

した。

質問票は、呼吸循環器系の持久力と筋肉の持久力を評価するものの2つで、50代またはそれ以下用、60代用、70代用があります。判定は、元気な人が行った際のもので、あくまで「目安」としてお考えください。

さらに詳しい質問票が51ページにありますので、こちらも、ぜひ試してください。

● 体力年齢がわかる質問票

1～4のどれに該当するかお答えください

▼呼吸循環器系の持久力(50代または以下用)

- ① 30分以上、休まずに走り続けることができます
- ② 30分以上、休まずに急ぎ足で歩き続けることができます
- ③ 30分以上、休まずに歩き続けることができます
- ④ 休みを入れながら、30分以上、歩くことができます

▼呼吸循環器系の持久力(60代用)

- ① 20分以上、休まずに走り続けることができます
- ② 20分以上、休まずに急ぎ足で歩き続けることができます
- ③ 20分以上、休まずに歩き続けることができます
- ④ 休みを入れながら、20分以上、歩くことができます

▼呼吸循環器系の持久力(70代用)

- ① 10分以上、休まずに走り続けることができる
- ② 10分以上、休まずに急ぎ足で歩き続けることができる
- ③ 10分以上、休まずに歩き続けることができる
- ④ 休みを入れながら、10分以上、歩くことができる

▼筋肉の持久力(50代またはそれ以下用)

- ① ビルの階段を1階から7階まで休まずに上り続けることができる
- ② ビルの階段を1階から5階まで休まずに上り続けることができる
- ③ ビルの階段を1階から3階まで休まずに上り続けることができる
- ④ ビルの階段を1階から3階まで休みながら上ることができる

▼筋肉の持久力(60代用)

- ① ビルの階段を1階から6階まで休まずに上り続けることができる
- ② ビルの階段を1階から4階まで休まずに上り続けることができる
- ③ ビルの階段を1階から3階まで休まずに上り続けることができる
- ④ ビルの階段を1階から3階まで休みながら上ることができる

▼筋肉の持久力(70代用)

- ① ビルの階段を1階から5階まで休まずに上り続けることができる
- ② ビルの階段を1階から3階まで休まずに上り続けることができる
- ③ ビルの階段を1階から3階まで休みながら上ることができる
- ④ ビルの階段を1階から2階まで休みながら、
かす手すりにつかまり上ることができる

判定

①の人：暦年齢よりも10歳以上若い
毎日の生活活動を大切にして、運動を継続しよ

②の人：暦年齢よりも5歳程度若い
運動実践とともに毎日の生活活動を積極的に
行う、さらに若い体力を目指しよ

③の人：暦年齢相応または暦年齢プラス2歳くらいです
簡単な運動を継続することから始めて、毎日の生活活動を見直しよ

④の人：暦年齢よりも10歳以上体力が低下しているかも
毎日の生活活動を振り返り、健康行動(運動実践、社会参加、家事など)として
できることを見つけ、実践・継続を心掛けしよ

第2章

体力測定を
楽しみながら
やってみよう



特集◆災害と精神医学

東日本大震災における福島県民避難所へのアウトリーチ活動

佐藤 晋爾¹⁾ 太刀川弘和¹⁾ 根本 清貴¹⁾
 新井 哲明¹⁾ 水上 勝義²⁾ 朝田 隆¹⁾

抄録：東日本大震災後、茨城県は福島県からの避難者の引き受けを行うことを発表した。つくば市には2カ所の避難所が開設され、約500名の福島県民が避難した。本学精神科は3月18日から避難所が閉鎖された4月12日まで、週に1回、避難所を巡回し心のケア活動を行った。活動の方針として、通院歴のある避難者やハイリスク者の抽出、入院や外来通院を引き受けることにした。その結果、A避難所で9名、B避難所で3名の通院歴のある避難者がおり附属病院外来で対応した。A避難所では4例、B避難所で2例の相談例があった。B避難所でハイリスク群19名を抽出したが面談にまでつながったのは2名に留まった。活動時期はいわゆる「ハネムーン期」中であり、精神的問題が増加している状態ではなかった。しかし、その後の避難者の動向から、今後は他県へ避難した被災者の状況把握や支援が重要な問題になると考えられた。

臨床精神医学41 : 1143 ~ 1152

Key words : 東日本大震災(Great East Japan Earthquake), アウトリーチ活動(outreach activities), 心のケア(mental health care), 避難者(evacuees)

(2012年7月21日受理)

共同研究者一覧

田村 昌士	茨城県立こころの医療センター
山口 葉月	東京都立小児総合医療センター
武井 仁	汐ヶ崎病院
高橋 晶	筑波大学医学医療系災害精神支援学
久永 明人	筑波大学医学医療系精神医学
石井 映美	筑波大学医学医療系精神医学
杉江 征	筑波大学心理学系
堀 孝文	筑波大学医学医療系精神医学

1 はじめに

東日本大震災がこれまでのわが国における自然災害と異なるのは複合的な災害であるという点である。地震のみならず津浪が甚大な被害を与え、さらに原子力発電所の事故があった。特に原発事故の影響は大きく、被災後、長期にわたって被災者の生活に影響を与え続けている¹²⁾。

通常の震災での避難は、地元地域のより安全でライフラインが確実に供給される区域への移動を意味するだろう。したがって「避難所支援」とは必然的に支援者が被災地に向かい、被災地において

援助活動を行うことを意味する。一方、今回の震災では原発事故後、放射線被害を避けるために避

On the outreach activities of mental health care for evacuees in Tsukuba city from Fukushima prefecture at the Great East Japan Earthquake

◎ SATO Shinji, TACHIKAWA Hirokazu, NEMOTO Kiyotaka, ARAI Tetsuaki and ASADA Takashi

筑波大学医学医療系精神医学 [〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1]

◎ MIZUKAMI Katsuyoshi 筑波大学体育学系

難区域が設定され、それ以後、福島県民が長期間にわたって県外へ避難するという、これまでにあまり報告のない避難行動がみられた³⁾。すでに震災から1年以上を経過した平成24年5月現在でも子供だけで1万8千人程度が福島県外に避難しているという¹⁰⁾。さらにその親や親族などを含めると、県外避難者数は数倍にのぼると推測され、あるデータでは平成24年1月時点で6万人あまりが県外に避難生活を送っているという³⁾。

われわれの所属する筑波大学は、福島県の南隣の茨城県にある。茨城県の橋本昌知事は、震災直後の3月13日夜、政府が避難命令を出した福島第1、第2原発の周辺住民約8万人のうち、1万5千人程度の避難者引き受けを行うことを発表した⁶⁾。これを受け、筑波大学のあるつくば市、土浦市、水戸市、笠間市、境町に県管理下の避難所が設置された。つくば市ではA体育館(以下A避難所)とB会議場(以下B避難所)の2カ所が避難所となり、最大約500名が避難した。

その後、同月18日、茨城県保健福祉部長名で筑波大学長あてに避難者のメンタルケアへの協力要請があった。この要請を受けて本学精神科スタッフが避難所に対し心のケア活動を行うことになった。今回、その活動の概要とわれわれが把握し得た限りでの避難者の精神状態について、匿名性に留意しながら報告する。

2 避難所開設から閉鎖までの状況

つくば市のホームページ⁶⁾には現在でも震災直後の避難所人数の経緯が掲載されている。これによれば、A避難所は3月15日、B避難所は同月17日に開設されたが、実質的に避難者が集まりだしたのは同月18日と考えられ、同日18時にはA避難所に322人、B避難所に218人の避難者が避難していた。その後も避難者数は徐々に増え、両避難所あわせて最大546人となったのが3月21日で、同日はA避難所が最大324人を受け入れており、B避難所の避難者数が最大になったのは同月19日で最大225人だった。

以後、徐々に人数は減少し、3月の下旬には両避難所ともに100人を切る状態となった。このため、同月31日にB避難所が、4月17日にはA避難

所が閉鎖となった。避難所のスタッフによれば、多くの避難者が原発事故の状況をみながら「(一時)帰宅する」と述べていたか、あるいは「ほかの避難所に移る」と告げて避難所を退所したということだった。

3 アウトリーチ活動

3月18日に県からの要請を受け、本学精神科朝田隆教授からの指示でただちに避難所へのアウトリーチ活動にとりかかることになった。まずは現状把握のため、2名のスタッフがAおよびB避難所の視察を行なった。視察者によれば避難所内の雰囲気は穏やかであり、ただちに対応を要する例はなかったとの報告だった。スタッフ間で協議し、すでに1日2回の診療を開始していた本学総合診療科医師と避難所に常駐する保健師と連携しながら週1回のアウトリーチで心のケア活動を行うことにした。

活動の方針としては、まずは1)通院歴のある避難者の抽出、2)避難者全員にK10を配布しハイリスク者の抽出、さらに避難所保健師と連絡して3)入院や外来通院を引き受けることにした。また基本的には保健師や内科医師が前面に出て対応し、精神科医はコンサルタントという立場で介入することにした。この方針はマニュアルとしてスタッフ間で共有し、さらに避難所にも内科医師と保健師向けにマニュアルを作成し配布した(付録)。また避難者に対しては、震災後の子供の言動についてのチェックポイントを記入したものを配布し、さらに避難所に悩み事がある場合は「こちらの専門家」が巡回する旨のポスターを張り出した。活動期間中に本学臨床心理との協働も行った。以上の活動の概要を図1で示した。実質の活動は3月22日から開始し、その後毎週1日、午後2時ごろに両避難所を巡回し、両避難所の閉鎖される4月12日(合計4回)まで継続して行った。

なおK10とは、Kesslerら¹⁰⁾によって開発された自記式のスクリーニング尺度で、10個の質問、5件法(10～50点)で簡便に精神疾患(気分障害、不安性障害)の有無を判定するものである。古川ら⁴⁾の研究では、日本人では合計点が25点以上の

表1 各避難所の通院歴例の病名

パニック障害	1名	不安性障害	1名
不安性障害	1名	統合失調症	1名
統合失調症	2名	うつ病	1名
うつ病	2名		
不眠症	2名		
不明	1名		
合計	9名		3名

表2 各避難所の相談例

		避難所
親子で通院しているが、どのように対応すればいいか	2名	不眠 1名
母親が子供を置いたまま日中不在のことが多い	1名	脳梗塞のことが不安 1名
周りから「いじわる婆さんと言われている」との訴えがあり	1名	
合計	4名	2名

A 避難所は前例保健師を通じての相談。B 避難所はハイリスク群の呼び出し。

場合、50%の確率で気分障害か不安性障害に罹患していると判断される。

4 活動の結果

A避難所では9名(最大時の人数を母数とする)と2.8%), B避難所では3名(同じく1.3%)の通院歴のある避難者がおり、本学附属病院外来で処方の継続などの対応を行った。全期間を通じて入院の必要な避難者はいなかった。疾患に偏りはなく統合失調症やうつ病の患者もいたが(表1)、内服の継続で大きな問題は生じなかった。

避難所での面談については、A避難所で保健師からの依頼で4例(第2回目往診時:2例, 第4回目:2例), B避難所でハイリスク群からの抽出で2例(第3回目のみ)にとどまった(表2)。同様に、全例、通院や入院には至らなかった。

また当初K10によるハイリスク者の抽出を考えていたが、連絡の不行き届きでK10の回収が可能だったのはB避難所のみだった。回収できたのは記入当時207名いた避難者のうち178名(86%)だった(表3, 図2)。このうちK10でカット・オフ値以上の例(ハイリスク群)は19名で回収者全体の11%ほどだった(図3)。なお90歳代と10歳

未満ではハイリスク例はいなかった(図3)では示していない。例数の少ない高齢者を除けば、最もハイリスク群の割合が高いのは50歳代の27.3%で、ついで20歳代, 40歳代だった。一方、ハイリスク群で面談につながったのは前述した2名(不眠1例, 基礎身体疾患に関する不安1例)でハイリスク群の11%に留まった。

5 考察

1. 避難者の精神科的問題

通常、避難所への支援は被災地への支援と同義であることが多く、今回の震災でもそのような報告がすでに多くなされている^{7,9,13,14,17,21,24})。短期のものから長期にわたる活動、さらに避難所支援から現地病院の診療支援まで幅広い。一方で、他県への避難者に対する支援についての論考は少ない。今回の震災ではネットワークやシステムづくりについての報告はあるが^{18,23})、実態に関するものはわれわれの調べたかぎりではなかった。一方、阪神大震災については、そのような報告が2例あった。宮城ら¹⁶⁾は山陰地方に避難してきた2家族で抑うつ症状を呈したものがいたことを報告しており、その要因として、受けた被害の大きさ、

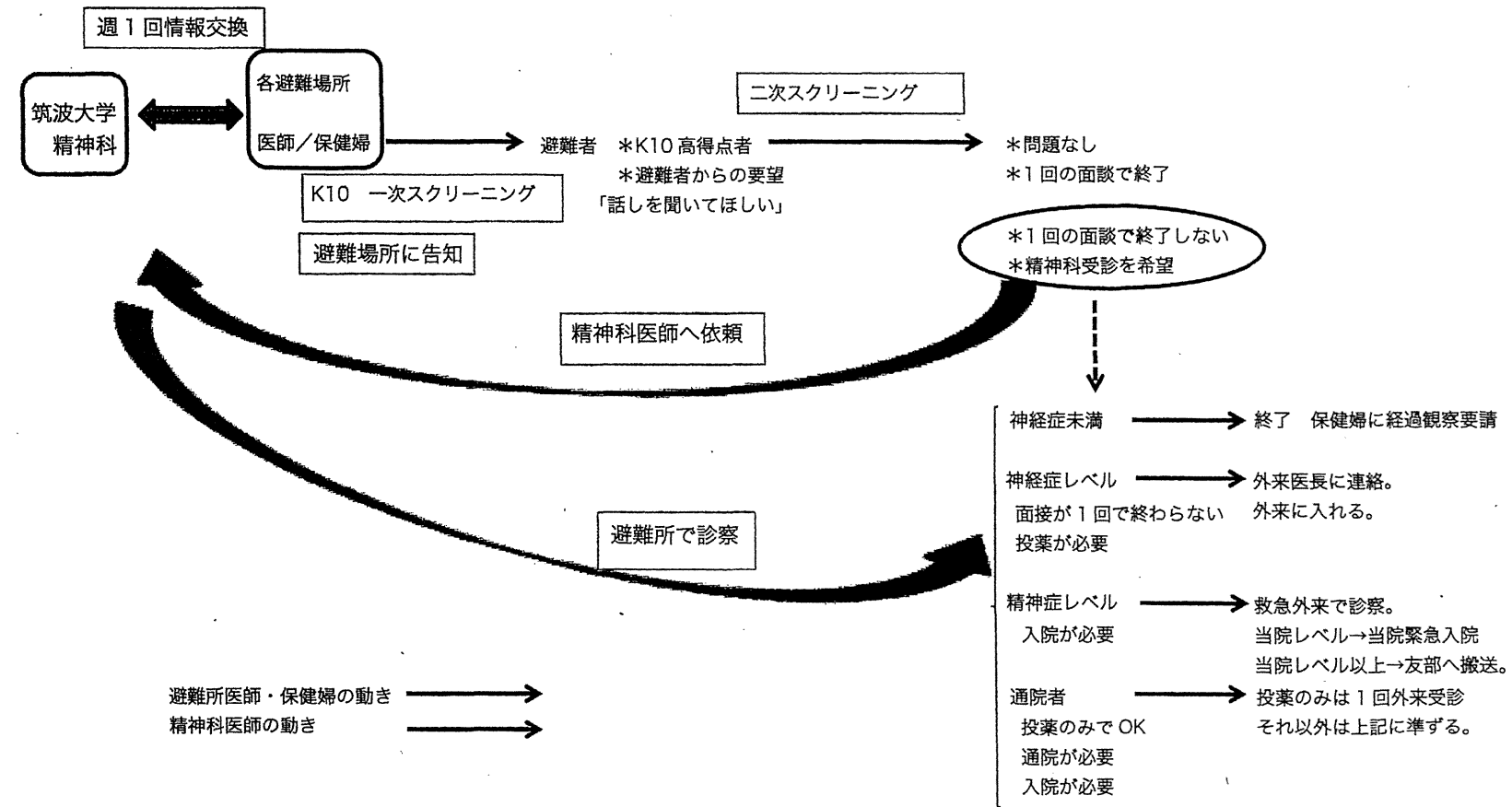


図1 筑波大学精神科 福島県民避難所アウトリーチ活動 スキーム

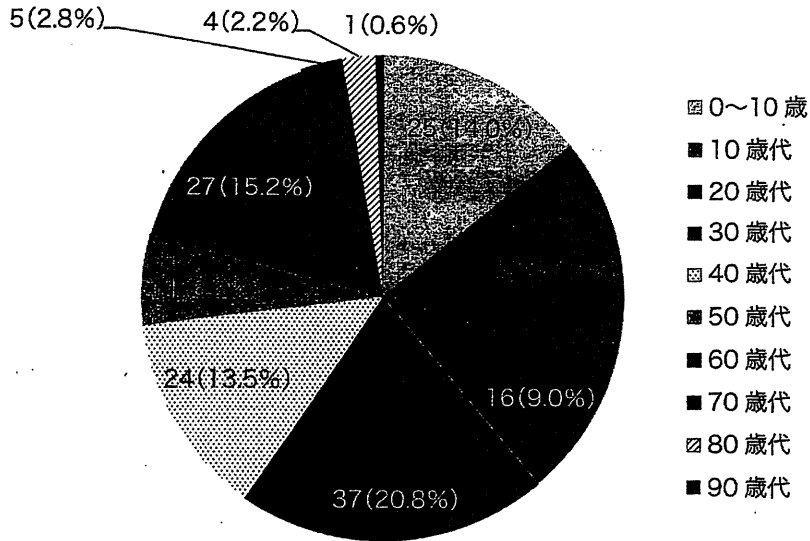


図2 K10回収者 全体の年齢層別割合
数値は人数 (%)

家族関係の問題、身体的・精神的治療の中断、援助・情報不足などを挙げている。福井ら²⁾は千葉県市川市に避難してきた児童を対象に報告を行っている。調査は震災直後の平成7年1月から開始され、避難期間は1週間～2カ月と比較的短期間である。全期間を通じて一時的に不安が強まった児童はいたが大きな精神的問題は生じなかったという。

今回のわれわれの結果では、精神科的問題を有する者は3%以下と少なく、ハイリスク者も11%だった。一方、保健師から依頼のあった相談例の中に妄想や虐待(ネグレクト)の存在を疑わせる例もあった。これらは保健師が慎重に観察を行い、結局は大きな問題に至らずそのまま対象者が避難所から退所したために中断となった。またハイリスク者についてはK10の結果を年齢分布から見ると平均値で30～50歳代、ハイリスク者の割合で20～50歳代で数値が高く、いわゆる生産年齢層がハイリスク群の中核となっていると考えられた。これらの年齢層では、子供への放射能の影響、就労や住居など今後の生活への不安を抱えていたと考えられ、なんらかの「精神科的問題」というよりも「現実的な悩み」によってK10の点数を高めた可能性がある。

これまでの報告^{1,5,20)}では、調査時期や例数の問題はあろうつ状態だけでも被災者の8～40%

表3 K10回収者 全体の傾向

年齢層	人数	平均得点	性別	K10有病率 (%)
0～10歳	25	5.8	11:14	11.9
10歳代	28	14.2	16:12	14.6
20歳代	16	24.6	5:11	16.4
30歳代	37	34.9	16:21	17
40歳代	24	45	10:14	17.9
50歳代	11	55.7	3:8	17.6
60歳代	27	63.6	12:15	14.9
70歳代	5	74.6	2:3	18.8
80歳代	4	83	2:2	22
90歳代	1	92	f	10
合計	178			

の者に認められていた。それらと比較すると今回のわれわれの活動では精神科的問題を抱えていた可能性のある者の割合は低かった。

その理由として、われわれの活動時期がちょうど被災後1週間からその後の1カ月間のみの活動であり、時期的に避難者たちが「ハネムーン期」¹⁹⁾の最中であった可能性があげられる。実際、両避難所ともに雰囲気は非常に落ち着いており、避難所の外では近隣の店が露店を開き、そこを避難者が一緒に連れてきた犬と散歩しながら食事をしている風景などがみられていた。われわれはこの活動が終了して約1カ月後に福島県相馬市に支

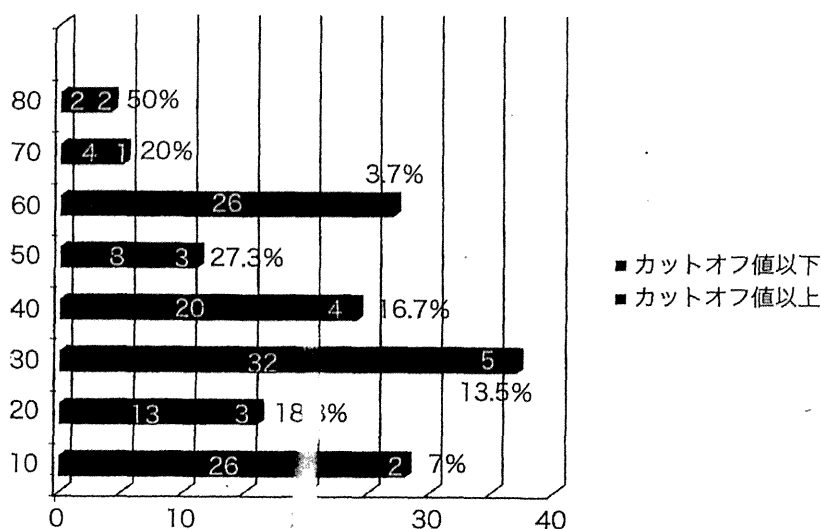


図3 K10ハイリスク群(カットオフ以上)人数割合

援に赴いたのだが、その際の現地避難所に「う疲労感に似た重い雰囲気と極めて対照的であった。したがって、もう少し時間的に後の「幻滅」¹⁹⁾中の活動だったならば、避難者の様相はまったく異なっていた可能性が考えられる。

もう一点は、そもそも避難者が「動くことが可能な人々であった」という点である。たとえば「ネムーン期」の高揚の中においても、例えば身体に重い障害を抱え容易に移動できない家族を抱えている場合や、家族関係に問題があり意志決定がすぐに亀裂が生じてしまう場合など、移動を妨げる要因が家族関係の中にある例も想定できる。あるいは経済的な問題などもある。しかし、現に避難が可能だった被災者はそのような問題がなかったと考えられる。そういう点では、家族の結束の強さ、経済力、家族構成員の心身の健康度のさなどを特徴とする一群が「他県への避難」とい積極的行動を即座に起こしたとも考えられ、それが精神的問題の有無の比率に影響を与えた可能性も考えられる。

また、回収したK10の年齢分布から10歳代、30～40歳代、60歳代で人数が多いことから、子、親、祖父母の三世代がまとまって動いていた可能性が考えられる。このように家族全体が移動できていればお互いをサポートしあうことが可能で、それが精神的安定に寄与したと考えられる。たとえば、親世代が情報収集に出かけている間に祖父

母が子供の面倒をみるのが可能であり、機動性の高さから情報からの孤立を防ぐことができたのではなかろうか。

2. 今後の課題

大きな問題が生じることもなく本活動は終了したが、いくつかの問題点が残った。まずスタッフ間や避難所保健師との連絡、情報共有の不足がしばしば起こった。例えばハイリスク者の面談導入を不十分にしか行えなかったことや、面談希望や入院希望などの対応で行き違いが生じたことなどがあげられる。これまでの支援に関する報告でもロジスティクスやコマンド・コントロールの問題の重要性を指摘するものが多い¹⁰⁾が、被害の甚大な被災地ならまだしも、それほど大きな被害を被っていない茨城県でも指揮系統の混乱や情報の錯綜が生じた。これらの問題はいかに平時から準備しておくかに尽きるように思われる。

また訪問の方法として日中に1回だけというのも不十分だったと考えられる。というのも、日中はほとんどの避難者が避難所を出ており不在のことが多かった。このために面談希望者と会えなかった例もあり、せめて夕方時間帯にするか、あるいは1日2回の訪問にするなどの工夫が必要だったかもしれない。

さらに問題となったのは、避難所退去後の被災者の動向が不明な点である。相談例でも退所によって相談中止になったものがあった。当時、今

現在、つくば市ではつくば国際会議場および洞峰公園にて避難所が開設され、2011年3月24日現在、国際会議場に約200名、洞峰公園に約300名の被災者が避難生活を続けている。我々は彼らのメンタルヘルスサポートを行う。

業務としては、主として以下の3つとなる。概要はスキーマを参照。

1. 避難所における相談業務
 - (ア) 被災者のこころのケア
 - (イ) 避難所スタッフのケア
2. 大学病院における被災者に対する診察
 - (ア) 外来診療
 - (イ) 入院が必要な場合の入院への手続き
3. 啓発活動
 - (ア) 避難所にポスターを準備：相談業務、電話相談の案内
4. 日時

月曜日もしくは火曜日の午後2時50分ごろに現地に到着するようにする。

1. 避難所における相談業務

(ア) 被災者の「こころのケア」

- ①被災者には入所時に、保健師からK10、こどものチェックリストが配られており、各々がそれに回答している。月に1回実施していただく。
- ②保健師の方でK10の採点をしていただき、K10で25点以上の人（ハイリスク群）を抽出してもらう。
- ③保健師を主体として保健師・ボランティアでそれらの人に声をかけてもらい、アセスメントをしてもらう。そして、必要と感じた場合には、精神科医に相談するように勧めてもらう。また、被災者自ら相談したいという希望があった場合にも、相談リストに名前をあげる。現地での相談は、避難所診察室で一人あたり10-15分程度におさめる。1回以上必要な場合は大学外来へつなげる。
- ④精神科医は訪問に際し、事前に避難所（携帯：090-****-****）に連絡し、以下のことを伝え、情報を得ておく。
 1. 誰が訪問するか、避難所に何時頃到着するか
 2. 相談件数は何件か、報告にあげておきたい件数は何件か
- ⑤避難所についたら、保健師と情報交換をしたうえで相談業務を開始する。基本的には、「いま、ここで困っていること」に限局した話にとどめる。
- ⑥相談をうけながら精神科医は以下の判断をくだす
 1. 一回きりの相談でいいか
 2. 複数回診察をした方がよいか？
 3. 投薬が必要か？
 4. 入院がよいか、外来がよいか？
- ⑦一回きりでよいと判断すればそこで終了。相談記録を残す。保健師にその後のフォローアップを依頼する。
- ⑧複数回診察をした方がよい、投薬が必要と判断した場合は、基本的には外来医長に相談のうえ、なるべく早めの新患予約をとる。ただし、通院歴のある者で投薬のみの場合は巡回担当者が帰院後に処方しても良いし、巡回担当者が病院に連絡し外来を行っているスタッフに依頼しても良い。現場判断とする。
- ⑨入院が好ましいとなった場合は、精神科病棟でとれるかどうかによって変わる。
 1. 病棟でみれる場合→病棟医長、師長と相談のうえ、救急外来を通して入院
 2. 病棟でみれない場合→**病院に入院依頼（PSW **さんが窓口）
- (イ) 避難所スタッフのケア、相談
 - ①避難所スタッフへの啓発活動も重要と考える。
 - ②相談業務の後に、保健師やボランティアからの相談にのる時間をとる。その場で応えられない場合は、宿題として持ち帰ってもいい。

付：大学病院における被災者に対する診察（処方みの場合）

- (ア) 予診は不要とする。
- (イ) 紹介状ありの初診料のみで、通院精神療法は請求しない。

筑波大学精神神経科グループ

筑波大学精神科グループでは、しばらくの間、定期的に洞峰公園の避難所を定期的に訪問させていただき、避難されている方々の心のケアをサポートさせていただきます。

以下のような流れで皆様と協力しながらケアをしていきたいと思っております。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

避難所でお願いしたいこと

1. スクリーニングツール (K10) を行い心がつらそうな方々を見出し、お話をうかがう
 - (ア) 避難されてきた方々には、K10 というこころの健康度をスクリーニングするためのアンケートを行っていただきます。そして、点数をつけていただきます。「全くない」が1点、「いつも」が5点です。その合計点が25点以上の場合、こころのケアが必要な場合があります。
 - (イ) 25点以上の方々、または25点にいていなくても、「いつも」や「たいてい」の選択肢にチェックをつけている方を診察室に招いて、お話を伺う必要があるかを訪ねてください。「アンケートを拝見しましたが、気持ちのうへでおつらそうですね。少しお話を聞きましょうか?」といった感じで話しかけると避難者の方も話しやすいかと思っております。もし「話を聞いてほしい」というお返事でしたら、10～15分程度、お話を聞いてあげてください。(ただし、話が過去にさかのぼり過ぎない程度にしてください)
 - (ウ) 話を聞いていただいたうえで精神科につないだ方がいいなと感じたら(例:「全然夜眠れない」「一回話を聞いてもらっても気持ちの落ち込みが変わらない」など)、以下のように声をかけていただけたらと思っております。「震災でお気持ちがつらくなる方々が大変多いので、私たちは心のケアを担当する医師にも定期的に来てもらって相談のつてもらっています。一度相談してみられてはいかがですか?」
 - (エ) 「ぜひ、相談したい」という場合には、私たちの巡回の際にご連絡ください。「いや、いいです」と答えるかたの場合には、いつでも相談はできることを伝えておくとともに、ボランティアの方々などにも協力をいただいで注意深く観察していただけたらと思っております。
 - (オ) このスクリーニングは1月に1回程度、繰り返し実施してください。
2. 訪問前の電話連絡
 - (ア) 私たちが訪問前に事前に情報を収集しておけると、十分に時間をとって避難所をまわることができます。このため、月曜日もしくは火曜日の昼頃に私たちの方から連絡させていただきます。その際に、以下の事項を申し送っていただけると幸いです。
 - ①相談事例の件数
 - ②相談までは至らないが、報告にあげておきたい人たちの人数

精神科グループが行うこと

3. 訪問前の電話連絡
 - (ア) 上記にありますように、訪問前に私たちの方から避難所に電話連絡いたします。その際に、私たちは、以下の2点について伝えます。
 - ①誰が訪問するのか
 - ②避難所に何時頃に到着する予定か
4. 相談業務
 - (ア) 避難所に到着しましたら、必要に応じて相談業務を行います。このために、ブースを用意しておいていただけたらと思っております。相談事例が多い場合、2ブースを必要とするかもしれません。いずれにしても、プライバシーが守られる場所を準備していただけるようお願いいたします。
 - (イ) 相談までいかずとも、皆様で気になる方がいらっしゃいましたら、その方の情報を教えていただけたらと思っております。
5. 避難所のスタッフからの質疑応答
 - (ア) 避難所でサポートしてくださっている皆様もいろいろご苦労が多いと思っております。皆様のケアも大事と私たちは考えています。そのために、皆様からのいろいろな質問を受ける時間をもうけたいと思っております。
6. 連絡先

筑波大学精神科の窓口は、平日は精神科オンコール医師、休日夜間は当直医師が対応いたします。029-***-***にご連絡いただき、上記医師を呼び出してください。

皆様と協力しながら、被災者、スタッフのケアにつとめていきたいと思っております。何卒よろしくお願いいたします。

筑波大学精神神経科一同

回の震災被害および原発事故の収束にこれだけの時間を要することを想定できなかったことから、避難者が退所時に次にどこに移動する予定かをわれわれは把握しなかった。避難者の中には「帰宅する」、「親戚宅に移る」と避難所スタッフに告げている例もあったようだが、実際には市内のホテルに移動していた例や避難が長期化したために親戚宅に居づらくなり各地のホテルを転々としている例もあった。われわれは茨城県最北で被害の大きかった北茨城市で災害支援(「北茨城元気づくりプロジェクト」)を現在展開中であるが、同市内の雇用促進住宅に福島県民が避難しているのを確認している。このように、結局地元に戻れず、もっとも支援が必要となる「幻滅期」の最中に孤立した状態で生活している避難者が多数存在していると考えられる^{注)}。われわれの考えでは、今回の震災の不幸な点の一つに「これまで生きてきた土地を失う」という根こぎ状況にあると考える²²⁾。今後、県外に長期間避難せざるを得ない状況にある被災者への支援も重要な課題になるのではないかと考えられる。

^{注)} いわゆる追跡調査は行っていないが、つくば市では市内在住の福島県避難者は全員把握しており、必要に応じて生活・健康状況の確認を行っているとのことである。

本稿の要旨は第24回日本総合病院精神医学会総会(福岡)で発表した。貴重な情報を賜ったつくば市保健福祉部健康増進課小野村順子氏に深謝いたします。

文献

- 1) Chadda RK, Malhotra A, Kaw N et al : Mental health problems following the 2005 earthquake in Kashmir : findings of community-run clinics. *Prehosp Disaster Med* 22 : 541-545, 2007
- 2) 福井知美, 佐藤いずみ, 山岸孝男ほか : 市川市に避難してきた阪神大震災の被災児童のこのころのケアの経験. *精神保健研究* 42 : 91-104, 1996
- 3) ふくしま連携復興センター : frenpuku.com/wp-content/uploads/2012/03/1202kengai_hinan.ppt
- 4) 古川壽亮, 大野 裕, 宇田英典ほか : 一般人口中の精神疾患の勘弁なスクリーニングに関する研究. 厚生労働科学研究費「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成14年度研究協力報告書
- 5) Goenjian AK, Roussos A, Steinberg AM et al : Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *J Affect Disord* 133 : 509-515, 2011
- 6) 茨城県ホームページ : 平成23年東日本大震災関連情報. <http://www.pref.ibaraki.jp/20110311eq/index4.html>
- 7) 加藤 温 : 東日本大震災に対する北海道「心のケアチーム」派遣の経験から思うこと. *精神科治療学* 27 : 126-130, 2012
- 8) 河村代志也, 藤原修一郎, 秋山 剛 : 阪神大震災および東日本大震災における精神医療支援の経験. *総合病院精神医学* 23 : 152-159, 2011
- 9) 河崑 讓 : 東日本大震災の支援活動を行って. *総合病院精神医学* 23 : 148-151, 2011
- 10) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al : Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32 : 959-979, 2002
- 11) 金 吉晴 : 東日本大震災と心のケアチームの診療レポート. 一震災からの精神医療的復興の途上における断章. *精神医療* 64 : 138-148, 2011
- 12) 金 吉晴 : 東日本大震災における被ばく不安. *臨床精神医学* 40 : 1461-1467, 2012
- 13) 小林聡幸, 斎藤暢是, 菊地千一郎ほか : 東日本大震災・気仙沼市での活動報告—自治医科大学精神医学教室こころのケアチーム—. *精神科治療学* 27 : 254-260, 2012
- 14) 倉持 泉, 堀川直史 : 東日本大震災, 気仙沼での医療支援の記録. *精神科治療学* 26 : 920-923, 2011
- 15) 毎日新聞, 5月15日, 2012
- 16) 宮城徹朗, 平山智英, 松下棟治ほか : 山陰地方に避難後, 抑うつ状態を呈した阪神大震災罹災者の症例について. *日本社会精神医学雑誌* 5 : 260-261, 1997 (会議録)
- 17) 宮田久嗣, 須江洋成, 山寺 亘ほか : 福島県における支援活動(原発事故からの避難者を中心に). *最新精神医学* 17 : 19-25, 2012
- 18) 大高一則, 大瀧和男, 藤城郁美ほか : 愛知県に震災被災地から避難してきた児童生徒への支援をめぐる連携. 第52回日本児童青年精神医学会総会抄録集 : 199, 2011 (会議録)
- 19) Raphael B : When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. Basic Books, New York, 1986 (石丸正訳: 災害が襲うとき—カストロフィの精神医学. みすず書房, 東京, 1988)

- 20) Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M : Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters* 31 : 115-129, 2007
- 21) 佐藤茂樹, 吉田佳郎, 石東嘉和ほか : 石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援. *総合病院精神医学* 23 : 160-166, 2011
- 22) 佐藤晋爾, 朝田 隆, 土井永史 : 東日本大震災被災者への精神科的対応についての私見 根こ
ぎうつ病への注目を. *精神医学* 53 : 922, 2011
- 23) 白戸江美子, 福間志津子, 佐藤淳子ほか : 東日本大震災に係る県外避難者への支援 保健所と市町村の協働によるペア訪問の取り組み *東北公衆衛生学会誌* 60 : 24, 2011 (会議録)
- 24) 上杉彰仁, 竹内 崇, 西川 徹 : 福島県相馬市における心のケアチームに参加して. *外来精神医療* 12 : 21-23, 2012

*

*

*

特集◆災害と精神医学

東日本大震災における茨城県心のケアチームの
福島県相馬市支援活動

太刀川弘和¹⁾ 高木 善史²⁾ 山形 晃彦³⁾
佐藤 晋爾¹⁾ 土井 永史³⁾ 朝田 隆¹⁾

抄録：福島県と福島県立医大の要請に基づき、筑波大学附属病院精神神経科と茨城県立こころの医療センターは、附属病院薬剤部、茨城県臨床心理士会を加えて、多職種による「茨城県心のケアチーム」を結成し、発災後38日目にあたる4月18日より9日間福島県相馬市で心のケア活動を行った。活動内容は、避難所巡回、被災者の自宅訪問、公立相馬総合病院の仮設精神科外来診療などであった。活動の結果、夜間診療、リエゾン診療、ピアサポートなど、被災者の地域ニーズに合わせた診療の重要性を感じた。支援対象の避難者の約半数は、不眠、PTSD、うつなど何らかの精神科診断がつく状態であった。今後も精神障害が増加するおそれがあり、長期の精神・心理的ケアが必要と考えられた。また支援者の惨事ストレスにも留意が必要と思われた。

臨床精神医学 41 : 1153 ~ 1161

Key words : 東日本大震災(Great East Japan Earthquake), こころのケア(mental health care), 心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder), ピアサポート(peer support), リエゾン精神医療(liaison psychiatry)

(2012年7月5日受理)

はじめに

平成23年3月11日、未曾有の災害、東日本大震災が発生した。周知のとおり、この震災により大規模な津波が発生し、東北3県、関東2県と広域で甚大な被害が生じた。

茨城県は関東では最も甚大な被害を受けた。死者・行方不明者25人、住宅の全半壊は2万2千棟、道路・橋梁の損壊は350カ所に上った¹⁾。震災直後には、電気・水道などライフラインが寸断され、ガソリン、水不足の生活被害を受けた。また、福

共同研究者一覧

吉田 隆 夫	茨城県立こころの医療センター
磯崎 哲 也	茨城県立こころの医療センター
倉橋 憲 二	茨城県立こころの医療センター
菅谷 進	茨城県立こころの医療センター
小原 昌 之	茨城県立こころの医療センター
鈴木 謙 市	茨城県立こころの医療センター
吉澤 一 巳	筑波大学附属病院薬剤部
坂本 昭 裕	筑波大学体育センター、茨城県臨床心理士会
高橋 祥 友	筑波大学医学医療系臨床医学域災害精神支援学

Support activities for Fukushima's Souma City by Ibaraki mental health care team at Great East Japan Earthquake

¹⁾ TACHIKAWA Hirokazu, SATOU Shinji and ASADA Takashi 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

〔〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1〕

²⁾ TAKAGI Yoshifumi 神奈川県立精神医療センター 芹香病院³⁾ YAMAGATA Akihiko and DOI Nagafumi 茨城県立こころの医療センター

島第一原子力発電所事故による放射性物質拡散の影響を受け、農畜産物などの出荷規制や風評被害による経済的損失が発生した。筆者らの所属する筑波大学附属病院精神神経科(筑波大)をはじめ、県内の精神科医療機関も施設の一部損壊など多大な被害を受けたが、幸い医療機能を喪失するまでには至らなかった。

一方、隣県の福島県はより甚大な被害を受け、放射線被害も加わって精神医療体制が崩壊の危機にあることを知り、本県は震災後4日目から災害支援の体制を整え、県立こころの医療センター(センター)が窓口となって、福島県の精神科病院入院患者約100名の県内精神科医療機関への移送・受入れを行った。筑波大学精神神経科は、同患者受け入れや福島県からの避難者を受け入れたつくば市避難所の巡回を行った。また県立こころの医療センターと合同で「茨城県こころのケアチーム」を結成し、3月末に北茨城市、いわき市の避難所巡回を行った。

続いて、福島県保健福祉部長及び福島県立医科大学精神医学講座丹羽真一教授より当科朝田 隆教授、センター土井永史院長に対して福島県相馬市への心のケアチームの派遣要請があったため、同地に赴き支援活動を行った。活動に際しては、避難者支援や多職種チームの活動について示唆することも多かった。同市のこころのケア活動に関しては全国から多くの精神科医師が団体・個人を問わず参加し、すでにいくつかの活動報告がみられるが^{2,12,13)}、震災1カ月前後の比較的早期に隣県から支援にいったこと、集計データを得たことなど独自の知見も得られた。

そこで本稿では、震災後1年を経て、相馬市で行った茨城県こころのケアチームの支援活動の概要を総括し、些少の考察を加える。

2 活動の概要

発災38日目にあたる平成23年4月18日から4月27日までの9日間、精神科医師、看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士の多職種からなるチームを編成して支援活動を行った。18日～22日は1班として6名(医師2名、看護師2名、心理士1名、精神保健福祉士1名)、23日～27日は

2班として8名(医師2名、看護師3名、心理士1名、薬剤師1名、精神保健福祉士1名)の2チームで活動した。精神科医4名は筑波大から2名、センターから2名参加、臨床心理士はセンター、県臨床心理士会から各1名参加した。看護師、精神保健福祉士は県立こころの医療センター所属で、薬剤師は筑波大学附属病院薬剤部1名が参加した。チームメンバーのうち福島県出身者は原発避難区域20 km圏内であるN町出身の看護師1名であった。惨事ストレスのリスクを心配する声もあったが、本人の強い希望で参加に至った。

相馬市は、福島県浜通りの北部沿岸部に位置し、北を新地町、南を南相馬市、西を伊達市に接している人口約4万の町である。保健福祉圏域は相双地域にあたる。同市の災害支援は、相馬市医師会と相馬市保健センターが担当し、各都道府県から日本医師会災害医療チーム(Japan Medical Association Team; JMAT)、保健師、薬剤師など多くの医療支援チームが介入していた。心のケアチームは、福島医大の看護部がコーディネートを担当していた。同地での活動内容の吟味や必要物品、宿舎などは、センターの精神保健福祉士があらかじめ福島医大の看護部などと連絡をとり手配した。当時はまだ福島第一原子力発電所の放射線事故に伴う放射線拡散の情報が不明確であったために、各自放射線測定パッチや放射線簡易測定器を携帯した。現地にはスタッフが公用車に分乗し、放射線避難準備区域30 km圏を避け、東北自動車道から迂回して向かった。

現地では、毎朝相馬市保健センターで多職種医療支援チームの連絡会議に出席し、その後コーディネーターの指示を受け、先に活動していた慶応大学精神科チームと個人医師と役割分担して活動を展開した。具体的には、①市内4カ所の避難所巡回、②在宅避難者の訪問、③公立相馬総合病院における臨時精神科外来診療を行った。相馬市内の被害状況、医療支援体制などの情報収集も行った。1日の活動スケジュールは表1に示した。

3 活動の結果

1. 相馬市の被害状況

現地では市保健センター長と福島医大看護部担

当者の話と現地視察で被害状況を得た。同市は国道6号線バイパスまでの広汎な沿岸部に津波が押し寄せた。このため、われわれが初日に現地を視察した際には市の中心部と沿岸部で被害が大きく異なっていた。中心部ではライフラインも維持され、商店の営業なども行われている一方、津波被害を受けた沿岸部の惨状は目を覆うばかりであった。このような状況で「復興」、「頑張ろう」などととてもいえず、被災者にかかる言葉もないくらいの気持ちになった。家々は跡形もなく、荒漠とした地にがれきと汚泥が堆く山積していた。警察や自衛隊ががれきの除去や行方不明者の捜索を大勢で行い、物々しい救援車両が頻繁に行き交っていた。浅瀬で有名な松川浦の防波堤は決壊し、海岸から遠く離れて陸地に打ち上げられた多くの漁船の残骸が、津波の凄まじさを物語っていた。N町出身の看護師は、友人達の家があった場所を説明しながら泣いた。市の小学校は授業を再開していたが、「破壊された故郷が窓から見える校舎で授業を受ける子供達が不憫」と担当者は言葉を詰まらせた。

震災死亡者・行方不明者は4月26日の時点で、死亡者404(458)名、行方不明者69名(0)で、震災孤児が25世帯43名、うち両親とも死亡した孤児が5名であった(括弧内は24年5月現在値)。避難所は震災直後16か所に4,545人が身を寄せていたが、われわれが現地入りした時点で8カ所に減少し、なお1,125人が在所していた。

一般科においては市内の病院・診療所の9割が再開していたが、相双地域の精神科医療機関は、殆どが南相馬市にあり、原発避難区域30km圏内にある4つの精神科病院がいずれも閉鎖・休業となったために、結果的に震災前に約850あった病床が0床になっていた。

2. 避難所巡回

1, 2班とも小学校(避難者:53人)、中学校(避難者:117人)市スポーツ施設(避難者:130人)、市福祉センター(避難者:374人)の4つの避難所を巡回した。避難者のわれわれに対する受け入れは比較的良好であった。医師による身体の調子を尋ねるリエゾン診療や、心理士によるマッサージ、体操、看護師による青竹踏み、血圧測定、薬

表1 こころのケアチームの活動スケジュール

時刻	内容
8:30	支援活動チーム合同ミーティング(JMATなど)
9:00	相馬市被災・支援状況報告(相馬市保健センター)
9:30	避難所状況申し送り(保健師)
10:00	避難所巡回(各チーム)
12:30	こころのケアチームミーティング (コーディネーター)
13:00	相馬総合病院臨時外来診療(こころのケアチーム)
17:00	支援活動チーム合同ミーティング
17:30	避難所夜間巡回※
19:15	チーム内ふりかえりカンファレンス※

※茨城こころのケアチームで試験的に行った。

剤師による感染予防対策、健康アドバイスなどで関係構築後、精神療法に移行するとスムーズに避難者の話をきくことができた。2班の地元出身の看護師が地元の言葉で語りかけると、ほかの医療スタッフには語らなかつた心の内を初めて語ってくれる人もいた。一方、日中の巡回では避難所で生活されている方々の多くが自宅の片づけや仕事へ出かけており、避難所には高齢者のみが残っていて、医療のニーズは充足できていないと感じた。そこで2班は2日目、3日目と18時～20時の夜間診療活動も行った。その結果、昼間の介入だけでは把握できなかった高血圧などで支援が必要な男性数名への介入も行うことができた。また2班では、各避難所を巡回するごとにチームの情報共有と対応の質の向上を目的にミニカンファレンスをもった。この際、コーディネーターに確認のうえ、個人情報を除き相談票を集計し得たので、以後同集計データによる巡回結果を記述する。

対応相談件数は、4日間で医療、看護、心理を合わせて74事例延べ84件であった。避難所別には、市スポーツ施設で34/130例(26%)、市福祉センターで22/374例(5%)、中学校で3/117例(2%)、小学校で15/53例(28%)の相談事例がみられた。日毎の相談介入件数の推移は図1のとおりである。巡回時間の関係で最終日は件数が少ないものの、各避難所とも、2, 3回目の巡回から相談介入件数が大きく増加しており、関係が構築されてはじめて相談事例が増えた。また、4月25、

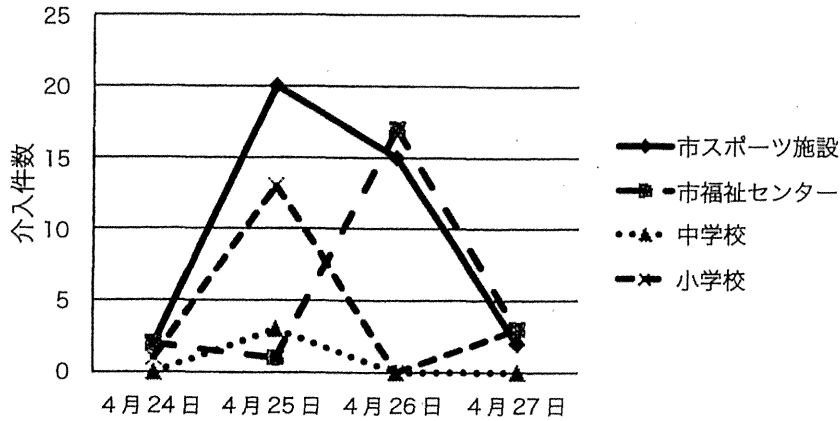


図1 巡回場所別介入件数推移

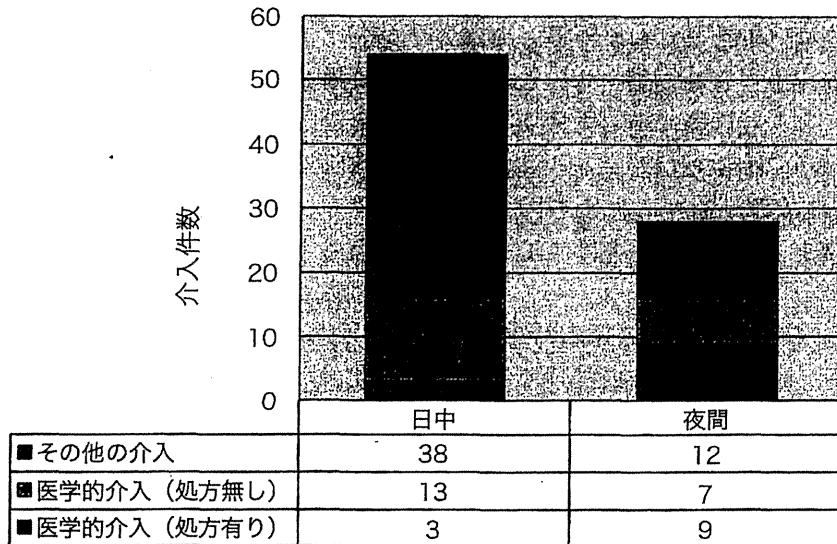


図2 日中、夜間別の介入件数内訳比較

26日に施行した夜間巡回診療結果は図2のとおりで、夜間は日中に比して処方を含めた医学的介入の比率が高かった。

相談事例は、性別では男性28例、女性54例と女性が男性の2倍多かった。年齢層は50代から70代が各20%を占めて最も多かった。相談者の語りで認めた震災によるストレスの延べ件数は図3のとおりで、津波による自宅全壊が最多件数で、避難所生活での対人・環境ストレス、一緒に暮らしていた家族の離散、自宅半壊の順に多かった。原発事故被害の訴えは予想していたより少なかった。親しい者の死亡・喪失は、家族、友人、職場同僚を合わせれば相当数あった。「自分

も死ねば良かった」、「生きるも地獄、死ぬも地獄」、「病気で死んでも構わない」など、自殺リスクが危惧される訴えもしばしばみられた。

相談事例のうち、医師が関わり診断し得たものについて、精神障害、身体症状別の各診断内訳を図4、5に示す。事例の半数以上に何らかの精神医学的診断がつけられる状態にあった。このうち最多の診断は不眠症で、次がPTSD、適応障害、抑うつ状態と続いた。身体症状も図5のように4割あり、肩痛、上気道炎、高血圧、疲労の順に多かった。

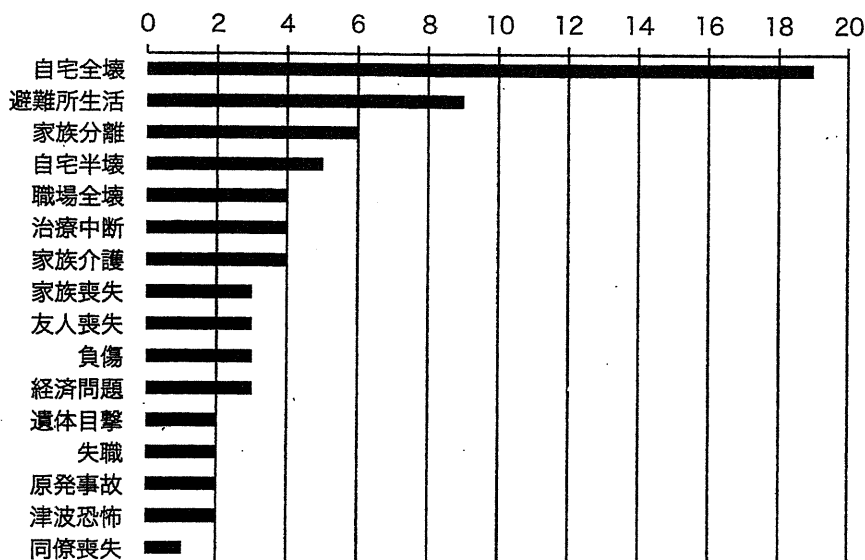


図3 訴えに認めた震災ストレス（延べ数，複数回答）

3. 公立相馬総合病院臨時精神科外来における診療

26日午後には医師2名，薬剤師1名で公立相馬総合病院に開設された精神科臨時外来診療を行った。現地の精神科病院に勤務していた看護師，心理士が付き添ってくれたため，外来診療は比較的円滑に行えた。薬剤師業務は，①処方可能な薬剤の提案，②患者服用中の薬剤の確認，③処方せんに関する疑義照会，④レセプト病名の確認であった。診療患者数は18例で，うち15例は南相馬市の精神科病院，診療所閉鎖に伴って処方が不足した統合失調症などの慢性期患者であった。残り3名は，震災の惨事ストレスの影響で悪化した統合失調症，発病したうつ病，昏迷各1例であった。

4 事例呈示

以下に今回の震災で代表的と思われた事例を呈示する。なお，呈示に際してはプライバシーに留意し，本人が特定できないよう，病歴を改変した。

[事例1. 60代男性]

現病歴：自身の家は津波で半壊に留まったが，直後より地区委員として行方不明者の搜索活動，遺体の身元確認を行った。多くの遺体，中には知人の遺体もあったため強い恐怖感が出現するようになった。昼夜問わず，自分の横に遺体がいちみつめられる感じとなり，眠れず，過活動となった。また，地区委

員の立場のため，被災で不安が高じた周囲の住民から怒りをぶつけられることもあり，人間関係でも強いストレスがかかるようになった。巡回保健師より不眠で精神科受診を希望している，とのことで，避難所で診察した。

現症：「疲れているが全く眠れず興奮している」，「目を閉じると死んだ友人や遺体がこちらをみている情景がありありと浮かんで，恐ろしく目を閉じられない」，「その場面を思い出さないようにと思って次々にほかの活動をしてしまう，それで余計に疲れる」と訴えた。

経過：過活動，再体験，回避麻痺を認め，外傷後ストレス障害と診断した。JMATにより前週に処方されていたプロモバレリル尿酸をパロキセチンに変更したところ，症状はやや改善したが，過活動の状態が続き，数日後に不整脈を呈した。このため，福島医大精神科につないだ。

[事例2. 50代男性]

生活歴：両親と3人暮らし。原子力発電所の下請け会社に勤務していた。

現病歴：元々神経質で内気であった。震災当日は休暇で自宅にいた。両親を避難所で車から降ろす途中に津波が避難所に襲来した。両親は流されて死亡したが，本人は車ごと浮き上がって助かった。現在の避難所に避難したものの，臥床したままほかの避難者とほとんど疎通をとらないとのことで，診察し

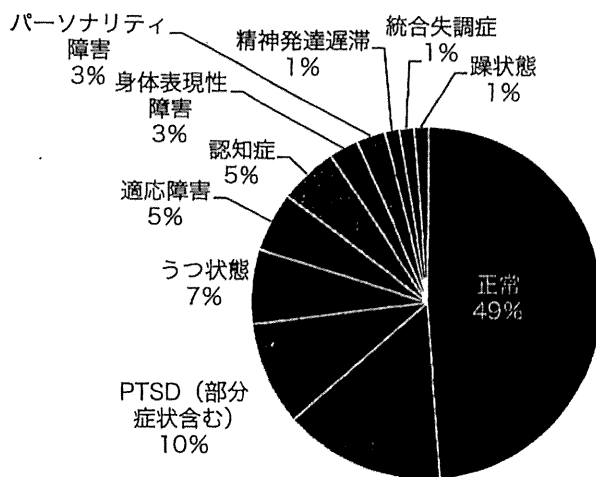


図4 避難所介入事例における精神科診断内訳

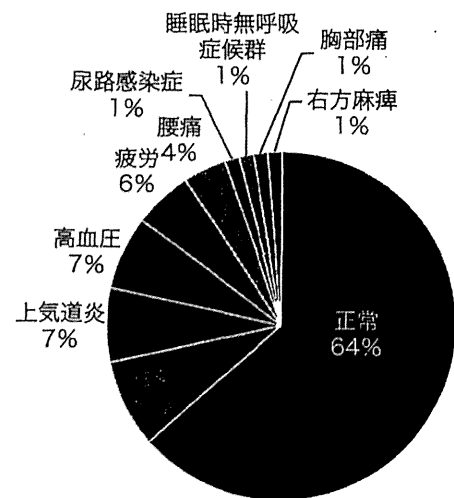


図5 避難所介入事例における身体症状内訳

た。

現症：JMATの診察室の向かいに段ボールで隔壁を作り、咳をして横になっているところをチーム看護師が発見。声をかけたが「医者嫌い」と診察を拒否した。表情が尋常でないと察した看護師が同チームの地元出身の看護師に申し送り、同看護師が「どした」などと地元方言を交えて接触したところ、診察に応じた。「自分が避難所に降ろしたせいで、両親が死んでしまった」、「先の見通しも、仕事に行く気もせず、ゆううつな気分」、「咳がひどく眠れない。食事もとれない。でも、もうどうなってもいい」と訴えた。

経過：両親の喪失を契機に強い自責を伴って抑うつ気分、意欲減退、食欲不振、不眠を呈しており、外傷性悲嘆によるうつ病と診断した。訴えを傾聴し、投薬を提案した。抗うつ薬の投与は拒否したため、プロチゾラム、抗生剤を処方し、JMATに診察紹介した。

[事例3. 50代女性]

生活歴：2年ほど前にヘルペス脳炎を呈し、宮城県内の精神科病院に入院。その後夫、長女と宮城県で問題なく生活していた。

現病歴：震災時、津波で家と夫、長女が流された。津波を免れた相馬市に住む長男のアパートに避難したが、その後夫、長女は行方不明で「どうしよう」と不安を訴え、3月下旬よりあまり口をきかず食事をとらないようになった。宮城県の前医を受診したが、

近医相馬市の病院でみてもらうようお願い、相馬総合病院内科にうつ病の診断で通院。ほとんど食事をとらなくなり、何度か同院救急外来受診。4月に脳外科病院に精査入院したが、画像上異常なしといわれ退院。以後自宅で意思疎通のとれない状態となり、内科のコンサルテーションで、臨時精神科外来を受診した

現症：車いすにて受診。「うー」というほか、寡言、寡動で微熱、発汗、カタレプシーがみられた。こちらの問いにほとんど応答できなかった。付添いの長男の話では、「家族が死んでいたらどうしよう」、「ゆううつで不安」といい、1日中家で落ち着かずいたが、ここ数日は現在の状態になったという。長男は、「父親と妹の遺体は確認したが、母にはショックを恐れてまだ話していない」と呟いた。

経過：うつ病性昏迷状態、かつ脱水が疑われ、福島医大にコーディネートをお願いし、翌日単科精神科病院に紹介入院となった。

5 考察

今回の支援活動の中で学んだ点、気づいた点につき、以下項目毎に考察を加える。

1. 被災者介入事例の傾向について

介入事例で最も多い訴えは、津波により住居、職場、地域を喪失したことに対する悲嘆反応であった。一部は、家族、友人など親しい人物を失

い、遺体を目撃し、あるいは同定できず、外傷性悲嘆を呈していた。次に多いのは避難所環境へのストレスであった。避難所では、地域別の避難が行われており、特に女性では住民どうしのピアサポートが行われ、トラウマ体験の言語化は自然に進んでいる印象があった。しかし一部では強い悲嘆反応を示し、孤立していた。また男性では怒りや飲酒行動など誤った対処行動をしている例も多かった。こうした事例は今後精神障害や問題行動を起すハイリスク者で、注意を要する。

一方放射能の不安など原発事故自体に関する直接的な訴えは少なく、むしろ「隣の人は逃げてしまい、自分たちは取り残された」といった訴えが数人から聴かれた。中井⁹⁾は復興時の「まだら被災」について述べ、被災中心部では共同体意識が高まるが、周辺部では疑惑や格差感、見捨てられ感が生じやすい、と指摘している。相馬市の場合、津波被害を受けた沿岸部と中心部の格差に加え、原発事故が強制した避難区域の隣町、いわば周辺であるゆえ、見捨てられ感の強まりが憂慮される。精神科医療体制については実際隣市の避難が生じたために崩壊の危機に至ったわけであり、こうした周辺部の葛藤も見逃されやすい原発事故の深刻な影響として指摘しておきたい。

介入事例の精神障害の診断内訳では、全事例の約半数が何らかの精神的診断がつき、特に部分症状も含めるとPTSDは10%に上った。疫学調査によるとわが国のイベントのないPTSDの12カ月有病率は0.4%であるが⁵⁾、周囲の大切な人を失ったイベントがあった場合4~8%⁴⁾、阪神・淡路大震災での家屋全壊群は9.6%¹⁾、スマトラ島沖津波の被災地住民の12%がPTSDであったという。今回の結果は津波、家屋の全壊、親しい者の死など重篤な複合イベント後であるため、これらの報告に匹敵する高い出現頻度であったと考えられる。身体症状は4割にみられ、肩こり、上気道炎、高血圧が多かった。宮城県の震災後ストレス外来の報告⁶⁾では、5割に身体症状がみられ、内訳では消化器疾患、頭痛、高血圧が多かったという。われわれの結果は避難所であったため、集団生活で衛生状態が保ちづらく、ストレスが高いため肩痛や上気道炎が多かったと思われる。紹介

した3事例は、いずれも親しい者の死に接する重篤な悲嘆反応など複合イベントから精神障害を呈していた。これらの事例については、外傷性悲嘆の治療も含めて継続的な診療体制が重要と思われる。

2. 介入手法について

相馬地域は、精神病患者監護法公布の契機となった相馬事件³⁾以来、精神医療に対する抵抗感があると前もって聞かされた。また阪神淡路大震災や新潟地震の経験において、当面の心配毎や体の状態から話を聞いていくリエゾン診療としての介入が抵抗感を弱めるとの報告も多く、これに準じた介入を行った。すなわち医師、心理士は肩のマッサージや体操を行い、看護師は竹踏みを配布したり、血圧測定を行ったりしながら、支持的傾聴に努めた。このような形で避難者との関係構築に努めながら、こころのケアのニーズを調べ、ハイリスクと思われた人には医師が話を改めて聞いた。先に1班が同様の手法で巡回を行ったため、2班では大きな問題なく関係を構築し、話を聴くことができたと思われる。加えて2班では地元出身の看護師が地元の言葉で話しかけると、多くの方が安心して話してくれ、あるいは事例2のように診療につながったケースもあった。

経験知にもとづく災害時の心理支援マニュアルとして定着しているサイコロジカル・ファーストエイド¹⁴⁾では、いきなり介入するのではなく、①被災者の文化に合わせ関係を構築する、②安全と安心感を与える、③被災者のこころに寄り添って安定化を図る、④さしあたり困っていることを聞く、⑤現実的な問題解決の支援を行う、⑥周囲の人々とのかかわりを促進する、⑦対処に役立つ情報を与える、⑧紹介と引き継ぎを行う、という8つの活動内容をあげている。さまざまな切り口から避難者との関係性を構築し、身体症状への対応、そしてこころのケアという避難者に寄り添うプロセスへと発展させていくわれわれの活動はおおむね①~④に沿っていたと思われるが、⑥については、悲嘆反応が強く拒絶的な男性の場合など、ピアサポートを促進することは困難であろう。こうした場合、本人自身の惨事ストレスに十分留意しながら、被災地出身、あるいは近県スタッフが支