

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も目的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量を減らす対応が続く、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求め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 대응する働きをした。こうした過酷な状況の中にありながら、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。県外からはこのころ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ころ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。このころ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日には独自にこのころ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。このころ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、外部のこのころ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く、病棟会議室がスタッフの活動拠点となった<sup>11)</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便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の特徴である。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に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した。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が(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) 粟田主一：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



## 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3回

東日本大震災以後の岩手医科大学における  
こころのケア活動について\*

大塚耕太郎<sup>1,2,3)</sup> 酒井明夫<sup>2,3)</sup> 中村 光<sup>1)</sup> 赤平美津子  
 富沢秀光<sup>2,3)</sup> 佐藤瑠美子 小久保ゆみ<sup>3)</sup> 大杉美和子  
 齋藤多佳子 岩戸孝政 岩戸清香<sup>2,3)</sup>

## Key words

Disaster psychiatry, Mental care, The Great East Japan Earthquake, Disaster medicine, Mental health

## 初動期の1年間

## 1. 初動期

岩手医科大学では、附属病院災害対策本部が立ち上げられ、附属病院の災害対策に関することや、岩手県の災害医療支援計画に関することや、沿岸各地の避難所の診療支援の体制を整備した。また、岩手県などからの通常医師派遣要請に関わる医療支援体制にかかわることや長期滞在型の災害拠点病院などでの診療応援に関することや、大学としての行政への要望に関することなどの対応を行うために災害時地域医療支援室が設置され、被災学生の就学支援などについては学生支援対策室が担当した。これらの3組織が岩手医科大学東

北地方太平洋沖地震緊急対策会議のもとにまとめられ、総合的な支援の組織体制を整備した。そして、2011年3月15日より3月22日まで、岩手医科大学における災害派遣医療チームにメンタルヘルス関連各科(精神科、心療内科、睡眠医療科)が加わり、岩手県沿岸での災害医療を開始した。そして、初動での災害現場での活動を行いながら、今後のこころのケアの在り方を計画立案した。

## 2. 岩手県災害医療支援ネットワーク

岩手県災害医療支援ネットワーク(岩手県担当各課(保健福祉部、医療局など)、岩手医科大学、岩手県医師会、日本赤十字病院、国立病院機構)においても岩手医科大学神経精神科学講座スタッフも参加し、災害医療の全体的な流れの中でのこ

\* The Mental Health Activities of Iwate Medical University After The Great East Japan Earthquake

- 1) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座(〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1), OTSUKA Kotaro, NAKAMURA Hikaru, AKAHIRA Mitsuko : Department of Disaster and Community Psychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Japan
- 2) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座, SAKAI Akio, TOMIZAWA Hidemitsu, SATO Rumiko, IWATO Sayaka : Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University
- 3) 岩手県こころのケアセンター(岩手医科大学), KOKUBO Yumi, OSUGI Miwako, SAITO Takako, IWATO Takamasa : Iwate Mental Care Center, Iwate Medical University

0488-1281/13/¥500/論文/JCOPY

ころのケアについての情報共有や方法論提示などを行った。

### 3. こころのケアチームの派遣

現地では、避難所巡回、ハイリスク者訪問、保健師など地域精神保健スタッフとの連携が必要となる。たとえば、巡回や訪問にあたっては、ルート確保、避難所情報など現場情報が必要となる。保健所や市町村など行政との連携なくして、継続的な活動は困難である。加えて、現場の行政と連携や調整を行う必要がある。さまざまな支援チームを現地の行政が調整することは負担が大きい。このため、岩手県における支援チームに関しても、当初より岩手県や岩手医科大学、日本精神病院協会岩手県支部などの調整を行い、窓口は岩手県に一本化して、現地との調整を図る方針が出された。

発災直後から 2012 年 3 月まで全国から 30 チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をいただき、県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療を行った。また、仮設住居への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援的活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた<sup>4)</sup>。

我々も 3 月 24 日より岩手県北沿岸の久慈地域において岩手県のこころのケアチームとして、岩手県北沿岸医療圏の該当 4 市町村、久慈保健所、久慈医師会と連携し、活動を開始した。当初、ケアチームの活動は避難所巡回、ハイリスク者の個別訪問、遺族支援、従事者ケアを中心として開始した。岩手医科大学での災害時のこころのケアの活動は、岩手県におけるモデル構築の位置づけとなることもあり、岩手県障がい保健福祉課や岩手県精神保健福祉センターと相互補完的な協力体制をとってきた。岩手医科大学では岩手県こころのケアチームとして、久慈地域(久慈市、洋野町、野田村、普代村)を担当した。災害の相談拠点である野田村こころの健康相談センターを中心に、相談、訪問、従事者教育、保健事業への協力など

の支援活動を行った。

震災、津波発生当初は、避難、誘導を行い、傷病者の救命、処置、経過観察が中心であった。そして、医療者・医療資器材・薬品の状況確認と確保を目標に、医療体制の再構築が行われた。精神障害者への早期の対応も求められ、地元医療機関では早期に医療機関が対応を行っていた<sup>2)</sup>。加えて、被災者への支援物資の適切な配布、避難所の衛生管理(新鮮な空気・暖かさ・清潔保持・食事と水分)と環境整備(感染予防・人間関係の調整・コミュニティへの配慮)が重要であった。また、震災当初より遺族支援も開始した。災害発生当初の遺族支援の目標は、ご遺族の安否や生活状況、心理状態などを確認して、見守り、支援を提供することであった。コンタクトは避難所巡回、こころのケアの相談、災害支援の一環、役場窓口を訪れた際の確認など、遺族の状況に寄り添いながら実施した。

## 中長期的なケアに向けて

### 1. 中長期的なこころのケアのモデル

こころのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通じた被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである(図 1)<sup>4)</sup>。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すことの基盤を支援していくことが必要である。

第 1 に、仮設住居入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第 2 として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉的介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第 3 として、地

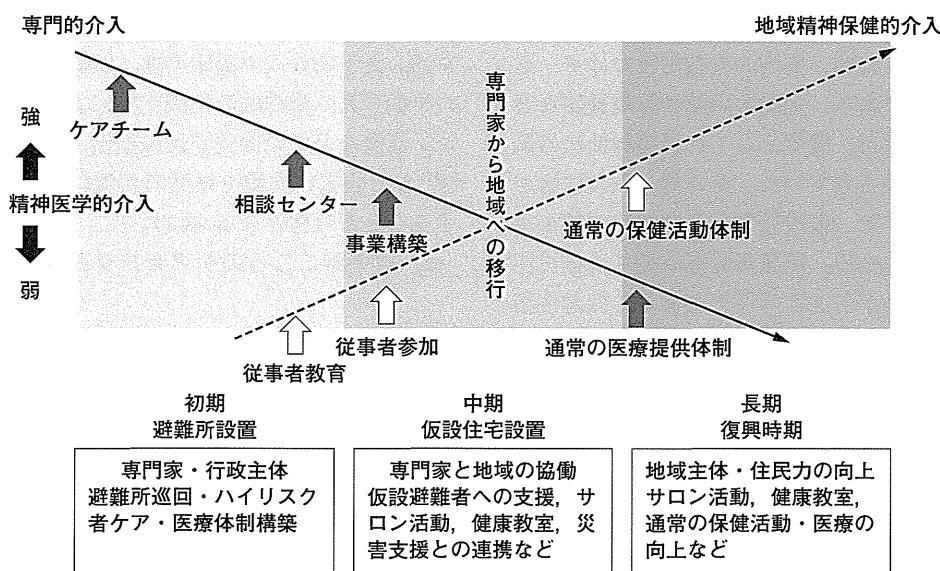


図1 こころのケアのモデル  
—初動から中長期的支援まで—

域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標としてきた<sup>5)</sup>。

## 2. 地域の3領域におけるこころのケア

地域における被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」、「保健」、「福祉」の3領域に区分される。医療は主に医療機関などによる専門的ケアが実施されている。うつ病、PTSDをはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療などを行っている。

また、保健のラインでは、主に保健師達による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニングなどで震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修などを通じた人材養成を行っている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会などによる生活支援や見守り活動としての支援や、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとし

て、生活支援相談員(社協)や民生委員らによる訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

いずれの領域における支援も中長期的な支援を進めていくことが重要である。岩手県においても災害発生当初より県内外から総計30チームの「こころのケアチーム」は主に保健におけるラインを中心にして、こころのケアを県保健所、市町村などと連携しながら活動を実践してきた。そして、2011年2月に継続したこころのケアの推進体制を構築していくために、岩手県の委託事業として岩手医科大学によるこころのケアセンター事業が立ち上げられた。

## こころのケアチームからこころのケアセンターへの移行

### 1. こころのケアセンターの設置

災害発生当初は、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士など精神科専門職で構成されるこころのケアチームが被災地の保健所・自治体との連携・指示により避難所で

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となる時期であるが、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設開始し、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<sup>6)</sup>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

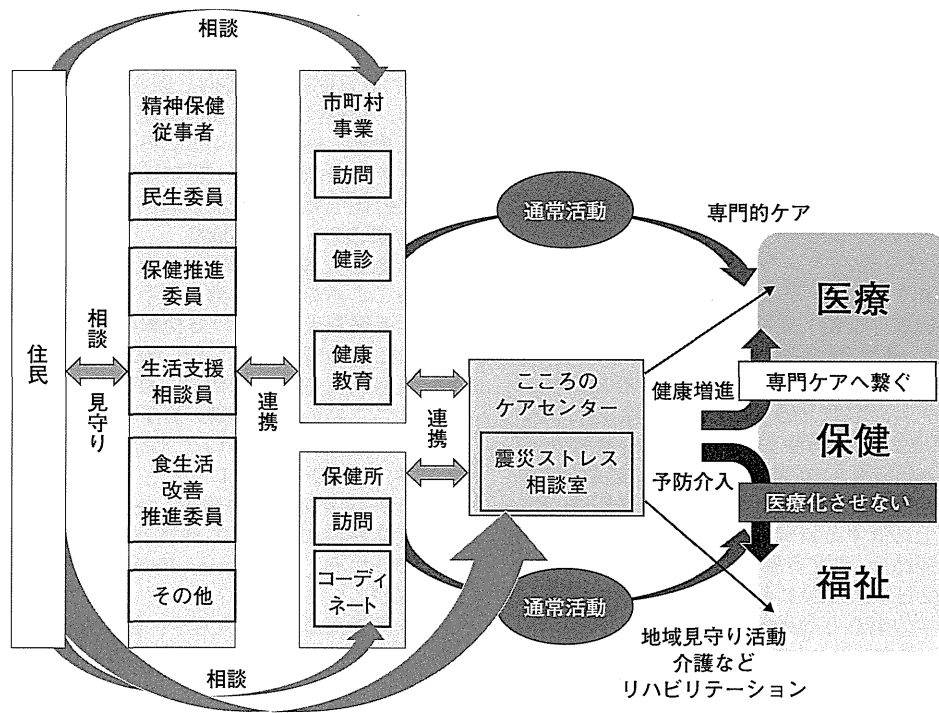


図2 被災地における支援体制

トラリアで開発されたプログラムである<sup>1)</sup>。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](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html))は<sup>7,8)</sup>、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—」<sup>3)</sup>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・1

連載開始にあたって

丹羽 真一

精 神 医 学

第55巻 第1号 別刷

2013年1月15日 発行

医学書院

**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、関わっていかれ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

\*\* 福島県立医科大学津医療センター準備室(〒960-1295 福島県福島市光が丘1), Niwa 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こ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  
影響が懸念されるところである。

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  
していて 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、抑うつが 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氣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。