

図4. 相談場所

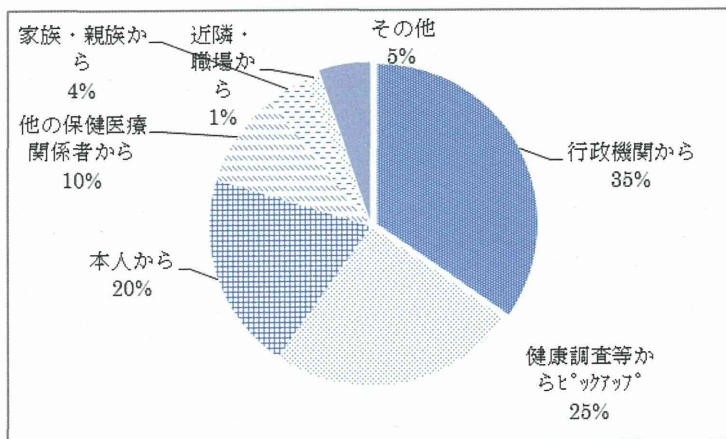


図5. 相談の契機

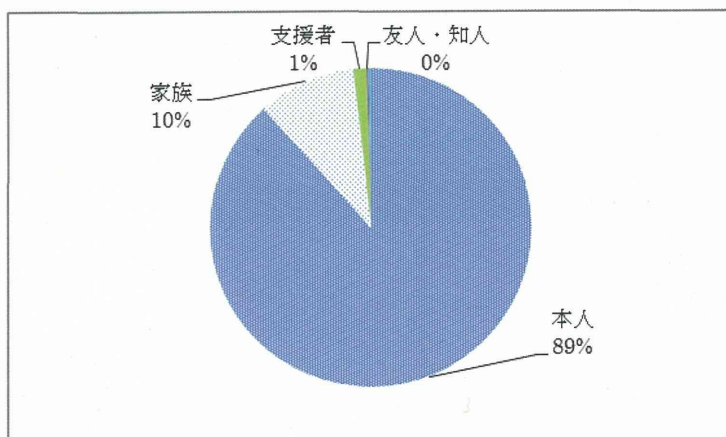


図6. 相談者

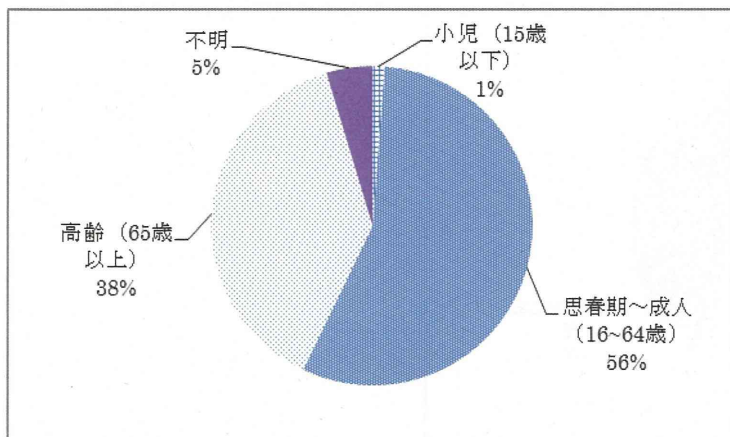


図7. 相談対象者の属性 (年齢別)

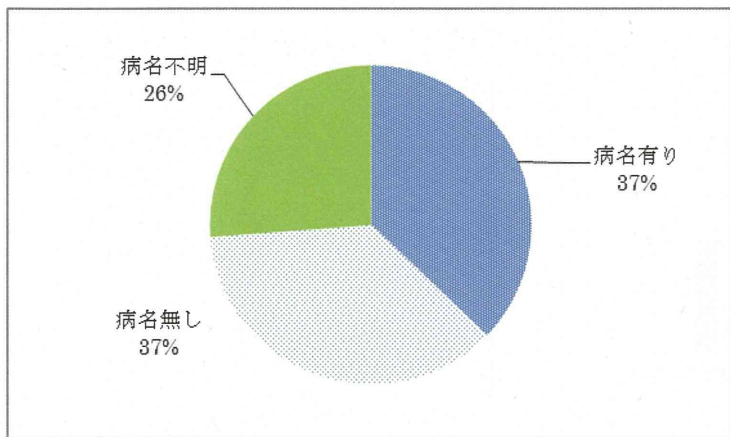


図8. 相談対象者 精神科診断の有無

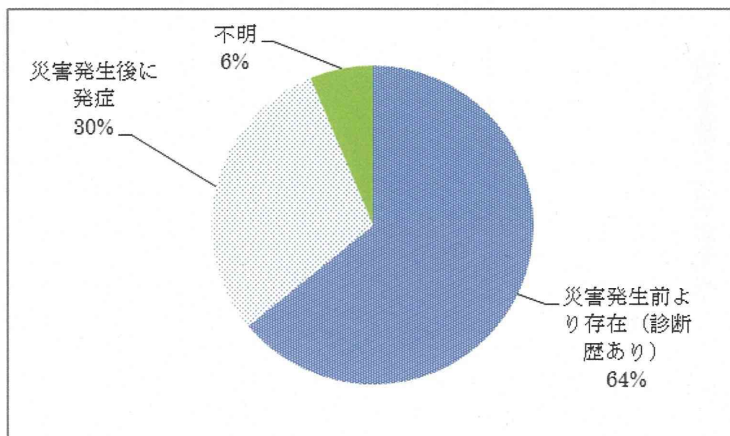


図9. 精神疾患発症の時期

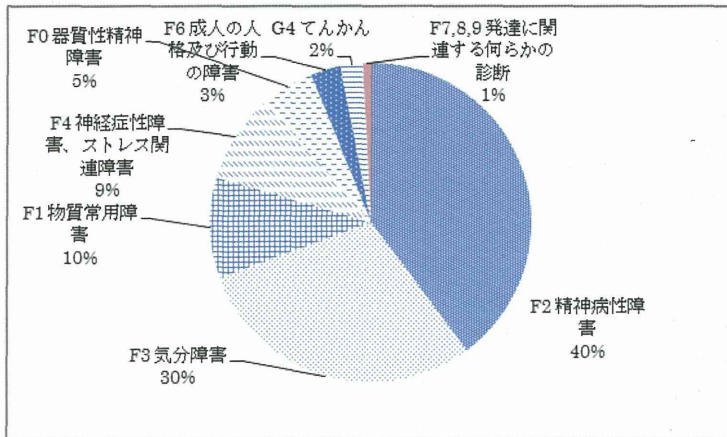


図 1 0. 精神科診断 病名別分類

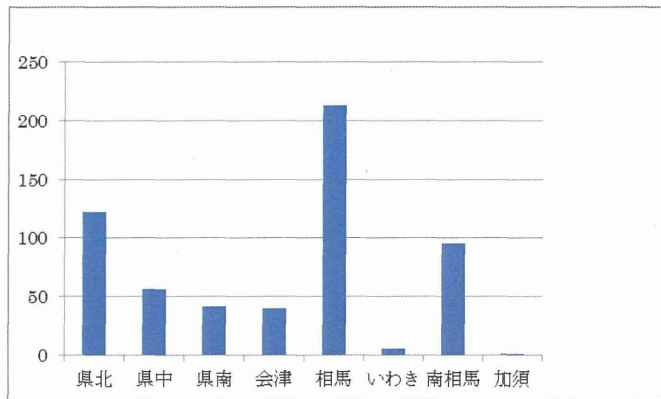


図 1 1. 活動拠点別 集団支援活動 (実施回数)

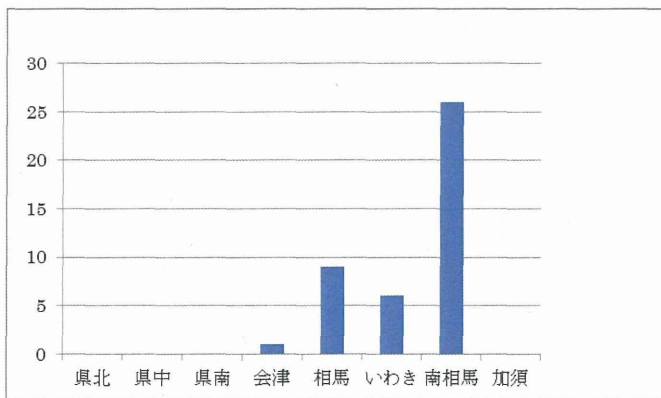


図 1 2. 活動拠点別 健診支援 (実施回数)

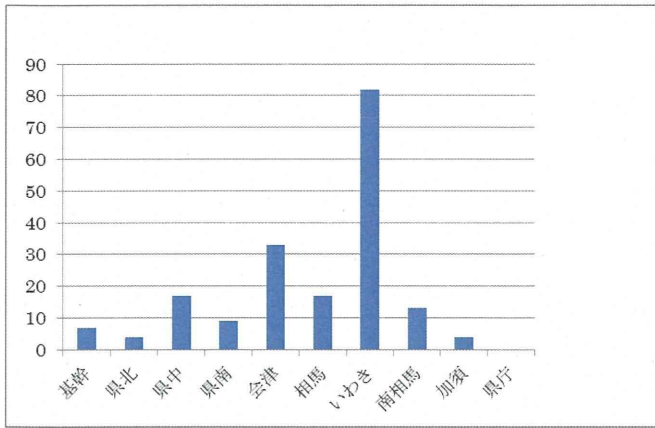


図 1 3. 活動拠点別 外部会議の出席 (実施回数)

平成 25 年度 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））

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び

介入手法の向上に資する研究

分担研究報告書

## 被災地域におけるグリーフ・ケア研究

### －岩手県における実践から－

分担研究者 山田幸恵<sup>1)</sup>

研究協力者 中島聡美<sup>2)</sup>、中谷敬明<sup>1)</sup>、中村美津子<sup>3)</sup>、藤澤美穂<sup>4)</sup>

- 1) 岩手県立大学社会福祉学部
- 2) 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
- 3) 一般財団法人岩手済世医会 三田記念病院
- 4) 岩手医科大学教養部

#### 研究要旨

東日本大震災は地震と津波体験が及ぼすトラウマ体験であったと同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々な喪失体験でもあった。岩手県では震災で亡くなった方が 4,672 名にのぼった。さらに、震災後も震災関連死が増え続け 434 名となった（平成 26 年 1 月 31 日現在）。震災による直接死と関連死を合わせると、5,106 名にのぼる。また、関連死は今後も増えることが予想される。

亡くなった方 1 人に対し 4～5 名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも 3 万人を超える遺族が存在することになる。死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながることを示されている。

また、岩手県の震災による行方不明者は 1,142 名である。行方不明者の家族にとっての喪失体験は、亡くなったのか亡くなくていないのかあいまいな喪失であり、一般的な死別に対する悲嘆反応とは異なる。そして、喪失のあいまいさゆえに悲嘆が複雑化しやすいことが示されている。

これらのことから、遺族や行方不明者の家族の周囲の理解を高めること、自然な悲嘆反応を促進すること、また悲嘆の複雑化を予防する遺族の心理的なケアが重要であると考えられる。

本研究では、死別による悲嘆反応とあいまいな喪失に関する心理教育の効果を検討することを目的とした（研究Ⅰ）。さらに、専門職を対象とした研修会を実施し、悲嘆やあいまいな喪失に関する知識の向上を目指した（研究Ⅱ）。本研究の結果、心理教育によるグリーフへの理解の向上、およびストレスの軽減する傾向が認められた。被災地の支援の現場からは、遺族の悲嘆の語

りがうかがえるものの、本研究の母体となる遺族ケアのためのセミナーへの参加者は多くはない。このことは、被災地には潜在的なニーズがあるものの、遺族が自ら支援を求める状況ではないことが推察された。被災地でのグリーフ・ケアは様々な形で行われる必要があり、被災地の支援者が悲嘆やあいまいな喪失に対する理解を含め、広く被災者のケアに関わることが望ましいと思われる。

Keywords 東日本大震災、悲嘆、あいまいな喪失、心理教育、グリーフ・ケア、

## A. 研究目的

### (1) はじめに

2011年3月11日、東北太平洋地域はマグニチュード9という地震とそれに続く大津波によって甚大な被害を受けた。東北から太平洋にかけての太平洋沿岸、特に岩手・宮城・福島の沿岸市町村は、地域自体が流されるという未曾有の被害をこうむった。

東日本大震災は地震と津波体験が及ぼすトラウマ体験であったと同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々なものを失う喪失体験でもあった。

### (2) 岩手県における被災状況および現状

今回の東北地方太平洋沖地震により、岩手県では震災による死者が4,672名にのぼった。さらに、震災後の震災関連死も増え続け434名となった(平成26年1月31日現在)。震災による直接死と関連死を合わせると、5,106名にのぼる。また、関連死は今後も増えることが予想される。また、岩手県の震災による行方不明者は1,142名であり、このうち死亡届の受理件数が1,124件

となっている。

1人に対し4~5名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。被災者の多くは家屋が流出し、仕事も失っているため、岩手県内陸部にも避難してきている現状であり、遺族は被災の大きい沿岸地域だけではなく、岩手県内の全ての地域に居住していることは想像に難くない。さらに、被災した宮城県や福島県からの避難者も岩手県内陸部に転入してきている。

岩手県の被災地域は、震災前から精神保健医療体制が脆弱な地域であり、今回の震災による精神保健システムのダメージから回復しつつあるものの、圧倒的に精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士といった専門職が不足している。こころのケアセンターを中心とした被災地のこころのケア体制が構築されてきたものの、十分とはいえない状況である。

### (3) グリーフ(悲嘆)とは

グリーフ(悲嘆)とは、「強い結びつきがある誰か(あるいは何か)を「喪失(loss)」したことに伴う極めて強い感

情状態である(1)。また Bowlby(2)は、喪失によって起こる一連の心理過程を「悲哀(mourning)」、この悲哀の心理過程で経験される苦痛や絶望などの情動体験を悲嘆と定義している。悲嘆は喪失に対する自然な反応であり、全ての感情には機能あるいは意味がある(3)。その中でも大切な人との「死別」は最も大きなストレスとなるライフ・イベントと考えられており、死別経験は、免疫機能の低下(4)や、通院頻度の増加(5)、飲酒や喫煙の増加(7)、自殺の増加(8)、死亡率の増加(9)、のリスクファクターであるとされている。

#### (4) 悲嘆の複雑化

死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながる事が示されている(10)(11)。複雑化した悲嘆は、他の精神疾患と区別されるべき病態であることが明らかにされてきているが、DSM-IV-TR(12)では「臨床的関与の対象となることがある他の状態」という付録的な扱いに留まっており、専門家への相談や受診につながりにくく、さらに適切なケアを受けることが難しい。

スマトラ沖地震から14ヶ月後の調査では、近親者を失った人の42%が外傷後ストレス反応を示し、複雑性悲嘆反応も同程度の割合で見られた。また、62%が精神的健康の低下を示していた(13)。今回の東日本震災は、死別が複

雑化・長期化する要因が複数あてはまることから、予防的観点からも被災者のグリーフ・ケアは重要である。

#### (5) あいまいな喪失

あいまいな喪失とは、「親密」な関係にある人が失われたのかどうかが不明確な喪失であり、はっきりしないまま残り、解決することも終結することも無い喪失をいう(14)。そして、あいまいな喪失の中にある人は、喪失のあいまいさゆえに悲嘆の過程をはじめることができず複雑化しやすい。また、あいまい性と不確実性は、個人のアイデンティティや役割を混乱させ、家族のダイナミクスをも混乱させる。

あいまいな喪失には、身体的な喪失と心理的な喪失の2つのタイプがある。心理的には存在しているが、心理的には存在しない状態である「さよなら」のない別れ、と、身体的には存在しているが心理的には存在しない状態をさす別れのない「さよなら」である。今回の東日本大震災で行方不明者の家族は、まさにこの別れのない「さよなら」を経験したのである。

あいまいな喪失によるストレスは、対処がもっとも難しいストレスの一つであると言われており、死別による悲嘆への対処とは異なる。今回の震災では行方不明者の数も多く、あいまいな喪失を体験した人々に対するケアも必要とされている。

#### (6) 喪失に対するこころのケア

##### 1) 被災地における心理支援

被災地では必ずしも心理的支援を望んでいない被災地域の住民も多い。また、何らかの問題を抱えていても、援助を求める自発的な行動につながりにくいといわれている。このことから、個別的な関わりよりも地域精神保健活動と協働したサロンの関わりの方が、対象者にとっては参加しやすいものと考えられる。

さらに、災害時の心理支援は特殊であり、一般の心理職や医療職はこうした動き方に慣れていないことが指摘されている(15)。また、支援者自体も悲嘆やトラウマティック・ストレスの対応を熟知していない現状がある。岩手県には自殺予防対策の一環として要請された傾聴ボランティア組織が災害後の支援を行っているケースも多い。傾聴ボランティアは被災者の話を聴く中で、死別にまつわる話を聴くことも多いが、どのように対応してよいか困惑しているといった声もあがっている。遺族だけではなく、遺族に関わる支援者にとっても心理教育が必要な実態が被災地にあるといえるであろう。つまり、遺族への支援だけではなく、遺族を支援する支援者への支援としての心理教育も求められている。

## 2) グリーフ・ケア

複雑化した悲嘆については、複雑性悲嘆の認知行動療法が開発され、その効果に関する研究が進んでいる。一方、一般的なグリーフ・ケアについては、個別のカウンセリングだけではなく自助グループなどの手法がとられることが多い。わが国においても交通事故遺

族の会や自死遺族の会などが自助グループを行っている。しかしながら、その効果について検討した研究は多くはない。

被災地においては、死別に対する自然な反応としての悲嘆プロセスを促進させる、悲嘆を複雑化させないための予防的な関わりが必要であると考えられる。また、遺族の周囲の人の理解を深め、二次的な被害を予防することも重要である。

## 3) 心理教育

心理教育とは正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、自分自身の状態をよりよく理解するとともに、問題や困難に対する対処方法を修得することを目的とする。認知行動療法では、治療プログラムの一環として用いられることが多く、治療初期に症状と治療内容の理解のために行われる。心理教育のみによる治療効果や予防効果に関する研究は散見されるのみであるが、今回の東日本大震災では対象となる方が多いことや、これまで述べた被災地の状況を踏まえ、集団を対象とした心理教育が有効であると考えられる。

## (4) 目的

以上のことを踏まえ、今回の震災による被災者に対して死別による悲嘆反応に関する心理教育ならびにあいまいな喪失に関する心理教育を行う効果を検討することを目的として岩手県臨床心理士会の協力の下、実践研究を開始した。なお、心理教育後に遺族のわか



ちあいの時間を設け、遺族のピア・グループを立ち上げにつなげることも意図している。

住居や仕事の問題のため、沿岸から内陸部に転居した被災者も多いこと、沿岸部に親族をもつ内陸部居住者も多いことから、被災した沿岸部だけではなく、内陸部の中核都市である盛岡市内でも心理教育を実施した。

さらに、専門職を対象とした研修会を実施し、専門職の知識を向上させることも第2の目的とした。

## B. 方法

### (1) 研究の構成

本研究は以下の2つの研究によって構成されている。

研究Ⅰ：心理教育による心理的ストレス軽減効果の検討

研究Ⅱ：遺族のこころのケアに関する研修会における支援者の意識変化に関する調査

### (2) 対象者

本研究では対象を遺族やあいまいな喪失を体験した方だけではなく、それらの方の友人・知人といった周囲の方、支援者などを広く対象とした。その理由は先に述べたとおり、コミュニティの支えあいの力を育成する意味も含まれているからである。また、被災地における支援者は、被災者であり支援者である方も多い。以下、対象者を広く被災者および支援者とする。

### (3) 倫理的配慮

心理教育開始前に研究の趣旨と、質問紙は無記名であり個人のプライバシーは保護されること、回答は自由意志であること、回答しなくても不利益はないこと、回答途中でやめてもかまわないことなどを対象者に説明し、回答をもって同意とした。なお、研究Ⅰは岩手県立大学倫理審査委員会による審査を受け、承認されている。

## D. 研究Ⅰ：心理教育による心理的ストレス軽減効果の検討

### 【内陸部（盛岡市）での実践】

#### (1) 方法

震災で家族や友人を失った被災者および関係者を対象とした「遺族ケアセミナー」として、45分の心理教育と45分のわかちあいの時間から構成されるセミナー形式で、月1回実施した。心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

#### (2) 心理教育の内容

3か月で1クールとし、平成25年度の各回の心理教育のテーマは以下の通りであった

セミナー1：「大切な人を失った方のこころ」

セミナー2：「子どものこころのケア」

セミナー3：「あいまいな喪失」

#### (3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18)を用いた(16)。この尺度は日常的に経験する心理的ストレス反応を測定すること

が可能であり、かつ簡便に用いることができる尺度である。18項目4段階評定であり、信頼性と妥当性が確認されている。

また、各セミナーの知識に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。各セミナーごとに5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思う、まで5件法で回答を求めた。グリーフ・ケアに関わる回であるセミナー1の質問項目は以下の通りであった。

Q1：大切な人を失った人たちが平気な顔をしているのは、悲しくないからである。

Q2：大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3：亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4：時間がたてば悲しみは薄れていくものである。

Q5：大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

あいまいな喪失に関わる回であるセミナー3の質問項目は以下の通りであった。

Q1：行方不明の方のご家族は、その方の死を認めたほうがよい。

Q2：あいまいな喪失は答えを出した方がよい。

Q3：行方不明の方のことは話題に出さない方がいい

Q4：時間がたてば悲しみは薄れていくものである

Q5：家族が行方不明の場合悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければいけない

#### (4) 結果

##### <分析1>悲嘆の心理教育

悲嘆の心理教育のセミナー（平成24年度からのべ8回）参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった者のデータを分析対象とした。分析対象者は計26名（男性7名、女性18名、不明1名、平均年齢43.76歳、 $SD=13.30$ ）であった。

##### 1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable1に示した。

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するため  $t$  検定を行った結果、有意差が認められた ( $t(26)=2.15$ ,  $p=.05$ , Fig.1)。このことから、心理教育による心理的ストレス得点の軽減が示された。

##### 2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差をTable2に示した。

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために  $t$  検定を実施した。その結果、Q3、Q4、Q5で有意差が認められた ( $t(26)=3.26$ ,  $p<.01$ ,  $t(26)=2.98$ ,  $p<.01$ ,  $t(26)=3.73$ ,  $p<.001$ , Fig.2, 3, 4)。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。

## <分析 2> あいまいな喪失の心理教育

あいまいな喪失の心理教育のセミナー（のべ 3 回）参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった者のデータを分析対象とした。分析対象者は計 3 名（男性 1 名、女性 2 名、平均年齢 39.67 歳、 $SD=8.33$ ）であった。そのため、ここでは記述統計のみを記す。

### 1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差を Table3 に示した。

### 2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差を Table4 に示した。

## 【沿岸部での実践】

### (1) 方法

震災で家族や友人を失った被災者および関係者を対象とし、た「遺族ケアセミナー」として、60 分の心理教育と 60 分のわかちあいの時間から構成されるセミナー形式で実施した。心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

### (2) 心理教育の内容

心理教育の内容は、「大切な人を亡くした人のこころ」であり、遺族の心理状態を中心として、子どものこころのケアや震災後の心身の変化についてまとめたものであった。

### (3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、

the stress response scale (SRS-18) を用いた。

また、セミナー内容の知識に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。5 項目が作成され、まったくそう思わない～大いに思う、まで 5 件法で回答を求めた。質問項目は以下の通りであった。

Q1: 災害後の心身の不調は、時間の経過に従い落ち着いてくるものである。

Q2: 大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3: 亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4: 大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

Q5: 追悼行事や宗教儀礼などは、子どもに参加させない方がよい。

### (4) 結果

沿岸部のセミナー（のべ 10 回）の参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった 23 名（男性 7 名、女性 16 名、平均年齢 44.29 歳、 $SD=15.14$ ）のデータを分析対象とした。

#### 1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差を Table5 に示した。

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するため  $t$  検定を行った結果、有意傾向が認められた ( $t(22) = 2.64, p < .05, \text{Fig.5}$ )。このことから、

心理教育の前後でストレスが軽減する傾向が示唆された。

## 2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差を Table6 に示した。

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために  $t$  検定を実施した。その結果、Q1、Q3 で有意差が認められた ( $t(22) = -3.60, p < .01, t(22) = 2.24, p < .05, \text{Fig.6,7}$ )。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。

## E. 研究 II : 遺族のこころのケアに関する研修会における支援者の意識変化に関する調査

### (1) 方法

岩手県内の支援者を対象として、遺族のこころのケアに関する研修会 (テーマ: 複雑性悲嘆の理解と対応) を実施し、研修会前後にアンケートを実施し、参加者の意識の変化を検討した。

### (2) 測定項目

研修内容に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思う、まで5件法で回答を求めた。質問項目は以下の通りであった。

Q1: 大切な人を失ったあとは、その人との関係性にかかわらず、一様に悲嘆反応が生じる。

Q2: 大切な人を失う体験は、無力感を生じさせることがある。

Q3: 大切な人を亡くした悲しみは、

時間がたてば薄れていくものである。

Q4: 大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければいけない。

Q5: 亡くなった人との思い出は、話題に出さない方がいい

また、研修終了後に自由記述による感想を求めた。

### (3) 結果

研修会参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった者のデータを分析対象とした。分析対象者は計 19 名であった。参加者の職域は Fig.8 の通りであった。そのうち 9 名 (47%) が以前にも悲嘆の研修会に参加したことがあった。また、参加者のうち 11 名 (58%) が何らかの形で東日本大震災でのグリーフ・ケアの経験を有していた。

研修内容に関する項目の研修前後の得点の平均値と標準偏差を Table7 に示した。得点の変化について検討するために  $t$  検定を実施した。その結果、項目 5 についてのみ有意差が認められた ( $t(18) = 3.38, p < .01$ )。

自由記述から、正常な悲嘆反応と介入が必要な悲嘆反応について理解することができた、悲嘆の支援について知ることができた、これまで話を聞くことを避けてしまいがちであったがこれからは伺えそうである、といった変化が認められた。

## F. 考察

本研究の第 1 の目的は、グリーフに関する心理教育およびあいまいな喪失に関する心理教育のストレス軽減効果を検討することであった。統計学的な分析に耐えうる対象者数となったグリーフに関する心理教育について分析した結果、心理教育前後でのストレス軽減が有意であった。また、グリーフに関する理解度が一定の向上を示した。このことから、心理教育により、グリーフへの理解が向上し、ストレスが軽減した可能性が示された。今後は心理教育による理解度の向上とストレス軽減の因果関係についての分析が必要とされる。また、あいまいな喪失に関する心理教育についても、対象者数を増やして検討する必要がある。

本研究の母体となる遺族ケアセミナーへの参加者は少なく対象者がごく限られていた。しかしながら、特に沿岸部では不安定ながらも一定数の参加者があり、開催の意味があると考えられる。参加者が少ない理由の一つとして、多くの遺族はまだまだ生活再建の途上にあり、自らセミナーに参加してご自身の悲嘆に向き合う段階には至っていない可能性が考えられる。また、仮設住宅の多くが、交通が不便な立地であり、自家用車を持たない高齢者にとっては参加が難しいという問題もある。

著者のアウトリーチ活動や、傾聴ボランティアの活動では、遺族の悲嘆が語られることも多い。しかし、自発的に出かけて行ってということには抵抗があるようである。また研修会の参加者の自由記述からも複雑性悲嘆が多く

なっているように感じるとあったことから、被災地でのグリーフ・ケアの必要性は高いものと考えられるため、複数の介入経路を検討する必要もあるだろう。

また、第 2 の目的として支援者の知識の向上を目指し、専門職を対象とした研修会を実施した。その結果、一部において知識の向上がみられたのみであった。今回の研修会の参加者は、すでに類似の研修を受講した者も多かったことが理由であると考えられた。なお、変化が見られた項目は、「亡くなった人との思い出は、話題に出さない方がいい」というものであり、支援者であっても亡くなった方に関しては被災された方と話しにくく、あえて触れない話題であることがうかがえた。

遺族は自発的に援助を求めることが少ない。このことから、日常の生活支援の中に悲嘆やあいまいな喪失に留意した活動が求められる。心理や福祉関連の専門職だけではなく、生活支援を行う行政職員やボランティアに対する研修を行い、様々な支援の中に生かしていける体制が求められるだろう。

## G. 結論

複雑性悲嘆は遷延化することが知られていることから、被災地におけるグリーフ・ケアは継続性が求められる。また、東日本大震災の死者・行方不明者の数は非常に多く、推定される遺族は膨大な数にのぼる。支援者への心理教育を実施することにより、広く被災者の悲嘆に対するケアができることが

望ましい。

#### H. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

山田幸恵・藤澤美穂 悲嘆の心理教育  
が心理的ストレス反応に及ぼす効  
果－東日本大震災の遺族を対象と  
して－ 第12回日本トラウマティ  
ック・ストレス学会 2013年9月 東  
京

#### I. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 文献

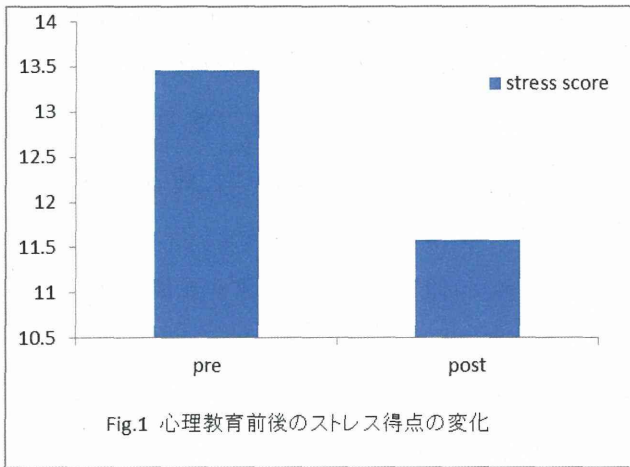
1. Reber AS, Reber ES: The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Reference Books, New York, 1995.
2. Bowlby J: Grief and mourning in infancy and early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 15: 9-52, 1960.
3. Neimeyer R: Lessons of loss: A guide to coping. McGraw-Hill, New York, 1998.
4. Irwin M, Daniels M, ET Bloom et al: Life events, depressive symptoms, and immune function. American Journal of Psychiatry. 144: 437-441, 1987.
5. Mor V, McHorney C and S Sherwood: Secondary morbidity among the recently bereaved. American Journal of Psychiatry. 143:158-163, 1986.
6. Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, et al: Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers. Alcoholism, Clinical and Experimental Research. 11: 349-356, 1987.
7. Glass TA, Prigerson HG, Kasl SV et al: The effects of negative life events on alcohol consumption among older men and women. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 50: S205-S216, 1995.
8. Zisook S & Lyons LE: Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. The Psychiatric clinics of North America. 10(3):355-68, 1987.
9. Jones IH: Helping hands. Living after loss. Nursing Times. 83(33): 45-6, 1987.
10. Dowdney, L: Annotation: Childhood bereavement following parental death. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 819-830, 2000.
11. Tremblay, G. and A. Israel: Children's adjustment to parental death. Clinical Psychology:

- Science and Practice. 54: 424-438, 1998.
12. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR. American Psychiatric Association: Washington, DC, 2000 (高橋三郎他訳『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院, 2002)
13. Johannesson KB, Michel PO, Hultman CM, Lindam A, et al.: Impact of exposure to trauma on posttraumatic stress disorder symptomatology in Swedish tourist tsunami survivors. Journal of Nervous and Mental Disease 197(5):316-23, 2009.
14. Boss, P., Ambiguous Loss, Harvard University Press, 1999
- (南山浩二訳『「さよなら」のない別れ別れのない「さよなら」—あいまいな喪失—』学文社, 2005)
15. 金吉晴:危機への心理支援学 91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ 日本心理臨床学会監修 第2章(3) 災害支援の心構え:22-2, 遠見書房, 東京, pp22-24, 2010.
16. 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正恵・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, 4, 22-29, 1998.

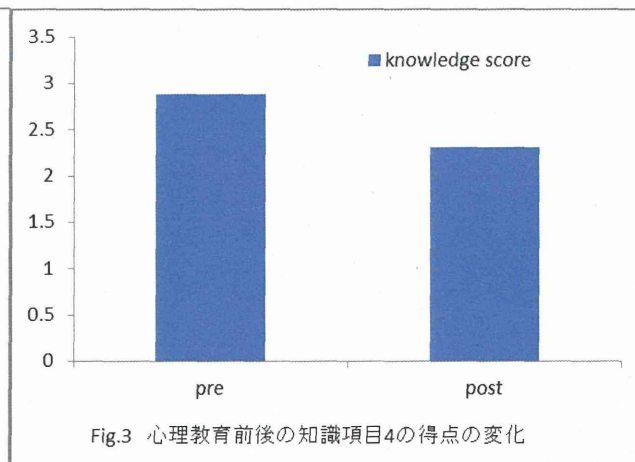
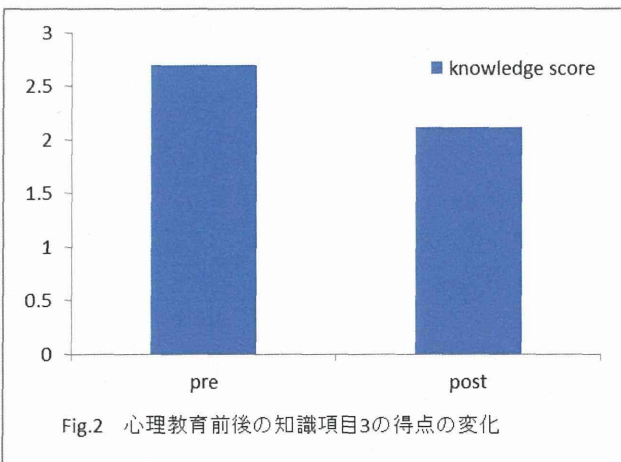
#### 謝辞

本研究は岩手県臨床心理士会主催の遺族ケアセミナーにおいて実施いたしました。岩手県臨床心理士会のみなさまのご協力に感謝いたします。

pre		post	
mean	SD	mean	SD
13.50	9.43	11.60	8.95



		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	1.23	3.81	2.69	2.88	1.77
	SD	.51	.94	.84	.91	.71
post	mean	1.08	3.58	2.12	2.31	1.35
	SD	.27	1.36	.91	1.23	.49





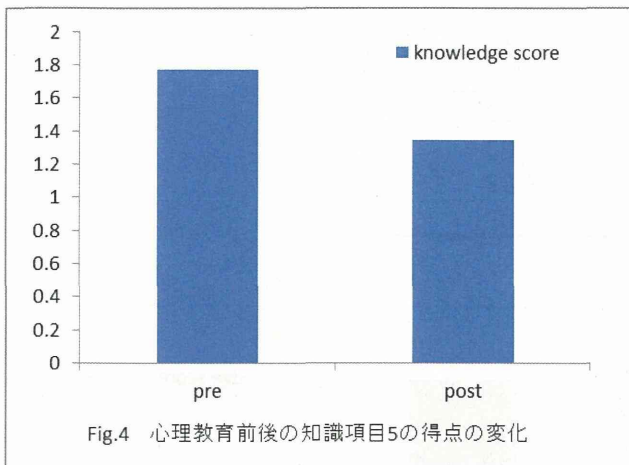


Table 3 あいまいな喪失の心理教育前後のストレス得点の変化

pre		post	
mean	SD	mean	SD
24.33	21.73	17.33	13.05

Table 4 あいまいな喪失の心理教育の内容についての知識に関する質問項目の平均点と標準偏差

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	2.50	3.33	3.33	4.00	3.00
	SD	.71	2.08	1.53	1.00	2.00
post	mean	2.67	2.33	2.67	3.00	3.33
	SD	.58	.58	.58	1.00	2.08

Table 5 沿岸部セミナーの心理教育前後のストレス得点の変化

pre		post	
mean	SD	mean	SD
12.52	10.12	8.60	9.29

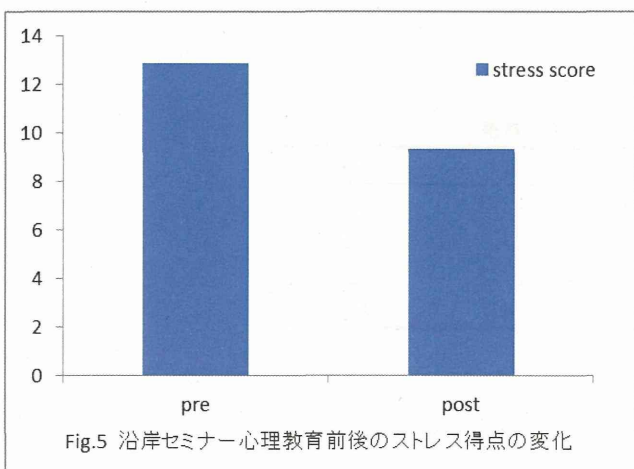


Table 6 沿岸部セミナーの心理教育の内容についての知識に関する質問項目の平均点と標準偏差

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	3.09	3.70	2.78	1.88	1.61
	SD	1.08	1.11	.90	1.03	.66
post	mean	3.78	3.70	2.39	1.88	1.91
	SD	.80	1.02	.78	.95	.95

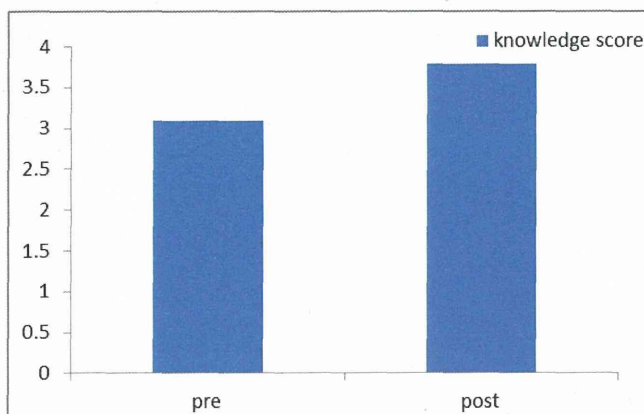


Fig.6 沿岸セミナー心理教育前後の知識項目1の得点の変化

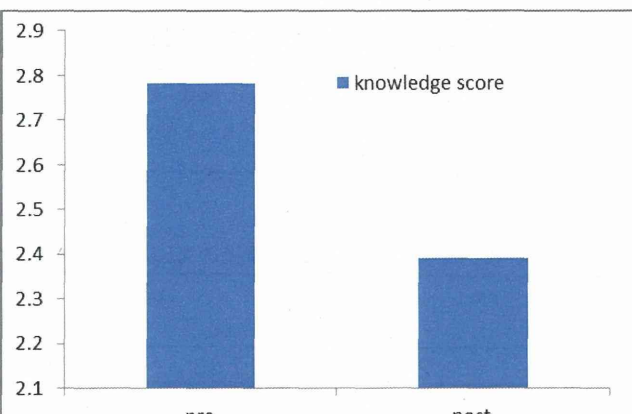


Fig.7 沿岸セミナー心理教育前後の知識項目3の得点の変化

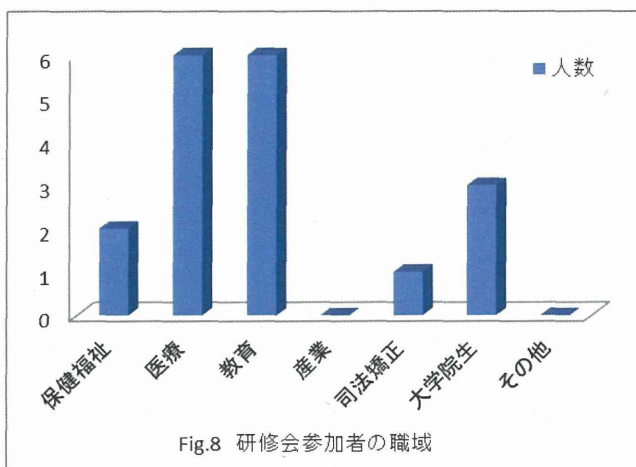


Fig.8 研修会参加者の職域

Table 7 研修会の内容に関する質問項目の平均点と標準偏差

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	3.21	4.74	2.95	1.53	1.74
	SD	1.32	.56	.97	.77	.73
post	mean	3.42	4.68	2.53	1.32	1.26
	SD	1.50	.48	1.12	.48	.56

平成 25 年度 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））  
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究  
分担研究報告書

広域自然災害の精神医療保健体制に及ぼす影響の情報把握と  
対応のあり方の検討

分担研究者 富田博秋<sup>1)</sup>

1) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

本研究は東日本大震災の教訓を踏まえて、今後予想される災害に対応することのできる強い精神医療保健体制を構築するため、被災地の精神科病院協会、保健所、自治体などと協力して、東日本大震災における精神科医療保健に関わる機関の被害と対応の実態や、災害の復興・防災に関する有益な情報を抽出し、得られた教訓を今後の精神科医療に関わる医療機関の防災・減災に活かすことを目指す。本年度は宮城県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等を分析し、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に宮城県全域の精神科医療機関 26 病院を対象にアンケート調査と聞き取りを行い、うち、14 病院からの情報集積を完了した。東日本大震災発災時点では被災医療機関の被災状況の支援側への伝達や支援者側の状況把握のあり方は定まっておらず、伝達に遅れがみられた医療機関が多く、中には深刻な支援の遅れに至ったケースがみられた。広域災害の場合、被災地域内の精神科医療機関の被災状況と支援のニーズのアセスメントを早期に行うことは災害後急性期のメンタルヘルス支援の枠組みの中で重要事項に位置づけるべきである。今年度の調査から精神科医療機関の今後の防災・減災・災害対応に向けて有益な情報が多く得られた。今後、更に情報の集積、抽出を進め、全国の精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る予定である。

本研究は東日本大震災の教訓を踏まえて、今後予想される災害に対応することのできる強い精神医療保健体制を構築するため、被災地の精神科病院協会、保健所、自治体などと協力して、東日本大震災における精神科医療保健に関わる機関の被害と対応の実態や、災害の復興・防災に関する有益な情報を抽出し、得られた教訓を今後の精神科医療に関わる医療機関の防災・減災に活かすことを目指す。本年度は宮城県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等を分析し、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に調査を行った。

A. 研究目的

B. 研究方法

調査対象： 宮城県全域の精神科医療機関 25 病院、および、宮城県立精神医療センター

調査主体： 災害科学国際研究所、宮城県精神科病院協会

調査方法： 郵送または訪問面接調査

調査期間： H25 年 10 月 3 日～現在

調査項目：被害について（施設の被害状況、施設の復旧状況、診療への影響）、地震保険について（加入状況、加入に対する考え、未加入である理由）、避難訓練（想定した災害内容・時間帯・出火元・階層、訓練内容、防災訓練の内容に含まれておらず実際の震災で想定外であったこと、防災訓練の内容に含まれていたが、実際の震災で実行出来なかったこと、震災の体験を通して、防災訓練に取り入れた方が良

いと思ったこと)、避難について(震災当日に避難をした場合の、患者の状況別の避難・誘導方法や注意事項、今後起こり得る災害を想定した避難方法や避難誘導方法のアドバイス)、防災マニュアルについて(策定年月日・改訂年月日、防災マニュアルの中で震災で実際に役に立った内容、震災の体験を通して、防災マニュアルに新たに取り入れた方が良かったことや、改良すべき点であると思ったこと、緊急時の職員の非常招集についてのマニュアル設定状況、災害・緊急時の職員の非常招集の設定内容、災害・緊急時の職員の非常招集について震災後に変更した点・新たに設定したこと)、震災直後の被災状況の発信について(被害状況を発信した日、発信先、発信方法)、震災直後の外部からの支援状況について(支援があった日、支援元、支援の内容)、不足していた支援について(いつ頃まで不足していたか、不足していた支援内容)、緊急時に備えた他医療機関との連携・契約状況について(契約状況、契約先、契約内容、契約及び調整内容、連携すべき点等)、緊急時に備えた業者との契約状況について(契約状況、契約内容、契約時期、連携・契約すべき点等)、職員について(職種別職員数への影響、減少理由、必要であった制度・支援・準備等、安否確認完了日、連絡に時間を要した理由、連絡方法の改善点、職員の通勤被害への対応、子ども保育への対応、生活支援、健康支援のあり方)、病院への避難者について(受け入れ有無、食事提供、病院への影響)、隔離・拘束について(問題になったこと、誘導方法)、患者の転院受け入れ・送出しについて(有無、問題点、備えておくべきこと、必要なシステム)、転院超過入院について(有無、工夫した点・病院にもたらした影響)、診療録について(震災時に使用していた診療録、診療への支障、電子カルテの導入状況・導入の問題点)、ライフラインについて(被害有無、復旧時期、震災後変更した点、給水方法、停電時でも使用可能な井戸設備の有無、自家発電機燃料種類、備蓄燃料の種類、持ち運び可能なポータブル発電機の所有、異なる複数種類のエネルギー利用)、医薬品について(外来診療の医薬品処方方法、医薬分業システムの改善点、医薬品備蓄計画の有無、医薬品リストの策定状況、医薬品の備蓄量、災害時に不足していた薬剤、保険診療以外で提供した薬剤の有無、薬剤支援供給の望ましい制度)、備蓄量について(自家発電、生活用水・飲用水、患者用・職員用・職員家族用の食糧、実際に備蓄しておいた方がよかった備蓄量とその根

拠)、通信について(災害時用通信回線設置、衛星電話や衛星携帯の保有、衛星回線のインターネット使用可否、院内電話交換機の非常用電源回路接続可否、通信機器の充電状態を含めた管理の実施、非常時でも使用できるトランシーバーか PHS、EMS の参加状況、EMS の緊急時の入力者の設定、困ったこと)、その他(震災後に地域被災者に対して行ったこと、震災前からやっておけばよかったこと、震災時にやっておけばよかったこと、震災後災害に備えて心掛けておいた方がよかったこと、など)

(倫理面への配慮) 医療機関の被害状況と災害対応のあり方についてのみの情報収集を行い、個人を特定する情報の収集は一切行わなかった。

### C. 研究結果

全対象 数 26 病院のうち、14 病院 (53.8 %) からの情報の回収、情報の聴取を終了した。これまでの結果から得られた被害の概要と東日本大震災の体験から精神科医療機関の防災や災害対応として考慮すべき主な点は下記の通りである。詳細な結果は別途、公表予定である。

#### 1. 被害について：

- a. 施設の被害状況：14 病院のうち、全壊 2、一部損壊 12
- b. 施設の復旧状況：14 病院のうち、復旧のめどが立たない 2、復旧済 12 (復旧時期：発災年 67%、翌年中 25%、翌々年 8%)
- c. 外来診療への影響：受け入れ制限を行った病院 5 (最短 4 日間、最長 10 日間)、受け入れが全くできなかった病院 4 (最短 2 日間、最長 23 日間)
- d. 入院診療への影響：受け入れ制限を行った病院 4 (最短 4 日間、最長 11 日間)、受け入れが全くできなかった病院 2 (最短 24 日間)

#### 2. 防災訓練の内容に含まれておらず実際の震災で想定外であったことと対応の例

- ・停電時に病棟の電気錠が働かなかったのでドア付近に職員が張り付いた。
- ・電気は簡易自家発電を利用したがすぐに燃料不足になった。
- ・停電により水を屋上のタンクまで上げることができなかつた。そのため下のバルブで水を汲み、人力で各階にあげた。