

英文抄録

The Tohoku University Hospital suffered damage for the strong earthquake, but there was not the damage of the tsunami. There were few patients transported to this hospital for acute stress disorder. On the other hand, many patients with a history of the mental disorder have been transported. The causes of exacerbation were acute environmental changes and discontinuance of taking medicines. We organized the mental care team and gave the care of the coastal place depending on the request from the stricken area. We assessed the patient who could not visit a hospital, and gave medicine for one or two months. The important point of the support shifted from a place of refuge to temporary house. The Miyagi Disaster Mental Health Care Center succeeded our activity approximately one year later. When a disaster included a very large area, it is effective to divide it in the small area and to elect the area coordinator for public mental health.

佐藤博俊、松岡洋夫

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野

佐藤博俊

tel 022-717-7266, Email: h-sato@med.tohoku.ac.jp

Medical Support for Tohoku University Hospital in the Great East Japan Earthquake

Hirotooshi Sato, Hiroo Matsuoka

Correspondence: Hirotooshi Sato. Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Tohoku University, 1-1 Seiryomachi, Aoba-ku, Sendai, Miyagi 980-8574, Japan.

Fax: +81-22-717-7266,

Tel: +81-22-717-7262,

E-mail: h-sato@med.tohoku.ac.jp

◆ 特集 2 災害と精神医療：神戸＝東北ホットライン

[講演Ⅱ]

東日本大震災における精神保健医療・
宮城での経験から

(講演会「災害と精神医療—1.17と3.11をつなぐこと—」)

松本和紀*

はじめに

本日はこのような貴重な会に呼んでいただきまして、大変光栄に思っております。我々は3代目ではないかと思うんです。第1世代は神戸の先生方がご活躍なさって、その後に新潟で大きい震災があつて、我々は3代目にあたる。3代目が初代の先生方に何を話したらいいのか戸惑っています。

私は1992年に精神科医になっております。1995年は、私が山形の病院にいるときに、朝方のニュースで、神戸で大きい地震があつたと聞きました。うちの先輩たちが神戸に支援に入らせていただいています。自分も行きたかつたんですが、順番が回ってこなかつた。その後も震災についての勉強はあまりしてこなかつたというのが実際です。今になって改めて勉強させていただいているところです。

震災当日のこと

3月11日、私は精神病の早期介入という研究の関連で宮城県立精神医療センターに行っていて、そこにいた時に地震を体験しました。名取市という場所です。病院なので発電がありまして、停電は起こっているんですが、すぐテレビを見られてしまうんですね。テレビを見られてしまうというのはあまりいいことではなくて、リアルタイムで名取川の映像が入ってくるわけです。私は名

取市に住んでいるわけではないので、あまり地理的な関係がわからなくて、名取川であんなことが起こっているということと、自分は名取市にいるということとが頭の中でうまくまとまらなかつたですね。何が起つて、どうなっているかということが。名取川は実はそこからはかなりの距離があつたんですが、地理関係がわかっている人間も、何か起つているんじゃないかと慌てて外を見に行ったりしていました。

この日はもう何がどうなっているかわからなくて、とりあえず県立精神医療センターの検査用の簡易ベッドに泊まって一晩過ごしました。夜だったものですから動くのは危ない。市内がどうなっているか、全然わからない。神戸のときの映像の記憶がありますから、市内は火事などが起つて大変なことになっているのではないかと、いろいろ想像しましたが、とにかく暗いうちは動かないほうがいいだろうと考えていました。

遠くの石油のコンビナートがある辺りで、火災で火がばらばら見えたりしました。近くに仙台空港や^{ゆりあげ}閑上地区もあつたので、一晩中ヘリコプターが上空を飛んでいって、戦争映画の中にあるような状態でした。寝られないのかなと思ったら、意外と眠れました。

東北大学精神科医局

次の日に仙台市内に向かいました。市内は、ところどころでこぼこしたりしていましたが、そんなに騒然としていないんですね。普通の市民

*東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
[〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1]

は停電で映像を見ていないものですから、何が起こったか、みんな知らないんですね。意外とのんびりとした空気でした。大学病院に昼ぐらいに行きました。

3日目の日曜日になって、うちの医局はどうも機能していないなということに気づきました。医局長をしていたものですから、ちょっと慌てて、これは大変だなと。ようやく実感がわいてきました。東北大学精神科の病棟は2階建てで古い建物でしたが、建物の被害はほとんどなく、暖房がとまって寒かったんですが、電気は確保されていました。非常食を、ほかの病院と同じように備蓄の中から少しずつ出していくというような状況でした。ほかの病院でもそうですが、やはり不安感がありました。食料が続くんだろうかとか、これから何があるんだろうかという不安感が大学病院でもありました。

外来は立入禁止になりまして、その後、火曜日、水曜日くらいから処方を出すようになりました。ただ、交通の便も悪いですし、そんなに多くの方が来るわけではありませんでした。薬局で処方せんがもらえるということを政府のほうでやりましたし。

医局は、研究棟の7階でした。耐震構造がもともと基準を満たしていなかったのが立入禁止になって、3週間入れなかったんですね。こっそりと何回かは行ったんですけども。自分のコンピュータから何から全部置いたままですから。行っている最中に余震があったらここでビルとともに倒れるのではないかという不安感がありましたね。真っ暗で電気もつかなくて、懐中電灯を持って行きました。各研究室は、本棚や机が倒れて、水漏れがあったり。防火扉自体が倒れて、エレベーターを塞いでいるというような状況でした。

医局員の居場所がないので、病棟の会議室1部屋と、デイケアの部屋とを仮の医局として使いました。たまたまデイケアの部屋は患者さん用にインターネットの回線を引いていたのでそれが使えました。それでも、暖房もきかない寒い中で情報をやりとりしなければならず、つらいものがあり

ました。

仙台市の様子

仙台市内の被災は、住宅地で地盤がゆるいところで建物がやられることが結構あって、全壊した家屋は仙台市内で2万9000戸くらいです。仙台市内の死者・行方不明者も全体の中では隠れて埋もれてしまっていますが、やはりかなり大きい数ではないかなと思います。

仙台は福島第一原発から100kmくらい離れています。当時は情報が全然入らなくて、病院の会議があると、みんなが一番聞きたかったのはその情報で、放射線科の先生方が担当で、朝と夕に放射線の情報を出すんですけども、「本当か!」と怒鳴る先生がいたりしました。炉心は融解なんか絶対しないとか、そういう情報が飛び交ったりしていたのを覚えています。アメリカ軍からの情報がたしか80km圏内が危険域というものだったので、アメリカの情報は信じられるだろうということで、100km離れている仙台は大丈夫ではないかなという気持ちでおりました。結果的に仙台は、風向きの関係などで、放射性物質が落ちてくるということはさほどでもなかったようですが、ただ、やはり県南のほうでは宮城県でも放射線が高いところがあります。

あとは、神戸と同じように、県と政令指定都市という二重行政、行政上の縦割りの問題もあるというのが特徴です。兵庫県のチームとしては仙台市にご支援をいただいていたかと思うんですけども、私はどちらかというと宮城県のほうと連携することが多かったという立場でして、仙台市に関しては、間接的には聞くんですが、直接に情報が入るということではありませんでした。

精神科医療機関の状況

では、精神科医療機関の状況についてご説明させていただきます。ほとんどすべての精神科医療機関が被災してしまっていて、あとは程度の問題です。石巻の恵愛病院と岩沼市の南浜中央病院が、津波ですっかり機能しなくなりました。光ヶ

丘保養園もほとんど機能停止すれすれのところで、最後、踏ん張って、いろいろな経緯があるんですが、どうにかこうにか患者さんを移さずに済んだところなんです。あとは、内陸の病院でも、やはり病棟が危険だということで、患者さんが体育館に避難する状態が少し長く続いたところなど、かなり大変な状況だった病院がいくつかございました。

そのほかの病院でも、食料、電気、水道、薬、情報の問題など、いろいろ苦労されています。民間の精神科病院は、数百という患者さんを抱えていることが多いですから、その方々の食料とか、ガソリンとか、そうしたものを確保することに、病院ごとに非常にご苦労なさっていたと聞いております。

機能しなくなった病院は、先ほどの福島県でのお話と同じように、患者さんをほかの精神科病院に移しました。そうした病院では、外来機能のみ系列病院で少し開いたり、別の場所にクリニックを開いたりということをしていたようです。

津波の被災地でも病院自体は高いところであって生き残っている場合もあります。しかし交通が分断されてしまって周囲から孤立してしまう。そうすると、周辺の住民が病院だということで精神科病院にも集まってくる。内科の患者さんが高血圧の薬、糖尿病の薬を求めて精神科病院に来るといったことだったそうです。

機能している病院は入院患者さんが増加するので、震災から1カ月ぐらいはかなり忙しい状況が続いていました。単に忙しいだけではなくて、食糧の問題や燃料問題などいろいろな問題を抱えながら、あるいは職員自体がご家族を失っている場合もありますし、車が目の前で流されていくということがあったり、職員の移動手段が大きな問題でした。車で1時間通勤している方も結構多く、ガソリンが手に入らないので、泊まり込みで働いているという人が結構いました。

内陸の病院でも孤立が続いて、テレビやネット上などで注目された病院もありました。

気仙沼市

ここで2つの地区を紹介します。ひとつは気仙沼市。県の北部です。気仙沼ぐらいになると、岩手の陸前高田と同じ文化圏で続いていて、仙台へ行くよりは岩手に行ったほうが近い。しかし県境で被災があると、県で全部仕切られてしまうので、効率が本来は悪いところがあります。先ほどの相双地区も宮城県と福島県の県境に近いのですが、陸路だったら山を越えるよりは平地沿いに仙台に行くほうが早いのに行政の区割りが邪魔をします。

気仙沼には2つ、三峰病院と光ヶ丘保養園という精神科病院があります。三峰病院は高台で大丈夫だったんですが、光ヶ丘保養園は先ほどお話ししたとおりです。もうひとつ、クリニックがあって、小松クリニックも津波被害に遭ってしまった。気仙沼市立病院は幸い助かったんですが、ここは精神科がありません。ここは保健所が浸水の被害を逃れておりますから、気仙沼は保健所が機能することができた地域です。こうしたことで、この三峰病院がこの地域の精神科医療を担う比重が高くなり、病院は必死で頑張っていたという状況です。小松クリニックはその後、別な場所で再開なさっています。

石巻市

次に石巻市の状況をお話しします。石巻市にはこだまホスピタルという病院があります。非常に大きい病院で、石巻ではもともとここがかなり中心的に機能していました。ここの病院については後にご紹介します。石巻では精神科病院である恵愛病院が津波ですっかり機能を失ってしまい、患者さんの犠牲者も出ています。精神科はないですが、石巻市立病院も津波でやられてしまった。あとは、市内に精神科クリニックがいくつかあるんですが、ほとんどのクリニックが浸水しました。

石巻市は保健所が津波で浸水して機能しなくなってしましまして、数カ月間場所を転々とするということになってしまっていて、大変な状況でした。石巻赤十字病院が津波の難を逃れて、医療の拠点になりました。

被災直後に石巻日赤のほうに精神科の患者さんが運び込まれているようだという情報が東北大学病院に入りました。当時は衛星電話もあまりつながらないんですね。衛星電話同士がだめで、衛星電話とauだといいか、いやソフトバンクだとか、いずれにせよ、たまにつながったり、つながらなかつたりという状況が数日続きました。あとは伝言ゲームです。行って帰ってきた医者から、こういう状況だからとか、ああいう状況だからとか。ただ、莫大な情報の中の一部だけぼんぼんと出てきますから、詳しいことはわからない。その中に被災地の総合病院でも精神科の患者さんがいっぱいいて困っているらしいという数行程度の情報があって、病院長のほうから「出してくれないか」と依頼されました。

もともと精神科のない病院に精神科医を派遣するというのは難しい面もあるんですが、3月15日、16日に医局員を派遣しました。すると、普通であれば恐らく隔離室に入っているような患者さんが、災害拠点病院をうろろろして、職員が5～6人ぐらいでその患者さんを囲んで様子を見ていなければいけなかつたり、カトニーの方がいたりという状況でした。精神科病院につなげようにも、そちらも孤立している状況で、なかなか情報のやりとりもできないし、精神科救急のシステムが機能していないということでした。その後、徐々に状況は落ちついてくるんですが、当初はそういう混乱した状況があったということです。

宮城県内の災害拠点病院といわれている病院はいくつかあるのですが、精神科があるところはほとんどありません。国立の仙台病院があって、市立病院の病床は、高齢者の認知症疾患医療センターといったもので、精神科として病床が機能しているわけではありません。あとは、東北厚生年金病院があったんですが、そこは地震の被害で機能低下をしていたということです。ほかは、病棟も外来も何もない病院ばかりです。これは震災前からの問題ですし、全国的な問題だとは思いますが、特に東北地方では総合病院の精神科の医療問題というのはずっと問題にはなっていたん

ですが、こうした災害のときになると、やはりこういう問題が大きく浮き彫りになってくるということです。石巻あるいは気仙沼の災害拠点病院でも精神科がないという問題が災害時に強調されて浮かび上がったということです。

こだまホスピタルのデータを紹介します。石巻の中で、孤立していましたが、機能が保持された病院です。震災後から1週目、2週目に外来患者さんが急激に増加して、そして減少していきました。再来患者さんは、流された方もいますし、交通アクセスで来ることができませんから、もともととかかっていた患者さんというのは減ってくる。ふえた分というのはほとんど、先ほど申しました近隣住民の方々が薬を求めてやってくるということで、ですから、1カ月目の診断名が、精神科の疾患が特になく人が半分以上来ているということです。2カ月目ぐらいになると、ICD-10のF3(気分障害)、F4(神経症性障害等)あたりの患者が治療に来るというデータが出ております。

入院のデータでは、震災後1カ月はまず入院者がふえて、しかも強制入院になっている方が若干ふえている。これは純増したのか、ほかで機能しなくなった病院があって、それでここの病院でふえてきたのか、それは全体での整理が必要かもしれません。あとは、震災後1カ月後ということになると、やはりF3、F4という診断の方が割合的にふえてくるというようなことが出ているそうです。

先ほどもありましたが、震災になってくると、いろいろと欠点が見えてくるわけです。その地域のいろいろな問題が、精神科医療の問題などが見えてくるわけですが、やはり震災でこういう危険の中で連携していかなければいけない時に急に連携することは難しいようです。こういうもろい部分が、震災になってくると一番にやられるのかなと思いました。

大災害時のコーディネーター

先ほど災害後の精神保健システムのコーディネーターという話が出ましたが、私もコーディネーター

役のようなことをやることになってしまいました。相対的に小さい災害であれば、何も大学の人間が出てきて何かやる必要はないですね。宮城県では2003年と2008年に今回ほどではありませんが大きな地震がありました。しかし、区域がある程度限定されており、精神科の医療機関にもダメージはなく、特定の市町自治体が被害に遭うということでしたので、行政がすべて取り仕切って、大きな問題は起こらなかったようです。けれど今回のような大規模な災害が起こると、自治体がやられてしまう、保健所もやられてしまう、そして大崎市にある県の精神保健福祉センターそのものもやられてしまうということになると、情報のやりとりが全くできなくなって、システムそのものが機能しなくなってくる。

そのような中、3月15日に県内関係者が東北会病院に集まりまして、宮城県の精神保健医療福祉対策会議という形で情報交換をするということをしました。毎回けんけんがくがくとやっていて、話がまとまらない部分もあったんですけども、とにかく関係者が集まることで、今の全体的な流れをつくってきたという点では機能したのだと思います。

厚生労働省のこころのケアチームの派遣モデルというのは、厚生労働省が主に自治体からこころのケアチームを集めて、各被災自治体に配っていくという方式かと思います。今回は3県、あるいはもっと広い県にまたがる被災でしたから、その偏りが無いようにということで厚生労働省も動いていただいて、それが無いと、結局、どこかの県だけに偏るという形になりますから、そこは統一的に統括するということは意味があったことではないのかと思います。

ただ、県内で活動しているのは必ずしも厚生労働省から派遣されるこころのケアチームだけではなくて、大学関連で来るチームもありますし、あるいは、後で説明しますが、日精診がチームを出す、あるいは、地元の病院も単独で支援を行う、あるいは、ほかにもいろいろな関連団体が入ってくるということで、必ずしもこころのケアチームだけ

が行うわけではなくて、さまざまところからいろいろな団体が入ってくるということが起こってきます。

そうしますと、行政はマニュアルに沿ってやるので、他のチームの存在というのは無視されがちで、そういったことはコーディネートをしてくれないわけです。県は県であくまでも自分で配置するこころのケアチームだけを念頭におくので、交通渋滞が起こる。どこに行ったらいいのかわからない、入りたいのに入れない、行ったらちがったということが起こってくる。

宮城県では、主に活動していたのは厚生労働省の派遣で来るこころのケアチームですが、そのほかに東北大学を中心にしてチームを出す、あるいは、大学関係で独自にチームを出していくところ、あるいは、そのほかのチームがありました。これは本当に複雑で、自分の中で整理がつくまでも大分しばらくかかって、今では、こういうことだったなとわかるんですが、当時は何が何だか、どこをどう整理していいのか、さっぱりわからなくて苦勞した覚えがあります。やはりここも縦割りで、厚生労働省から入ると厚生労働省のラインでチームが配置され、大学は文科省の系列で動いていきますから、大学病院に派遣しようとする。文科省も何かしなければいけないというのがあるようでして、厚生労働省と協力して何かしようという形にはならず、独自にやろうということで動く。

我々の姿勢は、県全体として一緒に動くんだということで、常に県と情報交換して、その上で我々のチームを県と相談して派遣していく、勝手に動かないようにして、情報を県と共有しながら、交通渋滞が起こらないようにという作業を行っていく。あるいは、ほかの応援していただける大学にお願いして、来ていただけるという大学に入っていくための調整をするというようなことを行っていました。

東北大学で行っていた活動ですが、活動の主な担い手は大学院生でした。彼らは基本的には病棟フリーなので、指定医をとったぐらいの若手の医師が研究を中断して動きました。それ以外にもモ

チベーションとか、体力とか、家庭の状況とかが許すスタッフは時間を見て関与する。医局員も、やはり被災者としての側面もありまして、若いスタッフで小さいお子さんがいたりすると、家族のことも気かけなければいけない。家の水がどうかとか、そういうことも心配しながら、という場合もありました。家族を実家に帰した先生も結構いました。そうすると、コーディネートする側からすると実は、非常に使いやすいということがございました。単身なので、明日からどこどこという形でお願ひすることができましたので。

当然、東北大学のスタッフだけではなくて、ほかの大学あるいは県内、県外の支援者の方々によって活動を維持しました。エクセルで表をつくって、気仙沼には、東北大のスタッフが入って、女子医大がここに来て、富山大学、高知大学がここに来てと。あるいは、石巻では、最初、日赤に医師派遣をして、その後多職種チームという形での派遣を開始しました。宮城県の東部にもチーム派遣を行いました。このようにずっと延々と何カ月も人を配置するというのをやりました。途中でほかの人にやってもらうことにしましたが、6月ぐらいまで自分でやっていました。

こころのケアチーム

厚労省のマニュアルを見ると、こころのケアチームというのは完全に自立していなければいけないということになっていますが、大学病院でそれをつくるのはちょっと無理かなと最初は思っていましたし、そもそも私はこころのケアチームという存在を震災前はよく知らなかったものですから、何だろうというところから手探りで始めました。最初、病院の古いクラウンを2～3台借りて、「ガソリンがないときに燃費が悪くてぜひください」と言いながらもガソリンをもらって何日間かはその車で大学のメンバーが行ったんです。

地域ごとに地区担当を決めて、地域ごとに状況が違いますので、その地域の状況に合わせた派遣を工夫しました。特に気仙沼は遠くにありますので、ほかの大学の協力を得ながら、直接入っても

らって、そのコーディネートをしたり、情報提供をしたり、あるいは、地元の2つの精神科病院の先生方との情報交換をしたりという形でサポートする。

石巻はもともとは車で1時間ぐらいのところですが、震災後はすごく渋滞するんですね。片道2～3時間かかりますから、仙台から日帰りすると、結局、移動だけで5～6時間使ってしまう。ですから、実働時間はそれほどあるわけではないんですけども、仙台から日帰りですぐ帰って来たいんですけども、仙台から日帰りですぐ帰って来たいんですけども、毎日ずっと繰り返しているんですが、大変です。支援で来る方は結構元気がいいのですが、うちのチームは毎日行くものですから、へたっていて、外から来た人のエネルギーに圧倒されるような感じがありました。

石巻は非常に混乱していました。結局、被災地域が広域で、行政単位として大きいので、いろいろな団体が入り込んできました。日赤病院が災害拠点病院として中心的に活動していましたが、精神保健の領域にもそちらの考えが入ってくるという状況でした。やはり広い地域にいろいろな支援が入っていますから、その調整とか、そうしたものはすごく大変になっております。

私は石巻市職員の支援に8月から入っております。これは細々とつなげております。市役所の職員とか、自治体の職員はかなり参っています。ある意味で健康な考え方をしますので、「ここでこのまま市役所に働いていたら自分は倒れてだめになる。じゃあ、やめたほうがいいかな」という発想です。そこで無理をして病気になるか、どうするか。定年間近の方は早目に退職しようといった話をちらちら耳にします。経験を積んだ職員が辞めることになると、そうした意味ではますます復興のスピードは遅くなってしまっておそれがある。そして、残った職員に負担がかかってくるのが危惧されることです。

県南の地区は多様で、本当になかなか情報がつかみづらい地域でした。ここはそれほど我々のチームが多く入ったわけではないんですけども、岩沼市では、うちの大学の医師が参りまして、そこで地区の保健師さんたちと一緒に活動していま

す。基本的に我々のチームとしては保健師さんの手足になるという考え方で、そういう意味では我々が主体的にこうしよう、ああしようというよりは、保健師さんたちの指示に従って、その中で動いていくという姿勢です。その中で、地区によっては、例えば、医師と保健師さんが相談してアイデアを出し合う形で支援を行うようなことをしております。

大学病院の役割

東北大として派遣したスタッフ数を見ると、やはり3月、4月に一番、人が投入されています。半分は精神科医で、大学病院だとやはり精神科医が数も多く出しやすいので、大量に人員が出た。あとは、応援大学から来ていただいた先生方も精神科医が多くいました。その他に看護師、心理士、精神保健福祉士とさまざまな職種の応援をいただいて、10月までのべ800名以上を派遣したという形です。11月からは、こころのケアセンターのお金を使えるようになりましたので、その後はそちらの非常勤という形で大学から人を出すという形になっております。

非常に広域な地域なので、行政の1人の担当者がコーディネートし切るとするのはやはり不可能だと思います。そこを結果的にカバーするような役割をしたのかなと思います。あとは、大学病院というのは、精神科医がプーリングされていて、動くことのできるスタッフを抱えているわけですから、こうした非常時に人材を供給することができますし、大学病院の持っている関連病院などとのネットワークであったり、県内外の関係者とのネットワークがあると思うんですけれども、そうした大学の役割を災害時向けにもう少し明確化してもいいのかなと思っております。

コーディネートをしていて困ったのは、いわゆる縦割りの壁でした。冗談で言うんですけれども、震災があっても全く崩れなかったのが、この行政の縦割りの壁でした。ますます強固になって、次に何があっても崩れないのではないかというぐらい、非常に分厚い。本当にびっくりする話がいっ

ぱいあるんですけれども。ですから、今も高齢者は高齢者、子供は子供で、行政の枠組みで、お金がおりてきますから、その形で動いているということです。

インターネットの効用と限界

今回の震災ではインターネットが活用されたことが特徴的でした。特にメーリングリストで全国の情報交換を行えたとか、そうした点は非常に助かったと思います。あるいは、出版物や情報に関しても、インターネットでダウンロードができる時代になっておりまして、私も中井久夫先生の震災関連の本を無料でインターネットで読めたというのがございました。ただ、実際に落ちついて本や文献を読むという気には、震災直後は全くなくて、ゆっくり読む気になったのは4月の末ぐらいからです。勉強してみると、こんなことが書いてあったんだと、後から冷や汗がでました。ただ、そうしたものが身近な手元にあると安心感があります。行けばアクセスできる、必要なときはぱっと流し読みで情報を得られるという点では、安心感がありました。

ふだんはメールで情報をやりとりするんですが、こういう大災害になればなるほど、直接会うとか、直接電話で話をするのがやはり伝達手段として信頼できる。メールでやっても、本音なのかなとかいろいろ考えてしまう。こういう大事な、特に危機的な状況の中でやりとりをするには、メールという情報は、役には立つんですが、限定的だなという感じもしました。震災直後はふだんよりは携帯電話代が相当高かったですね。5万円とか6万円ぐらいかかってしまいました。時代が変わっても基本的なコミュニケーションの原理というのはそんなに変わらないのではないかと思います。

こころのケアセンター設立

宮城こころのケアセンターができて、立ち上げには兵庫県の加藤寛先生にお世話になりました。宮城県ではかなり早い段階から、これをつく

ろうということ動いていて、そうした点ではほかの県よりも早目にこころのケアセンターをつくることができました。私もまだこの事業費の流れをすっかりつかみ切っていないのですが、宮城県の場合は、こころのケアにかかわるお金が仙台市にも流れていますし、こころのケアセンターから出向ということで市町の自治体に直接派遣するという事業に使ったり、その他にもアウトリーチ事業のほうにも使ったりという形になっているようでして、すべてがこころのケアセンターだけに使われているわけではないらしいです。

こころのケアセンターは、基幹センターが仙台にございまして、4月から石巻、気仙沼に地域センターをつくっていく予定であります。気仙沼地区では、センター長、副センター長、顧問などの役職を、地元の精神科医の先生にお願いしています。やはり狭い地域ですと、誰かだけがやるということになってしまうものごとが動きにくいところがあるようです。いい体制をつくって地域の方にお任せしていければいいなと思います。

あとは、精神障害者アウトリーチ推進事業というもので、被災地で比較的緩やかな規制でアウトリーチをやってもいいというのがあって、いくつかの病院で取り組み始めています。ただ、実態はかなりいろいろばらつきがあって、今のところ、うまく動いているところと動いていないところがあるようです。

民間によるオリジナルな活動

これはおもしろいのでぜひ紹介したいのですが、石巻のからころステーションというものがあります。仙台市に原クリニックの原敬造先生という先生がおられて、その先生が石巻の宮城秀晃先生と一緒に社団法人を立ち上げて、それで日精診の関連の医師やスタッフに来てもらって、順繰りに回転させながら石巻で活動を行うということをやっております。今は3チーム相当の活動をしているという話です。これは全くオリジナルな

もので、国もこういう使い方はあまり想定していなかったかもしれません。おおまかには、2チーム分は県のアウトリーチ推進事業から、1チーム分はサポートセンターの拠点事業からのお金を使っているということのようです。ここのチームは、震災直後からずっと動きっぱなしです。地元のチームと外のチームとをあわせながら活動を続けていて、ある意味で先ほどの相双地区のものと同じように似ているのかもしれませんが、民の力でそういうものをつくっていくというのがおもしろいかなと思います。

バトンをつなぐ

震災後に心のケアを行うという概念そのものは、今はすごく当たり前になってしまっていて、ちょっと過剰なぐらいかもしれないと思うんですけども、ただ、そういう概念そのものには、少なくとも日本では神戸からの経験というものがあったのではないのでしょうか。そして、外部からの支援者を受け入れて活動するというのが、恐らく今のこころのケアチームの原型ということでしょうし、こころのケアセンターなり、そうしたものをつくるべきではないかという話や、震災とトラウマ、PTSDについての知識と経験などもそうです。あと、当時はあまり意識的に考えたことはなかったんですが、神戸の震災のときに神戸大学の先生方が非常に頑張っていたという話を見聞きしていたとなると、やはり自分もやらなければいけない、やるものだというか、そういうものなんだろうなと。恐らくそういうものがあって自分は動いていたんだろうなと思います。前がいるというのは、後から来る者からすると、楽ですね。何もなかったところをやっていた先生方というのは、もっと試行錯誤が多かったのではないかと思います。非常にご苦労があったのではないかと感じております。ご清聴、どうもありがとうございました。

(平成24年1月28日、神戸大学精神科医局会主催・

第3回学術講演会より)

《精神疾患》

大規模災害後のうつ病

松本和紀 佐久間 篤 上田一気

ポイント

- 大規模災害では、被災から時間が経つにつれて、被災時の心的トラウマや喪失に伴う体験の影響や長期間のストレス因の持続によってうつ病や抑うつを伴う適応障害が増えてくる。
- 慢性の不眠や原因不明の身体症状が持続する場合には、うつ病を疑う必要がある。
- 適応障害や初期の軽症段階のうつ病では、休養や環境調整を促したり、不眠治療を行うなど、関与しながらの慎重な経過観察が大切である。
- 症状の改善が乏しい場合や既往歴のある者に対しては SSRI や SNRI などの抗うつ薬の処方を検討し、必要に応じて専門医への紹介を行う。

■ 大規模災害とうつ病

うつ病は心的外傷後ストレス障害(PTSD)とともに、大規模災害後によく起こる精神疾患である¹⁾。災害後の心理的な問題は、被災前、被災直近、被災後の因子に左右される²⁾。災害による直接的な恐怖、死別、喪失に引き続く、住居や経済、仕事や学業の問題、人間関係の変化、地域コミュニティの損傷や崩壊などが、二次的にさらに大きなストレス因となる。被災前に心的外傷体験やストレスとなる生活上の出来事を経験していると、抑うつ症状や PTSD が現れやすくなるが、一方で、以前に同様の災害を経験していることが予防的に役立つ人もいる。災害による影響には個人差が大きい。

大規模災害後、PTSD は時間の経過とともに徐々に回復することが多いが、うつ病は災害後の年余にわたって有病率が高いままに推移すること

があり³⁾、また、うつ病にまでいたらなくとも亜症候性の抑うつ症状を示す被災者も多い。

■ 大規模災害後の心理的反応の経過

うつ病の発症を考えるうえで、災害後の被災者の一般的な心理的反応の経過⁴⁾を頭に入れておくことは大切である。被災直後には多くの人々にさまざまな心身の変化が現れるが、多くは異常な状況に対する正常な反応^{4,5)}であり、時間とともに軽快する。被災後しばらくすると困難に抵抗し立ち向かう時期がくる。当時のことを「毎日無我夢中でした」などと振り返る被災者は多い。生きることに必死な日々が続き、被災者間に強い連帯感や高揚感が生じ、精神疾患の発症は一見目立たなくなる。しかし、脆弱性が高い者ではこの時期にもうつ病の発症や再発を認める。

発災から数ヵ月～1年以上経つと、徐々に終わ

キーワード：うつ病、適応障害、災害、PTSD。

K. Matsumoto(予防精神医学寄附講座), A. Sakuma, K. Ueda(精神神経学分野)：東北大学大学院医学系研究科。

りのみえない現実的な問題や過労などを背景に、疲労感、意欲低下、抑うつ、慢性の睡眠障害、アルコール摂取増加、原因不明の身体不調が一般の被災者にも多く認められる。震災後のストレス因の持続により発症するうつ病や、抑うつを伴う適応障害の人が医療機関を受診し始めるのはこのころからである。食欲不振、めまい、頭痛、喉の違和感、手足のしびれなどの身体症状を主訴として受診する事例も多い。

■ 大うつ病性障害と適応障害

うつ病の診断は、米国精神医学会の診断基準である DSM システム⁶⁾を用いるのが一般的であり、正式には大うつ病性障害と呼ばれる。一方、ストレスに対する反応性の障害である適応障害も大規模災害後に認められることは多いが、これに抑うつ気分を伴うことはよくある。大うつ病性障害(とくに軽症段階)と抑うつ気分を伴う適応障害との鑑別は、日常の臨床においてもむずかしいが、大規模災害後のように了解できる困難な出来事を多く抱え、明確なストレス因がある場合には、両者の線引きはさらにむずかしい。適応障害はストレス因が終結すると症状が6ヵ月以上続くことはないが⁶⁾、大規模災害後には長期間ストレス因が持続するため、慢性の適応障害をきたしやすい。

うつ病と抑うつ気分を伴う適応障害の鑑別のポイントの一つは、適応障害ではうつ病で認められる、抑うつ気分や興味や喜びの著しい減退が“ほとんど1日中、ほとんど毎日”ではないという点である⁶⁾。抑うつ気分を伴う適応障害では、「被災地を離れて親戚の家に行ったらよくなった」、「休日、子供と遊んでいると元気になれる」など、場面や状況に応じて抑うつ気分が消失する。症状は一部にとどまり、大うつ病エピソードの基準を満たすほどではない。

一方、軽症のうつ病では、機能障害は軽度であり、社会生活や人間関係を保つことがどうにかできる。しかし、これは本人が無理をして頑張っていることで維持されているが、詳しく評価すると

大うつ病エピソードの基準を満たす複数の症状が持続しており、仕事や家庭などの社会生活において軽度ではあるが明らかな機能の障害を認める。苦痛感が強いことも多いが、そのことを表現しなかったり、身体症状を中心に訴えたりする場合もあり注意を要する。

実際的には、両者は連続的に分布すると考えたほうがよく、適応障害からうつ病へと進展する事例もある。鑑別に迷うような軽症うつ病と適応障害の治療には共通点も多いため、経過をみていく中で診断を明らかにしていくことでもよいだろう。

■ うつ病と PTSD・悲嘆反応

大規模災害では心的トラウマを経験し PTSD を発症する者が増える。PTSD では、トラウマと関連した体験を人に語ることを避けたり、症状を病的なものと感じない者も多く、医療に結びつかないまま経過することがある。不眠、不安、抑うつ、倦怠感、身体症状などの不定愁訴を訴えて医療機関を受診する者のなかには、PTSD が背景に隠れている場合があり、うつ病との合併に注意を要する。PTSD とうつ病の合併例については専門科での診療を検討すべきである。

死別に伴う悲嘆反応ではうつ病と同様の症状が現れることもあるが、多くは正常の反応として時間の経過とともに回復する。しかし、症状が2ヵ月を超えて続き、死別反応ではうまく説明されない場合にはうつ病の診断を検討する必要がある⁶⁾。一方、死別に伴う悲嘆反応が、通常よりも強く、長期化し、生活にも著しく影響する場合があります。これは複雑性悲嘆と呼ばれる。こうした強い悲嘆では、抑うつを伴うこともしばしばで、うつ病へと発展する場合があります。

■ うつ病の診療指針

大規模災害後のうつ病の診療指針も、基本原則は平時のものと変わらない。しかし、一度に多数の人々が同時に強いストレス因にさらされ、その

後の復旧・復興期においてもストレス因が長期に持続するという特殊な状況や、災害に直接起因するトラウマや悲嘆に関連した精神的問題が影響するなどの特徴がある。

プライマリケアの現場では、緊急性や重症度が高くない軽症から中等症のうつ病(大うつ病性障害)と、抑うつ気分を伴う適応障害などの慢性的な亜症候性の抑うつ症状が治療の対象となるだろう。

■ うつ病の発見と評価

まずは、うつ病を疑うことが重要となる。慢性の不眠や倦怠感、原因不明の心身の不調などはうつ病を疑う症状となる。うつ病のスクリーニング・ツールはいくつかあるが、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)⁷⁾は国際的に広く使われており、その日本語版である「こころとからだの質問票」も開発されている⁸⁾。PHQ-9の最初の2つの項目は、大うつ病性障害の診断に必須とされる抑うつ気分と興味や喜びの著しい減退の項目に対応しており、PHQ-2として利用できる。この2項目だけでもスクリーニングは可能であり、2つの質問でうつ病が疑われたら、さらにPHQ-9を実施するなど詳しい評価を行う。ただし、持続性のストレス因に対する直接的な反応として亜症候性の抑うつ症状が現れ、得点が高くなることもある。うつ病の診断のためには、直接話をきいて、抑うつ症状の性質や持続期間、症状が生活に与える影響や治療の緊急性の評価を行うことが大切である。

うつ病を疑った場合には、自殺リスクの評価が必要である。質問票を利用したり、「すっかり絶望することはないですか」、「この世から消えたいと考えることはないですか」などという間接的な表現で話を切り出すなどの工夫をする。被災地では絶望感を抱く人も増えるため、絶望感や自殺念慮の有無だけでなく、自殺念慮の頻度や実際に行動化する切迫度の評価が重要になる。「ほとんど毎日自殺を考えてしまう」、「自殺の具体的手段まで

よく考える」場合などは、精神科への紹介が必要となる。うつ病では、軽症段階でも自殺リスクは高いため、その評価は重要である。

■ うつ病の治療

治療の初期段階では、関与しながらの経過観察が基本となる。定期的な経過観察によって、抑うつ症状が軽快するのか悪化するのかをモニターする。睡眠障害がある場合には、睡眠障害対処12の指針⁹⁾などに基づいた睡眠指導を行い、必要に応じて睡眠導入薬を用いる。うつ病についての情報提供を行うことが望ましく、必要に応じて冊子などを用いる方法もある。労務や役割の軽減を図るなど、重症度に合わせて適切な休養をとれるように促すことが大切であり、職場や家庭での環境調整や生活の見直しを図る。震災後に中断したり減少している、趣味や運動、対人交流など本人が楽しいと思える活動を増やすことが役立つことがある。とくに、適応障害レベルの患者では、こうした働きかけが重要であり、うつ病への進展を予防する効果が期待できるかもしれない。ただし、うつ病では、励ましによって罪責感が強まるおそれもあるため、患者の反応をみながら慎重にアドバイスを行う必要がある。

治療の初期では、抗うつ薬の使用は必ずしも第一選択肢とは限らない⁷⁾。うつ病は、自然経過で回復することも多く、軽症段階では抗うつ薬の効果は明確ではないとする報告¹⁰⁾もある。また、プライマリケアの現場では、うつ病の過剰診断や過小診断が起こりやすく、2回以上の評価によって診断精度の向上が期待できるという点からも、経過を見てから薬物療法を検討することが望ましい。過去に中等症、重症うつ病の既往がある場合や他の治療法によっても改善せずに症状が持続する場合には⁷⁾、選択的セロトニン再取込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬(SNRI)などの抗うつ薬の投与を検討する。治療に反応しない場合や緊急性が高い場合など、必要に応じて専門科への紹介を行う。抗うつ

薬は PTSD や悲嘆にも効果を認めることがあり、これらを合併したうつ病においても効果が期待できる。

■ 被災後のうつ病の事例

下記に、大規模災害後のうつ病の事例を提示する。個人が特定されないように内容に修正が加えられている。

症例 1：60 代，女性。被災により自宅が半壊し，2 階での避難生活を強いられた。半年後に自宅の修理が一段落ついたころから頭痛や手足のしびれを自覚。かかりつけ医に相談したが症状は改善せず，神経内科などで精査するも異常は認めなかった。抗不安薬を服用したが改善せず，精神科を受診したところ，意欲低下や抑うつ気分が確認された。抗うつ薬を服用し，6 週間ほどで症状は改善した。

考察：生活が落ち着いたところで頭痛や手足のしびれが生じた。身体症状の背景にはうつ病が潜んでおり，抗うつ薬への反応は良好で比較的短期間で症状は改善した。

症例 2：30 代，女性。被災後，自営の建築関係の仕事が増え，休日返上で働いた。仕事柄，被災者の苦労話をきくことが多かった。半年後ごろから易疲労感，めまいを自覚し内科を受診したが，異常は認めなかった。周囲に負担をかけまいと働き続けたが，ミスが増え，睡眠障害が出現。めまいも悪化し MRI 検査などするが異常はなかった。睡眠導入薬により入眠は改善したが，抑うつ気分を自覚し精神科を受診し，軽症の大うつ病性障害と診断された。本人は抗うつ薬の服用は望まないこともあり，うつ病についての心理教育とストレス軽減のための環境調整を促した。仕事時間を減らすなどの工夫により，4 週間ほどで症状は改善した。

考察：過労が続いていたが，直後は高揚感もあり無症状だった。半年ほどして原因不明の身体症状が出たが，仕事を頑張り続けうつ病を発症。心理教育と環境調整を含む経過観察で改善した。

症例 3：40 代，男性。職場で津波被害に遭い一時的に津波に流された。当初は悪夢と不眠が続き，不安や緊張が続いたが，仕事に追われ慌ただしく過ごしていた。しかし，だるさが抜けず，不眠のため酒量が増えてきた。被災現場には近づかず，テレビもみないようにし，外出は気が滅入るため家でふさぎ込むことが多かった。人と会っても感情が湧かず友達づきあいも減った。水の音で，震災当初の記憶がよみがえって気分がわるくなる。仕事での集中力も乏しく，自分は役に立っていないと感じる。内科で，だるさ，食欲低下，下痢，不眠を訴えたところ，「疲れているのでしょうか」といわれ，胃腸薬と抗不安薬を処方された。抗不安薬で不眠は少し改善したが，徐々に効かなくなり，薬の量は少しずつ増えている。

考察：侵入性の再体験，回避，感情の麻痺などの PTSD 症状に加えて抑うつ症状を認める。PTSD は見逃されることも多く，うつ病の合併に注意を要する。

文 献

- 1) Kohn R et al : Prevalence, risk factors and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country. *Int J Geriatr Psychiatry* 20 : 835, 2005
- 2) Pietrzak RH et al : Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived needs for psychological care in older persons affected by Hurricane Ike. *J Affect Disord* 138 : 96, 2012
- 3) Meewisse ML et al : The course of mental health disorders after a disaster : predictors and comorbidity. *J Trauma Stress* 24 : 405, 2011
- 4) 心的トラウマの理解とケア，第 2 版，外傷ストレス関連障害に関する研究会，金 吉晴(編)，じほう，東京，2006
- 5) 鈴木友理子ほか：災害精神保健医療マニュアル：東北関東震災対応版 エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から。平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究(主任研究者：金 吉晴)，2011
- 6) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV -TR) : Text Revision, 4th Ed, American Psychiatric Pub, Washington, D. C., 2000

- 7) NICE : Depression : the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE clinical guideline 23), National Institute for Clinical Excellence, London, 2009
- 8) 村松公美子ほか：プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価ツール：Patient Health Questionnaire (PHQ-9) について. 精神科治療 23 : 1299, 2008
- 9) 睡眠障害の対応と治療ガイドライン, 内山 真(編), じほう, 東京, 2002
- 10) Fournier JC et al : Antidepressant drug effects and depression severity : a patient-level meta-analysis. JAMA 303 : 47, 2010



Photo Report 原稿募集

臨床上, 貴重な写真原稿を募集いたします。

胸部 X 線, CT, エコー, 心電図, そのほか, 患者の顔貌, 皮膚等の肉眼所見まで, “目でみるページ”として取り上げられるものは何でも受け付けます。

1 枚でも, 貴重なものであれば採用いたしますので, 奮ってご応募ください。

- ・規 模：写真 1~2 枚
解説 400 字以内
- ・掲 載 号：随時(増大号をのぞく), 受付順
- ・採 否：『内科』編集委員会にて決定します。
- ・応募要領：写真は紙焼きにてお送りください
(カラーも可)。
原稿は, 写真も含め, 正副 2 通をお送りください。

なお, お送りいただいた原稿は原則返却いたしません。

表紙体裁

表題, 執筆者名(3 名まで), 所属, 住所(大学病院以外の場合)

本 文

可能な限り, データをお付けください。

外国語はできるかぎり和訳し, 外国人名, また, 和訳しえない外国語のみ欧文表記としてください。

写 真

写真中に必要な文字, 矢印などはトレーシングペーパーに記入してください。

文 献

記載順序は出処順とし, 1), 2), 3)式としてください(3 個以内)。

掲 載

筆頭執筆者に本誌 1 部および別刷り 30 部を謹呈いたします。また, 二重投稿は堅く禁じます。

本誌に掲載される著作物の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は, 株式会社南江堂が保有いたします。

原稿送付先

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目 42 番 6 号
(株)南江堂『内科』編集室

被災者のメンタルヘルスケア

松本和紀

キーワード●災害精神医学, うつ病, PTSD, 悲嘆

■ はじめに

東日本大震災では、死者と行方不明者を合わせて1万9,000名以上が犠牲となり、全壊または半壊の家屋は37万戸以上に上った(平成24年3月現在)。地震と津波により市町村そのものが壊滅的打撃を受け、福島第一原子力発電所事故では、数値では計り知れない被害が生じた。文明社会の象徴でもある多くの建造物や人工物が自然の力によっていとも簡単に破壊され、大勢の命が瞬く間に失われた。そして、その後に引き続き放射能という目に見えない恐怖とこれに関連する情報の渦に怯える日々が続いている。

今回の大災害は、あらゆる人々の生活に影響を及ぼし、さまざまな心理的な反応を引き起こした。肉親や友人、慣れ親しんだ街やコミュニティを失い、「3.11」を境に人々はそれまで全く予想もしなかった環境に放り込まれてしまった。被災者が著しい苦痛を受けていることは想像に難くなく、発災直後からさまざまな精神的問題が現れ、今後はさらに中・長期的な影響が懸念されている。被災者のメンタルヘルスケアについて、災害後の急性期とその後の中・長期に分けて、主に宮城県における経験と状況を踏まえながら概観してみたい。

Ⅰ 急性期のメンタルヘルス対策

1. 急性期での課題と対応

急性期のメンタルヘルスケアの重要な課題の1つは、震災前から精神疾患をもっていた被災者への対応である。精神疾患をもつ者のなかには大災害によるストレスの影響を受けやすい者も多く、また、避難所での集団生活に適応できずに混乱する者もみられた。向精神薬の服用中断のために、病状が増悪、再発する者も散見された。しかし、既存の精神保健医療施設に被害が及んだり、交通手段を失い、元々通っていた医療施設に通うことができないことが問題となった。震災直後の急性期には、精神科が設置されていない災害拠点病院に精神疾患をもつ被災者が運ばれることもしばしばあった。DMATチームに精神科医が含まれることもあったがその数は少なく、派遣は継続的なものではなかった。このため、災害拠点病院には外部から臨時に精神科医が派遣される対応が行われた。また、地元の精神科医療機関は孤立した状況のなかで多くの患者を引き受け、専門が異なる患者の診療についても臨機応変に対応した。

災害直後から多くの人々に、不安、恐怖、抑うつ、悲嘆、高ぶり、怒り、不眠、身体不調など心身の変化が現れた。このような反応の多くは、異常な状況に対する正常な反応^{1,2)}であるこ

Mental health care after the Great East Japan Earthquake

Kazunori Matsumoto : Department of Preventive Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

東北大学大学院医学系研究科准教授 (予防精神医学寄附講座)

とが多い。これらの症状は人々に著しい苦痛をもたらすが、人のもつレジリエンス(回復力)によって時間の経過と共に軽快していくことが多い。しかし、必ずしも皆が順調に回復するわけではなく、また、初期から社会生活に困難を来すほどの著しい症状を示す場合があり、これは急性ストレス障害と呼ばれる¹⁾。震災に伴う強烈な心的外傷体験によって茫然自失となったり、現実感を失ったり、フラッシュバックを経験したり、心的外傷を想起させる刺激への回避、強い不安や過覚醒症状などが出現する。

見た目に強い症状が現れ周囲が動揺するほどの場合もあるが、一般的には経過は良好なことが多く時間と共に回復していく。4週間以内で回復することが定義となっており、これ以上遷延する場合には心的外傷後ストレス障害(post-traumatic stress disorder ; PTSD)の診断を検討することになる。かつてはPTSDを予防するために、心理的デブリーフィングと呼ばれる方法で、災害直後にトラウマ体験の内容やそのときの感情を被災者に表現させる方法が推奨されていたが、現在はその効果は否定されており、有害な場合さえあることが指摘されている。急性期における被災者への基本的な対応である、被災者の安全、安心、安眠³⁾を提供するために、現実的で具体的な支援の提供に努めるなど²⁾、その人のもつレジリエンスを高めるための支援が有用である。

2. 心のケアチーム

発災後、全国から心のケアチームが被災地に集まり活動を始めた。急性期における心のケアチームの主な活動は、災害によって障害された既存の精神医療システムの機能を支援することにある。多くのチームが地域のなかで精神疾患をもつ被災者のアセスメントを行ったり、必要な投薬を行うなどの支援を行った。また、新たに心身の不調を来した被災者のアセスメントを行い、適切な情報を提供したり、必要に応じて地元の精神科医療機関につなげる活動を行っ

た。メンタルヘルスについての普及啓発活動なども積極的に行われるなど、全国の精神保健医療関係者が献身的に活動を行った。

今回の被災の中心は3県1政令都市にまたがっており、全国の自治体を中心とするチームを厚生労働省が窓口となって調整し、各県・政令都市に配置された。宮城県では県障害福祉課や精神保健福祉センターが受け入れと調整窓口となった。情報源となる市町が被災し、保健所も大きく機能低下したために、各地のニーズや状況を把握し、全体を統一的にコントロールすることは困難であった。しかし、これほどの大災害の後であったことを考えれば、関係者の必死の努力により混乱は最小限に食い止められたといえる。

一方、全国の大学病院やその他の医療機関からは、厚生労働省経由の心のケアチームに倣った形でチーム派遣が行われたが、このチーム派遣の調整はあらかじめ準備されたものではなく、地域の大学病院や医療機関などが受け入れ調整を行った。大規模災害時に大学病院を含めた地域の精神科医療機関が果たす役割は大きく、今後の災害対策においては地域の精神科医療機関との連携を具体的に組み入れたガイドラインを準備すべきと考えられる。

厚生労働省経由の心のケアチームは、主に保健所あるいは市町村自治体に派遣される形となったが、精神科病院や総合病院精神科などへの支援は不十分なところもあり、その他の支援チームや精神科医によってカバーされることが多かった。地域の精神科および一般の医療機関の業務を直接支援する活動は、急性期において今後検討すべき課題である。また、災害拠点病院を中心とする災害医療全体のなかで、心のケアチームの位置付けは不明確なところがあり、制度上の不備は現地における混乱の一因となったため、この点は改善の余地がある。

Ⅱ 中・長期のメンタルヘルス対策

1. 精神疾患と震災

災害によって PTSD の罹患率が上昇することは繰り返し報告されているが、PTSD 以外の疾患について調べた報告は乏しい。新潟県中越地震の3年後に65歳以上の被災者を調べた Suzuki らの報告⁴⁾では、震災後の3年間にうつ病は男性の1.6%、女性の5.5%に認められ、3年後の時点有病率は大うつ病0.5%、小うつ病1.4%であった。この調査結果は、過去の海外の報告と比べうつ病の有病率は低かったが、それでも亜症候性の抑うつ症状を示す被災者が長期に存在することが示された。また、被災規模が全く異なる今回の震災については、新潟以上の影響が生じている可能性も高い。

オランダの花火工場の大火事後の調査⁵⁾では、災害から2年後の過去1年間の精神疾患有病率は被災者の48.3%に上った。疾患別には PTSD 21.8%、特定の恐怖症 21.5%、うつ病 16.1% などが多くを占め、精神障害を複数併存する者も多かった。さらに、その2年後(災害から4年後)の追跡調査では、PTSD 4.5%、特定の恐怖症 12.4%、うつ病 9.5% となり、2年間で有病率は低下したが、それでもオランダの一般人口における特定の恐怖症 6.9% とうつ病 5.7% よりも有意に高かった。一方で、PTSD は一般人口の 3.3% と比べて統計的有意差は認めなかった。他国における異なる種類の災害ではあるが、災害によって精神疾患が増加し、その後、徐々に減少するものの、災害から4年経っても精神疾患の有病率が高いまま経過することが分かる。今回の災害においても、このような精神疾患の増加に備えて、精神疾患の予防、早期発見、早期介入に向けた包括的なアプローチが必要なことが分かる。

2. 悲嘆・PTSD と震災

震災ではさまざまな喪失が起こる。家族や友人の死、身体的健康、家や財産の喪失、個人的

なアイデンティティの喪失、社会的役割の喪失、安全の感覚の喪失などである⁶⁾。死別とは重要な他者を失うことであるが、悲嘆には重要な他者の喪失に対する心理的、情緒的、認知的反応が含まれる。悲嘆そのものは正常な反応であり、個人差はあるが人がもつレジリエンスによって時間の経過と共に徐々に回復する。一方で、複雑性悲嘆では、解消されずに遷延化した強度の悲嘆のために実生活上大きな機能障害が引き起こされる。しかし、実際には正常と異常を区別することはとても難しい。

PTSD は、災害後に有病率が増加する代表的な精神疾患である。災害後の PTSD は自然経過で回復する割合は高いが⁷⁾、6か月を超えて持続する場合や、潜伏性に発症する場合には、その後に症状が遷延する危険性が高い。また、恐怖症などの形で部分的に症状が遷延する場合もしばしばある。PTSD にうつ病やアルコール関連障害が合併するなど、一般に併存診断が多くなるほど治療も難しくなる。

PTSD や複雑性悲嘆などのトラウマ関連の精神障害のために精神医療の現場に現れる被災者はまだ少ない。しかし、医療の現場や相談機関を一步離れ、被災の激しい地域に行くと、PTSD をもつ人々にしばしば遭遇する。精神科医療機関を訪れないのは、PTSD を精神疾患として認識していなかったり、症状が遷延することへの自責感、症状を人前で話すことへの恐怖感、精神科医療機関への抵抗感などが関与しているのかもしれない。遷延する PTSD をもつ被災者が、日常生活のなかでさまざまな症状に苦しみ、重症化、慢性化してから相談機関や医療機関を訪れることになってしまうことが懸念される。PTSD の診断と評価を正しく行い、適切な支援が行われるような体制を準備すると同時に、被災地において被災者と支援者双方に対して PTSD の知識や対応についての普及、啓発を行うことも重要である。

3. 自殺と震災

被災後の生活苦や心理的ストレス、精神疾患の増加などに伴う自殺者の増加についてはマスメディアや社会にとって大きな関心事である。

しかし、米国での災害による自殺者数を調べた研究⁷⁾では、災害後に自殺者が増加するという事実は認められなかった。阪神・淡路大震災における調査⁸⁾では、震災後2年間で自殺者が減少し、その後は元に戻っていく経過が報告されている。しかし、被災地のなかには元々自殺率の高い地域も多く、震災前からさらなる自殺対策が必要であったことを考えると、メンタルヘルス対策だけではなく、貧困対策、失業対策、借金対策なども含めた包括的な対策と関連領域間の連携が重要である。

4. アルコールと震災

震災後のストレスを緩和する目的で飲酒量が増加し、これが問題飲酒につながるものが懸念される。これまでの報告では、災害後にアルコール消費量が増加するという報告、増加しないとする報告、減少するという報告⁹⁾もあり、災害とアルコール使用の問題は単純な関係ではない。アルコール使用の問題は、孤独死との関連も指摘されており、また、問題飲酒に伴う行動により家族や周辺住民に影響が及ぶこともあり、被災地の精神保健対策における重要な課題である。Northらが過去の10の災害のアルコール使用障害について調べた研究では¹⁰⁾、震災後のアルコール使用障害のほとんどは、震災前から持続していた問題や再発であった。特に、災害に伴う感情の問題を紛らわすためにアルコールを使用する人たちにアルコール使用障害が多かった。このようなハイリスク群にはより重点的な対策が必要である。

被災地においても、仮設住宅などでの問題飲酒についての相談要請が少しずつ増えてきている。アルコール対策の専門家は限られており、広域な被災地をどのようにカバーしていくのかは難しい問題である。各地域で当事者組織を立

ち上げ、活用するということが検討されているが、これも一朝一夕にできるものではなく、各地域における今後の地道な活動が求められる。

5. 被災住民のケアと震災

地域のコミュニティーが失われ、住民は孤立しがちである。住民同士の交流を促進し、人と人とのつながりを取り戻していくことが災害後の心のケアには重要である¹⁾。被災地では、仮設住宅の見守りを行う一般の支援員、民生委員、ボランティア団体などが活動を行っており、こうした非専門職の支援員に、メンタルヘルスについての基本的な知識を身に付けてもらう必要がある。また、こうした支援員は、聞き手側が精神的打撃を受ける代理受傷¹⁾のリスクが高いため、専門家が適切なアドバイスを心理的にもサポートしていくことが大切である。

被災住民のうち仮設住宅の住民は、支援の対象として注目が集まりやすいが、実際には、民間住宅に移り住んでいる民賃被災者、津波による損傷の少なかった2階で暮らす被災者も多い。しかし、こうした仮設住宅以外に住む被災者に対しては行政のサービスはあまり行き届かず、精神保健的な関わりをもつことも難しい。地域の保健師の活動を支えるために多くの人手が必要である。また、地元を離れて暮らす被災者も数多く、その実態把握はきわめて難しい。

6. 職場のメンタルヘルスと震災

被災地においては、自治体、病院、消防、警察、学校などでさまざまな職種が、震災関連業務に携わっている。こうした人々の多くは支援者であると同時に被災者でもあり、震災関連業務の負荷により、多大なストレスを被っている。被災地のこうした組織や機関では、震災直後からの過重労働は徐々に解消されつつあるが、通常業務に震災業務が負荷されている状況には変わりはなく、新規の慣れない仕事に苦勞している。職場では、上司と部下のコミュニケーションがうまくいかず対人関係が悪化している場合もあり、職場環境の悪化が強いストレスとなっ

ている。休職者が増加し、離職者も出始め、職員の士気の低下が危ぶまれている。

しかし、被災地の職場のメンタルヘルス対策は一般に脆弱であり、人事課の担当者を含めメンタルヘルスについての知識や理解も限定的である。今後は休職者に対するリワークや復職支援の準備を進めていく必要性は高いが、そこまで手が回っていないのが実情である。被災地の公的機関の職員が総倒れになっては、被災地の復興はますます遠いものになってしまう。関連省庁や専門家によって大局的な視点から対策をとることが必要ではないかと考えられる。

7. 子ども・若者/高齢者と震災

災害において子どもは最も脆弱な存在であり⁶⁾、震災後に家族がバラバラになっている場合には、一緒に生活できるように環境を整えることが最優先される。一方で、親がPTSDをもっていたり、精神的に不安定である場合には、子どもにも悪影響が及ぶため、親に対する支援が必要となる。学校において子どもを支援したり、教師の手助けをすることが有効であると考えられており、スクールカウンセラーの活動に期待が寄せられている。子どもの多くは一般的なサポートシステムや基本的な支援アプローチに良好な反応を示すが⁶⁾、一部の子どもでは専門治療が必要とされる。このため、理想的にはスクールカウンセラーの活動など、教育現場での支援と精神保健領域での支援が連携することが望ましい。しかし、震災後のみならず震災前から教育機関と精神保健機関との連携は必ずしも密とはいえないため、今後の連携強化に期待したい。

高齢者も災害において最も脆弱な存在である。慣れ親しんだ住居や地域から切り離され、震災後の新たな環境に適応することに困難を来すことも多い。行動範囲が狭まり、狭い仮設住宅で動くことも減ってしまう。孤立や運動不足のリスクが高くなる。ストレスに伴って一過性に認知機能低下を来す者も多いが、一方で、認知症に伴う行動障害が、より早期から問題になってく

ることも懸念される。うつ病を発症する者も多く、高齢者には特別な関心を向けるべきである。

■ おわりに

災害後の急性期では、既存の精神疾患をもつ被災者への対応やさまざまなストレス障害への対応が必要である。混乱する被災地では全国からの支援チームと地元関係者によって精神保健医療が支えられた。中・長期的には、PTSD、不安障害、うつ病などの精神疾患の増大が予想されており、これらの予防、早期発見、早期介入に向けた取り組みが必要である。アルコール使用問題、自殺対策など従来の精神保健領域での課題に加えて、被災住民に対する支援活動、支援員への研修やサポート、複雑性悲嘆への対応、教育機関と精神保健機関との連携、公的機関での職場のメンタルヘルス対策の強化などの課題にも取り組む必要がある。

..... 文 献

- 1) 金 吉晴編：心的トラウマの理解とケア。第2版、じほう、東京、2006。
- 2) 鈴木友理子他：災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版—エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から。平成22年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」(研究代表者：金 吉晴) 総括・分担研究報告書。2011年3月15日。
- 3) 金 吉晴編：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。平成13年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」(主任研究者：金 吉晴)。平成15年1月17日。
- 4) Suzuki Y, et al : *J Epidemiol* 2011 ; 21 : 144-150.
- 5) Meewisse ML, et al : *J Trauma Stress* 2011 ; 24 : 405-413.
- 6) Stoddard FJ Jr., et al (eds) : *Disaster Psychiatry : Readiness, Evaluation, and Treatment*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2011.
- 7) Krug EG, et al : *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 148-149.
- 8) Nishio A, et al : *Psychiatry Clin Neurosci* 2009 ; 63 : 247-250.
- 9) Shimizu S, et al : *Addiction* 2000 ; 95 : 529-536.
- 10) North CS, et al : *Arch Gen Psychiatry* 2011 ; 68 : 173-180.

東日本大震災におけるトラウマ

—— 事例を通しての考察

高橋葉子

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
みやぎ心のケアセンター

松本和紀

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
みやぎ心のケアセンター

はじめに

東日本大震災は、地震、津波、原発事故という複数の災害がほぼ同時に発生し、被害規模が複数の県にまたがった広域災害である。死者一万五八六六名、行方不明者二九四六名で、全壊または半壊の家屋は三九万三四四三戸にのぼった（平成二四年六月二七日現在。警察庁ホームページより）。とくに、沿岸部は津波により壊滅的な打撃を受け、地域住民のなかには、自然の猛威により大きな建造物があったという間に破壊され、そして人間が目の前で呑み込まれていく様子を目撃し、生命の危険を感じるなどの壮

絶な体験をしている者も少なくない。

しかし、震災から一年あまりが過ぎた現在、PTSDや複雑性悲嘆などを直接の理由として精神科医療機関を受診する者は散見される程度である。一方で、被災の激しい地域に行つて被災者に会い、ゆつくり時間をかけて話す機会をもつと、さまざまなレベルでトラウマや喪失の体験を聞く機会は多く、なかにはPTSDや複雑性悲嘆の診断基準を満たすレベルの人に会うこともある。回復過程にある人や、部分的に症状が遷延している人も含めれば、かなりの人々が東日本大震災によってトラウマを受けたはず

である。

本稿では、筆者らが被災地支援のなかで出遭った人々の体験をもとに、四つのモデル事例を紹介し、東日本大震災におけるトラウマについて考えてみたい。なお、事例は、すべて筆者らが直接見聞きした経験に基づいているが、個人が特定されないように修正を加えている。

トラウマと居住環境

〔事例1：無職、女性〕

震災前に胸にしこりを自覚し、病院を受診しようかと考えていたところ、震災に遭い、津波で自宅が大規模半壊した。半身麻痺の夫を必死で車に乗せ、高台まで逃げた。自宅を直すまでの間は内陸の親戚の家に身を寄せ、夫を介護しながら生活した。自宅の修理に関するこまごまとしたことはすべて本人が対応した。夫の介護と自宅修理で慌ただしく過ごす毎日に疲れきっていたため、胸のしこりのことは忘れていたという。

震災から一年が経とうとした頃、胸のしこり部分に痛みを感じた。総合病院を受診したところ、進行した乳がんが診断された。本人は強い絶望感に襲われ、泣き続けたが、なんとか手術を終えた。補助療法については悩んだが、「津波で一度死ぬかもしれない。拾った命なの