

第107回日本精神神経学会学術総会

東日本大震災に対するこころのケア支援と
復興支援対策ワークショップ（前篇）

平成23年5月21日 ホテル グランパシフィック LE DAIBA パレロワイヤルC・D

演者

- 1) 被災地域からの経過と課題についての報告
 - 黒澤美枝（岩手県精神保健センター）
 - 酒井明夫（岩手医学大学）
 - 大塚耕太郎（岩手医科大学）
 - 住吉 昭（国立病院機構花巻病院）
 - 土屋輝夫（岩手県立南光病院）
 - 松本和紀（東北大学）
 - 林みづ穂（仙台市精神保健センター）
 - 丹羽真一（福島県立医科大学）
 - 畑 哲信（福島県精神保健センター）
- 2) 日本精神神経学会の取り組みの報告
 - 秋山 剛（NTT 東日本関東病院）
- 3) 基調講演
 - 金 吉晴（国立精神・神経医療研究センター）

企画

鹿島晴雄¹⁾（日本精神神経学会理事長）
三國雅彦²⁾（第107回学術総会会長）

編集

田中伸一郎³⁾（編集委員会事務局長）

開会

○鹿島 ただいまから「東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ」を開催いたします。このワークショップは、三國雅彦会長のもとで開催されます第107回日本精神神経学会総会のプログラムとして企画されております。

ワークショップの開催に先立ちまして、東日本大震災で被災されました方々に心からお見舞いを申し上げます。そして、東日本大震災でお亡くな

りになられました方々のご冥福を祈りまして、黙禱をいたしたいと存じます。

〔黙 禱〕

○鹿島 お直りください。それでは、会長の三國先生、よろしく願いいたします。

○三國 多数お集まりいただきまして、ありがとうございます。貴重な時間ですので、早速プログラムを進めてまいりたいと思います。最初に、被災地の3県からの報告と精神神経学会の取り組みについて報告し、その後、基調講演をいただき、

1) 医療法人葛野会木野崎病院, 2) 群馬大学大学院医学系研究科, 3) 杏林大学医学部精神神経科学教室

表1 岩手県内の被災状況

死者(人)	4,450 (5/18 現在)
行方不明者(人)	2,994 (5/18 現在)
負傷者数	不明
家屋倒壊数(棟)	19,764 (5/18 現在)
被害額	4兆2,760億(沿岸資産47.3%喪失)

最後に、今後の復興に向けたプランを考えていくといったことで進めてまいります。

1) 被災地域からの経過と課題についての報告

○三國 まず、岩手県精神保健福祉センターの黒澤美枝先生、よろしくお願ひいたします。

○黒澤 このたびはお世話になっております。被災地からいらっしゃった先生方におかれましては、お疲れさまということとお見舞いを申し上げます。

岩手県の人口は1,330,657人で、1人あたりの県民所得は226万円(東京など都市部の約半分)になります。気候は、内陸部は盆地型で冬の冷え込みが顕著で、沿岸部は夏にやませの被害があります。県の面積は15,278 km²で、千葉、神奈川、埼玉、東京を合わせた約13,000 km²よりもはるかに大きく、四国をちょっと小さくしたくらいでしょうか。

医療過疎、医師不足が課題でして、最寄りの医療機関までの距離が1 km以上の住宅の割合は全国1位ですし、1 km²あたりの医師数は北海道に次いでワースト2位です。精神保健指定医は100人程度おりまして、ほとんど内陸部、盛岡市に集中している状況です。

地域精神保健の課題は自殺問題で、過去10年間ワースト上位に位置しています。そのため、自殺対策では、医師や医療資源の不足を補完するような住民活動や保健福祉活動が行われてきました。岩手医科大学がかかわっている久慈モデルのプログラム(郡部型の自殺対策の包括モデル)があり、岩手県内28/34の市町村がこのモデルを採択しています。久慈は、県北の沿岸部にありまして、今回の被災地なのですが、自殺の集積性が高いところです。住民の方々が紙芝居やサロンなどを通じ

表2 東日本大震災に対する岩手県の初動対応(災害対策本部員会議資料より抜粋)

14:46	発災
14:46	岩手県災害対策本部設置(本部長:知事)
14:52	自衛隊派遣要請
14:59	緊急消防援助隊派遣要請
15:45	第1回災害対策本部員会議開催
16:29	消防庁から援護隊を派遣
16:30	久慈消防からDMAT要請
18:00	第2回災害対策本部
18:03	遠野消防、大槌町の火災への対応要請
20:00	災害救助法の適用を発表(厚生労働省)

て自分たちで啓発・普及活動、見守り活動をしています。さらに、自殺対策に特化したボランティアが24団体あります。

そういう中で今回地震が発生しました。岩手県内の震度は6弱で、死者は4,450人(5月18日現在)などで、岩手県にとっては大きな打撃でした(表1)。岩手県の初動対応(表2)としては、発災直後に災害対策本部が設置されまして、災害救助法の適用が20時に発表されました。

岩手県のこころのケアの調整の流れ(表3)ですが、翌12日から15日まで現地の調査班が活動を開始し、16日には当センター内に震災ストレス健康相談窓口が開設され、本格的に県内で調整を開始しました。17日にはホームページおよびメールリストを設置し、第1回こころのケア対策会議が開催されました。同日、岩手医大のDMATの各科混成医療チーム(精神科を含む)が宮古市で活動を開始しました。厚生省経由の「こころのケアチーム」に関しては、岩手県では23日より活動を開始しました。少々遅くなっておりませんが、たとえば大槌町などでは火災が発生し、崖崩れもあって、とても安全を確保できる状況になかったものですから、最初は様子を見ながら開始したのが現状でした。

それから2ヶ月経ちました今(5月11日現在)の活動状況です(表4)。当センターの震災ストレス健康窓口の相談件数は135件で、当初は「ライフラインもなくなって、普段来ているヘルパー

表3 東日本大震災に対する岩手県の
こころのケアの調整

3月12～15日	現地調査班活動（情報収集開始）
3月16日	震災ストレス健康相談窓口開設，調整開始
3月17日	ホームページ開設，メーリングリスト設置 第1回こころのケア対策会議開催 岩手医大のDMAT各科混成医療チームが宮古市田老で活動開始
3月22日	新潟県精神保健福祉センター職員がセンターで業務支援
3月23日	こころのケアチーム（厚労省経由）が活動開始
3月24日	第1回マスコミカンファレンス（参加15人）
4月5日	第2回こころのケア対策会議開催
4月11日	中期ケアの支援者研修（参加者30人）
4月12日	第2回マスコミカンファレンス（参加者9人）
4月27日	中長期ケアの支援者研修（参加者33人）
5月16日	第3回こころのケア対策会議開催 精神保健福祉復興ビジョンに関わる検討会

表4 岩手県全体の活動状況（5月11日現在）

- ・震災ストレス健康窓口相談件数：135
- ・調整班出動回数：58
- ・心のケアチーム活動数：16
- ・対応被災者：2,140
- ・診察件数：1,495（処方713）
- ・要フォロー者：305
- ・保健活動内容：集計中

さんが来ない]、「薬が切れてしまった]、「眠れなくなっている]、「もう死んでしまいたい」といった沿岸部の患者さんの切羽詰まった電話などもありましたが、最近では特に内陸部を中心に「今後の不安」などの内容が増えています。

こころのケアチームの先生方は、16チームが活動していきまして、対応いただいた被災者は2,140人、診察件数は1,495件（そのうち処方が713件）です。フォローが必要だと判断されている方は現在305人います。2,140人のうちの過半数の1,244人が女性です。また、対応回数として

表5 岩手県における中長期精神保健福祉活動の
復興ビジョン（案）

<p>【目的1】地域精神医療保健福祉体制の再構築 〈精神医療の機能強化・拡充〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・震災ストレス外来拠点の設置，診療 ・地域事例検討での助言 ・児童生徒対応 ・仮設住宅などへのアウトリーチ ・仮設診療所へのリエゾン活動 ・訪問看護などによる地域生活支援の助言 ・4圏域毎の精神科医療・救急体制の強化 <p>〈住宅支援の拡充など〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般住居の活用・グループホーム設置 ・自立支援施設設置 ・巡回バス <p>【目的2】震災関連の精神的問題への対応体制整備 〈ストレス関連障害対策〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談・研修拠点設置（専門治療技法の研修，ゲートキーパー養成研修） ・被災地の調査の実施，啓発普及 <p>〈自殺を防ぐ地域精神保健福祉活動の強化〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仮設住宅等対応（スクリーニング，孤立対策など） ・サテライト相談拠点の設置（幅広い精神保健相談事業の強化，専門助言） ・精神保健技法の研修人材育成 <p>〈包括型地域生活支援体制の拡充〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自殺対策関連（経済，雇用，介護予防，社会的支援との連携）
--

は、過半数が1回で終結しています。主訴では不眠が最も多く、それから不安・恐怖、イライラ、アルコール問題、幻覚・妄想などが続きます。その他としては、胃薬や風邪薬の処方のため精神科を受診している方々もいました。

この2ヶ月ですが、県警の速報値ですと、昨年と比して自殺者数の増加は認められていません。ただ、行方不明がまだまだ多数の状況で、これまでとはやや様相が違うと思いますので、今後も経過を見ていくことが必要と考えています。

今後のことですが、表5は、岩手県で現在検討している中長期精神保健福祉活動の復興ビジョン、議論のたたき台です。目標は、地域の回復力を支え、精神的問題をもつ人へ質の高い、適切な支援を提供するという事です。震災ストレス外来や、こころのケアセンター、かかりつけ医研修、専門



図1 東日本大震災後の大船渡市の様子 (平成 23 年 3 月 16 日撮影)

医研修など、精神医療の機能強化・拡充ができないかと考えています。こころのケアに特化しない総合的な生活支援の相談センターは必要で、それとは別に、精神医療に特化した機能を持つ場や人を追加できないかと考えています。

実際に、復興のプランニングがどの程度検討されているかですが、岩手県の場合に被害甚大地域が7地域あって、その中の大船渡市(図1)についてご報告します。同市は保健師のマンパワーが比較的確保されていて、精神医療機関としても総合病院である大船渡病院が損壊を免れており、そちらにお勤めの先生2人が無事で、それから、避難者5,049人、死者310人というのは、他の地域と比較してそれほど大きい規模ではなかったことがあります。これまで相模原や北里、宮崎、沖縄、久里浜チームなどに活動をいただき、現在は沖縄と久里浜の2チームにお願いしています。大船渡保健所内に拠点の診察室を設け、その管理をお願いしています。沖縄チームには、自前の活動のマニュアル、初動期のマニュアルがあります。

また、アルコール問題も顕在化してしまっていて、「漁に出ることができない。家族も家も失った」と、昼間から飲酒している漁師の事例もあります。久里浜の先生方から岩手版のアルコール問題対応の啓発教材や研修の提案をいただきましたので、

現在特定の受付日を設定しています。また、加藤先生、亀岡先生に、救急隊向けの研修会をやっていただきました。

同地域で保健所主催の会議がすでに開催され、地元の先生方とともに今後のケアのあり方が検討されていますが、数回に留まっています。盛岡では伊藤順一郎先生にいらしていただき、被災後のアウトリーチ事業の可能性についてなどの話題提供と助言をいただく検討会が行われました。

大船渡市は、冒頭に申しあげました久慈モデルを援用しています。ただ、ボランティアの安否ははまだ確認もできていませんし、保健活動の評価や従来とっていた未遂者のモニタリングも困難な状況です。避難所の吸収合併も起きていますし、資源も流されていますから、地元のPSWにとっては連携の困難さをひしひしと感じているような現状です。

また、住民の方が連続して5つの調査やアンケートに答えていた事実があったそうです。そのため外部支援者に対する不信感が強まっている状況が見受けられるとのことで、新たな取り組みの際に問題ではないかという課題も挙がりました。いずれにしても、地元の実情にあわせて検討を重ねる必要性について再認識した会になりました。

一方、大槌、山田、陸前高田などは、行政機能

表6 岩手県における今後の問題、課題

1. 従来からの医療資源不足
2. 行政機能・保健福祉業務，住民活動の停止や停滞
3. 広域性
4. マンパワー・技術の確保
こころのケアチーム数：10チームの継続
精神保健全体調整： 常時5人追加
精神保健相談拠点： 常時2人×3ヶ所追加

が弱体などころか、麻痺が今も続いています。大槌の場合には町長さんが亡くなり、最近ようやく仮の庁舎ができました。行政職員も20%亡くなっており、働いている職員も家や家族を亡くしている状況で、何も考えたくないから仕事に来ているという状況です。

また、津波後に火災となったので、見渡す限り空襲後のような焼け野原で、高台に仮庁舎があるのですが、私自身、それを見ながら涙は出てきますが、復興のイメージは浮かんできません。

こういう地域は、検討会を開催しようにも、やる場所の確保すら困難な状況です。想像ができない方もいらっしゃると思いますが…。ですから、こういったビジョンの検討を報告できる地域は必ずしも多くない、限られていることをお伝えしたいと思います。

岩手県の課題についてまとめです(表6)。まず、従来から医療資源、医師不足があります。今回の震災で医師が6人亡くなりました。それを補完する保健福祉業務、住民活動の停止や停滞が起きている。また、広域性に関しては、交通機関の復旧のめどが立っていないところもありますし、フォローが必要な患者さんが隣町の精神科を受診するのは困難な状況です。岩手県の場合には大槌、山田、陸前高田など深刻な地域が広域に複数存在していることが特徴です。そして、いずれ訪れる冬季の介入も攻略上問題だと感じています。

こうした事情から、マンパワーや技術の確保が課題だと思います。震災ストレス外来や相談拠点の管理、これまでフォローしていた患者さんの引き続きのケアのためのマンパワー、かかりつけ医

の研修やアウトリーチなど新たな取り組みを推進するためには、引き続き先生方のご協力をいただければと思います。

具体的には、ケアチームはこのまま10チーム程度での活動の継続が必要だと考えております。時間は本当にかかりますけれども、ご理解、ご協力をいただければと思います。今後ともどうぞよろしく願いいたします。(拍手)

○三國 黒澤先生、ありがとうございます。続きまして、東北大学の松本和紀先生、宮城県からのご報告をお願いいたします。

○松本 今回の被災で全国から多くの方々の支援をいただきました。関係者の皆様には、この場をかりてお礼を申し上げたいと思います。

宮城県は人口が233万人で、自治体としては政令指定都市の仙台市(103万人)と宮城県(仙台市を除く130万人)が別々に動いています。連携を取り合ってはいますが…。仙台市でもかなり被災を受けて、東北大学病院でもライフラインがない中での生活を強いられました。

沿岸部を中心に被災を受け、死者・行方不明者が865人、避難者数は現在でも1,802人となっています。仙台以外の広域な場所では、死者・行方不明者数が人口の約1%で、2.23%が避難生活をしているような状況です。たとえば、雄勝町では、つい最近でも自家発電で役場が動いていて、職員がコピーを取る時、「コピー取るから」と言って他の電気を全部消して、コピー1枚を取るといった状況ですね。

沿岸部を中心に被害が大きく、内陸部のほうに数十人、数百人から1,000人規模で避難してきています。ここで言いたいことは、広域に甚大な被害があって、その全貌がわからない状況だということです。

私なりに支援フェースモデル(図2)を作ってみました。初期・急性期(主に避難所が中心になっていく時期)、中期(仮設住宅に移っていく時期、長くなると3年とか5年とかでしょうか)、長期(その途中から復興が始まって、永住するモデルに入る)に分かれます。今はおそらく中期に

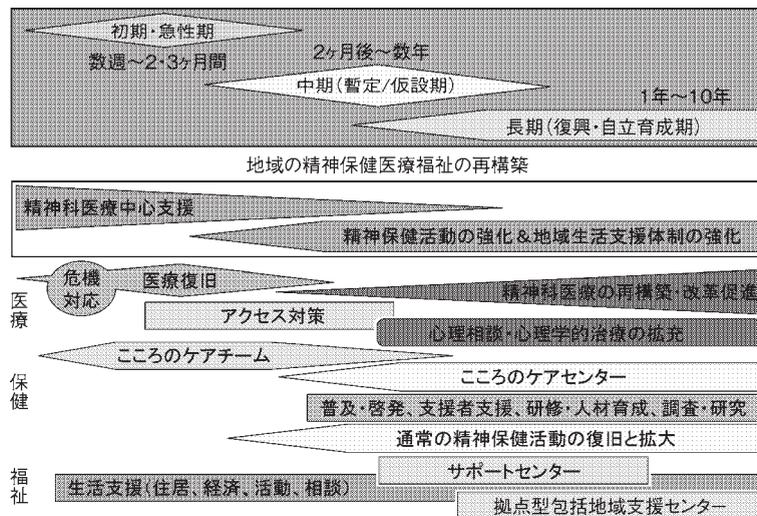


図2 宮城県における支援フェーズモデル

表7 宮城県における被災による影響、これまでの支援、現状のまとめ

- ・県内のほとんどの精神科病院が被災
- ・自治体行政や保健所も被災し、情報収集・調整機能が長期低下
- ・地域で状況・ニーズは大きく異なり、全貌は誰も把握できていない
- ・多数の支援母体による複数ラインが存在し、混乱・混線している
- ・こころのケア支援の対象者：
 - ①精神疾患を既にもっていた被災者への支援
 - ②新たに精神的問題が出た被災者への支援
 - ③支援者/職員への支援とストレスケア

差しかかっているのではないかと思います。初期・急性期には、精神科医療を直接提供することが大事になってきますが、マニュアルを見ますと、想定よりも遅いと思いますね。

さて、表7について説明します。県内のほとんどの精神科病院が被災し、当初はどこが動いていて、どこが流されたのか、全くわからない状況が続きました。沿岸部の精神科病院の被害は甚大で、津波が押し寄せて使えなくなった病院や、1、2階を3階に上げて、1部屋に8人も10人も押し込めて難をしのいでいるような病院もありました。

宮城県は当初、病院に取り残された患者さんの転院先を探すことにエネルギーを使っていました。その間にも、最初の1週間ぐらいには、あそこで暴れている人がいるから措置入院の依頼が出るということが、法に従って行われていました。

ライフラインがないというのは恐怖です。仙台市の人は、地震直後の津波の映像をほとんど誰も見ていません。「すごい大地震が来て停電になって大変だな」と思っていたくらいです。ライフラインが絶たれ、病院でも孤立し、電気や食べ物の心配（ビスケットが1日何枚とか）とか、薬局の分包機が壊れちゃったから処方は眠前に集約するとか、各病院でいろいろな困難な状況で必死に動いていたという話を聞きました。部分的に機能が回復した病院は、転院を受け入れてオーバーベッドしたり、外来患者が急増したりと負担が増える状況がありました。

そして、自治体行政とか保健所が直接ダメージを受けて（石巻の保健所は津波の影響で使えず、宮城県の精神福祉センターもしばらく使えない状況が続いていました）、行政で情報を収集したり、調整したりする機能が長期間低下した状態が続いていました。今は回復してきていますが、十分に

表8 こころのケアについての活動：宮城県（除く仙台市）
3.11 3.17

	3月			4月				5月	
	ii	iii	iv	i	ii	iii	iv	i ※	ii
こころのケアチーム (宮城県把握数)		24		17	17	20	20	15 ※	
支援対象者 (個票件数)		2,789		1,482	943	644	454	123 ※	
継続支援必要者		392		232	203	161	130	34 ※	

※連休期間
宮城県精神保健福祉センター資料をもとに作成

機能できている状況にはありません。

地域で状況やニーズは大きく異なっています。距離もあるし、自治体の特性とかいろいろな問題、現地での細かい歴史的な背景だとか力量とか、いろいろなことを考えていくと、何かやるにしても、現地の細かい状況・ニーズということを考えていくと、全貌を把握している人間はいないと思うんですね。あと、基本モデルはあったとしても、それを現地に合わせる作業が大事になっていくと考えています。

おかげさまで、厚労省が派遣してくるこころのケアチームをはじめ、多くの団体の支援を得ることができました。ただ、同じ厚労省でも医療救護班とかDMATは課が違うのか、別のラインで動いてきますね。また、地元の精神科病院とかクリニックの先生が動いたり、〇〇の会などが独自に医者を送ってきたりもあります。こころのケアチームは、精神保健福祉センターと障害福祉課がコーディネートしていますが、中枢では、現場で実際に動いているのはどのチームなのか、どのくらいの数なのかを十分に把握できていない状況が続いていました（表8）。結果的に現地現場で即判断し、行動した支援が一番機能するんですね。日本人は本当にすごいなと感心しました。

ご存じのとおり、こころのケアの対象者は、すでに精神障害を持っていた方への支援（薬がなくなったり、避難所にいられなくなったりとか）、新たに精神的な問題が出た被災者への支援（数日間カマトニーがポンポン出て、医局員が暗闇の

中、向こうの看護師さんと保健師さんが数人がかりで囲んでみている患者さんの対応をするとか）、支援者／職員への支援とストレスケアが必要なんです。

こころのケアチームの支援対象は、避難所の方が中心で、子どもも約10%になっていますね。これは岩手県の場合とそれほど変わらないのではないかと思います。

これから中期ということになります（表9）。PTSDを含めて、今後あらゆる精神障害が出てくる可能性がありますし、慢性的なストレスで半年から1年後になって徐々に出てくるものも心配です。いわゆるハネムーン期から幻滅期への移行に対する対策をとっていかなければいけないのではないのでしょうか。

仮設住宅での孤立化のプロセスで、気づかず型、我慢型と呼ばれるような人たちへの対策について、いかにコミュニティを維持し、孤立化を防ぐための支援を行っていくのが大事なのではないかと考えています。

支援者／職員の方、保健師さんたちは現場で精力的に働いています。保健師さんへの支援も必要ですね。休むように、休みをとらせるようにという話は、一人一人に言うだけでなく、管理職に言われなければいけません。また、予防、啓発とかストレス相談とか、そういう窓口が必要じゃないかと思っています。

岩手県でもそうでしたが、宮城県の方でも、これから精神保健活動をやっていくという時には、

表9 宮城県における今後の支援の課題と見通し

-
- (1) PTSDだけが被災による精神疾患や心の問題ではない
- ・うつ病, 適応障害, 不安障害, 身体表現性障害, 心身症, アルコール関連障害, 自殺, 暴力・虐待などの増加の可能性
 - ・もともと精神疾患を持つ方の症状悪化, 再発
- (2) 急性ストレスではなく, 慢性ストレスによる精神疾患に注意
- ・慢性ストレスによる影響は, 半年~1年以上を経て出現する
- (3) 精神疾患や心の問題の顕在化や増加はこれからが本番
- ・ハネムーン期から幻滅期への移行はこれから
 - ・一般的な12ヶ月有病率は, 災害の前後で, 重篤な精神障害で2~3%→3~4%, 軽度・中等度の精神障害で10%→15~20%に増加することと推測 (WHO)
- (4) 仮設住宅, 在宅者対策の必要性
- ・孤立化による精神状態の悪化, 精神疾患の発症増加の懸念
 - ・気づかず型, 我慢型への対策
 - ・個別訪問, 継続的な支援, 顔の見える関係での支援
 - ・コミュニティの維持/形成, そのための支援・仕掛けが鍵!
- (5) 支援者/職員への支援
- ・自ら被災者だが, 過酷な勤務状況が続いている部署も多い
 - ・特に保健師への支援継続が重要
 - ・不満のはげ口として住民の攻撃対象になりやすい
 - ・慢性ストレスによる心身の障害が起こるリスクが高い
 - ・地元支援者の離脱は復興支援の痛手となる
 - ・首長を含め管理職への啓発が特に必要
- (6) 地域住民への予防・啓発活動, 早期発見が重要
- ・普及啓発と敷居の低い相談窓口や訪問相談→ストレス相談
-

外部からのこころのケアチームに依存しないと難しいですね。いつまで必要なかは正直、見通しが立っていません。各地域で連携してネットワークを作るべきでしょうが、これも不十分です。

行政の負担は相変わらず大きいし、支援者の負担や疲労の蓄積が懸念されています。外部のチームが入ったものを地元が引き受け、支援していくための安定的な財源とカリソースとかコーディネ

ートするセンターがないわけです。しかも、もともと被災地の多くは、偏見がかなり強い地域です。ですから、トップダウンでやらない限りどうにもならないのではないかと思います。

宮城県でも、救急とか総合病院対策の見通しは全く立っていません。障害者の生活の場がありませんね。地域に戻れない、入院したら退院させる場所がない状況です。退院させる時に、避難所に退院させるのか、仮設住宅を探すのか…生活の場を早急に考えなければいかんということです。

最後に今後についてです。地元では、何かこころのケアセンターみたいな「核」となるもの(図3)を立ち上げて、震災関連のこころのケアのコーディネートをし、人材派遣をし、人材育成をすることが必要になると考えています。仮設住宅には、サポートセンターができる(図4)らしいですが、ここには現実に、きちんとこころのケアにつなぐ業務、訪問看護、診療機能、交流スペースなど行われるようにして欲しいし、ここを「核」として仮設住宅、在宅者対策が行われればいいのかなと思います。

もう少し先の話になるのかもしれませんが、精神障害をもった方が生活しやすい「場」という福祉的な観点から、ワンストップ型というのか、包括型の支援センターで訪問相談などのさまざまな議論を取り持ちながら、そこを中心に精神保健やこころのケアの活動ができていければと思います(図5)。

最後に、もともとガイドラインに沿って比較的動きが早かった仙台市についてです。こころのケアチームも早くから立ち上げて、精神保健福祉総合センターが窓口になって動いていました。県とは違って、1つの市なので動きやすいんですね。行政の系列が密に連絡をとって動いています。被災者の多かった地域に、こころのケアチームを派遣し、現在、兵庫と日精診のチームが働いていますね。その他にも多くの所から協力を得て、子どもこころのケアチームも出たということです。沿岸部の地域よりは割とスムーズにいつている部分はあります。そして、比較的豊富な地元

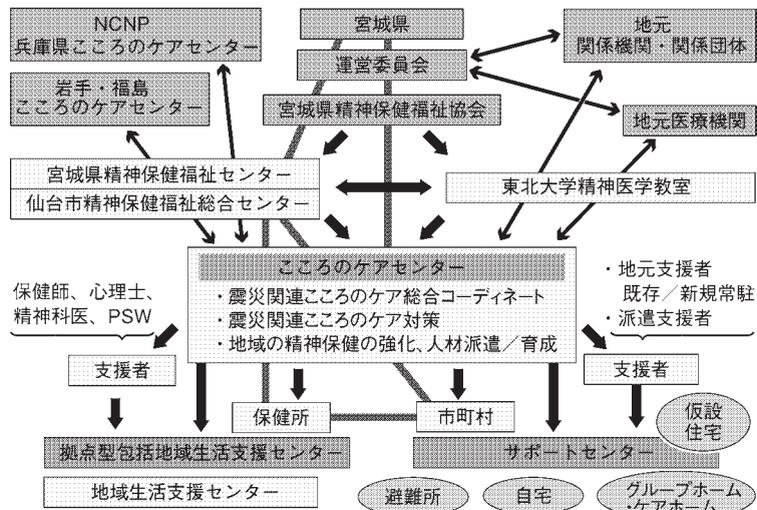
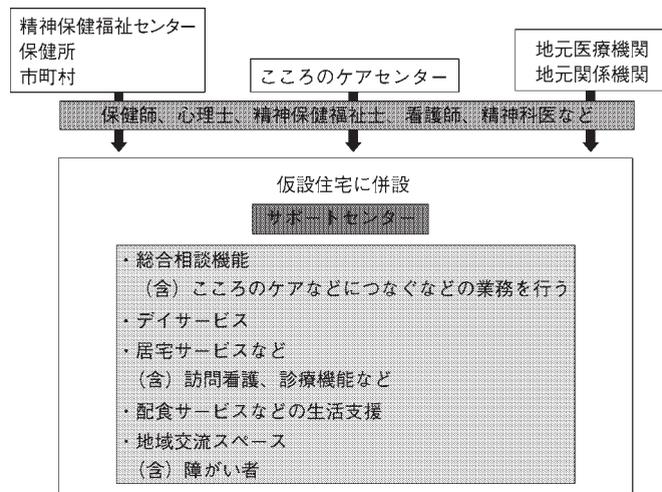


図3 みやぎ・こころのケアセンターモデル



厚労省事務通達 平成23年4月19日を参考に作成

図4 サポートセンターを介したこころのケアモデル

の医療機関にどうやってつなぐのかが課題です。もちろん、仙台市でも余震があったりしますし、都心部でも偏見はありますから、精神的な問題があってもすぐ相談に来るというわけではありません。

今後、キーパーソンへの心理教育とか、支援者

のメンタルヘルスにも力を入れるとか、相談室での常駐相談を行うとか、子どものケアが必要だということです。

以上のように、毎月毎月、見通しを立てようとして、今月こそは数ヶ月後の長期計画を立てようとしてやっていますが、実際には2週間ぐらい先の

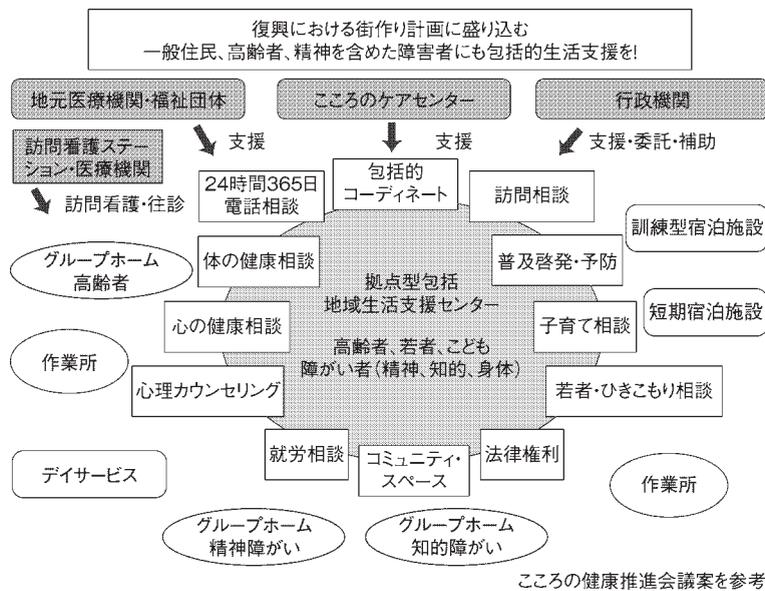


図5 拠点型包括地域生活センター（仮称）を軸とした精神保健医療福祉対策案

ことを考えてやり続けている毎日です。宮城県、仙台市は、まだまだ全国からの支援を必要としています。これからもよろしくお願ひしたいと思ひます。どうもありがとうございました。（拍手）

○三國 松本先生、ありがとうございました。具体的な話と時期を分けてまとめていただきました。続きまして、福島県立医大の丹羽真一先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○丹羽 福島県の精神保健福祉センターの畑哲信先生の話もあわせて報告いたします。

最初に、この間、地震と原発事故およびそれによる被災された人たちに対して、全国から温かいご支援をいただいておりますことに心から感謝申し上げます。

被災の状況ですけれども、福島医大では建物などの損壊はなく停電もありませんでしたが、約1週間断水しまして、不便な思いをしました。福島は、宮城、岩手と比べると報道が少ないんですが、沿岸部における津波の被害は大きなものがあります。あわせて、原発事故の影響という特殊性もあります。

3月16日には避難所が403、避難者が73,608

人でしたが、5月16日には避難所が120、避難者が7,329人となっています。一次避難（たとえば、体育館に避難したような場合）は7,520人（5月13日現在）で、二次避難（そこから先に分かれていって、旅館に避難したような場合）は16,655人（5月15日現在）です。県外に避難されている方は34,743人（5月16日現在）おります。ということで、避難者の合計は58,918人になります。福島に4,097人、郡山に2,451人、会津若松に3,656人など分散している状況です。

次に、福島県の精神科医療システムに起きた障害の状況をご報告します。

たとえば、いわき市の舞子浜病院は、新築の病院でしたが、津波の直撃を受けて、大変な状況になりました（図6）。津波の影響を直接受けたのは同院だけでしたが、他の病院も原発事故などによる影響を受けています。

福島県は、太平洋岸の浜通り、新幹線沿いの中通り、会津地方に分かれます。一番被害が大きかったのは浜通りです。精神科病院はいわき市に6つくらいあります。それから福島第一原発から30 km圏には、精神科病院が5つありますが、



図6 舞子浜病院の玄関付近に車が突っ込んでいる状況
(本田教一先生より提供)

原発から北の4つ（合計800数十床）は移住を余儀なくされまして、現在、すべて閉鎖しています。郡山市の1つの病院が建物の損害が大きかったんですが、中通り、会津地方の被害はさほど大きくなかったです。まとめますと、表10のようになります。

浜通りでは、作業所あるいはグループホームがバラバラになっているという困った事態が生じております。現在、相馬市と新地町にあるいくつかの作業所がやっと残っているくらいです。

この間の支援活動ということも含めて現在の課題についてお話しします。私たちは3月18日からいわき市の支援、3月28日から相馬の支援に入っています。混乱を避けるために厚労省、県の対策本部、県の精神保健福祉センターという流れを一本化し、私たち福島医大の者は、看護学部の精神看護の教員の皆さんとこころのケアチームを作りまして、主に相双地域といわき市での支援の2つを受け持ってやってきました（図7、表11）。

現在、避難所回り、自宅訪問、それから4つの病院が閉鎖された相馬市では公立相馬総合病院に臨時の精神科外来を開設し、全国の先生方のご支援をいただきながら診療を継続しています。それから、乳幼児健診で、母親と子どものケアをやっております。長崎大学や広島大学の方々の協力を

表10 福島県における精神科医療システムに起きた障害の状況

1. 浜通り（太平洋沿岸部）の精神科病院の1つが津波の被害により、中通り（東北新幹線沿い地域）の精神科病院の2つが地震により病棟使用が不可能になった。
2. 原発事故により浜通りの精神科4病院が閉鎖を余儀なくされた（約800床）。
3. 震災による直接的な影響（断水、停電、交通遮断など）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、震災後約1ヶ月は浜通りの精神科病院・クリニックを中心に休診し、現在に至るも入院患者の県外地域・県内他院への移送と病棟の縮小あるいは閉鎖を必要としている。

得ながら、捜索などにあたっている消防隊員などのこころのケアに取り組んでいるのが現状です。

福島の場合は、放射能被曝のことが特別な精神的問題として深刻な影響を与えています。ただ、浜通りや中通りでは、放射能恐怖で受診する人はどちらかというとい少ない印象です。これはマスコミの人に聞いた話ですが、県内でも原発から離れた地域の人のほうが放射能不安を口にする人が多い傾向があるのではないかと。東京では、放射能恐怖で受診する人がいるという話も聞きましたが、離れるほど漠然とした不安がまさるのかなと考えましたが、どうでしょうか。

今までに例のない事態です。私たちは、主にどういう心理的な影響が出てくるかに注意しながら継続的にみていく必要があります。強制避難ということで、その場にいられない状況が出ていますし、展望の見えない生活の不安が今後、精神的な問題につながってくる可能性が大きいのではないかと考えています。

現在抱えている課題を整理しますと、まずは、いわき市における精神科病院の機能回復です。入院患者さんを他に移している所がいくつかあります。次に、相双地区の4病院の閉鎖を受けての新しい精神科医療サービスシステムを構築することです。それから、被災者、避難者の継続的なこころのケアです。これはPTSDや、最近ではアルコール問題が多いんですが、とにかくケアを継続

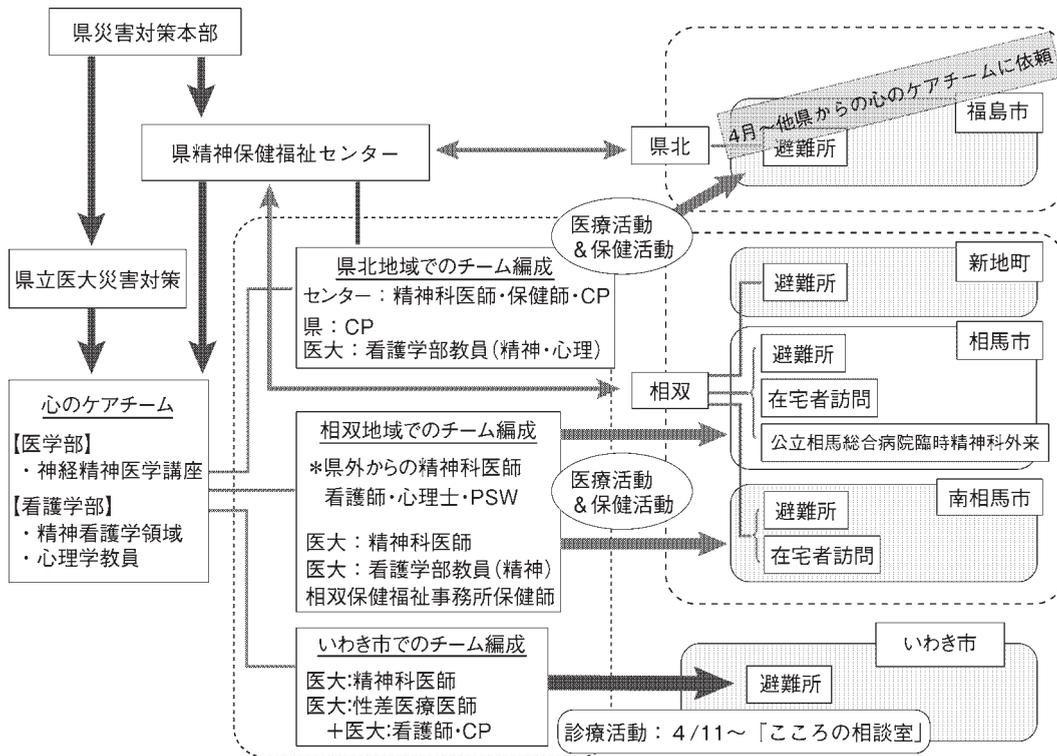


図7 福島県におけるこころのケアチームとしての活動・連携状況 (福島医大看護学部精神看護学の作成)

表11 福島医大のこころのケアチームの活動

1. 厚労省-福島県 (障がい福祉課) -県精神保健福祉センター-福島医大のラインで浜通り (太平洋沿岸部) を担当
2. 3月18日からいわき市と相馬市にて活動
3. 全国からの機関・個人による支援を受け、福島医大・こころのケアチームとして活動していただいた、さわ病院、国立精神神経医療研究センター、松沢病院、成増厚生病院、独協医大、九州大、昭和大、横浜市大、医科歯科大、東京医大、長崎大、栃木県、茨城県、群馬県、石川県、福井県、滋賀県、長崎県、東京都、多数の個人
4. 避難所回り、自宅訪問、公立相馬総合病院の臨時精神科外来での診療、乳幼児健診
5. 消防隊員、警察官などの健診

することが必要です。それから、地震や津波がこころに与えている影響が大きいのは子どもですし、たとえば、原発事故による子どもの行動制限があ

りますので、今後、こういった問題が子どものこころに与える影響やそのケアに注意を払う必要があります。最後に、放射能被曝への不安に対するケア、支援者あるいは救助者のメンタルヘルスを保つことなどが現在抱えている課題です。

解決の方向です。相双地区における新しい精神科医療サービスに関しては、いろいろな意見がありえると思いますが、現実の問題として、新しく病院を建築する動きは今のところありません。ですから、外来、アウトリーチを主とするシステムの構築が実際的なんだろうと思います。現在、全国有志の皆さん方のお知恵をいただきながらミーティングを重ねて、7月末までには青写真を作っていければと期待しております。

それから、避難者をフォローし、ケアできる保健師を核としたようなケアのネットワーク作りが必要だろうと思います。それから、子どものこ

ろの長期的なケアプランを作り、それを担うチーム作りを進める必要があります。それから、放射能のメンタルヘルスに及ぼす影響を長期にわたって調査し、対策を講じるためのセンターも必要だろうと考えています。

望みたいことは、ご支援をいただければお願いしたいことなのですが、1番目は、相双地区に新しいシステムを作っていくために知恵とマンパワーをお貸しいただきたいこと、2番目は、特にケアが必要とされる子どものこころのケアに専門家の継続的な支援をお願いしたいこと、3番目は、放射能被曝による影響を調査して対策を講じるために専門家の知恵を貸していただきたいことです。以上です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

○三國 どうもありがとうございました。3人ともご自身も被災しながら支援する中、ここまで情報を整理し、問題点を挙げ、今後の解決方法についての提言までまとめていただきましてありがとうございました。プログラムを進めたいと思います。

2) 日本精神神経学会の取り組みの報告

○三國 続きまして日本精神神経学会の取り組みの報告ということで、秋山剛先生、よろしくお願ひします。

○秋山 それでは、①対応の経過報告、東日本大震災対策本部といろいろな連携組織の紹介、③すでに報告がありました課題の推移と今後の課題について、私たちが考えるところを簡単に報告させていただきます。

3月11日に地震が発生した後、3月13日に、金吉晴先生に対策委員長に就任して欲しいと要請し、承諾をいただきました。3月15日には、学会ホームページに「被災地の皆様へ・医療支援の皆様へ」のアナウンスを掲載しました。私は3月16日にたまたまジュネーブにいましたので、WHO本部で、今後どういう方針で対応したらよいかということについて会談し、IASCガイドライン短縮版を入手いたしました。現在、この20

ページほどの短縮版の日本語訳を精神保健研究所で作成中です。完成次第、学会ホームページなどにアップしたいと考えています。

3月17日に対策委員会準備会議が開催されました。3月19日には理事長補佐会議で「もう少し実務的な活動を行う対策本部を設置したほうがよいのではないか」という方針が話し合われ、3月23日に第1回の東日本大震災対策本部会議が開催されました。

3月25日には、三國先生にお手伝いいただきまして、宮城県に向精神薬(白澤先生から連絡をいただいてご依頼のあったもの)を発送する依頼をかけました。実際に届いたのは数日かかったようですね。

3月26日には、精神保健従事者団体懇談会で、佐藤忠彦先生から当学会の取り組みについて報告していただきました。

3月31日には、学会ホームページ上にて第107回総会の延期(主な部分は10月に延期)を発表し、川副先生がずっと管理していました「東北支援メーリングリスト」を対策本部で引き継がせていただきました。

4月1日には、放射能が実際に健康に被害を起す問題があるのではないかとという内容で、世界精神医学会(WPA)の理事長やスリーマイル島とかチェルノブイリ事故をフォローしているEvelyn Bromet、金先生、中島先生、鈴木先生と私で電話会議をしました。どういう援助が必要かということについても話し合いを行いました。

4月6日には第2回の東日本大震災対策本部会議が開催されました。4月16日には、私が世界精神医学会(WPA)の常任理事会で当学会の対応について報告を行いました。4月25日に第3回の会議を行いました。5月11日に第4回の会議、そして、本日(5月21日)ワークショップが開催されまして、来週の水曜日(5月25日)に第5回の会議が予定されています。

対策本部と連携組織について表12に示しました。まず被災各県の精神保健福祉センター、大学の先生方に情報を教えていただきます。遠隔です

表12 東日本大震災対策本部・連携組織

- ・被災県(精神保健福祉センター, 大学)
- ・日本精神神経学会
- ・全国自治体病院協議会
- ・国立精神医療施設長協議会
- ・講座担当者会議
- ・日本精神病院協会
- ・日本精神神経科診療所協会
- ・日本総合病院精神医学会
- ・国立精神・神経センター精神保健研究所
- ・厚生労働省
- ・多文化間精神医学会
- ・日本児童青年精神医学会
- ・日本精神障害者リハビリテーション学会
- ・日本社会精神医学会
- ・日本精神科救急学会
- ・日本家族研究・家族療法学会
- ・日本心身医学会
- ・日本トラウマティックストレス学会
- ・兵庫県こころのケアセンター
- ・日本赤十字社
- ・日本精神保健福祉士協会
- ・日本精神保健看護学会
- ・日本臨床心理士会
- ・日本病院薬剤師会
- ・東京英語いのちの電話

ので、ウェブ会議で参加して情報をいただいています。当学会が組織していますが、ご存じの先生方も多いとは思いますが、全国自治体病院協議会と国立精神医療施設長協議会は、災害救助法に基づいて即刻援助に入るという法律的定めになっており、すぐに援助に入られました。あとは日本赤十字社の3つです。講座担当者会議は、それよりほんの少し遅れましたが、実際にはチームを派遣した主力としては最も多くのチームを派遣しています。それから、日本精神病院協会、精神神経科診療所協会、そして総合病院精神医学会、当学会を含めたこの7団体は、いわゆる七者懇を構成していたわけですね。また、他の団体にも連携組織として加わっていただいています。

国立精神・神経センター精神保健研究所の先生方には対策委員会、その専門家としてのアドバイザーとしてご指導いただいています。厚生労働省の担当の方に対して動きを報告するようにしま

した。外国人は災害弱者ですので、多文化間精神医学会に対応をお願いし、日本児童青年精神医学会の先生には子どもへの対応の援助をお願いしています。

それから、復興が視点に入ってきていますので、最近、日本精神障害者リハビリテーション学会と日本社会精神医学会にも加わっていただきました。日本精神科救急学会は、澤先生が当初から活動していただいています。家族への援助ということで日本家族研究・家族療法学会、それから日本心身医学会にも加わっていただいております。

加藤寛先生には、日本トラウマティックストレス学会、兵庫県こころのケアセンターを代表して、神戸の経験を話してもらっているだけではなく、現地に実際に行っていただいていたアドバイスをいただいています。

日本赤十字社は、当初から活動されていますね。

最初は七者懇が集まればいいかと思っていたのですが、すぐに精神科医だけでは限界があるということがわかって、他職種との共同委員会を通じて、日本精神保健福祉士協会、日本精神保健看護学会、日本臨床心理士会、さらに日本病院薬剤師会にもお願いしました。私、薬剤師さんは災害援助の時に必要かどうか疑問に思っていましたが、実際にお話を聞くと、たとえば処方記録をなくした患者さんに剤型を見せて服用していた薬を確認するとか、分包機が壊れて動かなくなった病院で薬剤師さんが手動で薬を詰めるとか、そうした役割は大きいんだと勉強になりました。

あと、もう1つ。外国人支援ということでは、東京英語いのちの電話(NPO)にも加わっていただきました。

これらの組織連携の目的は、災害援助の時、どうしても情報が錯綜してしまいますので、現地の先生から情報を教えていただき、それを共有し、もし可能であれば、活動計画についても調整することです。会議は2週間に1回、18時半から始めまして、最初は4時間もかかりましたが、最近では3時間程度で終わるようになりました。場所は当学会の事務局でして、遠隔の先生にはウェブ

表 13 われわれの課題の推移と今後の課題

<ul style="list-style-type: none"> ・急性期：こころのケアチーム派遣の情報交換 ・中長期計画の検討 ・年単位の人的支援・協働 ・人材流出→人材回帰・補填 ・巨大な被害→再建・新たな構築，多方面にわたる対応の必要性 ・他職種・他科スタッフ・非医療関係者との協働
↓
<u>日本精神神経学会・関係団体の総力を結集した対応</u>

で会議に参加していただいています。

では、私たちが思う課題の推移、今後の課題に移ります（表 13）。急性期では、こころのケアチーム派遣に関する情報の交換が課題でしたが、第 3 回の会議からは中長期計画についての意見も交換されています。

今後、年単位の人的支援や協働が必要になると思います。私は福島県のいわき市の出身です。ということは、私はいわき市から東京に人材流出しているわけです。私に限らず、東北から東京などに出てきている人材はたくさんいますよね。被災県では人材が足りません。流出している人材をどうやったら回帰したり、補填したりして協力することが可能なのかは喫緊の課題と考えています。

今回、巨大な災害、被害ですので、これまでの機能を再建することも必要ですし、新たな構築も必要です。多方面にわたる対応が必要だと思います。決して精神科医だけでできることではなくて、精神医療にかかわる他の職種との協働も、他の科のスタッフとの協働も必要でしょう。もっと言えば、メディアとか行政とか、医療でない関係者との協働も考えていかなければならないと思っています。

いずれにしても、当学会および関係団体の総力を結集して対応を進めていかないと、この災害に対して対応できないかなと考えています。（拍手）
○三國 短時間で、活動の総括をしていただきました。ありがとうございました。

3) 基調講演

大規模災害時のこころの支援——自然災害と放射線事故

○鹿島 それでは、基調講演に移ります。はじめは、国立精神・神経医療研究センターの金吉晴先生です。よろしくお願いいたします。

○金 まず、被災された皆様に心からお悔やみを申し上げますとともに、現地で活躍されている先生方、本当にご苦労さまでございます。

本日、私が申し上げることは一般論ですので、必ずしも現地の個別の事態にあてはまるとは限りません。また、本学会のホームページにもリンクを張っていますが、震災に関する情報サイトに多くのガイドライン、マニュアルを出しておりますので、ご関心のある先生方はご覧いただきたいと思えます。

最初に、災害時の精神保健医療対応の一般論を述べ、それから、とかく話題に出ることが多い PTSD について、最後に、原爆や原子力に関する不安についての先行研究を紹介いたします。

〔災害時の精神保健医療活動〕

これには、大きく 2 つの方針があります（表 14）。1 つの方針（多数対応）は、アウトリーチ活動などのレジリエンス（回復力）に基づいたポジティブな働きかけをすることです。以前は、すべての被害者に対して「あなたはトラウマを負っているかもしれません。大丈夫ですか。援助を受けて下さい」という働きかけをしていましたが、そういう働きかけは必ずしも住民のためになりませんね。海外の研究でも、すべての住民に一律に心理教育をすると、かえって精神健康を悪化させてしまうという報告も出ています。しかしながら、一部の、自分ではなかなか治っていかない方に対しては、もう 1 つの方針（個別対応）である、個別に何らかの形で関係を作ってフォローしていくということが必要になってきます。

災害直後の数日間では、現実不安型と言いました、実際の被害の程度がわからないことや、日々の生活ストレスなどによって不安が生じます。こ

表 14 災害時における地域精神保健医療活動の方針

- (1) 一般の援助活動の一環として、地域全体（集団）の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させるための活動
→アウトリーチ活動・災害情報の提供・一般的な心理教育・比較的簡単な相談活動
- (2) 個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動
→スクリーニング・受診への動機付け・個人的な心理教育・専門医への引き渡し

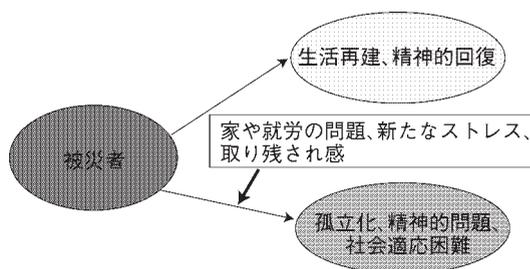


図 8 被害者の回復の二極分化

れが激しくなると、取り乱し型ですね、読んで字のごとくです。あと、少しわかりにくいのが茫然自失型です。将来、PTSDになる方は、7割が取り乱し型、2～3割が茫然自失型です。専門的には、解離症状といってよいかもしれません。こうした不安の多くは正常な反応です。これは原子力災害においても同じで、起こるべき理由があって生じた不安を、直ちに治療の対象にするのはナンセンスでしょう。多くは不安を抱えて、しかし「住民の皆様とのきずなを保ちながら乗り越えていこう」という対応になると思います。ただ、一部明らかに精神科の診断がつく場合（パニック発作や錯乱状態など）は、要対応です。住民の不安は、保護的な環境さえ十分に整えば、多くの場合、自然に軽快していきます。

現在、急性期は過ぎましたが、その時の住民のニーズに応じた人が駆けつけ、可能な限り見守りをし、心理的な応急処置といって、「何かをするというよりも変なことはしない」ということに尽きると思います。そして、できるだけ早い時期に住民の顔を見て回って歩き、必ずしも心のケアではなく、何らかの役に立ちたいという意思を伝えることが大事です。

私の知り合いに、急性期に被災地に行って、精神科医ということは名乗らずに瓦礫を除去するボランティアだけをして帰ってきた先生がいますが、これはすばらしいことだと思います。専門的知識をもった人が一般的な援助をすることは大変効果的でした。米国の PTSD の治療研究でも、一切トラウマに触れずに日常的な問題を話し合うだけ

でもかなりよくなったという報告もあります。

見守りについて補足しますと、現場に入る一般の援助者が住民を見て、「この人は大丈夫なのかな。ちょっと取り乱しているのではないか」という形で見守りを続けます。その中で、できればチェックリストを用いたりして、医療関係者に引き渡しをするという流れができれば理想的だと思っています。

図 8 はよく知られていますが、時間がたつにつれて、被災者が二極分化していくことを示しています。中井久夫先生は、適応できていく人とどうしても回復から取り残されてしまう人に分かれてしまうことを「はさみ状格差」と表現しました。こういう方たちを今後数ヶ月、数年単位でどのように支えていくかが課題になると思います。

次に、図 9 もよく知られていますが、最初は茫然としています（茫然自失期）が、頑張ろうという時期（英雄期、ハネムーン期）をへて、ちょっと疲れが出て、だめかもしれない（幻滅期）となって、そこからさらに頑張ろうという時期（再建期）になります。とかく世間で注目されるのは英雄期ですね。

でも、地元で本当に重要となってくるのは幻滅期です。鈴木室長と私は、3年前の中越大地震の被災者のケアをどうするかということを話し合うために、ちょうど新潟に来ていました。その2日後に、また地震が起きまして（新潟中越沖地震）、「今こそこのケアが必要だ」と言われ始めましたが、3年前の地震の住民たちのことを口にする人はほとんどいませんでした。しかし、地元で

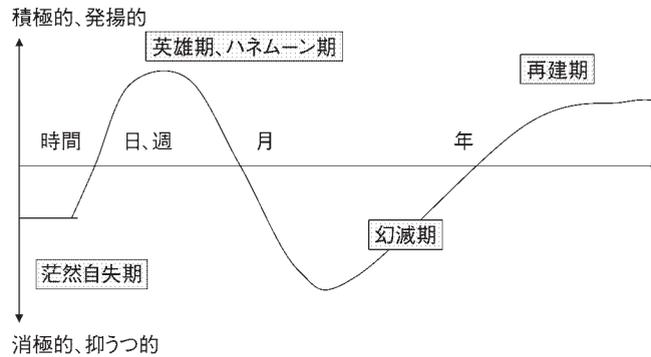


図9 災害と心の回復の時間的経過 (Zunih & Myer, 2000)

表15 多面的なケア

<ul style="list-style-type: none"> ・体のケア ・生活環境の整備 ・危険からの隔離 ・社会的な支え ・鎮静 ・(必要な場合) 投薬 ・感情や対人関係の変化についての心理教育 ・個別の医療, 心理的援助 ・継続的医療, 心理治療 	}	安全 安心 安眠
---	---	----------------

はそこが重要になってきます。もちろん、全員が専門的サービスを受ける必要はありませんが、基本的なサービス、地域サービス、そして非専門的な医療サービス…というように、少しずつ上のほうにリファーしていく流れが必要でしょう。

トラウマケアというと、何でもかんでも心で触れなくてはいけない、トラウマの話をしなくてはいけないと思込んでいる人が多いのですが、そんなことはありません。表15にあるように、治っていく環境を作ることが何よりも大事です。安全、安心、安眠を確保し、清潔処置、安静処置をするということです。こういう保護的環境が全くない時にトラウマを聞き出すとか、侵襲的な介入をすることが問題になります。

援助者の精神的健康については、現地では本当に大変だと思います。とにかく急性期は頑張ろうとみんな思うわけですが、この頑張りが慢性化してしまうと、どこで引いていいかわからなくなり、

使命感と現実の制約との間で葛藤が生じるようになることがあります。住民から感謝されるとは限りません。怒りをぶつけられてしまうこともあります。災害現場を目撃することによるトラウマ反応を生じることもあります。援助者自身も、あるいは家族も被災者である場合があります。他地域から出向した方は、出向に伴う生活の不規則化などがストレス要因になります。

ところで、地震がない時に精神疾患はどれぐらいあるか、世界精神保健(WMH)で川上憲人先生らが行った調査を紹介しましょう。PTSDは生涯有病率1.1%、12ヶ月有病率0.4%とあまり多くありませんでしたが、いずれかの気分障害は生涯有病率10.8%、12ヶ月有病率3.1%と、地震がなくても比較的多い結果でした。ということは、パーセンテージをこの程度に下げるのが現実的な目標になると思います。震災の後も、通常と同程度にもっていきることが、とりあえずの目標になるのではないのでしょうか。もちろん、精神医療をさらに充実させて、この数字をさらに下げねばなりません、それはまた別の目標でしょう。

〔PTSDの診断と治療〕

PTSDをどのように扱うかについてみてみます。多くの先生から指摘がありますように、誰もがPTSDになるわけではありません。それから、PTSDになっても必ずしも慢性化するわけでもありません。要するに、トラウマというのはスト

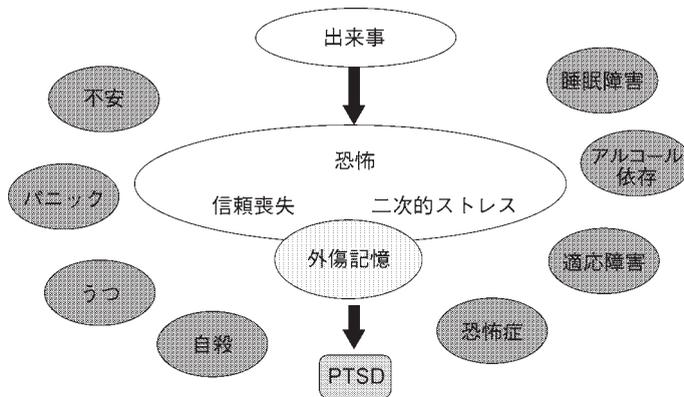


図 10 ト라우マとさまざまな精神障害

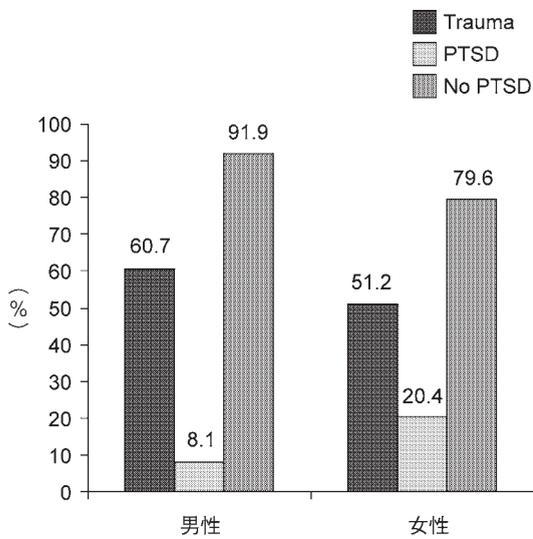


図 11 米国における男女のトラウマと PTSD の有病率 (Kessler, 1995)

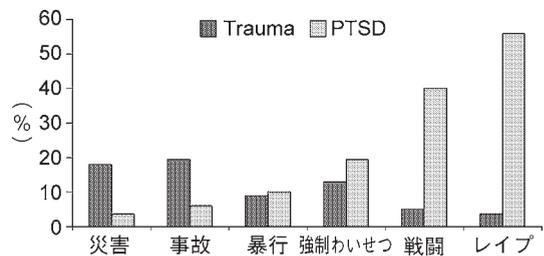


図 12 PTSD の発症率はトラウマの性質に影響を受ける (Kessler, 1995)

レスの一種ですので、身体疾患を含めて、ストレスに関連するさまざまな精神疾患（不安、パニック、うつ、アルコール依存、自殺企図、PTSD など）が生じてきます（図 10）。

続きまして、米国の Kessler の調査結果です。男性の 60 %、女性の 51 % がトラウマティックな出来事を体験しますが、男性の場合はこのうちの 8 %、女性の場合はこのうちの 20 % が PTSD になるにすぎません（図 11）。PTSD になった人の

内訳ですが、災害の場合（体験者は 20 % 弱）、そのうち PTSD になる人は数%ですし、レイプの場合（体験者は数%）、そのうち PTSD になる人は 50 % 以上と非常に高いです（図 12）。

表 16 にありますように、PTSD の合併症はさまざまなものがありますので、うつ病や不安障害をきちんと診ていれば、PTSD はその中に入ってくるでしょう。先日、PTSD の専門家が足りないんじゃないかと新聞で報道されましたが、私の意見としましては、日常の診療で不安や抑うつを診ていれば、そこで PTSD はカバーされてくるのではないかと思います。

次に、侵入症状の鑑別診断についてです。侵入症状というのは、記憶に対する恐れです。それから、全般性不安といって、いろいろなことが不安になります。不特定の対象、現実的なものへの恐

表 16 PTSD による合併症の増加

	%割合	
	PTSD	非
PTSD		
精神疾患		
全般性不安障害	53	9
大うつ病	30	4
身体化	12	0
薬物乱用/薬物依存	9	1
身体疾患		
気管支喘息	13	5
消化性潰瘍	13	4
高血圧	31	18

れとなれば、恐怖症です。非常にまれに、あり得ないことに対する恐れがありまして、妄想反応が出ることもあります。このように鑑別していくと、PTSD とそうでないものが区別できると考えます。

PTSD の治療は、SSRI を中心にした薬物療法と、いくつかの認知行動療法〔持続エクスポージャー療法 (PE)、眼球運動による脱感作と再処理 (EMDR)、認知処理療法 (CPT)、トラウマ焦点化療法 (TFT)〕が推奨されています。

米国の学術会議で推奨されているのは唯一、持続エクスポージャー療法 (PE) だけなのですが、これには裏話があります。米国には、ベトナム戦争の帰還兵士を対象にした研究が多いんです。ハーバード大の Mellman 教授から、治療抵抗性の PTSD の人を対象とした研究を分けるべきじゃないかという意見があって、民間人の PTSD に対しては、SSRI は効果的（十分とは言えないけれども）と示唆されるという結論が出ています。

そして、Cochrane Review では、「PTSD 治療では薬物療法が重要な役割を果たしていることについて、臨床的な意見が一致している」ときちんと検証されています。薬物療法のアルゴリズムについては、私どものホームページをご覧ください。SSRI での改善率は約 20% ですが、民間人を対象にした場合には、おそらくもう少し高いことが予想されます。

持続エクスポージャー療法 (PE) については、私どもの RCT が終了し、満足すべき結果が出ています。これをお見せする時間はありませんので、今回は、エクスポージャー療法 (PE) を通じて私どもが考えている PTSD モデルを紹介します。

PTSD ではトラウマ記憶が充進することがよく言及されますが、実際には、「思い出したくない、回避したい」という気持ちが働きます。トラウマ記憶があると、解離機制によって基本的にボーッと生きてきて、その中の一部分が非常にはっきりと思い出されるようになります。ですから、はっきりわかる部分と、全然どうなっているかわからない部分とが混じっているのです。記憶を断片化することによって必要以上に恐くなってしまいます。あるいは、どう対処していいかわからないので、「どこへ行っても危険じゃないか」、「自分は何もできないんだ」と思い込んでしまって、悪循環になるわけです。治っていくというのは、日常のおしゃべりでも何でも結構なので、いろいろな話をしていく中で、トラウマ記憶に触れ、「こういうことがあったんだな」、「自分はこういう目に遭ったんだな」ということがわかってきます。全体像がわかるようになります。この瞬間、ちょっと嫌な気持ちになったり、症状が悪化したりすることがあります。しかし、全体的なものがわかってきますと、ここからプロセッシングが進んでいって、一般的な記憶の中に入って、回復していきます。——私どもが考えているのは、そういうモデルであります。

基本原則としては、安全な場所で、トラウマ記憶について徐々に触れていくのは間違いではありません。ですから、トラウマに対する恐怖があって、どうしようもない無力感とそこから出てくる解離性障害や、恐怖とそこから出てくる恐怖症に近いもの（心臓神経症、ダコスタ症候群など）があって、この2つが入り組んでいるものが PTSD だと考えることができます。そうすると、記憶に触れて恐怖を感じると解離してしまい、記憶が処理されませんから、またその記憶が出てきってしまうという悪循環になるわけです。

したがって、トラウマ記憶に触れたらいいんじゃないかということになりますが、注意が必要です。あくまで安定した治療関係の中で、きちんと手順を踏まなければなりません。たとえば、とかくトラウマに触ればいいんだという風潮は危険だと思いますね。重度のトラウマに対して、単回の治療で直面化することが有効だというエビデンスは1つもありません。どのような直面化であっても、安定した治療関係の中で行うべきです。直面化の副作用としては、自殺念慮、解離、いわゆるフリージング (freezing)、自責、混乱が生じるからです。

たとえば、芸術はトラウマを治すんだというのは根拠がありません。正確に言いますと、「芸術表現を媒介にした対話によって治療関係を作っていく」ということが重要です。たとえ芸術であっても、不安に直面することの有害作用はあります。これについては10年以上前に、米国の心理学会からガイドラインが出ていまして、言葉にすることができない子どもを相手に絵画表現を使うことは認めています。安定した構造を使うべき、使う表現もコラージュ、クレヨンなどの安定した媒介を使うべき、ということになっています。また、絵の具を混ぜた瞬間に思いがけない怖い色になって子どもがパニックを起こしてしまうことがあるので、水彩や油彩を使ってはいけないとも書いてあります。

実際に、東北の各地で、いろいろな団体によって絵を描くことが試みられていますが、不安に直面した時の対応をきちんと考えておかないと、有効な治療介入にはならないと思います。

〔複雑性悲嘆〕

次に、複雑性悲嘆すなわち「普通ではない悲嘆反応」について解説します。まず、悲嘆反応が長期化し、なかなか適応プロセスに乗らないということがあります。それから、「もう治ったのではないか」、「落ちついたのではないか」という時期外れの時に、悲嘆反応が出現します。幻覚、妄想、意識障害が出たり、うつ状態や不安といった精神

表 17 悲嘆が複雑化・長期化する要因 (佐藤, 2001)

・死別状況	突然の予期しない死, 事件など暴力的な死, 遺族や死者に責任がある場合
・遺族と死者の関係	死者との依存的な関係, 愛憎半ばするアンビバレントな関係, 子どもの死, 配偶者の死, 幼い子どもを残した母親の死
・遺族の特性	繰り返し死別を体験する, 身体的・精神的な障害を有する, 依存的な性格, 不安定な性格, 自己評価の低さ
・社会的要因	家族・親戚・友人が少ないなど孤立した状況, 経済状態の悪さ, 社会的地位の低さ, 仕事にやりがいがない, 幼い子どもがいる, 被介護者がいる
・2次被害	マスコミ取材, 警察, 司法関係者, 医療関係者からの冷たいぞんざいな対応, 未熟な治療者による悲嘆の軽視, 近隣の風評など

障害を合併したり、症状の程度がかなり強くなります。中には、わかりにくいのですが、仮面悲嘆反応というのがあって、身体反応や行動になってあらわれるということもあります。

なぜこういうふうになってしまうのでしょうか(表 17)。死別状況が悲惨すぎて、自分では処理できないということがあります。特にご家族の損傷死体を目撃するとか、助けられなかった落度が自分にあるのではないかと思ってしまうとかです。それから、遺族と死者の間のいろいろな関係、たとえば、生前仲たがいをしていたとか、ちょうどその日の朝に喧嘩をしたとか、いろいろなことがあります。そういう場合は、なかなか処理ができません。また、ご遺族の特性として、精神的に弱いという方もいらっしゃいますし、社会的要因として、お互いに支え合う人がいない、サポートがないということもあります。2次的にトラウマが与えられてしまうということもあります。

それから、PTSDや複雑性悲嘆というのは、実際の患者さんは全く普通に生活していますので、周囲の方にはたぶんわからないと思います。かなりの方はトラウマを抑制して生きています。避難

所では普通に振舞っている方が、夜中、外に出て号泣しているというようなことがあるわけです。したがって、こちらが受け止める構えを作って話を聞かないといけないと思います。自分自身が恐怖を体験したことに加えて、「どうして自分が助けられなかったんだろうか」という負い目をもってしまったり、それから、トラウマの恐怖は忘れたいのだけれども、トラウマ的な体験の中で亡くなった方のことは忘れたくないという大きなジレンマがあったりするわけです。そうすると、どちらのほうに処理を進めていいかわからないということになります。

複雑性悲嘆も併存症が多いですね。何らかの精神障害の併発は75%（そのうち、うつ病が55.3%、PTSDが48.5%）と多くなっています。今回は省略しますが、使いやすいスクリーニング・ツールがあります。

遺族への心理的ケアとしては、一般的な支援、通常の悲嘆に対する支援、複雑性悲嘆に対する治療などが考えられます。まずは、SSRIなどの薬物療法、それから保護的な環境を提供することによって自然の回復を待つことが有効なのではないでしょうか。しかし、認知行動療法的なリソースもある程度充実させないといけないでしょう。

複雑性悲嘆治療（CGT）は、週1回のセッションで16回ほどかかります。心理教育、悲嘆モニタリングなど、いろいろなことで構成されます（表18）。ただ、こうした方法でなくても、先生方は、日常臨床の中で小出しにしていけるし、そこそ役立つのではないかと思います。

〔原子力災害に関する話題〕

最後に、原子力災害に関する先行研究を紹介します。今回の原子力災害は進行中ですので、どこまで精神医学的に扱えるのかが私としてもよくわからないところもあります。現実の危険や脅威があるときに、それに伴う不安をすべて精神医学的に取り扱ってもよいのかということもありますが、ここでは2本の研究を紹介しながら考えてみたいと思います。

表 18 複雑性悲嘆治療

・心理教育：	動機づけ、病者役割、症状理解
・モニタリング：	自分を観察できるように、悲嘆の波を知る
・重要な他者：	孤立からつながりへ、治療の補助
・人生の目標：	故人がいない人生の生き甲斐を見いだす、生活の幅と楽しみの活性
・想像再訪問：	感情処理。死の記憶に行き来できるように死の最終性を認識する。罪悪感など否定思考の変化
・状況再訪問：	回避行動の除去、生活の幅と楽しみの活性
・思い出：	故人の再配置。共有することで、生き生きと感じられる「心の中でも生きていく」「よく思い出せるように」
・想像の会話：	故人の再配置。罪悪感など否定思考の変化

1つ目は、Brometのチームが行ったチェルノブイリの研究です。事故後2年以内に現場に入ってクリーンアップワークをした方々の比較対照研究です。サンプルはクリーンアップワーカーを約1,000名のリストから無作為に層別化抽出しています。最終的な協力率が70%ぐらいですね。コントロール群は、この時この地域で行われた他の調査研究のデータの中からマッチングさせて抽出しています。アセスメントはCIDI、面接ベースでやっています。

デモグラフィック・フィーチャーには大きな違いはありません。

精神疾患についてですが、うつ病性障害では、事故以来現在までを見ますと、クリーンアップワーカーが18%で、コントロールが13%と若干差があります。ここ12ヶ月間ですと、14.9%と7%で大きな差があります。不安障害もPTSDも同様でして、この12ヶ月では大きな差があります。一方、アルコール依存ではあまり差はありません。

この事故以来現在までの18年間の累積的な精神疾患の有病率には大きな差がないんですね。しかし、現在においては非常に大きな差があるということは、回復傾向が弱くて、慢性化しているのではないかということが推測されると思います。

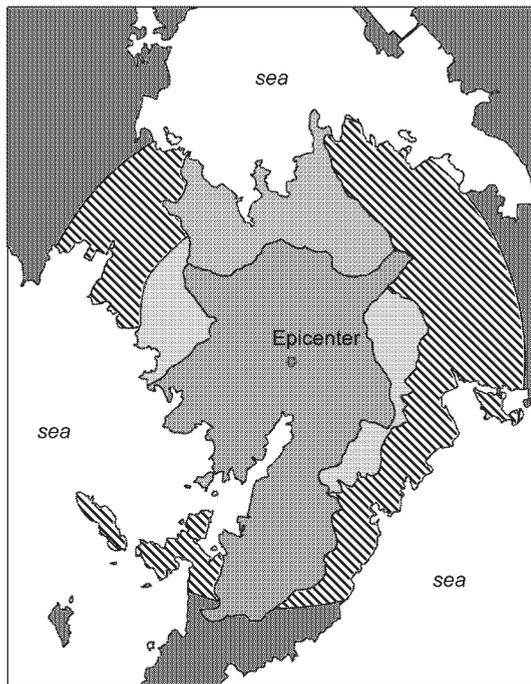


図13 長崎県の地区分け

また、クリーンアップワーカーで、気分障害になった人、ならなかった人で見ると、気分障害になった人は仕事を休むことが増えていますが、コントロール群では気分障害のあるなしでは変わりありません。PTSDについても、クリーンアップワーカーでPTSDになった人は仕事を休むことが増えています。ですから、疾患のもたらす社会的な影響に差が出てくる可能性が強いと考えられています。

2つ目は、私どもが長崎市の（政府の調査で）「被爆はなかった」と言われている地域で行った調査です（図13）。ところが、住民は、「被爆をしたのではないか」という不安が強いのです。厚生省に検討会が設置され、調査を実施しました。原爆体験に起因する精神的な影響が実際にあるのかどうかという調査です。

体験群は、原爆投下時に当該の地域にいらっしやった方で、年齢で層別抽出しました。長崎市の別の調査で、どれくらい光、熱、風を体験したか

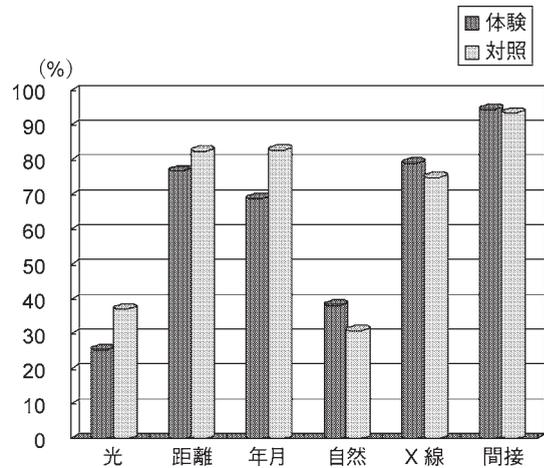


図14 原爆に関する知識の比較について

という調査データがありましたので、その強さによっても層別抽出をして、性別をかけて、合計30セル作りしました。30セルからストラティファイド・ランダムマイゼーションで抽出をしました。

コントロール群は、昭和25年から昭和35年までに外からこの地域に移住してきた方です。したがって、原爆体験はしていませんが、その地域にずっと居住していましたから、地域におけるライフイベントは共有しているので、性と年齢を一致させて、また地域も一致させて400人ぐらいを抽出し、実際にドロップアウトがあった、300人前後を比べました。年齢と教育歴、そして職業歴に多少の差がありました。実際に居住している人の数、原爆の影響を受けた家族の数、原爆の時に家族を失った人の数は、ちょっと差が出ています。

そして、ちょっと驚いたのは、原爆に関する知識です。図14は正答率ですけれども、「原爆の光は放射線とは関係がない」ことを正答したのは25%しかいませんでした。ということは、この地域の75%の方は、50年以上も「光を見たら被爆なんだ」と思い込んで生きてきたというわけです。それから、「自然界にも被曝はある」ことを知っていた人は40%にすぎませんでした。体験群の方は原爆に対する関心が強いので、正確な知識を持っていることが予想されましたが、結果

は逆でした。また、「自分は原爆投下時にどこにいたと思いますか」については、爆心地から明らかに被爆したところにいたと思っている方がほとんどだったのです (図 15)。

以上のことを反映して、GHQ 28 をアウトカムしましたが、ハイリスクの方もトータルスコアも大きな差が見られまして (いずれも $p < 0.001$)、被爆体験者の精神健康は悪いのだという結果が出ました (表 19)。これを多変量解析しますと、被爆体験しているかどうかのオッズ比は 5.26 でした。しかし、それ以外にも、原爆に対する知識の

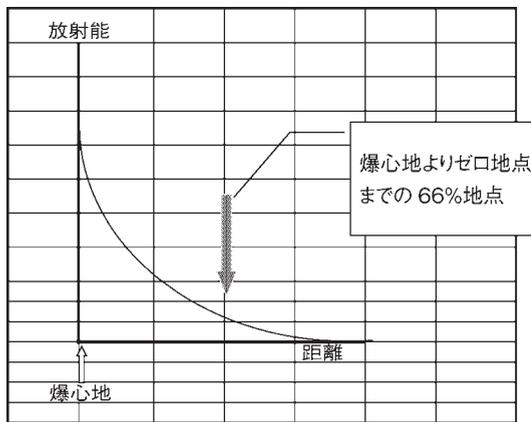


図 15 爆心地からの主観的距離について

乏しさが若干関与していました ($p < 0.05$, 表 20)。体験群の中だけでは、光や熱を強く感じたかどうかや、原爆投下の瞬間の不安というものはあまり関与しておらず、「放射能にはこういう被害があるんだ」と後からわかったときの不安に、若干関与している ($p < 0.05$) ことがわかりました。

これらの結果から、原爆投下時の体験のショックではなくて、放射能に関する情報不安、後から post hoc に刷り込まれた不安がかなり効いているのではないかというが示唆されました。

もう少し考察してみましょう。被曝不安というものは、客観的に健康被害をもたらす程度の被曝が存在していない場合でも、心理的な事実として存在しており、情報不安が解消されない限り、自然に解消されることはありません。不安の理由が非科学的なものだとしても、こうした不安を抱くこと自体が不合理だと考えるべきではないでしょう。不安の相対化などを含めたりリスクコミュニケーションの手法を取り入れ、情報の提供と同時に、情報をどういうふうな解釈するかについても教育すべきではないかと思われます。

それから、そもそも客観的事実に則して不安が生じているわけではないので、被曝地域とそれ以外を区分することは、不安への対応としては有効

表 19 Cont'd
Characteristics of the groups (Physical & mental health findings)

	Sample (n=347)	Control (n=288)	Both groups high vs. low risk
Physical health finding			
Presence of physical disease (past 6 mo.)	267 (76.9)	223 (77.4) N.S.	<0.01
Mental health findings (GHQ 28)			
High risks	255 (73.5)	114 (39.6) <0.001	
Total score	10.6 (5.7)	6.5 (5.4) <0.001	
Physical	4.2 (2.0)	2.4 (2.0) <0.001	
Social	1.9 (1.8)	1.1 (1.4) <0.001	
Depressive	1.0 (1.6)	0.6 (1.5) <0.001	
Anxious	3.5 (2.0)	2.3 (1.8) <0.001	

表 20 Contribution of variables to poorer mental health

	Adjusted odds ratio	95% CI		p
Sample group	5.26	2.56	11.11	<0.001
Age	0.98	0.93	1.04	N.S.
of family members living with	0.91	0.76	1.10	N.S.
Years of education	1.06	0.90	1.24	N.S.
Job history of farmer/fishery	2.11	0.95	4.66	N.S.
Loss of spouse/relative within 3 due to atomic bomb	1.75	0.89	3.44	N.S.
Presence of physical disease within 6 mo.	1.77	0.82	3.80	N.S.
of non-atomic traumatic events	1.18	0.99	1.41	N.S.
Erroneous knowledge on radiation				
Radioactivity is different from lightening	2.14	1.05	4.33	<0.05
Radioactivity decreases over time	1.94	0.85	4.41	N.S.
Natural exposure to radiation occurs	2.37	1.16	4.84	<0.05

ではないと思います。つまり、「この地域までの人は不安を持っているから対策しますが、このラインから外側の人は距離が遠いんだから対策しません」などということは何ナンセンスでしょう。

また、どのような微量な被曝であっても健康被害を想定して注意すべきという勧告が国際原子力委員会から出ていますが、これは将来の事故に対する警告としては正しいのですが、実際に起こってしまった事故に対して、後向きに、微量であっても健康被害を気にしなさいというようには解釈すべきではないと思っています。

被曝不安というものは「目に見えない不安」です。だから、その不安をいかに目に見えるものに交換していくかが大事だと思います。現場に近い方は、たとえば「東電の社員が何百人もあんなに近い所で働いているから自分たちはまだいいだろう」とか「そんなに灰が降ってきているわけでもない」とか、修正する実体験があります。ところが、遠

くになればなるほど修正的な実体験がないため、いわゆる風評が広がってしまうのではないかなと感じます。

ただ、被曝不安の事例というのは、世界的にも広島、長崎、チェルノブイリくらいしかないんですね。スリーマイル島は比較的被害が軽かったのと、ちゃんと調査が行われていませんので、得られる教訓は少ないです。したがって、先行する研究がないところに、放射線医学の一般的な知識だけが一人歩きしかねないですので、しっかりと認識を共有して、先生方と一緒に考えていかなければいけないと考えています。(拍手)

○鹿島 大規模災害のときの対応から放射線事故についてまで、重要な文献、エビデンスをもとにお話をいただきました。どうもありがとうございました。

(後篇に続く)