

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三〇カ所、“ヘッドスペース [headspace](http://www.headspace.org.au) ([www.headspace.org.au](http://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を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。

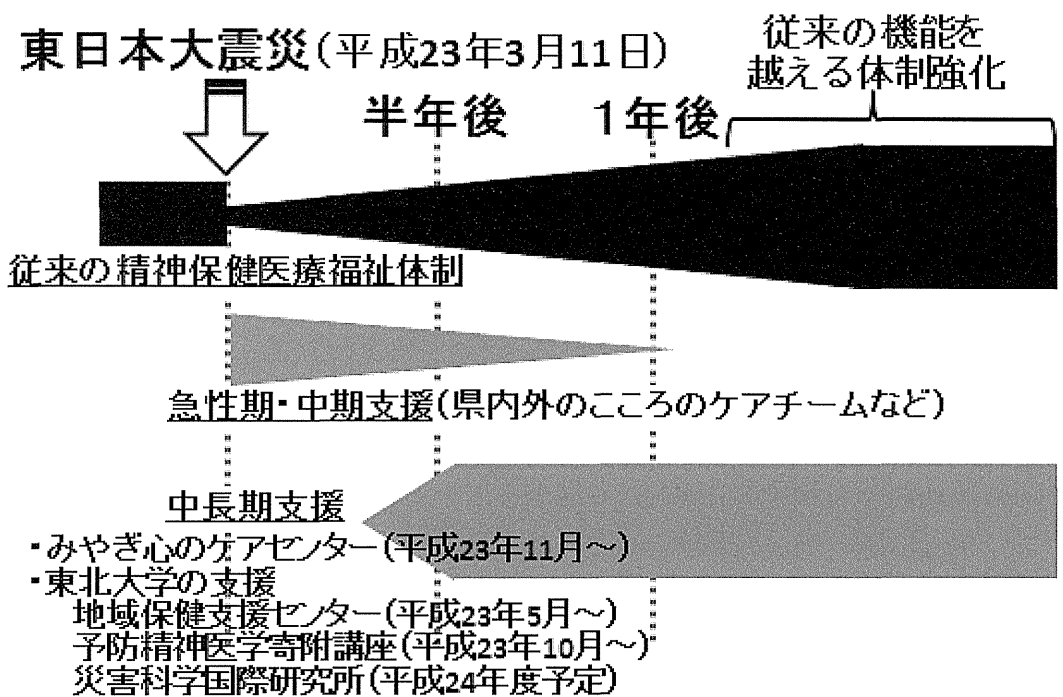
重症の精神疾患の中では、統合失調症を中心とした精神病性障害への早期介入研究が最も進展しており、一九九八年には国際早期精神病協会が創立され、二〇〇五年に同協会による早期精神病の臨床実践に関する国際ガイドラインが公表され、二〇〇七年には同協会の機関誌 *Early Intervention in Psychiatry* の刊行が開始された。しかし、本邦での取り組みは非常に遅れており、臨床研究の拠点は国内にまだ数カ所しかない。当科では全国に先駆けて二〇〇四年に若者の重症精神疾患の専門外来（SAFEクリニック）（<http://safe-youthcentre.jp/>）を立ち上げ活動を行ってきており、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・ジェネレーション（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クエアに向けて…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（5）とを基にして作成した。

#### 参考文献

- 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) 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」・ 2011年7月25日
- 4) 松岡洋夫：「若者のメンタルヘルスクエアに向けて…精神病の早期介入研究から見えてきたこと」・ *精神神経誌*（印刷中）2012

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)



著者略歴

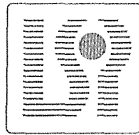
1952年生まれ、1978年東北大学医学部卒業し同年、東北大学病院精神科勤務  
2001年より東北大学医学系研究科精神神経学分野教授(東北大学病院精神科科長)

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)

べきだと思いますね。  
 大津留 本日は、先生方からこころ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、こころ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 Chernobyl 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。放射線の積算をすることができる。

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對する不安だったの、これは時間が経つと解決できたんですね。ところがその後の放射線についてはまったく様相が違ってきて、誰もどこまでが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。出産してからも、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、震災後一度も窓を開け放ったことがありません。お話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0.4×4=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。せつかく子どもたちと楽しい生活があったのと思うと……。

(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

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）

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っ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はいるが、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慮して食べ物に関して是非

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、能動的になんとかしようという考え方になりにくいと思いますよね。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」という曖昧あまいまなリスク、県外に避難することも「もしかしたら子どもが学校に行けなくなるかもしれない」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。

### ■ いろいろ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ている。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、家や仕事のことであって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つてしようがありませんよ。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うと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してしばらく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し、そういう対応の仕方を、支援する方々全員にやっていたら、それは困難なもの、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。

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

いっ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。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ことを示す結果でもありません。

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良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良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うので、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 (一)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うもいかない。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必要がありますと思うのです。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やっ

ばりあると思いますよね。

小西 そうですね。人は生活しなくちゃいけないから、状況に従ってやっていかざるを得ない。それは放射線があってもなくても同じですけども、「自分で抱えきれないものの中で考えていくしかないのはたいへんだね」というところをまず聞き取っていくことですよ。

細矢 (1)の方が、「お話ししたいことはたくさんあります……」で終わっていますが、たぶんそこだと思うのです。話したい、相談したい。結論は出なくてもいいんだと思うのです。相談の内容も放射線のこと、育児の心配、あるいは収入の面とか、本当に多面的で複合要因ですが、全部に配慮られる専門の人はいませんよ。そこで、我々小児科医は、もともとホームドクターで、お母さんとコミュニケーションを取るのは得意であると認識していますので、今回の県民健康調査のこころの調査の中でも手を挙げてくださった小児科の先生方とこころに相談に行けるようなシステムを作ったのです。それが機能してくれることを願っています。そこで、事例のような方に対してどうアプローチしたらいいか、こころの専門の先生方からメッセージをいただけるといいのですが。小西 私、県内の保健師さんにお話を伺ったりしていますが、「聞く」のが専門の人たちは、話をずっと聞くことはできるけれど、「私たちは放射線のことをよくわからないから」となってしまっていると、不安は不安のまま残る。

一方、放射線専門の方が「何ミリシーベルトの被ばくについてはエビデンスがありません」と説明するのも不安を下げるようになっていかなければならない。どちらかといったら、聞くことが先だとは思いますが、たとえ(2)の場合、1ミリシーベルトを超えると、もう1・01でも危ないんじゃないかと考える。1ミリシーベルトという基準は覚えて言えば、この一線を越えたらダムが崩壊するというような限界を示す値ではないですから、落ちていたところで1ミリシーベルトがどういう性質の値なのかをある程度説明しなければいけないと思います。だから一人で対応しようと思うと、どちらもなかなかたいへんかもしれないですね。

## 2 「こころの健康度調査」から見えること

### ■家族のこころ模様

大津留 次に、こころの健康度調査で、4番目の方(4)の福島から避難したけれど子どもさんはすぐ帰りたいがっているという場合があります。要望をかなえてやりたいけど、できない。このような方たちもたくさんいらっしゃると思うのですが。

丹羽 (4)のお母さんの場合は、娘のことを考えると戻してやりたい、でも上のごきょうだいのことを考えると福島に戻るわけにもいかず、そういう板挟みがなかなか解決できないですよ。さっきからの話の延長線上でいくと、避難されたことに関しては、その選択もやむを得ないということになると思います。娘さんの問題に対しては、引っ越された地域である程度支援体制が整っているのであれば、スクールカウンセラーなどに乗り出していた方がいいような気がします。中学生のお嬢さんがなぜいらだっているかは、はっきりしているわけですから。子どもの問題は、見ていてかわいそうという気持ちが強くなる側面がもちろんありますが、他方で子どもは可塑性が大きいのですから、サポーターの手があれば新しい環境に順応しやすいとも思えます。ですから、かわいそうだから戻してあげることが必ずしも良いとは限らない。新しい環境で適応力を持ってやっていけるようになるれば、それはそれでいいんだらうとは思いますが。

#### ●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)

(4) 娘は中学生ですが、避難先の学校には行っていません。家に引きこもっています。いらだっており、自分でもどうしていいかわからない状況のようです。福島に帰りたいと言っています。娘の希望をかなえて福島に戻ることができれば解決できると思うのですが、生活のことや上のごきょうだいのことを考えるとそういうわけにもいかず、苦しんでいます。(母記載)

(5) 幼稚園の女の子です。震災後、夜泣きをするようになりました。飛行機の音でも、掃除機の音でも、怖がって泣き出します。(母記載)



「可憐目」の男の子は、神経系が外界の刺激に敏感で働き方を柔軟に変更して、能力のつく、その昔は神経系の発達と学習により脳神経の働

小西 たとえば、引っ越されてきようだいで思っていることが違う、ということは一一般的にはよくあります。一方の問題を福島ということでも考えれば、「逃げてしまった私」というお母さんの罪悪感ですまね。それが娘の意図と違っていた。だから、まずはお母さんの「苦しんでいます」というところを支えていくと、いろんな解決策がありそうですよ。このままいくということもあるし、上のごきょうだいは避難先に置いて、その後、娘さんと福島に帰るということもあるかもしれないし、あるいは娘さんが別の選択をすることもあるかもしれない。少なくとも一歩進むということがあればいい。たしかに原発の事故がこの問題を作った原因だし、放射線の先行きがわからないとどうにも考えられないこともある。でも、その中で何とかやっていかないとけないのだから、少し楽になるだけでも違ってきそうです。本来、人はいろんな問題を抱えていて、いつもいろんなことが起こっているから、そういうことの一つとして放射線も捉えられないとなかなか解決しないということが、よく出ているケースかなと思います。

細矢 ちよつと見方が違うかもしれないですけどね。(4)の方は、「こころの健康度調査」の対象者ですから、おそらく避難地域で帰宅困難な人が県外に避難している状況じゃないかと思うのです。この女の子もそうですけども、おそらくこういう気持ちを持っている大人もたくさんいるのではないかと。帰りたけれど帰れない……そういう不満をぶつけられる対象がなくていらしている。不安定になっている。子どももそうです。そういう大人への対応をほんとうに考えてあげないと、と心配になった例でした。

小西 私は県外から来ている者ですから、やっぱり福島の皆さんの話を聞いたときに怒りというのはすごく感じるんです。東京電力に対する怒りだったり、行政に対する怒りだったり、それから被害を受けていない者に対する怒りだったり。それは忘れてはいけないけれど、そのことで支援するほうが、あんまり縮こまってしまうとまた対応を間違えるという感じがあつて、それも難しいなあと思います。

丹羽 そうですね。小西先生が言われたように、原因はいろいろあるけれども起きることはごく一般的なことであるというスタンスで対応してもらったほうが良くて、「かわいそうだ」というようなバイアス(偏り)があまりかかってしまうと問題かもしれませぬ。

■伝え方の難しさ

細矢 ときどき聞くのは、自分たちはどうしてもここにいななければいけない。周りでは放射線の問題はあまりないだろうと言っている。ところがある。部の人たちがお母さんたちに「放射線による健康障害が赤ちゃんに起こるかもしれない、妊婦さんに起こるかもしれない。なぜ引っ越さないんですか。それは親として怠慢でしょ」という言い方をされると。そして、「私は悪いお母さんなのかな」と心配して、「(福島から)出て行ってしまおう人が、周りを見てもほとんど多いんですよ」「引っ越さないの?」と善意で言っているのですが、一方でそういう言い方は、ものすごくお母さんたちを傷つけていることもあるわけですよ。

小西 「なぜ出ていかないの?」もそうですけど、逆に「他の場所に移住することもストレスを抱えますよ」とか「あなたが不安になるとその度はずどもに影響が出ますよ」というようなメッセージも、本人の不安が高まっているときには、すべて、ネガティブに響きます。どのような方向性でも言い方が難しいなあと思います。

大津留 冷静な判断を促す意味でのリスクの比較に関する話はないほうが良くて、むしろ解決に向かうためには、本人のありのままの姿を受け止めるしか方法はないのでしょうか。

丹羽 そうではないと思います。やっぱり冷静なリスクの判断を求める方向に行かずに成り行きに任せるというのでは、こういう場合の専門家の役割が何もなくなってしまうから、具合が悪いと思います。小西 たぶん多面的、複数の支援が必要なのだと思います。論理的・合理的に考えられることを情報として出

すことは必要です。

大津留 通常はだれでも他のリスクと比較しながら物事を決めていることが多いと思いますが、今回は「今、放射線のことを問題にしているのにどうして他のリスクと比較するんだ」と反発して、リスクの比較を受け入れることができない人たちがいます。我々医療者からすると、病気の成り立ちを考えればいろんなりリスクがあつて、それを総体的に評価するのはなんの疑いもないのですが。

小西 心理的には、リスク評価は基本的に主観的なものです。自動車に乗ることと飛行機に乗ることのどちらが恐いかということは、人によって違います。各個人の性質や歴史や周囲の状況などがすべて影響してくる。たとえば、トラウマ体験は人の心理的なリスク評価を大きく変化させます。事故率や死亡率の情報だけで決まるわけではないです。今、放射線の不安が高くなっているのは心理的反応としてはすごく当然ですから、そこに疫学的なリスクの問題を持ち込まれて「あなたのリスク評価は間違っている」と言われた気がすると、きつと抵抗があるのだろうと私には思えます。また、たとえば、移住することについて、人が求めている回答は、「私が個人として引越したほうがいいのか、引越さないほうがいいのか」の答えであつて、そういうことは疫学ではわかりません。

大津留 最終的な生き方はもちろん個人の選択ですが、客観的な評価に抵抗があるときに、では医療者としてどうしたらいいでしょうか。

小西 全体的に落ち着いてくるのを待つしかないかなと思います。くり返し起こる被害ではないのだったら、やがてはもう少し低いところへ落ち着いてくるのだと思います。

大津留 サポートする立場としては、それまで粘り強く地道に対応していくことですね。

### 3 放射線のこころへの影響

#### ■ 斑状の放射線災害がもたらすもの

大津留 別の観点ですが、たとえば福島県内でも線量がかなり違いますし、県外に行けばもっと違う。ご本人の選択肢も多い。それはこころの問題にはかなり影響しているような気もしますが、いかがでしょうか。

丹羽 今日聞いた患者さんの話では、避難地域から1キロぐらゐのある程度線量の高いところに住んでいらつしやるのですが、隣の隣の家はもっと高いとか、同じ敷地の中でもきょうだいの家は低いとか、そういった状況の中で生活していらして、みんなが一樣なレベルの被害者というわけでもない。線量の高さも必ずしも固定的ではないので、皆さんの気持ちが悪くか一方向にという形にはならないと思うのです。福島市の中でも線量が高めのところがあり、お子さん連れの人たちは市内の線量の低いほうに移住していますよね。しかし、そういう人たちが、必ずしも被害者意識を持つたり、心理的に弱ってしまったりしているとも限らないので、必ずしもメンタルに影響が出ているとは言えないと思つていいのですけれど。

小西 東京でも親が「放射線量が高い、低い」と同じ心配をしていて、東京に住んでいいのかわかという人もいます。ある一定の場所に行つていろんな人の話を聞いたときに、主観的な個人の捉え方で危険度が全然違つていゝる。それはこの放射線災害の大きな特徴だと思つた。たとえば、雷や台風などで家が全部倒れたとか、全部燃えてしまったとかそういう災害とも違う、不均一さがとても大きい。放射線は斑状だけれど、さらに人の心理も斑状という感じがしますね。

大津留 ご夫婦とか親子で感じ方が極端に違ったときに、対応がなかなか難しいのではないかと思います。丹羽先生、いかがですか。

丹羽 実際、精神科で対応することになるのは、もうちょっと問題が大きいケースですね。そういう微妙な問

題で考え方が少し極端なのではないかと思えるけれど、いわゆる精神科の問題とは考えられないケースは、ケアされないままになっているのではないのでしょうか。

大津留 精神科で対応されているケースは、診断名が明確につくようなこころの問題であることが多いですが、丹羽 ええ、そうですね。2011年の4月〜5月頃だったかと思いますが、精神科のクリニックにいわゆる放射能恐怖で来られる人は、身の周りでは診ていてあんまりないのです。その当時、言われていたことは、実際の問題があるところから離れるほど、たとえば福島より東京のほうがそういう不安がより強く出て、お医者さんに相談に来ることがあると。東京の精神科クリニックの先生の話を聞くと、「そういう方はいるよ」とおっしゃる。また、福島で内科の先生と話をしていたら、「鼻血が出るようになったんだけど、放射能のせいじゃないか」とか、「皮膚が赤くなっただけで放射能のせいじゃないか」と訴える患者さんはときどきいますと言われたので。だから「ひよつとすると、放射能恐怖症の方は精神科には来なくて、他の診療科に行っているのかな」と思っていてみると、耳鼻科でも鼻血の話が結構あると言われました。だからそのあたりの実情調査をちゃんと行っておかないと、とは思っております。

\*3 今回の事故の追加放射線量は、住民の方々に造血機能障害で鼻血が出たり、放射線皮膚炎などの確定的健康障害が生じることはありません。

大津留 震災・原発事故後には、メンタルヘルスの範囲を超える精神科領域の疾患は増えたのでしょうか。丹羽 震災後数か月の間に躁状態の人は通常より増えましたね。それから外来で不安や抑うつなどで受診している人の4分の1ぐらいが原発事故の影響で来た人たちでした(図1)。その数字が多いか少ないかは、比較対象調査をしないといけません。

### ■子どものPTSDをどう考えるか

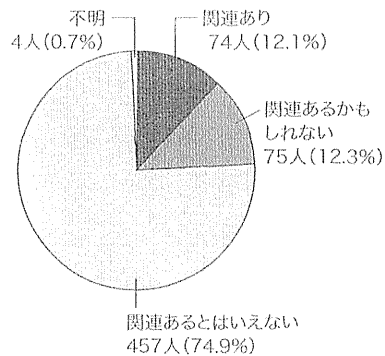
大津留 5番目の方(5)は、幼稚園の女の子です。PTSD (Post-traumatic Stress Disorder: 外傷後ストレス障害) のような症状にも思えますが、いかがですか。

丹羽 今回、こういうパターンは多かったですね。地震と津波のあと、夜寝なくなったりかおねしよするようになったとか。昼間は避難所などで津波ごっこや地震ごっこなどの遊びをしていて、夜になるとおびえて寝ない。少なくとも2011年の秋ぐらいまでは結構多かったように思いますね。じゃあ、秋を過ぎてこの子たちが何か後遺症を残しているかというところというわけではない。さきほど子どもは可塑性に富むと言いましたが、影響も受けやすいですけども、過ぎてみると結構健康に戻る例が多かったですね。

大津留 県民健康調査の中で、「こころの健康度調査」が震災後9か月経った時期に実施されているという意味では、自然治癒が難しい長期に不安が続いている人を見出して、サポートしているということでしょうか。丹羽 そういふことだと思います。介入の仕方は、阪

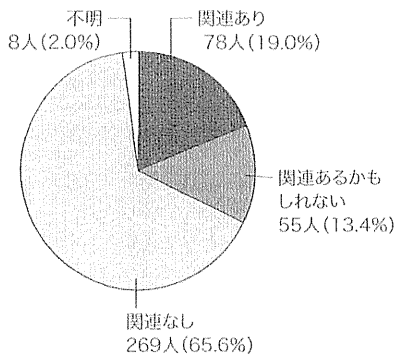
図1 福島県立医科大学神経精神医学講座による放射線被ばくの影響に関する調査

① 新入院患者と放射線被ばくへの恐れに関連



2011年3月12日〜2か月間のアンケート  
(27施設回答)  
原発事故による転院などを除く入院・再入院患者 n=610人

② 不安障害、うつ病の外来新患と原発事故に関連



2011年3月12日〜3か月間のアンケート  
(57施設回答)  
外来新患 n=410人

(和田明, 2011より)

神・淡路大震災（1995年1月17日発生）のときからあって、とにかく安心できる環境で不安を少しずつ解消してもらえようかな働きかけをすることだと思えます。年齢によって震災による影響の現れ方は違ってきます。4歳、5歳ぐらいまではどちらかというと退行し、小学校に上がるとPTSD的なことを言うようになる。だからこの子が現時点でもずっと夜泣きなどが続いているのは、ちょっと長引き過ぎているという感じですね。小学生ぐらいの子が震災後9か月ぐらいの時期にPTSD的なことを言っているケースは、あっても不思議ではない気がします。

小西（震災後1年ぐらいまでは自然経過で良くなる例がたくさんありますよね。もう介入したほうがいい時期ではありますが、3月11日を迎えていわゆるアニバーサリー（記念日）の反応が起きることもありますので、こしばらくは（こころの状態が）悪い人が多くて普通だと思えます。私の経験で言うと3月11日の前後1か月ぐらいい、そのことを頭に入れてお話を聞いたほうが良いように思います。特に遺族の方は反応がはっきりしていますが、PTSDは症状があっても言わない人も結構多く、たとえば（4）の中学生もPTSDの可能性がないわけではないですね。

大津留 我々内科医は、極端にご心配される方や抑うつやPTSD症状が強い方に関しては、できれば精神科をご紹介したいと思いますが、小児科はいかがですか。

細矢 我々は比較的不安の軽い患者さんたちの相談に乗ろうと考えています。たとえば、夜泣きに対しては、子どもを診るわけではなくて、ほとんどがお母さんとの対話なんです。お母さんを安心させると意外に夜泣きが治まったり、これまで退行して甘えん坊だった子が少し元に戻ってきたという話がありますので。「これはちょっと厳しいな」というときには精神科の先生に相談しようというスタンスでいるんです。ただ軽いものを含めると、おそらく外来にきた患者さんで「どうですか？」と話を振れば、「実は」というお子さんはたくさんいると思います。通常の外来でそういう患者さんを診られる状況ではないので、相談となった場合には1日数名でもいいから時間を取ってくださいねと、県民健康調査にご協力いただいている登録医にはお話ししています。（県内の）6、

7割ぐらいの小児科の先生方は、登録医として手を挙げてくれています。

丹羽 いつも小児科の先生方の話を聞いていてえらいなあと思うのは、かなりの数を診ている中でお母さんの話も聞いていらっしやる。小児科の先生の（研修会への）参加は多いし、登録してくださっている方々の半分ぐらいは小児科の先生ですから。

小西 登録医の研修会に行くと、内科や小児科の先生がすごく熱心で、頭が下がります。

## 4 こころの問題を予防するために

### ■ 地域でできるケア

大津留 これまでの討論以外で他の例があれば、ご紹介いただけますか。

丹羽 新聞報道にありました。飯館村とか楢葉町とか、自治体そのものが避難している地域の人たちに行ったアンケート調査では、「いくつかの症状に当てはまるものがご家族の中にいらっしやいますか？」という質問項目で、「だいたいいらしている」という人は7割ぐらい、「眠れない」という人は3割強、「お酒（の量）が増えた」という人は17、18%。私はその2つ（町村）しか見ていませんが、両町村とも本当に類似した数字が出ています。いずれも放射能問題による避難でなし、数字の一致率を見ると避難生活は同じような影響を及ぼしているんだなと思いました。だからうまく手を差し伸べて、埋もれているケースが重症化していかないようなアプローチを予防的に行うという観点も必要だと思いましたね。

大津留 こころの問題で予防的に行うとは、どういう方法論があるのでしょうか。

丹羽 何か特別に「こころのケア」ということでなくても、地域の人たちが集まって、たとえば盆踊り大会とか

除染活動とか、そういう地域としての活動の中に参加してもらって、「自分も何かのために動いている」という気持ちになれる、あるいは話ができることが予防的には意味がありそうに思います。仮設住宅の中のサロン活動もその一つだと思いますね。たとえば次のようなことがあります。最初は、仮設住宅に避難している人たちが能動的に何かを行わなくても、周囲で介入している人たちがいるんな活動を行っているうちに、「今度は自分たちが中心になって準備するから」と自主的に参加してくる人たちが増えてくるんですね。そうすると、「実は、あそこ誰さんは元気がないんだよね」という話になって、実情がわかってくるんです。「こころのケアに來ました」と言っただけで行っても、自ら進んで相談に来るような人がいるわけではないですよ。仮設住宅などに避難している人たちの生活の質を上げるような働きかけをする中でケースが見えてくると思いますね。

大津留　ということは、行政とかボランティアもその予防の役割を担っているということですね。

丹羽　そう。だからこころのケアは専門家が行うとは限らないと思いますよ。

小西　普通の人が個人として普通にやることでしたら、やっぱり人とつながることです。誰かに相談してもいいし、メンタルヘルスを保つ活動をしてもいいし、放射線の話を聞きに行ってもいい。良くないのは孤立です。人と何らかの理由で接触できない人が孤立して残るわけなので、さっきから支援の手が足りないという話をしています。介入していくとしたら、そういう孤立する可能性のある人にアプローチしていく形になると思います。自分で良くなりたと思う人はそれだけですごく良い点があり、強みがあると言えます。

丹羽　確かにね。福島県こころのケアセンター（連絡先：福島県精神保健福祉センター内）が、たとえば福島市の場合でも2012年2月1日に発足して、動き始めています。今後、県内のいくつかの方面にも福島県こころのケアセンターができますので、そういう存在を知ってもらって、相談に行ってもらうことも必要ですね。個人のレベルで。

細矢　私は、お母さんたちは、「自分は一番良いお母さんになっていないんじゃないか」という不安を持っていて、必死にそうなるうとしていているけれど、それがうまくいかなくて自分を責めていると感じているものですから、周りから見るととてもよくやっているということを知ってほしいし、不安があるならば身近な人に相談してもらった方がいいと思っています。我々も相談相手になります。

### ■ほめることが力になる

小西　ここで話をしていると、支援の手が足りないとか、問題ばかりが出てきてしましますが、私が阪神・淡路大震災で支援に関わったときに比べると、みんなの意識は全然違います。あのときはこころのケアの概念さえ、あまりきちんとしていなかったので混乱していました。今回、とても良くなったことはいっぱいあると思います。そもそも最初のケアの立ち上がり方だっただけで全然違いますし、今、皆さんが行っていらっしゃることで、当時に比べればずっと組織化されていると思います。あまりにも被害が大きいの、原発がどうなるかわからないから先行き心配なことばかりが気になります。むしろ良くなった点もちゃんと伝えていくことも必要なのではないかと、最近、思っています。それこそ、ケアをしている人にも良くなったことを伝えるべきじゃないでしょうか。

大津留　確かに大災害だったので、準備が足りなかったり点がいっぱい挙げられています。実は、実は最悪の事態に陥らないようにすごく頑張った無名の人たちがとてもたくさんいて、本当はそういう人たちがもっとほめないといけないと思うし、地域で頑張っている人たちも認められたほうがモチベーションが上がるかなと思うのですが。

丹羽　頑張れますよね。3・11直後の時期などに、体育館などの避難所では、地区の区長さんたちが地区の人たちをまとめてニーズをくみ上げることで避難者の困難を解決して元気づけたりしておられました。また市町村の保健師さんたちは避難者の中で障がいを持たれた方々の状況をよく把握しておられて、そのお陰でJMATやこころのケアチームのサポートがスムーズに入ることができました。こうしたたくさんの人々の活動は称賛される

べきと思いますね。

大津留 本日は、先生方からこのころ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、このころ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 Brunet EJ, Goldhaber D, Carlson G, et al. Children's well-being 11 years after the Chernobyl Catastrophe. Arch Gen Psychiatry 2000 ; 57 : 663-571.

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

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究  
東日本大震災における精神疾患の実態についての  
疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究

# 東日本大震災の精神医療における 被災とその対応

—— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——

松本和紀・松岡洋夫 編

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

# 東日本大震災の精神医療における 被災とその対応

—— 宮城県の直後期から急性期を振り返る ——



## 巻頭言

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 教授  
松岡 洋夫

近年、多くの精神疾患の成因における環境因の重要性が科学的に解明されてきました。破局的な自然災害という環境因は、被災者やその関係者に長期間にわたり心理的、社会的、経済的な悪影響を直接的あるいは間接的に複雑に与え続けます。阪神・淡路大震災や新潟県中越地震のときと同様に、東日本大震災後も精神保健医療への需要が長期間にわたり高まっていることは自明のことですが、東日本大震災は震災のみならず津波や原発事故による広域の複合的な災害であり、過去の経験則では十分に解決できない予想外の問題も多く発生しました。

こうした新たな問題を研究する必要性から、平成24年度の厚生労働科学研究費補助金〔障害者政策総合研究事業（精神障害分野）〕に、「東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究」〔課題番号：H24・精神・一般・002（復興）〕という研究課題で応募したところ採択されました（3年間継続予定）。松岡を主任研究者として、金吉晴先生（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・災害時こころの情報支援センター）、富田博秋先生（東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野）、酒井明夫先生（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）、丹羽真一先生（福島県立医科大学会津医療センター）、大野裕先生（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）、松本和紀先生（東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座）、柿崎真沙子先生（東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野）、加藤寛先生（ひょうご震災記念21世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター）に分担研究者をお願いし（順不同）、さらに多くの研究協力者の支援を得て研究班を構成することができました。

本研究班のミッションは、東日本大震災の主な被災3県である福島県、岩手県、宮城県の精神保健医療領域での支援を行ってきた研究者が中心となり、①被災地での精神疾患の発生と支援の実態に関する疫学調査を行うとともに、②災害後の精神保健医療対応の問題点を検討して災害時に役立つ精神保健医療支援システムを構築し、③さらに災害と関連した精神疾患の発症メカニズムの解明と予防的介入方法の開発を目指す、ことです。研究の初年度である平成24年度には、被災地の行政等と連携し自治体等の職員や住民を対象とした疫学調査を実施し、さらに被災直後での精神保健医療対応の問題点と、その後の心のケア体制の構築と精神疾患への対応を調査しました。その結果、被災直後の対応や実態について地域、施設、組織で極めて多様であったため、問題を相互に共有する意味で本研究班の活動の一環としてシンポジウムを平成25年7月6日と7日に仙台市で開催しました（参考資料のシンポジウムプログラム参照；時間の関係で宮城県の問題を中心に構成）。そして、この成果を後世に残すべきという意見が多く聞かれたため、シンポジウムの内容を拡大して本記録誌を作成することにしました。現在、東日本大震災に関する記録誌が多くの施設や組織から刊行されていますが、本記録誌は被災直後期から急性期における宮城県での病院や施設の実態に加えて、被災地を支援いただいた方々からの記録も含めた点で、より包括的に震災直後の実態を把握でき、今後の災害への備えの一

助となることを願っております。最後になりますが、シンポジウムの開催と本記録誌の作成は、研究班の分担研究者でもある教室の松本和紀君を中心に多くの教室員のご支援によるものであることを付記いたします。

## 参考資料

【公開シンポジウム プログラム】（平成25年7月6日、7日）

「東日本大震災の精神医療における被災とその対応―宮城県の直後期から急性期を振り返る―」

平成25年7月6日16時～18時

・シンポジウム1 精神科診療所／地域支援の立場から 座長：松本和紀（東北大学）

①宮城秀晃（宮城クリニック）、②原 敬造（原クリニック）

平成25年7月7日9時30分～16時30分

・全体の概観 松本和紀（東北大学）

・シンポジウム2 総合病院精神科の立場から

座長：富田博秋（東北大学）

①三浦伸義（東北薬科大学病院）、②岡崎伸郎（仙台医療センター）、③佐藤茂樹（成田赤十字病院）

・シンポジウム3 津波被害に遭った精神科病院の立場から

座長：浅野弘毅（せんだんホスピタル）

①木村 勤（鹿島記念病院、元 恵愛病院医師）、②高階憲之（南浜中央病院）、

③新階敏恭（麻見江ホスピタル、元 光ヶ丘保養園医師）

・シンポジウム4 被災地の精神科病院の立場から

座長 岩館敏晴（国見台病院）

①佐藤宗一郎（こだまホスピタル）、②連記成史（三峰病院）、③小高 晃（宮城県立精神医療センター）

・シンポジウム5 精神科医療と関連する領域・組織の立場から

座長：小原聡子（宮城県精神保健福祉センター）

①姉齒純子（なごみの里サポートセンター）、②沼田周一（安田病院）

③大場ゆかり（宮城県立精神保健福祉センター、元 宮城県障害福祉課）

・総合討論

座長：白澤英勝（東北会病院）、松本和紀（東北大学）

指定発言：①金 吉晴（国立精神・神経医療研究センター）、②加藤 寛（兵庫県こころのケアセンター）

（敬称略）

## 本稿で記載されている主な医療機関





①上左：光ヶ丘保養園における救出活動  
 ②上右：被災地にて  
 ③中左：東北大学・富山大学・東京女子医科大学によるチーム  
 ④中右：避難所巡回の配置  
 ⑤下右：光ヶ丘保養園における救出活動