

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援

－ 職域での支援と心理学的支援 －

報告集

日時 2019年8月1日（木）10：00-17：00

場所 TKPガーデンシティ仙台

主催 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

後援 みやぎ心のケアセンター

東北大学災害科学研究拠点

東北大学コンダクター型災害保健医療人材の養成プログラム

東北大学災害科学国際研究所



東北大学大学院医学系研究科
予防精神医学寄附講座

目次

1. 巻頭言	2
2. 演題プログラム	3
3. 災害復興期における職場のメンタルヘルス支援	
①東日本大震災における看護職のメンタルヘルス	5
②行政職員のメンタルヘルス支援	14
③災害復興期における社会福祉協議会へのメンタルヘルス支援	26
④みやぎ心のケアセンターにおける職域支援について	37
⑤災害支援とストレス：福島県における支援者問題	45
4. 災害復興期における心理学的支援	
①公衆衛生としての心理的支援	61
②災害後の心理支援	73
③被災地でのCBTアプローチ普及への取り組み	80
④トラウマへの心理学的支	95
⑤子どものトラウマケア／心理学的支援	107
5. 総括・総合討論	124
6. アンケート集計結果	130

- 本報告集は、掲載にご承諾いただいた先生方の当日発表したスライド内容を一部編集しております。予めご了承くださいませようお願い申し上げます。
- 編集上のやむを得ない事情により、一部画像や字が不鮮明になっておりますが、予めご了承くださいませようお願い申し上げます。
- 本報告集に掲載された内容の無断転載・転用及び複製等の行為はご遠慮ください。

1. 巻頭言

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
予防精神医学寄附講座（兼任）
松本 和紀

シンポジウム「東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援～職域での支援と心理学的支援～」は、東日本大震災の発災から8年が過ぎた2019年8月1日に仙台において東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座の主催で開催されました。

東日本大震災の発災以降、被災地では災害後の各フェーズで個人や団体および自治体に対してはさまざまな支援が実施されてきました。しかし、大規模災害におけるメンタルヘルス支援のあり方、特に中長期支援のあり方についての検討は未だ十分ではなく、支援内容、支援方法、支援体制、受援体制など多くの面でさまざまな課題が残されており、継続的に被災地で行われてきた支援の経験や知見を集積していくことが必要だと考えられます。

職域での支援については、東日本大震災では、地元で働くさまざまな職種の支援者に対する支援が注目されるようになりました。地元で働く支援者は、支援者としての役割がありますが、同時に他の地元住民と同様に被災者としての側面をもっています。この地元支援者への支援は、長期的な被災地の復興には欠くことのできないものであり、その支援の必要性、あり方、方法論などについての知見を集積する必要があります。

また、災害後には、広い意味での“こころのケア”が必要だとする考えは広く受け入れられていますが、専門家が行う“心理学的支援”の有用性や支援方法についての知見は不十分であり、また、被災地において実際にどのような心理学的支援が試みられているのかについての知見の集積も十分ではありません。

そこで、本シンポジウムでは、午前中に「災害復興期における職場のメンタルヘルス支援」をテーマに、7人のシンポジストにご講演をいただきました。岩手、宮城、福島の前3県で実際に支援に当たっている専門家から貴重なご報告をいただきました。引き続き午後には、「災害復興期における心理学的支援」をテーマに5人のシンポジストにご講演をいただき、より広範な対象者への基本となる支援から、より具体的で専門的な支援まで心理学的支援の重層性に沿ったさまざまな実践が紹介されました。

本報告集は、ご発表いただいたシンポジストの皆様のご厚意により、当日に発表されたスライドを中心にまとめることができました。この場を借りてご協力に感謝いたします。本シンポジウムと報告集が、これからのわが国の災害後の復興支援に少しでも役立つことを心より祈念しております。

2. 演題プログラム

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援

職域での支援と心理学的支援

9:50 開会あいさつ

災害復興期における職場のメンタルヘルス支援

座長：矢田部裕介 先生(熊本こころのケアセンター)

10:00-10:50 東日本大震災における看護職のメンタルヘルス

高橋葉子 先生

(東北大学 現:山形県立保健医療大学)

行政職員へのメンタルヘルス支援

佐久間篤 先生

(東北大学)

災害復興期における

上田一気 先生

東海林渉 先生

社会福祉協議会へのメンタルヘルス支援

(東北大学)

10:50-11:15 みやぎ心のケアセンターにおける職域支援について

片柳光昭 先生

(みやぎ心のケアセンター)

11:15-11:40 岩手県被災地における

大塚耕太郎 先生

(岩手医科大学)

勤労者のメンタルヘルス対策への支援について

11:40-12:05 災害支援とストレス：福島県における支援者問題

前田正治 先生

(福島県立医科大学)

12:05-12:30 討論

12:30-13:30 休憩

災害復興期における心理学的支援

座長：高橋晶 先生(筑波大学)

13:30-13:55 公衆衛生としての心理的支援

福地成 先生

(みやぎ心のケアセンター)

13:55-14:20 災害後の心理支援

大澤智子 先生

(兵庫県こころのケアセンター)

14:20-14:45 被災地でのCBTアプローチ普及への取り組み

松本和紀 先生

(東北大学)

14:45-15:10 トラウマの心理学的支援

竹林由武 先生

(福島県立医科大学)

15:10-15:35 子どもへのトラウマケア/心理学的支援

八木淳子 先生

(岩手医科大学/いわてこどもケアセンター)

15:35-16:00 討論

16:00-16:10 休憩

16:10-16:50 総括・総合討論

加藤寛 先生

(兵庫県こころのケアセンター)

16:50-17:00 クロージング・リマークス

富田博秋 先生

(東北大学)

後援

みやぎ心のケアセンター 東北大学災害科学研究拠点

東北大学コンダクター型災害保健医療人材の養成プログラム

東北大学災害科学国際研究所



3. 災害復興期における 職場のメンタルヘルス支援

■ 10:00-12:30

災害復興期における職場のメンタルヘルス支援

東日本大震災における 看護職のメンタルヘルス

2019年8月1日
高橋 葉子

災害支援者—急性期



災害直後から急性期
は外部から様々な
支援者が入る



中長期的に支援し続ける地元の支援者

- しかし、次第に外部支援の数は減っていき、地元の支援者が中長期的に継続して復興を担っていく



被災地職員の疲弊

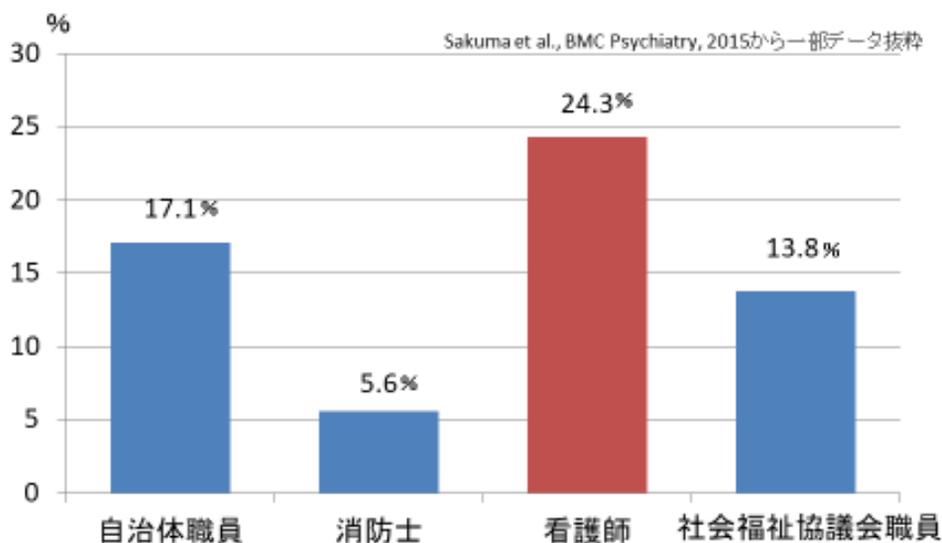


朝日新聞 2013年 3月8日



震災約1年後のうつ病ハイリスク者 (PHQ-9:10点以上)

PHQ-9日本語版: Muramatsu, K., et al., *The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus*. Psychol Rep, 2007. 101: p. 952-60.



宮城県医療施設の被災状況(震災直後)

宮城県全体での
医療施設の被災状況

全壊施設数 136病院
 病院 9
 医科診療所 68
 歯科診療所 59

使用不能病床 1,129床
 一般 554
 療養 255
 精神 320



「宮城県HP・宮城県地域マップおよび宮城県地域医療復興検討会議資料」より改変

被災地の看護職支援の実際



コンサルテーション

- ケース相談

「悲嘆のケア、拒否的な人への対応が難しい」

「震災時の対応を責める患者や住民への対応はどうしたら・・・」

- 精神的に不安定な看護師への対応

「PTSD・抑うつ—休ませるべきか？復帰は？」

「被災者対応業務で二次被災し調子を崩した—配置換すべき？」

- 組織コンサルテーション

「スタッフの被災状況の温度差をどう取り扱うか」

「病院が被災して勤務場所がバラバラになったスタッフへのケア」

被災地の看護職員メンタルヘルス調査

		約13か 月後 (2012.3)	約20か 月後 (2012.11)	約31か 月後 (2013.12)	約43か 月後 (2014.12)	約54か 月後 (2015.11)	約68か 月後 (2017.2)
津波が 直撃 した 病院	A病院	○	○	○	○	○	○
	B病院	○	○	○	○	○	○
	C病院	○	○		○		
津波の 直撃が ない 病院	D病院	○	○	○	○	○	○
	E病院	○			○		

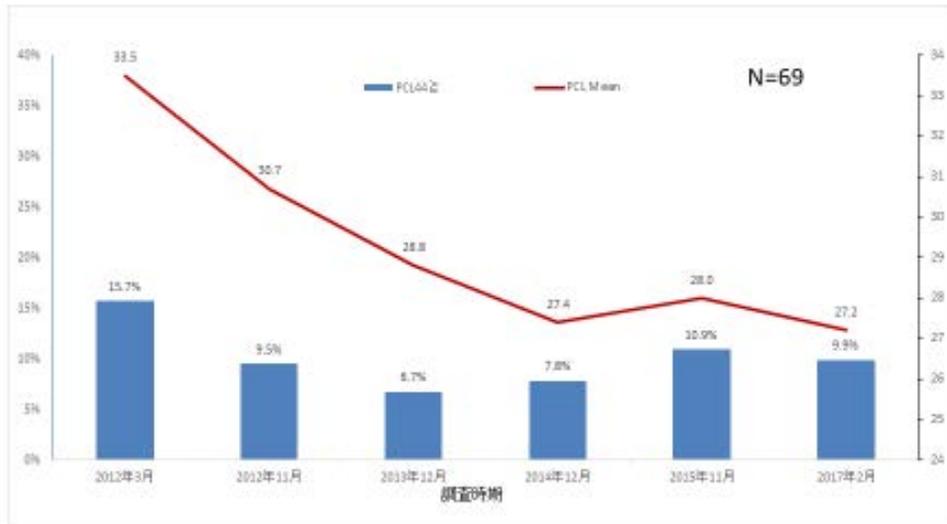
6回とも調査に参加した3病院の看護師は69名

6年間継続的に調査・支援に入った組織の特徴

- 病院が被災し、初回調査のハイリスク者の割合が高かった（高い危機感）
- 組織が一度解体され、様々な病院に看護師が派遣されたため、横断的に支援に入る外部支援のメリットが活かされた（管理者とスタッフの橋渡し）
- 調査結果を看護部の依頼により病院長にも還元したことで、人事管理に活用できた（トップダウン）

病院が再建されるまで、調査とフォローを続けてください！

被災地病院看護師における PTSD症状の推移 (震災時から勤務している者のみ)



被災地病院看護師における 抑うつ症状の推移 (震災時から勤務している者のみ)



被災した病院の再建後のストレス

職場環境に関してストレスと感ずること（複数回答）



凝集性に関して
エンパワメントが
必要

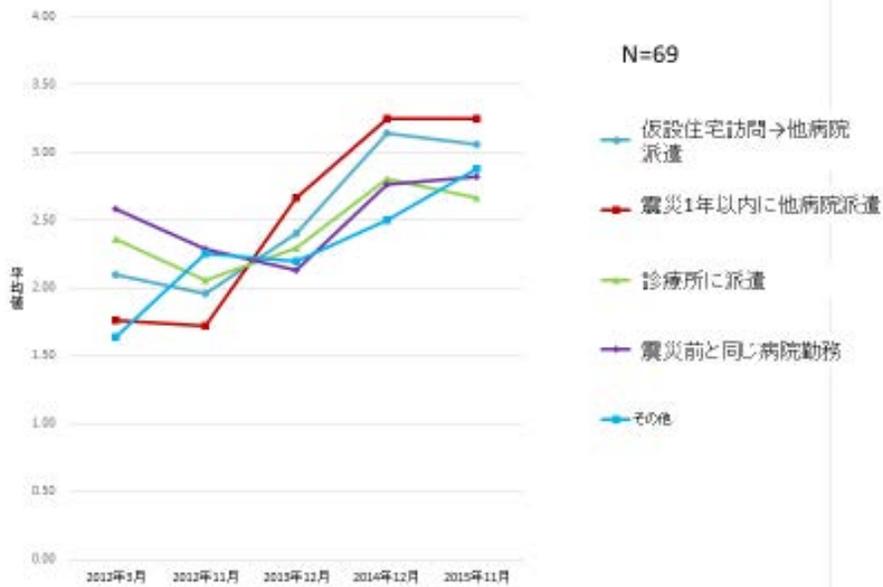
被災した病院の再建後 メンタルヘルスフォロー

- 調査結果を病院管理部門にフィードバック
（ポジティブな面も）
- 看護管理者対象に研修会を実施
「新しい環境での管理上のストレス対策」



職員間での共通理解を促す機会を多くつくり、
フラストレーションを減らしていく方向性を共有した

被災地病院看護師における 仕事の満足度の推移 (震災時から勤務している者のみ)



被災地の看護職 これまでを振り返って

- 「災害はないのが一番だけれど、災害がなかったら避難所とか仮設住宅での看護は経験できなかったから、これもいい経験なのかな」
- 「病院が再建することが目標だったけれど、ここがゴールではなくスタートなのだとわかった。同じメンバーでも震災前とは違う。災害後にそれぞれが様々な場所で色々な経験をしてきたから、違う次元のものを作る必要があるんですね。」
- 「今でも何となく、何かあると(発表者に)相談しようかなと思う。しないことも多いけれど、何かあったら相談できるつながりができたのは安心できます。」

被災地看護師への支援 まとめ

支援のアプローチは看護師のメンタルヘルスに限らず、ケースや管理上のコンサルテーションから入ると受け入れられやすい

震災から数年経過してもうつ病やPTSDのハイリスク者が存在するため、配慮が必要である

職場再建後に集団を再結成してリスタートする際には、凝集性に関してエンパワメントが必要である

継続的に支援するためには、調査結果を還元し組織的なコンサルテーションをしていくことが重要である

行政職員へのメンタルヘルス支援

東北大学病院精神科
佐久間篤

利益相反(COI)の開示

- 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

発表者 佐久間 篤

災害救援者・支援者

職業的救援者

- First responder
- Traditional public safety workers
- 警察官
- 消防職員
- 救急隊員
- 自衛官

災害支援者

- Non-traditional responder
- Disaster recovery worker
- 自治体職員
- 医療福祉関係者
- 消防団員
- 教育関係者
- 自治会区長や民生委員
- 建設関係
- 事業主 etc.....

災害準備性(経験値、備え)が低い

行政職員の災害対応業務

- 避難所の運営
- 医療救護・保健活動
- 被災者への支援
- 生活必需品の確保と全国からの支援
- 住宅被害と住居の確保
- 教育施設等の被害状況と復旧
- 公共施設の被害状況と復旧
- 農林水産業の被害状況と復旧
- 商工業等に関する対策
- 観光に関する対策
- 災害廃棄物・有害物質の処理
- 関係法令の適用と特例措置の実施
- 東日本大震災に係る予算措置
- 県議会の取組
- 政府関係者・外国からの視察等

通常業務 + 災害業務

行政職員の災害ストレスの特徴

- 被災者 + 支援者
- 災害業務に不慣れな場合が多い
- 発災直後から復興期まで長期間続く
- 二次受傷しやすい
- 休息をとることが物理的・心理的に困難
- 非難の対象となりやすい

行政職員支援に至る経緯

- 東北大学精神科では震災から4日後の3月15日から宮城県沿岸部各地への支援を開始
- 当初の支援は医療救護活動が中心
 - 災害拠点病院における医療活動
 - 避難所における被災者の診療・相談
- 発災1ヵ月頃から急性期の医療救護活動が一段落
- 自治体・病院職員の疲労が深刻と会議で話題に出る

行った支援の概要

発災から1年間

➤ 個別の相談窓口設置

- 5月上旬から健康相談窓口を職場内（役場・病院・保健所）で設置
- 相談員が待機し希望者が随時相談できる体制
- 当初は地元医療者のみでは対応出来ず、他地域からの「心のケアチーム」のスタッフも担当

➤ 全体的な支援

- 人事担当者・管理職からの職場メンタルヘルスに関する各種相談に対応
- メンタルヘルスに関する講演

2年目以降

- 人事担当者等との相談・打合せ
- 健康調査の実施とフィードバック
- 希望者・ハイリスク者への相談
- 管理者クラスへの研修会・グループワーク
- 一般職員向けの研修会・グループワーク
- 派遣職員向けの研修会・グループワーク

職員健康調査 概要

➤ 対象者・方法

- 津波被災A自治体（行政職員と病院職員、約1400名）
- 2012年から2015年にかけて全4回（14ヵ月、30ヵ月、43ヵ月、54ヵ月）
- 自記入式調査票

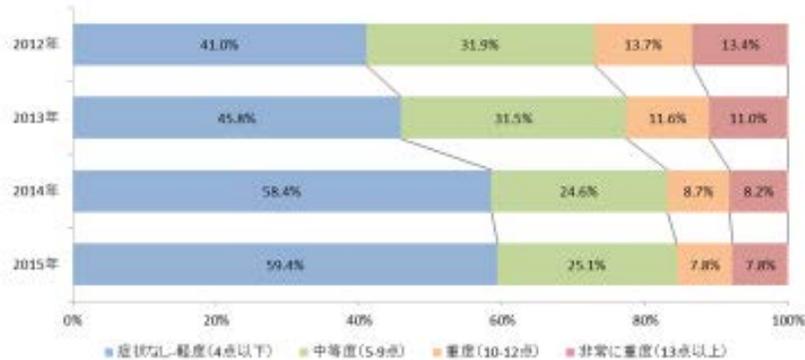
➤ 調査内容

- 基本属性・被災状況・職場状況
- K6 (Kessler Psychological Distress Scale) : 精神的苦痛
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire: ところとからだの質問票) : 抑うつ症状
- PCL (PTSD Check List: 心的外傷後ストレス障害チェックリスト) : PTSD症状

➤ 東北大学医学系研究科倫理委員会の承認を得て行われた。

➤ 調査票には任意性が明記され、職場の上司や同僚などに結果が知られることがないよう、個人により封をされた後に回収された。調査後の配慮として、希望者には調査票を提出しない場合でも専門家による相談を利用することが可能であることを周知した。

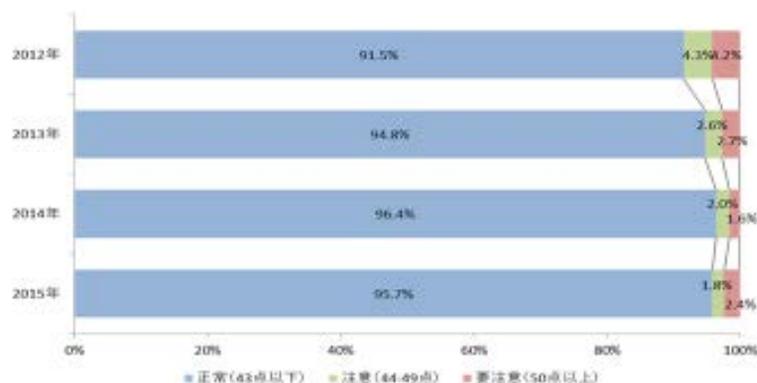
K6（精神的苦痛）



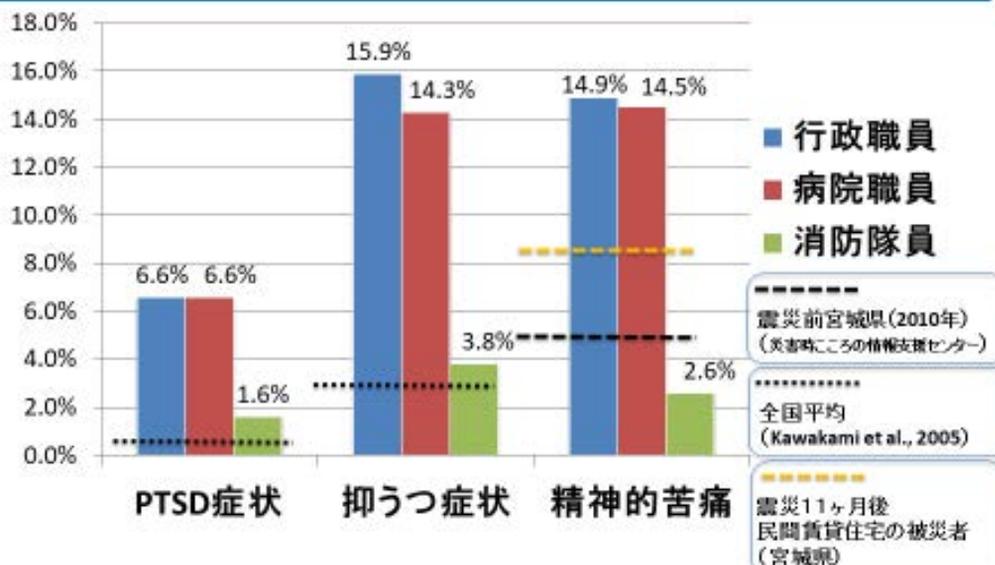
PHQ-9（抑うつ症状）



PCL (PTSD症状)



震災から14ヶ月後の災害支援者 PTSD・抑うつ・精神的苦痛 ハイリスク者の割合 (宮城県 津波被災A自治体)



(Sakuma et al., 2015 BMC psychiatry)

震災から14ヶ月後の災害支援者 PTSD・うつ病のハイリスクに関わる要因 (宮城県 津波被災A自治体)

PTSD症状

- ◆ 家族が死亡・行方不明 (4.4)
- ◆ 災害業務の多さ (3.9)
- ◆ 休養不足 (3.9)
- ◆ 死の恐怖を感じる体験 (2.7)
- ◆ 被災による転居 (2.3)

抑うつ症状

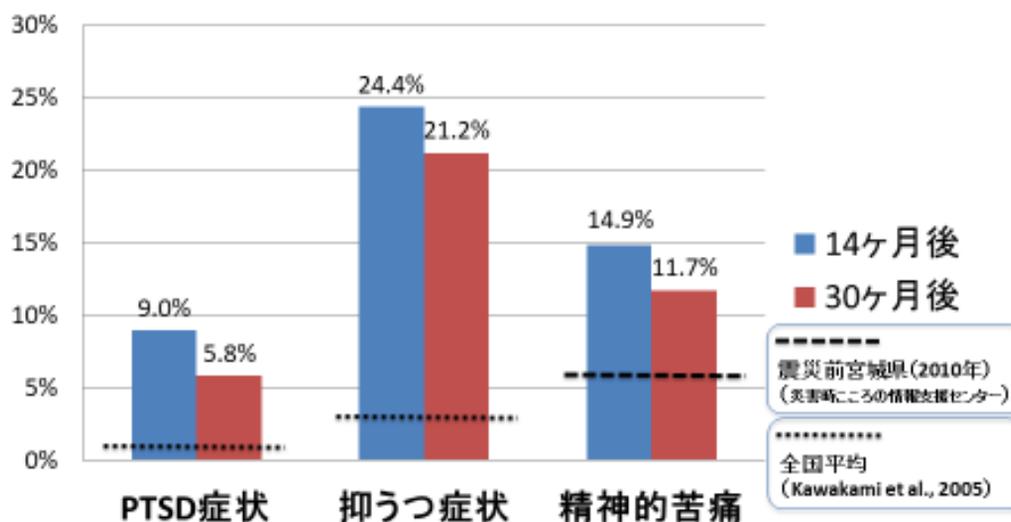
- コミュニケーション不足 (3.0)
- 休養不足 (2.7)
- 災害業務の多さ (1.9)

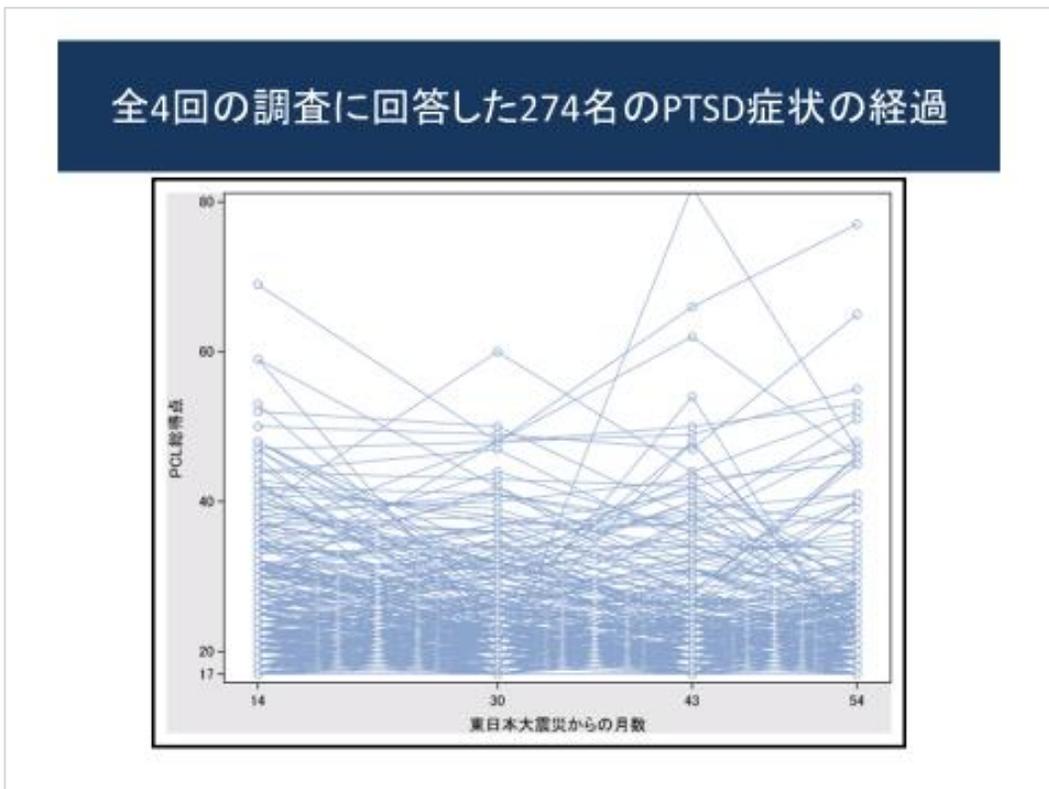
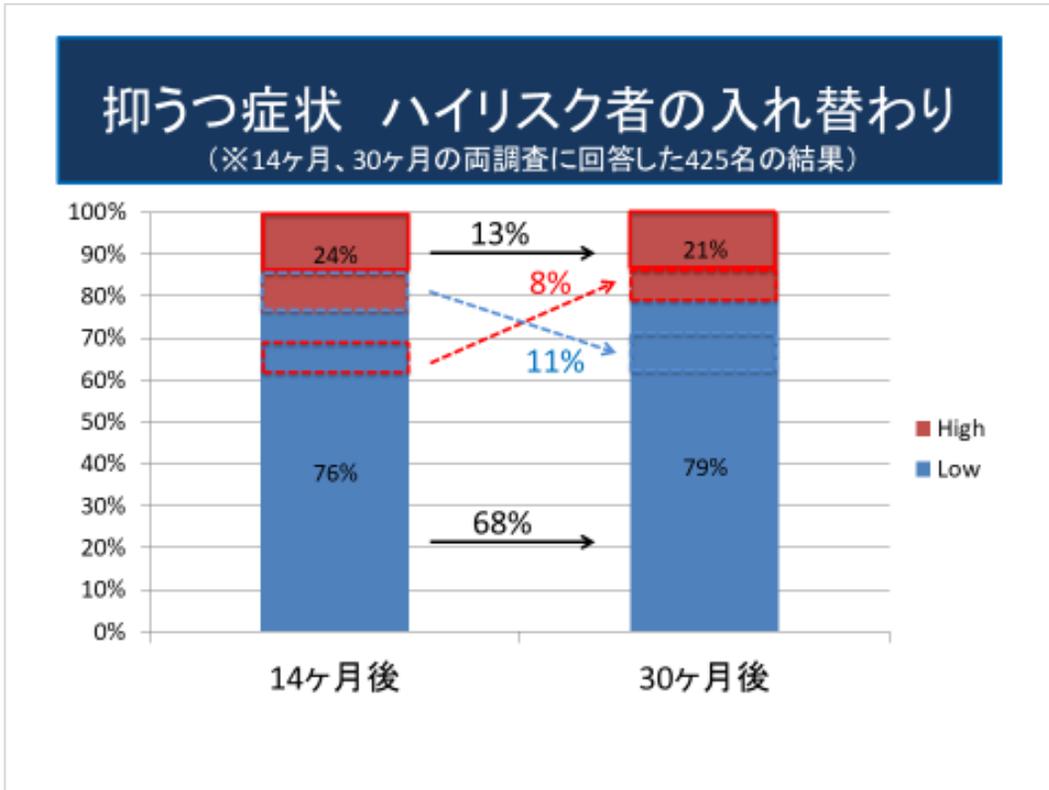
震災後の職場環境の変化が精神的ストレスに影響を及ぼしている可能性がある。

→職場でのストレス対策が重要

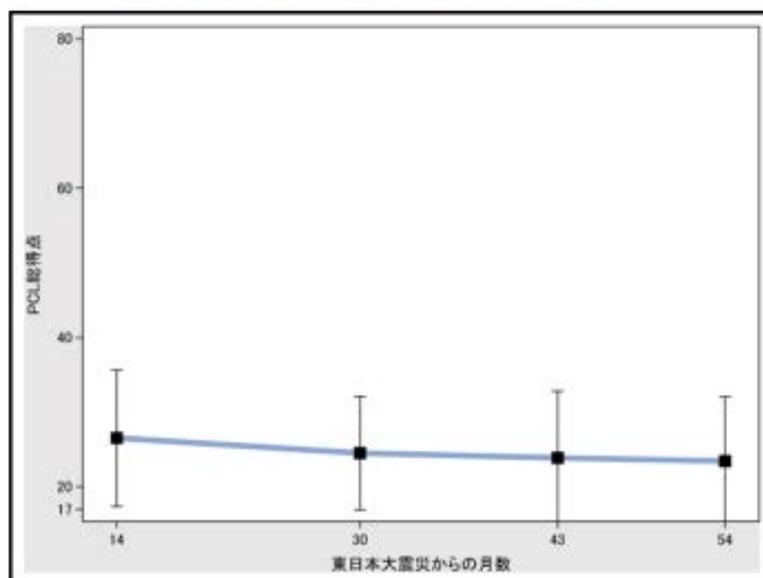
(Sakuma et al., 2015 BMC psychiatry)

自治体職員ハイリスク者の割合 14ヶ月・30ヶ月後

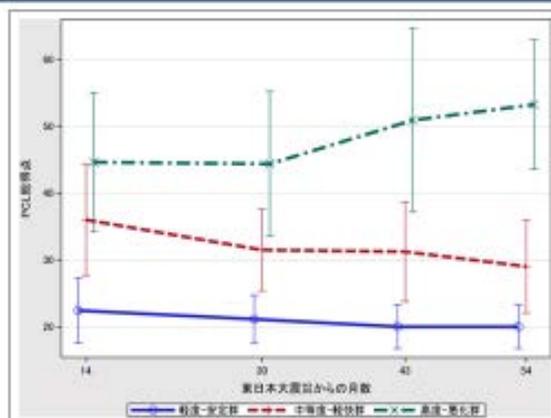




平均点の推移 (全4回回答:274名)

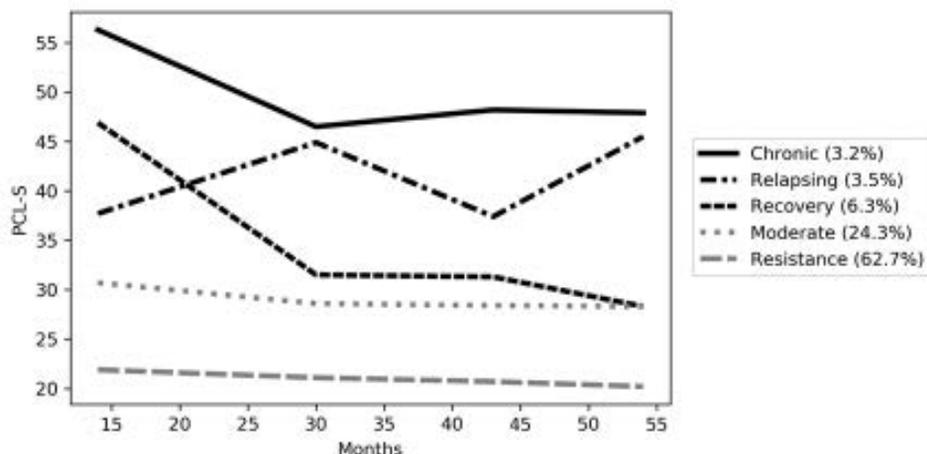


Group-Based Trajectory Modelingを用いた下位集団の解析



	人数	%	14ヵ月	30ヶ月	43ヵ月	54ヵ月
高度-悪化群	11	3.9	44.7(10.3)	44.0(10.8)	50.9(13.7)	53.3(9.7)
中等度-軽快群	64	23.3	36.0(8.3)	31.5(6.1)	31.2(7.4)	29.0(7.0)
軽度-安定群	199	72.7	22.5(4.9)	21.1(3.6)	20.0(3.3)	20.0(3.2)
全体	274		26.5(9.1)	24.5(7.6)	23.9(8.9)	23.5(8.5)

745名(2回以上回答)の解析 (Group-Based Trajectory Modeling)



発災から1年後の声

(職員健康調査 自由記載欄より)

- 業務量が多すぎて休みが取れない。
- 周囲でメンタル面の不調者が多いと感じるが、みんなが仕事量が多く相談がしづらい。
- このままの状況が続くと体も心も耐えられないが、
- 離れた仮設住宅からの通勤が大変で困難を感じる。

発災から3年後の声

(職員健康調査 自由記載欄より)

- 震災後忙しい部署ばかりにいる。家も家族も亡くしており、いつ自分が病んでもおかしくない。
- 相談したいが、部内で落伍者として扱われてしまうのが怖くていけない。
- 残業が続いている部署の職員の心身の健康が心配。
- 休職しても安心して復職できるようにこの調査を活用してほしい。

2015年度の被災市町村職員の精神疾患による休職 震災発生との2010年度と比較して1.6倍に増加



河北新報 2016年3月4日

行政職員のメンタルヘルス支援 まとめ

- 支援者と被災者の二面性を併せ持つ
- 職場環境の変化、個人的な被災に配慮する
- 症状経過には多様性がある
- 長期的な視点に立った支援者支援
- 平時からのメンタルヘルス対策が重要
- 災害準備性を高める支援

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援

2019年8月1日(木)
TKPガーデンシティ仙台

災害復興期における 社会福祉協議会へのメンタルヘルス支援

東日本大震災20ヶ月後、32ヶ月後の
1年間の縦断調査研究から

東北大学病院 精神科
みやぎ心のケアセンター
上田 一気

利益相反(COI)の開示

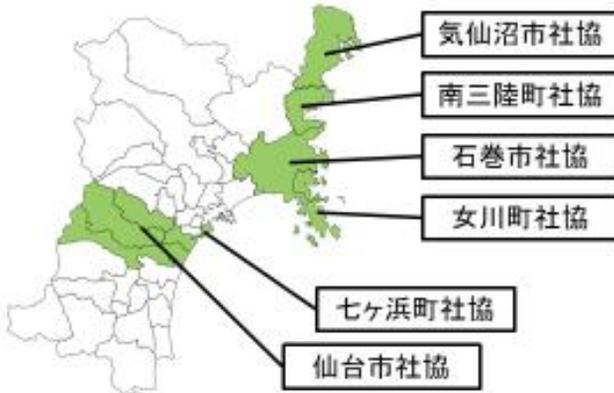
- 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

発表者 上田 一気

社会福祉協議会（社協）について

市区町村の
社協

- 児童福祉、子育て支援
- 民生委員・児童委員
- 高齢者の福祉、支援
- 障害児・者の福祉、支援
- 被災者の支援

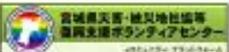


調査対象の宮城県沿岸市町の社協

生活資金の貸付（生活福祉資金）
災害ボランティアセンターの設置
仮設住宅入居者等への支援
等の直接的な支援活動







これらの画像は『宮城県災害・被災地社協等 復興支援ボランティアセンター』のサイトより、許可を得て使用しています。
URL: <http://svc.miyagi.jp/fukkou/index.php>

社協の業務

各自治体の社協

事務職

社協本体の業務、
各種団体との調整等

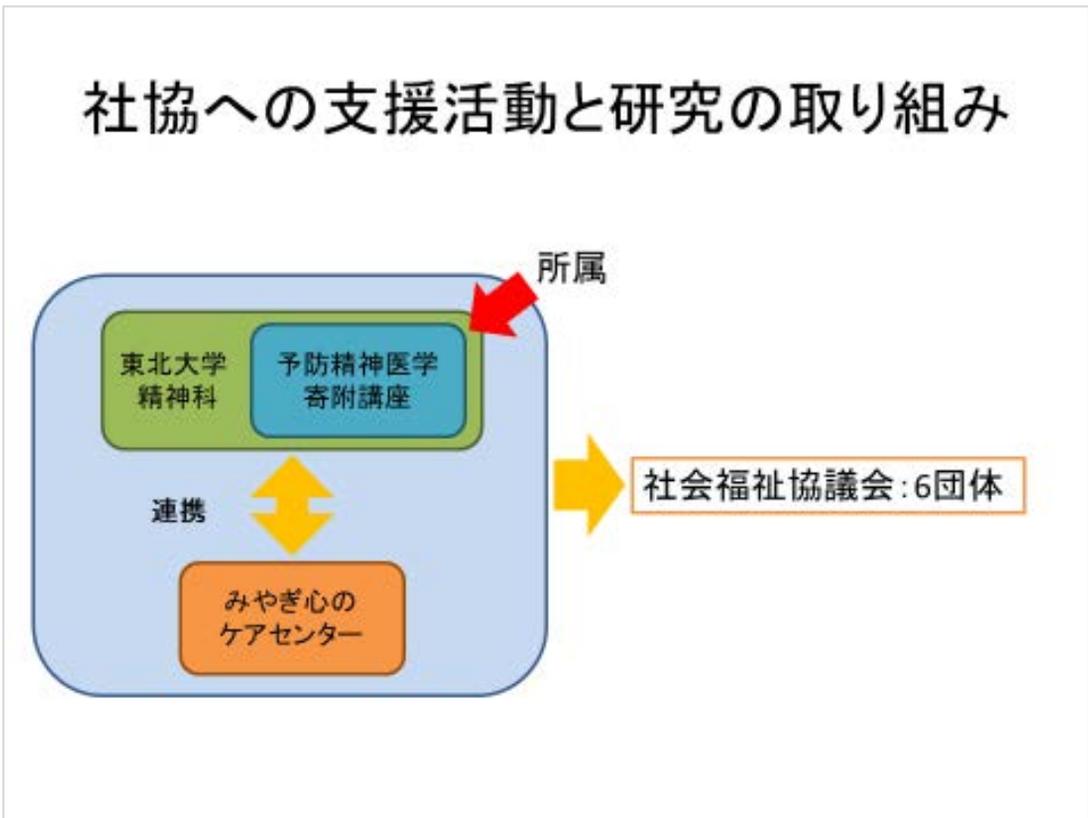
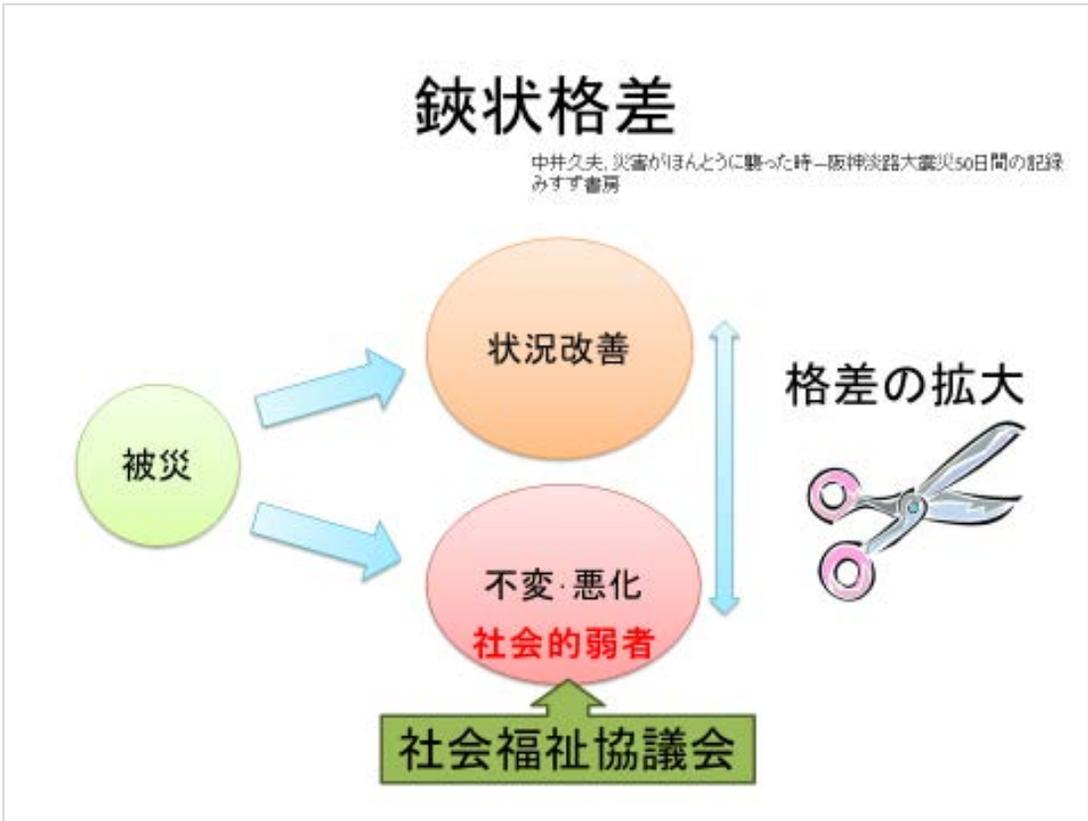
生活支援 相談員

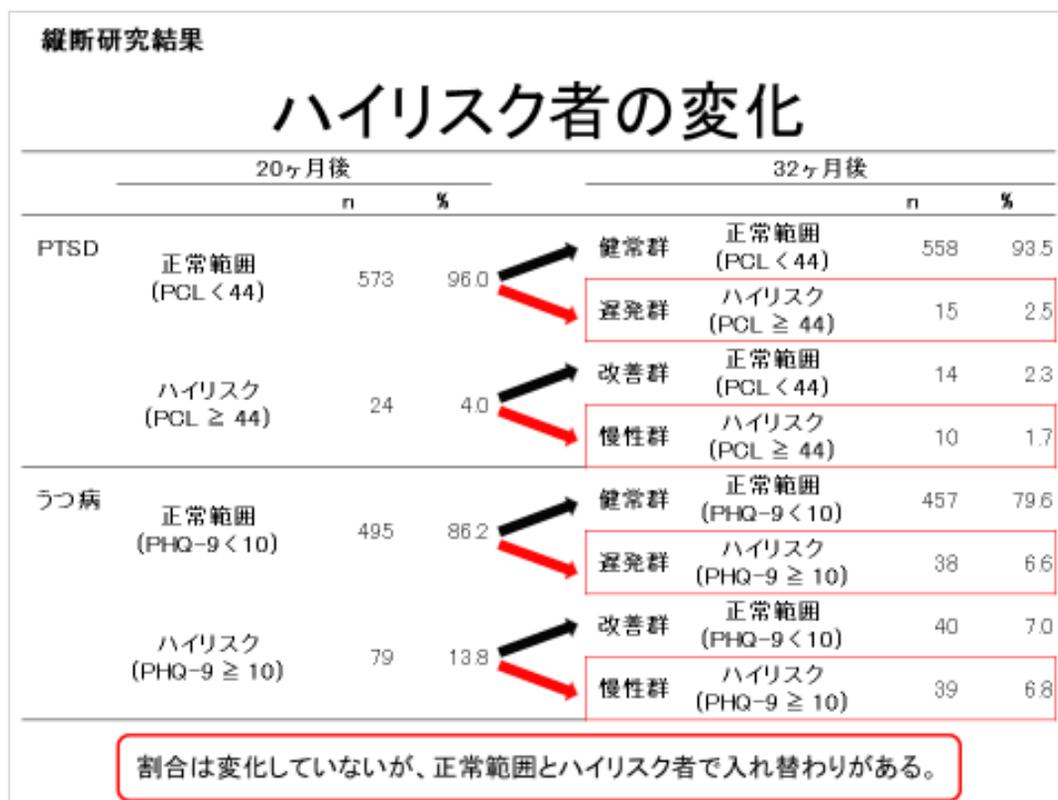
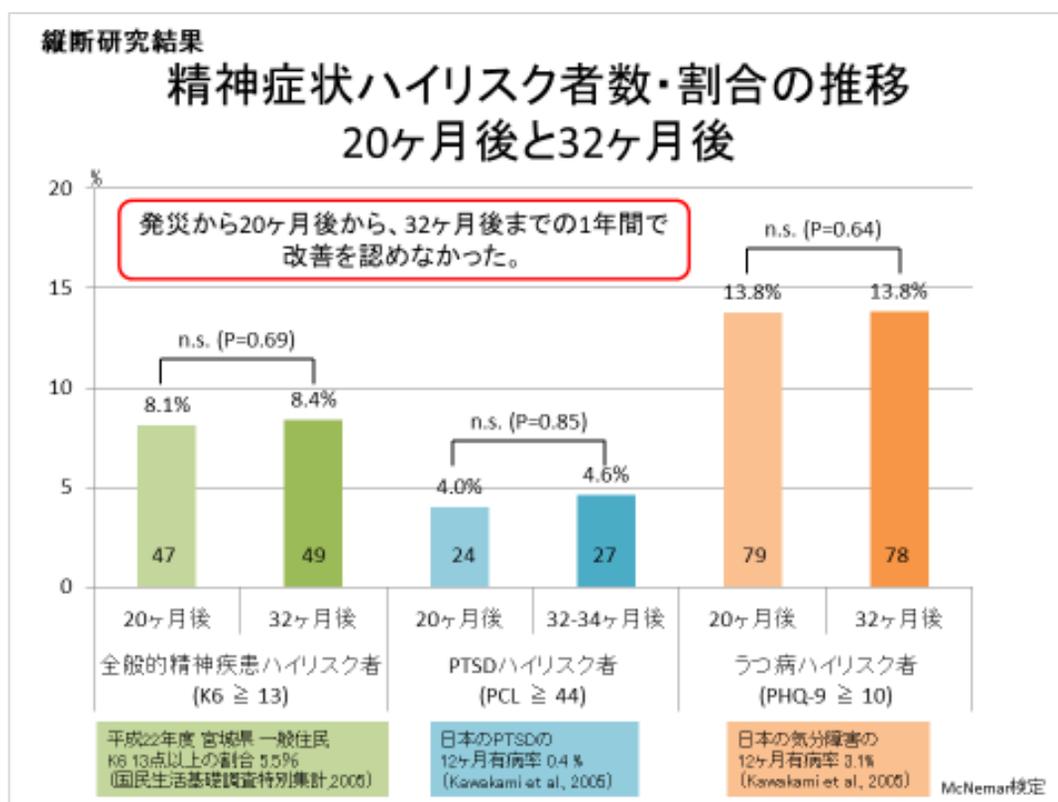
仮設住宅の見守り等

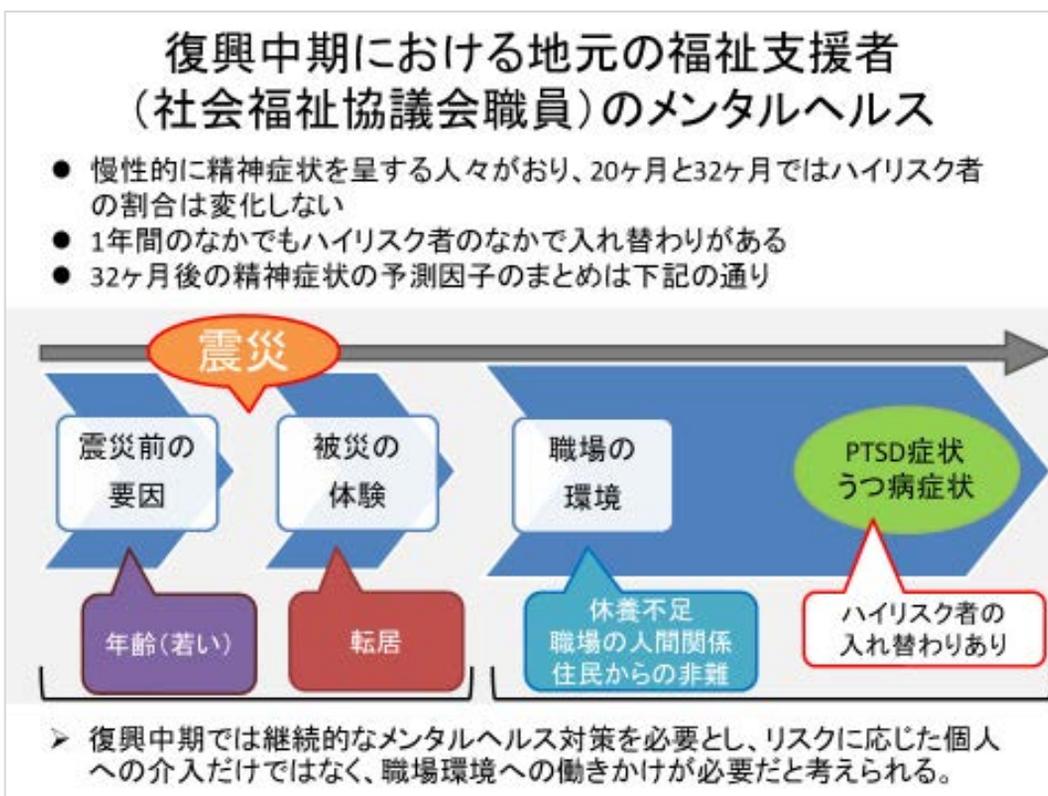
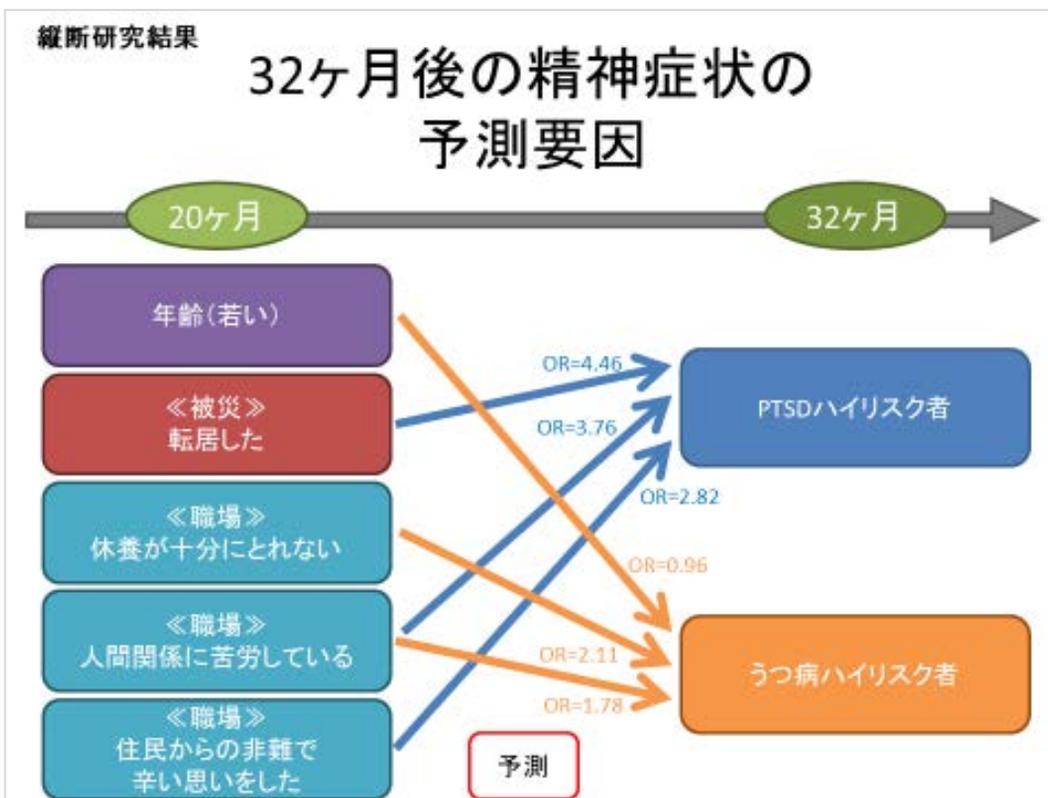
介護職

高齢者や障害者の
福祉施設、地域包括
支援センター等

- 復興プロセスは長期化し、地域の社会福祉の課題は続いており、精神健康の問題が懸念される。
- 支援者であると同時に被災者でもあり、同じ被災者の支援を行う中での心理的負担が懸念される。







東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援

2019年8月1日（木）
TKPガーデンシティ仙台

災害復興期における 社会福祉協議会へのメンタルヘルス支援

～3.11発災後から7年の社協支援を振り返って～

東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座
東北学院大学 教養学部
東海林 渉

利益相反（COI）の開示

- 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

発表者 東海林 渉

被災した地元で働く支援者の負担

被災者として

家族や友人、同僚の死
 強い被災体験
 住宅問題
 家族のケア
 経済的問題
 友人・知人の減少
 避難元に戻れるか
 生活再建・将来の不安
 地域コミュニティの崩壊
 被災地での生活
 生きがいの喪失

支援者として

職場の混乱
 見通しの立たない業務
 不慣れな業務
 仕事量の増加
 凄惨な場面に接する機会
 長期間災害業務に従事
 住民からの非難
 職務上の罪責感・自責感
 休養のとりづらさ
 相談しづらさ
 コミュニケーション減少
 避難先からの通勤
 家庭と仕事の両立困難

地元（被災地域）で働く支援者

健康調査を含むメンタルヘルス対策

東北大学 予防精神医学寄附講座が提供した支援

1. 健康調査

2. 調査後のフォローアップ面談

(面談希望者・ハイリスク者対象)

3. 個別面談

(全職員対象)

4. メンタルヘルス研修会

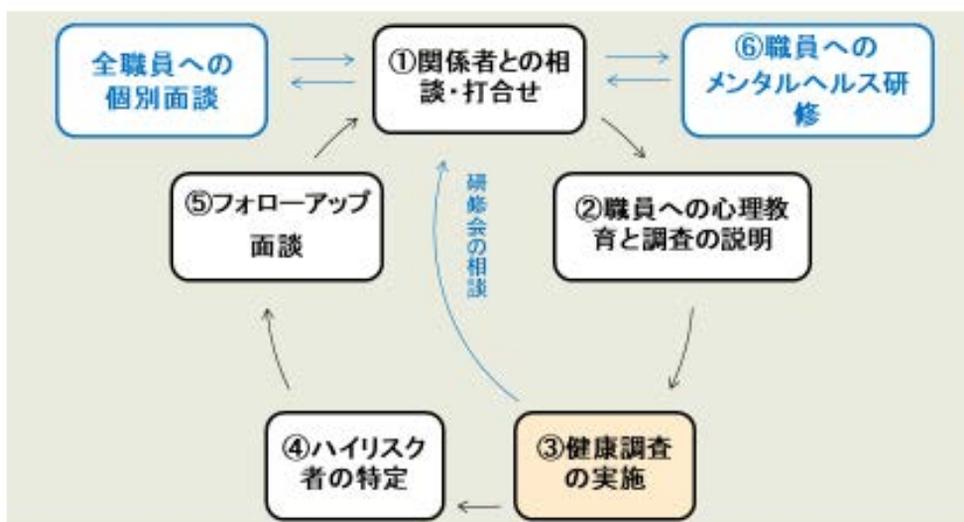
(全職員/部門ごと/管理監督者対象)

5. 職場コンサルテーション

(職場メンタルヘルス対策への助言、管理監督者会議への参加など)

健康調査を含むメンタルヘルス対策

- ・連携して実施したメンタルヘルス対策のサイクル



①関係者との相談・打ち合わせ

- ・管理監督者（局長、課長等）との打ち合わせ

【ねらい】

- 職場メンタルヘルスにおけるラインケアの強化
- 管理監督者どうしの意思疎通
- 管理監督者のメンタルヘルス支援

【受援者からの声】

MHは人によって意識が違うから、（抵抗感を）解消していく説明が必要。受援は対象者（=職員）と資源とをつなぐ社協内のコーディネーターの力量、質で決まる気がする。

労務管理としてMH対策をしていく必要があるだろう

②③職員への調査の説明と調査

- ・職員に対する調査目的と結果説明へ
 - 調査に関する声

『何の意味あるの?』『大学のリサーチ目的では?』

『やりっぱなしで、結果がわからない』

- 調査の目的の説明+セルフケアの研修
調査結果の説明+セルフケアの研修

【受援者（管理監督者）からの声】

やはり平時から自分のこととして考えてもらう必要がある

④⑤ハイリスク者の特定とフォローアップ面接

- ・<フォロー面接への声かけ基準>
(調査票：面談希望 希望する/どちらでも/希望しない)
 - 面談希望者「希望する」
 - メンタルヘルス・職場ストレスのハイリスク者で面談希望に「どちらでもよい」

【**成果**と**課題**】

- 「また今年も来ました」という相談者
- 相談内容は精神不調のほか、仕事のこと、対人関係、家族のこと等
- 一方で、相談につながらない人々が一定層いる
- 相談の希望者数は地域によってかなりのばらつき

⑥職員へのメンタルヘルス研修

・セルフケアに関するメンタルヘルス研修

- 対象：全職員
- 内容：ストレスとケア、関係のONとOFF（堀越, 2015）、アサーション、ポジティブな活動（SPR）、周囲とよい関係をつくる（SPR）、問題解決法 など

・ラインケアに関するメンタルヘルス研修

- 対象：管理監督者
- 内容：労務管理としてのメンタルヘルス対策（命令権限と安全配慮義務）、メンタルヘルス不調者への対応 など

・職場改善に関するグループワーク研修

- 対象：全職員
- 内容：働きやすい職場の条件の抽出、働きやすい職場にするためにできることの考案、職場としての実行案の話し合い

7年の社協支援を通して

・発災後に支援を受けた社協職員の声

支援を受けてみて、災害だけじゃなく人間関係を考えるきっかけになった。災害前はMHのことは考えていなかった。MHのことを職場で話題にしやすくなったと感じる。

メンタルヘルス研修はずっと継続していくべき。受援力を高めるといふか、（自分達のために外から）力をかけてもらうこと（の大切さ）に早く気付くのが大事。災害の前からでも。一方で信頼感がないと話せない。

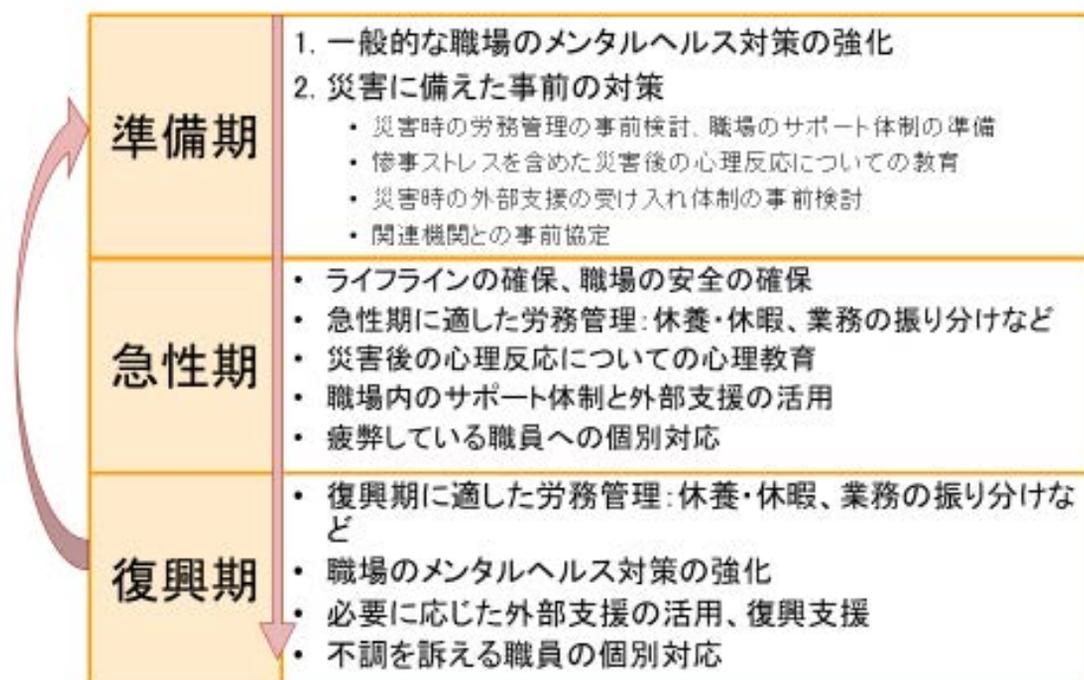
一度支援を受けている社協であれば、また災害があった時に受援できるが、受けていないと難しいかもしれない。震災前から（外から支援の）力をかけてもらうことや、自分でセルフケアすることに慣れておく必要がある。ボランティアセンターでは苦情など本当につらいこともある。

7年の社協支援を通して

足しげく通ってくれたこと自体が支援になった

- 平時からのMH対策と有事の継続支援の重要性
 - 社協職員には発災直後から継続して高ストレス状況に曝され、バーンアウトする職員もいる
 - 急性期・亜急性期だけで終わらない支援を
 - メンタルヘルス支援の受援を平時から
- 発災後のMH対策と職場MH対策をどう区別するか
 - 外部の支援団体が本来職場で行うべき対策を奪わない
 - 職場をエンパワーする関わりを

職場での循環的災害精神保健対策



2019年8月1日(木) 東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援
職域での支援と心理学的支援

災害復興期における職場のメンタルヘルス支援 みやぎ心のケアセンターにおける職域支援について

みやぎ心のケアセンター 気仙沼地域センター
地域支援課長 片柳 光昭

みやぎ心のケアセンター 気仙沼地域センターについて

- ・活動エリア: 気仙沼市、南三陸町
- ・職員: 常勤9名(うち2名は市町へ出向)、非常勤2名

東北地方広域圏地図 2019年 版1/119



気仙沼地域センターの活動について

- 地域住民支援（個別支援）

面談室



- 普及啓発

啓発用紙芝居



気仙沼・南三陸の状況

- 両市町とも災害公営住宅は全戸完成し、プレハブ仮設住宅は入居率が気仙沼市1.3%、南三陸町0.3%（平成31年4月31日現在）
- 震災は地域の高齢化率の上昇/加速、人口減少、若年層の人口流出等にも影響を及ぼしている。

相談件数の推移

気仙沼地域センターでの個別相談

	平成27 年度	平成28 年度	平成29 年度	平成30 年度
延べ件数 (※1)	1,562	1,939	3,159	3,007
実人数 (※2)	464	458	475	361

※1：みやぎ心のケアセンター相談室の相談件数（相談件数）より計算

※2：みやぎ心のケアセンター「被災者向け個別相談室」より計算

備考：2018年度から通称を「個別相談室」に変更し、相談件数を増やしている

個人相談室を開催した施設（アール）を中心に、今年度の相談件数を増加させている

施設が「個別によるアプローチ」のみの対応は実人数に過ぎない

個人を特定できない施設（匿名、匿名および匿名のコール）は実人数に過ぎない

個人相談室は匿名性を確保していることから、匿名性を保ちながら相談した場合も実人数

気仙沼地域センターでの普及啓発活動

	平成27 年度	平成28 年度	平成29 年度	平成30 年度
実施件数	121	155	172	177

- 相談件数の増加
→東日本大震災による影響の長期化
- 相談の背景には、生活上の問題（家庭問題、経済問題）と精神的健康が含まれていることが多い
- 当地域では、相談に対するハイリスクアプローチと、地域住民全体を対象としたポピュレーションアプローチによる支援が求められている
- 一方で、専門職の人材が不足している現状がある

職域に関する主な相談内容

- 復職に向けた支援
- 現在の職場での問題
 - ・上司や同僚、部下との人間関係の悪化
 - ・業務内容の不適応
 - ・業務過多
 - ・震災時のトラウマ体験
- 就職に向けての支援

事例1 復職に向けた支援

* 事例は個人が特定されないよう一部加工、修正をしています。

- 50歳代 男性 うつ病
- 高校を卒業後、民間企業に勤めたが、2年後、その企業が倒産することになったため、近隣のA自治体の職員試験に応募し採用された。
- 数年に1度ずつ部署異動はあったが、大きな問題もなく過ごしていた。
- 本人が40歳代の時、A自治体と複数の近隣の自治体が合併することになり、A自治体は統合された自治体の一部となる。
- 2019-X年、元A自治体以外の地域に異動となる。異動先の業務はこれまで全く行ったことのない業務であった。また職場の職員も全く知らない人ばかりで、業務の進め方、生活リズムが一変した。
- 異動して2ヶ月後から入眠困難、頭痛、集中力の低下などが見られ、さらに職場の駐車場から動けないなども起きたため、上司が精神科病院を勧め、受診となった。薬物療法が始まるが、職場を休むことも増えたため、休職となる。

事例1 復職に向けた支援

- 休職後は少しずつ体調が回復してきたこともあり、職場の人事課を通じて当センターに復職に向けた支援依頼があった。
- 本人は当初、相談には後ろ向きな姿勢であったが、「自分一人ではどうしていいかわからないので。」と受け入れた。
- 支援内容は、2週間に1度の面談を実施した。そこでは、①生活リズムの確立を目指して日中活動表の作成と振り返り、②休職に至った経過の振り返り、③ストレス対処方法の獲得、などを実施した。
- 面談を通じて、今回の異動により相当の心理的負荷がかかっていたことを本人も認識するに至った。その後は職場の人事課とも話し合いを重ね、翌年度から元A自治体の地域へ異動が決まり、現在も勤務が継続できている。

事例1から見える 復興期の被災地とその職場に起きていること

- 地元の自治体が複数の自治体と合併
→平成の大合併が及ぼす影響
- 職場の職員も全く知らない人ばかりであった
→応援職員(県外、県内)と地元職員で構成されている現状が与える影響
- 相談には後ろ向きな姿勢
→メンタルヘルス(精神科医療や精神疾患も含めて)に対するハードルの高さ

事例2 就職に向けた支援

* 事例は個人が特定されないように一部加工、修正をしています。

- 20歳代 女性 抑うつ傾向
- 「求職活動をしているが、前の職場での嫌な体験が頭から離れない。」とハローワークを通じて相談依頼。
- 前の職場で、上司からパワハラによる指導(時に罵声を浴びせられる、機嫌が悪いと無視される、定刻になっても話が終わらず帰してもらえない等)があり、精神的に負担を感じるようになったため退職。
- 精神科を受診したが、明確な診断はつかず、抑うつ傾向と。
- 退職後、できるだけ早く次の職場を見つけたいとの思いはあるが、「前の職場は町の中心にあり、町にも行けない。また、自分ができる仕事で探すと、前の職場で接点のあった人たちと会うことになりそうで怖い。だからと言って他にできそうな仕事もなく、他の町で働くことも考えられない。」とのこと。

事例2 就職に向けた支援

- 支援は、2週間に1度の面談を実施した。面談では、前の職場で起きた出来事について振り返りながら感情や考えを整理していった。また、本人の生活範囲を取り戻すことを目的に、行動のステップを共同して作成し、取り組んだ。
- さらに、新たな仕事についた時に、万が一、以前の職場の繋がりの人やその時の上司と会った際の対応について、問題解決技能訓練を用いて対処方法を検討した。
- 支援を継続する中で、徐々に行動範囲を広げていくことができ、自信を回復させていった。また「買い物中、前の仕事で関係していた人に急に声をかけられた。戸惑ったが、『色々あって仕事やめたんです』と言ったら、特に突っ込まれなかった。ホッとした。」と笑顔で話した。
- その後も面談を継続し、1年後に新たな仕事先に就職した。

事例2から見える

復興期の被災地とその職場に起きていること

- **前の職場は町の中心にあり、町にも行けない。**
→コンパクトなサイズの自治体では、「知り合いの知り合いは皆知り合い。」という位の地域の繋がりがあある。そのことがいい場合とそうでない場合があり、このことがその人の精神的健康度に影響を及ぼすことがある。
- **だからと言って他にできそうな仕事もなく、他の町で働くことも考えられない。**
→高齢化と生産年齢人口の流失に加え、復興は道半ばの状況にあって、地域の産業は縮小傾向にある。そのため、就職先は限定的であり、産業種別にも偏りがある。また、有効求人倍率は低くないが、その職種には同様に偏りがある。
通勤先で考えられる距離に大都市はなく、地元での再就職を念頭に置かねばならない。

事例3 現在の職場での問題 震災時のトラウマ体験

* 事例は個人が特定されないよう一部加工、修正をしています。

- 50歳代 女性
- 東日本大震災からX年後の2月、TVで何気なく震災関連の番組を見てから頭痛、吐き気、めまいが頻繁に起きるようになった。内科を受診するも異常は見当たらず、精神的なものかと考え、相談を希望。
- 震災当時のことについては、当初、「自分は子どもの看護で自宅にいたので大丈夫だった。家族や親類も被害はなかったので震災の影響はないのだけれど・・・。」と話していたが、継続した面談を進めていくと「自分の同僚や上司は、当時、大変な思いをして職場に出ていた。けれども自分は自宅にいて何もできなかった。子どもを置いてでも、職場に戻るべきだった。」と罪悪感や自責感があることを述べ始めた。
- さらに、震災を職場で体験しなかったことで、職場に戻った時の違和感、震災の時の話を職場でされる時の所在のなさなどを感じ、自分を責めていたと語った。

事例3 現在の職場での問題 震災時のトラウマ体験

- 精神科への受診は頑なに拒否し、その一方で面談については継続を希望したため、定期的な面談を実施することとした。
- その後の面談では、震災当日、自分の家の窓から人や車が流されている様子を長時間見ていたこと、自分の家の庭に見知らぬ人が次々に入ってきたことなども耐え難かったと話すが、【でも、被害がないから、些細なこと。】と、人に言うことができずに思いを押し殺しながら過ごしてきた経過が明らかになっていった。
- 現在も面談を継続しながら経過を見守っている。

事例3から見える 復興期の被災地とその職場に起きていること

- ・ **東日本大震災からX年後の2月**
→何年が経過しても、震災時のトラウマに関連する新規の相談は依頼がある。特に、その経験が仕事に関連している場合、未整理のまま経過しており、何らかのきっかけが不意に訪れることで心身の変調に至るケースがある。
- ・ **子どもを置いてでも、職場に出るべきだった。**
→一職員として役割を果たせなかったという思いが、その後に大きく影響を及ぼしているケースが少なくない。
- ・ **家族や親類も被害はなかった**
→直接的な被害がないことが、罪悪感を生じさせる理由になっていることがある。

今後について(課題)

- ・ その地域の状況や背景に沿ったメンタルヘルス支援を検討し実践すること
- ・ 医療はもちろん重要だが、相談という機能と役割をさらに充実させていくこと
- ・ 地域にいる支援者、地域の支援者の育成と地域にある様々な機関の連携をさらに図っていくこと

東北大学シンポジウム2019

福島における支援者問題と その支援

福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座
前田正治

1

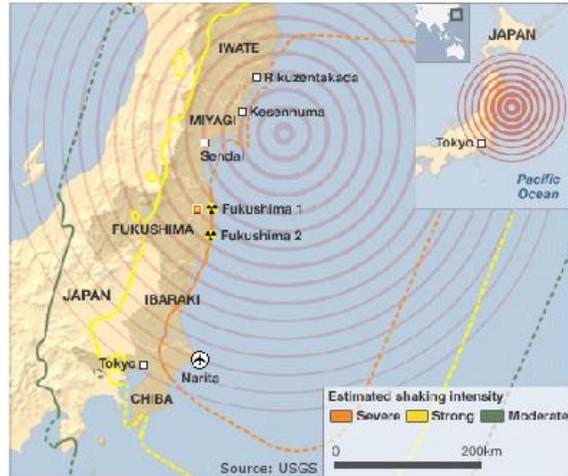
本日の話

- 福島の復興状況
- 被災者のメンタルヘルスの推移と現状
- 被災自治体職員の危機とそのケア
- 支援組織の疲弊

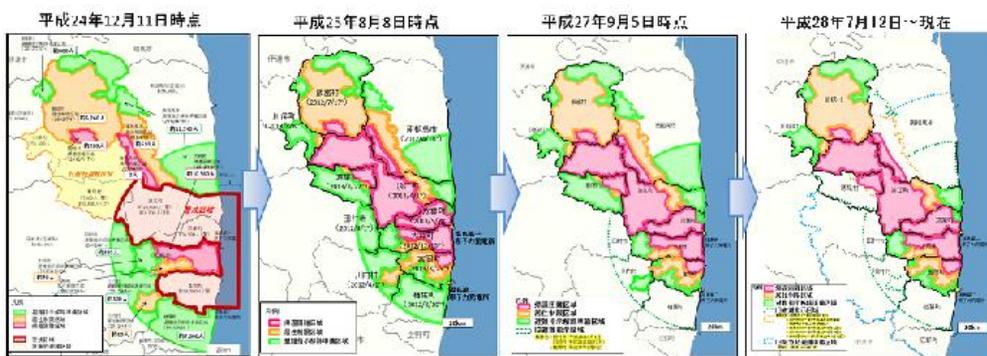
2

Occurrence of the Great East Japan Earthquake in 2011

Areas affected by the quake



3



避難者の状況

県内避難者: 11,094名

県外避難者: 31,608名

(2019年6月復興庁データ)

最近の飯舘村（道の駅）



5

ならはスカイアリーナ



6



ふたば医療センター(2018年5月富岡町稼働)

7

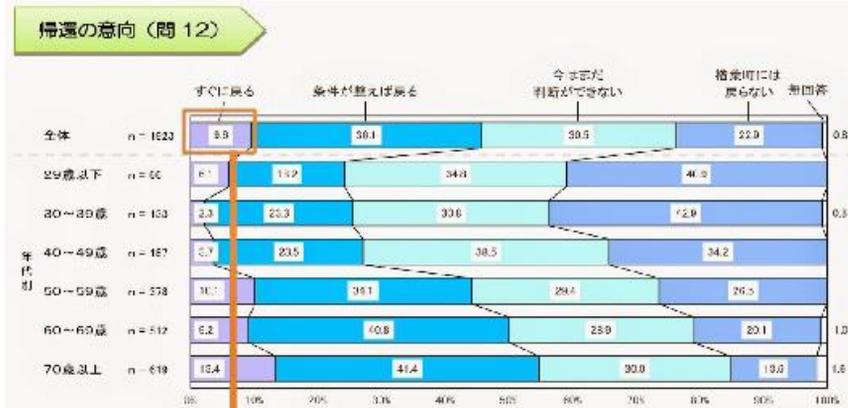
Current sight in Okuma Town



Sunkei News

8

檜葉町住民意向調査



檜葉町広報誌(2017年4月)

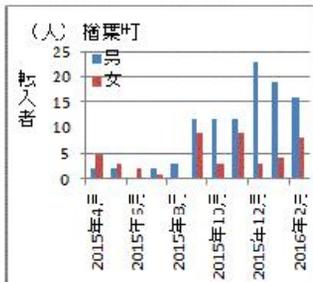


檜葉町広報誌(2017年4月)

現在の65歳以上の
高齢化率

避難解除区域の高齢化率

市町村名	現在	原発 事故前
川内村	71.3	35.2
川俣町	70.4	31.7
飯舘村	68.7	30.0
葛尾村	54.4	32.2
浪江町	52.4	26.7
南相馬市	51.8	26.6
田村市	45.2	28.9
富岡町	44.2	21.1
檜葉町	37.0	25.9
計	49.2	27.4



※事故前は自治体全域の数値。
数字は%

毎日新聞 2017年9月9日

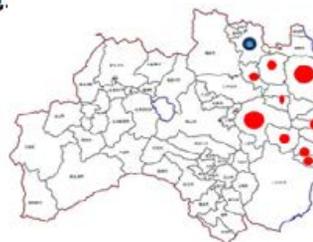
県民健康調査

こころの健康度・生活習慣調査の目的

- とくに発災時に避難区域に住んでいた住民の、うつ病やPTSDなど最近の**精神保健上の問題**について明らかにする。
- 同時に、被災体験や避難生活が睡眠や食行動、飲酒などの**生活習慣に与える影響**について明らかにする。
- 以上の調査において、問題があると考えられる住民に対して、**電話や文書送付によるケア・介入**を実施する。
- 必要に応じて、**市町村や関係機関(とくにこころのケアセンター)と連携**をとる。

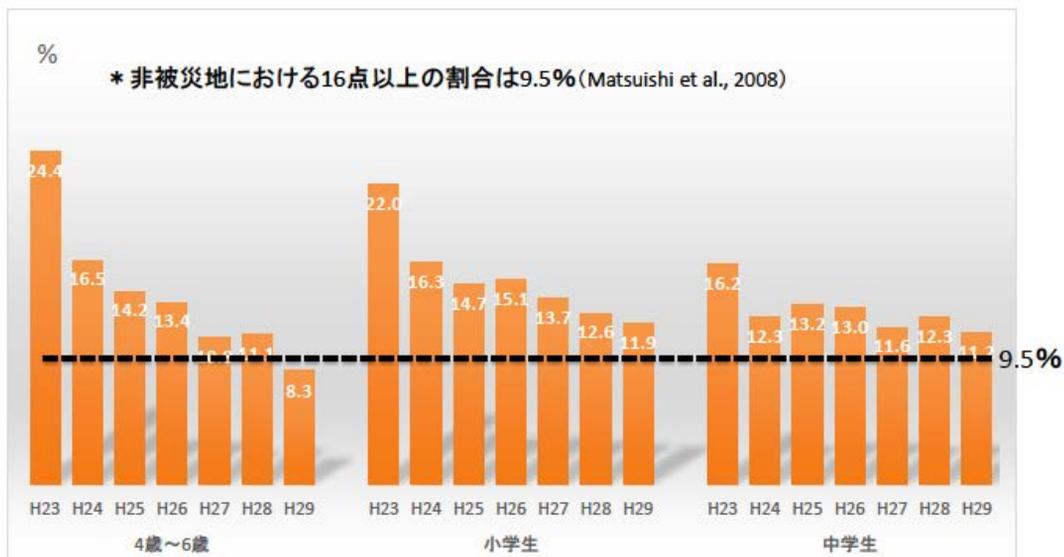
本調査の対象

- **発災後に避難地域に指定された市町村** (広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯舘村、南相馬市、田村市、川俣町、伊達市の一部) に在住する約211,615名
- 年齢に応じて5グループにわけて調査実施
 - ①0-3歳 : 4,625名
 - ②4-6歳 : 5,047名
 - ③小学生(7-12歳) : 11,413名
 - ④中学生(13-15歳) : 6,023名
 - ⑤一般成人(16歳以上) : 184,507名



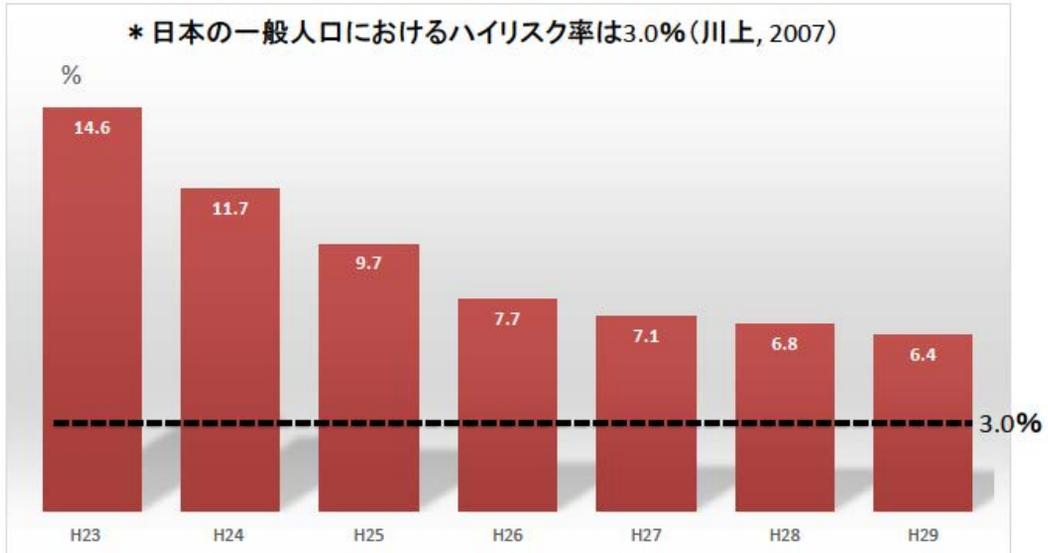
※人数は2013年調査のもの

子どもの情緒と行動(SDQ) ハイリスク率の推移 全体



県民健康調査データ(H29年度)より

一般の全般的精神健康(K6) ハイリスク率の推移



県民健康調査データ(H29年度)より

15

震災関連自殺者数の推移



復興庁(2018.5)

16

自治体職員の自殺

自治労福島県本部は7日、今年に入って2月末までに県と市町村の職員計5人が自殺したと発表した。昨年4月からの自殺者数は9人。県本部は、東日本大震災と東京電力福島第1原発事故に伴う業務量の増加が要因の一つになっていると分析する。

県本部は、自治体職員の相次ぐ自殺に危機感を持ち、自殺者数を初めて発表した。今年度の自殺は、市町村職員7人、県職員2人で、ここ10年間でも高水準。35歳未満が4人を占め、若年層の自殺が目立つようになったのが気がかりという。

毎日新聞2017年3月8日

17

福島県被災自治体職員への診断面接調査

Table 1. Demographic data of the participants.

Number of participants	168
Female (%)	27.4
Town	
A (%)	54.8
B (%)	45.2
Mean age, years (SD)	42.3 (11.9)
IESR score	
≥25 (%)	21.6
MINI diagnosis	
Depression (%)	17.9
PTSD (%)	4.8
Suicide risk (%)	8.9
Referred to medical facilities based on MINI (%)	12.5
Drinking habit	
Change after the disaster (%)	23.8
Smoking habit	
Change after the disaster (%)	15.5
Sleep disorder	
Present (%)	72.6

考えられる背景

① 終わりの見えない過重労働

② 住民の怒り感情への暴露

地震や津波、原発事故そのものよりも、事後体験の影響は看過できない

③ 職員自身も被災者

仮設住宅や借り上げ住宅での生活
家族との離別経験など

Maeda et al. PCN, 2016

面談で聞かれた声

- 避難時、子どもの面倒をみるのは私だけしかいなかった。なんとか、親戚に子どもを預け、1週間で仕事に戻ったけれど、職場の目は冷たい。
- 避難中、仮眠をとっているところに町民が来た。“ぬくぬく寝ているな”と怒鳴られた。今は、震災前の関係に戻っているが、心の中ではあの時のことが忘れられない。
- 職員としては、町民に帰還を勧めなければならない。でも、私自身戻らないし、本当は放射線のことにも心配している。

怒りへの暴露

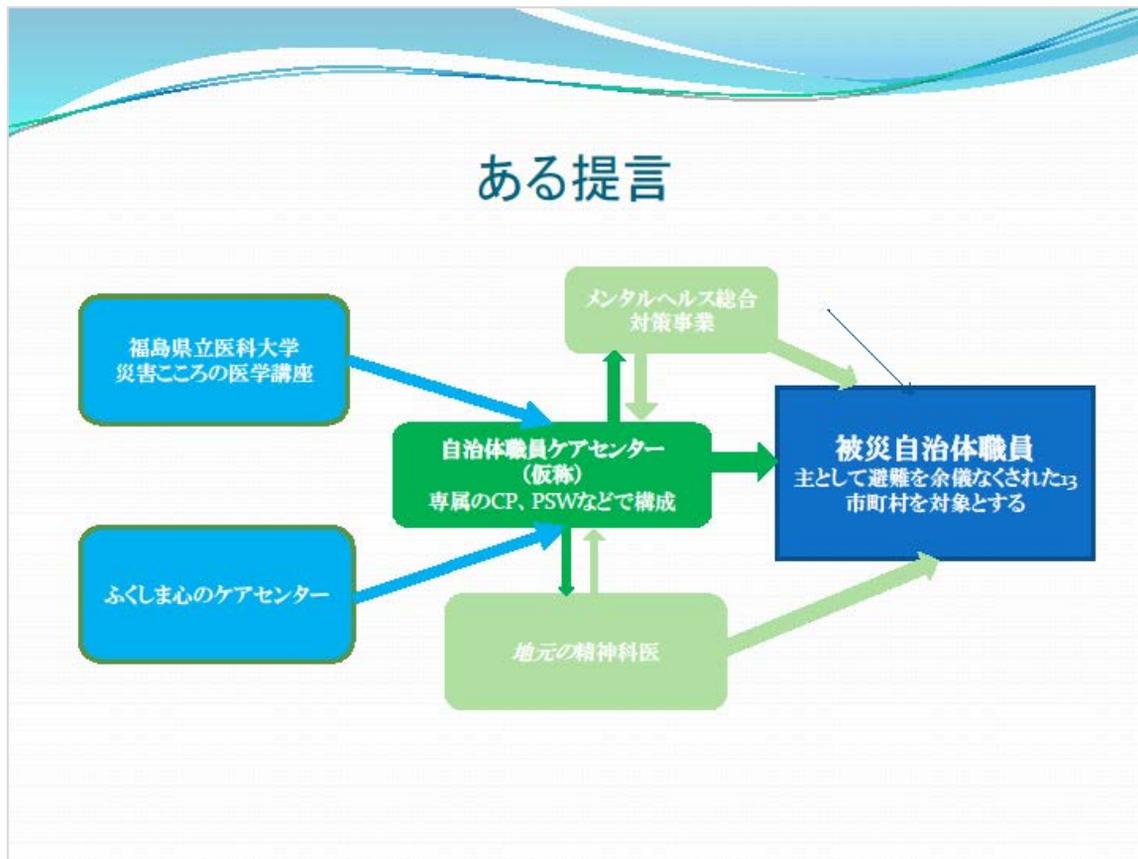
- あるとき、住民の方が刃物を持って来ました。それは大変でしたが、その後から警察が来てくれるようになりました。ただそれでも不安が取れない。毎日が刃物を突きつけられているようです。（役所受付業務）
- なぜこれほど（母親）住民から責められるのか、いくら説明しても納得してもらえません。だったら出ていけばとつい思ってしまう。耳を傾けることが仕事とは思いますが。。。 （母子担当保健師）

無力感

- 一番苦しいのは、いつまでこのような状況が続くのかが見えてこないことです。それがわかれば頑張れるのですが、それが見えてこないのがつらい。（保健師）
- 何か人のためになっているかわかりません。（これだけ責められると）まるで私が悪いことをしているように思ってしまう。人の役に立てず、申し訳ないと思います。（福祉担当ワーカー）

現行の自治体職員へのケアに関する課題

- 被災地方自治体は規模が小さく、個人ケアやライン・ケアには明らかに限界がある
- 自治体自体ではこの問題を提起できない
- 世論の理解がまだ十分ではない
- 国の担当部署（総務省）や県の担当部署との連携ができていない
- 自治体職員の疲弊により、住民サービスの低下を招く恐れがあることを再認識



考えられるケアの形

ラインへのケア	職員へのケア
<ul style="list-style-type: none"> 管理職を対象としたメンタルヘルスに関する講演 一般職員を対象としたメンタルヘルスに関する講演 人事労務担当者との面談(コンサルテーション) 管理職との面談(コンサルテーション) 	<ul style="list-style-type: none"> 個別アセスメント面談 継続的なカウンセリング 復職(リワーク)支援 身体をリラックスさせる練習 考え方を柔軟にする練習 節酒プログラム 医療機関、相談機関、ケアセンターへの紹介

県内の様々な民間支援組織(NPO)



ふくしま復興ステーションのサイトから

福島県内の支援団体

- 社会福祉協議会 生活支援相談員 350名程度
- ふくしま心のケアセンター 専門員 40名程度
- 3.11被災者を支援するいわき連絡協議会(愛称 みんぷく) 相談員
- 放射線リスクコミュニケーション相談員支援センター 相談員
- 相双に新しい精神科医療保健福祉を作る会(なごみ)
- ビーンズふくしま

26

ふくしま心のケアセンターの概要

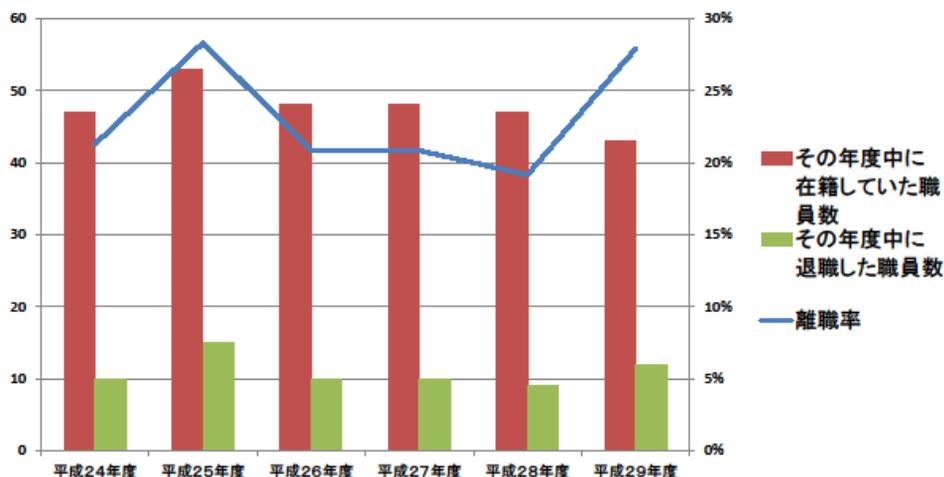


当センターは平成24年2月に開設された。開設当初は基幹センターおよび6方部3駐在の体制であったが、支援対象である被災者の実情に合わせ、現在は基幹センターおよび4方部2出張所体制で活動している。

58

27

ふくしま心のケアセンター職員の状況 (離職率)



28

心のケアセンター職員のケアと課題

- 現場で活動する職員が働きがいを持ち続けるためには単年度雇用という不安定な制度を変えていく必要がある。
- 震災前より人的リソースが少ない一方で、専門職のニーズは非常に高い。したがって今後も県外からの積極的な支援が必要である。
- 離職者の背景には病休者の存在が大きかったが昨年度は病休からの離職はなかった。
- 少ない職員で活動の質を担保していくためには、支援すべき住民や地域を焦点化し、既存の支援組織との連携を一層図る必要がある。

59

29



4. 災害復興期における 心理学的支援

■ 13:30-16:00

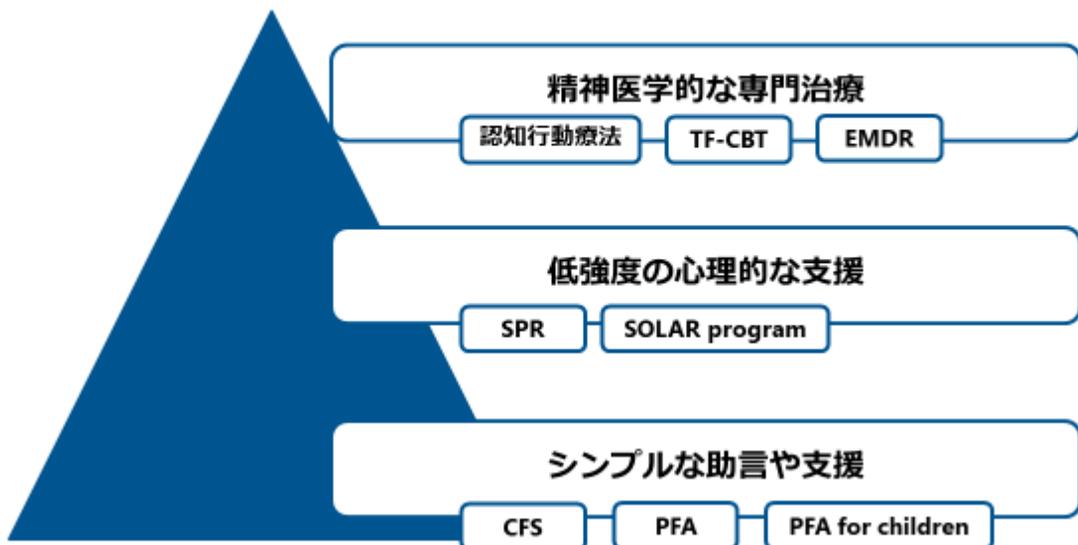
2019.8.1 東北大学予防精神医学寄付講座企画シンポジウム (TKPガーデンシティ仙台)

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援
災害復興期における心理学的支援

公衆衛生としての心理的支援

みやぎ心のケアセンター 福地 成

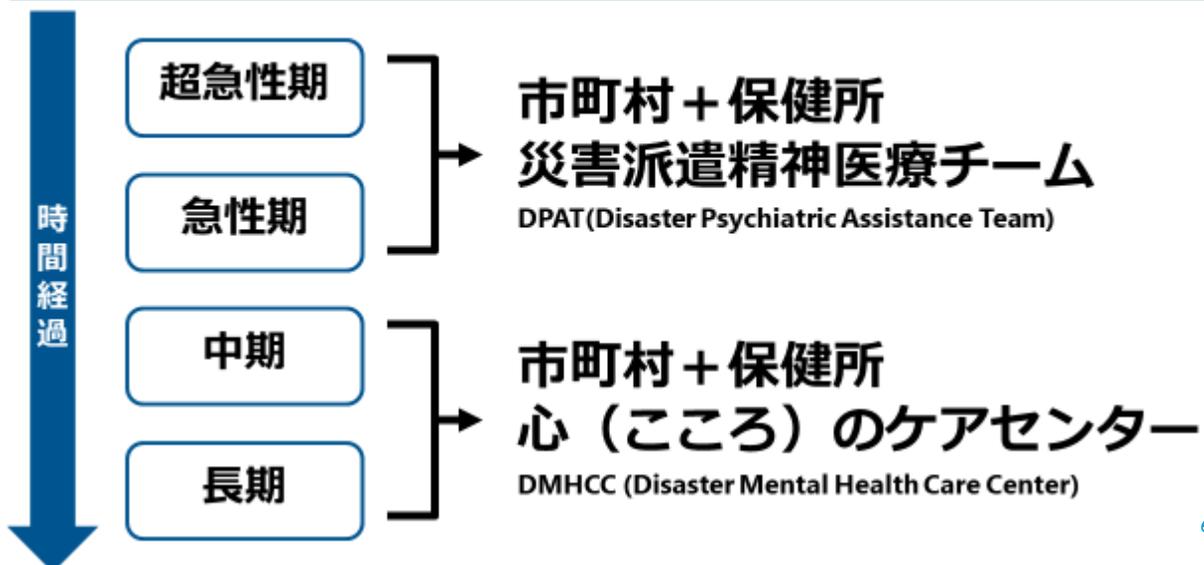
心理的支援の階層

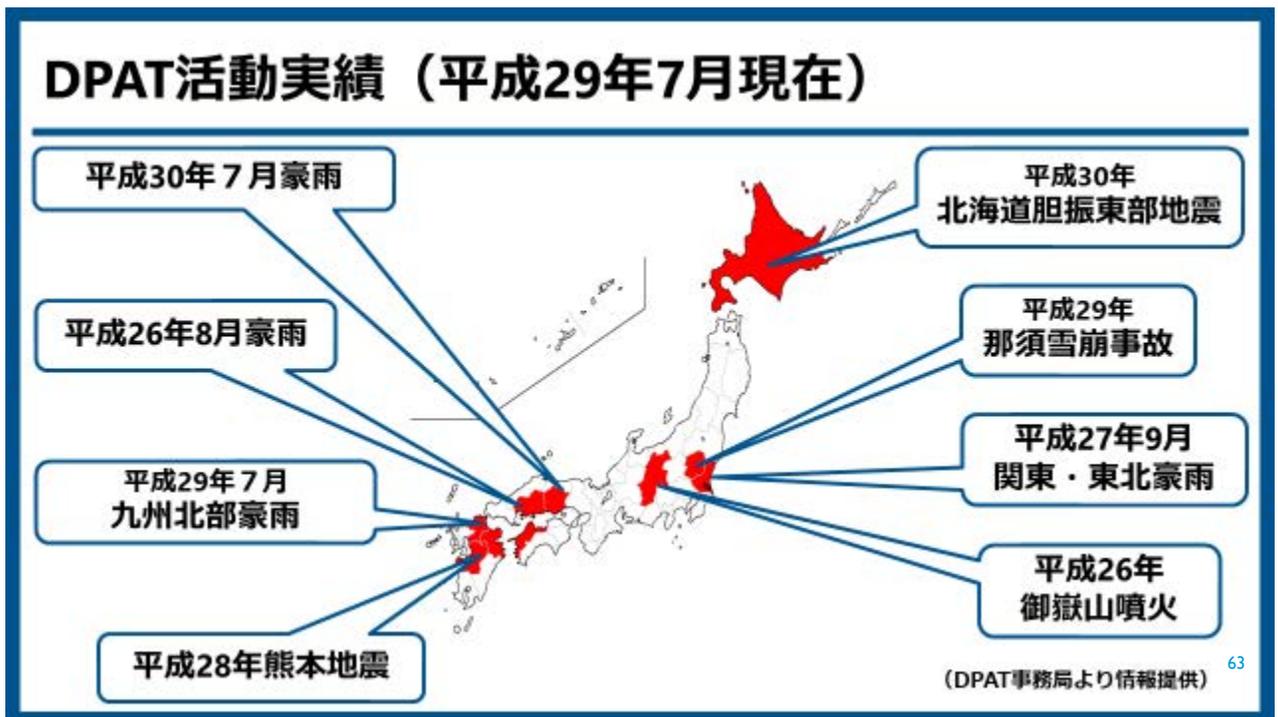
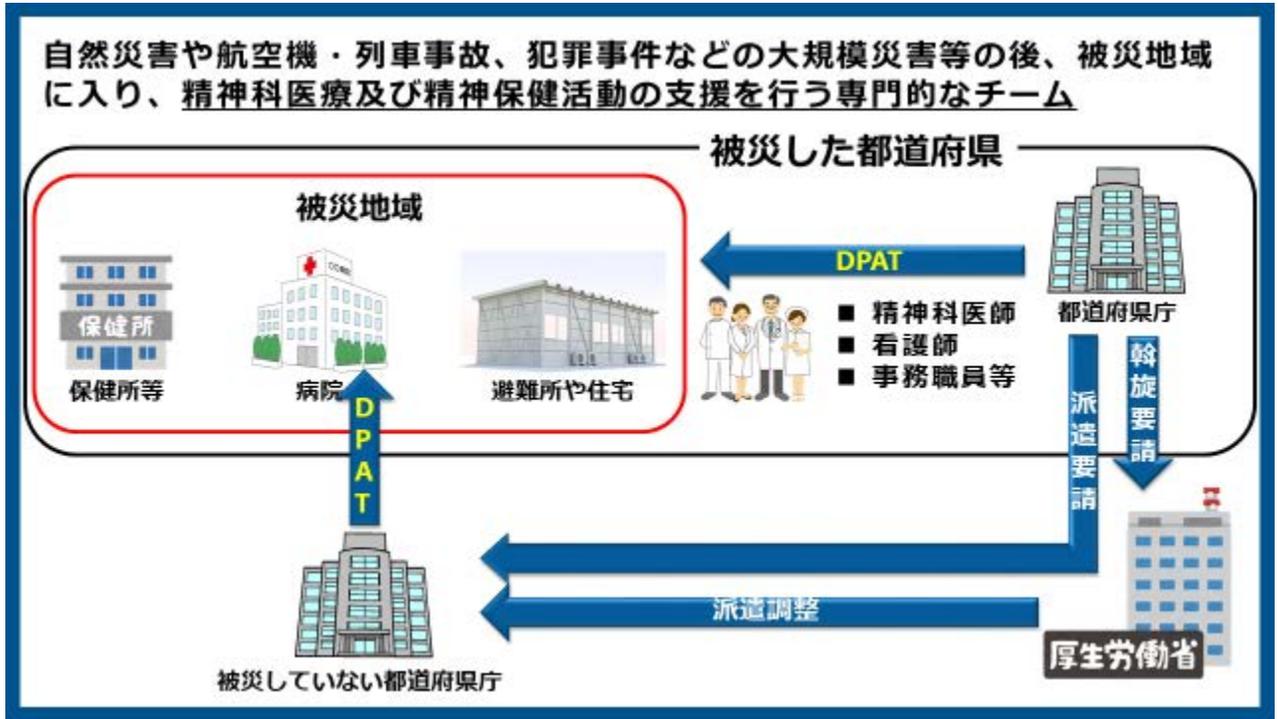


日本で多発する自然災害

時期	災害名	災害種類	被災地域	死者・行方不明者
平成2年11月	雲仙普賢岳噴火	噴火	長崎県	44名
平成5年7月	北海道南西沖地震	地震	北海道	230名
平成7年1月	阪神淡路大震災	地震	兵庫県	6,437名
平成16年10月	新潟県中越地震	地震	新潟県	68名
平成23年3月	東日本大震災	地震	東北地方（岩手・宮城・福島）	23,769名（行方不明者8,499名）
平成26年9月	御嶽山噴火	噴火	長野県・岐阜県	63名
平成28年4月	熊本地震	地震	熊本県・大分県	267名
平成29年7月	九州北部豪雨	洪水	九州地方（福岡県・大分県）	42名
平成30年7月	西日本豪雨	洪水	西日本	225名
平成30年9月	北海道胆振東部地震	地震	北海道	41名

回復時期ごとの役割





心のケアセンター, Disaster Mental Health Care Center

1995年1月 阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）

- 1995年6月に兵庫県こころのケアセンター開設
- 組織の再編成をして、研究機能や診療機能を併設して、現在でも稼働している

2004年10月 新潟県中越地震（マグニチュード6.8）

- 2005年8月に新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター開設
- 10年間の活動を経て、2015年3月で終了した

2011年3月 東日本大震災（マグニチュード9.0）

- 2011年12月にみやぎ心のケアセンター開設
- 2012年2月に岩手県こころのケアセンター開設
- 2012年2月にふくしま心のケアセンター開設

2016年4月 熊本地震（マグニチュード7.3）

- 2016年10月 熊本こころのケアセンター開設

子どもにやさしい空間（CFS, Child Friendly Spaces）

子どもにやさしい空間
ガイドブック 第1巻（完全版）



- 緊急事態のときにいかにして子どもの遊ぶ空間を作るかのマニュアル
- UNICEFが作成したものを翻訳し、日本でも普及している
- 場所や設備、時間割、人員の配置など学ぶ
- 専門家による講義、グループワーク、ディスカッションで構成
- 3時間が標準版
- <https://www.unicef.or.jp/cfs/>

(アメリカ版) サイコロジカル・ファーストエイド

- アメリカ国立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センターが作成
- 認知行動療法のエッセンスも含まれているため、ある程度の知識を有する専門職向け
- あらゆる年代（乳幼児～高齢者）に対応している
- 兵庫県こころのケアセンターが中心に翻訳して普及
- http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf#zoom=100

災害時のこころのケア
サイコロジカル・ファーストエイド 実践の手引き

Psychological First Aid
Field Operations Manual

このマニュアルは、災害発生時に被災者や被災者への支援者に対して、心理学的支援を提供するための実践的なガイドです。

「こころに傷を負った人」
に接するすべての人へ
何をやるべきで、
何をやるべきでないのか。

幼い子どもから、思春期・大人・高齢者・障害者まで、
繊細かつ大膽なアプローチ法が列挙された
「災害被害者のための心理的支援マニュアル」決定版！

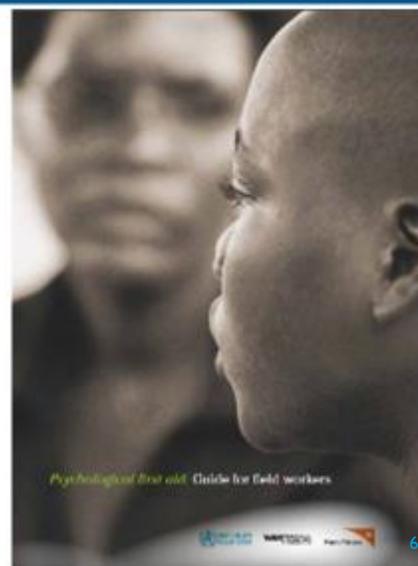
中井久夫氏推薦！

このマニュアルには骨太な常識が
一本通っている

医学書院

(WHO版) サイコロジカルファーストエイド

- 世界保健機構（WHO）、War Trauma Foundation、World Vision Internationalが主体となって作成
- あらゆる緊急事態を想定している
- 非専門職を対象として開発されている
- 国立精神・神経医療研究センターが主体となって翻訳して普及している
- http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf



子どものための心理的応急処置（サイコロジカル・ファースト・エイド、PFA）



- WHOが開発したPFAをベースにして、セーブ・ザ・チルドレン・デンマークが子どもに特化した形に再編したもの
- セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンが翻訳して普及
- 日本では一日版（6時間）が普及している
- 講義、グループワーク、ロールプレイ、ディスカッションなどで構成
- 要請があった地域に講師を派遣し、研修会をデリバリーしている
- http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=1596

Psychological First Aid (PFA) の原則



Look 見る

- 安全確認する
- 急を要する基本的ニーズがある人を確認する
- 深刻なストレス反応を示している人を確認する



Listen 聞く

- 声をかける
- 必要なものや気がかりなことについてたずねる
- 人々に耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする



Link つなぐ

- 情報を提供する
- 必要な社会的支援と結びつける
- 自分で問題に対処できるように手助けする

回復の段階



気持ちを
落ち着ける



自分の状態
を勉強する



少しずつ
立ち向かう

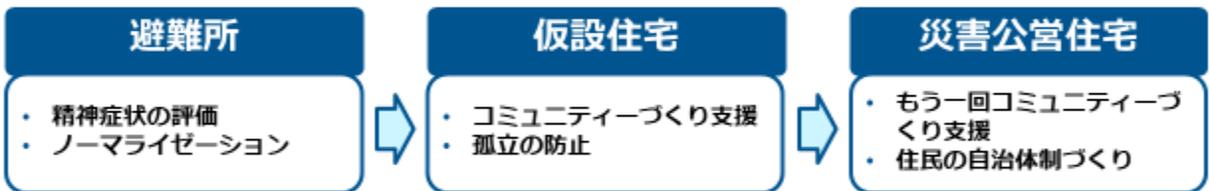
心理的デブリーフィング

- つらい出来事の後、できるだけ早くに介入し、体験の内容に踏み込んで感情の表出を促すこと
- 元々は消防士のPTSDの予防法としてアメリカで開発された
- 1995年の阪神淡路大震災には多くの場面で使われていた



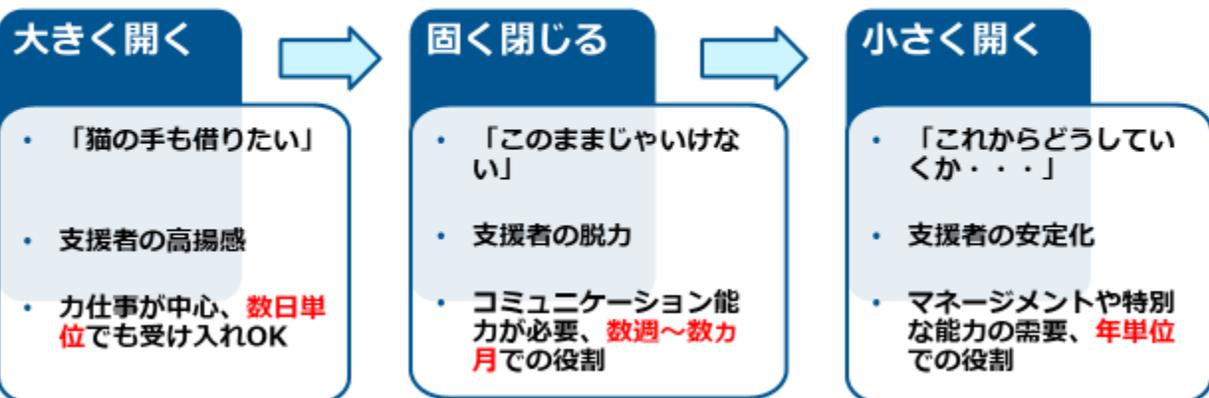
有害もしくは無効とされている

住まいの変化と必要な支援

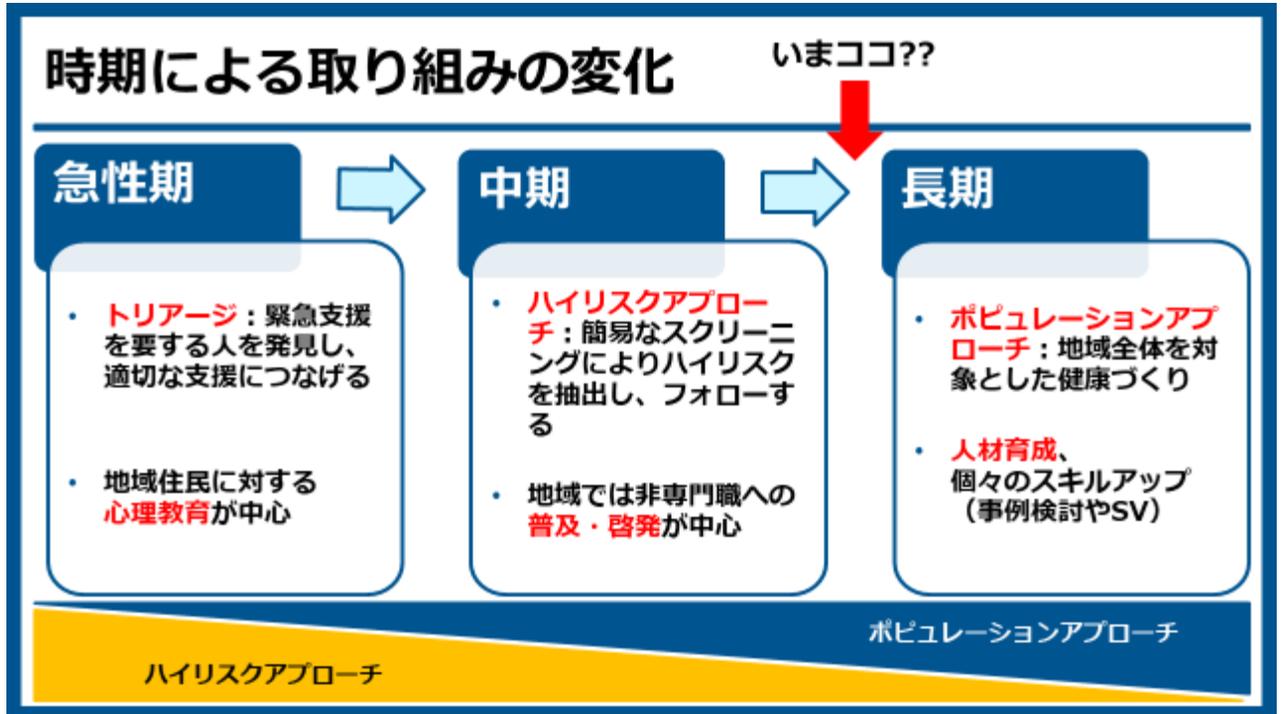


コミュニティの開閉

発災から時間が経過するにつれて、地域の支援受け入れ体勢に変化が生じる



時間経過



公衆衛生としての心理的支援

みやぎ心のケアセンター 福地成

東日本大震災以降、多くの組織が被災した地域に支援に入り、さまざまな試みを展開してきた。未曾有の災害からおよそ8年が経過して、山積みにされていた瓦礫は一掃され、かさ上げのために慌ただしく往来する大型トラックも目にするのがほとんどなくなった。目に見える復興の進捗とともに、現場で必要とされる支援内容にも変遷があり、支援する側は地域情勢をモニターしながら活動内容を調整していく必要がある。

一般に災害後の心理的支援においては、専門性によって階層化して考えることが多く、1) 精神医学的な専門治療、2) 低強度の心理的支援、3) シンプルな助言や支援に分かれている(スライド2を参照)。筆者が所属する『みやぎ心のケアセンター』は3)の領域を担うことが多く、一般地域住民に対して広く普及・啓発をする役割にある。本稿では、災害から中・長期のコミュニティ支援を担う組織の一員として、公衆衛生としての心理的支援について若干の考察を含めて報告する。

1. コミュニティを支える仕組み

近年、日本では地震や洪水などの自然災害が多発しており、緊急時の心理的支援体制は急速に整備されてきている。大別すると、1) 発災直後から数カ月の急性期における対応、2) 発災から数年間にわたるコミュニティ再建のための対応にわけることができる。

- 1) 急性期における対応(発災直後から数カ月)

阪神淡路大震災(1995年)などの経験を経て、近年では個人ではなく専門職のチームを編成して支援に入ることが一般的になった。急性期に生じる心の反応は平時とは異なること、緊急支援部隊として心がける役割なども交通整理され、東日本大震災(2011年)では数多くの『心のケアチーム』が派遣された。2015年には厚生労働省が災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team, DPAT)¹⁾の活動要綱を定め、各都道府県レベルでDPATが構成され、定期的にトレーニングを重ね、各種の緊急事態に動員されるようになった。これらのチームの役割は、より専門的な医療機関へのつながりが必要かどうかのトライアージ、予防を目的とした地域住民への普及啓発となる。
- 2) コミュニティ再建のための対応(発災から数年間)

中・長期のコミュニティ再建は、地域の保健所と市町村が主体となって取り組むことが原則である。災害の規模が大きい場合、被災した都道府県に『心のケアセンター』が設置され、被災都道府県²⁾の精神保健の立て直しの役割を担うことがある。阪神淡路大震災後の兵庫県こころのケアセンターを皮切りに、新潟県中越地震後の新潟県、東日本大震災後の東北3県、熊本地震後の熊本県と6センターが設置された²⁾。これらのセンターの役割は、コミュニティ全体を対象として公衆衛生的な心理的支援をマネジメントし、保健所や市町村などの精神保健を担う組織の後方支援を展開することにある。

2. いろいろな緊急時こころの支援指針

スライド2のように、災害後の心理的支援は専門的な心理治療から、コミュニティー全体へまんべんなく普及するシンプルな助言や支援までが包含される。最も基本的な公衆衛生的な心理的支援としては、1) 子どもにやさしい空間、2) WHO版心理的応急処置、3) 子どものための心理的応急処置について紹介する。

- 1) 子どもにやさしい空間 (Child Friendly Spaces, CFS)
緊急事態における子どもの空間づくりの指針として、2009年に国際連合児童基金 (UNICEF) は『A Practical Guide for Development Child Friendly Spaces』を発行した。これをもとにして、日本ユニセフ協会は日本の実情や実践者の声を反映し、日本語版として『子どもにやさしい空間 (Child Friendly Spaces, CFS)』を作成した。CFSは、子どもの遊び場を設定する上で必要な準備や手続きについて説明している。その中ではどのような備品が必要か、活動スケジュールをどのように立てるのか、空間のデザインや人材確保についても示されている³⁾。近年の自然災害では、セーブ・ザ・チルドレンやワールドビジョンなどのさまざまなNGOがCFSに基づいて遊び場を設置するようになった。いかに過酷な環境下においても、CFS等の指針に基づいた安全な遊び場を最小限設置することがグローバルスタンダードになりつつある。
- 2) WHO版心理的応急処置 (Psychological First Aid, PFA)
世界ではさまざまな緊急事態における対人支援指針が作成され、日本語に翻訳をして普及されている。2011年に世界保健機関 (WHO) が戦争トラウマ財団 (War Trauma Foundation)、ワールドビジョン・インターナショナル (World Vision International) と作成した『心理的応急処置: Psychological First Aid, PFA』⁴⁾は、災害や事故に遭遇した方に関わるときの人道的、支持的かつ実際に役立つさまざまな支援について指針として広く普及されている。研修をするためのフィールドガイドになっており、標準的な研修会は1日 (計6時間) であり、座学だけではなくシュミレーションやロールプレイを含めた実践的な構成となっている。日本でもガイドラインを翻訳し、2012年より海外から講師を招聘して研修活動を行っている。
- 3) 子どものための心理的応急処置 (Psychological First Aid, PFA)
上記のWHO版PFAを基盤として、2013年に国際NGOセーブ・ザ・チルドレンが子どもに特化した形で『子どものための心理的応急処置: Psychological First Aid for Children』⁵⁾を作成した。緊急事態で配慮すべき子どもの発達特性や年齢に応じた関わり方、子どもの養育者への支援方法などが含まれた内容となっている。デンマークで作成された当マニュアルを日本語に翻訳し、2013年より国内での普及を開始した。標準的な研修会は1日 (計6時間) であり、講義、グループワーク、ロールプレイなどで構成されている。対人支援の専門職でなくても受講できるように、できるだけ専門用語を使用せず、平易な言葉を用いて研修は構成されている。

3. それぞれの回復期に必要なこと

東日本大震災からおよそ8年が経過し、多くの仮設住宅は解体され、地域住民はそれぞれの再建の道に向かい、コミュニティーにおける解決すべき課題は時々刻々と変化してきている。災害後に多くの対人支援のための組織が設立されたが、その多くはとにかく個別訪問をして、ひたすらに耳を傾け、みんなで知恵を寄せ合って乗り越えてきたのが現状であろう。多くの住民が復興住宅へ移るこの時期に、支援者側は今までの活動を振り返り、体制を立て直す必要があるだろう。

どの地域でも健康調査に基づくハイリスクアプローチが主流であり、返信された個票をもとに個別訪問を繰り返してきた。しかし、この活動には支援者側の『不安を払拭したい気持ち』や『過剰な警戒』が背景にあり、最前線で活動する個別訪問部隊にとっては訪問数がノルマのようになっていたことは否めない。健康調査で抽出される住民はいわば『見えるハイリスク』であり、返信をしない仮設居住者もしくは仮設住宅に住んでいない『見えないハイリスク』を見逃していないだろうか。今後、仮設居住者の数は年々減少し、健康調査の返信率も減少することが予想され、今までの手法で抽出されるハイリスク者は減少の一途をたどると考えられる。『見えるハイリスク』にのみ焦点化した健康づくりではなく、特定の集団や地域を対象としたポピュレーションアプローチに大きくシフトする必要があると考えられる。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team, DPAT) 活動要領.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164413.html>
- 2) 福地成, 樋口徹郎 (2018): 大災害後のメンタルヘルス支援拠点における役割の考察—みやぎ心のケアセンター業務統計に基づく活動分析—. (平成29年度 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 みやぎ心のケアセンター紀要第6号) 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会みやぎ心のケアセンター, 宮城, pp92-101
- 3) 日本ユニセフ協会. 子どもにやさしい空間ハンドブック.
<https://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/pdf/cfs.pdf>
- 4) 金吉晴, 鈴木友理子監訳. 国立精神・神経医療研究センター. 心理的応急処置 (サイコロジカルファーストエイド: PFA) フィールドガイド. http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf
- 5) セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン. 子どものための心理的応急処置 (サイコロジカルファーストエイド, PFA) .
https://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=1596

東北大学予防精神医学寄付講座企画
東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援
2019年8月1日@仙台

災害後の心理支援 ～サイコロジカル・リカバリースキル： わが国での実施可能性と今後の課題～

兵庫県こころのケアセンター
大澤 智子

 Hyogo Institute for Traumatic Stress

サイコロジカル・リカバリースキル (Skills for Psychological Recovery: SPR)

- 2010年 アメリカPTSDセンター&子どもトラウマティックストレス・ネットワーク開発
- 2011年6月 兵庫県こころのケアセンター
日本語訳作成&公開
- 2005年9月 サイコロジカル・ファーストエイド
(Psychological First Aid : PFA) 第1版
日本語版は第2版で2009年公開

 Hyogo Institute for Traumatic Stress

経験則に基づいた 早期介入時の5つの原理原則



(Hobfoll et al., 2007)

 Hyogo Institute for Traumatic Stress

SPRの目的

- 回復を促進する
- 精神保健の問題を予防する
- 既存の機能を支える
- 悪化をもたらすような行動を予防する



 Hyogo Institute for Traumatic Stress

SPRとは、

- 外傷体験後に被災者の回復を促すのに効果をもたらすスキルで構成
- 1から5回の訪問で使えるように設計
⇒アウトリーチや相談業務にも応用可能
- 被災者のニーズに応じ、柔軟に応用する
- スキルの習得が目的—練習が大事！

SPRによる介入の概要

情報を集め、支援の優先順位を決める



5つのスキルから1つを選択し、
協働的に作業を行う



東海林他:リカバリースキル (Skills for Psychological Recovery)の実施可能性の検討: 前後比較研究
第16回日本トラウマティック・ストレス学会 ポスター発表より

研修:被災地の支援者をエンパワーする

- 実施
 - 2012年6月から2017年9月（仙台と石巻）
 - 計6回 193名受講し、164名修了
- 結果
 - 現在の仕事と関連ある「強く」「少し」88.5%
 - 試してみる意欲「強く」「少し」83.6%
 - 活用する自信「強く」「少し」32.8%
 - 過去の災害/トラウマ支援経験ある人ほど自信↑

そこで、

- フォローアップ研修の実施
 - 2012年11月から2014年10月（仙台と石巻）
 - 計4回 56名参加
 - 事例への実践を聞き、SPR利用への意欲と自信↑
- 教育DVDの作成
 - 2015年5月 兵庫県こころのケアセンターHP公開
 - http://www.j-hits.org/psychological_dvd/index.html

教育DVD 架空事例

(http://www.j-hits.org/psychological_dvd/data/1_introduction.mp4 より)

- 震度6の地震（津波被害なし）から半年後
- サポートセンター職員が仮設訪問
- 被災者
 - 40代後半 介護職 管理職
 - 夫（製造工場勤務）娘（中2）、息子（小5）
 - 当日、実の両親の病院受診に付き添う
 - 土砂崩れのため、翌日、2時間かけて職場へ
 - 自宅は全壊 仮設での生活は2から3か月

SPR実施可能性の検討：前後比較研究

- 目的
 - 東日本大震災被災地でSPR介入前後の比較
- 方法
 - 2013年7月から2016年3月 リクルート
 - パンフレットと被災地保健師からの紹介
 - GHQ30<7点で精神疾患を有しない
 - SPR研修を受けた介入者がSVを受け実施
 - 介入から2か月後に追跡

- 使用尺度

- GHQ30（精神健康状態）
- SF8（QOL）
- IES-R（PTSD症状）
- TRS（レジリエンス）
- SES（自己効力感）

これらに加えて、プログラムの満足度
0点＝全く満足していない～5点＝非常に満足

- 結果

- 14名（44.86歳 SD10.12、男性2名、女性12名）
- 施行回数 平均5.5回（最小4回、最大8回）
- 12名完遂し、追跡
- 介入終了時 介入前後で有意な改善
 - GHQ30
 - TRS（レジリエンス）
 - SES（自己効力感）
- 追跡時 介入前との比較で有意な改善
 - SES（自己効力感）

満足度

- 終了時
 - 91.7% 「（プログラム全般）満足」
 - 100% 「（ワークシート）役に立った」
- 追跡時
 - 91.0% 「（プログラム全般）満足」
 - 100% 「（ワークシート）役に立った」

まとめ

- SPRの実行可能性を検証した初めての研究
- 被災地において安全に実行可能
- ただし、
 - 対照群なし、サンプルも少ない
 - SPR受講のみでは効果的な介入は困難
 - 既存の面接技術

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援

被災地での認知行動療法的アプローチ の普及への取り組み



松本和紀

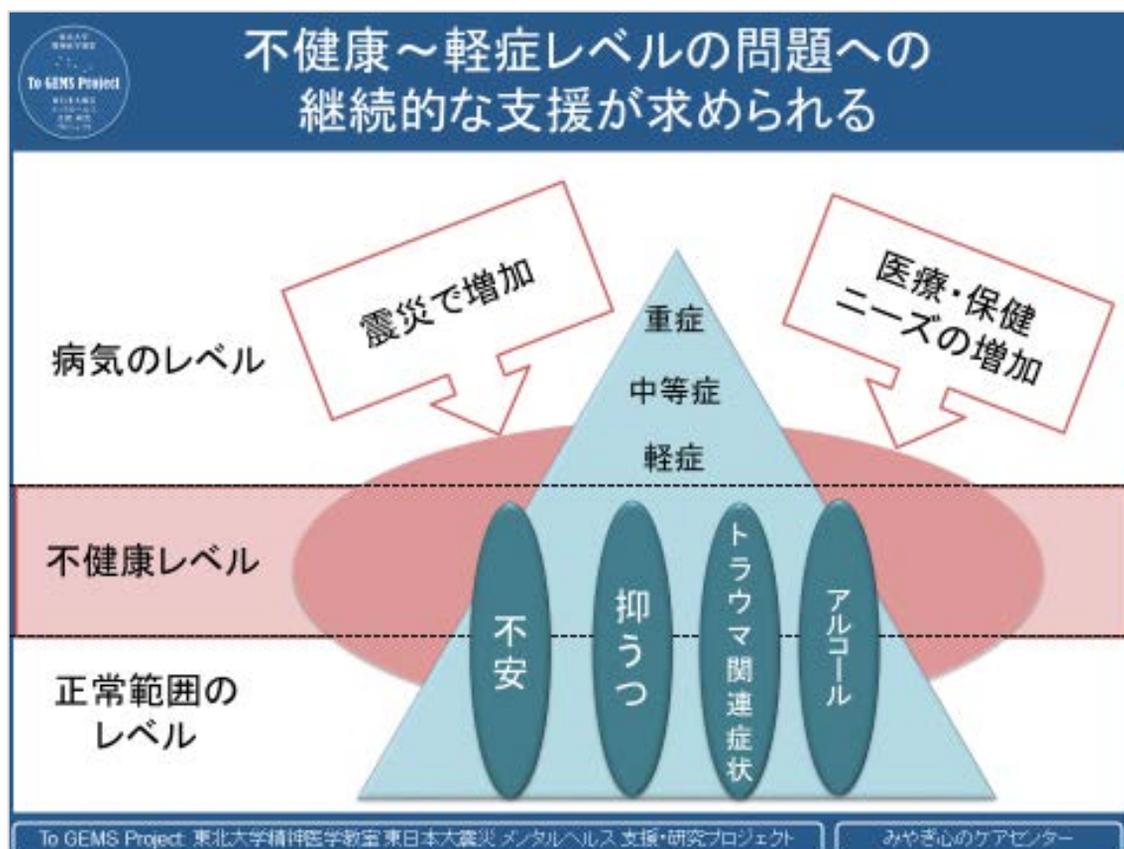
- 1) 東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
- 2) 同 予防精神医学寄附講座
- 3) みやぎ心のケアセンター

2019. 08.01 仙台

日本精神神経学会
利益相反(COI)開示
発表者名:松本和紀

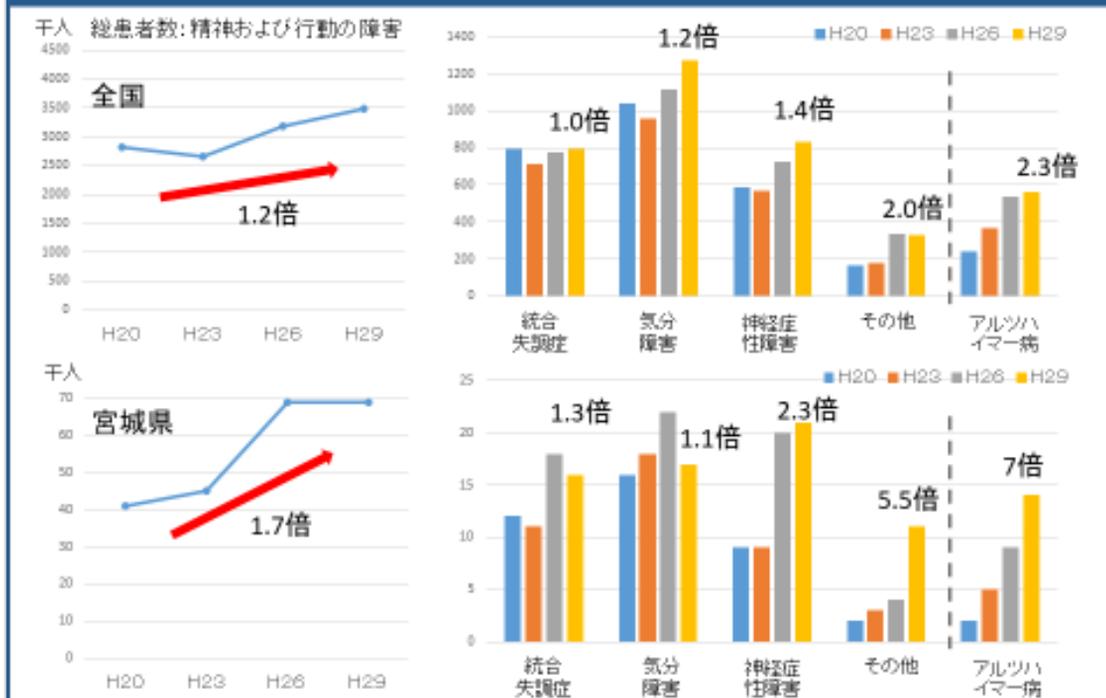
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

災害後の心理的支援ニーズ



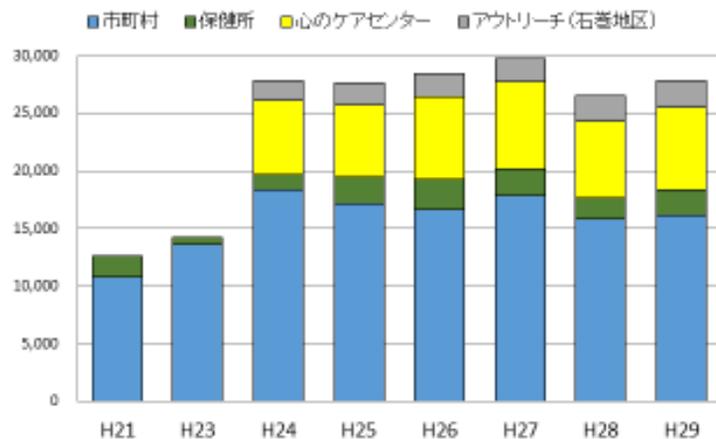
全国と宮城県における精神疾患患者数 H20年～H29年の比較

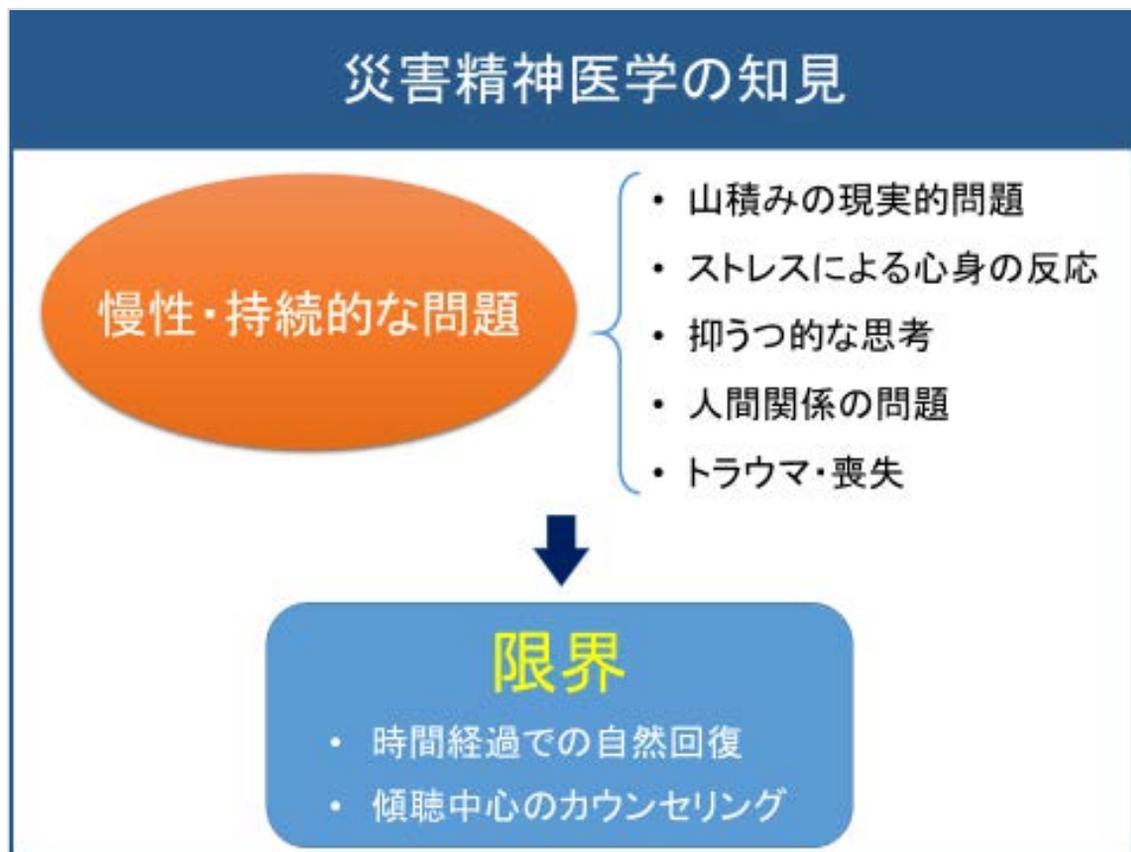
厚生労働省 患者調査 より



宮城県の精神保健相談件数は倍増！

精神保健活動相談件数(沿岸部)





災害精神医学の知見

Ursano, Fullerton, Weisaeth, Raphael (編集) 2017

縦断研究によれば、**災害後の苦痛や症状は長期に残存**することがあり、特に、被害が大きい、社会支援が乏しい、あるいは、困難が続いている人々で残りやすい。

PFAのような早期の心理社会的介入は、軽～中等度の苦痛や機能低下を認める人々には有効な可能性が高い。

しかし、さらに重度の、あるいは遷延性の反応を示す**一部の人々に対しては、より高度な介入が必要である。**

高度な介入が必要と判断された人々に対しては、**認知行動療法(CBT)**が、実証的な裏付けが最も高い。

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

認知行動療法とこれを用いたアプローチ

認知行動療法の特徴

- 認知・行動モデルに基づく
- 当事者の認知や行動に働きかける
- 協働的経験主義
- 構造化されている
- 治療関係・共感・フィードバックを重視
- 変化（回復）に向けた能動的アプローチ
- 効果についてのエビデンスがある
- マニュアル化されている
- 人材育成の方法論が比較的整備されている

- 供給できる人材に限られる
- 人材育成に時間がかかる
- 教育体制が不十分
- 高コスト(専門家の人権費)
- 適用場面に限られる

低強度・簡易型の
認知行動的アプローチ

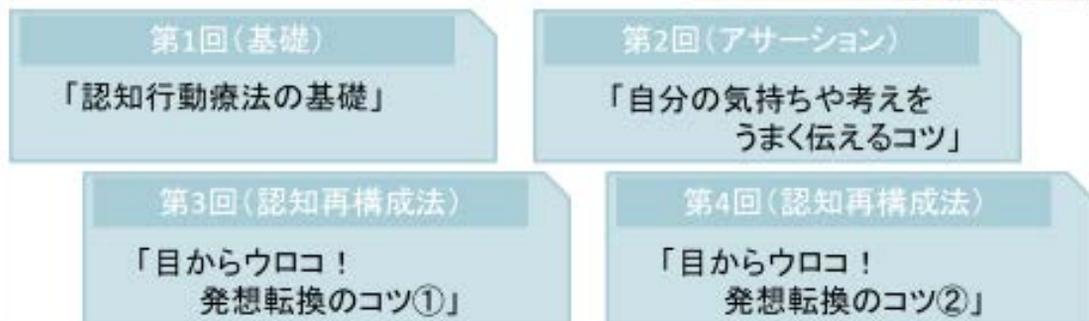
被災者への介入

被災地の一般市民向けの研修

- 大野裕先生、田島美幸先生の協力によりプログラム「こころのエクササイズ研修」作成
- 毎週1回90分の研修を、週1回4週で実施
- 体験的に学べるように毎回ホームワークを設定
- 講師は精神科医師、臨床心理士が担当



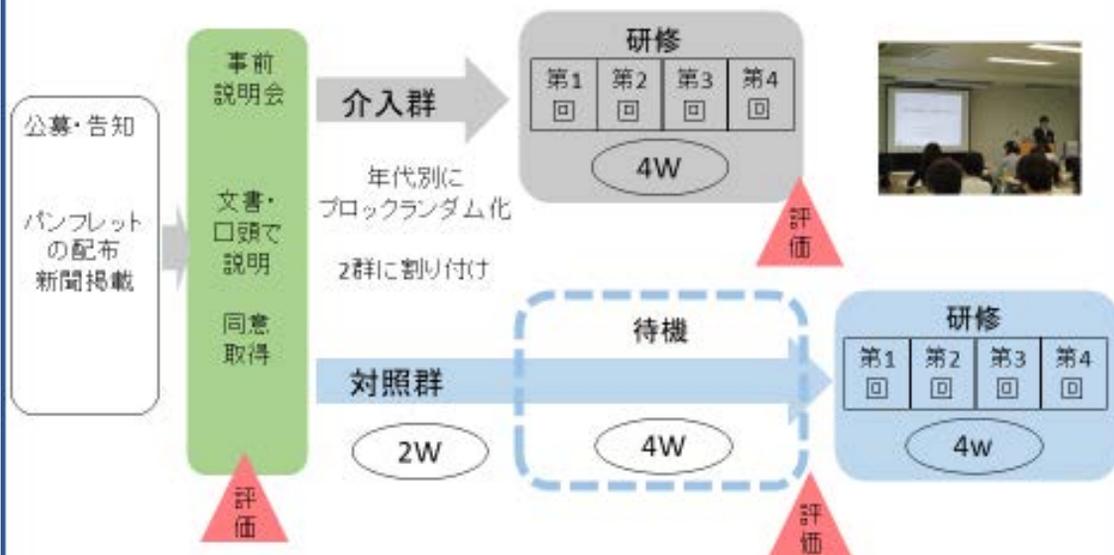
Dr 上田



To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

研究デザイン



To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

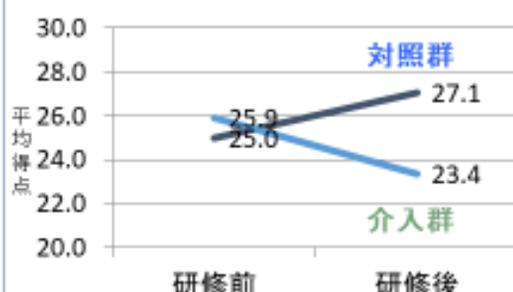
結果の概要

対象： 54名（介入群27名、対照群27名） 年齢： 平均52.4歳（標準偏差12.4）
性別： 男性9名、女性45名

自動思考質問票

(Automatic Thoughts Questionnaire-Revised; ATQ-R)

→ 肯定的自動思考



2要因分散分析において有意な交互作用を認めた。
($F(1,47)=7.50, p=.01, \eta^2=.14$ 大きな効果量)

質問項目

「日常生活で受けるストレスは大きいと感じる」
(得点範囲：0-3点)



2要因分散分析において有意な交互作用を認めた。
($F(1,48)=7.57, p=.01, \eta^2=.14$ 大きな効果量)

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



一般市民向けの研修まとめ

- 一般市民にも認知行動的な研修のニーズがある
- 一般市民向けに短期間でのスキル定着の効果は限定的
- 精神症状は軽度であり、改善効果は期待小
- 予防的な効果の意義は不明
- 対費用効果を含めた大規模な検証が必要
- 支援職の研修ニーズが高かった

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

軽度の精神症状をもつ被災者への介入

対象

- 宮城県に居住もしくは就労している18歳以上の者
主に気仙沼地区で地元の保健師とも連携してリクルート
- 精神的不健康を自覚する者(GHQ-30総得点 ≥ 7)
- 精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外



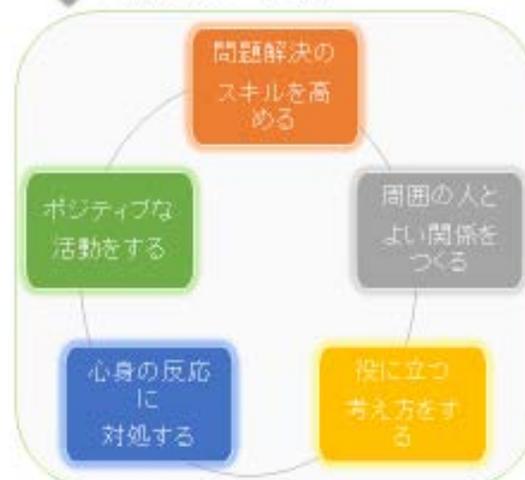
サイコロジカル・リカバリースキル (Skills for Psychological Recovery: SPR)

- 災害後の被災者の回復を促す効果をもつスキルで構成された、回復・復興期に役立つ実践的なスキル集
- 被災者の回復を促すための6つのスキルで構成
- 1~5回の訪問で実施
- アウトリーチや相談業務などで適用可
- 被災者のニーズに応じて柔軟に適用
- 被災者のスキル獲得をうながす
- 回復促進、予防的、既存の機能を保持

- 米国国立PTSDセンターと米国国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークと他の専門家によって開発
- 兵庫県こころのケアセンターが日本語版作成

情報を集め、支援の優先順位

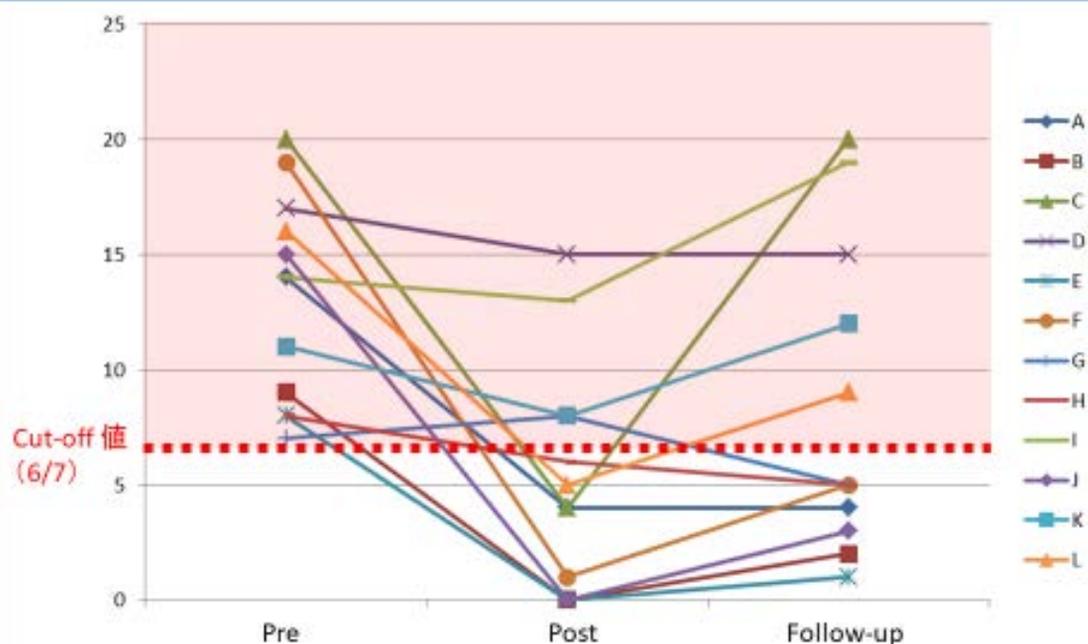
5つのスキルから1つを選択
協働的に作業



対象者の属性と介入結果

- 14名（平均44.9歳、女性12名：男性2名）
- 住宅被害9名（転居5名）
- 身近な死者・行方不明10名
- 14名中、12名がフォローアップ面接まで終了
 - ⇒ 介入中止2名について
 - 1名は妊娠が発覚し、出産のため
 - 1名は職場でのストレスイベントで精神科ヘリファア。
- 平均面接回数：5.5回（最大8回、最少4回）

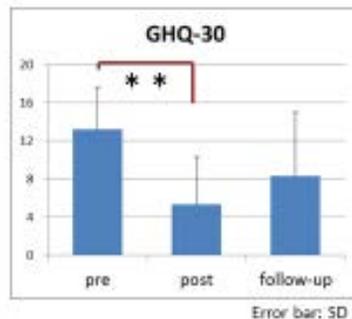
精神症状（GHQ得点）の推移



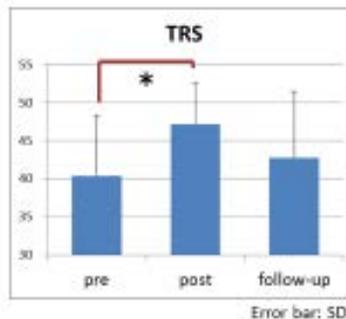


精神症状・レジリエンス・自己効力感

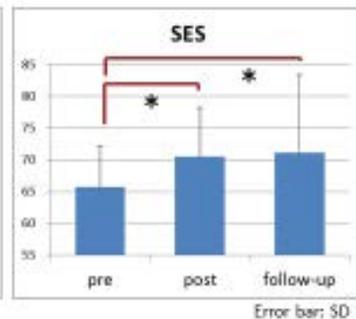
精神症状



レジリエンス



自己効力感



- ◆ 介入後の改善が有意: 精神症状 (GHQ; $p < .01$, ES: $r = .69$)、
レジリエンス (TRS; $p < .01$, ES: $r = .59$)
自己効力感 (SES; $p < .05$, ES: $r = .58$)
- ◆ 追跡時の改善が有意: 自己効力感 (SES; $p < .05$, ES: $r = .58$)
- ◆ 有意な変化無し: QOL (SF-8)、PTSD症状 (IES-R)

To GEMS Project: 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



軽度の精神症状をもつ対象者へのSPR

- わが国の災害被災地において安全に実施可能
- 「自己効力感」の継続的な向上が期待される
- 「精神症状」や「レジリエンス」にも効果は期待できるが、効果持続が課題。
 - ① ブースター・セッション、アクセスしやすい相談窓口など
 - ② 非反応者への高強度治療 (例フルセッションのCBT、医療機関受診など)

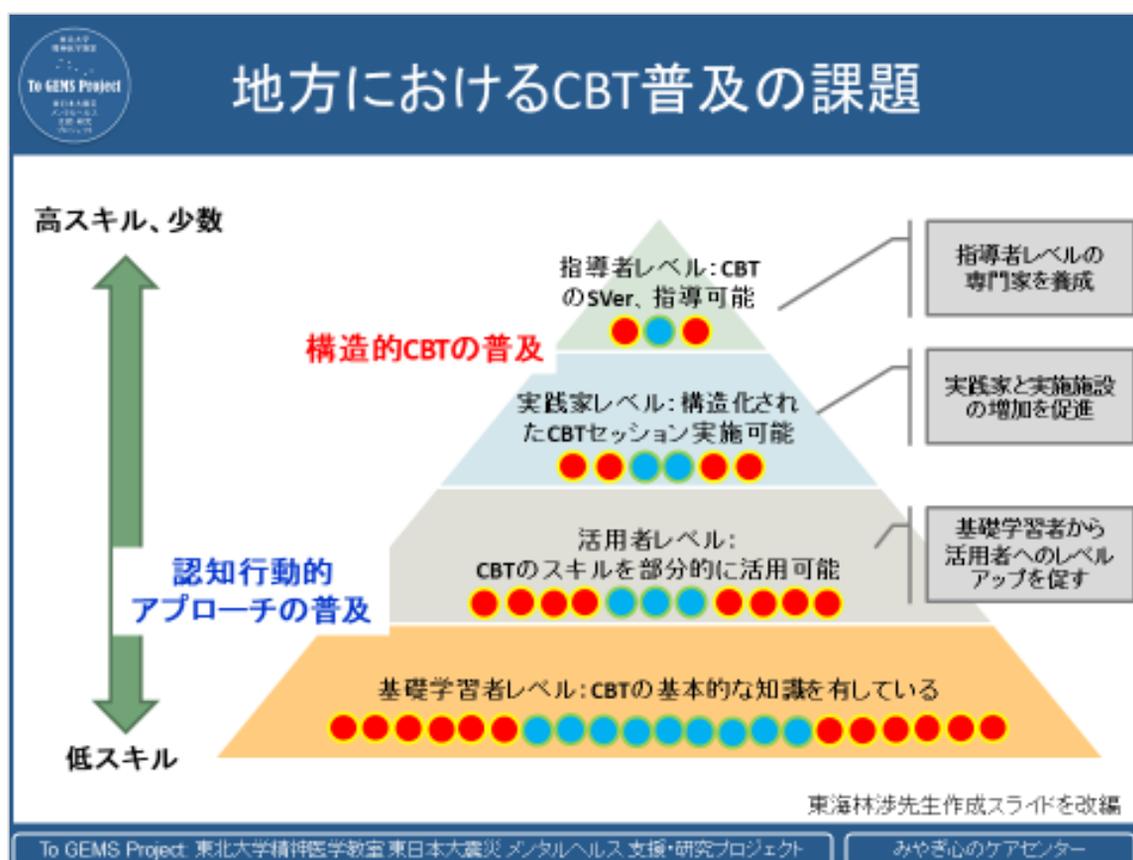
Limitation

- ① 訓練された遠方の専門家が、SVを受けられる体制で行った
 - 費用対効果が課題
 - ⇒ 地元の人材が実施可能な人材育成・供給体制のための環境整備が必要
 - ⇒ 各地域において平時からの認知行動的アプローチの普及
 - ⇒ 研修やスーパービジョン体制の整備
- ② さらなる研究が必要 (例、対照群をおいた効果検証)

To GEMS Project: 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

支援者・専門家への普及・啓発





To GEMS Project

一般支援者向けの研修会

目的: 認知行動的アプローチの基本スキルを広く普及

期間: 2016年8月～2019年5月 半日研修

- ① 2016年8月: CBT基礎、アサーション、認知再構成法
- ② 2017年2月: CBTの基礎、関係のON/OFF、アサーション
- ③ 2017年6月: CBTの基礎、関係のON/OFF、アサーション
- ④ 2018年2月: CBTの基礎、問題解決法、ソクラテス式質問
- ⑤ 2018年7月: CBTの基礎、問題解決法、ソクラテス式質問
- ⑥ 2019年2月: CBTの基礎、問題解決法、ソクラテス式質問
- ⑦ 2019年5月: CBTの基礎、問題解決法
- ⑧ 2019年10月: 石巻市で開催予定

対象: 精神保健福祉に関わる多職種
Ns, PHN, PSW, SW, CP, 介護士, 相談員など
のべ **208名** (3回目以降)





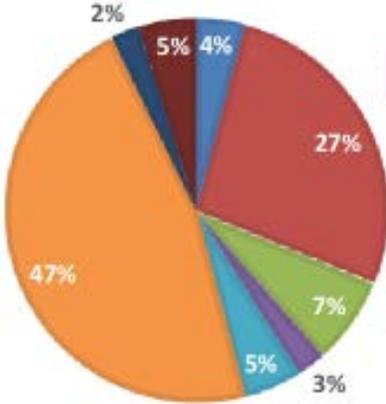
To GEMS Project: 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



To GEMS Project

参加者の職種



第11回～第13回の職種別の参加者数

■ CP/心理士/カウンセラー
■ Ns/PHN
■ SW/PSW
■ OT
■ ケアマネ/介護士
■ 相談員/支援員
■ その他
■ 不明

第11回 (H29年6月)、
第12回 (H30年2月)、
第13回 (H30年7月) の参加者数の合計

CP/心理士/カウンセラー	5
Ns/PHN	33
SW/PSW	9
OT	3
ケアマネ/介護士	6
相談員/支援員	57
その他	3
不明	6
合計	122

To GEMS Project: 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



専門職向けの研修会 心理支援スキルアップ講座

- 主に心理士と精神科医を対象
- 7年半で42回開催し、のべ1045名が参加
- みやぎ心のケアセンターと共催



感謝



2012年度

- 1年間で計16回の半日～1日研修 多くのエキスパートの協力

大野裕先生、堀越勝先生、大澤智子先生、藤澤大介先生、佐渡充洋先生、
中川敦夫先生、金吉晴先生、中島聡美先生、後藤恵美先生、田島美幸先生

2013年～2019年度（年2～6回）

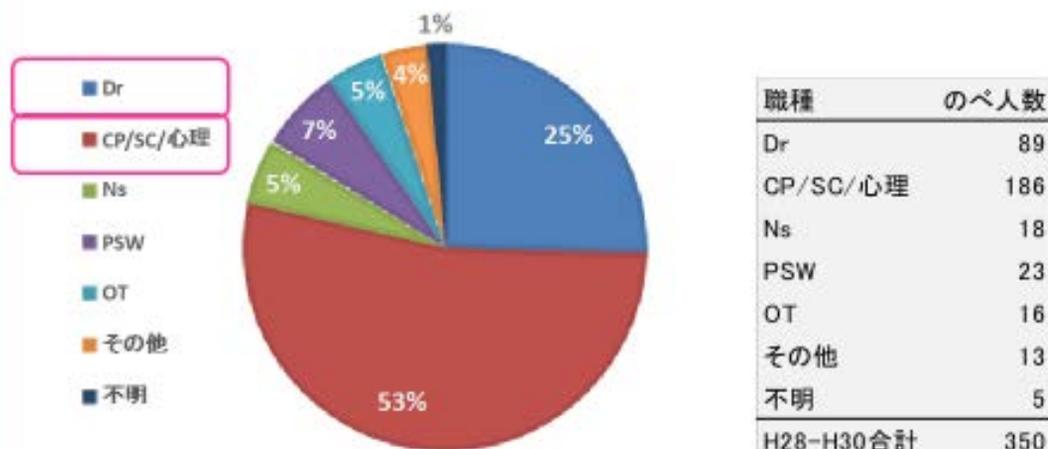
- 平日の夕方1時間半～2時間半
- 事例検討会＋ミニ講座、今年度まで26回の開催
- このうち21回に大野裕先生に参加いただき事例検討のコメントをいただく

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



参加者の職種



H28～H30 職種別の参加者数(のべ人数)

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災メンタルヘルス支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

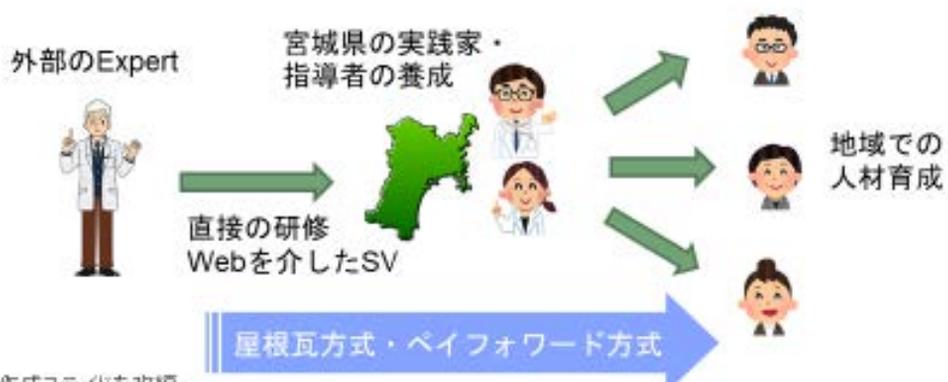
その他の専門研修会

年	研修内容	講師
2015	早期精神病へのCBT	Tony Morrison
2015	統合失調症のメタ認知トレーニング (MCT) 研修会	石垣琢磨先生、野村照幸先生、細野正人先生
2017	若年者への早期介入に役立つCBT研修会	堀越勝先生
2017	トラウマに対する認知処理療法 (CPT) 研修会	伊藤正哉先生、森田展彰先生、中島智美先生、高岸百合子先生
2017	厚生労働省認知行動療法研修事業 うつ病の認知療法・認知行動療法セミナー	
2019	TF-CBT研修会inみやぎ (9月開催予定)	亀岡智美先生他



外部のExpertからの支援の重要性

- 外部のExpertによる直接のCBT講義、指導
- 厚生労働省のSV研修事業による専門家の養成
- 外部のExpertによるWebを介したSV



東海林渉先生作成スライドを改編



東北大学精神科での認知行動療法の提供

- うつ病：厚労省の認知行動療法事業のSV経験者
（精神科医6名、臨床心理士3名）
- 社交不安障害
- 強迫性障害
- 統合失調症
- 臨床的ハイリスク状態
- PTSD: 認知処理療法、持続エクスポージャー療法

To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター



エビデンスに基づく 心理支援方法の平時からの普及へ



To GEMS Project 東北大学精神医学教室 東日本大震災 メンタルヘルス 支援・研究プロジェクト

みやぎ心のケアセンター

災害復興期における心理学的支援 トラウマへの心理支援

福島県立医科大学医学部
健康リスクコミュニケーション学講座

臨床心理士/公認心理師
竹林由武

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援@TKPガーデンシティ

自己紹介

2

- 2016年9月～福島医大助教
- 福島沿岸地域で
認知行動療法を提供
 - 主に成人のうつ病、不安症、PTSD、OCD
- 福島県内各地で
メンタルヘルス研修講師
自殺予防ゲートキーパー養成講習講師
- 多様な領域の研究者と共同で
認知行動療法の臨床試験を実施
解析や研究デザイン、治療実施者を担当



生きづらさを抱える人への支援
-「死にたい」と悩んでいる人への対応-

福島県立医科大学医学部
健康リスクコミュニケーション学講座
臨床心理士 竹林由武



話題

3

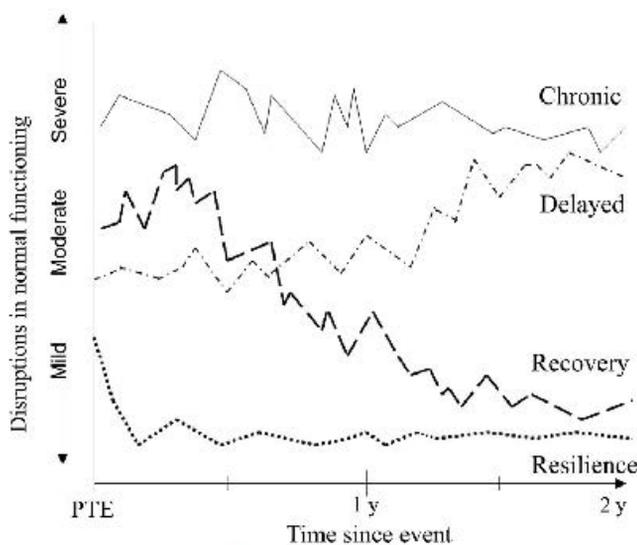
- 災害復興期のPTSDの疫学
- 災害復興期のトラウマへの心理支援
- 支援提供者の養成

19/08/01

東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援@TKPガーデンシティ

トラウマ体験後のトラジェクトリー

4



Prototypical patterns of disruption in normal functioning across time after potentially traumatic events (PTE). Reproduced with permission from Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience. *Am Psychol.* 2004;59:20-28.

タイプ別の有病率のメタ分析
(トラウマ体験者に占める割合)

慢性型:

10.6% [95%CI: 0.086, 0.127]

遷延型:

8.9% [95%CI: 0.053, 0.133]

回復型:

20.8% [95%CI: 0.162, 0.258]

弾性型:

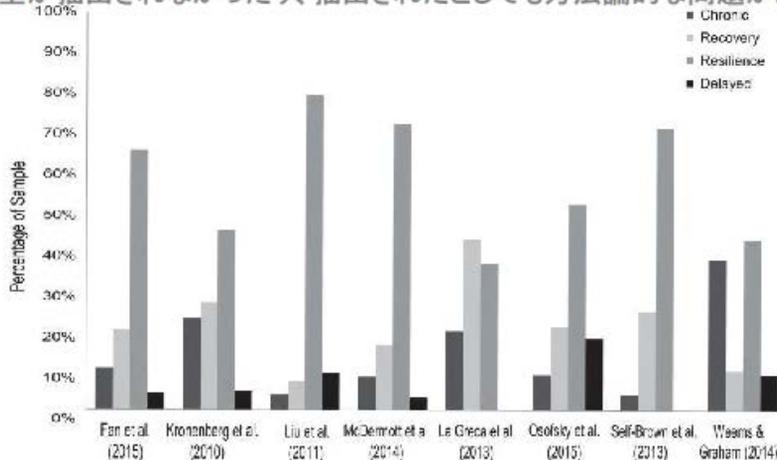
65.7% [95%CI: 0.616, 0.698]

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, 63, 41-55.

児童・青年のトラジェクトリー 5

ただし、児童・青年でdelayed型を想定するエビデンスは乏しい

(delayed型が抽出されなかったり、抽出されたとしても方法論的な問題があったり)



震災後1年間で3～18歳までの児童・青年が対象のPTSD症状の遷移パターンを検討した8つの論文をレビュー

Lai, B. S., Lewis, R., Livings, M. S., La Greca, A. M., & Esnard, A. M. (2017). Posttraumatic stress symptom trajectories among children after disaster exposure: A review. *Journal of traumatic stress, 30*(6), 571-

PTSD内での遷延型PTSDの有病率 6

• 遷延型PTSDの平均有病率

PTSDの24.5% [95%CI: 19.5–30.3%]が遷延型

専門家と一般市民で比べると…

専門家：37.6% [95%CI: 28.5–47.7%]

一般市民：20.3% [95%CI: 16.4–24.9%]

* 専門家 = 軍人, 消防隊員, 救護班, 警察など

→ 支援者へのフォローアップが重要

Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentott, M., ... & Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 215*-229.

慢性、遷延型の精神疾患の要因

7

東日本大震災のサバイバー(東松島市), 20歳以上の1473名, 地震から4年間追跡

- ベースラインの精神的苦痛が高いと、慢性型、遷延型の発症リスクが高い

Morishima, R., Ando, S., Araki, T., Usami, S., Kanehara, A., Tanaka, S., & Kasai, K. (2019). The course of chronic and delayed onset of mental illness and the risk for suicidal ideation after the Great East Japan Earthquake of 2011: A community-based longitudinal study. *Psychiatry research*, 273, 171-177.

災害によるメンタルヘルスへの影響のレビュー

- 災害前の精神疾患や閾値下症状は、震災後の精神的苦痛を強め、のちのPTSD, 抑うつ, 不物質乱用/依存のリスク増加と関連

→ 平時からのメンタルヘルス対策の強化が大切

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual review of public health*, 35, 169-183.

遷延型PTSDの要因

8

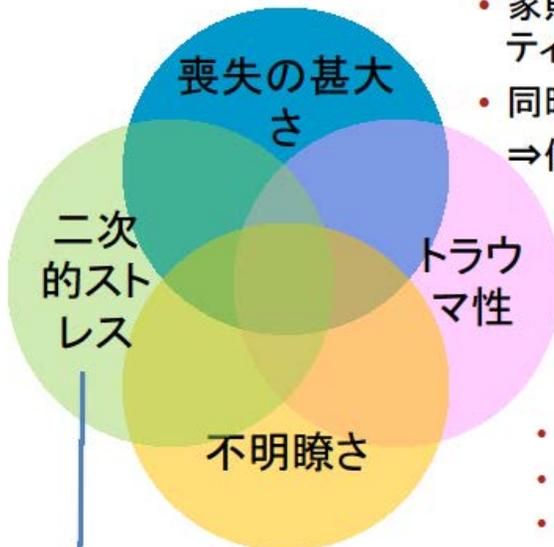
台湾の大地震のサバイバー16歳以上の1756名, 地震から3年間での調査

	慢性PTSD	遷延型PTSD
半年間のリスク要因	オッズ比	
身体的損傷	3.05	-
家族の喪失による感情的問題	-	4.23
社会活動の減少	-	2.45
顕著な経済的損失	7.16	2.27
認知機能の低下	1.21	1.24
半年間のPTSD症状		
再体験症状	2.98	-
睡眠問題	-	2.56
驚愕反応の増加	-	2.04

死別経験は遷延型のリスクファクター

Su, C. Y., Tsai, K. Y., Chou, F. H. C., Ho, W. W., Liu, R., & Lin, W. K. (2010). A three - year follow - up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post - traumatic stress disorder in Taiwan Chi - Chi earthquake survivors. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 64(3), 239-244.

災害による死別の特徴



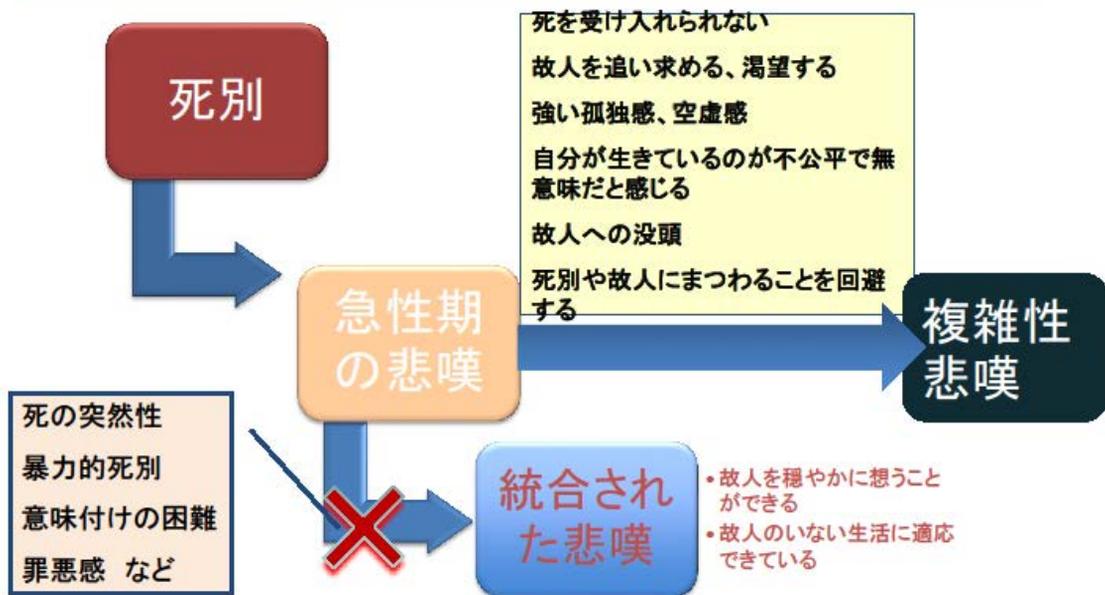
- 家財、人間関係、職、コミュニティ
- 同時に多くの人の死
⇒ 個性が強調されにくい
- 突発的で予期できない
- トラウマティックな死別 (悲惨な状況)

- 生活の変化 (仮設住宅や転居)
- 葬儀などが十分にできない

- 死因・原因
- 人為災害の側面
- 行方不明、損傷の激しい遺体
- 遠隔地において情報が乏しい場合

伊藤正哉他: 災害による死別・離別後の悲嘆反応・トラウマティック・ストレス10,53-57. 2012.

複雑性悲嘆 (Complicated Grief : CG)



スライド提供:
中島聡美先生

地震・津波後のCGへの危険因子

▶ 危険因子

- ▶ 学歴の低さ^{1) 2) 3) 5)}
- ▶ 子どもとの死別^{1) 2)}
- ▶ 女性^{2) 5)}
- ▶ 年齢の若さ²⁾、過去のストレス出来事²⁾
- ▶ 遺体の埋葬を目にしたこと⁵⁾、住処の破壊⁵⁾
- ▶ 災害後に住む家に困ること⁵⁾



スライド提供: 伊藤正哉先生

1) Kristensen et al.(2009) 2) Johannesson et al. (2011) 3) Shear et al.(2011)
4) Shear (2007) 5) Sghaffari-Nejad, et al., (2007)

複雑性悲嘆の独立性

12

- PTSDとCGは独立する (が関連もする)

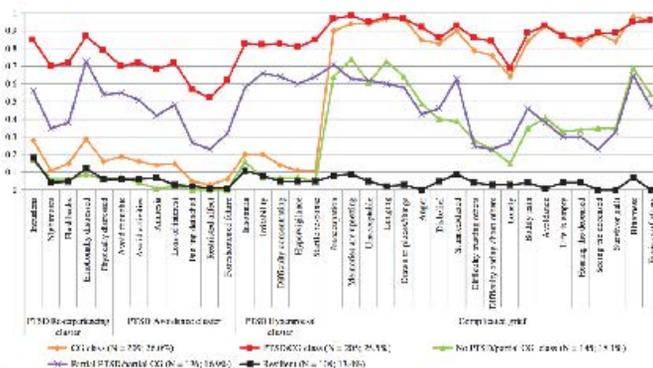


Figure 1. Estimated post traumatic stress disorder (PTSD) and complicated grief (CG) symptom probabilities for the five class latent class analysis solution.

PTSDとは独立した評価、介入が必要

Eisma, M. C., Lenferink, L. I., Chow, A. Y., Chan, C. L., & Li, J. (2019). Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1558707.

複雑性悲嘆とうつ病, PTSDとの相違点

うつ病	複雑性悲嘆
広汎な悲哀感	故人を亡くしたことに関連する悲哀
興味関心や楽しみの喪失	故人の記憶に関する関心は保たれる、切望
広汎な罪悪感	故人に関連したことに限定される罪悪感
過去の失敗や悪事を繰り返し想起する	故人の肯定的な思い出で占められる
	死別時の侵襲的なイメージ
	喪失を思い出させるものを避ける
PTSD	複雑性悲嘆
身体的脅威が契機	喪失が契機
根源的感情は“恐怖”	根源的感情は“悲哀”
悪夢がよくある	悪夢はまれ
トラウマ体験に関連した苦痛な想起	PTSDよりは広汎で、予測されにくい
想起させるきっかけを回避する	故人を嘆き求める
	喜びをもって空想する

Shear et al.,2005

話題

14

- 災害復興期のトラウマの疫学
- 災害復興期のトラウマへの心理支援
- 支援提供者の養成

災害後のケース特定フロー

15

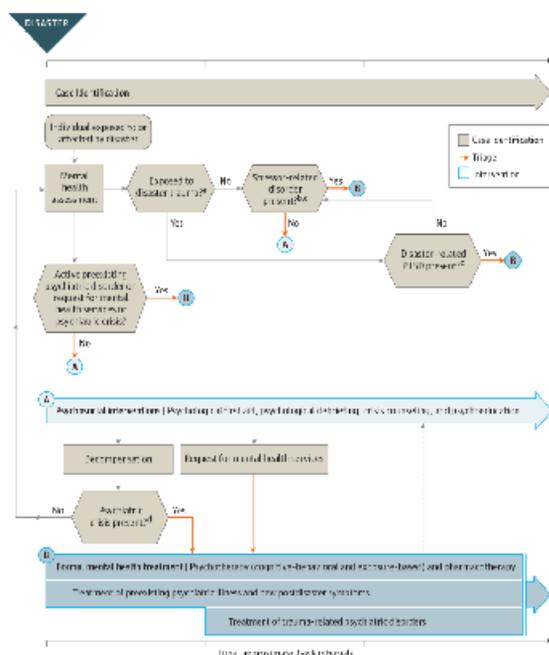
- 災害時のメンタルヘルス ケース特定から治療に繋げるフロー

評価

- トラウマ暴露の有無の評価
- ストレス関連疾患の価
- PTSDの評価
- 過去の精神疾患の既往の評価

介入

- A) PTSDやうつ未満の心理介入
- B) PTSDやうつ等への**標準治療**



North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *Jama*, 310(5), 507-518.

PTSDの臨床実践ガイドライン

16

機関	ガイドラインの策定方法	レベル/ 評価基準	レベル/ 治療
VA/DOD アメリカ国防総省 (2004)	エキスパートレビュー RCTをレビュー RCTがなければlow level	少なくとも1つの質の良いRCTで有効性が示されている	認知療法, 暴露, ストレス免疫訓練, EMDR
APA アメリカ精神医学会 (2004)	エキスパートレビュー RCTをレビュー RCTがなければlow level	無作為, 二重盲検試験	トラウマ焦点化CBT (暴露や認知療法を含む)
NICE イギリス 国立医療技術評価機構 (2005)	RCTのメタ分析	少なくとも1つのRCTで中程度以上の効果	トラウマ焦点化CBT (暴露や認知療法を含む) EMDR
NHMRC オーストラリア 国立保健医療研究委員会 (2008)	RCTのメタ分析	少なくとも1つのRCTで中程度以上の効果	トラウマ焦点化CBT (暴露や認知療法を含む) EMDR with in vivo
ISTSS 国際トラウマティックストレス学会 (2007)	エキスパートレビュー, 全ての研究デザインを含めてレ ビュー	質の高い複数のRCT	暴露, 認知処理療法, 認知療法, ストレス免疫訓練, EMDR
IOM 米国医学研究所 (2007)	独立評価者によるレビュー 厳格な基準をクリアしたRCTをレ ビュー	一つ以上の臨床的に有意な効果を示す研究; 高い確信の効果の存在と強さ	暴露 (認知処理療法を含む)

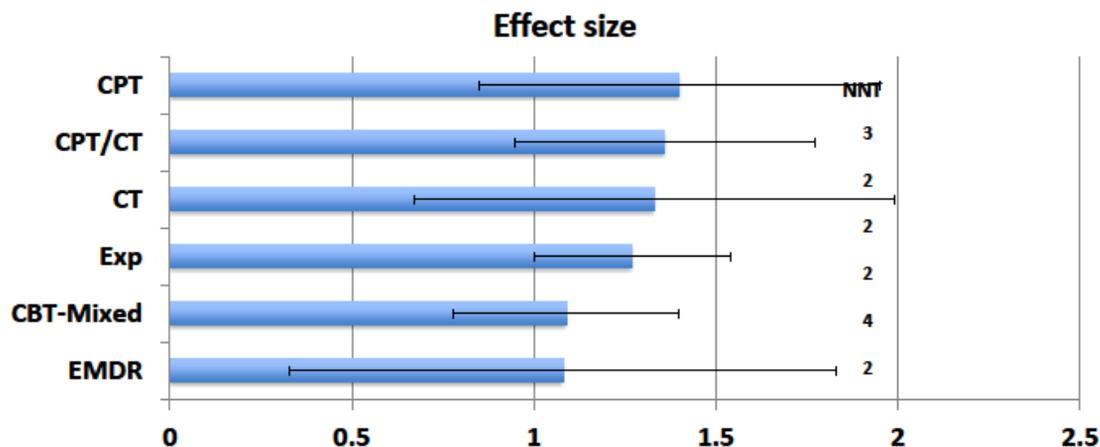
全てのガイドラインでエクスポージャー療法と認知療法が第一選択治療として推奨され102
 厳格な基準で評価したガイドライン(IOM)では、EMDRは推奨されない

Cusack et al. (2016)を改変

Cusack, K., Jonas, D. E., Fomeris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Weil, A. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 43, 128-141.

成人のPTSDに対する精神療法 系統レビューとメタ分析 (2015)

17



効果サイズ: 効果が高く、確実性が高いのはエクスポージャー療法
NNT: 2~4人治療すれば1人はPTSDの診断が外れる

※ CBTのNNTの参考: MDD=3.86, GAD=3.58, PD=3.53, SAD=3.22

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15*(3), 245-258.

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Weil, A. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 43*, 128-141.

持続エクスポージャー療法 Prolonged Exposure(Foa,1982)

- PTSDの原因であるfear structureの病的要素を修正する
 - 治療構造における恐怖構造の賦活とそれに対する馴化
 - 恐怖構造に結びついた誤った認知の修正
 - 治療的支持的環境でのトラウマの再体験により安全情報を統合する
- 内容
 - ト라우マ反応一般についての心理教育
 - リラクセーション (呼吸再調整法)
 - 外傷記憶、回避状況に対する長時間曝露 (45分から1時間/回)
 - 想像曝露 (imaginal exposure)
 - 現実曝露(in vivo exposure)
 - 認知的修正
 - 宿題 (セッションのテープを聞く、現実曝露)
- 1回90分、週1回、10回のセッション



複雑性悲嘆の予防と治療

Meta analysis (Wittouck et al, 2011)

- CGの予防および治療に関する14のRCTを分析
- 予防的介入
 - 9つの研究; 個人および集団でのカウンセリング、筆記課題、CBT
 - 治療後およびフォローアップでも有意な効果なし
(pooled standardized mean difference ; -0.03, 0.13)
- 治療
 - 5つの研究; 3つの個人CBT, 2つの集団療法
 - 治療後およびフォローアップでも有意な効果あり
(pooled standardized mean difference ; -0.53, -1.38)

スライド提供:
中島聡美先生

治療において主に認知行動療法の効果が得られている

複雑性悲嘆治療

Complicated Grief Treatment, CGT (Shear et al., 2005)

- 治療技法の基盤
 - 対人関係療法 + 認知行動療法 (曝露療法) + サイコドラマ
- 治療目標・枠
 - 自然な悲嘆のプロセスを再編成する
 - 週1回, 16回のセッション, 50 - 120分
- モジュール
 - 心理教育と悲嘆モニタリング
 - 人生の目標 (personal goal)
 - 想像上の再訪問 (imaginal revisiting)
 - 状況の再訪問 (situational revisiting)
 - 思い出フォーム (memories form)
 - 故人との想像上の会話 (imaginal conversation)
- 治療にあたっては、ビデオあるいは音声記録の保存
- 治療実施者
 - 遺族治療の経験のある精神科医師、臨床心理士でShear博士の研修を受けたもの
 - 開発者Shear博士によるスーパーバイズ



スライド提供:
中島聡美先生

CGTの集団療法への拡張

・ 岩手県保健福祉センター

- 大規模災害後の被災者支援における悲嘆への支援ニーズから、CGTの集団療法に改良
- 既存のネットワークを活用しリクルート
(地域の事例検討会の利用や組織内周知, 岩手県精神保健福祉センターの相談や事業の利用者)
- 構造: 2週間に1回、全6回、1回2時間、定員6人

	内容
第1回	悲嘆とその過程を妨げるものについての心理教育
第2回	悲嘆の感情の共有、悲嘆のモニタリング
第3回	悲嘆の過程を妨げるスタックポイント(引っかかり)の同定
第4回	スタックポイントについての認知再構成および現在の生活の困難と対処
第5回	故人の記憶へのアクセスと再配置
第6回	「困難な時」への対処、個人の目標の設定と計画、プログラムの振り返り

スライド提供:
黒沢美枝先生
防衛医科大学校

標準(心理的)治療の実施者不足 22

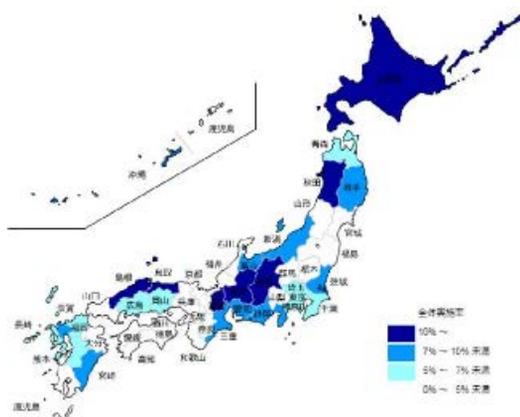


Figure 2 認知行動療法実施診療所の分布(全日本標準)

高橋史ら(2018).日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査

介入が必要なケースを特定出来ても、有効な治療を適用できる施設が不足している(特に福島や宮城?)

改善策

1. 組織的、継続的な人材育成
2. ICTツールの活用

ICTの活用

23

- 支援者のトレーニングを遠隔で実施
 - 堀先生のPEの例

- 介入自体をICTツール
 - WEB会議システムによる遠隔カウンセリング

竹林 唯, 前田 正治 (2018) 日本における遠隔カウンセリングの現状 システマティックレビュー, 日本心理学会第82回大会ポスター発表

- モバイルアプリでの介入

Stasiak, K., Merry, S. N., Frampton, C., & Moor, S. (2018). Delivering solid treatments on shaky ground: feasibility study of an online therapy for child anxiety in the aftermath of a natural disaster. *Psychotherapy research*, 28(4), 643-653.

まとめ

- 災害復興期のPTSDの疫学
 - 遷延型PTSDの存在, 支援者がハイリスク
 - PTSDと共に悲嘆へのアプローチが重要
 - 平時からメンタルヘルス対策の充実が必要
 - 標準治療体制の確立, 予防的対策 (ゲートキーパー研修など)

- 災害復興期のトラウマへの心理支援
 - PTSD, CGどちらに対してもCBTを標準治療とするのが適切。
 - ただし、提供可能な資源は極めて限られている。

- 支援提供者の養成
 - 組織的な養成, 研修体制の構築が必要、ICTの活用を期待

20190801東北大学予防精神医学寄付講座企画シンポジウム「東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援@仙台



災害復興期における心理学的支援 子どもへのトラウマケア／心理学的支援



岩手医科大学

医学部神経精神科学講座／いわてこどもケアセンター

八木 淳子

1

岩手医科大学 医学部附属病院



- 一般精神科急性期病棟（70床 閉鎖）
- 児童精神科専用病床なし（2019.9.24オープン！）
- 児童思春期患者の入院は常時数例

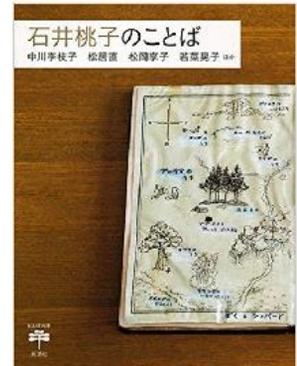
岩手医科大学 いわてこどもケアセンター 児童精神科クリニック



- 東日本大震災後の子どものこころのケア
- 2013年5月開設
- 県内初の児童精神科専門医療施設
（精神科医4名 総勢20名のスタッフ）
- 現在は大学病院の児童精神科外来として機能

なぜ、子どもたちを支援するのか

子どもたちよ
子ども時代をしっかりと
たのしくてくたさい。
おとなになってから
老人になってから
あなたを覚えてくれるのは
子ども時代の「あなた」です。
石井桃子
2001年7月18日



(新潮社『石井桃子のことはば』)

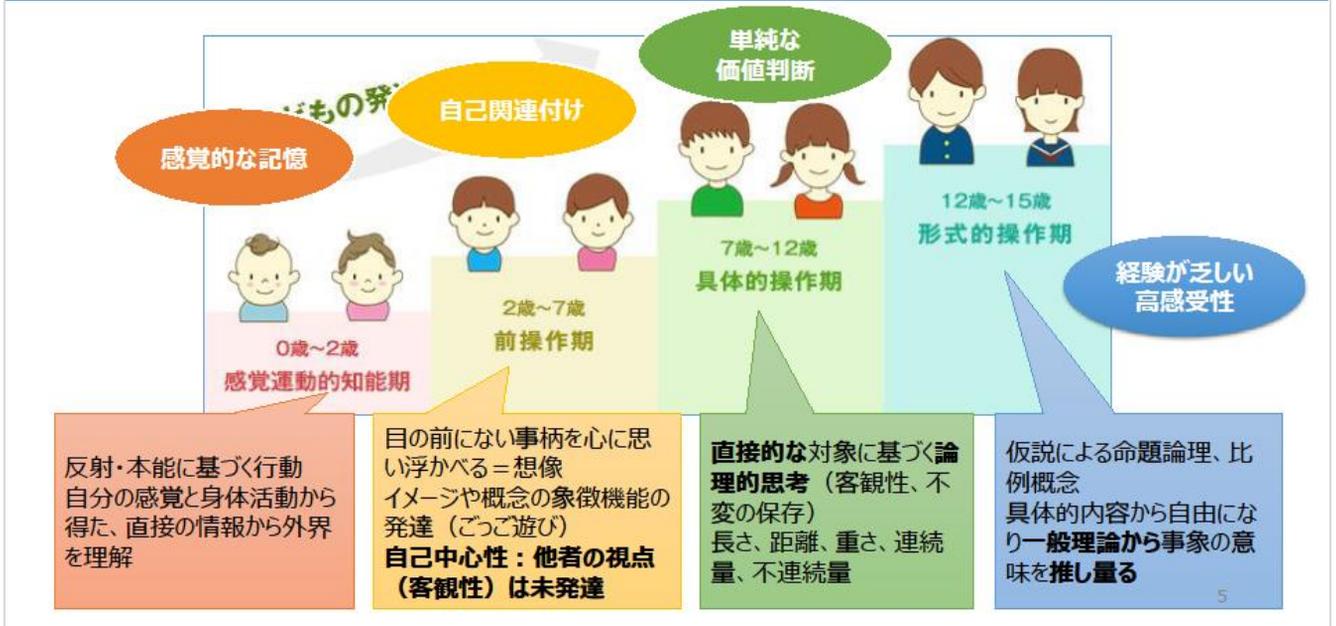
Back on Track! その先へ・・・

子どもは大人のミニチュアではない

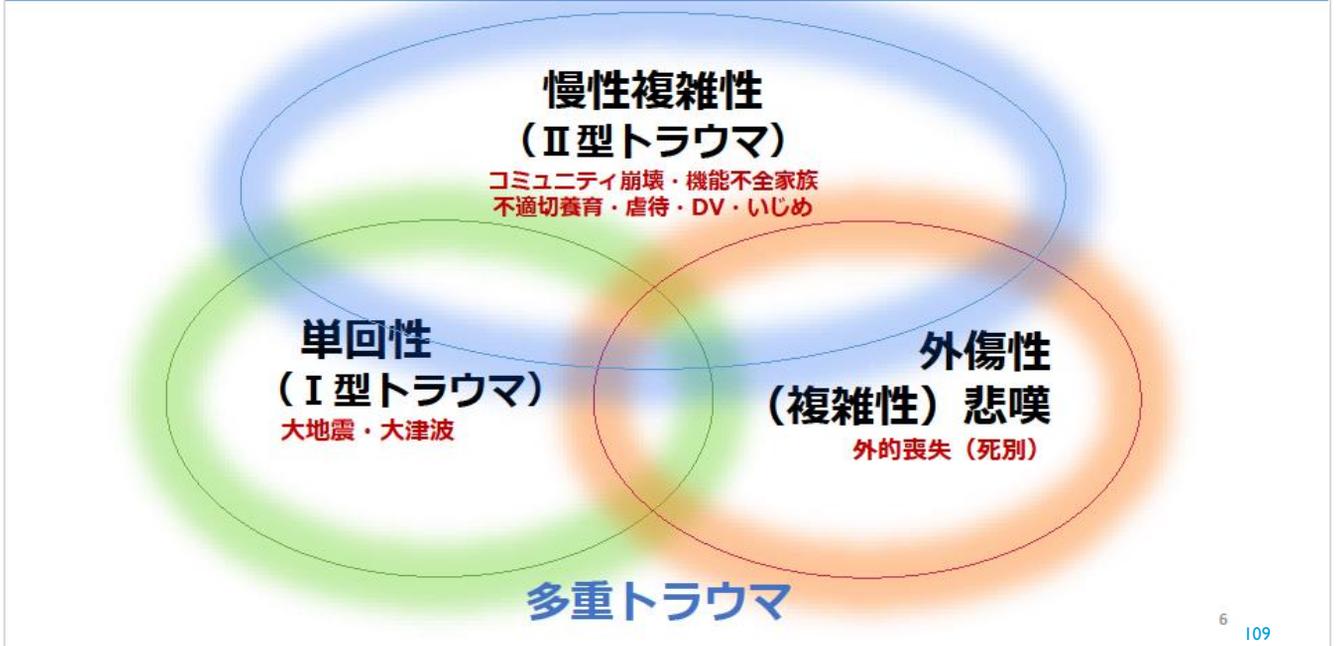
- 子どもの心身は日々発達のプロセスを生きている
- 子どもにとって、震災からの復興=元に戻る、ではない。
- 世の中をどのように認知・認識するか⇒年代によって違う
- その時点の自分にわかる範囲（発達レベル）で理解する
⇒自己関連付けが起こりやすい
- 発災後まもなくの事態の理解 ⇒ 数年を経て認知が発達した後に起こる
「再発見・再認識」によって傷つきがさらに深まる場合も



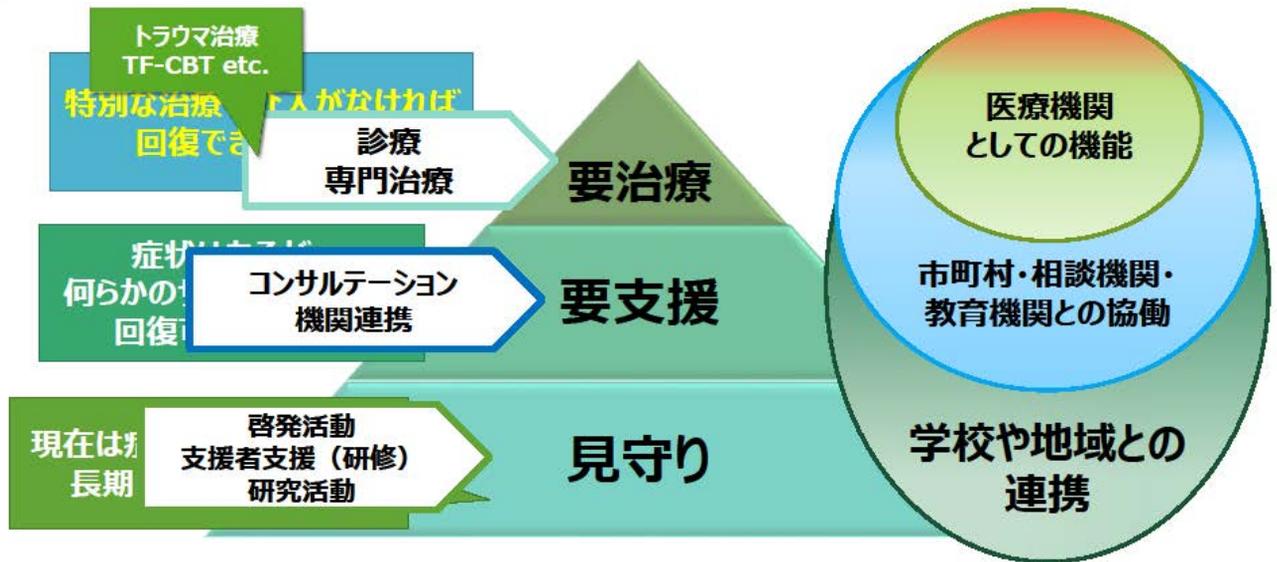
子どもたちはトラウマをどのように体験したか



東日本大震災におけるトラウマ体験の長期的様相



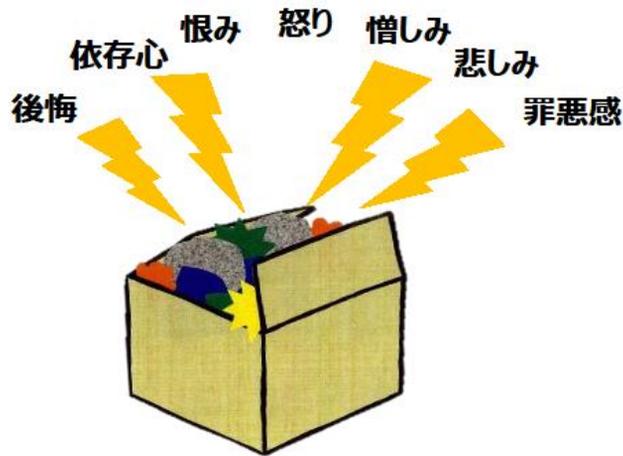
東日本大震災後の子どものこころのケア いわてこどもケアセンター多層的ケアシステム



診療や研究から明らかになってきたこと 中長期的に治療が必要となる子どもの特徴

圧倒的なトラウマ体験（喪失体験）があり、

1. **発達障害特性**（診断閾値下も含め）を有する
2. **転居・転校**などで、「トラウマ体験を共有できない」環境におかれている
3. **家族がサポートを得られにくい**環境に置かれている
4. **保護者のメンタルヘルス**の状態がよくない



トラウマ体験の堆積がある子ども（大人も）は、
ネガティブで未解決・未処理の激しい感情があふれ出しそうな
こころの荷物を抱えて生きている

9

- 自分の感情を表に出さない
(一見クールで大人びている)
- 自分の感情を度外視
(自分のために怒れない)
感情の話には触れようとしない
- 親や大人との距離をとる
(信用していないようにみえる)



**感情調整不全
見捨てられ不安
自己観の否定的変化
他者・外界への不信**



- 全身全霊の力で
**処理できない感情を
抑え込んで**生きている
- それらを抑え込むことに
相当の**エネルギーを消費**する



**健全で年齢相応の
発達が阻害される**

対処できない事態に遭遇すると
爆発・決壊・コントロール不全に
⇒ **行動化・身体化**

10 III

子どものトラウマへの治療的介入の方法 NCTSN 推奨

<https://www.nctsn.org/treatments-and-practices/trauma-treatments/interventions>

- サイコロジカル・ファーストエイド **PFA**
- サイコロジカル・リカバリースキル **SPR**
- トラウマフォーカスト認知行動療法（**TF-CBT, TF-CBT for CTG**）
- Alternative for Families-A Cognitive Behavioral Therapy : **AF-CBT**
- Child Adult Relationship Enhancement : **CARE**
- ATTACHMENT, SELF-REGULATION, AND COMPETENCE (**ARC**)
- 親子相互交流療法（**PCIT**）
- Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools : **CBITS**
- Sanctuary Model ……etc. 37プログラム

11

トラウマフォーカスト認知行動療法 TF-CBT

12

113

トラウマフォーカスト認知行動療法

TF-CBT

Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy



Esther Deblinger, PhD



Judith A. Cohen, MD



Anthony P. Mannarino, PhD

現段階では子どものトラウマ関連障害への第一選択治療

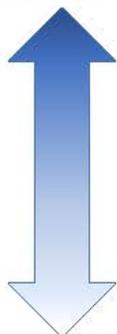
欧米のいくつかの治療ガイドラインで推奨されている

国際トラウマティック・ストレス学会、米国児童青年精神医学会、英国・国立医療技術評価機構

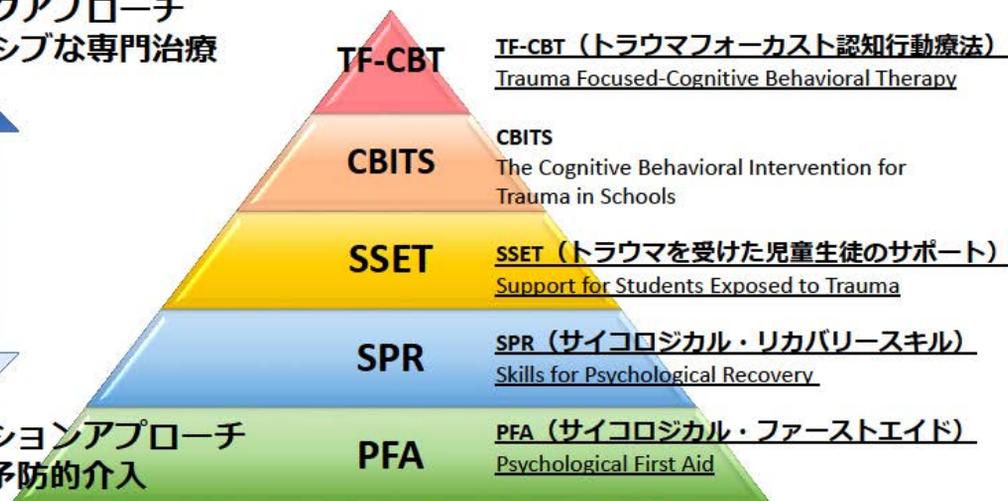
米国国立犯罪被害者研究治療センター、性暴力とトラウマティック・ストレスセンター

子どものトラウマケア・パッケージの多層的位置づけ

- ハイリスクアプローチ
- インテンシブな専門治療



- ポピュレーションアプローチ
- ブロードな予防的介入



(下線のあるものは、日本語版マニュアルが入手可能)

TF-CBT as an Evidence Based Treatment

Cohen, Mannarino, & Deblinger, *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, 2nd edition, 2017

Study	Type of Trauma	Design	No. of sessions	Major findings
Deblinger, McLeer, & Henry (1990)	Sexually abused children, 3-16years	N = 19, Pre-post	12	Significant improvement in PTSD, anxiety, depression, and behavior problems
Stauffer & Deblinger (1998)	Sexually abused children, 2-8years	N = 19, Pre-post	11	Significant decrease in sexualized behaviors and parental distress and significant improvement in positive parenting practices; maintained at 3-month follow-up
Cohen, Mannarino, & Knudsen (2004)	Children with traumatic grief, 6-17years	N = 22, Pre-post	16	Significant improvement in PTSD, anxiety, depressive, behavioral, and traumatic grief symptoms; and in parental PTSD and depressive symptoms
Cohen, Mannarino, & Staron (2008)	Children with traumatic grief, 6-17years	N = 39, Pre-post	12	Significant reductions in PTSD, anxiety, depressive, behavioral, and traumatic grief symptoms; and in parental PTSD and depressive symptoms
Lyons, Weiner, & Schneider (2006)	Children in foster care with a moderate or severe trauma, 0-21years	Quasi-experimental: 69TF-CBT, 82 CPP, 65 SPARCS, 2218 TAU	12-92	TF-CBT group experienced significantly greater improvement in PTSD symptoms, in behavioral/emotional domains, were 1/10 as likely to run away and 1/2 likely to have a placement disruption than those in TAU
CATS Consortium (2010)	Children affected by the September 11 terrorist attacks, 5-21years	Quasi-experimental: 239 full TF-CBT or TGOT(8-12 sessions), 64 4-session skills only of TF-CBT or TGOT	-	Trauma symptoms improved significantly in both groups over time, but full TF-CBT/TGOT group experienced significantly greater improvement than brief skills group
Murray, Familiar, et al (2013)	Orphans and vulnerable children in Zambia, 5-18years	N = 58, Pre-post	8-23	Significant improvement in PTSD and shame
Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau, & Deblinger (2014)	Children with diverse traumas, 7-18years	N = 72, Pre-post	10	Significant improvement in PTSD, internalizing and externalizing symptoms, maintained at 8- and 12-month follow-ups
Kameoka et al. (2015)	Japanese children with diverse traumas, 3-17years	N = 35, Pre-post	14	Significant improvement in PTSD and global functioning at posttreatment (ES = 1.24-1.96)
O'Donnell et al. (2014)	Tanzanian orphaned children with trauma and maladaptive grief symptoms, 7-13years	N = 64, Pre-post	-	Significant improvement in PTSD (ES = 1.87) and maladaptive grief (ES = 1.36) symptoms
Konnur, Muller, Oinamon, Thornback, & Zorzella (2015); Zorzella, Muller, & Cribble (2015)	Children impacted by trauma seen in Canadian community settings, 7-12years	N = 113, Partial randomization to wait-list control condition vs. TF-CBT	-	TF-CBT associated with significant reductions in PTSD symptoms maintained at 6-month follow-up; strong early alliance predicted better in internalizing symptom reductions at post
Deblinger, Pollio, Runyon, & Steer (2016)	Children and adolescents seen at specialty child abuse clinic, 7-17years	N = 219, Pre-post	-	Replicated significant reductions in PTSD, depression, behavioral problems, shame, and documented significant improvements in resiliency, including feelings of mastery relatedness, and reduced stress reactivity
Cisler et al. (2015)	Adolescent girls with PTSD related physical or sexual assault	N = 34, Pre-post	-	Youth who exhibited amygdala reactivity to neutral and fearful stimuli showed significantly less symptom reduction in response to TF-CBT; youth who showed reactivity to only threat images had greater symptom improvement posttreatment.

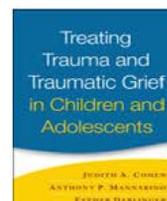
エビデンスに基づく治療

20以上のRCT報告

- 性的虐待
- DV目撃
- 心的外傷性喪失・戦争
- 性的人身売買
- 多重トラウマ

子どものトラウマ治療 TF-CBTとは？

- 構成要素に基づくハイブリッドな治療プログラム
 - トラウマに焦点化、認知行動療法の原理、アタッチメント理論、発達神経生物学、家族療法、人間主義的治療の原則を統合
- 子どもと家族が回復するようエンパワメントすることが目的
- 文化的価値観を尊重する
- 養育者は治療の一環として組み込まれている
- 時間に制限があり、構造化されている（頻度、セッション数、時間）
- 治療者：指示的で積極的！（患者-治療者間の信頼関係に基づく）
- 治療環境：外来通院、学校、入所施設、病院（入院）



TF-CBT : Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy General Information

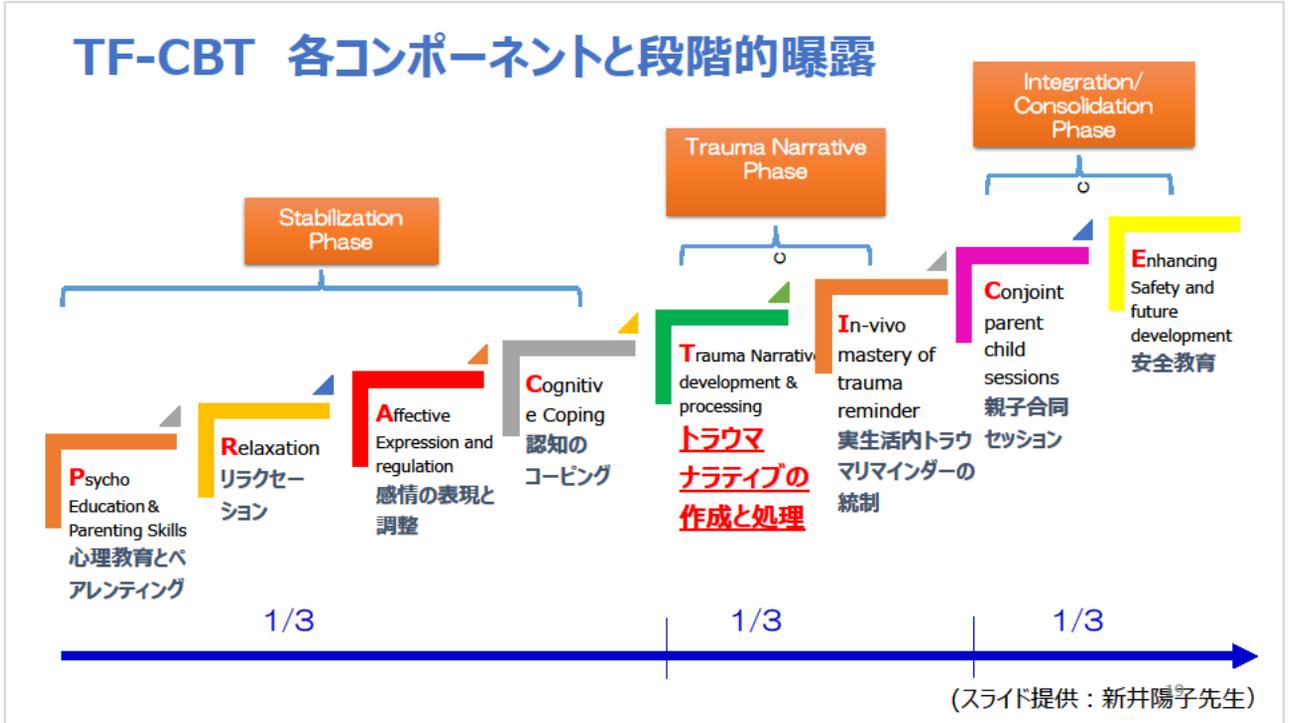
対象	治療構造
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 3歳から21歳の男女。 ➢ ト라우マタイプ（プライマリー）： 性的虐待、ドメスティックバイオレンス 心的外傷性悲嘆、災害、テロ、 多重または複雑性トラウマ ➢ 心的外傷体験（複雑性トラウマを含む） に関連した行動・情緒面の問題を有する。 PTSDの診断基準に完全に合致しなくても、 精神医学的症状と生活上の困難があれば 適用（うつ、不安症状、行動上の問題、 性的逸脱行動、心的外傷に関連した恥、 信頼感の喪失など）。特に侵入症状 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 認知行動療法の原理でのハイブリッドモデル ➢ 個人療法・グループ治療など ➢ 子どもセッション・保護者セッション・合同セッション ➢ 毎週1回、60-90分（子どもと保護者で半々）、 12-25回のセッション ➢ 子どもと保護者との信頼関係を構築する。 ➢ コンポーネント（構成要素: A-PRACTICE）と 段階的曝露（GE）の手法の併用 ➢ 治療原理に沿って、柔軟性や創造性による調 整は可

17

トラウマフォーカスト認知行動療法(TF-CBT) 基本理念と構成要素

基本理念<CRAFTS>	コンポーネント<A-PRACTICE>
<ul style="list-style-type: none"> • Components based 構成要素に基づく • Respectful of cultural values 文化的価値観を尊重する • Adaptable and Flexible 適応性があり、柔軟性がある • Family focused 家族に焦点をあてる • Therapeutic relationship is central 治療関係を中心におく • Self-efficacy is emphasized 自己効力感を高める 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment アセスメント • Psychoeducation and Parenting skills 心理教育と親の養育スキル • Relaxation リラクゼーション • Affective modulation 感情調整 • Cognitive coping and processing 認知対処と認知処理 • Trauma narrative ト라우マナラティブ • In vivo mastery of trauma reminders トラウマ想起刺激の実生活での克服 • Conjoint child-parent sessions 親子合同セッション • Enhancing future safety and development 将来の安全と発達の強化

115



症例 1

津波、家屋全壊、両親の死
心的外傷性悲嘆

TF-CBT for CTG の追加コンポーネント

1. 悲嘆の心理教育
2. 失ったものについて考える／アンビバレントな感情を解決する
3. 故人とのポジティブな思い出を留めておくこと
4. 故人との関係の再定義と現在の人間関係に懸けてみること

心理教育 絵本や文学の力を借りて・・・

哀しみと向き合う

- 自分のこととしては直視し難い出来事を客観的に理解することで受け入れやすくなる
- 絵本や文学、メディアの情報が気づきを促すことも
- 本を選びは慎重さをもってマッチングを見極めかえって傷つける可能性を忘れずに



Treatment Review and Closure 治療を終えるとき

治療の終結 = 悲嘆の過程の終了ではない

1. 進歩を評価する
2. 学んだことを復習する
3. 経験に意味を見出す
4. 未来に向けての準備：悲嘆感情の**予告**・**計画**・**許す**
5. 治療からの卒業

自分と同じ経験をしている子どもに、
どんなアドバイスを
するか

23

症例 2

津波、地域壊滅、祖父母・叔父の死
心的外傷性悲嘆

24

なぜTF-CBT for CTGが必要なのか



Childhood Traumatic Grief (CTG:子どもの外傷性悲嘆)

- トラウマを与えるような死：

予期せぬもの、残忍なもの、恐怖を伴うもの、衝撃的なもの

- CTGを抱える子どもには、PTSDにみられるものと似たような症状が現れる

特に“回避” さらに否認、感情麻痺、解離、怒り、否定的自己観

- 死の中のトラウマティックな場面に“スタック”してしまう＝故人の思い出が、故人の恐ろしい最後を思い出すことにつながってしまう

- 思い出を避けようとする行動（回避）によって、通常なら故人を思い起こしながら行われる死別の作業が進まなくなってしまう

症例3

津波、地域壊滅、祖父母の死
複雑性悲嘆、抑うつ状態

おわりに

27

トラウマを抱える子どもと向き合うこと

- トラウマを負った子どものこころを扱うことは、治療技法に関わらず、患児・保護者と治療者の信頼関係の上に初めて成り立つことである。
- 複雑なトラウマを抱えた子どもと向き合うとき、目の前の患者がトラウマを乗り越えて未来に進むために、何が必要で、治療者に何ができるかを、あらゆる知識と経験を総動員して模索し続ける姿勢を持ち続けることが肝要である。
- TF-CBTなどの治療技法は、セラピスト側にも「治療の枠組み」と「見通し」をもたらす。その構造に守られて、セラピストは、壮絶な体験をした子どもを支える過程で受けるトラウマティックな影響に対して、適切な距離を保つことができる。

長期的な見守りと支援の継続を

- ト라우マは、子どもの心身の成長発達に影響を与える。
- 凍結保存されたトラウマ記憶は、のちの人生のどの時期でも、頭をもたげ、症状化する可能性がある。
- 被災し、トラウマを受けた子どもたちには長期的な見守りと適切な支援の継続が必要である。
- 子どもたちは、トラウマについて「聞かれなければ話さない」ことが多い。⇒適切な介入がなければ、凍結保存されたまま。
- トラウマインフォームドケア（TIC、トラウマを熟知し念頭においたケア）の周知徹底を！

29

信頼関係の構築がすべての基本

複雑なトラウマ症状を示す子どもたちの**回復は、信頼できる対人関係の中でしか起こりえない。**

治療者・支援者に求められるのは、子どもたちがトラウマによって失った、世界に対する信頼を取り戻していく過程に、**ただひたすら伴走する大人としてその場にとどまり続けることであろう。**

30 121

困難な状況にある子どもへの包括的・多角的な支援

- ◆ 安全な対人関係の体験
- ◆ 受容される・認められる体験
- ◆ 養育支援
(家庭の安心・安全・安定、親のメンタルヘルス)

環境調整

- ◆ 家庭・養育支援
- ◆ 学校支援
- ◆ 地域・支援者支援
- ◆ 啓蒙活動

アタッチメント

発達特性

トラウマ
(ACE)

- ◆ TIC
- ◆ トラウマのアセスメント
(タイプ、重症度、背景)
- ◆ 介入支援の選択
(TF-CBTなど)

- ◆ 発達のアセスメント
(認知・精神・心理社会的)
- ◆ 生物学的要因
- ◆ 介入支援・配慮の方法の選択

レジリエンスを引き出す

「見分ける」から「みたてる」へ

31



ご清聴ありがとうございました



Haste not, Rest not.



122



5. 総括・総合討論

■ 16:00-16:50

東北大学予防精神医学寄附講座企画
東日本大震災復興期でのメンタルヘルス支援
—職域での支援と心理学的支援—

総括・総合討論

職域での支援：阪神・淡路大震災の場合

- 災害救援者の惨事ストレスに関心が寄せられる。
- 消防士の苦悩を報告した手記
- 兵庫県下の消防職員調査
- 自衛隊や警察でも関心が寄せられる契機となった。

現場活動の状況 (待機群以外)

	被災地内群 (n=2800)	早期派遣群 (n=914)	後期派遣群 (n=321)
生命の危険を感じた*	46.1%	22.4%	8.1%
消火を断念した*	26.6%	17.0%	3.4%
救出を断念した*	19.0%	4.5%	0.9%
悲惨な光景が堪えた*	65.1%	46.6%	33.3%
周囲から非難され堪えた*	68.5%	36.8%	32.0%

*p<0.001

被災地内群：勤務地が被災地内にあった

早期派遣群：被災地外から1週間以内に派遣された

後期派遣群：被災地外から1週間以降に派遣された

惨事ストレス対策の発展

- ▶ 阪神・淡路大震災以後、関心が高まった。
- ▶ 大都市消防では具体的対策を導入している組織が多い。
- ▶ 総務省消防庁に専門家チームが登録され、惨事発生時には必要に応じ派遣される。
- ▶ 海上保安庁：マニュアルを整備、介入チームの設置。
- ▶ 自衛隊：PKO後の問題から各部隊に心理士を配置

東日本大震災での惨事ストレス対策

- ▶ 消防庁緊急時メンタルサポートチームの派遣
- ▶ 岩手県からの依頼
- ▶ 双葉消防本部の苦悩
- ▶ 消防団員へのサポート

阪神・淡路大震災で手つかずだった課題

- 避難所を運営した教職員の疲弊
- 病院が被災した看護師の長期的影響
- 行政職員の疲弊

阪神・淡路大震災での心理学的支援

- 「こころのケア」の誕生
- ディブリーフィング
- 外部支援と受援のアンバランス
- アウトリーチ
- 評価尺度の標準化: IES-R, CAPS

トラウマ関連問題への対処 法制度の確立と治療法の普及

- 犯罪被害者支援
- 虐待、DV被害者への支援
- エビデンスのある治療法の普及
 - PE, CPT, EMDR, CGT, TF-CBTなど
- サイコロジカル・ファーストエイドの普及
- DPAT

症例1：50歳 男性 公務員

- ▶ 自宅は全壊。梁の下敷きになったが、自力で脱出した。同居していた母親は頭部に裂傷を負っており、血まみれになっていたが、命に別状はなかった。周囲の家は、ほとんど全壊しており、近隣住民が協力して、救助にあたった。30人ぐらいの遺体を引っ張り出して道路脇に並べたのを鮮明に覚えている。
- ▶ 震災から3ヶ月後に、被災のほとんどない地域の職場に転勤した。翌年には自宅を被災地の外に建てた。その後、被災した地域には、足を踏み入れないように努め、研修や会議も可能な限り避けていた。被災地の中に行くと、ひどく緊張することを自覚していた。

症例2：42歳男性 会社員

- ▶ 自宅は、全壊し焼失。同居していた母と妹が死亡。自分も下敷きになったが、近隣の人に引っ張り出された。母と妹を救い出そうと、壊れた建物の中に入り、畳を剥がしたとき、建物に火が回ってきた。恐怖に駆られ、その場から逃げてしまった。建物は激しく焼け、わずかな遺骨だけが数日後に発見された。二人は生きたまま焼け死んだに違いない、見殺しにしたという罪悪感にずっと囚われてきた。
- ▶ 勤務先が用意してくれたアパートに住んだが、焼けただれた人間の夢を見たり、震災直後の状況が急に蘇ることが頻回にあった。フラッシュバックしたときには、トイレや倉庫に籠もり我慢していた。震災の話題を避け、自宅跡にも近づかないようにしていた。2年後に結婚してからは、家族を養うために、震災の記憶を封じ込め、仕事に没頭しようとした。震災前は人前に出ることは平気だったが、震災後は怖くなり、人付き合いをずっと避け、飲み会などもほとんど参加しなかった。

東日本大震災復興期における特筆すべき活動（本日のテーマ以外）

- 各県の状況に合わせたところのケアセンターの活動
- NPOなどの活動
 - なごみ、からころステーションなど
- ポピュレーション・アプローチ
 - はまかだ運動（陸前高田市）、健康づくり隊（南三陸町）など
- アウトリーチの工夫
 - 放射線問題に関する福島県での取り組み

東北での今後の課題

- 経験をどのように伝えるか。
- システムをどう維持するか。
- 残された課題にどう対応するか。
- 遷延する心理的問題にどう対応するか。
- 復興期の課題は？



6. 参加者アンケート結果

- 一般参加者数 107名
 - 回答率 89%

1.参加者数

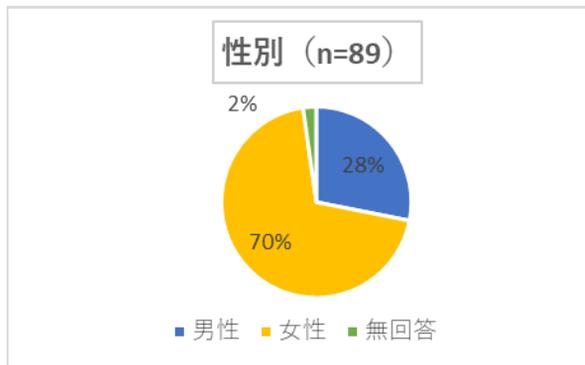
一般参加者数	107
シンポジスト	16
運営	3
計	126

2.アンケート回収率

アンケート回収数	89 (/107)
アンケート回収率	83%

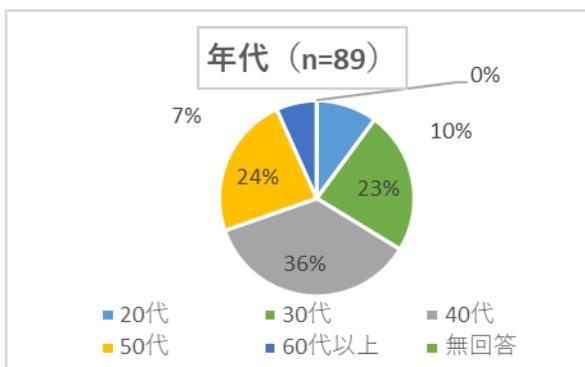
3.男女比

性別	人数	割合
男性	25	28%
女性	62	70%
無回答	2	2%



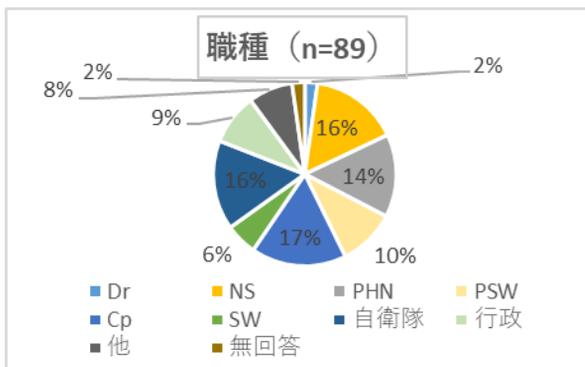
4.年代別参加者数と割合

年代	人数	割合
20代	9	10%
30代	21	24%
40代	32	36%
50代	21	24%
60代以上	6	7%
無回答	0	0%



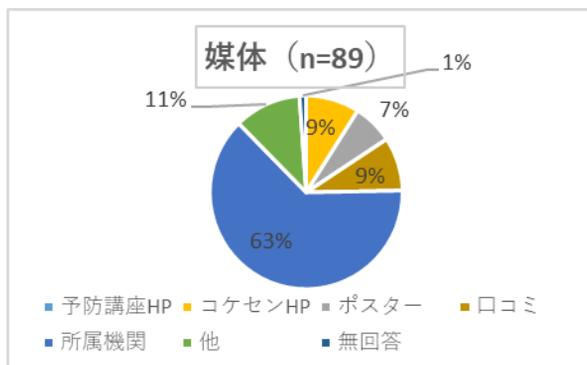
5.職業別参加者数と割合

職種	人数	割合
Dr	2	2%
NS	14	16%
PHN	13	15%
PSW	9	10%
Cp	15	17%
SW	5	6%
自衛隊	14	16%
行政	8	9%
他	7	8%
無回答	2	2%



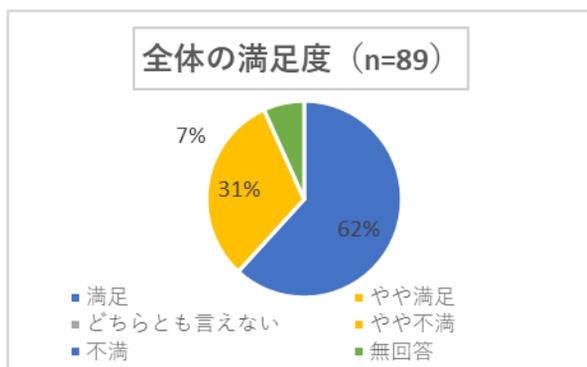
6.このシンポジウムを何で知りましたか

媒体	回答数	割合
予防講座HP	0	0%
コケセンHP	8	9%
ポスター	6	7%
口コミ	8	9%
所属機関	56	63%
他	10	11%
無回答	1	1%



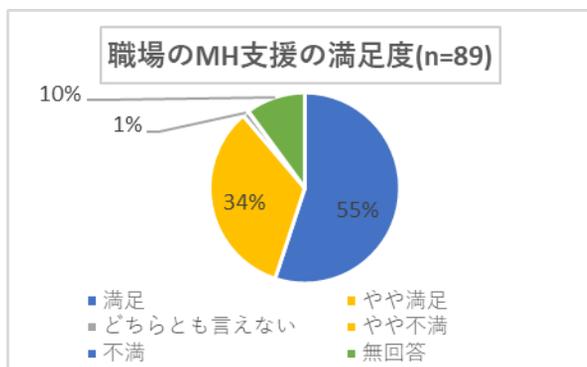
7.シンポジウム全体の満足度

	回答数	割合
満足	55	62%
やや満足	28	31%
どちらとも言えない	0	0%
やや不満	0	0%
不満	0	0%
無回答	6	7%



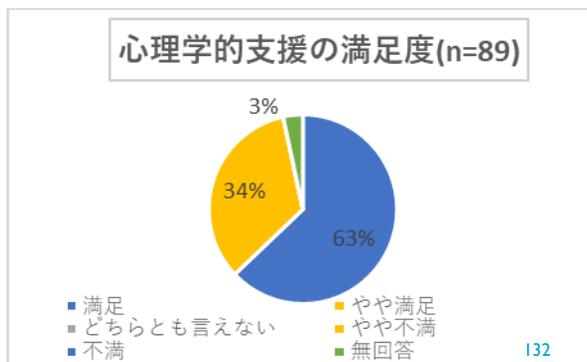
8.〔AM〕職場のメンタルヘルス支援の満足度

	回答数	割合
満足	49	55%
やや満足	30	34%
どちらとも言えない	1	1%
やや不満	0	0%
不満	0	0%
無回答	9	10%



9.〔PM〕心理学的支援の満足度

	回答数	割合
満足	56	63%
やや満足	30	34%
どちらとも言えない	0	0%
やや不満	0	0%
不満	0	0%
無回答	3	3%



10.自由意見

- 災害が起きると現地に真っ先に向かって隊員のメンタルヘルスケアにあたらなければならない立場なので、PTSDのことやカウンセリングの仕方は学んでいますが、いざ治療が必要になった時、どうスムーズに医療に繋がらいいのかわからないので、連携する手段があれば助かるなと思います。とても職場で活かせる内容でした。
- 支援者支援の会だったと思います。会を作って頂いた支援者の方々にもありがとうございます。自分たちが何を成してきて、それがどんな実になったか、垣間見ることができました。2日分位の内容を頂いて帰ります。
- CBTが具体的にイメージできた。災害時のメンタルヘルスの全体像が少しわかったが、知らない言葉も色々あったので、後で紐解きたい。
- メンタルヘルスケアの難しさがとても伝わりました。被災者のメンタル、支援者のメンタル、いろんな方向から見てアセスメントの大切さ、多様性への対応など仕事の参考になりました。
- 専門的な講義が多く、理解できない言葉もあったが子ども支援についてはとても良かった。
- 色々な先生方の話を聞くことができて良かったです。このようなことをこれからも続けていただきたいと思います。
- スライドのハンドアウトを頂きました。精神科領域に身を置いている以上、遅発性、遷延性、慢性の心の問題のことをいつも念頭においていなければいけないと改めて思いました。
- 平均値だけでは見えない変化がある事を改めて認識しました。
- PTSDを持ち、暮らす住民が変わらず多いこと、またコミュニティの構成と共に孤立化が強まっていること、役員の疲弊が出てきていることなどを感じる。これからの支援に役立つ素晴らしい講演でした。
- 専門家による専門性のあるシンポジウムだったため、専門的な知識がないと話についていけない場面もあった。
- コケセンの重要性を改めて実感しました。ぜひ続けていただきたいのですが…。とても贅沢な先生方の話をこんなにたくさん聞かせて頂き（しかも無料で）感謝です。情報量が非常に多かったです。自分の臨床に役立ちそうなところを害なく少しでも役立つよう使っていきたい。組織としてPFA,SPRあたりを取り入れていけばいいな、などと夢も膨らみました。神戸の先生のお話は本当に重厚でありがたいです。やはり経験値は宝だなと思いました。
- 色々な立場で支援に携わられてきた方のお話を聞くことができて非常に有意義でした。これからPTSDを発症したりする方もいるという話を聞き、継続的な支援や震災と限定しなくても支援につながる体制づくりを整えていくことが大切だと感じました。
- SPRを含む、人材育成について考えさせられました。「何を困っているのか」を本人が自覚し、教える側もそれを知ることにより、より良いスキルの付与ができるのかなと思いました。
- 大変中身の濃い、1日で行うのはもったいないような内容のシンポジウムでした。最後に加藤先生が投げかけられた問いも、まさに考えている最中のテーマ