

国境を越えてつながる、こころのケア —人道支援における心理社会的ケア—



描画による心理社会的ケア(NICCOによるヨルダンのイラク難民支援事業)

文部科学省 世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
—被災社会との共生を実現する復興・開発をめざして—

(略称「共生人道支援」研究班)
研究代表者 中村 安秀

2011年3月

国境を越えてつながる、こころのケア —人道支援における心理社会的ケア—

文部科学省 世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
—被災社会との共生を実現する復興・開発をめざして—

(略称「共生人道支援」研究班)
研究代表者 中村 安秀

2011年3月

目 次

はじめに	1
1. 国境を越えてつながる、こころのケア： 人道支援における心理社会的ケア	3
1) 心理社会的ケアとは何か 桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）	
2) 日本における災害被災者の支援 藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）	
3) 赤十字のこころのケア（心理社会的支援） 槇島敏治（日本赤十字社医療センター国際医療救援部）	
4) IASC ガイドラインについて 石井正子（大阪大学グローバルコラボレーションセンター）	
5) 心理社会的ケア・プロジェクトの評価方法 齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士）	
6) NGO によるフィールド実践報告 ①ジェン（JEN） ②日本国際民間協力会（NICCO） ③セーブ・ザ・チルドレン ④国境なき子どもたち	
2. 第3回共生ワークショップ 「心理社会的ケア」研究会 2010年5月14日（金）	93
「心理社会的ケアとは何か」	
1) 趣旨説明 中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）	
2) 心理社会的ケアとは何か 桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）	
3) 心理社会的ケアに関する参考文献レビュー 藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）	
4) パネルディスカッション 藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士） 齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士） 桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医） 中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）	
5) 質疑応答	

3. 第4回共生ワークショップ	
「心理社会的ケア」研究会 2010年7月23日(金)	----- 137
「 心理社会的ケアの評価 」	
1) 国際協力におけるプロジェクト評価	
中村安秀 (大阪大学大学院人間科学研究科)	
2) 心理社会的ケアの評価基準の提案	
桑山紀彦 (東北国際クリニック院長・精神科医)	
齋藤和樹 (日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士)	
3) 指定発言	
藤森和美 (武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士)	
飛林良平 (外務省民間援助連携室)	
今福ゆり子 (セーブ・ザ・チルドレン)	
椎名規之 (ジャパン・プラットフォーム)	
4) 質疑応答	
4. 第5回共生ワークショップ	
「心理社会的ケア」研究会 2011年1月18日(火)	----- 175
「 心理社会的ケア総括および今後の取り組みについて 」	
中村安秀 (大阪大学大学院人間科学研究科)	
桑山紀彦 (東北国際クリニック院長・精神科医)	
藤森和美 (武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士)	
齋藤和樹 (日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士)	
木山啓子 (JEN)	
折居徳正 (日本国際民間協力会)	
今福ゆり子 (セーブ・ザ・チルドレン)	
佐々木恵子 (国境なき子どもたち)	
参考論文	----- 209
久保田智之・藤森和美	
「中国四川省における四川大地震の被災者に対する心理社会的ケアワークショップの実践」(心理臨床センター紀要第9号)	
「ヨルダン・ハシェミット王国におけるイラク難民に対する心理社会的ケアの実践」(心理臨床センター紀要第10号)	
共生ワークショップリスト	----- 245
英文要約 (English Summary)	----- 246

はじめに

文部科学省「世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業」として、「人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価－被災社会との共生を実現する復興・開発をめざして－（略称：共生人道支援研究班）」（研究代表者：中村安秀）を実施してきました。この研究の目的は、自然災害および紛争に関する人道支援において、被災社会とどのような「協働」が行われたのかを検証し、NGOなどがもつ情報をデータベース化し、被災社会との「共生」を可能にする人道支援のあり方について具体的かつ実現可能な社会提言を行うことでした。大阪大学大学院人間科学研究科、京都大学地域研究統合情報センター、地域研究コンソーシアム、ジャパン・プラットフォームによる学際研究プロジェクトであり、研究者だけでなく、NGO関係者、国連機関、メディアなど多彩なバックグラウンドをもつ方々が参加していることが、大きな特色です。

この研究班の一環として、2009年7月から「心理社会的ケア・ワークショップ」を開催してきました。2009年度は心理社会的ケアに関して2回のワークショップを行い、ヨルダンにおけるイラク難民支援活動に焦点をあてた学際調査を実施しました。2010年度には、心理社会的ケアの概念を整理し、種々の評価方法の選択肢を提示し、それらの議論や分析をまとめてきました。とくに、活動の成果を測定することがむづかしいといわれる心理社会的ケアの評価に関して、何のための評価か、誰のための評価か、評価の限界などについて熱い議論を進めてきました。

この報告書では、私たちが積み重ねてきた議論の過程とその限界を提示できたのではないかと思います。ただ、報告書における提言が評価基準として一人歩きすることに、若干の危惧も抱いています。緊急人道支援の心理社会的ケアにはいろんな活動の形態があり、対象となる地域では社会状況や文化や宗教が異なります。多様な社会のなかで、多様なケアのあり方が存在するのは当然です。従って、その評価もさまざまな方法を組み合わせ、地域の文化や習慣を熟知した人びととともに実践されるであろうと考えています。ぜひ、皆さま方の活動実践からの経験と知恵を積み重ねて、よりよい方法論の開発につなげていただければ幸甚です。

最後になりましたが、心理社会的ケア・ワークショップでは、外務省、日本赤十字社、ジャパン・プラットフォームをはじめ、多くの国連機関、NGO団体の多くの方々にご協力いただきました。この場を借りて、厚く御礼申し上げます。

中村安秀

大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学
（連絡先）〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-2

TEL & FAX : 06-6879-8064

E-mail : relief@hus.osaka-u.ac.jp（特任研究員：岡野恭子）

<http://coexistence.hus.osaka-u.ac.jp>

国境を越えてつながる、こころのケア
—人道支援における心理社会的ケア—

心理社会的ケアとは何か

東北国際クリニック院長・精神科医
桑山紀彦

1. その概念と歴史

私たちはまず「心理社会的」という言葉を理解していかなければならない。その言葉が社会心理学とどう違うのか、それはとても重要なことであると思われる。

まず歴史を振り返りたい。世界で一番最初に Psychosocial という言葉を使ったのは、エリクソンである。エリクソンは発達心理や精神分析を専門とする Psychologist であり、日本国内では自我同一性障害の概念などでよく知られる人物である。そのエリクソンが 1979 年に書いた論文の中に、Psychosocial という単語が出てきており、論文タイトルは Resolutions of Psychosocial Tasks というものであった。

このエリクソンの概念に基づいて Psychosocial の概念を考えてみよう。まず最初の理解として社会心理学とはどう違うのかとといったところが 1 つのポイントとしてあげられる。社会心理学は大きくとらえると人間の社会的、集団的行動パターンを解析していこうといったことになる。例えばある会社における社員の喫煙行動についての調査や、災害時の集団心理についての調査。それらの多くは社会心理学に基づいて行われるものであろう。

一方で Psychosocial の概念は、大きく分けて 2 つである。最初は「個人が周囲の環境に触れて起こすユニークな内的、心の中の変動を記述していくものである」というもの。続いて「社会的な周囲環境、周りの環境を土台にしておきる相互作用を用いて自らを發展させていくためのさまざまな取り組み」。この 2 つが Psychosocial の概念と言える。それをこれから実際の活動やさまざまな事例を踏まえて考えていきたいと思う。

1980 年代になると、デンマークを舞台に Psychosocial の動きが出てくる。対象は拷問の被害者に対するケアであった。IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Victims) というデンマークの NGO が、Psychosocial の概念に基づいてさまざまなワークショップやケアシステムをつくっていった。また同時期に RCT (Rehabilitation and Research Center for Torture Victims) も、同様に Psychosocial の概念を用いながら拷問の被害者への心のケアを展開していったのである。

1990 年代に入ると、ノルウェーのオスロ大学附属「心理社会的難民センター」が設立された。これは心理社会的ケアやワークショップを基礎として、主にボスニアやアフリカ地域からの難民を対象に心のケアを行うことで發展していった。筆者はここに 1993 年から 1994 年の間留学したが、当時、日本では滅多に Psychosocial という言葉は聴かれていなかった。しかしノルウェーや北欧、あるいはヨーロッパ地域では Psychosocial Care は非常にトピックになっており、さまざまな知見とともに数多くの試みもなされていた。急速な發展の時代である。当時のセンター長は Dr. Edvard Hauff であったが、現在はオス

ロ大学附属病院の精神神経科の教授である。2008年にこのセンターは閉鎖されたのだが、その理由は「もう Psychosocial という言葉でセンターをつくるべき時代ではなく、ごく日常の臨床の中で、あるいは研究活動の中でその言葉は当たり前に使われるべきものだから」というものであった。

さて、1993年になると日本にも Psychosocial の動きが出てくる。日本の NGO、JEN が旧ユーゴスラビアを舞台にしてその復興事業の中に心理社会的ケアを入れたのである。その後、2000年に入ると、同じく日本の NGO、日本国際民間協力会 (NICCO) がさまざまな活動地で心理社会的ケアを展開するようになってきたのである。2004年のスリランカ津波被害、2005年のパキスタン北部大震災、2006年のジャワ島中部大震災、2007年のスマトラ島震災、2008年の中国四川大震災と、さまざまな災害に対して心理社会的ケアを展開してきた。そして現在では、国境なき子どもたち (KnK)、Save the Children Japan (SCJ) など、さまざまな団体が心理社会的ケアを行うようになってきている。

一方、日常の臨床の中でも Psychosocial という言葉を見ることが出来る。主に看護という分野において心理社会的ケアという言葉は使われている。メアリー A. マテソンが書いた「老人看護における心理社会的ケア」をみると、老人に対する看護の分野で心理社会的ケアが大切であると指摘されている。老人の場合、疾患が慢性化長期化しやすい。そういった特徴のある老人看護において心理社会的ケアが重要であると主張されている。また「病気の子どもの心理社会的支援入門」には、長期入院を余儀なくされている子どもたちへのケアに心理社会的ケアは有効であると指摘されている。長期入院の子どもたちの成長や発達過程において心理社会的アプローチは重要であり、心の発達過程を考慮しながらどういったケアが望ましいかを考えるための基礎にこの分野が役立つことが記述されている。また、イギリスのパンクバンド「SlipKnot」は自分たちのアルバムに「Psychosocial」と名付けた。その理由は彼らのライブが非常にインタラクティブ、つまり観客との相互作用を大切にしているものであるため、それを主張するべく「Psychosocial」と名付けたようである。

2. 災害時における人間の心理

続いて、災害が起きたときに人間はどのような心理的反応を起こすのかをまとめてみたい。それは心理社会的ケアを理解するにあたってとても大切な知識であると考えからである。一般的に急性のストレス反応は1から4段階までに分けられると言われている。1段階は「衝撃期～Impact Phase」。2段階は「蜜月期～Honeymoon Phase」。3段階は「幻滅期～Disillusion Phase」。そして第4段階は「再建期～Rehabilitation Phase」である。すべてに当てはまるものではないが、一般的に人間の心はこのような段階を経て変化していくものといわれている。

第1段階、衝撃期。それは災害直後から3日目ぐらいまでに生じる反応である。例えば地震で家を失ったり大切な家族を失ってしまい、茫然自失の状態である。感情は麻痺して

おり、現実感が喪失され、恐怖に支配されている。一方で高度の覚醒状態。注意力や警戒心が異常なまでに高まり、日常では想像できないような力を発揮して行動力が増加することもある。この時点では疲労感はほとんど感じられないが、それは人間の防御反応の 1 つとも言われている。

第 2 段階、蜜月期。3 日目からおおよそ 1 週間目くらいまでを指す。この時期に入ると非常に連帯感や共同意識が高まって、積極的な復旧活動に当たり始めるのである。失ったものよりも維持できたものへの喜びを経験する場合もある。しかしその一方で、夜になるとイライラや落ち着きのなさが始まったり、多弁傾向が出てくる。震災直後の恐怖が、夜、夢として再燃されたり、恐怖感、吐き気、震え等の身体症状が出る場合もあり、それが地震の場合は余震などによって誘発、増幅される時もある。

第 3 段階、幻滅期。おおよそ 1 週間目から 1 ヶ月目を指す。心の中に幻滅した気分が出てくるようになるものである。この時期に入ると災害直後の混乱が収まり始めて、周りも復旧が進んでくる。すると被害者の中で格差が出始めて、復旧から取り残された立場の人、恵まれた立場の人に違いが出てくる。すると取り残された人々の中に恵まれた人や支援者への怒りを向ける傾向が出てきたりする。同時に環境の変化や疲労が心への影響として出始めるころでもあり、心理的な状態としては、虚脱感、疲労感、非現実感、無力感、さまざまな心の落ち込みがでてくる。それと同時に身体症状としては、眠れない、食べられない、動悸、めまい、吐き気などが押し寄せてくる時期でもある。

第 4 段階、再建期。これは 1 ヶ月目以降を指す。復旧が進み生活のめどが立ち始めてくると、少しずつ気持ちも安定してきて、生活や将来のことを考えることができるようになる。やる気がゆっくりと回復してくる時期である。しかし人によっては心の傷が癒されておらず後述する PTSD の前駆症状のようなものが現れ始める（PTSD そのものは衝撃から 6 ヶ月以上が経過していることが診断基準となっている）。この心の傷の回復が進まないで長期化していった場合に、半年を過ぎて PTSD、心的外傷後ストレス障害が出てくる可能性がある。従ってこの再建期をめどに支援の対象である裨益者を対象とした心理社会的ケアが行われると、その後の PTSD を予防できると考えるものである。

3. PTSD（心的外傷後ストレス障害）の概念

さて、PTSD について考えてみたい。これは心の傷の後に後遺症のように発生してきたストレス障害といえよう。回避、侵入、過覚醒という 3 大症状を持ち、重大な障害を心に及ぼす可能性のある疾患である。まずはその主なる症状をみてみたい。

回避、それはトラウマを受けた記憶につながるもの自体を避けよう避けようとする状態を指す。例えば津波被害の場合には「もう海には近づけなくなっている」や、地震の被害の場合は「トラックが横を走ると震動が来て、それが耐えられない」。紛争被害の場合は、「映画で戦闘シーンなどとても見れない」といったものが回避の症状の典型と思われる。

侵入は、心的外傷となったその「出来事」が繰り返し繰り返し自分の心の中に押し寄せ

てくる、襲ってくる状態を指す。それは自分としては避けたいが、向こうから強く侵入して来るものである。例えばフラッシュバックなどはその典型であるが、それは額の上 30センチぐらいにあのときの出来事が突然映画のように映し出されてしまうといった出来事のことである。

過覚醒は、主に自律神経系の亢進状態を指す。例えば汗を多くかく、血圧が高くなる、トイレに頻繁に行くといった自律神経系の亢進症状が過覚醒である。従って不眠、ちょっとした物音でびくっとしてしまう「驚愕症状」などもその症状の一つである。

4. PTSD からの回復

さて次に、この PTSD からの回復について考えてみたいと思う。現在は Judith.L. Herman が「Trauma and Recovery」で書いている「3つの回復の段階」を紹介したい。第1段階は「安全の確保」。第2段階は「語りと服喪追悼」。そして第3段階は「再統合」である。

第1段階の「安全の確保」は、もう二度とそういった被害に遭うことはないという安全を確保することを指す。従って、例えば地震などの場合は、余震がまだ続いているときには次へ進めない。安全の確保が十分でない状況下で第2段階に進んでも、突然やってきた強めの余震などでそのケアの意味が崩壊してしまう可能性もあるため、なかなか震災の救援の場合は余震が収まるまで待つ必要がある。しかし紛争被害の場合は、その国を逃れて難民として脱出した状況であれば当面の安全は確保されていると考え次へ進める。

第2段階の「語りと服喪追悼」は、自分が受けてしまった心的外傷の原因となったその「出来事」を語り、表現して、物語にして紡ぎ直し、忌まわしい記憶を葬り去っていくものである。この語りと服喪追悼の段階を経て、ようやく第3段階、再統合、つまり社会や人々の輪の中に戻っていく、こういった段階を経ながら人間は PTSD から回復していくものであると、ジュディス・ハーマンは述べている。

第3段階、それは心理社会的ケアを行うにあたって最も重要な段階である。その主な内容は自分が受けてしまったトラウマの出来事を語り、形にして追悼していくものであるが、それを具体的にを行うものが心理社会的ケアやワークショップである。そこにはまず個人と集団といった縦軸と、臨床的なケースと非臨床的なケースという横軸で考えるべきだと思われる。つまり臨床的なケースで、個人の場合はやはり入院治療や薬物療法が必要と思われる。また臨床的なケースで集団の場合は、医師や臨床心理士による集団療法、作業療法といったものが効果的であろう。しかし、非臨床的なケースにおいて、個人の場合はカウンセリングが有効と思われ、非臨床的なケースにおいて集団を対象にした場合にはこの心理社会的ケアが有効と考えるのである。従って、私たちは非臨床的なケースで集団を対象として心理社会的ケアを行うとよい。

5. 心理社会的ケアの概念

さて、心理社会的ケア、ワークショップには定まった概念、定義がある。それはわかりやすく言うと「自己表現の場を提供し、それを通じて自分の中に眠っていた、あるいはうずめてしまっていた忌まわしい出来事などを意識化していくプロセスをたどって、最終的には同じような経験をした人たちと分かち合いの場をつくっていき、個々人の内面における **Empowerment** を可能にしていく」というものである。このプロセスが心理社会的ワークショップの根幹であろう。そしてそれは同時に薬物治療とか入院治療が必要なケースとなる前に、ある意味予防的に心理社会的ケアを行うことで、**PTSD** の発現を抑える効果を期待するものである。しかし時には、ワークショップ中に「この子は心の傷が深そうだし、**PTSD** の症状もずいぶん出ているから、カウンセリングや薬物療法につなげたほうがいい」と思われるケースに出会うこともある。そんな場合には適切に医療機関への紹介がなされるべきであろう。従って心理社会的ケアの実施は個人カウンセリングや外来治療、入院治療などのシステムにいつでもつなげていけるような連携もまた大切なのである。

次に心理社会的ワークショップの基本概念についてまとめてみたい。まずファシリテーターと呼ばれる存在を置く。そして参加者、裨益者との関係を築いていく、その相互作用がワークショップの基本である。ちなみに心理社会的ワークショップは心理社会的ケアの一つの方法である。

ファシリテーターはまず最初に参加者に「入力」をする。例えば、「Aさん、こういったことをやってみませんか」という問い掛け。それを「入力」と呼ぶ。すると参加者のほうから「えっ、嫌だ」という反応がある。これを「出力」と呼ぶ。するとその「出力」を受け止めたファシリテーターが、「そうか、その活動は嫌だと来たか」と「評価」する。その上で「だったら、みんな、こっちの活動をやってみないかい」と「再入力」する。そうすると参加者のほうから「えっ、それだったら面白そう」という意見が出る。それを「再出力」と呼ぶ。これら一連の「入力」→「出力」→「評価」→「再入力」→「再出力」という相互作用 (**Interaction**) が心理社会的ワークショップの根幹をなす基本概念である。こういった相互作用がないと、心理社会的ワークショップにはならない。「これをしてください」→「はい、終わりましたね」では **Psychosocial** ではないのである。

これを「描画セッション」を舞台にした具体的なやりとり考えてみよう。まずはファシリテーターが「入力」をする。

「さあ、皆さん、戦争のイメージっていうものを描いてみませんか」

すると、参加者の子どもたちの1人が戦車の絵を描いたとする。それが彼らの「出力」である。次にその「出力」された戦車の絵をわれわれは受け止める。その上で「なぜ戦車が戦争のイメージなのかを問い掛けてみよう」と心の中で評価をし、次のように「再入力」する。

「ねえねえ、何で戦車が戦争のイメージになったのかな？」

すると彼なりに考えて、また「出力」が出てくる。

「だって友達の家を破壊したのは戦車だったから、やっぱり戦争のイメージっていったら戦車なんだよね」

と、「再出力」してくる。それをまた私たちファシリテーターは受け止める。

「そうか。よし、ではそのときの様子を詳しく聞いてみよう。でも、なるべく侵襲のないように、なるべく心に重荷のないように聞いてみよう」

と、「再入力」の準備をする。そして実際に入力。

「ねえ、そのときのことをみんなに話せるかい？」

すると意外に、

「ああ、いいよ。みんなそれを聞いてくれるのかな？」

と、彼が出力してくる。こうしてワークショップが成り立っていくのだ。これが相互作用（Interaction）、そして心理社会的ワークショップの基本概念である。

次に演劇セッションでのやりとりを土台にこの基本概念をおさらいしてみたいと思う。演劇ワークショップでファシリテーターが子どもたちと演劇の練習をしているとする。来週末に発表なのにも関わらず 1 人小さな声しか出せない子がいたとする。そんな参加者に対してファシリテーターがまず入力する。

「ねえ、どうしてそこでセリフを大きく言わなきゃいけないのに、声が小さくなっちゃうのかな」

すると、彼は黙ってしまう。何も答えられない。しかしこれも 1 つの「出力」のパターンと受け止めることができる。「何もこたえない」ことも一つの「出力」なのだ。そこでファシリテーターは自分の中で評価する。

「そうか。これはこの子の心の中に何かが詰まり引っ掛かっている、ここで止まってしまおうようだ。何がこの子の中に詰まっているのかを引き出していこう」

そして次の入力の準備をする。

「ねえ、そのセリフしゃべるとつらいことがあるの？」

と再入力。すると、彼はますます黙ってしまった。しかしこれもまた彼の「再出力」である。そこでファシリテーターはまた自分の中で評価をする。

「まずいこと聞いてしまったかもしれない」

そして、それ以上自分が聞くとこの子を追い詰めてしまうかもしれないと自分の中で評価して再入力の準備をする。

「よし、では自分が先生のように聞くのではなくて、周りの子どもからこの子に入力を期待してみよう」

と、こんな入力をする。それはつまり「ファシリテーターも黙る」という入力である。ファシリテーターが困って無言になったという「入力」を受けて、次に周りの子どもたちが反応する。

「俺もそのセリフ、つらいつて感じる時あるんだよね」

これはファシリテーターからではない、他者からの入力である。それは言い換えればファシリテーターの「無言」という「入力」が周りの子どもたちに影響を与え、そこからの「入力」を得ることができたと言えよう。こういったことがワークショップの中で起こり得る。そしてついにその黙っていた子が、
「えっ、ほんと？ 君もなの？」

と言ったとすると、それは偉大な出力として受け止められるのである。

これらにより心理社会的ワークショップとは、集団をベースにしながら、個人の内面を表現してもらい場所を提供していく試みを基本にしながら、その個人から出てきた表現をみなで分かち合い、それをまた個人の内面に回帰していけるような場所や相互作用を提供していくものといえる。それがすなわちハーマンの言う 3 つの回復過程の第 2 段階「語りと服喪追悼」を促し、心の中に少しでも平安をもたらしていくものとして役立つのである。

6. 具体的な進め方とその基礎知識

ここでもう 1 回シエマを用いて心理社会的ワークショップの概念をまとめてみる。赤い部分の「出来事」というのは、そのトラウマになってしまった出来事である。例えば地震でいうと、大切な家族や家財を失ったといったことがこの出来事としてある。それに対し「自分自身」は、放っておかれ乖離していて、「もうあのことは思い出さないことにしよう。もう僕はあのことを考えない」と、心の奥底にしまっているという状態である。つまり言い換えれば無意識の状態、意識化されていない状況である。しかし無意識のままではいられるかというと、そうではなくこの「出来事」は悪夢として出てきたり、フラッシュバックとしてよみがえるなどの悪影響を人に及ぼしてくる。それは PTSD という症状群になってくることにつながるのだ。しかしその人はやはりその嫌な出来事を思い出したくはないから、封印した状態のまま放っているのが最初の始まりである。

そこに心理社会的ワークショップが介入していく。それはすなわち無意識の状態を意識化していくプロセスをたどることになる。そこには「ああ、僕そういうのつらい」や、「そういうワークショップは苦手」と言われてしまう場合も多々ある。意識化のプロセスは常に痛みを伴うものであるからだ。

実際に描画ワークショップなどを始めると、彼らは自分自身とその出来事にぶつかり感を感じる。例えば「戦争の絵を描いて」などと問いただければ「いや、おれ、そういう絵描きたくなくて、ずっと家の中にももっていたのに」と思うこともしばしばであろう。しかしそこであえて「確かにつらいかもしれないけど、できる範囲でいいから君にとって描ける精いっぱい紛争や戦争の絵を描いてみてほしい」とお願いする。それが、この出来事と自分自身をぶつけるという意味になるのだ。

こんな時には比較的取り組みやすい描画、絵を描くワークショップを利用する。絵は 2 次元なので、比較的取り組みやすい長所がある。絵を描いてもらおうと、自分の思い出した

くない出来事とぶつかるのでその夜は嫌な夢をまた見てしまったり、調子が悪くなったように見えるときもある。しかし、あえてそこでは中止しないでワークショップは続けるべきである。

続いての取り組みは粘土細工のワークショップ。この次の段階が 3 次元で意識化するという形をとるので、例えば地震で家を失ってしまったという子どもに対して、

「じゃあ、君が住んでいたという家を、粘土でもう 1 回つくり直してみてくれないか」

と問いかける。すると、最初はつくりにくかったりもするが、

「そう、僕の家は入り口がこんなふうにできてて、ここはすごく広くて好きだったんだよ」

と、語りが始まっていく。それは、家を失ってしまったという出来事の中に自分自身が入りこみ、接触の面積が広がっていくことを指している。「そうそう、僕の家は屋根が赤色だったよな」とか、いろんなことを思い出していく段階になるのだ。それは 3 次元で意識化されるべきであり、従って私たちはあえて粘土などをよく使う。こうして心の中に閉じ込めておいた嫌な出来事を掘り出して、まず 2 次元の絵にし、それを粘土として 3 次元でつくり直していく。そうすることで、出来事と自分自身の触れ合い面をどんどん増やしていくことを目的とする。当然、参加者によっては苦しいことを思い出させることによって不安定になることもある。しかし心理社会的ケアの効果を期待するという意味においては、あまり侵襲性を恐れないで取り組んでいきたいと思う。それによりさらに参加者同士の接触面積を広げていき、隣で一緒に活動している参加者同士が接点を持つことで同じように地震で家を失ったのだという思いを共有していってもらおう。例えば、

「えっ何、おまえのとも家失ったの？」

「こないだの粘土で君がつくってた家、僕のうちに似ててすごくうれしかったよ」

といった接点をどんどん増やしていく。そしてその後、集団療法としてはスポーツ・ワークショップや音楽ワークショップ、バスツアーといったものを折り込みながら、子どもたちのなかで心的外傷となった出来事について、言葉にしたり表現、表出したりするための接触面をどんどん増やしていくのである。

そして最終段階に至る。それは演劇ワークショップである。演劇は自分で演じる、筋書きがある、音楽が必要などと非常に多元的であり、時間軸があるので 4 次元といえる。それは 2 次元の描画に始まり、3 次元の粘土細工を経て、ついに 4 次元に至るという意識化のプロセスの最終段階でもある。いよいよトラウマとなった出来事は彼らの中ではっきりと認識しなければならないものになっていくのである。

最初は即興劇、エチュードから取り組む。例えば、地震というものをテーマにエチュード（即興劇）をつくったとする。最初、揺れの始まりから演劇が始まって行って、家が壊れた場面や、そのとき自分が柱の下敷きになったのを演じる子が出てくる。ある子は消防レスキュー隊としてそこに駆け付ける役割を演じたりする。そういったエチュードを通じて、自分が封印していた出来事をまずは心の中でよみがえらせ、さらにそれを演じる人間

として全身を使って表現していくのだ。

こうして「演ずること」が参加者の中で少しずつ現実のものになっていくまでエチュードを続けていく。その上で実際の演劇に取り組むべきと考える。実際の演劇はまずシナリオの制作が基本となる。この場合やはり参加者が自主的にシナリオを作成できることが望ましい。しかし状況によっては完全にシナリオを制作することが難しい場合もある。そのような場合はファシリテーターが随時関わってシナリオの根幹形成を支えていく。シナリオのテーマは自由ではあるが、できるだけトラウマとなった出来事を基軸にするべきであろう。しかしそういった直接的なテーマを題材にするのではなく、古くからあるその地方の民話などを基本にして、そこに地震の要素を組み込んでいくこともアイデアの一つである。シナリオが決まってくると次は配役である。年代層、性別、経験の量や質、自己表出能力の違いなどに配慮しながら決めていく。ここにも参加者の自主性が求められるがやはり必要に応じてファシリテーターが決めていった方が公平であったりもする。続いてスタッフ配置。裏方である大道具、小道具、照明、音響の4職を基本に配置していく。ここでは演ずる俳優と同じ役割が裏方にもあり、両方が協力し合ってようやく演劇になることを伝えていくことが重要である。そして、いよいよ読み合わせ、各パートに別れた練習と、道具製作、照明プラン、音響プランが具体化していく。このプロセスにおいてはある程度経験者が必要であり、ファシリテーターは演劇経験者とともに関わっていくべきであろう。しかし往々にして演劇経験者は命令調になりやすく、「こうしなければならない」という発言をすることが多いので、ファシリテーターは十分留意しながら流れを形成していかなければならない。繰り返す練習の中で「ビデオモニタリング」を勧める。それは演劇の練習場面をビデオで録画し、それをフィードバックのためにみんなで視聴するものである。出演者は萎縮してしまいがちであるが、自分の演じる姿を客観的に見ることで演技力は向上することを伝え、積極的に取り組むべきである。

そしていよいよ発表会を迎える。関係者のみならず地域の人々にできるだけ多く集ってもらい参加者のやる気を支えたい。そして、演劇終了と大きな拍手のあとには「振り返りのためのワークショップ」を組むとよい。それは参加者の中から演劇の感想や展望を語ってもらい、出演者などと交流をするものである。この場合演技の質や能力などについて触れるべきではなく、むしろ演劇の内容やテーマについて深く掘り下げる方向性を持ちたい。それはファシリテーターの、ある意味誘導によってなされるべきものである。こうして演劇を観覧した人にも裨益してもらおう事が重要であろう。

こうして心的外傷となった出来事は演劇にまでなり、表現され、評価され、追悼されていく。するともうその出来事によって苦しむことがなくなり、二度と心が苛まれることがなくなっていく。ふと誰かからその出来事について問われても、

「そう。僕んちはね、地震で壊れちゃったんだ。僕の家はとっても素敵な家でね、玄関がこんなふうで、屋根は赤い色だったんだ」

と、抵抗なく語れ、もう地震で家を失ったという出来事にさいなまれることがなくなっ

ていくと考えられる。

このように幾多のワークショップを重ねながら、彼らがそのつらかった出来事と自分を、出合い、こすり合わせて、面積を増やして、やがてそれを征服して、中で色を薄めていき、自分の中に取り込んでいく、その作業が私たちが考える心理社会的ケアの根幹概念である。

7. 青少年活動との違い

ここまで来るとこの心理社会的ケアと青少年活動の違いが見えてくる。この両者は一見似たところもあるが、大きく違うのは青少年活動は基本が教育であり、ゼロからプラスへ持って行くためのものだという点。心理社会的ケアは基本が医療であり、マイナスからゼロへ持って行くものだという点において大きく異なる。そして青少年活動が目指すものは「向上」であるが、心理社会的ケアが目指すものは「PTSD の予防」やその克服なのだ。青少年活動が自己改革や相互交流を目的とする一方で、心理社会的ケアは PTSD の回復の3段階のうちの第2段階を支えるものである。したがって青少年活動は教育者や学校の先生が主導すべきであるが、心理社会的ケアは臨床心理士や精神科医などをはじめとする臨床家が関わりを持つ必要があると思われる。

おわりに

以上で心理社会的ケアとは何かというテーマについての記述を終える。この分野がこれからも国際協力の主流として取り組まれることを強く願うものである。

引用文献

Resolutions of Psychosocial Tasks (The Journal of nursing care 12(5):27-8, 1979 May PMID 374748)

Judith. L. Herman (1998) 中井久夫訳「心的外傷と回復」岩崎学術出版.

Marly. A. Mateson (1995)「老人看護における心理社会的ケア」.

谷川弘治 (2004) 「病気の子どもの心理社会的支援入門」ナカニシヤ出版.

日本における災害被災者の支援

武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士

藤森和美

1. 災害と被災者の心理的問題

(1) 災害の定義と分類

日本の災害対策基本法は、災害を「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波その他の異常な自然現象又は大規模な火事、もしくは爆発、その他その及ぼす被害の程度に於いて之に類する政令で定めた原因による被害〈1961年法223〉」と規定している。ここでの政令で定める原因とは「放射性物質の大量の放出、多数の者の遭難を伴う船舶の沈没等のほか大規模な事故」などと細かく示されている。大規模な事故には、干害、火山爆発、地すべり、土地隆起、大地の沈下、人為的な爆発事故、列車の転覆、航空機事故などが含まれている。

社会的心理学的立場からErikson (1976) は、災害を「突然に、しかも効果的な対応が不可能なほどの力をもって、個人の心理的防衛機構を壊滅させる精神的打撃（個人的な心的外傷）とともに、人間関係の絆を断つほどの社会的な生活組織への打撃（集団的な心的外傷）をもたらす出来事である」と定義している。

広瀬 (1996) は、災害心理学の立場から「災害は常態」と述べている。それは、災害のないのどかな時期は「氷河期と氷河期にはさまれた間氷期のように次の氷河期へのつかの間の準備期間に過ぎない」という意味で、「災害は常にあるもの」という認識を示した。そして、災害をもたらす死を喪失として捉え、その死は「何か価値あるものを実現したり、あるいは大切なものを守るためにやむなく迎える死と異なり、単なる喪失なのだ。この全くの喪失は、何ものによっても埋め合わせることができない」と論じ、災害をもたらす喪失を減少させることがわれわれの社会に求められていることであると警鐘を鳴らしている。

その他、災害を単にその種類ではなく異なった次元からの分類を表1に示した。Barton (1969) は4類型、Berren, Beigel&Ghertner (1980) は5類型、Gleser, Green&Winget (1981) は6類型、Green (1982) は3類型に分けている。その中でGreenの類型は、災害がコミュニティを崩壊させるほど大規模な被害を及ぼしているかどうかによって、災害を「中心的災害」、「中間的災害」、「周辺の災害」の3種類に分類している。

ここで、中心的災害とは大規模な地震や洪水などのように、コミュニティ全体が物理的・組織的な被害を受け、被災者数が被害を受けなかった人数を大きく上回る災害のことで

ある。このため、コミュニティ内の被災者は相互に助け合うことがほとんどできず、被災者は見知らぬ環境へ移動し仮設住宅などで生活しなければならなくなる。

表1 災害の種類

Barton (1969)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 衝撃の範囲(地理的、被災者数) 2) 発生速度(急性、緩徐、慢性) 3) 衝撃の期間(例：反復的な被災) 4) 地域の社会的防御態勢
Berrenら(1980)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 災害の型(自然災害、人為災害) 2) 災害の持続期間(急性、緩徐な発生) 3) 個人的衝撃度 4) 発生(再発)可能性 5) 将来の再発に対する抑止力
Gleserら(1981)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 個人に対する生命的脅威度 2) 死別の程度 3) 苦痛の長期化 4) 命ぜられた地理的移動の総量 5) 被災地域の規模 6) 災害の原因(自然災害、人為災害)
Green (1982)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 中心的災害 2) 中間的災害 3) 周辺の災害

周辺の災害とは航空機事故やナイトクラブ火災などのように、偶然同じ場所に居合わせることによって災害に遭遇するが、生存者は物理的環境や社会的支援ネットワークが損なわれていないそれぞれのコミュニティへ帰ることができる。

また、中間的災害とは工場爆発や炭坑落盤事故などの災害を意味しており、コミュニティ内のある特定の集団の人々が被災するものの、そのコミュニティ内には被害を受けなかった多くの人々があり、物理的環境（家屋や近隣）には変化がない。

これら3種類の災害の中で、中心的災害はコミュニティ全体に物理的・組織的ダメージを与えるだけでなく、近隣からの支援を受けることができず、金銭的問題、住居問題、職場環境などに関して長期にわたって影響を及ぼし、それらの結果として、被災者の精神健

康にも長期的な影響を与え続けることが予測される。どの類型も災害の全てに当てはまるわけではないが、地域での被災者への心理的支援活動のシステムを構築する際には、軸になる災害の概念が必要となる。

(2) 災害がもたらす重層的問題と回復へのプロセス

自分や家族が生命の危険にさらされた人、自宅が破壊された人、また災害によって傷ついた人や亡くなった人を見た人の心には、持続的なストレスが作用することがある。これらの被害体験を持つ人々には、次のような問題の発生が指摘されている(Raphael, 1986 ; Hodgkinson & Stewart, 1991)。

1) 死と生存

死の脅威、または重傷や死を招きかねない肉体の損傷は、大抵の災害に内在している。ある個人またはその個人の身内の者が実際に負傷したり、死の脅威にさらされたりする場合もあるし、たとえこのような直接的な脅威をまぬがれたとしても、他者の死傷に直面する場合もありうる。

そこでは、死の脅威とその裏側にある生存という問題（自分以外の人間が死んだ中で、生き残った自分という複雑な意味を持った問題）が関係し、さまざまに異なる脅威やストレスが認められるであろう。

2) 喪失と悲嘆

たいていの災害は喪失の脅威と実際の喪失、さらにそれに伴う悲嘆をもたらす。喪失には、家族や親しい友人の死のような人命の喪失の場合があるのは当然であるが、負傷による身体の部分と機能の喪失、記録物など貴重な私有物の喪失、近隣・土地・地域社会の喪失などもある。災害には、喪失と喪失の脅威とさらにそれによる怒りと絶望的な悲嘆が伴うのである。

3) 立ち退きと再定着

災害のなかには、家族の別離だけでなく、地域ぐるみの避難などの大きな変動をもたらすものが多い。時間的にはごく短い一時的な場合もあれば、半永久的に続き、時には既存の地域社会の崩壊にまでいたることもあるだろう。被災者にとって新しい地域社会、新しい生活環境への再定着の問題は、うまくいく場合もあれば、同化できなくて失敗に終わることもあるかもしれない。

災害時の人間行動を研究する者にとって、災害事例は非常に多くの教訓を含んでいる。それは、被災者が家屋や財産等の喪失といった物理的な被害を受けただけでなく、同時にトラウマ (trauma: 心理的外傷) を受けているという基本的な事実であり、それを強く再認識させられる。

災害に直面した人々の心理的反応は、「衝撃期」、「幻滅期」、「回復期」の3段階に大別することができる（図1）。「衝撃期」では災害が人々に襲いかかり、恐怖や無力感をもたらす。次いで、災害から生き残ったことの幸福感や連帯感などが強まる「ハネムーン現象」がみられる。これは、とりあえず生命の安全が確保されたことを手に手をとって喜べる時期なのである。しかし、災害がもたらした人的・物質的喪失の深刻さや行政の官僚主義的対応に直面し、悲しみやイライラなどがつのる「幻滅期」が訪れる。そして最後の「回復期」は、痛々しい心の傷を受けた被災者が徐々に立ち直っていくまでの長い期間を意味している。

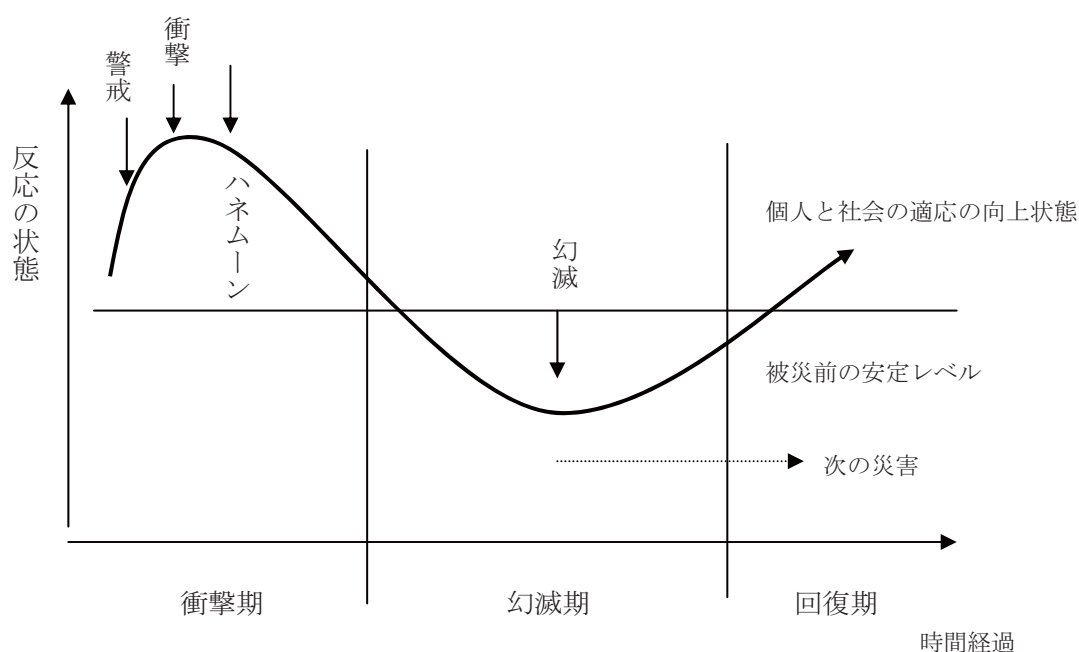


図1. 災害反応の経過

被災後には、これらの心理的な問題に加えて、被災者援助のため補償問題をめぐって、さまざまな社会的葛藤が生じやすい。例えば、義援金や救援物資の配分問題、被災地域からの集団移転問題、保険金をめぐる訴訟問題等が生じる。このため、被災者が苦難の時期を乗り越え、社会的に立ち直っていく過程では、トラウマによる苦痛に悩まされながら、同時に対人的・社会的葛藤が複雑に絡み合い、緊急に解決しなければならない社会的問題が展開されることになる。

WHO救急救護専門委員会は、災害医学を次のように定義した（Gunn, 1991）。「災害医学とは、災害によって生じる健康問題の予防と素早い救援・復興を目的として行われる協働応用科学であり、小児科、疫学、感染症学、栄養、公衆衛生、救急医学、地域保健、国際保健などのさまざまな分野や、総合的な災害管理にかかわる分野が協働するものである」。

このことを実践するならば、災害後の支援のみに限定せず、災害への準備、災害予防、緊急対応、救援、再建、復興まで、どのステージも対応しなければならないと考える。

被災住民の精神保健活動という重要なテーマが、北海道南西沖地震や阪神・淡路大震災の災害時に、専門家の中で感情的に議論された事実がある。当時はまだ日本ではなじみのないPTSDという新しい概念の導入に嫌悪感を示す専門家もいた。また、予防のために精神科医や臨床心理士がアウトリーチを行うことも、一般住民にとっては迷惑な話であるというような批判もなされた。今となつては、北海道南西沖地震や阪神・淡路大震災の被災者の心理的ストレスに関する実証的データが提示され、批判は多少落ち着いた印象を持つが、まだ十分とは言えないと考えている。多くの人に、この予防的アプローチを理解してもらうには、今後の啓発的な活動の更なる推進が課題となる。

2. 被災者の精神健康に関する研究の歴史

(1) 外国における被災者の精神健康研究

1) 被災者とPTSD

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder ; 外傷後ストレス障害) は、1980年に米国精神医学会 (American Psychiatric Association ; APA) が発表したDSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition) の不安障害の下位カテゴリーとして登場した不安概念である。現在、米国精神医学会の診断基準はDSM-IV-Rに達している。日本語ではDSM-IIIおよびDSM-III-Rでは「心的外傷後ストレス障害」と訳され、DSM-IVの日本語版では「外傷後ストレス障害」と訳されている。表2に、DSM-IVの日本語版を示した。客観的にみて「実際にまたは危うく死ぬないし重傷を負うような出来事、あるいは自分または他人の身体的保全身が脅かされるような出来事」であると同時に、主観的にも「強い恐怖、無力感と戦慄を伴った出来事」であると外傷体験の基準を変更し、(1) 外傷的出来事の再体験 (Intrusion : 侵入)、(2) 外傷関連刺激からの回避または反応性の麻痺 (Avoidance : 回避)、(3) 覚醒の亢進状態 (Hyperarousal : 過覚醒) の3つの領域の症状が存在しているとした。

侵入とは、繰り返しその体験を思い出し、非常に不安になったり苦痛を感じたりすることである。大地震のような災害の場合では、些細な振動や物音にも非常に驚き、そのときの恐怖体験を生々しく体験しているように感じたり、思い出したりすることなどがある。回避には、「その体験を思い出すようなことを避ける」「その時のことが思い出せなくなる」「引きこもり、感情の幅がなくなる」などの症状がみられる。過覚醒の症状としては、寝つきが悪くなり夜中に目が覚めてしまう、いらだちや怒りの爆発、集中困難、周囲に対する極端な警戒などがあげられる。ここで外傷 (trauma ; トラウマ) が意味するものは「人

表 2. DSM-IVの診断基準 (APA, 1994)

不安障害 Anxiety Disorder

309. 81 外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder

- A. 患者は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した
 - (2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである
 [注] 子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある

- B. 外傷的な出来事が、以下の場合1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている
- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それを心象、思考、または知覚を含む
 [注] 小さな子どもの場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある
 - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
 [注] 子どもの場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある
 - (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする
 (その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものも含む)
 [注] 小さい子どもの場合、外傷特異的な再演が行われることがある
 - (4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
 - (5) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理的反応性

- C. 以下の3つ(またはそれ以上)によって示される、(外傷以前には存在していなかった)外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺
- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
 - (5) 他の人から孤立している、あるいは疎遠になっているという感覚
 - (6) 感情の範囲の縮小(例：愛の感情を持つことができない)
 - (7) 未来が短縮した感覚(例：仕事、結婚、子ども、または正常な一生を期待しない)

- D. (外傷前には存在していなかった)持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ(またはそれ以上)によって示される
- (1) 入眠困難または睡眠維持の困難
 - (2) 易刺激性または怒りの爆発
 - (3) 集中困難
 - (4) 過度の警戒心
 - (5) 過剰な驚愕反応

E. 障害(基準B、C、およびDの症状)の持続期間が1カ月以上

F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

- ◆該当すれば特定せよ：
 - 急性：症状の持続期間が3カ月未満の場合
 - 慢性：症状の持続期間が3カ月以上の場合
- ◆該当すれば特定せよ：
 - 発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6カ月の場合

間の精神にとって圧倒的な体験（個人の対処能力を超えた）によって、心的メカニズムになかば不可逆的な変化を被ってしまうこと」である。Green（1990）は、外傷後ストレスサーとなる一般的な次元として、（1）生命や身体的安全への脅威、（2）重度の身体受傷、（3）他者の故意による身体受傷、（4）グロテスクな光景を目の当たりにすること、（5）家族など近い者への暴力を見たり聞いたりすること、（6）毒物性への暴露を知ること、（7）他人の死や怪我を引き起こしてしまったことなどをあげている。

歴史的にPTSDを振り返ると、診断基準として認知されるきっかけとなったのは米国のベトナム戦争である。そして、米国のフェミニズムの台頭によって社会的認知が進んだ。虐待やドメスティック・バイオレンスの精神的な後遺症もPTSDとして捉えられるようになってきた。しかし、そのベトナム戦争の以前に外傷神経症（traumatic neurosis）、戦争神経症（war neurosis）を始めとして、実に多様な名称をつけられながら歴史の中で扱われてきた。

近代精神医学をさかのぼるなら、PTSDの源流は19世紀後半にある。この時代は、精神医学の世界ではヒステリーの世紀と呼ばれている。例えば1860年から1880年にかけて鉄道の普及とともにイギリスでは鉄道事故後に精神神経症状を示す者が多く認められていた。これをロンドンの外科医であるErichsenは「鉄道脊髄症」として報告し、器質的原因によるものとした。しかし、それに対して同僚のPageが器質論に反論し心因論を唱えている（van der Kolk, Weisaeth & van der Hart, 1996）。確かにPTSDの始まりは、ヒステリー研究に由来する。古くは1895年に出版されたBriquetの「ヒステリー論考」とし、その研究はCharcotに受け継がれ、パリのサルピエトール病院でのヒステリー研究となり、フランス国内を越えて有名になった。そして、JanetとFreudらはCharcotに関わりをもち影響を受けていった。ヒステリー研究がPTSDの診断基準を考える際に注目を浴びようになったのは、解離症状が注目されたからである。解離は、PTSDの中で代表的な症状といっても過言ではない。第一次世界大戦での兵士の「シェル・ショック（chell-shock）」、つまり第二次世界大戦でKardinerが第一世界大戦に参戦した兵士の治療・観察からまとめた「外傷による戦争神経症」が注目を浴びたのである。やがて米国は、第二次世界大戦後に朝鮮戦争、ベトナム戦争を体験していくのである（小西、1999）。

2) 被災者のPTSDに関する研究

災害被災者の研究の代表的なものは、1972年に起きたバッファロークreekダムの崩壊による研究である。災害後、被災者はさまざまな精神的後遺症に悩まされたことが明らかになった。しかし、当時はまだPTSDの診断基準は誕生していない。14年後、Green, Lindy & Grace（1992）は被災者193名を調査し、PTSDの生涯有病率59%、現在診断有病率25

%という数値を示した。災害時に子どもであった被災者は長期的にわたって追跡されている。

セントヘレナ火山噴火災害の被災者に関する調査は、Shore, Vollmer & Tatum (1989) が実施し、噴火被災者のPTSD有病率は2.6%となったが、現在はこの数値は過小評価であろうと推測されている。

1983年に起きたオーストラリアの大規模山火事災害では、McFarlane (1992) と McFarlane, Clayer & Bookless (1997) の研究があり、被災者と消火活動にあたった消防士の追跡調査を行っている。火災により近親者を亡くすなどの大きな被害を受けた被災者43人中の5人がPTSDと診断されている。消防士の追跡調査では、災害から42カ月後に面接調査を行っていたところ147人中36%がPTSDと診断されている。

地震災害では、1988年に起きたアルメニア地震の被災者をGoenjian, Najarian & Pynoos (1994) が調査している。診断面接で60人中40人がPTSDの診断をつけられている。

このように、PTSDを中核においた被災者の精神健康の研究は、地域精神保健医療サービスのあり方に問題をなげかけている。一方、バッファロークreekダム決壊災害のように後遺症の補償を求めた裁判に発展するものもある。

もちろん災害後に生じる精神障害はPTSDだけではない。PTSDの診断基準のすべてを満たしていなくても、症状があり被災者が苦しむ場合もあるし、抑うつ性障害や不安障害など、さまざまな精神障害が生じることになる。

たとえば、上記に示したバッファロークreekダム決壊災害では、大うつ病35.8%、全般性不安障害17.6%、単純な恐怖症15.6%、物質乱用（アルコール）10.4%がみられ、その他は10%未満であった。そのうちPTSDを併発している者の場合は、大うつ病31.6%、全般性不安障害15.0%、単純な恐怖症13.0%、物質乱用6.3%であった。つまり、PTSD以外の精神障害のほとんどはPTSDと併発した形で生じており、どの症状が中核となっているかで診断的な揺らぎがないわけではない。反対に、PTSDと診断された被災者の場合は、大うつ病53.0%、全般性不安障害25.2%、単純な恐怖症21.9%、物質乱用10.5%を併発していた。大うつ病の有病率は、PTSDと診断された者の半数以上を占めている。この結果は、災害被災者が純粋（pure）PTSDであるということが、むしろ稀であるという現象を示唆している。外傷体験が精神健康全般に及ぼす影響の範囲が広くそして多彩であるということが、これらの研究結果からわかる。

一方、アジア社会での研究では、インドシナ難民のPTSDに関する研究がある。インドシナ難民といっても、その人種構成や各自の国内での体験、出国に至るまでの体験は多様で、心的外傷の種類や程度も多岐にわたっている。

ちなみにインドシナ難民には、ベトナム人、カンボジア人、ラオス人、山岳民族の Hmong

人が含まれるのである。1978年からオレゴンの大学病院精神科では、インドシナ難民のための診療をおこなっており、ポルポト時代に4年近く強制収容所を経験したカンボジア難民13人のPTSD症例を記述している。特徴的なことは、PTSDにみられる回避行動がかなり顕著な点である。受診開始時点で難民らは、なんらかの精神的不調を訴えてきたものの、ポルポト時代の心的外傷について語ることはなく、それについての治療的援助を求めることもなかった。当初の診断は、うつ病、適応障害、アルコール依存、解離性障害であった。しかし、治療関係が深まってくると、自国での強制疎開と強制労働、洗脳、家族との離散、飢餓、繰り返される暴行や拷問、殺人などの体験を治療者に語り始めている。それまでは同胞間でも語ることはなく、カンボジアを思い出させるような事については避けていたのだ。このような回避行動をとらせる原因は、体験の想起である侵入症状があったためと考えられており、これはインドシナ難民にも共通していると認められた（Kinzie, Fredrickson & Ben, 1984; Kinzie, Boehenlein & Leung, 1990）。

（2）日本における被災者の精神健康研究

日本でも被災者の研究の由来は、第二次世界大戦の「戦争神経症」に関するもので急性ストレス反応を取り上げている（井村、1965）。もちろん、日本が体験した原子爆弾被爆者を対象とした研究も代表的である（小沼、1961; 築城ら、1958）。

那須（1995）は、1994年に発生した松本サリン事件で、地域の住民・滞在者および従事した消防隊員2052名を対象に質問紙を用いて調査を行った。その結果、回答者471名に3週間後の時点で自覚症状が残った者は129名（27.4%）であり、特に「不眠」については40名（8.5%）の被災者が訴えていた。「仕事ができない」と訴えた者は10名（2.1%）で、「目や身体が疲れる」と訴えた者は17名（3.6%）であった。

事件から3週間後の調査と4カ月後の調査の両方を受けた105名に限ってその症状をみると、「不眠」は4名全員に残遺していた。「読み書きがおっくう」は3週間後では2名であったにもかかわらず、4カ月後には13名に増加していた。さらに事件から1年後の追跡調査では、「疲れ易い」「根気がない」という自覚症状に加えて、「悪い夢をよくみる」「夜よく眠れない」などのPTSDとの関連を窺わせる症状が高頻度で認められている（那須・福嶋・太田、1995）。

災害被災者の研究には、大きな二つの流れがある。第一の流れは、被災者は災害直後はストレスに苦しむが、その後は急激に改善するという結果がもたらされた研究である。それに反して、第二の流れは被災者のストレスは長期に持続するという研究である。

第一の流れとして、1982年3月に起きた北海道浦河沖地震では1カ月後に調査がある（広瀬、1984; 東京大学新聞研究所、1982）。その結果をみると、回想的評価法を使用した災

害後1週間の心身の状態では、頭痛・吐き気・胃痛などの身体的変調の訴えは全体の24%であり、不眠・だるさなどの精神的ストレスの訴えは49%であった。しかし、それらの訴えは1カ月後の調査時点になると急激に減少し、身体的変調の訴えは6%と僅かで、精神的ストレスの訴えは10%に過ぎなかった。

さらにこの年の7月には長崎大水害が発生し、災害から4カ月後に調査が実施されている（東京大学新聞研究所、1984）。その結果、回想的評価法による災害後1週間の身体的変調の訴えは全体の43%であり、精神的ストレスの訴えは47%であった。しかし、4カ月後の調査時点では、身体的不調の訴えは10%、精神的ストレスの訴えは12%に激減していたと報告されている。

加えて1982年は災害が続発し、10月には三宅島の雄山が大爆発を起こし、流出した溶岩や火山灰によって大きな被害がもたらされた。その災害から1年9カ月後に実施された調査（窪田、1987）では、回想的評価法による災害1年前と災害後1カ月の心身の状態、および1年9カ月後の調査時点での状態が調べられている。回想的評価法による災害から1カ月後の結果をみると、身体的側面では「疲れやすい」が19%、「肩がこる」が12%、「胃痛」が10%となっており、心理的側面では「イライラしやすい」が17%、「気持ちが沈みがち」が10%、「怒りっぽくなった」が5%となっていた。また、災害から1年9カ月後の調査時点での身体的側面は「疲れやすい」が32%、「肩がこる」が21%、「胃痛」が17%となっており、身体的変調の訴えは増加する傾向にあるものの、心理的側面では「イライラしやすい」が13%、「気持ちが沈みがち」が8%、「怒りっぽくなった」が7%、心理的ストレスの訴えは10%前後にとどまっていた。このように、わが国で実施された従来の研究では、災害が被災者の精神健康に長期的な影響をもたらすことは少ないという結果が示されている。

次に第二の流れは、1991年6月に長崎県島原半島で発生した普賢岳噴火災害から6カ月後に実施された長崎県島原保健所の研究（1994）である。1993年に発生した北海道南西沖地震から10カ月後に実施された藤森・藤森（1995c, 1996a, 1996d）の研究、そして1995年1月の阪神・淡路大震災から1年後に実施された田中・高木（1997）の研究などでは、いずれも被災者の6割以上が精神障害を有するおそれのあるハイリスク者と判定されており、災害から6カ月が経過した時点においても被災者が精神的に危険な健康状態にあることが指摘されている。長崎普賢岳噴火災害は大規模火砕流を発生させ、死者43名を出す大惨事となった。災害直後から災害対策基本法に基づく立ち入り禁止区域が設定され、被災者は仮設住宅などへ本格的な避難生活を余儀なくされた。最多時には人口の約4分の1に当たる11000人が避難を強いられていた。長崎普賢岳噴火災害避難住民の精神健康調査の追跡調査として、太田（1998）は、第1回調査を6カ月後、第2回調査を12カ月後、第3回調

査を24カ月後に実施している。これらの調査では、調査用具として精神健康調査票（GHQ30）を用いた評価を行っている。3回の調査全体をみると、避難生活開始後6カ月が経過した時点から24カ月後までの間に、精神健康は有意に改善していたが、ハイリスク者は24カ月後も57.3%に達していた。一方、噴火被害を全く受けていない地域住民のハイリスク者はわずか12.3%にしか過ぎず、避難住民のストレスが著しく高いことが判明している。

太田（1998）は、2年間という追跡を「比較的短期の追跡」と位置づけているが、被災者の精神健康の問題がさらに続くと予想していることが推測できる。GHQ30を使用した他の調査では、都市部の婦人を対象の調査結果ではハイリスク者が16.7%で、長崎市住民のハイリスク者は18.0%、長崎市在住の原子爆弾被曝生存者に対する調査では22.7%がハイリスク者という報告結果から考えても、避難生活住民のハイリスク者の割合の高さは顕著であると述べている。また、2回目の12カ月後から3回目の24カ月後の改善については有意な差はない。避難住民の精神健康は、直線的で急速な改善経過をたどるのではなく、被災に基づく生活上・人間関係上のストレスが慢性的に推移するのに伴って、ゆるやかに変化する特性を有すると報告されている。

3. 被害者の心理臨床

（1）被害者への心理療法と精神医学的治療

ここでは、災害の被害を受けた人、すなわち被災者も被害者として扱う。被害者が非常に深刻な心身の問題を抱えていても、心理的援助を積極的に受けることは難しい。被害者が「精神的に立ち直れないのはだめな弱い人間だ」と苦痛の表出を自己規制してしまう場合がある。また、心身の変調に関する情報を持ち得ていないため「被害を体験したから、こういうものだろう」と、症状と知らずに過ごすこともある。あまりに症状の程度が強く、エネルギーを消失し支援を求めることさえできない状態もある。

Herman（1992）は、PTSDの回復を、次の三段階論で説明している。

第1段階：安全の確立

「身体の自己統御」に焦点を当て、ついで「環境の統御」に重点を移す。前者には、基礎的健康欲求、睡眠・食欲などの身体的機能の制御、身体運動、PTSDのマネジメント、自己破壊的行動のコントロールなどがある。後者には、安全な生活状況の樹立、経済的安全、移動の自由、自己防衛計画などがあるとされる。

第2段階：想起と服喪追悼

被害者が外傷のストーリーを語る段階であり、完全に深く細部に渡る。この再構成の作業により外傷的記憶は形を変え、当事者の生活史の中に統合さ

れるようになる。そして、同時に被害者は、自己の外傷による喪失体験を服喪追悼することができる。

第3段階：再結合

服喪追悼により外傷的な過去との和解をとげた生存者たちは、以後、その未来を想像し、新しい自己を成長させ、新しい関係を育て、そして新たな信念を発見していかなければならない。

ここでの具体的な課題は、闘うことを学ぶこと、次いで自分自身と和解すること、さらに他者と新しい関係を結ぶこと、その中で「生存者使命」を発見することである。

PTSDに象徴される深刻な災害ストレス反応は、パニック反応、認知混乱、偏執性反応などによって特徴づけられている。治療には即時の支援、トラウマ場面の除去、抗不安薬の使用、危機介入時のサイコセラピーなどが含まれる。

1回のトラウマティックイベントの経験から発症するいわゆる単一性のトラウマによるPTSDの治療は、集団的、心理力学的、認知行動的、薬理的、及びそれらが結合したアプローチに応じている。過去10年間、退役軍人兵のための治療センターや性的虐待やドメスティック・バイオレンスの被害者のための危機センターにおいて、積極的なピアグループ治療の可能性を認めるようになってきている。ピアグループがトラウマ生存者にとって理想的な環境であるのは、彼らの外傷後の感情や記憶、行動が検証され、一般化され、理解されるからだだろう。直接に体験したことのない専門家のセラピストからよりも、トラウマの生存者として申し分のない信任状を持っている被害者から対面を受け入れるのは簡単だろう。そのピアグループの中で、被害者はトラウマに関連した恥、罪悪感、恐怖、疑いなどから抜け出るにつれ、過去よりも現在に焦点を合わせる準備ができてくるのである。

簡単な心理力学的心理療法は外傷性の事象そのものに焦点を当てている。外傷性事象を、冷静で同情的で批判的ではない心理臨床家に再び話すことによって、患者は自己結合の意識を発展させ、より適応性のある防御や処置を展開し、セラピーで生じる強い感情を調整する。心理臨床家は外傷後と現在の生活ストレスとの関係にいつも注目する必要がある。彼らは、外傷性の記憶を重視し、PTSD症状を悪化させる現在の問題の多い生活状況を患者が認める手助けをする必要があるのだ。

他には曝露療法として認知行動療法、PE療法（Prolonged Exposure；長時間曝露法）、系統的脱感作、フラッディング（flooding）などがある。認知行動療法には、リラクゼーション訓練やストレス注入訓練、認知再編成、バイオフィードバック、社会技術訓練などのように不安を減少させる不安管理訓練が含まれる。これらの療法は単独より組み合わせて

使用される方が効果的である。EMDR（eye movement desensitization and reprocessing；眼球運動による脱感作と再処理法）は、Shapiro（1989）が開発した。この療法では、対象者は実施者の指の動きに集中する一方で苦痛な外傷性記憶を想像するよう指示される。

社会的に大きな注目を浴びた事件や犯罪、事故や災害、性被害など、実際に被害者支援に携わった医師や心理臨床家で構成された厚生労働省の特別研究班は、被害者の症状や臨床法、心理教育を網羅した情報が専門家や支援者にわかりやすく提供されるべきと考え、治療とケアをまとめたガイドラインを作成した（金、2001）。多くの起こりうる被害が網羅されており、危機介入から長期的な支援まで具体性が示された日本で初めての実践マニュアルである。2011年現在、災害時のサイコロジカルファーストエイドについてのガイドラインを、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が災害後の支援活動経験のある精神保健専門家らへの調査を実施し、新たに作成している。

4. 研究からみる心理的回復過程

（1）成人の研究結果

北海道南西沖地震の被災者が受けた被害とは、地震の揺れや津波を体験し、自身や家族がけがを負う、家族や親戚に死者が出る、家や船が壊れる、家財や大切にしていたものが燃えたり流されるなどの体験をすることであった。さらに、それまでの人間関係や地域が保有している機能を失うことでもあった。このような単一性のトラウマティックな体験をした被災者の心理的な衝撃とその回復過程はどのようなものであるのだろうか。

筆者が11年間の追跡調査研究を行った結果、次のような回復過程が明らかとなった。過去3回の北海道南西沖地震の被災者への精神健康調査に続き、第4回目の調査を地震から6年2カ月後に、精神健康調査票（General Health Questionnaire28：GHQ28）を使用し追跡調査を行った。さらにIES-R（Impact of Event Scale-Revised）を使用し、被災者でPTSDの疑いがある人の比率を推定した。結果は、GHQ28による6年2カ月後の非回復者は54.6%と漸減しているもののまだ高い水準にあり、IES-RによるPTSD者も、22.5%という高い比率が示された。第3回調査では関連はなかったが、第4回調査で非回復者と有意な関連が認められた項目がある。それは、年齢と仕事や家事の回復状況などであり、50歳未満の人より50歳以上の中老年者の方が非回復者の比率が高かったことである。また、仕事や家事の回復ができていない人は、できている人よりも非回復者の比率が有意に高い結果となっていた。しかし、第3回調査で非回復者と有意な関連が認められた被害程度の項目は、第4回調査ではみられなくなっており、6年2カ月が経過した時点では、災害による被害程度は被災者の精神健康に直接的な影響を及ぼしてこないことが判明した。

個別面接調査の結果からは、回復者の心理的・私的の回復促進要因は「無線による安否確認」、「家族と一緒に暮らせる」、「親戚からの見舞い金」、「親戚・近隣の助け合い」、「気持ちの整理がついた」、「前の災害教訓が起きた」で、災害を過去の体験として位置付け、気持ちの整理をし、家族や親戚の存在に助けられていることが判明した。心理的・私的な回復阻害要因では、非回復者のみの項目は「災害の恐怖」、「友人の死」、「災害による怪我」、「自らが遺体捜索・遺体の目撃」、「家族内の葛藤」、「家庭内での疎外感」、「子どものいじめ問題」、「近隣の噂・中傷」、「近所との軋轢」、「話し相手がいない」、「引きこもり」で、喪失の大きさ、災害への曝露度の強さだけでなく、家族、親戚、近隣とのさまざまな人間関係上の問題を抱えていることが極めて明らかな違いとして示された。回復促進要因も回復阻害要因でも、回復者と非回復者に大きな差異が認められたのは、心理的・私的要因の内容で、個人の対人関係のあり様が回復に関連があった。

（２）子どもの研究結果

北海道南西沖地震から1年7カ月後に災害を体験した奥尻島の児童・生徒と体験していない児童・生徒を対象に子ども版健康調査票を使用して調査を実施した。仮設群の児童は自宅群の児童に比べて「生き生きと元気に生活している」と答えているのが85%と大多数を占め、有意に多かった。しかしながら、仮設群は災害後の生活では、「テレビを見ることが多い」が90%に達しており、また「頭が痛い（50%）」「勉強がうまく進まない（42%）」などといった問題を訴えている児童が有意に多かった。しかし、一方で、自宅群より「元気に生活している」と答えていたのである。小学生も4年生から6年生になると、大人の期待に応えようとする気持ちが強く、自分の悩みや心配事を外部に表現することを躊躇するように思われる。被害の大きい仮設群の生徒は「身体的症状」「不安や不眠」「社会生活」などの面で多くの問題を訴えていることが明らかになった。

追跡研究では、災害から4年7カ月が経過した後、（当時小学生だった）中学生の6割以上がいらいらや緊張を示しており、身体的不調を訴えている中学生は5割を超えていた。そして、家庭生活や学業に悩んでいる生徒も半数以上となっていた。これらの結果を災害から1年7カ月後の時点で調査された結果と比較したところ、「生き生きと元気に生活している」「目標を持って生活している」「家の人の手助けができていいる」などの項目は4年7カ月後の肯定率が有意に高く、災害から立ち直ろうとする姿勢がみられるものの、「いらいらする」「緊張する」「家の人に叱られる」「気分が重い」「健康状態が悪い」「色々なことが大変である」「自分のことを決められない」「つらいと感じる」「何かするのにきびきびできない」「怖い夢を見る」「悲しくて泣いてしまう」「眠れない」「友達と喧嘩する」など、多くの項目で4年7カ月後の肯定率が有意に高い結果となっており、不

安や緊張、身体的不調、社会生活や家庭生活の悩みなどのさまざまな問題を抱えている生徒が増加していることを示していた。

(3) 被災者への心理的支援の課題

現在では、北海道南西沖地震や阪神淡路大震災の発生当時に比べて、被災者の精神保健活動に対する取り組みの迅速さは目を見張るものがある。災害時の緊急支援、いわゆる急性ストレス反応への対応については、システムが整いつつある中で、災害から時間が経過していく中での被災者に対する中長期支援の問題は未だ解決されていない。被災者がどのように回復していくかという実証的な追跡研究が乏しいこともある。藤森らの研究の結果からは、下記の課題が提示できると考える。

1) 中長期の心理的支援を実施する。

被災者のストレスは時間経過とともに漸減するが、6年以上経過してもまだ問題を抱えている人が多い。災害は常に起きており、新しい災害の影になり、それまでの被災者が次第に忘れ去られていく可能性があるため、根気強い支援を続ける必要がある。

2) 非回復者のリスク要因には変遷がある。

災害の被害程度が大きいというリスク要因が6年以上経過すると消失し、年齢が50歳以上、女性、仕事や家事の回復ができていない人はリスクが高くなる。被害程度ばかりに注目していると、前述の被災者らが心理的支援サービスの対象に入らない可能性があるため、気をつけなければならない。

3) 非回復者の対人関係の問題を解決するための支援を行う。

非回復者は回復者に比べると、私的で心理的な対人関係の問題を抱えている。本来なら、困難なときほど助け合うべき家族や親戚、近隣との間にトラブルが生じ悩んでいることがわかった。疎外感を感じたり引きこもりがちになっているため、非回復者自身が積極的に心理的支援を求めることは考えにくく、外部から信頼のおける丁寧なサービスの根気強い提供が重要である。支援者との安全で安心のおける関係性が育成される中で、傷ついた体験が癒えていく。

4) 被災遺族への特別支援プログラムの提供をする。

被災者支援の中でも遺族支援は、特別なプログラムが必要である。特に、子どもや配偶者といった強い愛着の対象者の喪失によって、心理的には厳しい状況に追い込まれる。うつ病や自殺などの予防に加えて、新たな役割の獲得として就労指導なども視野に入れた幅広い心理的支援が有効であると思われる。

5) 災害を体験した子どもたちへの支援を継続する。

被災した子どもたちは、大人同様に大きな衝撃を受けている。しかし、「元気にして

いる」と答えたり「緊張感のない態度」を示したり、大人ほどはっきりとその心身の不調を訴えてこない。

子どもの発達段階によってその反応が異なることを、子どもの周囲にいる保護者や学校関係者に情報提供しながら、早めの対応を行う。また、大人と同じように、子どもも中長期的に影響が残るため、災害を過去のこととして封印するのではなくその影響について注意深く見守る。

北海道南西沖地震の被災者の中には、11年が経過する中で亡くなっていった被災者もたくさんいる。男性高齢者が災害を体験し配偶者や家屋や船を失い、悲嘆にくれながらも少しずつ生活の再建をする中で、自らが重い病に倒れ、新しく建てた家にもほとんど住むこともできず入院生活を続け、やがて亡くなっていった事例もあった。それは、回復までの長い過程を自らの死という結果で終結させることもあるのだという事実を、筆者が知らされた体験であった。青苗地区を筆者が訪れると、その亡くなった高齢者の新しい家屋は誰も住みてがないままひっそりと建っている。一方では、一度は諦めた旅館の再建に息子家族とともに精を出し、6年後にはすっかり客あしが戻ったと大喜びしながら笑っていた女性高齢者も、2年後には亡くなっていた。

被災者の心理的回復過程を周囲の人間が、静かにきちんと見守り続けることは極めて難しい。なぜなら、世の中では、次々に大きな被害をもたらす新しい事件や事故、災害が起これ、個人が体験した被害からの回復を見守る余裕を奪い取るからである。もちろん被災者は、常に弱者ではなく、少しずつ自立しながら回復の道をたどることも事実だ。多くの人々は、災害の被害が無かったことにはならないものの、その体験を受け入れ自分の中に位置付けて、新しい生活を生み出していく。その道のりが回復過程となるのだと考える。

その過程を歩んだり、また支援したりするのは個人によるだけではなく、社会全体が被災者の心理的回復を見守り支援するシステムを構築が望まれるのである。

引用文献

American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition. Washington, DC. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸（訳）DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院.

Barton,A.H. (1969) Communities in Disaster; A sociological analysis of collective stress situations. Ward Lock Educational,London.

Berren,M. R.,Beigel,A.,Ghertner,S. (1980) A topology for the classification of disasters. *Community Mental Health*,16, 103-111.

- Erikson,K.(1976) Loss of communality at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*,133, 302-305.
- 築城士郎・杜葉竹二・安倉秀之輔ほか(1958) 原子爆弾被爆者についての精神医学的調査. 長崎医学会誌 33, 637-639.
- 藤森和美・藤森立男(1995c) 北海道南西沖地震の被災者のメンタルヘルス. 保健の科学, 37 (10) , 689-695.
- 藤森和美・藤森立男(1996a) 北海道南西沖地震を体験した大人と子どもの心の健康 現代のエスプリ (別冊) , 65-75.
- 藤森立男・藤森和美(1996b) 北海道南西沖地震による被災者の精神健康に関する問題 季刊精神科診断, 7 (1) , 65-76.
- Gleser.G.C.,Green.B.L.,Winget.C.(1981) Prolonged Psychosocial Effects of Disaster ; A study of Buffalo Creek. *Personality and psychopathology*,25. Academic Press, New York.
- Green,B.L.(1982) Assessing levels of psychological impairment following disaster : Consideration of actual and methodological dimensions. *Journal of nervous and mental disease*, 170(9), 544-552.
- Gunn,S.W.A.(1991) The scientific basis of disaster medicine ; A new discipline. 鶴飼卓・山本保博訳(1991) 災害医学の学術的論拠—新しい理念. 救急医学, 15,1721-1725.
- Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S. et al. (1994) Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry*. 151 (6), 895-901.
- Green,B.L.(1990) Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *The Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1632-1642.
- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C. et al (1992) Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (180), 760-766.
- 広瀬弘忠(1984) 生存のための災害学. 新曜社.
- 広瀬弘忠(1996) 災害に出会うとき. 朝日選書559. 25-26.
- Herman,J.L.(1992) Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. BasicBooks, New York, 7-32. 中井久夫訳(1996) 心的外傷と回復. みすず書房, 東京.
- Hodgkinson,P.E.,Stewart,M.(1991) Coping with Catastrophe: A Handbook of Disaster Management. Routledge.

- 井村恒郎（1965）戦争下の異常心理. 井村恒郎ほか編, 異常心理学講座 第5巻 社会精神病理学. みずず書房, 349-398.
- 金吉晴編（2001）心的トラウマの治療とケア. じほう.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., et al (1990) Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine* 60, 420-430.
- Kinzie, J. D., Fredricson, R. H., Ben. R., et al (1984) Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 1, 645-650.
- 小西聖子（1999）トラウマの歴史とPTSD診断基準. 藤森和美編, 子どものトラウマと心のケア. 誠信書房, 61-73.
- 小沼十寸穂（1961）原爆後遺症の間脳症性苦訴並びに症候に理解に就て. 長崎医学会誌, 36, 706-716.
- 窪田暁子（1987）災害後の生活再建 -昭和58年 三宅島噴火後の阿古地区における生活. 再建調査東京都立大学人文学報, 194, 123-167.
- McFarlen, A. C. (1992) Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (7), 439-445.
- McFarlen, A. C., Clayer, J. R., Bookless, C. L. (1997) Psychiatric morbidity following a natural disaster; An Australian Bushfire. *Social Psychiatry Epidemiology*, 32 (5), 261-268.
- 長崎島原保健所（1994）雲仙普賢岳災害活動記録.
- 那須民江（1995）住民へのアンケート調査（1次および2次）の結果と解析.
- 那須民江・福島義満・太田節子（1995）松本市におけるサリン中毒者の追跡調査11年後の自覚症状と地理的分布. 第65回日本衛生学総会抄録.
- 太田保之（1998）わが国の災害PTSD—普賢岳噴火災害避難住民における心的外傷後の精神症状. 精神科治療学, 13 (7) , 839-842.
- Raphael, B. (1986) *When Disaster Strikes: How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. Basic Books, New York. 石丸 正訳（1989）災害の襲うとき—カタストロフィーの精神医学. みずず書房 .
- Shapiro. F. (1989) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Trauma Stress*. 2, 199-223.
- Shore, J. H., Vollmer, W. M. Tatum, E. L. (1989) Community patterns of post-traumatic stress disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 681-685.

田中 優・高木修（1997）阪神・淡路大震災による遠隔地仮設住宅における仮設住宅における被災者の研究（1）－地震から1年後の被災者の身体的・精神的健康状態－. 実験社会心理学研究, 37（1）, 76-84.

東京大学新聞研究所「災害と情報」研究班（1982）1982年浦河沖地震と住民の対応. 14-82.

東京大学新聞研究所「災害と情報」研究班（1984）「1982年7月長崎水害」における住民の対応. 1-100.

van der Kolk, B, A., Weisaeth, L. van der Hart, O. (1996) History of trauma in psychiatry. Traumatic Stress, van der Kolk, B, A., McFarlane AC, Weisaeth. L., (ed) , 47-74. the Guilford Press. New York.

赤十字のこころのケア(心理社会的支援)

日本赤十字社医療センター国際医療救援部

槇島敏治

1. はじめに

6,400人が犠牲になった阪神淡路大震災から16年が経過したが、大切な家族を失った多くの被災者の方々の悲しみはいまだ癒えてはいない。この震災は多くの救援団体や防災研究者、一般市民に大きな刺激を与え、震災後、こころのケアやボランティア活動、レスキューロボットの開発など災害救援における多くの新しい分野の発展が見られた。

日本赤十字社医療センターで災害救護の指導を担当していた著者も災害の被災者には医療救護だけでなく、被災者のストレスを軽減するこころのケアが必要であるとの認識から、被災者に対するこころのケアへの取り組みを開始した。以来15年、日本赤十字社は国際赤十字・赤新月社連盟（連盟）の心理社会的支援プログラムを導入し、こころのケア活動として国内の災害救護の柱の一つと位置づけて推進してきた。そして今、またアジア・太平洋地域の中心として、国際救援活動にもこころのケア事業を展開しようとしている。

2. 赤十字のこころのケアの歩み

阪神淡路大震災での救護を経験して、著者は日本赤十字社に働きかけ外部の専門家をまじえたワーキング・グループを結成し、まず約1,000名の被災者のストレス状態についてアンケート調査を実施した（日本赤十字社 1996）。この調査によって、長期の避難生活を送る被災者のストレス状態は持続していることが示唆され、また被災者のストレス状態を軽減、あるいは増加させる要因についての様々な知見も得られた。また、国内の精神保健の専門家であっても災害時の被災者のこころのケアに関しては知識も経験も不足していたため、国際援助機関やこころのケア先進国の赤十字社の視察調査を行なった。

世界の赤十字社は様々な形でこころのケアに取り組んでおり、たとえばアメリカ赤十字社は精神医学会や心理学会と提携をして災害時には精神科医やカウンセラーなどの専門家が赤十字社のボランティアとして被災地に入り、被災者にカウンセリングや治療を行っている。また、デンマークをはじめとする北欧諸国の赤十字社ではボランティアを教育して行なう“こころの救急法”（Psychological First Aid）が中心となっている。

こころの救急法とは、“ストレス反応は異常な出来事に対する正常な反応である”という認識を基に被災者にこころのケアを提供するものであり、その基本は支持・傾聴・共感で、専門家のカウンセリングではなく、体の救急法と同じように訓練を受けた市民が提供できるものである。支持（Support）とは“そばにいてあげるだけでいい”のであり、被災者に安心感を与えるものである。傾聴（Active Listening）とは被災者の話を熱心に聴くことであり、話の内容の評価や判断をするものではない。共感（Empathy）とは被災者の気持ち

を理解し理性的に受け止めることであり、ただ同情することではない。

日本人はアメリカ人とは異なり精神科医やカウンセラーの治療やカウンセリングを受けることに慣れておらず、まだまだ抵抗感を感じやすい。また、大規模な災害時にはこころのケアを必要とする被災者の数も膨大になる。これらのことを考え合わせると、ボランティア活動を柱とし、すべての被災者にこころのケアを提供することを目標とする日本赤十字社が採用すべきなのは北欧型のこころのケアであると判断された。

著者らはまた、国際援助機関として UNHCR、WHO、ICRC、IFRC などの本部を訪問して調査を行なった。IFRC：国際赤十字・赤新月社連盟（連盟）もまた北欧型のこころの救急法を採用しており、平成 6 年にデンマークのコペンハーゲンに心理支援センターを開設（その後、心理社会的支援センター：Psycho Social Support Center と改名）して、世界に心理社会的支援（こころのケア）事業の普及を行なっていた。同センターは平成 7 年には世界の赤十字社から心理社会的支援の要員を集めてロースター会議を開催し、赤十字のこころのケアを世界に広める活動を開始した。連盟の心理社会的支援センターの役割は、（1）連盟の心理社会的支援事業の推進・ガイドラインの作成、（2）各国赤十字社の心理社会的支援事業の支援、（3）各国赤十字社の情報の収集と伝達、（4）災害・紛争への対応である。

また、著者は日本赤十字社の代表として平成 7 年からこのロースター会議に参加し、日本へのこころのケアの導入の準備を行なってきた。そして、平成 15 年に日本赤十字社は連盟の心理的支援プログラムを国内の災害救護に導入することを決定した。そこで、連盟の訓練マニュアルを翻訳し、研修内容を日本の文化や習慣に合うように調整をおこなった。そして、心理社会的支援センターの役割の（2）にあるように心理社会的支援センターの支援を受け、海外から講師を招いてこころのケアの国際シンポジウムを開催するとともに（平成 15 年 9 月 30 日「日本赤十字社こころのケアシンポジウム」）、こころのケアの指導者の養成研修会を開催した。この研修会は最初の 2 年間、4 回は連盟の講師に依頼して行なったが、3 年目からはこの研修を受けたこころのケア指導者の中から、講師を養成して独自に研修会を開催している。こころのケア指導者研修会は 3 日間（20 時間）の期間で実施され、オリエンテーション、アイスブレイキングに始まり、日本赤十字社のこころのケア活動（総論）と災害時のストレスとストレス反応、被災者のケア、救護員のケアについての講義とグループワーク、そしてこころのケアの実際としてロールプレイングが組み込まれている。研修の修了者はこころのケア指導者として日本赤十字社の修了証を交付されるとともにデータベースに登録される。平成 15 年から平成 23 年 1 月末までの 8 年間で 380 名のこころのケア指導者が養



写真 1. こころのケア指導者研修会ロールプレイングゲーム

成され、日本赤十字社の各都道府県支部で救護員の指導を 9,154 名に、また防災ボランティアの指導を 3,398 名に実施してきた。

また、中越地震での経験を基に災害時のこころのケア活動の実施要綱や活動マニュアルを作成して実際の災害救護活動に備えるとともに、“災害時のこころのケア”を発行して実際の活動の一助としてきた（槇島・前田・土居 2004）。

3. 日本赤十字社のこころのケア活動

日本赤十字社の初めてのこころのケア活動としては、連盟の心理社会的支援を検討し始めて間もない平成 12 年 3 月 31 日に発生した北海道の有珠山の噴火災害があげられる。この噴火災害では噴火の予知がなされ、噴火前に住民の避難が完了していたという特徴があった。したがって、当初は 1 万人ほどの避難者がいるだけで被災者はいないといわれていた（噴火が進むにつれて住居や畑に被害がみられた）。日本赤十字社は有珠山にもっとも近い伊達赤十字病院に現地災害対策本部を設置し、避難者の救護にあたった。いつまで続くかわからない避難生活によるストレスを軽減するために、著者は同病院の心理判定員であった前田潤氏（現室蘭工業大学准教授）と協力して同病院内にこころのケアセンターを開設するとともに、避難所の調査を行い、こころのケア活動を開始した。活動の中心は避難生活のストレス緩和であり、伊達赤十字看護専門学校の看護学生らの子供たちとのお遊びやお年寄りの肩揉み活動や、伊達リクリエーション協会との協力で開催された歌や踊りの会、そして全国の日赤病院から派遣された理学療法士や作業療法士による腰痛体操や講演会などが提供された。こうした活動は避難所が閉鎖された 6 月中旬まで、日々変化する状況に対応しながら継続された（前田 2001）。

また、平成 16 年の新潟中越地震では小千谷市をはじめ、十日市市、山古志村の避難者を迎えた長岡市でこころのケア活動を実施した。このときにはすでに約 100 名のこころのケア指導者を養成していたので、小千谷市ではこころのケア指導者 74 名を含む 167 名のこころのケア要員を派遣して、10 月 24 日から 11 月 21 日までの約 4 週間で 1,268 名の被災者にこころのケアを提供した。発災後 1 週間はこちらのこころのケア指導者は通常の医療救護班と一緒に活動し、主に避難所に開設された救護所で被災患者のケアと避難所内の巡回を行なっ



写真 2. 中越地震こころのケアセンター

ていた。1 週間目に、こころのケアセンターを開設して活動中のこころのケア指導者を招集し、救護班からこころのケア活動を独立させた。また、こころのケア研修を受けた看護師を加えてこころのケア要員とした。これによってこころのケア要員間の情報の交換や共有が円滑にできるようになり、また、こころのケア活動が明確に認識されるようにな

った。他の機関との協働では、地域の保健センターの保健師をカウンターパートとして、情報の共有と協調に勤めた。また、精神保健センターで開催されたこころのケアの連絡調整会議に参加して他のこころのケアチームとの協調を図った。この会議の中で日本赤十字社は小千谷市の東側の地域を担当して地域の巡回を実施した。

この救護活動が日本赤十字社のこころのケア指導者の初めての活動であったため、その認知度は低く会う人毎に日本赤十字社のこころのケアについて説明しなければならなかった。また他のこころのケアチームは精神科医や心理療法士の専門家チームであったのに対し、日本赤十字社のこころのケアチームは主に訓練を受けた看護師で構成されていたため、こころのケアチームとしてなかなか認められなかった。IASC (Inter-Agency Standing Committee) のガイドラインでは“こころのケア”を表現するのに精神保健と心理社会的支援を併記することで、精神科医や心理療法士らの専門家が関わる精神保健活動と赤十字のボランティアらが関与する心理社会的支援活動の両者をうまく取り込んでいる。しかし、日本では“こころのケア”という言葉で両者を包含していることが混乱の原因となっているのである。しかし、この間に得られた貴重な経験を基に災害時のこころのケア活動の実施要綱などが整備され、以後の様々な災害救護でこころのケア活動が円滑に実施されるようになった。

IASCとはUNHCRが中心となり連盟をはじめ主要な国際救援団体が参加した委員会で、国際救援における様々な分野の標準的な基準を制定している。こころのケアに関しては緊急事態における精神保健と心理社会的支援のガイドライン (Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings) が策定されている。著者は平成8年9月にサウスダコタ州立大学で開催された the Eleventh Annual Conference on Innovations in Disaster Psychology において日本赤十字社のこころのケア活動についてこのガイドラインに沿って検討を行なった (表1)。

(表1)日赤のこころのケア活動のIASCの緊急事態における精神保健および心理社会的支援活動のガイドラインによる検討

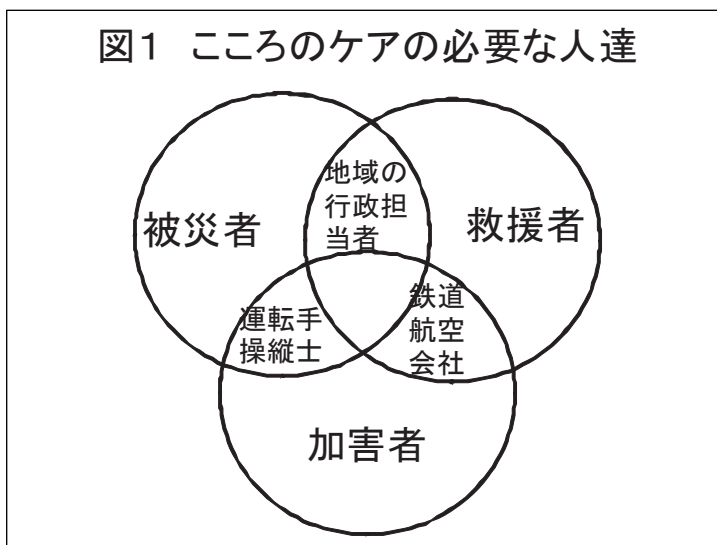
支援時期 支援項目	防災体制	緊急支援	復興支援
共通支援項目	人権と公平 受益者参加 安全性(危害を与えない) 人的資源と能力の活用 総合的支援 多重層的支援	人権と公平 受益者参加 安全性(危害を与えない) 人的資源と能力の活用 総合的支援 多重層的支援	人権と公平 受益者参加 安全性(危害を与えない) 人的資源と能力の活用 総合的支援 多重層的支援
精神保健と心理社会的支援	地域社会レベルの支援 医療保健サービス 教育 情報の提供	地域社会レベルの支援 医療保健サービス 教育 情報の提供	地域社会レベルの支援 医療保健サービス 教育 情報の提供
生活支援	食料支援 避難所 水の供給と衛生	食料支援 避難所 水の供給と衛生	食料支援 避難所 水の供給と衛生

日本赤十字社のこころのケア活動は前述のように、防災体制ではこころのケア指導者の養成や救護班員や防災ボランティアの研修、活動マニュアルの作成などで体制を整備しており、また、緊急支援でも中越地震をはじめ多くの災害で活動を実施しており評価ができる（表1の太字ゴシック体）。しかし、復興支援では、日本赤十字社のこころのケアが基本的に災害の急性期の支援を目的に設計されたものであるため貢献度が低いと考えられる（表1の明朝体）。このことは日本赤十字社が急性期の支援を終えて、撤収する際に復興期に向けて他の組織・機関と協調しなければならないことを示している。中越地震災害では活動の終了時に地域の保健センターに活動の報告をするとともに、活動を委譲している。この点についてはIASCのガイドラインでも、各組織がすべての時期や支援項目を満たすことは不可能であり、他の組織と協調することでこれを満たすことが重要であるとしている。

一方、災害時には被災地に救援に入る救援者も“隠れた被災者”と呼ばれるように、強いストレスを受けるのでそのストレス処理も重要である。被災地では崩れた建物の瓦礫や遺体を目撃することもあり、また、遺体の腐敗臭や騒音などから救援者は二次的に災害を経験するものである。また、劣悪な生活環境の中で救援活動を続けるため燃え尽き症候群に陥ったりする危険も高い。そこで、日本赤十字社の国際救援に派遣される要員にはストレスの処理法の事前の研修会での講義とともに、派遣前にはブリーフィングを行い、派遣中には24時間体制での電話またはメールでの相談が受けられるようにしており、帰国時には専門家によるカウンセリング（デブリーフィング）を受けさせている。また、医療センターの国際医療救援部は派遣要員の支援の一環として、24時間対応の健康相談を提供している。

こころのケアに必要な人々を考えると、図1に示すように被災者と救援者がこころのケアが必要なのは明らかであるが、有珠山の噴火災害で著者らが出会ったのは被災者であって、救援者でもあるという両面を持つ人たちであった。すなわち自らも被災をしていながら、町の職員として被災者のお世話をしなければならない人たちである。日本赤十字社のこころのケア指導者の養成研修会では、実際の災害救護の現場ではこうした二重にこころのケアの必要をする人たちを特に支援をするように指導している。また、御巣鷹山の日航機撃落事故や、JR福知山線の脱線転覆事故のように、意図的ではないにしろ、乗客やその家族から加害者扱いされる人々がいるのである。また、こうした航空会社や鉄道

図1 こころのケアに必要な人達



会社の職員は事故にあった乗客やその家族への対応をしなければならず、加害者であり、かつ援助者でもある人たちが生まれる。さらに加えるなら、事故を起こした飛行機や電車の運転手やその家族は被害者であり、また乗客やその家族たちにとっては自分の家族が事故を引き起こしたという負い目から加害者というさらに辛い立場に置かれることになる。ちなみに、全日空（ANA）は危機管理の一環として自社の航空機事故が起きた場合の対応として日本赤十字社のこころのケアを取り入れ、職員のストレス管理と事故機の乗客やその家族への支援プログラムを作成しているがこれは注目に値するのではないだろうか。

4. 連盟の新たな展開と日本赤十字社の動き

連盟の推進する心理社会的支援活動は心理的支援と社会的支援とが含まれる。心理的支援とは個人の感情、情動、思考、信念、知覚、行動に対する支援をいい、個人を対象とするのに対し、社会的支援はその個人を取り巻く伝統や価値観、しつけや人間関係、地域社会との関わり方などの面での支援であり、主に住民のグループや地域社会に対する支援を指している。

平成 21 年から、連盟は災害救援活動に実際的な心理社会的支援形態を取り入れたが、これは日本赤十字社が災害救護活動で救護班にこころのケア要員をつけて派遣しているのと同じ形で、保健医療型緊急対応ユニット：ERU（Emergency Response Unit）チームに心理社会的支援要員を組み入れるというものである。

ERU とは連盟が新たに開発した災害救援のシステムであり、1994 年に発生したルワンダ難民の救援において連盟をはじめ多くの国際救援団体の対応が遅れ、混乱をきたしたため多大な犠牲者を出してしまったという経験から開発された。被災地での連携の取れた迅速な救援活動を行なうために各国赤十字社のもつ救援機能を標準化およびユニット化し、統一された資機材と訓練された要員からなる自己完結的なチームをいう。ERU にはその機能から病院 ERU、基礎保健・診療所 ERU、水供給 ERU、通信 ERU、ロジスティクス ERU などがあり、その維持管理は各国赤十字社が持ち、活動期間は最低 1 ヶ月から 4 ヶ月間までである。日本赤十字社は基礎保健・診療所 ERU と通信 ERU を所有しており、心理社会的支援要員の配置は病院 ERU と基礎保健・診療所 ERU にのみ行なわれる。

ハイチ地震災害では保健医療システムが崩壊しているだけでなく、地域社会そのものが崩壊してしまっており、病院 ERU に随行した連盟の心理社会的支援要員はその地域でボランティアに対してこころの救急法の訓練を行い、病院 ERU に入院している被災患者とその家族にこころのケアを提供させた。これは災害時の国際救援においては外国の精神保健の専門家であっても言葉も通じず、文化も異なる被災者に通訳を介して直接こころのケアを行うことは効果が薄いばかりでなく、時には害を及ぼすことも考えられるので控えなければならないからである。また、限られた人数の外国からの支援者が活動するより、彼らが訓練をした大勢の現地人が支援を行なったほうがより多くの被災者に支援を提供できるからである。また、地域住民に対する社会的な支援としては、病院 ERU の敷地内に子供の遊

び場を作り、安全な環境で遊びを通じて子供たちがストレスを緩和させ、社会とのつながりを回復する支援をおこなった。これらは連盟の ERU を拠点に実施した心理社会的支援活動のはじめての例であるが高い評価を受けている。

日本赤十字社はこの連盟の新しい事業計画を受け、基礎保健診療所 ERU に心理社会的支援要員を組み込む方針を決定した。それを受けて、日本赤十字社医療センターの国際医療救援部は平成 23 年度、日本赤十字社の国際救援の経験の豊かな看護師から候補者数名を指名して連盟の心理社会的支援要員養成研修会を開催することとした。

連盟のもうひとつの動きが、世界の各地域で心理社会的支援のマスター・トレーナーを養成するというもので、その最初の研修会が 8 日間の日程で昨年 11 月にスリランカで開催された。これは各国赤十字社や赤新月社に心理社会的支援の指導者を養成して、それぞれの国で心理社会的支援事業を進めてゆくというものであるが、実はこれも日本赤十字社が進めてきたころのケア指導者の養成と同じ考えであり日本赤十字社の先進性がうかがえる。

この研修会には南アジアの 5 カ国の赤十字社・赤新月社の保健要員ら 20 名のほかに、特別に東アジア地域からも日本赤十字社と韓国、モンゴル、香港の 4 カ国 5 名が参加した。この研修会で養成された心理社会的支援のマスター・トレーナーの役割は (1) 各自の赤十字・赤新月社で研修会を開催して心理社会的支援の指導者を養成する、(2) 心理社会的支援の研修会用のツール・キットを自国語に翻訳する、(3) 心理社会的支援プログラムをその国の文化や状況に合わせて修正する、(4) 心理社会的支援の最新化と追加研修を行なう、(5) 心理社会的支援センターの機関紙である“Coping with crisis”へ投稿することである。

この研修会の中で、著者は地理的に近く、文化的にも共通点が多い東アジア地域においてお互いの経験や知識を共有し、相互に援助しあうことの重要性に着目し、東アジアの赤十字社の心理社会的支援ネットワークを作ることを提案したところ、参加した東アジアのすべての赤十字社の合意を得た。このネットワークの仮称を ARPS ネットワーク (Asian Red Cross Psychological Support Network) とし、日本赤十字社が情報発信の中心となり、アジア地域における心理社会的支援を広げてゆくというものである。

5. 終わりに

Jean S. Pictet 博士はその著書“赤十字の諸原則”の中で「赤十字は、苦痛と死とに対して闘う。赤十字は、すべての場合に於いて、人間らしく取り扱われることを要求する。」と書かれている (Pictet 1958)。赤十字の国際救援活動を担う我々にとって死と闘うことは被災者の生命を守るために活動することであり、苦痛と闘うことは、被災者の肉体的・精神的苦痛を和らげるために活動することであり、これはまさにこころのケアのことを指しているのである。こころのケアは赤十字の救援活動の重要な柱なのである。

日本赤十字社は国際赤十字の一員として、連盟の心理社会的支援を国内の災害救護活動

におけるこころのケア活動として発展させ、また国際救援活動においてはアジア地域の要、情報発信基地として活動するとともに、ERUを通じて被災者に心理社会的支援を提供してゆく方針である。

赤十字のこころのケア活動の今後の展開に期待をしていただきたい。

引用文献

日本赤十字社（1996）「阪神淡路大震災アンケート調査報告書」.

槇島敏治・前田潤・土居弘壺（2004）「災害時のこころのケア」日本赤十字社.

前田潤（2001）『有珠山噴火に伴う赤十字「心のケアセンター」の活動報告書』室蘭工業大学.

Jean S. Pictet (1958) 井上益太郎訳「赤十字の諸原則」日本出版普及会.

IASC ガイドラインについて

大阪大学グローバルコラボレーションセンター

石井正子

はじめに

2007年、IASC (Inter-Agency Standing Committee : 人道機関間常任委員会) と OCHA (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs : 国連人道問題調整事務所) は「緊急時におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートに関するタスクフォース (Taskforce on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings)」を発足させ、同年「緊急時におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートに関するガイドライン (IASC Guideline on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings)」を策定した (Bader, et al. 2009: 312-313)。以来、このガイドラインは緊急時において心理社会的サポートをおこなう団体に広く参照されている。ここでは、同ガイドラインのイントロダクションに記載している内容から、ガイドライン策定の背景、目的、対象範囲などについて簡単に述べることとする。

1. 背景

武力紛争および自然災害は、多くの人びとのところと社会に苦しみをあたえるものである。こうした被災者に対する心理社会的サポートの重要性は、2004年末に発生したインド洋地震津波により、その認識が一層強められた (Bader, et al. 2009: 312-313)。この未曾有の大災害は死者 22 万人、行方不明者 7 万 7 千人、負傷者 13 万人という大惨事をもたらした。これにより、IASC はこれまで整備してきた「緊急時における HIV/AIDS に対する介入に関するガイドライン」(IASC 2003) と「緊急時におけるジェンダーにもとづく暴力に対する介入に関するガイドライン」(IASC 2005) をふまえて 2007 年に「緊急時におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートに関するガイドライン」を策定した。

2. 目的

「緊急時におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートに関するガイドライン」策定の第一義的な目的は、緊急時において最も迅速に必要な不可欠かつ最優先の対応 (minimum response) を行うことである。この最低必要な対応 (minimum response) を行うために、ガイドラインは緊急フェーズの前 (emergency preparedness) と後 (comprehensive response) におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートのための具体的な戦略をも記している。

また、包括的なメンタルヘルスと心理社会的サポートを行うためには、多様なアクターやセクターが効果的に調整されて支援にあたることが要となる。ガイドラインは、この分

野における調整が効果的に行われることを目指すものでもある。

そのために、第 2 章において緊急フェーズ前 (emergency preparedness)、緊急時の最低必要な対応 (minimum response)、緊急フェーズ後 (comprehensive response) に必要な支援活動を 11 の分野に分けてマトリックスに記している。11 の分野とは、1) 調整、2) 事前調査、モニタリング、評価、3) プロテクションと人権基準、4) 人材、5) コミュニティの動員と支援、6) 保健サービス、7) 教育、8) 情報発信、9) 食糧安全保障と栄養、10) シェルターとシェルター設置計画、11) 水・衛生、である。

3. 対象範囲 : MHPSS

ガイドラインでは、Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (MHPSS) という用語をつかっている。この用語の使い方について、ガイドラインでは次のように説明している。「メンタルヘルスと心理社会的サポートは、心理社会的によい状態を維持増進したり、精神障害になることを予防する目的で行われる現地または外部からのあらゆる形の支援であると定義される。」「保健以外の支援団体は、心理社会的安定 (psychosocial well-being) を支援するといってきた。これに対して、保健分野の団体は、メンタルヘルスの支援をするといってきたが、精神疾患をわずらう人にノン・バイオロジカルな介入 (non-biological intervention) を行う場合には心理社会的リハビリテーション (psychosocial rehabilitation) や心理社会的治療 (psychosocial treatment) という用語を使ってきた経緯もある。厳密な定義は支援団体、専門分野、国によって異なっている。ガイドラインは分野横断的かつ関連団体を包括的に対象としているため、メンタルヘルスと心理社会的サポートを合わせたことばをもちいることにより、幅広く団体やアクターを結びつけ、適切な支援を行うための多様かつ相互補完的なアプローチを示すことができる。」(IASC 2007: 1)

下記の 4 層のピラミッドを示して、それぞれに対する介入のガイドラインを示しているように、ガイドラインは被災者に対するベシックニーズから、高度な治療を要するメンタルヘルスの問題まで、幅広い範囲を対象としていることが特徴である。それゆえにガイドラインの利用者もコミュニティの団体、政府・地方自治体、国連諸機関、NGO、ドナーなどすべての人道支援に関わる団体を想定している。

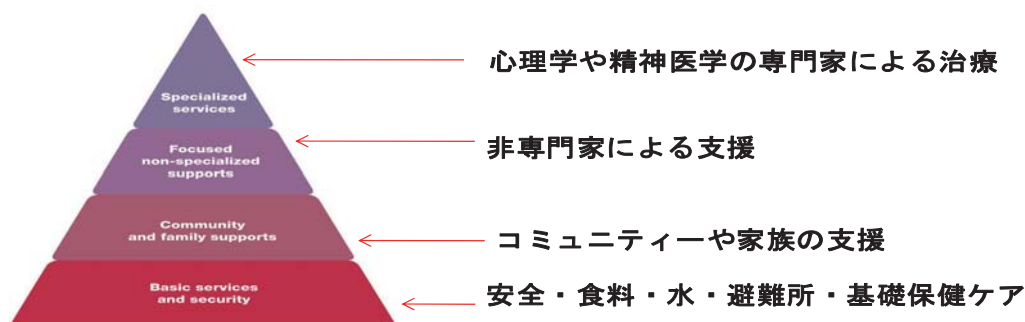


図 : 緊急時におけるメンタルヘルスと心理社会的サポートの介入ピラミッド

[IASC 2007: 9]

おわりに

ガイドラインは、主に武力紛争や自然災害の被災者を「支援する側」にむけて書かれている。しかし、特筆されるべきことは、ガイドラインが繰り返し「在地の資源 (local resource)」の重要性を述べている点である。地域社会で慣習的に実践されてきた治療方法のいくつかは人権侵害を助長する可能性もあると注意を払いながら、被災した社会にすでにある心理社会的サポートの方法、アクター、キャパシティを重視し、被災した人びとが自立して問題に対処する方法を回復することが大切だと述べる。そのため **Do No Harm** の原則にのっとり、支援する側の一方的かつ過度な介入に警告を発する。被災者の主体を無視した介入は「二次被害」を招きかねない。支援団体は、心理社会的サポートやメンタルヘルスという専門分野にうらづけられた支援方法と、在地の様ざまなリソースをつなぐことも、その役割であるように思われた。

引用文献

- Bader, Farah, et al. (2009) Psychosocial Health in Displaced Iraqi Care-Seekers in Non-Governmental Organization Clinics in Amman, Jordan: An Unmet Need. *Prehospital and Disaster Medicine* 24(4): 312-320.
http://pdm.medicine.wisc.edu/Volume_24/issue_4/bader.pdf
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2003) Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings.
http://data.unaids.org/publications/External-Documents/iasc_guidelines-emergency-settings_en.pdf
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2005) Guidelines on Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings.
http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsi-tf_gender-gbv
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

心理社会的ケア・プロジェクトの評価方法

日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士

齋藤和樹

1. はじめに

筆者に与えられた課題は、災害や紛争等の被災者・被害者に対して NGO 等が実施した心理社会的支援(ケア)のプロジェクトの成否を評価する方法について述べることである。ここで述べることは、被災者・被害者の心理社会的被害の程度のアセスメントや彼らに対して心理社会的支援が必要か否かのアセスメントや NGO 等によって計画・実施されているプロジェクトが、予定通り確実に実行されているかをモニタリングするための方法ではない。これらに関しては、他の資料を参照してほしい。

ここで述べる評価方法は、心理社会的支援のプロジェクトへのドナーに対するアカウントビリティのためや実施主体の NGO 自身が自らの仕事の成否を知るための方法としての評価方法である。あるいは、プロジェクトに参加した裨益者自身が自分にとってそのプロジェクトが役に立ったのかについて知る一つの手段としての評価方法である。

なお、結論を先に言うと、心理社会的支援プロジェクトの効果を評価することは、極めて困難である。ある一つの決定的な方法があるわけではない。その点をお断りして、私案としてのメニューを提案したいと思う。

2. 用語について

従来、心理社会的支援については、さまざまな用語が用いられてきた。日本では「こころのケア」「心のケア」「メンタルヘルスケア」「心理的ケア」「心理的支援」「心理社会的ケア」などである。英語圏では、「mental health」「psychosocial rehabilitation」「psychosocial treatment」などである。

本稿では、「心理社会的支援」という用語を用いる。その理由は、次の二つである。

- (1) 最近のこの領域のグローバルスタンダードである IASC ガイドラインや国際赤十字赤新月社連盟 (IFRC) のマニュアル等をはじめ最近の文献では「心理社会的支援 (psychosocial support)」という用語に統一されつつあるからである。なお、IASC ガイドラインでは、「メンタルヘルスと心理社会的支援 (mental health and psychosocial support/MHPSS)」という用語が用いられている
- (2) 「心理社会的支援」の支援 (support) という用語には、相手が自立できるように助けるという意味が込められていると筆者は考えているからである。被災者や被害者を助ける時には、彼らの主体性を尊重し、彼らのレジリエンスを信頼し、最終的に彼らが自らのことは自らでできるように助けていく姿勢が重要であると考えているから

である。これに対して、相手ができないことを代わってやってあげる助け方を援助（help）と呼ぶ。フィールドにおいては、支援と援助が混在して行われるのが実際であろう。しかし、援助のみでは、相手を自立させることはできず、永遠に助け続けなければならないだろう。

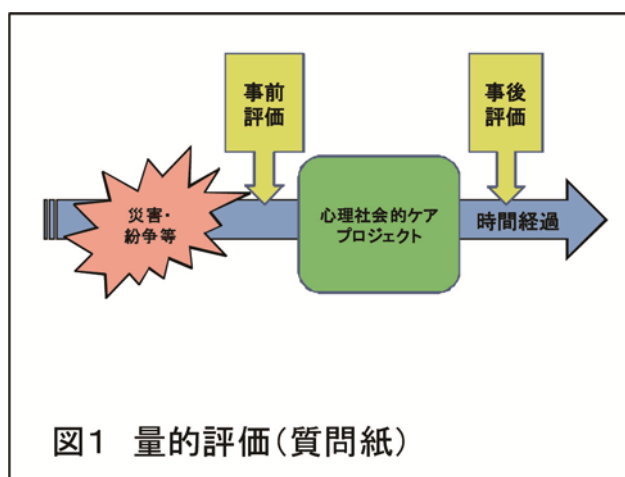
3. 心理社会的支援プロジェクトの評価は可能か

IASC ガイドラインをはじめさまざまな文献を見ても心理社会的支援プロジェクトの評価についての具体的な記述は見られない。例えば、どのようなツールを使用して、いつどのように実施するのか、量的評価でよいのか、質的なデータをどうするのかなどについての詳細な記述を見つけることはできない。わずかに、Ehrenreich (2001) や金 (2006) の文献に私たちの求めているものに近い記述を見つけられるだけである。

それは、以下のいくつかの理由によるものと考えられる。

- ①心理社会的支援の歴史が浅いため。
- ②心理社会的支援プロジェクトの内容が多岐にわたるため。
- ③心理社会的支援の効果を測定することは非常に困難であるため。

心理社会的支援プロジェクトを、厳密に科学的に評価することは、不可能であるといわざるを得ない。計量的な科学的効果測定の場合、①実験群と統制群を設けて比較する、②二重盲検法を行うなどの方法をとるが、心理社会的支援に関しては、倫理的にも実際的にもこのような方法をとることはできない。心理社会的支援を行うグループと行わないグループを意図的に作り、その違いを比較することは、倫理的に許されない。また、心理社会的支援を行っているのかいないのかを実施者にも知らせないでプロジェクトを行い、第三者が心理社会的支援を行ったグループとそうでないグループを比較することはおよそ実際的でない。したがって、ある災害や紛争等が起こった後、心理社会的支援活動の前後に何らかの形で、データを取り、心理社会的支援活動の実施後のデータに何らかの改善が見られれば、そのプロジェクトには、効果があったと考える方法をとるしかない（図1参照）。しかし、これも厳密には、プロジェクトの効果なのか、時間が経過したための変化であるのか、その他の要因による変化なのかの区別はできない。また、災害や紛争等の前のその人たちの状況は測定されていない、つまり、ベースラインの測定ができていないので、プロジェクトの効果として被災者や被害者等が心理社会的に元の状態に戻った、あるいは近づいたということも厳密には断定できない。その時点で心理社会的に良好な状態にあるか



否かを測定するのみである。

4. 心理学的評価法

心理学的評価の方法は、一般に以下の方法がとられる。

(1) 観察法

観察法には、いろいろな種類があるが、ここでは自然観察法と参加観察法について触れておく。自然観察法とは、観察対象を自然のままに観察することである。実験的観察法のように何らかの条件を設けることなく、あるがままの生活や行動を観察者が邪魔をしないようにして観察する方法である。この観察方法では、観察者と被観察者は、バードウォッチングのように明確に分けられる。参加観察法は、観察者が、被観察者の中に入り込み、一緒に生活や行動をしながら観察する方法である。例えば、子どもの遊びを観察する時に、一緒に遊びながら観察するような方法である。この観察方法は、外部の人間から見ると観察者と被観察者は区別することができないほど、一体化した状態での観察である。

(2) 面接法

面接は、個別の面接と集団の面接に分けられる。個別面接は、一対一の面接が基本であるが、ひとりの被面接者に対して複数の面接者が面接する場合もある。集団面接は、被面接者が複数の面接である。面接者は、ひとりでも複数でもよい。

また、面接には、構成的面接、非構成的面接、半構成的面接がある。構成的面接は、あらかじめ決められた質問のみを行う面接である。何人もの人に面接するとしても、同じ質問のみを繰り返すことになる。これに対して非構成的面接は、その場その場で質問を考えて面接することが許されている面接であり、複数の人に面接する場合、それぞれの対象者ごとに質問項目が変わってもよい。半構成的面接は、構成的面接と非構成的面接の中間に位置する方法である。事前に質問する項目は、準備されているが、詳しく知りたいことが出てきた場合などには、その場で質問を付け加えて聞くことが許されている面接方法である。

(3) 心理検査（心理テスト）法

心理検査は、以下の条件を満たしていることが必要である。

①妥当性：その検査が調べようとしているものをきちんと測定していること。
②信頼性：その検査を同一の条件で同じ人に実施した場合に、同じ結果が得られること。

③客観性：評価や採点をする場合に、誰がやっても同じ結果が得られること。

さらに、その国でのサンプリングを行って標準化されていることが必要である。

心理検査には、一対一で実施する①個別検査と集団で実施できる、②集団検査がある。

さらに、その形式は、①質問紙法、②投影法、③作業検査法に分けられる。

質問紙法は、いくつかの質問項目に「はい」「いいえ」「どちらでもない」などの回答

に丸をつけるなどの回答の仕方をする心理検査である。この実施は簡単で、採点も簡単にでき、個別でも集団でも実施できるという利点を持っている。一方、回答者にとって抵抗があったり、不都合と思われる質問などに対しては、回答は意識的に簡単にゆがめられるという弱点を持っている。

投影法は、あいまいな刺激に対してどのように反応してくるかを見ることによって、その人の精神内界のありようや反応のしかたのパターンを知ろうというものである。これは、被検者が何を調べられようとしているのかがわかりにくいいため、そのデータはゆがめられにくく、深い精神内界を知ることができるという利点がある。しかし、一方で、実施や結果の分析には、相当な熟練が必要とされるという問題がある。また、描画を除いては、集団での実施には向かないものが多い。

作業検査法は、ある一定の作業（計算など）をしてもらうことによってその人の性格傾向などを知る検査方法である。描画法は、投影法ではあるが作業検査法に分類されることもある。作業検査法は、個人でも集団でも実施できるが、その結果の解釈には、熟練を要する。

PIL (Purpose in Life) テストというユニークなテストが日本で、翻訳され、標準化されている。この検査は、人生の生きがいや生きる意味を調べるために作られたもので、測定しようとする内容や形式も独特な心理検査である。PILは3つのパートから成り立っている。パートAは、質問紙法であり、パートBは文章完成法（刺激語に対して文章を作る）という投影法で、パートCは、与えられたテーマに対する自由記述という形になっている。個人でも集団でも実施可能であるが、パートB、パートCの分析や解釈には熟練を要する。

5. 心理社会的支援プロジェクト評価への一つの提案

心理社会的支援プロジェクトの効果を測定することは、極めて困難である。心理社会的支援プロジェクトによる効果は、内的変化で目に見えにくいものであることもあり、なかなか客観的に評価しにくいことが多い。また、心理社会的支援プロジェクトは、内容が多岐にわたるため、統一的な尺度を用いることは困難である。さらに、心理社会的支援プロジェクトであることを前面に出すと、多くの文化では警戒され、参加者が得られにくいこともある。そのため、その文化で受け入れやすいアクティビティーの中にそっと心理社会的支援活動を組み入れて行われることもある（JENの木山氏が、第5回共生ワークショップ「心理社会的ケア」で旧ユーゴスラビアやスリランカでの素晴らしい実践を報告しているので参照してほしい）。

心理社会的支援プロジェクトの評価が困難だとはいえ、先に述べたようにドナーへのアカウンタビリティ、実施主体の自己点検、プロジェクト参加者（裨益者）の自己点検のためには、行わなくてはならない。そこで、以下のような案を提案したい。これは、こうしなければならないというのではなく、このようなメニューから選択してもらったり、以

下の内容をヒントに適切な評価方法を考案して欲しいと考えて提案するものである。

(1) 評価方法の決定

心理社会的支援プロジェクトの評価方法は、プロジェクトの企画・立案の段階でその方法が決定されていなければならない。評価が困難であるからこそ、プロジェクトを立ち上げる前に、その評価方法は事前に決定されていなければならない。

(2) 評価の方法の策定にあたって

どのように評価するのかの方法、いつ評価するのか、評価方法をどのように参加者に説明するのか、評価結果の参加者へのフィードバックの有無や方法などについては、心理学的にも心理社会的な側面からもさまざまな難しさが存在するので、心理学、精神医学、社会福祉学などの専門家の協力を得る方がよい。国や地域によっては、このような専門家が少なかったり、専門家を得られても十分な専門性が備わっていないなどの可能性があるため、日本の専門家と連携をとるとよい。しかし、やはり、現地での専門家との連携も可能な限り模索すべきであろう。

(3) 評価実施にあたっての注意

プロジェクト参加者（裨益者）から評価してもらう場合、その目的や意味をきちんと説明し、理解してもらうことは、倫理的にも正確な評価をしてもらううえでも重要である。悪い評価をしたからといって裨益者に不利に働くことがないこともきちんと伝えておくことが大切である。評価の実施に当たってわからないことがあったら、積極的に質問を受け付ける姿勢も大事である。

評価方法としては、個別面接（構成的面接や半構成的面接）を行うこともできる。しかし、これは、個別にその効果を詳細に知ることができるという利点はあるが、裨益者の人数が多い時には、時間がかかりすぎるため、不向きである。その場合は、集団で一斉にできる評価方法を選択すべきであろう。

(4) 評価方法

評価には、一般に量的評価と質的评价がある。心理社会的プロジェクトを評価するためには、この両方が含まれていることが望ましい。量的評価は、多くのプロジェクトで行われているが、量的評価のみでは、心理社会的支援プロジェクトの効果の本質的な部分が十分に反映されず、抜け落ちてしまう危険性がある。

1) 量的評価方法

量的効果測定には、以下の方法が考えられる。

① 参加者の数の変化や出席率での測定

はじめから定員を決めてクローズドで行うプロジェクトでは、参加者の増減を数えることはできないが、参加がオープンなプロジェクトであれば、参加者にとって有益なプロジェクトであれば、参加者が多く集まり、その数が維持されるか増えていくだろう。逆に参加者に有益だと判断されなければ、参加人数は少数のまま推移するか減少していくであろう。

また、参加人数を固定したプロジェクトであれば、各セッションでの出席率やその変化を見ることで、有効なプロジェクトであるのかそうでなかったかの目安にすることはできる。参加者が、自分たちの役に立つと判断したプロジェクトへの参加率はよいと考えられるからである。

②参加者の満足度による評価

参加者の満足度を点数で評価してもらう方法である。「とても満足」を5点、「満足」を4点、「普通（どちらともいえない）」を3点、「不満」を2点、「とても不満」を1点などと評価してもらうことができる。評価の段階は10点満点でもよいし、7件法（7段階）でもよい。ただ、あまり段階が少ないと無難な結果で終わることや極端に偏った結果になることがあるので注意が必要である。これは、プロジェクト全体に対しても可能であるし、「プロジェクト内容」、「スケジュール」、「スタッフの対応」などのように項目を設けて、項目ごとに満足度を評価してもらうこともできる。できれば、項目ごとと全体の満足度の両方を評価してもらい、自由記述も設けておくと、より情報量が増す。これは、誰がどう評価したかまで知る必要はなく、匿名でも記入可能である。匿名にすると、参加者の正直な感想が得られやすい。

③独自の質問紙による調査

これは、プロジェクトの目的や目標に合わせて、プロジェクトごとに独自の質問紙を作成する方法である。しかし、質問紙を作成する作業は容易ではない。先に述べた妥当性、信頼性、客観性を確保することは難しい。まして、その国で標準化することまで NGO 等が独自でやることは、困難を極める。日本の研修会後に行うようなアンケートのようなものを考えて実施するとよい。

④既成の質問紙による調査

例えば、GHQ（General Health Questionnaire）や K6^{注1} などのような既成の質問紙を用いて評価する方法である。GHQ や K6 は、一般人口から心理的な問題を持っている可能性のある人を識別するために開発された質問紙であるためプロジェクトの直接的評価というよりは、間接的な評価になる。これらの既成質問紙は、プロジェクト実施の前後に実施する必要がある。比較は、前後の平均点の比較で評価することもできる。つまり、事後の方が、事前よりも平均点が下がれば（K6 の場合は、上がれば）プロジェクトの効果があつたと考えることができる。また、それぞれの質問紙に定められているカットオフポイント（心理的な問題を持っている可能性があるかないかを定める点数）を基準にして、それを超えている人が何人減ったかで比較することで効果を測定することもできる。あるいは、単に点数が下がった（上がった）人数の比較で効果を測定してもよい。

久保田と藤森（2010）は、ヨルダンにおけるイラク難民への心理社会的支援活動の評価として HTQ（Harvard Trauma Questionnaire）を用いて調査をしている。このほかにも、質問紙法の検査は多種多様にあるので、心理学や精神医学の専門家と相談のうえ心理検査販売会社のカタログから選んでもよい。また、文献の「心理測定尺度集」や「ストレススケールガイドブック」などから選んでもよい。これらの文献に載っている尺度は、基本的に著作権フリーであったり、開発者に調査データの報告が求められるだけで、自由に使用してよい尺度が多い。ただし、市販されている質問紙は、当然のことながら著作権があり、費用が発生する。限られた予算の中で既成の質問紙を用いるのであれば、著作権フリーでコピー可能な質問紙を使用する方が現実的かもしれない。

使用する質問紙は、現地語に翻訳され標準化されているものを使用することが望ましいが、現地語にその質問紙が翻訳されていない場合、日本語から現地語に一度翻訳し、さらにそれを別の人が日本語に翻訳して大きな意味の違いがないことが確認された場合には、それを使用しても一応、妥当性、信頼性、客観性が確保されたと考えてよい。

識字率の低い集団では、質問紙の実施は困難であるという弱点があるが、場合によっては、検査者が質問を読み上げてもよい。

また、子どもを対象にする場合には、保護者から見た子どもの状態や変化をチェックする方式の質問紙を採用してもよい。

2) 質的評価方法

① 投影法による評価

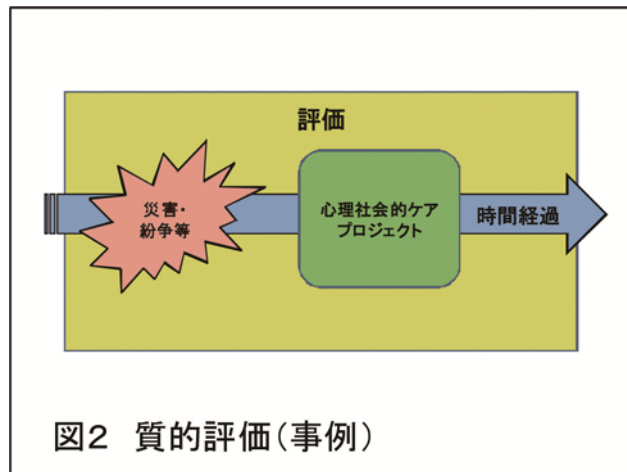
質的評価と量的評価の中間に位置するものとして、心理テストの投影法がある。例えば、バウムテスト（木を描かせる心理テスト）、HTP（House と Tree と Person を描かせる心理テスト）などは、その人の心の内側の世界という質的なものを見ようとしている心理検査であるが、量的な分析も可能である。投影法による評価は、実施や分析に熟練を要するため、これらの検査に習熟した心理学等の専門家が行うべきである。

② 事例

心理社会的支援プロジェクトに参加した裨益者の何人かを選び、その事例を報告する方法である。これは、量的評価測定のように、心理社会的支援プロジェクトの前後に評価するというのではなく、災害や紛争等で心理的ショックを受ける前の生活、ショッキングな出来事の体験、その後の生活、心理社会的支援を受けた体験、さらにその後の生活などを詳細に報告することである。その評価のイメージは、図2のようになる。

例えば、桑山（2005）は、イラン南東部地震後のバム市で行った子どもたち

にサッカーの試合をさせるという活動の中で、ミランという15歳の少年のエピソードを紹介している。ミランに起こった変化は、単にサッカーをやったという体験を超えて心理社会的支援を受けた結果の変化であることがよくわかる事例である。



このように、いくつかの事例（プロジェクトへの参加人数にもよると思うが、1%を目安として）を提示することで、そのプロジェクトの質的な評価がある程度可能になると考えられる。ただし、事例提示には、一定の形式があるし、臨床的に重要な変化のポイントを見つけることなどが必要になるので、臨床事例報告になれた専門家（臨床心理学者、医師、ソーシャルワーカー等）の協力が必要であろう。

一般に事例という場合には、個人の事例をさすが、コミュニティ全体をひとつの事例として提示することも可能である。

以上述べたことを参考にして、心理社会的プロジェクトの実施主体が自分たちにあった評価方法を考案していくことが重要であると思う。できれば、量的な評価と質的な評価の両方が行われることが望ましいと思う。量的な評価としては、できれば標準化された尺度を用いた評価とそのプロジェクトの目的にあった独自の評価があるとよい。質的な評価としては事例提示がよい方法であると思う。

6. おわりに

心理社会的支援プロジェクトの効果の評価の困難さを述べたが、評価は必要である。その際に行われる量的評価と質的評価は、相互補完的なものである。量的評価は、いわば、エビデンス・ベースト・メディシン（EBM）的なものであり、質的評価の代表例である事例報告は、ナラティブ・ベースト・メディシン（NBM）のようなものである。斎藤と岸本（2003）によるとNBM概念が初めて登場したのは、1998年のGreenhalgh,T.とHurwitz,B.編の著書であり、比較的新しい概念である。ここでいうナラティブとは、単に物語を作文することではない。社会構成主義の影響を受けた概念である。斎藤と岸本（2003）は、NBMを「客観主義的实在論を特徴とする近代思想（モダニズム）に対するポストモダン思想である」と述べているが、「エビデンス・ベースト・メディシン（EBM）とナラティブ・ベースト・メディシン（NBM）とは対立する概念ではない」とも述べている。事例報告では、NBMを念頭に置いた記述と考察も必要であろう。

いままで述べた評価は、心理社会的支援活動終了直後の評価を念頭に置いている。しかし、評価は、中長期的に行うことも検討されるべきである。例えば、村上ら（2006,2007）は、阪神淡路大震災の被災者で村上らの治療を受けている心療内科の患者を対象に「今の症状が震災と関係していると思うか」という調査をして、震災後 5 年目よりも 10 年目の方が震災の影響があると答えている割合が多くなっていることを報告している。その理由を村上らはあまり詳細に述べていないが、これは、ナラティブが変わったからだと解釈することもできる。つまり、震災後の生活の質の劣化が時間とともに「震災のために具合が悪くなったのだ」というナラティブを作り出したとも考えられる。

心理社会的プロジェクトは、被災者・被害者のために行われるものであるが、支援者側の心理社会的 well-being が保たれていなければならない。その点も評価できる方法があってもよいだろう。

何より評価は、評価のための評価にならぬように十分自戒して行わなければならない。

注 1 : K6 については、以下の web サイトを参照してほしい (添付資料参照)。

http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php

K6 は著作権フリーで、なおかつ多言語への翻訳、標準化が進んでいる。K10 という 10 項目の質問紙もあるが、K10 よりも K6 の方が感度がよいという研究結果もある。何よりも被検者への負担が少ない方がよい。

参考文献

Boothby, N. Ager, A. & Ager, W (2007) Guide to the evaluation of psychosocial programming in Emergencies.

<http://resources.cpclearningnetwork.org/cpc-document-list/guide-to-the-evaluation-of-psychosocial-programming-in-emergencies>.

Ehrenreich, J.H. (2001) Coping with disasters A guidebook to psychosocial intervention (revised edition). <http://www.mhwwb.org>

堀洋道監修・山本真理子編（2001）心理測定尺度集Ⅰ 人間の内面を探る＜自己・個人内過程＞ サイエンス社.

堀洋道監修・吉田富二雄編（2001）心理測定尺度集Ⅱ 人間と社会のつながりをとらえる＜対人関係、価値観＞ サイエンス社.

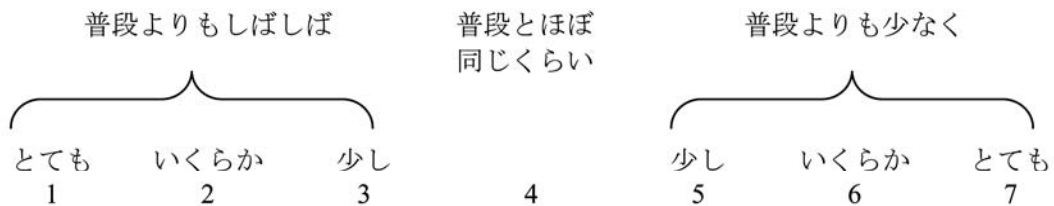
堀洋道監修・松井豊編（2001）心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる＜適応・臨床＞ サイエンス社

堀洋道監修、櫻井重雄・松井豊編（2007）心理測定尺度集Ⅳ 子どもの発達を支える＜対人関係・適応＞ サイエンス社

IASC (2007) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

- IASC (2008) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings CHECKLIST FOR FIELD USE.
- IFRC (2009) Community-based psychosocial support Participant' s book.
- IFRC (2009) Community-based psychosocial support Trainer' s book.
- IFRC (2009) Psychological intervention A handbook.
- IFRC (2010) IFRC Management Policy for Evaluation.
- IFRC (2002) Handbook for Monitoring and Evaluation 1st Edition.
- IFRC (2002) Guidelines for the implementation of a psychological support programme Inemergencies.
- 金吉晴編 (2006) 心的トラウマの理解とケア 第2版. じほう.
- 桑山紀彦 (2005) 地球のステージ2. メイツ出版.
- 久保田智之・藤森和美 (2010) ヨルダン・ハシェミット王国におけるイラク難民に対する心理社会的ケアの実戦. 武蔵野大学心理臨床センター紀要 第10号. pp.35-53.
- 齋藤和樹 (1998) 医療に役立つ心理テスト (藤田主一・園田雄次郎編 医療と看護のための心理学). 福村出版.
- 齋藤和樹 (2010) 心理社会的サポートを考える (石井正子編: イラク難民への心理社会的ケアーヨルダンにおけるイラク難民支援学際的調査報告書). pp.8-12.
- 斎藤清二・岸本寛史 (2003) ナラティブ・ベイスト・メディシンの実際. 金剛出版
- 村上典子・小笹裕美子・村松知子 (2006) 災害における心身医学ー阪神淡路大震災、新潟県中越地震の現場の経験からー. 心身医学. 第46巻第7号. pp.655-660.
- 村上典子・小笹裕美子・村松知子・中山伸一・福永幹彦・中井吉英 (2007) 心身医学的観点から見た阪神・淡路大震災被災住民の健康問題. 日本集団災害医学会誌. Vol.12, No.2, pp.189-195.
- WHO (2003) Mental Health in Emergency Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors.
- 財団法人パブリックヘルスリサーチセンター (2004) ストレススケールガイドブック. 実務教育出版.

問2. 問1の10個の質問は、過去30日の間に起こったかもしれない気持ちについてのものでした。全部ひっくるめて、これらの気持ちは、過去30日の間には、普段のあなたよりもしばしば感じられたのでしょうか。 普段と同じくらい感じられたのでしょうか。 それとも、普段よりも少なく感じられたのでしょうか。（もし、これらの気持ちが全然なかったならば、「4」に○を付けてください）



次の質問では、これらの気持ちが過去30日の間にどれくらいあなたに影響を及ぼしたかについておたずねします。問1の10個の質問のすべてに「全くない」と答えられた場合は、以下の質問にお答えいただく必要はありません。

問3. 過去30日のうち、これらの気持ちのために、まったく働くことができなかつたり、 普段の活動を行うことができなかつた日は、何日ありましたか。

_____日間

問4. 問3で答えた日数を除外して、過去30日のうち、これらの気持ちのために、普通だったらできたであろう事の半分かそれ以下しかできなかつた日は、何日ありましたか。

_____日間

問5. 過去30日の間に、これらの気持ちについて何度、医者やそれ以外の医療の専門家を受診しましたか。

_____回

問6. 過去30日の間にこれらの気持ちの原因が、主に、身体的な健康上の問題だったことはどれくらいありましたか。

いつも 1	たいてい 2	ときどき 3	少しだけ 4	全くない 5
----------	-----------	-----------	-----------	-----------

どうもありがとうございました。

フィールド実践報告① 認定 NPO 法人 JEN

緊急自立支援における心のケアの実施者に対する提言 ～JEN の実践より～

木山啓子

1. 概要

本文書においては、心のケアの事業を実施する上で、取り入れておくと効果的だと思われる要素を述べ、これを取り入れることを提言する。これらは、認定 NPO 法人 JEN（以下 JEN）が心のケアの事業を実施することを通して経験的に導き出されたものである。

2. JEN における心のケアの基本概念

(1) 前提

JEN は、紛争や災害の緊急支援の段階から自立をサポートする団体である。この活動において、JEN は「すべての人は自立する力をもっている」というビジョンを持つ。これは、どれほど絶望的な状態にあっても、自立する力は人々の中に眠っており、人は再び自立することができる、という考え方に基づいている。

(2) 目的

しかし、緊急事態において被災者たちは、悲しみや辛さのために自立に向けての一步を踏み出せない場合がある。その本来持っている力を発揮し、自立に向けての活動を開始できるようになるために、最低限の精神的エネルギーレベルを取り戻すサポートに主眼を置くのが、JEN の心のケアである。

(3) セクターに関する考え方

上述の様に JEN では、心のケアの事業は自立支援の一環として実施する。従って、心のケアという別個のセクターがあるとは捉えず、むしろ、必要に応じて全ての事業に取り入れられるべきセクター横断的考え方という位置付けである。

3. コンセプト

(1) 4つの回復段階の促進

トラウマ的な出来事からの回復においてたどる段階に関しては諸説あるが、JEN では次の4段階があると捉えている。具体的な心のケアでは、支援事業によってこの4段階が促進されるように取り組む、というコンセプトである。

(トラウマ的出来事の発生)

- a. 否定・拒絶（その出来事を認めらない）

- b. 怒り（なぜ自分がこの出来事に遭遇するのか）
- c. 受容
- d. 乗り越える

4. 実践に際して

（1）プロジェクトデザインに含めると効果的な要素

実際の心のケア事業において、上述の回復段階を促進するには、事業計画段階からの工夫が効果的であることが見られた。特に、以下のような点を事業計画に含めることを提言したい。

① 参加しやすいこと

i. 必要性

トラウマ的出来事を体験したために『元気が出ない』状態にある人は、外出する意欲も低いため、家でトラウマ的体験を繰り返し思い出すことで再体験し、更に落ち込みが進むことがある。この悪循環の環を断つため、本人たちが参加する必要があると感じられるような活動を提供する。職業訓練などの様に、経済的なサポートに結びつくものが好まれる傾向が強い。

ii. 簡易性

必要性を感じ、職業訓練に参加したいと思っても、困難な訓練であると『元気が出ない』状態で参加している場合は、継続することが難しくなる。そこで、活動は簡易なものを選ぶ。

iii. 話し合える作業

グループセラピーとして、訓練をしながら会話ができるような作業にする。

iv. 親近感

作業が簡易でも、抵抗感が強ければ参加しにくいので、なるべく昔から慣れ親しんだ産業に関連する訓練などを選ぶ。

② 個人に対するサポート

i. 達成感

目に見えて何かが出来上がっていくような、比較的簡単に達成感を味わえるような仕掛けを工夫する。これは、トラウマ的な出来事が終わり、物事が少しずつ前に進んでいるという実感につながる。わずかであっても将来に希望を持てることが重要である。

ii. 自己有用感

極限的な状況において、人は自分のためよりもむしろ、他者のために頑張れると

いう傾向が見受けられた。その傾向は、訓練などの活動に参加するきっかけとしても効果的であり、活動を継続するモチベーションともなる。最終的に、自分の活動が誰かの役に立ったと感じられるような仕掛けを工夫する。

③ グループワークであるために可能となるサポート

i. 共有

トラウマ的体験を経た人は、その経験について話したがらないことが多い。けれども、他者に話すことで、その出来事が起きたことを認めることができる。そして、こうした出来事が自分だけに起きたのではないと知ることができると、怒りが収まり、理解されることで受容することをサポートする。気持ちを吐露、共有することで、癒しになる環境を作り出すことが重要である。そのためにグループで作業をすることが有効である。

ii. 持続可能性

このグループは、事業終了後はサポートグループとして機能する。心のケアをサポートとして一たび精神的エネルギーレベルが回復しても、トラウマ的出来事（例えば家族の死など）が解消した訳ではないので、再び落ち込んだりした時のために、サポートグループを形成する。これにより持続可能な自立への一歩を踏み出すことが可能となる。

5. 終わりに

上述の要素は、経験的に効果が認められたものであるため、必ずしも網羅的であるとは言えない。従って、より良い心のケアの実施のためにも、建設的批判を受けることを期待する。

フィールド実践報告② 公益社団法人 日本国際民間協力会(NICCO)
ヨルダンにおけるイラク難民およびヨルダン人に対する心理社会的ケア

久保田智之

1. 要旨

日本国際民間協力会（以下、NICCO）はイラク難民の心理的安定の促進とヨルダン人コミュニティのイラク難民との共存に対する意識の向上を目的とし、イラク難民およびヨルダン人を対象に心理社会的ケアを実施した。事業実施期間は2007年11月から2010年5月、裨益者総数は述べ9,744名であった。（直接裨益者：1,599名、間接裨益者：8,175名）

プログラムの前後に参加者に対して実施した心理テスト{PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) 質問紙¹⁾、GHQ28 (General Health Questionnaire 28問版)²⁾、バウムテスト³⁾、HTP (House-Tree-Person Test)⁴⁾}を実施した結果、一定の改善傾向が確認された。また、演劇公演と、新聞やTVなどの各種メディアを通じて、ヨルダン人コミュニティに対し、共生意識に対するメッセージを伝え、相互理解を促進させた。さらに、文化省管轄施設やローカルNGOとプログラムを協同実施することで心理社会的ケアの技術移転を行った。また、現在もUNICEFの助成により、現地NGOへの移管を促進するフォローアップ事業を継続中である。（2011年2月現在）

2. 目的

心理社会的ケアはイラク避難民人道支援複数年事業の目的を含め、以下3点を目標とした。

- (1) ヨルダンにおけるイラク難民・ヨルダンの子ども・若者・家族の心理社会的な安定が確保される。
- (2) イラク難民とヨルダン人の相互理解が促進される。
- (3) NICCO 撤退後の心理社会的安及び、共生意識の維持を視野に入れた心理社会的ケアの技術移転を行う。

心理社会的ケアでは、ワークショップを通して、参加者の心理的安定と相互理解の促進を目指した。心理社会的ワークショップの基本的な枠組みは、「入力」→「出力」→「評価」→「考察」→「再入力」というプロセスであり、この基本プロセスを様々な表現ツールを使って繰り返し実践していく。安全な場での「表現」が「受容」される経験を通して、戦争トラウマケアや、家庭や地域、学校などで受けた心の傷への癒しを提供する。また、他者と安全な形でコミュニケーションをとることによって、自尊心の回復、異国の地での孤独な環境によって生じた他者への不信感の排除など、心理社会的安定の促進を目指した。

イラク難民、ヨルダン人の相互理解に関しては、ワークショップに双方が同時に参加し、協同作業を行うことによってその促進を目指した。加えて、ワークショップの最終段階で

実施する公演に参加者の家族、友人、地域住民および行政関係者などを招待することにより、演劇などの発表を通し、共生に向けたメッセージを発信すると共に、各種マスメディアを通して、地域社会の共生意識の促進を目指した。

技術移転に関しては、ワークショップを実施するファシリテーターにイラク人、ヨルダン人、パレスチナ人等の現地スタッフを起用すること、提携先の NGO や文化省管轄施設とプログラムを協同で行うことによって、その実施のノウハウを伝えていくことを目指した。

3. 活動概要

(1) 活動内容

心理社会的ケアとしてワークショップ、及びコミュニティに対する演劇公演を実施した。実施したワークショップは内容面から第1プログラム、第2プログラムに大別した。

第1プログラムでは、日本の心理社会的ケア専門家（精神科医）により策定されたプログラムに基づき、下記の8種のワークショップを実施した。週2回を基本とした各1～1.5時間、約12週間を基本モデルとしたプログラムを行った。各クラスの参加者は20名前後とした。

※8種のワークショップと実施回数例とセッションテーマ例（12週間）

- ①オリエンテーション、事前心理テスト（1回）
- ②絵画（4回/音楽によるイメージ連想、私の家族、戦争と平和）
- ③粘土（3回/好きなものと嫌いなもの、大切なもの、戦争と平和）
- ④スポーツ（2回/サッカー、ハンドボール）
- ⑤グループ間交流（1回）
- ⑥演劇（11回/各グループで参加者のアイデアから作品を作る。）
- ⑦発表会（1回）
- ⑧事後テスト、卒業式（1回）

第2プログラムでは、第1プログラムのようにワークショップ参加者へのケアを念頭に入れつつ、最終段階に行う発表会において、地域社会にメッセージを発信することを目的とした。ワークショップの内容は第1プログラムとは異なり、演劇、英語劇、音楽、ダンスのうち一つについて重点的に行った。演劇については、第1プログラム同様、参加者のアイデアからストーリーを作成した。実施ペースは第1プログラムと同じく、週2回を基本とした各1～1.5時間のワークショップを行った。実施期間はそれぞれのワークショップによって異なり、6週間～12週間程度とした。また、各クラスの参加者は20名前後とした。

そのほか、絵本作成ワークショップでは発表会は実施せず、イラク人およびヨルダン人の子どもを対象に一冊の絵本を作成した。グループごとに設定したテーマに合わせてテキストとイラストを準備し、絵本を完成させる過程において知識や視野の拡大を図ると共に平和共存や異文化への理解を促すことを目的とした。



写真1: 第1プログラムの粘土セッション、参加者の作品について話を聞く日本人スタッフ



写真2: 第2プログラム演劇発表会。舞台上からイラクとヨルダンの国旗を掲げる参加者たち

実施期間中には第1プログラムを9フェーズ、第2プログラムを英語、英語劇、ダンス、音楽、絵本作成をそれぞれ数フェーズ実施した。なお、各フェーズでは参加者人数に合わせて、1クラスが20名前後となるようクラスを設置した。

また、実施期間について、第1プログラムは週2回・12週間を基本として行った。第2プログラムはプログラムごとに期間は異なったが、それぞれ週2回・1~3ヶ月程度の期間で実施した。(表1、2)

表1: 第1プログラム実施スケジュール

フェーズ	実施年月日	公演会場	直接裨益者	間接裨益者
第1フェーズ	2007年11月-2008年1月	ザルカ市	68	550
第2フェーズ	2008年1月-4月	ザルカ市	72	420
第3フェーズ	2008年4月-7月	ザルカ市	50	930
第4フェーズ	2008年7月-11月	ザルカ市	65	600
第5フェーズ	2008年11月-2009年2月	ルサイファ市	71	350
第6フェーズ	2009年2月-5月	ルサイファ市	91	300
第7フェーズ	2009年5月-8月	ルサイファ市	58	250
第8フェーズ	2009年8月-11月	ルサイファ市	65	195
第9フェーズ	2010年1月-4月	ルサイファ市	74	250

表2: 第2プログラム実施スケジュール

実施プログラム	フェーズ	実施年月日	公演会場	直接裨益者	間接裨益者
演劇	第1フェーズ	2008年4月-5月	ザルカ市	53	830
	第2フェーズ	2008年6月-8月	ザルカ市	33	350
	第3フェーズ	2008年10月-12月	ザルカ市	40	250

	サルト市招待公演	2008年10月-11月	サルト市	34	500
	第4フェーズ	2009年1月-2月	ザルカ市	31	320
		2009年3月	ルサイファ市	31	350
	第5フェーズ	2009年3月	ザルカ市	10	320
	第6フェーズ	2009年5月-6月	ザルカ市	28	
	マフラック市招待公演	2009年7月	マフラック市	19	250
	合同成果報告会公演	2009年10月	アンマン市	16	300
プリンセスサルマシアター 協同プログラム	2010年1月-3月	ザルカ市	50	260	
英語劇	第1フェーズ	2008年6月-9月	ザルカ市	110	
	第2フェーズ	2008年10月-12月	ザルカ市	306	
ダンス	第1フェーズ	2008年4月-5月	ザルカ市	20	
	第2フェーズ	2008年6月-8月	ザルカ市	22	
	世界難民の日公演	2008年5月-6月	ザルカ市	11	200
音楽	第1フェーズ	2008年4月-5月	ザルカ市	27	
	第2フェーズ	2008年6月-8月	ザルカ市	35	
	第3フェーズ	2008年6月-6月	ザルカ市	13	400
	桑山氏ワークショップ	2008年8月	ザルカ市	42	
絵本作成	パイロットフェーズ	2008年9月	ザルカ市	16	
	第1フェーズ	2009年2月-4月	ザルカ市	16	
	第2フェーズ	2009年7月-9月	ザルカ市	22	

※英語劇、ダンス、音楽の間接裨益者数は演劇公演と同様のため、間接裨益者を記載せず。

(2) 対象者

直接裨益者の対象者はヨルダン国ザルカ県ザルカ市、及びルサイファ市のイラク難民およびヨルダン人とした。第1プログラムの対象年齢は12歳前後、第2プログラムの演劇、音楽、ダンス、絵本作成は第1プログラムの参加者及び、12歳～16歳くらいの若者を、英語劇は主婦層を主な対象とした。

間接裨益者は第1プログラムでは、参加者の家族や友人、及び参加者居住地域の近隣住民、第2プログラムは参加者の家族や友人、公演開催地の近隣住民を主な対象とした。

(3) 実施場所

ザルカ市開催のワークショップに関しては、NICCO活動センター、及びプリンセスサルマシアターで行った。ルサイファ市開催においては、現地パートナーNGOであるアルワッ

ハの活動センターにてワークショップを行った。また、発表会は小学校や文化省管轄の演劇用ホールなどで実施した。

(4) 参加者募集方法

NICCO の団体、心理社会的ケアプログラムについて、理解を示したイラク人ボランティアを通じ、対象地域のイラク人およびヨルダン人の対象年齢層にプログラム実施の告知を行った。その後の各個人の参加意思表示を受け、参加登録を行った。その他、NICCO 活動センターに直接参加申し込みに来た対象者に関しては、状況に応じて参加登録を受け付けた。

(5) 実施体制

ワークショップの各クラスにつき、最低 2 名の現地スタッフを担当させた。プログラム全体は日本人フィールドマネージャーが内容、スケジュールを管理し、日本人心理社会的ケア専門家のスーパーバイズを受けながら実施した。現地スタッフには日本人心理社会的ケア専門家の指導の下、ワークショップファシリテーション能力を持つ者を起用した。また、必要に応じて、NICCO 事業でカウンセリングを担当している現地精神科医からアドバイスを受けた。

4. 結果

(1) 心理テスト

心理的安定を図る指標として、質問紙法の PTSD 質問紙、GHQ28、投影法のバウムテスト、HTP を使用した。(GHQ28 は 2009 年 11 月以後に実施したプログラムから採用した。)

各心理テストともワークショップの事前、事後にて結果の比較を行った。

PTSD 質問紙に関しては、ヨルダン人よりもイラク人ほうが高いスコアを示す傾向があり、またワークショップを通して、スコア上の改善もより大きく見られる傾向が確認された。プログラム中の戦争や平和についての思いや過去の体験を表現する機会によって、その感情表出と受容体験によって、状態が改善したことが推測される。

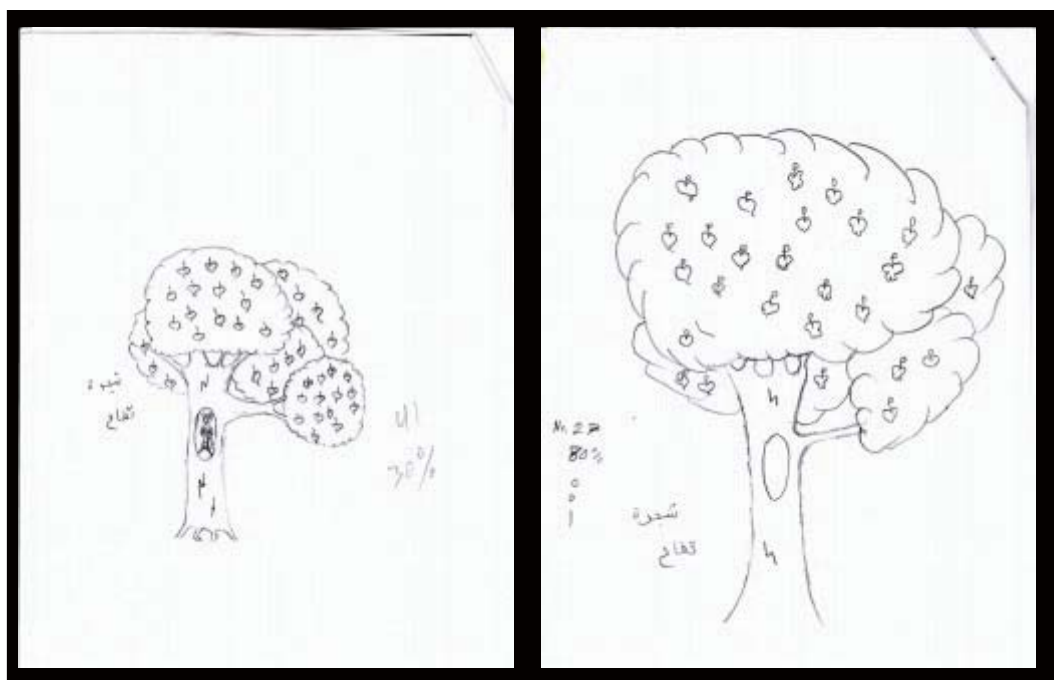
GHQ28 に関しては、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の各因子について、なんらかの問題が見られる群に入るスコアを示した者は約 25%以上であった。特に不安と不眠については約 50%の参加者が問題群のスコアを示した。この点から参加者がストレスの非常に高い日常生活を送っていることがスコアの上から予想される。GHQ に関しては事前、事後テストの比較において、現在の状態に変化が見られない群が 7 割以上となっており、スコアの上から各症状に対して大きな影響はなかったと思われる。

バウムテストに関して、判断指標にバウムテストの実践的解析を行っている Denise De Castilla 博士の提唱する「解析のための 18 項目」の中の「実の数」、「占有面積」、「描線の使い方」を採用した。改善時に見られる顕著な変化としては、希望を示す「実の数」、心の

エネルギー量を示す「占有面積」が挙げられる。特に「実の数」に関しては、事前テストでは実自体を描けなかった参加者が事後テストで実を描けるようになった例が目立った。要因としては、ワークショップ中の表現活動を通じ、心的エネルギーの循環がスムーズになったこと、日常生活とは異なる人間関係が、閉塞感のある日常の環境に良い刺激を与えたことなどが考えられる。(図3は参加者の事前、事後の結果例)

HTP に関しては、自己と家族、または無意識の自己像と関係性を表す「人と家との関係、および人と木との関係」、および「描画全体の統合性」、心のエネルギー量を示す「描画の占有率」、「描線および形態の確かさ」、「家、人、木」について個々の描画の特徴などのポイントを中心に事前、事後テストを総合的に比較した。変化の見られた傾向としては、各アイテムの関係性が明確となった「統合性」の向上が多く見られたほか、関係性の変化(事前では「家」に隠れていた「人」が、事後では「家」、「木」とバランスよく描かれるようになるなど)も目立った。これは心理社会的ケアのワークショップを通して、参加者同士、または参加者とスタッフ間に確かな信頼関係とコミュニケーションが形成された効果と考えられる。

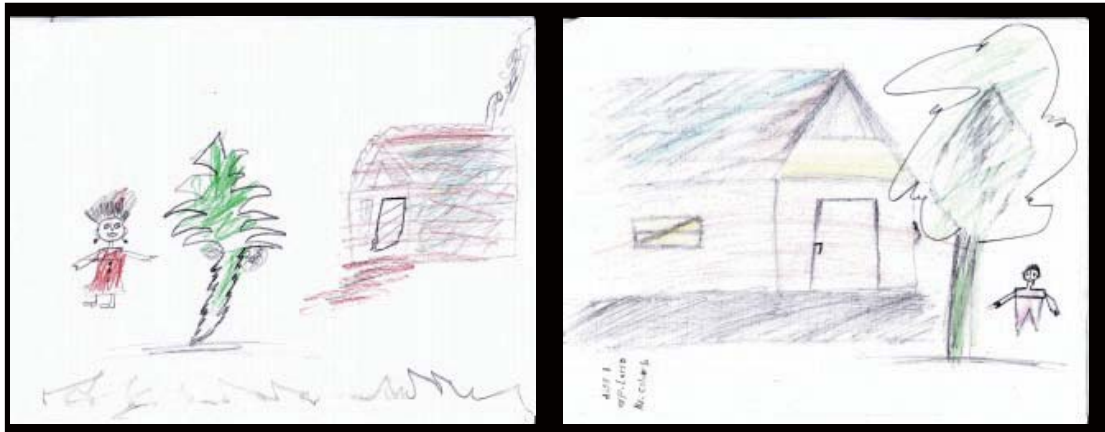
また、図4では見られなかったが、個別のアイテムに着目した場合、「人」の表情が付加されるなど事前と事後とを比較して丁寧に描かれる傾向が見られた。同時に確かな描線で描かれる傾向も見られたことから、プログラム中の表現を通じた他者とのコミュニケーションを通じて、自己の中に自信が芽生えはじめてきていることが示唆された。(図4は参加者の事前、事後の結果例)



<事前テスト>

<事後テスト>

図3: バウムテスト例: S.E (12歳 男)



＜事前テスト＞

＜事後テスト＞

図4：HTP例：M.M（15歳男）

（2）ワークショップ参加状況

全プログラムを通して、直接裨益者、間接裨益者共に想定数以上の参加があった。ワークショップの参加募集はイラク人ボランティアや過去の参加者経由の口コミにて行っていたため、参加者や発表会の観衆が多く集まったということは、プログラムが地域に受け入れられたことを示す一つのバロメータといえるであろう。

（3）広報成果

発表会を中心に、多くのマスメディア（新聞5社、TV2社、ラジオ1社）にプログラムが取り上げられた。また、他の地域からの公演招待や、文化省や社会開発省との協力関係や合同事業など、実施期間に多くの理解者を得られた。招待公演に関しては、すべてのオファーに答えることが出来なかったが、様々な地域からリアクションが得られた点は広報成果を示すものであろう。

（4）ワークショップ中の参加者の様子（スタッフから見た変化）

ワークショップへの参加を通して自信をつけていく者や他者とのコミュニケーションが少しずつ取れるようになっていった者など、明らかな変化が見られるケースが少なからず見られた。ヨルダンでは学校内での体罰がまだ依然として残っている。また、両親のストレスから来る暴力など、家庭内が安心できる場と感じられない子どもも多い。しかし、ザルカなどの貧困地域においては、そういった環境をサポートするサービスは普及しているとは言い難い。本ワークショップはそういった参加者たちにとっては貴重な安心感の得られる場となっていたのではないだろうか。母国のコミュニティが崩れてしまったイラク人にとっては、同じような悩みが共有できる場としてもワークショップは機能していたと思われる。

発表会では、観劇に訪れた父兄から、「ワークショップにでてから明るくなった」、「何か打ち込めるものを見つけたみたいで、家でもずっと台本を読んで練習しているんです」など感謝の言葉を多く頂いた。また、参加者の中から、ボランティアとしてプログラムの運営を手伝いたいと志願する者もいた。プログラムの評判が実際の参加者から友人や兄弟へと伝わり、徐々に地域に浸透していったことを実感する場面も多くあった。

発表会が一つの地域のお祭りのような、イベントとして開催できた点が印象的であった。運営をしていて、観客席から地域に受け入れられているという温かさを感じることができ、参加者だけでなく、観客も含め、イラク人、ヨルダン人共にみなで一つの空気を共有している一体感を感じられる場面に多く立ち会うことができた。あの場の空気を共有したことによって、共生のメッセージを肌で感じられる機会を提供できたのではないだろうか。

5. サステナビリティと今後の事業展開

ヨルダン計画・国際協力省をはじめ、社会開発省、教育省、文化省と、多くの省庁と協力体制を築き、特に文化省管轄のプリンセスサルマシアターに対しては、技術移転の上で一部プログラムを移管した。NICCOの事業終了後のイラク難民の心理社会的安定、及び共生意識の維持において、地域行政が本プログラムに一定の理解を示したことはサステナビリティの観点から非常に意味のあることと思われる。サルマシアターは、2011年2月現在も演劇プログラムを継続中であり、さらに現地パートナーNGOであるアルワッハについては、同じく2011年2月現在において、UNICEFからの助成により、NICCOと協同でプログラムの移管を継続中である。

1) 桑山紀彦（精神科医、トラウマ精神医学、難民心理学、心理社会的ケア専門家）が、HTQ(Harvard Trauma questionnaire)を元にしてイラク難民およびヨルダン人貧困層の状況を考慮してヨルダン版として作成した。HTQはハーバード大学のリチャード・F・モリカ博士らが開発したトラウマ質問紙である。NICCOにおいてはスリランカ津波災害、パキスタン北部震災、ジャワ島地震、スマトラ島パダン沖地震と継続して使用している。高得点ほど、PTSDに罹患している可能性が高い。

2) D. P. Goldbergにより、主として神経症とうつの症状把握を目的として作成された質問紙である。通常版は全60項目からなり、GHQ28は4因子の代表項目（各7項目）からなる簡易版である。

3) 1枚の白紙に描かれた木の絵を分析する投影型検査法である。「1本の実のなる樹を描いてください」という教示の下に行われる。実の数や占有面積などから、内的なエネルギー状態、精神的な落ち着き度合い、夢や希望の保有状態等を分析する。

4) J. N. Buckが開発した投影法検査である。白紙に家、木、人物の順で描かせ、家族関係や自己像についての分析を行う。NICCOでは1枚の紙に上記の3つのアイテムを描画するS-HTP法を採用した。

フィールド実践報告③ 社団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン
中国四川大地震における心理社会的ケア事業 活動報告

今福ゆり子

1. 中国四川大地震とセーブ・ザ・チルドレン・ジャパンの活動概要

(1) 中国四川大地震が子どもたちに与えた影響

2008年5月12日に発生したマグニチュード8の大規模な地震により、中国では、死者7万人、負傷者37万人¹⁾、学校校舎を含む膨大な数の家屋が倒壊し、被災者数は実に4,600万人²⁾という甚大な被害もたらされた。

仮設住宅で生活を送る住民が不慣れな生活からストレスを受けるのはもちろんであるが、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン（以下SCJ）がJPF加盟団体との合同調査により現地入りした2008年9月の時点では、余震の恐れなどから損壊した自宅を嫌って庭にテントを張って生活をしている住民も多く、ストレスが社会に広がっている様子が見られた。しかも、長期化する余震の影響で、被災者のストレスも長期化の様相をみせていた。

子どもたちの心身を取り巻く環境も厳しいものであった。被災した子どもたちは、生き埋めの恐怖や友人や家族を失った喪失感、被災後の不自由な生活などにより、精神的な負担を強いられていた。調査時点で、小学校は軒並み簡易プレハブによる仮設教室で運営されており、多くの子どもたちが新学期を校舎で迎えることができなかった。子どもたちは、被災前とは異なる環境で日々を送っており、調査先の幼稚園では、問題行動にでる園児が地震後に増えたとの報告もあがり、多くの子どもたちが強いストレスを受けている実態がわかった。

このような被災者に対する心のケアのニーズについては、震災後早い段階より心理社会的ケアの必要性が世界保健機関（WHO）などの各機関により指摘されていた³⁾。中国政府もその重要性を認識しており、四川省が四川大学等と協力して各学校の先生に対する心理社会的ケアの研修などの取り組みを実施していたが、被災地には災害後の子どものケアに習熟した専門家の数は少なく、窓口となる担当官庁も明確ではないなど、責任の所在がはっきりとせず、子どもたちに対して組織的・専門的・体系的な心理社会的ケアが十分になされているとはいえなかった。

このような中で、SCJが早急に対応を必要とする層として着目したのは「集団避難した子どもたち」である。地震により被災した子どもたちのうち、家族の基盤が弱く保護者のケアが行き届かない子どもたちを中心に、実に計1万余人が関係当局の方針により各地（雲南省、山東省、広東省、河北省、ロシア等）の学校の寮にて集団避難生活を余儀なくされたのである。しかも、避難者の選定や避難先での生活のあり方については、関係当局の方針によるところが大きく、子どもの意思は必ずしも尊重されないままの避難であった。集団避難生活を余儀なくされた子どもたちは、震災による直接的なストレスに加え、親元を

離れ方言も異なる土地での生活を送ること、避難先においては物質的な面での不自由は基本的にはないものの、その人数の多さから受け入れ先の教員の負担も大きく、一人ひとりの子どもに十分な時間を割けないこと、仮設住宅に住む家族と1カ月に一度の電話連絡もままならないことなどから、心理社会的ケアが一層大きな課題となっていた。

SCJ では、これらの子どもたちの中でも、他の避難先地域に先駆け、2009年2月に四川省に帰還することになった雲南省に避難した子どもたち（主に8～13歳）を対象に、子どもたちが心理的なダメージから回復し、四川省帰還後の生活に一刻も早く順応できるよう、支援を行うことを決定した。

（2）集団避難した子どもたちと子どもを取り巻く大人のニーズ

心理社会的ケア事業の形成に際し、SCJ では、詳細なニーズ調査を行うべく、集団避難先から帰還した子どもたちが集中している安県の山間部に位置する茶坪郷及び高川郷に訪問し、子どもたち91名、保護者50名、校長を初めとする教員34名に聞き取り調査を行った。また、コミュニティ・リーダー及び婦女联合会とも面会し、避難から帰還までの詳細な経緯や、子ども及び家族の状況などについて詳細な最新情報を収集した。

その結果、子どもたちは一般的に表面的には明るく振る舞ってはいるものの、様々な心理社会面での問題を抱えていることがわかった。例えば、避難先から帰還してきた子どもたちは、避難先であった大都市・雲南省昆明と、瓦礫の山が残る地元コミュニティとのギャップに戸惑っており、その有効な解消方法を知りたい、と口ぐちに証言していた。また茶坪小学校の教員の多くは、避難した子どもたちに対する接し方の苦悩を吐露した。多くの保護者は避難先・昆明での子どもたちの成長ぶりを喜ぶ一方で、子どもたちが依然として些細な音に過剰反応したり、恐怖感に怯えている様子など、強い不安に苛まれている様子を告白した。しかも、子どもを支える立場にある保護者、教員、コミュニティ・リーダーたちは、子どもたちに対する対応方法に困難を感じているだけでなく、自らも地震による物的精神的影響を受けており、生活上の心配や復興のための過剰労働などから心身共に著しく疲弊していることがわかったのである。

（3）子どもたちの心のケア—SCJの活動概要

ニーズ調査の結果を受け、SCJ が主な活動を行ったのは、四川省安県の山間部にある茶坪という村である。地震発生から半年以上が経過してもなお、村には瓦礫の山が残り、村の小学校は地震で倒壊したままで子どもたちはプレハブ校舎で勉強を続けているなど、村のいたるところに地震の傷跡が残っている地域である。

前項で実施したニーズ調査をもとに、SCJ では、主に以下の3つのコンポーネントで事業を構成した：①子どもたちに対する心理社会的ケア研修、②子どもを取り巻く大人に対するキャパシティビルディング、③四川大地震1周年記念フォーラムである。

これらのコンポーネントを実施するにあたり、SCJ では、震災後の子どもたちの心のケ

アを実施した経験をもつ心理学専門家を台湾から招へいし、コンポーネントの構成および実施にあたった。心のケアにおいて、外国人が講師を務める場合、言語の壁により、参加者が心を自由に開く妨げになる場合もある。台湾人であり、中国語を話すことができる専門家の参加により、子どもたちとダイレクトにコミュニケーションをとることができるというメリットが本事業においては大いに生かされた。

雨期における例年以上の降雨や、新型インフルエンザの流行等による活動の制約から、計画より短い日程での研修の実施となったが、目的およびアクティビティの内容はほぼ予定通り実施することができた。

各コンポーネントの詳細とその評価については、次章にて詳しく述べる。

2. 活動詳細と評価

(1) 評価方法

事業実施に先駆け、どのような視点で事業の成果を測定するべきか、評価方法を設定した。本事業では、主に以下3つの視点から評価を行った。

- ①子どもたちへの研修の前後に実施した心理変化を分析する質問票の結果比較
- ②研修参加者への聞き取り調査
- ③研修・フォーラム開催時の書面による満足度調査

①により、子どもたちの心理変化を定量的に測定することができるものの、数値だけでは見えて来ない質的变化を追うことも必要と考え、②により、個々のケースを定性的に評価することとした。③は、参加者視点から見たアクティビティの役立ち度や、研修やフォーラムの運営面（日時設定の適切さや説明の分かりやすさなど）を評価する参考とした。なお、これらの評価は、内部で考察するのではなく、四川省を中心に大学や政府、国際機関の心理援助等において豊富なプロジェクト実施経験がある外部の専門家、および、共に事業実施にあたった台湾の心理専門家により分析し、客観的なコメントを求めることとした。

(2) 「子どもたちに対する心理社会的ケア研修」—活動内容と評価

安県茶坪郷に帰還した集団避難した子どもたち及び避難した子どもたちのクラスメート137名に対し、心と体をリラックスさせるための体操やダンス、絵本の読み聞かせ、作詩や絵を描くセッションを実施した。これらのアクティビティを通して感情を自由に表現することで、震災や避難生活によるストレスを軽減させることを目的としたのである。また、避難した子どもたちと被災地に留まった子どもたちを分け隔てなく扱い、共同でグループ作業を行うことにより、避難期間中に生じていた両者の溝を埋め、避難した子どもたちがよりスムーズに元の社会に適応できることも主眼において実施した。

研修に先立ち、事前に参加する子どもたちには、心の状態を測るための質問票に回答してもらい、結果に基づき、専門家の判断で3つのグループに子どもたちを分けることとした。（質問票は「怖い夢をみるか?」「自分のことを責めているか?」「家に帰ってから

も怖いと感じることがあるか？」など全 10 項目で構成。専門家が策定した。) うち 1 グループは、特別な配慮が必要な子どもである可能性が高い子どもたちであり、同グループは、他のグループとは離れた場所で、専門家の観測のもとアクティビティを実施した。研修の結果、幸いにも重度の PTSD (心的外傷後ストレス障害) という診断を受けた子どもはいなかったが、心のケアという繊細な配慮を要求される本事業において、専門家の存在は重要な役割を占めた。



左写真は、心身のリラックス体操を学ぶ子どもである。心と体は密接な関係にあるため、心がこわばれば体もこわばる。逆に言えば、体がリラックスできれば心もリラックスしやすい状態になれるということでもある。このような考え方から、研修のまず初めのアクティビティとして体操を学んでもらい、その後のアクティビティでより自分を表現しやすい環境を整えるという意図もあった。初めは、友達とはしゃいでしまうなど、集中していなかった子どもたちも、専門家の指導のもと体操に取り組み始めると、一生懸命体を動かしたり時に瞑想したりしながら、最終的にはすべての子どもが真剣にリラックス法を自らに取り入れていく様子が見て取れた。それほど、心身をリラックスできるということが、これらの子どもたちにとって貴重な時間であったことがわかる。

続いて、絵本の読み聞かせを行った。絵本は、対象年齢に合わせて、台湾の専門家が持参した。単純に読み聞かせるだけでなく、子どもたちの意見や感情を引き出したり、その感情を体を使って表現してもらいながら双方向のコミュニケーションをとって進行した。

次に、「家」というテーマから思い起こされる言葉を使って、連想ゲームのような形式でグループごとに一つの詩を作る作業を行った。例えば、以下のような流れである：

指導者：家から連想することを一つの文章で表してください。次の人は前の人が出した文章から連想することを、また一つの文章で表してください。

子ども 1：青い家があります。

子ども 2：家の近くに犬がいます。

子ども 3：犬が大きな声で吠えています。

子ども 4：近くで大きな音がしたから吠えているのです。

・
・
・

このように連想をつなげていくことで、他の事象になぞらえながらも自らの思い出や抱えている感情を文章に置き換え、お互いにそれを共有していくことを狙ったものである。

最後に、グループで作成した一つの詩を基にさらに小グループに分かれて絵を描いてもらった (次ページ写真)。この描画は心理分析をするためのものではなく、あくまでもグループアクティビティをすることで、子ども同士が対話をし、交流を深め、お互いの感情や

経験を分かち合いやすい環境を構築するためのものである。とはいえ、グループによっては、暗いトーンを使ったり、最後に描いた絵を真っ赤に塗りつぶす子どももいるなど、震災を経て子どもたちが抱えているストレスの大きさを感じさせられた。



PTSDの有無並びに程度を測る質問票を研修の前後で比べてみると、社交性を問う質問に対する肯定的な回答が54%から76%に増加し大きく改善されたことに加え、適応性・自制心・自責の念といった多くの項目で改善が見られた⁴⁾との結果が出ており、全体として子どもたちの心理面の回復への道筋を作ることができたといえる。一方で睡眠の質についての変化は見られず、マイナス心理については悪化したとの結果が出た。マイナス心理は「幸せではないと感じる」「恐怖を感じる」の二項目で測定しており、前者では回答の割合が研修前後で42%から58%に増加しており、後者では36%から50%に増加した。改善が見られなかった点の理由については、事業地茶坪が地滑りや洪水など二次災害の多いところであるため、安心感を得にくい、また事業実施に共にあつた台湾の専門家によると、地震直後に避難した方がずっと居残って復興を体験するよりも災害に対する恐怖感が残ってしまう傾向がある、などの分析があげられた。

なお、研修の終わりの総括として、参加した子どもたち一人ひとりに感想を発表してもらった。このような手法をとることで、子どもたちに余計な負担を強いらずに質的評価の一環としての聞き取り調査を行う、という狙いである。この聞き取りにおいて、子どもたちから「リラックスできた」「久しぶりに笑った」「大きくなったら今日来てくれた人たちのように人の役に立つ仕事がしたい」など、前向きな意見が聞かれたことは、前述した数値評価には表れない一つの成果として受け止められよう。

(3)「子どもを取り巻く大人に対するキャパシティビルディング」—活動内容と評価

子どもたちに対する心理社会的ケアの必要性を大人が理解することは、SCJが撤収後も地域自らが子どもたちをサポートできる環境を整えるという点で非常に重要である。SCJでは、子どもを取り巻く大人（安県茶坪郷の子どもたちの保護者54名、茶坪郷及び安県その他地域の教員51名、県レベル及び郷・鎮レベルの婦女联合会や教育当局の役人などといったコミュニティ・リーダー61名）計166名に対して、「子どもの権利」という概念を基軸に、心のケアについて理解を深めてもらう参加型研修を行った。各グループの大人たちはそれぞれ異なる角度から子どもたちをサポートする立場にあることから、避難した子どもたちのニーズを大人が理解し対応できる環境を作るべく各グループのニーズに合わせ内容を調整して研修を行った。

保護者向けの研修においては、子どもとどのように会話を交わすのが適切かなど、子ど

もたちに安心感を与えるために保護者ができることについて考えるセッションを実施した。参加者の学歴が比較的低いことを想定し、図解やロール・プレイングなどの手法をふんだんに使用するなどの工夫を行った。また、震災後、再び災害が起きることに不安を持っている保護者が、どのような事態でも子どもを守ることに自信を持てるよう、子どもがケガを負ったときの応急処置方法についても学んだ。

教員向けの研修では、集中力を無くした生徒が地震以降に増えたことに対する対応方法を知りたいというニーズに応え、子どもの声に耳を傾けることによって子どもたちの心理や行動を理解することを主眼において研修を実施した。震災下の仮設校舎という物資不足の中で身近な物を使って子どもたちの興味を引き付ける方法など、具体的な演習を通じて、子どもたちの学習を手助けする授業の方法を学んだ。

コミュニティ・リーダー研修では、復興過程において子どもたちを取り残さないために、子どもの権利を基礎とした子どもに対する理解や接し方を学んでもらった一方で、事前のニーズ調査を通じ、コミュニティ・リーダー自身が復興活動のために休日もなく重度のストレスに晒されていることが判明したため、参加者本人の心身のリラックス法なども取り入れてセッションを進行した。実際、研修中に、震災を振り返り子どもとともに歩むコミュニティの未来を考えるセッションにおいて、参加者の一人は涙が止まらなくなり中座するなどのシーンもあり、心理専門家の指導の下セッション構成を調整し、参加者自らが自身をケアするために必要なことの伝授に後半は重きを置くこととした。このように、子どもをサポートする大人側も被災体験や復興の重責を背負っていることには十分な配慮が必要である。大人自身が健康な状態にない限り、子どもをサポートする健全な環境を整えることは困難だからである。

各グループの研修では、満足度を測るアンケート調査と聞き取り調査によって評価を行った。各グループを通じて、参加型の研修形式や内容に高い評価が得られ、例えば教員に対する事後アンケートでは有効回答数 45 人のうち、5 段階評価で満足（非常に満足、比較的満足も含める）と答えた参加者が 43 人（98%）、有意義（非常に有意義、比較的有意義も含める）42 人（95%）にのぼり、是非今後も続けて欲しいとの意見が大勢を占めた。実践的な知識が身についたとの声も多く聞かれ、子どもたちをコミュニティぐるみで支えていく環境を整えることに大きく貢献できたと考えられる。教員向け及びコミュニティ・リーダー向け研修の聞き取り調査では、今まで参加した政府主催の研修よりも意義があったとの声が聞かれたほか、ある英語教員は「今まで数々の研修に参加したが、今回のように参加型の研修は初めてで、皆意見を言えるところがよく、是非授業に取り入れて子どもたちの積極性を伸ばしたい」と述べ、また別の教員も「子どもの権利については曖昧にしかわかっていなかったのも、よい理解の機会となった、参加型のグループ学習によって子どもたちが興味をもって学べるようにしたい」と述べている。コミュニティ・リーダーの中からは、是非自分の勤務地域に専門家に来てもらい同様の研修を他のコミュニティ・リーダーに対して実施して欲しいとの要請も出ており、研修内容に対する高い評価を得ること

ができた。保護者向け研修では、参加者の識字率の問題によりアンケートの実施はできなかったものの非常に熱心な参加が見られ、参加者からは、研修の機会を得て喜ぶ声とともに多くの感謝の言葉が聞かれた。ある 37 歳の保護者は「地震の後、子どもは心の傷を負っているが、今日の研修で子どもを尊重し、自信のある子どもに育てるのが重要だとわかった」とコメントした。また別の保護者は「子どもの教育について今まであまり理解していなかったが、このような研修は役に立って非常に良い」と述べており、子どもをサポートする環境を整える上で、本研修が大きな役割を担うことができたと評価できる。



熱心にメモをとりながら研修に参加する教員たち

(4)「四川大地震一周年記念フォーラム」—活動詳細と評価

被災から1年を機に開催した本フォーラムは、子どもたちがこの1年の自らの成長や復興の軌跡を辿ることで、子どもたちの自己肯定感を促進させることを目的とした。なお、フォーラムは、SCJ が心理社会的ケア研修を行った茶坪で暮らす集団避難した子どもたちばかりではなく安県の子どもたちにも広く参加を促し、計 600 名の子どもたちを巻き込んだ大きな規模で開催した。大規模イベントとすることで、避難した子どもたちが多くの同世代の子どもたちと交流し、避難経験を多くの参加者と分かち合うことで、子どもたちの自主性や社会性が向上することを狙ったものである。また、政府関係者に子どもたちの支援の重要性を理解してもらうため、地元政府の高官にも出席していただいた。

フォーラムの場で子どもたちは地域に伝わる伝承や震災前後で学んだことを基にパフォーマンスなどを披露した。また、相互理解や交流を促進するため、子どもたちの内、低学年は共同で描画を行い、高学年はお互い助け合い協力する心を育む各種アクティビティも実施した。中でも、茶坪から参加した集団避難した子どもたちは、フォーラム冒頭において避難した子どもたちの背景や経緯などを紹介するスピーチを行ったほか、避難先である雲南省固有の楽器・葫蘆絲を披露し、避難中の経験を自ら参加者に伝えた。集団避難先での生活で、子どもたちは異郷で暮らす困難に直面しながらも、避難先での子どもたち同士の交流を通じて、勉強のみならず生活習慣や衛生観念など生活に関わる多岐に渡る面で成

長をしたケースも見受けられており、そうした経験を自らの言葉で広く公開することにより、子どもたちの社会性の向上や自主性、自信を回復する狙いが背景にある。

本フォーラムで、茶坪から参加した子どもたちに実施した事後アンケートによると、参加者全員がフォーラムに参加したことに満足しており、継続的に類似の活動に参加したいとの希望も100%に達した。また、定性面では、避難生活を前向きに捉え未来への希望が冒頭のスピーチで述べられるなど、将来について前向きな発言が子どもたちから出たのは評価できる点であるといえよう。



未来に向けた希望をスピーチする集団避難した子どもたち

3. まとめ

(1) 活動全体の評価と課題

本事業において、現地語を話すことができる台湾の専門家を招へいし、活動を実施できたメリットは大きかった。心のケアという繊細な配慮が必要とされる本事業において、事業形成のみならず、研修実施自体に積極的な専門家の関与があったことで、研修時に特別な配慮が必要な参加者を見落とすことなく、参加者の心の状態に応じて柔軟に研修内容の組み替えができたことなど、専門家は非常に大きな役割を果たした。

また、本事業の前後で、避難した子どもたちの震災後の心理的なダメージに数値的に改善がみられたことは評価できよう。しかしながら、質問票を用いた定量的な測定方法では、本事業以外に改善に貢献したと考えられる他の要因を排除していないため、子どもたちの改善がどこまで本事業に起因するものなのか測りきれっていない。SCJでは、定量評価の測定を踏まえ、聞き取り調査や満足度調査といった定性的な評価も併用することによってこの限界を補完することとしたが、今後、心理社会的ケアを実施していく上で、定量評価と定性評価のバランスをどうとるのが適切かについてはさらなる議論が必要である。

(2) 支援を終えてー

研修実施時、訪れた茶坪の学校には遊具がほとんどなかったにもかかわらず、休み時間

になると子どもたちは外に出て、チョークでグラウンドに線や絵を描いたり、石でおはじきをしたりして楽しそうに遊んでいた。一見日常と変わらず楽しそうな子どもたちだが、仲良くなって話を聞くと「地震のあとから頻繁に怖い夢を見る」「外を一人で出歩くのが怖い」という子どももいて、地震が子どもたちの心に残した爪痕の深さを改めて感じさせられた。

ある母親は、「地震の影響で子どもの父親が亡くなり、自分が家族の面倒を見ている」「子どもは夜になると怯えてしまう」と大地震が家族に与えた影響を語る一方で、「震災の影響はあるが、子どもにはちゃんと教育を受けさせてあげたい」と述べる子どもを思いやる強い気持ちとともに、「地震から1年たっても、あなたたちのように村の外の人たちが自分たちを応援してくれるのはとても嬉しい」と涙を浮かべながら話した姿に、震災から日時が経過したタイミングで入った日本からの支援の意味を改めて考えさせられた。

「百合姐姐（ゆり姉さん）、次はいつ来るの?」「日本語を教えて」「記念にサインをちょうだい」など、笑顔いっぱい話しかけてくる子どもたちが内面に押し殺している感情を安心して大人に話すことができるような環境の整備に少しでも貢献できたことは、人道支援の一関係者として非常に光栄なことであり、大きくなったら今日出会った人たちのような仕事がしたいと言ってくれた子どもたちのためにも、SCJを含むジャパン・プラットフォーム加盟各団体が今後とも心理社会的ケアについてさらに議論を深め、より良い支援の形を模索していければ幸いである。

掲載写真：©Save the Children Japan

1) UNOCHA “UNOCHA Situation Report No.10 Sichuan Province, China-Earthquake”, 30 May 2008.

2) WHO “Health Action in Crises - Highlights No219, 21 to 27 July 2008” 25 July 2008.

3) Ibid.

4) 例えば、「緊張を感じている」と回答した子どもの割合は研修実施前後で66%から50%に減少、「感情的になりやすい」と回答した子どもは46%から18%に減少、「自分を責めている」と回答した子どもは56%から48%に減少した。

フィールド実践報告④ 特定非営利活動法人 国境なき子どもたち(KnK) ヨルダンにおけるイラク難民およびヨルダン人に対する心理社会的ケア

佐々木恵子

はじめに

自然災害や紛争の発生により、大切な家族や親戚、共に通学していた友人、住み慣れたコミュニティを失ってしまった子どもたちにとって、その状況を現実のものとして受け入れることはとても困難なことである。悲惨な状況にある子どもにとって、さらに過酷なのは心に傷を負っていても、子どもは誰にどのように助けを求めて良いのかわからないことである。サイクロンや津波、地震などの大規模自然災害の発生後や紛争、騒乱後は大人は食べ物、安全な水、避難できる場所の確保に精一杯である。また大人自身も心に傷を負っている状況であり、子どものケアにまで手を回す余裕はないことがある。国境なき子どもたち（以下、KnK）が実施する心理社会的ケアにおいて大切にしているのは、そのような状況におかれた子どもたちにとってまずは何よりも「孤独ではない」ということを理解させることである。

自然災害や紛争・騒乱後に実施する KnK の心理社会的ケアはスポーツや芸術などの情操教育を含む教育支援が基礎となっている。自然災害や紛争・騒乱後、これまでの生活とは一変し、非日常となってしまった生活環境のなかで、子どもたちをユースセンターやデイケアセンターなどで日中の間保護し、安全に友達と共に過ごし学べる場を提供する。子どもたちは、自分のことを見守り気にかけてくれるスタッフを信頼するようになるとともに同じ境遇の友人が集う安心できる場であると認識するようになり、日常的にセンターに通うようになる。そこで、絵画や歌、ダンスなど手や体を動かし、仲間とともに学びあい楽しみながら自己表現することで、傷つき閉ざされた心が少しずつやわらいでいく。KnK のスタッフは、そのような子どもや青少年に寄り添い、立ち直るプロセスをサポートしていくのである。

以下、ヨルダンにおける心理社会的ケアの実践例を報告したい。

1. ヨルダンにおける心理社会的ケア

(1) 支援の背景

2003年のイラク戦争後、2006年にイラクの国内情勢は急激に悪化し、その結果、多くのイラク人が周辺国に避難した。その数は国連機関などの発表によるとおよそ200万人といわれている。そのうち、ヨルダンには流入したイラク難民の数は45万～70万人といわれているが、ヨルダン政府の政策として、イラク難民を「難民」としては認めず、将来的にイラクへの帰還することを前提とした「ゲスト」として受け入れたため、国際機関は避難したイラク人に対して難民認定できず、ヨルダンにおけるほとんどのイラク人の法的地位は不安定な状態にあった。また、法的地位が確立していないため就労することが困難であり、結果として一家の働き手が未就業であったり、貯金や第三国の親戚からの送金をとり崩し

ながらの切り詰めた生活を送っていた。当時は難民認定がないことから多くのイラク難民が不法滞在者として生活しており、ヨルダン政府や警察からの摘発を恐れ、病気になっても病院に行かなかつたり、子どもを学校へ通学させないなど様々な困難を抱えていた。

当団体が2007年7月から8月にかけて実施した初動調査では、イラク難民の青少年の多くが家族や友人を紛争や暴力の中で突然失ったり、また自らの生活環境が破壊されるのを目の当たりにして、心に大きな傷を負っていること、なかには直接暴力を受けたり誘拐に巻き込まれた子どもも少なくないことを確認していた。また、ヨルダン政府が公立学校へのイラク難民の編入を認めたものの、イラク戦争中から学校に通っておらず学習の空白期間がありヨルダンの学校の授業についていけずドロップアウトしてしまった子ども、いじめを受けて通学をやめてしまった子ども等、さまざまな理由から学校に通うことができず毎日することもなく家に閉じこもっている子どもたちが存在した。結果、教育を受ける機会や同年代の者たちと社会生活を送る機会が奪われているなど、青少年らは心に傷を負い、かつ、彼らの年齢にふさわしい生活を送るといった権利が守られず、成長過程において多大なる影響を受けている状況があった。

(2) 地域に根付いたユースセンターでの支援

初動調査からイラク難民の子どもたちの保護の必要性を確認し、KnKでは2007年10月より、ヨルダンで避難生活を送るイラク難民の子どもや青少年らを対象とした教育支援を開始した。2010年5月に事業を終了するまでの2年間半、ヨルダン国内各地に整備されているユースセンターを拠点に、1) イラク難民の青少年の保護と健全な育成に寄与すること、2) ヨルダン人青少年との相互理解を促進することを目的に、ユースプログラム(スポーツを通じた情操教育)、職業訓練としての英語学習、ノンフォーマル教育(学校教科の補修、情操教育、課外活動)を提供するとともに心理社会的ワークショップとしてビデオワークショップ、およびピア・エデュケータープログラムを実施した。ヨルダン政府の方針として、イラク難民への支援は同時にヨルダン人にとっても裨益するものでなければならず、KnKの支援対象としてもイラク難民を第一のターゲットとしながら、ヨルダン人も対象に含め支援を行った。イラク難民の特徴として、難民キャンプなど集団で居住する形態は取らず、ヨルダンの都市部や郊外に点在して避難生活を送っていることがあげられる。このような滞在形態を取っていることから、難民の受け入れ側であるヨルダン社会の理解を得ることがイラク難民の心理社会的安定には大きな促進要因となると考え、支援対象地のヨルダンコミュニティに対しても家庭訪問を通しての事業説明やセンターにおける活動の成果発表会を定期的で開催し、積極的にコミュニケーションを取ることで、支援に対して地域の人々の理解を得られるような素地を丁寧に整えていった。

(3) 心理社会的ケア①ビデオワークショップ

I. ビデオワークショップ

KnKの行うビデオワークショップとは、心象描写やロールプレイ等を取り込みつつ、被

災した青少年らがストーリーと脚本を考え、絵コンテ等を作成し、各自が役割分担しつつ被写体となる青少年らが自らの実際の体験について語ったり演じる様子を撮影し、最終的に一つの作品を作り上げるワークショップである。これまでに日本国内外で実施してきた経験がある。

自然災害後の心理社会的ケアの一環として実施したビデオワークショップとしては、インド及びインドネシアにおいてスマトラ沖地震・津波被災者の青少年を対象にしたものがある。ビデオワークショップでは、実際に映像制作に関わった青少年だけではなく、完成した映像を鑑賞した青少年にとっても、自らの苛酷な経験が他者と共有可能であることを実感したり、さらに新たな自己表現及び他者との相互理解を促進する契機ともなり、合わせてソーシャルワーカーによるカウンセリングを行ったことで心的ストレスの軽減・緩和につながるといった効果があることが明らかとなっている。

II. ヨルダンにおけるビデオワークショップの事例

これらの経験をふまえ、イラク難民の青少年に対しても精神面の安定を促すことを目的に、2008年2～3月（アンマン郊外フヘイス）、2009年4月（アンマン市マルカ地区）の2回にわたり、心理社会的ケアの一環としてビデオワークショップを実施した。参加するイラク人青少年の選定に関しては、本人の希望を十分に勘案しつつ、現地の心理社会ケア分野の専門家の協力を得て、紛争や暴力により受けた心理的影響の程度が大きいと思われる者を優先した。対象者の年齢は13歳～18歳の男女、各回の参加人数は第1回が14名（イラク人9名、ヨルダン人5名）、第2回が26名（イラク人18名、ヨルダン人8名）であった。ワークショップの実施期間は約2～3週間。技術・制作指導に関しては、専門知識と経験を有する本部スタッフ1名を派遣したほか、現地スタッフでユース活動の経験を有するエドゥケーター1名が本部担当スタッフの通訳兼共同ファシリテーターとしてワークショップを進めた。

他国で実施したビデオワークショップと異なり、ヨルダンで実施したワークショップでは、紛争や暴力を経験した当事者だけでなく、難民を受け入れている側のコミュニティからも参加者を募った。これは前項(2)でも述べたが、イラク難民コミュニティだけでなく、受け入れ側のヨルダン人コミュニティも参加することで、イラク難民が直面する問題を知り、ともに考えることが両者の相互理解につながり、ひいてはイラク難民の避難生活にも良い影響があると考えたからである。また、本ワークショップの目的の一つとして、単にビデオの技術を学び作品を作るのではなく、映像制作を通じて自己表現、参加者同士の協調性や助け合い、そして国籍を超えた相互理解を深め参加者が成長することにある。よって、ワークショップの進行にはイラク人とヨルダン人の青少年が対話する場に時間をかけ、皆で作品を作り上げるまでの「プロセス」に重点を置いた。

ワークショップでは、まずはじめに青少年らがビデオカメラに親しむ機会を提供する。ビデオカメラの扱い方や撮影の方法など技術的な指導を行うことで、青少年らの好奇心を刺激し、参加者同士や参加者と講師の距離を縮め、和やかな雰囲気づくりに取り組む。次

の工程ではストーリーの組み立て方や脚本づくりについて指導する。一通り映像化までの技術指導を行ったところで、青少年らに実体験に基づいたストーリーづくりについて説明する。この段階になり、担当スタッフのファシリテーションのもと、イラク人青少年らにはイラクでの体験やヨルダンでの避難生活について思いを語れるよう促し、ヨルダン人青少年には心に残っている体験談を話してくれるよう促す。イラク人青少年は、目の前で友人が撃たれて殺されるのを目撃したり、親を殺害されたり、自身が誘拐の脅迫を受けたり、最低限のもののみ持ち出して祖国を離れるという大きな別離を体験するなど、みな何らかの悲惨な経験をしている。彼らの中には自らの辛い過去に再度向き合ったり、受け入れたりすることが未だ難しく、他者と積極的に共有したがない者もいた。そうした青少年に対しては決して何も強要せず、時間をかけて個別対応することにより対処した。結果として、多くの場合、徐々に心を開くなどし、他の青少年らとの対話や経験共有が促進されるといったケースが見られた。ワークショップを数日間進めるうちに、参加者間の信頼関係も構築され始め、青少年らはこの場では自分の思いや体験を語っても受け入れてもらえると感じ始めるようになる。ヨルダン人青少年ははじめは同世代のイラク人青少年らが体験してきたことの大さを前にして萎縮する様子が観察されたが、次第に学校生活などで普段抱えている悩みなどを打ち明けるようになり、イラク人の青少年たちも祖国への思いや避難生活で直面している困難などを話せるようになってくる。

各自の体験を共有したあとは、体験談のなかからいくつか映像作品にするストーリーを青少年らで話し合っただけで選択し、数人ずつのグループに分かれ、絵コンテの作成、脚本の作成、配役、撮影、編集という一連の作品づくりに取り組んでいく。

これまでに2回実施したビデオワークショップでは計14作品が完成しており、作品完成後は保護者を含む地域住民を招いてのビデオ上映会を開催した。鑑賞した来場者からは、「イラク人青少年が制作したビデオ作品がイラク人を取り巻く困難な現実を反映している」、「イラク人とヨルダン人がお互いを理解する良いプログラムである」等の声が寄せられ、ワークショップにかかわった青少年だけではなく、広く地域の人々にも共有可能なものとして成果を残すことができた。また、これらの評価の声は青少年らの自信にもつながっている。本プログラムで取り組んだビデオワークショップの成果作品は、青少年らのビデオ作品を扱う国際的コンペティションで高い評価を受け、青少年の映像作品を評価する「PLURAL+2009」（国連機関 Alliance of Civilizations 及び国連移住計画 IOM 主催）への当団体からの応募作品3作が最終選考まで進み、その内1作品¹は Royal Film Commission of Jordan Award を受賞した。このような外部機関からの評価は、受賞したイラク人、ヨルダン人青少年にとって大きな励みとなり、より一層、日々の活動に積極的に関わるようになるという肯定的な変化が確認された。

¹ 受賞作品は、イラク人とヨルダン人の女子生徒が協力して制作した作品である。イラク人女子の実体験に基づいた内容で、イラク出国からヨルダンへの避難、そこで新しい生活を始めるまでを描いたものである（タイトル「不安を胸に、新たな世界へ」）。同作品は当団体ホームページより閲覧可能。http://www.knk.or.jp/kids/1001_m/jordan008.html

(4) 心理社会的ケア②ピア・エデュケータープログラム

I. ピア・エデュケーション

ヨルダンで実施した二つ目の心理社会的ケアは、ピア・エデュケーションを取り入れた。ピア (Peer) とは、一般的に地位や性質、能力が同等な仲間、同僚、同輩と定義されている。ピア・エデュケーションとは、同じ世代や境遇にある者同士が知識や経験を共有し、学び合い、支え合う教育方法をさし、世界中でHIV予防、家族計画、暴力防止に用いられてきた。

II. ヨルダンにおけるピア・エデュケーションの事例

KnK ではピア・エデュケーションの手法を通して、ピア・エデュケーターを育成することを目指していることから、ピア・エデュケータープログラムと呼んでいる。対象者は 14 歳～18 歳のイラク人とヨルダン人青少年で男女別にそれぞれ約 15～20 名。学びを深め、裨益効果を高めるために対象人数は少人数制を取った。本プログラムは、2008 年 5 月から開始し、当時の事業地であったフヘイス、またその後の事業地であるマルカの 2 か所において心理社会分野の専門家の協力を得ながら、経験のある現地スタッフがエデュケーターとなりプログラムを実施した。活動場所は、ユースセンター、男女別に週 3～4 回、一回の活動時間は放課後の時間を利用し 1 時間半程度である。

KnK がヨルダンにおいて実施したピア・エデュケータープログラムは、1) イラク人青少年の精神面の安定、2) イラク人とヨルダン人青少年との相互理解、3) 地域のリーダーとしての人材育成、を目的とした。プログラムの内容としては、地域社会への奉仕を目的とした企画を青少年自ら立案・実行する中で、協調性、責任感、自信、リーダーシップを身につけ、やがてリーダーとなるまでに成長し、より年少の子どもの指導にあたることができるような人材を育てるというものである。実際の活動では、友情、平和、子どもの権利、非暴力的な物事の解決方法などをテーマにしたレクチャーやディスカッション等のセッションを行う。レクチャーやディスカッションを通して、青少年らが新たな知識を得るとともに、自分の意見を述べること、相手の意見を尊重すること、意見のまとめ方、チームビルディングなどのコミュニケーションスキルを習得していく。青少年らがこれらのスキルをある程度身に付けた次の段階として、ユースセンターに通う青少年を対象としたスポーツ大会などのイベントや工作のワークショップを企画、実行していく。イベントの実施までには、対象者の設定、企画内容、事前準備、当日の役割分担の決定など、さまざまな準備が必要となるが、あくまでの青少年らを企画の主体とし、担当スタッフなど大人は適宜助言を与え、見守るサポート側にたつ。実施後には振り返りのミーティングを持ち、次回の実施へと繋げてゆく。このような小さな取組みをチームで遂行することで青少年らは達成感を感じることができ、周りから感謝され、喜んでもらえることで次へのモチベーションとなるとともに、不安定な避難生活を送るなかで前向きに物事に取り組むようになり、将来についても希望を持つようになってゆく。

これらの通常の活動は行動心理学や心理療法士の専門家と帯同して行った。専門家は青少年らと日常的に接したり彼らの家庭の訪問をしながらカウンセリング及びストレス軽減のための助言を行った。定期的な家庭訪問により青少年の保護者は KnK のスタッフや本プログラムに対して信頼を深めるようになった。また、専門家は活動参加時のイラク人青少年の様子を観察し、適宜プログラムの担当スタッフであるエドゥケーターとミーティングをもち、気付いた点を共有して活動に反映していくよう努めた。参加対象者を少人数に限定したことで、青少年一人ひとりへのきめ細やかな対応が可能となり、結果、青少年を取り巻く環境を包括的に改善することができた。

以上が、ヨルダンで取り組んだピア・エドゥケータープログラムの日常的な活動である。本プログラムでは青少年らに、教育的な活動を通してコミュニケーションスキルや物事をチームで作りに上げていくプロセス、自らで立案、企画、実行していく責任感と行動力を習得する場を提供しているだけではない。ユースセンターという安全な場所、自分のことを気にかけてくれるスタッフ、同じ境遇の仲間に出会える機会を提供し、青少年の心理社会面の安定に資する役割を果たしているのである。

2. 成果

心理社会的ケアとして実施した①ビデオワークショップ、②ピア・エドゥケータープログラムでは、1) イラク人青少年の精神面の安定、2) イラク人とヨルダン人青少年との相互理解、3) 青少年の主体的な参画を目的に設定していた。その指標としては、活動を通して心理・行動面に変化が見られた青少年の割合やイラク人とヨルダン人の間で新たに友人ができた青少年の割合を設定していた。確認方法については、専門家による青少年との個別面談や観察、家庭訪問での聞き取り調査、心理テストや独自の質問表を採用し、分析を主とした質的な評価を行った。

(1) イラク人青少年の精神面の安定への寄与

心理社会的ケアとして実施したビデオワークショップ、ピア・エドゥケータープログラムへの参加を通じて、青少年らの中で行動や態度の面において、参加当初と比較して顕著な変化が見られた。当初、活動を開始した際には、感情の起伏が激しく急に大声で怒鳴ったり泣き出す、意図が上手く伝えられないような発言を繰り返す、友人や家族を失った過去の経験について語り出すことや思い出すことに対し拒絶反応を示すなど、青少年らはショック症状を抱えていた点が確認された。こうした点を勘案して、例えばビデオワークショップでは、参加者の青少年らが各自の過去の経験を基に、皆で協力してストーリーを考案し、自らの過去を演じることにより再現しながら辛い過去と向き合い、心に抱えていた様々な思いを仲間と共有することによって、自らの置かれた困難な状況を少しずつ受け入れていく契機となった。ピア・エドゥケータープログラムでは、活動への参加を通じて青少年らは自己表現方法を学び、徐々に自信を取り戻し、担当スタッフの指示を待つだけでなく、

青少年自らが提案し、主体的に活動に参画するようになった。特に青少年らがイベントやワークショップを自ら企画・運営した過程において、自身が他者から認めらる経験を経たことで自尊心を培い、また他者への理解や思いやりの気持ちを見せるようになるなど、心に抱える葛藤やストレスを乗り越えて成長していく様子が伺えた。また、自分の感情をコントロールできるようになったり、対人関係を形成する能力が向上する様子も見られた。ビデオワークショップやピア・エデュケータープログラム、また専門家によるカウンセリングを合わせて行ったことにより、約8～9割のイラク人青少年が落ち着いた様子を見せたり、学業や将来に対して前向きな姿勢を見せるなど、地域への奉仕活動を通して社会活動への参加意欲も高まるといった効果が見られ、イラク人青少年の精神面の安定がある一定程度進んだことが確認できた。

<事例:イラク人男子F、17歳のケース>

Fはイラクにおいて誘拐の脅迫を受けたため、家族と共にヨルダンに避難してきた。自身への脅迫という恐怖に晒されたことからFは家族以外の外部者との関係構築において消極的であった。イラクでの脅迫体験から、現在でもFはイラクへの帰還を望んでいない。ピア・エデュケーター・プログラム参加当初のFは、自分に自信が持てず、他者とのコミュニケーションにおいても、自己表現が上手くできないなど、混乱している様子であった。しかし、ディスカッションやトレーニング、年少者へのワークショップ企画実施を通して、次第にグループワークにも積極的に取り組み、他の青少年と協力しながら物事を進めることができるようになった。また、自身が学んだことを活かし、年少者の良きモデルとなる姿も観察された。家庭訪問時の母親からの聞き取り調査では、プログラムへの参加を通してFが学ぶ意欲を取戻し、自信を高めつつあり、家庭においても彼の兄弟に良い影響を与えていることが確認された。

<事例:イラク人女子I、15歳のケース>

Iはイラク、バグダットの出身。治安の悪化により2007年に家族とともにヨルダンに避難してきた。Iはヨルダンへ避難してから本プログラムに参加するまでに2年が経過していたが、依然として帰国の目途がたたない祖国イラクへの思いを強く持ち続けている。Iはイラク人以外の友人を作ろうとしない、アラビア語のイラク方言以外の表現を好まない、ヨルダン人よりイラク人が優れていることを周囲に主張するなど、他の出身地の青少年との交流を拒む傾向にあり、避難先のヨルダン社会において十分にコミュニティに馴染めていない様子が確認されていた。Iは約1年にわたり、本事業で雇用した心理学専門家のカウンセリングを定期的に受けたほか、ピア・エデュケータープログラムのディスカッションやトレーニングに継続して参加した。Iのカウンセリング内容を受け、専門家とプログラム担当スタッフでディスカッションやトレーニングのトピックとして友情や他者への寛容などをテーマに選定するなど、Iの心理的安定やコミュニケーション能力

を促す取り組みを行なった。結果、当初はイラク人との作業を好んだが、段階的にイラク人、ヨルダン人混合グループによる共同作業に積極的に取り組むようになり、プログラムへ途中参加のヨルダン人生徒にも率先してこれまでの活動内容を共有し、面倒をみるようになるなど、国籍や言葉の違いを超えて、人と接することができるようになった。

(2) イラク人とヨルダン人青少年との相互理解の促進

ヨルダン人青少年との相互理解促進の成果については、約 8 割の青少年において、相互理解が進んだ様子が確認された。当初は、イラク人とヨルダン人青少年が分かれて着席したり、グループワークも同じ出身国の者同士で行う傾向が見られた。こうした点を勘案し、専門家と現地スタッフの連携により、他者の受容や友情などをテーマにしたディスカッションやワークショップをプログラムに盛り込むことにより、イラク人、ヨルダン人青少年の相互理解を深めるための基礎づくりを丁寧に行った。その結果、段階を踏んで、両者の間に協働の精神が生まれ、友情が育まれる様子が確認された。ピア・エデュケータープログラム参加者に実施した質問表調査結果では、グループでの活動を困難だと思わないと回答した青少年が活動当初に比べ、全体の 7 割から 9 割に増加した他、事前調査時には女子で 2 割、男子では 1 割の青少年が異なる国籍の友人を持っていないと回答していたが、終了時の調査では全員が異なる国籍の友人を持っていると回答しており、イラク人青少年とヨルダン人青少年の間での協力関係や相互理解がある一定進んだことが確認された。また、ヨルダン人青少年に行った聞き取り調査では「ピア・エデュケータープログラムに参加するまでイラク人と友情を築くことは不可能だと思っていたし、友達になりたいとも思っていなかった。」、「プログラムに参加してから、国籍の異なる人たちに対する考え方が変わった。イラク人全般としてではなく、各個人として見るようになり、イラク人の友人もできた。」、「以前はメディアからの情報しか得られず、イラクやイラク人に対してあまり良い印象を持っていなかったが、プログラムを通じた直の交流により、イラク人の仲間について知ることができた。これまで自分の中で彼らに対して持っていた印象が変わった。」との回答が得られ、難民を受け入れる側に属する青少年らの意識を肯定的に変化させる効果もあることが分かった。

(3) 青少年の主体的な参画の確保

ピア・エデュケータープログラムは 2010 年 5 月に JPF 事業としてのイラク避難民人道支援の終了に伴い終了することから、事業終了の半年前から KnK 撤退後も青少年が主体となって今後のプログラム運営に関与できるよう体制づくりに注力した。結果、イラク人、ヨルダン人混合の青少年リーダーを中心とし、奉仕活動を自主的に企画、実行できるようになるなど男女ともに主体性が高まった。男子においては、リーダー 3 名（1 名イラク人、2 名ヨルダン人）が中心となり、年少者を対象とした課外活動時には率先して年少者の面倒を見る、活動後の清掃を行なうなど、プログラム開始時には見られなかった行動を見せる

ようになり、彼らの自主性が育つ様子が確認できた。女子においては3名（2名イラク人、1名ヨルダン人）のリーダーが中心となり女子グループでアンマンの小児がんセンターでのボランティア活動を自主的に計画し、年少患者への劇やクイズ大会などのレクリエーション活動を実行できるようになるという著しい変化が見られた。

質問表調査の結果からは、活力度を測る項目において、イラク人青少年（男女とも）については、全員が新しい物事に取り組むことが楽しみだと感じると回答したほか、他人に指示される方が楽だと感じる割合がプログラム開始時に7割であったのが終了時には全体の4割に減少し、青少年の自主性がより高まったという結果が確認できた。質問表の回答結果からは、長引く避難生活を送りながらも、ピア・エデュケータープログラムにおけるさまざまな学びや交流を通し、新しい物事には興味を持って取り組み、イラク人青少年らが主体性を育んでいることが示された。

3. 総括

心理社会的ケアとして実施した諸活動を通して、イラク人青少年、ヨルダン人青少年の両者に心理面での成長（尊重、忍耐、寛容、責任感）や他者とのコミュニケーション能力（チームワーク）の向上が明確に確認された。特に避難生活を送るイラク人青少年らにとって、専門家によるカウンセリングを定期的に受け、しっかりと心のうちを打ち明ける相手ができること、毎週ユースセンターにて温かく迎えてくれるヨルダン人スタッフやイラク人ボランティアスタッフの存在、地域コミュニティにおいてヨルダン人の友人もでき、自身の居場所を確保できたことが彼らの心理面の安定と成長に大きな影響を与えたと考える。これらのプログラムが提供されていなければ、地域に溶け込めない状態で長引く避難生活を送らなければならないはず、また活動開始当初、なかには他者への理解を示さず、異なる文化や価値観も受け入れられない者もいたため、イラク人青少年の成長にとって負の影響が生じた可能性が高い。

さいごに

現地で実施した一連のビデオワークショップやピア・エデュケータープログラムは、イラク人青少年と同じく、イラク国内で暴力を目撃したり親族との大きな別離を選択せざるを得ず、ヨルダンに避難してきたイラク人スタッフらの協力なしには実施できなかった。同胞の後輩らが直面する苦難を案じながらも彼らに将来への希望を捨てないでほしいとの強い情熱をもって、献身的に関わってくれたイラク人スタッフおよび地域コミュニティとの橋渡し役を担ってくれたヨルダン人スタッフに改めてここで感謝を述べたい。

共生ワークショップ（記録）

文部科学省「世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業」
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
ー被災社会との共生を実現する復興・開発をめざしてー

第3回共生ワークショップ「心理社会的ケア」研究会
「心理社会的ケアとは何か」

日時：2010年5月14日（金）

場所：ジャパン・プラットフォーム

主催：大阪大学大学院人間科学研究科 共生人道支援研究班

後援：ジャパン・プラットフォーム

内容：

1) 趣旨説明

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

2) 心理社会的ケアとは何か

桑山紀彦（東北国際協力クリニック院長・精神科医）

3) 心理社会的ケアに関する参考文献レビュー

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）

4) パネルディスカッション

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）

齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士）

桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

5) 質疑応答

参加者：

石井正子（大阪大学）、板倉純子（ジャパン・プラットフォーム）、伊藤（アムルトジャパン）、今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン）、桑山紀彦（東北国際クリニック院長）、栗本（ピースウィンズ・ジャパン）、佐々木恵子（国境なき子どもたち）、中村安秀（大阪大学）、前田 潤（室蘭工業大学）、藤森和美（武蔵野大学）

1) 趣旨説明

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

お待たせいたしました。今日は共生ワークショップ「心理社会的ケア」の第3回ということで、始めたいと思います。

今年の心理社会的ケアの共生ワークショップの目的としては、お手元の紙の少し下のほうに書かせていただきました。去年は、2回のワークショップ、そしてヨルダンでイラク難民支援の学際調査、その発表などを行ってきました。今年はまだ一度原点に戻って、心理社会的ケアの概念を整理して、いろんな評価方法の選択肢を提示して、実際の活動の中で Good Practice を分析して、そういう議論や分析をまとめることによって最終的には、どこまでマニュアルという形になるかわかりませんが、心理社会的ケアに関するマニュアルみたいなものをつくって、それをみんなで共有しながら実際の現場で役立てていくような形にしたい、そんなことを考えています。

今日はその一環として心理社会的ケアの全般について話して、次に、7月23日とその次の回ではもう少し評価ということをつっ込んで話したいと思います。そういう中で今回の企画をさせていただきました。今日はまず基調講演という形で、もう一度心理社会的ケアとは何かというのを桑山先生にお話ししていただいて、そして、日本あるいは海外での心理社会的ケアに関する今までの文献とか、今までどういう活動がどういうふうに行われてきたのかというのを藤森先生にお話ししていただいて、そしてパネルディスカッションという形に進みたいと思います。どうぞよろしくお願いします。それでは桑山先生、よろしくお願いします。

2) 心理社会的ケアとは何か

桑山紀彦（東北国際クリニック院長、精神科医）

昨年度お世話になりましたが、皆さんの中では、昨年度1回目、2回目、あるいはシンポジウムのほうに参加されていらっしゃる方もおいでかと思ひまして、今回もう1回まとめ直した形でスライドをつくらせていただきました。従いまして、昨年度参加された皆さまにとっては、もう1回繰り返しになってしまっただけで大変申し訳ないところなんですけれども、昨年度いろいろ煮詰めていく中で出てきた問題点をかんがみまして、2年目にはもう少し突っ込んで、そしてより一層 JPF、あるいはかかわっていらっしゃる NGO 以外の皆さんにも広く門戸を開いて、この心理社会的ケアを広げていこうという狙いが2年目にはありますものだから、今回はより広く誘わさせていただいたので、もう1回概念に関しまして一からお話ししていきたいというふうに思っておりますので、2回目の方はすみません、ちょっと我慢していただいて。では、ちょっと明かりを消していただけますでしょうか。

そもそも心理社会的という言葉そのものが、なかなかつかみにくいところもありまして、日本におきましては社会心理学といったところは比較的耳なじみのある言葉かと思うのですが、それをひっくり返して心理社会とは一体何ぞやというところが、どうしてもこの活

動をやっていて、出てくるかなというふうに思っております。

歴史的背景

まず歴史ですが、これも焼き直しで申し訳ないのですが、一番最初にサイコソーシャルという言葉を使ったのは、エリクソンでありました。1902年から1994年の間、エリクソンはさまざまな業績を残してきたのですが、特にエリクソンは発達心理や精神分析といったところにたけていらっやっやっ、日本で言うところの自我同一性障害（アイデンティティ・クライシス）なんかも、もともとはエリクソンの概念になりますので、非常に心理学者としてはエリクソンは著明な方でいらっやっやっ。そのエリクソンが1979年に書いた論文の中に、おそらく初めてサイコソーシャルというような文言が出てきました。これは resolutions of psychosocial tasks というような形だったんですね。

さて、エリクソンに基づいてサイコソーシャルの概念を考えてみますと、まず最初の切り口としまして、社会心理学とはどう違うのかといったところが1つのポイントとしてあると思います。社会心理学は大きくとらえますと人間の社会的、集団的行動パターンを解析していこうといったことになるかと。例えば、1つの会社における社員の皆さんの喫煙行動についての調査とか、あるいは災害時の集団心理についての調査とか、そういったものは、やはり社会心理学に基づいて行われるものかなと思うわけです。

しかし、エリクソンによりますと、心理社会的、サイコソーシャルの概念は、まず大きく分けますと2つありまして、まず最初が、個人が周囲の環境に触れて起こすユニークな内的、心の中の変動を記述していくものであるという概念ですね。2つ目は社会的な周囲環境、周りの環境と言っていると思うんですが、それを土台にして相互作用がいろいろ起きるわけなんです、その相互作用を用いて自らを発展させていくためのさまざまな取り組み、これがサイコソーシャルの概念というふうにいわれています。こういったものを、これから実際の活動やさまざまな事例を踏まえて考えていきたいと今日は思っているわけです。

そんな中で、1980年代になりますと、デンマークを舞台にサイコソーシャルの動きが出てまいりました。対象となりますのは、拷問の被害者の皆さんに対するケアの1つにサイコソーシャルというのが用いられて語られるようになりました。これもNGOだと思っておりますが、International Rehabilitation Council for Torture Victims といったところのNGOが、サイコソーシャルの概念に基づいて、さまざまなワークショップやケアシステムをつくっていった。これが1980年代に起きた動きになります。もう一方で、RCT (Rehabilitation and Research Center for Torture Victims) といったところも、同じようにサイコソーシャルの概念を用いながら拷問の被害者の皆さんへの心のケアにサイコソーシャルを使うようになっていきました。

そして1990年代に入りますと、ノルウェーのオスロ大学付属で心理社会的難民センターというのが設立されていきました。これは心理社会的ケアやワークショップを中心として、

主にボスニアやアフリカ地域からの難民の皆さんに心のケアをやっていくということで発展していったセンターであります。私はここに 1993 年から 1994 年の間留学させてもらったんですが、当時、日本ではなかなかサイコソーシャルという言葉は耳なじみがなかったのですが、ノルウェーや北欧、あるいはヨーロッパ地域ではサイコソーシャルケアは非常にトピックになっておりまして、さまざまな治験とともに試みもなされていたというふうに思います。

当時のセンター長は、ドクターエドワード・ハフという方で、こここのところに写っている方がハフですが、現在は、このセンターは 2 年前に閉じまして、ノルウェーのオスロ大学付属の大学病院の精神科の教授として、今はこのサイコソーシャルを当たり前のものとして日常の中で扱っていらっしゃいます。つまり、ハフによれば、もうサイコソーシャルという言葉でセンターをつくるべき時代ではなく、ごく日常の臨床の中で、あるいは研究活動の中でサイコソーシャルは当たり前に行われるものだからというので、彼は精神科のほうに入られまして、その中でサイコソーシャルを発展させているようです。

さて、1993 年になりますと日本にもサイコソーシャルの動きが出てまいります。JEN (ジェン) が旧ユーゴスラビアを舞台にして、その復興事業の中にサイコソーシャルケア、心理社会的ケアというのを入れました。これは本当に長い期間続けられて、日本の中では先陣を切って、サイコソーシャルという言葉を使いながら現地で心のケアをやってきた始まりだったかなというふうに思います。

その後、2000 年に入りますと、NICCO(日本国際民間協力会)がさまざまなところでサイコソーシャルケアを展開するようになってきました。2004 年にはスリランカ、2005 年にパキスタン、2006、2007、2008 年と続く地震、震災、さまざまな災害に対しましてサイコソーシャルケアを展開してきて、それは現在でも、KnK(国境なき子どもたち)さん、SCJ(セーブ・ザ・チルドレン)さん、さまざまな団体がサイコソーシャルケアを行われるまでになってきたわけですね。従いまして、日本の NGO も確実にサイコソーシャルケアをされるようになってきているかなというふうに思います。

さて、一方で、日常の臨床の中でサイコソーシャルという言葉を見ることもできます。いろいろ調べてみますと、看護というフィールドにおいてサイコソーシャル、心理社会的ケアという言葉が見られるようで、これはメアリー A. マテソンが書いた『老人看護における心理社会的ケア』という本の訳本なのですが、やはり老人の皆さんになりますと、疾患が慢性化、長期化しやすい。そういった老人看護というある種特殊な看護においては心理社会的ケアが必要だということで、これが訳本として日本の中で発売をされてきました。また一方、『病気の子どもの心理社会的支援入門』という本もありまして、2004 年の本ですが、やはり長期入院を余儀なくされている子どもたちについてのケアに心理社会的ケアは有効ではないか、その子どもたちの成長や発達過程において、心理社会的アプローチはとても重要なものだというふうにならなくていいし、子どもの成長、そういった発達過程を考慮しながら、どういったケアが望ましいかを考えるに当たって、心理社会的なアプ

ローチというものが重要視されてきました。こういったところが日本の臨床の社会では見られるかなと思うわけです。

災害時の心理的反応とは

さて、そんな中で、これも前回話したのですが、パンクバンドでスリップノットというのがあるのですが、彼らのアルバムに『サイコソーシャル』というのがあるんですね。ウェブで検索をかけてサイコソーシャルと引くと、いろんなものが出てくるのですが、結構なヒット率で、このスリップノットが出てくるんですよ。彼らのアルバム『サイコソーシャル』は、なぜこんな名前が付いたかという、彼らのライブステージって、調べてみると、非常にインタラクティブな、要するに観客とステージ上が非常にインタラクトしながらステージが進められるみたいで、そんなところもあって、そのライブに来ると心理的な何か変動が起きるよというような意味合いで、『サイコソーシャル』と付けたようでした。

さて、そんな中で、JPF（ジャパン・プラットフォーム）、そしてさまざまな NGO の皆さんが災害について救援活動をされていると思うのですが、ここでもう 1 回、災害が起きたときに人間はどんなような心理的な反応を起こすのかをまとめてみたいと思います。それがやはりサイコソーシャルケアを確立していくのにとっても大切な前情報かなと思います。一般的に急性ストレス反応は 1、2、3、4 段階などといわれていまして、1 段階が衝撃期、インパクトフェーズ。2 段階がハネムーンフェーズ、蜜月期。3 段階が幻滅期。そして第 4 段階で再建期となるといわれています。もちろんこれは、このとおりになるわけではなくて、一般的にこのような段階を経て人間の心は動いていくといわれているわけです。

第 1 段階、それは災害後 3 日ぐらいまでに生じる反応であり、例えば地震で家を失った、あるいは大切な家族を失ってしまい、ぼうぜん自失の状態。感情は当然まひして、現実感が喪失され、恐怖を体験してしまっている。そして次に、この 3 日間の間に起こることは高度の覚醒状態。注意力や警戒心がばりばりとして出てきて、日常では想像できないような力を発揮し、行動力が增加することもまたあるわけです。こんなときには疲労感はほとんど感じられない。人間の防御反応の 1 つかもしれません。

さて、そんな第 1 段階、これはイランの南東部、バムという町を中心に起きた地震のときに、イランの国営テレビが撮った映像が手に入っていたので、そのインパクトフェーズに陥っていらっしゃる方の映像をご覧いただきたいと思います。（映像音声：25 秒）ほんとに、体を揺らされて、問い掛けに対しても適切な答えができない。まさに家や家族を失って、インパクトフェーズの渦中にいらっしゃる方の映像でした。

そんな中、次は自分の奥さんが亡くなったわけなんですけれども、その奥さんの死体を見るまではなかなか信じられなくて、それで、その奥さんの死体を見るんですけれども、本当に人間は極期にありますと、このようなリアクション、失神されるんです（映像音声：33 秒）人間はほんとに極期に至りますとさまざまな反応を起こすものだと思うんですが、こうやって心に傷がついて、そこからどうやって回復していくのか。その手助けを私たち

がどうできるのか。その基本となりますのは、ああいった本当に極期にある皆さんの、その後のケアだと思うわけです。

さて、そんなインパクトフェーズを経た後に、第2段階のハネムーンフェーズ。よくいわれることなのですが、非常に連帯感や共同意識が高まって、積極的な復旧活動に、皆さん当たり始めます。失ったものよりも維持できたものへの喜びを経験する場合も多々ありますし、しかしその一方で、夜になるとイライラや落ち着きのなさが始まったり、多弁傾向が出てくる場合もあります。震災直後の恐怖が、夜、夢として再燃されたりとか、恐怖感、吐き気、震え等の身体症状が出る場合もあるわけで、地震の場合はこれが余震によって誘発、増幅される場合もあるわけです。

そんな蜜月期に入り始めたところの映像を、また次に見ていただきたいと思うんですが、皆さんが家族や家を失って大変な思いをしてると思うんですけども、落ち込むだけではなく、立ち上がってみんなで協力していく姿が、そこに写されていました。(映像音声：25秒) 結構、不眠不休で皆さん復旧活動に当たられても、全然寝てなくても十分大丈夫なぐらいに働かれますよね。でも、それは決していい状態なのではなくて、蜜月期、ハネムーンフェーズという、ある意味ではインパクト期の次に来るリアクションのような状態なので、そのまま続けてしまうと、次に幻滅期、本当に落ち込んでひどい状態になっていってしまうこともあるわけです。(映像音声：10秒) 皆さんが地震の現場でこれはよく見られることかと思うのですが、落ち込みながらも立ち上がって、そして地震の復興を支えていく。でも、やっぱり心の中は、じゃあ平穏でいいかという決してそうではなくて、さまざまな葛藤や苦しみや心の中には起きているわけですね。従って、人間の心の動きを1つ1つフォローしていきながら、その場その場でどんなケアが大切なのか、私たちはやっぱり考えていくべきかなというふうに映像を見ていて思いました。

さて、第3段階になりますと、やはり幻滅期が訪れまして、直後の混乱が収まり始めて、周りも復旧に入っていきます。そうすると、被害者の中で格差が出始めて、やがて復旧から取り残された立場の人が、恵まれた立場の人や支援者への怒りを向ける傾向が出てきたりします。環境の変化や疲労が心への影響として出始めるころでもあり、心の状態としては、虚脱感、疲労感、非現実感、無力感、さまざまな心の落ち込み具合が出てくるようです。同時に、身体症状としては、眠れない、食べられない、動悸、めまい、吐き気、そういったものがどどつとやってくる。それが第3段階の幻滅期かなと思います。

しかし、そこで止まるわけではなくて、やはり人間は再建していくもののように、復旧が進み生活のめどが立ち始めてくると、少しずつ気持ちも安定してきて、生活や将来のことを考えることができるようになっていくようです。しかし、まだまだ心の中に残っている心の傷というものがあるわけで、フラッシュバックなどは、まだこの時期は見られると思うのですが、ゆっくりと回復していくようです。しかし、人によりましては心の中の回復が進まないで長期化していった場合に、ここにあります PTSD、心的外傷後ストレス障害が出てくる可能性がある。従いまして、再建期あたりに救援で入ったときに、支援の対象

である裨益者の皆さんの中に、今後 PTSD を発症させないようなプログラムというのが必要かなと思うところでもあります。

PTSD とは

さて、PTSD はもちろんよく知られてきている概念かと思うのですが、もう 1 回整理し直しますと、心の傷の後に起きてきたストレス障害といえると思います。回避、侵入、過覚醒という 3 大症状などといわれているわけですが、やはり心に傷を受けたわけですから、同じような現象を避ける傾向。でも、避けているんだけどそれが忍び寄ってくる侵入。と同時に体の至るところがピリピリと覚醒してしまった状態が PTSD の 3 大症状かなと思います。

回避、それはトラウマを受けた記憶につながる自体を避けよう避けようとする傾向なわけで、例えば津波被害の場合には、「もう海には近づけなくなっているんだよ」とか、地震の被害の場合は、「トラックが横を走ると震動が来て、それが耐えられないんだ」とか、紛争の被害の場合は、「もう映画で戦闘シーンなんか、とてもじゃないけど見れないよ」といったところが回避の症状かなと思います。

一方、侵入は、トラウマとなった出来事が繰り返し繰り返し自分の心の中に押し寄せてくる、襲ってくるといったことかと思えます。従って、避けたいんですけども、向こうからどんどん侵入してきて、例えば 3 番にありますフラッシュバックのように、止めようのないような、額の上 30 センチぐらいにあのときの出来事が突然映像のように映し出されてしまうといった出来事が侵入と呼ばれる 2 番目の症状かと思えます。

3 番目の過覚醒は、主に自律神経系の亢進状態ですので、例えばいつもいつも脇の下に汗をかいているとか、血圧が高くなってしまった、トイレにしょっちゅう行くようになってしまった、そういった自律神経系の亢進症状なんかも PTSD のサインの 1 つかと思えます。不眠とか、驚愕症、ちょっとした物音でびくっとしてしまう、そういったことも PTSD の 1 つの症状かなと思います。

さて、そんなトラウマを抜けて、あるいは PTSD から回復していかなきゃいけない、あるいは PTSD を予防していかなきゃいけないと思うのですが、万が一そういった PTSD の症状が出てしまって苦しみが始まったときに、私たちは主に 3 つの回復の段階で考えています。第 1 段階は安全の確保。第 2 段階が語りと服喪追悼。そして第 3 段階で再統合。これは、著明なジュディス・ハーマンというボストンに住んでいらっしゃる精神科医が『TRAUMA AND RECOVERY』という本を書いて、これは日本語訳もされているんですが、中井先生のほうが訳したのですが、そこに基づいてこの概念をもう 1 回説明させていただきたいと思えます。

まず、第 1 段階の安全の確保は、もう二度とそういった被害に遭うことはないんだよという安全を確保することになります。従って、例えば地震などの場合は、余震がまだ続いているときは、まだ安全の確保が十分ではない状況だったりします。そうしますと、第 2 段階に進もうと思っても、せっかく進んだ第 2 段階が強めの余震とかで壊れてしまう可能

性もあるわけで、なかなか震災の救援の場合は、余震がある状況の中で心のケアってやりにくいというのが正直なところかもしれません。

しかし、やはり紛争被害なんかの場合は、その紛争していた国を逃れて、難民として、例えばヨルダンとかに暮らしていると、取りあえずはイラクで受けていたような戦争被害からは身を守れるということで、安全の確保はできていることになるかと思います。そんな中、第2段階で語りと服喪追悼を行ったわけですが、自分が受けてしまったトラウマ、そういったものを語り、表現して、物語にして紡ぎ直し、忌まわしい記憶を葬り去っていく。そういったことが第2段階では重要なことだと思います。そういった語りと服喪追悼の段階を経て、ようやく第3段階、再結合、つまり社会や人々の輪の中に戻っていく、こういった段階を経ながら人間はPTSDから回復していくものではないかと、ジュディス・ハーマンは述べております。

第2段階、それは私たちがいつも注目する段階なわけですが、主に自分が受けてしまったトラウマの出来事を語り、形にして追悼していく。それをどうやってしていくのか、それが心理社会的ケアやワークショップの1つの目的かとも思うのですが、そこにはやはり個人と集団といったカテゴリーと、臨床的なケースと非臨床的なケースに分かれるかとも思います。臨床的なケースで、個人の場合はやはり入院とかお薬を使った薬物療法が必要かとも思いますし、臨床ケースで集団の場合は、医師や臨床心理士による集団療法、作業療法といったものがとても効果的かとも思います。しかし、非臨床的なケースにおいて、個人の場合は話を聞いてもらうといった個人的なカウンセリングが有効かとも思いますし、非臨床的なケースにおいて集団を対象にした場合は、心理社会的ケアというものがあっていいのかなと思うところです。従って、私たちは非臨床的なケースで集団を対象にした場合に、心理社会的ケアの適応を考えてはどうかなと思うところです。

心理社会的ワークショップ

さて、心理社会的ワークショップ、ワークショップという概念はいろいろあっていいかと思うのですが、心理社会的ケアという大きな枠組みの中の1つかなと。最近では、心理社会的サービスといってもいいですし、サポートという言葉も結構かとも思います。しかし、今後、このワークショップの中では、ワークショップ、ケア、サポート、さまざまな言葉についての定義をきちんとしておいたほうがいいかなというふうには思いますね。

心理社会的ワークショップの中では、自己表現の場を提供し、それを通じて自分の中に眠っていた、あるいはうずめてしまっていた忌まわしい出来事などを意識化していくプロセスをたどって、最終的には同じような経験をした人たちと分かち合いの場をつくっていく。こういったプロセスが心理社会的ワークショップの根幹を成すものかなと思います。心理社会的ワークショップの基本概念ですが、これはファシリテーターと呼ばれる、ほんとに先生役みたいな人だと思うのですが、それと参加者、裨益者の皆さんとの間にインタラクション、相互作用を生み出すものが、やはりワークショップ、心理社会的ケアの基本

的な概念かなというふうに思います。

ファシリテーターが、まず最初に参加者に入力をするわけですね。例えば、「何さん、こういったことをやってみませんか」という問い掛け、そういったものは入力と考えていただきたい。そうしたときに、参加者のほうで、「えっ、嫌だ」という反応があったら、それは彼らの出力になるわけですね。そうしたら、それを受け止めたファシリテーターが、「そうか、その活動は嫌だと来たか」と評価します。「だったら、みんな、こっちの活動をやってみないかい」と再入力してみるわけですね。そうすると参加者のほうが、「えっ、それだったら面白そう」と言ったとしたら、それが今度は再出力となってくる。こういった、入力し、出力されて、それを評価して、もう1回再入力して、向こうから出力を受けてくる。このインタラクションが心理社会的ワークショップの基本概念、最も大切なものかなというふうに思いますので、こういったインタラクションがないと、心理社会的ワークショップ、心理社会的ケアにはならないかと思います。「どれそれをやってください」「はい、終わりましたね」ではなくて、出てきた出力を評価して、また再入力してみる。それからまた再出力を受け止めるといったインタラクションを大事にしていくことが大切かと思いません。

例えば、描画のセッションにおいてはファシリテーターが入力をします。いきなりですけど、「さあ、皆さん、戦争のイメージっていうものを描いてみませんか」と入力してみるわけですね。いきなりこんなことでうまくはいかないんですけども、例えばの話としてとらえてみてください。そうすると、参加者の子どもたちの1人が戦車の絵を描いたとします。それが彼らの出力になるわけですね。その出力された戦車の絵をわれわれは受け止めます。受け止めて、「さて、なぜ戦車が戦争のイメージなのかな。よし、問い掛けてみよう」と評価をして、次の入力の準備をします。で、このように入力してみます。「ねえねえ、何でさ、戦車が戦争のイメージになったの？」と問い掛けてみる。そうすると、彼らなりに考えて、また出力が出てきます。「あのさ、だって友達の家を破壊したのは戦車だったから、やっぱり戦争のイメージっていったら戦車なんだよね」と、その子が出力してきます。それをまた私たちファシリテーターは受け止めてみます。「そうか。よし、じゃあそのときの様子を詳しく聞いてみようかな。でも、なるべく侵襲のないように、なるべく心に重荷のないように聞いてみようかなと、入力の準備をします。そして入力。「ねえねえ、そのときのことをさ、みんなに話せるかい？」と入力してみるわけですね。そうすると、意外に、「ああ、いいよ。みんなそれを聞いてくれるのか？」と彼が出力してきます。そしてワークショップが成り立っていくわけですね。そういったことがインタラクション、そして心理社会的ワークショップの1つの例題かと。

まあこういったインタラクションはこんなふうによくいかなかったりはするんですけども、例えば、演劇セッションでのやりとりをちょっと想像してみたいと思うのですが、例えば演劇ワークショップでファシリテーターが子どもたちと演劇の練習をしています。来週末に発表だとして。ところが1人小さな声しか出せない子がいたとします。そんな

参加者に対して、ファシリテーターが、「ねえねえ、どうしてさ、そこでセリフを大きく言わなきゃいけないのに、声が小さくなっちゃうのかな」と入力したとします。すると、彼は黙ってしまう。何も答えられません。でも、これが 1 つの出力のパターンだと思うんですよね。何も答えられなかったぞ、というのも 1 つの出力と考えて受け止めます。「あ、そうか。これはこの子の心の中で何かが詰まってて、引っ掛かってて、そこで止まってしまっているみたいだ。何がこの子の中に詰まっているのかな」と、ファシリテーターの心の中で評価をして、次の入力の準備をします。

そして、「ねえねえ、そのセリフしゃべると、つらいことがあるの？」と、例えば入力してみます。そうすると、彼はますます黙ってしまいました。これも彼の出力になるわけですね。「やばいな。まずいこと聞いちゃったかな」って、ファシリテーターが心の中で再評価してみて、これ以上僕が聞くと、この子を追い詰めてしまうかもしれないな」と自分の中で評価しますね。そして、再入力の準備、「よし、じゃあ僕が先生みたいに聞くんじゃないかと、周りの子どもからこの子に入力を期待してみようかな」と、こんな入力をするわけですね。つまり先生として黙るという入力です。

これも 1 つの入力だと思うんです。黙っちゃう。先生が困っちゃうという入力ですね。そうすると今度は周りの子どもが、「あ、おれさ、おれもそのセリフ、つらいつて感じるよときあるんだよね」って、入力が始まったりするわけですね。そうすると、先生の無言が周りの子どもを動かしたことによって、別の入力はその子に入っていくのでうまくいったりする。こういったことがワークショップの中で起こり得ます。そうすると、その黙ってた子が、その子に対しては、「えっ、ほんと？ 君もなの？」と言ったとすると、それは偉大な出力として僕らは受け止めたいと思うわけですね。

こういった、ワークショップの中で、やりとり、インタラクションが起きながら、ファシリテーターは常に評価して再入力を試みていく。こういったことが心理社会的ケアの根幹になるものかなというふうに思います。従いまして、心理社会的ワークショップをまとめてみますと、集団をベースにしながらか、個人の内面を表現してもらつ場所を提供していかうじゃないかという試み、そして、その個人から出てきた表現をみんなで分かち合つて、それをまた個人の内面に回帰していけるよな場所、そしてインターアクションを提供していかうこと。これが心理社会的ケアの基本概念かなと思います。それはすなわち周囲の環境や社会集団とその個人との相互作用、インタラクションをうまく生み出していかう中で、語りと服喪追悼を促していき、心の中に少しでも平安をもたらしてもらおう、そんなものが心理社会的ケアのワークショップかなというふうに思います。

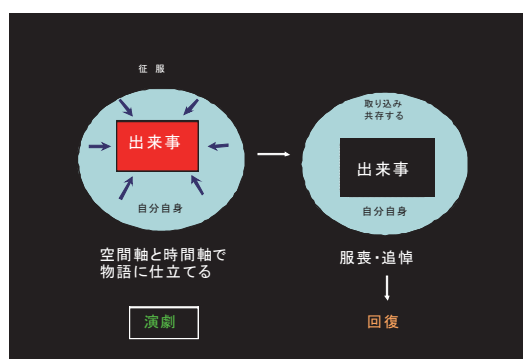
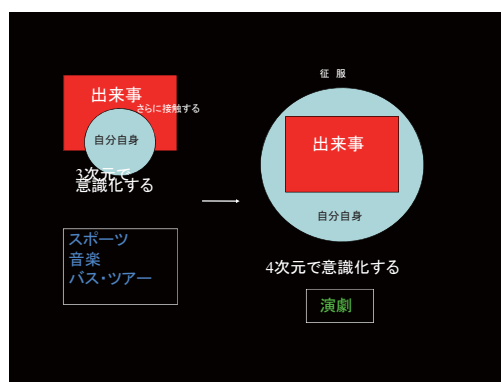
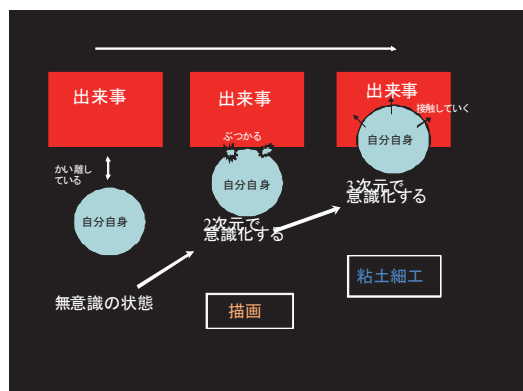
そんな中で、ケアとなる対象の人たちをもう 1 回まとめてみたのですが、やはりワークショップは多人数が相手にできるというメリットがあると思います。しかし、薬物治療とか入院治療といったものは少数でしか対応し切れません。でも、ほとんどの場合がこういった三角形のピラミッド状となっていると思います。私たちがケアとして考えたいのは、そのボトムにあるたくさんの皆さん、ひょつとしたら、このまま放つておくとカウンセリ

ングや薬物療法が必要になってしまうかもしれない皆さんに対して心理社会的ケアをすることで、それより上に上っていかなくてもすむような予防的な意味も含めて、こういった概念が必要かなと思います。

しかし、時には、ワークショップをやっていると、「この子は心の傷が深そうだし、PTSDの症状もずいぶん出ているから、カウンセリングや薬物療法につなげたほうがいいよな」と思うケースもあるかと思えます。従って、ワークショップとカウンセリングと薬物療法、これが1つの固まりとなって、お互いに協力し合えるような状況をつくっておくと、より一層効果があるかなと思うところです。

ワークショップアプローチについて

最後になりますが、もう1回シエーマでサイコソーシャルワークショップの概念をまとめてみました。



赤いところの出来事というのは、そのトラウマになってしまった出来事だと考えてください。例えば地震でいうと、大切な家族を失ったとか、そういったことがつらい出来事としてあります。従って赤で塗ってみたんですけども。それと、自分自身は、放っておかれていますと意外に乖離していて、「もうあのことは思い出さないことにしよう。もう僕はあのことを考えない」ということで、心の中でも、どこか奥底にしまっているという状態が一番最初の状態

と想像していただきたいと思います。つまり無意識の状態ですね。でも、無意識のままではいられないかという、この出来事は先ほど言ったように悪さをしているわけです。悪夢として出てきたり、フラッシュバックとしてよみがえってしまったりとか、さまざま悪さをしてくる、その人の日常生活の中に障害を及ぼしている可能性があると思います。でも、その人はやっぱりその嫌な出来事を思い出したくないから、封印した状態だと思っていた

できればいいと思うんです。

ところが、私たちがサイコソーシャルワークショップをやろうとする場合は、その無意識の状態を意識化していくということを促さなきゃいけないわけですよ。従って、時には、「ああ、僕そういうのつらい」とか、「そういうワークショップ、苦手」と言われてしまう場合も多々あると思うんです。しかし、そこでひるんでしまうと、その人の心の中にあるつらい出来事そのまま残ってしまって、やがて将来じくじくと膿になってしまい、PTSD になってしまうかもしれませんので、私たちはあえて意識化のプロセスをたどってもらうためにワークショップを始めるわけですよ。

すると、やはり彼らは自分自身とその出来事にぶつかり感を感じるわけです。例えば、「戦争の絵を描いてみてね」なんて言うと、「いや、おれ、そういう絵描きたくなくて、ずっと家の中にこもっていたのにな」とか思うわけですね。だけど、そこであえて、「確かにつかいかもしれないけど、できる範囲でいいから、君にとって描ける精いっぱい紛争や戦争の絵を描いてみてくれないかい」ってお願いする。それが、この出来事と自分自身をぶつけるということになります。

だから、僕たちはそういうときには比較的取り組みやすい描画、絵を描くといったところなんかを使います。絵は 2 次元なので、絵心があるかないかにもよりますけど、比較的取り組みやすいということで、2 次元の描画というのを最初の段階として始める場合が結構あります。これは賛否両論あるので、またパネルで話し合っていきたいと思うんですが、少なくとも私たちはそういうふうを考えてきました。絵を描いてもらったりすると、自分の思い出したくない出来事とぶつかるので、その夜は嫌な夢をまた見てしまったりとか、一見調子が悪くなったように見えるときもあります。しかし、あえてそこでやめないで、ワークショップは続けていってほしいなと思うんですね。

次の段階が 3 次元で意識化するという形。例えば、地震で家を失ってしまったという子どもに対して、「じゃあ、君が住んでいたという家を、粘土でもう 1 回つくり直してみたいかい」と、あまりにもろですけど、でも、それを何回目かのときにあえてやってみようじゃないですか。そうすると、最初はつくりにくかったのですが、「そうそう、僕の家はさ、入り口がこんなふうにできてて、ここ、すごく広くて好きだったんだよね」と、語りが始まっていくわけですよ。それは、家を失ってしまったという出来事の中に自分自身がぐわーっと入って行って、接触の面積が広がっていき、「そうそう、僕の家は屋根が赤色だったよな」とか、いろんなことを思い出していく段階になります。それが 3 次元で意識化していくという段階になりますので、私たちはあえて粘土なんかをよく使うんですが、こうやって心の中に閉じ込めておいた嫌な出来事を掘り出して、まず絵にして、それを粘土として 3 次元でつくり直していく。そうすることで、出来事と自分自身の触れ合い面をどんどん増させていくわけですね。

当然、不安定になります。だって、そういう意味では、嫌なことを思い出させるわけですから。だけど、やっぱりそこでひるまないで次の段階にいきたいと思うんですね。それ

はもっともっとさらに接触の面積を広げていって、それを例えば自分 1 人ではなくて、隣と一緒に活動している子も同じように地震で家を失ったんだという思いを共有していってもらいわけです。「えっ、何、おまえのとも家失ったの?」「そうか。こないだの粘土でさ、おまえがつくってた家、おれんちに似てて、すごいおれ、何かうれしかったよ」みたいな接点をどんどん増やしていくわけですね。ですから、そういったときには集団療法としては、スポーツとか音楽とかバスツアーといったものを多様化しながら、子どもたちが自分たちでそういった嫌な出来事を言葉にしたり表現したりする接触面をどんどん増やしていくわけですね。

そして、やがて最終段階というか、かなり上の段階として、私たちは演劇を考えているのですが、演劇は自分で演じる、筋がある、音楽を奏でなきゃいけない、いろんな意味で非常に多元的、4次元というのは時間軸もありますので、始まると終わらなければいけないという時間軸を持っている演劇は4次元世界だなとよく思うのですが、そういった2次元、3次元、4次元にだんだん意識化のプロセスを増やしていく中で、最終的に時間軸を持った演劇というものに取り組みでいきます。そうすると、いよいよ出来事は彼らの中ではっきりと認識しなきゃいけないものになっていくわけですね。

例えば、地震というものをテーマに演劇をつくったとします。最初、揺れの始まり、揺れるところから演劇が始まっていって、家が壊れた場面とか、そのとき自分が柱の下敷きになったのを演じる子も出てくるわけですね。ある子は消防レスキュー隊としてそこに駆け付ける役割を演じたりするわけですね。そういった演劇なんかを通じて、自分が封印していた出来事を心の中でよみがえらせて、さらにそれを演じる人間として表現していく。そこが私たちが目指している最終段階だったりするわけですね。

そうやって、演劇などで地震や紛争といったものを表現していくことになると、最終的につらかった出来事がどんどん形を変えていって、最終的にはこちらの色が薄まって、自分の中の意識の一部になっていく。ちょっと難しい言い方なんですけど、もう悪さをするような出来事じゃなくなっていくレベルにまでなっていくんじゃないかな。昇華していくんじゃないかな。そうなったときに、彼らはもう二度とそのトラウマの出来事にさいなまれることなく、誰かから問われると、「そう。僕んちはね、地震で壊れちゃったんだよ。僕の家はとっても素敵な家で、玄関がこんなふうで、屋根は赤い色だったんだ」と、ずっと語られて、もう地震で家を失ったというトラウマにさいなまれることがなくなっていくと考えています。

心理社会的ケアと青少年活動

従って、幾多のワークショップを重ねながら、彼らとそのつらかった出来事と自分を、出会い、こすり合わせて、面積を増やして、やがてそれを征服して、中で色を薄めていって、自分の中に取り込んでいく、その作業が私たちが考えるサイコソーシャルケア、心理社会的ケアの根幹概念ではないかなというふうに思います。これは僭越ながらノルウェー

のオスロで学ばせてもらったもので、こういった概念を彼らは確立しながら、その都度、適切なワークショップを打って勉強されていらっしやいました。

さて、最後の話題ですが、そんな心理社会的ケアと青少年活動って、どこが違うのかなといったところも、今後もう 1 回明確にしていかなきゃいけないかなと思います。心理社会的ケアと青少年活動は一見似たところもあると思うのですが、やはり大切なのは、まず対象とする事象が、心理社会的ケアは PTSD とか、それほどひどくはないのですが精神病理に近いものかなというふうに思います。しかし、青少年活動は、決してその病的な部分とか病んでいる部分ではなくて、自己発見とか自己改革といったところに焦点が当てられる。だから、ゼロから 5 にするといったところが青少年活動だと思うのですが、心理社会的ケアの場合は、マイナス 2 をゼロないしは 1 にするみたいなイメージで考えていけるんじゃないかなというふうに思うわけです。

従いまして、目標概念として、マイナスからゼロへ持っていきこうとするのが心理社会的ケアの目的なのですが、青少年活動は、今ゼロレベルのものを、もっともっとプラスに転じていきじゃないかといったところに青少年活動があるんじゃないかなというふうに思います。

従いまして、背景分野としては、やはり心理社会的ケアの場合は、医学や心理学、そういったものが重要だと思うし、青少年活動の場合は教育学といったところが基本になるのかなと思います。これは賛否あっていいかと思います。後、またご意見いただければと思うんですが。

そして、対象者の状態なんかは、どっちかといえば亜急性、慢性ではない状況で心理社会的ケアは考えたい。でも、そういう病的という概念で考えると、青少年活動は対象じゃないと思われるので、あまり、この急性、慢性というのはいえないかなというふうに思います。

内容としては、語りと服喪追悼といった回復の 3 段階を意識しながらやっていくものが心理社会的ケアだと思うのですが、青少年活動の場合は自己改革や相互交流といったものに根差しているのかなというふうに思いました。

指導者といいますかファシリテーターは、そういったサイコソーシャルケアプログラムの専門家であるとか臨床心理士だったりしますが、青少年活動はやはり教育の専門家や、あるいはプロジェクトアドベンチャー、PA の専門家といった人たちがとても適しているかなというふうに思います。

評価の方法としては、心理社会的ケアの場合はあくまで臨床的な部分もどこか扱う可能性があるわけですから、そういう意味では General Health Questionnaire のような指標があったほうがいいかな、あるいはケーススタディーのようなものも、しっかり書かれたほうがいいかなというふうに思います。でも、青少年活動というのは、あまりこの心理テストをやってどう評価するかということよりも、参加してどうだったか、楽しかったあるいは逆に落ち込んだといったアンケートや感想文、ケーススタディーなんかがあっという

かなというふうに思いました。

さて、そんな形で今日はまとめさせていただいたのですが、今後このワークショップと申しますか研究会は、評価の指標を考えていきたいなというふうに思うんですが、質問紙があってもいいし、アンケートやケーススタディーをどうするのか、そんなところも今後の課題として、第2回目以降検討していければと思います。というわけで、取りあえず終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

中村 どうもありがとうございました。また詳しい話はパネルディスカッションですとして、今のお話で、これはちょっと聞いておきたいという事実を確認するような、このところをもうちょっと詳しくとか、そういう質問をぜひ受け付けたいと思います。何か質問がある方いらっしゃいませんか。はい、どうぞ。

齋藤 日本赤十字秋田看護大学の齋藤といいます。心理社会的ケアの対象として、先ほど桑山先生は非臨床の集団を対象とするとおっしゃったと思います。一方で、先ほどの青少年活動との比較では、PTSDとか精神病理のところを対象とするとおっしゃったと思うのですが、ここら辺の関係をもうちょっと説明していただけますか？

桑山 そうですね。ちょっとまとまらなくて申し訳ありません。しゃべってて、まずかったかなと自分でも思いながら。ここを煮詰めなければと思っていたので。ほんとに、これは皆さんからもご意見を頂きたいのですが、やっぱりばりばりに症状が出ている方というのは、「まず、病院に行こうね」という形だと思うんです。ただ、何か最近眠れないんだとか、多動気味だとか、多弁気味だとかいう方は、やっぱりサイコソシヤルの対象かなというふうに思うんですね。それをどこで臨床と呼んで、どこで非臨床と呼ぶかって、すごい難しいかと思って。まあぶっちゃけたところ、僕としては何らかの通常ゼロレベルじゃない症状、つまりマイナスになってるところがあれば、もう皆さん対象かと思うので、やっぱり非臨床とはいえないかな。臨床ケースも多々対象かなというふうに思います。すみません、ちょっと言い直したような形で申し訳ないんですけども。

中村 たぶんそのあたりは、1つずつの実際にケースになって、突っ込んでいけばなかなか難しい、クリアにできない部分もあるんだと思います。ほかには何かご質問ありませんでしょうか。またパネルディスカッションのところフロアの方と議論していただくとして、次の「心理社会的ケアに関する参考文献レビュー」について藤森先生にお話しいただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

3) 心理社会的ケアに関する参考文献レビュー

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部、臨床心理士）

皆さん何か資料をお持ちですかね。今、桑山先生が発表してくださったような演劇活動については、実は大阪YWCAが阪神大震災後取り組みをされているので、そのスーパーバイザーをされていた岡田先生という方が原稿を、私が書いた本の、編集した1章なのですが、彼は精神科医です。今は国立精神・神経センターのドクターをやっている方で、当時は東京医科歯科大にいて被害者支援のお手伝いをされていたので、震災が起きたときに、大阪YWCAと小西聖子先生なんかも一緒にYWCAの活動のスーパーバイザーとして被害者支援という形で活動されていました。

演劇活動という中で、どういうふうに子どもたちの心のケアがされるのかなということを感じていたのですが、でも、ここのプロジェクトの第1の目的はカウンセラーの育成なんです。要するに子どもたちのそういうささいな、ここで桑山先生がおっしゃっていたファシリテーターとか、教員であるとか、電話相談の相談員であるとか、警察官であるとか、日常的にコミュニティの中で子どもたちとかかわる人が子どもたちの傷つきとか問題に付き添いながら、1つの演劇をつくっていくまでにどうかかわっていくかということが目的で、演劇そのものは二次的な効果として行われています。

もちろんその演劇自身にもとても意味があるということは、この中で彼が概念化している、159ページには、ここの表の中にある治療的要素という形で、抵抗の乗り越えだとか、コミュニケーション能力の獲得、創造的な発想、カタルシス、アブリアクション、解除反応、ファンタジー、比喩的な示唆、ロールプレイ、愛着の形成、人間関係の強化、陽性の感情、発達課題上の恐れ克服。ここに発達課題ということが出てきていますけれども、ゲームプレイ、他者とゲームができるというところを促進していく。かなり自発的に、ストーリーとかも自分たちで考えたりとか、キャンプをしながらそれを組み立てていくというところですね。

でも、やっぱりここにも専門家、ほぼプロフェSSIONALに近い先生たちや、先ほどの概念でいうと青少年活動に近いのかもしれませんが、教育の現場にいらっしゃる方とか、教育相談とかやっていたら、トラウマに対するスキルアップという形で、カウンセラーがそれを見守っていき、なおかつ、これぞといったときに、すぐスーパーバイザーがいて精神科医に相談できる、または臨床心理士に相談できるという体制の中でYWCAが行ったものが、もうこれが1995年直後に行われていた活動です。たぶん私の感情の中ではこれが一番イメージに近いのかなというふうにして、ご紹介させていただきました。

日本の中では、震災の後、心のケアということがすごくいわれて、いろんな活動がいろんなNGOさん、NPOさんでされていて、もうひっくり返って心のケアという感じになっています。例えば私がお世話をさせていただいたというか引きずり込まれてしまった日本青年会議所というところが、とてもお金が集まってしまったんですね。わっさわっさとお金が集まってしまって、「じゃあ心のケア、どうしましょうか」とか言ったら、「じゃあ、キャン

プをしよう」とか言って、各都道府県の地方の青年会議所が関西の子をとにかく受け入れるキャンプをします。ビョーンと飛ばしちゃうわけですよ。夏休みとかにね。

彼らは40歳でジュニアを卒業、全然ジュニアじゃないおじさんとかがいるのですが、一応40歳までは入っていられるんですが、キャンプをしようというんですね。心のケアをしなければいけない、彼らを何とか励まさなくちゃいけないって、もろに素人発想で、しかも単年度計画で、夏休みにドカンと花火を打ち上げて終わりっていう得意のやつですね。そういう感じで始めたら、まあ実際見てみると、子どもたちが災害後にどういう心境になるかとか、どういう状況になるかということもわかってない。なおかつ普段子どもに接したこともない、自分のところにお子さんがあるけれども、夜飲み歩いて家に帰ってないとかいう人がいっぱいいたりとかして、すごい状況の中で。

子どもたちに対するイメージというのは、非常に元気をなくしていて、傷ついていて、そっと声を掛けてあげようとか、「こんな楽しい思い出をくれてありがとう」とか言ってくれそうな子たちを想像したら、「何やねんな」みたいな関西弁ばりばりの子たちがやってきて、「何や、うちは毎年な、夏はハワイに行ってたのに、今年は北海道や」とか言って、何かものすごいすかさされたりとか、「おっちゃん、ヴィトンのバッグ買ってや。こんなお金があるんだったら、いっぱいあるでしょう」みたいな感じで言われて。

それも実はトラウマティックな反応の一種で、ちょっと高揚した気分だし、全然知らない子たちとグループの中に入れられて行っちゃうんだから、自分たちがちょっと虚勢を張ってないとやられちゃうみたいな感じもあって。まあそういう子どもたちを見て、全然イメージと違うっていうふうに今度は怒りだしちゃう。またそれも災害支援のよくありがちな、イメージに描いた姿と違うんだみたいな形になっていて、あーあと思って。

でも、とにかく、各ブロックだとか県で、小さな市町村でJCがやるっていうんだったら、心理教育をとにかくしておかないと駄目だよって、スタッフの人たちに、先ほど桑山先生が丁寧に教えてくださったように、災害を体験するっていうことはこういうことなんだよ。個々によって被害状況も違うし、中には家族を亡くした人もいるかもしれないし、全然家も崩れてないけど、何か友達が行くから一緒に来ちゃったっていう子もいるだろうし。そういう子たちの中で、どういう身体的反応が出るかっていうことも重要なんだよとか。

だから、そういうことで、「大丈夫か。元気か」っていうんじゃなくて、「ちゃんとバスの中で眠れた？」とか、「朝ご飯どのくらい食べられた？」とか。ずっとハイテンションなわけですから、おしっこ行くのも忘れちゃってる子とかもいて、「おなかが痛い」とか言い出すんですね。女の子だったら、男のスタッフがすごく多いのでトイレに行きたいということが言い出せなかったり。あとは、「生理の用意も、小学生だったらいつ始まるかわからないから、ちゃんと用意しといてね」とか、「ナースなり女性のスタッフも用意しといてね」とかっていうことを教えて行ったグループと、全然そんな事前教育を受けなかったチームで、私もそんなにたくさん回れなかったのが偶然そうだったんですが、そこでアンケートを取ったら、実は心理研修を受けたグループのほうは、子どもたちの訴えが多かったとい

う結果が出たんですね。

それはなぜかという、あなたたちに聞く耳があったのよ、見る目があったんだよということで、何か気が付いて、「何かつらそうだね」って言ったときに、「うん。お母ちゃんもいっしょに連れてきてあげたかった」とか、そういう子がいたりとか、「学校行けるかな」と言って、ちょっと心配になってたりとか。あの青年会議所のメンバーでも教育すれば何とかなるんだなっていうのは、1対3で開きがありました。心理教育を受けたほうが3倍相談をたくさん受けているっていう状況があったんですね。まさに、ほんとに急性期というか、震災後1月に遭って夏にキャンプですから、半年ぐらいたっている中でやっていたキャンプで、これから復興に向けて本当にどうやっていくかという状況が、実は子どもたちにのし掛かっている状況だったのかなというのを思いました。

実際に震災の後、心のケアというふうなことがとてもたくさんいわれたのですが、私たち専門家は、やはりたくさん専門家が被災地に来てくださったみたいなんです、基本的には中井先生という神戸大学の先生が全国の医学部に電話をして、とにかく若い医者なんかを派遣してくれという動きもあったし、関西はとても臨床心理士も多いので、もうみんなが入り代わり立ち代わり行ったりとかしたんですけれども、じゃあ何をやるかっていうと、避難所を回って、子どもたちの遊び相手をしたりとか、あとは追っ払われたりとか、いろいろあるんですね。

ですから、まだまだ被災者、受け手の側にもそういうケアを受けるべき存在であるというアイデンティティーがない。自分たちは被災者、被害者であるから、そういう支援を素直に受け入れていいんだっていうアイデンティティーもないし、提供者側も非常に未成熟で、何か白衣を持ってきて、何かお薬あげますみたいなことになっちゃったりとか、カウンセリングしましょうかみたいになると、「いや、結構結構。私は精神病じゃないんで」っていうような状況になって、「あそこに何か困ってる人いるよ」みたいに、何かたらい回しにされたり、避難所では、「ああ、今日もカウンセラーさん来はるわ。何か話つくつかな」とかって言われるような状況があったりしたんですけれども。

そういう一大ムーブメントがあって、結局、私が奥尻でも阪神でも、最近では日本の中で新潟とかもありましたけれども、学校は日本の中では非常に大きな位置を持っているので、学校の先生をサポートすることによって子どもたちをサポートする。子どもたちの保護者も、そのことによってコミュニティの中に吸い込んでいく。そして、地域精神保健というのは保健師さんが家庭訪問をしたりとか、保健の勉強会をすることによって、その地域の中で埋もれている、まあですから私なんかはゲートキーパーっていうイギリスの概念を持ってきたりとか、ローカルヘルパーみたいな感じで民生委員の方であるとか児童員の方とか、地域にそういうケアのキーパーソンになる人がいるので、そういう人たちに声を掛けておくと、「あの人、ふさぎ込んでるよ」とか、「お仕事ができなくなって朝から酒飲んでるよ」なんて、ものすごい情報を持っていますから、その人たちが吸い上げてくれるっていうところで、緊急時の支援というのは、ほんとにもう今日本の中では1カ月しな

いうちに撤収しちゃうっていう感じで、あとは地域の中でやっていくというレベルまで上がってきているかな。ただ、その後みんなが忘れていく中で、学校の先生や地域の中で本当に PTSD になる人たちっていうのをどうカバーしていくかっていうのは問題として出てくると思います。

しかし、実際、本当の PTSD っていうのはなかなか見つからなくて、いたとしてもなかなか病院までは来てくださらないケースが多いですね。そういうところは地域の中で吸い込まれていくというか慢性化していく場合もあるし、もちろん自然治癒していく場合もたくさんあるんですね。戦争の後、みんな社会的な人生の活動ができないかという、戦争体験後みんなすごく頑張って、これは日本人的なものかもしれないですけども、生き抜いてきた人たちもたくさんいる。もちろん広島や長崎の原爆で傷つき、まだ心の中が癒えていないという人もいっぱいいるんですけども、そういう形でやってきて、やっぱり震災の後、変わってきたなっていう感じはすごくします。今は、その後、犯罪被害者や学校で事件事故があったりとかレイプの被害者だとか、そういう人たちに、基本的には個別ですよ。尼崎の事故みたいな大きな事故もありますが、ああいう方たちに支援をしていこうではないかというふうになっています。

この中で、桑山先生がおっしゃってくださったように、心理社会的ケアとかサポートって、やっぱり看護の領域で、PSW で多少使われていたりとかするんですが、なかなか心理学の世界ではそんなに多くないかなっていうのは、検索してもなかなか出てこないですね。たぶん心理がやると、臨床家の専門家がやると、例えばエリクソンの概念のどこでつまずいて、どこの課題が駄目だからって、もうちょっと個別の話になってしまったり、集団で扱うとすれば、集団で扱ったら個別のケアなりライフヒストリーなりきちんと押さえないと、集団療法みたいにワークショップした後の個別のアセスメントができないなら、揺さぶりはやっぱりちょっと怖いとあって、臨床心理士って結構憶病なので、見知らぬ地に入っていくって、特にホームじゃなくてアウェーに出ていってというのは、なかなかうまくいかないかなっていうのは、今はすごくそれを感じています。

でも、ある種それはプロとしてのアイデンティティーを保つには重要なディフェンスマカニズムなのかなという気もしています。やるだけやって、ぱっといなくなっちゃうっていうのは結構評判が悪いので、やれるところでやる。例えば新潟の臨床心理士さんに、何か自分たちのスキルだったり、お金だったり、支給もするし、講演を頼まれたら、それは一生懸命行くよっていうことをしているのが現状かなというふうに思います。

ここにたくさん文献は集めてみました。最後の7、8ページに、たぶんここで頂いた報告書だったと思うのですが、石井正子先生が編集してくださった報告書の中に、やはり概念がすごくあいまいで、例えば演劇療法なのか、サイコセラピーではなくてワークショップなんだとか、例えばイラク難民に英語を教えるっていうのは、心のケアなのか教育なのか。教育は心理社会的ケアから外れるのかとか、そういうことって、1つ1つはあまり精査されていなくて、現在活動されているのが現状なのかなというふうに思います。

だからそこは私はちょっとわからないので、わからないというのは変な言い方なのですが、狭めるべきなのか、心理社会的ケアという上位概念があって、さっき桑山先生がおっしゃってくださった演劇活動、これがワークショップ形式で割と健康度の高い人たちを扱うのか。だから、高い人を扱うのと、ちょっと臨床群っぽい人たちを扱うのと、分けるのかとか、例えば英語教育をすとか算数を教えるとかってというのは、今度は教育活動としてそれがあるのかとか、あと、人権とかいうので、人権活動みたいなのも心理社会的ケアの中に入れ込むのか。上位概念は心理社会的ケアというものがあって、下位概念としていくつか出てきて、それを統括するものなのかっていうような。

例えば、物を送ったとしても、心のケアじゃないとはいえないですよ。遠くの地域まで、例えば NICCO さんがやっていたのは、本当に四川の山奥で、1回1回訪問して、L をば一んと置くんじゃなくて、その人のサイズに合うようにきちんと、女性の大人が何名、体がこのぐらい大きい人が何名とって、冬用の防寒ジャケットを渡していったとかいうのは、これは物理的支援じゃないよねっていう。どこかそれを超えたきめの細かさがあるよねっていう、現地の方が奥から引っ張ってきて、「持ってるよ」っていうふうに見せてくださったのを見ると、ああ、すごいなっていうふうに思ったんですね。だから、じゃあ、フィジカルなものは違うのかとかっていうふうに分けるのかなど。

でも、これは次回以降の話になるのですが、蚊帳を何枚配ったとか、ジャケットを何枚配ったとかっていうほうがわかりやすいですよ。たぶんお金を出すほうもわかりやすく評価しやすい。見えないものほどわかりにくいということです。わからないが故に、いい影響なのか、悪い影響なのかっていうのもわかんない。

例えばアメリカですごくはやった、災害後の消防士さんたちが、上司の下で、消火活動とか危ないところから戻ってきたディブリーフィングというのをやらされたんですね。それは、どんな感情だったんだ、どんなだったって、いわゆる行く前がブリーフィングですよ。会議で指令を与えられて、帰ってきて、ディブリーフィングっていうのをやらされて、それはすごくいいっていうふうにいっときいわれて、アメリカで大はやりしたんですね。ところが、ディブリーフィングをやったおかげで、その事態に直接さらされて PTSD になる人がいっぱいいるじゃないかっていう話に、無理やり話させられてとかいう話になって、すごいバッシングを受けているんです。

でも、実際に災害現場に行って帰ってきたときに、何も話さずに家に帰るっていうのは、すごいきついですね。じゃあインフォーマルな形で、「大変だったなあ」とか、「ほんとに悔しい、あの人を助けられなくて」っていうふうな場所はやっぱりあったほうがいいんじゃないかっていうのですが、実際には科学的にそんなことは抽出できないんですよ。この人は話すグループ、この人は話さないグループとかっていうのはできなくて、ただ、学術的には当時すごく良かれといわれていたことが、歴史的に振り返ると駄目だっていうふうには否定されることもあるので、そんなに副作用はないであろうと思われていたことが、こちらも良かれと思っていたし、現地の人も良かれと思っていたことが、その後どう評価

されるかというのは時代とともに変わってくるなというのは思いました。

特に、文化が違う、宗教が違う国に行って活動するときには、すごくその意味合いが違ってくるんだなっていうのは、私はイラクの文化もあまりよく知らなかったのですが、例えば女性と男性の差の問題とか、性に対するタブーとかもすごく大きくて、思春期の子でも、男の子が自分の性器に触っちゃいけない。要するにマスターベーションも禁止されていて、初体験が結婚でなければいけないと女の子も男の子も言われていて、「1億円あげると言ったら何がしたい？」って男の子に言うと、普通だったらおいしいものいっぱい食べたいとか、豪華な家に住みたいとか、すごい車が欲しいとか、パソコンが欲しいとか、いろいろ言うんでしょうけど、思春期の子が結婚がしたいって言うらしいんですね。それはセックスしていいということなんですね。女の子もそうだし、そうすると、今の日本の性のモラルとか教育よりはうんと昔の日本の、男女何とかにして席を同じうせずみたいな時代の話ですよ。

それで西洋的なエリクソンたちの発達段階のモデルが、そのままばしっと当てはまるのかっていうと、ちょっと違うかもしれないっていうのも、いろんな国に行けばあるのかなっていうところもあって、それは何かちょっとイラクに行って思った部分もありました。たぶん災害が起きて大被害が起きるところって、そういう未開の地がすごく多かったり、文化差がすごくあったり、すごく特殊な宗教があったりするんで難しいなって思っています。そういうところに急性期に行ったらいいのか、中長期に入ったらいいのか、どのくらい活動したらその効果として表れるのか、それはどうやって地元を引き継がれるのかということもあるなというふうに思っています。

これはまだちょっと文献になってないと思うのですが、私の知人でお茶の水大学の青木紀久代先生という方が、セブ島の貧困層のところに行って保健師さんを指導しています。保健師さんは、お母さんを指導しています。非常に貧困層で、バースコントロールができてなくて、若年でたくさん子どもたちが生まれる。次から次に毎年生まれたり、年に2人生まれたりする。要するに避妊という概念がないので、ぼこぼこ生まれちゃうんで7人、8人、いっぱいいて、しかも若年で、あと、家族がおじいちゃんとかおばあちゃんが、家族が子育てを手伝ってくれる文化というのもなく、どうなるかという、お母さんがうつになっていくんですね。もちろん体の調子も、そんなに毎年産んだらよくない状況で産んでいく。そうするとお母さんが育児に対してやる気もないし、誰にも教えてもらってないし、疲れ切ってしまうので、お母さんが子どもに話し掛けなくなる。

ミルクをやるときに、日本でいうと「ああ、そう、おいしいの」とかっていう声掛けができなくなるっていうのを発見して、そうするとその子どもたちがどうなるかっていうと、発達検査をすると、例えば手で食器を持っていくのが遅れるとか、ボタンがかけられないとか、感情が表せないとか、指さしが遅れるとかっていうのが出てきています。彼女は年に何回か行って、現地の保健師さんに指導して、保健師さんが訪問して、お母さんにこういうふうにすると子どもが反応返ってくるよっていうのを教えると、子どもの反応が返って

くると、お母さんもうれしいんですね。キャッキヤ、キャッキヤ笑う。

お姉ちゃんたちもそういう子育てのノウハウを身に付けていて、お姉ちゃんたちも育てているんだけど、やっぱりお母さんにほめてもらいたいというのがあるので、お母さんにほめてもらうには、こういうふうにしたらしたらいいよっていうふうにして救うと、コミュニケーションがよくなって、子どもの発達がよくなる。なおかつ、それは検査でわかるので、この子が急速に発達段階を取り戻していったというのがわかる。あとはお母さんのうつが減るんです。

そういう活動をされていて、「先生、それは何かに、まだ書いてませんか」と言ったのですが、「まだ、いわゆるこういうフィールドワークって研究ベースじゃないんだよね」と言っていて、「なかなかエビデンスっていうものは出しにくいね」ということをおっしゃっておられて、「そうですよね」ということを2人で話したのですが、「大事なことですな」とって、ほんとに2カ月ぐらい前にお話ししたばかりなんですね。

そういうふうに行っていくと、たぶん皆さんの NGO の中に臨床心理士の人がいるかとか、精神科医をお抱えで持っているかとかっていうと、かなり厳しい状況が NGO さんによってはある。とすれば、じゃあ現地に行ってリードする人たちのスペシャリティーというのは何なんだろうというところで、プログラムを考えていったりとか、もうちょっと専門的なものをするときに、そこにスーパーバイザーなり、もしくはスタッフとして入ってくれる臨床心理士はいないんだろうかというふうなリクルートの問題もすごく出てくるのかな。

活動そのものをポジティブな方向で評価してもらったりとか受け入れてもらうには、それなりの専門性というのが理論武装するときには重要になってきたりするし、活動がパーフェクトではないということを常に客観的に見る視点、こんなによかった、こんなに喜ばれたというんじゃないで、ここはちょっとまずかったなとか、ここは工夫の余地があるな、今後の課題だということを自分でちゃんと精査する力、他者から指摘される前に自己点検できる力を持つということが、NGO さんにこれから求められていくのかな。たぶんその信頼性が高いと、お金を援助してくださる団体というか企業とか、JPF さんなんかもそうかもしれないですけど、出てくるかなという気がします。その見せ方の問題というのは、また、これも大きな問題になるので、それは今後検討されていくテーマとして、今私が感じているところはそういうところですね。

私自身は、専門家として、奥尻から、1993 年からやってきて、基本的に専門的援助というところにこだわり続けました。心理臨床的援助という形でこだわってきたので、いろんなところからオファーが来ても、すごくそれがアドボケーターとして使われる恐れがあって、災害研究の一番の人をうちは取り込んだぞと、だからお金をよこせとか、仮設住宅を撤去するのがよくないとか、政治的にすごく使われるという恐れがあったので、1つの組織に思い切り属して活動するというのは、あえて避けてきました。

怖いなと思ったのは、さっき先生がおっしゃった GHQ なんかも、220 円ぐらいするのですが、たった 28 なので、じゃんじゃん印刷して毎週取る避難所のリーダーがいたんですよ。

こんなに大変なんだとそれを新聞社に流したりとか、行政はこの得点をどうするんだっていうふうに。それはなぜそんなことが起きたかという、GHQ28 というのは一般の人は買えないんです。大学や医療機関や、ちゃんと目的がはっきりしてないと買えないのですが、ある研究者が、ばさっと持って行って、フィールドのリーダーなので、「いいよ、いいよ、これを配って、おれが回収してやるよ」って言って。「これはどう使うの？」っていうふうに聞かれちゃったんで、配布も回収も彼に任せちゃったんですね。そうしたら、ぴろっとコピー取れば、もうそれで1枚220円が浮くわけですから、もう使い放題ですよ。

私はそれを聞いて、すごくまじめで一生懸命なのはわかるけど、それはあなたの仕事じゃないでしょうというふうに注意したのですが、最後までそのボランティアさんに聞き入れてもらえませんでした。それは研究者のほんとにミスだと思うんですね。最初にそれをお願いした。けども、そういうことが、一般の人には、社会的に人間がどう生きるかということのほうが大事なんだから、著作権とか版權とか関係ないっていう人もいます。というのが、すごい勉強になりました。そういう意味でも、きちんとスーパーバイザーなりそういうことに詳しい人がいるっていうところは、やっぱり大事なのかなというのは、今は感じているところです。

残念ながら、臨床心理士の専門性というところで言うと、桑山先生がさっき言ってくださったファシリテーターをやれる人は、私の力不足ですが、修士を出て、たとえその年臨床心理を取った人間でも、ちょっと無理です。しかも、異国人にはもっと無理です。というのを感じました。以上です。ちょっと長くなりましたけれども。

4) パネルディスカッション

中村 どうもありがとうございました。藤森先生には今までのご自分の体験も含めてお話ししていただきました。

次にパネルディスカッションに入っていきたいと思います。今日のテーマは、心理社会的ケアとは何かを概念的にまとめていきたいとと思います。このパネルディスカッションには藤森さんと桑山さん以外に2名の方に加わっていただきます。では自己紹介をお願いします。齋藤さん。

齋藤 日本赤十字秋田看護大学の齋藤です。僕は臨床心理学が専門です。

佐々木 国境なき子どもたちの佐々木と申します。ヨルダンでイラク避難民の支援をしていた際に、心理社会的ケアとして、ピア・エデュケーター・プログラムというプログラムを実施しておりました。よろしくお願いいたします。

中村 よろしくお願います。では、この形でパネルディスカッションを始めたいと思います。この藤森さんに配っていただいた中にも、「心理社会的サポートを考える」と言葉のことを書いていらっしゃるんですが、ある程度用語に関しては、別にここで定義とまでいかなくていいけど、共通理解はした上で議論を進めたいと思います。用語のことについて、齋藤さん、よろしくお願います。

齋藤 これは藤森先生がまとめてくださったんですか。

藤森 はい、そうです。

齋藤 この資料の2枚目の右側の「心理社会的サポートを考える」というのは、この1月に僕も参加させていただいたイラク難民への心理社会的ケア、ヨルダンにおけるイラク難民支援学際調査の報告書ですね。

藤森 はい、そうです。

齋藤 僕が、報告書に書いたところをまとめていただいています。ヨルダンでも感じましたし、それからこの共生ワークショップに参加していても感じているのですが、ここでは「心理社会的ケア」という言葉を使っていて、これは僕たちがやっていることと同じことなのか違うことなのかってというようなことを考えていたので、ちょっと言葉とか概念についての整理をする必要があるんじゃないかということを書いたものです。

僕自身は、「心理社会的支援」、英語で言うとサイコソーシャルサポートですね。「サポート」という言葉を使います。これは、外国の最近の文献は、英語の文献はほとんどそうなっていると思います。そういうこともあり、それからサポートという言葉の意味合いとして、サポートされる側が自分で自分のことができるようになるように助けてあげるというような、そういうニュアンスが入っているのだと、これは確か日本看護協会がそういうふうに言っているんだそうですけど。それで、看護の業務には「サポート」と「ヘルプ」があるというようなことを言っているということ、実は患者団体から聞いたのですが。

「ヘルプ」というのは、直接その人ができないことを誰かが代わりにやって助けてあげるということをと言う。一方、「サポート」というのは、その人がそのことをできるように助けてあげるということなのだ、そういうふうに日本看護協会は区別しているらしい。先ほども言ったように、「サポート」は「支援」と訳されますよね。それで、ちなみに日本看護協会の「ヘルプ」は「援助」と訳すそうです。僕はそういう意味も込めて「心理社会的支援」という言葉、あるいは「心理社会的サポート」という言葉を使いたいなと思っています。また今、世界的な流れとして、英語ではサイコソーシャルサポートというのが専門的には定着してきている。だから、この用語を使うべきではないかなと思っています。このワークショップはどうするんでしょうかという問題はありますが。

「心理社会的サポート」というのは、まだ一般にはなじみがない言葉であるとも思います。実は今日ここに来る前に日赤の本社に寄ってきたのですが、HIV/AIDS の英語の文献をパンフレットにするために日本語訳してもらったらしく、「サイコソーシャルサポートを心理社会的サポートって訳してきたんですけど、これは適訳ですかね」という質問が国際部の人からあって、やっぱりまだ浸透してないんだなということを感じました。でも、やっぱりこれは今後浸透させていく必要があるんじゃないかというふうにも思っています。それでよろしいですかね。あと心理社会的とか、何かしゃべったほうがよろしいでしょうか。

中村 もしあれだったら、すいません、どうぞ。

齋藤 1回目から参加させていただいて、桑山先生からサイコソーシャルという言葉は初めて使ったのはE.H. エリクソンだということを教えていただいて、なるほどと思ったんです。ただ、今僕らが自然災害等でやっているサイコソーシャルサポートのサイコソーシャルという言葉は、必ずしもエリクソンを起源としていないと思っています。これは、IASC ガイドラインでも社会的問題、心理的問題と言っているのです、エリクソンの言うサイコソーシャルとはちょっと違う起源を持っていると理解しています。もちろん、エリクソンを起源として、ベクトルがいろんな方向に伸びていってもいいんだろうとは思いますが、私たちのやっているサイコソーシャルサポートは、心理的な問題と社会的な問題に対して支援するんだと僕の中では一応そういうふうになっているので、ちょっとエリクソンとは違う

なという感じを持っています。

中村 ありがとうございます。言葉の定義で、今のような齋藤さんから話がありましたが、このあたりに関してはどうですか。

桑山 もともとノルウェーではサイコソーシャルケアを使っていたのですが、それはもう明らかに医療の一分野として取り組んでいましたので、専門職の人が専門の技術にのっとってやるみたいなイメージがあったので、ケアというのを使って、時にはキュアに近いような意味合いで言っていたんですね。ただ、齋藤先生がおっしゃるとおり、流利的に考えると、決してキュアやケアではないかなというのは、なるほどなと思うんです。WHO も HIV に関してはサイコソーシャルサポートを使っていますよね。

齋藤 サポートです。そうです、そうです。

桑山 ですから、流れとしてサポートに変わっていく時代が来たかなと。ただ、僕の時代はケアだったんで、そういう意味ではとても違和感はあるんですが、そろそろ固めるという意味では、僕はあえてサイコソーシャルサポートで、援助じゃなくて支援でよいかなという感じがします。

もう 1 つ、心理社会に関しては、そこが一番、齋藤先生がおっしゃったところが重要なところだと思うんですよね。ただ、やっぱり僕は、エリクソンはたまたまサイコソーシャルと使っただけだと僕も思うんです。それが彼の流れの中でぴったりあてはまるからそう言っていたんだと思うんですよね。だから、起源うんぬんよりも、僕はやっぱり、心理社会的という場合、心のケアが社会的に行われているみたいな、そこで線を入れていただきたいなというのは正直言うと思います。心理的ケアと社会的ケアが一緒になったものが心理社会的ケアではなくて、やっぱりあくまでインタラクションを中心としたファシリテーターと対象者のインタラクションの中で生まれてくるものを、そのサポートの総称と呼びたいというところがあるので、あまりここで広げてしまうと、やっぱり青少年活動のある部分もサイコソーシャルだって言われてしまいかねないかなという感じがします。

齋藤 心理という中に、そのインタラクションが入ってくると思います。エリクソンは精神分析学者ですね。彼は、フロイトの「サイコセクシャル」に対して、自分は「サイコソーシャル」だと言わなきゃならなかった。精神分析で言うところの自我機能に、そこにもうちょっと焦点を当てましょうという自我心理学をつくらうとした中で、サイコソーシャルという言葉を使っていこうとしたんだと思うんです。精神分析は心理学なんですね。そうすると、サイコソーシャルは、心理学の一分野ということになってしまう。エリクソンのところに全部落とし込んでいっちゃうと、心理学の一分野のサポートというふうに誤解

される危険性も出てくると思う。あるいは、サイコアナリティックサポートになっちゃう危険性も出てくるかなという気もする。

インタラクションというところで言うと、心理学、心理的サポートの中にインタラクションはもうすでに含まれているというふうに考えていいんじゃないかと思います。いかがでしょうか。

藤森 私たちがよく現場で緊急支援のときなんかには、先生方や保護者の方に情報提供するのをサイコエデュケーションというんですね。心理教育。でも、実際はサイコソーシャルなんです。コミュニティーのかかわりとか、他者に対して2次被害を与えないようにとか、そういう面では個々の心理の問題もあるけれども、ただ言葉として長いので心理教育というふうに言っているのですが。たぶん論文なんかを書くときにはサイコソーシャルエデュケーションというので、すごくいいとは思いますが。そういう意味で、今結構私たちの領域で使われている心理教育というのは、サイコソーシャルを含んだような感じで心理教育というような言い方をしているのかなという気がします。特に、地域とかコミュニティーが襲われてしまうようなコミュニティー心理学みたいなどころでは、そういう概念はすごく重要ですよね。

桑山 やっぱり僕が恐れるのは、この論議になってしまうと、結局、いわゆる NGO の皆さんが、じゃあやっぱりそういった専門職じゃないと駄目なのかってなられてしまうのが、やっぱり怖いです。そういう意味では皆さんのほうから意見をここで頂ければ。

中村 そうですね。ただ、ちょっと今の話を聞きながら、今日の進め方を、できたら言葉の定義のところを終えた後、次に薬物療法からカウンセリングからワークショップというレベルの話と、その次に青少年活動とか絵画とかってという分野の話。その次に活動の対象の話。特に海外で活動するときに、その対象となる人に私たちが直接対峙できるのか、先ほど言ったファシリテーターを育てていくのか、そういう活動の対象との距離の話と、3つぐらいに分けて議論をしていきたい。その中で NGO の人の話を聞いていきたい。まあ NGO の方から定義論をやってもいいですけど、定義論よりは、むしろそっちのほうでいろんな話を聞いていきたいと思いますが、そんなことでよろしいでしょうか。

桑山 はい、結構です。

5) 質疑応答

中村 どちらかというところ、定義に関しては、今一応勉強会の定義は心理社会的ケアというのでずっと来ていまして、たぶんこれは終わりまで突っ走るだろうと思います。いろんなところで心のケアとかいって、もうプロジェクトが始まっていたり、心理社会的ケアという名のプロジェクトが入っていたりします。今のここで言う心理社会的ケアというのは、そういう狭い部分じゃなくて、英語で言うとサイコソーシャルサポート、日本語で言うと心理社会的支援というような、ちょっと広い文脈の中でのことをテーマにする。その辺でよろしいでしょうか。そういう中で、今齋藤さんからサポートというのはヘルプじゃなくてというお話もあって、そういうことを念頭に置きながら考えていくということによろしいでしょうか。

その次に入りたいのは、桑山さんからも話がありましたが、災害の後、いろんな心の傷だったり、トラウマだったり、あるいは大変な災害や、難民だったり、いろんな厳しい状況に遭った方には、実際に現場に行かれた方はわかると思いますが、中にはもう絶対に薬物療法が必要で、入院が必要だっている方もいらっしゃる。これも厳然たる事実です。スペシャリストのカウンセリングが必要な人もいます。でも、そうじゃないけれども、やっぱり何らかのサポートが必要な人もいます。こんな感じで、先ほどピラミッドの図を出されていたと思います。だいたいそんな感じで考えていっていいんだろうかというあたりに関して、何かご意見はありませんか。

齋藤 前回、榎島先生が日赤のサイコソーシャルサポートについてお話をされたときも、似たような三角形を出されました。三角形全体が被災者ということで出していたと思うのですが、あの三角形の上には PTSD があり、真ん中辺には強いストレス反応を示す人々がいて、一番面積の大きい下のほうには正常なストレス反応を示す人っていうようになっています。PTSD の人に対しては、精神科医とかあるいは臨床心理士という専門にトレーニングされた専門家がかかわらなければならない。で、強いストレスを感じている人たちには、日赤が心理社会的支援のトレーニングをした「こころのケア指導者」という人たちがいるわけですが、そういう人たちが中心にかかわる。それから、一番下のところは防災ボランティアとかそういうような人たちを「こころのケア指導者」がトレーニングして、それは普段からトレーニングしておくのですが、トレーニングしてかかわるというように、すべて専門家がかかわる必要はないというのが赤十字の動きだというようなことを説明してくださいました。そう考えれば、NGO の人たちがかかわれる部分というのはかなりあるのではないかと思います。

中村 このあたりに関して、特に NGO のほうから、佐々木さんからどうですか。

佐々木 どういう活動が、その心理社会的サポート、ケアに含まれるのかということで、

この藤森先生が用意してくださった資料の中にも、こちらに英文があつて、その隣に齋藤先生のお名前前で資料が付いているんですけども、ここの IASC というところが出しているガイドラインでは、すみません、私は何も用意してないんですけども、同じようにまたこういう三角形のピラミッドがあつて、これも上にいくほどより専門的なケアで、上にいくほど裨益者、対象者となる人数も減っていく。一番下がベーシックニーズとか安全とか入っているんですね。2 番目がコミュニティーとかファミリーのサポートで、一番上は本当に専門家のお医者さんのケアが必要な人で、その次が、それに準ずるぐらいの人々が含まれるという、こういう 4 つぐらいの層に分かれたピラミッドがあるんですけども、KnK がヨルダンでやっている活動は、この 2 つ目のコミュニティーとかファミリーサポートのところに当たるのかなというふうに考えて実施をしていたんですね。

このガイドラインの中では、この 2 つ目の層に含まれる活動として、例としていろんな活動が挙げられているんですけども、例えば教育的な活動であるとか、社会のネットワークをうまく使って、分断されたコミュニティーの関係であるとか人間関係を、いろんなユースクラブであるとか、女性の集まりであるとか、そういうこともファミリーとかコミュニティーのサポートに含まれていて、そういうことも広い意味で心理社会的サポートに入るんじゃないかというふうにガイドラインで書いてあるんですけども。という感じで、この 2 つ目のところかなというので、KnK としては活動していたんですけども。すみません、何か答えになってなかった。

中村 ほかに会場のほうからも何かご意見がありましたら。どうぞ。

栗本 今のお話を伺うと、先ほどの桑山先生の青少年活動というのはゼロから上に上げるもので、NGO が紛争地域とかでやるものはマイナスからのもので、ちょっとタイプが違うというお話と、混乱が私の中で生じてしまっているのですが。今のお話だと、青少年活動というのも、やはりコミュニティーサポートの中に含まれるという。

佐々木 含まれるのではないかなと思って。このガイドラインも、たぶんこれがすべてではないと思うので、1 つの心理社会的サポートの考え方として、これも今議論されている最中のものなんですね。なので、これがすべてではないんですけども。

栗本 あえて線引きをする必要があるかどうかというのも、また議論の余地があるかと思うんですけど。

藤森 所属は。

栗本 失礼しました。ピースウィンズ・ジャパンの栗本と申します。そこら辺を桑山先生

はどうお考えですか。

桑山 弱いにせよ強いにせよ、急性のストレス反応や、あるいは若干慢性化したストレス反応、例えば手先が震えるとか、「何かすごくじとーっと汗かくんだ、最近」みたいなケースというのは、やはり僕らのサイコソーシャルケアの対象者だと思うんですね。それってやっぱりマイナスだと思うんですよ。日ごろはそんなことないわけだから。その人をゼロに持っていくためにという概念は、やっぱり揺らいでほしくないなというふうには思うんですから、サイコソーシャルケアはあくまでマイナスをゼロにっていうところで、NGOは取り組んでいっていいんじゃないかなと思うんですよ。ただ、そのコミュニティーデベロップメントになると、やっぱりそれは今あるレベル、それは健康といえるかどうかは別なのですが、そこをやっぱりプラスにっていうふうに感じると、サイコソーシャルケアの出番ではないのかなというふうには思いますけどね。

藤森 急性ストレス障害っていうのは、厳密に言うと、事が起きてから1カ月なんですね。ですから、それを過ぎた活動はもう医学的には急性ストレス反応と違うわけですよ。もう1つは、PTSDだけではなくて、うつがあったりとか、パニック障害があったりとか、いろんな形で、心身症になったりとかっていう形があるので、PTSDだけをものすごくクローズアップするというのもおかしいのかなっていう気はしますけどね。身体的な疾患もたぶんあるだろうし、栄養の問題とかもあるだろうし。

まず、その急性期に現地に入り込んでこんなことができるのかっていうのは、1カ月以内に現地に入り込んでドラマをできるのかっていうのは、結構大変ですよ。ベースをつかって。だと、何かレスパイトケアとか、ご両親に休んでいただくためにお子さんを預かって安全に遊んであげる。そういう急性期の反応や、ちょっとまだ引きずっている子を見つけ出して、お母さんたちにフィードバックしてあげるとかかっていうんだったら可能かもしれないですけど。1カ月で入るっていうのは、現実には、しかも逆にヨルダンなんか何年もいるわけで、もう急性期の反応ではないですよ。

桑山 急性期にこだわらなくていいのかなというふうに思うので、急性期ももちろん対象ではありますが、若干、亜急性期あるいは慢性化しているところも、子どもたちの中にはやっぱりあるだろう。地震が起きてなかったら、こんな感じではないよなという時点で、半年目のときにケアが始まってもいいのかなっていう感じはしますけどね。だから、その三角形のボトムのところは、概念的には急性ストレス反応を有する人っていうふうに言ってもいいとは思いますが、その限りではないだろうと思います。

中村 おそらく2つのことはみんなが一致していると思うんですが、1つはピラミッド。ピラミッド型で考えるとすごくわかりやすいと思うんですね。ピラミッドの上のほうには薬

物療法やカウンセリングや、診断をすれば PTSD や何かいろんな診断がつくような人。治療としては薬物療法とか専門的なカウンセリングが必要で、これをやっていくには経験を積んだ専門家が必要だ。そういう人が、たぶんピラミッドの頂点にいるというのは確かだと思います。

今度はピラミッドの下の方には、こういういろんな災害は起きたけども、ほとんど一見見たところあまり影響を受けていなさそうな、いろんなテストをしても何も出てこない、元気そうにしてる人たちがいるっていうのも、たぶんどこに行ってもいると思うんですね。難民のところに行っても。

ここをどう分けるかはいろいろあるけれども、そういう体験をしたことで、少なからずいろんな精神的にもしんどさを負って、PTSD の診断基準だったら入らないかもしれないけど、やっぱりいろんなストレスを感じて、そしてサポートが必要な人たちがいるという、この感じは、だいたいこんな感じでしょうか。

佐々木 はい。

中村 その中で、今度問題になるのは、一番ピラミッドの上の方の人は専門的な人がするので、これは心理社会的サポートの対象ではないというか、広く言えばそうなのかもしれないが、これは専門家がやるべきことだ。今度は心理社会的サポートをするときに、少し何か心理的にストレスを感じたりしている集団を対象にするのか、一般の集団を対象にするのかということも1つの議論になるんじゃないでしょうか。

藤森 これは日本でもあることなんですけど、要するに「ストレスの高い人手を挙げてください」って言っても、集まらないです。「みんな寄っといで」って言った中で、いろんな人が集まってきた中に、「あ、この人が高いよね」っていうことがこちらの着目点としてあるので、「何かあそこの NGO に行く人たちはみんなやばいらしいよ」みたいになっちゃうと、やっぱりよくないですね。だから、むしろ健康というみんな上着を着て入ってもらって、中でちょっと脱いでいいよとか、ちょっとほころびてるよねとかっていうことがわかって、みんながそこを修繕していくような、または新しい上着を補給するようなイメージのほうが、活動としてはしやすいと思います。健康だって名乗っている人の中に、必ず紛れていますから。

中村 僕は大丈夫という人の中に、実は一番サポートを必要とする人が混じっている。

藤森 うん、そうそう。混じってますね。だから、それはその人たちだけ選ばないほうが安全。

中村 もっと広く、コミュニティー、被災した、あるいは問題になったコミュニティーを全部、ある程度大きく対象にしたほうがいいという、そんな感じですかね。

藤森 そうですね。ふるい分けをするときはテーマで絞れば良いと思うんです。年代とかね、そういうのは。

桑山 まさにこれまでもそうで、やっぱりカテゴリーとしては地震で被害を受けた人とか、そういうカテゴリーで十分だったし、これからもそれでいいと思います。

齋藤 日赤では、僕らは心のトリアージと呼んでいるのですが、要するに先ほど申し上げた三角形の、この人はどこに入る人なのか、ボランティアが自分で接し続けていい人なのか、それとも専門家に紹介したほうがいい人なのかってというような判断は、ある程度教育して、かかわってもらわなければいけないだろうと思っています。それと、個別に対応する人なのか、マスで対応できる人なのかとってというような一応の判断が、ボランティアの人たち、あるいは精神科とか臨床心理が専門でない一般の医療救護班の人たちにも、そのくらいの見分けはある程度つくようなトレーニングをしようというふうには考えています。

中村 わかりました。ありがとうございました。そういう中では、門戸を広く広げた中で、やはりでもどこかで治療とか専門的なものが需要だという人を見極める何かのセンサーというかトリアージというか。トリアージというと何かちょっと大げさっぽくて、おおーっと思うんですが、でも何か簡単な言葉で言えば、少し気になって、「これは先生に診てもらったほうがいいよ」って言ったほうがいいという、そういうのがわかるセンスを持った人が必要なのかもしれません。そんな感じで、一応レベルとしては、先ほど言ったピラミッドで考えていくっていうことで、今度は次のところに移りたいと思います。

次は分野の話です。これは桑山さんからは、絵を描いて、粘土細工で、演劇をしようと、2次元、3次元、4次元、やっぱりうまいことを言うなと思いつつ話を聞いていたんですが。その分野もあるでしょうし、でも、それ以外に、たぶん実際に NGO の方はいろんな活動もなさっていると思います。このあたりの分野に関して、NGO の方からの何か意見とか質問とかありませんか。佐々木さん。

佐々木 分野。

中村 はい。実際に KnK さんがいろんな活動をしていらっしゃるじゃないですか。絵を描くだけではなくて。

佐々木 心理社会的ケアという名の下にやっているプログラムでは、14歳から18歳の青少年を対象にしているんですけども、いろんなディスカッションをしたりであるとか、あと、ロールプレイをしたりであるとか、そういうことを重ねていって、自分たちでイベントの企画とかができるようになるまでサポートをしていって、今度は自分たちがディスカッションしながら1つの企画を立てていって、それを地域の子どもたちに対して実行していくというプログラムを段階的にやっています。

それともう1つ、ビデオワークショップというのもやっていて、それは最初にイラクでのつらい体験とかをみんなで共有し合って、ビデオにする前に絵コンテって、絵を描いて共有していくんですが、絵にして、それを自分たちで演じ合うんですが、イラクから逃げてきたときのお父さんの役は誰とか、ヨルダンに入るときに国境の入管の役は誰というふうにみんなで役割分担をして、それを演じるところをビデオで撮って1つの作品にしていく。それを最後に地域の人たちに上映会として共有して、こういう出来事があるって、自分たちはこういう思いを抱えているというのを広く知ってもらって、またそのフィードバックをもらうというような活動をしています。

なので、分野というところ、KnKの場合はこういう活動をしているんですが、NICCOさんであるとか、ほかの団体さんは、絵を描いたりとか、演劇であるとか、いろんなことをされていると思うんですけども。

中村 ありがとうございます。はい、どうぞ。

板倉 JPF事務局の板倉です。事務局で心理社会的ケアとか、心理社会的サポートとか、関連の事業の申請を受けるのですが、今日の話聞いて、(桑山先生のプレゼン中の)ピラミッドの部分に対するサポートというか、その支援をするのが心理社会的サポートという話だったと思うのです。事務局として、こういうことを聞いてしまうことが悪いと思うのですが、例えば相談員とか、心のケア、そういう心の相談員ができる研修とか、研修事業って何に入るのかなっていうのがあったりして。

JPFでは研修事業も助成をしているので、その分野は実際何に入るんだろう。例えば、中国で心理社会的ケアってNICCOさんがやられたし、SCJ、セーブさんも子どもの心のケア事業ですね。そのADRAさんは、心のケア相談員の育成とか、その相談を育成できるトレーナーを育成する事業とか、そういうのもあったりして。そういうのも全部含めて、JPFでは、これらの活動を報告書にするために「心のケア」と、ひとまとめとして載せてしまいました。今回の心理社会的ケアの話とはちょっと違うかもしれないんですけど、この分野に、研修事業、そういう関連の人を育てるのも入っちゃっていいかなって思いまして教えていただければと思います。

中村 はい。というのがありましたが、どうですか。

桑山 とっても素敵なことだと思いますけどね。はっきり言うと、これは保健医療分野だというふうに僕は主張したいですね。カテゴライズで考えると、例えば農業や教育や保健医療という NGO 的なカテゴライズで考えたら、僕はやっぱり保健医療という意識を持っていきたいなというふうに思っているんです。それは、けがした人に、いわゆる消毒薬を塗ってけがを治すっていう意味では、それは保健とか医療の分野なので。その保健医療には、医療と予防という分野がありますが、サイコソーシャルは予防的な観点があってもいいと思うんですよね。

カテゴライズとしては保健医療の中に入れてもらって、ただ、僕ら精神科なんかは医者の中では医者と思われてないんです。正直言うと。そこがこういうのにも出てるんだと思うんですよね。保健医療といわれたときに、あれって思われてしまうと、やっぱりそれはなるほどなと思う。僕らは医者と思われてないから。だけど、僕らは医者として学んでいるつもりなので、やっぱりこのサイコソーシャルもちゃんと医療の範囲内で考えてほしいし、だからトレーニングもあるんだったら、保健医療分野の中の心理社会的サポートのファシリテーター養成みたいな形でやってもらいたいなというのが正直なところですけどね。臨床心理的にはどうですか。医療であるというのは。

前田 先ほど佐々木さんが紹介してくれた IASC ガイドラインのところに、今おっしゃっていたファシリテーターとか、プレイングトレーナー、そういう活動も入っていると思うんですね。それはちょうどおっしゃっていたコミュニティや、2 番目ぐらいの層のところの活動で、そういうキーパーソンを育てたりとか、そういう人たちを発見して、発掘して、さらにそういう人々の輪を広げていって、中心となる人を育てていくというようなこと、そういうことも非常に重要なサイコソーシャルサポートの活動であるというふうになっていて、それ故、それは医療でもあり、教育でもあり、土木作業の仕事でもあり、さまざまなことを含むんですね。

それはなぜかという、たぶんピラミッドのところで、最初のほうに、ウォーターサプライとか、フードディストリビュートとか、ハウズビルディングとか、そういうのが入っているというか、それが土台なんですね。たぶんそこに方向性があったと思うんですが、まずやるべきことは上じゃなくて下だ。下からどんどんやっていくという、そういうベクトルも確かガイドラインの中に入っていたように思うんです。それは、PTSD の人も水も食糧も必要なんですよ。住むところも必要です。ね。

ですから、みんな必要な支援というのがあって、そういうものの中で、多くの方は自分で回復していくというような感じがあって、そういう中でコミュニティを、またはいろんな人をつなげていたり、または医療的な支援も必要だし、中には精神的な支援が必要な人もいます。そういう構造的なもの、あと、支援の方向性みたいなもの、そういったものを共有するという、支援者がそういうイメージとか概念を共有していくということが、いわばガイドラインの目的だったと思うんです。それを一応まとめて、それをみんな

で共有して行って、さらにそれを検証していくということですね。そういうところにあるのかなと理解しているところです。

藤森 医療ベースに特化しないで、健康、保健活動なんです。ベースは。それはフィジカルな面も含めてですよ。非常に不健康になってはいけないので、保健教育があるし、健康を害した人には治療が必要だったりとか、または心理教育で、そんなに自分で思い詰めないでというのもあるかもしれないっていうふうな面でいえば、またはカウンセラーさん、地域のカウンセラー的な役割の人を育成するのも保健活動の一環としてとらえれば、教育の分野の人も入れるし、心理の人も入れるし、社会福祉の人も入れるし、医療ももちろん入ってくるという、その保健っていうのが一番広くて安全な概念なのかなというふうに思います。だから、今話しているのはメンタルなところを特化しているのですが。

中村 そのあたり、どうですか。

齋藤 僕もそう思います。先ほどのご質問は、相談員を育成するというのは、サイコソーシャルサポートをする相談員の育成ということですよ。

板倉 そうですね。

齋藤 だとすれば、いろんな領域の人が入ってこられる形にしておいたほうがいいのではないかと思います。サイコソーシャルサポートをする相談員の育成というプロジェクトをどうカテゴライズするかということにかんしては、それは僕、ちょっと JPF のカテゴライズがよくわかってないので何とも言えないのですが、僕はサイコソーシャルサポートをすごく広く考えているので、要するにストレスを低減するような活動ができればいいというふうに考えているので、その相談員を養成して、難民でも被害者でも、ストレスを低減できる活動に結び付くのであれば、それもサイコソーシャルサポートっていうふうに分類してもいいと思います。

中村 1つはこの心理社会的サポートを考えたときに、このサポートの活動を実際に行って、より効果的にやっていくというのも重要な活動だけれども、その活動できる人を育てるということも、それと同じぐらい重要な活動なんですよ。特に、この心理社会的サポートに関したら、国際協力の中でも人材養成に特化してやっているグループは少なくありません。

実際の現場の活動は、全部そこの本国の人に任せる。例えばペルーの地震後の実際の活動は原則的にペルー人がやるんだ。私たちの仕事は、そこで診断できて、きちんと治療ができて、小児科医とか精神科医とか、サイコソーシャルサポートあるいはトリートメントができる人を育てるのが私たちの仕事だと言って、そこに特化している NGO も少なくない

と思います。ですから、ジャパン・プラットフォームの中で、心理社会的サポートとして分類するときに、人材養成という部分でカテゴライズすればいいんじゃないかというふうに思いました。それが1点です。

もう1点は、皆さんからヘルスという部分であるという、藤森さんから、ヘルス、それをキーワードにしていくのもすごくよくわかりますし、齋藤さんが言っていた、なるべく広くとらえるんだというのもよくわかります。そこで疑問でいうと、実際の部分でいうと、例えば手工芸を教えますとって実際に難民の人に教えて、そこで一生懸命みんながやって、何か織物の仕方がわかって、でも、これがサイコソーシャルサポートなのかって言われたら、疑問がある。桑山さんの言っている、やっぱり医療の面で考えたいというのも、僕はわからないでもないですね。だから、あんまり広げ過ぎると、すべてのものがサイコソーシャルサポートになってしまう。その部分では、やっぱり何か限度があったほうが良いと思うんです。

齋藤 IASC ガイドラインでも、メンタルヘルスとサイコソーシャルサポートって、2つ出てきますよね。MHPSS っていう略語がよく出てきますが、桑山先生がおっしゃっていることはメンタルヘルスの部分が結構大きいっていう気がするんです。僕はサイコソーシャルサポートをすごく広くとらえ過ぎているのかもしれないと思いつつ、例えば、ハンドクラフト、刺しゅうでも何でも教えるときに、それが何のために行われているのかという目的が大事ですよね。それは、ただ単にその技術を身に付ければ良いということだけで教えているわけではないだろうと思うんです。それが何かストレスの低減につながる、例えば経済的に収益になって、今のストレスから少しでも解放されるというようなことがあれば、僕はすごく広くとらえれば、それもサイコソーシャルサポートだと思うんですよね。

だから、僕が考えているのはストレス低減モデルなので、ストレスが低減されていく活動を支援する、そういう視点が入っていれば、サイコソーシャルサポートと考えてもいいというのが今の僕の考えです。これはたぶん議論があるところですね。

中村 議論があるところですね。そのあたりはどうですか。

桑山 ヘルスっていうのは、今もう医療だけではやっていけないので、保健と医療は一体と思っただきたいので、僕としては、そのカテゴリーとしては保健医療という分野でいてほしいなというところは今も変わらないんですが、メンタルヘルスは、まさにストレスの低減につながるような活動を推し進めていくというのは、とても大切な役割だと、僕は逆に思うのですが、サイコソーシャルケアというのは、もっともっと個々の内面にやっぱり触れてほしいなと。トラウマの出来事を自分の中で昇華して崩していけるような、自分の中で収まりをつけていけるようなモデルであってほしいなというふうには思うんですよね。

ですから、ストレスの低減につながるという広い概念で考えると、やっぱり手工芸も大きなストレスの低減につながっていくので有効だと思うんです。ただ、サイコソーシャルケアは、あくまで僕はやっぱりケアなんですけれども、やっぱりもう少し一歩踏み込んで、対象者がある出来事に直面したという、藤森先生が言うように事象で分けるべきだと思っているので、被災者とか被害者とかって意味で。そういうカテゴリーで考えれば、絶対に何かが個々の中にあるに違いない。それはトラウマの出来事なのですが、それが自分の中でちゃんと言語化できるようになって、トラウマの出来事にもうさいなまれないぞというところまで持っていけるのがサイコソーシャルであってほしいなと。

だから、メンタルヘルスはすごい大きな概念で、もっともっとラフに取り組めるかなと思うのですが、サイコソーシャルは、あえてワークショップを基本としてやってほしいなというところはあるんですけどね。

中村 桑山さんは、それはサイコソーシャルケアに関してはそういうふうな思いがあって、これもまたたぶん議論はいろいろあると思うんですけど。さっきからみんなが議論するのは、もうちょっと広い意味でのサイコソーシャルサポートです。それでもやはり、インターアクションは必要だと。

桑山 インターアクションは必要かと思いますね。

中村 必要だと思う。そのあたり、どうですか。はい、どうぞ。

藤森 例えば編み物をしたりとか、何か工芸をつくったりっていう、そういうセラピーも芸術療法とかいわれる中にもあるのですが、実際に湾岸戦争とかで女性兵士たちがアメリカに帰国したときには、治療の中にパッチワークが組み込まれているんですね。じゃあ、ただパッチワークをつくれれば治るのかっていう話をすると、それは人生を紡ぎ直すっていうことの、もう 1 回自分が再現に取り組んでいたりと、パッチワークをしながら集中することによって侵入症状からの回避ができたりとか、あとは少しおしゃべりをする事で、お茶を飲みながらパッチワーク、で、最後に大きなものになっていくわけですよ。ちゃんとした治療プログラムとして成立しているんですよ。どうしてこれが治療プログラムとして成立するかっていうのは、専門家が付いてるからだと。

中村 そうなんですよ。

藤森 町の工場で陶芸やってても、それは違うんだと思うんですね。生活の糧としての、何か経済的なものにはなると思うんですが、やっぱりそこがたぶんいろんなことの種類は演劇から歌から楽器からスポーツからでもいいんですが、そこに何か意味付けができる。

本人が言語化をする。例えば桑山先生が言うように、自分の気持ちを、過去の歴史と今の自分と整理できる言語化をする意識化していくお手伝いができる安全で安心な人がそばに付いている、スペシャリストがやっぱり必要なんだろうなっていうのは思います。

齋藤 そうすると、ここでもう 1 つサイコソーシャルサポートとサイコセラピーとをどう区別していくかという問題が出てくると思います。僕は、今藤森先生がおっしゃってくださったことはサイコセラピーだと思うんです。それはサイコセラピーとして成立すると思うんですね。ただ、サイコセラピーとサイコソーシャルサポートは違うというか、サイコソーシャルサポートのほうがサイコセラピーよりももっと広い概念としてとらえられるので、先生の言っているのはすごくよくわかりますが、サイコセラピーとサイコソーシャルサポートの区別ということも必要になってくるんじゃないかなと思います。

藤森 さっき言ったように、スクリーニング、先生もごったに混ざっているところを見分ける力っていう意味では、大勢の人、健康な人もそうじゃない人も集まったときに、何かの作業をしていて、またはそれを現地スタッフとか日本人スタッフが見ている中で、「あ、この人ちょっと大変かも」って、すくい上げて上に送り込む仕事ができるっていう意味で、一番下のサイコソーシャルサポートの事業展開が重要で、でも、そこは本当は結構難しいですよ。スクリーニングするって。

齋藤 そうです、そうです。

藤森 だから、私なんか外国人の、イラク人の統合失調症見分けろとかいっても、顔がわかんない、何がプレコックス・ゲフェールなのかわかんないと思うんですけど（笑）。だから、本当はすごく、下だから素人がいいっていう話ではなくて、下だからこそちゃんとしたプロフェッショナルな、ある程度のスキルが、現地の方でもいいですけど、いないと、いろんな人が混じってるよねという中で、安全に事業を展開していくには、どういう担保が必要なんだろうっていうのは思います。

中村 かなり大事なことを今話しているんですが、何か NGO の方からご意見ありませんか。

前田 すみません、NGO じゃないんですけど。

中村 どうぞ。

前田 室蘭工業大学の前田ですが、やっぱり被災者というものがどういうものかということ、例えば国際赤十字なんかのサイコソーシャルサポートの基本概念というのは、齋藤

先生がおっしゃったように、ストレスとエンパワーメントとコミュニティという、そういうのがキー概念になっていて、ですから、セラピーまたは治療というようなことも射程に置きながら、基本的にはそういう被害を受けた方たちの力を回復するお手伝いをしたりとか、何かそういうことがベースにあって、それが個人だけではなくて、破壊された、失われた地域社会のさまざまなリソースというものを回復する。そして、それを回復することを、そこにいる人たちがまた、より促進していくようなことのお手伝いをしていく。つまりサポートをしていくというような、そういうモデルというか、そういうことなんじゃないかな。

その中には、もちろん治療が必要になったり、急性の緊急な手当が必要な場合もあるし、持続的にケアを提供していくということも中には必要な場合もある。でも、そこをどうスクリーニングするかというのは、確かに単純ではないですよ。単純ではないのですが、しかしどこかでやっぱりスクリーニングしていくのか、されていくのかわからないですが、浮き上がってしまう人が出てきたりとか、そういうことが起きてくる。そのときには、そういう対応を何らかの形でしていくというようなことなのかなと思いますね。そういう点では、予見的にスクリーニングという形では、なかなか難しいんじゃないかなと思うのですが。

藤森 かえってドロップアウトしていく人のほうが怖かったりとか。活動を楽しんでいると行って続けてくれる人のほうが、より健康的であって、面白くないとか、仲間とうまくいかないとか、やっぱりこんなところ来るんじゃないかなかったとかっていう。

前田 来なくなるとかですね。

藤森 そうです。そういう人たちのほうが実は心配だったりしますね。

中村 桑山さんから何かありますか。

桑山 大事なところだとは思いますが、僕が流れて危惧するのは、やっぱり専門性がある人じゃないと、このサイコソーシャルはできないんだって思われてしまうことに対する一番の恐怖があるので。逆行するように聞こえるかもしれませんが、僕はサイコソーシャルケアやあるいはサポートは、いろんな人がかかわってほしい唯一と言ってもいい分野じゃないかなと思うんですね。メンタルヘルスとか、心のケアに関しては。

そういう意味で発展させてほしいなと思って、この研究会に参加していきたいと思うし、実は小難しいことじゃなくて、誰でも、ある程度のコツと1本のひねりがあれば、できるようになるに違いないというシェアリングをしたいと思っているんです。この研究会の中では、板倉さんがおっしゃるような、例えば1回2回やってみて、なるほどファシリテーター

ションってそういうものかと思ったら、「じゃあ私、現場に出てみます」っていうのもありっていうふうに、僕は願いたいんですね。

だから、その論議を育てていきたいと思うが故に、土台がしっかりしないといけないのですが、今の話だけ聞いていると、じゃあサイコセラピーとサイコソーシャルケアの違いって言われても、それは僕でもわからないし、ベン図のように A と B が絡まっているところがあって、ベン図が A、B、C、D ぐらいあるんですね、今の場合は。それがどこで絡まっているかは、実際現場に行ってみると、それどころじゃないってところが NGO のみんなにはあるんじゃないかなと思うんです。だから、僕としてはちょっと危険な感じがしないでもない気がします。

中村 どの辺が危険なのか、もうちょっと。

桑山 それは文言にあまりにもこだわり過ぎていないかということです。例えば、僕が JEN でやったときって編み物教室だったんですよ。でも、まさに編み物をみんな黙々とやるのですが、さっき藤森先生がおっしゃったとおり、ファシリテーターがゆっくり回りながら一言掛けるんですよ。そのひねった一言掛けで、あるおばあちゃんが語り始めて、そうすると向い側のおばあちゃんが涙を突然流し始めて、何でって聞いたら、あなたのその言葉を待ってたって言い出すんですよ。そういうインタラクションが始まるから、ただの編み物教室だったものがサイコソーシャルケアになっていく現場を見ていると、やっぱりそのファシリテーションはコツなんだと思うんですね。だけど、それは臨床心理士じゃなくても、精神科医じゃなくても、学べるはずのコツだと思うんです。

だから、アフガニスタンで亡くなった伊藤和也さんが、農業支援で入りましたが、彼がじゃあ一体なんぼの農業専門家だったかって論議は誰もしないですよ。誰もしないでいいんです、あれは。伊藤さんはある程度の農業知識はあった。だけど、現場で学んでたと思うんです。アフガンの農業を学んでた。足りないところはアジア学院に行って、短期で学んでた。それでいいと思うんですよ、このサイコソーシャルケアも。わかんなくなったら、あの専門家に聞けばいいや、わかんなくなったら、今度あるセミナー受ければいいんだって思ってサイコソーシャルケアをやってほしいっていうふうに思うんですね。感情的に言っちゃって申し訳ないんですけど。だから、この流れを突き付けてしまうと、「ああ、じゃあうちは駄目です」って、ならないかなって危惧が、もうすでに、すみません、あるのでつらいです。聞いてると。

藤森 桑山先生がおっしゃっていることは、すごく素晴らしいことなんです。確かにみんなに高いハードルを設けて、もう跳べない、見ただけで、この跳び箱は跳べませんっていうことを突き付けられているように思うんですが、でも一方で、ものすごく責任のある仕事であるということも、私たちは思っていないくちやいけなくて、桑山先生がおっしゃった、

ちょっとひとひねりできる人って、ものすごく能力のある人なんです。実は。それはその辺の臨床家よりも全然力のある人だし、そこで起きてるインタラクションがちゃんと理解できるし、それは別に資格じゃないと思いますよ。資格持ってたって、あんぽんたんはあんぽんたんだし、そんなのは、だけど、そんなにセンスのある人がごろごろいるわけではないんです。国内だって。だから、そこは希望として、たまたま先生が巡り合った人は、すごくそういう人に恵まれていると思うのですが、「じゃあ私行きます」って言って、行って、「ちょっとひとひねりしてみます」って言って、ひねったところが、何が起きたかわからなくて、周りの人を傷つけちゃったというようなことになるのであれば、そのひとひねりってというのは、すごく難しいですよ。

桑山 ですね。

中村 そうです。

桑山 賛成ですね。だから、板倉さんがおっしゃったような、じゃあセミナーやりましょうよっていう流れになっていくといいと思うんですよ。今までそんなのなかったんだから、じゃあそのひねりって何？ みたいなこととか、実践をやってみようみたいなワークショップが日本国内であって、それでやっぱり何回か参加してると、自分って結構センスあるかもみたいに思えたり、「おまえ、なかなかいい突っ込みだったよ」って人から言われると自信が出たりしますよね。だけど、まさに藤森先生が言ったとおり、その先にも資格じゃないんです。これは資格じゃない。だから、何かを得たら現場に出ていいですというのは、あくまでもこれからもなくていいと思うのですが、その学びの場みたいなものがないと、もう各団体、手詰まりになりかけているなというのは正直なところですよ。

中村 だいぶ話が煮詰まってきました。藤森さんの話を聞きながらの個人的な感想なんですけど、阪神淡路大震災の後で、僕らはずっと神戸の方々と連続的に支援活動をしてたんですね。当時僕は東京にいたんですけど。私たちがやったのが、神戸にいる人を支援することでした。当時の神戸の多くの小児科医は、「中村から初めて PTSD っていうことを聞いた」とか、文献欲しいと言うから僕らが文献をコピーして、当時は東京と神戸の間は全部宅急便フリーでしたから、山のようにコピーしたのを全部神戸大学に送っていました。

多くの人たちが、私たちは震災を受けるまでは、災害後のケアをするなんていうことは、これっぽっちも学んだことはなかったし、考えたこともなかった。そういうのを自分が体験してから、でも、どうしたらいいか全然わかんなかった。もうほんとに何をしたらいいかわかんなかった。そのときに、何か知らんけど変なグループが東京からやってきて、ちょっと教えてもらって、今はもう 1 年たったら、ほんとに素晴らしいプロフェッショナルになっている。

そういう人たちが、やっぱり僕は必要なんだと思うんですね。桑山さんが言うように、別にもともとあった専門家である必要はない。でも、やっぱり何か研修を受けたり、何かちょっと勉強して、少しそこでわかってからかかわらないと、わからないまま、誰でも行けるといってかかわったら、僕はすごく怖い話なんだと思っているんです。

だから、みんなが入れるようにっていうのもわかりますが、だからといって、あまりレベルを下げ過ぎるのも問題です。要するに、刺しゅうをやるんだったら、「刺しゅうをやったらいいんです。刺しゅうのやり方だけちょっとわかってる人が付いていけば、そこで何か時々気の利いたことを言えば、これは心のケアになるんです」と言って行ったのでは、やっぱり危ないと僕は思うんですね。

桑山 そうですね。

中村 刺しゅうをするのも心のケアだと僕は思うし、スポーツで、サッカーするのも心のケアだと思うんです。でも、それを心のケアだと言うためには、やはりそれを言うだけのプログラムを考える人がもうちょっと勉強して、何に気を付けなきゃいけないのか、何をしたいのかよりも、むしろ何をしてはいけないのかということをしちんと知っておく。専門家になればなるほど、きっとやることの怖さをたぶんわかっていくと思うんです。その部分の謙虚さをも兼ね備えた人が現地に行って大胆に活動してもらえるとうれしいなと、そんな気がしました。

桑山 おっしゃるとおりですね。成功すると思いますね。ですから、この勉強会がそういった学びの場を提供しようじゃないかということと、誰かが誰かを教えるという日もあっていいのですが、でも実際にやった人同士が話し合いを持ちながら、そこはこういう突っ込みのほうがよくいったんじゃないかとかっていうフランクな語り合いができたりすることで、わが国独自でもいいし、NGO 独自でもいいから、何か発展性があっていい。そこに例えば専門家という人がちょっと横のほうにいて、「でも、やっぱり筋としてはこうじゃないですか」というコメントがあったりすれば、より一層深まると思うんですね。

中村 そうですね。

桑山 そういった場所を早くつくらんと大変かなという。

中村 そろそろもう最後のまとめに入りたいと思います。今の桑山さんのお話を聞きながら、むしろ NGO の方に問い掛けたいとかお願いしたいのは、今困っていらっしやること、あるいは自分たちの活動なんかを、むしろどこかで NGO の方が集まって、今までの発表会じゃなくて、もうちょっとフランクな形で、失敗談も含めて、特にできなかつ

たこと、できたことを発表し合うのはどうでしょうか。たぶん NGO の方は発表会でいっばいやっていらっしゃるでしょうから、できなかったこと、あるいはしたかったことをもうちょっと話し合うような、ワークショップや会合をするんだったら、私たちの研究班がいろんな形でサポートできます。むしろこれは僕らが企画するよりも NGO の方が企画していただいたのに、私たちが乗っかっていければと思っています。ぜひ、そういう企画をしていただけたらうれしいかなと思います。

今日の「心理社会的ケア」第 3 回のワークショップは、このくらいで一応お開きにさせていただきますと思います。次回は、これは特にジャパン・プラットフォームの事務局を筆頭に各 NGO の方からも要望のありました評価するというところに焦点をあてます。もう一度何のための評価なのか、誰のための評価なのか、評価するには限界があるのか、そんなことを次回に話をできればと思います。

桑山 どうですか。NGO サイドのほうから、例えば評価としては、何か事前に情報をもらっていたほうが、短い時間なので煮詰めるにも手間がかかりますので、何か提言をもらってから、今日閉じて、次回に臨めればと思うのですが。NGO サイドから見て、評価についてここが問題だと思うし、ここが大変なんやというところを、ちょっと出してもらえないですかね。

伊藤 アムルトジャパンの伊藤と申します。その評価の件ですけれども、前回もたぶん話にあったと思うんですが、やはり数値で表せない。特に精神的とか心的なケアの場合、例えば 1 人の人がいたとして、その人が毎日同じ状態かというのが難しいわけです。そうすると、どうしても普通の、学校を 100 校建てます、何しましたっていうような、こちらからの数値の評価を出すというのは非常に難しい分野だと思うんです。なので、そのあたりを、例えば私たちが何かに沿ってある程度やったことに対して、例えばある人がどういうふうによくなったかを評価するような、何か基準じゃないですけども、何かそういうアイデアがあったほうが評価しやすいのかなというふうに思ったのですが、今、何も無い状態ですよね。というところが、たぶん前回もそんなお話が、シンポジウムであったと思うのですが、そのあたりを話し合えたらいいんじゃないでしょうか。

中村 また、そのあたりは、ジャパン・プラットフォームの事務局のほうでも、NGO の人に問いかけてもらって、まとめてもらってということでもよろしいですか。じゃあそういうことで、今日はどうも長い間ありがとうございました。講師の先生、どうもありがとうございました。

文部科学省「世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業」
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
－被災社会との共生を実現する復興・開発をめざして－

第4回共生ワークショップ「心理社会的ケア」研究会
「心理社会的ケアの評価」

日時：2010年7月23日（金）

場所：ジャパン・プラットフォーム

主催：大阪大学大学院人間科学研究科 共生人道支援研究班

後援：ジャパン・プラットフォーム

内容：

- 1) 国際協力におけるプロジェクト評価
中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）
- 2) 心理社会的ケアの評価基準の提案
桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）
齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士）
- 3) 指定発言
藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）
飛林良平（外務省民間援助連携室）
今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン）
椎名規之（ジャパン・プラットフォーム）
- 4) 質疑応答

参加者：

石井正子（大阪大学）、今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン）、
板倉純子（ジャパンプラットフォーム）、木山啓子（JEN）、桑山紀彦（東北
国際クリニック院長）、齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学）、椎名規之
（ジャパン・プラットフォーム）、千田悦子（UNCR）、飛林良平（外務省）、
中村安秀（大阪大学）、林（JEN）、半田将史（元JEN）、前田 潤（室蘭
工業大学）、藤森和美（武蔵野大学）

1) 国際協力におけるプロジェクト評価

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

お待たせしました。今日は共生ワークショップ「心理社会的ケア」第4回ということで、心理社会的ケアの評価ということで行いたいと思います。このワークショップも第4回に入って、いよいよ佳境に入ってきたという感じがします。今日も桑山さん、齋藤さんに話してもらって、そのあといろんなコメンテーターの方からコメントをいただきながらフリーディスカッション、みんなで活発に議論していきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

まず最初に私が今回「国際協力におけるプロジェクト評価」という題で話します。こういう話をしようと思ったのは、第3回の際に、いろんな心理社会的ケアとは何かということ議論しました。そのときに評価というのがいろいろな大きな問題になって、評価をどのようにするか、何のためにするか、いろいろな議論があったと思います。その際に私が感じたのは、広くはこの心理社会的ケアも国際協力の一環として行っているのだから、国際協力としての評価をみんなでレビューして、基本的な合意をしておいたほうがいいのではないかと。そんな思いから、初めにイントロダクションとして「国際協力におけるプロジェクト評価」をさせていただいて、そのあと桑山さん齋藤さんから評価基準という本題、本丸の話に入っていきたいと思います。

開発プロジェクトの評価

最初ですが、ご存じの方にとっては見慣れた表だと思えますが、プロジェクトの立案から終了まで、基本的なプロジェクトサイクルはこのようなになっています。

まずプロジェクトを発掘して、プロジェクトの計画立案プランニングがあります。実際にプロジェクトを実施するわけです。この実施するなかでモニタリングが行われて、実施も修正されることがあります。プロジェクトが終わったときは、プロジェクトの終了時評価があります。プロジェクトが終了したあと、また新しいプロジェクトを作って、プロジェクトの計画立案に入って、そしてまたプロジェクトが始まる。こうしてぐるぐる回るからプロジェクトサイクルと言われてます。

このときに、私たちが考えなければいけないのは、こういうプロジェクトサイクルができた背景としては、ある国や地域で特定の活動分野、この場合であれば、心理社会的ケアですが、そういうのを行えば大きな効果が得られるのではないかと考えているから、こういうサイクルの中で評価が話題になってきていると思います。

プロジェクトサイクルの評価に関して、世界中でいろいろな評価方法が立案されました。一番有名なのは、ロジカル・フレームワーク（ログフレーム）と言われてます。米国国際開発庁（USAID）が1960年代ぐらいに開発したものです。これを参考にして、ドイツのGTZ（ドイツ技術協力会社）が開発したのが目的指向型プロジェクト立案手法（ZOPP）です。世界的にはZOPPがよく使われていると思います。日本では、評価というのはほと

んどかえりみられないまま、プロジェクトがずっと行われていました。

やはりこれではまずいというので、プロジェクト・デザイン・マトリックス (Project Design Matrix : PDM) を開発したのが FASID (国際開発高等教育機構) です。プロジェクト目標、成果、活動、投入というプロジェクトの内容と指標、そしてその指標の入手手段、外部条件や前提条件などが1枚の表にまとめられたプロジェクト・デザイン・マトリックスを使って評価をするというのが、今日本で行われている基本的な評価方法です。JICA でも多くのプロジェクトは、この PDM に沿って行われています。

これとは全然違う立場で、今度はプロジェクトの立案や評価に住民参加の必要性を認識した動きが世界であります。この動きに関しては、いろいろな方が言っているわけですが、RRA (Rural Rapid Appraisal : 迅速農村調査) あるいは PRA (Participatory Rural Appraisal : 参加型農村調査法) あるいは PLA (Participatory Learning and Action : 参加による学習と行動) など、いろいろなかたちの住民参加を前提とした評価の方法というのが開発されています。こういうのが今のところの評価の大きな全体像と言えるかと思います。

このなかで、特に DAC (経済協力開発機構開発援助委員会) が作っている評価基準の5項目があつて、これが現在でも多くのところで使われている評価方法です。評価基準の Criteria としては、妥当性 (Relevance) 有効性 (Effectiveness) 効率性 (Efficiency) インパクト (Impact) 自立発展性 (Sustainability) に分けて、ここに書かれているような達成具合、成果、そういうのを評価します。

そのなかで特に注目しておきたいのは、インパクトは、予期したものも、予期しなかったものも、そして正の効果も負の効果も含んでインパクトと呼んでいるということです。また、自立発展性としては、便益や成果が協力の終了後も相手方の自立性によって継続維持できるかということに焦点があることを特に強調しておきたいと思います。

プロジェクト評価の構造

プロジェクト評価の構造について少し考えてみたいと思います。これは実は国際開発ジャーナルが出している『プロジェクト評価入門：小規模社会開発プロジェクト評価』がありますが、それを少し改編して私が国際保健医療学に書いたものです。

プロジェクト評価の構造を 5W1H で考えてみる。最初は WHY、何のために、なぜ評価するのかということで、これはプロジェクトの計画や立案の評価だったり、資金提供者への説明責任があるといった、その理由が大事なんです。

続いて誰が評価するのか、WHO です。内部評価、第三者評価、受益者による参加型評価、これによってかなり違ってきます。例えばですが、私は障害を持つ子どもの評価を鳥取でしたことがあります。そのときに、第三者評価をしました。でも、鳥取の障害児の親御さんを僕は直接知らないんで、鳥取の小児科の教授に頼んで、そういう人を紹介してもらったのです。紹介してもらって私たちが評価するときに、第三者評価ですから、教

授から患者さんたちに私が紹介されました。鳥取の先生がよろしくお願ひしますと部屋を出るわけです。それで、彼がいないところで私たちが本音の話を全部聞くわけです。あとで聞いたら、そのとき、私たちがインタビューしている外をその教授が1時間半、うろうろしていたそうです。でもやっぱりそこには絶対顔は出さない。これが第三者評価です。そういう意味では、誰が評価するかというのは結果に大きく影響します。

続いて何を評価するのか、WHAT ですね。これは活動実績評価 (Performance) を評価するのか、あるいは活動実施状況や運営体制などプロセスを評価するのか。先ほどいったような DAC 評価5項目、そういうふうにして決まったもので評価するのか、指標を使って評価するのか、何を評価するのかというのは大きいです。

いつ評価するのか、WHEN です。事前評価、活動が動いている前に評価するのか、中間で評価するのか、終了時で評価するのか、あるいはプロジェクトが終わってから何年後かに評価するのか。この前、私たちがやっているニーズ研究でアチェでやったプロジェクトでは、アチェの地震津波のあと、3年後に評価に行きました。支援が終わったあと、だいぶたってから評価に行くと、やっぱり違うものが見えてきます。いつというのも大事なポイントです。

そしてどこで評価するのか。プロジェクト実施機関の中でやるのか、関係機関に行くのか、ドナー機関に行くのか、あるいは離れたところで行くのか、その場所も大きな問題になります。続いてどのように評価するのか。インタビューでするのか、質問紙を使うのか、ドキュメント報告をするのか、現場をただ単に観察する、これも重要な評価ではあります。そういうふうにして、プロジェクト評価の構造は、こういうなかで、いったい何のために誰が何をいつどこでどのように評価するのかを明確にしたうえで、評価の方法と実際が決まってくるのではないかと考えています。

国際機関の評価の姿勢

続いて、少し古い話になりますが、数年前、私たちが「保健医療協力プロジェクトの持続可能性に関する学際的研究」というので3年間の研究をしたことがあります。そのときに、国際開発協力機関に行って、いろいろな評価指標のレビューをいたしました。WHO、UNICEF、UNDP などガイドラインはいろいろな機関で作られています。評価目的はけっこう共通項が多い。そして、評価項目に関しては妥当性、効果、自立発展性など DAC 評価5項目に類似したものをみんな使っていました。ところが、評価手法になると、かなりバリエーションが出てくるわけです。WHO はパフォーマンス大好き、そして UNICEF は、プロジェクト評価じゃなくて、プログラム評価。これはご存じだと思いますが、一つのプロジェクトを見るのではなくて、もっと大きな上位にあるプログラムという概念で評価をしていくというのが好きだとか、UNDP は画一的なものがなくてバラバラだと、いろいろ違ってきています。

そして、自立発展性に関しても、WHO は健康状況の改善指標が大好きで、ちょっと言

い過ぎですが数で出すのが大好き。UNDP は住民の開発維持力の向上とか、そういうかたちで見ている。そういう意味では、かなり違ってきています。どこでも共通しているのは、モニタリングと評価は補完的關係であって、参加型の評価手法を非常に重視しているというのが最近の動きです。

特に国際機関の評価の手法に関する私たちの考察、ディスカッションとしては、以下のように3点挙げたいと思います。一つはかなりの部分、いろいろなところが成果重視型 (Results-based approach)、成果を重視するというのが今の国際的な動向です。もう一つは、モニタリングと評価に関して、特に NGO ではモニタリング評価を地域住民 (コミュニティ) の視点による評価として整理していて、地域住民の目から見て、自分たちのプロジェクトをもう一度見直そうというかたちでモニタリングを使っていることのほうが多いような気がしました。

自立発展性 (Sustainability) に関しては、国際機関・二国間機関など公的な機関は、プロジェクト自体の継続の視点が重視される。一方 NGO では、プロジェクトが持続するかどうかではなくて、地域、コミュニティの持続的な底上げを目的とした Sustainability を考えている。同じ Sustainability、自立発展性・持続性と言っても、そのニュアンスが少し違うことに気づかされました。

評価に対する私見

最後です。4つにまとめました。1つは、こうしていろいろ見ていると、最近の特にいけない傾向は、評価のための評価がちょっと多いのではないかと。評価するためにプロジェクトが存在しているのではなく、いい活動をすることに主眼を置きたい。それを測るための評価なんだ。ともすれば、気づかないうちに、評価のための評価をする傾向があるのではないかという気がします。

もう一つは、世界的な動きに関する、先ほども言いました成果重視型、パフォーマンス重視型に関する批判です。医学のほうでも Evidence based medicine というのは、ずいぶん言われましたが、それに対して最近 Narrative based medicine がかなり言われるようになりました。これは評価についても同じで、たぶん、パフォーマンスを中心にした評価から、今後 Narrative がもっと重視されるだろう。特に心理社会的ケアに関しては、Narrative をもっと考えるべきだと思いました。たまたま先月、日本新生児未熟児学会 2010 で大江健三郎さんが特別講演でこんなことをおっしゃっていました。「私が最初に医師の方たちの議論を傍聴したとき、そこでしばしば出てきたのは Evidence based medicine に対比しての Narrative based medicine という言葉でした。私は1人の小説家であり、障害児の父親として、この言葉をやはり重く受け止めました。私には medicine の能力はありませんが、Narrative の課題は小説家にとって、生涯の課題であるからです。私が医学の専門家たちの会で1人の小説家、障害児の父親として、もう生涯と言いたい長さの経験と思考に立ってお話ししたいと願う思いをくみとっていただけますように。」

医学の世界の中でも、今、Narrative というのが非常に大きなキーワードになっています。そういうなかで、いつまでも私たちが国際協力をするときにエビデンスだけに振り回されることのないように、ぜひお願いしたいと思います。

3つ目は共生人道支援のアチェ報告書で地域研究者の山本博之さんからいただいた言葉です。これはこういう学際的な調査をしているなかで、地域研究者の山本さんはアチェの被災現場を何回も歩くなかで、彼は「見えにくいもの」「数えにくいもの」にどう働きかけるかという問題提起をしました。実際に支援現場では、スタッフが「見えにくいもの」「数えにくいもの」に目配りした支援活動を展開している例も少なくない。ところが NGO の本部は、数を出せ、何人できた、何パーセントよくなった、数を言っていく本部と、現場のスタッフのあいだに乖離があることをするどく指摘しました。できれば私たちは、この「見えにくいもの」「数えにくいもの」にどう働きかけるかという地域研究者からの問いかけに、やはり答えるものでありたいと思います。

4番目は最近では量的評価と質的評価を組み合わせた Mixed method がよく社会学なんか、いろいろなところでは使われています。こういうことも考えながら、今日の評価の基準について、議論を深めていければいいなと思います。

桑山 どうも先生ありがとうございました。今の中でご質問等ございますか。

中村 なければフリーディスカッションのところ。

2) 心理社会的ケアの評価基準の提案

桑山紀彦（東北国際クリニック院長）

それでは次のテーマに移ります。心理社会的ケア、サポート、さまざまな呼び名も含めて、まだまだ煮詰まらないところもあるかと思いますが、1回1回の研究会で一つ一つクリアにしていきたいと思っていますので、今日もご協力ください。どう評価するかの具体案を今日出させていただくことになりますが、やはりこれも一つのアイデアですが、いつまでもあっちもいい、こっちもいいと言っていられないところもありますので、今日は本当に突っ込んだ議論をしたうえで、これで行こうよみたいなのが出てくるといいなと思っています。どうぞ忌憚のないご意見をお聞かせください。

今日は私と赤十字の齋藤先生の2人で進めていきます。齋藤先生、今、中村先生も5W1Hというかたちで、非常にわかりやすく説明していただきましたが、先生が持っている3つ、ご説明いただいてもよろしいでしょうか。

齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学） 僕は今回お話しをするにあたって、何のための評価、誰のための評価なのかということはこの3つの人たちのためということで一応考えてみました。

僕のイメージの中では、あまり第三者評価はなかったもので、むしろ自己評価みたいなかたちで誰のためにということを考えたときに、その被益者のためにということが当然第一義的に出てくるだろうと。その人たちに何のために評価するかというと、被災したり被害を受けた人たちが、自分たちのメンタルヘルスの状況を知るために必要だろうということが一つ。それから、NGO 等から受けた心理社会的支援活動が有益であったか、自分たちにとって有益であったかどうかを知ることが、もう一つの何のためにということで、出てくるのかなということを考えてみました。

2番目に、各 NGO のためにということを考えました。自分たちがやったプロジェクトの有効性、有益性を確認する必要があるでしょうから、そのために自己評価することも必要だろうと。それからアカウントビリティということもあると思いますね。お金をもらって活動をするのであれば、その説明責任を果たさなければいけないということはあるでしょうし、今後の予算獲得のためにも必要になってくるということ。3番目に、ドナーのためということですが、これは JPF とか外務省が関係していくことになるのかなと思うのですが、お金が有効に使われたのかどうかということ、ドナーとしては知りたいのは当然だろうと思います。これからプロジェクトや組織にお金を出す必要があるのかどうかということを考える参考資料としても、評価はフィードバックしてほしいということはあるだろうということで僕なりにまとめさせていただきました。

桑山 ありがとうございます。今回の話し合いは、第三者評価に頼るのではなくて、各団体が団体の中で指標を確認したうえで、自分たちのプログラムを評価していくという、当事者評価についての話にしていきたいと思っていますし、視点もそこで固定していききたいなと思っています。やはり、中村先生がおっしゃるように評価のための評価に振り回されないようにという考えがある一方で、しかし、評価はとても大切だよなという視点ももっていききたいなと思っていますので、このような話し合いになっています。

今日は4回目ですが、私どもとしては、提案がありまして、こういったかたちの評価でどうだろうという提案をさせていただきたいと思います。バックグラウンドとして、齋藤先生は臨床心理の専門家で、中村先生はドクターでありますが、国際協力の専門家です。私は精神科のドクターということで、とりあえず日々日常の臨床に携わりながら、こういった心の問題を扱っている者同士で話し合ったうえで提案させていただく評価ということをご理解いただければと思います。

今日は本当に突っ込んだ内容になりますので、お手元に K6 ないしは K10 という新しく聞かれる評価の質問紙かと思いますが、これについて深めていきたいと思っています。

1番目の提案は、そういった質問紙をやってはどうだろうかという提案です。これは必須にしたいなと。これを必ずやりましょうというところが、一つのぶれない評価軸にできればと思います。実際に関しては、中村先生が言うとおりの、いつやるかというのは毎回迷うことですが、事前事後の2回に分けて行い、その人のなかでどのような変化があったか

ということを提案させていただきたいと思います。

2番目はケースレポートを書こうじゃないかというもの。これは全体の被益者の1%を目安にケースレポートしてはどうか。例えば500人の被益者がいたとすると、ケースレポート数が5例というかたちになりますが、もちろんそれは、とてもやってよかったと思う事例もあれば、これはわれわれとしては反省しきりであるといった内容もあっていいと思います。

3番目の独自指標はアンケートなどが含まれますが、各団体NGOなどで独自に作成したものであっていいと思うし、そういったうちの団体としては、このプログラムにはこういう評価も持ってきたいんだよねといったものも、やはりあっていいのではないかと思うので、具体的に言うと例えばアンケートになるかと思うんです。例えばこのワークショップに参加してみて、皆さんどうでしたかといったアンケート結果が得られています、皆さんが参加してよかったのが80%を超えていますみたいな指標でもいいかなと思います。この3つで評価をしていきたい。

ただ、最後の独自指標に関しては、行う団体があってもいいし、うちはそれはやりませんでしたというのもいいのではないかと、これは任意ではどうかと思っています。

今回のK6とK10ですが、齋藤先生、こちらを説明してください。

齋藤 実はこのK6やK10は僕自身が使ったことがないので、ちょっと無責任な話になりますが、Kesslerという人たちが開発した一般人口の中から精神的な問題を抱えた人を見つけるというスクリーニングのための質問紙です。実物はお手元に配っている2枚です。K6とK10、裏表あると思います。K6は表だけを見ると6つの質問項目で構成されています。K10は10の質問項目からできているものです。

スライドの2番のところは、実は岐阜県の精神保健福祉センターが出している「災害時の心のケアのマニュアル」からそのまま持ってきたのですが、K6とK10は、抑うつ性障害とPTSDを含む不安障害をスクリーニングできるということです。岐阜県精神保健福祉センターのマニュアルでもK6を使うということになっていました。K6のカットオフポイントは15点、K10の場合は25点となっています。

桑山 さて、カットオフ値というのが出てきたと思いますが、今日はあまり専門的になりたくないと思う一方で、ある程度の専門用語も出てくる可能性があります。カットオフというのは、ここに書いてありますが、例えば母集団がいて、正常域の人と、それとあと精神的な病気にかかっている手段があった場合に、その2つを分けるちょうど境目の値はいくつかというところをカットオフと言いますので、今回の場合は15点がカットオフとなると、15点以上的人是正常域の人で、それよりも下の人は病的な可能性があるといった指標のラインということで理解していただければと思います。字が見にくくて大変ですよ。すみません。もうちょっと大きめに作ればよかったのですが。

K6 に関して、うちのクリニックで1カ月半ぐらいかけて試行させていただいた結果ですが、今日に間に合わせるために、急ぎ、統計解析の t-検定もしましたが、とりあえずデータ数は 15、15 で集めました。もちろん被験者数が 15 だったので、コントロール群も 15 人、うちのスタッフなんかも集めて試行してみたのですが、K6 はお手元にあるとおり、まったく症状がない方は5点掛ける6問になりますので 30 点になります。いつもという場合は1点掛ける6になって6点になるわけで6点から 30 点までの差があるわけです。コントロール群はここにありますが平均点が 25.7 で、これはうちのクリニックに通っていらっしゃる抑うつ感やドメスティックバイオレンス等で自宅に引きこもっていらっしゃる方、つまり先ほどの、この抑うつ性障害や不安障害の方を対象にご本人の許可を得て、K6 と K10 について答えていただいた結果です。

難しいところはさておきまして、こちらのグラフを見ていただくと、危険率1%で有意差がある、差がちゃんとリテクトできたと申しますか、つまり K6 はそういった抑うつ感や不安障害を持っている方に特に点数が下がる傾向にあると。つまり、平たく言うと、K6 はそういった疾患、そういう症状を抱えている方にはとても有効であったということが言えると思います。

同じように K10 の結果もまとめました。こちらはやはり問題数が多いこともありまして、当然スコアの値も高くなりますが、フルスコアで5点掛ける10点なので50点になりますが、コントロール群、特にそういった精神的な症状を持っていない方は 44.8 で、被験者の方は 26.4 点でした。これも1%の危険率で企画されましたので、この2つにはやはり差が出ていたことが証明されました。

やはり、先ほどカットオフのポイントが K6 の場合は 15 点、K10 の場合は 25 点というかたちだったので、より K6 のほうが 15 点でカットオフ点がよく反映されていて、K10 の場合は僕のクリニックの患者さんの場合は、ちょっとカットオフ点 25 点より上のほうにいて、なんとなく誤差が、ばらつきが出たかなという感じがしないでもありませんでした。

したがって、今日のところの結論は K10 の 10 問よりも 6 問で十分なのではないかと思いました。やはり、質問するにも 6 問で十分結果が得られるのであれば、わざわざプラス 4 問の 10 問にしなくても、十分正確な値として出ているなという結果が出たように思います。したがって、K6 を私たちとしては皆さんに提案したいと思いますが、齋藤先生、この K6 がいい理由について、ご説明ください。

齋藤 いろいろあると思いますが、K6 にちなんで6つのポイントを挙げさせていただきました。

1つ目は著作権がないのですね、これは。なので、現場でいくらコピーして使ってもいいということです。最初は GHQ の話が以前ここでも出ていたと思いますが、GHQ はやっぱり著作権の問題があって、なかなかコピーして使えないという問題があるのですが、

これはまったく著作権がないという、すごく使いやすさがあります。これ1つ持っていてコピーしてもいいわけですので。

2つ目は、この質問紙自体をインターネットでダウンロードできるので、無料です。紙代だけしか掛かりませんので、経費の節約になるだろうということ。3つ目は、いろんな研究では GHQ よりも感度がいい、つまり、心理的問題を抱えている人とそうではない人を識別する感度が、K6 のほうが優れているという研究もあります。そのほかにも、例えば、うつ の尺度との相関やうつ の構造的な面接との相関があるという研究もあります。

4つ目ですが、6つしか質問項目がありませんので、被検者は短時間で回答でき、被検者の負担が少ないということです。被災者に評価のために負担を掛けることはできるだけ避けたほうがいいと思いますので。

5つ目は、採点が非常に楽ですよ、6つしかないのです。それをフィードバックすることも簡単にできます。

6つ目は、たくさんの言語に訳されています。例えばアラビア語やイタリア語、日本語ももちろんありますし、英語、中国語もあります。いろいろな言語に翻訳されていて、その妥当性・信頼性が各国で検証されています。使用頻度が上がれば、他の事業との比較も可能になると思います。

この6つのポイントを挙げて K6 を使うというのでどうだろうかということをご提案させていただきました。

桑山 では1番目のケース、これですね。何かの指標が必要なので、General Health Questionnaire、従来の GHQ というものの提案をあえて下げて、出さないで K6 にしたのは今、齋藤先生にご説明いただいたとおりで、やはり GHQ ですと問題数が 28 だったり 30 だったり、あるいは著作権問題等、さまざま絡んできますので、指標としては非常に簡便なおかつ正確なものが見ついているなと思っています。

続いて2番目の事例報告をどうするかというテーマですが、事例報告については、被検者の1%といったところをご提案させていただきたいのです。これはまた、字が細かくてほとんど老眼になっていると読めないのですが、私ども精神科医はケースレポートを国に出さなければいけない唯一のドクターで、それは国が精神科医の暴走をさせないために、ちゃんとしたレポートを書かなければ、おまへたちには精神保健指定医をやらないよとはめた唯一の科です。

ご存じかもしれませんが、余談になりますが宇都宮事件という精神科の病院の事件がありまして、そこは病気でもない人を病気として閉じこめて、お金をふんだくって病院が儲かるという精神科の暗黒の歴史の一つなのですが、そういった精神医療はなかなか目に見えにくいといったことがあって、厚生労働省でこういった精神保健指定医を資格として付与するといったかたちをとっています。

普通、脳外科の専門医とかは学会認定とかですが、われわれ精神科医だけは国の資格を

有さなければ、取らなければいけないという枠をはめられていて、その国が定めたケースレポートの算出根拠がここにずらっと書いてありますが、これをうまく計算していくと、5年間の経験が必要ですが、5年間に私たち精神科医が新患として見る数がここら辺に750人と出ていますが、そのなかで今のところ、症例別に8レポートを出すというふうに国から求められています。それはだいたい全体の中の1%のレポート数であれば、その全体を反映するという根拠になっているようです。

もちろん、これは担当の方に直接聞いた話ではありませんが、少なくとも私どもがケースレポートとして出す場合は、こういった根拠の中で約1%ということが必要だと先輩からずっと言われてきました。

したがって、1%の根拠はこの精神保健指定医のケースレポート数とドクターが5年間で診る平均の患者数の割合から算出したものなので、なぜ1%なのか、この辺がまた議論される前に、一応これに基づいてケースレポートは被益者数の1%というかたちで定めさせていただきたいと思っています。あとでご意見等ありましたら、またいただきたいところなので、とりあえずこんなかたちで紹介させてください。根拠となったのはこんなところですよ。

ケースレポートのフォーマットは、あまり込んだものを使うと、それだけでまた負担になりますので、1番から6番までありますが、だいたいバイオグラフィーと申しますか、その方のお名前ではなくてイニシャルとか性別、生年月日があるといいかどうか、こういったところは議論が残るかと思いますが、そういったラフなその方のバイオデータを得た上で、サポートの期間をきっちり明記して、例えば何月から何月までのサポートでした、ケアでしたというかたちをしたうえで、あとは字数としては400から800ぐらい、いろいろ試みてみたのですが、1,000字を超えるとかなり負担になるという印象がありましたので、一応実際に自分で書いてみて400から800ぐらいの字数ですと、そんなにストレスなくまとめられるかなと思いましたので、こんなかたちのケースレポートのフォーマットを提案したいと思っています。

最後は独自の指標ですが、これまでも各団体が独自指標を持っていらっしやっただので、あとでご意見をちょうだいしたいと思いますが、アンケートや独自で決めた心理テスト、質問紙等があってもいいかなと。もちろん、それはその団体が責任を負うことになりますので、解析については団体なりの解析結果をきっちりつけていただければと思います。こんな独自の評価を3番目のものとして、全体の評価にできればと思います。

そうはいえども、中村先生からもお話しがありましたが、評価にも限界がある、こういったところの限界設定をしたうえで取り組まなければ、本当に評価だけでストレスになりますので、評価の限界に関してコメントいただいてもよろしいでしょうか。

齋藤 ここで語っている評価とは、心理社会的ケアとか、心理社会的支援というものの効果、その評価をどうするかです。しかし、その心理社会的ケアの効果そのものを測定する

尺度は、僕の知る限りないです。もしやるとすれば、各プロジェクトごとに評価尺度を作らなければいけないということになると思いますが、それはものすごく大変なことです。したがって、ほかの尺度で代用するしかない。これが1つ目。

K6もGHQと同じで、一般の人たちと精神的問題を抱えている人を区別する、区別するというか、問題を抱えているかどうかをスクリーニングするという尺度なので、その尺度を代用してプロジェクトを実施する前はこれぐらいの人が問題を抱えていました、そのあとプロジェクトを実施してこれだけに減りましたということがあれば、それは効果があったと考えるというように代用していくしかない。ただ、あとで議論になると思いますが、こういう効果測定には問題があって、それがプロジェクトの効果なのか、時間がたったからそうなったのかということの鑑別することはできないのですね。そういう問題点、限界もあると思います。

2番目ですが、K6はご覧のように自記式の質問紙です。自分で記入する。そのために、記入者が意識的にデータを歪めてしまう可能性は当然あるわけですね。実施する前に何のためにやるのかということの説明しなければいけないと思いますが、例えばこれやって、自分が精神的な問題を抱えていると思われたくない人は、データを歪めてしまうことは簡単にできるわけです。そういう症状が自分にあったとしても、全然ないと丸をつけることは簡単にできる。だけどこれは、質問紙法自体の弱点なんです。質問紙法で効果測定するときは、どんな質問紙を使っても、こういう弱点は出てきます。MMPIというミネソタ大学で作った550項目もある質問紙だと、この人が嘘をついているかどうかというのを調べる尺度があったりしますが、この6つの尺度では、そういうことはできないのですが、これは一般に質問紙法自体の弱点です。

3番目に、K6のほかに事例ということの評価方法として提案させていただいていますが、事例は質的なデータを出すわけで、これはそれを書く人、報告者の主観がどうしても入ってしまう。でも、さっきの中村先生のお話にあったように、Narrative based medicineということかというと、それもあたりだとは思いますが、エビデンスを主張する人たちからすると、それは客観性がないとか主観的だという批判を受ける。そういうことはありうるだろうということなんです。

4番目ですが、これは必須ではないですが、各NGO独自のアンケートを提案させていただいています。これは各組織が作るのも、同じかたちにはならないと思います。形式も内容も、これを統一することはできないだろうと思いますので、NGO間での比較は難しくなるという問題はどうしても出てくるだろうと思います。

桑山 ありがとうございます。最後に富永3原則というところを齋藤先生からいただきましたので、説明してください。

齋藤 これはお聞きになった方もいるかと思いますが、四川大地震のとき中国に行かれた

方は、たぶん、中国のインターネットで見たことがあると思います。富永先生は兵庫教育大学の臨床心理学の教授です。僕も四川に行きましたが、富永先生たちのチームも四川に入っていました。それで、いろいろなチームに心理社会的な教育を含めて活動をしていましたが、そこでこの3つの点をお話しされていて、これはすごく重要だということで、中国の人たちは富永3原則と呼んで、インターネットでずいぶん流していました。

1つ目は「継続してケアできない心理援助者・グループは被災者への直接関与をしてはいけません」ということ。やるとすれば、「現地の心理士とか教師とかドクターと一緒にかわってください」ということです。

2つ目は「恐怖の感情表現を促すこと（例えば地震の絵を描かせたり、作文を書かせたり、地震のときの体験を尋ねるといったこと）は、安全感のない空間（例えば継続してケアできない人とか、災害直後）では二次被害を与えるので、決してしてはいけません」ということ。

3つ目は今回の評価とかかわってくるとはと思いますが、「トラウマのアンケート（ISRとか、PTSD関連の質問紙）は、アンケートのみを実施することは二次被害を与えます。必ず継続して関与できる人がトラウマと喪失の心理教育を同時に実施してください。また、個別のカウンセリングが実施できる体制で行ってください」といっています。この3つは非常に重要なポイントだと思ったのでご紹介させていただきました。

桑山 ありがとうございます。最後の富永3原則を見ると、やはりNGO団体が果たせる役割は大きいなと思いますし、やはりこれを聞けば聞くほど継続して現地に事務所を置きながら日々活動しているNGOの活動がとても重要かなと思うところですので、よろしくをお願いします。

それでは時間的にはちょうどぐらいですが、今、こちらで提案させていただいた3つの指標を今後、本当に実際にやっていくのかどうなのかといったところを含めて、次に、まずコメンテーターの方から発表いただいて、そのあとフロアをつなぎながら活発な議論につなげていければと思います。

それでは皆さん、質問疑問等をもう少しメモして持っていていただいて、あとでどかんと出していただければと思いますのでよろしくお願いします。

3) 指定発言

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部、臨床心理士）

齋藤先生の K10、K6 の件に関しては、標準化という面ではたしかに K6 が良いと、国内では言われていますし、公衆衛生の意味ではたくさんの人の精神保健的に健康か否かのスクリーニングに使われています。ただし、これを単独で使われることではないので、ほかに、例えばうつ病もちちゃんとしたチェックシートを使っていて、単独でなかなかそれを健康か不健康かっていうのは、簡便すぎるチェックシートだだと思います。

研究のためのスクリーニングであったり、公衆衛生を研究するときの道具です。災害や戦争などによる被害者や被災者への心理的支援を、提供できるかっていうところでは、かなり政策的なことでの研究に使い易い道具です。質問項目が少なく、短時間で済むメリットもあります。ただし、年齢はやはり 12 歳以上ということで、子どもたちに使うことはできません。例えばたくさんの NGO の活動の対象者には子どもが多く、年齢という壁がありますね。子どもたちに向けてじゃあどうするのという話で、一つは大きな問題です。

さらに、NGO 活動のプレ・ポストの実施の問題を考えましょう。もし活動前に、K6 を実施し、非常にハイリスクであったといったときに、じゃあどうするのという課題があります。現地に適切な医療機関が本当にクリニックはあるのか、地域の相談者はいるのか、カウンセラーはいるか、のという話になるでしょう。

先ほど、齋藤先生がおっしゃったように、とりあえずポストでやったとしても、影響因が途中でわからないとか、状態が悪くなる、良くなる、活動の直接影響かどうか、あぶり出しにくくて、もし悪くなったときに、なんていうふうにエクスキューズするのか、私はとても難しい状態を言われていらっしやと思います。

NGO のよっては、精神科医や臨床心理士が現地に行って活動をともにしてくれるところであれば、ある程度、数量的な限定とか、そういうふうにお任せできるのかもしれないです。しかし、一つは言語という壁がかなりあって、海外でこの活動をされる人って、NGO によっては、精神科医や臨床心理士や米国のカウンセラーがいますが、英語だけでは不十分かもしれません。現地のカウンセラーがいない限りは、ほとんど仲介ができないわけですよね。そうすると、じゃあどうするのというところも踏まえていうと、いい部分もたぶんあると思いますけど、かえってハイリスク者というものをあぶり出されちゃうということが心配です。

もう一つ、Narrative なものっていうのは、時間がすごくかかるのと、現象学的に例えば大江先生とか柳田國男先生みたいに、ご自分の体験とともに、それを記述していく力のある方は少ないでしょう。実際はなかなか難しく、自己中心的になりやすいという評価を受けがちなものもそうなんですけど、その自己中心性が被災者ならではものだったりするということもあって、私自身は科学と心と言われているアメリカのエビデンス中心主義と Narrative な流れの中で、NGO の活動がその中でも割れているのは、いったいどうしたらいいのだろうかというのは、ここに来ている精神保健のたぶん専門家ではない方た

ちの意見を、もっと聞きたいです。

お金を出す側のドナーになる方たちは、心理社会的ケアに対して何を期待しているのかということも含めて、「数字で見せてほしいのか」、「もっと活動が地元に着したかたちで、こういうふうに地域にしっかり残っていったんだよ」というかたちのものでいいのか、考えるべきでしょう。テントをいくつ配ったという数だけしか見たくないのか、それはドナー側もなんというか。

私、実は脳死の臓器移植の検証会議委員もしています。基本的に、ドナーとレシピエントの人は、会うことができません。御礼にサンクスレターは定着しましたが、ドナー家族は、誰がどうやってどこで生き残っているかわからない。でも、どこかがちゃんと生きているとわかるサンクスレターで、オッケーというサインが出せるのですね。お金というものが目に見えるものから、見えないものになるときのストーリーを、お金を出す側の方がどういうふうに感じているかというのが、一つ、聞いてみたいと思います。

桑山 ありがとうございます。とても大切な視点をいただけたと思いますね。心のケアをやっていくにあたって、エビデンスを求めていくのか、Narrative に攻めていくのか、説明していくのか、こういったところは非常に論点として大事なところだと思います。またあとで補足ください。

続いて飛林さんから外務省の視点でコメントをお願いします。

飛林良平（外務省 民間援助連携室）

外務省民間援助連携室の飛林です。今回4回目で、前回以外は出席させていただいて、これまでさんざん発言させて頂いているのにいまさらなのですが、外務省を代表して発言する立場にはないので、あくまで外務省で NGO との連携の実務を担当しているものとしての一つの意見として聞いていただければと思います。

あといくつか言い訳させていただくと、僕は残念ながら多くの NGO の皆さんと違って、開発の専門家でもないですし、援助の専門家でもないですし、ましてや心理社会的ケアの専門家でもありません。あくまでも外務省の行政官であって皆さんの税金を何かにつなぐという、あいだに入っている人間という立場からコメントさせていただきます。あともう一つあるのは、外務省で NGO の方々といろいろとお付き合いをさせていただいていますが、個人的に外務省が NGO がこうあるべきというべきではないと思います。どうあるべきなのかは、NGO の人たち自身が考えるべきだと思いますが、もし NGO の方々が広く一般の人からも活動に対する理解を集めて、プロフェッショナルな集団でありたいと思うならば、わかる人だけわかってくれるという活動では限界があるのではないかと。そういったなかの一つ大きな例として、この心理社会的ケアの事業があると思っています。

最初のワークのショップのときに敢えて問題提起させて頂いたのは正直言って、NGO、JPF の心理社会的ケア事業はただ子どもたちと遊んでいるだけではないのかということ

が外務省の中で問題適されました。よく言っても JOCV 青年海外協力隊の青少年活動とどこが違うかということ。あとは時間がたてば放っておいても治ったのではないかということ、これは非常に専門的なことなので、国際協力という面では、あまり重視しすぎる必要はないのかもしれませんが、僕が言いたいのは、もしも NGO が支援をプロフェッショナルの集団であることを目指すのであれば、やっていることに意味があるということを行っているのであれば、それは善意の集団ボランティアと一緒にだと思いますし、それはそれで尊いことだと思いますが、自分たちのやっていることが本当に効果があるということをもう少し、われわれも含めて、一般の人に伝わるようなかたちで伝えていかなければならないと思います。

これまでのワークショップの中で、Do No Harm の原則という言葉が出てきましたが、それはそのとおりだと思います。ただ、やって効果があるかないかわからないのであれば、じゃあ、やらなければいい、そのためにお金を使うのは、われわれはとてやれませんかと言ってしまうのがわれわれの立場なので、そこで支援者にできるだけ負担を少なくしながら、一般の人、専門家でもない人たち、国際協力とか、ひょっとしたらあまり関心の無い人たちにも理解を求めていくように事業を進めていくというのがプロフェッショナルとしての NGO の役割かなと。そこにももしも専門家が必要なのであれば、必ず臨床心理士なりの先生たちを事業に組み込むなどが一つかなと。

テレビショッピングでもそうですし、地下鉄の中刷り広告もそうですけども、一般の人たちは、この黒烏龍茶を飲むと 3～4 週間でこれだけ体重が減りました、数字を見ると、ああ、そうですかと思いやすいという事実がある。あと、テレビショッピングでこれは個人の感想ですと右下に書いてあっても、ケーススタディが書かれていると、ああそうなのかと思う人は多いのではないかなと。一般的に傾向としてあるかと思います。

無理やり結びつけるつもりはないですが、今回提案いただいたもの、そのまま使うのがどうかということはありませんし、K6 のことについては、僕もいくつか聞いてみたことがあります、数字とケースレポートというのは、一般の人にはわかりやすい説明で、それを共生人道研究班のワークショップを通じてで事業に組み入れていく努力をしていただければ、われわれは非常に指標にしやすい。というのは、今の仕組みである以上、われわれは、NGO が説明責任とか言われますけど、どういうことですかと、何かあったとき、国会で大臣に話してもらうための回答を書くというのが具体的なあれなのですが、会計検査院に突っ込まれたときに、答えられるようにしておくというのが一番直接的なのですが、残念ながらそれは今、NGO の中に直接説明をしてもらう仕組みにはなっていないので、NGO の事業に就いては素人のわれわれが説明する必要があります。その素人のわれわれが見ても納得できる方法というのは、やはり必要かと思います。

桑山 ありがとうございます。とても大切な視点を与えていただきました。

藤森 今、追加で GHQ28 までは一部 210 円、12 はフリーです。実はそれは専門家でも買えません。一般の方が、テスト会社に、どんなにいいことをしようと思って注文しても買えないのです。ということは、やっぱりそこに専門性がかかっていないと買えないという仕組みがあるということで、このフリーというのも、そこに入れば誰でも使っていいよという意味では決してないということは、富永 3 原則も含めて、そういった問題も考えていただきたいなと思います。

中村 これが一部 210 円ですか。ここの日本版著者の 1 人である大坊郁夫さんは、阪大の同僚なので、NGO にだけ無料でなんとかならないか、ちょっと言ってみたのですが、やっぱり駄目でした。なかなか厳しいものですね。

桑山 続いてコメントを NGO からセーブ・ザ・チルドレン・ジャパンからいただいてもよろしいでしょうか。お願いします。

今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン）

セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンの今福です。よろしく申し上げます。お話する前に、SCJ が中国で行った心理社会的ケア事業の概要を簡単にご説明させていただきます。

SCJ は四川大地震が起こってから、約半年後に事業を開始しました。事業の目的は、震災に伴い省外に避難しなくてはいけなくなった子どもたちが、集団避難生活を終えて四川省に帰還するという時期にあたり、子どもたちに心理社会的ケアを行うというものでした。主な対象は、省外に避難して四川省に戻ってきた小学生と彼らを取り巻く子どもたち 137 名です。

それに加えて、子どもたちを支える周りの大人たちにもきちんと状況を理解していただく必要があるため、保護者の方、教員の方、政府関係者の方に対して、心理社会的ケアとは何か、子どもたちに今必要なのは何かということについて、子ども権利の視点からワークショップを開催しました。

子どもたちに対しては、心身をリラックスさせる体操やダンス、絵本の読み聞かせ、グループごとに創作した詩を元に絵を描くアクティビティなどを通して、自らを表現し心の中にあるものを解放してもらうワークショップを実施しました。その後、事業のしめくくりとして、被災一周年を記念する日に大型のイベントを開催しました。これは、集団避難した子どもたちと地域の子子どもたちが、ともに震災を振り返り、親交を深め社交性を豊かにすることで心理ケアにつなげるという目的で実施したものです。なお、このプロジェクトは、台湾の心理専門家にアドバイスをいただきながら策定・実施しました。

さて、評価の話に移りますが、この事業では、外部の専門家による M&E、そして、私どもの独自の視点から見る事例研究と満足度調査を実施しました。本事業で行った「事例研究」が、桑山先生からお話があがった「ケースレポート」に当てはまるかどうか、のち

ほどもう少し詳しくお伺いできればと思います。

M&E については、事業前と事業後に質問紙評価を子どもたちに対して行いました。質問は 10 項目ですが、K10 とは異なり、台湾の専門家に独自に作成いただいたものです。回答結果の分析も専門家にしていただき、その結果を含む各種資料を基に、外部専門家に評価を行っていただいたわけです。

本会の冒頭では、「誰のため、何のための評価」というところで、「裨益者のため、受けた心理社会的支援が有益であったかを知るための評価」を一番最初に掲げられていたかと思うのですが、本件は心理的なこと＝プライベートなことであり、評価内容を裨益者にどのようにフィードバックするかは、大きな課題だと思います。本事業では、裨益者にはあえてフィードバックせず、ドナーと SCJ のみで共有し、支援者側の学びとして留めることにしました。

幸いにも本事業の対象には、重度の PTSD 障害を負っていると判定された子どもはいなかったものの、全員軽度から中度にあたるということで、注意が必要とされました。もし重度の子どもがいたとしても、本事業には心理専門家がついていたためカウンセラーへの照会などの対応も可能でしたが、専門家なしで心理社会的ケア事業を行う場合は、重度の子どもを発見した場合にどう対応するのか事前に議論しておく必要があると思います。

さて、ケースレポートの話に戻りますが、私どもの事例研究では、裨益者の方に負担をかけすぎないように、ワークショップ中に、「このワークショップから学びとりたいこと」や「学んだあとにどう思ったか」などの発表をアクティビティとして組み込んで収集することにしました。また、「Happy and Sad Face」という手法を用い、感情表現がきちんとできているかどうかワークショップの中で参加者に確認してもらうという方法もとって、その結果を事例としてまとめました。

これに関連して、今回評価軸の案としてあがっているケースレポートについて質問なのですが、ここでいうケースレポートは、精神医ではない NGO 職員が執筆してしまっているのでしょうか？ いったいどこまで突っ込んだケーススタディを作ったらよいのでしょうか？ そのあたりを、ぜひ詳しくお伺いしたいです。私たちの事業は、個別カウンセリングではなく、あくまでも心理社会的ケアであり、社会的・包括的に支援しているものなので、1 人だけに焦点を置いて、その子にだけ注力してレポートするというものである場合、支援の趣旨に合致しにくいのではないかと感じました。

最後に、M&E を実施する中で、10 項目の質問について、事前と事後で向上した部分と向上されなかった部分が明らかになりました。専門家とも話し合いながら、その理由と考えられる点を「見解」として事務局に報告させていただきましたが、藤森先生もおっしゃっていた通り、本事業以外にも、政府や他機関による様々な施策が進行している中で、裨益者の心の変化の要因が、どこまで私たちの支援によるものであると言い切れるのか、また、定量的な指標に頼って数値のみで判断してよいのか、という点が非常に難しいと感じました。以上です。

桑山 ありがとうございます。これまた、とても具体的な部分が明らかになってきたと思います。それではコメンテーター最後になりますが、JPF 事務局からお願いします。

椎名規之（ジャパン・プラットフォーム）

事務局で事業部長をしている椎名です。よろしく申し上げます。私は心理社会的ケアの専門家ではありませんで、私は JPF に入ってからヨルダンでのイラク人難民の支援を JPF で担当していて、それにかかわった経験も踏まえて、支援させていただいていると思います。

心理社会的ケアの評価ということですが、その前に JPF と心理社会的ケアについてお話しします。

これまで JPF としても心理社会的ケアということで、いろいろ事業を申請していただきまして、JPF としても承認してやっけていただいていることがあります。そのなかで、心理社会的ケアと言われるもの事業はかなりあったのですが、そのなかでよく見てみると、心理社会的ケアなのですが、もっと、先ほど飛林さんからもお話がありましたが、青少年活動に近いのではないかとか、よく調べてみると、心理社会的ケアと言っているけれども、そのベースとなる親と子どもの関係構築のための活動ではないかとか、私どもが勉強させていただくなかで、その活動が本当に心理社会的ケアなのかというところを、もう少し見極めさせていただく必要があるのではないかなということ、私は JPF に入ってから基本的に印象で持っているところです。

今回、心理社会的ケアでの評価ということですが、今、プレゼンを聞かせていただきましたところ、限界のところをいろいろ今日、教えていただいたのは大変勉強になりました。裨益者の方が自分で記入する質問手法自体の弱点というところとか、事例などのデータは主観的になりやすいというところは、JPF として報告書をいただいて確認させていただくなかで、私個人としても、いつも疑問というか、これは大丈夫なんだろうかと不安になる点でして、特に事例のデータ、例えば主観的になりやすいというのは、事業を実施している方から何々のように見えたとか、何々のように観察されたというふうなレポートを出していただくことがあって、たしかに数字的なこととナラティブの報告書とを出していただくと、とても素晴らしいと私は本気で思っていますが、主観的になりやすいときに、どうすればより主観的になりにくい書き方があるのかとか、その限界を踏まえつつ、NGO さんと JPF のあいだで相談して、これからどういうふうにご報告していただくのがよいかを確認していければと思います。私個人の意見になってしまっていて、事務局全体の答えというわけではないのですが、コメントさせていただきました。

桑山 ありがとうございます。ひととおりコメンテーターの方からいただきましたが、フロアのほうから追加、ご意見、補足等がありましたらこの機会にと思っておりますが、いかがですか。

4) 質疑応答

飛林 評価の部分ではないのですが、実は NGO の皆さんがものすごく正直で、逆にいうと、あまりリスクを取ってないという印象を一般論として持っています。評価ではなく申請のところなのですが、こういう住民の参加が期待されると思うみたいな、最後の思うが余計だったり、それはまさに書き方の問題なのですが、たしかにやってみなければわからないのですが、あまり開き直られると困りますが、それだとやってみなければわからないですというものには、今の立場から見ると、お金がつけられませんということになって、申請書の段階ですが、今、椎名さんから言われたので思い出したのですが、書き方の問題もちよっとある。

桑山 私が前回プレゼンさせていただいたなかに、日本において NGO で心理社会的ケアを初めにやったのは JEN であるという話をさせていただきましたが、今日は JEN の事務局長が来ているので、ちょっと木山さんのほうからコメントいただければと思いますが、どうですか。

木山 JEN の木山です。興味深いプレゼンをありがとうございました。私は今日 4 回目なのに、来たのは初めてなので、もしかしたら今日までのあいだに議論されたのかなと思いますが、一つだけずっと気になりながら伺っていたのは、何のための心理社会的ケア、治療なのかということがわかりたいなと思ひまして、精神的状態が、心の状況が、ケアを必要とする状況の人たちは、もちろんケアを必要としているのですが、支援事業の一環として心のケアをする側、それは心のケア自体が目的なのか、それとも、何かのための心のケアなのかということが疑問がありました。

というのは、そうではない、そこが共通の理解がないと、中村先生の何のための評価なのかということもずれてくるだろうと。なぜそう思ったかということ、私たちは自立支援の関係なので、自立支援には心の状況が最低限の精神的エネルギーレベルがあることが自立していくための大前提だろうということで、心のケアもやっているということなので、そういう心のケアのための心のケアなのか、何か別のことのための心のケアなのかというようなところを再確認したいと思ひました。

それからもっと具体的なことでは、心の状態の回復は、行きつ戻りつするのではないかと、現場で見ても思ひまして、どこの時点を淘汰するということが大切なのかというのは肝心で、教えていただきたいと思ひます。

桑山 ありがとうございます。心理社会的ケアはいろんな歴史もあるし、やり方もあるかと思ひますが、まさにおっしゃったとおり、自立に向けての一つの足がかりとして、精神状態が少しでも安定しているように、心のエネルギーが少しでも補充されるようにといっ

た願いで行っているものと、僕は理解していますが、例えばセーブさんなんかどうですか。

今福 中国のケースだけですが、子どもたちが一度外に出てしまったということで、戻ってきたときに社会復帰をスムーズに行えるように、心の面と社会的な面とというところでサポートしていくという、プロジェクトとしての目的があらかじめ明確にしていました。

桑山 ということは、各団体、心のケアの一環としての心理社会的ケアは意味のあることであり、それがわれわれが行う復興事業の中でも、十分位置を占めていることについては、理解していただいてよろしいでしょうか。反論がある方は、そうではないという意見もあっていいかと思います。やる意味のあるものであるという。大丈夫でしょうか、ぶれていませんかね。そこはやっぱりね、これにもちゃんと意味のある事業だということを、今まで議論してきた部分もあるかと思いますが、だから評価になってくるわけですけどね。意味のある事業であるがゆえに、どう評価して、それをどう還元していくかというところですね。

藤森 意味がないとは全然言っていないで、どういう位置づけなのかというところが。

桑山 前に臨床的な、つまり本当に病的になっている人はわれわれ NGO の活動のちょっと範囲の外ではないかと、それは地域にあるクリニックや病院に紹介するようなかたちをとって、われわれが目指すのは、やはり比較的集団であり、マスでだいたい被害を受けて、なるべくしょぼんとしていらっしゃる方に、少しでももう一回頑張ろうという思いを持っていただけたらというかたちでやるのが、われわれ NGO の役割ではないかというところまで来ていたのです。

そういった意味では、よりぼけやすくなるのです、そうすると。病気の方はやっぱり医者が診断して、これは薬が必要だよとなると、いよいよますますわかりやすいですが、そうではないところで。それはやっぱり復興という大前提の復興の一つを支える柱であるというかたちまで理解は来ているところです。中村先生、それはよろしいでしょうか。齋藤先生、ここまでの議論でコメントがありますか。

齋藤 ケースレポートは主観的になりやすい、それをどうすればいいかという質問があったと思います。これは、どうすればいいかというのはなかなか難しく、今思い出したのですが、僕が学生のころ、心理学を客観的に記述する行動主義の心理学の先生たちは、例えば「悲しそうな顔をした」と書いたらいけないと言うわけですね。それは、例えば「まゆげが何度傾いた」とか言わないと、エビデンスがないと言うのですね。でも、そんなことをやっていたら、ケースレポートが書けないですよ。だから、それは常識的に考えてというと、すごく無責任なような気がしますが、やっぱり人間として共感できる、悲しそうだ

とかっていうようなところは、悲しそうな顔をしたでもいいのではないかという気はします。それはしょうがないのではないですかね。それを「まゆげが何度傾いた」とかっていうレポートを書くことを求めても、無理ではないかと。

それと、専門的に心のケアとか、心理社会的支援だとかっていうようなプロジェクトを立ち上げようとしたら、それには精神科医なり臨床心理学なりの専門家が NGO のどこかにかんでいく必要があるのではないかと思います。現地に行くか行かないかという問題はあるかもしれませんが、プロジェクトを立ち上げる段階でアドバイスするとか、あるいは現地からの質問には答えられる体制をとっておくとか、そういうかたちでやっぱり専門家がかかわっていく必要は出てくるのではないかと感じています。

桑山 ご意見はございますか。

質問者 A NGO の組織とあと有志の方たちがネットワーク的につながっているところなのですが、たまたまハイチに学校を建てることを支援するところがありました。そこにアーティストで子どもたちに笑顔を届けようというプロジェクトが立ち上がって、そこで非常に議論になって、今日のお話しに通じる話なのです。NGO という素人の団体では、心のケアというところは決して踏み込める話ではないという考え方ですが、なんとか心のケアとまではいかないけれども、笑顔を届けたいという部分でアーティストの人を絵とか折り紙とか折ったりして、子どもたちに笑顔を届けている経験者の人を送りたい。心のケアをしたいけれどもできないから、その代わりにアーティストを送って、そこでなんとかしようというところの意見と、それに対して、震災と貧困にあえいでいるハイチの人たちにとってみれば、私たちの自己満足なのではないかという、2つの意見に分かれていました。安易に地震の悲惨な思いを絵に託してしまっただけではならないか、継続的にその場にかかわれない無責任な立場では、むしろ控えたほうがいい場合がある。そういったところで、われわれ素人には判断の基準がまるでないところで喧々諤々の議論がここ1カ月2カ月続いていたのですね。何か指針となりますか、皆さんの経験から、だいたい常識的なアドバイスをいただくと、私は持ち帰りまして、みんなに伝えたいと思います。まとまらないですが、実際的なお話だったので。

桑山 ありがとうございます。ただ、NGO は決して素人集団ではなくて、例えばやりたいという気持ちの集まりが行動に出るということは、ほかの団体にはなかなかない良さでもありますし、NGO でなければできないこともあると思うので、そういった意味では、決して素人集団という視点でなくていいのではないかと思いますけどね。

質問者 A 素人というところを逃げ道にしたいくないなというのがあります。素人だから、私たちにはできないというのではなく、かかわる以上の責任はあるのであれば、それに向

けてやっぱり情報収集とか、できるだけよりよい支援の質を高めるというルートはあるのではないか。ただ、小さい団体さんになると、むしろ団体の代表者や関係者の経験に頼る傾向が強くて、そこから逆に議論が進まないというのが実際の感想です。その壁というのがいつも厚くて。

桑山 NGOの中にも継続性とフィードバックの2つがちゃんとあれば、ある程度の期間、継続することと、その都度その都度フィードバックできて、レビューできるようなシステムがあれば、十分活動体としては素人ではないなと思いますが。

中村 今のご質問、ありがとうございます。本当に話を聞いていて、素晴らしいなと思いました。1つは何かをやろうとして、そこで喧々諤々と議論が続いていくことがすごくうれしいなと思いました。そういう議論のプロセスを、大事にしているのがうれしい。そういうなかで初めてそういう疑問を持って今回、来られたのだと思いますが、そういうのをすごくうれしいなと思いました。3つ目は、ちょうど前のときにここで言ったと思いますが、少しまとめて僕らの研究班のスタンス、今後のことも含めて、お話ししたいと思います。

このニーズ研究班という私たちが地域研究と国際協力と共生人道支援ということをテーマに研究班を進めてきて、今年で5年目で最後の年です。東ティモールは紛争後、アチェは地震後、そういうところに行って評価していくなかで、いくつか出てきた問題の中の一つがこの心理社会的ケアでした。

そのなかに、今あったようなお話しも含めて、いろいろなNGOが心理社会的な部分でかかわっているときに、こんな方法で調査したかったら、この方法がありますよ、このときはこんな使ったらどうですかと、そういう具体的なことを報告書にしたいのです。そのときに、ぜひ今、今日お話しされたようなことの回答をきちんとしたかたちで盛り込みたいと思っています。そういう意味では、すごくいい質問で、ありがとうございます。

最後に、個人的な感想で、NGOの今やっぴらっしゃる活動について、ひと言だけ言うと、活動自身が今、どんなことをされているか詳しくは知らないのですが、それがいいとか悪いとか言うつもりはまったくありません。ただ、日本の中でいうと、私たちが心理社会的ケアというか、こういうケアの持つ恐ろしさに気づいたのは阪神淡路大震災のときでした。

そのとき、私もそのときは東京にいて、東京からかけつけていたのです。まさに、富永3原則がしたみたいで、僕は東大の小児科というところにいたのですが、僕らは絶対自分たちでは患者さんには触らないと決めたのです。それは継続してできないから。神戸大学の小児科の先生が前に出て、僕らは完全に黒子役でずっとサポートしました。それはやっぱり、そのときの様子を見てそうだったのです。一方では、月に1回しか来ないのに、直接患者さんにケアして、それを新聞に発表しているチームもありました。

1年2年たったときに、よそからやってきたチームがやった害の話が専門家のあいだでは、共通の話題として、大きな反省になったわけです。そういう意味では、それと同じことを私たちが今度海外の現場でやってはいけないうと私は強く思っています。

だからといって、何も動かないでいろと言っているのでは、全然ないのですよ。動いてほしいけど、やっぱり気をつけて動く必要があるのではないかと、私は神戸の中で教えられた気がしました。

石井 大阪大学の石井です。具体的に実務に参考になる評価の方法3点をご紹介します。ありがとうございます。

私も発言の立場は2つあります。一つは、心理社会的サポートの評価は、説明責任の観点からも大切であるという前提に立っていること。二つ目は、私は2010年1月にヨルダンにおけるイラク難民に対する心理社会的サポート、2010年5月に中国四川大地震後の心理社会的サポートの現場を視察させていただいた経験があることです。

私は、今回のご提案は、全てを必須にするよりは、オプションで実施してもいいのではないかと、という印象を持ちました。とりわけK6に関してはオプションでいいのではないかと思いました。それには次の理由があります。

一つは現場を訪れたときに、調査による二次被害の指摘がありました。多くの支援団体が心理社会的サポートに関する調査をすることが、被災者の負担になることがあります。また、被災者にとっては心理社会的サポートは新しい考え方である場合が多くあります。心理社会的サポートを受けることが自分の疾患を認めることになる、あるいはコミュニティから排除される恐怖につながるため、心理社会的サポートを導入されることに対する心理社会的障壁があります。ですので、実施できるかどうかは、被災者の状況をみながら検討する必要があるかと思われまます。

二つ目は、被災者の心理は環境によって大きく左右されることが報告されています。例えばヨルダンのイラク難民は3年間以上も自国に帰れない状況が続いています。しかし、もし、帰ることができるという希望や安心感があれば、もっと心理的な状態がよくなっている可能性があるかもしれません。

これに対してJPFの3団体が提供した心理社会的サポートの意味は、状況がいつこうによくならない状況でイラク難民を支えたことにあります。つまり、心理的状态が悪化するのを食い止めたという意味があると思うのです。しかし、そういった成果はK6には反映されにくいのではないかという意見を持ちました。

質問があります。K6はスクリーニングのメソッドですよね。今回はIASCのガイドラインに触れられなかったと思いますが、どの団体もIASCのピラミッドに活動を位置づけていると思います。ピラミッドのどの層でプロジェクトを実施するかによって、K6をやる意味は変わってくるのではないのでしょうか。

私はIASCのガイドラインにプロジェクトをきちんと位置づけて実施し、評価するとい

うやり方も認められてもいいのではないかと思います。

桑山 やはり実際に現場に入っていて思うのは、例えば質問紙をして、異様に高い数値が出た場合がまれにあって、その場合にはわれわれもグループセラピーとかではまずいのではないか、心理社会的ケアの対応ではないのではないかなと思って、その地域の病院に紹介することもあるので、そういった意味で逆にわれわれとしては、何かスクリーニングも含めて **K6** とかがあったほうが、なんでこの子、こんなに高いのだろうという視点ができるので、そういった意味では、猫も杓子もみんなでやりましょうよりは、意味があるかなと思います。

あと、ケーススタディに関しては当然活字になるので、あなたのケースに関して報告をさせてもらいたいと思うけれどもというのは、絶対条件かなと思いますが、どうでしょうか、前田先生。

前田 私自身、今の振っていただいたことからちょっと外れるかもしれませんが、今ずっとお話しを伺っていて、最初の中村先生が示してくださったプロジェクトを計画する段階で、たぶん、流れというのでプロジェクトの発掘というところで、たぶん、評価をしているのだと思うのです。つまり、その現場のなかで、いったい何が必要だというふうに思われるかということが、まずあって、それでたぶん、現場のなかでいろいろな活動ができるであろう活動を展開していくと。先ほどの話ですと、いろいろなことを現場では触れながら、たぶん、私は行ったことがないけれども、なかなかハイチの状況がよくなるないと聞いていますし、そういうなかで、自分たちにできることは何かということでのアーティスト、国境なきアーティストですか、少しでも何かを届けるというようなことというのは、たぶん、その現場に行って自分たちの持てるいろいろなオプションというか、そういうもののなかでこういうのはどうかなということですよ。

そうすると、そのあと、なんらかの何かを行ったあと、最初のアセスメントの現状と、何らかのプロジェクトを行ったあとで、どういうふうに変化しているかというのは、たぶん、その都度その都度、評価尺度というか、変わってくるのだろうなど。先ほどの話ですと、お子さんが 137 名、それはある意味ではクローズですよ。ですが、音楽の場合だったらオープンですよ。誰が聞かか、わかりませんもんね。ですから、モニタリングする対象も変わってくるだろうし、評価する方法も変わってくるだろうということがあると思います。

先ほどの IASC ガイドラインの場合、上のピラミッドの上の人は水がいらぬかということ、いるのです。住むところも必要です。ですので、どこをどういうふうに対象として、何を目的とするかというようなときに、先ほどの外務省のあれですと、青少年活動とスポーツを行うのは全然、端から見ると同じなのでということは、でも、目的が違えば、なぜサッカーなのかと、それは青少年のスポーツ振興でサッカー選手をそこで育てるのだとい

うことが目的かどうかわかりませんが、そういう立場と、ここはやっぱりボール一つで遊べる、広場はある、そしてみんな、それに熱中している、すごく好きだと、そういう英雄みたいなものがあるとか、そういう意味ではサッカー熱が高いのだというふうになると、やっぱり野球ではなくてサッカーだということになっていくかもしれない。

そういうアセスメントに基づいて展開して、その目的としては、先ほどの齋藤先生じゃないですが、悲しんで、1人でぼつんとしていた子どもがみんなですら知らずサッカーする時間が、前はサッカーをしている子どもが5人だったのが、45人になりましたとか、それはもしかしたらスポーツ振興につながっているかもしれないけれども、まゆげが45度だったのが60度になりましたとか、わかりませんが、悲しんでいる子どもが、少し笑顔が増えましたとか、そんなことでも評価とする材料になっていくのかなということも思いながらいました。

質問者 B 私はそういう組織とは関係ないのですが、先ほどの話ではないのですが、今の状態を客観的な評価をしたい。

質問紙による評価というのは、どうしても公的な機関の現代社会が作った評価となります。それと並行して、そういうようなものを異なった文化の中にいる人の中で考えた視点というものを生かすような評価もあるのではないかと。

桑山 もともと心理社会的ケアが心のケアであることの特徴もつかまなければいけないわけで、目に見えにくい部分である心をどうケアしていくかというのは、根本から目に見えにくい部分にわれわれは突っ込んでいると思うのです。もともと数値化しにくいものであるがゆえに、だから物語性というか、Narrative な部分での評価が大事だから、ケースレポートなんかは思い切りこんなことがあって、われわれもよかったですみたいなケースレポートでもいいのではないかと思うのです。それが2番目のケースレポートの意味で。

とはいえ、数値化への模索をあきらめてはいけません。数値化だってできるに違いないという模索を日々続けることが、ひいては自分たちの自助性の高まりでもあり、これでいいのか、本当にいいのかと思うようなきっかけになると思います。そういった意味で、やっぱり数値化も必要というところがようやくきて、それに確かにスクリーニング指標ではあるけれども、K6 が民間でもあり使いやすいということで、問題は残っていますが使えないだろうかというところまで来たと思います。

ですから、それをこれから始めて、提案ですが、始めるなかで、これが絶対ではない。齋藤先生もおっしゃっているとおり、心理社会的ケアに特化された指標はないわけですから、そういう意味では、これも何をやっても試作段階に過ぎないかもしれません。だけど、それでもやっぱりそろそろ始めないと、いつまでも物語性だけに頼っていたのでは、お金を出すほうだって、それはやっぱりよくないと思うし、使っているわれわれだって、やっぱりよくないと思う。

ちょっと答えになっていないかもしれませんが、そろそろもう一回軌道に戻しますが、やはり指標として目に見えにくい心のケアについて、われわれがこれからも取り組んでいくにあたっては、物語性に頼るケースレポートと、指標化、数値化を試みる質問紙、この2点は必須というかたちでやれないかなと、改めて提案しますが、意見としてはどうでしょうか。

質問者 C K6 を使うことについて、もう一回考えないと**いけない**と思ったのが、年齢制限です。中国でもセーブ・ザ・チルドレンが小学生、NICCO さんも、おそらく 12 歳以下か、10 歳前後の子だとおっしゃったように記憶していて、ヨルダンも、もちろん大人の支援もされていたと思いますが、子どもたちの支援もあった。そのときに、もちろん使いやすいし無料だし、絶対確実というか、スクリーニングのための K6 かもしれないけれども、評価には使えるかもしれないというだけで K6 というのを義務化するのがいいのかなと。12 歳以下の子どもたちは使いにくいということが出ているので、それを考える必要があるのではないかというのが一つ。

100 人の中の 5% ぐらいしか、心理社会的ケア的なものを入れていない要素の事例がいっぱいあるなかで、そのなかのケースレポート 1% って、どうして抽出するのか。全部そういう人たちに対しても K6 と事例報告と独自指標の評価を義務づけていくのか、そこらへんも一緒に考えていきたい。

桑山 賛成です。

質問者 D 質問がありますが、わりとネガティブな質問が多いのはなぜですか。もう一つは、協力隊の話がありましたが、協力隊の青少年活動は被災地に行かないのですね。だから、完全に分けて考えることはできると思います。

もう一つ思うのは、個別の事業で対応するというより、おそらくこういう状況にある、被災状況にある人たちに、このタイミングでこういう活動をしないと、あとあとどういう状況が待っているというのが、事実としてたぶんあるんですよね。そういう事実さえ持っていれば、NGO が出ていって、そういう活動をする根拠に十分になっていくと思うのですね。

もう一つは時間の経過と、プロジェクトのインプットがどういう関係を持っているかというところがあやふやだったんですけど、おそらく放っておけば治っていく人たちというのは、放っておけばいいのです。NGO がやらなければいけないのは、先ほど石井さんもおっしゃられていた、上向いていく部分と、放っておくと下降していく部分との境目がどこかを見極めて、落ちていく部分を少しずつ上げていく。そこの指標がいったい何なのかというのをわれわれが把握して、差の部分だけインプットすればいいわけでしょう。さっき木山さんが、触れ戻りというのがあったと思うので、ある程度時間のスパンを持てたら

いいのですけど。結局そこさえ明確にすれば、十分その事業をやる根拠には得られる。

林 JEN のインターンの林です。桑山先生に確認させていただきたいのは、IASC の先ほどのピラミッドの話があって、4層に分かれている。上の層は専門的なケアが必要である。桑山先生が対象とされている K6 の評価基準を用いるべきだというのは、この全部の、下の4層まで含めて、この事業全体の、いわゆる広い意味での心理社会的ケアに全体の K6 を必須とすべきだとお考えですか。

桑山 心理社会的ケアの適用は、先ほど前田先生がおっしゃったとおり、最初にやっぱり把握しなければいけないと思うのですね。この集団のこの人たちにわれわれはやろうとやっぱり考える。その根拠のなかには、頂点の部分、つまり、早めに病院に行ったほうがいいのかというケースは入らないと思うのです。ですから、そこはもう K6 だなんだというより、ケアそのものの外にいらっしゃる方で、もしも触れることがあれば、それは早めにリファアして、紹介してというケースだと思います。ですから、一見、目に見えませんが、元気そうに見えたりするけれども、被災体験のことにに関して語っていないのではないかと、少し引き出してあげたほうがいい時期に来ていないかなというところを、われわれ視点として現地に入り、母集団をある程度決めるわけですね。そのときに K6 が待っているかなという感じですね。

林 例えば一番下の、安心とか安全のシェルターキットと配ったりとか、そういう基本的な事業を心理社会的ケアの一番下だとして、心のケアの側面は一応持っているとする、そういう人たちにそういうシェルターキットを配布したことによっての効果、心のケアの側面の効果みたいなものを K6 で測ろうという。

桑山 それはいいですね。やっぱりあくまでワークショップ、心理社会的ケアの中の中心が占めるワークショップの対象者だと思います。

林 どちらかというと、私たち NGO としては、IASC の4層の中のどの活動である程度分類ができるのではないかと、というときに、K6 のご提案がどこにあるのかと、第3層ぐらいですか。

桑山 第3層のワークショップ群でしょうね。例えば、絶望的と感じましたかという方に、例えばキットを配布して、これを前後でとるとというのは、非常にナンセンスな気がします。実際のところ、例えば救援キットを何ケースに配りましたというのは、数値として出ますので、そこは一つの評価だと思います。僕らがやっぱり常に気にしているのは、ワークショップをやったことによって、どんな変化が出たのかを数値化しないと、納得で

きないし、してもらえないということだと思っております。

林 そのターゲットで、石井先生にお聞きしたいのは、IASC の層ごとに、例えば K6 を行うプロジェクトでも、第3層だとおっしゃっていると。非専門家によるようなワークショップ、集団グループパーソナルであるとか、そういうものの NGO のプロジェクトの効果を図るといった面においても K6 評価は積極的なのでしょうか。

石井 私が K6 はオプションでいいのではないかと、思うのは、まさにその意味においてです。第4層の人と、第3層の人に対して、同じように K6 をすることができるのでしょうか。K6 が一番効果を発揮しやすいプロジェクトに対しては、K6 が有効に働くと思えますし、そうではないケースはほかの評価指標を組み合わせる実施したり、IASC のガイドラインにのっとったかたちで評価をすれば、十分説明責任を果たせる気がしているのですね。

中村先生のご報告に、成果を図る方法として、ナラティブとプロセス評価があげられていたと思うのですが、プロセスをどう評価するかは、K6 では出しにくいのかなと思いました。素人の意見で大変恐縮です。

桑山 NGO の方から、実際に現場を経験されていて、今、評価をどうしようかという話になっていますので、この流れに関して、何かご意見はありませんか。

質問者 E JPF で働いていますが、NGO で東ティモール医療友の会 (AFMET) で2年半、プライマリーヘルスケアプロジェクトの中でクリニックと搬送システムとヘルスワーカーを育てるといったプロジェクトをやっていました。草の根レベルで村ごとにコミュニティヘルスワーカーを候補者を集めて育てていくというので、心のケアというより、心のケア的なワークショップにヘルスワーカーたちを参加させることにしたのです。

なぜかという、やはりクリニックに緊急で運ばれてくる人たちのなかで、どう見ても家庭内暴力に遭う人が多くて、細かい状況を言えば、本当にひどいのです。石で殴った、棒で刺されたとか、ガラスの破片が口の中に、殴られたとか。紛争後の争乱後のトラウマがあって、そういう家庭内でそういう暴力が多くなっていて、その結果、クリニックに緊急で運ばれてくるケースが多いというアセスメントのもとに、専門家の方のワークショップに参加させたのです。

フィードバックとアセスメントというところでは、それなりにフォローアップしていけると思います。それは公衆衛生のプライマリーヘルスケアプロジェクトでやっていたので、心のケアということに特化していたわけではないので、ちょっとやっぱり K6 とか事例報告ということに関しては、事例報告はできるかもしれませんが、ちょっと疑問が残るような。

質問者 F 単純な質問ですが、私はアフリカでこれを使うことを考えていたのですが、この言葉として、私は難民の人道支援をしています、実際、こういう質問でその人たちの、私たちが期待しているのと同じ状況をアセスメントできるのかという疑問が残ったのですね。

というのは、感覚、自分の感じている表現のしかたとか、例えば自分は価値のない人間、例えば価値がある、ない人間とかっていう考え方をするかなと。ちょっと考えて、文化的にこれはあてはまる部分と、あてはまらない部分があるのではないかと思って、やっぱり体感覚とかでも、例えば絶望的とか、例えば沈み込んでという表現がありますが、これがよくわからないですが、閉塞感であったり、あるいは体が重い感じとか、よくわからないですが、感覚も本当にこれで測れるのかなと私は疑問を感じました。

桑山 絶対確実な指標は、おそらくないと思うのですね。

齋藤 言葉は、僕もうろ覚えですが、たしか 35 カ国語ぐらいに、翻訳されていて、日本語はこうなっているけれども、現地の言葉は、違うかもしれないのですね。だから、そのところは、現物を見て、その言葉がわかる人が見ないと、何とも言えないかなとは思っています。

今までの議論を聞いていて、さっきの限界のところで言い忘れたと思ったのは、こういう質問紙は、ばっとまいて、書いてもらうわけですね、自記式だから。でも、字を読めない人がいたら、これは役に立たないですね。じゃあ、そういう人たちはどうするのかという問題が出てくると思いました。だから、提案した立場ですが、必須にするのはなかなか難しくなってくるかなと。

さっき中村先生がおっしゃった、先生たちの研究班の立場として、ガイドラインというより、こういうのがありますよ、ああいうのがありますよ、こういうふうにしたらいいですよみたいな提案をするというなかに、**K6** というのがあって、それはこういう検査で、こういうときには使えますよとか、あるいは **GHQ** でもいいですよというようなことを提案するという方法もあるのかなと感じました。

中村 僕は今日の議論を聞いて、今日、僕の結論的なことで3つ言いたいのですが、1つは今回、ここに出していただいた、これは僕はすごくいい提案だと思います。こういうかたちで心理社会的ケアというのを量的にも何かアプローチして、質的にもアプローチして、**NGO** の活動という点からものを見ていこうと、そういうできる限り客観的に評価していこうというのでは、原則は僕はこれですごくいいと思います。

ただ、今度、これを実際に **NGO** の活動、**ジャパン・プラットフォーム** の中の **NGO** の活動もあるでしょうし、**NGO** の方が独自にやっていく **NGO** の活動もあるし、その実際の

活動の中で、生かすには、今度僕らの研究班としては、むしろ、必須というのはやっぱりきつくて、提案というかたちで、石井さんがオプショナルと言いましたが、オプショナルというより、むしろチョイスするメニューを僕ら専門家のグループはメニューを出す。そのメニューの中から NGOの方が自分の活動に一番適当だと思うのをチョイスしていく。

そのときに基本は、難しいから結局何もしないというのでは、やっぱりまずいので、こういうなかからチョイスしていただく、そういうスタンスがいいのかなと思いました。

そのチョイスの中では、K6とK10というのは、いろいろな言葉でもできるし、わりと簡単にできる。それをどう使う、いつ使うという判断は、現状を知っている NGOの方がチョイスされたらいいのだと思うのですね。そういう意味では、僕らがメニューを提示して NGOの方がチョイスするというスタンスはどうだろうかと思いました。それが2点目です。

3つ目は、僕自身の希望というか、NGOの方への希望ですが、実際一度こういうのを桑山さんや齋藤さん、いろんなここに専門家がいますから、専門家のアドバイスの下で、一回使ってみはったらどうですかと。僕はだいたいどっちかというと、動いてみて、動きながら考えるほうなのですが、実際に、何かプロジェクトされるときに、一回使ってみたらどうでしょうか。

そういうときに、この辺りにいる専門家の人は、言われたら、きっと何かアドバイスしながら手伝っていきたくらうと思います。遠慮しないで、専門家をどんどん使っていただいたらどうだろうかという気がしました。

これはジャパン・プラットフォームに関する僕からの提案ですが、ジャパン・プラットフォームがこれからこういう心理社会的ケアをするときに、かなり僕は義務づけたほうがいいということが一つあって、心理社会的ケアをするのであれば、必ず専門家を関与させるべきだと。それも、日本のとは言いませんが、必ず専門家を関与させて、その専門家によるレポートを義務づけるべきだと僕は思っています。そういうのがないまま、名前だけの心理社会的ケアというのはよくないと、それはかなり強く思っています。

その心理社会的ケアの関与というときに、だからといって、必ずしも現場にみんな、行けるわけではないので、それはかまわないと思います。ドキュメント分析もありだと思います。でもやっぱり専門家が専門家として、どう評価して、どうアドバイスしたかという、そういう専門家の関与のないままの心理社会的ケアというのはやっぱりちょっと危険がある。ジャパン・プラットフォームがこれからやるのだったら、そういうことを僕はお奨めしたいと強く思います。以上です。

桑山 ありがとうございます。さすが年の功ですね。それを言ったらいけないのですが。

今福 一つだけ一スタッフとしてお願いなのですが、先ほど板倉さんもおっしゃっていたとおり、子どもに、子どもは子どもの団体なので、子どもにあてはまるかどうか、年齢に

よってもかなり違ってくると思うのですね。オプション、数的、質的、NGO 視点という3つの中でこういうメニューがありますというオプションをいただけるのはすごくありがたいので、ぜひ使わせていただきたいのですが、年齢層だったり、ケースバイケースで、どうしてもオプションの中からとれないケースもあるのではないかと思います。なので、オプションであって、その中のどれかから絶対選ばなければいけないというのは、ちょっと例外として認めていただきたいなど、オプションの中から選べない場合もあるというケースが認めていただきたいと思います。

桑山 言語能力がそんなにたけていない子どもたちに対しては、描画という絵を描いて判断できる指標もあると思います。それがやっぱりオプションなのだと思うし、例えば子ども中心のケアで、それが例えば乳幼児のような場合、あるいは少し学童期の初期の場合とか、そんなときにはこんな指標がありますよというのが、まさにオプションになっていくのだと思うのですね。それがいくつかあって、選べるというのはありだから、オプションの中から選べないということのないようにしたいなと思いますけど、どんなかたちでも、われわれもやっているほうもそうですが、聞くほうもどんな評価が、どんな効果があったのかなというのは知りたい。それは次へのステップになるからだと思うので、なるべく網羅できるようなかたちにはしたいと思います。

中村先生の補足ですが、やっぱりこの事業がこれからも発展していくことを心から願っていますし、心のケアという取り組みにくいものに、皆さん勇気を出して取り組んでいることに意味があると思うのですね。そのなかで、例えば共通の指標ができると、みんなでまさにシェアできて、例えば演劇中心でやっているなんとかという団体は K6 の反応がよくなかったと。これはなんでだろうねと、考えるきっかけになるのです。逆に言うと、スポーツ系をやったなんとかという団体の場合は K6 の反応がよかった、あるいは、こういう点数の変化があったと、そうなると、みんなで話し合ったときに共通の視点を基にして、じゃあ、演劇の意味は何か、スポーツの意味は何かというのを議論できる土台になっていくと思うのですね。

ですから、今回はオプションの方向でいいかなと僕も思いますが、やはり皆さんがいつでも集まれて、いつでも話し合いを持って、そしてこの心理社会的ケアをみんなで盛り上げていくのだという思いがあれば、たぶん、発展していくのだと思うのですね。そこを確認させていただきたいと思うし、まとめていうと、ある程度の期間の持続性がある活動をしていくことが、まず最低限、とても大事なことで、富永3原則に基づけば。

それとフィードバックできるシステムが団体の内部にあること。それは、フィードバックというのは、専門家がいることも一つですし、内部でこれでいいのかと話し合えるような環境作りができていることも団体として求められることだと思います。

そのなかに、やはり中村先生がおっしゃっているような専門家によるレポートは、必須でもいいのではないかとこのも、一つはあっていいのかなと。今日の話をもとめさせて

いただいて、今日のところでできたガイドライン、けっこうラフスケッチですが、それを NGO の皆さんと共有できればと思いますが、どうでしょうか。何か NGO サイド、あるいは JPF、外務省から意見があれば。

木山 すごく賛成ですし、中村先生がおっしゃったように、使ってみないとわからないと思うので、ぜひ使わせていただきたいと思います。私たちが心理社会的プログラムをやるときは、ぜひ使わせていただきたいと思います。

ガイドラインにぜひ含めていただきたいのが、先ほど半田さんがおっしゃっていましたが、ケアをしなかった場合に、こういうことが予測されるので、こういう心理社会的ケアというのは、必要なプログラムなのだという、私たちがこれによって対決している課題、一般的に心理社会的ケアが、どうしてそれほど重要なのかというようなことがガイドラインの中にあると、いろいろな背景の方が読んでもわかりやすいものになると思います。

桑山 同時に、私たちがみんなに求めるのは、やっぱり NGO がやった活動の中で得られたものをフィードバックしていただいて、やっぱり例えば JEN ではこんなことをやって、こんな結果が出て、こんな物語が語られた、あるいは K6 でこんな結果が出たよというのを蓄積していくことで、次にやろうとする団体がそこをベースに、だから私たちもやりますということに使えると思うのですね。

ですから、なるべくこれからは皆さん情報交換をして、知識の集積をして、それが一つの大きな塊となって、日本の心理社会的ケアはここまで来ていますと、こんな治験がたまっていますというところまでいけるように、情報交換していければと思います。その母体となるのが、共生人道研究班であり、それをある意味では船をこいでいくわけですよ。

中村 今度僕らが作らなければいけない報告書の中に、桑山さんに心理社会的ケアの意義みたいなのをきちんと書いてもらうのはどうでしょう。今までは NGO の方が災害が起こるためにみんなで一生懸命考えて、あれこれ作文していたけれども、桑山さんが、誰が見てもやっぱり心理社会的ケアってやらなきゃ駄目なんだよねと納得できるものを書いてくれたら、それをコピーすればいい。誰かがやっぱりきちんと言葉にして言語化して、心理社会的ケアの必要性を書かないと、みんな、そのたびに苦勞するわけ。

だから、桑山さんにそれを書いてもらって、さっきの富永3原則を含めたようなところを齋藤さんに書いてもらって、僕がちょっとまとめて、そういうのを僕らでまとめて、次の心理社会的ケアではそれを提示したうえで意見をもらうというのはどうですか。

桑山 なるほど。ストレスが高くて心理社会的ケアが必要になってきましたね、私自身が。

中村 みんなが期待なのです、それを。

桑山 僕が求めているのはエビデンスであり、物語なのですね。ですから、引き出してみますが、そのベースとなるのは、今まで僕らがやってきた現場の集積ではあるのですが、それでよければ。もちろん、学術的なものはあると思いますが、そこも含めてですよね。

木山 今、先生がおっしゃってくださったとおりで、しなかったらこんなに大変なことになるということは、みんな、現場ではわかっていることなのかもしれないですが、それは肌感覚でわかっているというか、主観的に思われがちなことだと思うのですね。現状では。それをやはり、学術的にプラス客観的に述べていただけると、すごく心理社会的ケア自体が、さっき、私が何のために心理社会的ケアなのかと言ったのも、実は同じところなのですが、心理社会的ケアのための心理社会的ケアが必要なのですよね。シェルターとかウォーターとか、ヘルスとかと同じように心理社会、サイコソーシャルというセクターがなくてはならないものなのだと、それは復興に絶対に必要なものなのだというようなことが、全員が腑に落ちるようなわかりやすい説明を。

中村 まさにひと言で言ってしまったら、心理社会的ケアの必要性と意義という、そういう感じです。それをやっぱり意見の中には心理社会的ケアというと、単に絵を描いて遊んでいるだけではないかと、劇をやって遊んでいるだけではないかという人もいるわけ。そうではないよという。

それは災害のときに、今、木山さんが言ったみたいに、僕らはここに集まっている多くの人たちは、一致しているのは、災害後のケアのときに物資も必要だし、医療も必要だし、教育も必要だし、それと同じようにこういう心理社会的ケアも必要だということは、ここにいる人はみんな了解してきているわけだけれども、ここに来ていない人たちのなかには、なんでそんなものがあるのと言う人もいるわけ。その人たちにきちんと説明できる言葉が欲しいのですね。その言葉をやっぱり桑山さんのほうで心理社会的ケアに対する必要性と意義についてまとめていただくというのは、とても大事なのだらうと思います。

千野 同じだと思いますが、やっぱり私たち UNCR でも、お店とかシェルターとか、まず難民が緊急な場合という、やっぱり水、トイレ、シェルター、食料という物質にいきますが、でも、私たちがそれで心理的カバーをしたいのにできないので、コミュニティサービスという言葉を使って、私たちはその部分はコミュニティサービスが必要という言い方をして、ごまかしてやっていますが、もし本当に心理社会的ケアとして確立して書いていただけるとすごくありがたいと。

桑山 わかりました。

質問者 G どこまでやったらできるのかという。それはちょっと危険かもしれないけれども、少なくともターニングポイントはいったい何なのかというのを意識したうえで活動したい。

桑山 それだと指標になりますよね。

質問者 G 指標というか、われわれの活動として意味のあるものにするためには、その位置を超えない限りは、やってもしょうがない。

木山 もう一つ、これは確認したいことですが、ご提案いただいたもので評価できることというのは、結果の部分ですね。私たちが JEN でこのあいだも内部のミーティングで確認したときに、プロセスの部分でこういうものが入っていたほうが良いというものがあるのです。それが入っていると、結果的によい心理社会的プロジェクトができると私たちの経験的に知っているものがあるのですが、これが結果評価、これから例えば心理社会的事業評価大綱みたいなものができていくうちの結果部分の評価のとりあえず版だと思っておりますが、プロセス部分の評価も今後やっていくイメージで。

桑山 そのメソッドが正しいかどうかみたいな意味で。

木山 私たちもそういうのは、今後、公開していきたいと思っていて、公開していろいろな人と意見を、エビデンスを持ってきて高めていきたいですね。プロセスの部分もより多くのスタディといいますか、だんだんとそれが確立されていくようになったら、こういうプロセスを踏んだものは適切なもの、適切な事業だったという評価ができるといったような、プロセス部分の評価も今後やっていくというイメージでいらっしゃるのかどうか。

中村 それに関しては一番初めでもずっと評価で出したときにプロセス評価を出しました。今回はそうではなくて、効果をみようということで、これを出したわけですが、プロセスを評価するというか、その前にいったいどういうプロセスをとって、どうすればいいのかという議論のほうが、まず大事かもしれませんが、そういう議論を経て評価というのは当然出てくる流れだと思います。むしろ、今、そんなのを持ってはるのだったら、それを教えてほしいですね。それは共有しませんか。

木山 もちろんです、共有します。

中村 そうしたら、次の会合のときに、JEN さんのプロセスを、次の会合のときにさっき言ったみたいなのを言葉にしたやつと、JEN さんのほうでプロセスを話をさせていただいて、

最後、ファイナルの報告書としてまとめたい。僕自身が思っているのは、何年も先にはもたないけれども、今回研究班という一応こういうかたちを僕らはとれているので、最後の報告書はできたら心理社会的ケアを今後やる日本の NGO の人にとって、あの報告書1つあったら、すごい役に立つよとあって、最低3～4年は現場へ持って行って使ってもらって、そういうようなものを作りたいと思っているので、そこにはぜひそういうのをに入れていただけたらと思います。NGO にフィードバックとして、ぜひお願いします。

桑山 次回のプレゼンテーション、相談させていただいて。

飛林 最後に中村先生がおっしゃられたことはそのとおりだと思っていて、若干違和感があったのが、心理ケアはこんなに大切なのですという部分を、誰でもわかるように書いてもらうのは専門家の桑山先生にやっていただく。桑山先生は誰でもわかるように、こういふのはどうですかと提案したのは受け入れられない、どうだろうというのは、僕はなんか、すごくちょっと違和感があって、桑山先生は専門家だからわかっているのです、たぶん。皆さんはわかっているけど、これは NGO が一般の人に大切なのですということをおぼえてもらうために評価という話がそもそも出たのではないかと思うので、その作業を全部桑山先生に転嫁するのは、僕はちょっと違和感が、できあがってきたものが、われわれ誰が書こうができあがればいいですが、それで、ああ、いいアイデアですねというのは、若干の違和感があります。

齋藤 次回、それをここで話し合うのですね。

桑山 そうですね。やっぱり僕も、ある程度自信を持って出したのですが、皆さんからの意見を聞いていると、なるほどなというところはあって、もうバレバレですが、僕のベースはやっぱりノルウェーなのですね、ノルウェーのオスロ大なので、そのオスロ大のやり方に僕は基づいてずっと今までやってきましたが、やっぱりそれだけではないなというのが、見ていて思いました。

飛林 なんとなく僕には NGO の人たちが自分たちの労力を桑山さんに押しつけているように聞こえて、半田さんがさっきおっしゃっていたことはそのとおりなのです。成果の書き方として、プラスになるのではなくて、へこんでいるのを埋めるだけでもいいのではないですかと、椎名さんと話したこともあるし、そう書いてくれればいいのですが、そう書かれて提出される事業申請書を申し訳ないのですが、僕はあまり見たことがないので、現場が大事で、現場でいいことをやっていけば、やるのが大事というのはわかりますが、それだけをやっていればいいという時代では、もうないので、そういうことも考えると、ちょっと、次回、話し合うのだとは思いますが、それはいいアイデアだ、じゃあ桑山先生

頑張ったのには、ちょっと違和感を感じました。

桑山 でも、やっぱり僕には限界があって、提案はしますが、またそこで練ってという、その当たり合いが、たぶん、意味のあることだと思います。もちろん、僕としてはぶれたくないところもありますので、そこは押しますけれども、やっぱり皆さんで作っていくものであってほしいと思うので、ベースがあっても、やっぱりそれはあくまでベースにすぎないですから、その話し合いの中で、じゃあ、だいたいここで合意したなというところが見つかったら、その塊を大事にさせていただければいいかなと、それは日本流でいいと思うのです。オスロ流でなくていいのではないかと思いますので、そういう意味では今日の話し合いも有意義だったですし、非常にありがたいご意見をいただけて助かりました。でもやっぱり、議論こそすべてかと思しますので、次回もよろしくお願いします。

なんとか収まりましたか。ということで、今日は皆さんお疲れさまでした。

文部科学省「世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業」
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
ー被災社会との共生を実現する復興・開発をめざしてー

第5回共生ワークショップ「心理社会的ケア」研究会
「心理社会的ケアの総括および今後の取り組みについて」

日時：2011年1月18日（火）

場所：ジャパン・プラットフォーム

主催：大阪大学大学院人間科学研究科 共生人道支援研究班

後援：ジャパン・プラットフォーム

内容：人道支援における心理社会的ケアの実践に関するこれまでの議論を深め、
心理社会的ケアの今後の取り組みに関するフリーディスカッション

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）

齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士）

木山啓子（JEN）

折居徳正（日本国際民間協力会）

今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン）

佐々木恵子（国境なき子どもたち）

参加者：

今福ゆり子（セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン）、上田貴子（日本赤十字社）、
板倉純子（ジャパンプラットフォーム）、岡野恭子（大阪大学）、折居徳正
（日本国際民間協力会）、粕谷（Civic Force）、鎌田（JEN）、木山啓子（JEN）、
桑山紀彦（東北国際クリニック院長）、齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学）、佐々
木恵子（国境なき子どもたち）、椎名規之（ジャパン・プラットフォーム）、坪井
（難民を助ける会）、十田麻衣（大阪大学）、飛林良平（外務省）、中村安秀（大
阪大学）、橋本笙子（ADRA Japan）、藤森和美（武蔵野大学）、前田潤
（室蘭工業大学）、安富惇（紛争予防センター）、幸村真希（ADRA Japan）

1) 冒頭挨拶

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科）

今日は皆さん、お忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。共生ワークショップ「心理社会的ケア」の第5回、最終回を開きます。発言者と参加者がお見合いしているみたいな雰囲気になっていますが、和気あいあいと2時間、いろいろなことを話していきたいと思います。

今日は、特にプログラムで何か準備するというより、これで最後なので、今ちょうど心理社会的ケアの報告書を作ろうとしていて、その執筆をお願いする方々に発言者として発言していただきます。そして、来ていただいた方といろいろなディスカッションをしながら心理社会的ケアを今後どう考えていったらいいのかという議論をしたいと思います。最後に、この研究班が今年度で終わりなので、そのあと、ジャパン・プラットフォーム（JPF）として、あるいは日本全体として、どういうふうに緊急人道支援の中で心理社会的ケアを考えていけばいいのか、その辺に関してフランクな議論をさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

共生人道支援研究班概要

本当は発言者の方に事前にお知らせすべきだったのですが、共生人道支援研究班が5年間でいったい今まで何をしてきたかを一度皆さんと共有しておくのは必要かと思って、スライドを用意しました。今日はお手元に配っています。これは本邦初公開、この研究班の偉い先生方の前で来週報告会で発表する資料です。それを先にここで皆さん方にお見せしてご意見などをいただけたらと思います。これは20分ぐらいで話すつもりです。

この心理社会的ケアのワークショップをしていた研究班は、文部科学省の「世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業」、5年間にわたる長期の研究プロジェクトで、日本では非常に珍しいプロジェクトです。それをたまたま私と地域研究をやっている人たちと、ジャパン・プラットフォームとで研究費用をいただくことができました。「人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価」というタイトルです。

研究概要を説明していると長くなりますが、おおまかに言って自然災害と紛争地域研究、データベースを作って、市民参加型の学際評価をして、最後に人道支援として提言したいと思っていました。

研究体制は、自然災害、紛争地域、いくつかのチームに分かれますが、一番下を見ていただきたいのですが、今年度は合計38名。地域研究の人、国際協力をやっている人、NGOの方、国際機関の関係者の方、メディアの方々、ここにも何人もメンバーの方々もいらっしゃいますが、本当にどうもありがとうございました。日本のこういう研究チームとしては、極めて異色です。だいたい研究は研究者だけがやるのが普通で、そのなかにNGOの方や国際機関の方がこれだけ入って、メディアの方もいて、そして研究チームとして認められたこと自身が日本の中では非常に画期的でした。

人道支援における評価

私たちは、人道支援に関する評価をいろいろなところでやってきましたが、人道支援に関するモニタリングと評価は、非常に弱いというのが定説になっています。そのなかで、近年、少しモニタリングや評価がだいぶ出てきたというポジティブに評価する人たちもいる一方、まだまだ不十分だという人もいます。そういう意味では、賛否両論かもしれません。

援助機関からは、量的評価が多くて、援助の質は評価されていないとか、生活状況、英語ではライブリッドと言いますが、そういうのに対するモニタリングはわずかだと。結局、今まで食べ物をどれだけ配ったか、テントをいくつ配ったかという評価はよくされていますが、質に関してはあまり評価されていないじゃないか。また、住民からの批判としては、特に国際 NGO や国連機関のスタッフが現地を訪問してくれない、全部現地スタッフに任せている。とあるインタビューでは、活動が終わった人が、どうして誰も戻ってこないのかという批判もありました。

そして、リアルタイム・エバリュエーション、緊急支援の活動直後から行われるリアルタイム・エバリュエーションに関しては、けっこう一定の評価を得ています。それでも人道支援団体と大学研究の協働は始まったばかりで、国際赤十字がタフツ大学とライブリッドに関する調査を一昨年からやっています。これはかなり大きな調査だと言われていますが、実は人道支援団体と大学や研究機関は、今まで本当に協働するのは非常に少なかったのが世界の現状です。

学際的調査手法から見えてくるもの—東ティモールの事例より

そういうなかで、実践的な学際調査方法として、私たちのすでに手の中にあったのは、こういう調査方法でした。地域研究や国際協力、NGO、メディアなどの人がチームを作って、チーム全員で討議して、そして同じ行程を歩くという学際調査方法がありました。今まですでにある調査方法を、できたら人道支援の中にも生かしてやっていきたい。実際に人道支援が本当に人々の生活に役立ったのか、人々の期待に寄り添ったものであったのかという問いかけに答えたい、こういうことで研究を始めました。これは実際に 2007 年に行った東ティモールの図ですが、こういう学際チームで行きました。

いくつかわかったなかの一つは、緊急人道支援によるエンパワーメントという皮肉な話でした。というのは、だいたいこういう場合に国際機関が主導の復興開発においては、教育や保健医療、ジェンダーの分野でいわゆる国際的なスタンダードモデルがそのまま導入されるわけです。一方、地域にはもともと固有のいろいろな文化があるわけで、それとのあいだで齟齬を起こすのではないかということです。

有名なのは東ティモール紛争後の世界銀行プロジェクトで **The Community Empowerment and Local Governance Project** で、これはやっていることは悪くないのです。400 以上の村に **Village Development Council** を設置して、水、水源確保、道路やイ

インフラ整備をしましょう、社会事業も経済活動もしましょう。ところが、どこが悪いかというと、これを一定期間内、たとえば一年間でやらなければいけないとか、すべての村で同じやり方でやらなければいけないとなるわけです。方針は悪くないけれども、実際のインプリメンテーションのところがやり方がよくなかったら、何が起こるかということ、長年にわたって政治的に翻弄され続けてきたコミュニティが、緊急人道支援で片方のグループはそれのメリットを受けられる、片方は受けられない、またそこで分断するわけです。コミュニティの中で支援を受けられた人と、受けられない人で、今まで政治的に分断したコミュニティを、また経済的に分断する。こういうことが起こって、これは有名な失敗例ですが、でも同じことを実は私たちもやっているのではないかという反省は必要です。

もう一つは、日本の ODA と NGO の関係です。東ティモールでは、援助団体や外務省、JICA もそうですが、担当者の入れ替わりが非常に激しくて、結局プロジェクトの実施状況を団体内で体系的に把握できていたかということ、決してそうではない。そういうなかでも、特筆すべきは、人道支援の緊急時において、東ティモールでは大使館や JICA、NGO、国際機関のあいだで、ものすごく友好的で情報がお互いに行き来し、そして協働する関係ができていました。大使館の人と NGO の人が同じ飛行機に乗って、そして同じ会議に出かけて、一緒に日本をアピールしようというような、そういう一丸となったムードがここでできていました。

ところが、残念ながら、そういう高揚した時期に成立したいいわゆる援助の協働ネットワーク。これが落ち着いてくると、お互いに壁ができて、そしてまた遠くなって、ごあいさつする関係になって、大使館と NGO の人が飛行機で隣り合わせに乗って一緒に行こうなんて、そういう雰囲気は残念ながらもうこの時期にはなくなった。なぜあの熱気が消えたのだらうと、僕は祭りのあとの日常と書いてしまいましたが、できたら祭りの雰囲気をそのまま続けていきたいなと思いました。

学際的調査手法から見えてくるもの—インドネシア・アチェの事例より

続いてアチェの学際調査です。2008 年、これは日本赤十字社のマングローブ支援の活動地でみんなで写した写真です。アチェでは、よそ者との協働、地元民による共同の物語、ということをいろいろなところを見て思いました。この写真はドイツの NGO が支援した東クアラクルト村の船ですが、この村では 1978 年にドイツの飛行機が墜落したのです。そのときの生存者 2 人のうち、1 人がドイツ人の女性だった。その時にお世話になったというので、以前から交流があった。そこにアチェの地震が起こったのですね。

そのとき、ドイツの NGO はクアラクルト村に来たのです。アチェではなくて。昔、30 年前にお世話になったあの村に来ますと言って、そのときに助かった生存者のうちの 1 人の娘さんも一緒にこの村にやってきて、この村の支援を始めました。ドイツの NGO、HELP です。住民に船の作り方を教える。そして、船を造り、住宅を建設しました。

私たちが訪れたときは災害後 3 年半が過ぎていましたが、村の人たちは、そういうこと

があったからこそ、あの人たちは私たちを助けてくれたんだと、村の人が自分たちの人々との関係性のなかで、なぜ私たちが緊急に支援を受けたのかという物語を語るのです。なぜかという、支援するほうにも物語があったからなのです。なぜ私たちがあなたたちの村を支援するのかという物語があったとき、支援される側もその物語を受け止めて、そして両方のあいだで、支援を受ける人と、支援する人のあいだに関係が生まれ、そしてそれがサステナビリティにつながるわけです。

この関係性がまったくないなかで、どこでもいいから行ってしまっ、どこでもいいから何かして、そしてそのあとサステナビリティだけ求めるのは、難しいのではないかな。もう少し言い方を変えれば、共生人道支援は、悲惨な災害がなければ、決して出会うことのなかった地元民とよそ者、その2人が出会って、そして両者が紡ぐ織物のようなものだ。これは今、日本で水俣から始まった地元学という考え方がありますが、地元の人とよそ者が出会って、そして地元のなかに何かあるものを見つけながら、村おこし、町おこしをしようというのがあります。まさにそういう地元学に通じる支援の在り方が問われているのではないかと思います。

もう一つは、心理社会的ケアとも関係する禍を転じて福となすという話です。アチェで非常に衝撃的だったのは、大規模な住宅建設が行われていたことでした。おそらく世界人道支援史上、これだけ大規模な住宅支援が行われた支援はなかったと思います。3年間のあいだに10万軒以上の住宅ができました。そのとき、日本や国際機関だけではなくて、むしろ、中国村とか、ツーチー村、これは台湾ですが、トルコ村といったような、いわゆる中進国と言われる国々が大規模な住宅支援をしていました。

実際に行く前にいろいろ調べた印象では、ものすごく僕は批判的だったのです。こんな住宅を造ってどうなるんだと思っていたら、行ってみたら、被災前にはまったく存在しなかった新しい村で、新しいカップルができて、被災後、夫を亡くした女性と、妻を亡くした男性が被災民キャンプで知り合って、お互い結婚して子どもができて、今この村の村長さんをしているとか、そうしてみんな、前向きに生きているわけです。インドネシアの復興庁のプルワント局長は、よく言われる、私たちは被災前よりいいものを作り上げるのだと、こういうふうに言っています。

そういうなかで考えると、緊急から復興・開発という支援の流れは、支援する側の時間軸であって、人々は、災害はあったけれども、人々は絶えずずっと発展し続けている、ディベロップメントし続けている、人生を生き続けているわけです。そのなかで、いろいろな関わり方があっていいのではないかと。

もうちょっとここで長く説明すれば、例えばこの村の中でも出会いましたが、以前漁民だった人はボートをなくしたわけです。実は、日本とは言いませんが、ある国からの支援は、漁民には船しか援助できないと言われたけど、この人たちは、もうこれを機会に海から上がりたいたいのだというわけです。災害があったから、このあとは私はベチャの運転手になりたいのだといっても、それはいろいろな国から支援してくれない。なぜかという、

君は元は漁民だったからだ。今、突然ベチャが欲しいといっても、それは支援できない。人々の発展と、私たちの支援の軸がかみあっていないわけです。

そのなかで思ったのは、トラウマ後の成長ということでした。PTSD はよく知られています。でも、Posttraumatic Growth (PTG)、トラウマを経験した人々がその後を示すポジティブな変化も大事なのではないかと思いました。そうして、災害後、新たな人間関係を築いて他者を思いやる。自分の経験した苦悩と悲嘆をバネに新たな進路に意欲的に取り組む人もいるんだ、こういう人にも、また支援が必要なのだという気がしました。

これは、私自身が行っていないので飛ばします。齋藤さん、佐々木さん、早川さん、山尾さん、石井さんのメンバーでイラク難民支援の学際調査をしていただきました。これは、IASC (Inter-Agency Standing Committee) のガイドラインの説明です。特に固有の文化に入る人は、それに対するアプローチが必要だということが学際調査からの提言でした。

市民参加型学際的調査方法の開発

ここからあとは、最後、軽くします。市民参加型学際調査方法。みんなでいく呉越同舟、専門分野が異なる人たちが一緒にやっているアプローチで、ピンポイントでアプローチすると、なかなかいい結果が出るのではないだろうか。現地集合、現地解散するので、フィージビリティも高いということを言いたいです。

この調査方法の意義としたら、人道支援でもこういう方法は応用できるということ。地域研究で蓄積された知見や経験は、こういう人道支援の評価のときにも、非常に役に立つ。家族や社会構造への洞察とか、言葉に対する怒りの深さとか、いろいろなことで役に立ちます。

実際にこういう人道支援が人々の役に立ったのか、あるいは期待に寄り添ったのかという話に関しては、大事なことは、被災後のコミュニティは、住民は錯綜した関係を持っていて、決して均質な集団ではないということです。ですから、単に 100 人にインタビューしてみましたというので、住民のことが全部わかったと思うのは、僕は思い上がりなんだと思うんですね。むしろ、人道支援事業の被益者だけを対象とした調査では、不均質になった住民をきちんと捉えていないのではないかと。むしろ、地域研究の視点からもっと包括的な調査が必要だという気がしました。

ただ、僕らも自分のやった調査方法がすべていいというのではなくて、いろいろ問題もあります。もちろん、さっき言った緊急支援・復興・開発という復興過程をとらない、直線的な経過をとらないことが多いので、いつ評価するかというのは、けっこう大きな問題です。何回もやれば一番いいのですが、実際にはそんなになかなかお金がないし、いつが適切なのかというのは、なかなか難しい。もう一つは、特に援助側、NGO も ODA も含めて時間がたってから調査をするのが大事ですが、時間がたつと、当時の関係者はほとんど現地にいない。実際にそうでしたが、東ティモールなんかでも、国連機関に勤めていた援助関係者にコンタクトをしようと思いましたが、アフリカに 2 人、ネパールに 1 人と

いって、みんな別のところへ行っているのですね。非常にコンタクトが難しく、本当は、相手側の国の人と一緒にもっと調査したかったのですが、これは東ティモールでもそうでしたが、相手側で研究に協力してくれるローカルの人にはなかなかいなかったのが現状でした。

そして、評価のための評価に振り回されないこと。量と質のバランスとか、エビデンスベースもそうだけど、ナラティブも大事だということもあります。扉を開いた、これはアチェのときにそう思ったのですが、私たちが行って援助をして、そこで社会の扉を開くわけです。そうしたら、その後帰ってきて、もう知らないと言うのではなくて、支援して、相手の社会の中に入り込んで、相手の社会を開いたわけですから、扉を開いた者の責任は、その後も残るのではないか。それをどうにかたちで責任を全うするかは、考えなければいけない。でないと、一番初めに批判されたように、援助した人は、そのときはやってくけど、あとは戻ってこないというのが住民の声だと思いました。

これは地域研究者とジャパン・プラットフォームの連携について思っていることで、将来、ジャパン・プラットフォームリサーチネットワークみたいな、研究協力者グループを作って、NGOの方と継続的な関係で研究者の人とつながっていったらいいかなと思っています。

最終提言—今後の取り組みに向けて

最終提言です。学際的評価方法という、こういう方法をせっかく作ったので、今後、NGOやジャパン・プラットフォームでもこんな方法を使っていたらいい、あるいはODAの中でも、災害の評価をするときは、私たちがこの5年間で開発した方法をどうぞ使ってください。ノウハウは、全部報告書に書きますから。地域研究者を含んだ研究者ネットワークを作って、NGOやいろいろなところで使っていただく。特に心理社会的ケアなどソフトの面においては、地域文化に入る活動を行う人は、学際的な人道支援アプローチをしなければいけないのではないかと。もう一つは、見えないもの、数えられないものが持つ重要性です。特に今、いろいろな意味で、評価は量的評価にあまりにも重きが置かれすぎていますが、それをナラティブ、質的評価とのバランスが必要なのではないかとこのことを最終提言にしたいと思いました。

こういう感じで5年間、研究をやらせていただきました。最後のところには、心理社会的ケアの部分はまだ入れていない部分がありますが、今日、心理社会的ケアの最終回のワークショップの結果を入れて、3月にまた報告会があるときには、それを入れたいと思っています。

それでは、僕の話は終わりにします。心理社会的ケアのワークショップの最後あたり、実践的な最終報告書を書こうと思っています。私が始まりの部分を書かせていただいたあと、このプロジェクトのメインである桑山さんから心理社会的ケアは何かという話を書いていただくことになっています。その辺、どんな話を書こうとしているかとか、桑山さんからお話してください。

2) 心理社会的ケア総括（最終報告書の内容に関するディスカッション）

桑山紀彦（東北国際クリニック院長・精神科医）

中村先生がこういうかたちで、皆さんをブリッジでつなぐかたちで研究していただけたので、非常にわれわれとしてもありがたかったです。5年間のうちの最後のほうしか関わらせていただけませんでした。これからもこれを礎にしながら、いわゆる支援活動をどういうかたちで適正化していけるかをこれから模索していければという意味では、いいきっかけになったと思います。

子どもは、心理社会的ケアをなんとかして日本の支援の中に根付かせられないだろうかとずっと考えてきたわけですが、僕の役割は、日本の NGO のなかでも、例えばきちんと取り組んだ JEN や、現在進行形である NICCO、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン (SCJ) や国境なき子どもたち (KnK) が、それをうまく発展していけられるような、その土台づくりかなと思います。それにあたっては、心理社会的ケアそのものの概念や発展の歴史、そういったものをしっかり押さえておかないと、日本で行われている心理社会的ケアはどうしたものと言われるのもよくないかと思いますので、ある意味では歴史や概念をしっかり押さえる部分が私の担当かなと思います。

それもただ、すべてが固まってしまった学問という活動と考えるのではなくて、まだまだフレキシブルな形で模索されている部分でもあるので、そういったところは可能性という言葉借りて提言していければと思っています。ただ、外してはいけない部分もあるので、そういったところはしっかり押さえながらの文面になればと思っています。

中村 どうもありがとうございました。次、藤森さん。

藤森和美（武蔵野大学人間関係学部・臨床心理士）

私自身は、心理社会的ケアというものが、概念としてサイコソーシャルという言葉がよく使われていますが、私のアイデンティティとしては、臨床心理士として、地域精神保健活動の災害時のあとの被災者支援だったり、事件・事故のあとの被害者支援だったり、一つはファーストエイドというものです。サイコロジカル・ファーストエイドというと、中長期支援があつて、現実的には、振り返ってみると、やっぱり阪神は日本の中ではとても大きなきっかけになったと思います。

そこに精神専門家がどのように関わったかという、いろいろな活動、宗教団体とか、NGO とか、ボランティア団体とか、関わっていくなか、専門家を抱えている団体もいれば、そうではない団体もいたかなと思います。そういう NGO と言われている団体、職業団体ですね。私はボランティア団体ではないと思っているので。それで皆さんお給料をもらって働いて、たぶん、日本の中ではまだそれが曖昧な人がたくさんいて、この人たちは無給で働いているのだと思っている人は、まだまだいっぱいいるのだと思うのですが、そういう概念がまだ浸透していない部分もあるし、もちろん海外の被災地などでも、きつ

とそういうこともよくわかっていない人ももちろんたくさんいるんだろうなど。なんで戻ってこないのだと言われても、戻れないよねというのは、正直なところあるのだろうなどと思います。そういう意味で、日本の NGO の成熟度がどれくらいまで来ているのか、また、それを受け入れる日本側の被災者、一般住民であったり、またはそこにお金を出すスポンサーであったりする人たちの理解というものがどうなんだろうなど一方で考えています。

ずっとそれを根付かせるという意味でいうと、精神保健活動でいうと、私たちは現地へ要請があれば入り、なおかつ、その現場を乱さないということをすごく重要にしています。相手側が自力でやろうとしていることを乱さないで、どうやって支援ができるか、そして常に撤収を考えています。それは、その人たちが自力でやれるところで、撤収していかなければいけないし、自分たちの力、経済的・精神的な自分の仕事や家庭ということで総合して撤収を常に意識しながら、切れることを前提にやっています。活動とか、動いたものは、その現地の中に残って行って、影響を残すんだという責任も考えながらやっていかなければいけないというのは、中村先生がおっしゃったように思っています。そういうのを各 NGO さんがどういうふうに思っていらっしゃるのか、非常に計りにくいものであると思いますが、大きなテーマなんだろうなど感じています。以上です。

中村 撤収を考えながら、でもきちんとした活動をして、特に心理社会的ケアだと、相手の人たちといろんな意味でのレポートをつけながら、でも近いうちに撤収するのだという。言うのは簡単ですが、実はすごく難しい。物的なものだと、初めから私たちがいるのは2カ月先ですからと言って、撤収は、準備しておけば、そんなに難しくないのです。でも、心と心の話で、相手と深く関わらなければいけないけど、さよならが来るんだよねというのは、なかなか難しいですよ。

藤森 ファンタジーでいつまでもいるみたいなことを相手に抱かせるのは、もっと罪なことですよ。

中村 そうです。だから僕は、まさに同感です。強調しておきたいのは、物的な支援をするよりも、精神的・心理的な支援をしたほうが、実は撤収のときに難しいのです。文学的な表現をすれば、心と心の結びつきなので、どうしても最後、心が残るのですね。上手に別れる方法、言うのは簡単ですが、難しいです。どうもありがとうございました。続いて齋藤さんからよろしくお願いします。

齋藤和樹（日本赤十字秋田看護大学・臨床心理士）

僕に与えられているテーマは心理社会的ケアをどう評価するかという方法についてですが、その前に心理社会的ケアの活動のプロジェクトを立ち上げるときは、企画段階から、それをどう評価するかというのが、検討されて、決定されていなければいけないというの

を前提にしなければいけないと考えています。ところが、心理社会的ケアというものの評価基準というか、そういうものは、今のところ明確にないわけです。国際的ないろいろなマニュアルを見ても、具体的なものがまだないと言っていいと思います。国際赤十字も、一昨年にマニュアルを改定しましたが、それでもまだ明確にないのが実情です。

そのために、評価というのは、それぞれの NGO が独自に考えなければいけないということになっていると思いますので、心理社会的ケアのプロジェクトを立ち上げるとき、あるいは評価を実際に行うときは、専門家が関わるべきであろうと思います。心理学とか、精神医学の専門家を参加させることが望ましいだろうという趣旨のことを書こうと思っています。

それと、再三申し上げているように心理社会的ケアの評価の難しさですね。完璧な評価方法は、ないわけです。それをどうするかということですが、いわゆる心理学的な評価ということからいうと、例えば観察によって評価するとか、面接によって評価するとか、あるいは心理検査等を使って評価するというような、大きく3つぐらいあるかと思います。なおかつ、スケールを使って評価するとき、あるいは心理的な検査を使って評価をすれば、質問紙法によるもの、これはここでも話題になりましたが、GHQ (General Health Questionnaire) にするのかとか、K6 にするのかというようなことですね。

それから、投影法による評価があると思いますが、これはバウムテストであったり、HTP であったり、あるいはほかの描画法、そういうかたちで評価するというのもメニューとしてはありうるだろうということで、そういうメニューを少し提案できたらいいかなと思っています。それぞれ、長所、短所があるわけですから、それも付け加えて、それぞれの組織、NGO が専門家と検討して、どれを採用するかというようなことができるようなメニューを提案できたらいいかなと思っています。

そのほかの評価方法としては、先ほど中村先生からあったように、例えば満足度だとか、プロジェクト参加者の満足度、あるいはプロジェクトの参加者がどう変化したかということも、評価方法になりうるかもしれないので、そういうことも入れ込んでいけたらと思っています。

それと、先ほどのお話にもありましたように、量的評価だけではなく、質的評価をどうするかということになると、事例の提示というようなことが入ってくるのかなと思いますし、プロジェクトの終わった直後だけではなく、中長期的な評価をどうするかということ、そのあとのフォローアップ、時間がたってから、それを再評価する必要があるかどうかということについても、盛り込んでいけたらいいかなと思っています。以上です。

中村 どうもありがとうございました。難しい話をコンパクトにまとめていただいて、これが報告書になりますから、すごくうれしいですね。どうもありがとうございました。

ここでちょっとだけ僕のほうから、3人の先生方への質問ではないですが、これ以外に IASC のガイドラインについて石井正子さんが書くことになっています。彼女は専門家で

はないので、ガイドラインの歴史的なことは書けるけれども、ガイドラインの持つ意味とかは書きにくいという話がありました。マニュアルの中では IASC のガイドラインに関して、どなたか、触れたほうが良いような気がするのですが、これはどなたのところ、アイデアはありますか。

桑山 IASC は評価の部分に力点を置かれているので、齋藤先生、少し触れていただいて、別に押しつけるわけではないのですが、どうかなと思います。

齋藤 当然、評価のところでは触れることになると思いますが、槇島先生がこちらのケアプログラムのところでは、どんなことを書かれますか。これは、赤十字のことで、国際赤十字の PSP (Psychosocial Support Program) のことを書かれますか。

中村 電話で槇島先生と話したなかでは、日本の中の心のケアの話も書いてほしいという、それが中心で、国際的に赤十字では国際的な心のケアを研修したり、赤十字の中のガイドラインがあるので、そっちもちょっと書きますと言われていたけど。お願いしたメンバーは、日本の中の心のケアの話を書いてくださいとって。

齋藤 日赤のこちらのケアの話。

中村 そうです。この前、ここでお話をされていたときも、日赤の話をされていたので、あの雰囲気でもまとめてくださいと。海外の話をするときにも、やっぱりその話があったほうが良いと。

齋藤 槇島先生がお話しされたのは日赤のこちらのケアですが、そのうえには国際赤十字のマニュアルがあって、そのマニュアルは IASC ガイドラインの影響を受けているマニュアルですので、たぶん、槇島先生も触れられるかも。

中村 正直に言って、これを本にするのだったら、あまり重なるとまずいので、本にするのだったら調整しようと思うのですが、報告書の場合は、どちらかというと多少オーバーラップしても、あまり変ではない。むしろ、一番怖いのは、これの話は、あの人が書くだらうと、これは誰が書くだらうとって、大事な話を誰も書かないこと。あまり細かいところまで調整して、絶対重複しないようにというより、むしろ、だいたいこんな範囲でちょっとオーバーラップしても、それは不自然ではない。そんな感じで、調整を全部、キーパーソンの齋藤先生にお願いしてしまって申し訳ありませんが、よろしくお願ひします。続いて NGO によるフィールド実践報告、ほとんど順不同ですが、今日、JEN の木山さんから順番に。

木山啓子（JEN 事務局長）

前回の聴衆として参加させていただいたとき、JEN でプロジェクトを作るときの取り組みべきと考えている要素があるんですというようなことをお話ししたら、それをぜひプレゼンしてくださいと言っていたので。

中村 実は桑山先生が、そのことをものすごく気にしていて。木山さんが言っていたあの話はいつ聞くのだと、だいぶ期待して待っていた。

木山 そんなに期待していただくほどのことはないのですが、今の話を伺っていても、本当に最初のところで、今、コメントに出てきたようなことも少しございますので、簡単にまとめたものをお話しさせていただきます。

心のケアとは何かーJEN の実践

それをお話しさせていただくにあたってどうしても、なぜ JEN がやっているかを、お話ししなければいけないので、JEN のビジョンを見ていただきます。それは、1人1人は等しく尊いのですが、すべての人には自立する力があると、どんなに絶望的な状況であっても、その力は眠っているだけで、発揮されていないと、その力があるのだということに信じているのが JEN のビジョンです。

そこから来て、すべてのプロジェクトは、自立の道具であると。いろいろなところで学校をなおしても、井戸を掘っても、シェルター用のマテリアルを配っても、それは自立のための道具であるというのが、JEN の事業の特徴です。だから、JEN での心のケアに関しては、すべてのプロジェクトに入っているべき横断的なコンセプトだと考えています。

一番最初に旧ユーゴスラビアで心のケアのプロジェクトを始めたころには、実は正直言って、必要に迫られてやっていたと、やっぱり心の状態があまりにも悪いように見えるので、心のケアのプロジェクトというタイトルさえつけて、いろいろなことをやりましたが、現在では横断的なコンセプトだと考えていますので、すべてのプロジェクトに心のケアの要素を取り入れることが必要であると考えています。

これはなぜかという、自立するための活動をするといっても、最低限の精神的エネルギーレベルがないと、自立のために一歩を踏み出すことができない。だから、眠っている能力を発揮するための最低限の精神的エネルギーレベルを取り戻してもらうのが、JEN の心のケアのコンセプトです。いろいろな取り組みがあると思いますし、違うと思いますが、JEN で考えているのはこれで、すべてのプロジェクトの中に入れ込んでいます。

これは普段出てくるトラウマ的出来事への段階だと思いますが、これを結果的に私たちの活動を見ると、心のケアのプロジェクトで、このプロセスを促進しているのだということに気付いています。

必要ないかなと思ったのですが、写真を見ていただきながら説明させていただくと、厳

しい状況があって、いろいろな人がいるので、落ち込みの悪循環にはまっている。外に出られないで家にいる、だからほかのことを考えるきっかけがつかめないから、悲しいことを何度も何度も思い出しては再体験して、さらに落ち込む、だからもっと家から出られないで、新しいことに触れることができないで、落ち込みを深めていくという落ち込みのスパイラルにはまり込んでいくわけです。

そういう状況ですから、この悪循環の輪をそれぞれの場所で断ち切ることができればいいのではないかとということで、このプロジェクトをデザインするようになりました。具体的には編み物をやったりしています。こういうふうにもみんなで集まってやっています。

これはよく話すことですが、まず、出るきっかけがない。だけど、心のケアのプロジェクトをやりますと言って出てきてくれる人はいないわけで、編み物をやるから来てくださいというと、しょうがないと、生きていくには、娘が冬を越すには温かいものを着なければいけないから、しょうがないということで、やっとの思いで外に出てくると、少しずつセーターを編み上げていくあいだに、パーツが一つずつ、前身頃、後身頃とパーツができていくにしたがって、1個できるたびに、達成感が得られて、だから、少しだけ前向きになって、最初はあいさつもできないような人たち同士が、あいさつができるようになり、言葉を交わすようになり、みんなでやるのが大事なのですが、話し合うことによって、私のような悲しい思いを、誰もわかってくれないと思っていたのに、同じように悲しい思いをしている人がいるのだということで、共有できるということで、吐露することができる、だから、共有できて、だから少しずつ癒されていくという作業もできる。

最終的に3カ月でセーターを編んでもらうプロジェクトですが、セーターを編むには、普通だとみんな、2晩とか3晩で編みますが、私たちのコモンルームに来てくれているときしか、やってはいけませんよと。道具や編み棒は全部、置いて帰ってくださいと。週1回来るとき、2時間だけ、みんなでお話をしながら編み物をしましょうというのがプロジェクトです。ですから、来る人は、編み物をしに来ていると思っていますが、実は悲しみを共有したり、外に出てソーシャライズするというようなきっかけを無理やり作っていません。

でも、最終的に一番大事なものは、最後にそれが編み上がったときに、編み上がることで達成感が生まれるだけではなくて、編み上がったものが、娘の役に立つということで、誰かの役に立つ、自己有用感、悠揚感が得られることをお膳立てするというようなことをやってきました。これが思いのほか、うまくいったなと思っています。

最初は、先ほどお話にあったように撤収がなかなか難しかった。でも、3カ月でセーターを編むプロジェクトですと言っているから、セーターが編み上がったならプロジェクトは終わりなんだと、最初から思っているから、3カ月のあいだにサポートグループもできるのですが、そこで終わりだから、プロジェクトが終わって、セーターが編み上がってよかったねと言って帰るけれども、実はサポートグループもでき、プロジェクトに依存もしなくて済むということもできたと思っています。

ほかの地域でやったときには、これはスリランカの津波のとき、男性用に漁網を作るプロジェクトをやってもらったのですが、編み物もそうですが、1人でできる作業を、あえてグループでやってもらうことにして、サポートグループを作って、みんなでおしゃべりをするという、おれは男だから、悲しい思いはみんなにしゃべれないとか言いながら、男同士だからしゃべれるということで、吐露することができて、サポートグループができることにつながったし、できた網を使って漁に出たことで、もちろん自己肯定感、達成感も高まるし、網ができただけではなくて、それを売って家族を養うことができるようになって、また悠揚感が高まるというようなこと。

これは、女性のための、ココナツロープのプロジェクトです。これもこの作業は、全部1人でできる作業ですが、あえてグループでやってもらうようにしています。このココナツロープ自体も、向こうの建物を例えば草の、ヤシの葉を編んで壁のようにしたりするとき、結びつけるとき、このココナツロープを使って、つまり、前向きなことに使う材料でもあります。それを売るということで、さまざまに前向き要素を取り入れるようにできるようにしています。

野菜のプロジェクトも同じで、やはりできあがった野菜が、役に立つというようなこと、野菜が育つを見るのも、心の癒やしになるようですが、それだけではなくて、収入にもなる。それから種をちゃんと取って、来年に生かすことも、農業の栽培技術も伝えるので、ずっとプロジェクトに依存しないで、自分の作業を自分で推進していくような自立につながる活動ができたのではないかと考えています。

プロジェクトデザインにおける留意点

ぜひ取り入れていただきたいとこのあいだ申し上げたのは、プロジェクトデザインのときの注意点です。これは、もちろん JEN だけの秘密でもなんでもなくて、ぜひ建設的に批判していただいて、私たちもより良くしたいですし、皆さんがもしいいと思ったら、ぜひ取り入れていただいたら、効果が高いものだと思うので、たたき台として今日はお話しさせていただきます。まず、参加しなくちゃいけない、もともと家に閉じこもっていたわけですから、出ていかなきゃと思ってもらえるような必要性の高い活動を探すということです。すべて失ってしまったけれども、新しく技能を身につけたらとか、収入の足しになるのではないかと考えてもらえるような、参加することの必要性が高いアクティビティを調査のうえ、発見する。最初は編み物でしたが、スリランカのときはココナツロープだったり野菜だったり漁網だったりしました。

子どものプロジェクトも同じです。子どもたちがやりたいもの、最初はなんとなくはやっているアクティビティを提供することをしましたが、やっぱりアンケートを採って、これがやりたいといったものを提供すると、参加率もいいので、結果としてサポートグループもできやすいので、プロジェクトに依存しなくなると考えています。

もう一つ、簡単に参加できる、例えばココナツロープにしても、編み物にしても、も

ともと人々がやっていたものなので、そんなにハードルが高くなく、あんなこと、私にできるかしらと思うような、ものすごく努力をしなければいけないものだと、行くだけでおっくうなのに、さらにおっくうになってしまうので、簡単に参加できること、それから、小さな達成感を常に感じてもらえるようなことを取り入れるといいのではないかと思っています。もちろん、これは自己肯定感につながりますが、セーターだったら、後身頃が編み上がると1個達成、袖ができて、達成していくという、少しずつ小さな成功を積み重ねてもらうことが必要だと思っています。

それから、グループワークをすることですね。感情の吐露を共有することで、癒やしがあることはもちろんです。加えて、いつも自立のためなので、JENは少しでも早く撤退することが現地の人にとっては良いことです。ですから、サポートグループを自分たちで形成するにはどうしたらいいかを、常に非常に考えてやっています。

もう一つは、一番最後、これが一番大事だと私たちは考えていますが、誰かの役に立つことで、一番癒されるのではないかと思っています。実際に漁網の人なども、本当は漁網だけでサポートできればよかったのですが、漁網のプロジェクトに参加してくださいと言っても、参加してくれない、家族全員を失って悲しみにくれて飲んだくれのお父さんがいたのですが、ある時とうとう自分と同じように家族全員を失った、孤児になってしまった子のサポートをしたいと思ったときから、生活を変えて、漁網のプロジェクトに参加してくれるようになったので、誰かの役に立つことをお膳立てできるようなプログラムデザインをすると、心のケアとして、自立するための最低限のエネルギーレベルを回復することに役に立つのではないかと考えています。ですから、それで自立への一歩を踏み出せるところまで行くのが、JENで考えている心のケアのプロジェクトデザインに必要なことです。以上です。

中村 示唆に富んだ話がいっぱいあったと思いますが、質問はありますか。

藤森 基本的な理念を打ち立てたのは、どなたですか。

木山 JENのスタッフ全員です、現場で。

藤森 参加してくる人たちが、全員健康じゃないかもしれないとか、不健康かもしれないとか、そこに専門家は携わっているのですか。

木山 だいたい心理学者とか、最低でもソーシャルワーカーの資格を持っている人たちに、編み物教室でもココナツロープ教室でも参加してもらおうようにしています。

藤森 現地にいらっしゃるわけですね。

木山 その方が見て、3カ月じゃ足らなかったと思う方には、個別に声を掛けて、もう3カ月入ってもらおうとか、そういうことをしました。

藤森 例えば、網を途中からやりたい人が来たら、入れますか。

木山 入れないです。

藤森 そのグループは固定して。

木山 はい。

藤森 サポートグループを撤収後に作っていったとき、どうしても場所がないとか、お金がらみの問題がけっこう残ってしまう感じが、各 NGO さんが困っていらっしやる、現地スタッフの問題も含めて、その点は、どういうふうと考えていらっしやいますか。場所を借りられないとか。

木山 借りなくても、本当に精神的な結びつきができていると、25人ぐらいをマックスでやっているの、それは桑山さんのアドバイスもあって、人数を限っているのですが、ひとコース 25人未満でも、やっぱり特に仲のいい人同士とかできてくるので、それぞれの家を訪問しあったりするということで、必ずしも全員でいつも集まらなければいけないとは思っていないんです。

藤森 それは、その人たちの日常のお付き合いのなかに埋めていくという感じですね。

木山 はい、なるべく地理的に近い人同士が、のちのち交流ができるような場所の人たちに集まってもらって。

中村 日本でこういう活動をするとき、場の提供はものすごく大きなファクターなのですね。日本はなかなか場所がとれない。家庭もそうだし、公的機関も閉鎖的なのですね、日本は。

ところが、途上国は、場所の確保はすごい楽なのです。家もオープンだし、人の家にあがるのは平気だし、保健所とか、公的な機関のところも、なんかあったら、すぐに貸してくれます。日本の役所は、ものすごく厳しい。そこの違いで、場の確保は、こういうことを途上国でやるときと、日本でやるときに大きな違いだと思います。

木山 そのとおりです。場の確保はやりやすいのですが、特に最初のころは、非常に孤立感が皆さんあるようで、コースは週1回なんだけど、本当につらくなったとき、どこかに行ったら誰かに会えるみたいなオープンスペース、コモンルームと呼んでいましたが、オープンスペースがあると、そこにソーシャルワーカーがつめているので、そこに話しに来たりすることはできたのですね。ですから、最初のうちは、コモンルームを確保しておいて、そこで教室もやれば、個別に来る人たちにも対応するというような手厚いこともできました。

藤森 その専門家は、現地の方ですか。

木山 はい。

藤森 そこは大きいですね。言葉もわかるし。

木山 専門家が、あまり力がないようなところでも、なるべく育ってもらうようなかたちで、現地の人に仕切りをやってもらうように心掛けました。

藤森そこはすごく強みだと思います。

椎名規之（ジャパン・プラットフォーム事務局）

事務局の椎名です。2点質問があります。1点目は、最初の旧ユーゴスラビアのケースは紛争のあとの心のケアで、スリランカの津波のケースは自然災害のあとの心のケアですが、心のケアを実践されて、その2つに違いなどがありましたか。注意しなければいけないことなどがあったりするのか、もしくは、そういうことはあまりないのか。2点目はサポートグループについて、形成のしかたやスタッフの役割について教えてください。

木山 ご質問ありがとうございます。紛争と自然災害は、私たちのほうがかまえて、違いがあるのではないかと考えていたのですが、結果的には、あまりなかったのではないかと考えています。ただ、もちろん、紛争だからこそ、民族間の分断を少しでも埋めるようなかたちで、できれば一緒にやれたらいいなみたいなことは考えていたのですが、現実的には、私たちがやっていた地域は、それぞれの民族になってしまった地域だったので、一緒にやれた部分は少なかったです。

ただ、また別のプロジェクトで、平和構築のプロジェクトをやっていたのですが、そういうところでも、心のケアを取り入れるようにして、わりとこの要素は、そちらでも使えたなと思います。それは、一緒に協働作業をすることで、双方に利益があるようなお膳立てをするというのが、プログラムデザインで気をつけていたことです。

椎名 サポートグループを作るうえでのスタッフの役割について。自分にできることをするということですか。

木山 ソーシャルワーカーとか心理学者が関わってくれるので、スタッフは、できる限り現地の人たち同士でやれるように、引きながら関わるということだと思っています。最初に来たときは、あいさつもできないほど落ち込んでいる人たちで、背中合わせで座ったりしてしまうほど、落ち込んでいるので、その人たちが、あいさつができるように関わるのは、ソーシャルワーカーたちの役目なのですね。ソーシャルワーカーや心理学者が関わってあいさつをしたり、少しずつ会話をしたり、興が乗ってくれば、歌を歌ったりということをするので一体感を高めるようなことをしていたと思いますが、それは全部ソーシャルワーカーや心理学者たちが率先してやっていました。

桑山 評価は、どうしていますか。

木山 やはり、それは課題です。桑山さんに教えていただいて、いろいろな抑うつ度テストとか、描画テストとか、やらせていただいたのですが、本当に、統計的に有意な違いが出ていて、3カ月前と、3カ月後と、こんなに違うのだと思いたいし、思おうとすれば思えますが、ほかの要素を全然排除していないわけですから、もしかしたら、その3カ月のあいだに行方不明だった夫が帰ってきたかもしれないですよ。そうしたら、プロジェクトの効果かどうかは、まったくわからないという意味では、どこまでどう評価するのかは、非常に難しいなと思っています。ただ、齋藤さんの働きを期待しています。

桑山 独自の評価を使って、それなりの成果が出ていて、それを報告書などにも盛り込んでいますか。

木山 はい、心理テストなどは使っています。やりながら、ちょっとなと思っていますが。

佐々木恵子（国境なき子どもたち） 被益者の方々は、心のケアをすと言って呼ばれた人ではなく、編み物をみんなでしましょうとって呼ばれたのですよね。そこで実際にプロジェクトの成果を測るために心理テストをやりますと言ったときの反応は、いかがでしたか。

木山 意外と抵抗がなかったように思います。

佐々木 説明を事前にしてあったとか、心理テストの結果はこういうところに出すものだ

とか。

木山 そんなことはしないですが、実はその辺は心理学者たちが、上手にやってくれたのかなと思っています。それは、考えていなかったです。今度、聞いてみます。

中村 今の質問は、心のケアの活動はいいけれども、それを評価とか、テストをするとき、むしろ受ける方から反発だったり、嫌だったり、そういうことですか。その辺の経験がありますか。

佐々木 ヨルダンで心理社会的ケアを **KnK** (国境なき子どもたち) として実施していました。青少年の子どもたちを対象としていましたが、テストをしますよと説明をしたとき、普通に何もあまり考えずにやってくれた子もいれば、なんでやるの？ という単純な疑問と、どこに出すのとか、私の名前がどこかに出るのかと聞いてきた子もいたということがありました。個人が特定されるような情報は出さないということ、またこれはドナーがついているプロジェクトで、やって成果があれば、また次に同じようなサポートが必要なときに同じようなプロジェクトができるので、協力をお願いしたいということで説明をしてやりました。

桑山 皆さんが、例えば **JEN** や **KnK** がやっていることに対して、ある程度、一個のガイドラインがやっぱりあるべきだと聞いていて思っていました。現地の心理士や、現地のファシリテーターさんが、これだけは守ってとか、これだけは外してはいけないみたいなものがちゃんとわかっていて、あるいはわかっていなかったとしたら、それを日本サイドから提示できるような、例えば編み物をやっている、くれぐれも今からトラウマについて語るぞとか言わないでとか、そういうようなある程度のガイドラインがあると、こういう会話がずっと収まっていくのかなと思いました。

そのために、この共生ワークショップの最後の報告書の中に、そういったコツのようなものや、ある程度のガイドラインが盛り込まれると、それを見て、現地に心理士はいるけれども、日本スタッフとしても、ここの部分はちゃんと確認に行こうねとか。今度渡航したとき、この点については確認できると、みんなが同じような、ある程度のクオリティを保ちながらいけるかなという感じがします。

中村 どうもありがとうございました。木山さん、この感じで報告書に載せてください。みんなでこれを共有していきたいと思います。次に **NICCO** の折居さん、お願いします。

折居徳正 (日本国際民間協力会 : **NICCO**)

特に資料等を作っていないのですが、過去に事例を第1回とか2回でお話しさせていた

だいているのと、NICCO のアドバイザーとして桑山さんにずっとご指導いただいでいて、かなり桑山さんが今まで話しておられたことをうちはやっている面もあって、同じ話をしてもまた言っているとなるので、それより概略だけお話しして、むしろこの研究会でどんなことを考えたか、そして今後に向けてどうしていきたいかをお話しします。事業内容については報告書にまとめて出しますので、そちらで見ていただければと思います。

NICCO の心理社会的ケアプログラム

NICCO が心理社会的ケアを一番最初にやったのは 2004 年のイラン・バム地震のときです。その時は子ども向けのスポーツのアクティビティだけを行い、同じやり方を 2005 年のパキスタン地震でも行いました。そのあと、もう少し子どものためにオーガナイズされたプログラムとして、最初に二次元の描画から入って、三次元の粘土細工をして、それから音楽やスポーツで体で表現して、最後、演劇で表現する。要は、言葉で語れないものを非言語的な表現方法で表現してもらい、それをグループでお互いに受容できるような場を作るという心理社会的ケアプログラムを、その後、インド洋大津波の際のスリランカ、インドネシアのジャワ島とスマトラ島の地震、それからヨルダンのイラク難民、さらに小さな規模だったのですが、中国四川地震でもやってきました。その評価手法として、当初は質問紙、つまり HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)、や GHQ (General Health Questionnaire) と、さらに描画テストをしてもらって、事前と事後に質問に答えてもらったり、絵を描いてもらって、その変化を追う方法を取って来ました。

さらに、ヨルダンのイラク難民支援事業を KnK さんと SCJ さんと一緒に協力しながら 2 年半やっていたのですが、それが最後の半年ぐらいになったところで、この研究会が立ち上がって、だんだんそこでやっていることと、また同時に中国四川でやっていることと、ここでの議論が、オーバーラップするようになって来た。逆にここで議論されているような評価手法について、ヨルダンで 3 団体が一緒に活動しているので、そこにどう反映するかということも話に出てきて、ヨルダンでは、それまでの質問用紙と描画に加えて、さっき齋藤先生から話が出ましたが、個別の事例報告も行いました。数値だけでは見られない部分について、事例の報告も最終評価に含めて、だいたい事業の全対象者数に対して、各団体これぐらいのパーセンテージで事例を出しましょうということで、評価を行いました。

先ほど報告のあった JEN さんのプロジェクトとの比較でいうと、NICCO の場合は、基本的に子ども、ティーンエイジャーを対象に考えて来ました。JEN さんの事業は、大人がやりたいことと作業療法をうまく結びつけていて、本当にうまいなと思います。やはり大人の場合、災害後の収入の問題、家の問題、いろいろなことを乗り越えていかなければ、心理的な安定ということはなかなか難しいところがあるかと思っています。それに比べて子どもの場合は、そういったところとはちょっと離れて、もう少し純粋に心理的なことに入っていけるところがあって、うちは大人を対象にしていけないわけではないのですが、メインで子どもをやってきた違いがあるかなと思います。

ただ、一緒なのは、被災地に行って心のケアをやりましょうとか、そんなことを言っても誰にも通用しないし、もちろん、心理社会的ケアなんていう言葉を知っている役人に、どこの国へ行っても会ったことはないです。被災者の方にそんなことを言っても、いや、おれは頭はおかしくないとか、どうしても精神病と一緒にイメージになってしまうので、やはり誤解を避けるためにそういう言葉は敢えて使わないようにしています。そして例えばヨルダンの場合だと、最初に食糧の配給とくっつけて、後半からは子どもの英語とパソコン教室とくっつけることで、子どもたちをひきつけるとか、インドネシアの村でやった場合も、最初は医療の支援とか、物資の配給とかをやって、さらに学校を修築しながらコミュニティに入って行って、それと同時に心理社会的ケアのプログラムをやるとか、そういった、何かメリットがあることと組み合わせて常にやっているところは、共通すると思います。実は、このように参加者がメリットを感じられることと組み合わせて行うというのは、村落開発の事業でも、まったく同じことだと考えており、そこら辺は共通しているかなと思います。

齋藤先生のお話にあった専門性ということで言うと、以前この研究会で報告させていただきましたように、NICCO は中東やアジアのいろいろな国で、プログラムをやらせていただきましたが、そういった国に入って日本人が全部実施できるわけではないので、協力団体だったり現地の関心がある若者を育てて実施して、もちろん現地の専門家にも、いろいろ関わってもらいながら事業を行って来ました。しかし、現地に入る日本人の資質も非常に重要で、曲がりなりにも英語でコミュニケーションをとって、子どものなかに入ってコミュニケーションをとりながら、こういったプログラムをやれる能力が必要です。さらに心理学であるとか、そういった専門性も必要という意見も頂いたのですが、そのような専門性と現場での実施能力と、残念ながら今のところ両立できている人材がそんなにいないという話をそのときはさせて頂いていました。現在までのところ、そういった青少年の活動、子どもの活動ができるスタッフが桑山さんの指導を受けつつ、現場でやっているかたちが多かったのです。あとももちろん、心理社会的ケアで素人が対処できない方が出てきたら、現地のソーシャルワーカーとか精神科医に、診ていただくかたちでやっていました。

しかし、実は今度の報告書を書くのはヨルダンや中国でプロジェクトを実施していた久保田というスタッフなのですが、実は久保田は、その後、桑山さんや藤森先生にご指導をいただいて、この4月から大学院に行って、ちゃんと専門性のこともやろうということで、勉強をし始めています。その意味で NICCO のプロジェクトもだんだん進化していて、プログラム実施の素質を持っている人が、さらに専門性をも身につけて勉強していくようなかたちに少しずつなっているかなと思います。

心理社会的ケアにおける活動・評価基準の重要性

さっきの各先生のお話を聞いて思ったのは、こういう風にいろいろな専門家の方に意見を出していただいて、さらに NGO からも事例も出して、まとめていただけるのは、本当

にすごく重要なことだということです。前もヨルダンのことをお話ししたときに少し話したと思いますが、ヨルダンでのイラク難民支援では、当初は UNHCR のプログラムにおいて IASC のピラミッドもちゃんと使われていたのですが、結局ヨルダンのこういった活動を統括している省庁である計画・国際協力省では、後日心理社会的ケアは支援のカテゴリーとして認めないとなってしまって、UNHCR もそれで取っていた許可を取り消された出来事がありました。NICCO も UNHCR のプロジェクトとしてプログラムを実施していたため、承認済みのはずだったはずの事業計画の中で、「サイコソーシャル」という言葉を全部書き直せと言われて、全て別の言葉に書き直して出すことになりました。

なぜそうなったかという、サイコソーシャルと言っていれば、何でもお金がつくみたいな状況になってしまって、それだけが原因ではなかったかもしれないのですが、極端なことを言うと、単に難民の人達を集めてパーティーをやっているだけでサイコソーシャルケアとか、なんでもかんでもサイコソーシャルケアみたいな状況になって、いったい何をやっているのだと、どう効果が出ているか、よくわからない、ただ飲み食いしているのと何が違うのだとなってしまった。こんな状況もあるのがどうなのだと NICCO 内で言っていたら、このような事が起きてしまい、やっぱりそこも一つの原因だったかと思っています。

本当に定義もない、評価方法もない中で、いろいろな国の団体が、何でもサイコソーシャルケアだと言えば、何百万、何千万円とお金が出ますという、なんでもありという状況が、特に援助団体が殺到するときは、起きてしまうことがありますので、そうすると、本当になんとかわからない、クソミソ一緒の状況になってしまいます。

そういう意味でも、さっき齋藤先生から伺ったように、国際的にもまだ確立したものが無いということであれば、日本の NGO の中で、こういった研究者の方と協力して、なんらかの最低限、応用できる指針とかスタンダードが作られると素晴らしいと思います。全部このとおり、全ての団体が同じようにやらなくてもいいけれど、だいたいこういう資料があって、こことここを採用していれば、このポイントを押さえればみたいことが指針として示されて、それを日本の NGO がそれぞれのやり方で取りこんで実施していければいいのではないかと。あるいはもっと重要なのは、国際的にそれを発信して、こういう指針でやっていたらどうですかと提案することが、本当に重要だと思います。

活動における困難さ

撤収を考えた支援ということがさっきお話に出ていましたが、NICCO が過去のいくつかの国でやってきたケースで見えていくと、比較的うまくいったところと、うまくいっていないところがあって、インドネシアのジャワ島の村落部でやったときは、かなりうまくいって、そこは本当に村落共同体がそのまま生きており、しかももともと、演劇の伝統があったので、心理社会的ケアの演劇のプログラムが、現地の文化で廃れていたものを復興させるようなことになって、非常にうまく受け入れられました。

小学校でもプログラムをやっていたのですが、学校の先生もインドネシアの学校は非常にオープンなので、協力してくれて、また現地の NGO のスタッフもそれなりに力があって、子どもたちと今でもずっとつながりがあるほどで、そういえば桑山さんも今でもつながりがあって、その後、テレビ番組で取材に行ったりされていましたが、ずっとうまくコミュニティの中で、さっきの JEN さんの例のような、日常の関係の中にうまく入って、つながっている例もあります。

一方でヨルダンみたいに、難民としていろいろなところでバラバラな人を集めてきたとか、被災地でバラバラのいろいろなところから来た人を集めたという状況になると、やっぱりもともとのコミュニティが生きていないので、開発事業をやるのも同じですが、やっぱり非常に難しい面があって、そういったところでどう地元につないでいくかは、すごく難しいところです。その場合に、ローカルの団体なり、個人なり、専門家なり、本当にいい人に出会えて、そういった人にうまくつなげるか、そこがキーになっている。ヨルダンでは実は今もユニセフさんからお金をもらって、まだ現地の NGO に引き継ぎ作業をずっと続けているのですが、なかなかもともとの社会にそういったつながりやキャパがないと、難しいところはあるなと思っています。

もう一つ、今まで話したところで、すごく関連してくるのは、中国の例ですが、中国では実はうまくいかなかったことのほうが本当に多くて、一つうまくいかなかったのは、やっぱり事業許可を取るのが非常に難しいのは皆さんもご存じのとおりですが、心理社会的ケアと何かメリットのあるような事業と、うまく同時に同じ場所で許可を取ってやるのができなかったのですね。

しかも中国の場合、震災者だけにメリットがあるのではなくて、行政の側にもメリットが見えるようなものを提示しないと、なかなか許可が取れないので、そういったものと、心のケアと同時に取ることが、うまくできなかったところが、すごく難しいところでした。

もう一つ、そういった許可とか以外のことで経験したのは、ここでやったカウンターパートは **Aide et Action** というフランスの NGO の中国支部だったのですが、基本的には中国支部が独立してやっていて、ここと組んでやりましようとなった。そのとき、最初に先方から何を言われたかという、自分たちも心理社会的という言葉は使っていなかったが、子どもの心の問題をやっており、NICCO と協力していろいろ学びたいのでぜひやりましよう。だからマニュアルを送ってくれと、まず自分たちは、それを事前に読んで勉強しておくから、それで日本の人が来たら、それを見て一緒にやりましよう。

でも、こっちで実は、だいたい過去、インドネシアなどでどんなふうに使っていたかと言うと、ある程度書いたものはあったのですが、たぶん、向こうが想像していたような読んだだけで全てが書いてあるマニュアルみたいなものは特に作っていなかった。この違いは、聖典のあるキリスト教・イスラム教と不立文字の禅宗くらいの違いがあって、書かれたものを見てば一っとやれば、どこの国でもできるやり方をしていただけではなくて、禅宗のように、師匠について学んで順番に人から人に OJT (On-the-Job Training) で経験

して伝えていくみたいところがメインでやってきていた。それを誰が見ても、これを読めばだいたいわかるというものにまで、していたわけではなかったのですね。

実はそれで、いろいろ作ろうとしたりしましたが、でもやっぱり実際に見てもらわなければ伝わらない、やってもらわないと伝わらない部分もあって、そこのバランスを取りながらやることも、すごく難しかったです。ただ、中国でもう一つ、特に行政の人等から言われたのは、やっぱり人口が多いので、一子相伝でやっていたのでは、広がらないと。ある場所だけでやっていたら駄目で、自分たちはこんなにいる被災者にどう広げていくかを、常に考えなければいけないので、広げられるような、何かノウハウを移転してくれたら、自分たちで広げていくからとすごく言われた。やっぱり規模をある程度求められると、どうしても、客観化したものを見せて広げなければいけないというところは強く感じました。

さらに別の話になりますが、中国では心理テストという言葉にもすごい抵抗があって、いろいろな学者が来て、何度も心理テストをしたので、どの学校もまたテストをやらされるのかということにすごい抵抗があって、もうテストはごめんだというのは、どこでも言われたことでした。ほかの国で、あんまりテストは何度もやったから嫌だということはないんですけど、中国の場合は、それがすごくて、今までの評価方法をそのまま持つていくとき、大変だった。

もし、そういう被災地が今後出たら、本当にそれは注意してやらないと、あれだけ自分の子どもに何度も質問して、何をしてくれたんだみたいな、そういうリアクションが父兄から帰ってくるようなこともあるので。

今後に向けて

その前のポイントで、どう広げるかというところで話を終えたいと思いますが、心理社会的ケアは、要は日本人だけで、暗黙知のような感じでやっていったら、なんとなくできているのはわかるのです。例えば先ほどの JEN さんの報告を聞いて、あんなの単に編み物を編んでいるのと何が違うんだと思う人は、たぶん、あまりいなくて、JEN さんがしっかりやっているんだし、説明を聞けば、恐らく現場ではこんな感じでやっていて、それぞれの裨益者をうまくケアできているのだろうとなんとなく想像できるのです。ただ、さっきのヨルダンで何がサイコソーシャルなのか分からなくなってしまったような状況になってしまうと、女性が集まって、ただ作業をして、それで助成金をもらえばいいみたいな風に本当になりかねないものもあるのです。だから国際的に、中国に行ってもヨルダンに行っても、中国人がやってもヨーロッパの人がやっても、この点はクリアにしないとという点をしっかりと合意して書き物にしておかないといけない。やっぱり日本人同士の団体でやっていて、なんとなくできているというのでは済まないところが、国際的にはすごくあるので、そういったことをこれで整理して、ある程度書いたもので、理論的にもこうなのでと示せるようにしないと、日本人が手取り足取りついて弟子を育てていかなければ

というところでは、限界があるというのをすごく感じます。

自分たちがしっかりできて、ほかの団体にこれを伝えていくことに限界があるので、その意味で今回、こういったまとまったものができてきて、それをまた、日本の NGO もどう生かしていくかというところで、今回は責任もあるし、問われているのかなと思います。

NICCO として具体的には、ヨルダンでずっとやってきているので、将来イラクの情勢が安定したら、イラク国内で心理社会的なこともやりたいというのもあるし、パレスチナでも状況が安定したらやっていきたいというのがあります。いつかイラクの治安が安定して、国際団体が入っていろいろやるとなったときに、今までのヨルダンの経験、この研究会でいろいろと議論された経験をそこで生かして、こういう指針、こういう考え方、こういうポイントでやるのがいいんだと他の団体に提案できるような、そういう風になっていけたらいいなと考えています。

中村 どうもありがとうございました。貴重ないろいろなご意見をありがとうございました。僕のほうから一点だけコメントすると、特に国際的に発信するのは、すごく大事だなと思っています。むしろ、そういうのが研究班の役目だと思っています。すごい残念ながらというか、研究班は今年で終わってしまうので、終わったあと、どう発信するか、考えたいと思っています。

実は 2010 年 11 月に ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance) というところの評価などをやっているところの総会に行ってきた、そのとき僕が感動したのは、日本で特にジャパン・プラットフォームでやっていることは、ものすごくレベルが高いです。ジャパン・プラットフォームでやっている話、こういう勉強会をやっている話もしました。こういうグループでやっていますと。そうしたら、イギリスでやっている人たちが、そういうグループ、そんな活動は聞いたことがないと言うのです。一つの NGO と一つの大学だけのなんとか先生がやっているという個人的なつながりはあるけど、そうではなくて、こういう団体で、このなかにジャパン・レッド・クロスも入ってやっている。どうしてそんな素晴らしいことができるのかと言われて、これは発信しなきゃと強く思いました。ありがとうございました。

また、このいただいた報告書を基に、発信するのは私たちの責任だと痛感しました。時間もだいぶなくなってきたので、続けて NGO の方のご報告をいただいとと思っています。

今福ゆり子 (セーブ・ザ・チルドレン)

セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン (SCJ) の今福です。報告書には、2008 年～2009 年に中国で実践した子どもたち対象の心理社会的ケア事業について書かせていただく予定です。

SCJ が直接的な心理社会的ケアを被災者に行うのは、実は中国が初めてでした。それま

では、被災直後にチャイルド・フレンドリー・スペース（CFS）、すなわち、子どもたちが安全に被災地でも遊んだり学んだりできるスペースを立ち上げてきました。そこで行うアクティビティは、例えば体を動かしてストレスを発散したり、ブロックなどのゲームを通して集中力を取り戻したり、絵を描いたり本を読んで感情を表出していくといった内容です。被災下では子ども同士が集まって一つのことをやる機会はなかなか生まれませんが、安全なスペースでこのようなアクティビティをすることで、子どもたちは社会性を取り戻していったり、自己肯定感を取り戻していくことができ、付帯的に心理社会的ケアにつながることができます。しかし、中国では被災後6カ月のフェーズから事業を開始したこともあり、被災直後から設置する CFS とは違うかたちで現地のニーズに応える必要があったため、現地語が話せる台湾の心理学専門家と現地のニーズに合わせてプログラムを組んでいくこととしました。付帯的な効果を狙うのではなく、心理学の専門家と強力にタッグを組んで、質問票を被災者に配布して心理変化を測定するといった直接的なケアを行ったのは、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンとしてはこれが初めてでした。

どのようなプログラムを行ったかは、何度もこの場でお話しさせていただいているので、割愛しますが、中国で活動をする上で難しいと言われている行政との連携については、ありがたいことに SCJ のパートナー団体は以前から行政とともに平時の開発事業を行っていたこともあり、比較的スムーズに連携することができました。また、SCJ の撤収後にサポートできる大人が不在となり子どもたちの状況が振り出しに戻ってしまうことを回避するため、行政の教育関係者や校長先生や教員、保護者などを巻き込み、「心理社会的ケアとは何なのか」「なぜ子どもたちにそのようなケアがこの時点で必要なのか」について、地域ぐるみで一緒になって考える機会を持てたことは、グッドプラクティスとして挙げることもできると考えています。

ただ、これまでも何度も議論になっている通り、事業終了後にどこまで心理学の視点からフォローアップできるかという点や、質問票評価では事業以外の外的要因を排除することが難しいため事業成果としてどう受け止めるべきなのかという点など、困難に感じる点も多々ありました。そのような点について具体的にどのようなアプローチで評価を下すべきなのかと話し合えたのは今回のワークショップの大きな成果だと思います。「評価はあったほうがよい」、「統一されたアプローチが横断的に必要」というところまではこれまでも挙げていましたが、その一歩先、すなわち、具体的にどのような質問票を使うのがよいのか、どのようなケーススタディが必要なのかといったところまで踏み込んで話し合えたことに大きな意義を感じました。

今回で本ワークショップは終了となりますが、ワークショップの成果が、何らかの形で次に心理社会的ケアをされる団体に引き継がれていくことを願っています。ありがとうございました。

中村 どうもありがとうございました。

佐々木恵子（国境なき子どもたち）

KnK は報告書の中で、ヨルダンのケースを報告したいと思っています。JPF の事業として2年間半、イラク避難民を対象として実施してまいりました。対象者は、青少年が対象で、ビデオワークショップとピア・エデュケータープログラムというグループでリーダーを育てながら、プレゼンテーションスキルや、コミュニケーションスキルを身につけていく。また、自分たちの思いをビデオ作品にして、それを地域の人に公表、上映会をすることで、自分たちがどういうつらい思いをしてきたか、どういう思いで今後過ごそうと思っているかとか、そういうストーリーを地域の人々と共有するというビデオワークショップをやりました。

あとピア・エデュケータープログラムはリーダーを育成するプログラムですので、自分たちで青少年がグループを作って地域に出て行って、例えば公園の掃除をしたり、地域の子どもたちの小児ガンのセンターに訪問して、そこで何か子どもたちのために劇をしたり、クイズをしたりといった自分たちがケアを受けながら、なおかつ自分たちがほかの人のために何か役立つことをするというので、どんどん自分に自信をつけていってもらって、前向きに将来について考えられるように、そういうことをうながすようなサポートをやってまいりました。

ヨルダンでやっていたとき、ちょうど SCJ さんと NICCO さんと KnK の3団体で共通の、どういう成果を、評価方法でやっていこうかということで、何度もこちらの心理社会的ケア研究会と連携もしながら、本部でも担当者同士でも話しますし、現地の担当者同士でも、すごく議論を重ねました。それぞれ SCJ さん、NICCO さんの各自の事業プラス、その3団体で心理社会的ケアの成果を出していくためにどういう取り組みが必要かというのを、本当に時間をかけて現地レベルで話あってきた経緯があります。そういう苦労なども、現地ではどういう取り組みがあったか、どういう苦労があったかを報告書に含めたいと思っています。

現地で3団体で話し合いをしてきたなかで、被益者も年齢層が少しずつ違いますし、プロジェクトの内容も心理社会的ケアという名前がついていますが、取り組みも違いますので、どういうふうに評価していくのか、共通のツールを使ってやっていくのかは、すごくまとめるのが難しかったです。

それを、齋藤先生が今回、いくつかメニューを提示していただけるということで、そういうものを参考にしながら実際にプロジェクトを計画するときには、専門家の方々にご助言などをいただきながら、こういうプロジェクトを被益者はこういう人たちで、こういう内容のものをするのであれば、こういうメニューの中であればこの評価方法が適切だということをアドバイスいただきましたら、NGO としてもすごくやりやすいですし、ドナーの方々へ報告する際にも、より読んでわかりやすい、どういう結果が出たのか、どういうことが課題として残ったのかが、次につなげられるものになるのではないかと思います

ので、そういうことをまとめて報告させていただきたいと思っています。

3) フリーディスカッション

中村 どうもありがとうございました。お話を聞いているだけで、素晴らしい報告書、すぐにでも書いたものを見たくくなりました。今、NGOの方々から報告書への希望、期待も出ていましたが、その辺りで何かコメントはありますか。

桑山 各NGOも現地のローカルの専門家の方と協働作業をしていらっしゃる傾向があると思うので、そんなとき、現地の方に、ある意味では出された指標に対して、日本サイドからもコメントできるような、意見がある程度言えるような、ある程度の知識が明確になるべきなのだろうと聞いていて思いました。あくまで、日本の専門家に関わるのは限界があると思うので、現地の専門家とのいい関係が築けたほうがサステナビリティ的にもいいと思うし、もしも引くときにも、ハンドオーバーの可能性も出てくる。ただ、向こうサイドからの主張で、ああ、そうなんだと、ただ聞いているだけで、それをやりましょうというのではなくて、そこは一つこんな感じもあるのではないのでしょうかとか、ここは重要なポイントなので譲れませんといったかたちがあるほうが、より健全かなと思いました。報告書にそういったところは、とても重要なところだと思います。

中村 そこに関して、僕は3つのことを思います。議論の中で専門家の関与というのが出てきたと思うのですね。いろいろな関与のしかたはあると思います。心理社会的ケアをするのであれば、現地の中で関与するか、プログラム全体をサポートするか、あるいは日本からいろいろな意味でアドバイスするか、そのいろいろな違いはあっても、プロジェクトをサポートするなかに、やっぱりプロフェッショナルな専門家は必要だと思うのですね。

ただ、だからといって、仮に日本人の専門家が現地に行って、そこでば一つとやれば何かなるかという、何もならない。こんな言い方したら、専門家の人に申し訳ないけど、日本人の専門家が行って、現地で動けば動くほど邪魔になる部分もあって、現地は現地のスタッフがやっていけばいい。そのときには、現地の中に、国によったら心理士とか、ドクターとか、そういう専門家が活用できる場所もあるけど、でも、決して全部の国がそうだとは限らない。そのときは、ケアワーカーだったり、学校の先生だったり、保母さんだったりみたいな方が、実際にタッチするときの専門家になっていく部分もあるわけですね。

また、日本のチームの中で現地で活躍している日本人チームの中のNGOのスタッフの方も、ある程度の経験を持っていらっしゃる方や、バックグラウンドを持っている方もいるし、プログラムオフィサーとして関わっている方もいるわけですね。その方々も経験を積んでいるうちに詳しくなっていく。

そういう人たちの大きな構造の中で、最低限こういうのはみんな、気をつけなければいけないじゃないか。そういうスタンダードではないけど、注意点みたいなものをまとめた

ものを作っておきましょうと、こんな理解でいいですかね。

桑山 はい。それに加えて、できれば年一回はみんなの学習会がどこかで開けて、そこに各 NGO から最近の現地に派遣している駐在員が心理社会について学びたいと、そういったことが、例えばサマーセミナー、ウインターセミナーのようなもので、年一回でいいから、やっぱり実践例を出してみるとか、実際に演劇をやってみるとか、そういった学びの場が日本にはあるべきだと思うので、今回、齋藤先生とそういう話が冬にできなくて申し訳なかったのですが、そういうものも今後も継続して重ねていくことで、より一層、われわれのスキルもアップするのではないかと思います。

中村 わかりました。今回の話を2つに分けて、報告書の中では、できたらそのところ、桑山さんのところの書くところに、それを含めて書いていただけますか。

桑山 そうですね、学習の場ということですね。

中村 いや、学習の場というか、そういうのを作りたいではなくて、むしろ、専門家が日本人、あるいは現地の人たちが関わる時、どういうことを最低限守るべきかみたいな、そういう話をできたらまとめてこの報告書の中に書いていただけますか。それはそれで、大事な話かと思えます。ほか、どうぞ。

木山 質問ですが、逆に最後の2回しか出ていなくて、今さらこんな質問をしていいかなと思えますが、海外の好事例は、被益国でやっていることではなくて、私たちみたいな外から行った団体もやっている好事例は、どこかで研究が進んでいるのでしょうか。うまくいっているこんない例がありますというような心理社会的プロジェクトは。

中村 心理社会的プロジェクトで、日本の団体じゃなくてもいいから、欧米の団体でもいいから、グットプラクティスみたいなものはありますかということですか。

木山 そうです。研究をどなたかがされているということ、どなたかがご存じだとか、そういうことはありますか。

桑山 よろしければ僕の留学先のノルウェーでしたらありますね、たくさん。

中村 例えば今回のハイチなどもそうですが、かなりのアメリカの心理社会的ケアのスペシャリストが、わんさと入りました。それでやっています。アチェでは、ハーバード大学のメンタルヘルスの教授が現地に入って、日本と違って向こうの教授は現地に行ってひと

月ぐらいいますから、いろんな調査をしてました。そういうふうにして、海外でも当然、いろんな素晴らしいのは出ていると思います。

藤森 活動なんですよ。NGOの活動として、何かいい事例が。

木山 別にNGOのには限らず、心理社会的ケア全般。

藤森 専門家が入って地域のメンタルヘルスに貢献しているような事案でもいい。

木山 はい。それが質問だったのですが、希望があればということなので、できれば英語版にして、それに対して、そういうよその国で素晴らしい活動をしている方たち、プラクティショナーでもいいですし、専門家でもいいので、コメントをいただければうれしいです。

桑山 僕の当時の師匠が、オスロ大学の精神科教授になっているので、エドワードという男なのですが、聞くぶんにはやぶさかではありませんし、エドワードたちがやってきた活動の中で、彼は活動の値なので、そういったレビューも含めて、ちょっと聞かせていただいて、木山さんがおっしゃるような活動でうまくいった、その中に評価もあると思うので、そういったものをいくつかレビューで見つけてみるのはできるかと思います。

中村 わかりました。そうしたら、えらいすみませんが、それをまた社会的心理学的ケアとは何かという中に、桑山さんのほうで盛り込んでいただいて。どうぞ、いろいろ要望があったら、何でも相談室みたいになっていますが、何でも聞きますので。先生方から、コメントはありますか。

藤森 これは情報ですが、ご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、兵庫県の心のケアセンターが、サイコロジカル・ファーストエイド、これはアメリカのPTSDセンターが作ったものを和訳したものをPDFでホームページから入れるようになっているので、ぜひご覧になると、とても、ファーストエイドと言いながらも、中長期も含めて、非常にどういう心理的な構えが必要かということや、声掛けの方法なども書かれています。これがあるということで、日本の国立精神神経研究所がガイドラインを今、作成中です。専門家にサーベイをして、研究、被災地での支援の方法の在り方について。

中村 飛鳥井さんとかも。

藤森 じゃないです。金先生のところの鈴木先生という女性のサーベイの公衆衛生の方が

専門家に調査をして、二段構えで、例えばその場において、直接声を掛けて、直接ケアをしたほうが良い人と、そんなことしたら駄目なんだという人と、けっこう専門家でも意見が分かれたりするのがあるって、それはなぜ分かれるのかというもので、今、クリアにしていっているところです。

昔は経験者が集まって作ったガイドラインだったのですが、今はもっと現地で活動していらっしゃる方が多いので、細かく突っ込んだガイドラインを作っている最中なので、できたらお知らせしようと思います。それは情報としてあります。簡単に、これは兵庫県の心のケアセンターのホームページから入れます。

中村 どうもありがとうございました。その辺りのことも、少しこういうなかで触れていただいても。よろしくお願いします。齋藤先生、コメントはありますか。皆さん方から、評価基準への期待をひしひし感じたでしょう。

齋藤 すごいプレッシャーですが、いろんな情報はいろいろなところから、今、インターネットで引き出せるようになってきていると思いますが、災害の心のケアに関しては、サウスダコタ大学にそういう研究機関 (Disaster Mental Health Institute) があって、Gerard A. Jacob という心理学の教授が所長なのですが、その人は国際赤十字の心のケアのプログラムにも関わっていますし、たしか IASC ガイドラインにも関わっていたと思います。

なんで IASC ガイドラインがうまく活用されないかみたいなシンポジウムを、たしか2年ぐらい前に開いたと思います。それは榎島先生が参加していますが、そういうのとか、あと、コペンハーゲン大学の大学院の災害に関わる人たちの専門大学院のコースが2年ぐらい前にできたと思います。僕が行ったときは、まだ立ち上がってなくて、そういうものを作るのだという話を聞いていました。

それから、これはできたかどうかわかりませんが、イタリア中部地震の後に、ラクイラ大学の医学部では、やはり大学院に心のケアをするためのコースを作るという話があって、僕のところに、その講義はできるかと問い合わせがあったのですが、それはイタリア語でするのだったらできないよと言ったら音沙汰なしです。あと、国際赤十字の心理社会的支援センター (IFRC Reference Center for Psychosocial Support) がコペンハーゲンにありますので、そこのホームページで、赤十字のグッドプラクティスみたいなものは、もしかしたら手に入るかもしれません。

中村 どうもありがとうございました。いろいろな議論をいただき、だいたいまとまってきました。あとは報告書に関してですが、報告書に関して、岡野さんから何かありますか。

岡野恭子 (大阪大学大学院) まだ名刺を交換させていただいていない方もいらっしゃると思いますので、後ほど個別にお話しさせていただきます。

中村 では、岡野さんから報告書に関してお願いすると思いますが、よろしくお願ひします。

もう一つは、ちょっと時間が過ぎていますが、あと5分ぐらいで。この研究班は2011年3月で全部終わってしまいますが、せっかくこれだけできたネットワークをこのままで終わらせるのは非常にもったいないと思っていて、私から2つか3つ思っていることがあります。

一つは、まだジャパン・プラットフォームの中で正式に認められているわけではないですが、先ほど言ったような研究者ネットワーク。研究者の中でジャパン・プラットフォームの、あるいはNGOの活動に自分の時間とタイミングが合えば協力してもいいよというような人を登録しておいて、そういう人のリストをジャパン・プラットフォームにオープンにするという、研究者のネットワークを作りたいなど。

これは、言語ができる人とか、保健医療の関係者とか、教育に強い人とか、いろいろな分野があるでしょうが、特に心理社会的ケアに関しては、ここにいらっしゃる先生方には、ぜひそういうのができた暁には、参加していただけたらと思っています。

そういうかたちで、一つはグループとして、ジャパン・プラットフォーム、あるいはNGOをサポートしていくのが一つです。もし、そういうのができたとき、心理社会的なところは、責任者として、ぜひ桑山先生お願いします。

桑山 そういうところで勉強会などもできますよね。

中村 そうそう。2つ目は、そういうなかで、勉強会というか、さっき言っていたらっしゃったセミナー。予算の負担がないかたちで、どうかたちでセミナーを開けるかは、ちょっと工夫がいると思います。どこかで1泊2日とか、あまり思わないで、土曜日か何かで先生方の都合があったら、ジャパン・プラットフォームだったり、あるいは地球ひろばとか、安く借りられて、朝から夕方まで1日でセミナーをするとか、いろいろなかたちはあると思うので、セミナーなんかをぜひ考えていただいて、それでジャパン・プラットフォームの方と相談して、また研究班が終わっても、年一回ぐらいはセミナーを開いて、心理社会的ケアのことを語り合うのは、必要だと僕は思うのですね。

今回、僕はこういうかたちで、かなり仕切らせていただきましたが、研究者の方々とNGOの方々と、このあともずっと続けていただけたらいいと思っています。年1回か2回は必ず集まって、そして自分たちがやっていることをもう一回仲間同士で話をするなかで検証して、いいところは情報ももらって、どうかなというわからないところは、その仲間たちに聞く。そういうグループで研鑽していく機会が絶対必要かなと思うので、ぜひこの研究会、この後もみんなでこれからの続けていきたいと思います。あと桑山さん、最後に。

桑山 そういう意味では、皆さんのところへまた連絡がいくことになると思うのです。そんなときに、どういう企画になるかは、ちょっとお任せいただきたいところですが、希望なども聞かせていただきながらですが、僕としても **JPF** との関係との上に成り立ちつつ、お金の問題ではなく、勉強できる場所を定期的に持っていきたいと思っていますので、**JPF** の方を借りながら、また連絡がいくと思いますので、年に1回2回ぐらい集まって、お互い情報交換をしながら、たまっているものをはき出して、もっとこれを煮詰めていければと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

中村 どうも今日はありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。
(終了)

参 考 論 文

■ 実践研究

中国四川省における四川大震災の被災者に対する 心理社会的ケアワークショップの実践

The practice of psycho-social care workshop for the victims of the Sichuan Earthquake in Sichuan province

久保田 智之* 藤森 和美**
(*NGO(NICCO), **武蔵野大学人間関係学部教授)

概要

近年、被災地の復興支援の一環として心のケアの実施されている。災害によるトラウマに起因するPTSDの治療、およびその予防やハネムーン期以後に表面化する様々な心の問題に対処するために各災害後にはケアが行われることが先進国を中心に浸透してきつつある。しかし、途上国においては心自体に対する注目度は高いとは言えず、災害現場に高いニーズがあり実施を望む声がある一方で、心のケアに対する理解は未だ薄いものである。

本研究では、2008年5月に起こった中国の四川大地震被災者に対し、PTSDケアを主目的とした心理社会的ケアワークショップを行った。効果判定に用いたHarbard Trauma questionnaire (以下、HTQ) (Johnら, 2004) 簡易版15問において、約6割の参加者にスコア上の改善が確認された。また、ボランティアに対するトレーニングを含めた活動を通して、被災地域に必要とされる持続可能な支援について、特に海外での活動においての地元ボランティアの選抜方法や心理教育の重要性が示唆された。

I. はじめに

近年、世界的な規模での自然災害が頻繁に発生している中、緊急時の生命の維持、衣食住の確保の次段階として、心のケアを行うことが定着してきた。日本においても阪神・淡路大震災以後、多くの心のケア事業が実施されている。

心のケアとは、危機的出来事に遭遇したために発生する心身の健康に関する多様な問題を予防すること、あるいはその回復を支援することを指す。本研究では四川大震災後の心のケアとして、主にPTSDを予防することを目的に行った心理社会的ケアワークショップを行った。活動は2008年5月12日の四川大地震の発生から約1年後に行われた。この時期は、Raphael (1986) による災害に対する個人反応の推移(1:英雄期(災害直後から数日間)、2:ハネムーン期(災害発生数日から数週間)、3:幻滅期(災害発生数週間から数年間)、4:再建期(災害発生から数ヶ月))のうち、その個人差により、幻滅期と再建期が混在する時期にあたる。劇的な災害の体験を共有し、それをくぐり抜けたことで被災者同士が強

い連帯感で結ばれ、今後の援助に希望を抱き、助け合いのムードが生まれるハネムーン期を過ぎ、被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴出する時期が幻滅期である。また、再建期は少しずつ穏やかな日常を取り戻していく中で、生活を再建するエネルギーが出てくる時期である (David, 1995)。いずれの状態も衣食住の問題が一通り解決し、これまで表面化しなかった心の問題が徐々に現れてくる時期であり、再建期においてはPTSDが問題となる時期とされている(藤森・藤森, 1996; 藤森, 1998; 高寄, 1999; 田中・高木1997)。

本研究の対象となる活動はジャパン・プラットフォーム (J P F) からの助成により、社団法人日本国際民間協力会 (以下、NICCO) によって行われた。NICCOは、1979年12月15日にカンボジア難民の救援を目的に発足した国際協力NGOであり、途上国の人々の経済的・精神的な自立を図るため、アジア・中東・アフリカ地域の各国で活動してきた。2009年現在にはヨルダン、パレスチナ、イラン (アフガニスタン難民)、マラウイ、中国、日本の6カ国で活動を行っている。

同団体の心理社会的ケア事業はスーパーバイザーとして桑山医師 (精神科医・現東北国際協カクリニック院長) を据え、PTSD予防を目的とした表現アクティビティ (主に絵画、粘土、音楽、スポーツ、演劇など) を用いた心理社会的ケアワークショップを各地の被災者や戦争難民を対象に展開している。これまで2003年のイラン南東部大震災支援よりはじまり、2004年スリランカ (インド洋沖大津波)、2005年パキスタン北部大震災、2006年ジャワ島中部大震災、2007年ヨルダンにおけるイラク避難民支援を行っている。

本研究では、前述のワークショップを考察するに当たり、以下の2点を大きな目標として設定している。一つは四川大震災にて行った心理社会的ケアワークショップの方法、結果を考察し、今後の課題を抽出すること、そしてもう一つは被災地での援助活動を考える上で重要な持続性のある支援への考察である。

指標として、前者に対しては、HTQ簡易版15問、実施時の観察、後者にはワークショップを実施した地元のボランティアを対象にした観察と事後アンケートとした。

II. 方法・対象

1. ワークショップ活動までの経緯

活動地域として四川省綿陽市江油市を選定し、地域行政である四川民促会との協力の下、江油師範学校附属小中学校の5年生 (78名) を対象に心理社会的ケアワークショップを行った。

中国人民政府よれば、四川大地震により、四川省は死亡者数68712名、行方不明者27921名にのぼり、農村部では347.7万軒、都市部では31.4万軒の家屋が倒壊した。(2009年4月25日現在) また、被災程度により各地域はランク分けされ、特に支援が必要な地域として極度重災区、重災区が設定されている。

NICCOが活動を行った綿陽市江油市は重災区に区分されている。綿陽市全体では、死亡者数19758名 行方不明者8040名、負傷者166721名、綿陽市内江油市は死亡者数392名、行方不明者85名、負傷者10006名という報告である。全市、損壊部屋の面積は2.2億平方メートル (2008年5月25日17:00 四川省人民政府新聞弁公室) と発表されており、死亡者は少な

かったものの、負傷者や家屋の倒壊など、大きく被害を受けた地域であった。

対象となった江油師範学校附属小中学校は、校舎が半壊しており、生徒の大半は寄宿生であった。プログラム実施当時には校舎の再建がすでに始まっており、対象者は仮設寮にて寄宿生活を送っていた。

また、ワークショップ実施にあたり、ワークショップを運営するファシリテーターを江油師範学校生から18名をボランティアとして起用した。この18名は事業実施対象校の付属先である江油師範学校の生徒から同校教員の推薦の中によりトレーニング受講者として選抜された42名の中から、ワークショップ開始前に日程や本人の希望を考慮し、NICCO側からさらに選抜を行ったものである。

2. ワークショップの目的

前述の対象者に対して、実施期間1ヶ月、計4回のワークショップ（各回1時間程度）を行った。実施ワークショップ回数は、新型インフルエンザの影響など、学校側との調整により当初想定的全10回から規模を縮小して行った。ワークショップは表現アクティビティ（描画、粘土）によって震災の記憶・感情を表出し、それを受容するという心理社会的ケアのプロセスである【表現と受容】のプロセスに重点を置き、その当時の記憶や感情を消化し、PTSDの予防することを目的とした。

3. 実施方法

(1) 対象者

ワークショップでは男女バランスを考慮し、裨益者を4グループ（各グループ約20名）に分け、各クラスに担当のファシリテーターを各4名ずつ配置し、実施した。その際、参加者との関係性の構築を重視し、初回に分けたグループメンバーとファシリテーターは最終回まで固定とした。

(2) 運営方法

ワークショップ運営に関しては、日本人スタッフの指導の下、地元ボランティアからなるファシリテーターによって実施された。プログラム全期間を通して、事前に各ワークショップのコンテンツについてロールプレイング形式でトレーニングを行った。また、各ワークショップ後には振り返りの時間を設け、各回の反省を次回に活かしていきける形で進めた。

(3) 実施場所と内容

原則、江油師範学校附属小中学校の教室にて行った。一部、教室の都合により、学校敷地内の公園にて行った。また、各クラスとも小中学校側の先生が帯同し、見学した。見学の際はなるべく生徒の視界に入らないよう、教室外からの見学とし、ワークショップに影響が出ないよう配慮した。

(4) ワークショップ実施日程と内容

ワークショップのコンテンツ構成はアイスブレイクに重点を置き、裨益者が抵抗感なく、表現を行える環境づくりを念頭に置きながら、徐々に震災の記憶や感情の表現につなげていった(表1)。なお、震災に関する表現を行う際には、表現の強要を行わないよう配慮し、

抵抗が見られた参加者に対しては別の課題（家族についての話をしたり震災後の復興した町の様子など）を与えた。

初回は自己紹介を中心に、裨益者とファシリテーターのアイスブレイクを目標に行った。はじめにスタッフから簡単な自己紹介を実施し、初対面の参加者とスタッフとが打ち解ける機会を用意した。その後、教室内で心理テストを行った後、1クラス（約40名）を2グループに分け、それぞれの担当ファシリテーターの指導の下、オリエンテーションとアイスブレイクゲームを行った。心理テストにはRichard・ Mollicaらが開発したHTQ（Johnら, 2004）を基に桑山が臨床的観点から編集したHTQ簡易版15問を用いた。なお同簡易版15問は標準化はなされていないが、1時間というワークショップの実施時間から運営面に重点を置き、採用した。質問項目は表2に示した。また、アイスブレイクゲームのコンテンツとしては、各グループのボランティアスタッフがトレーニング期間にそれぞれ議論、ロールプレイングを通して決定したゲームを用いた。

2回目はアイスブレイクゲームおよびグループ分けを屋外で行い、その後描画（音楽についてのセッションを行った。描画前には、予めトレーニングにて用意したイメージ喚起用の音楽を参加者に聞かせ、イメージの発表を口頭にて行った。次に違う音楽を聞かせ、そのイメージを描画で表現することを指示した。創作後は、各グループ内で作品の発表を行う時間を設けた。発表を通じて、参加者からの質問の時間を設け、表現⇄受容のプロセスを体感させ、次回の震災描画への導入とした。

3回目は震災をテーマとしたイメージ描画を行った。描画前には震災のイメージの導入を行い、スムーズに創作につなげた。創作後には各作品を各グループ内で発表、共有を行う時間を設けた。制作中には参加者に対して、ファシリテーターから作品の背景の記憶や感情について、個人的に適宜声掛けを行った。声掛けの際、また発表時には作品に対する出来、不出来に対しての評価を行うことを避け、作品の背後にある記憶や感情、制作中に考えたこと、感じたことなどについて、問いかけを行った。

最終回では、前回と同じく、震災をテーマに粘土を用いた創作表現のセッションを行った。

作品制作中、および発表時には前回の描画ワークショップと同じ点に留意し、セッション終了後には作品の共有を行った。創作セッション終了後には心理テスト実施および、修了書の授与を行った。

表1 ワークショップ実施日程と内容

日程	内容
第1回 (09/05/19)	オリエンテーション 心理テスト アイスブレイクゲーム
第2回 (09/05/21)	描画（音楽を使ったイメージ誘導）
第3回 (09/06/04)	描画（震災の記憶）
第4回 (09/06/06)	粘土（震災の記憶） 心理テスト 修了書授与

表2 HTQ簡易版15問

生活に関する質問	
1	私は自分の人生に満足していないと思う。
2	学校は楽しくないと思う。
3	周りの友達と一緒にいて楽しくないと思う。
侵入に関する質問	
4	私は恐れや恐怖の夢を見ることがある。
5	地震のことを突然思い出すことがある。
6	大きな音を怖いと思う。
回避に関する質問	
7	地震について友達と話し合いたくないと思う。
8	別の場所に引っ越したいと思う。
9	誰もいない場所に行ってしまいたいと思う。
過覚醒に関する質問	
10	夜、眠ることができないと思う。
11	以前より頻繁にお手洗いに行くようになったと思う。
12	不安でドキドキした気持ちになる。
抑うつ、不安に関する質問	
13	私は食欲がない。
14	気持ちの落ち込みを感じていると思う。
15	自分の将来を不安に思う。

※とてもある(3点)、ほどほどにある(2点)
 滅多にない(1点)、ぜんぜん無い(0点)にて合計点を算出

(4) ボランティアのトレーニング

ボランティアトレーニングでは、全体の42名に対して震災時の復興段階やトラウマ理論、各ワークショップに用いるアクティビティに関するロールプレイングなどを5月5日から7日の3日間日程で行った。その後、選抜されたワークショップ実施者18名に対しては上記トレーニングに加え、各ワークショップの事前事後に振り返りと次回のワークショップの内容についてのロールプレイングを行った。実施者向けトレーニングの最終回では、全体のワークショップおよびトレーニングを通じた振り返りの機会を作り、その後、修了書の配布、事後アンケートを実施した。アンケートは自記式、記名にてトレーニング最終日である6月8日に行った。調査項目はプログラム全体を通しての達成感、プログラム自体に対する評価、プログラムを通して見られた参加者の変化、および自分自身の変化とした。ワークショップやトレーニングを通じた具体的なエピソードや感想を聞くために調査項目はオリジナルのものを使用した。調査項目は、表3に示した。

表3 ボランティアへのアンケート項目

	質問項目
問1	今回のワークショップについて、やり終えた達成感はどの程度でしたか？（%で回答）
問2	今回のワークショップに関してよかった点
問3	今回のワークショップに関して悪かった点
問4	ワークショップを通じて見られた子どもの変化、様子
問5	ワークショップを通じて見られた自分自身の変化、様子
問6	その他、自由なコメントをお願いします。



図1 第1回ワークショップ
裨益者の前で自己紹介を行うボランティアスタッフスタッフ。



図2 第2回ワークショップ
描いた絵について、スタッフが参加者の意見を聞いた。



図3 第3回ワークショップ
創作後、描いた感想やアイデアを参加者内で共有した。



図4 第4回ワークショップ
粘土を使った創作を行った。

4. 結果

ワークショップの成果を図る指標として、対象児童に事前（初回）事後（最終回）にHTQテスト簡易版15問を実施し、事後テストに有意な減少傾向が認められた(図5)。有効回答数は41名（有効回答率52.5%）であり、対応のあるt検定の結果、江油事前テストと事後テストにおけるスコア平均値には有意な差異が認められた($t=4.11$)。事後テストでは、最終回の時間的制約によって、テスト回収が困難なクラスがあり、有効回答率が低下した。

また、各参加者の変化率からも約6割の参加者から改善傾向が見られた。約2割にスコア上の悪化が見られた(図6)。改善傾向はPTSDの3症状項目を含む全ての項目において見られたが、PTSDの3大症状の内、侵入、過覚醒の指標がともに1を超えるスコアであったことから、対象児童の中に震災トラウマが以前残っていることが懸念された(図7)。各指標の事前事後の差においては、PTSDの3症状に対する特に顕著に改善傾向が見られたが、スコアにおいては大きな差異は見られなかった(図8)。

ファシリテーターを対象に行ったプログラム後に行ったアンケートや日々のヒアリングから、ワークショップに関する意見の聞き取りを行った。特にワークショップ時の参加者との交流を通して、自身の変化を感じた、またトレーニングを通して、他者コミュニケーションに対して有益な知識を得た、参加者が打ち解けてはじめは話したがらなかった震災のイメージを他者と共有できるようになったという意見が見られた一方で、時間および回数不足により運営面への不満やワークショップ時に参加者の変化は感じられなかった、また対象校選択の問題により、あまり震災の影響を受けていない参加者が見られワークショップの目的を達することが難しかったなどの回答も見られた。

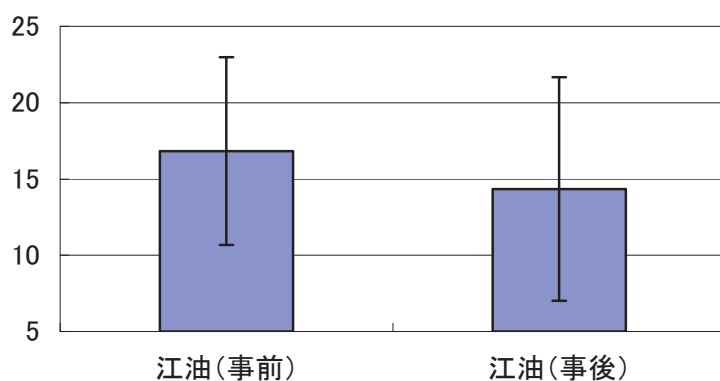


図5 事前事後テストの平均値と標準偏差

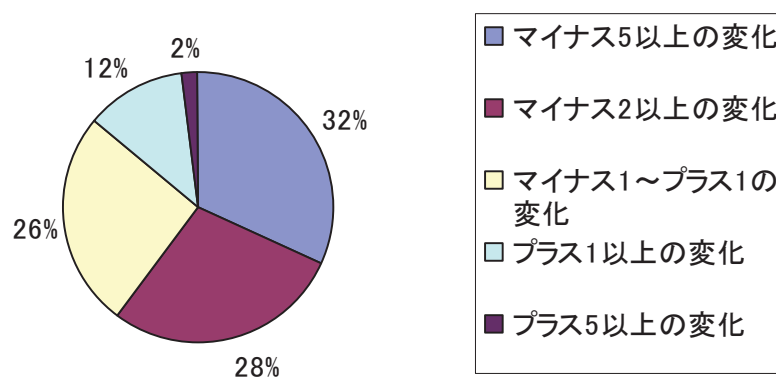


図6 事前、事後テストスコア比較に対する各得点増減帯における裨益者数の分布

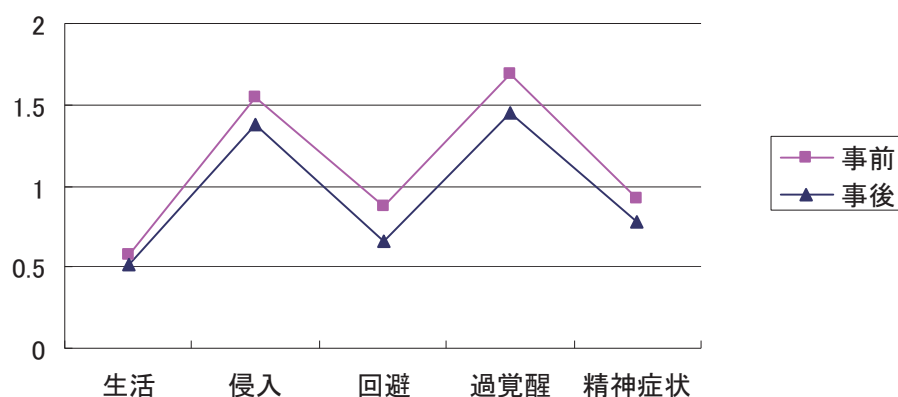


図7 各指標におけるテストスコアの平均値

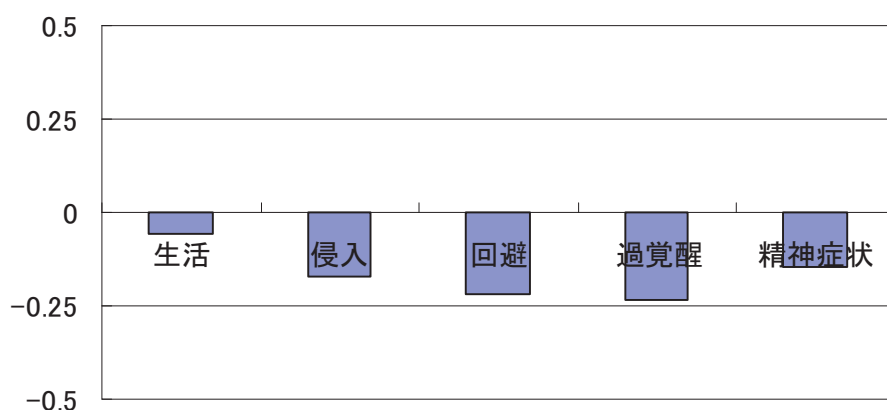


図8 事前事後テストにおける各指標のスコア差

5. 考察

事前・事後HTQの結果より、平均値に有意な差が認められ、約6割に改善の傾向が見られた。また、PTSDの3症状の項目である侵入、回避および過覚醒の項目において改善が見られた点も、ワークショップの目的と一致しており、スコア上心のケアとしてトラウマケアとして効果が認められた。

本研究で行った心理社会的ケアワークショップでは、グループワークにより、震災の記憶や感情などを表現し、それが受け入れられるという実感を通じて、周囲との関係性を回復させるものである。ゆえにワークショップでは、実施するファシリテーターと参加者との信頼関係の構築、ワークショップ中に自由に安心して表現できる空間作りが重要とされる。

富永・小沢は「感情を閉じ込めたり、感情を自分の中にしまいこむ対処がPTSDや心身症

を発生させる要因である」と指摘し、「被害者が自らのペースで、安心でき、信頼できる人に、つらかった出来事を自然に語り、感情を認めてもらう体験は、回復に寄与する」と述べた上で、同僚同士や家族と自然発生的に災害体験を語るナチュラル・デブリーフィングについて言及している(富永・小澤, 2005) 理社会的ケアワークショップは、上記のナチュラル・ブリーフィングと「自らのペースで、安心でき、信頼できる人につらかった出来事を自然に語り、感情を認めてもらう」点で類似しており、いわばナチュラル・ブリーフィングの環境を意図的に作りだしたものと言えるであろう。本研究のワークショップは上記の点において、被災者の心のケアとして効果的に作用したものと推測される。

また、心理社会的ケアワークショップは感情を認めてもらう点に重点を置いていることから中国のように、画一的な教育が広がり、他人に弱みをみせることが許容されにくい文化的背景を持つ地域に有効であると思われる。現地では一年以上経過した段階において、未だ震災のことを尾を引いている状態は弱さの象徴とし、弱音を吐くことを許さない風潮が根強く残っていた。被災のダメージにより、地域コミュニティや家庭に弱者を受容する余力がない状態であればなおのこと、心理社会的ケアの持つ、安心して表現し、かつそれが受容されることを実感できる時間を体験することが持つ意義は非常に大きい(岡田, 1999)。

しかしある程度の効果が認められた一方で、各項目間における平均スコアの比較(図8)からスコア上、大幅な改善が見られたとは言い難い面もある。

この点について、以下三点が問題となる課題である。

まず、第一点目は事業期間の短さである。本研究の活動においては、諸所の事情により当初計画からの変更を余儀なくされ、実施ワークショップ数が計4回と少なかった。同プログラムに関しては他の事業地では3ヶ月、計24回で行っているプログラムとなっているため、非常に少ない回数である。実施回数の少なさは、その構築が参加者と接する時間とある程度の比例関係が成立するものと推測されるがゆえ、大きな痛手となる。実際のセッション中で、地震当時の記憶と家族に関する感情(当時の避難経路をその時々考えた事柄を交えて話す者、震災の当時に怖いという感情よりもまず「うちのおじいちゃん、大丈夫かな?ちゃんと逃げられたかな」と足の弱いおじいちゃんが心配になったという記憶を話す者など)を話す児童もいた一方で、ワークショップの時間的制約の中で全ての参加者に満遍なく、表現と受容の機会を与えられたとは言い難い状態であった。

第二点目は、対象選定のばらつきである。本研究において、対象地の選定は被害の規模により行ったが、その後の詳細な選定に関しては単独での調査は行うことが出来なかった。もちろん寄宿先の学校教員から被災状況などのヒアリングを行い、地域の被災状況から適切と推測される対象を選定したが、個別の参加者に対するアセスメントは行うことが出来なかった。これは中国特有の事情により、外国人に対する制限が他国と比較にならないほど厳しく、外国人が直接対象地域に入り、調査を行うことは許されないためである。また学校など政府系団体への連絡も基本的に自由ではなく、本研究の活動においてはすべての連絡を四川民促会という提携団体を通じて行わざるを得なかった。理想を言えば、各参加者への面接などを通して、心理学的アセスメントを取った上で、参加者にスクリーニングを掛け、選抜することが望ましい。しかし、実際に海外での被災地にて活動を行う場合は対象者のスクリーニングの面で多くの課題が挙げられる。第1にすべての国が日本のように地域行政に心理学的アセスメント力を行える素養が無い点が挙げられる。特に途上国であればあるほど、心のケアへの関心は低く、まだまだ物質的な面に目が行く地域が多い。ま

た、そういった国々では住民の精神状況だけでなく、住民票のようなそもそもの住民に対する基礎的な情報を把握することも難しい。また第2に心のケアに対する認知の低さである。一般に途上国や中進国では先進国に比べ、心理学的な観点からの心に対する関心が低く、心のケアに対する重要性は低く認知されている。重要性が低い中では、地域行政の協力体制にも差が生じてくる。

以上、2要因において、求められる改善策として挙げられるのは、対象地域に対する心理教育の強化である。心のケアの重要性への認識が高まれば、地域行政のサポートもより得られ易く、運営面での困難は軽減されると思われる。

第三点目は、評価指標の確立である。災害後の心のケアの回復状態を図るにはもちろん、HTQのような質問紙のみでは不十分な側面がある。また、本研究では標準化されていない指標を用いたが、標準化された指標を用いることで、より裨益者の客観的な状態が把握できる。今後はその点も考慮すべき事項である。またその後の回復具合を図るにも事後の面接などの継続的調査が必要となる。この点は海外での支援においては、国内に比べ困難が生じる点である。その観点からも、今後の調査の充実には地域行政の協力は欠かせないであろう。

最後に、災害支援における心理教育の重要性について言及し、論を深めたいと考える。本研究プログラムのボランティアスタッフトレーニングの際に、震災後のストレス反応は異常事態に対する正常な反応である点を伝えると、非常に大きな反応が対象者からあった。このように学術的な側面から、被災者が置かれている心理的状况を客観的に伝えることは、ケア従事者、そして当の被災者本人に対しても認知的転換をもたらすことができ、極めて有益であると思われた。この反応はまさに心理教育の必要性と、重要性を担保するものであろう。

ストレス反応への偏見などをなくし、それは異常事態への正常な反応であり、治癒されるものと認識すること、さらに自分たちにも出来ることを知ることは地域の自助力を高めることに非常に有効であると思われる。

心理教育による地域の自助力の強化はそのまま、被災地域の長期的支援へと繋がる。支援の持続性は災害支援の中で常に取り上げられる課題である。いずれの災害地域に関しても支援チームが永久に支援を続けることはなく、その支援はいずれ現地に移管されるべきものである。自らを癒す自助力なるものが、地域に根付くこと、それが最終的に精神面を含めた復興に大きな影響を及ぼす。外部からの支援はその土台を築き上げるための起爆材のようなものであり、地域に永久に残れない以上そうでなければならない。

本研究では、ファシリテーターを今後それぞれの被災地の村にて教職につくであろう、教員養成校の生徒を起用した。残念ながら本研究ではプログラム実施後の追跡調査はなされておらず、彼らが事後に行った活動については言及できていない。しかし、本研究のようにプログラムを行う際には支援チーム撤退後も当該地域にてケアを続ける可能性の高い教員や聖職者、地域の中心的人物などを参加させることはその後の継続を考えれば、大変意義のあることと思われる。

災害における被災者トラウマの復興、喪失体験からの回復には、時間がかかることが予想される。物理的復興は目に見えやすく、その効果判定や評価は、客観的な判断もできる。ところが、上記の心理的ストレスやトラウマの問題は、大変見えにくい。そのためわが国でも、心の問題が長期に放置されていた歴史がある。1995年の阪神・淡路大震災によって、初めて全国的に「心のケア」という活動が社会的に認められた。しかし、この活動は医療的、教育的、臨床

心理的、社会福祉的と多様な立場の支援者が協働し、成し得るものである。しかも、それぞれの立場の効果判定は実に難しい。

精神科医療や臨床心理学の立場では、疾病や障害に対する治療エビデンスが強く求められる風潮がある。しかし、多くの被災者は、病院にもカウンセリングの場所に足を運ぶことは、現在の日本でも決して多いわけではない。

そこでこのような、海外での人道的心理社会支援が、何を目的とし、方法を定め、対象者を選び、活動を実施し、その効果をどのように抽出するかは、活動 NGO の中核テーマが重要になる。量的なアンケート調査で示すのか、質的な変化を記述するのか、それを評価として良いのか、未だに議論が足りない状況である。被災者の支援活動は、研究を目的としているものではない。支援活動が目的で、その結果をどのように表現するかは、活動者自身が専門的な知識を要求され、時間と労力をさかれるのが本当に良いのだろうか問いたい。しかし、一方で心理社会的ケアと名乗る活動の中に、核となる精神保健の専門家が不在で行われることにも疑問が残る。いわゆる「お絵かき」と「絵画療法」の違いがそこにあるのだと考える。

NGO が心理社会的ケアを行うには、スタッフがまずその基礎を学び、さらに精神保健の専門家（有資格者）が、活動の方法や被災者の個々のメンタルヘルス、さらにスタッフのメンタルヘルスも含めてリーダーシップを取ることを今後の課題としたい。

文献

- David Lujan Romo 1995 「ハンドブック 災害と心のケア」 (水澤都加佐 訳) アスク・ヒューマン・ケア
- 藤森和美 1999 子どもにとってトラウマとは 「子どものトラウマと心のケア」 藤森和美 (編著) 誠信書房.
- 藤森和美・藤森立男 1996 北海道南西沖地震を体験した児童・生徒の長期化する精神健康の問題 季刊精神科診断 7 (1), 77-87.
- 藤森立男 1998 長期化する精神健康の問題と自然災害 北海道南西沖地震の被災者性格 心理学研究 7(1), 11-21.
- John Preston Wilson, Terence Martin Keane 2004 Assessing psychological trauma and PTSD Guilford Press,
- 岡田幸之 1999 演劇活動に見るトラウマを受けた子どもの心の癒し 「子どものトラウマと心のケア」 藤森和美 (編著) 誠信書房.
- Raphael, B. 1986 When Disaster Strikes: How Individuals and Communities Cope with Catastrophe. Basic Books. 石丸 正 (訳) 1989 災害の襲うとき -カタストロフィ- の精神医学 みずず書房.
- 高寄昇三 1999 阪神大震災と生活復興 勁草書房.
- 田中 優・高木修 1997 阪神・淡路大震災による遠隔地仮設住宅における仮設住宅における被災者の研究 (1) -地震から1年後の被災者の身体的・精神的健康状態-. 実験社会心理学研究, 37(1), 76-84.
- 富永良喜・小澤康司 2005 ストレス・マネジメント「学校トラウマと子どもの心のケア」 藤森和美(編著) 誠信書房.

■ 実践研究

ヨルダン・ハシェミット王国における イラク難民に対する心理社会的ケアの実践

The practice of psycho-social care for the Iraqi refugees in Jordan

日本ストレスケア研究所研究員 久保田智之

武蔵野大学人間関係学部教授 藤森 和美

概要

被災者や被害者に対する心のケアについて、近年は日本国内のみでなく、海外支援の現場においても知見が集まり始めている（富永ら2010、富永ら2009、久保田ら2009）。本研究では2009年7月14日から9月3日にヨルダン・ハシェミット王国（以下、ヨルダン）に滞在しているイラク難民を対象とし、戦争トラウマのケアおよび、難民生活におけるストレスの軽減などを目的とした心理社会的ケアワークショップを行った。ワークショップの効果判定に用いたHarbard Trauma Questionnaire（以下、HTQ）（Johnら,2004）簡易版15問において、67%の参加者にスコア上の改善が確認された。また、ストレス低減の観点から、難民の閉塞した生活に新たな関係性を構築することが有益であることが示唆された。心理社会的ケアの実施においては、アカウンタビリティおよび、その評価指標の妥当性の検討が今後の課題となった。

I. はじめに

日本における心のケアは阪神・淡路大震災が契機となり、多くの研究・調査が行われてきた（斉藤、2010）。また、近年は国内のみでなく、海外支援の現場においても知見が集まり始めている（富永ら2010、富永ら2009、久保田ら2009）。

日本の海外支援分野における心のケアについて、富永ら（2009）は欧米の文化をそのまま輸入するのではなく、その文化・宗教に合わせた方法を考慮した上で心のケアの方法を確立する必要性を示唆している。また、加藤（2009）は大災害によって、精神保健のあり方が大きくパラダイムチェンジした様々な国を例に、災害国家である日本が海外支援分野において貢献できると指摘している。

現在、日本の海外支援分野においては、ジャパンプラットフォーム（以下、JPF）により、2004年以降に自然災害被災国を中心に多様な心理社会的ケア活動が行われてきているなど、様々な心のケアの取り組みがなされている。国際的な流れを見ても、心理社会的サポート活動について、IASC（The Inter-Agency Standing Committee：人道機関間常任委員会）によるガイドラインが2007年に、IFRC（International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies：国際赤十字・赤新月社連盟）によるマニュアルが2009年に発表されており、同分野における今後の活発化が予想される。

海外支援分野における心のケアを示す用語について、「心理社会的サポート」が定着しつつある。しかし、一方では、学際調査において「心理社会的ケア」という用語が用いられ、他にも「メンタルヘルス・ケア」「心理的サポート」「心理的ケア」「こころのケア」などいくつかの用語が存在しているなど、概念の新しさゆえの混乱も見られる（齊藤2010）。この点からも、今後の発展のためには、同分野の様々な研究や事例が蓄積されていくことが望まれるであろう。

本研究では、ヨルダン国内におけるイラク難民を対象に心理社会的ケアワークショップを行った。イラク難民に対しては、脱出先での厳しい生活や帰還の難しさに加え、母国での戦争体験による心的外傷も懸念されることから心理社会的サポートの必要性が叫ばれてきた（UNHCR Jordanら、2008）。

イラク国民は母国の戦争・紛争による治安の悪化などの理由により、近隣諸国や欧米諸国へ難民として流出している（図1）。ヨルダンはイラクの隣国という地理的条件もあり、多くのイラク難民を受け入れている。その数はヨルダン政府によれば約50万人と言われている。UNHCR（2010）によれば、ヨルダン政府はイラク難民を「客人（ゲスト）」として扱っており、「難民」という公的な地位を認めていない。さらに、公立校への就学が認められるなど、社会サービスが提供されている反面、就業についても認めていない（2010年現在）。難民のイラク本国への帰還についてはイラクの治安回復の遅れなどから、現在も進んでおらず、ヨルダン国内のイラク難民の中には、第三国移住を望む難民が多数見られる。しかし、その第三国移住もその実績数はまだわずかであり、希望者の多くが待機中の状態である。

本研究の対象となる活動は、JPFおよび国連高等難民弁護官事務所（以下、UNHCR）の共同助成により、社団法人日本国際民間協力会（以下、NICCO）によって行われた。NICCOは、1979年12月15日にカンボジア難民の救援を目的に発足した国際協力NGOであり、途上国の人々の経済的・精神的な自立を図るため、アジア・中東・アフリカ地域の各国で活動してきた。2010年現在にはヨルダン、パレスチナ、イラン（アフガニスタン難民）、マラウィ、ハイチ、日本の6カ国で活動を行っている。

同団体の心理社会的ケア事業はスーパーバイザーとして桑山医師（精神科医・東北国際協力クリニック院長）を据え、PTSD予防を目的とした表現アクティビティ（主に絵画、粘土、音楽、スポーツ、演劇など）を用いた心理社会的ケアワークショップを各地で展開してきた。

本研究では、前述のワークショップを考察するにあたり、以下の二点を大きな目標として設定している。第一に、本研究の対象事例について、対象者であるイラク難民の置かれている複雑な背景状況も含めて考察することである。第二に、海外支援の枠組みにおいて、今後の心理社会的ケア実施上の課題を考察することである。

なお、本研究においては、JPFおよびUNHCRへのプロジェクト申請時の名称に「心理社会的ケア」を用いたことから、本文表記もこれに従うこととする。

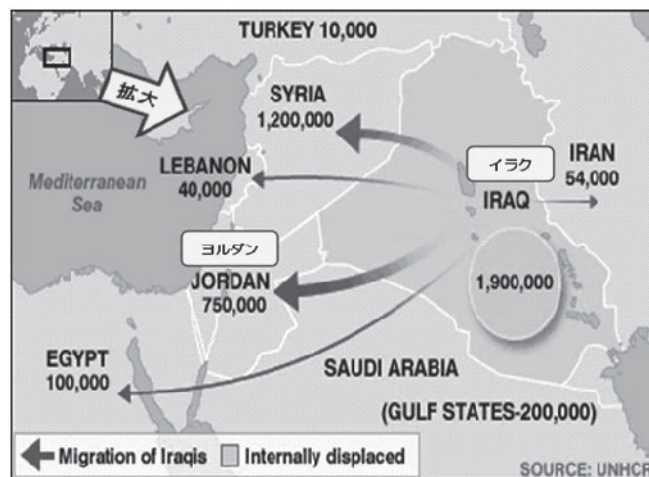


図1 イラク周辺国地図およびイラク難民の流出状況

Ⅱ. 方法・対象

1. ワークショップ活動までの経緯

(1) 対象地域の選定

活動地域はヨルダン国Zarqa県Zarqa市とした。Zarqa市はヨルダン第3の都市であり、外国人労働者が多く滞在している工業地区である。市内の一部はスラム化しており、警察当局の努力により数年前と比較し改善が見られた部分はあるが、国内では未だ治安の悪さにおいて有名な街である。また、ヨルダンにおいては、首都のアンマンの一極集中が顕著であり、他都市との格差は非常に大きく、物価水準にも差が見られる。UNCEF (United Nation's Children's Fund) によれば、イラク難民は非常に流動的であり、物価水準の高い場所から低い場所へ移動する傾向があり、Zarqa市内には多くのイラク難民が生活をしている。

当地はNICCOが2007年に開始したJPFからの助成による支援活動を実施していた場所である。また、2008年4月からパートナー契約を結んだUNHCRからも活動対象地域として設定された経緯がある。UNHCRはIP (Implementing Partner) として契約したNGOを、サービスの重複を避けるため、各地域に割り当てるよう調整を実施していた。

(2) 実施決定までの経緯

本事例は、UNHCR Jordanより心理社会的ケアプログラムとして提案されたワークショップの原案に基づき、NICCOにより実施された。本事例に先立っては、パイロットプログラムの実施、その後のUNHCR Jordan、およびNICCOによる検討を経て、実施が決定された。

本事例の実施時において、NICCOはすでに①子ども(10歳～15歳程度)を対象にした絵画や粘土、演劇などの表現アクティビティによる心理社会的ケアワークショップ、②子どもや大人を対象にしたインフォーマル教育としての英語教育、③ヨルダン人精神科医とZarqa市在住のソーシャルワーカーによるカウンセリング事業を同市のNICCO活動センター内で2007年から実施していた(インフォーマル教育およびカウンセリングについては、2008年より開始)。インフォー

マル教育の子ども対象クラスは学校授業に対する補習として実施された。これは、ヨルダンとイラクの学校カリキュラムの違いにより、イラク人に多くの学業的困難が生じているためであった。また、青年や大人については、第三国移住や将来の就労を目的とした英語学習を希望する者を対象に実施された。カウンセリング事業においては、現地の専門家としてイラク国内の大学に在学経験があり国内事情に詳しいヨルダン人精神科医1名を起用した。

2. ワークショップの目的

ワークショップの目的として、以下の2点を念頭において実施した。第一点は、イラク難民に疑われる戦争トラウマのケアおよび、ヨルダン国内における生活上のストレスの軽減である。野田(2006)は難民のメンタル上の問題について、①脱獄体験や虐殺、家族離散など祖国脱出以前に生じている問題、②逃走体験など脱出中に生じている問題、③社会的偏見や貧困、異文化適応の問題など、受け入れ国での問題を3つのカテゴリーに分類している。イラク難民の中には、母国における、戦争・紛争体験に加え、脅迫や家族の誘拐を契機に本国を離れる決意をした者も存在する。また、ヨルダン国内の生活について、就業の禁止による貧困や将来不安を感じている者も多い。さらに、イラク本国の治安の回復も遅れていることから、本国への帰還の目処は経っていない(UNHCR、2010)。イラク難民に対しては、滞在先での厳しい生活環境や帰還の難しさに加え、母国での戦争体験による心的外傷も懸念されることから心理社会的サポートの必要性が叫ばれてきた(UNHCR Jordanら、2008)。本事例においては、心理社会的ケアワークショップを行い、心理社会的ケアのプロセスである「表現と受容」に重点を置き、安心できる環境下における表現、受容を通して、当時の記憶や感情を消化し、生活ストレスを軽減し、現在に生きる力を得ることを目的とした。

二点目は滞在先であるヨルダン人との共生の意識を促進させることである。イラク人は難民キャンプを形成している同国内のパレスチナ難民とは異なり、その多くが都市部に個別的に居住している。そのため、難民キャンプに見られるような特定のコミュニティが存在しない。加えて、母国への帰還、および第三国移住の困難から、ヨルダン滞在の長期化が予想される。長期に渡り孤立した環境で生活を余儀なくされることを防ぐため、地域に共生の意識を芽生えさせることはイラク難民の精神衛生の面から大きな役割を果たすものとなる。本事例では、グループワークの形式を用い、イラク難民だけでなく、ヨルダン人も参加させることでイラク人、ヨルダン人共に共生の意識を高めることを目的とした。

3. 実施方法

(1) 対象者

対象者の選定は、イラク人ボランティアを通じてコミュニティに対し、プログラムの告知を行った後、参加希望者が自主的に参加申し込みをする方法で実施した。申し込みをした参加希望者のうち、対象年齢内(12歳から16歳)の者であったイラク難民11名、ヨルダン人6名を本事例の対象者とした。

(2) 運営方法

日本人スタッフ1名、ヨルダン人スタッフ4名にて実施した。日本人スタッフは第一筆者が実施者として参加した。第一筆者は2005年のインド洋津波支援にてスリランカに、2007年ジャワ島地震にてインドネシアに、2008年の中国四川地震に、それぞれNICCOの一員として、心理社会的ケアワークショップを被災者に対して実施してきた。2008年から2010年まではイラク難民支援事業のNICCOのField Managerとしてヨルダンに赴任し、プログラムの運営、実施に携わった。ヨルダン人スタッフには、本事例以前に2007年よりNICCOにて心理社会的ケアプログラムの実施経験のあるスタッフを起用した。その内訳は、A (20代、女性)、B (20代、男性)、C (20代、男性)、D (30代、男性) の4名であった。

(3) 実施場所

本事例はZarqa市内にあるNICCOの活動センター（NICCO第2青少年センター）の一室にて実施した。対象部屋の大きさは約7メートル×約5メートルであり、一体感を得やすい大きさとした。室内にはカーペットを敷かれ、2つの大きな窓と壁にホワイトボードが設置されていた。テーブルとイスについては室外に用意し、各回の内容に応じて室内に配置し使用した。



図2 NICCO第2青少年センター
(写真はスタッフミーティングの様子)

(4) 効果指標

評価指標としてRichard Mollicaらが開発したHTQ (Johnら,2004) を基に桑山が臨床的観点から編集したHTQ簡易版15問を用いた。なお同簡易版15問は標準化はなされていないが、ワークショップの時間内で行うという運営上の都合を考慮し採用した。質問項目は表1に示した。

(5) 倫理への配慮

プログラム実施においては、イラク人ボランティアを通じた情報告知時にプログラム内容について両親を含めた情報提供を行い、両親の同意のもと参加するよう配慮した。また、プログラム参加にあたり、重度なケースに対応するため、同団体内のヨルダン人精神科医へのリファーが可

能な体制を構築した。参加、研究や写真掲載などに関しては、保護者の同意を得た上で同意書を交わし、同意を得た。

(6) ワークショップ実施日程と各実施段階における目的

本事例は集団でのワークショップ形式で実施し、内容は絵本作りを媒介にしたグループワークとした。以下、各セッション内容をその目的によって、4段階（前期、中期、後期、終結）に分けた。（表2）

前期の目的は安心感と共に表現できる空間および関係性作りと参加者の状態把握とした。各参加者とスタッフ、および各参加者間の関係性作りを意識し、アイスブレイクとして集団ゲームを実施した。また、参加者の状態を把握するために、集団ではなく個々人で行う表現課題を用い、行動観察およびヒアリングを実施した。

中期においては集団の中での自己表現とグループワークを目的とした。ディスカッションの中で絵本作成するにあたり、決めるべきテーマや役割分担、その方法などを話し合い、お互いの考えの共有を図った。ディスカッションにおいては、特定の参加者に偏りが生じないように、雰囲気や進度調整のため、スタッフも参加し実施した。

後期においては絵本作成を実施した。創作活動を通じて、各参加者が持っているイメージや感情を実際の作品に落としこむことを目的とした。

終結においては、主にプログラムの振り返りを行った。実施プログラムを振り返り、参加者、スタッフを通し、感想を共有することを目的とした。

(7) 心理社会的ケアワークショップのプログラムの概要

実施期間は2009年7月14日から9月3日までとし、期間中に全13回、各回90分のワークショップを実施した。スタッフは日本人スタッフ1名（第一筆者）、ヨルダン人スタッフ4名（A、B、C、D）がファシリテーターとして参加した。

第1回

参加者は壁側を背に部屋を囲むように椅子を配置し、来室と同時に順次着席した。着席後、出席を取り、スタッフの自己紹介、第一筆者による第1回のプログラムの説明を実施した。その後、HTQとクリップボードを配布し、事前心理テストを実施した。回答後、プログラム概要の説明を実施した。説明終了後、席から降り、円形にてカーペットに座り、各自の自己紹介（名前、年齢、国籍、趣味）を行った。その後、そのままの形で、全員の名前を覚えるゲームを実施した。全員が参加者、スタッフの名前を覚えたところでゲームを終了し、次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは上述の5名であり、参加者は13名であった。

第2回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。前回の振り返りを簡潔に行い、ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った後、第一筆者より、日本語の歌（「大きな歌」）を紹介し、参加者とスタッフで共に歌った。その後、円になって座り、スタッフの動作をまねるウォーミン

グアッパを行った後、隣の人動作を伝達するゲームを行った。次に、「絵本作成には自由な発想が必要です。発想は何でもOKです。間違えも正解ありません。」と伝え、輪になり、隣の人言った言葉から連想される言葉を答えていくゲームを行った。最後に、一人一人、与えられた課題(単語)を連想して、体で表現するジェスチャーゲームを行った。全体を2つのグループに分け、2チームの対抗戦とした。課題はスタッフから参加者に一人一人順番に提示し、自分のグループの参加者が回答をし、回答できたら1ポイントとし、時間内に獲得できるポイントを競った。ゲーム終了後に次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は15名であった。

第3回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った後、ウォーミングアップとして簡単な運動と発声を行った。第2回で歌った日本語の歌(「大きな歌」)を参加者とスタッフで共に歌った。その後、第一筆者より「アラビア語の歌を紹介してほしい」と参加者に問いかけ、ローカルスタッフと共に参加者にディスカッションを促した。話し合いの結果、ヨルダンとイラクの歌を一曲ずつ紹介することになり、参加者、スタッフの全員で歌を歌った。その後、円形になって座り、前回の「自由な表現」について再度確認を行い、「絵の上手下手を競うわけではないので、自由な発想をしてください」という教示のもと、描画を実施した。参加者にそれぞれ、鉛筆とクリップボード、円形、三角形、四角形が印刷してあるA4の白い紙を配布し、描かれている図形を自由に使用し描画を行うよう指示した。描画中はスタッフも参加者と共に描画を行いながら、参加者の輪の中に入り、「何を描いているの?」などの会話を行いながら、それぞれの参加者の表現に対する抵抗感や表現力の確認を行った。描画終了後には、描いた作品について各自発表し、共有する時間を設けた。描画終了後に次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は15名であった。

第4回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声、および第2、3回で歌った日本語とアラビア語の歌を歌った。円形になり座り、前回に実施した内容の振り返りを簡潔に行った後、「今日もまた描画をしましょう。前回よりも少し難しい課題を用意しました。」と伝え、鉛筆、クリップボード、A4の課題用紙を配布した。課題用紙は全体を4分割した線が引いてあり、1コマ目と4コマ目には困った顔と笑顔の少年が描かれていた。起承転結の概念の説明を行い、4コマを使ってストーリーを作成するように教示し、描画を行った。描画時は前回と同じく、スタッフ自身も作品を作り、参加者と会話を交わしながら進めた。描画終了後には、描いた作品について各自発表し、共有する時間を設けた。描画終了後に次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は17名であった。

第5回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、前回と同じく、軽い運動と発声、および第2、3回で歌った日本語とアラビア語の歌を歌った。円形になり座り、

前回に実施した内容の振り返りを簡潔に行った。その後、「前はみなさん、話を作ることができました。今日はみんなで1つの話を作ってみましょう」と伝え、全員で一言ずつ言い、話を作って行くゲームを行った。はじめにスタッフで見本を提示した後、全体を3つのグループに分けた。各グループには、スタッフを1名ずつ（B、C、D）配置した。スタッフAは第一筆者と共に全体の様子を見てまわった。はじめの課題は「自己紹介」とし、それぞれのグループが仕上がったところで、一度ゲームを終了し、それぞれの話を全体で共有した。続けて2試行を行った後、全体で1つの円をつくり、スタッフ、参加者を含めた全員で行った。ゲーム終了後に次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は17名であった。

第6回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。円形になり座り、前回に実施した内容の振り返りを簡単に行い、前回全員で話を作ったことを確認した。その後、このワークショップの目的である絵本づくりについて確認を行った後、絵本作成に向けたディスカッションを行った。ディスカッションでは見本として1冊の絵本を用い、本を作るために必要な要素についての問いかけを行った。ディスカッションは3つのグループに分けて行った。各グループにスタッフが参加し、進行を促すと共に、意見が独りよがりにならないよう、また全員が意見を言い、参加できるよう、配慮しながら進めた。また、各グループ内でディスカッションが進み、グループの意見が固まった時点で、参加者全員で1つの円を作り、各自の意見の発表を行った。全体での発表では、絵本作成のために必要な要素として、タイトル、目次、表紙などが挙げられ、作成に必要なものとして、紙、鉛筆、マジック、テープなどが挙げられた。全体発表後は引き続きテーマについてのディスカッションを終了時間まで行った。最後に次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は14名であった。

第7回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。円形になり座り、前回までにディスカッションで決定した内容についての振り返りを簡潔に行った。その後、前回に引き続き、テーマのディスカッションを行い、テーマを「人生」と決定した。他の候補として「将来の夢」や「思い出」などが挙げられたが、「人生」はすべて含むものであり、過去の経験でも、現在の自分でも、夢など将来の自分についてなど幅広い解釈を許容するという理由から、このテーマに決定した。続いて、作成方法についてのディスカッションを行い、各自の人生についてのページを各自で作成し、後に編集するマガジン形式とすることとなった。ディスカッション終了後、次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は9名であった。

第8回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。円形になり座り、前回までディスカッションで決まったことについての振り返りを簡潔に行った。本の完成までの作業（各自のページ作成、編集、表紙・目次作成など）を確認し、各

自のページ作成を行った。作業は中央にテーブル（約1m×約1.5m）を3つ運び込み、そのテーブルを囲むように配置した椅子に着席し、実施した。材料として、A4白紙、鉛筆、色鉛筆、ペン、消しゴムなどの筆記用具を準備し、作業を開始した。作成中はスタッフも自身のページを作成することで輪の中に入り、各参加者のアイデアなどについてヒアリングを行った。終了時間まで作業を続け、次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は11名であった。

第9回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。円形になり座り、前回の内容について振り返りを簡潔に行った。作業時には、前回と同様に中央にテーブルとその周りに椅子を配置し、各自の作業を前回に引き続き実施した。スタッフによるヒアリングについても引き続き実施し、各参加者のアイデアや描かれた作品の背景などを個別に聞いた。内容が固まってきた参加者に対しては、ページのデザインや配色なども考えるように指示し、全体の作成ペースの調整を行った。終了時間まで作業を続けた。その後、次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は7名であった。

第10回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声、第2、3回に歌った歌を歌った。その後、前回と同様に中央にテーブルとその周りに椅子を配置し、前回に引き続き、各自のページの作成作業を行った。自身のアイデアを発表したい参加者や作成を終了した参加者も数名見られたことから、発表希望者に発表の機会を与え、参加者全体に向けた作品発表を行った。発表後は作成したページに加え、追加ページを作成するよう指示し、終了時間まで作業終了後を続けた。その後、次回の日時の連絡を行い、セッションを終了した。スタッフは4名、参加者は14名であった。

第11回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。その後、前回と同様に中央にテーブルとその周りに椅子を配置し、前回に引き続き、各自のページ作成作業を行った。作業中には、前回に発表できなかった参加者に対しても発表の時間を与えた。自分のページの作成が終了した参加者に対しては、表紙や挿絵などの作成を指示し、スタッフも交え、内容など話し合いながら作成作業を促した。その後、時間まで作成作業を続けた。その後、次回の日時の連絡を行い、次回が作業最終日であることを告知し、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は12名であった。

第12回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。ウォーミングアップとして、軽い運動と発声を行った。その後、前回と同様に中央にテーブルとその周りに椅子を配置し、「今日が作業の終了日です。」と告知を行い、各自の作業を確認した。自分のページについて未完成の参加者は作成

作業を進めることを優先に、自分の作成作業が終了した参加者は表紙、背表紙の作成をそれぞれ行った。各参加者の担当ページ作成が終了した時点で、各ページの順番を決定し、絵本のドラフトを完成させた。最後に次回が最終日であること、完成した絵本の配布を行うことを告知し、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は12名であった。

第13回

参加者が揃ったことを確認し、出席を取った。参加者は壁側を背に部屋を囲むように配置された椅子に、来室と同時に順次着席し、事後心理テストを実施した。テスト回収後、参加者にワークショップの修了書と印刷した絵本の授与を一人ずつ順番に行った。その後、円形になり座り、プログラムの感想の共有を行った後、セッションを終了した。スタッフは5名、参加者は12名であった。

(8) 誘拐の被害体験のある参加者の事例

本事例には、イラクでの誘拐された経験のある参加者が見られた。(S.A (仮名) : 15歳・男子)
S.Aは母および、兄、姉と共にプログラムの申し込みにセンターに訪れ、プログラムの説明を聞き、参加することとなった。プログラムには兄、姉も共に参加することとなった。

S.Aは、15歳であったが、身長も150センチ程度で身体も細く、きゃしゃな体型から身体的な発達の遅れがある印象であった。また、子どもっぽく、いたづら好きそうな表情を見せる一方、その容姿とは裏腹に、どこか達観した落ち着きも感じられた。笑顔をよく見せていたが、兄や姉の近くに常におり、また兄と姉も彼を常に気にかけている様子であった。この時点においては、誘拐のエピソードがスタッフに語られることはなかった。家族構成は父、母、兄、姉とS.Aであり、Zarqa市に隣接したRusifa市近郊からバスで通っていた。

第1回の参加時には、他参加者と同様、緊張が見られた。常に兄に寄り沿い、姉も彼の隣に座り、兄と姉で彼を挟むように座っていた。スタッフの問いかけにも、S.Aがまごついている間に兄や姉が先に答えていた。前期においては、ゲーム時や自身の発表の番以外にはS.Aは兄姉と固まって位置し、他の参加者との交流はあまり見られなかった。第3回において、歌の選択時には、他のイラク人参加者と同じく、母国への愛情を表すかのように熱心に歌っていた。以後、現在の暮らしやイラクの話(好きなテレビ番組や流行っている遊びなど現在や当時の日常のことなど)を聞くこととした。話の際には兄が傍にいるため、兄が積極的に答えることが多かったが、S.Aからは好きなテレビ番組として、日本のアニメやイラクで有名な川や釣りの話、イラクの夏の暑さの話などの話をした。第3回の絵については、他の参加者と同じように描いていた。第4回の4コマでは、コマの制約を守ることができず、文章でストーリーを記入していた。第5回のゲーム時は兄の希望で同じグループとなった。一方、姉は、同世代の同姓の参加者と親しくなり、以後、セッション時はS.Aよりも同世代の参加者と一緒に話すことが多くなった。第6回のグループ分けのときもやはり、兄と同じグループとなった。グループ内のディスカッションにおいても兄が積極的に話す機会が多く見られた。他者との会話はあまり見られなかったが、表情が陰るなど、プログラム内容やスタッフ、他の参加者に対して、居心地の悪さを感じている様子は見られなかったため、特別な介入は行わず、状態を見守ることとした。第7、8回の全体でのディスカ

セッション時において、自ら発言することはあまり見られず、意見があるときは兄に話をするなど、スタッフから発言を促される以外には全体へと意見を自発的に言う姿は見られなかった。第9回の作成作業時のヒアリングの際に、S.A.のところで話を聞いていると、S.A.は「僕、誘拐されたことあるんだ」と言った。「S.A.、誘拐されたの？」とスタッフが返すと、兄が当時のことを説明しはじめた。説明を聞きながら、S.A.から当時の話を聞こうとS.A.が話せるタイミングを待った。S.A.は当時の記憶を少し興奮気味に語り始めた。その話は細分まで鮮明であり、そのとき感じた感情と共に語った。特に犯人のアジトから脱出する場面は、特に熱心に語られ、兄も加わり「こいつ、本当にすごかったんだ。」と誇らしげに語った。途中、その話を聞いていた他の参加者が会話に加わり、S.A.はまたはじめから当時の話をした。第10回では、S.A.は自分のページは誘拐の当時のことを書くことに決めており、作品作成を家で進めてきていた。作成作業中のヒアリング時に前回と同じく誘拐の話になった。今回は、他の参加者も話に入ってきた。聞き手が多くなり、そのまま自然な流れでS.A.が全体に当時の話をする事となった。S.A.の熱心な語りに他の参加者も真剣に聞き入っており、話の終わりには、拍手が起こった。この語りの間、兄は話を挟まなかった。第11回、以降の作業時間においては、兄も交え、他の参加者と話す機会が見られるようになった。S.A.と同じ年の参加者のヨルダン人参加者とは笑顔で笑いあう姿も確認された。スタッフにも熱心に話しかけ、会話をする時間が長く、作業はあまり行わなかった。第13回には、他の参加者と同じように、プログラムは楽しかったと感想を述べ、本事例への参加を終了した。

(9) 実施における留意事項

プログラム全期間を通して、事前、事後にミーティングを設け、内容のブリーフィングおよびその日の振り返り、情報共有の時間を設けた。また、別途、ワークショップ内容のロールプレイングやリハーサルを必要に応じて実施した。

ワークショップを行うにあたり参加者に対して、以下の点に配慮した。

- ①参加者の主体性を重んじる事、表現の無理強いをしないことについて留意した。表現の拒否についても強要せず、受け入れることを強調した。また、プログラムの進行は予め決めたルールを厳守するのではなく、参加者のペースに合わせる事、その場にあわせて柔軟に対応することも付け加えた。
- ②受容的な雰囲気を作ること、表現に対する評価を行うのではなく、表現されたものをそのまま受け取ること、その対象に興味を持ち、その意図を汲み取ることに留意した。表面的な部分だけでなく、感情、態度、表情、関係性の変化に注意を向けること、表現に対して評価的な解釈を行わず、リスクが想定されない限り、本人に聞くことも付け加えた。
- ③参加者の表現に対して、無視をせず、声、表情、目線などで受容の合図（リアクション）をとることに留意した。
- ④各参加者の変化など、感じたこと、気がついたことの情報共有を事前、事後のミーティング時に行った。発生が予測されるリスクへの対応として、参加者の状態が悪化した場合などは第一筆者を通し、NICCOのヨルダン人精神科医に相談できる体制を構築した。また、スーパーバイザーである日本人精神科医にはプログラム毎にメール報告を行い、メールもしくは電話にて常時スーパーバイズ可能な体制のもと、プログラムを実施した。

表1 HTQ簡易版15問

生活に関する質問	
1	私は自分の人生に満足していないと思う。
2	学校は楽しくないと思う。
3	周りの友達と一緒にいて楽しくないと思う。
侵入に関する質問	
4	私は恐れや恐怖の夢を見ることがある。
5	紛争や攻撃、逃げてきたときのことを突然思い出すことがある。
6	大きな物音にびくっとすることがある。
回避に関する質問	
7	紛争や攻撃、逃げてきたときのことにについて友達と話し合いたくないと思う。
8	別の場所に引っ越したいと思う。
9	誰もいない場所に行ってしまいたいと思う。
過覚醒に関する質問	
10	夜、眠ることができないと思う。
11	以前より頻繁にお手洗いにいくようになったと思う。
12	不安でドキドキした気持ちになる。
抑うつ、不安に関する質問	
13	私は食欲がない。
14	気持ちの落ち込みを感じていると思う。
15	自分の将来を不安に思う。

※とてもある（3点）、ほどほどにある（2点）
減多にない（1点）、ぜんぜん無い（0点）にて合計点を算出

表2 ワークショップ実施タームと目的

ターム	目的
前期（第1回～5回）	安心して表現できる環境、および関係性構築 参加者の状況把握
中期（第6回～8回）	集団における自己表現と受容体験
後期（第9回～12回）	自己アイデアの具現化
終結（第13回）	作品完成の達成感とその共有

表3 ワークショップ実施日程と主な内容

ターム	No	日時	主な内容
前期	1	7月14日	オリエンテーション、事前テスト、自己紹介、名前覚えゲーム
	2	7月20日	ウォーミングアップ（日本の歌） アイスブレイクゲーム（アクションまわし、連想ゲーム、ジェスチャーゲーム）
	3	7月21日	歌選定のディスカッション（アラビア語の歌） 描画課題（円、三角、四角）
	4	7月27日	描画課題（4コマ漫画） 課題発表
	5	7月28日	グルーピングゲーム（ワンワード）
中期	6	8月3日	ディスカッション（絵本の作成方法）
	7	8月4日	ディスカッション（絵本のテーマ）
	8	8月10日	ディスカッション（具体的な作成方法確認） 分担ページ作成作業（各自）
後期	9	8月11日	分担ページ作成作業（各自）
	10	8月17日	分担ページ作成作業（各自）
	11	8月18日	分担ページ作成作業（各自） 分担ページ内容発表 目次、表紙、背表紙作成
	12	8月24日	分担ページ作成作業（各自） ディスカッション（ページ割り振り）
終結	13	9月3日	事後テスト、絵本および修了書配布、振り返り

表4 S.Aの行動および心理的变化

No	プログラム	行動観察	心理的变化
1	集団ゲーム	兄、姉に寄り添う	身内への依存
2	集団ゲーム	質問に対してまごつく	見知らぬ他人への警戒、緊張
3	歌	熱心にイラクの歌を歌う。	遊び通した感情の発露
	集団ゲーム	第1筆者に小さい頃の思い出などを語る	スタッフとの心的距離の近づき
9	作成作業	スタッフに誘拐体験を語る	スタッフに対する安心感
10	作成作業	他参加者に誘拐体験を語る	場に対する安心感
11	作成作業	他参加者との会話の増加	他の参加者との心的距離が近くなる
13	振り返り	「楽しかった」との感想を報告	満足感、および達成感

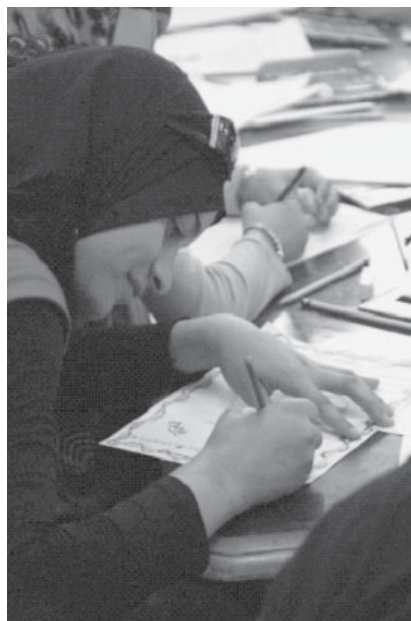


図3 絵本原稿を作成する参加者

4. 結果

ワークショップの成果を図る指標として、対象者に第1回に事前テスト、第13回に事後テストとしてHTQテスト簡易版15問を実施した。有効回答数はイラク人8名、ヨルダン人4名であり(有効回答率66.6%)、対応のあるt検定の結果、事前テストと事後テストにおける得点平均値には有意な差異が認められた ($t=2.32$)。得点の平均について、事前と事後双方ともイラク人のほうが、ヨルダン人よりも高い傾向が見られた。また、ヨルダン人の平均得点には改善傾向は見られなかった(図4)。また、得点については、約65%に有意な改善が見られた(図5)。項目別の改善傾向については、PTSDの3症状のうち、過覚醒以外の項目に関しては、改善傾向が確認された。一方、過覚醒には改善傾向が認められなかった(図6,7)。

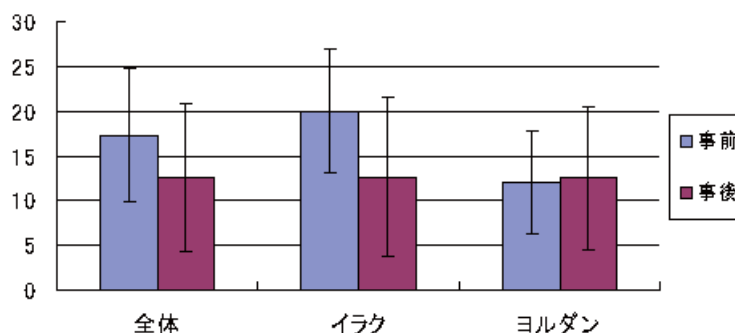


図4 事前事後HTQ得点の平均値と標準偏差

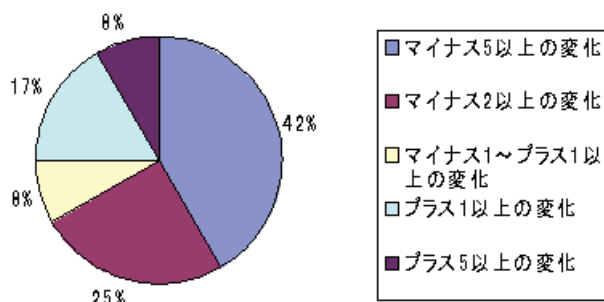


図5 事前事後HTQ得点比較による
各得点増減帯における参加者数の分布

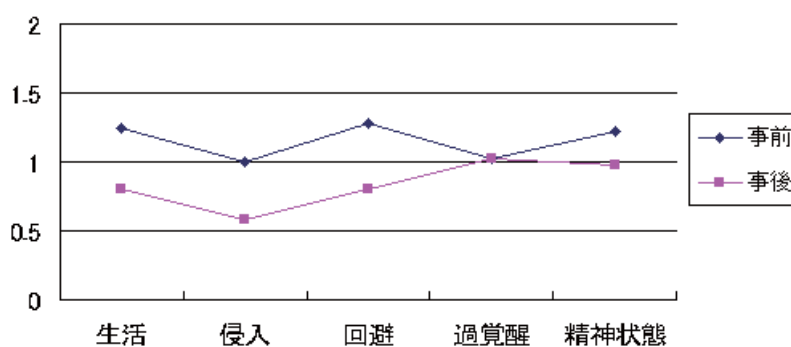


図6 全参加者におけるHTQの各項目得点の平均値

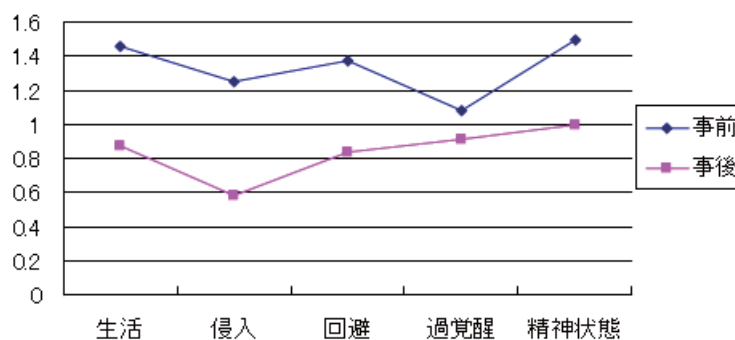


図7 イラク人参加者におけるHTQの各項目得点の平均値

5. 考察

事前・事後HTQ得点の比較により、67%の参加者に改善傾向が見られたこと、特にそのうちの42%に対してより明確な改善傾向が確認されたことにより、対象者の心的負担の軽減が示唆された。本事例のワークショップ内容から、スタッフや他の参加者との信頼関係の構築がされたこと、さらにその中で自らの感情が表現され、受容されたことが心的負担の軽減に寄与したと推測される。

トラウマに関する感情表現について、富永ら（2010）は四川震災の事例の中で、トラウマ体験に対する絵画療法を「過覚醒を強いるため危険なこと」と据え、警鐘を鳴らしている。一時は、

災害事件後の被災者に対して、MitchellらのCISM（Critical Incident Stress Management:緊急事態ストレス・マネジメント）に代表されるディブリーフィングは有効な心理的援助とされていた。しかし、現在では、この定式化されたディブリーフィングをPTSD予防のために用いることは無効、あるいは有害な可能性があるとする認識が広まっている（小西、2006）。

ただ、これは全ての感情表現の否定を意味するわけではないと思われる。富永ら（2005）は「感情を閉じ込めたり、感情を自分の中にしまいこむ対処がPTSDや心身症を発生させる要因である」と指摘し、「被害者が自らのペースで、安心でき、信頼できる人に、つらかった出来事を自然に語り、感情を認めてもらう体験は、回復に寄与する」と述べた上で、同僚同士や家族と自然発生的に災害体験を語るナチュラルディブリーフィングの有用性について言及している。この点から、CISMの定式化したディブリーフィングとナチュラルディブリーフィングは、感情を表現し、受容される体験を提供するという点において共通する一方で、「信頼できる人」、「安心できる環境」、「自発的な語り」の3つの相違点が見られるといえるであろう。

本事例は、プログラム初期において、スタッフと参加者および参加者間の関係性構築に十分な時間を割き、受容的な雰囲気を作ること、感情表現の無理強いをしないことに留意して実施された。久保田ら（2009）は中国四川省の震災後の心のケアの事例において、実施するファシリテーターと参加者との信頼関係の構築、および安心して自由に表現できる空間作りの重要性を指摘している。本事例のS.Aにおいては、自身が安心を感じた空間にて自発的に語られたトラウマの記憶、感情を受容されたことが、心的負担の軽減に繋がったと推測される。

Susan.Mら（2009）は、インドにおいて、津波被災者女性を対象に、トレーニングを行ったローカルNGOを通じて3ヶ月の心理社会的ケアプログラムを行い、統制群と比較し、IES（Impact of Event Scale）のスコアより、PTSD症状の改善が見られたと報告している。本来であれば、心理社会的ケアは地域コミュニティにより、自発的に行われるのが理想である。しかし、イラク難民においては、都市部に散発的に居住しているため、コミュニティの自助力に問題を抱えている。それは同様にヨルダンに居住しているパレスチナ難民とは異なり、難民キャンプなどの特定のコミュニティを持たないためである。

このコミュニティの不在に合わせて、母国への帰還に目処が立たない（UNHCR、2010）現状は、家族のメンタルヘルスに影響を与えていると思われる。野田（2006）は難民に想定されるメンタルヘルス上の問題として、周囲とのコミュニケーションの問題、生活支援の薄さ、雇用の問題を挙げている。コミュニティ不在の中、限られた関係性において、閉塞感を感じる家庭が多いことは容易に推測される。加えて、就業の権利が認められていないことが、その閉塞感にさらに追い打ちをかけている。（2010年現在、ヨルダンにおいては、イラク人の就労は認められていない。そのため、多くの場合、イラク人の収入はUNHCRからの配給のみである。〔UNHCR、2010〕）この問題は、貧困に繋がる面だけでなく、両親（多くの場合、父親）の社会的地位を奪い、社会との接点を奪い、また、就労適齢期の若者にとっては、将来に対する夢を奪い、無気力を増大させ、家庭環境の悪化を招きうる。そして、この家庭環境の悪化は、その矛先を女性や子どもなどの弱者へと向けられ、DVなどの深刻な二次被害へとつながるリスクをはらんでいる。このとき、コミュニティの不在は、この家庭の閉塞感、停滞感による問題発生へのセーフティネット不在となって現れるであろう。

このようなイラク難民の生活環境から、本事例のような介入は、新たな関係性の構築、安心できる場所、自己表現によるカタルシス効果や達成感の点において、停滞した日常に新たな風を吹き込むことにより、生活ストレス低減において有益だと考えられる。渥美（1996）は、「こころ」を社会という集合性の中で取り結ぶ人間関係の現われとして生じるものとして定義し、そのケアについて、「こころ」を折出す集合性に配視し、集合性のケアについての方法を模索すべきと主張している。彼によれば、「こころのケア」は被災者が生きてきた地域社会という集合体を彼ら自身が再構築していく過程を支援していくものである。彼の言及した自然災害の例から、自然災害の「こころのケア」を崩壊した地域社会という集合体の再構成と捉えるのであれば、本事例のような難民に対する「こころのケア」はその集合体の再構成ではなく、ゼロからの構築といえることができるだろう。この観点から、本事例のようにイラク人同士の繋がりを構築する機会の提供は、難民のケアにおいて、大きな意味を持つものといえるであろう。特に子どもにおいては、カリキュラムの違いにより、学業不振に陥り、また教師による体罰も未だに多々横行していることから学校も安心できる場所とは言い難い。この現状からも、本事例のような新たな環境を提供する意味は大きいと思われる。

本事例における大きな課題の一つはその継続性である。富永ら（2010）は海外支援に望ましい形として心理教育を提示した上で、ケア継続性の重要性を強調している。NICCOは、本事例とは別に実施している心理社会的ケアプロジェクトをヨルダン文化省管轄施設に移管（2010年5月に完了）し、またZarqa市に隣接するRusifa市にある現地NGOへも移管を進めている（2010年現在）。しかし、ヨルダン人社会にあって、イラク難民支援活動を現地社会に移管し、さらにその長期間の継続を促すことは、もちろん容易なことではない。

このような社会的サポートを強めるためには、行政や地域社会の協力が不可欠である。この協力について、筆者の経験による見解ではあるが、海外からの支援介入は現地社会の注目度が高く、その国の地元民のみで行う活動に比べ、行政などの協力体制も築きやすく、地域社会に対してインパクトをもたらすことという利点はある。広くサポートシステムを構築するという観点からは、広報面のメリットは大きいであろう。残された課題はアカウントビリティである。石井（2010）はベーシックヒューマンニーズと比較した際の重要度の問題に加え、「こころ」に対する支援の成果の見えにくさを指摘している。本事例においては、評価指標にHTQを用いたが、標準化がなされていないという問題に加え、広範な目的を持つ心理社会的ケアに対する評価としての妥当性には疑問が残る。同指標については、因子分析などによる更なる妥当性の検討が必要であろう。アカウントビリティにより、地域社会をはじめ、行政や支援機関のドナーの支援の有無が決定する側面がある点、また支援プログラムの発展を促す意味においても、妥当性の高い評価方法の確立は大きな課題であるといえよう。

〈付記〉本研究事例の実施にあたり、助成頂いたJPF、UNHCRに深く感謝申し上げます。また、本事例を含めたイラク難民支援プログラムはNICCOにより実施されました。NICCOの小野理事長、折居事務局長をはじめ、スタッフ、会員の皆様には改めて深く感謝申し上げます。最後に、プログラム運営、実施において共に活動させて頂きました桑山医師、NICCO本部、現地スタッフの皆様、ヨルダン計画省、および社会開発省の皆様には深くお礼申し上げます。

6. 文献

- 斉藤和樹 2010 イラク難民への心理社会的ケア「イラク難民への心理社会的ケア」石井正子(編) 文部科学省
- 富永良喜・小林明子・吉沅洪・高橋哲・有蘭博子 2010 大規模災害直後における海外からの心理的支援のあり方の検討 心理臨床学研究28 (2) 129-139
- 富永良喜・吉沅洪・小林明子・湯永隆・高橋哲2009 四川大地震後の中国心理専門家への研修プログラムの効果 一心のケア知識尺度の作成と検討から 心的トラウマ研究 5 1-7
- 久保田智之・藤森和美 2009 中国四川省における四川大震災の被災者に対する心理社会的ケアワークショップの実践 武蔵野大学心理臨床センター紀要 9 1-31
- 加藤寛 2009 日本とアジア諸国における災害後精神保健活動の発展と課題 心的トラウマ研究 5 51-56
- John Preston Wilson, Terence Martin Keane 2004 Assessing psychological trauma and PTSD Guilford Press,
- UNHCR Jordan, UNICEF Jordan, IOM (International Organization for Migration) , WHO (World Health Organization) Jordan 2008 Inter-Agency Technical Advice -Mental Health Psychosocial Protection and Support for Displaced Iraqis in Jordan UNHCR Jordan, UNICEF Jordan, IOM, WHO Jordan
- 富永良喜・小澤康司 2005 ストレス・マネジメント「学校トラウマと子どもの心のケア」藤森和美(編著) 誠信書房.
- 渥美公秀 1996 これからの災害救援—被害者・救済者の集合性に基づいた集合性再構築支援 城仁士・杉万俊夫・渥美公秀・小花和尚子(編著) ナカニシヤ出版
- 小西聖子 2006 トラウマへのケアの基本 心的トラウマの理解とケア(第2版) 金吉晴 編 じほう
- Susan M Becker 2009 Psychosocial Care for Women Survivors of the Tsunami DiS.Aster in India American Journal of Public Health 99 (4) 654-658
- 野田文隆 2006 難民 心的トラウマの理解とケア(第2版) 金吉晴 編 じほう
- 石井正子 2010 心理社会的ケアのアカウントビリティ—ヨルダンにおけるイラク難民支援からみえた課題「イラク難民への心理社会的ケア」石井正子(編) 文部科学省
- UNHCR 2010 Country operations profile —Jordan <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx>

添付：事例にて作成された絵本内容の邦訳

[S.Aの作成ページの邦訳]

未来の世界について、そして現在のテロリズムについて語りたいと思う。

あの日、僕はとても幸せな気分ですり歩いていた。自宅への道のり、帰路の途中にある公園に差し掛かったときだった。一台の車が僕の目の前に止まった。そして、中から一人の男がでてきて、僕を公園に突き飛ばした。僕は「うちに帰らせて、お父さんが僕の帰りを待っているから」

と言った。けど、彼は一枚の布で僕の顔を覆ったんだ。

それから、僕は5時間くらい眠ったみたいだった。目が覚めると僕は大きな家の中にいることに気がついた。そこにはテロリストが大勢いた。そのうちの一人が近づいてきて、手を僕の頭の上において、僕にお父さんの電話番号を聞いた。僕は「番号は知らない。」と答えた。すると、僕を隣の部屋に連れて行き、何度も何度も殴りつけた。

3日目。僕は彼らが僕を殺して、通りに捨ててしまおうと話しているのを聞いた。その日、夜が更けると、彼らは酒を飲んで眠りこけていた。その隙に、僕は窓を開けて、走った。道にでて、車を止めて、運転手にバス停まで載せて行ってもらおうよう頼んだんだ。(バス停につくと)お父さんに電話をした。そして、自分に何が起こったかを話した。お父さんは「今、どこにいるんだ。」と聞いた。その後、お父さんがやってきて、僕をうちへ連れて行ってくれた。お父さんは僕に会えてとても喜んだ。お母さんもとても喜んだ。未来にはテロリストがいなくなればいいなと思う。そうであれば、未来はとても素敵だろう。

これは、当時のイラクで起こった話。

〔R.B (仮名：イラク人、男子) の作成ページの邦訳〕

4年前のラマダン(断食月)のある夜、アミール(少年の名前)は弟といとこと一緒に夜8時にチョコレートを買いに店へと出かけた。彼らは自宅へと帰ってきたが、そのときまで、アミールが一緒じゃないことに気がつかなかった。

1時間後、彼らはアミールがいないと家族に知らせた。家族はすぐにアミールを探しはじめた。警察にも通報した。警察も近隣の搜索を開始した。しかし、朝になってもアミールを発見は出来なかった。彼らは店の主人にアミールのことを聞いてみた。主人は「子どもたちの近く車が止まっていた。中には男と女がいて、子どもたちに声をかけていた」しかし、主人は、その後彼らがどこへ行ったのかはわからなかった。

つらい搜索作業の後、家族は子どもがトンネルのドブの中に沈んでいるのを発見した。すぐに警察に連絡をし、その子どもを引き上げた。すぐに救急車で病院に運んだが、その子はすでに死んでいた。病院からは家族は、犯人は気が狂っていて、その子ををドブの中に突き落としたのだと説明を受けた。

これはあるイラク人少年の物語。家族や親戚が悲しみにくれたラマダンの、悲劇の毎日の話。この話は戦争と世界のあらゆる国からの占領によって引き起こされた話。

そして、これは私のいところに起こった話。

「共生ワークショップ」

- 第1回 人道支援の評価（2006年12月19日）
- 第2回 人道支援情報の蓄積・共有化と活用—被災社会との「共生」を実現するために（2007年1月15日）
- 第3回 文献から見る人道支援（2007年1月29日）
- 第4回 災害対応における人道支援と地域研究の連携の可能性と課題（スマトラ島南西沖地震）（2007年12月4日）
- 第5回 緊急人道支援における効果的支援のあり方：「コミュニティの回復力」を高める—南部アフリカ干ばつ被災者支援の経験から（2008年1月21日）
- 第6回 第1回アチェフィールド調査準備会（2008年5月26日）
- 第7回 第2回アチェフィールド調査準備会（2008年6月27日）
- 第8回 ペルー地震被災者支援モニタリング調査・報告会（2008年12月4日）
- 第9回 第1回心理社会的ケアワークショップ
「中国四川大震災と心理社会的ケアについて」（2009年7月29日）
- 第10回 第1回ジェンダーワークショップ「ジェンダーに配慮した支援戦略」（2009年10月5日）
- 第11回 第2回心理社会的ケアワークショップ
「心理社会的ケアと青少年活動の違いについて」
「心理社会的ケアの評価方法について」（2009年10月20日）
- 第12回 第2回ジェンダーワークショップ「人道支援から学ぶ」（2009年11月27日）
- 第13回 第3回ジェンダーワークショップ「開発支援から学ぶ」（2010年2月2日）
- 第14回 第4回ジェンダーワークショップ「評価と研究から学ぶ」（2010年4月28日）
- 第15回 第3回心理社会的ケアワークショップ「心理社会的ケアとは何か」（2010年5月14日）
- 第16回 第4回心理社会的ケアワークショップ「心理社会的ケアの評価」（2010年7月23日）
- 第17回 緊急援助に関する最近の国際的動向—ミャンマーを事例として（2010年8月23日）
- 第18回 第5回ジェンダーワークショップ「総括」（2010年10月8日）
- 第19回 第5回心理社会的ケアワークショップ
「心理社会的ケア総括および今後の取り組みについて」（2011年1月18日）

Psychosocial Support Beyond Borders in Humanitarian Assistance

Background

In 2006, Osaka University's 'Collaboration and Evaluation in XXIst Century: Area Studies and Humanitarian Assistance (COEXISTENCE)' was adopted by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology as one of the 'Needs-Based Programme for Area Studies' (Representative: Prof. Yasuhide Nakamura).

The objective of the research is to verify how the humanitarian assistance worked together with the affected community of natural disaster and conflict, to establish a database on humanitarian assistance projects of NGOs and to make a concrete and feasible suggestions on the way of humanitarian assistance which could realize the 'coexistence' with the affected community. 'Psychosocial Support' is one of the main research activities.

Research Activities on Psychosocial Care

5 workshops on psychosocial support were held in an 'inter-disciplinary' way participated by researchers, psychiatrist, clinical psychologists, practitioners from NGOs and international organizations since July 2009. The group had an active discussion on the implementation and the evaluation method that is yet to be established, reviewing the history and the concept of psychosocial support, and learning from the case study of the Sichuan Earthquake, from the practices for the displaced Iraqis in Jordan. In addition, a research fieldwork was conducted on psychosocial support to learn from the activities for the displaced Iraqis in Jordan in 2010.

Aim of the Report

This report shows the process of the continuous discussion and the lessons learned from the activities. However, more efforts and discussions are essential because there are and should be many types of psychosocial support in humanitarian assistance, depending on the diversity of the target communities such as social condition, culture and religion. In this regard, the accommodation of the practices and experiences of the field with several stakeholders could surely contribute to the development of a better implementation and evaluation method of psychosocial support in humanitarian assistance. We do hope that the report could be a part of the efforts.

Contact

Graduate School of Human Sciences, Osaka University

Email: relief@hus.osaka-u.ac.jp (Specially Appointed Researcher: Kyoko Okano)

<http://coexistence.hus.osaka-u.ac.jp>

国境を越えてつながる、こころのケア—人道支援における心理社会的ケア
2011年3月発行

編集 中村 安秀 (大阪大学大学院人間科学研究科)
発行 文部科学省 世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業
人道支援に対する地域研究からの国際協力と評価
—被災社会との共生を実現する復興・開発をめざして—
(略称:「共生人道支援」研究班) 研究代表者 中村 安秀
〒567-0871 大阪府吹田市山田丘1-2
大阪大学大学院人間科学研究科 人間開発学講座
Tel&Fax: 06-6879-8064
印刷 阪東印刷紙器工業所
〒553-0004 大阪市福島区玉川3-6-4
Tel: 06-6443-0936