

システムが守られることも多い。様々な災害発生後には、子どももよりしっかりと成長した等のエピソードもしばしば聞く。最近報告されたオーストラリアの大規模山火事に被災した多数児童のきわめて長期にわたるコホート研究をみても、児童への長期的な精神的影響はほとんど見られていない⁴⁾。

しかしながら後述するように、福島県ではコミュニティの凝集性が弱まっており、その場合もっとも影響を受けやすいのがこの母子システムであろうと考えられる。たとえば配偶者と別離を余儀なくされている母親も少なくないが、その場合は、母子双方にかかるストレスは否応なく高まっているだろう。落ち着きのなさ、強迫的行為、過度のまわりつき、引きこもり傾向など多彩な子どもの問題行動も報告されているが、こうした子どもの様々な心身面での反応は、より上位の家族システムの不安定化が大きな影響を及ぼしている可能性がある。そしてまた、このような子どもの不安定さは、母親の不安感や罪責感情を否応なく高めることだろう⁵⁾。

チェルノブイリ災害研究でも明らかなように、原発被災地の母親は強い不安と罪責感情を抱きやすいため、精神保健上のハイリスク群であると考えべきで、特に焦点化された支援が非常に重要である²⁾。そしてまた子どもに対する様々な支援やケアの強化は、母親を含めた家族システムの安定化をもたらすであろう。すなわち福島県においては、「全体としての家族 family as a whole」を支援するという視点を持つことが重要である。

3. あいまいな喪失と喪失不安

津波被災地はもとより、福島県においては居住が困難な、あるいは居住に不安が伴う地域が広く存在し、土地・家屋等の不動産はもとより、経済的基盤や就労機会の喪失が生じている。とりわけ就労者の転職が困難な第1次産業が主体の地域では、こうした問題が集約して現れている。福島県において、こうした問題を非常に難しくしているのは、東電等との補償交渉が進展せず、上述のような様々な喪失が物質的に埋め合わせられないことである。

たとえば帰宅困難であると認定されることは、住民にとって不動産や故郷を失うという完全なる喪失を事実上意味するが、それなりの補償も得られるため同時に次の人生設計を立てようという決断は行いやすくなるだろう。しかし多くの住民は土地等を完全に喪失したというわけではなく、「不完全な形での復興」にとどまっている。たとえば、昨年には南相馬市や飯館村、川内市、田村市の一部は避難指示解除準備区域に指定されたが、これらの措置は本来復興に向けて喜ばしいことである。しかしながら一方で、これらの地域では立ち入ることができても居住はできないというようにこの不完全さが際立っている。多くの避難住民は帰郷もできず、さりとて移住もできないという風に非常にあいまいな状態に苦しめられているのである。またこのような不完全な形態は、土地などの不動産に限らない。就労に関しても、定住ができていないことから企業側も雇用しづらく多くの避難者は正規の雇用に至っていない。

さて、今般の津波被災地においては、多くの行方不明者が生じ、遺族の喪の作業が進展しないという苦しみがクローズアップされた。いわゆる「あいまいな喪失 ambiguous loss」といわれる悲嘆反応である。もちろん福島の沿岸部においてもこうした行方不明者遺族の苦しみは続いている。ただし、上述したような不動産やコミュニティ、就労などをめぐるあいまいな喪失状況も、次のステップになかなか歩みだせないという意味では、この行方不明遺族を襲う悲嘆反応とのアナロジーをみることができる。ある避難者が筆者に述べた「真綿で首を絞められている感じ」という言葉は、こうしたあいまいな喪失状況を言い得ているように思う。

そして、こうした あいまいな喪失状況は、それが遷延することによって、住民に様々な精神保健上の問題をもたらすであろう。たとえば抑うつや薬物依存などがあげられるが、とりわけ危惧されるのが自殺の発生である。もうすでにこのあいまいな状況は、多くの避難住民にとって限界的なほど長期化しているように思われる。今後除染作業を続けた後、帰還を促すというロードマップを持った自治体もあるが、帰還可能な沿岸部においても（線量は比較的下がってきたにもかかわらず）あまり帰還住民が増加していないことを考えると、こうしたロードマップのようにうまくいくのか、あるいはそれまでこのようなあいまいな状況に住民が耐えることができるかはまったくの未知数である。

換言すれば、「自分はいったいどこの住

民なのだろうか」といった同一性の問題が、この避難住民に引き起こされていると考えられる。たとえば「仮のまち」構想は、避難住民にとって希望を与え、コミュニティの崩壊を防ぐという効用を持っているし、それが期待されてもいる。しかしながら、こうしたあいまいな喪失状況が続くことには変わりなく、同一性の危機にいかに向かい合うかが今後の大きな課題である。

4. コミュニティの分断

福島における精神保健上の問題に大きな影響を与えている問題が、このコミュニティの分断である。住民の長期的避難、家族の長期的別離、放射線線量の相違、政府によって定められた居住制限地域、補償交渉やその格差、将来への見通しの乏しさなど多数の要因が、元来あったコミュニティの凝集性を損なっている。そもそも自然災害においては、犯罪被害や人為的災害よりも PTSD の有病率は低く⁶⁾、その大きな要因として挙げられるのが、コミュニティの結束による回復力、換言すればコミュニティの有するレジリエンスである。たとえば犯罪被害者などでは孤立化する傾向が強くなり、それが PTSD 等の症状や精神保健上の問題を悪化させる。しかし自然災害では、郷土愛から皆で力を合わせていこうという凝集性が発揮されていき、それが被災者個々の孤立化を防ぎ、自助性を高めるのである。とくに地震や風水害の常襲地帯であり災害立国でもあるわが国は、そうした災害へのレジリエンスは他国に比して優れた特質といっても過言ではなかった。

しかしながら今般の福島原発災害は、言

うまでもなく人為的災害であり、上述したような複雑で多数の要因から、コミュニティの分断化が引き起こされ、地域の持つレジリエンスが発揮しづらい状況が続いている。とくに多くの住人は、強制的ではない、自発的な形での避難の判断を迫られたこともあって、「なぜこの町を離れたのか」あるいは「なぜこの町にとどまったのか」という価値判断をめぐっての分断が引き起こされた。さらに、このような分断はコミュニティのレベルのみではなく、家族レベルでも引き起こされている。たとえば、上述したように男性配偶者は就労の問題もあって、県内にとどまる一方、女性配偶者は育児上の不安から県外に避難するという事例は多い。そして、このような家族の分断が長期化し、母子関係が不安定化する、あるいは男性配偶者が孤立化し、抑うつや子どもの分離不安の出現などの精神保健上の問題が多く発生しているようである。本来災害の発生下では平時にみられないような家族の凝集性がみられ、これが家族成員の危機防御に一定の役割を果たすのであるが、上記のような家族分離によって家族システムは脆弱化し、一層の精神保健上の危機を招来しているように思われる。

また避難生活が長期化するにつれ、最近別の形のコミュニティの分断・軋轢が生じるようになった。それは元々住んでいる住人と避難住民との軋轢である。この現象は被災直後には殆ど見聞しなかったものである。ところが避難生活が長期化し、しかも上述したようなあいまいな状況が続く中、次第に避難先住民との間に

微妙な溝が生まれつつあるようである。避難住民を受け入れる自治体も、いつまでこの状態が続くのかという戸惑いや困惑が広がっているのである。避難している住民もまた、そのような微妙な溝は感じ取っているようで、次第に周りに迷惑をかけているのではないかといった負い目を感じていることも少なくないようだ。避難住民からすると、あいまいな喪失状態のなか、住民票も移せず、また避難先で定職に就くことも難しい。補償交渉も一向に進展しないために、新たな生活の一步が踏み出せないでいる。その一方、避難先住民は「いつまでもぶらぶらして」などと厳しい視線を避難住民に向けることもある。また避難住民のために土地代が上がってしまった、自分たちが支払った税金を使われている等の現実的な苦情を申し立てる地域住民も増えているようである。もちろん多くの避難先住民は、避難住民に対して共感的態度で接していることも強調しておかなければならない。しかしその一方で、避難生活が長期化するにつれやはりこうした軋轢が増えていることは残念ながら認めなければならない。そして、このような避難先住民との軋轢は、たとえばいわき市のような避難住民が多い地域ではより起こりやすいと考えられる。

また、このようなコミュニティの分断化がもたらされた結果、凝集性や自助性が損なわれ、避難住民の孤立がもたらされやすくなるだろう。避難住民も、もちろんこのような避難先住民の視線に関しては大変過敏であるし、避難していることをあまり語らなくなっているようである。

そして後に述べるようなスティグマ化した状況と同様に、このような避難先住民との軋轢や不和は、避難住民の自己効力感や同一性に少なからぬ心理的影響を与えているものと推察される。

5. スティグマとセルフ・スティグマ

放射線被曝が健康に与えている影響は決して看過できないが、それにしても非科学的、非合理的なレベルでの被曝恐怖が福島県内外住民に存在する。たとえば福島の若年女性が抱く（あるいは彼女らに対する）結婚にまつわる不安、あるいは将来の妊娠に対する不安、あるいは放射線汚染が「感染する」などの風評である。またそれに伴い、住民の罪責感情も強い。これらの現象は自然災害ではまずみられないもので、むしろそのアナロジーは広島・長崎原爆被爆者に関連するスティグマに求められるかもしれない。実際に多くの被爆者は、自らの出自や被爆体験を語らなかったが、そしてその傾向はとくに若い女性には強かったようであるが、こうした傾向は福島の被災住民にもみられる。すなわちセルフ・スティグマが存在すると考えられる。

こうしたスティグマの構造を考えると、放射線汚染に関する一般大衆の認知の特性があげられるだろう。それは不可視的対象に対する恐怖にまつわる問題であり、「汚染された」あるいは「汚染されていない」といった誤った二分法 false dichotomy 的認知がもたらす問題でもある。本来、放射線汚染は、(LNT 仮説が妥当か否かを問わず) 基本的に連続的なものと考えべきであり、だからこそ避難地域もまた空間線量観察に基づき細かく

分類されている。しかし多くの住民にとって、とくに福島県外の住民にとっては、汚染されているか、そうでないかといった単純で過剰な二分法的認知がしばしば認められる。こうした過剰な二分法は福島産の生産物のみならず、福島住民にも向けられてしまい、「汚染されたフクシマ」といったステレオタイプ化が起こり、これが福島住民へのスティグマを招いている可能性がある。

こうした極端な二分法的認知様式は、我が国における「ケガレ」思想の表れかもしれない。いずれにせよこうしたスティグマ化した状況は、その対象となる被災住民に様々な感情をもたらすだろう。そうした他の人びとの視点が誤っていると強く感じれば怒りの感情が生じるだろうし、逆にそうした視点が正しいのではないかと感じれば、自尊感情の低下を招くだろう⁷⁾。これがいわゆるセルフ・スティグマというべき事態であるが、これは被災者が県内にとどまっている間、すなわち内集団に留まっている間はそれほど深刻なものとならないだろう。しかしながらも県外に出て、スティグマ化した状況に多少でも接した時、すなわちそのような外集団に接した時、上述したような2つの感情反応に揺さぶられるかもしれない。とくにその恐れは若い女性に強いだろうし、それは被災者の自尊感情や同一性に大きな影響を与えるかもしれない。このような福島県住民のスティグマやセルフ・スティグマの問題をどのように取り扱うかは、慎重であらねばならない(こうした問題を大きく取り上げることでかえってスティグマが強まるという懸念も

ある)。しかしその一方で、スティグマ状況が被災者にもたらす心理的影響が大きいことを勘案すると、決して看過されるべきものではない。これらの払しょくにに向けた努力が必要であるし、そのためには上述したような適切なリスク・コミュニケーションが必要となる。そして筆者がとくに重要と考えるのは、スティグマ化、ステレオタイプ化した他者の視点がどれほど被災者を苦しめるか、あるいは被災者がそうした視点に対しどれほど過敏になっているかを、県外住民にもきちんと伝えることである。そして、そのためにはメディアも巻き込んだアンチ・スティグマの啓発的活動を行うことが大切となるだろう。

6. 支援者の疲弊

上述したような福島県における様々な問題が長期化する中で、行政職や医療職など被災者に対する支援業務者の疲弊が次第に顕在化している。支援者は職責に加え、職務を回避できない、あるいは住民からの怒りや失望を直接受ける等相当にストレスフルな業務が続いている。とくに支援者自身もまた家族を避難させているなど被災者であることが多いのが福島の特徴である。バーンアウトや代理受傷といった災害支援者特有の問題が広範囲に生じる恐れがあり、それがまた様々な支援組織の弱体化を招く恐れもある。しかし支援者は自らの疲弊に気付くことが難しく、また気付いたとしてもそれを訴えることはなかなかできない。とくに行政・医療職支援者は被災住民の苦悩をもっとも間近に感じ取る立場にあることが多く、また問題が長期化していること

から無力感や罪責感情を抱きやすい。すなわち、代理受傷 vicarious victimization という支援者特有の心理的障害を被る恐れが強いのである。そして支援がうまくいっていると感じられないときには、ますます自分の苦悩を感じ取ったりそれを訴えたりすることが困難になる。他のスタッフも頑張っているからという理由もあって、休むこともまた困難となる。

本来組織はラインによるケアがもっとも肝要であり、そうしたケアにより組織の安定性や恒常性が守られるのであるが、福島県においては、あまりにも広範囲で長期的、複雑な問題が引き起こされているため、あるいはそれらの問題の収束点や解決プロセスが見えにくいため、ライン・ケアのみで支援者をサポートすることは難しくなっている。このような支援者の支援を行うべき専門的部署をライン外に設けるなどの工夫が、支援者自身の気づきやケアと同時に重要である。そして、このようなケアシステムの構築のためにも、とくに管理職に対する（管理職自身も含めた）心理教育や啓発的活動は非常に大切である。

残念なことに、福島で引き起こされている様々な問題は、まだまだ解決に時日を要するものばかりである。この地で様々な支援活動に当たっている職員は、長期戦であることをふまえて、きちんと休息を取り、自己の心身両面の健康を維持することが、被災住民のためになるという自覚を明確に持つべきである。そしてそのためのセルフケアの在り方を学ぶ必要がある。しかしより大切と思われる

のは、今後長期的支援が可能になるよう、現場スタッフのローテーションや人的資源のサプライ、他機関との連携を図るなど、ケアのシステムを構築することであるろう。

III. おわりに

以上、福島県被災住民のメンタルヘルスに関する現状と課題について俯瞰した。元来我が国は津波にせよ地震にせよ、決してまれなことではなく、過去幾度もそれらから甚大な損失を被り、そしてそこから回復したという歴史をもっている。しかし今般の甚大な原発災害を伴う複合災害は、その規模からいっても本邦はもちろんのこと、人類史上も類を見ないものである。すなわち我々日本人が乗り越えたという経験がないということが、過去の多くの自然災害やあるいは他の被災県と大きく異なることである。

したがって被災住民に対するメンタルヘルスケアのありかたについては、王道ではなく試行錯誤で行うほかない。他の諸支援機関やネットワークと協同しつつ、被災住民のニーズに根差した長期的ケア・支援を模索しなければならない。

参考文献

- 1) 前田正治：原発事故に立ち向かう：南相馬市 雲雀ヶ丘病院の苦闘. 臨床精神医学 41, 1182-1191, 2012
- 2) Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. : A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. Clin Oncol 23, 297-305, 2011
- 3) 遠藤太郎, 塩入俊樹, 鳥谷部真一, 赤澤宏平, 桑原秀樹, 染矢俊幸: 新潟県中越地震が子どもの行動に与えた影響. 精神医学 49, 837-843, 2007
- 4) McFarlane AC, Van Hooff M: Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. Br J Psychiatry 195, 142-148, 2009
- 5) 前田正治: 子どもと災害: 親子にみられる情緒的相互作用. 教育と医学 700, 58-67, 2011
- 6) Kessler RC, Bromet E, Hughes M, et al : Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:1048-1060, 1995
- 7) Rüsçh N, Corrigan PW, Wassel A, et al: Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. Br J Psychiatry 195. 551-552, 2009

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究
分担研究報告書

ふくしま心のケアセンターの活動実績と今後の課題

分担研究者 昼田源四郎¹⁾

研究協力者 植田由紀子¹⁾ 前田正治^{1) 2)}

1) ふくしま心のケアセンター

2) 久留米大学医学部神経精神医学講座

研究要旨

東日本大震災とその後にひきおこされた原発災害によって福島県は甚大なダメージを受けた。とくに原発災害に伴う事態の複雑さは、我が国が未だかつて経験がないばかりか、複合災害としては人類史上も類をみないものである。本報告書では、この深刻な災害によって生じた被災住民の精神保健上の問題分析と、ふくしま心のケアセンターの活動についての2部に分け報告したい。すなわち第1部では、福島県被災住民にみられる様々な精神保健面での現状と課題について精神医学的に俯瞰し、記述的分析を試みる。さらに第2部では、昨年4月から活動を開始した「ふくしま心のケアセンター」を紹介し、初年度の活動実績を報告、併せてその課題に言及したい。

Keywords 東日本大震災、福島第一原子力発電所爆発事故、精神保健

I. はじめに

第1部で報告したように、今般の津波大震災とその後に生じた原発災害によって、福島県住民に数多くの精神保健上の問題が生じることとなった。このような困難な状況に対処すべく、保健所や精神保健福祉センター等、従来の地域精神保健福

祉活動を担う行政機関や医療機関の役割とは独立した専門センターを設けるべきという考えから、ふくしま心のケアセンターは、平成24年2月に設立準備を開始し、平成24年4月1日より実質的な活動を開始した。

本稿では、まず本センターの設立理念とスタッフ体制を紹介し、続いて平成24年4月から12月まで9ヶ月間の活動状況をまとめたい。最後に、今後の課題についても言及する。

Ⅱ. 当センターの設立理念と構造

1. 設立理念

当センターは、今般の大震災と原発災害によって生じた福島県住民の精神保健上の問題に対処し、適切なケアを行うべく、福島県が福島県精神保健福祉協会に事業委託し、設立が決まった。下記に紹介す

るように、基幹センターと6方部、3駐在所を設け、保健師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、など多職種から構成されている。

2. 当センターの体制

当センター職員は、平成25年2月現在、センター長である医師1名のほか、非常勤の医師1名、臨床心理士13名、看護師10名、精神保健福祉士13名、保健師4名、作業療法士4名、社会福祉士4名、事務員6名の56名からなる。本部機能を持つ基幹セ

ターは、県庁所在地である福島市に置き、所長、次長、事務4名、専門員は精神保健福祉士3名と臨床心理士1名の計10名で運営を行っている。また福島県が非常に広域であることから、6つの方部を図1に示すような地域においている。各方部は4名から11名からなるが、比較的若い職員が多く、県外から入職した職員が3分の1と多いのが特徴である。

Ⅲ. 活動の実績

1. アウトリーチ支援

当センターはアウトリーチを主体とした支援活動を展開している。相談対応件数は7,474件(延べ)であり、そのうち84.4%は訪問による相談対応(6,308件)、

9.9%が集団活動の中での相談(739件)であった。その他来所など相談者からの相談を受動的に受ける形式での相談対応は5%程度であり、センターの活動のほとんどは、9ヶ月を通してなおアウトリーチ型の支援であるといえる。

訪問場所としては、もっとも多いのは仮設住宅(2,858件)で、全体の46.7%。次いで借上住宅(1,965件)32.1%、自宅(721件)11.8%、以上相談者の住まいが9割以上を占め、その他仮設集会場などはごく少数であった。

相談対応件数のうち、新規件数は1,792件、全体の24.0%である。9ヶ月間の新規相談者の推移(図2)からは、月ごとの変動が大きいことがわかる。健康調査の数を含んでいることから、一斉に健康調査を実施する時期に数が伸びる傾向がある。11月12月若干、新規件数が落ちてきているように見受けられるが、今後役場移転や避難者の転居などが見込まれ、未だ新たな相談者の増減は予測がたない状況である。

また新規相談の経緯をみると(図2)、約8割が健康調査・全戸訪問等から相談につながっている。その他、約1割が行政機関・保健医療関係者からの紹介であり、本人や家族、近隣など相談者の側からの主体的な依頼に対する相談対応は6.1%にとどまった。

またこれらの相談内容については、専門相談員が相談者について主訴を記載したものをまとめた(図3)(重複記載有り)。最も多いのは身体症状(1,315人)22.9%。身体症状については、相談者の訴えとして精神症状よりも示され易い症状であろうと推測され、もっとも主訴として多く挙げられた。次いでうつ症状(1,101人)19.2%、不眠(1,005人)17.5%、不安症状(826人)14.4%と続く。また少数で

はあるが、アルコール問題が（258人）4.5%挙げられており、見逃せない点である。相談の背景にある原因についても主訴と同様、専門相談員の記載をまとめた（図4）。最も多いのは居住環境の変化（2,101人）35.3%と全体の3分の1を占める割合となった。経済的問題、家庭問題などよりも、環境変化の影響により様々な症状を訴えていることがうかがえる結果である。2番目に多いのはその他（1,921人）32.3%であるが、人間関係の問題や健康上の問題など原因が多岐にわたり、今回項目立てができなかった。3番目以降、家族・家庭問題（770人）13.0%、失業・就労問題（389人）6.5%、経済生活再建問題（391人）6.6%、近親者喪失（244人）4.1%、教育問題（128人）2.2%となった。

2. 電話相談

当センターでは、被災者相談ダイヤル（通称「ふくここライン」）として、平成24年11月19日に電話相談窓口を開設した。これより以前から、公表している事務所の連絡先へ相談の電話がかかることがあり、平成24年4月から12月までの電話相談件数は24件となっている（訪問などにより継続支援しているケースに対する電話相談対応は除く）。相談者の属性については、電話相談の匿名性もあり、居住地、年齢などについて不明の占める割合が高い。なお、県外からの相談は全体の約5分の1を占めており、県外避難者から繋がる1本の糸となっている。長い避難生活を過ごす被災者と繋がる一つのツールとして、今後さらに広報し、活動を広げていきたい。

3. 仮設住居におけるサロン事業

仮設等における集団活動、いわゆるサロンと呼ばれる活動は、避難生活を続ける住民対象に気軽に集まることのできる

場を提供するものである。血圧測定などの体調チェックから始まり、体を動かしたり、話をしたり、手軽に取り組み且つ楽しめるメニューを設定している。籠もりがちな避難生活を予防するひとつの取り組みといえる。12月までに1,000件開催し、11,795名の参加者があった。ただし、このほとんどは仮設住宅での開催である。一部借上住民対象に開催している会もあるが、参加者が集まりにくく課題が多い。特に散在している借上住宅の住民は孤立し易いことが考えられ、今後の大きな課題である。

4. 支援者に関する支援事業

第1部で報告したように、福島県においては支援者の疲弊が著しく、当センター立ち上げの当初から支援者をいかに支援するかが課題であった。この支援事業は、専門職等への講演やワークショップ、心理教育等である。平成24年4月から12月までに339件実施し、そのうち地方公共団体、警察、医療機関等に対するものが276件、学校、幼稚園、保育園に対するものが16件、一般事業所企業が8件、その他39件である。具体的な内容としては、メンタルヘルスに関する講演を職員向けに実施するものから、スクリーニングの上、リスクの高い職員への個別面談を依頼されるものまで、様々である。組織の規模や体制、職員の意識により依頼内容に違いがあり、依頼を受ける際は丁寧に調整を行いながら、今後もできる限り希望に沿う形で実施していきたい。

5. その他の活動

普及・啓発活動について、ホームページを立ち上げ、リーフレット作成、配布を行った。また報道機関等への対応や県民向け講演会の共催など、415件を実施した。また今年度、力を注いだもう一つの事業が、会議コーディネーター等連絡調整

である。地域における既存の精神保健福祉機能が十分に力を発揮できるよう支えることが当センターの役割である。特に役場の移転や住民の度重なる転居などにより、情報が混雑しがちであるため、交通整理のための会議、打合せは非常に重要な機会である。当センターにコーディネートの役割を期待する声も聞かれ、今後さらに重要な事業である。

IV. 今後の課題

当センターは発足して未だ1年を経過したのみであり、この1年間は試行錯誤の連続であった。第1部で詳述したように、地震と津波被害に加え、原発災害の発生は災害支援の在り方を著しく困難にしている。したがって課題は山積しているが、上述したような活動をさらに充実させるとともに、当センターとして次年度以降はおおよそ下記のようなことが課題となるだろう。

1. センターの戦略の決定

当センターは56名（平成25年2月現在）という大所帯で活動しているが、福島県は非常に広く、またとくに原発被災者を含めると全体の被災者数は膨大であるため、センターの機能を集約しプライオリティを定めることがきわめて肝要である。初年度はまさに暗中模索であったが、この1年を通じて、第1部でまとめたように、福島県が抱える多層的で長期的な問題もまた明らかとなった。現在、各方部の意見を集約しているところであるが、これらを元に、諸機関の現状やニーズを勘案して今後の中長期的目標を定める必要があるだろう。

2. スタッフの教育・研修

当センターはその設立の理念から、スタッフは、今般のような大規模災害において、住民が有する様々な精神保健上の問題に対応できるようなスキルを獲得しな

ければならない。故に今年度は、うつ、PTSD、アルコール、グリーフなどの災害時に生じる課題について、重点的な研修を企画、実施。福島独自であろう放射線に関する研修も実施した。しかし今般の原発災害はまさに未曾有のものであり、従来の被災者対応の知見が通用しない面がある。現状分析をすすめつつ、課題に即したスタッフの研修が今後とも十分に必要である。また、時期を同じくして活動を開始した、岩手県こころのケアセンター、みやぎ心のケアセンターとの研修会も随時行い、情報交換など今後さらに連携を深めることも大切である。

3. スタッフの疲弊防止

当センターはおおよそ3分の1が他県から集まっており、福島の風土自体慣れていないものも多い。なかには災害支援自体が初めてのスタッフもあり、上記研修とあわせて、スタッフの疲弊を防ぐ取り組みも必要である。

4. 調査・研究の実施

本県でもすでに大規模な疫学調査は行われているが、今後はよりきめ細やかな、対象者や目的をある程度絞った調査が必要である。ただし、それらはケアシステムの構築と軌を一にしなければならない。今後喫緊に行う必要性がある調査は、母親への支援に繋ぐための調査研究、さらには行政職などの支援者への支援に繋げられるような調査研究などがあげられる。そしてこうした調査結果を分析し、上述したような当センターの戦略策定に生かさなければならないだろう。

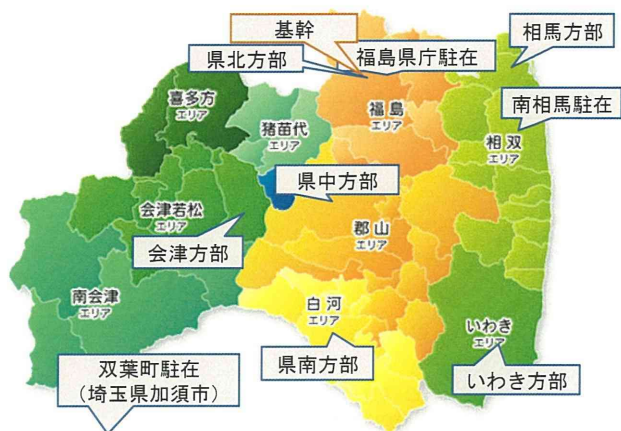


図1. 当センターの方部所在地

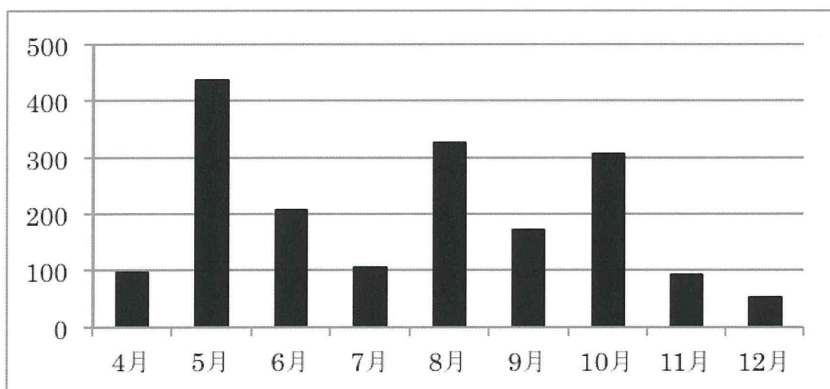


図2. 新規相談者の推移 (平成24年4月～12月、縦軸は人数)

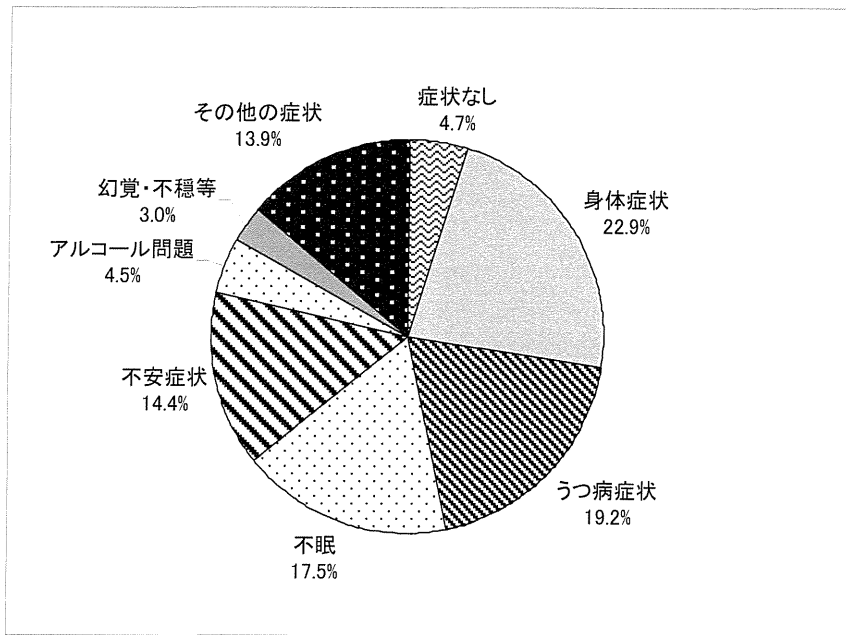


図3 相談者の主訴内訳（重複記載有り）

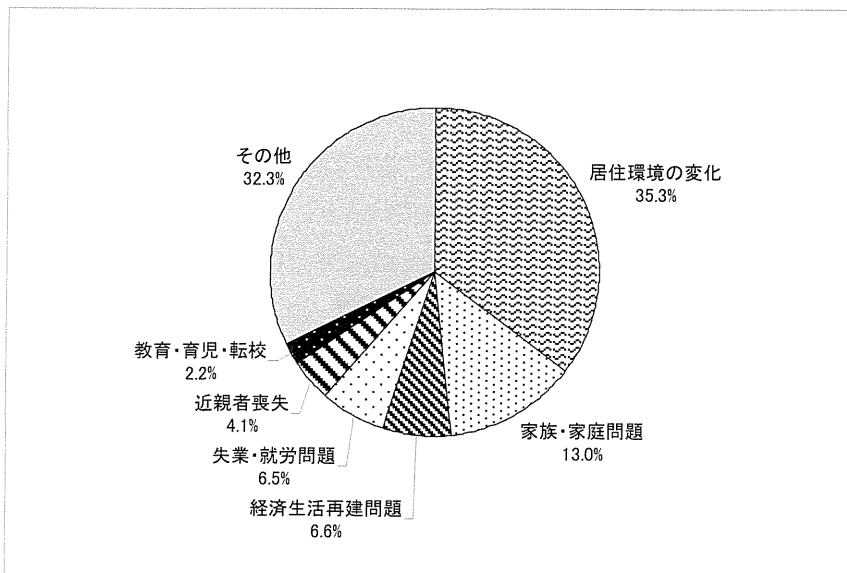


図4 相談の背景にある要因（重複記載有り）

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書

東日本大震災 2011 による不眠症とメンタルヘルスの追跡調査

分担研究者 三島和夫 1)

研究協力者 野崎健太郎 1)、片寄泰子 1)

1) 国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 精神生理研究部

研究要旨

2011 年の東日本大震災とその後に生じた大規模津波と原子力事故は日本人に甚大な身体的および心理的影響をもたらした。本研究は震災が日本人の不眠症の罹患率とメンタルヘルスに及ぼした影響とその臨床的特徴を明らかにするために実施された。震災の 1 年 4 ヶ月前（2009 年 11 月）、震災 4 ヶ月後（2011 年 7 月）、および 1 年 6 ヶ月後（2012 年 9 月）の 1 ヶ月間に、国内 157 地点から層化無作為抽出法で選択したそれぞれ 1,224 人、1,259 人および 1,289 人を対象として、不眠症状および不眠による機能障害の有無とその頻度、K6 を用いたメンタルヘルス評価のための面接法調査を実施した。2011 年における不眠症の罹患率は日本全体で 21.2%であり、2009 年の 11.8%に比較して 1.79 倍に有意に増加していた。不眠症の罹患率の増加は被災強度の大きい地域においてもっとも顕著であった（2.48 倍）。一方、2012 年における不眠症の罹患率は日本全体で 10.6%と震災前の水準に低下していた。不眠症の罹患率は被災強度の大きい地域で 14.0%、対 2009 年比で 1.50 倍と高止まりしていたが、その他の地域では震災前の水準にまで回復していた。2011 年に比較して 2012 年の K6 得点はすべての area で低下傾向にあったが、不眠症者の K6 得点は非不眠群に比較して有意に高止まっていた。

震災後の不眠症についてはレジリエンスが認められたが、被災強度の大きいエリアでは震災 1 年 6 ヶ月後においても慢性不眠群が残存しており、これらの多くは治療抵抗性と推察され、メンタルヘルスの改善も十分ではないことから、今後の長期的なケアと観察を要すると思われる。

Keywords 災害、睡眠、精神医療、

A. はじめに

過去に生じた大規模な自然災害後に被災地に居住する住民を対象に実施されたメンタルヘルスに関する調査では、震災 1～2 ヶ月後の早期フェーズでは、どの報告でも共通して約 60%前後の住民で不眠症状が認められることが明らかになってい

る。

平常時には、一般成人の 20～30%が入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難（非回復性睡眠）のいずれかの不眠症状を有する。不眠症状を有する人の一部では、日中の眠気、倦怠や抑うつ、精神運動機能の低下、消化器症状など不眠症状

に起因する種々の機能障害が生じる。不眠症の国際的な診断基準では不眠症状に加えて不眠に起因する機能障害が存在することが定義づけられており、これらの基準に合致する不眠症の有病率は一般人口の6%以上と推定されている。

今回我々は、東日本大震災前後に全国の一般住民を対象として実施した三つの調査結果を比較解析することにより、日本に甚大な心理・社会的・経済的なネガティブインパクトをもたらした東日本大震災が、日本人の睡眠状態、QOLおよびメンタルヘルスに及ぼした影響とその臨床的特徴、被災強度との関連について検討した。

B. 対象と方法

1. 調査対象者の選定および調査方法

我々は、震災の1年4ヶ月前（2009年11月）、震災4ヶ月後（2011年7月）、および1年6ヶ月後（2012年9月）のそれぞれ1ヶ月間で同一の調査手法で日本人の睡眠状態に関する住民調査を実施した。各調査ではともに、調査対象者の代表性を確保するため、日本国内に居住する満20歳以上の男女4,000名を対象とした層化無作為抽出法を実施した。全国市町村を県または市を単位とした12ブロック（北海道・東北・関東・京浜・甲信越・北陸・東海・近畿・阪神・中国・四国・九州）と市町村の人口規模（20大市、その他の市、郡部）で層化した36層から、2005年の国勢調査時に設定された調査区を使用し、1調査区あたりの標本となる対象者が25名となるように調整し、157地点を抽出した。電子地図データベース（OA-TOWN II、ゼンリン製）を用い、抽出された調査地点から3軒おきに対象となる世帯を抽出し、それぞれの対象世帯内で、調査実施月から最も早く誕生日を迎える20歳以上のものを調査対象者とし

た。調査対象者が選定された後、調査員が調査月中（1ヶ月間）に調査対象者の自宅4000世帯を訪問した結果、在宅していたのは2,206人（2009年）、2,254人（2011年）、および2,238人（2012年）であり、インフォームドコンセントと回答が得られた1,224人（回答率55.5%、2009年）、1,259人（回答率55.9%、2011年）、および1,289人（回答率57.6%、2012年）を対象として、面接法の訓練を受けた調査員による面接聴取法による調査を実施した。本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て行った。

2. 被災強度による地域の分類

調査対象者が居住する県から以下の3つの地域を設定した；1）震源地に近く県内の最大震度が6以上でかつ津波の遡上による被害あった東日本の太平洋沿岸5県（岩手、宮城、福島、茨城、千葉：Central disaster area）、2）県内の最大震度が6以上だが津波被害を受けなかった、または県の最大震度が5以上6以下の12県（青森、秋田、山形、新潟、群馬、栃木、埼玉、東京、神奈川、山梨、長野、静岡：Outer disaster area）、3）上記以外で比較的被害が少なかった地域（Other area）。

3. 調査項目

1) 基本属性

両年の調査では、調査対象者の性別、年齢、居住地（県）のデータを採取した。不眠症罹患率との関連を検討するために年齢は以下の3群を設定した；1）若年群（20-39歳）、2）中年群（40-59歳）、3）高齢群（60歳以上）。

2) 不眠症状の評価

両年の調査では、調査時点における不眠症状および不眠症状に起因する機能障

害の有無と頻度に関する 5 つの質問を設定した。

3) 不眠症の定義

入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒が「時々あった」以上の頻度であった者、もしくは、熟眠困難が「悪い」以上であった者の中で、不眠に起因する機能障害が「時々あった」以上の頻度であった者を不眠症者と定義した。

4) 震災後の日本人の精神的健康度 mental health の評価

2011 年および 2012 年の調査では、K6 を用いて震災後の精神的健康度を評価した。

C. 結果

1. 調査対象者の demographical data

いずれの調査年とも男女比は 4.5:5.5、平均年齢は 2009 年で 51.0 歳 (20-98 歳)、2011 年で 51.9 歳 (20-93 歳)、2012 年で 52.9 歳 (20-93 歳) と年齢性別比に偏りはなかった。また、Central disaster area における調査対象者の割合は全対象者の約 12%であった (Table. 1)。

2. 不眠症状の頻度

入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難を有する者の割合は、いずれも、2009 年のそれらに比較して有意に増加していた。性別、年齢階層別、居住地域別の解析でも、ほぼ同様に震災後に各不眠症状の頻度の増大が認められた。

3. 不眠症の罹患率 (表)

2011 年における不眠症の罹患率は日本全体で 21.2%であり、2009 年の 11.8%に比較して 1.79 倍に有意に増加していた。不眠症の罹患率の増加は Central disaster area においてもっとも顕著であり (2.48 倍)、Outer disaster area および Other area がそれに次いでいた (ともに 1.71 倍)。一方、2012 年における不

眠症の罹患率は日本全体で 10.6%と震災前の水準に低下していた。不眠症の罹患率は Central disaster area で 14.0%と高止まりしていたが、Outer disaster area および Other area ではそれぞれ 10.3%、10.2%まで低下していた。対 2009 年比での不眠症の罹患率は Central disaster area で 1.50 倍、Outer disaster area および Other area ではそれぞれ 0.83 倍、0.88 倍と Central disaster area での不眠症の残遺が明瞭であった。

4. 震災後の精神的健康度

2011 年、2012 年ともに、不眠症者の K6 得点は非不眠群に比較して有意に高かった。2011 年に比較して 2012 年の K6 得点はすべての area で低下傾向にあった。

D. 考察

2009 年、2011 年及び 2012 年に連続して実施された層化無作為抽出法による全国調査をもとに、東日本大震災が日本人の睡眠状態およびメンタルヘルスに与えた影響について検討した。震災後には不眠症の罹患率が顕著に増大し、被災中心部に近いほど罹患率は増加していた。不眠症の罹患率は、男女ともに、全年齢階層において増加していたが、とりわけ中年期の男性において相対危険度が増大していた。被災強度の強い地域住民、とりわけ不眠症群におけるメンタルヘルスの悪化が示された。一方、震災 1 年 6 ヶ月後には日本全体では不眠症の有病率、K6 得点ともに低下しており、不眠症についても顕著なレジリアンスが認められた。ただし、被災強度の大きいエリアでは震災 1 年 6 ヶ月後においても不眠症罹患率は高止まりしていた。これらの慢性不眠群の多くは治療抵抗性と推察され、また同時にメンタルヘルスの改善も十分ではなく、今後の長期的なケアと観察を要すると思

われる。

F. 健康危険情報特になし

G. 研究発表

G-1) 論文発表

- Iwaki S, Satoh K, Matsumoto Y, Echizenya M, Katoh T, Kusanagi H, Kitamura S, Shimizu T, Mishima K. Treatment-resistant residual insomnia in patients with recurrent major depressive episodes. *Sleep and Biological Rhythms*. 2012;10(3):202-11.

G-2) 著書

- 三島和夫. 高齢者の不眠. 井上雄一, 岡島義編. 不眠の科学. 東京: 朝倉書店; 2012. p. 128-35.

G-3) 総説

- 三島和夫. 日本人の睡眠状況 -睡眠不足、不眠、眠気、睡眠薬服用など- . 実験 治療. 2012; 707: 128-33.
- 三島和夫. 不眠症の病態生理 -発症および悪化のメカニズム-. 精神科治療学. 2012; 27(8): 989-97.
- 三島和夫. 不眠症の診断・治療ガイドライン. CLINICIAN. 2012; 59(2): 22-9.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表：東日本大震災前後での日本国内の不眠症有病率の変化

	2009			2011			2012			2009 vs. 2011		2009 vs. 2012	
	Prevalence	OR*	95%CI	Prevalence	OR*	95%CI	Prevalence	OR*	95%CI	OR*	95%CI	OR*	95%CI
Whole subjects	11.8			21.2			10.6			2.06 ** (1.65 - 2.57)		0.92 (0.71 - 1.18)	
Subjects in each resident area													
Central disaster area	10.3	0.85 (0.47 - 1.53)		25.7	1.44 (0.95 - 2.19)		14.0	1.49 (0.86 - 2.58)		3.32 ** (1.71 - 6.42)		1.50 (0.72 - 3.11)	
Outer disaster area	12.6	1.09 (0.75 - 1.59)		21.6	1.08 (0.80 - 1.45)		10.3	0.99 (0.67 - 1.47)		1.97 ** (1.37 - 2.85)		0.83 (0.55 - 1.26)	
Other area	11.6	-		19.8	-		10.2	-		1.92 ** (1.41 - 2.62)		0.88 (0.62 - 1.25)	
Sex													
Female	14.1	1.71 ** (1.18 - 2.47)		23.0	1.29 (0.98 - 1.70)		11.2	1.19 (0.82 - 1.71)		1.88 ** (1.42 - 2.49)		0.80 (0.58 - 1.10)	
Male	8.9	-		19.1	-		10.0	-		2.42 ** (1.68 - 3.49)		1.16 (0.77 - 1.73)	
Age													
Young age group (20-39 yrs.)	14.6	1.39 (0.92 - 2.10)		23.7	1.59 ** (1.12 - 2.24)		13.4	2.12 ** (1.35 - 3.35)		1.85 ** (1.27 - 2.68)		0.90 (0.59 - 1.35)	
Middle age group (40-59 yrs.)	9.8	0.85 (0.54 - 1.34)		24.0	1.59 ** (1.14 - 2.21)		12.9	1.99 ** (1.27 - 3.12)		2.94 ** (1.97 - 4.38)		1.38 (0.89 - 2.15)	
Old age group (60 yrs. or over)	11.1	-		16.7	-		7.0	-		1.62 * (1.10 - 2.39)		0.60 * (0.38 - 0.95)	

OR* for vs. male, or old age group, or other area; OR* for vs. 2009
** p<0.01; * p<0.05

平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業 (精神障害分野))
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書

東日本大震災「こころのケアチーム」派遣・実績に関する研究

分担研究者 渡 路子 1)

研究協力者 荒川亮介 1)、小見めぐみ 1)

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害時こころの情報支援センター

研究要旨

【背景】 平成 23 年東日本大震災においては、厚生労働省から全国自治体等に対し、災害時精神保健医療活動を行ういわゆる「こころのケアチーム」の派遣の斡旋が行われた。しかしながら、支援活動が大規模かつ長期間に渡ったことから、個別での報告はなされていたものの、その全体像の把握と評価は行われていない。

【目的】 全国レベルでの派遣および活動実績を把握すると共に、各こころのケアチームのリーダーに対する調査を行い、支援の全体像を明らかにし、今後あるべき災害時精神保健医療活動について検討する。

【方法】 本研究は以下の 4 つから構成されている。

研究Ⅰ．東日本大震災こころのケアチーム派遣実績調査；厚生労働省から派遣要請を受けた、全都道府県、政令指定都市及び国立病院等を対象に、派遣実績についてのアンケート調査を行った。

研究Ⅱ．避難者数と支援者数のバランス指標の検討；宮城県における時期別の避難者数と国民生活基礎調査の K6 のデータおよび研究Ⅰで得られた支援の投入量に関するデータを用いて、支援のニーズと投入のバランスを数値化した。

研究Ⅲ．東日本大震災こころのケアチーム・チームリーダーに対する派遣、活動実績等に関する調査；研究Ⅰで対象とした各チームのチームリーダーを対象に派遣実態に関する調査を行い、平成 16 年度の新潟県中越地震における同じ手法の調査結果と比較した。

研究Ⅳ．宮城県・仙台市におけるこころのケアチーム活動実績調査；宮城県・仙台市に残された、チームが記録した相談者の個票、処方箋を集計した。

【結果】 研究Ⅰ．49 都道府県等および 9 国立病院等が派遣を行い、3,307 人が支援に関わった。派遣スタッフ数や時期に地域別の差異があり、特に福島県では支援投入量の少なさ、支援開始時期の遅れが目立っていた。

研究Ⅱ．避難者の多かった 4 つの保健所圏域を見ると、圏域ごとの避難者数は 2 万～13 万

人と差が大きかったが、一方の派遣班数は圏域ごとの大きな差がなく、むしろ均等に配置されており、結果として1日数十名の相談対応を行う班から1日若干名のみに対応にとどまる班までがあった。

研究Ⅲ. チームの活動は震災発生後1か月までは医療行為が主体であるが、それ以降は健康相談などの保健活動にシフトしていた。7年前の新潟県中越地震における調査結果の比較では、事前訓練の不足、地元機関との連携等の支援体制等の多くの項目でほとんど改善が認められなかった。また、「支援者における災害意識の高まり」、「災害情報の共有化についてのニーズの高まり」に関する意見が多くなった。

研究Ⅳ. 宮城県では5664件の個票、1904件の処方箋、仙台市では1673件の個票、358件の処方箋を集計した。

【考察】研究Ⅰ. 被災地のニーズに合わせた適切な支援投入の指標や情報交換の仕組みが必要と考えられた。また、支援県ごとに活動実績に関するデータの管理手法が異なっており、統一されたデータ収集が困難であった。今後の大規模災害に備えた訓練等のためには、全国共通の情報管理のシステム整備が急務である。

研究Ⅱ. 避難者数を支援とニーズのマッチングを行う際の指標とするために、リアルタイムに保健所圏域または市町村ごと避難者数情報を共有できる仕組みが必要である。また、都道府県別のK6のデータによりキャッチメントエリアごとのハイリスク者数を平時より想定し、自治体ごとの事前訓練等に組み込むことも一案であると考えられた。

研究Ⅲ. 本震災では数か月にわたって多くのチームが同様の体制で支援に当たったが、今後は、地域の復興状況を見ながら、時期によって医療中心から保健中心の支援にシフトさせるなどの支援策の変更を検討する必要があると考えられた。また、事前準備や支援体制については、この7年間で進歩したとは言い難い結果であり、各レベルでの災害時精神保健医療活動の研修体制等を見直す必要があると考えられた。

研究Ⅳ. 来年度、さらに個票の集計、解析を進め、こころのケアチームが対応した被災者の背景の分析、およびこころのケアチームが行った薬物療法の分析を行う予定である。

I. 背景

平成23年3月11日14時46分に太平洋三陸沖を震源として発生した日本観測史上最大のマグニチュード9.0の地震では、宮城県で最大震度7を観測し、東日本の太平洋沿岸を中心に非常に高い津波が発生した。この津波により、東日本の太平洋沿岸各地で多数の死者・行方不明者が生じるとともに、福島県においては、

東京電力株式会社福島第一原子力発電所から空間に放射性物質が放出されるという原発事故が生じ、多くの住民が避難を強いられた。この震災は「平成23年東日本大震災」と命名（以下、「本震災」とする。）され、死者は15878人、行方不明者は2713人に上った（警察庁、平成24年12月19日現在）。

本震災においては、災害救助法発令により被災県からの要請を受け、厚生労働省障害保健福祉部から全国自治体および国立病院機構等に対し、被災地における災害時精神保健医療活動を行ういわゆる

「こころのケアチーム」の派遣の斡旋が行われた。今回のように複数県に渡って長期間に継続された全国レベルでの災害精神保健医療活動は、我が国において初めての事例である。しかしながら、支援が複数県に渡り、全国から3,000人を超える支援者が1年間近く支援を行ったことから、活動実績の全体を集計することは被災県だけでは困難で、活動の全体像を把握することができない状況が続いている。

本研究では、全国レベルでの派遣実績・活動実績を把握すると共に、各こころのケアチームのリーダーへのアンケート調査を行うことにより、支援の全体像を明らかにし今後あるべき災害時精神保健医療活動について検討した。

II. 各研究の詳細

研究Ⅰ. 東日本大震災こころのケアチーム派遣実績調査

A. 研究目的

厚生労働省による派遣斡旋を受けた、東日本大震災こころのケアチームの派遣実績・活動実績を全国レベルで把握する。

B. 研究方法

厚生労働省から派遣要請を受けた、岩手県・宮城県・福島県・仙台市を除く全都

道府県、政令指定都市（以下：「都道府県等」と呼ぶ）並びに国立病院、国立精神・神経医療研究センター病院及び国立国際医療研究センター国府台病院（以下：「国立病院等」と呼ぶ）に、派遣実績（派遣体制、派遣時期と場所、派遣スタッフ数と所属など）、活動実績（班ごとの男女別、年齢別、場所別、既往歴の有無別、主訴別、診断別、処方箋別相談対応延人数）についてExcelファイルによるアンケート調査を行った。依頼文は平成24年5月16日付で郵送し、調査用紙は同5月18日にメールにて送付し回収した。

C. 研究結果

本震災では岩手県・宮城県・福島県・仙台市以外にも被災した地域はあったが、本調査ではその3県1市に入った派遣チームについて集計した。また、集計結果の県別表記では特記が無ければ「宮城県」には「仙台市」も含まれる。

本調査では、「チーム」は一定の被災地に定期的に派遣され活動した都道府県等及び国立病院等の団体を、「班」は派遣チームの中で数人ずつに組み分けされ被災地に入るグループを、「派遣スタッフ」は被災地へ派遣されたこころのケアチームの人員を指す。

1) 派遣実績

①アンケートの回収率

厚労省が派遣要請を行った都道府県等は63あり、そのうち派遣を行ったのは49であった。また、この他に派遣要請を受けて派遣を行った国立病院等は9か所であった。派遣を行った49都道府県等と9

国立病院等からは 100%の回収率であった。

②基本情報

派遣チームは計 50 チームあり、1 自治体単独あるいは県と政令指定都市の合同で派遣していた。派遣活動を行った班は 891 班となり、そのスタッフ実人数は 3,307 人に上った。

今回、こころのケアチームの派遣を行っていないと回答した中にも、自県が被災したため自県内に派遣しているところや、こころのケアチームとしてではないが他の保健医療チームとして派遣を行っていた自治体もあった。

③職種別派遣スタッフ実人数(図 1)

職種別派遣スタッフ実人数は図 1 の通りであり、専門職としては医師と看護師が多かった。

④派遣スタッフの各職種の所属(図 2)

保健師、薬剤師を除く職種は都道府県等、公的医療機関、民間病院から、保健師はほとんどが都道府県等から、薬剤師は公的医療機関、民間病院から派遣されていた。全職種について、民間診療所からの派遣は少なかった。

⑤チーム別の派遣スタッフ延人数(図 3)

派遣スタッフ数に派遣日数を積算して延人数を出した結果、東京都は他チームの 2 倍以上のスタッフを派遣し、全国で最も多い派遣人数であった。また、鹿児島県や沖縄県など遠方からの派遣も多く行われていた。

⑥岩手県、宮城県、福島県へ派遣された

スタッフ数の推移(図 4)

宮城県では震災発生後 1 か月までの急性期には多くのスタッフが派遣され、2 か月が経過する頃には急性期の約半数が撤退していた。それに対し、岩手県では震災発生後 2 か月頃までに徐々にスタッフが派遣され、撤退も緩やかであり、長期的に派遣が行われていた。福島県では他の 2 県に比べ、派遣スタッフ数が格段に少なく、宮城県への派遣がすでに縮小されつつある時期から派遣が増えていった。また、震災発生後 9 か月が過ぎる頃には、他 2 県では派遣は継続されていたが、福島県への派遣は終了していた。

2) 活動実績

今回の派遣では支援県側が被災地から自身の活動に関するデータを持ち帰るか否かに議論があった。このため、今回は各自治体が被災地から活動に関するデータを所持しているかどうかを示し、その後、所持している活動実績から集計した結果を示した。

(1) 各チームにおける主な活動実績に関するデータの所持状況(図 5)

各チームが活動実績を被災地から持ち帰り所持しているかどうかは図 5 の通りである。相談対応延人数のデータを所持しているチームは 80%であり、年齢別の相談対応延人数や主訴別の相談対応延人数では 54~56%、診断別の相談対応延人数では 32%にとどまっていた。

(2) 活動実績の内容

①岩手県、宮城県、福島県における 1 班あたりの相談対応延人数(表 1)