

図2 宮城県立精神医療センター 震災関連入院の診断分類内訳

Ⅲ. 宮城県立精神医療センターにおける震災関連入院¹⁾

宮城県立精神医療センターは、宮城県の精神科救急の中心を担う病院であり、発災直後から被災地での精神科入院患者を引き受けてきた。平成23年3月11日から平成24年2月11日までの入院348名のうち19%にあたる66名（平均54.2歳，男性33名，女性33名）が，東日本大震災に伴う病状悪化による入院（震災関連入院）であった。特に平成23年3月11日から4月30日までの期間では，入院74例のうち53%にあたる39名（平均51.3歳，男性20名，女性19名）が震災関連入院であった。

この震災関連入院の事例化した環境は，自宅が40名（60%）と最も多かったが，避難所11名（16%），避難先である親戚・知人宅11名（16%），仮設住宅4名（6%）など震災後の環境の変化が影響した事例が多く含まれていた。50名（76%）は宮城県立精神医療センターあるいは他院に通院中であったが，10名（15%）は治療歴がなく，6名（10%）は治療中断中であった。津波に流され生死の境をさまよう，死別，自宅崩壊など，被災による直接的体験が入院の契機となった事例は17名（26%）で，避難先での環境の変化が契機となった事例が20例（31%），息薬が7名（11%）であった。

震災関連入院の診断分類（ICD-10）を，平成23年3月11日から3月31日，4月1日から4月30

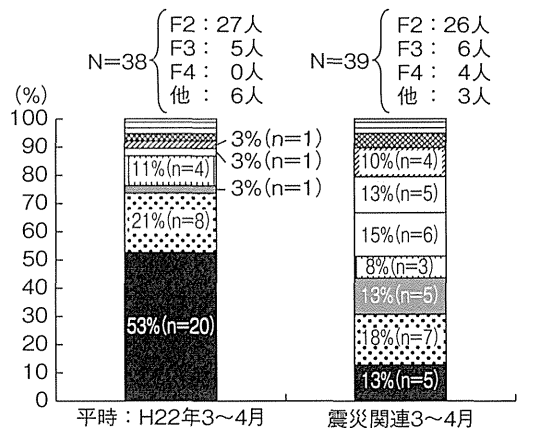


図3 宮城県立精神医療センター 震災関連入院の入院時の状態像

日，5月1日から平成24年2月11日までの3期に分けて示したものが図2である。震災直後には，F2の統合失調症圏の入院の割合が高く，その後になってF3の気分障害圏の入院の割合が高くなったのがわかる。

図3は，震災直後の平成23年3月11日から4月末までの震災関連入院患者39名と震災前の平成23年3月から4月の平時の入院患者38名の入院時の状態像である。いずれもICD-10における診断分類の構成には大きな変化はないが，平成22年には幻覚妄想状態での入院が5割以上であったのに対し，震災関連入院においては13%と少なかった。一方で，昏迷などを伴う緊張病候群や躁状態の割合は，平時と比べて多かった。被災地にある他の精神科病院や総合病院の救急においても緊張病候群の病像を呈する患者が震災直後に報告されており，震災に伴う破局的な体験や急激な環境変化が，特に統合失調症圏の患者の病像に影響を与えたのかもしれない。

Ⅳ. 事例呈示

上述のとおり，震災直後には，統合失調症圏の患者が急性増悪し入院した事例が多かったことが示されている。ここでは，そのような事例を2

例紹介する。

1. 事例 A (20 代女性)

既往歴は特になく、精神科受診歴もなかった。高校卒業後に販売員などの仕事をするが長続きせず、震災時は契約社員として工場で働いていた。震災前の3月上旬頃から「近所で悪口を言われている」などと述べるようになった。平成23年3月11日の東日本大震災により自宅は浸水し、家族は避難所生活となった。直後から、緘黙となることが多くなり、自宅周辺を歩き回ったり、茫乎として外に立ち続けたりし、家族が疎通をとるのも難しくなっていた。3日後、自宅から行方不明となり、翌日隣の海岸を彷徨しているところを行政職員に発見されたが、家族の安否を含めた身元の確認をとることもできなかった。措置鑑定が行われ同日 A 病院に措置入院となった。「“震度5、震度5”と知らない男の声が聞こえる」という訴えがあったり、「助けて、ポリタンク持ってこい」などと興奮したりと、言動や行動にはまとまりがないうちながらも、震災に伴う体験が病像に反映されていた。その後は、抗精神病薬による治療により症状は徐々に軽快し、約3ヵ月後に退院した。

本事例は、震災前にすでに初回精神病エピソードを発症していたが、未治療のまま震災を体験し、震災後に急激に思考や行動の解体が悪化した。入院時は、避難している家族の安否も確認できない状況であり、診断に必要な情報も得られないままでの診療が必要であった。

2. 事例 B (30 代男性)

20代で統合失調症を発症。軽度の陰性症状を残しながらも工場で働いていた。平成23年3月11日の東日本大震災の発災時は、勤務中に津波被害に遭った。職場から数時間徒歩で避難所に移動したが、避難所で上半身裸で走り回るなど行動がまとまらなくなり、市街を徘徊しているところを警察に保護された。自宅に戻ったが興奮した状態が続き、3日後に医療保護入院となった。入院時は、困惑が強く、簡単な質問にも考え込んで座り込ん

だり、反響動作を認めたりした。その後、抗精神病薬による治療を行い、徐々に症状も落ち着き、およそ2ヵ月後に退院となった。

本事例は、寛解していた統合失調症の患者が震災に伴う急激な環境変化後に13年ぶりの再発となった。発災から間もなくして緊張病性の症状を伴う興奮、解体、亜昏迷などの症状を呈して入院となった。

おわりに

震災直後の3月、ほとんど外部からの支援も乏しく孤立し、ライフラインの確保も困難な状況にあった被災中心地の精神科病院には様々な患者が“新患”として殺到した。鉄道やバスなどの公共交通機関は動かず、自家用車が流されたり、ガソリンが手に入らないために車で移動もできず、かかりつけ医を再来受診できなくなった患者が多かった。震災による衝撃を受け、急激な環境変化に対応できずに最も強い影響を受け病状を悪化させたのは、統合失調症圏の患者であった。

東日本大震災後、様々な支援団体や個人が被災地に入り、その支援によって被災地の精神保健医療は支えられた。しかし、震災直後から精神科医療を支え続けた地元の精神科医療機関に対する注目は乏しく、必要とする支援は不十分であり、特に民間の医療機関に対する公的な支援は極めて乏しかった。むしろ、これほどの大災害時においても平時の法令や規制の遵守を迫られることで現場が混乱することも多かったという^{2~4)}。医療機関で働く職員のほとんどは被災による影響で自らの生活に様々な困難を抱える中で勤務し、精神科医療サービスを提供し続けた。心のケアチームによる、災害後の精神保健の強化が重要なことは確かであるが、大規模災害直後の精神科医療サービスの機能を維持させるためには地元の精神科医療機関そのものの支援を強化するための制度や仕組みについて検討すべきであると考えられる。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 多忙の中、調査にご協力いただいた宮城県内の精神科病院、精神科診療所の皆様には深く感謝申し上げます。また、宮城県立精神医療センターの統計データについて、野村綾医師をはじめとする同センター医局の医師の皆様のご協力に厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 宮城県立精神医療センター入院統計情報. 2011
- 2) 宮城精神科病院協会：2011 東日本大震災の記録.

2011

3) 新階敏恭：大震災の中で、一民間精神科病院の苦闘. 東日本大震災とこころのケア. 精神医療, 64 ; 73-83, 2011

4) 高階憲之：大震災、そして病院が津波に襲われた10日間. 東日本大震災とこころのケア, 精神医療, 64 ; 59-72, 2011

Challenges Faced by Psychiatric Services in Miyagi Prefecture after the Great East Japan Earthquake

Kazunori MATSUMOTO¹⁾, Hidekatsu SHIRASAWA²⁾, Toshiharu IWADATE³⁾, Keizo HARA⁴⁾, Manabu KODAMA⁵⁾, Shigehito RENGI⁶⁾, Toshiyasu SHINGAI⁷⁾, Akira KODAKA⁸⁾, Nobuyoshi MIURA⁹⁾, Akiko OBARA¹⁰⁾, Mizuho HAYASHI¹¹⁾, Ikki UEDA¹²⁾, Atsushi SAKUMA¹²⁾, Hiroo MATSUOKA¹²⁾

- 1) *Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*
- 2) *Miyagi Disaster Mental Health Center*
- 3) *Kunimi Hospital*
- 4) *Hara Clinic*
- 5) *Kodama Hospital*
- 6) *Hikarigaoka Hoyo-en*
- 7) *Mitsumine Hospital*
- 8) *Miyagi Psychiatric Center*
- 9) *Tohoku Kosei Nenkin Hospital*
- 10) *Miyagi Mental Health Welfare Center*
- 11) *Sendai Mental Health Welfare General Center*
- 12) *Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

Following the Great East Japan Earthquake and Tsunami, the number of patients with onset, relapse, and exacerbation of mental disorders was expected to increase in Miyagi Prefecture, one of the worst affected areas. The functioning of almost all psychiatric hospitals sharply declined or even ceased. This situation worsened with traffic congestion and crippled public transportation, hindering many patients with psychiatric disorders from accessing mental health services. Among them, patients with schizophrenia and related disorders were affected the most ; some could not reach the hospitals and clinics they had regularly visited and had to become new patients of another hospital or clinic. Moreover, an increasing number of patients

with schizophrenia needed to be hospitalized because of acute exacerbations of their disorder, due to the experience of the disaster and the consequent drastic changes in their living environment. Unfortunately, the support system for psychiatric institutions after disasters is not yet well structured ; the system needs to be rebuilt and strengthened in anticipation of future disasters.

< Authors' abstract >

< **Key words** : the Great East Japan Earthquake, disaster psychiatry, disaster, schizophrenia, psychiatric hospital >

東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健 ——宮城県の状況と支援活動——

松本 和紀

Kazunori Matsumoto : Mental Health Care Systems and Provisions in the
Immediate and Acute Phase of the Great East Japan Earthquake :
Situational and Support Activities in Miyagi Prefecture

2011年3月11日に発生した東日本大震災では、マグニチュード9.0の地震に引き続き、大津波が起こり、東北地方から関東沿岸部の広域に甚大な被害が起こり、福島第一原子力発電所事故がこの震災に併発した。精神医療にかかわる領域でも、大きな被害が生じ、さまざまな支援活動が行われた。本稿では、東日本大震災における直後期と急性期の精神医療と精神保健領域における被害とこれに対応したさまざまな活動を、宮城県での経験を通じて概観し、今後に向けた課題を検討する。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、入院患者の食糧や医薬品の確保に困難を生じた。特に、沿岸部の精神科病院の被害が大きく、3つの精神科病院が津波による深刻な被害を受け、300名の入院患者の搬送調整が必要となった。震災後には、医療機関へのアクセスが困難となり、精神科救急にも混乱がみられた。宮城県では複数の市町自治体が広域に大きな被害を受け、通信網や交通網の分断により情報集約は進まず、精神医療・保健にかかわる行政機能も著しく低下した。被災地には、震災直後から官・民・学のさまざまな経路を経由して精神医療・保健活動にかかわる支援者が派遣された。直後期には情報集約や支援の指揮系統が混乱し、支援者のコーディネートに困難を来した。支援チーム数は震災後1~2ヵ月後がピークであったが、遠隔地では、外部支援者が長期間継続的に精神保健活動を行う必要が生じた。子どもや高齢者への対策、アルコール問題、支援者への支援などへの対応も行われたが、課題も多く残った。災害時には、災害の種類や規模に応じた対策が必要であり、そのためのモデルを構築する必要がある。自治体の災害医療体制の中に精神医療・保健対策を明確に位置づけるとともに、精神医療・保健領域での災害支援のための恒常的なシステム作りが必要だと考えられる。

<索引用語：東日本大震災、こころのケア、災害精神医学、コーディネート、精神保健>

はじめに
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

著者所属：東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座, Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

みやぎ心のケアセンター, Miyagi Disaster Mental Health Care Center

編 注：編集委員会からの依頼による総説論文である。

震であった。その後を引き続いた大津波により、東北地方から関東地方の太平洋沿岸部の広域に甚大な被害が起こった。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、放射性物質に対する恐怖は日本のみならず海外にまで広がり、大津波による被害と福島第一原子力発電所事故の映像は、発災直後から世界に発信され続け、世界にも大きな衝撃を与えた。東日本大震災による死者・行方不明者数は、1万8,500人以上に上り、ピーク時の避難者は最大45万人を超えた。

被災地のうち、岩手、宮城、福島の東北3県の被害は特に大きかったが、福島県では、福島第一原子力発電所事故による被害が極めて大きいという特殊な状況にあった。一方、宮城県は震源に最も近く、大津波による壊滅的な被害は県沿岸全域に及んだ。死者・行方不明者数は1万人以上に上り、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。

筆者は、震災当時、東北大学精神医学教室による災害支援に携わり、その経緯から宮城県での災害支援にかかわることになった。本稿では、被災地における支援者という立場から、東日本大震災における直後期(発災から1~2週間)から急性期(避難所での支援が中心となった時期)における精神医療・保健領域での支援活動について、宮城県での活動を概括し、今後の災害支援対策に向けた若干の考察を行いたい。

I. 精神科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²⁷⁾(表1)。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、被害が小さかった仙台市内の精神科病院も例外ではなかった。沿岸部の精神科病院の被害はさらに大きく、岩沼と石巻の2つの精神科病院^{19,42)}では津波により病院機能が停止した。気仙沼の精神科病院^{39,40)}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

表1 被災した精神科病院に共通した課題

・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

能を維持した。

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。

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、外部との通信ができず、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労があったが、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^{19,42)}。一方、津波被害を免れた沿岸部の病院は、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^{22,38)}、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²²⁾。その他の精神科病院の多くも、食糧と薬剤の確保に苦労し、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を行った。

宮城県の有床総合病院精神科は4つに限られて

いる。仙台市の東北厚生年金病院（現東北薬科大学病院）は、地震被害のため診療機能は著しく低下した。精神科では新規入院の受け入れ停止と患者の転院を迫られたが、合併症をもつ精神疾患患者の転院は難しかった²⁴⁾。3月23日の診療再開後は精神科への入院依頼が相次ぎ平時の運営病床を超える病床数で診療を続けた。仙台医療センター精神科は震災直後に入院が急増したが、地震による給水設備の故障後は新規入院の受け入れを停止した。仙台市立病院の精神科病床16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¹⁾。また、被災地の災害拠点病院の多くは精神科が設置されておらず、直後期には精神科救急の対象となる患者が運び込まれ混乱が生じた。

精神科診療所では、発災直後は休診や診療制限もあったが、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。しかし、石巻や気仙沼では、津波被害のために診療機能の回復が遅れた。

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。

II. 行政機関の状況

宮城県では、政令指定都市である仙台市と宮城県という2つの行政単位によって、災害後の精神保健福祉政策が行われた。仙台市では、仙台市精神保健福祉総合センターが中心となり発災直後から独自にこころのケアチームを立ち上げ各区保健

福祉センターを拠点とした活動を行った⁷⁾。仙台市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、災害時地域精神保健福祉ガイドラインを2008年に作成するなど事前の準備性が高かった。また、こころのケアチームが実際に動きながら情報収集し、各区保健福祉センターとの連携を密に行うことができたため、比較的早く臨機応変な活動展開が可能であった。また、宮城県と比叡外部の支援チームの数も限られていたため、コーディネートの負担も小さかった。

一方、宮城県が管轄する地域は、南北に広がる沿岸地域で甚大な被害を受けた市町を含む。沿岸部では26の自治体庁舎のうち10ヵ所が仮庁舎への移転を余儀なくされた。また、石巻と塩釜の保健所も大きく被災した。沿岸部には壊滅的被害を受けた市町もあり、県内の精神保健福祉にかかわる情報ネットワークは麻痺状態に陥った。大崎市にある宮城県精神保健福祉センター³⁴⁾は、通信状況が悪化したために、情報収集・発信能力が著しく低下した。このため、後述する宮城県災害時精神医療福祉対策会議の働きかけもあり、同センター職員3名は3月17～31日まで宮城県庁障害福祉課に席を移し、本庁職員と共同で震災対応を優先して職務にあたった。宮城県が管轄する被災地は広域であり、通信網や交通網が分断された状況での情報収集は困難を極めた。保健所や市町自治体そのものが被災しており、被害の程度が小さい場合でも、現場自体が混乱した状況にあり、情報を中央に集約することは容易ではなかった。また、県内の精神科病院の被災状況の確認、被災した精神科病院の入院患者の転院調整、こころのケアチームの派遣調整などの業務に追われた。

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、情報収集・集約が困難になった。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行政関係者が集まり、精神医療・保健福祉領域の情報交換を行う集まりが開催された。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。この集まりでは、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。この時期に、県内の関係者が直接顔を合わせて情報交換する場をもつ意義は大きく、県内の情報の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が可能となった。

Ⅲ. 被災地における支援活動

阪神淡路大震災以降、自然災害後に被災地域の関係者と外部の支援者とが連携、協力して精神医療・保健活動を行うことが定着するようになった¹³⁾。一般的な自然災害の場合は、被災地域内の関係者による支援で済むことがほとんどであり、1997～2007年までの自然災害後の精神保健活動の中で、被災都道府県外の支援チームが支援を行ったのは新潟県中越地震と能登半島地震のときに限られる¹⁵⁾。2008年の岩手・宮城内陸地震の際は、岩手県では外部支援があったが、宮城県では県内関係者による活動のみで済んだ。

今回の東日本大震災は、外部支援者が被災地の精神医療・保健活動に長期間携わったという点でも最大規模であった。被災地には、震災直後から官・民・学のさまざまな経路を経由して精神医療・保健活動にかかわる支援者が派遣された(図1)。精神医療・保健に特化したこころのケアチーム型の精神医療系の支援チームの他にも、一般の医療救護チームの中に精神医療関係者が含まれる場合もあった。また、精神医療とは異なる領域の支援者がこころのケアを標榜して支援する例もあったが、その全貌はつかみきれていない¹⁷⁾。

最終的に宮城県では、5保健所管内の17市町に33チームのこころのケアチームの派遣が行われ、3月末から4月に派遣数のピークがあった²⁵⁾。災害救助法に基づく派遣は10月末で終了し、一部は県の事業として翌年3月まで継続された。県外チームが徐々に撤退していく中で、県内関係者を中心とした支援チームは10月末まで継続的に支援にかかわり、その後は、みやぎ心のケアセンターや「からころステーション」⁶⁾による支援へと

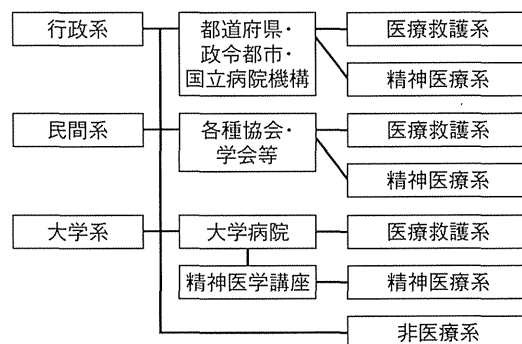


図1 被災地の精神医療・保健活動支援者の派遣経路

移行した。

1. 自治体を中心としたこころのケアチーム

被災地における精神医療・保健領域の支援で中心的役割を果たしたのは、自治体や国立病院機構により編制されたこころのケアチームである。こころのケアチームは、災害救助法に基づき都道府県・政令指定都市などの被災自治体からの要請に基づいて被災地に派遣される。今回の災害では、特に被害が大きかった3県(岩手県、山形県、福島県)と1政令指定都市(仙台市)への派遣調整を厚労省が行い、この調整を受けて派遣元と派遣先の自治体間での調整が行われた。被災3県の担当課は精神保健福祉センターと連携し、県内の市町村自治体からの派遣要請に基づいてマッチングを行った。仙台市では、精神保健福祉総合センターによってこころのケアチームが独自に立ち上げられ、県外チームなどと共同で支援活動が行われた⁷⁾。一方、仙台市を除く宮城県では、多数の自治体が被災し、情報収集が困難であったため、支援のニーズを統一的に把握し派遣調整することが難しかった²³⁾。

今回の災害支援の特徴の1つは、数ヵ月単位の長期支援を行うチームが多数あった点にある。特に、都市部から距離が離れた遠隔地で、医療資源に乏しく、精神保健の人材が不足した地域では、こころのケアチームが被災自治体の要請に応じて長期間の支援を行った^{12,25)}。

2. 精神医学講座による支援

仙台市にある東北大学病院の被害は地震による限定的なものであったが、それでも外来棟は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るため3週間ほど立入禁止が続き、病棟会議室が活動拠点となった。福島第一原発から約100 km離れた仙台市でも、放射能に対する不安は広がり、福島第一原発事故の影響を推し量ることができない状況にあった。交通網は分断され、食糧や燃料調達の長期的な見通しも立たず、被害が比較的小さかった仙台市内でさえ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。当時は、大きな余震もまだ続き、仙台までのアクセスは限られ、原発事故の影響もあったため、危険な被災地に支援に来る人などいないのではないかという悲観的な見通しも強かった。しかし、この見通しは杞憂に終わり、翌日からは全国からの連絡が続々と入った。当初は個人による支援の受け入れも行ったが、個人ごとの派遣調整は負担が大きいため中止し、その後は全国の大学精神医学講座など組織を介した支援を受け入れた。

東北大学病院長から、精神科のない石巻と気仙沼の災害拠点病院への精神科医派遣を要請され、それぞれ3月15日と17日から派遣を開始した。3月22日には、宮城県障害福祉課と調整し、東北大学精神医学教室がコーディネートする形でこのケアチームを立ち上げ活動を開始した。主な活動地域は、石巻地区、沿岸南部（岩沼市など）、気仙沼地区であった。石巻市や岩沼市では仙台から車でのチーム派遣を行い、仙台から遠方の気仙沼市では、情報収集やコーディネートのための人員派遣を行った。この派遣活動は東北大学病院に所属するスタッフに加えて、県内外の精神科医、心理士、精神保健福祉士、看護師、その他多くの関係者の活動によって支えられた。

また、文部科学省の系列に属する大学病院では、大学病院間で災害時の派遣調整が行われ、各

大学病院の医療救護チームは、宮城県内の災害拠点病院へと派遣された。この医療救護チームの中に、精神科医が含まれることがあった。また、自治体派遣の主力として大学の精神医学講座が活動していたケースもいくつかみられた。

東北大学精神医学教室では、各地域に担当責任者を配置し、現地の情報収集とコーディネートの支援、こころのケアチームの派遣を行った²¹⁾。被災地で直接活動する支援者が医局を行き来する状況が長らく続き、また、県内関係者との情報交換を行うことで、被災地の最新情報を集めることができた。また、行政機関とは異なる、比較的自由な立場で情報収集や情報発信を行うことができたことで、県の機関と補完的にコーディネートの役割を担うことができた。しかし、こうした活動は事前に準備されたものではなく、今回の経験を踏まえた上で、大規模災害におけるコーディネートを改善するための検討が必要だと考えられる。

3. 日本精神神経科診療所協会

今回の災害支援における宮城県での特徴的な活動としては、被災地域の精神科診療所^{6,26)}が中心となり、日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）の支援を得て、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。仙台市の原クリニックの原ら⁶⁾は3月下旬から支援活動を開始し、石巻市で浸水被害に遭った宮城ら²⁶⁾は、被害に遭いながらも避難所巡回などの活動を震災直後から開始した。原と宮城らは日精診による医療ボランティアチーム（以下、石巻日精診チーム）を立ち上げ、4月初めから本格的なアウトリーチ活動を石巻市で展開した。日精診から派遣された支援者には⁶⁾、コメディカルスタッフも多数含まれ、仙台市と連携した若林区での支援、山元町の共同作業所への支援、東北大学チームへの人員派遣などが行われた。

石巻日精診チームの活動には独自性があり、例えば、交通の便の悪い遠隔地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^{6,26)}。2011年9月から、石巻日精診チームの活動は「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や宮城県の精神障害者アウトリーチ推進事業などの委託を受けた活動を継続している。

この活動は、大規模災害後に、被災地と外部の支援者が協力して精神保健領域の支援を発災直後から継続している貴重な例である。行政による支援体制が整わないうちに活動できたことや、現場のニーズに応じて臨機応変にスピード感のある支援を行い、チーム単位ではなく少人数単位の支援者を被災地に派遣した点などは、制度化された公的支援では難しい領域であった。

4. その他の関連組織などによる支援

被災地の医療機関などの系列組織や関連組織・団体による支援もさまざまに行われた。成田赤十字病院の佐藤ら³⁷⁾が中心となり全国赤十字精神科連絡協議会は2011年4月から2012年3月まで継続的に石巻赤十字病院に精神科医の派遣を行った。気仙沼市の光ヶ丘保養園には日本精神科病院協会の千葉県支部による支援が、塩竈市の坂病院精神科には全国国民医連による支援が、岩沼市の小島病院には日本病院・地域精神医学会を介して岩倉病院が支援を行った。また、東北大学病院の心療内科が調整役となり、日本心身医学会が気仙沼市立病院や本吉病院の支援を継続的に行った。

5. 子どものこころのケア

震災により子どもを取り巻く環境は大きく変化した。子どものこころのケアに対しては、社会的にも大きな関心が寄せられた。子どもへの支援も、宮城県と仙台市という2つの自治体単位で対策がとられた。宮城県¹⁰⁾では、宮城県子ども総合センターの医師らによって県内の被災状況と支援動向について情報収集が行われ、4月から、気仙沼、石巻、仙塩、県南の4地区で児童相談所や市町の保健センターなどを拠点とした巡回活動が行われた。

仙台市⁸⁾では、市内の児童精神科医の協力により、仙台小児科医会、仙台市教育局および子供未来局などの関係団体・機関と連携した活動が行われた。津波被害を受けた学校に児童精神科医が定期訪問を行い、児童生徒の相談や教職員へのコンサルテーションなどを継続している。また、2011年8月下旬からは日本児童青年精神医学会からの医師派遣を受け、子どものこころの相談室や、若林区・宮城野区の幼児健康診査場面での支援活動を実施している。

外部支援については、日本児童青年精神医学会⁴⁵⁾が厚労省と連携し、こころのケアチームに児童精神科医が含まれる場合は、これを派遣先の自治体に特記することにした。北海道から派遣された子どものこころのケアチームは^{35,36)}、気仙沼市と南三陸町において活動し、国府台病院は、石巻市において児童精神科医らによる継続的支援を行った²⁰⁾。その他にも各地に入った一般のこころのケアチームが子どもの相談や診察を行う機会もしばしばあった。また、教育領域でのスクールカウンセラーやその他各種のボランティア団体による支援も行われた。

6. 高齢者・アルコール問題・支援者への支援

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、精神科への入院が必要となる事例もあった^{1,38)}。長期間の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、高齢者を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著しく低下し、老人保健施設⁴⁴⁾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。栗田¹⁾は、認知症高齢者や虚弱高齢者については災害時のハイリスク集団として対応策を防災計画に含める必要性を訴えている。

大規模災害後には、失業、悲嘆や喪失、避難所や仮設住宅での生活を背景に、アルコール問題が表面化し、地域精神保健の大きな課題となる。今

表2 支援をコーディネートする上で課題となった問題

1. 県内の災害時の精神医療・保健対策を统一的にコーディネートする対策本部の想定は事前に準備されていなかった
2. 災害医療体制におけるこころのケアチームの位置づけが明示されておらず、医療救護チームとの連携や指揮系統が不明瞭であった
3. 行政系以外のチーム活動を统一的にコーディネートする役割は事前に準備されていなかった
4. 現場のコーディネーターが、主として保健所による圏域レベルで行われる場合と市町レベルで行われる場合があった
5. 保健所の被災によって圏域レベルでの調整が困難となった地域があった
6. 複数の地域が同時に被災したために、上位組織の統御能力を超える負荷がかかった
7. 混乱した被災地の情報のアセスメントが難しかった

回の災害では、飲酒問題についての啓発の必要性が関係者に周知されるなどの対策がとられていた²⁾。こころのケアチームなど外部の支援者が地域に多数配置されている間は、地域保健活動が強化され個別対応も行われていたが、外部の支援者が離れた後には、地域そのものの対応力を高めていく必要に迫られている。仙台市の東北会病院は、被災地におけるアルコール問題に対して専門的立場から支援を継続している。同院では、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、被災地の保健師らと連携した活動を行ってきた。民間の精神科病院が地域保健にかかわり続けるために必要なマンパワーや活動時間の確保に苦勞しているが、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いる。

被災地の自治体、警察、消防、病院、学校などの職員は被災者でありながら支援者として働くことを要請されており、大規模災害後の精神保健において特別に配慮を要する人たちである⁴⁾。実際、いくつかの職域では、比較的早い段階で、こころのケアチームや外部支援者による健康相談や、管理職や人事担当者への啓発が試みられた。宮城県では県職員に対する健康調査が定期的に行われているが、市町自治体については、それぞれ状況が異なっており対策はばらついている。直後

表3 被災地の精神医療・保健ニーズに影響を与える主な因子

- ・被災者数/避難所の規模と数
- ・地理/交通アクセス
- ・自治体の規模・合併前の区割り
- ・災害の内容と規模
- ・精神保健関係機関/関係者の被災の程度
- ・精神医療機関のリソース
- ・元々の精神保健/福祉の活動性
- ・すでに行われている災害後の支援
- ・地域の特性：まとめり、スティグマなど

期から急性期にかけて、現場は戦場のような混乱にあり、平時に行われていない職場のメンタルヘルス対策をにわかに始め浸透させることは難しい。中期以降においても職域でのメンタルヘルス対策は不十分な組織も多い。被災地の支援者に対するメンタルヘルス対策は、地域の復興に欠かすことのできない重要な領域であり、今後に向けた新たな対策の検討が必要である。

IV. 支援のコーディネート

今回の災害では、行政、民間、大学などの複数の経路(図1)から同時に多数のチームが派遣され、被災地内での調整は混乱した。支援のコーディネートには、国・県・圏域・市町のそれぞれのレベルがあるが、厚労省を経由するこころのケアチームの場合は、県レベルでの受け入れを行った上で、県が圏域レベルでの調整を図り、市町への派遣が行われた。しかし、実際には、県、圏域、市町の各レベルで行政機能が低下し、情報の収集、分析、発信はままならず、調整が混乱することも多かった(表2)。また、外部の支援チームは、現場で直接活動を始めていることもしばしばで、指揮系統の整理が必要となった。コーディネートする側では、被災地の精神医療・保健ニーズに影響を与える因子(表3)を検討し、また、こころのケアチームの予定派遣期間や派遣時期、災害派遣の経験、チーム構成などの特徴を考慮しながら調整を行う必要があった。

特に、石巻市や気仙沼市など比較的規模が大きく、市内の広域が被災した自治体には、全国から

多数の支援チームが集結した。被災範囲が限られた災害であれば、県の人材を被災地に集約する体制を整えることができたかもしれない。しかし、今回のような広域災害では、県の組織自体も被災し、また人材を広域に分散させざるを得なくなり、指揮系統が安定するまでに時間を要した。対照的に、仙台市は行政機関の被害も小さく、精神保健福祉総合センターが事前に準備していた情報集約を行いコーディネートするシステムや機能が保持され、混乱は比較的小さかった。

被災した市町自治体にとっては、こころのケアチームの受け入れは初めてであり、支援の意義や内容を理解し、これを調整することには多くの苦労があった。それでも、1つの自治体に1つのチームが入る場合の調整は比較的障壁は少なかったかもしれない。被災自治体の交渉相手は限られ、派遣元は被災地のニーズに応じた臨機応変な対応が可能である。一方、1つの自治体に複数の支援チームが入る場合は、受け入れチーム数やチーム配置についてさまざまな調整が必要となる。また、震災直後から続々と入ってくる支援者が、すでに支援を開始している場合もあり、現場でもその状況を把握しきれないことも多かった。

こころのケアチームは、保健所や市町自治体の保健師と連携して活動を行うが、現地の保健師の負担は過酷なものであった。被災直後の著しい混乱の中で、被災者でもある現地の保健師は、精神保健対策のみならず、母子対策、高齢者対策、感染対策などの役目を一気に求められ、不眠不休の極限状態にあった。こころのケアチームの活動は保健師との連携が円滑に進むことで機能するが、災害時に被災地の保健師に過剰な負担がかからないための対策を事前に検討しておくべきだろう。

今回、現場での混乱の大きな要因の1つは、災害医療体制におけるこころのケアチームの位置づけが不明瞭であった点が挙げられる。宮城県では、こころのケアチームは、県障害福祉課と精神保健福祉センターがコーディネートを行い、現地では、保健所や市町の精神保健担当者のコーディネートによって活動が行われた。このため、自治

体の精神保健活動と連動した領域には強いが、これと連動していない領域で起こった課題に対する対応力に乏しいという弱点がある。一方、現地災害対策本部では、災害医療コーディネーターがDMAT (Disaster Medical Assistance Team: 災害派遣医療チーム) を含めた医療救護チームの指揮をとり、宮城県では医療整備課がこの業務を担当する。このため、医療救護系のチームとこころのケアチームとの連携には各地でばらつきがあり、体制が整うまでに混乱が生じた地域があった。また、“こころのケア”の定義の曖昧さのために、非医療系のチームが行う活動と、精神医療の専門家を含むチームとの役割の違いが明確ではなく、この点も現場での混乱の要因の1つとなった。

V. 日本精神神経学会による災害支援

日本精神神経学会は、2011年3月15日に鹿島晴雄理事長(当時)が、「東日本大震災被災地の皆様へ」という声明²⁸⁾を公表し、3月19日には理事長を本部長とする災害対策本部を立ち上げ、災害支援委員会(金吉晴委員長)を設置した。災害対策本部会議には、連携組織として関連するさまざまな学会、協会、組織の代表者が参加した。同会議は、当初は月2回ほどで実施され、Web会議により被災地の関係者を含めて全国からの参加が可能であった。被災地の関係者にとっては、全国に被災地の状況を発信することができ、また、さまざまな関連団体の動きや災害支援にかかわる全般的な動きを把握することができた。このような情報共有と活動調整の機会は、こころのケアチームの活動が活発な急性期には有用性が高かった。

2011年5月に予定されていた第107回の学術総会(三國雅彦会長)は、10月に延期され、5月21日に東日本大震災に対する緊急支援対策ワークショップと通常総会が東京で開催された。当日は、発災後に全国の関係者が一堂に会する初めての機会となり、被災地の活動状況と課題についての報告や災害支援の専門家からの発表があった^{31,32)}。また、総会では東日本大震災復興支援に対する日本精神神経学会声明²⁸⁾が発表された。

今回の災害においても被災地における調査・研究の倫理にかかわる問題が生じたが、日本精神神経学会では、2011年4月20日にこの件に関する緊急声明文（同年5月13日に第2版に改訂）を発表した²⁹⁾。また、2011年7月25日には、「被災自治体(県,市町村)職員の健康に関する緊急要請」³⁰⁾を行うなど、積極的に災害支援にかかわる社会的な発信を行った。

被災地の関係者にとっては、情報集約・発信力のある日本精神神経学会とつながっていることの意義は大きく、同学会の全面的な支援は大きな支えとなった。今後も、中長期的な視点から災害対策にかかわることは、同学会の重要な役割として期待したい。

VI. 情報収集・メーリングリスト・調査/研究の倫理

今回の災害では広域な被災地で、過去にない多数の精神医療関係者が長期にわたって活動に従事したが¹⁴⁾、多くの支援者にとっては初めての災害支援活動となった。このため、過去の経験を活かしたガイドラインやマニュアルをインターネットを介して入手することができた点は³⁾、支援に対する一定の知識や姿勢を支援者の中に共有させ、被災地での混乱を最小限に抑えることに役立った。

また、支援における情報共有のためにメーリングリストもさまざまな形で活用された。最も代表的なものは、3月14日に川副¹⁸⁾により開設された「東日本大震災に関わる精神保健・医療・福祉支援をつなぐメーリングリスト」、通称「東北支援ML」であろう。川副は新潟県中越地震の際にもメーリングリストを立ち上げた経験があり、今回も川副の尽力により管理・運営が行われ、その後、精神神経学会対策本部事務局にこの作業は引き継がれた。同メーリングリストは、災害支援における直後期から急性期にかけて、こころのケアチームを中心とした全国の関係者同士の情報共有と意見交換の場として重要な役割を果たした¹⁸⁾。その他、県、学会、こころのケアチーム単位でさまざまなメーリングリストが立ち上げられ支援に活用され

た。しかし、一部のメーリングリストでは、個人情報への配慮を欠いた内容が一斉に流れたり、中傷的な内容が含まれるなどの問題もあった。過去にも指摘されているとおり⁵⁾、震災時のメーリングリストは大変有用であるが、管理や運用については十分な注意が必要である。

大規模災害後に、調査や研究を実施し、被災地支援に役立てたり、科学的検討を行うことは重要であるが、一方で、科学的な妥当性や倫理性について事前の検討が不十分なまま実施された研究や調査が問題として指摘された¹⁷⁾。日本精神神経学会では2011年4月20日に「東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文」²⁹⁾を発し、文部科学省と厚生労働省からは5月16日付けで関係試験研究機関、大学等、関係学協会宛てに「被災地で実施される調査・研究について」という事務連絡が出された。こうした災害後の調査研究の倫理については基本的な概念や制度を整理し、支援者や研究者が知っておくべき知識として事前の教育が必要である。

VII. 今後に向けた課題

今回の東日本大震災での経験を、今後の災害対策にどのように活かしていくかが今後求められている。災害を経験することで準備性が高まることが指摘されているとおり¹³⁾、大きな災害を経験するごとに、災害時の精神保健医療対策も確実に進歩してきている。今後に向けた主な課題を最後に述べたい。

1. 都道府県の災害医療体制の中に精神医療・保健対策を明確に位置づける

都道府県の医療計画の中には災害医療体制が盛り込まれているが、精神医療の位置づけは明確ではない。今回も、宮城県の災害医療対策本部が、精神医療についての情報集約を行い指揮する体制にはなく、各地の災害医療コーディネーターや災害拠点病院が、精神医療についてどのようにかわるかも不明確であった。発災後に立ち上げられた宮城県災害時精神医療福祉対策会議も現場関係

者と行政側との情報共有や意見交換の場としては機能したが、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機能や権限はなく、災害医療対策本部との連携も乏しかった。災害時の混乱を最小限にとどめ、被災者への支援を効果的に行うためには、大規模災害時に精神医療・保健領域の情報集約と指揮調整機能を統括するための対策本部を設置し、これを都道府県の災害医療体制の中に明確に位置づけることを検討すべきだと考えられる。

2. 災害時の精神科医療体制の維持

直後期から急性期にかけては、精神科医療体制の維持が課題となったが、過去の災害でも被災した精神科病院への支援と精神科救急体制の維持が課題として挙げられている⁴⁾。特に、今回は、一度に複数の病院が広域に被災したために、患者の移送調整は困難を来した。福島県でも、福島第一原発事故による入院患者の避難、転院が必要となり、やはり多くの課題が残された^{33,43)}。特に、民間の精神科病院への支援は手薄となり、患者の転院調整についても自助努力を迫られた^{19,42)}。非常事態において、精神科の入院患者をどのように避難、転院させるべきかの議論と事前の準備が必要である。また、各医療機関では、災害時のライフラインの確保、情報収集と発信のための方法、関連機関とのネットワーク、患者の避難・移送方法などについて、事前の確認と準備を再検討する必要があるだろう。

精神科病院の同時被災、情報の混乱、交通麻痺などのために直後期を中心に地域の精神科救急への対応力は大幅に低下した。精神科救急体制については、平時から地域ごとに事情は異なり、災害の状況に応じた対応が必要なため画一的な対策は難しいかもしれない。しかし、災害時の精神科救急体制については、災害拠点病院との連携も含めた事前の検討が必要と考えられる。

震災後には、外部の精神医療関係者が医療機関に入って診療支援を行う案が検討されたが、実際の支援につながった例は限られた。顔の見えない

関係で、外部から短期交代で派遣される精神医療関係者が医療機関で支援を行うことは難しかったといえる。職能団体や学会・協会レベルで、災害時の支援のあり方については事前に検討を行い、災害時に円滑な支援を行うための体制を整えておくことが役に立つと考えられる。

3. 精神医療・保健領域での恒常的な災害支援システム作り

災害に備えた医療チームの派遣システムとしてはDMATがあるが、精神医療・保健領域においても、同様の恒常的な災害支援のためのシステムを構築する必要性は以前から指摘されていた¹⁶⁾。自然災害の多い日本においては、どこの都道府県であっても“被災地”になる可能性があり、大規模災害が近い未来に起こることも想定されている。次に起こる災害に備えて、こうした検討を進めていくことは当然に思える。

大規模災害では、精神保健行政の関係者だけではなく、さまざまな立場から精神医療関係者が支援にかかわることになる。あらゆる精神医療関係者は、ある日突然に“被災地の精神医療関係者”となるかもしれない。したがって、精神医療関係者が、災害精神医学についての基本的な知識やスキルを学ぶための教育システムの検討も必要だろう。また、災害精神医学の領域では、今回の災害を踏まえた実践的な知識やスキルについての体系化を進めていくことも大切である。

現在のこころのケアチームを中心としたシステムは、規模が限定された災害では十分に機能するが、今回のような大規模災害を想定した場合には、こころのケアチームが果たすべき役割、派遣時期、派遣規模などを含めて見直すべき点はまだ多い。すでに指摘したように、自治体の精神保健活動を越えた領域での精神医療・保健活動との連携、特に医療救護チームとの連携についての整理が必要だろう。また、今後は、DMATのように支援者の資格化や研修の義務化も検討課題の1つであろう。

平成25年4月に厚生労働省は、従来のこころの

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) の活動要領を発表した。DPAT が今回の災害の経験を踏まえた、より実践性の高い制度になっていくためには、DPAT を含めた災害支援システム全体の見直しを進めていくことが必要である。

4. 大規模災害における支援モデルの構築

精神保健の領域では、災害規模に応じた支援システムを構築する必要性は以前から指摘されていたが⁹⁾、今回のような大規模災害を想定した支援モデルは十分に検討されていたとはいえない。東日本大震災では、複数県が同時被災し、市町村自治体も広域に被災した。保健所の被災によって圏域レベルでの精神保健行政が滞り、広域な被災により県中央だけで災害対策を統御することは困難となった。今回はいずれの県でも、県庁所在地での被害は比較的小さかったが、都道府県庁もが大規模に被災する事態も想定しておくべきだろう。

こころのケアチームによる外部支援の調整は画一的なものではなく、県、圏域、市町村の各レベルで行われ、被災状況や地域の事情に応じてコーディネートされた。周囲から孤立した遠隔地への支援と都市部での支援のあり方には違いがあり、また、発災後の時期によっても支援のあり方は異なった。被災地の精神医療・保健ニーズはさまざまな因子に影響されるため、画一的なモデルは実際的ではない。想定外の大規模災害では、基本的ないくつかのモデルを共有した上で状況に応じた臨機応変な対応が大切だと考えられる。こうした観点からは、IASC (Inter-Agency Standing Committee) ガイドライン¹¹⁾のように、基本的な原理や原則を共有することが実際的と思われる。また、広域被災においては、地域ごとにコーディネーターが必要となるため、人材育成や被災地のコーディネーターを支援するための仕組み作りも検討すべきだろう。

おわりに

今回の災害は、日本全体に大きな衝撃を与え、

全国から多くの支援者がかけつけた。未曾有の事態に対して、準備不足や混乱もみられたが、全体的には協調的かつ臨機応変な活動が行われ、結果的に被災地での支援に大いに役だった。また、外部支援者だけではなく、被災地内の関係者は、自分達の持ち場の中で必死に精神医療・保健を維持するための活動を行っていた。

発災から2年余りが経過した被災地では、災害後の支援が現在も続いている。時間の経過とともに過去についての見え方は変化し、先には次々と新たな困難が待ち受けている状況はいまだに続いている。今回の災害による影響の全貌が見えてくるのはまだ先のことと思われるが、発災後初期の支援活動を振り返り、今後の大規模災害に備えた対策について本格的な検討を始める時期が来ているように思える。災害時に重要なのは平時の備えといわれているが、大規模災害への備えを平時の精神医療や精神保健といかに結びつけていくかが鍵となるだろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

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、貴重なご意見を賜りました東北会病院理事長 白澤英勝先生、原クリニック院長 原敬造先生、仙台市精神保健福祉総合センター 林みづ穂所長、宮城県精神保健福祉センター 小原聡子先生、およびご支援ご指導をいただいた多くの関係者の方々に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 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
- 2) 藤田さかえ：震災復興と心のケア, アルコール問題 東日本大震災久里浜医療支援報告。日本アルコール関連問題学会雑誌, 14; 99-101, 2012
- 3) 深澤舞子：国立精神・神経医療研究センター「東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト」の紹介。トラウマティック・ストレス, 9; 148-151, 2011
- 4) 福島 昇：新潟県中越地震における被災者支援について。トラウマティック・ストレス, 4; 105-114, 2006
- 5) 後藤雅博, 福島 昇：新潟県中越地震における災害時精神保健医療対策。精神医学, 48; 255-261, 2006

- 6) 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
- 7) 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; 96-103, 2011
- 8) 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
- 9) 北海道立精神保健福祉センター：災害時こころのケアハンドブック, 2005
- 10) 本間博彰, 小野寺滋実, 高田美和子ほか：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
- 11) Inter-Agency Standing Committee (IASC)：災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン, IASC, ジュネーブ, 2007
- 12) 春日井基文, 中村雅之, 倉野 裕ほか：東日本大震災に対するこころのケア活動の経験, 臨床精神医学, 41; 1193-1199, 2012
- 13) 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
- 14) 加藤 寛：大災害後の外部からの支援をめぐる, トラウマティック・ストレス, 10; 39-43, 2012
- 15) 加藤 寛, 藤井千太, 後藤豊実ほか：日本における自然災害後の精神保健活動, 心的トラウマ研究, 1; 95-103, 2005
- 16) 加藤 寛, 鈴木友理子, 金 吉晴：自然災害とメンタルケア, トラウマティック・ストレス, 6; 103-111, 2008
- 17) 加藤 寛, 鈴木友理子, 金 吉晴：自然災害後の精神保健医療の対応について, トラウマティック・ストレス, 9; 152-157, 2011
- 18) 川副泰成：被災地支援活動の初期における情報ネットワークの構築, 精神医療, 64; 149-155, 2011
- 19) 木村 勤：石巻・恵愛病院 暗闇の中で守り抜いた命, MIYAGI 3. 11 2011 ○東日本大震災の記録(浅野弘毅, 岩館敏晴ほか編), 宮城県精神科病院協会, 仙台, p.42-52, 2011
- 20) 松田久実, 宇佐美政英, 岩垂喜貴ほか：国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科におけるこころのケア活動, 臨床精神医学, 41; 1129-1135, 2012
- 21) 松本和紀, 小原聡子, 林みづ穂ほか：東日本大震災における宮城県の精神科医の活動, 精神医学, 55, 391-400, 2013
- 22) 松本和紀, 白澤英勝, 岩館敏晴ほか：宮城県における震災後の精神医療の状況 震災から1年を経て, 精神経誌, 115; 492-498, 2013
- 23) 松本和紀：宮城県における現状と課題, 精神科, 19; 543-547, 2011
- 24) 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
- 25) 宮城県精神保健福祉センター：東日本大震災におけるこころのケア：発災から10ヶ月の活動記録, 宮城県精神保健福祉センター, 2012
- 26) 宮城秀晃：東日本大震災を体験して, 精神科, 19; 582-585, 2011
- 27) 宮城県精神科病院協会：MIYAGI 3. 11 2011 ○東日本大震災の記録(浅野弘毅, 岩館敏晴ほか編), 宮城県精神科病院協会, 仙台, 2011
- 28) 日本精神神経学会：東日本大震災支援活動記録, 東日本大震災 被災者の皆様へ, 2011 (<https://www.jspn.or.jp/activity/eastjapanquake/index.html>)
- 29) 日本精神神経学会：東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文, 2011 (https://www.jspn.or.jp/activity/eastjapanquake/info/files/2011_04_20jspnkinkyuuseimei.pdf)
- 30) 日本精神神経学会：被災自治体(県, 市町村)職員の健康に関する緊急要請, 2011 (https://www.jspn.or.jp/activity/eastjapanquake/info/geje_emergency_appeal2011_07_21.html)
- 31) 日本精神神経学会：東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ(前篇), 精神経誌, 113; 749-772, 2011
- 32) 日本精神神経学会：東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ(後篇), 精神経誌, 113; 825-844, 2011
- 33) 丹羽真一：福島県における現状と課題, 精神科, 19; 537-542, 2011
- 34) 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
- 35) 笹川嘉久：東日本大震災における子どものケア現状と課題：外部支援者の立場から どう出かけて, どう活動するか, 児童青年精神医学とその近接領域, 53; 71-76, 2012
- 36) 笹川嘉久, 河合健彦, 黒川新二ほか：気仙沼地域

での北海道子どものこころのケアチームの活動. 児童青年精神医学とその近接領域, 53; 146-155, 2012

37) 佐藤茂樹：石巻赤十字病院への精神科診療支援よりわが国における医療について考える. 精神医療, 64; 132-137, 2011

38) 佐藤宗一郎, 樹神 學：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

39) 新階敏恭：大震災の中で, 一民間精神科病院の苦闘. 精神医療, 64; 73-83, 2011

40) 新階敏恭, 奥山保男：患者の命を守るために 大震災に私たちはどう立ち向かったか. 精神科, 19; 571-576, 2011

41) 鈴木友理子, 中島聡美, 金 吉晴：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 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, 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)). 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 成人精神保健研究, 2011

42) 高階憲之：大災害が病院を襲った日. 精神科, 19; 577-581, 2011

43) 渡辺瑞也：東京電力福島第一原子力発電所事故の被災病院からの報告. 精神医療, 64; 84-95, 2011

44) 山崎英樹：宮城県の被災状況とその対応 仙台市を中心に. 老年精神医学雑誌, 23; 169-172, 2012

45) 山崎 透：東日本大震災における子どものケア現状と課題：災害対策委員会の立場から. 児童青年精神医学とその近接領域, 53; 60-65, 2012

Mental Health Care Systems and Provisions in the Immediate and Acute Phase of the Great East Japan Earthquake : Situational and Support Activities in Miyagi Prefecture

Kazunori MATSUMOTO

*Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine
Miyagi Disaster Mental Health Care Center*

The Great East Japan Earthquake on March 11, 2011, which measured 9.0 on the Richter scale, was followed by a huge tsunami that caused catastrophic damage to the area extending from the Tohoku to Kanto regions. It was also accompanied by the meltdown of the Fukushima Daiichi Nuclear Power Station. Mental health service provisions were hit equally hard by the disaster, with a wide range of support and relief activities being implemented. This article reviews damage that was inflicted and support activities that were carried out in the mental health field in Miyagi Prefecture in the immediate aftermath and acute phase of the disaster, and also examines future challenges.

Almost all mental health institutions in Miyagi Prefecture were affected by the disaster, and experienced difficulties such as feeding inpatients and securing necessary medication. Mental health institutions in the coastal area, in particular, were severely hit. Three hospitals were seriously damaged by the tsunami, which forced them to make arrangements for the transfer of 300 inpatients. In the aftermath of the earthquake, it became difficult to access medical institutions, and confusion ensued regarding the provision of mental health services.

Many municipalities in Miyagi Prefecture were seriously affected by the disaster, and information-gathering was crippled due to the disruption of communication and transport networks. Consequently, the administrative function regarding mental health service provisions was significantly impaired. Through official, private, and academic channels, volunteers in the field of mental health were sent to the affected areas in the immediate aftermath of the disaster. It was very difficult to coordinate these volunteers because of the confusion in gathering-information and in the chain of command for support activities. The number of support teams working in the affected areas peaked one to two months after the earthquake, but it became clear that continuous and long-term support in mental health service provisions by external support teams was necessary in some remote areas. Measures were taken to care for the elderly and children, to tackle alcohol-related problems, and provide support for volunteers, but many challenges remain.

When a disaster hits, measures appropriate to the nature and size of the disaster become necessary, and the need arises to construct a model to facilitate such responses. It is now necessary to integrate mental health measures with a municipality's plan for medical care in a disaster, along with develop a permanent system to provide support for mental health care at the time of a disaster.

< Author's abstract >

< **Keywords** : the Great East Japan Earthquake, tsunami, disaster psychiatry, coordination, mental health care >

支援者と働く人々のケア

——東日本大震災の経験から

松本和紀

Matsumoto Kazunori

1) 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

2) みやぎこころのケアセンター

1 ●はじめに

災害においては、災害に遭った立場の人々は“被災者”、そして被災者を支援する立場の人々は“支援者”と呼ばれる。立場は異なるが、いずれも災害あるいは災害後の復旧・復興期の現場を経験し、災害による影響を強く受ける人々である。一般の被災者に対する“こころのケア”は、阪神淡路大震災以降、社会的にも大きく注目されるようになり、東日本大震災でも新聞の見出しやテレビでその言葉を一度ならず耳にした人は多いだろう。災害時のこころのケアのあり方についてさまざまな議論はあるが、その必要性と重要性は社会的に広く受け入れられており、主に被災者のケアを念頭においた、災害時のこころのケアについては公的な制度としても整備が進んでいる。

一方、災害のもう一方の当事者である支援者の“こころのケア”については、阪神淡路大震災の際にその必要性は既に認識されていたが¹⁾、一般の被災者のケアに対する関心の高さと比べるとそれほど注目されてきたとは言えない。一部の専門家を除けば、メンタルヘルスケア専門職の間でも、災害時の支援者のケアについての知識や理解は十分なものではなく、筆者を含め、東日本大震災の“こころのケア”活動に従事する中で、その重要性や意義を初めて知った者も少なくはないだろう。

しかし、昨今のさまざまな調査によれば、災害支援者は、一般の被災者以上に、精神的な不調を来すリスクが高いことが知られるようになってきており²⁾、わが国でも消防、警察、海上保安庁、自衛隊などの職業的救援者に対する対策が少しずつ整備されるようになってきている。しかし、後述する通り、大規模災害では、支援者の立場を経験する人々の裾野は広く、一部の特殊な役割をもつ人だけの問題ではなく、多くの“支援者”

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⁴⁾

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) ^{1) 5) 6)} 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