

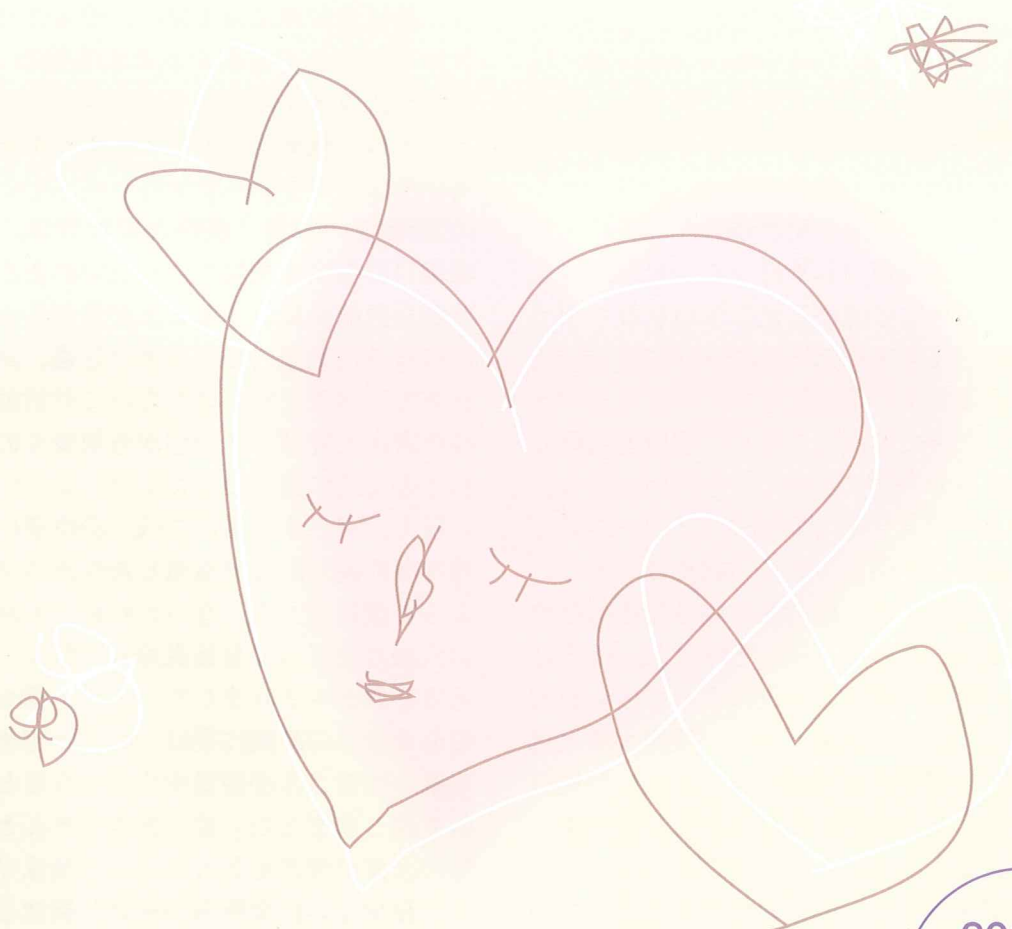
ブックレット

BOOKLET NISSEISHIN

にっせいしん

【特集】

災害とこころのケア



地区の風 京都・たかぎクリニック

ここが知りたい! こころのクリニック Q&A

2012.3

NO. 4

社団法人 日本精神神経科診療所協会



災害とこころのケア

兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛

加藤 寛 (かとう ひろし)

精神科医。1984年神戸大学医学部卒業。

都立墨東病院などで精神科救急に携わった後、1995年の阪神・淡路大震災を契機に神戸に戻り、災害や大事故、犯罪などの被害者支援を行ってきた。

最近の著作は「心のケア-阪神・淡路大震災から東北へ」(共著・講談社現代新書)、「消防士を救え」(東京法令出版)など。

東日本大震災からおよそ1年が経ち、いまだに多くの被災者が不安定な生活状況の中で苦しみ続けていることが伝えられています。津波による浸水や地盤沈下のために土地や仕事を失った方たちだけでなく、放射能汚染という未曾有の事態によって、今後何十年も住み慣れた土地に戻れない方たちにとっては、絶望と諦めしか感じられない状況でしょう。

被災者に対する心理的あるいは情緒的なサポートは「こころのケア」と呼ばれ、その必要性は、阪神・淡路大震災によって広く認識されました。その結果、阪神・淡路大震災以後のほとんどの災害では、被災地域の保健所を中心とした活動が行われてきました。東日本大震災でも、当初から「こころのケア」の必要性が注目され、多くの精神科医療の関係者が被災地での活動に参加しました。

精神科医療活動としての こころのケア活動

「こころのケア」と一言で言っても、さまざまな内容の活動が含まれています。一般には、被災者の声に耳を傾け、そっと寄り添うというイメージを持たれるかも知れません。しかし、災害から間もない時期にまず問題になるのは、地域内での精神科医療を維持するということです。

17年前の阪神・淡路大震災では、多くの精神科診療所が被災し、通院中の方たちへ継続的な医療を提供することが最初の重要な課題になり、地域内の保健所を急遽、診療所に仕立てて診療を行いました。この活動は精神科救護所と呼ばれ、全国から数多くの医療関係者が支援に訪れました。

一方、東日本大震災では、沿岸部にあった精神科病院が津波で壊滅したり、原発事故によって使用できなくなったため、入院していた大勢の患者さんを被災地外の病院に転院させる必要が生まれました。移送手段も限られている中での転院作業は、大きな困難を伴い、高齢の患者さんが搬送中に亡くなるという悲劇も起こりました。被災地のほとんどは精神科の医療資源がもともと乏しい地域でしたので、数少ない医療機関が被災し機能なくなると、投薬が受けられず具合の悪くなる患者さんが出てきてしまいました。全国から支援に入った精神科医療関係者がまず努力したのは、安定した医療を継続的に提供しようということでした。なお、転院した患者さんのなかには、遠く東京の病院に移った方もおられ、

病院の再建と地域の復興が進まないため、故郷に帰る見通しの立たない方たちをどうするかという新たな問題も指摘されています。

トラウマ、グリーフ、ストレス

～ 災害におけるトラウマ ～

精神科医療活動と並行して、被災体験によって生じる精神的苦悩に、ご本人の力だけでは対処できない方への支援も必要となりました。被災がもたらす精神的反応には、さまざまなものがあります。もっともよく知られているのは、直接的な恐怖体験によるトラウマ反応です。

トラウマという言葉は、今や日常会話でもよく使われますが、本来は「生命の危険を伴い絶望的で悲惨な状況を経験したことによる心の傷」という意味です。恐怖体験の記憶が脳に刻み込まれた結果、その記憶が何らかのきっかけで思い出されたときに、記憶の内容だけでなく強い恐怖感や無力感までも蘇るといのが、トラウマ反応の本質です。恐怖感が蘇るのがつらいのでいろいろな状況を避けてしまい、社会生活や人間関係に大きな影響を及ぼしてしまうと、PTSD（外傷後ストレス障害）と呼ばれる精神疾患と診断される場合があります。

ただし、被災体験からPTSDにまで発展する人の割合は1割程度であることが、多くの研究から示されています。つまり、ほとんどの被災者は、一時的にはトラウマ反応を呈したとしても、時間の経過とともに自然に回復するということは、認識しておく必要があるでしょう。

～ グリーフ：

死別のもたらす心理的影響 ～

東日本大震災では約2万人もの人が亡くな

りましたので、死別のもたらす心理的影響についても注目しておく必要があります。親しい人の死を経験すると、当然の反応として悲しみの感情が生じます。多くの場合、時間の経過とともに悲しみは次第に背景に退き、故人を思い出せば悲しいけれど、常時悲しいわけではないという状況になっていきます。これが、正常な悲嘆（グリーフ）のプロセスです。

しかし、死別直後の激しい悲しさ、怒り、あるいは死に関して自分を責めてしまう感情などが、いつまで経っても弱まってくれず、続いてしまう場合があります。これは、正常あるいは単純な悲嘆反応ではないという意味で、病的悲嘆とか複雑性悲嘆と呼ばれてきました。特に、災害や事故、あるいは犯罪などで突然に、それも悲惨な状況で亡くなった場合には、こうした影響が残ることはまれではなく、日常生活に大きな影響をもたらし、治療が必要になることがあります。



～生活の激変によるストレス～

被災によって生活が激変してしまった場合、毎日の生活はストレスに満ちたものになってしまうでしょう。不慣れで不便な環境での暮らし、経済的な苦境、生活再建の見通しのなさといった状況は、心身の健康に大きな影響を出してしまいます。

ありとあらゆる病気はストレスの影響を受けるといわれますが、被災後の不安定な生活の中で、高血圧や糖尿病などの慢性疾患を悪化させてしまうことはよく起こります。

また、ストレスに対処するためについつい飲酒量が増えてしまい、肝臓疾患を抱えてしまうこともあり、阪神・淡路大震災の仮設住宅で問題になった「孤独死」の4割程度は、アルコール乱用が背景にあったことが知られています。



「こころのケア」って何だろう

災害後の「こころのケア」というと、何か特別なカウンセリングをするものと思われるかも知れませんが、基本となることはとてもシンプルです。最も大切なことは、被災した方の迷惑にならない、害を与えないということです。

中国四川大地震の後、こういう話が広まったそうです。「被災者が気をつけなければいけないことが三つある。一つは余震、二つ目が泥棒、そして三つ目はこころのケアだ」。中国でも、中国全土、いや世界中から精神科医や心理士が大挙して被災地を訪れました。しかしなかには、研究業績にするためや、自分が開発した介入法を試すために来る人もいて、被災者側の都合などお構いなしに、カウンセリングの押し売りをしていったというのです。この状況を皮肉ったのが、先ほどの言葉です。

東日本大震災後の避難所のいくつかで「こころのケアお断り」という貼り紙がしてあったという話も伝わっており、自分の思い込みだけで専門家が何かしようとするのは、被災された方にとっては却って迷惑な場合もあることは、肝に銘じておかねばなりません。

それではどうすればいいのか。大原則は、現実的な支援をするということです。言い換えれば、被災された方が必要としている支援をするということが、何よりも重要なのです。被災直後なら、毛布1枚渡すことのほうが、どんなに心を込めた言葉をかけるより感謝されるでしょう。被災後の暮らしは、どの時期においてもストレスに満ちています。その苦境の中で生きていくための現実的な支援をし、そこにきめ細かな配慮をするというのが、本当の「こころのケア」と言っていいいでしょう。

阪神・淡路大震災後に作られた仮設住宅を回っていた私の仲間たちは、くりかえし痛い

体験をしました。「こころのケアセンターの者です」と名乗っても、まったく受け入れられなかったのです。私たちが、次第に心がけるようになったのは、「こころ」という言葉を使うのをやめて黒衣に徹しようということでした。

災害後、とりわけ復興期に提供される心理的支援は、継続的な信頼関係の上に立つ必要があります。そのためには、被災された方の生活の場を訪れ、生活を立て直し、自分自身の役割を取り戻す支援をしていくことが、重要なのです。

目 精 診 の 支 援 活 動

仙台石巻支援について

平成23年3月11日の震災以来、延べ1,700名の医師、コメディカルの皆様に協力して頂いています。仙台支援は平成24年1月30日をもって終了し、地元の精神科医、臨床心理士に引き継がれました。石巻は10月に“からころステーション”がオープンし、個別相談、訪問、講演等、地元の信頼を得ながら活動中です。まもなく1年が経ち、被災者間の格差が目立つ時期となります。阪神淡路の震災でも2年目以降が大事だったと聞いています。地元の医療機関、保健師等と連携し、より積極的な訪問、関与が求められてくることと思います。

徐々にコメディカルは拡充されてきましたが、精神科医はまだまだ足りません。わたしたち日精診はこれからもがんばって活動してまいります。

(斎藤庸男／さいとうクリニック)

福島県医療支援について

福島県の浜通り相双地域への日精診の医療支援は、震災と原発事故による大混乱の中、4月10日に始まりました。明治時代の相馬事件の影響か、精神医療空白地という特異な状況の下、公立相馬総合病院での臨時外来・避難所や仮設住宅への訪問・消防署や学校の職員のメンタルヘルス等々の幅広い地域精神医療を支えるため、多くの医師らが駆けつけました。

その力は相双にこころのケアセンターなごみとメンタルクリニックなごみを産む助けとなり、災害精神医療を支え続けます。これからの活動にもぜひご注視をお願いします。

(丸田芳裕／岩沢神経科クリニック)

24 地区の風 2.1 きょうと

たかぎクリニック

院長 高木 俊介

ACT について

「ACT」をご存じでしょうか。日本語では「包括型地域生活支援プログラム」。統合失調症をはじめとする精神障がい者の方々を、その障がいが従来の精神医療では入院が必要と考えられたり、ほとんど家から出られず1日中誰かの世話を受けていないといけなくと思われるぐらい重くても、その人の暮らす地域、家で生活することを支える方法です。

アメリカで精神科病院がどんどん縮小されていった1970年代に生まれたもので、医療や福祉のほとんどのサービスを訪問して行います。

今、日本の精神科医療の世界でもアウトリーチということが盛んに言われていますが、その代表的なものがACTです。‘医療や福祉’と述べたように、ACTは普通の往診や訪問看護と違い、多職種チームと呼ばれるチームで障がい者の生活を支えます。しかもそれを、24時間365日行うのです。

そう言われてもなかなかイメージのわからない人は、ひとつの病棟と同じ仕組みを地域の中につくるのだと考えてもらおうとわかりやすいかもしれません。

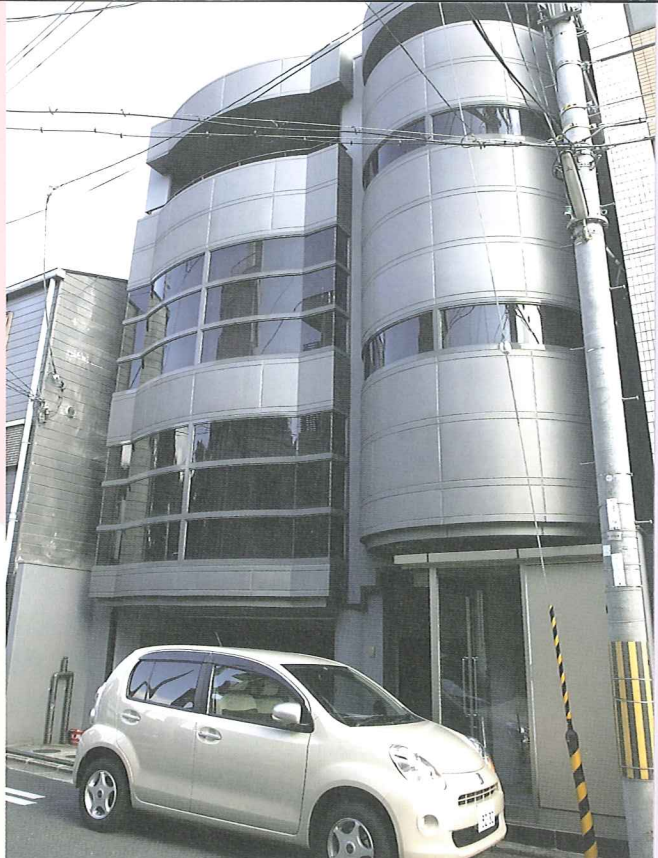
リカバリーとは？

しかしこのように言うと、あたかも病院で行われるような管理が家にいても行われる、家で生活していても医者や看護の目が光っているのかと思われる人もいるかもしれません。



▲ACT-Kスタッフ集合写真

クリニック、訪問看護ステーション、
NPOの入っているACT-Kオフィス・ビルと
訪問車両▶



確かに、長い間病院での生活を強いられて自分のこともなかなかできない精神障がい者の姿を見慣れていると、そのように考えてしまうかもしれませんし、実際病院では患者さんを保護することに熱心なあまり、常に監視し管理してしまっています。ところがほとんどの患者さんは、実はちゃんとした支援を受けさえすれば、保護や管理の対象ではなく、たとえ重い症状をもちながらも、立派な生活者としてやっていけるのです。このことを「リカバリー」といいます。ACTはこのリカバリーを支援する方法です。

このようなことが、本当に24時間365日可能なかと思われるかもしれません。しかし、それが可能なことを証明したのが、私たちの行っているACT-K（ACT 京都）です。

ACT-K—私たちの実績

ACT-Kは、「たかぎクリニック」という私 が院長をする精神科診療所、精神科専門の「ねこのて訪問看護ステーション」、そしてボランティアの学生や大学の研究者の集まる「NPO 法人京都メンタルケア・アクション」が中心 となって行っています。最近では、ACT-Kの 周辺には就労移行支援事業である「そらいろ」、お年寄りのケアマネジメントを行う居宅介護 事業所「ルスト」、地ビール工房「一乗寺ブ リュワリー」と併設レストラン「ていんがーら」 もできました。これらによって、急性期の治 療から生活支援、そして就労支援や高齢化し たご家族の世話もできるようになりました。

たかぎクリニックは「在宅支援診療所」と して24時間診療体制をとる制度を利用してお り、これによって24時間の対応が経済的に保 証されています。現在スタッフは常勤が16人、

医師、看護師、PSW、作業療法士、薬剤師、 臨床心理士（非常勤）という多彩な職種が集 まっています。利用者はお年寄りも含めると 150名程度で、訪問という性質上いっぱい います。そこで、京都の南のほうに、 ACT-Joysという2番目のACTが「おおいし クリニック」によって開かれました。

* * *

これからは、精神障がい者が地域で暮らす ためのキメの細かい支援がアウトリーチによ って行われることが、ますます必要となると思 います。そして精神障がい者が「リカバリー」 を手にして、地域で自分らしく暮らしていく ことが当たり前の世の中になってほしいと思 います。

そのためにACTは有用な手段です。利用 者である精神障がい者の方々の幸せにACT が役立つことはもちろんのこと、精神科医療 にたずさわる人、特に地域で精神障がい者を 支える第一線におられる精神科診療所のスタ ッフの方々が、誰でも気軽にアウトリーチと いう方法を利用できるようになってほしいで すし、私たちが試行錯誤で行っているACT の実践が、そのための手助けになればと思い ます。

Q₁

躁うつ病とうつ病は
どこが違うのですか？

A₁

うつ病（単極性）では、気分が沈んで憂うつになり、やる気がおきず、不安や焦りが生じます。集中できない、忘れっぽい、ミスが多いなどの症状のために、自信をなくして自己嫌悪に陥ったり、他の人に非難されている気がすることもあります。また、よく眠れなかったり、食欲不振、疲れやすさや頭痛などの身体の症状も出ます。こうした状態が数週間から数カ月続くと、うつ病（単極性）と診断されます。

一方、躁うつ病（双極性）では、前述した「うつ」の状態に加え、躁状態が出現します。躁状態では、本人のいつもの生活以上に活動的になり、夜更かして出歩いたり、大声でしゃべり続けたりします。また浪費・飲酒・性的な問題など生活面でのトラブルが続いたり、興奮しやすく怒りっぽくなったりします。躁状態では、患者さん自身は気持ちが大きくなって絶好調と感じているため、病気の状態と気づかず、治療を受けることを拒否したり、通院を止めてしまうこともあります。

病気になってしばらくの間はうつ状態だけしか見られず「うつ病」と診断されていても、そのあとに躁状態が始まり、「躁うつ病」に診断が変更になることがあります。長い間、うつ症状に苦しんでいたあと急に気持ちが軽くなったときには、うつ病が改善したと考えたいものですが、実は新たな躁状態の始まりの可能性があるので要注意です。また、うつ状態に比べて躁状態がかなり軽い場合や、普段の状態がかなり活発で躁状態と区別がつかない人もいて、なかなか躁うつ病の診断をすることが難しいこともあります。

「うつ病」と「躁うつ病」の違いとして、躁うつ病では比較的発症年齢が若いこと、発症頻度での性差がないこと、家族に同様な病気をもつ人が多いことなどが指摘されていますが、いずれも決定的なものではありません。

どちらの病気もいったん症状がなくなっても、再発・再燃することが多いため、精神科専門医により診断・治療を受けることが望ましいと思われます。

Q₂

社会不安障害ってどんな病気ですか？
治療法はありますか？

A₂

昔は赤面恐怖とか対人恐怖などと呼ばれていました。人前で話そうとすると、急に不安になって頭の中が真っ白になってしまったり、顔が赤くなり、汗をびっしょりかいてしまったりします。汗が滝のように流れ、下着やワイシャツを交換しなければならなくなったりする人もいます。また、普段は何ともなく字が書けるのに、いざ人前で字を書こうとすると手が震えて字が書けなくなったりすることもあり、書痙などと呼ばれていました。他には、会食をするときなど、過度の緊張のために手が震えて、箸やナイフやフォークなどを使えなくなってしまうこともあります。

これらのことは、大なり小なり誰もが体験したことがあることではないかと思います。しかしなかには、こうした体験が度重なり、その人の社会生活に支障をきたしてしまうこともあります。自分の神経が細やか過ぎるとか、自分に力が無いからだと思いこんで、恥として抱え込み、人との付き合いさえ縮小し孤立してしまう人もいます。このような状態を社会不安障害と呼んでいます。何かのきっかけで立ち直る人もいますが、なかなか改善しないまま引きこもり、社会生活を狭め、うつ病を合併してしまうこともあります。時には被害感を強め、妄想状態になることもあります。

かつては不安神経症と呼ばれ、個人の修養しかないと言われたり、精神療法や催眠療法などが試みられていた時代もありますが、そのような治療はとても長い時間を必要としました。最近はこの社会不安障害は、ある種の抗うつ剤に反応することが確かめられ、薬物療法なども有効であることが証明されるようになってきました。マスコミによる情報もあり、早目に精神科や心療内科に相談に来られる方も増えてきました。

さらに薬物療法と併用して、臨床動作法、TF T (Thought Field Therapy ; 思考場療法)、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; 眼球運動による脱感作と再処理法) やブレインジムのような身体にアプローチする精神療法などにも効果が認められるようになり、治療法も多彩になってきています。患者さんが治療を選べる時代になったと言っても過言ではありません。

しかしまずは、社会不安障害かなと思ったら、お近くの心療内科や精神科診療所に気軽に相談されることをお勧めいたします。

Q₃

80歳の母のことでお聞きしたいことがあります。
元々年齢相応の物忘れはあったのですが、
肺炎にかかり入院したとたん、夜眠らず、暴れたり
おかしい行動をとるようになりました。
また、そのことを全然覚えていません。
認知症になったのではないかと心配です。
突然認知症が進むようなことはあるのでしょうか？
また、治療する方法はあるのでしょうか？

A₃

加齢や認知症による物忘れや問題行動ということも考えられますが、この場合、肺炎によって引き起こされた、せん妄という一過性の認知症のような症状を疑う必要があります。せん妄は意識が障がいされるもので、夢と現実の境目があいまいになる、いわゆる「寝ぼけた」状態です。

重病や手術の後など身体的問題がある時に起こったり、睡眠導入剤などの薬の副作用によっても引き起こされる場合があります。夕方以降の薄暗くなってきた時間帯からが特に多く、物忘れのほか、幻覚や妄想なども見られ、興奮したり普段では考えられないような異常行動をとったりします。特徴としては、1日の中で記憶がハッキリしているときと、全く覚えていないときがある、夜間に問題行動があっても朝には忘れていて、などです。

認知症との大きな違いは、体の調子が悪くなれば悪化しよくなれば改善する、また睡眠状況がよくなれば改善することが多いということです。

せん妄の多くは一過性ですので、肺炎がよくなった段階で認知症なのかどうかの検査をされてはいかがでしょうか？また、睡眠状況をよくするために、睡眠覚醒のリズムを改善させる薬の服用もお勧めです。

物忘れなど認知の障がいが見られた場合、治るものか治りにくいものかを見極めて、適切な治療を選択することが大切です。1日も早く回復されることを願っております。

さいたまスーパーアリーナ「心のケアセンター」活動報告

埼玉精神神経科診療所協会 鈴木 仁 史

〈こうめまクリニック(さいたま市)〉

3月11日の東日本大震災から6日目に埼玉県知事より「さいたまスーパーアリーナに福島県の避難者を3月31日まで5,000名引き受ける。健康管理を医師会で引き受けてほしい」という要請があり、さいたま市大宮医師会が担当することになりました。急遽「救護ステーション」を開設、避難者はドーナツ状の通路をダンボールで仕切り、2～5階部分で避難生活を送ることとなりました。その数は19日の段階で2,200人余、双葉町住民1,200人(町場職員60人)、その他1,000人。

メンタルヘルスケアについては、埼精診が中心になって「心のケアセンター」を立ち上げ、身体科の「救護ステーション」とは別ブースで埼精診の医師が救護に当たりました。精神保健に関わる行政のガバナンスが機能しておらず、救急の対応策を埼精診が組み立てました。実際自分が入院していた病院が機能しなくなり、心の拠り所をなくし、日ごとに妄想的になっていった人が、毎日「センター」を利用していました。非自発的入院の管理体制は行き当たりばったりの状態でした。

また内科の主治医が精神疾患の治療をしている人が多く、「センター」を訪れない人もかなり見られました。福島県には「相馬事件」という、明治年間に起こった旧中村藩主の精神疾患をめぐるお家騒動があります。その影響か「精神障害者」への偏見が特に強いと地元の医師が述べていました。

避難者は我慢強く、「眠れないのは当然」とメンタルヘルスケアを求めない人が多く見られました。しかし実際に通路を回ると、入院が必要な人、「死にたい」と訴える少女、強い不眠や恐怖感を訴える人、薬不足の人などの訴えが直接聞かれ、メンタルな訴えは待つ姿勢だけでは難しいことが実感されました。

児童の数も多く、思春期の子どもはエネルギーをもてあまし欲求不満になっていました。教員委員会に交渉して小学校を開放してもらい、思いきり体を動かす笑顔の子どもたちの姿がTVで放映されたときはほっとしました。

双葉町職員は不眠不休で、仕事とはいえ自身も避難者であり、家族とバラバラの人もあります。休憩・就寝時間もなく、疲労が蓄積していました。埼玉県行政が稼働し、職員のメンタルヘルスチェックを行ったところ、60人のうち20人が要注意。休憩所を設置しましたが、利用した職員は皆無でした。

13日間の受診者総数は、救護ステーション1,236人、心のケアセンター51人でした。双葉町は埼玉県加須市に「双葉町支所」を置き、2011年9月末現在、約800人が避難生活を送っています。職員は通常勤務体制になり、メンタルヘルスケアは大事にいたることなく維持されています。避難者は減ってきていても、高齢者の比率が一層高くなり、身体・精神ともに医療のニーズはますます高まっていると聞いています。



災害支援者ストレスほっとライン

阪神・淡路大震災。ひとりの被災者からの電話が、専門家による被災者支援電話相談のきっかけだった。「眠れずに苦しんでいる母を助けてほしい」。PTSDを想起させ、予防貢献の手応えがあった。1年して終わるころ、「この番号を、いつかの時には利用できる」と財布に入れて持っていた」と電話をくれた人がいた。たった1本の回線が『こころ』を支えられることを知った…

フリーダイヤル

でくろう

みなさん

0120-596-373

2012年12月末まで(☎078-333-1985もご利用いただけます)

平日:月曜日～金曜日・昼12:00～午後8:00 相談無料

E-mail : saigaishien7@gmail.com

(メールでのご相談もご利用いただけます)

いま東日本大震災被災地は、さまざまな分野からの支援、多くの人々の継続的なかかわりを必要としています。支援者のこころにも支えが必要です。支援者がくじけず、燃え尽きず、被災地に関心を向け続けることを支えるのがこの電話の意義だと、わたしたち日精診は考えています。

主催：(社)日本精神神経科診療所協会 [担当理事／谷本健士(神戸市 谷本神経クリニック)]

<http://www.japc.or.jp/>

事務局 [責任代表／小林 和(神戸市 精療クリニック小林)]

〒650-0022 神戸市中央区元町通2-8-14 オルタンシアビル9階

後援：みやぎ心のケアセンター、日本精神衛生学会、東日本大震災心理支援センター



社団法人 日本精神神経科診療所協会広報誌「ブックレットにつせいしん」第4号 2012年3月30日発行
発行：社団法人 日本精神神経科診療所協会 〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-38-2 ミヤタビル 8F
tel 03-3320-1423 / fax 03-3320-1426 編集制作：社会福祉法人新樹会創造出版 illustration / Mie Muneno