

被災地における地域精神保健医療福祉に関するニーズの実態

研究分担者 吉田光爾¹⁾

研究協力者 種田綾乃¹⁾ 中里章子¹⁾ 鈴木友理子²⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

2) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

要旨

本研究では、大規模災害時における精神保健医療福祉上のニーズについて、現地支援者の語りの中からニーズ把握することを目的とした。平成24年8月～平成24年10月、対象の地域の精神保健医療福祉に従事している現地支援者と対象地域における地域のファシリテーターにフォーカス・グループを設定し、インタビュー調査を実施した。分析の結果、震災前後におけるニーズとして83のサブカテゴリが抽出され、以下の8つのカテゴリとしてまとめられた。《要支援者の把握》、《医療上の支援》、《生活支援・保健対応》、《情報の断片化・集約化》、《事業の立て直し》、《支援者に対するコンサルテーション・サポート》、《ケアの継続性》、《ネットワーク・ネットワーク不足》が挙げられ、またそのニーズもあり方も、Ⅰ：災害直後のニーズ、Ⅱ：災害直後から発生し現在も収束していない中・長期的なニーズが存在する。

これに基づき、要支援者の把握の主体の明確化、要援護者名簿の作成、医薬品等の物資提供・転院受け入れ等における医療機関の事前の提携体制の構築、薬手帳の保持、アウトリーチ活動による支援者の把握、外部支援者のコーディネート・スーパーバイズ、復興に向けた社会資源ニーズ調査、中・長期的な外部支援などの対策が必要と考えられた。

A. 目的

今回の震災は、とりわけ東北沿岸部において地域生活の基盤を破壊するような大きな被害をもたらした。地域精神保健医療福祉システムも例外ではなく、既存の福祉サービス網、精神科医療網が破壊され、機能不全に陥っている地域も少なくない。立て直しが図られている被災地において今後求められることは、再構築していく地域精神保健医療福祉システムの青写真をともに考え、その実現に向け、被災地の現場にいる支援者、家族、当事者の声を直接くみ取りつつ、要望に合わせたコンサルティング、研修活動を展開することであると考える。

こうした活動を行うに当たり、大規模災害時における被災地支援に関してどのような精神保健医療福祉上の支援ニーズや課題があるかを踏まえることが重要であると考えられる。しかし、現在、そうしたニーズに関して十分に整理・資料化されているとはいえない。こうした支援ニーズを整理し、今後の大規模災害時にどのようなニーズや対策を取るべきかを考えることは、来たるべき次の大規模災害の備えとして極めて重要である。

そこで本研究では、大規模災害時における精神保健医療福祉上のニーズについて、現地支援者の語りの中からニーズ把握することを目的とした。

B. 方法

1) 対象地区

本研究は、東日本大震災による被災地において、地域精神保健医療福祉のシステムづくりに先行して取り組みを始めている市町村や事業体、あるいはアウトリーチを中心とした地域精神医療を展開している臨床チームのうち、本研究班による継続的なサポートを希望する東北沿岸部の地域より、宮城県（仙台市、石巻市）・福島県（相馬市、郡山市）・岩手県（盛岡市、郡山市）の6地区を選定した。

2) 調査方法

平成24年8月～平成24年10月、対象の地域の精神保健医療福祉に従事している現地支援者（各サイト5～14名）と対象地域における地域のファシリテーター、国立精神・神経医療研究センターの研究者2名によるフォーカス・グループを設定し、インタビュー調査を実施した（表1）。

あらかじめ設定した質問項目「震災前後から現在までのあなたの地域での精神保健医療福祉をめぐる状況と、その中であなたが苦労されたことについてお話しください」というテーマに関して、ナラティブインタビューの方法を用いてデータを収集した。

調査は、協力者の希望するプライバシーの十分保たれる個室（会議室、対象者の事業所）にて行い、インタビュー中の会話は、協力者全員からの承諾を得たうえで、ICレコーダーに録音した。

各サイトにおけるインタビューの所要時間は100～230分であった。

3) 分析方法

音声データは、逐語記録を作成し、本研究の調査担当者として各地区にてデータ収集を行った国立精神・神経医療研究センターの研究者5名により、以下の手順を踏んで分析を行った。

①収集したデータを会話に沿って読み込み、指示語の内容や発話者の気持ちや疑問点を明確にした。

②データを意味のまとまりごとに区切り、個々の切片ごとに、プロパティ（特性）とそれに対応するディメンジョン（次元）を列挙した。それらを手掛かりに、切片の内容を端的に表す「ラベル名」を付けた。

③類似したラベル名同士を統合し、より抽象度の高い「カテゴリ名」を付けた。

C. 結果

分析の結果、震災前後におけるニーズとして83のサブカテゴリが抽出され、以下の8つのカテゴリとしてまとめられた（表2）。すなわち**《要支援者の把握》**、**《医療上の支援》**、**《生活支援・保健対応》**、**《情報の断片化・集約化》**、**《事業の立て直し》**、**《支援者に対するコンサルテーション・サポート》**、**《ケアの継続性》**、**《ネットワーク・ネットワーク不足》**である。

以下、カテゴリは**《 》**、サブカテゴリは**〈 〉**で表記する。

なお、ニーズに関しては、0：災害以前から存在しつづけている背景的なニーズ、I：災害直後に発生したニーズ、II：災害直後から発生し現在も収束していない中・長期的なニーズが存在する。ここではI・IIの時期ごとのニーズについてのべる。なおニーズに関しては必ずしも時期の区分が明確にはあてはまらず、両時期にまたがっているものも存在する。

〈I-災害直後の問題〉

《要支援者の把握-I》

災害発生時において、要支援者の同定と把握が必要になる。具体的には、以下の内容がこの時期に行われる。

まず**〈各支援機関の既存の利用者の安否確認〉**が必要となる。これらは情報や連絡の基盤となる、社会資源のネットワークの成熟度や、罹災状況によって実施できる度合いが異なるが、地域によっては避難所における一斉調査や、個別訪問、保健師の活動などにより**〈ローラー調査による支援者の把握〉**を行う場合もある。この中で、把握さ

れた困難事例へ対応していくわけだが、精神障害を含む障害者のみならず**<認知症事例や、高齢者への対応>**などのニーズも把握されうる。

避難所などに住民が集積した場合にも、こうした要支援者の把握は行われるが、避難所という特殊な空間の中で地域住民と障害者などの間でおこる**<避難所内のトラブル>**への対応も要求される。片方で、要支援者は必ずしも避難所にいるとは限らず、そのままの住居で過ごしている場合もあり、支援物資が届かない、倒壊の恐れがある、等の危険にさらされていることもあることから、**<要支援者へのアウトリーチ>**も必要となる。また、一時期は避難所にも自宅に戻る住民もいることから、一斉のローラー調査だけでは要支援者の把握には限界があり、逐次把握・対応できるような仕組みが必要となる。

こうした要支援者の把握については、障害者への支援を把握するという枠組みだけでなく、一般住民を対象とした**<メンタルヘルスに関するスクリーニング>**を実施する必要性もあげられた。しかし、これに関しては、**<スクリーニング後フォロー体制>**とワンセットであることが必要であることや、また被災者は直面する生活問題への対応に追われていたり、こころの問題について話すことを忌避するなど**<メンタルヘルスニーズを把握する困難さ>**なども現場の支援者から声があがっている。むしろ災害直後ではメンタルヘルスでの支援であることを前面に出さずに、**<メンタルヘルスに特化しない形の包括的なニーズ把握と対応>**が必要ではないか、という声も聴かれた。

《医療上の支援-I》

把握された要支援者への災害直後の医療支援のニーズとしては、まず**<重症例・困難事例への対応>**があげられた。こうした対応の中でも、災害直後は処方が必要にもかかわらず、被災者の処方内容不明なこと、薬の確保が困難なことが挙げられ、これへの対応が求められた。

また病院の機能そのものが完全に喪失した場

合には、**<地域内あるいは他地域への医療機関への転院>**が必要になると報告された。

このように薬剤の確保や、転院の活動は無論現場にとっては大きな負担である。しかし被災地が一様に混乱していたとは限らず(無論罹災した病院・当該地域の被災状況に大きく左右されるとはいえず)、災害前からの周辺の医療機関とのネットワークの状態や、過去の罹災経験によって、大きく左右されることも支援スタッフから報告された。

《生活支援・保健対応-I》

他方で、必ずしも疾患レベルではなかったり、**<医療上の支援が必要ではない人々に対するメンタルヘルス支援>**も必要である、という声も聴かれた。

しかし、現場からは、被災者は、メンタルヘルスの問題以前に、衣食住、ライフラインの問題など目前に山積する生活課題に圧倒されていること、またメンタルヘルスに関する問題をなかなか相談できないことなどもあり、**<メンタルヘルスニーズを把握することの難しさ>**がある。

むしろ**<生活問題や身体的な問題に関する生活支援・保健対応を切り口に避難所を巡る>**などして事例を把握したり、あるいは**<生活支援や物資運搬の支援を行っている一般の支援者・ボランティアから、メンタルヘルスについての相談や事例も把握する>**、という形での支援をおこなっている地域もあった。その中でコンサルテーションを行ったり、場合によっては直接専門的支援を行うなどの対応を取るニーズがある報告された(要支援者の把握というカテゴリと共通するテーマである)。

《情報の断片化・集約化-I》

上記のような支援を行う中で課題となったのが、情報の断片化の問題である。

<基本的な罹災状況に関する情報の不足>や、**<指揮系統の混乱>**、**<行政組織のコントロール機能の喪失>**と、それに関連して**<行政組織との連**

携の必要性>があげられた。

こうした情報の断片化については、単に罹災状況や支援物資の物流の情報に関するコントロール機能だけでなく、罹災を免れた<他地域からの支援者からの援助>に関する、実際のニーズを感じている現場と、支援者をつなぐための適切なコーディネート機能がなければ、それを受け入れる被災地にとっては負担となる危険もある、という意見も聞かれた。

《支援者に対するコンサルテーション・サポート-I》

上記の支援をする中で、支援者に対するコンサルテーション・サポートが必要になる。

一つは<支援者に対するメンタルヘルスに関する知識・技術上のサポート>である。既に述べたように、被災地の現場では生活支援を行う一般の支援者が、メンタルヘルス的な観点での関わりを必要とする被災者に出会うことがある。この場合に、メンタルヘルスの専門家が、問題の重篤度や緊急度・性質をアセスメントし、コンサルテーションを行ったり、適切な支援者にリファーしたり、場合によっては直接支援を行ったりする必要性がある。

もう一つは<支援者を支えるためのメンタルヘルス・人的支援>である。今回のような大規模災害では、支援者もまた被災者であり、支援をしながらも疲弊していつている現状がある。また、自らも罹災しながらも、被災の程度が大きい地域や被災者を見て、「自分は被災の程度がまだ軽いから」と感じ、自分周辺のケアを犠牲にしたオーバーワークになっている場合もある。また、通常の勤務を回すのに必死で地域貢献・外部支援ができず、そのことで罪悪感を抱いている場合もある。また自身も罹災している行政関係者が、膨大な業務の中でバーンアウトしてしまうという声も聞かれる。また被災者から怒りやネガティブな反応を向けられることで疲弊したり、あるいは支援の方向性が正しいのかどうか、ということに関する不安も抱えており、このような支援者を支えるた

めのメンタルヘルスのサポートが必要であるという声が聴かれた。

なお、ボランティアや、あるいはメンタルヘルスの専門家であっても被災地支援の基本的な事項やマナーについて十分知っているとは限らず、質が不均質である。結果として現場の負担になったり、あるいは被災者に侵襲的な関わりを行ったりする危険もある。<ボランティアや専門家に対する災害時の支援に関する基本的な心構えの教育>が必要ではないか、という声も聞かれた。

《II-中・長期的なニーズ》

災害直後から一定期間を経過し、避難生活からの立て直しを図る時期においては、以下のニーズが聞かれた。

《要支援者の把握-II》

災害からしばらくたった場合でも、状況の変化や、メンタルヘルスの悪化から、要支援者を把握する活動は必要である。しかし、被災者が<避難所から仮設住居・自宅への移行>することにより、要支援者が分散してしまうという問題が生じる。また、その要支援者が必ずしも積極的に支援を求めて相談の場に現れるとは限らないため（男性・子ども・みなし仮設の居住者・新しい土地への移住者など）、避難所等で一括でローラー的に要支援者を把握するのではなく、アウトリーチ支援を行い支援が必要な事例をキャッチするような仕組みづくりが必要であるという声も聞かれた。

また、被災者が、仮設住居や移転先などで新しい環境での生活を始める中で、<仮設住居内での孤立>を経験したり、新しく構築されたコミュニティで<“異質”とされた人々の排除>などの問題もある、と報告された。災害以前からあった問題（アルコール問題や、多問題家族、ひきこもりや医療中断の事例など）が、災害を機に顕在化する<問題の顕在化>ことが支援者から語られた。

《生活支援・保健対応-II》

既に述べたが、被災者がメンタルヘルスの問題

を、それとして相談するということに対する忌避感や抵抗感は大きい。むしろ、メンタルヘルスという側面ではなく生活支援を行っている支援者が、メンタルヘルス上の対応を要するような事例に出合うことが多いため、この中で一般の**<支援者に対するコンサルテーションやスーパーバイズ>**を行ったり、あるいは専門家が直接対応やリファールに関わるなどの対応が必要であるという声が聴かれた。また、そのような観点から、**<生活相談への対応>**や、サロン活動のような**<メンタルヘルスに限定しない開かれた相談の場・機会の提供>**、身体的な面からのアプローチによるメンタルヘルス支援の把握を行うための**<定期的な健診の実施>**が重要であろう、という意見が聞かれた。また特に高ストレスにさらされる救護者がハイリスクな状況にあるとして、メンタルヘルス予防活動の必要性も述べられた。

《社会資源・ネットワーク不足-Ⅱ》

中・長期的な支援を行うに当たって、障壁となっているのは**<社会資源やネットワークの不足>**である。避難所等の避難先から元の生活に戻ろうにも、一般の市民にあっても住居がなく帰還できないという問題がある中で、ことに精神障害をもつ当事者・家族にとって、もともと社会資源が十分でなかったうえに人的資源も失われている状況において居住先を確保することは難しいという事情がある。また転院先の病院に入院したまま、入院の必要性自体はなくなっても、受け入れ先が見つからず、帰還できないままになってしまっている患者についても多く存在するという声が聴かれた。

こうした復興に向けた動きをとろうにも**<行政・福祉・医療・インフォーマルサービスの十分なネットワークづくり>**ができていないという問題もある。他方で、被災したことでこれまで分断されていた事業体間の連携ができるようになった、という声も聴かれた。

これらの社会資源不足やネットワークができていない問題は罹災前からの問題であることも

多く、災害によって社会資源が減じることで、よりその問題が際立つ形になっている地域も多く見られた。こうした問題へ対策をとろうにも、必要な社会資源やニーズの客観的な量・内容は十分に把握されていないため、**<ニーズ調査の必要性>**や、**<見えてきた課題をいかに主張・アドボケートしていくか>**ということも必要である、と報告された。

《事業の立て直し》

また罹災直後から問題になってくるのは、メンタルヘルスに関する医療機関・福祉事業所などの事業運営である。**<外来患者・通所利用者の減少による経営の困難>**が生じたり、あるいは罹災状況によって移転や事業内容の変更を余儀なくされるなど**<事業の立て直しの必要性>**に迫られている事業所の声もきかれた。

《ケアの継続性》

上記に関連するが、利用者に対するケアをどのように継続させるか、という問題も生じる。被災地では、場所によっては専門的知識をもつ**<人材の流出>**が続いている。

事業所の立て直しが迫られることと相まって、これまでケアを提供していた専門職がいなくなり、これまでの利用者に対するケアを継続させることに困難を感じている地域も少なくなかった。また、罹災直後に支援に入っていた外部支援者が時間の経過とともに減じていくことから、把握されたニーズに対する支援を継続的にこなすためにも**<長期的・定期的関与>**を求める声も聞かれた。

《支援者に対するコンサルテーション・サポート-Ⅱ》

罹災直後から発生した支援者に対するコンサルテーション・サポートはこの段階でもやはり継続的に重要な事項であるが、時間の経過とともにもう一つの課題があらわれる。

今回のような大規模な災害の場合、被災地から

専門的な知識を持つ人的資源が流出してしまうという問題が起これ、これまでメンタルヘルス上の支援に関わっていなかった人が、新しく支援者として雇用される場合がある。あるいは人材流出が起きていなくても、仮設住宅居住者向けの生活支援相談員という形で一般の市民が、支援者として関わり始める場合もある。

他方で、上記にあげたような事業の再建や、継続して行われているメンタルヘルス支援などに関して、新しい知識や技術を導入したいというニーズもある。

すなわち、支援者支援といっても、ベテラン・中堅職員・新しい人材、それぞれのニーズが存在するのであり、**<支援者の経歴に応じたサポート>**が重要であり、支援者支援に関する**<ニーズと支援のマッチングの必要性>**があるという声が多く地域からきかれた。

D. 考察

上記のニーズから幾つかの今後の方針と対策の必要性が考えられる。

<I-災害直後の支援に関して>

まず要支援者の把握に関して、いざという時の場合に、誰がその活動の主体となるのか、を平時に明確にしておく必要がある。無論、大規模災害規模によってはそのような活動主体自体が罹災し、機能できない場合は想定されるが、その機能不全自体を外部に報告し支援を要請することが重要である。

また精神障害者を含む障害者、高齢者などは、災害時の避難・支援により多くの注視が必要となる場合があるため、既に先進的な自治体では行われ始めている、要援護者名簿などの作成が重要であろう。

次に医療上の支援であるが、後方病院への転院の受け入れや、医薬品・物資の確保などは、平時に医療機関間で相互の提携体制を整備しておくことが重要であると考えられる。これも災害規模の面積によっては無効になる可能性は皆無ではないが、今回の調査に先立ち新潟中越沖地震の経

験を聞いた医療機関では、新潟中越地震の経験で連携が強化された結果、中越沖地震では比較的迅速にこのような問題に対応できたという声が聞かれた。なお、被災時に薬剤情報が不明確で処方困難が生じることから、精神障害やその他慢性疾患で薬を常用している市民については、も処方されている薬剤情報に関して『薬手帳』に情報を保持し、避難時に携帯するなどの工夫が必要であると考えられた。

また外部からの支援に関しても、支援に関する情報を集約し、必要な現場にサポートを分配するコーディネート機能をどこが担保するかを事前に明確にしておく必要があると考えられる。これに関しては『災害時こころの情報支援センター』などの役割が期待される。

なお被災直後の精神科医療を必要としない市民のメンタルヘルス支援に関してであるが、メンタルヘルス上の支援は重要ではあるが、他方で疲労や悲嘆・混乱の極限にある罹災者から、災害時の体験を聞き出そうとする行為自体が侵襲的な体験になりかねない。また災害現場が、食料やライフラインなど物資供給や生命維持に関する支援が必要としている段階においては、まずそういったニーズへの対応が図られるべきであり、メンタルヘルスの支援は現場の協調体制の中ではかられるべきである。

無論、被災者の心の傷は深く、また避難所での生活や罹災した状況が中・長期化し、被災者が慢性的なストレス状態におかれる中でメンタルヘルスの支援は必要である。しかし、その際にも、性急に切り込むのではなく、現場とのエンゲージメントが必要である。地域にもよるが「こころ」を前面に出したアプローチであるよりも、被災者の身近な相談に乗れる存在として支援者が立ち現れ、その背後に専門家がいて必要時に適切なサポートを提供する、といったアプローチが有効である場合も多いと考えられる。

また被災地に入るボランティア・支援者に関して心構えや、基本的な準備、マナーなどに関する教育の必要性も聞かれたが、被災した現地でそう

いった教育を行うのは現場の負担を増やすものである。よって、ブックレット・マニュアルなどの形で事前に周知しておくことも考えられる。WHO が公表している『サイコロジカル・ファーストエイド』などは、こうした啓発的なガイドラインとして有効であろう。

＜Ⅱ-中・長期的なニーズ＞

中長期的な課題に対する対策としては以下のことが考えられる。

まず要支援者の把握に関して、避難所から仮設住宅や自宅へ移行していき、把握が困難になることを鑑みて、単に相談場所を開設するだけでなく、アウトリーチ活動を行う事が重要であろう。

なおこうした訪問支援は専門職ではなく、一般の市民からなる生活支援員が担う可能性も多いが、そうした支援員の相談にのり、サポートを行えるような研修やコンサルテーション・トリアージの機能が必要であると考えられる。さらに既に結果で述べたように、被災地支援者のサポートのニーズと、外部支援者が提供できる支援を結びつけるようなコーディネート機能も必要であろう。

また被災地では、災害以前よりまして、精神障害者を支える社会資源が減じている可能性が少なくなく、こうした地域の復興を考える場合、社会資源ニーズの再調査やアドボケートも行っていかねばならない。しかし、必ずしもそうした調査や事業の立て直しや再計画に関しても、ノウハウが十分とは限らず、ニーズのある場所には外部支援者からのコンサルテーションが必要であろう。ただし、こうしたコンサルテーションは一回性のものではなく、定期的・継続的な関与が必要であると思われる。

E. 結論

本研究では、大規模災害時における精神保健医療福祉上のニーズについて、現地支援者の語りの中からニーズ把握することを目的とした。平成 24 年 8 月～平成 24 年 10 月、対象の地域の精神保健医療福祉に従事している現地支援者と対象

地域における地域のファシリテーターにフォーカス・グループを設定し、インタビュー調査を実施した。分析の結果、震災前後におけるニーズとして 83 のサブカテゴリが抽出され、以下の 8 つのカテゴリとしてまとめられた。《要支援者の把握》、《医療上の支援》、《生活支援・保健対応》、《情報の断片化・集約化》、《事業の立て直し》、《支援者に対するコンサルテーション・サポート》、《ケアの継続性》、《ネットワーク・ネットワーク不足》が挙げられ、またそのニーズもあり方も、Ⅰ：災害直後のニーズ、Ⅱ：災害直後から発生し現在も収束していない中・長期的なニーズが存在する。

これに基づき、要支援者の把握の主体の明確化、要援護者名簿の作成、医薬品等の物資提供・転院受け入れ等における医療機関の事前の提携体制の構築、薬手帳の保持、アウトリーチ活動による支援者の把握、外部支援者のコーディネート・スーパーバイズ、復興に向けた社会資源ニーズ調査などの対策が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 鈴木友理子, 佐竹直子, 三品桂子, 伊藤順一郎, 樋口輝彦: 地域精神医療の再構築に向けた取り組み. *Depression Frontier*, 10(2): 33-37, 2012. 10

2. 学会発表

1) 池淵恵美, 後藤雅博, 鈴木友理子, 佐竹直子, 武田牧子, 安保寛明, 米倉一磨, 伊藤順一郎: 自主シンポジウム「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築への支援者支援 ～その現状と課題～」. 日本精神障害者リハビリテーション学会第 20 回神奈川大会, 神奈川, 2012.11.16-18

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文 献

- 1) 金吉晴ら：災害時地域精神保健活動ガイドライン 平成 13 年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)
- 2) WHO：心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド：PFA)フィールド・ガイド

表1. フォーカスグループ・インタビューの研究協力機関

| サイト | | 調査日 | インタビュー時間 | 協力者※ | 調査協力機関 |
|------|-----|------------|----------|------|--|
| 宮城-A | 仙台市 | | | | |
| 宮城-C | 石巻市 | 2012.8.12 | 100分 | 5名 | 震災こころのケア・ネットワークみやぎ からこころステーション |
| 福島-A | 郡山市 | 2012.8.9 | 230分 | 9名 | 会津若松市障がい者総合窓口 NPO法人 コーヒータイム NPO法人 ひまわりの家 NPO法人 あさがお 社会福祉法人 郡山コスモス会 社会福祉法人 こころん 社会福祉法人希望の杜 スペースけやき メンタルクリニック なごみ |
| 福島-B | 相馬市 | 2012.9.14 | 200分 | 14名 | 相馬広域こころのケアセンターなごみ メンタルクリニック なごみ |
| 岩手-A | 宮古市 | 2012.9.13 | 180分 | 8名 | NPO法人 宮古圏域障がい者福祉推進ネット 宮古地域こころのケアセンター 三陸病院 宮古山口病院 |
| 岩手-B | 盛岡市 | 2012.10.30 | 160分 | 5名 | 一般社団法人 SAVE IWATE もりおか復興支援センター |

※現地支援者の協力者数。

フォーカスグループは、これらの協力者にコンサルティング担当者・調査担当者を加えたグループとして構成。

表2. 震災後のニーズとして抽出されたカテゴリ

| カテゴリ | サブカテゴリ | サイト | | | | | | 時系列の分類 | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----|----|----|----|----|----|--------|----|-----|
| | | 郡山 | 相馬 | 宮古 | 盛岡 | 仙台 | 石巻 | 震災前 | 直後 | 継続的 |
| ケアの継続性 | 長期的・定期的関与の必要性 | ○ | | | ○ | | | | | ◆ |
| | 人材の流出 | ○ | ○ | | | | | | | ◆ |
| 事業の立て直し | 外来患者の減少による経営上の問題(維持困難) | | | ○ | | | | | ◆ | |
| | 事業の立て直しの必要性 | ○ | | | | | | | | ◆ |
| 医療上の支援 | 多剤併用の問題 | | ○ | | | | | ◆ | | |
| | 移送時の混乱 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | 重症例・困難事例への対応 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | 医療中断による再発事例への対応 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | 処方内容不明、薬の確保における苦勞 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | + 薬の確保における混乱はなし | | | ○ | | | | | | ◆ |
| | + 地域内の病院への入院(地域内に医療機関あり) | | | ○ | | | | | ◆ | ◆ |
| + 内陸部への転院(震災前のネットワークが機能) | | | ○ | | | | | ◆ | ◆ | |
| 社会資源不足 ・ネットワーク不足 | 入院中心 | ○ | | | | | | ◆ | | |
| | 横のつながりが無い | ○ | | | | | | ◆ | | |
| | 精神保健分野でのヘルパー不足 | ○ | | | | | | ◆ | | |
| | + 震災以前からの外部支援者による支援活動の存在 | | | ○ | | | | ◆ | | |
| | 社会資源の不足(住居不足、居場所不足) | | ○ | | | | | | ◆ | ◆ |
| | レスパイトのベッド不足 | | ○ | | | | | | | ◆ |
| | 地元への帰還における問題 | ○ | | | | | | | | ◆ |
| | ネットワークづくりにおける課題(行政、福祉、インフォーマル) | | ○ | | | | | | | ◆ |
| | 人材不足(医師、心理士など)、業務負担 | ○ | ○ | | | | | | | ◆ |
| | + 精神科医療拠点として機能 | | ○ | | | | | | | ◆ |
| ニーズ調査の必要性 | ○ | | | | | | | | ◆ | |
| 見えてきた課題に対するアドボケートの必要性 | ○ | | | | | | | | ◆ | |
| 情報の断片化・集約化 | + 震災以前からの支援ネットワークの存在 | | | ○ | | | | ◆ | | |
| | 情報不足(サービス、原発) | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | 指揮系統の混乱 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | 自治体のコントロール不全 | | | | ○ | | | | ◆ | |
| | 行政との連携の必要性 | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | 支援者の異動、他機関・他地域からの流入 | | | | | ○ | ○ | | ◆ | ◆ |
| | 情報の引き継ぎにおける課題 | | | | | ○ | ○ | | | ◆ |
| 支援者に対する コンサルテーション ・サポート | 支援者自身が被災 | | | | | ○ | ○ | | ◆ | |
| | 勤務により地域貢献できないことへの罪悪感 | | | ○ | | | | | ◆ | |
| | 地域の理解不足(周知されていない) | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | + サロン活動を中心とした支援の展開 | | | | | ○ | | | ◆ | |
| | + 震災以前からの支援ネットワークが良好に機能 | | | ○ | | | | | ◆ | |
| | 支援者のメンタルヘルスへの対応 | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ◆ | ◆ |
| | 支援者の経歴に応じたサポートの必要性 | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | ◆ | ◆ |
| | ニーズと支援のマッチングの必要性 | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | ボランティアの質の不均一(戦場ハイ・無目的な人) | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | 「心の被災者」の問題 | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| ボランティアに対するスーパーバイズ、教育の必要性 | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ | |
| 支援者に対するスーパーバイズ、コンサルテーション、教育の必要性 | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | | ◆ | |
| 要支援者の把握 | 震災前からの医療機関ネットワークを活用した安否確認 | | | ○ | | | | ◆ | | |
| | 認知症事例、高齢者への対応 | | ○ | | | | | ◆ | ◆ | |
| | 要支援者へのアウトリーチの必要性 | | ○ | | ○ | | | ◆ | ◆ | ◆ |
| | 避難所内のトラブル | | ○ | | | | | ◆ | ◆ | |
| | メンタルヘルスクリーニングの実施 | | | ○ | | | | ◆ | ◆ | |
| | メンタルヘルスクリーニング後のフォローの必要性 | | | ○ | | | | ◆ | ◆ | |
| | + ローラー調査による要支援者の把握 | | | | | | ○ | | ◆ | |
| | ローラー調査による要支援者の把握の限界(避難所→自宅) | | | | | | ○ | | ◆ | |
| | + 保健師からの困難事例への対応 | | | | | | ○ | | ◆ | |
| | + 包括的なニーズ(メンタルヘルスに特化しない形)への対応 | | | | | ○ | ○ | | ◆ | |
| | + ボランティア(物資運搬)を通じたニーズ把握 | | | | ○ | | | | ◆ | |
| | 困難事例への対応 | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | メンタルヘルスのニーズ把握の難しさ | | | | | ○ | ○ | | ◆ | ◆ |
| 問題の顕在化(アルコールの問題、ハイリスクコミュニティの問題など) | | | | | ○ | ○ | | ◆ | ◆ | |
| 避難所から仮設住居への移行による問題(要支援者が分散) | | | | | | ○ | | ◆ | ◆ | |
| 仮設住居における課題(被災者の孤立、異質な人の排除の構造など) | ○ | | ○ | | | | | | ◆ | |
| 生活支援・保健対応 | 疾患レベルにない人々の相談ニーズへの対応 | | | | ○ | ○ | | ◆ | ◆ | |
| | 支援者に対するコンサルテーション、スーパーバイズの必要性 | | | | ○ | ○ | ○ | | ◆ | |
| | みなし仮設居住者への支援(アウトリーチ、生活情報提供、相談支援) | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | 被災者の孤立感 | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | メンタルヘルスのニーズ把握の難しさ | | | | | ○ | ○ | | ◆ | ◆ |
| | 男性・子どものニーズ把握の難しさ | | | | ○ | | | | ◆ | ◆ |
| | 被災者における被害の大小による精神的なギャップ | | ○ | | | | | | ◆ | |
| | + 避難所巡り(メンタルヘルスの一助として機能) | | | ○ | | | | | ◆ | |
| | + 震災以前からの支援ネットワークが良好に機能 | | | ○ | | | | | ◆ | |
| | 生活相談(離婚等)への対応の必要性 | | | ○ | | | | | | ◆ |
| | 開かれた相談の場・機会 | | | ○ | ○ | ○ | | | | ◆ |
| | ハイリスクコミュニティへの予防活動の必要性 | | | | | ○ | | | | ◆ |
| | + 定期的な健診の実施 | | | | | ○ | | | | ◆ |