

の巡回相談や診療を行う。東日本大震災でも大規模災害であったため、県内の支援だけではチームの充足は困難であり、全国の病院や行政機関などから派遣を受けた。財源としても災害救助法の範疇で支援が提供されていた。その後、仮設住居が設置されていくと、仮設住居への訪問や保健事業の支援が必要となる。避難所設置時期では被災住民へ集団的介入が可能な時期であるが、仮設住居へ入居後は、被災住民の個別介入が主体となる。岩手県においても、2011年4月より被災の影響が強い自治体において震災こころの相談室を開始し、個別相談や支援者へのスーパーバイズなどが開始され、同年8月までに最終的に7か所に設置された。

このような多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県では、岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」が沿岸4か所に設置された。こころのケアチームが行ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動が基本となるが、先に述べた中長期的には地域主体の精神保健活動への移行が可能となるように支援することが目標となる。

また、被災以前より岩手県では自殺対策などの領域で、精神科医療などの社会資源に乏しく、少ない社会資源を有効に活用し、さまざまな機関によるネットワークを構築し、マンパワーの不足を機関相互の連携により補う精神保健体制を推進してきた。震災後のこころのケア活動も同様に、こころのケアセンターが地域の支援体制に加わり、市町村や関係機関との密接な連携のもと、地域のネットワークの構成機関として活動することが求められる。

そして、「医療」、「保健」、「福祉」の3領域において、こころのケアセンターは「保健」の領域における活動を主体として、「医療」、「福祉」の領域との連携を図りながら、支援を行っていく。たとえば、被災者へのメンタルヘルス対策として

の医療化させないためのこころの健康づくりなどを通じた予防介入や健康増進、医療が必要な者への早期介入、継続的な相談支援による見守り、サロン活動などでの保健活動の提供、従事者への支援⁶⁾など幅広い支援を地域の状況に合わせて提供することが目標となる(図2)。

2. 岩手県こころのケアセンターの具体的な活動

被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、2012年8月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4. 心の健康づくりを進める」の項目で、新たに「(4)大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。

現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村などの地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動を骨子として活動している。特に、中長期的視点で考えた場合には、地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者らに対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。たとえば、こころの危機を迎えている者への低強度の認知行動療法的アプローチは、相談対応の時に役立つため、ボランティアレベルから医療従事者レベルまでの教育を実践してきた。また、自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成などで共役性がある。メンタルヘルスファーストはこころの健康の不調を来した場合の地域における早期対応の方法としてオース

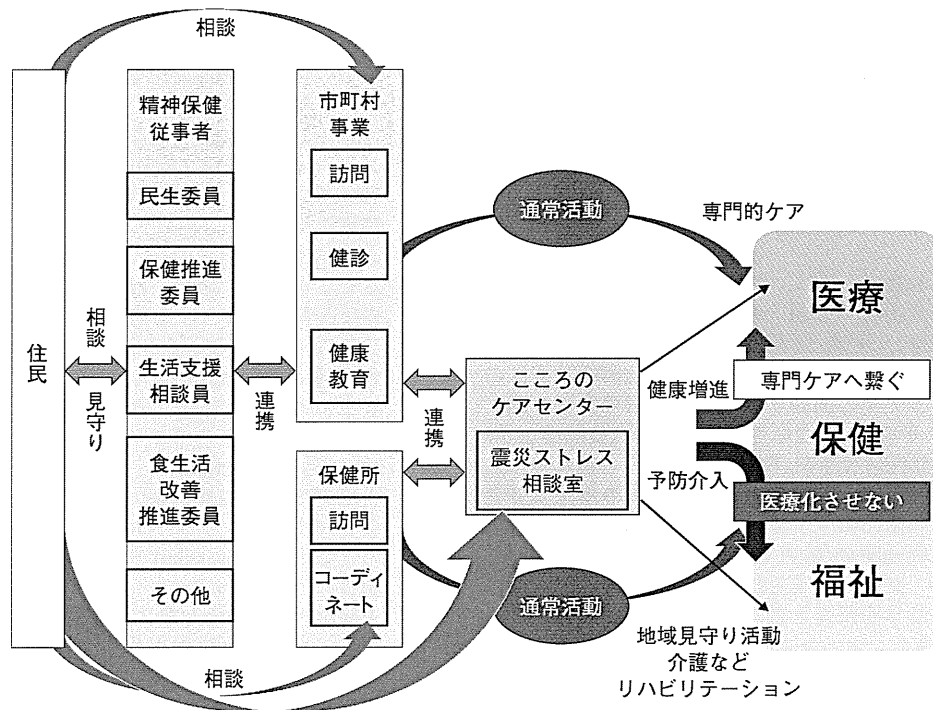


図2 被災地における支援体制

トラリアで開発されたプログラムである¹⁾。筆者の研究班(平成22年度科学研究費補助金基盤C「医療, 精神保健, および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」, 主任研究者)も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム(内閣府ホームページ: http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html)は^{7,8)}、自殺対策のゲートキーパーに求められる知識やスキルを習得できる。2011年度には同プログラムに被災地対応編も加え、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるような内容を開発した。また、このゲートキーパー養成研修プログラムを基にした内閣府主催のファシリテーター養成研修会が2011年度より開催されている。本プログラムはテキストも内閣府ホームページよりダウンロード可能になっており、被災者のケアに携わる従事者の教育として活用が期待される。ま

た、認知行動療法的なアプローチなどにより被災者の心理状態をふまえた対応や問題解決的なアプローチも必要である。大野と田島によるテキスト「こころスキルアッププログラム—認知療法・認知行動療法の視点から—」³⁾を活用して岩手県においても保健従事者に対する研修会を開催し、このようなアプローチをひろげることも行っている。このほかにもさまざまな地域の人材養成のプログラムが提供されており、地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

また、保健事業などの支援により住民がこころの健康に対する理解が深まっていくようなこころの健康づくりが推進されることが求められる。このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。被災地支援と自殺対策を連動させながら、こころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き

届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が進められている。地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくためには、長期的な視点で健康を大切にする地域づくりを通じた支援が提供されることが必須である。

なお、本論の一部は、平成 24 年度喫煙科学研究財団特定研究助成「主題：東日本大震災における疾病の実態調査」、平成 24 年度精神・神経疾患研究開発費研究事業「わが国における低強度認知行動療法の実施マニュアルの開発と地域への応用可能性に関する研究」、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))「被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究」、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))「東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究」によった。

文献

- 1) キッチナー・B, ジョーム・A: 専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド—こころの応急処置マニュアル(メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン訳). 創元社, 2012
- 2) 長岡重之, 山科満, 大塚耕太郎: 東日本大震災が精神障害者に与えた影響の一端—発生直後 20 日間の入院動向と緊急入院事例の検討から. 精神科治療学 27: 1245-1250, 2012
- 3) 大野裕, 田島美幸: こころスキルアッププログラム—認知療法・認知行動療法の視点から. (独)国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター, 2002
- 4) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(1): 岩手医科大学における初動期から初期の支援. こころの科学 159: 2-9, 2011
- 5) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(2): 中長期的なこころのケアの対策. こころの科学 160: 2-15, 2011
- 6) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 佐藤瑠美子, 他: 医療支援中のメンタルヘルス, 医療支援復帰後のうつ病. Depression Frontier 9(2): 45-49, 2011
- 7) 大塚耕太郎, 鈴木友理子, 藤澤大介, 他: ゲートキーパー養成研修用テキスト第 2 版. 内閣府, 2012
- 8) 大塚耕太郎: 2-1-4. メンタルヘルス・ファーストエイドによるゲートキーパー養成研修プログラムについて. 精神保健福祉白書 2013 年版—障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方. 中央法規出版, p 39, 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1回**連載開始にあたって***

丹羽真一**

はじめに

2011年3月11日の東日本大震災と大津波、および3月12日から起きた福島第一原発事故から、いま2回目の春を迎えようとしている。津波被害の大きな地域が復興のために新たな土地へ移住するかの選択、放射能に汚染された土や瓦礫の中間貯蔵施設の確保、避難先から帰還するかの判断など、被災した人々は深刻な悩みの中で復興2年目を迎えている。この2年間、全国の精神科医は、ある時は一人の一般人として、そして専門家として被災地の支援にさまざまな形で関わってきている。被災地の人間の一人として寄せられた支援に私は心から感謝を申し上げたい。同時に、被災地の人々が抱える悩みは十年あるいは数十年と続くものと思われるだけに、引き続きご支援をお寄せいただけるようお願いしたい。

東日本大震災と福島第一原発事故は歴史上かつてない災害となっただけに、そこからの復興に精神科医がいかに関わっていたか、関わっていかたかを記録することは重要である。その記録が同時代の精神科医が互いに励まし学びあうことを促進することになれば素晴らしいし、また検証できるものとして後の世代へと引き継ぐものとなれば学

術的価値のあるものとなるであろう。そのような目的で、大震災からの復興に向けて精神科医がどれだけ関わって行っているかの実践活動を継続的に報告するものとして本連載「東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割」を開始したい。

被災地の精神科医

被災地の精神科医は、他のいろいろな専門職の人々と同様に、二つの役割を引き受けることとなった。自身が被災者であるという立場と、被災者を支援する専門職としての立場と。こころの専門家としての精神科医は、いろいろな専門職の中ではより強く被災者支援と復興に関わることを求められてきているのが特徴である。現に、津波で身内を失いながらも、被災者支援に献身してきた精神科医もおられる。阪神・淡路大震災における被災者支援の経験が、たとえばD-MATの整備などその後の支援医療の整備の出発点となっている。筆者らの所属する病院からも同僚の精神科医が支援に出向いた。その時の経験からは、精神科医への期待は被災後1か月してから高まる、超急性期には精神科医の出番はないといった総括であったように思う。しかし、東日本大震災と原発事故の被災の経験からは、精神科医の出番は被災

* The Accomplished and Expected Roles and Practices of Psychiatrists in the Recovery Process from the East Japan Great Earthquake and Fukushima Dai-ichi Nuclear Power Plant Accident : An Introduction

** 福島県立医科大学会津医療センター準備室(☎960-1295 福島県福島市光が丘1), Nrwa Shin-Ichi : Aizu Medical Center, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan

の状況により異なることを学んだように思われる。今回、被災地の精神科医は超急性期から出番があった。きわめて広域に災害が及んだ時には、物流が途絶え被災した精神神経疾患患者が必要とする薬物がなくなる事態がおきる。被災地の精神科医は避難所を回って必要とされる薬物を精神神経疾患患者に届けることを求められた。また、避難所には極めて多数の被災者が収容された。既存の精神神経疾患患者ではないが、新たに急性ストレス障害になった人、ごった返す避難所での生活により生まれるストレスに耐えられない人への対処が精神科医に求められた。自身が被災しながら、こうしたニーズに被災地の精神科医は取り組んだと思う。

全国からの支援と精神科医

被災直後の1週間は全国のD-MAT (Disaster Medical Assistance Team) が組織立って支援に動いた。引き続いて、全国の都道府県自治体、自治体病院協議会や医師会(JMAT) が組織した支援者が数日から1週間交代で被災地支援に入った。精神科医もその支援チームの中に組み入れられていた。阪神・淡路大震災や新潟県中越沖地震の経験が生かされ、全国から精神科医が被災地支援に入る動きは素早かったと思われる。その経験からはD-PATとも呼ばれるべき精神科急性期支援チーム構築の必要性が指摘された(D-PATはDisaster Psychiatric Assistance Teamの意味)。ちなみに、筆者は福島第一原発の爆発の直後に福島で「REMAT」(RはRadiationの意味だと思う)と背中に書かれた制服を着て動く人たちを見かけて、そんな組織があるのかと感心した。

今回の災害の特徴の一つは、それが精神科医療の人的資源がもともと不足している地域に起きたことである。東北の精神科医不足はよく知られたことであるが、不足しているのは精神科医療に携わるすべての職種について言えることである。人的資源不足の地域に膨大なニーズが一気に生まれ、またそのニーズが長期にわたって続くために、ニーズに対応できないことは明らかであった。厚

生労働省は2012年から岩手、宮城、福島に「このころのケアセンター」を設置することとし、精神科医療に携わる各職種の全国団体に対して人材派遣を要請した。実際、全国から各職種の人々がセンターでの勤務に入ってくださっている。このように全国から長期にわたる支援に入る専門職種の人々がいる中に、精神科医も参加していることは被災地の精神科医として誠に有り難いことである。

被災者の特徴にあった支援と精神科医

今回の災害の特徴のもう一つは、それが高齢化が進む地域で起きたことである。被災者には高齢者が多く、孤立した高齢者への支援や認知症高齢者の支援などが長期的支援プログラムの中に必要とされてきている。原発事故は人々の中に広く放射能に対する恐怖を呼び起こし、特に小児への放射能被害についての不安を親の中に引き起こしている。その恐怖や不安を考慮した対策として、保育園、幼稚園、学校では戸外で遊んだりスポーツをすることを制限する措置が取られ、それが被災から2年が経とうとしている現在も一部地域では続いている。放射能汚染への恐怖と不安が強い親と子に対する特別なプログラムが必要とされている。高齢者や小児に生まれているこのような問題に対して、日本老年精神医学会や日本児童青年精神医学会などが対応してきている。

日本精神科救急学会、日本トラウマティック・ストレス学会などは、それぞれの時期に被災者の特徴に合わせ、専門性を発揮した支援活動を長期にわたり継続してきた。精神医学講座担当者会議は各大学から定期的に専門家支援者を派遣した。日本精神神経学会は東日本大震災対策本部を設置して、情報提供や支援調整などにあたってきた。被災者の特徴に沿った支援が各学会を挙げて体系的に行われてきたことは精神科医が関わる今回の災害支援の特徴である。

見えてきた課題と精神科医

東日本大震災と原発事故が引き起こした被害の広がりや深刻さは、人々のメンタルヘルスにさまざまな問題を引き起こしているが、阪神・淡路大震災と新潟県中越沖地震の経験を経た全国の精神科医が今回の大震災・原発事故の中で体系的に長期の支援に取り組むようになってきていることは歴史的に大きな出来事である。進行中のこの出来事の中で次のような課題が見えてきたと思う。一つは「こころの復興なくして真の復興なし」という課題に精神科医がどう応えることができるかである。もう一つは精神医学の諸領域の中に新たに「災害精神医学」の領域を確立することが求められているが、それに応えられるかである。もう一つは被災者のところに届くサービスの提供で精神疾患発症予防を行い、また地域で暮らす精神神経疾患を持つ当事者を支えるシステム、アウトリーチサービスのシステムを構築できるかである。

今後の連載の内容

以上に述べてきた支援の状況と今後の課題を詳しく記載していくために、この連載では次のような内容を取り上げる予定である。本連載が冒頭で述べた目的を果たすものとなることを祈りつつ連載の嚆矢としたい。

1. 連載開始にあたって、
2. その時精神科医はどう感じたか、
3. 岩手県の精神科医の活動、
4. 宮城県の精神科医の活動、
5. 福島県の精神科医の活動、
6. 高齢者のメンタルヘルスと精神科医、
7. 小児のメンタルヘルスと精神科医、
8. 放射能汚染への不安と精神科医、
9. 精神医学関連学会の活動、
10. 支援者へのケアと精神科医、
11. 日本の心の復興と精神科医、
12. 災害支援学の立場からの中長期的支援の構想、
13. 大震災を契機とした精神科医療の復興・新生。

論文公募のお知らせ

テーマ：「東日本大震災を誘因とした症例報告」

「精神医学」誌では、「東日本大震災を誘因とした症例報告」（例：統合失調症、感情障害、アルコール依存症の急性増悪など）を募集しております。先生方の経験された貴重なご経験をぜひとも論文にまとめ、ご報告ください。締め切りはございません。随時受け付けております。ご論文は、「精神医学」誌編集委員の査読を受けていただいたうえで掲載となりますこと、ご了承ください。

■募集欄

「研究と報告」：400字×20枚程度（図表、文献を含む。分量は、今回の募集用に調整してあります。）。300字の和文抄録と、できる限り英文抄録（300語以内）をおつけください。

「短報」：オリジナリティのある症例報告。400字×11枚以内。

「私のカルテから」：日常臨床で遭遇した心に残った症例。400字×8枚以内。

*詳細は、弊誌投稿規定をご覧ください。

■ご送付先：〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 医学書院「精神医学」編集室

*お問い合わせは、☎03-3817-5711までお願いします。

東日本大震災・福島第一原発事故による
避難生活と睡眠障害

丹羽真一

Clinical Neuroscience 別冊

Vol. 31 No. 2 2013年2月1日発行

中外医学社

東日本大震災・福島第一原発事故による 避難生活と睡眠障害

丹羽 真一

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災に続いて 3 月 12 日からおきた東京電力福島第一原発事故の後、福島第一原発から 30 km の範囲の住民や、30 km 以遠でも放射能レベルが高いと判断された地域(飯館村など)の住民は避難を余儀なくされた。それら住民は合計約 21 万人といわれる。復興元年といわれた平成 24 年の終わりの時点でも、依然として県内外に避難しておられる方が県全体では約 156,200 人(県人口 1,961,600 人に対して約 8%)で、うち県外避難者が約 58,000 人(平成 24 年 12 月現在)おられる。福島第一原発のある双葉郡(8 町村)だけとすると、元来の人口約 67,500 人のうち避難者数は約 66,600 人(人口の約 99%、平成 24 年 10 月現在)で、今後の双葉郡の避難住民の帰還の可能性は、長期に帰還困難(大熊町)の住民数が 11,000 人、立ち入り制限継続(警戒区域、浪江町、双葉町、富岡町)の住民数が 40,100 人、4~6 年は戻らないと自主的に決めている計画的避難区域(葛尾村)が 1,500 人という状況で、双葉郡住民の 78%が少なくとも 4 年以上は帰還できない、帰還しないなどである。長期化する避難生活が健康へ与える影響が懸念される場所である。

避難を余儀なくされている人々の生活と健康の状況を調査した自治体の調査結果が発表されている。全村民避難を余儀なくされている飯館村が村民を対象に平成 23 年 12 月に行った調査結果がある。村民のうち 2,708 人を対象とし 1,743 人(64.4%)が回答した。対象者の生活背景として、親子が別々に暮らすことになっている人が 1/3 以上、もとの同居家族が別々に暮らすことになっている人が 50.1%、収入が 5 割かそれ以上減った人が 34.7%という大変な状況である。そして健康に関しては、自分や家族の健康状態が悪くなったという人が 60%、イライラすることが増えた人が 39.9%、睡眠があまり取れていない人が 36.8%、たばこやアルコールを飲む回数や量が増えた人が 17.9%という結果であり、避難者の中でストレスが高まっていることを知ることができる。同様の調査は同年 8 月に当時全町避難をしていた楢葉町も行っている。その結果はよく似たものである。2,900 世帯に各世帯宛に調査用紙 1 通を送った。1,995 世帯(68.8%)が返信した。これら家族の背景として、収入が全くなかった家族が 21.7%である。「体調が悪くなった家族構成員がいるか?」の問いに、少し悪くなった、および悪くなった構成員がいると答えた家族は合計

71.5%、先の見通しが持てず精神的につらい構成員がいる家族 72.2%、睡眠があまり取れない構成員がいる家族 3 割超、アルコールを飲む回数や量が増えた構成員がいる家族 17.8%となっている。睡眠障害を訴える人は両調査で類似して 3~4 割の間である。

平成 24 年 4 月から福島県こころのケアセンターが本格稼働して、避難生活を余儀なくされている人たちを中心に被災者相談支援事業を展開してきている。相談支援件数は、多い月は 1,070 件程度、少ない月でも 540 件程度ある。この相談内容はどの月も不眠、不安・恐怖、身体症状、イライラ、抑うつ の 5 つが上位を占める。この中で不眠は 4 月 1 位、5 月 1 位、6 月 2 位、7 月 2 位、8 月 3 位、9 月 3 位、10 月 3 位となっていて、訴えとして多いことがわかる。

福島県と福島県立医科大学とは県民健康管理調査を行い、ながく県民の健康を見守ってゆくことにしている。県民健康管理調査は 200 万人の県民全体を対象にした調査と、避難を余儀なくされている 21 万人を対象にした詳細調査とからなっている。詳細調査の中に「こころの健康度・生活習慣に関する調査」があり、この調査内容には心の健康度を評価するために成人には K6、PCL が、小児には SDQ が含まれている。K6 はうつなどを、PCL は心的外傷体験を、SDQ は問題行動を評価するスケールとして用いられてきているものである。平成 23 年度の調査結果では、これらスケールで通常用いられるカットオフ値を用いるとハイリスクと判定される人が想定を上回る結果となっている。K6 でみると通常用いられる 13 点を基準とした場合、既報の調査では 3%であるのに対して 14.8%で、震災後の岩手・宮城での調査結果約 7%に比しても高い。県民健康管理調査の結果は福島県のホームページに公表されているので、詳しくはそれを参照されたい。上に紹介した飯館村や楢葉町の避難民を対象とした調査から推測されることではあるが、実際に心の健康度を評価するスケールによる評価結果は避難者の中のストレス度が高いことを示している。これらのスケールで示されるハイリスク者がそのまま精神的な病気であるというわけではないが、こうしたストレス状況が続けば病気と診断されるケースも増える可能性があるものと考えられるので、予防策を講じることが大切である。その際のメルクマールとして睡眠障害が重要であることを心のケアセンターでの相談内容から見て取ることができる。

特集 東日本大震災の復興計画と中長期的支援

東日本大震災と精神保健医療福祉の中長期計画 ——宮城県の場合——

松岡 洋夫

東日本大震災での死亡者と行方不明者は約2万人で、宮城県はその約60%を占める。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、特に精神保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被災状況は一律ではない。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期計画において最も重要な要件となる。また、今回の被災によって医療過疎や未分化な地域医療などの問題を抱えた本邦の精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。東北大学は被災地の大学として様々な視点で復興支援に取り組んでいるが、精神保健医療福祉領域に関してはこころのケアセンターを中心に、地域によって異なる需要を考慮した復旧・復興を包括的に行っていくことが重要である。

<索引用語：地域格差，東日本大震災，精神保健医療福祉，復興計画，東北大学>

1. はじめに

東日本大震災は、平成23年3月11日に発生したマグニチュード9という未曾有の東北地方太平洋沖地震とその直後の大津波、さらに4月7日の強い余震などによる広域の大規模災害であり、死亡者と行方不明者は約2万人で宮城県はその約60%を占める（表1）。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、精神科関連に限っても保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被害内容も一律ではない¹⁾。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期復興計画にも複雑な影響を及ぼしている。かつての阪神・淡路大震災や新潟県中越え大震災での経験は重要な情報をもたらしたが、復旧・復興に地域差の大きい今回の広域災害にはそれらの経験がそのまま適用できないという問題がある。さらに政局の混乱も相まって、復興基本法制定やこころのケアセンター設置などは阪神・淡路大震災のときと比べて数ヶ月の遅れがあり、その他の領域での復旧・復

興も大幅に遅れている。本稿では、精神保健医療福祉に関わる東日本大震災の特性とそこから見てくる今後の復興計画のあり方を中心に述べる。

2. 東日本大震災の特徴——まだら状格差——

マグニチュード9という東北地方太平洋沖地震によって最大震度7を記録した宮城県栗原市（宮城県内陸部）では死者がいなかったことに象徴されるように、人的被害に関しては死者と行方不明者の大半が地震直後に発生した大津波による沿岸部の被害に集中している。1995年に発生した直下型の阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）の比較的均質で局所的な被災状況と比べ、今回の震災は津波による広域災害であり被災状況は質も程度も地域によって多様であった。さらに、福島県では東京電力福島第一原子力発電所の事故も加わり被災状況は複雑化した。

例えば、東日本大震災と阪神・淡路大震災を比較してみると、死者・行方不明者は前者が2万人弱で、後者（6千5百人弱）の約3倍である。被

表1 宮城県の死者・行方不明者と避難所避難者数の推移

	震災前 人口 (人)	2011.10.14での 死者・行方不明 者数(人口比)	避難所避難者数			
			2011年 4月 (人)	6月 (人)	8月 (人)	10月 (人)
仙台市	104.7万	730 (0.07%)	2,774	1,220	0	0
石巻市	16.1万	3,881 (2.4%)	13,817	6,030	2,395	0
気仙沼市	7.3万	1,402 (1.9%)	6,745	2,812	1,094	94
名取市	7.3万	980 (1.3%)	1,338	19	0	0
多賀城市	6.3万	189 (0.3%)	995	519	72	0
東松島市	4.3万	1,138 (2.6%)	3,641	1,550	188	0
亘理町	3.5万	270 (0.8%)	1,508	254	0	0
山元町	1.7万	690 (4.1%)	1,845	399	9	0
南三陸町	1.7万	902 (5.2%)	6,687	2,891	1,827	3
女川町	1.0万	980 (9.8%)	2,078	1,224	351	208
宮城県	234.7万	11,507 (0.5%)	45,884	19,828	7,007	332

宮城県調査

害総額で見ると前者は広域ではあるものの大都市が含まれていないために後者の2~2.5倍程度である一方、一次産業被害は逆に100倍単位の大規模な被害となった。こうした被害の質的相違は、後述するように精神保健医療福祉の被害とそこからの復旧にも影響し、阪神・淡路大震災や新潟県中越前大震災のさいの経験から得られた復旧・復興計画がそのまま今回の大震災に適用できないという難しさがある。さらに、宮城県の被災地は沿岸部全域にわたり、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、津波被害は精神保健医療福祉にも“まだら状格差”ともいふべき地域差を引き起こした。このため急性期は各被災地固有の状況と復旧ニーズをいかに正確に把握できるかが大きな課題であったが、さらに今後の中長期の復興計画にもこの地域差の視点が極めて重要となっている。

被災の地域差に関わる要因は多様で、それは①行政・精神保健医療福祉レベル(役所や保健所などの行政機能、訪問や保健相談などの活動状況と、それに伴う医療との連携による事例トリアージ機能)、②医療レベル(精神と一般の医療機関・施設との相互補完能力)、③産業や住居レベル(地域の産業特性、避難所・仮設住宅・半壊住宅・転居などの居住環境)、④養育・学校レベル

(託児所、保育所、学校の機能)、⑤地域コミュニティレベル(自治会など)、⑥個人レベル(個人の回復力と脆弱性、文化的背景)などの要因が複雑に絡み、地域固有の被災状況を呈しており、しかも復旧の時間経過もそうした地域特性で規定されるために時々刻々と変化する。以下にこうした要因に関するいくつかの例を挙げる。

震災直後には急性発症の精神疾患が多く見られたが、それには医療の供給状況や居住環境の影響が主に関連していた。既存の医療資源では対応が困難で、全国からのこころのケアチームの活動でかなり充足されたが、一律に充足されていた訳ではない。また、当然のことながら避難所での被災者の適応能力や互助機能がメンタルヘルスに大きく影響した。避難所避難者の解消の時間的推移にも地域差があり、それは人的被害や住宅被害の程度のみならず、支援の質・量、支援を行う地域から被災地までの距離などの要因が大きく関与していたと思われる(表1)。現在、避難所は解消され、それに代わり応急仮設住宅が宮城県では約400団地(約2万戸)設置されたが、被災地域単位での移動が少なかった宮城県では、団地での自治体組織率が平均で50%程度と低く(福島県は90%程度)、特に都市部での組織率が極端に低く、

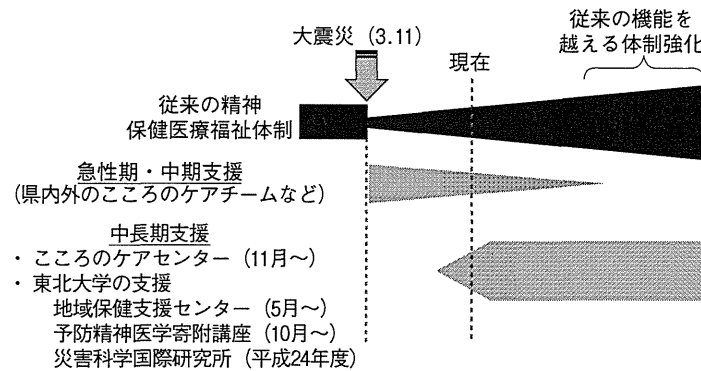


図1 精神保健医療福祉の復旧・復興に向けての中長期計画
(東北大学を中心に)

県内の地域によって3倍程度の格差が生じた。この格差は互助機能に大きく影響し、阪神・淡路大震災のときに問題となった孤独死などが懸念されている。また、沿岸部の漁村では昔から“結い(ゆい)”というコミュニティの固い結束が知られているが、逆に過剰に適応、忍耐することでメンタルヘルスの問題が見えにくくなるという問題もある。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害等支援研究室の鈴木は、こうした東北地方の特有の気質(文化)を“gaman”として米国精神医学会のニュースに紹介した¹⁾。

3. 精神保健医療福祉における 復興計画の方向性(図1)

現在、被災地域での精神保健医療福祉をどう再構築するかが課題となっている。急性期は全国からのこころのケアチームの介入によって支えられてきたが、こうしたチームの需要は徐々に少なくなり、こころのケアセンターなどの新たな設置とともに震災後1年程度で大半の被災地域からこころのケアチームは撤退することになる。行政レベルでの動きとしては、病院自体の復旧に対して“災害復旧費補助金”が全半壊病院再建費用の一部として支給されている。また、地域のコミュニティ復旧には、“地域支え合い体制づくり事業”が打ち出され地域サポートセンターなどの充実に

役立てられている。さらに、“精神障害者アウトリーチ推進事業”が進んでおり、一部の病院ではこれを取り入れて病院機能が復旧するまでの間の補完的なものとして機能している。このアウトリーチ事業は、今後、本邦で積極的に取り入れていくべき新たな地域医療のモデルとしても期待される。しかし、未曾有の災害であったことや政局の混乱も相まって、復興基本法は阪神・淡路大震災では発生後1ヶ月で成立したが、東日本大震災では3ヶ月以上経過してようやく成立し、こころのケアセンターの設置も数ヶ月以上遅れており、さらに震災後1年になろうとしている現時点でも復興庁の全貌が見えておらず、復旧すら見通しが立っていない中で復興はほど遠いと指摘するものもある。

平成23年11月21日に国会において3次補正予算がようやく成立したが、こうした復旧・復興の遅れに対して宮城県は独自に“東日本大震災復興基金”を8月上旬に設けて、その中で“みやぎ心のケアセンター”を設置することを決定し、同年11月には準備室が開設され12月には稼働を開始した。それでも神戸こころのケアセンター開所から比べて4ヶ月の遅れがあった。こころのケアセンターは、神戸や新潟のこころのケアセンターを参考に、宮城県精神保健福祉協会に設置され、“基幹センター”は仙台市内に12月に開設され、

平成24年4月には宮城県北部で深刻な被害を受けた気仙沼と石巻とに“地域センター”の開設が予定されている。

こころのケアセンターでは、精神保健医療福祉全般にわたる総合的コーディネート（急性期の活動の発展・吸収と新たな事業の統合、既存の関係機関・施設との役割分担、地域のニーズ調査に基づいた将来計画の立案と推進）、支援のための人材育成と人材派遣、精神疾患の予防に向けた啓発活動（被災者、支援者、一般医、精神保健医療福祉専門家などを対象）、震災関連の精神疾患に関する相談や仮設住宅などの巡回相談、民間団体やボランティアなどの育成と活動支援などが主な業務となる。スタッフは精神科医、精神科ソーシャルワーカー、心理士、保健師、事務員などで構成され、基幹センターには20名程度、地域センターには2ヶ所合わせて10数名程度を予定している。

4. 東北大学の復興支援

東北大学病院精神科は被災地の大学として支援を積極的に行い、震災直後の急性期は週あたりのべ約50名、半年以上経過した時点でも週あたりのべ10名程度の精神科医、看護師、臨床心理士などが被災地への支援活動を継続してきた。急性期を過ぎた現在、被災者間に生活、職業、学校など様々な場面での“はさみ状格差”²⁾が生じており、アルコール問題、うつ病、自殺、PTSDなどの重篤な事例化も目立ってきた。さらに、日本精神神経学会声明³⁾が出されたように行政職員などの“支援者”のメンタルヘルス問題も深刻化しており、被災地の行政職員の病休者が例年をはるかに上回っていることが新聞報道されている。

前述のように宮城県はいち早く“みやぎ心のケアセンター”を開設したが、それに先立ち、こころのケアセンターを後方支援するために東北大学に県からの寄附講座として“予防精神医学寄附講

座”（准教授1名、助手2名の常勤者を配置）が平成23年10月に設置され活動を開始した。寄附講座では主に、人的資源不足の解消、支援専門家の育成、メンタルヘルスの啓発、それらに関わる調査・研究から将来の精神保健医療福祉体制の研究を重点的に行う。また、東北大学の公衆衛生学分野が中心となり“東北大学地域保健支援センター”（センター長 辻一郎教授）が平成23年5月に開設され9つプロジェクトを擁し、石巻市、仙台市の被災地を中心に被災者健康診査を行いすでに中間報告がなされている（<http://www.ch-center.med.tohoku.ac.jp/>）。さらに平成24年度には東北大学の全学的取り組みとして“東北大学災害科学国際研究所”の設置が決定された。

5. おわりに

今回の被災では、人的資源に関して特に東北地方での医療過疎や医師不足の問題、さらに精神医療に関しては欧米先進国での取り組みから遅れを取っている未分化な地域精神医療の問題など、本邦が抱える精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。復旧すらままならない状況ではあるが、精神疾患が5大疾患としてようやく認識された矢先でもあり、こころの健康政策構想実現会議が請願している“こころの健康を守り推進する基本法”にあるような精神保健医療福祉全体の向上を視野に入れた復興が必要であろう。

文 献

1) Aaron Levin (American Psychiatric Association): Japan's resilience erases impact of natural disaster. *Psychiatric News* 46 (11), June 3, 2011

2) 岩井圭司: 自然災害（中長期）. 心的トラウマの理解とケア, 第2版（金 吉晴編）. じほう, 東京, p. 85-95, 2006

3) 日本精神神経学会理事会・東日本大震災対策本部: 被災自治体（県、市町村）職員の健康に関する緊急要請. 2011年7月25日

The Great East Japan Earthquake and Mid- and Long-term Prospect for Mental Health and Welfare in Miyagi Prefecture

Hiroo MATSUOKA

Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

About twenty-thousand persons were deceased or missing in the Great East Japan Earthquake on March 11, 2011. More than half of them belonged to Miyagi Prefecture. The entire coastal areas in Miyagi Prefecture fell victim to the disaster owing to tsunami damage. The damage in mental health system varied in areas both qualitatively and quantitatively (“patchy disparity”), to which uniform support cannot be applied. Such a disparity should be considered in the mid-and long-term prospect for mental health and welfare. The disaster exposed the fragility of the mental health and welfare in Japan as symbolized by ‘depopulated’ and ‘immature’ medical care system. The Tohoku University in the disaster area is actively engaged in the assistance for the various aspects of reconstruction.

<Author’s abstract>

東日本大震災における東北大学精神科としての支援

佐藤 博俊 松岡 洋夫

要 旨：東北大学病院は強い地震に襲われたが、津波の被害は免れていた。当院では急性ストレス障害などで搬送される事例は少なく、元々精神疾患を持っていた被災者が被災に伴う衝撃や環境変化、あるいは服薬中断などをきっかけとして再発・再燃、増悪したものが多数であった。地域からの依頼もあり、我々は地元の大学としてより被害の甚大な宮城県沿岸部の心のケアを行なうべく、他大学や関係諸団体の協力を得て多職種チームでの活動もおこなった。発災1～2ヶ月は通院手段のない患者の診察と配薬が業務の大半で、時に発達障害や認知症の不応への対応も加わっていたが、急性ストレス障害やPTSDへの対応が中心となることはなかった。支援の重点は避難所から仮設住宅対策へとシフトし、約1年後には新たに設置された”みやぎ心のケアセンター”などに活動の中心が移った。広大な範囲が被災したため、より小さい地域に分割して担当者をおく方法が有効であった。

Key words : earthquake, tsunami, mental support, care team, area coordinator

はじめに(支援概要)

宮城県を含む三陸沖は、陸側の北アメリカプレートに海側の太平洋プレートが潜り込む場所でもあり、繰り返す過去の地震や津波から当地は防災意識が高い地域であったが、それでも東日本大震災では県内だけでおよそ1万人にも及ぶ死者行方不明者を出した。犠牲者の9割は津波による溺死者で沿岸部に集中していたが、東北大学病院は海岸線から5km以上も離れている仙台市中心部にあるため津波の被害は免れた。しかし、強い地震によってライフラインは機能せず、沿岸被災地との通信網も遮断されており、かえって被災地外のほうがテレビやweb上の情報などにより、津波被害の状況を理解していたなど、発災当時は正確な被災状況が届かず事態を把握することが極めて困

難であった。

そこで当院では病院長を本部長とする災害対策本部が立ち上げられ、地元の大学として病院機能の維持・回復だけでなく、被害のより甚大な宮城県沿岸部の情報収集と被災地への直接支援、後方支援を行なった。本稿では、大学病院内での状況と、被災地での「心のケアチーム」活動について報告する。

大学病院内の状況

精神科医局のある建物は、倒壊の恐れのため立ち入りができず、精神科の対策本部は精神科病棟に設置され、在院中の患者の病状の急変や入院患者の引き受けなどに備えるため日当直を3人とす

る非常時体制とし、外来当番、コンサルテーション・リエゾン当番などを設置した(図1)。

病棟に入院している患者の避難誘導や安否確認などはスムーズに行われ、非常用発電装置や免震構造が機能したため停電や断水は免れたが、ガスの復旧まで暖房と給湯が行えず、また3日分の備蓄用の食料では限りがあり、当初は寒さと空腹を訴えるものが多かった。ただし、患者間にも非常時であるとの認識が共有されており自ずから協力

の姿勢がみられ、県内一の基幹病院でもあることより早急な復旧作業・支援が行われたことも幸運し、大規模な抗議や暴動などの大事には至らずにすんだ。ただし、患者側の協力にも限界があり、特に長期間十分な食事を提供できない状態が続いてしまった場合は、緊迫した事態に陥る危険性は十分にあり、地域の病院でも食料確保は最重要課題であった(宮城県精神科病院協会, 2012)。

当院は、沿岸部から距離が離れており交通網の

表1 当院での心のケア活動に協力・連携していただいた主な大学病院、機関・組織

協力・連携頂いた大学病院	主な活動地域	協力・連携頂いた機関・組織
富山大学	気仙沼市・石巻市	原クリニック
高知大学	気仙沼市・石巻市	宮城県精神神経科診療所協会
岐阜大学	石巻市	日本精神神経科診療所協会
産業医科大学	石巻市	東北会病院
東京医科歯科大学	石巻市	宮城県障害福祉課
東京女子医科大学	気仙沼市	宮城県精神保健福祉センター
浜松医科大学	気仙沼市	仙台市精神保健福祉センター
自治医科大学	気仙沼市	
奈良県立医科大学	気仙沼市	
東京大学	東松島市	
千葉大学	東松島市	
名古屋大学	東松島市	
熊本大学	南三陸・登米市	

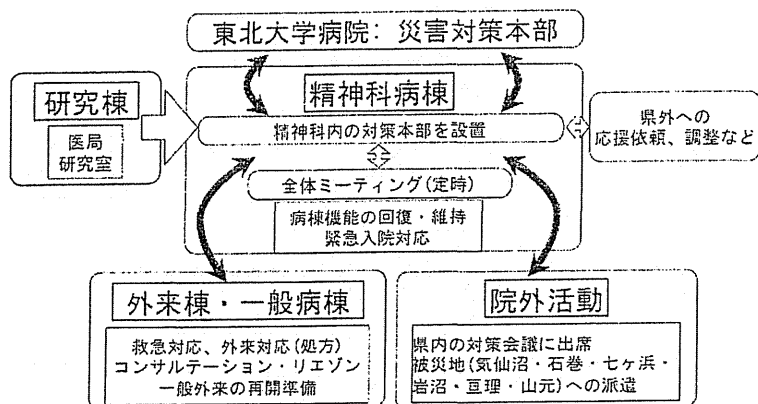


図1. 東北大学病院精神科の取り組み

寸断もあったため、沿岸地域の各病院とは異なり、患者が爆発的に押し寄せることはなく、発災3日目となり被災地からの移動手段が確保されるようになってから、津波など被災の影響で昏迷状態や精神運動興奮状態となった患者が徐々に搬送されてくるようになった。震災関連での入院患者の傾向としては、阪神・淡路大震災で報告されている躁状態の増加より、緊張病性の状態を呈した統合失調症が当院では多く観察された。発災後3ヶ月までの入院の内訳を示す(図2, 図3)。処方薬の中断や急激な環境変化などによる震災関連での入院症例は約4割と非常に高率であったものの、総数自体の有意な増加はみられなかったため、病床の

やりくりは可能であった。なお、ライフラインの復旧や病棟機能の回復を確認し、発災4日目から当直を2人体制に発災13日目から通常の1人体制へと戻していったが、3月下旬より医局員の疲労が目立つようになり、当直の翌日は必ず休みとすることとした。

外来の対応については、発災4日後から外来棟1階ロビーに精神科の窓口を設置し、当番医1名が処方などの対応をおこない、病院の方針でもある早期の機能回復に努めた。交通網の寸断による受診困難があっただけでなく、テレビやラジオなどで地域住民には大学病院が救急患者・重症患者の対応にあたっていると周知されていたため、外来

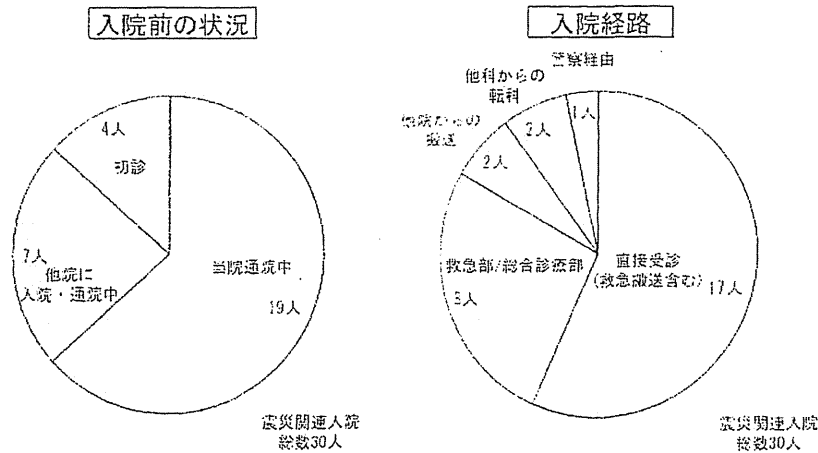


図2. 東北大学病院精神科入院 入院前状況/入院経路(3月11日～6月30日)
総入院数: 80人(前年同時期77人)、震災が関連した入院患者数: 30人(入院総数の約4割)

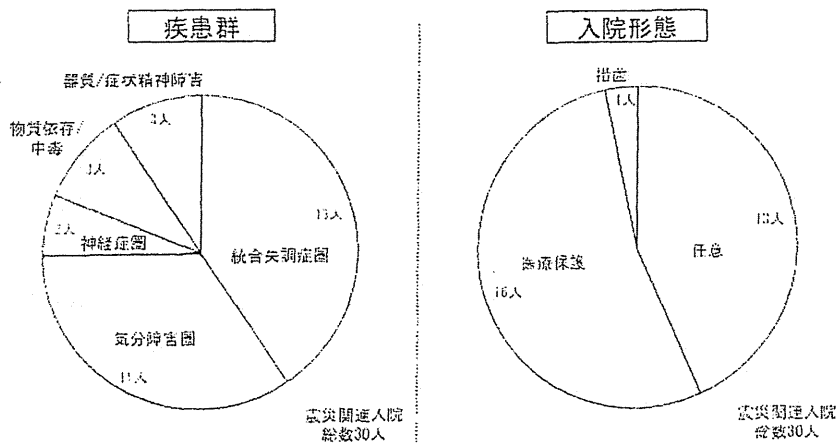


図3. 東北大学病院精神科入院 疾患群/入院形態割合(3月11日～6月30日)
震災関連で入院したものの多くは処方薬中断や急激な環境変化による事例であった。

患者で精神科外来があふれかえる懸念は杞憂に終わり、発災11日目に通常の外来業務体制に戻ることができた。発災4ヶ月目からは、被災地の支援にあたっている県・市職員、自衛隊・消防団・救急隊員などを対象にした”支援者メンタルケア外来”を新設し、加えてPTSDの専門治療技法などの研修への参加などについて、医局から積極的に支援を行っており、被災者や支援者の精神医学的問題へ対応できるべく備えを行っている。

被災地支援の内容

病棟機能の維持・回復だけでなく、精神科の対策本部でも独自に情報収集を行ない、インターネットの電子メールなどを通じて県内の精神医療関係者などと協議の上で、全国各地へ応援の要請・調整を行なった。東北大学のある宮城県沿岸は、北は山岳地帯が海に沈降してできたリアス式海岸で、ほぼ中間に位置する牡鹿半島を境に、南は河川交通と海運の結節点として発展した石巻市中心部から仙台平野へと連なる平野型の海岸線から形成されている。リアス式海岸の入り江は天然の良港である一方で、山が海岸線近くまで達しており、平野部とは異なり集落間は山岳道路に近い細い道でつながれているだけであり、発災直後に甚大な被害が報道された気仙沼市や南三陸町のみならず、海岸線を経由しないとアクセスができない女川町や旧雄勝町、旧牡鹿町、旧北上町、旧河北町なども、壊滅状態のまま陸の孤島と化していた。特に、最大の被災自治体であった石巻市は、保健所や市役所、総合支所など精神保健を担当する行政機関も津波の被害を受け、官民を問わず数多くの支援者・支援チームが殺到するなどもあり、現地は混乱を極めていた(小原, 2011)。

発災4日後の3月14日に病院全体の災害対策本部から、災害拠点病院である石巻赤十字病院への精神科医の派遣要請があり、夜明けを待ち翌15日に石巻地域に精神科医2名を派遣した。石巻赤十字病院では精神科が常設されていないにも関わらず、緊張病性昏迷や精神運動興奮状態を示す事例

が数多く搬送されており、逆に、津波被害から残った精神科病院には分娩を含む身体的な対応を求める避難民までもが殺到し、支援がないまま極めて困難な中で皆が診療を続けていた。我々が石巻赤十字病院に支援を開始した際には、急性ストレス障害などの対応も数多くあると予想していたが、ほとんどは元々精神疾患を持っていた被災者が、被災に伴う衝撃や環境変化、あるいは服薬中断などをきっかけにした再発・再燃、増悪の対応が中心で、疾患傾向は大学病院と同様であったが、平時であれば措置入院や医療保護入院を要する重症者も、対症療法で乗り切らざる得ないことが頻発した。発災9日目からは、気仙沼市立病院の要請に応じて気仙沼地域へ精神科医の派遣を開始した。気仙沼では厚労省系の災害派遣医療チーム(Disaster Medical Assistance Team: D-MAT)などが活動を続けており、我々は外部からの支援チームや精神科病院、保健所、気仙沼市立病院の連携促進の調整補助・コーディネイト役を担った。なお、厚労省より医療法や精神保健福祉法を柔軟に運用してよいとの通知が出されるまでは、受け入れ先の病院ではオーバーベッドや身元や保護者が不明となっているものの入院手続きなどの判断に苦慮することもあったようである。

また、上記と並行して当科の災害対策本部では、宮城県障害福祉課とも協議をおこない、発災12日目から順次、岩沼市・山元町近辺、七ヶ浜町、石巻地区に被災後のいわゆる「心のケア」を行なうべく多職種チームの派遣を開始した(図4)。我々が編成したチームは、医局内外の県内の精神科医、心理士、PSW、看護師、民間病院やクリニック、他地域の大学病院、日本精神科診療所協会、日本精神保健福祉士協会などや、全国からの個人レベルでの支援からなり、3月12日～7月31日まで、当科が直接編成した派遣人数は延べ699人(気仙沼地域: 109人, 石巻地域: 434人, 岩沼市・山本町、七ヶ浜町: 156人)に及んだ。また仙台市精神保健福祉総合センターなどと協議し、仙台市内で津波の被害を受けた4小学校に対して、発災3ヶ月目の6月から児童精神科医が訪問活動をおこなっている(東北大学病院東日本大震災記録集

編纂委員会, 2012)。

多職種チームの活動内容は、発災1～2ヶ月までは精神科受診歴があり通院手段のない患者のアセスメントと配薬が業務の大半で、ときに知的障害や広汎性発達障害、認知症を背景とする不適応などの対応も加わっていた。一方で、急性スト

レス障害やPTSDの対応は散発的な範囲にとどまり、各種マニュアルなどを参考にしながら活動期間中は一般精神科医でも十分に対応することができた。なお、浸水面積は広くても、地元医療機関が機能しアクセスも比較的容易であった一部地域では、心のケアチームが出向いても避難所内での

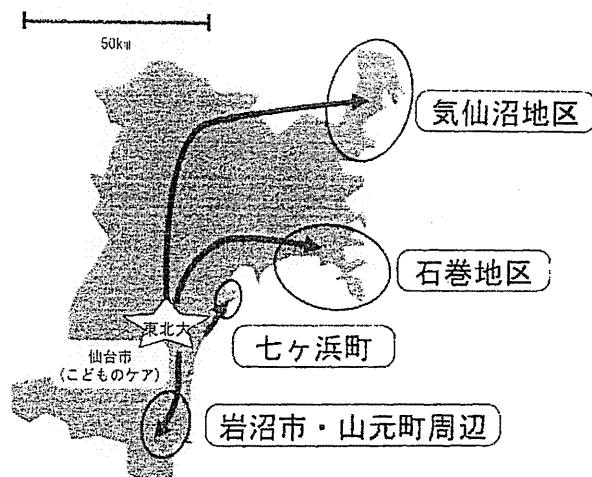


図4. 被災地支援

3月15日(発災5日目)に石巻赤十字病院に医師を派遣。同19日(発災9日目)から気仙沼への支援を開始した。多職種チームとしては3月22日(発災12日目)から岩沼市を中心とした活動を、同23日(発災13日目)には七ヶ浜町での活動を、同28日(発災18日目)からは石巻市での活動を開始した。6月からは児童精神科医のチームが仙台市内でのこどもの心のケアを開始している。

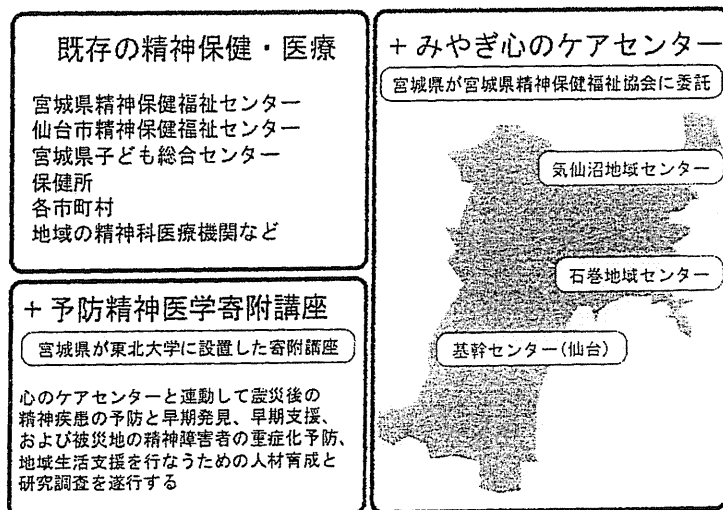


図5. 今後の枠組み

みやぎ心のケアセンターは震災後のPTSD、うつ病、アルコール依存症、自殺など様々な心の問題に対する対応や被災地の精神障害者への地域生活支援、関係機関への技術支援、人材育成など総合的な心のケア対策を推進するために県が精神保健福祉協会に委託する形でスタートした。また当大学に設置された予防精神医学寄附講座はみやぎ心のケアセンターの学術的な支援を行うなどで被災者支援に連携して取り組んでいる。

ニーズは限定的であった。また、どの地域においても支援の重点は、直接的な訪問での診療や投薬から、地域保健師のサポート、仮設住宅対策、現地職員の組織づくり、支援者に対するメンタル面での支援、事例検討・スーパーバイズ、地域住民への講演などへと次第にシフトしていった。現在はみやぎ心のケアセンターや東北大学に設置された予防精神医学寄附講座、地域のサポートセンターなどに活動の中心は移行してきている(図5)。

支援を通じての分析・提案

東北大学病院精神科は、東日本大震災の前は災害精神医学の心得があるものばかりでなかったが、400年に一度といわれる大災害に遭遇し、皆が貴重な経験を積んだ。地震大国である日本は、各地で同様の事態がおこる可能性があり、我々の経験が万一の助けになることを願い、支援を通じていくつかの分析と提案を行う。

現場への医師派遣は、被災者への直接支援とともに被害状況や支援ニーズの情報収集、現地の支援者への情報提供などの機能も担ったが、現場から本部への通信は電波状況が悪く2～3週間は困難を極め、また携帯電話やモバイル機器のバッテリーの消耗も著しく電源確保が問題であった。電源対策として長時間の通話を避けたり、予備バッテリーの準備を行ったり、現地のパソコンを借用しweb上で電子メールのやり取りをしたりなどを

したが、貴重なバッテリーを不要・不急の一斉配信メールなどで消費してしまう支援者もいた。通信機器の電源確保は、被災地内での活動には重要事項であり、上記のような状況を鑑み予備バッテリーの準備やメールアドレスの使い分けなどだけでなく、情報発信側も受信側に配慮して、最小限で必要なことが伝わるよう工夫する必要がある。

発災数日後には、各団体のメンタルヘルス情報サイトなどで電子媒体のマニュアルやパンフレットがダウンロード可能となっており、当院でも初動の参考となり有効であった。ただし、地域の病院では、停電や通信回線の遮断、パソコンやプリンタへの津波被害のため、web上の情報を活用することは不可能となっていたために有効ではなかった。このような状況では、外部の支援者が印字した状態で持ち込むなどの支援が必要である。総論として、支援活動の全体から考えると携帯電話や電子メール、web閲覧や各種web上のサービス(webメール、メーリングリスト、ファイル共有)は活動に役立ったといえるが、平時に利用したことのない新規のサービスを、自分たちでセットアップする余裕はほとんどなく難儀したため、有効な通信手段については外部からの技術的支援があることが望ましい。

我々は、地域毎に支援の担当を決めて対応したが、広大な被災地域の状況は一様ではなく、横並びの対応は現実的ではないため、エリアを分割した事は有効であった。各地区担当者は、直接支援

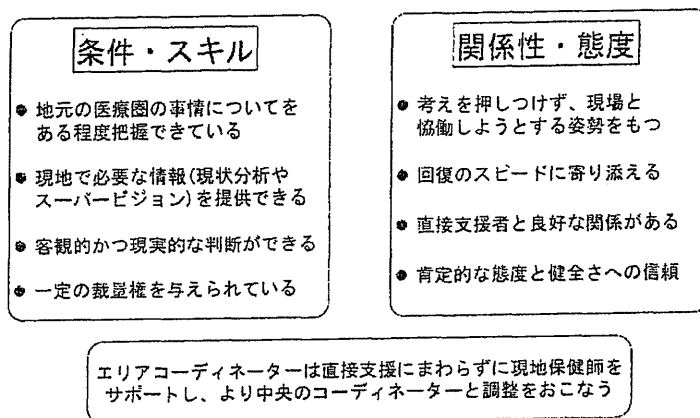


図6. エリアコーディネーター

とコーディネート機能を並行しておこない、筆者らは石巻地区を担当したが、自らの生活再建・業務の復旧、被災現場での支援活動があるなか、コーディネート業務に伴う情報処理のための膨大な量の電子情報の整理・分析に忙殺され、また被災地の壮絶な光景や被災者の体験にさらされることによる心理的代理受傷のストレスも強く、疲弊のため情報処理能力が低下し、今振り返ってみると支援の真の優先度・重要度の判断を誤ったのではないかと顧みざるを得ない。被災地支援において、地域担当者はエリアコーディネーターとなり直接支援を統括する立場で、より中央のコーディネーターと現場の架け橋となることが望まれる(図6)。また、外部支援者側は、現場では情報の優先度や重要度をアセスメントすること自体が重労働となっており、相対的に優先度や重要度が低くかつ具体的な解決策とセットとなっていない「ふとした指摘」への対応が、現場の疲弊に拍車をかけていたことを認識する必要がある。

「心のケア」は、広く一般に名前が知られている幅広い概念であり、専門家による支援だけでなく、あらゆる職種や立場の人によっておこなわれており、「心のケア」に対する支援者間のイメージは、必ずしも一致していなかった。被災現場では小異を捨て大同を得る必要があったのにも関わらず、被災地入りした支援者の中には些末な問題でも執拗に地域の担当者や保健師に対応を求めるものや、自分の内にある不全感や万能感の傷つきを、現場やweb上に吐き捨てていくものなどが散見され、現場が翻弄させられるのもたびたびであった。支援を行うものは、自らのニーズを満たすために活動していないかを、常に自戒する必要があると痛感した。その一方で、大規模災害での現地支援経験者や専門家からの励ましやねぎらいは、我々にとって大変な勇気となり、活動を継続する大きな力となった。このような経験で得られた教訓を共有していくことは、我々に与えられた大きな使命の一つであると考えている。

謝 辞

最後となるが全国各地からいただいた協力は、我々だけでなく被災者すべてにとって大変な助けとなった。未曾有ともいわれる複合災害(大地震、大津波、原子力災害)において、自分・家族の日常生活や通常業務を取り戻すだけでなく、集まってくる膨大な量の情報に飲込まれそうになりながら、支援活動を継続するには多大な労力が必要であった。我々が、地元の大学として被災地での支援活動を継続できたのは、数多くの関係者の協力があったからに他ならない。この場を借りて、関係した方々へ厚い感謝の気持ちを伝えたい。加えて、心のケアチームの一員として、あるいは通常業務としての病棟・外来業務、研究・教育業務を通じて、あらゆる医局関係者がこの支援活動に協力、尽力したことを付記して本稿を終わりにしたい。

参考文献

- 宮城県精神科病院協会編(2012). MIYAGI 3・11: 2011〇東日本大震災の記録. 仙台: 宮城県精神科病院協会.
- 小原聡子(2011). 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
- 東北大学病院東日本大震災記録集編纂委員会編(2012). 東日本大震災 東北大学病院記録集. 仙台: 東北大学病院.