

ヘルスについての啓発活動が挙げられる。ストレスマネジメントをはじめ、PTSDやうつ病などの予防と早期発見・早期対処について一人でも多くの看護職に知識をもってもらい、自分自身および周囲（患者含む）のメンタルケアにつなげられるようになることを目指している。また、災害後のストレス反応が顕在化する時期は個人差があるので、継続的なスクリーニングとフォローアップが必要である。

また、被災地では当事者同士で辛さやたいへんさをわかちあっている一方、被災格差によって本音を話せないという現象も起きている。被災した看護師同士でも、相手を気遣うことにより、当時の体験やそれに伴う感情について自己開示するのは抵抗がある者も多いようである。よって、敷居の低い、第三者による、安全な環境での相談機能を整備する必要もある。

さらに、惨事ストレスの長期的影響として残るといわれているサバイバーズ・ギルトと組織内の葛藤への対応も必要である。サバイバーズ・ギルトに対して

は、認知療法的なアプローチとソーシャルサポートが重要である。災害時にはベストを尽くしても限界があるということを看護師自身が自分で思えるようになり、自分を責めすぎないようにサポートしていく必要がある。組織内の葛藤に対しては、組織内のコミュニケーションを改善する対策が必要である。震災時の振り返りを、管理者もスタッフもざっくばらんに自己開示しながら行うことにより、「皆もそれぞれたいへんだったのだ」と思えるようになり、溝が埋まる可能性があると考えられる。

長期的な課題としては、平時でのメンタルヘルスの強化に移行できるように、現在の外部コンサルテーション機能から、各組織の産業保健のシステム作り・整備を行うことが重要である。ある自治体では、震災後、メンタルヘルスの重要性を認識し、専門家を雇用しシステム作りを開始したところもある。震災によって気づいたところの健康の大切さを、いかに今後の組織メンタルヘルスに還元できるかが鍵となってくる。

東日本大震災の支援者支援

—支援者であり被災者である人達を支えるということ

高橋 葉子

Takahashi Yoko

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

●はじめに

筆者は震災時まで、宮城県仙台市中心部にある東北大学病院の精神看護専門看護師（リエゾンナース）として一般身体科の患者や家族のメンタルケアおよび看護師のメンタルヘルスを仕事としていた。震災直後は被災地から病院に搬送されてくる患者のケアを行い、その後約半年間、東北大学精神科の心のケアチームのメンバーの一員として沿岸被災地に赴く日々を送った。そして昨年10月、宮城県における震災後心のケア事業の一環として、東北大学に予防精神医学寄附講座が立ち上がったのをきっかけにそちらに籍を移し、11月にみやぎ心のケアセンター（当時は準備室）が設立されてからはそちらを兼務しながら、被災地の心のケアを続けている。もともと看護師のメンタルヘルスを専門にしてきた立場だったので、

被災地の看護師への支援を中心に、自治体職員や仮設住宅支援員等の支援者の方々への支援に携わっている。

震災から1年経ち、被災地は徐々に復興している。しかしその陰で、それを支えて続けている支援者たちのエネルギーが枯渇しているのもまた現実である。中長期支援体制の中で、「こころのケア」を担う専門職者にできることは何かを考えたい

1 ●支援者支援とは

災害での支援者支援とは、文字通り災害の被災者を支援する立場の者——自治体職員や自衛隊、警察、消防、医療関係者、教職者など幅広い——を支援することを指す。「支援者支援」という言葉自体は、災害のこころのケアに携わる人には聞きなれた言葉になっているだろう。しかし、言葉の定義はあいまいで、何がそ

こに含まれるのかというと、人によって解釈は違ってきて非常に幅広い。おおざっぱに言えば、「支援する人たちが、より支援しやすいような状況を作ること」だろうか。したがって、災害のフェーズによってもその支援内容は異なる。災害急性期では、必要な物品を手配することや、足りないマンパワーそのものとなって動くこと、支援者をねぎらい肯定すること、心理的影響を大きく受けた支援者への対応などを行っていた。

災害中長期になった今は、それらに加えて、支援者と「一緒に考えること」、すなわちコンサルテーション的な役割が求められているように思う。例えば、阪神・淡路大震災を経験した心のケアの専門家が、その経験を東日本大震災後の心のケア従事者に伝えること、アルコール問題のスペシャリストが、保健師と一緒にケースカンファレンスを行うこと、精神保健従事者が、仮設住宅支援員の方に対して、対応の難しい被災者に関する相談にのること、などが役に立っているようである。

ちなみに今筆者が行っていることも例に挙げれば、支援者を対象とした個別健康相談、被災者の精神的問題についてのカンファレンス、組織のメンタルヘルス対策システムの構築への助言、などである。また、災害後のメンタルヘルスやコミュニケーション・スキルに対して研修会を行ったりしている。

以上のように、支援者支援といっても色々である。ただ、支援内容が何にせよ、筆者の中では、被災地に入って支援者の方と接点をもった時から支援者支援は始まっている。よって、打ち合わせなどの際に支援者がこぼす悩みや愚痴を聴くことも含まれている。筆者は支援者への直接ケアとして個人面談も行っているが、そういったあらたまった場所までは来なくても、仕事の延長線上のような場面で、ふと筆者のような第三者に本音を漏らす方も少なくない。そういったときに、支援者の方からこぼれた感情を拾って丁寧に返すことが、どのような支援者支援の場合でも共通して重要なことであり、基本的姿勢だと思っている。

2●東日本大震災における支援者支援の特徴

今回の震災では支援者であるその人自身が被災しているケースが多い。家族や親しい人に死者・行方不明者がいたり、自宅が津波で全半壊していたり、という状況で被災者に対応する業務を遂行しているわけである。また、職場が壊滅して仮の職場で仕事をしていたり、震災前の役割を失ったりしている方もいる。中には今挙げた災難がすべて降りかかった過酷な状況の方もいる。

また、津波被害のあった沿岸地域はもともとコミュニティーの結束が強く、生まれてからずっとその地で過ごしてきた

方も多い。学生時代に一度その土地を離れても、就職のときには帰郷して仕事に就くなど、郷土愛が強い傾向にある。そのため、直接的被害や建物被害を被っていないくとも、思い出深い故郷の風景が一変してしまった喪失感は都市生活者に比べはるかに深いものである。実際に、「私は何も被害がないのに、瓦礫だらけの町を歩くだけで、昔のきれいな風景がよみがえって悲しくなるのです。」と言う人も多い。よって、被災地に在住している支援者のほとんどは、個人的な被害の程度にかかわらず、広い意味で被災者であると筆者は考えている。

支援者であり被災者であるという現象は、色々なところで複雑な力動が働く。支援する中での二次的外傷体験の程度にも影響を及ぼすし、被災状況の温度差により職場内の人間関係にも影響を及ぼす。被災した支援者は、心の中で支援者と被災者の二つの立場が混在しているため、とても複雑な心理状況である。しかし、仕事上では支援者の立場をとらなければならないので、だいたい被災者の自分は抑制か抑圧されている。疲弊している支援者の方に対してねぎらう言葉をかけると、「大変なのは被災者の方なので。」「仕事があるだけ幸せです。」などという言葉が返ってきたりする。支援者の立場でいることで自分を保っているような、一種の心理的防衛のようなものが働いているのかもしれない。よって、「支援者」の

ガードが堅い方に対しては、それを守りながら付き合っていくスタンスが重要である。

しかし、被災した支援者は非常にデリケートなので、突然ふとしたきっかけで防衛が崩れることがある。そのトリガーは人によってそれぞれなので予測が難しい。今までも、打ち合わせ途中で突然何かを思い出して取り乱す者や、亡くなった同僚を思い泣き出す者、ケースカンファレンスで自分と重なり合わせて怒りを表出する者もいた。つまり、被災した支援者を支援するという事は、そういった感情の揺れが突然出るかもしれないという可能性を常に考えて対応する必要があるということなのである。

3●惨事ストレスの長期的影響

惨事ストレスとは、災害救援者（消防士、警察官、医療関係者など）が、職務をとおして経験するトラウマ体験のことをいう。悲惨な遺体を扱ったり、被害者に肉親や知り合いがいたり、同僚や自分の生命の危険を感じたり、十分な活動ができなかったりすると引き起こされやすいといわれている。惨事ストレスの長期的影響として、罪責感・罪悪感（サバイバーズ・ギルト）や組織内での怒りや不信などの葛藤、日常業務に対する意欲低下などがあるといわれている。

今回の震災では、被害が広範囲であっ

たため、多くの災害救援者が動員された。その中で沿岸地域在住の救援者は、津波により孤立を余儀なくされ、外部支援が入るまでの間何日間も生きるか死ぬかのストレスにさらされながら救援活動を行う状況の者も少なくなかった。自分の命が危険にさらされながら、そして家族の安否もわからないまま救援活動を何日間も行うという体験は、想像をはるかに超えた壮絶なものであり、さまざまなかたちで爪痕を残している。

筆者は被災地の看護師へのメンタルケアに携わっているが、津波により病院が全壊したところに数日間籠城せざるを得なかった看護師は、当時の記憶を思い出せない(解離している)者も多い。そして1年経った今でも、余震やヘリコプターの音などがきっかけとなって当時のことを思い出したり(再体験)、イライラして怒りやすかったり(過覚醒)、その病院に近づくのを避けたり(回避)、周囲から疎外感を感じたり(麻痺)と、PTSD症状をもつ者も少なくない。PTSDの診断基準を完全に満たす者は少ないが、部分的な症状をもっている者はかなり多い印象である。

さらに、壊滅的な被害を免れた病院の看護師も、惨事ストレスの長期的な影響を受けている。それに関して少し詳しく述べたい。

4●サバイバーズ・ギルト

サバイバーズ・ギルト(生存者の罪悪感)とは、災害や事故などで、自分以外の人間が悲惨な道筋をたどったのに、自分は免れたことに対して抱く罪の意識である¹⁾。「自分はなぜ生き残ったのか」、「自分は生きていていいのか」、「自分のせいである人は亡くなった」、「もっと援助すべきだったのに」などという思考が浮かんで来て、被災者にとっては心理的負担になる。

阪神・淡路大震災のときに、Underwoodは、多くの看護師がサバイバーズ・ギルトを抱いていたという印象を抱いている²⁾。看護師はもともと使命感の強い職種であり、「患者さんのために」献身的であろうとする傾向があるため、サバイバーズ・ギルトを抱きやすいのであろう。今回の震災後も、多くの看護師からサバイバーズ・ギルトと受けとれる言葉を聞いた。病院が被災している看護師だけでなく、病院そのものは被災していない看護師の中にもサバイバーズ・ギルトを抱く者が多い。

野戦病院と化した環境で奮闘した看護管理職の方から「私はあの時、何もできなかった。」と聞かされたことがある。筆者は客観的にその方の活躍ぶりを知っていたので、正直その言葉を聞いたときは驚いた。当時の救援活動を振り返ってもらうと、相当な数の患者を救い、心か

ら敬服する救援活動をされている。それをフィードバックしたところ、「でも、見殺しにした人もいます。」と泣き出された。見殺しといっても、よく聞くと、津波の影響で冠水し、救いに行けなかった地域があった、という話である。救助に行くかどうかの決断に関わったことが、その方を苦しませていた。しばらく話を聴くと、「仕方なかったと言いつけるしかないのですよね。できることには限界があるので。」と、とりあえず自分を納得させるようにつぶやき、寂しそうに笑った。

きっとこの方の罪悪感はずぐに薄れるものではないのだろう。命の重さを知っている職業だからこそ、救えなかった命への罪悪感、もつなという方が無理なのかもしれない。サバイバーズ・ギルトへの対処方法は「誰かの役に立っていると実感すること」といわれている。この方も、今後仕事を続けられる中で誰かをケアしていくことにより、その罪悪感が緩和される方向へいくことを祈るばかりである。

今回の震災においては、看護師だけでなく、サバイバーズ・ギルトを抱えながら生きている支援者がたくさんいる。罪悪感が強い場合、うつ病などの深刻な精神的問題につながる可能性も否定できない。サバイバーズ・ギルトへのケアは確立されていないが、何らかの支援方法を考えていく必要があると思われる。

5●組織内の葛藤

惨事ストレスの長期的影響として注意しなければいけないもう一点は、組織に対する怒りや不信である。救援活動の多くは組織的に行われるが、それがうまくいかなかった場合はしこりを残す。とくに、震災当時強烈なトラウマ体験をしながら救援活動をしなければいけない状況だった者は、組織全体が心的外傷体験をしているため、その影響を大きく受ける。震災当時は管理者を含め各自がパニックの中で判断をしており、通常とは異なる判断をしてもいたしかたない。しかし、時間が経つにつれ、「あの時の判断はどうだったのか。」という疑問が浮上し、責められる者も出てくる。

さらに、組織が被災して震災前のような状況では働けなかったり、震災対応が長期間続いたり、業務が多忙だったりして慢性的にストレスがかかり続けると、その影響で組織内の人間関係が悪化する。とくに中間管理職者は上下から批判や要望を浴び、スケープゴートになりやすい。ある組織の中間管理職は言う。「私の放つちょっとした一言が波紋を呼んで、部下に突き上げられるのです。だから最近余計なことを言わなくなりました。でもそうすると、情報を伝えないと言われるし……。上司に言っても何も変わらないし。本当に難しいです。皆疲れているからなのだと思うようにしていますが

……。私も参ってきそうです。」

このような組織内の葛藤は、個人の業務に対する意欲を低下させるばかりでなく、悪循環が起こり、組織全体の士気を下げることや離職者の増加にもつながりうる。よって、ただの人間関係の問題として放置するのは危険である。被災地の復興を担う支援者の戦力を下げることができる限り防ぐためにも、この問題は見過ごさずに扱っていく必要がある。

6●「こころのケア」で 支援者にできることは何か

1●で述べたような、支援者の行っている支援活動に対してコンサルテーションする形も大切な支援者支援であるが、それと並行して支援者自身の精神的問題への早期発見・早期介入のためのメンタルヘルス対策が必要である。

まずは、1年経った今になり、蓄積した疲労から心身の不調を訴える者も出ているので、ハイリスク者の発見とフォローが必要である。筆者も看護師を対象にうつ病とPTSDを中心とした健康調査を行い、ハイスコアな者や希望者に対してフォロー面談を行っている。働いている者を対象としているので、医療につなげる必要があるほど症状が重い者は少ない。しかし、精神医学的診断にはあてはまらなくても、部分的な精神症状を抱え、高ストレス状態の者が多く、健康だとはいえない。そのようなグレーゾーンにいる

人達へは、精神保健の視点からサポートが必要だといえる。

では精神保健の点からどうサポートしていくかということになるが、それには組織へのメンタルヘルスに関する教育が必要である。本来であれば平時から産業保健領域でのメンタルヘルス教育は重要であるが、十分に行っていた組織は数少ないのが現状である。よって、PTSD等の災害時の話の前に、「ストレスとは何か」といった基本的なメンタルヘルスの知識やセルフケアの方法を提供するところから始める必要がある。あわせて、前述のように惨事ストレスが長期的に影響すると組織内で葛藤が起こりやすいこと等の知識も提供し、組織で対策が必要なことを投げかけることが重要である。

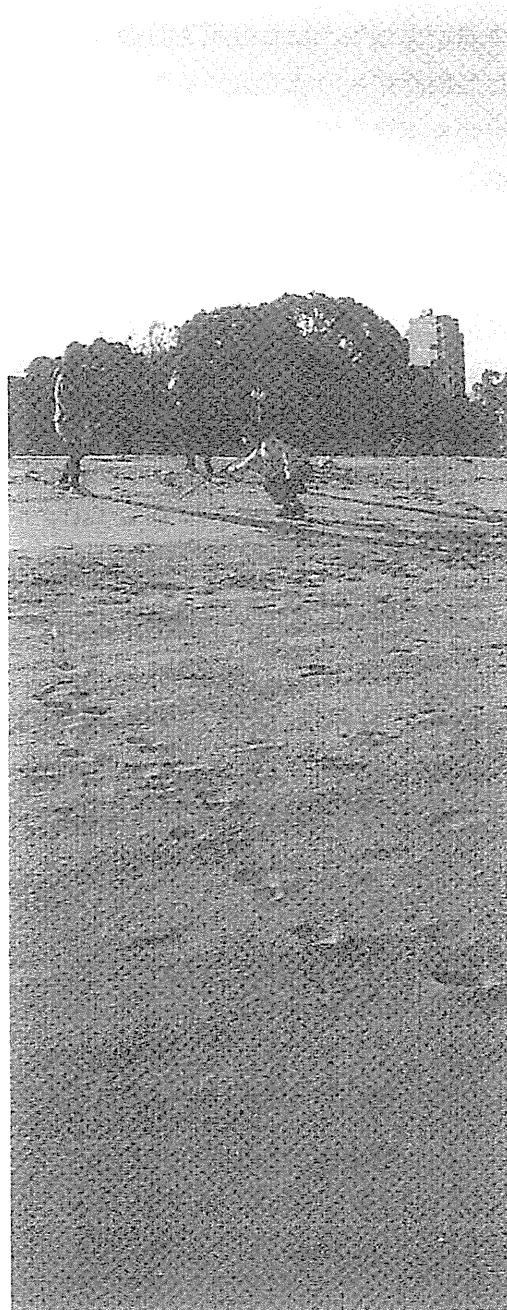
また、災害後の心理的影響は年単位の長期的なものになる。2●で述べたが、支援者は支援することに意識を集中して自身を保っている側面もあるため、まだまだ自分自身のことを振り返ったり、喪失に対して悲嘆のプロセスが進んでいない者も多い。よって、今後どこかの時点で自分自身の現実に向き合う機会が訪れた時に、心身の調子が崩れる可能性がある。その時期は人によってまちまちであろうから、どの時期にも利用できるような長期的な視点で相談窓口の整備をすることが必要である。

以上のような対策に先立って、精神保健の専門職者が組織の管理者や人事担当

者とコンサルテーションを行う上では、まず第一にその方達をケアする姿勢をもち、よく話し合って信頼関係を作ることが大切である。それぞれの組織にはそれぞれの事情があり、その時点でできることは限られている場合もある。しかし、だからといって対策をしないという結論は早急である。その組織のその時点での力量をアセスメントしながら、タイミングを計ったり、やり方を工夫しながら、対策が実現可能になるようにアドバイスをしていく忍耐力が必要であろう。中長期での支援者支援では、「長距離走者の伴走者になること」が求められている。

[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、P121-131、2006
- 2) Patricia Underwood, Survivor's Guilt: Understanding the Aftermath of Disaster, Journal of Japan Society of Disaster Nursing Vol.7, No.2, pp23-30, 2005



特集『被爆・被ばくを振り返って』

福島原発事故

丹羽真一

福島原発事故

丹羽 真一

抄録:

ヒロシマ, ナガサキに次いで, フクシマは日本における放射能被ばく地として世界にその名を知られることとなった。この放射能汚染は福島県の主要な産業である農業・漁業, 観光業に深刻な打撃を与え, 特に幼い子供を持つ親の不安を掻き立てている。精神科医療・保健・福祉にとっても原発事故は大きな変化をもたらしている。第一原発から30km圏内の5つの精神科病床を持つ病院は入院患者移送を命じられ休業ないし規模縮小を余儀なくされた。合計840余の精神科病床が一気に事実上なくなり, 精神科入院者と老健施設入所者を合わせると1,228名が福島県内外の他施設へ移らざるをえない結果となった。

科学的には安全であると理性的に説明がなされても, 低線量放射能被ばくについて人々は容易に安心しない。「安全安心」はひとまとまりの用語として用いられることが普通であるが, 安全と安心は分離した。果たしてどれだけの効果があるかは不明な除染であっても, 人々が参加して除染事業が行われるようになって, やっと人々は安心し始めた。

今回のフクシマ原発事故の後, こころのケアには次のような課題があると考えられる。1) 精神疾患患者の治療の継続と維持, 2) 震災・原発事故のために新たに発生するうつ病, 重度ストレス反応・適応障害やアルコール依存などへの早期介入, 3) 自殺の防止, 4) 放射能汚染への不安から生じるこころの問題に対応, 5) 避難生活が長期化する避難小児のこころの問題に対応, 6) 高齢者の認知機能・身体機能低下の予防, 7) 医療・福祉スタッフのメンタルケア力の向上, である。

そしてこころのケアを行う効果的枠組み, 方向性としては, 1) 医療, 教育, 保健, 福祉を総合して行うこと, 2) 地域のつながりを大切にして進めること, 3) 生活と家族の再建を基本にして進めるよう心がけること, などが大切である。

日社精医誌 21 : 195-200, 2012

索引用語: 2011年3月の東日本大震災, 福島第一原発の事故, 精神保健, 避難生活の長期化
the big earthquake of March 2011, Fukushima Dai-ichi nuclear power plant accident, mental health, long-term evacuation

英文タイトル: Mental Health Problems after the 2011 Fukushima Dai-ichi Nuclear Power Plant Accident
 著者連絡先: 丹羽真一(福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座)
 〒960-1295 福島県福島市光が丘一番地
 TEL: 024-547-1131 FAX: 024-548-6735
 E-mail: si-niwa@fmu.ac.jp
 Corresponding author: Shin-ichi Niwa

Department of Neuropsychiatry, Fukushima Medical University
 1 Hikariga-oka, Fukushima-shi, Fukushima 960-1295, Japan

福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座
 Shin-ichi Niwa: Department of Neuropsychiatry, Fukushima Medical University

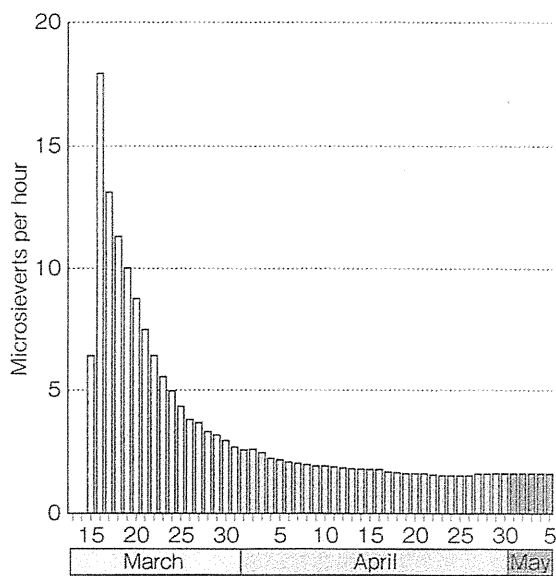


図1 福島市の1日平均放射線量

(Fukushima Revives The Low-Dose Debate. by, Dennis Normile. | 20 May 2011 | Science Volume 332 Issue 6032)

フクシマで起きたこと

ヒロシマ、ナガサキに次いで、フクシマは日本における放射能被ばく地として世界に知られることとなった。東日本大震災に続いて2011年3月12日から起きた東京電力福島第一原発の事故による放射能汚染は3月16日にピークとなり、たとえば福島市における1日平均大気中放射能レベルは約18 $\mu\text{Sv}/\text{h}$ であった(図1、Science誌、5月20日号)。福島市内では2011年12月末時点でもなお1.13 $\mu\text{Sv}/\text{h}$ (福島市役所)、1.53 $\mu\text{Sv}/\text{h}$ (市役所蓬萊支所)の環境放射能(地上1m)が検出されている。

この放射能汚染は11万3千人もの人々に移住を迫り(2011年7月現在)、2012年3月時点でなお6万人以上の方が県外へ避難している。また、児童数108,428人中6,628人(6.1%)、生徒数59,377人中2,125人(3.6%)の合計167,805人中8,753人(5.2%)の小中学生を福島県外の学校へ転校させ(2011年9月現在、福島県教育委員会調べ)、福島県の主要な産業である農業・漁業、観光業に深刻

な打撃を与え、特に幼い子供を持つ親の不安を掻き立てている。つまり、多数の人々の生活を根こそぎ変えたわけである。

精神科医療・保健・福祉にとっても原発事故は大きな変化をもたらしている。福島第一原発から30km圏内には5つの精神科病床を持つ病院がある(図2)。3月12日から17日にかけて原発から北の4病院(双葉厚生病院、双葉病院、小高赤坂病院、雲雀ヶ丘病院)は入院患者移送を命じられ休業を余儀なくされたし、原発から南にある高野病院も精神科患者を他院へ転院させざるを得なかった。何の準備もない急な移送は混乱の内になされ、そのストレスと折からの寒さのせいで亡くなる方も多数おられた。そして、合計901の精神科病床が一気に事実上なくなり、精神科入院者と老健施設入所者を併せると1,228名が福島県内外の他施設へ移らざるを得ない結果となった。(2011年9月末をもって緊急時避難準備区域は解除され、再開の条件が整った雲雀ヶ丘病院は2012年1月から入院機能も回復し1病棟を再開した。)

30km圏内には作業所やグループホームもたくさんあったが、それらも閉鎖、移転、規模縮小に追い込まれた(図2)。それまでこれらの医療・保健・福祉の施設を利用していた患者・利用者の一部は福島県内他地域や他県へ避難したせいで、また多くの施設が閉鎖されたせいで通い慣れた行き場を失い困惑することとなった。

率直に言って、私自身このような被ばく事故に遭遇する可能性があること、原発事故のために社会的混乱や精神科医療システムの重大な障害が生じうることを真剣には考えていなかった。いわゆる安全神話に慣れていて、しかし、障害が起き混乱が生じてしまったことは現実であり、今後も起きる可能性が十分であることを思い知らされることとなった。このような経験をした私たちには、経験したこと、今後も起きうるであろうこと、対処のためになすべきことなど情報を発信し広く国内外に伝えることを求められていると考える。

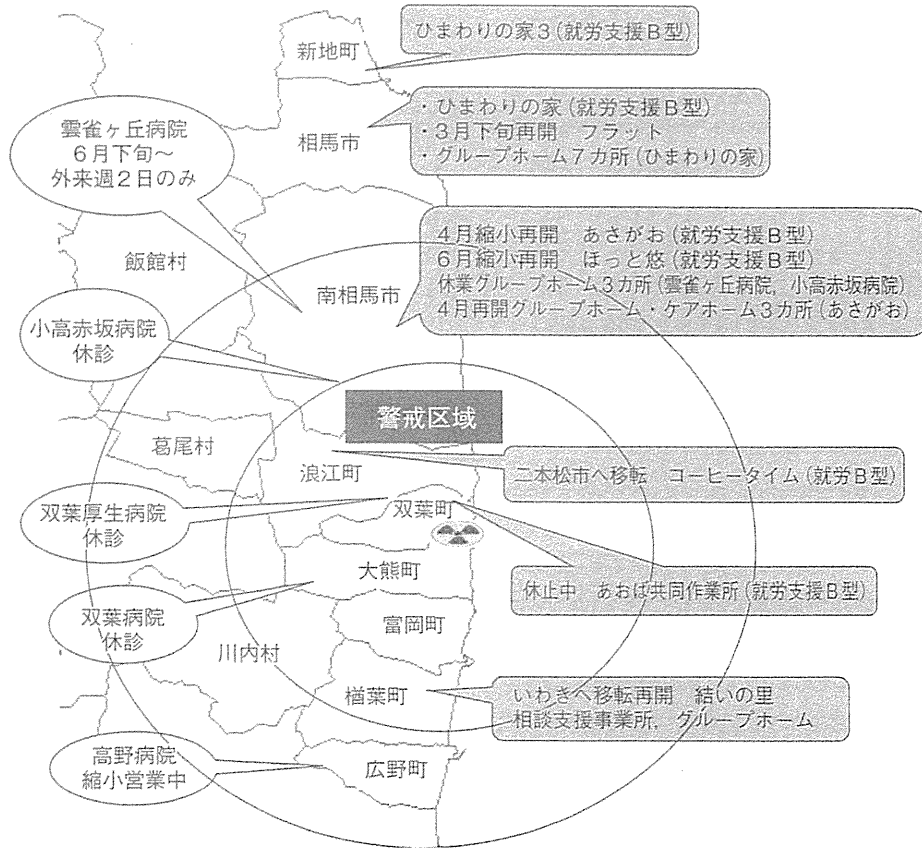


図2 (2011.8.1現在)
米倉一磨氏作成

低線量放射能被ばくの不安への対処

3月16日頃であったと思うが、福島医大病院では福島第一原発で爆発事故が繰り返された場合を想定して、40歳以下の職員が服用できるようにとヨウ素剤が配布された。チェルノブイリ型の原子炉爆発があった場合、あるいは大気中の放射能レベルが20 μ Sv/hを持続的に上回った時に病院は「コードレッド」を発令するので、「コードレッド」が発令されたら40歳以下の職員はヨウ素剤を服用した上で、病院の建物の窓を閉め切り72時間は閉じこもることとされた。ヨウ素剤は何度も服用するものではないが、不足する可能性もあったので私は同僚と町中の薬局にポビドンヨード (Povidone-iodine) 溶液を買いに歩いた。ところ

がどの薬局を訪ねてもポビドンヨード (Povidone-iodine) は既に売り切れとなっていた。人々の不安と警戒心の強さに驚いたものである。

幸い「コードレッド」が発令されることはなかった。しかし、人々の放射能被ばくへの不安と警戒心は、放射能汚染の実態が明確になるにつれて一層強まっていった。特に幼児、小児をかかえる親達の不安は強く、幼稚園、小学校が再開される2011年4月まで福島から子供を疎開させる家族が多くいたし、8月の夏休みを契機に県外へ転校させる家族も多くみられた。そのために、地域により差はあるが福島市の場合をとると、小学校ではクラスの1割くらいの児童が転校していなくなるという事態となった。

専門科学者のあるものは「世界中には自然放射

能レベルが今の福島よりうんと高い地域があるが、その地域で発癌率が高いというデータはないから大丈夫」といい、別の専門家は「低線量放射能被ばくの危険ははまだ明確にされていないから、長期的にどうなるかはわからない」と述べた。人々はどちらの意見に従ったら良いのか迷い、行政も広大に広がる汚染地域を前に効果的な除染策を提示できないでいるうちに疎開する家族が増える結果となった。

「安全安心」はひとまとまりの用語として用いられることが普通である。しかし、低線量放射能被ばくでは科学的には安全であると理性的に説明がなされても、人々は安心しない。安全と安心は分離したのである。果たしてどれだけの効果があるかは不明な除染であっても、人々が参加して除染事業が行われるようになって、やっと人々は安心し始めたというのが実際の経過である。

放射能被ばくへの不安が、放射能恐怖などの形で医療機関を訪れる人を増やしたか？という点も関心がもたれるところである。私は被ばく事故後3カ月後くらいまでの間、身近な精神科や心療内科の医師にその外来患者について聞いてみた印象から、放射能恐怖症や放射能被ばくに関連した心気障害の患者は増えていないという印象を持った。そして、そのような印象があることを講演の際に話すようにしていた。ところがある時、福島県内の内科の先生と話をしていた折に、明らかに放射能恐怖に基づく心気障害と推定される患者がその先生の外来に少なからず来ていることがわかった。それから身体科の先生に機会あるごとに聞いてみるようにすると、耳鼻科の外来などでは「最近鼻血が出るのは放射能のせいではないか？」と訴えて受診する人が多いという話も出てきた。放射能恐怖や放射能関連心気障害については精神科で調べていたのでは不十分であったわけである。低線量放射能被ばくの不安、精神保健への影響を明らかにし、それへの対策をたてるには、身体科の先生方の協力を得て広く調査をする必要がある。

原発事故後のこころのケア —課題と方向性

(1) こころのケアの課題と、課題遂行の効果的枠組み

今回の大震災と原発事故による被災・被害は、広範な地域を巻き込み、生活を根こそぎ変えてしまい、生計の拠り所をなくしてしまったことに特徴がある。地域ごと県内外の他地域へ移住している人が現在なお約10万人おられるし(県人口は約200万人なので約5%にあたる)、放射能汚染への不安と産業の被害は広範に及び長期化している。

こうした現状を踏まえると、こころのケアには次のような課題があると考えられる。1) 精神疾患患者の治療の継続と維持、2) 震災・原発事故のために新たに発生するうつ、PTSDやアルコール依存などへの早期介入、3) 放射能汚染への不安から生じるこころの問題に対応、4) 高齢者の認知機能・身体機能低下の抑止、5) 自殺の抑止、である。そして心のケアを行う効果的枠組み、方向性としては、1) 医療、教育、保健、福祉を総合して行うこと、2) 地域のつながりを大切にして進めること、3) 生活と家族の再建を基本にして進めるよう心がけること、などが大切である。しかし考えてみると、こうした点は日常の地域精神保健福祉に求められていることであるから、災害時のこころのケアの質というのは平時のこころのケアの質により規定されているといえるし、非常時のケアは平時のケアが凝縮されたものであるともいえよう。

(2) 災害時に体験された精神障がいを持つ人にとって困難な事態と平時からの備え

今回の震災と原発事故後の一連の精神科医療サービスをめぐる出来事を振り返ってみると、精神障がいを持つ人にとって困難な事態としては次のような事柄があげられる。先に、「非常時のケアは平時のケアが凝縮されたものである」と書いた通り、こうした事柄への対処については平時から解決の具体策となる内容でサービスを提供しておくことが求められる。その具体策として私なりに考えることを以下に述べてみたい。

ア) 他人を避け自宅に引きこもっていた人が、いきなり大勢の人がいる避難所へ移されて、そこでの生活を強いられた時に、急激に病状が悪化した人がいたこと。

引きこもり生活をしてきた人の避難の問題については、本人とつながりを持てる支援者が平時に複数いるのが良い。混乱のうちに避難が行われる場面では予定したことがその通りに実行できるとは限らないが、避難所で本人の不安に対応できる支援者が明確になっていると当事者の破たんを多少とも避けられる。無論、避難所の一角を障がいを持つ人が利用できる形にできればベターであるし、あらかじめ別に避難所を想定できればなお良い。

イ) 原発事故のために流通が遮断され、病院、クリニック、薬局が閉鎖となり、それまで服用していた薬が切れてしまい、服薬を中断せざるを得ない人がいたこと。

避難生活の中で普段服薬している薬を継続して服用するためには、緊急時に向精神薬などが届けられる体制を作っておく必要がある。今回の大震災の場合、日本精神神経学会や精神医学講座担当者会議の呼びかけに応じて製薬会社が薬品を提供され、それが保健福祉事務所を通じて各地に配布された。それがきちんと使用できた地域もあったが、末端まで行き渡らない地域もあった。緊急時の流通体制をあらかじめ確認しておくべきである。その際には向精神薬の管理はきちんと行われねばならない。避難所などを回り緊急時に使用するための紙カルテなどの様式をあらかじめ用意しておくこと、向精神薬の管理の仕方をあらかじめ確認しておくことが必要である。

ウ) それまで通院していた病院やクリニックが閉鎖となり、通院治療の場がなくなった人がいること。

病院・クリニックが閉鎖となり慣れた治療の場が失われるという事態に対しては、当該地域の医療者同士が互いに助け合っどどこかに診療の拠点を確保する努力がまず必要である。遠方からの支援者に頼ることも必要であるが、彼ら

は長期にわたり滞在することが難しいために、診療する者がくるくると変わるということが起こる。こころの診療の場合には一定の治療者の診療が受けられる体制作りが望ましい。そのためには地元の治療者が協同し合う体制を用意しておくのが望ましい。

エ) 通っていた作業所が閉鎖となり、社会参加の場が奪われてしまった人がいること。

緊急時にも平時と同じ形での作業所通いを思い描くことはできない。しかし、同じ作業所、同じ地域の当事者が緊急時に助け合い、まとまって動けると可能性が広がる。仮に当事者が地域の避難生活や復興作業のために貢献できることになれば素晴らしいことである。そのためには当事者の移動の足が確保される必要があるし、近隣の作業所やグループホーム同士で互いに支援し合う相談が平時からあるのが良い。

オ) 原発事故のために入院していた病院が機能しなくなり、福島県内外の他の病院へ転院せざるを得ない状況となり、本人の意思とは無関係に別の病院へ移らざるを得なかった人がいること。

緊急避難指示が出され、病院丸ごと避難しなければならぬという事態は全く想定されていない。しかし、今回そうであったように、仮に原発が各地で再開された場合には、再び大地震に見舞われて今回同様な事態が発生する可能性は否定できない。2011年3月12日からこの事態が現実のものとなった時、私たちは移送先確保のために何日も忙殺されることとなった。災害時の支援物資融通のための近県間の協定は聞いたことがあるが、患者移送の近県病院間の相互協定を結んでおく必要があると思われる。緊急時ゆえ本人の希望は後回しで一律の扱いとなることは当初はやむを得ないであろうが、落ち着いた段階では本人の希望と受け入れ側とのマッチングにより入院先が決められるようであればましである。

カ) 他地域に避難させられた人の中に精神障がいの人もおられ、それらの人がいきなり見知らぬ土地での避難生活を余儀なくされた人がいる

こと。

地域で生活する住民が一斉に避難させられた時に、障がいを持つ人だけまとめられて行き先を割り振られた場合があった。その時は遠隔地の自治体が引き受けを表明してくれたおかげで避難できたが、見知らぬ土地での避難生活を送る境遇に置かれることにもなった。その中で避難先で病状が悪化した人もおられたが、その人のケアを誰が行うかで、避難先の関係者と送り出し元の関係者との間で譲り合いが起きたことがあった。地域間であらかじめ相互に協定を結んでおき、当事者や支援者間に多少とも交流が

あれば事情は違うであろう。

東日本大震災と原発事故による避難と支援を体験して感じたことは、平素、地域で当事者を支える地域医療・保健・福祉システムができていると効果的であることである。避難によりたとえ大きな建物は使用できなくなっても、マンパワーがあり互いのネットワークが確保されれば、当事者支援の継続可能性は広がる。アウトリーチ型の地域で支えるシステムは、災害に強い精神科医療・保健・福祉サービスのあり方であると思える。

abstract

Mental Health Problems after the 2011 Fukushima Dai-ichi Nuclear Power Plant Accident

Shin-ichi Niwa

The name of Fukushima has now become well-known worldwide after Hiroshima and Nagasaki as the third place exposed to radiation in Japan. This radiation pollution has severely damaged the chief industries of Fukushima Prefecture, namely agriculture, fishery, and tourist industry. It has also stimulated strong anxious feelings among parents with young children. The accident has caused a critical situation in the psychiatric and mental health services in Fukushima as well. Five hospitals with psychiatric beds within 30km from the Fukushima Dai-ichi Nuclear Power Plant were ordered to transfer their inpatients to other hospitals outside the designated 30km-areas and to close down the hospitals immediately after the nuclear plant accident. In total, more than 800 psychiatric beds disappeared in an instant, and 1,228 persons including psychiatric inpatients and residents of elderly people nursing homes were transferred to other facilities far away.

Rational explanation that low-level radiation in Fukushima will not do harm to people did not necessarily relieve existing anxiety among people. The terms 'safety' and 'relief' are usually used in combination; however, 'relief' was separated from 'safety' this time in Fukushima. People gradually began to feel 'relieved' when they themselves got involved in the cleaning work of radiation although its effect remained ambiguous.

Now we have the following mental health problems after the 2011 Fukushima Dai-ichi nuclear power plant accident: 1) recovery and maintenance of treatment systems for psychiatric patients in the affected areas, 2) efforts for early detection and intervention of depression, severe stress disorder, adaptation disorder, and alcohol abuse which are expected to occur due to the earthquake and radiation pollution, 3) prevention of suicides, 4) relief from anxiety resulting from radiation pollution, 5) adequate treatment of mental problems among children with long-term evacuation, 6) prevention of fall in physical and mental abilities among elderly people, and 7) reinforcement of abilities of mental health care providers.

Effective framework for performing the above issues should include 1) synthesis of services for health care, education, public health, and welfare, 2) reinforcement of connection among people with areal community, and 3) reconstruction of basic conditions for family and life.

Jpn Bull Soc Psychiat 21 : 195-200, 2012

Department of Neuropsychiatry, Fukushima Medical University

精神科診断学

Archives of Psychiatric Diagnostics and Clinical Evaluation

September 2012 Vol. 5 No. 1

5卷1号

日本精神科診断学会

福島県における震災・原発事故後の精神科医療

和田 明^{1), 2)}

高橋 高人¹⁾

矢部 博興¹⁾

丹羽 真一^{1), 3)}

要 旨：東日本大震災により福島県、特に海沿いの浜通り地区の精神科医療は甚大な被害を受けた。福島県内の精神科病院は地震により全壊した病院や津波により浸水した病院があるなど、地震と津波により大きな被害を受けた。更に、福島第一原子力発電所事故による放射能汚染により、避難指示または屋内退避指示が出された地域にあった4つの精神科病院が閉鎖された。こうした地震、津波、放射線汚染の複合災害の被害を受けた福島県の精神科医療を復興させるべく、他県の大学、病院など多くの医療者の支援を受け、福島県立医大心のケアチームを発足、運営してきた。心のケアチームでは、特に被害が大きかった浜通りのいわき地区、相双地区を中心に避難所への往診、家庭訪問による診療、仮設住宅巡回相談などを行ってきた。本稿では福島県における精神科医療の被災状況と福島県立医大心のケアチームの活動と今後の課題について概説する。

Key words : Tohoku-Pacific Ocean Earthquake, Fukushima nuclear disaster, mental health care system, outreach healthcare model

1. 福島県内の精神科医療システムに起きた障害の現状

2011年3月11日に発生した東日本大震災により福島県は地震、津波で甚大な被害を受けただけでなく、福島第一原子力発電所の事故による複合災害に見舞われた。地震や津波を含めた自然災害の後には直接的な恐怖体験による影響や避難生活のストレス、家屋破壊や街の壊滅などの喪失体験から、不眠、精神保健問題の顕在化(ひきこもり、家庭内暴力、アルコール依存症の顕在化)、精神疾患患者の症状増悪、急性ストレス障害の発生など様々な精神的な問題が発生するとされている(飛鳥井, 2011)。福島県ではその他にも原子力災害により、自宅の損傷はなく見た目には全く問題がなく生活できる状況であるにも関わらず避難せざるを得ないという特殊な避難状況や、自分がど

れくらい被曝しているかわからない低線量被曝での健康被害への不安など、今までに経験したことのないストレスがあった。平成23年3月22日時点でも福島県内に446の避難所があり、36227人が避難している状況であった。

精神科医療への影響が最も甚大であった地区は、海沿いの浜通り北部の相双(相馬・双葉)地区である。同地区では原発事故による避難指示または屋内退避指示が出された影響で、双葉厚生病院、双葉病院、小高赤坂病院、雲雀ヶ丘病院の4病院が閉鎖を余儀なくされ、約800名の精神科入院患者を県内外の病院に移送せざるを得なくなった。更に、これらの4つの病院に通院していた外来患者は通院先を失っただけではなく、病状が悪化しても入院加療を受けられる精神科病床が皆無となった。この状況は平成23年10月2日時点でも解消されていない(平成24年6月現在、雲雀ヶ丘病

院のみ一部病棟が再開している)。また、浜通り南部のいわき地区では舞子浜病院が津波被害を受け、福島県中央部にある中通り地区の寿泉堂松南病院、東北病院が地震により病棟の一部または全てが使用できなくなった。また、その他の地域でも震災による直接的な影響(断水、交通遮断、停電など)と、原発事故による間接的な影響(物流停滞、ガソリン不足)により、浜通り地区の精神科病院、クリニックを中心に休診を余儀なくされていた。

2. 福島県立医大・心のケアチームの活動

1) 福島県立医大・心のケアチームの発足

地震・津波、放射能汚染の複合災害に陥った福島県の精神科医療を維持するため、福島県立医大神経精神医学講座では福島医大災害対策本部の特殊ケアチームとして、福島県内の避難所を巡回して心の健康相談を行うこととした。しかしながら福島医大のスタッフだけでは巡回するのにも人員不足が否めなかった。以上の状況を鑑みて、福島医大神経精神医学講座教授丹羽真一の個人的なルートや日本精神神経学会を介したルートにより、他県の大学、病院、医療センターなどに人的支援を依頼して、福島医大心のケアチームを組織した。心のケアチームの活動は、既存の精神医療機関、保健所、市町村と連携して行うことを原則とした。いわき市では、いわき市総合保健福祉センターに拠点を置き、保健師のコーディネートの元で活動を行った。相双地区では、相双保健福祉事務所に拠点を置き、保健師との連携を通して情報を収集し、現地に福島県立医大看護学部の協力の元、看護学部の精神看護担当教員がローテートして常駐し、県外からの支援を含めて需要を評価し、コーディネートした。

心のケアチームの行うべき業務としては以下の通りであった。

- ①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。
- ・壊滅した地域精神医療機関の業務を支援する。

避難所、孤立地域の精神疾患患者への対応を支援する。

- ②災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民について対応する。
 - ・避難所をはじめ地域で震災によって急性の精神障害、精神状態の悪化をきたした患者への対応を行う。
 - ・災害のストレスによってこころや身体の不調をきたした住民を早期に発見し対応する。
 - ・今後発生すると思われる精神疾患、精神的不調を予防するための介入を行う。
- ③被災者のケアを行うスタッフの精神的問題も念頭に置く。

2) いわき地区での心のケアチームの活動

いわき地区での心のケアチームの活動は3月18日に開始された。この地区のケアは当初より各避難所における巡回診療・相談が中心であった。福島県立医大心身医療科医師・心理士に加え、さわ病院、成増厚生病院、九州大学精神科、都立松沢病院、昭和大学精神科、国立精神神経医療センターなど多くの施設が福島県立医大心のケアチームに参加して下さった。これらのチームは、1日8-9カ所程度の避難所を巡り診療を行った。避難所では心の問題に対処するだけではなく身体症状を訴える患者にも十分に配慮し、血圧測定や震災前まで服用していた降圧薬などの処方を行った。心の問題として対応した頻度が多かった内容としては、もともと服用していた向精神薬の処方や不眠、抑うつ反応、ストレス反応などへの対処であった。また、福島県立医大より週3回、3人の臨床心理士を派遣し、保健福祉センターが企画する乳幼児健診の会場でのハイリスクな母子の検出やカウンセリングを積極的に行った。また、家族より保健所への相談があった患者に対する自宅訪問を行い、受診や入院が必要と判断された場合には病院の紹介などを行った。

3) 相双地区での心のケアチームの活動

相双地区での心のケアチームの活動は3月29日に開始された。相馬市長の要請は①各避難所での

巡回診療・相談および個別訪問、②公立相馬総合病院における臨時精神科外来診療であった。

①各避難所での巡回診療・相談および個別訪問

避難所は相馬市では6月17日まで、新地町、南相馬市では8月末まで開設されており、その後は全避難者が仮設住宅に移動した。避難所が閉鎖されるまでの間、避難所巡回をいわき市同様に行った。また、保健師の要請により訪問診療が必要な患者に対しては、定期的に家庭訪問を行った。在宅患者のうち、精神興奮状態など入院が必要な病状にある患者に対しては保健所職員と心のケアチーム職員が一緒に患者自宅に訪問し、移送の診察や受け入れ先の病院の手配を行った。前述の通り、相双地区には精神科の入院施設が皆無の状況が続いていたため、50km以上離れた福島市や更に離れた郡山市の精神科病院に入院依頼をせざるを得なかった。福島、郡山市内の精神科病院も既に相双地区の多くの入院患者を受け入れており余裕がなかったが、緊急入院に対して多くの病院が協力して下さった。

②公立相馬総合病院における臨時精神科外来診療

相双地区では4つの精神科病院が閉鎖となったため、入院患者約800名は他地域にある病院へ転院となり、適切な精神科医療を受けることができていない。しかしながらそれらの病院に通院していた外来患者は通院先を失った。相馬地域だけでも精神科通院患者は約400名程度いたと試算されており、それらの患者の通院先が必要であった。そこで、福島県立医大心のケアチームは相馬市長の要請を受け、公立相馬総合病院に臨時精神科外来を開設した。臨時外来には地元の保健師と福島県立医大看護学部教員がローテートしながら常駐し、福島県立医大心身医療科の医師と県外からの医療支援チームの応援により外来診療を開始した。平成23年3月29日から診療を開始し、6月末までに延べ約850名の患者の診療を行った。診療対象はもともとの精神疾患への処方継続のほか、震災後の不眠、抑うつ、ストレス反応、避難所での被虐待児問題の顕在化、アルコールの問題などが認められた。

3. 福島県における心のケア、その課題と今後の対策

いわき市においては既に殆どの医療機関が復旧しているが、最大の問題は相双地区の精神科医療が復旧していない点である。相双地区にはもともと精神科の医療資源が少ない地区であった上に、震災により精神科病床が皆無となり、平成23年10月2日時点でもその状況は解消されていない（平成24年6月現在、雲雀ヶ丘病院のみ一部病棟が再開している）。そこで、平成23年6月12日にコメディカル、行政、医師が相馬市に集まり、「相双地区の新しい精神科医療サービスシステムの構築を考える会」が開催され、更に8月6日に「相双に新しい精神科医療・保健・福祉システムをつくる会」が開催された。米国日本人医師会の積極的な支援を受け、相双地区のアウトリーチ医療の充実を目指し、9月25日「NPO法人 相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」の設立集會が開催された。今後、相馬市にアウトリーチ型医療を行う精神科クリニック「なごみ」が開所される予定である（平成24年1月に、「NPO法人相馬広域こころのケアセンター：なごみ」が開所した）。今回の震災を機に、より先進的な精神科医療システムの導入が期待されている。また、相双地区だけではなく福島県内では、様々な震災の影響が持続している。平成23年8月10日付けの朝日新聞によると、福島県内の公立小中学校に通う約14万人（福島県内の全児童、生徒の約1割）の児童・生徒が「放射線への不安」「仮設住宅への引っ越し」などの理由から県内外への転校を行った、または夏休み中の転校を希望しているという。今後も特に子供など大災害で影響を受けやすいとされている者を対象とした手厚い精神科医療、地域保健サービスの継続が必要である。

4. 結 語

福島県は依然として多くの避難者を抱え、仮設住宅でのアルコール乱用や長期の避難生活による

適応障害(うつ状態)の発症など、現在でも対処すべき多くの精神科的問題がある。今後も福島県外の多くの医療者の支援を受けながらそれらの問題対処する必要があると考える。最後に、震災から現在に至るまで福島県の精神科医療に対して支援を下された多くの方々に対して改めて感謝するとともに、今後も様々な形で御指導、御協力を頂くことを御願い申し上げます。

文 献

飛鳥井望 編集 (2011) . 最新医学 別冊 新しい診断と治療のABC 70/精神7 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) .

和田 明^{1) 2)}、高橋高人¹⁾、矢部博興¹⁾、丹羽真一^{1) 3)}

1) 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座
(960-1295 福島県福島市光が丘1番地)

2) 医療法人落合会東北病院
(969-1107 福島県本宮市青田字花掛20)

3) 福島県立医科大学会津医療センター準備室
(精神医学)
(960-1295 福島県福島市光が丘1番地)

024-547-1331

nishityo@fmu.ac.jp

Report on mental care for Tohoku-Pacific Ocean Earthquake and Fukushima nuclear disaster in Fukushima Prefecture.

Akira Wada, MD, PhD, Takahashi Takahito, PhD, Hirooki Yabe, MD, PhD, and Shin-Ichi Niwa, MD, PhD

Departments of Neuropsychiatry, Fukushima Medical University School of Medicine.

1 Hikarigaoka, Fukushima city, Fukushima 960-1295, Japan