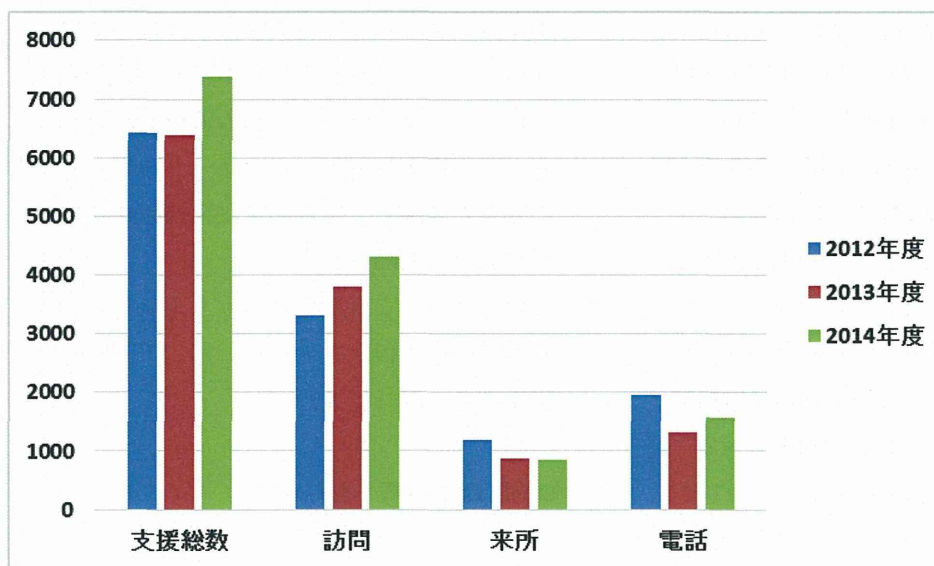
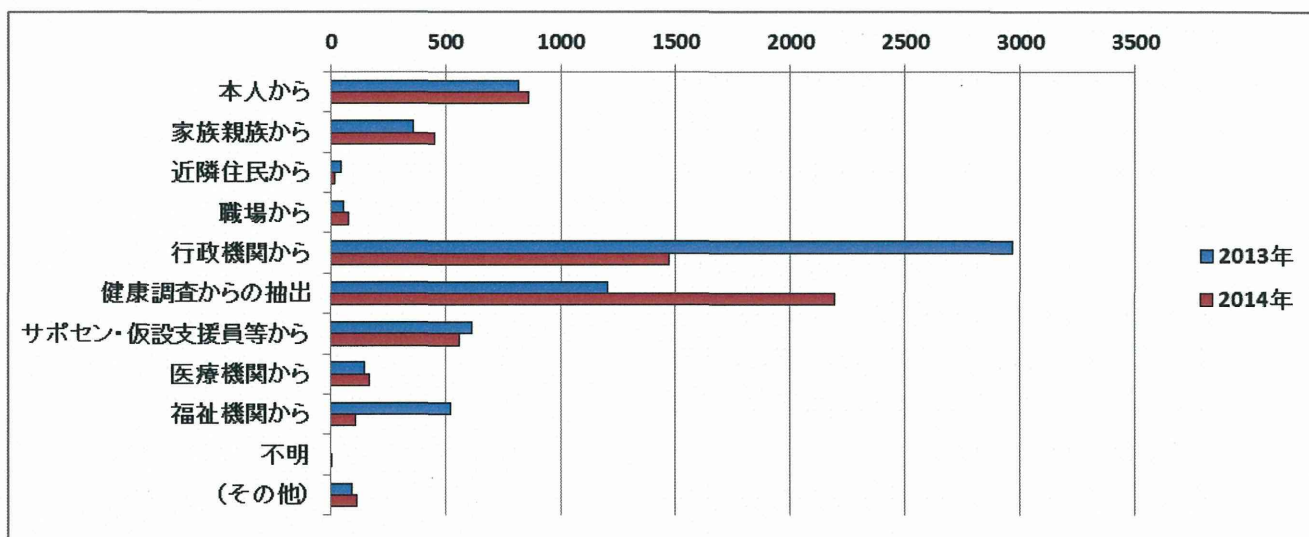


4. 上田一気, 佐久間篤, 高橋葉子, 阿部幹佳, 長尾愛美, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災 32 ヶ月後の社会福祉協議会職員の精神健康を予測する要因: 1 年間の縦断調査研究. 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都. 2015. 6. 20
  5. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. "大規模自然災害後の職場におけるうつ病と PTSD のスクリーニングと面接希望～職場における効果的なメンタルヘルス対策に向けて～". 第 19 回日本精神保健・予防学会学術集会. 仙台 2015. 12. 12
  6. Naru Fukuchi: Child Psychoeducation after the Great East Japan Earthquake. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
  7. Naru Fukuchi: Post-graduate Training in Psychiatry and Recruitment in Japan. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
  8. 福地成, 瀬戸萌, 片柳光昭, 山崎剛, 松本和紀. みやぎ心のケアセンターの活動分析. 第 14 回日本トラウマティック・ストレス学会; 2015; 京都.
  9. 福地成. 日本小児心身医学会の災害支援の取り組み. 第 56 回日本心身医学会; 2015; 船堀.
  10. 福地成. 東日本大震災・原発事故に関わる家族支援, 支援者支援. 第 32 回日本家族研究・家族療法学会; 2015; 目白.
  11. 福地成. 東日本大震災後の子どもの心理教育について考える. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
  12. 福地成. 心のケアを再考する. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
  13. Naru Fukuchi, Kazunori Matsumoto, Hidekatsu Shirasawa: The Role of A Post-Disaster Recovery Center. WPA International Congress 2015; 2015; Taipei.
  14. 平川聖子, 渡部裕一, 丹野孝雄, 嵐朋子, 瀬戸萌, 福地成. みやぎ心のケアセンターにおける精神保健福祉士の役割を振り返って. 第 51 回日本精神保健福祉協会全国学会; 2015; 郡山.
  15. 大沼れいら, 遠藤育美, 平川聖子, 武隈智美, 渡部裕一, 福地成. 被災地の親子を対象としたキャンプ事業の報告～アンケート結果から見た効果と課題～. 第 6 回東北精神保健福祉学会; 2015; 福島.
  16. 木原英里子. これから起こりうる災害に対して、心理臨床家は何かができるか. 第 34 回日本心理臨床学会; 2015; 神戸.
- H. 知的財産の出願・登録状況  
なし

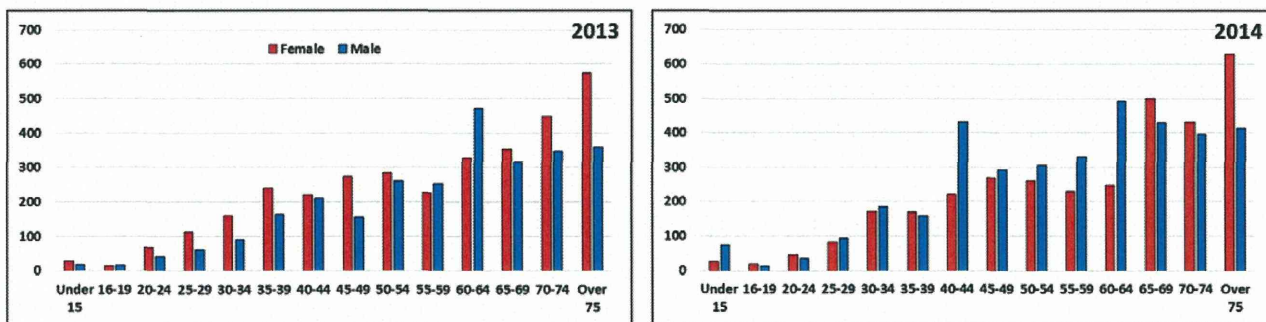
資料1 過去3年間の地域住民の支援方法



資料2 相談経路



資料3 要支援者の年齢層と性差







厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））  
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

原発事故が引き起こした福島県住民への心理社会的影響に関する報告

分担研究者 前田正治<sup>1)2)</sup>

研究協力者 植田由紀子<sup>1)</sup>, 昼田源四郎<sup>1)</sup>

1) ふくしま心のケアセンター

2) 福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座

研究要旨

震災後 4 年を経過し、現在の福島が抱える複雑な心理社会的問題を 5 つに分けてまとめた。原発事故による外傷反応、放射線被ばくに対する慢性不安、あいまいな喪失状況、コミュニティの分断、スティグマにまつわる問題である。いずれも過去の自然災害では類例を見なかった現象であり、今後も息の長い精神保健上の取り組みが必要である。

Key Words: 福島第一原発事故、うつ病、PTSD、あいまいな喪失、スティグマ

A はじめに

東日本大震災は福島県に、甚大な被害をもたらした。最大の惨禍は、言うまでもなく福島第一原子力発電所の爆発事故である。廃炉に至るプロセスはまだ長く、根源的な解決の行方が見えない状況が続いている。本論では、福島で引き起こされている様々な精神医学的、あるいは心理社会的問題を俯瞰し、震災後 5 年を経過した現在生じている大きな問題について、各種調査のエビデンス等から俯瞰的に考察してみたい。

B. 原発事故が与えた心理社会的影響

上述したように、福島における原発事故は、きわめて広範囲で深刻な心理社会的影響を県内外にもたらした。それらを 5 つに大別し、以下にそれぞれについて詳述してみたい。

1. 原発事故時の心的衝撃と反応

今般の爆発事故が起こったとき、ほとんどの住民は心的準備性がなく、情報が錯綜した混乱の中、多数の住民が避難を余儀なくされた。その中で懸念されたのが、外傷性ストレス障害 posttraumatic stress disorder: PTSD をはじめとする不安・恐怖症状が出現である。実際に、福島県立医科大学の県民

健康管理センターが、このような沿岸部住民約 210,000 人に対して行った、PTSD Check List (PCL) を用いた質問紙調査<sup>1)</sup>によると、21.6%が PTSD のハイリスク・グループであった。

2. 放射線被曝に対する慢性不安と罪責感情

チェルノブイリ事故でもそうであったが、最もこうした不安が強い住民は、比較的若年の子どもを持つ養育者、とくに母親と考えられる<sup>2)</sup>。福島の母親たちに広くみられる子どもの放射線被曝に対する不安は、「ここに住んでいいのだろうか」という強い罪責感情をも生みだしている。とくに、福島県ではコミュニティの凝集性が弱まっており、その場合もつとも影響を受けやすいのがこの母子システムと考えられる。配偶者と別離を余儀なくされている母親も少なくないが、その場合は、母子双方にかかるストレスは否応なく高まっているだろう。すでに紹介した福島県立医科大学による 15 歳以下のこどもに対する大規模調査<sup>3)</sup>でも、各年代とも情動・行動面での問題があると評価されたものは、対照群にくらべはるかに多い。

3. あいまいな喪失と喪失不安

上述した津波被災地はもとより、福島県において

は居住が困難な、あるいは居住に不安が伴う地域が広く存在し、土地・家屋等の不動産はもとより、経済的基盤や就労機会の喪失が生じている。しかも多くの住民は土地等を完全に喪失したというわけではなく、「不完全な形での復興」にとどまっている。またこのような不完全な形態は、土地などの不動産に限らない。就労に関しても、定住ができていないことから企業側も雇用しづらく多くの避難者は正規の雇用に至っていない。このような福島のみならずの喪失状況は、提唱者の Boss<sup>2)</sup>のいう 2 型（物理的に存在するが、心理的に存在が不明瞭）に相当するだろう。そして、「自分はいったいどの住民なのだろうか」といった同一性の問題が、この避難住民に引き起こされていると考えられる。

#### 4. コミュニティの分断

今般の福島原発災害は、言うまでもなく人為的災害であり、コミュニティの分断化が引き起こされ、地域の持つレジリエンスが発揮しづらい状況が続いている。また新たに、避難生活の長期化に伴い別の形のコミュニティの分断・軋轢が生じるようになった。それは元々住んでいる住人と避難住民との軋轢である。この現象は被災直後には殆ど見聞しなかったものである。ところが避難生活が長期化し、しかも上述したようなあいまいな状況が続く中、次第に避難先住民との間に微妙な溝が生まれつつあるようである。とくに、このような避難先住民との軋轢は、いわき市のような避難住民が多い地域ではより起こりやすいようだ。

そして、このようなコミュニティが本来有するレジリエンスが失われれば、閾値下の精神保健上の問題が顕在化する可能性がある。とくに危惧すべきはうつ病の発生であるし、自殺や薬物依存といった自己破壊的行動である。実際、先の県民健康管理センターが行った Kessler-6 (K6) を用いた調査<sup>1)</sup>でも、うつ病のリスクは一般住民サンプルのそれよりもはるかに高い。また福島県において、震災関連死、なかんずく震災関連自殺が他の被災県に比してはるかに高いことはよく知られている(平成 25 年度復興庁調べ)。

#### 5. スティグマとセルフ・スティグマ

放射線被曝が健康に与えている影響は決して看過できないが、それにしても非科学的、非合理的なレベルでの被曝恐怖が福島県内外住民に存在する。たとえば福島の若年女性が抱く（あるいは彼女らに対する）結婚にまつわる不安、あるいは将来の妊娠に対する不安、あるいは放射線汚染が「感染する」などの風評である。これらの現象は自然災害ではまずみられないもので、むしろそのアナロジーは広島・長崎原爆被爆者に関連するスティグマに求められるかもしれない。こうしたスティグマの構造を考えると、放射線汚染に関する一般大衆の認知の特性があ

げられるだろう。それは不可視の対象に対する恐怖にまつわる問題であり、「汚染された」あるいは「汚染されていない」といった極端な二分法 false dichotomy 的認知がもたらす問題でもある。こうした過剰な二分法は福島産の生産物のみならず、福島住民にも向けられてしまい、「汚染されたフクシマ」といったステレオタイプ化が起こり、これが福島住民へのスティグマを招いている可能性がある。

#### C. おわりに

以上、今般の原発事故がもたらした住民への精神保健上への多様な影響について、5 つに分けてまとめた。このような大規模原発災害自体が未知領域の出来事であり、放射線という不可視性もあって、その影響は多元的で複雑かつ慢性的である。

本稿では現在行われている様々なケアの動きについて詳しく触れることができなかったが、現在は、避難指示解除が進むにつれ“帰還”というかつて経験したことのない復興にも対応しなければならないことが大きな課題である。

ふくしま心のケアセンターでは、こうした流動的な事態に対処するために、機動的なチームを作るなど組織体制も柔軟に変化をさせている。そして以上述べたような複雑な心理社会的問題に対応するために、心のケアセンターでは、以下のような重点目標を掲げている。一つは、避難指示解除及び解除見込みの自治体住民支援、二つ目は、自殺対策とアルコール対策、三つ目は、疲弊にあえぐ支援者への研修支援である。これには福島に多数働く相談員の育成も含む。いずれにせよ、今後も息の長い支援が必要となる。

#### 参考文献

- 1) Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, Nakayama Y, Hisata M, Niwa S, Yasumura S, Yamashita S, Kamiya K, Abe M; Mental Health Group of the Fukushima Health Management Survey. Psychological distress after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: results of a mental health and lifestyle survey through the Fukushima Health Management Survey in FY2011 and FY2012. *Fukushima J Med Sci.* 60(1):57-67, 2014. Yamada M, Izumi S (2002) Psychiatric sequelae in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki two decades after the explosions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(9):409-415
- 2) Boss, P.: *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））  
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

災害による遺族の複雑性悲嘆に対するケア・治療の普及に関する研究

分担研究者 中島 聡美<sup>1)</sup>

- 1) 国立研究開発法人国立精神・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

研究要旨

災害による死別は、被災者に深刻な精神的影響を与える。災害遺族では、うつ病や PTSD、複雑性悲嘆などの精神障害の高い有病率が報告されている。特に、複雑性悲嘆は、通常の悲嘆の区別しにくく、QOL や対人関係の障害があっても見逃されやすい。本研究では、複雑性悲嘆の病態や近年の治療の動向を文献から検討し、災害による遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療の在り方と普及について検討を行った。

A 研究目的

災害による死別の精神的影響が深刻であることについては多くの研究報告がなされてきた。ニカラグアのハリケーン被災者においては、家族との死別が 6 か月後の抑うつ状態を予測していたことが報告されている<sup>8)</sup>。また 2005 年のスマトラ沖地震では、インドネシア人の遺族において、失った家族の数が災害の精神的苦痛を予測したことや<sup>25)</sup>、ノルウエー人被災者において死別健康が精神的健康を予測したとされている<sup>9)</sup>。

災害の遺族において、多い精神障害は、うつ病、PTSD、複雑性悲嘆などがあげられる。スマトラ沖地震を経験した遺族の調査では、津波から 2 年後の PTSD、うつ病、複雑性悲嘆の有病率は、それぞれ 11.7%、12.8%、14.9% であったが、6 年後には、6.4%、9.6%、11.7% に変化していた。このデータか

らは、PTSD の有病率の減少に比べ、うつ病や複雑性悲嘆の有病率の減少が少ないことがわか<sup>13)</sup>る。

このように災害後の遺族の長期の心理的問題として、複雑性悲嘆は重要なものであるが、その概念の統一が中々はかれなかったこともあり、過去の日本の災害研究ではあまりとりあげられてこなかった。しかし、東日本大震災のような多くの死者を出すような災害において、今後は無視できない問題であると考えられる。

今後の災害後の遺族ケアを考えるために、現在の複雑性悲嘆の概念の動向と有効な治療について文献をもとにまとめた。

B. 研究方法

複雑性悲嘆の診断および、治療に関する文献を Pub-Med により検索し、内容を検討した。

（倫理面への配慮）

文献研究なので、倫理的な問題は生じない。

## C. 研究結果

### 1) 複雑性悲嘆の診断の確立

複雑性悲嘆の呼称が研究者の間で広く使われるようになったのは、1995年に Prigerson ら<sup>19)</sup>が評価尺度 (Inventory of Complicated Grief) を開発し、研究が実施できるようになったことが大きい。その後、複雑性悲嘆は、研究者によって、外傷性悲嘆 (traumatic grief)<sup>11)</sup>や遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder)<sup>20)</sup>など様々な呼び方がなされてきたが、“悲嘆が長期に強いレベルで持続し、社会生活や対人関係など重要な機能の障害をきたしている状態”という概念についてはほぼ共通していると考えられる<sup>26)</sup>。

また、複雑性悲嘆の患者において、身体健康、精神健康が不良<sup>16)</sup><sup>14)</sup><sup>4)</sup>であり、QOLの低下<sup>4)</sup><sup>14)</sup><sup>24)</sup>や自殺念慮の増加<sup>17)</sup>などの深刻な影響が大きいことや、一般人口における有病率は2.4%<sup>7)</sup>-6.7%<sup>12)</sup>と10%未満であり、通常の悲嘆反応とは区別できるという考え方から、精神障害として治療すべきであるという意見が研究者の中で強くなり、DSMの形式による診断基準が提唱されるようになった<sup>18)</sup><sup>22)</sup>。

このような流れを受けて、2013年に改訂されたDSM-5では、「心的外傷およびストレス因関連障害群」の中に、「持続性複雑死別障害 (persistent complex bereavement disorder)」として、精神障害に位置付けられるようになった<sup>1)</sup>。しかし、診断基準については研究者間の一致が見られないなどから、「今後の研究のための病態」に提示されるにとどまっている。DSM-5の診断基準については、症状の数が多すぎることや過去の診断尺度と共通性が乏しいこと、症状の持続期間(12か月)にエビデンスが乏しいなどの批判

もあり<sup>5)</sup>、今後の研究によって変わってくる可能性もある。

また、2018年改訂予定のICD-11では、ワーキンググループから“prolonged grief disorder”の用語が提唱されており (ICD-11, beta draft)、この診断基準についてはほぼ Prigerson ら<sup>18)</sup>の提唱したものと同等であるため、DSM-5との整合性が今後の課題であると思われる。

### 2) 複雑性悲嘆の治療

複雑性悲嘆の治療の有効性については、Stroebe<sup>26)</sup>らが、系統的レビューを行いまとめているが、その中で、すべての遺族を対象とした一次介入においては、予防として実証性のある心理的介入はなく、悲嘆症状や苦痛が強いなどのハイリスク群を対象とした二次介入において、有効性の報告があったが、最もエビデンスのある研究が多かったのは、複雑性悲嘆の診断がついた遺族を対象とした治療を提供する三次介入であった。この結果は、Wittouck ら<sup>28)</sup>のメタアナリシスによっても支持された。Wittouck らは、複雑性悲嘆の予防に関する9つの研究においては、治療効果が見られなかったが、複雑性悲嘆の遺族を対象とした治療研究において認知行動療法において有効性が示されたことを報告している。また、近年いくつかの複雑性悲嘆の認知行動療法の無作為化比較試験が報告されているが、いずれも高い効果量を示していた。代表的な治療として、個人を対象とした対面による認知行動療法<sup>3)</sup><sup>21)</sup><sup>23)</sup>、個人を対象としたインターネットを利用した認知行動療法<sup>27)</sup>、個人療法と集団療法を組み合わせた認知行動療法<sup>6)</sup>などがある。著者らは、Shear らの開発したCGT (complicated grief treatment) を日本の複雑性悲嘆を抱えた遺族に適応し、オープントライアルであるが良好な結果を得ている(未発表)。また Asukai ら<sup>2)</sup>も、

心的外傷体験を伴う複雑性悲嘆の患者に CGT を修正したプログラムを適応し、日本人の遺族においても複雑性悲嘆の認知行動療法が有効であることを報告しており、災害の遺族で複雑性悲嘆を有する患者については、CGT 等の認知行動療法を提供するのが望ましいと言える。

薬物療法についても、SSRI や三環系抗うつ薬 (Noritriptyrine) <sup>15)</sup> を用いた研究が open trial のレベルで行われているが、SSRI については悲嘆を軽減したという報告がいくつかあるが <sup>10, 29)</sup>、無作為化比較試験での報告がなく、認知行動療法に比べると実証性にはまだ乏しいと言える。

#### D. 考察・結論

複雑性悲嘆の診断および治療について文献研究を基にまとめた。

複雑性悲嘆は DSM-5 以降精神障害として認知はされるようになってきているが、診断基準がまだ明確ではないこと、ICD-11 との整合性がどのようになるかが不明確などの問題を抱えている。現状では、過去の研究で広く使われている診断基準や尺度をもとに、治療等の研究をすすめていくほうが、望ましいと考えられる。また、診断基準や病態を明確化させていくようなコホート研究や生物学的研究などを進めていく必要もあると考えられる。

治療については、予防的介入においては、現在有効とされるものはなく、災害等で多くの人々が家族を失うような場合には、PTSD と同様に PFA (psychological first aid) のような非侵襲的な心理社会的介入が望ましいと思われる。

しかし、時間が経過して複雑性悲嘆であると診断された遺族に対しては、積極的に CGT 等の複雑性悲嘆に焦点化した認知行動療法の提供が有効であると官がられる。しかし、これらの治療はまだ日本においては、open trial において有効性が示された段階であることから、今度 RCT によって実証されることが必要である。また、治療の普及や多くの遺族が発生した場合の対応等を考えると、軽度あるいは閾値下レベルの複雑性悲嘆に対しては、保健師や臨床心理士が行える低強

度の集団認知行動療法が有用ではないかと考えられる。我々は、全 6 回の集団認知行動療法プログラム (ENERGY) を開発し、現在有効性の検証を行っている。

日本では災害だけでなく、自死葉やん罪被害等による遺族においても複雑性悲嘆が多く見られることから、今後臨床現場で実施しやすい治療の開発と、効果検証、普及を進めていく必要があると言える。

#### F. 健康危険情報

特記すべきものなし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 中島聡美: 女性における複雑性悲嘆—愛着と養育の視点から—. 武蔵野大学人間科学研究所年報 第5号, 2016. (印刷中)
- 2) 金吉晴, 中島聡美, 堀弘明, 関口敦: 不安障害、PTSD の治癒と再燃に関わる要因. 精神保健研究 62:35-39, 2016.

##### 2. 学会発表

- 1) 中島聡美, 伊藤正哉, 鈴木友理子, 金吉晴: DSM-5 および ICD-11 における複雑性悲嘆の診断基準の違いと今後の展望. 第14回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム A-4 トラウマ関連病態の診断: 現在と近未来を見据えて. 京都, 2015.6.21.
- 2) 新明一星, 伊藤正哉, 松田陽子, 浅野敬子, 正木智子, 成澤知美, 中島聡美, 白井明美, 小西聖子, 金吉晴: 複雑性悲嘆の集団認知行動療法プログラムの開発. 第14回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム C-2 災害後の複雑性悲嘆の予防および治療介入. 京都, 2015.6.21.
- 3) 白井明美, 中島聡美, 小西聖子, Birgit Wagner. 複雑性悲嘆の筆記療法による介入の現状と課題. 第14回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム C-2 災害後の複雑性悲嘆の予防および治療介入. 京都, 2015.6.21.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他

なし

<引用文献>

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC; American Psychiatric Publication, 2013
- 2) Asukai N, Tsuruta N, Saito A: Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *J Trauma Stress*, 2011
- 3) Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, et al.: Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 75:277-284, 2007
- 4) Boelen PA, Prigerson HG: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257:444-452, 2007
- 5) Boelen PA, Prigerson HG: Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Stud* 36:771-794, 2012
- 6) Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al.: Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71:1332-1339, 2014
- 7) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al.: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 127:352-358, 2010
- 8) Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, et al.: Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *Am J Psychiatry* 158:788-794, 2001
- 9) Heir T, Weisaeth L: Acute disaster exposure and mental health complaints of Norwegian tsunami survivors six months post disaster. *Psychiatry* 71:266-276, 2008
- 10) Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, et al.: Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord* 113:142-149, 2009
- 11) Jacobs S, Mazure C, Prigerson H: Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Stud* 24:185-199, 2000
- 12) Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, et al.: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 131:339-343, 2011
- 13) Kristensen P, Weisaeth L, Hussain A, et al.: Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: a longitudinal study after the 2004 tsunami. *Depress Anxiety* 32:49-56, 2015
- 14) Ott CH: The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies* 27:249-272, 2003
- 15) Pasternak RE, Reynolds CF, 3rd, Schlernitzauer M, et al.: Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 52:307-310, 1991
- 16) Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al.: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 154:616-623, 1997
- 17) Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al.: Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 156:1994-1995, 1999
- 18) Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al.: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6:e1000121, 2009
- 19) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, et al.: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59:65-79, 1995
- 20) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK, et al. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson R, Schut H, et al., eds. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention: American Psychological Association: Washington:165-186* 2008
- 21) Shear K, Frank E, Houck PR, et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama* 293:2601-2608, 2005
- 22) Shear MK, Simon N, Wall M, et al.: Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 28:103-117, 2011
- 23) Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, et al.: Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71:1287-1295, 2014

- 24) Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, et al.: Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med* 30:857-862, 2000
- 25) Souza R, Bernatsky S, Reyes R, et al.: Mental health status of vulnerable tsunami-affected communities: a survey in Aceh Province, Indonesia. *J Trauma Stress* 20:263-269, 2007
- 26) Stroebe M, Schut H, Stroebe W: Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370:1960-1973, 2007
- 27) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 30:429-453, 2006
- 28) Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, et al.: The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31:69-78, 2011
- 29) Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, et al.: A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry* 59:241-245, 1998

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

広域自然災害の精神医療保健体制の備えのあり方の検討

分担研究者 富田博秋

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

本年度は昨年度から継続している岩手、宮城、福島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 22 病院、岩手県 5、福島県 11 病院（昨年度より 6 病院増）からの回答の集計・分析を進めた。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病院協会担当者とも協議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりにより有用な情報の共有を図る方針を確定した。また、震災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、前年度までに、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織 164、教育機関 314、NPO 法人 2786 を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から回答を得ているが、本年度は集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

A. 研究目的

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、被災県の精神科病院協会、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ものである。本年度は昨年度までに集積した情報の分析を行い、集計分析結果のうち可能なものはホームページ上での公開を行い、また、今後の実装化に向けた方針の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

精神科医療機関調査：本年度は昨年度行った調査の分析であり、方法は昨年度のものに基づく。

調査対象：宮城県、岩手県、福島県に位置する日本精神科病院協会所属の医療機関（宮城県 24 病院、岩手県 15 病院、福島県 26 病院）、および、宮城県立精神医療センター

調査方法：郵送または訪問面接調査

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かったこと、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）

支援団体調査：震災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織 164、教育機関 314、NPO 法人 2786 を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、これまでのところ、公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から回答を得ている。そのうち、101 団体がメンタルヘルス支援を行っていると回答している。研修会等の開催を行っている団体が 56、研究・情報収集 50 団体、健康法の指導 43 団体、コーディネート業務 38 団体、移送・送迎 28 団体、電話相談 21 団体、家庭訪問 17 団体などの多様な活動を行っており、被災者への関わり方、専門的知識・技術の不足、専門機関との連携、資金や人材不足、セルフケアなどの課題を抱えていることが伺われた。

（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、および、被災地域のメンタルヘルス支援活動について、各施設に関する情報のみの収集を行い、個人を特定する情報を一切取り扱わなかった。東北大学災害科学国際研究所倫理委員会で承認されたプロトコルに基づき研究を行った。

### C. 研究結果

精神科医療機関調査：これまでに得られている情報は宮城県 2 病院、岩手県 5 病院、福島県 11 病院に基づくもので、県ごとの回収率はそれぞれ 88%、33%、43%であった。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病院協会担当者とも協

議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、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方針を確定した。

支援団体調査：公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から得られた回答の集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

#### D. 考察

精神科医療機関調査に関しては、次年度の結果を含めてとりまとめることで、精神科医療機関の災害への防災や大規模災害被災後の事業継続を検討する上で有益な情報を抽出し、実装化が可能と期待される。また、支援団体調査に関しては、今後、今回のデータを核に更なる情報の集積が進むことが期待される。

#### E. 結論

これまで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。また、被災地域のメンタルヘルス支援活動の実態把握を進め、今後の大災害に向けて、有効な支援体制のネットワークの形成を行うことは有用であると考えられる

#### F. 研究発表

##### 論文発表

1. Tsuchiya M, Aida J, Hagiwara Y, Sugawara Y, Tomata Y, Sato M, Watanabe T, Tomita H, Nemoto E, Watanabe M, Osaka K, Tsuji I. Periodontal Disease Is Associated with Insomnia among Victims of the Great East Japan Earthquake: A Panel Study Initiated Three Months after the Disaster. *Tohoku J Exp Med.* 237(2):83-90, 2015 doi: 10.1620/tjem.237.83.
2. Nakaya N, Nakamura T, Tsuchiya N, Tsuji I, Hozawa A, Tomita H. Unemployment risk among individuals undergoing medical treatment for chronic diseases. *Occup Med (Lond).* 66(2):143-149, 2015 Nov 13. doi: 10.1093/occmed/kqv159

3. Miyashita M, Kikuya M, Yamanaka C, Ishikuro M, Obara T, Sato Y, Metoki H, Nakaya N, Nagami F, Tomita H, Kiyomoto H, Sugawara J, Hozawa A, Fuse N, Suzuki Y, Tsuji I, Kure S, Yaegashi N, Yamamoto M, Kuriyama S. Eczema and Asthma Symptoms among Schoolchildren in Coastal and Inland Areas after the 2011 Great East Japan Earthquake: The ToMMo Child Health Study.

*Tohoku J Exp Med.* 237(4): 297-305, 2015. doi: 10.1620/tjem.237.297

4. Nakaya N, Nakamura T, Tsuchiya N, Narita A, Tsuji I, Hozawa A, Tomita H. Prospect of the future housing and the risk of psychological distress at one year after an earthquake disaster. *Psychiatry Clin Neurosci.* 70(4):182-189. 2016 Jan 14. doi: 10.1111/pcn.12377.

5. Akanuma K, Nakamura K, Meguro K, Chiba M, Gutiérrez Ubada SR, Kumai K, Kato Y, Oonuma J, Kasai M, Nakatsuka M, Seki T, Tomita H; Tome Project Members. Disturbed social recognition and impaired risk judgement in older residents with mild cognitive impairment after the Great East Japan Earthquake of 2011: the Tome Project. *Psychogeriatrics.* 2016 Jan 12. doi: 10.1111/psyg.12175. [Epub ahead of print]

6. Yoshida H, Kobayashi N, Honda N, Matsuoka H, Yamaguchi T, Homma H, Tomita H. Posttraumatic growth of children affected by the Great East Japan Earthquake and their attitudes to memorial services and media coverage. *Psychiatry Clin Neurosci.* 70(5):193-201, 2016 Jan 29. doi: 10.1111/pcn.12379 [Epub ahead of print]

##### 学会発表

1. 富田博秋. 東日本大震災被災者のこころの健康の現状と展望要望演題 3「宮城から学ぶ被災地のこれから」第 21 回日本集団災害医学会. 山形市[2016/2/28]
2. 小林奈津子、根本 晴美、佐藤 翔輔、菊地 紗耶、本多 奈美、松岡 洋夫、富田 博秋. 災害時の妊産褥婦の心理的反応と母子保健・支援活動. 第 12 回 日本周産期メンタルヘルス学会 学術集会. 下野市[2015/10/31]

#### G. 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

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））  
災害時の精神保健医療に関する研究

平成27年度分担研究報告書

外部支援者による中長期的な支援者支援のあり方に関する研究

研究分担者 鈴木友理子 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 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
種田 綾乃 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】東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてのインタビュー調査を行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難など、3) 震災4年後の状況について質的に分析し、望ましい外部支援の在り方を検討することを目的とした。

【方法】2015年11月から12月にかけて調査員が対象の3機関に訪問し、現地支援者10名に個別対面式のインタビュー調査を実施した。

【結果】1. 外部からの支援内容として、1) 役に立った支援としては、研修、コンサルテーション、同行訪問、他地域の見学、医師の見立て、外来の診療の手伝い、支援者へのカウンセリングが挙げられた。2) あればよかったと思う支援としては、法人やクリニックの立ち上げの支援、活動の記録のまとめ、支援者のための相談窓口、病気でない人への予防的な関わり方が挙げられた。2. 外部から支援者が入ることの意義としては、新しい情報、長期的な視点、刺激、フラットな視点、相談しやすさ、風化させない、があり、困難としては、専門性や職種へのこだわり、外部支援の集中、継続性のなさ、気遣い、地域のことが分からない、配慮に欠ける言動、調査が挙げられた。3) 震災4年後の状況としては、資金の減少・財源確保、活動主体の模索、外部支援者との関係性の維持、新しいスタッフへの引き継ぎ、地域様相・ニーズの変化、事業体の提供するサービスの変化・拡充、地域におけるネットワーク・連携の強化、地域における障害理解・リカバリーの促進が挙げられた。

【結論】東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に、中長期における外部支援についてのヒアリングを行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難などを整理し、3) 震災4年後の状況を記述した。これらの結果から、外部支援者の心得集を作成した。

## A. 研究目的

東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてのインタビュー調査を行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難など、3) 震災4年後の状況について質的に分析し、望ましい外部支援の在り方を検討することを目的とした。

## B. 研究方法

調査員が対象の3機関に訪問し、現地支援者に個別対面式のインタビュー調査を実施した。

インタビュー項目、1. 震災後の3年間程度の各地域の状況、2. 外部支援として望ましい支援活動、3. 外部から支援者が入るといふこと自体のもつ意義、困難など、4. 震災4年後の現状について、インタビューガイドに基づいて尋ねた。ここでは、外部支援者とは、面接対象者が主に活動している組織以外からの関わりの全てを意味し、中長期支援とは、こころのケアチームの撤退後から約3年間を目安とした。

インタビューの内容は、調査員による書記とICレコーダーによる録音により記録した。なお、インタビューの質問項目とは別に、インタビューについての基本情報(調査日・時間・場所)や、対象者の基本情報(性別・年齢・職種・職務年数・居住地・居住年数)についても確認した。

調査対象機関は、地域住民のこころのケアや重い精神障害をもつ人への直接支援などを行っている3つの支援機関(相馬広域こころのケアセンターなごみ、震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からころステーション」、宮古市の地域精神保健医療福

祉ネットワーク)とした。これらは、本研究に先立つ3年間、研究班による外部支援者による支援者支援活動を経験している(平成26年度樋口班報告書)。各機関で被災後から継続的に活動している中心的な現地支援者に研究への協力を依頼し、2015年11月から12月にかけて、各機関3~4名、計10名のインタビューを行った。10名の内訳は、男性8名、女性2名、年齢は30歳代1名、40歳代5名、50歳代4名、職種は看護職4名、心理職3名、精神保健福祉士2名、その他2名であった(複数該当あり)。対象機関の背景情報は以下の通りである。

### 1) 相馬広域こころのケアセンターなごみ

相馬広域こころのケアセンターなごみは、東日本大震災後の2011年11月に福島県相双地区の保健、医療、福祉の向上のために発足した特定非営利活動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により2012年1月に開設され、同じく震災後に立ち上げられたメンタルクリニックなごみと連携し、活動を行っている。相馬事務所と南相馬事務所を設け、仮設住宅での全戸訪問、サロン活動を行ったり、アウトリーチを積極的に行い、未受診者・治療中断者の治療導入や長期入院後の退院や入退院を繰り返す方への訪問、災害により精神症状が出現した人へのフォローなどを行うとともに、職員の心の相談や健診(高校教員、消防署員、特別養護老人ホーム職員など)なども行っている。2014年には訪問看護ステーションを開設し、2015年からは相談支援事業所、地域活動支援センターを開設してピアのグループ活動の場を設けるなど、活動の幅を広げており、また2015年8月か

らはメンタルクリニックなごみでデイケアも始まるなど、地域の精神保健医療システムが整えられてきている。

外部支援も震災直後から特定非営利活動法人の立ち上げ、そして現在に至るまで、さまざまな団体や個人から多様な支援を受け入れてきているが、本研究に先立つ3年間の研究班の支援としては、主として他地域で訪問活動をしているチームを見学するためのスタッフの派遣や、チームビルディングや技術についてのコンサルテーションなどが行われていた。

## 2) 震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からころステーション」

宮城県石巻地区（石巻市、東松島市、女川町）は、東日本大震災で甚大な被害を受けた。「からころステーション」は、被災者のメンタルヘルスに関わる様々な支援および関係する医療、保健、福祉および震災関係サービスのネットワーク形成の拠点として、2011年9月に設立された一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎが設置した。同地域では、震災による精神科医療・福祉機関の影響は限定的で、震災前の機能を保つことが可能であったために、本ステーションでは、これらのサービスと連携しながら、地域のメンタルヘルスサービスの充実と、震災に特化したサービスの提供を行っている。事業内容は1)メンタルヘルスケアニーズをもつ対象者への直接サービス（ブローカー型、集中型のケアマネジメント）と2)震災に関連した保健活動（普及啓発活動、調査研究後の相談やフォロー、ネットワークの構築や研修会）に分けられる。2015年度は約20名のスタッ

フが活動を展開しており、精神保健福祉士、心理士、作業療法士、准看護師で構成される。医師は、運営法人に参加している精神科医が定期的に活動するほか、日本精神科診療所協会の医師らがボランティアで参加して、活動を支えている。

## 3) 宮古市の地域精神保健医療福祉ネットワーク

宮古市は、岩手県沿岸部の中心的都市（人口約6万人）であるが、県庁所在地の盛岡市より車で2時間という地勢的不利のため、人口も経済も減退傾向にある。高齢人口比率も30%を超え、高齢化の進む地域である。

この地域では、震災前より、基幹的な役割をもつ福祉事業所（宮古圏域障がい者福祉推進ネット）や代表的な医療機関（三陸病院、宮古山口病院）などを中心として、精神保健医療福祉サービスが提供されてきた。震災により、人的被害・家屋被害等の甚大な被害があり、避難者も多数存在した。各関係機関では概ねの機能を維持することができたものの、地域全体の様相の変化や震災後の地域化の取組みの変化などを受け、地域精神保健医療福祉に関わる機関や事業所での取組みの強化など、地域化や専門化、ネットワーク化に向けたニーズが生じた。

当地域では、震災後、外部支援者により、他県から派遣されたピアスタッフとの協働による定期的なサロン活動や座談会をはじめ、WRAP（元気回復行動プラン）の集中クラス、リカバリーに関するワークショップ、家族向け地域支援事業など当事者主体の取組みが多機関の協働により実施された。また、外部支援者による臨床スタッフへの継続的コンサルテーションやスタッフ

向けのリフレッシュサロンの開催、研修・学会等への派遣なども実施された。

録音データは逐語記録におこし、連結不可能匿名化した上で、質的分析の手法を用いて、コード化・カテゴリ化し、分析を行った。

## 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（承認番号 A2015-063）。

## C. 結果

インタビューでは以下の項目について述べられた。具体的な意見は、資料 1 を参照のこと。

### 1. 外部からの支援内容

#### 1) 役に立った支援

##### 研修

研修の内容としては、地域での対応法、声のかけ方、アルコールや認知症といった課題を掘り下げたものなど、実践的なものがよかった。

研修はスタッフのモチベーションの向上につながった。被災地から離れた場所での研修は気分転換になる。被災地内ではつらいと言えないが、外部でなら言える。

アルコールプログラムを学んできて、院内でもプログラムを立ち上げたり家族教室を開催するようになり、成果があった。

被災後の混乱のなか、自分たちで必要な研修は分からない。例えば 2~3 年後にはアルコールや自殺など、より専門的なスキルが必要となるといったようなことを絞りで、外部から提示してもらえたらよかつ

たのかもしれない。

震災後から外部から研修の申し出はたくさんあり、どれもよいものだったが、数が多すぎ、また断りづらく、スタッフが疲れてしまった。義務感から疲れていてもお付き合いとして参加せねばならず、負担となったこともあった。

##### コンサルテーション

当初は様々な人に入ってもらっていたが、3 年目からスーパーバイザーを決め、同じ人に継続的に入ってもらったことで、変化を見てもらえたことがよかった。スーパーバイザーからは、ねぎらいと課題の両方の指摘がありよかったが、最初から月 1 回 1~2 日程度の支援が継続であればなおよかったと思う。

精神疾患の知識と見立て、医療へのつながり方、服薬の知識、医療での経験など、スーパーバイズしてくれる人が必要だった。精神保健の分野に詳しい職員があまりおらず、利用者の半数が精神障害をもっていたという状況であり、相談できる人の存在は大きかった。

##### 同行訪問

スキルを学びながら、一緒にアセスメントしてもらったり、相談にのってもらったり励ましてくれたりして、最初自信がないころ、とても心強かった。フィードバック、アドバイスで自信を得ることができた。

医師がいない組織では、医師の視点でアセスメントやスーパーバイズしてもらうのもよかった。精神科的な見立てを依頼することは多かった。長期的な支援として、医師が訪問に同行するのはスタッフの安心感

につながる。アウトリーチや地域での支援、災害支援の経験者だと、同行訪問によって学ぶことが多い。

### 他地域の見学

多職種での支援のあり方やアウトリーチの目的、働き方などを実際に見ることができてよかった。自分たちの活動の強みを理解することもできた。想定外の対応法を見ることで、自分の考えが広がったのがよかった。

早い段階で見学に行って、支援の在り方のギャップに驚いたスタッフもいた。ある程度、自分たちのやることが見えてからの方がよかったかもしれない。早い段階で見学し、その1~2年後に自分たちの地域で経験を積んでから再度見学に行くと、活動の違いが地域性によるものなのか、やり方、技術などによるものなのかなどがわかり、よりよかったのかもしれない。

2年目の疲れている時期に見学に行ったので大変だったが、自分の職場を離れることで気分転換になった。

見学先はACTなどが多かったが、被災地で活動していて生活再建の問題などが出てくると、医療だけでなく、福祉領域の知識も必要になってくる。ACTだけでなく、福祉領域で訪問などをやっているところへの見学があってもよかったのかもしれない。

### 医師の見立て

医師がいない組織で、医療的なアセスメントや助言があったのはよかった。自分たちの活動を肯定してもらったり、後押しするような力となった。

### 外来の診療の手伝い

現在もクリニックへ県外から非常勤の医師が診療の手伝いに来ている状況だが、もともとの地域にはいなかった子ども専門の医師も来ており、これまで遠方まで通っていた方を地元で診られるようになった。

### 支援者へのカウンセリング

スタッフは被災者の話は聞くが、自分で話す場がない。支援者の声を聞いてくれる人が外から入ると、スタッフの心の安寧につながる。2年目は、スタッフの勢いだけでは乗り切れない時期であり、それぞれの思いを吐き出す場所が必要だった。心理士が定期的に来て個別で希望者に話を聞いてくれたり、箱庭のワークなどもしてくれたのがよかった。

### 2) あればよかったと思う支援

#### 法人やクリニックの立ち上げの支援

立ち上げの資金と、事務などの後方支援、コンサルテーションがあればよかったと思う。資金は個々人からの寄せ集めで作った。医療や福祉の専門職は多かったが、組織の立ち上げをする事務職や行政書士などの専門性が必要だった。結局、あちこちへ聞きに行き、書類を作ったりしたが、事務的な手続きを教えてくれる人がいればよかった。

組織を運営していくことについてのコンサルテーション、例えばリーダーの養成のための研修だったり、一般向けに精神疾患などについての普及啓発を行ったり、自分たちの活動をアピールして人材を集めるための、魅力的な広報のしかたなどのコンサルテーションがあればいいと思う。