

- 罪被害者のメンタルヘルスと司法関連の課題，第11回日本トラウマティック・ストレス学会，福岡，2012.6.9.
- 4) Nakajima S., Narisawa T., Asano K., Suzuki Y., Fukasawa M., Kim Y.: Development of a guideline for the early psychological care of crime victims. 14th International Symposium, World Society of Victimology, The Hague, Netherlands, 2010. 5. 20-24.
 - 5) 中島聡美，鈴木友理子，成澤知美，浅野敬子，深澤舞子，金吉晴：Delphi法を用いた犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発．第32回日本社会精神医学会，熊本，2013.3.8.
 - 6) 浅野敬子，中島聡美，小西聖子：都内大学生における痴漢被害の援助要請志向に関する研究，ポスター，第11回日本トラウマティック・ストレス学会，福岡，2012.6.9.
 - 7) 成澤知美：検視（検死）及び司法解剖時の被害者遺族に対する警察官の対応及び意識について．日本被害者学会第24回大会，東京，2013.1.1.
- Psychiatry. 2010 196(1):69-74.
- 4) Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2007 190:97-104.
 - 5) Amick-McMullan A, Kilpatrick DG, Resnick HS. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. Behavior modification. 1991;15(4):545-59.
 - 6) 中島聡美，白井明美，真木佐知子他．トラウマの心理的影響に関する実態調査から犯罪被害者遺族の精神健康とその回復に関連する因子の検討．精神神経学雑誌．2009 2009;111(4):423-9.
 - 7) Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. J Trauma Stress. 2003;16(2):119-32.
 - 8) Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. Violence and victims. 1999;14(3):261-75.
 - 9) Ito T, Nobutomo K, Fujimiya T, Yoshida K. Importance of explanation before and after forensic autopsy to the bereaved family: lessons from a questionnaire study. J Med Ethics. 2010;36(2):103-5.
 - 10) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International journal of methods in psychiatric research. 2008;17(3):152-8.
 - 11) Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

<引用文献>

- 1) National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD. Psychological First Aid: Field Operation Guide, 2nd Edition: National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD; 2006.
- 2) World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO; 2011.
- 3) Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J

- different traumatic events. J Nerv Ment Dis. 2002;190(3):175-82.
- 12) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PloS one. 2012;7(2):e31209.
- 13) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1995;52(12):1048-60.
- 14) Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. Journal of consulting and clinical psychology. 1994;62(2):333-40.
- 15) 中島聡美, 加茂登志子, 金吉晴他. 性暴力被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究. In: 主任研究者金吉晴, editor. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」分担研究報告書 2009. p. 90-105.

表1 非合意項目および否定的合意項目

項目	>7であると回答した割合(%)	M
被害者と信頼関係を築くためには、被害者と行動をともにしながら、被害者の気持ちを受け止めていくことが必要である。	53.2	6.2
支援者は、広く問題に対応しようとする姿勢で被害者に接することが重要である。	80.0	6.8
被害後急性期には、精神保健専門家が、専門性を前面に出して被害者に対応することは望ましくない	19.8	5.4
被害者にそれぞれの体験を詳細に語るように勧めることが望ましい	1.2	3.5
支援者は、質問紙を用いて、被害者の精神健康状態を把握することが望ましい	32.9	5.6
被害者の支援にあたっては、身体、心理、社会的ニーズを包括的に評価するようなアセスメントを、行うことが望ましい	81.0	6.9
被害者の希望がある場合、支援者がマスメディア対応の窓口として機能することが必要である	48.7	6.1
支援者は、被害者からメディア取材の付き添いの希望がある場合、可能であれば付き添いを行うことが望ましい	74.4	6.7
犯罪被害を経験した人が支援を担当している場合、サバイバーではない支援者がサバイバーである支援者をサポートする体制が必要である。	74.4	6.4

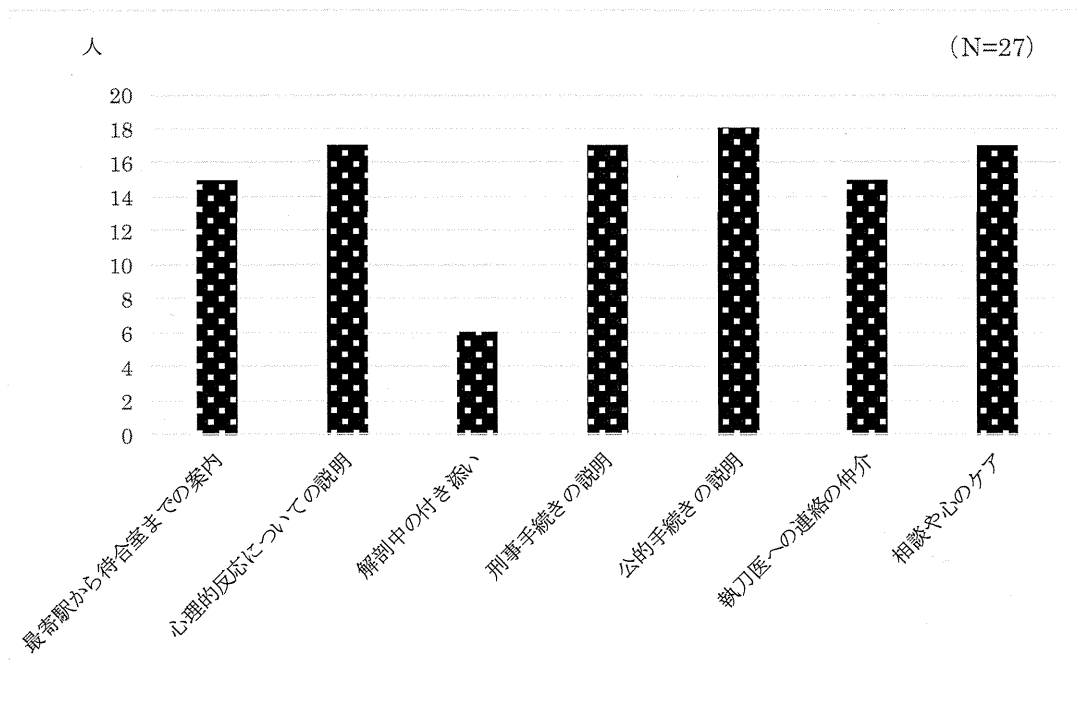


図 2 司法解剖時にあるとよいと思う支援（複数回答）

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))

大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成 23-25 年度 分担研究報告書

東日本大震災後の宮城県職員の精神健康状態と関連要因

分担研究者 鈴木友理子 独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

成人精神保健研究部 災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

金 吉晴 独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究要旨

【目的】自治体職員は災害後、自ら被災しながら膨大な業務に追われる。時間が経過すると、精神健康とともに、バーンアウトが労務管理上の課題となる。行政職員の精神健康状態およびその関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】東日本大震災の発生後に 3 回実施された宮城県職員の自記式健康調査の第 1 回調査 (2011 年 5 月)、第 2 回調査 (同 10 月)、第 3 回調査 (2012 年 7 月) のデータを解析対象とした。分析のアウトカムは精神健康状態 (K6)、職務上のバーンアウト(Maslach Burnout Inventory-General Survey MBI)とし、震災業務、過重労働、職場環境、被災状況、基本属性の領域の要因について、関連を検討した。

【結果】震災後 7 か月後の精神健康不良 (K6 \geq 10) と関連していたのは、業務ストレスとして、職場内コミュニケーション不良であること、休息がとれていないこと、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり、避難所生活を調査時点でもしていることであった。精神健康不良者の 3 回の各調査における割合はいずれも 1 割弱であったものの、調査ごとに精神健康不良に該当する者の半数は入れ替わっており、3 回の調査とも精神健康不良に該当し続けていた者は 2.7%であった。初回調査にて精神健康不良であった者のうち、続く 2 回の調査とも精神健康不良であった者はそうでなかった者と比較して、家屋被害が半壊以上、休養がとれていない、職場でのコミュニケーションがとれていない、ストレスを感じている、身体健康がよくない者の割合が大きくなっていた。震災後 16 か月後のバーンアウトが疑われたものは、481 人(15.1%)であった。バーンアウトのリスクを高めていたのは、女性、最長労働月の時間外勤務、調査時点で休息が不十分なこと、職場内コミュニケーションが不良であること (2011 年 5 月と、2012 年 7 月)、半壊以上の家屋損壊であった。

【結論】災害後の行政職員の精神健康を維持するためには、通常の産業ストレス対策の強化を中心に据え、さらに被害に配慮した支援が必要である。

A. 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災後、被災自治体の行政職員の業務は増大し、健康への悪影響が懸念されている。

そこで、本研究では、行政職員の災害時のストレス状態を把握し、業務や震災被害に関するストレス要因との関連を検討することを目的とした。

なお、初年度には、簡便な PTSD スクリーニング尺度の開発に着手したが、調査協力機関での実施が困難となり中止となった。本報告では、宮城県にて行われた東日本大震災後の健康調査の二次解析結果を中心に報告する。

B. 研究方法

1) 対象

宮城県の全職員 5,305 名が健康調査の対象とされた。

2) デザイン

上記を対象とした縦断調査を行った。第1回調査は2011年5月、第2回調査は2011年10月、第3回調査は2012年7月に実施された。本解析は、第2回調査の精神健康度や第3回調査のバーンアウト状態をアウトカムとし、第1-3回調査時の状況を説明変数として分析した、横断研究、および、精神健康不良該当者の3回の調査における推移を検討した縦断研究である。

3) 調査方法

宮城県の厚生課を通じて、宮城県の全職員に対して、職員ポータルサイトを通じて実施された。記名による自記式調査である。本研究は、匿名化したデータを二次使用の許可を得て実施した。

4) 観察項目

(1) 精神健康度の指標として、K6 (Kessler, 2003; Furukawa, 2008)

(2) 職務上のバーンアウトとして、Maslach Burnout Inventory-General Survey 日本語版を使用した(北岡, 2011)。

(3) 震災業務ストレス

震災に関連した特殊な業務によるストレスとして、沿岸部での業務、遺体関連業務、苦情対応の有無

(4) 業務ストレス

平常時の産業保健で考慮される要因として、時間外の長時間労働の程度(最長月、調査の前月)、職場内コミュニケーションの程度、休息の有無

(5) 被災者ストレス

被災した当事者としてのストレスに関して、家族等の死亡・行方不明の有無、家屋の損壊の程度(半壊以上、未済)、5月時点での避難生活経験の有無

(6) その他の基礎属性として、性別、年齢、所属部署、震災関連業務への従事程度

5) 統計解析

平成24年度の分析対象は、調査に回答した宮城県職員(1回目調査 4,334名、2回目調査 4,413名)のうち、1回目調査と2回目調査のデータを連結して、両方の調査に回答した3,743名(全職員の70.6%)であった。分析のアウトカムは、精神健康不良者として、第2回調査時点におけるK6の得点が上位10%に相当する10点以上であることとし、そのリスクファクターを検討した。分析モデルは、(1)震災業務ストレス、(2)業務ストレス、(3)被災者ストレスの各領域の要因について、性別と年齢、震災関連業務への従事程度を調整して、オッズ比

を算出した。また、コミュニケーションのレベル別に分けて分析を行った。

平成 25 年度の分析対象は、調査に回答した宮城県職員（1 回目調査 4,334 名、2 回目調査 4,413 名、3 回目調査 4,662 名）のうち、1 回目調査から 3 回目調査のデータを連結して、全ての調査に回答した 3,174 名（全職員の 60.0%）であった。

まず、精神健康不良に該当した者(K6 \geq 10)の各調査における割合を算出し、第 1 回、2 回調査で精神健康不良に該当した者のうち、後の調査においても精神健康不良に該当する者の割合、および、3 回の調査において一貫して精神健康不良に該当している者の割合を明らかにした。次に、第 1 回調査にて精神健康不良に該当した者のうち、その後の調査においても継続して精神健康不良に該当する者の特徴を探ることを目的として、第 1 回調査にて精神健康不良に該当した者のうち、第 2 回および第 3 回調査両方においても精神健康不良に該当した者と、そうでない者の 2 群に分類し、基礎属性、被災の状況、業務の状況、ストレス、健康状態を比較した。

さらに、震災 16 か月後のバーンアウト疑いを予測する変数を同定するために、多変量ロジスティック解析を行った。説明変数としては、震災業務、長時間労働、職場環境、被災状況のそれぞれの領域の変数を検討した。また、基本属性として、性、年齢（10 歳階級）の変数を一括投入して、それぞれのオッズ比および 95%信頼区間を算出した。また、MBI の 3 つの下位尺度についても、それぞれ上位 25%のものをハイリスク集団として、これらを予測する変数を同定するために、同様の分析を行った。

解析は全て Stata 12.0 for Windows (StataCorp LP, College Station, TX)を用いて行った。有意水準は 0.05 とし、両側検定を用いた。

6) 倫理的配慮

本研究計画は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会にて承認された。

C. 結果

平成 24 年度の分析では、K6 にて 10 点以上は、358 名（9.56%）であった。回答者全体を対象とした解析では、業務ストレスとして、職場内コミュニケーション不良であること（調整済み OR:1.97, 95%信頼区間: 1.43-2.71）、休息がとれていないこと（調整済み OR:3.95, 95%信頼区間: 3.08-5.07）、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり（調整済み OR:2.23, 95%信頼区間: 1.23-4.03）、避難所生活を調査時点でもしていること（調整済み OR:2.55, 95%信頼区間: 1.27-5.14）が精神健康不良のリスクを高めていた。職場内コミュニケーション良好群の解析では、休養のみがリスクファクターであった。一方で、不良群では、これに加えて、震災業務ストレスとして苦情相談対応があったこと、被災者ストレスとして家族の死、行方不明等あり、避難所生活を 5 月時点で行っていたことがリスクを高めていた。詳細は、平成 24 年度分担報告書を参照されたい。

また、3 時点の精神健康状態（K6）の推移を検討したところ、精神健康不良者の各調査における割合はいずれも 1 割弱であったものの、調査ごとに精神健康不良に該当する者の半数は入れ替わっており、3 回の調査とも精神健康不良に該当し続け

ていた者は2.7%であった。初回調査にて精神健康不良であった者のうち、続く2回の調査とも精神健康不良であった者はそうでなかった者と比較して、家屋被害が半壊以上、休養がとれていない、職場でのコミュニケーションがとれていない、ストレスを感じている、身体健康がよくない者の割合が大きくなっていった。詳細は、平成25年度分担報告書を参照されたい。

平成25年度の分析で、バーンアウトが疑われたものは、481人(15.1%)であった。バーンアウトのリスクを高めていたのは、女性、最長労働月の時間外勤務、調査時点で休息が不十分なこと、職場内コミュニケーションが不良であること(2011年5月と、2012年7月)、半壊以上の家屋損壊であった。疲弊感については、女性、保健福祉部、調査時点での震災関連業務の従事、調査前月の時間外勤務時間、自宅外生活が影響を与えていた。シニシズムについては、女性、最長労働月の時間外勤務、調査時点で休息が不十分なことと職場内コミュニケーション不良が関連していた。職務効能感の低下には、女性、50-65歳、調査時点での職場内コミュニケーション不良が関連していた(詳細は平成25年度分担報告書を参照)。

D. 考察

震災7か月後の宮城県職員における全般的な精神健康の不調には、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は行政職員では見られなかった。休養をとれるような労務環境の整備、職場内コミュニケーションが良くないと感じている職

員には、苦情相談対応、家族の喪失体験、避難所生活でのストレスなどへの一層の配慮が求められることが示唆された。詳細は、平成24年度分担報告書を参照されたい。

また、震災から2か月後に精神健康不良であった者は1割程度であり、その半数は震災7か月後の調査において精神健康不良に該当しなくなったが、家屋被害が大きかった者、休養がとれていない者、職場でのコミュニケーションがとれていない者、ストレスを感じている者、身体健康がよくない者では、精神健康不良の状態が長引く恐れがあることが、平成25年度の研究結果から明らかになった。

震災16か月後の宮城県職員におけるバーンアウトには、過重労働、職場環境といった平常時に共通するリスクファクターに加えて、災害時の要因として、家屋損壊はリスクを増していたが、震災関連業務がリスクを増すという仮説は支持されなかった。過重労働については、最長労働月の時間外勤務、調査時点の不十分な休養が、職場環境については、震災初期と調査時点のコミュニケーションの状態が影響を与えていた。

限界として、以下の点が挙げられる。本調査は回答率が高かったが、これは記名式であり、ある程度の回答への心理的プレッシャーがあったことが考えられる。業績評価には影響しない、回答結果は秘匿されるということは、あらかじめ伝えてあるが、それでも、業績評価への影響を恐れ、精神健康不良を過少評価して回答した可能性がある。そのような調査環境の中でも、職員全体の5%が回答しておらず、ここには回答できないほど多忙な職員が多く含まれていた可能性がある。

また、先行研究において惨事ストレスはトラウマ反応をアウトカムとして検討しているものがほとんどである。本研究では、全般的な精神健康をアウトカムとしたので、症状の表出の仕方、それに伴うリスク要因が異なる可能性がある。今後検討する必要がある。

そして、本研究は宮城県職員を対象としたが、業務、地域によっては必ずしも震災業務に関わっていないものもある。震災関連業務を本来業務としていたもの、災害関連業務中心に従事していたものは、全回答者の 20.6%である。一方で、被災地域の市町村の行政職員はより多くのものが震災関連業務に対応しており、本結果を行政職員の状況として一般化はできない。しかし、県職員の状況を示すことは、市町村職員のストレス対応を検討する上でも、重要な参照点となることが期待される。

E. 結論

震災後 7 か月後の宮城県職員の精神健康不良に、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は行政職員では見られなかった。休養をとれるような労務環境の整備、職場内コミュニケーションが良くないと感じている職員には、苦情相談対応、家族の喪失体験、避難所生活でのストレスなどへの一層の配慮が求められることが示唆された。

震災から 2 か月後から 16 か月後にかけて行われた 3 回の健康調査において、精神健康不良者(K6 \geq 10)の各調査における割合はいずれも 1 割弱であったものの、調査ごとに精神健康不良に該当する者の半数は入れ

替わっており、3 回の調査とも精神健康不良に該当し続けていた者は 2.7%であった。震災から 2 か月後に精神健康不良であったもののうち、家屋被害が大きかった者、休養がとれていない者、職場でのコミュニケーションがとれていない者、ストレスを感じている者、身体健康がよくない者では、精神健康不良の状態が長引く恐れがある。

バーンアウトには、過重労働、職場環境といった平常時に共通するリスクファクターに加えて、災害時の家屋損壊はリスクを増すが、震災関連業務がリスクを増すという仮説は支持されなかった。過重労働については、最長労働月の影響とともに、調査時点で休養がとれないことが影響しており、職場環境としてのコミュニケーションについても、震災初期および調査時点の状態も影響を与えていた。

【参考文献】

1. 加藤 寛, 鈴木 友里子, 金 吉晴. 自然災害後の精神保健医療の対応について. *トラウマティック・ストレス* (1348-0944)9 卷 2 号 Page152-157(2011.09).
2. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002;32:959-976.
3. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M,

- Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17:152-158.
4. Maslach C, Jackson SE: The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981, 2:99-113.
 5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397-422.
 6. 北岡和代, 増田真也, 荻野佳代子, 中川秀昭. バーンアウト測定尺度 Maslach Burnout Inventory-General Survey(MBI-GS)の概要と日本版について. *北陸公衆衛生学会誌* 37(2):34-40(2011)
 7. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach Burnout Inventory Instruments and Scoring Guides.* Mind Garden, 1986.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 深澤舞子, 鈴木友理子, 小原聡子, 金吉晴: 東日本大震災後の宮城県職員の健康調査における業務と精神健康との関連—被災状況別の検討. 第32回日本社会精神医学会, 熊本, 2013.3.7-8.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれもなし

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
平成23-25年度 分担研究報告書

総合病院のための虐待対応マニュアルと 虐待防止教育用テキストの開発に関する研究

分担研究者 石郷岡純1)
研究協力者 加茂登志子2)1) 内出容子1)2)

1) 東京女子医科大学精神医学教室
2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

研究要旨：

一般医療におけるトラウマ被害対策として、医療機関における虐待事例への対応は重要事項であり、医療安全の観点からも必須項目であると思われる。平成12年に施行された児童虐待防止法関連の事例については、すでに多くの医療機関や自治体で虐待防止マニュアルが整備されており、研修も施行されているが、DV防止法(平成13年)関連事例や高齢者虐待防止法(平成18年)、障害者虐待防止法(平成24年)関連の事例についてはまだ対応が不十分であることが予想された。そこで、本研究では東京女子医科大学病院を総合病院の1モデルとし、総合病院での運用を想定した包括的な虐待防止マニュアルと教育ツールの開発を目的とし、院内の虐待防止委員会とともに作業を行ってきた。平成23年度は各自治体や医療機関で使用されているマニュアルや資料を参考に、虐待防止マニュアルの作成に着手した。平成24年度は前年度末に正式運用された児童虐待マニュアルを用いての活動と、DV防止法、高齢者虐待防止マニュアルの整備を行い、また障害者虐待防止マニュアルの作成に着手した。平成25年度は、全てのマニュアルの正式運用を待って病院職員にアンケート調査を施行し知識と理解度を調査し、教育ツールを完成させる予定であったが、マニュアルの整備までにとどまった(一部は未だ試用の扱いである)。より効果的なマニュアルへの改訂や、教育ツール(具体的には教育用テキストと研修プログラム)についての開発は今後も継続したい。

A. 研究目的

医療機関における虐待事例への対応は、一般医療におけるトラウマ被害対策と位置付けることができる。平成12年に施行された児童虐待防止法関連の事例については、すでに多くの医療機関や自治体で虐待防止マニュアルが整備されており、研修も施行されているが、DV防止法(平成13年)関連事例や高齢者虐待防止法(平成18年)、障害者虐待防止法(平成24年)関連の事例についてはまだ対応が不十分であることが予想された。いつ事例に遭遇しても対応に困らないような病院職員向けのマニュアルを整備し、かつ教育を行うことは有用と考え

られる。

そこで、本研究では東京女子医科大学病院(施設の概況はC.結果に示す)を総合病院の1モデルとし、総合病院で運用される包括的な虐待防止マニュアルと教育用テキストの開発を行うことを目的とした。

B. 方法

東京女子医科大学病院虐待防止委員会(平成22年10月設置、平成23年4月第1回委員会開催)の活動と併せて研究を行った。

※東京女子医科大学病院虐待防止委員会は、以下に示す4つのサポート委員会で開催さ

れている。医師1名、医療ソーシャルワーカー1名がそれぞれの委員会のコアメンバーとして指名されている（平成25年度報告書に資料）。

子育てサポート委員会
→児童虐待対応
家族（DV）サポート委員会
→配偶者間暴力対応
介護（高齢者）サポート委員会
→介護（高齢者）虐待対応
介護（障害者）サポート委員会
→介護（障害者）虐待対応

子育てサポート委員会は、他施設でCAPS (Child Abuse Prevention System) と称される組織とほぼ同じ機能をもつ。当院虐待防止委員会の特徴としては、多くの診療科が参加していることが挙げられる。（平成25年9月現在：15診療科）。

平成23年度は、自治体や他施設のマニュアルを参考に、虐待防止マニュアルの整備に着手した。尚、当初は虐待に関する知識を調査する目的でアンケート調査を行った後にマニュアルを作成する予定であったが、予定を変更してマニュアル作成を先行させた。

平成24年度は、DV被害者対応マニュアルと高齢者虐待対応マニュアルを整備、さらにこの年度に施行予定となった障害者虐待マニュアルの作成準備に着手した。

平成25年度は、全ての虐待対応マニュアルの運用を待って病院職員に対してアンケート調査を行い、虐待対応についての知識や理解度を評価する予定とした。その結果に基づき、教育テキストと研修プログラムを開発する予定とした。

倫理的配慮として、研究は東京女子医科大学病院虐待防止委員会の活動にあわせて行うこととした。またアンケートの施行にあたっては、匿名調査とし、回答をもって同意とみなす旨明記した説明書を調査票とともに配布し、回答によって調査同意を得るものと予定した。

アンケートの内容：
<回答者の属性>

年齢、性別、職種、勤務状況、経験年数、所属する診療科

<虐待に関する知識>

虐待に関する4つの法律を知っているか
虐待の種類を知っているか
院内に「虐待防止委員会」があることを知っているか
院内の虐待防止マニュアルの存在を知っているか
通告義務のある虐待事例はどれか
援助者による「二次被害」を知っているか

<対処に関連して>

虐待事例に遭遇した経験の有無
通告経験の有無
通告をためらったことの有無（有の場合理由も）
院内の相談、連絡先を知っているか

C. 結果

まず東京女子医科大学病院の概況を示す。平成25年1月時点、総病床数1423床（一般1358、精神65）、一日平均外来患者数4214人、一日平均入院患者数1206人、総職員数3173人（医師905、看護師1300、その他968）である。

研究開始時点で、児童虐待防止マニュアルについてはドラフトの段階にあった。そこで、他施設の資料を参考にしながら、マニュアルの完成と運用を目指した。DV、高齢者虐待対応のマニュアルについても他施設の資料を参考に、それまでに虐待防止委員会に報告があった事例への対応をフィードバックしながら整備に着手した。

平成23年度は児童虐待が15事例、高齢者虐待が1事例、計16事例が虐待防止委員会に報告されたが、この時点ではいずれのマニュアルも正式運用されていなかった。平成24年3月（平成23年度末）に、児童虐待防止マニュアルが正式に運用された。

平成24年度は、前述の児童虐待防止マニュアル運用を受けて事例報告が増えることが予想されたが、児童虐待は13事例にとどまり前年よりも減じた。一方DV関連で2事例、高齢者虐待で1事例が報告されたこともあって、マニュアルの整備を急いだが、運用には至らなかった。また院内の「脳死判定

及び臓器提供と脳死下臓器移植に関するマニュアル」における虐待疑い事例の取り扱いとマニュアル改訂作業について、院内移植委員会に協力した。

平成25年9月によりやくDV被害者対応マニュアルの運用が許可され、高齢者虐待防止マニュアル、障害者虐待防止マニュアルについても完成をみた（運用は未）。しかし高齢者や障害者の場合は児童やDV事例と異なり、事例化しても対応先や入所可能な施設等が確立されていることが少ないことが問題となった。また、児童虐待に関連して、重篤な疾患を持つ胎児・新生児への対応において、新生児の最善の利益を検討するにつき、当院母子総合医療センターから意見を求められた（その後同センターによりマニュアルが作成された）。

マニュアル作成が遅れる中、虐待防止委員会からの提案もあり、4つの虐待に対応可能な簡易マニュアル「児童虐待・DV・高齢者虐待発生時の当院での対応について」を作成した（試用版としての運用が認められた：平成25年9月）。これは特に救命救急科からのニーズもあって必要最低限の事項と連絡先のみを簡潔に記載したものである。

現在、児童虐待防止マニュアルは当院のイントラネット上で公開、運用されているが、DV被害者対応マニュアルについてはパンフレットを作成し、そこに参考資料として前述の簡易マニュアルも掲載した（平成25年度報告書に添付）。

平成25年度は8月末の時点で児童虐待10事例、DV関連2事例、高齢者虐待4事例、障害者虐待1事例が報告され、年度途中ではあるが虐待防止委員会発足後最多の報告数を示した。

残念ながらすべてのマニュアルの正式運用に至らなかったため、予定していた職員へのアンケート調査が施行できず、教育ツールの開発は未完成のままとなった。

D. 考察

各マニュアルの整備に予想以上の時間を要し、計画した研究が完遂できなかった。これはマニュアルの正式運用が許可されるまでに、院内の複数の委員会の了承を得る必要があったことが原因のひとつであり、大規模総合病院ならではの結果であるが、

そのような施設で使用することを想定したツール開発を目指していただけに大変残念である。

マニュアルがゆっくりと整備、運用されていく中で、虐待防止委員会を構成するサポート委員会はそれぞれ有効に機能していた。その実際は、平成24年度、平成25年度の報告書に事例（個人情報保護の観点から改変）として提示した。特に児童虐待対応については、虐待防止委員会の発足以前から意識して活動していたスタッフ（小児科医師、医療ソーシャルワーカーが中心）の経験もあり、適切な対応と現場へのフィードバックが行われていた。

DV被害対応については、平成23年度は0事例であり、その後の2年も2例ずつにとどまり、事例の気づきに至っていない可能性が示唆された。聞き取りにとどまるが、DV被害者はその被害に気付かれる前に、医療者の前に「厄介な患者」として現れることがあるため、医療者も診療を穏便にすませようとする結果、事例化に至らないことがあった。また、DV被害防止マニュアルの運用開始後、これも聞き取りにとどまるが、医療者による二次被害についての理解が少ないことが問題として抽出された。

高齢者と障害者虐待事例については、特に後者は法律が施行されたことを受け事例化しやすくなったと思われる。しかしこれら2つの虐待について、現時点では児童虐待やDV被害と異なり、通報後の担当者、あるいは避難先としてふさわしい施設が確立されていないことも多いと聞く。よって事例化や通報の際は、より介護者や養護者への支援、という観点からの対応が求められると考えた。

最後に、作成したマニュアルについても法律の改正や実状を鑑みながら、適宜改訂や補完を行っていく必要があると考えた。

E. 結論

平常時の一般医療におけるトラウマ被害対策としての虐待防止を考えたとき、すべての医療関係者は虐待事例に遭遇する可能性があり、適切な対応が求められることについては論を俟たない。

予定していた教育ツールの完成には至らなかったが、当院虐待防止委員会の活動と

併せてマニュアルが整備されていく中で、事例の発見が増え、その後の対応が適切になされるようになった。

将来的にどの病院職員（医療看護職にとどまらない全ての職員）にも適切な事例対応を可能とする教育ツール（テキスト、研修プログラム）の開発を目指す所存である。具体的には、総合病院における医療安全講習会や新人教育の場で使用され、虐待防止について啓蒙が進むことを期待したい。

F. 研究発表

論文発表なし、学会発表なし

G. 知的所有権の取得状況

特許取得なし、実用新案登録なし、その他なし

参考資料

佐藤喜宣. 臨床法医学からみた子ども虐待. 日本新生児看護学会誌Vol. 14, No. 2, 2008

岩下美代子, 岩本愛子. 日本における「子ども虐待」の変遷（第1報）. 鹿児島純心女子短期大学研究紀要. 第38号, 31-55, 2008 -

東京都福祉保健局少子社会対策部. 都内病院における児童虐待対応の現状. 平成21年3月

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/katei/start_up_manual/files/tyousa-honnbunn.pdf

東京都保健福祉局. 医療機関のための子育て支援ハンドブック「気になる親子に出会ったら」. 平成18年3月.

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/koho/ko_shien_handbook/

東京都福祉保健局少子社会対策部. チームで行う児童虐待対応 ～病院のためのスタートアップマニュアル～. 平成21年3月.

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/katei/start_up_manual/files/start-up-zennbunn.pdf

栃木県保健福祉部高齢対策課. 早期発見！

早期対応！高齢者虐待 ～期待される医療機関の役割～.

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e03/documents/koureishagyakutaibousiri-furetto.pdf>

東京女子医科大学東医療センター 子ども虐待防止委員会・子どもの虐待防止チーム. 東京女子医科大学東医療センター 子どもの虐待防止ハンドブック～子どもたちを守るために～. 平成22年10月.

虐待・暴力に対する法制度／医療制度改革. 社会保障法第26号. 法律文化社. 京都. 平成23年5月.

宮地尚子. 医療現場におけるDV被害者への対応ハンドブック 医師および医療関係者のために. 明石書店. 東京. 平成20年1月.

橋本智子、谷本恵美 他. Q&Aモラル・ハラスメント. 明石書店. 東京. 平成19年12月.

奥山眞紀子、近藤太郎 他. 医療従事者のための子供虐待防止サポートブック 医療現場からの発信. クインテッセンス出版株式会社. 東京. 平成22年4月.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成23-25年度 分担研究報告書

自然災害時の精神保健医療対応と多文化対応

分担研究者 秋山 剛1)

研究協力者 阿部裕2)、飯田敏晴2)、五十嵐善雄2)、石塚昌保2)、磯野真穂2)、鶴川晃2)、桂川修一2)、倉林るみい2)、駒橋徹2)、篠原慶朗2)、鈴木満2)、高橋智美2)、田中ネリ2)、田中良幸2)、野田文隆2)、ピーター・バーニック2)、藤岡勲2)、松丸未来2)、村上尚美2)、村上裕子2)、山内浩美2)、渡辺暁里2)、荻原かおり3)、小林絵理子4)、谷口万稚5)、澤智恵6)、石井千賀子7)、大滝涼子8)、佐藤麻衣子8)、Linda Semlitz8)、Vickie Skorji8)、Jason Chare8)

- 1) NTT 東日本関東病院精神神経
- 2) 多文化間精神医学会多文化災害支援委員会
- 3) メンタルケア協議会男女共同参画推進センター
- 4) ピースマインド・イーブ
- 5) 東京都立精神保健福祉センター
- 6) 葛飾区教育員会
- 7) ルーテル学院大学
- 8) 東京英語いのちの電話

*所属は平成23年度当時

研究要旨

外国人は災害弱者であり、東北地方太平洋沖大震災において、外国人の精神保健支援について、どのような状況がみられたかについて、聞き取り調査、情報収集を行った。また、外国人支援に関わる支援者を対象に、サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid) 研修を行ない、研修の効果や参加者の評価について調査を行った。

A. 研究目的

外国人には言語の問題から情報が伝わりにくく、特に災害時には、情報が一部混乱したり、時々刻々、

情報が変化するので、特に問題が生じやすいと考えられる。

本邦は、移民によって国家が成立したという歴史

的背景がないために、従来から外国人の精神保健への支援体制が整備されていないことについて指摘されてきた。

本研究の目的は、東北地方太平洋沖大震災後の被災県および他の県における外国人の精神保健支援について、どのような状況がみられたかについて、聞き取り調査、情報収集を行うこと、および外国支援に関わる支援者を対象に、サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid、以下 PFA) 研修を行ない、PFA 研修の効果と参加者の PFA 研修に対する評価について、調査を行うことであった。

PFA 研修は、災害支援に関する基本的な研修であり、外国人への支援に特化した研修ではない。一方、PFA 研修は、日本人を対象とした支援活動を行うためにも基本となる研修であり、日本人よりも支援が難しい外国人への支援を希望している候補者には、研修を必須と考えて、参加を求めた。

B. 研究方法

多文化間精神医学会多文化災害支援委員会に依頼し、以下の 1, 2 の調査を行った。

1. 各県支援団体への聞き取り調査

各県担当を定め、メール・電話などにより聞き取りを実施した。

2. 福島県の日本語教室スタッフからの聞き取り調査

福島県国際交流協会の会議に集まった、福島県の日本語教室スタッフから、対面での聞き取り調査を行った。

これらの聞き取り調査に基づいて、以下の項目について収集情報をまとめた。

【被災 3 県】

- ① 被災前の外国人状況
- ② 震災後の状況
- ③ 支援団体の活動
- ④ 震災 6 か月後の状況
- ⑤ 今後の課題・ニーズ

【その他の県】

- ① 外国人の状況・支援団体の活動
- ② 外国人支援が可能な医療機関

3. サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid) 研修

震災に関わる支援活動をする外国籍の支援者および被災地における外国人への支援者を対象に、災害時の介入法として国際的なコンセンサスを得ている PFA の研修活動を行った。

本研修は、外国人支援の経験があり、心理的支援、精神医学的支援に関する専門的な資格を有する臨床心理士 1 名、心理学博士 1 名、欧米で認定された心理カウンセラー 4 名、米国精神科医 1 名を講師として行われた。

研修希望の募集は、NPO 法人「東京英語いのちの電話」が、支援を計画している可能性がある各団体に、希望があれば研修会を行えるという情報を提供し、各団体からの要請に基づいて研修を行った。

研修時間は 6 時間、構成は、参加者 2 名 1 組のアイスブレイク、レクチャー、個人での練習問題、ロールプレイ、グループディスカッションからなり、講師は 2 名で、研修を行った。

研修の主な内容は次の通りである。

- ① PFA とは何か
- ② 非常事態下での“正常な”ストレス反応、喪失、悲嘆
- ③ PFA の実践手順
- ④ 望ましい対処行動の促し
- ⑤ 支援者のセルフ・ケア

③の手順は、各手順を示す英単語の頭文字を取って“4つのL”と呼ばれる。

Learn (現場の状況を理解する、自分の役割とその限界を知る)

Look (誰がどのような支援を必要としているか、ケアに関して配慮が必要な人は誰かを見極める)

Listen (良いコミュニケーション・スキルを活用し相手が今何を必要としているかを聞く)

Link (家族や友人、コミュニティ、必要なサービス

や適切な専門機関とつながる手助けをする)

PFA の基本的な概念である「身体的・精神的苦痛のさなかにある個人やコミュニティに更なる害を与えない」ことを確実にするために、以下の方針が強調される。

- ① 自己回復力を有する存在として個人やコミュニティを捉え、その人が本来持つ力や地域文化に昔からある既存の相互扶助システムを活用しそれを強化する支援を目指す
- ② 災害発生直後の「何があったか」という被災者の体験に焦点を置かない
- ③ 「今、ここで何を必要としているか」という現実的・实际的なニーズに焦点づける

本研修は、被災地支援に関わる一般のスタッフ、ボランティア、自ら復興に携わるコミュニティの人々を対象とし、上記の項目について理解を深め、外国人支援者が、PFA のアプローチを実践できるようにすることを目的としていた。

研修の効果について

- ① 「支援者としての知識や能力」に対する自信が改善するかどうかを評価するための、知識や能力に関する自己評価を、5段階で求める11項目の質問
 - ② 災害支援に関する一般的な知識の正誤を判定する17項目の質問
- からなる質問紙(資料1)を用いて、評価を行った。②については、正答数の合計を求めた。

また、PFA 研修全体の有効度について、

【内容に関する項目】

- ・ 全体的な研修内容
- ・ パワーポイント資料
- ・ 講師によるプレゼンテーション内容
- ・ 個人やグループで行った課題内容
- ・ 講師による課題の指導・活用法

【指導スタイルや方法に関する項目】

- ・ 研修項目の明確性
- ・ 扱った情報の重要性
- ・ 要点の明確性

- ・ 目標の明確性
- ・ 内容のまとめ方
- ・ ボディーランゲージの使い方
- ・ 声のトーン/速度/明瞭さ
- ・ 参加者の興味の引き方
- ・ 参加者の理解力の上げ方
- ・ 参加者の発言や参加を促す仕方
- ・ 参加者からの発言や参加への評価の仕方

【効果と活用性に関する項目】

- ・ 日常の仕事の中で役立つ
- ・ 災害やストレスを経験した人達を援助する際役立つ

に関する質問紙(資料2)を用いて、5段階で主観的な評価を求めた。

上記の質問紙による評価を間隔尺度とみなし、①の各項目の評価、②の17項目の質問への正答数について、研修前後の変化に関する対応のあるt検定を行った。③については、各項目の評価の平均値と標準偏差を算定した。

解析にはSPSS for Windows ver. 17.0 J[®]を用い、有意水準を5%とした。

C. 研究結果

表1に聞き取りを行った支援団体リストを示す。8団体を対象に聞き取りが行われた。

表2に、福島県国際交流協会に集まった日本語教室スタッフリストを示す。33団体から聞き取りを行うことができた。

これらの聞き取りで収集した情報を、被災3県と他の県に分けて示す。(資料3, 4)

被災3県においては

- ① 外国人の犠牲者がある程度の人数発生した
- ② 帰国した外国人が多数いるが、帰国に関して心理的葛藤に陥った外国人もいる
- ③ 震災後、時間の経過とともに国外に去った外国人が戻ってきた
- ④ 外国人の動きに関する情報を集めるのが困難で

あった

- ⑤ 放射能汚染に関する不安がみられた
 - ⑥ 外国人への精神科医療の必要性の把握は難しい
 - ⑦ 外国人支援者への支援が必要
 - ⑧ 外国人支援に精通した精神科医が少ない
- といった状況、共通して報告されている。

他の県でも、上記の状況が見られたようであるが、震災による影響が限定的であったために、通常の状況からの大きな変動はみられなかった。

表3は、PFA研修会の開催記録である。23回の研修会が開かれ、延べ348名が研修を受講した。

表4に研修前後の変化を示す。支援に関する知識や能力に対する自己評価については、11項目すべての質問において、研修前の評価が研修後の評価より有意水準0.1%で低く、研修によって、「支援に関する知識や能力」に関する自信が改善したことが示された。

災害支援に関する一般的な知識を問う17の質問の正答数は、研修の前後で、有意水準0.1%で上昇が示された。

表5に、研修についての主観的評価を示す。評価が特に高かったのは、「日常の仕事の中で役立つ」「災害やストレスを経験した人達を援助する際役立つ」の2項目であったが、一方この2項目は、他の項目に比べて回答率が低く、回答をためらった参加者が除外されたために、平均が高く示された可能性がある。その他の項目の中で、評価が高かったのは、「プレゼンテーション内容」「講師による課題の指導・活用方法」「声のトーン/速度/明瞭さ」であり、一方相対的に評価が低かったのは、「ボディーランゲージの使い方」「パワーポイント資料」「研修項目の明確性」であった。「声のトーン/速度/明瞭さ」「ボディーランゲージの使い方」は、講師の技能に影響されていた可能性がある。「プレゼンテーション内容」「講師による課題の指導・活用方法」に対する評価が高い一方、「パワーポイント資料」「研修項目の明確性」に対する評価が低かったのは、参加者にとって、研修の内容が初めてで、内容の重

要性は高く評価する一方、若干の戸惑いを感じていた可能性もある。主観的評価は、全体として回答率が85~95%、評価平均が3.39~4.35であったことから、研修について、概ね好意的な評価を得られたと考えられる。自由記述の欄でも、「被災地で起こり得る事がわかって心の準備ができた」や「緊急事態でのストレス反応が正常である事を知って安心した」、「もっと被災者の自然回復力を信じて支援活動をしていきたい」、「今までやって来た活動の仕方が正しかったと再確認できて安心した」などの記載がみられた。

D. 考察と結論

1. 外国人支援に関する今後方針

被災3県および他の県の外国人支援団体から収集した情報に基づくと、災害時の外国人の精神保健への支援については、以下のように考えられる。

- ① 地元で活動している支援団体を通じてリクエストベースで支援活動にあたる必要がある
- ② 外国人の相談支援体制を整えるためには現地入りして、「支援者への支援」から始めて協働関係を構築することが不可欠である
- ③ 上記のプロセスなしには、支援対象者である被災した外国人への援助は行えない
- ④ 今後被災する地域においても、外国人支援のネットワークがほとんどないことがありうる
- ⑤ 災害前に、日本各地において、「外国人精神保健支援ネットワークづくり」を進める必要がある
- ⑥ 国籍別では、中国人への支援が特に必要とされている可能性がある

PFA研修については、アンケート調査の結果から、参加者が支援者としての効力感を強めたことが確かめられた。被災者に多く見られる心身の反応と、そこからくる苦痛をどのような対処法によって効果的に軽減できるかについて理解し、災害支援は必ずしも受け手にとってプラスに作用するものばかりではないことを知りえたことは、大きな意義があ

ったと考える。各項目のうち、上昇率が特に大きかったのは、災害時の介入法としてのディブリーフィングの適否についての項目で、研修前の正解率39.5%に対して研修後では87.8%にのぼった。臨床介入法としてディブリーフィングを使うべきではなく、被災者の辛い体験をやみくもに聞き出し傷つけてしまわないよう注意するという理解が得られた。

多くの研修参加者がPFAの主要な要素を理解し、PFAを災害支援に役立つものと捉え、災害支援について自信を高めたと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) Tsuyoshi Akiyama. Japan in the aftermath of the complex emergency of 2011. Symposium "Psychosocial 2nd Asia-Pacific Conference on Psychosocial Rehabilitation and the 27th Past-Graduate Course & 22nd Mid-Year Conference of the Philippine Psychiatric Association, Philippine, 7.28-30, 2011.

2) Y. Kim, T. Akiyama
The Eastern Japan Disaster: March 11, 2011, The Japanese Society of Psychiatry and Neurology Tohoku-Pacific Ocean Earthquake Disaster Response Operations Center (JSPN EDROC), 3rd World Congress of Asian Psychiatry

2011, Melbourne, 7.31-8.4, 2011.

3) Tsuyoshi Akiyama: "The east Japan disaster: 3.11.2011". World Congress of the World Federation for Mental Health. Cape Town-South Africa, 10.17-21, 2011.

参考文献

- 1) 秋山剛, 三宅由子, 五味淵隆志: 滞日外国人による援助資源の利用回避について. 日本社会精神医学会, 第17回大会. 東京. 1997.
- 2) 秋山 剛: 在日外国人の精神保健—主として欧米系. 臨床精神医学. 28:507-514, 1999.
- 3) 秋山剛, 酒井佳永, 五味淵隆志: 東京英語いのちの電話による外国人労働者と家族への援助. 産業精神保健. 8:206-211, 2000.
- 4) Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
(日本語版) 「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc.pdf
- 5) National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006) Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition.

H. 知的財産権の出願, 登録状況

該当なし

表1 聞き取りを行った支援団体

都道府県	所属団体
北海道	NPO法人エスニコ
山形県	山形県国際交流協会
岩手県	岩手県国際交流協会
宮城県	宮城県国際交流センター
福島県	福島県国際交流協会
茨城県	茨城県国際交流協会
千葉県	千葉県国際交流センター
埼玉県	埼玉県国際交流協会

表2 聞き取りを行った福島県の日本語教室

地域	教室名
会津地方:4 団体	会津美里町国際交流協会 日本語教室
	会津若松市国際交流協会 日本語教室
	会津喜多方国際交流協会 日本語教室
	会津坂下町国際交流協会 日本語教室
中通り地方:26 団体	飯野町国際交流ネットワーク「はな」
	岩代日本語教室
	外国にルーツを持つこどものための土曜広場
	川俣町国際交流協会
	こどもの日本語教室
	日本語教室ひなぎく
	二本松国際交流ボランティアセンター ざくざくネット
	福島国際交流の会
	福島日中文化交流会
	蓬莱日本語教室
	もとみや日本語教室
	Waの会
	外国人のための日本語教室
	アジアインフォメーションセンター
	小野町日本語教室
	県中国帰国者自立支援協会
	郡山市国際交流協会 日本語講座
	国際交流の会・かるみあ
	須賀川多文化共生ネット
	ふれあい日本語教室
	ボランティア日本語倶楽部
	泉崎村国際交流協会
矢吹町中央公民館	
ラポール棚倉	
猪苗代日本語会話教室	
不明	
浜通り地方:3 団体	NPO法人 外国人支援ボランティアグループ ふれんず
	(財)いわき市国際交流協会
	南相馬市国際交流協会

表3 PFAの開催記録

団体名	場所	日付	参加者数
難民を助ける会	仙台	7/12	17
Recovery for Japan	東京	7/13	27
福島いのちの電話	福島市	7/17	20
日本メンタルケア協議会	東京	7/23	22
日本メンタルケア協議会	東京	7/24	21
日本プライマリケア学会	東京	7/31	12
目白大学	東京	8/3	18
JEN	石巻	8/9	11
上智大学	東京	8/28	14
仙台いのちの電話	仙台	9/3	23
Recovery for Japan (RFJ)	東京	9/4	12
シェア	東京	10/2	15
シャンティボランティア会	一関	10/19	17
メンタルケア協議会	東京	11/3	2
Kapatiran, Sophia	東京	11/12	7
Kapatiran	東京	11/18	7
シェア	東京	11/23	20
メンタルケア協議会	東京	11/23	11
プライマリケア学会	東京	11/27	17
仙台いのちの電話	仙台	12/6	12
仙台いのちの電話	仙台	12/17	20
プライマリケア学会	東京	12/18	9
Peace Winds Japan	一関	12/26	14
参加者総数			348