

情報を現地のスタッフに活用し、早期治療に役立てる。

③村民の方を対象とした精神疾患の啓蒙のための小セミナーの開催。

④地域行政職員を対象とした講演会の開催。

おわりに

心のケアは、その対応に十分な配慮を必要とする。例えば、治療が必要と思ったケースでもその

サポートを望まないようなケースでは、いつでも対応できるようにご家族や保健師さんに様子を見てもらうといった助言を行い、長く見守っていく姿勢が大切である。これからが心のケアの本番です。どうぞ皆様方のご支援、ご協力を宜しくお願い申し上げます。

司会(染矢) ありがとうございます。それでは行政からのコメントとして福祉保健部の健康対策課石上課長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

6 中越大震災とこころのケア対策

石上 和男

新潟県福祉保健部健康対策課長

Report on Measures to Provide Mental Health Care for the Victims of Niigata Chuetsu Earthquake

Kazuo ISHIGAMI

*Director of Health Promotion Division, Department of Health and
Social Welfare, Niigata Prefectural Government*

キーワード：中越大震災、こころのケア

平成16年10月23日、午後5時56分川口町を震源とする中越大震災が発生した。震災直後から約2か月後までの間におけるこころのケア対策を中心に報告する。

被災状況

被災状況は表1に示すとおり多くの高齢者施設

や障害者施設、児童福祉施設、精神障害者社会福祉施設、そして141の医療施設も甚大な被害を受けた。中でも当課所管の精神科病院である中条第二病院(十日町市)は建物全体が大きく破壊され、入院患者全員の避難が必要となり、3日間をかけて県内20病院に139人が分散入院を余儀なくされるなどしたが、患者輸送や入院体制の確保などは極めて円滑に行われ、精神科病院間の連携

Reprint requests to: Kazuo ISHIGAMI
Director of Health Promotion Division
Department of Health and Social Welfare
Niigata Prefectural Government
4-1 Shinko-cho,
Niigata 950-8570 Japan

別刷請求先：〒950-8570 新潟市新光町4-1
新潟県福祉保険部健康対策課長 石上 和男

は特筆すべきものがあった。

医療チームの派遣状況

被災当日から県内外の医療機関等から医療チームの支援があり、続々と被災地に救援の手が差し延べられた。被災日には2チームであったものが

日ごとに直線的に増加し、11月2日には最大68チーム、1日当たりの受診者数も2438人と最高値を示した。その後は漸減し11月末には4チームとなった。

こころのケア対策

中越大震災の半年前の7月に、三条、見附市、中之島町を中心とする県央地区の豪雨災害があり、こころのケア対策のあり方に関する検討はある程度行われていたため、それを教訓に比較的にスムーズに対応ができたと考えている。

1. こころのケア対策会議の開催

10月28日には県、市町村、大学、病院、関係団体等関係者によるこころのケア対策会議を開催し、今後の対策の進め方について協議を行った。協議の中心はこころのケアチームの派遣に関する事と災害時の精神科医療の確保であった。前者は、チーム構成、対応マニュアルの作成など現地での対応方針を決めた。後者は中条第二病院以外の被災地域の精神科病院を中心とする医療の確保状況を確認するとともに、かかりつけ医への

表1 医療機関等の被災状況

施設の種類	箇所数
高齢者福祉等施設	130施設
障害者福祉施設	23施設
児童福祉施設	193施設
精神障害者社会福祉施設	5施設
医療施設	141施設
その他	29施設
水道施設	35事業体
合 計	556

注) 軽微な被害は除く

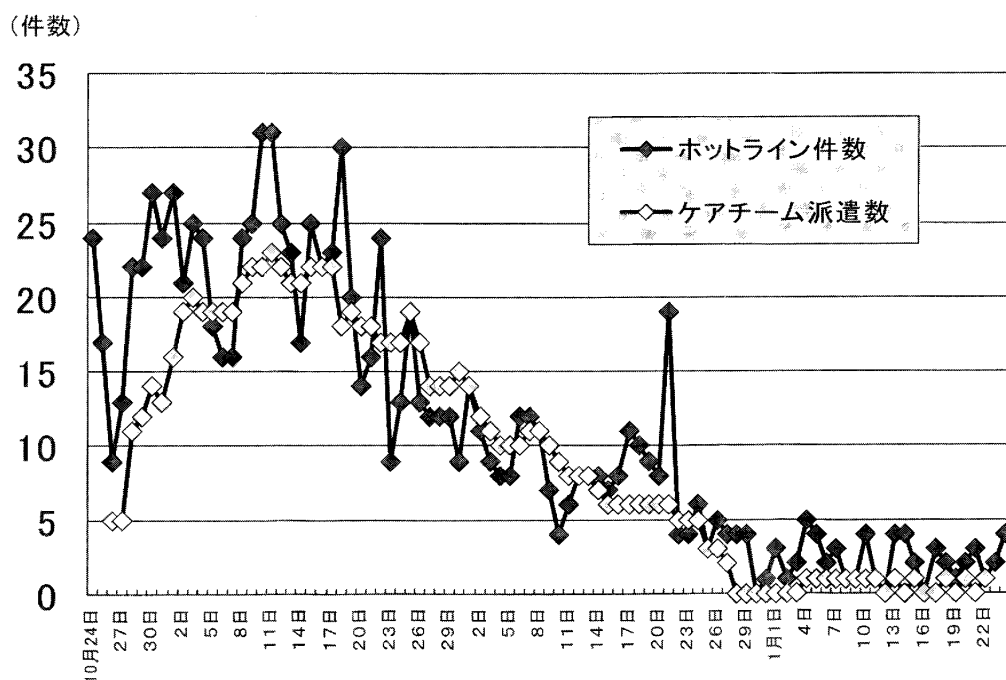


図1 こころのケアホットライン相談件数及びケアチーム派遣の推移

受診支援を保健所、市町村を通じて行うこととした。

なお、震災直後から国立精神・神経センターと兵庫県こころのケアセンターからは全面的な支援をいただき適切な対応が可能であったことを付け加える。

2. こころのケアホットライン(電話相談)

いつでも気軽に相談できるよう震災の翌日10月24日から専用相談電話を新潟ユニゾンプラザハート館に設置し、土日祝祭日を含む毎日、午前8時半から午後10時まで(12月24日からは午後5時までに変更)、県精神保健福祉センター、県臨床心理士会、児童相談所職員が対応した。相談件数の推移は図1に示すとおりであり、12月31日現在の相談件数は987件、最大1日当たりの件数は31件(11月10、11日)であった。

相談内容で最も多かったものは「不安」で250件(内訳:余震に対する不安・恐怖116件、将来に対する不安52件、その他82件)、次いで「家族等への対応」で168件(内訳:子どもへの対応116件、高齢者への対応24件、その他28件)、「不眠」85件と続いていた。

3. こころのケアチームの派遣

10月26日から要請のあった14市町村の避難所へこころのケアチームの派遣を行った。チームの構成は、精神科医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士等から成り、国立精神神経センター病院をはじめ全国の自治体や大学のチーム、精神科病院協会や県立精神科病院等39団体、12月31日現在で延べ840日、対応件数は6420件であった。こころのケアチームは10月26日に5チームが活動を開始し、日ごとに現地に入るチームが増え、11月11日には最大23チームとなった(図1)。

主訴別診察・相談内容で最も多かったのは「不眠」1812件、次いで「不安・恐怖」1872件、「イライラ」254件、「無気力」202件と続いた。また、血圧不安や腰痛など身体症状の訴えは3217件もあった。

今回のこころのケアチーム派遣の特徴は、県の求めに応じた構成員の確保と、1週間以上の滞在、さらには市町村単位もしくは区域を決めて責任を

持って対応すること、更には次のチームに引き継ぎをきちんと行うなどにより、適切な医療や相談が確保されたことがあげられる。

また、小中高校生のこころのケアについては、各施設に派遣された臨床心理士による観察や個別面談等を通じて行うほか、11月2日からは児童相談所も加わり、小千谷市や十日町市のケアチームに児童精神科医の配置により、診察や相談活動のほか保育士等への研修も開始した。

司会(染矢) どうもありがとうございました。それぞれにたいへん貴重な報告をいただきまして多くの視点が得られたと思います。大まかにまとめますと、どう医療支援していくのかということに関しては、初期の段階の情報収集・分析、それから対応をどう決定するかという問題、医療支援の濃淡とか支援の押し売りをしないといった言葉もでてきました。医療支援が過剰であるとアンバランスが生じるとか、他職種・他県からのチームとの協力体制、地元医師会との協力体制といった問題も出ました。また参加していない人への情報提供といった問題も提起されたように思います。それからスタッフの健康管理の問題といったことも出ました。その他多くの視点があってたくさん質問が出るのではないかと思います。いかがでしょうか?はい、下条先生。

下条 今司会の先生が言われたとおりだと思いますが、私が一番思うのは要請してもしその方々が二次災害になった時にどうしたらいいかということでした。「指示されれば行ったのに…」という声をたくさん聞いたのですが、私としては「率先していきましょう。」という声を大勢の方からいただきました。今日野本先生がおられますが、7・13水害のときにはいち早く野本先生が「行きましょう。私が行きます。許可してくれ。」ということで動いた。今回も色々問題があったのですが最終的には出張扱いあるいは若干の出張手当というようなことができました。今できてないのは大学院生に対して何もできてないのです。そういう矛盾、悩みがあるんですが、従来のマニュアルでは正式に要請が来たら病院として医療チームを派遣するとある。今回はなかなかそういう対応ができなかった。全て応用問題だったといえます。こういう応用問題をどういうふうに解決していくかというのが1つ我々に課せられた経験だったと思っています。最終的にはお弁当代・その他、色々なことで差し上げることができたのですが、当初は「弁当代は病

院から出るんですね？」と言われて、私も「出せ！」と言っておったんですが事務的にどういう扱いになるのかと。まあすべてが応用問題だったと思います。

司会（染矢） どうもありがとうございました。行くか行かないか、待機するかとりあえず行くかということで迷われた方も多いと思いますし、医局の中でも色んな立場の意見があったのではないかと思います。はいどうぞ先生。

野本 第3内科の野本です。今、下条院長がおっしゃった様なことなんですけども、実は病院機能評価と言う別の枠のものがあまして、その中で広域災害を含めた大学の役割というものでマニュアルを作れというのがございます。先程丸山先生が示されたようにマニュアルはあるんですけど、他大学のものを参考にしますと、例えば秋田大学では震度4があれば災害対策本部を作れ、半径15km以外に起こった場合でも作れ、病院長が災害対策本部長として作れと書いてあります。複数の大学のものを参考にしながら現在マニュアルの改正を行っているところで、ただこれは私が改正を行っても外科の先生方、救急部の先生方、もちろん院長先生を含めて職員の皆さんが賛同していただかなければ形だけできても実行に移せないと思っています。従来にあるマニュアルよりもっと踏みこんだ状況の中で皆職員が、職員と言いますと院生とか研究生はどうなるんだとかなくなってくるんですけども、検討していきながら大学の災害に対するあり方っていうのを考えていかなければならないと思います。さきほどの7・13に関しては私は伺いましたけど、他の施設で「自分たちがやるんだ！」というような組織もありますので、そういうところとかにうまくやっていけばいいのかと思いました。今回のことに関しましては精神科の先生方は非常にうまくできたということは、私は傍から見ていて伺っていて、ああやってできたらいいのになあという風に思っていました。他の医療もそうなんですけど、あるところは非常に医者が多くて、あるところでは少ないという、そういうアンバランスをどのように解消していけばいいのかというと、県と大学とでもう少し綿密な連絡を取る必要があります、特に私は県・市町村のほうにお願いしたいんですけど、今までのように大学が県や市町村からの要請がなければ派遣できないといったような状況ならなるべく早くしてもらいたいと、そうじゃないと後手に回って対応が遅いと言うことになると、決していいことじゃないと思います。少なくとも今私が言いたいことは、私がマニュアルをつくっていますので先生方ともご相談しな

がら考えて行きたいと思っております、ということです。

司会（染矢） はい、ありがとうございます。新潟大学としてどう動くかといったときに、そういうマニュアルの整備は非常に重要なことだろうと思うので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。新潟大学がどう動くかということと、県という地域の中でどう動くかというところがまだ非常に難しいところなんですけど、福祉保健部の鈴木副部長さんいらしているんですけど、その点いかがでしょうか？

鈴木 2つありまして、1つは川口町のように現場が壊滅状態で情報の発信のしようがない、その中には避難所ができて避難所の責任者は医療の素人で、避難所に入った瞬間からお年寄りなどに医療のニーズが絶対起こるのを予測できないんですね。そういった面から避難所にもすごい人数がいるのに、派遣しようと思っても必要ないといわれるんです。そういった今回の課題があったということと、それからもう1つは、初期に駆けつけたのは阪神淡路大震災で対応が遅いと言われた厚生労働省の国立病院で、災害医療センターができたので彼らは依頼があろうがなかろうが災害が起こればとにかく行きますから、「医療がニーズが必要なところを教えてください。」ということで、交通手段も自前です。それから当然県からの要請っていうのは県が責任を取ってくれますかと言うようなことは全くないんですね。そういったところが例えば東京のD-マットですとか、日赤は法律に基づいた支援活動ですのでこれはもちろん自律した環境でやっているということで、初期に駆けつけたところはとにかく普段からそういった整理できているところがあるということです。それから各都道府県にも一般医療の支援をお願いしたんですが、そのときにも交通手段とか食料とか医薬品とか事故が起こったときのこと、その辺りの整理ができたところについてはこういう窓口を作って自治体との交渉を調整しますからということをお願いしましたので、これでも今回精一杯避難所に何とか配置させてくださいと言うことで早期にできたと思うんですけど、やっぱり各医療機関で内部的に整理しておく必要があるんじゃないかと思います。

司会（染矢） 例えば今が10月23日の7時だとしたら県は新潟大学にどういう希望がありますか？

鈴木 あのとときにすぐに災害医療センターなりいくつかからもう要請があり、それをどう配置するか、というその時点で実はある病院は「もう要りません。現有勢力で大丈夫。」という情報がありました。ですから、その

チームのその配置ですら情報収集するのに困っていて、県内の関係者と連携といいますか、要請するのが少し遅れたんですね。それはあとで反省材料だったんですが、今なら直ちに要請はすると思いますし、ただあの時点では県の災害対策本部も相当混乱していてどういう交通手段なら現地に行けるのかっていうのが伝わってこないんですね。それから孤立集落も数日後にまだ30とか50とか言われてまして、今だったらドクターヘリを静岡県から借りられましたし、防衛庁から医官の乗ったドクターヘリを活用してくれて言うのもあったんで、どんどん情報がない地図のところを埋めていくようにヘリを飛ばして、とりあえずそれなりの規模の避難住民のいるところならそこに物資とスタッフを置いてくると、そういう活動をすべきだったかなあとと思っています。

司会(染矢) 医療班についても実際のニーズの10倍以上の派遣問い合わせがありました。それを初期にどうコントロールするかというのは行政の持つ力っていうのは大きなものであって、それを精神医療保健の面では大学が県を最大限バックアップするっていうような形で、やらせていただきましたけど、本当に殺到する医療の供給っていうのをどういうふうに整理してうまくやっていくのかということが大変である事を実感しました。しかし初期にはやはり足りないんですね。

鈴木 初期はそうですね。絶対いうと思ったんですけど、なかなか情報発信がないと。ですから陸路で行って、さらに噂といいますか情報を集めて回って、「ここ足りないからもうちょっと」みたいなことで、1つずつ勢力を拡大していったというか、そういう手法をとらざるを得なかったですね。あの時はそれが精一杯だと思うんですけど今思えばヘリの活用というのがあったのではないかと思います。

司会(遠藤) 鈴木副部長さんが言われたとおりで、私も初期の情報をいかに正確に、そしてどこから取るのかということが重要だと思います。地震当日鈴木副部長さん宛に私はお電話でご連絡させていただきました。その時点では県自体も十分な情報を得ていないとのことでした。そしてもちろん被災地の病院とはあまり連絡が取れないわけです。被災地の病院に連絡すると被災地の病院の人は病院の中にいるものですから、「何とかできている」というお答えをするのみでした。周囲の状況がかならずしも把握されていない印象でした。そうすると本当にその被災地の病院の方に判断を任せていいのかと思いました。逆に言えば、初期に私どもの誰かが先遣隊として情報を得るための偵察部隊の派遣が必要だっ

たのではないかと思います。恐らく被災地におられる先生方は押し寄せる患者さんに精一杯対応していたと思います。それで精一杯でなかなかそれ以上の判断はちょっと厳しかったのであろうと感じました。初期にいか、どのような情報をどこから得るかということは本当に重要であると思いました。どうぞ。

本多 私は前の新潟市民病院救命救護センター長の本多です。10年前に阪神大震災で救援をやった経験があるわけですけど、このたびのことで考えていることは、先程新潟大学との関係で色々話がありましたがそうではなくて、私が思っているのは天災は必ず起こる考える前提で、県の災害医療センターというのは、当然情報の集る、集らないとかあると思うんですけど、とにかく現場に出向いて火急的に集めるのは当然ですけど、その中でインフラの問題とか色々出ででしょうが、その中で医療関係についてはどういうニーズがあるか医師が本部にいて知ることとは絶対必要であること。もう1つはですね、日本全部どこでも起こりうるわけですから、色んな県とか色んな病院から突然ボランティアのような形で集ってくるわけですね。それを例えば今回の件に限定すれば新潟県だけで扱うのは非常にたいへんです。ですから是非日本では2、3ヶ所にそういう情報を必ず連絡して、そこで把握して、新潟県なら県の災害センターと情報交換しあいながらどこそこの病院にどういうチームが行ったほうがいいとかそういうのを絶えず調整するのが一番いいと思うんです。新潟県の災害医療センターに全部情報が集りますとこれは大混乱で、やっぱり学会等で考えて日本で2、3ヶ所ぐらいそういうセンターをぜひ作ったほうがいいと思います。それが一番のポイントですね。

司会(染矢) 私も全く同感なんですが、ただ今回の災害を受けてそういうふうな緊急対策本部を置いていくというのが行政の中にありますよね？

鈴木 新しい知事が今回の発生直後にそういう対応ができなかったということで、部局長クラスを当番制ですという話が・・・

司会(染矢) いや、政府としてです。

鈴木 政府に関しては、情報がありません。ただ今の話を聞いて思ったんですがたまたま今回は県庁はやられてなかったんで中枢機能はあったんですが、阪神淡路のときは県庁自体が機能が駄目で情報が来なくて、自衛隊に依頼した・来なかったとか色々混乱がおきましたので今のようなご提言は私は非常に重要だと思います。

司会(染矢) たしかに東京・大阪2ヶ所が最低限

必要でしょうけど、そういうコントロールセンター的なところがあって、そこが指揮して、外でチーム編成をして持ち込むような体制がないとやっぱりコントロールが効かなくなるということですね。ただ最初の特に3日間ぐらいまでの最初期救急という意味では、遠藤先生たちみたいな動きってというのはどうしても不可欠だと思います。他にいかがでしょうか？はい、どうぞ。

鈴木 済生会の鈴木と申しますけど、今の件なんですけど阪神の後、災害医療ネットワークでしたっけ、厚生省が仕切ってやったやつがあったと思うんですけど今回は大して動かなかった。それはどうしてなのかと反省して別のものを作ろうかという話が出ているとは聞いています。あとに日医の先生が行っていたんですけど、即応できるようなコントロールセンターを作るのも大事だけでも、被災地に最初に駆けつけた人間がマニュアルなしに自律的に動けるようになるようトレーニングすることも大事なことじゃないかと言っているのを聞いてそれも確かにそうだなと思いました。

司会（染矢） ありがとうございます。はいどうぞ。

今井 市民病院の今井です。先程の本多先生の話にもつながりますが、厚生省がやろうとしているDMATが発足しているはずですね。東京DMATを真似したというわけじゃなくて、前から構想があったんだと思います。日本全国的な災害医療派遣チームを200チーム、新潟県でも2チームは作ろうということです。空港がある場所、自衛隊がある地域を中心にそういうチームを作って、研修を行って、いつでもどこでも全国的に派遣できるような体制にしようということで、もうスタートしていますから、そういう意味では一歩進んだのかなと思っています。

佐藤 県立小出病院の佐藤です。向こうのほうで実際体験しておりますと、災害対策本部は市町村にあるんですね。医療に関しての対策本部はないんです。で今、小千谷市、魚沼市、川口町医師会の会長が盛んに言っていますことは、そのときに医療の対策本部も一緒に併設しなければならない、と。今までの災害対策本部というのは医療というのは脇にあるんですよね。お家だとか土木だとか道路だとかそういう対策はやるんですけど医療に関しての視点はありませんので、今後は多分医師会と一緒にやってやることになるんだと思うんですけど、市町村、県と一緒に、医師会あるいは大学だとか病院だとかそういう関係者がすぐに対策本部を設置して動かな

いといけない。色んなチームがお出になりますますがその配分もうまくいかないんです。ネットワークの構築に数日かかるということを体験いたしましたのでその辺の視点も大事なかなと思います。

司会（染矢） どうもありがとうございました。たいへん貴重なご意見と思います。

中村 ご報告させていただきたいのですが、新潟大学全体、五十嵐のほうで中長期の復興を学際的にやろうというプロジェクトが立ち上がりつつあります。それで基本的にはインフラの復興ですから、農学部、経済学部、工学部、この辺が中心となっているんですけど、副学長の板東教授から医学部も何かということで、私が窓口になっています。目的は例えば新潟大学全体で科学研究費に申請して復興の何かをやろうとか、大学のプロジェクトとして予算をつけようとか、その辺を目標としてはいるようです。医学部内では精神科が心のケアをやっているのは把握できたんですが、その他保健学科、歯学部でどのようなプロジェクトがあるか知りたくて、できたらまとまって一つ柱を作ってやるというのがやはりいいと思います。どなたか情報をお持ちでしたら衛生学の私、中村まで教えていただければと思います。今2ヶ月に1回か2回くらい集って勉強会をしています。その辺で他の学部の人たちの話が聞けますので興味がある方がおられましたらご連絡ください。

司会（染矢） ありがとうございます。今日は多くの先生にこれまでの貴重な体験をまとめていただいて、おそらくお忙しい中にまた仕事を増やしてしまうようなことで申し訳ないと思ったんですが、やはり一度まとめて議論しておくことが大切だと思いました。先程済生会の先生から、「やはり人だ。」という発言がありましたが、まさに私も同感です。実際に駆けつけてみてそこでいろんな人に会ってどういうふうに体制を作っていくか、どういうふうに意思決定機構を作っていくかが非常に重要です。なかなか一人では頭が回りませんが、いろんな人と話して情報を得ていくとまたそこにいい知恵が出てくることを感じました。今後まだまだしばらく色んな支援が必要な状況は続くんじゃないかと思いますが、新潟大学で色々知恵を出し合って被災地の復興あるいは医療支援というようなことで役に立っていければと思っています。本日は本当にお忙しいところたくさんお集まりいただきまして誠にありがとうございます。皆様のご協力に感謝します。どうもありがとうございました。