

仙沼市立病院は外科中心の病院のようであり、精神疾患のために搬送されたこの被災者を保護した自衛隊に「空振りしやがって」という声を聞いた。しかし救急医療も専門の私は、空振りはまったく問題ない、いわばオーバーリアージであり、望ましいものと思われた。また近隣の石巻日赤から情報がこないことに声を荒立たせる人もいたが、後に知るように、石巻日赤は日々完璧な訓練を重ね、来るべき傷病者に対して万全の体制をとっていたのである。このお蔭で、石巻日赤に重傷者がヘリで搬送されるなどの機能的な動きが取れた。一方で、気仙沼市立病院では、「こうした方が効率的だ」などといった話がようやく進んでおり、また日本各地から来たDMAT精鋭部隊もそれ程機能できる場がなかったように思われる。気仙沼市立病院を本質的に救ったのは後に来た自衛隊であった。

## 災害では災害の知識を持って対応すること

救急医学は戦争の歴史で、災害医学にも大変深い関連があり、その教育コースも各地で開催している。精神医療のかたわら、救急医療にも携わる筆者の立場からすると、現地では災害に対する知識と技術が拙劣に感じた。災害の現場には災害時の進め方がある。これは改めて勉強しないと絶対に身に付かない。今、厚労省で検討されているDPATも最低限、災害の知識はもとより、赤タグの患者に対して迅速な処置ができること、という縛りを加えるべきかと思う。

## おわりに

災害が発災し、医師だから、と現場に向かうのは素晴らしいことかと思う。しかしながら災害の対応はまったく別物であり、ただ人を無防備に出せば良いというものではない。私が気仙沼から引き上げるころ、支援に入る他の医療機関の精神科医と話す機会があったが、話をしてみると救急医療も災害も、全く経験のない人のようであった。医療人はもちろん、災害時の対応が、この災害国日本で教養として国民に浸透することを望むものである。

被災地での精神医療支援の体験  
東北大学精神医学教室の一員として

---

---

## 東北大学精神医学教室の活動

東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授  
松本 和紀

### 東北大学精神医学教室の活動と他大学／宮城県関係者との連合チームの活動

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。交通網が分断され、食料や燃料調達の見通しも立たず、福島第一原子力発電所事故による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。

3月14日、里見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。

15日夕方には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所長の白澤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。

16日に「東北大学精神科医受け入れ要項」を発表し全国に精神科医派遣の要請を行った。この要請を行った頃は、大きな余震も続いており、折しも同日には米国国防省が福島第一原子力発電所から少なくとも50マイル(80km)圏から避難するように勧告を出したばかりであり、交通も分断され、被災地の情報も乏しい中で、宮城県に支援に来る人などいるのだろうかと案じていた。しかし、翌日からは全国からのメールや電話による連絡が続々と入った。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、その後は個別にくつかの大学の精神医学講座からの支援を受けた。

17日には気仙沼市立病院からも精神科医が必要という情報が入り、19日に佐久間と久村(日本こころとからだの救急学会)が大学病院のバスで気仙沼支援へと向かい、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。20日は応援に駆けつけた東京女子医大チームと合流し、2日後に富山大チームへと引き継がれた。岐阜大からは深尾医局長が駆けつけ石巻日赤で支援を行った。

厚労省がコーディネートする心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く、突然、そのようなチームを単独で構成することはハードルが高いというのが当時の率直な気持ちだった。しかし、これだけの大規模な災害が起こり、地元の大学病院精神科として何かできることはないのかという気持ちに駆り立てられた医局員有志の賛同を得て、地元関係者を中心とした支援チームの結成に向けて関係者との

調整を始めた。里見院長から大学病院として可能な協力をするという激励をいただき事務担当者の尽力もあり精神科が編成する心のケアチームに2台の車が準備された。宮城県障害福祉課とも密に連絡をとり、さまざまな関係者の賛同と協力を得て3月22日からチーム活動を開始した。宮城県障害福祉課と協議し、22日に岩沼市を中心とした活動を、23日には七ヶ浜町での活動を、28日には石巻市での活動を開始した(表1)。

表1. 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	156人	114人	122人	26人	875人

先の見通しの立たない中、志のある当科精神科医、心理士、看護師がチーム派遣に名乗り出た。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等からの支援も得て、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。

連日活動した4月を中心に富山大、高知大、浜松医大、東京医科歯科大等からの支援も得ることができ、我々の活動の大きな支えとなった。岐阜大学は、我々と宮城県との調整で4月から2ヶ月間石巻での支援を継続的に行った。東京女子医大は5月末まで毎週3日間気仙沼支援を行った。その他にも全国から個人レベルでの支援も頂いた。活動のための車は、3月末には病院が車を手配できる期限が近づき、宮城県にかけあい3月27日にレンタカーを手配してもらい、最終的には東北大チームに2台、岐阜大チームに1台、東松島で支援に当たる東大チームに1台の車を確保した。県の協力により支援者のボランティア保険の加入、災害従事車両証明書も準備された。

## 各地域での支援状況

被災地が広域になため、東北大学では地域ごとに担当者を決めて活動を行い、松本が全体的なコーディネートを行った。各地域の状況は逐一、東北大精神科に集められ、この情報を元に宮城県、その他関係者との調整が行われた。活動は地元の保健師、宮城県と連携し、適宜情報交換をしながら進めた。

気仙沼地区は、佐久間医師が担当した。既にDMATなどの医療チームが気仙沼市立病院を拠点に活動していたが、同院には精神科がなく、佐久間が精神科医療関係の調整補助を行うよう要請された。当初は厚労省派遣の心のケアチームとその他の支援チームとの間のコーディネートが機能せず混乱も認められ、必ずしも全体として統一的な活動が行われたわけではないが、一般の医療チームと心のケアチームとが連携しながら活動することも多かった。気仙沼では津波被害が甚大な光ヶ丘保養園が深刻な状況に陥り、同園への支援も大きな役割であった。

仙台から遠方の気仙沼では独自の車が無いのでDMATに帯同しての活動となったが、一般医療チームと帯同することで、少ない人数の精神医療関係者であっても効率的に機能することができた。佐久間は、全国からの支援者／チームと連携するするとともに、現地の精神科病院、保健所、気仙沼市立病院の連携促進のためにコーディネーター役を担った。

石巻地区は佐藤医師が担当した。石巻市は、地震・津波による最大の被災自治体であり、官民の「心のケア」にかかわる数多くの支援者・支援チームが殺到し、混乱を極めた。しかし石巻日赤のリーダーシップの元、石巻市の保健師や関係者が協力し連携のための努力が行われた。佐藤が東北大チームの石巻支援のまとめ役としてこの調整に協力した。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、大学病院での通常勤務や研究活動を行いながらの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、6月末には週1日を雄勝地区の支援に振り分けた。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、その他にも石巻市職員に対する支援等も継続的に行った。外部からの支援者が少しずつ撤退する中、原クリニックや宮城クリニックを拠点とした日本診療所協会の支援チームとともに、地元の支援チームとして10月末まで活動を継続した。

岩沼地区は、桂医師が担当した。岩沼地区の浸水面積は広大ではあったが、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、桂が中心となり仮設住宅入居者に対するグループワーク、市役所職員の相談ブース開設、消防署員面接、保健師へのスーパーバイズ等、被災者の支援にあたる職員への支援やメンタルヘルスに重点をおいた。職員や民生委員、サポートセンター職員に対する講演会、症例検討会等を通してゲートキーパーの養成、現地職員の組織づくりについての取り組みも行った。

## その他の支援活動

このような東北大学の主な活動は、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引き継がれていった。その他に東北大学が派遣調整を行った活動としては、こころのケアチーム活動の他にも、仙台市こころ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、様々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。その他、東京大学、名古屋大学、千葉大学、産業医科大学の精神科が病院本部の依頼で支援活動を行い、適宜当科との連携を行った。自治医科大学、奈良県立医科大学、熊本大学等も宮城県での支援を当科と連携しながら行った。

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。

## 東北大学精神医学教室による活動

我々の活動は、外部から入るこころ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、様々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。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、多くの医局関係者が尽力、協力したことで、災害時の困難な時期に多方面にわたる活動を継続的に行うことができた。

一方で、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、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。

## 被災地での精神医療支援の体験

元 東北大学病院精神科  
現 国立病院機構花巻病院  
伊藤 文晃

私は、東日本大震災当時、東北大学病院精神科に勤務していた。震災後の石巻赤十字病院に、3月17日から18日までと、3月21日から22日までの、2回支援に入る機会があった。1回目は被災直後であったこともあり、診療科として精神科がないこの病院にも精神症状を呈する被災者が多く受診していた。向精神薬が切れたことによる離脱症状や、自殺企図での救急搬送なども見られていた。院内には診察が終わっても帰宅できない被災者が多く、ごった返していたが、そのような中、躁状態、興奮、昏迷を呈する患者がいてスタッフは対応に苦慮していた。精神症状の強い患者はできるだけ精神科病院に入院してもらった方が良いのではないかと考えたが、しかし、当時は通信が十分に回復しておらず、近隣の医療機関の状況はほとんど何も分からなかった。そのため、救急車で直接患者を搬送して受け入れをお願いしたこともあった。身寄りがなく病歴が分からない患者もいて、精神科病院への入院は簡単ではなかった。後で分かったことであるが、当時は、石巻の中核となる精神科病院も浸水地域に囲まれてしばらく孤立し、水が引いた後も混乱した状況が続き、また、1つの精神科病院は津波により病院機能がほぼ停止していたということであった。震災当時は、情報が入らず、他機関との連携が非常に難しかった。

当時病院には、医療救護チームとは別に、看護師や臨床心理士が中心に心理社会的支援を担当する日本赤十字社独自の「こころのケアチーム」が派遣されており、職員や被災者遺族への心理的支援、避難所への物資提供などを行っていた。また、今後全国から精神科医療チームが派遣されてくることを見越して、院内の臨床心理士が「心のケア」を担当するチームを統括する体制を整えていた。当時は各避難所の状況がまだ十分に把握できていなかったため、全国から派遣されてきた医療救護チームが巡回しながら、精神科医療の必要性も含めて、アセスメントを行っていた。

2回目の支援時には、近隣の精神科医療機関が外来診療を再開したことや、病院に留まっていた精神症状の強い患者が転院したことなどもあって、院内での精神科診療の需要は以前よりは減っていたように思われる。「心のケア」を担当するチームの定期的なミーティングには地元の保健師も加わっていた。情報を共有しながら、チームごとに担当地域を決めて、精神科医が保健師とともに避難所を巡回する活動が始まりつつあった。「心のケア」を担当する支援チームは他の医療救護チームとは独立して行動するようになっていた。

避難所での主な活動は、精神科医療機関に通院できず服薬中断となってしまった患者に向精神薬を配ることであった。あわせて、被災者の心理的支援にも当たろうと、声をかけながら回った。診療を自ら希望してこなくても、こちらから具合を尋ねれば、不眠を訴える者は多かった。しかし、数日分の睡眠薬を手渡すことが良いことなのかどうか判断に迷った。余震が続いており、熟睡するのはかえって危険なように思えた。また、当時は今後の巡回の頻度の見通しは立っていなかった。チームによっては積極的に向精神薬を配っているところもあり、対

応には差があったようである。

支援に入っている間、病院スタッフや保健師などから様々な要望があった。当時は通信が思うようにいかず入院依頼の要請などに対して医局からの指示を仰げずに、現場のニーズにすぐに答えることができないこともあった。ただ、震災後の急性期においては状況が刻一刻と変化し、必要とされる支援も流動的であったように思われる。地元の関係者と連携を保ちながら、途切れることなく支援に入り続けることが大切なのではないかと感じた。



## 石巻における初期支援活動についての私見

元 東北大学病院精神科  
現 国見台病院  
原田 伸彦

私が石巻地域の支援に初めて携わったのは3月26日の事であり、震災から既に2週間が経過していた。石巻赤十字病院（以下、石巻日赤）を拠点として支援活動を行った…と言えば聞こえは良いが、グレーのスキーウェアを身にまとった私は赤十字の統一したウェアの中では、さながらコウモリの様で、矢も楯もたまらずに飛び出して来たのは良いが、医療者として何を求められているのか、どのようなスタンスに立てばよいのか分からない居心地の悪さを感じていた。当時私は、東北大学病院精神科に所属しており、精神科の設置されていない石巻日赤との間には普段からの交流が無い中で、東北大から日替わりで交代派遣される精神科医の1人として支援に入った。当時、石巻日赤で行われていた精神科医療は、石巻日赤の臨床心理士が中心となって仕切っていたが、朝夕の全体カンファレンスでのミーティングはあるものの、身体科としっかりと連動している訳ではなくほぼ独立した形で活動していたように感じた。折しも石巻日赤では石巻女川地域の医療を14のエリアに分ける体制を取り始めていた。しかしその中に精神科医療は含まれておらず、取り残される状態にあった。こうした「風通しの悪さ」を折に触れて感じることもあり歯痒い思いをしたが、身体科からすると精神科医が具体的に何をどこまで出来るのか分からず、どう扱っていいのか分からない、というところが本音だったのではなかろうか。精神科医を含む人員で派遣された医療チームもあったが、結局精神科医は別行動をとっているところも多かったように思う。疾患対応の迅速性を考えると致し方のない事なのかもしれないが、どうやら身体医療と精神医療のペースはなかなか合わないものらしい。困っている被災者を目の前にして「この人は今何を必要としているのか」ということを支援者側がきちんとアセスメントして、身体面は身体科に、精神面は精神科に、とトリアージして連携していかなければならない。平時の臨床においても言えることだが、普段から「風通しの良い関係」を築いておくことが重要なのであろう。また、災害精神医療として何が出来るのか、という事を我々がもっと勉強し啓蒙して行く事が必要だと痛感した。

2週間以上が過ぎていたが、阪神淡路大震災の時とは違い被害状況が広範囲で、かつ寸断されており、どこで何が必要とされているのかよく分からない混沌とした状態は続いていた。避難所も小中学校を中心とした大規模な物の他に民家や工場を利用した小さな物が点在しており、その詳細は把握しきれていなかった。私はわざわざ無理を言って、こうしたまだ人の手の入っていない箇所を中心に回らせていただいた。地域の情報は地元の保健師が最も良く把握しており、保健師とペアを組んで自家用車で巡回したが、孤立した入り江の小さな集落で集会所に避難している被災者、1階部分が津波で流された建物の2階に避難している被災者、崩れかけたパチンコ屋の駐車場で野宿同然の生活をしている被災者など、避難の形態は様々であった。事前にある程度情報を得てはいたものの、カーナビは被災の強いところでは役に立たず、行ったり来たりしながらやっと目的地にたどり着くこともしばしばであった。「こころのケア」

を掲げて訪問しても、結局こうした場所で急性期に必要とされるのは御用聞き的な役割であった。必要な物事を尋ねつつ過度に侵襲的にならない様に睡眠状況やストレス要因などについて聞き取り、次につなげるように心掛け、必要であれば時間をかけて被災者の言葉に耳を傾けた。極短期間の接触で精神科医が出来る事は限られている。そこに一度しか行かないなら尚更である。訪問しておきながら何かあった時の連絡先さえはっきりしておらず、手書きのメモで石巻市の障害福祉課の電話番号を渡すくらいしか出来なかった記憶がある。初期介入としてはそれ以上どうにもできなかったのかもしれないが、改めて非常時における情報伝達と共有の重要性を感じた。

巡回していてまだ手の回っていない場所を見つけると、新たな発見をして何か手柄でも立てたような気分になり、帰院後にその結果やニーズについて報告する事があったが、振り返って今思えば、結局は自分が役に立っている、という自己満足感に浸っているだけであったのかもしれない。既知の避難所への対応だけでも精一杯であったのに更に地元保健師達の業務を増やしてしまう形になってしまっていたのかもしれない。自分が役に立つ事で存在価値を見出そうとする心理は、何も精神科に限ったことではなかった。全体ミーティングでも、派遣人材への対応が遅れたことについて外部からの支援者が行政のスタッフに疑義を呈した時に、今は亡き石巻市立病院外科の内山哲之医師が「みんな精一杯やっているんだよ！」とその支援者に食って掛かった事が今でも忘れられない。皆、被災地を助けるために役に立ちたい、という思いは医療者として同じなのだが、どこか功名心のようなものが無かったのか、自らを振り返り自戒する必要がある。被災者支援はともすると「支援の押し売り」となりかねない。特に精神科領域での支援は慎重さが必要なのは言うまでもない。冷静に判断を下しているのか、集団心理に巻き込まれていないか…平時よりセルフチェックをしながら行動する癖をつけ今後の緊急時に備えたい。

## 石巻赤十字病院での急性期医療支援、 気仙沼地域での精神科と医療救護班との連携

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野  
佐久間 篤

震災から4日後の3月15日から17日に石巻赤十字病院で医療支援を行い、3月19日からは気仙沼地域において支援活動をさせて頂いたので、その経験を紹介する。

### 石巻赤十字病院での支援（精神科のない災害拠点病院での診療支援）

震災から3日後の3月14日に、石巻赤十字病院（以下、石巻日赤）から大学病院に精神科医の派遣要請があり、里見院長からの要請を受けて、精神科として精神科医を派遣することとなった。同日昼に出発する予定であったが、高速道路を通るのに必要な緊急車両証明書が夕方まで届かなかったため、やむなく一晩待ち、翌15日の朝6時に同僚の菊池達郎医師とともに大学病院の車両を自らの運転で出発した。当時の石巻では固定電話も携帯電話もつながらず、衛星電話でさえもつながりにくい状況で、病院の状況も石巻市街の様子もほとんどよく分からないままでの出発であった。道路の再開状況が不明ため、内陸の古川方面から石巻へ向かった。いたる所で道路が隆起、ひび割れしており、運転に難渋したが、8時過ぎには到着した。

病院の正面玄関前では、次から次へとヘリコプターや救急車で患者が搬送されてきていた。玄関先のロビーは、治療を受ける人、病院に避難してきた人、家族を探しにきた人で混乱を極めていた。その中、全国から応援にきた赤十字の医療職員が治療にあたっていた。石巻日赤の職員は泊まり込みで働き続けており、疲労のピークを既に超えているように思えた。

トリアージゾーンがメインとなり治療が行われていたが、そこでは対応できない精神疾患と思われる患者の対応を依頼された。向精神薬は院内在庫が比較的豊富だったが、治療のための環境は厳しかった。まず、精神科病床がなく、入院はできないこと。次に、病院では食事は出ず、避難所に行かないと食糧がないこと。最後に、通信が途絶えており、関連機関への連絡ができないこと。これらの厳しい状況は他科も同様だった。あらゆる患者が殺到していたため、緊急性が高い場合を除き、最低限の治療をし、どこの避難所に着くかわからないバスに乗ってもらい、後日また来てもらう、というのが全体の状況だった。

3月15日から17日の3日間で、20名程に対応した。最も多かったのは、統合失調症の症状が再発、再燃した方で、7名程の診察をした。いずれも平時であれば医療保護入院を検討すべきような状態の方ばかりだった。その他には躁状態、認知症の周辺症状、パニック発作の対応をした。お薬手帳を持っていたのは1名のみで、ほとんどの方は、それまでの治療についての情報がなかった。

支援内容は課題が残るものだった。例えば、母と姉に連れられ来院した40代の男性は、家族の話では、20年来自宅で問題なく生活していたが、避難所で幻聴が活発となり、2カ所の避難所を追い出され、来院に至った。本人も家族も憔悴していたが、抗精神病薬で何とか安静を確保し、他の避難所を見つけてもらうこととなった。救急車で来院した40代の女性は、昏迷

状態であった。二人で暮らしていたという中学生の娘の話では、避難所で徐々に症状が悪化し来院した。状態像にはあまり変化はなかったが、一晩ホールで過ごし水分はとれるようになったため、避難所へ戻ってもらった。

支援に入る前は、精神科のない石巻日赤から精神科医の派遣要請があった理由がわからなかった。しかし、後から分かった事だが、石巻市の精神科病院の1つは津波被害で機能を停止し、中核的な精神科病院も周囲を瓦礫や浸水地域に囲まれ、支援も乏しく非常に過酷な状況にあった。このため、石巻圏の救急搬送が一極集中する中、重度の精神疾患の方も精神科のない災害拠点病院に搬送されてきており、同院での精神科医療のニーズが高まっていたのだ。求められた役割は、精神科救急の業務であったが、病院自体に食糧がなく、新たな入院を受け入れる余力がなく、保健所は津波による浸水被害で機能が低下し、通信もままならぬ状況では外部の精神科病院との連携をとることもできず、診察した患者さんには避難所へ戻ってもらうための最低限の対応しかできなかった。

地震や津波も影響していたかもしれないが、避難所の過酷な環境によって症状が悪化し、追い出されるような形で受診に至った方が多かった。患者の病状悪化の要因となった避難所へ戻ってもらうことしかできなかったのは、頭では非常時で仕方がないと理解していても、医療者としてはとても辛く厳しい現実だった。精神科医療を大規模災害時にどのように維持するか、被災地外との連携や、精神保健福祉法との兼ね合いなど、今後検討する余地は大きい。石巻日赤の職員の方々は、押し寄せる被災者に対応しながら、支援に入った我々にも懇切丁寧に接して下さった。我々の方が勇気づけられ、本当に頭が下がる思いだった。献身的な姿を見ていると忘れがちだが、彼らは病院職員であると同時に、石巻の住民でもあり、家に帰れば被災者でもある。窓際で携帯電話の電源を入れ、いまだ不通であることを確認し、苦渋の表情で急いで持ち場に戻る職員を何度か目にした。家族の安否もわからぬまま、何日も働き続ける苦悩と葛藤は、想像するに余りある。医療者を始めとする災害支援者の疲労の影響をどのように軽減するかも、重要な課題である。

## 気仙沼地域での支援（急性期における精神科と医療救護班との連携）

石巻日赤での支援は別の医局員と交代し、震災から8日後の3月19日からは、やはり大学病院に支援要請のあった気仙沼市立病院へと派遣され、同日からは気仙沼地域での支援を開始した。3月19日は、精神科医局からの全国への支援要請に応じて来仙していただいた久本正樹先生（現福島県立医科大学津医療センター）とともに大学病院の医師派遣用のバスで気仙沼へと向かった。気仙沼の中心部は津波と火災で壊滅的な被害を受けていたが、わずかに高台に位置する市立病院は被害を免れていた。精神科では、光ヶ丘保養園と小松クリニックが津波で甚大な被害を受け、被災を免れた三峰病院には患者が殺到していた。

医療支援は、全国のDMATや大学病院の医療チームが、気仙沼市立病院を拠点に避難所で診療を行っていた。朝と夕にミーティングが行われていて、筆者も参加した。精神科のニーズは、三峰病院が稼働していたこともあり、気仙沼市立病院では少なかったが、医療チームから各避難所における精神科的対応が必要な方の情報が報告され、筆者はその対応を依頼された。医療チームの一員として精神科医が入っているチームもあったため、全体ミーティングの後に精神医療関係者で集まり支援方法についての相談を行った。

災害時にDMATなどの外部の支援チームとの連携は初めての体験であり、どうしたらよいかわからない状況であった。しかし、埼玉医大総合医療センター神経精神科の深津亮先生から、地域の事情がわかるのは筆者のみであるから、精神科医の配置を指示してほしいと助言を頂き、活動場所の調整をすることとなった。具体的には、夕方のミーティングで医療チームから精神科対応依頼のあった避難所に、翌日に精神科医を派遣する調整を行うようになった。当初は精神医療関係者の避難所までの移動方法や引き継ぎ方法などについての課題が挙げられたが、こうした問題は、医療チームをコーディネートしていた気仙沼市立病院の成田徳雄先生、横山成邦先生に多くのアドバイスを頂き修正した。また、気仙沼では、東京都職員・医師会の方々が、気仙沼市立病院の先生方とともに、最初から最後まで医療チーム全般のコーディネートを担当して下さっていた。東京都からは、同じ職員の方が繰り返し支援に入っていたので、安心感もあり、あらゆる場面で助けて頂いた。

精神科医の主な活動は避難所での診察だったが、対応が必要な方は大規模避難所でも数名であり、精神科医が終日待機する必要性は低かった。一方で、対応が必要な方は複数の避難所に散らばるような形で、しかも各避難所には必ず1人はいるという状況であったため、移動手段の制限もあり全ての要請に応えることは難しかった。アウトリーチが基本であったため、診察を要する患者数に比するとより多くの精神科医が必要であった。こうした大規模災害後の非常時には、単純な数計算では無く、移動時間や診察環境についても加味した上で、支援者の人数や支援方法を検討することが必要と考えられる。

我々が気仙沼市立病院を拠点に活動していた同時期には、複数の心のケアチームが気仙沼保健所を拠点に活動していた。当初は気仙沼市立病院の医療チームと心のケアチームとの連携がなく、大規模避難所で支援が重なることがあった。このため、3月23日に、保健所所長（当時）の西條尚男先生と相談させて頂き、保健所の担当職員が気仙沼市立病院のミーティングに参加することで支援が重複することはなくなった。医療チームは、気仙沼市中心部の大規模避難所を担当し、車のある心のケアチームは周辺の地域を担当することとなった。また、精神的に重症な方は、その都度三峰病院で対応して頂くように、医療チーム、心のケアチーム、地元医療機関との連携がとれるよう努力した。しかしながら、急性期は目まぐるしく状況が変化し、朝決めたことが昼に変わることも多く、常に現場での柔軟な対応、決断が求められた。振り返ると、3月中の筆者の活動の大半は、関係各所との連絡や調整だった。

3月末頃には気仙沼市職員や病院の医療職員など、不眠不休で働き続けてきた地元支援者の疲労が強く懸念されると話題に出始めた。震災から1ヵ月が過ぎた頃には、避難所でのニーズは減少してきたため、4月30日から、気仙沼市立病院の職員を対象に健康相談の窓口が設置され、東京女子医大の先生方が担当して下さった。この相談窓口は、形を変えながら平成26年1月現在も継続しており、東北大学精神医学教室、みやぎ心のケアセンター、宮城大学が地元支援者の相談活動を行っている。

5月の連休を挟んだ時期には、医療チームや心のケアチームが去った後の対応が検討され始めた。地元医療機関が被災者支援を継続する必要があるとの認識で、保健所の西條先生、三峰病院の連記成史先生、光ヶ丘保養園の奥山保男先生、新階敏恭先生（当時）、小松クリニックの小松孝男先生が中心となり、気仙沼保健所、宮城県、気仙沼市の精神保健福祉の関係者が集まり、情報共有するための「気仙沼管内精神保健医療福祉連絡会議」が設定された。5月10日から毎月行われたこの会議では、被災者支援や支援者支援など、幅広い内容が検討され、その

後の中長期的支援につながっている。

気仙沼では、地元の先生方、病院スタッフを始め、保健所、市役所、気仙沼市立病院で、数えきれない程多くの方にお世話になった。東北大学を通じて支援に入られた富山大学、東京女子医科大学、高知大学、浜松医科大学の先生方、個人で支援に入られた先生方、心のケアチームの先生方、現地でお会いした先生方にも本当に助けて頂いた。紙面を借りてお礼を申しあげたい。思い返すと、後悔ばかりが残る急性期の活動だったが、この体験を共有し、今後に活かすことができれば幸いである。

## 被災地内からの支援経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野

佐藤 博俊

東日本大震災では我々は地元の大学として、被害が甚大であった地域ごとに担当者を決めて直後期・急性期から被災地支援を行った。筆者が担当した石巻地区は、保健所や市役所、総合支所など地域精神保健を担当する行政機関が津波の被害を受けたため、官民を問わず災害拠点病院である石巻日赤病院に無数の支援者・支援チームが殺到していた。我々は多職種チームによる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、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、自分の内にある万能感の傷つき・不全感を現場やweb上などに吐き捨てていくものが散見され、それにより現場がたびたび翻弄させられた。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であり、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ることを認識したとともに、外部支援者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させられた。また一方で、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、大変な勇気となり、活動を継続する大きな力となることも実感した。

東日本大震災のように被災地域が広範囲にわたる場合は、被害の状況は一様ではなく、横並びの対応は現実的ではない。今回、支援の単位を地域区分で分割したことは、限られた資源の中で、効率的な支援を行うために有益であった。ただし、筆者の場合は、直接支援に伴って壮絶な光景や被災者の過酷な体験にさらされ続ける心理的代理受傷のストレスとコーディネーター業務に伴う膨大な量の情報の整理・分析作業による疲労が、潜行性に蓄積していった上自らの生活・業務の復旧作業もあるため休息をとることが難しかった。このような場合の地域担当者は、負担軽減のため直接支援をチームメンバーや外部応援者に分散し、現場のコーディネーター業務に比重をおくことで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であろう。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、我々の経験を記すことで万一の助けになることを願う。

# 被災地の精神科医による外部支援の経験

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野  
桂 雅宏

東北大学病院精神科では、院内の臨床業務の割り当てが少ない大学院生が、率先して外部の支援に参加した。我々は、津波による直接的な被害を被ってはいないものの、自身や家族が被災した状況下で、災害精神医療に関する十分な知識や経験がないにも関わらず、唐突に被災地支援の最前線に立つことになり、手探りでこれを行ってきた。本稿では、被災地あるいは近隣地域にしながら支援を行った者としての体験の一端を述べたい。

発災時、外来診察中であった私は、外来患者の避難誘導を行った後、大急ぎで家族の入院する市内の病院に向かった。当時の私には、まだ名前も決まらない新生児と、産後の状態が不良でようやく少量の粥を口にできる程度だった妻がいたため、緊急の当直体制を免除する配慮をして頂いた。停電のためメディアからの情報はほとんど得られず、沿岸部の状況を想像することすらできなかった私は、震災当日、翌日と、ただ家族を守ることに必死だった。その晩は、繰り返す余震の中、病院のベッドで初めての「川の字」を経験することになった。翌日は早朝から街を奔走した。妻でも食べられる物はないか、オムツやミルクは手に入らないか、大学病院を離れられない職員に食料の差し入れはできないか、そして全容の分からない放射能から家族を守れないか。

自分の周囲だけでなく、より深刻な被災者の支援を行う必要性にようやく考えが至ったのは、3日目のことであった。決められた臨床業務が少ない立場から、遊撃手としての役割を担うことになった私が最初に担当したのは、情報収集の役目だった。当時、沿岸部に限らず、内陸部との連絡も困難で、市内・県内の精神科医療機関の現状を把握することは急務だった。公的立場にあり、多くの医師を抱える大学病院として、人的支援をいかに行うかは課題の一つとされていた。実際に行ったのは、電気、通信などのインフラに恵まれた大学病院の環境を活かし、片っ端の病院から連絡を試みては、状況一覧を作成する泥作業であったが、先方の通信が復旧していないため、被害状況の全容どころか、断片的で不確実な情報しか得ることができなかった。被災地の直中に居ることは情報弱者であるということを思い知らされた。重要な情報は、実際に足を動かして孤立した地域を訪れた方から得られるものだった。また、例えば、市内の医療機関の状況を把握している団体が県内の病院の状況を全く知らされていないなど、組織間の密接な交流が日頃行われていない場合には、基本的な情報共有ですら困難であることが窺われた。孤立した状況で孤軍奮闘されていた先生からは、迅速な人的支援がないことに対するお怒りを頂戴することもあり、この情報収集は大変心苦しい業務であった。

発災1週間後からは、「心のケアチーム」の活動に参加した。私は、はじめ「はあとぼーと仙台」のチームに参加し、宮城野区の支援を行った。既に活動のノウハウをもつチームに参加できたことが、その後の活動に役立った。翌週の3月22日からは、東北大学病院独自のチームを派遣することになり、以来、岩沼市をはじめとする県南沿岸市町で活動を行った。チームのメンバーは全員が初対面で構成されることも多く、毎回の道中で被災状況とチームの活動を紹介



することが私のルーチンとなった。

「心のケア」の定義や任務についてのコンセンサスは十分に得られていなかったが、被災現地の支援者の間では漠然とその必要性は認識されていたようで、快く訪問に対応して下さる方が多かった。一方で、各種の報告で触れられているが、家族の安否確認、生活の問題に直面している被災者にとって、特に直後期・急性期に、避難所の衆人の中で心のケアを受けたいというニーズがある場合は多くはなく、我々の担当した地域ではこの時期の活動が多忙だったとは言いがたい。初期には、元々の精神疾患の増悪や、環境変化や身体の衰弱により顕在化した認知症やせん妄などへの対処を求められたが、その後、主に一般市民で構成される避難所においては、医療モデルの治療が必要なケースは少なかった。急性期のチラシを用いた啓発活動が有効であったのか、逆に被災者の生活領域を浸食することになっていなかったか、と今となっては疑問に思わざるを得ない。むしろ、避難所の代表や保健師とタイアップしてのコーディネート型の支援、地域保健のモデルでの活動が重要であると感じている。また、それ以上に重宝されたのは、震災を機に発覚したゴミ屋敷の住民への対処であったり、躁状態を呈して役所の窓口で問題視されていた患者の入院支援だったり、保健師などの担当者にとって、困った時にそこに精神科医を呼べ、臨機応変に対処してもらえる、という事実だったのだと感じる。しかしながら、当初私自身がそうであったように、何らかの役割を果たしたいと意気込み、自らの存在意義を確認したくなくなってしまう外部支援者は、ともすれば短期的な成果を期待するきらいがあり、現場のニーズにそぐわないスタンドプレーに走ったり、保健師など現地の支援者を困らせたりすることもあった。外部支援者は、こうした自らの心理と、期待される振舞いをよく理解する必要があると考える。

岩沼市の心のケア活動は、現在に至るまで形を変えて継続されている。結局、有効な活動を行う上で最も必要だったのは、地域精神保健担当者との相互理解、繋がりがあったと感じている。

# 東北大学病院・石巻赤十字病院での体験について

東北大学病院精神科

近藤 直洋

## 東北大学病院

当科では震災発生後、数週間は一般の新患と外来は行わず、震災関連で症状が生じた方の対応や、薬の処方、もしくは交通手段がない他院通院中の方の処方を行っていました。外来医長という立場上、外来での診察ではなく緊急時対応を受け持つこととなりオンコール体制をとっていました。院内LANが使用できず処方内容も手書きのカルテ指示頼りであり、さらに来院数が予測できず戦々恐々としていたのですが、交通機関を利用して通院していた方が多かったため、来院者数は想像していたほどではありませんでした。外来からのコールもほとんどなく、私の仕事は事実上「来ない電話を待ちながろうろうろする」でした。医師に関しても、数人の医師が短期間体調を崩したほか、1名が家庭の事情で2週間休んだ以外は、大きな支障はありませんでした。

4月に入りパソコンの復旧、更に外来棟への立ち入り制限が解除されたため外来は徐々に平常を取り戻していきました。震災後しばらくは「亡くなった方を思うと生きていだけで感謝しなくては」と口々に話していましたが、4月中旬頃より「他人が生きるとか死ぬとか正直どうでも良い、自分の苦しさを何とかしてくれ」という訴えも聞かれるようになりました。気持ちが落ち着いてきて自身の気持ちに目が届く余裕が出てきた事の表れなのかな、と思い、印象に残っています。

## 石巻日赤病院

私が行ったのは3/19・20の2日間でした。院内は慌ただしい状況でしたが直後の混乱は過ぎているように感じられました。前医からの引継ぎを見ると震災直後と比べ、病院に直接受診する患者数が徐々に減ってきていました(19日は依頼なし)。そこで20日は前夜来院していた石巻市、東松島市の精神保健担当者と打ち合わせをし、ケースがあげられた避難所にこちらから出向いて対応する、という方法をとりました。内科・外科医師の数に比して当科医師の数が余りにも少なく、避難所があまりにも多かったため、総当たりで巡回しても一部しかあたる事が出来ないと判断した結果でした。担当者のご助力もあり、翌日は問題として挙がっていた避難所にスムーズに行くことが出来、処方をする事が出来ました。

が、自前の車がなかったためわざわざ職員の方に車を用意、運転していただくという余計な手間を取らせてしまった事が反省点でした。そのような計画を立てたならば被災地の負担を減らすために車を持参するべきでした。また、着いた避難所で全員に話を聞いていったところ「てんかんなのだが薬の持ち合わせがなく、通院する手段もないが病気が病気だけに申し出られない」という方もおられ、ピンポイントで訪問するだけでは不十分であることも痛感されました。

## 感想

急性期（数週間以内）における精神科の役割はいわゆる精神病圏とてんかん（個人的には神経内科疾患と考えていますが）の方々に速やかに薬剤を供給する、という事で必要十分だと感じました。不眠、不安、悲哀反応など程度差はあるものの、誰にでも見られた反応でありマニュアルにある「ここが安全な場所であることを話す」などは余震が続き、原発事故が眼前で起きている状況では全く役に立ちませんでした。必要な衣食住、身体が健康が保たれば急性期においては神経症の対処などは精神科医が対応する必要などなく、かえって邪魔であるとも感じます。一段落した頃（3～4週間頃）に満を持して対応を行う方が有効だと考えます。そういう意味で災害後1か月程度を「急性期」とひとまとめにしている記述を見ると「悠長だな」という思いを感じざるを得ません。

以上、自分なりに感じたことを書かせていただきました。深く研究していない—精神科医が書いた事ですので事実と相違している点もあるかもしれませんがご容赦ください。

## 編集委員（五十音順）

上田 一気  
桂 雅宏  
佐久間 篤  
佐藤 博俊  
高橋 葉子  
松岡 洋夫  
松本 和紀  
見立 京子

---

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究）

「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」

## 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 ——

発行日 平成26年3月20日  
発行者 研究代表者 松岡 洋夫  
編集 松本 和紀・松岡 洋夫  
発行所 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  
TEL 022-717-8059

---