

## I 支援活動の展開

### 外部からの支援活動

岡山県心のケアチームの取り組みを通して

来住由樹

岡山県精神科医療センター

牧野秀鏡

岡山県精神科医療センター

はじめに

東日本大震災時、岡山県心のケアチームは宮城県南三陸町、福島県南相馬市で活動した。当時の活動マニュアルから、「心得」を抜粋して示す。

① 外部からの支援者は、現地スタッフの指揮下に入り、現地スタッフの指示や許可のもとに支援活動を行うこと  
② 求められているニーズにこたえることが基本であり、支援の押し付けは「迷惑」であることを心得ておくこと

③ 被災地の職員、要支援者の負担を軽減しつつ、成果を上げることが必要であり、被災地の職員の負担になることは決して頼まず、自分たちの活動に必要なことは、自ら解決するように努めること

④ ニーズは震災がおきてから時間とともに変化していくので、ニーズの把握に努め、変化に応変した支援を組み立てること

⑤ 自己完結が基本であり、食事を含めた迷惑をかけないように留意すること。ただし、いただいた好意を断る必要もなく、メリハリをつけること

⑥ 急性期において「心のケアチーム」と名乗って被災者の前に立つても、被災地の方々にとっては「うさんくさい」ものに見えるだけである。医療班の一員であることを意識して働きながら、少しずつ専門性を発揮すること

⑦ 功名心は厳に慎むこと

⑧ 自らの健康管理を行い、気分の高揚に注意し、睡眠を十分にとること

⑨ チーム内の協議は必須であり、チームの方針は現地基地チームで十分に議論すること。また、岡山本部とも適宜連絡を取り、現場と本部とが情報と方針の共有を

十分に言うこと

⑩精神科医療チームの役割を効果的に果たすため、情報共有を身体医療チーム、市町保健師、県保健師、市町災害対策本部と十分に図ること

⑪現地職員は、被災者でもあることを十分に留意すること

この「心得」は二〇一一年の東日本大震災以来、二〇一六年の熊本地震、二〇一八年の西日本豪雨災害など、「岡山県チーム」が支援活動を行う際には常に意識した原則である。外部支援活動は特殊な環境下で行われるため、時として役割や本分を見失うことがある。「誰を中心に据えた支援なのか」「何を実現するための支援なのか」を災害現場では明確にして活動する必要がある。

毎年のように災害が生じ、誰もがわがこととして備えるようになった今日において、外部支援の原則を保ちつつ、受援体制の整備が急がれる。支援者がこの心得を有し、業務内容を選ばず柔軟に活動を行うようになれば、新たな災害をも乗り越えることができるのではないだろうか。

## 外部支援活動の開始

東日本大震災において、岡山県の支援チームはまず南三陸町、続いて南相馬市で支援活動を行った。宮城県では二〇一一年三月から翌年三月まで活動し、福島県では二〇一一年八月から十一月まで支援に従事した。初期には岡山県精神科医療センタースタッフが活動し、中盤から岡山県精神科医会が混合チームを構成して活動した。

宮城県南三陸町は三陸沿岸に位置し、地震と大津波により住宅の七〇%が全壊、役場や保健センターなどの行政機関、警察や消防までもが被災し、住民票も流された。震災直後には交通が分断され、正確な被害状況は把握できなかった。

三月一日に発災、一四日には岡山県精神科医会臨時世話人会が開催され、岡山県精神科医会が現地支援に向かうことが決定された。翌一五日には厚生労働省から岡山県に宮城県への派遣要請があり、行動を開始した。被災地へ赴き活動するにあたり、自己完結して活動できる準備をした。当時は災害支援のノウハウもなく、マニュアルも準備されていなかった。調達したのは医薬品・診療機材はもち

ろん、食料、ガソリン、パソコン、通信機器、印刷機、生活用品、車両、シュラフ、テント等である。事前情報で現地の生活物資不足が深刻であることがわかっていたため、自己完結で活動できることが重要だった。支援に入ったチームが、物資の欠乏する現地で、物資を消費して活動することは許されない。資機材準備には約一日を要し、岡山を出発できたのは三月一六日であった。

ほぼノンストップで丸一日かけてワゴン車を走らせ、翌一七日に宮城県入りをした。当初予定されていた派遣先である宮城県登米市は、地震の被害はあるものの、避難所は比較的落ち着いていた。派遣依頼が発出された時には南三陸町立戸倉小学校・幼稚園から避難した子どもであふれていたが、子どもたちはすでに家族と再会を果たしていた。巡回診療を実施したが、緊急的な精神科支援のニーズは低かった。

しかし登米市の東隣に位置する南三陸町とは連絡がとれず、正確な被災状況さえもわからない状況であった。派遣チームは現地で派遣先の変更を検討することとした。宮城県立精神医療センターや宮城県精神保健福祉センターに連絡をとり、岡山県チームの人員を投入すべき場所と機関の決定のために協議を行った。登米市から峠を越えて移動し

た南三陸町は、町の沿岸部が津波で流され、人々は高台に残った建物で身を寄せ合って避難生活を送っていた。宮城県からの指示は南三陸町を活動の拠点として定めることであった。

災害時には、最も甚大な被害を受けた地域の情報は、最も遅れて明らかになることが常である。南三陸町での活動を開始したのは、岡山を出発して四日目の三月一九日であった（写真1）。外部支援チームが得た情報を地元行政機関に伝え、共通認識をもったうえで現地主導で判断がなされることが必須であった。

### 避難所に二四時間常駐した巡回診療活動

現地にある普段のネットワークが、円滑な活動を支えてくれた。登米市から南三陸町へ活動の拠点を移すこととなった我々に、東北会病院の白澤英勝理事長から「南三陸町に行ってほしい。南三陸町は精神医療過疎地で、精神科病院や診療所がない。地道に精神保健福祉活動を行ってきたい。現地に着いたら工藤初恵保健師を訪ねてほしい」と連絡が入った。

南三陸町災害対策本部のあるベイサイドアリーナに到着

すると、工藤保健師に迎えられた。志津川小学校で避難生活を送りながら、町保健師として懸命に活動をされていた。保健師は被災者であり支援者であった。その表情には疲労感があふれていた。「一緒に町を見に行ってくれませんか」との工藤保健師の言葉を受け、現地に足を運んで被害状況を把握するところから活動を始めることとした。

我々は避難所でもある南三陸町内の志津川中学校に二四時間常駐した。町の行政機関がもつ車両はほとんどが流失し、かろうじて残った車両も他支援業務に使われていた。



写真1 2011年3月19日南三陸町

町保健師が被災状況と地域住民の健康・生活状態を把握し、そこで発見されたメンタルヘルス・ニーズに合わせて巡回診療を行った。岡山チームの車両に保健師が同乗し、避難所、保健師が普段からフォローをしていた方の自宅への訪問を行った。被害は甚大でかつ広域であり、道路は寸断され、指定避難所以外にも、住民が自主的に運営している避難所が点在していた。その全容は町の行政も把握しきれずにいた。

公立志津川病院は四階まで津波で流された。生き残った同院の医師・看護師たちは災害対策本部医療部門の統括を行いつつ、仮設の診療所設営、救護所の運営を行っていた。DMAT（災害派遣医療チーム）は避難所内救護所を設置し、災害対策本部医療部門の指揮下で活動していた。我々は保健チームの一員として保健師と活動するとともに、医療チームの一員としても活動することとし、救護所で治療を受けている方に対して、精神科の立場からリエゾン診療を行った。

発災直後から「被災者のこころのケアが必要」「早期にPTSDへの介入を」という報道があった。しかし実際に我々が現地で行っていたことは精神科救急医療であった。被災により薬がなくなり治療中断状態となっているケース

への診察と処方を行った。てんかん、パーキンソン病など神経疾患の方は、内服中断による症状の悪化を恐れていた。統合失調症患者への診察では、中断していたデボ剤を本人希望で施注することもあった。身体科チームからの依頼で、昏迷状態にある患者や、自殺企図のあった患者を診察し、入院のための移送を行った。急性ストレス反応、悲嘆反応など災害時のメンタルヘルス問題を生じている方も多くおられたが、必要なものは安全の確保と生活の見通し、そして人との信頼・支え合いであった。町の保健師はこれらの人と肩を抱き合い、支え合い、必要な情報を伝えていた。

災害時の精神科診療は三つに分類することができる。一つ目は精神科既往歴のある患者が被災によって治療中断となるケース。二つ目はこれまで未治療で地域でひっそり生活されていたものが被災により顕在化するケース。三つ目は不眠や不安、急性ストレス反応など災害ストレス関連障害。発災直後に多かったものは治療継続のための診療だった。避難所の隅で防寒着を着てヘルメットをかぶり、段ボールでカルテを書くという非日常的な状況を除けば、診察自体は通常の救急診察と大した変わりはないともいえた。

派遣期間中に一九二名の診察を行い、一部継続診療を要

し、診察回数は四七二回であった。一九二名中、男性九一名、女性一〇一名と差異はなく、年齢は三〇〜六〇代が多く、三歳から九〇歳まで全年齢層であった。疾患別では、統合失調症圏とストレス関連障害圏がともに三割、次いで気分障害圏が一割であった。また、「生活相談」や「将来の不安の訴え」なども多くあった。

### 岡山県の派遣体制

岡山県では、岡山県精神科医会の調整により、多数の病院の混合チームを形成し、被災地へ派遣した。第一陣から第四陣までは岡山県精神科医療センターの職員のみで二チームとし、被災地との連携体制や活動内容を整えつつ活動した。第五陣から第九陣は複数の病院職員で構成された一チームと、岡山県精神科医療センターの一チームの二チーム体制とした。各チームが一〇日程度の派遣期間で、切れ目なく後続チームが到着した。チームが撤退する日には次のチームが到着し、丸一日を一緒に活動することで地元へ負担をかけずに細やかな引き継ぎができるようにした。二〇一一年五月のゴールデンウィークには、身体科救護所の外部支援による運営が終了となり、イスラエルが設置した

診療所が仮設公立津川診療所として活動を開始した。この時期に合わせて精神科医療チームの継続派遣を終了した。

六月以降は、再度岡山県精神科医療センターから医師と精神保健福祉士の二名のチームを編成し、毎月一週間の派遣を二〇一二年の三月まで続けることとなった。このチームは固定メンバーとした。

被災地の支援活動では、被災地の情報を被災地の外に適切にとどけることも役割の一つとなる。現地活動チームと岡山本部とでやりとりしたメール、活動日報をすべて公開し、リアルタイムで情報を共有した。電子化したシステムにより情報共有を簡便に行うことが可能となり、各機関が状況を踏まえて職員を送り出せることにつながった。

チーム活動のマニュアルを活動しつつ作成し、状況が変化することによって改定を繰り返した。マニュアルに記載したのは「心得」、被災地の人口や産業などの概要、被災状況、活動内容、スケジュール、カルテ記載、処方、薬剤管理方法、避難所での生活の約束事、関係機関連絡先一覧等であった。チームが撤退しても活動が一貫して行われ、地元保健師や他支援者間との連携を円滑に行うためには、統一されたルールが必要であった。「昨日までいたチームと今日

からのチームは言うことが違う」とならず、地元負担をかけない活動をこころがけた。外部支援を行う際には、診療だけに集中するのではなく、「地元の依頼は何か」「いかに連続性のある活動を続けていくか」「いかに他機関と連携していくか」という点検が常に必要であった。

## 支援者支援

地元の支援者は被災者でもあることを忘れてはならない。南三陸町は町の大半を津波に流され、町役場の職員も三割を津波で失っていた。家族の死亡や不明者を抱えている職員も多かった。このような状況で「支援者支援を行う」ということにはおこがましさを感じるが、必要な活動である。少ない人員で奮闘する地元保健師や町職員の技術支援、コンサルテーションは重要であった。

月日とともに避難所が閉鎖され、被災者が仮設住宅へ移行する時期になると、南三陸町では「生活支援員」を各仮設住宅のサポートセンターに配置することとなった。この生活支援員は、南三陸町が臨時雇用した七〇名であり、仮設住宅入居者の相談役として活動していた。生活支援員は採用にあたり研修を受けているとはいえ、一般住民であっ



た。専門的な知識も経験も少ないまま、不安を抱えながら活動を開始した生活支援員の相談を受け、支援することを繰り返した。毎月サポートセンターを巡回し、生活支援員自身が抱える「支援者としての悩みや葛藤」を受け止め、ともに整理し、フィードバックする。「問題解決を焦らないこと」「町と上手に連携していくこと」というメッセージを繰り返し伝えた。当時は日本にまだPFA（サイコロジカル・ファーストエイド…心理的応急処置）の概念が定着していなかったが、結局は「PFAの実践」ができるよう生活支援員をサポートしていたのだろう。

二〇一一年の夏以降は、町職員のメンタルケアが課題となった。しかし外部支援チームが町職員のメンタルヘルスに直接介入することは避け、地元宮城県のなかで完結できるシステムを構築できるように活動した。すでに石巻市への介入を行っていた東北大学や宮城県精神保健福祉センターと協働し、自記式のチェックシートを用いてスクリーニングを行い、要介入群のトリアージを行った。宮城県に心のケアセンターを開設する準備も始まり、外部支援チームから地元の精神保健福祉へと支援の担い手を切り替えていった。

「問題を可能なかぎり解決したい」「困っていることすべ

てに介入したい」と現地では感じるものである。しかし、外部支援チームの役割は被災によって失われた地元地域の「回復力」を一時的に補うことであり、親切心の押し売りではない。外部支援は被災地からいざれ撤退するのであるから、支援がないと成り立たないシステムの構築は避け、撤退を前提とした活動を行う。主役は被災地域の住民であり、外部支援者は「黒子」である。

南三陸町では被災後一〇年を迎えるにあたり、屋上まで津波につかった防災庁舎をモニュメントとして残し、町民の高台移転とともに、旧住宅エリアを復興祈念公園として整備した（写真2）。

### 南相馬市での支援

東日本大震災の被災地のなかで、福島県は外部支援から取り残されていた。こころのケアチームでは、宮城・岩手では一五〇チームが活動したにもかかわらず、福島県での活動は当初一〇チームにも満たなかった。福島県立医科大学から全国に向けて支援要請はあったものの、原子力発電所事故の影響で外部チームは組織として応えにくい状況であった。福島県立医科大学の丹羽真一教授のメールにあった

被災地の現状を切実に伝える文面からは、外部支援を得られないもどかしさにじみ出ていた。

一方、岡山県精神科医会には余力があった。当初南三陸町で想定していた派遣期間は六ヵ月。六月には、月に一週間、二名の派遣に移行し、被災地のニーズがあれば派遣に応じる準備はできていた。

現地のニーズを確認する必要がある、慈圭病院堀井茂男院長、希望ヶ丘ホスピタル引地充院長、岡山大学病院精神科内富庸介教授、岡山県精神科医療センター松本安治事務



写真2 南三陸町震災復興祈念公園

部長の四名が先遣隊として現地に派遣された。現地で情報を得ながら行動し、原発三〇km圏内にある南相馬市が医師が足りず迅速な支援が必要な状況であるにとりまとめが行われた。七月一日から十一月三日まで一四チームが岡山県チームと活動した。

南相馬市は、原発から二〇km圏内の警戒区域、二〇～三〇km圏内の緊急時避難準備区域、三〇km圏外の三つの区域に分断されていた。岡山チームは、警戒区域を除く二区域で、仮設住居と借り上げ住居の訪問面接を中心に活動を行った。市が実施した健康チェックにより、診察を要する人は絞り込まれていた。そのリストに従い、地元保健師とともに訪問を行った。ニーズがある方を診療し、地元で再開されている精神科クリニックと病院に紹介を行った。原発を取り巻く状況が、地域や家族に大きな亀裂を生じさせていた。

## おわりに

災害支援では、災害の数だけ対応の形があり、同じ災害でも地域ごとに様相は異なる。

東日本大震災以降、DPAAT（災害派遣精神医療チーム）事業の整備が進み、災害派遣精神医療はある程度組織



化された動きがとれるようになってきた。各自治体に統括

D P A Tが配され、先遣隊の研修も毎年実施されるなかで、発災直後から迅速な初動が可能になってきている。熊本地震でもD P A Tによる発災直後の広域病院移送が功を奏し、精神科病院での死者はゼロであった。他方、D P A Tが組織されてから、発災直後に活動が開始されるようになり、被災した病院に患者や職員が取り残され被害が拡大することは避けられるようになった。しかし発災初期の支援後の活動内容は、活動拠点本部を基地とした巡回診療にパターン化されているように思える。

阪神・淡路大震災以降の災害時の精神科医療、精神保健活動を振り返ると、災害の状況に応じて多様で多彩な活動がなされてきたことを再確認する必要がある。都市型の阪神・淡路大震災の時には、保健所を臨時診療所とした精神科診療活動が役割を果たした。東日本大震災では、一つの県のチームが一つの被災地の支援に責任をもって専念し、二四時間常駐の救護所活動も行われた。原子力発電所で勤務する人のメンタルヘルスを支援する産業医活動、消防隊メンタルヘルスのフォローアップ活動、精神保健福祉センター、大学病院、精神科病院への人員派遣による支援活動、地元の指揮下で地元ニーズに沿う自己完結の活動は、

多様であるはずである。

現在、最も必要なことは、被災した地域の受援能力、災害対応能力の向上である。地元の医療資源、地元のニーズを最もよくわかっているのは、地元の行政と医療職であり、地元がリーダーシップをとる災害対応が最も効果的である。

毎年のように災害がいずれかの地域で起きる現在、地元が統括し、柔軟な外部支援が可能となる制度作りが望まれる。D P A Tは何ができるかでなく、地元は何を必要としているのかと考え、体制整備を図る必要がある。

#### 〔参考文献〕

- (1) 中井久夫『一九九五年一月・神戸―「阪神大震災」下の精神科医たち』みすず書房、一九九五年
- (2) S Q O活動報告編集委員会「須磨九六日のあしあと―S Q O活動報告書」精神科救護チームおかやま、一九九六年 (<http://www.lib.kobe-u.ac.jp/directory/eqb/book/10.259/index.htm>)
- (3) 岡山県精神科医会「岡山県心のケアチーム『雪風』活動記録―東日本大震災支援」二〇一三年 (<https://www.popmc.jp/?overview=100421099>)

(きじ・よじき／精神医学)  
(まきの・ひびあき／精神保健福祉学)

## I 支援活動の展開

# 外部支援との連携

積極的な受援の取り組み

林みづ穂

仙台市精神保健福祉総合センター

### はじめに

二〇一一（平成二三）年に発生した東日本大震災は、被害の規模も支援期間も、我々の想像をはるかに超えていた。支援はすでに一〇年間に及ぼうとしており、ここまですべて続けてこられた要因の一つとして、被災直後からおいでくださった外部支援のおかげが非常に大きい。

本稿では、DPAT（災害派遣精神医療チーム）やJ-SPEED+（災害時診療概況報告システム）などの仕組みが整っていなかった当時、我々が実施してきた外部支援と

の連携や積極的な受援の取り組みについてお伝えしたい。

### 被災状況と支援

宮城県仙台市は、宮城県の県庁所在地かつ東北地方唯一の政令指定都市で、人口は二〇二〇年九月一日現在で約一〇六万五〇〇〇人である。県の中央を横切る形で位置しており、東は太平洋に面し、西は奥羽山脈を中心とした山岳地帯である。五つの行政区からなり、各区に保健福祉センターが置かれて、精神保健福祉関連業務を含む保健所機能を果たしている。

震災は、二〇一一年三月一日金曜日の一四時四六分であった。三陸沖を震源とするマグニチュード九・〇の地震が発生し、間もなく三陸沿岸に津波が押し寄せ、福島第一原子力発電所の事故も起こった。本市における震度は五強から六強に及び、仙台港で高さ七・二mと推定される津波が沿岸部を襲った。避難所への避難者数は、同年三月一二日のピーク時には二八八カ所、一〇万五九四七人（当時の本市の人口は約一〇五万人）に上った。二〇二〇年三月一日現在の本市発表によると、市内での死亡確認者は九〇四人、市民の死者は一〇〇二人で、建物被害は全壊三万三四

棟、大規模半壊二万七〇一六棟、半壊八万二五九三棟、一部損壊一一万六〇四六棟である。

被災当時の本市の概況を列挙する。本震の大きな揺れと地鳴りを伴う余震が次々と起こり、気温は小雪がちらつくほど低かった。発災時刻はいわゆる勤務時間帯で、交通麻痺や通信障害や情報不足などのため、家族との再会に時間を要した人も多数あった。ライフラインが途絶え、食料や日用品やガソリンなども不足して、連日、長い行列ができた。発災当日のみならず何週間にもわたって余震が頻発し、地震発生を知らせる携帯電話のエリアメール着信音やテレビやラジオからの緊急地震速報アラームが、昼夜を問わず鳴り響いた。二〇一一年四月七日二三時三二分には、震度五強から六弱に及ぶ最大余震が起こっている。

発災時、仙台市精神保健福祉総合センター（以下、当センター）では、精神科デイケアと精神保健福祉相談および家族ミーティングを実施していた。このため、まず、在所者の安全確認と帰宅支援を行い、続いて、当センターの建物の損傷状況を確認した。幸いにも損傷は軽微で、避難することなく業務続行が可能であった。その後、非常配備体制に従って、管理職を中心とする正職員の一部は所内に泊まり込みで待機した。

通信手段が不通となったため、市役所や各区保健福祉センター、避難所などに職員や筆者が直接足を運んで、被害状況ならびに避難所設置状況の情報がある程度得た。本市では、医療機関には患者搬送を要するほどの著しい被害はなかった一方で、市内の各避難所には避難者が集まり、とくに沿岸部では、津波被害による多数の死傷者と避難者が生じていた。これらの情報をもとに、三月一日には、当センター職員による「こころのケアチーム」編成と、津波被害の顕著な宮城野区と若林区への派遣を決定するとともに、活動に必要な医薬品の準備を行った。医薬品は、本市と宮城県医薬品卸組合との協定に基づいて、チームが持参する当面の量を確保した（後に多方面からご支援をいただいた）。支援に用いる自動車には、緊急車両の指定を受けた。そして、翌三月一日より、これら二区の保健福祉センターと連携しながら避難所を中心としたチーム派遣を開始し、三月十五日には、宮城県を通じて厚生労働省へ県外チームの派遣を依頼した。

ありがたいことに、三月一日より、近隣医療機関や相談機関などから次々にお声がけをいただき、三月一日からは他県チームもおいでくださり、日本精神神経科診療所協会や諸大学などからも多大なるご協力をいただいて、避

難所や津波浸水地域の在宅被災者などに対する訪問支援活動を展開することができた。これらの支援は、各区保健福祉センターの地域精神保健福祉活動を基盤とし、当センターがバックアップする形で実施している。また、四月からは「子どものこころのケアチーム」も開始し、保育所や児童館などを巡回して相談にあたった。他にも、市民向けの普及啓発、電話相談、医療機関の診療再開状況に関する情報収集や各区保健福祉センターへの情報提供なども行った。

七月末の市内全避難所閉鎖と災害救助法適用終了に伴い、日本精神神経科診療所協会を除く外部支援は終了して、地元支援者による支援に移行した。なお、日本精神神経科診療所協会は独自のチームを構成し、翌二〇一二年の一月末まで支援を続けてくださった。

避難所閉鎖後も、当センターでは、職員数名がチームを組み、被災者の住まいの変化や被災後の時間経過、地域特性などに合わせて内容や手法を臨機応変に変化させながら、あくまで各区保健福祉センターの地域精神保健福祉活動をバックアップする形で支援を継続している。具体的な支援は、応急仮設住宅入居者や復興公営住宅入居者、津波浸水地域の在宅被災者などに対する各区保健福祉センターとの協働訪問、震災ストレス相談室、福島県など他の地域

からの転入者に向けたサロン活動への協力、ケースレビュー、研修、普及啓発など、多岐にわたる。また、「子どものこころのケアチーム」は、「幼児健診におけるこころとからだの相談問診票」および「子どものこころの相談室」に形を変えて、現在も継続している。復興公営住宅入居や防災集団移転や自力再建などによる生活再建が進んでも、心身の不調や生活上の困りごとなど幅広いニーズを抱える被災者への支援の必要性は依然として高いため、今後も支援を継続していく予定である。

## 支援の実際

本市では、平成二〇（二〇〇八）年度に「仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン」<sup>①</sup>（以下、「ガイドライン」）を作成し、本市における精神保健福祉業務に関する外部応援職員・チームの受け入れに関する窓口および実際の支援業務に関する相談の窓口を、すべて当センターとする旨を明記していた。被害状況ならびにニーズの把握は、各区保健福祉センターや市役所内の関係部署などとのやりとりを密に保って情報を収集すると同時に、「こころのケアチーム」に加わっている当センター職員も避難所等の現

場における情報を直接収集した。

一方、外部支援としてご支援くださったのは、県外からは、厚生労働省による他県チーム（兵庫県、徳島県、福井県、香川県）、日本精神神経科診療所協会、川崎医科大学、個人のお声かけであり、県内は、東北大学、国見台病院、仙台医療センター、東北会病院、東北福祉大学せんだんホスピタル、仙台少年鑑別所、仙台市立病院の精神医療相談室や発達相談支援センターなど本市の相談機関、個人のお声かけで、全体として、組織立った支援チームと個別のご厚意とが混在していた。

これらを踏まえて、当センターでは、刻々と変化する情報やニーズと支援チームの人数や職種とを照らし合わせながら、外部支援の多くを当センター職員を含む「このころのケアチーム」に再編成してコーディネートし、支援を実施した。このチームは、精神科医と、保健師または心理職または精神保健福祉士の三～五名で成っており、当センター職員は、支援者・現地案内役・地元関係機関とのつなぎ役・情報収集役などの多彩な役割を担って、その中に加わっていた。

具体的な活動は、以下の通りである。まず事前に、外部支援のロジスティシャンとの間で、「ガイドライン（外部

応援職員用）」に目を通してくださるよう依頼するとともに、活動日程の連絡、集合場所の提示、必要物品の提示・調整、想定される活動内容の提示を行っておいた。そして、外部支援者、とくに県外からの支援者には、活動初日にまず当センターにおいていただいて、被災状況や避難所などの状況、被災者の精神面その他の現状をお伝えした。それから、外部支援者と当センター職員が「このころのケアチーム」として区保健福祉センターに赴いて情報交換を行い、避難所などを巡回しながら、相談支援（被災者への声かけ、傾聴を中心とする対応、必要ならば診療や処方や紹介など）ならびにチラシを用いた災害後メンタルヘルスに関する啓発を行って、その情報を夕方に再び区保健福祉センターと共有した。さらに、これらのチーム活動終了後、職員は当センターに戻って情報共有と今後の支援の検討をするというのが、一日のおおまかな流れであった。避難所の巡回支援は、二〇一一年三月末頃から、自宅の片づけや出勤などによる避難所の日中不在者の増加や全戸訪問で把握した在宅被災者への対応の必要性に合わせて、避難所に精神科医などが常駐しながら一部巡回を実施し、在宅被災者訪問をも行う形に変更した。加えて、五月からは、避難所から応急仮設住宅への移行と引き継ぎが円滑に行われる

ための支援にも取り組んだ。他にも、外部支援者には、避難所や区保健福祉センターなどの職員の相談に乗っていたいたり、研修講師を務めていただいたりもした。

一番悩まされたのは、被災直後ほど刻々と移り変わる状況と、情報不足であった。先に述べたように、被災直後はライフラインが途絶し、電話やメールもインターネットも通じない状況に陥って、情報を直接得るしか手立てがなかった。また、ライフラインが回復しても、被害が著しいほど正確な情報は把握されにくく、公式な情報だけでは網羅しきれない現場の状況も重要ではあるが、同時に情報提供者によるバイアスがかかる可能性をはらんでいた。このため、多方面からいかに正確性の高い情報を得て俯瞰し、ニーズを把握して支援をコーディネートするか、変化に対応していくかは、非常に困難な課題であった。

臨機応変な対応も常に求められ、避難所を訪れて初めて独自に支援に入ってくださっていた外部支援チームの存在を知ったり、被害が想定外の規模だったためにより多くの役割や動き、マンパワーを要したりした。

みずからも被災しながら支援に奔走し続ける避難所や区保健福祉センターなど現場の支援者に、疲弊もあいまって生ずる感情面の問題も、現実的には大きかった。被災者お

よび地域への思い入れや、やらねばと思いつつも眼前の対応に精一杯で十分支援できない焦りなどによって、現場に近い支援者ほど、現状を俯瞰してより広い視野で支援を描くことが困難となる場合は少なくない。このため、ほど良く現場の支援者に寄り添って感情面をも支え、実施可能な支援を外部支援者とも相談しながら、我々の方から支援メニューを提案することがしばしば必要とされた。同様に、当センター内でも、こまめなコミュニケーションやお互いの思いやり、自他の心身の状態を意識するなどの心配りが肝要であった。

## 役立ったこと

本市において比較的円滑に受援を含む支援を展開できた要因としては、以下の三つが推察される。すなわち、被災前からの「ガイドライン」作成ならびに会議や研修等を通じた各区保健福祉センターとの関係構築といった平時からの備え、市内医療機関の診療が被災後一カ月以内には再開されて薬の流通状況も改善されたこと、そして、当センターから自動車ならば約一時間以内で市内各所に到達できる地の利である。



中でも、受援の枠組みとして役立ったのは、「ガイドライン」である。当時は、基本方針を記した総括版、支援マニュアル（専門職員用、一般職員用、携帯用）、保健所用、外部応援職員用、当センター所内用の七分冊で構成されていた（現在は四分冊）。これらには、当センターが外部支援のコーディネート機能を果たすことや、保健所が地域精神保健福祉活動を行うにあたっての行動指針、被災者の心身の反応の基礎知識や対応のポイントなどが記載されている。外部応援職員用には、本市の支援に参加するうえで理解しておいていただきたい事項、具体的には、本市の地図、体制、想定される業務、準備上の留意事項、業務の流れ、活動上の留意事項などが記載されており、ウェブサイトに掲載しておいたものに進んで目を通してご来仙くださった方々も多く、円滑な支援に有用であった。

受援の基本姿勢を考える上で役立ったのは、兵庫県チーム全体のロジスティシャンであった兵庫県庁職員の方の言葉である。チームの派遣先が厚生労働省によって本市に決まり、打ち合わせのお電話をくださった際に強調されたのが、「支援の主役は地元」「自分たちが行って害を与えないのが大事」「何でもやります」であった。これは、チームの皆様からも繰り返し伝えられた。受動的にご支援いた

くのではなく、支援は被災地側が主体的かつ積極的に考え、行うもので、そのお手伝いが外部支援者であるという位置づけの示唆は、混乱下にあった我々の受援の軸足を定める基盤として、非常にありがたかった。

さらに、市内の精神科医療機関の先生方が、本市の支援を気にかけて、自分たちも大変な中で当センターにわざわざ足を運んでくださったり、電話が通じないからと伝令を出してくださったり、ライフラインの回復後にはメールその他でご連絡くださったりしたのも、大変貴重なことであった。外部支援の窓口が当センターだと明らかだったので声をかけやすかったとおっしゃった先生もいらした。これらのあたたかいお気遣いやご助言と多職種にわたる人的支援のおかげで、我々は支援を実施することができた。

三月下旬以降は、宮城県庁において、県内の精神科医療機関、東北大学、宮城県ならびに仙台市の精神保健福祉担当部署、宮城県精神保健福祉センター、当センターなどが参集し、アドバイザーを迎えながら県内の支援を検討する会議が、週に一回程度開催された。これは、県内の状況や課題を俯瞰できると同時に、本市の現状や支援について再確認する機会ともなり、しばしば夜半に及んだため負担感はあるものの、有意義であった。

「このころのケアチーム」への従事、チーム活動の後方支援、外部支援のコーディネートをはじめとする諸調整、電話相談対応、当センター利用者のフォローアップ、情報発信、報道対応、通常業務の再開準備などを担う当センター職員の勤務ローテーションは、とくに三月中は曜日に関係なく連日支援を行っていたため、作成に非常に苦慮した。それでも、一週間に少なくとも一日以上は休みを取れるように設定し、結果的にはこれが、目立った不調者を出さずに支援を継続できることにつながった。

## 課題

我々が「ガイドライン」にあらはじめ記載していた主な支援活動は、以下の通りである。

- ・ 外部応援チーム受け入れに関する各種調整
- ・ 状況調査…各被災地域に関する情報収集及び分析
- ・ 地域精神保健福祉活動に関する援助方針の検討…このころのケア対策、外部応援チーム導入の詳細
- ・ 関係機関との連携…このころのケア対策にかかる関係機関の連絡会議の開催、参加
- ・ 必要な体制整備の調整…救護所および巡回相談に関する

### 外部応援職員派遣の調整

- ・ 市民からの相談に対する随時対応

・ 地域での災害時相談支援活動の実施…災害時ストレス症状への対応技術の助言指導、精神障害者への対応技術の指導、避難所スタッフ等との協議、被災地域のこのころのケア活動への助言、災害時相談電話の広報、援助者のメンタルヘルスに関することへの助言指導、災害時メンタルヘルスに関する予防的健康教育の実施  
これらをもとにあらためて振り返ってみると、被災者に対する直接的間接的支援は、支援を含めて、ある程度実施できていたと思われる。とくに、このころのケア活動への助言に関しては、単なる助言でなく、ともに考えて協働したこと、ならびに、現地支援者の感情面やメンタルヘルスにも配慮したことが、疲弊した支援者らの支えになったとの声を複数得ている。

一方、関係機関の連携は、宮城県庁で行われた会議には参加していたものの、関係機関職員の負担を考慮しすぎて本市独自の連絡会議開催に踏み切れず、我々が多方面から得た情報に基づいて支援方針を検討し実施するに留まり、十分とは言えなかった。また、DMAT（災害派遣医療チーム）や災害対策本部との連携を積極的に取っていないかつ

たことも、大きな課題である。

さらに、被害規模が非常に甚大かつ広範囲であったため、避難所から応急仮設住宅、津波浸水地域、他県および県内他市町村からの避難者など、どこまで支援しても支援し切れない感があり、同時に、時間の経過に伴ってPTSDの顕在化が相当規模で生ずるのではないかとの恐れもあいまって、外部支援終了の判断が遅れてしまったことは、派遣元へのご迷惑も伴う大きな課題であった。被災者の健康調査などが行われていない時点であったからこそ、やはり、各区保健福祉センターや主要な医療機関など関係機関の会議を開催して、より広範囲の情報共有と支援の検討を行う必要があったと反省している。

## おわりに

未曾有の大災害に多数のご支援をいただきながら常に考えていたのは、現地のニーズに基づいて的確に支援方針を立てて動くことの難しさと、外部支援のコーディネートがいかに行っていくか、すなわち、支援の大切さであった。平時からの備えは「ガイドライン」作成をはじめとしてできる限り行っていたものの、被災し疲弊しながらの受援の模索は、容易ではなかった。現在、DPAT体制が整備

され、指揮系統や活動マニュアルなどが定められて、支援派遣にも受援にも当時ほどの混乱は生じなくなってきたように思われるが、だからこそなお、システムと心遣いの双方が必要だと考える。すなわち、外部支援者による被災地への心遣いを含んだ声かけが受援者の精神的下支えとなる場合は数多く、さらに、受援者は、心ある外部支援者のことは何年経っても忘れずに、みずからが外部支援者となる際のモデルとしてつないで行くのである。

本稿も含めて、受援の経験や知見を伝承することが、今後のより良い災害後支援につながるよう、願っている。当時おいでくださったたくさんの方々と、今現在も本市を気にかけ続けてくださったっている方々に、心より感謝しながら、筆を置かせていただく。

## 〔文 献〕

- (1) 仙台市精神保健福祉総合センター「仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン」(<https://www.city.sendai.jp/seshin-kanri/kurashi/kenkofukushi/kenkoiryo/sodan/seshinhoken/heartport/saigaimentalu/guidelines.html>)
  - (2) 林みづ穂「大災害後のメンタルヘルス対策―仙台市の経験より」『日本社会精神医学会雑誌』二二巻、三〇八―三一四頁、二〇一二年
- (はやし・みつほ／精神医学)