



こころのケアのあり方を巡って

兵庫県こころのケアセンター
センター長 加藤 寛

1. 「こころのケア」という言葉

オックスフォード英語辞典 (The Oxford English Dictionary) によれば、care という言葉は、もともとは名詞として悲しみ、悲嘆、悼み、心配などとして使われていたが、take care などのように動詞と結びつくことで、他人の世話をすること、人に関わること、配慮することなどの意味として用途が広がっていったようである。一方、日本語の「ケア」という言葉は、医療、保健、福祉などの分野で幅広く使われている。フットケア、褥瘡ケア、ストマケア、口腔ケアなどのように、身体部分の名称や病名と結びついて、取り上げられる内容が、医療とりわけ看護の分野に限定されるものもあれば、緩和ケア、プライマリケア、在宅ケアなどのように、患者ないし利用者の状態や状況から、関連する分野を包括的に取り上げるための言葉として使われることもある。また、ヘアケア、ネイルケア、スキンケアなどのように、より商業的色彩が強く付与された言葉もあれば、スピリチュアルケア、ヒューマンケアなどのように、哲学的あるいは宗教的な思索に発展させようとする試みとして使われる場合もある。いずれにしても、何らかの問題を抱えた他者あるいは身体の一部に、気を配り、サポートをするという意味で多くの場合使われている。

この「ケア」という言葉に「こころ」が結びついた「こころのケア」という言葉が、最初に使われたのは1992年で、ある精神医学関連の商業誌で特集が組まれたり。掲載された論文のタイトルを見ると、「チーム医療におけるこころのケア」「子どもの障害の診断告知と家族のこころのケア」「末期がん患者のこころのケア」「神経難病患者のこころのケア」などが並んでおり、身体疾患を持つ患者を心理学的、精神医学的

にどのように支援すればいいのかという考察が行われているものが多い。こうした内容はコンサルテーション・リエゾン精神医学やターミナルケア、緩和ケアという分野に、その後は特化していくので、「こころのケア」という言葉もしばらくの間は使われなかった。「こころのケア」が表舞台に再登場するのは、1995年の阪神・淡路大震災の時であった。

阪神・淡路大震災以前も、被災者の心理的支援をしようとした取り組みはあった。たとえば、1991年の雲仙普賢岳噴火災害では、地元の保健師と長崎大学の精神科医が長期にわたって地域保健活動の一環として、精神的問題の把握と啓発に努めた。また、1993年の北海道南西沖地震では、心理学者たちが主に子どもの支援を教育関係者たちと取り組んだ。残念なことに、これらの先駆的な活動は、心理学や精神医学の分野でも、あまり注目されることはなかった。しかし、阪神・淡路大震災では状況が一変した。

2. 「こころのケア」の再登場と意味の付与

阪神・淡路大震災後に、こころのケアが大きな注目を集めたのは、何故だろうか。ひとつの理由は、この震災では被害の状況と被災者の苦悩が、余すことなくメディアで伝えられ、強い共感を多くの人々が持ったということが上げられるだろう。PTSD (心的外傷後ストレス障害) という医学用語が作られ、広く知られるためには、ベトナム戦争の報道が欠かせなかったという指摘がある。ベトナム戦争は記者やカメラマンがあまり制限を受けずに従軍し、生々しい情報を伝えた戦争だった。ベトナムが処刑される映像が、茶の間に流されたりすることによって、如何に正当化しようとも戦争が殺戮そのものであることを、多くのアメリカ

人が知ることとなった。そのため、この戦争は *televised war* (適切な邦訳はないが、「テレビ化された戦争」とでもいえるだろうか) と呼ばれている。これに倣うなら、阪神・淡路大震災はまさに *televised disaster* であった。生々しい報道をとおして、被災者に対する支援がさまざまな分野で必要なことが認識され、新たな枠組みでの支援が試みられた。たとえば、ボランティア活動の必要性が本格的に認識されたのも、この災害後のことだった。

メディアをとおして、被災者が経験した恐怖体験、家族を喪った悲嘆と絶望、避難所で過ごすことの辛苦、などに接することによって、被災者の心理的苦悩を軽減する必要性が認識され、それに触発されて多くの精神科医や心理学の専門職が居ても立ってもいられなくなった。神戸大学医学部精神科の教授だった中井は、当時の状況を「被災地を精神科医で埋め尽くすような状況」であったと述懐している²⁾が、まったくコーディネートが行われない状況であったにもかかわらず、個人あるいはチームとして多くの専門職が被災地で活動しようとした。また、精神科医などの専門職でなくとも、多くの支援者は被災者の苦悩を受け止め、支えることができないかという思いを持っていた。そして、いつの頃からか「こころのケア」という言葉が、表舞台に再登場することとなり、精神科医が行う医療的活動から、ボランティアが心を込めて被災者に寄り添う行動までを、カバーする用語となった。

「こころのケア」が広範な領域の活動を内包することは、「ケア」という言葉を用いたことの必然であったといえるだろう。1990年代後半から、主に医療政策論、社会保障論の立場から「ケア」について論じてきた広井は、超高齢化社会における医療や介護制度を熟成するために「ケア学」という枠組みが必要だと主張している³⁾。

「かりに『ケア学』という分野が存在しうるとした場合、それは必然的に『マージナル *marginal*』な科学ないし学問にならざるをえない、と考えている。『マ

ージナル』とは『境界的』であるということであり、それはすなわち『越境的』、つまり境界を突破していくということである。ケアにあたっては、狭い分野や特定のモデルに閉じこもるのではなく、広くさまざまな領域を見わたし、それらを積極的にとり込み、また必要な調整、コーディネートを行っていくことが必要になる。それは対象とする人間自体がさまざまなニーズをもつ存在であり、ひとつの全体だからである。」(文献3)より引用)

すなわち、「ケア」とは、対象である人間の現実的なニーズを見極め、関連する領域の境界を越えながら、支援していく活動であると述べている。それは、「ケア」に「こころ」が組み合わされた場合、精神医学的あるいは心理学的な治療だけでなく、対象が必要とする支援を、時に本来の役割を踏み越えながら提供していくことが、重要であることを示している。

このように、「こころのケア」は、災害後の支援活動においては、広範な領域をカバーしているが、こころの専門領域である精神医学の立場から見ると、「こころのケア」はかなり限定的な意味しか持たないことは興味深い。なぜなら、この言葉は、災害や犯罪などで心的外傷(トラウマ)を受けた人への援助ないしは介入という意味でもっぱら使われ、それ以外の精神疾患、たとえば統合失調症や認知症の患者への「こころのケア」という用い方は、しないからである。この点に関して、中井は「震災直後で外傷に対する手当の必然性を感じた者たちが緊急に作り出したという意味で、強い存在必然性を持っている」と述べ、阪神・淡路大震災をきっかけに、被災者支援と強く結びつくことによって、限定的な意味が付与されたことを指摘している⁴⁾。

この二つの「こころのケア」に関する解釈は、矛盾するものではない。つまり、「こころのケア」が対象とするのは、多くの場合、災害や犯罪などの衝撃的な事態に遭遇し心理的危機にある人々やコミュニティであり、その支援の方法は狭い領域に限定し、自らの

役割に固執するのではなく、対象が必要としていることに即した、柔軟で現実的なものであるべきということを意味している。

3. 精神科医療活動としてのこころのケア

上述したように、災害後のこころのケアには多くの活動が含まれている。一般には、こころのケアとは、被災者の声に耳を傾け、そっと寄り添うというイメージを持たれるだろう。しかし、災害から間もない時期にまず問題になるのは、地域内での精神科医療を維持するということである。たとえば、阪神・淡路大震災では、地域内の多くの精神科診療所が被災し、通院中の患者たちへ継続的な医療を提供することが、喫緊の課題となった。なぜなら、統合失調症などの精神障害は慢性疾患であり、服薬を継続することが、症状の安定のために欠かせないからである。そこで地域内の保健所が診療機能を担い、全国から集まった精神科医療関係者が診療を行った。この活動は精神科救護所と呼ばれ、その年のゴールデンウィークまで活動を続け、約 2000 件の診療を行った。約 4 ヶ月間に全国から数多くの医療関係者が支援に訪れた。

また、東日本大震災では、沿岸部にあった精神科病院が津波で壊滅、あるいは原発事故によって使用できなくなったため、入院中の患者を被災地外の病院に転院させる必要が生まれた。情報も移送手段も限られている中での転院作業は、大きな困難を伴い、福島では高齢で身体合併症を持っていた多くの患者が、搬送中に亡くなるという悲劇も起きた。さらに、被災地のほとんどは精神科の医療資源が、もともと乏しい地域であったので、数少ない医療機関が被災し機能なくなると、投薬が受けられず医療が中断する患者が出てしまった。全国から支援に入った精神科医療関係者が、まず努力したのは、安定した医療を継続的に提供しようということだった。

4. トラウマ、悲嘆をめぐって

上述した精神科医療のニーズだけが、災害後のこ

ころのケアの対象ではない。むしろ、被災体験がもたらす特徴的な心理的影響こそが、社会が求めるこころのケアの対象であろう。

被災体験がもたらす心理的反応には、さまざまなものがある。もっともよく知られているのは、直接的な恐怖体験によるトラウマ反応である。トラウマという言葉の本来の意味は「生命の危険を伴い絶望的で悲惨な状況を経験したことによる心の傷」ということである。恐怖体験の記憶が脳に刻み込まれた結果、その記憶が何らかのきっかけで思い出されたときに、記憶の内容だけでなく強い恐怖感や無力感までも蘇るというのが、トラウマ反応の本質である。恐怖記憶が蘇るのが辛いので、きっかけ（リマインダー）になる状況を避けてしまい、社会生活や人間関係に大きな影響を出してしまうと PTSD（心的外傷後ストレス障害）と呼ばれる精神障害と診断される。ただし、被災体験から PTSD にまで発展する人の割合は 1 割程度であることが、多くの研究から示されている。換言すれば、ほとんどの被災者は一時的にはトラウマ反応を呈したとしても、時間の経過とともに自然に回復することである。自然回復を促進するためには、安全と安心が確保され、必要十分な支援が受けられることが重要であり、この点を、認識しておく必要がある。

大規模災害では、多くの人々が死別を経験することがあり、死別のもたらす心理的影響についても注目される。親しい人の死を経験すると、当然の反応として悲嘆（grief）の感情が生じる。激しい悲嘆を表出することが許される社会もあれば、じっと耐えることが美德とされる文化もあるだろう。直後に経験する悲嘆は、多くの場合、時間の経過や喪の儀式を行うことをとおして次第に背景に退いていき、故人を思い出せば悲しいけれど、常時悲しいわけではないという状況になっていく。これが、正常な悲嘆のプロセスと考えられる。しかし、死別直後の激しい悲しさ、怒り、あるいは死に関する自責の念などが、いつまで経っても減弱せず、持続してしまう場合がある。このような反応は、単純な悲嘆反応ではないという意味で、複雑性悲嘆と呼ば

れている。特に、災害や事故、あるいは犯罪などで突然に、それも悲惨な状況での喪失は、こうした影響が残ることがまれではなく、日常生活に大きな影響をもたらし、治療が必要になることがある。

トラウマ反応も悲嘆反応も、当然、「こころのケア」の対象とすべき状態である。多くの援助者たちは、被災者のこれらの苦悩を和らげるための活動をしたいという熱意を持って、被災地に入る。しかし、被災者の多くは、「こころのケア」を受けることを躊躇する。その理由のひとつは、被災者が求めているのは安全と救済であり、自らの苦悩を言葉にすることで得られるものが、被災者にとって曖昧であるという点が挙げられるだろう。また、被災体験を話すことは、恐怖の記憶を蘇らせることであり、それを回避したいという心理も働く。被災によってたとえ多くの物を失っていたとしても、「こころのケアは必要だろうが、私ではない。私は大丈夫」という自尊心も大きな抵抗となるだろう。

5. サイコロジカル・ファーストエイド

さらに、ケアを提供する側の思い込みや態度も、被災者の抵抗感を煽る可能性がある。中国四川大地震の後、次のような話しが広まったという。「被災者が気をつけなければいけないことが三つある。一つは余震、二つ目が泥棒、そして三つ目はこころのケアだ。」この震災では、中国全土から精神科医や心理士が大挙して被災地を訪れた。しかし、中には研究業績にするためや、自分が開発した介入法を試すために来る人もいて、被災者側の都合などお構いなしに、カウンセリングの押し売りをしていったというのである。また、東日本大震災後の避難所のいくつかで「こころのケアお断り」という張り紙があったという話も伝わっている。毎日のように精神科医や臨床心理士が立ち替わりやってくるのは、「何かお困りのことはないですか。眠れていますか」などと言葉をかけるが、今の自分たちは困ったことばかりの状況で安心して眠れる訳がない、というのが被災者の本音だったのだろう。自分の思い

込みだけで専門家が支援を押しつけようとするのは、迷惑以外の何物でもないことを、認識しておかなければならない。

災害後のこころのケアという、特別な技法を用いたカウンセリングをするものと思われているかも知れないが、基本となることは実にシンプルである。最も重要なのは、被災者に害を与えないということである。これはヒポクラテスの誓いに含まれている言葉であり、医療倫理の基本である。しかし、災害時の支援では、何か自分にできることをしたい、貢献したいという高揚感から押しつけがましい態度になってしまう。これは、どんな領域の活動でも起こりがちであろう。大原則は、現実的な支援をするということである。言い換えれば、被災者が必要としている支援、望んでいる援助をするということである。被災直後なら、暖を取るために1枚の毛布を渡したり、安全な場所に連れて行くことの方が、どんなに心を込めた言葉をかけるより感謝されるだろう。被災後の暮らしは、どの時期においてもストレスに満ちている。その苦境の中で生きていくための現実的な支援をし、そこにきめ細かな配慮をするということこそ、真の「こころのケア」と言えるだろう。

東日本大震災の際、心理的支援のマニュアルとして最も参照されたものに、「サイコロジカル・ファーストエイド」がある⁵⁾。アメリカで作られたものを筆者らが訳し、ネット上に震災前から公開していたのだが、大きな反響があり、急いで書籍体として出版することになった。制作の中心となったのは、アメリカの中では自然災害が多発する西海岸に位置する、カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）のチームである。このマニュアルの存在を知ったときは、災害時の心理的介入に関するものなので、さぞかし専門的な技法が書いてあるのではないかと思い、読み始めた。しかし実際には、被災者に接する際の基本的な態度について、平易な言葉で書いてあり、われわれが阪神・淡路大震災後の活動をとおして辿り着いた理念と共通するものであった。

具体的には、災害後の早い時点で提供する心理的ケアの基本目的は次のような点であると述べている。まず被災者と接する際には、「被災者の求めに応じる。あるいは、被災者に負担をかけないように共感的な態度でこちらから手をさしのべる」ことが肝要であるとする。その上で自己紹介をし、ニーズを確認しながら穏やかな落ち着いた態度で接する。そして、まず安全と安心感を確認してもらえるように、現実的で必要な支援が得られるような配慮をし、情報を与える。これらを優先しながら、被災者自身が、困難な状況に対処できるように促すことが必要であると強調されている。また、不必要なトラウマ的出来事や、トラウマを思い出す刺激から保護することも重要であると述べられている。

こうした基本的態度は、当たり前のことのように思えるが、災害後の実際の支援活動では抜け落ちることが多い。ずかずかと被災者に近づき、被災体験を語らせ、共感をしたつもりになっている外部からの支援者が少なくないのは、残念ながら事実であり、こころのケアが忌避される理由になっているのかも知れない。

6. 復興期のこころのケア

被災によって生活が激変してしまった結果、毎日の生活はストレスに満ちたものになる。不慣れで不便な環境での暮らし、経済的な苦境、生活再建の見通しのなさといった状況は、心身の健康に大きな影響を出してしまう。ありとあらゆる疾病はストレスの影響を受けるといわれるが、被災後の不安定な生活の中で、高血圧や糖尿病などの慢性疾患を悪化させてしまう被災者は多い。また、ストレスに対処するために飲酒量が増え、肝臓疾患を抱えてしまうこともあり、阪神・淡路大震災の仮設住宅で問題になった「孤独死」の約4割は、アルコール乱用が背景にあったことが知られている。この問題は法医学者や内科医によって報告され、亡くなった人たちの特徴として、一人暮らしの無職の男性で、慢性の身体疾患とアルコール依存の問題を抱え、経済的には年収100万円以下の低所得者が

多いことなどが指摘されている⁶⁾。

東日本大震災では、生活再建の遅れが目立っており、中でも高齢者や経済的基盤の弱い被災者は、取り残されたという思いを強めていくだろう。また、福島第一原発の事故は放射能汚染という見えない恐怖を与え、健康不安を長期に、世代を超えてもたらすだろう。震災関連死が福島県では被災による直接死を上回っていることは、避難生活の不安定さがもたらす健康への影響を明示している。

毎日の生活で、さまざまなストレスに晒されている被災者を支援する方法は、ストレスの要因となっている状況を改善することに尽きる。すなわち、個人の生活再建、地域コミュニティの再生、就労などの役割の回復などが、心身の健康を維持する基盤になるのである。大災害ほど、これらの要素が整わず、心理的回復も遅れることが懸念される。復興に向けたさまざまな施策が進展していくことこそが、被災者の心の回復に最も寄与することを認識しなければならない。

大災害後には、復興期の「こころのケア」の担い手として、専従組織が置かれるようになった。阪神・淡路大震災後に5年間の期間限定で「こころのケアセンター」が設置されたのを嚆矢として、新潟県中越・中越沖地震、そして東日本大震災でも同様の機関が活動してきた。これらの組織の活動を充実させるには、県保健所や市町の保健センター、包括支援センター、あるいはボランティア組織と連携することが欠かせなかった。というのも、何の準備もない新参組織が象徴的に「こころのケア」を標榜したとしても、被災者が自発的にこぞって利用するわけではなく、地域ネットワークに参加し認知されていく中で、役割を見いだしていくことが欠かせないからである。被災者の生活復興を後押しし、健康を維持するさまざまな活動と連携しながら、必要な場合には心理的支援の専門的知識を提供する、あるいは支援者を支えるなどの地道な活動が重要なのである。

7. 役割の回復

被災者が自立し役割を回復することは、心理的回復のためにも重要である。筆者は、中国四川大地震後に、被災地の仮設住宅を訪問したことがある。7万戸もあるという、広大な住宅群の一角に集会所があり、そこで若い女性達が刺繍をしていた。彼女らはもともと農民で、被災によって農地を失ったため、伝統工芸品である四川刺繍の技術を身につけ現金収入の得るための職業訓練をしているとのことだった。それだけでも、自立を促す活動として重要であるが、よく聞いてみると、彼女らの多くは子どもを失っているというのである。同じ死別体験をした被災者が接し、自然発生的に支え合う場が作られていると聞き、感心したことがある。

自立を進める試みは、東日本大震災でも行われている。たとえば、福島県浪江町で活動しているNPOは、町外の仮設住宅に住む高齢者たちが農作業に参加する試みを続けている。農家では高齢者は重要な働き手である。農作業をすることによって健康を維持し、自分のアイデンティティを確認できるという面があるだろう。放射能汚染の影響を調査するという名目で、計画的避難区域内の畑で耕作しており、敷地内の放射能濃度は、風向きや原発内の作業状況によって上がることがあるため、自分たちが食べることも、ましてや出荷もできない。しかし、ふるさとの土を耕し手慣れた仕事をすることによって、多くの高齢者が生き甲斐を感じているという。

東日本大震災の被災地では、もともと医療や福祉のマンパワーが不足していた。都市部であれば近郊から通うことが可能かも知れないが、多くの被災地は遠隔地で、かつ住居確保も難しいため、外部から入るマンパワーは限定的であった。そこで、被災地内の住民の中から、新たに支援者を養成するという試みがなされている。これは職場が被災し失業した住民の雇用を確保するという観点から、国の緊急雇用対策の一つとして行われた。震災前は漁業関連産業などに従事していた人をトレーニングし、仮設住宅に住む高齢者などの

生活支援にあたらせているのである。この試みが優れているのは、地域を熟知し言葉や習慣も同じ住民が支援するという点だけでなく、役割を持つことによって支援者自身の回復が促進されるという側面にあるだろう。

8. おわりに

こころのケアの目的は、被災者が持っている回復力（レジリエンス）を發揮しやすくすることである。回復力を強化するのは、災害直後の状況なら安全と安心の確保であり、復興期には生活再建が進むこと、役割を回復することなどであろう。そのために、さまざまな領域の支援を組み合わせながら、時にそれぞれの垣根を踏み越えながら、長期に支援を提供することが重要となる。

参考文献

- 1) 特別企画—こころのケア。こころの科学 45号, 1992
- 2) 中井久夫 (1995 および 2011). 災害がほんとうに襲った時—阪神淡路大震災 50 日間の記録. みすず書房
- 3) 広井良典 (2000), ケア学—越境するケアへ. 医学書院
- 4) 中井久夫 (2001). 「こころのケア」とは何か 兵庫県ヒューマンケア研究年報 7号
- 5) アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立 PTSD センター、兵庫県こころのケアセンター訳 (2011). 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施の手引き. 医学書院 <http://www.j-hits.org/psychological/> からダウンロード可能 (2014-5-6)
- 6) 額田勲 (2013). 孤独死—被災地で考える人間の復興. 岩波現代文庫