

---

## 災害医療からみた自然災害

(金 吉晴、國井 修・編：災害時の公衆衛生、東京、南山堂、2012、290-301)

2017年11月17日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

---

### 1. 災害時の精神心理的負荷

精神医学では多くの疾患の発症に少なからぬ生活上の出来事が影響することが知られており、こうした出来事をライフイベントと総称する。災害は直接の生命身体への危険だけでなく、それに続く混乱のなかで数多くのライフイベントを生じるので、それらに触発されて多彩な精神疾患や精神の変調が生じ得る。それまで発症していなかった、あるいは気づかれることが少なく事例化していなかった疾患や発達の偏り、人格障害、認知症などが顕在化したり、不適応な行動をもたらすことも少なくない。

災害の直後に避難所などで対応しきれずに緊急の精神医療が必要とされるのは、錯乱、興奮を伴う、統合失調症、短期精神病性障害、躁病、急性ストレス障害などである。これらの多くは従来からの精神疾患が治療中断やあらたなストレスの負荷によって増悪、再発したものか、そうした脆弱性のうえに立ってあらたな精神疾患が発症したものである。

災害との精神医療対応においては治療コンプライアンスの低さが問題となることが多いが、急性期にみられる上述の疾患、症状は、周囲の目にも明らかであるので、患者の発見に苦慮することはない。一方で、客観的な異常を認めにくい、うつ病、悲嘆、トラウマ反応の一部は対応が遅れることも懸念される。

### 2. 災害時の精神保健医療の意義

精神的な変化としてよくみられるものは、気持ちの落ち込み、意欲の低下、不眠、食欲不振、涙もろさ、苛立ちやすさ、集中力の低下、記憶力の低下、茫然自失などである。その多くは一時的なもので自然に回復するが、ストレスが長引くと長期化することもある。症状の程度、持続期間によっては、うつ病、パニック発作、心的外傷後ストレス障害（PTSD）などの精神疾患の診断がつく。

また、こうした症状に伴って、自殺や事故、飲酒と喫煙の増加、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活の再建の遅れ、一部には社会的な逸脱行為などが生じることが報告されている。一例として、せっかく援助にきてくれた人との間でトラブルが起きたり、次第に社会から引きこもっていくこともある。

### 3. 災害時の精神保健医療活動の方針

災害時の地域精神保健医療活動は次の2点に大別される。

1つ目は、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を減少させるための活動である。これは、一般援助者や地域精神保健医療従事者が被災地域へ出かけていくアウトリーチ活動と、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が中心となる。また、災害復旧や生活支援などの現実的な援助は、それ自体が集団の精神健康を高める効果を持つ。

2つ目は、個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動である。これは、疾患のある個人をスクリーニングし、受診への動機付け、個別的な心理教育、専門医への引き渡しを中心とする。

#### 4. 東日本大震災における精神医療的な初期対応

今回の災害の特徴は、甚大な被災地域が3県1政令指定都市にまたがり、さらその隣接県にも被害が及んだことである。従来の自然災害では、精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が下記の課題などに関して積極的な統括的役割を担った。また日本精神神経学会にも対策本部、委員会が置かれ、さらに国立精神・神経医療研究センターでは発災後週明けの月曜日に情報支援ホームページが開設され、一週間ほどで20件以上のガイドライン、マニュアル、資料が上梓された。

今回の災害での支援活動を考えるうえで重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊である。被災地域は沿岸部に多く、そのほとんどは県庁所在地から遠く、場合によっては山間部を越えて数時間かかる地域も含まれていた。また、地震、津波による交通網の寸断だけではなく、周辺の基幹道路、鉄道なども破壊されたことと、度重なる余震による二次被害への懸念、福島では原子力発電所事故による放射線汚染への不安などから、生活物資の搬入が著しく困難となった。その結果、精神医療においては患者が通院不能となり、また必要な精神科治療薬が不足した。一方で原子力発電所事故の近辺では精神科病院の閉鎖、機能縮小が起り、そうした病院からの患者の移送が大きな問題となった。

震災によって外来通院が中断した患者への治療継続が問題となった。被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかったが、前述の交通事情のため、それが一層困難となった。

精神科に限ると、宮城県の3カ所、福島県では2カ所の精神科病院が地震と津波により機能を失った。そして、福島の原子力発電所近くの5つの精神科病院が放射線被曝への恐れから機能停止となった。災害のあと2日目の3月13日には、厚生労働省は移送の必要のある患者の人数調査と、東北周辺の非被災県ならびに東京などの周辺県の精神科病院での受け入れ可能なベッド数の調査を始め、ほぼ一週間で移送を終えた。

従来の大震災ではこころのケアチームが組織され、自発的あるいは被災県の県知事要請を受けて被災地に派遣され、住民の精神保健医療対応にあたってきた。通常、チームは石、看護師、ときに精神保健福祉士や臨床心理士、事務員から構成され、基本的には自給自足で現地入りすることが常であった。今回の震災では被災規模が広大であったことから、こころのケアチームの派遣スケジュールの調整は厚生労働省が主導して行った。活動の実態が県庁や地元精神保健福祉センターにおいても十分に把握できていないこともあったが、1~2週間後には派遣スキームが円滑に進行するようになり、最終的に60前後のチームが現地での活動を続けるに至った。救急医療を基盤としたDMATとは異なり、こころのケア活動においては継続性が重視されるが、多くのこころのケアチームは本来の臨床活動を離れて参加するメンバーから構成されていたために、1~2週間のみの滞在となるが多かった。