

## 能登半島地震発災を受けて思うこと

| 富田 博秋 Hiroaki Tomita

本年元日に発生した令和6年能登半島地震により犠牲となられた方々に哀悼の意を表するとともに、被災された皆様、ご家族・関係者の皆様に心よりお見舞い申し上げます。また、被災者の救済と被災地の復興支援のためにご尽力されている方々に敬意を表するとともに、被災地域の皆様の安全と復興をお祈り申し上げます。

私は、2011年の東日本大震災発災以降、本学会災害支援委員会に参加させて頂き、2023年秋より委員長を拝命しています。本学会理事として、災害支援委員会の他に、専門医試験運営統括委員会、精神科医・精神科医療の実態把握委員会、ICD-11委員会、用語委員会の主担当をさせて頂いており、各々で重要な取り組みが進んでおりますが、本稿では災害支援委員会に関することを中心に述べてさせて頂きます。

宮城県で東日本大震災発災を体験した時点では私自身、災害精神医学に関連して事前の心構えや準備がほとんどない状態でした。その後、差し迫った状況に対して、災害対応やトラウマ診療ご専門の先生方からご教授を頂きながら、また、被災住民の方や被災自治体職員、精神保健従事者の方と相談しながら何とか対応して参りましたが、振り返ると、あの時点でこうできていればと痛恨に思うことが多々あります。

そのなかで、災害発災後、『災害救助法』に基づく外部からの支援を要する数ヶ月間の対応については、東日本大震災後、災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）体制が発足して、全国レベル・各県レベルでの事前の備えの枠組み、災害救援体制の枠組みのなかでの災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）など他の組織と連携しての支援体制、情報を集積・共有する仕組みの整備・運用がなされてきています。平成28年熊本地震、平成30年北海道胆振東部地震や各地で発生した土砂災害後においても、今回

の令和6年能登半島地震後においても、その活動には目覚ましい進歩を感じます。

一方、『災害救助法』による都道府県外からの救援が終了した後、被災地域には長期にわたる精神保健福祉領域の課題が残され、各地域の従事者がこれにあたる必要がありますが、このような各被災地域での長期の取り組みの体制については、まだかなり改善の余地があると感じます。現状では、各地の精神保健従事者が、突然の大きな状況変化のなかで、手探りで対応策を立案しながら災害後の対応にかかわっていくことになることが多いものと思われます。できれば、災害が起こる前の平常時のうちに、災害が発生した場合、災害後長期の精神保健活動をどのような体制でどう進めるかを、行政とその医療圏の精神医療保健従事者との間で検討し、その検討内容を関係者で広く共有し、各々が備えをしておくことができていることが望まれます。また、DPAT先遣隊員やDPAT隊員への登録という形でDPAT体制に直接かかわっている精神保健従事者はまだごく一部に過ぎないのが現状ですが、今後、より大人数での長期にわたる外部支援が必要な激甚災害が発生することを想定すると、より多くの当学会員に災害発生時の精神保健対応への参画を進めて頂くことが望まれます。

災害後の精神保健体制が機能するためには、発災前の平常時から行政と精神医療保健従事者との良好な連携体制が構築されている必要があります。また、地域の精神医療保健従事者が連携して災害後の精神保健体制を良好に機能させることは、その先の平常の精神保健体制にもよい影響を残すことが期待されますし、新たな予期しない緊急事態が生じて、迅速に連携をとって最善の対処を尽くすことが可能になると期待されます。災害支援委員会では、DPAT体制を補完する形で災害精神保健体制の充実を図ることで、本邦の精神医療保健体制の充実につなげることができればと思います。