

## 東日本大震災後1年間の鍼灸ボランティア活動のまとめ

社会鍼灸学研究会 名古屋医専

嶺 聡一郎

### 【はじめに】

2011年3月11日に起きた東日本大震災とそれに伴う津波災害では、鍼灸を通じての被災地支援が行われた。

筆者は2011年8月のシンポジウム「災害と鍼灸」(社会鍼灸学研究会・全日本鍼灸学会共催)にて、東日本大震災発生から2011年7月までに、主としてボランティアにより行われた鍼灸による被災地支援活動を「災害時鍼灸医療」と捉え、調査報告を行ったが、その際に調査から漏れた活動や、調査期間以降に行われた活動が存在した。

本稿ではその後に行った追加調査の結果も加え、今震災における災害時鍼灸医療の展開地域と展開時期の概括を行うことを試みた。

また、昨夏の調査で寄せられたアンケートを中心に、自由回答のテキスト分析から災害時鍼灸医療の課題を検討した。

なお、筆者が調査し得た以外にも、個人的活動、継続性の無い単発での活動など、様々な形式での支援活動があったことが、インターネットによる検索とインフォーマントからの情報提供により判明している。本調査では継続性をもったグループでの活動を対象としたが、これも調査で網羅できなかった活動が存在する可能性がある。東日本大震災での日本の鍼灸師による被災地支援活動の全容は、未だ解明の途上であることを付言しておく。

### 【目的】

東日本大震災による被害に対して、日本の鍼灸師がどのような支援活動を、どこで、いつ、展開したかを調査し、その概要を明らかにする。

また、災害時鍼灸医療の課題を明らかにする。

### 【調査概要】

#### 1. 対象

2011年3月11日から2012年7月20日までに東日本大震災被災地で鍼灸治療を用いた支援活動を行った中で、1回の活動期間またはトータルの継続活動期間

が5日以上グループ。

#### 2. 方法

##### (1) 調査対象の抽出

災害時鍼灸医療の概括について、対象抽出は以下の方法をとった。

##### 1) インターネットによる対象サンプリングと情報収集

なお、インターネットによるサンプリングは以下のキーワードにより行った。

【東日本大震災 and 鍼灸 and ボランティア and 現地活動 and 医療支援 and 団体】

##### 2) インフォーマントからの情報提供

鍼灸による被災地支援活動についての情報を有するインフォーマントを通じたサンプリング。3) 2011年4月から2012年6月までに発売された『医道の日本』、『鍼灸ジャーナル』、『中医臨床』、『鍼灸 OSAKA』の検索。

#### (2) 活動内容の調査

##### 1) アンケート

活動内容の把握のため、調査対象となったグループには出来得る範囲で調査協力を依頼し電子メールによりアンケートを送付した。アンケート項目は原則として統一したが、活動の実態を明らかにすることを最優先に、適宜変更を加えた。

アンケート項目は以下とした。

- a. 活動場所
- b. 活動期間
- c. 治療対象
- d. 延べ治療人数
- e. 延べ参加治療者数
- f. どのような症状の訴えが多かったか
- g. 他の医療関係者、医療関係機関との連携の有無、連携のある場合は連携先ないし連携職種を教えてください。
- h. 地元での受け入れ組織および地元自治体、自治体外郭団体との連携の有無、連携のある場合

は連携先を教えてください。

## 2) 活動報告検索

すでに活動報告が公開されているグループについてはこれを検索し、その内容から活動内容を把握した。

## 3) 災害時鍼灸医療の課題検討

前記アンケートには以下の項目を付した。

- 1 活動して良かった事
- 2 活動して困難を感じたこと
- 3 感じた問題点と今後の課題
- 4 活動しての感想、伝えたいことなど

質的データ分析ソフト『WEFT QDA』を使用して、これらの項目のうち、2と3に対する回答内容の定性コーディングを行い、災害時鍼灸医療の課題となるものについてカテゴリズを試みた。

### 【結果】

#### 1. 災害時鍼灸医療の概括

##### (1) 活動グループ

調査対象として16のグループが抽出された。そのうち11のグループはアンケート回答から、3つのグループは活動報告からその活動内容が明らかになった。2つのグループについては雑誌媒体とインターネット上ホームページから活動概要を知ることができた。

ホームページから活動概要を知り得た団体については、その代表者の講演から活動内容を確認した。(表1)

##### (2) 活動地域

今震災での被災地域は広いが、アンケートに回答したグループの活動地域は3県14市7町に及んだ。(図1-1, 1-2)。21市町のうち16市町が津波被害を受けていた。また、それ以外の市町も含め、社会的インフラストラクチャーの被害が大きいエリアだった。

治療を行った具体的な場所は、避難所、被災者個人宅、行政施設、消防施設、福祉施設であった。

##### (3) 活動期間

最も早い活動は3/17より始まり、調査対象となったグループでは10グループが2011年中に活動を終息させている。6グループは2012年7月現在活動継続中であった。

##### (4) 患者数と治療者数

本調査から判明したのべ患者数は11,052名、治療に従事した治療者数はのべ1,946名である。

ただし、この数にはあん摩・指圧・マッサージによる

治療のみの患者、治療者も含まれている。鍼灸とともに手技療法による治療を含んだ活動を展開した団体が複数存在するためである。

##### (5) 治療対象

治療対象には被災者以外に、避難所、行政、消防等の職員、避難所ボランティア、現地で被災した医療機関スタッフも含まれている。

##### (6) 医療連携

活動自体が多種の医療職種で構成されて活動したグループ以外は、避難所医療スタッフとの連携が中心だった。他の医療機関との連携のない活動もあった。

##### (7) 地域連携

活動地での地域組織との連携は、現地自治体、社会福祉協議会、ボランティアセンターが中心だった。

また、医療ボランティア受入れの窓口が一定せず、避難所単位で直接交渉した例も報告された。

##### (8) 多かった主訴

複数回答により挙げられた主訴は16種だった。肩こり、腰痛、不眠、頸肩部の疼痛が共通して多く、回答数全体の半数以上を占めたが、多岐に渡る主訴があげられた。

グラフ1. 多かった主訴(複数回答により回答された主訴の延べ数。)

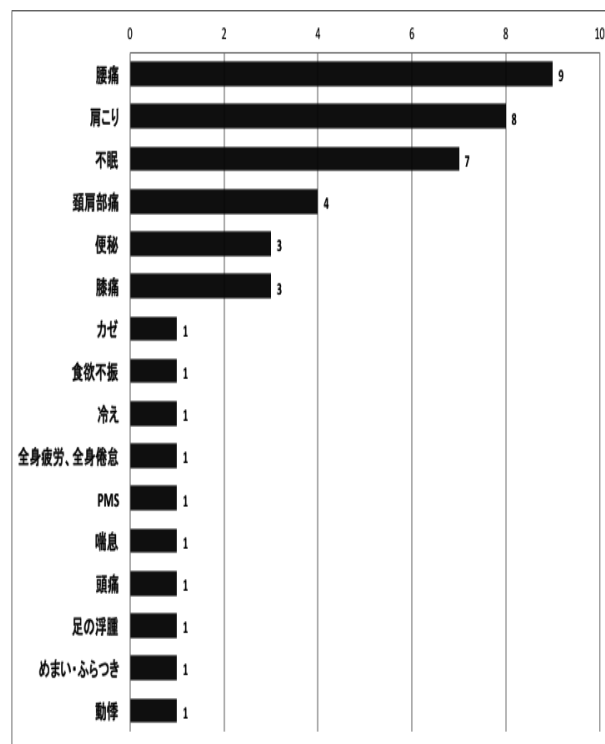


表 1. 東日本大震災での災害時鍼灸医療 活動グループ、活動地、活動期間

団体名	活動場所	活動期間
福島県鍼灸師会	福島県郡山市 いわき市 会津若松市 小野町 福島市	2011/3/17～6/19
東北大学病院 漢方内科	福島県会津坂下町 宮城県石巻市 七ヶ浜町	2011/3月下旬～6月
AMDA	岩手県大槌町 宮城県石巻市	2011/3/28～(大槌町) 2012/4/20～(石巻市) 現地拠点を作り継続中
東京路上鍼灸チーム	福島県相馬市 宮城県山元町	2011/4/16～6/12 (相馬市 毎週日曜日計10回) 2011/5/22～8月(山元町)
北海道ハイテクノロジー専門学校 災害復興鍼灸・柔整ボランティアチーム	宮城県気仙沼市 岩手県大船渡市	2011/4/30～5/5
鍼灸接骨院 TAIU	福島県いわき市	2011/4/23～5/22(毎週末)
災害鍼灸マッサージプロジェクト	宮城県岩沼市 名取市 塩竈市 気仙沼市 石巻市 南三陸町 (気仙沼、石巻は PCAT よりの派遣要請による)	2011/3/27～5/12(岩沼市) 2011/4/6～5/12(名取市) 2011/4/16～5/11(塩竈市) 2011/5/1～6/30(気仙沼市) 2011/5/28～12/6(南三陸町) 2011/7/17～9/28(石巻市)
滋賀県鍼灸師会有志 花田学園同窓生有志	宮城県石巻市 女川町	2011/4/28～5/7
滋賀県H先生チーム	宮城県石巻市	2011/6/3～6/6 2011/7/15～7/19
団体名	活動場所	活動期間
東京都T先生チーム	宮城県東松島市	2011/5/11～17 2012/3/18～20
NPO法人全国鍼灸マッサージ協会	宮城県石巻市	2011/10/30～ 期間を置きながら継続
森ノ宮医療大学 大学院保健医療学研究科チーム	宮城県気仙沼市	2011/4/30～5/6
京都府I先生チーム	岩手県陸前高田市	2011/4/15/～4/17 5/20～5/22
はり灸レンジャー	宮城県仙台市 宮城県山元町 宮城県南三陸町 宮城県登米市 宮城県石市 福島県郡市	2011/4/28～5/7 2011/9/18～24 2012/3/17～21 2012/5/2～5 2012/7/13～16 期間を置きながら継続
やいと station	宮城県石巻市 宮城県東松島市	2011/1～(毎月第1土日) 期間を置きながら継続
被災者支援プロジェクトチーム東洋医療	宮城県東松島市 宮城県石巻市 宮城県七ヶ浜町 宮城県女川町	2011/4～ 現在継続中

図 1-1 東日本大震災での災害時鍼灸医療の展開地 宮城県

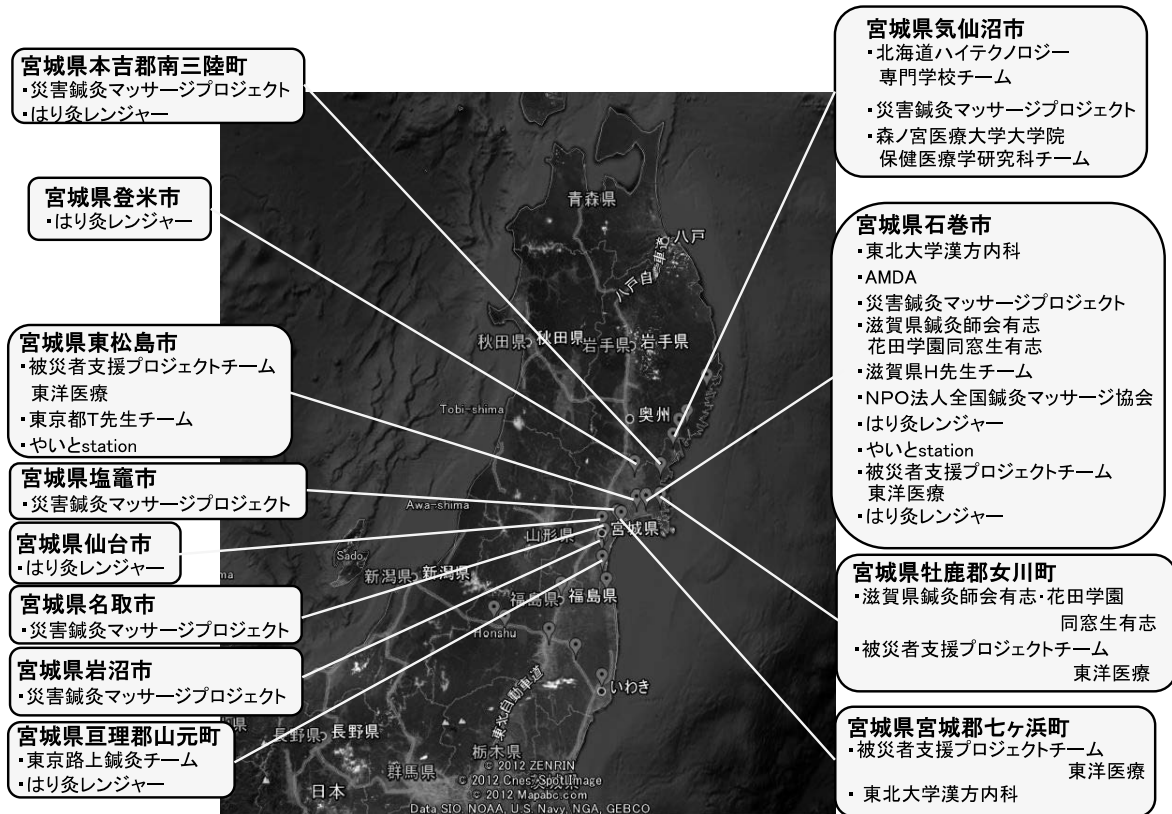
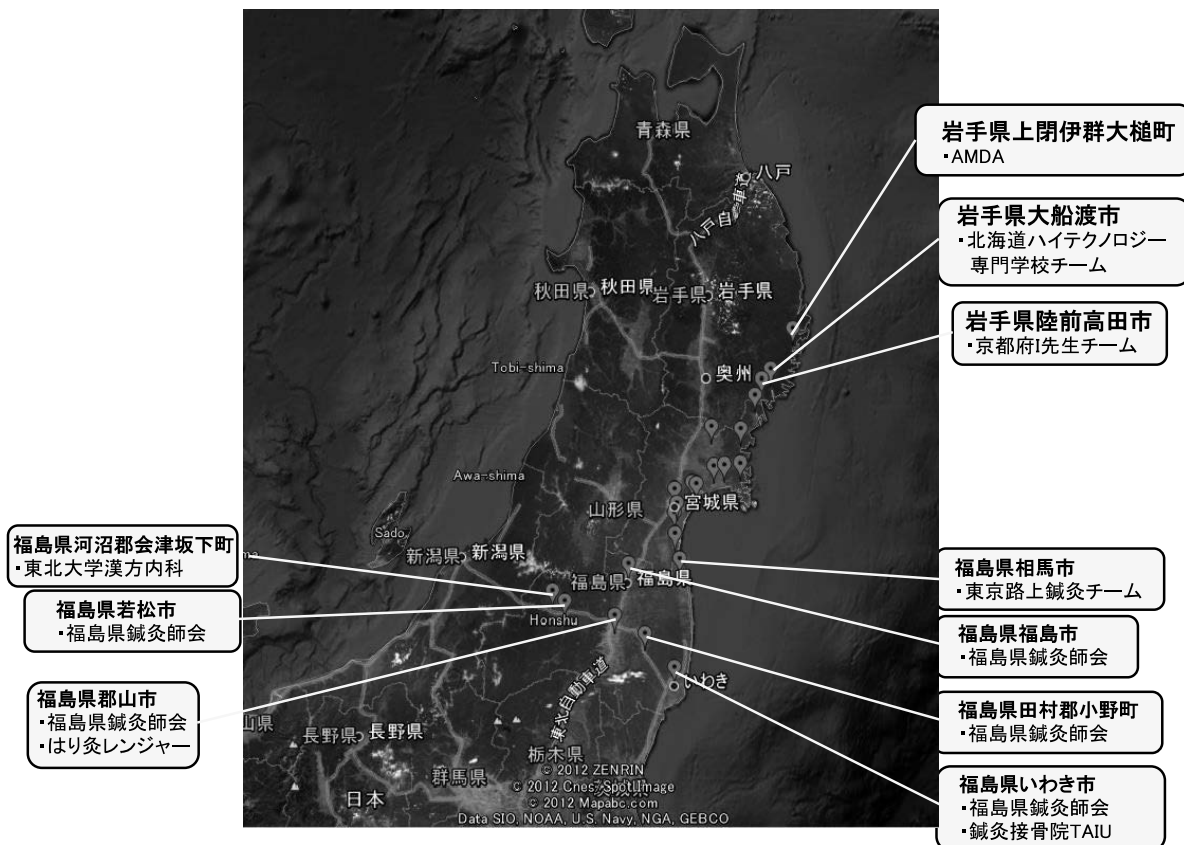


図 1-2 東日本大震災での災害時鍼灸医療の展開地 福島県と岩手県





2. 災害時鍼灸医療の課題

自由回答形式のアンケートから、11のカテゴリーが抽出された(表2)。

表2.

カテゴリー	サブカテゴリー
ボランティアコーディネーション	受け入れ窓口
	フィールド選択
	現地ニーズとのマッチング
	現地コーディネートの困難さ
継続性の確保	人員の確保
	物資の確保
	資金の確保
	継続的再診の困難さ
	治療記録の継続性
	組織的活動の必要性
	撤退の判断
施術環境の確保	基礎環境
	衛生状態の確保
	プライバシー確保
鍼灸への認知の不足	-
治療対象	支援者への治療
	治療機会が無い被災者
	被災した患者への対応
治療者の知識、技術レベル	鍼灸師のレベル差
	他医療職とのコミュニケーションに必要な知識の習得
	鍼灸師の知識、技術向上の必要性
情報の把握と共有	-
リスク管理	-
被災地鍼灸院との関係	-
連携	西洋医学との連携
	他の療法との連携
	鍼灸師間の連携
	支援先との連携
マニュアル、メソッドの不足	-

以下にそれぞれの課題の概要と、アンケート回答の

一部を抜粋する。

( [ ] 囲みの番号が文頭に付されたものは、アンケートの回答)

(1) ボランティアコーディネーション

1) 受け入れ窓口

受け入れの可否や活動開始の手続き、現地状況の確認のための窓口が不明、あるいは一定しない場合があり、これが活動開始時の問題となるケースがあった。[3111-3287] どのような手続きをして開始すればよいのかわからなかった。地元の社会福祉協議会に問い合わせをしても、はっきりとした指示がなかったので、自分で避難所をまわり避難所単位で交渉した。

[3556-3613] 医療・救護班の窓口が一定していないので、折衝に苦慮した。

[7445-7850] 市内にある県立高校の体育館は福島県の管轄。市内にある体育館は会津若松市の管轄。こんな状況なので県立高校の体育館に行こうとしても市の担当者からは「県の管轄なので何がどうなっているかわからない」と言われた。物資は足りているのか、ボランティアは入っているのか、なども分からないと言われました。

お国の一大事に県も市もないと思います。こうした理由からわたしはボランティア治療を開始する前の段階で躓きました。

2) フィールド選択

活動地域の避難所数が多い場合、支援先や支援形式をどのように決定するかも問題となった。

[6403-6543] 避難所の数が治療者の数に比較して多すぎたので、広く浅く回るのがいいのか、拠点を決めてそこで集中的に治療した方が良いのか検討する必要がある。

3) 現地ニーズとのマッチング

被災地ごと、避難所ごとにニーズは異なり、避難所から仮設住宅への人の移動、復興の伸展などに伴い、時間が経過することでも現地ニーズは変化する。場所と時期ごとのニーズを即座に把握することは被災地外から入った団体には難しく、支援のマッチングが課題となった。

[871-1026] 大分安定した次期に被災地に行った事が大きいと思いますが、避難所のニーズをボラセンでは把握しておらず、結局、避難所の取りまとめ役とお話するのがベストでした。

[4207-4378]仮設住宅に移る方が増えるにあたり、避難所へ行けば治療を待っている人がいるという状況ではなくなっている。現地のニーズに合わせた活動が出来るかどうか、課題になっていると思う。

#### 4) 現地コーディネートの困難さ

(1)-1)から3)の課題とも通底するが、ボランティアベースで活動する場合、多くは専属の現地コーディネーターはおらず、活動の調整が難しい場合があった。[2685-2764]現地リーダーとなった治療家がコーディネーターも兼務しなければならなかったこと。[1355-1626]できる限り、自分たちでできる範囲で活動をしていくように行動するものの、どうしてもその場にいる方の知恵やお力をお借りしなければならない時、どこまでお話していいものか、どこまでお願いできるのかなどが、特に塩竈市で、現地担当として交渉させていただいた時は見極めが難しく感じた。

#### (2) 継続性の確保

##### 1) 人員確保

継続的に支援活動を展開するにあたり、常に一定数の鍼灸師の参加が望まれる。しかし実際には、個人事業主や小さな組織に所属することが多い鍼灸師は、日常の臨床や勤務を休んでも業務を代替できる体制下にいることは少なく、人員確保が問題となった。

[1943-2124]GW など、人が集中する期間と、全く集まらない期間の波があり、なかなか平均化した活動を継続することができない。GW以降は他のボランティアも人数が減ったが、ガクッと申込みが減った。

[5957-6149]多くの鍼灸師の確保。活動初期はガソリンが不足し、来たくても来ることができない鍼灸師がいた。

被災した鍼灸師による被災者への施術提供に限界がある。他県から定期的に鍼灸師の派遣があれば助かった。[1282-1389]長期に渡る活動には地元の活動者だけでなく、近隣若しくは遠方からの活動者を受け入れる環境づくりの必要性。

[2718-2914]参加できるかどうかは、家族の協力や本人も気持ち次第という面もあるし、また、個人事業主として患者を担う職業体質もある。ただ単に、現地へ参加したいという気持ちだけでは不十分だという事を思い知らされた。[2958-3203]鍼灸業界全体で考える要素を併せ持っているとも考えられ、また活動を通じてこれだけ喜ばれる評価をいただいているので、災害など

緊急時に医療従事者の一員として現地への赴任することを可能とする体制を、未来への課題としなければならないだろうと感じている。

##### 2) 物資の確保

震災直後は広い地域で、特にガソリンの不足が起き、活動の制約があった。

また、治療に必要な物資は参加者自らが私弁する場があった。

[3290-3416]なんといっても初期のガソリン不足です、こちらもガソリンが無かったので、迎えに来てもらったり、何人かで集まってもらったりしました

[5978-6049]活動初期はガソリンが不足し、来たくても来ることができない鍼灸師がいた。

[1768-1808]活動時に使用する物品を自分で確保した事

##### 3) 資金の確保

支援活動で必要とされる参加者の交通費、宿泊費を中心とした経費の確保が共通性の高い課題となった。

[2431-2495]資金の調達 (今後もこういった活動を行う場合には、必ず問題になる)

[2184-2225]資金面。交通費など活動費の負担は大きい。[2206-2318]継続で行うには個人では限界がある。行く度に仕事を投げて交通費や宿泊費物品を自分で確保するのは難しいからである。

[1622-1692]長期支援になり数回・継続して活動に参加するとなると経費の問題が出たり、

[2071-2129]継続的に活動する為に、潤沢な資金力と参加できる環境づくり。

[2237-2445]この活動の中で感じたのは、資金力の大切さである。気持ちだけでは、越えられない課題が多いと感じる。結局は金だとは言いたくないが、資金力に困らなければ、おおよそ解決できてしまうことも多いと感じさせられた時もある。

##### 4) 継続的再診の困難さ

日常の臨床と異なり、被災地支援では鍼灸師が入れ替わりと同時に、1人の鍼灸師が1回の滞在期間に複数の場所で治療を行うことが多い。また、被災地では避難所の統合、閉鎖、仮設住宅への移動など、患者の流動性も高い。

これらの事情から継続的に治療を行うことが困難であり、経過をフォローしながらの治療が望めないことが鍼灸師にとってフラストレーションとなるケースが

あった。

[3709-3826]少ない人数で多くの避難所を回る関係上、一か所でやりっぱなしにならざるを得なかったので治療という面では不十分であった。

[3952-4104]もしも再診できたら…、少しずつ快方へ向かえたのでは?と思う方を拾い上げられたのかという疑問があります。(一発勝負?的な治療が不発に終わったときの無念)

[6290-6400]一人の被災者を、いつでも患者として対処できるシステム作りがほしかった。「被災者」＝「一時的な患者」としない。

### 5) 治療記録の継続性

前述(2)-4)と関係するが、治療記録を継続的に作成、管理、引き継ぐことの難しさが問題として挙げられている。

[6546-7132]長期間のボランティア活動ですと毎回治療を受けに来る方々がいます。そういった方々を迎える際、同じ施術者ですと初診からの経過などがわかるので、問診・治療の流れがスムーズに行えるわけです。

けれども、施術者が毎回変わると前回までの治療内容・症状の経過などを確認しなければならないという手間が生じます。「簡易カルテ」という処置記録を「共有カルテ」として、私たち施術者が使えるシステムに発展することが今後望ましいのではとおもいます…。

(↑そうすると生じる困難として、①カルテ管理という事務的な手間、②毎回来るか来ないかわからない方のカルテ持ち運びする手間など大変になることは目に見えています)

[4794-4947]ある大まかな記録を残す必要性を感じ、必要事項を記録に残してくれるよう簡易カルテの記載欄を色々工夫したが、各施術者が期待通りには記入してくれなかった。

[6149-6290]

長期にわたるボランティア施術についてはカルテをつけ、「いつ」「どのような症状で」「どのような治療を」「誰がしたのか」という記録がほしかった。

### 6) 組織的活動の必要性

今回の調査対象は個人ではなくグループであるが、大きな組織はほとんど無く、「手弁当」的な活動が主であった。その中で、組織力の整備が課題として挙げられた。

[9327-9692]個人として活動すると、定期的に施術奉仕

することが困難だと思います。「組織単位」でなら、ボランティア人員を定期的に、長期的に揃えることが可能になり(→だんだん揃わなくなってきたことも事実ですが…)被災者の健康管理に“責任”をもってその使命を果たすことができる。ボランティア治療においても組織力とは“社会的責任”を果たす能力が、評価を生むと思います。

[2374-2427]リーダーシップと団体としての組織力が課題になると思う

[454-527]強いていえばよくも悪くも活動がマンパワーによって回っている部分が強いこと

### 7) 撤退の判断

継続的な支援活動も、時期を選び終了することになる。しかし「いつ活動を終了し撤退するか」という判断には一様な基準は無く、活動終了の決定が苦慮されることもあった。

[1310-1411]周辺の状況を考慮してどの程度まで継続し、いつ終了とするかをいつも考えながら行なう必要があると考える。

[3634-3848]活動を続けていた先生方が避難所閉鎖にともない撤退していく中、活動を続けたいという思い、いつ撤退したらいいんだろうという思い、金銭面、日程面など、活動を続けている自分たちが取り残されてしまったような感覚を受けました

### (3) 施術環境の確保

#### 1) 基礎環境

避難所、仮設住宅ではインフラが充分ではない場合もあり、治療スペースを確保できても水道、暖房といった設備を期待できない場合も多い。鍼灸師はこれらも含み込んで治療を行わなくてはならない。

[1074-1143]仮設の集会場であるために暖房その他設備が充実していない環境での施術。

#### 2) 衛生状態の確保

避難所は通常的生活環境とは異なるため、衛生上の問題も鍼灸師がクリアしながら施術しなければならないケースもあった。

[4603-4793]使い古しのマットレス(体育館が貸してくれた)で治療、床はほこり、ちり、髪の毛など衛生環境が良くなかった。治療前に床の掃除くらいはしましたが、さすがにマットレスは掃除することも出来ず…。

[7142-7248]折りたたみベッドを所有していないので、



今後は購入を検討。

治療する場所の掃除もやらないといけないでしょう。

### 3) プライバシーの確保

多くの避難所では居住スペースの仕切りは無いため、プライバシーを保ちながらの施術は難しい状況だった。[4465-4593]衝立やパーティションがなかったので治療中の風景が丸見えでした。逆にそれが宣伝になったことも多々あったのでバランスが難しいです。

#### (4) 鍼灸への認知の不足

鍼灸への恐怖感、認知の不足があり、あんま指圧マッサージ師がいる場合には手技への治療希望が集中することがあった。

一方で、実際に治療を受けると鍼灸へのイメージが良くなるケースもあった。

[3616-3707]マッサージに比べてはり・きゅうに関しては恐怖を感じている方が多く、希望者が少ないと感じた。

[4950-5035]鍼灸よりマッサージの需要が高く、あま師資格を持つ先生に多く負担がかかることがあった。

[5038-5221]あま師資格を持つ先生へ集中する負担を軽減するために、マッサージ希望者を断らざるを得ないこともあった。断られた方は、とても残念がったり、若干怒った表情をみせる方もいて、申し訳なく思った。

[7272-7384]マッサージはいいけど、鍼はちょっと・・・という被災者が多かった。基本的に鍼は人気がない。というより理解がない。

[1546-1644]はじめて鍼灸を受けれる方が多かったが、受けてみると鍼灸のイメージが良い方に変わったという声があった。

#### (5) 治療対象

##### 1) 支援者への治療

被災地では多くの人が支援、復興活動に関わっている。それらの人を治療対象として網羅できるかどうかは、災害時鍼灸医療の裾野の広さを決定づける課題となる。

[3070-3221]被災者の生活の回復は、多くの現地スタッフやボランティアの方によって支えられている。その被災者を支える現地職員、スタッフの方への支援がこれからも必要。

##### 2) 治療機会がない被災者

障がいがある、高齢である等の理由で移動が難しく、治療をする機会が得られない被災者もいる。今後、治

療ニーズがあった場合これらの人たちにどのように対応できるかが問題となることがあった。

[5483-5954]障害者に関していえば、完全に動けない障害者に対しての支援は関係団体の皆さんの努力である状況のなか最善を尽くされたと思います。ただ、ある程度自力で生活している障害者は自分でなんとかしなければならず、自力で避難しようにも、車椅子で使えるトイレが在る所が少ないなど、ご苦労があったようです。

また、ご両親が介護をしている場合、障害者の子供を抱え、親がパニックや不安を募らせることが多く、特に知的障害や精神障害、高次機能障害などの方が不安定になり、治療が難しくなったりしました。

[1135-1282]各避難所の希望者のみが特養の施設に参加される形なので、身体が動く方はいいが外に出れない方や体調が優れない人を見ることができ無かったのは残念だった。

#### 3) 被災した患者への対応

被災地で治療を受ける患者のほとんどが激しい体験をしているが、時にその体験や心中を押し殺している。その場合に鍼灸師がどう患者と向き合えばよいか、苦心する場合もあることが挙げられた。

[2078-2436]「自分は命があるのだからこれぐらいの痛みはがまんしなくてはならない」、「自分の家は津波に流されなかったので、他を優先に」、「大丈夫です」、などの言葉が多く、

被災者の方々の忍耐強さが目に付いた。これらの言葉は逆に、がんばりすぎていることの表れでもあるため、つくづく過酷な環境に置かれていることを実感し、安直な共感失礼にもなるため、対応に苦慮した時もあった。

#### (6) 鍼灸師の知識、技術レベル

##### 1) 鍼灸師のレベル差

鍼灸師ごとに知識や技術の差が存在している。キャリアに関係なく、新人からベテランまで、集まった鍼灸師で治療を行うというボランティア主体の支援活動では、その性質上、回避できないことではあるが、質的に安定した支援を提供するためには解消しなくてはならない点と考えられる。

[2478-2524] (感じた問題点と今後の課題への回答として)鍼灸マッサージ師の知識、技術レベルの不統一。

[2525-2606]スクリーニングなどのプライマリケアが



できる者、正確なカルテを書ける者が少ない。

## 2)他の医療職とのコミュニケーションに必要な知識の習得

被災地での医療支援は医師、保健師、看護師を中心とした、普段西洋医学的医療に従事する職種で構成されていることが多い。したがって、鍼灸師が他の医療職と連携を取る場合には、西洋医学と共有できるスキームを使う必要が発生するが、すべての鍼灸師がそれをこなせるとは言い難い。

これは東西医学の優劣の問題ではなく、コミュニケーションの課題であるが、災害時鍼灸医療では西洋医学との「共通言語」を使用することも必要となる。

[2525-2606]スクリーニングなどのプライマリケアができる者、正確なカルテを書ける者が少ない。

[2973-3138]医療チームの中で共通する言語を用いることが基本となるように思う。医療連携の中で鍼灸治療を展開するため、その内容や治療方針は、他者と共有できるものでなくてはならない。

## 3)鍼灸師の知識、技術向上の必要性

前記(6)-1), 2)に鑑み、鍼灸師の知識と技術の向上が課題として挙げられた。

[2280-2372]業界としては、施術者の最低限レベルの底上げ(最低限、医療関係者と情報を共有できるだけのスキル)

[2787-2806] (「感じた問題点と今後の課題」として)研修制度の整備。

[3138-3237]鍼灸師はそのような中(筆者註;他の医療職と連携する中で)活動するという自覚と、そのトレーニングを日頃から行う必要があると感じている。

## (7)情報の把握と共有

被災地での活動を遠隔地でコーディネートしているグループでは、ニーズや外部から支援が入ることが可能かどうかといった現地情報の把握や、情報をコーディネーター間、活動参加者との間で共有することの難しさがあげられている。

[987-1102]情報共有の難しさ(後方スタッフ間。現地と後方の間。参加を検討している方と応募担当の間などなどそれぞれ難しさを感じる。

[1108-1210]現地に人がいない状態で新規に現地に入る時の情報(交通事情や宿泊事情、食事や避難所の様子などなど)の収集。

[1216-1502]後方支援スタッフが現地に入っている時

は割とスムーズだが、そうでない時(顔もどんな方かもよくわからない方が、特に短期で参加する場合)の現地の状況(どんなことに不満があるか、後方で手伝えることは何か)の把握が難しい。後方としては色々報告して欲しいけど、それが現地の先生の負担になることもある。

[271-310]東京から被災地、被災者の動向を知る事。

[631-690]現地での状況を把握し、ニーズがもれなくくみ取れる体制づくり。

[743-809]現地のニーズや状況がつかめきれない時は、特に難しく感じる事がある。

## (8)リスク管理

被災地での治療は通常的环境と異なるため、医療事故には一層の配慮が必要となる。

同時に、余震が続き、実際に津波警報が発令されたこともある。

また、被災地では公共交通機関での移動が制限されるか不可能な場合が多く、移動手段として自動車を使用することになる。しかし、被災地の道路状態も必ずしも良くはないため、移動中の事故もリスクが高まる。

これらのリスクにどのように対応するか、考慮する必要がある。

[2764-2787] (感じた問題点と今後の課題への回答として)事故等のリスク管理。

[2308-2417]現地での移動。特に活動初期は土地勘もなく、道路や橋が陥落していたりと、慣れない道の運転には、注意を要した。

## (9)被災地鍼灸院との関係

被災した鍼灸院も、時間の経過と共に再開する。ボランティアでの鍼灸治療は無料で行われるが、これが現地鍼灸院の再開を圧迫しないことが必要となる。これは活動撤退の判断を下す一つの要件ともいえる。

また、活動撤退後も視野に含めると、治療継続の必要があれば、受診した患者を現地鍼灸院へ引き継ぐシステム作りを行うことが、被災した鍼灸師に対する支援ともなる。

被災地鍼灸院との連携は、災害時鍼灸医療の大きな課題といえる。

[8745-9134]どのボランティア活動報告を読んでも、“被災鍼灸師へのボランティア”という視点のものを見たことがない。被災者には、鍼灸師もいる。この被災した鍼灸師を、いかに鍼灸師として自立(復帰)さ

せるかということも、大切である。長期のボランティアは、地元の鍼灸師の経営に影響を及ぼすことがあるので、いつまでもできない。落ち着いたら、地元の鍼灸師に今後の治療を委ねる(申し送り)システムが必要である。

[1067-1165] 周辺の医療機関や鍼灸院の復旧に伴い、復興の妨げにもなる可能性があり、この点について難しいと感じた。

[2531-2600] 地元鍼灸院への橋渡しのためにも、鍼灸の効果が伝わる活動を続けたい。

#### (10) 連携

##### 1) 西洋医学との連携

(6)-2) で述べたとおり、被災地では西洋医学を中心とした医療チームと連携する必要があるが、今震災においては有効な連携が取れていたとは言い切れない。

今後はその形式も含め、災害時の西洋医学との連携のあり方を鍼灸師も模索する必要があると考えられる。  
[2608-2683] 5市1町、全ての現場で必ずしも他の医療職との連携がとれていたわけではない。

[3012-3103] 普段から医療関係者と共に活動できる鍼灸師やあはき師がどんどん増えることが、業界として必要。

[2739-2903] 鍼灸師が医療支援活動に入るということは、医療上のルールを理解し、スタッフとの連携を保つことが重要であり、被災者の方たちの包括的な支援のために働くことだと強く思う。

##### 2) 他療法との連携

被災地には鍼灸以外にも柔道整復、整体、リフレクソロジー、アロマセラピーといった各種療法による支援が提供される。

現地コーディネーターが機能せず、鍼灸師による活動とこれらの療法による支援活動が同じ日に同じ場所に行われるといったケースも存在した。

被災者への有効な支援や治療スペースの活用のためには、可能な範囲で、他の支援グループとの調整が必要となる。

[5253-5480] 震災直後、避難所にはいろいろな団体(整体、体操、ヨガなど)が殺到し、担当者が混乱しているようだった。それほど大きくない避難所に、整体をする方と私と同じ日に訪れた日があった。他の団体と調整できるようなシステムが理想だと感じた。

[9134-9209] 鍼灸だけではなく、介護予防運動指導員の

資格を活用した活動も、必要と感じる。

##### 3) 鍼灸師間の連携

2) と同様に、鍼灸師間でも活動の調整が難しい場合がある。やはり有効な支援のためには、鍼灸師が展開する活動相互の調整が必要となる。

[4107-4265] 同じ地域でも、個人個人で活動していた。会津若松市内でも大きめの避難所が3箇所あり、それぞれが離れていたため鍼灸師会の先生方とまったく連携が取れなかったこと。

##### 4) 支援先との連携

被災地に負担をかけずに場所と時期に応じたニーズに根ざし、継続的に支援活動を行うために、支援先の自治体や諸団体との連携は欠くことをできない。

現地事情に精通したカウンターパートとの連携は災害時鍼灸医療において必須だといえるが、その関係構築は何らかの工夫が必要な部分でもある。

[2449-2531] 継続した支援が必要なので現地との繋がりを絶やさないように、こまめな活動が必要。

[1905-1955] 活動する上で一番苦労したのは関係各所に根回しする事。

[2318-2374] 地元の鍼灸やマッサージ師会と連携して行う必要がある。

[3055-3214] 外部の私たちが直接地元自治体と直接連絡を取り合うのはむずかしいと考えます。外部の地域からの受け入れが難しいことは、色々な状況から仕方のないことだと思います。

[1565-1582] (感じた問題点と今後の課題への回答として) 自治体との連携。

##### (11) マニュアルの不足

阪神淡路大震災、新潟県中越地震、新潟県中越沖地震においても鍼灸師による医療支援は行われているが、そのノウハウは共有できる形で蓄積はされていない。

災害により状況は異なり、一概に同じ対応ができるものではないが、有事の際の鍼灸医療についてマニュアルを望む声もあった。

[741-816] 災害時のボランティアサポート体制やマニュアルがあるといいな、と思いました。

[1955-2075] 万が一の時のために参考になるマニュアルの作成。(災害ボランティア活動時における毫鍼のクリンニードルテクニックマニュアル)

##### 【考察】

今回の調査により、一定の継続性をもった鍼灸師に

よる被災地での医療支援活動が、複数展開されたことが明らかになった。継続的活動の存在、多様な主訴への対応、1万人を超える延べ患者数から、被災地での鍼灸治療への長期間に渡るニーズが存在していることが示唆される。

ことに、今回の震災は超急性期や急性期が極めて短いことが特徴で、これまでの日常と隔絶した避難所生活により惹起される、不眠や運動器に関連した愁訴などが早い時期から問題となった。震災後1週間以内に活動を開始したグループがあることから、発災後の早い時期から鍼灸による災害時医療が有効なケースがあると考えられる。

活動の展開地は津波被害により社会的インフラストラクチャーが極めて脆弱になった地域が多かったが、その装備と治療法に十分なインフラストラクチャーの存在を必須としないことから、鍼灸治療はそのような状況下でも支援が可能だった。

これらのことから、災害時の医療支援で、鍼灸は有効な手段と成り得ると考えられる。

一方で、鍼灸による災害時医療には課題も多く存在する。

活動が比較的短い期間であるか、あるいは断続的に複数回の活動を行った団体が16団体中11団体であることは、継続的支援に必須となる人員、資金、物資の確保が困難であることに起因すると考えられる。これは、先述のように日本の鍼灸師の多くが小さな規模で日常の業務に携わっているため、代診者や経済的保証が確保できないことが大きな要因と考えられる。

また、被災地での鍼灸への認知不足にみるように、鍼灸が災害時医療としての機能を果たし得るという社会的認識がないため(註1)、例えば自治体規模での公的派遣のような、安定的な支援の形態を取りづらいことが、長期支援に必要な資源の獲得を難しくしているとも考えられる。

現地情報の不足と受け入れの混乱は、初動においてはどのような支援活動でも避け得ないとしても、慢性期に入っても公的支援の情報伝達と調整のルートの利用が困難で、現地情報の収集とコーディネートを自己解決せざるを得ないことも、鍼灸が災害時に医療支援の一部を成す可能性が認識されていないことに起因している。(註2)

安定して活動ができる条件を整備することで長期

の支援が可能となれば、現地の鍼灸師も含めた被災地域との連携の確立、治療継続性の確保、患者の置かれた状況の把握が現状より容易になると考えられる。

もともと、鍼灸を通じた支援のみで被災地の医療上の問題を解決できないことは、言を俟たない。

災害時医療は西洋医学を中心とした多職種により成立していることに鑑みると、鍼灸師も他の医療職と情報を積極的に共有することが、患者に資するといえる。

そのためには、鍼灸師自身が専門的コミュニケーションスキルの一部として、西洋医学に従事する職種と共有できる知識をもつ必要がある。

同時に、技術レベルの差を担保し、継続的治療に有益な治療記録を残すためには、最低限行うべきことや見落としはならないことを鍼灸師間で共有する必要性もある。(註3)

なお、今回の調査にご協力頂いた団体では、これらの課題に個別で解決策を見出している場合が少なくない。

本稿では課題抽出に力点を置いたが、被災地に赴いた鍼灸師達がどのように課題を克服し得たかは、別途検証され、共有されることが、今震災の経験を未来に生かすことになるといえる。

筆者註

(註1) これは、鍼灸師自身にも十分な認識が醸成されていなかった可能性もある。

(註2) 公式ルートにのらないボランティアベースであったゆえに、機動性を発揮して小さな避難所をまわる、自治体職員を含む現地の人達と個別に信頼関係を作る、といったことを地道に行い、濃厚な支援を行った活動もある。こうした実例から、公的支援あるいは大規模支援の一環としてのみ活動することが被災地に資するかどうかは、議論の余地があるだろう。

また、被災者への治療を行う中で他の医療職の信頼を得て、

公式の医療支援者会議に出席して情報の発信と共有を行うに

至ったグループもある。

(註3) 日本鍼灸の特徴の一つはその多様性であると、筆者は考える。個々の理論や治療技法を封じることにはその治療可能性を狭めることにつながり有益とはいえない。しかし、一貫して同じ理論と技法による治

療を継続できる条件下に無ければ、異なる方法論をもつ複数の鍼灸師がリレー式に患者を引き継ぐしかない。その際に鍼灸師同士で「言語」を共有できることが治療上必要になるのではないだろうか。

### 【結語】

東日本大震災での諸グループの活動から災害時鍼灸医療は、被災地支援に有益でありニーズもあると考えられるが、十分に機能するための基礎は未だ不十分である。

今後来るべき災害に対応するためには、活動の展開・継続・撤退を支える条件の整備、災害時の医療支援で他職種との連携や、鍼灸師間のレベル差を担保できるようなスキルの共有が必要である。

### 【おわりに】

本調査にご協力いただいた以下の皆様に、心より感謝申し上げます。(敬称略 五十音順)

AMDA

天野聡子

飯塚美紀代

伊藤和真

今泉洋平

今井賢治

今村頌平

上野正博

NPO 法人全国鍼灸マッサージ協会

小河原信雄

小野直哉

形井 秀一

栢之間 理沙

橘川まゆみ

小西直之

災害鍼灸マッサージプロジェクト

滋賀県鍼灸師会

滋野恭子

谷 佳世

谷本 卓也

寺田拓未

長野県鍼灸師会

日比泰広

福島県鍼灸師会

舟橋寛延

古屋英治

星野文美

北海道ハイテクノロジー専門学校災害復興鍼灸・

柔整ボランティアチーム

三輪政敬

また、東日本大震災で亡くなられた方々にお悔やみを申し上げるとともに、行方の分からぬ方々、知己を亡くし、未だ不自由な生活を強いられているすべての方々が、心穏やかに過ごせる時が少しでも早く来ることを願いながら、お見舞いを申し上げます。