

平成 25 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）

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

分担研究報告書

精神科病院・高齢者施設の避難マニュアル開発

研究分担者 田子 久夫 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座

## 研究要旨

大規模災害発生からの時間経過に沿い、必要とされるメンタルヘルス対応のマニュアルを作成する目的で、とくに精神科病院、高齢者施設等の入院・入所中の高齢者、精神・知的障害者など災害弱者と一般の健常者における変化を比較しているところである。

急性期では、避難法と避難所での処遇方法のための情報収集を行っている。とくに震災による地震、津波、原子力発電所の事故に見舞われた福島県下の病院・施設での系統的な調査を継続している最中である。

慢性期には、災害弱者のみならず一般の健常人における生活変化に起因する問題への対応や生きがい作りの検討をするための調査を行っている。

## A. 研究目的

大規模災害による精神障害発生への影響は、阪神淡路大震災以降大きく注目されてきている。とりわけ、うつ病や外傷性ストレス障害（PTSD）の発症危険因子でもあることから、今回の東日本大震災では被災地に多数例の発生が予想されている。

しかしながら、震災の直後における避難活動や避難所生活、親類縁者との同居生活、仮住居での長期生活上の精神面における影響などは充分調査されていないのが実状である。さらに、施設や病院における、虚弱高齢者の避難や避難後の生活が精神状態に及ぼす影響もまた充分明らかになっていない。

本研究者は、これらの影響について、震災直後の患者ならびに震災後に治療を受けた患者の状況を調査して検討し、発症につながる要因を見出すことを計画した。発症要因が明らかになれば、より効果的な早期介入の方法が見出されると思われる。

現在、被災地では震災で影響を受けた患者の診療が行われており、今後も時間経過に沿って疫学的要因の調査を継続する予定である。

得られた結果はメンタルヘルス対応のマニュアル作成に供され、今後の大震災発生時のメンタルケア対策に用いられることになる。

## B. 研究方法

精神科病院・高齢者施設の避難マニュアルを作成する目的で、引き続き虚弱高齢者や障害者の避難状況とその後について、診療の場での結果や病院や施設や臨時施設の運営者からの聞き取りを通じて情報を収集してまとめているところである。

### 1．虚弱高齢者や障害者の避難と経過

#### a．施設・病院での被災

東日本大震災で津波の被害を受け、4ヶ月にわたり病院機能が停止し、その後再興した精神科専門病院ならびに老人保健施設で高齢者を中心とした療養病棟を有する磐城済世会舞子浜病院と付随する老健施設シーサイドパインビレッジでの状況を調査する。

#### b．自宅での被災

福島県いわき市において自宅で被災し、介護や解除の手を失った場合の福祉避難所の必要性を、臨時に設営した福祉避難所の活動について調査する。

### 2．一般健常者あるいは外来通院者の避難と経過

#### a．自宅で被災した外来初診者

自宅で被災し避難中に症状が発現した場合や津波や原発事故の影響で自宅生活困難となり仮設住居内で症状が発現した場合などについて、外来診療を通して調べる。

#### b．震災前より加療されていた再来受診者

初心者と同様の内容で調べる。

## (倫理面への配慮)

調査に当たっての個人情報の取り扱いは、調査の目的を明らかにし、個人が特定されないことを説明し、個人ないしは保護者の事前の同意を得た上で採用した。

## C. 研究結果

### 1．急性期（3ヶ月以内）ならびに亜急性期（3ヶ月から6ヶ月まで）の対応について

急性期においては、自宅生活者、施設入所者や病院入院者いずれも、避難ならびにその後の行動において、電気、水道、燃料、排水設備、交通・輸送手段などライフラインの遮断があった場合に大きな障害となり、これらの回復によって初期の復興活動が促進された。

#### a．施設・病院での状況

急性期は混乱した状態であり、患者の状態が不安定になる恐れがあったが、実際は大きな問題は生じなかった。生存が最優先されることから、患者や利用者、職員とも抑うつに陥るものはほとんどなかった。

#### b．自宅生活者の状況

自宅で被災し、そのまま避難所に移動した場合、1～2週間の経過で徐々に慣れてきた頃に心理的なストレスが表面化し情動の変化として現れやすくなる。被災時に強い心的外傷体験がある場合や認知症を持ちながら医療機関を受診したことがない場合などはとくに情動が不安定となり、避難所内で対応が難しくなる場合もある。訪れる医師の診察を受け、臨時の

処方を受けることもあった。

対応できるものがおらず入院が困難なばあい、とくに高齢者や認知症はどこにも受け皿がない状態となり福祉避難所が必要となるが、対応できる福祉施設自体が被災しており、急性期の対応ができなかった。このため、福祉業務に特化した避難所を臨時に設営する必要性が生じ、保健福祉センターや包括支援センターが中心となり、専門職種の人々や一般ボランティアの協力で運営がなされた。その結果、急性期における不要な混乱をある程度回避することができた。

#### c. 一般未受診者あるいは外来通院者の状況

外来患者が自宅で被災した場合は、継続処方が受けられない事態が生じている。被災地では機能している医療機関や指定された病院で処方を受け、避難先では近くの専門医療機関を受診して処方をつないだ。この間、強い不安に見舞われたと陳述しているものも多い。

避難所生活を送った場合は、初期の1ヶ月ほどは不安緊張が混じり合う複雑な心理状態のもとで耐えていたが、次第に心理的な疲労が重なり避難所から離れるようになる。遠方で暮らす家族や親戚、友人の家での避難生活になると半月から1ヶ月が限界であった。定住先が見つからない場合は数日から1ヶ月ほどで転居を繰り返す例も少なくなかった。とくに認知症や精神疾患をもつ高齢者では顕著であり、介護をする家族の疲労は大きく、行動心理症状の発現でさらに悪化する。家族が二次的なうつ病に陥り、施設入所や精神科病院入院で負担を軽減した例もある。

#### 2. 慢性期（6ヶ月以上）の対応について

慢性期になると、病院入院者や施設入所者は管理が行き届くようになり、震災前と同様の状態に至る。自宅生活者の多くはもとの家に戻り、自宅を失った者は避難生活から仮設住宅やアパートなどの仮住居に移動して定住状態に納まってくる。

当初の復興の対応から離れると、最終的な定住が課題となる。しかし、福島県の被災者の場合は原発事故の影響を考慮する必要があり、まだ解決していないことで不安を取り去れない者も多い。仕事を失った場合は無為に過ごすことが多くなり、アルコールなどの問題が出現しやすい。原発事故でそれまでの仕事を失い、将来の展望をなくして無為に過ごしているところに、慰謝料などの現金が入ることでギャンブルに走る例も報告されている。今後、補償が打ち切られた場合の反応が懸念される。

### D. 考察

今回の震災は、あらゆる分野において初めての経験であることが多かった。地震や津波だけでも被害は広範囲に及び、日本では有史以来の規模の大きさであったともいえる。これに、福島県を中心とした原発事故の影響が加わり、現在も継続しているさなかである。災害後のメンタルケアの分野でも同様である。震災直後の混乱した状況から1年以上経過した時点でも、多くの新規の課題が気付かれており、進行中の問題である。

急性期では、対応できる機関がそのスタッフとともに被災してしまうと機能が停止してしまう。対応できる場所への移動が困難になると、関わる人にも二次的な危機を発生させる。

救助や支援が来るまでのタイムラグに対応できるマニュアル作りが必要であろう。これには、資格や経費、問題発生時の責任と保障など法的な問題も関与するので、解決が急がれる。

避難後の問題としては、定住するための環境整備が重要である。これができていないと長期間のストレスを抱え、二次的な精神疾患のリスクを高めることになる。避難者は多くのものを喪失しており、現在の生活を安定させることでストレスの軽減が図れる。これらの手順が被災者のメンタルケアの要点にもなり得ると考えられる。

今回の震災では原発事故という長期間にわたる問題を抱えてしまった。避難している人には、現時点では展望が開けないのが現実である。これらの人々へのメンタルケア対策は、長期間に及ぶ災害への対処法として今後のマニュアル作りにも寄与するものと考えられる。

## E. 結論

大規模災害発生からの時間経過に沿い、メンタルヘルス対応のマニュアルを作成する目的で、とくに病院や施設にいる虚弱な高齢者、精神・知的障害者などの災害弱者の状況について調査を継続しており、一般の健常者における変化と比較しているところである。

震災直後ではライフラインの状態と輸送や情報伝達の機能保持が極めて重要な要素となり、発生したメンタルヘルスの課題にも大きな影響を及ぼした。病院や施設の利用者は施設の機能が維持できなくなった場合は早急な移動が必要となる。ここでは移動に伴う疲労や衰弱による身体的な影響が問題となったが、震災直後における精神状態の問題は軽度であった。避難所における自宅生活者の精神状態は避難生活が長期に及ぶに従い、疲労によるストレスが重なり生活の維持が困難となりやすかった。この場合、短期間に移動を繰り返す例も多く認められ、定住生活に落ち着くことで精神状態が安定しやすいことも明らかとなった。しかし、定住も仮住居の場合は最終的に落ち着く場所が決まるまでは精神的な安定は得られにくい。

原発事故による避難者は復興の長期化が予想されており、長期にわたる心理的ストレスによる影響が懸念されている。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

田子久夫：福島県における震災時とその後の認知症支援地域連携について．日本社会精神医学会雑誌 22(4):581-588, 2013

### 2. 学会発表

・田子久夫：大震災で学んだこと；震災のストレスと定住の効果 第28回日本老年精神医学会 平成25年6月、大阪

・田子久夫：震災による認知症医療への影響 第20回東北老年期認知症研究会 平成25年12月、仙台

**H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）**

**1. 特許取得**

なし

**2. 実用新案登録**

なし

**3. その他**

なし

## 震災による認知症医療への影響

Influence on the medical treatment of dementia by the Great East Japan Earthquake and the nuclear power plant disaster in Fukushima

公益財団法人磐城済世会 舞子浜病院 田子 久夫

### はじめに

東日本大震災は、過去に例を見ない大きなものであった。さらに、想定されていなかった原子力発電所の事故（以後原発事故）も加わり、災害の規模は巨大になった。大きな災害が重なることで、対応も複雑となり避難活動は混乱を極め、心身への負担は多大であった。災害弱者ともいわれる高齢者や小児、障害者に及ぼす影響はさらに大きなものであった。認知症に至っては、複数の障害を抱えていることが多いため、さらに不利な立場となった。移動や避難の最中に落命したものも少なくない。このような中で、功を奏した試み以外にも今後の参考となる事実が見出せたものも多い。ここではいわき市でみられた状況を中心にその一部をまとめてみた。

### 1. 震災直後から避難生活が落ち着くまで（図の避難活動期）

沿岸地域の高齢者施設は、立地条件を買われ海岸近くに建てられることが多かった。今回の災害では、このような施設が津波の災害を受けてしまった。津波が高かった岩手や宮城における同施設の被害が大きかったのはこのような事情からであろう。沿岸部の高齢者施設は、住宅と同様、長期間滞在する場所であるため震災への配慮が求められている。

急性期では、避難やその後の行動にライフライン停止の影響が大きく作用し、これらの復旧が復興活動の鍵となった。病院や施設では、多人数を安全に維持管理することは困難であり、高齢者では脱水や低体温症で肺炎や全身衰弱を併発した。早期の退院が促進され自宅や他の機関に移されたが、移動中の衰弱で犠牲者も出ている。

自宅から避難所に移動した場合は、慣れない人達との共同生活になる。震災直後は、互いに同じような境遇で共感しあい、ストレスが表面化することは少ない。およそ 10 日ほど経過して慣れてきたところに疲労も加わり、情動の変化として現れやすくなる。認知症がある場合は、大声、不眠、徘徊などで対応が難しくなる。訪れる医師の診察で、臨時の処方を受けることもあった。病院や施設はどこにも受け皿がなく、地区の包括支援センターや保健所に相談が舞い込んだ。老人ホームなどの居住施設でも同様な状況が生じている。

福祉避難所が必要となるが、福祉施設自体が被災しており、ライフラインの遮断で急性期の対応ができなかった。このため、保健福祉センターや包括支援センターが中心となり、福祉業務を受け持つ避難所を臨時に設営する計画が立案、実行された。利用者は実人数が 34 名と少数であったが、この規模でも人口が 40 万人程度の地域で、急性期における不要な混乱をある程度回避することができた。今後の目安のひとつになるだろう。通院患者が自宅で被災した場合は、病院機能の停止で処方が受けられない事態が生じている。残留者は機能している地元の医療機関や指定された病院で処方を受け、避難先では近くの医療機関を受診して

処方をつないだ。

## 2．避難生活が恒常化したのち（図の避難活動適応期と復興活動期）

避難所生活を送った場合は、初期の1ヶ月ほどは、共同生活での緊張などが混じり合う複雑な心理状態のもとで何とか耐えていた。しかし、心理的な疲労もあり、狭くても家族と暮らせる場所を求めるようになる。遠方の身内、友人の家での生活は、ほとんどは半月から1ヶ月が限界であった。定住先が見つからなければ、数日から1ヶ月ほどで転居を繰り返すことが多い。とくに認知症や精神疾患をもつ高齢者では顕著であり、介護をする家族の疲労は大きく、行動心理症状の発現でさらに悪化した。介護する家族の疲弊も問題となった。

数ヶ月から半年ほど経過すると、病院や施設は管理が行き届くようになり、震災前と同様の状態に至る。自宅生活者の多くはもとの家や仮設住宅、アパートなどに移動して定住状態となる。当初の復旧に関する対応から離れると、最終的な定住が課題となる。しかし、福島県の被災者の場合は原発事故による放射線の影響を考慮する必要があり、この事故による避難者のメンタルケアの必要性が高まってきている。求職や放射能回避による若年者の被災地離れも目立っており、世代間で生活が分断されている避難者も多く存在している。認知症も含め、高齢者全体の、避難生活による生活不活発状態問題化している。医療・施設・スタッフの充足ならびに介護者支援など医療介護環境の向上が差し迫った課題となっている。

### おわりに

今回の震災は、あらゆる分野で初めて経験することが多かった。原発事故とその影響は現在も継続中である。急性期では、ライフラインの停止による混乱が顕著であった。認知症の場合でも、対応する機関がスタッフとともに被災してしまえば機能は停止してしまう。病状の変化に応じた対応が速やかに行われないと、二次的な危機を発生させる要因ともなり得る。バックアップ体制など、救助や支援が来るまでの対応策の検討が必要であろう。避難後は、認知症の場合は行動心理症状の発現や生活不活発状態などを誘発しやすい。認知症対応に適した環境の整備が重要である。さらに介護者のメンタルヘルスも重要であろう。これに対し、原発事故による二次災害の問題は展望が開けていないのが現実である。とくに避難者へのメンタルケア対策は、現在進行中の課題でもある。

図 震災後の避難と復興の経過

