

災害福祉学の構築  
— 支援者支援を考える —

2015

# 目 次

司会：大島隆代（日本社会福祉系学会連合・運営委員）

開会挨拶：

副田 あけみ（日本社会福祉系学会連合・会長） ……………2

災害福祉アーカイブについて：

小櫃 俊介（日本社会福祉系学会連合・運営委員） ……………3

報告：

「被災地における援助者支援についてー特に共感疲労に焦点を当ててー」

藤岡 孝志（日本社会事業大学） ……………5

「震災後の東北三県における社会福祉士・精神保健福祉士に対する調査結果から」

梅崎 薫（埼玉県立大学） ……………51

「被災地での内部支援と外部支援を考える～支援する側受ける側、両側面を経験して～」

鈴木 幸一（公益財団法人ときわ会常磐病院） ……………76

討論 ……………94

閉会

## 開会挨拶

副田：では定刻になりましたので、開始させていただきます。私は日本社会福祉系学会連合で会長を仰せつかっている副田と言います。よろしくお願いいたします。今日はあいにくの雨の中をご参加いただきましてありがとうございます。

皆さんご承知かとは思いますが、この日本社会福祉系学会連合というのは、日本社会福祉学会をはじめとする福祉関連の20の学会が集まった連合体です。日本学術会議の中にある社会学委員会社会福祉学分科会を支援、協力するということと、加盟学会の間での交流、連携を促進していくということが役割です。

連合では、2011年の東日本大震災の前までは、加盟学会が各活動状況を報告するというシンポジウムをやってきました。震災後は、当時の会長だった野口先生、地域福祉学会都築先生たちがイニシアティブを取って被災地の調査を始めました。そしてその調査の結果報告を含めた震災関連のシンポジウムを2011年から2013年まで計7回やってきました。



私が会長を仰せつかってからは、あとでもご紹介させていただきますけれども、災害福祉アーカイブというものを作ろうということで、災害福祉に関する実践報告や調査報告、論文、単行本を現物収集までは行ってないのですが、リスト作成してホームページにアップする、それを災害福祉アーカイブと称しているのですが、そういう事業を始めました。

それからさまざまに行われている災害研究を通して、災害福祉論や災害福祉学を目指し少し体系化を図ることができないだろうかということで、それを目指したシンポジウムを2回ほどやりました。

今回も災害福祉学の構築というタイトルを掲げさせていただいています。これまで災害地において支援をされている方々のいろいろな問題について、あるいは、その支援者を支援するというテーマを運営委員会で取り上げてはどうかということになったのです。災害が起きて4年半たち、支援してこられた方々の疲弊感、無力感について聞いています。ですのでこの時期に支援者支援を取り上げるというのは、いいタイミングではないかと考えた次第です。

今日は、藤岡先生、鈴木先生、梅崎先生の3人の方にご報告をお願いしています。そのご

報告を受けて、会場の皆さんと少しディスカッションができればいいと考えています。

私の連合会長としての任期は来年の5月までなのですが、できれば災害福祉アーカイブの充実と災害福祉研究に関するこういう公開研究会は、今後も続けられたらよいと思っています。災害福祉研究は、災害列島、日本にあって続けていかなければならないことだと思っています。この研究をなさっている研究者、あるいは、支援の実践をやられている方々もずっといらっしゃるの、そういう方々に対してエールを送っていくという意味もこめて、アーカイブも公開研究会も続けられたらよいと考えています。

ただ、会長と運営委員会はメンバーが変わりますので、どうなるか分からないという面があります。ぜひ続けていただきたいということをお願いするつもりです。

早速、研究会を始めたいのですが、その前に東洋大学の小櫃さんに災害福祉アーカイブを作る、整備して充実させるということを大変地道な努力でやっていただいてここまで来ているものですから、ぜひ皆様にこれを知っていただきたく紹介していただこうと思います。

皆様にも、こういう文献があるよ、こういう調査報告書が出ているよということがありましたら、ご一報をお願いします。よろしく願いいたします。ではお願いします。

## 災害福祉アーカイブについて

**小櫃:** こんにちは。東洋大学の小櫃と申します。社会福祉学会からご推薦いただいて、いま学会連合では広報委員をやらせていただいています。先ほどお話にありましたけれども、災害福祉アーカイブを収集しています。社会福祉系学会連合のホームページの中にそのリストが上がっています。検索するとすぐ出てきますので、検索をかけて見ていただければと思います。ホームページの切り抜きとしてアップさせて、見づらいなのですが、項目として図書、報告書、論文、関連アーカイブ、支援活動、学会・研究所・大学、その他と分類させていただきます。

まだ本当に雑多な分け方をしているのですが、とりあえず社会福祉、災害に関するものを、これらの項目と合わせて収集させていただいています。実は非常に範囲も広く、教育が入っていたり医療が入っていたりということなのですが、そこであえて細かく区切るのではなく、いろいろな分野が合わさってこそという観点から非常に多岐にわたって収集させていただいています。

研究や支援で次に私たち先駆者は何をやっているのだろう、こういう論文があるのだろうかというところの参考になるような形で役に立っていればとも考えていますが、非常に雑多な分け方をしていたり、多岐にわたっているということをご承知おきいただければと思います。

中身に関してなのですが、申し訳ありませんが非常に見づらいなのですが、図書の部分です。

2015年、2014年から2011年までさかのぼるのですが、その前に阪神淡路大震災や大島の災害も含まれて、ザックリと災害と考えて図書に関しても収集させていただいています。図書なので一般図書になりますので、ドキュメントも多少入っていたり、あまり写真だけというのは抜かしていただいています、ドキュメンタリーが入っていることも多いです。

この部分が論文で、各研究者や所属機関、例えば大学の紀要なども目に届く範囲では載せていただいています。大学の図書館やサイニー、論文検索をかけての収集ということになっていますので、私個人でやらせていただいていると限界がありますので、もし漏れていたりするところは、連合の会員の皆様にこういうのもありますというご紹介をいただければ非常にありがたいと思っています。

もう一つが支援活動です。有名などころではDMATの活動などもここでリンクしています。大学の研究機関と研究所等のリンクも貼らせていただいているのですが、やはり勝手に載せるわけにはいけないので、申請を出して了承をいただくというのは非常に時間がかかってしまったりするのですが、NHKなどのアーカイブもリンクさせていただいて、快諾してくれているところも多いです。

できればそういう活動も含めて、論文だけではなく、現場の人たちの活動もリンクさせていただければと思っていますので、小さいNPOだと私たちのところの耳に届かないことがありますので、こういう活動をしていて、それは社会福祉に非常に有意義であるということがあれば、ぜひともご一報いただければ掲載という運びになるとうれしいと思っています。

例えば、先ほどのDMATだと、ここをリンクするとすぐにDMATのページに飛べるようになっています。本当かどうか分かりませんが、これを見てボランティアに行ったという学生がいたので、こういうところからどういう活動しているか、僕なら何ができるかというところも実際に学生も使っていると耳にしました。研究者だけではなく、こういうところで啓発的に私たちがお役に立てればと思っています。

何といたっても個人の限界がありますし、私も範囲がどこまでというのはなかなか限定できない、これは福祉分野のいいところでもあるかもしれないですけど、そういうところで皆さんの研究上の役に立てればと思いますので、情報等ございましたら連絡いただければと思います。私からは以上です。よろしく願いいたします。

**大島**：副田先生、小櫃先生、ありがとうございます。私は、ここから討論会の進行をさせていただく大島です。よろしく願いいたします。

先ほど副田先生の方からお話があったのですが、学会連合として取り組んできた今までのシンポジウムおよび公開研究会のテーマについても、ホームページにアップされておりますので、ご確認いただきたいと思います。例えば、東日本大震災のあった2011年は、「社会福祉系学会の東日本大震災復興に向けた対応について」、翌年は「被災地における福祉支援の今、そして未来」「被災地における専門職連携」、また、2013年には原子力災害や福島

などと取り上げてきました。昨年は「災害福祉学の構築に向けて 社会的効率の防止と自立支援」というテーマでシンポジウムを行ってきました。

未曾有の大震災に向き合った私たちとしては、当初は、たくさんの実践報告や事例を吟味し確認していただけしかできなかつたところから、社会福祉を背景とした実践として目的をどう設定していけばいいかというシンポジウムを行いました。その後、学問としてこれからどこに向かうべきなのかということで、総論を構築していこうではないかという方向に進んできました。その中に福島の問題があったり、あるいは、東北部会のかたがたが続けていらした研究を報告いただく機会も設けました。

今年は少し各論に踏み込むという形で、「支援者支援を考える」ということをテーマにさせていただきました。これは福祉実践の領域では大事な分野になります。今回は、大きなシンポジウムというよりも公開研究会という形で会場の皆さんと一緒に考えていきたいということを中心とした形で進めてまいります。

早速、発題者のかたがたの発表に移っていききたいと思います。発表の順番は、日本社会事業大学の藤岡先生、次に埼玉県立大学の梅崎先生、そして、ときわ会常盤病院のソーシャルワーカーである鈴木さんになります。

ご発表は30分間、その後、事実確認等の発表に関する質疑応答を5分間ぐらいいただきます。会場の皆さんには質問票をお配りしましたので、ここは確認したい、聞いてみたい、討論したいということがありましたらお書きください。発題者お三方の発表のあとに休み時間を取りますので、その間に回収いたします。

それでは早速、発表に移っていただきたいと思います。発題者の皆様の方には、自己紹介や取り組んでいる内容も含めてお話いただきます。まず日本社会事業大学の藤岡先生からですが、テーマは「被災地における援助者支援についてー特に共感疲労に焦点を当ててー」です。よろしくお願いします。

## 藤岡孝志氏 報告

**藤岡：**日本社会事業大学の藤岡です。どうぞよろしくお願いいたします。この研究会に呼んでいただきまして、本当にうれしく思っているところです。副田先生、和気先生、梅崎先生、大島先生をはじめ皆さんには心から感謝をまず申し上げたいと思います。

私は援助者支援、支援者支援ということで、フィールドはもっぱら子ども家庭福祉領域で児童養護施設の職員の支援をずっとやっています。そういう中で援助者支援、支援者支援が利用児・者、あるいは当事者への支援そのものにつながるということをすごく実感してきているところです。さまざまな技法的なところや考え方はもちろんあるのですが、それを実施する人たちがまず自らがよって立って支えてもらっているということがとても大事なことではないかと思っています。

今日は限られた時間ではあるのですが、思いをこめて分厚いレジメを用意しています。すべてを丁寧に、ということはまず最初から考えておらず、皆さんへのお手元資料としてもご活用いただければと思っています。それから今日お話をさせていただく中にも出てくる援助者、あるいは、支援者の方々に自己テストをやっているのですけれども、お手元にそれをコピーしてあります。これはフリーなのでどんどんコピーをして使っていただいでいいです。

私の印刷の仕方がうまくなくて字が切れたりしているのですが、このレジメの中には私のメールアドレスも載せているので、電子データで送ってくださいと言っていただければ、それを送らせていただきますので、どうぞ遠慮なくご連絡いただければと思っています。

30 分の時間の構成は、最初に共感疲労を中心としての支援者支援、あるいは、援助者支援の理論的な基盤についてお話しさせていただきます。それから 2 番目に 2011 年の 4 月当



初から各県の支援が入っていたわけなのですが、ある県と連携してほとんど全数と言っていい派遣された方々の共感疲労の状況をモニターしてフィードバックをさせていただいたという経験を取りまとめたものを今日は発表しようと思っています。それはだいたい 10 分間かけようと思っています。

それからあと、これもずっと

と最近までのことなのですが、被災地で支援されている方々への面接調査をしています。その報告もさせていただければと思っています。そして最後にまとめという流れでお話しさせていただきます。

早速ですが、援助者支援、支援者支援で、援助者支援は施設における援助者支援という言葉は私はよく使うのですが、ここではおそらく被災地における支援者支援という言葉の方が妥当かなと思います。いずれにせよ理論的なところを見ていく中で、利用者の方々のウェルビーイングとそれと同時に援助者、支援者のウェルビーイングを考えていくということが実際の実践の場の中ではとても大事ではないかということです。

援助者、支援者の二次的な被害というところが課題としてありますし、もともとトラウマ、つまり傷つきという言葉そのものが一時的な傷つきから二次的、そして三次的、ここはあまり注目されないところなのですが、三次的というところも私は非常に大事だと思っています、これは援助者、支援者の家族のストレスや傷つきということです。

皆さんもさまざまな支援、実践等をされている中で、結構苦しくなったときに家に帰った

ときに、家族との関係とかさまざまなそういうところを少し留意されることが多いのではないかと思います。

私なんかも非常に難しいケース、あるいは、施設で難しいお子さんと関わったあとはちょっとボーッとして一種の解離状態が家に帰って起きます。例えばすき焼きを食べているときに気が付いたら肉がなくなっていたとか本当にそんな感じで、支援者も子どもたちの置かれている状況に近いものになるということで、かなり援助者、あるいは、支援者支援が重要ではないかと思います。

一方でポスト・トラウマティック・グロース（心的外傷後成長）という言葉が非常に注目されています。支援者自身もそういう体験をすることによって、支援者としても成長するということをもっと強調するべきではないかと思っているところです。この辺りの学問構築ももっと力を入れていかなければと思っています。

ザッと支援者支援の諸概念ということで見るといろいろあります。バーンアウトは非常に歴史があります。昨今も多くの研究がなされています。それから感情労働研究が最近では急激に伸びてきていて、特に看護領域では検索すると PubMed とかもすごい数が出てきています。看護学関係の学位もこの領域で出ているということです。

そして共感疲労、共感満足は、バーンアウト、感情労働ほどではないですが、研究も随分増えてきているということです。共感疲労、共感満足はこのあともお話ししますが、一緒に語られることが多いところです。共感疲労という言葉を作ったチャールズ・フィグリー（Charles R. Figley）という方が二次的トラウマティックストレスという言葉で支援者の二次的な被害というところを指摘したのですが、同じフィグリーさんが共感疲労（Compassion Fatigue）という概念も提唱しています。

援助者を支援する、支援者を支援するときには、むしろ共感疲労という言葉の方が共感的にしっかり関わっているけれども、疲弊感、疲労感がある。つまり支援場面の中で起きてくる援助者の疲弊状態ということに特化して関わることができるということで、トラウマやストレスという少しネガティブな言葉が入っていないということで、もっぱら共感疲労という言葉が今は使われていると認識しています。

それから代理性トラウマ（Vicarious Trauma）という言葉は、フィグリーたちと一緒に仕事をずっとやってきているパールマン（Pearlman, L. A.）という女性臨床家、研究者がいっぱいいます。より深刻な影響を与える状況ということで、おそらく被災地における支援はそうだと思うのですが、非常に大変な難しい支援状況の中にずっと支援者がさらされ続けると、その支援者の考え方、臨床観、支援観も変わらざるを得ないということです。共感疲労は非常に広いとらえ方なのですが、代理性トラウマという言葉はより深刻な影響を与えた状況を特化して検討しようというのがパールマンたちの仕事で、これもおそらく非常に重要な今後展開があると思っています。

ポスト・トラウマティック・グロースは先程述べました。二次的トラウマティックストレスは、二次的な傷つきというところで、被災地においても同様のことが起きてくるというこ

とがあります。

共感疲労、共感満足ということで、特に共感ここではコンパッションという言葉を使っておきまして、非常に情動的な深い感情を共有するというので、皆さんの社会福祉士の臨床の中ではエンパシーやシンパシーという言葉が共感では使われるのですが、むしろ共感疲労はこのコンパッションという言葉をあえて使っているということです。だからこそ満足がとても大事だということです。バーンアウトは従来言われているところです。

その共感疲労を中核としてモニタリングをしていくというところで、皆さんのお手元にある共感疲労、共感満足の自己テスト、それから今日は私が作ったものではないのでお渡しできないですが、田尾さん、久保さんたちのバーンアウト尺度も使わせていただいています。それから援助者支援項目としてのものも新たに作っているところです。

支援を派遣されたチームに対する事前研修、あるいは、長期化したときの地元における支援者への研修も大事ですし、時々こういう自己テストをやるというモニタリングがやはりとても大事ではないかと思っています。これは児童養護施設でのデータで、①が一番低くて⑤が高いということですから、結構どの施設で取ってもこのような人数分布になるということがあります。

これは被災地ではないですが、参考までということです。3つのタイプに分けていて、共感疲労は少なく、きついけど家に帰るとリカバーできるというリカバー力のある方々、あるいは、あまり持ち越さないということで、「柳に風タイプ」と言っています。

それからCタイプは「横綱相撲タイプ」ということで、正面からいつもぶつかっていつ、疲れるけどこの疲れた感じがたまらない、このぐらい疲れた感じじゃないと、自分は仕事をしている感じではないということです。でも非常に興味深いことに、横綱相撲タイプでは、バーンアウトリスクの数値そのものはそれほど高くはなっていません。

柳に風タイプはもちろんバーンアウトリスクが少ないです。ただ、並べてみるとバーンアウトリスク自体は共感疲労が高くなってもそれ自体は低いのですけれども、低い中の重箱の隅をつつくような感じで、この中で共感疲労のタイプを5つに分けて、それをグッと広げると、意外と共感疲労が高い⑤のタイプの方はバーンアウトリスクが高くなります。

ですから横綱相撲はすぐにバーンアウト起こすわけではないけど、ほかの人たちに比べたらバーンアウトリスクが高くなるので、ほかの人に比べてリフレッシュしたりスーパービジョンをしっかり受けることを心がけた方がいいですよというデータになっているかと思えます。これは統計的に有意な結果が出ていて、バーンアウトと共感疲労がこういう形でリンクしているというデータになります。私自身も少しビックリしたデータです。

共感疲労と共感満足の因子を分析すると、共感満足は4つの因子に分けられます。これはその後うちの研究室で院生も含めて検証をずっとやってきているのですが、非常に安定した因子です。それに対して共感疲労も4つの因子に分かれるのですが、こちらの方はおそらく疲労感やきつさのとらえ方の違いというのも支援者によって違うところもあるので、共感満足ほどは安定した尺度ではないのですが、常にだいたいこの4つの因子に分かれる

ということはありません。

例えば児童養護施設で使う場合には、今の4つの因子も含めて、健康診断のあとの血液検査のような形で、あなたのきつところは今こういうところですよということをフィードバックするようにしています。いろいろな施設に入っているのですけれども、固有名詞を私が知るということにすると、個人情報などがありますし、「守秘」ということで義務が生じてしまうということで、ID番号で取っていただいたものを封筒で返してもらって、分析結果を、封筒でのり付けして返していく。仲介する人も中身を見ることはできない。私とその職員の人たちが直でつながっているけど、ID番号を通してあるので、私はその方が誰かを知ることができないという非常に入り組んだ形ではありますが、常にモニターできるような形にしています。

ですから今後、支援者支援ということで、定期的に入っていく場合には、そのような配慮も必要となってくるかもしれません。あるいは、顔が分かる固有名詞でこういう自己テストもしてもらって、それを見ながら面接ということもあるかなとも思っています。

あとはレジリエンスということで、先ほど回復するということがとても大事であるということで、ストレスがかかったり、きつくなるけども、やはり支援者として回復力にもっと注目すべきではないかということで、これは共感疲労研究の創始者であるフィグリーさんが唱えているものです。

レベル1からレベル5まで、被災地において支援する場合には、支援者が今レベル1の状態なのかレベル5の状態なのかを常にモニターしながら、レベル1の場合には特定の支援者が、他の支援者を支援しながらチームを構成していくということが大事ではないかということです。チームで行く場合には、支援者支援のことを留意して気に掛ける人を1人は必ずチームの中に入れるということが、被災地における支援ではとても大事なことであるといことをフィグリーさんは常に強調されています。

レジリエンスを高めるために休養を取ったり適度な運動をしたりというところはバーンアウト対策などとも非常につながるところです。

次に、先ほどお話ししたある県の派遣された人たちのモニターです。非常にぜいたくな支援をさせていただいて、ベースラインをあらかじめ取って活動中、活動終了直後、終了1週間後、2週間後、3週間後、4週間後とデータをとっていただきました。ある県から派遣されてほぼ1週間ずっと被災地に詰めています。だいたい5人か6人ぐらいのチームで繰り返し、違ったチームが派遣されます。活動中だけでなく、被災地から自分の通常の職場に戻って以降、どのようにそれが影響しているかということも見ていきたいということで、1カ月後も入れたわけです。

これも先ほど少し紹介したような形でID番号を使っているのですが、固有名詞は一切われわれは知ることができないということにさせていただいています。51名ということで、偶然なのでも、男性女性が半々に分かれています。年代もこのような形です。職種はいろいろで、PSWの方々、県職員の福祉課の方々、精神科医、臨床心理士等も含まれていると

います。数はそれぞれに分けると少ないので全体で見えていきます。

共感満足、共感疲労ということ、それぞれの時期の平均を取っているのですが、共感満足もそこそこ高い、共感疲労もそれほど高くはないという状況です。これがその基準なのですけども、この基準を照らして先ほどのデータを見ると、それほど疲労感は高くないし、満足感もほどほどあるという状況です。

満足感は、トータルで見ると、被災地に行った活動中が赤なのですけれども、そこから下がっていています。そして疲労感、これは結構興味深いことで、活動中は一生懸命やっていて、疲労感さえも感じることがないぐらいの状況で、むしろ戻ってからそれがじわじわとくるという状況です。

共感疲労の中の因子の PTSD も同様の結果で、これは統計的に有意な結果が出たのですが、ベースラインから下がってそれから活動終了1週間後に上がっていています。いろいろなところから派遣されるのですが、派遣されて以降のフォローアップをかなり留意していくということが支援者支援で非常に重要であるということです。

そして全体の度合いというところを見ていただくと、先ほど児童養護施設のデータを見てもらったのですが、それに比べたらはるかに「柳に風タイプ」が多いチームだったということが言えます。別の言い方をすると、児童養護施設の職員の方々は、いかに日ごろから大変に疲労感の高い状況にいるかということが読み取れます。先ほどのグラフは5番(⑤)がすごく高かったのですが、今回の方々は5番はそれほど高くないということです。

それからバーンアウトの下位尺度もこういう形で結構あとから尾を引いて、脱人格化、自分らしく仕事ができない状況もあとから高まる、達成感も低くなって少し高くなるけどまたというプロセスがあるということです。

これはあとでまた見てもらってですが、男性と女性で動きが違って、男性は疲労感が低くなる人が多いのですが、女性は疲労度が高くなるという少し異なる傾向が見られたということです。飛ばしながらですみません。共感疲労と男性女性ではこのような形になるということです。

そういう意味では個別性ということで考えなければいけないということで、ずっとデータを眺めていたら、被災地に行って下がってしまうタイプと被災地に行くと普段の仕事のときより高くなってしまうタイプがいるなということに気がきました。

それで構成を見ると、向上するタイプはやはり女性が多かったです。それから共感疲労低下するタイプは男性が多かったということで、先ほどのデータが少しそういうところからも裏付けられるかなということも思いました。これはローデータですけれども、振る舞いとして向上タイプはこのように向上していきます。低下タイプは一気に低下していて、先ほどのタイプに比べたら一目瞭然の違いということで、やはり一律に援助者支援、支援者支援ではなくて、それぞれのタイプ等も、これは1つの例ですが、これからこの領域の学問構築がなされてもっと細かく丁寧な支援が行われていくといいかなと思っています。

疲労向上タイプはこのような感じで、向上してから職場に戻ってからもあまり下がらな

いですね。それから低下したタイプは、職場に戻ってから疲労が高くなってまた少し疲労が下がってまた高くなるということで、向上タイプと低下タイプは職場に戻ってからも振るまいが違うということです。それはどうも2つのタイプがあるのではないかと。上昇型共感疲労と時間差型共感疲労ということで、向上タイプと低下タイプは分けられるのではないかとということです。

一方でそのグループの人たちの共感満足はどうかということを見ていくと、少し違った振るまいがあって、共感疲労の向上タイプは、共感満足が急激に低下する、つまり共感疲労が高くなると満足感が低下する。それが活動後に高まる。つまりがんばった中で満足感も向上するということです。それに対して共感疲労低下タイプは、やや満足は低下するけど、そのまま維持される。つまりこの疲労のタイプによっては満足感の振るまいも違ってきているということです。

それから先ほどお伝えしたように、一次が利用者の方々、あるいは、被災者の方々、二次が支援者、三次は支援者の家族というところにも注目しました。ただ、これは家族に聞くわけにもいかなかったのが、支援者から見て「うちの家族はちょっと疲れている」「ストレスがかかっているのではないかと」というデータを見ると、やはり先ほどのデータを似たような振るまいがあるということです。

この辺はまた見てもらってですが、そういうふうに考えると、被災地における支援が支援者としての職能発達、キャリアディベロップメントにどう関連するのかということも考えていくといいのかなと思います。満足感、疲労感をもう1回とらえ直す。イメージ的には、今までの自分のやってきた支援観や援助者としての自分をモニターする感じが被災地に行って1回揺さぶられていく。それで戻ってきたときにそれをまた再構築する。そういうことがどうもあるのではないかと思います。この辺りの対策は従来言われてきているところかなと思います。

そしてあと、野口代社会事業研究所研究員（現在、筑波大学所属）との共同研究による面接調査についてみていきます。支援者が支援する対象の方々、被災地の方々に関わる時に、いかに相談内容のきつさを、支援者の方々が受け止めているかということです。これは東日本大震災から3年へたところで、場所的には福島から少し南で、むしろ福島よりの茨城のある所を中心として面接調査をしています。原発事故の避難者の方々への面接支援、あるいは、漁業関係者で、漁業で生業ができなくなったの方々への支援、農地に対する不安を抱えているの方々、あるいは、避難所の中での生活の大変さを抱えてらっしゃる方々と様々なの方々への支援を、この地域の支援者はされています。その辺りのところをどんな内容のことを聞いてどういうふうにつかったかということを知ってききました。

そうすると、支援者の方々は、被災者の方々から、非常に多面的にいろいろなことを聞いていらっしゃって、被災者自身の二次的ストレスが経済面、保障面、健康面、教育面、報道面、家族、社会的関係、そして世界観の変化、将来の見通しが持てない、希望の喪失などさまざまな部分の被災者のストレスを、支援者も受け止めざるを得ないという状況

がありました。このような被災者の二次的ストレスに準じたというか支援者もかなりの大変さを被っているということがあるかなということです。これは詳しく書いてあるので、お手元にお渡ししている資料でまたあとで読んでいただければと思います。

一般被災住民と要援護者、精神疾患、あるいは、障害児者の方々の一般被災住民と要援護者の方々への支援というところでも、これは短期、長期、それぞれ特徴があるのではないかと、そしてそれに基づく支援者支援が必要ではないかということです。

あと数分残っていますが、今後の方向性ということで、援助者の自己支援、そして援助者を他者が支援する、そしてシステムをどう構築するか、サポートシステム、事前研修、それから援助者の人たちが外から来る、中にいるに関わりなく、地域として支援者をどう支援するのかということと、それから援助者支援の支援学、支援者支援学を1つの領域として確立することが大事ではないかと言えと思っています。

それから昨年、日本共感疲労研究会を作りまして、フィグリー先生に顧問になっていただいて、私の方が事務局になっています。メールアドレスをお伝えするので、今後情報入手等希望の方はメール連絡いただければと思っています。そして自己支援、ピア支援、システム支援、地域支援ということで、具体的には、自己支援はセルフケアということで自己援助のガイドラインをフィグリーさんたちが作っています。それから体のメンテナンスというところで、特にリラクゼーション等の部分が中長期化するにあたってとても大事ではないか。

それから自己テストとチームの構成員であることの意識、そして支援者、援助者というところの生活者、これは実際に岩手などさまざまなところに行かせていただいて、さまざまな方々とお話をさせてもらっている中で、ご自身、支援者が被災者であるということも非常に大きな課題かなと思っています。そしてそういう援助者支援のモニタリングをする仕組みみたいなのが必要ではないかと思っています。

それから概念の関係性をさらに構築するという、それから最後に大学等における被災地支援、援助者支援学の講義や演習をもっと意識的に入れていくことが必要ではないかということです。日本社会事業大学では、相談援助の必修科目の中で数コマこういうところを入れさせていただいています。この辺りもやはり今後考えていくところではないかと思っています。ちょうど時間になりましたので、私の発表はこれで終わりにさせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

藤岡孝志氏 レジメ

# 被災地における援助者支援について —特に共感疲労に焦点を当てて—

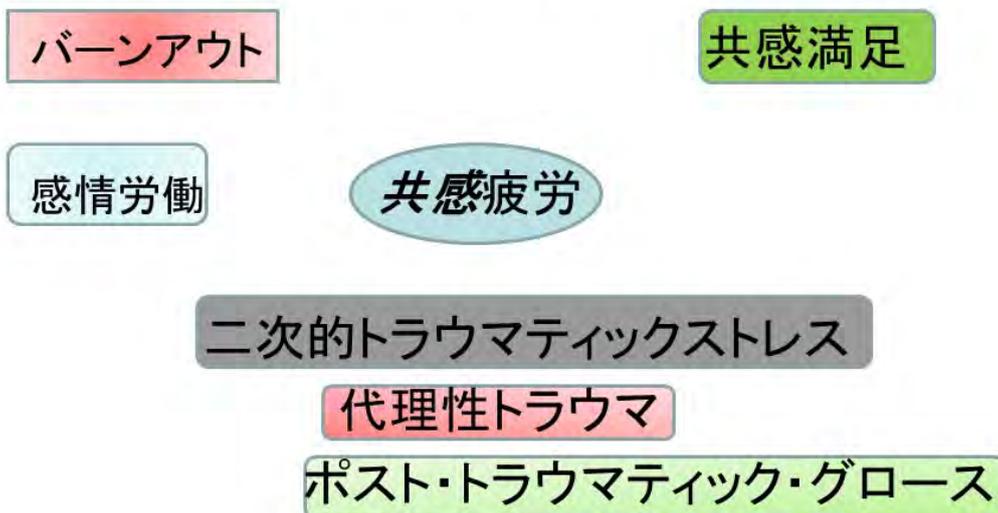
2015. 10.17

日本社会事業大学  
藤岡孝志

## 援助者支援と共感疲労 —援助者のウェルビーイング—

- 支援者・援助者の二次的な被害という課題
- ト라우マ臨床の宿命としての二次的な被害
- 援助者支援の必然性
- ト라우マ概念そのものが、一次的(被災者)、二次的(被災者の家族、支援者)、三次的(支援者、援助者の家族等)・・・波紋が広がることを前提としている。
- 心的外傷後成長 (PTG) 支援者の変化・成長

## 援助者(支援者)支援の諸概念



### 二次的トラウマティック・ストレスとは(

(Figley&Stamm, 1996 他)

傷ついた人たちの話を聴くことによって聴いていた援助者(支援者)も傷ついてしまう。

あるいは、援助者自身のトラウマ体験が再現し、そのような話を聴いたり、援助者として援助場面に立ち会っていること自体が非常にストレスフルになってしまったりということがある。かつて傷ついたことが引き出されてしまうのである。 被災地でも同様のことが起きる。

## 共感疲労・満足のもつ意味

- 共感 **Compassion** の持つ意味

援助者は、援助者であることによる「共感疲労 Compassion Fatigue」をもち、援助者であることによる喜びである「共感満足 Compassion Satisfaction」とのバランスなどによって、バーンアウトへのリスクが変化していく。もともと、共感には、Compassion という英語の中で、**Passion** には、「激しい感情、熱中、怒りなどの激情、激しい愛情」などの意味があり、Compassionは、それらを**Com** - 「ともに(感じる)」ということの意味している。

## バーンアウトとは

被災地支援において、自己犠牲的に利用者のためだけに生活を送ることが長期にわたって継続したりするなかで消耗してくる(情緒的消耗)。だんだん利用児・者のために気持ちを動かすということよりは、援助・支援・相談業務を遂行すること自体のつらさが全面に出てくる(脱人格化)。利用児・者のつらさ・きつさの話を日常的に傾聴していったり、支援が大変な利用児・者に日常的に関わったりするなかで、達成感が減じていく(個人的達成感の低下)。

## 共感疲労を中核とする モニタリングによる支援

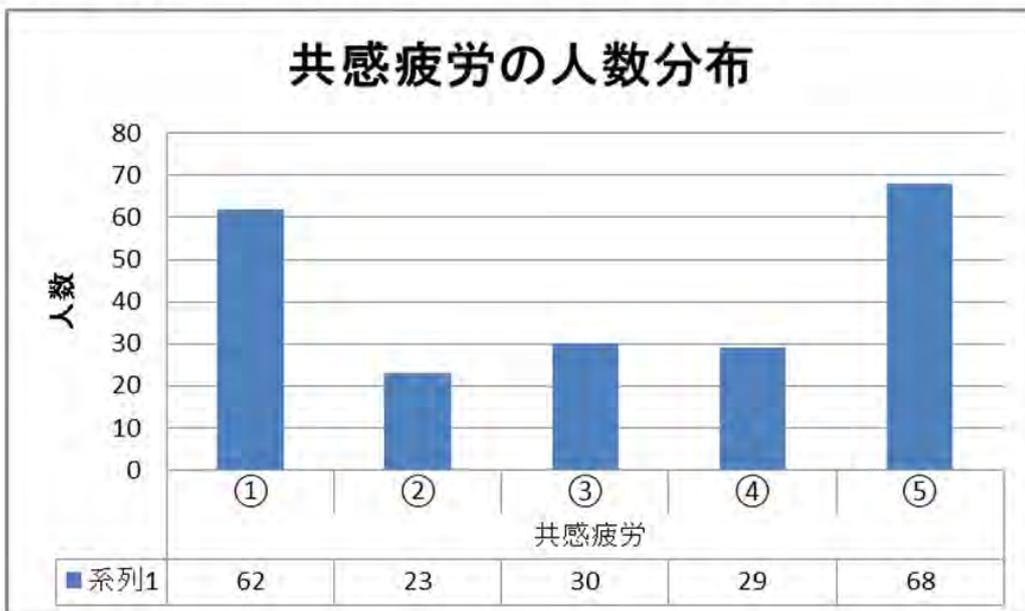
被災地での支援者支援(地元の支援者、外からの支援者、ともに必要)

- 共感疲労、共感満足の自己テスト(藤岡 2011)・バーンアウト尺度(田尾・久保1996)
- 援助者支援項目(藤岡 2011)

時期による個別的な支援とチームによるシェア・活動前・活動中・活動直後・一週間後・1か月後のフォロー・・・後方支援と現場支援。チームの中に、最低一人、援助者支援ができる人を置く。モニター、個別支援、全体支援

8

## 児童養護施設での共感疲労 人数分布(参考;212名)(⑤が多い)



## 3つの共感疲労のタイプ

### A型共感疲労—「共感疲労低群」①

柳に風 タイプ、省エネタイプ

### B型共感疲労—「共感疲労中間群」②、③、④

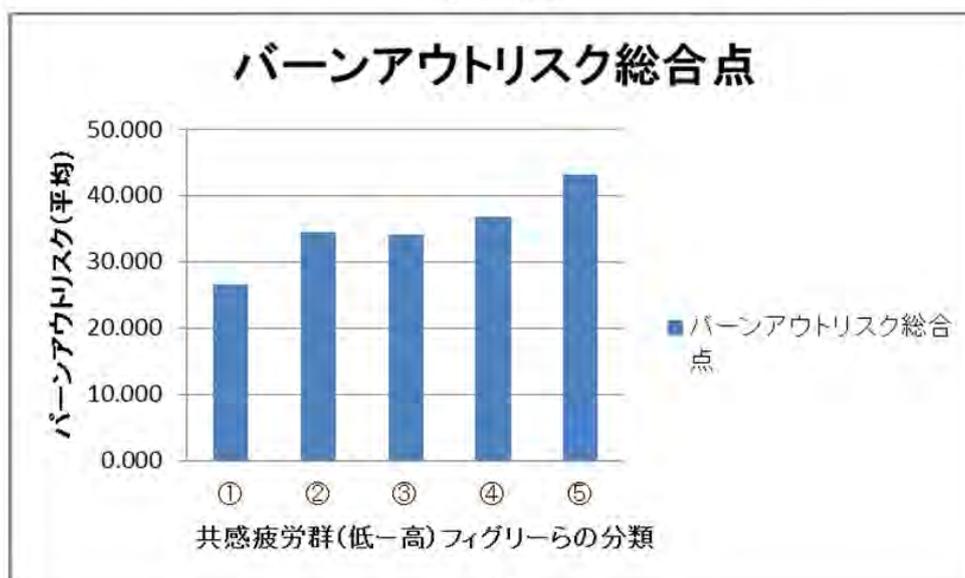
### C型共感疲労—「共感疲労高群」⑤

横綱相撲タイプ、バーンアウトリスク高タイプ

特に、高群での、共感満足による充足の重要性

10

児童養護施設での各共感疲労群におけるバーンアウト尺度合計点；共感疲労がバーンアウトを予測できる可能性を示唆。



援助者のための共感満足/共感疲労の自己テスト  
—日本社会事業大学版— (藤岡 2007,2010、2011)

## 共感満足の4因子

- 「仕事仲間との関係における満足」
- 「利用児(者)との関係の中での満足」
- 「援助者の資質としての満足」
- 「人生における満足感」

12  
12

## 共感疲労の4因子

- 「二次的トラウマとして蓄積される共感疲労」
- 「PTSD様の共感疲労」
- 「否認感情」(つらい体験を思い出すのを避ける)
- 「援助者自身のトラウマ体験の再燃」

## 共感疲労に対する個別的支援、 組織的支援

共感疲労、共感満足、バーンアウト、援助者  
支援項目を通じた自己理解ー

「援助者への支援」フォーマットの活用

個別的な面接。職場、地域でのフォロー。

共感疲労、共感満足、バーンアウト、援助者  
支援項目の組織的な適用ー定期的な自己チ  
ェック。組織全体のバーンアウト傾向、共感疲  
労・共感満足傾向の把握。計画的な研修。シ  
フトなどの検討。人的配置。など

14

## 共感疲労(二次的トラウマティック・ストレ ス)の最適化水準モデル

「共感疲労には、その援助者特有の最  
適水準というものがあり、そのバランスの  
上に、援助者としての支援の質(ファンク  
ショニング Functioning )あるいは援助  
者としての満足感が成り立っている」とい  
う臨床的な仮説。……『共感疲労の最適  
化水準モデル』(藤岡,2011)。

15

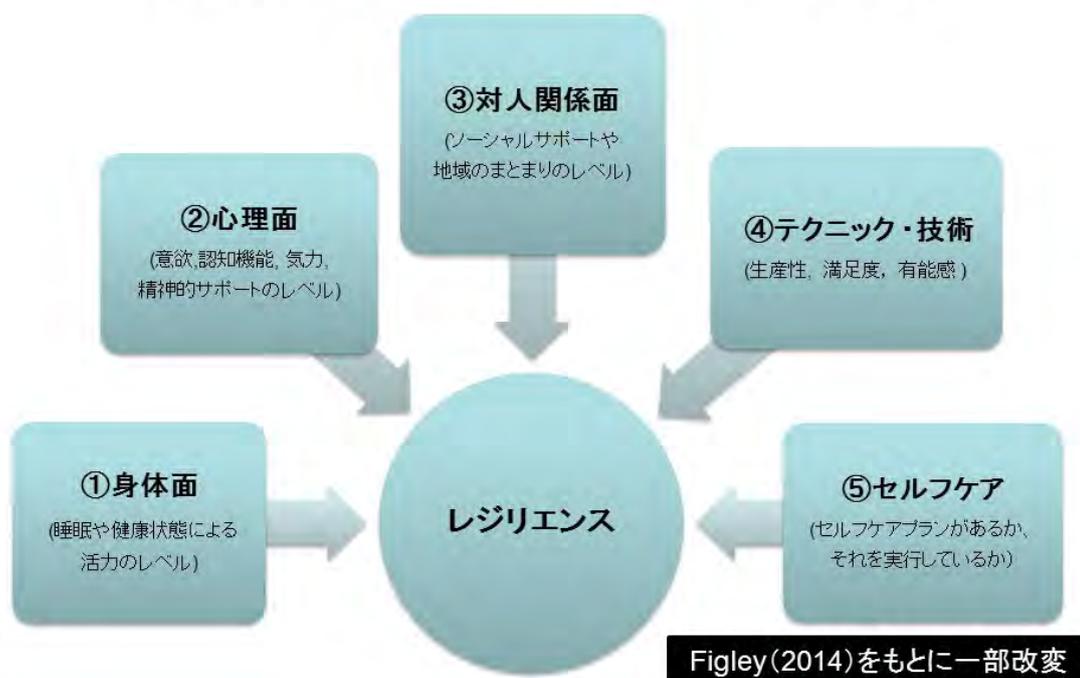
19

## 支援者のレジリエンスへの注目

- ・ レジリエンスを構成する5つの要素
- ・ レジリエンス・スペクトラム
- ・ レジリエンスを促進するための方法
- ・ 共感疲労やバーンアウトリスクからの回復

16

## レジリエンスを構成する5つの要素



# レジリエンス・スペクトラム

誰に、いつ、どのような支援が必要か (Figley, 2014)

Level 5	Level 4	Level 3	Level 2	Level 1
良い状態	←			悪い状態
問題なし	1/5の要素に問題	2/5の要素に問題	3/5の要素に問題	4/5以上の要素に問題
回復力が非常に高い 模範となれる	十分機能している	うまく機能していない部分があるが許容範囲	好ましくない状態であり、支援を要する	機能不全
Action: チーム内の他者をトレーニングやコーチングする	Action: 今の状態を維持するよう努める	Action: スーパーバイズやピア・サポートが必要	Action: 直ちに計画を立てて支援を受ける必要がある	Action: 直ちに医療サービスへの受診が必要

Figley (2014) をもとに一部改変

## レジリエンスを促進するための方法 (Figley, 2014)

- レジリエンス・スペクトラムを用いて、Level 3, 4, 5であった場合は、問題のあった要素を補い、高める
- セルフケアとセルフマネジメントを行う
- 十分な休養と栄養をとる
- 適度な運動も
- レジリエンスについて知る、スキルと知識を身に着ける
- 心理的・精神的なサポートやソーシャル・サポートを得る
- 希望をもつ

Figley (2014) をもとに一部改変

## B 被災地における援助者支援調査

(一部 Y.Hatakenaka・T.Fujioka 2015 に発表)

被災地における援助者(支援者)への支援

共感疲労、共感満足、バーンアウトリスク、  
援助者支援項目の自己チェック

自己チェックの時系列分析(2011年4月から8月)

ベースライン、活動中、活動後1週間、2週  
間、3週間、4週間 の合計7回

調査研究について、あらかじめ、日本社会事  
業大学倫理審査委員会に諮り、承認を得た

20

## 調査対象者からの調査票回収

### ・ A県の被災地支援グループ

援助者には、研究協力の同意のもとに、ID  
番号が設定され、派遣者全員に自己チェックシ  
ートが渡された。回収に当たっては、ID照合表  
を持った県担当者が、あらかじめ被調査者によ  
って封がされた封筒(自己チェック済用紙入り)  
を受け取り、遺漏がないか確認した。

研究者は、ID番号の固有名詞を一切知ること  
ができない。

21

22

## 被調査者の内訳

- 合計51名

男性25名、女性25名、記載なし1名

### 年齢

20歳代 8名、30歳代 9名、40歳代24名、

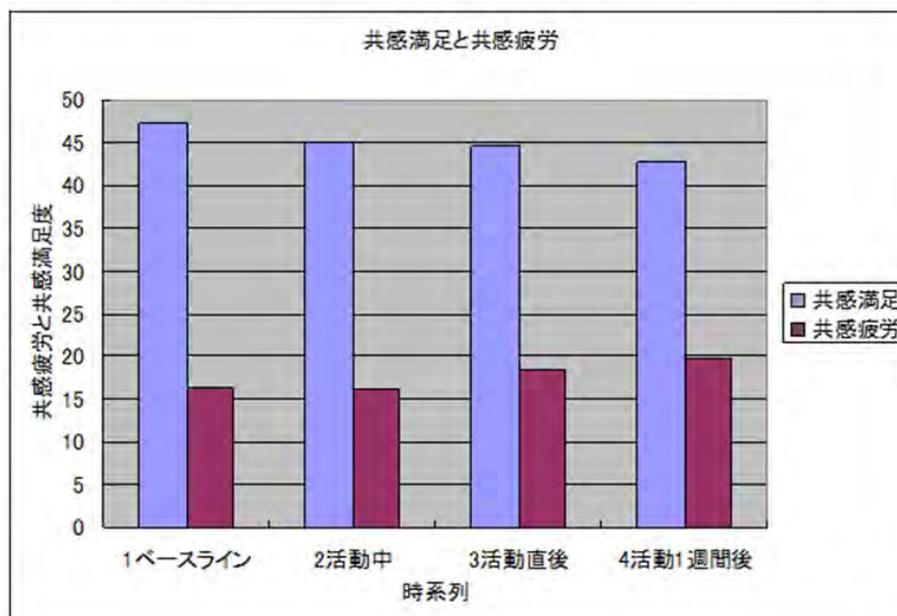
50歳代8名、60歳代1名、記載なし1名

### 職種

PSW4名、看護師・保健師17名、県職員(福祉課含む)9名、精神科医9名  
臨床心理士8名、その他(OTなど)3名、記載なし1名

22

共感疲労、共感満足 ベースライン(40名)、活動中(40名)、活動直後(43名)、活動1週間後(39名)の共感疲労、共感満足それぞれの合計値の平均



23

## 共感疲労・共感満足の水準

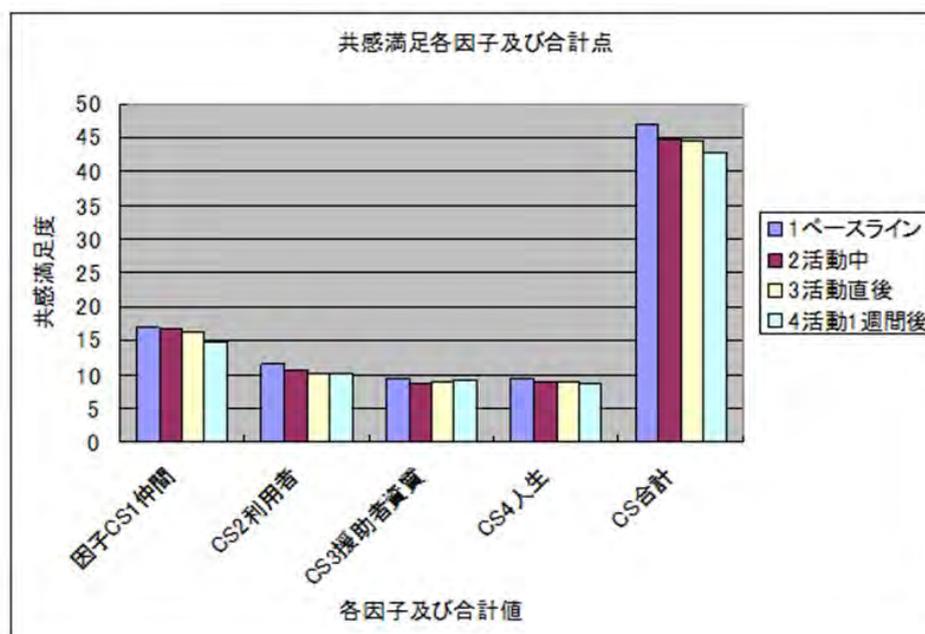
共感満足	
①	79以上 : 非常に高い潜在性がある
②	67~78 : 高い潜在性がある
③	55~66 : 適した潜在性がある
④	43~54 : 潜在性がまあまあある
⑤	42以下 : 潜在性が低い

共感疲労	
①	18以下 : ほとんど危険性はない
②	19~21 : 多少危険性がある
③	22~25 : 危険性がまあまあある
④	26~29 : 危険性が高い
⑤	30以上 : 危険性が非常に高い

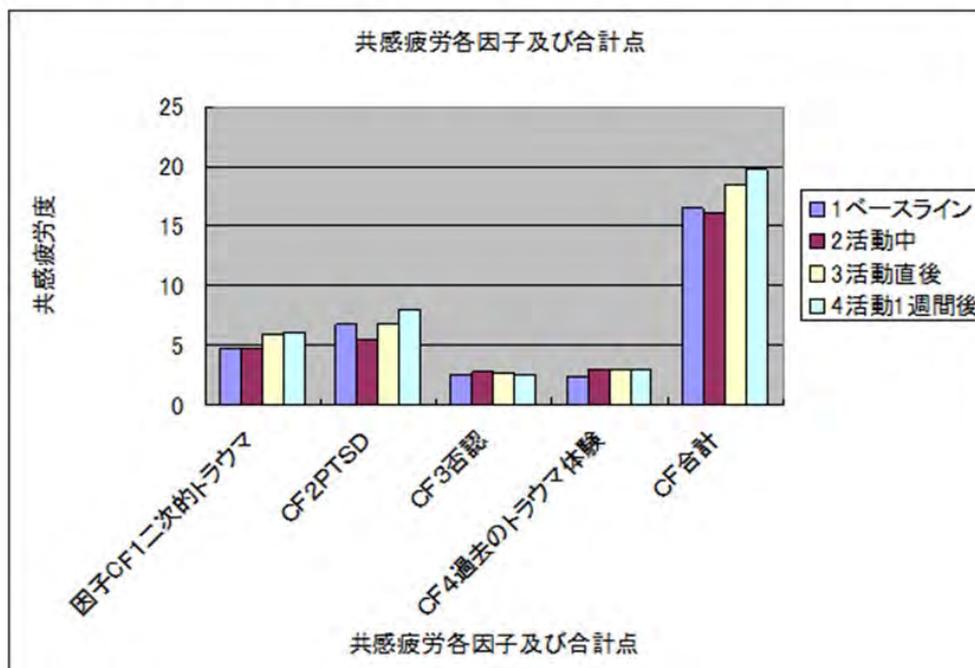
24

## 共感満足(全員の平均値)共感

満足の合計値は、時期による違いについては、1要因分散分析の結果、有意ではなかった( $F=0.74$  n.s.)。

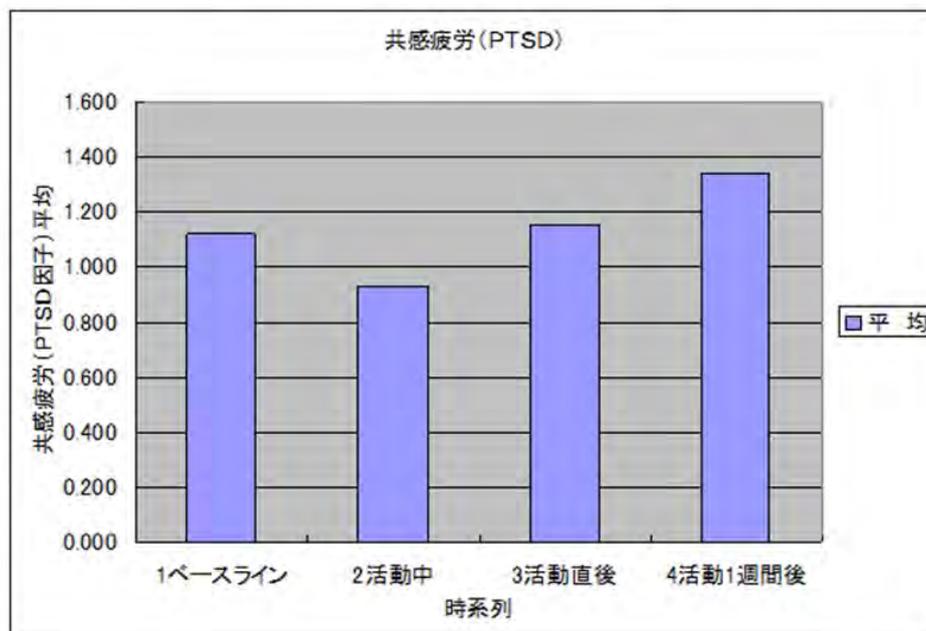


## 共感疲労(全員の平均値)



## 共感疲労(PTSDの側面)の推移

( $F= 2.28, P=0.085<.10$ ) 活動中と活動終了一週間後間で、有意な差が見られた( $p<.05$ )。

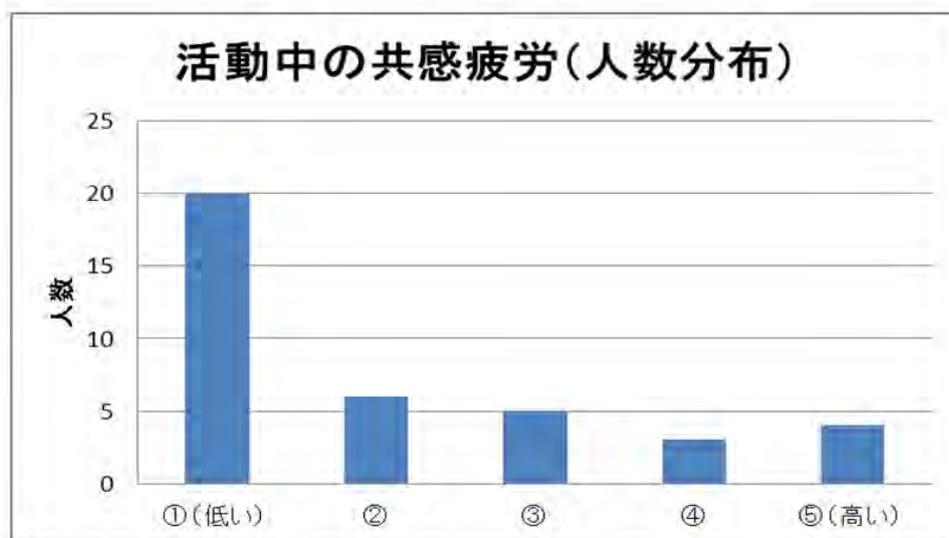


## 共感疲労の度合いの人数分布

共感疲労	ベースライン	活動中	活動後
1、18 以下	24	20	21
2、19 -21	1	6	3
3、22 -25	4	5	7
4、26 -29	3	3	2
5、30 以上	5	4	5

28

## 被災地での活動中の共感疲労の程度(人数分布)



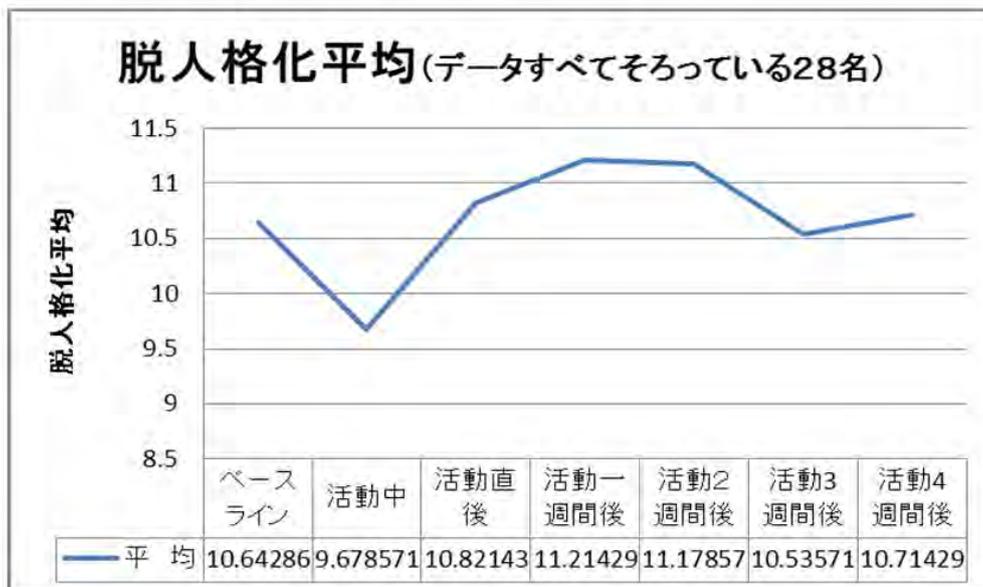
29

## 情緒的消耗感(1-7 28名)



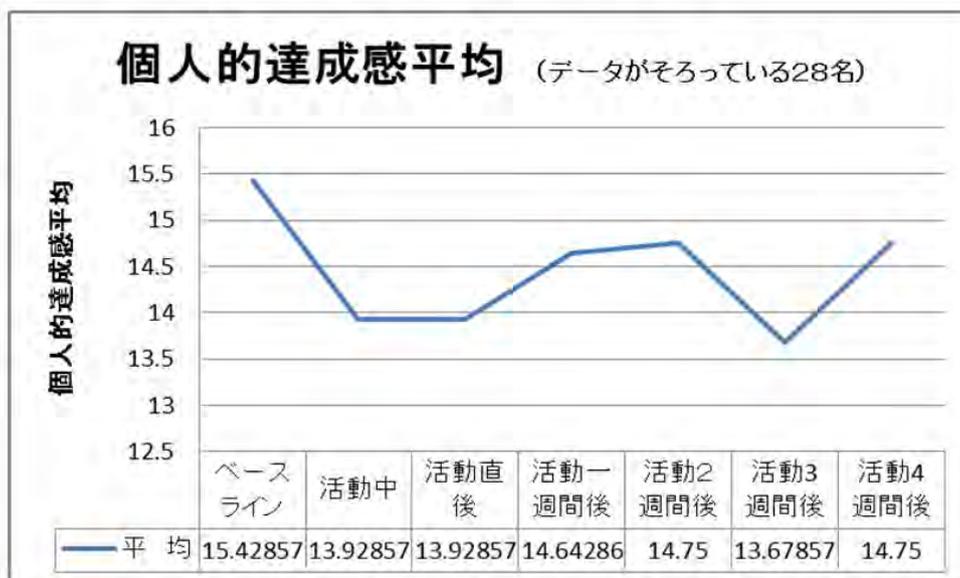
30

## 脱人格化(28名)



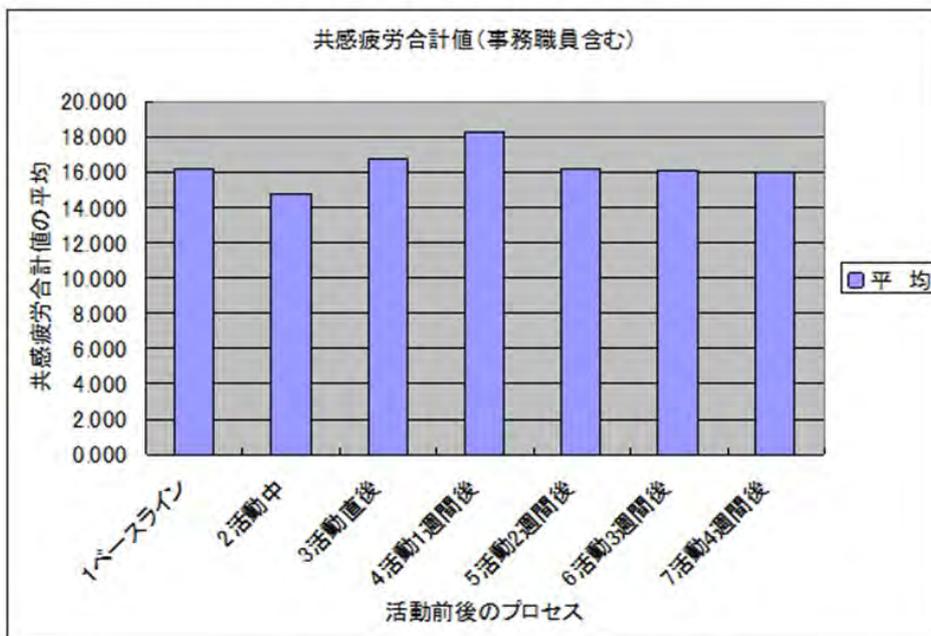
31

# 個人的達成感(28名)

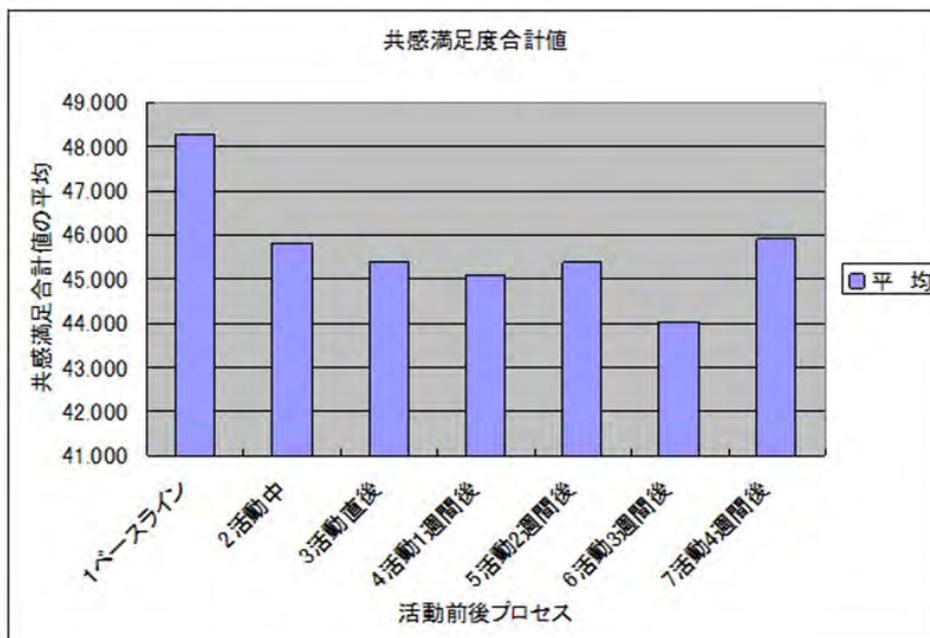


32

時系列分析 全被調査者(51名)のうち、ベースラインから1か月後まですべてのデータがそろっている人のデータ(事務職員含む)  
(27名)(52.9%)。



## 共感満足合計値の時系列分析



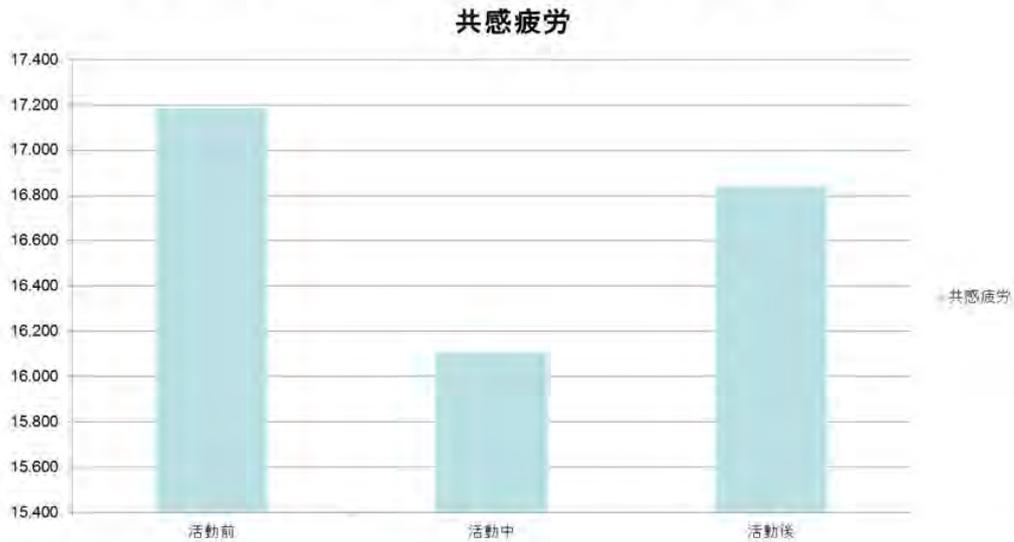
### 共感疲労の推移

#### (活動後1週間のフォローの重要性)

- 統計的に有意ではないが、グラフで見ると、活動中は、かえって、共感疲労がベースラインより低減し、活動直後にどっときて、さらに興味深いことに、むしろ活動直後一週間後のフォローが大事である、という結果が出ている。また、1ヶ月のクールダウン期を経て、ベースラインよりやや高いところに落ち着いてきている。

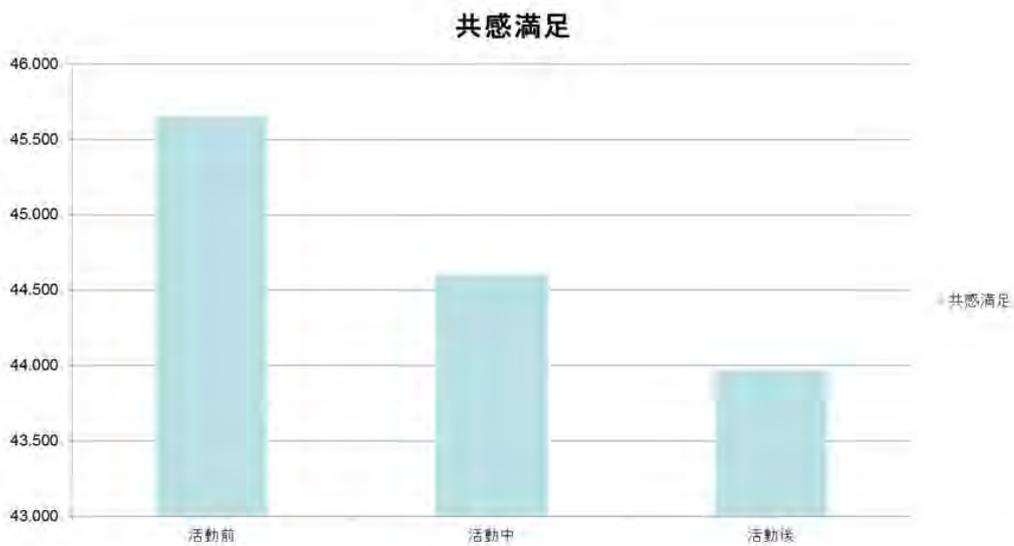
## 共感疲労 全体(37名)(n.s)

3時期のデータがそろっている支援者の平均



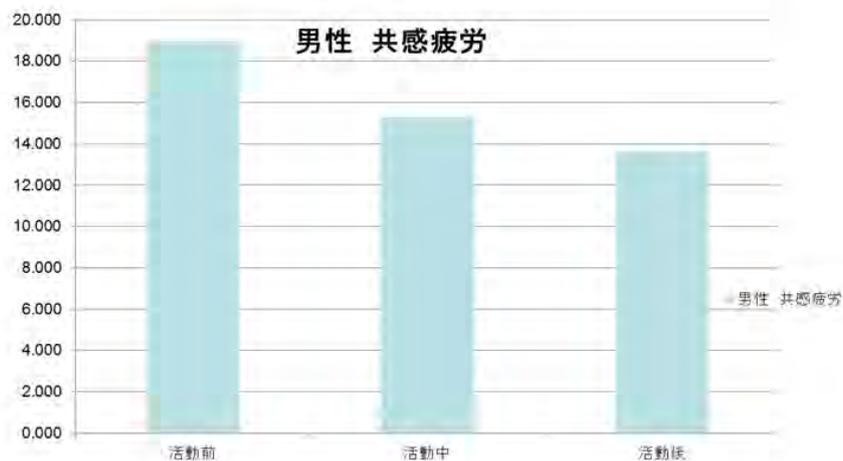
36

## 共感満足全体(37名)n.s



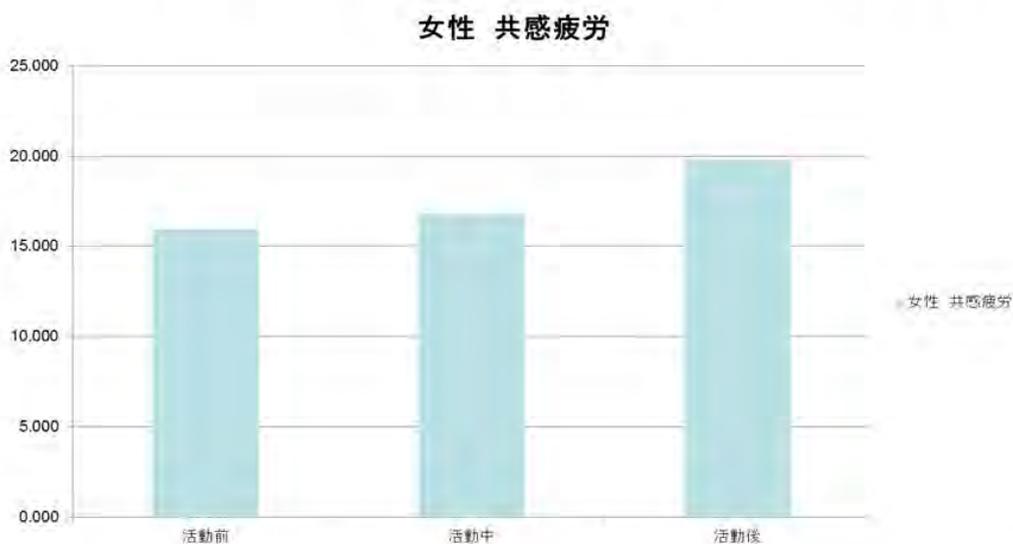
37

## 共感疲労 男性(17名) ( $p < .05$ )

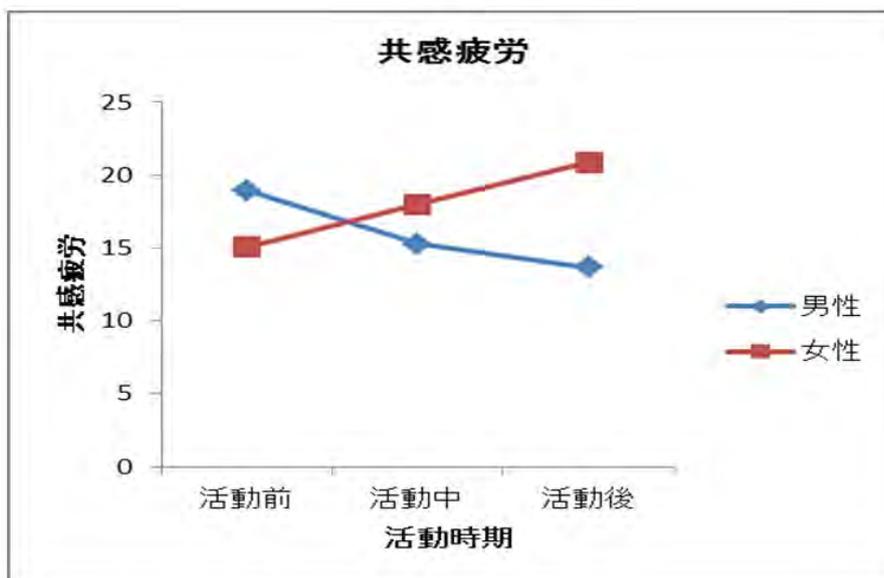


38

## 共感疲労 女性(20名) ( $p < .05$ )

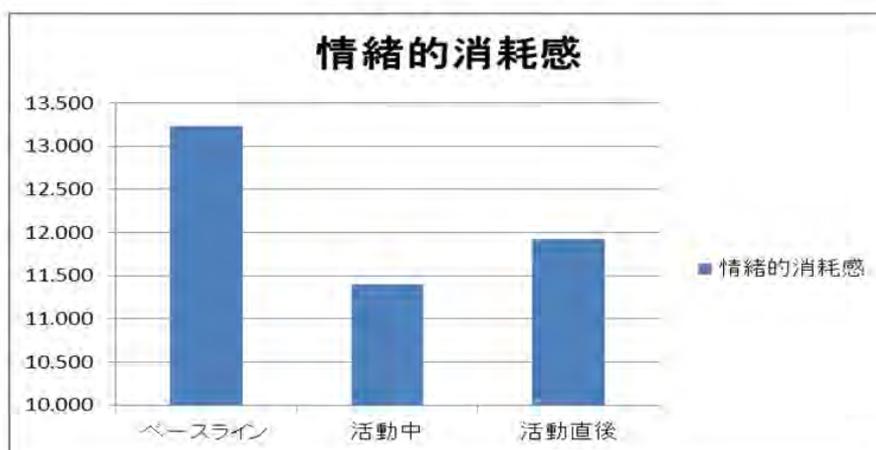


39



40

## 情緒的消耗感(n.s.)



41

## 活動中の共感疲労タイプ

大きく二つのタイプに分かれた

- 共感疲労向上タイプ

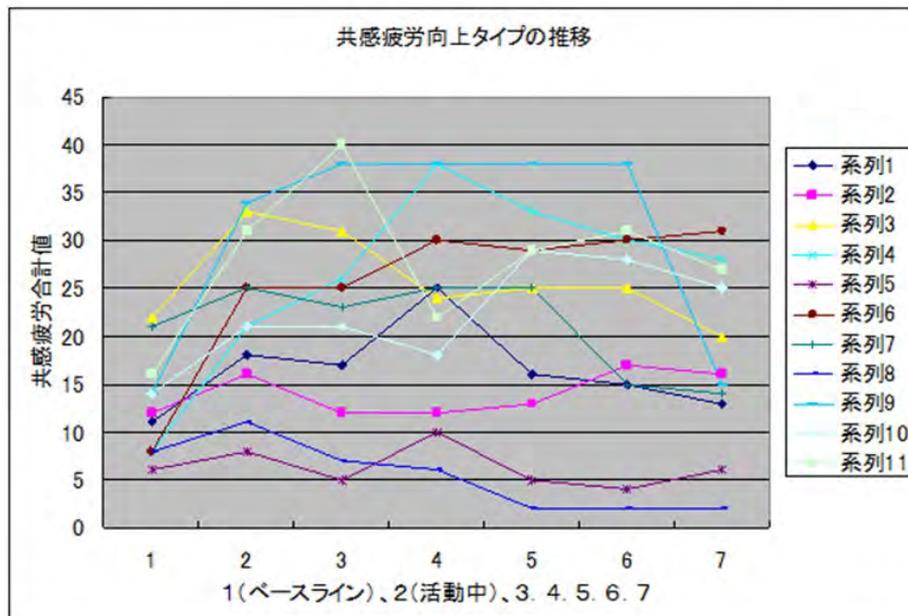
11名(男性2名:女性8名:1記載なし)

- 共感疲労低下タイプ

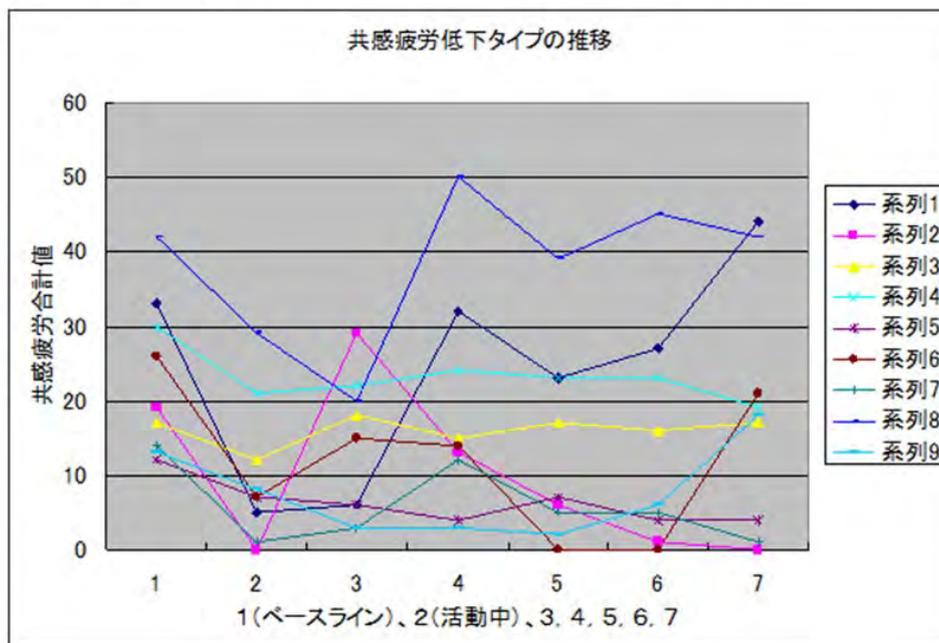
9名(男性6名:女性3名)

42

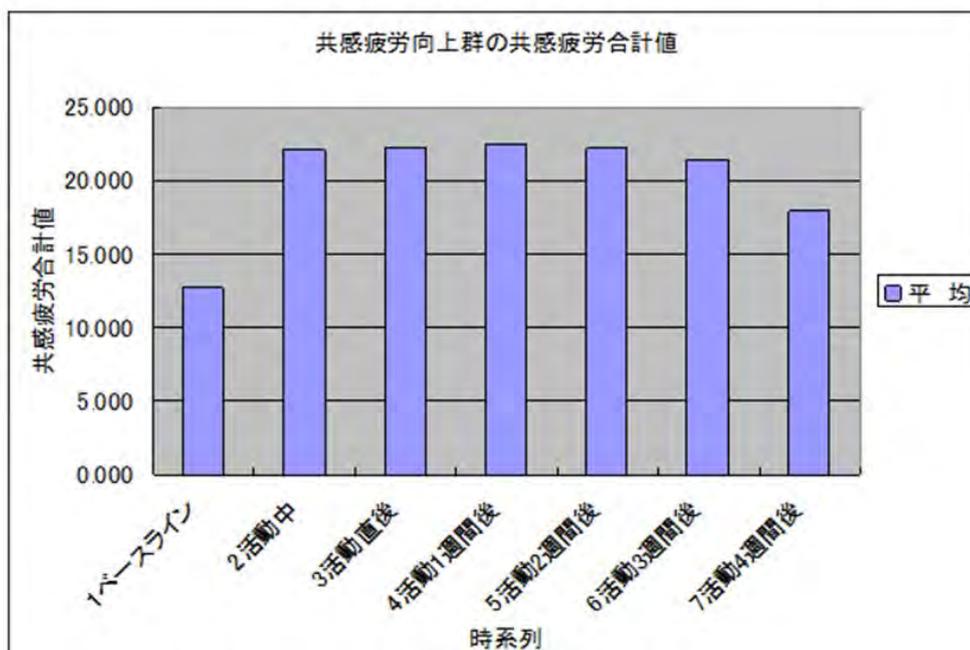
## 共感疲労向上タイプ(11名)



## 共感疲労低下タイプ(9名)

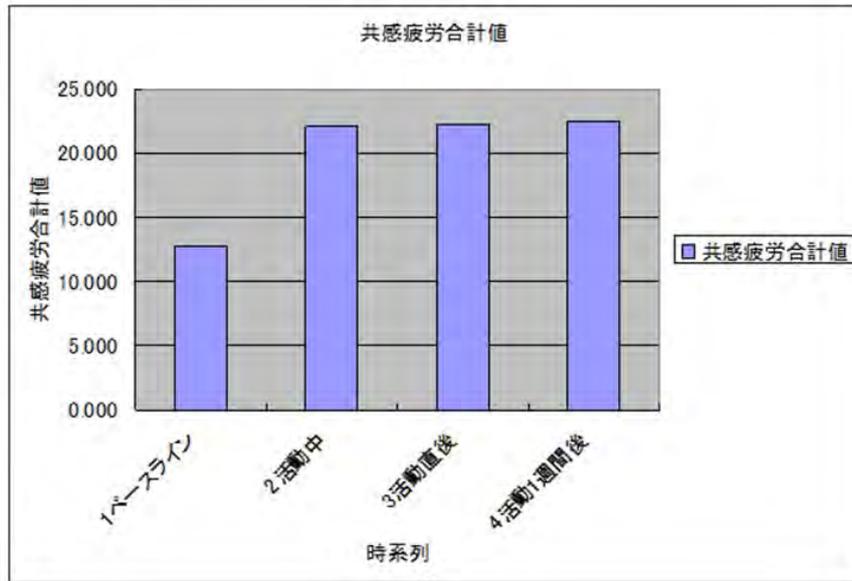


## 共感疲労向上タイプの推移

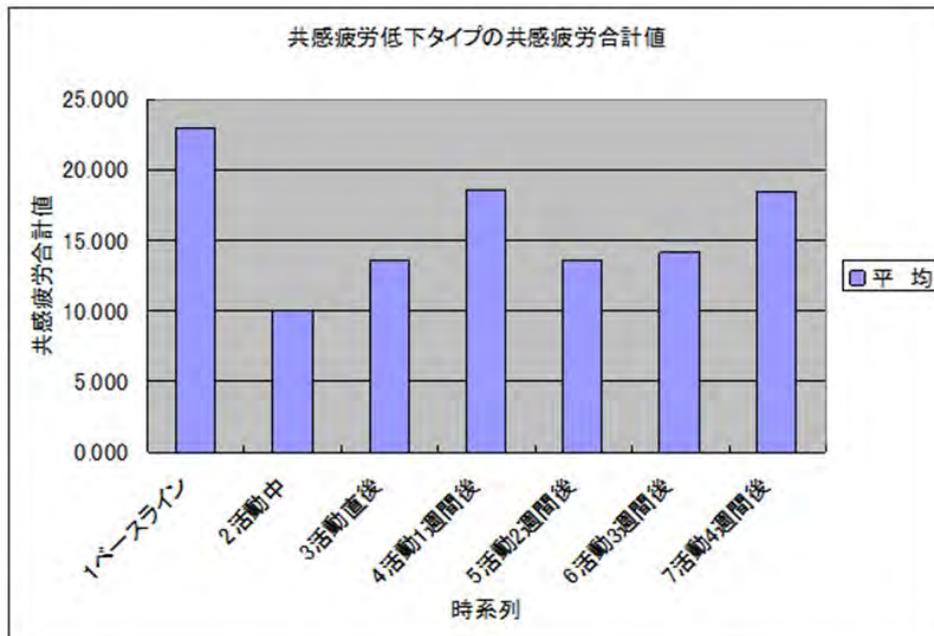


# 共感疲労向上型の推移

一要因分散分析をおこない、統計的に有意であった( $F=2.92$   $P<.05$  )。

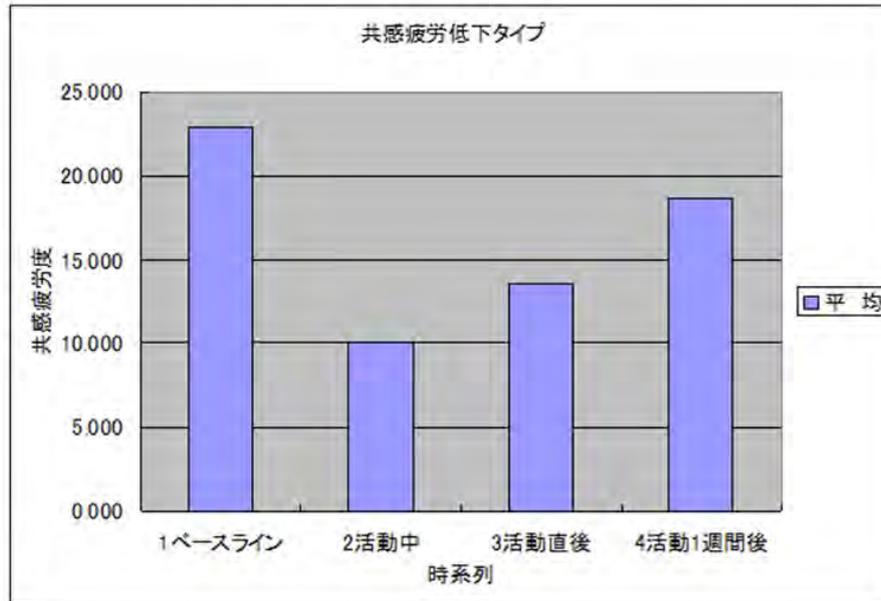


# 共感疲労低下タイプの推移



# 共感疲労低下タイプの推移

一要因分散分析をおこなったが、統計的な有意な傾向が見られた。(F= 2.26 p<.10.)。



## 援助者支援の異なる方略の必要性

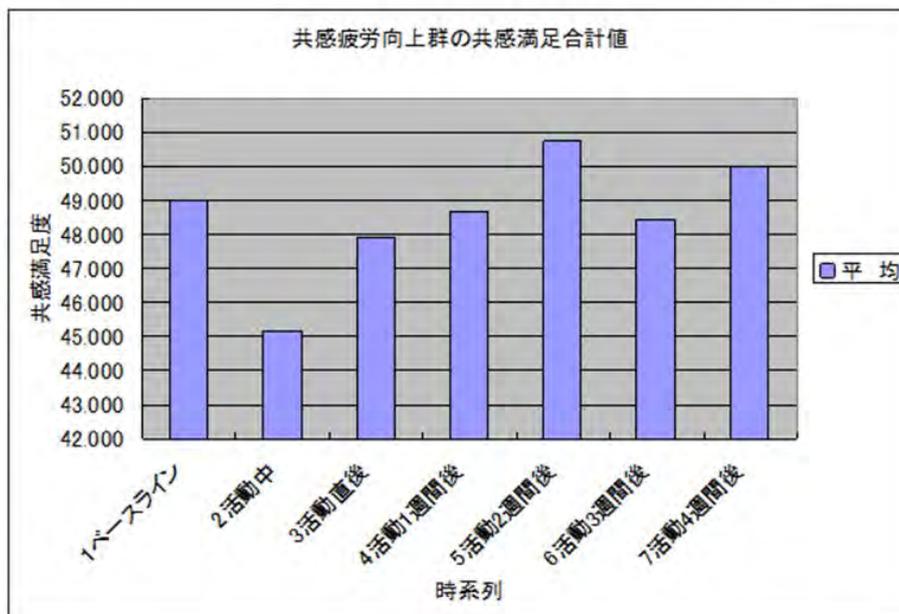
### 共感疲労向上タイプー「上昇型共感疲労」

活動中、向上して以降、被災地から戻ってきても、共感疲労が持続しており、継続的なフォローが必要。「上昇型共感疲労」

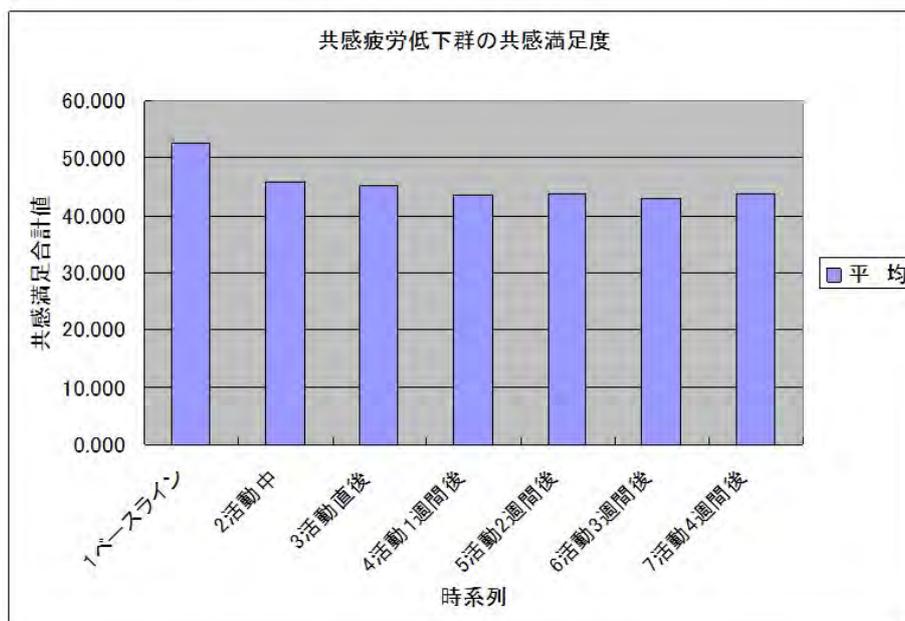
### 共感疲労低下タイプー「時間差型共感疲労」

活動中、活動直後は共感疲労が低下しているが、1週間後疲労が向上し、低下と向上が繰り返されることへの配慮。「時間差型共感疲労」

## 共感疲労向上群の共感満足度



## 共感疲労低下群の共感満足度



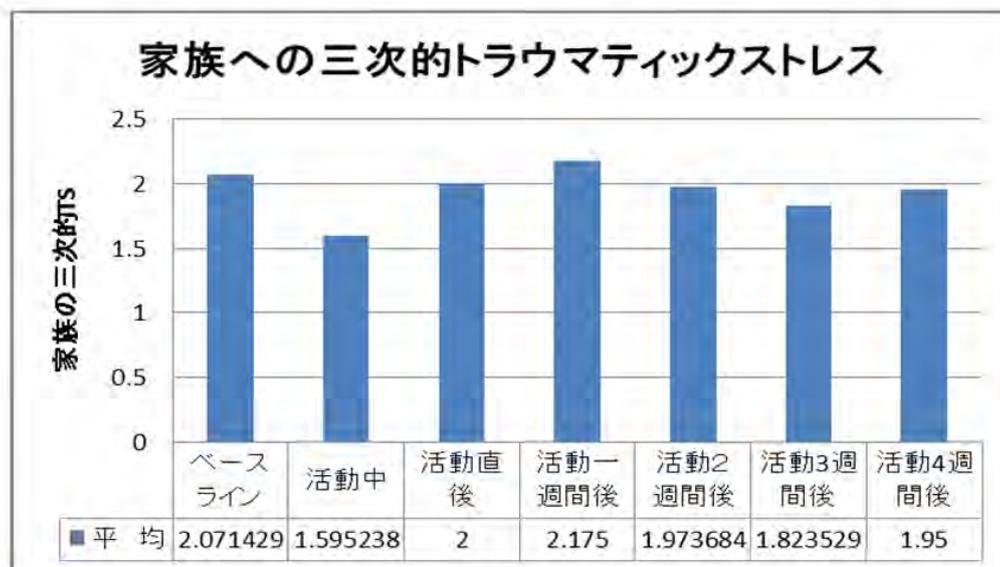
## 援助者支援の異なる方略の必要性2

共感疲労向上タイプー共感満足が、活動中急激に低下、しかし、活動後高まり維持される。活動中、満足は低下するものの、活動直後から向上し、2週間後、4週間後は、ベースラインを超える満足感を得ている。「満足が後に来る」

共感疲労低下タイプー共感満足もやや低下し、そのまま維持される。ベースラインよりも、活動中、共感満足は下がり、そのまま、維持されてしまう。「満足の変動が少ない。満足の維持」

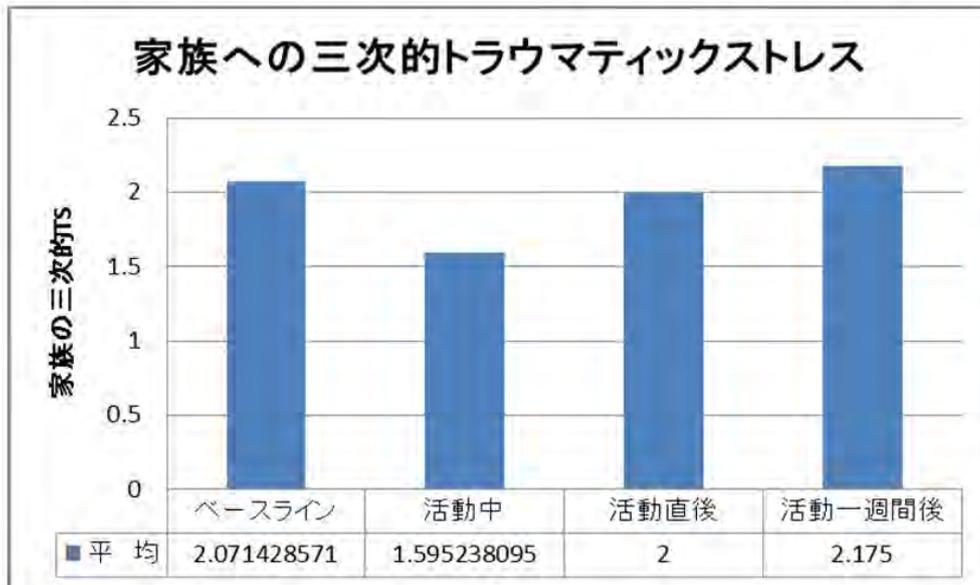
52

## 支援者の家族の、三次的トラウマティックストレス(支援者から見て)



53

## 家族への三次的トラウマティックストレス 特に、活動中ー活動1週間後(p<.05)



54

## 家族の三次的トラウマティックストレス

- 被災地への支援は、支援者自身の家族や友人に対して不満やイライラをぶつけやすい状況を作りやすいかもしれない。特に、活動直後から1週間後が最もリスクが高くなるので留意が必要である。
- ただ、実際に、家族が、TTSをこうむっているかは、今後もさらに検討する必要があるだろう。

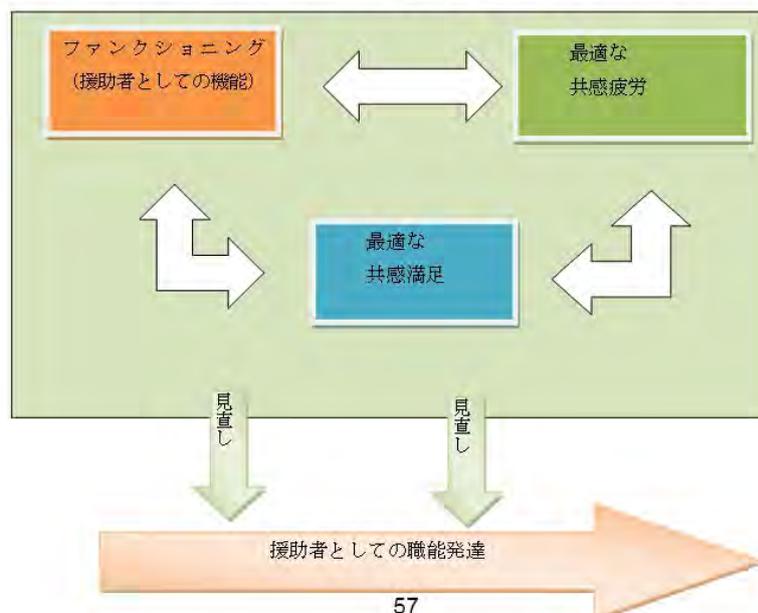
55

## 支援者（援助者）支援 項目

- サイレンス反応や、仕事とプライベートの意識的な分断については、違いがみられなかったことから、個人差が大きいとも考えられる。
- 他の指標とも併せて、個別的な支援が求められる。
- 同僚の支えを、活動中に、より高く感じたというのは、事例からも見られた。支援者仲間に支えられているという点も、被災地での活動は、見直すことができる機会になるだろう。

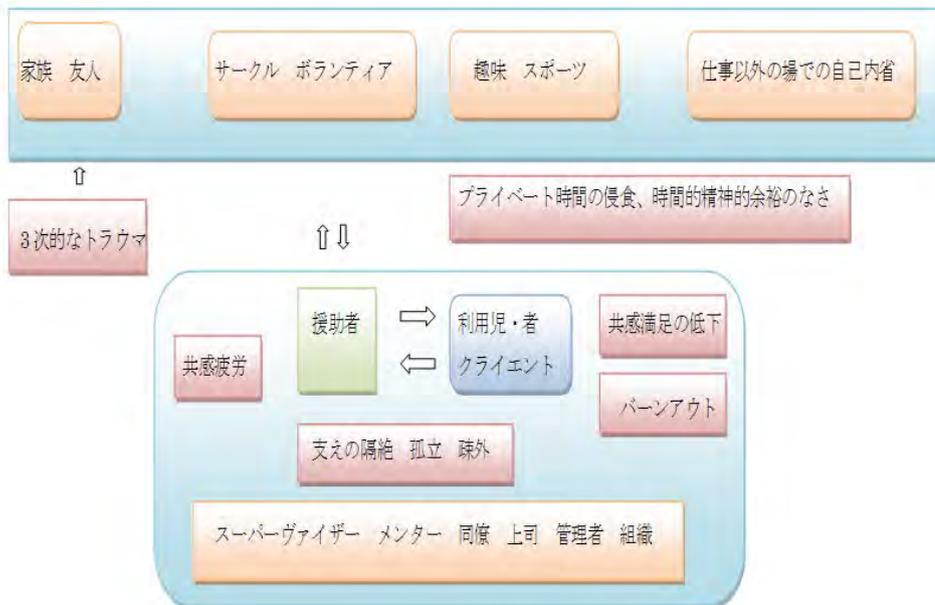
56

## 最適な共感疲労・共感満足とファンクショニング（支援者の職能発達プロセス）



57

## 職場と職場外でのセーフティネットの崩れへの対処



### 共感疲労・共感満足・バーンアウト 対策

- 自己チェックリストの活用
- 援助者の家族の、三次的トラウマティック・ストレス(TTS)への配慮
- 援助者支援のための支援方略
- 仕事と私生活の切り離し(意図的な分断)
- 健康な生活への志向性、体からの回復
- 人との「つながり感覚」
- つらい時ほど、身近な人につらさを語っていく。  
。サイレンス(沈黙)反応への対処。

# C 東日本大震災における 二次的ストレスに関する調査

野口 代(筑波大学 人間系)  
藤岡孝志  
(日本社会事業大学社会事業研究所)

平成26年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業  
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))  
「PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究  
(研究代表者:朝田隆)」分担研究

## 背景

- 災害後のメンタルヘルスにおける中長期的支援を考える上では、直接的な影響の原因となる一次的ストレスに加えて、間接的・慢性的な影響の原因となる二次的ストレスの重要性が指摘されている。
- 自然災害においては二次的ストレスの研究がなされてきた (Lock et al., 2012)。
- 今回の東日本大震災のような複合災害や人為災害における二次的ストレスについては研究がなされていない。
- 災害そのものによる直接的な影響の原因となる一次的ストレスに加えて、間接的・慢性的な影響の原因となる二次的ストレスの与える影響も重要であり、援助者は、その両方に曝される可能性がある。

## 目的

- 近年災害時のメンタルヘルスにおいては、災害そのものによる直接的な影響の原因となる一次的ストレスに加えて、間接的・慢性的な影響の原因となる二次的ストレスの重要性が指摘されている。東日本大震災から3年(調査時 注)が経過した現在、一般被災者や要援護者(特に精神疾患、認知症などをもつ人)の災害時の状況や支援の内容を時系列に整理することで、未曾有の複合災害となった東日本大震災における二次的ストレスについてその特徴と支援の課題を明らかにすることを目的とした。

## 方法

- 東日本大震災において、
- 一般被災者や要援護者に対する支援に関わったA市内在住もしくはA市において支援を行った**一般市民、医療・福祉従事者、行政職員**
- 合計13名
  
- 個別の半構造化インタビュー調査
- 調査内容:**状況と支援内容(苦労したことやその対応)、支援対象者等**
- インタビュー対象者ごとに、時系列に沿って調査内容を整理

## 結果（受けた相談内容： 被災者の二次的ストレス）

- **経済面**：失職、収入の減少、風評被害
- **補償**：補償の格差
- **健康面**：放射線障害への不安、子ども・孫世代への影響の不安
- **教育・学校面**：転校、いじめ
- **報道面**：風評被害
- **家族**：子どもの避難に関する家族間での意見の違い
- **社会的関係**：社会的な交流の喪失、住民同士の軋轢、差別、故郷の再生への不安
- **世界観の変化**：将来の見通しがもてないこと、希望の喪失
- **その他**：広域避難、転居を繰り返すこと、被災の程度の差、支援を受けていることへの申し訳なさ、避難していることへの後ろめたさ

## 二次的ストレスの詳細 経済面 補償

- 二次的ストレスとして、  
経済面では収入の減少、失職、漁業・農業への風評被害があげられた。  
補償に関しては、申請手続きの煩雑さ、情報の差、補償を受けていることでの誹謗・中傷、補償の格差による住民同士の軋轢があげられた

## 家の再建・復旧の問題

- 家の再建・復旧の問題に関しては、一時的避難所生活の長期化、日常生活の復旧の問題、転居を繰り返すこと、避難先で定住するか帰還するか葛藤、避難所・仮設住宅への依存（避難所・仮設住宅を離れる不安）、広域避難、補償の格差があげられた。大切なものの喪失に関しては、故郷の喪失があげられた。

66

## 健康面 教育・家族

- 健康面では、健康状態への不安、医療へのアクセス（避難先の病院の情報不足）、放射能への不安・情報不足、子孫や故郷への影響があげられた。教育・家族に関しては、教育機会・教育機関の不足、外遊びができなくなる、転校、避難先の学校の情報不足、区域外入学手続きの煩雑さ、放射能に対する親同士や教師間での見解の違い、いじめ・不登校があげられた。

67

## 社会的関係 余暇・レクリエーション

- 社会的関係では、物理的離別、社会的交流の喪失、ソーシャルサポートの喪失、地域の人口減少や高齢化、住民同士の軋轢、自主避難をしていることへの後ろめたさ、差別・誹謗中傷、故郷の喪失、故郷の再生への不安があげられた。余暇・レクリエーション活動では、余暇レクリエーション活動の喪失があげられた。

- 

68

## 世界観や自己認識の変化

- 世界観や自己認識の変化では、将来の見通しが立たない、希望の喪失、再度被災することへの不安、被災の程度の格差をみて世界観が変わった、自分の選択が正しかったか省みることがあげられた。
- その他として、住民票の問題、社員の避難に関する判断、避難者を雇用し難いこと、自治体間での対応の差、支援を受けていることへの申し訳なさ・遠慮、日本語の分からない外国人にとっての情報不足があげられた。

69

## 考察1

- 主に要援護者(特に精神疾患、認知症などをもつ人)への支援を行ったインタビュー対象者では、災害後短い期間におけるストレスーに関する発言が多かった。それに対して、主に一般住民に対する支援を中心に行ったインタビュー対象者や広域避難をした被災者からは中長期的なストレスーに関する発言が多かった。

70

## 考察2

- 要援護者ではストレスーによる短期的な影響が大きく、一般被災住民の方が長期的に二次的なストレスーによる影響をより強く受けるという可能性も考えられた。被災地の支援者はこれらの両方の影響を強く受け、さらに支援を行うことによる被災者の二次的なストレスーからの影響(二次受傷、共感疲労)も考えられるため、災害時には支援者への支援が特に重要な要素となると考えられる。

71

## D 今後の方向性

- 援助者(支援者)の自己支援
- 援助者(支援者)のための他者支援・システム支援・地域支援
- 『援助者(支援者)支援学』の構築  
災害ソーシャルワークは、重要な領域
- 「日本共感疲労研究会」(2014. 12. 14発足)の展開  
(顧問; C.R.Figley 事務局; 藤岡 fujioka@jcs.w.ac.jp)  
情報入手希望の方は、メールにてご連絡ください。

72

### 援助者(支援者)のための自己支援・ピア 支援・システム支援・地域支援

- Figleyらによるセルフケア(自己援助のガイドライン)  
レジリエンスの観点からの 援助者支援
- からだのメンテナンス 中・長期化での支援  
リラクゼーション法、臨床動作法等の活用
- 共感疲労・共感満足自己チェック、援助者支援項目等の定期チェックの必要性
- チームの構成員であることの意識(システム支援)
- 地域支援・・・生活者としての援助者(支援者)

73

## 「援助者支援学」の構築

- ・『援助者支援モニタリングシステム』の構築  
支援者(援助者)を守る仕組みづくり
- ・ 様々な概念の関係性のさらなる検討  
バーンアウトと共感疲労等
- ・被災地派遣者・地元支援者の事前研修プログラム、活動中支援プログラム、フォローアップ・P
- ・大学における被災地支援、援助者支援学の  
講義、演習 例 必修授業での講義・演習・実習への導入

74

## 参考文献

- ・ 藤岡孝志 2011 共感疲労の最適化水準モデルとファンクショニング概念の構築に関する研究 日本社会事業大学研究紀要 第58集 171-220.
- ・ Yuhei Hatakenaka, Takashi Fujioka 2015 Monitoring Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction of Mental Health Professionals in a Prefectural Mental Health Care Team for Eastern Japan Earthquake Disaster. Journal of Social Policy and Social Work No.19. 29-43.(HP;日本社会事業大学リポジトリ)
- ・ Charles R. Figley 2014 Building Resilience in Supporters - public, private, and personal-. 第23回 環太平洋社会福祉セミナー「災害後の中長期的な支援の在り方を考える」報告書(日本社会事業大学HP)

75

大島：藤岡先生、ありがとうございました。お三方の発題の後に討論の時間も取りますが、何か、このご発表の中で再確認しておきたいということがありましたらお一人お二人ぐらいの質問を受け付けます。どうぞ、お手を挙げて、よろしければ所属と名前を言っていただいて質問していただくとありがたいです。いらっしゃいますか。質問票の方もお書きいただいて、後に利用したいと思いますが、やりとりを重んじながらの討論にしたいので、質問表を拝見させていただきながら、これからの進行を考えてまいります。よろしいでしょうか。

藤岡先生、どうもありがとうございました。続いては梅崎先生からで、テーマは「震災後の東北三県における社会福祉士、精神保健福祉士に対する調査結果から」で、日本におけるソーシャルワークスーパービジョンの関係という視点で発表いただきます。お願いします。

### 梅崎薫氏 報告

梅崎：埼玉県立大学の梅崎です。少し大仰なタイトルにしてしまったという反省もありますが、ささやかな研究の分析の結果ということで、皆様から忌憚ないご意見をいただいてこれからの研究にご教示頂きたいと思っています。

私自身はもともと共感疲労、共感ストレスの研究、もしくは、災害のことを研究していたわけではなく、高齢者虐待の予防ができないかということが主たる研究テーマで、高齢者虐

待の特に家族間の暴力を予防できないかということをしてきました。ただ、2011年に災害があり、自分の研究が行き詰まっていたということもあったのですが、やはり自分が今できることをしたいということで、埼玉のスーパーアリーナや日本医療社会福祉協会の支援に参加させていただく中で、このような研究に関わるきっかけを得たということです。では進めていきたいと思います。

研究の背景です。3月11日に皆さんご存じのように非常に大きな震災がありました。つい最近も常総市における大きな災害があったわけですが、2011年のこのときに共感ストレス、今ほど藤岡先生からお話があった、これは共感疲労のことなのですが、藤岡先生がフィグリー先生をお呼びになったときに学ばせていただきに行って、(フィグリー先生から)「共感ストレスという言葉で説明することを強く勧める」と言われたので、共感ストレスと私は表現させていただいています。

共感ストレスは、健康で当たり前の情緒的反応で、二次的外傷性ストレスと燃え尽きから構成されている概念です。スーパービジョンによって緩和されると考えられています。というのは、スーパービジョンにはストレスマネジメントという機能もあるからです。フィグリー先生の共感ストレス概念については、藤岡先生から充分お話がありましたので、次にいきたいと思います。

2011年の災害後に、二次的外傷性ストレスを研究しているという菅野先生から、日本で調査をしたいので協力してほしいという要請がありました。私自身は「災害に関することは支援であって研究にする気はない」と言っていたのですが、「支援をするということに必ず役に立つから協力してほしい」と言われて協力しました。そのとき被害の大変大きかった沿岸部の福祉事務所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域の中の基幹的な病院、児童相談所や地域相談支援事業所にも調査票を送付しました。



その結果、ケース検討会は、つまりケースカンファレンスなどですが、ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスを下げているが、スーパービジョンは下げているという結果でした。そこで「なぜ」という疑問が生まれました。菅野先生は、その研究モデルにおいて、ストレスを緩和し予防するモデレータ

として、スーパービジョンや同僚からのサポート、家族友人からのサポート、災害被災者へどのように対応するかというトレーニングが有効であるという研究モデルを組んでいらし

て、そのモデルを援用する形でリサーチクエスチョンを考えていきました。また日本においては、先ほどからお話がありました藤岡先生の共感疲労と共感満足の研究がこのように展開されていましたので、これも参考としました。

リサーチクエスチョンは、「ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスは、個人要因、職場の環境要因とどのような関係にあり、モデレータであるスーパービジョンは二次的外傷性ストレスを緩和しないのか？」というものです。このように、多くの要因が二次的外傷性ストレスと関わっているわけですが、それらが一体どのように関わっているのかということが菅野先生との共同研究ではよく分かりませんでした。それからソーシャルワーカーの今度は燃え尽きです。これは共感ストレスを構成しているもう 1 つの大きな因子なのですが、燃え尽きもまた、ソーシャルワーカー自身が持っている個人要因、ワーカーが所属している職場の環境要因と、それを緩和していく、もしくは、予防していくモデレータとどのような関係にあって、スーパービジョンはそれを緩和し予防しているのだろうかという疑問です。

最終的な研究目的は、ソーシャルワーカーの精神的な健康を守り、レジリエンスを回復させていくためにスーパービジョンを機能させねばならないのですから、それらはどのように関連しているのかということでした。そこで再調査をすることにしました。

これまでの研究成果から日本医療社会事業学会の、京都大会で今年報告をしたものなのですが、簡単にご報告いたします。二次的外傷性ストレスに関しての分析から、個人要因としては、ソーシャルワーカーの婚姻状況、つまり配偶者との死別体験があるかないか、また死別体験がある人ということが関係していました。それからクライアントで、援助している対象のクライアントやその家族からの暴言・暴力などでソーシャルワーカー自身がトラウマ体験を持っていると認識していることが相関していました。これと非常にまぎらわしいのは、「では先月 1 カ月間に援助したクライアントさんの中に攻撃的なクライアントさんはどれくらいいましたか？」という職場環境要因についても別途聞いているのですが、これとは相関していませんでした。

次に環境要因として、モデレータでもあるケース検討会から、つまりケースカンファレンスですが、3つの機能、方針決定機能、ケースのより深い理解、チームの中での役割の確認の機能をどの程度得ているかを聞いたのですが、これらはすべて相関していました。つまり緩和していたということです。

しかし、スーパービジョンに関してというところを見ると、皆さんご存じのようにスーパービジョンには大きく 3つの機能があります。管理的機能、教育的機能、情緒支持的機能ですが、教育的機能、情緒的機能とは相関していましたが、管理的機能とは相関していませんでした。それからそもそもスーパーバイザーは全員いるわけではないので、「バイザーがいますか？」ということの有無、これとも相関していませんでした。それから「そのバイザーはあなたの職場の上司ですか？」ということ聞いていますが、これとも相関していませんでした。ただ、「あなたのスーパーバイザーはソーシャルワークのトレーニングを受けた専

門のバイザーですか？」ということとは関連していました。

一方、今度は燃え尽きとの関連です。これは、日本精神保健福祉士協会学術集会、福島大会で今年報告をさせていただきたいものです。個人要因としては、ソーシャルワーカーが未婚であること、それから配偶者との死別体験があること、それから配偶者と今現在別居しているということが燃え尽きと関連していました。また、二次的外傷性ストレスと同様に、クライアントや家族による暴言・暴力などからトラウマ体験を持っていると認識していることと関連していました。

しかし、配偶者との別居と非常に紛らわしいのは、同居者がいるか、つまりひとり暮らしなのか誰かと一緒に暮らしているかということなのですが、同居者がいるかいないかは関連していませんでした。また、「先月1カ月間の援助者の中に攻撃的なクライアントはどれぐらいいましたか？」ということと、やはりここでも関連していませんでした。つまりトラウマ体験があると認識していることと、同居に関しては配偶者と別居しているということが関連していたということです。

次に職場環境要因です。これはどのようなお仕事をしていますかと聞いているのですが、被災者支援に従事している方が燃え尽きと関連していました。

それから休暇の取りにくさも関連していました。1週間の労働時間を聞いていますが、これは関連していませんでした。つまり労働時間ではなく、休みを取りにくいと認識させることが燃えつきを高めていました。次にケース検討会なのですが、ケース検討会について、福島大会においては、ケース検討会から得ている機能について10段階で聞いているので、高い群と低い群に分けて2群間で比較していたのですが、より深いケースの理解、役割確認機能とで関連していました。しかし、方針決定をする。つまりケースカンファレンスにおいて方針を決定するということは燃え尽きとは関連していませんでした。先ほど言いましたように、高低群での2群間比較をしていましたので、念のため今回2群間に分けずに、スピアマンの両側の検定も行ってみました。同じ結果でした。

一方、スーパービジョンに関して、得ている3つの機能をやはり高低群で比較していたときにはいずれにおいても関連はなかったのですが、福島大会では関連がありませんでしたという報告をしていたのですが、今回、高低群に分けずにスピアマンの両側検定で行ったところ、ソーシャルワークスーパービジョンから教育的機能を受けているということについては関連がありました。

それから、もう一つの防御因子、共感ストレスを防御する共感満足というのは、藤岡先生のこの自己テストを使わせていただいて得ています。燃え尽き、精神的健康を守るときには、その前の段階にある二次的外傷性ストレスにどのように対応するのかは、回復していくということで非常に重要です。京都大会において二次的外傷性ストレスについて、この共感満足の4つの尺度との関連を見ました。

それによると、仕事仲間との関係における満足、先ほどからあった4つの下位因子なのですが、これが非常に強い関連でした。二次的外傷性ストレスの高い群と低い群に分けて分析

したところ、低い群は仕事仲間との満足、しかし二次的外傷性ストレス、STS が高い群においては、援助者としての資質における満足が相関していました。一方、女性は4カテゴリーのすべてで相関していましたが、男性は相関していない。つまり二次的外傷性ストレスにおいてはやはり性差があるということが言えます。

本研究の目的です。このようなことを整理してきた中で、東日本大震災の東北三県で従事するソーシャルワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士について、フィグリーらの先行研究における分析方法にならい、精神的健康とモデレータであるケース検討会、スーパービジョンから得ている機能、そして共感満足の4つの下位カテゴリーとの関連を実務経験年数に着目して分析して記述します。その記述から得られた情報をもとに、ソーシャルワーカーの精神的な健康を守り、レジリエンスを回復させていくスーパービジョンのあり方について考察するということが本研究の目的としました。

先ほど来、ご報告しました京都報告、福島報告での調査と同じ調査結果を用いています。どのように行ったかは、ここにお示ししている通りです。調査の概要です。1期と2期に分けています。1期は2013年12月から2014年3月、2期は2014年5月から2014年10月です。1期は精神保健福祉士協会の東北三県の協会の協力を頂いています。

また、前回の菅野に協力した調査と同様に、三県の福祉事務所、地域包括支援センター、社会福祉協議会などのソーシャルワーカーに郵送法でお願いをしました。ただ、1期のときの回収率があまりに低かったので、2期はこれをやめました。少しご迷惑だなと思ったのです。2期は医療ソーシャルワーカー協会の三県の協力を頂いています。無記名式の質問紙で協会の協力のもとに直接郵送もしくは手渡し、そして回収はすべて郵送法です。倫理的配慮としては埼玉県立大学の倫理審査委員会の承認を得て実施しています。

質問紙の構成です。個人と環境というものをこのようにとらえています(スライド)。先ほど来言ってきたものはこのように取っているということです。次に質問紙の構成で、精神的な健康とモデレータ、これを防御因子と置いているのですが、それは今お示しているような項目です。

先ほど来申し上げていたケース検討会に関する項目、これは定期的な開催か、その開催時間はどれくらいか、それからケース検討会から得ている機能を10段階で示して10段階で評価してくださいとしていただいています。方針決定の機能を10段階、より深いケースの理解10段階、役割機能の確認10段階ということ形です。

スーパービジョンについては、スーパーバイザーの有無を聞き、バイザーはあなたの上司かどうかということ、スーパーバイズ的时间、スーパービジョンから得ている機能、それは管理的機能、教育的機能、情緒的指示機能をやはり10段階で何点くらいの評価かということ聞いています。

精神的健康については、GHQ-12というかなり昔からあるものを使っています。それから共感満足・疲労自己テストは藤岡先生のお作りになったもので、皆様のお手元にあります。それからもう1つ、フィグリー先生の共感ストレス尺度、英語ではコンパッション・ファテ

イーグ・ショートというので、厳密には共感疲労・ショート・テストなのですが、フィグリー先生がストレスという言葉を使うことを強く勧めると言われましたので、意識的に共感ストレス・ショートとしています。

回収の結果です。回収数は 153 と、先ほど申し上げましたように非常に少ない結果でした。回収率 15.8 パーセントです。この 153 の中で社会福祉士と精神保健福祉士の資格を持っている人に限定すると、実は 135 名でした。今回、経験年数ごとに分析していきたいので、経験年数について有効回答と限定したら 110 という件数になりました。110 で社会福祉士、もしくは、精神保健福祉士の資格所有者で、実務経験年数の回答が有効、分析方法としてはカイ二乗検定と、先ほどから言っているノンパラメトリックのスピアマンの両側検定を行い、それを実務経験年数で層化して分析しました。

精神的な健康度、ケース検討会から得ている機能、スーパービジョンから得ている機能、それと先ほど来京都報告、福島報告で両方に強い関連があった個人要因であるクライアントからの暴言・暴力によるトラウマ体験の認識を分析しました。統計解析ソフトは SPSS. ver21 です。

基本属性はこのようになっています。女性がやや多く、男性が 39.1 パーセント。年代は 20 代、30 代で大きく 70 パーセントぐらいを占めています。婚姻状況では既婚の方が 60 パーセントなのですが、先ほど来からある死別された方、この 110 の中では 2 名という数ですが、それらの方が非常に影響を与えていました。配偶者との別居については、避難されているということや単身赴任を入れた別居を聞いているので、配偶者と別居されている方が 6 人で 5.5 パーセントです。最終学歴は資格を持っているということがあって、約 85 パーセントの方が 4 年制大学、被災体験のあり、なしはここに示している通りです。

原発の避難体験ありの方はやや少なかったのですが、被災の体験の方は半々の方がお持ちでした。トラウマ体験、これは個人的な例えば小さいときに大きな病気をした、恐ろしい事故に遭った、それからもちろん虐待の経験のある方もいるのですが、それら 1 つ 1 つは聞くことにはばかられたので、全部まとめて聞いています。それから気になるクライアントからの暴言・暴力によるトラウマ体験の認識がある人は 21 人、19.1 パーセントです。

実務経験年数です。実務件数はおおよそ 4 年から 9 年、10 年から 15 年、それから 16 年以上とこのような分布となっています。先月 1 カ月に援助したクライアントの数は平均 85.5、最小は、今仕事を辞めてしまったのでという方も回答してくださっていて、しかしいろいろ書いてくださっていたので分析に含めたので、最小 0 があります。最大は 400、仮設住宅を担当されている方と思われます。

それからトラウマクライアント数、災害で避難されている方も（トラウマクライアントに）すべて入れていますが、それらクライアント数の最大が 260 です。一方、「攻撃的なクライアントさんはどれぐらいいらっしゃいましたか？」という問いに対する回答は、最小 0 人から最大 40 人という範囲になっています。1 週間の労働時間は平均が 43.6 時間ですので、そう長くはないことが分かります。最大は 80 時間でした。これら職場の環境要因で、休みや

すさについて、「あまり取れない」「取れない」と回答された方が約 30 パーセントです。

地域は、岩手、宮城、福島で、宮城がやや多いという形でした。職場のタイプは、医療ソーシャルワーカー協会や精神保健福祉士協会の協力を得たので、病院が最も多い集団となっています。

援助したクライアント数を今度は分類してお示ししています。1 カ月間に援助したクライアント数が 0-20 人という人が 28.2 パーセント、21-60 人という方が 23.6 パーセント、61-129 人という方が 20.9 パーセントで、130 人以上という方が 22.7 パーセントとなっています。

次に経験年数とスーパーバイザーの有無です。やはり経験年数がやや短い方の方に「バイザーがいる」方は多い結果でした。経験 16 年以上の方に「バイザーがいる」ことは少ないということがあるのですが、4 年から 9 年、10 年から 15 年の方たちは、バイザーの有無が同程度でした。

経験年数と精神的健康度です。精神的健康度 (GHQ-12) の値は、高い方が不健康を表します。3 年以下から、徐々に経験年数が増えるごとに値は低下しています。この C F というのは共感ストレスで、二次的外傷性ストレスとバーンアウトを足した値をフィグリーたちは使っているのですが、この値も低下しています。

一方、共感満足の方ですが、経験年数に関わらずいろいろ動いているのですが、クライアントとの関係満足はやや経験年数が増えるごとに増加し、ソーシャルワーカーとしての資質満足も上がっているかのように見えます。

次に、精神的健康とケースカンファレンスから得ている 3 つの機能との相関です。ケースのより深い理解と相関していたものが経験 4-9 年、10-15 年という集団のところにありました。次にスーパービジョンから得ている 3 つの機能です。これは経験年数で層化しても相関はありませんでした。

次に精神的健康と共感満足の 4 つのカテゴリーとの相関を見ました。援助者としての資質満足ということが経験 15 年以下で、いずれにおいても相関していました。

次に精神的健康と先ほどから見た共感満足の 4 つのカテゴリーのうち、人生における満足のこれはスーパービジョンによって変えることが難しいと思われたので、それに代えてクライアントやその家族等からの暴言・暴力によるトラウマ体験の認識との相関をみたところ、いずれにおいても相関していませんでした。

そこで次に精神的健康とこの共感満足の 3 つのカテゴリーとクライアントやその家族等からの暴言・暴力によるトラウマ認識を、スーパーバイザーの有無によって層化してみました。しかし、スーパーバイザーの有無による層化でも、いずれも相関はしていませんでした。

しかし、精神的健康ではなくて、共感ストレスとの相関について、スーパーバイザーの有無で層化したところ、バイザーがいる場合には、共感ストレスは共感満足の 3 つの尺度、3 つのカテゴリーとは相関していても、クライアントの暴言・暴力によるトラウマ体験の認識とは相関していないのですが、バイザーがいない場合には、実はクライアントの暴言・暴力に

よるトラウマ体験の認識と相関しており、仕事仲間との関係満足とは相関していないという違いが、スーパーバイザーの有無により認められました。

同様に東日本大震災の施設職員の健康を調査した先行研究があります。被災地で調査されたもので、同じく GHQ12 で取っています。平均は 4.54 でした。今回私たちがいただいたものでは平均 4.0、しかし経験年数によって随分と大きく違っていました。20 代、30 代は 5.5 という非常に高い値でしたが、川嶋先生たちのものでは、実は 30 代、40 代、50 代の方が多いのですが、4.54 であったということがあります。

一方、福祉事務所の方たちも入っていただいているので、生活保護の現業員の困難に関する精神的健康に関する先行研究がありました。その中では困難感との関係で、新任のみならず中堅層の職員に多様な負担感があるということが報告されており、社会福祉士の資格所有者に援助の自己評価が低いということが報告されていました。

一方、同様に全国の福祉事務所に調査をした赤間たちの研究によると、自己効力感が低いものに精神的健康が不調であるということが報告されています。やはり男性と女性による性差が報告されていました。

考察です。すみません。お手元のものと違うところはアンダーラインを入れています。

このように見てくると、クライアントとの関係に満足するという事はソーシャルワーカーの精神的健康を守る上で非常に重要なのですが、同様に援助者としての資質に満足できるような教育的な支援が必要なのではないかと考えられます。また、経験年数が 4 年から 9 年、10 年から 15 年という中堅のソーシャルワーカーにおいて教育的支援が必要なのではないかと。しかし、今回の調査結果からはそれはケース検討会からしか得られていないかのように見えました。しかし、一方共感ストレスとの分析においては、スーパービジョンとの関係で差があったので、これはなんらかスーパービジョンが緩和しているのではないかとすることも考えられるわけです。

結論として、本研究からはソーシャルワーカーの精神的健康を守るスーパービジョンのあり方について充分検討することはできませんでしたが、精神的健康よりも共感ストレスとの関連を見る方がモデレータとしてのスーパービジョンの影響を反映することができるのではないかと、解析できるのではないかと考えました。

研究の限界です。回収率も極めて低く、この結果を一般化することはできません。また、回答者にも偏りがある可能性があります。というのは、この調査票を配布してから回収された回答は非常に早い時点で回収されたということがありました。それから自由記述の中に「こういう調査を待っていました」という方たちの言葉がありました。これらのことから、回答者らは、この研究に非常に関心の高い集団ではないかと考えられます。

また、この回収率の低さについて、福島で報告したときに皆さんがおっしゃったのは、「たくさん調査が来てどれに答えればいいのか分からなかった」ということでした。それから、実はたくさん調査項目があつて、それが非常に抑うつ的なことを聞いていますので、答えるのがつらかったのだらうということが考えられます。

そこで今後は、精神的な健康との関連ではなく、共感ストレスとの関連を含めて共感満足についても分析を進めていきたいと考えています。

調査にご協力いただきました東北三県の皆様、こころよく本研究にご助言くださいました藤岡先生、フィグリー先生、そして、このような研究の機会を与えてくださいました菅野先生に心から感謝いたします。また一緒に共同研究者として分析を議論して下さった神奈川県立がんセンター佃さん、東京保健医療大学の橋本さんにも心から感謝いたします。ありがとうございました。

梅崎薫氏 レジメ

---

日本におけるソーシャルワークスーパービジョンの  
再検討

## 震災後の東北三県における 社会福祉士・精神保健福祉士に対する 調査結果から

埼玉県立大学  
梅崎 薫

---

### 研究の背景

2011年3月11日東日本大震災による甚大な被害

- 膨大な被災者・避難者へのトラウマワーク
- 共感ストレス(二次的外傷性ストレスや燃え尽き等)が懸念
- スーパービジョンは、ソーシャルワーカーのストレスマネジメント、離職予防に有効と考えられている。

共感ストレス

- チャールズ・フィグリー (Figley, C.R. 1995, 2002)  
共感ストレス(共感疲労)という概念の提唱者

災害や虐待被害者などのトラウマワークにより  
支援者が経験する、健康であたり前の否定的情緒的反応  
「ケアの代償」

- スーパービジョンを受けて、早期に回復に向かうことを推奨

東日本大震災の被災者を支援する  
ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレス2012実施  
(菅野・梅崎2013 仙台報告)

- 被害の大きかった沿岸部の福祉事務所、地域包括支援センター、社会福祉協議会などを対象
- ケース検討会は、ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスを低下させていた。
- スーパービジョンは、ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスを低下させていないという結果。

菅野花恵(2012)の研究モデル

ストレスを予防するモデレーターとして、  
スーパービジョン、同僚からのサポート、  
家族友人からのサポート、  
災害被災者対応のトレーニング

日本における共感疲労と共感満足研究

- 藤岡孝志(2011)  
被虐待児へのケアに従事する職員に対する支援、  
関係構築・共感的理解による疲労への対処方法、  
予防要因として共感満足に着目。
- 超正祐(2014)  
共感疲労および共感満足の状態を把握して  
スーパービジョンや研修の実質的な検討が必要。  
共感ストレス研究には、離職の多い援助職の人材  
支援として、職能発達における個別的な成長過程  
の手がかりとして期待。

## リサーチ・クエスチョン

日本における被災地では・・・

- ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスは、個人要因、職場環境要因と、どの様な関係にあり、スーパービジョンは、これを緩和しているのか？
- ソーシャルワーカーの燃え尽きは、個人要因、職場環境要因、モデレータと、どのような関係にあり、スーパービジョンは、これを緩和しているのか？
- ソーシャルワーカーの精神的健康を守り、レジリエンスを回復させるために、スーパービジョンは機能しているのか？

⇒再調査の実施(2013-2014)

これまで研究成果から 日本医療社会事業学会 京都2015  
再調査結果(2013-2014) 二次的外傷性ストレス

- 個人要因  
婚姻状況(配偶者との死別)と相関  
クライアントや家族による暴言・暴力等のトラウマ体験 相関  
注) 攻撃的なクライアント数とは相関なし
- 職場環境要因  
ケース検討会から得ている機能 以下の3つの機能と相関  
方針決定機能、より深いケースの理解、役割確認機能  
  
スーパーバイズから、教育的機能、情緒支持的機能と 相関  
注) 管理的機能、バイザーの有無、上司か否かとは相関なし  
スーパーバイザーはトレーニングを受けたソーシャルワークの  
専門職である、と相関

日本精神保健福祉士学会学術集会 福島2015  
再調査結果(2013-2014) 燃え尽きとの相関

- 個人要因 以下の要因と相関  
未婚、配偶者との死別体験、配偶者との別居  
クライアントや家族による暴言・暴力等のトラウマ体験  
注)同居者の有無、攻撃的なクライアント数とは相関なし
- 職場環境要因  
被災者支援に従事、休暇の取りにくさ、  
注)労働時間とは相関なし

ケース検討会から得ている機能(高低群で比較)  
より深いケースの理解、役割確認機能 と相関  
注)方針決定機能とは相関せず (スピアマン両側)  
スーパービジョンから得ている機能(高低群で比較)相関せず  
教育的機能は、相関 (スピアマン両側検定 n=65)

共感ストレスを防御する共感満足

- 共感満足(藤岡:短縮版自己テスト)4つの下位カテゴリー  
1) 仕事仲間との関係における満足  
2) クライアントとの関係のなかでの満足  
3) 援助者資質としての満足  
4) 人生における満足

二次的外傷性ストレス(STS ; 京都2015報告より)

- 1) 仕事仲間との関係における満足が最も強い相関
- 低群よりも高群は、1) 仕事仲間との関係における満足、
- 高群よりも低群は、3) 援助者としての資質における満足
- 女性は4カテゴリーで相関、しかし男性は相関せず

## 本研究の目的

- 東日本大震災後の東北3県で従事するソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)について、Figleyらの先行研究における分析方法に倣い、精神的健康と、モデレータであるケース検討会から得ている機能、スーパービジョンから得ている機能、そして共感満足の4つの下位カテゴリーとの関連を、実務経験年数に着目して分析し、記述する。
- 上記、記述から得られた情報をもとに、ソーシャルワーカーの精神的健康を守りレジリエンスを回復させるソーシャルワークスーパービジョンのあり方について考察する。

## 調査の概要

**実施時期** 1期) 2013年12月～2014年3月

2期) 2014年5月～2014年10月

**対象** 973名 (地域は福島県・岩手県・宮城県)

1期) 上記3県の精神保健福祉士協会会員、2012年調査対象の沿岸部およびそれに相当する内陸部の市町村における福祉事務所、地域包括支援センター、社会福祉協議会のソーシャルワーカー(福祉事務所、社協は1カ所につき2部)

2期) 上記3県の各県医療ソーシャルワーカー協会会員

### 調査方法

無記名式質問紙法、各県協会会員には協会協力による直接配布または郵送配布、福祉事務所などへは郵送による配布依頼、回収は全て郵送による。

**倫理的配慮** 埼玉県立大学研究倫理審査会の承認を得て実施

## 質問紙の構成 個人と環境

### 基本属性・個人要因

性別、年齢、婚姻状況、同居者の有無、配偶者との同別居、有する資格、最終学歴、実務経験年数、被災体験、原発避難、個人的なトラウマ（被災、原発避難、難病や虐待など）  
クライアントやその家族等からの暴言暴力によるトラウマ

### 職場環境要因

調査前の1ヶ月間に援助した延べクライアント総数  
身体的虐待、性的虐待、その他のトラウマクライアント援助数、東日本大震災被災、原発事故避難クライアント援助数、予後不良の難病やターミナルケアのクライアント援助数  
など、各トラウマクライアントの延べ人数  
介入拒否クライアント数、援助者に攻撃的なクライアント数、資源不足で援助見通しが立たないクライアント数など延べ人数  
地域、職場のタイプ、1週間の平均労働時間、休みの取りにくさ

## 質問紙の構成 精神的健康とモデレータ(防御要因)

### ケース検討会に関する項目

定期的な開催か、開催時間、  
ケース検討会から得ている機能(10段階評価)  
①方針決定機能、②より深いケースの理解、③役割確認機能

### スーパービジョンに関する項目

スーパーバイザーの有無、バイザーは上司か、  
スーパーバイズの時間、  
スーパービジョンから得ている機能(10段階評価)  
①管理的機能、②教育的機能、③情緒的支持機能

### 精神的健康など

①精神的健康(GHQ12)  
②藤岡:援助者のための共感満足/疲労 自己テスト  
③Figley:共感ストレス尺度(CF-short13 ; STSと燃えつき)

## 回収結果と分析方法

### 回収結果

回収数153(15.8%)

分析対象 n=110

社会福祉士もしくは精神保健福祉士の資格所有者で、  
実務経験年数の回答が有効

### 分析方法

χ<sup>2</sup>乗検定、ノンパラメトリック検定、層化分析

実務経験年数ごとに4つの群に層化して、

精神的健康

ケース検討会から得ている機能、

スーパービジョンから得ている機能、

クライアントやその家族等からの暴言暴力によるトラウマ体験

共感満足の4つの下位カテゴリーとの関連を分析する。

統計解析ソフトは、SPSS.ver21を使用

		n=110						
性	女	67	60.9%	最終学歴	高等学校	1	0.9%	
	男	43	39.1%		専門学校	6	5.5%	
年齢	20代	33	30.0%	4年制大学	短期大学	2	1.8%	
	30代	45	40.9%		大学院	7	6.4%	
	40代	21	19.1%		被災体験	なし	58	52.7%
	50代以上	10	9.1%			あり	49	44.5%
	不明	1	0.9%	不明	3	2.7%		
婚姻	未婚	39	35.5%	原発避難	なし	96	87.3%	
	既婚	66	60.0%		あり	11	10.0%	
	離別	3	2.7%		不明	3	2.7%	
	死別	2	1.8%		トラウマ体験	なし	87	79.1%
配偶者との 同別居	未婚	39	35.5%	あり		20	18.2%	
	同居	62	56.4%	不明		3	2.7%	
	別居	6	5.5%	クライアントか らの暴言暴力 によるトラウマ		なし	86	78.2%
	不明	3	2.7%		あり	21	19.1%	
同居者の 有無	なし	58	52.7%		不明	3	2.7%	
	あり	49	44.5%					
	不明	3	2.7%					

		n=110	
実務経験年数	3年以下	18	16.4%
	4-9年	35	31.8%
	10-15年	32	29.1%
	16年以上	25	22.7%

クライアントの延総数	平均	最小	最大	標準誤差
n=105	85.5	0	400	88.6
トラウマクライアント延人数				
n=110	22.4	0	260	4.3
攻撃的なクライアント延人数				
n=94	2.2	0	40	0.6
1週間の労働時間				
n=105	43.6	4	80	1.1

	人数	%	n=110
休暇の取りやすさ			
とれない	3	2.7%	
あまり取れない	29	26.4%	
まあとれる	48	43.6%	
問題なく取れる	27	24.5%	
不明	3	2.7%	
地域			
岩手県	30	27.3%	
宮城県	47	42.7%	
福島県	32	29.1%	
不明	1	0.9%	
職場のタイプ			
福祉事務所	7	6.4%	
社会福祉協議会	4	3.6%	
地域包括支援センター	10	9.1%	
病院	40	36.4%	
精神科病院	29	26.4%	
国家公務員、保護観察所、外部支援、独立他	11	10.0%	
不明	9	8.2%	

表5 援助したクライアント数

	人数	%	n=110
0-20人	31	28.2%	
21-60人	26	23.6%	
61-129人	23	20.9%	
130人以上	25	22.7%	
不明	5	4.5%	

表6 スーパーバイザーの有無と経験年数

	スーパーバイザー 3年以下	4-9年	10-15年	16年以上	計
いる	13 72.2%	18 51.4%	14 43.8%	7 28.0%	52 47.3%
いない	5 27.8%	17 48.6%	18 56.3%	18 72.0%	58 52.7%
計	18 100.0%	35 100.0%	32 100.0%	25 100.0%	110 100.0%

χ二乗検定 p<0.05

表7 経験と精神的健康、共感ストレス

経験年数	GHQ12	95%信頼区間		CF (STS+JB)	95%信頼区間	
		平均	下限		上限	平均
3年以下	5.5	3.7	7.3	56.6	43.7	69.6
4-9年	4.6	3.5	5.8	53.3	45.3	61.3
10-15年	3.5	2.6	4.4	47.0	39.5	54.5
16年以上	2.5	1.7	3.2	45.6	38.3	52.9
総数	4.0	3.4	4.5	50.3	46.1	54.4

表8 経験と共感満足4つの下位カテゴリー

経験年数	職場仲間			援助関係			資質			人生		
	平均	下限	上限	平均	下限	上限	平均	下限	上限	平均	下限	上限
3年以下	17.3	15.7	19.0	13.9	11.4	16.5	7.4	5.3	9.5	9.4	7.6	11.3
4-9年	15.1	13.4	16.8	13.9	12.3	15.5	8.7	7.4	10.1	8.6	7.6	9.6
10-15年	15.2	13.9	16.4	13.7	12.2	15.2	10.0	8.7	11.3	9.8	9.1	10.5
16年以上	17.4	16.1	18.7	16.2	14.9	17.4	11.6	10.2	13.0	10.5	9.7	11.4
総数	16.0	15.2	16.8	14.4	13.5	15.2	9.5	8.8	10.3	9.5	9.0	10.0

## 精神的健康とケース検討会から得ている3つの機能の相関

表9 精神的健康とケース検討会から得ている機能

経験年数	援助方針決定				より深い理解			チーム内役割確認			得ている機能総計					
	n	平均	SD	相関係数	平均	SD	相関係数	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数		
3年以下	17	7.47	1.94	-0.05	7	7.41	2.03	-0.05	7	6.18	1.88	0.16	18	19.89	7.01	0.01
4-9年	35	6.94	2.39	-0.43 **	5	6.63	2.51	-0.38 *	5	5.91	2.67	-0.39 *	35	19.49	6.99	-0.46 **
10-15年	32	7.13	2.11	-0.05	2	6.84	2.14	-0.33 +	32	6.91	2.16	-0.23	32	20.88	6.14	-0.23
16年以上	24	6.21	1.84	-0.16	4	6.21	2.36	-0.34	24	6.21	2.40	-0.15	24	17.88	7.01	-0.22
総数	108	6.92	2.14	-0.12	18	6.72	2.30	-0.22 *	108	6.31	2.36	-0.20 *	108	19.59	6.75	-0.21 *
spearman(両側)											+:p<0.1, *:p<0.05, **:p<0.01					

経験4-9年者において、全ての機能が相関  
4-15年者で教育的機能の、より深いケースの理解が相関

## 精神的健康とスーパービジョンから得ている3つの機能

表10 精神的健康とスーパービジョンから得ている機能

経験年数	管理的機能				教育的機能				情緒的支持機能				得ている機能総計			
	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数
3年以下	18	5.06	3.93	0.11	18	5.17	3.92	0.14	18	5.00	3.73	0.17	18	16.50	10.80	-0.07
4-9年	35	3.63	3.94	-0.19	35	3.43	4.01	-0.22	35	3.26	3.75	-0.20	35	10.71	11.27	-0.18
10-15年	32	3.38	4.05	0.08	32	3.47	4.12	0.06	32	3.31	4.08	0.07	32	10.16	12.07	0.07
16年以上	25	1.84	3.18	-0.02	25	1.96	3.43	-0.01	25	1.96	3.53	0.00	25	5.76	10.12	-0.01
総数	110	3.38	3.90	0.02	110	3.39	3.98	0.02	110	3.26	3.86	0.02	110	10.37	11.53	0.00
spearman(両側)											+:p<0.1, *:p<0.05, **:p<0.01					

ソーシャルワーカーの精神的健康は、経験年数で見ても  
スーパービジョンから得ている3つの機能はいずれも相関せず

## 精神的健康と共感満足4つのカテゴリーとの相関

表11 精神的健康と共感満足4つの下カテゴリー

経験年数	仕事仲間との関係満足				クライアントとの関係満足				援助者としての資質満足				人生への満足			
	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数
3年以下	18	17.33	3.25	-0.61 **	18	13.94	5.20	-0.45	18	7.39	4.10	-0.63 *	18	9.44	3.71	-0.28
4-9年	35	15.34	5.05	-0.64 **	35	14.14	4.75	-0.49 **	35	8.94	3.96	-0.52 *	35	8.74	2.97	-0.74 **
10-15年	32	15.16	3.52	-0.26	32	13.72	4.22	-0.47 **	32	10.00	3.67	-0.48 *	32	9.75	1.93	-0.17
16年以上	25	17.42	3.08	-0.49 *	24	16.17	3.08	-0.17	24	11.63	3.32	-0.34	24	10.54	2.02	-0.76 **
総数	109	16.07	4.05	-0.48 **	109	14.43	4.39	-0.42 **	109	9.59	3.98	-0.53 **	109	9.55	2.71	-0.64 **

spearman(両側) +: p<0.1, \*: p<0.05, \*\*: p<0.01

経験15年以下のすべてで、援助者としての資質満足  
 経験10-15年を除いて、仕事仲間との関係満足  
 経験4-9年、10-15年で、クライアントとの援助関係 と相関

## 精神的健康と共感満足3カテゴリー・クライアントバイオレンスのトラウマ

表12 精神的健康と共感満足3カテゴリー・クライアントの暴言暴力によるトラウマ体験

経験年数	仕事仲間との関係満足				クライアントとの関係満足				援助者としての資質満足				クライアント暴言暴力トラウマ			
	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数
3年以下	18	17.33	3.25	-0.61 **	18	13.94	3.25	-0.45	18	7.39	4.18	-0.63 **	17	0.24	0.44	-0.09
4-9年	35	15.34	5.05	-0.64 **	35	14.14	4.75	-0.49 **	35	8.94	3.96	-0.52 **	35	0.15	0.36	-0.03
10-15年	32	15.16	3.52	-0.26	32	13.72	4.22	-0.47 **	32	10.00	3.67	-0.48 **	32	0.19	0.40	-0.31
16年以上	24	17.42	3.08	-0.49 *	24	16.17	3.02	-0.17	24	11.63	3.32	-0.34	24	0.25	0.44	0.23
総数	109	16.07	4.05	-0.48 **	109	14.43	4.39	-0.42 **	109	9.59	3.98	-0.53 *	107	0.20	0.40	0.12

spearman(両側) +: p<0.1, \*: p<0.05, \*\*: p<0.01

精神的健康と  
 クライアントやその家族等からの暴言暴力によるトラウマは  
 相関せず

## スーパーバイザーの有無による 精神的健康と 共感満足3カテゴリー・クライアント等からの暴言暴カトラウマ

表13 バイザーの有無による精神的健康と共感満足3カテゴリー・クライアントの暴言暴力によるトラウマ

経験年数	仕事仲間との関係満足				クライアントとの関係満足				援助者としての資質満足				クライアント暴言暴カトラウマ					
	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数		
バイザーあり	52	16.62	4.49	-0.57 **	52	14.19	5.01	-0.37 **	52	9.35	4.12	-0.43 **	50	0.18	0.39	0.08		
いない	57	15.58	3.56	-0.41 **	57	14.65	3.78	-0.46 **	57	9.81	3.87	-0.63 **	57	0.21	0.41	0.15		
speaman(両側)																	+:p<0.1, *:p<0.05, **:p<0.01	

スーパーバイザーの有無で、分析しても、  
精神的健康との相関において違いはない。

## スーパーバイザーの有無における 共感ストレスと共感満足3カテゴリー・クライアント暴言暴カトラウマ

表14 バイザーの有無による共感ストレスと共感満足3カテゴリー・クライアントの暴言暴力によるトラウマ

経験年数	仕事仲間との関係満足				クライアントとの関係満足				援助者としての資質満足				クライアント暴言暴カトラウマ					
	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数	n	平均	SD	相関係数		
バイザーあり	52	16.62	4.49	-0.49 **	52	14.19	5.01	-0.29 *	52	9.35	4.12	-0.32 *	52	0.18	0.39	0.08		
いない	56	15.58	3.56	-0.22	56	14.65	3.78	-0.28 *	56	9.81	3.87	-0.38 **	56	0.21	0.41	0.36 **		
speaman(両側)																	+:p<0.1, *:p<0.05, **:p<0.01	

共感ストレスとの相関においては、  
スーパーバイザーの有無による違いがみられる。

東日本大震災の被災障害者支援施設職員の精神的健康  
-被災2年後の質問紙調査結果-  
川嶋賢治、小澤温（社会福祉学 2015）

- 被災地での精神的健康GHQ12に関する先行研究
- 被災地の障害者支援施設職員の精神的健康
- 135名 回収率 66.7%
- 有効回答79名
- 男性31 女性47 不明1
- 20代16.5% 30代22.4% 40代24.7% 50代以上34.2%
- 調査時期 2013年6-10月
- GHQ12、0011採点法
- ⇒ 平均 4.54 標準偏差 3.73

生活保護現業員の困難経験と  
その改善に関する研究  
森川美絵・増田・栗田・原田・谷川、(厚生の指標 2008)

- 国内の全福祉事務所 1240か所
- 有効回答率 57.5%
- 担当ケース数が90を超えると、援助困難
- 経験年数5-10年、2年未満で困難感 高い
- 新任のみならず中堅層職員が多様な負担感
- 社会福祉士資格者に、援助の自己評価が低い

生活保護現業員のメンタルヘルスとその関連要因  
赤間由美・森鍵・大竹・鈴木・叶谷・細谷・小林  
(日本公衆生成雑誌2014)

- 全国の福祉事務所1230か所 等間隔抽出法により20% 246事務所を対象
- 各事務所から5人ずつ 計 1230人
- 有効回答 506人
- 男性410人 女性96人
- 10時間以上の労働時間 メンタルヘルス不調
- **自己効力感が低いものに不調**
- 男性 適度の睡眠、同僚家族のサポート、社会福祉士に良好
- 女性 年齢が高くなると悪化、家庭訪問業務で良好

### 考察と結論

- クライアントとの関係に満足することに加え、援助者としての資質に満足できるような教育的支援が必要なのではないか。
- 経験4-9年、10-15年の中堅ソーシャルワーカーにおいて教育的機能が重要なのではないか。また、それはケース検討会からしか得られていないのか。
- 共感ストレスとの分析では、クライアントや家族等からの暴言暴力によるトラウマ体験は、スーパービジョンをうけることで何らか緩和されているようにみえる。

#### 結論

- 本研究からは、ソーシャルワーカーの精神的健康を守るスーパービジョンのあり方について、十分検討することはできなかった。
- しかし精神的健康よりも共感ストレスの方がモデレータ、スーパービジョンの影響を反映する可能性がある。

## 研究の限界と今後の課題

- 回収率が極めて低く、この結論を一般化することはできない。
- 回答者の偏りとして、迅速な回答が多かったこと、自由記述の内容から、本研究に関心の高い集団と推察される。
- 回収率の低さは、被災地に対する調査依頼の多さと、設定した設問の質、すなわち抑うつ的な内容に関する設問が多く、かつ設問量も多かったためと考えられる。
- 精神的健康ではなく、共感ストレスとの関連を含めて、分析する必要がある。
- さらに分析を進めて、仮説を導き出したい。

## 謝 辞

本調査にご協力くださいました東北3県のソーシャルワーカーの皆様にご心より感謝申し上げます。また貴重な研究の機会を与えて下さいました菅野花恵先生にもお礼申し上げます。

再調査に際し共感満足/疲労自己テストの使用を快諾くださり、温かなご支援を賜りました藤岡孝志先生、丁寧で的確なご助言をくださいましたチャールズ・フィグリー先生に、こころより感謝申し上げます。

また本研究の成果は、共同研究者として一緒に分析し議論してくれた佃志津子さん(神奈川県立がんセンター)、橋本美幸さん(東京保健医療大学)の協力によるものです。お二人の協力に深謝します。

## 参考文献 1

- Kadushin,H.& Harkness,D., Supervision in Social Work 5th edition, Columbia University Press,2014, p8-11
- Figley,C.R., Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C.R.figley(ed), Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel,1995, p1-20
- Figley,C. R. , Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care, Journal of Clinical Psychology,2002, Vol.58(11), p1433-1441.
- The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster, Adams,R.E., Figley, C.R., Boscarino, J.A., Research on Social Work Practice, 2008,18(3),p238-250,
- 菅野花恵、アメリカにおける災害ソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスの危険・予防要因ーニューヨークの9.11テロ災害被災者を支援するソーシャルワーカーを中心にー、ソーシャルワーク学会誌、2012、第25号、p29-49
- 菅野花恵・梅崎薫、日本大震災の被災者を支援するソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレス、日本ソーシャルワーク学会第30回大会(仙台)報告,(2013)
- 藤岡孝志、「共感疲労の最適水準モデル」とファンクショニングニング概念の構築に関する研究、日本社会事業大学研究紀要, 2011, p171-220.

## 参考文献 2

- 趙正祐、児童養護施設の援助者支援における共感満足・疲労に関する研究-CSFの高低による子どもとのかかわり方の特徴から-、2014、社会福祉学第55号第1巻,p76-88
- 佃志津子・橋本美幸・梅崎薫、被災地におけるソーシャルワーカーの二次的外傷性ストレスと関連要因ー二次的外傷性ストレスに気づくためにー、日本医療社会事業学会、2015、京都
- 梅崎薫・佃志津子・橋本美幸、被災地におけるソーシャルワーカーの現状とスーパービジョン ～ソーシャルワーカーの燃え尽きを防ぐために～、日本精神保健福祉士学会学術集会、2015 福島、(分科会2ー①-4報告、精神保健福祉、2015. 10月発行掲載)
- 川嶋賢治、小澤温、東日本大震災の被災障害者支援施設職員の精神的健康 -被災2年後の質問紙調査結果-、社会福祉学 第56巻第1号 2015 p128-140
- 森川美絵・増田・栗田・原田・谷川、生活保護現業員の困難経験とその改善に関する研究 厚生指標 53巻第5号 2008 p15-22
- 赤間由美・森鍵・大竹・鈴木・叶谷・細谷・小林 生活保護現業員のメンタルヘルスとその関連要因、日本公衆生成雑誌 第61巻第7号 2014 p342-353

**大島：**梅崎先生、どうもありがとうございました。どうでしょうか。何かご質問等ある方いらっしゃいますか。この時間ですとかやりづらいでしょうか。よろしいですか。また、後ほど整理したいと思います。

三番目のご報告になります。次は公益財団法人ときわ会常盤（常盤）病院のソーシャルワーカーである鈴木幸一さんにお話を伺います。テーマは「被災地の内部支援と外部支援を考えるー支援する側、受ける側、両側面を経験してー」です。よろしくお願いいたします。

### 鈴木幸一氏 報告

**鈴木：**鈴木：よろしくお願いいたします。公益財団法人ときわ会の常磐（じょうばん）病院と読みます。ソーシャルワーカーの鈴木と申します。どうぞよろしくお願いいたします。まずもってこのような貴重な機会を頂きまして、本当にありがとうございます。また、先にご発表いただきました藤岡先生、梅崎先生のお話を聞きながら、非常に共感できるというか、私自身、振り返ってその通りだなと大きく頷きたいような場面がありました。私自身が学びの多い時間を過ごさせていただいて、本当に感謝しています。

私は現場で働く臨床の医療ソーシャルワーカーです。今の職場に来たのは約 1 年半前の

昨年4月です。それまでは急性期病院で仕事をしていました。今回はそこでの活動実践を振り返りながら、そのご紹介とそこから私自身が率直に感じたことをお伝えするということになります。ですので、学術的なお話はできませんけれども、ありのままをご紹介をするつもりでこの場に立っていますので、よろしくお願いいたします。

2011年当時、私は福島労災病院という病院で仕事をしておりました。2次救急の病院なのですが、私はその中でも主にごんと緩和ケアの領域に携わっていました。福島県いわき市は東京23区がすっぽり入る大きさと、香川県とほぼ同じ面積を有している非常に広域な市です。

いわき市は福島第一原子力発電所から丁度30キロに掛かる場所があり、私が勤めていた福島労災病院は福島第一原発から約40キロの場所です。そして相双地区という地域が避難指示区域となっておりますが9月5日に再編されて、ちょうど20キロに位置する檜葉町が避難指示解除となりました。



これが、今私が勤めているときわ会グループの図です。病院や施設を

経営していますが、震災関連から見れば、例えば原発から10キロの場所に位置する富岡町にクリニックがありましたが現在は休診中。現在は、いわき市でオープンするよう進めているところです。また、日本で唯一存在する仮設老健、仮設檜葉ときわ苑を運営している法人がわれわれのグループです。

そして私は社会福祉法人の運営に携わっていますが、先ほどお話しした富岡町からの運営委託を受けてサポートセンターの運営をしています。デイサービス事業だけではなく、地域交流事業や仮設巡回・見守りなどを行っています。

少しお話を2011年3月11日に戻しながら、時系列的にお話をしていければと思います。福島県というと、原発の被害ばかりが取り沙汰されていますが、地震、そして津波の被害も非常に甚大なものでした。ですから、われわれは地震、津波だけではなく原発、そして風評という四重の苦悩を味わうことになります。

ここは久之浜地区という原発から30キロにかかるところになります。焼け野原になったような状況がここにあります。避難所を開設したのですが、翌日、原発の水素爆発があったので、間もなく避難所は閉鎖され二次的に避難するという状況でした。国道も陥没し、地震の被害が大きかったことが見て取れると思います。

いわき市の被害の状況ですが、最多の避難者数は3月12日の段階のカウントで約2万人、そしてその一次避難所が閉鎖されたのは8月20日です。何よりも水が出なかったのが非常

に苦しい状況でした。4月11日の段階で大規模な余震がありましたので、さらにそこでまた断水が起こったという状況がありました。市内全域で水道が復旧したのは4月21日です。

公共交通機関は当然ながらストップしていましたが、何よりも先ほどの原発事故の影響で物流がストップしてしまいました。食糧も水も医薬品もありません。そしてガソリンも入ってきませんので、安易に車両を動かすこともできず、まさに陸の孤島と化したわけです。

当時の初動の時期、発災から2~3日のところを少しご紹介いたします。ご存じの通り福島第一原発1号機の水素爆発が起きて、私の勤めていた病院は初期被ばく医療機関でしたので、患者さんの受け入れを始めています。何よりも情報が錯綜しており、何が本当の情報か分かりませんでした。

当時の建物の状況ですけれども、当然ながら建物は被害を受けました。当時は白いもやがかかったような非常に埃りっぽい状況が院内に立ちこめて、子どもたちが泣き叫び、患者さん方は廊下に座り込むなどして動けないという状況がありました。非常に長い揺れだったので、まずは安全なところに避難させるということを、私たちは組織人として行動していきました。

エレベーターが停止しましたので、患者さんの搬送だけでなく、配食も手で行わざるを得ませんでした。地上6階建てで地下1階、そして別棟もありますので、非常に多くの職員が人海戦術で行っていたわけです。これが2~3日続きました。

そして当然ながら患者さんの受け入れをしなければなりませんので、トリアージ体制を敷いて各チームを組んでいたわけなのですが、救急搬送されてくる患者さんは非常に少なかったのです。つまり救急車が被災地に入っていけなかったということです。そしてブラックタッグの人たちが多かったので、病院に来ることができなかった。ご自宅の乗用車で心停止の患者さんを運んでいたような状況もありました。

テレビでは県外の津波の映像や、原発1号機と3号機の水素爆発の映像ばかりが流され、実際に我々の周りで何が起きているのか分からなかったのが正直なところです。そしてチェーンメール類の情報も急増し、また情報が錯綜する。不要不急の外出は控えるように、雨に当たらないようにという広報車、防災無線が飛び交っていました。

そうすると当然ながら自主避難者が激増し、この町からは人が消えていきました。非常に異様な光景です。この状況のときにはすでに物流はストップしています。支援の手を求めても、安全が確保されないからという理由でお断りを受ける、非常に悔しい思いもしました。

物流がストップし、物資、ガソリンもない。診療の継続と患者の安全確保ができないことから広域搬送をせざるを得なくなりました。その中で私は消防とのホットラインを担当することとなりました。情報の統制が図れていなかったので、広域搬送の情報一元化を図る目的でソーシャルワーカーは動き始めています。コーディネートの重要性を痛感しました。当時の写真ですけれども、ドクターヘリはすべて相双地区の方に行っていますので、あるのは、防災ヘリのみです。ですので、誰を防災ヘリで乗せていくのか。電源が使えないので、電源類がない形でどう搬送するのかという、ある程度医療的な知識も必要です。

そして、当然ながら搬送の順番も変わってきます。というのは、今日搬送の依頼をしてもたぶん搬送できるのは2~3日後です。刻々と患者の状態は変わっていきますので、そのときの優先順をチームで決めながら統制を図って、その都度適宜搬送順を変更することも必要でした。

救急入口に立っているのはリハビリテーション科のPTとOTです。広域搬送を担当してくださった救急隊の方々も院内のどこに誰を迎えて行っていいのかわかりませんので、その情報統制、案内・アテンドを担ってもらいました。これは外部機関から非常に好評でした。

そして搬送する際には、放射線技師による放射線サーベイ検査をしてから搬送するようにしていました。というのは当初首都圏の方に送ったときに、放射線の値が心配だということで受け入れを拒まれたケースがあったからです。公式なものではありませんのでなんの効力もありませんけど、細かなことにも配慮し準備していました。

当時、メッセージボードに、こういった治療ができますよ。例えば水が使えませんから治療もできませんし、検査もできません。内視鏡なども当然大量の水を使いますので、そういったものをいかに縮小しながらやっていくのかということボードで、みんなで情報を共有していました。

搬送調整をしながらも患者さんからの相談は来ます。例えば「私は化学療法を中止して大丈夫でしょうか。死にませんかでしょうか」という電話が直通でかかってきます。その都度対応しなければなりませんし、その上で各機関からいろいろな情報を求められるような状況がありました。

この状況報告も当然大事なのですが、非常に大きな負担でした。私ども労災病院の本部は川崎にありますので本部への報告や、その他いろいろなところから状況の報告を求められます。ニーズが分からないと支援もできないので当然のことなのですが、率直な思いからすると、そんなことをしているのだったら目の前の人をなんとかしなければいけない状況がありますので、これは非常に負担だったと思り返します。

広域搬送開始から外来診療や治療が再開できるようになるまで1週間から2週間くらいの期間なのですが、非常に長かったです。消防や他機関との搬送のやりとりは、明け方の早朝から夜中まで連絡がくるものですから、ものすごく時間がない状況、まさに不眠不休の状況が続いていました。

発災から初動のときを少し振り返ると、いわゆる施設内支援、内部支援がやはり非常に大事だと思いました。例えば、電話が引切りなしに来ますのでその対応もそうですし、誰をどこに搬送したのかということも分からないといけないので、搬送の記録や活動の記録を残さなければなりません。そして求められる状況報告等の報告書類、メールの確認・送信など事務的業務を行うことが本当に大変でした。いま状況報告を求めるならば、求めるあなたがここにいてほしいと思っていましたので、何かそういった施設内での後方支援が今後構築されないかなと少し思っています。

そして後方支援の重要性です。当然ながら患者さんを受け入れていただくことになりま

す。紹介状やその他情報も含めてお送りすることになるのですけれども、その状況をまとめることすら大変だったので、「10件まとめて送ってきていいよ」などと言ってくると本当にありがたくて、振り分けをして一括搬送をお願いするというのもしていました。

そして、先ほど藤岡先生の方からもありましたが、これは支援者だけではないのですが、その先にある家族のフォローが本当に大事だと実は思っていました。支援者側を振り返ると、実は私の妻はそのまま避難しないで残っていたのですが、私は忙しいけど働くこと、目の前にやらないといけないことがあるので、精神的には非常に楽でした。それを待っていないといけない家族は相当なたぶんストレスだったと私自身振り返って思いました。こういった実践、もしくは、患者さんのその先にあるその家族のフォローも何かしなければならぬと思っていますところでは。

情報や社会資源、整備、要約というところですけども、いろいろな情報がものすごく難解な文書で送られてきます。もしくは、その情報を私たちが取りに行かなければいけないのですが、それを読み解く時間や探す時間が本当になくて、それを要約して送っていただけると、それを皆で共有できるので、そういった情報を要約したり整理するという後方支援も実は有効なのではないかと私は考えています。

これらのようなことを急性期、発災から1カ月程度考えていたのですが、ガソリンが入手できるようになってから、一次避難所の巡回を始めることとなります。まずは状況確認のためのスクリーニング、ニーズ調査に伺いました。そうするとやはり避難所間の格差というか避難所によって置かれている状況が全く違うということ、そして「問題ありません、大丈夫ですよ」と言われるけども、個別でお話を聞いていくと胃腸炎の蔓延などが見られました。医師会でのJMATミーティングや保健所との定例会議などに参加してソーシャルワーカーの立場から生活支援の提言をする活動をしていきます。医療チームの牽引役も担っていましたので、医療チームの立場と相談支援専門職チームという福祉チームの立場、両側面からの支援を続けていました。

福島県には、相談支援専門職チームが設立されているのをご存じでしょうか。発災直後の4月8日に、ビックパレット福島という郡山市にあるアリーナのようなところが県内最大の避難所で、2000人～2500人が避難していました。そこで適切な支援が受けられていない状況があったので、福島県内の専門職団体6団体が専門職チームを発足させて、各地域の実情に合わせた支援を展開しており、今も継続しています。

5月からは県の委託事業という形になって、事業として発足する形になります。当初は介護保険が全く使えない状況で、適切なサービスが提供されていないという状況があったので、介護保険の利用を可能とすること、そして早急に対応できるように認定調査から暫定プランの作成まで同一のケアマネージャーに依頼できることとし、暫定の認定をそのまま本認定として取り扱えるような仕組みを作りました。これが福島県の相談支援専門職チームの活動の発端です。実際からするとなかなか外部からの支援が頂けなかったというところがあるので、自前でなんとかしなければいけないというのが本音かもしれません。

そして中期対応として一次避難所の支援です。当時、いわき市の住民の方が避難しているところもありますが、相双地区、つまり原発の避難地域の方々の避難所も混在していました。当然ながらそこはご自身も避難生活を送っている役場職員が避難所の運営に当たっていますので、非常に疲弊している状況がありました。また、いわき市の避難所と比べると混乱をしている印象を受けたので、我々の方では相双地区を対象として支援に入っています。

物資の管理、例えばここです。体育館の外側で物資、食材を管理しているのですが、衛生上の問題、こういったポータブルトイレで感染性の胃腸炎などが流行するようなことにもなります。もしくは、たまたま隣に避難をしてきていた避難者の方が認知症のおばあちゃんを介護しているような状況が震災1カ月後の状況でもまだまだその状況が残っていました。

そこでなんとかしないといけないと思いました。はじめは提案や助言という方法を取ったのですが、たぶんに批判とも取られやすかったと思います。やらなければならないけどできない、やりたいけどできないという気持ち、心理的支持をしてあげること、負担感の共感をする、そしてそんなことを言うなら自分から行動すればいいわけですから、率先して行動を取っていくというバックアップをするよう心掛けました。

素晴らしい理想的な取り組みではなくて、寄り添いと緩やかな支援と書きましたけど、今刻々と状況が変化していて、非常に劣悪な疲弊した状況の中で、ガツガツとこちらから行って「こんなことをしたらどうでしょうか」と言われることは非常に負担だということです。ですので、寄り添いと緩やかな支援、たぶんそれが現場での理想的な取り組みなのではないかという思いです。つまり一時的な支援というものは、受け側からするとかき乱される、かき回される、今までの状況も分からないくせにという感覚とか思いを抱くこともあることを認識しておきたいところです。

そして二次避難所から仮設住宅の支援に移っていきます。われわれの総合相談活動だけでなく、リハビリ職と一緒に動きましたので、リスクマネジメント、介護予防のアプローチ等々を含めながらやっています。住民同士のソーシャルネットワークの形成支援、地域・住民の方々の力・強みを引き出すエンパワーメントの重要性を考慮しつつ住民の方と一緒にできるような仕組みを作り意識した支援に切り替えてきています。

1つの例ですけど、これもお配りしているので、その通りお読みいただければと思います。住民の方が主体となって運営できるように支援していきたいということで、住民の方々と一緒に活動するということを意識しています。先の見えない状況、終わりの見えない中での支援。この時期になってくると、支援者というか私たち専門職の方も通常業務があるので、当然ながらマンパワーもすでに不足している状況にあります。ですので、一緒に動けるような支援者を増やしていく、育成していくという側面的支援に少しずつ切り替えているのがちょうど7月、8月ぐらいの時期かなと思います。

例えば、LSAや民生児童委員、社協、行政職員向けに傾聴に関する研修を試みたり、アクティビティのプログラムを提供したり、その技術を提供したり少しずつ側面的またはアカデミックなサポートを心掛けています。

時間経過の側面から見たソーシャルワーカーの支援内容と役割の変化なのですが、危機的状況下から現在に至るまでいろいろな実践をしてきましたが、とにかく言えるのは個別化の重要性なのだろうなということです。集団だけを見てしまうと、非常に分かりにくいですが、やはり個が集まっての集団なので、個々人にしっかりフォーカスしながら実践を繰り返す必要があると思っています。

発災直後から現在の活動のまとめなのですが、情報統制、ネットワーク、コーディネート、介護、住環境調整等々書いてありますけども、これは日ごろのソーシャルワーク実践、日常の業務と何ら変わらないことであると言えます。何を言わんとしているかと言うと、今回のテーマに置き換えると、アイデンティティを同じくするソーシャルワーカー同士ですから、同じ場にいれば、その後方で支援できること、やっていただける部分がたくさんあると思うということです。

現在の状況も踏まえてというところを少しお話をさせていただきます。現在、震災関連による社会的問題と表面化する不安の実際ですが、孤独死の問題、うつ、精神障害、自殺の問題、アルコールやギャンブル依存の問題、DV 等々が表面化してきています。仮設住宅などで見られるのは、被災者の生活再建の実態にばらつきや、取り残され感の不安の増大、見通しが立たない不安の増大などが挙げられます。

まとめに入っていきます。内部支援と外部支援を考えるということで、先ほど触れた通り、危機的状況下における施設内支援がやはり重要だと思いますし、後方支援も重要だろうと思います。

とりわけここで触れておきたいのは情報支援です。広報とここに書いてありますが、いわゆる情報を発信する発信力が非常に問われます。私たちの状況はこうなっていますというような発信です。そして先ほど言った通り、後方から情報を要約していただけるような情報支援が有効なのではないかと思っています。

中長期的なところで考えると、先ほども触れている心理的負担を最大限考慮する必要があるということです。継続できない一時的な支援は、本当に負担感が大きいです。残される地元の専門職の孤独感と一応表現はしましたが、見捨てられ感といいますか。そのような思いも考慮すべきだろうということです。

そして来訪にかかる負担の考慮ということで、これはボランティアの心得などいろいろなところでたくさん書かれていますので、自己完結でというのは当然なのですが、でもその中でもやはり来ていただく方はありがたいけど、そこでもまた負担があるということ、ここも考慮する必要があるだろうということです。

そして地元の支援者との協働と側面的支援です。地元の支援者が活動することは非常に重要だと思います。そして孤立しがちな避難生活、特に借り上げ住居での生活は、広域に拡散しているので孤独になりがちです。見守りや声掛けを強化していかないといけないだろうということです。

地元の支援者は同じ被災体験をして、自身も避難生活を送っているまさに当事者である

ということをお忘れてはいけません。当事者である支援者が同じ郷里の住民を支援するということは大きな意味を持ちます。ただ、少し長くなってしまいますので簡単に言うと、同じ町民を支援者という形で業務で行っている人と、賠償をもらってそのまま支援を受けている側という住民間の微妙な心のずれというか思いがあるのも事実だと思います。

当事者同士だからこそできる共感、分かち合い。特に急性期というか発災直後に関しては非常に有効だと思います。分かち合いができるというのは本当にいいことだと思います。ただ、当事者同士では話せない苦悩というものもあります。例えば、3区域に再編された避難区域ですが、賠償のあり方が変わってきます。同じ町民、同じ社会資源を利用しているのにです。それを同じ町民の中ではお話しできなかったり、「がんばりなよ」というような共感のところから、先ほどの個別化のところに話を落としていくと、「私は実はあなたとは違う」という思いがなかなかその場では言えないものです。そこで外部からの支援は今の時期非常に重要なのではないかと考えています。

終わりということで、先ほどお話しした通り、日本で唯一の仮設老健です。仮設檜葉ときわ苑というところ。仮設にこめられた思いは、必ず戻るという決意を表出している状況にあります。ただ、一方で若い職員はなかなか戻りにくい、そしてその若い職員も当事者です。私たちは利用者だけでなく職員も含めて、その思いをしっかりと聞いて、その人の思いを尊重して、尊厳を守りながら業務も行っていくということに日々取り組んでいます。私の実践活動のご紹介と振り返りでした。ご清聴ありがとうございました。

鈴木幸一氏 レジメ



ひとりひとりが復興に向けて歩みはじめよう。  
そして、ふくしまから、新たな流れを創っていこう。

福島県は、大震災そして原子力災害から必ず立ち直ります。  
福島県の復興は、新たな社会の可能性を示していくということでもあります。

ふくしまから新たな流れを創っていきたい。  
「ふくしまからはじめよう。」は、  
そうした、未来への意志も込めたスローガンです。

## 被災地での内部支援と外部支援を考える ～支援する側受ける側、両側面を経験して～

公益財団法人ときわ会 常磐病院  
社会支援課 ソーシャルワーカー  
鈴木幸一



## ときわ会グループ

「一山一家」の理念の下、グループ法人を展開しています。



### 公益財団法人ときわ会

- ・常磐病院
- ・いわき泌尿器科
- ・泉中央クリニック
- ・訪問看護ステーションきゅあ



### 医療法人社団ときわ会

- ・北茨城中央クリニック
- ・大塚台クリニック
- ・余丁町クリニック
- ・富岡クリニック (休診中)
- ・仮設楢葉ときわ苑 (老健)
- ・小名浜ときわ苑 (老健)
- ・ときわ会  
居宅介護支援センター
- ・Well (サ高住)
- ・ルピナス (D.S.)



### 学校法人志向学園

- ・かなや幼稚園

### 社会福祉法人光美会

- ・人生の里 (D.S.、居宅)
- ・富岡町高齢者等サポートセンターいづみ (富岡町運営委託事業)  
デイサービス  
地域交流スペース  
配食サービス  
仮設巡回・見守り
- ・富岡町地域包括支援センターいわき支所 (職員派遣)



富岡町高齢者等サポートセンターいづみ (2014.11.1開所)



## 東日本大震災における いわき市の被害状況等

### 人的被害

《死者》310名

《行方不明者》0名(死亡認定37名)

### 市内の避難所の状況

避難所最大数 : 127ヶ所

最多避難者数 : 19,813人 (3/12午前10時)

8月20日全避難所閉鎖

### ライフラインの被害

《水道》 3/11 市内全域断水(復旧率:3/24 50%,4/10 96%)

4/11 市内全域再断水(復旧率:4/13 45%)

4/21 市内全域復旧 (津波・地滑り地域を除く)



## 東日本大震災における いわき市の被害状況等

### 公共交通の状況

高速道路 常磐道解除:3/21  
磐越道解除:3/24  
鉄 道 磐越東線再開:4/15  
常磐線段階的に再開:4/11～  
高速バス 東京線:3/18一部再開  
路線バス 一部路線で運行再開:3/22

### 生活への被害

《物資》生活物資の不足～物流への被害～  
店舗休業、水、食糧、生活用品、ガソリンの不足  
《医療》  
水、薬、診療材料、人員の不足⇒休診



## 災害発生～初動(発災直後～2・3日)

- ✓ 福島第1原発1号機で水素爆発
- ✓ 外部被曝サーベイ開始、患者受け入れ
- ✓ 久之浜地域避難勧告
- ✓ 情報の錯綜

- 院内巡回、被害状況確認
  - 建物被害対策
- EV停止(夜復旧するも余震で繰り返し停止)
  - 患者搬送、配食
  - 救急患者搬送対策
- トリアージ体制をとったが地震関連は少数
- 救急車も被災地域に入れず、災害電話使用不可
- 情報が無いことの不安



## 初動～初期対応(3日～2・3週)

- ✓ 福島第1原発3号機で水素爆発
- ✓ 20キロ圏内に残っていた住民600人に屋内退避勧告
- ✓ 情報の錯綜(チェーンメール類の情報も急増)
- ✓ 自主避難者激増

- 情報収集、正確な情報へのトライアージ
- 3.16 転院調整開始
- 3.19～消防とのホットラインを担当  
(電話回線、人・情報の混乱)
- 転院先確保から搬送調整まで一貫して担当
  - 情報の統制が図れた
  - 緊急時の後方支援の重要性を痛感
- ネットワークとコーディネートの重要性



## 発災～初動時

### ■ 施設内支援の重要性(内部支援)

- 記録(搬送、活動など)
- 調整(Tel、書類など)
- 報告(データ収集、文書作成など)

### ■ 後方支援の重要性(外部支援)

- 患者受け入れ
- 患者搬送・物品搬送
- 患者搬送後の家族のフォロー
- 情報、社会資源等の整理・要約 など

## 中期対応(数週間~2・3か月) 一時避難所の支援活動経過

医療ニーズから生活ニーズへ

- 4.11 PTと避難所同行訪問開始  
(スクリーニング・ニーズ調査)
- 4.15 当院医療チーム避難所訪問再開  
(個別リハビリ開始)
- 4.18 介護保険暫定利用について県調整、  
いわき地区相談支援専門職チーム発足へ
- 4.20 いわき市医師会・JMATミーティング参加開始  
(医師会・保健所とのネットワーク構築へ)
- 4.21 JMATからのリハビリオーダー開始
- 5.3 JMAT終了
- 5.9 いわき市保健所でのミーティング開始

「医療チーム」  
「相談支援専門職チーム」両側面からの支援



## 「福島県相談支援専門職チームの設立」

- 平成23年4月8日 第1回打ち合わせ会(BPF方式)
  - 県4団体(CM、CSW、PT、MSW)と県介護保険室、日本CM協会
- 平成23年5月22日「福島県における相談支援専門職チーム活動説明会」
  - 福島県からの委託事業となる
  - 地域支え合い体制づくり事業(被災者生活支援等)
  - 事業名『福島県仮設住宅等被災高齢者等生活支援のための相談支援専門職チーム派遣事業』
  - 県内専門職6団体でスタート  
介護支援専門員協会 社会福祉士会 医療ソーシャルワーカー協会  
理学療法士会 作業療法士会 精神保健福祉士会

### 【介護保険サービスの提供について】

- 県で一次判定し暫定で確定(医師意見書提出なし、認定調査の委託料なし)
- 仮認定調査から暫定プランの作成まで同一CMIに依頼、短時間でサービス提供へ。

## 中期対応(数週間～2・3か月)「一時避難所の支援」

- 相双地区(原発避難地域)行政機能は混乱、職員の疲弊
  - ✓ 役場職員も避難者であり、家族と離散している状況
- 避難所の環境の格差
  - ✓ 物資(管理)、食事(炊出、栄養)、衛生環境等
  - ✓ 要介護者への対応(介護、住環境等)
    - ◆ 介護保険暫定利用支援
    - ◆ 環境改善(衛生環境、生活環境等)
    - ◆ 総合的支援の継続
- 役場職員の支援(信頼関係の構築)
  - ◆ 提案・助言(批判ともとられやすい)  
ではなく心理的支持・負担感の共感と自らの行動。
  - ◆ 素晴らしい・理想的な取り組み ≤ 寄り添いと緩やかな支援
  - ◆ 一時的支援 → 掻き回される(乱される)感は否めない

## 長期対応(3か月以後) 二次避難所・仮設住宅支援

- ✓ SWの総合相談活動
- ✓ PT、OTによる介護予防のアプローチ
- 平時の対応スピードや対応人数、  
援助プログラムでは対応しきれない。
  - ◆ リスクマネジメントの重要性
- 住民同士のソーシャルネットワークの形成支援
- 変遷に伴い、地域・住民の方々の力(強み)を  
引き出すエンパワーメントの重要性



## 長期対応(3か月以後)仮設住宅支援

- 主に檜葉町応急仮設住宅の支援(8割が60歳以上)
- 住民のニーズ(交流の場、介護予防等運動)

具体的活動(継続性の担保;毎週土曜9:30~)

場所:仮設住宅内集会所、サポートセンター

- ◆ 住民ニーズのある介護予防(集団リハ)を主体。また、健康を切り口とした講話などを行い、外出を促す場所、参加してみようと思ってもらえる工夫、きっかけ作り、継続性を考慮し、「集い(交流)の場」提供。

後には・・・

住民(自治会等)が主体となって運営できるよう支援

先の(終わりの)見えない中での支援、マンパワー不足  
→支援者の増と育成、側面的支援へ



## 発災からの時間経過の側面からみた SWの支援内容(役割)の変化

### 危機的状況下における調整

- ・ 転院・搬送調整・コーディネート
- ・ ネットワーキング

### 個別アプローチ(ケースワーク)

- ・ スクリーニング、ニーズ調査
- ・ 面接アプローチ

### 集団アプローチ(グループワーク)

- ・ 「集いの場」の提供、コミュニケーションの促進
- ・ 住民同士の相互(交互)作用を意識した意図的なアプローチ
- ・ コミュニケーションの質が重要

### アカデミックサポート

- ・ 専門的技術向上に寄与
- ・ 研修会等の開催(「傾聴」「面接技術」等)

個別化の重要性

## 発災直後～現在の活動 まとめ

- 発災直後の病院での業務
  - 転院・救急搬送調整
  - 情報の統制、ネットワーク、コーディネート
- 一時避難所支援
  - 介護、住環境調整
- 仮設住宅支援
  - リスクマネジメント、ソーシャルネットワークの形成支援、エンパワーメント

日頃のソーシャルワーク実践  
日常業務と何ら変わらない



## 震災関連による社会的問題と 表面化する不安の実際

- ✓ 孤独死
- ✓ うつ等の精神障害、自殺
- ✓ アルコール依存、ギャンブル依存
- ✓ 家庭内暴力、配偶者間暴力(DV)、児童虐待
- ✓ 閉じこもり、廃用症候群(生活不活発病)
- ✓ 認知症発症のリスク など

- ① 被災者の生活再建実態のバラつき
- ② 取り残されの不安の増大
- ③ 見通しが立たない不安の増大 など



## 内部支援と外部支援を考える(発災直後～初動)

- 危機的状況下における施設内支援の重要性(内部支援)
  - 記録(搬送、活動など)
  - 調整(Tel、書類など)
  - 報告(データ収集、文書作成など)
- 危機的状況下における後方支援の重要性(外部支援)
  - 患者受け入れ
  - 患者搬送・物品搬送
  - 患者搬送後の家族のフォロー
  - 情報、社会資源等の整理・要約 など
    - 情報(広報、後方)支援の重要性



## 内部支援と外部支援を考える(中～長期的)

- 心理的負担の最大限の考慮
    - 継続できない一時的支援への多大な負担感と、  
残される地元専門職の孤独感
    - 来訪に係る負担も考慮
      - ✓ 交通手段、宿泊、食事など自己完結で
  - 地元の支援者との協働と側面的支援
    - 避難元の住民が支援者として活動することは重要な要素
    - 孤立しがちな避難所生活には、見守りや声かけの強化が必要
    - 地元の支援者は同じ被災体験をし、自身も避難生活を送り、まさに当事者である
    - 当事者である支援者が同じ郷里の住民を支援することは大きな意味を持つ
- 当事者同士だからこそできる共感・分かち合い
  - 当事者同士では話せない苦悩



**大島**：鈴木さん、どうもありがとうございました。鈴木さんは実践報告等でいろいろなところから引っ張りだこで、大変お忙しい中、今日は来ていただきました。では、ご質問はありませんか。では、このあと皆さんの質問用紙等も回収しながら、どんなところをディスカッションしていくかを整理したいと思います。15分ぐらいお時間を頂きたいので、3時5分から再開いたします。

## 討論

**大島**：それでは後半の討論に入ります。できれば皆様方とのやりとりの中で、今日出てきたことを整理しながら、これから何を私たちは考えていったらいいのかというところまで持っていけたらと思っております。どうぞよろしく願いいたします。まず質問をいただいたものをご紹介します、発題者の先生がたにお答えいただくような形にしたいと思うので、それを読み上げましたら、先生の方にお任せしたいと思います。

まず、梅崎先生には質問が多かったのですが、災害におけるトラウマ体験者の割合はどのぐらいなのですかということ、また、同じ方からですが、鈴木さんに対しては、ドメスティックバイオレンスの事例については、女性から男性へということに限定されていらっしゃるのでしょうか。そして、そういう問題を抱えている人たち、被害件数等はどのぐらいなのか、多くなった、少なくなったという変化があるのかというご質問です。まずこれにお答えいただければと思います。

**梅崎**：私も協力させていただいたデータの中の災害におけるトラウマ体験者ということなのですが、トラウマ体験が、例えば PTSD の心理テスト等で点数がある一定になったということの意味されているとすれば、そういうことは取っていませんので分かりません。

私の報告したデータの中で、自身にトラウマ体験があるということについては、お配りした資料の中にすでに記載していますが、自身に被災した体験があるかどうか、原発避難の体験があるかどうか、それから難病や大きな事故、もしかすると小さいころの家族との関係での虐待の体験や性的な虐待などもすべて含めて聞いています。

それについてはお手元の資料でまとめてページ数では 4 ページになります。表 1 の基本的属性、基本属性と個人要因のところ、トラウマ体験ということで「あり」という方が 20 名、18.2 パーセントとなっています。被災での体験は 49 名、44.5 パーセント、原発での避難は 11 名、10.0 パーセントです。

**鈴木**：私には、DV の女性から男性への数、被害件数、もしくはパーセンテージというご質問をいただいているのですが、申し訳ございません。私の方でその実数を調べていません。また把握もできていません。載せました資料については、警察発表が行われた資料をもとにお話をさせていただいています。

ただ、印象としてというところですが、女性から男性の DV は今メディアなどでも取り上げられていますけど、私は女性から男性というケースに関わったことが実は今までありません。また、少し想像すると、原発避難地域は多世代家族、4 世代などの家族が男尊女卑というのはおかしいですが、男の人が家長としているというようなところがあります。逆転の男性から女性、奥さんへの DV のケースは、パーセンテージは分かりませんが、そういった社会背景や地域性を考えると、男性から女性へというものの方がやはり多いような印象を受けています。すみません。答えにはなっていませんが、代えさせていただければと思います。

**大島**：はい。ありがとうございます。副田先生、何かございますでしょうか。

**副田**：今のデータに関連して、お二人にお聞きしていいですか。梅崎先生の方への質問ですが、4 ページにトラウマ体験の下にクライアントからの暴言・暴力によるトラウマとありますね。これは震災以後の話ですか。それともその方のこれまでの支援の中でということですか。

**梅崎**：これまでの支援の中です。

**副田**：そうなのですか。それを鈴木先生にもお聞きしたいのですけれど、先ほどアルコール

依存症やDV とかが増えてきているということでした。それだけいろいろな困難な状況の中でストレスがたまってきたことの 1 つの表れだと思うのですが、そういう支援者に対してのバイオレンスというか暴力、暴言なども含めて増えているのではないかと思います。

行政、町役場の一線で座っていると、住民の方から罵声を浴びせられるとかと聞きました。そういう意味で震災以後、第一線で働いている人たちがそういう利用者の方たち、住民の方たちからの暴言・暴力みたいなことで疲弊するということはないのでしょうか。

**鈴木:** 往々にしてあると思います。避難所的时候はもちろんそうでしたし、いま仮設住宅や借り上げも含めて多いと私は認識しています。例えば、権利意識、要は被害者意識がどこか根底にあるので、私たちは悪くないのに、移転させられているのにという思いをぶつける先がやはり矢面に立つ行政だったりします。田舎なものですから、住民からは行政も社協も地域包括もみんな一色単に捉えられている節があると思います。

行政の人間だと思っている状況がもともとの体質でありますから、そうなる行政ではない立場で行っているソーシャルワーカーなり保健師なりがその思いをグッと聞くしかないという状況の中で非常に辛い思いをしていることもあると思います。

また、実数が上がっているのかどうか分かりませんが、たぶん表面化してきているのは、今まで家の中で渦巻いていたとか表面化してこなかったことが、集団で生活することになったりすることで表面化していることもたぶんにあるのだろうと。つまりそれは面接の中で「今までどうだったの」という話を聞いていくと、「実は」ということが今まで隠されていた、隠していた、良妻賢母とか奥さんの思いがグッと吐き出されるような場面もあるのだろうと思います。

**副田:** 支援者の方も大部分は当事者というか被災者なのですよ。

**鈴木:** その通りです。

**副田:** だからそう言われて自分だってつらいのにと、すごく複雑で大変だろうなと思います。

**鈴木:** 本当にそう思います。先ほども少し触れましたけど、要は事業を興すときに当然ながら地元の住民の方をなるべく雇用したいので、そこで雇用しますけど、その人も被災者で給料はもらうのですが、同じ隣近所の方が利用者としてやってきて、そこに対して要は支援をしなければいけない状況がありますから、その職員と面談をすると、「私だって被災者なのに」ということをポロッと言われたときに、ハッと気付くときがあります。対応とか説明とかとお話ししているけど、ああそうかということを経営側もまた気を付かなければいけないというデリケートなところは現場ではあるかなと思います。

副田：よく分かりました。

大島：今日、会場にいらしている方々の中には、被災地で支援を展開された方や災害支援をご研究されていらっしゃる方もいらっしゃると思います。そのほかの方でもどうぞ、このような形で、議論を進めながらまいりたいと思います。何か質問や意見のある方、どうぞご遠慮なく、挙手をお願いいたします。

では、質問紙に戻ります。また梅崎先生の方に来ていただきます。これは現場の方からだと思います



が、調査におけるスーパービジョンの定義について、どのような形でこの調査においてスーパービジョンを定義したかということをお教えください。その上で被災された調査対象地域外の一般的なスーパーバイザーの有無との数値面での比較についてご教授くださいというものです。

梅崎：今回の調査では、対象をもっぱら病院のソーシャルワーカーや精神保健福祉士協会という資格を持っていることを想定している人たちにしていますので、スーパービジョンという言葉そのままを使っています。その前に菅野先生とご一緒した調査のときには、実は福祉事務所からかなり回答いただいていて、そのときの自由記述の中に、福祉事務所の職員をソーシャルワーカーとしてよいのかというご意見もありました。ただ、福祉事務所の方たちの活躍なくして被災地の支援は考えられないと思っていたので、その際にはスーパービジョンを福祉の専門的な相談という言い方で聞いていました。ですから今回は当初から、福祉事務所にも聞いていますが、もっぱら社会福祉士と精神保健福祉士を分析対象としようとしていたので、スーパービジョンという言葉で表現しています。

それから対象の地域外という質問ですが、調査時点が被災から3年を経ているので、すでに被災された方たちは内陸部の仮設住宅に移っています。2年目の菅野先生とご一緒したときには、沿岸部の被害が大きかった地域だけを対象にしましたが、今回はあえて内陸部も対象にしています。というのは沿岸部には仮設住宅がないので、内陸部も調査する方が妥当だし、全地域を対象にすべきと考えたからです。

ですから調査の対象地域外ということは、被災されている地域をどう特定するかということについて、この質問をされている方がどのようなお考えで質問して下さったのかやり

とりができると、もう少し議論できるかと思います。今回の調査は宮城、岩手、福島のすべての医療ソーシャルワーカーと精神保健福祉士協会の会員に聞いたということがほとんどもっばらです。よろしいでしょうか。

**質問者：**社会福祉士会員の佐藤と申します。ご回答ありがとうございます。質問の意図としては、私も社会福祉士ですが、スーパービジョンと言われて、自分がスーパーバイザーがいるかと問われたときに、契約をしっかりと交わしている人をスーパービジョン関係といえるかなど回答に少し戸惑ってしまうなと思ったのです。まだ日本の福祉現場ではスーパービジョン関係が確立されていないという現状認識もありますので、一般的な意味のソーシャルワーカーの職場でのスーパービジョン関係の部分と震災に関わる場所でのスーパービジョンとの違いを聞いてみたかったのです。

**梅崎：**はい。分かりました。言ってくださったスーパービジョン関係というのは、認定社会福祉士の関係でスーパーバイザーと契約をするという話が出ていることに関連しているのかなと思いました。認定社会福祉士のスーパービジョン関係というのは、たぶん最近始まっていますので、私も登録しましたが、登録してスーパーバイザーになっている人たちも確か2年か3年くらい前ですね。ですので1回目の調査のときにはそういうスーパーバイザー関係というものはほとんど広がっていませんし、調査をした段階でもそれはほとんどないと考えています。

日本医療社会福祉協会（医療ソーシャルワーカー協会）と日本精神保健福祉士協会は、私は両方の会員ですが、社会福祉士、精神保健福祉士という資格ができる前からスーパービジョンをずっと協会の中で研修してきていたので、そうした脈絡の中でスーパービジョンを理解されているかなと考えていますし、そのように回答いただいたと理解しています。

それから被災した方への特別なスーパービジョンなのか一般的なスーパービジョンなのかというお尋ねだと思うのですが、これはその区別をせず聞いていますので、もしかすると被災地にはたくさんの支援としてスーパーバイザーの方も行っていらっしゃると思いますので、その特別な支援を受けたスーパーバイザーを得ていた方もおそらくいたでしょうし、そうではなく、業務の中で上司から受けている人もいたと思います。ただ、お示ししていませんが、ほとんどのスーパーバイザーが上司でした。

**大島：**はい、ありがとうございます。今の業務での上司の方がスーパーバイザーになっているケースが多かったということですね。笹岡先生、協会というか組織的にはある地域に専門職が入って、その方がスーパーバイザーというかアドバイザーのようなことをされているという実績があるかと思いますが、スーパービジョンのあり方というようなものを含めて事例等でも結構ですので、何かございますか。

**笹岡**：私どもの協会の石巻市への支援から申し上げます。2年前に社会福祉士協議会の方にアドバイザーとして当協会から職員を派遣しました。話は少しずつれますけど、私どもの協会は、最初から支援者を外部支援の方と常駐の職員を置き、支援してまいりました。常駐の職員を置くことでは、スーパービジョンはとても重要だと思いますので、2年目から月に1回スーパービジョンを導入しています。それが去年の1年間が一番職員であるMSWのニーズが高かったのです。そうするとやはり外部支援者のある意味で病んでいる土地に移り住むという人たちのストレスは、私が思っていたよりも深かったのです、そういう意味でスーパービジョンは必須だと思いました。

もし次があるとするな、団体としてはきちんと常駐の人を置くということが大切だし、その人への支援としてはスーパービジョン体制をしっかりと組む必要があると思います。来年3月に3年間のまとめとして、ケース検討会議の中で、スーパービジョンの効果を考えるための発表会を行います。それを踏まえた上で、やはり今回の3人がやっているスーパービジョンの効果について、今後きちんと検証していきたいと思います。すみません。少し話がずれました。

**大島**：ありがとうございます。外部支援者として入った方へのスーパービジョンということですよ。

**笹岡**：それがとても重要でした。

**大島**：ありがとうございます。ほかにもございますか。はい、どうぞ。

**質問者**：梅崎先生と鈴木先生にお伺いします。私は診療所に勤めているMSWなのですが、私の上司である医者が災害医療の学会に出たときに、仙台での主催だったのですが、現地ではネットなどのツールが役だったという意見をその場で受けたという報告を聞いているのですが、インターネットなどのツールを使わなかったのでしょうか。

**梅崎**：インターネット調査のことですね。

**質問者**：インターネット調査というよりも、そういうツールが被災地で役に立ったと聞いているのですが、そういうツール自体の利用、調査も含めてお伺いします。

**梅崎**：私に関しては、支援は支援で別途していて、この調査は非常に発災後の混乱していたときではなく、2年後に調査した結果です。この疑問を明確にしないと、本当に東北のワーカーの支援にならないと思ったものですから再調査をしたので、そのようにネットで支援するという考えはなかったのです、郵送で行っています。

あとインターネット調査の場合には、個人を特定できる可能性があります。本人の個人的なトラウマ体験なども聞きますから、郵送でもかなり心理的な抵抗感が強いと思ったので、郵送で各県協会の協力を頂いていますが、返送のときには封をしてもらい誰にも見られない形で返送いただくというふうにしました。

**鈴木:** 想像すると、たぶんタブレットを配ってそれで何かいろいろテストをしたという事案のお話なのかなと聞いたのですが。

質問者: 私が伺っているのは、タブレットもそうなのでしょうけど、コンピュータ自体が、要するに例えば石巻の赤十字病院か私立病院は看護協会で受け入れをしていたとか。そういうところがほかのところと連携を取るのに、電源がない中でもコンピュータの電源は入るので、インターネットでやりとりして、搬送や福祉関連のものをしているということを知ったことがあるのですが。

**鈴木:** 少し調査と別のところでお話をさせていただくと、電話回線はパンクしているということはまず1つあったのですが、災害電話を含めて全くつながらなかった状況がしばらく続いていました。ただ、インターネットは比較的早くにつながったものですから、基本的にツールはやはりメールやネットの方が多かったです。

あとは電話の場合はそのときつながらなくても、メールであれば当然ながら入ってきます。ものすごい件数が入ってくるのですが、そういった意味ではやはりメールは有効でしたし、この情報を拾いに行くという意味でもやはりインターネットはよかったのだらうと思います。

ですからデスクトップではない状況を想定しなければならないのですが、ノートやタブレットで情報を拾いに行くということは可能だったので、それを持ち歩いてモバイルでやりくりをしていました。一時避難所の中では電源が使えなかったのでなかったもので、そういう方法を取ってはいました。

調査の方は、実は例えばドコモさん、ソフトバンクさんなどいろいろなところから支援を受けられたので、タブレットをいろいろな補助金を使いながら町民に配布してストレステストなどをやっていた事案はありました。調査にフォーカスすると、梅崎先生がやられたのは回収率の問題と先ほどの個人の問題と、あと聞かれる内容が結構ヘビーなところが多かったものですから、私もやりましたので、たぶんネットだと回収率はもう少し難しかったのかなという印象は受けています。その2つからお答えをさせていただきます。

**大島:** ありがとうございます。それでは、藤岡先生にもご質問がきておりますので、読ませていただきます。パワポ資料の中の共感疲労を中核とするモニタリングによる支援者の支援者支援項目にある、活動前から1カ月後のフォローとは、具体的にどのような内容なの

でしょうか。また、チームの中に最低1人支援者支援ができる人を置くということ必要ではないかという提案がありましたが、支援者支援ができる人というのは、どのような人であり、必要なスキルは何でしょうか。こちら組織的な支援をお考えのようなどころからのご質問です。当会では支援者支援、災害支援チームを設置しようとしていますので、教えていただければ幸いですという補足をいただいています。お願いします。

**藤岡:** 今日発表させていただいた中でできなかったことをご質問いただいているので、お答えするチャンスをいただいて感謝申し上げたいと思います。

実は、頻繁に出てくるチャールズ・フィグリーという先生は、ニューオーリンズのトゥーレン大学の災害のレジリエンスリーダーを養成する特別な1年間プログラムをする、言うなれば専門職の大学院のようなどころも担当していらっしゃる方で、そのプログラムをずっと構築しています。

ニューオーリンズは、ご存じのようにハリケーン被害があつてから相当な被災者への支援と、そして何よりも支援者をうまく養成できていなかったという全米の反省があつて、そういうところを特化して作ろうというプロジェクトの中でできたところなんです。その中には1年間かけて災害時のリーダーを養成するプログラムがあります。なんとかそれを日本に導入したいということで今考えています。

ご質問いただいたように、援助者支援ができる人というのは、そういう意味で支援の中におけるリーダーを養成しよう、これから南海トラフなどいろいろなところがあるので、そういうところを各自治体の中で特化してプログラムを作っていこうということが今度は必要ではないかなと思っています。社会福祉士の方々にはそのリーダーになっていただくようなプログラムをとということも今考えているところです。

内容的には、今日お話しさせていただいたものや、今日も発表があつたように、災害の初期からの中で支援者がどう振るまうべきかといった非常に具体的なロールプレイングなどがプログラムの中に含まれているということです。そういう方々が全米に散らばってどこで災害があつてもいいようなシステムが今できあがってきているということです。

ただ一方で、日本には日本の事情や特徴があつて、例えば共感疲労を発表させていただきましたが、フィグリー先生は、共感疲労は少なくなれば、それが援助者にとっては楽になるだろうというお考えなのですけれども、私たちは日本人なので、むしろつらさを抱えて、抱え込みながらもそれを1つの自分のアイデンティティにしながら、疲れているけどしっかり関わっていく。つまり疲れるということとはがんばっている証拠なので、それを解消することを目指すべきではないのか、と言ったら、フィグリー先生は「非常にスピリチュアルだ」と言われました。

全然スピリチュアルでもなんでもなくて、援助者支援というサイエンティフィックなことだと考えると当然のことではないかと思うのですけれども、ただ、そういう意味では日本で発信する援助者支援というのがおそらくそういうこともあるのではないかということをお

ています。今日のご発表を聞いていても本当に疲労がなくなることが意味があることではなく、疲労感を抱えながらも続ける仕組み作りというところが大事なことかなということを感じているところです。

それから時期によつてのフォローは、そういう意味では、活動前に一定程度の研修をしっかり受けたり、戻ってからも1カ月ぐらひはフォローしていかないと、外部での支援の場合は、自分のもとの職場に戻ったときに混乱する可能性は出てくるので、その目配せをしっかりと1カ月ぐらひはしていきましょうよというのは、援助者支援としてとても大事なことです。

私は、ある程度の人数の人たちの直接的な支援もやってきているのですが、実際に調子を崩す人もいらっしゃいます。そういう人はやはり気付いてあげて「ちょっと怒りっぽくなったね」「普段温厚だったのに臨床の仕方が変わってきたね」ということがあったときに、実はそれは本人が気が付かない中での被災地での体験が影響している可能性があるということ、分かっていて変になるのと、分からないで不適応感を抱えるのでは、それは違うのではないかなということ、かなりフォローアップも大事ではないかなということを感じているところです。もう少ししゃべりたいこともありますけども以上です。

**大島**：ありがとうございます。藤岡先生、何か補足でしょうか。

**藤岡**：先ほどのSVのこともピアなのかSVなのかとは少し考えないといけないことだと思います。

おそらくこのレジリエンスリーダーというのは、スーパービジョンをする人というよりは、感覚的にはピアを重視する中で自分は1つの役割になっている、ピアだけ担っている、ある人は別の役割を担っていく、自分はそのチームの中のそういう部分になっているというところが必要で、おそらくスーパービジョンで何が必要かというところの論議とピアサポートという部分の論議と援助者におけるピアサポートというのも分けた方がいい、分けて検討すべきではないかとも思っています。

**大島**：なるほど、そうですね。ありがとうございます。何か会場の方からあるようです。どうぞ。

**質問者**：東京社会福祉士会の山本と申します。実はいろいろ組織体制を作り上げて災害支援協力員の募集をかけて、やっと人数が集まって今度12月に災害支援基礎研修を皆さんに受けてもらった上で災害被災地に派遣するという仕組みを作りました。第1回の基礎研修の中にも、支援者の目、ケアについても入ってはいるのですがまだまだ不十分で、そこをもう少し重視した形で取り組みたいという思いもあります。

そういったところで質問させていただいたのですが、先ほど先生がおっしゃっていた

レジリエンスリーダー養成プログラムというのは何か今後一般でも受けられるような形であるのでしょうか。

**藤岡**：そうですね。それはこれから作っていくようにしたいと思っています。英語ではあるのですが、ホームページでトゥーレン大学を引いていただくと、そのプログラムはパワーポイントのデータも含めて公開されています。ただ、その辺のところももっと作っていかないといけないと思っていますところでは。

**副田**：先生、何大学とスペルを書いてください。

**藤岡**：トゥーレン大学（Tulane University）ですね。ニューオーリンズにあるトゥーレン大学です。

**副田**：レジリエンスリーダーと入れても出るかもしれないのですか。

**藤岡**：そうだと思います。レジリエンスリーダーのアカデミーです。

**大島**：はい。ありがとうございます。会場の複数のかたから手があがっているようですが、まず、そちらからお願いいたします。

**保正**：立正大学の保正と申します。ありがとうございます。たぶん今の質問と関連するところなのですが、先生のパワーポイントの15ページの左上の図の最適な共感疲労のところ、先生がおっしゃられた、被災地で支援観などが揺さぶられて、それをまた再構築してきたところが非常に印象的でした。今回再構築をしたというのは、自然に日常生活を送る中でしたのか、あるいは、なんらかの特別なサポートがあっただけなのか、その辺りをもう少し伺いたいです。

**藤岡**：ありがとうございます。極めて個別的なサポートの中で起きていることを事象として取り上げています。当初2011年のときのことを思い起こすと、被災地に行かれるともっと共感疲労は高くなるのではないかと正直思ったのですが、意外と時間差で出てくるということがありました。つまり体験の方が先にきてしまって整理がついていかない。

ただその整理がついていかない中で、かなりの人たちが自分の支援観やこれまでやってきたことが揺さぶられて、もう1回自分の援助者として（あるいは、支援者として）のところを、再構築という言葉は使わなかったにしても、考え直したという言葉は非常に多くの人たちから聞いたので、おそらくそういうことが行われているのかなということです。

そういう意味で1カ月ぐらいは共感疲労がどうということだけではなくて、そういう援

助者としてのサポートというか成長、つまりポストトラウマティックなグロースの部分  
援助者としてもしっかり考えていく仕組みのようなものも必要ではないかということです。  
実際に帰ってきたらボロボロ涙を流す人たちもたくさんいましたし、仕事に戻っても集中  
できないという方もいらっしやったので、その辺は、私は個別的にサポートさせていただきました。

それから先ほどのメール等の部分では、今日お渡ししているものは電子データになって  
いて、打ち込むと合計点がパッと出てくるという非常に簡便なものになっています。これが  
使いやすかったとおっしゃっている方もいて、ただ一方で書いた方がよかったという方も  
いらっしやって、その辺を使い分けるといいますが、やはりパソコンは使えるのではな  
いか、ということをおもいました。それは別の話かもしれませんが、ありがとうございます。

**大島：**ありがとうございます。では、どうぞ。

**質問者：**東北福祉大学の渡部です。藤岡先生に2点お聞きします。まず1点目、過去に被災  
地の支援経験、今回3.11の前に新潟中越があったり阪神淡路大震災があったりする  
ので、その際に支援経験をしているのか、もしくは、被災経験があるのかというところまで追っ  
ていたのかお聞きしたいです。

なぜかと言うと、災害復興学会の方で結構話題になっているのが、阪神淡路大震災でボラ  
ンティア経験や被災経験をした方が、今回その後の震災で実際にボランティアとして活動  
したり、被災経験があったからこそ、そのときの学会の議論では支援していただいた罪悪感  
があつてボランティアになるという関係が出ているという議論がありました。実際に過去  
の経験が今回の支援者の方にどう影響を及ぼしているのかということを知りたいと思  
います。

もう1点が、援助者という言葉が出ているのですが、とてもフアジーな表現で、実際  
どこまでを含むか。それも過去の災害研究と災害社会学の辺りで話題になっているのが三  
次ストレスの辺りです。その三次ストレスを受けた消防官や自衛官だったり、アメリカの方  
だったら実際に災害という概念にテロや戦争も含まれるので、兵士に対してどういうア  
プローチをするかという研究も結構されていますので、その辺りも含めてどこまでをその対  
象者と先生はとらえているのか、お聞きできればと思います。

**藤岡：**まず前半の方は、過去のことについては聞いていないです。今思えば聞いてもよかつ  
たかと思うのですが、ただ、IDではしっかり分かるので、その辺りを追加するとそういう  
ことも含めてデータ解析ができます。2011年に取らせていただいたところは、本当にまだ  
まだ発掘するデータがあると思っています。

それから実際に個別支援をした人たちの中には、過去に阪神で自らも被災した方々が  
いらっしやって、そういう方はそういう自分のヒストリーも含めて再構築する作業がやはり

必要だったということで、余計揺れが多かったという印象を持っています。

あと消防官や自衛官というところまでどう援助者を広げるかというところは宿題にさせていただければと思います。われわれの予想を超えて被害というか影響を受けているという可能性があって、あまり過小評価しないという意味で、その辺りの枠組みは考えないといけないとは思っています。ありがとうございます。

**大島:** ありがとうございます。では秋山先生、お願いいたします。秋山先生にはこの公開研究会のプログラムを作る際にも関わっていただきました。

**秋山:** 学会連合の委員をしている秋山と申します。阪神淡路大震災の過去との関連ですが、この2回の震災でいろいろな差があると感じました。まずは場所的な温度差です。1995年、20年前、私は大阪市立大学にいて、地元ですので、動かない社会福祉はないだろうと思って、呼び掛け人代表として働きかけたら、関西の福祉系13大学の学生が半年間で7900人が動いてくれました。

その中には毎日手弁当で大変な旅費をかけてくる人もいました。その学生を応用してやろうと思って、大阪から東京へ行って、私は募金活動をやりました。そしたら実に温度差があって東京の人たちは冷たかったのです。それは神戸は中央ではないわけです。それで「ああ、地方の問題なのだ」と思ったのですが、今回ある意味では全日本な活動になりました。それは死者の人数の違いかもしれません。行方不明がまだ約5千人いて、死者は2万人、阪神淡路大震災は6,344人ですから、その差もあるかもしれません。

ただ、20年たってもものすごく大きく変わったなというのは、先ほど梅崎先生が福祉事務所と連携という話をされました。当時、阪神のときには福祉事務所の職員たちは何をやったかと言うと、死体の運び出しと管理です。それは福祉事務所がすることかという批判もだいぶ受けたのですが、実際そういうところからすると、今の支援者支援というようなことが問われてきたのは、大変大きく進歩したのだらうと思っています。

当時、淡路のときに、福祉系の学生ですので現場に入れたら、「自分たちは福祉系の学生なので、例えば被災者との面接などをさせてほしい」という要望がかなりありました。私はそれに関して、そうではなくて、とにかく被災者の人たちのニーズに応えるということで動いてほしいと言いました。そうしたら、水運びばかりをする学生が出てきました。

今回の東北に関して、どういうふうに動くかという話の中で、ご存じの年越し派遣村の湯浅さん、当時の内閣府参事に伺ったら、学会やいろいろな専門団体は調査ばかりやりたがって、ある意味ではそれは邪魔になることがあると言われました。それは先ほど言われた鈴木先生の話と重なってくるところがあります。

私の質問は、こういう専門的な調査は大変重要だけれども、その専門的な調査を綿密にやろうとすればするほど、先ほどの鈴木さんの言葉によると、一次的支援がかき乱される。むしろ直接動くことの方が望ましかったのではないかということなのですが、両方必要だと

思うのです。その二つのバランスをどう考えていくかということですが、いかがでしょう。まずは鈴木さんから。

**鈴木：**ありがとうございます。非常に難しいご質問かなと思いますが、率直に言う、私の個人的な思いも含めて私見です。たぶん危機的な状況下と言った発災から1カ月、2カ月の間に関しては、その段階で調査がかなり入っていました。複数団体、複数人といういろいろな調査があって非常に負担感はその当時もありました。その後もずっと続いていたのですが、当然、大事だとも思います。

われわれの中で話が出ているのが、この調査が果たして本当に役立つものとして世に出て行くのだろうか。つまり補助金や何々費といったもののために来ているようだと思われ止められるところもありましたので、それをしっかり世に出してもらって、また私たちのフィードバックしてくれてというものがあればということは現場の方では聞かれています。

もう1つはそれが本当にたくさんあるものですから、難しいのは当然分かってはいるのですが、なんらかの形で連携やもう少し集中した形でそれをしてくれるような仕組みがないかなと当時思っていました。

**副田：**補足というわけではないのですが、連合の方の調査を全会長の野口先生たちがなさったと、最初のごあいさつのときに申し上げました。各福祉の関連学会や加盟しておられる学会の方々がてんでんばらばらにリサーチを始めるといことが行われ始めていたので、それはやめてくれということや学術会議会員を通して言われたということで、連合として野口先生を代表に調査をさせていただくことにしました。そこから震災関連のシンポジウムは連合で一本通してやりましょうということになりました。

**大島：**ありがとうございます。梅崎先生、よろしいですか。

**梅崎：**本当に私は災害支援に入ってこれを研究にしないということを決めていましたので、最初は協力することも大変迷いました。ただ、アメリカでセカンダリー・トラウマティック・ストレスの研究や、クライアント・バイオレンスという言葉も私はそのとき知らなかったのですが、今使っているのはその調査に協力したからです。

それで彼女が「必ず役に立つと思うから協力してほしい」と。私は石巻にずっと行っていましたので、状況は分かります。しかし、その調査の内容が非常にアメリカ的で「あなたは性的虐待を受けましたか」「あなたは子どものとき児童虐待を受けましたか」ととても詳しく聞くのです。こんな調査票に答える人がいるのだろうかと思いました。そこで調査に協力するからには、これは日本国内では開かない。いったん埼玉県立大学で回収して、封のままアメリカに送ってアメリカで入力してもらおうということやを約束した形で調査に協力しました。その結果、二次的外傷性ストレスが、スーパービジョンで下がらないという結果だ

ったので、この結果のまま終わっては支援にならないと思ったのです。

今回の私の調査は、日本医療社会福祉協会ではずっと今も支援を続けていますので、全国大会などで東北各県の方とお目にかかりました際に、(スーパービジョンで二次的外傷性ストレスが下がらなかった結果を) ご報告しまして、本日報告者の鈴木さんも当時は福島県協会の会長さんだったのですが、そういう東北三県の会長さんたちに「こういう結果だったけどもどう思うか」ということをお尋ねして、再調査をご相談したら、みなさん関心を持って下さいました。

精神保健福祉士協会でも、どう思うかというお尋ねをしたら、「それ(再調査)やってみたらいいんじゃないの。協力するよ」と言ってくれたので、各県協会の協力でやっていくということで行ったということで、調査のために行っているということではないと私は認識してやらせていただきました。

ただ、非常に回収率が低かったのはご報告した通りです。前回はアメリカのピッツバーグ大学に送って開封するということでしたが、最初こんな調査に答える人がいるのかと思いましたが、114名の方が回答してくださいましたので、それであれば今回も期待できるのかなと思いました。しかし、例えば英語の調査項目を日本語に訳したときのワーディングの影響なども実は確認していなかったもので、藤岡先生の共感疲労の尺度とフィグリー先生の共感ストレス尺度の両方に回答いただいて、同じものを見ているのかということも確認しなければということで、調査項目がとて多くなってしまいました。

難しいことですが、経験からすると、支援をしていなかった人が調査をすることは難しいと思います。やはり支援として関わっているから状況が分かっているから、それで調査ができるのではないかと思いました。以上です。

**大島**：市川先生、お願いします。

**市川**：ルーテル学院大学の市川と申します。いずれもありがとうございました。いい勉強になりました。藤岡先生と梅崎先生にお聞きします。そもそも被災地は時期的変化があるから、当初のところの本当に厳しい中に日赤や自衛隊などが入りましたね。

それでかなりいろいろな意味での影響を受けて戻ってきたということは随分聞いています。その時期と今またご指摘があったような新たな難しさが出てきて、こういう時期になって、ただ支援者という形で送るときには、それを受け止める仕組みがないと、支援者自体は表面的な部分よりも入り込めないというか、今まで継続していたら入れるけど、突然入っていてもなかなか入りにくいという現状がある。そういう中で、時期的変化にどう対応するのかということですか。

それともう1つ、その地域の方は継続してその問題から離れませんので、そういったところの共感疲労と、実際通って行く人の共感疲労の違いをどこかで明確にしないといけないのではないかというのが質問です。

梅崎先生に質問したいのは、スーパービジョンやケース会議もたぶん内容によって違うし、何についての具体的なスーパービジョンなのか、この時期によってだいぶ違ってくると思うのです。ですからそこら辺を今後どう具体化していかれるのでしょうか。

あと先ほどおっしゃったように、どうしても疲労感の中で問題の深刻さと、人が戻ってこない、人口減少しているなどかなり行き詰まっている中におけるスーパービジョンは少し違ってくるだろう。それをどのように明らかになさろうとしているのか、お聞きしたいと思います。

**藤岡：**ありがとうございます。非常に難しいご質問ではありますし、宿題として受け取らせていただくことになるかと思えます。まず時期的なことを非常に感じていて、かなり早期支援と現状の中では継続の度合いも違ってくるだろうということで、おそらくそれは支援者はサポートする側も考慮しなければいけないことかなということで、支援者支援という観点からそこがまだ欠落しているというか弱いなということは感じているので、宿題とさせていただきますと思うところです。

あと地元と外からの違いの部分は、かなり明確に意識して支援者支援で考えなければいけないと思っています。同じ共感疲労の中に、ストレスがかなり全面に出てくる疲労感とトラウマティックなものを再燃して非常に苦しくなっているという部分の共感疲労と、それからもう1つあまり注目されていないのですが、抑うつ感をベースにした共感疲労があります。こちらの方はおそらくバーンアウト等にもつながりかねないところを含めているのではないかとということで、まだ明らかになっていないところがあります。

おそらく地元の方々の共感疲労を考えたときに、外部との大きな違いはそういう部分の質的な違いがひょっとしてあって、あまり同じように支援してはいけないのではないかな。地元だからこその部分にしっかりそこを尊重しながら構築するということが大事ではないかなということをおもっていますので、宿題にさせていただきますと思います。ありがとうございます。

**梅崎：**私はとても大きな宿題を頂いて、今すぐお答えできるものはございませんが、1つ中と外ということについて。いま日本医療社会福祉協会から石巻に常駐の人が行って、私も毎月かよっていた時期がありました。今少しお休みをしているのですが、そのときに非常に感じたのは、ずっと中にいらっしゃる方と、今度は外から行った人も一定程度常駐している人と通っている人とでは違うのです。徐々に一定程度常駐している人は、外から来ているけども中の人という状況になりますので、その方、その方が置かれている状況において、どのような支援が必要かということを考えています。

それから時期的なものですが、発災直後は災害の影響ということがありますが、今回の3年後のものを見て、また今日の鈴木さんのご報告を聞いて思っているのは、災害の直接の影響よりも、その後に起きている、例えば生活の疲弊感、それから生じているアルコール

ルや虐待の問題です。

最初に申し上げたように、高齢者虐待を予防するということが私の研究課題で、こんな2つのことはできないと思っていたのですが、今現在は災害のときの共感ストレスの研究というよりも、虐待の支援をしている人たちがどのように疲弊するのか。先行研究では子どもの虐待と性的な虐待に対する支援で非常にストレスが高いということが分かっています。虐待などの支援というところで少し整理ができればいいなと思っています。

スーパービジョンとケースカンファレンスの影響はまさにその通りなのですが、個別の内容や特徴をとらえていくと、説明をすることができる場所とできない場所の限界があります。今できればソーシャルワーカーがこういう災害があったときに避難所で非常に必要とされているということは経験しましたし、今回の常総市のことなどでも、避難所というのはまず命からがら逃げていくところなので、特別の配慮が必要な方たちにはよりよい避難所に移動する支援が、時間が限られている中で援助する必要があります。それらの、障害や生活の困難さを理解し、かつコーディネートまでを、傾聴ができて移動することを決めるための援助が行えるソーシャルワーカーの力は必要だと思っています。災害救助法の中にソーシャルワーカーがそういったことで関わる必要があるということを明記していただけるように、それからそれらのソーシャルワーカーにどういった援助が必要なのかをスーパーバイザーとバイジーが共に、調査で明らかにするというよりも、話し合うためのツールとして、共感ストレスは非常に有効なのではないかということをこれから一緒に考えていければと思っています。

**大島：**この研究会は4時までですが、残り5分ほどになりました。当初は、討論のときにこんなに活発な議論ができるかと心配したのですが、かなり熱いディスカッションができたかと思います。

では最後に、災害支援のご研究に関わってこられた牧里先生からコメントを頂戴し、発題者お一方ずつ言い足りなかったことや何かございましたらお話しただいて、それでまとめということにいたします。会場からはもうお一方、梅崎先生にご質問いただいたので、この方はメールなりでご連絡先に回答するか、あるいは、もしお時間がこのあとあるようでしたら、梅崎先生からもレスポンスを頂ければと思います。

牧里先生、お願いします。

**牧里：**とても勉強になりました。今の時期、これから地元のソーシャルワーカーの人たちがこういう人に来てほしい、こういうことが必要なんだ、今日は虐待やアルコール依存症などの支援に追われているとか、そういうことに対応する仕組みをどうしたらいいのかということ考えたのですが、例えばスーパーバイザーを付けた派遣制度を作るといった、全国的に発信できるようなアイデアがあったら3人の方からお聞かせ願いたいと思います。そこを含めて一言ずつ言っていただくということでもよろしいですか。

**藤岡:**今日は貴重な機会を作っていただいて本当にありがとうございました。いろいろな宿題を頂いてさらにならなければと思ったところです。先ほどのご質問ですが、おそらく派遣の仕組み、SV体制を作っていくということはもちろん大事だと思います。

私自身の経験の中で、派遣された前のグループが次のグループをどう引き継ぐかというこの引き継ぎの内容が意外と重要で、ノウハウの部分よりはもっと心構えや今の時期の留意点みたいなところが伝授されていていっているということを非常に感じました。

それは支援のサークルというか「支援の輪」みたいなものがあって、行ったのはこのときだけど、自分の気持ちはあそこに行ったというのを次に行った人が継いでくれていることで、自分はその地域とつながっている感覚を随分多くの方々がお持ちになっていて、そういうのがおそらくSV、あるいは派遣制度の根幹をなすところにもつながるかなということを少し思いました。だからその辺の疲労感をどうということだけでなく、そういうつながりという部分をもっと意識したプログラム作りみたいなものも考えていけるといいかなと思いました。今日は本当にありがとうございました。

**鈴木:**ありがとうございました。いま先生の方からご質問いただいたところなのですが、梅崎先生が言ってらっしゃる災害救助法というものになんとか行き着けないだろうか、統一した体制、仕組み作りには何かできないだろうかということは非常に思っています。ただ、非常に大きな問題だということも重々分かっています。先ほどのように福島県の中で相談支援専門職チームが実際発足して今もあります、それと連動するような形で広域災害福祉支援ネットワーク協議会を県の方で立ち上げて、要は現場の意見からすると何かあったときに職場から出してもらえる環境が必要だったのです。しかも何か事故が起こったときにどうするのか。労災なのか、保険なのか。それも非常に重要だと思います。

そういったものを今回県知事の方からいわば病院の方に派遣依頼をしてもらおうという仕組み作りと、登録制を敷きますので、その登録者に対する研修を県の方でやっていただくということが今福島ではあります。それが全国的な取り組みになって、DMATのような形でつながっていくものを法的整備の中でもできてくるということができたらいいなと個人的には思っています。

今回出させていただいて、非常に共感的だったところ、これからの取り組みを含めてなのですが、特に藤岡先生の二次的ストレスのときの被災者を支援している人、いわゆる支援者の方で被災を受けている方の、二次的ストレスからの影響である二次受傷や共感疲労についてはまさに考えさせられると同時に支援者支援の重要性を再認識しました。スーパーバイザーももちろんですが、その体制というものもしっかりと構築をしていかないと、知らないところでバーンアウトしたり、共倒れをしてしまうような状況はあると思いますので、そういった実践場面と制度的な整備が連動してくるようなことが日本でもできてくるといいなと個人的には思っているところです。ありがとうございます。

**梅崎:** 今どういった人材が必要か。藤岡先生もおっしゃいましたが、サーキットという、フイグリー先生がおっしゃっていることなののですが、同じ人たちがずっと支援に行っていると疲弊するので、順番に替わるような体制が必要だと思っています。

今度、日本医療社会福祉協会での災害ソーシャルワークの研修は、平時に自分の病院が被災したときにどう外からの支援を受け入れるのかというような、平時から何を準備するかという研修を予定しています。外から行くときに、中の人に受ける体制がない、中の人支援を受けられないからです。またサーキットと同様の方式ですが、日本医療社会福祉協会の「支援のバトン」を渡していく・支援をつないでいくためには、支援に行ける人材を確保できる職場環境、被災していない職場で人材を派遣できる職場とそうでない職場があるので。言い換えると、休みやすい職場ということが1つ重要な点としてありました。自分しかこのケースのことは分からないから休めないという職場状況があるわけです。

しかし、よく考えればワーカーも人の身なので、何が起きるか分かりませんから、職場のアドミニストレーションとしてその人がいなければこのケースは動かないという状況ではない体制を取っていれば、サーキットやバトンのメンバーとして支援に出る人材を確保することがさまざまにできると思います。

それからやはり記録の問題です。(担当者が次々に代わるときの) 記録をどのようにして、継続してつなぐことができる記録にするかということのトレーニングも、いま日本医療社会福祉協会ではしていて、そのことを1つ大事にする必要があるかなと思っています。

それから今日は精神的健康の分析だけをして、共感ストレスとの分析をご報告できていないのですが、実は分析をしています。その中でスーパービジョンの中の教育的機能だけではなく、情緒支持的機能、やはりサポート機能が非常に重要で、それは同僚からのサポートと、どうもスーパーバイザーからのサポートは違う意味をなしているのではないかなと感じられます。

どんどん分けていくと分析対象者数が少なくなるのですが、ケースカンファレンスから得ている教育的機能なども、どうもスーパーバイザーがいる人の「得ている機能」の評価と、バイザーがいない人のケースカンファレンスから「得ている機能」の評価では違うように感じられます。ノンパラメトリックの検定で有意差が5パーセント水準か10パーセント水準かなどいろいろありますが、なんらかそこに関連がある可能性はあるかもしれません。それで今度は被災地だけでなく、少し広く調査するという方向がいいのではないかなと思ったりしています。いずれにせよ、支持的機能は重要だろうと思っています。

**大島:** ありがとうございます。今日は災害支援に関しての支援者支援というテーマで進めてきたのですが、ミクロからマクロまでの今後の課題が出てきたように思います。

被災した地域や人々の体験、文化背景や時間的経過がさまざま、そこさえも多面的であるのと同じぐらい支援者支援というものは多面的で複雑だということがよく理解できまし

た。その上でどのようなやり方、方法、ノウハウが望ましいのかを考えていくと同時に、技術的な部分だけではなく、機能がうまく働いていく仕組み作りが求められるでしょう。その中には法律の整備やソーシャルアクションも入ってくるかと思います。また、先ほど出てきた情報や IT、もちろん学術研究、今日のような調査研究もそうですが、そこも考えていかなければならないと思いました。また、今日あがっていたような実証検証というところと実践の部分でのやりとりでは、ジレンマやバランスの取り方が難しいところがありますが、このように思いのある人たちが同じ土俵で集まって議論できるというような場をたくさん作っていかねばならないという思いで伺っていました。つたないまともになり恐縮ですが、これで終わりにしたいと思います。

今日ご発題いただいた藤岡先生、鈴木さん、梅崎先生、本当にありがとうございました。それでは、最後に一言、副田先生からお願いいたします。

**副田:** 私もまだ聞きたいことがたくさんあります。皆さんもまだお聞きになりたいことが多いと思いますが、時間が来ましたのでこれで終わりにしたいと思います。私が開催させていただいたのはこれで4回目ですが、一番活発に質疑応答ができたと思います。皆さんのご協力のおかげです。どうもありがとうございました。