

みたいな感じだったので、福島は今回特殊な状況だったのでやむを得ないと思うのですが、けれども。結構被災当事者にとってはいろいろアンケートなどというのは苦痛みたいです。

我々のような仕事をしている人間であれば、今後同じような事態が起きたときに備えて自分たちのものをデータとして積み上げてほしいというものはあるのです。ただ、そうでない一般の方や通常の業務をされているような方だとそういう視点はまずないので、自分たち大変というのが先に立つから、次のためにや他県のためにという頭はそもそもないです。だから、そういう方たちにとってはきつかったのだらうなと思います。

### 外部支援からの自立

これはうちの、独自の問題だと思うのですが、最初は補助金で始まっているのです。補助金は5年ぐらいで切れてきますよね。そうなったときに自前で活動していかないといけないので、訪問看護ステーションを立ち上げて、そちらで稼げるような仕組みづくりを合わせてやってきて、最終的には補助金から完全移行を目指しているのです。

ほかの被災地は、また少し違う形でやっていたりするのです。うちとしてはこのやり方を定着というか、被災地ではこういうやり方のほうが生き残っていけるのではないかと。もちろん被災者のためにということ、一つあってもいいのかと。補助金はどこでぱったり切られるかはわからないので、そうなったときに急に被災者を放るわけにはいかないですから。そういうときに、自前でやっていく仕組みを、うちならうちを先行事例のような形で紹介してもらってもいいのかと思いました。

## 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」

### 外部支援として、望ましい支援

#### 1. 外部支援の内容について

##### 1) 役に立った支援（要望も含めて）

#### 研修

啓発事業で心のケアの部分で講演をしていただくということは、今でもあるので、その部分では何か特化された先生方は、非常にお願ひしやすいといったところがありました。たとえば認知症、アルコールとか、児童とか、そういったものに特化している先生は、そこにマッチングして、講演をしていただいたり、または我々の小さな勉強会で。我々は中にしかいないのですね。そうすると、外が見えないことがありますし、ここができてから入ってきた新人たちもいるので、全く精神保健に関しても経験が少ないので、いろいろな方々が来て、その話を聞くだけでも、すごい刺激になる。いい風になっていただいて、我々も成長する一つ、支援者支援というところでは、最新情報を持って来てくれて、講演会してもらったり、内部講演会をしていただいたりということは、非常に我々にとっても、そういう意味でやっていただいているところでもあります。

#### 同行訪問

初期の頃は、自分たちもケースの見方はわからないし、関わり方も含めて、足元ぐらついていた感じだったので、一緒に行ってもらうだけでも、安心というのはあったと思います。

我々が普段訪問している方々に同行してもらい見立てというのはあります。ある程度必要性はないのですが。ただ、見守り的な部分での訪問も含めて、同行していただくこともあります。

診療所から出るとか、たとえば、診療所の診療以外に、ボランティアしていた先生方が、たまにいらっしゃるんです。そういう先生方と回れば、やっぱり学ぶことが多いです。あとは、震災の経験とか、災害の経験がある先生とか。そういうことでの広がりも、今も含めてありがたいなと思います。

うちのスタッフは、まだ若い人が多いので、経験がないので、いきなり難しいケースに飛び込むということができないので、経験ある人間とつけると数が足りなくなってしまうのです。そのときに外部支援者で経験あって、引っ張ってくれたり、アドバイスをしてくれるというのが、非常に助かったところはある。

## 医師の見立て

精神科的な見立てをお願いすることは多いですね。我々をお願いする場合がありますし、我々じゃない地域の支援者が、先生がいるということでお願いをしたいという場合もあります。そういう場合には、我々スタッフもついて行って、一緒にケース会議なり、同行訪問なりをする。

長期引きこもりで、急に具合が悪くなり、急性期というような2次予防的な対応のタイミングで入っていただいた先生には、非常にお世話になりました。

## 2) あればよかったと思う支援

### 病気でない人への予防的な関わり方

2012年4月に、石巻市役所からみなし仮設の健康調査をもとに、関わってほしいという依頼が600件ありました。みんな、やり方もわからない。そのタイミングで、市の健康調査にもとづいて、私たちが訪問しました。「この健康調査で、眠れないに○がついてますけど、今はどうですか。その後、お変わりないですか。」のように聞く中で、健康調査に書かれていない孤立感とか、抑うつといったところを、うまく聞けるかといったところです。研修があれば、聞いたのかなと思います。

我々も、いろいろなところから委託してもらって、いずれ精神障害者になる人たちとか、2次予防・3次予防ケースをやることだけで、十分評価されるものなのか。されるのであれば、いいのですが。ただ、(病気の前段階のような)この人たちも、我々としては考えてはいるのです。そういう大きい視点でやってくれような、あるいは発信してくれるような人とか、直接支援はしない人で、そういう話しをしてくれる先生がいれば、それは我々にとって、ありがたい支援なのかなと思います。

## 3) 疑問のある支援

### 医療に偏った視点での支援

アウトリーチというか、まだ病気になるずっと前の段階での関わりのイメージです。我々も手探りでやっていたので、アルコールの専門性とか、何々病の専門性というのは、ありがたいはありがたいですけど、そこじゃない、という感じがありました。

我々は住民さんとして見てるんですけど、(医師は)どこか患者さんとして見ている先生が多いという、その辺の意識の違いを感じていました。

(派遣された医師に)仮設の健康調査とか、民賃の健康調査と一緒に回り、医療に携わる数か月前の人たちと会っていただいて、少し予防的に関わる場所に関して言うと、申し

訳ないのですが、その専門性を有している先生方は、たぶんいなかったと思うんです。たぶん全国的にみれば、保健所の精神保健相談がすごく得意な先生とか、市町村の保健師さんにすごく頼りにされている先生方とかであれば、一緒に行って、声をかけて、地元で関係をつくって、医療につなげるというような先生方もいらっしゃる。そのイメージができてきている先生は、我々はやりやすいのです。

「研修」と言われると、自殺対策だったり、アルコールであったり、そのお話しはありがたいのかもしれませんが、その話が出る段階の前に、どれだけ長い時間がかかるのか、というところでは、役に立っているのかな、と思うところがあります。

## 2. 外部から支援者が入ること自体の意義、困難など

### 1) 意義

#### 刺激

内部のスタッフだけでやっているのと、一緒に行くスタッフがいるとして、その同行の人とだけになってしまいます。それが、うまくいけばいいんですけど、ちょっと変えてみたいときに、内部のスタッフで動揺して引っ張るよりは、外部の支援の人が入って、立て直しをすとか、アドバイスとかがあります。流動的なのということでもあるし、替えがきくというんですか、そういう意味のメリットがあるのではないかと思います。

自分たちが一つの組織でいながら、人が頻繁に入ってくることで、流動的な組織になると思うのです。たまに人が来る。それが気疲れを生むのですが、固定化しない、そのメリットはあるだろうと思います。

#### 風化させない

中・長期に外からの支援が少なくなっていく中で、「なんかさせてください、なんでもします」と多数来られるのは嫌なのですが、全く来なくなったり、忘れ去られたような感じになるのも、地元の住民さんは嫌なのです。これは、皆さん、おっしゃるところです。完全に放っておかれると辛いけど、しょっちゅう来られると、そこまで自分たちは、おかしくない。ほどほどに、ときどき外から来るのがいいです。

(4年が経過した) 今、精神科の先生方お連れしても、「いまだに、こういう先生が来るんだね」と評価してくれる方々も、結構沢山います。まだ被災地、石巻では、こんな状況だということを、地元に戻って言っていただき、忘れ去られないという意味合いはあると思いますので、外の方が来ていただけることは、すごく良いと思います。

## 相談のしやすさ

地域の先生方と相談しづらいことも、先生が来るからという話は、入り口としてすごく敷居が低いのです。その場しかいないので。

横浜から来ました、北海道から来ましたとなると、「そう」って。たぶん、二度と話さないかもしれない、という気持ちで話してくれる、そういったプラスはあると思います。

## 2) 困難

### 専門性、職種へのこだわり

順応性のある自我の出さない支援の姿勢というのが、外部支援者に求められるものだと思うのです。それぞれの地元で、頑張って地位を確立したり、一生懸命頑張られている方々が来て、自分のやり方を通そうとしてしまうと、もしくは自分たちのやり方とは違う、「このほうがいいよ」と言われてしまうと、別の流れに変わってしまうことで地元の人たちにストレスがありました。

最初からコワーカー理論でいくぞと、ドクターもワーカーもみんなコワーカーだと。それぞれができることを、それを動かしていくという理念はあったので、先生たちにも遠慮せずにいました。物資を配布する準備とか、物を運んでいただいたり、または医療と全くかけ離れたこともしていただく。一応ドクターの方には、それなりにリスペクトをしながら接してはいるのですが、みんなコワーカーであるという理念で、ドクターだからというのではなくて、遠慮しないでやれというお達しなので、それを実行していました。

### 外部支援の集中

避難所を最初は巡回するんですけど、だんだん人が固定されてくると、仮診療所をつくる。仮診療所に精神科医がいることをみんな知って、必要があればそこからアウトリーチするというようなスタイルです。精神科の先生方とこころのケアチームの巡回は、初期の段階で1回ストップしたほうが、有効だろうと思います。初期は、それもできないから回ったほうがいいのかと思うのです。こころのケアチームは、巡回、巡回で回っていたんですけど、だんだん必要性をやる側も、受ける側も見失いがちなところもあり、4月ぐらいにはそうだったと思う。逆に、身体医療との連動はすごく重要だろうと思います。コンサルが、一番の仕事なのかなと思いました。そういう意味では、初期の頃の外部支援っていうのは、数はそんなにいらなかなと思います。

(初期に)現地見学をしてもらったほうが、コーディネートをする際にはいいです。そこで見てもらったから、今もつながってる人たちもいるので、一概に来るのは駄目とは、言いたいのですけど、多過ぎるのは疲弊すると思います。

### 継続性のなさ

帰らないといけない、戻らなくてはいけないというところで、継続性がないというマイナス面がありました。また来てくれればいいですけど。「お待ちしていますよ」なんて話があり、せっかく関係性ができたのに、「また来てね」と言っても来れないというのは、外部支援者のマイナス部分です。継続性がないというところは感じたことあります。

年に1回の2時間の講演よりは、半年に1回、1日一緒に回ってもらおうというほうが、我々としてはありがたいと思います。

### 気遣い

(相談の) 敷居の低さになっている反面、気遣いはあります。先生方とのコミュニケーションをスタッフがどれぐらい取れるか、先生に気遣いしなくていいと思えば、すごく話しやすいし、ケースも頼みやすくなる。

基本的に、お医者さんじゃなければ、我々としては、気はつかわないですね。一緒に何かやろうぐらいの感じ。お医者さんに対しては、医者としての仕事をしてもらわなきゃといった頭で働いていて、そういう雰囲気とか空気があるのです。それを、払拭できた先生は、すごくやりやすい。おりてきてくれるか、というところだと思うのです。クリニックでは「先生」となっていて、先生の指示で物事が進むじゃないですか。でも、ここでは、先生が指示したから物事が動いているのではなく、マネージャーがいて、マネージャーがその人と関わって、先生の情報をもとに先生にやってもらって、その人が主軸になっているのです。だから、先生もある意味で、一つのリソースだと思う。そして、そういう位置取りの場合に、有効性は高いです。

遠くからお金かけて被災地に入って、「何かしないといけない」という気持ちがあると、「何かをしてもらわないといけない」という気持ちに変わっていくのです。「ただ新聞読んでいことで何の意味があるのだ」とか、「人がこんなにいるのに何もしないのはもったいないのではないか」、と思われても、何もないのでしょうがないのです。無理に人の家に行くことにはないので、忙しい時期と暇な時期とがあります。あと、365日やっているんで、お正月早々人の家に行くことはできないことをまずご理解いただいた上で、来ていただきたいと思います。支援に対する熱い思いを、なかに入ったときに少し沈めてもらえるような態度は常に必要と思いました。

### 地域ことが分からない

外部支援者のマイナスの要因として、外部支援者だけでは動けないということがあります。道が知らない、運転できない、あと言葉の壁ですね。

### 配慮に欠ける言動

華美な服装は勘弁していただきたいです。こちらからは言えないので。被災者の方は、「自分たちのことを特別視しないで」と言うのですが、基本的にちょっとだけ襟を正してほしいところがあります。あれだけの被害があり、数年経って復興してきたとはいえ、しんどさがあって、軽くなならない人たちがいるかもしれない、そういう人と会うかもしれないという、謙虚さというか、その辺（の配慮）は持ってほしいというのがあります。

まだ避難所から仮設へという移行期、まだ町全体が被災という空気感に包まれているなか、観光的に来られたのは、非常につらいところがありました。我々の前では、非常に神妙なのですけど、ちょっと離れているところで、モニュメントで写真をとったりとか。まだ観光でなく、支援ということで入ってこられている時期なので、そこが目立つような方々には、注意しないといけない。

我々の活動を、勝手に評価して帰っていく先生とかがいるんです。「いい」と言われれば、別に悪い気はしないのですけど。

いろいろな先生がいらっしゃって、不安な方もいれば、非常にやる気に満ち溢れて、中期ぐらいに来られて仕事なくて怒るというようなパターンがありました。そうになると非常にやりづらかった。

### 3) 宮古市の地域精神保健医療福祉ネットワーク

外部支援として、望ましい支援

#### 1. 外部支援の内容について

##### 1) 役に立った支援（要望も含めて）

研修

●●さんからのご紹介で、●●病院にアルコールの研修に行かせていただきまして、それはスタッフのモチベーションにつながってよかったと思います。

アルコールの研修会に行った方々が、それでプログラムができて、今は家族教室までも開けるようになってました。その辺の成果は出ているのかな。

コンサルテーション

職員が頭を悩ませるのも精神（的な問題）の人たちなんですよ、いろんなトラブルがあって。ですから、専門的な対応が必要になってくるんだけど。とにかく、今は、全面的にご指導いただいている感じです。

必要だったのはやっぱりスーパーバイズだったかもしれません。精神の部分でいえば、スーパーバイズ。ここは作業所のわりに弱いので。スタッフのスーパーバイズをやってくれたらよかったのかな。そういった意味では、だから、●●先生だとか、●●さんだとか、●●さんだとかっていう方がいたっていうのが大きかったんでしょうね。

やっぱり医療。我々が弱いのは、とにかく精神疾患に対する知識と見通し、見立て。これがやはり難しいので、その辺を教えてくれる人間。医療へのつなげ方とか、服薬の知識とか、そういうのは弱いんですよ。本読んで頭に入れてる程度の知識しかないから、経験がない。

##### 2) あればよかったと思う支援

支援者のための相談窓口

何か困ったときにすぐ相談できるというのが必要です、あとで聞くとかではなく。我々は現場で仕事して、目の前でいろんなことが起きるから、そのときにすぐという体制。これが特に精神保健の分野でもないと非常にいいのではないかな。法律職と連携ができて、昔だったら、「来月の何日に時間空けときますから来てください」っていうようなものが、今は携帯で、先生たちと仲よくなっているから、「今こうなんだけど、どうなの」と、電話ですぐ解決、そういうのが必要ですよ、精神の分野は。「今こういう状態なんですけど、今聞きたいなんですけど」って言えば、すぐ答えてくれるような。ですから、電話（相談体制）、

なんとか、全国的にすぐにもうできるように。

### 3) 疑問のある支援

#### 人員の補充

震災後にいろいろ組織化していますけれども、岩手県に登録した職員を市に送るという仕組みをつくったんです。そのベースになったのが、震災が起きて1か月後に県が募集して、送り出した組織なんです。釜石にも宮古にも入っています。私たちと同じ職種で内陸で仕事してる人たちを、4人か5人、交代で1週間ごとに送るという職員派遣チームです。

自分は、断ったんです。必要なところ、釜石は1年ぐらい人来てたんじゃないですかね。それについては、1か月以降はそんなに困らなかつたんですよ。困らないと言ったら変だけれども、職員に来てもらったとしても、やってもらうことがないの、残念ながら。1週間だから。ずっといって、我々と同じように動いてもらえるんだけど、1週間で、代わる代わる来た人に教えるわけでしょ。地理はわからないし、1週間経てばまたいなくなるので教えてもしょうがないって感じになりますしね。常勤職員と一緒に動く形になって、あんまり効果がなかったと思っています。

もし送るのであれば、同じ人を継続して送ってくればよかったという部分ですね。来てくれるだけでありがたい。

マンパワーが必要ということで、職員派遣を一生懸命考えてくれたんだけど、今思えば必要なかったような気がします。というのは、うちの仕事が、そういうものではなかったのです。いろんな人の手が必要な作業、そういうのは全然やっていませんので。たぶんそういうところは必要だったと思うんですけど。1人でも多くね、家の片づけとか。でも、ここはそんな仕事全然しないので、要は、相談業務。ただ、これはできないんじゃないでしょうか、派遣された人たちでは。

ベテランの人たちがいっぱい来ましたが、難しかったんじゃないでしょうか。一般の健常者であればね、いいんでしょうけども。我々が関わる人に私たちの代わりが相談を受けるといのは厳しんじゃないでしょうか、派遣職員では。自閉症でワーワーってやって、障害者のところにその人が行っても難しいし、家族も初めて会った人に、そういう意味では、無理がちよっとある。

ピアカウンセリングや SST だって、ここで何人かでやるものですから、人手がほしいわけではないのです。少人数の活動です、すべて。ですから、今思えば、我々の事業所に限っていえば、マンパワーはあんまり必要ないんじゃないだろうか。

ケースを掘り起こしていくんだけど、それを置いていく人。ありがたいような、困るような感じでしたね。「こういうケースがあったから、あとアフターフォローしてちょうだい」という、「フォローしてちょうだい」と言われたときに、困りますよね。

ちょっと置いていくものですから。それが震災、特に直後に、こっちも疲れて。今、目の前のことが精いっぱいのときにそうなると、仕事増えるから苦しかった。それは、迷惑ではなくて、大変だったってことです。

面白いなと思ったのは、この人たちが行ったとき、「このことで困ってる」となりますよね。ちょっと対応が遅れますよね、そうすると、もう解決してたりして、相談内容はなくなっていたり、あとは「遅い」って怒られて。「もっと早く来てほしかった」とか。だから迷惑って意味じゃなくて、「ああ、困っちゃったな」というのでした。

震災直後に、●●●でもうちの病院にも来てくれたそうなのですが、「支援が必要だったら、ボランティアを派遣します」という話をしたら、部長が断ったのです。なんとなくわかると思ったのですが、断ったことに対して、●●●がすごく反応して。自分のところに連絡して、「●●さんが今までいた病院で、支援断ったんだけど、大丈夫なの」って逆に言われました。戻ってから、部長にそういう話がありましたねと話したら、来てもらっても、全く知らない人に対応するのにエネルギーを使うから、それほど建物も壊れてないし。大丈夫なのかって、うちは。だから、そこに知らない人がいっぱい来ると、余計スタッフが疲れるから断ったんだ、と。当たり前だと思いました。

## 2. 外部から支援者が入ることの意義、困難など

### 1) 意義

#### 新しい情報

一番外部支援の意義というのは、震災を経験した人たちが実際に来て、自分の経験に基づいて話してくれると、それは参考になるんじゃないかな。たとえば結婚式をしたことない人にとって、「明日結婚式しよう」と言われたら、わからないんだと思うんです。したことのある人から聞くと、「こうやって順番にこうやるんだ」とわかる。それと同じで、震災のとき、何していいかわからなかったということ。行政には、そういう人が入って来ていたんですよ。我々も震災経験した障害者支援の人がそういるわけではないとは思いますが、来ていろいろ話をしてもらおうと、助かるんじゃないかな。それはとてもありがたい。だから、阪神・淡路大震災を経験した人たちが来たりしたのは、すごくよかったと思いました。

一旦、収束を迎えるというか、復旧から復興に切り替わったあたりで、我々としては、情報がほしかったです、新しい情報が。力の置き方を、基盤をもう1回つくり直そうというところから一段落したら、自分たちはこの今の医療に置いて行かれないようにしようとか、もう1回その辺を見直すという時期が来たときには、情報がほしかった。みんなではないと思うのですが、自分はそのでしたね。置いて行かれるような気がしましたね。その矢先に WRAP に出会ったのは、自分にはよかったですね。●●さんから、WRAP っていうのが

あるよっていうことで。

身近にピアスタッフがいなかったのが、我々にとっては新鮮でした。障害者というのが先に来たんですけど、やっぱり話ししてみると、全然違いますね。障害は関係ないと思いますね。それぞれの人生の中で、いつかのタイミングで精神の障害を、この人たちは体験しているだけで、たまたま、自分たちはそれを体験してないだけで。受診してない、外来に行っていないので、自分たちには診断名はないですけど、行けば必ず何かついちゃうというの、なんとなくわかりました。ピアというのは、障害者という、精神障害者ということによく使われるんですけど、ピアは精神障害者じゃなく仲間だということを教えてもらいました。重要な出会いでした。ピアの、●●さんとか、●●さんとか、皆さんに会った。そのつなぎをしてくれた●●さんは非常にありがたかったです。そこから、どんどん広がっていきました、つながりは。

新しいこととか、たとえば、学会の人たちとも、いろんなのが出てきたわけです。仮面座談会とか。リカバリーとか、WRAP とか。それはもし震災なければ、なかったかもしれないし。そこはやっぱり、すごくいいと思います。

#### 刺激

元気サロンでしたか、その部分で●●先生がこうやってね、すごい人に来てもらえるのは、職員も勉強になるんです。

●●さん、あの人が来たことで大きく変わったと思います。やっぱり弱いから、我々が。●●さんに助けてもらったりとか。あれは大きな変化。●●学習会とか、いろんなことやって。通常は職員が勉強してやれるようなことでも、●●さんに頼ってるかな。

#### 相談しやすさ

家族を亡くした人とか、家が流された方とか、その中で、普通というか、とりあえず失ったものは直接はないけど、その地域を通って来るとか、いろんなところで目にするから、痛みとしてはあるのです。でも、失ったものが、あの人たちに比べれば、ちっぽけだから、口に出しては言えない。ふたをしている部分があるのです。そして、いろいろな被災をして、心が沈んだ方のケアをするわけじゃないですか。面接とか。それがきっかけで、外来に来るようになった方とか、入院になった方の支援をするのです。どこかでアウトプットしたいけど、現地では、それは口にできないっていう感じです。自分では、その時期に気づけてはいないんですけど、何か苦しいと思っていました。私は、このインタビューを受けたときに、ああ、それだったんだって、自分で気づいたりしました。聞いてもらえる、その機会に感謝しています。

話しているうちに、自分で整理できたというか、「あっ、これだったんだ」、自分がなんか詰まっていたのは、とか。

## 中長期における外部支援者の心得

### 1. 被災地で浮かない身なりを

対人支援に相応しい身なりかどうか、今一度考えてみましょう（例：華美な服装、茶髪など）。被災地では、依然つらい状況にある人に会うかもしれません。自分の雰囲気や相手がどのような印象を与えるか、想像してみましょう。

### 2. 現地に入る前に、地域の情報を

現地の地理や言葉がわからないと、現地支援者の付き添いが必要となり、外部支援者だけではなかなか有効な支援ができません。事前に知識を得ておくことで対応できることもあります。地域の事情を知らないで助言したり、理想を語ったりしても、現地の人びとの心に響きません。

### 3. 外部支援が集中しないように

外部支援者が多数いることが必ずしも良かったともいえない、という声もあります。自分たちだけでなく、全国の外部支援者が同じようなことをしているのではないか（例：同じような研修の申し出など）、と想像してみましょう。被災地では断りづらく、無理をして受け入れることもあります。外部でできるだけ調整することで、被災地の負担を減らすことができます。

### 4. 専門性、職種にこだわらない

順応性のある、我を出さない支援者は現地で協働しやすいです。専門性や職業アイデンティティにこだわった支援者のために仕事を調整するのは、大変な負担になります。被災地では、精神保健の専門性を持っている「なんでも屋」のつもりで動きましょう。自分の専門性が生かされるような仕事がタイミングよくあるとは限りません。専門外のケースへの対応や、生活支援、事務処理など、もしかしたら自分の不得手なことを求められることもあります。

### 5. 継続的な支援を

不定期で代わる代わる支援に入る状況では現地支援者、また住民と関係性を作ることは難しいです。細くても息の長い支援のほうが、現地支援者としてはありがたいです。

### 6. 気遣いがあることを忘れずに

現地支援者は、外部支援者に対して気を遣ってしまいます。時には、仕事がないことに不満を言われ、あえて仕事を調整するようなことさえあります。中長期にはあまり変化がないことを前提にして、求めに応じて支援をしたり、被災地の現状を知ったり、風化させないことに努めてくれる支援者をありがたく思います。

### 7. 勝手に調査をしない

地元では、アンケート等の調査は、一つ一つは大変ではなくても、数が多く辟易しています。外部支援者が、第三者的な立場で支援活動を評価する場合には、関係者へのヒアリングをして、現地支援者にフィードバックする形などが良いかもしれません。

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

東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響

分担研究者 神尾 陽子 1)、金 吉晴 2) 3)  
研究協力者 大沼 麻実 3)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 3) 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】**

【背景】東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももおり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかという不安の声が上がった。メディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆している(1)。しかし災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状がある。

【目的】そこで本研究は、東日本大震災後のメディアへの暴露が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とする。そのうえで新たな視点として、メディアへの暴露とプレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のため方策を検討する。

【方法】多摩地区の6歳児426名の保護者に対し、2013年2月6日から2013年3月9日にかけて郵送による質問紙調査を行い、回答があった192名(回答率45.1%)のうち、震災時に福島県にいた1名を除外した191名を解析対象とした。本年度は、下記の2つの仮説、〔仮説1:子どもの情緒や行動の問題(SDQ)(特に情緒に着目)において、映像にどれだけ曝されたかよりも、視聴直後の症状が影響しているのではないか〕、〔仮説2:自閉症的特徴(SRS)をもつ子どもは映像に対して敏感であるため、1年後および2年後の情緒により影響が残りやすいのではないか〕について階層的重回帰分析を行った。

【結果】震災から2年後については、子どもの情緒と行動の問題(SDQ)の下位分類である情緒に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているという〔仮説1〕が支持された。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1年後の情緒に影響があるという〔仮説2〕も支持された。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは1年後も影響が持続していたといえる。しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事でも丁寧に対応していくことが大事になってくるのではないだろうか。

## 1. 背景

ニューヨーク 9.11 テロの後では、テレビでのビル爆破映像を視聴した児童が PTSD になったという研究結果が出たが、他方でこの度改正された DSM-5 では特殊な場合を除き、テレビ視聴による PTSD 発症は認められていない。しかし今般の東日本大震災においても津波映像の視聴が児童に心理的悪影響を与えるのではないかと懸念が一部の専門家によって指摘されており、日本での調査報告もまだないという現状にある。

## 2. 目的

本研究は、1) 東日本大震災後のメディアへの暴露が遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査した上で、2) プレ要因としての子どもの側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、3) 要支援児の同定および早期対応のためのエビデンスを提供することを目的とする。また後述するが、結論から先に言えば、先行研究では、テレビを視聴した際の即時的なストレス反応の有無や、それがどのくらいの期間で回復するのかについては調査されていないことが明らかとなった。そこで、即時的な反応の持続期間に加え、震災前後の体重・身長といった発育、通園状況を調査することにより、影響を受けた子どもがどのくらいの期間で回復していくのかを明らかにしたい。

なお、本研究は当センターの倫理委員会の承認を受けて実施している [NCNP 倫理委員会, 承認番号 A2012-056]。

## 3. 方法

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部に研究協力者として登録された、多摩地区の 6 歳児、426 名の保護者に対し、2013 年 2 月 6 日から 2013 年 3 月 9 日にかけて郵送による質問紙調査を行った。質問紙の作成にあたっては、先行研究をレビューし(平成 24 年度の報告書参照)、先行研究と比較可能な項目を網羅したうえで、独自に作成した項目を含めて作成した。本年度は、質問紙が返送された後にデータ入力を行った。その集計結果と SPSS によるデータ解析の一部について報告する。

質問紙の主な質問項目は、下記の通りである。

### 1) Demographic features

### 2) 震災時とその後の生活状況

3) 震災関連の報道映像の視聴内容とその際(当日ないし翌日)の子どもおよび保護者のストレス反応とその持続時間(尺度は筆者が作成)《図 1, 2, 3》

4) 映像の視聴に対する親の認識《図 3》

5) 視聴を挟む震災前後(2010 年 3 月~2012 年 12 月)の子どもの発育・通園状況

6) 震災の 2 年後の Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ 「子どもの強さと困難さアンケート(子どもの情緒や行動の問題)」

7) Social Responsiveness Scale [対人応答性尺度(自閉症的特徴)] (2012 年 1 月末~3 月 31 日: 児童部の既存データ)

8) 親の現在の精神状態(K6)

## 4. 結果

4-1. 素集計結果 (素集計の詳細な結果については、昨年度までの報告書を参照されたい。)

### 【主な Demographic features】

192 名の保護者から回答を得て(回答率 45.1%)、解析にあたっては震災時に福島県にいた 1 名を除外した。性別については(n=189)、男児 53.4%(n=102)、女児 46.6%(n=89)であった。回答保護者の続柄は(n=188)、母親 96.8% (n=182)、父親 3.2%(n=6)であった。

### 【解析結果】《図 4》

[仮説 1: 子どもの情緒や行動の問題(SDQ)(特に情緒に着目)において、映像にどれだけ曝されたかよりも、視聴直後の症状が影響しているのではないかと]

相関分析の結果、子どもの視聴映像種類数(暴露数)と 1 年後および 2 年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)の下位尺度である「情緒の問題」の間に、弱い有意な正の相関があった(1 年後, 2 年後ともに  $p < .05$ )。また、子どもの症状種類数と 2 年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)の Total difficult score および下位尺度である「情緒の問題」の間に、有意な正の相関があった(1 年後, 2 年後ともに  $p < .01$ )。

重回帰分析の結果、1 年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)を従属変数とし、暴露数と症状数を独立変数として重回帰分析を行った結果、暴露数は

$\beta = .13$  (*n. s.*)、症状数は  $\beta = .04$  (*n. s.*)であった。また、2年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)を従属変数とし、暴露数と症状数を独立変数として重回帰分析を行った結果、暴露数は  $\beta = .13$  (*n. s.*)、症状数は  $\beta = .23$  ( $P < .01$ )であった。

ゆえにこれらの結果から、1年後は暴露数も症状数もどちらも情緒に影響していなかったが、2年後の情緒に対しては、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているということが分かった。

[仮説 2: 自閉症的特徴(SRS)をもつ子どもは映像に対して敏感であるため、1年後および2年後の情緒に、より影響が残りやすいのではないか]

階層的重回帰分析において、STEP1 に暴露数と症状数、STEP2 に SRS を投入した結果、1年後の情緒については、暴露数は  $\beta = .16$  ( $p < .05$ )、症状数  $\beta = .01$  (*n. s.*)であり、SRS は  $\beta = .56$  ( $p < .0.1$ )であった。つまり、同じ程度映像に暴露され、症状が同じ程度みられた子どもの中では、自閉症的特徴をもつ敏感な子どもであるほど1年後にも情緒に影響があることが分かった。

また同じく階層的重回帰分析において、STEP1 に暴露数と症状数、STEP2 に SRS を投入した結果、2年後の情緒については、暴露数は  $\beta = .15$  (*n. s.*)、症状数  $\beta = .21$  ( $p < .05$ )であり、SRS は  $\beta = .03$  (*n. s.*)であった。つまり同じ程度映像に暴露され、症状が同じ程度みられた子どもの中では、自閉症的特徴の影響は2年後の情緒にはみられなかったということが分かった。

## 5. 考察

震災から2年後については、「子どもの情緒と行動の問題(SDQ)」の下位分類である「情緒」に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているという[仮説 1]が支持された。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1年後の情緒に影響があるという[仮説 2]も支持された。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは1年後も影響が持続していたといえる。

しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事で

も丁寧に対応していくことが大事になってくるのではないだろうか。

## 6. 班会議の出席者からのコメント

班会議発表後の出席者によるディスカッションでは、災害関連の遊びをする子どもの割合が約4割であり、とても高いことへの驚きの声があった。震災当時5歳の子どものが、テレビを見た影響のみで災害関連の遊びをするということは、子どもたちにとってはテレビの映像がそれだけ印象的であったということだろうとの意見であった。これについて他の参加者からは、震災関連の遊びなど、災害直後に様々な影響が見られるにしても、本調査の目的のひとつでもある永続的な影響が出るかどうかという懸念に対しては、あまり影響がなかったということに安心したとの声もあった。

また、調査対象者である保護者の中には、放射線の影響や余震の不安などから子どもを遠方に避難させたと答えた人が約6%いたため、もともと災害に対して意識が高い集団であるかもしれないという指摘があった。この点について他の参加者からは、避難した人の割合を一般人口と比べることができれば、今回の対象者の集まりが敏感であるかどうか推定することができ、今回の参加者が一般人口をどれくらい代表しているかがわかるかもしれないとの意見も出された。

## 文献

1. <http://child-neuro-jp.org/visitor/iken2/20110325.html> (2015. 3. 1 現在)
2. Goodman, R.(1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-6.
3. <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese> (2015.3.1現在)
4. 森脇愛子, 藤野博, 神尾陽子. (2012). 子どもの強さと困難さアンケート(Strength and Difficulties Scale:SDQ)日本版の標準化と信頼性・妥当性検証. *日本社会精神医学会プログラム・抄録集*, 31, 125.
5. Constantino, J.N. et al. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism

diagnostic interview-revised. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 33(4), 427-33.  
 ([http://portal.wpspublish.com/portal/page?\\_pageid=53,70492&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70492&_dad=portal&_schema=PORTAL)) (2015.3.1現在)

6. 神尾陽子, 辻井弘美, 稲田尚子ほか. (2009). 対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale; SRS)日本語版の妥当性検証-広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scale; PARS)との比較. *精神医学*, 51(11), 1101-9.

7. Kessler, R.C. (2002) .Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 969-76.

8. 大野裕ほか. (2002). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究-研究協力報告書.

図1. 子どもの視聴映像の種類数 (暴露数)  
(n=169)

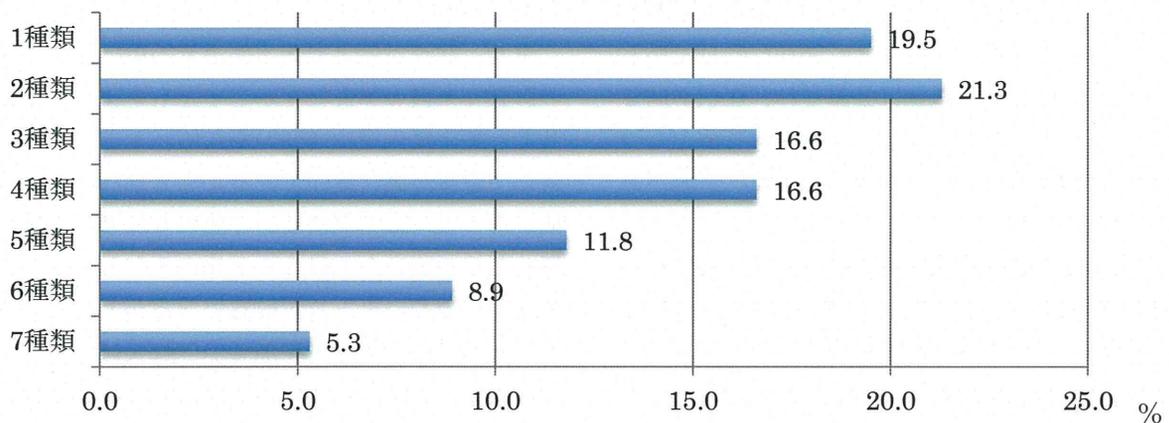


図2. 子どもの視聴直後の症状種類数 (n=160)

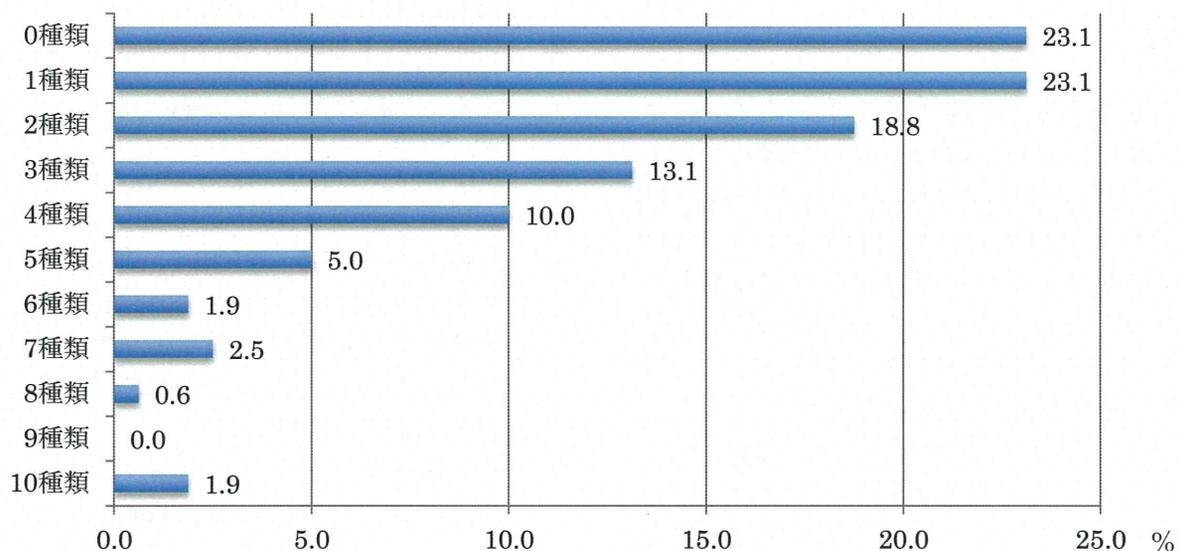


図3. 子どもの視聴直後の症状(複数回答)

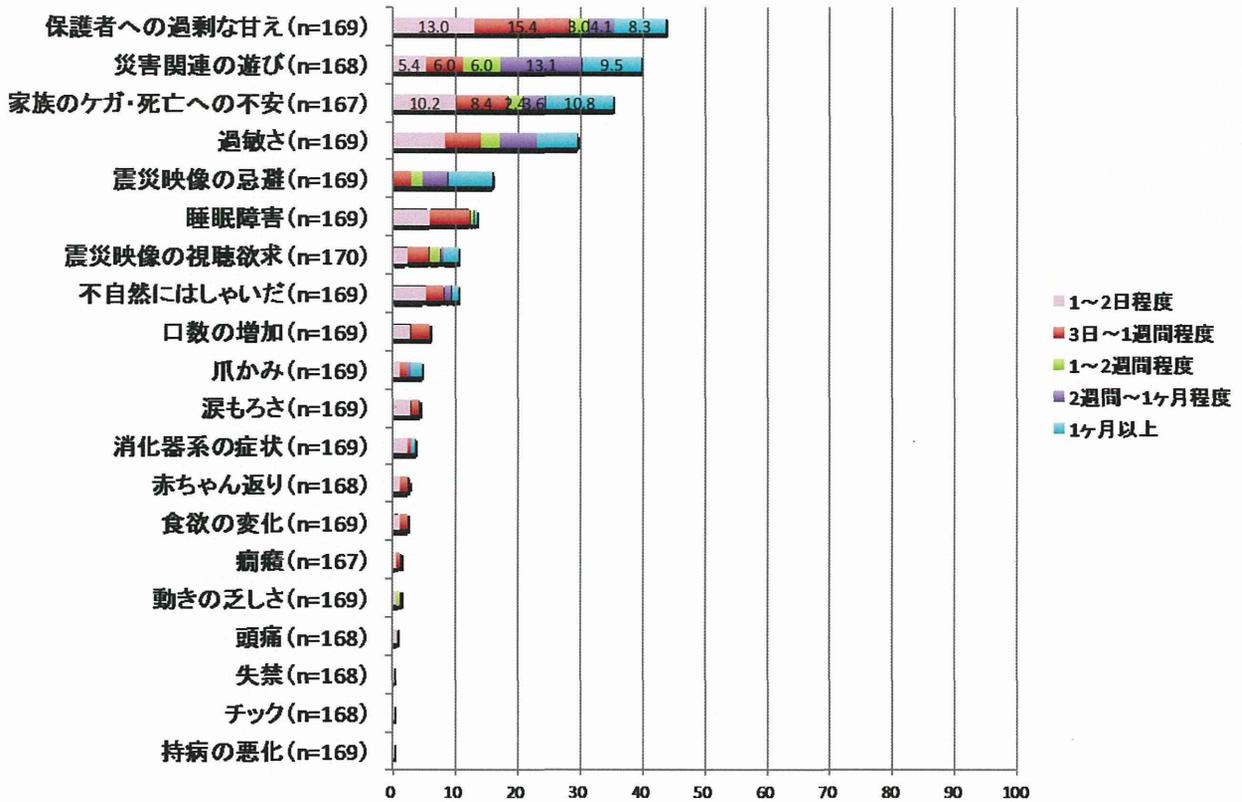


図4. 震災1年後および2年後の情緒に対する階層的重回帰分析

震災1年後の子どもの情緒		
	β	β
<b>STEP1</b>		
暴露数	.20*	.16*
症状数	.03	.01
<b>STEP2</b>		
子どもの自閉症的特徴(SRS)合計得点		.56**
ΔR <sup>2</sup> vs. control model	.04	.35***
Full-model R <sup>2</sup>	.03	.33***
Model F ratio	2.6	21.3

\*\*\*p<.001, \*\*p<.01, \*p<.05

震災2年後の子どもの情緒		
	β	β
<b>STEP1</b>		
暴露数	.15	.05
症状数	.22*	.21*
<b>STEP2</b>		
子どもの自閉症的特徴(SRS)合計得点		.03
ΔR <sup>2</sup> vs. control model	.08**	.08
Full-model R <sup>2</sup>	.06	.05
Model F ratio	4.9	3.3

\*\*\*p<.001, \*\*p<.01, \*p<.05

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

被災地の飲酒問題に関するアンケート調査

研究分担者 松下 幸生 国立病院機構久里浜医療センター 副院長

研究要旨

岩手県、宮城県、福島県において被災者を支援している保健師、生活支援相談員等の支援者 756 名を対象としてアルコール関連問題に関するアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、①アルコール関連問題の増減・問題の内容、②飲酒問題への対応で困った経験の有無、③アルコール以外の精神的な問題、④避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、⑤仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、⑥アルコール関連問題の介入、予防に役立ったことである。アルコール関連問題の増減は、震災からの時期によって異なり、震災発生から避難所閉鎖までの期間は変わらないとする回答が多かったが、避難所閉鎖以降の期間では増えたとする意見が多くなった。増えた理由としては、震災による生活や住環境の変化を挙げた者が多かった。地域別にアルコール関連問題の増減をみると、岩手県では変わらないとする意見が多い一方、宮城県では増えたとする意見が多かった。増えた理由については震災による生活や住環境の変化を挙げるものが 3 県とも多いが、福島県では補償金などの収入を理由に挙げるものが他の 2 県より多かった。アルコール関連問題の内容としては、朝や昼間からの飲酒、飲酒による健康への影響、酔って他人とケンカなどの問題を挙げた者が多かった。アルコール以外の精神的問題については、震災発生から避難所閉鎖および避難所閉鎖から震災 1 年後までの期間は、不眠、不安、うつ、持病の悪化が増えたとする意見が多いが、震災 1 年後から調査時点までの期間では、うつ、不眠に次いで、認知症を挙げるものが多かった。避難所での飲酒に関する意見としては、避難所では飲酒すべきではないとする意見が過半数であり、避難所へアルコール飲料を持ち込むことについても支援物資としては持ち込むべきではないとする意見が半数以上であった。仮設住宅でのアルコール問題については、全体では約 60%の支援者が経験しており、朝や昼間からの飲酒や飲酒による健康被害を相談されたものの割合が高かった。仮設住宅でのアルコール問題の相談で困った経験は全体で約 50%が認めており、関わり方がわからない、地域住民の苦情への対応をその具体的な内容として挙げる者の割合が高かった。

支援者の意見としては、アルコール問題が増えたという印象が少なくない。また、その対応については、アルコール問題に対応した経験が乏しいことから困難に感じられていると考えられた。これらの結果を災害後のアルコール関連問題への対応や予防について検討する材料としたい。

研究協力者

杠 岳文：国立病院機構肥前精神医療センター  
院長

阿部祐太：国立病院機構花巻病院 精神保健福  
祉士

水野由香里：釜石市保健福祉部健康推進課

福田貴博：国立病院機構琉球病院 医師

佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター  
精神科医長

藤田さかえ：国立病院機構久里浜医療センター  
医療社会事業専門職

長 徹二：三重県立こころの医療センター医長

原 敬造：医療法人社団原クリニック 院長

奥平富貴子：医療法人東北会東北会病院医師

鈴木俊博：医療法人東北会東北会病院精神保健  
福祉士

三浦敦子：医療法人東北会東北会病院看護師

A. 研究目的

災害発生後に被災地で飲酒量が増加してアルコール関連問題が発生することは国外の過去の多くの災害やその調査が指摘している。我々は東日本大震災のアルコール関連問題に及ぼす影響を検討するために平成 24 年度から 3 年間にわたって岩手県、宮城県及び全国の一般住民を対象とした調査を実施したが、アルコール関連問題の明らかな増加は示唆されなかった。しかし、一般住民調査では回答率がやや

低いことや、問題を抱えた住民は回答しないことが考えられるため、住民調査結果から震災によるアルコール関連問題への影響はないと結論することには慎重になるべきと考えられた。

そこで、本研究は被災地における飲酒の問題について地域の支援者を対象としたアンケート調査を実施し、問題の実態や効果的予防法や対策について検討することを目的とする。

本研究の特徴は以下の点である。

1) 被災地におけるアルコール関連問題の状況について、相談の窓口である地域住民支援者を対象に調査を実施することにより、より正確に実態を把握できる。

2) 避難所における飲酒についての意見等、今後のアルコール関連問題についての対策や予防方法に関する資料を提供する。

## B. 研究方法

### 1) 対象

平成24年度から3年間にわたり実施した障害者対策総合研究事業「被災地のアルコール関連問題・嗜癖行動に関する研究」研究班では、岩手県、宮城県の被災地で研修等の支援活動を行い、その効果を検証した。その際に関わった地域の支援者に協力を依頼し、さらに研究協力者が福島県で行った研修の参加者を中心にアンケート調査への協力を依頼した。アンケートは平成27年3月から11月にかけて依頼し、12月までにすべて回収した。

### 2) アンケート調査

#### ① 調査票

調査票は本報告書の最後に掲載する。アンケートは無記名で、性別、職種および経験年数、主な支援担当地域、被災地における勤務開始時期について回答を依頼した。アルコール関連問題については、件数の増減、具体的な問題の内容、アルコール関連問題への対応で困った経験の有無とその内容、アルコール以外の精神的な問題で増加したものの、避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、アルコール関連問題の介入、予防に役立ったことについて回答を依頼した。

#### ② 解析方法

得られた回答はコンピューターに入力して解析を行った。解析には統計解析パッケージSAS (version 9.2) を使用した。平均値はt検定、割合の比較はカイ二乗検定を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は独立行政法人国立病院機構久里

浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査対象者には書面にて研究の目的や方法について説明し、同意の得られたものから回答を得た。アンケートは無記名のため、個人情報に限られているが、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、情報漏洩には十分な対策を講じた。

## C. 研究結果

### 1. 回答者の性別、職種、勤務年数

性別が記載されていない8名、県名が記載されていない1名を除いた有効回答は、男性182名、女性574名、合計756名より得られた。県別では岩手県が284名、宮城県は409名、福島県は63名と宮城県が最多である。回答者の担当支援地域の分布を表1に示す。また、職種の分布を県別に表2に示す。

回答者全体の平均勤務年数は $10.9 \pm 10.5$ 年だが、県別にみると岩手県が最も短く、福島県の回答者が最も長い。県別の勤務年数の分布を表3に示す。

### 2. 被災地での勤務開始時期について

被災地での勤務開始時期について、震災前から、震災後1年未満から、1年以上2年未満から、2年以上3年未満から、3年以上経ってからに分けて、その分布を表4に示す。

震災前から勤務していた者は120名であり、全体の15.9%であった。割合が最も多いのは震災後から1年未満からで281名(37.2%)であった。

### 3. アルコール関連問題の増減について

支援者からみた震災前後のアルコール関連問題の増減について下記の3つの期間に分けて質問した。①震災発生から避難所全面閉鎖までの期間、②避難所全面閉鎖から震災後1年までの間、③震災1年後からアンケート回答までの期間。期間ごとに集計した結果を表5に示す。

#### 1) 震災発生から避難所全面閉鎖までの期間

“わからない”と回答した者がいずれの県においても最多である。次いで、全体では“変わらない”と回答した者の割合が高い。

震災前から被災地で勤務していた120名に限って集計すると、岩手県では“変わらない”と回答した者が45.0%と最も多く、次いで“増えた”が22.5%、“わからない”が20.0%の順であった。宮城県では“わからない”が45.5%と最も多く、次いで“変わらない”25.8%、“増えた”18.2%の順であった。福島県では“増えた”44.4%、“わからない”33.3%、“変わらな