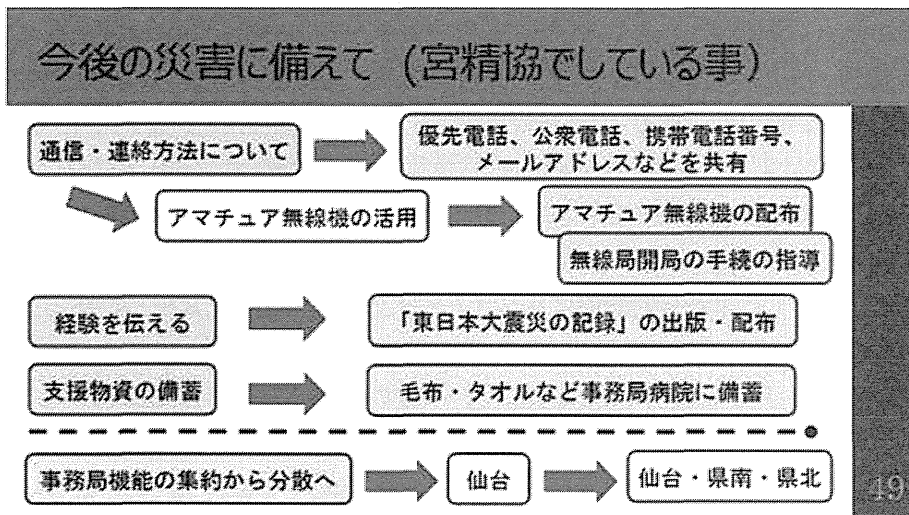
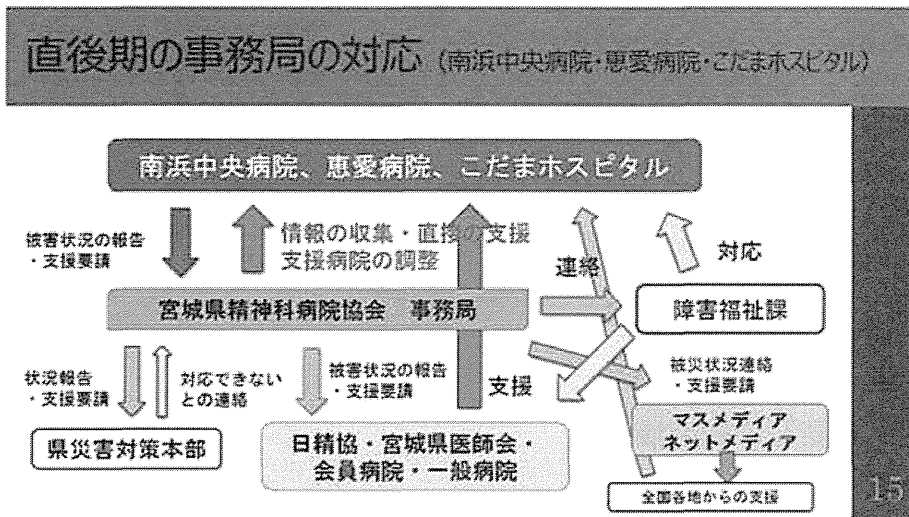


けでなく、個人の携帯電話番号やメールアドレスなどを共有することも必要だと思います。宮精協では各会員病院へアマチュア無線機を配布し、また無線局の開局の手続きを指導するなど、災害時に強い通信手段の確保に取り組んでいます。また、経験を伝えるため「東日本大震災の記録—宮城県精神科病院協会編」を2,000部出版し、全国の関係各所に配布しました。さらに、被災病院へ速やかな支援物資の提供の為、毛布・タオルなど事務局に備蓄しました。

徐々にではありますが、この悲惨な経験を無にせず日々検討しています。



東日本大震災の精神医療における被災とその対応

— 宮城県の直後期から急性期を振り返る —

行政の立場から

宮城県精神保健福祉センター
技術次長（総括担当兼相談診療班長）
大場 ゆかり

はじめに

平成23年3月11日に発生した東日本大震災では、県内のほとんどの精神科病院が被害を受け、特に津波の被害が甚大であった沿岸部の精神科病院では入院患者の転院等の事態が発生した。震災発生当時、県庁障害福祉課でこれらに携わってきたことから、今回、行政の立場から当時を振り返り課題等を報告する。

東日本大震災の概要及び被害状況

東日本大震災は三陸沖を震源にマグニチュード9.0、最大震度7、浸水面積327km²は6県62市町村の浸水面積の約6割に相当し宮城県の津波被害の甚大さを表している。

県内の被害状況は、津波被害による沿岸部を中心に住宅被害全壊82,889棟、半壊155,107棟、一部破損222,741棟、床下浸水7,796棟、死者10,436人、行方不明者1,308人（H25年5月31日現在）である。重傷者は504人であり、阪神淡路大震災に比べ非常に少ないことも今回の特徴と言える。3月のピーク時は1,200カ所近い避難所が設置され、避難者は約320,000人におよんだ。全ての避難所が閉鎖されたのは、H23年12月30日であり、長期に渡る避難所生活が強いられた。現在、プレハブ仮設住宅に48,453人、民間賃貸借上住宅等に51,700人、併せて100,153人が入居（H25年4月30日現在）し、県外避難者は8,420人（H25年5月16日現在）である。

また、沿岸部の自治体庁舎26カ所中10カ所、県保健所2カ所が被害を受け、行政機能が一時的にも停止状態に陥ってしまったことは、その後の活動に影響を及ぼした。

県内の精神科病院は、38病院中30病院が何らかの被害を受け、被害額は約25億にのぼる（県保健衛生施設等災害復旧費補助金実績）。特に沿岸部の病院では津波による甚大な被害を受け、入院患者の転院という事態が生じた。

災害直後の対応と課題

県災害対策本部が3月11日15時30分に設置されDMATが招集された。DMATは通常48時間の活動だが、今回は16日までの長期の活動が行われた。

まず被災状況や精神科病院等の被害状況の把握を行ったが、通信が途絶え、情報収集は思うように進まなかった。職員は24時間体制、泊まり込みで対応した。情報不足ながらもこれまでにない甚大な被害が予想され、県内での対応が困難であると判断し、災害対策基本法に基づ

き3月13日に厚生労働省に「心のケアチーム」の派遣要請を行った。これを請けて17日に岡山県チームの南三陸町（登米市）への派遣を皮切りに、「心のケアチーム」の活動が始まった。「心のケアチーム」は、10月末まで災害救助法により対応し、その後、一部の「心のケアチーム」は翌年3月末まで長期派遣を継続した。

また、沿岸被災地の精神科病院が津波により被災し、入院患者の転院を余儀なくされ、県内外の精神科病院等に転院を行った。発災から2～3週間は、精神科救急対応や県民からの問合せが連日続き、その対応にも追われた。

1. 情報収集

通信手段が遮断、情報入手が困難となり、宮城県精神科病院協会、県保健所、県精神保健福祉センターが瓦礫の中を直接出向き被害状況等を確認した。

多くの精神科病院で電気・ガス・水道が止まり、食料・飲料水をはじめ重油・灯油・医薬品不足により、栄養管理や調理、トイレ処理の問題や寒さ対策、退薬による病状の悪化等の問題が生じていた。また、今回の震災はガソリン不足が長期間続き、職員の通勤、物資搬送に支障をきたし、交替のできないスタッフの疲労が増した。こうした状況の中で、沿岸部の精神科病院では津波による被災、入院患者の救助、転院問題が発生していた。

被災情報は、市町村から県保健所を経由して県に集約されることになっていたが、沿岸部の自治体庁舎及び保健所が被災したことにより、このルートが途絶え、津波警報が継続中のため現地へ直接立ち入ることが難しく情報が錯綜し、混乱したため正確な情報把握に時間を要することになった。

2. 被災精神科病院入院患者の転院調整

沿岸被災3病院では、計300人の入院患者の転院（272人）、退院（28人）が行われた。受入病院は県内38カ所（精神科病院13、その他25）、県外山形県の精神科病院10カ所であった。転院は3月13日～4月1日まで20日を要したが、早急な対応に応えられなかったのには、多くの要因があった。

まず、被災病院の被災状況の把握と転院調整のやりとりに時間がかかった。病院との連絡手段は市災害対策本部の防災無線や病院職員の携帯電話であり、本部までの往復時間がかかったり、通信状態が悪く何度もかけ直す必要があるなど、時間のロスがあった。県災害対策本部に救助要請をしたが現地の危険度、患者の状態、搬送先が決まっていない等により優先順位が低いと判断された。

また、受入病院は、事前の登録・協定等がなかったため県内医療機関に個別に照会・調整を行った。県外の受入は、厚生労働省が北海道・東北・関東エリア14都道府県の調査を行い県に提供されたが、被災病院からは県内の転院を要望された。受入病院側もスタッフ不足、物資不足等で、受入にあたっては物資等の要望があり手配に手間取った。

患者情報はカルテの流出等で紛失したため、職員の記憶や入退院届・病状報告等で名簿を作成した。受入病院では病状・入院形態等により受入の可否や、人数を決定していたため病状に合わせて転院先を調整せざるを得なかった。

患者搬送車両を県災害対策本部に依頼したがこれも優先順位等により早急に手配できず、被災病院が自力でバス会社や消防の協力を得て対応した。県外搬送時にはようやく自衛隊、県社

会福祉協議会の協力を得ることができた。

転院患者の中には身体合併症を有する方もいたが、県の精神科救急における身体合併症の受入体制が未整備のためその調整は更に困難であった。

3. 心のケア対策会議

精神医療機関からの呼びかけで3月15日に精神保健医療関係者を参集して打合せが行われた。関係者との情報共有と今後の対策等の協議が必要であり、3月18日から県（障害福祉課）が「心のケア対策会議」を開催した。当初は週2回、徐々に週1回、月2回程度と頻度を減らしながら開催し、7月まで継続した。被災状況や「心のケアチーム」の派遣状況を報告し、県内の精神保健医療の現状、課題、今後の方向性等について検討した。県の対応の遅れや認識不足等が指摘され、厳しい会議だったが、このネットワークによる協力体制がその後の被災地での支援の継続や「みやぎ心のケアセンター」等への協力を繋いだ。

4. 「心のケアチーム」の派遣

前述のように、3月13日に災害対策基本法に基づき、厚生労働省を通じて他都道府県に派遣要請を行った。3月17日から10月31日まで災害救助法を適用、その後一部チームは県事業として翌年3月まで派遣を継続した。実33チーム、5保健所管内、17市町に派遣、活動内容は精神医療救護活動から地域精神保健活動へと幅広い活動が展開された。また、現場では自治体チームの他、東北大学チーム、他県大学チーム、日本精神神経科診療所協会チームなど複数の派遣元のチームが活動を行っていた。

「心のケアチーム」の派遣のピークは3月～4月で5月連休から減少している。被災地の保健師等行政職員は不眠不休の活動が強いられ、疲労が重なっていた。支援者自身も定期的な休養が必要であり、また5月初めには県内のほとんどの精神科病院が外来を再開しており、5月の連休を機に外部支援を平日中心の体制とした。その後、仮設住宅への入居が進むにつれチーム数が減り10月末で終了した。

「心のケアチーム」の活動は、急性期は主に急性ストレス反応や精神症状の悪化、通院困難者等への診察や投薬、入院支援等の精神科医療ニーズに対応し、その後は精神保健活動に移行し、被災者や支援者への啓発や相談、保健師の精神保健活動への助言等が求められ、派遣終了を見据えて地元への支援ケースの引き継ぎが行われていった。

他県からの支援はもとよりこれほど長期間で多数の市町への派遣は初めてであり、また求められた活動が幅広かったことから、派遣に伴う課題も多かった。

「心のケアチーム」の派遣調整は、県（障害福祉課）と県精神保健福祉センターが分担し、現場では県保健所や被災市町の保健師を中心にチーム活動の調整が行われた。複数の市町や多くのチームを調整する業務量は膨大で負担が重く、この「心のケアチーム」のコーディネーター機能をサポートする体制が必要であった。

また、多数の派遣元チームの活動全体を把握することは難しく、現場で連携を模索していったが、これら精神医療支援チームを一元的に統括する体制も必要である。

医療救護活動にはDMATや日赤等の医療救護チームがあるが、「心のケアチーム」と医療救護チームの関係性や連携が問題となった。災害医療体制に精神医療が組み込まれておらず、今後、災害医療における精神医療の役割を明確にしていかなければならない。

5月頃から被災地では保健所主催でネットワーク会議等が開催され、情報交換や共有等が行われたが、地元精神科医療機関との役割分担や活動の共有等連携が求められた。

最後に災害救助法の問題だが、救助法は応急的な救護活動であり、避難所設置の間が基本である。当初、医師中心のチームが想定されており、派遣職種が限定され、精神保健福祉士、心理士は対象外であった。また、病院支援（保険診療）が想定されていなかったため、病院診療支援に「心のケアチーム」を派遣することができなかった。

震災前後の精神医療の状況

障害福祉課で震災前（2月8日～3月10日）、震災後（3月12日～4月12日）、5月（5月1日～5月31日）の入院及び外来患者について病院調査を行った。38病院中35病院から回答を得た。※津波被害により休止中の2病院と仙台市内の1病院は回答なし。

入院患者（延数）は、震災前は160,386人、震災後は172,079人と11,693人増加した。5月には7,560人減少したが、震災前より多い状況が続いた。定員超過病院は震災後8病院、5月は7病院であった。

外来患者（延数）は、逆に震災前94,682人から震災後81,014人と13,668人減少し、5月に2,608人増加したが、震災前より少ない状況が続いた。宮城県（仙台市除く）と仙台市では、宮城県が震災後9,691人減少しており、県全体の減少数の7割を占めた。

一日平均入院患者は、震災前5,173人から震災後5,377人と203人増加し、5月は64人減少したが、震災前より増えている。県内の病床数（回答病院のみ）は5,842床あり、震災後入院患者は増加し、定員超過病院もあるが満床には至っていない。

宮城県の圏域別（仙南、塩釜・岩沼・黒川、大崎・栗原・登米、石巻、気仙沼）の状況は、入院患者は圏域差がほとんど見られないが、外来患者は圏域により増減が見られた。特徴的なところでは、仙南は1病院が大きな被害を受け震災後大幅に減少したが、その後外来が再開したこともあり、5月には増加した。石巻は複数の病院のうち1病院が津波被害を受け休止状態になったため震災後大幅に減少し、5月も減少が続いた。気仙沼も1病院が津波被害を受けたが圏域内の別の病院に患者が集中し、震災後の減少は見られなかったが、5月には減少している。震災で多くの方が亡くなったことや通院の交通手段の問題、「心のケアチーム」の活動等の様々な要因が絡んでいると考えられる。

今後に向けて

想定外の津波被害は、これまでのマニュアルにない対応を迫られた。不十分な情報の中で速やかな判断が求められることや様々な壁にぶつかり容易に進められないこと等も多々あった。今後に向けては、情報収集は通信手段を複数確保することや精神科病院協会等の民間との連携、可能な範囲で直接情報を取りに行く体制を考えなければならない。

被災精神科病院患者の転院では、県として事前に協定等により協力病院を確保しておくこと、また病院の防災対策に患者転院を想定した対策を盛り込むことも必要であろう。

「心のケアチーム」活動を推進するには、災害医療体制に精神医療を明確に位置づけ、災害医療コーディネーターに精神科医を配置するなどの検討が必要である。

また、被災病院支援については、災害救助法の壁があり病院への「心のケアチーム」の派遣ができなかった。しかし、今回、国で災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領が示され、DPATの活動として「災害により障害された地域精神保健医療機関の機能補完（外来・入院診療）」が活動内容に明記された。まだはっきりしない点も多々あるが、今後に向けて期待される。

最後に

その後の中長期的な取り組みとして、震災後の精神医療体制を確保するため精神科病院の復旧（保健衛生施設等復旧費補助）、被災病院を中心に4カ所に精神障害者アウトリーチ事業を委託し医療中断者等への支援を行った。被災者の心のケア対策としてH23年10月に東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座、H23年12月に「みやぎ心のケアセンター」を設置した。また、大規模災害時医療救護活動マニュアル、災害時こころのケア活動マニュアル等の災害関連マニュアルの見直し等も行われてきている。

被災地ではアルコール問題や自殺の増加等が見られ、今後も復興の格差や仮設住宅から復興住宅への移転等による環境や生活変化によるストレスから、潜在的な問題が表面化してくることが予想される。今回の震災を通して、精神科医療機関と保健師をはじめ地域関係者との連携が強まったのではないだろうか。そして、新たなシステム（みやぎ心のケアセンター等）と協働して支援体制を強化するチャンスにもなると考える。

最後に、県内外から多くの御支援をいただいたことに改めて深く感謝申し上げます。

被災地での精神医療支援の体験 外部支援者の立場から

被災地での精神医療支援の体験

東京女子医科大学精神科
長谷川 大輔

東日本大震災の被災地支援に際して、当初は女子医大病院全体として医療支援チーム派遣の決定が下りていませんでしたが、東北大学精神科からの支援要請を受け、精神科単独での派遣を決断し、東京女子医大精神科は3月19日～3月24日を第一陣として派遣し、以降6月まで計11回にわたり精神科多職種チームを毎週派遣し、東北大チームに参加、気仙沼の精神医療支援に従事しました。

精神科医局単独での行動となったため第一班は、仙台までの交通経路も確認出来ない状況下での出発となりました。空路福島空港に降り着き、空港からはその場その場で利用できたバスとタクシーを数回乗り継ぎ、半日以上かけて仙台に到着しました。その晩に東北大の諸先生方から概況について丁寧なレクチャーを頂き、翌日津波被害に直接遭った精神科病院の応援を主な目的として気仙沼に向かいました。

当時気仙沼のDMAT会議は気仙沼市立病院において連日行われており、被災者人数と地域に応じて区分された18の救護ポイントが設定され、担当の振り分け、報告や方針の決定がなされていました。前に入っていた複数の精神科医チームの申し送りや、その他DMATチームから精神医療の要請など多様な情報をできるだけ客観的に整理しようと試みましたが非常に困難でありました。また、会議に出席していない有志チーム、各都道府県精神医療チームが活動している等の不確定な情報が錯綜していました。

津波被害に直接遭った光ヶ丘保養園は3階建ての2階まで浸水したため、残った一つのフロアに少ない職員と患者多数が所せましと寝泊りしていました。また、トイレが使用できないなどの衛生面の悪化が目立ち始めた時期でもありましたが、DMAT会議においても身体科チームによる精神科病院への対応が他の救護ポイントに比べやや出遅れているようで、地域医療圏とは別に精神医療圏が形成されている印象が強まりました。

震災発生から一週間経過した時点で、精神科薬の確保は徐々に再開されてきていましたが、職員と患者の疲弊が明瞭であり、体力的にも厳しい高齢者がいったん熱発すると急速に生命的危機に陥ることがみられました。

第一班のもう一つの重要な役割は、女子医大精神科が継続的に被災地支援に人を派遣するにあたっての状況理解でありました。今回、支援する際に一番の不便は、自ら足「車」を持っていなかったということでした。その日ごとに、他のDMATチームに混ぜてもらい相乗や送迎にも来てもらいました。急性期における突発的な要請に対して、一日遅れることが多く不甲斐ない思いをしました。

そして、精神科患者や精神医療従事者よりも、一般患者や他科医師・コメディカル、行政担当者等といった日頃精神科医療と関わりの乏しい人との接点が多くなるため、適度なコミュニ

ケーションがとれるよう各派遣チームの人選に配慮しました。個人的にはその後も数回支援に訪れ、避難所の集約や地域医療圏の再構築など中長期的な問題も見させてもらいました。急性期においても精神科医療チームのニーズは十分にあると実感できました。その一端を担えたことに感慨深いものが残ります。

東日本大震災直後の気仙沼での支援活動

高知大学医学部附属病院精神科

藤田 博一・永野 孝幸

私たちは、震災から間もない3月28日から、気仙沼にて震災支援活動を行った。こころのケアチームが介入を行う前であり、被災地で医療活動を行っていたのは全国各地のDMATが中心だった。精神疾患を含めたメンタルヘルスに関する専門家は少数だった。

まず、現地に向かうメンバーとして、精神科医の藤田と精神科看護師の永野が決まった。2人とも災害現場での支援活動は初めてだった。さらに、現地に着いてみないとどのような活動のニーズがあるのかよく分からなかったため、どのような準備をすればよいのか戸惑った。私たちの住んでいる高知とは気候が全く異なることや、食料や水などの準備など、現地で足手まといにならないための必要最小限の装備は必要だろうと考え、先に活動を開始していた高知大学のDMATからの情報を頼りに2人で運べる範囲の物を揃えた。

東北大学病院精神科佐久間篤先生に案内をしていただき気仙沼に入った。まず、私たちは現地で活動を行っていたDMATのミーティングに参加した。私たちが参加した頃は、避難所にいる方の多くは大きな外傷はみられず、DMATの活動はいわゆる持病のコントロールや避難所で発生した感染症への対応が中心だった。また、現地の精神科・心療内科の病院・診療所が被災して診療が止まったため、通院中の被災者から向精神薬処方の希望があり、精神科医の需要はあったが、避難所に併設されている臨時診療所では、向精神薬は種類が不足していた。一方で、なぜかジアゼパムが突出して揃っていたりして、バランスはあまり良いとはいえなかった。

現地では、他にも精神科医が活動していたため、各避難所で活動しているDMATからの要望を整理し、サポート調整を行うためのミーティングが自然発生的に行われるようになっていた。私たちがそのミーティングで決定された避難所にDMATと向かった。

避難所では、通院中の精神疾患の患者さんを中心に診療を行った。しかし、診断も処方内容もはっきりしないことも多く、患者さんの記憶を頼りに、そして手元の薬剤を組合せながら、急場をしのぐという診療であった。その時に大変助けられたのは、同様に派遣されていた薬剤師であった。運び込まれ積み上げられたままになっていた医薬品を整理し、使いやすく配置してくれたり、必要な処方薬を準備してくれたりするなど大変ありがたい存在であった。

被災地の役場では、急性ストレス反応を起こしている職員も働いていた。本来なら休息のため業務から離れ、必要なら短期間の向精神薬で睡眠を確保するなどが望ましいと思われたが、本人には病識がなく、さらに休息する自宅は被災しており、休む環境が全く作れない状況であった。被災者のみならず支援者への支援も重要な課題だと思われた。

最終日は、被災した光ヶ丘保養園を訪問する機会を得た。訪問したときはまだ1, 2階部分が津波で使用不能になっており、患者は3階の病棟に集められていた。本来は2, 3階部分が病棟であったため、単純に半分のスペースしかなくなっていた。食料が未だに安定供給されておらず、またノロウイルス感染症と思われる集団感染も起きており、状況は切迫していた。さらに、多くの職員の自宅も被災しており、帰る場を失ったままエンドレスの業務に就かざるを得

なかった。さらに、ストレスから精神症状が悪化し昏迷になっている患者も相当数あり、何人かは被災を免れた病院への転院が必要だった。精神科医による診療支援はあったが、働く職員も含めて食料などの生活上の基本的な物資が不足した状況が続いており、毎日のように炊き出しが行われていた避難所と比べて、支援は進んでいない状況であった。残念ながら日程の関係から私たちは診療の手伝いはできなかったが、高知県で起きた際の精神科病院のあり方を考えさせられた。

この震災支援の体験から、日頃からの準備が必要であることは痛感させられた。まとめると、

(支援する側の準備)

- ・DMATのように精神科スタッフも普段から準備し、災害発生後数日のうちに現地入りできるぐらいの組織作りが必要だと考える。
- ・医師、看護師のみならず薬剤師などさまざまな職種が派遣できるよう準備することが望ましい。

(患者自身の自己防衛策)

- ・普段から処方薬は1～2週間程度は余裕を持っておく。
- ・「お薬手帳」などを活用して、普段服薬している薬の名前や用法用量は把握しておく。

(精神科病院の準備)

- ・被災後しばらくは孤立しても自立できるあらゆる備えをしておく必要がある。
- ・いくつかの精神科病院が普段から連携して、有事の際、患者の転院や物資の融通などを含めた協力体制を作る。

以上のことは必要最小限と考え、各地域・病院の特性に合わせた防災、減災計画を考えていく必要があると感じた。

震災後の急性期における気仙沼での精神医療支援活動の経験

富山大学附属病院神経精神科

高橋 努・松岡 理

はじめに

東北各県に甚大な被害をもたらした東日本大震災に対して、本学附属病院では震災発生当日に現地入りしたDMATチームの報告を受け、多職種からなる災害医療救護班が継続的に支援活動を行う体制が整えられた。当院対策本部からは各診療科への個別支援要請に応じるのではなく支援窓口を一本化する方針が示され、当初は精神科医も大学医療チームの一員として支援活動を行う予定であった。しかし災害直後の精神保健対応の必要性や東北大学精神科からの依頼に答える形で、大学医療チームとは別に被災精神科へ精神科医を派遣することとなった（第1陣から第6陣まで延べ7名）。本稿では、第1陣として震災後10日目の3月21日から同26日にかけて東北大学精神科チームの一員として宮城県気仙沼市での支援活動を行った精神科医2名（筆者）の体験およびそこから得られた教訓を紹介したい。

宮城県気仙沼市における支援活動の概要

派遣が決まった時点では現地の状況に関する十分な情報がなく、また移動手段の確保にも困難を伴う状況であったため、寝袋や十分な水・食料を持って飛行機（富山－羽田－山形）およびバスで仙台に向かった。東北大学の研究棟は倒壊の恐れがあるため立ち入り禁止となっており、病棟の一面に精神科仮医局兼対策本部が設けられていた。到着翌日に大学病院のバスで現地に赴き気仙沼市立病院での災害支援会議に参加し、大規模な余震が続くなか、同院および三峰病院を活動拠点とし、東北大学精神科の佐久間篤先生の指揮のもと他県から支援に訪れた精神科医と協力して支援活動を行った。紙面の関係もあり本稿では概要のみを記すが、凄惨な被災状況や現場の混乱については他の報告で紹介されている通りである。3月23日は津波で大きな被害を受けた光ヶ丘保養園の診療支援（身体的重症者の搬送、身体処置、および精神科診療）、24日は避難所2ヶ所（医務室）での精神科診療、25日は大島の避難所を巡回して精神科医派遣のニーズ調査や被災者相談などを行った。気仙沼市内はまだ瓦礫が散乱しており、ガソリンの入手も困難であったが、向精神薬を含め医療物資は十分に集まっていた。朝夕に行われる医療支援チームの全体ミーティングでは精神科診察の依頼が相次ぎ、大規模災害直後の精神科医療のニーズの高さが伺えた。三峰病院では滞在中にインターネットが復旧し、第2陣以降の支援活動のためメールおよびPHSで現地の状況を随時富山に報告した。

支援活動の教訓

当講座からは3月21日から5月6日にかけて延べ7名の精神科医が被災地での精神保健活動

に参加したが、これは組織的な支援というよりは、現地の要望に答える形での草の根的な活動であった。派遣に際しては被災地の状況や支援ニーズについて受け入れ機関である東北大学精神科などと事前協議を行い、それに応じて派遣期間の決定や派遣準備を行った。また被災地に負担をかけないよう可能な限り移動手段や宿泊先を確保し、連続して赴任する場合には前任者からの申し送りを徹底するよう心がけた。さらに活動予定を大学や県に提出し、公的な活動という立場をとることで、交通費用の減免（各航空会社による災害派遣の輸送協力）や保険加入が可能であった。震災支援に関する資料収集については、国立精神・神経医療研究センターが開設した支援医療関係者向けのメンタルヘルスに関する情報サイトなどが有用であった。実際の被災地では支援対象者は多岐に渡り、また活動内容も医療の提供からメンタルヘルスの啓蒙まで幅広く、それらを行う場所も医療機関や避難所、個人宅など様々であった。当然ながら我々にはこれほどの大規模災害やそれに対する支援活動の経験はなく、また被災地から離れた地方大学の精神科講座のみで行える支援には限界があるものの、上記の事前準備を行うことで、各派遣医は被災現場である程度臨機応変に支援活動を行えたように思う。重要なこととして、派遣医が不在となる期間の通常業務に関しては代行体制を敷き、現地での支援活動に直接携わらないスタッフも含めて講座全体でできる限り支援活動をサポートした。

なお気仙沼地域では比較的被害の少なかった気仙沼市立病院が災害救護の拠点となっていたが、家を失った多くの職員までもが泊まり込みで診療をこなしていた。クリニックが津波で全壊したにも関わらず毎日避難所で診療を行っている地元開業医もあり、地域医療を支える医療関係者の献身的な姿には頭が下がる想いであったが、同時に支援者の疲労対策の必要性も感じた。また急性期には指示系統の混乱もあり保健所の「こころのケアチーム」との連携がスムーズに取れなかったが、次第に情報共有できる体制が整った。

最後に、今後も国内外から継続的な支援がなされ、被災した人々の生活再建と被災地の復興が少しでも早く進むことを願い報告を終えたい。

謝辞

宮城県での支援活動に際しては松岡洋夫先生および松本和紀先生（東北大学精神科）をはじめとする現地の関係者の方々にお世話になり、厚く御礼申し上げます。また当講座からの精神科医派遣についてご高配、ご助力いただいた富山大学附属病院および富山県厚生部健康課に深く感謝いたします。最後になりますが、震災で被災されたすべての方々にお見舞い申し上げます。

「支援要請の巧みなやり方」

岐阜大学大学院医学系研究科 精神病理学分野

深尾 琢

私は2011年3月19日から22日までの4日間、東北大学からの要請を受けて1人で宮城県に入った。そのうち20日と21日の2日間、石巻で精神科医としてボランティア活動に従事した。この極めてわずかな体験をもとに、私なりに学んだことを一つだけ記す。それは、私のような災害素人の手でも借りたいような大規模災害において、広く支援を要請する際のスキルについてである。

そもそも岐阜で生まれ育った私には、大規模災害の実体験が無い。また災害支援に出向いた経験も皆無であった。岐阜県を中心に起きた濃尾大震災は、日本の陸域で発生した観測史上最大の地震である。ただし1891年の出来事で、社会の時間に聞きかじった歴史的事実に過ぎず、私にとって災害はこれまで他人事であった。2011年3月14日頃から届き始めた数多くの支援要請さえも、なかなか自分へのメッセージとして受け止めることができなかった。

ところが、メールで届いた「東北大学・精神科医派遣受付要項」は、私でも東北に行っているのかも、と思わせるような内容であった。

その理由の1つは、活動の概要が、

1. 病院での勤務
2. 石巻避難所救護班への参加
3. 仙台市のこころのケアチームへの参加

などと箇条書きではっきり書かれていたことである。一度も被災地に出たことのない私でも、明確な指示の下で、安心して活動できそうな予感を持たせてくれた。また、現場に出向く際の準備品については、

- ・ 最低限の食料品
- ・ 薬は無くても構わない
- ・ 寝袋は持参

とだけ書かれていて、さほど難しい準備を必要としないのだとわかった。

しかし、何より私の心を動かしたのは、東北大学からの要請が、複数人でのチーム編成を求める、最低何日間は滞在してほしい、といった類の条件を全く付けなかったことである。実際、私はこの要項を17日に読むと、直ぐに詳細情報を求めるメールを東北大学に送ることにした。さらに、翌18日朝には東北大学から電話が入り、本当に「1人でもいい、何も持ってこなくていい、いつからでも、何日間の滞在でもいいから来てほしい」と熱のこもった口調で請われると、私も思わず「明日から行きます」と答えたのであった。

このいきさつは、自分が派遣を要請する立場になったときの貴重なモデルケースとなりうる。やってほしいことを明確に、条件は極力少なく且つシンプルに。私にとって情報発信のスキルを学ぶ貴重な体験となった。

気仙沼での体験

元 金城学院大学心理学科
現 海辺の杜ホスピタル
岡田 和史

支援に入るまでの個人的な状況

筆者が気仙沼において支援に携わったのは3月25日から29日の5日間で、ちょうど震災発生後3週間目にあたる時期であった。筆者は精神科医であるが、当時は名古屋の大学の心理学科の教員であったため、医療機関や行政団体などの組織的な支援活動ではなく、個人ボランティアとして東北大学精神科医局のお手伝いをする形での支援となった。

震災当日はPSW養成課程の学生の病院実習の巡回指導に出ており、地震発生時は東名高速を走行中でまったく揺れには気づかなかった。しかし、翌日には、これはただならぬ非常に大変な事態であるということが明確となって、一刻も早く全国からあらゆる分野の専門家が支援に入る必要がある状況だと確信し、出身医局や近隣の医療機関に相談したが、話が進展しないまま時間が経過した。また、一般的なニュースでの情報からは、精神科医がどのように必要か、広範囲な被災地のどこなら自分が役に立てる可能性があるのかといったことはさっぱりわからない状態であった。やみくもに現地に向かってもかえって迷惑をかけるのではないかという危惧も強かった。結局10日以上、寝袋やリュックサックなどを買い揃えつつも悶々としていた。ようやく東北大の情報を得て、3月24日山形空港経由で仙台の東北大学精神科に到着。翌日から気仙沼での支援活動に携われることになった。

こうして現地で支援に入ってしまったからは、目の前のことにできる限り対処するだけということである意味迷いがなくなったためか、今思い返してみると支援に入るまでの不安や葛藤の方が強くよみがえってくる。もちろん気仙沼の現地の状況はすさまじいものであり、非常に強い衝撃を受けたので、現地での感情を隔離抑圧しているのかもしれない。

現地での活動・感じたこと

当然のことながら、圧倒的な津波の破壊力を目の当たりにした。震災発生時に居合わせたわけでもなく、自分の故郷というわけでもない筆者でさえ、足元からよって立つ場を崩され、すべてを根こそぎにされるような巨大な喪失感を抑えきれなかった。本当に胸をえぐられる思いであった。

現地では避難所を巡回したが、単独では動けないため、主に北海道江別市立病院のチーム（内科医師1名を中心に5名、車2台の構成）に同行させていただいた。避難所では高齢者を中心に自ら不調を訴えてこられない傾向が強く、筆者は順に声掛けをして、便秘などの小さな症状でも内科の先生に相談できることを説明しニーズを掘り起こすように努めた。精神症状は、急性の反応や再発・悪化などの激しい症状を呈するケースが出現する時期は過ぎており、不眠

や身体的な愁訴、軽い抑うつや不安などの症状が中心であった。また、ちょうど届いた支援物資の運搬を手伝ったりもした。とにかくその場その場でニーズに応じて自分ができることをできるだけやったということになる。

医療支援とは別の話だが、移動中あちこちで高圧電線の修理にあたっている方々を目にした。つまり本当にたくさんの電気技術者が全国から被災地に集まってきて必死の作業を続けていたということである。医療関係者に限らず、電気・ガス・水道・通信・交通等々の社会的なインフラを支える専門家集団が全国規模で機能していることが実感され、少なくとも庶民・現場レベルでは日本社会の基礎的機能はしっかり働いているのだと思えた。

振り返ってのまとめ

- ・大規模な災害時には被災地のニーズは時々刻々変化し状況依存性が高い。
- ・被害の程度がひどい所ほど情報を収集できないし発信もできない。つまり自らニーズを伝えることができない。したがって支援者側が十分な情報提供を求めることは無理があるし意味がない。
- ・支援者には専門能力のみならず、一般的・全般的な対処能力が必要で、一定の自律的な動きが要求される。
- ・十分な余裕を持ったマンパワーが必要であり、その場その場のニーズに応えとともに、支援者の姿を示すこと、いわゆるプレゼンスも重要である。

最後に、快適な宿泊場所と食事を提供してくださった気仙沼市の三峰病院の皆様と、支援に参加する機会を与えていただいた東北大学精神科の皆様に改めて感謝申し上げます。

東日本大震災における宮城県岩沼市での精神科医療支援体験

医療法人順真会 メイプル病院
松尾 徳大

東日本大震災に際し、私は東北大学精神科による支援要請を受け、平成23年3月23日から4月1日までの震災の直後期において、宮城県岩沼市の小島病院に派遣されて支援活動を行った。

当時、津波により沿岸域全体にわたって甚大な被害が生じており、津波被害や揺れによる倒壊、原発問題などで、福島第一原発以北から宮城県南部における沿岸域の精神科医療機関はこの小島病院を除き、事実上診療機能をほぼ完全に喪失していた。そのため、当該診療圏の精神科患者の通院先がないため、震災後唯一の精神科機関である小島病院に患者が治療を求めて新患として殺到する事態となっていた。

常勤精神科医師は3名であったが、多くの病院職員と同じく医師もまた被災者であり、家族の安否確認の困難、ガソリン不足と交通機関麻痺による通勤難などに直面していた。医師達は震災後様々な事情で数多く来院する患者の外来業務に加え、物質的にも窮乏し、混乱した入院病棟の管理や、疲弊したスタッフの対応などで忙殺され、症状増悪や処方薬切れなどから、新規に医療を求めて殺到する新患に対応する余裕がなかったのが実情であった。診療機能を守るため、病院は止むを得ず表向き新患受け入れを中止していたが、それでも上記の理由から通院先を失った患者が連日多数、小島病院にやってくる。

渦中であって、私は上記期間の新患初診全例と再診外来の支援に入らせて頂くという貴重な経験をさせて頂いた。診療に当たっては通常の精神科診療に徹し、敢えて当方から被災状況を事細かに伺うことはせず、患者の表出に委ねた。ガソリン不足の中、多くの患者が避難所から自衛隊や近隣の善意からの支援を受けて、やっとの思いで来院された方々であり、ほとんどの方が再び来院する困難さから、長期処方を望んでいた。

幸い向精神薬などほとんどの医薬品は充足していたが、多くの患者が診療情報提供書を持たないため、病歴と処方薬の詳細が不明な新患が多数来院した。特に、海岸近くにあった単科精神科病院は津波で病院全体が泥流に埋まってしまい、病院に情報を照会することが全く不可能な状態であった。院外の調剤薬局に処方箋の情報が残っていたり、薬手帳を持参していた患者はまだ良かったが、診断名と診療歴が定かではなく、処方薬の詳細も不明な患者の初診での治療は困難を極めた。

この経験を通じて、再びこのような大規模災害が起こった場合に備え、科を問わず、患者個人の診療情報を各医療機関で即時に共有出来るシステムの構築が何より重要であると痛感した。今後、この問題解決のため、国主導、厚生労働省主導による医療ITインフラの進展と拡

充が必要不可欠に思われる。

また、喧噪も激しく物質的にも不自由な中、大勢の人が限られた空間で過ごす避難所生活は特に統合失調症の方々にとっては大変なストレスであり、震災を契機としたF2圏の患者の症状増悪の原因としては、処方薬切れと並んでこれが比較的多かったように思う。

身内が津波に流されて行方が分からなくなった方や、自宅や自動車などが津波の泥流にのまれてしまった方々も多数おられた（特に、亘理町、山元町からの来院者）が、それだけ多大なストレスを受けたにも関わらず、気分障害圏の方々において、この直後期にはそれら悲惨な出来事が抑うつ気分や意欲低下の悪化をもたらすのではなく、かえって躁的防衛ともいべき軽躁状態を少なからず呈していたのは印象的であった。

また、自宅と家族を津波で失い、急性ストレス障害（ASD）の症状を呈していた患者もいたが、全体から見ると明らかなASDは記憶の限りでは2例にとどまった。この時期は福島第一原発の危機が最も切迫した時期であり、原発から僅か50km内という診療圏の地理的状況や、この地域の津波の被害の甚大さを考えると、この結果には正直意外な思いを抱く。

この期間の診療で全体として強く感じたことは、忍耐強さといった東北人気質と地域コミュニティの強い結びつきが精神症状悪化に抑制的に作用していると思われたことであった。しかしながら、我慢強さ故に苦衷をなかなか表出できなかつたり、周囲の被災者に気兼ねや遠慮して、症状増悪を放置したりするなどで却って治療が遅れたケースがあったことも記しておく。被災直後の混乱した避難所生活では特に個人の悩みや辛さを表出することが抑制されがちであり、保健師の介入などによる個別健康相談や、早期の精神症状スクリーニングが必要不可欠に思う。

最後に、困難な状況下、種々様々にご協力とご支援を頂いた小島病院、岩沼市保健センター、東北大学精神科医局の各関係者の方々に改めて深く感謝申し上げます。

東日本大震災における宮城県気仙沼市での精神科医療支援体験

日本こころとからだの救急学会代表理事
福島県立医科大学会津医療センター附属病院
久村 正樹

はじめに

2011年3月11日、宮城県沖を震源とするマグニチュード9.0の東日本大震災が起こった。当時神奈川の川崎市の病院に勤務していた筆者は、厚生省の荒川医系技官（当時）と連絡をとり、宮城と福島が医者を求めている、との情報を得た。当時は福島がここまで長期的な被災を余儀なくされるという情報はなかったため、東北大学松本先生と福島県立医科大学丹羽先生に連絡し、結果、まずは宮城に行くことに決めた。震災1週間後急性期の3月18日に羽田から福島空港への臨時便で福島入りし、その後空港からはタクシーで東北大学に向かった。交通費は自腹となり8万円を超え、ずいぶん高い国内旅行もあるものだ、とやっておいて後に驚いたということがある。

活動について

東北大に着くと精神科の松本先生達が出迎えてくれた。通されたのは寒い、おにぎりが並べられた元デイケアルームであった。同室で明日派遣される場所や説明を聞いていた。この時、気仙沼に震災以後、精神科医を派遣するのは初めとのことだった。「何ができるかなー」とおにぎりを食べながらぼんやり夜を明かした。

出陣

朝、各科の医師がバスに乗せられ一関経由で気仙沼に向かった。気仙沼に入ったところで光景が一変した。家がなぎ倒され、船が座礁している。「ここが日本か」というのが最初の感想であった。その中で気仙沼市立病院に着いた途端、検死の依頼を頼まれた。個人単位で来ている医師は検死が主な仕事だった。私は東北大学精神科として行っていたのでこの仕事は免れたが、凄まじい遺体に検視が間に合わないという状況だったという。

現地で

自分が何をしたいかわからず、とにかくできることは何でもやった。中でも印象深かったのは、大変な状況のなかで救助された被災者の方を診たところ、栄養状態も問題なく、明らかかな昏迷状態にあった方だった。その方に、ハロペリドールを点滴したところ、数時間後には興奮し、昏迷が解けた。統合失調症の緊張型で、興奮と昏迷を繰り返すタイプの方だった。気