

## 東日本大震災とこころのケア

野田哲朗\*

### Mental Health Service for Survivors of the Great 2011 Higashi-Nihon Earthquake

\*Tetsuro Noda, MD

\*Osaka Psychiatric Medical Center

#### キーワード：

東日本大震災	the Great 2011 Higashi-nihon Earthquake
こころのケア	mental health service
被災者	survivors
外傷後ストレス障害	Post Traumatic Stress Disorder
トラウマ	trauma

### I. はじめに

1995年1月17日、阪神・淡路大震災発生直後にPTSD (Post Traumatic Stress Disorder) が注目されるようになり、はじめて被災者を対象に大々的なこころのケアが行われた、その後、大規模災害が起きるたびにこころのケアの実践が行われてきた。

しかし、白昼に発生した東日本大震災では、地震後に津波と火災が被災地を襲い、視覚的な恐怖により計り知れないトラウマチック・ストレスを被災者は体験している。さらに福島第一原発事故による放射性物質の飛沫が起き、被害のあり方が大きく異なる大災害となった。特に甚大な被害のあった三陸沿岸部は、精神疾患への偏見が強く、精神科医療が十分に整備されているとは言えない地域である。そのため、都市部を襲った阪神・淡路大震災時とは違い、こころのケアの実践に様々な課題を生じた。

岩手県山田町で行った大阪府こころのケアチームの活動を報告し、非都市部での大災害発生時のこころのケアのあり方について考察する。

---

\*大阪府立精神医療センター

## II. 大阪府こころのケアチーム活動

### (1) こころのケアチーム派遣まで

2011年3月15日に岩手県知事名で「東北地方太平洋沖地震に係わる医師等の派遣について」の依頼文が地域医療推進担当から発出され、その後3月18日に岩手県知事名で大阪府知事宛に、精神保健福祉専門家の派遣依頼が発出され、急遽、大阪府立精神医療センター、大阪府こころの健康総合センターなどの職員を中心にこころのケアチームを編成したが、現地の受け入れ準備が整って活動を開始したのが3月25日であった。

### (2) こころのケアチームの構成、活動内容

精神科医1名、看護師2名、ソーシャルワーカー及び心理士1名、事務職1名の5名体制でチーム編成を行い、3月25日から7月4日まで、岩手県下閉伊郡山田町で大阪府こころのケアチームは活動を行った。同町は他に鳥取県、北海道、秋田県、高知県チームがメンタルヘルスケアを担当した。

当初は4泊5日、5月以後は5泊6日で後陣と交代しながら、精神障害者への医療継続、新たに発生するPTSDなどの精神疾患の予防、早期発見・治療を主な目的として、避難所や自宅を訪問し、トラウマ理解のリーフレット (<http://kokoro-osaka.jp/sinsai/index.html>にてダウンロード可能) やアルコール関連問題理解のリーフレットを渡しながら相談を受けるとともに、小学校に開設した「こころのケア診療室」を他県チームと共同で運営し(学校再開で4月15日閉鎖)、必要に応じて投薬を行った。また、教師や、保護者に子どものトラウマについての講義を行い、子どもの心身不調の予防、早期把握ができるよう努めた。

派遣チームは29班、述べ136人が派遣され、ほぼ100日にわたる活動となった。

### (3) 岩手県下閉伊郡山田町の概要

三陸海岸に位置する漁業を主要産業とする山田町は、地震後に津波と火事に襲われ、死者・行方不明者770名(2012年2月23日現在)は、震災前の町民人口18,777人の4.1%となる甚大な被害を受けている。精神科医療機関は同町にはなく、被災前、宮古市及び釜石市の精神科医療機関に精神障害者は受診していたが、6月末時点でJRが復旧していなかったため、通院を困難にしていた。偏見が強く、神経症圏の患者が精神科

病院を受診することは少ないとのことであった。

3月31日時点で避難所が30カ所あったが、6月1日以後建設された1940戸の仮設住宅に避難者が順次移り、8月31日に避難所は閉鎖されている。

#### (4) 相談診療について。

3月25日から7月4日までの活動期間に206件の相談を受けた。そのうち19件は医療チームや公衆衛生チームから情報提供がありながら、相談診療に結びつかなかったため、実相談診療187件であり、のべ相談件数は487件となった。

- ①震災後5週までに115件（62.6％）の新規相談診療件数があり、その後、急激に減少している。新規と継続ケースをあわせた相談件数は、震災後6週がピークとなり、その後急速に減少し、震災後第13週、第14週で再び上昇し、以後低下していた（図1）。

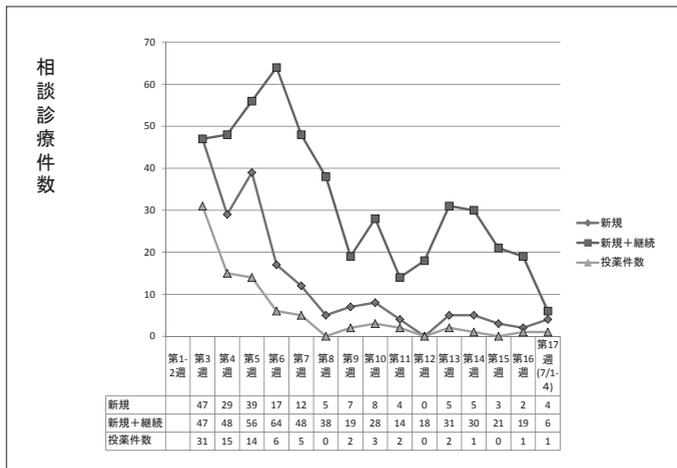


図1 相談診療投案件数の推移

- ②男性70名（37.4％）、女性117名（62.6％）、男女比1：1.7と女性が顕著に多く、年齢は60代が一番多く、50歳代、70歳代と続き、子どもは相対的に少なかった。

- ③ICD-10の診断名に従って新規相談診療ケースを分類すると、F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害が74名（39.6％）と最も多く、そのうちF43.0 急性ストレス反応（ASR）、F43.1外傷後ストレス障害（PTSD）およびF43.2適応障害をあわせると66名（35.3％）となっていた。そのほかF51非器質性睡眠障害が36

名（19.3%）、F3気分障害18名（9.6%）、F2統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害13名（7.0%）、F0症状性を含む器質性精神障害7名（3.7%）、F10アルコール使用による精神および行動の障害4名（2.1%）等となっていた。

睡眠障害は活動当初から活動第3週（震災後第5週）までが多く、その後急激に減少していた。13名の統合失調症のうち活動第1週（震災後第3週）が7名と最も多く、活動第4週（震災後第6週）に3名、震災後第13週、15週に1名ずつとなっていた。ストレス障害は活動当初から徐々に増加し、活動第3週（震災後第5週）にピークに達し、その後急速に減少するが、活動終了まで少しずつではあるが認められている（図2）。

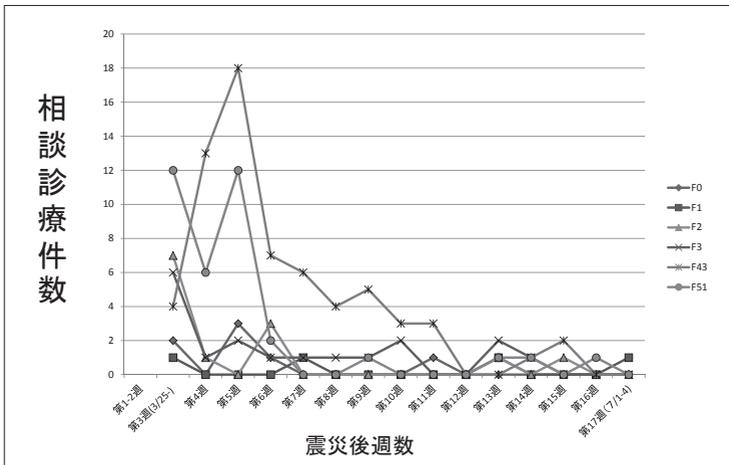


図2 ICD-10診断別相談診療件数の推移

- ④精神科治療歴有りは17名で、F20統合失調症が9名と最も多く、F3感情障害2名、F41パニック障害2名、F5 非器質性睡眠障害2名などとなっていた（表1）。震災後第3週に治療歴ありが13名あり、その後急速に減少し、震災後6週以後は認められなくなった。
- ⑤投薬件数は、83名（44.3%）に投薬がなされ、活動当初の投薬が最も多く、新規相談ケースの減少と関連するように急速に減少していた。身体疾患への投薬割合が最も多く、次にF3、F2、F1が50%を越えていた。

表1 東日本、阪神・淡路大震災被害状況

	東日本大震災	阪神・淡路大震災
発生日時	2011年3月11日 午後2時46分	1995年1月17日 午前5時46分
震度	Mw. 9.0	Mw. 7.3
死亡 (平成24年2月10日現在)	15,848人	6,434人
行方不明 (平成24年2月10日現在)	3305人	3人
家屋被害	20万戸以上	約20万戸
最大時避難者	40万人以上	32万人
被害額	16兆~25兆*	9.9兆円

## (5) 活動の終了

時間経過と共に、こころのケアチームに直接、症状を訴える被災者が次第に少なくなり、一般医療、公衆衛生チームからの紹介で相談診療を行うことが多くなった。

新規ケースの減少と6月から近隣精神医療機関医師が山田町において週一日程度の診察が行われるようになったため、継続支援の必要なケースについては近隣精神科医療機関に紹介および地元保健師の見守り活動を依頼し、7月4日大阪府の支援活動をひとまず終了することになった。

## Ⅲ. 考察

### (1) 外部支援の活動開始、終了時期

こころのケアの外部支援が入るまでに2週間を要している。我々の活動では、入院医療を必要とした事例はなかったが、震災4週間までに精神科治療歴のある相談がほぼ出尽くしていることから、こころのケアは可能な限り速やかに開始すべきであると考えられた。

震災2ヶ月後には新規ケースが急速に減少し、地元の精神科医療機関に引き継ぎ、終了するべきであると考えられたが、引き継ぐべき地域精神医療がないという深刻な事態に直面した。本来であれば外部支援は緊急時の介入や応急処置に徹し、役割を終

えれば、現地の精神医療に引き継いで撤収すべきであろう。

## (2) こころのケアのあり方

被災者がこころのケアを受けたがらないのは、日本に限ったことではない<sup>1)</sup>。被災者になることは尊厳を失いかねないことであり、とりわけ偏見の強い地域では、メンタルな問題に過敏になって当然である。今回、避難所を訪問するとこっそり統合失調症を告げる被災者がいた。病を隠して避難所にいる精神障害者にとって、精神医療専門スタッフの存在は安心の保障となるに違いない。また、統合失調症を疑わせる治療歴のないケースが震災後13週と15週に一例ずつあった。震災前は症状がありながら社会適応できていたものが、震災後悪化したものと考えられた。

新規ケースのほとんどに精神科治療歴がないことから、災害によるメンタルヘルスニーズの増大が改めて明らかになった。時間経過に従って、ストレス障害や不眠が減少しているが、避難所から自宅や仮設住宅に避難者が移行するなかで、メンタルヘルスニーズの潜在化が危惧された。健康支援のため各戸訪問を行う公衆衛生チームと連携することで、在宅被災者のメンタルヘルスニーズを把握することができた。

活動初期は、精神障害者の医療継続を目的に避難所を巡回し、相談診療件数が減少しだした時点で、一般医療や公衆衛生活動と連携しながら活動するなど、時期に応じた活動の工夫が必要であると考えられた。

## (3) PTSDへの対応のありかた

震災後一ヶ月を過ぎてから、診断基準上PTSDとすべき事例が少しずつ認められるようになった。急性期は災害によるストレス反応を「異常な状況に対する正常な反応」と安心を促していればよかったのだが、時間経過とともに「正常な反応」と言いづらくなった。しかも、短期でスタッフが交替するため、毎回異なるスタッフが被災体験を聞くことになり、トラウマの再体験を促すことが危惧された。精神医療に繋がりにくい地域でもあり、異常の指摘は、被災者にいたずらな不安を招きかねなかった。

しかし、トラウマ理解のリーフレットを被災者に示してトラウマ反応の理解に努め、公衆衛生チームとの連携で見守りを継続した結果、PTSD症状が解消された症例を経験した。PTSDは安心、安全感の喪失などにより、トラウマ反応の回復が遅延したものと考えられている<sup>2)</sup>。被災地に入った外部からの大勢の支援者の姿が、結果的には被災者を精神的に支援し、孤立感の軽減につながったと考えられた。

一方、ストレスに弱いとされる若年者の相談事例が少なかった。震災後、親が多忙となり甘えづらい環境になるなど、子ども達のストレス反応は把握しにくくなると考えられた。また、親を失った子どもが多数いる。保育所、学校の教師やスクールカウンセラーに子ども達のストレス反応の把握を期待したい。

#### (4) アルコール関連問題について

災害前にアルコール関連問題を認めた被災者が、災害後に顕在化するのであって、新たにアルコール乱用・依存症に進展することは少ないのではないかとされている<sup>3)</sup>。そのため、災害時、アルコール飲料の取り扱いには慎重に期す必要がある。

阪神・淡路大震災の際には、支援物資にアルコール類が含まれていたため、震災後すぐに飲酒する避難者の逸脱行動が問題となった。今災害ではこれまでの経験が生かされ、支援物資にアルコール類が含まれなかったこと、避難所は禁酒禁煙が規則となっていた上、災害後しばらくの間、酒類の流通がストップし被災者に渡らなかったこと、などからアルコール関連問題の事例化がほとんどなかった。しかし、その後、酒類販売が再開し、避難者は仮設住宅に移っている。阪神・淡路大震災では、仮設住宅での孤独死にアルコール性肝障害などのアルコール関連疾患が多く認められており<sup>4)</sup>、被災地でのアルコール関連問題が顕在化することは確実である。

アルコール関連問題は本人、家族のみならず社会全体に深刻な影響を及ぼすため、災害精神保健の重点課題に位置づけ、アルコール依存症の予防から回復までの支援活動が必要である。

## IV. おわりに

現在、他府県から派遣されるこころのケアチームは現地からの派遣依頼がないと動けない状況がある。DMAT (Disaster Medical Assistance Team) のように災害後すぐに動けるシステムがないと、災害直後から発生する精神医療ニーズに対応できない。今後の検討課題である。

また、こころのケアは被災者にとって受け入れやすいものではない。そのため、災害時、医療支援の中に精神医療を組み込むのがいいとの考えが根強くあった。しかし、震災後、地域医療が回復するに従って、医療支援チームは次々に撤退していった。精神科医療機関、専門スタッフが恒常的に不足している被災地において、こころのケア

チームの活動がなければ、震災後あらたに発生した精神医療ニーズへの対応は困難になっていたにちがいない。精神疾患への偏見の強い地域であるからこそ、こころのケアを打ち出さないと災害精神医療の視点がかき消されかねなかった。阪神・淡路大震災と東日本大震災の経験は、都市部と非都市部でのこころのケアのあり方の違いを鮮明にした。今後、地域性を踏まえた実効性のあるこころのケアを検討する必要がある。

最後に福島第一原発事故により、2011年12月15日現在で福島県民人口の7.8%にあたる約15万7000人が県内、県外に避難している現実がある。内部被曝におびえながら、帰郷の目処の立たないストレスフルな生活を強いられる被災者のこころのケアは容易ではないが、少なくとも我々には関心の持続が求められている。

### 引用文献

- 1) McFarlane, A. : Community responses and challenges following disasters : what do we learn? *トラウマティック・ストレス*, 8 (2) : 93-100, 2010.
- 2) Yehuda, R. : Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4) ; 435-447, 2007.
- 3) North, C., Christopher, M, Ringwalt., Downs, D et al. Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. *Arch Gen Psychiatry* 68:173-180, 2011
- 4) 上野易弘 : 「孤独死」の中のアルコール問題. *日本アルコール・薬物学会雑誌*, 33 (4) : 406-407, 1998.