

特集 東日本大震災の復興計画と中長期的支援

中・長期の被災地支援
——地域生活支援とリハビリテーションの視点から——池淵 恵美¹⁾，後藤 雅博²⁾，伊藤 順一郎³⁾，鈴木 友里子⁴⁾

東日本大震災の被災地への中・長期支援を，地域生活支援やリハビリテーションの視点から検討するのが本論の目的である。大震災の影響によりさまざまな病状の悪化がみられた。それを防ぐためには，周囲と情報交換したり，気持ちを交流できるスキルが重要であり，ふだんからの近隣との付き合いや防災訓練への参加なども役立つと考えられる。こうした自己対処・対人スキルを伸ばし相互支援を支える心理教育やSSTは「こころの防災準備」となるだろう。被災地においても障害者が災害弱者であることによって保護されるだけで，地域で生活する力が生まれなければ，その後の復興への道のりに加われず，新たな疎外が生まれることになる。精神障害者リハビリテーション学会では，こうした視点から医療を含む総合的な生活支援が一か所のできる，ワンストップサービスを構築する2つのモデルを提案した。医療に軸足を置く精神科仮設診療所における多職種アウトリーチサービスモデルと，保健・福祉に力点を置く包括型地域生活支援センターモデルである。どのモデルがより適合するかは，被災地のニーズや地域の資源の状況により，統合モデルも考えられる。最後に被災地で支援にあたっている人々を，被災地以外の専門家が長期的に支えていく体制を構築する必要性についても触れた。

＜索引用語：東日本大震災，地域生活支援，精神障害者リハビリテーション，多職種アウトリーチチーム，包括型地域生活支援センター＞

1. 本報告の目指すもの

甚大な被害をもたらした東日本大震災は，私たち精神障害にかかわる専門家に対しても，「いたい自分に何ができるか」という鋭い問いを突き付けた。筆者も刻々と被害状況を告げる報道の中で，強い焦燥感にかられながらこの問いをかみしめ続けた。そうはいっても，一支援者のやれることには限りがある。被災地の復興には多くの時間がかかることがこれまでの経験でも明らかであり，先の問いを持ち続けつつ，息の長い支援を連携して行わなければ実は上がらない。本シンポジウムはこの問いに答える試みの1つであろう。

筆者の専門は精神障害者リハビリテーションであるので，中・長期支援の中でも，被災地であって，精神にかかわる障害のために地域生活支援やリハビリテーションが必要な人たちを想定している。そうした人たちにどのような支援を届けるべきか，その内容とシステムについて本稿では考えてみたい。それは復旧ではなく，よりよい新たなものを作り出す営みであるべきと考えられる。被災地に限らず，わが国においてはまだ十分な地域ケアが創出されていないことに加えて，津波や原子力発電所事故やこれまでの医療・保健・福祉サービスの喪失という複合的な困難にあっては，より良い

著者所属：1) 帝京大学医学部精神科学教室

2) 新潟大学医学部保健学科

3) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(社会復帰研究部)

4) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(成人精神保健研究部)

ケアを創造することが求められているからである。災害に伴う精神保健への影響については、残念ながら本稿では十分取り上げることができない。他の報告に期待したいと思う。

2. 災害の精神障害への影響

1) 診療の中で観察されたこと

筆者は首都圏で診療しているので、東日本大震災による被害はもちろん限定的なものであったが、それでも当日の帰宅難民の発生、その後の計画停電や放射能汚染の報道など、いまだかつてない影響が日々の中で起こり、さまざまな生活の不便とともに多大な不安が引き起こされた。そうした中で精神障害を持つ人たちは、もともとの病態によっていくつかの特徴的な反応を示した。不安による何らかの日常生活の障害があった人たちでは、災害による不安で、電車に乗れない、外出できない、不眠など、日常生活がかなり制限され、受診できなくなった人もいた。また気分障害圏の人で軽躁状態になった人がいた。「危機存亡の時と違って張り切る」ためと思われた。また筆者が多く観察したのは、診断にかかわらず自責的傾向のある人では、「自分が生き残ってもなんの役にも立たない」「気の毒な被災者がいるのに自分はなんにも頑張れない」などと自罰的になり、元の病状が悪化することがみられ、この影響は長く尾を引くことが多かった。放射能汚染の問題は、妄想的になりやすい（不安な状況で特に情報の選択にバイアスがかかりやすい）人には、深刻な不安と回避行動をもたらした。首都圏でこうであるので、身近な人を失ったり、安全・安心な環境・財産を奪われるなどの、甚大な被害にさらされた精神障害を持つ人たちでは、その生活能力が根こそぎ奪われるケースもあったと思われる。被災地の避難所で筆者が会った統合失調症の人は、幸い投薬再開に伴って不眠などもなくなり、落ち着いているように見えたが、よく聞くと津波から車で逃れたために、それ以来車に乗ることを避けるようになったという。車がないと日用品の買い物などにも不便な場所であるので、この状態が続けば日常生

活に大きな支障が出るのが危惧された。

2) 災害の渦中で病状悪化を防ぐためにできること

これも首都圏での筆者の体験であるが、病状悪化を防ぐためには些細なことかもしれないが、重要なポイントがあるように思われた。周囲と情報交換したり、気持ちを交流できるスキルを持っているという点である。地震発生日には、様々な情報を集めようとし、同時に「大変なことになった」と周りと同じ気持ちを分かち合おうとするスタッフをしり目に、多くの精神障害を持つ人たちは、あたかも淡々として見えたが実は呆然とし、スタッフの指示によって冷静に行動しているように見えたが、実は指示を受動的に受け入れている状態に思われた。その後も仲間と不安について語る人は、大きなダメージは受けていない。また危機の場にあつては、社会的役割（存在意義）を持つことがダメージを軽くすると思われた。

災害時には、もちろんまずは安全の確保だが、その後は睡眠と食事の確保とともに、信頼度の高い情報を選択して利用し、いつも不安な情報にさらされないようにすることが大切と感じた。テレビの津波の映像にさらされ続けた人やインターネットなどで確度の低い情報に多くさらされた人の中には、不眠や強い不安を引き起こした人がいた。

役立つこととして、気持ちを伝え支え合える仲間がいること、薬はいつも予備を持っていること、ふだんから不安や不眠への対処法を相談しておくことなどがあげられる。またふだんからの近隣との付き合いが大切で、防災訓練への参加、日頃の近隣とのあいさつなどが、いざという時役立つように思われた。べてるの家では防災訓練への参加とともに、障害を積極的に開示し、どんなサポートが必要か言明する「弱さの情報公開」を強調している。ふだんから障害を知り、ともに受け入れる文化の存在が、力を発揮することになる。逆にもともと支援の少ない人、孤立している人は、災害でダメージをより受けやすいと言える。避難所でも、もともと町内で孤立していた人がほかの被

災者と離れて寝起きし、精神的な危機に陥った例を経験した。

3) こころの防災

これまで述べてきたことから、水や非常食の準備などととも、「こころの防災準備」の必要性が見えてくる。ふだんから心理教育やSSTなどの確かな情報を伝え、対処スキルを伸ばし、相互支援を行うグループがあれば、そこにこころの防災スキルを容易にとり入れることができる。筆者の属するデイケアでは毎週行われているSSTの時間に、以下のような内容を取り入れた。

災害直後：

- ・冷静に避難行動を取れたことを皆で確認
 - ・お互いの被害状況を確認し、不安や驚きなどの気持ちをお互いに受け止め合う：当たり前の反応であることを強調する
 - ・眠れないなど、普段とは心身の調子が異なっている人は伝えてもらい、どう対処するか皆で検討して、練習する
 - ・SOSを伝える、気持ちを伝える、具体的な助けを求めるなどの行動練習
- その後の「こころの防災」スキルの練習：
- ・ウォーミングアップでいつも皆の心身の状態を確認
 - ・災害時のメモづくり：誰にどう連絡する、どうやって帰宅する、近隣の避難所の場所、避難時の持ち物など
 - ・常備薬や頓服の準備の必要性やその具体的な方法
 - ・災害時に起こる問題解決の練習
 - ・仲間と支えあうスキルの練習

3. 復興していく社会に参画

できるようになるために

これまで述べてきたように、仲間の存在や不安などへの対処スキルを持っていることによって、また個々の生活支援に目配りすることによって、大きな病状悪化を防げる可能性があることがわかる。つまり地域生活支援や精神障害者リハビリテ

ーションの視点が、災害時にも役立つということである。この視点は重要であると筆者は考えている。高齢者、小児、障害者などは災害弱者であるので、サポートが必要である。しかし保護を受けることで、結果的に復興の流れから疎外されない配慮が大切である。中越大震災において村が復興するまで遠い親せきに避難していた高齢者はその後の役割を失ってしまい、再建された家での生活が困難になったという事例を見聞いた。精神障害者も、避難所での生活から守るために入院し、その後の再興への道りに加われないと、新たな疎外が引き起こされる。力を弱める保護であるならば、それは長期的には有害ですらあるかもしれない。そしてさらなる疎外の悲劇を生む。こうしたことを避けるためには、生活のサポートをしつつ、自信を取り戻し自己対処する力をつけていく支援をすることが大切であると考えられる。

4. 生活支援とリハビリテーションの視点からの中・長期支援

日本精神障害者リハビリテーション学会では、中・長期支援にあたっての基本理念をまとめたが、その際には「生活のサポートをしつつ、自信を取り戻し自己対処する力をつけていく支援」が念頭にあった。基本理念は以下の3点である。

- ①生活支援の必要な精神障害を持つ人に対して、地域で生活していくことを支援することを目標とする。
- ②医療を含む、総合的な生活支援が一か所で行える、ワンストップサービスを構築する。診療の継続的提供、アウトリーチサービス、ケアマネジメント、昼間の活動支援などを包括的に行う。
- ③マンパワーや経済的な面で当初は国・自治体や専門家諸団体からの外部サポートを行いつつ、最終的には被災地で自立して診療も含む総合的な生活支援が実施できるようにする。被災地の医療機関や、社会福祉法人などの復興が可能になるような外部からの支援を行う。

5. 地域生活支援とリハビリテーションの

視点からの2つの中・長期支援モデル

精神障害者リハビリテーション学会では、前述の3つの理念に基づき、以下の2つのモデルを推奨している。

①精神科仮設診療所における多職種アウトリーチサービスモデル（伊藤順一郎・鈴木友里子・後藤雅博によるプラン）

②包括型地域生活支援センターモデル（こころの健康政策構想実現会議によるプラン¹⁾）

2つのモデルともに、アウトリーチを支援の中心にして多職種のスタッフにより生活支援やそのための力を養うことで共通しており、より医療に軸足を置くのか、保健・福祉ニーズに力点を置くのか異なっている。どのモデルがより適合するかは、被災地のニーズや地域の資源の状況による。統合モデルも考えられる。2つのモデルおよび包括型地域生活支援（ACT）の比較をしているのが表1で、設置主体、使用する制度、スタッフ、支援目標などについて整理している。

アウトリーチ型支援の中で、災害から受けた心の痛手をどうケアしていくのかが大きな課題となるが、生活支援やスキル獲得の援助をしつつ、心の痛手に寄り添っていくことがまずは基本になる。機会があるときには、災害に伴う心の痛手について丁寧に話を聞くことができる体制づくり—時間、場所の保証—をしていかなければならない。それは居宅である場合もあれば、守られた専門的なスペースである場合もあるだろう。こうしたことを行うに当たって、スタッフに専門的な研修を保証する必要がある。該当する学会などがその責務を負うことになるだろう。そしてPTSD（心的外傷後ストレス障害）など、熟練した精神科医療が必要な場合に、どう後方支援機関を確保できるかが課題となると思われる。

1) 災害復興のための多職種アウトリーチチーム＋精神科仮設診療所モデル

(1)目的・概略

アウトリーチにより医療、生活支援を送り届け、

またケアマネジメント機能を持って、地域に残された/新たに設置された資源を活用できるように支援する。既存の医療機関などの協力を得て、訪問専門の仮設診療所などを被災地に作り、そこに多職種アウトリーチチームを配置する。

(2)アウトリーチチームの構成（表1参照）

3年間の任期付きスタッフとして、今回の震災で離職せざるを得ないような精神科病院のスタッフ、定年を過ぎて退職した保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などを人材として優先的に考える。嘱託精神科医は母体となる医療機関などの精神科医が兼務し、週8～16時間程度の勤務が望ましい。

(3)アウトリーチチームの機能

平日日勤帯対応を原則とし、利用者の生活の場に赴いて支援する。チームは市町村保健師や保健所保健師、県精神保健福祉センターなどと緊密に連携する。利用者が災害を乗り越え、安定した生活が取り戻せるための、医療的支援、心理的サポート、生活支援、家族支援、制度利用の支援、住居探し、日中の居場所探しなどを行う。地域社会の福祉資源とも連携しながら、住まいの確保、グループホームの運営などにも積極的に働きかける。地域活動支援センターなどの地域資源と連携し、精神障害者の日中の居場所の確保、安全な住居の確保など、精神障害者の地域生活が自らの手によって維持できるようなありかたの実現を目指す。

(4)アウトリーチチームの設置場所の例

- ・「公的」精神科医療機関など
- ・精神科救急病棟か急性期治療病棟を有し、すでに訪問活動の実績のある精神科病院
- ・すでに、訪問活動の実績のある精神科クリニック
- ・精神保健福祉センターのサテライトオフィスを被災地に設け、そこにアウトリーチチームを置く

仮設診療所、サテライトオフィスは、可能な限り被災している精神障害者の生活の場に近く設置する。

表1 3つのモデルの比較

| | ACT-J (包括型地域生活支援の例) | がじゅまる (包括型地域生活支援センターの例) | 災害支援のための多職種 アウトリーチチーム |
|--------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 設置主体 | NPO法人 | 社会福祉法人(千葉県からの委託) | 「公的」医療機関や、すでに訪問実績のある精神科医療機関、精神保健福祉センターなど |
| 設置の形態 | 訪問看護ステーション | 中核地域生活支援センター | 精神科仮設診療所+多職種アウトリーチチーム |
| 財源 | 診療報酬(訪問看護)、助成金、寄付 | 県費 | 国の助成金、診療報酬(精神科訪問看護、住診) |
| 目的 | 重い精神障害を抱えた人が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、利用者の希望やニーズを大切にしながら、包括的な支援を提供する | こども・障害者・高齢者等誰もがあたりまえにその人らしく、地域で暮らすことができる地域社会を実現するために、福祉の総合相談・権利擁護を行い、地域住民の福祉の向上を図ることを目的とする。 | 東日本大震災で生活基盤を失った精神障害者に対して、アウトリーチにより、医療、生活支援を送り届け、また、ケアマネジメント機能を持って、地域に残された/新たに設置された資源を活用できるように支援する |
| 対象者 | 18歳～65歳の、統合失調症、双極性障害、重症うつ病などを持ち、地域生活を維持していくのに困難を生じている人々 | 子どもからお年寄りまで(限定されない) *現実的には、医療や相談支援事業になかなかのりにくい、多問題を抱えたご家族、障害者などが対象 | <ul style="list-style-type: none"> ・受診歴があるが、震災により受療ができず地域で孤立している人々 ・診断名が不詳であるが、ひきこもり孤立している人々 ・被災後、精神疾患に罹患していることが疑われるが孤立した状況にある人 ・精神症状が主たる問題となっている認知症の人々 ・被災により一時的に入院しているが、地域での生活再開を希望している人々 |
| 対象地域 | 市川市、松戸市の南部 | 市川/浦安を対象とする市川健康福祉センター所管区域 | 被災地において、事業を行うオフィスから自動車で片道1時間以内の場所 |
| 窓口 | 国府台病院精神科、市川保健所、松戸保健所 | 市川市障害者支援課、相談支援事業者 | 市町村の窓口、保健所、各医療機関などが窓口機能を担い、紹介をする。避難所や仮設住居入居者のスクリーニング、保健師による全戸訪問によるスクリーニングなどから上がってきたもの、相談支援事業所などからの紹介にも応じる |
| 事業内容 | 訪問看護の枠組みを活用しながら、生活支援、就労支援、危機介入、医療的支援などを行う | <ul style="list-style-type: none"> ・地域総合コーディネート ・相談事業 ・権利擁護事業 ・地域生活支援事業 | 利用者が災害を乗り越え、安定した生活が取り戻せるための、あらゆる支援を行う 医療的支援、心理的サポート、生活支援、家族支援、制度利用の支援、住居探し、日中の居場所探し、など。なお、地域社会の福祉資源とも連携しながら、住まいの確保、グループホームの運営などにも積極的に働きかける |
| 医療との連携 | 国府台病院にチーム精神科医をおき、処方・医療支援の責任を持つ | 医療が必要な場合は、各主治医と連携する | 設置母体となる医療機関に嘱託精神科医をおき、薬物療法など医療支援の責任を持つ(週8～16時間程度の関与) |
| 職員数 | 看護師3名、作業療法士3名、精神保健福祉士2名(いずれも常勤。うち、チームリーダー1名、施設長1名)、事務職1名(常勤換算) | 常勤職員3名、非常勤職員1名、再委託職員2名(いずれもPSWかSW。うち、センター長1名、地域総合コーディネーター/市川・浦安担当3名、在宅障害児(者)コーディネーター2名) | 専任精神保健福祉士 3名以上 専任作業療法士 1名以上 専任看護師・保健師 1名以上 事務職 1名 (いずれも週31時間以上の勤務。今回の震災で離職せざるを得ない病院のスタッフ、退職した保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などが優先) |

(表1 続き)

| | ACT-J (包括型地域生活支援の例) | がじゅまる (包括型地域生活支援センターの例) | 災害支援のための多職種 アウトリーチチーム |
|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支援の形 | 100%アウトリーチによる支援 チームによる高頻度の訪問 | 100%アウトリーチによる支援 他リソースも活用して、中頻度の訪問を達成 | 100%アウトリーチによる支援 他リソースも活用して、中頻度の訪問を達成 |
| 直接サービス | 必要な保健・医療・福祉のサービスの大部分を、チームが責任を持って直接提供することで、サービスの統合性を図る | 直接サービスも行うが、地域の様々な資源を活用し、連携の中でサービスを展開 | 必要な保健・医療・福祉のサービスの大部分を、チームが責任を持って直接提供する |
| 支援体制 | 1日24時間、365日対応 | 1日24時間、365日対応 | 平日日勤帯対応を原則。土日祝祭日、夜間帯の運用はニーズをふまえ、弾力的に行う |
| 必要とされる技法 | ケースマネジメント (ストレングス・モデル) ケア計画に基づく直接サービス | ケースマネジメント | ケースマネジメント ケア計画に基づく直接サービス |
| ケースロード | スタッフ1人あたり最大10ケースまで | スタッフ1人あたり10~15ケース(?) | スタッフ1人あたり最大15ケースまで |
| 支援の終了 | 利用者のニーズが減り、ACTのサポートが必要なくなった状態 | 他の資源につながり、がじゅまるの支援が必要なくなった状態 | 対象者が安定した地域生活を取り戻し、かつ、対象者への支援を、精神障害者が地域での災害弱者でなく自立した地域住民となることを目指す地域精神保健医療福祉体制へ引き継ぐことができ、アウトリーチによる支援が不要になった状態。事業自体も3年の有限事業 |

(5)利用のための窓口

市町村の窓口、保健所、各医療機関などが窓口機能を担い、紹介をする。避難所や仮設住居入居者の全戸訪問によるスクリーニングなどから上がってきたもの、相談支援事業所からの紹介にも応じる。

(6)アウトリーチチームの設置場所・数

設置場所は、被災地の住民に自動車でも30分以内に到着できる場所。設置目標数は、被災地の各保健所圏域に1か所程度が望ましいと考えるが、現実的には被害が甚大でニーズが高い場所を優先する。

(7)財源

立ち上げに必要な財源は、「アウトリーチ推進事業」(国費)の財源の一部を活用。

将来的には、「精神科包括的訪問支援料」などのかたちで診療報酬化を目指す。

2) 包括型地域生活支援アウトリーチセンターモデル

(1)被災地に求められる支援

体の健康についての手当が一段落した復興期においては、心の健康についてのケアがより求められるようになる。今後、不眠や不安などの心理的な反応、新しい環境での生活や仕事や学校をめぐるストレス、PTSDやうつ病などの精神疾患、仮設住宅での孤独死や自殺などの社会問題、つらさを紛らわそうとしてのアルコールへの依存、震災前からの精神疾患のために声を挙げにくい方が復興の置き去りになってしまうことなど、心の健康にまつわる数多くのニーズが明らかになってくるものと思われる。

こころの健康の問題には、3点の特徴がある。第一は、問題が見えにくい。第二は、サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい。第三は、状態が変わりやすく保健・医療・福祉が一体となっている必要がある。これらの特徴は、体の健康についても共通するものだが、こころの健康につ

いてはより顕著に現れる。

(2)包括型地域生活支援アウトリーチセンター

人口10万人ごとにセンターを設置し、生活再建に向けての行政サービスと、その基礎となるからだの健康とこころの健康についての保健・医療・福祉のサービスを提供する。地域住民すべてをサービスの対象とするとともに、大震災前から身体・知的・精神の障害や病気がある方、失業や貧困に苦しんでいる方など災害弱者となりやすい方々を支えることを重視する。そうした災害弱者になりやすい方ほど、こころの健康にも影響を受けやすくなることが知られているためである。サービスの担い手は、行政だけでなく、一般市民やボランティアやNPOなどの力も合わせて官民共同で取り組む。

こうした機能は、すでに千葉県において「中核地域生活支援センター」(表1)として2003年から実現している。県内13地域ごとにセンターを設置し、年間2000～3000万円の予算で民間委託するという仕組みで、十分な効果をあげている。人口50万人あたり1センターになるが、今回の大震災については、被害が甚大であること、サービスを必要とする方が多いと予想されること、被災地が広域で交通の便がよくないこと、避難生活の長期化が危惧されることなどを考えると、少なくとも10万人に1センターが必要である。また、現地のスタッフも被災しており、全国から交代で要員を派遣する必要があることを考えると、予算規模も1センターあたり最低でも5000万円が必要と考えられる。

こうした被災地全域における重点的な事業を行政が責任をもって強力に推し進めるためには制度と予算の保障が必要であり、そのための緊急の立法化を図る必要がある。こうした新しいメンタルヘルス・システムが被災者のこころの健康と被災地域の復興に役立つことを確認し、それを地域における標準のサービスとして全国へと広めていくことを同時に進めていくことが課題となる。

6. 支援者の支援

最後に被災地で支援にあたっている人々を、被災地以外の専門家が支えていく体制を構築する必要性についても触れておきたい。中越地震後の新潟県職員の健康状態調査でも、被災者であることと災害の事後処理のための業務過多という2つの負荷のために、持病の悪化ことに血圧上昇、飲酒量の増加、睡眠障害などが起きている²⁾。直後の過労だけではなく、復興には長期間の責務があるところから、3年目くらいのほぼ支援が一段落した頃に離職、うつ病などが増えている可能性もある²⁾。

今回はさらに、地域で働く保健師や医療機関職員、消防や警察関係者への負荷が大きかったし、福島では、避難先への同行、放射能への対応を巡る保護者との軋轢などから、教職員が疲弊している。こうした人を支援するために、予算化して支援スタッフを増員し、休養できるようにするとともに、体調管理を中心とした定期健康管理システムづくりの中で、こころのケアも目配りすることや、「こころのケアが必要」であることへの心理教育を行っていく。今回は生き残ったことへの後ろめたさの強い人が多く、また責任感が強い人ほど、自分のつらさに気づけないことが多い。弱さや自分の感情を語る文化を持っていない職業の人たち、人助けが仕事の根幹であると自負する職業の人たちには、特にこうした留意が必要と思われる。こうしたことを外部から、3年程度の長期にわたり支援する仕組みづくりが求められるし、精神神経学会などの専門家集団がサポートしていくことが望まれる。

文 献

1) こころの健康政策構想実現会議・復興緊急提言
<http://www.cocoroseisaku.org/>

2) 「中越大震災が職員の健康に与えた影響に関する報告書」～災害対応職員健康管理対策の構築に向けて、新潟県総務管理部人事課地方職員共済組合新潟支部、平成19年2月

**The Intermediate and Long-term Supports for the Suffered Places of
the Higashi-Nihon Huge Earthquake. From the Point of View of
the Community Living and Psychiatric Rehabilitation**

Emi IKEBUCHI¹⁾, Masahiro GOTO²⁾, Junichirou ITO³⁾, Yuriko SUZUKI⁴⁾

1) *Department of Psychiatry, Teikyo University School of Medicine*

2) *School of Health Sciences, Niigata University Faculty of Medicine*

3) *National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health,
(Department of Psychiatric rehabilitation)*

4) *National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health,
(Department of Adult Mental Health)*

The intermediate and long-term supports for suffered places of the Higashi-Nihon Huge Earthquake were discussed from the viewpoint of the community living and psychiatric rehabilitation. It might be useful to prevent from exacerbation of psychiatric disorders that gathering information, communication skills, relation with neighborhood, and joining training for disaster defense, and so on are acquired by persons with psychiatric disorders in the community living. If persons with psychiatric disorders are cared as disabled against disaster without empowering them with these skills, they cannot contribute to new society after disaster and worse estrangement from the society might appear. The Japanese Association of Psychiatric Rehabilitation proposed two models of one-stop service combining psychiatric service, mental health, and welfare from the viewpoint to support the community living; multi-disciplinary outreach team based temporary psychiatric clinic focusing psychiatric services, and comprehensive community living support center focusing mental health and welfare. It depends on demands of the suffered places which model is better adjusted, and hybrid model is possible. The important need to build long-term support system for people of supporting suffered persons from this huge earthquake was mentioned.

<Authors' abstract>

<**Key words** : Higashi-Nihon huge earthquake, community living, psychiatric rehabilitation, multi-disciplinary outreach team, comprehensive community living support center>
