

[特集②]
「復興災害」はなくせるか

災害復興時のメンタルヘルスケア

阿部 亮

(あべ りょう)

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
新潟大学災害復興科学センター

本間寛子

(ほんま ひろこ)

新潟こころのケアセンター

染矢俊幸

(そめや としゆき)

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野
新潟こころのケアセンター
新潟県こころのケア対策会議

新潟県は、水害や地震による自然災害に繰り返し見舞われた。

本稿では、中越大震災において行われたこころのケアについて、

震災直後に開始された、急性期の活動と、

震災後中長期に「こころのケアセンター」が中心となって行った活動を報告する。

づくメンタルヘルスケア活動がどのように行われているかを報告する。

1 はじめに

新潟県中越大震災の発生時、情報が混乱し、医療支援チームの申し出が殺到する中、新潟県は新潟県内の精神保健福祉医療関係団体・機関により構成される「こころのケア対策会議」を招集した。同会議が、阪神・淡路大震災などの過去の自然災害におけるメンタルヘルスケア活動の経験を生かし、コーディネート機能を果たすことで、こころのケア活動は開始された。しかし、これまで行われた精神健康調査やこころのケアセンター職員によるアウトリーチ活動により、一部の被災者は、精神的苦痛を感じているという実情が明らかとなっている。

本稿では、まず震災直後にこころのケアチームが中心となって行った急性期のこころのケア活動について述べ、さらに震災後中長期に、こころのケアセンターが主体となって行った精神健康調査の結果と、その結果に基

2 中越大震災の概要と特徴

2004年10月23日、新潟県中越地方をマグニチュード6.8の直下型地震が襲った。その後2カ月以上に渡って、震度6以上の強い余震を繰り返し、住民はその恐怖に脅かされ続けていた。余震により、復旧活動は妨げられ、被害はさらに拡大し、被災住民の不安はいっそう高まっていた。

また、この地域は豪雪地帯であり、中越大震災後の冬には記録的な豪雪となり、地震により被害を受けた家屋や農地の被害がさらに拡大したこと、山間地に発生した直下型地震の特徴である。

2009年10月15日の新潟県の発表によると、この地震による被害状況は、死者68人、重軽傷者4,795人、避難者約10万人、住宅損壊121,604棟、被害額3兆円を超える大規模

災害となった。

3 震災直後のメンタルヘルスケア

(末尾参考文献、1)、2)、3)、4) 参照)

震災後のこころのケア対策を行うにあたって、最も重要な役割を果たしたのが「新潟県こころのケア対策会議」である。「こころのケア対策会議」は、新潟県保健福祉部健康対策課、新潟県精神保健福祉センター、新潟県精神医療機関協議会、新潟県精神科病院協会、新潟大学精神科など、新潟県内の精神保健福祉医療に關係するほとんどすべての領域の専門家が参加する会議で、中越大震災の半年前の県央地区の豪雨災害(7・13水害=三条市、見附市、中之島町〔現在、長岡市に統合〕を中心に被害)の時に結成されたものである。

被災地からの情報が錯綜する中、現地調査により徐々に明らかとなった状況は大変深刻なものであった。山古志村(現在、長岡市に統合)は全村にわたり壊滅的な被害を受け、長岡市内の130カ所の避難所に全村民約5万人が避難していた。また小千谷市でも被害が大きく、約130カ所の避難所に約4万人が避難しているが、交通は分断され、水や食料の提供も不十分であり、そのために治療中断をやむなくされている方が数百名いることが予想された。

さらに、避難所自体の場所や数を行政が正確に把握しきれていない状況でもあった。新潟県には全国から医療チーム派遣の申し出が殺到し、医療チームの立ち上げ、派遣調整は混乱を極めていた。このような震災直後の「混乱期」にはコントロールセンターが必要である。地震発生の翌10月24日には、新潟県精神保健福祉係と精神保健福祉センター

を、新潟大学、新潟県立精神医療センター、精神科病院協会がサポートする形で「こころのケア対策会議」が立ち上げられ、対策会議のもとで統制のとれた組織的支援を行うことが確認された。精神保健福祉医療に關係するすべての専門家は、対策会議のコントロールのもとに一元的に活動することとなった。

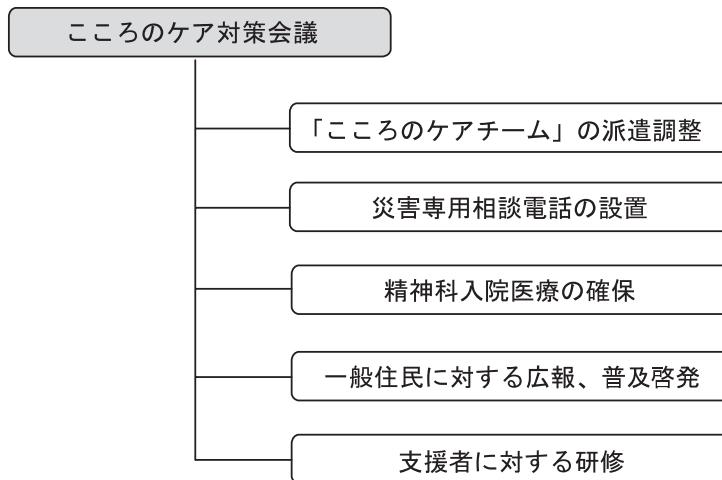
これは、医療の供給されない空白地域が発生したり、逆に一つの避難所に複数の医療チームが重複して、被災者や地域行政職員に余計な混乱が生じることのないように、という配慮からである。また同日、精神保健福祉センターに「災害専用相談電話(こころのケアホットライン)」を開設することも確認された。10月25日には、新潟大学精神科や新潟県立精神医療センターをはじめとした、こころのケアチームが編成され、翌26日から実際の活動を開始した。

阪神・淡路大震災では、特に初期に多くの団体あるいは個人が、ばらばらに保健所や精神科救護所で活動を行っていたという問題が存在し、コーディネートを行う機能の重要さが指摘されてきたが、中越大震災では「こころのケア対策会議」がコーディネート機能を果たし、外部からの医療チームのスケジュールが管理され、かなり系統的に地域主体のこころのケア活動が行われた。「こころのケア対策会議」により実施されたこころのケア活動は、大きく5つの柱に分けられる(図)。

①こころのケアチームの派遣調整

被災地域をブロックに分け、申し出のあった多数の医療チームを被災状況に応じて配置し、スケジュールは一元的に管理された。こころのケアチームは精神科医師、看護師、臨

図 こころのケア対策 5 本柱



床心理士、精神保健福祉士などで構成された。避難所の住民や避難所担当保健師、地域の行政職員に「こころのケアチーム」を知つてもらうための広報活動として、手書きのポスターを用意し、各避難所を巡回することから開始した。こころのケアチームの主な業務内容は、震災によって障害された既存の精神医療システムの機能の支援、震災のストレスによって新たに生じた精神的な問題を抱える一般住民への対応、被災者のケアを行う職員、スタッフの精神的問題についても念頭に置いた対応、である。

小千谷市では当初、行政が把握しているだけで 130 カ所を超える避難所があり、いたる所で道路が寸断されているうえに、現地を知らないケアチームのスタッフだけで地図を頼りに避難所を探し当てなければならない状況であった。被災者の気持ちを考えると何とかしなければという思いにかられ、気がつくと日が暮れて帰り道がわからなくなることもあったようである。その後、新潟県立精神医療センターと協力して臨時処方が可能な「こころのケア診療所」の開設に至った。

②災害専用相談電話の設置

「こころのケアホットライン」として開設された。土日祝祭日を含め、毎日午前 8 時半から午後 10 時まで相談することが可能となった。相談件数は 1 日に 30 件を超える日もあり、不安、家族等への対応、不眠などの相談が多かった。

③精神科入院医療の確保

精神科入院医療の確保には 2 つの課題があった。1 つは、病棟倒壊の恐れが生じた十日町市の中条第二病院の入院患者の移転先の確保である。これは、新潟県福祉保健部健康対策課による調整と、新潟県内の精神科病院の協力により比較的短期間で転院先が決定された。もう 1 つは、被災地区で新たに精神科入院治療が必要になった場合の救急体制である。これは長岡市内に存在し、かつ地震の被害の少なかった新潟県立精神医療センターが、24 時間体制で受け入れを行った。

④普及啓発活動

避難者や支援者の心の健康に関する問題は

過去の自然災害でも指摘されており、このデリケートな問題を如何に被災住民に浸透させらるかが問題であった。被災者に直接会って精神状態を問うことはナンセンスであり、心の健康に関するリーフレットを配布したり、こころのケアチームが避難所等を巡回する際に配布したりすることで、普及啓発活動を行った。さらに、被災住民を対象としたミニ講話や相談会も開催された。

⑤支援者支援

地元の医師会、自治体などが、保健師や開業医などを対象とした支援者研修を開催した。さらに、こころのケアチームによって、地元の医師会、保健師などを対象とした、こころの健康に関する研修会が開催された。

4 こころのケアチームの活動記録

（末尾参考文献、5）参照

こころのケアチームが対応した相談件数は、男性 1,244 例 (36.2%)、女性 2,188 例 (63.8%)、合計 3,432 例で、女性の相談件数が 6 割を超えていた。平均年齢は 51.1 歳で、50 歳代以降の高齢者層の相談割合が高かった。ケアチームは避難所や自宅を中心に支援活動を行っており、そのため、日中働きに出る男性や若年者の割合が低いと考えられる。

相談の主症状（主訴）は、身体的症状（1,116 名 : 32.5%）、睡眠障害（1,100 名 : 32.1%）、不安・イライラ（964 名 : 28.1%）の順に割合が高かった。外傷性ストレス障害（PTSD）特有の症状を訴えた人は、132 名（3.8%）にすぎないことも注目すべき点である。男女別で主症状の割合を比較すると、睡眠障害、不安・イライラは男女とも高値を示したが、いずれも女性の割合が男性より高か

った。アルコール関連の割合は男性で高いことも注意が必要である。

年代別に主症状を見てみると、睡眠障害、不安、PTSD 症状、身体的症状は年齢が上がるにつれ有意に高くなるのに対し、うつ状態、奇行などでは、年齢の低下との相関がみられた。相談人数は、地震発生から 3 週目の 2004 年 11 月 1 日から 7 日をピークに減少した。

5 震災後中長期のメンタルヘルスケア

震災後、中長期的には住宅が再建され、被災者の状況が報道される機会も激減するが、被災者にとっては地震の記憶が消えるものではない。復興が進む中、被災者それぞれの状況は異なってきて、住居や職などの差異も現実として突きつけられる。そのような状況の中で、一部の被災者には、長期的にこころの健康被害が残存することが知られている。震災という衝撃的な出来事を経験した人は悪夢、不眠、フラッシュバックなどの PTSD や、うつ状態、種々の不安障害に苦しむことがある。

中越大震災から半年ほど経過した 2005 年 3 月、「財団法人中越大震災復興基金」が設立され、同年 8 月、被災者のこころのケア事業を行うために新潟こころのケアセンター・中越こころのケアセンター・魚沼こころのケアセンターが開設された（中越、魚沼は後に小千谷こころのケアセンターとして統合）。阪神・淡路大震災について、日本では 2 番目のこころのケアセンター開設となった。被災と、その後の生活ストレスに伴う PTSD やうつ病等の精神疾患の予防・早期発見を図るとともに、被災者の精神的健康の回復を図ることを目的としている。こころのケ

アセンターではこれまで、被災住民を対象とした精神健康調査やアウトリーチ活動を行ってきた。その調査結果と、現在行われているこころのケア事業について、以下に紹介する。

6 新潟県で行われた精神健康調査

①高齢者の健康状況調査⁶⁾

小千谷市の要望を受け、こころのケアセンターでは、小千谷市でも特に被害の大きかった地区を対象に、2005年から2007年の3年間にわたり、こころと身体の健康状況調査を行ってきた。2007年度には、高齢者を対象にした「中越大震災3年後の地域在住高齢者における精神障害者の有病率に関する調査」を実施した。小千谷市における激甚災害地域の65歳以上の地域住民900名を対象とした。

精神障害の診断には、精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.）を用いて評価した。対象者は、男性41.3%、女性58.7%と若干女性が多かった。平均年齢は76.0歳、75歳以上の高齢者が過半数（55.9%）を超えていた。精神科受診歴のあるものは4.3%であった。被害状況は、半壊以上の被害を受けたものが55.7%を占めていた。

精神障害の震災後3年間での有病率では、大うつ病性障害が男性1.6%、女性5.5%、時点有病率では男性1.6%、女性1.2%であった。震災3年後の時点でアルコール関連障害は男性のみに認められ、アルコール依存3.9%、アルコール乱用2.2%であった。PTSDの診断を満たしたものは見られなかった。

②子どもの精神健康相談⁷⁾

阪神・淡路大震災の際に神戸市が実施した、

子どものこころのケアを目的とした3歳児健診の場の活用が効果的であった、との報告がある。長岡市においても神戸市と同様のケア活動の要望があり、こころのケアセンター事業として、2005年1月から2007年3月までの期間、長岡市における乳幼児健診において「震災後こころのケア相談コーナー」として実施された相談記録をもとに分析した。

相談内容を、「分離不安・甘え」、「退行」、「恐怖・過敏」、「睡眠障害」、「集中困難」、「その他」の6項目に分類した。1歳6ヵ月児健診の子どもの主訴で一番多かったのは「恐怖・過敏」で62%、ついで「分離不安・甘え」32%、「睡眠障害」29%であった。3歳児健診の子どもの主訴もほぼ同様の傾向が見られ、「恐怖・過敏」で60%、ついで「分離不安・甘え」29%、「睡眠障害」8%であった。

幼児期は内在化した精神症状を言語化したり、何らかの方法で処理したりすることが難しいため、行動の変化になって現れやすく、今回の相談内容もそのことを反映していると考えられる。乳幼児健診で受ける相談の大半は、保護者の訴えを受け止めることであり、その上で、子どもの症状の意味や見通し、関わり方などについて助言することが重要であった。保護者の感情を表現させる、重要な役割を担っていたと考えられる。

③震災2年後の大規模調査⁸⁾

中越大震災から2年目を迎えた2006年11月、被災者の生活の復興状況やこころの健康状態を把握することを目的として、被災住民を対象にアンケート調査が行われ、2,129名から回答があった。その中で、全般的な心理的ストレス状況のスクリーニングで利用されるGHQ-12（General Health Questionnaire）

の結果では、被災から2年経過した時点でも38.7%もの住民が心理的苦痛を訴えていることがわかった⁹⁾。性差は、女性が男性よりも心理的苦痛を訴えるものが多く(47.4% vs 33.6%)、また年代による比較では80歳以上の高齢者で心理的苦痛の率が47.7%と有意に高かった⁹⁾。心理的苦痛と関連する因子としては、女性、震災後の病気、生活再建が震災前に戻っていない、仮設あるいは復興住宅に住んでいる、家族構成の変化、震災後に悩みを誰かに話したかったが話せなかつた、などが検出された⁹⁾。

また、阪神・淡路大震災では、仮設入居と精神ストレスとの関連が指摘されていたことから、仮設入居の有無により、アンケート結果を検討した。その結果、仮設群では、居住地や家族構成などの生活環境の変化という事実だけでなく、怪我や病気などの身体的問題、主観的健康感の低さなども非仮設群よりも多くみられた。GHQ-12や震災ストレスに関するPTSD症状のスクリーニングに利用されるIES-R (The Impact of Event Scale-Revised)で陽性とされた被災者の割合も、仮設群に多くみられた。

さらに子どもの精神健康について、599名より回答が得られた。アンケートにはPTSDのスクリーニング目的に作られた横断的な評価尺度であるPTSS-10が利用された¹⁰⁾。その結果、7.7%の子どもにPTSDが疑われ、「低年齢」であること、「地震後に家屋の被害を最も心配したことなどが、子どものPTSDに関連のある因子として検出された¹⁰⁾。なお、本研究で用いたPTSS-10は、PTSDのスクリーニング目的に作られた横断的な評価尺度であり、実際にPTSDの診断基準を満たす子どもの割合を示したものではない。

7 こころのケアセンターによる こころのケア事業

調査の結果、地震後数年が経過しても、一部の被災者では精神健康上の問題が遷延化していることが確認され、さらにこころのケアセンター職員によるアウトリーチ活動でも同様の実態が明らかになってきた。この問題に對して、こころのケアセンターでは、地元自治体の要望を踏まえて現在もこころのケア事業を行っている。内容は、①うつ・自殺予防対策、②支援者支援、③子育て支援、④コミュニティ再生支援・高齢者支援に分けられる。

①うつ・自殺予防対策

新潟県の自殺率は全国平均を大きく上回り、1964年以降2007年まで、ワースト10位以内に位置していた。このような状況の中で、被災者に対するうつ病や自殺予防は重要な課題であり、まず取り組むべき問題である。そこで、精神科医師、精神保健福祉士などの医療関係者によるこころの健康講演会や、ミニ講話、相談会、訪問を実施すると同時に、支援の必要なケースの把握と早期支援に努めている。また、うつや自殺予防に関するパンフレットを作成し普及啓発活動を行っている。

具体的には、うつ病家族教室、復興住宅訪問、成人こころのスクリーニング、高齢者のうつ予防講座、うつ・自殺などのこころの健康に関する介入調査の検討、健康調査、健康相談、スクリーニング後の個別訪問の実施、などが行われている。

②支援者支援

行政職員をはじめ、保育士、施設職員、病

院関係者等を対象に講演会や相談会を実施し、こころの健康づくりに関する普及啓発を行っている。

中越大震災の時期的な特徴として、地震後に行われた地方自治体の大規模合併の問題がある。地震後1年半の間に、20以上あった自治体が7つにまで統合された。このような大規模合併は、それだけでも行政システムに多大な負荷をかけるが、災害復旧と同時進行で行われたことによって、住民を支援する立場にある市町村職員は極度に疲弊した。

こころのケアセンター職員の訪問や行政との関わりの中で、行政職員には蓄積されてきた疲労と、自らの震災の影響を話せない雰囲気が存在することは事実であり、ストレスを抱えていても相談、精神科受診につながらないケースも多く存在することが推定されている。被災者である支援者自身のセルフケアについての啓蒙と同時に、相談、受診につながりやすい体制づくりを目指す必要がある。具体的には、介護支援職員へのメンタルヘルス研修会、育児支援スタッフの研修会、相談従事者研修会などが行われている。

③子育て支援

母子検診時や保育園での相談会や講演会、ミニ講話を実施し、支援の必要な親子への早期対応を行うことが目的である。1歳6カ月健診や3歳児健診に合わせて、小児科医や療育指導員による心のスクリーニングが行われている。乳児期に被災したものの中で、地震の記憶はないにもかかわらず、その後に精神不調が捉えられるケースが存在するようである。震災による環境変化にも慣れ、震災による親子の問題も少しづつ変化していく。また、子育て支援職への継続研修や相談会を実施し、

子育て支援職のレベルアップを図り、地域における子育て支援体制を整え、継続支援することが重要である。親子が安心して子育てできる子育て支援の普及啓発と多様化するニーズに応えるべく、子育て支援者の資質向上も必要である。

④コミュニティ再生支援・高齢者支援

阪神・淡路大震災では、仮設住宅や復興住宅における孤独死の問題が大きな関心事であった。中越大震災により大きく被害を受けた地域では、集会所が破損したり、地域住民が転出したりしたこと、震災前の人口から激減した地区が存在する。仮設入居、住宅再建において、以前のコミュニティを最大限存続させるための工夫がなされていたが、自宅を再建し、仮設から地域に戻れても、予想以上に問題は存在していた。

集会場に行こうにも徒歩での移動には困難を伴い、また以前はすぐ隣にいた近所の住民も建て替えにより遠くに離れてしまい、近所付き合いも乏しくなっている。近隣住民とのコミュニティは機能しなくなり、孤独な高齢者も増加していることは事実である。さらに、自宅は近代化住宅となり、若者にとっては快適な環境であるが、電化製品など使い慣れない高齢者にとっては、新しいことに再適応する苦悩がある。便利になった自宅の中での役割も減り、閉じこもりになる高齢者も増加している。

このような状況で、高齢者の地域住民の集いの復活、新たな集いの立ち上げなどが必要であり、こころのケアセンターが主催して、定期的に地域の集会場での相談会や集いの中で、看護師による健康相談や体育指導員による簡単な運動を行い、コミュニティ再生や高齢者生活の支援を行っている。

8 まとめ

新潟県における震災後のメンタルヘルスケアは、震災直後の混乱の中で立ち上げられた「こころのケア対策会議」のコーディネートのもとに、過去の災害経験を生かすことで比較的順調に開始された。阪神・淡路大震災と同様に、外部の支援チームが多数被災地に入ったが、阪神・淡路大震災に比較して、コーディネート業務が当初から機能的に行われた。そしてこれらの経験は、後に起こった中越沖地震においても活用された。システムの面では、これら過去の被災経験は十分活用されたと考えられるが、これまでの精神健康調査やこころのケア活動で明らかになった問題も残存する。①震災後長期間経過しても、一部の被災者においては精神的苦痛が遷延化していること、②精神的苦痛の背景には地域差や生活弱者の存在が影響していること、③精神的苦痛を抱えていても専門機関への相談や受診につながっていないケースが存在すること、などである。

地震から5年が経過した2009年11月にも、被災地域の住民約2,000名を対象とした大規模な精神健康調査が行われるが、これまでの調査結果や過去の報告から、精神的苦痛がいまだに遷延している者が存在することが予想される。これらの問題に対してさらに必要となるのは、過去の経験を生かした上で、地域もしくは被災者個人に特有の状況を考慮した独自の支援体制を構築することである。

中越大震災の被災地域は山間部で過疎化、高齢化の進んだ農村部である。こころのケア事業では、このような地域特性を考慮しつつ事業を実施してきているが、それでもなおメ

ンタルヘルスという問題に関する抵抗感は強いようである。地域に密着して地元自治体、こころのケアセンターなど様々な組織が連携して、こころのケア事業を構成していくことが今後の大きな課題である。

参考文献

- 1) 福島昇：新潟県中越地震における被災者支援について. トライアド・マティック・ストレス 4(2), 2006, 13-21.
- 2) 福島昇、櫛谷晶子、津野聰、武石敏秀、細野純子、染矢俊幸：中越大震災における精神保健医療対策. 精神科, 6(3), 2005, 238-244.
- 3) 染矢俊幸(編)：新潟県中越地震こころのケアチーム活動報告書. 精神医学講座担当者会議, 東京, 2005.
- 4) 染矢俊幸：こころのケア. 新潟大学医歯学総合病院 新潟県中越地震医療支援活動報告書, 2006, 34-36.
- 5) 中越地震(2004年)におけるこころのケアチームの相談記録集計結果報告書. 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター, 新潟県精神保健福祉センター, 2008.
- 6) 新潟県中越大震災3年後の地域在住高齢者における精神障害の有病率に関する調査. 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター, 2008.
- 7) 中越大震災「子どものこころのケア活動」報告書. 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター, 新潟大学医歯学総合病院小児科, 新潟県長岡市, 2008.
- 8) 新潟県中越大震災(2年後)被災者こころのケア調査概要. 新潟県精神保健福祉部生涯福祉課, 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター, 2008.
- 9) Toyabe S, Shioiri T, Kobayashi K, Kuwabara H, Koizumi M, Endo T, Ito M, Honma H, Fukushima N, Someya T, Akazawa K: Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in subjects who had suffered from the 2004 Niigata-Chuetsu Earthquake in Japan: a community-based study. BMC Public Health. 175, 2007, 1-7.
- 10) Endo T, Shioiri T, Someya T: Posttraumatic symptoms among the children and adolescents two years after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 63(2), 2009, 253.