

阪神大震災
医療ボランティア活動報告



表紙 避難所・六甲小学校外観

SHARE

Services for the Health in Asian & African Regions.

シェア＝国際保健協力市民の会

震災文庫

10

353

神戸大学人社系図



02000025903

目次

はじめに	3
序章 緊急医療におけるNGOの役割	4
第1章 活動内容	
1. 震災発生から派遣まで	6
2. 西宮から灘へ	8
3. 西宮市平木小学校での活動	10
4. 神戸市灘区六甲小学校での活動	
I. 急性期 1月22日～28日	13
II. 確立期 1月29日～2月5日	15
III. 移行期 2月6日～2月28日	18
IV. 保健相談チーム 3月1日～3月17日	22
第2章 緊急事態の中での医療と福祉	
1. 訪問看護活動	25
2. 医療ソーシャルワーカーの働き	28
3. メンタル・ケアをめぐる I	31
4. メンタル・ケアをめぐる II	35
第3章 活動を運営していくために	
1. 東京の活動支援体制	38
2. 現地のアドミニストレーション	41
3. 反省と展望	44
第4章 他団体との協力	
1. 行政・保健所・医師会との関係	45
2. 灘区における関西NGO医療ボランティアの医療救護活動について	46
3. 避難所となった本校	47
おわりに	48
【統計並びに付属資料】	
・人口動向 年齢構成 外来数 入院数・疾患	49
・疾病動向	51
・血圧動向	52
・使用したカルテ、訪問看護用の調書	54
・シェア阪神大震災医療救援活動の記録	56
・六甲小学校医療ボランティア参加者アンケート結果	58
【コラム】	
・阪神大震災と食事	19
・医療ボランティアの経験から	21
・六甲小学校ボランティア報告書	24
・訪問看護システムによる医療ボランティアの経験	27
・曙関が来てくれた	30

はじめに

阪神大震災から1年以上の時が過ぎました。阪神大震災は、累計で6300人以上の貴い命が失われる未曾有の大災害でした。ここに慎んでご冥福を申し上げます。

さて、わたしたちシェア＝国際保健協力市民の会は、主に海外の保健医療に関わっているNGO（非営利民間団体）です。しかし、保健医療に関わる者の一人として、また一人の市民として、わたしたちも震災の直後から神戸に入り、主に神戸市灘区六甲小学校と、西宮市平木小学校で保健医療活動に従事させていただきました。1月20日から3月17日までという短い期間でしたが、全国から駆けつけてくださったボランティアの皆さん、避難所となった小学校の職員の皆さん、地域の行政・医師会の方々、そして何より被災され、避難所に避難されていたお一人お一人のご協力をいただき、何とか保健医療活動を行う事ができました。今記録を読み返し、活動を振り返ると、反省させられる事も多々思い出されます。大きな災害医療救援活動の経験がシェアにまだ充分でないために、ボランティアの方々の想いを十分に生かしきれなかったり、地元の方々との十分なコーディネーションがとれなかったこともあったと思います。そんな足りないところを補ってあまりある皆さんの熱意によって、わたしたちの活動は支えられていたと思えます。

この記録は、わたしたちシェアの活動に参加してくださった全国のボランティアの方々にも分担執筆をお願いし、編集部の責任でまとめたものです。内容としては、単なる実績や感想を述べるだけではなく、学んだ事・改善すべきところを的確に残すものとなることを目標としました。多くの人々による記録でもあり、表現に不統一なところや、事実認識の異なる部分、配慮を欠いた表現などがあるかもしれません。

しかし、一つ一つの記録を読んでもういただけると、震災直後の混乱から必死に立ち上がろうとしている神戸の方々に、微力ながら何かお手伝いをしたいというボランティア一人一人の真摯な想いが、きっと伝わってくるのではないかと思います。今回のわたしたちの活動には、本当にさまざまな立場の方々が、すばらしい能力を持ち寄って身を粉にして働いてくださいました。本当にありがとうございました。

この冊子が単なるわたしたちの活動の記録に終わるのではなく、災害緊急活動の真に住民のニーズに添った形での発展に資する事ができれば幸いです。

1996年2月 編集部

序章

緊急災害医療におけるNGOの役割

外科医・シェア 仲佐 保

一般に「災害」とは、人や家屋の被害が大量に発生し、その地域の搬送や保健医療などの対応能力を超える自然災害もしくは人為災害と定義する事ができる。アラスカの誰も人がいない所で火山の大噴火がおきたり、南極で大地震がおきても、それは災害とは言えない。

災害時には、今回の阪神大震災のように、多数の人々がさまざまな場所で被害をうけると同時に、電話連絡網・交通網なども致命的な被災を受ける事が多いため、通常の救急体制が働かず、災害直後は搬送先の病院も機能していない事がまれではない。多くの場合、災害直後は生き残った人々がチームを組み、生き埋めになった人々を掘り起こすなどの救助を行なう。そして水道、電気、ガス、交通、情報などのライフラインが断たれるため、人々の生活の基盤がくずれてしまうのである。

緊急災害医療に大切な「Right Time (適切な時間)」「Right Place (適切な場所)」「Right Person (適切な人材)」を実行するためには、できるだけ早く現場の状況、医療ニーズを把握し、迅速に対応する必要がある。災害に対して、都道府県もしくは政府は災害対策本部を設置し、自衛隊等との協力の元に被災に対応するとされているが、情報連絡網が遮断されている場合には、どうしても対応が遅れがちになる。現地に市民のネットワークを持っているNGOが協力するならば、より迅速で正確な現地情報を得る事ができ、適切な時に適切な場所

での緊急医療援助活動が可能である。

緊急災害医療におけるニーズは、その場所や時の経過により変化していく。例えば災害直後と二十四時間後では、全くニーズが変わってしまう。最初は重傷者の救出、緊急の救急治療、重症患者の病院への搬送が最も必要であろうが、翌日には緊急治療そのものよりも、水・食料・寒さをしのぐ毛布の供給や避難所の設備が重要になってくる。場所や時の経過によって変わっていく保健医療ニーズに対して、より直接的な意思決定機構を持つNGOは、柔軟かつ迅速に対応し得るはずである。また災害時には、時間経過とともに、一般的な創傷治療などより精神的補助も重要になってくる。それに対しNGOは、そのネットワークの中から経験ある看護婦や僧侶、心あるボランティアなどの適切な人材を動員し、こまやかな対応をする事が可能である。これもNGOの利点の一つであろう。

日本の医療関係のNGOにとって、人の搬送（ボランティアの移動）の便宜、必要医薬品・物品の輸送といったロジスティクス（兵站・以下ロジ）は、弱点の一つである。緊急医療を展開するには、これらのロジの確立、及び他のNGOや自衛隊・消防隊など公的機関との連携が重要となってくる。またNGOのボランティアが、必ずしも緊急災害医療を熟知しているわけではない事も、もう一つの弱点である。当然、災害弱者である老人・妊産婦・障害者へのケアは大切な事であるが、必要以上の医師

や看護婦といった医療人が集まった場合には、不必要な「手厚い医療」を行ってしまう事もよく聞く話である。災害時には、適切な数の適切な人材を適切な場所に配置すべきなのである。また医師や看護婦といった医療人以上に、物品の輸送や避難所・診療所の管理を担当する人材が重要である事を承知しておくべきであり、災害医療の経験のある人材が継続して現地で管理にあたるべきであろう。

そして最も重要な事は、被災地における他の援助機関や公的機関、市民グループとの連携である。保健所や役所との緊密な連絡、地元の開業医や病院との定期的な情報交換、地元の災害対策本部への連絡等により、補完的で効果的な緊急医療活動が可能になる。NGOの特徴ともいえる市民のネ

ットワークにより、一早く正確な情報を入手し、それを正しく分析し、できるだけ早い時期に適切な場所に、適切な人材を派遣し活動を開始すべきである。そして、変化していく医療ニーズにすばやく柔軟に対応していく必要がある。

NGOが行う緊急医療の目的の中心は、急性外傷等の治療よりも、悪条件の中で被災者の創傷が悪化したり、感昌・肺炎等の疾患により健康が損なわれないように予防的な保健活動を行う事にあると考える。このためには、医学的な事よりも食料、水、トイレ、避難所の管理、精神面の管理等が大切である事を強調したい。また、ボランティア自身の健康管理も考慮して、無理のない勤務体制・支援体制を整備する必要がある。



避難所・六甲小学校保健室で始まった診療

第1章 活動内容

1. 震災発生から派遣まで

1月17日～19日

シェア東京事務局 中井 郁

1月17日5時46分に起きた阪神大震災はマグニチュード7.2、震度7を観測し、死者6300人という未曾有の犠牲者をもたらした。

震災当日のシェア事務局は、テレビでずっと被災地の様子を見守っていたが、近年、シェアの活動が緊急援助から日常の地域保健活動に重点を移していたこともあり、スタッフの間ではシェアの出る幕ではない、と静観する意見が中心であった。残念ながら、私たちはこの時点では現地の状況の深刻さが解かっておらず、赤十字や地元の医療機関で対応しきれるものと考えていたのである。

午後になり次第に現地の惨状が伝えられるようになると、理事や会員、マスコミからシェアの活動についての問い合わせが寄せられるようになった。事務局内でも何かすべきではという声があがり始めた。しかし、私たちのような小さな予算も乏しい団体が一体何ができるのだろう。悶々とした中で17日の夜が過ぎ、18日の朝からは、他団体や大阪・神戸を基盤に活動しているNGOなどと連絡を取り、とにかく可能な限り情報収拾に努めることになった。また、現地に向かうことができるスタッフがいなにか打診が始まった。

震災による死者・負傷者数が刻々と膨れあがり、また想像を絶する被害の実態が少しずつ明るみになっていった。事務局は現地の状況・情報集めのため、一日中ほとん

ど通じない電話のダイヤルを執ように回し続けたのである。話中のプープーという音と、回線が込み合っていると伝えるテープ音の案内のみが応答していた。赤十字やその他活動していると思われた団体やテレビで報道していた神戸市・西宮市の災害対策本部に問合せをした。が、電話回線は完全にパンクしていて、何度かけても掛からなかった。運よく掛かっても、その団体からの応答は、今、現地にいつているスタッフが戻らないことには詳しいことはわからない、後で電話をくれということだった。どの団体もこの予期せぬ事態にあわてふためき、現地との対応だけで精一杯で、問い合わせに答えている余裕がないことが、電話の向こうの渴れた声から伝わった。

その日、問い合わせたのは下記の通り。

- ・国土庁内 兵庫県南部地震対策本部（医療関係の救援は日本赤十字社が人材、物資の調整を行っている）
- ・日本赤十字社
- ・AMDA本部
- ・関西NGO協議会（関西のNGOによる救援活動の窓口）
- ・大阪市立総合医療センター／救命緊急センター・鶴飼卓先生

94年総会のシンポジウム「緊急救援とプライマリ・ヘルスケア」のパネリストであり、すぐれた救急医療の専門家としてしばしばシェアにご助言をいただいている鶴飼卓先生よりシェアへのメッセージは次のとおりだった。

「西宮より西（西宮、芦屋、神戸）の避難所での診療ができればよいのでは？ 病院に来れる人はいいが、避難所には高血圧などの持病を持つ人々で、病院に来られない人がいるはずである。そういった人たちの治療に当たれるとよい。阪急西宮北口までは公共交通機関があるがそれより西は交通機関がほとんどない。道は渋滞し、アクセスが非常に悪い。とりわけ芦屋、東灘、灘区などの避難所で、その避難者のコモディジーズ（一般的な疾病）を対象にプライマリ・ヘルスケア（包括的保健予防活動）に根ざした医療救援が行われればよいのでは」

18日、鶴飼先生とお話したのは午後9時半を回っていたが、鶴飼先生の提案で、シェアとしての医療救援活動の方向性が見えてきた。さっそく代表の本田医師らと相談、ピナトゥボ火山で医療救援の経験のある沢田医師の都合の付く20日（金曜日）から活動開始と決まった。

20日から、沢田貴志（医師）、シェアでエイズトーク担当、またカンボジアなどの活動歴のある釘村千夜子（助産婦）、会員の渡辺真実（看護婦）が現地入り可能となった。それにMSF（国境なき医師団）からの依頼で、ベルギー人医師がチームに同伴した。

19日は、彼らがより効果的に現地で活動できるように、現地の状況と受け入れ体制に関する情報収集を行った。前日に引き続きテープ音の案内と話中の音と根比べである。沢田と密に連絡を取り合い、共に活動できる、受け入れ先となる団体を探した。

これが震災直後なら、とにかく乗り込んでいくしかなかったかもしれない。しかし、沢田たちが発つのは翌日（20日）で、少しでも活動しやすい足がかりを探す時間があった。また、シェアのキャパシティからいっても、シェアだけで活動の全てを担うには人材、資源ともにあまりに限られたものしかないことは分かっていた。まず、関西に拠点を置くNGOに問い合わせた。そのうち18日にも問い合わせた関西NGO協議会から、NGOの医療部門のネットワークをJOCS関西が中心になって組織しているということを知った。そこで、JO

CS関西に電話で状況と活動について問い合わせた。この、NGOの医療部門のネットワークが、関西NGO医療ボランティアだったのである。関西NGO医療ボランティアは、19日からコーディネータの国井修医師を中心に医師3名、看護婦1名で現地調査を開始していた。その時点では、検死が間に合わず埋葬もできない状態であるという。仮設診療所などの活動を行なうためにはもっと人手が欲しいという。陸路がほとんど閉ざされているに等しいので物資輸送は本人が持ってきてくれるのが一番確実。また行政と連帯して活動していく予定だということ。

同じ頃、MSFからシェアが被災地の中心地まで直接入るのであればヘリコプターをチャーターするという申し出を頂いた。急いで協議を行なったが、活動立ち上げ準備や活動継続のための人材、資源、シェアのキャパシティを考えた場合、既に活動を立ち上げ国内でのネットワークを広げて医療救援活動を行っていた関西NGO医療ボランティアに参加の方がよりよい活動ができると判断し、このネットワークに参加することになった。医薬品などは、現地から依頼されたもの、かつ持参できるものを港町診療所、労住医連の協力で手配した。寿での越冬医療や外国人医療相談のためにシェアにストックしてあった医薬品のなかから必要なものを釘村らが深夜までかかり準備した。

そして4人の一行は、翌朝7時、羽田を発って、神戸に向かった。

関西NGO医療ボランティアチームとは？

大阪YMCA国際・社会奉仕センター館長の真嶋克成氏より関西NGO協議会（現在23団体が加盟）に対して1月18日付けで緊急の要請があり、それに応じる形で医療面を関係諸団体が協力してゆるいネットワークを形成して翌1月19日に活動開始。その連絡センターとしてJOCS関西事務局があたり、関係団体やボランティアの調整を行うことになったものである。現地の活動のセンターを西宮市にある西宮中央体育館に設置し活動開始。シェアは、このネットワークに参加することになった。

2. 西宮から灘へ

1月20日～21日

内科医・シェア 沢田貴志

私たちは、医師1名・看護婦1名・助産婦兼コーディネータ1名で1月20日早朝に東京を出発した。出発にあたっては、国境なき医師団東京事務所から依頼を受け、同医師団フィリピン事務所より駆け付けたベルギー人のステファン医師も被災地まで同行することとなった。

伊丹空港経由で被災地入りした私たちは、まず前日連絡を取ってあった尼崎市内の阪神医療生協診療所に不足医薬品を届けた。かわりに私たちが必要とする消毒機材や薬品の補給を受け、更にご好意に甘えて自転車を2台手配していただいた。この自転車は被災地の中では大きな威力を発揮した。その後も、携帯電話・吸引器からポータブル便器まで次々に必要となる機材を手配して頂くことになる。こうした補給路の支援体制は継続的な活動を行なう上でなくてはならないものである。

午後、診療所の車に乗せていただき西宮中央体育館へ向かう。JOCS(日本キリスト教海外医療協力会)・AHI(アジア保健研修所)などが、「関西NGO医療ボランティア」という合同チームを結成し西宮中央体育館に本拠を構え被災者の診療を開始していた。体育館は西宮市内で最大の避難所の一つであり、千人を超える被災者が生活していた。私達は「関西NGO医療ボランティア」に合流し、その傘下で活動を行ったわけである。NGOの活動でもっとも大切なのは、真っ先に現場に入り被災地の状況がどのようなものであるかを判断し、人員と資源の割り振りを適切に行なって行くコーディネータの存在である。

「関西NGO医療ボランティア」では海外における災害救援の現場で経験が豊富な国井修医師がコーディネータをしていた。彼の存在もあり、私たちのチームをもっとも有効に生かしてもらえとの確信が、このチームに合流することを決定した最大の理由である。

実際、国井医師は保健所と連絡を取り行政との協力関係を作り始めると共に、後からやってくるボランティア達が有効に活動できる

ような体制づくりに着手していた。到着するなり「皆さんにはここから徒歩5分の平木小学校に24時間体制の診療所を開設してもらいます。学校の校長先生には既にお願ひし、保健室を使わせて頂くことになっています。直ちに診療を開始してください」とのテキパキとした指示を受ける。平木小学校は、中央体育館の近傍でもっとも被害の大きかった地区に隣接しており、800人以上の方が避難をしていた。私たちの任務はこの避難所の住民の健康を守ると共に周辺の避難所の巡回を行なう事であった。これは、どこの避難所の状況が悪いのか把握し、後から来る他の救援チームがどこで活動したら良いかを明かにするという手法に基づいていた。

小学校に避難されていた方々は震災当日より不安な耐乏生活を続けていた。電気・ガス・水道はストップし、食料も乏しく被災当日はパンが一切れのみ、翌日は乾パン一つであったと言う。ただし、私達の到着した日の午前より続々と救援物資が届き始め、水やおにぎり、パンなどが教室内に積まれた。手作りのおにぎりをリュックサックいっぱい背負った外国人の若者もやって来た。

私達が到着してまもなく地元出身の勤務医の先生が独自に到着。協力しあって保健室を整理し診療を行う事とした。暖房のない体育館に大勢がひしめきあって生活しているため、多数の被災者が咳と発熱に悩まされていた。どうやらインフルエンザが大流行を始めたようだ。また、小さな怪我の消毒にくる人も多い。これらの外傷は災害当初はとてつもなく医師の手がまわらず治療してもらえなかったのだと言う。本来なら縫わなければならない様な怪我でも、とりあえず命にかかわらないようなものは、自分工夫して圧迫止血しバンドエイドとマキロンで済ませざるをえない状況だったのである。こうした傷には化膿しているものも多く、初日はインフルエンザと怪我の処置がほとんどであった。

食料だけでなく飲料水も到着し始め、倉庫

として使われていた保健室内には、ポリ容器に入った水やおにぎり、パンなどが山積みになっていた。また、丁度この日から電気が開通。まっ暗い中で余震に脅えていた生活から開放され人々の表情にも絶望感だけでない何かを感じる事が出来た。

しかし、暖房のない1月の夜は寒い。断水しているためトイレでお尻をふいた紙は流す事ができない。トイレの幾つかは不用意に流した紙のために詰まってしまっている。紙はビニール袋にためてまとめて捨てることとし、糞尿自体はプールや川から運んできた水でなんとか流していた。私達の宿泊場所としては保健室に備えつけられているベッドがあてがわれ、ふっくらとした布団と毛布に遠来の支援者である私達を労う校長・教頭両先生を初めとする学校の先生方の暖かい配慮を感じた。

1月21日は平穏な朝であり、思ったより安定している。9時から診察の予定であったが、8時頃めまいと嘔吐で苦しんでいるお年よりの家族が相談にくる。普通のめまいにしてはどことなくおかしいが、はっきりとした異常所見はなく様子を見る。30分後平行感覚の障害が出現し、診察の結果脳内出血が疑われた。救急車は1時間待たないと来ない状態のため息子さんの車で近くのCTスキャンが撮れる病院に搬送。小脳出血であった。元々高血圧があったのにもかかわらず震災後薬が手に入らず血圧があがって脳内出血にいたったとも考えられる。ストレスも影響したかもしれない。このように慢性疾患がありながら、薬が切れて致命的な問題を起こす病人が今後多数出てくる可能性がある。心臓や血圧など重要な薬を飲む必要があるのに、薬をもらいに行けない人が極めて多数いるのである。

午前中に学校内の診察をすませ、午後は周囲の2つの小学校と1つの中学校に巡回診療に行く。しかし、続々と後発の医療チームが到着し、2つの小学校は他のグループに任せ私達は1つの中学校のみ診療する事になる。徒歩30分の距離にある中学校までの道のりは、途中倒壊家屋が多く道路が寸断されており思ったより時間がかかる。ようやく到着した中学校は新興住宅地の中にあり、周囲の建物は倒壊していないものが多い。また、既に親戚を頼って脱出した人も多いようで昼間はほとんど人がいない。私達の診療にも、労働組合が行なっている炊き出しにも数人ずつし

か人が来なかった。往復の道で見かけた全壊した家屋は、いずれも30年以上経っているような古い木造家屋である。同じ地域であっても隣あっている新しい木造家屋は全く無傷であると言う光景があちらこちらに見られた。

ピナトゥボで私が目の当たりにしてきた「自然災害は、より弱い人々をより強く痛めつけてしまう」という悲しい現実はこちらでも生きていた。被害を受けたのは、古い木造家屋に住む高齢者であることが多い。これに対して新興住宅街に住む若い住民層は被害が軽く、被災後も身軽に脱出しているようである。

しかし、西宮の住民にとって幸いであった事は阪急電車が西宮北口駅まで無傷だった事である。激しいラッシュはあるもののこの駅が「外」の世界への窓口となり、多くの救援物資が西宮に到着し、避難する事も比較的容易に可能となっていたのである。駅の周辺には高校生ぐらいの若いボランティアが数人、危険地域へ立ち入る人が出ないように交通整理をしていた。そのうちの一人に聞くと、誰にいわれたものでもなく道が危険なので自分から自主的に始めたのだという。日本の高校生も捨てたものではない。

その夜、中央体育館で開かれた西宮地区の医療チームの合同ミーティングに参加した。ここで話し合われていたのは、一つは西宮の医療の供給が改善してきていること。もう一つは神戸市内の灘・東灘地区に先遣隊として入っている国井医師の報告で、予想以上に神戸市内の状況が悪いという事であった。特に灘区の状況は悪く、ある小学校では校舎の一部が倒壊し、多数の住民が校庭で野宿をしているとのこと。また短時間の診療でも、肺炎と思われる病人がみられたとのこと。また、灘区への交通は麻痺状態であり、わずかの救援チームしか入っていない様子。道路は激しい渋滞で、ふだんであれば三十分ぐらいの道のりが往復10時間もかかるとのことである。会議には数多くの医療チームが参加していたが、ほとんどが到着したばかりのチームであり、結局一番身軽な私達とJOC Sのチームが灘地区に入ることになった。このため、シェアのチームを2つに分け、助産婦一人が現地コーディネータとして西宮に残り、応援にかけつけた医師達と診療を続行。医師1名看護婦2名で灘区に移動する事とした。

3. 西宮市・平木小学校での活動

1月20日～24日

フリー助産婦・シェア 釘村千夜子

1月17日早朝の阪神大震災をテレビ・新聞で知った。余震が続く中、二次災害も心配されていたので安易な現地入りはしない方が良くは思いつつも、現実とは思えない被害報道に、自分の目で確かめたいという気持ちになっていた。

翌18日、タイ・カンボジアで活動するシェア・メンバーに、新聞・ラジオ以外の情報を伝える必要を感じ事務局に電話をした際、シェアの沢田貴志医師が神戸へ行くらしいと聞いた。その決定が19日にされ、私も同行を決めた。会員の渡辺真美看護婦も一緒と知り、3人で被災地へ行けると思うと心強い思いだった。

19日は、沢田医師と連絡を取り合って東京で考えられる限りの備品を揃えた。

1) 受診者記録ノート(厚型)、2) 血圧計、3) 聴診器、4) 医療資格者としての免許証コピー、5) カーボン紙、6) 発信源を明記したメモ用紙、7) 体温計4～5本、8) 綿花、9) 消毒用アルコール、10) バンドエイド、11) ばんそうこう、12) 包帯、13) 固形燃料・ガスボンベ(登山用) ※但し機内持ち込みできなかった、14) やかん(登山用)、15) ホカロン、16) カロリーメイト、17) ペットボトル(飲料水2リットル入り) 18) 事務用品(定規、糊、テープ、紐、ペン、輪ゴム、油性マジック、名札)、19) 薬入れ用透明ビニール袋(小・中)、20) 寝袋(自分用)、21) 懐中電灯、22) 電池各種、23) カスト、膿盆・楔子

ラジオは他の人が持参するというので用意しなかった。欲しかったヘルメットは買えなかった。前記の品々と港町診療所などの協力で調達した医薬品各種、ポータブル心電計などをリュックや段ボール箱数々に詰め、各自持てるだけ持ち、1月20日朝、全日空の第1便で大阪へ向かった。

羽田空港からテレビ局カメラスタッフ数人と国境なき医師団(以下MSF)からのベルギー人調査員一人も私たちに同行した。看護婦の渡辺さんとは初対面の沢田、釘村だったので、機内で自己紹介や打ち合わせをしてチームワークを作るはずだったができなかった。沢田が前記調査員への説明役にならざるを得なかったのである。彼らの英語での会話を横に聴きながら、渡辺さんが「私、英語が話せないんですけど大丈夫でしょうか」と私にいうので、私は「私たちが行くところは日本よ、大丈夫」と笑って答えた。シェアの会員ではあるが、実際の医療救援活動は初めてという若い渡辺さんの胸中には、不安や緊張があったのではないだろうか。私自身もタイ・カンボジアでのゆっくりとした保健活動の経験はあったものの、災害救助は初めてだったので、どの様な動きになるのかという点で漠然とした不安があった。

東京事務所と関西NGO医療ボランティアとの連絡で、活動地はまず西宮市ということだけは出発のときから決まっていた。私たちが立ち寄った阪神医療生協の協力で通行規制のある中を、車2台で西宮市まで送っていただいた。この医療生協は、後日携帯電話も用意して下さり、大きな力となった。

西宮市に入ると無傷のコンクリートビルも多く残っていたが、木造の家はほとんど全半壊しており倒れた家でふさがれた小道が多く、目的地へ行くには何度も迂回しなければならなかった。生活必需品を運ぶ自転車やバイク歩きの人々が、黙々と行きかっていた。道を尋ねる人もあちこちで見られた。

避難者のひしめく西宮中央体育館に設けられた関西NGO医療ボランティア本部に着くと、私たちに的確な配置が決まって

いた。それは、本部から徒歩15分位のところにある平木小学校での活動だった。ここには体育館・校庭・教室に約850人の避難者があり、その向かいの平木中学校にも約800人が避難中だった。私たちは両校の様子を見ていくことになった。避難場所と人数は、食事配給の為のリストが入ってから全体像がつかめたので、救護関係者にも大いに役だった。既に存在する情報の共有の仕方と、独自で得た情報の集積・利用方法を常に考えて動く必要を感じた。

平木小学校の教頭先生から、疲労しきった表情の中にも緊張感と責任感が伝わる応対を受けて、保健室での救護準備を始めた。東京を発つ前は沢田医師から「検死の仕事から始まるかもしれない」と聞いていたが、外来診療や巡回診療案を練ることから始まった。渡辺看護婦と私は、保健室内のものを必死で動かして診療スペースを作ったが、翌日来たチームが「これでは狭い、何もできない」とあつというまに配置をかえて見違えるほど広いスペースになり、持参の医薬品も機能的に並べられた。彼らは1つの病院の中で組まれて送られたチームだったので、チームワークのもと動ける下地があり、行動が早かった。リーダーも存在していた。

地震後3日目だったが、180ヶ所以上あると言われる市内の避難所には、どこにもまだ医療の手が届いていないと本部から言われて、私たちはできる限り周辺の避難所へも巡回をすることにした。その後は医療ボランティア参加者が日毎に増えていき、だんだんと巡回が行き届く様になった。

私たち平木小学校のシェア救護チームに、翌日からは大阪の北野病院チームが連日参加、さらに駆けつけボランティアも毎日あり、その後兵庫医大チームが加わった。この混成チームのその組み合わせごとに、リーダー的存在の人があり、彼らとの話し合いのもとで動くことができた。

始め、保健室を拠点にして外来と巡回の2本立ての診療をした。体育館、教室、運動場と、どこも極度に冷えこむ環境であり、さらに疲れやストレスもあり風邪を引いている人が非常に多かった。さらに肺炎になりかけた高齢者や、それまで薬の欠かせない生活をしてきた心臓病、精神病、高血圧、

糖尿病などの慢性病の症状が悪化した人などがいることがわかった。私が活動した5日間で、早い判断と対処を要した人たちが何人もあり、幸いに救急受付を始めた大病院などへ送ることができた。

例えば、生後1ヶ月の赤ちゃんを抱えた在日韓国女性、学校側との話し合いで寒さと清潔への対策のため、畳のある更衣室に移動できた。小脳出血の疑いですぐに転送した老人男性は確定診断の末、手術が決まった。

腎盂腎炎の高熱にふるえていた22才の女性は、「私以上に大変な思いをしている人がいっぱいいるから、これくらいで救急入院するのは申し訳ない」と、頑なに入院を辞退していた。救護室ではこれ以上治療できないことや、救急車が近くにきたらサイレンを鳴らすのを止めてもらうから遠慮することはない、などと説得して、ようやく転送した。虫垂炎の疑いのある12才の女の子や、狭心症発作の中年女性は、家族に付き添ってもらって病院受診をした。

肺炎のため救護室で一晩治療・看護を受けた83才の男性は、転送後まもなく亡くなったと知らせがあった。重ねて残念ながら、彼は一人暮らしだったのでその事について誰にも連絡が取れなかった。

体育館の真ん中に避難していた一人暮らしの足の不自由な聾啞者の男性が、生活の全てに困っていたため、校長先生の手配で福祉施設に移動した。

その後市内の病院機能も回復しつつあり、私自身は平木小の救護室には入院・治療の役割も能力もないと考えていた。しかし救護室に一時収容させたこともあり、チーム間の十分な合意形成が足りなかった。

西宮入りして2日後に沢田医師が灘区六甲小学校へ移り、シェアのコーディネートの役割が1日にして私に移った。それも2日間だけで、3日目には次のコーディネータに引き継ぐという短い体験だった。私のそのときの役割は、業務内容を明確にし、それを各自がスムーズに遂行できるように調整することだったと思う。

例えば養護の先生と良い関係が出来てからは、「風邪の予防に避難人数分のうがい薬と紙コップの用意が必要」と伝えるとす

第1章 活動内容



プールの水を水洗トイレ用にくむ毎日

ぐに調達してくださったり、という風に、ことを運ぶのがよりスムーズになった。よそ者混成チームの私たちだけでは、混乱した見知らぬ土地で、こうも早く物品の調達はできなかつたと思う。

情報収集、伝達、整理について。

情報は時間の経過と共に変わったり増えていくので、なるべくその場で文字に残してファイリングしていき、全員が情報を共有する努力をする。ミーティング、メモボード等の活用も必要。避難所での救護スタッフには、意外に入ってくる情報が少なかった。刻々の行政の動き、阪神の動向、西宮市のニュースを日々掴みにくかつたので、情報ルートの確保（ラジオ、シェア事務局、救護班ミーティングなど）と十分な情報交換が必要だと感じた。

平木小学校での救護活動の展開は関西NGO医療ボランティア、平木小学校、校長先生、教頭先生、養護教諭、行政からの災害対策本部の人、避難者代表、地区医師会、そしてバイク便ボランティアを含む混成救護チーム、それぞれの関係プレーが必要とされた。実際は、私が関わった頃は医師会や避難者の声はまだうまく反映できていなかった。

救護室記録として書式で残す（本部報告）ものとして、次の項目が必要だった。

- ・診療記録
- ・業務日誌（文責者明記）
- ・処方箋用紙（コピー後ファイル）

- ・会計ノート
- ・物品ノート（薬品、備品など）
- ・救護ボランティアのスケジュール表（人数など明記して、誰にでもわかるようにする。ボード利用など）

業務日誌とボランティアの出入りは、日報という形で校長先生へも知らせる必要があったのではないかと考える。

業務内容の日々の検討もミーティングで行い、新しいボランティアの人へのオリエンテーションを欠かさずチームワークを図る。

付け加えると、到着したその日から電気が使えるようになっていたため、持参したカロリーメイトや水、固形燃料、登山用ガスボンベは必要ない物となったが、東京を出発した時には、持っていくことでとても安心感があつた。余震と寒さ対策にと、ヘルメットがわりの毛糸の帽子をかぶったまま過ごし、洗髪も入浴もできない5日間の役に立った。

長期正月休みの後の被災地入りだったので、適切な行動が取れたかどうか私自身疑問だが、皆、暗中模索の中で精一杯動いたと思う。

こうして振り返って文字にしたり、今後とも話し合ったりすることで、現場ですれ違った人間関係も修復できるのではないかと考えます。

4. 神戸市灘区六甲小学校での活動

I. 急性期 1月22日～28日

沢田貴志

1月22日（震災後5日目）に、私達は関西NGO医療ボランティアの指示の元に灘区に入った。交通機関は完全に麻痺しており、激しい渋滞で車の移動は困難。ボランティアの大学生のオートバイの背中にしがみついた移動であった。前日の夜からJOCsを中心とした医療チームが灘区の灘小学校で診療を開始しており、私達は、関西NGO医療ボランティアのコーディネータと幾つかの避難所を視察したうえで六甲小学校に活動地を決定した。その理由は、灘区内で最も人口の多い避難所の1つであったにもかかわらず、一日数時間の巡回診療のみで他の時間の対応ができない状態であったこと、生活環境が極めて悪かったことである。

約500人が通学していた比較的小さな小学校である六甲小学校には最盛期2800人が身を寄せ玄関ホールや廊下までほとんど隙間なく住民が避難生活をしてきた。周囲が木造家屋の多い旧市街であったためか高齢者の割合が多く（巻末統計資料参照）慢性の病気を持っていたり体の障害を持っている避難者も少なくなかった。あまりの過密のために診療を行なう部屋の確保すら困難であったが、保健室に起居していた方々に協力をして頂き、ここに診察室兼病室を設置することになった。

初日より多数の患者が診療に訪れ当初は深夜の3～4時間以外は休みなく診療を行なうこととなった。訪れる病人は数の上でも質の上でも西宮よりもさらに厳しい状況であった。毎日のように心不全・肺炎・腹膜炎といった数時間という単位で生命に危険の迫っている病人が発見されることになった。極端な過密状況の中でインフルエンザの流行もとても常識では考えられないような激しさを示しており、開設翌日の患者数は200人を越えた。

外傷についてはすでに震災より5日が経過しており重篤な患者さんは少数であった。しかし、傷が口を開けたままであったり化膿しているにもかかわらず手当てを受けることのできなかった患者さんが多数いた。また、肋骨骨折と思われる人も少なからずいた。

慢性の持病があり薬を飲んでいた人々は薬が切れて5日も経つとさすがに症状が悪化して来ている。とくに癲癇（てんかん）・不整脈・糖尿病などの病気を持っている人の中には痙攣・失神など生命に危険を及ぼす状態が起き始める人々が出て来ていた。他にも慢性呼吸器疾患で酸素吸入を行なっていたにも関わらず避難所生活を余儀なくされていた男性。精神科領域の疾患を薬でコントロールしていた人々も多大なストレスも加わることで多くが症状を悪化させていた。

更に、インフルエンザの大流行で、多くのお年寄りが寝込むこととなった。しかし、避難所の中は病気の老人達が健康状態を回復するためにはあまりに厳しすぎる場所であった。食料は老人の口には入りにくい菓子パンや缶づめ類が多く、十分な栄養は取ることができない。また、密集した環境であるために体の不自由なお年寄りほど周囲に気兼ねをして水分を控えてトイレに行かないようにしていた。そんな中でひとたび高熱を出し寝込んでしまうと、体力のない老人は肺炎になってしまう危険が極めて高いのである。更に問題だったのは、こうした高齢者が重症になるまで我慢をして訴えなかったり、周りの人も気がつかなかったりしていたことである。こうした中で、初日に一人翌日には2人と高齢者の肺炎が発見されたが、日を追ってその症状はより重篤になっていたのである。

このままでは、病気が悪くなるまで私た

第1章 活動内容

ちは気がつかずに、重症化して初めて担ぎ込まれるということになってしまう。これではいつまで立っても解決の方向へ向かない。積極的に居室へ入っていき、潜在的重症者を重症化する前に把握して行かなければならないと話し合う。

こうして私達は、保健室の診療だけでなく、避難所の全室を訪問し高齢者や障害を持つ人々の健康状態の把握を行なうことになったのである。

しかし、現実には私達の人員は、医師2～3名と看護婦3～4名だけである。これだけの人数で毎日150人を越える外来患者の診察をし、保健室の連れてきた重症者5・6人の治療を行ない、更に当時2300人以上いた住民の健康状態の把握を進めるといふ事はほとんど不可能であった。実際、私達が看護婦による巡回を始めて3日目の夜、93歳の女性が心停止の状態で見られるという事態となってしまった。唯一巡回が済んでいなかった2階のフロアの住民である。前日重症の肺炎患者が見つかったため、当日の朝救命救急器具を用意していたため何とか蘇生をし、病院に搬送することができた。しかし、このような状態になって始めて発見されるのであれば救命はきわめて困難である。

幸い1月24日以降になるとボランティアの医師・看護婦が続々と到着することになり、訪問専門のチームを編成し1月26日にはほぼ全室訪問を行なうことができた。これによって1週間で12人の肺炎（疑い含む）の患者さんが発見され、さらに多数の肺炎予備軍となる恐れの高い避難住民（主として高齢者および慢性疾患患者）が把握された。

既に、肺炎を起こしている場合は病院への搬送が行なわれた。当初、多くの病院が機能麻痺に陥っていたため、軽症の患者さんは保健室内で点滴をしながら経過観察をするという方法が取られた。しかし、市内の病院の受け入れ体制も次第に回復。また、全国から消防隊の応援が多数到着し被災地の近隣の医療機関への搬送も可能となってきた。

ここで問題となったのは、肺炎予備軍となるようなリスクを持った人々をどうするかである。多くは単身の高齢者であったが、

高齢であればあるほど慣れ親しんだ神戸を離れることに対する心理的な抵抗は大きく、我々の心配をよそに、避難所を離れたがらない人も少なからずいた。この点に関しては、私達の間でも論議となったが、避難所の劣悪な食事・住環境を考えると生命の危険が大きいことが明白であり、強く説得し避難所外への転出を進めた。この点に関しては、地域の民生委員が精力的な面接を行ない福祉事務所を通じて特別養護老人ホームなどの福祉施設への短期入所の手続きを進めた。ただし、地域を離れたくない事情を持つ高齢者の個別の状況にあった配慮ができるように、医療ソーシャルワーカーのボランティアを急募し十分なケースワークを行なったうえで移送をするように努めた。

この他にも一刻も早く状況を改善するために多方面と協力した対策を取って行く必要があることが話し合われた。この結果、(1). 災害対策本部に働きかけ、避難所の過密を解消すべく一部住民を近接した比較的余裕のある施設に移すなど住環境の改善を行なうことを申し入れる。

(2). 住民の代表者会議にて現在の差し迫った問題を提示し高齢者の観察介助などに協力をして頂く。といったことも進められた。

また、こうした問題認識をひとつの施設だけに留めず、各医療チーム同士の情報交換と連係を進めるために避難所間の連絡会を早急に始めるよう保健所に提案した。同時期に他の医療チームからも提案があり、既に計画されていたため全面的に協力、各医療チームに参加を促して回った。連絡会では、私達の求めた高齢者の問題も話し合われ各医療チームが肺炎予備軍となる老人・障害者を把握し保健所に連絡することで福祉施設に移送をする流れが作られることになった。この後「灘区救護所連絡会」として定例化されることとなった。

こうした対策が効を奏し、1月26日を境に重症者の発症が次第に減少するようになった。しかし、避難生活は長期化しこの後も、様々な健康上の問題が表面化することになる。

II. 確立期 1月29日～2月5日

内科医・シェア代表 本田 徹

1月29日午前10時過ぎに西宮中央体育館に着くと、迎えてくれたのはJOCSとシェアで活動している仁科晴弘さんだった。既に「関西NGO医療ボランティア」は、JOCSやAHIを中心にしっかりした連絡組織になっていた。西宮を拠点に、そこでの民間の医療救援を上手に調整しながら、更に、医療ニーズのより高い灘区への展開を図っていた。すでに海外保健協力の分野で気心の知れたNGOの人たちに支えられながら、日本国内で起きた大災害の救援活動に従事するのは、予想もしなかったことであると同時に、心強いことでもあった。私は学生ボランティアの運転するオートバイに乗せてもらって、平木小学校経由で六甲小学校に向かった。六甲小学校の保健室でシェアが診療活動を始めてすでに1週間。手探りで診療システムを作りあげ、各自が持ち場できびきびと仕事しているのがよく分かった。

＜学校内の状況＞

この時期、学校には1500人前後の避難者の方々が生活しておられた。ピーク時には2300人が避難していたというから、幾分減りつつあったが、灘区内の避難所としては、なお最大規模のものであった。人々は校舎と運動場に分かれて生活していたが、校舎組は更に、教室内組、多目的ホール組、体育館組、廊下組に分類することができた。生活環境という面から見ると、一番恵まれていたのは、教室組、ついで体育館・多目的ホール組、最も劣悪な環境に置かれていたのは廊下組だった。運動場にいた人たちは車の中を仮の住居とする場合、本格的なテントを持ち込んでいる場合など様々だったが、あの時期の寒さではやはり大変だったと思う。次頁に示すのは、学生ボランティアたちが調査してくれた、2月1日現在の避難者人口統計である。この表を見ると、思ったほどには高齢者の比率は高くないが、避難所での生活が無理と判断された老人の場合、親族や医療班・行政が

積極的に連携して、早期に疎開、福祉施設への入居を図ったことも数字に影響したと考えられる。

居住環境について触れておく。いわゆるライフ・ラインのうち、電気は早くから復旧していた。しかし水道はまだ出ていなかった。従って、洗濯はプールの水を汲んで行っていたが、不便なため多くの人たちが下着は数日間着たあと使い捨てにしていた。便所は水洗の装置がきかないため、用便後紙はまとめてポリ袋につめて捨てていた。水道は私が去る直前になってやっと復旧した。ガスはまったく駄目であった。シャワー、入浴は校内ではできず、元気な人は外の公衆浴場へ出かけていた。それも整理券をもらったり、長蛇の列に並んだりで大変だったようだ。お年寄りにとっては、2週間以上も入浴できない生活はどんなにむごいものだったろう。

この時期の避難所としての六甲小学校が抱えていた問題は、結局下記のようにまとめられるだろう。

- 1) 居住環境の劣悪さ（過密、寒さ、ほこり）。ことに、廊下で生活する人たちの大変さが思いやられた。
- 2) 食事内容の貧しさ（冷たい、偏った栄養バランス）。1日2回の配給。朝、米飯及び菓子パン（パンは昼の分）。夕食は米飯。おかずは缶詰類が主。緑黄野菜、果物、ビタミンなどの不足。
- 3) 断水（洗濯、洗顔、入浴、便所利用における不便・困難）。
- 4) 毛布など寝具類の不足。交換・乾燥ができない。
- 5) テレビをはじめ娯楽がない。情報不足、気晴らしのないところで避難民が放置されている。
- 6) プライバシーのなさ。体育館、多目的ホールにもついたらや間仕切りがない。
- 7) 孤老、家族の介護能力に限界のある老人を支えるマンパワーの不足。

第1章 活動内容

表 六甲小学校避難者人口調査

場所	男	女	計
教室	283	301	584
体育館	189	224	413
多目的ホール	42	52	94
廊下	83	76	159
運動場	93	82	175
全体	690	735	1425

(70歳以上の高齢者：10.3%、60歳以上 28.4%)

＜病気の動向と医療ニーズ＞

六甲小学校の避難所でも働いてくださった大分の天心堂へつぎ病院の松本文六院長によると、大災害時の医療の在り方は以下の3つのステージに分けられるという。

- 1) 被災直後24-48時間以内の救命医療。
- 2) 3日目以降は、待機できる骨折などの外科的治療及び内科的急性疾患の治療。
- 3) 2週間目以降には、慢性疾患の急性増悪の予防と管理及び精神的ケアの充実。

避難所という環境の性格・機能から言っ、被災直後の救命医療を担うことは原則的に考えられない。六甲の医療班も例外ではなかった。ここでの活動も初期から、上記のステージ#2以降の患者さんへの対応に追われることになった。内科的急性疾患の中でも最も深刻な脅威となったのは、

「避難所肺炎」という悪名まで付いてしまった、高齢者の肺炎である。寒く過密でほこりっぽい環境のもとで暮らすことを余儀なくされたお年寄りが感冒にかかると体の抵抗力の低下を招き、しばしば肺炎にまで進んでしまうのだ。付属資料の「入院患者疾患動向」にあるように、診療所開設1-2週間目で入院に至った患者さんの半数近くが、肺炎による。その次に重要なのが、高血圧、心臓病、喘息(ぜんそく)、てんかんなど、もともと慢性の病気で医療機関にかかりつけていた方々が、急激な環境変化や薬切れで病状を悪化させ入院になる場合だった。

私たちが救護所として使っていた保健室での診察や往診で問題のある患者さんが見つかり、容態や医療ニーズにより以下のようなランクづけがなされ、スタッフの間で情報を共有化し、適切な対応を取るようにした。

- A : 最重症。即入院が必要。
- B1 : 比較的重症。すぐ入院とはならないまでも医学的管理・観察が必要。
- B2 : 要注意。老健施設への入所が望ましい。
- C : 日常生活動作(ADL)能力が低下し、医療より介護を必要とする。
- D : とくに医療的ニーズはないが、一応観察の対象としておく。

ちなみにA群に入る人たちは、1月22日から29日の間に計29人(最多は28日の8人)であった。これらの方々は全員入院となっている。C群のうち同じ期間に老健施設などへ入所された方が16人であった。1月29日の時点でB1は6人、B2は1人、Cは6人、Dは26人と記録されている。ランクの軽い人がその後重くなったり、逆に重かった人が軽くなったりすることはよくあった。

第1週から2週目にかけて活動された柴崎一郎医師が、この時期の六甲小の医療状況についての的確なアセスメントをしている。一部を引用したい。

「(医療班の仕事は)避難所という特殊環境下の地域医療活動である。避難所生活はテンポラリー(一時的)なもので、最終目

標はこの生活をなくすことである。劣悪な環境は虚弱者に対する主なリスクであり、これを排除するには(1)転出、(2)環境改善を要する。(1)、(2)が短期的に不可能な場合、同時進行的に、対症的に生活のサポート、環境衛生、プライマリーケアを行う」

＜「在宅」看護へ向けて＞

六甲小学校での緊急医療活動が軌道に乗り、ある程度の仕事のシステム化が可能になった1月下旬になって、私たちに頭を抱えさせるような「事件」が続けて起きた。

何人が緊急入院のやむなきに至った患者さんが、往診チームの全く把握していない方たちだったという事実だ。外来で見付かったり、家族からの申し出で往診の対象となった、上記AからDまでの「選ばれた」人たちはそれなりに、手厚い看護・観察を受けていた。しかし、すべてのお年寄り、「災害弱者」をカバーするという態勢は出来ていなかった。実際は、衰弱や歩行能力の低下のために、自分の病状を訴えることも、外来に訪れることもかなわない患者さんもいたわけだ。そういう人たちの間から、命にかかわるような救急疾患が発生してくる。この事態を前にして、私たちは巡回の目的ややり方を根本的に改める必要性を痛感させられた。

ことに看護婦さんたちの危機感・意気込みは非常に高かった。単に医師のアシスタントとして「往診」に付くというのではなく、もっとナースとしての独自性をもった活動、つまり「在宅ケア」や「地域看護」が六甲小の避難所でもある程度までは可能ではないかというのである。

この考え方の根底にあるスピリットは、「布団一枚にくるまって廊下に仮住まいをしているご老人の夫婦だって、大切な家庭であることに変わりはないはずだ。ちょうど訪問先の家に挨拶をして、靴をぬいで上がる時の引き締まった気持、相手への思いやりを忘れないようにしたい」という、ある看護婦の言葉によく示されている。私は彼女たちの熱意に脱帽するばかりだった。巡回ナースたちによる徹底的な討論が幾晩も続けられた結果、新しい在宅看護のシステムやカルテが形づくられていった。このプロセスで二木志保、小沢竹俊という二人

の医師が果たしてくれた触媒的役割は大きいものだったと思う。

＜チームワークと連携＞

六甲小学校の医療班は、様々なボランティア・グループや個人に支えられることで漸く活動が可能となった。すでにかげがえのない働きをしてきていた、関西学院大学の藤本剛士さんを始めとする地元の大学生たちのグループに加え、確立期には、日本薬剤師会からの薬剤師、地元の社会福祉協議会からの介護ボランティア、日本医療社会福祉学会からの医療ソーシャル・ワーカー(MSW)、滋賀県の派遣による医師・看護婦、兵庫県看護協会からの看護婦、新居浜医療生協の「うたごえ隊」、「とちの木病院」の早乙女勇先生たち、NGOのアーユスなど実に多様な人々が続々と参加してくださった。いくつかはお断りしなければならないグループも出てしまった。私自身のコーディネータとしての能力不足のためで申し訳けないことであった。個人的に深い感銘を受けたのは、寝具の乾燥や校内のすべての便所の衛生維持に黙々と、しかし微笑みを絶やさず、献身してくださった多摩川衛生組合の細谷光雄さんだった。

保健所や医師会との連携では、インフルエンザの予防接種や慢性疾患の患者さんのかかりつけ医への紹介などがこの時期の特筆事項であろう。六甲小学校の先生方にも随分わがままをお願いしてしまったが、嫌な顔一つせず聞いてくださった。

ボランティア内部でのチームワークと行政・外部組織との連携、この二つの輪が上手に回って、初めて活動が円滑に動いてくれる。力不足のシェアは、本当によいパートナーに助けていただいたと思う。



温かい食事にほっとする一時

Ⅲ. 移行期 2月6日～28日

小児科医・シェア 二木志保

＜震災から3週間＞

連日100人以上の外来患者であふれ返っていた保健室が、2月に入って少しずつ沈静化してきた。外来は1日70～80人に減り、入院も2日にひとり出るか出ないかになった。インフルエンザの流行はようやく峠を越えたようだ。

六甲小学校の避難住民は2月1日現在1400人。避難生活にもそれなりの落ち着きが見られてきた。しかし苛酷な生活環境にはあまり変わりがない。凍りつくような寒さ、粗末な食事。コンクリートの廊下にはいまだに大勢の人々が寝起きしている。

1月末に行なった血压検診では、なんと半数近くの人が「高血圧」と判定された。既往のない40歳代にも血压の高い人が多かった。避難生活のストレスが影響しているのだろう。降圧剤内服者のうち、震災後に薬を飲めていない人が3割近くもいることがわかった。

このころには医薬品は薬剤師が管理し、足りないものは保健所を通じて補充されるので、慢性疾患の薬にも不自由しなくなった。けれども保健室では原則として2日分以上の投薬は行なわない方針を続けた。私たちは患者さんの過去の検査結果などまったく分からずに緊急避難的な治療をしているのであり、質的に最善の治療ができる体制を持っているわけではない。患者さんが私たちに頼って元の主治医のところに行かなければ患者さんにとって不利益になるのである。そして、何よりも私達は遠からず撤退してしまう立場なのである。

それまで2週間、重症患者の発掘に努めてきた甲斐あって、この頃は以前のように重篤な状態で発見されるケースは少なくなった。けれど校内を巡回していると、時たま喘息発作で苦しそうに肩で息をついているおばあさんなどを見つけることがある。

2月の寒さは骨身にしみ、菓子パンや冷たい御飯などとてもノドを通るものではな

い。すぐにでも暖かな施設へ移したいお年寄りがたくさんいるのだが、ソーシャルワーカーが勧めても、みな首を縦には振らない。

「そない遠くに行ってしもうたら帰って来れんわ」

「ここを追い出さんといてな」

長年住み慣れたこの土地を離れたくない、というお年寄りの気持ちは痛いほどよく分かるのだ。

＜激論ミーティング、その後＞

一方撤退の話が出てきたこの時期は、内部的にはかえって一番困難な時期に差しかかっていた。

医療班スタッフは互いに初対面とは思えないほど親密な連帯感で結ばれている。個々の人柄も素晴らしいが、それらが一緒になって奏でるオーケストラが絶妙のハーモニーなのである。だがオーケストラは時に微妙な不協和音をかもし出す。

「本当の意味での医療ニーズは、もうここには無くなってきている。そろそろ撤退に向けて人員の縮小を。自立を促していく必要がある」

「被災者に向かって自立しろというのは、援助する側のおごりだ」

「公園や半壊の建物の中で生活する人々もいる。六甲小の中だけにとらわれてニーズが無いとか撤退とか言うのは間違えている」

「六甲小にニーズが無いなんて言い過ぎだ。食事のひどさは健康上絶対に見逃せない問題。医療班として何かできることがあるのではないか？」

果てしなく議論が続く。深夜に入り、全員が疲労困憊に陥った。

今、仕事の数よりもスタッフの数が急速に上回り入つつあるのは確かである。それぞれの熱意や能力を思う存分発揮して燃え尽きるまで働く事が可能だった初期のころとは、事情がだいぶ違ってきている。はるばる遠いところからやってきたのに仕事に

ありつけないという状況も多くなった。避難生活がある意味での安定期に入り、そろそろ住民自立の必要性が唱えられる中、総勢30から40名にまで膨らんだ医療班をいかにコーディネートするか、という問題の解決は難しい。

そうした状況下で、ひとりひとりの創意に満ちたボランティアが發揮されていることには、新鮮な感動を覚えずにはられない。長い事入浴できないお年寄りや赤ちゃんには、タライのお湯で身体を拭いたり洗ったりのサービスを続けている。とても気持ちが良いと利用者には大好評である。

2月上旬には栄養プロジェクトが発足。配給食の栄養の偏りと住民の健康状態との関係について調べレポートに仕上げた。それを持って神戸市にビタミン不足への対応を迫り、生野菜の配給を約束させてしまった。さらには住民自立の象徴でもある「炊き出し班」計画の実現に向けて文字どおり東奔西走した。

栄養の偏りは医療班も同じこと。見かねた看護スタッフが、自分の本来の専門分野の仕事を投げうってスタッフの為の食事係を買って出た。味噌汁、煮物、サラダ、うどんなど、心尽しの手料理が毎回食卓に並ぶ。もちろん皆大喜び。感謝感激で食欲にも会話にも弾みがついた。

医療班の活動が長期になるにつれ、スタッフの疲労がたまりがちである。特に深夜に及ぶ激論ミーティングの影響は甚大と思われる。2月中旬からは夜のミーティングを止め、早めに宿泊所に引き上げることにした。車で北へ10分、篠原台という住宅地の自治会館を使わせていただいた。小学校での雑魚寝に比べれば、ずっとゆっくり休めて疲れがとれた。建設的な話し合いをするためには、もっと早くからスタッフに疲労を溜めないような配慮が必要であった。

<撤退へのみちすじ>

2月の中旬には医療班の撤退を意識するようになり、挨拶の意味も含めて六甲小学校近くの診療所のいくつかを訪問した。会って話をした医師たちは六甲小の状況をよく理解し、紹介患者の受け入れに前向きな姿勢を示す一方で、被災地の医療を共に支える仲間として我々を励ましてくれさえた。

しかし灘区医師会としての組織だった動きは、2月半ばの時点では、避難所のフォローアップについては特に具体的な進展はなかった。

灘区に183ある病院医院のうち、2月上旬現在で開いているのは約4分の3。し

阪神大震災と食事

看護婦 藤田良子

菓子パンをおいしく食べられるのは、何日ぐらいたらうか。子どもの頃に「もし私が王女様になったら、毎日ドーナツパンとカステラパンをたくさん食べられるように、パン屋さんをいっぱい建ててんだ！」と夢と空腹を抱えながら家路に着いたものである。この頃の私なら毎日喜んで食べたかもしれないが、今はおやつとして食べて2日が良いところだと思う。栄養価が低く、満足感も得られにくいので「食事」とするには無理がある。この「無理な食事」が何週間も続いたら、身体がおかしくなって当たり前だし、心だって不安定になる。

被災者の人たちは、震災のショックに立ち向かうエネルギーを必要としていたのも関わらず、何週間も「無理な食事」に耐えなければならなかった。（今現在も食材の不足があると伝え聞く）豊かな日本を信じていたが、「普通の食事」すら保障されないのだと思うと悲しくなってしまう。

人間は食事からエネルギーと安らぎを得ながら活動する。「長期間の無理な食事」は当然、活動の障害をもたらす。復興の遅れの一因はこれだと、私は信じている。

第1章 活動内容

かしせつかく再開にこぎつけていても、(救護所の存在も原因の一つと思うが)受診者数は震災前の3分の1以下に減り、運営上厳しい状況であるとのこと。救護所の存在が地元医療機関の復旧を妨げかねない、という懸念が一部でささやかれていた。

けれども地元医療機関は、「開いている」とはいえ開業時間は午前中だけのところが大部分であるし、ガス・水道の復旧が遅れているために入院を制限しているところがほとんどであった。往診に応じてくれる医療機関もごく一部であった。こんな状況下で医療班が撤退してしまったら、避難所はどうなるのだろう。劣悪な環境、住民の不安、その中で医療班の果たしている責任の大きさを、医師会の方々にもっと理解していただく必要があった。医療班撤退後の避難所の巡回や夜間休日の医療体制について、どうしても早急に話し合ってもらわなければならなかった。そのことを保健所から医師会に申し入れてもらうと共に、我々も出向いて行って意思の疎通を図ることにした。

また、地域全体の医療ニーズがどれだけあるのかという問題に類かむりをして、N G Oがさっさと撤退してしまっただけでは後々大きな悔いを残すだろう。ニーズが灘区にあるのか否かを調べる必要がある。

2月8日、区内78ヶ所の避難所と公園でテント生活を営む被災者について、保健所が巡回調査を始めた。目的はお年寄りや障害者の実態を把握することである。この調査結果を受けて行政としての介護対策を立てることになるという。保健所には保健婦がたった6人しかいないので、六甲小医療班の看護スタッフが応援を派遣する事になった。

保健所の巡回調査の結果は意外なものであった。区内で全面介助を必要とする“寝たきり”の人は10人に満たず、部分介助の必要な“準寝たきり”は30~40人であるとのこと。震災後早い時期に200人以上のお年寄りを区外の施設に入所させたこともあって、“在宅”ケアのニーズは震災前よりもむしろ低下している、とも聞かされた。これで大筋で撤退の方向で良いとの方針を固める事ができた。

2月中旬、医師会から新しい働きかけをいただいた。中央市民病院から医療コーデ

ィネータとして灘保健所に派遣されていた大倉医師らの働き掛けもあり、若手開業医たちを中心に話し合いが重ねられ、救護所医療班撤退に際しての対応策を練り上げたのだ。それによれば、灘区を南から北へ3ブロックに分け、被害の少ない北の地域から順次医療班の撤退を進めて行く。中間に位置する六甲小では、当分のあいだ医療班による診療活動と並行して、毎日午後の一帯の時間帯に医師会による巡回を行なうことになった。

これを受けて六甲小学校でも話し合いが持たれた。参加者は、学校長・保健所・シェア・滋賀県派遣医療チームである。この結果、シェアの医療チームは2月28日を待って撤退し、滋賀県の医療チームが外来を担当・医師会が午後に巡回相談を行い段階的に引き継いでいく事となった。シェアは看護婦とソーシャルワーカーが残り、あらたに「保健相談チーム」としての活動に入る。住民からの相談に対応し、ニーズに応じて地域の医療・福祉資源につなげる調整役である。これにより、自分から受診する事の困難な高齢者などにも適切な医療の確保を支援できると考えた。

保健室では14日から午後の外来診療を中止し、午前と夜の診療だけにした。受診者数は一日40人程度に減っており、診療時間が短縮されても特に混乱は見られなかった。開いている医療機関を患者さんに教え、紹介状を渡すということ、今まで以上にさらに徹底して行なったためであろう。20日には「24時間対応」の看板を下ろして時間外診療を止め、夜間当直も置かない事とした。その補完として保健室前のボードに、夜間救急病院の連絡先を大きく掲示した。

こうした医療班の撤退ムードに、学校の先生方から不安そうな表情がみられた。しかし「保健相談チーム」が保健室に残ることと、地元医療機関と医師会に十分な体制が整ってきていることを説明し理解していただいた。

<去りゆく日>

2月28日、いよいよ医療班最後の日。

何もかも自分たちで持ち寄り手づくりで始めた診療所が、みるみるうちに大きくな

った。始めのころの人々は情熱のありったけを注ぎ込んで活動の基本になるシステムを築き上げ、あとから加わった人々は献身的、精力的な実践によって中身を充実させた。保健室は活気に満ち、キメの細かい仕事の内容はどここの医療班にも負けはしないと、内心誇らしくさえ感じた。今、まるで夢を見ていたかのように“私たちの保健室”は姿を変え、“村の小さな診療所”へ、そして子供たちのための学校保健室へと戻ってゆく。

全速力で駆け抜けた1ヶ月余りの日々が、まるで何年ものあいだのことに思われた。

我々がここで見、ここで経験したことは、確かにそれほどの年月に匹敵する重たい内容であった。

被災地を一步出れば、ありふれた日常生活にすぐに戻ることでできる我々である。しかし六甲小学校の人々は、日常とはかけ離れた不条理な時間の流れにいったいつまで身を委ねなくてはならないのだろうか。これだけ大きな災害のあと、ほんのひと月やふた月で心の傷の癒えるはずもなく、特に災害弱者と呼ばれる人々にとって、本当につらいことはむしろこれから始まるのかもしれない。

医療ボランティアの経験から

東京大学医学部助手・医師 桑 和彦

私が参加したのは、2月7日から14日で、診療記録を見直すと患者さんの数が1日100人台から急に60人程度に減った時期です。反省会でも話題になりましたが、この時期は、数だけではなく質の面でも医療ニーズが減少し始めていたにも拘わらず、ボランティアの希望人数は増え続けていた頃で、ある意味で需給バランスが崩れていました。このような場合、需要を拡大していくため事業を広げるか、供給を絞るかしかないわけで、最近よく話題になるリストラ問題に似た状況に遭遇しました。特に今回は、何かしたいという強い気持ちを持って集まった人が多かっただけに、逆に欲求不満を感じ始めると、その反動としての軋轢も生じやすかった気がします。また、初心者中心の混成チームというのも特徴で、まとめていく役割の重要さと大変さを実感しました。

今回の震災後の救援活動の反省点として、様々な分野で、人や物が部分的には余ってしまっただけで無駄になったと指摘されています。しかし、効率ばかりが優先される社会ですが、緊急時の情報不足の時には、一部では溢れかえるほどの貴重な無駄がなければいけないと強く感じます。ボランティア活動の本質を垣間みる様な、貴重な体験をさせてもらいました。

IV. 保健相談チーム 3月1日～3月17日

保健婦・シェア 森千代子 看護婦・シェア 畑久美子

医療チームの撤退後、六甲小での保健医療活動のスムーズな地域への移管と避難住民による自らの健康管理を目指して保健相談チーム（構成；看護婦2名、医療ソーシャルワーカー2名、コーディネータ1名）が引き継ぐ形で存続された。引き継ぎ時点での保健相談チームの活動内容は、医療行為ではなく①保健便りの編集・発行を通して避難住民の自発的保健衛生活動の促しや、②老人などの中から直接医療に結び付いていない患者の発見及び地元の医療機関への紹介、③他の一般ボランティアとの調整であった。現実的には滋賀県から派遣された医療チームが午前中のみ診療を行っており、避難住民から見れば診療時間が短縮されたに過ぎない状況であった。

この時期の保健医療ニーズを診療録と保健ノートから見てみよう。緊急搬送2人、1日の受診者0～9人（平均 5.2人/日）、内訳は風邪・流感46.7%、小さな外傷20.5%、消化器疾患4.1%、その他38.7%であった。診療とは別に保健室を訪れた人は、1日当たり1～9人（平均 5.5人/日）で内訳は、擦傷等の消毒やバンドエイド・湿布薬希望26.1%、風邪の症状に対する薬希望18.2%、マスク希望12.5%、腹部症状に対する薬希望 9.1%、その他の薬希望8.0%、その他26.1%であった。避難住民からの保健医療ニーズは、診療内容や保健室を診療以外で受診した内容からもわかるように会社や学校の医務室的役割を期待するものであった。また、健康などの問題での駆け込み寺的場所であった。

医療チームであった期間も、地域の医療機関へ引き継いで行くことを目指して、24時間診療から徐々に診療時間を短くしたり、薬の処方を1日分だけとして地域の開業医につなげられるように対処されていた。そういうこともあり、保健室を訪れる人は病院へ行くほどではないが薬を貰っておこ

うという気持ちでいるようでもあった。

〈この時期の主な課題・問題点及び対応〉

保健相談チームの活動目的から課題・問題点と対応について述べる。震災以来、避難所やその周辺住民の健康問題に対応すべく医療チームは試行錯誤しながらも活動してきた。その活動の中で避難住民の信頼も得てきていたと思う。そのため、「気軽に貰えていたはずの薬も貰えない、夜間急病になったらどうすれば良いのか」など頼りにしていたが故の不満が出てくるのではないかと考えられた。新聞では避難所生活で持病の悪化や肺炎で死亡した記事が載り、その時期に救急車で緊急搬送が2件あったりしたためか、「また病気の人が増えてくるか」という疑問を問いかけてくる人、また「昨日子供が熱を出して保健室に行ったら誰もいなかったから自分達でなんとかしたようだ、夜間何もなくても誰かがいてくれるだけで安心するのだけれどなあ」と訴える人もいた。薬剤に関しては、医療は行っていないので近医受診を勧めると、保健相談チームに変わって当初は、諦め乍らも不満気に保健室から出て行く人が多かった。

医療の必要な老人に関しては、灘区保健所と共同で行った避難者の傷病調査で対応の必要な人について把握されていた。そのため、調査以後の新たな避難所入所者や一時入院していたケースの退院などの把握に多少問題があった。

2月下旬にわれわれ医療班が撤退する対応としては、まず避難所住民の急患発生時の不安を軽減するために『避難所保健だより』で開業医の巡回が午後にあること・および夜間の救急対応が整備されたことについて知らせた。しかしながら前述のような住民の反応があった訳である。『避難所保健だより』を配布する際は、代表者会議で説明の上、各教室に配布してもらっていた

のだが住民一人一人まで情報の伝達が十分にされていないようであった。

そこで我々は看護婦（士）・医療ソーシャルワーカーの巡回の時間を利用して、夜間の救急対応や診療費（3月一杯まで自己負担分無料）などについて理解しているか聞き取りを行った。その結果、一部の班（主に教室単位）を除いて『避難所保健だより』の情報はまだ伝わっていないことが分かった。しかしこの聞き取りの際、六甲小の住民に対しての医療体制がどのようなになっているか説明をすることで、「それを聞いて安心しました」などの反応がえられ、結果的に住民を地域の医療に結び付ける情報提供が出来たのではないかと考える。

また我々が、ある意味で無料薬局の様に考えられていることは、あまり良くないのではないかという意見もあり、保健相談チームという立場を考え、簡単な傷の手当以外の薬剤は保健所に引き取っていただき、住民の方にもそのことを理解してもらった。それまでは薬剤の管理も行っていたが、保健室で薬剤を管理していると処方を行わないことになっていた開業医の巡回でもつい住民の求めに応じて処方してしまうこと、住民からみても保健室の薬剤が目につくと何故出せないのかという思いを与えることが考えられた。滋賀県医療チームの午前診療には自前の薬剤を使用してもらうことにした。また、保健相談の窓口時間を守り、時間外はなるだけ住民の方々が震災以前に自ら行っていたように対応してもらった。実際、住民の多くは震災以前のように自分の常備薬で対応したり、地域の開業医へ相談したりするようになっていった。

このように保健相談チームとなったからの我々の対応は、医療チームであったころと比較すると住民の側からみれば冷たいものと写ったかもしれない。けれども声掛けを主に行っている一般ボランティアや学校の養護教諭から、保健相談チームになったからの住民の反応を聴いたが、不満の訴えや学校側に負担がかかるということはないようであった。医療チームの頃から住民の状況に即するよう心がけたことが保健相談チームへの理解にもつながったのだろう。

＜新たに退院して来た方などの把握＞

ある日、同室の住民から新たな退院患者さんと住民台帳に未記載の患者さんの相談が出てきた。前者は避難所での生活は病状をさらに悪化させる可能性があるため巡回の医師に相談後再入院、後者も急変のため緊急入院となった。後者は一人暮らしの老人であり、前もって把握しようもないケースであったので、ある意味で避難所にいることが幸いしたともいえる。前者については保健所の避難所担当医師に報告し、退院後の状況によっては（保健婦の巡回の対象になるなど）経過観察の必要な方は病院から保健所に情報が回るシステムにならないか相談した。その結果「病院が多忙なため避難所の救護室で把握して、保健所に報告して欲しい」と引き上げに向けて準備している救護所の状況に逆行するような回答が救護所連絡会議を通じてなされた。六甲小で診療を始めてからの入院患者さんについては医療ソーシャルワーカーにより追跡も可能だが、それ以前に入院していた患者さんについては把握は難しい。住民による助け合いと、神戸市自体の復旧を待つしかないのだろうかとしこし暗い気持ちになった。

今までに述べた活動以外にも、要介護老人の入浴サービス依頼の窓口等、医療チームで担っていたものを他の機関へ引き継いで貰うよう交渉を勧めた。上気道感染予防のためうがい薬の水のみ場設置・交換には住民ボランティアの参加を得られたり、開業医の巡回にも住民の中からボランティア看護婦がかかわって下さったことは私たちの活動を知ってもらおう上でも喜ばしいことだった。

3月10日

避難所診療室の今後について代表者会議を通じて連絡。

一午前中の診療、14日をもって終了。15日より保健所から看護婦がきて保健相談に対応する。

3月15日～17日

保健所の看護婦へ引き継ぎ（申し送り）。

3月17日

医療チームとして始まった全活動を終了。

六甲小学校ボランティア報告書

関西学院大学生 藤本剛士

まず、私がしなければならないと思ったのは、この避難所の状況判断であった。そこへ行ったのは、確か1月24日ぐらいだったと思う。まだ地震直後の状態が続いており、住民は混乱の中で自分を見失っていた。この中で私は全体の人数、周囲の交通事情、教室の数や大きさ、新聞等による情報を知ることによって全体を把握しようとした。私は沢田先生を中心としたシェアという保健団体のアシスタントをした。これには一つのエピソードがあった。というのは、もともと、わたしは1月20日に西宮中央体育館にボランティア登録をしにいき、そこで3日間程仕事をしていた。その仕事として沢田先生を灘区にバイクで送ることになった。私は仲間を4人呼び、5台のバイクで3人を運ぶことになった。灘区に着くと、沢田先生から一つ要望がでた。それはだれかひとり一緒に残ってほしいということだった。みんな何か予定があると言い出し、みんなを呼んだのは私ということもあり結局、私が残ることになった。本当のことを言うと、最初はあまり乗り気ではなかった。こんなことがあって私はシェアのお手伝いをしていた。

六甲小にはもともと、医療班というものがなく、ただ食料を配給するグループ（吉岡君や小松君ら）がいたにすぎない。そこに我々が乗り込んだわけだが、なにも衝突がなかったのはよかった。ドクターやナース（Dr、Ns）に対して私は一般ボランティアの名前としてSC（スペシャル・コーディネイタ）を考え、自分をそう名乗った。要は雑用係りのことなのだが、これが後々自分の目の上のたんこぶになるとは、このとき思いもしなかった。SCは当初、私ひとりであったが次第に増えていった。

状況判断の次に私がしたことは自分の立場を理解することだった。1つ目は学生であること、2つ目は医療の知識がないこと、3つ目は若いということ、等を頭に入れ確認してみた。そこで初めて行動できた。その後色々な事に取り組んだが、ここで挙げてみよう。

○患者の輸送 ○各物品の調達 ○コピー ○食事の手配 ○Dr、Nsの送迎
○血圧コーナー ○湯たんぽ ○毛布乾燥 ○各種受付 ○声かけ隊 ○新聞の発行
○イベント開催

こう列举してみると、雑用ということがよくわかるであろう。もちろん、これらは自分ひとりでしたのではなく、多くの人々の援助、ご指導ご鞭撻があって、初めてできたものであることを私はよく理解しなければいけない。どのような面で住民が困っているかを判断するのはなかなか難しいし、また、困っているからといって総てしていい、というわけにはいかない。このへんの選択を慎重にしなければならない。また活動中、住民の方から反対の声があがらなかったのは、自分たちに勇気を与えてくれた。どちらかという、ボランティア同士でもめる場合の方が多かったように思う。これは、自分を含め全国からよりすぐりのエゴイスト達が集まってきたからだと思う。一日中、ミーティングをしている部署もあり、きわめて効率の悪い部分もあった。もっと統一した団体か強いリーダーシップを持った人がいれば、かなり早い段階で住民の自立を促せたように思う。その原因を作った張本人として反省をするならば、もっと力強くすべきだった（及び腰になっていた）ということと、各班の連絡をもっと密にすべきだった（連邦制よりも中央集権制）ということになる。つかつとなりギャグのきれが悪くなったのも自分にとってマイナスであった。

私は2月末をもって退いたが、わずか1ヶ月の間にいろんなことがあった。いやいや始めたのに、しまいには本部長をしていたし、インフルエンザが流行していたのに自分は何ともなかったのは、それだけ充実していたのだろう。

最後にまだどこかで必ず、皆さんにお会いできると信じて筆を置きます。ありがとうございました。

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

1. 訪問看護活動

看護婦 成瀬和子、姫野敦子、高嶋万里子、畑久美子

1月下旬の六甲小の診療室(もともとは保健室)は外来診療を受けに来た人で混雑していた。神戸市全域でのインフルエンザの流行が懸念されていたが、避難所内には既にインフルエンザが蔓延しており、外来受診者の他に室内には点滴や様子観察のために常時3人から5人のお年寄りが横になっていた。そんな折、1月25日に高齢の女性が居室において呼吸停止状態で発見、緊急搬送されたことから、高齢者の肺炎防止・早期発見のため校内巡回診療に力を入れることになった。その時点では看護婦の数は少なかったが、「お年寄りの肺炎を予防するのは我々医師ではなく看護婦さんの力です」という沢田医師の言葉に励まされて皆巡回に加わって入った。医師と看護婦が校内巡回を行って状態の悪い人やリスクを持った人をリストアップし、重度別に5段階に分けそれを校内地図に必要な情報とともに書き込みスタッフに配布していた。巡回はその地図を基に医師と看護婦がチームを組んで行き、診察時は外来と同様の診療録に必要な事項を記入し患者本人に渡していた。しかし患者がその診療録を紛失してしまうことが多かった為、外来に続いて巡回でも診療録を2部複写にし、1部を患者用、他の1部を医療班の保管用とした。これにより患者の状態の把握は容易になり継続的医療を効果的に行えるようになった。校内地図に関しては毎日新しいものを書き直すのは時間と手間の無駄であるという事で、壁に校内の拡大地図を作り、それに患者名を直接書き込んでいくことにした。しかしこれは校内の様子を把握していないものにとっては不便であったようだ。

避難所内でのインフルエンザの流行は衰

えず、連日何人もの高齢者が入院や施設入所の為診療室から送り出されていた。巡回診療においても診察の必要な患者数は増えこそすれ、一向に減る気配は見られなかった。そのため日数が重なると診療録が厚くなり、ゼムピンで止めただけの記録をめくりながら訪問したり、複写できる当日分を担当フロア一分持ち歩くには限界を感じていた。そこで2月1日の夜のミーティングで話し合うことにした。これからは医療ソーシャルワーカー(以下MSW)や精神科医師等のチームとしてみんなで連携し活動していくことが必要であり、お互いの得た情報や判断を共有することが大切と考えたからである。また日々刻々変化していく状況や問題点をみんなで記録していく事により、短期間しか活動できない人にもある程度内容を把握して活動出来ればとの思いもあった。以前の用紙の記載の中には「分裂病では?」「BP:220/120mmHg」といった本人には見せたくないようなことや、本人が読めば不安が大きくなったり神経質にさせるような情報もありのまま書いてあり、外部の医療機関へ対してのサマリー的活用よりも個人のプライバシーが漏れないかという心配の方が強かった。

新しい記録用紙を作成するにあたっては問診を行う時のように本人から一方的に聞き出すのではなく、その日その時に得た情報(たとえばMSWの方が家庭内の情報を詳しく得ている等)を少しづつ記入していけばいいのではないかと考えた。また居場所の目安となる様に布団を引いている場所への通路等を簡単に記入して、日々変わっていくスタッフが訪ねていけるようにした。被災者本人が話したくないこと(例えばご

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

主人が地震で亡くなられたこと)にも配慮したいと思った。さらに医療スタッフとして現地で活動するときも「病を診て人をみず」ではなく、たとえ毛布一枚のスペースでもその人の大事なスペースとしてプライバシーを大切にしたい訪問医療をみんなで行いたいと感じた。記録欄には医師・看護婦の両方が記入するようにし、MSWに相談した事や精神科医師の診察結果など他の医療スタッフとの連携を含めた経過が一枚の紙で把握できるようになった。

2月3日の夕方から水道が復旧し、配給におかずがつくようになった。高齢・寝たきり・肺炎等のハイリスクケースは既に病院や施設等の後方機関へ搬送されていたが、外来受診者の数は依然百名を越えていた。急性上気道炎等の呼吸器疾患は相変わらず多く、寒さ・栄養不良・疲労という悪条件が揃った中で高血圧・糖尿病・虚血性心疾患等の慢性疾患の悪化がみられつつあった。震災後約3週間をすぎた頃から、「住民の自立」「地域へ返す」「撤退」について医療班の中で意識が高まっていった。「我々の援助が住民の自立を妨げているのか?」「住民の自立とはどう言うことなのか?」「今、自立を求めるのは酷ではないか?」何が必要な援助で何が過剰な援助なのか、住民との関わりの中で戸惑うことも多かった。「一つの毛布を一つの家庭と思って」という言葉を受け継ぎ、まず白衣を脱ぐことにした。必要時以外は血圧計を持ち歩かないことに決め、昼間人口が減る時間は教室に残される老人や主婦達とゆっくり腰を据えて語らう時間を重視した。そうすることで被災者の生活が見え、同時に保健指導をする事が出来た。また訪問リストにあがっている人達の機能面・生活面の自立度、家族の介護能力、健康問題の認識度についてチェックし、リストにあがっている人の中で本当にケアが必要なのは誰なのかを検討した。そしてケアの提供から自己管理への指導及び動機付け、地域のサービスへつなげることを中心として展開していった。

六甲小はNGOが担当しているから大丈夫という事で、保健所保健婦の避難所巡回から外されていたが保健所依頼の健康調査をきっかけに保健婦との連携を深めていった。保健婦の地域巡回へつなげるために問

題のあげかたを再検討し、乳児・成人病・老人(要介護)・精神保健・身体障害と分類し、保健所の訪問看護用紙を使用しサマリーを作成した。震災前後の変化、機能レベルだけでなく特に慢性疾患を持つ人については、本人の健康問題に対する認識レベル及び実際の保健行動レベルを明確にするように努めた。震災前から保健婦が関わっていた患者さんの場合もあり、情報を共有することで問題が見えてくることもあった。

2月8日に保健所から避難所における健康調査の依頼があった。潜在的に問題を抱えている人がもっているのではないかと考えていたのですぐに開始したが、プライバシーの問題が生じた。密集した人々の中で健康問題・病気のことを詳細に聞かなくてはならない為、実際に拒否反応を示した人もいた。また、対面方式での聞き取りでどこまで意味のある情報が得られるかという疑問も生じた。そのため保健所保健婦との話し合いの末、無理な聞き取りはせずに来る範囲で実施することになった。調査の結果、問題としてあがってきた人は我々の訪問対象者として既にあがっていた人であった。このことは我々が行ってきた評価の意義を裏付けるものと言えよう。しかしこの健康調査を通じて考えさせられたのは、我々が問題にしなければならないのは災害によってどのように健康が障害されたのかという事であり、個々の健康問題全てを捉えることが目的ではないということである。我々医療班は眼前に健康問題があるとそれを放置する事に罪悪感を感じ、何とかして解決しようとしてしまう。それが病院をそのまま避難所に持ち込んだような感覚になり、医療や看護の押しつけになっていたのではないかと反省している。

最後に、我々看護婦は普段MSWと一緒に働く機会は少ないのだが、今回チームを組んで訪問看護活動をする事が出来たのは貴重な体験であった。MSWはいつ・誰に尋ねても経過をきちんと把握しており、チームワークがしっかり取れていた。また住民の生活に根ざした視点は我々に忘れていたものを思い起こさせてくれた。このような大規模災害におけるMSWの役割の重要性を痛感し、一緒に活動できたことをありがたく思っている。

訪問看護システムによる医療ボランティアの経験

横浜甞生病院・医師 小澤竹俊

1月17日未明、淡路島から神戸市にかえて震度7の大地震がおき、5000人以上の尊い命が奪われた。この地震の夜、私は病院の当直をしていたが、テレビから送られる惨状を見ながら、「ここでこんなことをしているのだろうか」と感じたものであった。それから数日後の夜、ラジオで医療ボランティアの不足の報告を聞き、神戸に行くことを決意、私の32歳の誕生日の翌日である1月30日から7泊8日の冒険にでかけることになった。当初、交通事情が悪く、岡山からAMDAを利用して神戸市長田区へ入る予定であった。しかし、その筋の情報より、長田区では十分な働き場所がないとのことと、横浜甞生病院ホスピスボランティアの紹介により、灘区の新海病院を紹介され、出発する直前になって、神戸市灘区にはいることを決定した。さらに新海病院ホスピスボランティアの情報により、避難所の統廃合のため、診療所の医師も足りて来ているとの報告、1月30日現地入りして灘区保健所に向かい、NGOで入っている避難所のひとつである六甲小学校を紹介され、30日午後より合流した。

六甲小学校は、当時、約1500人の被災者が避難されている灘区では一番大きな避難所であった。当初は外来を主とした活動であったが、外来とは別に、一部の看護婦と医師を中心として巡回が行われていた。しかし外来カルテを利用したもので問題点があった。

そこで、訪問看護記録用紙を作成し3つの改善点を得た。それは

- ①被災者から見て違うボランティアの人が来てても問題点を継続性をもってかかわってもらえる、
- ②ボランティアから見て、わずか一日しか参加できなくとも、すぐに問題点を把握でき、継続性を持って次の人に送れる。
- ③全体から見て、訪問看護で得られた問題点を、次のステップである他の職種、(ソーシャルワーカー、精神科医、民生委員、福祉、保健所、他の医療機関など)にリアルタイムで紹介でき、チーム全体として情報を共有できる。

このシステムにより、六甲小学校の医療班の働きは、単なる診療所としての外来業務だけでなく、ひとつの避難所という地域社会の医療、保健、福祉が一つになった機能を持つようになった。そのため、精神的サポートを必要とするケースを専門の心理的ケアの団体に敏速に紹介することが可能であった。

ケースを紹介する。14歳女性、腹痛、食欲低下を主訴として避難所の救護室外来受診点滴や投薬を受けていた。しかし、症状改善せず、夜間に症状悪化し救護室で一晩過ごすこともあった。よく話を聞くと、震災前は祖母と2人暮らしであったが、震災のため、別れて住んでいた父と継母及びその子供達と一緒に避難所生活をするようになった。しかし継母との共同生活が嫌で、帰りたくないとの内容であった。そこで、医療ソーシャルワーカーと民生委員にこの件を相談、児童相談所経由で中学の担任の先生に避難所に来てもらい、両親や本人と話し合ってもらった。その後、仲良くしていた、医療ボランティアの学生の情報などより、医療ソーシャルワーカーがカウンセラー的な役割を果たし、良い方向に向いた。

非常災害時における医療支援は急性期と亜急性期、慢性期と求められる内容が異なっている。急性期は怪我など外科的治療を中心とした内容から、亜急性期には風邪や内科的ケアを外来診療だけで対応することは困難であるが、訪問看護を中心としたチームアプローチにより、きめのこまかいケアが可能であった。非常災害時における医療支援には、チーム医療が必要である。

2. 医療ソーシャルワーカーの働き

日本医療社会福祉学会 武田 加代子

時々刻々増加する死者の数。燃え続ける街。生活が根底から覆えされ、想像を絶する不安と絶望に直面している人々の気持ちがテレビの画面を通してヒシヒシと伝わってきた。日本医療社会福祉学会は震災直後から現地でソーシャルワーク活動をするべく会員に対してボランティアの呼びかけを始めてはいたが、どのようなかたちで、どこへアクセスすればよいのか模索中であった。そんな時まことにタイミング良くニュースステーションでシェアが医療ソーシャルワーカーを求むとの呼びかけをして下さった。たまたまそれを見ていた当学会事務局長がすぐに連絡をとり、六甲小学校でのソーシャルワークの道が開かれた。

日本医療社会福祉学会（会長 山手 茂、東洋大学）は1991年に結成された学会で、保健、医療分野におけるソーシャルワーカーと研究者が共同して、社会福祉学の一分野としての医療社会福祉学の確立、発展を目指す学術団体である。会員数約250人で、入会資格には一定の基準を設けている。このように非常に歴史が浅く、かつ小さな集団であるため、人的、物的パワーには限界がある反面、小まわりがきき、決断が早いという利点もある。今回の六甲小学校での活動に関しても金曜日の夜にテレビを見て、次の火曜日には第一陣が現地に入ることができたのも、そうした組織の柔軟性によるものと思う。

ソーシャルワーカーとしてこれまで蓄積してきた知識や技術を用いて何とか被災者の方々の役に立ちたいという、ただその一心につき動かされてそれ以外にはたいした予備知識も、情報ももたずまた、不思議なことに大きな不安ももたずに1月31日に六甲小学校に第一歩を踏み入れた。本田医師から、それまでの六甲小学校におけるシェアの働きの概要と、被災者の状況、そしてソーシャルワーカーに求めておられることをお聞きした。避難所という非常に劣悪

な住環境から、1人でも多くの方がより良い環境に移ることによって、現病状が軽減され、今後起こるであろう疾病を予防するために、ソーシャルワークの立場から援助するというのが当面求められているものであった。

二木医師やナースの皆さんの血圧測定の回診に同行して学校内や体育館を一巡した。そこにはテレビに映し出されていた避難所とは全く別の避難所があった。それは区切られた画像としてではなく、等身大の生きて動く人々の生活であった。敷いた毛布によって作られた目に見える平面的なテリトリーだけではなく、そこには明らかに個人個人の、または家族単位の個別の空間が存在していた。それは目には見えないが容易に他者の侵入を許さないひとりひとりの尊厳とプライバシーの砦であった。「ああ、ここは病院でも施設でもない、まさに住居なのだ」という強い思いと同時に、みだりに踏み込んではいないと肝に命じた第一歩であった。また、廊下や玄関に寝ておられる方々に「お寒いでしょう」と声をかけると決まったように「いいえ、寒くありません」という答えが返ってくる。しかも断固とした口調で。「寒いです」「困っています」「どこかへ移りたいです」とはどなたもおっしゃらない。これはどういうことだろうかと考えさせられた。住み馴れた街から離れたくない、避難所を離れると仮説住宅に当たりにくくなる、これまでの住居から遠く離れると借地借家の権利にからんで不利益を被るかもしれない、家は倒壊したとはいえ使える家財道具があるため地域から離れられない等々、理由はいろいろあるが、もし廊下が寒い等と言って、それならと、遠く離れた他府県の保養所や公営住宅を無理に勧められては困るということらしい。さらに、最初に出来上がった、教室、廊下、体育館という住み分けが既に確立してしまっていて、今さら新しい人間関係を

築きにくい等の理由もあることが次第にわかってきた。加えて、六甲小学校に避難しておられる人々の、土地に対する深い愛着がわかってくるにつれて、これは、軽々に、「避難所を離れること即より良い生活である」という図式にはならないと痛感した。

当初は漠然と被災住民全員がソーシャルワーク援助の対象者であるような錯覚をもっていたが、実は、全く誰からの援助も必要としない人々、機会があれば援助を求められるかもしれない人々、現在援助の必要な人々、援助が必要であるにもかかわらず自らそれを求めることのできない人々というようにいくつかのグループがあることがわかってきた。そこで、ソーシャルワーカーとしての活動の大枠を次のように設定した。

- ・医師、ナース、ボランティアグループの人達からの紹介に応じること。
- ・チラシ、掲示により自らの紹介を行なうことナースの回診に同行して援助の必要な方の発見につとめ、押し付けにならぬ程度に援助のできる用意のあることを説明すること。
- ・定点に居て、いつでも、誰でも、どんなことでも御相談いただける体制を作ること。

3日目には学校側のご配慮により、3階のあじさい教室を相談室として使用できることとなり、1階の階段下には常設の相談コーナーを設けることができた。あじさい教室はスタッフのミーティングや食事の場所となったり、後には授業のために使われたりと多くの人達と共有というかたちではあったが、ワーカーとの話し合いの内容に関する秘密がある程度守られる環境が作られた。

待っているだけでは消極的にすぎるのではないかとの意見もあったが、あまりズカズカと生活に踏み込んで行かなかったことは結果的に良かったと考えている。

ソーシャルワークというのはクライアントのもつ問題を、解決もしくは軽減するために、クライアントとソーシャルワーカー相互で行なわれる援助の総体を指すが、これが保健医療の場で行なわれるといわゆる医療ソーシャルワークと呼ばれる。ソーシャルワークが対象とする問題はたとえそれが医療の場で起こっている問題でもクライ

エントの生活全般に関わってくる問題が多いため、解決に至るプロセスは長く、その間に起こってくるクライアントの感情や情動を無視することはできない。日本では、ソーシャルワーカーは機関に属していることが一般的であり、特別な事情が無い限り1人のクライアントに対しての担当ワーカーがそう頻繁に交替することはない。それは問題解決に至るプロセスの中でクライアントとワーカーの人間関係や相互理解が不可欠な要素であるからである。しかし今回の六甲小学校でのソーシャルワークでは参加するワーカーがほぼ全員、医療機関に属している現役のソーシャルワーカーであることから、最も長く滞在出来た人でさえ6泊7日であり、短い人は2泊3日であった。クライアントとの人間関係の確立を援助の第1歩だと考えているソーシャルワーカーにとって、こうした日替り、週替りの形態でのソーシャルワークは全く未経験であった。こうした状況にあつて、我々が最も留意したのは、いかにして援助の連続性と質の均一性を保つかということと、住民と医療スタッフの皆さんにいかに不便と迷惑をかけずにすむかという点であった。ワーカー交替の度に同じ話や家族状況等を幾度も繰り返していただくことや、前任者と、あとを引き継いだワーカーとが異なった情報や助言を提供することの無いような次のような点を考慮した。

- ・ケース記録を常に整備しておく。
- ・申し送りノートにこまめに全てのことを記載すること。
- ・電話をフル活用して書ききれなかったことや微妙なニュアンスを伝え合うこと。
- ・ワーカーの交替に当たっては半日か、可能であればマル1日一緒に働いて引き継ぎをすること。
- ・ソーシャルワーク活動の連続性を保つため、活動の開始から終了まで週に2日は固定メンバーが通うこと。
- ・他スタッフがソーシャルワーカーが現在どのようなクライアントにどのような関わっているかを知ることができるように、連絡ノートを保健室内に置くこと。

シェア撤退後4月22日まで活動をし、

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

計77件の相談に応じ、合計449回の面接を行なった。その内、医師、看護婦からの紹介43%、本人、家族、知人からの相談39%であった。残りは他機関からの紹介、学生ボランティアからの紹介、ワーカ―が発見したもの等である。主訴は、家財道具の置き場所の相談から、とにかく話を聞いてほしいとか、老人ホームに入所したい、必要であるにもかかわらず近医受診をしない等々、その内容は多岐にわたっているが、表面上のそれらの訴えの根底にはクライアントや家族の様々な気持ちがあり、それらを整理し、明らかにしなければ有効な援助は成立しない。我々が行なった援助内容を大別すると次のようであった。

- ・適切な受診、受療に結びつけること。
- ・避難所生活と疾病とから生じる心理社会的問題に適切に対応すること。
- ・当分続くであろう避難所生活の中での、高齢者、障害者の生活困難に対して個々の事情に応じたサポート態勢を作り上げること。

相談内容の多くは震災以前からのものがあり、震災を契機に表面化するまではクライアントは困難をかかえながらも家族、友人、地域社会の支援を得て主体的に生活し

ていた人々である。これまでの生活習慣を避難所においても守り続けようとする生き方と、医学、看護学、一般社会通念とがぶつかり合う中から生じた問題も多くあり、一朝一夕には解決困難な、また通り一遍の社会資源の紹介だけでは何の意味ももたないケースも数多くあった。たまたま一瞬にして屋根と壁とが取り除かれてしまったがために他人の目に触れることとなった生活の実体がそこにあり、どの程度まで我々は援助という名目でそのプライバシーに踏み込めるのかと自問自答しながらクライアントの真のニーズの把握につとめた82日間であった。

当学会からこのプログラムに参加したソーシャルワーカーは41人、のべ222人であった。寄せられた報告や感想では、大多数の者が六甲小学校での経験は、ソーシャルワークの専門性について再考し、自身のソーシャルワーカーとしての成長につながるものであったと述べている。

なお、日本医療社会福祉学会では、六甲小学校での活動終了後も「灘区あんしんすこやか窓口」に協力し、仮設住宅でのソーシャルワーク活動を継続して行っている。

曙関が来てくれた

開業医 中野佳世

六甲小に滞在し、私を一番辛くしたのは「みんな疲れてる」という現実でした。どうすればいいんだろう、何か出来ないかと思い悩んでいたとき、二木先生の「曙さんが来てくれたらみんな喜ぶね」という神のお告げのようなお言葉！

患者さん、愛知学院大の黒神教授、二木先生、いろいろな方が助けて下さり、3月はじめ、やっと東関親方に直訴に行くことが出来ました。親方は気持ちの優しい愛すべき人なのですが、優しすぎて、途中で話は逸れる、前回の話を忘れまた振り出しということも二度三度、おまけにあの声、何を言いたいのかよくわからない。最終的に決定したのは、場所も半ばの3月19日でした。費用、材料、不安をいっぱい抱えたままでしたが、部屋のマネージャーが「先生、お金あるんですか？ ないでしょ。じゃ、チャンコ1000人分うちで全部用意します。先生はバス2台お願いしますよ」その上親方と掛け合い、「義援金50万円を住民の方々に」という話まで決めてしまい、申し訳ないなと思いました。

曙関の優勝を夢にまで見た千秋楽も過ぎ、いよいよ3月30日。生憎の大雨。大阪から5時間かかり、横綱だけが先に到着してしまうなど、最初から最後まで大変な一日でしたが、ボランティア、住民、部屋のみんなが和気あいあい力を合わせた楽しい一日でした。寒さを凌ぐために燃やしてしまった跳び箱。あの日にはそうするしかなかったと・・・。

今回のことで、1人でも多くの方が優しい気持ち、嬉しい気持ち、感謝の心を持つことができたのならば、それだけでよかったと思っています。がんばれ！ 神戸

3. メンタルケアをめぐる I

美浦まきば病院精神科・医師 宮本 洋

<はじめに>

阪神大震災においても、ロサンゼルス地震や奥尻、島原の災害におけるのと同様に、被災者の「心的外傷後ストレス障害」いわゆるPTSDの発症が懸念された。これまでの災害の反省から、以下のような対策がとられていた。心理相談窓口の設定、ボランティアのカウンセラーや精神科医が避難所に出向いての「被災者との対話」、一般ボランティアによる「話しかけ」などである。しかし、死傷者の数や施設の損害、そしていつまで続くとも知れない避難所生活など災害の規模はケタ違いであり、これまでの災害後の精神保健活動がそのまま参考にならない面も多分にあった。そこで、避難所生活と被災者の心理状態の実体に即した対応を迫られることとなった。

<避難所における精神保健活動>

1) 精神保健から見た当時の避難所と被災者の状況

担当した避難所は、神戸市灘区の市立六甲小学校の校舎および体育館である。

1月22日に、同校保健室に臨時診療所が開設された。この時点での被災者の総数は2300名(1月22日)である。1月中の診療所受診者総数は、1日あたり100～200名に昇ったが、このうち精神科関連の受診者は0～4名にすぎず、ほとんどが「不眠」の訴えであった。その後、2月に入ると被災者総数は1400名(2月3日)となり、1日あたりの受診者総数も40～60名程度に減少した。精神科関連の受診者は0名の日が続き、あっても1～2名で訴えはやはり「不眠」がほとんどであった。

自主的に診療所を訪れた上記患者以外に、避難所巡回中に認められた精神科関連の対象者は、地震による心理的ショックによる急性反応性うつ状態の六二歳の女性一名、これはDSM-IV(米国精神医学協会による診断基準)を満たすことからPTSDとしてよいと思われるが、この一例を除いて

地震の直接的影響による精神障害者は表面に現れなかった。震災以前からの障害者はおおむね一般の罹患率の範囲内で認められた。MDI(境界型精神病)が1名、アルコール依存症 alcohol dependence が2名、分裂病 schizophrenia が3名、神経症 neurosis が3名、そしてMR(精神発達遅滞)が1名であった。このうち、震災前恒常的に飲酒を続けてきたアルコール依存症の一例に関して以下のような報告がある。震災後アルコールが手に入らなくなり、物理的に断酒状態となったために、血中アルコール濃度が急激に低下して、逆に生理的平衡状態を崩し、振戦譫妄 delirium tremence といわれる幻覚妄想状態を来した。これがPTSDとして伝えられたという。

これ以外の一般の被災者については、一見したところ、多くは意欲的に活動しているように思われた。しかし、一人一人の被災者に直接話を聞くと、ほとんどが不眠、不安、そして悪夢、些細なことで容易に興奮するなど様々な症状に悩まされていることが分かった。また、話が地震体験に及ぶと、明るく快活な話ぶりとは裏腹に、表情には明らかな緊張が見て取れ、急に泣き出したりといった情動面の不安定さも目立った。深刻な外傷体験が残されていることがうかがわれた。

2) 現状における精神保健上の問題点

このように、この時点では精神障害を主訴に診療所を訪れるケースは少なく、これ以外の一般の被災者の間でも、深刻な心的外傷体験の存在がうかがわれるにもかかわらず、差し迫った訴えとして表面化することは少なかった。これには、以下のような要因が推定された。

1. 症状があっても、避難所という現環境の直接的影響と考えており、「仮設住宅」に入居出来ればすべて解決すると信じ、現状に耐えていること。
2. 精神障害に対する根強い偏見の存在。
3. プライバシーのほとんど守られない避難所生活は、明らかに心的外傷体

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

験となっており、いまだ心的外傷「後」となっておらず、現状で外傷が深まりつつある段階にあり、これが逆にPTSDすなわち心的外傷「後」ストレス障害としての症状の発現を抑えていること。

4. 避難所生活が集団生活であることから一種「集団精神療法的効果」をもたらし、症状の悪化を防いでいること。

3) 現状に即した精神保健活動の計画

2) で示したような事情を考えると、被災者からの積極的な訴えは期待できず、また問題が根深いことから長期の対応が必要と思われた。そこで、積極的に症状を訴えてこない一般被災者を主な対象とし、かつ長期の活動を可能とするために被災者を中心とした自助組織を構成することで現状に対処することを試みた。

PTSDの対処法として重要なのは、第一にこの障害について対象者に十分に知ってもらうこと、すなわちPTSDはいわゆる「精神病」ではなく、災害による心の傷に起因するごく自然な生理的反応であること、被災者であれば誰でも体験する可能性のあることなどである。そして、現実から逃げず、どのような災害であったかを前向きに考えること、仮に不安や緊張が続き、諸事に対して無感動や無関心になっても、そうした気持ちを否定しないことなどが重要であるといわれる。

Yalomによれば、集団精神療法には以下の治療的因子があるとされる。1) 希望をもたらすこと、2) 普遍性、3) 情報の伝達、4) 愛他主義、5) 対人関係：自己表現、6) 対人関係：関係技術、7) 模倣行動、8) カタルシス、9) 実存的因子、10) 凝集性、11) 家族力動理解である。このうち、PTSDに対しては、「普遍性」、「情報の伝達」、そして「カタルシス」が有効であろうと思われた。普遍性とは、「自分一人が悩んでいるのではない」ことを実感することであるが、これによって「PTSDが誰にでも生じ得るものである」ことを体験的に認識を促す。情報の伝達は、被災者がPTSDについてある程度の知識を持つことで、彼らにこの障害に対する一種の支配感をもたらす、いわゆる「知性化の防衛」を強め

て治療的かつ予防的に作用する。カタルシスとは、心に深く抑圧されている、恐怖、怒り、嫌悪感あるいは不満などを意識的に喚起することでこれらを解放するものである。被災者の苦しい思いを言語化、あるいは絵画などで表現することによってカタルシスが得易くなる。これもPTSDの主たる原因とされる意識下に潜んだ心的外傷をある程度軽減する効果が期待できる。これらに加えて、集団を対象としていることからスクリーニング的効果も得られる。隠れている重症者をピックアップして地元の精神科医などによるインテンシブな治療へと誘導するのである。

以上の条件を満たすものとして、集団精神療法を基本とした住民主体の group activity (GA) を検討した。

4) group activity の実行にあたって

前述したように、被災者にはPTSDに対して「精神病ではないか」という誤解があり、これを対象とした集団精神療法に参加するには相当の抵抗が予想された。そこで、GAの実行にあたっては、「集団精神療法」を前面に出さず、「気軽な話し合いの会」とした。さらに、参加者集めも被災者の中の理解者に協力を求めることでこの抵抗の軽減を試みた。

日本人の性格特性から、集団の中で安心して参加できる(目立たないと自覚できる)人数の設定として15人以上、効率から30人以内を一応の目安とした。また、多人数の前で自分を表現したり主張することに慣れていないので、基本的システムは group therapy の手法をとるが、形態は一部「講演形式」を取り入れることも検討した。例えば、メンバーからの発言が少ない場合、リーダーが地震体験とその後の心理状態(不眠、不安、意欲喪失、緊張など)について語り、オブザーバーがその解釈や解説を行う…といった方法である。さらに、アセスメントとして、リーダーとオブザーバーが、話し合いのまとめや、PTSDなど心理問題の解説を行うこととした。また、状況に応じて、絵画療法など芸術療法などの手法をとることも検討した。

GAを実行するに際して、精神療法対応は狭くPTSDにしぼられた。本来の集団精神療法の目的である生活技法的な問題に

は深入りをせず、世間話程度のレベルにとどめた。PTSD以外の精神障害の疑いをもたれた場合は、症状の軽重にかかわらず、オブザーバーと相談して専門医につなぐこ

ととした。

以上の検討の結果、計画は以下のようにまとめられた。

Group Activity (GA)

1) GA の目的

1. 啓蒙 (PTSD の理解や情報の伝達)
2. PTSD の予防、軽症例の治療
3. スクリーニング (重症者のピックアップ→ intensive な治療へ)
4. 保健室と被災者との交流の場としての機能

2) GA のモデル

1. オリエンテーション (3-5分)
2. 課題探し (5-10分)
原則として「震災体験について」「現在、神経症症状で困っていること」など震災関連の話題をリーダーから提案する
受け入れられない場合、「自分が今困っていること」など日常生活の話題を提供してもらう
絵画療法、音楽療法などの選択も可能
3. 課題に関する話し合い、あるいは絵画療法などの実施 (30-60分程度)
4. リーダーとオブザーバーによるアセスメント (5-10分)
補…所要時間は一応の目安、柔軟に対応する

3) GAの構成

1. グループリーダー 1名
2. サブリーダー 1-3名程度
3. グループメンバー 15-30名程度
4. オブザーバー 1-3名程度

4) 頻度 1回/週の割合 (日曜、15時に施行)、1回ごとに完結

5) グループリーダー

1. 保健室の看護婦、医師
2. 被災者の有志 (3月1日以降)

6) グループメンバー

サブリーダー (被災者) が希望者を募る

7) オブザーバー

1. CW、心理士、看護、精神科医など
 2. 地域の CW、心理士、精神科医等に協力を請う
 3. 派遣あるいはボランティアの CW、心理士、看護、心理系学生、精神科医など
- (可能な限りで、ある程度、心理学的知識やグループ療法の経

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

験のある人物)

- 8) 補…1. メンバーが 30 人を越すような状況になったら、グループを二つに分ける。さらに増加すれば、それに応じてグループも増やす。逆にメンバーが減少した場合、グループを減らす。さらに減少した場合は、サブリーダーとリーダーだけでもセッションの場を維持する。
2. 状況、事情に応じて coffee group therapy 等を応用するあるいは、メンバーが飲食物を持ち寄って提供する。

＜考察—精神保健活動を実行して—＞

避難所の状況を、表面的に観察しただけでは、診療所受診者に占める精神科患者の割合が少ないこと、被災者らの明るく陽気な会話、元気な子供たちなどマスコミなどで伝えられるほど心の問題が深刻になっているようには見えない。しかし、直接被災者の間に入ってゆくと状況は一変する。

報告者の活動期間は、2月5日～2月9日、2月24日～3月1日であった。これ以降は、住民からの要請に応じてオブザーバーとして訪問している。

2月5日から9日までの間は、避難所で生活し、避難所と被災者の現状とその問題点の把握に務めた。個別に聴取すれば重大な心的外傷の存在は明らかであるにもかかわらず、積極的に精神科的症状を訴えてくるケースは希であった。これが最大の問題であると思われた。この要因についてはII-2)で示した。

この状況を考慮すると、過去の災害後の「心のケア」をヒントとした受動的な心理相談窓口の設定や、長期的に同一の担当者が行うことが困難な巡回診療や訪問指導のみでは限界があると思われた。そこで、「被災者主体の自助組織の形成」という提案となったのである。

2月23日から3月1日の間は、上述の状況をふまえて、現地スタッフとともに具体的な計画について検討した。この間は、住民の有志をまじえて勉強会を重ね、これに平行してGAの試行も行っている。試行の結果、被災者がグループリーダーになった場合、話題の中心がどうしても現在の生活問題に偏ってしまい、震災の話題に入れず、本来の目的を達し得ない状況となった。そこで、グループリーダーは、最終的には被災者が担当するにせよ、当面は保健室の

看護婦、医師が行うこととなった。GAの基本となった「集団精神療法」はほとんどの精神療法的手法や考え方でその効果が認められており、今後長期に様々な形で心理療法家や精神科医の協力を求めてゆく上で有利であると考えられた。また、一回ごとの完結とすることで、逆に長期に続け、より多数の参加を可能にしたと考える。これら試行錯誤の結果、II-4)の様なGA計画が作成された。

3月1日以降は、作成された計画に従って実施されている。ここからは、被災者がグループリーダーとなって実行されている。報告者を含めて専門家が後退したことで、重症の精神障害者がGAで見いだされた場合が懸念されたが、現在までのところ、intensiveな加療を要する精神障害者は見いだされていない。しかし、かりに重症者が現れたとしても、計画通り地域の専門医に引き継いでもらえると信じている。

セッションの後で、リーダー、サブリーダー、オブザーバーの他、参加者のうちの希望者で勉強会もかねる反省会を行っている。GAを進行させ、反省会を重ねるごとに、新規のリーダーやサブリーダーが現れると思われる。原則的に、リーダー、サブリーダーを替えずに長期に続け、住民の間に浸透することをめざしている。そして、メンバーが仮設住宅等に散っても、その場その場で心理问题対策の核となれることを期待している。

文献)

1. Yalom, ID, Houts, PS et al.: Prediction of improvement in group therapy. Arch. Gen. Psychiatry 17:159-168, 1967.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th Ed. Washington, D. C., 1994.

4. メンタル・ケアをめぐるⅡ

東京大学心療内科 辻内琢也

<はじめに>

さながら空襲後の焼け野原然となっている現実の姿をひとたび目にし、執拗に繰り返される余震にひとたび揺られれば、どれほどの大きなショックが神戸市民を襲ったのか想像に難くない。

筆者がシェアの活動に参加した震災後約3、4週間目（2月14～20日）という時期は、灘区内の開業医の約80%が診療を再開し始め、高血圧・糖尿病・脳血管障害などの内科系慢性疾患患者のほとんどが近隣の医療機関を受診できるようになり、それまで続出していた老人の肺炎患者もほぼいなくなってきた時期だった。ところがそれに引き替え、軽い感冒症状などを主訴に受診する者のほとんどに、不眠・易疲労感などの様々な心身の不調が見られるようになり、まさに「メンタル・ケア」「ストレス対策」の必要性が叫ばれ始めた時期だった。

今回は、筆者が診察した被災者の問診カードの集計結果と、実際のいくつかの症例を通して、大地震という自然災害の後にどのような「こころの問題」が現れ、そしてどのような対処が必要なのか考えてみたい。

<問診カード集計結果から>

限られた診療時間内に、被災者の方々の心身の問題点をより深く理解できるように、筆者が1週間に診察した80名の方全員に、診察の待ち時間を利用して問診カードの記入をお願いした。その結果を表1（文末参照）に示した。

1) 最も多く見られた身体症状は「風邪症状」で85%、ついで「易疲労」が64%、「不眠」が59%、「食欲不振」が40%に見られた。精神症状としては「イライラ（36%）・ドキッとす（31%）・腹が立つ（23%）」などの覚醒の亢進（神

経過敏）症状と「抑うつ気分（35%）・おっくう（29%）・死にたい（19%）」などの抑うつ症状が共に多かった。このことは、ちょうど震災より3～4週間目が、AMD Aの精神科医・桑山も述べている(1)ように、災害後の精神状態としての“英雄期”と“ハネムーン期”に相当する高揚した時期から疲労やうつ症状が噴出する“幻滅期”や“再建期”に移行した時期だったことを示している。

2) 次に、もともと病気を持っていた人や被害の大きかった人ほど、当然心身の不調がひどく出やすいと思われるが、今回それを裏付けるデータが得られた。

①まず「慢性疾患のある者」42名（52.5%）には「ない者」と比較して、「風邪症状・食欲不振・めまい・易疲労・気分が沈んでゆううつになる・ささいな事に腹が立つ」の各症状が統計学的に多く見られた。このように慢性疾患の存在が、精神身体症状出現の大きなリスクとなることは、1987年のエクアドル地震や、1994年の普賢岳噴火災害においても指摘されていることでもある。

②「近親者死亡のある者」12名（15%）には「ない者」と比較して、「易疲労・物事がおっくうである」が多く、逆に「風邪症状・食欲不振」が統計学的に少なく、その他「胸痛・胃痛・下痢・便秘・頭痛」などのほとんどの身体症状も相対的に少なかった。このことは、負傷の治療や生き残るための苦闘によって、精神麻痺や過剰自己制御などの「悲嘆の抑制」が生じた結果であると考えられることもできる。またストレス学説から考えても、近親死という強いショックに対する防衛としての反ショック期や抵抗期（副腎皮質ホルモン分泌が亢進し、体温・血圧・血糖および神経系の活動が亢進する時期）が長期化した可能性もある。

③また、「建物全壊のある者」59名（7

第2章 緊急事態の中での医療と福祉

3.8%)には「ない者」と比較して、「不眠・気分が沈んでゆううつになる」が統計学的に多く見られた。同時に統計学的には有意でなかったが、全壊群に「全般的反応性の麻痺(抑うつ気分・死にたい・おっくう)」や「外傷的な出来事の再体験(悪夢・フラッシュバック)」が相対的に多く、逆に非全壊群には「覚醒の亢進症状(イライラ・腹が立つ・ドキッとすること)」が多く認められた。これは、私有物全てを失うという重大な精神的ショックのために、活動性が低下し、抑うつ的になっていたとも考えられる。この六甲小学校のデータは、河野胃腸科医院を受診した患者304名(約40%の人が自宅生活者)の自覚症状の出現率(2)と比較しても、明らかに高い。

以上の結果から、もともと慢性疾患を持っている人、近親者が死亡した人、家屋が全壊した人は、より重い症状が多く出やすいことがわかった。したがって、今後はこのような面に注意を向けた医療援助を考える必要がある。

<実際の症例から>

症例1 65歳・女性・主婦。近親者死亡(+)、全壊(+)。[主訴]:動悸。[既往歴]:高血圧。[自覚症状]:頭痛・めまい・不眠・ゆううつ・死にたい・イライラ・腹が立つ・フラッシュバック。[現病歴]:90歳の母親と古い木造2階建てに二人暮らし。地震直後に家屋は全壊、生き埋めになる。救助されるまでの数時間に、母親は患者と手を握り励ましあう中息をひきとった。震災直後は風邪のために避難所で寝込んでいたが、約2週目頃から次第に上記症状が出現し始めた。現在は保障を求めて各役所巡りをする毎日で、大蔵省にも電話で抗議したと言う。[現症]:頻脈および高血圧状態、胸部聴診上異常なし。[診断]:ストレスによる動悸・頻脈、不眠症。[治療]:漢方薬(加味逍遙散7.5g)・睡眠導入剤(ハルシオン0.125mg)を投与。[経過]:2日後に再来、「よく眠れるようになりました、話を聞いて頂いたおかげで随分楽になりました。あの薬をまた下さい」と話す。

症例2 54歳・男性・清掃業。一人暮らし。近親者死亡(-)、全壊(+)。[主訴]:胸痛・全身倦怠感・意欲の低下。[既往歴]:

胃十二指腸潰瘍・低血圧症。[自覚症状]:風邪症状・食欲不振・頭痛・めまい・易疲労・イライラ・死にたい・おっくう・ドキッとすること・悪夢。[現病歴]:震災後1週間は疲れを全く感じなかった。その後風邪をひいてからほとんど寝たきりの状態が続き今は痰のからんだ咳と全身のだるさが残っており、時々胸や脇が刺されるように痛むことがある。[現症]:低血圧状態、胸部聴診上異常なし。[診断]:うつ状態、ストレスによる胸痛、感冒の遷延化。治療:胸痛が持続するようであれば心電図・胸部x線検査を勧め、漢方薬(清肺湯5g・補中益気湯7.5g)投与。経過:2日後に再来し「咳が少しよくなりました」と話す。うつ状態もやや改善。

症例3 48歳・女性・主婦。夫・子供(幼稚園児)と3人暮らし。近親者死亡(-)、全壊(+)。[主訴]:不眠。[既往歴]:更年期障害。[自覚症状]:風邪症状・イライラ・ドキッとすること・時間に追われる。[現病歴]:2年前に閉経しホルモン剤を飲んでも回復しなかったが、震災翌日に生理が始まった。当初は家族も皆助かってうれしい気持ちで高揚していた。ところが2週間を過ぎる頃から、日中は自宅の片づけで疲れているはずなのに、夜中の3時頃必ず目が覚めてしまいコーヒーなどを飲み出してしまう。体育館で夜中中電気がついていのもつらい。[診断]:急性ストレスによる生理の再開、不眠症。[治療]:セルシン5mg夕、ベンザリン2mg眠前、漢方薬(加味逍遙散7.5g)を処方。

症例4 42歳・女性・小学校教諭。夫・子供二人(中学生・小学生)の4人暮らし。近親者死亡(+)、全壊(-)。[主訴]:顔面チック・頭痛・めまい。[既往歴]:慢性胃炎・貧血症。自覚症状:ゆううつ・おっくう・ドキッとすること・悪夢。[現病歴]:自宅マンションは大丈夫だったが、震災後3日間は安全のため自宅近くの避難所で生活。自宅から見た倒壊した高速道路と火事の光景が時々襲ってくる。すぐに自分の勤める小学校に駆けつければよかったと後悔し、1~2週間はすごく落ち込んでいた。もともと頭痛もちだったがその頃からひどくなり、顔もひきつれるようになった。数日前にやっと学校の授業が再開して、少しホッと

た。クラスの子供達の前に立っている時が一番自分らしくしていられ、顔もひきつれない。安定剤はこわくて飲みたくない。

[診断]：ストレスによる顔面チック、筋緊張性頭痛、自律神経失調症。[治療]：漢方薬（当帰芍薬散7.5g）を処方。[経過]：数日後、廊下で見かけたところ、「調子いいですよ」と答える。

症例5 4歳・女性・幼稚園児。母・祖母と3人暮らし。近親者死亡(-)、全壊(-)。

[主訴]：恐がって自宅に帰りたがらない。

[自覚症状]：風邪症状・不眠・ドキッとする・悪夢・いやな光景がふと頭にうかぶ。

[現病歴]：被災後数日は避難所生活をしてきた。自宅が大丈夫だったので帰宅するが、夜になると恐くなって眠れなくなってしまう、近くにある荷物につかまってしまうを言っている。そのため結局、避難所に戻ってきて生活している。最近では赤ちゃん言葉が出てきて、絵を書かせると雑多な色のクレヨンを使って、ぐしゃぐしゃに真っ黒に塗りつぶしてしまう、形のあるものは全く描けなくなった。[診断]：心的外傷後ストレス障害の疑い。[治療]：（母親に対して）赤ちゃん返りを認めて甘えさせてあげ、よくスキンシップをとるように。どんな絵でも自由に描かせる。自宅でも大丈夫であることを徐々に体験させ、時間をかけて自宅に戻るようにする。症状が続けば児童相談所受診を指示。

<まとめ>

問診カードの結果から、身体症状を主訴に受診した者の実に64%に精神症状が見

られたこと、そして上記の5症例からも、ストレスが様々な身体症状を作り出していることがわかる。明らかな精神症状があれば精神科受診も考えられるが、ほとんどの場合が身体症状を前面に出しているの、一般診療所を受診することになる。したがって、医療援助に参加するプライマリケア医や一般開業医には、このような心身の諸症状に適切に対応できる技術が必要になると思われる。よく話を聞き受容・共感するカウンセリングの技術、そして適切な抗不安剤・抗うつ剤・睡眠薬の使用、また心身を一体として見る漢方診療も有用であると思われた。

<最後に>

1週間という短い期間であったので、受診された被災者の方々を、責任をもって症状がよくなるまで経過を追えなかったことが、残念でもあり申し訳なかったと感じています。それでも、一期一会の中で多くの方々が心の内を割って話しをして下さったことは、人間の生き様の奥深い面に触れる深い体験をさせて頂けたという思いでいっぱいです。今後の被災者の方々の心身の健康を、心よりお祈り申し上げます。

<参考文献>

- 1) 菅波 茂編著：とび出せAMD Aーアジア医師連絡協議会の活動。厚生科学研究所，東京：1995
- 2) 河野博臣著：震災診療日誌。岩波書店，東京：1995

表1. 問診カード集計結果

現在の症状	被災者 全員(80人)		慢性疾患の有無				近親者死亡の有無				建物全壊の有無			
	n.	%	あり(36人)		なし(44人)		あり(12人)		なし(68人)		あり(59人)		なし(21人)	
身体症状			n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
かぜの症状	68	85%	33	87%	35	80%*	8	57%	60	88%+	51	86%	17	81%
動悸	17	21%	10	26%	7	16%	3	21%	14	21%	13	22%	4	19%
胸の痛み	14	18%	9	24%	5	11%	2	14%	12	18%	10	17%	4	19%
食欲がない	32	40%	18	47%	14	32%*	2	14%	30	44%+	21	36%	11	52%
胃の痛み	16	20%	8	21%	8	18%	2	14%	14	21%	13	22%	3	14%
下痢	5	6%	4	11%	1	2%	0	0%	5	7%	4	7%	1	5%
便秘	16	20%	8	21%	8	18%	2	14%	14	21%	14	24%	2	10%
頭痛	28	35%	14	37%	14	32%	3	21%	25	37%	20	34%	8	38%
めまい	14	18%	10	26%	4	9%*	3	21%	11	16%	10	17%	4	19%
疲れやすい	51	64%	29	76%	22	50%**	11	79%	40	59%**	37	63%	13	62%
よく眠れない	47	59%	25	66%	22	50%*	7	50%	49	72%	38	64%	9	43%*
その他	20	25%	8	21%	12	27%	1	7%	19	28%	12	20%	8	38%
精神症状			n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
気分が沈んでゆううつになる	28	35%	17	45%	11	25%*	6	43%	21	31%	25	42%	4	19%**
なんとなくイライラする	29	36%	15	39%	14	32%	6	43%	23	34%	21	36%	9	43%
死にたいと思うことがある	15	19%	9	24%	6	14%	4	29%	11	16%	13	27%	3	14%
物事がおっくうである	23	29%	14	37%	9	20%	6	43%	16	24%*	18	31%	5	24%
ささいなことに腹が立つ	18	23%	6	16%	12	27%*	2	14%	16	24%	13	22%	6	29%
小さな物音にもドキッとする	25	31%	12	32%	13	30%	6	43%	19	28%	16	27%	9	43%
こわい夢をみる	12	15%	8	21%	4	9%*	1	7%	11	16%	9	15%	3	14%
いやな光景がふと頭にうかんでくる	16	20%	10	26%	6	14%	3	21%	13	19%	13	22%	3	14%
時間に追われている感じがする	10	13%	5	13%	5	11%	2	14%	8	12%	7	12%	3	14%

n. : 人数 * : <0.10(あり>なし) + : <0.10(あり>なし) ** : <0.05(あり>なし)

第3章 活動を運営していくために

1. 東京の活動支援体制

中井 郁

1. ボランティア確保

現地での救援医療活動を円滑かつ能率よく行うためには適切な人数の適切な人材が必要である。そのためには現地のニーズに応じて人材を派遣しなければならない。震災発生からの時期によって、ボランティア確保の経過について述べたい。

急性期・確立期（1月20日～31日）

第1団の沢田たちが阪神に出発したあと、この活動を継続するためにはボランティア確保が絶対に必要だった。東京では、現地からの人材要請に従い、人材の確保を開始した。MSFのフランス人医師が20日、沢田たちに同行したこともあり、MSF関係の紹介でボランティアの問い合わせが何件かあった。JANIC（NGO活動推進センター）の紹介で問い合わせしてきた人もいた。また会員から「活動してるのでは？」と問い合わせしてくれた人もいた。その方々に加え、事務局から個人的に行ってくれそうな人材に依頼し、この時期の現地の必要を何とか満たすことができた。

19日からボランティア登録を受け付けた。その登録用紙はJOC Sが当初の現地コーディネータ国井修医師からの要請で作成したものを使った。それに従い、ボランティア希望の問い合わせがあると登録し、派遣の必要がある場合にはこちらから改めて連絡する形をとった。最初の1、2日は人的資源の情報を全てJOC S関西の方へ送っていたが、その後JOC Sの登録受付作業が膨大になってきたため、シェアに登録した方はシェアで受付、派遣することにした。

登録項目は、名前・連絡先・可能な期間

（何日何時・いつまで）・職種・宿泊状況（寝袋持参・各自負担の了解）の説明と確認・持参可能な医薬品など。当初は緊急であり、最も迅速な連絡方法として電話番号のみで登録してもらったが、状況が落ちつくに従い住所も登録した。

確立期・移行期（2月1日～28日）

震災後しばらくして、無惨な神戸に胸を痛め、大勢の人たちが自分たちも何かしたいという声をあげ始めた。人材が常に足りず、現地からの要請に四苦八苦していた活動初期とはうって変わって、ボランティア熱がどんどん高まっていく中、シェアにも問い合わせの嵐が押し寄せた。マスコミ報道がそれに拍車をかけた。

1月31日「医療活動を行うNGOがボランティア募集」という記事が朝日新聞に載った。それをきっかけに文字どおりボランティア希望者の対応に東京事務所はかかりきりとなってしまった。電話でのボランティア受付に追われ他の業務が何もできなくなり、しかたなく午後7時以降、FAXだけで受け付けることにした。しかし、実際の現地のニーズとしては、2月上旬にはそろそろ撤退準備を始めている。撤退準備を始めたと同時に活動を縮小していかなければならない。現地の状況に従い刻々と活動内容・ニーズは変化し、それに伴い必要とされる人材も変わっていった。現地で必要とされる人材は、被災後2週間後には量的にどんどん減ってきていた。そのため大勢の方々にボランティア登録して頂いたが、実際に現地で活動に参加してもらったのは残念ながらごく一部の人たちだけとなってしまった。ボランティア希望者の思いに裏

切るようで辛かったが、現地の状況・ニーズに沿って行うのが私たちの活動であり、現時点では人材は足りていることを理解していただけるようにできるだけ説明した。

一方、現地で直接受け入れたボランティアについては東京側ではほとんど把握できていなかった。また医療班をとりまくボランティアについても把握できていなかったことは、深く反省すべき点である。

東京では、活動参加者全員に対し事前に現地の状況・活動についての簡単なオリエンテーションを行った。現地に入る前に、持ち物等の準備、心構えを含め、ある程度のことを把握しておいて頂ければ、活動しやすいだろうと考えたからである。またいろいろな無駄も省けるだろう。しかし、刻々と状況の変わる中、アップ・デイトの情報を伝えることはなかなか大変だった。実際、東京事務局でも把握できていないことが多くあった。

移行期（3月1日～17日）

シェアの医療班は2月末に地元の医師会、保健所に引き継いで撤退した。震災後1カ月半たった当時、六甲小にはまだ約1400人の避難者がいた。突然、医療班がいなくなったのでは住民に不安が募るだろうと考え、コーディネータ1、看護婦2の保健相談チームが3月中旬まで残ることになった。そのメンバーには、これまでの活動に中心的な存在で参加して下さってきた看護婦さんたちに、シェアから依頼して入ってもらった。

<反省点>

今回の活動で、活動の方向性を決める司令塔であり、人材や物資を調整するコーディネータの重要性を思い知らされた。刻々と変化していく被災現場で、その適切な状況判断に応じた活動の方向性を決める意志決定機関は組織として活動していく上で必須である。また、組織としての活動の中で、個々のボランティアの能力を最高に発揮してもらうためには、その役割分担などを調整するコーディネータが不可欠である。その個々のボランティアの働きをまとめ、調整し、組織の活動に統一していくのもコーディネータの役割である。

今回の最大の反省は、シェアのコア・メンバーからコーディネータを長期で出せなかったことが挙げられる。シェアのコア・メンバーも、専従を除けば本業の合間に活動を行っていたので、長期現地滞在は非常に難しい状況であった。しかし、今後も緊急医療活動を行う心積もりならば、災害当初の1カ月間はせめて1週間交代でシェアのコア・メンバーが現地のコーディネータを務められるような体制を準備しておくべきだろう。

<責任の所在>

緊急活動とはいえ、シェアは医療救援を行う民間海外協力団体である。今回のようにパッチワークのように医師、看護婦が入れ替わり立ち代わりした活動では、診察・看護した患者に対する責任はどこにあるのか？

またボランティア参加者に対する責任は誰にあるのか？ シェアから派遣したボランティアにはボランティア災害保険を全員に掛けていたし、幸運にも過失も事故もなかったが、もし起こった場合、いったい誰が責任を取るのか？

緊急医療活動の責任の所在について、シェアとしてのコンセプトを確認しておく必要があるように思う。

2. 通信連絡

震災後、鉄道、幹線道路などすべての交通網を絶たれ、神戸は陸の孤島となった。電話がなかなか通じず連絡手段も心配していたのだが、出発前日まで携帯電話の手配に気が回らなかったことは大失敗だった。大阪で手配を頼んだのだが、震災後携帯電話の申し込みが殺到したらしく、結局1月23日まで入手できなかった。そのためにJOC Sが用意した携帯電話を借りることになった。しかもただでさえパンクしている電話回線である。なかなか連絡が取れず（電話がつながらず）に焦ってばかりいた。今後の緊急時に備え、少なくとも普段から協力関係にある団体とは、例えばハム・無線など電話以外の通信手段も考えておく必要があるかもしれない。

20日に入った平木小学校は、被災地の東の玄関ともいえた阪急西宮駅から徒歩圏内だった。そのため人材・物資なども21

第3章 活動を運営していくために

日には十分に供給されるようになったという。通信についても、22日から入った六甲小学校と比べると連絡が取りやすかった。また平木小学校は、1月26日に阪神が青木駅まで復旧するまでは、六甲小学校に向かうボランティアの足場としての役目も果たしていた。

現地とは、平木小学校、六甲小学校ともに毎日、活動報告・業務連絡を取り合っていた。FAXの使用が可能になってからは文書で連絡しあった。FAXは六甲、平木各小学校のものを使わせていただいたのだが、職員室にあったため、こちらからの送信はなるべくひかえ、また送信する前に連絡を入れるようにした。できれば自分たちのFAX回線があれば、通信はより容易であったろう。

3. 情報収集

震災翌日から各団体に直接問い合わせた。被災地の現状を含め活動についての情報交換を行い、互いに協力できるものはないかさぐり合った。しかし、シェアも含め救援活動に携わったほとんどの団体が現地との対応で手がいっぱいだったのではないだろうか。そこに問い合わせへの対応が加わった。煩雑な仕事が余計に煩雑になった。この震災をきっかけにパソコン通信を情報源として利用する人が増えたというが、理想としては、一つのところに情報を集め、団体、個人を問わずそれを必要とする者には誰にでも利用できる情報システムがあれば情報収集・通信の時間・手間が省けたであろう。

一方で、今回の活動で経験したことの一つに、互いに協力し合えることを確認し合っても、ふだんから交流のない団体とでは、その協力体制がなかなか円滑には実現しなかったことである（東京レベルでのことだが）。緊急時、スムーズに協力して活動するためには、日常レベルでの交流が必要かもしれない。

また、現地では六甲小学校・平木小学校という被災地のいわばある一点で活動していた。電気、ガスも不通、外部との交通網、通信網もほぼ閉ざされていた中、現地スタッフに入る被災地全体の情報は限られていたであろう。被災地外の指令塔ともいえる東

京から、もっと全体の情報（被災地の全体状況、行政や他団体の動きなど）を送るべきだった。被災地の全体図と局部図の両方が把握できてこそ被災者のニーズに応じた能率良い活動ができるのではないか？

4. 募金・会計

緊急救援は、いつ起こるか分からない自然・人的災害に対応して活動を開始する。シェアの原点は、緊急救援から始まったのであるが、現在は主にタイ、カンボジアで地域医療・保健活動を行っている。また専従2名の小さな民間海外協力団体でしかない。そのため、災害に対しての準備が普段からできているとは決していえない。今回も震災直後、予算は全くない状態から活動を始めた。そのためボランティア参加者には交通費を含め全て自費でという了解を得てから、現地に向かってもらった。

先発隊が出発した1月20日に初めて関係諸団体に緊急アピール「兵庫南部地震医療救援活動へのご支援のお願い」を送った。会員向けに初めて募金を呼びかけたのは1月28日のことだった。1月31日に朝日新聞に医療救援を行うNGOとしてボランティア募集・募金の記事が掲載され、全国から募金が集まった。その後シェアから依頼して仕事をしてもらったコア・スタッフに交通費と日当（6400円）を支払うことが可能になった。

阪神大震災は、身近な国内で起こった大惨事だったため、人々やマスコミの関心が高く、シェアで特別なことをしなくとも人材、寄付金ともに集まった。しかし今後大切な事は、今回の反省を踏まえ、これから起こり得る災害に対し、シェアがどのように対処していくかであろう。そのためには当然、その予算を含めた準備が必要となってくるであろう。

5. 広報

東京事務所には阪神の活動の広報を行う人材も時間もなかった。当初、専従二人のうち一人が阪神の対応をしていたが、1月31日に新聞の広報に載って以来、ボランティア受付だけに事務局の労力の大部分が使われることになってしまった。阪神の活動についての広報どころか従来のシェアの

機関誌までストップしてしまった。今振り返るに、阪神の広報のために専属のボランティアをお願いすべきであった。2月9日におこなわれた東京での報告会は、「神戸にはいけないが何かしたい」というボランティアの方にほとんど準備して頂いた。

6. 事務局体制

緊急救援のみならずいかなる活動を行う

にも事務局の後方支援があつてこそ、円滑に活動が行える。シェア事務局は日常時でさえ100%以上のフル回転している。すなわち、緊急活動が加われば、当然日常の業務のうち何かが滞ってしまうのである。今後緊急救援活動が始まった場合は、事務局でその活動に専念するスタッフをボランティアのなかからできるだけ早期に確保することが必要と考えられる。

2. 現地のアドミニストレーション

仁科晴弘

1. コーディネータ

A. 主な仕事を以下にしめす

- 1) 現地医療チームの活動の方向性を討議・決定。
- 2) 医療班ボランティアの調整・割り振り等。医療班会議の司会・運営。
- 3) 関西NGO医療ボランティア(KNN)内の連絡調整。
- 4) シェア東京との連絡調整。
- 5) 避難所内の他機関(自治組織、学校側、学生ボランティア等)との連絡調整。
- 6) 現地他機関・団体(地方公共団体、保健所、医師会、看護協会、災害対策本部、滋賀県等)との連絡調整。
- 7) 救護所連絡会議への出席。
- 8) マスコミへの対応。
- 9) 記録(日誌など)

B. 問題点

1) コーディネータとなりうる人材の確保
シェア東京と現地医療班は十分な連絡(意志疎通)をとりあい、同じ方向性で有機的に仕事を続けてゆく必要があり、コーディネータは普段シェア東京オフィスで働いており、コーディネーションの経験のある者になるべく加わるようにした。またチームリーダーとして、現地他団体に対する“医療班の顔”としての働きも重要であったため、最低1週間は継続して参加できることを原則とした。

しかし実際のところシェア東京自体の人材不足が根本にあり、また各人とも病院勤務など日常の仕事との兼ね合いが難しく、長期にわたり上記の条件を満たす人物を送り続ける事は困難であった。

2) 継続性

そのためもあり(申し送りの不十分もその原因のひとつではあるのだが)、医療班全体の方向性が時に継続性を持たない印象を与える事があった。沢田が毎週のように土・日曜に東京から駆けつけることにより、その不備を補う努力を行った。

3) 技術上の困難さ

言うまでもないことだが、コーディネーションという業務は微妙な人間関係や組織関係の調整や、必要な情報の収集と選択、ニーズの掘り起こしといった非常に繊細な仕事内容を多分に含んでいた。また、ときには個人的感情に流されずに冷静に中長期的な展望・計画を立てなければならないことがたびたびあった。今回の医療班のコーディネータは日常は臨床医である者が多い。日頃の仕事とは一味も二味も違うところがあり、十分にコーディネータとして求められた仕事ができないことも多かったようである。日頃の仕事の中でトレーニングするというのも難しいのだが、シェア東京オフィスetcで活動する事などは一助となるかもし

第3章 活動を運営していくために

れない。

技術的に難しかったと思えることは、はっきり言って枚挙にいとまがない。ここではその代表的なものを幾つか記す。

- I. 行政などとの調整・・救護所での医療保健へのかかわりは、当然ながら地元の保健所や医師会との連携なくしては考えられないものである。理屈でそう分かっているながら各団体の思惑が微妙に違っていたり、我々自身不慣れな事もあり、十分な意志の疎通や情報交換ができない事も多く、伝えるべきことを伝え損なったり、「出過ぎたまね」をしてしまった事もあった。
- II. ニーズの掘り起こし(選択)・・震災後しばらくは、救護所内の医療保健上のニーズは一見無尽蔵にあるように見えた。しかしその多数のニーズの中から優先順位の高いものを順次掘り起こし、我々のできる事、すべき事、してはいけない事などを判断し、チームとして活動の方向性を決めていかねばならなかった。方向性はもちろんミーティングの中で決められていったのであるがコーディネータの判断は重要なウエイトを占めていた。
- III. さまざまな人々のコーディネーション・・医療班のメンバーは、多種多様な思惑(期待感)全国各地から集まってきたさまざまな業種の人々によって構成されていた。もちろんひとりひとりの価値観はさまざまであり、日常働いている職場のように似た価値観の中で「いつものように」仕事をするのとは勝手が大きく違っていた。コーディネータ自身とても戸惑ったり、時にメンバーの心情を付度しきれずに、チーム中の不協和音を上手に收拾しきれない事もあったように思う。
- IV. マスコミへの対応・・日頃接する機会がほとんどないだけに、マスコミ(特にテレビカメラ)には非常に困惑し、ストレスがつのった。その中でも2月の上旬に1週間ほど泊まり込みでのテレビカメラ密着取材を受けた時には浮き足立っていたな、と今になって思える。また、「取材する側の意図と手法を事前に十分に話し合っておくべきで

あった」と反省させられた悲しい擦れ違いが取材者との間にみられた。

4) 多忙

コーディネータの仕事は前述したように膨大であったが、震災後しばらくはスタッフの全体数が少なく、2月7日頃までは診察室で白衣を着て診療を行いながらコーディネータ業務もこなさざるをえなかった。そのため記録、細かい打合せなどが後手に回る事も多かった。スタッフの数に余裕が出てからは、コーディネータは白衣を着ることなく、終日コーディネータ業務に集中できるようになった。

2. ボランティアの受け入れと割り振り

全国各地からボランティアの方々がはせ参じてくれた。あるものは新聞記事を目にして、あるものはテレビのボランティア募集の話聞き駆けつけてくれた。中には、取るものも取りあえず思わず神戸に来たが働く場所が解らず、灘区役所などから紹介されてわたしたちの活動に合流した人も少なくない。

当初は関西NGO医療ボランティアの現地事務所も兼ねていた西宮市体育館が全国からのボランティアの申込みを受け付け、六甲小学校など支部の救護所にスタッフ(ボランティア)を割りふっていた。部分的にシェア東京オフィスが受け付けていた。しかし、私達の活動がテレビで紹介された事もあって、2月に入ったころからボランティアの申込みが全国から殺到し、西宮の仕事がその対応だけで忙殺される状況になった。そのため、主なるボランティア申込み窓口(受付・日程調整・派遣依頼・お断りetc)を全面的にシェア東京オフィスとJOC大阪オフィスにお願いすることにした。現地からは必要なスタッフ人数を知らせ、毎日連絡を取り合うことにより適切なスタッフ数の維持に努めた。

ボランティアを申し出て下さった方のほとんどがもちろん純粋に善意によっていることが十分解っているだけに、全ての方に十分に働いていただきたいといつも思っていた。しかし、現地の状況は毎日のように変わっていき、求められるボランティアの人数も時事刻々と変わっていった。皮肉な

ことに我々の活動がテレビ報道されてボランティア申込みが殺到するようになった2月に入った頃から現地の医療機関の復興が進み、結果として我々救護所は撤退を視野に入れた縮小を考えなければいけない状況になっていった。そのため申込んで下さったかなりの方の善意を断らなければならない結果となってしまった。

私達が一番助かると感じた（そして、恐らく被災された方にとってもお役に立てただろう）ボランティアは、「滞在期間は1週間以上で・自分の専門性にこだわらず、現地のニーズにあわせてくれる柔軟さを持ち・自分の充実感のためではなく被災している人のために居るということをいつも意識できるハートを持つ」そんな人だった。実際そんな方々が沢山居た。嬉しかった。

ところが残念なことに、善意のボランティア申込みとはいえ、現地の状況を全く理解せずある意味で「手前勝手な」申込みをして来る人も時折りおられ、当惑させられることがあった。たとえば「今度の土曜と日曜日に行ける眼科医だが、目のことで困っている人を周囲から集めておいてほしい」とか「土曜の午後に30人分のスープを届けたいのでコンロを用意してほしい」といった具合に。

実際のところこの頃には既に地元の開業医の先生が眼科の巡回診療を始めており、外部から2日来るだけのボランティアに診療を依頼することは効果的ではなかった。

30人分のスープも気持はありがたいのだが、千人以上の避難所での食事配布を考えると一部の人しか食べる事ができず、かえって不公平感のために不満を感じる人のほうが喜ぶ人より多いことになるだろう。やってみて初めて解ったのだが、何かを（特に食べ物を）配るという事は非常に繊細におこなわないと、かえってマイナスを生み出してしまふ事があるようだ。

3. 交通手段

マスコミ報道でも知られたように、震災による損害の為に交通網は大きな打撃を受けた。震災直後、鉄道各線は阪急が西宮中央駅まで運行できた以外、ほぼ兵庫地域は全線不通。高速道路は東灘区で倒壊し不通。幹線道路は援助関係の車両で大混雑、一日

中のろのろ運転しか出来ない状態であった。そんな中、全国各地から寄せられた援助物資やボランティアを交通上混乱のただ中の灘区などまで迅速に届けられたのは、ひとえに「バイク・ボランティア」の尽力のたまものであった。

六甲小や西宮体育館などキーステーションに250～400ccのバイクとライダーに常時2～3人スタンバイしてもらい、必要に応じて後ろにスタッフや資材を乗せて西に東に走ってもらった。当時、車だと5時間以上かかると言われた灘・西宮間をほぼ1時間で移動できた。それを毎日何往復もしてくれた。1月2月という雪のちらつくもっとも寒い時期に何時間もバイクを運転するというのは想像以上に寒く、過酷だ。しかも大渋滞の車の列の間を、後ろに人を乗せてすり抜けて走り続けるという事はとんでもなく神経と身体が消耗する作業である。当初は笑顔が溢れていたあるバイク・ボランティアの表情が日に日に固くなっていったことがそれを雄弁に物語っていた。しかし彼らは誰一人愚痴をいうことなく、黙々と日の当たらない縁の下の力持ちを続けてくれた。

バイク・ボランティアはラジオなどでも公募し、呼びかけに応じてくれた神戸近隣の大学生などが担当してくれたが、どうしても足りない部分は主に愛知のアジア保健研修所の関係者がわざわざ愛知からバイクをとばして来て補ってくれた。本当にありがたかった。

震災から交通網の回復する2月中旬までの我々の活動は、こういったバイクボランティアの働きなしは成り立ちえなかったといえる。



混成の救護チーム。知恵を出し合う

3. 反省と展望

仁科晴弘

これまでそれぞれの章において、経過報告とともに個別の問題点・課題について触れてきた。ここでは私達シェアの阪神大震災への緊急医療援助の関わり全体を振り返る中で、ポイントとなるいくつかの反省点を確認し、これからのシェアの緊急医療援助への関わりについて考えてみたい。

1. 初動

シェアは当初難民への緊急医療援助を主な活動として発足した団体であったが、その後緊急医療援助から地域における息の長い保健医療活動の支援へと、重点を移してきていた。そのため災害に対する医療救援活動の備えが充分でなく、震災の被害状況に関する情報を、通常の報道以上に得るネットワークすら持っていなかった。この事が、あれだけ大きな被害が起きている事を理解するのに少なからぬ時間を要した原因である。また、災害発生時の対応についての準備がなかったために、第一陣のメンバー派遣まで約2日を要してしまった。今後大規模な災害が発生した場合、シェアが活動の対象とする地域をその時々々の能力に応じて明らかにした上で、まず24時間以内に状況把握能力を持ったスタッフを現地に派遣し、その被害状況を自分の目で確認し、シェアとして医療救援活動を行うべきかどうかの判断を迅速に行う必要があるだろう。

また、災害医療救援活動の急性期（およそ3日間）には、技術的にトリアージ（患者の重傷度の評価と処置搬送決定）が求められる状況も少なくない。今回の震災では、シェアスタッフが到着したときにはその時期は過ぎていた。今後の大規模な災害発生時に、シェアもトリアージから協力できる時期にスタッフを派遣する必要があるかどうか、考え論議する必要がある。

2. 事務局体制

今回の活動の中で、後方支援体制の大切

さについても痛感させられた。ボランティアの確保・調整、資金の調達を始め、東京事務局の細やかな働き無しには現地の活動は成り立ち得なかった。今後も災害発生時には、後方事務局がいかに迅速・的確に機能するかによって活動全体のレベルが決まってくると思う。そのためには、初動に必要な基金の準備、災害時にスタッフを増員して支援を行う体制を作っておく必要があるだろう。

3. 現地でのコーディネーション

今回の阪神での活動により得た教訓は、災害医療救援活動においては、

- ① 現地の保健資源を充分把握できる（事情が良く分かっている）、
- ② 復興の支援を視野に入れた活動計画が立てられる（あくまでも復興の主役は現地の人である）

以上の基本的な視野を持った現地コーディネーターが長期に関わる事により、初めて真に効果的な救援活動ができると考える。現地の行政とも緊密に連絡を取り合い、自分達に求められている役割・位置づけを認識しつつ活動の方向性を立ててゆく事が重要である。また、後方事務局との円滑な協力体制の構築・継続は大切な仕事である。

4. ネットワーク

今後、他のNGO（JOCS、AHIなど）、ボランティア団体（YMCAなど）、保健医療機関（保健所、病院、診療所など）との信頼関係を築き、ネットワークを深め、災害時には迅速に協力して事態に対応できる体制作りを話し合っただけで済ませたい。

以上の点を踏まえ、皆さんのご意見・ご批判・提案を仰ぎ、今後も真に住民のニーズに応えられる緊急医療援助のあり方について、シェアなりの準備を進めてゆきたいと考える。

第4章 他団体との協力

1. 行政・保健所・医師会との関係

沢田貴志

今回の震災のように人的にも社会的にも資源が限られている中での活動は、そこに集まった団体が相互に協力し合い有効な資源の活用を行なっていく事が不可欠である。

私達が最も連携をとっていたのは、言うまでもなく関西NGO医療ボランティアの本部であり所属する他の医療チーム（灘小学校のJOCsなど）であった。しかし、これ以外でもう一つ密接な連携を求めていった機関がある。保健所である。緊急救援に於いては保健医療の情報が集積され、相互の調整をする機関が必ず必要であり、その機能を果たすべきなのは、地域の保健医療資源を把握し今後も継続的なサービスを提供する保健所がふさわしい。

1月21日西宮から灘に向かった関西NGO医療ボランティアの先遣隊（JOCsの国井医師・地元から参加した伊丹市民病院の加藤医師ら）が灘保健所を訪問する事から我々の活動は始まっている。灘保健所では把握している避難所の情報を提供し、先遣隊がこうした避難所を回り、最も被害が深刻と思われる避難所で仮設診療をはじめの事に決定したのである。21日に灘小学校、そして半日遅れて到着した私達が六甲小学校に活動地を決定し、保健所と災害対策本部の支持・協力を得て診療を開始した。避難所の健康問題は前述したように食料・居住環境などが大きな影響を与えるものであり行政機関との連携は不可欠である。

また、関西NGO医療ボランティアから私たちが与えられた任務は、単に一避難所の健康状態を改善するという事に留まらず、灘区全体の健康状態をどうやって改善するかという大きな課題も与えられていた。このためには、保健所に対して状況を伝え、提言を行な

っていくことが必要であった。六甲小学校の活動を開始してすぐに関西NGO医療ボランティアの現地本部（西宮中央体育館）から、灘保健所に働きかけ「医療チーム同士の話し合いの場」を作るように依頼があったのもこうした流れによるものである。

当初校内の避難者にたいする活動で手一杯だった我々は、保健所に対する働きかけを始める事ができずにいたが、スタッフが増え余裕のできた1月25日に、保健所に対して「医療救援チーム」間の情報交換のための会議の開催を要請した。幸い関西NGO医療ボランティアと行動を共にしていた他のチームからも同様の要請が出ており、保健所側もその必要性を感じており、この日の夕方から第1回の連絡会議が招集され「救護所連絡会議」と命名された。我々は、この会議の意義を重視しており、保健所に協力し区内の主立った救護所9ヶ所を直接訪ね、会議への参加を求めて回った。1つの医療チームを除いては、こうした会議の必要性を納得し参加を約束してくれた。

この話し合いには大きく分けて3つの重要な役割があった。1つは、新しくやってきた医療チームに現在必要とされているサービスが何であるかを理解してもらう事である。これは、医療チームのほとんどが毎週に人員が入れ代わっていたため、新しいスタッフがやってきたときに状況を説明する必要があった。

次にそれぞれの医療チームが互いの資源を知り合う事。救急車・レントゲン車などの車両・医薬品などの物資のほか、精神科医・眼科医などの専門医がどのチームに居るのかを把握することは極めて効果的であった。

また、短時間に大きく変化する現場の医療のニーズにあわせて重要な課題をテーマ毎に話し合う事も効果的であった。話し合われた

第4章 他団体との協力

テーマは、初期にはクラッシュシンドローム対策、避難所肺炎の防止策、高齢者・障害者の搬送先搬送手段の確保などが話し合われ、移行期に入ってからには精神科疾患の医療、地元医師会との分担連携の方法、患者さんの円滑な紹介の方法などが話し合われた。私達の重要な役割としては、こうした話し合いの場にそれぞれの時期に適したテーマを提供する事であった。

初期の混乱期には保健所にはスタッフも少なく、新たにやってくる救護班（医療チーム）に活動地を割り振るのに手一杯で、現場の医療ニーズを調査している余裕など全くなかった。こうした時期に、現場で活動している我々が、疾患の動向や現場の問題点を適切に伝えていく必要があった。初回の連絡会議で高齢者・障害者の搬送方法が明確になった事は、保健所（コントロールセンター）と我々（現場）との連携がうまくいった例といえる。

4番目の機能としては、非常事態下の特殊な形でスタートした医療を、復興と共に日常的に維持できる形に移行して行く触媒の役割である。このために、保健所・医師会・応援の医療チーム間で何度となく話し合いが繰り返された。灘区で比較的円滑に外来医療チームから地元医療機関への引き継ぎが行われた事に関しては、こうした保健所の水面下の努力が大きかった。被災した神戸市立中央市民病院から有能な中堅医師が調整員として保健所に派遣されていた事も大きな幸いであった。

過去の自然災害時の医療救援においても同様であったが、緊急事態下では、各保健医療資源が合同で話し合いの場を持ち、全体の保健政策を決めて行くことは不可欠である。今回の震災では、ほぼ全ての地域で保健所ごとにこうした会議が持たれており、これに協力しファシリテートしていくことは、NGOにとっても重要な任務である。

2. 灘区における関西NGO医療ボランティアの医療救護活動について

神戸市灘保健所長 水江 日出成

阪神・淡路大震災に際しましては、救護班を派遣していただき、被災者を救護していただきまして、誠にありがとうございました。

関西NGO医療ボランティアの救護班活動は、自己完結的であり、救護所の設置等について、保健所に対して特別な要求をされることもなく、理想的なボランティア活動であったと思います。当初は保健所も混乱しておりましたが、最初に灘区内の主な避難所をお示しただけで、あとはご自分で場所を選定され、施設責任者と交渉され、六甲・灘・摩耶3小学校に救護班を設置していただきました。これが灘区最初の24時間体制の救護所になりました。

自己完結的にもかかわらず、保健所に常に情報を入れていただいて連携をとり、貴重な提言をしていただきました。その一つが救護班会議開催です。救護班会議では多くのご意見を出され会議を活性化されたばかりか、各

救護班に対して会議の開催の連絡までしていただきました。この会議を重ねることによって、救護班医療から地域医療への引き継ぎがスムーズに行われたものと思います。

また関西NGO医療ボランティアの救護班は地域の診療所との連携をよくとられました。救急医療に徹して投薬も短期間にとどめ、地域医療の復旧に伴って、患者をできるだけ主治医や地域の医療機関へ返すという救護班としての最も大切な考えを実行されたものと思います。

最後に灘区の現在の状況をお知らせします。平成8年1月26日現在、区内では、まだ12カ所の旧避難所に61世帯149人の人が生活していますが、六甲・摩耶小学校は昨年12月、灘小学校は今年1月に閉じることになりました。

皆様方に本当に感謝いたしますとともに、今後のご活躍をお祈りいたします。

3. 避難所となった本校

神戸市立六甲小学校校長 小林昭宏

さる平成7年1月17日の阪神・淡路大震災は、多くの住民の生活基盤を奪い去りました。

また、先人が営々と築いてきた美しい神戸の町並みを無残な姿に変えてしまいました。

一方、私たちの心の中に深く深く刻み込まれたものがたくさんありました。それは、全国から海外から寄せられた、献身的で温かい救援活動や励ましでした。

避難所となった本校では、医薬品をはじめ包帯、綿等は、17日の午前中で底をついてしまいました。そのうえ近隣の病院は、運び込まれる患者さんで一杯だったり全焼・倒壊

等で機能しませんでした。また、医院は、もっと悲惨な状態でした。

0～96歳、2800名の避難者のために、シェア＝国際保健協力市民の会のみなさんをはじめ多くの方々の昼夜を分かたぬご尽力のおかげで、尊い命を守ることができました。深夜医療器具を持って巡回していただきました。おばあちゃんが、手を合わせてお礼を言っておられました。また、先生、看護婦さんの笑顔が多くの人の心を救っていただきました。

避難住民とともに心からお礼を申し上げます。



床一面に布団がひかれていた体育館

おわりに

まず、この冊子の発行が10ヶ月以上も遅れてしまったことにつき、皆様に深くお詫び申し上げます。こうした冊子を作る以上、単なる活動報告に留まらず、素直に反省点を明らかにし今後の役に立てるものにしようというのが私たちのねらいでした。しかし、あくまでも私たちの側から見たものが中心であり、住民、被災者の側に立ってどれだけ問題点を正確に書き残せたかは不明です。

初動の遅れ、コーディネータの不足、後方支援体制の準備不足などについて文中で重ねて指摘がされていますが、この事は特に重要であり、他のNGOも多くが類似の問題で悩んでいたように聞いています。シェアの場合、災害医療経験者を数人交代で派遣し、ほとんど総力戦に近い状態でした。しかしそれでも、ある種の不手際が起きてしまったことをご報告しなければなりません。ある告知を受けていない肺癌の患者さんが、私たちの診療録を通じて病名を知ってしまったのです。この方は、昨夏亡くなられてしまいましたが、この間ご家族の体験したご苦労は並大抵ではなかったはずですが。

こうした不手際は、いくら緊急事態下であったとはいえ許されるものではありません。私たちはただ早く医師を送るという事だけではなく、現場の人々から信頼される、質的にも高い活動を行なえるように努力をして行く必要があります。東海沖の大震災など今後いつ同じような事態が起こるかもしれず、こうした自然災害に備えて行くことが、私たちの会にも必要なことなのでしょう。

また、こうした緊急事態から日常の医療にどのようにつなげていくかといった問題も重要です。3月17日に緊急救援活動を終了した後も、私たちは、保健所支援ネットワークに参加し、東灘保健所に看護婦・保健婦を派遣してきました。保健所の業務の支援を行ないながら、行政とNGO・ボランティアグループの連携のありようについて模索するのが目的でした。短期間、少人数での活動でしたので決して十分なものではありませんが、震災後の保健医療の復興には両者を結び付ける働きが必要と考えてのことです。

さて、私達の活動を支えてくれたのは、言うまでもなく全国から集まってくれた大勢のボランティアの方々でした。しかし、活動の初期にあっては、関西NGO医療ボランティアのコーディネータみなさん、自ら被災しながらも私達と一緒に活動を開始してくれた梅沢医師、加藤（友朗）医師そして後方支援をしてくれた阪神医療生協、労住医連の皆さんの力がなければ円滑な活動の開始はできなかったでしょう。

また、現場で活動する中で行政、地元医師会、避難所の職員の皆さんとの連携の大切さを学びました。特に被災当日から不眠不休で働いていた校長先生初め学校職員の皆さん、保健所のみなさんの献身的努力には頭の下がる思いでした。

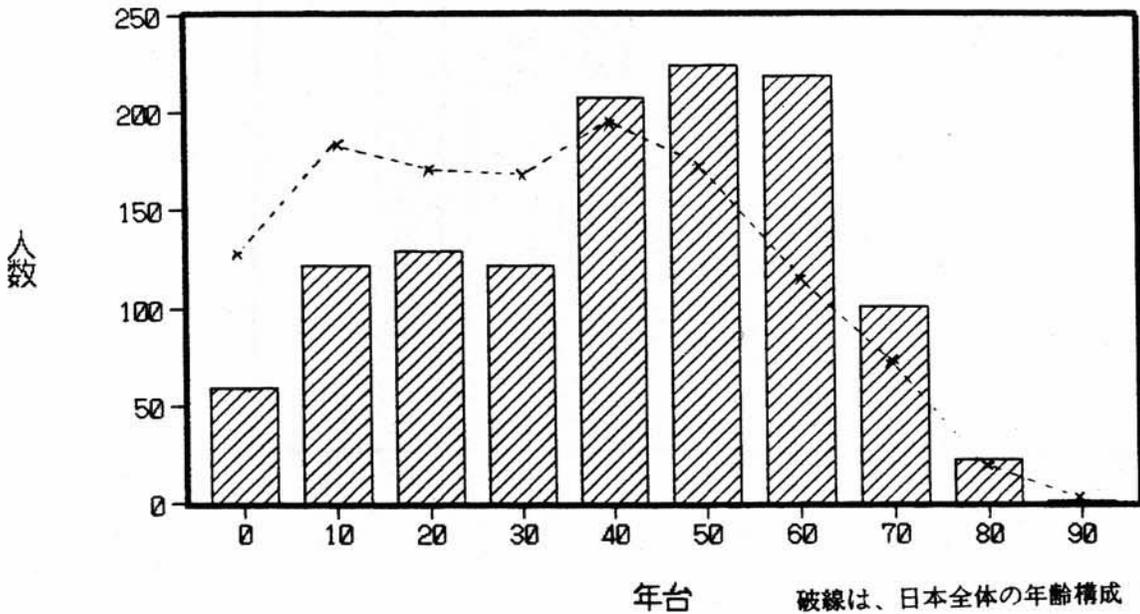
そして何よりも忘れられないのは、どたばたと駆け回り騒々しい我々に快く協力をしてくださった避難住民の皆さん、そして地元の民生委員やボランティアの皆さんのあたたかい笑顔です。

私たちはこうした数多くの方々に支えられ活動を行なってきたのであり、このことを決して忘れることなく、より有効な救援活動ができるように今後一層、努力を続ける義務が私たちにはあるのだと改めて痛感しております。

1996年2月 沢田貴志

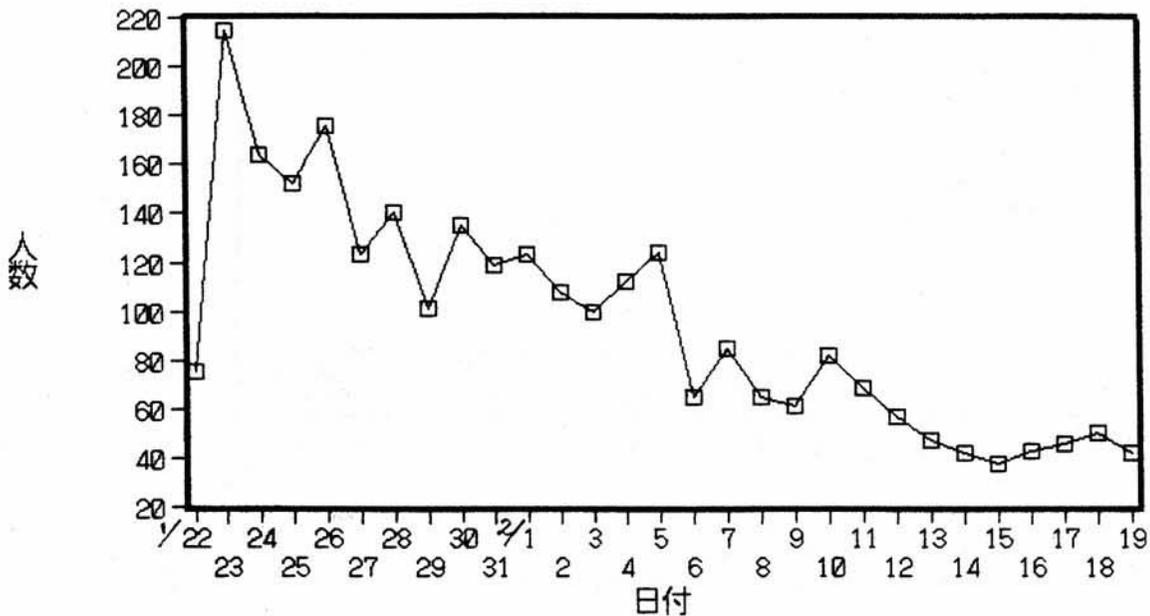
【統計ならびに付属資料】

図1 六甲小学校避難者年齢構成



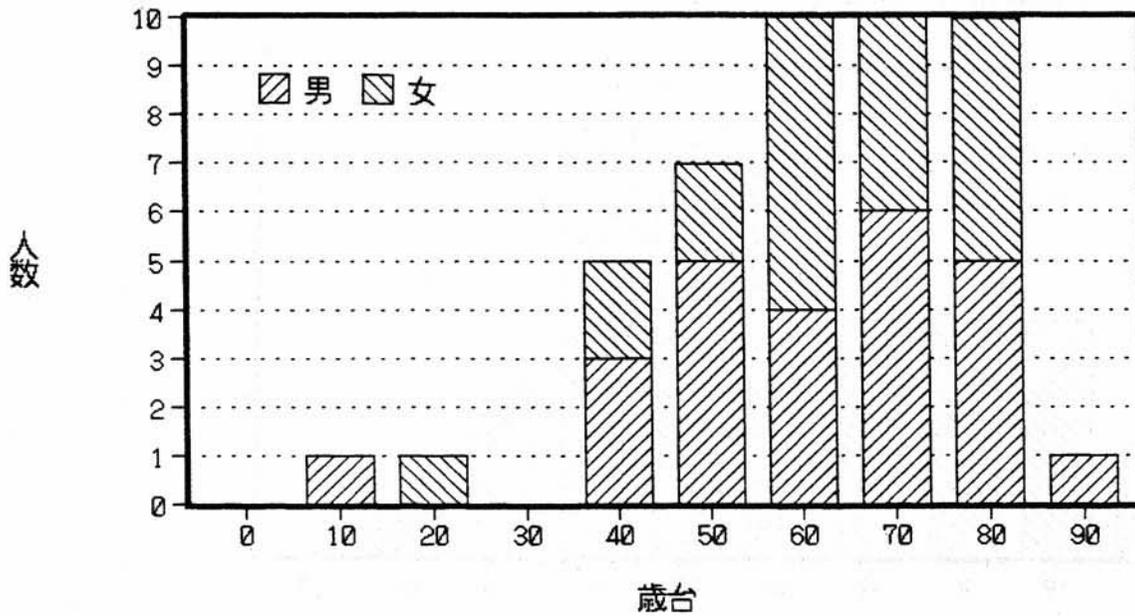
40才以下の人口が極端に少なく、高齢者の多い年齢構成になっている。

図2 六甲小学校救護所受診者数



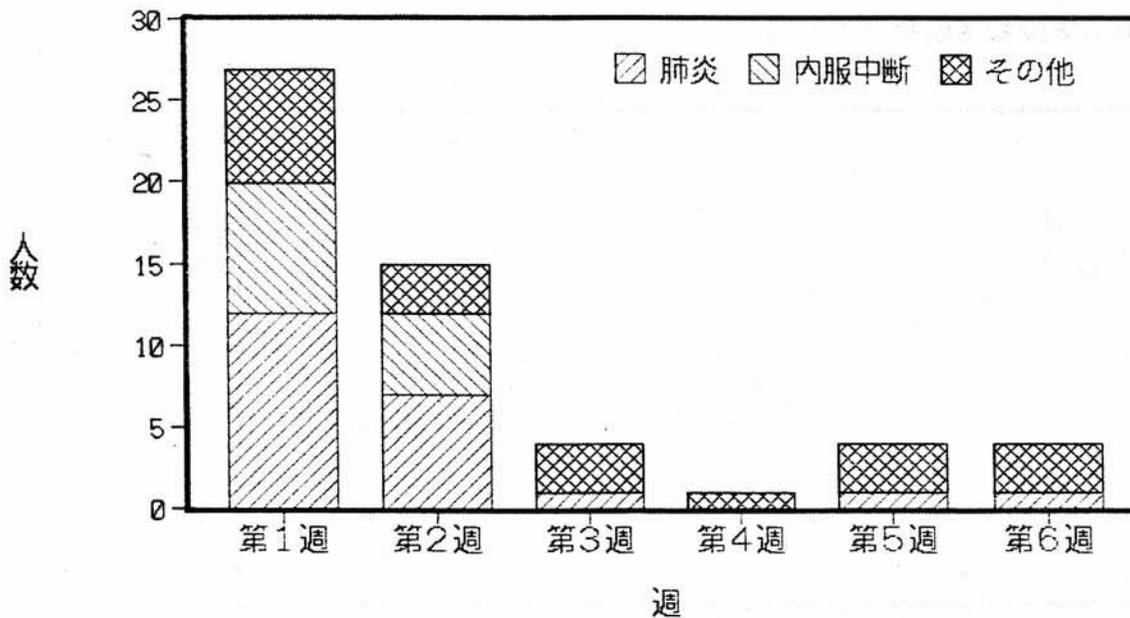
診療開始翌日には 200人を越える受診者が殺到。連日 100人を越える受診者があったが徐々に減少。2週間後には3分の1程度になる。

図3 病院転送患者の年齢分布



入院を要した45人のうち3分の2以上が60才以上であった。

図4 週毎の入院患者数と内訳



入院患者は第1・2週に集中し、その後は激減している。第2週までの入院患者の大半を、高齢者の肺炎と薬がなくなり慢性疾患が増悪したケースが占めている。

図5 六甲小学校救護所初診疾病内訳。

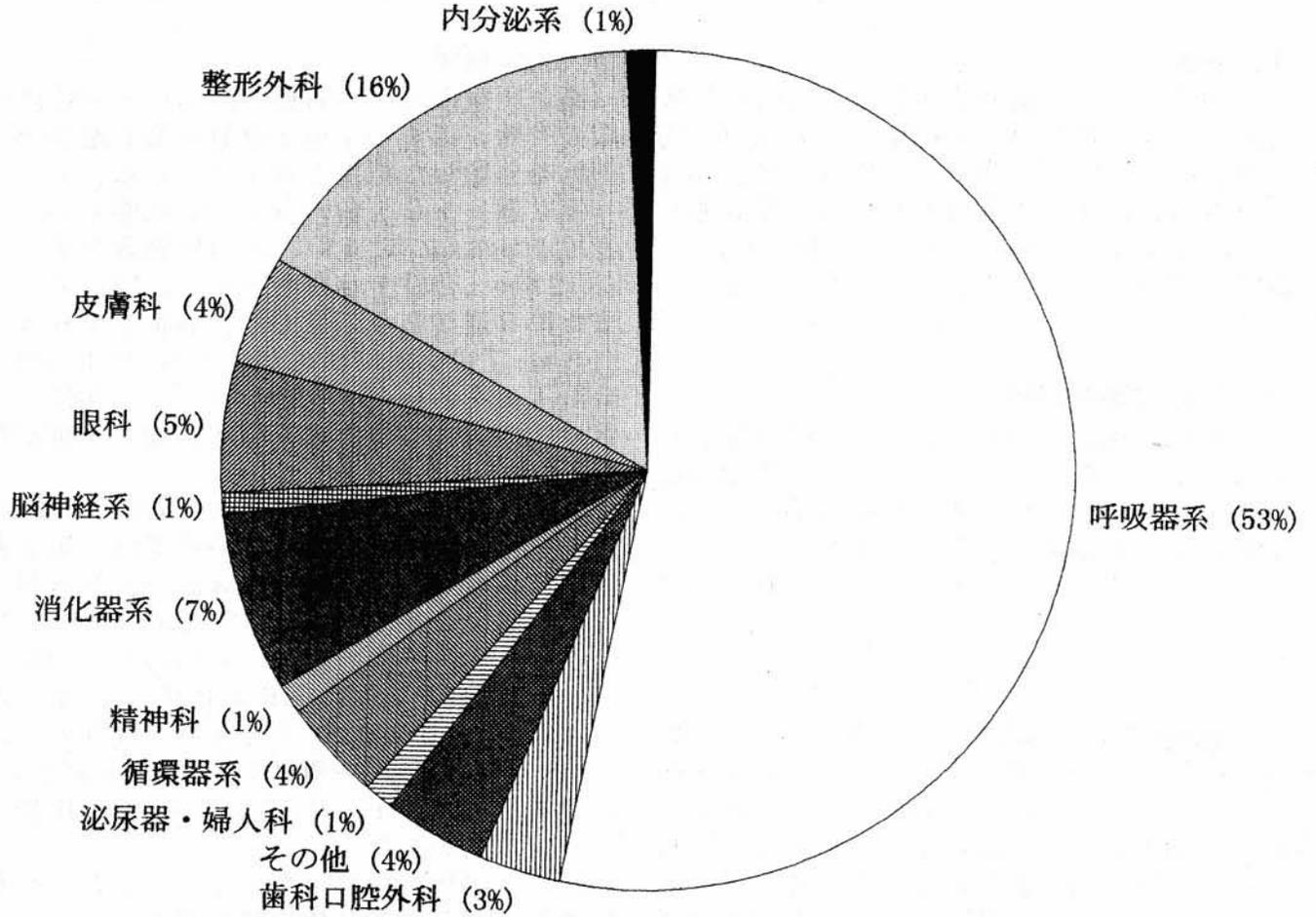
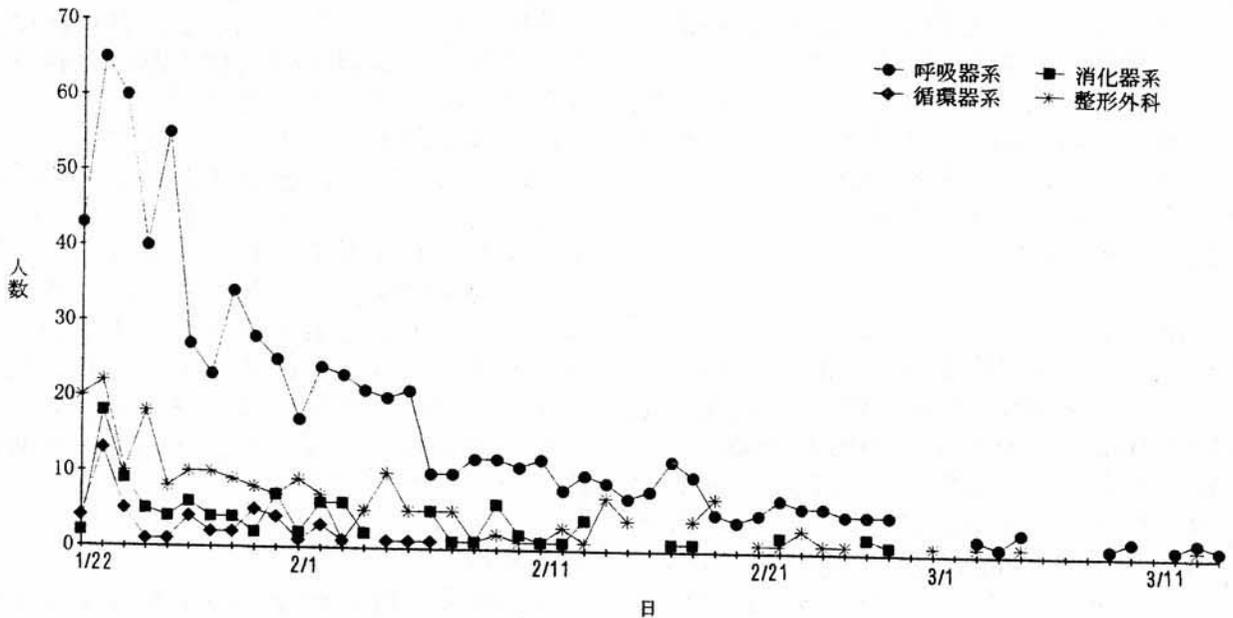


図6 六甲小学校疾病動向



※図5・6は東京大学医学部助手・桑和彦より

「血圧動向について」

辻内琢也

1. 対象

六甲小学校にて避難所生活を送る者を対象とした。第2週目は、年齢17～88（平均58.4±13.1）歳で、男性68名、女性123名、計191名であり、また第5週目は、年齢17～86（平均60.1±12.1）歳で、男性77名、女性140名、計217名であった。

2. 目的と調査時期

各種慢性疾患（高血圧症・心疾患・脳血管障害など）の増悪を予防し、さらには治療を中断している患者を早期に医療機関につなげる目的で、震災後2週間目の1月31日・2月1日、そして5週間目の2月21日・22日の2度にわたり行った。

3. 方法

避難所の校内放送にて血圧測定サービスの主旨を伝えた後、ボランティアの看護婦・保健婦を中心とした約10名のメンバーにより校内を巡回し、40歳以上と思われる者全員に声をかけ、測定を拒否した者以外全員の測定を行った。なお40歳以下でも希望者は全員測定を行った。

基本的に臥位にて測定し、外出から帰ってきたばかりの者など運動後と考えられる者は、十分な安静臥位の後測定を行った。また測定に先立ち、1)名前、2)年齢、3)高血圧症の既往の有無、4)降圧剤内服の有無、5)各種慢性疾患の既往の有無、6)現在の治療の継続状況などの問診を行い、出来る限りリラックスした状態での測定を心がけた。

4. 診断方法

WHOの高血圧診断基準(1978年)にのっとり、「収縮期血圧(SBP);140未満、拡張期血圧(DBP);90未満」の両者を満たす者を正常(NP)とし、「SBP;140以上160未満、DBP;90以上95未満」の一方または両者を満たす者を境界高血圧(B-HT)、「SBP;160以上、DBP;95以上」の一方または両者を満たす者を高血圧(HT)と診断した。

5. 測定結果

「高血圧症の既往の有無」および「降圧剤内服の有無」により、第2週目と第5週目それぞれを分類した結果を表1に示した。

第2週目191名のうち、HT状態であった者は48名(25.1%)、B-HT状態52名(27.2%)、合計100名(52.3%)であり、また第5週目205名では、HT状態が63名(30.7%)、B-HT状態が51名(24.9%)、合計114名(55.6%)であった。共に、半数以上の者がHTまたはB-HT状態である事がわかる。

また、高血圧症の既往がある者で、降圧剤投与を受けずに放置されている者は、第2週目は59名中27名(45.8%)で、第5週目は75名中28名(37.3%)と減少している。

さて、高血圧症の既往のある者の平均血圧は、第2週目;152.6/86.3、第5週目;154.5/87.5であり、既往のない者の平均血圧、第2週目;132.3/73.3、第5週目;137.7/79.2と比較して有意に高かった。

次に、年代別の結果を図1に示した。40代の第5週目、50代の第2週目、そして60、70、80代では第2週目と5週目両方で、50%以上の者が高血圧および境界高血圧状態を示していた。ただし、各年代において、2週目と5週目の人数の割合に統計的有意差は認められなかった。

次に図2に表したように、既往歴の有る者で、HTおよびB-HT状態をまとめると、それぞれ第2週目;59名中46名(77.9%)、第5週目;66名中50名(75.8%)であった。同様に既往歴の無い者では、それぞれ第2週目;132名中54名(41.0%)、第5週目;139名中64名(46.0%)であった。高血圧状態は既往歴のある者に有意に多く認められた。一方、2週目と5週目に差はなかった。

6. 考察

高血圧症の既往のない者でも41～46%に高血圧状態が認められていた。厚生省によ

る「平成4年国民生活基礎調査」における高血圧症の通院者率は、本調査の年齢構成に一致するよう補正すると13.4%となり、それと比較しても非常に高い率である事がわかる。

第2週目と比較して第5週目には、降圧剤投与を受けずに放置されている高血圧症の既往を持つ者の割合が減少している事は、我々が第2週目に発見した高血圧状態の者に対して、その後できるだけ早めに医療機関を受診するように勧めた効果の現れである、と考える事もできる。しかし、高血圧症の既往のある者の中で、降圧剤を内服している者と内服していない者との平均血圧にほとんど差が見られず、むしろ内服している者の方が高いという結果を見ると、もともと血圧の非常に高い者が積極的に降圧剤を内服するようになった、とも考えられるが、やはり、降圧剤内服にても確実な降圧効果が得られていない、と判断するのが妥当であろう。

心的外傷後の精神生理学的反応としての血

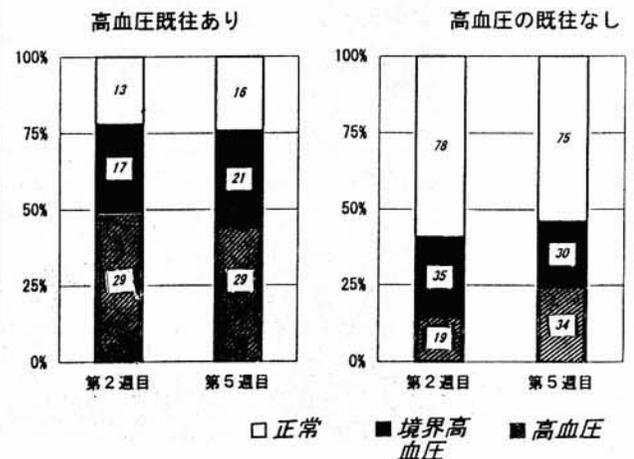
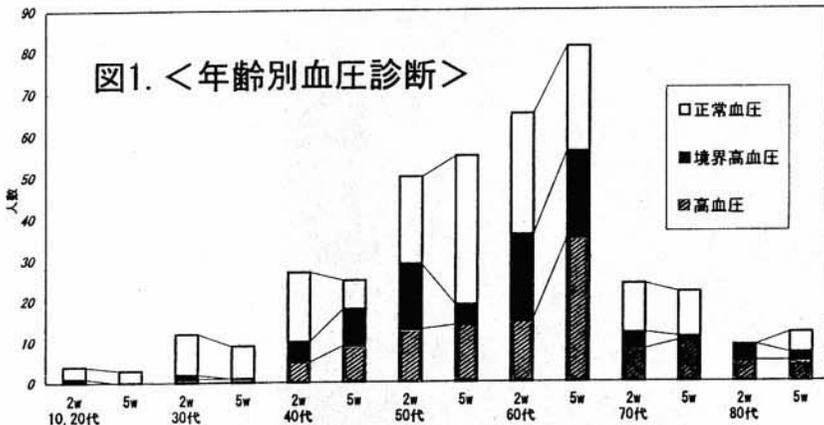
圧の上昇は、1982年のベトナム帰還兵の報告に始まり、また心的外傷後ストレス障害(PTSD)患者の血中カテコラミンや糖質コルチコイドが有意に上昇していたという報告も多数見られ、今回の結果はこれを裏付けるものであると考えられた。

また、このような血圧の動揺の反復は、生体の昇圧反応機構を恒常化させ、ストレスの有無に関係なく固定的な高血圧状態を生みだし、ひいては各臓器に器質的な病変を惹起する事が知られており、適切な対応が必要と考えられた。今回このような高血圧状態に対して、降圧剤を内服しても血圧が下降しないので、さらに抗不安薬を加えて投与したところ、初めて血圧が正常化した症例がいくつか経験されている。この事からも、一般内科的アプローチに加えて、抗不安薬・抗うつ剤・睡眠薬などの適切な投与や、カウンセリングなどの、心身医学的アプローチが重要である事が示唆された。

表1. 避難所における血圧測定結果

高血圧症	降圧剤	高血圧状態		正常状態	計 人数	収縮期血圧		拡張期血圧		
		人数(%)	人数(%)	人数(%)		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
第2週目	既往歴(+)	内服(+)	15(46.9)	10(31.3)	7(21.9)	32	152.3	(22.7)	85.9	(14.0)
		内服(-)	14(51.9)	7(25.9)	6(22.2)	27	153	(22.2)	86.8	(10.5)
	計	29(49.2)	17(28.8)	13(22.0)	59	152.6	(22.3)	86.3	(12.4)	
	既往歴(-)	内服(+)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0				
第5週目	既往歴(+)	内服(+)	27(57.4)	13(34.2)	7(18.4)	47	157.2	(22.7)	88.3	(15.6)
		内服(-)	11(39.3)	8(28.6)	9(32.1)	28	150.1	(27.8)	86.1	(16.5)
	計	38(50.7)	21(31.8)	16(24.2)	75	154.5	(24.7)	87.5	(15.8)	
	既往歴(-)	内服(+)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	3	163	(7.0)	76	(4.0)
計	34(24.5)	30(21.6)	75(54.0)	139	137.7	(25.7)	79.2	(15.1)		
計	計	72(33.6)	51(24.9)	91(44.4)	214	143.5	(26.5)	82.1	(15.8)	

図2. <血圧の動向・既往別>



統計ならびに付属資料

使用した臨時診療記録

< 臨時診療記録 >

1995年 月 日

氏名		年齢	今いる場所		列E	
<p>主訴： chief complaint</p> <p>診断： diagnosis</p> <p>治療： treatment</p> <p>doctor's name</p>						

次回もこの紙を持って来て下さい。



「一つの毛布を一つの家庭」と思って。訪問看護の様子

●シエア阪神大震災医療救援活動の記録

日付	シエアの動き・状況	診察者数		
		平木	六甲	緊急入院
1	1/17			
2	1/18			
3	1/19			
4	1/20			
5	1/21	50		1
6	1/22	58	76	1
7	1/23	85	215	2
8	1/24	55	164	5
9	1/25	48	152	3
10	1/26	43	176	5
11	1/27	27	123	3
12	1/28	29	140	1
13	1/29	23	101	1
14	1/30	15	135	1
15	1/31		119	1
16	2/1		123	4
17	2/2		108	2
18	2/3		100	1
19	2/4			
20	2/5		124	2
21	2/6		65	1
22	2/7		85	0
23	2/8		65	0
24	2/9		61	0
25	2/10		82	1
26	2/11		69	0
27	2/12		57	0
28	2/13		63	0
29	2/14		47	1

30	2/15	ボランティア活動に避難者も参加の兆しが見えてきた。	38	0
31	2/16	外来数43名。区医師会と会談。	43	0
32	2/17	各ボランティアのリーダー、災害対策本部、避難者の代表でボランティアリーダー会議が開かれ「ボランティアの削減、住民の自発な行動へと結び付けるために」を検討。	54	0
33	2/18	灘区福祉事務所を訪問。医師会が各救護所のある避難所を巡回する計画を決定。	50	1
34	2/19	シェアの診療部門は2月末をもって撤退を決定。六甲小救護所のその後の存続は保健所に委ねる。3月から2週間は保健相談チームとして看護婦2名、コーディネータ1名を配置することに決定。	42	1
35	2/20	24時間体制から時間内のみの診療活動にする。	37	0
36	2/21	校舎内とグラウンドの住民の血圧測定ローラー作戦、第2弾を展開。	32	0
37	2/22	2月末に地元の医師会、保健所に引き継いでいくための会談を医師会、保健所と持つ。	35	0
38	2/23	保健所にて灘区救護班連絡会議。今後の救護所・巡回の引継について話し合う。	41	0
39	2/24	シェアの医療チーム撤退について六甲小校長先生と会談。	34	1
40	2/25	PTSDに対応するため「心のケアの勉強会」の準備会。	29	0
41	2/26	引継に関してのシェア、医師会、保健所、校長の4者会談。「心のケアの勉強会」実践開始。	34	1
42	2/27	「保健室だより」第1号発行。	13	1
43	2/28	医療チーム、無事、地元の医師会、保健所への引継を完了する。コーディネータ1、看護婦2の保健相談チームが後に残る。滋賀県の医療チームが午前中のみ外来を行う。	10	0
44	3/1	保健相談チームの活動開始。滋賀県チームが午前中のみ診療。	9	0
45	3/2	保健相談を薬局のように利用してくる被災者が多い。	3	0
46	3/3	被災者からのうがい薬希望が多いので、再びうがい薬を洗面所に設置。	9	1
47	3/4	6件、保健相談に応じる。主に感冒の症状に対する薬の希望。	5	0
48	3/5	3月中旬に救護所での活動終了にあたり、今後について話し合う。	3	0
49	3/6		0	1
50	3/7		7	1
51	3/8		6	0
52	3/9	小学6年生を対象に予防接種がある。	6	0
53	3/10		4	0
54	3/11		9	0
55	3/12	心のケア「茶話会」。授業のための教室確保のため住民の部屋移動が始まる。	5	0
56	3/13		8	0
57	3/14	学生ボランティアの疲労が目立っている。心のケアでどこまで関われるか？	1	0
58	3/15	灘保健所から西市民病院の看護婦2名の派遣開始。心のケア「茶話会」の今後についてのミーティング。4月中はMSWが世話係として関わる。必要なときは開業医や保健センターにつなげていく。	5	0
59	3/16		5	0
60	3/17	本日をもって保健相談チームは地元の保健所、医師会に活動を引き継ぎ、活動を終了。		

1995年3月17日現在

統計ならびに付属資料

六甲小学校・医療ボランティア参加アンケート結果 Q1. 今回の活動で良かったと思う点は何でしたか?

	急性期 (1月22日~28日)	確立期 (1月29日~2月5日)	移行期 (2月6日~28日)
医師	<ul style="list-style-type: none"> 比較的早期に関西NGOネットワークを起点として他のNGOと協力体制に入った事。地域行政・保健所などと連絡があり医薬品の緊急補充が何とかできた事。又近隣の救急病院へ重症患者の搬送が曲がりなりにも可能だった事。 医療チームとして非常に統制の取れた活動ができたと思う。これは朝昼夕のミーティングで状況を把握できたからだと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> 各地から集まったボランティアが、現地でどんどん変化する医療ニーズを見極め、その中で医療を提供するという一つの目標の元に、一体化して活動できたことは素晴らしい。 	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの役割分担がうまく作動していたと思う。被災地住民とボランティアチームとの心の交流も十分だったと思う。 様々な人が、悩みながらも最善を尽くす努力をしている様に触れられた事。 現地に行き被災地の様子を自分の目で見ると、マスコミの情報以上である事を知った。日頃から地元で防災対策に関心を持ち、何かしておくべきだと思い、地元医師会の活動が始まりました。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ボランティアは何だろう? 私には何ができるだろう? これからどう生きよう? など毎日考えながら活動していたが、このような時間そのものが貴重だった。 	<ul style="list-style-type: none"> 避難されている方を対象にA~Dランクまでのランク付けを行い、個人の仮のカルテを作成して情報交換を行いながら、協力して医療活動を行っていた事。又、外来の診療を受けた方の集計なども行っていた為、現状の問題点、今後の問題点が出し易く、カンファレンス等で対策を検討できた。 すぐに行動する点。 診療所で入室する方に対応するだけでなく、入室できない方に目を向け、必要なケアを提供しようとするその姿勢と、システム作りに関わる事ができた。その中でDr. が看護の力を信じ、活動させて下さった事。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護婦の視点、母親としての視点で関わる事ができたと思う。スタッフ間との情報交換は、多くのものを学んだ。 現序の問題をどう改善していくか、その時々判断し、実践していく事が、ボランティア一人一人に荷せられているという事に気付いた。 被災者の心理的变化の過程を知る事ができた。又個々の人達への対応法について考える機会を得る事ができた。 面識のない人とチームを組んで、一つの目的に向かって行動する事の楽しさ、難しさを学ぶ事ができた。緊急時の対応について、知識・技術・態度の三側面から常日頃から、学び身につける必要性を感じた。
薬剤師		<ul style="list-style-type: none"> 知識と技能は、目的を持った行動によって身につけていくという実感を得られた。 技能的な不安と60台である肉体的ハンディーとで、実際に自分が役立つかの疑問を持ったままの参加でした。結果、知識と技術は理念をもった行動によって初めて身につくとの実感を得られ、生きとし生けるものとしての生き甲斐はこれだと言える貴重な体験を得ました。 	
MSW	<ul style="list-style-type: none"> 行政の立ち上がりをカバーしてきたのでは。個々のニーズが把握でき、解決できる事もあり、あの場におけるソーシャルワーカーの必要性が明確化されたこと。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院内でも理解を得にくい、SW.の働きに対して理解あるDr.達と共にチームを組んで動けた事が良かった。 灘区にある六甲小は、東灘区の避難所とは異なり、行政が入っていませんでした。その為か、医療スタッフとボランティアグループ、避難されている人達の手探りではありましたが、連帯感が感じられ、又相互の信頼関係を重んじられていた事が良かった。 	
SC		<ul style="list-style-type: none"> 様々な感情を経験できた。自分の限界を思い知らされた事。 話をした人は少なかったが、通常初対面の方からは聞けないような個人的で内面的な話を聞いた。 	

六甲小学校医療ボランティア参加アンケート結果 Q2. 今回の活動で改善すべき点は何でしたか？

シェア = 国際保健協力市民の会

	急性期 (1月22日~28日)	確立期 (1月29日~2月5日)	移行期 (2月6日~28日)
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・初動期のカルテの保存・コピーが不可能だった為、統計など見直すことが全く不可能で、無責任であった。 ・地域開業医の安否・マップなどを医師会と協力して作製し開業医を全力バックアップする形の方が、もっとスムーズに医療活動が運んだように感じる。 ・情報伝達手段。携帯電話は有効であったが、他に良い手段はないものか。 ・24時間以内に現地に人を送り込むべき。Dr. が行けなくても、まず一人視察に。実際に動き始めたら、コーディネータのできそうな人材(会員)を募ってはどうか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・各避難所や臨時診療所のボランティア間のネットワークをどう組み立てるか、又今後いかにボランティアの教育をしていくかも重要。 ・能率のよいミーティングを。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立しようとしている医療機関の手助けをできないものかと思った。例えば在宅医療・夜間とか休日の急病診療所への協力など。 ・ボランティアを楽しみながら行う姿勢が欲しかった。厳格・厳密だけでは不満感が湧いてくる。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・短期間の看護婦が多かったのも、ある程度の期間できる人を、活動が途切れないうちに組めると良いのでは？また看護婦の人事予定が事前に分かっていると、計画が立て易かったと思う。 ・混乱の中、正しく与薬できたのか不安である。特に高齢者の方々に再々の説明を求められることが多く、袋などの工夫をする必要があったのでは？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアを統率する強力なリーダーが不在である。ここは避難所であるということ時々忘れてしまいそうな状況に陥ることがある。常に我々はボランティアであるという意識を持つことが必要であると思う。 ・情報不足で孤立していたように感じる。 ・専任のコーディネーターが欲しいと思った。 ・ミーティングに被災者の代表も参加すれば、お互い分かり合えるのではないか。被災者の人が自分たちで自治していくか、働きかける活動をするべきであった。 ・看護記録は簡潔にし、時間の無駄を省いたほうが良かったのでは？活動している側が疲れている様子であった。休養についても、きちんと考えるべきだと思った。 ・各人の理想を持ち込み過ぎるのも、活動する場が一時避難所という制約の中で、どこ迄実現させれば良いか考える必要があると思う。 ・参加する一人一人の自己管理が大切。 	<ul style="list-style-type: none"> ・避難の方の希望することが、聞く一方で形としてなかなか伝わらない。組織の中にあるので、動きが取りにくい部分はあるように思う。 ・ボランティアが深く関わり、避難所を住み心地の良いものにすぎたしまい、こちらに頼りきってしまう、気力を失ってしまうこともある。 ・ボランティアという存在のあり方を、変化する日々、1日1日を考えて活動するべきでは？ ・個々の活動内容を引き継いで行く上で、内容に関するマニュアルを作成し、それを基に(対象)と関わり、実践したことを記載しておいたら、より効果的であったと思う。 ・救護所の必要がなくなったら、そのスタッフを地元の医療機関にうまくまわして行く方法を考えて行っては？
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・どこまでボランティアが行うべきなのか問題であると思う。必要な人に必要な助けが出来るのだろうか？ ・ボランティア団体の横につながりが大切であると思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期より参加し、保健衛生の分野なども出来たはずだと思う。 ・行政→薬剤師会→現場活動の連携不十分だった。 	
MSW		<ul style="list-style-type: none"> ・自分の仕事だけでなく、他の人達がどういったことをしているのか把握しておく必要があると思う。 ・ボランティアの心身の管理まで目を行き届くコーディネーターが要る。 ・ボランティアの過剰による働き甲斐の喪失によるボランティア自身の精神衛生上の問題を今後考えたら良いと思う。相手にとって何をすることが真の援助となるのか見極めて行く目が必要。ボランティアのスーパーバイザーの役割があったらと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・東京での情報の不足-これだけ電話が入っているなら、もう少し情報の整理があっても良かったのではないか。 ・報道の在り方に疑問をもった。 ・スタッフ間でシフト制を導入しても良かったのではと思った。
SC	<ul style="list-style-type: none"> ・教室の汚いのは仕方がないが、寝具などが敷きっぱなしで整理整頓がゼロであると思った。 ・ボランティアに来ているのか私語ばかりで「この人何をしに来ているのかな」と思う人もいた。 ・せっかく多勢の人が来ているのだから、もっと有効に活動するべきだと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・(声かけで)重い体験談を聞いたことによるボランティア自身の精神的疲労を除去する場が必要である。 ・空き教室を使って、いつでも高齢者が集まれる場所を作る。体を動かすことも大切だし、ローラー作戦的にチラシなど配り、被災者自身が、お互い話したり、聴いてもらったりする方が良いのではないか。(老人への声かけ運動に参加) ・ボランティアや班長を集めて、グループカウンセリングが出来たらと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住人がやるべき仕事にまでボランティアが介入して、自立の妨げになっていた。全て引き受ける必要はない。六甲小はやり過ぎだと思う。 ・段取りなど不確実、曖昧だったりなど、すっきりしないこともあった。 ・人員の配置の際、個々の役割毎に「何をしたいか」という目的意識を示してもらいたかった。自分に求められていることを理解してから現場に在りたかった。また簡単な事務などは、地域住民から募ったほうが良いと思う。ボランティアの人数が余っていたとしてもそうするべきだと思う。でないと、いつ迄も被災者に「被災者」という役割しか提示できないのではないだろうか。

阪神大震災・医療ボランティア活動報告

●1996年3月発行

発行人 本田徹

編集部 沢田貴志 仁科晴弘 中井郁

発行所 シェアニ国際保健協力市民の会

〒132 東京都江戸川区東小松川3-35-13

ニックハイム船堀205

PHONE03(5607)4775 FAX03(5607)4776

定価 500円 印刷所 三栄美術印刷