

# 第1回 日本心療内科学会 災害支援プロジェクト 報告会および研修会

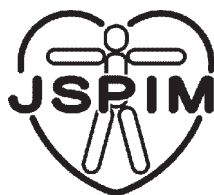
## 開催報告書

### 【開催日時】

平成26年6月8日(日) 9時10分～16時00分

### 【会場】

東京国際フォーラムG棟 701  
東京都千代田区丸の内3丁目5番1号



主催：認定NPO法人 日本心療内科学会 災害支援プロジェクト委員会



## 目 次

### 【巻頭言】

第1回日本心療内科学会 災害支援プロジェクト報告会  
および研修会を開催して

中井 吉英（日本心療内科学会 理事長）……………1

当日のプログラム……………2

### 【岩手県医師会高田診療所 医療支援報告】

支援活動報告書による統計報告

鈴木 順（岩手医科大学 呼吸器・アレルギー・膠原病内科）……………3

県外出動支援者から

生野 照子（社会医療法人なにわ生野病院 心療内科）……………4

県内出動支援者から

加藤 明子（盛岡友愛病院 心療内科）……………5

医療支援者のアンケート結果の報告

石川 浩二（三菱重工(株) 大江西健康管理科）……………6

高田診療所報告の総括

端詰 勝敬（東邦大学医療センター大森病院 心療内科）……………7

### 【被災地医療活動報告】

「見える被災」と「見えない被災」へ取り組み続ける陸前高田の今

はまってけらいん、かだってけらいん運動が目指す

ポピュレーションアプローチとしてのこころのケア

佐々木亮平（岩手医科大学 いわて東北メディカル・メガバンク機構）……………8

日本プライマリ・ケア連合学会 PCAT 活動から

大橋 博樹（多摩ファミリークリニック）……………9

被災地医療活動報告 総括

千葉 太郎（盛岡友愛病院 心療内科）……………12

### 【研修会】

災害における喪失と悲嘆

中島 聡美（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

成人精神保健研究部）……………13

災害医療概論：心療内科医が災害支援するための心得

丸山 嘉一（日本赤十字社医療センター 国内医療救援部）……………14

第1回災害支援プロジェクト報告会および研修会、今後の展望

村上 典子（災害支援プロジェクト統括／神戸赤十字病院 心療内科）……………15

編集後記……………16

## 第1回日本心療内科学会 災害支援プロジェクト報告会 および研修会を開催して

日本心療内科学会 理事長 中井 吉英

2011年3月11日14時46分、東日本大震災が起こった。死者：15889名、行方不明者：2615名(2014.6.10)、震災関連死：3089名(2014.3.31)。岩手県内では最も被害が甚大であった陸前高田市は、死者：1599名、行方不明：215名である。

日本心療内科学会では2014年4月1日に災害支援プロジェクト委員会を発足し、募金委員会、被災地医療支援委員会、広報委員会を立ち上げ活動を開始した。まず、学会ホームページに伝言板を設け、会員安否の活動を行った。並行して学会誌およびホームページを通じ募金活動と派遣登録医の募集を進めた。なお、統括委員長には村上典子理事に就任していただき指揮に当たってもらった。当初は活動拠点が見つからず難渋したが、岩手県在住の鈴木順先生、千葉太郎先生を中心とした岩手県会員諸氏のご尽力と岩手県医師会石川育成会長をはじめ医師会会員諸氏のご支援により、現在の岩手県医師会高田診療所にて支援活動を開始した。

2011年10月15日、岩手県医師会高田診療所に本学会の支援活動が開始され4年目を迎える(2015年1月31日現在)。その間に本学会よりの派遣者数は延べ260人、そのうち岩手県内派遣者10名、県外派遣者45名、派遣日数は337日であった(2011年10月15日～2015年1月31日)。実に大勢の会員の方たちが災害支援に積極的に参加していただいた。岩手県医師会在住の10名の会員先生方には被災されたにもかかわらず、支援活動の中心になって診療に当たっていただいている。

災害支援プロジェクト事業に寄せられた寄付金総額は13,424,916円(2015年1月29日現在)である。2014年1月20日には岩手県医師会から5,000,000円の寄付をいただいた。寄付をしていただいた個人および団体は300件である(2015年1月29日現在)。大変多くの方々にご寄付していただいた。なお、事業開始から支出した金額は4,763,227円(2014年9月30日時点)である。支出内訳は高田診療所活動支援(交通費、宿泊費、食費など)、被災会員への支援、宮城県診療所活動支援、報告会開催費などである。

こうして、2014年6月8日に第1回日本心療内科学会災害支援プロジェクト報告会および研修会を発足できる運びになった。報告会と研修会の内容については関係の諸先生が述べられると思うので省略するが、当日は約60名の会員、非会員、一般の方が参集され、熱のこもった大変有意義な内容の会であったことをお伝えしておく。企画および支援報告をしていただいた関係諸氏および研修会にて貴重な内容のご講演をしていただいた中島聡美先生(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部犯罪被害者等支援研究室長)と丸山嘉一先生(日本赤十字医療センター国内医療救援部長、肝胆膵・移植外科)に厚く御礼申し上げる次第である。

## 当日のプログラム

### 第1回 日本心療内科学会 災害支援プロジェクト 報告会および研修会

(敬称略)

開会挨拶 9:10～9:20	日本心療内科学会 理事長 中井 吉英 (洛西ニュータウン病院 心療内科)
【岩手県医師会高田診療所 医療支援報告】 司会：端詰 勝敬 (東邦大学医療センター大森病院 心療内科)	
時間：9:20～10:20	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 2011年10月～2014年4月までの活動報告書からの統計報告 被災地医療支援担当委員長：鈴木 順 (岩手医科大学 呼吸器・アレルギー・膠原病内科)</li> <li>◆ 県外出動支援者から：生野 照子 (浪速生野病院 心身医療科)</li> <li>◆ 県内出動支援者から：加藤 明子 (盛岡友愛病院 心療内科)</li> <li>◆ 医療支援者へのアンケート回答の結果報告 (2014年1月～実施) 被災地医療支援担当副委員長：石川 浩二 (三菱重工(株)大江西健康管理科)</li> </ul>
時間：10:20～11:00	【質疑応答・意見交換】
【被災地医療活動報告】 司会：千葉 太郎 (盛岡友愛病院 心療内科)	
時間：11:10～12:10	<ul style="list-style-type: none"> <li>★【見える被災と見えない被災へ取り組み続ける陸前高田の今】 ～はまってけらいん、かだってけらいん運動が目指す ポピュレーションアプローチとしてのこころのケア～ プレゼンター：佐々木 亮平 (岩手医科大学 いわて東北メディカル・メガバンク機構 特命助教/保健師)</li> <li>★【日本プライマリ・ケア連合学会 PCAT 活動から】 プレゼンター：大橋 博樹 (多摩ファミリークリニック) 前沢 政次 (ひまわりクリニック京極)</li> </ul>
昼食休憩 (12:10～13:00)	
【研修会】 講演 総合司会：村上 典子 (神戸赤十字病院 心療内科)	
時間：13:00～14:15 (質疑応答 15分含む)	<p>テーマ：複雑性悲嘆について</p> <p>講師：中島 聡美 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/ 成人精神保健研究部犯罪被害者等支援研究室)</p>
時間：14:30～15:45 (質疑応答 15分含む)	<p>テーマ：災害医療概論 ～心療内科医が災害支援するための心得～</p> <p>講師：丸山 嘉一 (日本赤十字社医療センター 国内医療救援部長/肝胆臓・移植外科)</p>
開会挨拶 15:45～16:00	災害支援プロジェクト統括 村上 典子 (神戸赤十字病院 心療内科)

## 支援活動報告書による統計報告

岩手医科大学 呼吸器・アレルギー・膠原病内科 鈴木 順

### ■ 高田診療所の概要

東日本大震災の発災直後より、多くの医療関係者が全国各地から岩手県にも支援に訪れたが、同年8月より岩手県医師会は岩手県内の医師、看護師による本格的な災害医療支援体制を確立した。沿岸南部の被災地である山田町、大槌町、陸前高田市にそれぞれ診療所を設け、内陸部の郡市医師会から医師らを交代で派遣して被災地における医療支援を開始した。陸前高田第一中学校に開設された高田診療所では、本学会の災害支援プロジェクトとして同年10月より心療内科外来が新たに開設され、毎週土曜日・日曜日の2日間、岩手県内外から学会員による被災地での医療支援を継続中である。(報告会では、県医師会による災害医療支援体制、高田診療所心療内科外来の写真等を提示)

### ■ 受診者の統計データ

次に2011年10月15日から2014年4月13日までの2年6ヵ月間における支援活動報告書による受診者の統計データについて報告する。外来受診者総数は1429人(男性471人33%、女性958人67%)であった。初診患者は182人(男性50人27%、女性132人73%)であった。初診患者の年齢分布は、男女ともに40歳代から70歳代にかけての年齢が多かった。月別の初診患者数の平均値は $5.9 \pm 3.6$ 人

であった。初診患者数の1日平均値は、開設後10ヵ月間は約1~2人であったが、その後は約0.5人が続いている。総受診者数の1日平均値は約6名であるが、緩やかな微増傾向にある。受診者の疾病分類(重複あり)は、神経症圏71人、うつ病圏63人、心身症圏57人の順に多く、PTSD・ストレス反応は11人認めた。震災の影響度は大(23%)、中(16%)、小(26%)、不明(35%)であった。

### ■ 現状の問題点と対策

現状の問題点として、①ほぼ毎回診察医が変わる、②臨床検査がほとんどできない、③紹介できる医療機関が少なく、医療機関までの距離が離れている、④トラブル発生時の対応、などが挙げられる。対策として、①診察前の準備時間を十分に確保、カルテの事前確認、支援活動報告書の参照、カルテ記載の印字化・記録(パソコン入力)の推奨、県外医師の複数回支援の奨励、担当医固定を要する患者は県内医師に移行など。②理学的所見を十分に活用する、近くの医療機関(県立高田病院、他)との連携を深める(②、③)、④県内医師担当者が対応するなど。

今後の支援予定については、「当学会による支援は、高田診療所が終了となるまで継続する」(平成24年度事業報告書1.事業の成果より)となった。

## 高田診療所の報告 ～県外出勤支援者から～

社会医療法人なにわ生野病院 心療内科 生野 照子

県外出勤支援者やボランティア活動の経験から、“入る支援”について考える。

### ■ つながりを作る時期

災害直後は、人々は現実を受容できずに戸惑う一方、ストレス抵抗期の頑張りを発揮される人も多く、“入る支援者”に繰り返し災害体験を語ることで“熱氣的つながり”が自然な形で広がった。これに対して支援者は、「一緒に泣くしかできない」ような場合も多いが、話に耳を傾けることで被災者との“個別的なつながり”を作ることができた。双方向的な関係によって、その後の支援基盤を作るための“早期対応期”となった。

### ■ 現実に直面する時期

現実対応を進める時期となったが、解離的になって「真空に置かれているような状態」と表現する人も。支援者も悲惨で厳しい課題に直面して抑うつ傾向。ただ、つながりがあれば相互に支え合い、“体温のような温もり”で寄り添う支援へと進展できた。電話相談では、「子どもの乱暴行為にどう接するのか」「孤立する人にどう声掛けするのか」など、支援者からの質問が増加。また、「支援者に精神障害が出てきた」「上手く対話できない支援者にどう教えるのか」など、支援者も現実対応に苦慮する状況がみられた。大阪における移住支援では「避難転居してきたが適応できない」「逃げ出したと自分を責めてしまう」「子どもが不登校になった」などの不適応が課題であった。

### ■ 苦悩と混迷期

被災地からボランティアが引き揚げるようにな

り、「やはり外から来た人だった」という思いと、社会から忘却される恐怖が強まる時期であった。「生きていていいのか」などの訴えが増え、無力感が強まった。再出発できる人とできない人がいるため、他人と比べる傾向や、「行政に腹がたつ」「近所と不具合」などのトラブルが増えた。「職も職業訓練も技能指導もあるが、やる気がでない」「フラッシュバックがつづく」「墓参りに明け暮れるだけ」など、希死念慮、アルコールやパチンコに依存する人も。支援者は被災者が“自分をいたわって受け止めること”を手伝い、存在感覚の取り戻しを図るように働きかけた。また、“入る支援”は「家族や身近な人には言えないが、他から来た人だから話せる」など、“秘密のわかちあい”に貢献することができた。

### ■ 生活を取り戻す時期

自分を認め、現実生活に向き合おうとする気力が出はじめる時期であった。ペットや草木の世話など、生き物との共生が増えた。治療では身体症状の遷延や精神症状の合併をチェックしながら、日常の具体的助言を行って生活再建を促進することが目標となった。

### ■ 復興の時期

ベルトコンベアーやトラックや、見学者が増える時期となった。しかし、変化への不安が増強し、恐怖がよみがえる人も。「海が近くに思えて不安」「山が削られて砂吹雪がきつい」「ダンプがやかましくて落着けない」などの訴えが多くなった。何人の人が地元に戻ってくるのかと絶望的になる人もいて、心身の調子が乱れたり、不定愁訴が増えたりする場合もあり、継続的支援が必要だと実感している。

## 県内出動支援者から

盛岡友愛病院 心療内科 加藤 明子

当学会の高田診療所支援活動について報告する。本稿を読み「私も支援に行こう」と感じて頂ければ幸いである。

2011年3月の東日本大震災後，“survivors’ guilt（無事で居る事の後ろめたさ）”に苛まれ被災地支援衝動に急き立てられていた筆者は、学会支援プロジェクトが発起したことを受け、岩手県医師会副会長へ「心療内科学会として被災地を支援したい」意思を伝えた。約半年後に医師会から「陸前高田診療所に心療内科外来」と提案があり、活動が始まった。

以下、出勤の実際を紹介する。

支援日の約1週間前、プロジェクト事務局から「診療資料」と「支援報告書の原本」が送信されてくる。「診療資料」とは、当日予約の各患者をこれまで診察してきた各医師らが作った「支援報告書」を、患者ごとにまとめたデータである。この資料により各患者の症状・診断・治療内容等の詳細を予め把握できるので、当日初対面の患者へ「これまでの経過や、前回この薬を追加したとお聞きしました。その後の2週間は如何でしたか」と、円滑な診察導入ができる。

支援日当日、ハイヤーで診療所へ到着後、診察開始までにパソコンで支援報告書の作成準備をし、カルテや申し送りノートの閲覧をする。初めての場合は時間的余裕をもって到着することをお勧めする。

患者の大半は、震災直後の茫然自失状態から回復し、疲労感や不安を抱えながらも日常生活を送れている。また多くの患者は心療内科医が交代で診療し

ていることをご存知である。強い希死念慮等で精神科緊急的対応を迫られることは少なく、判断に迷ったら看護師が親切に対応してくれる。

診療に際し、筆者は「平穩無事に生きてきた自分に、被災者は心を開くだろうか」「この診療所で経験豊富な心療内科医に出逢ってきた患者は、自分の診療技量を物足りなく感じるかも」という気後れをもつことがあった。しかし支援を重ねる毎に「幾多の試練を乗り越えてきた、強く逞しい被災者の方々から学ばせて頂こう」という心持ちになり、最近は何の力を抜くよう心掛けている。

診療所の患者からは「全国から良い先生方が交代で来ている、と評判が良い」「様々な先生から為になる言葉を聞けて良かった」と言って頂き、診療所看護師からは「開所時と比べ患者さん達が落ち着いてきた」との言葉を頂いている。

筆者の考える当診療所の長所を挙げる。①他者が気にならない完全個室。②内科診察設備、身体症状に対応できる医師。③患者と医師の物理的距離が近い。そして各医師の報告書をまとめた資料が次の医師へ申し送られるお陰で、④患者の予備知識を持って診察できる。また、⑤患者が様々な心療内科医の心理療法を受けられることも当プロジェクトならではの長所と思う。

当プロジェクトは、多くの方々の尽力によりここまで発展してきた。学会の歴史に残る事業に微力ながらも携わることができ、大変に名誉なことと感じている。

## 医療支援者のアンケート結果の報告

三菱重工業(株) 大江西健康管理科 石川 浩二

### ■ はじめに

当学会災害支援プロジェクトでは、2011年10月から、陸前高田診療所で心療内科の外来支援活動を行ってきた。そこで今後のプロジェクト活動をよりよいものとするを目的として、支援者の実態を把握するためにアンケート調査を実施したので報告する。

### ■ 対象と方法

対象は診療所開設時(2013年10月)から2014年3月までに診療支援に参加した学会員医師44名のうち、有効回答が得られた41名である。年齢構成は、30歳代が1名、40歳代が16名、50歳代が11名、60歳以上が13名である。方法は、災害支援の経験、支援の動機、出発時の不安、支援への自己評価、条件の評価、次回の支援への意欲などについての自己記入式アンケートと、支援回数、所属地域などの属性を用いた。調査機関は、2014年2月から3月だった。

### ■ 結 果

支援回数は、1回が16名、2回が6名、3回が9名、4回以上が10名だった。所属地域は、岩手県内が10名、他の東北2名、北海道1名、関東11名、中部5名、近畿6名、九州沖縄6名だった。他の災害医療の経験は、「あり」が15名で、その内訳は1995年阪神淡路大震災8名、2004年新潟中越地震3名、2011年東日本大震災(他の支援活動)4名だった。今回の特徴として、被害が甚大、家族などを亡くした人が多かった、支援の場所が避難所ではなく外来診療、慢性期が対象、交通が不便、などがあ

げられた。派遣への動機については、「役立ちたい」39名、「依頼を受けて」2名で、県外は全員「役立ちたい」と回答した。出発時の不安は、「全くなかった」9名、「少々あった」16名、「あった」8名、「大いにあった」8名で、2回目以上、60歳以上では不安が少なかった。自身の支援の評価は、「満足」6名、「やや満足」22名、「やや不満」13名だった。不満の理由は、継続したフォローができないことが多くを占めた。条件の評価については、「満足」32名、「やや満足」2名、「やや不満」7名で、「やや不満」は県外の者に多かった。次回への支援については、高田診療所では、「ぜひ希望」29名、「要請があれば」9名、「あまり気のりしない」2名だった。別の支援では、「ぜひ希望」24名、「要請があれば」15名、「あまり気のりしない」1名で、ともに年齢が若いほど希望が多かった。

### ■ 考 察

今回の震災は被害が甚大で、その被害の大きさ、医療資源の少なさからも、継続的な支援が必要な状況が伺えた。支援者の多くが、自ら希望しながらも、当初は不安を抱えている状況が確認できた。その一方で、回を重ねるごとに不安は解消され、単発の支援に満足できないこと、条件の満足感も影響して、さらなる支援の希望につながったと思われる。また、県外支援者を中心に移動距離に伴う時間の問題への不満もあり、それを受けて宿泊地を診療所近くのホテルに変更する対策へとつなげることができた。今後も時折今回のようなアンケートを実施するなどして、支援の実態を把握し、今後の課題を検討する必要があると考えられた。



## 高田診療所報告の総括

東邦大学医療センター大森病院 心療内科 端詰 勝敬

日本心療内科学会では、2011年11月から岩手県高田診療所で心療内科外来を開設し、継続的な支援をおこなっている。これまでも、学会のシンポジウム等で報告をすることはあったが、まとまった形での報告という意味では今回が初めてであった。まず、この高田診療所での継続支援をおこなうにあたり、ハード・ソフトの両面においてご尽力をつくされた岩手医科大学の鈴木順先生から、2011年10月～2014年4月までの活動報告書からの統計結果を報告いただいた。当初、高田診療所での心療内科外来は、どのくらいニードがあるのか、将来的にはどうなるのかわからない中での開始となったが、驚くほどコンスタントに心療内科に患者が受診されているのがわかった。以前に、村上典子先生が「心療内科の必要性は震災直後も高いが、数か月または1年が経ち、皆が支援をやめた頃にもっと高くなる」とお話しされていた通りである。

高田診療所では、県内出動支援者と県外出動支援者が週交代で診療をおこなっている。浪速生野病院の生野照子先生は「県外出動支援者」の立場からの講演であった。県外の支援者の熱意と誠意が伝わってくる熱演で、被災者へ寄り添うこと、時間と空間を共有することの難しさと重要性をお話しいただい

た。盛岡友愛病院の加藤明子先生は「県内出動支援者」の立場からの講演を拝聴して、未曾有の大災害が起こってからの地元の心療内科医としての葛藤や苦悩を感じ取ることができた。毎週末の心療内科外来を続けていくためには、多くのマンパワーを必要とする。こうしたマンパワーを県内または東北地域の先生方だけでカバーするのは不可能に近い。しかし、一方では、地元の活力の復興や新たな診療システムを構築していかなければならず、支援活動はジレンマとの戦いでもあるように思う。加藤先生はじめ岩手の先生方は少ない人数の中、休日返上で診療を続けられることに改めて感謝申し上げたい。

これまで複数の支援者と話してきて、初めて診療にあたる時には心療内科医自身に不安が大きく、診療を終えて帰るときには継続支援の重要性を強く感じるような印象であった。三菱重工(株)大江西健康管理科の石川浩二先生から医療支援者へのアンケート回答の結果の報告をいただいたが、この印象はアンケートの結果にも反映されていたと思われる。今後も継続的な支援は続くはずであるし、続けるべきであるので、会員の先生方に協力をお願いしたい。

## 「見える被災」と「見えない被災」へ取り組み続ける陸前高田市の今はまってけらいん、かだってけらいん運動が目指すポピュレーションアプローチとしてのこのころのケア

岩手医科大学 いわて東北メディカル・メガバンク機構  
臨床研究・疫学研究部門 地域住民コホート分野

佐々木 亮平

### ■ はじめに

東日本大震災から3年が経過した被災地では、「見えない被災」や「見えない孤立」へのケアが課題となっている。岩手県陸前高田市（以下、被災地）では、住民や市内外の関係機関が話し合う未来図会議<sup>1)</sup>という「場」を持ち続け、ポピュレーションアプローチの一環として「はまってけらいん、かだってけらいん運動」<sup>2)</sup>を展開するに至った。

### ■ 陸前高田市保健医療福祉未来図会議の実際

未来図会議は、発災25日目（2011年3月26日）に週1回ペーススタートして以来、当初から一貫して市内外の保健医療福祉関係者による被災地の「今」の課題を共有し、「これから（未来）」取り組みたいことを議論し続ける場として、現在も毎月開催し続けている。平成25年度は延84団体、平均51.8名が出席しており、これまでに42回（2014年5月末現在）を重ねている。

### ■ 取り組みの実際

未来図会議では、「見える被災」と「見えない被災」を念頭に市民全員が被災者であるという認識からこのころのケアとなる「居場所づくり」を繰り返し議論してきた<sup>3)</sup>。だが生活の再建という復興には10年単位の時間が必要とする中で、保健医療福祉関係者に留まらない活動の必要性を震災1年目から認識しつつも具現化することができていなかった。

ハイリスク者へのフォローは検討され、実施されていたが、市民全体に蔓延する「見えない被災」や「見えない孤立」というリスクへ取り組むポピュレーションアプローチの視点による活動がなかったことから、被災地で行われるありとあらゆる事業や取り組み、活動に二つの意味を持たせ、いわゆる関

係者だけでなく市民一人ひとりも主体となる「はまってけらいん、かだってけらいん運動」を2012年12月から展開している。この運動は、はまって（参加して）、かだること（語ること）によりお互いがケアされ、そのような場が毎日の日々の生活の中にあることが重要であるということ認識してもらうもので、のぼり旗やステッカーを作成して普及啓発に務めている。

### ■ 考 察

未来図会議で継続して議論し続けているからこそ、地域のソーシャルキャピタルを意識した「はまってけらいん、かだってけらいん運動」というポピュレーションアプローチの展開が可能となった。今後のこの運動の広がりには課題があるが、被災地での見えない被災へ寄り添う活動となっていくと信じて進めていきたい。

### ■ 結 論

復興中長期のこれからだからこそ、被災地の全ての住民に蔓延しているリスクを意識したポピュレーションアプローチの視点による活動（このころのケア）が必要であり、そのことを具体的に行動していくことが重要である。

### 文 献

- 1) 佐々木亮平, 岩室紳也: 災害を支える公衆衛生ネットワーク 東日本大震災からの復旧, 復興に学ぶ・6. 「場」づくりを意識した企画調整機能の重要性. 公衆衛生 76(9): 52-56, 2012.
- 2) 佐々木亮平, 岩室紳也: 災害を支える公衆衛生ネットワーク 東日本大震災からの復旧, 復興に学ぶ・9. このころのケアとは ポピュレーションアプローチの視点から. 公衆衛生 76(12): 61-66, 2012.
- 3) 佐々木亮平: 心のケアとなる居場所づくりを目指して～復興へ向かう陸前高田市の今・第八報～. 地域保健 42(12): 54-61, 2011.

日本プライマリ・ケア連合学会 PCAT 活動から

多摩ファミリークリニック 大橋 博樹

日本プライマリ・ケア連合学会


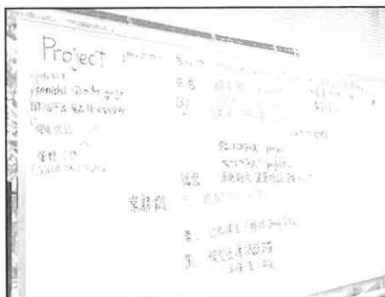
- 2010年4月 関連3学会が合併して発足
- 会員数 約10000人(医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士など多職種で構成)
- 2011年3月 日本医学会加盟
- 新専門医制度では19番目の基本診療領域として「総合診療医」が決定

3月11日 大震災発生

- 直後よりJPCA理事会MLで学会で支援ができないか活発な議論
- 3月12日 学会として、被災地における一定期間の【亜急性期～慢性期の診療支援のコーディネート(ハブ機能)】を主軸とした支援に取り組むことを、理事長(前次副理事長)決定
- 13日には東日本大震災支援プロジェクト対策本部を立ち上げ、チーム名を「Primary Care For All Team-PCAT」とした

3月11日 大震災発生

- 本部には石橋幸滋副理事長(当時)を始めとした有志のスタッフが集まり、14日に初めての本部会議が開かれた。

一般的な災害サイクル

超急性期	急性期	慢性期	復興期
<ul style="list-style-type: none"> <li>緑/黄/赤黒</li> <li>救え</li> <li>医療ニーズ トリアージ</li> <li>救命救命 外科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どうにか避難所</li> <li>衣食住</li> <li>医療ニーズ 最弱者に</li> <li>救命救命 内科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長引く避難所</li> <li>生活</li> <li>潜在的弱者の顕在化</li> <li>公衆衛生 内科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>復興再構築</li> <li>社会</li> <li>社会的弱者の顕在化</li> <li>社会的弱者の全て分野</li> </ul>

今回の災害サイクルの特徴:  
超急性期には、...

超急性期	急性期	慢性期	復興期
<ul style="list-style-type: none"> <li>緑か? 黒か?</li> <li>救え</li> <li>医療ニーズ トリアージ</li> <li>救命救命 外科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どうにか避難所</li> <li>衣食住</li> <li>医療ニーズ 最弱者に</li> <li>救命救命 内科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長引く避難所</li> <li>生活</li> <li>高齢化社会 顕在化</li> <li>公衆衛生 内科</li> <li>精神科 総合診療</li> <li>老年医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>復興再構築</li> <li>社会</li> <li>社会的弱者の顕在化</li> <li>プライマリケア</li> <li>家庭医</li> <li>地域医療</li> </ul>

医療支援の波

超急性期	急性期	慢性期	復興期
<ul style="list-style-type: none"> <li>緑か? 黒か?</li> <li>救え</li> <li>医療ニーズ トリアージ</li> <li>救命救命 外科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どうにか避難所</li> <li>衣食住</li> <li>医療ニーズ 最弱者に</li> <li>外科 内科</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長引く避難所</li> <li>生活</li> <li>高齢化社会 顕在化</li> <li>内科</li> <li>感染症 精神科</li> <li>総合診療 家庭医</li> <li>公衆衛生</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>復興再構築</li> <li>社会</li> <li>社会的弱者の顕在化</li> <li>プライマリケア</li> <li>家庭医</li> <li>地域医療</li> </ul>

DMAT → JMAT/NGO 等



要介護者の振り出しと  
要介護者ケア・在宅チームの結成

- 市内避難所より多数の要介護者の発見  
- 全身状態・褥瘡の悪化
- 在宅にもいるはずだ!
- チームの発足へ!  
気仙沼在宅巡回療養支援隊(JRS)



### 気仙沼・石巻で学んだこと

- 本当のケアは急性期が過ぎてから始まる
- 大病院の医師だけではこの役は到底担えない
- 普段からその地域に寄り添っている医師・看護師・保健師・介護福祉士・・・がチームとなることが大切
- バックアップする病院との連携も重要
- そのための計画やマニュアルの必要性を痛感

### 気仙沼・石巻で学んだこと

- 急性期でのCommon Diseaseの応急対応
- もともと慢性疾患を持っている避難者への対応 (例: 糖尿病・高血圧・気管支喘息など)
- 避難所内で発生する問題への対応 (例: 感染症・褥瘡・誤嚥性肺炎など)
- 当該科の医師でなくても、対応できるような統一したマニュアルの必要性を痛感

### 災害保健医療活動マニュアル会議

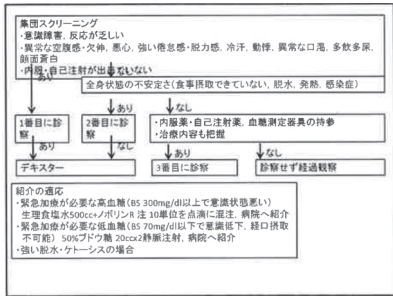
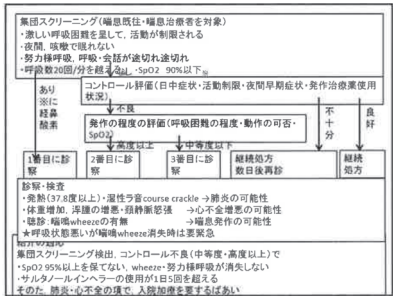
- 日本プライマリ・ケア連合学会の役割  
→ Common Disease 初期対応マニュアルの作成
- 避難所で初動3日間に行う
- どの科の医師でも対応できる
- 医療機関への搬送基準も提示
- 使用する医薬品は日本集団災害医学会作成「災害時超急性期における標準医薬品リスト」に準拠

### 避難所でよくみる新たな主訴・症状

- 神経の問題
  - 意識障害・昏睡
  - 頭痛
  - 失神
  - けいれん
  - 運動失調・転倒
  - 四肢の痺れ
  - 痙攣
  - 失語・構音障害
  - 痲痺
  - 嘔吐
  - 胸焼け(消化不良)
  - 便秘
  - 下痢
  - 黄血
  - 性血・下血
- 呼吸器の問題
  - 咳嗽・喀痰
  - 咯血
  - 喘鳴・いびき
  - 呼吸困難
  - 肺塞(循環器以外も含む)
  - 頻脈
  - 徐脈
  - 動悸

### 避難所で遭遇しうる成人疾患

- 呼吸器(含感染症)
  - ウイルス性上気道感染・インフルエンザ(結核疑い)
  - 気管支喘息
  - 急性気管支炎・肺炎
  - 肺炎
  - クループ・喉頭炎
  - 慢性閉塞性肺疾患(含急性増悪)
  - 肺塞・肺動脈梗塞
- 代謝・内分泌
  - 糖尿病(インスリンありなし)
  - 高脂血症
  - 高尿酸血症
  - 急性腎不全
  - 甲状腺炎
  - 高血圧
  - 各種腫瘍
- 神経
  - 頭痛・片頭痛
  - 脳卒中(脳出血・脳梗塞)
  - 一過性脳虚血発作
  - 認知症(中核症状・周辺症状)
  - パーキンソン病
- 精神
  - 不安症、パニック障害
  - うつ病
  - 睡眠障害
  - てんかん
  - PTSD
  - アルコール離脱症候群



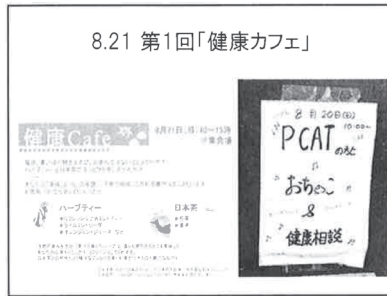
### 例)糖尿病

- 緊急の加療が必要な高血糖(BS 300mg/dl以上で意識状態の悪いとき)
  - 生理食塩水500cc/リットル注 10単位を点滴に連注し急遽に輸液
  - 30分おきにデキスターでの測定を繰り返す
  - 病院への紹介
- 状態は安定しているが、定時薬・インスリンをもっていないとき
  - これまでの治療内容がわからない場合
    - 内服薬: アマルール1mg/日、食後
    - インスリン使用者: ノボリン30R/クレスペン朝食30分前8単位、夕食30分前4単位、各皮下注

### その他のPCAT活動

- 気仙沼市立本吉病院再建支援
- 石巻仮設住宅への在宅診療支援  
→ 現在、家庭医療後期研修医2名と指導医1名を派遣
- 健康Caféプロジェクト



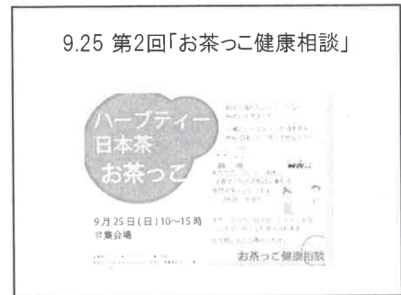
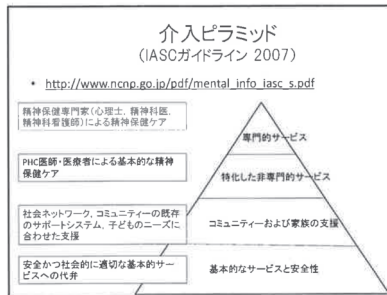


仮設住宅の方々の声

- 「仮設住宅は壁が薄い、夏は暑く冬は寒い、隣の音が聞こえてプライバシーがない…」
- 「家も車も流された」
- 「避難所での生活が大変だった。特に水がこないときの便所そうじ…」
- 「仮設住宅に移って来た当初はパニックみたいになった。狭くて圧迫感があって…」
- 「町まで遠い。病院に通うのも大変」

スタッフの感想

- 「お茶」をきっかけとして、コミュニティ形成をはかりながら、健康相談と傾聴ができるイベントはとてもいい
- 「こころのケア」の知識をもっと学びたい
- 被災者の生の声を聞くことで、直接の不安やニーズを知ることができた



最後に

- 最高のものは、最適ではない  
地元の能力を超えるもの  
継続できないものはやるべきではない
- 多職種連携を  
多職種が専門性を活かし、協力し  
個人でなくチームとして力を発揮する。

## 被災地医療活動報告 総括

盛岡友愛病院 心療内科 千葉 太郎

被災地医療活動について、岩手医科大学特命助教で陸前高田市地域包括ケアアドバイザーでもある佐々木亮平先生、そして日本プライマリケア連合学会から前沢政次先生と大橋博樹先生のお話をいただいた。

佐々木先生は、陸前高田市で開催されている「陸前高田市保健医療福祉未来図会議（未来図会議）」、そしてその中で推進されている「はまってけらいん、かだつてけらいん運動」を中心として講演された。未来図会議は住民や市内外の関係者によって地域の保健医療福祉に関する「今」の課題を共有し、「これから（未来）」取り組みたいことを議論していく場であり、平成26年5月末現在42回開催されている。その特徴として「見えない被災」、「見えない孤立」に着目してその問題を掘り起こし、改善に努めていることである。その一環として「はまってけらいん、かだつてけらいん運動」があり、方言で「参加して語ること」を意味し、市民が集い、お互いに語り合うことによりつながりケアされることを目指しており、その居場所作りをしている。

日本プライマリケア連合学会では大震災発生直後より支援について活発に議論し、発災の翌々日には

プロジェクト対策本部を立ち上げ、チーム名を「Primary Care For All Team - PCAT」とした。避難所で多数の要介護者を発見してそのケアを行い、さらに在宅にも目を向けて気仙沼在宅巡回療養支援隊を発足させた。活動の中で医療支援のためのマニュアルが必要であると考え、初動3日間にどの科の医師でも対応できる Common Disease 初期対応マニュアルを作成している。また、お茶を飲みながら健康相談に乗ったり人々の話を傾聴したりする「健康Caféプロジェクト」を行い、被災者の生の声を聞くことで、不安やニーズを知ることができたと報告している。

二つの講演で、今後の災害時医療支援を行う際の重要な点を教えて頂いた。まず、早期介入の重要性である。学会組織であるがゆえの困難さもあるが、早期介入へ向けて努力すべきである。このため、また長期的活動を行うためにも地元の医療、保健、福祉との連携が必須である。また、診察室以外での健康相談や語り合いという形は受け入れられやすく、実行しやすいと思われる。これらによって「見えない被災」に対しより一層の目を向けられるようになるのではないだろうか。

## 災害における喪失と悲嘆

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 中島 聡美  
成人精神保健研究部 犯罪被害者等支援研究室長

災害による死別は、予期されない突然の死であり、しばしば悲惨な状況を伴うため、残された人々の心に深い傷を残す深刻な影響を与える。Kristensenら(2012)は、災害は犯罪や事故の死別と同じように sudden and violence death であると述べている。日本では、2011年3月11日に東日本大震災が発生したが、この震災は、地震と津波に加えて、火災が発生し、特に福島県において放射能汚染の被害が発生した。被災者は大切な家族を失ったうえに、住み慣れた住居やコミュニティを失うという複合した喪失も経験することとなった。

このような大規模の喪失においては、通常の悲嘆にとどまらず、複雑性悲嘆 (complicated grief) が高い割合で発生することが報告されている (Kristensen et al., 2009 ; Johannesson et al., 2011)。複雑性悲嘆は、急性期の悲嘆が強い強度で持続し、機能障害をきたした状態である (Stroebe et al., 2008) が、身体健康の悪化や QOL の低下、自殺念慮の増加と関連があることが報告されていることから (Boelen et

al., 2008), 精神障害と見なして治療するべきではないかという意見が高まり、DSM-5 (2013) では、持続性複雑死別障害 (persistent complex bereavement disorder) として精神障害として位置づけられるようになった。

また、「あいまいな喪失 (ambiguous loss)」も重要な課題である。あいまいな喪失は“はっきりしないまま残り、解決することも、終結することもない喪失” (Boss, 1973) であり、行方不明者のように“心理的には存在しているが、身体が喪失している”場合と、震災以降故郷に戻れない被災者のように“身体的 (物理的) には存在しているが、心理的には失われている”2つの状態が存在する。東日本大震災においては、行方不明者の家族や福島県の避難指示区域者がその状態に該当すると考えられる。

本講演では災害における複雑性悲嘆やあいまいな喪失の特徴と、これらの問題への支援やケアについて検討したい。

## 災害医療概論：心療内科医が災害支援するための心得

日本赤十字社医療センター 国内医療救援部 肝胆膵・移植外科 丸山 嘉一

災害医療と日常医療とはどこが異なるのでしょうか。医療を行うためのシステムが崩壊した場所で、膨大な保健・医療のニーズに対して限られた人的・物的医療資源で対応しなければならないのが災害医療です。日常医療が傷病者個人にとっての最善をつくす医療であるのに対し、災害医療は限られた医療資源の下で最大多数の傷病者に最善をつくす医療といえます。

そこで重要なことは「CSCATTT」と災害サイクル、フェーズです。

C：command & control 指揮・命令を確立し、  
S：safety 自分、現場、被災者の安全の基に、  
C：communication 情報を収集、分析、発信し、  
A：assessment 評価を繰り返しながら被災地に医療システムを構築します。

これを土台として、

T：triage 傷病者を篩分け、優先順位を決定し、  
T：treatment 安定化を中心とする治療を行い、  
T：transportation 通常医療を提供できる場所へ搬送するのが災害医療です。そして超急性期、急性

期、亜急性期、慢性期、静穏期、準備期といった災害サイクル、フェーズを考慮しながら救援を行います。また、普段から全人的医療を提供している心療内科には当たり前ですが、体だけでなくこころの支援も必要です。

東日本大震災では、多くの支援団体の調整、高齢者対策、保健衛生ニーズへの対応、情報ツール不足、放射能災害対応という新たな問題が発生しました。被災地では復興に向けて様々な支援が継続している中、次の大規模災害に対応するためコーディネーターの設置や災害医薬品、災害時診療録、評価表の共通化等の検討が進められています。特に高齢者など災害時要援護者の対策は静穏期の今こそ取り組まなければなりません。

災害医療は息の長い活動です。発災とともに直ちに被災地に駆けつけ、被災地の保健・医療ベースが回復するまでの間、数週間～数ヶ月間にわたり継続的に被災者の自立を支援します。「すべては被災者のために！」が災害医療です。



## 第1回災害支援プロジェクト報告会および研修会、今後の展望

災害支援プロジェクト統括 村上 典子  
神戸赤十字病院 心療内科

日本心療内科学会「災害支援プロジェクト委員会」では、主な事業として、岩手県医師会高田診療所にて毎週土日に心療内科の診療を行うという医療支援が2011年10月から現在まで継続しています。さらに、2012年11月の定款の改正により、当学会の事業として「災害による被災者への医療支援プロジェクト事業」が加わり(第5条)、今回の東日本大震災への支援にとどまらず、今後起こりうるかもしれない様々な災害に対して、当学会として積極的に取り組んでいく姿勢が求められています。そのためには、「災害医療」に必要な素養を多くの学会員に学んでいただく必要があり、2014年6月8日、初めての災害支援プロジェクト主催の報告会および研修会をおこないました。

午前中は、高田診療所の医療支援報告と、東日本大震災における被災地医療活動報告として、保健師の佐々木先生からと、日本プライマリケア連合学会の大橋先生からのPCAT(東日本大震災支援プロジェクト)についての発表でした。特にPCATについては、当学会の今後の被災地医療支援のお手本となる活動と思われ、興味深く拝聴しました。午後からの教育講演は、中島先生の複雑性悲嘆についての講義と、丸山先生の災害医療概論でした。前者は現在の高田診療所での医療支援に直接役立つ内容であり、後者は今後の災害支援を見据えた内容で大変勉強になりました。

本プロジェクトの今後の展望として、「災害時に心療内科医に求められる役割」について、以下のよう  
に考察いたします。

- 1) 急性期(災害直後~1ヵ月後): 身体症状・身体疾患中心のケア

この時期から心療内科医が長期的視野をもって介入することの有用性は、新潟中越地震(2004年)での救護班としての活動で私も実感しており、当学会としても何らかの派遣システムが整えていけたらと考えます。

- 2) 慢性期(1ヵ月後以降): 心とからだを一緒にケア

いわゆる「こころのケア」のニーズが顕在化する時期であり、身体的な医療から入っていき、その奥に潜む心の問題も共にケアする心療内科医のスタンスは被災地にも受け入れられやすいと考えます。

- 3) 復興期: 長期にわたるストレスや喪失悲嘆が身体症状化

被災地外からの医療支援はほとんど入らなくなる時期ですが、高田診療所での活動が物語るように、心療内科医の役割は大きいと考えます。

残念ながら、南海・東南海地震など大きな災害がまた近いうちに来ると言われており、われわれ心療内科医にも備えが必要です。災害支援プロジェクトの活動への多くの学会員の皆様のご協力をお待ちいたしております。



## 編集後記

このたび、災害支援プロジェクトの編集を担当させていただきました。どんな内容にするか、別冊として発行するかなど、プロジェクトメンバーで議論して検討しました。その結果、より多くの学会員が関心をもって読んでいただけるものとして、今回のようなコンパクトな形式でまとめさせていただきました。

私自身、4回支援に参加しましたが、毎回少しずつではありますが復興に向かっている現地の風景、また懸命に生きている現地の方の姿を拝見し、何とか力になって支援し続けたい、という思いに駆られ、また今回の報告書を拝見してその思いが強くなりました。急なお願いにもかかわらず、執筆、ご協力いただきました先生方に感謝いたします。

また、今回の報告書を読んでいただき、何かお気づきの点やご意見などありましたら、事務局の方へご連絡いただけましたら幸いです。

(石川浩二)