

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（後篇）

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

- 3) 基調講演
 - 朝田 隆（筑波大学）
- 4) こころのケアの今後の課題と復興支援
 - 鈴木友理子（国立精神・神経医療研究センター）
 - 山崎 透（静岡県立こども病院こどもと家族のこころの診療センター）
 - 加藤 寛（兵庫県こころのケアセンター）
 - 染矢俊幸（新潟大学/新潟県こころのケアセンター）
 - 北村秀明（新潟大学）
 - 阿部 亮（新潟大学）
 - 本間寛子（新潟県こころのケアセンター）
 - 下間千加子（新潟県こころのケアセンター）
 - 瀧井美緒（新潟県こころのケアセンター）
- 5) 総合討論
- 6) 日本精神神経学会理事会声明

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）

3) 基調講演

復興の中で精神科医が果たす役割

○鹿島 続きまして、筑波大学の朝田隆先生、よろしくお願ひします。

○朝田 大震災で犠牲になられた方々に哀悼の意を表しますとともに、被災地の皆様にお見舞い申し上げます。

私は、被災地のマージン、あるいは、もっと外側にいる精神科医の立場から発表したいと思いま

す。マージンと言いましても、筑波大学でも、ある程度の被害に遭い、当初は大変でした。

さて、精神科医が被災地に行って実際に何をしたのかを表1にまとめてみました。まずは、関東の都県の先生方を中心に、被災地の精神科病院の入院患者さん（丹羽先生の話では800人ほど）を受け入れ、被災地の内外における避難所での医療活動（身体科を含む）を行いました。また、被災地における精神科医療への診療支援ということで、

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 東日本大震災における精神科医の実際の活動

- ・被災地の精神科病院の入院患者の受け入れ
- ・被災地の内外における避難所での医療活動
- ・被災地の精神科医療への診療支援
- ・被災地の支援者のメンタルヘルス促進

避難所におられる方や在宅の方々に対しての診療を支援しました。さらに、支援者へのメンタルヘルスを促進する活動もありました。図1はその1コマです。茨城県こころの医療センター・院長の土井永史先生が、装甲車に乗って、福島第一原発から30 km 圏内の自宅に閉じこもっている精神障害のある方々の診療支援に向かっているところです。

次に、今後の方向性に関してに移ります。厚生労働省レベルでの大規模支援組織活動は6月末で終了するのかなという話があります。そうした中で、これからは、被災各地の個別性に応じた支援活動を継続することが求められています。また、多職種連携も今回のキーワードではないかと思えます。

秋山先生が中心となり、尾崎先生が担当され、学会の緊急声明が出ました。「被災者の方々には不適切な精神的負担を強いる、倫理的配慮を欠いた調査・研究は、人道・倫理に反するものであり、強く抗議の意を表明するとともに、即刻の中止を求めます」というものです。今のところ、外部からの反響が一番大きく、ある意味で精神科としてのアイデンティティを明らかにした緊急声明だったのではないかと思います。もちろん、これから発生するであろう、うつ、自殺、PTSDなどへの医療的対応も必要ですし、地域におけるメンタルヘルス促進活動も、やり方には十分に注意しながら、行っていかなければならないでしょう。さらに、さっき申し上げた、関東各県に散らばった800人の方が今後どうやって地元に戻っていくのか、あるいは今後どこで暮らしていくのかは改めて大きな問題になると思います。

さて、放射線被曝という問題に関しては、チェルノブイリ事故が参考になるだろうと考えまして、



図1 福島県における訪問支援の1コマ

主に国連関係のデータを調べてみました。皆様ご存知でしょうが、チェルノブイリにある観覧車というのは、近くに行ってみると錆びて全く動いておらず、ゴースタウンの象徴としてよく出てきますよね。

図2は、UNDPとUNICEFが共同発表した、チェルノブイリ事故後の悪循環を示しています。原発事故が起き、再定住する人が出てくると当然、賠償の問題が生じてきます。3つの軸で描いてありますが、直接的に社会・心理的な次元に影響を与えるのは、被曝による身体疾患（甲状腺癌など）、心理的ダメージ、社会レベルのダメージです。また、放射能の拡散から、わが国でも問題になっているように、放射能による環境汚染あるいは食品汚染ですね。さらに問題なのは、経済発展の阻害でして、当然ながら土地は放棄しなくては行けないし、農業活動は衰退し、マイナスイメージができて上がってしまいます。このように、チェルノブイリの場合には、3つの軸が悪循環を形成して、いつまでたっても復興しないということが結論されています。

チェルノブイリ事故の社会心理的な影響についてももう少し述べますと、身体的な影響よりも精神的な影響のほうがより深刻だとありました。また、一般的には、当初の恐怖体験から不安、うつ、そしてアパシーを経て、極端な悲観論者へと変わってしまうと結論の中で述べられていました。

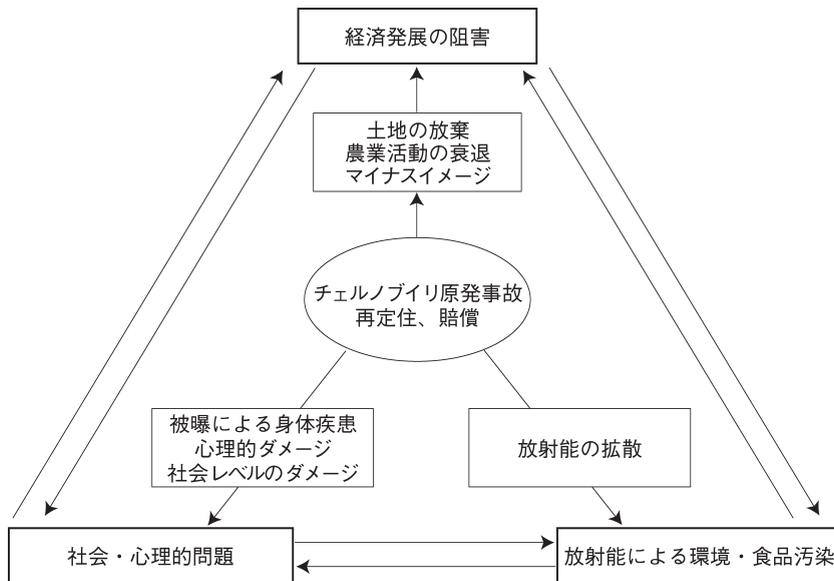


図2 チェルノブイリ地域の悪循環

ちなみに、今回初めて聞いたのですが、最近、米国薬物乱用・精神衛生管理庁 (SAMHSA) から、日本ではうつや PTSD への配慮は行き届いているが、放射線被害に対する心理的ケアは手薄だとして、在日米国人の手引きをもとに、日本人用の手引き書が作成されています。今後さらに充実したものになっていくと聞いています。

さて、チェルノブイリに話を戻しましょう。1991年から、子どもに注目する UNICEF を中心にして、社会心理リハビリテーションセンターが設置されました。わが国からも、原水爆禁止日本協議会 (原水協) がずっと活動をしていて、子どものデイケアみたいところで心理的な介入を続けているようです。また、報告書によれば、地域の高校生や大学生を中心として、西欧諸国の夏休みに短期間の留学制度を設けているようです。

最後に、精神科医の役割についてまとめてみました。一言で申し上げますと、本当に希望など持ちようもない心的状態にある人に対して、希望をもっていただくことが役割かと思います。精神療法とかいう次元ではなく、従来さほど注目されていなかった、宗教やスピリチュアルのようなもの

と精神医学的なアプローチとが結合するとか、「科学的に悩む」というところから始まればまだしも合理的にいけるんじゃないかと思います。今回の災害に対して、これから私たちは何ができるか、本当に頑張っていかななくてはいけないと思います。以上です。(拍手)

○鹿島 ありがとうございます。ここで5分間の休憩とします。

(休憩)

4) こころのケアの今後の課題と復興支援 災害精神保健の国際的動向と わが国における取組み

○三國 ワークショップを再開いたします。フロアの方々からのご質問、ご意見など多数ございましょうが、総合討論の時間を十分にとりたいと思っていますので、ひとまずは情報共有と今後の方向性について考えていくという点で一致できればありがたいと思います。では、鈴木友理子先生、よろしくお願ひします。

○鈴木 まずは被災された皆様に心からお見舞いを申し上げます。それから、これまで被災地内外

表2 精神障害に関する長期的な影響 (WHO による一般的な有病率に関する推測)

	災害前 12ヶ月有病率	災害後 12ヶ月有病率
重篤な障害 (e.g. 精神病的障害, 重症のうつ病, 機能障害を呈する不安障害)	2~3%	3~4%
軽度・中等度の障害 (e.g. 軽度・中等度のうつ病や不安障害)	10%	15~20% (たいていの場合, 時間の経過とともに減少する)
“通常の” ストレス反応 (障害ではない状態)	推計値はなし	大多数 (たいていの場合, 時間の経過とともに減少する)

重要な点は, 災害後は平常時の有病率の2倍程度になること。
その地域の平常時の有病率を考慮すること。

から支援に当たっている方, 本学会での一丸となった取り組み, 約2ヶ月でこれだけのことが成し遂げられていること, 心から敬意を表したいと思えます。

私は精神科医ですが, 公衆衛生のほうにも軸足を置いていますので, 最近の国際的な動向や, そうした視点を通じてわが国では, どういったことが行われてきたのかについて, 精神保健あるいは公衆衛生の立場からまとめてみたいと思います。

最近, 災害時のこころのケアは大変注目されています。たとえば, インドネシアのスマトラ島沖地震や, ニューヨークでの9.11のテロ, ハリケーン・カトリーナなどの災害で, 速やかにこころのケアが取り組まれています。

でも残念なことに, それらは支援ではありませんが, かえって混乱をもたらしている場合もあります。その点に関して, 精神保健関係者は懸念をもち, WHO や UNICEF といった国際機関, それから大型の NGO などが数年間の議論をかけて, 「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」を2007年に発行しました。このガイドラインはとても大部なのですが, 現在, 日本語の短縮版の作成を行っています。

それから, 世界精神医学会ですが, 災害時のこころのケア, 精神科医の活動について, 精神科医がもう少し役割を負えるのではないかという問題

意識をもっていまして, WPA と WHO で, この IASC ガイドラインを進めていくという内容のワークショップを行っています。

先ほども話題に上りましたが, 地域の一般住民の有病率(表2)について見てみましょう。ハイリスク者によっては, もちろんパーセンテージが高まることはありますが, 個々の数字よりも, ここでのメッセージとしては, 通常時の有病率と比較して, 重篤な, あるいは軽症な疾患においても, 倍程度増加することが推計されています。ですから, 特定の疾患にかかわらず, 精神保健医療のすべてを強化していくことが求められています。

疫学の視点からどういったことがリスクになっているのかを, 先行研究からまとめてみました(図3)。災害前の要因は, 何といても「既往がある」ことが大きく寄与していると思います。災害そのものの要因もありますね。それから, 災害後の要因からは, 生活基盤を整えていくこと, ソーシャルサポートなどの支援を提供していくこと, 一定のハイリスクの環境にいらっしゃる方に対して重点的に支援を提供していくこと, などの対策が必要であると思います。ただし, この有病率のデータは横断のものでして, 被災後にどのような経過をしていくのかというデータはなかなかありません。ここでは, 1つだけ長期研究を紹介しましょう(図4)。

大まかに言えますのは, 数年のスパンで見ると,

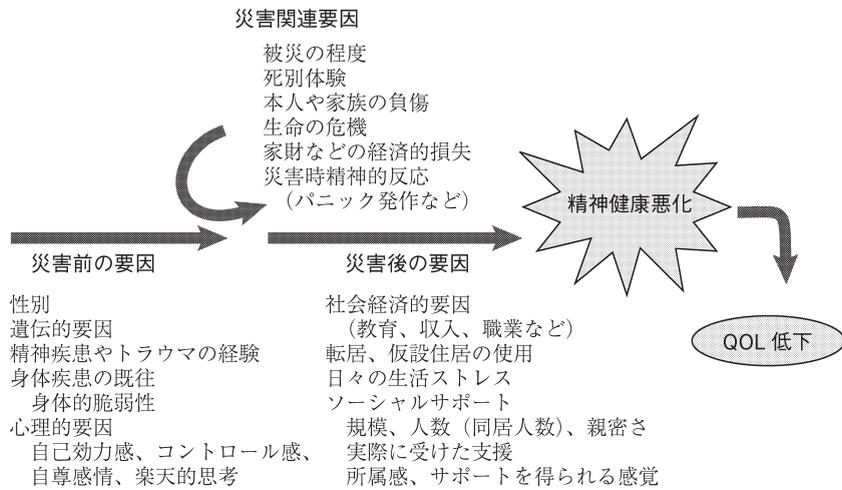


図3 精神健康に影響を与える要因

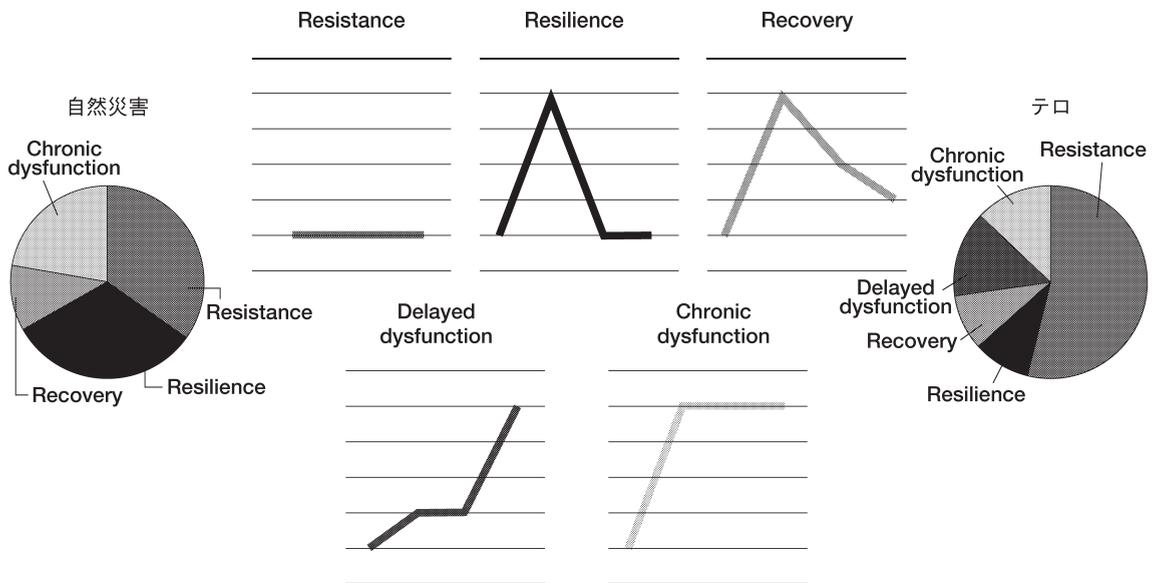


図4 災害に対する人々の心理的反応のパターン

集団としてみると、一過性の反応はあるが、約75%は回復する。

Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S: Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. Social Science & Medicine, 68; 2190-2198, 2009

上の resistance, resilience, recovery の3つは、ゆくゆくは回復していく予後良好のパターンです。それに対して、下の遅れて始まったり (delayed dysfunction)、症状が持続したりして (chronic dysfunction)、より慎重に経過を見ていくことが

必要なパターンもあります。その割合を円グラフにしてありますが、自然災害でも、ニューヨークのテロでも、予後良好なパターンが75%強で、残りがもう少し慎重に見ていくべきものです。自然災害でも、人為災害と同じような数字が出てい

▶ mental health and psychosocial support: MHPSS

▶ 精神保健医療福祉

- ▶ 精神障害を予防または治療することを目的とする

▶ 心理社会的支援

- ▶ 人びとの心理社会的な安寧（ウェルビーイング）を求める様々な支援
- ▶ 個人レベルでの心理的な支援と、社会にはたらきかけるプロセスは互いに影響を及ぼし合うので、心理・社会の両者への関わりが必要

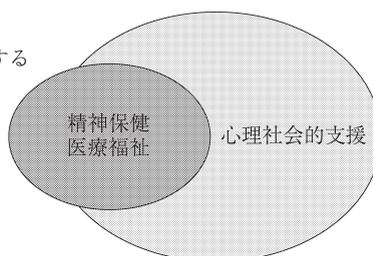
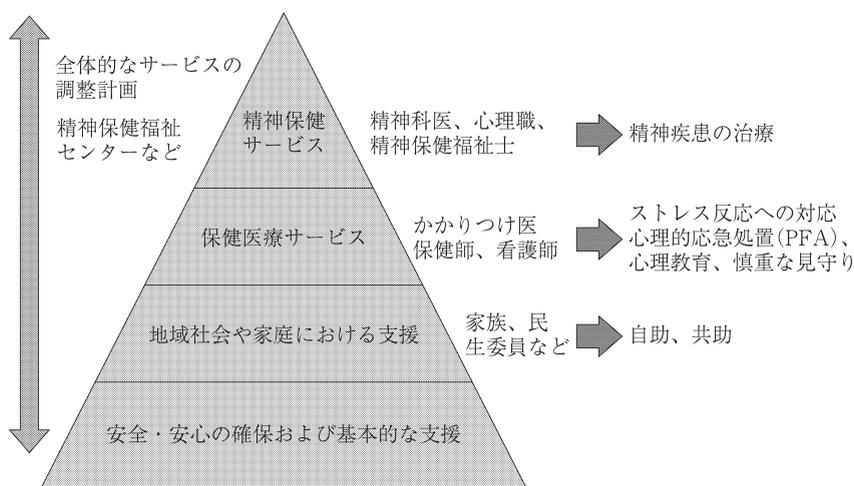


図5 こころのケアの定義



- ▶ 精神保健サービスを効果的に提供するには、様々な取り組みとの協調が必要

図6 多層的な支援構造（支援のピラミッド）

ました。つまり、精神科医としてはハイリスクな方に遭遇する場面が多いのですが、集団として見ると75%の人は回復するということです。ですから、resilience（回復力）という視点を持ち続けることが重要だと思います。

さて、こころのケアの定義です（図5）。立場によっていろいろな定義がありますが、先ほどのIASCガイドラインでは、包括的な定義をとって、こころのケア=mental health and psychosocial support (MHPSS) と言っています。Mental healthは、精神保健医療福祉ですね。特に、疾

病に関する予防、治療、リハビリテーションを扱います。それから、より広くpsychosocial supportは、心理社会的な支援ですね。心理といっても個別の支援だけではなくて、常に社会的なところまで配慮して対応していきます。これらの密接なかかわり合いをすべて含めて、こころのケアと言っているのです。精神科医としては、より広く心理社会的なところとどのように連携をとっていくのが課題になるのではないかと思います。

次の図6は、多層的な支援構造についてです。IASCガイドラインは、特に途上国での使用を想

表3 状況分析やニーズアセスメント

-
- ・災害発生後、数週間または数ヶ月間実施される
 - ・多くの場合、各々の領域で連携なく重複して実施される
 - ・アセスメントも連携に基づいて実施すること
 - ・ニーズに関する迅速アセスメント (UNHCR) :
てんかん、アルコール等物質使用障害、知的障害
精神病性障害、重篤な感情障害、他の心理的訴え
医学的に説明できない身体症状の訴え
 - ・支援に関するマッピング (IMC)
誰が・どこで・何を・いつまで活動している (4
W) パイロット版ツール
直接のヒアリングや調整会議の場を通じて、関係
機関の連携・調整を実際にすすめることができる
-

定して作られています。実際にページをめくってみますと、いろいろと示唆に富むことがあると思います。というのは、今回特に被害の大きかった沿岸部では、医療資源が十分ではなく、どのようにメンタルヘルスを提供していくのかについて割と適用できるような内容がいくつかありました。また、精神保健サービス資源は限られていますので、かかりつけ医や、幅広くプライマリーケア医と連携をし、幅広い支援を実施して、それらをつなげることが重要になっていくと思います。

災害時には、状況の把握が難しいです。第一歩としては、状況の分析や、ニーズアセスメントに基づく支援が必要になります (表3)。といっても、これらは数ヶ月間継続して行うことですが、どの災害でも必ずしもその通りにはいきませんね。迅速な評価 (rapid assessment) が求められますが、ある県では実際に行われていますように、主要な疾患について大まかな数字を押さえておくといよいでしょう。

それから、もう少し落ちついてくれば、なかなか困難ではありますが、現地でどういったことが起こっているのかを中央で管理していきます。それには、「誰が・どこで・何を・いつまで (4W)」行っているかを把握し、調整しようという資源マッピングのツールが活用できるのではないかと思います。

それで、過去の災害の経験で、「すべきことと

そうでないこと (Do and Don't)」があります。今回どのような対応が行われてきたのかをまとめてみました (表4)。

まず、IASC ガイドラインの大きな枠組みとしては、表の左にありますように、連携、調整に力を入れています。実際、東日本大震災ではどのようなことが行われてきたかを表の右に示しています。本学会の動きとしては、対策本部が設置され、関係者が一堂に集まる会議が様々に行われています。お互いに理解を深め、調整していった、こうした取り組みは意義のあることだったと思います。

繰り返し指摘されていることですが、各県における情報収集に関しては、なかなか難しい場面がありました。

それから、たとえば、PTSD など特定の疾患に限定せず、幅広く見ていく必要があると推奨していきまして、実際、こころのケアチームでは幅広い対応が行われていました。ただ一方で、一部のメディアで、トラウマ反応や治療の必要性に焦点化しすぎた報道もあったと記憶しています。

あと、調査についても、本学会から緊急声明がありました。調査などを行うのであれば、まずは慎重に準備し、フォローアップ体制も整備することが求められます。様々な調査が行われているとのことで、たとえば、被災後2ヶ月も満たない時期にスクリーニングを行おうとしたのが、必ずしも倫理的な配慮が十分ではなく、実施が見送られたことがありました。

今回は、心理的デブリーフィングよりも、むしろ心理的応急措置 (psychological first aid: PFA) といった具体的な支援によってこころに配慮する支援体制が多くとられたようです。

住民のニーズに合わせたこころのケアを実践することは、どの場面でも難しいと経験されることですが、今回は、保健活動あるいは保健師さんからの紹介を受けて支援にあたった場合が多く、かなりスムーズに行われていたと思います。

それから、復興計画については、地域型というよりも、今後のあり方や提言を含めた検討が行われていますし、メディアに対する働きかけも精神

表4 支援の課題：IASC推奨の対応と現在までの対応との比較を中心として

IASC 推奨対応	東日本大震災での対応
精神保健・心理社会的支援に関する包括的なひとつの連携・調整グループを設置する。	日本精神神経学会災害対策本部において、精神科各団体および、心理、福祉、薬剤師との連携・調整グループが設置された。
対応の要否や、その種類を判断するために、情報を収集して分析する。	各県で情報収集・分析が行われた。しかし、市町村、国レベルでこれらの共有は不十分であった。
被災者が受ける影響は様々であることを認識する。重度の影響を受け、専門的な支援を必要とする者がいる一方で、レジリエンスの高い者の機能はよい。	被災者の反応を過度に病理化せず、幅広い問題へ対応する重要性はこころのケアチームでは共有されていたように見受けられる。 一部のメディアで、トラウマ反応や治療の必要性に偏重した報道が見られた。
現地で用いられている言葉を用いて、秘密保持に留意した安全かつ支持的な形で精神健康に関する質問をする。	被災後2ヶ月に満たない時期に、住民の精神健康に関するスクリーニングの取り組みが実施されようとしたが、フォロー体制が不備であったために実施は見送られた。
行政の能力を高め、一般保健ケアサービスに（可能な場合には、コミュニティの精神保健ケアサービスにも）被災者への精神保健ケアを統合する。	こころのケアチームと医療チームの連携が課題として残った地域は多かった。
急性のストレス状態に曝された人びとに対して、心理的応急処置（PFA）などを含めた、幅広い支援が利用できるようにする。	初期介入として、心理的デブリーフィングよりもPFAが提供されることが多かった。
多大な影響を受けている人びとの紹介および支援のために有効な制度を確立する。	多くの場合、こころのケアチームは、現地の保健師活動から紹介をうけ、支援にあたった。
施設入所のリスクのある人びとのために、コミュニティに適したケア方法を開発する。	壊滅した病院の入院患者の移送や急性増悪したケースの入院調整が早期に行われた。入院から地域支援という視点で中長期の復興計画が検討されている。
ストレスが軽減されたり、支援サービスが受けられたりするよう、正確な情報を提供するため、メディアなどの手段を利用する。	被災地のテレビ局では、支援サービスに関する情報を常時テロップで放送していた。 精神保健領域では、メディアカンファレンスや取材に応じて、メディア関係者の理解を深める取り組みを行った。

科領域でも行われているようですね。

最後に、回復期の課題に移ります。災害というのは「惨事」ではありますが、「精神保健医療福祉システムを立て直し、強化していく」というニーズは明らかです。こういったところでサービスを構築していくという必要性は一致すると思います。では、どのようにやっていくかは、もちろん現地のニーズに基づいてでしょうが、それに肉づけし、スムーズに動くように専門家集団としてサポートして働きかけることが求められると考えられます。

ご紹介しましたIASCガイドラインは、全体を通してみますと、日本にはなじまない場面設定もあります。ただ、日本には多くの災害経験がありますので、私どもも去年の研究で行った経験を系統的に集積するフォーカスグループやデルフィ法を用いて、より使いやすいガイドライン、マニュアルを作成してあります。私どものホームページで参照できますので、ご活用いただけたらと思います。ご清聴ありがとうございました。（拍手）
○三國 きちんとまとめていただきまして、ありがとうございました。

災害時の子どものこころのケア

——日本児童青年精神医学会の活動を中心に——

○三國 これまでの報告でも「子どものケア」は大きな問題ということでした。山崎透先生、どうぞよろしくをお願いします。

○山崎 初めに被災地の皆様方には心よりお見舞いを申し上げます。

私は今、日本児童青年精神医学会（以下、当学会と略）の災害対策委員長をやっております。当学会は、阪神淡路大震災以後、地震などの自然災害を中心に、被災地の関係機関や他の児童精神科の関連学会と連携しながら支援活動を行ってきました。本日はまず、中越、能登半島、岩手宮城内陸各地震の際の子どものこころのケアの支援活動について報告します。次に、東日本大震災における当学会の活動について報告し、今後の支援計画や、予想される課題について述べたいと思います。

まず中越地震（平成16年10月23日）です。初期には、自治体チームなどを中心に、多くは身体科チームとともに活動しました。私は、静岡県立病院合同チームの第1班として、10月28日から31日の間、震度が最も強かった川口町で支援しました。11月の名古屋総会で、ボランティア募集と募金活動を開始し、それから、大会長からの指示で、私が緊急報告をいたしました。

その後、「子どものこころのケア診療所」が小千谷地区と十日町地区に開設されました。小千谷地区は、本学会会員と全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）の施設が支援することになりました。また、十日町地区は、当時の国府台病院、精神保健研究所が支援を行うことになりました。支援時期は11月8日から翌年3月16日までで、12月末までは連続して支援を行い、1月以降は乳幼児健診日にあわせて相談や啓発活動を行いました。支援活動の内容は、①保健所や乳幼児健診で行われる相談所の活動、②幼稚園・保育園・小中学校を訪問する巡回相談活動、③講演会やパンフレット配付などの啓発活動、④電話相談でした。

委員会の総括としては、メーリングリストが有用であったこと、新潟県の児童家庭課に窓口がー

表5 能登半島地震における各チームの活動内容

・三重・新潟チーム（4/7～4/9）
避難所の巡回・診察など
・愛知チーム（4/9～4/14）
幼稚園、保育所、児童クラブ計14ヶ所の巡回・啓発活動
トラウマ反応の子どもの診察、不穏状態の成人の診察など
・山梨チーム（4/14～4/22）
保育所・児童クラブ30ヶ所の巡回・啓発活動
トラウマ反応の子どもの診察・相談数件など
・兵庫チーム（4/22～4/27）
「被災した子どもの反応とケア」に関する研修会（2回）
避難所の巡回・診察、各保育所の状況確認など

本化されていて連携がとりやすかったことがありました。反省点としては、成人の精神科チームとは連絡連携が十分とれなかったこと、スクールカウンセラーや教育機関との連携も十分にとれなかったことがありました。また、終結期、どこで引くかということはこれから話題となると思います。が、どのように地域の機関につないでいくかが課題だということも話題に出ました。それから、ボランティアの身分や安全の保証、活動費なども検討する必要があります。以上のような総括をしました。

次に能登半島地震（平成19年3月25日）です。このときから私が災害対策委員長となり、3月28日から31日まで静岡県こころの医療センターのチームとして初期支援活動に参加しました。当初他県からはあまり支援が入っていませんでしたが、私は石川県の指揮下に入って、本部の構築や避難所への巡回相談、子どもの診察、啓発活動、老年期の専門の医師も一緒に行って、できるだけサポートするために活動を行ってきました。

その後、石川県からの依頼を受け、子どものこころのケアチームの派遣の窓口となって、当学会と全児協が連携して、石川県の希望する4月中にチームの派遣を行いました。実際には、三重・新潟チーム、愛知チーム、山梨チーム、兵庫チームが主に活動を行っていました（表5）。

表6 岩手宮城内陸地震後の児童精神科医の派遣状況

派遣期間	医療機関名	医師名
6/23~6/25	市立札幌病院静療院 児童診療センター	黒川新二
6/26~6/30	東京都立梅ヶ丘病院	遠藤季哉
7/1~7/4	神奈川県立こども医療センター	新井卓
7/7~7/9	大阪府立精神医療センター 松心園	山口日名子
7/9~7/12	市立札幌病院静療院 児童診療センター	杉山紗詠子, 斉藤誠一 (心理)
7/15~7/17	三重県立小児診療センターあすなろ学園	石橋直木

それから、岩手宮城内陸地震（平成20年6月14日）です。黒澤先生から依頼されました、このときは6月18日から20日まで、私が単独で向かいました。精神保健福祉センターと教育委員会がよく連携されていて、昼食後に打ち合わせをして、現地スタッフとともに、小学校や家庭の訪問、震災の反応が出ているお子さんの診察、子どものこころのケアに関する講演会、先生方を対象とした研修会、避難所の巡回などを行いました。

その後、また黒澤先生からの依頼を受けまして、岩手県が希望する6月23日から7月17日まで児童精神科医の派遣を行いました（表6）。地域での連携がしっかりしていて、みなさん、スムーズに活動をさせていただきました。

さて、今回の東日本大震災の話題に移りましょう。震災の初日から当学会の災害対策メーリングリスト、および他のメーリングリストから情報収集を行っています（現在も継続中）。

今回は被害の規模も程度も甚大なため、初期には当学会独自の支援活動は行わない方針を決めまして、厚生労働省と連携していくことにしました。その結果、都道府県のこころのケアチームの中に児童精神科医が含まれている場合には、特記するシステムを構築しました。

それから、今後、入院治療が必要な子どもが出てくる可能性はゼロではないだろうと予測して、全児協の施設に受け入れ可能病床数の調査をお願いし、私どもで集計しました。厚生労働省の精神・障害保健課と協議し、私がマッチングの窓口になりまして、東北災害メーリングリストなどに

表7 児童精神科医が派遣された地域（日本児童青年精神医学会が把握しているものに限定）

支援地域	派遣チーム名
岩手県陸前高田市	東京都
岩手県宮古市	秋田県, 静岡県, 国立琉球病院, 佐賀県
岩手県釜石市	大阪市, 和歌山県
岩手県大槌町	神奈川県
宮城県石巻市	国府台病院
宮城県気仙沼市	北海道, 山梨県, 愛知県
宮城県南三陸町	岡山県
仙台市	兵庫県, 徳島県

よって情報提供を行っています。これは今後改めてアナウンスをしたいと考えています。

その他、災害対策委員会としてリーフレットや支援の手引きを作成し、当学会、日本精神神経学会、国立精神・神経医療研究センターのホームページにアップしました。また、日本精神神経学会の災害対策本部会議のメンバーに私も入っていますし、日本小児心身学会の災害対策委員会の研修会にも講師として田中担当理事と原田委員が出席しています。

表7は、現段階で把握している児童精神科医が入った地域と、支援を行っている自治体や病院の一覧です。漏れがありましたらご容赦ください。

今後の「中長期支援に向けて」をまとめてみました。原則としては、被災地の方々のニーズに応える姿勢を今後も堅持していきたいと考えています。そして、被災地の組織の指揮下に入って活動

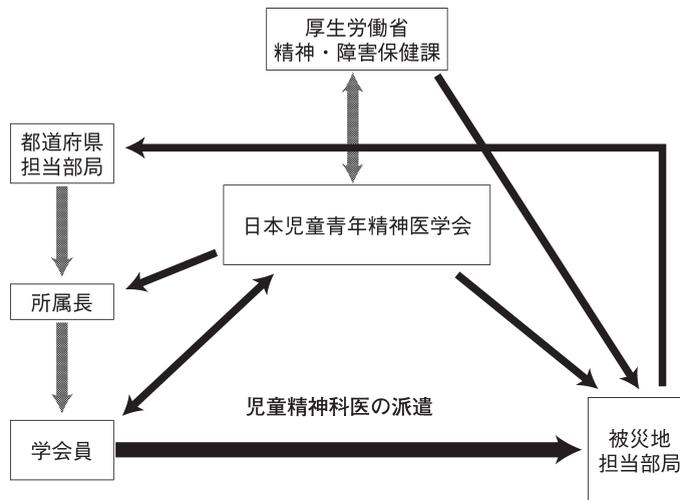


図7 日本児童青年精神医学会の中長期支援計画の概略

することも同様ですね。厚労省とも連携し、児童精神科医の派遣に関しては、全児協、日本小児心身医学会と連携していきます。また、日本精神神経学会ともさらなる連携を図るといことです。中長期支援では、児童精神科医1名を単独で派遣するスタイルを想定していきまして、被災地と支援者のマッチングや日程調整は、私どもの災害対策委員会で行う方針としています。

図7にありますように、当学会から学会員にお知らせしてエントリーしてもらい、それから、厚労省との協議があって、来週には被災地に当学会と厚労省から「支援の用意がある」というお知らせが届くことになります。私は、被災地の先生方に、被災地以外の各都道府県の担当部に派遣の依頼を出しました。そういう中で、当学会から所属長あての派遣依頼を送り、学会員が被災地に行くことができるシステムを構築したいと考えています。

さて、そういう支援に向けて想定される業務ですが、反応の出ている子どもへの相談、診療、保護者へのガイダンスがあります。それから、避難所や、学校、幼稚園、保育園、学童保育などを巡回します。学校は始まっていますが、いろいろな事情で出てこれない子どもに関して、どう対応

したらいいのかといった相談もあります。学校や幼稚園・保育園の先生方、子どもにかかわる方々を対象とした研修会などの啓発活動も必要になってきます。それから、地域の関係機関の方々とのミーティングは大事ですね。

次に、想定される課題を挙げてみました。①私たち一学会でどのくらい被災地の方々のニーズに応えられるかは、未知数です。マンパワーをどのくらい確保できるかは、学会員の意識にもよると思います。②支援者の質をどこまで担保できるかが重要です。今回は、被災地域が大規模なため、初めて支援に入るスタッフが多いわけで、そういう中で、被災地で混乱を招いているかもしれないと指摘されています。やむを得ないことだと思えますが、今後はより専門性の高い支援が求められるのもあって、「必要最低限の知識や支援の心得」を修得できるシステムを考えていこうと思案しているところです。③関連機関との連携をスムーズにできるかも課題です。これまでの支援活動の経験から言えるのは、教育界との連携が難しいということですね。急性期では、たとえば普段通りに戻そうとして、持久走をやってしまったたり、シミュレーションのような避難訓練をやってフラッシュバックを起こしてしまったたりもあります。です

表8 東日本大震災の今後の展開 (予想)

-
- ・精神科医療ニーズは徐々に改善する
 - ・地域保健活動の中で見出される精神健康問題への対応→ニーズは刻々と変わる
 - ・地域保健システムの再生
 - ・長期的システムの構築
 - ・重症のトラウマ反応への対応
-

ので、どのように子どものケアをしていけばいいかとか、カリキュラムについてはどんな工夫があるかなど、きめ細かい配慮について、先生方と一緒に考えていければと思います。基本的には、被災地との連携状況を尊重した支援を行う必要があります。また、スクールカウンセラーとして派遣されている日本臨床心理士会の方々との連携も推進していきたいと思っています。

最後になりますが、日本児童青年精神医学会は今後とも被災地の関係機関の方々と連携しながら、可能な限り支援をさせていただきたいと考えています。被災地の方々、被災者でありながら支援活動に従事されている方々の心身の健康を心よりお祈り申し上げて、私の報告とします。(拍手)

○三國 皆さんから期待されている子どものこころのケアについて、まとめていただきました。

復興期の精神保健活動

——阪神・淡路大震災の経験から——

○三國 ここまでも話題が出ていましたが、過去の経験に学ぶということで、加藤寛先生、よろしくお願ひいたします。

○加藤 私は、阪神・淡路大震災の復興期の活動をしてきた立場から、これからの復興期の活動に向けた話ができればと思います。

その前に、先ほど岩手・宮城・福島の先生方が、2ヶ月間でここまで情報を集約し、今後のビジョンを持っておられたことに感動いたしました。というのも、阪神・淡路のときの2ヶ月後は混乱の真っ盛りでしたし、こうした会の成立自体が無理だったことを考えますと、本当にすばらしい活動をされてきたと心から思います。

表9 阪神・淡路大震災後のメンタルヘルスケアの流れ

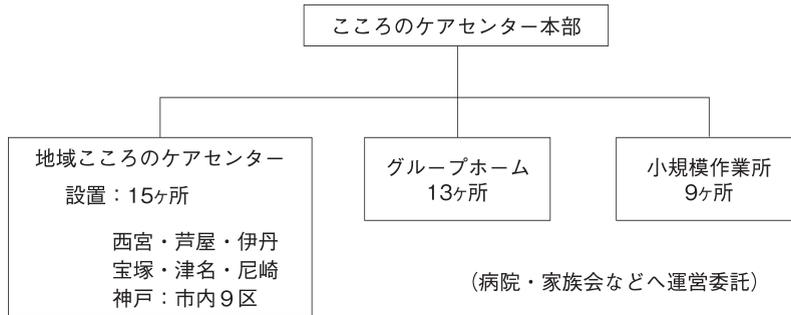
-
- ・精神科救護所の設置 (被災地 10 保健所)
主たる目的は、精神疾患を有する者への精神科救急医療の確保
全体で約 2,000 件のケースを診療した
 - ・こころのケアセンター設置が決まる (1995 年 3 月)
阪神・淡路大震災復興基金が設立され、中長期的な復興対策の 1 つとしてこころのケアセンターを 5 年の期限付きで行うこととなった
運営は兵庫県精神保健協会に一任
 - ・こころのケアセンター開所 (1995 年 6 月)
約 40 名を採用し、受入準備などの整った保健所から順次スタッフを配置
当初 13 ヶ所の地域センターをスタートした
 - ・新たに小規模作業所 9 ヶ所、グループホーム 13 ヶ所が開所され、運営を支援した
 - ・こころのケアセンター業務を終了 (2000 年 3 月)
-

さて、東日本大震災の今後の展開を予想しました (表 8)。私も宮城県や岩手県を中心に回らせていただきましたが、今回の災害の特徴は、地域保健システムが壊滅的な被害を受けたということです。県の保健所だけではなく、市町の保健センターなどが被災し、それらを再建する必要があります。つまり、これまでの災害とは全く違う状況だと言えるでしょう。その中で、長期的なシステムをどう構築するかについて、私どもの経験を、生々しい話を交えながら、話していきたいと思えます。

表 9 は阪神・淡路大震災後のメンタルヘルスケア、精神保健活動の流れをまとめたものです。まずは、震災から約 2 ヶ月半、長くて 5 月の連休まででしたが、精神科救護所において医療活動を主とした活動が展開され、約 2,000 件のケースを対応しました。その間、復興期に向けた様々な準備がなされました。その年の 3 月に、長期的なシステムとしてこころのケアセンターを設置しようということになり、準備を急ぎ、震災から 5 ヶ月後に、こころのケアセンターを開所し、5 年間活動しました。

図 8 にありますように、こころのケアセンターの運営は阪神・淡路大震災復興基金でなされ、本

1. 財源：阪神・淡路大震災復興基金；年間予算3億円
2. 運営主体：兵庫県精神保健協会
3. 組織



4. スタッフ(1999・12月現在)：合計58人

医師4人(嘱託医除く)、心理職32人、PSW11人、
保健師3人、看護師3人、栄養士1人、事務職4人

図8 兵庫県こころのケアセンターの運営体制

部を神戸市に置き、とても広い被災地に対してアウトリーチできるように15ヶ所の拠点を作って活動しました。もう1つは、それまで不十分だった地域精神保健の底上げをするために、グループホームと小規模作業所を作りました。問題はお金でして、生々しい話になりますが、基金がどういいうものであったかをご説明しようと思います。

阪神・淡路大震災復興基金は、雲仙・普賢岳災害対策基金(平成3年)を参照して作られました。震災の翌日に、兵庫県知事が「自由に使えるお金があってもいい」という話をし、いろいろな構想が立ち上がって2月、3月で話をまとめ、決まりました。口の悪い人は「行政がマネーロンダリングをした」と言うかもしれませんが、とにかく神戸市と兵庫県が200億円を出し、プラス金融機関から8,800億円を借款して債権を設置しまして、財団がお金を使って金融機関が持っている債権を購入しました。債権に関しては県と神戸市が4.5%または3%の利息を約束していましたので、債権を買った側の財団がそれを収入としていろいろな事業に使うということです。

巨額ですので、これに対して国の支援がなければならぬのですが、利息の支払いは後づけで国

が75%の支援をすることになり、残りの25%は地方自治体が支払わなければならない状況だったわけです。当時は個人の生活復興に対してお金を支給しないということが基本でしたので、生活支援、復興を個人に保障するための仕組みとしてできたと言われています。

事業内容としては、行政が復興のため10兆円を注ぎ込んでいましたが、それ以外の、さらに踏み込んだ支援が必要と認められる事業や、個人への生活保障などを行うということでした。それと、こころのケアに関することとして、一定の公共性、公益性があるが、なかなか行政ができない事業についても行うこととしました。これは、先ほど述べましたように、国が、個人生活の保障に当たると考えられる部分を出さない方針を貫いたと理解されています。

主な事業(表10)は、生活の対策が半分以上です。被災者自立支援金が、世帯あたり最高150万円支払われています。残りは住宅の対策で、持ち家の債権、利息の支払い、賃貸住宅への家賃の補助もされて、8割以上は個人への生活保障で使われました。また、雇用を創出する事業とか、中小企業向けの復興支援などがある中で、生活支援

表 10 阪神・淡路大震災復興基金の主な事業

- ・生活対策：50.7%
 - 被災者自立支援金の支給
 - 世帯あたり最高150万円（1998年に被災者自立支援法が成立）
- ・住宅対策：31.4%
 - 持ち家の債権・購入・補修に対する支援
 - 賃貸住宅入居者への支援
- ・雇用創出事業
 - 2002年度の雇用実績：21,000人
 - 離職者向けの就職相談会
 - 新興企業の新株引き受け
- ・金融支援：倒産企業が毎年700件
 - 中小企業向け災害復旧支援融資制度
 - 不動産取引税の軽減
- ・生活支援を行うマンパワーの確保
 - 生活援助員（LSA）、高齢世帯生活援助員（SCS）などの配置

表 11 兵庫県こころのケアセンターの活動実績
(平成10年)

相談総数（回数）	12,743回
来所による	2,606回（20.5%）
訪問による	4,419回（34.7%）
電話による	5,048回（39.6%）
その他	670回（5.2%）
コンサルテーション回数	5,241回
グループ活動参加者	28,637人

を行うマンパワーの確保も行われ、高齢者に対する生活援助員（LSA）を配置することなどにも使われました。ここにこころのケアセンター事業も入るとい位置づけになります。

こうした背景でこころのケアセンターができたわけですが、行ってきた中身というのは地道な地域精神保健活動です。被災地も広く、被災者も多かったのも、まずはターゲットを絞って、仮設住宅や復興住宅の住民を対象とし、実際にアウトリーチをしていって相談を受け、現場の支援者に対してコンサルテーションすることが主体になっていました。特筆すべきなのは、地域の精神科医療の関係者や地域保健の関係者との連携がとても重要だということです。拠点を作ったとしても、外から入るだけではなくて、中にいる開業医の先

図9 兵庫県におけるグループ活動の場
(平成8年7月19日撮影)

生や、いろいろな病院の先生方を巻き込んでやっていく必要があって、私どもが一番気をつけたのは、毎月そうした先生方に来ていただいて、どんな活動をしているかを報告し、情報を共有して、スーパーバイズを受けるということを5年間続けました。

表11は、こころのケアセンターの活動実績です。最盛期の平成10年（震災から3年後）のデータになります。アウトリーチによる訪問、ボランティアや保健師さんへのコンサルテーション、グループ活動（茶話会とか健康相談会みたいなもの）が多かったことが特徴ですね。

図9は仮設住宅に作られた公民館みたいなものですが、その中で、健康相談会を開催し、血圧を測定し、学童保育をするなどを行いました。つまり、こころのケアということは背後に退いた形でこうしたことをしないと住民の方には受け入れられなかった経験があり、数年かけて、ここに辿りついたという状況でした。

それでは、基金を使っての事業を展開してきたことの功罪についてまとめてみましょう（表12）。

まずは利点です。最初に挙げるべきことは、柔軟な運用ができたことです。たとえば、神戸の被災地は沿岸の6区にありますが、仮設住宅は六甲山の裏側にたくさん作られました。当初は被災地の激震地に拠点を作り、これではだめだということで、約1年後に方針を変更したわけです。

表12 阪神・淡路大震災の復興支援が
基金事業であったことの功罪

〈利点〉	<ul style="list-style-type: none"> ・柔軟な運用できた：被災者の転住に併せた拠点整備 ・問題発見型の活動：県外被災者への支援、アルコール問題への対応
〈欠点〉	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の保健体制との関係作りに時間を要した ・時限付き事業であり、スタッフが定着しにくかった

それと、問題発見型の活動ができたこともあります。阪神の場合も数十万人の方が県外に避難しました。この方たちへの支援は、兵庫県という枠組みではできません。すなわち、兵庫県の職員は大阪府の仮設住宅に行けないわけですね。それで、民間団体が基金事業をやっていたことを利用し、たとえば大阪府や京都府にあった被災者の集まりに私どもが定期的に行き、東京や福岡などの遠隔地の被災者に対しては、ボランティア団体などに連携する形で集まりの場を作って、その運営をNPOに任せ、私どもはバックアップすることにしました。

また、当初はPTSDが注目を集めました。実際に活動しているとアルコールの問題が大きかったですね。孤独死のほとんどがアルコール依存症を背景に持っている方だったと思われ。日本アルコールソーシャルワーカー協会と共同で、支援を行っていきました。民間団体であったからこそ、新たに見えてくる問題に対処できたという側面があるのではないかと思います。

ところが、もちろん欠点もあって、新しくできた組織でしたので、既存の保健所などの保健体制との関係作りに苦慮いたしました。大きな声では言えませんが、最初はなかなか馴染んでいけなかったです。関係作りにとても時間を要したということがあります。

また、時限付きの事業でしたので、スタッフが定着しませんでした。当初は約60名雇用しましたが、8割は途中で辞め、残ったのは2割しかいませんでした。特に臨床心理士の方は、地域保健

という活動は教育されていませんので、違和感があって辞める方も多かったと思われ。こうした欠点を勘案しますと、今後どういシステムでやっていけばいいのかの参考になるのではないのでしょうか。

最後にまとめです。阪神・淡路大震災で行ったことを簡単に説明し、基金事業であったことの功罪を考察しました。今回は、自治体ごとの基金は構想されておらず、国が基金を構想していますが、その方向性が全然見えていない状況で、復興期の活動の財源をどこに求めるのかについて議論を重ねていかなければならないと思います。

また、都市部と違って、臨床心理士やソーシャルワーカーの確保が難しい地域です。たとえば、仙台市や盛岡市などから3時間くらいかかる遠隔地にどれだけの人が行けるのかという問題があり、マンパワーの確保が克服すべき課題だと思えます。

それと、被災県によって、それぞれ地域の様子が違います。宮城でも、先ほど松本先生からご報告があったように、県北と南部ではリソースが違う状況があります。国でこうやりますという形で作るのはいいのですが、地域の特性にあわせた柔軟な活動を提供できるシステムを作らないといけません。

最後になりますが、今後は、地域内で元々仕事をされていた先生方と保健関係の方との連携がとても重要で、それなしには復興期のこころの問題は対処が難しいということを強調したいと思えます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

○三國 神戸でのご経験を的確にまとめていただきました。ありがとうございました。

中越での2つの震災とその復興支援の経験から

○三國 このセッションの最後になります。新潟大学の染矢俊幸先生、よろしくお願いたします。
○染矢 このたびの震災の被災者に心からお見舞い申し上げます。

今回本学会から、新潟県中越地震(2004年10月23日)、新潟県中越沖地震(2007年7月16日)という短期間で2度の震災を経験し、その復

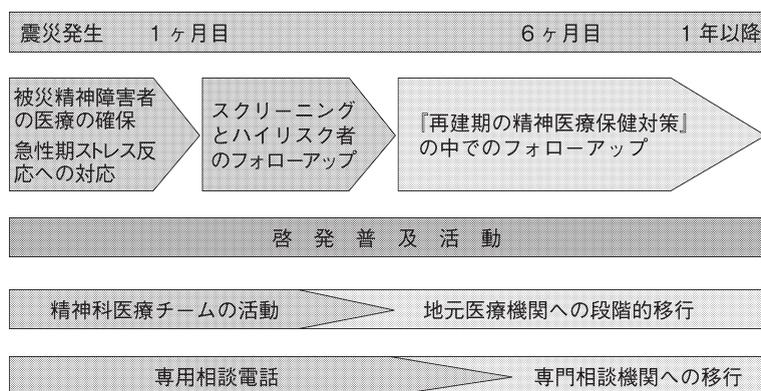


図10 新潟県における時系列でみた精神保健福祉活動

興支援にあたった立場から、災害時の中長期的支援の体制と問題について述べるよう依頼がありました。我々もまだ復興支援の途上であり、試行錯誤の過程ではありますが、東日本大震災の支援を考える材料として、今回の震災に6年半先行する復興支援活動を振り返ってみようと思います。

新潟県での2度の震災における精神保健福祉活動を時系列でみますと図10のようになります。震災発生直後は、被災精神障害者の医療の確保・急性期ストレス反応への対応でして、2ヶ月目以降は被災者の心の健康スクリーニングならびにハイリスク者フォローアップ、そして約半年を経過した頃には「再建期の精神医療保健対策」に基づいたケアへと移行しました。

当初はニーズの高かった精神科医療チームの活動も、2ヶ月目には終息に向かい、被災地域の精神科医療機関の機能回復に伴って各医療機関への段階的移行が進みました。同じく「こころのケアホットライン」のニーズも減って地域が従来もっていた専門相談機関への移行が図られていきました。災害後しばらくは全貌が把握できないことは当たり前で、その中で試行錯誤を続けざるを得ませんでした。全貌が把握できた頃には事態が収まっている、といった流れは神経症の治療経過によく似ていると感じました。

普及啓発は、それが展開される状況こそ変われ、ずっと必要な活動でしたし、極論すれば、被災し

ていないすべての地域、一般社会で重要なことになるわけです。

新潟県では、おそらく例がなかったと思いますが、災害時におけるこころのケア対策会議（以下、こころのケア対策会議）という独自の体制を作って対応しました。急性期における対応の要点は、①こころのケアホットライン、②災害時精神医療の確保、③こころのケアチームの派遣、④普及啓発活動、⑤援助者への教育研修、の5つでした。こころのケア対策会議の構成団体は、すべての精神科医療機関の合議体である新潟県精神医療機関協議会、地域入院医療の最大の担い手である民間精神科病院団体、大学、国立・県立病院に加えて、臨床心理士・精神保健福祉士・看護師といったコメディカルの協会、被災市町村と所管保健所、新潟県福祉保健部健康対策課と新潟県精神保健福祉センターといった、およそ精神医療保健福祉に関与するほとんどの団体が参加する会議です。この発案の中心となったのは、新潟県福祉保健部でして、その中でも当時係長であった野口晃氏の踏ん張りはすさまじいものがありました。この会議の初代議長は当時新潟県精神保健福祉センター所長を務めていた福島昇氏で、私はこの会議の裏方に回って、県の支配下に完全に入って一体化することで、新潟県のすべての団体が一丸となってこの難局に向かう体制を援助しました。中越沖地震以降、この議長は私が引き継いでいます。

こうした災害後急性期の精神医療保健福祉の支援において、どのような体制を組み、各団体がどのような役割を分担して動いたか、どのような資材を用いて活動したかは、その後新潟県福祉保健部が中心になってまとめた、「災害こころのケアチームマニュアル」と「各種資材」を、東日本大震災発生直後にご好意で星和書店のホームページに提供させていただいていますのでご参照いただければと思います。

さて、本日の中心的話題である中長期的支援の話に移りましょう。その核となったのは、新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター（以下、こころのケアセンター）です。もちろん各市町村、保健所一丸となって復興支援を行ったわけですが、震災後新たにできた、また行政機関とは異なったある意味で自由かつ柔軟性の高い、この組織のこれまでの活動や存在意義、課題について考えてみたいと思います。

こころのケアセンターは、中越地震（2004年10月）後、2005年3月に「財団法人中越大震災復興基金」が設立され、こころのケア事業が新潟県精神保健福祉協会に委託されたことにより、10年間の期限で開設されました。この期限付きというのがネックでして、先ほど加藤先生がおっしゃいましたように、人材を募集しても若くてやる気のある人が集まりにくいということがありました。当初は、魚沼こころのケアセンター、中越こころのケアセンター、これらを統括する新潟こころのケアセンターの3センター体制でスタートし、上述のこころのケア対策会議や精神保健福祉協会のメンバーがさまざまな形でこれに協力しましたが、立ち上げにおける最大の功労者はこころのケアセンター人事委員会委員長と運営委員会委員長を引き受けた松浜病院院長の内藤明彦氏でして、スタッフの採用から運用規則の制定にいたる細々したところまで指揮していただきました。

復興半ばの2007年7月に中越沖地震が発生し、中には二重に被災した自治体もありまして、またかという思いに襲われることもありました。先の中越地震にならって活動を行いました。同年

10月には「財団法人中越沖地震復興基金」の設立を受け、中越地震同様に、柏崎地域こころのケアセンターが5年間の期限で開設され、上述の魚沼・中越こころのケアセンターを統合し、小千谷地域こころのケアセンターとなり、現在に至ります。

新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターは、兵庫県こころのケアセンターについて全国で2番目にできたこころのケアセンターなのですが、阪神・淡路は都心部で起きたのに対し、中越は中山間地域、農村部で起きたことに大きな差異があり、この違いがその後の活動にも反映されています。

事業の概要は、表13の通りで、多岐にわたっております。基本的には、地元の市町村を優先し、それらの市町村の要請に基づいて、事業を展開するという点では、まさにリベロ的、補完的な役割をもっています。しかしその一方で、行政と同じ直接サービスを行いながら、行政にはない自由度、各市町村間の連絡調整や支援活動の凸凹に関する助言や援助を行えるという立場を最大限に活かして、従来の行政機関とは性質を異にする支援機関としての意義を有しているように思われます。こうした柔軟さはNPOなどの団体にも共通する点であります。さらには、県内のこころのケア活動を象徴する存在や、普及啓発・調査研究の拠点としての意義も決して小さくはありません。

おそらくこのセンターが教育研修に特化したものにならず、あくまでも地元への直接サービスに重点を置きつつ、広範な活動を展開したことが、現在の存在意義を確立させたと思自負しています。こうした活動の中心となったのは、精神保健福祉士や保健師・看護師などで、こうしたメディカルスタッフの支援活動における重要性が確認されたことも特筆されてよいと思います。各事業の詳細については、新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターホームページをご参照いただければと思います。

財源の規模としては、中越地震では約5年半で540億円中4億円、中越沖地震では約3年で99

表13 新潟県精神保健福祉協会こころの
ケアセンターの事業概要

(1) 関係職員の教育研修	市町村職員、保健福祉医療教育関係職員など、PTSD やうつ病などに関する相談に従事する関係者に専門知識についての研修会、検討会の開催
(2) 普及啓発	① PTSD などの正しい知識や対処方法などについて普及啓発するためのパンフレット、ポスターなどの作成配布 ② 講演会・座談会・シンポジウムなどの開催 ③ ホームページなどによるこころの健康についての啓発を実施
(3) こころのケアに関する調査研究、情報収集	① 今後の施策に反映させるための調査研究などの実施 ② 啓発・研修用教材の開発と作成 ③ こころのケアに関する情報の収集・整理
(4) 被災者のうつ、自殺予防対策の実施	① うつ病やグリーンケアをテーマにしたこころの健康作り講演会の開催 ② 不安、うつ病などのスクリーニング調査の実施 ③ 地域の見守り体制と遺族ケアの推進
(5) 高齢者精神疾患に対する体制整備	① 認知症高齢者支援者研修の開催 ② 高齢者閉じこもり予防のための相談会などの実施 ③ 地元関係機関との連携による高齢者交流の場の設定
(6) こころのケアホットラインの設置	被災者からの相談を受けるための専用電話を敷設
(7) こころのケア相談会の開催	専門医および専門職によるこころのケア相談会を定期的に開催
(8) 巡回訪問指導の実施	① 市町村関係機関との連携による巡回訪問指導の実施 ② 復興公営住宅巡回訪問の実施

億円中1億円となっています。すでに終了した事業が多い中で、両こころのケア事業とも継続中ですので、いずれも総額の1%を上回ることになるでしょう。これが多いのか少ないのかはまだ判断できませんが、与えられた額の中で最善を尽くしたというのが率直なところです。

新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター(新潟・小千谷地域こころのケアセンター)の活動は、現在震災後7年目を迎え、中長期の活動へ

表14 中越大震災の被災地の特徴

-
- ・ 中山間地域である：
平地の周辺部から山間地に至る、まとまった平坦な耕地の少ない地域
 - ・ 過疎化・高齢化が進んでいる
 - ・ 豪雪地帯であり、自殺率が高い：
地震後最初の冬は大雪で、被害を受けた家屋が雪で倒壊することもあった
 - ・ 集落の結びつきが強く、外部との交流が少ない
 - ・ 住居と職業が同一地区内で行われる：
震災で住居とともに職業が失われた
 - ・ 震災と同時に地方自治体の大規模合併が行われた：
自治体職員の負担の増加
-

と移行しています。精神健康調査や地域活動を通して感じるのは、震災から数年が経過しても、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です。ところが、精神的苦痛を抱えても専門機関など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が明らかとなっています。このことは、医師・医療機関を拠点にした支援モデルでは十分手が届かないことを示唆しているのではないのでしょうか。

ちなみに、中越地震の被災地は、山間部の過疎化や高齢化の進んだ農村部でした。こうした地域特性を考慮しながら、地元の自治体や関係機関などと連携し、今後の活動を構成していくことが重要です。中越大震災の被災地の特徴を表14にまとめました。支援者がこのような地域特性を理屈でなく肌でどれだけ感じられているかはきわめて大きな影響をもってくると思います。

課題としては、これまでも言われてきましたように、①子ども、高齢者、障害者は災害への対処能力が相対的に低いこと(災害弱者)、②被災前に潜在していた問題が、震災により前倒しされて露呈したと考えられるケースが多いこと、③問題自体は被災地特有のものではなく、現代日本社会が抱える問題だということ(たとえば、震災による二世帯世帯の分離、それをめぐる夫婦不和から離婚、子どもへの悪影響や、慢性身体疾患の悪化、認知症の顕在化など)が浮かび上がってきました。

また、古くからの習慣、しきたり、集落内での



図 11 新潟県におけるこころの健康についての啓発活動の一場面

関係性などが一度崩れてしまうと、簡単には元に戻らないということも痛感させられました。集団で一緒に避難しなかった人、相対的に恵まれた物資の供給や被害認定を受けた人との心理的距離が拡大したり、震災や市町村合併を機に、一度地域を出て行った人への疎隔感を抱いたりすることなどはよく見られます。つまり、被災者は元の場所に戻っても、これらの問題を抱えながら生活しなければなりませんし、自発的な解決は難しい場合が多いということです。そうした状況の改善には、地域（集落）単位、市町村単位で、コミュニティの円滑な再建を促進するコーディネーターが必要で、地域住民の気質や地域特性に合致するような、地域全体の精神健康を目指したこころのケアが必要だと思います。すなわち、コミュニティ内での言語的・情緒的コミュニケーションを修復することが重要ではないでしょうか。たとえば、多くの世代が参加できるように夜間の開催にしたり、落語、ピラティス、ヨガなどを取り入れたりするなどの工夫が有効でした（図 11）。

普及啓発活動のために作成したリーフレットなどは、こころのケアセンターのホームページをご参照いただければと思います。

これまでの活動で見えてきた課題やその解決に向けて、これまでに感じたこと、行っていることを列記してみました。

- 1) こころのケア活動は、震災後の時間経過に従って変化していく被災者のニーズに敏感に対応しなければならないことを実感しました。特に、中長期では“個人のこころ”だけを取り上げるのではなく、家族、地域の全体的健康を考えての“こころのケア”が必要となります。
- 2) 個別支援単位、地域（集落）単位、市単位などでコーディネーターが必要です。様々な支援を効率的に行う上で、誰がコーディネートを行うのかという点は大変重要な課題でしょう。コーディネート機能がなければ、支援を行う側も自分たちが何を担い、どこに支援する必要があるのか明確になりません。
- 3) 被災者がつまづ被害認定への不満や物資の配給への不平等感は、後々まで残りますし、そのような問題を抱えたままコミュニティの再建をしなくてはなりません。被災者がコミュニティ再建を自発的に進めるのは困難なことがあります。そのため、地域の人と人、人と地元自治体をつなぐための場所や活動、専門職が必要となります。
- 4) 再建と復興の途中で、震災を語り継ぐための活動も重要です。地域の人と自治体がつながり、自治体が震災を振り返ることができるようになると、住民たちも震災を振り返ることができるようになると思います。地域の文化・伝統を活かし、自治体と住民と一緒にやっていくという姿勢が大切でしょう。
- 5) 震災によって追加された事業の多くは実はその後も地域にとって必要な事業ですので、自治体職員への啓発、既存の事業への組み込み（乳幼児健診における相談会の開催など）を図っています。
- 6) 子どもたちへの支援についても課題が見られます。教育関係との協働は難しいことが多く、支援が可能となるまで時間がかかります。子どもへの影響についてはよく認識されていませんので、周知していくことが重要でしょう。現在、子どもに対しては講演会時、1歳半や3

歳児健診時にアンケートを行ったり、相談所を開設したりして一定の効果が得られています。

それから、新潟における6年半の支援活動を通して私が感じているのは、「被災者はいまだに語りきっていない」ということです。今回のように、人災の側面があればあるほど、被災者はその辛さ、恨み、悔しさを忘れることは難しいのではないかと想像します。支援においては、地域特性を考慮し、共助していく姿勢、一人ひとりのありのままの被災経験を聞いて受け止めていくことが大事だと思います。精力的なアウトリーチ活動は必須で、その実現のために関係自治体と協働していかななくてはなりませんし、自治体や民間・ボランティアも含めた日常的サービスやコミュニティの中に、こころのケアの視点が浸透していくことが望まれると思います。

一方、被災者でもある被災自治体職員の心身のストレスは計り知れないものがあります。支援者も計画的な休養を取ることが大切で、そのことは長期的に支援を続けていく上で不可欠でしょう。

さて、東日本大震災は、地震と大津波による大災害という問題だけでなく、原子力災害を抱えた未曾有の複合災害でして、被災地域は広域で、災害の規模や性質は地域によって様々です。その地域の被災状況やニーズを的確に把握して、それに合致したこころのケア活動を試行錯誤せねばならないと思います。

ぜひ検討していきたいのは、こころのケア活動の拠点、象徴、司令塔、マネジメントの機能をもつセンターをどこに、どのように設立するかということです。司令塔と現場のあり方を明確にし、司令塔は現場と緊密に連携して活動しなければなりませんし、職員のための研修会を開くなどして、専門職員の養成を行う必要があります。ケアにあたる者の心身の健康状態の管理も重要です。これを怠ると長期にわたる効率的なケアに支障をきたしかねません。

最後に、いくつか感想を述べてみたいと思います。

急性期対応で大事なことは、「普段やっていないことは急にはできない」ということです。備えあれば憂いなしとはよく言ったもので、大災害に備えたシステム構築と演習が必須です。そしてそのシステムを統括する立場には「判断力と行動力のあるリーダー」が必要です。また、マニュアルは簡易型、場面設定型が緊急時には役に立つと思います。

災害時の調査・研究については、もちろん大事なことですが、被災者や被災地に負担になるような活動は御法度だと思います。新潟での震災のときも、研究目的の調査が被災地に入ることによって、本来必要な地域の保健福祉活動の妨げとなり、地域は大変迷惑を受けることがありました。新潟県の努力によってそのような活動は極力遠慮いただきましたが、それでも問題はゼロではなかったと記憶しています。あくまでも安心、安全のための「組織化されたサービス提供」が最優先ではないでしょうか。今後、東日本大震災の被災地においてもしっかりと監視していく必要がありますし、各県は「調査・研究を少しでも負担に感じる場合は、たとえ支援を受けている組織からの依頼であっても遠慮なく断ってよい」ことを被災者や支援者、各自治体に周知すべきと考えます。以上です。ご清聴、どうもありがとうございました。(拍手)
○三國 新潟での経験を詳細に語っていただきました。ありがとうございました。

5) 総合討論

(紙面の都合のため省略します。)

6) 日本精神神経学会理事会声明

(日本精神神経学会ホームページをご参照ください。)

閉 会