

東京の精神保健福祉

テーマ

災害時のこころのケア

- 1 東京都災害時こころのケア体制（東京DPAT）整備について ①
菅原 誠 東京都立中部総合精神保健福祉センター 副所長
- 2 熊本地震の被災経験を踏まえた望まれる対策 ③
犬飼 邦明 社会医療法人ましき会 益城病院 理事長
- 3 都市型災害と精神医療 ⑥
金 吉春 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部長、
災害時こころの情報支援センター長

1

東京都災害時こころのケア体制 （東京DPAT）整備について

東京都立中部総合精神保健福祉センター 副所長
菅原 誠



1. はじめに

国の有識者会議は、30年以内に70%の確率で起きるとされるM7級の首都直下型地震で、最悪の場合死者が2万3000人、経済被害が約95兆円に上るとの想定

を発表しています。

災害時の身体医療救護体制に関しては、阪神淡路大震災での経験を基に災害派遣医療チーム、日本DMATが平成17年4月に発足しました。DMATはDisaster Medical Assistance Teamの略称で、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、超急性期（48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームで、報道等でその活躍は幅広く知られているところです。

一方で、災害時のこころのケアの必要性も阪神淡路大震災以降特に言われるようになり、大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための「こころの

ケアチーム」が主に都道府県単位で設立されました。東日本大震災では、平成23年3月～24年3月までの累計で57チーム、のべ3504人が活動に参画しました。東京都も岩手県陸前高田市に約1年間のチーム派遣を行い、精神科診療や精神保健活動を実施しました。その後、全国的な組織的チーム派遣体制の必要性や超急性期からの被災精神科医療機関支援の必要性が言われるようになり、厚生労働省により平成25年4月、都道府県及び政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームDPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team、ディーパットと呼称）活動要領が示され、全国的に整備が進んでいます。超急性期から急性期までの間に医療や救助目的で活動するDMATに対して、DPATは超急性期の精神科医療から中長期の精神保健活動までを視野に入れていることが大きな違いです。平成28年4月の熊本地震は全国規模でDPATが集結し活動した初めての災害となりました。東京都もチーム派遣を行い様々な教訓を得ました。

熊本での活動経験を踏まえて、東京都では、都内での自然災害やテロ、事故などによる大規模災害の際に、被災によって機能しなくなった精神科医療の補填、被災した精神科患者や災害ストレスに関連した被災住民等への対応など、専門性の高い精神科医療の提供と、地域精神保健活動の支援が、都内の精神科医療機関の偏在などの特徴を踏まえた上で、超急性期から中長期まで円滑に行われるよう、平成28年度より災害時こころのケア体制（東京DPAT）整備事業を開始してきました。

連絡調整会議や作業部会での検討の結果、東京DPATは、発災後概ね48時間以内に活動できる機動性を有し、医師、看護師、業務調整員（事務職員等）

を含む4名による一週間の活動を標準としたチームと定義され、東京DPATマニュアルに基づいた指揮命令系統（後述）の元で活動を行います。

平成30年2月には都内精神科医療機関を対象に東京DPAT登録に向けた公募が行われ、3月末には都立（総合）精神保健福祉センターおよび25登録医療機関による東京DPATが発足しました。今後東京DPATに対する都内発災を想定した訓練も行われます。

2. 発災後のフェーズに応じた東京DPATの指揮命令系統

①発災直後～急性期（1週間程度まで）

発災直後、都庁内に東京都災害対策本部が立ち上がり、DMATと同様に、DPAT調整本部（以下、調整本部）もその中に参加して活動します。調整本部は、精神科医療救護活動の観点から必要に応じて、東京都災害医療コーディネーターに対し、助言を行うとともに、①DPAT活動方針の策定、②東京DPAT登録機関への派遣要請及び災害程度に応じた他道府県DPAT派遣依頼に関する事、③DPATの配分調整に関する事、④精神疾患患者を受け入れる広域の病院の確保に関する事、などの業務を担います。調整本部は、原則福祉保健局担当部署職員および精神保健福祉センター職員などにより運営します。

派遣要請を受けた東京DPAT各チームは、調整本部からの指示に応じて災害規模に応じて、二次保健医療圏毎に医療対策拠点が設置された災害拠点病院

に、DMATと同様にDPAT活動拠点本部（以下、拠点本部）を設置します。拠点本部は、必要に応じて地域災害医療コーディネーターに対し、精神科の救護活動の観点から助言を行うとともに、①調整本部から指示を受け参集したDPATについて、圏域内の区市町村からの要請に応じて医療救護活動拠点等への配分決定を行う、②区市町村災害医療コーディネーターに対し、必要に応じて精神科の救護活動に関する助言を行う、③圏域内で可能な限り精神疾患患者を受け入れる病院の確保に関する事（不可能な場合は調整本部に依頼）、④区市町村からの派遣要請を踏まえ、調整本部に対し、DPATの派遣要請を行うこと、などの業務を行います。

拠点本部の運営は原則東京DPATが担いますが、運営を担うチーム以外の東京DPATおよび他道府県DPATは、圏域内の区市町村災害対策本部の指示の下、精神科医療を中心とした支援活動に、DMATやJMAT（日本医師会災害医療チーム）などの身体救護チームや日赤、自衛隊、保健活動班などとの連携を図りながら従事します。地域の病院や医療救護所、避難所などで活動するDPATが不足している時には、区市町村に対しDPATの追加派遣を要請するよう助言します。

②亜急性期（概ね1週間以後）～中長期

この頃に入ると、二次保健医療圏毎に設置されていた医療対策拠点から、区市町村毎の医療救護活動拠点に活動の中心が移ってきます。DPAT調整本部、活

フェーズ区分と東京DPATの主な活動

DPATは発災直後の精神科医療の支援から急性期以降における地域精神保健活動の支援を担うことになります。DPATに求められる活動は災害の種類や規模、派遣時期、被災地域の特性等によっても異なるため、活動時の現地におけるニーズに合わせて柔軟に対応することが必要です。

	フェーズ0 発災直後 （発災～6時間まで）	フェーズ1 超急性期 （72時間まで）	フェーズ2 急性期 （1週間程度まで）	フェーズ3 亜急性期 （1か月程度まで）	フェーズ4 慢性期 （3か月程度まで）	フェーズ5 中長期 （3か月程度以降）												
被災地域の状況 被災者の居場所 保健医療関係機関の活動	救護所等 避難所／テント・車中 自宅・親戚知人宅 ○東京DMATの活動 ○災害医療コーディネーター参集 ○医療対策拠点の設置						（必要時）二次（福祉）避難所 ○主に日本DMATによる支援活動 ○都・地区医療救護班・歯科医療救護班・薬剤師班の派遣 ○緊急医療救護所の設置						（必要時）二次（福祉）避難所 ○主に他道府県の医療救護班による支援活動					
東京都 （災害対策本部） 東京DPAT調整本部 東京DPAT統括者、 都精神保健医療課、 （総合）精神保健福祉センター	●都内で活動するすべてのDPATの統括・調整 ・都内被災地域の状況把握、ニーズアセスメント、DPAT活動方針の策定 ・東京都災害医療コーディネーターを始めとした関係機関及びDPAT事務局との連絡調整 ・東京DPAT登録機関及び必要に応じたDPAT事務局への派遣要請と配分調整																	
（医療対策拠点） 東京DPAT活動拠点本部 東京DPAT （総合）精神保健福祉センター	東京DPAT 出動準備		●圏域で活動するすべてのDPATの統括・調整 ・活動拠点本部の設置 ・圏域内のニーズアセスメント ・地域災害医療コーディネーターを始めとした圏域内関係機関との連絡調整 ・DPATの派遣要請、東京DPAT及び他県DPATの配分決定 ・精神疾患患者を受け入れる病院の確保 ※医療対策拠点開設後は（総合）精神保健福祉センターに移行															
（区市町村） 精神科医療機関 医療救護所 避難所等 東京DPAT、 他道府県DPAT	●被災精神科医療機関の機能補完 ・被災精神科病院の患者搬送等の支援・急性増悪者等への対応・医療救護チーム等との連携																	
	●地域精神保健活動 ・避難所での精神保健相談・仮設住宅等へのアウトリーチ活動 ・普及啓発、各種健康教育活動																	
	●支援者支援 ・支援者への技術支援・支援者ストレスについての啓発																	

動拠点本部、DPAT 各チームの役割は変わりませんが、より地域特性に密着した支援を継続していくために、活動拠点本部を災害拠点病院から都内3カ所の（総合）精神保健福祉センターに集約します。区市町村で活動するDPATの活動は、それまでの倒壊精神科病院からの転院支援や急性増悪患者の診察などの医療機能補填から、地域精神保健活動の支援や、疲弊した支援者への支援に移っていきます。この頃には、医療機関の診療機能が次第に回復し、区市町村の医療救護所、避難所などでの地域の精神科医療機関などによる巡回相談診療なども行われるようになります。

都外の発災時にも発災道府県あるいは厚生労働省等の要請をうけて東京DPATの出動を検討します。東京DPAT登録医療機関は日常から医薬品などの資機材などを確保し、都が実施する訓練にも参加します。また、都は実際の活動に要した費用を協定に基づいて支弁するほか、活動や訓練に伴う事故等に対応するために傷害保険に加入するなどの体制を整備しています。

3. 東京DPATの活動への期待と限界

災害時にはDPAT以外にもDHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team：公衆衛生活動を目的とした災害時健康危機管理支援チーム）や精神科医を含むJMAT、日赤など多数のチームが精神科医療救護やストレス障害発症の予防などを目的とした精神保健活動に携わります。他にも、区市町村と協定を結んでいる地域病院や診療所のチームも駆け付けてきます。そうした中で、一貫した指揮命令系統の元で、被災病院・診療所の診療態勢が整わない超急性期からの精神科医療補填を行い、亜急性期以降は様々なチームを結びつけ、効果的な精神保健活動の促進を行うこと、既存の地域の連携体制では足りないところを補うことがDPATの役割です。各チームが同じマニュアルと指揮命令系統の元で活動することで効率的かつ効果的な活動が期待されます。熊本地震では東京都を含めて全国から半年間でのべ200以上のDPATが参加しましたが、災害時に都内全域の精神科医療救護や精神保健活動をDPATだけでまかなうことは不可能です。日頃からの精神科医療機関や関連福祉施設毎の自助体制、地域毎の共助体制が必要です。そのための訓練も重要です。

災害はいつやってくるかわかりません。日頃から家庭では耐震化や家具転倒防止などの安全対策、非常持出し袋の確認、食糧や水の備蓄、避難場所や連絡手段の確認、常用薬のある方は一週間程度の予備とお薬手帳などを確認しておきましょう。職場では、非常用防災資機材の準備や避難訓練、事業継続計画（BCP）の策定が必要です。“備えよ常に”です。

2

熊本地震の被災経験を踏まえた望まれる対策

社会医療法人ましき会 益城病院 理事長

犬飼 邦明



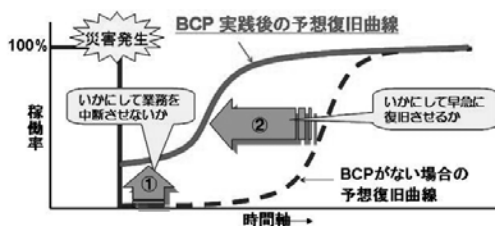
1. はじめに

BCP（Business Continuity Plan）という言葉を知ったのは熊本地震に被災したずっと後のことでした。BCPがあったならもっと別の対応ができていたのかは分かりませんが、停電のなか足の踏み場もない事務室には入れず、ネットワークを開くことも出来ない状況では分厚い冊子を持ち出す余裕もパソコンを開くこともできません。本稿はBCP的視点に立つて熊本地震の体験を振り返ったものですが、大規模災害時にはマニュアルに想定していない多くのことが起きます。この程度の被害で済んだのは誠に幸運だったからといえるのかも知れません。

2. 被災状況からみた熊本地震

最近大規模災害時の備えとしてBCPが提唱されています。業務の継続性を図るために、いかに被害を最小限に食い止め、どのように重要業務の復旧を図るかに主眼があるものと思われます【図1】。まず社会医療法人ましき会益城病院（以下当院と略す）が熊本地震により被った損害を示します【図2】。被災直後に行った応急復旧工事費用、病院機能の一時の喪失による診療報酬の減少、最も大きな経済的負

BCP作成上のポイント



- (1) 非常事態に強い病院を作る。
- (2) 被害を最小限に留める(事前準備)
- (3) 重要な事業を速やかに仮復旧させる。
- (4) 本格復旧の計画を作る。
- (5) できれば被災前よりアップを目指す。

図1

熊本地震による当院の損害予測

直接被害

- 応急復旧工事 約1.4億円
(ライフライン確保、倒壊建物の解体、危険箇所の応急処置、路盤整備)
- 診療報酬収入減(対27年度比) 約3.3億円

復興費用

- 土地取得費用約1.3億円
- 復興建築工事費約45億円
- 既存施設解体費用約3.5億円
- 合計損害総額 約54.5億円

助成金

- 雇用調整助成金0.4億円
- 義援金0.4億円
- 復旧・復興工事助成金(建築費の約1/2?)

被災により、新たに25億以上の自己負担が必要となった。

図2

担となる病院再建に要する土地取得費用や建築工事費、そして既存施設の解体費用など、現時点でも総額50億円を超すものと見込んでいます。

当院の被災復旧状況を診療報酬と利用者数の両面から示します【図3】。入院病棟閉鎖や外来患者数減少で年間収入は被災前年度比マイナス3.3億に上りました。一方被災の翌週には仮診療室で外来診療を開始、一月以内にはデイケアを再開、また訪問看護や訪問診療などのアウトリーチを強化した結果在宅診療実績は多少伸び、医療従事者のモチベーション維持にも役立ちました。

入院患者全員退去という判断はBCP的観点からは賛否の分かれるところでしょう。決め手となったのはライフラインの途絶でした。被災直後は自家発電装置に切り替わっていましたが、余震相次ぐなか屋上にある燃料タンクへの給油は不可能で翌日には電源喪失。熊本の豊富な地下水を揚水ポンプで汲み上げる事も出来なくなり断水しました。食事の提供、

被災直後から地下埋設配管が全て断裂、給排水、電気、電話、LANなどのライフラインが途絶。給食、衛生管理困難に。
病棟など構造体を支える基礎(杭)部分に大きなダメージを受けた。
………仮復旧にも2ヶ月以上を要した。

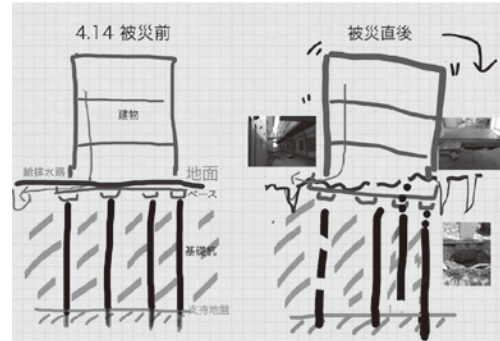


図4

4/14 第1震直後の被害状況



最初の一撃で40cm近く病棟本館が沈下した。
屋外へのドアは開かず、建物間のコネクションは断絶した。

図5

衛生管理の観点から入院機能喪失と判断しましたが、その時は1、2週間で復旧できるものと思っていました。前震が起きた24時間以内には全入院患者199名を退・転院させており、28時間後に起きた本震を無事乗り切ることができました。本震では転院先が大きな被害を受け隣接県を含め二次避難を余儀なくされたことを考えると、

1人の怪我人も出すことがなかったのは幸運というしかありません。

今回の熊本地震の特徴は、震度7の強震が2回連続したこと、震源の浅い横ずれ断層型地震にありその結果、耐震構造であった病院建物もそれを支える地中の杭の大半が損傷し、建物自体は沈下し傾き、建物間の連結部分が離断しました。そして地中埋設のケーブルや配管が壊滅的な損傷を受けました【図4、5】。そのため排水系の復旧には数ヶ月を要し転院患者の受け入れが遅れました。破損した杭を補修するには新規建て替えと同じくらいの費用と工期がかか

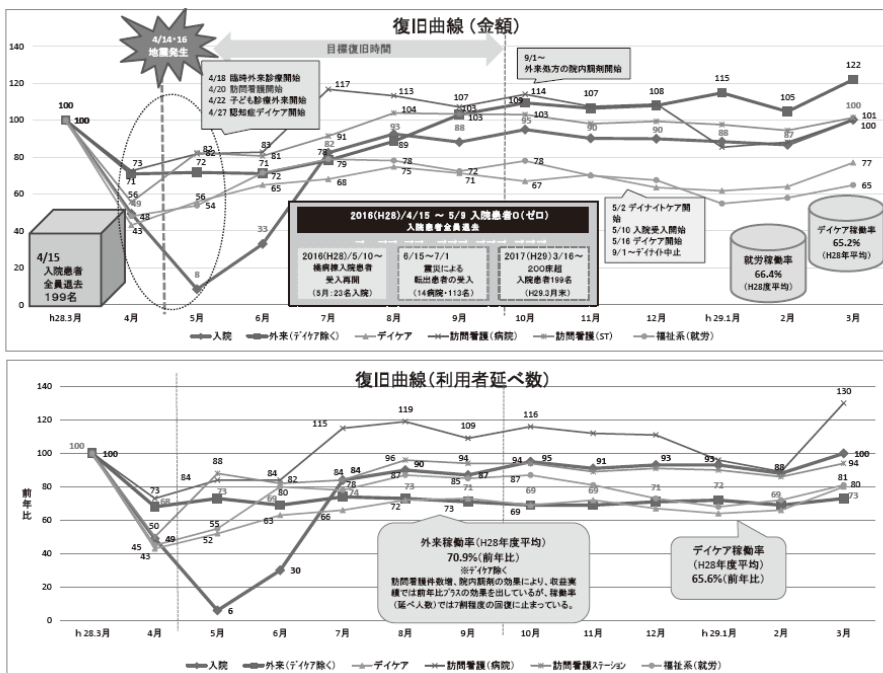


図3

ることが分かり、再建計画は二転三転し、最終的には別敷地に移転という最悪の選択となりました。災害に強い病院には立地、耐震化、ライフラインの確保は欠かせません。

3. 益城病院での対応

災害時には自助、共助、公助の支援が互いに補完し合うことが必要です。まず自助の視点から申しますと、著者は幸運にも被災の2ヶ月前にDPAT統括者研修を受講しており、災害時対応の「CSCATTT」トレーニングは自院の本部立ち上げや自助活動に役立ちました。また東日本大震災後、当院ではリュック式の避難グッズと折りたたみ式防災ヘルメットを患者・職員の人数分揃えており、「自分の身は自分で守ろう」と準備していました【図6】。当院では平時から職員のメールアドレスを管理し慶弔時の一斉通報などに活用していました。被災の翌日には全職員に対し病院情報のメッセージ発信を始め出勤困難な職員にも心強い情報源となりました【図7】。

一方院外との情報網(ネットワーク)は未整備のままで、EMIS(Emergency Medical Information System)のID交付もなされておられませんでした。被災直後から通常の電話回線、FAXは使用不能となり、被害状況の報告や支援の要請は断片的にしか伝わらず、結果的には公助による支援情報が得られないまま、自

力で患者の転院先をあたることとなり、熊本県精神科病院協会会員病院が搬送車両も準備してくれました。災害時伝達用の標準化したフォームを予め準備しておき、口頭、メール、SNSなど様々な情報伝達手段を用いて外部に発信できる仕組みが必要でした。

当院では10年程前から電子カルテを導入していますが、災害特に水害や倒壊には脆弱で、データ消失の危険性がありました。幸い紙ベースでの診療録補助簿に処方や検査値の控えを残しておりましたので、患者搬送時には持参させることが出来ました。電子カルテのバックアップデータは無事でしたが、復旧したのは本部移転後の3日目のことでした。それでも移転先で電子カルテを使用できるようになった結果外来診療、在宅支援、転院患者の情報提供などの対応が可能となりました。システムはダブルで準備しておく方が安全です。

災害対応には平時の診療組織とは異なった組織が必要です。これまで経験のない状況下で様々な交錯する情報を取捨選択し対応していくには、前例やマニュアルによらない臨機応変な判断と組織が必要です。特に記録・情報、安全対策、営繕・施設管理、物資補給、対外交渉など、職種や資格に関係なく指示し実行させていかなければなりません。しかも職員自身も被災者で多くは帰る家を失った中で仕事です。体育系の職員は頼りになり被災直後から心理職の存在は大きかったように思います。

最も勇気づけられたのは被災3週間目頃から約2ヶ月間にわたり支援に入られた福島県あさかホスピタルや岡山県精神科病院協会、岡山県立こころの医療センターなどのグループでした。被災直後の患者受け入れから職員の心の支えまで、このような多くの支援(共助)に支えられたことに心から感謝しています。

4. 大規模災害時における精神科医療支援について

『一つとして同じ災害はない』といわれますが、マニュアル通りに進まないのが大規模災害で、平時からの訓練は欠かせません。特に「いまこの瞬間に大規模災害が起きたら」という想定は重要で、あれもこれも含めた手順書より、いまできること、いまやらなければならないことを優先するBCP的『削ぎ落とし』が必要になります。

一般の災害支援と精神科のそれとの違いは明かです【図8】。また目の前にある生命の危機を救うためのDMATと、機能喪失した精神科病院の患者救済のための支援は発想を変えなければならないと思います。例えば災害時トリアージタグは精神科入院患者搬送時には有効といえません。多くの入院患者のスムーズな搬送には、いま日本精神科病院協会(日精

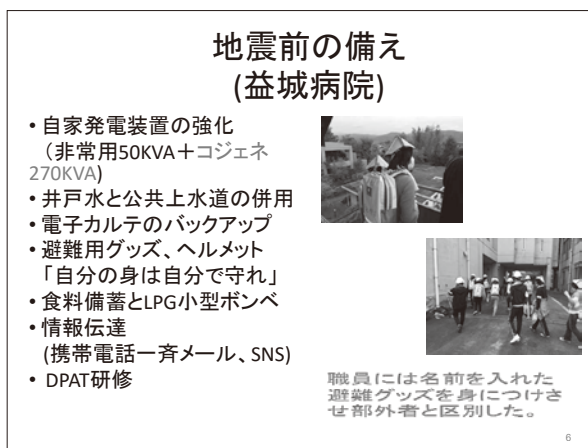


図6



図7

精神科災害時対応の特徴

- 精神科病院は病院数、入院患者数ともに数がとても多い。
- 多くの入院患者は自分で身を守ることが出来ず誘導が必要。
- 精神疾患の重症度・緊急度と災害時triageは一致しない。
- これらの判断は外部の支援チームからも解りにくい。
- 送り出し側が患者に明確な識別票を装着させることが効率的。

図8

【提案】 大規模災害時において入院患者などの避難を行う場合のtriageタグ

- ・精神科のtriageはDMATなどの生命的重症度判定基準と異なるのではないかと思います。
- ・送り出し病院側の情報として下記の識別タグを用いることにより、受け入れ病院側の体制確保に有効な手段と考えられますがいかがでしょうか。
- ・あらかじめ5色のリストバンドを準備しておき、避難時に氏名(カナ)、生年月日を記載し患者さんの腕などに装着します。



- A(白色): 措置入院、医療観察法入院患者など
- B(赤色): 隔離拘束など行動制限中の患者など
- C(黄色): 輸液、胃瘻などの身体合併症管理を要している患者など
- D(緑色): 閉鎖病棟処遇の医療保護入院患者など
- E(青色): 開放病棟処遇の任意入院患者など

※色は例です。

価格は100本で2300円程度です。

図9

協) 災害医療委員会で検討している色分けしたリストバンドは検討の価値があると思われます。ポイントは送り出し側スタッフが最近の処遇(入院種別や行動制限など)や合併症などを端的に記載した患者のカナ名前入りリストバンドを腕に装着するもので、移送の段階においてもまた受け入れ側においても迅速に適切な環境を準備することができるのではないかと考えています【図9】。

忘れてならないのが精神科病院は入院患者以外の外来・在宅患者支援機能を担っているということです。大規模災害によりこれらの活動が途絶すると、ひいては生活の場を失った在宅患者の病状悪化につながることになりかねません【図10】。そこで精神科病院の災害支援においては被害状況の把握と必要な支援を結びつける支援調整機能が重要となります。第7次保健医療計画に含まれることになった災害拠点精神科病院や日精協の提唱する災害時支援中心病院の機能は、まさに情報収集、必要な支援のとりまとめと発信、ヒト、モノ、ノウハウの集積と供給調整にあり、自助、公助、共助の橋渡しともいえるものです【図11】。災害対策本部に精神科災害医療コーディネータを加えることも大事かと思われます。

精神科領域での災害時支援

- ①入院機能喪失
 - 被災した病院からの転院移送
 - 非被災病院
- ②外来、DC、その他の医療機能喪失
 - 仮診療所開設
 - 被災病院や外部からの支援医療チーム
- ③初発・再燃患者
 - 避難所での対応や在宅診療強化
 - 外部からの支援医療チーム

図10

日精協災害時支援中心病院の役割 (2017.4研修会資料より)

- I 災害時支援中心病院が担う災害時支援の内容は主に以下のとおりです。
 1. 近隣の災害発生時には、すみやかに被災地の会員病院の被災状況や被災地におけるインフラ(水道・電気・交通などの供給状況)の情報を可能な限り入手し、本部に情報提供する。
 2. 必要な支援のニーズをとりまとめ、本部および被災していない近隣の災害時支援中心病院に情報提供し、可能な支援を受ける。
 3. 被災病院に向けての救護物資の一時集積所としての役割と被災会員病院への配送の手配をおこない、被災程度の軽い近隣会員病院と協力して被災病院への救護物資供給をおこなう。
 4. DPATの調整本部との情報交流を緊密におこない連携するとともに、必要であれば活動拠点としての機能を果たす。
 5. 平時より、災害時の支援活動についての模擬訓練をおこない、体制の整備状況を点検するなど災害発生時に備える。
- II 災害支援中心病院の具備条件は、以下のとおりです。
 - 津波・洪水・土砂災害・原発近隣などの被害予想地区ではない立地であること。
 - 病院建物が耐震基準を満たすものであること。
 - 支援物資を一時集積できる空間(準備できる比較的大きな部屋や体育館など)を有する事。
 - 既に登録済みのDPATあるいは今後に養成するDPATを1チーム備えること。
 - (先遣隊である必要はありません)

現在日精協災害医療委員会では、災害支援中心病院を各都道府県に複数箇所設置し、情報ネットワークの確立を始めています。またDPAT、JMAT等の研修受講者、機関のリストアップを始めています。

図11

5. おわりに

南海トラフや首都直下型地震が高率で取りざたされるなか、いま必要なのは、まず自らを守ること、患者を守ること、そして被害を最小限に食い止める受援体制の構築であり、熊本地震の体験がお役に立てれば幸いです。

3

都市型災害と精神医療

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部長、
災害時こころの情報支援センター長

金 吉春

1. はじめに

災害時のいわゆる心のケアと称される精神保健医療対応への社会的関心が日本で高まったのは、阪神

淡路大震災（1995）を契機としてである。それ以前にも、奥尻島、雲仙普賢岳の災害において心のケアの重要性は一部の研究者、医師によって指摘されていたが、その当時は本当にそうした活動が必要なのかとの異論も大きく、それが社会全体の言わばコンセンサスとなったのは何といても阪神淡路大震災によってである。その理由はこの震災が、日本でも有数の近代都市である神戸に生じたこと、近年の歴史における未曾有の犠牲者を出したことによって、それを目撃、伝聞した日本の社会全体がトラウマを体験し、いわば社会が自らのトラウマからの回復の手段として、被災者への心のケアを必要としたという事情があるかもしれない。しかし阪神淡路大震災の発災時刻は、都市がまだ活動を始める前の早朝であった。もしこれがラッシュ時などに生じていたら、その被害はさらに巨大なものになったはずである。

2. 都市型災害とは

本稿で筆者に課せられた題目である都市型災害というのは、おそらく東京の様な大都会において生じる災害を指していると思われるが、もしそうした災害が東京の通勤時間帯などの都市の活動時間に生じたとすると、その被害は阪神淡路大震災の経験を以ってしても到底推測することはできない。また既存の災害精神医療のガイドライン、教科書類を紐解いても、そのほとんどは無傷の先進地域から被災した地域へと出かけて行く人のための指針であり、しかも相当部分は開発途上国に支援に出る人々を想定している。振り返ると、ある程度文明の進んだ地域における都市型災害とは、サンフランシスコ地震、ハリケーンカトリナ、トルコ地震など、世界的にも数えるほどしか無く、そのなかで阪神淡路大震災に加えて東北沿岸都市部を巻き込んだ東日本大震災を経験した日本は、非常に特異的な立場にあるといえる。

しかしそのことは、裏を返せば都市型災害に関して参照すべき文献、研究資料が非常に乏しいということでもある。本稿は都市型災害に関して精神医療の立場から学術的に見解をまとめよという依頼であるが、このような事情からそれは非常に難しい課題であるといわざるを得ない。そこで災害における一般的な対策の方針を踏まえつつ、常識と推論を働かせて主要な論点を紹介することにしたい。

3. 災害と精神医学

WHOによれば、災害時の精神医学的反応は、1) 重度の精神症状を呈する者の割合が平常時の2,3%から3,4%に増加し、2) 中等度の症状を持つ者が10%から20%に増加するとされる。3) それ以

外の人々は一過性の軽度の症状を示したとしても、自然に回復することが多い。また筆者らの立川災害センターでの三次救急に搬送された患者の調査からは、1)に相当する、1軸診断を新たに生じていた人々の割合は事故後1ヶ月の時点で30%であった。これは、一般に被災者という場合には軽度の被災も含まれるのに対して、研究対象とした人々は三次救急への搬送という、重篤な体験をした人に絞られたためと思われる。ただし私達の研究の限界はその後の追跡が不十分だったことであり、その後の自然回復の傾向については不明である。

災害時の精神保健医療対応としては、上記の3群のいずれに対しても基本的な社会心理支援は必要である。災害時には通常的人間的繋がりが破壊されるので、意図的に社会心理支援を供給する必要があり、それを円滑化する上で、心理的応急処置（WHO版PFA（Psychological First Aid）など。あるいは米国版PFAも神戸の心のケアセンターが導入している）は有益である。ただしPFAが1)群の症状を安定化させることはできず、2)群については安定化できる人もいようが、効果は限られていよう。1)群の人々が、症状のために災害後の復興生活に不適應を生じたり、健康のリスクが生じている場合は、通常 of 精神医療が必要であり、そのためにも精神科医が被災者の目の届くところにいて活動を行う必要がある。2)群については医師の治療までは必要ではないが、心理的回復のためのプログラムが望ましく、筆者らは現在、オーストラリアの国立PTSDセンターと共同で効果研究に取り組んでいる。

さて都市型災害の場合、「都市の中で生じた」通常の災害であれば、上記の支援を提供することにはあまり困らないが「都市そのものが被災した」場合は、交通、通信、ライフラインが著しく損傷するために、上記のサービスの系統的な提供が難しい。くわえて、平時の生活や機能水準からの落差もまた、大きなストレス要因となる。311震災で支援のために帰国した日本人の国連関係機関の職員は、沿岸部の避難所をみて、アフリカのキャンプの方がもっと物資があると嘆いたそうだが、都市機能が失われたときの人々の生活がいかに厳しいものになるのかの一例である。

4. 東日本大震災の教訓

そのような状況において、中央の指示によって整然と活動するというチームモデルだけで、住民が必要とする精神保健医療活動を行うことは難しい。東日本大震災の当日、帰宅の渋滞で数時間を費やした個人的経験に照らしても、各地域で自律的に最小限の災害対応活動が組織されることが必要である。そのためにはPFAなどの研修を通じて、災害時の精神

保健医療対応へのリテラシーを住民が高めていくことが最も望ましいが、やはり核となるのは地域の医療、教育、消防、警察などであろう。なかでも開業医を含む医療関係者が落ち着いて住民や災害救援者を指導し、円滑に精神保健医療対応が進められることが最善の方法と思われる。といっても何も難しいことではない。相手の不安、恐怖を見定め、落ち着いて穏やかに接し、必要な支援を提供し、気がかりなことの力になり、安全な場所に誘い、その後の支援に結びつけるということに尽きる。WHO版PFAではこれを「見る・聞く・つなぐ」と簡潔にまとめている。

都市の場合にもっとも懸念されるのは、フェイクニュース、流言飛語の類である。かつての関東大震災の時には住民の虐殺が生じている。よもやと思

うが、情報はかならずその出所を確かめると共に、地域のなかで身を以て落ち着いた態度を取る存在が、不確かな情報に惑わされがちな人々に対しては有効である。その意味でも医療関係者の役割は大きい。

5. 今後の備え

今後に備えては、日本のような先進国家における都市型災害を想定した、急性期だけではなく、中長期も見据えた、また各地域での自律的な活動を促進するようなモデル、指針の開発と、双方向的な研修と、それを通じた地域の精神医療支援リソースの有機的交流を育てることが求められよう。

編集後記

豪雪の冬を経て春の兆しを感じられてきました。この春は東日本大震災から7年目、熊本地震から2年目を迎えます。

今回は「災害時のこころのケア」をテーマに、「東京都災害時こころのケア体制（東京DPAT）」についてそのフェーズに応じた活動内容等の他、「精神科病院におけるBCP」について熊本県の益城病院の事例などを掲載いたしました。

両者に共通している事はいくつかありましたが、特に平時からのネットワークの重要性を再認識しました。ぜひ一読ください。(M. N)

◎東京都精神保健福祉協議会のホームページを作成する予定です

新法人会員情報

ご入会ありがとうございます

2018年3月末日現在

施設名

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 一般社団法人東京精神神経科診療所協会（中野区中野） | 5 医療法人社団敬徳会祐天寺松本クリニック（目黒区祐天寺） |
| 2 医療法人社団光生会平川病院（八王子市美山町） | |
| 3 医療法人社団成仁 成仁病院（足立区島根） | 6 社会法人鶴風会（武蔵村山市学園） |
| 4 医療法人財団蔦の木会 南晴病院（大田区南蒲田） | |

東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。
入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会
のお知らせなどをお送りします。

☐ 会費（入会金は不要です。）

☐ 個人 1,000円 ☐ 法人 10,000円

多くの精神保健福祉に関心ある方や
施設・法人の入会をお待ちしています。

☐ 入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 南雲 真実

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内

TEL ▶03-3762-4151 (6770) FAX ▶03-5471-5774

Mail ▶tokyoshfk@gmail.com

登録番号 (29) 485
(通巻No.71) ISSN 1343-3830

発行

平成30年3月発行
東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健医療課
〒163-8001
新宿区西新宿二丁目8番1号
TEL 03-5321-1111 (内) 33-173
FAX 03-5388-1417

編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151 (内) 6770
FAX 03-5471-5774

印刷

株式会社トリョウビジネスサービス