

松本和紀	被災者のメンタルヘルスケア	日本医師会雑誌	141 (1)	56-60	2012
高橋葉子、松本和紀	東日本大震災におけるトラウマ	こころの科学	165	50-55	2012
富田博秋、鈴木大輔	災害によるPTSDの疫学とリスクファクター	Pharma Medica	30(12)	13-17	2012
高橋葉子	震災から半年後の宮城県気仙沼市で行った研修：「災害後の看護師の心のケア」の概要	日本精神保健看護学雑誌	21(1)	23-27	2012
高橋葉子	東日本大震災における中長期支援の課題：被災地看護支援に焦点をあてて	日本精神保健看護学雑誌	21(2)	100-1001	2012
高橋葉子	東日本大震災の支援者支援：支援者であり被災者である人達を支えるということ	精神医療	67	114-120	2012
丹羽真一	福島原発事故	日社精医誌	21(2)	195-200	2012
三浦 至、和田 明、板垣俊太郎、矢部博興、丹羽真一、福島県精神科医療施設合同調査グループ	福島県における震災ストレスと不安・抑うつ -精神科外来における新患調査から-	臨床精神医学	41(9)	1137-11142	2012
和田 明、高橋高人、矢部博興、丹羽真一	福島県における震災・原発事故後の精神科医療	精神科診断学	5(1)	77-80	2012
Y Kunii, A Wada, J Matsumoto, H Yabe, and S Niwa	Worsening of Manic State in Patients with Bipolar I Disorder Following the Fukushima Disaster.	Psychiatry Clin Neurosci	66(7)	622-623	2012
丹羽真一	災害ストレスとPTSD；災害医療の観点から：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴	Pharma Medica	30(12)	31-39	2012

第七章 災害時の精神科医

——対応と今後の医療に向けて——

東北大学大学院医学系研究科 教授 松岡洋夫

東日本大震災は、二〇一一（平成二三）年三月一日に発生したマグニチュード九という未曾有の東北地方太平洋沖地震とその直後の大津波、さらに同年四月七日の強い余震などによる広域の大規模災害であり、死亡者と行方不明者は約二十万人で宮城県はその約六〇％を占める。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、精神科領域に限っても保健医療福祉の被害は質量ともに地域差が大きく（「まだら状格差」）、被害内容は一律ではない。

この地域差の問題は均一で画一的な支援を困難にして①、急性期（おおよそ被災後数か月以内）や中期（おおよそ被災後数か月以降～一年以内）の支援のみならず、今後の長期（おおよそ被災後一年以上以降）の復興計画にも複雑な影響を及ぼしている。かつての阪神・淡路大震災（一九九五年一月一七日、マグニチュード七・三）や新潟県中越大震災（二〇〇四年十月二三日、マグニチュード六・八）での経験は重要な情報をもたらしたが、復旧・復興に地域差の大きい今回の広域災害にはそれらの経験がそのまま適用できないという問題がある。さらに政局の混乱も相まって、復興基本法制定やこころのケアセンター設置などは阪神・淡路大震災のときと比べて数か月の遅れがあり、その他の領域での復旧・復興も大幅に遅れている。本稿では、

精神保健医療福祉に関わる東日本大震災の特性と、そこから見えてくる今後の長期的な復興計画の在り方に関して、筆者の所属する東北大学病院精神科（以後、当科）としての視点を中心に述べる。

東日本大震災の特徴——まだら状態差——

マグニチュード九という東北地方太平洋沖地震によって最大震度七を記録した宮城県栗原市（宮城県内陸部）では死者がいなかったことに象徴されるように、今回の震災の人的被害に関しては、死者と行方不明者の大半が地震直後に発生した大津波による沿岸部に集中している。直下型の阪神・淡路大震災の比較的均質で局所的な被災状況と比べ、今回の震災は津波による広域災害であり被災状況は質量ともに地域によって多様であった。さらに、福島県では東京電力福島第一原子力発電所の事故も加わり被災状況は複雑化した。

東日本大震災と阪神・淡路大震災を比較してみると、死者・行方不明者は前者が約二万人で、後者（六五〇〇人弱）の約三倍である。被害総額で見ると前者は広域ではあるものの神戸市のような大都市が含まれていないために後者の二から二・五倍程度である一方、一次産業被害はいくつかの指標でみる一〇〇倍単位の大規模な被害となった。こうした被害の質的相違は、後述するように精神保健医療福祉の被害とそこからの復旧にも影響し、阪神・淡路大震災や新潟県中越地震のさいの経験から得られた復旧・復興計画がそのまま今回の大震災に適用できないという難しさがある。さらに、宮城県の被災地は沿岸部全域にわたり、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、津波被害は精神保健医療福祉にも後述するような「まだら状態差」ともいえるべき地域差を引き起こした。このため急性期から中期は各被災地固有の状況と復旧ニーズをいかに正確に把握できるかが大きな課題であったが、さらに今後の長期的な復興計画にもこの地域差の視点が

極めて重要となっている。

被災の地域差に関わる要因は多様で、①行政・精神保健福祉レベル、②医療レベル、③産業や居住レベル、④養育・学校レベル、⑤地域コミュニティレベル、⑥個人レベルと多岐に及んでいる。メンタルヘルスは様々な心理社会的要因の影響を強く受けるため、それぞれのレベルの被害内容は精神保健医療福祉の復旧・復興を考える上で非常に重要な要因である。

例えば、①の行政・精神保健福祉のレベルでは、役所、保健所、福祉施設などの建物、人的資源、関連資料、連絡機能の被害の程度によって、従来の精神保健福祉のための訪問活動や相談活動が可能かどうか、福祉施設での対応が可能かどうか、とくに患者を医療機関にどのように繋げられるかという問題が生じた。②の医療レベルでは、病院や診療所の医療に必要な建物・資材、人的資源、医薬品、医療機器、カルテなどの被害状況、そして一般診療科と精神科との相互支援機能（たとえば、内科医療機関の被害のためにその通院患者を近隣の精神科医療機関で対応できるかどうかなど、あるいはその逆）などの問題があった。③の産業や住居レベルでは、地域特有の産業被害、失業などに伴う経済的問題、避難所、半壊住宅、仮設住宅、見なし仮設住宅などへの転居によって引き起こされる生活環境の変化がストレスとなり精神的に悪影響を及ぼすことが多かった。④の養育・学校レベルでは、乳幼児期、小児期、青年期の発達に大きな影響が生じるような養育者、家族、託児所、保育所、学校などの被災状況、転居による交友関係の変化などが重要な問題となった。⑤の地域コミュニティレベルでは、自治会などの機能が、とくに居住環境（避難所、仮設住宅など）の変化の中で維持されているかなどの問題があった。⑥の個人レベルでは、個人の元々の回復力（レジリエンス）や精神疾患への脆弱性（易罹病性）の程度、文化的背景なども重要な要因となった。これらの要

因が複雑に絡み、地域や個人ごとに固有の被災の質量を決定し、しかも復旧の時間経過も地域特性（たとえば、復旧を支援する地域からの交通の利便性など）で規定されるために時々刻々と変化し、とくに震災直後の急性期は通信網の崩壊によって情報が混乱し、正確に被災状況を把握することに困難を極めた。

大震災に伴う精神医療被害と支援活動——急性期から中期——

医療施設自体の被害では、入院施設に被害のあった地区の入院患者は県内外の病院に転院を余儀なくされた。宮城県の具体的な被害として、沿岸部の三つの精神科病院は津波による浸水・流失（この三病院で合計二七二名が県内の三八病院、山形県の一〇病院に転院）、比較的内陸部の一精神科病院が地震による一部倒壊の深刻な被害があった。また、沿岸部の八つの診療所では津波による浸水・流失の被害があった。

震災直後には急性発症の精神疾患が多く見られたが、それには医療の供給断絶や居住環境の変化によるストレスの影響が主に関連していた。当初は地元の医療資源では対応が困難で、急性発症の重症患者などは、被災地周辺の被害の比較的少ない病院が対応し、しばらくは入院定員の超過や外来患者の増加が続いた。大きな被害のなかった当科での入院患者も被災後の急性期はその七〇％程度が、震災と関連して発症や再発したもので占められていた。

被災地域での医療活動としては、宮城県内はもとより厚生労働省・宮城県、大学病院、大学精神科などのいくつかのルートで全国各地から精神科医、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士などで構成される数名の心のケアチームが支援に入った。通常は五〜七日単位で交代で派遣され、避難所を中心に精神医療救護活動（医療の提供、被災者向けの相談、講話、支援者のストレスケア）を行った。二〇一一年十一月時点では、

県発表の従事者数は延べ四五〇〇名以上で、一万人以上に対する支援活動を行った。メンタルヘルスの相談内容では、不眠、不安・焦燥感、抑うつが大半を占めていた。また、県精神保健福祉センター内にところの健康相談電話を開設し、一〇〇〇件以上の相談にあたった。また、震災孤児や親族を失った子ども、転校を強いられた子ども、不登校や心身の不調を訴える子どもへの対応は、宮城県子ども総合センターや仙台市精神保健福祉総合センターなどの児童精神科医や臨床心理士が中心となり、「子どものこころのケアチーム」が結成され巡回相談などを行い、さらに学校保健や母子保健に関わる機関と連携して活発な支援活動を行ってきた。

震災直後から被災者の多くは避難所での生活を余儀なくされたが、被災者の適応能力や互助機能がメンタルヘルスに大きく影響した。避難所避難者の解消の時間的推移にも地域差があり、それは人的被害や住宅被害の程度のみならず、支援の質量、支援を行う地域から被災地までの距離などの要因が大きく関与していた。その後、避難所は解消され、それに代わり仮設住宅が宮城県では約四〇〇〇団地（約二万戸）設置されたが、被災地域単位での移動が少なかった宮城県では、団地での自治体組織率が平均で五〇％程度と低く（福島県は被災地単位での移動が多く組織率は九〇％程度）、とくに都市部被災地の仮設住宅での組織率が極端に低く、県内の地域によって三倍程度の格差が生じた。この格差は互助機能に大きく影響し、阪神・淡路大震災のときに問題となった孤立や孤独死などが長期的に懸念されている。また、沿岸部の漁村などでは昔から「結い（ゆい）」というコミュニティの固い結束が知られているが、これによって逆に逆境に対して過剰に適応、忍耐することでメンタルヘルスの問題が見えにくくなるという問題もある。こうした東北地方の特有の気質（文化）は、「gaman（がまん）」として米国精神医学会のニュースで紹介された²⁾。

震災に伴うこころの問題

被災者のこころの変化とその回復過程は、被災直後の茫然自失期に始まり、英雄期（ハネムーン期）、幻滅期を経て再建期へと立ち直っていくと一般的にいわれている。震災直後は事の圧倒的な重大さによって思考停止状態となり（茫然自失期）、その後、気分を高揚させて復旧に向けて頑張り（英雄期）、さらにその後、慢性的な疲れとともに現実の厳しさをあらためて実感し（幻滅期）、いずれそれを乗り越えてようやくこころの安定が訪れる（再建期）。しかし、なかには乗り越えがでずに以下のようなより深刻な問題に発展していく場合がある。

被災に伴う心理的な影響でよく知られているのは、自らが生命の危機に曝されたことや悲惨な光景を目撃したことによっておこる心的外傷の直接的影響として起こる外傷後ストレス障害（PTSD Post-traumatic stress disorder）である。PTSDは外傷体験のフラッシュバックや悪夢とそれに関する健忘（解離）や、外傷体験と関連するような状況や場所の回避行動、強い緊張感を伴う過覚醒と感情麻痺など、記憶と感情の対立的症状の混在で特徴づけられる。PTSDの概念が広く知られるようになったのは、一九七〇年代にベトナム戦争においてアメリカ軍の帰還兵の一部で上記の特有の精神症状を示すことが知られるようになり、主に一九八〇年以降にこの領域の研究が盛んに行われ予防法や治療法が開発されてきた。しかし、被災後一か月以降にPTSDを罹患するのは一部の被災者であり、多くの被災者が体験するのは一過性の軽微なPTSD症状や非特異的な急性ストレス反応である。急性ストレス反応では、人や物を失ったこと（喪失体験）などの様々なストレスによって、抑うつ、不安感、不眠、身体のような違和感（不定愁訴）がみられるが、大半は時間と共に回復していく。また、様々なストレスを伴う被災後の生活変化などに適応で

きず、アルコールやギャンブルへの嗜癖に陥ったり、信頼感の喪失、引きこもり、不適切な反応の遷延などの重度の適応障害になる場合もある。さらに、急性期は医療機関への通院が困難となり治療薬が途絶えたりすることで、既存のうつ病や統合失調症などの再発による入院例が相当数見られた。

これらのこのころの問題は震災直後から一年程度の特徴であるが、時間経過とともに復旧・復興がすすまない一群では（「はさみ状態差」、後述）、このころの問題も長期化、遷延化するため、神戸や新潟での経験を踏まえると今後五年、一〇年という単位で長期的なこのころのケアを継続していく必要がある。

精神保健医療福祉における復興計画の方向性

震災後一年ほど経過した現在、「まだら状態差」ともいえる多彩な被災状況を示す、広範な宮城県沿岸部での精神保健医療福祉をどう再構築するかが大きな課題となっている。急性期から中期は前述のように全国からのこのころのケアチームの介入によって支えられてきたが、巡回相談を中心としたこうしたチームの需要は徐々に少なくなり、震災後一年程度で大半の被災地域からこのころのケアチームは撤退することになる。これに代わって、このころのケアセンターなどの新たな組織の設置による継続的な支援体制の確立が必要になっている。

行政レベルでの精神保健医療福祉関連の動きとしては、病院自体の復旧に対して「災害復旧費補助金」が全半壊病院再建費用の一部として支給されている。また、地域のコミュニティ復旧には、「地域支え合い体制づくり事業」が打ち出され地域サポートセンターなどの充実に役立てられている。さらに、治療中断者などを対象とした「精神障害者アウトリーチ推進事業」が進んでおり、一部の病院ではこれを取り入れて病院

機能が復旧するまでの間の補完的なものとして機能している。このアウトリーチ事業は、今後、本邦で積極的に取り入れていくべき新たな地域医療のモデル（後述）としても期待される。しかし、未曾有の大災害であったことや政局の混乱も相まって、復興基本法は阪神・淡路大震災では発生後一か月で成立したが、東日本大震災では三か月以上経過してようやく成立し、このころのケアセンターの設置も数か月以上遅れており、さらに復興庁についても紆余曲折し年が明けての二〇一二年二月一〇日に設立された。こうした状況を憂いて、復旧すら見通しが立っていない中で復興はほど遠いと指摘するものもある。

二〇一一年一月二一日に国会において三次補正予算がようやく成立したが、こうした復旧・復興の遅れに対して宮城県は独自に「東日本大震災復興基金」を同年八月上旬に設けて、その中で「みやぎ心のケアセンター」を設置することを決定し、同年一月には準備室が開設され一二月には稼働を開始した。それでも「神戸こころのケアセンター」開所から比べて四か月の遅れがあった。こころのケアセンターは、神戸や新潟のこころのケアセンターを参考に、宮城県精神保健福祉協会に設置され、「基幹センター」は仙台市内に同年一月に開設されたが、さらに二〇一二年四月には宮城県東部と北部で深刻な被害を受けた石巻と気仙沼にそれぞれ「地域センター」の開設が予定されている。

みやぎ心のケアセンターでは、精神保健医療福祉全般にわたる総合的コーディネート（急性期の活動の発展・吸収と新たな事業の統合、既存の関係機関・施設との役割分担、地域のニーズ調査に基づいた将来計画の立案と推進）、支援のための人材育成と人材派遣、精神疾患の予防に向けた啓発活動（被災者、支援者、一般医、精神保健医療福祉専門家などを対象にした研修など）、震災関連の精神疾患に関する相談や仮設住宅などの巡回相談、民間団体やボランティアなどの育成と活動支援などが主な業務となる。スタッフは精神

科医、精神保健福祉士、臨床心理士、保健師、作業療法士、事務員などで構成され、基幹センターには二〇名程度、地域センターの二か所には合わせて一〇数名程度が予定されている。さらに医師不足の深刻な東北地方では精神科医をはじめとした専門職員の不足が予想され、非常勤の職員も二〇名程度配置する。当科からも多くの医局員が非常勤医として登録されている。

東北大学の復興支援

震災後の急性期から中期では厚生労働省・宮城県の行政や、その他の公的および民間組織での対応にも限界があったため、当科は被災地の大学病院精神科として支援を独自に行った。具体的には医局員の派遣のみならず、行政では対応しきれなかった全国からの支援者のコーディネートを独自に行い、震災後の数か月は外部からの支援者も含めて週当たり延べ五〇名程度の人員を東北大学のこころのケアチームとして被災地に派遣し続けた。

ちなみに震災後約一年が経過した現在も当科所属の精神科医、看護師、臨床心理士などを中心に週当たり延べ一〇名程度が被災地支援を継続している。急性期を過ぎた現在、被災者間に生活、職業、学校など様々な場面での「はさみ状格差」（生活の再建や精神的な立ち直りが順調にすすむ群と、それらがうまくすすまず取り残され

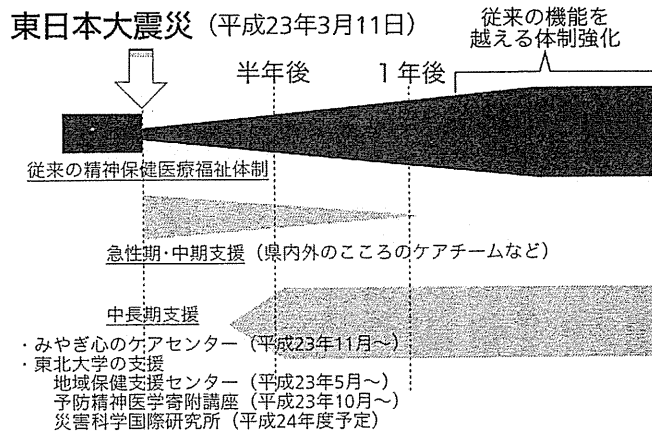


図1 精神保健医療福祉の復旧・復興計画（東北大学を中心に）

孤立する群の二極化)⁽¹⁾が生じており、アルコール依存症、うつ病、自殺、PTSDなどの重篤な事例化も目立ってきた。さらに、日本精神神経学会から「被災自治体(県、市町村)職員の健康に関する緊急要請」の周知に関する声明⁽³⁾が出されたように、市町の行政職員、消防、警察、学校職員などの「支援者」のメンタルヘルス問題も深刻化しており、被災地の行政職員の病休者が例年をはるかに上回っていることが新聞報道された。

前述のように宮城県はいち早くみやぎ心のケアセンターを開設したが、それに先立ち、精神医療専門職の不足を見越してみやぎ心のケアセンターを後方支援するために東北大学に県からの寄附講座として「予防精神医学寄附講座」(准教授一名、助手二名、事務職員一名を配置)が二〇一一年一〇月に設置され活動を迅速に開始した。寄附講座では主に、人的資源不足の解消、支援専門家の育成、メンタルヘルスの啓発、それらに関わる調査などから将来の精神保健医療福祉体制の研究を重点的に行う。また、これとは別に東北大学の公衆衛生学分野が中心となり「東北大学地域保健支援センター」が二〇一一年五月に開設され九つのプロジェクトを擁し、石巻市、仙台市の被災地を中心に被災者健康診査を行い既に中間報告がなされている(<http://www.ch-center.med.tohoku.ac.jp/>)。さらに二〇一二年度には東北大学の全学的取り組みとして「東北大学災害科学国際研究所」の設置が決定された。

今回の被災では、人的資源に関してとくに東北地方での医療過疎や医師不足・偏在の問題、さらに精神医療に関しては欧米先進国での取り組みから遅れを取っている未分化な地域精神医療の問題など、本邦が抱える精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。たとえば、欧米先進国では、多職種チーム(精神科医、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士など)による在宅医療ともいべき二四時間対応の「アウト

リーチ医療”の展開によって、“(収容型の)入院医療中心から地域生活中心”の医療へと脱却しつつあり、今回の震災で活躍したところのケアチームのような機能が常時確保されていることになる。当然、災害時には日常的な医療チームだけでは対応は不可能であるが、こうしたチーム医療のノウハウが災害時に役立つことは十分に期待できよう。

震災からの復旧すらままならない状況ではあるが、二〇一一年七月に社会保障審議会医療部会は医療政策の中で、これまでのがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾患に精神疾患を加えて五大疾患とした矢先でもあり、“こころの健康政策構想実現会議”が国会での議員立法として制定を請願している“こころの健康を守り推進する基本法”にあるような精神保健医療福祉全体の向上を視野に入れた復興が必要であろう(図1に示した“従来の機能を越える体制強化”の部分)。ちなみにこころの健康政策構想実現会議からの提言では以下の一〇領域のワーキンググループからその詳細が報告されている…自殺対策、精神保健改革、アウトリーチ医療、チーム医療、入院医療、専門医療、家族支援、人材育成、評価、法制化 (<http://www.cocoroseisaku.org/>)。

これからの精神医療にむけて——予防精神医学——

今回の震災を機に、前述のように当科には県からの寄附講座である予防精神医学寄附講座が設置されたが、これは単にみやぎ心のケアセンターの後方支援を行うという目的だけではなく、本邦で未発達な予防精神医学の領域を活性化させることにも主眼を置いている。とくに被災地での長期支援では、未だに根強い精神疾患への偏見や差別の解消も視野に入れながら、重症の精神疾患を未然に防ぐための“一次予防”(啓発など

を中心に疾患の発生を減らす」と「二次予防」（精神疾患の微細な症状や徴候に早期対応し顕在発症を防いだり、あるいは顕在発症直後にできるだけ早期に治療を開始できるようにすることで疾患を軽症化させる）が今後の理想的な医療の方向性である。

先進国では若者（後期小児期～青年期～早期成人期）における疾病負担の中で精神疾患によるものが最も顕著であり、また本邦での年代別の死亡原因を見ると若者では自殺が最も多い。ニュージーランドで行われた出生コホート研究によると、二六歳時点での精神疾患の七五％は一八歳以前で、五〇％は一五歳以前で既に何らかの精神・行動の変化を示していた。フィンランドで行われた出生コホート研究では、二四歳までの男性の自殺行動は八歳時点での心理社会的問題で予測できることを明らかにした。

若者のメンタルヘルスが重要である根拠として、以下のような若者の精神疾患の特徴が指摘されている…
 ①精神疾患の七五％は二四歳以下で発症し、萌芽的症状を入れると大半は一二～二四歳で発症する…②精神疾患を抱えた若者の二五％しか専門的治療を受けていない…③若者は精神疾患によって差別や偏見を体験し、ときに自殺問題に発展する…④精神疾患は学業、仕事、対人関係、結婚に悪影響をもたらし、結果的にその個人の生涯にわたる経済的、社会的状況を決定する。そうした若者のこころの危機の問題解決策として、

“若者に焦点をあてたモデル *youth-focused model*” が提唱されている。ここでは、こころの健康だけではなく若者全般の健康・福祉にわたる専門技能を統合し、しかも病院ではなく若者が集いやすい地域コミュニティを基盤にすることが推奨されており、その達成のためには若者の問題を扱える専門家の育成、医療・保健・教育関係者への啓発、社会全体での精神疾患に対する偏見、差別の是正が課題となる。こうしたシステム構築は、医療制度自体と深く関連するため医学を越えて国策として扱う必要があり、究極的には国民の文

化の醸成という視点にまで関連する。ちなみに人口二二〇〇万人のオーストラリアでは国内に五〇か所、
 “ヘッドスペース headspace、(www.headspace.org.au)” と呼ばれるこうした若者のための集いの場を設
 けて若者のメンタルヘルスに力を入れてきており、国際的にも先駆的なモデルとして注目されている。

重症の精神疾患の中では、統合失調症を中心とした精神病性障害への早期介入研究が最も進展しており、
 一九九八年には国際早期精神病協会が創立され、二〇〇五年に同協会による早期精神病の臨床実践に関する
 国際ガイドラインが公表され、二〇〇七年には同協会の機関誌 *Early Intervention in Psychiatry* の刊行
 が開始された。しかし、本邦での取り組みは非常に遅れており、臨床研究の拠点は国内にまだ数か所しか
 ない。当科では全国に先駆けて二〇〇四年に若者の重症精神疾患の専門外来 (“SAFEクリニック”
 (<http://safe-youthcentre.jp/>)) を立ち上げ活動を行ってきており、さらに、二〇〇九年には宮城県精神保
 健福祉審議会(筆者が会長)に、“ユース・ジュネレーション(若者)に対する精神保健施策の充実”に関
 する作業部会を立ち上げ、モデル地区(名取市)での精神疾患の一次予防と二次予防の実践を開始したとこ
 ろで、今後の課題として普及啓発活動の推進、診療・相談・支援システムの整備、学校精神保健の強化、精
 神保健従事者の研修と育成、調査・研究活動、施策推進体制の確立を推進していく必要がある。こうした実
 践のノウハウが被災地支援にも役立つことが期待される。

本稿は第一〇七回日本精神神経学会学術総会(二〇一一年一〇月二六日～二七日、東京)・教育講演で筆
 者が「若者のメンタルヘルスケアに向けて…精神病の早期介入研究から見えてきたこと」と題して講演した
 内容(4)と、同総会・シンポジウム「東日本大震災の復興計画と中長期的支援」において筆者が「精神保健

医療福祉の中長期計画：宮城県の場合」と題して講演した内容³⁾を基にして作成した。

二〇二二年二月 記

【参考文献】

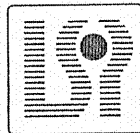
- 1 金 吉晴編『心的トラウマの理解とケア 第二版』じほう、東京、二〇〇六年
- 2 Aaron Levin (American Psychiatric Association): 「Japan's resilience erases impact of natural disaster」, *Psychiatric News* 46(11), June 3, 2011
- 3 日本精神神経学会理事会・東日本大震災対策本部：「被災自治体（県、市町村）職員の健康に関する緊急要請」、二〇一一年七月二五日
- 4 松岡洋夫：「若者のメンタルヘルスケアに向けて：精神病の早期介入研究から見えてきたこと」、*精神経誌*、(印刷中)二〇二二年
- 5 松岡洋夫：「東日本大震災と精神保健医療福祉の中長期計画：宮城県の場合」、*精神経誌*、(印刷中)二〇二二年

ライフサイエンス選書

放射線災害と向き合って

—福島に生きる医療者からのメッセージ

編 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班
(現 放射線災害医療センター)



ライフサイエンス出版

放射線災害と向き合って

編 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班
(現 放射線災害医療センター)

ライフサイエンス出版

定価(本体2,200円+税)

べきと思いますね。

大津留 本日は、先生方からこちらの健康に向き合っていく上で、とても重要ないくつかのポイントについて、お話を伺うことができました。震災をきっかけに、こちらのどこかにひっかかりがある方々にも、また復興に向けて頑張っておられる方々にも、ささやかながら応援のメッセージとなれば幸いです。

参考資料・引用文献

- 1 Bromet EJ, Goldhaber D, Carlson G, et al. Children's well-being 11 years after the Chornobyl Catastrophe. Arch. Gen. Psychiatry. 2000; 57: 563-571.

第7章

座談会

放射線問題とリスク・コミュニケーション

出席者…郡山一明 救急救命九州研修所教授／

九州厚生年金病院総合診療部 客員部長／

北九州市危機管理 参与

中谷内一也 同志社大学心理学部 教授

司会…大津留晶 福島県立医科大学医学部放射線健康管理学講座 教授

常に心配されている方もいらっしゃると思います。子どもと楽しい生活になるはずだったのが、悲観されています。細矢先生、小児科医としてたくさんのお母さん方から話を聞かれると思います。が、こういう声は多いでしょうか。

*1 ガラスバッジ…個人のガラス線量計。放射線量の積算をすることができます。

細矢 そうですね、震災直後は、ミルク、オムツ、お尻ふき、離乳食がないなど、モノが足りないことに対する不安だったのです。これは時間が経つと解決できたんですね。ところがその後放射線についてはまったく様相が違ってきて、誰でも安全か言えない状況です。我々も県外への引越しの相談を受けるのですが、「県外に行かなくても大丈夫ですよ」となかなか言えない状況が続く、非常に困ったのは確かですね。「我々も心配しないでここで生活していますよ」とお伝

●アンケート調査記載からの例（実際の記載ではありません）

(1) 東日本大震災の直後は、まだお腹の中に子どもがいましたが、ミルクやオムツ不足の問題を目の当たりにして、たいへん不安になりました。原発事故も重なり毎日たいへんでした。出産してから、放射線のことを考えると県外へ脱出したいという気持ちでしたが、家の仕事のこともあり、上の子どもたちと生まれた赤ちゃんとともに県内に残りました。10か月経つ今でも換気をせず、窓もテープで密封していて、震災後一度も窓を開け放ったことがありません。お話ししたいことはたくさんあります……。

(2) ガラスバッジの結果報告が最近来て、子どもの3か月の外部被ばく線量が、0.4ミリシーベルトでした。1年にすると $0.4 \times 4 = 1.6$ ミリシーベルトになります。1ミリシーベルト（年間）を超える結果が出てしまいました。子どもが1ミリシーベルトを超えてしまっていてどんな影響があるのでしょうか？ 目に見える検査結果がもっとほしいと思います。せっかく子どもたちと楽しい生活があったのにと思うと……。

(3) 予防や対応もまちまちでどうしたらいいのでしょうか？ たとえば、離乳食の水はすべてにミネラルウォーターを使うわけにもいかず、なるべく福島県産以外の食材を使いたくてもすべてとはいきません。本当に何をどうすればいいのでしょうか？ 内部被ばくがとても心配です。

補償や支援も充実させてください。子どもには未来があるはずですよ……。

1 「妊産婦のアンケート調査」から考える

■震災後の診療における困惑

大津留 2012年1月から行っている妊産婦のアンケート調査もこころの健康度アンケート調査も、今、(回答率が)50%を超えるような勢いで返事が返ってきているところです。アンケートの中に自由記述の項目があり、多くの住民の方の共通のご質問・ご意見と思われる内容がありましたので、平均的なものとして（実際の個々の記述とは異なりますが）例としてお示しします。それに沿いながら、討論いただこうと思います。

まず、アンケートの1番目の方(1)です。震災、原発事故で福島から逃げたい気持ちもあるけれど、いろいろな事情で残られていて安心できない状況にある。こういう不安の強い方が、たくさんおられます。2番目の方(2)のようにガラスバッジによる被ばく線量の報告なども来ていて、事故前と比べると増加しているが、線量的には必ずしも高くなく、健康リスクとしては小さいレベルだと思っております。3番目の方(3)のように内部被ばくを考えると非常に心配であると。また、3番目の方(3)のように内部被ばくを考えると非常に心配であると。また、3番目の方(3)のように内部被ばくを考えると非常に心配であると。また、3番目の方(3)のように内部被ばくを考えると非常に心配であると。

福島第一原発事故による放射能汚染は、住民のこころにどのような影響を与えているのだろうか。福島県では福島県立医科大学（以下、福島医大）に委託し、県民、特に放射線量の高い地域の住民を対象に「こころの健康度調査」等を行っており、その結果を踏まえたサポート体制を整えている。こころの健康とどう向き合っていくか、福島でこころのケアに携わっている専門家や小児科医、内科医が集まり、調査で浮き彫りになった事例を見ながら、それぞれの立場で討論した。主として医療関係者という立場で話をしていくが、一般読者にも参考になれば幸いである。

（2012年2月14日開催）

えしますが、県外に脱出したい気持ちがある人には、それを止めることはできないという状況は、今でも続いていると思います。

大津留 医師として、たとえば手術が必要な方たちには手術のリスクとメリットをお伝えした上で、科学的に手術のメリットが高ければ、それをお勧めしています。ところが今回は、そういった普通の医療におけるリスク・コミュニケーションがまったく通用しないと感じられることはないでしょうか。

細矢 治療の場合は、メリットとリスクを説明しやすいのですが、原発事故の場合は、たとえば県内に残った場合のメリット・デメリットを明確に説明できなくて、うまくリスク・コミュニケーションが取れなかったということがあったと思いますね。

丹羽 病気の場合も、別に望んでなっているわけではないけれども、自分が抱えてしまった問題に対して、いわば能動的に「きちんとなんとかしなければ」と考えやすいテーマです。しかし原発事故の問題は降って湧いた、いきなり被害者になったという意味で、能動的に何とかしようという考え方になりにくいと思いますよ。考え方は、原理的に同じはずなのですが。それがやっぱり今回の原発事故の一つの特徴のような気がします。

小西 そうですね。結局、福島に残ることも「将来何が起こるかもしれない」というようなネガティブで、かつ、はっきりしないリスクを抱えることになりましたよね。合理的なリスク評価をして選んでもらうようには、なかなかなりにくいところがあります。だから、被災された方は合理的に反応できないのが当然だということを、医療者はまず受け止めないといけないのだろうとは思いますが。

丹羽 もう一つ、病気のとくと少し違うのは、個人の何かを解決すれば良いということではなくて、生活のあり方全体が変わってしまうところなんです。だから「この人をどうする？」という選択ではなくて、「家族をどうする？」という家や社会の問題にまで広がりますよね。

■人間の問題と通常の反応との判断

細矢 (一)の方ですが、今でも窓にテープを貼っているというのは、やや過度に神経質になってしまっているのではないかと思うのですが。

小西 この方の場合は、「他のリスク」という言い方は良くないかもしれませんが、上に小学校の子どもさんたちがいて、子育てがたいへんな中で赤ちゃんが生まれた。そういう状況で普通に抱えている不安もきつとあって、その上に原発事故による不安が乗ってしまった。普通だったら何とか耐えられた不安がさらに大きくなったためにコントロールしにくくなっている。「心配の全体」が放射線に彩られているという感じもしますよね。

丹羽 確かに、その人の個性や特徴に彩られたような問題が出ている場合と、きわめて一般的な問題の場合と両方ありますよね。(一)の方の場合も両方が複合していると考えていいでしょうね。一般的には極端な反応をしていると思えますが、現状を考えれば普通の反応の中にも含めてもいいのではないかと。よってこの問題に特化するよりはその人の生活の問題と捉えて相談に乗ったほうがいいだろうと思うのです。この方にしても、家や仕事のことがあったりなかなか動けないけれども、そういう家の仕事はやっぱり大きな生きがいでしょうし、子どものことだけではなくて家族全体のことを考えて相談に乗ること。そういう意味での手(サポート)の多さが必要だろうという気がしますね。

大津留 文面だけからすればやや過敏な反応のように取れますけど、それで本人のこころの中ではバランスを取っているという感じもしますので、そういうところをよく聞いてあげる。そして、だんだん論理的な考えができるような方向に近づけることが自然にできればいいかなとは思いますが。

小西 たぶんこの方に対して「いちばんまずい対応は、たとえば、「テープなんて貼ったってしょうがありませんよ。こういうリスクとこういうリスクがあります」と、最初からガンと言ってしまったって終わりにするやり方だろうと思います。だから、私に対応するのなら、この人は時間がかかると思っただけで話を聞いて問題を知り、

「この人はわかってくれる」と相談者に思っていたから、放射線の話もしていくと思うのです。しかし、そういうやり方が、今、福島で許されるのかというところ、それほどの時間がなかなか取れないのが現状のようです。そういう対応の仕方を、支援する方々全員にやっていたくのは困難なもの、一つの問題なのかなと思いますね。丹羽 小西先生の普段のお仕事では、たとえばDV (Domestic Violence: 家庭内暴力) などいろんな問題に対応しておられますけれど、20万人も同時にDV被害が起きるといえることはないわけですからね。そういう意味でのケースの多さが、やっぱり対応の困難さになっていることはあります。しかし、個々のケースへのアプローチとしては、小西先生が言われたようにオーソドックスにまず信頼関係を作って、そこからほぐしていくということになると思います。ただ、果たしてそういうことをしている時間があるのか。県民健康管理調査の場合には、こころの健康度調査ということで一定の質問紙でカットオフ値を決めて、特にハイリスクと思われる人たちから、まずはアプローチしていくという整理の仕方をしています。しかし、それで良いというわけではもちろんないですよね。

小西 大津留先生が調査の結果をご覧になって、ちよつと問題だなと思われる方の割合はどんな感じでしょうか。大津留 チェック項目でハイスコアの方は、こころの健康度・生活習慣調査が20〜30%、妊産婦の調査が15%といたところだと思います。

丹羽 こころの健康の場合は、いわゆる何点以上とカットオフ値が定められています。通常の調査のカットオフ値をそのまま使いますと、大津留先生が言われたように30%といった数になってしまうのですが、今回の調査の中の分布をもう一回見直して上位5〜10%のところをカットオフ値を改めて決めなおす形で、今、対応しようとしています。ところで子どもさんたちのハイスコアの方は、普通に定められているカットオフ値を使っても災害に遭っていない方でも約10%弱ですので大人と同様に考えるわけにはいきません。

小西 今の子どもと大人で割合が違うという話で思い出す研究があります。チェルノブイリ原発事故後のメンタルヘルス研究で有名なプロメット先生が行った研究では、キエフに避難してきた母子とキエフ在住の母子を事故直後から11年後に調査して比較しているのですが、子どものパフォーマンスや身体の健康の客観的状況に差は見られないのに、お母さんの主観的な子どもの健康評価が、被災者とそうでない人とで差があるのです。放射線のメンタルヘルスには「不安」の問題が大きく影響していることを示す結果ですし、母親の不安に対応する必要があることを示す結果でもあります。

大津留 こころの健康度調査では、自由記述にたくさん書いてくれている人の中にもスコアの低い方がいたりします。スコアが高い人はもちろん対応しなければいけません。スコアが低くても対応したほうがいいと思われる方々もおられますね。

丹羽 福島医大では、書いてくださったっているものはピックアップして拝見した上で、レスポンスしたほうがいいかどうかを決めています。なるべく丁寧にやるべきだと思っているので、やっぱりなんと言っても対応する人の数を増やすことだと思います。ですから、そういう支援の場に参加していただける方がなるべく多くなるように、我々も努力していくことが必要だと思います。

■傾聴・共感と専門的知識の提供、どちらを優先するか

丹羽 (1)の方への、誤解が広まらないような答え方のポイントについてです。たとえば「引越したほうがいいよ。私のうちは東京だから東京に早くおいで」などと言われたときに、やっぱり人はこころが揺れます。でも、実生活のしびりがあるとそれもいえない。それは判断の決定要因としては、かなり大きいように思います。「こちらでの生活を大切に考えたその選択は、子どもさんに対して特に何か害を与えるようなことではないですよ」という言い方をするのが必要だろうと思うのです。ご本人はいろいろ迷っているわけで、その迷っているところを誰かから「それでいいんだよ」と言ってもらえる、それが特に専門家から言ってもらえると安心できる部分があ