

Satoshi Waguri, Suguri Ishida, Kazuhide Ogawa, Atsushi Kikuta, Yumiko Nakajima, Noboru Ohana, Yoshisada Shibata, and Hidetsugu Yasuda (Fukushima Medical University), Jiro Iwase (The University of Aizu), Kenichi Hata and Hiroshi Iwanami (Fukushima Medical Association), Akinobu Hata (Fukushima Prefectural Mental and Welfare Center), Keiichi Akahane, Gen Kobashi, Hiroshi Yasuda, and Shunsuke Yonai (National Institute of Radiological Sciences), Mitsuru Hisata (Sophia University), Yoko Kamio and Yuriko Suzuki (National Center of Neurology and Psychiatry), Suminori Akiba (Kagoshima University), Tomotaka Sobue (Osaka University), Norito Kawakami (The University of Tokyo), and Hiroshi Nishimoto and Akiko Shibata (National Cancer Center).

REFERENCES

1. Fukushima Prefecture. Available from: <http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/chousagaiyou.pdf>.
2. Morgan C. Special feature. Hiroshima, Nagasaki, and the RERF. *Am J Pathol.* 1980;98:843-56.
3. The Radiation Effects Research Foundation. A brief description. <http://www.rerf.or.jp/shared/briefdescript/briefdescript.pdf>.
4. Shigematsu I. Ionizing radiation and health. *J Epidemiol.* 1992; 2(2 Suppl):S21-9.
5. Kodama K, Mabuchi K, Shigematsu I. A long-term cohort study of the atomic-bomb survivors. *J Epidemiol.* 1996;6(3 Suppl): S95-105.
6. Maksioutov Marat M. Radiation epidemiological studies in Russian National Medical and Dosimetric Registry: Estimation of cancer and non-cancer consequences observed among Chernobyl liquidators (Recent research activities about the Chernobyl NPP Accident in Belarus, Ukraine and Russia). *KURRI-KR.* 2002;(79):168-87.
7. Bennett B, Repacholi M, Carr Z. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group "Health". Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Ginzburg HM, Reis E. Consequences of the nuclear power plant accident at Chernobyl. *Public Health Rep.* 1991;106:32-40.
9. Likhtarev IA, Chumack VV, Repin VS. Retrospective reconstruction of individual and collective external gamma doses of population evacuated after the Chernobyl accident. *Health Phys.* 1994;66:643-52.
10. National Institute of Radiological Sciences. Available from: <http://www.nirs.go.jp/data/pdf/nirsdose.pdf>.
11. Akahane K, Yonai S, Fukuda S, Miyahara N, Yasuda H, Iwaoka K, et al. The Fukushima Nuclear Power Plant accident and exposures in the environment. *Environmentalist.* 2012;32: 136-43.
12. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and effects of ionizing radiation, UNSCEAR 2008 Report (Scientific Annex D, Health effects due to radiation from the Chernobyl accident) vol II. New York: United Nations; 2011.
13. Wakeford R. The silver anniversary of the Chernobyl accident. *Where are we now? J Radiol Prot.* 2011;31:1-7.
14. Brenner AV, Tronko MD, Hatch M, Bogdanova TI, Oliynik VA, Lubin JH, et al. I-131 dose response for incident thyroid cancers in Ukraine related to Chernobyl accident. *Environ Health Perspect.* 2011;119:933-9.
15. Jacob P, Bogdanova TI, Buglova E, Chepurniy M, Demidchik Y, Gavrilin Y, et al. Thyroid cancer risk in areas of Ukraine and Belarus affected by the Chernobyl accident. *Radiat Res.* 2006;165:1-8.
16. Sugimoto A, Krull S, Nomura S, Morita T, Tsubokura M. Voice of the most vulnerable: what we can learn from the Fukushima nuclear crisis. *Bull World Health Organ.* In press. <http://www.who.int/bulletin/11-094474.pdf>.
17. Adams RE, Bromet EJ, Panina N, Golovakha E, Goldgaber D, Gluzman S. Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chernobyl nuclear power plant accident. *Psychol Med.* 2002;32:143-56.
18. Adams RE, Guey LT, Gluzman SF, Bromet EJ. Psychological well-being and risk perceptions of mothers in Kyiv, Ukraine, 19 years after the Chernobyl disaster. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:637-45.
19. Bromet EJ, Goldgaber D, Carlson G, Panina N, Golovakha E, Gluzman SF, et al. Children's well-being 11 years after the Chernobyl catastrophe. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:563-71.
20. Bromet EJ, Gluzman S, Schwartz JE, Goldgaber D. Somatic symptoms in women 11 years after the Chernobyl accident: prevalence and risk factors. *Environ Health Perspect.* 2002;110 Suppl 4:625-9.
21. Bromet EJ, Havenaar JM. Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. *Health Phys.* 2007;93:516-21.
22. Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. Growing up in the shadow of Chernobyl: adolescents' risk perceptions and mental health. A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. *Clin Oncol.* 2011;23:297-305.
23. Bromet EJ, Guey LT, Taormina DP, Carlson GA, Havenaar JM, Kotov R, et al. The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:393-402.
24. Bromet EJ, Taormina DP, Guey LT, Bijlsma JA, Gluzman SF, Havenaar JM, et al. Subjective health legacy of the Chernobyl accident: a comparative study of 19-year olds in Kyiv. *BMC Public Health.* 2009;9:417.
25. Drabick DA, Beauchaine TP, Gadow KD, Carlson GA, Bromet EJ. Risk factors for conduct problems and depressive symptoms in a cohort of Ukrainian children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35:244-52.
26. Litcher L, Bromet EJ, Carlson G, Squires N, Goldgaber D, Panina N, et al. School and neuropsychological performance of evacuated children in Kyiv 11 years after the Chernobyl disaster. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41:291-9.
27. Yamada M, Izumi S. Psychiatric sequelae in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki two decades after the explosions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37: 409-15.
28. Matsuishi T, Nagano M, Araki Y, Tanaka Y, Iwasaki M, Yamashita Y, et al. Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of

- infant and school children in community samples. *Brain Dev.* 2008;30:410-5.
29. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:184-9.
 30. Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane TM. PTSD Checklist-Civilian version. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division; 1994.
 31. Fujimori K, Nomura Y, Hata K. The current state of perinatal care in Fukushima Prefecture. *Obstet Gynecol Pract.* 2012;61:93-8.
 32. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997;12:439-45.
 33. Bird WA. Fukushima health study launched. *Environ Health Perspect.* 2011;119:A428-9.
 34. Normile D. Newsmaker interview: Seiji Yasumura. Fukushima begins 30-year odyssey in radiation health. *Science.* 2011;333:684-5.
 35. Boice JD Jr. Radiation epidemiology: a perspective on Fukushima. *J Radiol Prot.* 2012;32:N33-40.
 36. Akiba S. Epidemiological studies of Fukushima residents exposed to ionizing radiation from the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant prefecture—a preliminary review of current plans. *J Radiol Prot.* 2012;32:1-10.
 37. The Nippon Foundation. Available from: <http://www.nippon-foundation.or.jp/eng/media/news/2011/8f0j6k00000b8g6q-att/8f0j6k00000b8gkt.pdf>.

2. 大震災および福島第一原発事故後のメンタルケア報告 —福島県沿岸地域における精神医療の現状と今後の課題—

Report on mental care for Tohoku-Pacific Ocean Earthquake and Fukushima Daiichi nuclear disaster : Actual situation and future problem of psychiatric service in the pacific coast of Fukushima prefecture

1. 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座
2. 福島県立医科大学看護学部家族看護学部門

矢部 博興¹・三浦 至¹・板垣俊太郎¹・和田 明¹・勝見 明彦¹
Hirooki Yabe (准教授) Haru Miura Shuntaro Itagaki Akira Wada Akihiko Katsumi

志賀 哲也¹・貝淵 俊之¹・樋代 真一¹・安藤 海香¹・伊瀬 陽子¹
Tetsuya Shiga Toshiyuki Kaibuchi Shin-ichi Hidai Mika Ando Youko Ise

大口 春香¹・浅野 聡子¹・太田 貴文¹・高橋 高人¹・及川 祐一¹
Haruka Oguchi Satoko Asano Takafumi Ohta Takahito Takahashi Yu-ichi Oikawa

本谷 亮¹・大川 貴子²・加藤 郁子²・大竹真裕美²・増子 博文¹
Ryo Motoya Takako Ohkawa (准教授) Ikuko Kato Mayumi Ohtake (准教授) Hirobumi Mashiko

中山 洋子²・丹羽 眞一¹
Youko Nakayama (教授) Shin-ichi Niwa (教授)

Summary

東日本大震災と津波によって東北三県は甚大な被害を被ったが、震災直後より、福島県内では精神科医の不足が深刻となった。これには原発事故による放射能の影響が色濃く認められた。福島県立医科大学心のケアチームは、他県の医療機関に協力を直にお願いし、心のケアチームを組織し、放射能問題で支援の入りにくい浜通りに支援を集中させた。いわき地区における活動は、各避難所における

Key Words

東日本大震災、放射能問題、心のケア、原発事故、アウトリーチ

はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災は東北地方に未曾有の災害をもたらした。特に太平洋側の東北三県の岩手県、宮城県、福島県ではきわめて甚大な被害が報告された(図1)。福島県ではこれに加えて、東京電力原子力発電所の事故による放射能汚染からの避難のために、入院患者の治療が十分にできない状況や、学校の体育館など

Surgery Frontier 18(4) : 19-22, 2011

の避難所での生活が長引いている避難者の心の疲労の問題が生じた。そのため、福島県立医科大学医学部神経精神医学講座は心のケアチームを立ち上げ、壊滅的な打撃を受け、原発事故の影響で支援チームの入りにくい浜通りに支援を集中させることとなった。

しかし、3月22日時点でも福島県内に446の避難所があり36227人が避難している状況であり、巡回するにも医療スタッフの人員不足が深刻で

あった。のちに、この人員不足には、原発事故の影響による福島県独自の問題が存在することがわかった。2011年4月11日付けの中国新聞によれば、厚生労働省は地震直後に、日本医師会、日本看護協会、自治体に人員派遣を要請し、保健師は事務職員らと3、4人のチームで被災地入りしたということであった。しかし、3月27日時点で活動していた医療チームは岩手県で35チーム、宮城県で76チーム

だったのに対し、福島県ではわずか2チームに過ぎなかったとのことであった。これにより、県知事が厚生労働省に直訴し、同省は再度の要請に踏み切り、これ以降、17自治体から派遣申し出があったものの、申し出の際には原発事故に関する懸念が伝えられたり、派遣先を原発から遠い地域にするよう依頼されたりしたという実態があった。このような現状に鑑み、神経精神医学講座では、他県の大学、病院、医療センターに協力を直にお願いし、心のケアチームを組織し、活動を開始した。その結果、この要請に多くの支援者たちが呼応し、沿岸地域の医療を担っていただいた。その経過について報告する。

◆メモランダム◆

精神障害者アウトリーチ推進事業

国が一般制度化（診療報酬など）を目指して、モデル事業（全国25カ所）を展開してきたものである。“未治療や治療中断している患者さんに、専門職チームが訪問支援を行うという「アウトリーチ」により、包括的な保健・医療・福祉サービスを提供して、きめ細やかな支援を行って在宅治療を可能にするもの”である。この事業を利用した治療プログラムの代表として、ACT（assertive community treatment：包括的地域生活支援プログラム）がある。

いわき市への県外からの支援

医療法人北斗会さわ病院、ほくとクリニック（さわ病院）、医療法人社団翠会 成増厚生病院、九州大学、昭和大学病院附属鳥山病院、出口小児科医院、国立精神・神経医療研究センター、東洋大学、大阪府立大学総合リハ学部、東邦大学薬学部、奈良県立医科大学、医療法人北斗会 北斗クリニック病院、東日本国際大学、小矢部大家病院、柴田病院、谷野呉山病院、松岡病院、大分医療センター、聖路加看護大学、NTT 関東病院、富山大学、日本フィルハーモニー、東京芸術大学、神奈川県立子ども医療センター、帝京平成大学、東京都立松沢病院など

相双地区への県外からの支援

大阪府立大学総合リハビリテーション学部、獨協医科大学、理化学研究所、桜ヶ丘病院、伊藤メンタルクリニック、岩沢精神科クリニック、東京都立松沢病院、群馬大学大学院医学系研究科、国立精神・神経医療研究センター、立川パークサイドクリニック、武蔵野大学、福井記念病院、富山大学、扶老会病院、北原リハビリテーション病院、名古屋工業大学、錦糸町クボタクリニック、東京医科歯科大学、名古屋大学大学院、東京武蔵野病院、メンタルクリニックみさと、帝京大学医学部精神神経科学教室、新川医院、まちどりクリニック、ことぶき共同診療所、精神クリニック、上枝診療所、奈良文化女子短期大学、東海大学医学部附属病院、青空診療所、昭和大学医学部精神医学教室、一橋大学、西神戸医療センター、原病院、森クリニック、練馬駅前メンタルクリニック、小原クリニック、東京武蔵野病院、長崎大学、ボストン大学、花田神経内科クリニック、松川神経内科、大正大学、荏原病院、など。

心のケアチームの拠点

福島県立医科大学の心のケアチームは、福島県立医科大学・災害対策本部に所属する。心のケアチームの受け入れに関する窓口は、福島県精神保健福祉センターと福島県立医科大学医学部神経精神医学講座とし、実際の支援業務の相談については福島県立医科大学医学部神経精神医学講座が対応窓口となった。心のケアチームの活動は、既存の精神医療機関、保健所、市町村と連携して行うことを原則とした。つまり、いわき市は総合精神保健福祉センター、相双地区は相馬市保健センター、公立相馬総合病院に拠点を置き、現地の保健師との連携を通して情報を収集し、需要を評価し、支援計画を作り実践しており、順調に機能している。

心のケアチームの業務

新潟県中越沖地震に携わった新潟大学医学部神経精神医学講座から提供された資料を参考にして¹⁾、心のケアチームの業務には以下の3つの柱を置いた²⁾。

①障害された既存の精神医療システムの機能を支援する。

1. 壊滅した地域精神医療機関の業務、避難所・孤立地域の精神疾患患者への対応を支援する。

②災害によって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民に対応する。

1. 避難所、地域で急性の精神障害、精神症状増悪をきたした患者への対応を行う。
2. 心や身体の不調をきたした住民を早期に発見し、対応する。
3. 今後発生すると思われる精神疾患、精神的不調を予防するための介入を行う。

③ケアを行うスタッフの精神的問題も取り扱う。

各地区の心のケアチームの活動

1 いわき地区における活動

いわき地区における心のケアチームの活動は、3月18日(金)に始まった。当初より各避難所における巡回診療・相談が中心であった。福島県立医科大学心身医療科医師・心理士に加えて、長期に支援をいただいた大阪のさわ病院などを中心に、県外から多くの精神医療チームが福島県立医科大学心のケアチームに参加していただいた。これらのチームは、1日8～9カ所程度の避難所を巡り、診療を行った。最初から心の問題を取り上げるのは困難なことから、身体症状を訴える患者さんにも十分に対応し、そこから心の問題を取り上げるような巡回を行った。1避難所あたり、5～10人程度の処方も

行った。精神疾患としては、不眠、抑うつ反応、ストレス反応、投薬中断による精神運動興奮(統合失調症)などが多かった。一方、福島県立医科大学から月・水・金と週3回で、3人の心理士が、保健福祉センターが企画する乳幼児健診の会場での、ハイリスクな母子の検出や聞き取りやカウンセリング業務を積極的に行ってきた。

2 相双(相馬・双葉)地区における活動

相双地区における心のケアチームの活動は、3月29日(火)に始まった。地域の要請は精神科外来診療の開始と、各避難所における巡回診療・相談の2つであった。

1) 相馬市長より要請を受けた公立相馬総合病院における精神科外来診療の開始

相双地区では、避難指示あるいは屋内待避指示(現在、緊急時避難準備区域)が出された地域にある双葉厚生病院精神科、双葉病院、雲雀ヶ丘病院、小高赤坂病院という相双地区のすべての精神病院が閉鎖されたため、約800人の入院患者は県内外の病院に移送された。特に相馬市内の外来患者は通院する病院を失った。現時点でも、これらの病院の入院施設の再開の目途は立っていない。相馬地区における精神科外来患者の数は400名前後と、相馬市保健センター所長が試算している。これらに対応すべく、公立相馬総合病院に臨時的クリニックを開設し、地元の保健師、福島県立医科大学看護学部看護チームがローテーションしながら常駐し、福島県立医科大学心身医療科医



図1 6月13日撮影の相馬市沿岸部

師に加えて、県外からの医療支援チームの応援により、外来患者の診療を行っている。公立相馬総合病院における日々の外来患者数は15～20人程度である。不眠、抑うつ、ストレス反応、統合失調症増悪のほか、避難所生活での被虐待児の問題の顕在化、アルコールの問題などが認められる状況である。

2) 各避難所における巡回診療・相談

避難所は、6月4日現在で相馬市には8カ所があったが、6月17日にすべて閉鎖され、全避難住民が仮設住宅に移動したのを始めに、新知町、南相馬市では、8月一杯で避難所はすべて閉鎖され、仮設住宅に移行した。相馬市においては、全戸訪問の保健師からの要請があって、対応を要する患者（たとえば精神運動興奮）などに訪問して、緊急入院などに対応している。これまでに数例の患者を福島市内、郡山市内の精神病院に紹介入院させている。次第に、緊急入院の要請は増えてきているが、現時点では適切に対応できている。

3 現時点での心のケアのまとめ、問題点と今後の対策

3～4月の心のケアチームの活動にあたっては、身体的医療を媒介として行うことが支援の有効性を高めることが知られているため、精神的ストレスや身体的不安について伺いながら、活動することに心がけた。次第に、精神症状や問題行動を示す避難者への対応

が中心となり、避難所訪問の需要は当初と異なってきた。被災者の状態は時間の経過にともなって刻々と変わるので、状態に応じて支援のあり方を変えてきた。災害直後の感情麻痺や高揚期が終わって、身体的不調、不安、疲労や避難所生活、家屋の喪失などからくる抑うつなどが問題となっていた。

一方、被災状況によって地域の精神保健の支援活動は異なる。いわき市においては、医療機関は、ほとんど復旧した。ここにきて、最も大きくクローズアップされているのは、放射能不安の強い母親とその子供の問題である。そこで、全県レベルでの「県民健康管理調査」³⁾における「こころの健康度」評価に沿ったかたちで、子どもの心のケアを系統的に行うこととなった。相双地区においては、前述したように精神病院の機能が停止してしまっており、公立相馬総合病院に臨時の精神科外来を構築し、外来診療を行っている。すべての精神病院が閉鎖された相双地区の医療が、今後の最大の問題点である。緊急時避難準備区域を含む相双地区における医療であるが、閉鎖された4病院への通院患者を中心とする患者さんへの医療の提供は不可欠である。しかし、今のところ、これらの病院が再開される可能性は低い。当面の医療支援の窓口は、福島県立医科大学が担当するが、いずれ地域が主体となった医療システムを立ち上げることが望まれる。2011年6月に相双地区の新しい精神科医療サービスシステムの構築を考え

るために、関連するコメディカル、行政職員、医師が相馬市に集まった。今後の相双地区の精神医療システムについて、外来診療所と多職種チーム、訪問看護などを組み合わせ、入院が必要な場合に支援が得られる後方病院との連携を図りながら、地域ケアを展開するアウトリーチシステム⁴⁾⁵⁾がよいのではないかという構想がまとめられた。今回の震災は、きわめて深刻な精神医療の崩壊を相双地区にもたらした。しかし、この不幸な状況を前向きに捉え、より先進的な新しい精神医療システムの導入が期待されているのである。

文 献

- 1) 新潟大学医学部心のケアチームマニュアル, 2004
- 2) 福島県立医科大学・心のケアチームマニュアル, 2011
- 3) 福島県「県民健康管理調査」検討委員会：県民健康管理調査の概要▶http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/20110618_chousagaiyou.pdf#search「県民健康管理調査」における「こころの健康度」, 2011
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き▶http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikuou_03.pdf#search 厚生労働省アウトリーチ精神医療, 2011
- 5) 伊藤順一郎：日本のACT：各地で行われているACTの成果の現状, 113：593-594, 2011



原子力発電所事故後の福島県における精神科新入院の状況

和田 明 國井 泰人 松本 純弥 板垣俊太郎
三浦 至 増子 博文 矢部 博興 丹羽 真一

Key Words

Fukushima nuclear disaster, radiation contamination, psychiatric symptoms, inpatient, manic state

1 はじめに

2011年3月11日、東日本大震災が発生した。われわれの住む福島県は地震、津波で甚大な被害を受けただけでなく、3月12日に発生した福島第一原子力発電所の水素爆発事故による放射能汚染により、現在に至るまで被災し続けている。Karioらが阪神・淡路大震災後に白衣高血圧がストレスにより増悪したと報告している^{4,5)}通り、大地震・津波を含めた自然災害だけでも大きなストレスとなりうるが、原子力災害は放射能汚染という目に見えないものを相手にするため、持続的に強い不安やストレスに暴露され続けるという特徴がある。今までに人間の生活区域が放射能による危機に暴露されたのは広島、長崎の原爆投下、アメリカのスリーマイル島事故、旧ソ連のチェルノブイリ発電所事故原子力災害のみであり、このような状況下での精神疾患患者の病状変化の報告はほとんどない。チェルノブイリ事故に関連していくつかの報告^{2,3,6)}があるものの、いずれも事故後10年

あまりが経過したのちでのものであり、本稿のように事故直後からの状況を報告したものはない。本稿では原子力災害を含んだ大震災後の福島県内の精神科病棟への新入院患者の調査結果について概説しその特徴および放射線被ばくへの恐れの影響について考察したい。

2 対象と方法

1. 方法

福島県精神医学会に入会している精神科病院または総合病院精神科のうち、平成23年5月24日時点で地震・津波・原発事故により病院機能を全喪失している病院を除外した30病院へのアンケート調査。

2. 対象

平成23年3月12日～5月11日の期間に上記福島県内精神科病棟に新たに入院した患者。病院被災により他院へ転院した患者については対象から除外とした。

3. 調査内容

患者の年齢、性別、震災から入院までの日数、

The characteristics of newly hospitalized patients in Fukushima prefecture after the Fukushima nuclear disaster
WADA Akira, KUNII Yasuto, MATSUMOTO Jynya, ITAGAKI Shuntaro, MIURA Itaru, MASHIKO Hirobumi, YABE Hirooki
and NIWA Shin-Ichi 福島県立医科大学神経精神医学講座 [〒960-1295 福島県福島市光が丘1]

自宅被災の有無，震災前の精神科病名，入院時状態像，入院時精神科病名，入院形態，入院前の患者状況(自宅在住，避難所，その他の3択)，原発事故による放射線被ばくへの恐れが入院に関わっていたと考えられる程度を主治医の判断で評価(1. 関連あり 2. 関連あるかもしれない 3. 関連あるとはいえない，の3段階評価)。複数回答があった項目については自由記載による情報から主要であると考えられる項目に振り分けを行い，判断がつかない場合にはその他の項目に振り分けた。なお，精神科病名にはICD-10¹⁾を用い，入院時状態像は大熊輝雄著現代臨床精神医学²⁾中に示されている14の状態像または症候群から選択した。

3 結果

上記アンケートを30施設に送付し，26施設から回答を得た。入院時診断名不明などのアンケート記入不備，被災した精神科病棟からの転院，身体科よりの転科，施設からの転院を除く610人の新入院について調査をまとめた。なお，以下に示す集計結果のうち，百分率表示の結果については小数点2桁目を四捨五入して小数点1桁で表示している。

1. 期間内に新入院となった610人についての調査結果

新入院患者の年齢分布は10歳～19歳が17人(2.8%)，20歳～29歳が67人(11.0%)，30歳～39歳が106人(17.4%)，40歳～49歳が84人(13.8%)，50歳～59歳が90人(14.8%)，60歳～69歳が110人(18.0%)，70歳～79歳が56人(9.2%)，80歳～89歳が67人(11.0%)，90歳以上が13人(2.1%)であった。また，性別は男性299人(49.0%)，女性311人(51.0%)であった。自宅被災の有無については自宅被災ありの患者が71人(11.6%)，自宅被災なしの患者が536人(87.9%)，不明が3人(0.5%)であった。入院前の生活状況は自宅で生活していた患者が488人(80.0%)，避難所で生活していた患者が81人

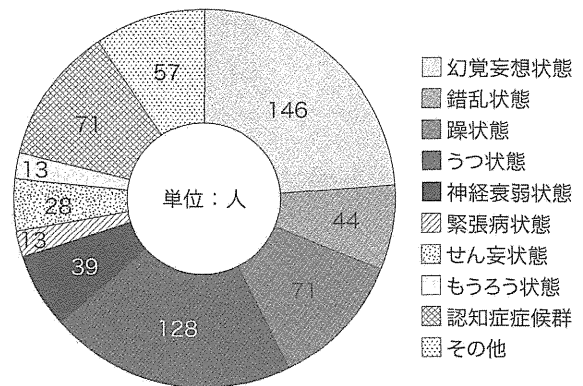


図1 全新入院患者の入院時状態像

(13.3%)，親戚宅などのその他で生活していた患者が39人(6.4%)，不明が2人(0.3%)であった。

震災前の精神科診断はICD-10分類でF0(症状性を含む器質性精神障害)が80人(13.1%)，F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が33人(5.4%)，F2(統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害)が187人(30.7%)，F3(気分(感情)障害)が137人(22.5%)，F4(神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害)が45人(7.4%)，F5(生理的障害および身体要因に関連した行動症候群)が2人(0.3%)，F6(成人のパーソナリティおよび行動の障害)が11人(1.8%)，F7(精神遅滞)が20人(3.3%)，F8(心理発達の障害)が9人(1.5%)，てんかんを含むその他が12人(2.0%)，震災前に精神科受診歴がなかった患者が74人(12.1%)であった。

入院時状態像は幻覚妄想状態が146人(24.0%)，錯乱状態が44人(7.2%)，躁状態が71人(11.6%)，うつ状態が128人(21.0%)，神経衰弱状態が39人(6.4%)，緊張病状態が13人(2.1%)，せん妄状態が28人(4.6%)，もうろう状態が13人(2.1%)，認知症候群が71人(11.6%)，その他が57人(9.3%)であった(図1)。

入院時診断はICD-10分類でF0(症状性を含む器質性精神障害)が114人(18.7%)，F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が39

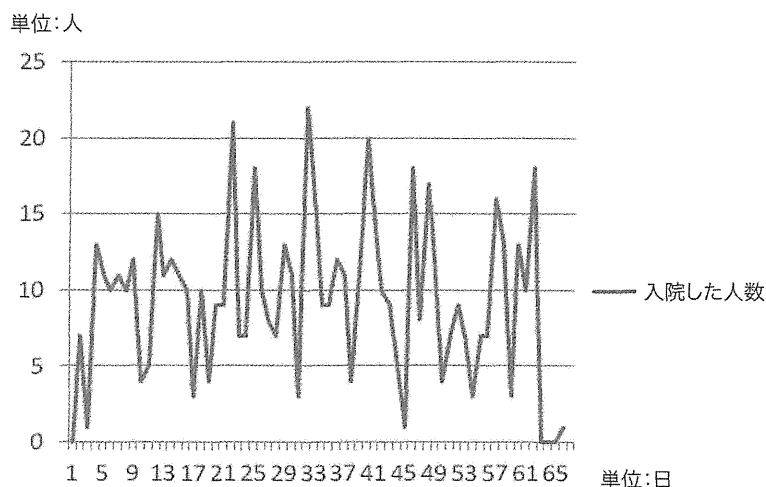


図2 全入院患者の震災から入院までの日数

人(6.4%), F2(統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害)が202人(33.1%), F3(気分(感情)障害)が145人(23.8%), F4(神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害)が53人(8.7%), F5(生理的障害および身体要因に関連した行動症候群)が4人(0.7%), F6(成人のパーソナリティおよび行動の障害)が15人(2.5%), F7(精神遅滞)が20人(3.3%), F8(心理発達の障害)が9人(1.5%), てんかんを含むその他が9人(1.5%)であった。

入院形態は任意入院が341人(56.0%), 医療保護入院が253人(41.5%), 応急入院が4人(0.7%), 措置入院が10人(1.6%), 入院形態不明が2人(0.3%)であった。震災から入院までの日数は図2に示す通りである。原発事故による放射線被ばくへの恐れが入院と関連があるとされた患者は74人(12.1%), 関連があるかもしれないとされた患者は75人(12.3%)であり、合わせて全体の24.4%であった(図3)。各地域ごとにその地域の全入院患者に対する放射線被ばくへの恐れが入院に関連ありとされた患者の割合は、福島市を含む県北地域では5.8%, 郡山市を含む県中地域では7.6%, 県南地域では9.4%, 福島第1, 第2原子力発電所のある双葉郡を含む相双地域では27.3%, いわき地域では23.3%,

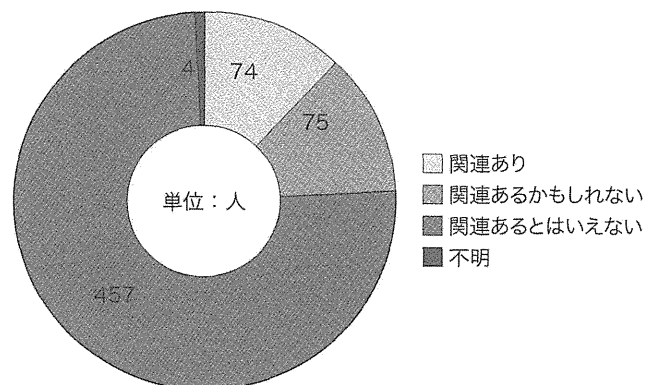


図3 全入院患者のうち、放射線被ばくへの恐れが入院に関連していた人数

会津・南会津地域では4.8%, 県外からの入院患者では0%であった(図4)。

2. 期間内に入院した全患者のうち、放射線被ばくへの恐れが入院と関連があるとされた74人についての調査結果

放射線被ばくへの恐れが入院と関連があるとされた患者の年齢分布は10歳～19歳が6人(8.1%), 20歳～29歳が12人(16.2%), 30歳～39歳が9人(12.2%), 40歳～49歳が16人(21.6%), 50歳～59歳が18人(24.3%), 60歳～69歳が6人(8.1%), 70歳～79歳が4人(5.4%), 80歳～89歳が2人(2.7%), 90歳以上

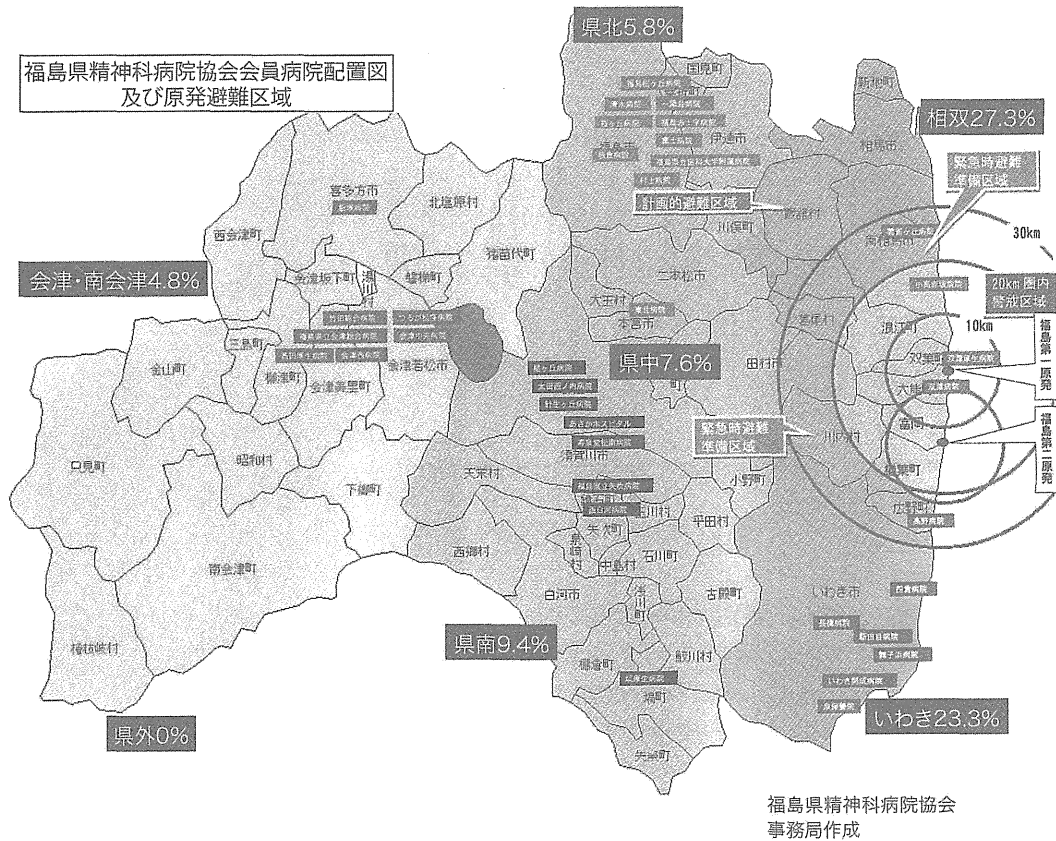


図4 地域ごとの全入院患者に対する放射線被ばくへの恐れが入院に関連していたとされる患者の割合 (各地域の入院のうち放射線被ばくへの恐れが入院に関連していた患者数÷各地域の全入院患者数)

が1人(1.4%)であった。また、性別は男性31人(41.9%)、女性43人(58.1%)であった。

自宅被災の有無については自宅被災ありの患者が16人(21.6%)、自宅被災なしの患者が58人(78.4%)であった。入院前の生活状況は自宅で生活していた患者が43人(58.1%)、避難所で生活していた患者が25人(33.8%)、親戚宅などのその他が6人(8.1%)であった。

震災前の精神科診断はICD-10分類でF0(症状性を含む器質性精神障害)が6人(8.1%)、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が1人(1.4%)、F2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)が32人(43.2%)、F3(気分(感情)障害)が16人(21.6%)、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)が7人(9.5%)、その他の疾患の患者が3人

(4.1%)、震災前に精神科受診歴がなかった患者が9人(12.2%)であった。

入院時状態像は幻覚妄想状態が28人(37.8%)、錯乱状態が8人(10.8%)、躁状態が8人(10.8%)、うつ状態が8人(10.8%)、神経衰弱状態が7人(9.5%)、緊張病状態が1人(1.4%)、せん妄状態が3人(4.1%)、認知症候群が5人(6.8%)、その他が6人(8.1%)であった。

入院時診断はICD-10分類でF0(症状性を含む器質性精神障害)が10人(13.5%)、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が2人(2.7%)、F2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)が36人(48.6%)、F3(気分(感情)障害)が15人(20.3%)、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)が8人(10.8%)、その他が3人(4.1%)であった。

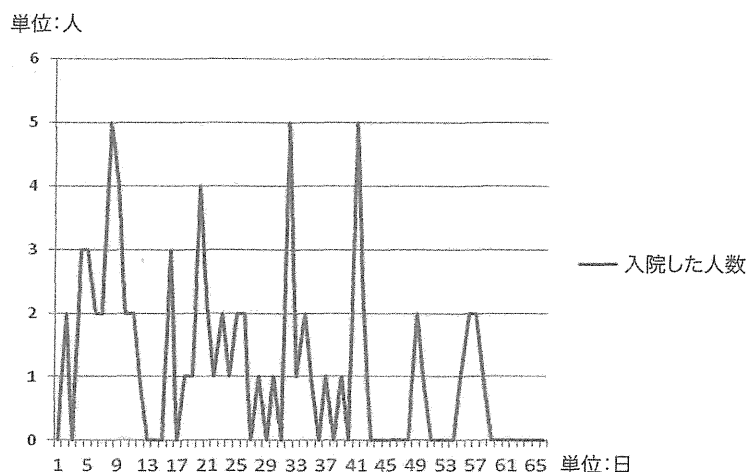


図5 放射線被ばくへの恐れが入院に関連していたとされる患者の震災から入院までの日数

入院形態は任意入院が41人(55.4%)、医療保護入院が30人(40.5%)、措置入院が3人(4.1%)であった。震災から入院までの日数は図5に示す通りである。

4 考察

福島県内のすべての入院患者が、本調査に含まれているわけではないため、平常時の入院患者調査と単純比較することはできない。さらに、本調査は予備的なものであり、厳密な統計学的処理を行うべく統制されたものではなく、単に原発事故を含む震災後の新入院患者の動向、傾向をみるに留まったデータであり、詳細な考察は困難である。しかしながら、原発事故を含む大災害後の精神科新入院患者の調査はこれまでに例がなく、今後の調査の基礎データとして重要と考える。

本調査で判明した原発事故を含む大災害後の精神科新入院患者の特徴は、①入院時診断で多かった病名は統合失調症圏(F2)が33.1%、気分障害圏(F3)が23.8%であり、大災害後の精神障害として注目される外傷後ストレス障害を含むF4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)については7.4%と比較的少な

かったこと、②入院時状態像が躁状態であった患者は全入院患者の11.6%であり、高率であったこと、③原発事故による放射線被ばくへの恐れが入院と関連があるとされた患者が全入院患者の12.1%であったことである。外傷後ストレス障害については、現在震災後における福島県内の精神科外来統計を調査中であり、そのデータと合わせて考察するため、本稿では割愛する。

1. 震災後に躁状態での入院が増加した

入院時状態像が躁状態であった患者は71名(入院全体の11.6%)であった。気分障害の症状変化には季節性があることを考慮すると、今回のデータと比較するためには通常時の同期間における躁状態での精神科新入院のデータを必要とするが、時期を合わせた既報のデータはない。そのため、平成19年から平成22年の3月12日～5月11日における福島県立医科大学附属病院心身医療科での新入院データと比較したい。同時期の4年間の新入院は112人であり、躁状態での入院は4人(3.6%)であった。今回のデータでは躁状態での入院が11.6%と約3倍であり、震災後に躁状態での入院が多い傾向にあったといえる。また、平成21年度の福島県内の医療保護入院疾病別入院届出数の統計を福島県障がい福祉課の了解を得て示す。躁状態、うつ状態

などすべてのF3疾患の医療保護入院の割合は全体の14.5%である。医療保護入院のデータであり単純比較はできないが、通常時の入院がうつ状態、躁状態合わせて14.5%であるのに対し、震災後は躁状態のみで入院全体の11.6%であったということは、うつ状態の方が躁状態よりも頻度が高らかに高いことを考慮すれば通常時より高率であるといえる。

大災害後に躁状態が増加することについてはいくつかの既報がある。山口らは阪神淡路大震災後の入院症例について報告しており、双極性障害患者の躁病相が再発し入院した症例が多数あったことを報告している¹²⁾。また、新福は阪神淡路大震災後に大多数の被災者が饒舌で陽気となっていたこと、抑うつ状態の患者が躁状態になった例があることを報告している⁹⁾。双極性障害患者が壊滅的災害後に予期しない病状悪化があることは以前より海外でも報告があり¹⁾、病状が長年安定していたとしても病状の悪化に細心の注意が必要である。また、少しでも病状悪化がある際には早めに気分安定薬を増量することや入院を考慮する必要があるかもしれない。

2. 放射線被ばくへの恐れも精神科入院の一因となった可能性がある

調査期間内に入院した患者のうち、原発事故による放射線被ばくへの恐れが入院と関連があるとされた患者は74人(12.1%)、関連があるかもしれないとされた患者は75人(12.3%)であり、合わせて全体の24.4%であった。この調査項目は入院に至る病態へ放射線への恐れが一因としてあったか否かという点を主治医の主観により評価している。そのため、客観性が十分にあるとはいえないため、そのことを理解したうえででの考察が必要である。

福島県での放射線測定値は各地域により大きく異なる。図4に示す通り、入院患者のうち放射線被ばくへの恐れが入院の一因になっていた患者の割合は、相双地域、いわき地域で多かった。しかしながら、実際の放射線測定値が高い

地域はいわき市よりも福島市、二本松市、郡山市などの県北、県中地域に多い傾向があり、放射線被ばくへの恐れを感じる度合いは実際の放射線測定値と相関するものではない可能性がある。

放射線被ばくへの恐れが関連した入院の入院時状態像は幻覚妄想状態(37.8%)が多い一方、全入院患者の傾向に比べてうつ状態が少ない傾向にあった(10.8%)。放射線被ばくへの恐れが関連した入院の入院時診断で多かった病名は統合失調症圏(48.6%)であった。つまり、放射線被ばくへの不安がさまざまな疾患の増悪要因になった可能性があるが、特に統合失調症圏の患者の増悪が目立つ結果となった。原子力災害時の特徴は、目に見えない持続的恐怖があるにも関わらず、それに対処するだけの情報がなく、いつ事態が好転するかわからないために、漠然とした強いストレスに持続的に暴露されることである。いわゆる放射線恐怖症(Radiophobia, Radiation phobia)は、広島・長崎への原爆投下に関連して1950年頃に認知され⁹⁾、チェルノブイリ原子力発電所事故で広く知られるようになった⁸⁾といわれる。本調査においても、放射線被ばくの恐れが関連した入院患者の中には一部不安が高じ、放射線恐怖症の状態を呈した方も含まれると思われるが、放射線恐怖症の過剰な診断は、実際の放射線被ばく後遺症の実態を歪曲してしまう危険性があるため、慎重さが求められる。

いずれにしても、このような持続的ストレスのもとで、元来ストレス脆弱性を持つ統合失調症圏の患者、統合失調症の負因を持つ者が、放射線被ばくによる健康被害が起こるのではないかという強い不安を契機に症状が増悪したり、発症したりしたことが推定される。放射線被ばくへの恐れが入院の要因としてどれくらい寄与したかなど、今後より詳細な追跡調査が必要である。

5 まとめ

福島における放射線被ばく事故後の精神科新入院の状況について概説した。通常時に比べて躁状態での入院が多かったこと、原発事故による放射線被ばくへの恐れが入院の一因となった可能性のある患者がみられたことが特徴であった。今回のデータは方法論的な様々な限界はあるが、今後の追跡調査の基礎となる重要なデータである。

謝辞：本調査には福島県立医科大学医学部神経精神医学講座のすべての医局員と、福島県精神医学会に所属する病院の先生方の多大な協力をいただきました。震災後の厳しい状況下において献身的な治療活動を継続している中、本調査にも協力いただいたことに深謝申し上げます。また、本稿作成にあたり、福島県精神科病院協会、福島県障がい福祉課の方々に協力をいただきました。深く御礼申し上げます。

文献

- 1) Aronson TA, Shukla S : Life events and relapse in bipolar disorder: the impact of a catastrophic event. *Acta Psychiatr Scand* 75 : 571-576, 1987
- 2) Bromet EJ, Havenaar JM : Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. *Health Phys* 93 : 516-521, 2007
- 3) Havenaar J, Rumyantzeva G, Kasyanenko A et al : Health effects of the Chernobyl disaster: illness or illness behavior? A comparative general health survey in two former Soviet regions. *Environ Health Perspect* 105 (Suppl 6) : 1533-1537, 1997
- 4) Kario K, Matsuo T, Ishida T et al : "White coat" hypertension and the Hanshin-Awaji earthquake. *Lancet* 345 : 1365, 1995
- 5) Kario K, Matsuo T, Shimada K : Follow-up of white-coat hypertension in the Hanshin-Awaji earthquake. *Lancet* 347 : 626-627, 1996
- 6) Loganovsky KN, Loganovskaja TK : Schizophrenia spectrum disorders in persons exposed to ionizing radiation as a result of the Chernobyl accident. *Schizophr Bull* 26 : 751-773, 2000
- 7) 大熊輝雄：現代臨床精神医学改訂第10版。金原出版，東京，2005
- 8) Pastel RH : Radiophobia: long-term psychological consequences of Chernobyl. *Mil Med* 167 (2 Suppl) : 134-136, 2002
- 9) RADIOPHOBIA : a new psychological syndrome. *West J Surg Obstet Gynecol* 59 : viii-x, 1951
- 10) 新福尚隆：阪神・淡路大震災被災者の長期的健康被害。精神医学 48 : 247-254, 2006
- 11) WHO : ICD-10 精神および行動の障害。中根允文，岡崎祐士，藤原妙子訳：研究用診断基準。医学書院，東京，1994
- 12) 山口直彦，戸田和宏，幸地芳朗ほか：震災直後の入院症例 ある被災地自治体立精神病院からの報告。精神医学 37 : 701-706, 1995

*

*

*

東日本大震災における子どものこころのケア

—宮古子どものこころのケアセンターの活動報告—

八木 淳子

宮古子どものこころのケアセンター

はじめに

日本の歴史上最大規模といわれる東日本大震災（2011年3月11日）の発生から一年半が経過した。被災3県（岩手・宮城・福島）をはじめとする被災地では、復興に向け着実な歩みを進める地域がある一方で、今なお将来への見通しが立たずに苦悩する人々が多数存在し、各地で復興の速度と程度にばらつき・温度差が生じている。いわゆる「はさみ状格差」¹⁾の問題が深刻化し、子どもたちのメンタルヘルスにも少なからず影響が及んでいる。被害の大きかった地域の子どもたちは、転居・転校や仮設の校舎・園舎での生活を余儀なくされ、遊び場や運動場の減少で運動不足や肥満が指摘されるなど、心身の発達へのさまざまな影響が懸念されている³⁾。

筆者はこれまで、発災後まもなく岩手県によって設置された「宮古子どものこころのケアセンター」での支援活動にかかわり、毎週現地を訪れている。以下に、これまでの活動を振り返り、被災地の子どもたちのメンタルヘルスをとりまく現状について報告する。

岩手県の人的被害、遺児・孤児数（表1）

大津波が襲った岩手県沿岸地域の犠牲者数は死者4,955人・行方不明者1,195人、倒壊家屋は約2万5千棟、避難者数は5万人に上った²⁾。人的被害は1,588人が亡くなった陸前高田市を筆頭に宮古市以南のリアス式海岸地域に集中しており、地形の特性が生んだ津波の猛威が伺われる。これ

らの地域を中心に親や親族を亡くした子どもが多数存在し、孤児（両親死亡）94名、遺児（片親死亡）481名、親族や近い人を亡くした子どもの数は計り知れない。

担当行政機関による震災直後からの働き掛けによって、県内被災孤児の9割以上が親族のもとに引き取られており、緊急保護を要する子どもはいなかった（岩手県児童家庭課調べ）。

子どもの支援における課題

岩手県は四国4県に匹敵するほどの広い面積をもち、130万の人口の7割以上が新幹線と高速道

表1 岩手県内死者・行方不明者数（市町村別）（総務省統計局）

市町村名	死者数	行方不明者数	死者＋行方不明者数
陸前高田市	1,588	223	1,811
大船渡市	402	81	483
釜石市	968	153	1,121
大槌町	838	473	1,311
山田町	648	151	799
宮古市	447	96	543
岩泉町	8	0	8
田野畑村	15	15	30
普代村	0	1	1
野田村	39	0	39
久慈市	2	2	4
内陸市町村	21	10	31
合計	4,976	1,205	6,181

孤児 94人 遺児 481人（岩手県児童家庭課）

路に沿って内陸部に偏在する。被災した沿岸地域の医療過疎問題は震災以前から深刻であり、例えば宮古医療圏（佐賀県とほぼ同じ広さ）では1万4千人の子どもに対し小児科医はわずか5人しかいない。児童精神科医はおらず、子どものメンタルヘルスに関わる専門職も不足している。外部からの支援が不可欠であるが、県都盛岡から被災地までは車で2～4時間を要し、山間部を超えての移動が冬期間はさらに大きな負担となる。

また、この地域の暮らしと文化に根差した精神性（我慢する、耐える、粘り強さなど）によって、「こころの弱さ」を安易には見せない習性のようなものが醸成されている。それが危機を乗り越えるうえでの大きな力になっている反面、外部の者に対して目に見えない壁を作りだし、その陰に必要なケアを受けられない子どもたちが存在する可能性が懸念された。

以上を踏まえ、被災地である沿岸地域に子どもの心のケアのための拠点が必要であると考えられ

たが、人的資源に限りのある中で新たな組織を短期間で設立することは困難を極める。そこで岩手県（児童家庭課）は、既存の資源を生かした支援システムを構築する道を模索し、宮古児童相談所の一室に「宮古子どものこころのケアセンター」を比較的早期に開設し、パイロット的に運営することによってそのシステムを釜石、気仙地区へと拡げていった（表2）。

子どものこころのケアセンターの立ち上げ

「宮古子どものこころのケアセンター」は宮古児童相談所（所管地域：宮古市、山田町、田野畑村）の一室を活動拠点として、2011年6月2日に開設された。法務省矯正局の支援の一環として子どもの心の診療を専門とする3人の医師が週1回交替で派遣され、県医師会、地域の小児科医、児童相談所スタッフの協力を得て診療にあたり、保護者や学校からの相談対応や、支援者へのレクチャー、コンサルテーション、保育所や家庭への

表2 岩手県子どものこころのケアセンター設置状況

名称	宮古・子どものこころのケアセンター	釜石・子どものこころのケアセンター	気仙・子どものこころのケアセンター
連絡調整機関	宮古児童相談所	宮古児童相談所	(主)児童家庭支援センター大洋 (副)一関児童相談所
派遣場所 (活動拠点)	宮古児童相談所	釜石保健所	児童家庭支援センター大洋
所管地域	宮古、山田	釜石、大槌	大船渡、陸前高田、住田
派遣開始	H24.4 (H23.6～)	H24.4 (H23.8～)	H24.4 (H23.7～)
診察頻度	毎週1回(木曜日)	隔週1回(木曜日)	毎週1回(水曜日)
診察時間	10時～16時	10時～16時	10時～16時
診察体制	児童精神科医師1名/1回	児童精神科医師1名/1回	児童精神科医師1名(+臨床心理士、看護師等)/1回
派遣機関	法務省(盛岡少年刑務所、さいたま少年鑑別所、東京少年鑑別所)	日本児童青年精神医学会(H23年度) 法務省(盛岡少年刑務所)(H24年度)	東京都立小児医療センター(H23年度) 岩手県医療局(県立中央病院)(H24年度)
予算	安心こども基金	安心こども基金	安心こども基金
主な役割	児童、保護者の健康診査 支援者等へのレクチャー 関係機関支援 家庭、保育所等訪問	児童、保護者の診察 支援者等へのレクチャー 関係機関コンサルテーション 家庭、保育所等訪問	避難所、保育所、学校等訪問(巡回) 児童等の診察
支援先 (相談者等)	児童・保護者、小児科医、児童相談所、保育所、市町村、幼稚園、児童厚生施設、小・中・高校等	児童・保護者、小児科医、児童相談所、保育所、市町村、幼稚園、児童厚生施設、小・中・高校等	児童・保護者、小児科医、児童相談所、保育所、市町村、幼稚園、児童厚生施設、小・中・高校等

アウトリーチなども行っている。診察の結果、薬物療法が必要と判断されたケースにおいては、近隣の小児科医と連携し、処方内容を記載した紹介状を携えて受診してもらうよう体制が整えられている。この地域は従来から主に小児科医が子どものメンタルヘルスケアを担ってきたため、小児科医との情報共有と連携がこの支援システムの鍵である。小児科医と児童精神科医とが密に連絡をとりあい、月1回の定期ミーティングによって、ケースや刻々と変わる現地のニーズについて情報共有に努めていることが、この支援システムの運営を円滑にしている。

また、児童相談所の児童心理司（臨床心理士）がケアセンターでの心理療法の担い手となり、他の児相スタッフからの地域の情報が時機を逸せず伝えられることも、週1回の診療をより有効に支えている。

活動実績

開設から本年9月までの15カ月間の活動実績について以下に述べる。

診療日数66日、受診者数49人（延べ272人）で、継続ケースが多いことがわかる。

地域住民の特性に配慮し、できるだけ同じ医師に継続して受診できるよう、毎月第1・3・5週をA医師が担当し、第2週をB医師、第4週をC医師が担当する定期的なローテーションとした。

養育者が高齢で山間部からの通所が難しいケースや集団への適応状態の観察が必要なケースなどについては、アウトリーチ（保育所、児童館、家庭訪問：10回）で対応している。そのほかスクールカウンセラーや学校教師からのコンサルテーション（18回）、地域の保護者や支援者向けの研修会や地域の多職種による症例検討会（計7回）を実施している（2012年9月現在）。毎週の診療開始前と終了後には、児相スタッフと派遣医とのミーティングを行い、ケースについての情報を共有し、次の診療日までのフォロー体制などについて確認を行っている。

1. 受診経路（図1）

当センターへの受診経路は、保護者39%、地

域の小児科医からの紹介22%、学校からの紹介16%、児相スタッフからの紹介16%、保育士から4%、行政機関2%となっている。地域の関係各機関からの紹介が6割を占め、保護者が電話をかけてくる場合でも学校やかかりつけ医からの紹介といったケースが多く、都市型のクリニックとは異なる様相を呈する。

2. 年齢分布（図2）

初診時年齢分布は2歳～17歳（平均年齢9.5歳）であり、未就学児24%、小学生43%、中学生27%、高校生6%であった。

3. 診断内訳（図3）

暫定主診断の内訳は、ストレス反応27%、適応障害27%、ASD（自閉症スペクトラム障害：疑い含む）20%、ADHD（注意欠如多動性障害）4%（他の発達障害との併存を含めると12%）と続く。全体の約半数は震災の影響が原因とみられるストレス反応や適応障害が占める。発達障害ケースが28%を占め、その半数以上が震災を機に顕在化したケースである。これらの数値はあくまで暫定主診断を切り口としたものであり、発達障害ケースの多くは、不登校や身体症状などを訴えて受診し、適応の問題を抱えていることはいうまでもない。

4. 新規受診者数（図4）

毎月の新規受診者数は、図4のごとく2011年8月には1名と少なく、9月以降増加している。この地域ではいわゆる「お盆」の習慣を大切にしており、震災後の「初盆」を迎え、丁寧に死者を弔うことはことさら重要な意味を持つセレモニーであったと思われる。私見だが、大人たちがお盆を終えてひと段落した頃を見計らうように子どもたちが症状を出し始め、それに気づく余裕が大人の側に生まれたという側面があるかもしれない。

それ以降は長期休みの後に受診者が増える傾向にあるが、時間の経過とともに継続受診を要する複雑な背景をもつケースが増え、学校や関係機関からの相談もこの枠を利用して組まれる。そのため週1回の診療日における診察予定が早々に埋まることが多く、新規受診の予約待ちの期間が少し

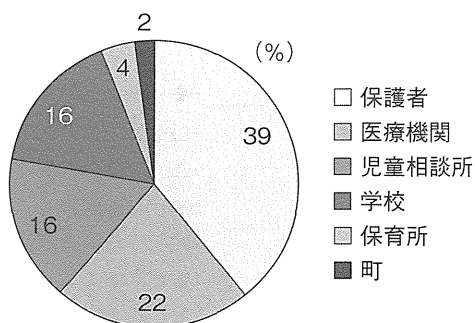


図1 受診経路

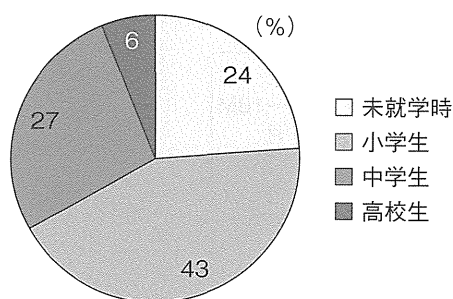


図2 年齢分布

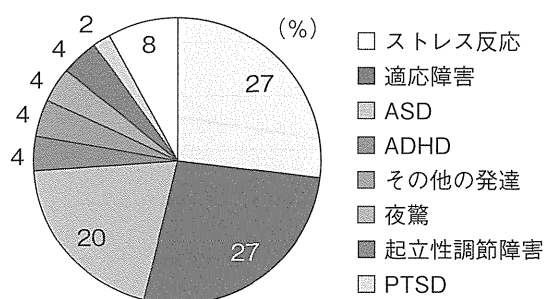


図3 診断内訳

ずつ長くなる傾向にある。また地域の広域性から、アウトリーチを1件実施するための移動時間が長く、効率的な診療体制とは対極にあるといえる。このことが2012年の月ごとの見かけ上の新規受診者の増減に影響しているかもしれない。

5. 症状と症状数の推移 (図5, 6)

図5は、診療開始から数カ月ごとの症状の推移を、それぞれの症状を呈した受診者の割合で表している。震災後3～5カ月後には、受診者の約60%が睡眠上の問題を訴え、以後時間の経過とともにその割合は低下傾向を示した。行動上の問題は、震災後3～5カ月には44%の受診者にみられ、その後の4カ月間では62%に増加し、その後減少傾向を示した。9月以降の行動上の問題の増加は、新規受診者の増加と同様の理由で説明できるかもしれない。

図6は一人の患者が呈する症状数の推移を表しているが、やはり9月から12月の期間に最も高値を示している。

現状と課題

1. 被災地の子どもたちをとりまく現状

筆者の臨床的な実感としては、震災後1年が経過した頃から子どもたちがようやく「症状を出せるようになってきた」という印象を持っている。震災直後の過覚醒状態が遷延し、それを「元気」

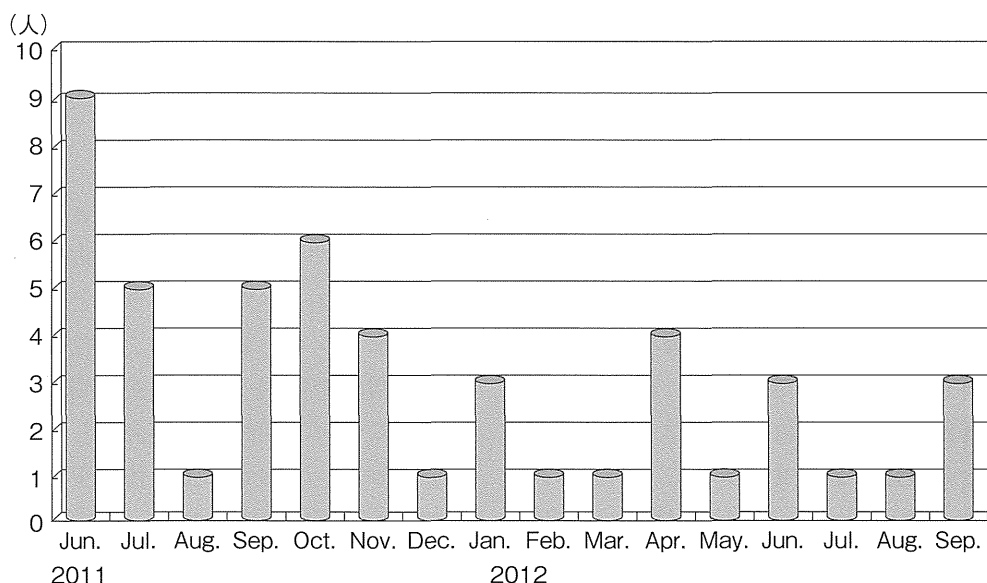


図4 新規受診者数

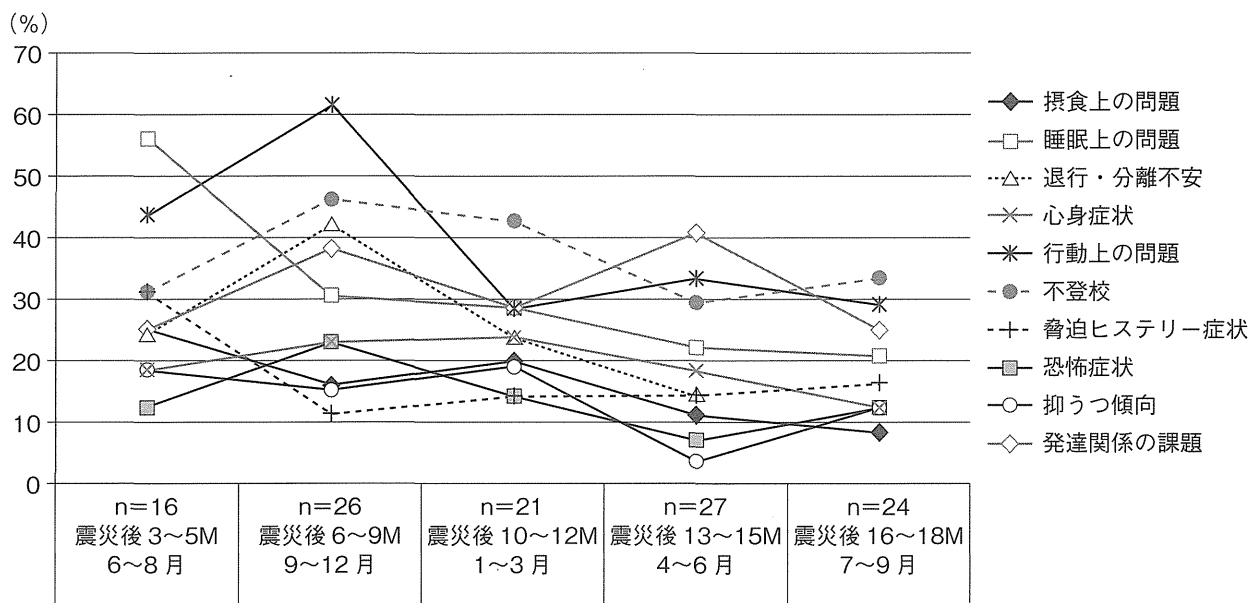


図5 症状の推移

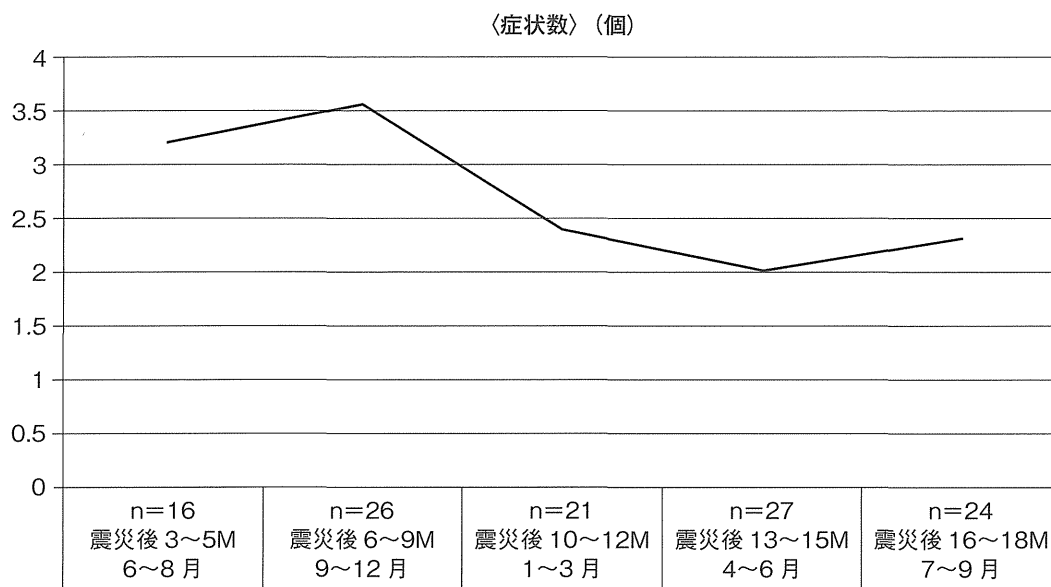


図6 症状数 (個)

と評価されれば、子どもたちのこころの状態は正しく評価されないまま、見過ごされてしまう可能性がある。宮古地域は1,000人を超える犠牲者が出たが、それでも市内の半分は津波被害を逃れ都市機能が維持されていた。そのため、街の復興も釜石、陸前高田などの地域に比して早く進んだと思われる。その進捗に合わせるように、子どもたちが症状を出し始めている。2011年度は、「安定している」と評されていた小学校や中学校で、新年度になり落ち着かない子どもが増え、授業がな

りたたないクラスが増えてきたと聞く。子どもたちのこころのケアセンターでは、宮古地区、釜石地区の巡回型スクールカウンセラーとの定期的な情報交換のセッションを設定し、学校現場での子どもたちの現状の把握と、医療が必要な子どもの見極めなどについて検討する機会としているが、震災後1年半たって初めて喪失体験を口にしはじめた子どもが不安定になったり、学校不適応や行動上の問題が増加したりするなど、「がんばりきれない」子どもたちと疲弊する学校現場の様子が浮き

彫りになっている。

2012年4月から筆者が隔週で訪れている釜石子どものこころのケアセンター（釜石・大槌地区の犠牲者数は約1,700人）では、現在もなおプリミティブな訴えが主体をなし、いわゆる喪失や外傷体験に関わる処理の過程が進むのはまだこれから、という印象さえある。街全体が壊滅的な被害を受けた陸前高田を含む気仙地区（犠牲者数約2,000人）においては、センターを受診する子どもの数は少なく、県医師会が運営する診療所においても同様である（岩手県児童家庭課調べ）。あれほどの被害を受けて、子どもたちが全く影響を受けないということは考えにくい。おそらく、「それどころではない」状態がまだまだ遷延しているのではないだろうか。

復興の地域格差とともに、ストレス状況下での生活が常態化する中で、教師や保育士、復興に関わる行政職員など、子どもたちを支える大人たちの心身の疲弊は増すばかりである。より具体的に包括的な支援者支援のあり方の検討が急がれる。

2. 養育里親の疲弊と地域特性への配慮

急性期の非常事態においては、多くの親族が使命感や善意、人道的な配慮から孤児となった子どもの養育の担い手となることを厭わず、養育環境は整ったかに見えた。しかし、2度目のお盆を過ぎた頃から、養育に関する悩みや迷いを抱える里親からの相談や、養育家庭になじめないといった孤児側からの訴えが目立ち始めた。震災前までそれぞれに異なる環境の中で生活し、それぞれに培われた習慣や生活信条などが、新たな人間関係の長期化の中で微妙にすれ違い、血縁関係といえども容易には乗り越えられない心理的な葛藤が生じている。祖父母が養父母となったケースにおいては、いわば「子育てのやり直し」ともいえる体力的な負担が大きく、現代の子育て特有の問題に対応することを求められるなど、苦悩の質はより複雑化し多方面に渡る。それに加えて、このたびの

被災地域特有の問題として、コミュニティーごと固有の文化や社会単位としてのまとまりがあることも、時に里親の心理的負担を大きくする場合がある。地区全体が顔見知りで血縁関係の多い地域で暮らすことは、平時には「安心感」として強みになる側面をもつが、そのことが、遷延するストレス状況下において「すべて筒抜けになる」「いつも批判されている気がする」といった不安や被害感情を惹起しやすい環境として作用しているケースが少なからず存在する。このような地域特性と風土を理解したうえで、きめ細かな対応を心がけることが、今後の長期的支援には求められる。

おわりに

震災後に岩手県が設立した「子どものこころのケアセンター」の活動の様子と被災地の子どもたちのメンタルヘルスをとりまく状況について報告した。復興が進み日常を取り戻したかに見える人々においてもなお、ふとしたきっかけから震災の傷跡が生々しく現れる瞬間があることを、現地を訪れるたびに実感させられる日々である。

成長発達を続ける子どもたちにとって復興とは、「もとに戻る」ことではなく、これからの自分を作っていく過程そのものである。子どもたちが厳しい現実から得る経験を生きる強さに変えていけることを願い、刻々と変わるニーズを見極め、子どもとその家族に寄り添い続けることを心がけていきたい。

文 献

- 1) 中井久夫：巻頭言 銜状格差から曖昧模糊へーしかし問題は残っている。精神医療、12;2-5,1997.
- 2) 総務省統計局：社会・人口統計体系。（総務省消防庁：東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）について。第146報（平成24年9月11日現在））<http://www.fdma.go.jp/>（2012.11.7）
- 3) 鈴木宏哉：被災地の子どもたちの運動不足調査についてのレポート。<http://www3.nhk.or.jp/news/html/20120610/t10015730931000.html>（2012.10.22）

表1 被災地3県の現状 再開できない学校の学校再開状況 (2012.10.5. 各教育委員会聞き取り)

県名	校種	総数	仮設校舎	他校間借り	仮設+間借り	他施設活用	合計 (%)
岩手県	小学校	370	13	4	1	0	18 (4.8)
	中学校	186	5	3	0	1	9 (4.8)
	高等学校	64	0	0	0	1	1 (1.5)
宮城県	小学校	425	9	22	0	0	31 (7.3)
	中学校	217	8	9	0	0	17 (7.8)
	高等学校	95	8	1	0	0	9 (9.5)
福島県	小学校	509	11	1)	0	2)	11 (2.2)
	中学校	237	5		0		5 (2.1)
	高等学校	111	19	3	0	22 (19.8)	
合計		2,154	78	42	1	2	123 (5.7)

1) 避難先の学校にそれぞれバラバラに在籍している

2) 使用されていない工場・廃校を改造して使用

の回復にも、格差が生じ拡大している。

今回のシンポジウムでは、子どもの心の回復および成長発達を中心に据えて、被災地の目まぐるしく変わっていくニーズに応じ学校と地域はどう連携していくべきか、地域における心のケアおよび防災対策における方向性を探っていきたい。そのために、以下の3人に話題提供をお願いした。津波被害の大きかった岩手県太平洋沿岸部は医療過疎地である。県内外の人たちが支援に行くには交通手段・ガソリン不足など大きな障壁が立ちはだかっていた。そのなかで逸早く地域の医療機関と連携し「心のケアセンター」を立ち上げ支援を行った医師八木淳子先生にその経緯と課題をお話していただいた。次に福島県発達教育センターの持館康成先生には、放射性物質の健康被害で揺れる福島県内各地の幼稚園に出向いてコーディネーターとしてチーム支援の方法を推進していくなかで感じた家族の様子や被災地の支援者（教師）の支援の重要性についてお話しいただいた。宮城県立石巻支援学校の片岡明恵先生には、東日本大震災を経験し、災害弱者と言われる障がいのある子どもたちの命を守るために、特別支援学校では地域（保護者を含む）と連携した防災対策をどのように講じたらよいかについて、東日本大震災の経験を踏まえて話題提供をお願いした。

地域に根差したところのケア ——宮古子どもの心のケアセンターの とりくみから——

八木 淳子

キーワード：東日本大震災、発達障害、メンタルヘルス、被災地、医療支援

Key words: Great East Japan Earthquake, developmental disabilities, mental health, disaster areas, medical support

I 岩手県における子どもの心のケアの課題

岩手県沿岸地域は震災以前から医療資源の不足が深刻であった。例えば宮古医療圏（佐賀県に匹敵する広さ）においては、わずか5人しかいない小児科医が当該地域14,000人の子どもの発達やメンタルヘルスの問題も含めた小児医療全般を担ってきた。被災地域における子どもの心のケア

Junko Yagi: Mental Health Services in Miyako Child Mental Health Care Center, Eighteen Months after the Disaster, through Cooperation with Pre-existing Local Resource
盛岡少年刑務所医務課/岩手医科大学神経精神科学講座