

報告

熊本地震への対応・課題 ——精神看護CNSの立場から——

宇佐美 しおり*

Key words

Kumamoto Earthquake, Certified Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, Prevention of PTSD

熊本地震、精神看護CNS、PTSD予防

要約

熊本地震発生後、震災後働き続けた看護職のPTSD・うつ病予防を目的として、筆者は精神看護CNSとして小谷英文PAS心理教育研究所理事長を中心に、救急対応集団精神療法を行い、また個別に看護管理者・スタッフに対し危機介入を通しての精神的支援を行った。ここでは震災後急性期に必要とされる被災者であり支援者である看護職に対する精神的支援の現状と課題について述べる。

平成28年4月14日にM6.5、4月16日にM7.3の前震と本震が益城町宮園、西原村を震源地として起こった。その後、8月1日では1,943回、11月では4,081回以上におよび余震が続いた。建物被害状況では全壊が8,543件、半壊から一部損壊は153,015件、死者は49名、震災関連死は33名、重症から軽症までは1,987名だった。避難所は4月17日は855か所、避難者は183,882名、6月16日は避難所は62か所、避難者は2,951名だった（熊本県看護協会看護管理者災害支援検討会議事メモ 2016）。熊本県看護協会は日本看護協会と連携し、災害支援ナースを被害の大きかった益城町、西原村、南阿蘇の避難所へ派遣し、避難所で生活をする慢性疾患患者（糖尿病、高血圧、心疾患など）や一時的に危機的状態にある住民に対し震災支援を行った。

今回、筆者は、県内の総合病院および精神科病

院で非常勤の精神看護専門看護師（Certified Nurse Specialist, CNS）*としての活動ならびに大学教員としての支援を通して、震災支援の課題について述べる。筆者は、①被災者である患者への精神的支援、②災害支援ナースへの精神的支援、③益城町の仮設住宅住民への健康調査・ハイリスク慢性疾患・うつ状態のスクリーニング（日本災害看護学会の活動の一環）、④離職予防・PTSD/うつ状態予防を目的とした看護スタッフへの精神的支援（個人面接と集団精神療法）を行っている。

I. 被災者である患者への精神的支援

筆者は、CNS活動を通じて、自宅が全壊、半壊、一部損壊となり、精神疾患の有無にかかわらず、パニックとなり特に、けがや身体疾患の悪化を通

The reality and issues of Kumamoto Earthquake: From the perspective of Certified Nurse Specialist in psychiatric nursing

* 熊本大学大学院生命科学研究部（〒862-0976 熊本県熊本市中央区九品寺4-24-1）

Shiori Usami, RN, CNS, Ph.D: Department of Nursing, Graduate School of Life Science, Kumamoto University, 4-24-1, Kuhonji, Chuo-ku, Kumamoto, Kumamoto, 862-0976 Japan

じて危機状態、不安が強くなっている患者に対し、患者の不安やパニック、外傷後ストレス反応を減らし、今後の生活の場の調整、病院内での治療チームの構築、地域におけるケースマネジメントを行った。また避難所に移ったがために精神状態が悪化した精神疾患患者、特に認知症の悪化、高齢者のうつ状態の患者が増え、精神状態の程度に応じた関わり、周囲への理解の促進と対応方法の助言、また精神状態の程度に応じた精神科医療のトリアージを行った。しかし、震災直後は、多くの住民が過覚醒で興奮していたため、住民の精神的支援より、まずは看看連携、多職種と連携しながら精神疾患の患者を中心とし、精神疾患をもって治療に通っていた患者たちへの治療の再開、治療体制の再構築が中心的な役割だった。そして次に精神科診断がついていない身体疾患を有する患者の適応障害やうつ状態に陥っている患者の早期発見と介入を行い、うつ状態やPTSDの予防を試みた。この時期、各県からD-PATも熊本県避難所、医療施設への支援を行い、特に一部損壊した精神科病院の患者の搬送や避難所での見回り、スクリーニングを行っていたが、保健師が避難所を統括しているため、保健師との信頼関係の構築、保健師への支援も重要な課題となっていた。保健師は避難所の住民たちの健康状態を把握することができずまた避難所避難者の生活の実態や避難者数がわからず（避難所を移ったり、日中は避難民が仕事をしていたり自宅の整備にいつしてしまうため、顔を見ることができない）、また多くの各学会からの支援とボランティア活動の調整に難航し、他団体との間に葛藤を持ちながら日々の業務を行っていた。各団体・学会・ボランティアの支援が多数被災地に提供されていたが、どの団体が何をやっているのか、朝の避難所での申し送りをきいてはじめて実態を把握する、という実態把握の困難な状況が続いていた。

II. 災害支援ナースへの精神的支援

災害支援ナースは日本看護協会と熊本県看護協会の連携で、被害の大きかった益城町、西原村、南阿蘇の避難所へ、避難民の身体状況、精神状況の支援のために送られていた。避難住民の健康状態の把握、トイレなど衛生状態が悪くノロウイルスや感染症の発症を防ぐために環境調整を行っていた。また災害支援ナースは夜間に従事するため、避難所住民たちの不安を支え不満を聞くこととなり、特に発達障害や人格障害患者の避難所でのトラブルへの介入を行い、訓練を受けて避難所に入ったものの、混沌とした避難所の生活や衛生状態の悪い状態の中で、また他団体が多数入っている中で、自律的に自分たちにやれることを探しながら支援を提供していた。筆者は特に県内の災害支援ナースが、被災者であり支援者でもあるため、避難所支援の後に面接を行い、支援中のストレス、支援者の外傷後ストレス反応への対応を行った。熊本県看護協会の井手災害担当理事（現在熊本県看護協会副会長）とともに、災害支援ナースの精神的ストレスの軽減に努めた。

III. 震源地益城町の仮設住宅住民への健康調査・ハイリスク慢性疾患・うつ状態のスクリーニング（日本災害看護学会の活動の一環）

震源地であった益城町と日本災害看護学会が契約を結び、健康状態への支援を9月から日本災害看護学会が行うこととなり、仮設住宅住民の健康調査を筆者が委員として中心となり、熊本大学生命科学研究部のボランティア看護教員とともに実施した。しかし仮設住宅を訪問するも仮設住宅に日中生活していたのは高齢者と不登校の子供たちで、また高齢者たちはこれまでの慣れ親しんでいたCOMMUNITYを喪失したため、どこで何をやっていいのかわからない、糖尿病や高血圧の慢

性疾患が悪化するとともに、夜間不眠、身体的訴え、落ち込みなどうつ状態が続き引きこもりとなり、家族自体も震災後のストレスを抱えていたため、誰にも語れず抑うつが強くなっていた。健康調査に入った教員たちは、うつ状態にある住民たちの災害に伴うストレス、恐怖、無力感を傾聴し、表出を促し、今後の見通しや不安定な日々への対処をともに検討し、患者自身のセルフケア、患者自身の自己の再構築を支援した。これらの患者の実態を保健師に伝えてはいたが、保健師も通常業務がやっと再開されたばかりで、高齢者や発達障害、人格障害患者への対応は物理的にも困難であり、経過観察の患者も見受けられ、仮設住宅住民のレジリエンスの強化にはいたらなかった。

IV. 離職予防・PTSD/うつ状態予防を目的とした看護職への精神的支援

① 震災後1週間を経た際の2日間にわたる小集団精神療法（サポート・グループ）

地震直後、被災者はまだ過覚醒の時期であり、起こった出来事を受け入れられない状況で恐怖感を共有していた。不眠、過覚醒が起り、過活動となっていた。特に看護師は、一部損壊の病院の患者を受け入れ、医療のトリアージ、物資の搬送、また病院に到着できない看護師にかわり自主参集し、病院で仕事を続けた。看護師たちは被災者であり支援者であり、過酷な環境での仕事をつづけた。そこで、恐怖や不安が強い時に働いている自我機能を支えることができるようサポートグループを小谷英文博士（PAS心理教育研究所理事長、国際基督教大学名誉教授）とともに実施した。これにより参加者たちは安心していられる自己の安全空間および落ち着きを取り戻し、過覚醒から回復し、自分の位置に戻ることが可能となった。この時期、自分と外の環境との相互作用で脅威が起こっていたため、皆といる感覚を通して、絆を意識し、落ち着いていった。

② 震災1か月後

その後、自我が震災などの脅威の環境でも、自分でこの恐怖や不安を取り扱うことができるよう自我の能力を自分で最大限発揮できるよう小谷英文博士を中心とし、CNSとしての宇佐美も共に、支持的集団精神療法を実施した。これにより看護師たちの間では恐怖感、不安感が共有され、起こった出来事、自分自身の対処の検討、安全感の共有が行えた。そして特に体験したこと（DESCRIBE）、感情（EXPRESSION）に焦点をあて、看護師が自分の体験と感情を切り離さないで済むよう（切り離してしまうと今後PTSDへ移行してしまう）自我機能が作業できるよう介入を行った。

③ 震災2か月後

物理的復興が徐々に進み、震災後に仕事をし続けた看護師の意欲の低下、やり場のない怒りが見え始め、看護師の個人面接と震災後2か月後の救急対応集団精神療法を行った。A病院ではIES-Rを看護師の自由意思で記載し、IES-R高値の看護師に宇佐美が精神看護CNSとして個人面接を行い、希望者に対し救急対応集団精神療法を実施した。救急対応集団精神療法は小谷英文博士を中心とし、1回6-7名で3時間、職位に分け、2016年4月24日から8月まで64名に対し実施した（9月以降も実施している）。

個人面接では、仕事において出てくる怒りや悲しみの表出を促し、どのようにこれらとつきあえるのか、被災に関する自分自身の反応の理解と仕事の量の調整、仕事と家庭に費やす時間とのバランスの検討を行った。ここでは、看護師だから仕事をしないといけないが、看護師も被災者であるのに、看護師は支援されない、と怒りや悲しみを感じながらも仕方がないと抑圧していた。また身体状態、精神状態は震災後、不安定であるにも関わらず、通常業務が再度開始されたため、震災処理に加え、仕事の量が増え、自分自身の体とこちらのコントロールが困難となっていた。そこで、面接を通して、日々の優先順位、自分の震災後の

反応の理解と反応に応じた自分自身の対応、セルフケアを促した。

さらに、被災と仕事を通じ、怒りや悲しみを抑圧せずに自分の怒り、悲しみを表現して向き合い、今の状態を受け止めどう乗り越えられるのか、また乗り越えられる自分の強さを理解し、自分の状態を自我が学ぶ準備の機会とするため、小谷英文博士を中心とした救急対応集団精神療法をCNSも共に行った。参加者たちは、抑うつ、気分の波、震災前の通常の自分に戻らないいらだち、怒りを表現しながら、自分の愛情、生きること、生活すること、仕事をするこの意義について問い直し、震災後の新たな自分を作り出す新しいセルフケアの模索、すなわち自律的な自我機能を活性化し、PTSD・うつではなく精神の健康と看護師としての自分らしさを取り戻す契機となっていた。震災後危機時の自己が地震による外的脅威にさらされ、自律的な自我機能が起動しない、という特徴があったが、個人面接、集団精神療法を通じて、看護師が自己の安全空間を取り戻し、恐怖感、不安感が減少し、自我の自律的な機能を回復させ、看護師としてのidentityを取り戻すことを可能にしていた。

4) 震災3か月以降

熊本県看護協会と連携し、熊本県下で被害の大きかった施設で仕事をする看護師に対し、精神看護CNSによる個人面接と力動的集団精神療法(小谷博士を中心として実施)を毎月1回定期的に行い2017年1月現在、105名が参加し今後も継続して実施する予定である。看護師の仕事は理解されにくく、仕事と個人の感情の間で悩み、抑うつ・PTSDを発症し、離職も震災によって後押しされることがこれまでの海外での研究でもわかっている。従って、今回、トラウマ治療の一環として上記を行い、看護師として仕事をしながら自分を取り戻し、うつ状態やPTSDを予防し、自分を立て直し、震災前よりも自分のエネルギーを有効に使いパワーアップできるよう専門職としての自信回復を促進している。

V. 今後の課題

1) 物理的な復興は進みつつあるが、看護職の意欲の低下、うつ状態は継続している。看護師自身が震災前の自分と震災後の自分の変化を受け入れることが困難で、患者の喪失、患者の死、患者家族の反応に敏感になっていた。従って精神看護CNSとして、ケア困難な患者への直接ケアやコンサルテーションを通じ、i) 看護師自身の恐怖感・不安感の表出を促進し、ii) 看護師自身の安全空間を作り、iii) 患者との安全空間の作り方、iv) 患者への対応方法、v) 喪失や死に関する体験の共有を行ってその場に共に存在し、vi) 支援者・被災者としての看護師のレジリエンスの強化を行った。これらは継続して今後も必要であると考えられる。

2) また、震災後は看護職の離職・PTSDが発症しやすいが、病院の損壊の程度、看護師個人の生活の被害の程度に応じた精神的支援を早期に始めることで、看護師の離職予防、PTSD・うつ状態予防が可能であると考えられた。しかしながらPTSDやうつ状態については否認もあり、看護師に対するCNSとの個人面接や集団精神療法への導入は、看護管理者の理解が重要であると考えられた。

3) さらに震災により個人のトラウマが強化され、抑うつ状態・PTSDが発症していくが、トラウマ治療、ケアが実施できる治療者の存在が必要である。さらに個人と集団を組み合わせた支援により、患者の精神状態の早期回復、自我機能の回復、自己の再構築、仕事を促進できるため、これらの治療・ケアを展開できる人材育成が必要であると考えられた(小谷2016)。

4) さらに震災後は病棟や病院自体が混とんとした状況になるため、このような状況をアセスメントして組織と個人が機能できるよう危機介入できる通常からのトレーニングが必要であると考えられた。

小谷(2014)は、東日本大震災の震災後の被災

者の支援において、東北モデルの中で、サポートグループ、救急対応集団精神療法の必要性を述べており、被災者の時期に応じた適切なPTSRへの対応がその後の回復を促すことを述べている。

今回も、被災者であり支援者である看護職の離職、PTSDうつ状態予防の課題に対応できるCNSの育成、看護管理者の震災後の看護師の反応に対する理解と早期介入の必要性の理解、スタッフに対しCNSとの個人面接の促し、力動的集団精神療法参加の促し、看護師自身が震災後の過酷な状況において、自分の専門家としての能力を取り戻す機会を提供する必要があると考えられた。

* 精神看護CNS (Certified Nurse Specialist, CNS) とは、Advanced Practice of Registered Nurse (APRN、高度実践看護師) で、看護系大学院を修了して所定の単位をおさめ、最低5年間の臨床経験を経て、日本看護協会の認定を受けた専門看

護師をさす。現在11看護分野の専門領域があり、全国で1,862名、精神看護CNSは265名である。高度実践看護師は、海外では助産師、麻酔看護師、Nurse Practitioner (NP)、CNS (専門看護師) をさすが、日本では看護系大学院を修了した助産師、CNSが存在している。CNSは、ケア困難な患者への直接ケア、看護スタッフへのコンサルテーション、ケアの質を向上、改善するための教育、ケアを改善するための研究、退院調整や倫理的問題に対する調整機能を有する。

《文献》

- 小谷英文 (2014) : 大災害トラウマ/PTSD対応集団精神療法. 集団精神療法の進歩, 東京: 金剛出版, 283-310.
- 小谷英文 (2016) : 危機介入の実践力動. 第22回国際力動的心理療学会抄録集, 東京: PAS心理教育研究所, 4-6.
- 熊本県看護協会看護管理者災害支援検討会議事メモ, 2016年8月4日.