こころのレジリエンス社会の構築へ
―災害こころのケア活動から学んだこと

笠井清登・門脇裕美子・桑原 斉・安藤俊太郎・
金原明子・熊倉陽介・近藤伸介・荒木 剛

1．はじめに

著者らは、東日本大震災発災直後の2011年3月から現在に至るまで災害こころのケア活動を継続してきた[1-4]。被災地で自ら被災しながら必死に地域住民のこころの健康を守ろうとする地元支援者のニーズに寄り添い活動することの重要性を学ぶことができた。本稿ではまず、被災地の視点から、ニーズにもとづく支援とは何か、外部支援者に求められる態度とは何か、あるべき平時の地域精神保健体制とは何か、についてまとめた。続いて、外部支援者が学んだ災害こころのケアについてのエッセンス、すなわち、時間軸に沿って変化するニーズへの対応（急性期の医療を中心とした支援と中長期の精神保健活動）、児童の支援のあり方、被災地での支援活動や外部からの支援者派遣におけるマネジメントの重要性についてまとめた。また、こころのケア活動には地域ごとに特性があるため、福島県や岩手県の活動についても簡単に触れた。最後に、これらを総括し、日本学術会議「災害に対するレジリエンスの構築分科会」における議論を踏まえて、災害が起こっても大丈夫なこころのレジリエンス社会の構築に向けて提言を行った。

2．被災地のニーズにもとづく支援：被災地側の視点

2-1．被災地側のニーズ

被災地の支援者は被災者でもある。自分の生まれ育った地域、愛着を持って働いていた地域の崩壊を目の当たりにし、無力感に圧倒されながらも支援者としての使命を全うするべく、時には個人的な感情を抑圧しながら活動している。こうした混乱や弱さと、市民や地域を守りたいという使命感の双方を併せ持つことを理解し、その両面をサポートする姿勢で関わることが外部支援者には求められる。

2-2．外部支援者に望まれること

外部支援者に望まれるのは、とことん相手の気持ちに寄り添い話を聴くという共感的な態度と、その人の中にある生命力・回復力を信じるという姿勢に尽きる。

既存の体制が機能しない、これまでの手法が通用しないという大混乱の中から、被災地の支援者自身が心の安定を取り戻し、市民の心の回復や地域の復興に取り組めるようになるためには、被災地外の安定した第三者の存在が必要となる。分析や助言・批判ではなく、主観的体験やありのままの感情をただひたすら受け止めてくれる存在である。

人はあるがままの感情を受け止めてもらえた時に、自分が尊重されていると感じ安心してニーズや希望を表現できる。そして、抱えている現実に折り合いをつけて前へ進むことができる。絶望、無力感に打ちひしがれている被災者にとって、信頼できる第三者との出会いは、その後の人生観を変えるほどの影響力がある。従って、心のケア活動は単に応急処置的な活動ではなく、長期的な視点で個人や地域の変化に寄り添い続けながら影響を与えるというものであり、個人の価値観の変容や人生の変化、ひいては地域全体に革新をもたらす可能性のある重要な活動である。だからこそ外部支援者には相手の気持ちに真摯に向き合いながら支援していくことが求められるのである。そして、その前提となるのが支援者自身の心の安定、精神面のセルフモニタリングができているという要素である[5]。

2-3. 平時から大切にすべきこと

2-3-1. 個人のケースワークにおける資質向上

災害時の支援に望まれるのは相手の感情とニーズに合わせた支援であり、これは平時の精神保健や医療においても重要な要素である。日頃の診療や家庭訪問等において当事者の感情とニーズを理解しながら共感的に関わるのは勿論、生活という視点やその人の人生という軸でクライエントと共に歩む姿勢を学んでおくことが大切である。また、自死のリスクが高い事例や虐待・DVが絡む事例等、ハイリスクな事例においては多職種によるチームアプローチが必須となる。保健・医療・福祉と様々な分野における活動経験を積むと共に、多職種でのチームアプローチを経験しておくことが望ましい。

2-3-2. 日頃からの予防教育

ストレスケアやうつ病予防といったテーマでの健康教育により住民のストレス対処能力を高めておくことの他に、災害時特有の心理的な変化や対処に関しても、他分野の防災教育と同様に、事前に実施しておくことはある種の免疫づくりになる可能性がある。地域の自主防災組織や学校教育との連携等において、災害時のメンタルヘルスについての予防教育の実施や相談窓

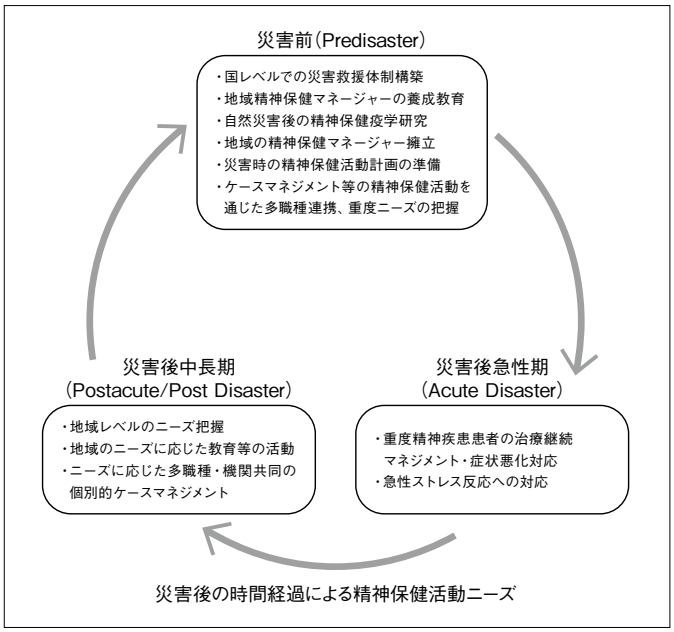

図１　災害後の時間経過による精神保健ニーズの変化

口を事前に周知しておくといった関わりも、災害時の心の回復を早める上で有効であると考える。

2-3-3. ネットワークの構築

災害時には住居や雇用等の経済面の問題など、あらゆることが心の回復と複雑に絡み合っていることが多く、支援においては経済部門や司法など様々な分野との連携した活動が必要となる。日頃から医療や保健に留まらない包括的なネットワークを構築しておくことや、多職種での包括的なサービスを提供できる体制が整備されていることが望ましい。

3. 災害こころのケア活動からの学び

3-1. 時間軸に沿って変化するニーズへの対応（図1）

3-1-1. 急性期活動

急性期活動（震災発災直後からの1カ月）においては、あらゆる支援活動は自己完結型（薬剤、食材、移動手段、宿泊）が前提となる。地元と外部の双方に簡潔明瞭に連絡を取り合うマネジメントを担うキーパーソンが必要であり、その指示のもとで外部支援者は地元支援者の指揮下に入り活動を行う。地元支援者は被災者であるにも関わらず必死に支援を行っており、外部からの軽率な提案・批判は禁忌である。与えられたニーズに基づく真摯な活動が求められる。特にこころのケア活動では、外部支援者自身に精神面での自己モニタリングが必須であり、かつ、柔軟な対応ができるように精神医学の基本的な素養を身につけ、安定した存在として地元支援者に安心を与えることが肝要である。最低限必要とされる技量にサイコロジカル・ファーストエイドがあり、事前に参照しておくとよい[6]。

PROFILE
笠井清登
（かさい　きよと）
日本学術会議連携会員、東京大学大学院医学系研究科精神医学教授
専門：精神医学

PROFILE
門脇裕美子
（かどわき　ゆみこ）
前・東松島市保健福祉部子育て支援課技術主任兼保健師

PROFILE
桑原 斉
（くわばら　ひとし）
東京大学バリアフリー支援室准教授

PROFILE
安藤俊太郎
（あんどう　しゅんたろう）
公益財団法人東京都医学総合研究所研究員

PROFILE
金原明子
（かねはら　あきこ）
東京大学大学院医学系研究科ユースメンタルヘルス講座特任助教

PROFILE
熊倉陽介
（くまくら　ようすけ）
東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻助教

PROFILE
近藤伸介
（こんどう　しんすけ）
東京大学大学院医学系研究科精神医学特任講師

PROFILE
荒木 剛
（あらき　つよし）
東京大学大学院医学系研究科ユースメンタルヘルス講座特任准教授

3-1-2. 中期的活動について（震災発災後1カ月から半年）

震災の規模や地域によって、支援活動は大きく異なる。そのため外部支援者には、地元支援者が把握している週単位で変化するニーズに柔軟に対応する姿勢が求められる。次第に病院や保健センターから活動の場が地域に移行していくため、訪問してから始まる支援（アウトリーチ）という感覚が大切となる。また、直後には見られなかった地元支援者の疲弊がこの時期からみられることが多く、軽視すべきでない。

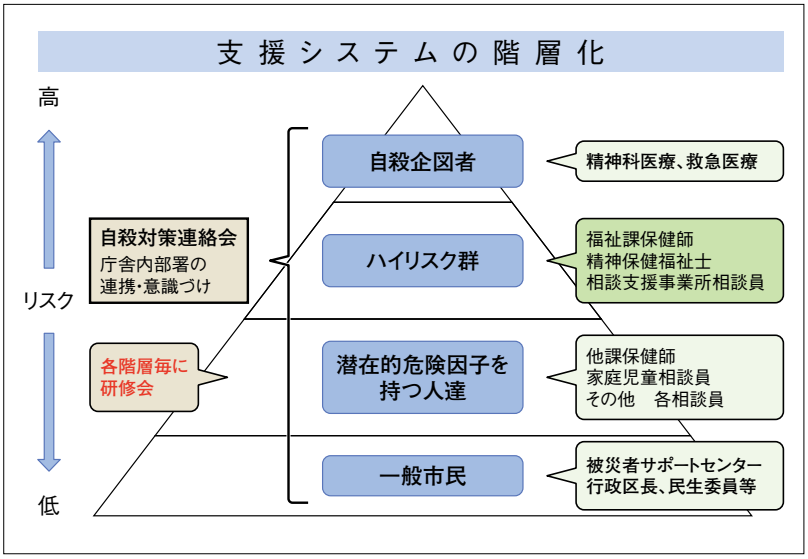

図２　階層化された支援

3-1-3. 長期的活動について（震災発災後半年以降）

災害後の保健活動において、急性期の危機対応が求められるのは精神保健に限ったことではない。一方で、こと精神保健に関しては、災害後数年間にわたって高まるニーズに対応する中長期的な視座に基づく活動が求められる。それは、家屋やインフラなどの物理的復興、復職、被災体験や喪失体験からの心的回復、コミュニティの再構築などにしばしば一定の時間を要することと一致する。実際、大規模自然災害後に心的外傷後ストレス障害をはじめ様々な精神疾患が増えることが報告されており[7]、特に災害規模が大きいと長期経過後の自殺率が上昇するなど、自然災害は時に中長期的に精神的健康に深刻な影響をもたらしうる[8]。つまり中長期には、強力な医療が必要な少数の人への対応から、一般市民集団における予防・啓発活動までの支援システムの階層化（図2）を意識した活動が必要となる。東松島市の支援においても、震災発災後半年以降は、医療から市民全体への精神保健・予防活動へシフトしていき、広報での啓発活動、健康教育・健康相談会等の地区での活動、支援者のための研修・サポート体制の整備、自殺対策のための体制作りなどが活動の中心となった。

3-1-4. 定点継続活動による被災地と外部支援者の長期的な信頼関係

震災発災後2年近くが経過したときに著者の

一人荒木が、地元支援者にこれからどのような支援がほしいか聞いてみたところ、「安定感」との答えが返ってきた。「被災地の外に頼れる存在があって、震災発災直後から一緒に状況を見続けて、定期的に顔を合わせることができ、余計な口出しをせずに見守ってくれて、自分たちが揺れても、揺れない存在でいてくれる」ことが何よりも安心とのことであった。おそらくこれが「共鳴できるヒトによる息の長い支援」のポイントなのであろう。ただこれは特別なことではなく、通常の精神科の臨床にそのままあてはまる。支援者の平時の積み重ねが災害時でも最も役に立つということを頭の片隅において、日々の臨床を続けていくことが大事なのだろう。

3-2. 児童の支援

3-2-1. はじめに

大規模な震災が小児の精神状態に影響を及ぼすことは自明である。しかし、誰に、何故、どのように、どの程度影響を及ぼすかは、不明確である。さらに、精神的不調のために困難が生じている小児に専門家がどのようなルートでアプローチすればよいか、平時でも簡単ではないが、震災後の混乱の中では、さらに困難が増幅する。ここでは東松島市において、市と共同で東京大学医学部附属病院こころの発達診療部が行った児童精神科領域の支援活動について報告する。(図3)

3-2-2. 急性期

2011年3月、震災発災直後1～2週間の混乱期に我々が実施できたことは、市保健師と避難所を巡回し、直接アプローチすることと、市保健センターに臨時外来を兼ねた相談窓口を設置することであったが、十分に利用を喚起できていたかどうかは不明確である。その後、4月下旬の学校再開の準備のために市教育委員会の要請で教員対象の講義を行った。この時点では我々に震災後の対応経験が乏しく、内容は心的外傷後ストレス症状に関する一般知識に留まった。

3-2-3. 支援すべき対象の選別（スクリーニング）体制

教員対象の講義を行ったことをきっかけに、市教育委員会・市保健師と児童・生徒への対

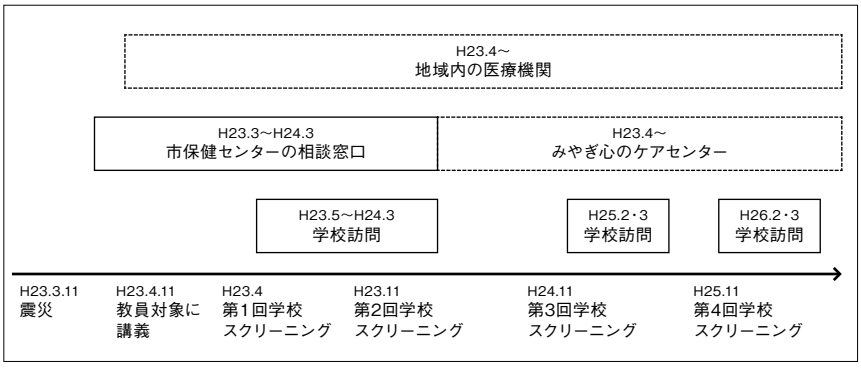

図3　子どものこころのケアの流れ

応について検討し、4月下旬に簡便な精神症状評価尺度を用いて、支援すべき対象を選び出すための調査（スクリーニング調査）を行った。スクリーニング調査の実施に関して我々が留意していたのは、回答することが症状増悪の原因となることである。十分に症状・行動を管理できる状況であればスクリーニング調査のメリットが、症状増悪のリスクを上回るかもしれない。しかし実際には、市内の小児に何が起きているか十分に把握できていない状況であった。そのため、比較的質問内容が間接的な精神症状評価尺度としてPTSSC-15（post traumatic symptom scale for children）を採用した。また、質問内容が間接的である分、感度・特異度は低いことが想定され、PTSSC-15の結果のみで十分なスクリーニングは困難であろうと考え、教員からの聴き取りを組み合わせることとした。

市内14校の小中学校を回り、評価尺度による精神症状の重症度得点が基準値（カットオフ値）を超えて要支援と同定された児童・生徒の現況を教員から聴き取り、カットオフを超えていない児童・生徒に関しても行動面の変化が顕著な児童・生徒の現況を教員から聴き取った。この時点では精神科的対応の需給バランスが不明確であったためスクリーニングに順位をつけ、行動面の変化が顕著な児童・生徒でPTSSC-15のカットオフを超えている児童・生徒を1番目に、PTSSC-15でカットオフを超えていないが行動面の変化が顕著な児童・生徒を2番目に、市保健センターの相談窓口に来所するよう家族に促すように教員に依頼した。PTSSC-15でカットオフを超えているが、行動面の変化が顕著ではない児童・生徒に関しても注意深い経過観察を依頼した。

支援の流れの中で結果として構築されたものであるが、学校をハブにしたスクリーニング体制となり、11月にも同様のPTSSC-15を用いたスクリーニング調査を行い、市内14の小中学校には翌年3月までにのべ40回訪問し、支援が必要な児童・生徒をスクリーニングした。保健師による個別訪問など他のスクリーニングとも組み合わせ、2011年度中に市保健センターの相談窓口には約40名の小児が来所した。

学校の負担、教員と家族の情報伝達の難しさなど、問題も存していると思われ、今回の学校をハブとしたスクリーニング体制が最善だったかどうかは検証が必要である。しかしながら、誰に、何が起きているかわからない状況で児童精神科領域の支援が必要な小児に専門家がアプローチするための一つのあり得る手法ではあったと考えている。

3-2-4. 医療的な対応

医療的な対応に関しては、被災直後から1～2か月の間は地域内の医療機関が十分稼働しておらず、市保健センターの相談窓口で診断から精神療法、薬物療法まで実施していたが、地域外からの派遣という性質上、担当者が頻繁に交代することとなり、最低限の診断・治療を提供することに留まった。この状況を踏まえ、より

継続的で質の高い治療に誘導するため、地域内の医療機関の活動状況を把握し、次第に地域内の医療機関への紹介を増やした。2011年度の後半は主として相談窓口では診断まで実施し、継続的な治療が必要と判断したケースを地域内の医療機関に紹介する活動を原則とした。さらに、2012年度からは相談窓口をみやぎ心のケアセンターに引継ぎ、この時点で我々は直接的な医療活動からは撤退した。

実際に治療に携わった期間は短く、治療内容に関しては十分に経験できなかったのでコメントできることは少ないが、児童精神科領域の災害後のストレス症状の治療については科学的知見が十分ではないことを実感した。科学的知見を蓄積することが極めて困難な領域なので、さらなる経験の蓄積が必要である。

3-2-5. 2012年度以降

PTSSC-15と学校訪問を組み合わせたスクリーニングは2013年度末まで年1回継続した。震災後のストレス症状の評価については経験を積み、発達障害など本人の性質、家庭環境の困難、被災体験の程度、近親者との死別がリスクになることが感覚的にわかってきた（科学的な検証はしていないが）。蓄積された経験を踏まえることにより、教員との議論は徐々に円滑になっていったように感じている。

2012年度以降のスクリーニングにどの程度効果があったかは正直なところ不明であり、検証も難しいであろう。しかし、教員の観点からのみという限界はあるが、精神症状に起因する困難が膨大で需要が供給を上回り地域外の医療機関の助けを必要としているという状況ではないということを、2012～2013年度の2年間に渡る調査で確認できたと考えている。この結果を踏まえて、我々は2013年度を最後にスクリーニングからも撤退した。阪神大震災後の調査結果から、「3年後に子どもの精神症状は悪化する（科学的な知見とは言い難いが）」という説が教員には広く知られており不安を持つ教員も多かったが、少なくとも一部は不安を払拭できたかもしれない。

3-2-6. 疫学研究

実際に支援活動を展開する中で、同じ市内であっても死と隣り合わせだった地域（実際に津波が到達した地域）とそうではない地域で、切迫感の違いを感じていた。この実感を基に、第1回のスクリーニング調査（PTSSC-15）の結果を解析し、中学生では浸水域に学校がある生徒で有意にストレス症状の得点が高いことを見出した[9]。

3-2-7. まとめ

これらの支援活動の中で重要な位置を占めていたのは市保健師の存在であった。地域の実情に詳しい市保健師の情報がなければ、需給バランスを踏まえて支援の量・内容を調整することは不可能であったと考える[3]。児童精神科領域の支援活動には医師・心理士・看護師・教員・

児童福祉士等、多数の専門職が関わる。このような専門職を統合してマネジメントする職能は東松島市では保健師が担っていた。児童精神科領域の災害マネジメントが実学として確立するのであれば、その中心となるのは保健師であろう。

3-3. マネジメントの重要性

3-3-1. 地域精神保健マネジャーの必要性

災害発生後に各地域において必要となるのは、自治体内外のリソースを有効活用し、計画的に精神保健活動をマネジメントする「地域精神保健マネジャー」の存在である。急性期に求められる精神保健活動は、主に元来ストレス脆弱性を抱える方の危機対応や治療継続マネジメント、急性ストレス反応への対応などである。これらを効率的に行うためには、地域精神保健マネジャーが、サービス必要性が特に高い住民を平時から把握しておき、自治体外からの支援リソースをマネジメントし、自治体職員と組み合わせて有効活用することが必要である。また、災害から数か月が経過すると、求められる精神保健活動は急性期とは異なってくる。まずは、スクリーニングなどの情報収集により、地域レベルの精神保健ニーズを把握する必要がある。そして、そのニーズに基づき多職種・機関共同による包括的なケースマネジメントにより、個別的な心理的・社会的サポートを行う必要がある。この際にも、地域の精神保健マネジャーが自治体内外のリソースを有効活用して情報収集やケースマネジメントを実際に指揮することが、活動を円滑に進めるために必要である。

災害後の有効な保健活動を行うためには、平時の備えが最も重要である。たとえば米国では、災害現場・事件現場などにおける標準化された現場指揮システム（インシデント・コマンド・システム）による災害救援体制が整備され、20万人超の医療保健従事者が災害支援活動に参加するために登録を行っている。本邦では、たとえば同様の登録システムを機関ごとに行い、災害発生後すぐに被災地に外的リソースを振り分けるような国レベルの体制整備が求められるのではないだろうか。また、地域精神保健マネジャー育成のために、保健師養成課程で災害精神保健を必修化することを検討すべきである。地域レベルでは、災害発生時の地域精神保健マネジャーを定めておき、災害発生時の中長期的な保健活動計画を準備しておく必要がある。そして、既に起きた自然災害から学び、今後の効果的な災害精神保健活動に生かすためにも、災害後の精神保健疫学研究が奨励される。

3-3-2. 外部支援者の派遣元のマネジメント

ここでは、派遣元のマネジメント、特にその必要性が高い急性期の派遣元のマネジメントについて述べる。派遣元のマネジメントで大切なことは、被災地のニーズを把握し、ミッションをある程度明確にしたうえでスタッフを現地に派遣することである。

東京大学医学部附属病院精神神経科では、院

内マネジメント担当スタッフが、被災地の刻一刻と変わる状況とニーズを、派遣中あるいは派遣後のスタッフや現地保健師との密な連絡により把握した。加えて、現地に派遣するスタッフが短期間で入れ替わる状況に、保健師やスタッフが余分な労力を割かれないために、情報を可能な限り院内マネジメントスタッフの下に一元化し、効率を最適化した派遣計画を立案した。そのためには精神神経科だけではなく、救急部・薬剤部・総務課・医事課など院内関連部署との情報共有・役割分担が必須だった。例えば、震災直後は継続的な薬物療法が必要な精神科通院患者の処方薬が入手できない状況が問題の一つであったが、薬剤の円滑な調達のために、薬剤部に特例で必要な薬剤の準備を要請し、現地でスタッフが処方することにより問題の解決を図った。また、現地に派遣するスタッフの不安や労力を軽減するために、派遣後のスタッフから得た情報を整理して伝達することに加えて、派遣するスタッフの通常の院内業務の交代人員の確保も実施した。

このような派遣元のマネジメントが円滑にできたのは、平時より「ニーズの把握→解決策の提案＝意思決定への関与」という、概ね権限移譲された信頼関係に基づく問題解決型のマネジメントを行っていたことや、他部署との顔の見える連携をしていたことが活かされたと考えている。以上のように、被災地でニーズに基づく支援をサポートするための派遣元のマネジメントでは、平時から関係者・他部署・多職種で、信頼関係に基づく仕事をしていることが重要であるように思われる。

地域精神保健マネジャーや、派遣元でのマネジメントを担える人材の育成を目指して、東京大学医学部附属病院では2012年より災害医療マネジメント部を設立した。

4. 福島・岩手の支援

4-1. 福島県

福島県、なかでも浜通りの相双地域では、福島第一原子力発電所事故によって、精神医療保健福祉システムが一時的にほぼ壊滅状態となった。相双地域にある精神科医療機関（5病院3診療所）がすべて休止したためである。

震災直後の支援は福島県立医科大学こころのケアチームが中心となって展開された[10]。2011年3月中は全国から集まった支援者を統括して県内の避難所巡回が行われたが、4月以降は浜通りの継続支援が主となった。もともと精神科医療機関がなかった相馬市では、公立相馬病院に精神科外来が臨時開設され、当教室同窓から複数名がお手伝いする機会を得た。受診者の約半数は、過去に精神科受診歴がなく、震災関連のみならず未受療者が多く受診した[11]。

2011年11月、関係各方面の総意のもとNPO法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」が発足した。こころのケアチームの精神保健活動や訪問活動を引き継ぐ形で「こころのケアセンターなごみ」、公立相馬病院

臨時外来を引き継ぐ形で「メンタルクリニックなごみ」が開設され、訪問、仮設住宅でのサロン活動（いつもここで一休みの会）、健康相談、発達支援など、孤立化を防ぐ多面的な支援が展開された[12]。

震災から4年、原発問題はいまだ収束せず、外で遊べない子どもの健康問題や育児不安、食品や外出など被曝をめぐる考え方の相違からくる家族内不和、補償をめぐる思惑による社会分断など、事態は複雑化・長期化している。支援の財源確保も課題となっている[13]。

4-2. 岩手支援

当教室では、精神医学講座担当者会議を通じて、岩手医科大学内に設置された『岩手県こころのケアセンター』の取り組みにも、定期的に精神科医を派遣する機会をいただいている。岩手県の災害こころのケアの状況について簡単に触れておく。

岩手県では被災以前から自殺対策などの領域で、精神科医療等の少ない社会資源を有効活用し、マンパワーの不足を機関相互の連携により補う精神保健体制構築が推進されてきた。震災後のこころのケア活動においても、こころのケアセンターが地域の支援体制に加わり、市町村や関係機関と密接に連携することで、重層的な支援構造を構築している。メンタルヘルス不調者への個別介入のみでなく、被災地住民へのメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、保健医療従事者へのメンタルヘルス対策など、包括的な取り組みが行われている[14-15]。

外部からの支援者として関わらせていただく中で、中長期的な視点で地域の人材を育成していく人づくりの視点が重要視されていることに気づかされる。ボランティアレベルから医療従事者レベルまで、共に関わりながら被災者の支援方法を教育・支援するこころのケアセンターの役割に触れることは、我々のような被災地外から出向く者の『支援者の支援者』としての役割について、強く考えさせられる体験となった。

5. おわりに：こころのレジリエンス社会の構築に向けて

東日本大震災発災直後から現在まで災害こころのケア活動に長期的に従事した経験から、被災地住民のニーズにもとづく活動の重要性を学んだ。災害時の地域精神保健・医療的対応のマネジメントを学問として確立する必要があり、各保健・医療圏毎に専門知識を持つ保健師などの人員が平時より配置されるべきである。保健所・保健センターの機能強化により、平時より住民の精神（こころ）・身体（からだ）・生活（くらし）を包括的に支援する仕組み（「地域包括的こころの健康支援システム」）を構築することが災害からのレジリエンス力を高めると考えられる。これらにより、災害があっても地域で暮らすひとりひとりが回復し成長できる、そし

て社会全体としても回復し新たな発展を遂げることのできる、こころのレジリエンス社会を実現すべきである。

文献

[1] 荒木剛、桑原斉、安藤俊太郎、笠井清登. 災害直後のこころのケアのあり方―東京大学医学部附属病院災害医療マネジメント部の取り組み―. 精神神経学雑誌 116(3): 189-195, 2014.

[2] 荒木剛, 笠井清登. 急性期の精神医療的問題（特集：震災医療―来るべき日への医療者としての対応）. 内科 110: 1080-1084, 2012.

[3] 桑原斉、荒木剛、安藤俊太郎、金原明子、笠井清登. こころのケアの中・長期的支援―精神医療から精神保健へ. 災害行動科学研究会＋島津明人（編）災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ. 誠信書房、2012、pp. 106-121.

[4] 東松島市保健福祉部. 東日本大震災をともにのりこえて 東松島市 保健師・栄養士活動報告書、2013.

[5] 門脇裕美子. 宮城県・東松島市の経験から. これからの地域精神保健. 大震災の経験から学ぶ. 精神科臨床サービス 12(2), 2012.

[6] 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「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版」兵庫県こころのケアセンター訳、2009年3月. http://www.j-hits.org/

[7] フレデリック・J・スタッダードJr.、アナンド・パーンディヤ、クレイグ・L・カッツ. 災害精神医学. 星和書店. 2015.

[8] Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M: Natural disasters and suicide: Evidence from Japan. Social Science and Medicine: 82, 126-133, 2013.

[9] Kuwabara H, Araki T, Yamasaki S, Ando S, Kano Y, Kasai K: Regional differences in post-traumatic stress symptoms among children after the 2011 tsunami in Higashi-Matsushima, Japan. Brain Dev 37: 130-136, 2015.

[10] 丹羽真一. 福島におけるこころのケアチームの取り組み. 精神障害とリハビリテーション 16(2): 129-134, 2012.

[11] 大川貴子. 東日本大震災・原発事故に対するこころのケア活動―福島県相双地域における福島県立医科大学心のケアチームからの報告, こころの科学162: 2-7, 2012.

[12] 米倉一磨ほか. 福島県相双地区の心のケアの活動報告―相馬広域こころのケアセンターなごみの9か月間の活動から―. トラウマティック・ストレス 11: 75-82, 2013.

[13] 米倉一磨ほか. 東日本大震災から3年後の精神科医療保健福祉：福島県相双地区のこれから. 日本社会精神医学会雑誌 23: 358-365, 2014.

[14] 大塚耕太郎、酒井明夫. 岩手医科大学における被災地ケア：中長期的対策に向けて. 精神神経学雑誌 114(3): 211-217, 2012.

[15] 大塚耕太郎ほか. 東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について. 精神神経学雑誌 115(5): 485-491, 2013.