

(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。
そのような努力にもかかわらず、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ため、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）。

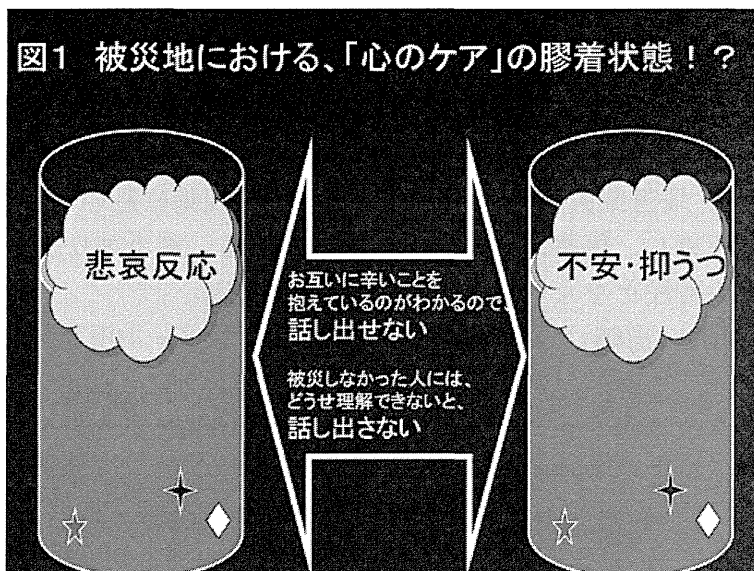


図1

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くなるような場の設定、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、充実に期待したい。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、毛布で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るがあった。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捜索・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が中心となった。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の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日目によりやく職員の無事を確認できた。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)。

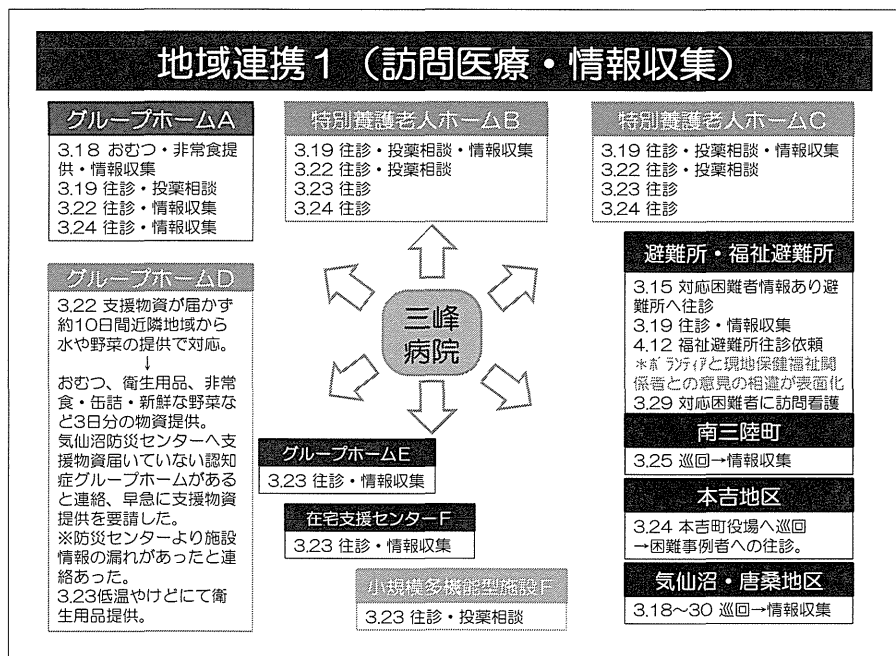


図1

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


<p>団体マーク由来</p>  <p>『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。</p>
<p>JFK主旨</p> <p>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。</p>
<p>活動目的</p> <p>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。</p>
<p>JFK公式フェイスブック</p> <p>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。</p> <p>*Yahoo検索で「JFK 気仙沼」をチェックしてください。</p>

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、薬の処方への混乱、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無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ったこととしたが、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事が出来た。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発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)には通常の外来診療体制とした。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。人の振り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らった。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。

単身生活をしていた60才過ぎの方の遺体はまだ見つからない。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、自宅の様子を確かめるため自転車で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け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、危機にあつて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つての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。