

日本心理臨床学会第 37 回大会

支援活動委員会企画シンポジウム

「時期に応じて必要な支援を適切に届けるために その 2
—私たちは何を知り、何を身に付けておくべきか—」

2018 年 9 月 2 日（日）

小林（司会） お待たせいたしました。それでは時間になりましたので、支援活動委員会企画シンポジウム、「時期に応じて必要な支援を適切に届けるために その 2 ―私たちは何を知り、何を身に付けておくべきか―」のシンポジウムを始めたいと思います。きょうは最終日の最後の時間帯、また、公認心理師試験前一週間って関係ある人となない人というと思いますが、それぞれまた皆さんお忙しい中をお越しいただきましてありがとうございます。昨年と引き続きのテーマですが、また趣旨説明等でしてもらいますが、中身的には非常におもしろいものになると思いますので、十分期待して聴いていただきたいと思います。司会を務めさせていただきます私、小林と。

窪田（司会） 窪田です。どうぞよろしく願いいたします。

小林 それでは早速ですが、窪田から企画説明とシンポジストの紹介をさせていただきますと思います。ではよろしく願いします。

窪田 今回、先ほどもご紹介がありましたが、本シンポジウムは「時期に応じて必要な支援を適切に届けるために その 2」として、何を知り、何を身に付けておくべきかという事で企画いたしました。ご承知のとおりわが国は、災害大国ということで、東日本大震災、熊本地震と言っていたのですが、西日本豪雨などその後も相次ぐ自然災害、さらにこのように名前が付かないものも含めると、日々いつどこで災害が起こっても不思議がないという状況にずっと直面してきております。そういう意味では災害支援は一部の専門家の仕事ではなく、私ども一人一人が常に備える必要性があることを数年来まさしく痛感してきているわけです。

支援活動委員会としましては、これまで大会時のシンポジウム、それから研修会等を通して、まず災害支援が特別なことではなく日常臨床とどのようにつながっているのか、その往還について考える機会を持ってきました。今回も時期に即したというか、「時期に応じて」ということを入れていますが、早い段階から適切に支援に入れるために、どのように他団体と協働体制を作っていけばよいのか、その事例を聞く機会、それから東日本、熊本地震等への支援の実際についてあらためてお話を伺う機会、それからこれは今回にも通じるのですが、災害支援に必要な知識と技術、それから枠組みについて、そして目指すところは前段で申し上げたことと一緒ですが、一人一人が支援者となれるためにということで、日ごろからの備えに向けて考えてきました。

これは昨年のシンポジウムでは、支援の枠組みのことを主に考えるということにいたしました。昨年度はお一人目のシンポジストとしてはジャパン・プラットフォームという国

際的に活動する人道支援の NGO から社会福祉士の資格を持つ山中先生に来ていただいて。スフィア・スタンダードも含めた支援活動に関する基本的な国際的な視点、そして支援ニーズが時期に応じて変化していく中でのそれから時期に応じた心理社会的支援の実際についてお話しいただきました。

それからもう一人のシンポジストとして、日本臨床心理士会災害支援プロジェクトチームの委員長でもある川畑先生から、一つは東日本大震災後の支援、外部から支援に入るときの心得と方法論ということで、「花届け人・京都」という活動の実際をお話しいただきました。もう一つ大きなこととしては日本臨床心理士会としての災害支援の組織づくりのことをお話しいただいて、そういうことを理解した上で私たち一人一人がどのように考えるかということを検討する時間をいただきました。

それを受けて今年度はその 2 ということで、3 人のシンポジストの先生にお越しいただいています。お一人目として須藤康宏先生。メンタルクリニックなごみの副院長、かつ福島県臨床心理士会の副会長でもいらっしゃいます。7 年半にわたる東日本大震災後の支援、特に福島の放射線被害ですが、支援経験を通して他職種協働としてのコミュニティ支援について、実際にメンタルヘルスの仕組み自体が崩壊した中からそれを再構築するということでのさまざまなお立場の方との連携協働、そして今日に続く支援ということで、心理の専門職としての役割とか、そのために何が必要かというようなことについてお話しいただけるものと大変楽しみにしております。

それからお二人目としては池田美樹先生。池田先生は現在、日本臨床心理士会災害支援プロジェクトチームの重要なメンバーとしてご活動中ですが、もともと赤十字のこころのケアチームのメンバーとして災害支援の具体的な経験をたくさんお持ちです。それから DPAT 事務局という、やはり多職種協働のところでずっと活動をされてきた先生です。先生には、昨年は日本臨床心理士会の仕組みが動き始めたところだったのですが、それがかなり形ができてきていますので、日本臨床心理士会の災害支援体制が今どのような仕組みになっているのか、そしてそれを実際に少し運用するというようなことが今回の西日本豪雨であったので、そのあたりをお話しいただき、やはりそれに向けて私どもの備えについてご示唆をいただくことになっています。

3 人目の成澤先生は、心理臨床学会の支援活動委員会で私よりもっと前から、もう 4 期お務めくださった先生です。先ほども少し申しましたが、支援活動委員会としてどういうコンセプトで取り組んできたかを振り返っていただき、その一つとしてこのところ、支

援活動を行うために必要な知識とスキルというところで、研修プログラムの体系化ということにこのところ委員会として取り組んできたことについて委員会を代表してお話しただくことになっています。

時間配分ですが、このあと 3 人の先生に 20 分をめぐりにお話しいただきます。その後シンポジストの先生方に多少のやりとりをしていただいたのち、フロアの先生方との全体討議にある程度の時間が取ればいかと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

小林 ありがとうございます。それでは早速ですが、最初のシンポジスト須藤先生からお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

須藤 よろしくお話しいたします。福島県臨床心理士会の須藤と申します。まず、西日本豪雨で被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。きょうは、今ほど窪田先生からありましたが、私の役目はコミュニティ支援、多職種協働というところで何が心理職にできるのかという、重たいというか、大きいテーマを頂戴したなと思っています。私が今からお話する 20 分は、私自身がこの 7 年半作り上げてきた地域での支援活動と、そこから見てきた、心理の専門職だからこその視点は欠かさないでいただきたいなと思うところをお伝えできればと考えています。よろしくお願いいたします。

突然出来上がったところからスライドが始まるのですが、これは時間の関係です。実際には平成 23 年の 3 月 11 日、12 日あたり、福島第一原発の事故が起きて、私どものいる福島県の浜通りと呼ばれる太平洋沿岸の地域から精神科の医療機関、保険福祉のシステムがいっさいなくなりました。精神科の病院も 4 病院が閉鎖という状況になって、外来の患者さんはもちろん行く先がない、そして入院されていた 840 という数の患者さんたちも県内外のほかの病院に緊急転院をされたという状況が私どもの地域で起きたことです。

そういった中で私たち地元に残った精神保健福祉の関係者と、あと、福島県立医大の医師は、なんとかこの地域の再生を図らないといけない、図る必要があるということで考えたのは、まずはクリニック、外来機能を再開させないといけないだろうということ。それともう一つは、実はここに「相馬広域こころのケアセンターなごみ」と書いてありますが、県がこころのケアセンターを準備するのを私たちは待つことができずに民間設営で最初に始めています。県に先駆けて NPO としてこころのケアセンターを始めています。それが翌年、2012 年 1 月 10 日に開所開院となりました。これが実際に始まるまで相当な紆余曲折があるわけですが、そこはきょうは端折らせていただきます。

実際に行ってきた活動はここに挙げたものです。右側が主にクリニックで担っている部

分、左側がこころのケアセンターで担ってきた部分ということになります。これを一つ一つ申し上げるのは時間の関係もありますので割愛しますが、実際はこのこころのケアセンターという活動は、それ以前に全国から来ていただいた、こころのケアチームの活動をほぼ引き継いだ形になっています。もちろん心理関係の先生方も学会からとか、あと、県からとか、あと、個人でおいでくださった方もおりましたが、そういった先生方の積み重ね、蓄積されたものを私たちが引き継いで活動したということになります。

少しきょうは実際に外部から支援に入られた方のエピソードなども交えてほしいというお話でしたので、少し申し上げておきます。本当に心理の方々も多くの先生方がおいでになって、実際に私たちの支援活動を手伝っていただきました。その中であえて失敗談といえますか、そちらを申し上げますと、たくさん来られた心理職の中でお二人ほど、やはり心理の専門職だというアイデンティティが先に立ってしまって「私にはこういうことができます。このタイミングなので、この地域ではこういう支援が必要です。方法論が必要です。それができていない地域はどういうことなんでしょうか」というようなことをおっしゃった先生がお一人。

それともう一人の先生は、私はこの方は何をしに被災地に来られたんだろうと正直思いましたが、「私は心理の専門職です。ですから今、あなた（コーディネーター）がしてほしいと言った仕事は、私はすることができません」とおっしゃった方がおられたのです。実際にはそれは保健師さんと一緒に被災者のご自宅、あのときは仮設住宅に訪問して、いわゆるアウトリーチで面接をしてきてほしい、アセスメントをしてきてほしいということだったのですが、「私は訪問活動をしたことがないので無理です」とその方ははっきりおっしゃいました。本当に私は個人的に、何をしにこの方は来られたんだろうと強く思ったのを覚えています。

そういったことを少し交えながらお話ししていきたいと思いますが、左側の一番上、仮設住宅へのアプローチというところで私どもが、おそらくこれはオリジナルだと思います。1500 あった仮設住宅の一軒一軒を年に3回すべて回りました。これはもちろん私たちだけで動けた活動ではなく、今ほど申し上げましたように全国からおいでいただいた先生方と一緒にローラー作戦で本当にすべての家庭を回って安否確認をしたのです。

どうしてそういったことを行ったかといいますと、阪神淡路、そして新潟の中越いずれも仮設住宅での孤独死の問題がクローズアップされました。私たちはより小さいコミュニティということもあったのですが、やはり自分たちのコミュニティから孤独死というもの

を出してはいけないという思いが強くて、なんとかマンパワーを確保しながら安否確認を続けて行っていたということがあります。

それと三つ目、公共職員のこころの相談、例えば、消防署員のこころの健診とか、30分程度のアセスメントとかそういったものも割と早い段階で消防署のほうにこちらから出向いて行っていました。これもそれまでの支援経験を踏まえてやはり支援者が疲れてくるだろう、あと、心に傷を負っているだろうということが想定されたので、私どもは早い段階からこういった取り組みをすることができたということになります。

クリニックのほうはいわゆる外来機能に加えて今現在はデイケアとグループホームの開所というところまで至っています。

そして私からは、今回の大きなテーマがその支援のタイミング、どのタイミングにどういった支援を届ければいいのかということだと思っていますが、私はあえて今の福島の状態をお伝えして、今の被災地、被災者はこんな感じですよということを知っていただければいいかと考えています。

まず、福島だけではないと思います。復興に向かって前進をしていく方、取り残される方の格差が年々広がっています。行政の支援の幅も狭くなっていくということもあるのですが、福島では原発事故の補償の問題がやはり相当大きいです。もちろん心の回復はまだですが、原発補償をある程度受けていらっしゃる方々は、目に見える形での生活再建、暮らしというところでは進んでいく部分があるわけです。ですけれども、原発と直接関係のない津波被災された方々は補償がないのです。そういった中で今まだ仮設におられる方も若干名残っていらっしゃいます。そういった方々との格差がやはり大きくて、私たちはこれをどのように解消していくのかということはずっと頭を悩ませています。缺状格差と呼ばれる部分です。

それと、次もいろいろなところで起きていると思いますが、仮設住宅がある程度なくなって災害復興住宅や新築物件に移った方がほとんどなわけです。では新しい物件に移ったらそこでもう終わり、回復、再建ということになるのかということなのですが、そこでまたコミュニティの再崩壊が起きています。実際被災された方というのは、例えば、津波でご自身がそれまで暮らしておられたコミュニティが一度崩壊しています。それで、福島の場合は、阪神淡路にならって、ならったのか、ならってないのかな。とにかくコミュニティ、自分がそれまで生活されていたコミュニティの単位ごとに仮設住宅に入っていたのです。ですから、ある程度そこでコミュニティをもう一度再生することができたの

です。再生といってももちろん元のままという意味ではないですが、そういった再生されたコミュニティが今度はばらばらの災害公営住宅とか、ご自分で新築された家というところに分かれていきます。また、お一人になるわけです。ご家族だけとの生活とか、ご近所さん誰も知らないという環境にまた入ります。仮設で築き上げたコミュニティが再崩壊をするという体験を味わっている方がいらっしやいます。

そして、先ほども申し上げましたが、補償の問題。そして福島は大変広い県なんですね。浜通りは原発被災があって実際に補償をどちらかというところある程度は得られている地域、中通りは放射能被害はあるのだけれども、直接被害を受けたというのとはちょっと違うので賠償額が極端に違います。そして新潟寄りの会津地方に至っては、放射能がそもそも飛んでいないということで、風評被害はあってもほぼほぼもう補償がないという状況です。こういった地域ごとの温度差によって住民のあいだで見えないいさかきも続いています。表立っては皆さんお話しされないのですが、個別に話を聞くとやはりこのお金の話は必ず出てきます。

20km、30km という同心円で避難指示が当初なされました。それが今も尾を引いていますが、20km のところと 30km のところに、たまたまだと思いたいのですが、川が流れています。ある程度大きな川です。その川を挟んで 20km から内側は全員避難、20km～30km は屋内退避、30km から外は避難しなくていいですよという。そしてそれに応じた賠償の違いがあるわけです。川の幅はたかだか 30m、40m です。その内側と外側で賠償が出る出ないということが明確に線引きされているわけです。これは本当に地域住民にとっては惨憺（さんたん）たる結果を招いているなと思っています。そして、自主避難者には積極的な補償はありません。

震災から 7 年半がたって避難された方々、やはり現実に直面する時期に来ています。もちろん早いところは早く市町村に戻られた方もおりますが、帰町、帰村、そしてこれからの生活というところがいよいよ目の前の大きな課題ということになっています。郷愁の思いで帰られる方は、一部ですが、おられます。だいたい人口の 10% 程度です。1 割程度の方しか戻らないのですが、そういった戻られた方々が目の当たりにするのは、人がいない、そしてインフラが整備されていないふるさとなのです。

いまだに、例えば、皆さん名前は聞いたことがあるかと思いますが、飯舘村も、帰っていいですよということは言われましたが、実際に行ってみるとまだまだフレコンバックと言われる黒い袋が山積みになっているのです。それを目の前にして「あなたここで暮らし

なさい」というのは相当に酷であって、私はあまり国政批判とかはしないほうなのですが、このことだけは私もちょっと怒っているところです。この環境に戻すということ自体がやはりあり得ないと思っています。

そしてクリニックの受診者です。震災後に開いたクリニックですので、ある程度半数ぐらいの方は被災者ということになります。2年が経過したころから、実際は6カ月ぐらいで一度PTSDの波が来るのかと思っていたのですが、それはそれほどでもなく、実は2年、2年半がたったぐらいから増加してきました。当院の院長は蟻塚といいまして、もともと沖縄戦のトラウマを専門でやっていた医師なのですが、「遅発性のPTSD」という名称を用いて現在も治療に当たっています。

まず、一つは、ポーリン・ボスさんがおっしゃった「あいまいな喪失」ということもあるのではないかと思います。ふるさと、自宅はあるのだけれども、そこに戻ることができない。なくしてしまった喪失とはやはり違うわけです。悲しむ、嘆くということをしきれないという状況が避難者にはあるんだろうと考えています。

そして、先ほど申し上げたコミュニティの再崩壊。

訴えを、私が、例えば、予診に入ったときなどに丁寧に聞いていくと「眠れません」と言って来られる方が多いわけなのですが、その眠れなさの加減とか度合とかそういったものを聞いていくといわゆる過覚醒だと思われる方が大変多いのです。ともするとフラッシュバックかなと思われるものとか、本当に過覚醒状態で頭の中はいまだ戦闘が続いてらっしゃるんだなという方のトラウマ反応性の不眠がとても多いなと感じます。ぶつぶつ途切れて眠れませんというようなおっしゃり方をします。

そして今度は子供たちです。発達障害に似た行動特性、主に多動ということの訴えが先生方から挙げられますが、そういったお子さん、そして思春期のリストカット、不登校等の行動化、事例化が増えてきています。もともと福島県は不登校の児童さんがそれほど多くない県だったのですが、震災後やはり多くなかったのですが、次第に不登校のお子さんが増えてきています。リストカット等の問題行動を起こす思春期のケースなども増えてきているのです。

何が起きているのかというところで蟻塚とよく話をしますのは、やはり福島、その原発避難ということで家族が離れたのです。もちろん当時産まれたお子さんはその避難のただなかで産まれたり、産まれて直後にお母さんと一緒に県外に行ってしまったとかいろいろな環境があります。そういったところで親子の愛着の問題、うまく築かれていないのでは

ないかということが一つあるかと思えます。

それと、これは私も含めて福島県民の多くがもしかしたらそうかもしれないと思っていますが、人を信じるという基本的信頼感ですからもう少しベースのところですが、その人を信じるということがとても弱くなっているなど自分自身でも感じるのです。私たちは原発事故のときに正確な情報を出してもらえなかったわけです。そしてそれによって実際に被爆に近いような状態になった方々も一部地域でおられたのです。そういったことがあったものですから、私たちは誰を信じ、どの情報が的確で、どう動けばいいのかというその適正な判断といえますか、そういったものがやはり弱くなっているなど感じます。

そしてもう一つ、最近はやまっていますが、一時期ちょっとした落胆から「死にたい」という言葉を口にする方が増えていました。高校生であれば親と進路の、要は、例えば、「どこの大学に行くかという意見が合わないから私死んだほうがいいでしょうか」と言ったり、サラリーマンが「上司に叱られたんです。こうこう、こういうミスをして」と。それほど大きなミスではないんですよ。「僕はこの世からいなくなったほうがいいでしょうか」と、そういう言い方を本当に簡単にするのは。私はやはり生きる死ぬの話はそれほど簡単に論ずるものではないと思っていますので、なかなかそれが日常会話に近いところで出てくるというのは、これは本当に生きるということがとてもこの被災地であいまいになっているんだなということを感じていた時期がありました。

そしてサバイバーズ・ギルトです。これはいまだに訴えて当院を受診される方もおられますが、例えば、優秀なお兄さんが亡くなってまあまあ平凡な、平均的な弟さんが残った家庭などで弟さんが受診に来られるのです。「あのとき自分が死ねばよかった、流されればよかった」と実際おっしゃる。「うちの兄貴が残っていたら、もっとたぶん世のため、人のために何かできた」、「でも、自分には何のとりえもないから生きている意味が価値が分からない」とその方はおっしゃるわけです。そういったサバイバーズ・ギルトのような感情を抱いていらっしゃる方が少なくないと感じています。

そして私が福島にいて個人的に思うことです。被災者は徐々に話ができるようになってきています。ですが、中には「もう7年」とおっしゃる方もおられます。おそらく国をはじめ自治体も「もう7年」と言うかもしれません。ですが、私の感覚では「まだ7年」なのです。回復にはまだまだ時間がかかりそうです。

そして、福島ばかり取り上げるわけではないのですが、PTSD、ポスト・トラウマという考え方ではなく、イン・トラウマという表現が正しいかどうか僕は分からないのですが、

現在進行形であることをお伝えしたくて挙げてあります。いまだに放射能被害、放射能不安、その他もろもろ付随すること、福島県の中では訴えがあります。訴えがある方はまだいいのですが、訴えられずに心に秘めたまま日々何らかの不適応を起こしていらっしゃる方々もおられるわけです。ですから、まだ進行形なんだという理解をぜひお願いしたいなと思うところです。

そして次のところは、ここは多職種とやっけていて心理の強みというか、心理が持つておく必要があるところだなと感じていますが、表に出している症状なり医師が診断をつけるものはうつ、「この方、うつ病です」と、例えば、医師が診断をつけます。ですけれども、私たち、これはやはり心理の仕事でしょう。丁寧に聞いていくとやはり喪失感があったり、何らかのトラウマを抱えていらっしゃるったり、その「遅れてきた PTSD」のような状態であったり。このあたりは私たちがトラウマなり災害トラウマという角度から見ようとしなないと見えてこないのです。このあたりは心理がたけてやっけていく必要があるところでしょうし、医師の方々にも災害トラウマなりの視点というところを共有できればと考えています。

そして、直接被害を受けた方が対象者とは限らないと書きましたのは、先ほど申し上げたように福島県外、実際に県から避難をされた母子などもおりますので。そういった支援をたぶんしてくださっている方々もきょういらっしゃると思うのですが、不安を抱えている方々すべてが私たちの支援対象だと考えています。特に目に見えない放射能災害ですから、実際どこでどのような方がその放射能におびえている、怖がっている、不安を抱いているか分からないわけです。ですから、そういった方すべてが支援対象なのだと思います。

そして災害支援とトラウマケア。今ほど申し上げたところです。トラウマ反応は見ようとしなければ見えてきません。かといって、例えば、予診のときに症状探しをしたり、侵襲的になってはいけないわけです。そこの線引きはなかなか微妙なところですが、そこはもう個人の臨床感覚で慣れていくしかないのだらうと思います。

そして、これは割と初期の段階もそうですが、積極的な支援を望んでいる被災者ばかりではないので、先ほど冒頭で申し上げたような「私はこれの専門家なので、今これができます。提供できます」ということはご本人のニーズとタイミングに合っていないのだらうなと思うところです。

そして、私たちの役割はやはり被災者が語るストーリーとか彼らなりの文脈を大事にし

て、その思いをくみ取りながら一緒に駆ける、伴奏するということが役割であろうと思っています。

このあたりは少しざっと読み上げていきますが、震災トラウマでは指標はどんなものがあるのかというところなのですが、断続的に目覚める過覚醒不眠、先ほど申し上げたような不眠です。

そして不安、パニック発作の有無。多くの場合、震災トラウマを抱えている方は不安発作、パニック発作を起こされる方がいらっしゃいます。多くの方がおそらく何らかをお持ちです。

それと一緒に、併発という状況になるか続発してくるかは別なのですが、非定型のうつ病を抱えている方も少なからずおられます。旧来言われている定型の、例えば、午前中調子が悪くてだんだんよくなっていくというような日内変動のうつではなくて、さまざまな状態像を示す非定型のうつを随伴する方が少なくないのです。

そしてフラッシュバックの有無。これはもちろん震災トラウマの指標ですから大事です。

それと言語化するしないによって体に表れる方も少なくないのです。私どものクリニックに「体が痛い」と訴えて来られる方は結構な数いらっしゃいます。そして聞いていくとやはり震災、津波であれ原発であれそのときに何らか心の傷を負って、それを今まで話すことなくこられた方々。やはり体の端々に何らかの痛みとなって残っています。こういった症状が震災前からあったのか、それとも震災後により強くなったのか、それらを尋ねることで同定していきます。もちろんこれだけではないのですが、きょうはざっとさわりの部分だけをお伝えしておきます。

福島の震災ストレス。ここからの3枚ぐらいは本当にお示しだけという感じになるのですが、まず、福島は地震と津波がありました。そして原発事故による生業（なりわい）の喪失と難民状況がありました。私はあえて福島で避難をされた方は難民であるという定義づけをして支援に当たっています。「難民」という言葉は日本語で聴くとなかなか厳しく聴こえるのです。きつい表現に聴こえますが、辞書を引くと「故郷を追われた人々」というのが難民の意味なのです。そうであるならば原発避難を強いられた人たちはまさに故郷を追われた人々なので、私の中では難民という考え方、捉え方をして支援に当たる必要があるのだらうと思っています。

ここも私たちがこれから心理臨床家として何ができるのか、身に付けていく必要があることだと思っています。というのは、日本でこれまで難民という定義づけをされた災害は

ないのです。正確に言うと雲仙普賢岳のときに一時期難民のような状況になったということはあるのですが。今回の原発災害が日本で初めて難民状況を作り出したと私どものクリニックでは考えて、先んじてやはり難民に取り組んでいるのはヨーロッパですから、そこから何か新しい知見を得られないかというところで、院長も年に何度かヨーロッパに足を運んで勉強したりしているところです。

そのほか風評被害、スティグマ、もろもろ起きてきます。最後だけ申し上げます。未来の妨害、次世代への負の心情の伝達というところ。やはり原発災害で私たちがいま恐れているのは自分たちの子供、孫の代への何らかの被害があるのではないか、放射能の直接の被害があるのではないかということ。心理的な、先ほど申し上げたような「人を信じる」ということが自分の子供を考えたときに「この子はきちんと身に付いていくのだろうか、友達関係を築いていくことができるのだろうか、そして恋人を作り、結婚し、子供を産むというその過程」、もちろんそれだけがすべてではないですが、「そういった過程を歩んでいけるのだろうか」といった負の心情の伝達を危惧しているところです。

時間もありますので、ストレス、トラウマ反応についてと次の自律神経症状のところは少し端折らせてください。もしこのあたりを詳しく知りたい方は、私と蟻塚で『3.11 と心の災害』という本を出していますので、そちらにこういった症状については詳しく書いてあります。よろしければご覧ください。

そして、最後になってきますが、震災トラウマを乗り越えるにはというところで、まずは震災トラウマだけではないですね、やはり SOS を発信できるスキルは大事です。被災した方、私たちが支援する対象の方ももちろんですが、私たちも震災支援をしていて感じたのは限界を超えてやはり支援をしようとしてしまうときがあるのです。ですから、そこで自分の限界、これ以上動いたら自分が倒れるというところをやはり発信するスキル、これは支援する側、される側どちらにも必要だと思っています。

それと悲しむ力、怒る力を適切に使うということです。今、当クリニックに東京から非常勤で来ていただいている先生がいるのですが、福島の人たちはどうして泣かないんだろうと毎週のようにおっしゃるのです。「東京で初診で来られた方は8割が泣くよ。それが福島の方は今まで3年診てきて泣いたの3人」という話を先週もしていましたが、それぐらい泣かない。この文化風土は何なんだろうということを先生はおっしゃっていますが、そういった泣いてもいいし、あとは、それこそ原発のことを怒っていいはずなのです。これは私も含めてなのですが、怒るという力を適切に使ってないなと思うわけです。ですか

ら、そういったところを怒りの表出、昇華といったあたりがもしかするとグループ療法などで心理職が担える役割なのかと思ったりもしています。

そして次のところは PTSD からの回復ということになりますが、今のよいところを見付けてそこを大事にしていくこと、そして、生きる意思をはぐくんでいくことです。PTSD の治療は過去トラウマになっているものを冷却するということになってきますので、過去を冷却するには今現在がどれだけいいものか、充実したものであるかというところにやはり焦点付けをしていく必要があるだろうと思っています。そういったところで、いいところ探し、ストレングスの部分を大事にしています。

そして、ここからは被災者だけではなく私どももそうなのですが、まず、よりどころ、包んでくれるまゆのようなものがあるといいなと思っています。それと語れる相手を見つける。そして仕事。あえてお金を得るといふ、収入を得るといふ意味だけの仕事ではなく生きがいを持つということ、そして住居、家族、仲間、お金。あえてお金とも書いておきました。生活再建にはお金も必要です。こういったものがすべてそろってくるとやっと、ここから心について語り出せるのかなと個人的には思っています。

心のケアというのは早い段階で入れようとしても、ご自分の生活再建、暮らしが成り立たない、要は足元がおぼつかない中で、心のケアと言われてもなかなか被災者は向き合うのは難しいと思います。ですから、まずは基盤を固めて、そのあとで、「ところで、どういったことを考えてこの間来られたんですか」というお話がやっと成立するのだろうと思っています。

で、祭りを再開するということ。レジリエンスといわれる心のしなやかさとか、PTG（心的外傷後成長）もさかんに言われました。そして地域力、絆。このあたりに勝るものはないのかなと実際は感じているところです。

最後に、福島を生きる被災者の声をお伝えして終わります。亡くなるその日以外は思い通りに生きていきたいと言った方がいました。そして、いつか思い出してもらったなら笑顔のほうがいいなおっしゃった方もいました。最後のところ、とても象徴的ですが、「ここはわれわれが暮らしている町です。これからも暮らしていく町です。家族がいて友人がいて仲間たちがいる。思い出があるこの町をいくら危険だからと言ってわれわれは出ていくわけにはいかないんです」。これは 20km 圏内に実際に住んでおられた、今も住んでおられる方の言葉です。大変重いなと思いつつ、でもやはりこうありたいなという思いも同時に抱きながら私も支援に当たっています。

最後です。私たち心理臨床家に求められるもの。私はこの一言かなと思っています。被災者にはそれぞれの 3.11 があります。ひとくくりではないのです。ですから私たちにはそれを一人一人丁寧に聴いていく、紡いでいくという作業がこれから求められていくだろうと思っています。私もあなたもここにいていいという被災地を作り上げていきたいなというようにまとめまして、私からの発表は以上になります。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

小林 須藤先生、ありがとうございました。福島に生き、生活し、その中でまた支援をされてこられた重み、非常にずっしりと感じることができました。

では引き続きまして、池田先生、お願いしたいと思います。

池田 ご紹介いただきました、桜美林大学、日本臨床心理士会災害支援プロジェクトチームの委員であり、また、DPAT 事務局にも所属している池田と申します。きょうはこの支援活動委員会企画シンポジウムでお話をする機会をいただきましてどうもありがとうございます。そもそも私がこの場で話をする契機になったのは、現在大学に勤務しておりますが、もともと私は臨床活動としてはスクールカウンセラー、教育相談室での教育相談員をやっておりまして、その後、発達障害の療育支援、そして長く勤めていたのが日本赤十字社の総合病院の中で心理士として働いておりました。その中で、もちろん精神科でしたので、いわゆる一對一の個別臨床、そして身体科との連携ということ、赤十字ということで災害支援活動に関わってきました。

その中でやはり心のケアといったことは 2000 年から赤十字社でも注目して行って、災害があるときに身体の、からだの救援活動だけではなく、心のケアもしていくといったことを始めていた時期でした。

その中で東日本大震災、常総の水害、大島の土砂災害といったところで実際に活動して行く中で、またこれも東日本大震災以降、精神科病院が支援から取り残されたということがありました。国としても精神科領域でも災害支援を構築し体制化していく必要があるだろうといったことで、DPAT といったものが作られてきました。なので、赤十字の活動がまた DPAT にもつながり、また同時期に日本臨床心理士会でも災害支援体制を整えていきたいといったことで、こういった活動に加えていただいています。そういったことをご承知おきいただいた上で、きょうの私の話を聴いていただければと思います。

こちらにお示ししていますのは、国際的な精神保健・心理社会的支援体制の介入ピラミッドの図になります。こちらは、先ほどの須藤先生のお話にもありましたが、災害を体験

したときには被災したすべての方がやはりそのストレスを体験することになります。なので、このピラミッドの底辺がその支援を必要としている人の数を示す図になっています。

第一層目、一番底辺なのですが、基本的なサービスおよび安全とありますようにまずは衣食住が保障されること。その上で第二層目として、コミュニティおよび家族の支援といったことで、地域社会や家族が組織化されるのを援助していくこと。そして特化した非専門的サービスといったことで、これは一般的なプライマリーヘルスケアの方を含めた方が行う精神保健のケアも含めるということになっています。

この図の右側のほうには、これを日本で見たときにどういった団体や組織がそれを提供しているかをざっくりと示させていただいています。なので、一番下、第一層目、第二層目では本当に地域のいわゆる救済者といったことで、消防、警察、自衛隊、そして地域の消防団や自治体の職員の方、それから NGO や NPO、民生委員の方がそれに相当します。

そしてその特化したといったところでは、これは医療のほうを掲載していますが、DMAT や JMAT（日本医師会）、日赤で言えば身体の救護班、そしてこころのケア班や保健所の方となっています。一番上の専門的サービスでは、いわゆる精神医学的支援といったことで、PTSD や急性ストレス障害、あるいはうつ状態に対しての専門的なケアを提供するといった図になっています。ですが、全体を見ていただくと分かりますようにやはり被災地域が自立し自助をしていくための支援活動をするといった図式になっています。

この赤丸で囲ったところなのですが、すべての支援者が知っておくべき支援方法、支援方針がこの赤字で書いてある PFA を用いた支援活動、いわゆる心理的応急処置といわれるものです。

今、一番上の層にあった DPAT なのですが、ご存じの方々もいらっしゃるでしょうし、そんな言葉を初めて聞いたとおっしゃる方もいると思いますので、簡単にご紹介させていただきたいと思います。こちらは災害派遣精神医療チームという名称になっていますが、自然災害や犯罪事件などが起こったときに被災地域に入って、ここで精神科医療と精神保健活動の支援に当たるための専門的なチームとなっています。なので、ここにちょっと小さく書いてあるのですが、このチーム自身は精神科の医師、看護師、事務職員等といったことで、実はこの事務職員等の中に心理士、精神保健福祉士、薬剤師がいたり、あるいは本当に一般の事務をなさっている方が構成メンバーになっています。ですので、実際に被災地域に入って精神科病院の支援に当たったり、避難されている方の支援に当たったり、あるいは地域の支援を行っている保健師さんの支援を行ったりという活動になっています。

もう一つ大きな枠組みでご紹介しました、この心理的応急措置といったことで、こちらでも 2010 年以降日本でもだいぶ普及活動がなされてきていますので、知っていらっしゃる先生方も、また皆さんも多いかと思えます。一つには WHO のマニュアルといったことで、国立精神神経医療センターを中心にこういった日本語のマニュアルや研修がされていますし、それを補完するものとして「子供のための心理的応急措置」といった形で、こちらはセーブ・ザ・チルドレンという団体が日本語化して普及活動を行っています。

この PFA は本当に国際的に広く活用されているので、日本国内だけではなく、こちら左から 2 番目にある、これは北アメリカのトラウマティック・ストレス財団で開発した、主に精神保健活動に特化したマニュアルになります。あと、こちらスフィア・プロジェクトといった形で紹介されている、いわゆる災害支援の基準が示されているマニュアル、また、先ほどピラミッドで紹介した IASC のマニュアルといったものも一緒に包括したような形で、同じような方たちが協働して作っているものになります。

では、何かといったことなのですが、いわゆる深刻なストレス状況にさらされた人々への人道的、支持的、実際に役立つ援助といった訳し方をされていまして、中身的には、被災した人々に対して押しつけがましくなく実際に役立つケアや支援を提供しましょう。そして、ニーズや心配事を確認しましょう。水や食糧、住居など基本的なニーズの援助をしましょう。そして、無理強いせず傾聴しましょう。安心させて落ち着けるような手助けをしましょう。そして、被災者の方に情報や公共サービス、社会的支援につなぎましょう。そして、さらなる危害から保護しましょうという考え方が示されています。ですので、心理的応急措置というように「心理」という言葉が使われていますが、私たちのような心理職だけではなく、すべての被災者の方が心に配慮した関わり方をしましょうといった形の提言になっています。

ここまで大きな枠組みについてお話しさせていただきました。日本臨床心理士会の中でも、先ほどの領域、生活支援といったことが基盤にあるのですが、では心理士は災害時にどんな支援をしていく立場をとっているのかを検討していきましょうといったことで、心理士会の中でも検討してきました。

先ほど、こちらですね、これを見たときに、どこに心理士は関わっているんだろうかと考えたときに、いわゆる地域を組織化しましょうといったところであったり、例えば、保健師さんと一緒に協働して活動していることもあれば、個別の一对一の支援で関わっている。そんないろいろな領域での関わり方が想定されると思います。

ここで、心理士会のほうの災害支援プロジェクトチームの中で、では心理士はまずどういった活動をしていって、どのように組織的にそれを展開していけばいいかということ委員会でも検討してまいりました。このガイドラインを数年かけて作ってきていまして、ことしの6月の時点で都道府県の臨床心理士会の先生方が集まって、このような枠組みで活動していくのはどうだろうかといったことを諮らせていただきました。

内容的には第1章から第11章という形で並んでいるのですが、いわゆる心理士が行うということ考えたときには、主に心理社会的支援といった枠組みで考えるのが妥当であろうといったこと。何をしていくか、どんな手法を使うか、そして災害支援のための連携はどんなものが考えられるか、心理士会としてどんな支援体制を整えていけばいいか、その中にはそのための研修とか、災害のときに活動する心理士はどんな活動をするか、派遣をする場合を考え、またそのための体制を考えるといった構想でいます。

なので、まず、はじめにといったところで、やはり会員自身の安全確保に努めること。そして地域の住民の方の心の健康の維持増進に向けて災害支援活動を行うというようにしています。このマニュアルとしては、心理社会的支援を提供するために会員が心得ておくべき基本姿勢、方法、そして組織体制を記すということ、そして円滑かつ有効な支援活動を展開することを目的としています。ですので、こちら一番下がとても大事だと思うのですが、都道府県臨床心理士会、そしてほかの機関や団体組織との連携協力が不可欠であるといったことをあらためて記述しています。

この考え方については、こちらにお示ししているのは、国連で提唱している災害時の調整メカニズムといったことで、物流、栄養、避難所、保健、保護、食糧、通信、教育といった形で、すべての領域が協働して支援に当たることが国際的にもまた重要であるということが言われています。ですので、私たち心理士は日本においてもこういった枠組みですべての支援に当たる領域と協働していく必要があると思います。

また、新たな言葉として「災害支援心理士」といった言葉を私たちは使わせていただいているのですが、災害時に自主的に支援活動に参加する意思を持っている方、そしてその支援に当たるためにはやはり前提となる心得といったことで、研修を受講している方でこのガイドラインに沿って災害支援に当たれる方、また、本部や災害支援プロジェクトチームの指揮下で活動する方、また、各県の心理士会からの推薦がある方が望ましいといった形で災害支援心理士を登録させていただいています。

現在のところ、どういった方かというと JIMTEF という？国際医療技術財団といった

ところが先ほどの多職種協働で災害支援に当たりましょうということで、リハビリテーション、鍼灸師関係、そして栄養士会の方々が協働で災害支援研修をここ数年始めています。そこには実は災害の急性期から入っている DMAT という医療チームが研修の後援をする形で他組織を束ねるといふか、調整する、助言をする役割をしています。なので、ほかの組織がどのように活動しているか、どんな支援を行っているかを知ることによって協働体制が作れるといった考え方になっています。ですので、心理士会のほうでも現在のところ JIMTEF の災害支援研修を受講した方を中心に声をかけて、今こちらの方を登録させていただいています。

次に、この活動の種類ですが、やはり活動、支援の内容は発災直後で初動期、そして中期、長期によって変わってくるということ、また、領域においては私たち心理士が通常働いている、活動している医療領域、教育領域、あるいは地域支援の領域といったところで大きく三つにさっくりと分けさせていただいています。

方法については、実際通常行っている心理療法や心理アセスメントの技法を持っているのですが、そのままの形で実施することは少ないのではないだろうかといったこと。これは心理士が実際にこれまでさまざまな災害で支援に当たってきた方からの体験をもとにまとめたものです。一つには相談や助言、そして研修を行うといった形で、地域の方たちと帯同しての活動であったりチームとの帯同といった形で観察したりアセスメントを行うことが想定されています。

また、第 5 章では災害支援のための連携といったところで、医療およびその他の支援がやはり緊急に必要なことがあります。ただ、いきなり「日本臨床心理士会から何々をします」といった形ではなく被災地域の都道府県臨床心理士会、また、そこと関係している関係機関と連携を図りながら災害支援体制を作っていく。このためには災害時だけではなく平時から連携を理解しながら作っていこうといったことを言っています。

日本臨床心理士会では通常の常任理事会や心理士会の会長、副会長といったところが、災害があったときに災害支援本部という形を取りまして、そこに事務局長、事務局が連動しています。私がいるこの災害支援プロジェクトチームもこの理事会と情報交換や情報共有をしながら活動をします。先ほどお話ししていた災害支援心理士で、このコアチームという名前が出てくるのですが、これは主に今までに災害支援経験を持っている会員の方で、災害時に災害支援本部や災害支援プロジェクトチームの活動趣旨を理解していただいた上で本部や災害支援プロジェクトチームの協力を求めたときに応じていただくといった形で

活動していただける方を想定しています。

これが本部体制なのですが、実際にはこの被災県にいらっしゃる心理士会の体制の中で活動していただきます。おそらくこれは被害者支援委員会のほうでずっと、かねてからこういった支援体制については災害以外でも地域での活動、ブロック活動をされていまして、こちらの災害支援プロジェクトチーム、被害者支援チームと昨年まで2年ほど共通で、このブロック体制といった形を取っていったほうが実際の支援の実情に見合っているだろうということで、ブロック制を作っています。なので、地域ごとのブロック活動、そしてそこに担当理事といった形でここの理事会の先生方が連絡調整役で付いていただく形になっています。

さらにやはり心理士の活動は被害者支援、医療保険、教育、児童、障害、高齢者といった形でそれぞれの委員会でも活動がありますので、こちらの委員会の方とも情報交換をしながら活動をしていくといった構想になっています。

ではこの事務局、日本心理士会では何をするのかといったことがずっとこのあと並んでいるのですが、実際に今回西日本豪雨災害に伴って実際に行った活動を赤字で示させていただきます。ですので、被災地のほうに心理士会のほうにこの義援金を送らせていただく。そして発災したときに被災地の行政や他団体との情報共有といったことで、主に今回スクールカウンセラー、教育関係でどういった支援がなされているのか、文科省や県教委の方と情報収集、交換をさせていただきました。

その中での連絡調整といった形で特に今回、広島県のほうで、すみません、広島県だけには限らないのですが、スクールカウンセラーの緊急派遣がいわゆる文科省系列、そして全国知事会系列の2系統から派遣要請がされたことで、少し派遣系統に情報の混乱がありましたので、そのあたりを調整させていただいています。お見舞いの電報を送らせていただく、メールを送らせていただくといったこと。

今まで行ってきた災害活動についてその報告書をどういった形でとりまとめて保管していくかといった形で、各県でまとめていらっしゃるものを日本臨床心理士会としてとりまとめて、今後の災害支援活動にも生かしていただこうといったことをやっております。

もう一つ、今回、広島県さんと状況をやりとりさせていただく中で、急性期の支援活動がなされたあとで広島県さんでもまず会員さんの安否確認をした上で、では実際に自分たちの地域で支援活動を行っていく中で、災害支援に関わった会員の先生方もいるし、そう

でない方もいらっしゃるということで、研修会を開催したい。そのための講師を派遣してもらえないかといった打診がありましたので、日本臨床心理士会から講師派遣といった形での研修をやらせていただきました。

その内容としては、ちょうど8月の半ば、8月19日なのですが、「こころのケアに向けて」といったことで、広島県臨床心理士会さんが主催となり、ここで会員が一堂に。この時期に広島県の広島国際大学、駅前のところだったのですが。そこで今の広島県の被災状況で支援状況についての情報共有を行う機会とされるとともに、災害時のメンタルヘルスクエアといった全般的な支援活動について。そして、ちょうどその時期なのですが、広島県さんで派遣体制を整えていたのは県士会の会員の中でスクールカウンセラー支援に当たれる会員さんのリストをちょうど集めているところであり、また、スクールカウンセラー以外の避難所の支援とかそれ以外の地域支援に当たれる方といった形で2種類のリストを集めていらっしゃいました。

といったことで、この大きく二つの研修が成り立ち、また、ちょうどこの準備をしている最中に刻々と派遣状況、文科省から緊急のスクールカウンセラー派遣が実際に広島県を対象に行われるとあって、その人員の調整をしてほしいといったことがありました。なので、ちょうど20日以降、県外からのスクールカウンセラーを近県に派遣調整を依頼し、それとともに広島県のスクールカウンセラーの先生方は27日からまた学校に入るといった準備をすることになりました。ですので、実はこの研修が終わったあと4時から5時までのあいだ実際に学校に入られる先生方と情報共有の会が持たれています。

こちらは研修の様子なのですが、広島県の先生方130名弱がこの研修に参加していただき、こちらは一緒に講師としてお話しされた「スクールカウンセラーの支援について」といったことで、イマムラ先生がお話をされています。やはりこの研修の中でも、では実際に学校支援に入るときにどんな活動をしたらいいのか、研修をしていくときにどんなものが使えるのかといった実質的なことについて知りたいと熱心にご質問されていた先生方が多かった印象を持っております。

本当につい先日あった活動だったのですが、そういったことを踏まえて、では心理士は普段この災害支援に当たってどんな知識やスキルを身に付けておいたらいいのかといったことです。やはり心理士単体で個別のカウンセリングを行うことは中・長期かけてその方のニーズがあったときに対応していくといった形になると思います。ですから、多くは心理社会的支援の視点からといったことで、緊急支援や災害支援に関わる知識といったこと

で、人道支援とは何なのか、災害時にこういった形で調整システムが成り立っているのか、そしてこの国際的なガイドラインのこのピラミッドの考え方、必要な支援があったときにより専門的な支援につないでいくといった考え方、心理的応急措置です。

ですので、災害時に協働するほかの組織についてやはり知っていること、災害時にはどういった指揮命令系統で活動されているのかといった、この CSCA といったところ。これは本当に災害時だけではなく他組織連携を考えたときに、例えば、学校に入ったときに学校の中での指揮命令系統はどうなっているのか、あるいは保健師さんと一緒に活動するとなったときに保健所の指揮命令系統、行政の仕組みはどうなっているのかを知らなければ、やはり連携した活動といった有効な支援はできないと思います。

また、危機介入を含むアウトリーチと平時の心理療法のスキルアップといったことを挙げさせていただいているのですが、本当に一对一の個室での心理臨床面接ではなくコミュニティに関わるとなるとやはりアウトリーチ、自分が出かけて行って実際の人に対面しながらニーズを確認するといったことになってきます。それとともに、それをしながらやはり心理の専門的なアセスメントの力は必要になると思います。そして、何よりも大事なのはコミュニケーションスキルになると思います。ですので、他組織と協働しながら被災地に対する支援を行うためにといったことを踏まえた心理技術を習得していくことがとても大事だと思っています。

こちらは参考になるものといったことで、より詳しく知りたい方はこのスフィア・プロジェクトの本を読んでいただいたり、また、アクセスしてダウンロードしていただければと思います。以上で私からのお話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。（拍手）

小林 池田先生、ありがとうございました。CPAT ってよく聞くんですけど、何なんだろうと思われている方が多かったと思うのですが、どういうものかということをご説明いただき、実際に広島に 8 月 19 日、先日ですが、行かれたという話。実際このように動いているんだということがよく分かりました。ありがとうございました。

それでは引き続きまして、成澤先生、お願いします。

成澤 ご紹介いただきました成澤と申します。よろしくお願いいいたします。こちらのほうには心理臨床学会の支援活動委員会を 3 期務めたと書いているのですが、先ほど窪田先生からもご紹介いただきましたように実際には 2012 年から 2018 年までさせていただいたんだと先ほど聞いていて分かりました。失礼いたしました。

窪田先生や今の委員の先生方とのお仕事は 2014 年からになるのですが、その前のお話がありましたように富永先生が委員長でいらしたときに入らせていただきました。そのときはやはり、先ほどの話にもあったかと思うのですが、災害支援の専門的知見を持った先生方が多かったりということだったかと思います。活動としても災害が起こったときの専門的な知見を得るということだったり、あとは、3.11 の直後の時期だったということもありましたので、初期支援に何が行われたのか。どんな効果があったのかというようになりサーチをすることが主な活動で、それを踏まえて、中・長期どんな支援が必要なのかを考えていこうというような内容だったかと思います。

前期の 2014 年以前の委員会に入らせていただいたのは、今のがん研究センターではなく国立精神神経センターにいました。そこで災害とか犯罪後の支援とか、支援者の支援を研究したり、あと、PTSD だったり悲嘆の研究や臨床をしていたというところからこの領域に関わらせていただくことになりました。ですので、きょうの話もそういった PTSD だったり悲嘆だったりというようなところからの考えといったところも入っているかと思えます。

まず、この委員会でお仕事を始めた、その 2014 年時点で考えられた「心理臨床家による災害支援の課題」というところからお伝えできればと思います。この時期はまだ、やはり災害支援はすごく特別なイメージがあり、特別のスキルを持った、特定の人が行くものなんだというようなイメージがとても大きかった。とはいえ、自分が住んでいるところで災害が起こるといようなことも多く起こり始めた時期でしたし、何かがあったときに心理士として支援をしていくことが必要なのではないかと考え始めることが多い時期だったのではないのでしょうか。でも、そうはいっても支援をするときに何をすればいいのかが分からないといようなことも多かったかと思います。ですので、そういったトラウマに関わるような支援をその専門領域以外の臨床家が行うのは難しいのではないかといような考え方も多かったかと思います。

ほかには、これはもう阪神淡路大震災のころにさかのぼるのですが、心理の専門家が災害支援に入っていくとなんだか迷惑をかけたといような話をよく聞くんだといようなことがあったかと思えます。ですので、支援が必要で何か役に立てることがあるのではないかと思っただけけれども、行くことでかえって迷惑をかけるのではないかといような考え方もとても多かったのではないかと思えます。

そしてもう一つは、心理士の働き方というところに関わるのですが、ほかの職種のように

に、例えば、職場からの派遣になるとか、属している職能団体とかいうところから派遣されていくわけではないことが多いので、仕事を休んで災害被災、災害支援の仕事だったりボランティアだったりというところに行くので、経済的な負担が大きいこともよくあったと思います。

とはいっても、大きな災害がどんどん発生し始めた時期でもありますし、地震だけではなく、津波も地震だけではないということなのかもしれませんし。あと、原発事故だったり、あと、豪雨というようなことはそれまではあまり想定されていなかったかと思うのですが、それまでには経験が少なかったような大きな災害がどんどん増えている状況が今もあります。ですので、いつ、どこで大きな災害が発生してもおかしくない。ということは、災害支援を経験していない臨床家も今自分が住んでいる地域で災害が発生するかもしれないし、そうなるとう災害後の心理的支援はやはり自分の地域で起こったことは自分も支援をしていくことに関わっていくんだろうというようなこと、心配だったりということも増えているかと思います。

そうして何が課題になってくるかと考えますと、まず支援活動委員会で取り組んでいける課題は何なのかを最初に考えていったのですが、2014年の時点で考えられた課題は、すみません、2012年かもしれませんが、心理臨床家が所属する諸団体、学会だけではなく先ほどお話があったような日本臨床心理士会とか、ほかのコメディカル系の団体に所属されている先生もいらっしゃると思うのですが、連携をとるということをしなければいけないなと思いつつも、うまく連携をとれない状況があったと思います。

あと、心理臨床家も災害の支援に入っていきたいのだけれども、入っていくことが求められているということは今回の3.11の支援の経験から感じられるのだけれども、心理士として公的かというと、入っていくシステムもあまりなく。DPATという精神医療のような災害支援の中心となる機関に心理系の学会や職能団体が入っていない時期がありました。ですので、現場の支援にDPATを通さずに個人で入っていくことも多かったというようなことがあったと思います。

あとは、やはり特別な感じ、災害支援は特別というような感じがあるということで、そのスキルがないなと思っている心理臨床家だったり、行っても何もできないのではないかと知っている心理臨床家が多いのだけれども、トラウマだったり危機的なときの支援のところの研修があまりないのではないかとというようなことがありました。きょうの話題はこの研修体制が未構築だったので、それに対してこの委員会で何をしてきたかということ

ご紹介できればと思います。

この委員会で何をやっていけばいいかということなのですが、先ほども申しあげましたように、災害が起こったあと支援に入って何をしたらいいのかよく分からないなというように多いということを感じていましたので、そうはいっても心理臨床家であれば誰もが程度の適切な心理的な支援はできるのではないかというような考えもありました。ですので、できるんだというような土壌を作っていくことがまず必要だと考えました。

ですので、二つ目も同じなのですが、普通かというと、しっかりとした臨床経験を持っていけば、あと少し、災害のときに何を気を付ければいいのか、どんなことが起こると考えていけばいいとか、その練習をしていくことでそのスキルは少しで身に付くというところもあるのではないかというような考えもありました。ですので、身近にしていって上での通常の臨床をしっかりとやっていけば、そこにプラスアルファをすれば、初期的な災害支援はできるのではないかというような自信を付けていくことを初めの目標にしたと思います。

そしてそのトレーニング。研修の構築をしていくにあたって何か哲学となるようなものが必要だと思いますので、この委員会ではこの包括的災害支援モデルをベースに考えてきました。ここでは災害が発生する前に予防として、いろいろな情報を収集して何が課題なのかを把握したり、あと、災害が起こったときに心を守るというようなことがあります。それから準備の段階として体制を整えたり、知識を付けておいたり、訓練をしておくというようなことがあります。そして災害が発生した場合にはその準備に基づいて対応を行って、回復していくときには中・長期のケアをしていく。そしてまたある程度、中・長期ケアをしながら次の災害への予防をというような循環するモデルで考えていると思うのですが、こういうことでやっていくといいのではないかと考えています。

ここで、きょうお話しするのはこの準備段階の部分になります。まず、災害だったり危機的な状況が起こったあと、初期に求められるものと中・長期的に求められるものが変わっていくということがあると思います。初期的な支援の場合には何が必要かということと災害というような、特殊ではないといいつつもやはり通常の状態ではなくなるわけですので、災害後に求められる支援はある程度しっかりと知識が必要だろうということ。それから初期には、先ほどイン・トラウマというような話があったと思うのですが、イン・トラウマの状態から少しでもここは安全なんだ、今は安全なんだと思えるようなところがないと心理的に安心していったり、ちょっと心理的なことに取り組んでいくことは難しいので、少

しでも安全を確保することが必要だと思います。

それから、その上で安心感を醸成できるようにしたり、それからせつかく支援に入っているのに被災した方をちょっとしたことで傷つけてしまうことはよくあると聞きますので、二重に傷つけることがないような対応をしなければならないということ。あとは、特別なことを一からすごく一生懸命時間をかけてやっていくというより、既に持っている専門性をベースにして身に付けられるスキルが必要だろうということ。

あとは、通常のトラウマとか悲嘆反応と書いてあるのですが、健康な人にでも起こり得る「異常な事態に対する正常な反応」とよく言ったりすると思うのですが、誰もがそういう反応が出て当然なんだ。例えば、初期に不眠になる、ドキドキする、大切な人を亡くした人は悲しみに暮れるというのは、誰もがそのようになって自然だということがあります。しかし、それが長引いたり、とても日常生活を送れないほどになっているというような状態、専門的なケアが必要な状態なのかを見極められるスキルも必要だということ。

それからほかの組織と連携したり、必要なリファー先につないだりするための知識と、あと、先ほど指揮命令系統というような話もあったと思うのですが、組織人としての動き方をその当時の心理臨床家に入れていくと、とても役に立つものではないかと考えていました。

中・長期にも連携先、社会的な資源ということが必要になりますし、あとは、中・長期にはやはり回復に向かっていくと考えられますので、回復力を高める支援が必要だと考えています。

それから専門的なケアが必要になってくるというのは中・長期によく起こってくると思うのですが、どういうことを目安にしていくとか、専門的なところにリファーするとしたらどんなことが行われるのかというようなことも知っておく必要があるということ。それから、何を目安にして、どこにリファーしていくかというような知識も必要だと思います。

あとは、災害のときには対個人だけではなく、大きな問題が社会的にドンと起こるので、組織で動くことがとても求められていくと思います。ですので、組織として動かなければならないことも多い。ということは、組織を動かす人が出てくるのです。通常のこういった職能団体の組織を動かすこと以外にやはり危機的な状況にあるときの組織を動かす動かし方も学んでおく必要がある、どちらも必要だろうということで、何が必要かと考えたときに、自治体の支援体制とか、自治体がどのように動くのかを知っておくということ。

それから、ほかの、自治体だけではなくいろいろな NPO とかいろいろな人道的な支援を行う組織もありますので、そういったところがどんなことをしていて、つながるためには何をすればいいのかということ。ほかの職種、DPAT などをはじめとするほかの精神保健専門家はどのように動いていくのかということ。

あとは、学会の委員会だけではなく都道府県の臨床心理士会とか日本の臨床心理士会とか心理臨床家の多くが所属する団体はどのように動いていくのかということ。そして、もしも組織として災害時に支援者を派遣するとなったときには安全を確保したり、あと、経済的な補償がもしかしたら必要になるかもしれないということで、それをどのようにやっていくのかということ。こういったことを考えつつほかの組織と連携しながら災害支援を行っていくスキルだったり知識だったりが必要だと思われます。

実際に知識、スキルとしてどのようなことが考えられるかといいますと、ここで考えたのは、ここに載っているのは急性期と中期ぐらいのものを載せているのですが、先ほど池田先生のお話にもあったような、ほかのコメディカルというか、医療に関係する職種の人たちがよく受けていらっしゃる JIMTEF の災害医療研修。それから先ほどもお話にあった PFA、状況を見て様子を聞いて、求めているニーズを満たせるようなほかのところにつないでいくというようなところ。あと、PFA の子供版。子供が安心して過ごすようにするための子供にやさしい空間というものです。

あと、この下の二つは中期に主になってくるのかと思うのですが、複雑性悲嘆。大切な人を亡くしたあと、人生を全うしてという方が亡くなったときに起こってくる悲嘆は、通常は最初は悲しいけれども、徐々にその悲しみが減っていくとか和らいでいって。半年もすれば、その亡くなったということは悲しいのだけれども、ほろ苦い思い出みたいな感じになっていくと言われていると思うのですが、それがなかなかそのようになっていかないというような状態が複雑性悲嘆とか遷延性悲嘆と呼ばれています。その状態を和らげるためのグループセラピーとか、あとは回復力を高めていくサイコロジカル・リカバリー・スキルのようなものが考えられるかと思えます。

そしてこの 2 というのは、ある程度長期的な経過を経たあとにここに着くことが多いかと思うのですが、上から二つは大人の PTSD に対する治療法で、どちらも認知行動療法の中のものです。CPT というのは認知療法寄りの CBT（認知行動療法）で、PE というのは行動療法寄りの認知行動療法になっていて、どちらも PTSD をよくするものだというようなエビデンスが外国ではあるものになります。

TF-CBT というのは、全般的にトラウマをフォーカスした認知行動療法のことを TF-CBT という場合もあるのですが、ここでは子供のためのトラウマ回復プログラムのことで TF-CBT と名前を付けているものがあって、それを意図してここに書いています。それから TF-CBPT。認知行動療法だけではなくプレイセラピーの要素も入っているものも必要かもしれないというようなところですよ。

今ご説明したところがこの図に入っているのですが、左から時系列に書いている図になります。初期に必要なものは、誰にでも安心感だったり安全を確保したりというような目的で行われるものです。右に行くほど症状がちょっとこじれてしまったり、なかなかよくなる場合にこういうケアがあるとやはり望ましいというようなものです。縦の軸は下のほうほど基本的というか、その領域の専門家に限らず心理臨床家が持っているといいたいだろう、使うことができるだろうというようなものです。上に行くほどトラウマとか悲嘆の専門家が専門的な治療として使っていくというようなものになっています。

先ほど2枚前、3枚前のスライドでざっくりとご説明したのですが、それぞれの技法がどのようなものかということをごちらの表にまとめていますので、ご関心があれば見ていただければと思います。

一つ先ほど説明していなかったのは複雑性悲嘆のための認知行動療法というもので、これも悲嘆が長引く、こじれるというようなときに行われる認知行動療法の技法の一つになります。先ほどはグループのものをご説明したのですが、これは個人に一对一で行う技法になります。こういった研修を受けられる体制を整えていくのがいいだろうと委員会では考えていまして、今はこの課題に対してこういった研修で対処していけるのではないかと挙げた状態です。構築はこれからになるかと思っています。

ほかには研修以外の課題も多くあるのですが、何をしてきたかということもご説明できればと思います。一つは、災害支援に関わる諸団体との連携の準備がまずは必要だろう、お互いについて知っていこうということで、こういったシンポジウムでいろいろな団体の先生方にお話を伺ったり、情報交換をすることを行ってきました。

それから、もし発災した直後に何かしなければならぬということになった場合には、そこから研修を受けてということはやはり難しいので、既存のいろいろな資料がありますので、それをこのページを開けばひととおり見られる状態に整えたというようなところがあります。これは心理臨床学会のホームページの中にありますので、ご関心があればぜひ見ていただければと思います。

それから、これまで研修会を3回開いております。まず、全体的な被災による心理的な反応と回復だったり。あと、小学校だったり中学校に上がった子供はスクールカウンセラーの先生方が対応してくださるといふところも多いと思うのですが、それ以前の子供の場合には初期的な、全体に向けて行われる安全・安心を感じていくような支援がなかなか提供される機会が少ないのではないかとということで、子供の支援についての研修を行ったり、あと、高齢者の方もやはり残されていくことが多いということで、高齢者の方を支援するための研修を行ったり、あとは、世界各国ではどのような支援が行われているのかを学んだりというような機会を作っていました。

これらの仕事のときに私たちがどのようなことに配慮してきたかといいますとやはり、繰り返しになるのですが、「災害支援は特別なものではなく身近でできるものなんだ」としていくために研修とかいろいろなツールを整えていこうということ。それから、通常の臨床に少しの手を加えれば災害支援はできるんだと自信を付けられるように組んでいくこと。あと、参加者の方同士が気軽に情報交換をしたり遠慮なく話し合える場を設けるといふようなことを気を付けてやってきました。ですので、例えば、質疑応答をスクール形式だけではなく座談会形式といふか、皆さんで話しやすいような円、丸にしたりといふこととか、気軽に話し合いたいといふような趣旨を説明したりといふことを配慮したかと思えます。

今後の課題なのですが、ここまでの仕事はまだまだ途中だと思いますので、これをもっと進めていくといふことがあるかと思えます。連携をいま準備していて、顔が見えるようになってきていふようなところがあるかと思ふのですが、それをしっかりと構築していくこと、先ほどの表に出したような研修の内容をしっかりと体系化していくこと。あとは、これまでにここ数年だけを見ましても災害支援はたくさん行われていますので、何がどんなことがされてきて、どんな効果があつて、何に気を付けるのかといふことをしっかりとまとめていくことが必要だと思っています。以上になります。ありがとうございました。

(拍手)

小林 成澤先生、ありがとうございました。自身の支援活動委員会の経験を踏まえ、われわれとしても同じように振り返る気持ちになりました。どういう時期にどういう知識、研修を受けておいたらいいかといふあたりは、われわれと一緒に整理したわけですが、皆さんにも一緒に考えていただくといふことで非常にいいお話をいただきました。ありがとうございました。

それでは、3人のシンポジストの先生方、ちょっと壇上にお上がりいただけますでしょうか。

それでは最初に、それぞれ、ほかの先生方が話された内容について質問とか感想とか何かございましたらシンポジスト同士で少しお聞きになっていただくというようにしたいと思うのですが、いかがでしょうか。須藤先生から何か、ほかの先生のお話で感じられたことがあれば。

須藤 私は正直なところを申し上げて、やっと心理臨床家がこの話題で話ができるようになったといえますか。私は震災以降全国各地でお話をしてきました。そんな中でやはり心理関係の学会でお話をするのもあったのですが、例えば、東日本から2年後、3年後ぐらいまでの学会ですと「それはあなたが特別だから、須藤がスペシャリストだからできたんでしょ」ということをよく言われたのです。私はそんなつもりはまったくなくて、むしろ災害支援は何かスペシャルなことができる専門家より、それこそジェネラリストのほうがおそらく災害支援に向いているのではないかと考えています。ですから、今やっと一人一人が支援者になり得るとか、特別なことではないという土台で話ができるようになったということはとても個人的にもうれしいなと思いつながらお二人の話を伺っていたところでした。以上です。

小林 では池田先生。

池田 須藤先生、ありがとうございます。本当にまさに須藤先生がおっしゃっていたとおりだと思います。私自身も実は赤十字で災害支援に関わったときも、心理士の中で災害支援は、実は一人といった形で最初支援活動に加わりました。そのときに、じゃあ心理士さんが入ってきたから何を願えばいいのかというのはやはりチーム内でも言われたことでした。ですが、もちろん心理の専門家としての視点はやはり意見を求められることもあるのですが、何よりも大事なものは、その人に対して心理的な問題を探すことではなく、何が相手の支援に当たるのかといったところを一緒に見てほしいといったところ。

被災地のために支援活動をするので、だいたい私が活動に加わったときは1回被災地に入りますが、一定期間を経たのちにまたその被災地から立ち去るという立場での支援でしたので。結果的に支援をじゃあ私たちが支援活動を行ったことはどういう形でその地域の方に引き継いでいかれるのか。誰がこの支援をつないでいくのかを大事にしてくださいといったことを組織として教育を受けてきたので、それはやはり心理社会的支援、専門的な立場からしても一番大事にしなければいけないことなんだろうなということを再認識させ

ていただいています。

小林 ありがとうございます。

成澤 私は須藤先生のお話では、年月を共にするといいますか、一番初期の初期からも一緒に経験していらして。そのあとの、通常のトラウマケアだったり危機的な支援でもとても大変だと思うのですが、あれだけ大きな危機的な状況が起こって。それをもう1年もたたないうちにいろいろなケアを始められたり、体制づくりをされたりということが本当に大変だったんだろうなと思いました。あと、だんだんとやはり問題というか、困っていらっしゃるこの内容が幅広くなっていったり格差が広がっていることが近くで見えらっしゃるからこそありありとお話をお伺いすることができて、「まだ7年だ」ということが本当にそのとおりのなんだなと感じました。

あと、池田先生のお話を伺って、各組織の連携が進まないということが何年か言われていたと思うのですが、連携がこんなに今は進んでいて、細かい決まりとかそういうところが決まってきた本当に進んでいるんだなということが分かって、とても勉強になりました。

小林 ありがとうございます。実際、須藤先生がおっしゃったようにこういう話ができるというか、状態になってきたなということもそうですし。8月19日に実際池田先生が西日本で広島にお話に行かれたというような、私たちもイメージしていたようなことを実際にもう活動に現実にも動いているということ。非常にわれわれとしても少しずつその支援の形を皆さん工夫されたり研究されたりしながら進化しているというか、われわれがイメージしていたものが実際に動いているということは非常にうれしいというか、感情が少し高まるようなところもあるのですが。

このような話題は割と新しいというか、今こういう形で動いていますよということをお話しする機会はなかなかなかったので、そうだったのかと思われることもあるでしょう。逆にもっと「これはどういうことですか、もっと教えてください」ということもあると思います。なので、フロアからご質問なりご意見なりをお受けしたく、質問のおありの方は挙手をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。どうぞ遠慮なくおっしゃってください。どうぞ。ご所属とお名前をおっしゃってからご意見をおっしゃってください。

サカイ 岐阜県の児童心理療育施設で仕事をしておりますサカイと申します。お話ありがとうございました。

質問というか意見というか、感想になってしまうかもしれませんが、須藤先生のお話を聞いていろいろ思うことがありました。うちの施設にも、先ほど難民というふうで故

郷を追われたというところで話があったと思うのですが、福島から被災をして岐阜にきた子供もいます。その子の様子というか、状況を見ていますと、避難訓練のときに緊急地震速報を流してやるのですが、やはりその音で耳をふさいで動けなくなったり、あとは、家に帰りたいとか福島に戻っていきたいという思いとかいろいろあるというところで少し子供を思い出しながら聞かせていただいています。

ちょっと子供の視点が中心になってしまうのですが、そのお金の話もあったじゃないですか。そのお金を取るというか、国と裁判をするのに親が躍起になって子供を使っているところもちょっとあったりして、災害の二次被害というか、そういうところもあるという現状も思いながら、どうすればいいのかなというところを感じたりしました。

あと、熊本地震のところもあったのですが、私自身は出身が茨城県で「東日本大震災の忘れられた被災地」とも言われたのですが、一応被災をした身でもありますので、東日本大震災と聞くとあれだけ大変だった、これだけ大変だったというのがあったのですが、たまたま研修で熊本に行くときがあって、正直、熊本に行ったときに「あ、そうだ、地震の被害を受けたとこだったんだ」というぐらい本当に自分の地域にない遠いところだというように感じてしまったところがあって、この災害というものが自分の住んでない地域だと、すごく大きな問題なのですが小さく感じられてしまうというところで。その共通の理解というか、重さをより身近なものとして共有できるためにはどういうことができるのかなというところをちょっと感じました。以上です。

窪田 ありがとうございます。もし須藤先生、何かご発言いただけることがあれば、お願いします。

須藤 全国各地で、もちろん子供だけではなく福島県民が避難してお世話になっている状況があるかと思います。そういった中で今のお子さんのお話ですとやはり医療につながる、専門機関につながるレベルのお子さんだと感じますので、それがつながっていらっしゃるのかなということが一つ。

もう1点、賠償とか、あとは東電を相手取って裁判を起こす、もしくはADRというところに申立てをされるといったことも確かに起きています。ただ、それは権利擁護という視点から考える必要があるだろうと感じています。なかなか心理臨床の世界でも権利擁護のところ、言われてはいますが、それほど力を入れて触れてきたところではないだろうと思っています。

それで、福島で今起きていることの一つに、障害者がいる家族で賠償金が入ったとして、

その賠償をその障害当事者には使わないでご家族が代わりに使ってしまったというような、いわゆる経済的虐待の問題も起きてきています。ですので、私はこの賠償金絡みのことについては心理臨床家のみでなんとかできるということではないので、権利擁護に詳しい、福祉のほうの人間とか弁護士さんなど法的な関係の方々と一緒に進めていく必要があるのではないかと考えています。災害派遣、災害支援。言葉はいいのですが、とにかく多職種でやるということが基本です。心理だけで何かができるというのはごくごく限られた部分です。ですから、より多くの専門職の方々と一緒になって地域を作っていく。まちづくり、まちおこしをしていくんだという視点に立って私たちも歩いていく必要があるんだなと常々感じているところです。以上です。

窪田 ありがとうございます。それでは、ほかにいかがでしょうか。

池田 ちょっと1点補足。心理単体での活動は本当に難しいというか、本当にまれな、ピラミッドでも一番上層にあった部分に相当すると思います。多くは生活の安全保障がなされた上で心の回復が作られていくというのがやはり前提としてあるのだと思います。

もう1点、先生からご質問のあった、やはりどこかほかの場所というか、遠く離れたことのように感じるとおっしゃっていたと思うのですが、それは本当にもっともだと思えます。どうしても自分自身が住んでいる地域で自分自身が体験したことではないので、同じようにまったく共感できるといったことは非常に、まずあり得ないというぐらいの気持ちで支援活動に当たられたほうがいいのかなど、個人的にも、あるいは支援と一緒に関わっている仲間とも共有している点です。

窪田 ありがとうございます。お願いします。

須藤 今のお話でちょっと補足といいますか、私は最後のスライドでそれぞれの3.11があるとお示しました。あれは被災した私たちだけに向けた言葉ではなく、実は支援者側にも向けた言葉でもあるのです。たとえ距離が離れていようとも、あの日、日本にいなかった方であろうとも、あの3月11日の体験は皆さんの中に何かしらの影響を与えているはずなのです。それだけ大きな出来事でした。ですから、物理的距離がどうあれ何がどうあれ、皆さんが感じていらっしゃる3.11というものをやはり堂々とお持ちになって被災地支援なりに当たっていただけたらなおありがたいと思っています。補足です。

窪田 ありがとうございます。先ほどおっしゃっていた権利擁護としての賠償金、何というかあらゆることに表と裏がある、光と影があるみたいなこともちょっと考えさせられたりもしました、先ほどのことで。ほかにいかがでしょうか。お願いします。

イネヤマ 大阪府の私学の高等学校で常勤のスクールカウンセラーをしておりますイネヤマと申します。3人の先生方、貴重なお話をありがとうございました。

私自身も正直なところ、こういう被災地への支援というところを大変難しいものだと考えてしまっていました。それは現地に行って、何か大きな資料的な成果を上げないと行く意味がないとか、自分にはまだそのスキルが専門的に備わっていないとか、そのスキルをどうやって身に付けていいのかという道筋が立っていないというような、そういういろいろな理屈が自分の中に立ってしまって、どこか遠ざけていたり、ちょっと積極的になりにくい部分をずっと感じていたのですが、きょう先生方のお話を聞いてひとつ、心のケアというものをすごく特別な一部の人にしかできないものというようなイメージもちょっと違っているんだなというのを考える、よい機会になったと思います。

心のケアの以前の問題として、被災された人たちの生活を再建するところとか、物理的なものがしっかり整って生活環境が安定するところが前提であるとか。そこは整っていく過程も被災された方々それぞれ、いろいろなペースで回復されていっていて。それに応じて心のケアのニーズも、それを求める人がいたり、まだまだそこまで及ばない人がいたりというような現状も須藤先生のお話を聞いて現地の様子が、実際に足を運んだことがないのですが、きょう、いい機会で大変イメージがクリアになりました。

成澤先生がおっしゃっていたように私自身が心理士としての基本的なトレーニングを受けた部分は自信を持ってあると思っていますので、そこをベースにして。あとちょっと何を身に付けたらいいのかというのを大変たくさんヒントをいただいたので、いろいろな資料なども提示していただきましたので。それをしっかり自分の中で読み込んで、今自分に不足しているところをはっきりさせて、自信を持ってそういう事態に対処できる準備を、今現在大阪府の中心地でそれが必要な状況にはないのですが、いつそれが起こっても対処できるようにしておかないといけないなど。

それも私一人でというより。私は今学校で勤務しておりますので、教職員の方々と、急にそういう状況になって連携ということを考えるのではなく、そういう状況が起こったときに誰がどんな役割を引き受けて、誰が何をリードして指示を出してというところをしっかりと学校がチームとして動ける状態を作れるように私から学校に提案していきたいなど。そういうことを考える、よい機会になりましたので、本当にありがとうございました。

窪田 ありがとうございました。今のご感想で先生方もいろいろ思われるところがあったと思いますが、何か補足されることとかございますか。私自身「シンポジウムをやって

よかったな」的な、まだ終わりではないのですが（笑）。ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

イマムラ 金城学院大学のイマムラと申します。きょうは本当にいいお話を聞かせていただきましてありがとうございました。3人の先生方に感想を述べさせていただければと思います。

須藤先生、本当に生活しながらの支援ということで、ずっと続けていらっしゃってすごいなと思いながらお聞きしました。そして、先ほどの方も触れられた、その当時小さかった方たちが大きくなってきて、いま新たな課題。そのときからつながる新たな課題にぶつかっていることを愛知県にいても感じております。また、先生からの発信がいろいろあれば私たちも勉強になるなと思いましたことと、もう一つは、先生と一緒に考えられる心理士が増えてきたことについて触れられて、私も本当にそう思っておりますし、これからも増えていくことを願っております。ありがとうございました。

池田先生、すごく分かりやすく DPAT および日本臨床心理士会の活動についてご説明いただきありがとうございました。まだ実は、でも、CPAT は道半ばというところで、このあいだの広島研修であったり、そういった必要に応じて育っていくものなんだなということを実感しております。また、きょうのディスカッションの中からもまた CPAT に結びついていくものがあるのかと思って伺いました。

成澤先生、ありがとうございました。すごくいろいろな研修を学会として準備されてきたり、組んでいらっしゃるということがきょうとてもよく分かりました。その中で成澤先生への質問というか、心理臨床学会のこの委員会への質問にもなるかと思うのですが。このいろいろな層の研修があるわけなのですけれども、どのあたりを学会として充実させて展開されていくのか、まんべんなくされていくというお考えなのか。何かお考えというか、委員会での共有事項があればぜひ教えていただきたいと思いました。私の個人的な考えとしては、PFA 研修とかがやはりまだまだ足りない。そのあたりが浸透していくことで、一緒に考えられる心理士がもっと増えていくのかと思っておりますので、またいろいろな計画をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

窪田 ありがとうございます。では成澤先生、よかったら少し。

成澤 ご質問ありがとうございます。委員会の方針なので、ちょっと間違っていたら訂正いただければと思うのですが、やはり最初に自信を持って災害支援に入れるというところが今のところは大事かと考えています。おっしゃったような PFA とか、あと、子供の

ためのその子供にやさしい空間とか。すべての人に安全な場所を提供するにはどうしたらいいとか、それを踏まえてどのように安心してもらうといいかというようなスキルを多くの心理士が持っていることが、災害が起こったときの最初に必要なこと。なので、そのあたりの研修はおそらく手厚くというか、中心になっていくのかと思います。

ただ、安心してもらえたのかどうかとか、どこかにリファーしたりする必要があるのかどうかというような目安は必要だと思いますので、専門的な治療ができるようなところを学会の委員会であることはもしかしたらないのかもしれないのですが。どんな治療が行われていて、その目の前の人をそこにリファーすることがいいのかどうかという判断ができたり。専門的なケアが必要な状態なのかどうかというところの判断が付くようなところのそのトラウマや悲嘆に関する専門的な知識は持っている必要があるのではないかと思いますので、そこは研修の中でも入れられていくのではないかと考えております。

窪田 ありがとうございます。

池田 この学会で用意している研修という視点とはちょっと違うのですが、私自身がこの災害支援活動をしている中で、今のこの PFA の考え方はすべての支援者が持つべきだと思います。国際的にも推奨されておりますし。ですので、DPAT 事務局でもこの PFA を全国的にすべての人に知っていただきたいといったことで、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンと協働しまして、いわゆる PFA を普及できる仕組みをこの 2 年間整えてまいりました。

ですので、今までなかなか PFA を学びたいといっても研修を受けられる機会が少なかったのだらうと思います。ですが、割とこの PFA の普及活動にはそれぞれ縛りというか、誰が普及していいというような形のものがすごくあったのです。ですが、本当に手の洗い方みたいな共通となる本当に昔からあるコンセンサスですので、これはぜひ皆さん共に知っていただいて、支援に関わるすべての人に知っていただきながら、そうすることによって多職種、いろいろな領域の方との協働ができあがるのだらうと思っています。

小林 そろそろお時間も迫ってまいりましたが、ぜひこれは言っておきたいということがございましたら。大丈夫でしょうか。

それでは、窪田に締めさせていただきます。

窪田 3 人のシンポジストの先生、それからフロアからのご発言で、このシンポジウムの趣旨とか、今後一人一人が何を心がければいいのかというようなことが非常にクリアになったかと、大変うれしく思っています。繰り返しおっしゃってくださった、日ごろから

の臨床とか、日ごろからのいろいろなところとの連携とか、日ごろからのクライアントさんのニーズの丁寧な聞き取りとか寄り添いとか、そういう基本的な心理臨床の原点ということであらためて3名の先生に気付かせていただいたと思います。それに少し何かを足してというところも見えてきたかという気がしました。

ただ、やはり私は個人的には須藤先生のお話を伺う中で難民というか。そういう難民問題が日本で初めて起こっていて、基本的信頼感が揺らいでいることとか、それとも絡むのでしょうけれども。泣けない、怒れないというようなことが広く起きていることについては、やはり今回あらためて先生のお話をしっかり伺うことで気付かされたところです。この難民化というのでしょうか、先ほどの賠償のこともそうなのですが。こういうことが引き起こすさまざまな問題については、先生もおっしゃったように私たちも心理ということに閉じずに一国民としていろいろな方と連動しながらやっていかなければいけないことかということにもあらためて気付かされました。どうしても心のケアというか、そこらへんに焦点化してしまうのだけれども、もっと本当に権利擁護というか、国全体をとというようなところもちょっと気付かされた時間でした。

学会としては今回またいろいろ宿題をいただいたような気もしていますし、今後また皆さま方ともご相談しながらさまざまな研修機会とか、これまでの知見の集約ということをやりながら、よりスキル等を高めてみんなが自信を持って取り組める体制づくりにこれからも尽力していきたいと思っておりますので、またどうぞよろしく願いいたします。

本日は本当にありがとうございました。あらためて3人の先生方に拍手をお願いいたします。ありがとうございました。（拍手）

小林 どうも皆さまありがとうございました。お気を付けてお帰りください。どうもありがとうございました。