

に関わる身近な問題であることが、東日本大震災を契機に広く認識されるようになってきた。災害時とその復旧・復興期における支援者のケアをどのように考え、どのように取り組んでいくべきかについての議論は、端緒についたばかりであり、現在も手探りの状況にある。本稿では、東日本大震災からの2年半を災害時の支援者と働く人々のケアという視点で概観してみたい。

## 2●災害時の支援者<sup>4)</sup>

災害時の支援者として、最初に思い浮かぶ職種は、消防、警察、海上保安庁、自衛隊など、災害救助活動が任務となる職業的救援者であろう。医師や看護師などを含む医療職も代表的な職種であり、D-MAT（災害派遣医療チーム）やこころのケアチームなど外部から支援に入る医療関係者、検死に携わる医師や歯科医も当然含まれる。さまざまな行政関連機関や公的施設の職員も災害時には支援者の役割を担う。避難所の運営、遺体安置所での遺体の管理や遺族への対応、ライフラインの確保と復旧に向けた業務、その他にも被災者の生活と密接に関連するさまざまな業務に長期間関わり続ける。電気、通信、上下水道などの重要なインフラに関わる職種もこの中に含まれる。教育職は子どもに対する支援だけではなく、学校が避難所となった場合には避難所の運営に携わることもある。福祉関係者は障害者や高齢者への支援で重要な役割を担う。瓦礫の処理を含めた建設関係の職業も支援者と見なされうる。また、社会福祉協議会の職員、民生委員、生活支援員、消防団員など、日頃から地域の中で公益性の高い役割を担っている人達も、災害時の支援者としての役割を担う。ボランティアとして被災地で支援を行う多くの人々も支援者に含まれるだろう。

このように、災害時に支援者という立場を担う人を列挙していくと、実に多くの人々に関わる問題であることがよく分かる。特に、支援者の中には、被災地内で生活し、自らも被災しながら支援者としての立場を担うことになった人々が多く存在する。こうした視点で眺めてみると、誰が被災者で誰が支援者なのか、その境界は明確なものではなく、被災地にはさまざまな被災者が支援者としても活動している。

## 3●惨事ストレス

惨事ストレス（Critical Incident Stress）<sup>1)5)6)</sup>とは、災害あるいは悲惨な事故現場で活動した人が経験する特有のストレスと定義されている。これは、災害時に支援活動を行

うあらゆる人々に起こりうるものであるが、このための対策が行われている職域はごく一部に限られており、メンタルヘルスの専門家の中でも十分に浸透している概念とはいえないだろう。

惨事ストレスの典型的な反応<sup>1)</sup>は、基本的には一般の被災者が外傷的な出来事に反応した場合と変わらない。中核となる症状は、急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害 (PTSD: Post-Traumatic Disorder) で出現してくる心的外傷後ストレス症状 (PTS: Post-Traumatic Stress symptom) の連続体上にあり、これらの症状が症候性、亜症候性に出現しうる。

過覚醒症状には、不眠、神経過敏、興奮、イライラなどが含まれる。災害時には、高揚感や反応性の躁的症状も出やすくなるが、攻撃性が強まると支援者同士あるいは被災者など周囲との衝突が起こりやすくなる。解離症状には、記憶が断片的である、現実感がわからない、呆然とするなどの症状が含まれる。再体験症状の中では、フラッシュバックが最もよく知られている。支援中に悲惨な場面や深刻な場面に遭遇し、この時の不快な体験や映像が侵入的に再体験される。悪夢も再体験症状に含まれる。回避症状には、不快な体験や記憶を呼び起こすような刺激や状況を避ける行為が含まれる。

その他に、惨事ストレスでしばしば経験されるのは、罪悪感や罪責感、あるいは無力感や不全感である。生存者の罪悪感 (Survivor's guilt) <sup>2)3)</sup> が経験されることも多い。加藤はこうした罪悪感に対する贖罪のために災害救助活動に参加する者も少なくないと述べている<sup>4)</sup>。今回の震災でも、被災地での支援を終えて帰ってきた後に、「自分は何の役にも立たずに申し訳なかった」、「自分の支援活動に何か落ち度や非があったのではないか」という経験をした人は多い。東日本大震災後の支援者の影響について、D-MATを対象としたNishiらの報告<sup>5)</sup>では、災害活動中や直後に「自分が非常に感情的になって、そのことに対して恥ずかしい思いをした」とか、「非常に感情的に取り乱しそうになってしまった」という体験をした人は、4カ月後にPTSD関連の症状が強かったという。この報告でのPTSD症状の得点は全体的には決して高くはなく、病的な症状が持続するというよりは、亜症候性に軽い症状が比較的長期に持続したようである。

こうした惨事ストレスは、多かれ少なかれ、全ての支援者に起こるものであることを支援者となりうる人々が事前に知っておくことは重要である。こうした反応の多くは、「異常な状況による正常な反応」<sup>1)</sup>であり、時間とともに自然回復することが一般的である。ただし、反応の仕方や程度には個人差があることに留意する必要がある。以下は惨事ストレスによる影響の例である。

Aさん：40代女性、看護師。災害派遣で避難所での活動を行った。心の準備はしていたつもりであったが甚大な被害に強く衝撃を受けた。5日間の支援を終えて、地元に戻ってから、悪夢をたびたび経験するようになった。被災地のニュースや映像に触れると、涙が出やすくなった。「自分は何もしてこなかったんじゃないか」、「もっとすべきことがあったのではないか」と自責感や怒りに似た感情を経験するようになった。こうした体験は、数週間のうちに徐々に軽減していった。

Bさん：30代男性、消防隊員。津波で親しくしていた同僚を亡くしたが、その後も遺体の捜索活動に従事した。「自分は仲間も守れなかった」という思いは1年以上経っても続いている。震災に絡んだことを思い浮かべると、遺体の映像が浮かんで胸が締めつけられるような気持ちになる。「自分は何もできなかった」という自責感とともに、組織に対する怒りや不信感がつのるようになり、仕事を続ける意欲が落ちてきている。慢性の胃腸症状も続いている。

Aさんのような、比較的軽度の症状を体験した方は非常に多かったと思われるが、多くの惨事ストレスによる症状は、時間とともに自然回復する。一方で、Bさんは、惨事ストレスに関わる状況が、親しい同僚の死という特殊な喪失体験と結びついている。他にも、妻や子どもが行方不明の状況下で捜索活動をしていた消防隊員や海上保安庁の職員でやはり惨事ストレスの影響が苦痛として長期にわたって続いていた方がいた。惨事ストレスになりやすい状況<sup>10)</sup>には、惨事にかかわる特別な文脈やその時の活動についての自身や周囲からの評価が関わっていることが多いようだ。

#### 4●外部から被災地に入る支援者のケア

東日本大震災では、全国から多数の支援者が被災地で支援活動を行った。外部派遣の支援者のストレス対策については既にいくつかのガイドラインやマニュアルが用意されているが<sup>10) 11)</sup>、十分な準備がなされないまま被災地で支援活動を行った人も多い。先ほど紹介したD-MATの支援者についての報告のように、短期間の支援であっても惨事ストレスによる重症候性レベルの症状を呈する人は多い。惨事ストレスの影響を少しでも小さくするためには、災害時に外部支援者の役割をとる可能性が高い職種に対する、事前の準備や教育を徹底する必要があるだろう。また、精神医療関係者は、外部支援を行うか否かにかかわらず、災害支援者のケアについて求めに応じて適切なアドバイスや

支援を行うことができるようにしておくことが望ましい。平成25年4月に厚生労働省からこころのケアチームに代わる災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）の活動要領が発表されたが、DPATの体制整備と同時に、災害精神医学についての教育体制を整えていくことも大切だろう。

被災地では、現在も、長期間にわたって被災地に派遣されている職員が大勢いる。被災者や被災地内の支援者と比べて、外部から来た支援者のケアの必要性は見過ごされやすい。岩手では派遣職員の自殺が相次ぎ、凶らずもこの問題への対策の必要性が喚起された。派遣職員は、平時でも、転勤、引越、単身赴任、新しい職場・生活環境など、ストレスが高まる要因を多くもつ。災害後の被災地ではさらに、職場組織が疲弊しているため、多数の派遣職員を受け入れ、適切な配慮を行うために必要な余裕やゆとりを欠いている場合もある。派遣職員の孤立を防ぎ、新しい環境になじむことができるようになるための支援や対策が必要とされている。

## 5●被災地内支援者のケア：災害直後期から急性期

被災地では、自らが被災しながら、職務として支援活動を続けた人々が多くいる。被災地内の支援者と外部の支援者の大きな違いは、被災地内の支援者は被災地を離れることができないという点にあるだろう。また、自らが生活する地域が打撃を受け、身近な人を失い、大切な物を喪失した人々にとっては、心理的に距離をとって被災地での支援を行うことは難しい。さらに自分や家族の衣食住などの基本的な生活基盤に不安を抱えながら職務を継続する人々にかかる負担は計り知れない。

今回の東日本大震災では、災害直後期から急性期に、被災地内の支援者にケアを行うことは、非常に難しかったように思える。被災地の多くの職場は、戦場のような混乱にあり、非常事態下にあった。生活の基盤を整えるため、生きるために必死な状況にあり、多くの職場では、毎日めまぐるしく変化する状況に対応するのが精一杯という日々が続いていた。おそらく、この時期に必要なケアは、一般の被災者に対する支援と同様に、安全・安心・安眠の確保であり、衣食住を含めた生活基盤を安定させるための実際的な支援が、最も役立つだろう。また、中井<sup>2)</sup>の言葉を借りれば「とにかく来て、いてくれること」なのかもしれない。筆者も、この時期にいただいた多くの支援が心の支えになったことを思い出す。

こころのケアチームの役割のひとつには、地域の支援者の精神的ケアが含まれており<sup>12)</sup>、こころのケアチームの中には、急性期に支援者のケアを行ったチームもある。し

かし、多くの組織では、この時期に支援者の心のケアにまで目配せする余裕はなく、また、教育的な研修を行う時間を作ることも難しかった。この時期に職員の過重労働を防ぎ、休息をとらせることの重要性は明らかであるが、しかし、目の前の困難に追われている“異常な状況”の中で、その意義を組織の中に浸透させることは容易ではない。組織のトップや管理職が、その重要性を理解して、決断するだけの冷静さと理性を保っていることが必要となる。

おそらく、この時期に適切なケアを行うためには、事前の準備性が最も大切であろう。被災地の消防組織の中には、急性期の時期に既にメンタルヘルスケア対策を開始していたところもある。職業的支援者として惨事ストレス対策の重要性が発災前から職員に共有されていた意義は大きい。また、保健師が所属する部署では、急性期から休みを交代でとる体制をとっていたところが多くあった。保健師はメンタルヘルスについての知識を事前に持っていた職種であり、その重要性が職員の中で共有されやすく、また、過去の災害の経験を持つ外部支援で入った保健師が、急性期に休養をとる重要性を強調したことが、こうした体制を構築するために役だったように思われる。

## 6●被災地内支援者のケア：災害後中期以降

支援者のケアについて、組織全体を相手に本格的な介入を開始することができ始めたのはこの時期からであったように思える。筆者は、発災から5ヶ月ほどしてからある自治体のメンタルヘルス対策に関わる機会を持った。面談を希望する職員に対して私を含めた精神科医や看護師で55人ほどの方に会った。55人のうち、正常範囲と判断された人は8人(14.5%)だけであり、うつ病圏が18人、PTSD圏が17人、適応障害が14人など、精神科を受診した場合であれば、医療の対象となりうるレベルの問題を抱えていた方が多く見られた。この面接で会ったのが以下の事例である。

Cさん：土木関係の部署で働いており、震災直後からの半年間は激務の毎日だった。自宅が被災し、避難所生活の後、妻の実家の隣町から車で1時間の通勤を強いられていた。仮設住宅建設に向けた会議や打合せが続き、仕事を終えるのは0時を超えることも多く、職場に寝泊まりすることもあった。懸命に働いているが、住民向けの説明会では住民から叱責されることも多く、毎日が辛いと感じ、仕事に達成感も得られていなかった。政府の決めた仮設住宅完成の期日に向けて死にものぐるいで働いている状況にあり、休みはほとんどなかった。休んでいること自体を住民から

非難される恐れもあり、また、休日を落ち着いて過ごせるような場所は被災地にはなかった。面接の数週間前から体のだるさが抜けず朝起きるのがとても辛い状態になった。仕事でも集中力が乏しく、食欲も低下していった。職場の同僚は、皆が同じような辛い状況にあり、このままでは自分も仲間も潰れそうだと思う、みんなの代表のつもりで職場の健康相談に来た。

Cさんのような状況は、瓦礫処理や仮設住宅建設を担う部署などで多く認められたが、その他にも似たような状況で働いていた人は多くいた。休みを取ることを勧めても、Cさんにとってそれは難しい選択であった。誰か1人が休むと、組織全体が潰れてしまうかもしれないという極限状態に追い詰められており、皆が苦しんでいるときに自分だけが休むわけにはいかないのだという。

いくら士気が高い兵士であっても、前線に長くとどまっていることはできない。一方で、一人だけ戦線離脱することも非常につらい選択肢となってしまう。軍隊においても、最前線で働く兵士の活動時間は限定されているという。たとえ非常事態であったとしても、長期間にわたって過酷な労働環境を個人に強いて、健康状態を悪化させることはあってはならないことである。また、組織にとっても、職場全体のまとまりが悪くなったり、上司と部下の関係が悪化するなど、業務遂行に大きな支障が出てくるという弊害が生じる。

この組織では、別の支援グループが災害後の急性期に管理者向けのメンタルヘルスについての研修を行っていたのだが、実際には、職員が定期的に休みをとる体制は整備されていなかった。外部支援を得ても補いきれないほどの業務が組織全体に降りかかり、休職する職員も増えている状況での人事管理はとても難しい。しかも、困難な状況になればなるほど、組織は硬直化し、柔軟性を失ってしまう。震災前から地方の多くの職場のメンタルヘルス対策は十分なものではなく、組織の規模に見合うだけの産業保健スタッフも配置されていない。平時にさえもできていないメンタルヘルス対策を、震災後ににわかに始めることは難しい。災害時に支援者として労働環境が悪化する恐れが高い組織・職域においては、平時のメンタルヘルス対策を強化するとともに、災害時における過重労働対策やメンタルヘルス対策を事前に徹底しておくことが必要だ。職場全体での取り組みと、組織が職場を守る姿勢が重要であり<sup>1)</sup>、組織そのものに対する働きかけが必要となる。

## 7●被災地内支援者のケア：長期的な対策

東北大学予防精神医学寄附講座とみやぎ心のケアセンターでは、自治体職員、消防職員、病院職員、生活支援員を含む社会福祉協議会の職員などを対象とした健康調査、研修、相談などを含んだ長期的な支援活動を続けている。この時期に出遭った事例を以下に示す。

Dさん：職場は津波被害に遭い再開の目途は立たず、職員は皆、散り散りになってしまった。自宅は津波で流されたが、家族は無事で、現在は借家住まいをしている。Dさんは、事務本部の職員として震災後も無我夢中で働き続けていたが、その頃は、特に不調を感じることはなかった。しかし、発災から7ヶ月ほど経った秋頃から、体のだるさが抜けず、朝起きるのが辛くなってきた。仕事でも頭が働かず、以前のように物事を判断することができなと感じ、何をしても楽しいと思うことが無くなってしまった。出勤途中、いつまでも減らないがれきの山をみると、「このままずっと街はダメなのでは？」と考え、とても憂うつになる。職場の産業医に相談したところ、精神科受診を勧められた。

Dさんのように、最も忙しく困難な時期には、必死で働き続け、一息ついた後から調子を崩す例は多い。我々が実施した健康調査の結果では、災害から1年過ぎた時期での自治体職員や病院職員などの精神的な健康状態は、一般の被災者よりも悪く出ている。人事担当者のお話では、実際に、健康を害して医療機関を受診したり休職する職員も多く

表1 被災地の職場における困難な状況

- 通常業務と震災関連業務の二重の負担
- 職場内でのコミュニケーションの減少
- 組織のまとまりが低下
- 災害関連の慣れない新たな業務
- 業務量の増大
- 業務の見通しが立たない
- 休暇が取得しづらい
- 衣食住の不安、ライフラインの確保（主に急性期）
- 家庭についての問題や不安
- トラウマ・喪失体験
- 復興の見通しが立たない

いるという。被災地の自治体では、震災後も膨大な復興業務に追われ続けており、職場環境が悪化している（表1）。また、被災地では多くの医療機関が被害に遭い、機能が保たれた病院へと患者は集中した。医療機関の職員の中には、職場自体が被災した職員も多く含まれている。患者に寄り添う立場の看護職は、被災者に対する共感疲労を起しているのかもしれない。

一方で、消防職員については震災か

ら1年を経た時期の調査では健康を害している者の割合は比較的少なかった。この要因は明らかではないが、消防の場合、他の職場と比べると早い時期からメンタルヘルス対策が取られており、惨事ストレスについての事前の知識があったことが関係しているかもしれない。また、直後期から急性期にかけて過酷な状況が続いたが、徐々に交代制の平常勤務へと戻ることができ、比較的早くに労働環境が平時に近い状態に戻ったことが関係しているのかもしれない。

## 8●さいごに

大規模災害において、災害時、そして復旧・復興期における支援者や働く人々のメンタルヘルス対策は、これまで十分には行われてこなかった。宮城県が応急仮設住宅の住民を対象に実施した健康調査でも40代以降の働く世代の精神的不健康が問題であることが示されているが、こうした働く世代の被災者に対するメンタルヘルス対策は、従来の避難所や仮設住宅を中心としたところのケア対策では難しい。働く人々に対する支援は、働いている場所で行われる必要がある。被災地の復興には、そこで働く人々の健康の維持と疾病の予防に向けた対策は欠かせないが、地方の小規模な組織では、職場のメンタルヘルス対策は平時から不十分な状況にある。今回の災害を機に、職場環境の改善、職場での健康増進、リワークや復職支援を含めた職場のメンタルヘルス対策の見直しを図られることが必要であり、このことが災害時の支援者支援の発展にも役立つだろう。

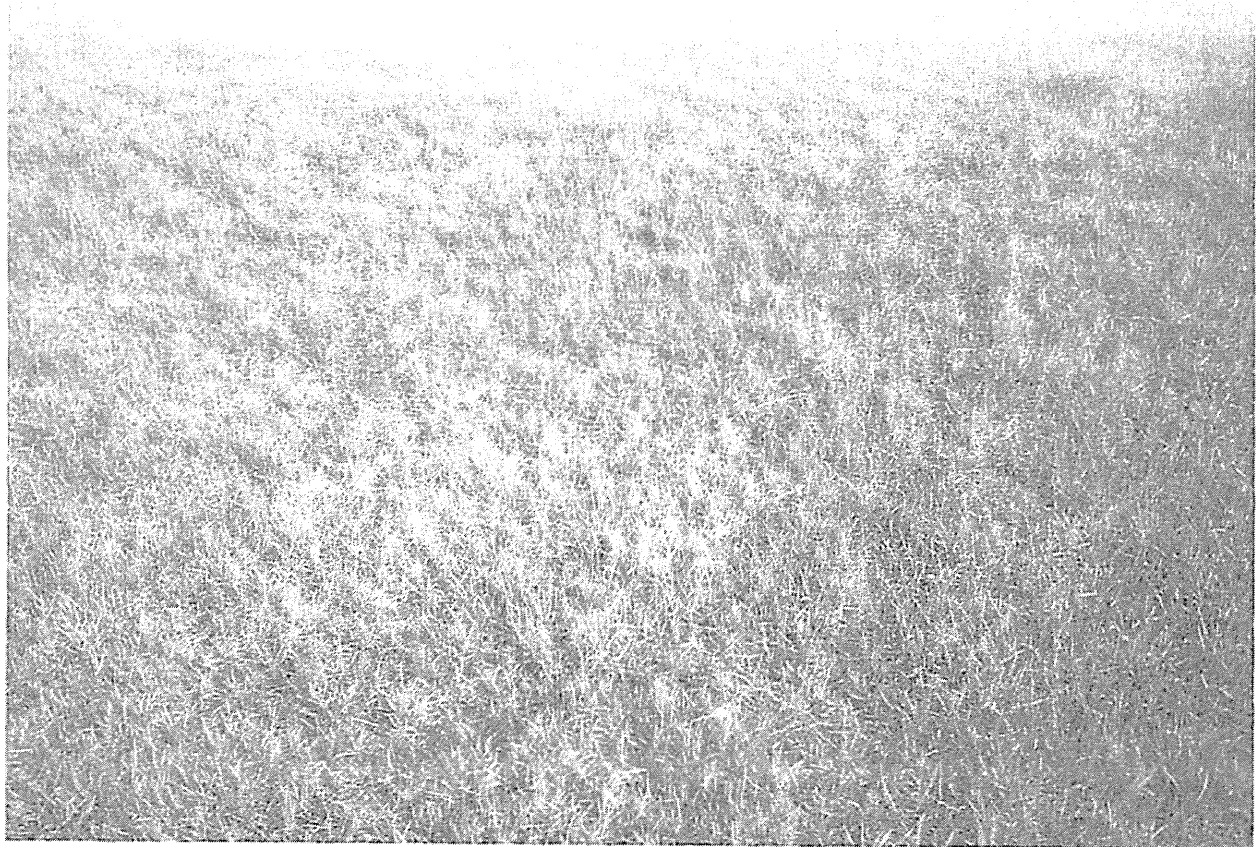
### 【文献】

- 1) 加藤寛：消防士を救え。東京法令出版、東京、2009.
- 2) 中井久夫：復興の道なかばで 阪神淡路大震災一年の記録。みすず書房、東京、2011.
- 3) Perrin M.A., DiGrande L., Wheeler K., et al. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry* 164: 1385-94, 2007
- 4) 重村淳：東日本大震災における救済者・支援者の意義。トラウマティック・ストレス、10: 3-8, 2012
- 5) 金吉晴編：心的トラウマの理解とケア。じほう、東京、2006.
- 6) 松本和紀：被災者のメンタルヘルスケア。日本医師会雑誌、141: 56-60, 2012
- 7) 高橋葉子。東日本大震災の支援者支援 支援者であり被災者である人達を支えるということ。精神医療、67: 114-20, 2012
- 8) 高橋葉子、松本和紀：東日本大震災におけるトラウマ 事例を通しての考察。こころの科学、165: 50-5, 2012
- 9) Nishi D., Koido Y., Nakaya N., et al. Peritraumatic distress, watching television, and posttraumatic stress



symptoms among rescue workers after the Great East Japan earthquake. PloS one 7: e35248, 2012

- 10) 鈴木友理子, 深澤舞子, 中島聡美ほか: 災害精神保健医療マニュアル: 東北関東大震災対応版 エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から. 平成22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)) 大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究(主任研究者: 金吉晴)、2011.
- 11) 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン、平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」主任研究者: 金吉晴、2003.
- 12) 東日本大震災被災地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健部、2011.



# 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<sup>1,2)</sup> 小原聡子<sup>3)</sup> 林みつ穂<sup>4)</sup>  
原 敬造<sup>5)</sup> 白澤英勝<sup>2,6)</sup>

## 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れり、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の移動も制限された。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)<sup>18)</sup>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<sup>18)</sup>。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)<sup>9)</sup>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)<sup>17)</sup>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<sup>10)</sup>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質が届けられた。「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<sup>10)</sup>。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中心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<sup>3)</sup>。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<sup>12)</sup>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<sup>2)</sup>。

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、避難所生活に適応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<sup>2,3,16)</sup>。避難所生活に適応できずに、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<sup>19)</sup>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<sup>1,8)</sup>、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<sup>15)</sup>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<sup>15)</sup>。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<sup>5)</sup>。同センターは、3月14日には独自にこ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<sup>1)</sup>。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<sup>4,13)</sup>。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<sup>13)</sup>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<sup>4,13)</sup>。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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>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」<sup>14)</sup>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(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。精神経誌 97：430-444, 1995
- 2) 栗田主一：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対応 仙台市を中心に。老年精神医学雑誌 23：169-172, 2012

## Mental Health of Disaster Relief Supporters

JMAJ 56(2): 70–72, 2013

Kazunori MATSUMOTO\*<sup>1</sup>

**Key words** Great East Japan Earthquake, Critical incident stress, Trauma, Mental health, Disaster psychiatry

### Critical Incident Stress

Critical incident stress is defined as a particular kind of stress experienced by people involved in relief activities in disasters or at the scenes of catastrophic accidents. Occupations that are highly susceptible to critical incident stress include police officers, fire defense personnel, defense force personnel, health professionals, administrative officers, and volunteers. Disaster relief supporters are often forced to work on the front lines and are even said to be at even greater risk than disaster victims for strong, long-term stress-induced responses. Deepening understanding of the mental health of supporters who rush to provide assistance to disaster areas is extremely important in terms of providing appropriate support for disaster victims.

Basically, typical critical incident stress responses do not differ from the typical responses of disaster victims to traumatic events. The core symptoms are those that appear on a continuum in acute stress disorder (ASD) and posttraumatic stress disorder (PTSD). Symptoms of *hyperarousal* include insomnia, oversensitivity, excitation, and irritability. Symptoms of *dissociation* include fragmentary memory, no sense of reality, and dazedness. Of the symptoms of *re-experiencing* traumatic events, the most well-known are flashbacks. While undertaking relief efforts, supporters encounter terrible and serious situations, and these unpleasant experiences and images are involuntarily re-experienced. Nightmares are also a symptom of trauma re-experience.

*Avoidance* is behavior that avoids situations and stimulants that evoke unpleasant experiences and memories.

Another symptom that is frequently experienced with critical incident stress is feelings of guilt or wrongdoing, or helplessness or inadequacy. In the case of the Great East Japan Earthquake, too, after supporters ended their activities in the disaster zone and returned home, many had the experience of feeling “awful that [I] could do nothing useful to help” or that “perhaps this happened through some fault or wrongdoing of [mine].” When people are faced with an overwhelming reality, many respond more or less in a similar manner. Therefore, it is important for disaster relief supporters to know in advance that all supporters experience critical incident stress to a greater or lesser extent. Many of these responses are *normal responses to abnormal circumstances*, and the sufferer generally recovers naturally over time. However, it must be kept in mind that individuals differ in the way and degree to which they respond to traumatic events.

### Long-Term Effects of Critical Incident Stress

The effects of critical incident stress may occur not only while the supporter is carrying out relief activities but continue long-term as well. Supporters may develop PTSD or continue to experience certain symptoms of PTSD. In the case that a supporter loses a colleague or some-

\*1 Department of Preventive Psychiatry Tohoku University Graduate School of Medicine, Miyagi, Japan (kaz-mat@umin.net). This article is based on the lecture presented at the Emergency Medicine Liaison Council held on July 26, 2012.