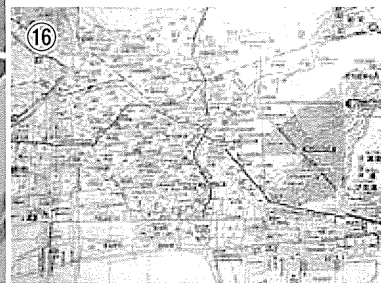




⑥上左：被災地の病棟にて
⑦中左：救援チームの会議
⑧中右：被災地にて
⑨下右：光ヶ丘保養園の1階の被災



⑩上右：恵愛病院の近隣にて
⑪中左：石巻赤十字病院前にて
⑫中右：初期の東北大学チーム
⑬下左：被災後の光ヶ丘保養園



- ⑭上左：南浜中央病院
(高階憲之先生からのご提供)
- ⑮上右：石巻赤十字病院
- ⑯上右：石巻圏合同救護チームの配置
- ⑰中：被災地の市街
- ⑱下：南浜中央病院
(高階憲之先生からのご提供)



目 次

巻頭言	松岡 洋夫	1
東日本大震災直後期・急性期の宮城県の精神医療の概観	松本 和紀	17
総合病院精神科の立場から		
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——		
東北薬科大学病院精神科	三浦 伸義	25
仙台医療センターの「3.11」——精神科を中心に振り返る——		
国立病院機構仙台医療センター精神科	岡崎 伸郎	28
石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援		
成田赤十字病院精神神経科	佐藤 茂樹	31
津波被害に遭った精神科病院の立場から		
暗闇の中での叫び——ライフラインを断たれた21日間——		
元 医療法人仁明会 恵愛病院 院長		
現 医療法人海邦会 鹿島記念病院 院長	木村 勤	41
南浜中央病院、そのとき、いま、これから		
特定医療法人松涛会 南浜中央病院 理事長	高階 憲之	45
2011年3月11日を振り返って		
元 医療法人くさの実会 光ヶ丘保養園 副院長		
現 医療法人眞美会 麻見江ホスピタル 副院長	新階 敏恭	49
被災地の精神科病院の立場から		
宮城県石巻市の単科精神科病院の状況		
有恒会 こだまホスピタル 佐藤 宗一郎		59
東日本大震災を振り返って		
医療法人移川哲仁会 三峰病院 院長	連記 成史	64
東日本大震災——直後期と急性期を振り返る——		
宮城県立精神医療センター	小高 晃	68
東日本大震災における当院の被害状況と その対応および後方病院としての役割と課題		
一般財団法人東北精神保健会 青葉病院 院長	菅野 道	74
精神科診療所／地域支援の立場から		
東日本大震災を体験して	宮城クリニック 宮城 秀晃	85

東日本大震災とこころのケア —— “からころステーション” の活動を通して ——	原クリニック 原 敬造	92
東日本大震災の精神医療における被災とその対応 ——精神科診療所／地域支援の立場から——	清山会医療福祉グループ いずみの杜診療所 山崎 英樹	99
精神科医療と関連する領域・組織の立場から		
あのとき、そしてこれから…	なごみの里サポートセンター 姉齒 純子	105
東日本大震災の震災直後の支援活動 ——宮城県精神科病院協会事務局として——	宮城県精神科病院協会事務局長（安田病院事務長） 沼田 周一	113
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	118
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	125
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	127
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	129
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	131
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	133
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	135
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	137
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	141
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	145
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	147
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	149

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 153

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 154

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 156

東日本大震災直後期・急性期の
宮城県の精神医療の概観

東日本大震災直後期・急性期の宮城県の精神医療の概観

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

はじめに

東日本大震災では、精神医療の領域においても多大な被害があり、多くの精神科医療機関は困難な状況に陥った。3つの精神科病院が津波による直接の被害を受け、患者や職員にも犠牲者が出た。被害を受けた病院からは300人の患者の移送と受け入れが必要となった。また、被災地の近くで機能していた精神科医療機関には、多くの患者が新患として殺到し、入院も増えた。被災中心地域での精神科救急システムは一時的に破綻し、精神科のない災害拠点病院に精神科救急を要する患者が搬送された。発災直後から必要な向精神薬を手にするできなくなった被災者も多かった。精神科医療機関で働く職員は被災者でもあり、家族の安否確認、衣食住やガソリン等の確保にも追われる状況の中で勤務を続けた。

しかし、このような大規模災害に対する備えは不十分なものであり、直後・急性期には被害が大きい病院は孤立し、精神医療の領域での支援は不十分にしか行うことができなかった。東日本大震災の発災直後から急性期において、精神医療の領域でどのような被害があり、どのような対応が行われたのかを明らかにすることで、今後起こりうる大規模災害の備えとして有益な準備、支援方法、介入方法について検討することが必要である。本稿では、宮城県の精神医療や関連領域における直後期・急性期を全般的概観する。

宮城県における被災の特徴

2011年3月11日に発生した東日本大震災で起こった地震はマグニチュード9.0を記録し、わが国観測史上最大、世界史上でも4番目に大きい地震であった。宮城県は震源に最も近く、震度6強から7の大きな地震が起これ、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地域も多い。また、この震災に併発した福島第一原子力発電所事故により、放射性物質は宮城にも降りかかり、放射能に対する恐怖が続いた。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、宮城県だけで阪神淡路大震災を大きく上回る犠牲者が出た。死因のほ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又は半壊し、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。

精神医療における被害状況

今回の災害では、宮城県内のほとんどの精神科医療機関が被害を受け、震災直後から急性期にかけて、多くの精神科病院ではさまざまな問題が生じた(表1)。電気、水道、ガス、下水、通信などの基本的なインフラ機能が麻痺してしまい、発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。入院中の患者は、ライフラインを病院に全面的に依存しており、その確保は直接生死にかかわり、これは、被害が小さかった精神科病院も例外ではなかった。

- 1) 津波被害に遭った精神科病院：沿岸部の精神科病院の被害はさらに大きく、津波による直接の被害により、岩沼市の南浜中央病院(定床242床)と石巻市の恵愛病院(定床120床)では病院機能がほぼ停止してしまい、気仙沼市の光ヶ丘保養園(定床268床)も津波被害に遭ったが、関係者の努力によりかろうじて病院機能を維持した。津波被害に遭ったいずれの病院も、周囲が浸水地域となったり、瓦礫に囲まれ、外部との通信できず、一時的には全くの孤立状態となった。この間、取り残された患者と職員の生命を守るための苦勞があったが、公的支援は乏しく、転院のための交渉や移動手段も自力で探す必要に迫られた。
- 2) その他の精神科病院：津波被害を免れた沿岸部の石巻市のこだまホスピタル、気仙沼市の三峰病院は、被害にあった病院の外来患者、新規の精神疾患の患者、身体科の治療薬を求める患者を受け入れ、また、精神科救急による入院治療の受け皿として機能した。名取市にある宮城県立精神医療センターは、県内の精神科救急の砦として機能し、被災と関連して病状悪化した入院患者を引き受けた。国見台病院、青葉病院、石越病院、東北会病院、小島病院などの内陸部の精神科病院の多くも、食糧と薬剤の確保に苦勞し、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。しかし、こうした病院の多くはそのような劣悪な環境の中で入院、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も行った。
- 3) 総合病院精神科：宮城県の有床総合病院精神科は仙台市内の東北厚生年金病院(現東北薬科大学病院)、仙台医療センター、仙台市立病院、東北大学病院の4病院に限られている。震災直後から急性期にかけては、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、身体合併症をも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もつ精神疾患患者への対応についての備えが必要である。
- 4) 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見られた。しかし、多くの診療所はできるだけ早期から診療を再開させ、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。石巻市内の宮城クリニック、伊藤心療内科クリニック、

東松島のきくべいクリニック、ひかりサンテクリニック、塩釜の新浜クリニックは津波による浸水被害にあった。気仙沼の小松クリニックも津波被害に遭い、移転後の5月から診療を再開した。

- 5) 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。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。
- 6) 被災病院からの転院調整：直後期の宮城県の精神科医療における最重要課題の1つは、被災病院からの転院を要した患者300名の搬送調整であった。いずれの病院も発災から数日間孤立が続き、被害状況は周囲にほとんど伝わらず、県障害福祉課などに状況が伝わった後にも、転院調整はすぐには進まなかった。県内の精神科医療機関の多くが被災したため、山形県の病院にも受け入れをお願いし、最終的に全ての転院が終わったのは4月に入ってからであった。
- 7) 薬剤の供給：震災後には、医療機関へのアクセスが困難となり、医薬品の確保と向精神薬を患者にいかにして供給するかが課題となった。特に、流通システムの破綻により、医薬品を現場の最前線にまで届けることが難しかった。患者は、かかりつけ以外の近隣の医療機関を受診したり、処方箋交付の緩和措置により医療機関を受診せずに調剤薬局で処方を受けた。また、避難所では、こころのケアチームや医療救護チームが処方することもあったが、常備薬には制限があり、医療情報も乏しく、現場で苦勞することも多かった。お薬手帳を含めた医療情報の電子化とその利用法が今後の検討課題とされている。

精神科医療機関以外での精神医療のニーズ

大規模災害の直後期に、精神科医療機関以外の場所で、どのような精神医療ニーズがあるのかについては、詳しいことは分かっていなかった。外部から支援に入るこころのケアチームは、直後期から活動することは少なく、大規模災害の発生から数週後に活動を開始することが多い。また、こころのケアチームの活動拠点は、自治体の精神保健を担当する部署であることがほとんどであり、精神保健が活動の中心となることが多かった。

しかし、今回の災害では、精神科の設置されていなかった災害拠点病院である石巻赤十字病院や気仙沼市立病院に精神疾患をもつ被災者が直後期に搬送されたり、自ら受診したりする事例が相次いだ。また、直後期の災害拠点病院には、DMATを中心に全国から医療チームが集結したが、避難所などで巡回診療を行った医療チームからは、精神医学的診察を必要とする事例がたびたび報告されていた。

直後期に問題となった事例の多くは、発災前から精神疾患に罹患していた被災者であった。

服用していた向精神薬を切らしてしまい新たな処方が必要となったり、災害を契機として精神疾患を再発、再燃したり、避難所に適応できずに調子を崩したり、病院の被災や交通事情の関係でかかりつけの精神科医に通院することができなくなったりしたのである。特に、石巻や気仙沼は、近郊の医療資源は限られ、直後期には他地域へのアクセスも制限され、精神科医療機関の被災の程度も大きかったために、平時の精神科医療システムが破綻し、精神科医療を提供する機能が大幅に低下した。しかし、災害拠点病院の石巻赤十字病院と気仙沼市立病院は、いずれも精神科が設置されておらず、精神医療との連携には課題が残った。

現在、従来のこのころのケアチームに代わり災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team : DPAT) が、災害時の精神保健医療を担う精神医療チームとして整備されようとしているが、直後期・急性期の活動には多くの課題があり、今後、実際の災害時の役立つ支援の方法を検討していく必要がある。特に、直後期・急性期においては、医療チームとの連携は極めて重要であり、今回の東日本大震災の経験から学ぶべき点は多い。

被災地内の精神科医療関係者の役割

最後に、被災地の精神科医療関係者の果たした役割について、以下にまとめてみた。

- ・被災地の精神科医療関係者が第一に行うべきことは、平時に行われていた精神医療の機能を維持、回復させることであろう。特に、入院患者を預かっている病院では、入院患者の安全確保が最優先の課題となる。このためには、食料や水、医薬品、基本的なライフラインの確保に努めることが必要である。外来機能としては、向精神薬の処方が重要であるが、普段は他院に通院している精神疾患をもつ被災者が受診したり、周囲に医療機関が乏しい地域では、精神科病院に、一般身体科の薬の処方を求めて、あるいは精神科以外の診療を求めて被災者が受診することがあり、こうした被災者への対応が必要となる。
- ・精神科救急体制についても、平時の機能の維持、回復が必要となるが、被害の大きい地域では、医療システム全体が平時とは異なる状況に陥っている場合もある。地域の医療機関同士が、お互いの被害状況を確認し、協力体制を構築することが必要となる。しかし、直後期・急性期には、被害の大きい地域ほど情報のやりとりが困難となり、相互の連携が難しくなってしまう。機能を維持している機関は、積極的に情報を集める作業を行い、精神科救急を受け入れる体制を保持する必要がある。
- ・大規模災害時には、一度に、複数の精神科医療機関が突然に機能を停止するなどし、大量の患者を安全な場所へ移送する必要がある。また、被災地やそれ以外の地域においては、被災病院からの患者の受入れを要請されることがある。患者は、被災地に近い場所への転院を希望することが多いが、一方で、被災地の精神科医療機関の多くも困難な状況にあることが多い。これに備えるためには、大規模災害が発生する前に、行政を含めた関連機関、あるいは隣県を含む近郊の関係者を含めて、精神疾患をもつ患者の移送方法について事前に検討しておくことが必要である。
- ・被災地には全国から多数の精神保健医療関係者が支援に訪れる可能性があり、また、その

他にもさまざまな関係者から情報を求められることがある。地元の精神科医療機関の被災状況や稼働状況、必要な支援のニーズなどについて情報を集め、集約し、必要な情報を関係者に提供したり、発信することが大切である。また、被災地内の関係者と被災地外の支援者との調整やコーディネートの役割を担うことが要請されることがあり、被災地内の関係者にしかできない役割がある。

おわりに

今回の東日本大震災では、直後・急性期に被災地域の精神医療全体が大きな被害を受けたことが特徴のひとつである。しかし、直後・急性期は混乱し、情報も乏しく、調査を行うことは難しく、当時の具体的な資料も乏しい。本稿を含めた本記録集が、今後の大規模災害への備えとして役立つことを期待したい。

表1. 被災した精神科病院に共通した課題

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">・食糧：患者の栄養管理、孤立した施設では職員分も含む・水道：飲料水、生活用水の不足・下水道：し尿処理・ガス、燃料：調理の制限、暖房の停止・電気：医療機器、電子カルテ、電子施錠などの問題・医薬品：被災地全体で不足、流通の混乱・通信障害：情報収集／発信の制限・職員の通勤：ガソリン不足・患者の通院：交通機関の被害、ガソリン不足 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

総合病院精神科の立場から

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 ——

東北薬科大学病院精神科

三浦 伸義

平成23年3月11日の東日本大震災で、宮城県(人口約230万人)にも甚大な被害が生じ、死者・行方不明者は1万人を超えた。精神医療に限ると、精神科病院に入院中の死者は25名あった。浸水による甚大な被害にあった精神科病院は3病院あり、1病院は廃院を余儀なくされた。

筆者の勤務する東北薬科大学病院(震災当時の名称:東北厚生年金病院、総病床数466、診療科21の総合病院)は、仙台市東部沿岸、七北田川のほとりに位置している。河川の逆流と増水はすさまじく、あとわずかかで堤防を越えて水があふれ出るところであった。陸からの津波も届かず、当院は浸水被害を免れることができた。しかし、ライフラインは途絶え、病棟建造物の一部が損壊し崩壊の恐れが出て、診療機能は完全に停止した。当院は地域の災害拠点病院としての指定を受けていたが、災害医療活動を行うことはできず、被災病院として救援を受ける立場となった。15日には病院執行部より約400人の入院患者は全員退院(転院)の方針が出され、これに従い県内外に患者は次々と搬送されていった。「死んでもいいから、この病院に置いてくれ」と懇願する患者や「見捨てるのか」と怒声をあげる患者がいた。3月18日には病院全体の入院患者数は27名まで低下した。27名のうち、精神科病棟入院中の患者は20名であった。

宮城県内の有床総合病院精神科は震災当時4病院171床しかなく、当院の精神科病棟は許可病床数46床であったが、看護師配属の都合上、実質30床で稼働していた。他院総合病院精神科でも許可病床数に比べ、実稼働病床数が少ない病院があり、震災当時の実働病床数は4病院で130床程度であった。筆者が以前勤務していた青森県八戸市は当時人口24万人であったが、有床総合病院精神科は3病院150床あった。人口約50万人の石川県金沢市は、有床総合病院精神科は7病院約400床であると聞いたことがある。これらと比べてみると、宮城県は総合病院の精神科病床数が極端に少ないことがわかる。この宮城県の抱える極端かつ慢性的な総合病院精神科病床数不足の問題は、東日本大震災で顕在化することになる。

当院の震災直後の方針は全患者退院(転院)となり多数の患者が搬送されることになったと前述したが、当院の精神科に限ってみると、入院患者は震災当時29名であったが、最少で20名にしかならなかった。そもそも当院精神科に入院しているのは、入院が必要な程度の精神症状を有し、かつ中等度～重度の身体合併症を持つ者が多くを占めていた。平素の状態でさえ、精神科病院でも一般病床でも入院が不可能で総合病院精神科で入院せざるを得ないのである。ましてや震災の混乱で診療機能の低下している状態で、これらの患者を受け入れてもらえる病床が、そう簡単に見つかるはずもない。県内の有床総合病院内どうしでの転院など期待できるはずもない。広域搬送基準を満たすほどの身体疾患は有しておらず、県外搬送は難しかった。身体合併症を有する精神障害者の転院先を探すことは、震災時にはさらに難しくなる。これらの患者は震災後、真っ先に難民化するといってもよい。

病院は全入院患者の転院の方針を出したが、筆者は病院長と面談し、精神科入院患者の方針

に関しては、筆者に一任してもらった。独歩可能な患者のみ退院とし2名を自宅退院、7名を仙台市内の2つの精神科病院に転院させてもらうこととした。残った歩行困難または栄養摂取困難の患者20人はそのまま入院治療を続けることとした。筆者にしてみれば、この20名とは心中する覚悟であった。残存する診療機能で、なんとか治療を続けるしかなかった。

震災から時間がたちライフラインが復旧し病院機能が回復すると、病院執行部の方針は一転し、3月15日より外来診療を再開、そして3月23日より入院診療を再開した。病棟の損壊があり、病院全体としては病床数の2/3程度しか使用できなかったが、精神科病棟は全病床使用可能であった。入院診療を再開すると、その直後から当院精神科への入院依頼が相次いだ。このため通常30床で運営していた稼働病床数を、許可病床数の46床まで引き上げ対応した。病棟の損壊により閉鎖した一般病棟から看護師の応援を多数得られ、46床での稼働が可能となった。入院依頼は、避難所で徘徊する認知症、アルコール離脱せん妄、消化管出血、骨折、リチウム誘発性腎性尿崩症、脱水、けいれんなどなど、様々な病態を抱えた患者であり、ほとんどが総合病院精神科でなければ対応できない患者であった。23日に入院診療を再開した時は22名であったが、31日は精神科の入院患者は36人と急増した。以降、9月末までに損壊のあった病棟の復旧工事が終わり、看護師が元の所属病棟での勤務に戻るようになって、10月より実働病床数を30床に戻さざるを得なかったが、それまで、精神科病棟の入院患者数は概ね42～44名であった。

直後期～急性期の話に戻す。4月に入ると、筆者の想定していなかった事態がおきた。前述の浸水による甚大な被害のあった3精神科病院のうち、2病院は全入院患者を県内外の精神科病院（仮に“後方支援病院”と称す）に転院させた。この後方支援病院に移った患者の中で、骨折、肺炎など身体合併症を発症して、当院に転院するケースが多かった。これは、震災直後期の環境が劣悪（低体温、脱水、カロリー不足など）で、この時期に身体機能が大幅に低下するためと考えられた。甚大な被害のあった病院から後方支援病院を経て、身体合併症の発症または悪化によって、当院に転院する患者が増えた。転倒による骨折、慢性閉塞性肺疾患の悪化、ガラス破片異物混入傷の化膿、肺炎など、病態は様々であった。これらの患者のうち、当院転院後2名が死亡している。

死亡に関して言及すると、当院精神科病床での死亡患者数が増加したことも想定外の事であった。当院は認知症の高齢患者が多く、月1～2名の死亡患者があることは珍しくなかったが、震災後の23年4月には4名、5月は1名であったが、6月は5名となった。年度別の病棟内死亡数をみても、平成22年度が10名、平成23年度が23名、平成24年度が7名であった。平成23年度の半分は稼働病床数を46床まで増加させたため、入院数も多かったが、それでも23年度は突出して多いことがわかる。筆者の考えでは、震災直後の寒さが影響をしているのではないかと考えている。震災直後の数日を除き、カロリーと水分補給は十分であったはずである。さらに、3月中は、病院全体の入院数が極端に少なく、内科ら医師も時間的に余裕があったため、筆者は内科医に精神科病棟患者の身体診察を毎日してもらっていた。入院患者の健康管理には十分努めていた。震災直後からライフラインの供給が途絶え暖房が停止すると、病院は凍てつく寒さとなった。患者は一日中布団の中で臥床し暖をとって過ごした。震災の数日後、救援物資として清拭用のウェットタオルが送られてきていたが、寒さのために患者を裸にして清拭することは出来ない日が続いた。ライフラインが復旧し、病棟は次第に暖かくなり環境は元通りになった頃には、患者はそのまま寝たきりとなってしまった。こうして、彼（女）らが死

期を早めることになった、と筆者は確信している。

震災直後から急性期、被災地域では精神疾患を新たに発症する患者や、精神障害者の精神症状の再燃もあるが、何よりも震災後の過酷な環境による身体疾患の発症や再燃が多くみられる。精神障害者も同様である。当然身体合併症を有する精神障害者で、かつ入院を必要とする患者が増え、有床総合病院精神科で対応せざるを得なくなる。このように、災害時には、有床総合病院精神科への入院ニーズがより高まるため、平時よりこの機能維持・向上に努めていなければならない。

ところが、宮城県内の有床総合病院精神科は、震災当時4病院171床、実稼働病床数は130床であったと前述したが、平成25年10月現在では3病院132床、実働稼働病床は95床まで落ち込んでいる。今、東日本大震災と同規模の災害が宮城県で起きたらどうなるであろう。身体合併症を有する精神障害者は、適切な治療を受けられず、失わずに済んだ命を落とす場合も出るであろう。全国的にも有床総合病院精神科の病床数の減少、(有床無床を問わず)総合病院に勤務する精神科医師数の減少が問題となっているが、宮城県ではこの問題はさらに深刻である。次の災害に備えるためにも、この問題の解消に向かうことが、宮城県の精神科医療の最大の課題である、と筆者は強く主張する。

仙台医療センターの「3.11」 —— 精神科を中心に振り返る ——

国立病院機構仙台医療センター精神科
岡崎 伸郎

仙台医療センターの概要

仙台医療センターは、独立行政法人国立病院機構（全国143病院）に所属する病院の1つであり、同機構北海道・東北ブロック（21病院）の基幹病院である。救命救急センター指定病院（県内5カ所）であるばかりでなく、基幹災害医療センター（各県1カ所）に指定されている。所在地は仙台市宮城野区宮城野で、東日本大震災の津波到達地域まで車で約15分のところにある。総病床数698床で31診療科を有する大規模総合病院であり、うち精神科は48床の閉鎖病棟（東5階病棟）である。

精神科病床を備えた総合病院は、特に身体合併症を有する精神疾患患者の治療施設として重要な役割を担っているにもかかわらず、全国的にも減少傾向にある。2013年10月現在、宮城県内では東北大学病院、東北薬科大学附属病院、当院の3病院のみが稼働している。震災当時、当院の常勤相当の精神科医は3名であり、数年前に常勤医が相次いで離職したことによる病棟閉鎖の危機は乗り切っていたものの、なおマンパワー不足の中にあった。

「3.11」とその後の状況 —— 病院全体 ——

幸いにして患者・職員に本震による直接の人的被害はなかった。2011年3月11日14時46分の発災時に手術中の患者が7名いたが、全員無事閉鎖して手術終了した。

ライフラインのうち電力は、発災直後から非常電源のみとなり、3月13日深夜に復旧。都市ガスは、長期にわたって供給不能となり、3月30日に復旧するまで重油での給食調理が続いた。水道は、貯水槽の損傷が甚大であったところ、その後の余震によりさらに被害が拡大した。このため3月25日から4月17日まで新規入院・手術の制限と在院患者の削減を余儀なくされた。被災地の多くの医療機関が機能回復し始めたこの時期に、当院は逆に機能ダウンしたことになる。

診療活動としては、宮城県基幹災害拠点病院として、3月11日から3月16日までの初期6日間で計101チームのDMATが当院に集結して活動し、3月17日以降は国立病院機構の各病院からの医療支援チームに引き継がれた。初期6日間のトリアージ患者は「赤」63、「黄」233、「緑」406、「黒」3の計705名（うち209名が入院）であった（仙台医療センター、2012）。外科系傷病よりも内科系傷病が多かったことは今回の災害医療の大きな特徴であり、初期の医療支援チームにとって想定外であった。被害の性質をいかに迅速に把握してそれに見合った態勢をとれるかが、今後の災害医療全体の課題である。

この他、原子力災害二次医療機関として、放射能測定検査実施ケースが132名あった。また病院外での活動として、霞目飛行場の医療航空搬送拠点を重点支援した。

「3.11」とその後の状況 ―― 精神科 ――

精神科病棟では、本震の直後から断続的に強い余震があったため、院内の対策本部の指示によって、まず自力歩行可能な入院患者を隣接の附属看護助産学校体育館に避難誘導した。残った要搬送患者が病棟に待機するうちに避難解除となり、3月11日の夕方には全患者が病棟に戻った。入院患者は概ね平静を保ち、職員の指示に従って淡々と行動された。これは阪神淡路大震災の際に多くの精神科病院で観察されたことと一致する。

3月11日以後、入院要請の増加により、在院患者数は平時の25名前後から最大36名まで膨れ上がった。これは被災地の病院として当然しのがなければならない状況と考えていた。ところが、病院の給水施設の損壊が余震とともに深刻化したため、3月25日から病院全体の方針として手術制限や新入院制限に加えて、在院患者も減らすことになった。これを受けて可能な限り調整にあたったが、家族の被災等もあって退院や転院の調整は困難を極めた。

3月11日以後、数日にわたって強い余震が続く中で、精神科病棟に特有の問題がいくつも生じた。

まず、閉鎖病棟の出入口の施錠をどうするかという問題があった。平時は電磁ロックで施錠されているが、緊急避難を要する事態が常に起き得る中では不適當である。かといって終日開放というわけにもいかない。種々検討した結果、ドアノブに布紐を巻き付け、さらにドアの前に机を置くという非常措置をとることとし、これを約1週間続けた。この状態なら、鍵を持たぬ者でも非常時に10秒程度あれば開放できると考えた。また、夜間の看護配置が2名という手薄な状況で、数え切れないほどの余震のたびに隔離・身体拘束中の患者の安全をどのように確保するかということも難しい問題であった。こうした問題はいずれも、当院が通常備える防災マニュアル（主として一回性の火災を想定）では対応できないことである。閉鎖病棟の中に隔離室も持つという二重閉鎖構造を想定した震災用の防災マニュアルが必要となってくる所以である。一方、平時の人員配置等から考えて実行不可能な対策を並べたようなマニュアルでは無意味である。真の現実検討をふまえた備えが今後要請される。

さらに、男性看護スタッフの少ない総合病院精神科の弱点も露呈することになった。興奮患者への対応が難しいのである。実際に、易怒的で屈強の男性措置入院患者を震災直後に受け入れたことから、以後の数週間、処遇に苦慮する場面が続いた。

次に、外来の状況を述べる。

筆者の予約外来（毎週木曜日）の推移をみると、平時には予約患者の約90%が受診していたところ、本震後最初の再来日である3月17日には約30%、3月24日には約50%、3月31日には約70%が受診した。当院の通院圏域は、JR仙石線沿線の津波被災地域を広く含むため、本人が無事であっても自宅の被災や交通遮断のため受診できなくなった患者が多数にのぼると考えられ、こうした人が時とともに受診に漕ぎ着けた経過が見てとれる。なお、通院中断患者について、病院側から連絡を試みることは、種々の理由から行わなかった。したがって通院患者中の犠牲者数も正確に把握できない。

大災害時に特有の精神科的病態としては、異常体験反応、アルコール離脱せん妄、双極性障害の躁転、遠方からの支援者の発症や再発、などが見られたが、典型的なPTSDと診断し得るケースは、震災後2年を経ても（統計はないが）多くはない印象だった。そこには、自然災害と犯罪被害体験などとの質的な違いの有無、あるいは東北人に特有のレジリエンス的要素があ

るのかどうかといった興味深い問題があるが、本稿では問題の所在を指摘するにとどめる。

なお、異常体験反応 *abnorme Erlebnisreaktion* については、震災後の自験例に基づいて、Schneider, K. の同概念の今日的意義を操作的診断基準のカテゴリー（ICD-10の急性一過性精神病性障害 *Acute and Transient Psychotic Disorder* や DSM-Vの短期精神病性障害 *Brief Psychotic Disorder*）との対比において考察する発表を行った（岡崎, 2012）。

被災地医療支援のため病院外に出向く余力は全くなく、自院の病棟・外来の機能維持に専念せざるを得なかった。

その他の状況および結語

被災地の精神科医療の状況および各地からの支援チームの活動についての情報は、神奈川県立せりがや病院の川副泰成院長によって3月15日に早くも立ち上げられた通称『東北支援』MLを通じて時々刻々と入手できた。当院の状況も同MLによって発信することができ、被災地にあつての孤立感は相当軽減された。今回のような大災害下で、このような情報ツールが威力を発揮したことは貴重な経験であり、未来への財産といえよう。

独立行政法人国立病院機構の精神科の動きについても触れておく。機構の143病院のうち外来のみを含めて精神科を有する病院は78ある。このうち旧精神療養所系病院の院長で組織する国立精神医療施設長協議会（精神科七者懇談会の構成団体、精神保健従事者団体懇談会の加盟団体）は、従来から比較的強固なネットワークがあり、医療観察法に基づく入院医療など共通する課題を通じた日常的な連携があつたことから、情報交換が活発に行われた。また各病院がそれなりの数の精神科医を擁することから、医療支援チームの派遣も可能であつた。一方これとは別に、総合病院系を含むすべての国立病院機構病院の精神科医の連絡組織として国立病院精神科医協議会があるが、こちらはMLすらなく全く機能しなかつた。総合病院系の精神科は一人医長というところも少なくないため、医療支援チームへの参画も現実には難しいという事情もあつた。

ちなみに、仙台医療センターは、宮城県の広域防災拠点として新たに整備する宮城野原総合運動公園地区（現病院の隣接地）に、2016年を目途に新築移転する計画である。新病院において、精神科医療について応分の防災拠点機能を担えるかどうかは今後の課題である。

以上を概観し、当院内外の状況もふまえた上で一点だけ管見を述べると、精神科医療が「3.11」体験から最も学ぶべきことは、平時から指摘されて久しかった総合病院精神科の危機が、有事にあつて無惨なまでに露呈したという現実である。特に津波被災地域の公的総合病院で精神科を備えていたところは極めて少なく、そのことが震災後の医療活動にとって大きなハンディとなつたのである。

「平時にできないことは有事にはできない」という以外にない。この苦い教訓を記して稿を終える。

文献（五十音順）

- ・ 岡崎伸郎:「異常体験反応」再考－東日本大震災関連の症例を通して－. 第36回日本精神病理・精神療学会, 2013
- ・ 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター（編）: 生命の架け橋「絆」－東日本大震災の記録－. 2012

石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援

成田赤十字病院精神神経科
佐藤 茂樹

石巻赤十字病院に対する精神科リエゾン診療支援開始の経緯

2011年3月11日に発生し主に東北地方太平洋側沿岸部に壊滅的な被害を与えた東日本大震災においては、震災発生当初より日本国内あるいは全世界から災害救護や医療支援の手が差し伸べられた。発生直後は、DMATなどの救護班が、少し遅れて「こころのケア」班が各地から被災地に次々と駆けつけた。東北地方太平洋側沿岸部の病院として、直接的な被災を免れ宮城県石巻圏域における拠点病院となった赤十字病院系列の石巻赤十字病院に対しては、全国の赤十字病院などからの支援が集中し、またこの病院を中心とした災害医療活動が盛んに報道されたことにより、石巻赤十字病院は震災救護の象徴的な存在となっていった。

私たちが所属する赤十字社という組織は、災害救護を一つの社是としているため、どの病院にも救護班が組織されており、災害発生時には直ちに出勤できるような準備が常になされている。成田赤十字病院でも、今回の震災発生後直ちに救護班が招集され、3月11日の夕方6時過ぎには第1班が早くも石巻赤十字病院に向け出勤した。他の都道府県における赤十字病院も同様で、先陣を争うかのように被災地に向けて救護班を派遣していた。また、こころのケアに関しても、各都道府県などにより構成される自立型のこころのケアチームが震災発生後1週目頃より被災地に入り活動を開始し始めていた(石井, 2012)。

こうした動きの中で、私たち赤十字病院精神科の医師は、もちろん各赤十字病院で組織される救護班の中に一員として入ったり、赤十字独自の活動である「日赤こころのケアチーム」の一員として活動する者もいたが、もう少し自分たちらしい被災地支援の方法はないかと考えていた。3月25日過ぎ、全国赤十字精神科連絡協議会の一員である大阪赤十字病院の吉田佳郎医師と横浜市立みなと赤十字病院の石東嘉和医師は、全国赤十字精神科連絡協議会の代表ということになっている私に対し、相次いで「何か私たちにできることはないか」と問いかけてきていた。「全国赤十字精神科連絡協議会」という組織について説明すると、赤十字病院は全国に92病院あり、その中で精神科を標榜している病院は39病院ほどであり、精神科病床を有している病院は19病院にしか過ぎない。他の総合病院精神科と同様、赤十字病院の精神科も徐々に縮小、撤退を強いられていて私たち赤十字病院の精神科医は有床無床を問わず、各病院の中で苦闘しているお互いを支え合うために、また貴重な総合病院精神科という社会資源を残すべく毎年1回開催している言わば情報連絡会が「全国赤十字精神科連絡協議会」である。赤十字病院の中で石巻赤十字病院は何度か日赤医学会を主催するなど小規模だが比較的アクティビティが高い病院だとは認識していたが、精神科医としては、常々石巻赤十字病院に精神科が開設されていないのは残念なことだと思っていた。

震災直後の3月15日に神奈川県立精神医療センターせりがや病院の川副泰成氏によってメーリングリスト「東北支援」が開設されたが、東北大学精神科の松本和紀氏は、3月27日に「宮