

—活動報告—

東日本大震災の支援活動を行って

河 瀧 譲

国立病院機構災害医療センター救命救急科, 東京

日本医科大学精神・行動医学

Report on Medical Support after the Great East Japan Earthquake

Yuzuru Kawashima

Department of Emergency Medicine, National Hospital Organization, Disaster Medical Center, Tokyo

はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災により被災された皆様に、心よりのお見舞いを申し上げますとともに、皆様の一日も早い復興をお祈り申し上げます。

私は日本医科大学医学部入学後、国際保健に関心をもちタイ、ラオス、モンゴルなどを度々訪れ、現地の医療関係者と交流してきた。その中で災害医療関係者の方々とも多く接する機会があり災害医療に関心を持つようになった。同校卒業後は日本医科大学付属病院精神神経科に入局し精神保健指定医を取得後、国立病院機構災害医療センター救命救急科に勤務し、現在は救命医としての日常業務の傍ら精神医療にも従事している。今回は、東日本大震災の支援活動に救命医としてさらには精神科医として経験したことを報告させて頂きたい。

1. DMAT 隊員としての活動 (3月11日~17日)

DMAT (disaster medical assistance team: 災害派遣医療チーム) は厚生労働省により2005年4月に発足した、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場において、急性期(おおむね48時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームである。事務局は国立病院機構災害医療センターに設置されており、DMAT 隊員は、医師、看護師、業務調整員(医師・看護師以外の医療職および事

務職員)などで構成される。

今回、私はDMAT 隊員の一員として3月11日震災当日から看護師2名、業務調整員2名とともに当院よりドクターカーにて出動し、まず茨城県水戸市にある水戸協同病院にて数十名の救急患者の処置および搬送などを行った。そして12日からは、宮城県県庁の災害対策本部に設置された宮城県DMAT 本部に拠点を移し、医療整備課と医療コーディネーターの協力を得て、参集したDMAT の指揮調整に関わった。仙台市にある陸上自衛隊霞目駐屯地にSCU (staging care unit: 患者搬送拠点)を設置し自衛隊機、消防防災ヘリ、ならびにドクターヘリによる患者搬送を行った。特に石巻市民病院と気仙沼市立病院から石巻運動公園を経由し患者搬送を行うミッションに際しては、25チームのDMAT が24時間体制で対応にあたり、約140名のすべての入院患者と被災患者を東北大学病院をはじめとする仙台市内の医療機関、老人保健施設などへ無事に収容することができた。

よく知られているとおり、当時は物資の不足が続いており、避難所で提供される食事は一日二食、石油ストーブは夜間しか使用しないなどの制限を行わざるを得ない状態であった。同状況が続くことにより、衰弱する方が増えることが懸念された。また、急性ストレス反応を呈している方も多数見受けられ、実際に飛び降りなどの自殺企図で搬送された方もいた。そのため、3月17日に帰京後からは精神科医として再度被災地支援を行うための準備にかかった。その際、医療救護チーム(身体科主体のチーム)内で精神科医とし

て活動するのか、心のケアチーム（精神科主体のチーム）として活動するのか苦悩したが、ちょうど日本医科大学付属病院医療救護チームに精神科医の同行要請があり、同チームに精神科医として参加し活動を行うことになった。

2. 救護チームとしての活動（4月11日～21日）

4月11日からは10日間ほど、気仙沼市唐桑地区南部を担当する医療救護チーム内にて唯一の精神科医として活動した。すでに唐桑地区では北海道心のケアチームが活動しており、まず唐桑支所に巡回診療の情報が集まった上で、その中でメンタルケアが必要だと判断された場合には保健師から同心のケアチームに依頼が入ることになっていた。さらに精神科病院への入院が必要な場合には、担当医が保健師に診療情報提供書を提出し、当時気仙沼市で唯一機能していた精神科病院である三峰病院（現在は光ヶ丘保養園も再開）か、岩手県一関市にある南光病院に入院依頼を行う体制となっていた。この時点では医療救護チームと心のケアチーム間の連絡は密ではなかった。

現地では精神科医療に対するスティグマ（精神科を受診するだけで、奇異な目で見られるなど）が目立つため、心のケアチームは保健師からの依頼がないと活動が行いにくい状態であり、医療救護チームとともに活動しプライマリーケアを通じて精神症状のスクリーニング、ハイリスク患者のピックアップをしていくことが望ましいと考えられた。さらに、数日間の巡回診療では悩みを訴えない方が多く、一人の医師が長期巡回診療できることが望ましい状況であった。

また、当初は診察室も仕切りがなく、これも悩みを相談しにくい要因となっており、プライバシーを守れる個室を確保することが重要であると考えられた。私の所属する医療救護チームが担当していた気仙沼市唐桑地区中井公民館にはビニールシートで囲まれたプライマリーケア用のスペースのみしかなかったため、その向かいにプライベートスペースを作りたいと責任者の方に提案させて頂いた。幸いにも協力を頂くことができ、ほかの方々も加わって多くの荷物を片付けて下さり、心のケア用のスペースを作ることができた。

心のケアと言うとかしこまってしまい被災者の方々が受診しないことが懸念されたので、何でも良いので悩み事を話せる場所を作ったことを説明したところ、「ちょっと話を聞いてくれるかい」と言ってまず1名の方が受診された。さらに内科受診時に不眠を訴えた方には、お話を伺った上で必要であればお薬を処方す

ることを伝え、心のケアのスペースに誘導し診察をさせて頂いた。その中で、高血圧で内科受診された56歳の女性の方は、不眠以外にも時折動悸や呼吸苦を認めていたため抗不安薬の処方を行った。また筆者自ら公民館内を歩き回り、血圧測定などを行いながら世間話をする中で、心のケアのスペースに誘導できた方もいた。同スペースに抵抗を示す方は外でお話する場合もあった。

さらに公民館内からあまり外出せず臥床して過ごしている高齢者も多く腰痛の訴えも頻回であったため、介入機会を増やすことも考慮して、腰痛体操（医療救護チームの集会場にて配布されていた旭川医科大学整形外科学教室脊椎グループ作成の冊子を参考）を取り入れた。その結果、大勢の方が毎日参加するようになり、さらに介入しやすい環境となった。また移動児童館に参加して、秘伝ラーメン体操やゲームをともにを行い子供たちや親たちと触れることも、介入の良い機会となった。

医療救護チームの全体ミーティングで問題となったのは、心のケアチームと医療救護チーム間の指揮系統が統一されておらず、身体科と精神科の連携が十分機能しないことであった。まず統括機関として、心のケアチームは保健所、医療救護チームは気仙沼市立病院と異なっており、ミーティング場所も違い、コンタクトを取りにくい状況となっていた。心のケアチームへの依頼は保健師を介する必要があるためコンサルトが遅れる傾向にあり、さらには一つの避難所に精神科医を含む複数のチームが来てしまい、診察が重複することさえあった。また、両チームの活動区分が共通しておらず互いに把握しづらかった点も、心のケアチーム内のどのグループにコンサルトすべきか混乱する要因となっていた。

そこで全体ミーティングにおいて、医療救護チームに心のケアチームの精神科医が参加するべきではないかと、意見を提出した。そうすることにより、コンサルトに時間がとられなくなる（精神科医へ改めてコンサルトすることに抵抗を示す方も多く、その場の診療の流れで介入できるメリットがある）、さらには身体科だけのチームだと不眠に対しては睡眠薬を処方するだけで診察終了となってしまうところを精神的な評価や介入がすぐに行える、と伝えたところ、両チームの統括機関同士で話し合いが行われた。その結果、医療救護チーム全体のミーティングに心のケアチームが数チーム参加することと、両チーム間のコーディネーターを立て連携を強化していくことが決まった。

後日、気仙沼市保健所にて意見を交わしたところ、

精神科医療に対するスティグマなどの問題により心のケアチームとしても介入の仕方について難渋をしいられているとの意見があがった。そこで新潟県中越沖地震の際に行われたように震災ストレスや認知症のリーフレットを作成し、各避難所で10数名ずつを対象にして説明していくことが決まった。それにより、単なる不眠、不安、身体症状（動悸など）でも受診しやすいような環境になっていくことが期待されたが、リーフレットの効果が実感できる前に帰京となった。

3. 活動を終えて

気仙沼の当時の状況としては、医療救護チームは縮小傾向にあり、元の地域医療の状態を回復していこうという動きがあった。しかし、心のケアに関してはこれからであるにもかかわらず、プライマリーケアを通じてでないと心のケア自体に繋げづらい状況もあり、この災害医療支援～プライマリーケア～心のケアの流れがうまく構築されることが課題となってくるものと

考えられた。

また今回、心のケアの介入が難渋した要因としては、もともと医療過疎地域であり、精神科医療に対するスティグマも元来強い地域であることが挙げられた。今後は、地域の精神科医療状況を少しでも把握できるシステムを構築すること、そしてスティグマを軽減する活動（リーフレット配布など）を継続していくことが望ましいと考えられた。

以上のように、災害医療の現場においても総合病院で行われているコンサルテーション・リエゾンという概念がとても重要であることを認識できた。こういった連携がさらに重視されていくことが、被災者のみならず支援者にとっても一助となるだろう。

私自身、この経験を活かし今後も救命医そして精神科医としての臨床を行いながら、被災地の支援に少しでも関わり続けていきたいと思う。

（受付：2011年8月25日）

（受理：2011年9月13日）