

特別講義「災害後の支援について学ぶ」講演録

福島での支援からみえてきたこと ～臨床心理士の立場から～

日時：2020年2月10日（月）3限目

講師：山下 和彦先生（ふくしま心のケアセンター 方部課長，臨床心理士，公認心理師）

場所：帝塚山大学 学園前キャンパス10号館 グループワーク演習室

福島震災の実際

災害から約9年間に活動してきたことについて、臨床心理士の立場からお話しします。私が失敗した経験についてもお伝えしますので、皆さんにはどんな支援がいいのかについて考えて頂ければと思います。

今日は、災害から1年目2年目の緊急支援と、3年目から現在の中長期支援に分けてお話しします。



今の福島県は避難指示が解除されてきています。避難指示の解除が進む中で、故郷に戻った方や戻りたいけど戻れないという方、戻りたいけど戻らないと決めた方もいます。福島県で特徴的なのは避難という喪失の体験です。故郷から避難をしても、故郷は元の場所にある。しかし、故郷はかつてあった場所と同じではない。田んぼには除染土が入った大量のフレコンバックがあり、空家もたくさんある。バリケードが張ってあって、そのすぐ先に自分の自宅がある、という状況が多く見られます。家族は存在していても、子育て世代の場合は放射線の不安もあり都市部に避難するなど、多くの家族が避難によってバラバラになっています。子育て世代の場合は放射線の不安もあり都市部に避難しておられます。今もあるけれども前とは違うという「あいまいな喪失」といわれる状況は、非常に不確実で対処が一番難しいストレスの一つだと言われています。その土地の人や風景と共に生きてきた人は、それを全部失ってしまうので、避難先の新しい場所でどう生きていけばいいかわからないということが起きます。避難先で自宅を再建した人もいますが、実はそれも新たな喪失の体験になります。それは、今までは「避難指示がでており、避難をせざるを得ないから故郷には戻れない」という状況ではなく、「避難指示は解除されたけど、戻らない」と自分から諦める決断をするという非常にづらい決断をしないといけないからです。震災前とは同じような安心感や安全感がない。こういう状況の中では抑うつ的になったり、不眠だったり高血圧、ストレスに関係する身体の病気などが増えがちになります。

震災関連死と震災関連自殺について

非適応的なストレスの対処として薬物やアルコールに頼ったり、自分や他者を傷つける危険性、特に自殺の危険性が増えると言われていています。震災関連死は、東日本大震災による負傷により亡くなった方と定義されています。原因として、被災後の疲労やストレス、運動不足などで亡くなることが多いと分析されています。三県の比較では福島県は突出しています。

震災関連自殺については、特に福島では様々な要因が重なっていると思います。まずは個人要因。次に、トラウマの暴露として福島では地震、津波、原発事故の爆発を目撃したり、誹謗中傷。コミュニティの分断。そして、心の健康の問題、特にうつ病とさらに飲酒の問題が絡んでくると自殺に関連する行動が起きやすくなります。

チェルノブイリの原発事故後のメンタルヘルスに関する文献を調べてみると、事故後の公衆衛生上の最大の問題はメンタルヘルスであった、と結論付けられています。原発事故による被災者への長期的な心理支援というのは非常に重要だということが研究の中でもわかっています。

チーム連携

心のケアセンターの多職種チームで大事なことは、心理が心理のことだけを見るのではなく、身体のことでも少しは見なければいけないし、生活の方も見なければいけないという部分が非常に重要です。つまり、スペシャリストを前提としたジェネラリストが求められます。心のケアセンターの臨床心理士は、今の時点で七名の常勤職員がいます。訪問支援が支援の中心で、相談者が面接室に来談するのを待つのではなく、相手のお宅という相手の土俵に乗らなくてはなりません。あと対象者の個を深く見る視点と同時にケース全体を俯瞰する視点を持ち、その両方を行ったり来たりしなければなりません。また、組織内外のチームワークも非常に求められます。さらに、心理学的なコンサルテーションも求められます。

一年目の活動

3.11では、私は当時勤めていたカウンセリングルームで被災をしました。カウンセリング業務がストップした状況、はじめに行ったのはクライアントの安否確認です。それ以上のことはできませんでした。

福島県臨床心理士会は、緊急支援として避難所での支援に入りました。そこでは、他の人に対して「あなた、心のケアをしてもらった方がいいんじゃないの」と言う人はいるけれども、そう言っている本人自身はケアを受けようとしない。「心のケア」を前面に出すよりも、「身体のリラックスをしましょう」と動作法などの心身の緊張を緩めるアプローチを前面に出すと、人が集まりました。

地域の小さな子どもを持つ母親を対象に公民館での講話とグループミーティングを行いました。そこでは、母親の放射線不安は強く、そもそもその土地に住んでいて良いのかも不安な状況でした。また、何が正しい情報が分からないという不信感が強くあり、グループミーティングの場で泣いたり、怒ったりという感情反応が参加者に溢れ出しました。私も生後1ヶ月の子どもを持つ同じ親として私自身が心理的に揺らいでしまい、参加者から出た感情反応を安全に収めることができず、むしろ害になったんじゃないかと非常に落ち込みました。

小学校や中学校でもグループミーティングを実施しました。児童生徒や先生方の支え合う力を促進したり、気になる児童生徒や先生方がいたら早く発見してケアにつなげるという内容です。まず児童生徒への健康アンケートを取って、その次に動作法で緊張を緩める。最後に、ピアミーティングの参加者全員で話を共有するという枠組みでした。

幼稚園での支援として、先生や保護者対象の講話を行いました。そこでは、「放射線を不安に思うのはいまの状況では当然であり、そのために眠れないなどの反応は自然な反応ですよ」というノーマライゼーションを行いました。また、放射線不安への認知的コーピングなどの話もしました。

福島県の保健所から心のケアチームが派遣されていましたが、私も仮設住宅への訪問に同行しました。保健所の看護師と同行しましたが、心理士として被災者のどの部分を見て、何をすれば良いかがつかめず、私はただついていだけになってしまいました。同じく県の保健所が行っていた仮設住宅でのサロンでリラクゼーションを行いました。「イメージの中で安心できる場所に行く」というワークを行いました。しかし、避難されている方にとって安心できる場所は故郷であり、その故郷が放射線で汚染されて避難してきているわけですから、安全で安心できる場所というイメージが汚染されてしまってより緊張感が高まったという方もおられました。カウンセリングで行っていることをそのまま被災者支援で行ったがゆえの失敗であり、苦い経験として今も残っています。

当時、カウンセリングルームで出会った子どもたちは、複数回に渡って転居と転校により別れと避難先での再適応を何度も繰り返していました。本来、子どもを支える親も避難先での適応で精一杯で、子どもたちはしんどいことを親になかなか言えず、一生懸命に避難先で適応しようとしていました。カウンセリングルームでみていた子どもたちは津波の再現を箱庭の中でやったり、学校の間関係でされているであろうコントロールを私とプレイセラピーの中で表現していました。しかし、子どもたちは自ら災害のことや避難先でのしんどさについては、ほとんど話ませんでした。その他の避難の経験がないクライアントさんは、数ヶ月で通常のカウンセリングに戻っていき、被災体験によってその後の状況が全然違うと思いました。

スクールカウンセラーとして中学校でも勤務していましたが、先生方に生徒の様子を聞くと、「遅刻や欠席がむしろ少なくなっています」との話を聴きました。私は頑張りすぎや緊張感の高さを心配し、緊張感を少しでも和らげてもらおうと学校の和室を開放してもらいました。子どもたちがゴロゴロして過ごしてリラックスしていたのがとても印象的でした。

まとめると、災害直後の緊急時には身の安全の確保が優先され、水や食糧、衣類などが求められます。そして、身の安全に必要なものが用意され、少し落ち着いてから心の問題がでてきます。そして、支援者自身の身の安全が確保されていることも大切です。

私自身の多くの失敗体験から学んだことは、心理的安全の確保が大切であるということです。苦しい気持ちを吐き出させるデブリーフィングがカタルシスになって効果があると思うかもしれませんが、気持ちの整理がついていない段階では逆効果で心理的安全を脅かすことが多々あります。集団を対象とする場合は、参加者によって被災の程度やその捉え方が全然違うため、安全の確保には特に配慮が必要です。その点、個別の対応だと安全性を確保しやすくなります。具体的な支援の内容として、災害時は心理教育とか緊張緩和、特に動作法とか身体志向の緊張緩和が非常に有効でした。

私は当時、災害後の支援のスタンダードを知らず、それまでに行っていたカウンセリングの方法をそのまま行ったことが大きな失敗の原因でした。皆さんには災害後の支援にガイドラインがあることを知って欲しいと思います。まずはサイコロジカル・ファーストエイド(PFA)。アメリカ国立PTSDセンターやWHOが出しています。次にサイコロジカル・リカバリースキルです。臨床心理士会災害支援プロジェクトチームや災害時心のケアweb講座というのがよくでき

ていますので、ぜひ検索してみてください。

PFAについて

サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）は、災害やテロ直後に子ども、思春期、大人、家族に対して広く適用できます。被災者が今必要な事や不安に思っていることを一早くアセスメントするのに有効です。目的としているのは物心両面における安心安全です。次に、ソーシャルサポート・ネットワークにつなげることです。災害後の支援というのは多くが短期間に終わる支援であり、地元の支援者や家族につなげるのが大事です。「心のケア」という形よりも「今、お困りのことはありますか？」や「必要なものはありますか？」と声を掛ける方が被災者にアプローチしやすくなります。そして、被災者とラポールを形成し安全安心感の確保と混乱を沈静化させることがこの段階で必要なことです。ある程度のラポールが形成されれば情報を集めます。被災者はいろんな話をされますが、押さえておくポイントは睡眠、食事、相談できる人がいるか、日常生活に支障があるかのところです。

被災者の体験を思い込みで決めつけてはいけない

災害にあった人みんながトラウマを受けているわけではありません。津波の被害に直接あった人、目撃した人、全くそういうことに遭遇していない人、いろいろな方がいます。次に被災者の出来てないことに焦点化するのではなく、今出来ていることや出来てきたことに焦点化します。

全ての被災者が話したがっているわけではない

全ての被災者が話したがっているわけではなく、話をする必要があるわけでもありません。そのため、支援者が被災者の話を聞こうとして避難所で声をかけたとしても断られることは多々あります。被災者のその時の状況を尊重して「必要な時にはお声がけください」と伝えておきます。私が支援に入っていた際は、特に放射線の影響について分からないものは「分からない」と答えなさいと言われていました。「～かもしれません」と曖昧に言ってしまうと、「どっちなんですか」と相手の怒りを買ったり、混乱させることにもなります。

二年目の活動

災害から翌年の2月にふくしま心のケアセンターが開設され、その4月に入職しました。心のケアセンターでは訪問支援を中心に行いました。仮設住宅に避難されている方や地元に戻った住民の生活状況や心身の状況のアセスメントのための訪問を行いました。ここでも臨床心理士としてどの視点で何を評価すれば良いか迷いましたが、まずは健康状態に関する情報を押さえていました。

被災者支援においては、支援者が疲弊しやすいため支援者への支援も非常に重要でした。心のケアセンターでは支援者向けの研修会を行い、支援者が支援する側から支援される側になる機会を設けました。支援者はセルフケアができてることが大事ですので、私たちは「常に余力を残す」ことを意識して活動しました。

心のケアセンターの一年目の活動として、はじめは深く詳細な心理アセスメントはあまり求められず、家族や生活状況についての広いアセスメントを求められました。しかし、徐々にハイリスク者への支援が必要になってきたため、医療機関や福祉事業所等へのつなぎ、トラウマの反応としてのフラッシュバックへの対処などが求められるようになりました。ここで役立つのがサイコロジカル・リカバリースキル（SPR）です。さまざまな心理的介入のスキルが整理されており、被災者のニーズに合わせた支援を中心に置いているところや心理だけではなく幅広い支援者が使えるように工夫されているところが良いところです。

三年目以降の活動

三年目以降はその地域の特徴がかなり出るため、福島の状態として理解していただければ良いと思います。その中でも、臨床心理士としての体験をお話しします。支援者への支援だと、行政職員などの支援者の休職者や離職者がたくさん出ました。そのため、メンタルヘルス・ケアを目的に職員全員にスクリーニング面接を行い、リスクの高い職員には個別面接を継続的にしました。うつ状態にあってもそのことに自覚がない方の場合は、心理教育を行ってきちんと休むことや上司と相談することを勧めました。それが難しい場合は、次の面接に来てもらう約束をなんとか取り付けて、支援を継続しました。チームでほとんど全職員の面接を行い、その結果分析を依頼元に報告し、対応の提案をすることもありました。

三年目、四年目は業務を拡大し、支援者のメンタルヘルスケアや相談支援のスキルアップなどの講師派遣や研修会開催が増えました。個別支援ではトラウマの反応が三、四年目になっても持続し生活に支障が出ているケースがでてきました。

この時期になると、アルコール依存症の方が最終的には病気で亡くなることもありました。私はカウンセリングをやる中でクライアントがそういうことで亡くなるという経験がなかったため、非常に衝撃を受けたのを覚えています。この時期に求められたのは、トラウマとかグリーフといった心理的な視点や、役場、社会福祉協議会、その他の事業所の支援者と役割分担してケース支援をすることが求められました。

五年目、六年目の時に私は基幹センターに行きました。この時点から、心のケアセンターの役割は災害後の緊急支援で被災地の人手不足を補うという色合いよりも、もともとその地域で人材不足がちだった臨床心理士や精神保健福祉士などの専門職が、地域の新しい社会資源となるという色合いが強くなってきました。少しずつ自治体の機能も回復し、地域の人材不足を補うだけでなく、心のケアセンターには困難ケースに対する専門的な支援がより求められるようになりました。

七年目、八年目は、被災自治体が帰還するに合わせて自治体保健師が避難先と帰還先地域に分散配置となったことにより、自治体保健師はより広域の支援を強いられました。避難自治体が避難先から元の地域に帰還することによる第二の危機です。ふくしま心のケアセンター内では、個別支援のマニュアルを作り、PFAやSPR、多職種チーム、ケースマネジメントについて盛り込みました。

現在の活動

現在の活動は九年目に入ります。最近目立つのは、障害などの困難を抱える親の子どもへの虐待リスクがあるケース、震災時の小学生が若者となり困難を抱えるケース、PTSDのケースが散見されます。トラウマを抱えるケースについては、すぐにトラウマ治療ができるわけではなく、経済的な問題などの生活の安定が優先されます。そのため、心のケアセンターはまずは安心、安全な環境を整えるための支援を行っていることが多くあります。生活が整えば二年後、三年後にトラウマ治療的なことが有効かもしれません。

最後に

災害後の支援は臨床心理士としての技術には頼りませんし、頼らない方がいいと思います。しかし、臨床心理士としての土台をしっかりと持っておかないとできない活動でもあります。

大学院で学ぶしっかりとした枠組みのある相談室での面接は本当に臨床心理士の土台となります。それを応用できるのが災害後の心のケアやアウトリーチです。私が前職でカウンセリングルー

ムでのカウンセリングを経験せずに心のケアセンターに入ったら、おそらく今まで続けられなかったと思います。

次に臨床心理士として大切なことは、カウンセリングを通してクライアントが自分の力で回復していくプロセスに、臨床心理士として直に生に触れた体験があるかないかというのは決定的に大事だと思います。また、臨床心理士自身が回復する体験をしていると、そのカウンセリングに深みが出ると思います。人はどんな条件で、どんなプロセスがあれば回復するのかということをも身をもって体験できますし、そこで体験したことに自信を持って提供もできると思います。

また、枠は自ら作るものであり、与えられるものではないということです。大学院の面接室でのカウンセリングはある意味では理想形であり、実際の現場でそのままの枠組みであるとは限りません。むしろ、ない方が多いかもしれません。ですので、時間枠や場所、何を扱うかというのは自分で考えて作る必要がある。そして、自分で考えたことをクライアントとも共有をして、枠組みを共同で作っていく方が面白いと思います。そうしながら仕事に慣れてきた時には注意をした方がいいのは、臨床心理士として知っていることやできることは限定的であるということです。同じケースに関わる他の職種の人が何をしているかなというのを見ていると、専門職として多様な視点や支援方法を学ぶことができると思います。

トラウマについて学ぶ中で、クライアントのアセスメントの際にはトラウマの視点を入れておいた方が良いと思います。なかなか治らないうつやひきこもりの背景には、トラウマ体験が影響していることが多くあります。「自分はうまくいかない」「悪い人間だ」などトラウマに根付いた否定的認知が影響している時があるため、そこに気づいていることは非常に大事かと思っています。

最後に、セルフケアがあってこそその支援です。相手が求めているのは癒しであり、支援者自身の心のメンテナンスができない人は、相手が求める癒しを提供することはできません。そういう意味で、臨床心理士はセルフケアが命だと私は思っています。