



 福島における

被災者への 心のケア 支援ガイド



一般社団法人 福島県精神保健福祉協会

ふくしま心のケアセンター



一般社団法人 福島県精神保健福祉協会

ふくしま心のケアセンター

〒960-8012 福島市御山町 8-30

(県保健衛生合同庁舎 5 階)

TEL 024-535-8639

URL <https://kokoro-fukushima.org>

本ガイドの構成

本ガイドは、福島で働いている、あるいは避難中の被災者に関わっている支援者を対象に作成されました。ケアの実践をわかりやすく紹介するために、具体的な支援事例を数多く紹介しています。本ガイドで紹介した事例は、当センターが関わってきた事例を参考に個人が特定されないように新たに設定したものです。第1章では、東日本大震災と原発事故後の被災状況、とくに被災者のメンタルヘルスの推移を簡潔に説明し、第2章では被災者の支援事例、第3章では福島で働く支援者に対する支援事例を紹介しています。

目 次

「福島における被災者への心のケア支援ガイド」を作成するにあたって	1
第1章 震災後の10年を振り返って：復興とメンタルヘルス	2
トピックス1 ト라우マ反応／トピックス2 災害におけるあいまいな喪失	5
第2章 被災者支援の実際	
1 避難・転居・住み替えをした方への支援	6
2 うつ病を抱える方の支援	8
3 アルコールの問題を抱える方の支援	10
4 育児に困難を抱える親・家族への支援	12
5 支援につながりにくい方への支援	14
6 長期間怒りを抱えている方の支援	16
7 孤立化リスクを抱える高齢者の支援	18
8 死別を経験した方の支援	20
9 自死遺族への支援 ～アルコールと危機介入～	22
10 ソーシャルワークが必要な方の支援	24
11 複数の問題を抱える家族への支援	26
12 集団支援の実際	28
13 他機関との連携、協働	30
トピックス3 ケースマネジメント／トピックス4 事例検討会／	32
トピックス5 お酒とドリンク／トピックス6 保健型精神科アウトリーチ／	
トピックス7 家族支援／トピックス8 県民健康調査「子どもの心」について／	
トピックス9 ひきこもり／トピックス10 原発事故災害の保障／	
トピックス11 認知症と災害／トピックス12 自殺リスク者への対応1／	
トピックス13 自殺リスク者への対応2	
第3章 支援者への心のケア	
1 業務過多・疲弊に苦しむ職員への支援	40
2 震災・事故後に入職した職員への支援	42
3 職場のセルフケア・ラインケア	44
トピックス14 支援者の疲弊と燃え尽き／	46
トピックス15 セルフケア・マインドフルネス・呼吸法／	
トピックス16 災害時における精神科薬物療法	
執筆者一覧	48
編集委員一覧／あとがき	49

「福島における被災者への心のケア支援ガイド」を作成するにあたって

ふくしま心のケアセンター所長 渡辺 厚

平成23年3月11日、東日本は巨大な地震に襲われ、これに加えて福島県は原発事故による原子力災害に見舞われました。原発周辺住民の皆様は着の身着のまま避難し、短期間で帰れるものと思っていたのに帰ることができず、長い避難生活が始まりました。平成26年から一部で避難指示解除が始まり、徐々に拡大しましたが、帰還はなかなか進まず、被災から10年過ぎた今も、約35,000人の方々が県の内外に避難しております。

ふくしま心のケアセンターは、被災者・避難者の皆様の心のケアを行うために平成24年2月に設置され、心、体、生活、環境、仕事、家族関係など多方面にわたる心のケアを、保健師・看護師、精神保健福祉士、心理士、社会福祉士、作業療法士など、多職種のスタッフがアウトリーチの手法を使って行ってきました。原子力災害時における心のケアという世界でもまれにみる業務を行ってきました。はじめは全くの手探りで始まった活動ですが、平成25年から令和2年までの8年間の相談支援件数の総数(延べ数)は44,018件で、年度別の増減はありますが、最近、再び増加傾向にあり、今後も長期にわたる支援活動が必要とされています。

今、震災から10年が過ぎて、当時の状況を知らない支援者(県や市町村の保健師・看護師など)が増えてくる中で、東日本大震災と原発事故による被災者の心理社会的状況を理解し、今後の被災者支援及び今後起こりうる災害時対応をする手引きとなるように、当センターは福島県からの委託により「福島における被災者への心のケア支援ガイド」を作成することにしました。作成にあたっては、ふくしま心のケアセンターの活動を通して得られた知見やノウハウを記載し、県内の人材育成に活用できるようにする事を目指しております。

執筆者は、現在、当センターで中心となって活動している職員達です。さらに、当センターの所属する福島県精神保健福祉協会の矢部博興会長(福島県立医科大学医学部神経精神医学講座教授)の率いる講座およびその関係機関のドクターの皆様、当センターの副所長を兼任していただいている福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座の前田正治教授および講座スタッフの皆様にも執筆していただいております。執筆を快くお受けいただいた皆様に心より御礼申し上げます。

福島県の被災者・避難者支援はまだまだ長い道のりですが、この支援ガイドが、県や自治体の保健師・看護師さん、さらには心のケアを行う関係機関全ての皆様の支援ガイドとしてご活用いただければ幸いです。

(令和4年1月)

震災後の10年を振り返って：復興とメンタルヘルス

福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座 前田正治

震災後から現在までの10年にも及ぶ長期間のメンタルヘルスの動向を、短くまとめるのは非常に困難です。ただ最近、避難状況の変化やメンタルヘルスに関する疫学的データなどを基に、この10年の経過を4つの時期に分けて考察し論文としてまとめました¹⁾ので、それをかいつまんで紹介したいと思います。ただ、発災から現在までの復興経過はさわめて複雑で、たとえば復興庁などが発表している避難指示区分の地図だけで26枚もあります。したがって本論は、この複雑な長期経緯を俯瞰するための試論とお考え下さい。

第 1 期 避難・離散期(2011年3月11日～同年8月)

2011年3月11日の津波による東京電力福島第一原子力発電所の全電源喪失後、その日のうちに原子力緊急事態宣言が発出されました。ただちに原発から周囲3km以内が避難指示区域、10km以内が屋内避難指示区域となりましたが、原子炉建屋の爆発が相次ぎ、数日を経たずして避難指示区域は半径20kmに、屋内避難指示区域は30kmにまで伸延し、人々は大混乱のなか避難しなければならませんでした。

この混乱状況の渦中にあった人々のトラウマ記憶は鮮明です。この時期に行われた被災者のメンタルヘルスに関する疫学研究はほとんどありませんが、後年行われた後方視的な調査では、住民にせよ、医療関係者や行政関係者にせよ、当時の生死をかけた状況は非常に生々しくトラウマ記憶として残っていました^{2)、3)}。

第 2 期 混迷期(2011年9月～2015年8月)

発災後半年経過してようやく避難指示区域の急速な拡大は止まり、逆に広野町などは緊急時避難準備区域の指定が解除されました。復興と帰還の実質的な第一歩が始まった時期といえます。また2014年には、浜通りを南北に通じる幹線道路である国道6号線が、翌年3月には同じく常磐道路が開通するなどインフラ整備も進みました。さらに、この時期には、放射線物質汚染対処特措法が施行され、除染事業が本格化したことは特筆すべきことでした。ただ一方で、復興が始まったとはいえ、その歩みは遅々としており、早期の帰還を願っていた住民にとっては失望が広がった時期でもありました。

さて福島県立医科大学が、震災以後毎年実施している県民健康調査のデータを見ると、この時期被災者のメンタルヘルスは大きく改善したことがわかります。たとえば「ケスラー6項目版尺度(K6)」で評価した16歳以上の避難者のメンタルヘルス上のハイリスク率は約14%から7%へとほぼ半減しています⁴⁾。また同じ改善傾向は、子どもの行動上のあるいは情緒上の問題を示す「ストレングスと困難尺度(SDQ)」でも言えます⁴⁾。

このような全般的なメンタルヘルスの改善は、発災当初の大混乱からどうにか抜け出し、人々が冷静さを取り戻したことを示しているものと考えられます。ただ気を付けなくてはならないのは、たしかに著しい改善が見られたものの、それはあくまで発災当初に比べればということであり、たとえば一般成人のK6スコアからみるハイリスク率(2015年度で約7%)⁴⁾をみれば、本邦の一般人口のそれ(約3%)⁵⁾に比して相当に高いままでした。

第 3 期 帰還進展期(2015年9月～2017年4月)

この第3期は、やや停滞気味だった帰還が、除染の進展などで大きく前進した時期です。2015年9月に楡葉町の避難指示が解除され、その後堰を切ったように、次々と多くの市町村が帰還することとなりました。それと同時に帰還者の数も増加し、とくに県内の避難者数はこの時期に約4万人も減少しました。ただし、県外避難者の数はそれほど減少せず、やがて県外避難者数と県内避難者数が逆転し、その差は毎年開いていきました(福島県、2020年)。またこの時期は、避難指示解除とともに、避難者の住宅支援等の縮小がはじまった時期でもあります。帰還を果たした市町村からの避難住民は、自主避難者とみなされることもあり、戻るか戻らないかの踏み絵的状況に置かれることもありました⁶⁾。

さて帰還の進展とは裏腹に、この時期にはそれまで急速な改善を見ていたメンタルヘルス指標の改善があまりみられなくなりました。たとえばK6からみたハイリスク率は、2015年の7.7%から2017年の6.8%と微減にとどまり、高止まりといってよい状態でした⁴⁾。またこの時期には、被災自治体職員など最前線の復興従事者の疲弊も目立ってきました。2016年度には、福島県内で実に9名の自治体職員が自殺するという異常な事態となりました(毎日新聞 2017年3月8日)、2012年度には61名だった自治体職員の精神疾患休職者は、2017年度には191名まで急増し、この年度には171名が早期退職しています⁷⁾。著者らの講座で行った被災自治体職員の面接調査においても、約17%がうつ病と診断されるなど深刻な実態が浮き彫りとなりました⁸⁾。

第 4 期 膠着期(2017年5月～現在)

避難市町村の帰還ラッシュは、このころからスローダウンし、多くの帰還自治体は帰還率の低下に苦しむこととなります。たとえば避難指示が解除された10市町村では、解除された地域への帰還率は26.8%にとどまっています(産経新聞、2019年9月)。また帰還自治体は、帰還した住民の高齢化問題にも直面していいいます。たとえば11帰還市町村の平均高齢化率は43%に達して、福島県や日本の高齢化率(それぞれ約32%、約27%)をはるかに上回っています(NHK 2020年3月)。

また被災住民のメンタルヘルスの状況をみると、この数年県外避難者の悪さが際立つようになりました。たとえば直近の2019年のデータ⁴⁾では、K6からみたメンタルヘルスのハイリスク率は県内で5.3%であるのに対し、県外では8.1%と著しい違いがあります。また中学生以下の子ど

震災後の10年を振り返って：復興とメンタルヘルス

もののデータはかなり改善した一方で、それ以降の若年者のメンタルヘルスの悪さも目立つようになりました⁴⁾。原発災害の長期的影響は、思春期以降の若年世代に強く及んでいるのかもしれない。

さて以上、発災後の10年を4期にわけて、足早に振り返ってみました。被災者のメンタルヘルス状況を手短かにまとめると、次の3点に集約されと考えられます⁹⁾。

- ① 全般として、発災当初よりもメンタルヘルス状況は大きく改善した。
- ② その一方で、県外居住者や若年者の回復の遅れが顕在化している。また震災関連自殺については、明らかに他の被災県のそれとは違った深刻な状況である。
- ③ 支援者・復興従事者の疲弊やメンタルヘルスの悪化が懸念される。

振り返ってみると、発災当初、原発事故の避難指示区域は11市町村にまたがり、その面積は約1150km²、対象人口は約84,000人に及んでいました。しかし震災後9年が経過した2020年までに、除染やインフラ整備等によって、面積・対象人口とも約7割が回復しました。批判されることも多い復興事業ではあるものの、この多難なプロセスを粘り強く行ったことに対して、被災住民や関係者の努力や忍耐には頭が下がる思いがします。その一方で、今なお日本各地に3万人近い避難者がおられます。そして上述したように、帰還市町村においても、まだ課題が山積している状況です。支援が年々縮小していくなかで、とりわけ相双地区をはじめとした被災地のリソースが乏しい中、いかにしてこうした避難者や帰還者を支援する枠組みを維持していくかが今問われています。

(本原稿は、福島県医師会報・2021年9月号に掲載した論文を、許可を得て転載しました。)

参考文献

- 1) 前田正治(2021)福島原発災害：発災後の10年を振り返って。前田 正治、松本 和紀、八木 淳子(編)：東日本大震災とこころのケア：被災地支援10年の軌跡(こころの科学増刊号)172-181。
- 2) Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, et.al.(2014) 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.60.57-67.
- 3) Maeda M, Oe M. (2017). Mental health consequences and social issues after the Fukushima disaster. Asia Pac J Public Health 29(2_suppl):36S-46S.
- 4) 福島県検討委員会報告書(平成30年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」結果報告書)：https://fukushima-mimamori.jp/mental-survey/result.html
- 5) Kawakami, N. (2007). National survey of mental health measured by K6 and factors affecting mental health status in Research on Applied Use of Statistics and Information. Health Labour Sciences Research Grant.
- 6) 山川 充夫.(2017). 強制避難者の自主避難化を避けるために―原災避難待機制度の確立と住宅費補助の継続. 学術の動向22: 62-66.
- 7) 情報労連(2019).自治体職員のメンタルヘルス原発被災自治体職員の意識調査から：http://ictj-report.joho.or.jp/1904/sp10.html
- 8) Maeda M, Ueda Y, Nagai M, et al. (2016). Diagnostic interview study of the prevalence of depression among public employees engaged in long-term relief work in Fukushima. Psychiatry Clin Neurosci. 70, 413-420.
- 9) 前田正治(2018) 福島災害と被災者のメンタルヘルス：いったい何がもたらされたのか？前田正治(編)福島原発事故がもたらしたもの。pp2-35. 誠信書房、東京

トピックス 1

トラウマ反応

人は思いもよらない重大な出来事、たとえば犯罪や事故、災害などに遭遇すると、しばしば非常に強い心身の反応が生じます。たとえば、思い出したくもない記憶が頭から離れない、あるいはそのような記憶喚起を引き起こす場所や考えを避けるなどの(外傷)記憶にまつわる問題、神経過敏な状態、否定的な考えに囚われてしまうなどです。多くの場合、そうした反応は数か月以上も続き、典型的には心的外傷後ストレス障害(PTSD)という精神疾患になることもあります。このような反応は非常に当事者を苦しめますし、うつ病や薬物依存症に陥ってしまうことさえあります。もし症状が強ければ、専門的治療を勧めてください。(前田)



トピックス 2

災害におけるあいまいな喪失

「あいまいな喪失」とは、行方不明のように喪失自体に確証が得られない場合や、認知症のように「そこには存在するけれど、同時に(以前のように)存在しない状態」をさします。福島原発災害後には、故郷の町が以前とはまったく変わってしまった状況を表わす言葉として、「あいまいな喪失」という用語が使われるようになりました。

災害では、いくつものあいまいな喪失が起こります。被災者が失うものは、大切な人や住居、仕事といった目に見えるものだけではありません。例えば、平穏な家族の団らん、近隣の人たちとのつながり、生まれ育った故郷の風景など、幾重ものあいまいな喪失を経験しています。また、それらが非常に深い喪失感をもたらす場合があります。

災害後、あいまいな喪失について支援者が理解しておくことは、とても重要です。なぜなら、その喪失は、周囲に理解されにくいだけでなく、本人自身も自覚しにくかったり、対処方法がわからず苦しんでいたたりする場合が多くあるからです。また、あいまいな喪失では、個人だけでなく、家族にも大きなストレスをもたらす、家族同士の支え合いが困難になると言われています。そして、その影響は長期に及ぶことがわかっています。

あいまいな喪失の概念を提唱しているPauline Boss博士は、支援者があいまいな喪失の特性をよく理解した上で、被災者支援を行うことを推奨しています。支援において重要な点は、その人が自分自身のあいまいな喪失に気づけるように働きかけ、その上で解決することにこだわらない柔軟な考え方を身につけ、家族や周囲の人たちとの結びつきを高めていくことです。たとえ喪失自体を解決することが難しい場合であっても、そのような働きかけを行うことで、困難な状況の中でも安定して生きていく力を育むことができます。Boss博士はその力を「レジリエンス」と名づけています。

もし子どもが行方不明のままの母親が「子どもが見つかるまで、ずっと探し続けようと思います。」と語った場合、もう見つかる可能性はほとんどないからと、あきらめるように促すことが支援ではありません。むしろ、その状況は「あいまいな喪失」と呼ばれており、そう考えることはとても自然であると伝えます。その一方で、家族の中で意見の相違や軋轢がないかを確認し、たとえ意見が違っていても、家族同士で気持ちを共有し、支え合うことができるように支援していきます。

Boss博士は「孤立があいまいな喪失の1番の敵」と述べています。あいまいな喪失を理解し、家族やコミュニティの人たちとの結びつきを支援していくことが、あいまいな喪失をかかえる人たちの孤立を防ぎ、レジリエンスを高めることにつながるのです。(瀬藤)

1 避難・転居・住み替えをした方への支援

はじめに

大規模災害の発生後、特に原発事故や津波の被害が甚大な場合、住民が地域へ帰還するのは難しいため、避難所から仮設住宅へ避難し、更に復興・災害公営住宅や住宅再建など住み替えを求められる状況が生じます。

原発事故による広域避難は、家屋を失う居住環境の激変のみならず、地域コミュニティの分断、家族の離散等、故郷や所属感の喪失、孤独感につながりました。さらに転居先で原発事故による避難であることをオープンにできない状況は、新たな人間関係構築に影響し、孤立を招く場合も少なくありません。支援にあたっては、被災前の生活から被災後の避難生活の経過、そして現在の生活状況を理解して支援することが必要です。

事例 避難による家族分散で閉じこもりがちになった女性

60代女性Aさん。震災前は3世代家族でB町に居住。既往歴なく健康で、夫と農作業に精を出していた。震災直後にB町が帰還困難区域となり、C市の避難所に家族で避難した。

半年後に仮設住宅へ移ったが、避難生活で身体機能が低下した両親は介護施設に入所させた。震災から5年経過し、息子家族は孫が学校に馴染んだC市に自宅を再建した。

Aさん夫婦はB町近くのD市復興公営住宅へ希望入居したが、Aさんは閉じこもりがちになった。町健康調査で抑うつ傾向がみられ、B町保健師より当センターに相談があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問 生活面、精神面のアセスメント

B町保健師と同行訪問した。Aさんは「入居してから身内以外の来客は初めて」と言いながら居間に案内してくれた。「仮設住宅は外に誰かいて寂しくなかったが、ここはとても静か。玄関の扉が重く感じる」と話す。意欲の減退や抑うつ傾向があり、精神面・生活面の支援が必要と判断され、2週間に1回の頻度の訪問を提案し了承を得た。

2-3回目の訪問(初回訪問から1ヶ月後) 生活状況の把握と関係性の構築

生活状況を伺うと、「夜中度々目覚め、熟睡感がなく、生活リズムも整わない」「今は楽しいことがない」と話し、B町での多くの思い出を懐かしそうに語った。B町保健師に、久しぶりに町の人と話せたと嬉しそうに話した。Aさんの気持ちに共感しながら傾聴し、睡眠と生活リズムについて取り組めることを一緒に考えた。

4-8回目の訪問(初回訪問から2-4ヶ月後) 喪失感への寄り添いと日中活動の提案

震災・事故後の生活について、Aさんは「家族がバラバラになった。ずっとB町で暮らせると思っていたのに。全部だめ、悔しい」と語り、職員は「そういう気持ちはもったもたなことであり、無理に押し込めることはない」と伝えた。それ以降、Aさんは寂しさや喪失感を表出するようになり、職員もAさんの気持ちを受け止め傾聴した。また、震災前に楽しんでいたことについても少しずつ話をするようになった。「昔は集落のみんなが集まってお茶のみができた。今はない」と話があり、復興住宅サロンを案内すると見学に乗り気だったため、B町社協の生活支援相談員に連絡した。

9-20回目の訪問(初回訪問から4-10ヶ月後) 気持ちに折り合いをつけて暮らす

サロンを一緒に見学し、仮設住宅に住んでいた時に顔見知りだった方々と再会を喜んだ。その後、サロンに差し入れする料理を考えるなど活動性が徐々に上がり、生活リズムも整ってきた。やがて「畑を借りて野菜を育ててみようか」と意欲的発言も出るようになった。担当者はAさんの今までの幾多の困難な生活を振り返り、生活の中に楽しみを見つけれられたことを支持した。

一方、折に触れて「この住宅にきたことは正しかったのだろうか」と息子家族への心配や施設にいる両親のことも気になっている様子だった。いつも静かに見守っている夫は、「俺たちの暮らしを考えていけばいい」と語った。加齢による身体の変化への不安を語ることも増えてきたため、今後は必要に応じて訪問を継続することとした。

まとめ

Aさんは度重なる避難、移動、家族の分散を経験するなか、復興公営住宅入居で落ち着いたと思われましたが、抑うつ状態になりました。サロンへの参加を通し、日中の活動性や農業への意欲が少しもどりつつあります。今後は必要に応じて訪問し、Aさんの持つ喪失感やゆれる気持ちに寄り添いながら、Aさんらしく生活を送れるように支援を行う予定です。

(大槻 真実)

2 うつ病を抱える方の支援

はじめに

うつ病は、気分の落ち込みや興味・喜びを感じなくなることを特徴とする精神疾患の1つです。うつ病の症状はほかに、無価値感・罪責感や集中困難などの精神症状だけでなく、食欲低下や睡眠の悪化などの身体症状も現れます。こうした症状が強い場合には自殺リスクも高くなるため、適切かつ早急な支援が必要になります。

東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所の事故は、地震や津波の被害だけでなく、放射線への不安や避難による仕事や交友関係の断絶など多くの問題を引き起こしました。そのため、うつ病の方への支援は、受診勧奨と生活リズムを整えることを中心としながら、楽しみや達成感が得られるような経験や、交流関係を取り戻すことが大切です。また、自殺のリスクが疑われる場合には、はっきりと自殺の意図を確認し、その意図があった場合には、自殺をしないことを約束することが大切です。

事例 罪責感と不眠症状に長期間苦しんでいる男性

60代男性Aさん。妻と長男夫婦の4人暮らし。避難指示区域であったX町で生まれ育ち、震災時までX町で畜産業を営んでいた。避難指示に伴い家族と県外に避難した。

その約1か月後から畜産物や仕事全般を残して避難したことに対する罪責感と不眠が現れ、ベッドに横になる時間が増え外出しなくなった。

避難指示が解除となったためX町に帰還したが、Aさんの症状は改善しなかった。町健康診断の問診でAさんの体調不良に保健師が気づき、保健師から当センターに支援依頼があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問 体調全般の確認と自殺リスクの評価

初回は保健師と当センターの職員がAさんの自宅に訪問した。Aさんは「X町に戻ってきたが何もする気になれない。横になってもだるさが抜けないため、受診もできない」、「畜産業のことを考えてしまい、夜も眠れず夜型の生活になっている」と話した。職員はAさんの罪責感が強いことを気かけ、「自殺したいと思うことはありますか?」と訊くと、Aさんは「それはない」と答えた。職員は「Aさんの体調が気になるので2週間ごとに訪問したい」と提案すると、Aさんも了承した。

2-3回目の訪問(初回訪問から1ヶ月後) うつ症状の評価と受診勧奨

職員はAさんのうつ症状を評価するために、AさんにPHQ-9(うつ病のスクリーニング・テスト)を回答してもらったところ点数が高く、うつ病が疑われた。そのため、職員は自宅から通院できるY市の精神科をいくつか紹介したところ、Aさんは「Zクリニックに通院しようと思う」と話した。

4-7回目の訪問(初回訪問から2-4ヶ月後) 通院と服薬状況の確認と生活リズムを整える

Aさんは通院を開始し、「薬をもらって眠れるようになって気分も少し楽になった」、「ただ、生活リズムは夜型のままです」と話した。そこで職員はAさんと生活リズムを整えるための工夫を整理し、①朝は眠くても7時に起床し、昼寝は14時までに30分以内にと、②午前午後30分ずつ外に出ることを目標とした。

8-13回目の訪問(初回訪問から4-7ヶ月後) 楽しみや達成感を得られる活動を増やす①

Aさんは生活リズムを整えるために家庭菜園を始めた。Aさんは「家庭菜園は前から興味があったけど、やるタイミングがなかった」、「手間ひまかけた野菜が育つのは畜産と同じで達成感がある」と話した。そこで職員は、家庭菜園をする時間を増やすことと、Aさんの達成感や交流関係を増やすために、できた野菜を家族・親戚・友人にお裾分けすることを提案した。するとAさんは照れながら「できるかわからないけどやってみます」と話した。

14-15回目の訪問(初回訪問から7-8ヶ月後) 楽しみや達成感を得られる活動を増やす②

Aさんは「できた野菜を家族や友人に配ったらみんな喜んでくれた」、「私が楽しそうな様子を久しぶりに見たと言ってくれた」と話した。Aさんは通院も続けているため、職員は「体調面で気になることがあればいつでもお電話ください」と伝え、Aさんも了承した。

まとめ

1-3回目の訪問面談は自殺リスクやうつ症状の評価と受診勧奨を行い、4-7回目は生活リズムを整え、8-15回目は楽しみや達成感を得られる活動を増やしたことで、うつ症状の改善が認められました。そのため、15回の支援で終結となりました。

(佐藤 秀樹)

3 アルコールの問題を抱える方の支援

はじめに

被災者の多くが避難所から仮設住宅に移ると、地域の支援者からアルコール依存症の相談が増えました。断酒指導を試みましたが、支援した対象者の多くが断酒に至らず命を落とされました。支援者は身体的な健康問題と飲酒行動にまず目が向き、生活背景や回復への願いをじっくり聞ける関係にまで至ることは多くありません。また、アルコール依存症者が断酒に成功しても再飲酒すると、支援者は不安全感や関わりたくない苦手意識など陰性感情を持ちがちです。この感情を自然な感情と理解し、さらに対象者の生活背景や回復への願いを共有し支援を継続できるチームワークが大切になります。

事例 飲酒による周囲への問題行動から支援につながった男性

40代男性Aさん。仕事で足を骨折し入院中に震災・原発事故に遭う。避難指示区域にあった病院が休止となり、転院を勧められたが、拒否して町の避難所に入った。

避難所で飲酒を繰り返し、困った住民からの相談で、心のケアチームが精神科病院を紹介した。しかしAさんは「骨折入院中に病院を追い出され、リハビリを中断させられた。痛みがとれない」と訴えた。

Aさんは飲酒を続けながら仮設住宅へ転居した。相談支援員から「隣宅の子供の音に壁を叩く。何とかしてほしい」と当センターに相談があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問 仮設住宅への初回訪問・支援中断

初回訪問では、問いかけに回答はするが玄関を開けてもらえなかった。ここで安否確認ができ、重篤な身体症状もなく受診継続が確認できたことから、緊急性は低いと判断し、訪問頻度が下がった。この後Aさんは、不眠、飲酒と抗精神病薬の大量服薬で入退院を繰り返した。最初の関わりから2年後に精神科病院から退院後の支援のため、当センターへ連絡が入った。

2～27回目の訪問(2回目の訪問から5ヶ月後まで)

サポート感を高めるための関わり

退院後に訪問すると、Aさんは寝ており、問いかけにほとんど反応しなかった。3週間程は毎日訪問し、1週間してようやく静かに「褥瘡に気づかず入浴施設に行ったら、他の利用者から嫌がられた」と話された。40歳代で褥瘡形成した現状から、栄養状態改善のため弁当宅配サービスの導入、受診同行による栄養補助食品の処方を調整した。また、人との関わりでサポート感を得られるよう当センター、訪問看護、社会福祉協議会相談支援員、研修生や実習にきた学生達による複数チームを組み、週1回やがて月2回の訪問を継続し、その間チーム員は再飲酒時の対応や燃え尽き感を共有した。自宅入浴介助に温泉水を使い、5ヶ月後には褥瘡も改善し、出入禁止だった施設を利用できるようになった。

28回目以降の訪問(2回目の訪問から5ヶ月後以降)

依存に至った経緯を知り、その人の持つ力を引き出す

Aさんの部屋で褥瘡完治のお祝いを行った。褥瘡ケアの訪問看護師や当センター職員参加による焼肉パーティーでAさんには多くの応援者がいるというメッセージが込められた。Aさんは被災時を振り返り「勤務先の会社は原発事故後に再開できず、就業証明が出ず、賠償請求ができなかった。自宅半壊の見舞金で凌ぎながら一時就職したが、骨折術後の痛みで続かなかった。先の見えない不安を、薬と酒を一緒に飲むことで紛らしていた」と話された。

原発事故で仕事も住居も失くし、喪失感から不眠を招き、酒量が増加し、やがて抗精神病薬とアルコールの併用に至った経過が分かった。生活背景を理解し、アルコール等に頼らざるを得なかった苦悩に共感し、生活を整える支援の中でようやく正直な気持ちを、アルコールに頼ることなく表現できた瞬間だった。その後Aさんはお酒を控え食事を作るようになった。何度か就労へ挑戦したが難しく、支援関係者で情報共有し、生活困窮解決のための制度利用を勧めている。

まとめ

Aさんの褥瘡は、彼の心と体のSOSと言えます。原発事故で仕事を失い誰にも相談できず自己表出しにくい人にとらえると支援の必要性和方法が見えます。支援者は、依存症に対して苦手意識を持ちがちですが、そうせざるを得なかった経過を理解し、時には人生を描き直す支援の糸口を見つけることが、特に災害後の支援には必要です。
(米倉 一磨)

4 育児に困難を抱える親・家族への支援

はじめに

地震・津波災害や原発事故による強制避難で、人生の大切な節目を避難先で、また帰還して迎える被災者は多くいます。結婚・妊娠・出産・育児を知らない土地で始める不安や悩みは大きく、容易なことではありません。親になる人が虐待経験など愛着形成へのリスクを抱える場合はなおの事、長期的に丁寧な支援で親の成長を見守る必要があります。支援関係者と共に、親となる支援を行うことは次世代につなぐ大事な役割であると言えます。

事例 親との関係・子育てに悩み、イライラを子どもにぶつけてしまう女性

30代女性Aさん。震災・原発事故によりB町からC町に避難した先で夫と出会い、結婚、長男を出産。

数年後B町の実家へ家族で戻った。実家との折り合い悪く、子育てに悩んでB町保健師に相談をした。

Aさんがイライラして子どもに当たる様子に違和感を覚えた保健師から、Aさんの精神状態のアセスメントとメンタルケアを中心とした同行訪問の依頼があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回面談

B町保健師と当センター職員がAさん宅を訪問すると、Aさんは、長男の話をはじめたが、すぐに子育てに協力しない夫への不満や怒りの話に移った。夫婦喧嘩が絶えず夫は家出し、同居する実家との関係も悪く、自殺未遂をしたことを打ち明けた。訪問面談時は気丈に振舞って、長男の悪ふざけを怒鳴りながら押さえつける場面が頻回に見られた。

Aさんは気分変動も激しく、かなり疲弊している様子がみられた。心身の健康と子育てと一緒に考えようと提案し、町保健師との定期的な訪問を約束した。

2-8回目の訪問(初回訪問から3ヶ月後) 関係づくりと受診のすすめ

家族間のトラブルは絶えず、希死念慮が続いていることから、Aさんは精神科を受診した。その後は睡眠がとれるようになり、思考停止やパニックの状態になることを話してくれた。

長男は、こども園から問題行動が指摘されていたが、訪問時にも訪問者から離れないなどの様子がみられた。「一番好きなお母さんと遊びたいけど、Aさんは、今、全て受け入れるのは辛いよね。」と子育ての大変さを共感した。

9-17回目の訪問(初回訪問から4-7ヶ月後) 新たな環境での生活の安定

Aさん自身が虐待サバイバーだと話をされたこの頃、親子3人でB町内に転居し、第2子妊娠が分かり、Aさんは希望を膨らませた。家の中は自分の欲しかったもので埋め尽くし、過去を捨て生き直そうとしている様だった。妊娠経過は順調、夫婦関係も落ち着き、精神科受診は終了したことから、訪問目的を子育て支援を中心にした。

18-25回目の訪問(初回訪問から8-11ヶ月後) ストレスによる症状悪化

出産間近、両親とのトラブルで症状は悪化、Aさんは家事育児が出来なくなった。夫が仕事を休み、家事育児、妻の療養支援を一手に担うことになった。親族や知人の支援は受けたくないというAさんの考えや気持ちを受け止めながら、負担が増えた夫への面談も開始、助言や労いの言葉かけを継続し、無事に第2子の出産を迎えた。

26-36回目の訪問(初回訪問から12-15ヶ月後) 家族の危機的状況へのサポート

Aさんのエジンバラ産後うつ病質問票の結果から、境界領域にあることがわかり、挑発的な長男の態度にイラつき、叱責が増え、また十分な休息が取れずうつ状態となったため、精神科受診を再開した。夫も家事・育児の疲弊から無気力になり家庭崩壊が危惧された。そのような中、夫の会社からは育児休暇への理解と心理的サポートが得られ、仕事帰りにはこども園のスタッフが話を聞き、助言するなど周囲の方々の労いや声かけが続けられた。訪問時、Aさんのペースに合わせながら「子育てはいろんな人の力を借りると少し楽になりますね。」とサポートが一家にとって大切なことを伝え、子供の成長を喜び、共に悩みも受けとめた。

37-65回目の訪問(初回訪問から16か月以降) 受援力の高まりと親としての成長

訪問すると、玄関や庭の窓などを開放して、Aさん自身もありのままに迎えてくれるようになった。子ども達と遊ぶとする姿がみられ、一緒に子育ての方法を考え、支援者が行う遊び方を模倣して自ら実践する場面が増えた。夫も家庭の様子を話し、育児で困ることを相談するようになった。

まとめ

町保健師と共に定期的に訪問を重ね、どんな時も家族に寄り添い、家族の成長を見守ってきました。Aさんは、被虐待児として育った自分と向き合う覚悟を持ち、新しい親子関係構築に努力を続けています。Aさん夫婦が精神的に落ち着き始めた頃から、長男の問題行動は減り、こども園で友達と仲良く過ごせるようになり、Aさん家族が笑いながら町内を歩く姿がみられるようになりました。

(木原 英里子)

5 支援につながりにくい方への支援

はじめに

支援者が必要な状態に関わらず、本人や家族が支援を求めない、あるいは拒否する場合があります。このような場合、次のような理由が考えられます。

まず、支援機関の役割が分からないという情報不足の問題。次に、メンタルヘルスの支援を受けるのは恥だとする偏見の問題。また、「人に頼らず自分たちで解決したい」という考えや、家庭内の問題を知られたくないという社会資源利用に対する価値観の問題。最後に、それまでの支援受援歴での傷つき体験による支援者への不信感などが挙げられます。そのため、背景にある理由をよく確認し、本人や家族の価値観、自主性、選択を尊重した関わりが求められます。

事例 母親の相談から支援につながったひきこもり状態の男性

20歳代男性Aさん。50歳代の両親と同居。

母親がB市住民健診時に、保健師に家にひきこもっているAさんのことを話した。

当センターは相談を受けて、B市保健師同席による来所相談を開始した。

(架空事例です)



支援の概要

初回来所相談

Aさんについて、母親は「被災後避難先の小学校を転々とした。中学は勉強を頑張り志望高校に合格。高校卒業後は専門学校に進学したが授業についていけず、無断欠席をしていた。痩せて動けない状態になっていたAさんを両親が実家に連れ戻し、心療内科を受診させた。うつ状態で薬が処方されたが服薬せず、父親も『Aを病気にするのか』と否定的で治療を中断した。その後数年間、ひきこもり状態であるが、今まで誰にも相談できなかった」と話された。

現在は、母親とは日常会話を交わすが、一日の大半を自室でインターネットをして過ごし、進路の話になると黙りこもることだった。このような状況から、母親との面接を続けてAさんとの面接機会を探ることとした。

2-3回目の来所(初回相談から1ヶ月後) 支援機関の情報を伝え、何をする人かを分かってもらう

Aさんと母親との間では意思疎通が取れていることから、母親からAさんに、相談をしていることと担当者が会いたいと言っていることを伝えてもらった。しかし、Aさんからは「会う意味がない」との返答だった。また、父親は「家の恥になるようなことを外で話すな。『心のケア』は何をするのか。Aの仕事は知り合いの会社に頼む」と話しているとのことだった。そこで、担当者から、行き詰まると一人では解決が難しいこと、第三者に話すことが役に立つ時があること、Aさんが望むのであれば進路や就労について話し合えることを手紙に書き、Aさんと父親に見てもらうこととした。

4-10回目 訪問開始(初回相談から2-5ヶ月後) 共感的な理解の伝達、脅かさない関わり

母親との面談場所をそれまでの来所から自宅訪問とした。父親は手紙から当センターの役割や支援の方向性を理解した様子がみられた。しかし、Aさんは「どうせ話をきくだけで、役に立たない。中学の時もそうだった」「中学の時は『避難者』といじめられ、先生に相談したが『自分から話し掛けないと友達ができない』と言われて、何もしてくれなかった。転職したばかりで大変な親には言えず、耐えるしかなかった」と母親に話した。担当者は、Aさんが避難先で傷つきながらも我慢し、一人で頑張ってきたことを労う言葉を述べ、訪問時に話した内容は母親からAさんに伝えてもらった。担当者もドア越しにAさんに声を掛け続けた。

11-12回目の相談(初回相談から5-6ヶ月後) タイミングを捉えたアプローチ

Aさんの進路判断の時期が近づいた頃、母親が面談の同席を勧めたところ、次の訪問でAさんは面談に同席した。Aさんから「復学をしたいが、自信がなくどうしていいかわからない」との話があり、Aさんへの支援が開始された。

まとめ

「心のケア」という言葉に拒否感を示していた父親も、理解しやすい情報を伝えたことで支援機関について理解を持つようになりました。Aさんに対しては、Aさんが支援を拒む背景についての共感的な理解を伝えつつ、本人を脅かさない形の接触を続け、本人の必要性和タイミングを捉えたアプローチをしたことで支援につながりました。

(山下 和彦)

6 長期間怒りを抱えている方の支援

はじめに

原発事故のように人為災害の側面がある災害では、多くの被災者が怒りを覚えます。それ自体はとても自然なことですが、怒りが長期間続くことで、心身や生活、周囲の人間関係に悪影響が生じることがあります。そうした方の支援にあたる際には、その背景にある不安や悲しみ、喪失感を支援者が理解し、共感することが重要です。

怒りの背景にある被災者の不安や喪失感を共有することができれば、それを和らげる支援に進みます。不安については、抱えている不安の内容を具体的にし、自ら解決できることとできないことに分け、解決できることについては解決方法を模索し、できないことについては捉え方を変えてみたり、不安と距離をとったりする必要があります。喪失感については、喪失体験と向き合う作業やその人の人生にとって価値のあることを再び新しい形で生活に取り入れていく方法を模索していく必要があります。

事例 ▶ イライラが続き、妻の相談から支援につながった男性

50代男性Cさん。帰還困難区域となったX町で生まれ育ち、震災まではX町の小さい会社で働き、休日は農作業をしていた。既往歴はない。

被災後、家族と県内避難し、避難先で慣れない仕事を始めた。避難指示解除後、家族で帰還したかったが、妻が反対したため、避難先での生活を続けている。被災して6年後頃から、家にいる時にイライラすることが多くなり、飲酒量が増加。

妻も夫への対応に疲弊し、巡回中の保健師に夫について相談。保健師から当センターを紹介された。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問

初回は、保健師と当センター職員がCさん宅へ揃って訪問した。職員は自己紹介後、体調や生活習慣について伺ってから、最近楽しめることがあるか伺った。Cさんは「この状況で楽しめるか」と話し、政府や東電に対する不満を訴え始めた。面談から、中途覚醒、飲酒、政府や東電への怒りの持続の問題があるとわかった。職員は、健康面で心配な点があると伝え、今後は職員のみでCさん宅へ2週間に1回訪問する約束をした。

2-4回目の訪問(初回訪問から1-2ヶ月後) 関係性を築く

職員はCさんの健康状態を確認しながら、Cさんが政府や東電への不満を語り始めると、共感しながら傾聴した。4回目の訪問では、繰り返し語られる不満の中で、放射線の子供への健康影響や経済面の心配があることが伺えた。職員からそのことを伝え、Cさんの怒りのトーンが下がり、不安で寝つけず飲酒することが語られた。不安に共感しつつ、就寝前の飲酒の影響を説明し、呼吸法を勧め、一緒に練習した。

5-6回目の訪問(初回訪問から2-3ヶ月後) 放射線の健康影響についての不安の整理

5回目の訪問では、放射線の健康影響について一緒に調べることを職員から提案。環境省の資料を確認すると「不安が0になる訳ではないが、必要な検査は行っているし、大変なことが起きる確率は低いかも」と明るい表情で語られた。

7-20回目の訪問(初回訪問から3-15ヶ月後) 仕事の不安、X町の喪失感の整理

7回目の訪問で経済面の不安について確認すると、Cさんは、今の職場は居心地も悪く、業務内容も慣れず、続ける自信がないと話した。また、被災前は休日の農作業が気分転換になったという話から、X町へ戻れない寂しさが語られた。そこで9回目以降は、職場の問題について解決策を検討・実施しつつ、X町と今後どのように関わっていきたいかを話し合い、X町に恩返しをするため時々ボランティア作業をしにいくことにした。20回目の訪問で(終結時)相談開始時を振り返ったところ、Cさんは「今もちろん不満はあるが、自分でできることを探してやる方が楽しいね」と話し、職員は不満に共感しながら、怒りが不安や悲しみ、喪失感といった感情から発生することを説明し、Cさんが不安を1つずつ解消していることを労った。

まとめ

5回目以降、睡眠と飲酒の問題は徐々に改善が認められました。11回目以降は、政府や東電への不満は出るものの、以前のように強い口調で繰り返し語られることは少なくなり、訪問は月1回の頻度としました。妻からも、相談した時に困っていたことはなくなったと語られ、20回で終結となりました。

(竹林 唯)

7 孤立化リスクを抱える高齢者の支援

はじめに

高齢被災者は、穏やかに老後の生活を送る中、突然、大震災と原発事故による死の恐怖を体験しました。混乱の中、放射線量の低い所を目指して避難を繰り返し、居場所が安定しないなかで、帰還できれば震災前と同じ生活に戻れると希望を抱いた高齢被災者は少なくありません。しかし、念願の帰還が果たせても、かつての姿はない故郷に再度、喪失を感じるようになりました。高齢期は病気や伴侶との別れを伴うことが多く、心理的負担や孤立化リスクは高くなっていきます。その人の歩んできた人生を共に振り返り、寄り添いながら、交友関係の再構築や本人の回復力を引き出す支援をしていく必要があります。

事例 帰還後、町の現状への虚しさ、孤立感を訴える女性

80代女性Aさん。高校までB町で育ち、県内の会社に勤務し、退職後はB町に戻り、趣味の教室を開催していた。震災・原発事故によりB町が居住制限区域となり、夫婦で県外へ避難した。

避難先でも人々と交流し活動的な生活を送った。避難指示解除に伴い、夫婦でB町に戻ったが、周囲の家は解体、住民の姿はなく、震災前の賑やかな町と全く異なる風景に虚しさを感じた。

やがて不眠、イライラがつのり、家族にきつい言葉を投げため、周囲から孤立するようになった。生活支援相談員や保健師に不満、寂しさ、取り残され感を訴え、当センターを紹介された。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問

Aさん宅を訪問すると自慢の立派な庭は、除染作業で砂利敷に変わり果てていた。「3月11日、この日と決めて戻ってきた。こんなはずではなかった・・・。」「戻らない選択肢もあったが・・・。」と、帰還に対する複雑な思いを話された。

面談から、抑うつ症状、入眠困難などがあり、また地域活動に参加してもなじめず疎外感を感じていることから、心身の健康が心配であり定期的な訪問を開始することとした。

2-11回目の訪問(初回訪問から1-6ヶ月後) 帰還後の絶望

この頃、夫の認知症が進み、介護の疲れもあったが周囲に打ち明けられず、サロンやイベント参加も心から楽しめなかった。また、親族や友人とも原子力災害に伴う賠償についての意見の相違から疎遠になり、人間関係に疲れた様子だった。毎回、同じ話を繰り返し、感情の起伏も激しく、話題の一貫性に欠けAさんはとても混乱していたが、職員が共感しながら傾聴する中で少し落ち着く瞬間が見られることもあった。

12-17回目の訪問(初回訪問から6-9ヶ月後) あいまいな喪失感

デイサービスを利用していた夫の認知症状がさらに進み、変わりゆく姿にAさんは不安や悲しみ、怒りさえ感じ、疲弊するばかりだった。職員は関わり当初から認知症理解のために情報提供をしてきたが、それを受けとる心の余裕はなく、帰還したことの後悔を繰り返し話された。訪ねる友人はいなくなり、自身を責める言葉も聞かれるようになった。しかし、共感と傾聴を続けるうちに、だんだんと自分の生い立ちや震災直後の死の恐怖を感じた避難について話しはじめるようになった。

18-24回目の訪問(初回訪問から9-12ヶ月後) 自分の生き方と家族生活との葛藤

Aさんが介護の限界を訴えたため、職員はこれまでの苦労を労い、介護施設の紹介を行った。近隣に住む家族にも協力を仰ぎ、ショートステイの利用を開始することでAさんの負担は軽減した。趣味や町事業参加も楽しめるようになり、友人達との交流も再開できた。しかし帰還生活を夫婦で楽しむはずが、夫を施設に預けて自分だけ幸せを手にしたのではないかという罪悪感を持つようになった。職員はAさんの夫を思う気持ちに寄り添いながら、Aさんの健康や人生を楽しむことも大切であることを伝えた。

25-44回目の訪問(初回訪問から12-22ヶ月後) 別れとつながりの再構築

夫は施設に長期入所することになったものの、入所直後に急死した。親族から「兄は幸せだった」とAさんを労う言葉が聞かれ、友人や知人とも介護の大変な経験を話し合うことで、Aさんはとても穏やかな表情で、長年連れ添った夫の思い出を話せるようになった。故郷に帰れた喜びと変わり果てた故郷の姿への寂しさ、震災・原発事故によってもたらされた悔しさを話せる人との関係を再構築し始めた。友人や親族が訪ねてきて、昔話に花を咲かせる時間も増えた。

まとめ

Aさんは、周囲の人々の心配や優しさを受け入れ、自分にできる気遣いをし、交友関係の広がりや心の安定を取り戻しました。終活も視野に身辺整理を行うなど余生の過ごし方を考え、Aさんらしい生活を楽しめるようになりました。

(木原 英里子)

8 死別を経験した方の支援

はじめに

愛する人を災害で亡くすことは、遺族にとって予期せぬ突然の別れであり、精神的苦痛が長期におよび、心身の健康に大きな影響を及ぼす場合があります。一方で、遺族の誰もが、喪失の悲しみから回復していく力(レジリエンス)をもっています。

多くの場合、悲しみは大切な人を亡くしたときの自然な反応です。ただし、災害のような外傷的な死別では、遺族が悲しみと折り合いをつけるには、年単位の時間が必要です。また、レジリエンスを育むためには、周囲からの温かい支え、ニーズに添った情報提供、日常生活のサポート、亡き人との思い出を語りなおす場、などがとても役立ちます。悲しみが消えることはありませんが、亡き人が見守ってくれている、その人の分も生きていこうと遺族自身が思えるまで、周囲の人たちと協力して、長く見守っていきます。

事例 家族を失い、自責の念に苛まれる女性

沿岸部に住む40代女性Eさん。介護士。夫と子ども2人の4人暮らし。震災時、高台にあった自分の家は、津波の影響を免れた。家族もすぐに無事を確認できたが、実家で一人暮らしをしていた母親と電話が繋がらなかった。

その後、実家は津波で流されたことがわかり、母親の手がかりがないまま、数日経過。1週間後、遺体安置所で対面した。しばらく火葬や死亡の手続きに追われた。また原発事故の影響も心配なため、子ども2人はしばらく他県の親戚に預かってもらい、夫と2人で県内に残り、仕事に戻った。

その頃から、母を自分の家に住まわせておけば良かったと、後悔と自責感にさいなまれ、気力も低下。休職したものの、家にひとりであることもつらく、地域の保健師に相談したところ、当センターを紹介された。

(架空事例です)



初回訪問

初回訪問

初回は保健師と当センター職員が、Eさん宅を訪問した。その日は夫も仕事を休み、同席。まず、挨拶と自己紹介のあと、Eさんの母親の仏壇に焼香させて頂いても良いか伺ったところ、快く了承。焼香後、お悔やみの言葉を述べた時には、Eさんは既に泣かれていた。「泣いていいんですよ。おつらかったですね。」と声をかけると、うんうんと頷き、傍らで夫がEさんの背中をさすっていた。落ち着いた所で、まず今の体調や気持ちなどを確認。気持ちの落ち込みは強いが、食事はとれており、夫のサポートもあること、子ども2人も翌月には県内に戻ってくるとのことだった。

2-4回目の訪問(初回訪問から1-2ヶ月後)

これまでの経緯とニーズの確認

これまでの経緯を確認。つらかった出来事と同時に、Eさんにとって母親がどれほど大切な人であったかにも焦点をあて、丁寧に傾聴した。そして、Eさん自身が母親のためにできそうなこと(祈ること、母親の好きだった花を飾ること等)と一緒に考えた。また、復職への焦りが強く感じられたため、まずは自分自身の体調や、子どもたちが帰ってきてからの生活を整えてから復職するよう助言した。

5-8回目の訪問(初回訪問から2-4ヶ月後)

情報提供とセルフケアの促し

大切な人を亡くしたあとの死別反応やトラウマ反応について説明し、現在のEさんの状態を自分で振り返ってもらった。遺体安置所での対面場面や、津波に流された実家の跡地を見た時の映像が頭に浮かんで、涙が止まらなくなるとのことだったので、対処法として、ゆっくりと呼吸法を行うことを伝え、一緒に練習した。また、後悔や自責感に関しては、遺族の誰もが感じる感情であり、最初は圧倒されるように感じて、必ず落ち着いてくること、自分を責めないことが大切であることなどを情報提供した。母親もきっとEさんが元気になることを望んでいることを伝え、自分自身でもセルフケアを励行するように勧めた。

9-11回目の訪問(初回訪問から4-6ヶ月後)

亡き人との思い出

母親との思い出の写真や品物について、Eさんに話して頂いた。この頃には、少しずつ母親のことや思い出を笑って話せる場面も増えていった。



まとめ

子ども2人が県内に戻り、その前後はいろいろな手続きに追われましたが、Eさん自身で体調は維持できていました。復職の時期も決まり、それに向けての準備について、数回、話し合いをもちました。気持ちも以前に比べ、コントロールできるようになっており、また子どもたちが戻ってきてからも、家族内でよく話もできていることから、復職を機に終結し、もし何かあれば、また連絡をもらうことになりました。

(瀬藤 乃理子)

9 自死遺族への支援 ～アルコールと危機介入～

はじめに

個別支援を通して予期せぬ事態に遭遇することは、意外に多く状況も様々です。その場での対応が求められる本人への危機介入に加え、家族、支援者や自分自身のケアなど事後対応が求められることもあります。身体疾患では、脱水症、高血圧や脳血管疾患の発症、長期アルコール依存症による身体機能低下や身体疾患の発症などがありますが、多くは自己管理ができていない、助けを求めることもできない、または求めない例がほとんどです。

緊急性があり迅速な判断と対応が求められるのは、自傷他害に関することが挙げられます。その背景として生活困窮、家族関係不良、精神症状の悪化、身体症状の発現、近隣関係の悪化などがあることから、状況を多面的に分析する必要があります。ここでは、自殺をほのめかす対応の困難な事例を紹介します。

事例 妻の自死から飲酒をくり返すようになった男性

50歳代男性Aさん。妻と子供の3人家族。原発事故後の強制退去命令により、着の身着のまま一家でE県に避難した。家族は急激な環境変化に苦労したが、2年過ぎて帰還に向けて地元との行き来を始めた矢先、妻が自殺した。

妻は、避難者として職場の人間関係がうまくいかないことは口にしていたが、苦しい胸の内はAさんに相談しなかった。Aさんは自分を責め続け誰とも話さず、慰めの言葉も受け入れられなかった。ある日、一人地元へ帰還した。

妻の死を忘れるために飲む酒は、初めは寝つきをよくしたが、やがて眠剤と共に飲むようになった。酔ったAさんから、当センターに「今からいなくなりたい」と電話があった。

(架空事例です)



初回訪問

初回から4回目の訪問(初回訪問から3ヶ月後) ちょっと引いて見守りする

心配した担当者は、直ぐに訪問し様子を見守っていたが、その後も頻回に電話を繰り返されることから、酔って電話するのは「Aさんの癖」と思うようになり訪問対応をしなくなった。

5-9回目の訪問(初回訪問から5ヶ月後) 振り回され訪問の方向性を検討する

しばらくして、自殺をほのめかすような「今からすべてを終わりにしたい」という電話が入り、担当者は慌てて訪問をしたが、本人は寝ていた。電話の都度、訪問を繰り返しているうちに、担当者は疲れ果てた。これらの状況から、Aさんの訴えには緊急性はないと支援方向性を検討した。

10-16回目の訪問(初回訪問から5-11ヶ月後) 定期訪問中の危機対応

月1回の様子見訪問を継続して半年、Aさんは食事も一日1食となり、体重が減少していった。ある日「終わりにしたい。今ロープを買ってきた。」と呂律が回らない口調で電話があり、同じようなセリフを何度も繰り返した。対応した担当者は、いつもの電話の様子と違うこと、具体的な自死の方法を提示していること、最近、体力が落ちてきていること等から、絶望感が高まっている状態と判断し、警察に同行依頼して訪問した。Aさんは、庭先の柱にロープをかけ、首に縄を巻いているところだった。すぐに警察に保護され、保健所の対応で精神科病院に入院することとなった。入院後の情報では、肝機能が低下し、身体的にも重症な状態であったことが分かった。

17回目以降の訪問(初回訪問から11ヶ月以降) 支援方針の再検討と回復

入院したAさんは、自分が薬物に依存しやすい傾向にあることを学んだが、すぐには自分を変えようとしなかった。支援者は、Aさんへの関わりについて再検討する必要に迫られた。当初、継続訪問は控えて見守りという支援方針であったが、退院時の支援者ケア会議では、元々健康であったAさんの姿を知ること、「死にたい気持ちは常に揺れ動いており、衝動的に酒の力を借り死ぬ可能性が高い。Aさんの孤立感が飲酒の頻度を上げる原因の一つである。回復を願う支援者を増やすことが必要である。」との見解になり、週一回の訪問支援を行った。料理が作れないAさんへの差し入れなど、ボランティアや学生など可能な限り多くの人に会ってもらう支援を行った。

このような中で、Aさんはいつしか眠剤と酒を同時に飲むことはなくなり、健康を気にして受診するようになった。そして「いつの日か自分の体験を人に伝えたい。」と語られた。

まとめ

自殺をしたい者の心理として、絶えず死にたい気持ちと生きたい気持ちの両方が存在します。実行してしまうと、本人の意思とは関係なく死に至ることもあり、この実行するかしないかの見極めが必要となります。もう一つは、自死を100パーセント防ぐことは困難ですが、関わり方次第では、確率を減らせることをチームで共有することです。このような検討を繰り返すことで、関わる支援者が対象者に必要以上の支援や感情移入をすることを防ぎ、客観的な見方をするのが可能になります。

(米倉 一磨)

10 ソーシャルワークが必要な方の支援

はじめに

ソーシャルワークは、人と環境との接点に介入します。例えば、災害が起きて体育館に避難してきた人にとって、体育館はその環境と言えます。体育館での生活における困りごととは何かを考えながら、その人のニーズに応じていきます。

また、災害による被害は、「災害の力×脆弱性」で表すことができます。災害の力が大きくても脆弱性が低ければ被害は少なくて済みます。災害が多い我が国では防災インフラの整備で、ハード面の脆弱性は減少し、災害による人的被害も減少しました。一方、障がいや高齢などは、災害発生情報や支援が届きにくいなどのソフト面での脆弱性につながります。ソーシャルワークが必要な方への支援は主に、こうしたソフト面の脆弱性を持った方の、環境との接点に介入する支援と言えるでしょう。

事例 顔見知りの少ない仮設住宅でひきこもりがちになった女性

70歳代女性。Aさん。3年前に夫と死別しX町で一人暮らし。津波で家が全壊し、一時的に隣県の娘の家に身を寄せたが、顔見知りが少ないことから、震災1年後にB市の仮設住宅での生活を始める。

仮設の入居が遅かったことから、X町住民が多く住む仮設ではなく、Z町の住民が多く住む仮設に入居となった。家に引きこもりがちになり、不眠や抑うつ症状が見られるようになる。

Aさんの様子を心配した仮設住宅の自治会長から、X町保健師に連絡が入り、保健師から当センターを紹介された。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問

自治会長及び保健師と当センター担当者が同行訪問した。Aさんは自治会長に促されて、やっと応じる形で「震災後に娘の所に住まわせてもらったが、都会の生活になじめず、地元の人に会いたいと思った」と話された。また、夫が唯一残してくれた家が津波に流されてしまったことが辛いとも話す。夜中は何度も目が覚める他、日中は気分が塞ぎこんで、ほぼ一日中テレビを見ている生活である。中途覚醒や抑うつ症状、環境への不適応などが問題として見受けられたことから、当センターが2週間に1回の訪問支援を開始することとした。

2回目の訪問(初回訪問から2週間後)

ニーズを掘り下げる

初回から2週間後に訪問した。不眠と抑うつ症状に関して、Aさんは医者に診てもらいたいと受診の意思を明確にしたため、近隣の精神科診療所の情報提供を行った。仮設住宅での環境不適応に関して話を聞くと、「自治会長はやさしいが、他の人はよく分からなくて不安」等の発言があった。Aさんは、親しい対人交流は望んではいないものの、その機会が少なく、不安が先行していることが明らかになった。

3回目の訪問(初回訪問から1ヶ月後)

資源につなげる

また2週間後に訪問した。Aさんは近隣の精神科クリニックを受診し、睡眠導入剤と抗うつ剤を処方された。抗うつ剤の効果はまだよく分からないが、睡眠導入剤により、以前に比べてよく眠れるようになり、すっきりした気分できられると話された。対人交流が生まれるように、B市内で月1回行われている、浜通りの複数市町村の住民が集まるサロンを紹介した。このサロンには自治会長も参加していることを伝え、興味を持った様子が見られたため、翌月のサロンに当センター担当者が同行して見学してみることを提案した。「ちょっと不安ですが、一歩を踏み出してみます。」と前向きな返答が得られた。



まとめ

1ヶ月後に無事にサロンの見学を終えました。サロン参加者には顔見知りの人もいたことから、「いままで心に溜まっていたことを色々と話せました。」と穏やかに語ります。これからも、自治会長の車に乗せてもらい、定期的に参加するつもりであること、また、抑うつ状態も少しずつ改善され「家の外を少し散歩することができるようになりました。こちらから挨拶しなくても、先に挨拶してくれる人もいます。」と話されました。状態は改善しつつありますが、引き続き確認と見守りは必要と判断されたため、訪問頻度を月1回として支援を継続することとしました。

(松田 聡一郎)

11 複数の問題を抱える家族への支援

はじめに

家族構成員が病気や障がいを持つことに加え、経済や住居の問題、地域からの孤立など家族全体として問題を抱えることがあります。このような多問題家族では、家族同士が影響し葛藤を生み、問題をさらに複雑化、深刻化させる場合が少なくありません。

複数の問題を抱えながらも地域住民との関わりや関係者の支援によって生活を維持していたが、突然の避難で支えを失った結果、問題が表面化する場合があります。このような家族への支援においては、直接支援する家族員のみならず、家族員それぞれの課題やニーズを把握し、家族が全体として機能できるように資源の把握や利用調整が必要です。さらに、家族全体を俯瞰したマネジメント機能を果たす機関の明確化、支援者間での情報共有と役割分担が重要となります。

事例 家族の問題を多く抱え、心身ともに疲れ果てた女性

50歳代女性Aさん。夫、長男、義母と同居。震災前は家族で農業を営んでいたが、震災・原発事故後は田畑を耕作できず、経済的にも困窮した。



B町職員が公営住宅への全戸訪問をした際に、Aさんから家にひきこもる長男と父親の口論に困り果て、心身ともに疲れているとの訴えがあり、当センター職員がB町保健師と同行訪問することになった。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問

Aさん夫婦と長男が同席した面談となり、それぞれの生活状況や困りごとを聞いた。夫は長男について、「中学卒業後、働かないで家にいる」とイライラした様子を見せ、夫自身も震災後の仕事探しでは、農業以外に自信がなく無職のまま現在に至ったと話した。Aさんは、夫や長男への対応のほか、物忘れがひどくなってきた義母の対応にも疲れてしまったと話した。長男は、自身の困りごとについて「お腹がいたくなる」「よく眠れない」と小さな声で答えるだけだった。

長男は幼児期には言葉発達が遅く皆についていくのがやっとで、小中学校共に成績は振るわなかったこと、避難先の中学校で不登校となり現在まで続いているが、今までどこにも相談したことはないことを母親から聞いた。

2-3回目の訪問(初回訪問から1ヶ月後) 関係者によるケア会議

同行訪問後に、B町福祉担当、B町社協相談員、当センター担当でケア会議を持った。ここで、Aさん家族は震災前から親戚や近隣サポートを得てAさんを中心になんとか生活を維持していたこと、しかし震災後に生業を失い、経済的不安に対するはけ口が未就労の長男に向かうという家族内葛藤が生じていること、その葛藤に対処できずにAさんは心身のバランスを崩して義母のことも相談できずにいることが推測された。

これらのことから、長男には障がい福祉サービス利用への支援、夫には就労支援、義母には介護保険サービスの調整、Aさんは家族の動きをみながら対処できるように支援を行う方針とし、関係者がそれぞれ役割分担をした。特にB町保健師は、支援の全体を把握しながらAさんに関わり、定期的にケア会議を開催することとした。



4-10回目の訪問(初回訪問から2-5ヶ月後) 家族全体を視野にいた、家族それぞれへの支援

長男は医療機関を受診した結果、知的障がいの診断により地域活動支援センターの利用が開始された。長男の外出機会が増えたことで夫の叱責はなくなり、長男の身体反応も消失した。夫自身は、支援者が同行して生活困窮者に対する相談窓口につながった。義母は地域包括支援センターへの相談を経て、デイサービスを利用開始した。AさんはB町保健師と定期的に相談しながら、家族の動きに一つ一つ対処した。

まとめ

Aさん家族への支援においては、家族各々が抱える課題とそこに生じる相互作用を把握し、それぞれの課題に支援者が伴走しながら社会資源につなぎました。また、支援者の中でもB町保健師は、Aさんが本来持つ家族調整力を発揮できるよう働きかけると同時に、ケア会議を開催し各機関調整の役割を担いました。当センターは、各家族員と家族関係を見立て、B町保健師と共有しながら支援関係者間の調整が進むよう支援しました。

(山下 和彦)

12 集団支援の実践

はじめに

対象者が抱える課題を少しずつ解決し、生活を安定させることに加え、その人の力を発揮できるような集団支援の場を活用することは大切です。個別支援から集団支援につなぐ、集団支援から個別支援を開始する、また並行してすすめるなど対象者にとって効果的な支援方法を組み合わせます。

集団支援は、目的に応じて年齢や参加者の持つ様々な能力などを考慮して運営する必要があります。例えば震災後間もない仮設住宅では、集い楽しむことや支え合いが目的であり、新たな住宅再建地域では、コミュニティを形成し住民の自立を目的に支援していくこともあります。大規模災害では、それまで社会資源として存在していた地域デイケアや当事者の会が失われるため、障がい者、依存症者やひきこもりなど社会的弱者の集う場をつくることは、重要な社会参加の機会を確保することにつながります。

事例 支援を拒み、多量飲酒を続ける男性

60代男性Aさん。一人暮らし。定年退職し緑豊かなC町で暮らしていたが、原発事故による避難勧告からD市に避難。仮設住宅からC町の復興住宅に戻った。

元々付き合い程度の酒は飲んだが、仮設住宅ではだんだん酒量が増え、生活費の大半を酒に費やすようになった。

飲酒によるトラブルはないが、Aさんの健康状態を心配する町保健師の訪問も頑なに拒否することから、C町から当センターに相談があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回から6回目の訪問(初回訪問から2ヶ月後) 目的の検討と関係づくり

初回訪問前に、町保健師と支援方針を話し合い、断酒指導を優先するより、「何か一緒に楽しむ」ことからすすめる方針とした。Aさんは健康になりたい気持ちが強く、酒を飲みすぎることを自覚しはじめたため、まず一緒に散歩する日をつくり、やがてその日は飲酒しない日となった。その後、健康づくり目的にデイサービス利用をすすめてみたが拒否された。

7-25回目の訪問(初回訪問から2-7ヶ月後) 本人の思いを理解する

週一回の散歩を中心とした訪問支援は継続したものの、Aさんが集団活動へ参加しつづける態度は変わらなかった。復興公営住宅で開催されるサロンは、女性の参加者が多かったため、当センターで男性が参加しやすいようにつくられた「男性のつどい」という集団活動の場にも誘ったが、Aさんは断った。25回目の訪問で、担当者がAさんに集団活動を拒む理由を伺うと、Aさんはしばらく黙っていたが「幼い時に児童養護施設に預けられ、つらい思いをした。生まれ故郷には戻りたくない。避難を繰り返してきたけれど、人生の終わりは育ててもらった施設の近くのC町で迎えたい」とゆっくりとした口調で語られた。担当者は、Aさんの願いを知ると共に、今まで人との深い信頼関係を築くことに距離を置いてきたことが理解できた。

26-31回目の訪問(初回訪問から7-8ヶ月後) 集団支援につなぐ

Aさんはカレーが得意でナンも作れることに着目し、担当者は「『男性のつどい』の料理プログラムに協力してもらえないか」とお願いした。Aさんは、俺でいいのかと言いつつながら参加したが、男たちが大勢でつくるカレーとナンに満足し、「腹がいっぱいになれば、今日は酒を飲もうと思わない」と話された。次のプログラムも参加し、メンバーと挨拶を交わす姿が見られるようになった。



まとめ

集団活動に参加したくないと口にする住民も、きっかけ次第で参加することがあります。集団支援は、支援者との関係構築、一対一の安全な場から、他者との関係性を広げていく段階と考えます。集団の中では、受け入れられる体験、安心感、自信を取り戻す機会となる一方、意見の対立や感情の行き違いなど葛藤も生じますが、自分の行動パターンに気づき自己洞察を深め成長する機会にもなります。対象者が個別支援と集団活動で全く異なる様子を見せることも少なくありません。支援者として、対象者の集団活動への参加意欲を引き出し、集団の中での役割やそこにいる意味を考え、見守りながら社会参加への一歩と位置付けていく必要があります。

(米倉 一磨)

13 他機関との連携、協働

はじめに

10年に及ぶ避難生活、その危機から直ぐに立ち直る家族はそう多くなく、家族員の構成や役割の交替など家族機能の変化による困難を抱えながら生活しています。特に、障がいや疾病を持つ者のいる場合、主体的に関係機関や制度を利用することは難しく、支援調整を担う役割が重要になります。保健活動を通して関わるより身近な自治体保健師が、家族の支援体制の中心で調整機能を担うことで、対象家族の願いと課題の共有、各機関の役割分担を円滑にすすめることができます。

事例 障がいを持つ子・孫を抱えながら、闘病生活を送ることになった女性

70代女性Aさん。娘と孫の5人家族。震災・原発事故によるB町から強制退去で県内の避難所や仮設住宅を複数回に渡り転居した。避難7年目、避難時小学生だった孫の特別支援学校高等部入学を機に、地元から50km離れたC町に家を建てた。

息子は重度知的障がいを持ち就労継続支援B型事業所に通所。娘は軽度知的障がいを持ちながら、情緒障がいを持つ孫2人を育て、Aさんは大黒柱として家族を守っていた。

避難9年目、B町健康調査で不眠、食欲不振があるとわかり、町保健師から「近所付合いもないAさんが心配だ」と当センターに相談があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回訪問

B町保健師と同行訪問し、当センターの役割を説明すると、B町保健師を信頼しているAさんは訪問を快諾し、月2回の訪問支援が始まった。睡眠は3時間程度で中途覚醒してしまうこと、障がいを持つ息子の療育で苦労したことが話された。

2-6回目の訪問(初回訪問から1-3ヶ月後)

思い・怒りの表出を支える

Aさんは、担当者の訪問に緊張気味に、体調や日常生活の事、避難生活の思い出を話された。「避難所では障がいを持つ長男は落ち着かず、周囲から迷惑がられ肩身が狭かった」「息子の幼少期から周囲の心無い言葉や態度により辛い体験を重ね、人との付き合いを避けるようになった」と語られた。鎮きながら話を聞くと安心し、堰を切ったように理不尽さへの怒りを訴えた。怒りは毎回繰り返された。定期的にB町に訪問状況を報告し支援方針を共有した。

初回訪問から3-5ヶ月後

医療・福祉・教育現場との連携

排尿困難が生じ受診した結果、Aさんにがんが見つかり即入院したが、多臓器転移しており根治手術は不可能だった。入院中、残した家族が心配で、退院を希望し治療も拒否する場面があったが、孫からのメール「頑張れ、僕たちも頑張る」で治療再開した。3か月後に退院したAさんは、家を守った娘と息子達を労い、孫たちの成長した姿に「辛い事の後はいいこともある」と語った。

この間、B町保健師が中心になり、息子の事業所での支援強化を相談支援事業所に連絡し、娘の家事支援をB町社協が担うこととした。情緒不安定になりがちな孫たちの見守り強化を支援学校に依頼した。

7-12回目の訪問(初回訪問から5-8ヶ月後)

関係機関との連携、終末期のケア

在宅療養を希望したAさんは体力低下、体調不良が目立つようになり、終末期を視野に在宅支援の体制づくりのケア会議が開かれた。近くに転院、訪問看護の導入、介護保険手続き、介護ベッド設置など制度利用に関して、避難元B町と避難先C町の保健・介護保険担当者間で調整がすすめられた。

当センターはAさんと家族の心のケアを担当し、話をじっくり聞く機会を持った。Aさんの両親の事、子ども時代、結婚と子育て、障がいを持つ子と孫を慈しみ育てたこと、原発事故後の避難生活の大変さなどを伺い、Aさんの人生を振り返った。最後となった訪問では、痛みもあり理不尽な出来事への怒りを険しい表情で語る一方、「孫や子に囲まれた今は幸せだ」と穏やかに話された。その後、急遽入院し逝去されたとB町保健師から連絡が入った。

まとめ

Aさんが入院中には、B町保健師が中心となり、新たな支援を開始したり、これまでの支援が強化されるように調整し、Aさんの担っていた家族を守る機能が途切れないように配慮しました。また退院後は、Aさんの希望する在宅療養が続けられるよう調整が進められました。当センターはこれまでの支援状況をもとに、Aさんの希望や家族の状態について情報を補足し、メンタルヘルスの観点から必要な支援の提案を行いました。

また、終末期のケアでは、人生を振り返り、これまでの人生を受け入れる、人生の物語を完成させるといった取り組みを意図して話を伺いました。葬儀から1か月後、家族を訪問しAさんの思い出を語り合う時間を持ちました。娘からは、子どもたちが思春期で対応が難しい事、人と話すのが苦手で不安な事が話され、希望により支援継続となりました。

(黒田 裕子)

トピックス3

ケースマネジメント

ケースマネジメントとは、対象者の希望やニーズを把握し、地域のさまざまな社会資源との間に立って、サービスの提供あるいは調整を行いながら、利用者の地域社会における生活全般を支援することです。ケースマネジメントにおける活動とそのプロセスは以下の通りです。

1 アセスメント

対象者が話す主観的情報と家族や支援関係者などからの客観的情報に基づいてアセスメントを行います。その際、対象者の身体面、心理面、社会面のそれぞれの状況や相互作用、対象者を取り巻く環境、緊急性などについて包括的にアセスメントします。アセスメントでは、対象者がどのような人であるか、対象者が抱える問題の成り立ちはどうなのかなど、どのような支援を必要としているかなどについて整理することが重要です。

2 計画

アセスメントをもとに支援の計画を立てます。計画には、長期目標や短期目標などの目標設定を行い、それぞれについて目標達成するための方法を検討します。その際に、目標と方法を分けること、本人や家族の意向や役割も含まれていること、より具体的であることが望ましい計画といえます。また、計画が適切に実施されるためには、作成された支援計画が本人や家族、支援関係者と共有されることが重要です。

3 実施

計画に沿って支援の提供あるいは調整を行います。

4 モニタリング

計画された支援が適切に実施されているか、行っている支援が対象者に役に立っているかについて対象者や家族、支援関係者と話し合い、支援全体についてモニタリングを行います。モニタリングにおいては、実施されている支援の状況、対象者の状態や状況の変化に応じて支援の方向性や支援方法などを調整していくことが重要です。

5 終結

対象者が支援を必要としなくなったことを確認し、終結します。（山下）



事例検討会

トピックス4

私は2016年5月から2020年3月まで、ふくしま心のケアセンター顧問(会津方部→会津出張所)として、福島における被災者への心のケアに関わりました。事例検討会は関係者が20名程度参集し、各々が抱える個別支援の対応困難例について検討する会議ですが、その中で私は常に「想像」と「創造」を強調してきました。私は精神科臨床経験の中で、精神疾患の多くは未だ原因不明でありその病態も十分分かっていないものが多いこと、加えて症状、経過、予後など個人差が非常に大きいことから、診断、治療などの類型化が困難であるため、「想像」と「創造」が重要と考えてきました。想像(Imagination)とは、支援対象者の生活歴、家族構成、病歴、趣味、嗜好、ストレスや悩みなど詳細に聴取した上で、その人の心理社会的背景を熟知しその人生と今を想像すること、具体的な目標を想定し支援対象者がそれを実現した姿を想像することであり、創造(Creation)とは、支援対象者の希望(症状の改善、社会復帰など)を実現するため、常識にとらわれずありとあらゆる方法を模索することです。これは事例検討会に参加された関係者の皆様の強い共感を得られ、2018年12月に開催されたふくしま心のケアセンター相互交流会では、「個別支援における“想像”と“創造”について」という演題でご依頼いただき、県内の心のケアセンタースタッフの皆様に直接お伝えすることもできました。（國井）



お酒とドリンク

トピックス5

お酒には「ドリンク」という単位があります。食事と言うところの「カロリー」と同じもので、お酒の純アルコール量を測る単位です。「純アルコール10gを含むアルコール飲料＝1ドリンク」となります。具体的には、「ビール500ml、日本酒1合、焼酎0.5合」これらは全て「2ドリンク」です。ドリンクは計算式でも求めることができますので、下記の計算を参考にしてください。

お酒の量×アルコール度数×アルコール比重(0.8)

→アルコール5%のビール500mlの場合、500(ml)×0.05(%)×0.8(定数)＝2ドリンク

【飲みすぎはどこから？適正飲酒量について】

お酒には、適切な飲酒量があります。「お酒に強い健康な男性で、1日に2ドリンクまで」が節度ある適度な飲酒量とされています。女性や高齢者、お酒に弱い人や病気のある人は、この半分、1日に1ドリンクまでが目安です。1日の飲酒量がこれ以上増えると、1日4ドリンク以上の飲酒で「生活習慣病の危険を高める量」、1日に6ドリンク以上の飲酒で「多量飲酒」、つまり飲み過ぎの状態になります。多量飲酒は肝硬変やアルコール使用障害などの病気にかかるリスクが高くなります。また、お酒の飲み方を確認できる「AUDIT」というテストがあります。それも合わせて活用してみましょう。

【健康にお酒を飲み続けるために】

いくら多量飲酒が健康に影響を及ぼすと言っても、明日から突然「お酒を止めなさい」というのは難しいことです。お酒のドリンクを減らすことに着目し、できる範囲のことから少しずつ取り組むことが大切です。例えば、毎日の晩酌にビール500ml缶を2本と、日本酒1合を飲んでいる人であれば、「ビールを1本だけ350ml缶にしてみる」、「日本酒だけ0.5合にしてみる」といったことから試してみると、抵抗感が少ないかもしれません。もしくは、「今よりも飲酒量を増やさない」ということも立派な目標になります。健康意識に目を向けて、小さなステップを積み重ねていきましょう。（大槻）

トピックス6

保健型精神科アウトリーチ

近年のわが国の精神保健医療福祉の状況は、改革ビジョン(平成16年)に沿い精神障がい者を地域で支える、地域生活中心へ着実に移行しつつあります。また、主観的リカバリーやストレングスモデルの考え方が広がりを見せ、当事者目線の個別的で柔軟かつ効果的な支援方法の研究も進められ、重要なエビデンスも示されてきました。

地域生活をできるだけ維持し回復を目指す支援のあり方として、かねてよりアウトリーチによる精神科サービスの提供が注目されてきました。アウトリーチは、当事者の個性や状態に応じた柔軟なサービス提供のための基本システムとも言えます。

精神科アウトリーチは、医療福祉型と保健型の2つに分類されることがあります。前者は当事者と支援者の契約に基づく訪問型支援サービスとして行われ、支援者に診療報酬が支払われるものです。後者は、本人の精神症状やセルフスティグマなど種々の要因によって受診し契約する手続きが困難な当事者、本来訪問による支援ニーズが大きそうだがこれを利用できない状況にある人々に対し、契約を前提とせず、精神状態や症状の評価など医療導入の必要性や可能性の検討、障害福祉サービスへのつなぎ、地域で支える連携支援を目的として行われます。

保健型アウトリーチの現状は、報酬体系がなく個人情報保護の法令運用の課題もあるため民間の参入は難しく、実施にあたっては行政機関による公共サービスとしての提供が前提となります。また、その重要性のわりに全国的にこれを実施している自治体は多いとは言えず、国の体制整備が望まれています。福島県においては、主にふくしま心のケアセンターや精神保健福祉センターがこれを担ってきました。

さらに保健型アウトリーチの場合、地域の関係機関同士の顔の見える関係、連携構築を必要とすることが多いのですが、このような日々の取り組みが災害対策につながります。ふくしま心のケアセンターのアウトリーチ活動が、東日本大震災と復興の支援にとどまらず次の災害への備えとして重要と言えるでしょう。(後藤)



家族支援

トピックス7

当センターの支援は本人のみに行うものではありません。対象者本人の支援につながらない場合も多く、支援の中においても本人目線と家族目線では全く違う事実が出てくることが珍しくありません。家族支援を考える場合の例を以下に記載します。

○本人へのアプローチが難しい場合(家族の協力なしで支援が成立しない場合)

- 例) ・ひきこもり状態の方の支援
 - ・対象者として挙がったのが障がいのあるお子さんだった場合などの親への支援
 - ・アルコール依存があり対象者本人が支援を受け入れない場合の支援

○家族全体が問題や課題、葛藤を抱えている場合

- 例) ・親が養育することが困難で、対象者である子どもがネグレクト状態となっている
 - ・帰還か避難先に定住するかで家族内で意見が割れ、家族関係の悪化から家族の一部に不適応症状が出ている

○家族の疲弊が大きい場合

- 例) 本人のうつ傾向や精神疾患で支援を開始したところ、親の疲れが見受けられ、継続的に話を聞いていくと親がPTSDと思われる状態にあった。

もっとも、こういった場合は家族が追加で支援対象者となることも少なくありません。

家族支援を行う場合、上記の通り本人のみでなく家族全体を見る目が必要です。家族と本人どちらか片方からの情報のみでは問題の本質やそれぞれが抱えている葛藤状態を把握することはできません。双方の期待が重圧になっていないか、病理や特性についての知識不足や情報の偏りはないかなどをアセスメントし、誰にどういった支援が必要かを見極めることが大切です。

家族へ介入する際には、本人、家族の間に第三者として話に加わり話の整理を行ったり、本人・家族それぞれの許可を得たうえでそれぞれの思いを代弁したり、必要とされる社会資源につなぐ役割を行ったりと、状況に応じてさまざまな役割を担うこととなります。支援者側は自身の専門性や個性も活かしながら、本人や家族へ対して広く柔軟に対応できるようにしておきましょう。(羽田)



トピックス8

県民健康調査「子どもの心」について

東日本大震災後、避難区域の子どもたちを対象に、SDQと呼ばれるチェックリストを用いて調査や支援が行われました。このSDQは、子どもの行動や情緒の問題をスクリーニングするアンケートです。この調査によると、震災直後は被災前の九州のデータと比べてもきわめて値が高く（つまりハイリスク児童が多く）、とくに幼少の子どもに非常に高い傾向がありました。多くは母親が記載するため、この結果は、発災当初は母親の不安が非常に強かったことを示しているのかもしれませんが。その後は、こうしたハイリスク児童の率は急速に下がっていきましたが、どちらかというが高学年の子どもや、県外避難の子どもに高い傾向が続いています。

さて、結果を詳しく解析すると、子どもの心の安定には、適切な運動習慣や睡眠習慣が大切なこともわかっています（Itagaki et al, 2017, 2018, 2021）。とくに発災当初は、放射線被ばくへの恐れで運動習慣は全国よりもかなり低くなってしまい、それが初期のメンタルヘルス状況の悪化を招いたのかもしれません。いずれにせよ、適切な生活習慣を促すことは子どもの発達や心の安定のためにもとても重要です。そして、子どものみならず親、とくに母親への心理的支援が必要なことは、チェルノブイリ事故やスリーマイル島事故からも得られた大切な教訓です。（板垣、前田）



トピックス9

ひきこもり

ひきこもりとは、就学・就労・交友関係などの社会的な関わりを避けてしまい、主に家庭内にとどまり続けてしまう状態を指します。内閣府の「令和元年度 子供・若者白書」によると、全国でひきこもり状態にある人（ひきこもり本人）は平成30年度で61.3万人と推計されています。ひきこもりは、子どもや成人だけでなく中高年でも問題視されており、これは80代の親が50代の子どもの生活を支えるという「8050問題」として大きな社会問題となっています。

ひきこもり支援では、ひきこもり本人だけでなく家族への支援も重要です。具体的には、①ひきこもり本人の心身の健康面を評価すること、②ひきこもり本人と同居する家族全体の負担感を軽減させること、③家族全体のコミュニケーションのあり方を検討すること、④ひきこもり本人の生活リズムを整え、外出や相談機関の利用を促すことなどを目標に支援を行う必要があります。ひきこもり本人に精神的な症状や発達上の問題が疑われる場合でも、家族がそのことに気づいていないケースや、医療機関や相談機関を利用しようとしにくいケースも少なくありません。また、家族がひきこもり本人に対してどのように接したらいいかわからず、だれにも相談できないと悩んでいることもあります。そのため、ひきこもり本人と家族という2つの軸を念頭に置き、相談機関の利用を促しながら「できることを積み重ねていく」経験が得られるように支援することが重要です。（佐藤）

原発事故災害の保障

トピックス10

原発事故災害の保障は、「原子力損害の賠償に関する法律」（以下、原賠法）によって行われます。原賠法では、無過失責任かつ無限責任が適用されます。これは、加害事業所の過失責任を明らかにする必要なく、賠償の上限も設けないことを意味します。後者の賠償に関しては、加害事業所が集中して責任を負いますが、「異常に巨大な天変地変」の場合は免責されます。しかし、東日本大震災の場合、東京電力の免責はありませんでした。

また、福島第一原子力発電所事故（以下、福島第一原発事故）では、原賠法に基づき様々な保障がなされていますが、その原則は公害の被害に基づく原則で解釈されます。具体的には、

- ①被害者の立場の非交代制…被害者（地域住民）が加害者（企業等）になることはない
- ②被害の回避困難性………事故が起きてもその被害を回避・軽減することが困難
- ③被害の広範性………大規模な地域に対して、生活が根こそぎ影響を受ける
- ④加害行為の利潤性………加害者の利潤追求に伴う事故であり、被害回復責任は大きい
- ⑤加害行為の継続性………長期に被害が継続しうる
- ⑥被害の予測不可能性………場所や被害の内容、いつまで継続するか予測困難

①から⑥は全て福島第一原発事故に当てはまる項目と言えます。さらに実際に原発事故が起こった際には、原発事故と損害との「相当因果関係」が判断されます。これは、原発事故があった場合に通常生ずると考えられる範囲の損害が賠償されるという考え方です。福島第一原発事故も、この考え方によって賠償が行われています。

福島第一原発事故では、上述の考え方により、様々な具体的な賠償が続いています。今後どのような原発事故が起こるか分かりませんが、原賠法に基づきながら、福島第一原発事故での賠償の先例が参照されるものと思われます。（松田）

参考文献 日本弁護士連合会（編）、原発事故・損害賠償マニュアル、2011.pp441.日本加除出版。



トピックス11

認知症と災害

日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳で、世界でもトップクラスの長寿社会になっています。人間誰もが長生きしたいとの思いを持っており、長寿は喜ばしいことですが、いいことだけではありません。長生きすると問題になるのが認知症です。

認知症は、脳の病気や障害など様々な原因により、認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる状態をいいます。認知症を起こす病気には、身体疾患も含めて多種多様なものがありますが、代表的なものに、脳神経が変性して脳の一部が萎縮していくアルツハイマー型認知症、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による血管性認知症、幻視やパーキンソン症状を特徴とするレビー小体型認知症、社会のルールを守れなくなるといった症状があらわれる前頭側頭型認知症といったものがあります。

認知症の症状には、物忘れ、見当識障害、理解力・判断力の低下、失計算、失語・失行・失認などの脳の器質性変化によって起こる中核症状と、不眠、幻覚、妄想、興奮、抑うつ、徘徊、弄火、弄便など、本来の性格や本人を取り巻く環境などに影響して現れる行動心理症状(BPSD)があります。BPSDは介護の負担を大きくします。

災害時には、避難などにより、急な環境の変化やストレスが多くなりますが、身体的にも精神的にも予備能力が低下している認知症の人には適応が難しく、多くのBPSDが発生してきます。ご本人もつらいですが、家族や周囲の負担も大きくなりがちです。しかし、東日本大震災の経験などから、周囲や家族のちょっとした心配りや思いやりで心が安定し、負担が軽減できる方法やコツが紹介されています。(参考資料参照)

認知症の人たちは、物忘れや理解力などの低下はあっても、感情や自尊心は最後まで保たれています。このことを決して忘れることなく、人間として尊重する対応が求められます。その結果としてBPSDが軽減し、認知症の進行を遅らせることが出来ることでしょう。(渡辺)

参考資料 災害時における「支援ガイド」 <https://www.dcnnet.gr.jp/earthquake/>



トピックス12

自殺リスク者への対応 1

近年、大規模災害の後には自殺率が上昇することがわかってきています(Matsubayashi, 2013)。しかし、災害直後は自殺率が低下し、やや遅れて上昇する可能性があり、同じ傾向が東日本大震災後の被災3県でも見られています。

被災者の自殺企図や自殺念慮に影響する要因としては、複数の災害の経験、過去の精神疾患の既往、現在の精神疾患症状、無価値感、被災による負傷、不十分な生活支援といったものが過去の調査でわかっており、こうしたことに該当する被災者には、特に注意が必要になります。

自殺リスクのある人へ対応できるようになるために、厚生労働省では、ゲートキーパー養成研修を進めています。ゲートキーパーの役割は、悩んでいる人に気づく、傾聴する、つなぐ、見守ることですが、特に重要な点は「気づく」です。自殺の可能性が少しでも疑われる場合、こちらから積極的にリスクを確認します。具体的には、絶望感の有無(見通しが持てない、生きていく意味を感じられないと思いますか)について確認し、有の場合には、希死念慮(死にたいと思っていますか)、自殺企図(自殺の方法を考えていますか)もはっきりと伺います。最初は、このようなことを聞くと相手が傷つくのではと躊躇うかもしれませんが、その心配はありません。「真剣に私の気持ちを考えてくれるんだ」と心を開いてくれることもあります。まずは、勇気を持って、はっきりと尋ねてみてください。(竹林)

自殺リスク者への対応 2

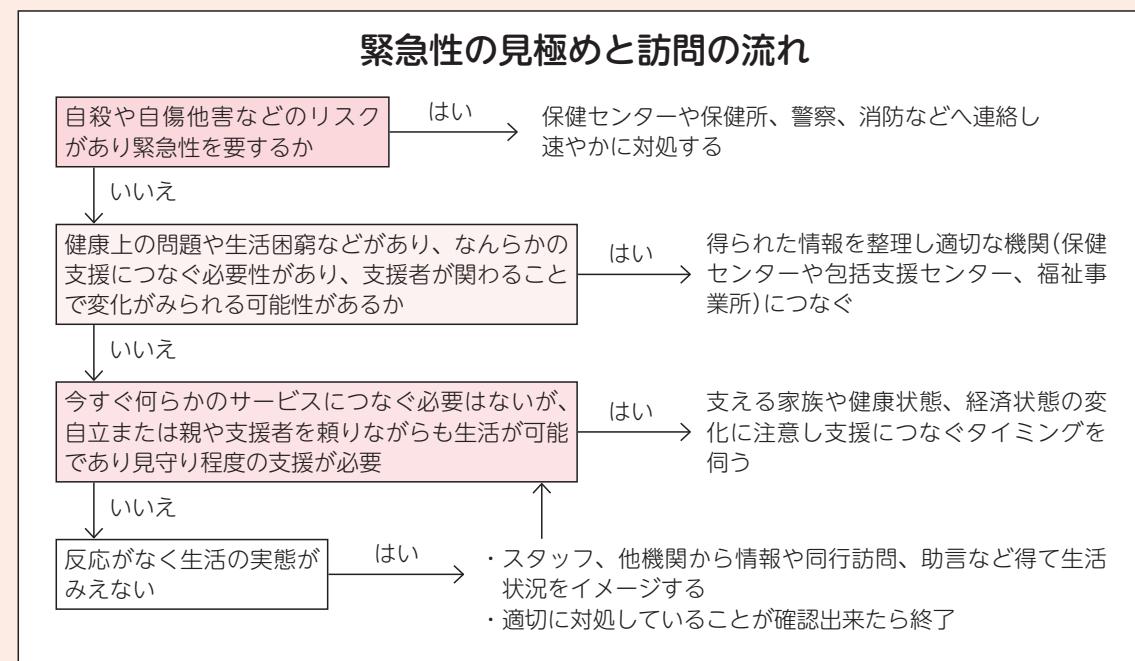
トピックス13

支援者が訪問先などで、自殺や身体の緊急性の判断を迫られる場面では、非常に迷うことが多いのではないのでしょうか。自殺は、実行に移すかどうかを絶えず迷っていることが多く、リスクが高い時も低い時もあります。また、アルコールなど薬物に依存している場合、身体疾患の悪化から、衝動的な自殺行動につながることもあります。

支援者が24時間見守ることは困難ですが、そのリスクを最小にする関わり方、自殺のリスク度合いに応じた支援方法を考えておく必要があります。しかし、緊急性がそれほど高くないときのチームの意思決定は難しいことから、事前に支援方針を決定しておくこと、下記のようなフローチャートで可視化することで、方向性を共有することが可能になります。

このフローチャートでは、1.自殺や自傷他害などのリスクがあり緊急性を要するか、2.健康上の問題や生活の困窮などがあり、なんらかの支援につなぐまたは、支援者が関わることで変化がみられる可能性があるか、3.今すぐ何らかのサービスにつなぐ必要はないが、自立または親や支援者を頼りながらも生活が可能であり見守り程度の支援が必要かの3つに分けられています。

まず、はじめに緊急性があるか判断します。これには、身体症状や精神症状のアセスメントが必要であり、知識や経験が求められます。2と3は、支援者の価値観や組織、チームの立場によって見方が異なることがあります。たとえば、自治体では、今のところリスクはないが、この先に起こり得る住民の状況変化(家族構成や金銭的問題など)を予測し、長期的に見守りをしなければならないことがあります。一方、サービス支援事業者では、当面変化がなければ対象にならないことや、見守りの優先順位が低くなることがあります。そこで、見守り続ける自治体や委託先の事業所などの支援関係者が、情報や支援方針を共有しながら関わるのが重要です。特に注意が必要なのは、呼び鈴を押しても出ないなど安否確認できない方や人との関わりを拒絶しがちな方です。少ない情報しか得られない場合もありますが、できるだけ関わる機会をつくり、孤立を防ぎ自殺の可能性を低くする支援ネットワークを広げていきます。(米倉)



1 業務過多・疲弊に苦しむ職員への支援

はじめに

被災地の自治体職員の多くは自身も被災者であり、「被災者でありながら支援者でもある」という役割葛藤など、様々な生活上の困難を抱えています。特に被災地の自治体では、避難指示区域が変化する状況の中で、通常業務に加え被災・避難住民の対応や復興関連業務を担っています。過重かつ長時間勤務が長期間に及ぶことで心身の不調をきたし離職につながることもあります。

職場の面談では、「何で自分に声がかかったのか」「話したことが上司に漏れないか」など不安を感じながらの来談が少なくないことから、面談目的や守秘義務について説明し安心できる配慮が必要です。また、被災地の自治体職員に特有のストレス要因を共有することで、自分の状況やストレス反応を客観的に理解することができます。

事例 仕事上のミスをきっかけに仕事に手がつかなくなった男性

40歳代男性Aさん。妻と小学生2人の4人暮らし。X町役場勤務。震災時に妻と子ども2人を県外に避難させ、役場避難先のY市に単身が残った。

Aさんの業務は多忙を極め、夜半まで職場に残ることも多く、住民から不満や怒りを向けられることがあった。それでも「役場の職員として住民を支えなくてはいけない」と思い、同僚にも不満や愚痴をこぼさず従事し続けた。

週末は、県外避難させた妻や子どもに会いに車で片道約2時間かけて通っていた。ある日、仕事上のミスをきっかけに仕事が手につかなくなり、その様子を心配した上司から当センターに相談があった。

(架空事例です)



支援の概要

初回面談

役場内個室にて面談目的や守秘義務について説明した上で、業務内容を尋ねると、Aさんはひどく疲れている様子で、夜遅くまで仕事をしていることや窓口で住民の対応をしている現状を話した。担当者から、被災自治体は人員不足で過重労働にあること、住民から不満や怒りを向けられることがストレス要因として考えられること、こうした要因によって心身のバランスを崩すことは誰でも起こり得ることを伝えた。すると

Aさんは、住民対応で無力感に苛まれることや、それまで「我慢して、自分がやらねば」と思って頑張ってきたが、仕事への意欲が持てなくなったこと、さらに家族に会えずに辛いと話した。

発災以来、役割葛藤を抱えながら、自分を犠牲にして職場や家族のために頑張り続け、心身ともに疲れ果てた状態であり、できるだけ早い段階で休息が必要と考えられた。そこでAさんのこれまでの復興への尽力を労い、「これからも健康に働き続けるためには、我慢を続けず一旦休息を取ることが大切ではないか」と話し、現在の体調や休暇について上司に相談することを提案した。

初回面談後、上司への情報提供の了解を得て、Aさんは休養が必要な状態にあること、強い責任感に配慮して労いの言葉と休暇取得の後押しをしてほしいことを伝えた。



2-6回目の面談(初回面談から1-8ヶ月後) 休暇前後の振り返りとフォローアップ

2週間後、2回目の面談では、上司から労いの言葉を受けて休暇の調整が進んでいることが話された。面談後、Aさんは休日出勤の振替や年休を活用した約1カ月の休暇を取り、休暇後の面談では、久しぶりに家族とゆっくり過ごせたこと、上司の声掛けのおかげで罪責感を持たずにいられたことが報告された。また休暇により心身ともに余裕が生まれ、復職後も自分一人で頑張らなくてもよいと思えるようになったと話された。

その後の面談では、同僚へサポートを求める方法や残業時間を増やさないための工夫、休暇の過ごし方について話し合い、定期的に休養の時間が取れているか確認した。

まとめ

Aさんは、家族のもとでの十分な休養が奏功し、心身ともに余裕が生まれ、同僚からサポートをもらいながら、過度な責任感を抱えずに担当業務を担うことが出来るようになりました。その後も適切に休養を取り、ワークライフバランスを取りながら仕事を行えるようになっており、健康状態も安定した状態が続いたことから支援を終了としました。

(山下 和彦)

2 震災・事故後に入職した職員への支援

はじめに

震災や事故後、避難自治体職員は自ら避難生活を送りつつ、膨大な復興事業や帰還業務に忙殺される状況が続いています。その状況下に毎年新しい職員が入職します。大惨事を経験した職員と全く経験のない職員が同じ職場で働くことは、双方が大きなストレス状況に置かれます。新しく入職した職員は、職員として早く役立ちたい気持ちの一方、うまくできない罪悪感や孤立感を深めることもあります。ストレス過多の職員に気づきメンタルヘルスケアに繋げることが大切です。

事例 仕事の遅れや休みが増えていった新入職員の女性

30代女性Aさん。県内出身、震災当時は他県に在住、震災1年後に避難指示区域内の自治体に入職。県内避難先にある仮庁舎で復興関連事業や通常事業を担当した。

課内では慌ただしく次々と仕事が進む中、就職して間もないAさんは、職場に慣れることと業務内容を覚えることに必死だった。同僚は忙しく声をかけられなかった。

Aさんは、役場機能が帰還した後も避難先から通勤した。やがて沈んだ様子が目立つようになり、仕事の処理も遅れ休みがちになったことから、上司が庁内保健師に相談し当センターを紹介された。

(架空事例です)



支援の概要

初回面談

初回は、保健師と当センター職員が庁舎内で面談した。Aさんは来室するなり、職場にすることが辛く「死にたい」と訴えた。眠れず、注意集中力の低下や意欲減退など精神的な不安定さが目立ち、仕事だけでなく生活の維持も困難と思われた。担当者は心身の健康面が心配なことを伝え、保健師が受診調整を行い、2週間に1回の来所面談を行うこととした。

2-5回目の面談(初回訪問から1-3ヶ月後) 関係性を築く

初回面談後、Aさんは心療内科を受診し「大うつ病性障害」と診断され、病気休暇をとり、通院・服薬しながら来所面談を継続した。「生きている意味がない」「周囲に必要とされていない」と訴え、強い不安感や希死念慮が続いた。担当者は、Aさんが語る言葉、混乱した感情を受けとめるように傾聴し、不安を感じる状況について整理した。本人の了解のもと、上司と保健師と共に復職支援について検討を重ねた。

6-11回目の面談(初回訪問から3-6ヶ月後) 安心して感情表出できる場づくり

休暇により睡眠がとれるようになり、軽い運動を取り入れるなど健康的な生活が送れるようになった。一方、集中力や意欲は低い状態が続いていたが、症状を自覚し、担当者と共有できるようになった。Aさんの言動を否定せず一緒に考え、安心できるよう面談を重ねた。主治医判断から病気休暇が延長となり、Aさんは思うように回復しないことに焦り、積極的に治療に取り組んだ自分を否定されたように感じた様子で、焦燥感が強くなり、医師や職場への不満や怒りを訴えた。

12-18回目の面談(初回訪問から6-9ヶ月後) 復職への焦燥感、自殺企図への関わり

Aさんから複数回の自殺企図の報告があった。復職できず、家族の理解も得られず否定される場面が重なり、追い詰められた状態と考えられ、保健師と情報を共有し、受診にも同行し、面談を週1回に増やした。Aさんのこれまでの努力を労い、復職に向けて不安なことを整理し一歩ずつ前進していることを共有した。また家族への不満を吐き出してもらった。その結果、徐々に落ち着きを取り戻し「死にたいというより暗い気持ちになる」と変化が現れた。さらに「大好きな本が読めるようになった」と変化を客観的に捉えられるようになり面談頻度を元に戻した。

19回目以降(初回訪問から9ヶ月後以降) ストレスへの対処法を身に付ける

面談では対人関係で苦手な場面や不安な業務の対応方法を検討し復職の準備をした。また、ストレス対処法について学び、セルフケアの習慣を生活に取り入れる中で、Aさんは自信を取り戻していった。

まとめ

Aさんの病状は次第に改善し、主治医からも職場復帰の許可が降りました。同行した上司は、医師からの復職後のスケジュールに関する助言に安心した様子でした。Aさんは職場に慣れ、同僚への話しかけも積極的に行うようになりました。しばらくは支援者間の受診結果や職場での様子の共有と、心身状態や仕事ぶりを踏まえた面談を継続し、復職後半年で支援終結となりました。

(木原 英里子)

3 職場のセルフケア・ラインケア

はじめに

大規模災害時は、災害関連業務、通常業務の再開、外部の支援者のコーディネートなど、被災地の支援者の仕事量は何倍にもふくれあがります。また、労働環境が劣悪であったり、支援対象者から不満や怒りをぶつけられることもあります。加えて、現地の支援者は、自分自身や自分の親族なども被災している場合が多く、幾重ものストレスが支援者のメンタルヘルスに影響を及ぼすことがわかっています。

そのため、災害時には、発災直後から中長期にわたって「支援者の支援」の体制を整えることが大切です。平時と同様、災害時においても、職場のひとりひとりが自分自身をケアするという「セルフケア」と、職場の総務担当者や管理職が中心となり、スタッフや部下の健康を管理するという「ラインケア」の2本立てで実施していきます。

事例 心身に不調を抱え、ラインケアから支援につながった男性

40代前半の男性Aさん。家族は、妻、子ども3人の5人暮らし。自治体の職員で、震災発災時は、保険や年金などの仕事をしていました。直後は、勤務先も役場ごと避難し、家族と一緒にP町に住んでいたが、制限解除とともに役場はもとの町に帰還。家族は放射線の影響を心配し、しばらく避難先の町にとどまることを決めた。

Aさんは片道2時間以上をかけて通勤していた。また、役場が帰還した年に、復興・防災関係の課に異動、係長となった。帰還後は予想以上に仕事が大変で、残業も多く、住民から怒りや罵声をぶつけられることもあった。

長距離通勤にも体力的限界を感じ、平日は単身で役場の近くに住み、週末だけ家族と過ごすことにしたが、夜、ひとりになると震災直後のことや住民からの叱責が思い出され、不眠が続くようになった。次第に表情がなくなり、憔悴している様子を同僚から聞いた役場の総務課職員が心配し、当センターに連絡を入れた。

(架空事例です)



支援の概要

初回面談 状況確認とねぎらい

総務課に日程を調整してもらい、Aさんに当センターに来訪してもらい、面談を行った。

現在の体調、睡眠、食欲、仕事や家族の状況、困っていること（主訴）などを確認したところ、睡眠は3～4時間しか眠れておらず、最近は食欲がなく、お酒の量が増えている、仕事にすっかり自信をなくし、自分の健康管理もできず職場に申し訳ない

と思う、仕事をやめたいとも思うが、家族がいるためそうもいかない、といったことを吐露された。

これまでの大変さをねぎらい、まずは休息をとり、睡眠と体調を整える重要性と、お酒の多飲による弊害を説明した。また、睡眠導入剤の適応について説明し、睡眠導入剤の処方のために、メンタルヘルスの専門医の受診を勧めた。また、今後のことを相談するために、当センターと職場の総務課で協力しながらAさんを支えていくことを伝え、本人に了承を得た。

初回後 支援体制づくり

当センターから総務課に連絡し、現在の状況と受診勧奨を行ったことを伝え、投薬や休職も含め、主治医の判断を仰ぐことを申し合わせた。役場には産業医もいるとのことで、休職となる場合は産業医にも相談することになった。また、職場の上司は、本人の状況を理解しているが、これまでどのように関われば良いかわからずにいたとのことで、管理職が総務課や産業医に相談できる体制をとるよう勧めた。

2回目の面談(初回面談から2週間後) 休職に向けた調整

病院に受診し、眠剤と抗うつ薬が処方され、以前より眠れるようになった。主治医からは強いうつ状態のため2か月程度は仕事を休むよう勧められ、内心ほっとしたことなどが語られた。休職期間は服薬を遵守し、しばらくゆっくり休み、自分自身のセルフケアに専念するよう勧めた。

休職期間(初回面談から1-3ヶ月後) 状況確認と段階的復職

休職は、当初2か月の予定だったが、復職前になると焦燥感が出現し、主治医の判断で1か月延長した。その間、総務課が窓口になり、Aさんの体調や状況などを確認した。復職前には、産業医とも相談し、以前の部署に戻れるかを検討した結果、同じ部署に戻るが、午前みの出勤から始めて、体調を見ながら段階的に時間を増やす方向で復職を支援することになった。

まとめ

Aさんは職場の理解もあり、まだ完全ではないが、このまま仕事が少しずつ増えてもやっていけそうだと語られました。

受診も継続できており、「以前は悩みがあってもひとりで抱え込んでいたが、今は人に相談できるようになった」との言葉が聞かれたため、当センターの個別支援は終結としました。

(瀬藤 乃理子)

トピックス14

支援者の疲弊と燃え尽き

福島に限らないことですが、一般に災害支援においては、被災者支援や復興業務にたずさわる様々な支援者にメンタルヘルスの危機が訪れます。とくに福島では、第1章で述べたように復興業務が自然災害に比べきわめて長期に及び、多くの支援者が深刻な疲弊状態に陥りました。そうした支援者は、場合によっては慢性的なバーンアウト(燃え尽き)状態となり、うつ病などのメンタルヘルス問題を抱え、離職した人も少なくありません。福島の復興が今後も長期に続くことを考えると、自殺予防も含め、このような支援者に対するメンタルヘルスケアは非常に重要なテーマであるといえます。(前田)

トピックス15

セルフケア・マインドフルネス・呼吸法

自分の体や心の健康のために、自分で自分自身のケアを行うことを、「セルフケア」といいます。ストレスはゼロにはできませんが、セルフケアを習慣化することで、ストレスをコントロールすることは可能です。

最近、注目されているセルフケアの方法として、「マインドフルネス」があります。マインドフルネスは、もともと仏教の「瞑想」を起源とし、「自分の心や体に心をこめること」という意味ですが、現在は、体と心を調整する技法として使われるようになりました。人は、過去につらい記憶があるとその事ばかり考えたり、ストレスが増えるとネガティブな感情や考えにとらわれてしまいがちですが、マインドフルネスは意識的にそのような記憶や感情と距離をとり、心の状態をコントロールしていきます。

マインドフルネスの練習として、最初に身につけたいのは、「腹式呼吸(丹田呼吸法)」です。おへその下5センチ・奥5センチにある丹田は、東洋医学で第2のチャクラと呼ばれ、「体のエネルギーの中心」とされています。丹田は目には見えませんが、丹田に集中して呼吸法を行うことで、心が安定しやすくなることがわかっています。

座り方は床にあぐら坐をとっても、椅子に座っても構いません。左右対称のリラックスした良い姿勢をとり、心の中で1、2、3、と数を数えながら、4拍で鼻からゆっくりと息を吸いましょう。その時、「丹田」に風船があるとイメージし、吸った息とともに、丹田の風船が膨らむことをイメージします。そして、丹田(下腹部)が完全に膨らんだ状態で5拍とめ、口からゆっくりと7拍で息を吐きだします。吐く時は、丹田の風船が小さくなることをイメージします。このような要領で、何度かゆっくりと呼吸を繰り返してみましょう。ポイントとしては、何も考えずに今の呼吸に集中することが大切です。最初は上手くできなくても、繰り返し練習していくうちに、次第にスムーズにできるようになり、気分がすっきりした感じも体感できるようになっていきます。

目をつぶり、ゆっくり5回ずつ、丹田呼吸を毎日3度行ってみましょう。仕事の合間でも構いません。リラックス感とともに、自分がいつもどんなに考え事ばかりしているのか、何にとらわれているのかがわかるようになってきます。丹田呼吸を行いながら自分を縛りつけている考えが見えた時は、吐き出す息とともに、その考えが自分から出ていく、離れていくことをイメージしてみましょう。そのようにして、できるだけ心を「無」の状態にしていきます。仏教でいう「無」の心は、とても安全で穏やかな状態です。

特別な場所も器材もいらないセルフケアの方法、マインドフルネスを生活に取り入れてみて下さい。(瀬藤)

災害時における精神科薬物療法

トピックス16

災害時の急性期ケアでは心理的サポートや環境調整などが中心となり、薬物療法は補助的・対症的に行われることが多くなります。災害により新たなケアや治療が必要になる場合、治療は特定の障害や症候群よりも症状に向けられ、厳密な診断よりも症状緩和に重点が置かれます。急性期によくみられる症状は不安と不眠で、焦燥や興奮がみられることもあります。これらに対しては主にベンゾジアゼピン(BZD)系の薬剤が使用されます。急性の強い不安や焦燥、過覚醒に対してBZD系抗不安薬は有効ですが、耐性や依存形成のリスクがあり、薬物療法の位置づけからも中長期的な使用には慎重を要します。不眠に対してもBZD系睡眠薬が使用されてきましたが、最近ではオレキシン受容体拮抗薬など依存形成や副作用のリスクが低い睡眠薬が上市されており、安全性の観点から好ましい選択肢と言えそうです。心的外傷後ストレス障害では選択的セロトニン再取り込み阻害薬が多くのガイドラインで推奨されており、ここでも精神療法や環境調整の有効性や可能性を十分に考慮した上で行うべきとされています。

災害時急性期の精神的・心理的問題は現場で起こっており、それゆえ急性期の薬物療法についてのエビデンスは乏しいのが事実です。このため薬剤が有するリスクに注意しつつ、症状緩和を目的に柔軟な薬物療法を行うことが必要と思われます。その際には被災者の苦痛に十分耳を傾けながら、薬剤の使用について共同で意思決定するプロセス(shared decision making: SDM)も取り入れていくべきでしょう。

なお、災害時には薬剤の流通や供給にも支障が生じることがあるため、頻度の高い精神症状に対するessential drug供給の体制作りも重要です。(三浦)



執筆者一覧

氏 名	所 属	職 名
渡辺 厚	ふくしま心のケアセンター	所 長
前田 正治	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	主任教授 副所長
國井 泰人	東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野	准教授
三浦 至	福島県立医科大学 医学部 神経精神医学講座	准教授
板垣俊太郎	福島県立医科大学 事務局 大学健康管理センター (兼)福島県立医科大学 医学部 神経精神医学講座	准教授
後藤 大介	会津こころと脳のクリニック	院 長
瀬藤乃理子	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	准教授 非常勤
佐藤 秀樹	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	助 教 非常勤
竹林 唯	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	助 手 非常勤
松田聡一郎	ふくしま心のケアセンター県北方部センター	方部課長
山下 和彦	ふくしま心のケアセンター県中・県南方部センター	方部課長
羽田 雄祐	ふくしま心のケアセンター県中・県南方部センター	主任専門員
米倉 一磨	ふくしま心のケアセンター相馬方部センター	センター長
木原英里子	ふくしま心のケアセンターふたば出張所	専門員
黒田 裕子	ふくしま心のケアセンター基幹センター業務部	業務部副部長 (兼)いわき方部センター課長
大槻 真実	ふくしま心のケアセンター基幹センター業務部	専門員

編集委員一覧

氏 名	所 属	職 名
前田 正治	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	主任教授 副所長
佐藤 秀樹	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	助 教 非常勤
竹林 唯	福島県立医科大学 医学部 災害こころの医学講座 (兼)ふくしま心のケアセンター	助 手 非常勤
渡部 育子	ふくしま心のケアセンター基幹センター業務部	業務部長
黒田 裕子	ふくしま心のケアセンター基幹センター業務部	業務部副部長 (兼)いわき方部センター課長
志摩 育子	ふくしま心のケアセンター基幹センター業務部	専門員
相山未希子	ふくしま心のケアセンター基幹センター総務部	総務財務課長
泉 真実子	ふくしま心のケアセンター基幹センター総務部	事務員
監 修	福 島 県	

あとがき

本ガイドは、東日本大震災被災者のメンタルヘルス支援にあたる保健師をはじめとした関係者向けに作られたものです。支援者向けのテキストやマニュアルはいくつかありますが、支援事例を多数紹介しつつ、ケアのありかたをまとめたような実践的ガイドは今までありませんでした。震災後10年を経過しましたが、福島ではこれからも様々な形での被災者支援を続け、復興を推し進めなければなりません。本ガイドが、被災者支援にたずさわる多くの関係者にとって役立つことを心より祈念しています。

令和4年2月

福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 主任教授
(兼)ふくしま心のケアセンター副所長 前田 正治

福島における 被災者への心のケア 支援ガイド

2022年3月発行

発 行 一般社団法人 福島県精神保健福祉協会
ふくしま心のケアセンター
〒960-8012 福島市御山町8-30
(県保健衛生合同庁舎5階)
TEL 024-535-8639
印 刷 株式会社 日進堂印刷所

この冊子は、福島県の委託事業により作成しました