

「災害こころのケア活動からの学び」

東京大学大学院医学系研究科精神医学・こころの発達医学

2015. 8. 1. ver1

【目次】

- 1) 地元支援者のニーズを聴く
- 2) ニーズにもとづく支援
- 3) 中長期の精神保健とマネジメント
- 4) 派遣元のマネジメント
- 5) 子どものこころのケア
- 6) 福島・岩手支援
- 7) 日本学術会議提言抜粋

(注)本PDFは、笠井ら：こころのレジリエンス社会の構築へー災害こころのケア活動から学んだこと。学術の動向 2015年6月号 p33-43の内容に、日本学術会議・東日本大震災復興支援委員会・災害に対するレジリエンスの構築分科会。提言「災害に対するレジリエンスの向上に向けて」2014のなかから笠井が執筆にかかわったこころのケアに関する記述や、小児のこころのケアの文献などのオリジナルな内容を盛り込むなど、大幅に加筆修正したものです。多くの専門家の役に立てることを願って、PDFとして公開いたしました。

1) 地元支援者のニーズを聴く

(前・東松島市保健福祉部子育て支援課・門脇裕美子さんによる寄稿)

■ 被災地側のニーズ

被災地の支援者は被災者でもある。自分の生まれ育った地域、愛着を持って働いていた地域の崩壊を目の当たりにし、無力感に圧倒されながらも支援者としての使命を全うするべく、時には個人的な感情を抑圧しながら活動している。こうした混乱や弱さと、市民や地域を守りたいという使命感の双方を併せ持つことを理解し、その両面をサポートする姿勢で関わるのが外部支援者には求められる。

■ 外部支援者に望むこと

外部支援者に望まれるのは、とことん相手の気持ちに寄り添い話を聴くという共感的な態度と、その人の中にある生命力・回復力を信じるという姿勢に尽きる。

既存の体制が機能しない、これまでの手法が通用しないという大混乱の中から、被災地の支援者自身が心の安定を取り戻し、市民の心の回復や地域の復興に取り組めるようになるためには、被災地外の安定した第三者の存在が必要となる。分析や助言・批判ではなく、主観的体験やありのままの感情をただひたすら受け止めてくれる存在である。

人はあるがままの感情を受け止めてもらえた時に、自分が尊重されていると感じ安心してニーズや希望を表現できる。そして、抱えている現実折り合いをつけて前へ進むことができる。絶望、無力感に打ちひしがれている被災者にとって、信頼できる第三者との出会いは、その後の人生観を変えるほどの影響力がある。従って心のケア活動は単に応急処置的な活動ではなく、長期的な視点で個人や地域の変化に寄り添い続けながら影響を与えるというものであり、個人の価値観の変容や人生の変化、ひいては地域全体に革新をもたらす可能性のある重要な活動である。だからこそ外部支援者には相手の気持ちに真摯に向き合いながら支援していくことが求められるのである。そして、その前提となるのが支援者自身の心の安定、精神面のセルフモニタリングができているという要素である[1]。

■ 平時から大切にすべきこと

○個人のケースワークにおける資質向上

災害時の支援に望まれるのは相手の感情とニーズに合わせた支援であり、これは平時の精神保健や医療においても重要な要素である。日頃の診療や家庭訪問等において当事者の感情とニーズを理解しながら共感的に関わるのは勿論、生活という視点やその人の人生という軸でクライアントと共に歩む姿勢を学んでおくことが大切である。また、自死のリスクが高い事例や虐待・DVが絡む事例等、ハイリスクな事例においては多職種によるチームアプローチが必須となる。保健・医療・福祉と様々な分野における活動経験を積むと共に、多職種でのチームアプローチを経験しておくことが望ましい。

○日頃からの予防教育

ストレスケアやうつ病予防といったテーマでの健康教育により住民のストレス対処能力を高めておくことの他に、災害時特有の心理的な変化や対処に関しても、他分野の防災教育と同様に事前に実施しておくことはある種の免疫づくりになる可能性がある。地域の自主防災組織や学校教育との連携等において、災害時のメンタルヘルスについての予防教育の実施や相談窓口を事前に周知しておくといった関わりも、災害時の心の回復を早める上で有効であると考えられる。

○ネットワークの構築

災害時には住居や雇用等経済面の問題など、あらゆることが心の回復と複雑に絡み合っていることが多く、支援においては経済部門や司法など様々な分野との連携した活動が必要となる。日頃から医療や保健に留まらない包括的なネットワークを構築しておくことや、多職種での包括的なサービスを提供できる体制が整備されていることが望ましい。

[文献]

- [1] 門脇 裕美子：宮城県・東松島市の経験から：これからの地域精神保健 大震災の経験から学ぶ：精神科臨床サービス(2012)第12巻2号

2) ニーズにもとづく支援

当教室は2011年3月から2015年5月現在に至るまで宮城県東松島市にて震災支援を継続している。ここでは時期別に主に支援者の視点から学んだことについてエッセンスを紹介する。本活動の詳細については別途文献等を参照されたい[1-4]。

■ 急性期活動（震災直後から震災後1カ月）

発災直後からDMAT隊による初動が行われ、被災地の医療ニーズが把握された。今回の震災では、津波による被害が中心であったため、負傷者の手当てよりもむしろ、慢性身体疾患患者の治療継続問題（医療機関の壊滅、所持薬が流されたことによる）や、元々治療を受けていた精神疾患患者の症状悪化、被災者の不眠・不安への対応が発災直後から大きなニーズであることが、DMAT隊の報告から判明した。

身体疾患患者の医療については、被災地で機能が保たれた地域拠点病院（宮城県石巻医療圏では、石巻日赤病院）の災害医療コーディネーターの指揮による、地区割りや外部支援者の振り分けが発災直後からの確に行われた。しかし精神科医療においては、そうした体制の準備がなく、石巻日赤病院には常勤精神科医がいなかったことや、石巻保健所も被災したことから、当初は地区割りや外部支援者の振り分けが混乱した。厚生労働省による、各都道府県を窓口とした災害こころのケア活動の支援者の受付、各地域への派遣が機能し始めたのは2011年4月以降である。したがって、発災直後に、地元の大学病院（東北大学医学部附属病院）が声をかけやすい国立大学医学部附属病院のネットワークや、石巻赤十字病院を通じた日本赤十字社のネットワークなどにより、身体科医療チームに精神科医・心理士が帯同して被災地に入ったことで、結果として災害こころのケア活動の初動を早めることができた（当教室の初動は発災6日後の3月17日）。また、当教室の場合には、千葉大学、名古屋大学とともに、宮城県東松島市を担当したが、各保健所・保健センターと外部支援者のペアリングを行い、定点継続活動を行うことの重要性を知った。

あらゆる支援活動は自己完結型（薬剤、食材、移動手段、宿泊）が前提となる。地元と外部と双方に簡潔明瞭に連絡を取り合うマネジメントの核となる人材が必要であり、その指示のもとで外部支援者は地元支援者の指揮下に入り活動を行う。地元支援者は被災者であるにも関わらず必死に支援を行っていることが多く、外部からの安易な提案・批判は禁忌であり、与えられたニーズに基づく真摯な活動が求められる。特にこころのケア活動では、外部支援者自身に精神面での自己モニタリングが必須であり、かつ柔軟な対応ができるように総合病院精神医学の基本的な素養を身につけ、安定した存在として地元支援者に安心を与えることが肝要である。最低限、必要とされる技量にサイコロジカル・ファーストエイドがあり事前に参照しておくといよい[5]。

■ 中期的活動（震災後1カ月から半年）

震災の規模や地域によって、支援活動は大きく異なる。そのため、地元支援者が把握している週単位で変化するニーズに柔軟に対応する姿勢が外部支援者には求められる。次第に、病院や保健センターから活動の場が地域に移行していくため、訪問してから始まる支援という感覚が大切と

なる。また直後には見られなかった地元支援者の疲弊がこの時期からみられることが多く、軽視すべきでない。

■ 長期的活動（震災後半年以降）

医療から市民全体への精神保健活動へシフトしていき、広報での啓発活動・健康教育・健康相談会等の地区での活動、支援者のための研修、サポート体制の整備、自殺対策のための体制作りなどが重要となる。あらゆる支援者が階層化された支援体制を理解することが望まれる[図1]。

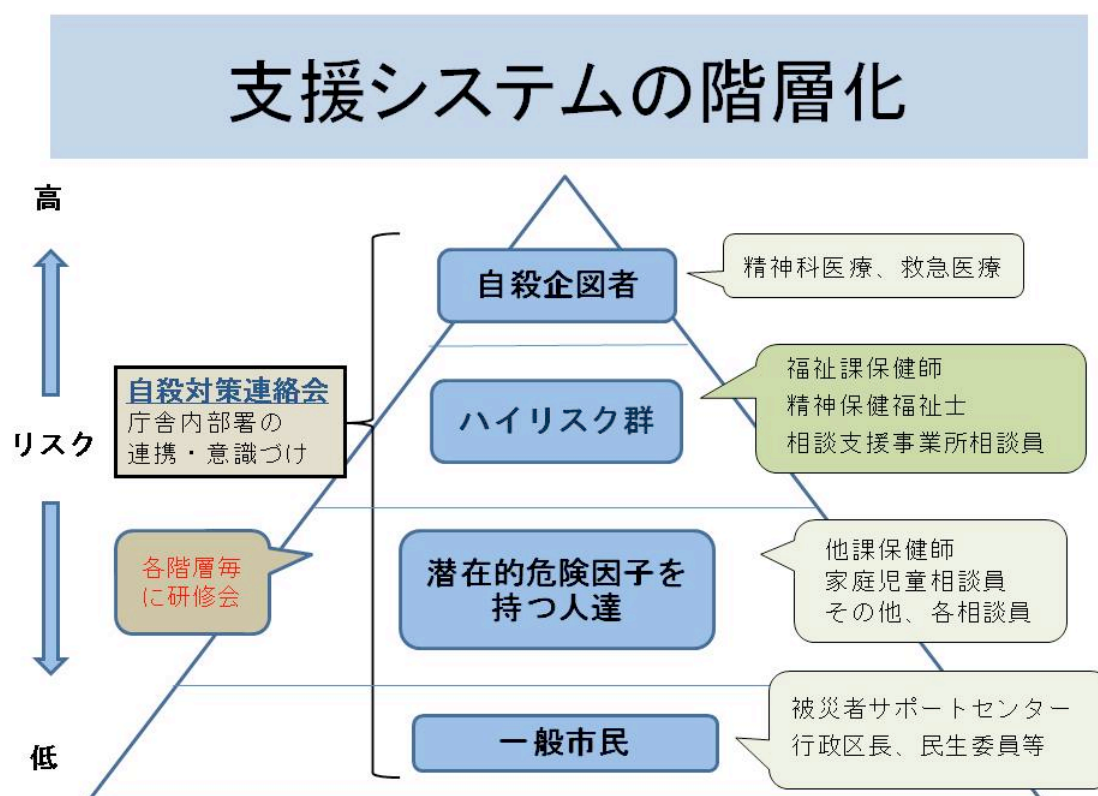


図1 階層化された支援

■ まとめ

震災後2年近くが経過したときに地元支援者に、「これからどのような支援がほしい？」と聞いてみたところ、「安定感」と答えが返ってきた。「被災地の外に頼れる存在があって、震災直後から一緒に状況を見続けて、定期的に顔を合わせることができ、余計な口出しをせずに見守ってくれて、自分たちが揺れても、揺れない存在でいてくれる」ことが何よりも安心とのことであった。おそらくこれが「共鳴できるヒトによる息の長い支援」のポイントなのであろう。ただこれは特別なことではなく、通常の精神科の臨床にそのままあてはまる。支援者の日々の積み重ねが平常時以外でも最も役に立つということを頭の片隅において、日々の臨床を続けていければと思う。

[文献]

- [1] 荒木剛, 桑原斉, 安藤俊太郎, 笠井清登. 災害直後のこころのケアのあり方—東京大学医学部附属病院災害医療マネジメント部の取り組み—. 精神神経学雑誌 116: 189-195, 2014
- [2] 荒木剛, 笠井清登. 【震災医療—来るべき日への医療者としての対応】急性期の精神医療的問題. 内科 110: 1080-1084, 2012.
- [3] 桑原斉, 荒木剛, 安藤俊太郎, 金原明子, 笠井清登. こころのケアの中・長期的支援—精神医療から精神保健へ. 災害行動科学研究会+島津明人(編)災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ. 誠信書房, 2012, pp106-121.
- [4] 東松島市保健福祉部: 東日本大震災をともにのりこえて 東松島市 保健師・栄養士活動報告書, 2013
- [5] アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク, アメリカ国立 PTSD センター 「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版」兵庫県こころのケアセンター訳, 2009年3月. <http://www.j-hits.org/>

3) 中長期の精神保健とマネジメント

■ 中長期的な精神保健活動の必要性

災害後の保健活動において、急性期の危機対応が求められるのは精神保健に限ったことではない。一方で、こと精神保健に関しては、災害後数年間にわたって高まるニーズに対応する中長期的な視座に基づく活動が求められる。それは、家屋やインフラなどの物理的復興、復職、被災体験や喪失体験からの心的回復、コミュニティの再構築などはしばしば一定の時間を要することと一致する。実際、大規模自然災害後に心的外傷後ストレス障害をはじめ様々な精神疾患が増えることが報告されており[1]、特に災害規模が大きいと長期経過後の自殺率が上昇するなど、自然災害は時に中長期的に精神的健康に深刻な影響をもたらさう[2]。

■ 地域精神保健マネジャーの必要性

災害発生後に各地域において必要となるのは、自治体内外のリソースを有効活用し、計画的に精神保健活動をマネジメントする地域精神保健マネジャーの存在である。急性期に求められる精神保健活動は、主に従来ストレス脆弱性を抱える方の危機対応や治療継続マネジメント、急性ストレス反応への対応などである。これらを効率的に行うためには、サービス必要性が特に高い住民を平時から把握しておき、自治体外からの支援リソースをマネジメントし、自治体職員と組み合わせ有効活用することが必要である。また、災害から数か月が経過してくると、求められる精神保健活動は急性期とは異なってくる。まずは、スクリーニングなどの情報収集により、地域レベルの精神保健ニーズを把握する必要がある。そして、そのニーズに基づき、多職種・機関共同による包括的なケースマネジメントにより、個別的な心理社会的サポートを行う必要がある。この際にも、地域の精神保健マネジャーが自治体内外のリソースを有効活用して情報収集やケースマネジメントを実際に指揮することが、活動を円滑に進めるために必要である。

2012年より東大病院に「災害マネジメント部」を設立したのは、精神、身体にかぎらず、災害保健医療のマネジメントを学問として確立するためである。

■ 疫学研究の必要性

疫学研究の歴史は浅く、特に本邦では、決して他国に比べて疫学研究が進んでいる状況ではない。本邦は世界有数の地震大国であり、災害後に保健サービスニーズと関係しやすい特性を把握するためにも、自然災害後の疫学研究、特に精神保健疫学研究の需要は高い。今後、日本のどこかで起こるであろう大規模自然災害後の効果的・効率的な精神保健活動に向けて、自然災害後の長期的影響を明らかにする精神保健疫学が求められる。

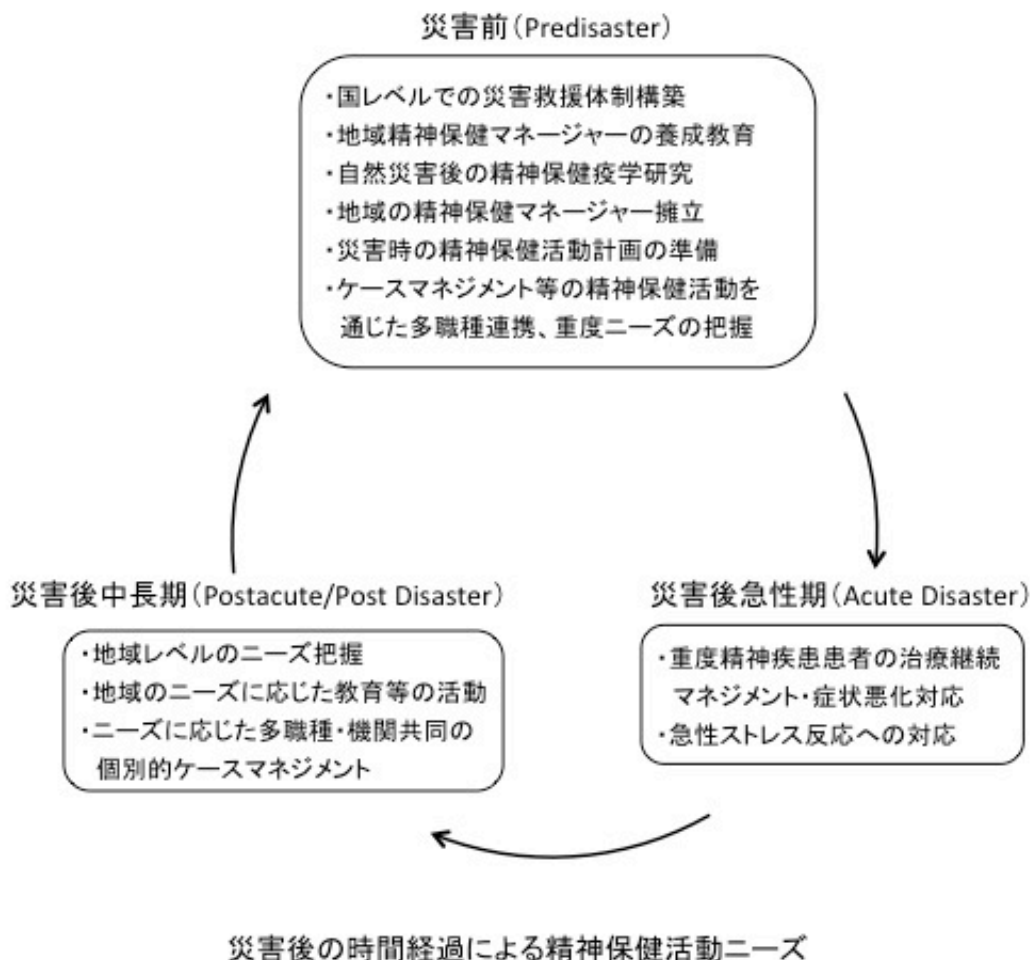
なお、特に災害直後においては、支援をとまなわない疫学調査は、地元被災者や地元支援者にとって大きな負担となり、倫理的に問題がある。東日本大震災においても各地でこのような調査が乱立したため、日本精神神経学会は2011年5月に緊急声明を出した。

■ 今後の施策

災害後の有効な保健活動を行うためには、平時の備えが最も重要である。たとえば米国では、インシデント・コマンド・システムによる災害救援体制が整備され、20万人超の医療保健従事者が災害支援活動に参加するために登録を行っている。本邦では、たとえば同様の登録システムを機関ごとに行い、災害発生後すぐに被災地に外的リソースを振り分けるような国レベルの体制整備が求められるのではないだろうか。また、地域精神保健マネジャー育成のために、保健師養成課程に災害精神保健を必修化することを検討すべきである。地域レベルでは、災害発生時の地域精神保健マネジャーを定めておき、災害発生時の中長期的な保健活動計画を準備しておく必要がある。そして、既に起きた自然災害から学び、今後の効果的な災害精神保健活動に生かすためにも、災害後の精神保健疫学研究が奨励される。

[文献]

- [1] フレデリック・J・スタッダード Jr.、アナンド・パーンディヤ、クレイグ・L・カツツ. 災害精神医学. 2015年. 星和書店
- [2] Tetsuya Matsubayashi, Yasuyuki Sawada, Michiko Ueda. Natural disasters and suicide: Evidence from Japan. *Social Science and Medicine*, 2013 (82) 126-133.



4) 派遣元のマネジメント

ここでは、派遣元のマネジメント、特にその必要性が高い急性期の派遣元のマネジメントについて述べる。派遣元のマネジメントで大切なことは、被災地のニーズを把握し、ミッションをある程度明確にしたうえでスタッフを現地に派遣することである。

当科では、院内マネジメント担当スタッフが、被災地の刻一刻と変わる状況とニーズを、派遣中あるいは派遣後のスタッフや現地保健師との密な連絡により把握した。加えて、現地に派遣するスタッフが短期間で入れ替わる状況に、保健師やスタッフが余分な労力を割かれないうえに、情報を可能な限り院内マネジメントスタッフの基に一元化し、効率を最適化した派遣計画を立案した。このためには精神神経科だけではなく、救急部・薬剤部・総務課・医事課など院内関連部署との情報共有・役割分担が必須だった。例えば、震災直後は、継続的な薬物療法が必要な精神科通院患者の処方薬が入手できない状況が問題の一つであったが、薬剤の円滑な調達のために薬剤部に、特例で必要な薬剤の準備を要請し、現地でスタッフが処方することにより問題の解決を図った。また、現地に派遣するスタッフの不安や労力を軽減するために、派遣後のスタッフから得た情報を整理して伝達することに加えて、派遣するスタッフの通常の院内業務の交代人員の確保も実施した。

このような派遣元のマネジメントが円滑にできたのは、平時より「ニーズの把握→解決策の提案＝意思決定への関与」という、概ね権限移譲された信頼関係に基づく問題解決型のマネジメントを行っていたことや、他部署との顔の見える連携をしていたことが活かされたと考えている。以上のように、被災地でニーズに基づく支援をサポートするための派遣元のマネジメントでは、平時から関係者・他部署・多職種で、信頼関係に基づく仕事をしていることが重要であるように思われる。

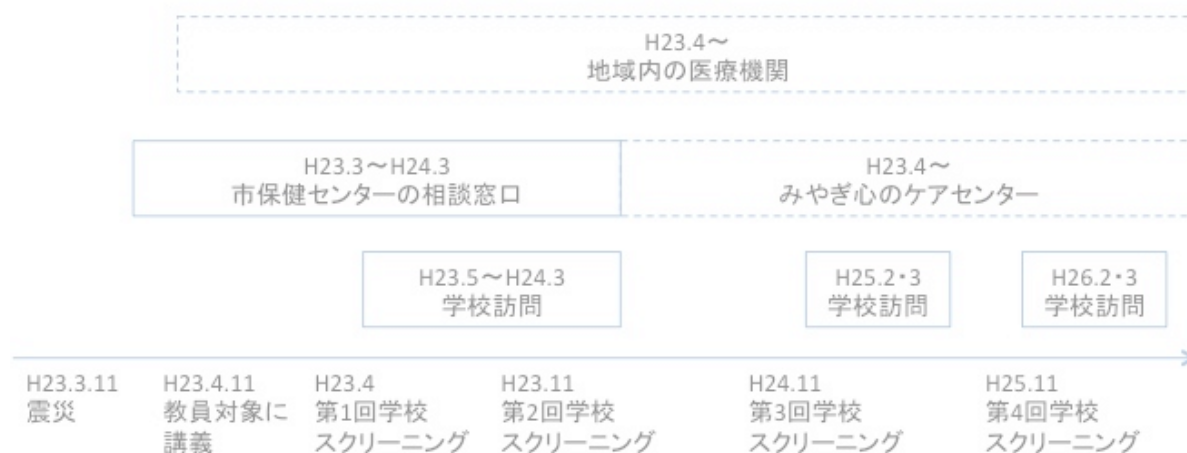
[文献]

- [1] 桑原斉・荒木剛・安藤俊太郎・金原明子・笠井清登、「こころのケアの中・長期的支援－精神医療から精神保健へ－」、災害行動科学研究会・島津明人 編、『災害時の健康支援－行動科学からのアプローチ』、誠信書房、106-122、2012年9月。

5) 子どものこころのケア

■ はじめに

大規模な震災が小児の精神症状に影響を及ぼすことは、自明である。しかし、誰に、何故、どのように、どの程度影響を及ぼすかは、不明確である。さらに、精神症状のために困難が生じている小児に専門家がどのようなルートでアプローチすればよいか、平時でも簡単ではないが、震災後の混乱の中では更に困難が増幅する。本節では東松島市において、市と共同で東京大学医学部付属病院こころの発達診療部が行った、児童精神科領域の支援活動について報告する。



子どものこころのケアの流れ

■ 急性期

平成 23 年 3 月、震災直後 1-2 週間の混乱期に我々が実施できたことは、市保健師と避難所を巡回し、直接アプローチすることと、市保健センターに臨時外来を兼ねた相談窓口を設置することであったが、十分に利用を喚起できていたかどうかは不明確である。その後、4 月下旬の学校再開の準備のために市教育委員会の要請で教員対象の講義を行った。この時点では我々に震災後の対応経験が乏しく、内容は心的外傷後ストレス症状に関する一般知識に留まった。

■ スクリーニング体制

教員対象の講義を行ったことをきっかけに、市教育委員会・市保健師と児童・生徒への対応について検討し、4 月下旬に精神症状評価尺度によるスクリーニング調査を行った。スクリーニング調査の実施に関して我々が留意していたのは、回答することが症状増悪の原因となることである。十分に症状・行動を管理できる状況であればスクリーニング調査のメリットが、症状増悪のリスクを上回るかもしれない。しかし実際には、市内の小児に何が起きているか十分に把握できていない状況であった。そのため、比較的質問内容が間接的な精神症状評価尺度として PTSSC-15 (post traumatic symptom scale for children) を採用した。また、質問内容が間接的である

分、感度・特異度は低いことが想定され、PTSSC-15の結果のみで十分なスクリーニングは困難であろうと考え、教員からの聴き取りを組み合わせることとした。

市内 14 校の小中学校を回り、カットオフを超える児童・生徒の現況を教員から聴き取り、カットオフを超えていない児童・生徒に関しても行動面の変化が顕著な児童・生徒の現況を教員から聴き取った。この時点では精神科的対応の需給バランスが不明確であったためスクリーニングに順位をつけ、行動面の変化が顕著な児童・生徒で PTSSC-15 のカットオフを超えている児童・生徒を 1 番目に、PTSSC-15 でカットオフを超えていないが行動面の変化が顕著な児童・生徒を 2 番目に、市保健センターの相談窓口に来所するよう家族に促すように教員に依頼した。PTSSC-15 でカットオフを超えているが、行動面の変化が顕著ではない児童・生徒に関しては注意深い経過観察を依頼した。

支援の流れの中で結果として構築的されたものであるが、学校をハブにしたスクリーニング体制となり、11 月にも同様の PTSSC-15 を用いたスクリーニング調査を行い、市内 14 の小中学校には翌年 3 月までにのべ 40 回訪問し支援が必要な児童・生徒をスクリーニングした。保健師による個別訪問など他のスクリーニングとも組み合わせ、平成 23 年度中に市保健センターの相談窓口には約 40 名の小児が来所した。

学校の負担、教員と家族の情報伝達の難しさなど、問題も存していると思われ、今回の学校をハブとしたスクリーニング体制が最善だったかどうかは検証が必要である。しかしながら、誰に、何が起きているかわからない状況で児童精神科領域の支援が必要な小児に専門家がアプローチするための 1 つのあり得る手法ではあったと考えている。

■ 医療的な対応

医療的な対応に関しては、被災直後から 1-2 か月の間は地域内の医療機関が十分稼働しておらず、市保健センターの相談窓口で診断から精神療法、薬物療法まで実施していたが、地域外からの派遣という性質上、担当者が頻繁に交代することとなり、最低限の診断・治療を提供することに留まった。この状況を踏まえ、より継続的で質の高い治療に誘導するため、地域内の医療機関の活動状況を把握し、次第に地域内の医療機関への紹介を増やした。平成 23 年度の後半は主として相談窓口では診断まで実施し、継続的な治療が必要と判断したケースを地域内の医療機関に紹介する活動を原則とした。更に、平成 24 年度からは相談窓口をみやぎ心のケアセンターに引き継ぎ、この時点で我々は直接的な医療活動からは撤退した。

実際に治療に携わった期間は短く、治療内容に関しては十分に経験できなかったのでコメントできることは少ないが、児童精神科領域の災害後のストレス症状の治療については科学的知見が十分ではないことは実感した。科学的知見を蓄積することが極めて困難な領域であり、経験の蓄積が必要である。

■ 平成 24 年度以降

PTSSC-15 と学校訪問を組み合わせたスクリーニングは平成 25 年度末まで年 1 回継続した。震災後のストレス症状の評価については経験を積み、発達障害など本人の性質、家庭環境の困難、被災体験の程度、近親者との死別がリスクになることが感覚的にわかってきた（科学的な検証は

していないが)。蓄積された経験を踏まえることにより、教員との議論は徐々に円滑になっていったように感じている。

平成 24 年度以降のスクリーニングにどの程度効果があったかは正直なところ不明であり、検証も難しいであろう。しかし、教員からの観点のみという限界はあるが、精神症状に起因する困難が膨大で、需要が供給を上回り地域外の医療機関を必要としている状況ではないということ、平成 24 年度、平成 25 年度と 2 年間に渡って確認できたと考えている。この結果を踏まえて、我々は平成 25 年度を最後にスクリーニングからも撤退した。阪神大震災後の調査結果から、“3 年後に子どもの精神症状は悪化する（科学的な知見とは言い難いが）”という説が教員には広く知られており不安を持つ教員も多かったが、少なくとも一部は不安を払拭できたかもしれない。

■ 疫学研究

実際に支援活動を展開する中で、同じ市内であっても死と隣り合わせだった地域（実際に津波が到達した地域）とそうではない地域で、切迫感の違いを感じていた。この実感を基に、第 1 回のスクリーニング調査（PTSSC-15）の結果を解析し、中学生では浸水域に学校がある生徒で有意にストレス症状の得点が高いことを見出した[1]。

■ おわりに

これらの支援活動の中で重要な位置を占めていたのは市保健師の存在であった。地域の実情に詳しい市保健師の情報があれば、需給バランスを踏まえて支援の量・内容を調整することは不可能であったと考える[2]。児童精神科領域の支援活動には医師・心理士・看護師・教員・児童福祉士等、多数の専門職が関わる。このような専門職を統合してマネジメントする職能は東松島市では保健師が担っていた。児童精神科領域の災害マネジメントが実学として確立するのであれば、その中心となるのは保健師ではないだろうか。

次の災害は望まないが、もしも訪れるとしたら、今回の支援で得た知識が僅かばかりでも、実際に役立つことを願う。我々は今ならば、少しは実感を伴った講義が出来るであろう。

[文献]

- [1] Kuwabara, H., et al., *Regional differences in post-traumatic stress symptoms among children after the 2011 tsunami in Higashi-Matsushima, Japan*. Brain Dev, 2014.
- [2] 桑原斉, et al., *こころのケアの中・長期的支援—精神医療から精神保健へ*, in *災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ*, 災害行動科学研究会 and 島津明人, Editors. 2012, 誠信書房: 東京. p. 106-121.

■ 子どものこころのケア文献レビュー

平成 23 年 3 月の震災以降、4 年が経過し小児の精神症状に関する研究が複数報告されている。石巻市の幼児・児童・中学生に関しては 1 万人を超える大規模な系統的スクリーニング調査が実施されており、震災後 8 か月の時点でのストレス症状のリスクとして女性、家屋損壊、避難所生活、死別体験が報告されている[1]。更にこれらのリスク・ストレス症状と睡眠の持続時間と

の関連についても報告がなされている[2]。また 20 ヶ月時点でも女性であることはストレス症状のリスクであることが報告されている。この研究では同時に行動上の困難についても調査がされており、行為・多動・対人関係の問題が男児で目立つ一方で、女児では向社会性が良好に保たれるという結果が報告され、これらの結果がストレス症状と相関することから、ストレス症状の評価のみで十分とせずに行動面の評価も行うべきではないかという注意喚起が為されている[3]。8 か月後と 20 か月後の変化を縦断的に検討した研究では、ストレス症状が小学生では改善する一方で、中学生では改善が乏しいという結果と睡眠の持続時間が減少するという結果が報告されており、時間経過で全ての年齢層、症状が改善するわけではないことが示唆されている[4, 5]。更に 30 か月後までの調査が横断的に検討されており、ストレス症状は全般としては改善するが、PTSD 症状と抑うつ症状とでは経過が異なること[6]、行動上の困難に関しては、8 か月時点からの改善を示すものの、30 か月の時点でも全国調査による標準データと比較すると困難が多いことが示されている[7]。

我々は、石巻市と同じ評価尺度を用いて近接する東松島市の小中学生約 2000 名を対象に 6 週間後のストレス症状を評価し、浸水域と非浸水域での致死率が大きく異なるという津波災害の特異性に注目し、中学生では浸水域に学校のある生徒のストレス症状が高い一方で小学生では差がないことを見出した[8]。

また、震災当時の幼児 178 名の 2 年後の行動評価を行った研究では、親族・友人の死、震災前の心的外傷体験がリスクとして同定された。尚、この研究では両親・兄弟など近い家族の死については、検出力の問題でリスクとして同定できなかったと考察している[9]。

これらの研究により、震災後のリスク因子、経過については多くのことが明らかになってきており、介入資源の配分、介入の時期、継続期間については示唆されることが多い。しかし、その一方で介入の内容についての報告は無かった。介入の内容について科学的に検証することが困難であることは予測されていたが[10]、小児に関してはエビデンスを補完するためのコンセンサス調査は組織的に行われていないようで、介入の経験が風化する前に実施されることが望ましいと考える。

[文献]

- [1] Usami, M., et al., *Relationships between traumatic symptoms and environmental damage conditions among children 8 months after the 2011 Japan earthquake and tsunami*. PLoS One, 2012. **7**(11): p. e50721.
- [2] Usami, M., et al., *Sleep duration among children 8 months after the 2011 Japan earthquake and tsunami*. PLoS One, 2013. **8**(5): p. e65398.
- [3] Usami, M., et al., *Did parents and teachers struggle with child survivors 20 months after the 2011 earthquake and tsunami in Japan? A retrospective observational study*. PLoS One, 2014. **9**(5): p. e96459.
- [4] Iwadare, Y., et al., *Posttraumatic symptoms in elementary and junior high school children after the 2011 Japan earthquake and tsunami: symptom severity and recovery vary by age and sex*. J Pediatr, 2014. **164**(4): p. 917-921 e1.

- [5] Iwadare, Y., et al., *Changes in traumatic symptoms and sleep habits among junior high school students after the Great East Japan Earthquake and Tsunami*. *Sleep and Biological Rhythms*, 2014. **12**(1): p. 53-61.
- [6] Usami, M., et al., *Decrease in the traumatic symptoms observed in child survivors within three years of the 2011 Japan earthquake and tsunami*. *PLoS One*, 2014. **9**(10): p. e110898.
- [7] Usami, M., et al., *Prosocial behaviors during school activities among child survivors after the 2011 earthquake and Tsunami in Japan: a retrospective observational study*. *PLoS One*, 2014. **9**(11): p. e113709.
- [8] Kuwabara, H., et al., *Regional differences in post-traumatic stress symptoms among children after the 2011 tsunami in Higashi-Matsushima, Japan*. *Brain Dev*, 2014.
- [9] Fujiwara, T., et al., *Clinically significant behavior problems among young children 2 years after the Great East Japan Earthquake*. *PLoS One*, 2014. **9**(10): p. e109342.
- [10] 桑原斉, et al., *こころのケアの中・長期的支援—精神医療から精神保健へ*, in *災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ*, 災害行動科学研究会 and 島津明人, Editors. 2012, 誠信書房: 東京. p. 106-121.

6) 福島・岩手支援

■ 福島：原発に関連して

福島県、なかでも浜通りの相双地域では、福島第一原子力発電所事故によって、精神医療保健福祉システムが一時的にはほぼ壊滅状態となった。相双地域にある精神科医療機関（5病院3診療所）がすべて休止したためである。

震災直後の支援は福島医大こころのケアチームが中心となって展開された[1]。2011年3月中は全国から集まった支援者を統括して県内の避難所巡回が行われたが、4月以降は浜通りの継続支援が主となった。もともと精神科医療機関がなかった相馬市では、公立相馬病院に精神科外来が臨時開設された。受診者の約半数は、過去に精神科受診歴がなく、震災関連のみならず未受療者が多く受診した[2]。

福島医大精神科の丹羽真一教授が当教室のOBであったこともあり、当初より当教室には福島への派遣依頼が非公式にあった。しかし東大病院としては国立大学医学部附属病院のネットワークによる支援を行っていたため、公立大学である福島県立医科大学への支援は行えなかった。また、外部支援者が原発による健康被害を受けた際の労災に関する方針が厚生労働省で定まらず、当教室として、業務命令で福島へ支援者を派遣することは困難であった。そのため、当教室では、同窓会所属医師に対して、任意での福島支援を呼びかけることとした。多くの同窓が丹羽教授の指揮の元、福島支援にあたった。50代、60代の医師が、「自分たちは放射線による身体影響は少ない年代だから」とボランティアとして支援に出向いたと聞いている。

2011年11月、関係各方面の総意のもとNPO法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」が発足した。こころのケアチームの精神保健活動や訪問活動を引き継ぐ形で「こころのケアセンターなごみ」、公立相馬病院臨時外来を引き継ぐ形で「メンタルクリニックなごみ」が開設され、訪問、仮設住宅でのサロン活動（いつもここで一休みの会）、健康相談、発達支援など、孤立化を防ぐ多面的な支援が展開された[3]。

震災から4年、原発問題はいまだ収束せず、外で遊べない子供の健康問題や育児不安、食品や外出など被曝をめぐる考え方の相違からくる家族内不和、補償をめぐる思惑による社会分断など、事態は複雑化・長期化している。支援の財源確保も課題となっている[4]。

■ 岩手支援

精神医学講座担当者会議を通じて、岩手医科大学内に設置された『岩手県こころのケアセンター』の取り組みにも、定期的に精神科医を派遣する機会を頂いている。

岩手県では被災以前から自殺対策などの領域で、精神科医療等の少ない社会資源を有効活用し、マンパワーの不足を機関相互の連携により補う精神保健体制構築が推進されてきた。震災後のこころのケア活動においても、こころのケアセンターが地域の支援体制に加わり、市町村や関係機関と密接に連携することで、重層的な支援構造を構築している。メンタルヘルス不調者への個別介入のみでなく、被災地住民へのメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、保健医療従事者へのメンタルヘルス対策など、包括的な取り組みが行われて

いる[5, 6]。

外部からの支援者として関わらせて頂く中で、中長期的な視点で地域の人材を育成していく人づくりの視点が重要視されていることに気づかされる。ボランティアレベルから医療従事者レベルまで、共に関わりながら被災者の支援方法を教育・支援するこころのケアセンターの役割に触れることは、我々のような被災地外から出向く者の『支援者の支援者』としての役割について、強く考えさせられる体験となっている。

[文献]

- [1] 丹羽真一：福島におけるこころのケアチームの取り組み 精神障害とリハビリテーション 16(2)；129-134, 2012
- [2] 大川貴子：東日本大震災・原発事故に対するこころのケア活動 ー福島県相双地域における福島県立医科大学心のケアチームからの報告 こころの科学 162；2-7, 2012
- [3] 米倉一磨ほか：福島県相双地区の心のケアの活動報告 ー相馬広域こころのケアセンターなごみの9か月間の活動からー トラウマティック・ストレス 11(1)；75-82, 2013
- [4] 米倉一磨ほか：東日本大震災から3年後の精神科医療保健福祉～福島県相双地区のこれから～ 日本社会精神医学会雑誌 23(4)；358-365, 2014
- [5] 大塚耕太郎、酒井明夫： 岩手医科大学における被災地ケア：中長期的対策に向けて．精神神経学雑誌（2012）114 卷3号
- [6] 大塚耕太郎ほか：東の本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について．精神神経学雑誌（2013）115 卷5号

7) 日本学術会議提言抜粋（災害こころのケア部分） [1, 2]

■ 人的要素を含むこころの回復の課題

災害への備え

大規模災害後には、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、うつ病等の増加にともなう精神保健・医療の需要が増える一方、従来それらを担っていた施設や人的資源が被災することで供給が減少するため、需給バランスが崩れ、被災地外からの供給が必要となる。東日本大震災では、地域外から支援のために派遣された身体科医療の人員は平時に定められた指揮系統のもとに活動が展開されたが、精神保健・医療の活動の指揮系統は不明確で、効率的な活動が展開できたとはいえない。被災地からの需要に対応して、人員の供給を迅速に多く行った被災地外地域とそうではない地域があった[3]。平時に国の水準で派遣人員を調整・配置するシステムは用意されていなかった。これを反省的に検証し、平時からの精神保健・医療体制の整備に生かす必要がある。

福島原発事故では、放射線被害による妊婦や子どもたちへの心身の発達への影響は今のところ確実な報告はないが、我が国の放射線災害被害対策マニュアルは、原発を持つ自治体の「原発のしおり」パンフレットや、医療機関や大学等の放射線事故を前提にした数ページ程度のマニュアルしかない。

災害への対応

災害が広範囲で精神保健・医療の需給バランスが崩れた場合、どのような対象にリソースを集中すべきかの科学的根拠の蓄積が乏しかった。派遣される担当者が短期間で交代するため、情報の管理・引継ぎに困難があった。

我が国では災害後精神保健・医療的対応の標準化がなされておらず合理的な対応が困難であった。精神保健・医療的対応を担った地域外からの派遣人員の多くは災害対応の未経験者であった。複数の対応ガイドラインが業種別に無料配布されていたが、各ガイドラインには差異があり、専門職同士の共通理解が困難であった。精神科医のみならず、臨床心理士や社会福祉士等を含めた多職種の連携による包括的な生活への支援が、被災者という当事者を中心として行われたかどうかについても検証が必要である。

災害からの復活

遷延性のPTSD・うつ病等が残存するとともに、遅発性のPTSD・うつ病やアルコール依存、DV・児童虐待、自殺等の予防のため、精神保健・医療的対応の需給バランスの偏りが持続する。みやぎ心のケアセンター等、需給バランスを補完する施設が設立されているが、その一方で地域内の専門家の離職も認められた。被災地外からの派遣による支援の終了後は地域での自立的対応への移行が必要とされるが、過度な負担が一部施設にあった可能性は否定できない。

災害直後は派遣に積極的であった被災地外施設も、時期がたつにつれ派遣に消極的となっ

ていく。しかしながら個人や家族に対する社会経済的状況の変化等にもない二次的に生じる精神保健的問題の予防のため、被災地からの要請が持続する可能性がある一方、それに答えられるシステムが十分確立しているとはいえない。

社会関係資本のレジリエンスについて、一つの探索的な調査の結果[4]からは、大震災を契機に社会関係資本、特に「信頼」が被災地とそれ以外の地域の間で強まったと感じるかどうかについて、遠隔地では「強まった」と答える傾向にあったが、被災地では逆方向であった。この地域間の乖離は、風評被害等とあいまって被災地が持つ他地域への信頼をさらに喪失させることにつながる可能性がある。

■こころの回復を支える体制の整備

災害時地域精神保健と医療的対応への平時からの備えの充実

災害時の地域精神保健・医療的対応の指揮系統（マネジメント）を学問として確立する必要がある[5]、各保健・医療圏毎に専門知識を教育された人員が平時より配置されていることが望ましい。また、平時より住民の精神（こころ）・身体（からだ）・生活（くらし）を包括的に支援する仕組み（「地域包括的こころの健康支援システム」）を構築する[6] [7]ことが災害からのレジリエンス力を高めることから、保健所・保健センターの業務・規模の拡大を検討すべきである。妊婦や子どものこころの育ちを守る放射線緊急対応マニュアルを早期に策定することも必要である。母子手帳を発行する自治体が、原発事故発生時の備えとして、母子手帳のデータベースに基づく、妊婦に対する緊急避難情報伝達の仕組みを構築することが重要である。

災害時に被災地外から派遣する人員を国の水準で一括管理するシステムが必要である。管理システムは使用されずに時間がたつと機能しなくなるので、メンテナンスも考慮したシステムであることが望ましい。

災害時の地域精神保健と医療的対応の充実

災害が広範囲で精神保健・医療の需給バランスが崩れた場合、どのような対象にリソースを集中すべきかの科学的根拠を疫学調査等から明らかにする必要がある[8]。派遣された担当者が情報を最低限引き継げる共通のフォーマットを作成し、被災地全域に配布できることが望ましい。また、各地域で情報管理の責任者を明確に定める必要がある。我が国での災害精神保健・医療的対応の標準化に関しては、以下の3つが推奨される。i) 東日本大震災後に実施された薬物療法・精神療法・精神保健的対応の実態調査を行う。ii) デルフォイ法によるエキスパートガイドラインを作成する。iii) 標準の治療法・対応法（trauma focused cognitive behavioral therapy 等）を日本でも標準的治療法・対応法とする。

派遣される専門家への共通ガイドラインが必要である。被災地内外の精神科医、身体科医師、心理職、精神保健福祉士、保健師等多職種の専門職が同じガイドラインを使用することで共通理解が容易になると考えられる。東日本大震災を教訓に、厚生労働省が災害派遣精神医療チーム（DPAT）を制定した[9]が、災害緊急時（発災直後～数ヶ月後まで）には大学病院等こころのケアチームや身体科チームとの連携、中長期（数ヶ月後～数年）には地域精神

保健との連携が求められる[10]。

地域精神保健・医療面の長期的支援体制の整備

東日本大震災以後の、施設・専門職あたりの対応者数・対応事業の回数、および専門職の労働時間を確認する。これらの数値を基に、被災後から現在までの需給バランスを検討することで、適切な補完戦略を実施することが望ましい。

個人・家族によっては、震災による社会経済的な状況の変化等により、二次的にうつ病、アルコール依存症、ドメスティックバイオレンス、児童虐待、自殺等の精神保健問題を抱えることがあり、長期的な視野での支援が必要である。緊急避難と避難の長期化にともなう心理的負担の子どもの育ちへの影響についても、今後継続して追跡していく必要がある。

一方、震災による個人の精神保健問題とその対策という負からの回復という観点のみならず、震災という困難を乗り越えて人間的成長を遂げる（「心的外傷後成長」[11]）ことにより心的資本が増大する可能性や、どのようなレジリエンス特性が心的外傷後成長をもたらすのかといった、ポジティブな側面に着目した調査も有意義である。

被災地域からの要請に応えることが業務である施設を明確にすることが望ましい。また、要請の窓口を国の水準で共通化し業務としての派遣を効率よく管理することが必要である。被災地の関係者や住民との信頼関係に基づき、そのニーズの変化に対応した長期的支援を実現するには、同じ施設のチームが定点で継続的に活動できるような仕組み作りも重要である。また、震災後に社会関係資本がどう変化したかを、全国規模のサンプリングによる科学的な調査に基づいて早急に明らかにする必要がある。

■まとめ

災害からのこころの回復は、個々人の心的資本と地域・国レベルの社会関係資本の相互関係を踏まえ、バランスよく進めるべきである。急性期には両者一体で進め、中長期的には地域・国の保健・予防的介入による被災地域と外部の関係を含む社会関係資本の回復を視野に入れるべきである。原子力発電所（以下、「原発」という。）事故を含む災害時に心的資本（妊婦・子どもを含む）や社会関係資本の回復が進みやすい地域精神保健システムを平時から整備すべきである。またコミュニティのデザインに回復が容易になるような「包括的こころの健康支援システム」を溶け込ませるべきである。

[用語解説]

レジリエンス：

もともとの意味は、「外部から力を加えられた物質が元の状態に戻る力」と「人が困難から立ち直る力」とされている。現在は「あらゆる物事が望ましくない状況から脱し、安定的な状態を取り戻す力」を表わす言葉として広く用いられている。

心的資本 (mental capital)：

個々人が人生に沿って、他者や社会との交流を通じて、高め、深めていく、精神機能の資源

(Beddington, 2008)。

社会関係資本 (social capital) :

“社会を支える基盤となる人間関係資源”を指す概念である。それは、①「信頼」、②「協力の喚起されやすさ」、③「ネットワーク」という3つの要素から構成されると考えられる (Paldam, 2002)。

[文献]

- [1] 日本学術会議・東日本大震災復興支援委員会・災害に対するレジリエンスの構築分科会. 提言「災害に対するレジリエンスの向上に向けて」2014
- [2] 笠井清登、門脇裕美子、桑原斉、安藤俊太郎、金原明子、熊倉陽介、近藤伸介、荒木剛：こころのレジリエンス社会の構築へ：災害こころのケア活動から学んだこと. 学術の動向 2015年7月号
- [3] 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・災害時こころの情報支援センター、「東日本大震災こころのケアチーム派遣に関する調査報告」、2011、
http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/activity/pdf/activity04_02.pdf
- [4] 仁平義明、「般化被害としての風評被害ー地域間の相互信頼という社会関係資本喪失への影響ー」、日本認知心理学会第11回大会、158、2013.
- [5] 荒木剛・桑原斉・安藤俊太郎・笠井清登、「災害直後のこころのケアのあり方ー東京大学医学部附属病院災害医療マネジメント部の取り組みー」、精神神経学雑誌、第116巻 第3号、189-195、2014.
- [6] 宮城県東松島市保健福祉部(2013)：東日本大震災をともにのりこえて. 東松島市保健師・栄養士活動報告書.
- [7] 女川町(2013)：こころとからだとくらしの相談センター：女川町健康増進計画・特定健診等実施計画（第二次）.
http://www.town.onagawa.miyagi.jp/pdf/20130408_keikaku_kenshin.pdf
- [8] Kuwabara H, Araki T, Yamasaki S, Ando S, Kano Y, Kasai K: Regional differences in post-traumatic stress symptoms among children after the 2011 tsunami in Higashi-Matsushima, Japan. Brain Dev 37: 130-136, 2015.
- [9] 厚生労働省、「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」、2014年1月7日、
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiyahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- [10] 桑原斉・荒木剛・安藤俊太郎・金原明子・笠井清登、「こころのケアの中・長期的支援ー精神医療から精神保健へー」、災害行動科学研究会・島津明人 編、『災害時の健康支援ー行動科学からのアプローチ』、誠信書房、106-121、2012年9月.
- [11] 宅香菜子・清水研 監訳、「心的外傷後成長ハンドブック」、医学書院、2014.