

ばりあると思いますよね。

小西 そうですね。人は生活しなくちゃいけないから、状況に従ってやっていかざるを得ない。それは放射線があってもなくても同じですけれども、「自分で抱えきれないものの中で考えていくしかないのはたいへんだね」というところをまず聞き取っていくことですよ。

細矢 (一)の方が、「お話ししたいことはたくさんあります……。」で終わっています。たぶんそこだと思おうのです。話したい、相談したい。結論は出なくてもいいんだと思おうのです。相談の内容も放射線のこと、育児の心配、あるいは収入の面とか、本当に多面的で複合要因ですが、全部に答えられる専門の人はいませんよね。そこで、我々小児科医は、もともとホームドクターで、お母さんとコミュニケーションを取るのには得意である。認識してきますので、今回の県民健康調査のこころの調査の中でも手を挙げてくださった小児科の先生方のところに相談に行けるようなシステムを作ったのです。それが機能してくれることを願っています。そこで、事例のような方に対してどうアプローチしたらいいか、こころの専門の先生方からメッセージをいただけたらいいのですが。

小西 私、県内の保健師さんにお話を伺ったりしていましたが、「聞く」のが専門の人たちは、話をずっと聞くことはできるけれど、「私たちは放射線のことをよくわからないから」となってしまうと、不安は不安のまま残る。一方、放射線専門の方が「何ミリシーベルトの被ばくについてはエビデンスがありません」と説明するのも不安を下げるようになっていかない。どちらかといったら、聞くことが先だとは思いますが、たとえば(2)の方の場合は、1ミリシーベルトを超えると、もう1・01でも危ないんじゃないかと考える。1ミリシーベルトという基準は覚えて言えば、この一線を越えたらダムが崩壊するというような限界を示す値ではないですから、落ちていたところで1ミリシーベルトがどういう性質の値なのかある程度説明しなければいけないと思います。だから一人に対応しようと思うと、どちらもなかなかたいへんかもしれないですね。

2 「こころの健康度調査」から見えること

■家族のこころ模様

大津留 次に、こころの健康度調査で、4番目の方(4)の福島から避難したけれど子どもさんはすぐ帰りたいがっているというような場合です。要望をかなえてやりたいけど、できない。このような方たちもたくさんいらっしゃると思うのですが。

丹羽 (4)のお母さんの場合は、娘のことを考えると戻してやりたい、でも上のごきょうだいのことを考えると福島に戻るわけにもいかず、そういう板挟みがなかなか解決できないですよ。さっきからの話の延長線上でいくと、避難されたことに関しては、その選択もやむを得ないということになると思います。娘さんの問題に対しては、引越された地域である程度支援体制が整っているのであれば、スクールカウンセラーなどに乗り出していただけるような気がします。中学生のお嬢さんがなぜいらだっているかは、はっきりしているわけですから。子どもの問題は、見ていてかわいそうという気持ちが強くなる側面がもちろんありますが、他方で子どもは可塑性が大きいのですから、サポートの手があれば新しい環境に順応しやすいとも思えます。ですから、新しい環境で適応力を持ってやっていけるようになれば、それはそれでいいんじゃないかと思っています。

●アンケート調査記載からの例 (実際の記載ではありません)

(4) 娘は中学生ですが、避難先の学校には行っていません。家に引きこもっています。いらだっており、自分でもどうしていいかわからない状況のようです。福島に帰りたいと言っています。娘の希望をかなえて福島に戻ることができれば解決できると思うのですが、生活のことや上のごきょうだいのことを考えるとそういうわけにもいかず、苦しんでいます。(母記載)

■

(5) 幼稚園の女の子です。震災後、夜泣きをするようになりました。飛行機の音でも、掃除機の音でも、怖がって泣き出します。(母記載)

「可憐」の場合、神経系が外界の刺激に応じて働き方を柔軟に変更していく能力のことで、その背景には神経系の発達と学習により脳神経の働き方が変わることもある。

小西 たとえば、引越されてきようだい間ですべてが違ふ、ということが一般的にはよくあります。一方の方の問題を福島ということで考えると、「逃げてしまった私」というお母さんの罪悪感です。いろいろな解決策がありそうですよ。このままいくということもあるし、上のごきようだいは避難先に置いて、その後、娘さんと福島に帰るといふこともあるかもしれないし、あるいは娘さんが別の選択をすることもあるかもしれません。少なくとも、歩むむといふことがあればいい。たしかに原発の事故がこの問題を作った原因だし、放射線の先行きがわからないとどうにも考えられないこともある。でも、その中で何とかやっていかないとはいけないのだから、少し楽になるだけでも違ふてきそうです。本来、人はいろんな問題を抱えていて、いつもいろんなことが起こっているから、そういうことの一つとして放射線も捉えられないとなかなか解決しないということが、よく出ているケースかなと思います。

細矢 ちよつと見方が違ふかもしれないですけどね。(4)の方は、「こころの健康度調査」の対象者ですから、おそらく避難地域で帰宅困難な人が県外に避難している状況じゃないかと思うのです。この女の子もそうですけども、おそらくこういう気持ちを持っている大人もたくさんいるのではないかと。帰りたいけど帰れない……そういう不満をぶつけられる対象がなくていららしている。不安定になっている。子どももそうです。そういう大人への対応をほんとうに考えてあげないと、と心配になった例でした。

小西 私は県外から来ている者ですから、やっぱり福島の皆さんの話を聞いたときに怒りというのはすごく感じるんですね。東京電力に対する怒りだったり、行政に対する怒りだったり、それから被害を受けていない者に対する怒りだったり。それは忘れてはいけないけれど、そのことで支援するほうが、あんまり縮こまってしまうとまた対応を間違えるという感じがあつて、それも難しいなあと思います。

丹羽 そうですね。小西先生が言われたように、原因はいろいろあるけれども起きてくることはごく一般的なことであるというスタンスで対応してもらったほうが良くて、「かわいそうだ」というようなバイアス(偏り)があまりかかってしまうと問題かもしれませんね。

「伝え方の難しさ」

細矢 ときどき聞くのは、自分たちはどうしてもここにいなければいけない。周りでは放射線の問題はあまりないだろうと言っている。ところがあつて一部の人たちがお母さんたちに「放射線による健康障害が赤ちゃんに起こるかもしれない、妊婦さんに起こるかもしれない。なぜ引越さないんですか。それは親として怠慢でしょ」といふ言ひ方をされると。そして、「私は悪いお母さんなのかな」と心配して、「福島から」出て行ってしまふ人が、周りを見てもほんとうに多いんですよ。「引越さないの？」と善意で言っているのですが、一方でそういう言ひ方は、ものすごくお母さんたちを傷つけていることもあつていいですね。

小西 「なぜ出ていかないの？」もそうですけど、逆に「他の場所に移住することもストレスを抱えますよ」とか「あなたが不安になると今度は子どもに影響が出ますよ」というようなメッセージも、本人の不安が高まつているときには、すべて、ネガティブに響きます。どのような方向性でも言ひ方が難しいなあと思います。

大津留 冷静な判断を促す意味でのリスクの比較に関する話はないほうが良くて、むしろ解決に向かうためには、本人のありのままの姿を受け止めるしか方法はないのでしょうか。

丹羽 そうではないと思いますね。やっぱり冷静なリスクの判断を求める方向に行かずに成り行きに任せるといふのでは、こういう場合の専門家の役割が何も無いことになってしまいますから、具合が悪いと思ひますね。小西 たぶん多面的、複数の支援が必要なのだと思いますね。論理的・合理的に考えられることを情報として出

すことは必要です。

大津留 通常はだれでも他のリスクと比較しながら物事を決めていることが多いと思いますが、今回は「今、放射線のことを問題にしているのにどうして他のリスクと比較するんだ」と反発して、リスクの比較を受け入れることができない人たちがいます。我々医療者からすると、病気の成り立ちを考えればいろんなリスクがあつて、それを総合的に評価するのはなんの疑いもないのですが。

小西 心理的には、リスク評価は基本的に主観的なものです。自動車に乗ることと飛行機に乗ることのどちらが恐いかということは、人によって違います。各個人の性質や歴史や周囲の状況などがすべて影響してくる。たとえば、トラウマ体験は人の心理的なリスク評価を大きく変化させます。事故率や死亡率の情報だけで決まるわけではないですよ。今、放射線の不安が高くなっているのは心理的反応としてはすごく当然ですから、そこに疫学的なリスクの問題を持ち込まれて「あなたのリスク評価は間違っている」と言われた気がすると、きつと抵抗があるのだろうと私には思えます。また、たとえば、移住することについて、人が求めている回答は、「私が個人として引越したほうがいいか、引越さないほうがいいか」の答えであつて、そういうことは疫学ではわかりません。

大津留 最終的な生き方はもちろん個人の選択ですが、客観的な評価に抵抗があるときに、では医療者としてどうしたらいいでしょうか。

小西 全体的に落ち着いてくるのを待つしかないかなと思います。くり返し起こる被害ではないのだったら、やがてはもう少し低いところへ落ち着いてくるのだと思います。

大津留 サポートする立場としては、それまで粘り強く地道に対応していくということですね。

3 放射線のこころへの影響

■ 斑状^{まだら}の放射線災害がもたらすもの

大津留 別の観点ですが、たとえば福島県内でも線量がかなり違いますし、県外に行けばもっと違う。ご本人の選択肢も多い。それはこころの問題にはかなり影響しているような気もしますが、いかがでしょうか。

丹羽 今日聞いた患者さんの話では、避難地域から1キロぐらいのある程度線量の高いところに住んでいらっしやるのですが、隣の隣の家はもっと高いとか、同じ敷地の中でもきょうだいの家は低いとか、そういった斑状^{まだら}の中で生活していらして、みんなが一樣なレベルの被害者というわけでもない。線量の高さも必ずしも固定的ではないので、皆さんの気持ちはどこか一方向にとりかたはならないと思うのです。福島市の中でも線量が高めのところがあり、お子さん連れの人たちは市内の線量の低いほうに移住していますよね。しかし、そういう人たちが、必ずしも被害者意識を持ったり、心理的に弱ってしまったりしているとも限らないので、必ずしもメンタルに影響が出ているとは言えないと思っっているのですけれど。

小西 東京でも親が「放射線量が高い、低い」と同じ心配をしていて、東京に住んでいいのかという人もいます。ある一定の場所に行っているんなら話を聞いたときに、主観的な個人の捉え方で危険度が全然違っていい。それはこの放射線災害の大きな特徴だと思えますね。たとえば、雪や台風などで家が全部倒れたとか、全部燃えてしまったとかそういう災害とも違う、不均一さがとても大きい。放射線は斑状^{まだら}だけれど、さらに人の心理も斑^{まだら}という感じがしますね。

大津留 ご夫婦とか親子で感じ方が極端に違ったときに、対応がなかなか難しいのではないかと思います。丹羽先生、いかがですか。

丹羽 実際、精神科で対応することになるのは、もうちょっと問題が大きいケースですよ。そういう微妙な間

子どものPTSDをどう考えるか

大津留 5番目の方(5)は、幼稚園の女の子です。PTSD (Post-traumatic Stress Disorder: 外傷後ストレス障害) のような症状にも思えますが、いかがですか。

丹羽 今回、こういうパターンは多かったですね。地震と津波のあと、夜寝なくなったりとかおねしょするようになったとか。昼間は避難所などで津波ごっこや地震ごっこなどの遊びをしていて、夜になるとおびえて寝ない。少なくとも2011年の秋ぐらいまでは結構多かったですように思いますね。じゃあ、秋を過ぎてこの子たちが何か後遺症を残しているかというところというわけではない。さきほど子どもは可塑性に富むと言いましたが、影響も受けやすいですからね。過ぎてみると結構健康に戻る例が多かったですね。

大津留 県民健康調査の中で「こころの健康度調査」が震災後9か月経った時期に実施されているという意味では、自然治癒が難しい長期に不安が続いている人を見出して、サポートしているということでしょうか。丹羽 そういうことだと思います。介入の仕方は、阪

題で考え方が少し極端なのではないかと思えるけれど、いわゆる精神科の問題とは考えられないケースは、ケアされないままになっているのではないのでしょうか。

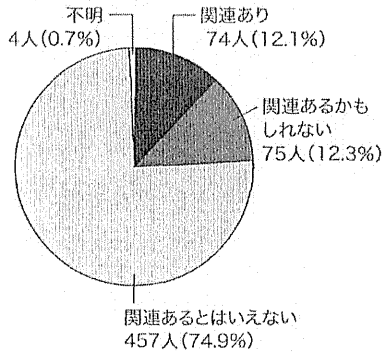
大津留 精神科で対応されているケースは、診断名が明確につくようなこころの問題であることが多いです。丹羽 ええ、そうですね。2011年の4月〜5月頃だったかと思いますが、精神科のクリニックにいわゆる放射能恐怖で来られる人は、身の周りでは診ていてあんまりいないのです。その当時、言われていたことは、実際の問題があるところから離れるほど、たとえば福島より東京のほうがそういう不安がより強く出て、お医者さんに相談に来ることがあると。東京の精神科クリニックの先生の話や、「そういう方はいるよ」とおっしゃる。また、福島で内科の先生と話していたら、「鼻血が出るようになったんだけど、放射能のせいじゃないか」とか、「皮膚が赤くなったりけど放射能のせいじゃないか」と訴える患者さんときどきいますと言われたので。だから「ひよつとすると、放射能恐怖症の方は精神科には来なくて、他の診療科に行っているのかな」と思っていてみると、耳鼻科でも鼻血の話が結構あると言われました。だからそのあたりの実情調査をちゃんと行っておかないと、とは思っております。

*3 今回の事故の追加放射線量は、住民の方々に造血機能障害や鼻血が出たり、放射線皮膚炎などの確定的健康障害が生じることはありません。

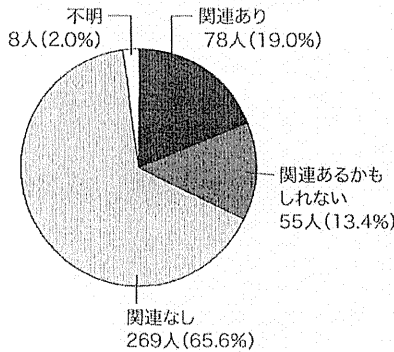
大津留 震災・原発事故後に、メンタルヘルスの範囲を超える精神科領域の疾患は増えたのでしょうか。丹羽 震災後数か月の間に躁状態の人は通常より増えましたね。それから外来で不安や抑うつなどで受診している人の4分の1ぐらいが原発事故の影響で来た人たちでした(図1)。その数字が多いか少ないかは、比較対象調査をしないとわかりませんが。

図1 福島県立医科大学神経精神医学講座による放射線被ばくの影響に関する調査

① 新入院患者と放射線被ばくへの恐れに関連



② 不安障害、うつ病の外来新患と原発事故の関連



2011年3月12日～2か月間のアンケート (27施設回答)
原発事故による転院などを除く入院・再入院患者 n=610人

2011年3月12日～3か月間のアンケート (57施設回答)
外来新患 n=410人

(和田明, 2011より)

神・淡路大震災（1995年1月17日発生）のときからあって、とにかく安心できる環境で不安を少しずつ解消してもらえようかな働きかけをすることだと思えます。年齢によって震災による影響の現れ方は違ってきます。4歳、5歳ぐらいまではどちらかというと退行し、小学校に上がるとPTSD的なことを言うようになる。だからこの子が現時点でもずっと夜泣きなどが続いているのは、ちよつと長引き過ぎているという感じですね。小学生ぐらいの子が震災後9か月ぐらいの時期にPTSD的なことを言っているケースは、あつても不思議ではない気がします。

小西（震災後）1年ぐらいまでは自然経過で良くなる例がたくさんありますよね。もう介入したほうがいい時期ではありますが、3月11日を迎えていわゆるアニバーサリー（記念日）の反応が起きることもありますので、こしばらくは（こころの状態が）悪い人が多くて普通だと思えます。私の経験で言うと3月11日の前後1か月ぐらい、そのことを頭に入れてお話を聞いたほうが良いように思います。特に遺族の方は反応がはつきりしていますが、PTSDは症状があつても言わない人も結構多く、たとえば（4）の中学生もPTSDの可能性がないわけではないですね。

大津留 我々内科医は、極端にご心配される方や抑うつやPTSD症状が強い方に関しては、できれば精神科をご紹介したいと思いますが、小児科はいかがですか。

細矢 我々は比較的不安の軽い患者さんたちの相談に乗ろうと考えています。たとえば、夜泣きに対しては、子どもを診るわけではなくて、ほとんどがお母さんとの対話なんです。お母さんを安心させると意外に夜泣きが治まったり、これまで退行して甘えん坊だった子が少し元に戻ってきたという話がありますので、「これはちよつと厳しいな」というときには精神科の先生に相談しようというスタンスでいるんです。ただ軽いものを含めると、おそらく外来に来た患者さんで「どうですか？」と話を振れば、「実は」というお子さんはたくさんいると思います。通常の外来でそういう患者さんを診られる状況ではないので、相談となった場合には1日数名でもいいから時間を取ってくださいねと、県民健康調査にご協力いただいている登録医にはお話ししています。（原内の）6、

7割ぐらいの小児科の先生方は、登録医として手を挙げてくれます。

丹羽 いつも小児科の先生方の話を聞いていてえらいなあと思うのは、かなりの数を診ている中でお母さんの話も聞いていらつしやる。小児科の先生の（研修会への）参加は多いし、登録してくださっている方々の半分ぐらいは小児科の先生ですから。

小西 登録医の研修会に行くと、内科や小児科の先生がすごく熱心で、頭が下がります。

4 こころの問題を予防するために

■ 地域でできるこころのケア

大津留 これまでの討論以外で他の例があれば、ご紹介いただけますか。

丹羽 新聞報道にありました、飯館村とか橋本町とか、自治体そのものが避難している地域の人たちに行ったアンケート調査では、「いくつかの症状に当てはまるものがご家族の中にいらつしやるか？」という質問項目で、「だいたいいらつしている」という人は7割ぐらい、「眠れない」という人は3割強、「お酒（の量）が増えた」という人は17、18%。私はその2つ（町村）しか見ていませんが、両町村とも本場に類似した数字が出ているんです。いずれも放射能問題による避難ですし、数字の一致率を見ると避難生活は同じような影響を及ぼしているんだなと思いました。だからうまく手を差し伸べて、埋もれているケースが重症化していかないようなアプローチを予防的に行うという観点も必要だと思いましたね。

大津留 こころの問題で予防的に行うとは、どういう方法論があるのでしょうか。

丹羽 何か特別に「こころのケア」ということでなくても、地域の人たちが集まって、たとえば盆踊り大会とか

除染活動とか、そういう地域としての活動の中に参加してもらって、「自分も何かのために動いている」という気持ちになれる、あるいは話ができることが予防的には意味がありそうに思います。仮設住宅の中のサロン活動もその一つだと思いますね。たとえば次のようなことがあります。最初は、仮設住宅に避難している人たちが能動的に何かを行わなくても、周囲で介入している人たちがいろんな活動を行っているうちに、「今度は自分たちが中心になって準備するから」と自主的に参加してくる人たちが増えてくるんですね。そうすると、「実は、あそこの誰さんは元気がないんだよね」という話になって、実情がわかってくるんです。「こころのケアにきました」と言っただけで行っても、自ら進んで相談に来ようという人がいるわけではないですよ。仮設住宅などに避難している人たちの生活の質を上げるような働きかけをする中でケースが見えてくると思いますね。

大津留　ということは、行政とかボランティアもその予防の役割を担っているということですね。

丹羽　そう。だからこころのケアは専門家が行うとは限らないと思いますよ。

小西　普通の人が個人として普通にやれることでしたら、やっぱり人とつながることです。誰かに相談してもいいし、メンタルヘルスを保つ活動をしてもいいし、放射線の話を聞きに行ってもいい。良くないのは孤立です。人と何らかの理由で接触できない人が孤立して残るわけなので、さっきから支援の手が足りないという話をしていますが、介入していくとしたら、そういう孤立する可能性のある人にアプローチしていく形になると思います。自分で良くなりたいと思う人はそれだけですごく良い点があり、強みがあると言えます。

丹羽　確かにね。福島県こころのケアセンター（連絡先：福島県精神保健福祉センター内）が、たとえば福島市の場合でも2012年2月1日に発足して、動き始めています。今後、県内のいくつかの方面にも福島県こころのケアセンターができますので、そういう存在を知ってもらって、相談に行ってもらうことも必要ですね。個人のレベルで。

細矢　私は、お母さんたちは、「自分は一番良いお母さんになっていなんじゃないか」という不安を持っていて、必死にそうなるうとしていているけれど、それがうまくいかななくて自分を責めていると感じているものですから、周りから見るととてもよくやっているということを知ってほしいし、不安があるならば身近な人に相談してもらいたいと思います。我々も相談相手になります。

こころのケアが力になる

小西　ここで話をしていると、支援の手が足りないとか、問題ばかりが出てきてしまっていますが、私が阪神・淡路大震災で支援に関わったときに比べると、みんなの意識は全然違います。あのときはこころのケアの概念さえ、あまりきちんとしていなかったので混乱していました。今回、とても良くなったことはいっぱいあると思います。そもそも最初のケアの立ち上がり方だって全然違いますし、今、皆さんが行っていらっしゃることもあって、当時に比べればずっと組織化されていると思います。あまりにも被害が大きいの、原発がどうなるかわからないから先行き心配なことばかりが気になります。むしろ良くなった点もちゃんと伝えていくことも必要なのではないかと、最近、思っています。それこそ、ケアをしている人にも良くなったことを伝えるべきじゃないでしょうか。

大津留　確かに大災害だったので、準備が足りなかったりとまずい点がいっぱい挙げられています。実は最悪の事態に陥らないようにすごく頑張った無名の人たちがとてもたくさんいて、本当はそういう人たちがもっととほめないといけないと思うし、地域で頑張っている人たちも認められたほうがモチベーションが上がるかなと思うのですが。

丹羽　頑張れますよね。3・11直後の時期などに、体育館などの避難所では、地区の区長さんたちが地区の人たちをまとめてニーズをくみ上げることで避難者の困難を解決して元気づけたりしておられました。また市町村の保健師さんたちは避難者の中で障がいを持たれた方々の状況をよく把握しておられて、そのお陰でJMATやこころのケアチームのサポートがスムーズに入ることができました。こうしたたくさんの方々の活動は称賛される

べきと思いますね。

大津留 本日は、先生方からこちらの健康に向き合っていく上で、とても重要ないくつかのポイントについて、お話を伺うことができました。震災をきっかけに、こちらのどこかにひっかかりがある方々にも、また復興に向けて頑張っておられる方々にも、ささやかながら応援のメッセージとなれば幸いです。

参考資料・引用文献

- 1 Bromet EJ, Goldzaber D, Carlson G, et al. Children's well-being 11 years after the Chernobyl Catastrophe. Arch. Gen. Psychiatry. 2000; 57: 563-571.

第7章

座談会

放射線問題とリスク・コミュニケーション

出席者：郡山一明 救急救命九州研修所教授／

九州厚生年金病院総合診療部客員部長／
北九州市危機管理 参与

中谷内一也 同志社大学心理学部 教授

司会：大津留晶 福島県立医科大学医学部放射線健康管理学講座 教授

東日本大震災における宮城県の精神科医の活動*

松本和紀^{1,2)} 小原聡子³⁾ 林みづ穂⁴⁾
原 敬造⁵⁾ 白澤英勝^{2,6)}

Key words

Disaster psychiatry, Community mental health, Great East Japan Earthquake, Psychiatric hospital, Tsunami

はじめに

宮城県では、1978年に宮城県沖地震、1990年には宮城県北部地震、2008年には岩手宮城内陸地震を経験し、近々に予想されていた大地震に対する準備と警戒がなされていた。しかし、今回の東日本大震災は想定外の大災害であり、精神医療・保健・福祉の領域でも大きな被害とさまざまな混乱があった。ここでは、東日本大震災における宮城県内の精神科医の活動や役割について、精神科医療機関での被害や災害への対応、震災に対応した精神保健領域での活動などを通して振り返る。なお、紙面の都合もあり、県内の精神科医の活動をすべて網羅することはできないため文献や

資料などにより入手できる情報を中心に主だった活動を紹介する。

宮城県における被災の特徴

2011年3月11日、宮城県では震度6強から7の大きな地震が起こり、その数十分後に襲ってきた大津波により県北部のリアス式海岸から県南部の仙台平野沿岸部までが広域に被災し、壊滅的な打撃を受けた。沿岸部では行政機関にも大きな被害があり、行政機能が麻痺し混乱が続いた。仙台市沿岸部にも津波被害があり、内陸部も含めて宮城県は広域に災害による被害を受けた。死者・行方不明者数は1万人を超え、全国の死者・行方不明者数の58%が宮城県に集中した。死因のほ

* Activities of the Psychiatrists in Miyagi Prefecture in Response to the Great East Japan Earthquake

- 1) 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座(☎ 980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1), MATSUMOTO Kazunori : Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan
- 2) みやぎ心のケアセンター, SHIRASAWA Hidekatsu : Miyagi Disaster Mental Health Care Center
- 3) 宮城県精神保健福祉センター, OBARA Akiko : Miyagi Prefectural Mental Health and Welfare Center
- 4) 仙台市精神保健福祉総合センター, HAYASHI Mizuho : Sendai City Mental Health and Welfare Center
- 5) 医療法人社団原クリニック, HARA Keizo : Hara Clinic
- 6) 医療法人東北会東北会病院, Tohokukai Hospital

表 1 宮城県内の被害の大きい地域の主な精神科病院

津波被害—機能大幅低下→停止		
南浜中央病院	岩沼	・全入院患者を県内外の精神科病院に転院または退院
恵愛病院	石巻	
津波被害—機能大幅低下		
光ヶ丘保養園	気仙沼	・半孤立化し、危機的状況が続いた
津波被災地—機能保持		
こだまホスピタル	石巻	・周囲とは半孤立した状況 ・周辺の精神科・身体科の外来患者が殺到 ・精神科入院患者が増加
三峰病院	気仙沼	
内陸—機能大幅低下		
仙南中央病院	柴田町	・体育館に避難。一時的に半孤立

表 2 宮城県の津波による被災病院からの転院調整

	計	県内医療機関へ	県外(山形)医療機関へ	退院
南浜中央病院	200	133	49	18
恵愛病院	91	81	10	10
光ヶ丘保養園	9	9	0	0
合計(人)	300	223	59	28

とんどは津波による水死であった。23 万棟以上の住宅が全壊または半壊し、避難者数は最大 30 万人以上となり、その後も 10 万人以上が応急仮設住宅や借り上げ仮設住宅での生活を強いられている。震災直後は仙台空港や仙台駅にも大きな被害があるなど、県内の交通網は寸断され、ガソリン不足により車で移動も制限された。災害直後には通信障害が続き、被災が大きい地域ほど情報発信ができず周囲から孤立した。福島第一原発事故による被害は隣接する宮城県にも及び、放射能に対する恐怖が続き、県内にはまだ多くのがれきが残っている。

津波被害に遭った病院の精神科医の苦闘

宮城県では、3つの精神科病院が津波による直接の被害に遭った(表 1)。津波被害に遭った病院では、発災直後から患者の生命を守るための苦闘が続き、患者を避難、転院させるための活動が行われた(表 2)。

岩沼市の南浜中央病院(定床 242 床)¹⁸⁾は、海

外線から 700 m ほどの場所にあった。地震発生後、津波に備えて病棟 1 階の患者を 2 階へと移した。その後に津波は病院 1 階天井まで押し寄せ、給食の委託業者職員 2 名が犠牲になった。津波による浸水で病院は周囲をすっかり水に囲まれ孤立状態となった。翌日、外部とようやく連絡はとれたが孤立は続き、院内で利用可能な食料と水を探し、患者と職員は院内で過ごした。3 月 13 日に外部支援が入り一部の患者が転院した。しかし、環境の悪化した院内に 130 名の患者が残ったため、高階院長が市長にかけ合い、16 日に避難所へ移った。避難所での生活は 20 日まで続き、この間にすべて患者の転院を終えた。同院は宮城県沖での地震を想定した防災意識の高い病院であったが、これほどの津波は誰も予想していなかった¹⁸⁾。それでも、災害対策を立てる上で、津波被害の際に上階避難を確認していたことが、患者の避難を比較的短時間で行うことに役立ったという。また、災害時には、情報の獲得、発信に最も苦勞し、情報を伝える上でも災害時の指示系統を把握し、災害対策本部と連携することが重要

だという。

石巻市の恵愛病院(定床 120 床)⁹⁾は、海から約 1 km の場所にあった精神科病院であった。地震の後に 1 階に集められていた患者を 2 階に移している最中に津波が襲ってきた。115 名の患者のうち 24 名が院内で津波に飲まれて命を落とした。その後も病院周囲の水は引かず、3 月 13 日に病院職員が浸水地域を歩いて救援を求め、ようやく外部との連絡が可能となった。14 日夕には、宮城県精神科病院協会の沼田事務局長が仙台から駆けつけた。15 日に木村院長らは県障害福祉課を介して、入院患者転院のための交渉を行った。しかし、転院の交渉や移動手段の確保は容易ではなく、すべての患者を転院できたのは 4 月 1 日であった。この間は、自衛隊からの支援やその他の支援物資などによって支えられていたという。

光ヶ丘保養園(定床 268 床)¹⁷⁾は、気仙沼湾の入江に位置し、津波は病院の 2 階部分まで押し寄せ、患者は 3 階での避難生活を強いられた。発災直後の数日間は、周囲から孤立しライフラインが絶たれた状況が続き、奥山院長、新階医師には、患者と職員の生命を守るための困難が続いた。発災 4 日目に病院近くで起こった林野火災のため避難所へと避難したが、環境は病院以上に悪く、翌日には病院に戻ることもなくなった。すべての患者を県内外へ転院させるべきか、病院の機能回復を急ぎ同院での治療を継続すべきかきわめて難しい判断に迫られた。病院関係者の努力により、病院環境は短期間のうちに改善し、3 月 25 日には病院継続は可能という判断がなされた。この間は外部チームの医師による支援も続いていた。身体的に重症な一部の患者が身体治療を目的に転院となったが、多くの患者は入院加療を続けた。発災から 3 月 31 日までの間に肺炎、低体温症などのために 9 名の患者が死亡した。

大規模災害では支援はすぐには届かず、数日間の孤立状態が続くことを精神科医療機関は想定し、備蓄や通信手段の確保などの対策を事前に講じておく必要があるようだ。また、災害時の精神科病院の入院患者の転院調整や搬送については

(表 2)、今後対策を検討する余地がある。

被災地における精神科医療を支える

被災地の精神科医の最も重要な役目は、被災地の精神科医療を支えることであろう。県内の医療機関のほとんどが災害による被害を受ける中で、それぞれの持ち場で精神科医療を維持するために尽力した。

1. 精神科病院

石巻市日和山の丘陵地区にあった石巻こだまホスピタル¹⁰⁾は、津波による浸水からは免れたが市内を覆った海水に周囲を囲まれ、陸の孤島となった。3 日目に道路が開通するまで、患者と職員は限られた備蓄食料でしのいだ。4 日目に宮城県精神科病院協会事務局長が訪れ、また、日本精神科病院協会の会員病院から援助物資が届けられた。「これからどうやって食いつないでいくか悲壮感が漂っていた全職員に、外界と結ばれたという『希望』を灯してくれた瞬間だった」という¹⁰⁾。職員の約半数は、津波被害に遭い、23 名の職員は家族を失った。家族の安否も分からない中で、泊まり込みの勤務を続けた職員も多かった。こうした震災後の過酷な状況の中で救急患者の受け入れも続け、前年同期の 64 名より多い 72 名を受け入れた。また、3 月 11 日からの 1 か月間の新患者数は 719 名で例年の 100 名程度を大きく上回った。この中には、精神科以外の薬の処方をする目的に受診した近隣の住民が多く含まれていた。一方、交通アクセスの障害、遠方避難、死亡などのために再来患者は減少した状態が続いた。また、入院患者の死亡数は、震災後の 1 か月間で 14 名となり、月平均の 2.8 名を大きく上回り、療養環境の悪化が大きな要因であったと推定されている。

気仙沼市の三峰病院は、市内の高台にある精神科病院で津波被害はなかった。しかし、食糧確保の目処が立たないため食事量を減らす対応が続き、暖房が使えない状況のなかで低体温症を発症した患者も出た³⁾。市内にある他の精神科医療機関の被害が大きかったために、外来や入院の患者

が集中し連記院長を中心に対応に当たった。また、病院近くの大きな避難所からは、精神科以外の薬の処方を受けて受診する患者が多く訪れた。

名取市の宮城県立精神医療センターは、地震により配管類の損傷・漏水、停電、自家発電装置の故障、電子カルテの使用不能などに陥り、また、ガソリン不足に伴い通勤に支障を来す職員も多かった。同センターは、県内唯一のスーパー救急病棟を持つため、救急患者の受け入れを優先し、震災後も県内の精神科救急医療の中心として機能した。新規入院患者数は震災前の1か月間が37名に対して震災後の1か月では71名に増え、初診患者数は38名から175名に増えた。また、被災病院からの20名の転入院も引き受けた。

その他の精神科病院の多くも、震災直後期には特に入院患者への食料の供給と薬剤の確保には苦勞し、また深刻なガソリン不足のために職員の通勤や地域支援にも大きな支障を来した。そのような劣悪な環境の中で病院の入院、外来機能を維持し、さらに被災病院からの転入院の受け入れなどの働きをしていた。

2. 総合病院精神科

宮城県の有床総合病院精神科は4つに限られている。東北厚生年金病院¹²⁾は、震災による影響で診療機能は大幅に低下し、病院全体としてほとんどの患者を転院または退院させる必要が生じ、451床の病院の入院患者数は最少27名(精神科20名)にまで減った。精神科では独歩可能な患者のうち1名が自宅、8名が転院したが、合併症のある精神疾患を持つ患者の転院は容易には進まなかった。3月23日より一部の一般病床を閉じた状態で診療機能を回復させたところ、精神科への入院依頼は急増し、平時の運営病床を大きく上回る病床数での運営を8月末まで行った。この間、身体合併症の併発のために入院依頼が相次ぎ、被災病院から転院してきた患者も多く含まれた。介護福祉施設、一般病院から認知症やせん妄による入院依頼が続くなど、総合病院における精神科入院の需要は急増し、これに応える働きをした。こうした過酷な状況の中でありながら、同院の精神

科医は職員の面接、近隣の避難所巡回、こころのケアチームへの参加などの活動も行った。

仙台医療センターの精神科では、震災後より精神疾患患者の入院が短期間のうちに急増し、措置入院の引き受けも含めて入院患者数は平時の運営病床を大きく上回った。しかし、地震被害のため3月24日病院全体の方針により精神科でも新規入院患者の受け入れを停止せざるを得なくなり、退院、転院調整を行うことになった。東北大学病院精神科では、交通網が寸断されていたため外来受診者数は震災後に減少したが、震災と関連して病状が悪化した患者の受け入れが増加した。仙台市立病院精神科では普段から高齢者を中心とした医療を行っているが、16床の精神科病床はすぐに満床となり、一般病床に入院した高齢者に対するコンサルテーション・リエゾン医療のニーズが急増した²⁾。

このように、宮城県全体の精神科病床数が不足する中で、総合病院精神科においても、震災の影響により入院の受け入れが困難となったり、身体合併症を持つ精神疾患の患者の入院依頼が増加するなど大きな影響が生じ、これに対応する活動が行われた。総合病院精神科は全国的に不足しており、今後、大きな災害が起こった際には身体合併症を持つ精神疾患患者への対応についての備えが必要になるだろう。

3. 精神科診療所

精神科診療所では、気仙沼や石巻では津波による浸水被害を受けた診療所もあり、内陸部でも地震による被害がみられた。しかし、多くの診療所は可能な限り早期から診療を再開し、仙台市内などの内陸部では、数日程度で診療機能を回復させるところがほとんどであった。石巻市の宮城クリニックは津波により近くの貞山運河から水があふれて浸水地域となった。宮城医師は近くの避難所での診療支援を行いながら、浸水した診療所の片付けを行い、3月22日から診療を再開した。気仙沼の小松クリニックも津波被害に遭ったため、移転した上で5月から診療を再開し、精神科を標榜する気仙沼唯一の診療所として地域医療を支

えている。

4. 高齢者医療

被災地の多くは高齢化率の高い地域であり、災害弱者である高齢者の精神医療的な対応は重要な課題であった。震災直後には、被災高齢者の身体合併症に伴うせん妄、避難所生活に適應できなくなった認知症高齢者などに対して精神医療が必要となり、一部にはせん妄や興奮などのために精神科への入院が必要となる事例もあった^{2,3,16)}。避難所生活に適應できずに、避難所を転々とする事例もあり、介護する家族の負担も大きかった。災害により地域の介護力は大きく低下し、老人保健施設¹⁹⁾や福祉避難所の入所者が増え、精神科病院では病状が改善した後の退院先を探すことが困難となった。

精神保健活動を中心とした活動と災害支援の指揮調整

大規模災害後の地域精神保健活動の重要性は以前から指摘されており^{4,8)}、今回の災害においても県内・県外の支援者によって多岐多様な形で支援が行われた。県外からはこのころのケアチームを中心に多数の支援者が県内の被災地での活動を行い、地元の精神科医をはじめとした関係者と協力しながら支援に当たった。

1. 宮城県精神保健福祉センター・仙台市精神保健福祉総合センター

大崎市にある宮城県の精神保健福祉センター¹⁵⁾は、地震被害、情報/通信・交通網の混乱により、当初は機能が著しく制限された。発災時には、同センターの所長は常勤精神科医師ではなかったため、同センター常勤精神科医である小原医師が現場のリーダー的役割を担った。同センターは県庁のある仙台市と離れており、震災直後は情報収集がきわめて困難な状況にあった。このため、3月17日から小原医師を含めた3名の職員は仙台市内の宮城県庁の障害福祉課に3月末まで席を移し、本庁職員と協働して震災対応を優先して職務に当たった。

宮城県が管轄する地域は、仙台市を挟んで南北

に広がる沿岸地域であり、同センターは今回の災害で甚大な被害を受けた市町の支援対応に当たった。当初の混乱の時期を経て、同センターは徐々に体制を整え、広域な被災地の情報収集、地域の精神保健福祉体制の立て直しに奔走した。また、被災自治体や保健所の支援に当たるとともに、全国から多数集まってくるこのころのケアチームの調整を県の障害福祉課と共同で行った。被災地では、さまざまな問題や困難に直面したが、同センター職員は、何度も被災地まで足を運び粘り強くその解決に取り組んだ。このころのケアチームのチームリーダーは、ほとんどの場合精神科医であり、情報交換や交渉の役割を精神科医が直接担うことの意義は大きかった。たとえば、緊急入院が必要な患者についての情報を得て、直接病院と交渉する役割などは、精神科医が担うことがより適している¹⁵⁾。このように、甚大な被害を受けた県内の精神保健全般を見渡し、情報を吟味分析し、交渉や調整の任に当たる精神保健福祉センターの精神科医の役割は非常に大きいものであった。

一方、仙台市内は医療機関の復旧も比較的速やかで、被災地区もある程度限定されており、関係者の努力により比較的早くから整った体制をとることができた。しかし、相対的に被害が小さかったとはいえ、仙台市も被災地であり、通常業務と並行しながら行う支援活動には多くの困難を伴った。仙台市精神保健福祉総合センターでは、災害時地域精神保健福祉ガイドラインを2008年に作成しており、この中で同センターの役割が明記されており、この作成に中心的に携わっていた林医師が所長であったため、初動から比較的速やかに活動が適切に開始された⁵⁾。同センターは、3月14日には独自にこのころのケアチームを立ち上げ、県内外の医師らの支援を得ながら複数チームで市内の避難所を巡回する活動を行った。このころのケアチームが実際に動きながら情報収集し、地域精神保健福祉活動連絡会議などを通して各区保健福祉センターの担当者との連携を比較的密に行うことで、臨機応変な活動展開が可能であった。その後、外部のこのころのケアチームの支援を受けて同

表3 東北大学を介したチーム・個人派遣の地域別・職種別の延べ人数の内訳

	医師	看護師	心理士	PSW	他	計
気仙沼	108	8	1	0	1	118 人
石巻	245	117	84	88	12	546 人
東部沿岸	87	30	29	34	13	193 人
仙台	17	0	0	0	0	17 人
総数	457 人	155 人	114 人	122 人	26 人	874 人

センターのチーム活動を縮小したが、同センターの原田医師らを中心とした支援活動は、その後も継続的に行われた。

2. 東北大学精神医学教室の活動

東北大学病院では精神科外来が地震被害によりしばらく使用できず、精神科の医局がある3号館は倒壊の危険があり3週間ほど立ち入り禁止が続き、病棟会議室がスタッフの活動拠点となった¹¹⁾。交通網が分断され、食料や燃料調達の見通しも立たず、放射能への不安も含め、被害が比較的小さかった仙台市でも先の見えない孤立感が広がっていた。家族を遠方の実家などに避難させるスタッフもいた。

東北大学精神医学教室では、3月16日に全国に精神科医派遣の要請を行った。当初は個人支援の受け入れも行ったが、派遣調整の負担が大きくなったため中止し、その後は個別にいくつかの大学の精神医学講座からの支援を受けた。3月14日病院長より精神科のない石巻赤十字病院への精神科医派遣要請があった。余震も続き危険が続く中、翌日夜明けを待って佐久間医師と菊池医師が自ら運転し情報収集も兼ねて現地へ向かった。地元精神科医療機関の被災、交通や情報の分断により、精神科のない石巻赤十字病院にも重度の精神症状を示す被災者が多数搬送され、対応に追われた。この後、3月28日まで同院へ精神科医を継続的に派遣した。3月19日には派遣依頼のあった気仙沼市立病院へ佐久間医師らが向かい、支援と情報収集を行い、その後の同地区での継続的支援が始まった。

こころのケアチームは自己完結性を求められる多職種チームであり、東北大学では事前にそのた

めの準備はなかったが、被災地において地元の関係者による支援チームが必要と考え、宮城県障害福祉課を含めた関係者の協力を得て3月22日から活動を開始した。当科のスタッフに加えて、原クリニックや東北会病院の協力で日本精神科診療所協会や日本精神保健福祉士協会などからの支援も得て、徐々に県内の精神科医、心理士、精神保健福祉士、看護師からの支援が得られるようになった(表3)。また、連日の活動を行った4月を中心に複数の大学精神医学講座から支援をいただいた。活動のための車は、宮城県に協力を依頼し、東北大と県内で活動する他の大学チームに計4台のレンタカーを確保した。県の協力により支援者のボランティア保険の加入、災害従事車両証明証も準備された。

被災地が広域にわたるため、東北大学では地域ごとに担当者を決めて活動を行い、筆者がコーディネートをを行った。佐久間医師が担当した気仙沼地区は仙台から距離があるため主に情報収集と地域のコーディネート支援を行い、保健所、地域の支援チーム、地元の精神科医療機関との連携で活動を行った。佐藤医師が担当した石巻地区は、地震・津波による最大の被災自治体であり、こころのケアにかかわる数多くの支援者・支援チームが殺到し、混乱を極めるなか、地域の保健師と連携した活動を行った。東北大チームは連日仙台から渋滞の中日帰りでの往復を繰り返したが、通常勤務を行うスタッフによる継続派遣には多くの苦労があった。現地のニーズ減少を確かめ5月からは週3日の派遣体制に切り替えた。避難所を中心とした活動に加えて、後半は仮設住宅対策へと支援の重点をシフトした。桂医師が担当した岩

沼地区は、医療機関へのアクセスが比較的容易であり、日中労働人口が多かったこともあり、避難所でのニーズは限定的であった。このため、支援者支援や啓発活動を中心とした活動を行った。このような東北大学の活動は、11 月からはみやぎ心のケアセンターの非常勤職員としての活動へと移行した。

東北大学が派遣調整を行った活動としては、こちらのケアチーム活動の他にも、仙台市こちらのケアチームへの医師派遣、自治体職員への相談、講演活動などがあり、さまざまな機関に所属する県内の精神科医が多数ボランティア的に活動した。東北大学の活動は、臨床業務の負担が少ない大学院生を中心に行われたが、この間研究活動の中断や縮小を余儀なくされた。また、臨床業務の合間を縫って、何人かの精神科医が継続的に被災地での支援活動に携わった。その他、東北大学の精神・生物学分野の曾良教授は、向精神薬の確保のために尽力し、同分野(当時)の富田医師は、七ヶ浜町での支援活動を継続しており、被災地での研究調査も実施している。

東北大学による活動は、外部から入るこちらのケアチームを補完する役割があったと考えられる。県内の精神科医が個人的に被災地支援を行う際の受け皿となり、被災地のニーズに臨機応変に対応することができた。地元のスタッフが活動に関わったため、情報収集能力が高く、また、地元関係者が関わっているチームということで、地域での信頼が得られやすいという利点があった。また、さまざまな地域から来て県内で活動する精神科医に対して情報提供を行ったり、外部に対して情報発信するなどの働きをした。一方で、通常業務と並行した長期の支援活動はスタッフへの負担が大きく、週単位で交代できる外部チームと比べると活動量には制限があった。また、災害精神医学についての知識や経験が乏しいなかで支援を行っていたため、活動内容や活動の意義などについて試行錯誤が繰り返された。大学病院の規模や役割は地域によっても異なるが、大学精神医学講座は、災害時には地域支援において一定の役割を

果たすとともに、今後は、災害精神医学についての教育を行っていくことも重要であろう。

3. 精神神経科診療所の医師らによる地域支援活動

今回の災害支援における宮城県における特徴的な活動としては、地元の精神科診療所が日本精神科神経科診療所協会(以下、日精診)と連携して震災直後から継続的に行われている独自の支援活動が挙げられる^{4,13)}。仙台市の原クリニックの原医師らは3月下旬から日精診と協力しながら地域支援活動を開始していた。また、石巻市で浸水被害にあった宮城クリニックの宮城医師¹³⁾は、被害に遭いながらも独自に避難所巡回などの活動を震災直後から開始していた。こうした活動を支援する形で日精診を中心とするボランティアチームが4月始めから本格的なアウトリーチ活動を石巻地区で展開した。日精診からは、医師を含めた多職種が派遣され、支援者は、石巻以外にも、仙台市精神保健福祉総合センターと協力し仙台市若林区での支援を行ったり、山元町の共同作業所での支援活動を行ったり、東北大学の派遣チームへもコメディカルスタッフを定期的に派遣した。日精診による人員派遣は、宮城県においては精神保健関係者を派遣する一大供給源として機能した。石巻日精診チームは、震災直後期を中心に一般的な医療や保健活動に止まらない独自の活動を行っていた。たとえば、牡鹿地区や雄勝地区など交通の悪い地域に物資の支援も兼ねた巡回活動をしたり、イベントや炊き出しに合わせて移動診療室を設置して健康相談活動を行ったり、ハローワークでの個別相談を実施したりするなどの活動を行った^{4,13)}。その後、石巻日精診チームの活動は2011年9月からは「からころステーション」に引き継がれ、石巻市の心のサポート拠点事業などの委託を受けた活動を継続している。

4. 児童精神科医による活動

宮城県では、宮城県子ども総合センターの本間医師ら、同センターに所属する児童精神科医が、震災直後から保健福祉事務所や市町自治体を訪れ被災状況と支援の動向を把握するための活動を

行った⁷⁾。3月16日に登米地区に集団避難した南三陸町の小中学生への支援を要請され、児童精神科医師、保健師、心理士、教師などからなる子どものこころのケアチームが創設された。このチームによる巡回相談実施要項を作成した上で、4月6日から週4日の巡回体制で、気仙沼地区、石巻地区、仙塩地区、県南地区を週1日ずつ巡回する活動を行った。活動拠点は各地の児童相談所、市町の保健センターなどであった。さらに7月からは被害の大きい地区や相談が増えた地区を巡回するために週6チームの体制で活動を行った。全国のこころのケアチームとの連携も行い、チームが撤退する際の引き継ぎを行った。同センターの医師らは、広域な県内の被災地全体を支援するための活動を現在も精力的に行っている。

一方、仙台市⁶⁾では、2011年4月初旬より福地医師(当時、東北福祉大学せんだんホスピタル:現在、みやぎ心のケアセンター)の協力を得て仙台市精神保健福祉総合センターが子どものこころのケアチームとしての活動を始め、避難所、保育所、児童館などを巡回して診療、相談、研修などを行った。6月からは、仙台市教育局の「児童生徒のこころのケア」の一環として、津波被災した学校4校に、林医師、福地医師に加えて東北大学病院精神科の本多医師、小林医師、近藤医師が月1回の訪問を行い、医療対応が必要な児童生徒の見立てや教職員へのコンサルテーションや研修、教職員のメンタルヘルス対応などを行った。また、「児童生徒のこころのケア推進委員会」に、林医師、千葉医師(千葉神経科内科クリニック)、滝井医師(東北福祉大学せんだんホスピタル)が参加し、児童生徒のこころのケアについて検討する活動を行った。2011年8月下旬には、日本児童青年精神医学会からの医師派遣による「幼児健康診査等子どものこころのケア」が開始され、若林区・宮城野区の3歳児健診の一部におけるこころの相談、市役所近辺での「子どものこころの相談室」が実施された。また、これに伴い子どものこころのケアチームの活動は終了した。仙台市の活動は、仙台市精神保健福祉総合センター所長の

林医師が児童精神科医であったこともあり、平時からの子どもの精神医療や保健に関わる関連機関、関係者とのネットワークを活かし、市内の児童精神科医が協力しながら継続的な支援に当たっている点が特徴である。子ども本人のケアに加えて、保護者、保育士、教職員など普段から子どもの身近で関わる大人へのスーパーヴィジョン、普及啓発、心理的サポートが重要であり、この点を児童精神科医が支援することができた。

5. その他の活動

宮城県においてアルコール関連障害の診療を精力的に行っている仙台市の東北会病院では、被災地におけるアルコール問題を中心に専門的な立場から支援を継続している。仙台市や沿岸部の市町において、支援者への教育を兼ねた同行訪問、事例検討、相談、支援員への研修などに取り組んでおり、保健師らと連携した活動を行ってきた。また、同院の石川医師は、南三陸町において地域保健への継続支援活動を行っている。民間の精神科病院が地域保健に関わり続けるためのマンパワーや活動時間の確保に苦勞をしているが、現在も、みやぎ心のケアセンターと連携した人材育成や研修事業などを行っており、被災地での中長期的な底上げにつながることを期待されている。宮城県立精神医療センターでは、同院近辺の名取市や山元町の仮設住宅の住民に対する支援を定期的に行い、この活動はその後、みやぎ心のケアセンターからの委託事業として継続されている。また、坂病院や緑ヶ丘病院が塩釜市、七ヶ浜町、多賀城市の避難所や仮設住宅などに継続的に支援活動を行っていた。その他にも各地で、地域の精神科病院や総合病院精神科の医師らによって、避難所巡回などの活動が行われた。

6. 情報収集とコーディネート

震災直後の被災地は、通信網の破綻により平時のネットワークが機能しなくなり、収集すべき情報を集約させることが困難になった。こうした状況のなか、2011年3月15日、宮城県の精神医療関係者と宮城県や仙台市の関係者が集まり、精神医療保健福祉領域の情報交換を行う集まりが東北

会病院理事長で元宮城県精神保健福祉センターの白澤医師の声がけで始まった。この集まりは後に宮城県災害時精神医療福祉対策会議の幹事会へとつながった。この幹事会では、それぞれの所属組織の情報に加えて、各地域や関連機関の被災状況、被災病院の転入院について、こころのケアチームの派遣や支援状況、みやぎ心のケアセンターの設立などについての話題が取り上げられた。県内の関係者が直接顔を合わせて情報交換する場を持つことで、県内の精神医療・保健・福祉に関わるさまざまな情報がある程度統一的に把握し、混乱を最小限に抑えるための調整をすることが可能となった。一方で、この対策会議は、震災後に立ち上げられたものであり、県の災害医療体制の中には位置づけられておらず、精神医療・保健領域の情報集約や指揮調整機能を統括するほどの機能や権限は持っていなかった。

宮城県では、さまざまな領域での活動が行われたが、各関係者は緊密に情報交換を行うなどして連携するようになった。災害時のような非常事態では、さまざまな活動が同時並行で行われるため、関係者間のネットワークを強化しながら情報集約を進めていくことが大切となる。また、外部への情報発信も大切な役目であり、日本精神神経学会を含む各種学会や協会、あるいはメーリングリストを通じて、被災地の状況を全国に伝える役目も担った。宮城県精神科病院協会では、「2011 東日本大震災の記録」¹⁴⁾を発刊し、同協会の精神科病院における被災状況、被災体験、復旧情報など震災直後の生々しい記録を残している。

みやぎ心のケアセンター

宮城県災害時精神医療福祉対策会議の幹事会の中で、みやぎ心のケアセンター設立の話題は2011年4月頃から出始め、宮城県の関係者が6月末から7月上旬にかけて新潟こころのケアセンターと兵庫県こころのケアセンターの視察に訪れた。この視察は、大震災後の復旧・復興がどのように進み、震災後中長期の“こころのケア”がどのように進められるのかを知る貴重な機会と

表4 被災地における精神科医の活動

-
- ・地域の精神科医療の維持に努める
 - ・精神科入院患者の安全を確保し生命を守る
 - ・地域の精神科救急医療体制の維持に協力する
 - ・被害の大きい精神科医療機関を支援する
 - ・精神保健活動(地域・学校・職域を含む)に従事/協力する
 - ・保健所/市町村などの支援職員に対しての助言やエンパワメント
 - ・地域の情報集約に協力する
 - ・被災地における外部の支援チーム/支援者と連携する
 - ・外部への情報発信を行う
-

なった。宮城県の障害福祉課が中心となり県内の関係者や厚生労働省とも情報交換をしながら構想が練られ、8月に県議会において予算の承認が得られた。9月には、宮城県精神保健福祉協会への委託が決まりスタッフの人選や募集が急ピッチで進められた。そして11月には、みやぎ心のケアセンター準備室として県庁近くの雑居ビルにおいて活動が開始された。12月には正式にみやぎ心のケアセンターが開設され、センター長には白澤医師が就任し、2012年4月からは福地医師が同センターの常勤医となった。また、2011年10月には、宮城県からの寄附により、東北大学大学院医学系研究科に予防精神医学寄附講座が立ち上げられた。同寄附講座は、東日本大震災後の宮城県における精神保健医療福祉領域の復旧と復興に貢献することを目的として、必要な支援、調査、教育活動を行うものであり、みやぎ心のケアセンターと緊密に連携しながら活動を行っている。また、予防精神医学寄附講座を含めた東北大学精神医学教室の医師が非常勤医師として同センターの活動に協力している。

おわりに

東日本大震災における宮城県の精神科医の活動をまとめたが(表4)、多くの被災地の精神科医は、被災者でもあり1人の人間として生活する中で、災害の衝撃を受けながらそれぞれの活動に従事していた。困難な状況の中であって、各自が自分に

できる仕事をこなしていくこと自体が被災地にとって役立つ活動になったと思われる。こうした活動の多くは、地域内での関係者同士のつながりと全国の精神科医を含めた関係者との連携や協力があって初めて可能であった。今回の宮城での経験が、全国の関係者の今後の備えとして役だってもらえることを願いたい。

謝辞

本稿を作成するにあたってご指導賜りました東北大学大学院精神神経学分野 松岡洋夫教授、貴重な情報を賜りました国立病院機構仙台医療センター・岡崎伸郎先生、東北厚生年金病院・三浦伸義先生、光ヶ丘保養園・新階敏恭先生、仙南中央病院・高階憲之先生、こだまホスピタル・故樹神学先生、三峰病院・連記成史先生、および宮城県内外の関係者の方々に深く感謝いたします。

文献

- 1) 荒木憲一：雲仙・普賢岳噴火災害による避難住民に対する精神保健活動 精神科医による危機介入。精神誌 97：430-444, 1995
- 2) 粟田主一：災害精神医療の現状 老年精神医学領域の問題点と課題。老年精神医学雑誌 23：204-208, 2012
- 3) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業報告書。2011
- 4) 原敬造：東日本大震災とこころのケア 原クリニックの取り組み。病院・地域精神医学 55：53-55, 2012
- 5) 林みづ穂：走り続けた5ヵ月間 仙台市における震災後メンタルヘルス対策の取り組み。精神医療 64：96-103, 2011
- 6) 林みづ穂：東日本大震災における子どものケア 精神保健福祉センターの立場から。児童青年精神医学とその近接領域 53：65-71, 2012
- 7) 本間博彰, 小野寺滋実, 高田美和子, 他：東日本大震災と子どもの心のケアについて。児童青年精神医学とその近接領域 53：128-136, 2012
- 8) 加藤寛：日本における災害精神医学の進展 阪神・淡路大震災後の10年間をふり返って。精神医学 48：231-239, 2006
- 9) 木村勤：石巻・恵愛病院 暗闇の中で守り抜いた命。2011 東日本大震災の記録, 浅野弘毅, 他編, 宮城県精神科病院協会, pp 42-52, 2011
- 10) 樹神学, 高橋玄, 佐藤宗一郎, 他：石巻こだまホスピタル 瓦礫と津波の中で陸の孤島となる。2011 東日本大震災の記録, 浅野弘毅, 他編, 宮城県精神科病院協会, pp 32-41, 2011
- 11) 松本和紀：東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から。治療の声 13：77-84, 2012
- 12) 三浦伸義, 山川麻貴, 上田一気：災害で高まった有床総合病院精神科のニーズ。総合病院精神医学 23：S150, 2011
- 13) 宮城秀晃：東日本大震災を体験して。精神科 19：582-585, 2011
- 14) 宮城県精神科病院協会：2011 東日本大震災の記録。浅野弘毅, 他編, 宮城県精神科病院協会：2011
- 15) 小原聡子：東日本大震災における宮城での支援活動を通して 宮城県精神保健福祉センターの立場から。精神医療 64：104-112, 2011
- 16) 佐藤宗一郎, 樹神学：宮城県の被災状況とその対応。老年精神医学雑誌 23：165-168, 2012
- 17) 新階敏恭, 奥山保男：患者の命を守るために一大震災に私たちはどう立ち向かったか。精神科 19：571-576, 2011
- 18) 高階憲之：大災害が病院を襲った日。精神科 19：577-581, 2011
- 19) 山崎英樹：宮城県の被災状況とその対応 仙台市を中心に。老年精神医学雑誌 23：169-172, 2012

連載 東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割—第3回

東日本大震災以後の岩手医科大学における
こころのケア活動について*

大塚耕太郎^{1, 2, 3)} 酒井明夫^{2, 3)} 中村 光¹⁾ 赤平美津子
 冨沢秀光^{2, 3)} 佐藤瑠美子 小久保ゆみ³⁾ 大杉美和子
 齋藤多佳子 岩戸孝政 岩戸清香^{2, 3)}

Key words

Disaster psychiatry, Mental care, The Great East Japan Earthquake, Disaster medicine, Mental health

初動期の1年間

1. 初動期

岩手医科大学では、附属病院災害対策本部が立ち上げられ、附属病院の災害対策に関することや、岩手県の災害医療支援計画に関することや、沿岸各地の避難所の診療支援の体制を整備した。また、岩手県などからの通常医師派遣要請に関わる医療支援体制にかかわることや長期滞在型の災害拠点病院などでの診療応援に関することや、大学としての行政への要望に関することなどの対応を行うために災害時地域医療支援室が設置され、被災学生の就学支援などについては学生支援対策室が担当した。これらの3組織が岩手医科大学東

北地方太平洋沖地震緊急対策会議のもとにまとめられ、総合的な支援の組織体制を整備した。そして、2011年3月15日より3月22日まで、岩手医科大学における災害派遣医療チームにメンタルヘルス関連各科(精神科, 心療内科, 睡眠医療科)が加わり、岩手県沿岸での災害医療を開始した。そして、初動での災害現場での活動を行いながら、今後のこころのケアの在り方を計画立案した。

2. 岩手県災害医療支援ネットワーク

岩手県災害医療支援ネットワーク(岩手県担当各課(保健福祉部, 医療局など), 岩手医科大学, 岩手県医師会, 日本赤十字病院, 国立病院機構)においても岩手医科大学神経精神科学講座スタッフも参加し、災害医療の全体的な流れの中でのこ

* The Mental Health Activities of Iwate Medical University After The Great East Japan Earthquake

- 1) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座(〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1), OTSUKA Kotaro, NAKAMURA Hikaru, AKAHIRA Mitsuko : Department of Disaster and Community Psychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Japan
- 2) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座, SAKAI Akio, TOMIZAWA Hidemitsu, SATO Rumiko, IWATO Sayaka : Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University
- 3) 岩手県こころのケアセンター(岩手医科大学), KOKUBO Yumi, OSUGI Miwako, SAITO Takako, IWATO Takamasa : Iwate Mental Care Center, Iwate Medical University

0488-1281/13/¥500/論文/JCOPY

ころのケアについての情報共有や方法論提示などを行った。

3. こころのケアチームの派遣

現地では、避難所巡回、ハイリスク者訪問、保健師など地域精神保健スタッフとの連携が必要となる。たとえば、巡回や訪問にあたっては、ルート確保、避難所情報など現場情報が必要となる。保健所や市町村など行政との連携なくして、継続的な活動は困難である。加えて、現場の行政と連携や調整を行う必要がある。さまざまな支援チームを現地の行政が調整することは負担が大きい。このため、岩手県における支援チームに関しても、当初より岩手県や岩手医科大学、日本精神病院協会岩手県支部などの調整を行い、窓口は岩手県に一本化して、現地との調整を図る方針が出された。

発災直後から2012年3月まで全国から30チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をいただき、県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療を行った。また、仮設住居への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援的活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた⁴⁾。

我々も3月24日より岩手県北沿岸の久慈地域において岩手県のこころのケアチームとして、岩手県北沿岸医療圏の該当4市町村、久慈保健所、久慈医師会と連携し、活動を開始した。当初、ケアチームの活動は避難所巡回、ハイリスク者の個別訪問、遺族支援、従事者ケアを中心として開始した。岩手医科大学での災害時のこころのケアの活動は、岩手県におけるモデル構築の位置づけとなることもあり、岩手県障がい保健福祉課や岩手県精神保健福祉センターと相互補完的な協力体制をとってきた。岩手医科大学では岩手県こころのケアチームとして、久慈地域(久慈市、洋野町、野田村、普代村)を担当した。災害の相談拠点である野田村こころの健康相談センターを中心に、相談、訪問、従事者教育、保健事業への協力など

の支援活動を行った。

震災、津波発生当初は、避難、誘導を行い、傷病者の救命、処置、経過観察が中心であった。そして、医療者・医療資器材・薬品の状況確認と確保を目標に、医療体制の再構築が行われた。精神障害者への早期の対応も求められ、地元医療機関では早期に医療機関が対応を行っていた²⁾。加えて、被災者への支援物資の適切な配布、避難所の衛生管理(新鮮な空気・暖かさ・清潔保持・食事と水分)と環境整備(感染予防・人間関係の調整・コミュニティへの配慮)が重要であった。また、震災当初より遺族支援も開始した。災害発生当初の遺族支援の目標は、ご遺族の安否や生活状況、心理状態などを確認して、見守り、支援を提供することであった。コンタクトは避難所巡回、こころのケアの相談、災害支援の一環、役場窓口を訪れた際の確認など、遺族の状況に寄り添いながら実施した。

中長期的なケアに向けて

1. 中長期的なこころのケアのモデル

こころのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通じた被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである(図1)⁴⁾。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すことの基盤を支援していくことが必要である。

第1に、仮設住居入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第2として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉の介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第3として、地

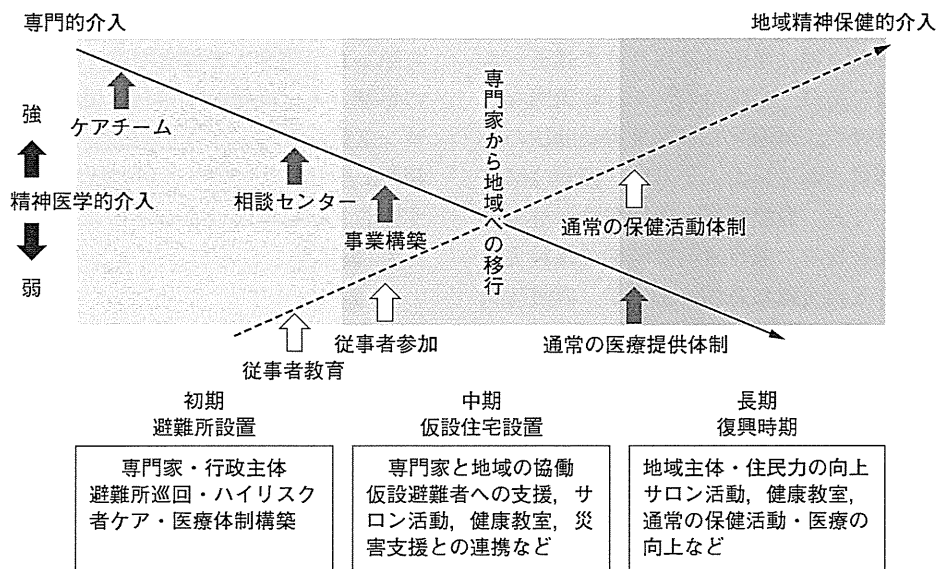


図1 こころのケアのモデル
—初動から中長期的支援まで—

域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健の問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標としてきた⁵⁾。

2. 地域の3領域におけるこころのケア

地域における被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」、「保健」、「福祉」の3領域に区分される。医療は主に医療機関などによる専門的ケアが実施されている。うつ病、PTSDをはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療などを行っている。

また、保健のラインでは、主に保健師達による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニングなどで震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修などを通じた人材養成を行っている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会などによる生活支援や見守り活動としての支援や、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとし

て、生活支援相談員(社協)や民生委員らによる訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

いずれの領域における支援も中長期的な支援を進めていくことが重要である。岩手県においても災害発生当初より県内外から総計30チームの「こころのケアチーム」は主に保健におけるラインを中心にして、こころのケアを県保健所、市町村などと連携しながら活動を実践してきた。そして、2011年2月に継続したこころのケアの推進体制を構築していくために、岩手県の委託事業として岩手医科大学によるこころのケアセンター事業が立ち上げられた。

こころのケアチームからこころのケアセンターへの移行

1. こころのケアセンターの設置

災害発生当初は、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士など精神科専門職で構成されるこころのケアチームが被災地の保健所・自治体との連携・指示により避難所で