



被災地におけるうつ症状と食事・栄養

—北茨城元気づくりプロジェクトから

はじめに

東日本大震災（東北地方太平洋沖地震）は、わが国に未曾有の大被害をもたらし、いまだに復興の目途が立っていない地域も多い。被災地域では、人的被害に加えて、地震や津波による家屋の損壊、放射能の農・漁業や関連産業への影響等によって、仮設住宅への避難、失職など、これまでの日常生活が一変し、ストレスの増加や活動量低下が生じていると考えられる。近年、欧米を中心にした研究成果から、食生活や栄養状態がうつ病のリスクと関連することがわかってきた¹⁾。被災地域でもストレス等により食生活が変化し、それによってうつ病を発症する可能性が考えられる。

被災地である茨城県北茨城市を支援するために、筑波大学は「北茨城元気づくりプロジェクト」（厚生労働科学研究）を進めており、被災地域住民の身体的健康調査、精神医学的調査、食生活・栄養学的調査を行い、発症予防をめざした栄養指導、早期の精神医学的介入を行っている。国立精神・神経医療研究センターは、栄養学的状態と精神医学的状態との関連に関する解析を分担している。

これまでに1,000人以上の住民がプロジェクトに参加したが、全参加者の解析は進行中であるため、本稿では被災からおおよそ1年後の時点で横断的な調査を行い、うつ症状と食生活との関連について検討した予備的結果を紹介する。

北茨城元気づくりプロジェクト

北茨城市は茨城県の最北端に位置し、北は福島県いわき市と接する沿岸地域にある人口およそ45,000人の地域である。沿岸の大津町には五浦海岸があり、かつて岡倉天心が日

功刀 浩¹⁾ 村木悦子¹⁾ 相澤恵美子¹⁾

Kanugi, Hiroshi Muraki, Etsuko Aizawa, Emiko

石田一希¹⁾ 太田深秀¹⁾ 服部功太郎¹⁾

Ishida, Ikki Ota, Miho Hattori, Kotaru

佐藤晋爾²⁾ 朝田 隆²⁾

Sato, Shunji Asada, Takashi

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第三部

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学分野

本美術院を置き、晩年をすごしたことで知られる景勝地である。産業は農業・漁業が中心である。東日本大震災では、死者・行方不明者6名、半壊～全壊家屋2,375戸、床上浸水881戸の被害を受け、福島第一原発の放射能汚染の影響も大きい（とくに漁業）。北茨城元気づくりプロジェクトは、津波や放射能汚染の影響を受けている沿岸の大津町と平潟町の住民を中心に、北茨城市の住民を対象に行われている。プロジェクトへの参加を希望する住民に対して、一般的健康診断（生化学的検査、心電図）、メンタル検診（うつ病や心的外傷後ストレス障害 [PTSD]、認知機能などの精神医学的評価）、栄養学的検査（食生活調査、栄養素血中濃度測定）を行っている。メンタル検診で精神医学的治療が必要と判断された場合には、専門医の受診を促し、北茨城市立病院の心療内科（震災外来）が受け皿となり、筑波大学、国立精神・神経医療研究センターの医師がボランティアで診療活動を担っている。また、同プロジェクトでは住民に対しパソコン教室や運動療法も行い、精神医学的問題や認知症の発症予防をめざしている。

対象と方法

今回の予備的解析は、北茨城市の女性住民

表 被害の強さ、うつ傾向と BMI, 中性脂肪値 (平均±SD)

	a. BMI		b. 中性脂肪	
	うつ傾向あり	うつ傾向なし	うつ傾向あり	うつ傾向なし
被害強い	27.1 ± 5.9	24.6 ± 3.3	209.1 ± 130.5	97.5 ± 54.5
被害なし～弱い	24.6 ± 4.0	23.8 ± 3.6	138.1 ± 98.0	138.6 ± 97.6

332人(平均年齢59.9±13.6歳)に対して行った。うつ症状の評価は疫学研究用うつ病尺度(Center for Epidemiologic Studies Depression scale: CES-D)によって行い、精神医学的診断は精神疾患簡易構造化面接法(Mini-International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)を用いた。今回の解析ではCES-D16点をうつ傾向群とした。被害の評価は人的・浸水・倒壊・経済的被害の4項目の有無を調査し、3項目以上もつ者を被害強群とした。食生活調査は、簡易型自記式食事歴法質問票: brief-type self-administered diet history questionnaire (BDHQ)²⁾により調査時点の前1カ月間についての自己申告に基づいて行った。栄養素の測定は、随時静脈採血し、脂質、ビタミン、ミネラル、脂肪酸、アミノ酸などの測定を(株)SRLに委託した。BDHQによる食生活上の問題、血液検査で見出した栄養素の偏りについては、被験者に書面でフィードバックし、食生活のアドバイスを行った。

結果と考察

332人のうち、うつ傾向を示した者は70人(21%)であった。被害強群はうつ病リスクが有意に高かった。Body mass index (BMI)をみると、被害の強さとうつ傾向との関連は、表-aのようになり、被害が強くとうつ傾向を示した群は肥満傾向を示した。年齢を統制したANOVAによる解析では、強い被害を受けたこと、うつ傾向を示したこと

の両要因とも、BMIと有意な関連があった。血中の中性脂肪値をみると、表-bのようになり、被害強群のなかでうつ傾向を示した者と示さなかった者との間で大きな差がみられた。脂肪酸値を比較すると、パルミチン酸などの飽和脂肪酸がうつ病群で高かった。

以上から、被害によるストレスによって食生活が変化し、肥満傾向となり、それがうつ病のリスクとなっている可能性が考えられる。近年、肥満やメタボリック症候群とうつ病との双方向性の関連が示唆されており³⁾、それを支持する結果であった。本結果から、被災地では被害に基づくストレスによる食生活の変化が生じており、食生活指導はうつ病の予防に有用である可能性がある。

なお、今回は横断的な検討であるため、因果関係を明らかにすることはできない。本プロジェクトは今後2年間にわたって前向き調査を行う予定であり、それによって因果関係についても明らかにしていく予定である。

文献

- 1) 功刀 浩. 精神栄養学—とくにうつ病との関連について. 臨床栄養 2012; 121(4): 488-93.
- 2) 佐々木 敏. 生体指標ならびに食事歴法質問票を用いた個人に対する食事評価法の開発・検証(分担研究総合報告書). 厚生科学研究費補助金 がん予防等健康科学総合研究事業:「健康日本21」における栄養・食生活プログラムの評価方法に関する研究(総合研究報告書:平成13~15年度:主任研究者:田中平三). 2004. p10-44.
- 3) Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 220-9.

■第32回日本社会精神医学会(熊本) :
シンポジウムⅥ「認知症を地域で支えるために」

福島県における震災時とその後の認知症支援地域連携について

田子久夫

抄録 :

東日本大震災はかつて経験したことのない巨大な多重災害であった。地震や津波は想像以上の規模であり、原発事故は予想すらできていなかった。複合的な被災者も多く、対策には大きな混乱が生じた。結果として多数の避難者が発生し、震災時とともに避難の過程でも、多くの人命が失われている。災害弱者でもある高齢者は、避難による移動が繰り返されることで心身のストレスとなり、望郷の念でうつ状態となる例も多くみられた。認知症者は避難生活の最中に行動心理症状を発現することが多い。同居者が心理的に安定を取り戻し、仮設住宅などに定住するようになると落ち着いた。震災直後は身近に相談できる医療機関や施設がなく、いわき市では包括支援センターや保健福祉センターへの相談が数多く寄せられた。受け入れ先がないため、市を中心として臨時の福祉避難所を設営し、乗り切っている。しかし、混乱も約1ヶ月で落ち着きを取り戻し、多くは3ヶ月ほどで稼働が可能な状態に復帰した。緊急時の対応は、自治体などの公的機関の支援が極めて効果的であった。活動が法的にも保護されることで、医療、介護機関の連携が円滑になったのである。介護サービスなど的高齢者への対応は、彼らの移動状況に応じたものにしなければ、行く先々で混乱を引き起こすことになる。緊急時の介護には柔軟な解釈が認められる制度作りと、これに対する事前の周知が必要であろう。

日社精医誌 22 : 581-588, 2013

1. はじめに

先の東日本大震災とその後における認知症の医療や介護では、災害時のみならずこの問題を考慮するうえでの多くの課題が明らかになった。

震災直後の大混乱では、ライフラインの切断、生活用品の供給遮断、移動手段の喪失、医療機関の縮小閉鎖など連鎖的に問題が発生した。地震は巨大で予想を遙かに超えるものであったが、津波

の規模も全くの想定外であり、突然重なって襲来したといえる¹⁾。これに、福島県を中心とする原子力発電所(以後原発)の事故の影響も加わった。原発周辺の住民は遠方への避難を余儀なくされ、大部分の福島県民が放射線被曝への恐怖にさらされることになる⁴⁾。

このような多重災害のもとでは、健常な成人でさえ激しいストレスによる心身の危機に陥りやすいが、対応能力の低い小児や高齢者、とくに認知

英文タイトル : The Regional Cooperation for Dementia Patients After the Great East Japan Earthquake in Fukushima
著者連絡先 : 田子久夫(磐城済世会舞子浜病院)
〒970-0103 福島県いわき市平藤間字川前63-1
TEL : 0246-39-2059 FAX : 0246-39-4044
Email : tago@matsumura-ghp.or.jp

Corresponding author : Hisao Tago, M.D.
Maikohama Hospital
63-1, Kawamae, Fujima, Iwaki, Fukushima 960-0103, Japan
磐城済世会舞子浜病院
Hisao Tago : Maikohama Hospital

シンポジウムVI「認知症を地域で支えるために」

福島県における震災時と
その後の認知症支援地域連携について

田子久夫

症などの障害をもつ人達にはなおさらであろう³⁾。避難生活の身体的疲労や心理的ストレスで、種々の心身の異常をきたすものも数多く認められた。大災害への対策は、想定外も念頭においた緻密な内容のものが求められるのである。本稿では、対応が場当たりのならざるを得なかった反省も踏まえ、可能性にとらわれない対策を、とくに認知症についてまとめ、考察してみたい。

2. 震災前の状況

認知症はその大部分が65歳以上の高齢者に発症しており、年齢の増加とともに発症率も上昇する。身体的な機能も、一般的には加齢とともに衰えがみられ、疾病や障害が多くなる。結果として、高齢になるに従い介護などの支援やその内容の密度が高くなるのは、避けられない事実でもある。

近年の急速な高齢化で、障害のために援助を必要とする人々の数が明らかに増加している。日本は世界の最長寿国になり、他の国々に先がけてこれらの徴候が顕著となっていた。とくに、東北地方などの過疎地域では、後継者となるべき若者が都会へ流れ、高齢者が家にとどまる傾向を強めている。震災に見舞われた地域でもすでに高齢化が進行しており、対応すべき若い労働者の減少という問題を抱え、認知症対策も急がれていた。

残念ながら、宮城県沖地震などある程度の地震は予想できて、このような巨大な地震は全く考慮されなかった。今回の大災害はこのような状況下で発生したのである。

3. 震災直後の状況

震災による被害規模は東日本全域にわたる広大なものであったが、東北地方と北関東の太平洋沿岸部、とりわけ震源地に近い岩手、宮城、福島は大きな被害を被った。地震の揺れのみならず、沿岸部における津波や福島原発事故による放射能被害は全く念頭になく、直後に発生した混乱は想像を超えるものであった。

多くの地域ではライフラインである水道、電気、ガスなどが止まり、鉄道や道路の損壊で食料、医薬品、衛生用品などの必需品の供給が途絶えた。これに追い打ちをかけるように、ガソリンや軽油などが枯渇し、車は無用のものと化した。店舗やスーパーから遠くにある新興住宅の多くは、移動手段が絶たれてしまい、物品が手に入らなくなる。備蓄がなければ、支援物資が届かない限り、これ以上の生活が困難となったのである¹⁾。

給水車やガソリンスタンド、スーパーマーケットの前には長い行列ができあがり、配給を受けるまでは長時間並んで待たねばならない区域が多かった。供給が再開して行列を作らなくてもすむまで、早いところで数日から1週間ほど、遅い場合は1ヶ月以上の期間を要した。独居あるいは配偶者との二人暮らしの高齢者の場合は、生活必需品の調達も困難となり、遠方にすむ家族や親類・縁者を頼って身を寄せるか、近くの避難所に移動するしかなかった²⁾。

被災した施設や病院では、維持可能なレベルまで収容の定数を減らす必要にせまられ、認知症でも症状の軽い者は自宅に戻された。以前から自宅で過ごしていた認知症者は他の高齢者と同様の避難活動を行っている⁴⁾。

いずれの認知症者も避難活動が突然始まり、そのための移動と不自由な生活を強いられることになった。健常であっても避難所の集団生活では他人に神経を使い、プライバシーは制限される。仕切られた狭い空間で、配給される食糧を口にして冷たい床の上に休むなど、突然訪れた衣食住のままならない生活が持続することで、次第に強い心身のストレスにさらされていった⁴⁾。

4. 原発事故の影響

原発事故は地震や津波直後の後片付けの最中に発生した。

危険な兆候があると報道されても、混乱のさなかであった。原発から比較的遠方の地では、翌日に一号機が爆発するまでは現実のものとは考えに

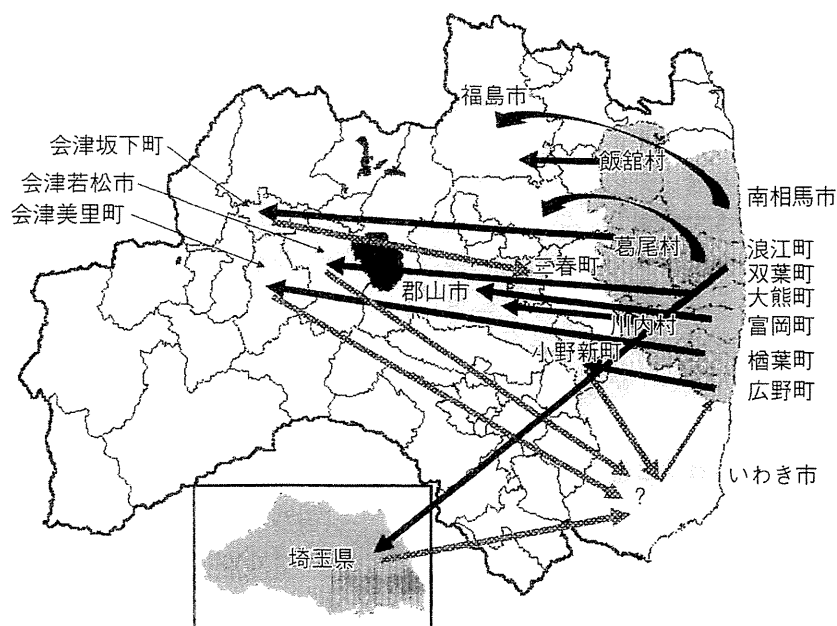


図1 震災と原発事故による避難経路と帰還経路

原発事故のあった相双地区住民の主な避難経路を示す。まず中通り地方に移動し、一部はさらに会津地方に移動した(地域の区割りは図3参照)。避難先の仮設住宅や借家に定住したが、一部はいわき市に戻り相双地区への帰還に備えている。双葉町は町民の多くが埼玉県に避難し、現在も避難生活を続けている。将来はいわき市に戻る予定といわれる。

(平成23年9月8日福島民報記事を一部改編)

くい状態でもあった。内陸部の中通り地方では、住宅を含む数多くの建物が損壊し、片付けに追われる中で原発事故が起こり、その後避難者の流入が重なった(図1)。

一般の人々にとっては、自宅と職場で片付けをしながら生活の維持管理をはかり、放射線被曝におびえながら避難者への対応を行うのは困難であった⁷⁾。自衛隊などの救援は、津波で甚大な被害を被った沿岸部、とくに宮城や岩手に多くが割かれ、原発事故直後の避難には十分手が届かなかったのは否定できない。

a. 施設の避難

バスなどの運搬手段が得られた病院や老人施設は、個別に連絡の付いた施設に移動して避難し、それ以外でも自治体の指定した病院や施設、避難所などに患者や利用者を移動、収容させることができた。移動の途中で亡くなった人も複数存在す

る。しかし、自主的な場合も含め、その大部分が避難できたということは、現場での混乱と放置できない状況を考慮すれば大きな意義がある。

この中でも、いわき市の老健施設「小名浜ときわ苑」では、事前の施設間協力に基づいて避難し、介護も円滑に行われた事例として評価されている。同施設は入所者と職員、計184人を千葉県鴨川市の「かんぼの宿鴨川」に、用意したバスで丸ごと避難させた。同市の亀田総合病院が医療の支援を申し出て、かんぼの宿鴨川との交渉を仲介した。いわき市も介護保険事業の継続を許可したことで、現地での介護を継続しながら対応することができたのである。

いわき市を含めた自治体の協力と支援がなければ、この避難は困難であったと思われる。厚労省も、100人規模の施設を分散せずに1カ所に受けた『鴨川モデル』として評価しているが、国や自治体の許諾が絶対的な条件でもあった⁶⁾。

課題が残された事例としては、大熊町の双葉病院における避難過程で多数の高齢者が亡くなった二次災害がある。地震発生後、情報の伝達が十分ではなかったことが問題としてあげられている。物資が止まったまま避難がはかどらず、患者や職員が病院に数日放置された。他の町民の大部分が避難し終えた後に救助隊が到着し、患者を運んだものの、避難所が見つからずたらい回しの状態となり、長時間さまようこととなった。その結果、到着後も含む一連の経過中に患者が多数死亡したのである。極度の混乱の中で、情報伝達と各部署の連携が十分に生かされなかったことが大きな要因ともいえる。情報が円滑に伝達されて連携が生かされる事前のルールとシステムを作ることが肝要であると思われる。

このような事態を想定し、医療や介護の機関にも早期に避難の指示が出せるシステムが構築できていれば、被害が少なかったと思われる⁷⁾。

b. 個人の避難

大熊町などの自治体は、震災の日にすでに町民には避難指示を出し、自家用車の利用を禁止して茨城県などから調達したバスで避難を始めていた。原発三号機が爆発した翌日の3月16日に、福島第一原発より20キロメートル以内ならびに第二原発より10キロメートル以内の住民へ退避メッセージが発せられる。その後4月22日に警戒区域に指定され、立ち入りができなくなった(後出図3)。

住民は全て、他の区域に避難、移住を強いられる。多くは阿武隈山地を越えた西隣の中通り地方にある福島市や二本松市、郡山市などの都市部の避難所に移動し、慣れない避難生活が始まった(図1)。その他、さらに西部にある会津地方の会津若松市や美里町、喜多方市などに避難し、特異なものとしては埼玉県に町ごと移動した双葉町の例もある(図1)。

中通り地方でも、放射線レベルは高いが避難指示が出されていない地域の一部住民は、被曝を避けるために自主避難を行っている。その結果、家を守るために高齢者が残され、世代間の分離が生

じたケースもみられている。

c. 原発事故による高齢者避難の特徴

国内では前例がない規模で生じた未経験の災害でもあり、避難の方法については誰も的確な指示を出すことができなかった。放射線を浴びるといふ恐怖体験は若い人々をはじめとして将来への際限のない不安を引き起こした⁵⁾。体験自体が心的外傷ともなり、県外などの遠方への避難や転居を決意した人も少なくない。

警戒区域で避難を強いられた高齢者は、住み慣れた自宅や故郷を捨て、不便な避難生活を送らざるを得ない状況に陥っている。そこには新生活への適応や経済的な課題、見えてこない将来などへの不安要因が数多くある。多くの高齢者は、震災後の度重なる状況の変化で、心理的なストレスが重なる『多重災害ストレス』の状態に陥る。今後避難指示が解除されたとしても、長期間不在であった故郷への帰還も容易ではないと思われる。避難先に定住した場合は、帰還の可能性はほぼなくなり、望郷の念でうつ状態を呈する場合も多くなる³⁾。

認知症者の場合は、震災体験と避難生活のストレスに加え、定住地でも新しい環境への適応ができず症状を悪化させている例がみられる。しかし、周囲への依存度が高いため、自力で解決できなくても、環境が整備されていることで落ち着いた生活を送ることができている場合も多い。

むしろ、健常な人々や軽度認知障害レベルでは、多重災害ストレスに陥り、もの忘れなどの記憶障害や身体症状を訴えて診療機関を訪れる場合があり、カウンセリングや薬剤での治療も行われている。

5. 震災直後の福祉避難所

医療よりも介護が求められる場合の避難は、介護の設備と器材ならびに知識を有する介護スタッフが必要となる。このため、介護施設の一部が事前に福祉避難所として認定され、災害時にその機能を発揮することになっている。大災害であって

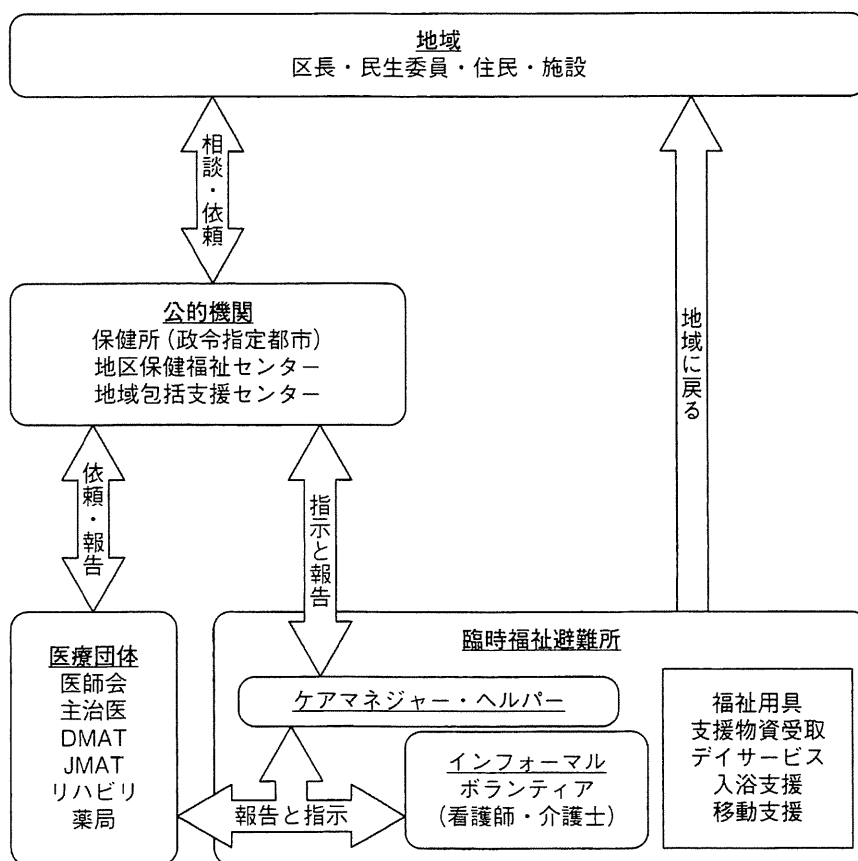


図2 臨時福祉避難所における連携

保健福祉センターや地域包括支援センターは、主として区長や民生委員を介して地域住民の相談を受け、臨時福祉避難所のケアマネジャーを通して入所の確認と指示をする。福祉避難所ではボランティアがケアを行い、必要な医療行為は巡回している応援医師や主治医の指示でボランティアの看護師が行う。

も局地的な場合は、近隣の福祉避難所を活用することも可能であろう。しかし、大規模災害では地域全体の介護施設そのものが被災し、かつそこで従事しているスタッフも被災者となり得る。避難者数も多数となり、福祉避難所を必要とする要介護者も多く発生すると思われる。また、避難所などの特殊な環境では、たとえ少数でも介護を要する状況に陥ると混乱が大きくなりやすい。介護者の事情で介護の手が失われた場合でも、同様の事態となり得る²⁾。

a. いわき市で経験した臨時福祉避難所(図2)^{2,7)}

震災直後の混乱の中、包括支援センターや保健福祉センターに、介護のための救助の依頼が相継いで寄せられることになる。通報者は、地域の民生児童委員、区長などのボランティアや、介護支

援専門員、家族、各地の避難所、病院など、多方面であった。対応できる介護施設は皆無で、燃料や輸送手段の事情もあり、遠方への移動も困難であった。しかしながら、自宅や避難所の場合は急を要しており、なんらかの対策を講じる必要にせまられていたのである。

3月16日の打ち合わせの結果、保健福祉センターの指示で、状況が落ち着くまでの一時的な介護の場として、要介護者専用の臨時的福祉避難所を作ることが決まった。必要にせまられての結論でもあった。場所は市営の体育館になり、近隣の学校や介護展示場などから必要な器材が集められた。人員はボランティアを募ったが、最終的にある程度の知識と意欲のある人々が264名集まり、これによって交代奉仕が可能になった。

開設は翌3月17日で、運営は5月31日まで続け

られた。実利用者は34名で、延べ641名であった。このうち認知症者は14名に達し、最多であった。いわき市内で介護施設の復旧が進み、依頼が少なくなっても、他の地区の避難所からの依頼は続き、その大部分が認知症者であった。

b. 臨時福祉避難所から学べること

大規模な災害では、福祉避難所となるべき施設が広範囲に被災し、さらに遠方の施設に頼らなければならなくなる。しかし、交通手段が途絶えた場合は、移動が極めて困難になるので、現地での対応しか残されていない。緊急対応として、簡易の福祉避難所を設営する必要にせまられる場合もある。今回の経験で明らかになったのは、一般の福祉施設機能あるいは道路や鉄道などの交通手段が回復するまではこの避難所で対応し、その後引き継ぐ形になればよいことである。いわき市の経験では3ヶ月以内であった^{1,6)}。

施設の設営は、テントにする場合もあるが、被災を免れた安全な建物が残っていれば、これを利用することもできる。介護制度は法律によって規制されているものが多いので、行政の支持と協力は絶対に欠かせない条件である。できれば責任者として監督と指導ができれば法的に保護され、ボランティアが安心して参加することができよう。

福祉避難所の主な役割は、食事や排泄の世話と、認知症における行動心理症状への対応などが中心となる。しかし、避難者の状態によっては、医療機関に搬送できるようになるまで、与薬や巡回してくる医師との連絡など医療や看護の役割も伴ってくる。この期間は、医療、福祉の垣根を取り払わないと対応できなくなるので、行政の支援が必要になる。

今回のいわき市での対策内容は、介護に重点をおいた療養病棟に類似した機能といえる。総利用者は30名あまりであったが、たった1名のために引き起こされる避難所や病院での混乱を考慮すると果たした役割は大きく、福島県浜通り地方の南半分に対応していた。今後、避難所を設営するうえでの目安になるものと思われる⁷⁾。

6. 相馬双葉(相双)地区との分断

福島県の浜通り沿岸部はほぼ南北に160キロメートルの距離があるが、事故を起こした原発はその中央部に位置している。海岸線と平行に国道や鉄道が走っており、高速道路も建設中であった。これらの地上連絡網を介し、北は仙台市に、南は日立市や水戸市を經由して東京につながっている(図3)。

原発の事故はこれらの連絡網を完全に遮断してしまった。その結果、南からの輸送路はいわき市で終わり、北からのものは南相馬市で終わることとなる。さらに、津波で港の機能も停止してしまい、海からの搬送もできなくなる。相双地区でも放射線量が低く居住が可能な、相馬市や南相馬市の一部とこの以北は、地理的にも陸の孤島と化してしまったのである(図3)。これまで頻繁に行き来していたいわき市や関東方面は極めて遠方になり、首都圏からの資材は届きにくくなる。結果として復旧もまた他の地域よりも遅れることになった。

相双地区は、地震、津波、原発事故による基盤産業への打撃と、経済的な孤立が最も顕著に表れた地域ともいえる。これに放射線被曝への恐怖が重なり、人口の流出が激しくなる。とくに、子供を持つ若い母親を中心とする女性の減少で、病院の看護師や調理人、福祉施設の介護担当者の不足が目立っている。医療・介護の施設が再開できても人員が不足しており、機能が十分に発揮できていないのが実状である。対応できない患者や施設利用希望者は、現在でも阿武隈山地の山岳道路を経て50キロメートル先の中通り地方にある施設に搬送されている³⁾。

7. 震災後の状況

高齢者に限らず、避難先での定住化と、自宅への帰還が進んでいる。ライフラインや輸送網はまもなく復旧し、1週間から1ヶ月以内で震災前の生活に近づくことができた。しかし、自宅や地域、町全体を失い帰還できなくなった人々は、避

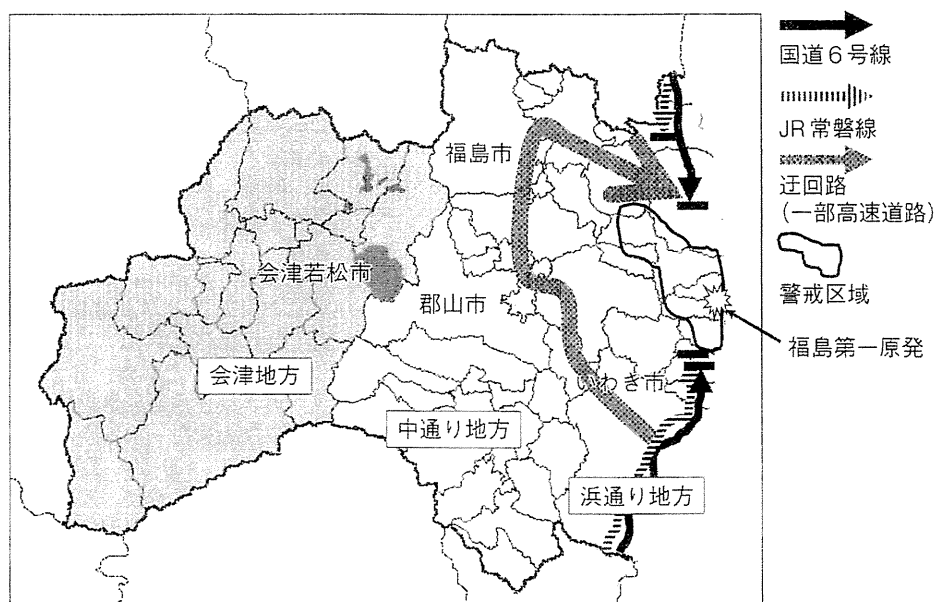


図3 震災と原発事故による相双地区交通網の遮断

福島県沿岸部を走る国道6号線と常磐線は原発事故と津波の被害で南北に分断されている。いわき市経由の人的な移動や支援物資、資材などの輸送は磐越自動車道と東北自動車道を介して福島市経由で運ばれている。海路は主な港である相馬港が、津波で使用不能となっていた。

難先での定住や希望する地域への移動がなされており、現在でも進行中である。

中通りに避難した人達は、就職や生活の利便性を考慮して定住することが多い。気候や風土が異なる会津地方に避難した人達は、自宅帰還はできないまでも、共通した風土を持ち縁者や知人が多いいわき市に移動するケースも目立っている。ことにいわき市は人口の流入が顕著であり、いわき市から自主避難して他県に移動した人口を差し引いても数万人の増加があるといわれている。しかし、就職先が限られていることや放射線への恐怖もあり、若年者よりも高齢者で目立っており、高齢者の流入が新たな課題を浮き上がらせている。強い望郷の念からのうつ状態は、精神科よりもかかりつけ医への相談となりやすい。高齢者を多く扱う医療機関が軒並み混雑しており、医師などの過労が問題となっている。介護の方面では、相双地区ほどではないが、需要に応じた施設の数やスタッフの不足が深刻な問題となっており、対策が急がれている³⁾。

8. 大災害時の高齢者とくに認知症者への対応

高齢者は災害弱者でもあり、今回の震災では原発事故も加わり、数多くの避難者を生み出した。地域や町ごとの避難を余儀なくされた場合は、それまで長年培ってきたコミュニティーという精神的、文化的な拠り所の喪失体験をしている。地域住民が四散することで、難民に近い心理状態に陥っているのである。放射線の恐怖による避難では、家庭内でも仕事や学校の都合とかみ合わず、夫婦間、親子間、高齢者と若年者の世代間の別居による分離が起こっているケースも多く、高齢者の孤立を促進させている。うつ状態の発現や孤独死の発生を防ぐ手立てが必要になろう。

認知症者は、災害発生直後では周囲の混乱などもあり、むしろ大人しく過ごしていたという報告が多い。行動心理症状が目立ったのは、避難所などの異郷の地での生活に慣れてきた頃からである。日常が単調となり、自分の思うままに行動を開始した頃に出現しやすいという特徴がある。不自由な生活による拘束感や退屈な生活、昼夜のリ

ズムの障害などが行動化して、問題にされたと思われる。施設で対応できなければ避難所の移動も避けられないが、住宅への定住や復旧した施設への入所で収拾することが多かった。行動心理症状の場合は誘因なく発生したものよりは、家族などのそばにいる人とのコミュニケーションで情動が不安定になり行動化したものが多い。

避難に当たっては、高齢者とくに認知症者への対応指導が必要と思われる。

謝 辞

この研究は、厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究班（研究代表者 朝田隆）の助成によって行われた。

文 献

1) 本田教一：東日本大震災による津波被害と原発事

故による影響からの復旧. 日本精神科病院協会誌 30(10)：34-42, 2011

- 2) 木村守和：3.11震災報告集，震災時の避難所・医療機関・薬局・施設・在宅の状況と災害時の医療福祉連携. いわき市医師会報(別冊)いわき市医師会広報委員会編，いわき市，2012
- 3) 小林直人，丹羽真一：福島県の被災状況とその対応，特集 東日本大震災と老年精神医学；現地レポートを中心に，老年精神医学雑誌 23：173-177, 2012
- 4) 佐藤晋爾，太刀川弘和，根本清隆他：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，臨床精神医学 41：1143-1152, 2012
- 5) 須田史朗，井上弘寿，井上かな他：東日本大震災，および福島原発事故による精神疾患の初発，増悪事例の検討－栃木県からの報告－，精神神経学雑誌 115：499-504, 2013
- 6) 田子久夫，菅野智美，天羽正志他：福島県の被災状況とその対応－被災病院の立場から－特集 東日本大震災と老年精神医学；現地レポートを中心に，老年精神医学雑誌 23：178-180, 2012
- 7) 田子久夫：地震と津波，原子力発電所事故による複合災害下での認知症対応～福島県いわき市での対応，東日本大震災後の認知症の医療とケアの現状と課題(分担執筆)，平成23年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業報告書(栗田圭一代表)，27-32, 2012

「精神科治療学」第 28 巻増刊号
「物質使用障害とアディクション 臨床ハンドブック」

「アルコール問題と自殺」

松下幸生*、樋口 進*
Sachio Matsushita, M.D., Ph.D.
Susumu Higuchi, M.D., Ph.D.

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
National Hospital Organization, Kurihama Medical and Addiction Center

〒239-0841
神奈川県横須賀市野比5-3-1
TEL 046-848-1550 / FAX 046-849-7743
e-mail: sachio-m@wa2.so-net.ne.jp

I. はじめに

アルコールと自殺および自殺企図との関連について海外では数多くの文献がエビデンスを示しており、アルコール乱用や依存症がうつ病と並んで自殺対策の主要な問題であることは当然のこととして扱われている。対照的に、わが国の自殺対策はうつ病一辺倒であったが、漸く2008年の自殺対策加速化プランの中でうつ病以外の自殺に関連する精神疾患としてアルコール依存症にも言及された。しかし、具体的な施策にはなっていないのが現状である。いずれにせよ、自殺が深刻な社会問題となっている昨今、アルコールと自殺の関係について知識を整理することは今後の対策を検討する上にも有用であり、総説として紹介する。

アルコールと自殺の関係は自殺直前の飲酒、慢性的な飲酒による自殺リスクの上昇、アルコール依存症とうつ病における高い自殺リスクなど多岐に及ぶ。特にアルコール依存症とうつ病が併発した場合には自殺のリスクが相加的に高くなることが知られているがアルコール使用障害と気分障害については他稿に詳述されているので、本稿では慢性的な多量飲酒と自殺、自殺直前の飲酒(自殺の手段の一部としての飲酒)、アルコール乱用および依存症(アルコール使用障害と総称)と自殺企図・自殺既遂について紹介し、うつ病におけるアルコールの問題と自殺についても簡単に解説する。

II. 多量飲酒と自殺

1. 疫学事項

一般住民を対象として普段の飲酒量と自殺のリスクを検討した縦断研究は国内に2つ報告されている。一つは、57,714名の中年男性を7年以上追跡調査したもので観察期間中に168名の自殺者があり、対象者の飲酒の頻度・量と自殺による死亡の相関を検討したところ、月に1~3日程度の飲酒者(機会飲酒)が自殺で死亡する危険度を1とした場合、非飲酒、少量、中等量、大量飲酒では自殺で死亡する危険性がどの程度高まるか検討している(Akechi T, et al. 2006)。その結果、図1aに示すように非飲酒者(全く飲まない~月に1日未満以下の頻度)および週に純アルコール換算で414グラム(日本酒換算で18合程度)以上の飲酒者で自殺による死亡の相対危険度が2.3と有意に危険度が高く、少量ないし中等量の飲酒では自殺による死亡の危険度は低かった。非飲酒者には、飲酒経験のない者や元々滅多に飲酒しない者の他に飲酒をやめた者が含まれるが、元々飲酒しないか頻度が非常に少ない者では、自殺の相対危険度はそれぞれ1.7(95%信頼限界:0.5-6.2)、2.5(95%信頼限界:0.7-8.5)と高くないが、飲酒していたがやめた者の場合は相対危険度が6.7(95%信頼限界:1.8-25.0)と高かったと報告されている。

(図1挿入箇所)

国内のもう一つの調査は、宮城県の40歳から79歳までの男性22,804名の追跡調査であり、7年間の追跡期間に73名の自殺者があった(Nakaya N, et al. 2007)。この調査では飲酒頻度・量について質問して、1日当たりの飲酒量に換算して自殺の危険度を検討している。結果は図1bに示すように飲酒しない者が自殺で死亡する危険度を1とした場合、飲酒量に比例して自殺で死亡する危険度が高くなっていった。

(図2 挿入箇所)

以上の二つの調査では大量飲酒が自殺の危険を高めることは共通している。海外の文献を合わせると一般住民を対象とした飲酒と自殺のリスクに関する調査は7つ存在するが、その内5つで大量飲酒が自殺のリスクを高めることを示唆しており、多量飲酒が自殺のリスクを高めるとする結果が多い(松下ら、2009)。

2. 自殺直前の飲酒について

自殺者が直前に飲酒していることが多いということは法医学の調査から知られている。このような場合、アルコールの効果は主に希死念慮にあり、計画された自殺より計画性のない自殺企図と相関するという(Borges G, et al. 2000)。

わが国の法医学教室での調査では司法解剖を受けた自殺例全体のアルコール検出率は32.8%で自殺の手段としては毒物死、焼死、轢死、墜落死で高濃度のアルコールが検出されている(伊藤ら、1988)。一方、海外の調査結果と比較すると、自殺者からは平均で37%からアルコールが検出され、自殺未遂で救急病院を受診した人からは平均で40%の人からアルコールが検出されたと報告されており(Cherpitel C J, et al. 2004)、国内の割合と概ね同じ割合である。このように自殺の直前に飲酒している割合は高いが、その理由として a) 飲酒が絶望感、孤独感、憂うつ気分といった心理的苦痛を増強する、b) 飲酒が自己に対する攻撃性を高める、c) 飲酒が死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる、d) 飲酒が視野を狭めるため自殺以外の有効な対処法を講じられなくなるといった心理的变化が考えられている(Cherpitel C J, et al. 2004)。

このように飲酒そのものが自殺の引き金となる可能性および慢性的な飲酒が自殺のリスクを高めるといった点で飲酒と自殺の相関が示唆されている。

Ⅲ. アルコール使用障害と自殺

アルコール依存症は自殺のみならず希死念慮、自傷のリスクを高める。従って、自殺や自殺企図におよぶアルコール依存症の特徴に関する知識は自殺対策にとって臨床的にも有用である。

1. 疫学事項

アルコール使用障害が自殺や自殺企図のリスク因子であることは既に多くの研究から確認されている(Vijayakumar L, et al. 2011)。アルコール依存症、気分障害、統合失調症で自殺の生涯リスクを比較した研究によるとアルコール依存症で7%、気分障害で6%、統合失調症で4%と推計されており、アルコール依存症は気分障害より自殺のリスクが高いとされる(Inskip HM, et al. 1998)。また、別の報告では既存の米国、英国、カナダ、アイスランドのデータを集計して依存症の自殺生涯リスクは2~3.4%と推計されるが、これを非精神科疾患罹患者と比較すると60~120倍高いと報告されている(Murphy G, et al. 1990)。また、入院治療を受けたアルコール依存症の国内の調査ではアルコール依存症が自殺する標準化死亡比は、男性で9.3、女性で35.0と報告されている。標準化死亡比とは、(観察された死亡者数)/(期待死亡者数)で算出されるもので、性や年

年齢を調整してアルコール依存症群と一般人口における自殺頻度を比較するものであり、アルコール依存症者は一般人口に比べて男性で約9倍、女性で35倍高い自殺の危険があるということになる(樋口進 1987)。

一方、自殺者の生前の心理状態を調査して診断を試みる心理学的剖検を用いた31の調査のメタ解析によると精神科診断で最も頻度が高いのは気分障害の30.2%であり、その次に多いのが物質関連障害で17.6%、統合失調症が14.1%と物質関連障害は気分障害に次いで高い割合となっている(Bertolote JM, et al. 2004)。国内での心理学的剖検による調査は数少ないが、74の自殺事例の遺族を対象として半構造化面接によりDSM-IVで診断を行った調査(赤澤ら、2010a)によると、診断で最も多いのは気分障害の63.5%、次いで物質関連障害の20.3%、不安障害14.9%の順であった。このように国内の状況は海外での調査結果とほぼ同じという結果になった。この研究グループは別の論文で自殺1年前にアルコール関連問題を呈したものと問題のなかったものを比較検討してアルコール関連問題が認められた自殺者は中高年男性、有職、習慣的な多量飲酒、自殺時に飲酒していたという共通点があり、その80%はアルコール乱用または依存の診断が可能であったと報告している(赤澤ら、2010b)。

2. アルコール依存症におけるライフイベントと自殺の関係

心理学的剖検研究によると、うつ病の自殺者と比較してアルコール依存症の自殺者は離婚や別離といった対人関係上のストレスが多いことが示されている(Murphy GE, et al. 1992)。また、パートナーとの別離や家族との問題は自殺の独立したリスクである(Conner KR, et al. 2003)、対人関係の問題は自殺の3ヶ月以内に起こっている(Heikkinen ME, et al. 1994)といった特徴も指摘されている。これらの観察から対人関係の問題がアルコール依存症において最も強く自殺や自殺企図と相関するとされる(Sher L, 2006)。対人関係以外の要因として大量飲酒、社会的サポートの欠如、非雇用、重篤な身体疾患、単身生活、自殺について語るといった点が指摘されている(Murphy GE, et al. 1992)。その他、依存症ではその重症度(飲酒パターン、アルコールに関連した医学的問題、発症年齢が早いこと、依存症発症からの期間が長いこと)や他の薬物乱用の合併も自殺に関連していたという(Conner KR, et al. 2004)。表1にアルコール依存症と自殺に関する総説(松下ら、2012)より自殺に関連したアルコール依存症の特徴を示す。

(表1 挿入箇所)

IV. うつ病におけるアルコール問題と自殺

うつ病で治療を受ける者にもアルコールに関連した問題が認められることは少なくない。そこで、アルコール問題の併存の有無でうつ症状や自殺リスクを比較した国内の調査結果(Matsumoto T, et al. 2011)を紹介する。

この調査はDSM-IV-TRにて大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害で精神科に通院している784名(男性287名、女性497名)を対象として、うつ病の症状のスクリーニングテストであるKessler 10 (K10)(Kessler RC, et al. 2003)、Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)日本語版(Sheelhan DV, et al. 2003)の自殺傾向セクションの項

目に加えてアルコール使用障害のスクリーニングテスト(Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT)(廣, 1997)の3つの自記式質問票を用いた調査である。何らかのアルコール問題が疑われるAUDIT10点以上は男性の23.3%、女性の15.9%に認められている。対象者をAUDITの点数(10点未満、10-19点、20点以上)で分類してK10、MINIの点数との相関を見たところ、男性ではいずれのテストとも有意な相関を認めないが、女性ではAUDIT高得点はうつ症状や希死念慮との相関が認められ、女性のうつ病性障害とアルコール問題の併存はうつ症状を強め、自殺のリスクを高める可能性を示唆している。

また、うつ病の自殺既遂・企図のリスクに関するコホートまたは症例・対照研究論文28編の系統的レビュー(Hawton K, et al. 2013)によると、男性、精神疾患の家族歴、自殺企図の既往、重篤な精神病理、絶望感、不安症状、人格障害といった要素の他にアルコールや薬物の乱用(オッズ比2.17、95%信頼区間1.77-2.66)がうつ病における自殺のリスクと有意に相関していた。アルコールと薬物はそれぞれ単独でも自殺と有意に相関していたと報告されている。

V. おわりに

アルコール依存症の自殺リスクが高いことは良く知られているが、多くの疫学調査は依存症には至っていない乱用さらに多量飲酒も自殺のリスクを高めることを示しており、アルコールは自殺とさまざまな面で関係している。従って自殺対策としてはアルコール依存症における自殺予防だけでなく飲酒に関する総合的な取り組みが望まれ、少なくとも多量飲酒者を減らす対策は自殺予防の観点からも重要であり、多量飲酒者を早期に発見して介入する手段を確立して普及させることが必要である。そのためには精神科医療だけではなく、内科、職域、救急医療等を含めた総合的なアルコール問題への取り組みが望まれる。

参考文献

- 赤澤正人, 竹島正, 松本俊彦ら: 自殺の心理学的剖検からみたこれからの自殺対策. 保健の科学 **52**: 441-446, 2010a.
- 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎ら: 死亡 1 年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 **52**: 561-572, 2010b.
- Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al.: Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry* **188**: 231-236, 2006.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* **25**(4): 147-155, 2004.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* **151**: 781-789, 2000.
- Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC: Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol ClinExp Res* **28**(5 Suppl): 18S-28S, 2004.
- Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y: Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. *J Stud Alcohol* **64**: 551-554, 2003.
- Conner KR, Duberstein PR: Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol ClinExp Res* **28**(5 Suppl): 6S-17S, 2004.
- Hawton K, Casañas CCI, Haw C, et al.: Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 147: 17-28, 2013.
- Heikkinen ME, Aro HM, Henriksson MM, et al.: Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcohol ClinExp Res* **18**: 1143-1149, 1994.
- 樋口進: Mortality of Japanese female alcoholics: a comparative study with male cases. *Jpn J Alcohol & Drug Dependence* **22**: 211-223, 1987.
- 廣 尚典: CAGE, AUDIT による問題飲酒の早期発見。アルコール関連問題とアルコール依存症 日本臨床 55(特別号): 589-593, 1997.
- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* **172**: 35-37, 1998.
- 伊藤敦子, 伊藤順通: 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索(4) 飲酒の関与度. 東邦医会誌 **35**: 194-199, 1988.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al.: Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 184-189, 2003.
- Matsumoto T, Azekawa T, Uchikado H, et al.: Comparative study of suicide risk in depressive disorder patients with and without problem drinking. *Psychiatry ClinNeurosci* **65**: 529-532, 2011.

- 松下幸生、樋口進: アルコール関連障害と自殺. 精神神経学雑誌 111: 1191-1202, 2009.
- 松下幸生、樋口進: 自殺予防におけるアルコール対策: アルコールとうつ、自殺. 精神医学, 54: 1087-1095, 2012.
- Murphy GE, Wetzel RD: The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 47: 383-392, 1990.
- Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al.: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 49: 459-463, 1992.
- Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T, et al.: Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. Alcohol 41: 503-510, 2007.
- Sheelhan DV, Lecrubier Y (大坪天平、宮岡等、上島国利訳): M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店、東京、2003.
- Sher L: Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. Acta Psychiatrica Scand 113: 13-22, 2006.
- Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V: Substance use and suicide. Curr Opin Psychiatry 24: 197-202, 2011.

図 1 飲酒量と自殺の相対危険度(文献(Akechi T, et al. 2006)より作図

図 2 飲酒量と自殺の相対危険度(文献(Nakaya N, et al. 2007)より作図

図1

