

病率は0.4%と、非常に低いレベルである。中国都市部、韓国などの東アジアの国々でも同様のレベルであるが、それに対してヨーロッパでは0.9%程度、オーストリアでは1.3%、アメリカでは3.5%と、かなり割合に幅がある⁹⁾。この違いの由来、つまり、文化差、それ以外の社会保健環境の違い、そのような背景的な要因が最近議論されているが結論には至っていない。

災害時のこころのケアでは、精神保健専門家だけですべてのニーズに対応することは不可能であるしそれは求められていない。何よりも生活面の支援が大原則であり、支援構造の基盤にあるのは安全・安心の確保と基本的な生活支援である。その上に地域や家族における自助・共助、さらにその上に保健医療支援がある。こういった土台があってこそ、精神保健活動がより効果的・効率的に提供できるだろう。さらに、日本の精神保健サービスの構造では、県や政令指定都市に精神保健福祉センターが設置されており、このセンターが全体を調整していくというのが日本のモデルであろう。

災害時のこころのケアの手法として、阪神・淡路大震災のときには心理的デブリーフィングが主流であった。これは被災から比較的早い段階で被災者の方にどんな体験をしたのかを積極的に聞き出して心に負った傷を吐き出させるというものである。しかし、これは元来消防や救急隊員などその後の対応体制が整っている場で、支援プログラムの一つとして使用されていたが、大型災害ではこの手法が一般市民を対象に実施され、誤用されることが多く、問題となっていた。このような懸念のもとに、過去に心理的デブリーフィングに関するさまざまな効果評価研究が行われ、これらのメタ解析の結果、現在では、心理的デブリーフィングの効果はない、むしろ害を与えていると結論づけられている¹⁰⁾。IASCガイドラインでも、このような手法・アプローチは勧めておらず、むしろ中止するように勧告している。その代わりとしては、現在ではサイコロジカル・ファーストエ

ドという方法が主流である。これは、被災体験や感情に焦点を置くのではなく、むしろ更なる害を与えないこと、寄り添って傾聴し具体的な生活支援をしながら心理的な側面に配慮をして初期対応をするアプローチである。このサイコロジカル・ファーストエイドのマニュアルは兵庫県こころのケアセンターが翻訳してホームページで公表している¹¹⁾。具体的な声のかけ方や言ってはいけないフレーズなどが記載されており、支援に入る前に読むと参考になろう。

支援上の課題であるが、このIASCガイドラインで一番強調されているのは、すべてのサービスの連携・調整である。それぞれの主義・技法でサービスを提供しても、連携・調整がとれないと、支援や質問が重複し、これは住民にとって負担になる。今回の震災では、精神科領域では日本精神神経学会において対策本部が早い段階に立ち上げられ、精神医学だけではなく他領域との情報交換・連携が行われたことは特筆すべき活動であったと思われる。また、災害対応においては情報収集や分析を一元化することが非常に重要であるが、この点についてはさまざまな行政レベルで行われたのであるが、情報の発信・共有という点で問題が残った。精神症状のスクリーニングについても、本ガイドラインでは害を与えないように注意喚起がされている。しかし、今回の東日本大震災でも実際には多くの調査が初期から行われたと伝聞している。災害精神保健の考え方としては、初期にトラウマ症状が現れるのは通常の反応であり、そこに病理的な意味はあまりないのだが、なかには早い段階に精神症状のスクリーニングをしてハイリスク者を見いだす調査が計画された。しかし、必ずしも支援やフォロー体制が整わず、倫理的な配慮についても不十分な計画であり、精神保健の視点からは大きな懸念が持たれたために、この精神症状に関する質問項目は削除されたという事例もあった。

次に、強調したいのはメディアとの協働である。報道を見ていると、初期においては、震災体

験を詳細に聞くような侵襲的な取材も散見されたが、その後、少し報道のあり方は抑制的になってきたような印象を筆者は持っている。精神保健専門家らの取り組みとして、災害精神保健医療の考え方をメディア関係者とメディアカンファレンスという形で意見交換をして理解を深めるような努力をしており、現在も継続している。

災害は大変な惨事であるが、精神保健のニーズは倍増し、「こころのケア」という言葉で精神保健医療的な問題もノーマライズされているので、これは精神保健サービスの充実の機会でもある。実際に、福島県の相双地区では、地域の精神医療施設が機能しなくなったことから、新たな精神保健医療福祉体制の再構築に係る議論が関係者によって行われている。ここで、従来型の精神科病院を再建するのか、これを機会に施設型の医療から地域保健活動への転換を進めるのかといった、具体的な方法や体制の整備などが議論になっている。災害をきっかけに新たな地域サービスの再生につながっていった事例は海外で多数報告されており、日本においてもこのような取り組みが期待される。

IV 回復に向けて：中長期の課題

現在、被災地では復興に向けてさまざまな検討や取り組みが行われている。総論的には、こころの回復は地域の復興・再生と併せて起こってくるものなので、地域の再建・人びとの回復に数年という長い時間がかかるであろう。災害が起こる以前から公衆衛生の問題として、健康格差や社会格差が指摘されていたところであるが、災害という同じ被災体験を受けても、順調に回復する人とそうでない人の格差がより大きく出てくるのが過去の震災からも報告されている¹²⁾。

中長期の精神保健上の問題として、2004年の中越大震災後に、筆者らはK6という精神健康度に関するスクリーニング尺度を用い、地域の住民らの精神健康に関する経年的変化を検討した¹³⁾。震災後3年間で、重度ストレス状態と思われる人び

との割合は順調に減少したが、気分障害や不安障害が疑われるレベル、機能障害が残るようなレベルの人びとの割合には、順調な回復のパターンは示されなかった。震災から3年後に行われた、中越大震災を経験した地域の高齢者の面接調査の結果では、震災以来3年間の有病率を検討したところ、大うつ病は、女性で約6%、男性で1.6%、小うつ病まで診断基準を広げると、震災からの3年間で女性の約1割が該当していた¹⁴⁾。自殺傾向に関しても同じような傾向が観察された。PTSDについては、2週間という時点有病率の検討であり、この期間にPTSDの診断に該当した人はいなかった。女性に関しては気分障害の頻度が高い一方で、男性ではアルコール依存や乱用の頻度が高く、精神的問題の表現型が性別によって異なることに注意が必要である。精神保健活動としては、サブクリニカルなケースへの対応が重要であろう。

災害後の自殺率の変化について国内外の報告をみると、震災が起こることで自殺率が上がるという一貫した報告は少なく¹⁵⁾、むしろ下がるか¹⁶⁾、あるいは不変¹⁷⁾という研究が多い。ただし、ハリケーン・カトリーナ後の2年間の自殺関連行動については、全般的には低下しているものの、何度も転居せざるを得なかったり、経済的な不安定などの震災ストレスが持続している人々では自殺率の高値が持続し、注意が必要である。やはり生活基盤の復旧や震災後の生活ストレスを減らしていくということが重要である。今回の東日本大震災においては、PTSD、悲嘆反応については震災初期にはあまりケースは見られなかったが、8月以降から増加の傾向があったという報告がある。イベントがかなり甚大であったこと、被災地域は震災以前より自殺率が高かったことを考慮すると、震災から半年以降のこれらの傾向を慎重に見極める必要がある。

もう一つ重要な課題として支援者のストレスが挙げられる。災害以降、自分自身が被災者であるうえ、支援者の多くでは過重労働が続いた。幾重

ものレベルでストレスを受けている支援者への支援が求められる。支援者ケアの重要性が指摘されているが、「休息の重要性は理解しているが、現実的には無理」「支援者ケアの必要性はわかるが、具体的な方法はわからない」といった現場の声が多い。警察、救命救急、保健医療職などの専門職員は職業倫理が高いので、受け身的なケアの対象とするよりも、支援者として今までやってきたことの振り返りや出来事の整理などを通じて、業務の意味付け、労いと継承にも支援者支援としての意義があると思われる。このようなグループワークや研修会は、通常の業務から一時的に物理的に離れる点と、支援者の孤立を防ぐピアサポート的な役割の点でも意義があろう。自分の体験を次に災害対応につなげ能動的な役割をとることが、支援者の回復にもつながるのではないかと考えられる。

V 原子力発電所事故とメンタルヘルス

最後に、原発事故とメンタルヘルスについて、過去の知見を概観したい。スリーマイル島原発事故（1979年）やチェルノブイリ原発事故（1986年）の先例が参考になるが、残念ながら、過去と同じような問題や混乱が福島でも起こっていると考えられる。スリーマイル島原発事故では、情報の混乱や錯綜、関係当局への修復しがたい不信感などの反応が長期間続いた。精神健康面でも種々の問題が増え、特に小さな子どもへの影響を心配する母親において問題は顕著であった。これは、先の見通しのなさや不安感と非常に強く関連したと報告されている¹⁹⁾。チェルノブイリ原発事故に関しては、これらに加えて避難民は恐怖とスティグマの対象となった。20年後のWHOの総括では、メンタルヘルスの問題が公衆衛生上の最重要課題であったと結論づけられている¹⁹⁾。

精神健康に対する長期的な影響はチェルノブイリで多く発表されているが、まず子どもの精神健康、神経心理的な影響については、一貫した結論は得られていない。放射能被ばくという直接の影

響だけではなく、母親がもつ子どもの健康への不安感、また、遊びや行動などが制限された状況下での発達への影響、子ども自身の脆弱性や子どもの原発事故の認識などの相互作用から、解釈が難しいという課題が残っている。原発施設の作業員では、このグループについては深刻なメンタルヘルスの問題が残り、高い自殺率が続いた²⁰⁾。原発施設作業員に対しては、医療サービスを提供し、介入のあり方に焦点を移す必要がある。地域住民に関しては、ストレスと不安感などのサブクリニカルレベルの精神健康問題が非常に大きかったが、精神科診断のレベルにおいても頻度が増大しているという報告もある²¹⁾。

もう一つの問題は、さまざまな生活の制限によって、住民は自分の生活に対してコントロール感を喪失するという点である。チェルノブイリの場合には、「チェルノブイリ被害者」というラベル付けがあり、これは、「自分は原発事故で影響を受けたので健康的な生活を望めない」と、自分自身への期待を低下させる「内なる偏見」とも関連しているのではないかと考えられる。また、チェルノブイリでは、原発事故の影響以外にも、地域全体がさまざまなストレスに曝され、多くの要因が複雑に絡み合っていた。具体的には、避難生活や経済的不安、将来の不確実性、さらにソ連体制の崩壊という社会的な不安定性、こういったものが絡み合って人びとの生活に影響を与えたという²²⁾。

チェルノブイリの原発事故においては、地域生活への影響というのも非常に甚大であった。住民は集団移転せざるを得なかったことから、地域のつながりが失われ、地域の愛着喪失の問題も生じた。個人レベル、そして地域レベルでのアイデンティティへの影響が甚大であり、これらの地域アイデンティティの喪失、再生への問題に地域保健の関わりが問われるだろう。さらに、集団転居から戻った後にも、チェルノブイリでは、若い人々は新しい生活に適応してもとの事故地域に戻らず、戻った人の多くは高齢者であったことから人

口構成的に高齢者が多くなり、産業の維持、あるいは保健活動や医療に問題が生じた。また、このような高齢者率が高い地域では、その人口構成から自ずと地域の死亡率が高くなるものであるが、それがその地域は放射能の影響が大きく危険であるという誤ったメッセージとして伝わった例もあった。他に、地域産業への影響でその地域固有の問題、例えば高齢過疎化の問題がさらに顕著に出てきたという側面も指摘されている。

原発事故での精神健康上の問題を取り上げるときに、筆者は次の2点を問題として考える。まず、不確定性の中で生活するというに由来する、将来への不安や恐怖である。これは、精神病的な問題ではなく、適切で十分な情報が伝わってこないことに対する、また、今まで経験していない事態に直面しての合理的な不安であると思われる。この場合、不安を鎮めることを目標にするのは難しく、また、住民も、不安といった心理的問題に焦点をおいて精神保健の関係者に相談するというはまずないだろう。そこで、地域保健や医療の担当者が、住民の現実的な不安をうけとめ、健康や生活面でのニーズに対応しつつ、こころのケアの側面に配慮した対応をすることが適切なのではないかと考えている。もう一点は、自分の生活に対するコントロール感の低下や被災地域住民であることの無力感である。これに対しては、やはり自分がコントロールできるものを生活の中で増やしていくことが回復につながるのではないと思われる。自分で情報収集して判断し、それに基づいて納得して行動することであるが、残念ながら、正確でわかりやすい情報が伝わっているとは言い難い現状がある。これは保健医療だけで解決できる問題ではないが、リスクコミュニケーションを導入して早急に改善するとともに、情報に基づく決定やその人の主体的な行動を後押しするような支援が求められると思われる。

今後も考えられる精神健康上の問題として、健康に関する不安症状や身体的な症状が増え、怒りや不信感、見捨てられ感などが持続していく可能

性が考えられる。まず、正確でタイムリーな情報を提供し、個々の状況や文脈での判断を支えていくことが支援者には求められるだろう。福島県の県民健康管理調査では線量推定が行われているが、線量測定や、臨床の先生方や地域保健の第一線の人々が連動して精神的な側面を支えていくような支援体制が必要であり、さらにスキルの向上や情報提供が求められる。

最後に、東日本大震災は、地震、津波、原発事故の複合災害であり、難しい状況の中での保健対応が求められるが、一方では、災害を一つの機会ととらえ、次のレベルの医療保健体制を提供できるように取り組んでいく契機としていくことも可能であろう。保健医療関係者の英知がこれほどにも求められることはないだろう。

- 1) 伊藤弘人, 黒澤美枝, 加藤寛, 深澤舞子. 「災害精神保健体制に関する行政評価研究」金吉晴. 『厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究. 平成22年度総括・分担研究報告書』97-107. (東京、2011年)
- 2) Inter - Agency Standing Committee (IASC). (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部訳) 『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』(ジュネーブ、2007)
- 3) Suzuki Y, Weissbecker I. "Post-disaster mental health care in Japan". *Lancet*, 378, 9788 (2011. 7), 317
- 4) van Ommeren M. "Aid after disasters. Needs a long term public mental health perspective". *BMJ*, 330, 7501 (2005, 5), 1160-1161
- 5) Norris FH, Tracy M, Galea S. "Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress". *Social Science & Medicine*, 68, 12 (2009, 6), 2190-2198
- 6) Galea S, Ahern J, Nandi A, Tracy M, Beard J, Vlahov D. "Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a

- population-based cohort study". *Annals of Epidemiology*, 17, 3 (2007, 3), 171-179
- 7) Kessler RC, et al. "Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina". *Molecular Psychiatry*, 13, 4 (2008, 4), 374-384
 - 8) Brewin CR. "Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention". *J Trauma Dissociation*, 6, 2(2005), 123-130
 - 9) Hinton DE, Lewis-Fernández R. "The cross-cultural validity of Posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5". *Depression and Anxiety*. 28, 9 (2011, 9), 783-801
 - 10) Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. "Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)". *Cochrane Database Syst Rev*, 2 (2002), CD000560
 - 11) アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立 PTSD センター。(兵庫県こころのケアセンター訳) 『サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版』(2009年) <http://www.j-hits.org/>
 - 12) Sastry N, VanLandingham M. "One year later: mental illness prevalence and disparities among New Orleans residents displaced by Hurricane Katrina". *Am J Public Health*, 99, Suppl 3 (2009, 11), S725-731
 - 13) Suzuki Y, et al. "Predictors for psychological distress after the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan using pre-disaster physical health indicators". *精神保健研究*, 56, 23 (2010, 3), 89-97
 - 14) Suzuki Y, Tsutsumi A, Fukasawa M, Honma H, Someya T and Kim Y. "Prevalence of Mental Disorders and Suicidal Thoughts Among Community-Dwelling Elderly Adults 3 Years After the Niigata-Chuetsu Earthquake". *Journal of Epidemiology*, 21, 2 (2011,3), 144-150
 - 15) Yang CH, Xirasagar S, Chung HC, Huang YT, Lin HC. "Suicide trends following the Taiwan earthquake of 1999: empirical evidence and policy implications". *Acta Psychiatr Scand*, 112, 6 (2005, 12), 442-448
 - 16) Kessler R, Galea S, Jones RT, Parker HA and the Hurricane Katrina Community Advisory Group. "Mental illness and suicidality after Hurricane Katrina". *Bulletin of the World Health Organization*. 84, 12 (2006, 12), 930-939
 - 17) Mezuk B, Larkin GL, Prescott MR, Tracy M, Vlahov D, Tardiff K, Galea S. "The influence of a major disaster on suicide risk in the population". *J Trauma Stress*, 22, 6 (2009, 12), 481-488
 - 18) Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. "A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident". *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 23, 4 (2011, 5), 297-305
 - 19) Bennett B, Repacholi M, Carr Z (Ed). *Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes: Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group "Health"*, Geneva, WHO, 2006
 - 20) Rahu K, Rahu M, Tekkel M, Bromet E. "Suicide risk among chernobyl cleanup workers in Estonia still increased: an updated cohort study". *Ann Epidemiol*, 16, 2 (2006, 12), 917-9
 - 21) Adams RE, Bromet EJ, Panina N, Golovakha E. "Stress and wellbeing in mothers of young children 11 years after the Chornobyl nuclear power plant accident". *Psychol Med*. 32, 1 (2002, 1), 143-156
 - 22) IAEA. *Chernobyl's Legacy: Health, Environmental and Socio-economic Impacts and Recommendations to the Governments of Belarus, the Russian Federation and Ukraine*, Second revised version, The Chernobyl Forum: 2003-2005, 2005

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成25(2013)年3月

発行者 研究代表者 金 吉晴

発行所 独立行政法人

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

