

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・伝達のためにはそれ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賅えないと判断し、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来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き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、緊急時において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量にあった。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社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えます。

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が1台残っていただけだった。

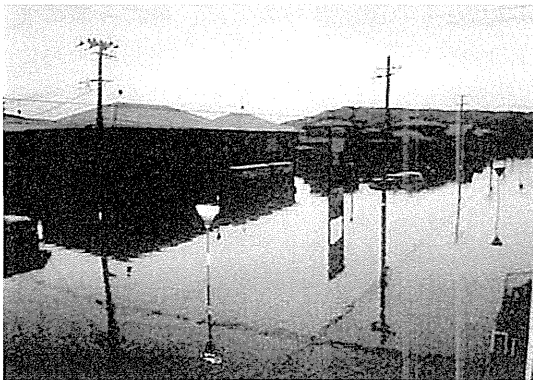


図1. 水没した自宅周辺の街並 (市内中里地区)



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おうことが出来た。(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が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ていたようで、初めて話が出来た時、「パパ、ママ、生き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日ばかりだが、配るのは30分不足だった。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 最近では仮設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、当面仮設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このごろである。

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ため、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、作業療法士など多職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ため、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、医師とコワーカークの派遣を受け、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クがチームを組み、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たち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、厚生労働省を経由しての派遣や、県を経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して行っていました。

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か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は十分配慮し、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は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事なことでした。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