

特集 東日本大震災の復興計画と中長期的支援

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——

松岡 洋夫

東日本大震災での死亡者と行方不明者は約2万人で、宮城県はその約60%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、特に精神保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被災状況は一律ではない。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期計画において最も重要な要件となる。また、今回の被災によって医療過疎や未分化な地域医療などの問題を抱えた本邦の精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。東北大学は被災地の大学として様々な視点で復興支援に取り組んでいるが、精神保健医療福祉領域に関してはこころのケアセンターを中心に、地域によって異なる需要を考慮した復旧・復興を包括的に行っていくことが重要である。

<索引用語：地域格差，東日本大震災，精神保健医療福祉，復興計画，東北大学>

1. はじめに

東日本大震災は、平成23年3月11日に発生したマグニチュード9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4月7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2万人で宮城県はその約60%を占める（表1）。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、精神科関連に限っても保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被害内容も一律ではない¹⁾。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期復興計画にも複雑な影響を及ぼしている。かつての阪神・淡路大震災や新潟県中越前大震災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ヶ月の遅れがあり、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復興計画のあり方を中心に述べる。

2. 東日本大震災の特徴——まだら状格差——

マグニチュード9という東北地方太平洋沖地震によって最大震度7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、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の被害に集中している。1995年に発生した直下型の阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）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も程度も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。

例えば、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2万人弱で、後者（6千5百人弱）の約3倍である。被

表1 宮城県の死者・行方不明者と避難所避難者数の推移

	震災前 人口 (人)	2011.10.14での 死者・行方不明 者数(人口比)	避難所避難者数			
			2011年 4月 (人)	6月 (人)	8月 (人)	10月 (人)
仙台市	104.7万	730(0.07%)	2,774	1,220	0	0
石巻市	16.1万	3,881(2.4%)	13,817	6,030	2,395	0
気仙沼市	7.3万	1,402(1.9%)	6,745	2,812	1,094	94
名取市	7.3万	980(1.3%)	1,338	19	0	0
多賀城市	6.3万	189(0.3%)	995	519	72	0
東松島市	4.3万	1,138(2.6%)	3,641	1,550	188	0
亶理町	3.5万	270(0.8%)	1,508	254	0	0
山元町	1.7万	690(4.1%)	1,845	399	9	0
南三陸町	1.7万	902(5.2%)	6,687	2,891	1,827	3
女川町	1.0万	980(9.8%)	2,078	1,224	351	208
宮城県	234.7万	11,507(0.5%)	45,884	19,828	7,007	332

宮城県調査

害総額でみると前者は広域ではあるものの大都市が含まれていないために後者の2~2.5倍程度である一方、一次産業被害は逆に100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前大震災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“まだら状格差”ともいうべき地域差を引き起こした。このため急性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、さらに今後の中長期の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、それは①行政・精神保健医療福祉レベル(役所や保健所などの行政機能、訪問や保健相談などの活動状況と、それに伴う医療との連携による事例トリアージュ機能)、②医療レベル(精神と一般の医療機関・施設との相互補完能力)、③産業や住居レベル(地域の産業特性、避難所・仮設住宅・半壊住宅・転居などの居住環境)、④養育・学校レベル

(託児所、保育所、学校の機能)、⑤地域コミュニティレベル(自治会など)、⑥個人レベル(個人の回復力と脆弱性、文化的背景)などの要因が複雑に絡み、地域固有の被災状況を呈しており、しかも復旧の時間経過もそうした地域特性で規定されるために時々刻々と変化する。以下にこうした要因に関するいくつかの例を挙げる。

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状況や居住環境の影響が主に関連していた。既存の医療資源では対応が困難で、全国からのこのころのケアチームの活動でかなり充足されたが、一律に充足されていた訳ではない。また、当然のことながら避難所での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と思われる(表1)。現在、避難所は解消され、それに代わり応急仮設住宅が宮城県では約400団地(約2万戸)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50%程度と低く(福島県は90%程度)、特に都市部での組織率が極端に低く、

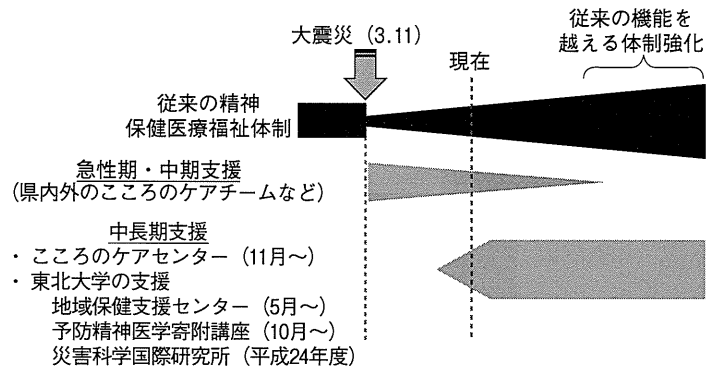


図1 精神保健医療福祉の復旧・復興に向けての中長期計画
(東北大学を中心に)

県内の地域によって3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独死などが懸念されている。また、沿岸部の漁村では昔から“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、逆に過剰に適応、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。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害等支援研究室の鈴木は、こうした東北地方の特有の気質(文化)を“gaman”として米国精神医学会のニュースで紹介した¹⁾。

3. 精神保健医療福祉における 復興計画の方向性(図1)

現在、被災地域での精神保健医療福祉をどう再構築するかが課題となっている。急性期は全国からのこころのケアチームの介入によって支えられてきたが、こうしたチームの需要は徐々に少なくなり、こころのケアセンターなどの新たな設置とともに震災後1年程度で大半の被災地域からこころのケアチームは撤退することになる。行政レベルでの動きとしては、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、“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としても期待される。しかし、未曾有の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1ヶ月で成立したが、東日本大震災では3ヶ月以上経過してようやく成立し、こころのケアセンターの設置も数ヶ月以上遅れており、さらに震災後1年になろうとしている現時点でも復興庁の全貌が見えておらず、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。

平成23年11月21日に国会において3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8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11月には準備室が開設され12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4ヶ月の遅れがあった。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12月に開設され、

平成24年4月には宮城県北部で深刻な被害を受けた気仙沼と石巻とに“地域センター”の開設が予定されている。

こころ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）、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、精神科ソーシャルワーカー、心理士、保健師、事務員などで構成され、基幹センターには20名程度、地域センターには2ヶ所合わせて10数名程度を予定している。

4. 東北大学の復興支援

東北大学病院精神科は被災地の大学として支援を積極的に行い、震災直後の急性期は週あたりのべ約50名、半年以上経過した時点でも週あたりのべ10名程度の精神科医、看護師、臨床心理士などが被災地への支援活動を継続してきた。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”²⁾が生じており、アルコール問題、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、日本精神神経学会声明³⁾が出されたように行政職員などの“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ている。

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、こころ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1名、助手2名の常勤者を配置）が平成23年10月に設置され活動を開始した。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・研究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、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”（センター長 辻一郎教授）が平成23年5月に開設され9つ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すでに中間報告がなされている（<http://www.ch-center.med.tohoku.ac.jp/>）。さらに平成24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。

5. おわりに

今回の被災では、人的資源に関して特に東北地方での医療過疎や医師不足の問題、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。復旧すらままならない状況ではあるが、精神疾患が5大疾患としてようやく認識された矢先でもあり、こころの健康政策構想実現会議が請願している“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。

文 献

1) Aaron Levin (American Psychiatric Association): Japan's resilience erases impact of natural disaster. *Psychiatric News* 46 (11), June 3, 2011

2) 岩井圭司: 自然災害（中長期）. 心的トラウマの理解とケア, 第2版（金 吉晴編）. じほう, 東京, p. 85-95, 2006

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

**The Great East Japan Earthquake and Mid- and Long-term Prospect for
Mental Health and Welfare in Miyagi Prefecture**

Hiroo MATSUOKA

Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

About twenty-thousand persons were deceased or missing in the Great East Japan Earthquake on March 11, 2011. More than half of them belonged to Miyagi Prefecture. The entire coastal areas in Miyagi Prefecture fell victim to the disaster owing to tsunami damage. The damage in mental health system varied in areas both qualitatively and quantitatively (“patchy disparity”), to which uniform support cannot be applied. Such a disparity should be considered in the mid- and long-term prospect for mental health and welfare. The disaster exposed the fragility of the mental health and welfare in Japan as symbolized by ‘depopulated’ and ‘immature’ medical care system. The Tohoku University in the disaster area is actively engaged in the assistance for the various aspects of reconstruction.

<Author's abstract>

[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、大変光榮に思っております。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って、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ったと聞きました。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。自分も行きたかったんですが、順番が回ってこなかった。その後も震災についての勉強はあまりしてこなかっ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ました。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ったですね。何が起こって、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ったんですが、地理関係がわかっている人間も、何か起こっ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こっ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。近くに仙台空港や閑上地区ひらあげもあったので、一晩中ヘリコプターが上空を飛んでいて、戦争映画の中にい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。食料が続くんだらうかとか、これから何があるんだら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、水曜日ぐ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で立入禁止になって、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。

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戸ぐらいです。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ぐらい離れています。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っていました。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に移さずに済んだところ。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に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、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。

被災直後に石巻目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いて、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、カタ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、当初はそういういった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、やはりこういった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。

厚生労働省のこの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の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労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が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労省から派遣されるこの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、必ずしもこの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の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、行ったらかち合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労省の派遣で来るこの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労した覚えがあります。やはりここも縦割りで、厚労省から入ると厚労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、厚労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たりする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。单身なので、明日からどこどこという形でお願い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、東北大学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いたくだな」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れども、仙台から日帰りですべて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うおそれがある。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ところです。

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れども、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ずっといきました。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、大量に人員が出ていった。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が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い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すぐ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、震災直後は全くならなくて、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く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、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思います。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重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、両者は連続体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、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る。

■ 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重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重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はなく、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。震災後に中絶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り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(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なり、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：侵人性の再体験、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(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

临床上、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ーを失い、「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しくなく、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。