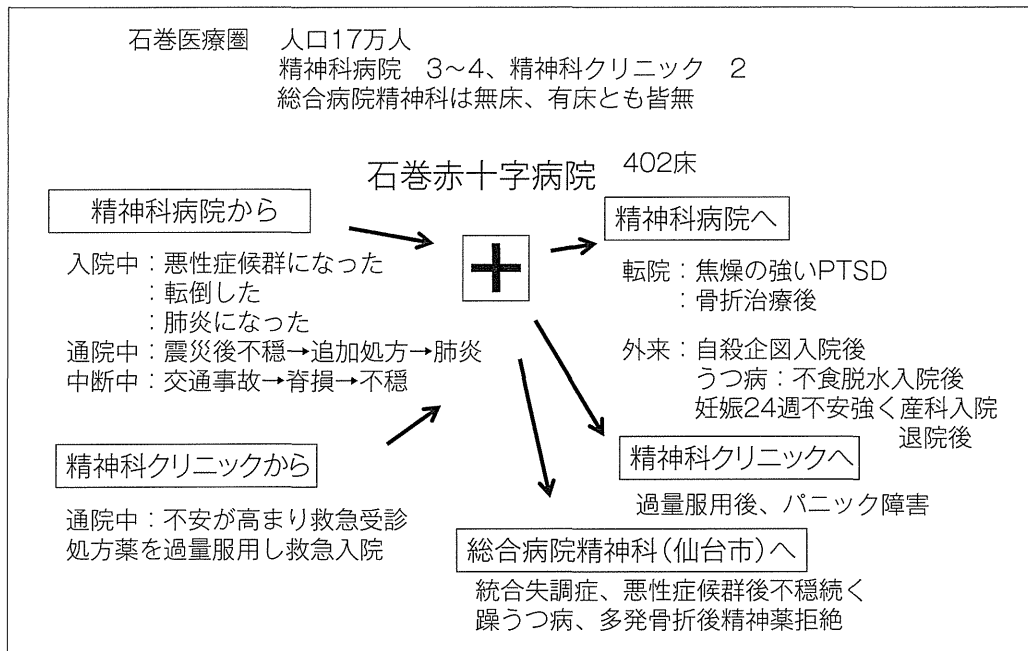


図5. 石巻赤十字病院支援で経験した地域医療連携

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. 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、少しでも水をもらい、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と駄目だ」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。」(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、真っ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く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が無くても寒くても、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)	心理室	電源設備
歯科診察室	ケースワーカー室	空調設備
デイケア部門	給食・調理部門	ボイラー
認知症治療病棟48床	エレベーター	浄化槽
内科療養病棟42床	倉庫	非常用自家発電設備
薬局	売店	貯水設備
患者浴室	職員食堂	業務室
事務部門	職員更衣室	倉庫
FCR撮影装置(レントゲン室)	霊安室	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		職員の通動用自家用車70台
臨床検査室		通院患者の自家用車5台

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、もし対象となったとし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
● 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等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い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
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療は地域生活にとって必須である</li> <li>● 医療は社会のセーフティネット</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul>

表5

現状
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 津波への防災対策は防潮堤のみ</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 迅速は水平避難は不可能</li> <li>● 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。</li> <li>● 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</li> </ul>

## 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ことを心配になり、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、職員がシートに包み、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週間目は、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階のデイルーム（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。