

. 分担研究報告書

精神保健福祉サービス事業所利用者の震災後の生活実態に関する調査

研究分担者 吉田光爾¹⁾

研究協力者（主執筆者に ） 種田綾乃¹⁾ 鈴木友理子²⁾ 深澤舞子²⁾ 永松千恵¹⁾

佐藤さやか¹⁾ 武田牧子³⁾

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

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

3) 社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所

要旨

東日本大震災の被災地における、精神障害をもつ当事者の震災にともなう変化や影響、震災後における生活実態、および本人や家族（主たるケア提供者）の認識するニーズを明らかにし、今後のよりよい地域生活のために必要な支援を明らかにすることを目的とし、精神療養福祉サービス事業所利用者の実態に着目して、調査を実施した。

2013年12月～2014年1月、福島県における精神保健福祉サービス事業所のネットワーク（ふくしまこころのネットワーク）の協力のもと、ネットワーク加入事業所の利用者（精神障害のある当事者）を調査対象とし、無記名自記式調査による横断研究を実施した。ネットワーク加入の10事業所を利用する240名より調査協力を得た（回収率84.2%）。

分析結果から、精神保健福祉サービス事業所の利用者においては、生活上および精神保健医療福祉のサービス利用上において、震災前の状況よりも改善が見られていることが確認された。

精神的健康度の平均点は 13.5 ± 6.9 点であり、総得点が13点未満の者は4割程度であった。

仮設住宅での生活者、家屋損害認定区分が半壊程度の者、定期的な収入の確保されていない者、社会活動の機会の少ない者は、精神的健康度が低いことが観察された。また、津波被害や震災による身近な人の喪失体験に関しては、体験のない者のほうが、体験者に比べて精神的健康度が低いことが示され、今後、客観的に被害が認定されづらい一群への支援も重要となっていくものと示唆された。

震災後、生活全般や医療福祉サービスにおいて良好な変化を認識している者ほど、生活満足度や精神科医療への満足度、精神的健康度は高い傾向にあることが示され、精神的健康度は、震災に伴う客観的情報よりも、対象者自身の主観的な生活の変化を強く反映しやすいことが推察された。

今後、本研究の調査結果を踏まえ、サービスに結びついていない者の状況も含めて検討する中で、被災地における精神障害を持つ者の生活実態の全体像を把握していくことが必要と考える。

A. 目的

東日本大震災（2011年3月11日）は、東北地方太平洋沿岸部に大きな被害をもたらした。とりわけ、福島県においては、巨大地震、大津波、火災に加え、原子力発電所の事故とそれともなう放射能問題等、きわめて複合的な要因による甚大な被害を受け、見通しの立たない状況の中で、中長期的な支援が必要となっている。

本研究班が昨年度実施した岩手・宮城・福島県の被災地における現地支援者に対するヒアリング調査の結果^{1,2)}では、震災により既存の福祉サービス網や精神科医療網が破壊され、中長期的な視点での立て直しが求められている現状が明らかになり、特に福島県においては、人材の流出や社会資源の不足、それともなう支援者の過労や支援活動における限界が生じていることが確認された。被災地の中でも、被災の程度や放射能被害の程度により、地域間・被災者間において温度差や格差が生じている現状も明らかになっている。このような中で、実態や地域・対象者のニーズを把握した上で支援活動を実施していくことの必要性が挙げられ、外部支援者に期待する支援者支援の一要素として、被災地における社会資源や精神保健医療福祉に関する社会資源や利用者の生活実態を明らかにすることの重要性が挙げられた。

なお、本研究事業の一環として、福島県（福島-Aサイト）においては、2012年度より東日本大震災後、コンサルティング担当者が中心となり、県内全域の精神保健福祉サービス事業所の支援者に対する定期的・継続的サポートを実施している¹⁾。また、その活動の流れから、2013年6月、福島県内全域の精神保健福祉サービス事業所の代表者によるネットワークづくりを目的として、「ふくしまこころのネットワーク」を発足し、定期的なネットワーク会議の開催による情報交換や交流、相互研修等、多様な活動が実施されている（詳細は、本年度報告書の田島・武田研究報告書を参照のこと）。

本研究は、東日本大震災の被災地における、

精神障害をもつ人の、震災にともなう変化や影響や震災後における生活実態、および本人や家族（主たるケア提供者）の認識するニーズを明らかにし、今後のよりよい地域生活のために必要な支援を明らかにすることを目的として実施するものである。本研究班の活動の一環として福島県で築かれつつある精神保健医療福祉サービス事業所のネットワークによる協力のもと、ネットワークに加入する精神保健医療福祉事業所の利用者の視点から、震災による変化と生活実態を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1) 対象

福島県内の精神保健福祉サービス事業所を利用している精神障害をもつ当事者を本研究の対象とした。「ふくしまこころのネットワーク」に登録している事業所のうち、調査協力が得られた10事業所に登録している20歳以上の利用者を対象候補とし、以下の対象要件をすべて満たす対象者を選定した。

調査実施時点の過去一年間に1回以上事業所を利用した者のうち、精神障害を主たる疾患としてもつ者（身体・知的な障害を主たる障害としない者）

調査時点において、事業所の支援スタッフと本人との、対面あるいは電話での接触のとれている者

3) 調査方法

本調査は、「ふくしまこころのネットワーク」と福島-Aサイトの研究協力者らの協力のもと実施した。

調査票の配布を行うにあたり、研究機関の研究分担・協力者は「ふくしまこころのネットワーク」の精神保健福祉サービス事業所の代表者に対し、調査の趣旨・実施手順の説明を行った。調査票は、参加協力の得られた事業所に直接配付し、各事業所のスタッフより研究対象者に対

し、原則手渡しにて直接配付した。手渡しでの配付が困難な対象者に対しては、各事業所より調査票を送付した。回収は、各対象者が回収用封筒に厳封し、調査票回収窓口宛に送付する形とし、回収期日までの返送をもって、調査に同意したとみなした。

詳しい実施手順は、資料1を参照されたい。

4) 調査項目

調査は、以下の領域の項目について対象者本人、あるいは支援者に回答を求めた。

- ・調査票の記入者・回答方法
- ・人口統計学的変数（年齢、性別、居住形態、世帯構成等）
- ・東日本大震災による影響に関する項目（震災前後の情報、および震災による影響）
- ・精神障害をもつ人の生活領域に関する客観情報（既存の研究「精神障がい者の生活と治療に関するアンケート（みんなねっとにより2010年実施）」をもとに作成）
- ・医療に関する情報（診断、合併症、通院状況等）
- ・社会資源・サポートの活用状況と今後の利用希望
- ・本人が認識する生活の満足度、ニーズ、今後の生活への希望
- ・回答者について
- ・精神的健康度（World Health Organization-Five Well-Being Index）：日常生活における気分状態を対象者本人に問う5つの質問項目により構成されており、短時間で精神的健康状態の測定が可能であるという利点がある。経験頻度を6件法により回答するものであり、5項目の粗点を加算して、WHO-5 総得点を算出した（得点範囲0-25点）。合計得点が高いほど、精神的健康度が良好であることを示す。

本調査の説明文書、および使用した調査票については、資料2, 3を参照されたい。

5) 分析方法

データは連結不可能匿名化し、解析を行った。

データの集計は、「記入者・回答方法」「人口統計学的変数」「精神疾患等に関する客観的情報」「地域生活に関する客観的情報・満足度」「精神科医療に関する客観的情報・満足度」「被災体験に関する客観的情報」「震災前後のサポーター（主たる支援者）の変化」「震災による生活/精神科医療利用状況の変化」「震災による社会資源活用状況の変化と今後の希望」「精神的健康度」の項目に分けて整理した。

サポーター（主たる支援者）の状況については、McNemar 検定を用いて、震災前後での比較を行った。

精神的健康度は総得点を算出し、t検定、もしくは一元配置分散分析を用いて、基本属性との間での関連を検証した。また、相関分析を用いて、「震災による変化」「生活満足度」「精神的健康度」の項目間の関連性を確認した。

分析には、統計解析用ソフト SPSS Statistcs 20 を用いた。

6) 倫理的配慮

調査にあたり、国立精神・神経医療研究センター研究倫理委員会の承認を得た。

また、本調査は、福島-Aサイトのコンサルティング担当者とともに調査計画を検討したうえで実施しており、「ふくしまこころのネットワーク」の会合等に研究機関の研究分担・協力が複数回訪問し、十分な説明を行ったうえで実施した。

C. 結果

1) 配付・回収状況

配付は、2013年12月～2014年1月下旬にかけて行われ、配布数は285名（1機関につき4～70件配付）であった。そのうち25名については、事業所からの郵送による配布であった。

すべての事業所（10事業所）より回収があり、

回収数は240名(1機関につき3~45件回収)、回収率は84.2%であった。

2) 調査票の記入者・回答方法(表1)

調査協力者240名のうち、調査票は本人による記入が94.6%であり、回答方法は、対象者本人がすべて記入した者は74.2%、家族・支援者とともに記入した者は22.5%であった。

3) 人口統計学的変数(表2)

性別は、男性62.9%、女性34.2%であり、男女比は2:1程度であった。

平均年齢は44.8±12.8歳であり、20歳~73歳の者が含まれていた。

居住地は、福島県内97.5%、県外1.3%であり、居住形態は、グループホーム・ケアホームの者が最も多く(40.4%)、仮設住宅での生活者は2.1%であった。

生活形態は、単身生活者は21.7%であった。同居者がいると回答した178名において、同居者人数は平均4.8±2.9名であり、両親と同居の者が半数であり(52.8%)、グループホームなどで当事者等と同居している者は12.9%であった。

4) 精神疾患等に関する状況(表3)

協力者の精神疾患等に関する状況は、自分自身の疾患を知っていると答えた者は86.7%(208名)であり、そのうち統合失調症は62.0%、双極性障害が23.6%であった。その他の精神疾患としては、非定型精神病、解離性障害、パーソナリティ障害、摂食障害、薬物依存などが含まれていた。

精神疾患の発症年齢は、24.9±10.2歳であり、0歳~63歳までの回答が含まれていた。

障害者手帳所持者の状況では、精神保健福祉手帳を所持している者が77.6%、身体障害者手帳を所持している者が16.6%、療育手帳所持者が9.8%であった。

精神保健福祉手帳所持者の等級別の集計結

果では、2級が最も多く68.6%、次いで、3級21.4%、1級5.7%であった。

5) 地域生活に関する状況(表4)

日中の過ごし方としては、仕事・学校等に通っている者は62.9%、「その他」の回答として福祉関連の施設・作業所・病院デイケア等に通っていると記述した者は17.1%であった。

日中、自宅以外において何かしらの活動をしていると回答した192名の活動場所としては、福祉関係事業所・地域活動支援センター(82.9%)、仕事・学校(18.4%)、作業所(9.9%)や病院デイケア(6.3%)が挙げられた。

活動時間については、仕事や学校に費やす活動時間の平均値は25.5±35.0時間/週、福祉関係事業所における活動時間の平均値は16.6±9.1時間/週であった。

収入状況については、定期的な収入がある者は81.7%、不規則な収入の者は6.3%であった。何かしらの収入があると答えた211名において、障害年金・老齢年金の受給者は67.8%、作業所工賃による収入59.7%、生活保護の受給者は26.1%であった。

現在の生活の中で困っていることとしては、収入のこと(53.3%)、精神科の病気のこと(46.3%)、人付き合い(45.8%)などにおいて、多くの回答があった。

6) 精神科医療に関する状況(表6、図7)

精神科医療機関に受診している者は226名(94.2%)であり、受診機関は、大学病院精神科(31.4%)、精神科・神経科の診療所(13.3%)、一般病院精神科(5.8%)、精神科病院(1.8%)であった。また、受診頻度としては、月1回程度と答えた者が最も多く(57.7%)、次いで、1~2週間に1回程度の者が29.1%であった。

入院歴に関しては、入院を経験している者は177名(73.8%)であり、入院回数としては、1回の者24.3%、2~4回の者47.5%、5回以上の者22.0%であった。

精神医療への満足度(図7)は、「満足・まあ満足」と回答した者は55.8%、「不満・やや不満」と回答した者は、14.0%であった。

7)東日本大震災による被災体験の状況(表8)

東日本大震災において、地震(94.6%)、原発事故の爆発音を聞いた(13.3%)、津波(5.8%)のいずれかの経験のある者は、協力者全体の96.2%であった。

震災による身近な人の喪失を体験した者は8.8%であった。

家屋被害の認定状況では、一部損壊(28.8%)、半壊(4.6%)、大規模半壊(0.8%)、全壊(2.9%)のいずれかの被害のあった者は、協力者全体の37.1%であった。

避難に関しては、避難経験ありと答えた者は78名(32.5%)であり、避難経験者における避難回数の平均値は、2.3回であった。

8)サポーター(主たる支援者)の状況と変化(表9、図10)

サポーターの状況としては、すべての項目において、震災前1年間よりも現在の方が、サポーターが「いる」と回答した者の割合が増加し、「いない」と答えた者の割合が減少した。

震災前後での比較(McNemar検定)の結果では、「リラックスするのを助けてくれる人($p=0.022$)」「長所も短所も含めてすべて受け入れてくれる人($p=0.001$)」「何があっても、あなたを気にかけてくれる人($p=0.007$)」「落ち込んでいる時、気分がよくなるように助けてくれる人($p=0.002$)」の各項目において、サポーターありと答えた者が、震災前に比べ増加していた。

9)震災による生活/精神科医療利用状況の変化(図11)

震災による生活の変化(図11-1)は、「良くなった・少し良くなった」の回答が12.5%、「悪くなった・少し悪くなった」の回答が24.6%で

あった。

震災による収入の変化(図11-2)は、「増えた」と回答した者が21.7%であり、「減った・なくなった」と回答した者は13.5%であった。

震災による医療福祉サービスの変化(図11-3)としては、「よくなった・少し良くなった」との回答が23.0%、「悪くなった・少し悪くなった」の回答が7.1%であった。

震災による医療機関への通院の変化(図11-4)としては、「とても使いやすくなった・やや使いやすくなった」の回答は24.1%、「とても使いにくくなった・やや使いにくくなった」の回答は7.8%であった。

10)震災による社会資源活用状況の変化と今後の希望(表12、図13)

震災による社会資源の活用状況は、「薬物療法」「入所・通所型生活訓練」「ホームヘルプサービス」「訪問型生活訓練」「訪問看護、医療機関によるアウトリーチ等」「作業所」「地域活動支援センター」「ピアサポート」「就労支援の事業所」「ジョブコーチ」「ハローワーク/職業センター」「グループホーム/ケアホーム」において、震災前1年間よりも現在の方が利用している者の割合が増加していた。

また、「入院」「デイケア」については、震災前1年間よりも現在の方が、利用している者の割合が減少した。「ショートステイ/レスパイト」については、震災前よりも現在の方が、利用頻度が低くなっているが確認された。

11)精神的健康度(図14、表15)

精神的健康度(総得点)の平均値は 13.5 ± 6.9 点であった。総得点が13点未満の者は40.8%、5点以下の者は16.1%(34名)であった。

属性別の比較(表15)では、総得点の平均値は、「仮設住宅居住者(9.0点)」「日中ほとんど何もしていない者(10.3点)」「収入のない者(10.7点)」「不定期な収入の者(10.8点)」「家屋損害認定結果が半壊の者(10.9点)」などの

群において、特に低得点であった。項目別の群間比較（一元配置分散分析、またはt検定）の結果では、津波を体験している者は経験していない者よりも有意に精神的健康度が高得点であった（ $t(208)=2.91, p=0.04$ ）。

12) 震災による変化・生活満足度・精神的健康度の関連性

震災による生活の変化は、「精神的健康度」「生活満足度」「精神科医療満足度」との間で正の相関がみられた（生活の変化×精神的健康度： $r=0.29$ 、生活の変化×生活満足度： $r=0.50$ 、生活の変化×精神科医療満足度： $r=0.35$ 、いずれも $p<0.01$ ）。

震災による収入の変化については、「精神的健康度」「生活満足度」「精神科医療満足度」との間で有意な関係性は見られなかった（収入の変化×精神的健康度： $r=-0.11$ 、収入の変化×生活満足度： $r=0.05$ 、収入の変化×精神科医療満足度： $r=-0.72$ 、いずれもn.s.）。

震災による医療福祉サービスの変化についても、「精神的健康度」「生活満足度」「精神科医療満足度」との間で正の相関がみられた（医療福祉の変化×精神的健康度： $r=0.35$ 、医療福祉の変化×生活満足度： $r=0.37$ 、医療福祉の変化×精神科医療満足度： $r=0.35$ 、いずれも $p<0.01$ ）。

震災による通院の変化については、「精神的健康度」「生活満足度」「精神科医療満足度」との間で相関はほとんど見られなかった（通院の変化×精神的健康度： $r=0.20$ 、通院の変化×生活満足度： $r=0.18$ 、通院の変化×精神科医療満足度： $r=0.14$ 、いずれも $p<0.5$ ）。

なお、精神的健康度は「生活満足度」「精神科医療満足度」との間でも相関がみられている（精神的健康度×生活満足度： $r=0.45$ 、精神的健康度×精神科医療満足度： $r=0.36$ 、いずれも $p<0.01$ ）。

D. 考察

1) 調査対象者の特性

本調査は、ふくしまこころのネットワーク実施主体 13 事業所のうち、10 事業所より協力を得た。なお、同時期に当研究班にて実施した南相馬市における精神障害者保健福祉手帳所持者の実態調査（本年度報告書の鈴木 研究分担報告書を参照）と重なる可能性のある利用者が大半を占める事業所については、手帳所持者調査に一括したため、本調査は当ネットワークの参加主体の全事業所を対象とした実施とはなっていない。

本調査は、10 事業所において、選定基準にもとづき各事業所より報告された対象者数 280 名のうち、240 名（回収率 84.2%）より回答を得たものである。したがって、本調査の調査協力者は、ふくしまこころのネットワークの参加主体のうち手帳所持者調査に該当しない事業所における、精神障害を主たる理由とした利用者の大部分を網羅したものと考えられる。

なお、本研究の調査対象者の大部分（91.1%）は事業所からの手渡しによる直接配布により実施されており、本研究の対象者は、現在も定期的に対象事業所を利用している者が大半であることがうかがわれる。

基本属性の集計結果（表 2）から、対象者の大半が、グループホーム・ケアホームにて生活している者と、実家で両親等と生活している者であった。また、日中何かしらの活動をしている者が 8 割程度であり、仕事や学校の利用頻度は週 26 時間程度、福祉関係事業所や地域活動支援センターの利用頻度は、週 17 時間程度の利用と定期的に社会的な活動を営んでいる者が多く含まれることが推察される。

また、対象者は統合失調症や双極性障害に該当する者が多く、精神保健福祉手帳も 8 割弱の者が取得していた。いわゆる重度精神障害者（SMI）に該当する者も対象の中に多く含まれているものと思われる。

2) 震災による被災状況・生活の変化

東日本大震災による被災体験としては、9割以上の者が地震（揺れ）を経験し、震災に伴う複合的な災害（原子力発電所の爆発音、津波等）の経験のある被災者も含まれていた。対象者の3割程度は家屋被害があり、震災による避難を経験していた（表8）。

震災による生活の変化や医療福祉サービスの変化としては、「どちらとも言えない」という回答に集中した（図11-1、11-3）。

生活面に関しては、震災により悪化したとの回答が若干多い傾向にあった。震災により収入が増加したと答えた者が過半数いる一方、収入が減少もしくは無くなった者も3割程度含まれる状況もあり、震災前後による生活の変化は、対象者における格差が生じているものと推察される。

医療福祉サービスに関しては改善したとの回答が若干多い傾向にあった。震災により医療機関への通院については利用しやすくなったとの回答が多く占めていた（図11-4）。また、地域における社会資源の利用機会も震災前に比べて増加しており、反面、入院や医療機関のデイケア等の利用が減少していることから（表12、図13）、震災後の復旧復興に向けた支援の中で、より利用しやすく、地域を基盤とした精神保健医療福祉サービスに結びついている者が多く存在することが推察される。

このような精神保健医療福祉サービスの改善を一つの背景として、対象者におけるサポーター（主たる支援者）の状況も、多くの側面において、震災前に比べ改善しているという結果（表9、図10）に反映されているものと思われる。

本研究の調査対象者は、精神保健福祉サービス事業所に結びついている（現在も定期的に利用できている）利用者が主であることから、良好な支援ネットワークに結びついた対象者の状況を強く反映させた結果であるとも考えられるが、精神保健福祉サービス事業所の利用者

では、多くの面において、震災前の状況に比べ改善が見られていることが示唆された。

3) 精神的健康度の状況

本研究における精神的健康度の合計得点の平均点は 13.5 ± 6.9 点であり、13点未満の者は4割程度、5点以下の者も16.1%含まれていた。

一般住民を対象とした先行調査^{4,5)}における平均値は15~16点であり、一般住民に比べ低い値であることが確認されたが、福島大学災害復興研究所が2011年9月に実施した「双葉地方の住民を対象にした災害復興実態調査」の結果^{6,7)}（精神的健康度平均値： 7.4 ± 5.9 点）に比べ高い値を示していた。

属性別の精神的健康度の比較結果（表16）では、多くの項目において統計的な有意差は認められなかったものの、仮設住宅の居住者や家屋損害認定区分が半壊程度の者、定期的な収入が確保されていない者、社会活動の機会がほとんどない者においては、精神的健康度が低得点であることが観察された。

一方、本研究の結果では、津波による被害を体験していない者のほうが被害を体験している者よりも精神的健康度は低いことが示され、また、震災による身近な人の喪失体験のない者は経験のある者よりも精神的健康度が低得点であった。調査実施が震災から2年半を経過した時期であり、震災直後の状況と比べ、震災による被害以外の複合的な要因が混在し、当事者の置かれている状況はさらに複雑化していることが推察される。特に、本研究の結果では、客観的な項目での被害程度が少ないにも関わらず精神的健康度が低い傾向がみられることから、客観的に認められづらい状況にある群においては、十分な支援や公的補償等に結びつきづらく、精神的健康度も低くなりやすいものと示唆される。今後、こうした客観的な被害が認定されづらい一群への支援も重要となってくるものとする。

4) 震災による変化と精神的健康度

精神的健康度と生活満足度や精神科医療満足度との関連が示され、精神的健康度が高いほど、生活満足度や精神科医療満足度は高いことが確認された。

また、震災により生活全般や医療福祉サービスにおいて良好な変化を認識している者ほど、生活満足度や精神科医療への満足度、精神的健康度は高い傾向にある（悪化を認識している者ほど、生活満足度や精神科医療への満足度、精神的健康度は低い傾向にある）ことが示された。

震災から2年半以上の経過した調査時点において、精神的健康度は、震災直後の被災状況や被災体験などの客観的情報よりも、対象者自身の主観的な生活の変化（改善度合い）を強く反映しやすいことが推察された。

E. 結論

福島県における精神保健福祉サービス事業所の利用者に対する調査を実施し、以下の知見を得た。

- 1) 精神保健福祉サービス事業所の利用者においては、生活上および精神保健医療福祉のサービス利用上において、震災前の状況よりも改善が見られていることが確認された。
- 2) 仮設住宅での生活者、家屋損害認定区分が半壊程度の者、定期的な収入が確保されていない者、社会活動の機会の少ない者は、精神的健康度が低くなる傾向が確認された。
- 3) 津波による被害体験や震災による身近な人の喪失体験のない者のほうが、体験者に比べ精神的健康度は低いことが示された。今後、客観的に被害が認定されづらい一群への支援も重要になってくるものと示唆された。
- 4) 精神的健康度が高いほど、生活満足度や精神科医療満足度は高いことが確認された。
- 5) 震災により生活全般や医療福祉サービスにおいて良好な変化を認識している者ほど、生活満足度や精神科医療への満足度、精神的健

康度は高い傾向にあることが示された。精神的健康度は、震災に伴う客観的情報よりも、対象者自身の主観的な生活の変化（改善度合い）を強く反映しやすいことが推察された。

なお、本研究は、精神保健福祉ネットワークの加入事業所の利用者という特徴ある一群に対する調査であり、被災地における精神障害を持つ者の全体像を示したものとは言えない。今後、本調査と、サービスに結びついていない者の状況も含めて検討する中で、被災地における精神障害を持つ者の生活実態の全体像を把握していく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
 - 1) 種田綾乃，伊藤順一郎，吉田光爾，佐藤さやか，鈴木友理子，西尾雅明，大野裕，佐竹直子，田島良昭，三品桂子，池淵恵美，武田牧子，高木俊介，安保寛明，後藤雅博，樋口輝彦：東日本大震災の被災地における精神保健医療福祉に関するニーズの実態～地域精神保健医療福祉従事者に対するインタビュー調査から～．日本精神リハビリテーション学会 第21回沖縄大会，沖縄，2013.11.29.
 - 2) 種田綾乃，伊藤順一郎，吉田光爾，佐藤さやか，鈴木友理子，西尾雅明，大野裕，佐竹直子，田島良昭，三品桂子，池淵恵美，樋口輝彦：東日本大震災の被災地における外部支援の中・長期的課題 地域精神保健医療福祉従事者に対するインタビュー調査から ．第33回日本社会精神医学会，東京，2014.3.20.

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) 田島良昭, 武田牧子: 福島県全域(福島-A)における地域精神保健医療福祉システムの再構築に向けた支援者支援に関する報告. 厚生労働科学研究費補助金「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」(主任研究者: 樋口輝彦) 総括研究報告書, 65-71, 2013.
- 2) 吉田光爾, 種田綾乃, 鈴木友理子, ほか: 被災地における地域精神保健医療福祉に関するニーズの実態. 厚生労働科学研究費補助金「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」(主任研究者: 樋口輝彦) 総括研究報告書, 17-26, 2013.
- 3) 佐藤さやか, 種田綾乃, 鈴木友理子, ほか: 被災地における支援者に対する外部支援の中長期的課題. 厚生労働科学研究費補助金「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」(主任研究者: 樋口輝彦) 総括研究報告書, 27-31, 2013.
- 4) Awata S, Bech P, Yoshida S et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61, 112-119, 2007.
- 5) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村毅, ほか: 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討. *日老医誌* 49(1), 82-89, 2012.
- 6) 佐藤慶一: 福島第一原発事故による双葉地方住民の仮すまいの姿. *建築雑誌* 127(1634), 4-5, 2012.
- 7) 福島大学災害復興研究所: 双葉8か町村災害復興実態調査基礎集計報告書(第2版) <http://fsl-fukushima-u.jimdo.com>

資料1:調査の実施手順

**厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業；H25-医療-指定-013）
「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」**

主任研究者・樋口輝彦、研究分担者・伊藤順一郎（国立精神・神経医療研究センター）

東日本大震災の被災地における精神保健福祉サービス事業所利用者の震災後の生活実態調査
実施マニュアル

1. 調査のねらい

東日本大震災の被災地における精神保健福祉サービスを利用する人々の、震災にともなう変化や影響、震災後における生活実態、および本人や家族（主たるケア提供者）の認識するニーズを明らかにし、今後のよりよい地域生活のために必要な支援を明らかにすることを目的としています。

2. 調査の実施時期

回収期日：2013年12月31日（火）

調査票一式は、2013年11月中旬に各協力事業所宛にお送りいたします。

3. 調査対象者

福島県内の精神保健福祉サービス事業所を利用している精神障害をもつ当事者が対象となります。

研究協力機関「ふくしまこころのネットワーク」に登録している福島県内の事業所のうち、調査協力が得られた事業所において実施します。協力事業所に登録している精神障害をもつ当事者（20歳以上の者）を調査対象とします。

未成年者、知的・身体障害を主たる診断としている者は、本調査の対象とはしません。

4. 調査で使用するもの

使用するもの	詳細
説明文書	本調査についての説明が書かれております。 各対象者に調査票とともにお渡しく下さい。
調査票	あらかじめご連絡いただいた対象者数分を研究事務局から送付します。 部数が足りない場合は、ご連絡ください。
返信用封筒（茶）	各回答者が封入して提出して頂くためのものです。
配布用封筒（ピンク）	～ を封入し、対象者にお渡しく下さい。
調査実施情報票	調査実施状況を把握するための用紙です。 必要事項を記入し、研究事務局へ返送してください。

郵送用切手(必要時)	郵送が必要な場合(転居、事業所利用の見込みがない等)は、あらかじめご連絡いただいた郵送対象者分の切手を研究事務局よりお送りいたします。残数は実施情報票とあわせてご返却ください。 実施する中で、郵送対応が必要となりました場合は、研究事務局までご連絡ください。もしくは、立て替えていただき、領収書をお送りください。
返送用レターパック	調査実施情報票や予備分の切手等を研究事務局にご返送していただくためのレターパックです。

5. 身 ご不明な点、部数が足りない場合などは、研究事務局(精神保健研究所)までご連絡ください。

〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

調査担当者(各機関代表者)は、以下のすべての条件を満たす調査対象者をリストアップし、調査事務局まで対象者数(直接配布および郵送対応)ご連絡ください。

- ・調査実施日より過去一年間に1回以上事業所を利用した者
- ・精神障害をもつ者(身体・知的な障害を主たる障害としない者)
- ・本人あるいは家族との、対面もしくは電話での接触のとれている者

各事業所のスタッフより対象者に対して調査票一式(説明文書、調査票、返信用封筒)を配布用封筒(ピンク)に入れ、原則手渡しにて配布してください。
直接配布が難しい場合は、郵送配布にてご対応ください(必要分の切手はお送りいたしません)。

配布が完了いたしましたら、調査担当者は、調査配布数等を調査実施情報票に記入し、返信用レターパックにて、精神保健研究所(種田)へご返送ください(切手の予備分・請求書等がございましたら、こちらに同封してください)。

調査は、無記名自記式にて行います。

ただし、一人での回答が困難な場合は、スタッフや家族が補助しながら回答していただいてもかまいません。

記入済み調査票は返信用封筒(茶封筒:切手貼付不要)に厳封して提出するよう周知してください。

各対象者が返信用封筒に厳封し、投函してください(回収窓口宛に郵送されます)。回答済み調査票の回収期日までの提出をもって、同意を得たものとみなされます。

調査事務局(調査に関するお問い合わせ、実施情報票等の返送等)

〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

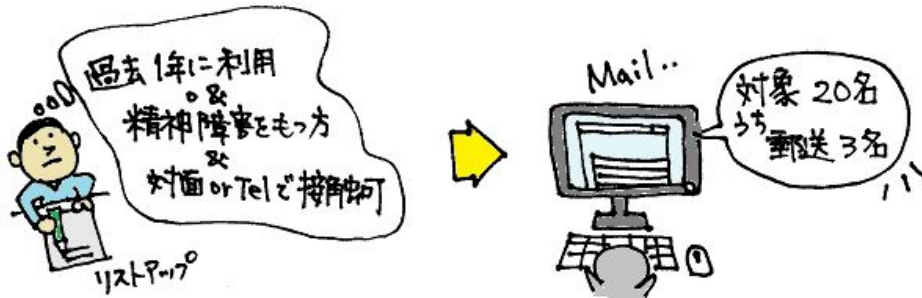
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部

電話番号 042-346-2168 (担当:種田綾乃)

～調査の流れ～

調査の準備 (すでに行っていたいております)

調査担当者 (各機関代表者) は、対象者条件を満たす「調査対象者」をリストアップし、調査事務局まで対象者数 (直接配布および郵送対応) をご連絡ください。



調査票の配布

各事業所のスタッフより対象者に対して調査票一式 (説明文書、調査票、返信用封筒) を配布用封筒 (ピンク) に入れ、原則手渡しにて配布してください。

直接配布が難しい場合は、郵送配布にてご対応ください。



情報票のご提出

調査票の配布が完了しましたら、調査担当者は、調査配布数等を「調査実施情報票」に記入し、返送用のレターパックにて、精神保健研究所 (種田) までご返送ください。



調査の実施

調査は、無記名自記式にて行います。

ただし、一人での回答が困難な場合は、スタッフやご家族が補助して回答していただいてもかまいません。



記入済み調査票の回収

記入済み調査票は返信用封筒に厳封して提出するよう周知してください。

回収は、各対象者が返信用封筒に厳封し、ポストに投函してください。

切手を貼る必要はございません。



* * 大変お手数おかけしますが、何卒よろしくお願ひ申し上げます *

資料2:対象者への調査説明文書

「東日本大震災後の生活に関するアンケート」 ご協力をお願い

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
部長 伊藤順一郎

このアンケートの目的は…

2011年3月に発生しました東日本大震災では、多くの方が被災し、人々の生活を支える医療や福祉の面でも、多くの被害がありました。障がいをもちながら生活されている方々の生活や利用されている支援にも、変化があった方は多いのだろうと考えております。

このアンケートは、福島県の事業所を利用されている精神障がいをおもちの方々が、震災の前と後で、生活がどのように変化したのか、今どのようなことにお困りなのか、どのような手助けがあればもっと暮らしやすいとお考えなのか、といったことなどをお聞きすることを目的としております。

このアンケート調査の結果をまとめ、これからの県や市町村の医療や福祉などの計画に役立てたり、事業所のあり方をよりよくしたりすることに役立てることで、みなさまの暮らしを少しでもよいものにできるのではないかと考えております。

このたび、福島県内の障害保健福祉サービスの事業所を利用している成人(20歳以上)の方を対象として、このアンケートをお送りさせていただきました。

このアンケートに参加するには…

- ◆ このアンケートは、答えを記入して封筒に入れ、送り返していただくことで、アンケートに答えることに同意して参加していただいたことになります。
- ◆ このアンケートに答えるかどうかは、ご自分で自由にお決めください。
答えなくても、何も不利益なことがあるわけではありません。
いったん返送された後でも、ご連絡いただければ、いつでも取り消すことができます。
その場合も、何も不利益は受けません。(連絡先は裏面に書かれてあります【本研究に対する問い合わせ先】です。)

このアンケートに答えるときには…

- ◆ アンケートへの記入は、なるべく精神科で治療を受けておられるご本人様にお願いいたします。
ただし、ご記入いただくことが難しい場合には、ご家族や支援者の方と話し合いながら、あるいはご家族や支援者の方が代理でご記入くださってもかまいません。
- ◆ このアンケートや封筒に、名前や住所などは書かないでください。
- ◆ 答えたくない質問には答えなくてもよいです。

このアンケートの結果は…

- ◆ ご記入していただいた内容は、厳重に管理いたします。個人情報が外部に漏れることは一切ありません。
- ◆ この調査研究による成果は、学会発表や論文など、学術的な場のみで発表いたします。
そのときも、個人情報が公表されることは一切ありません。

このアンケートにご参加いただける場合には…

アンケート用紙にご記入いただき、一緒にお配りしております返信用の封筒に入れ、

2013年12月31日(当日消印有効)までに、郵送してください。切手を貼る必要はありません。

この調査研究は、国立精神・神経医療研究センターの研究事業を通じて実施しております。
ご不明な点等がございましたら、以下の問い合わせ先までご連絡ください。

【本研究に関する問い合わせ先】

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
障がいをもつ人の東日本大震災後の生活に関するアンケート係
〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号
電話番号 (調査専用ダイヤル) 0120-xx-xxxx
(受付時間: 10:00 ~ 18:00)

【その他、研究に関する連絡先】

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 倫理委員会事務局
〒187-8551 東京都小平市小川東町四丁目1番1号
e-mail: rinri-jimu@ncnp.go.jp

ひがしにほんだいしんさいご せいかつ
東日本大震災後の生活に関するアンケート

【ご回答に際してのお願い】

- 質問のなかにある「あなた」は「精神障がいをお持ちのご本人」のことを意味します。
- このアンケート用紙に、あなたのお名前やご住所を書く必要はありません。
- ご記入は、なるべく精神障がいをお持ちのご本人にお願いいたしますが、
ご記入いただくことが難しい場合には、ご家族や支援者の方と話し合いながら、
あるいは、ご家族や支援者の方が代理で、ご記入くださってもかまいません。
- 答えたくない質問や、わからない質問には、答えなくてもかまいません。

ご回答の記入は、
(1)あてはまる項目の数字に 印をつける。
(2)記入欄 に数値を記入する。
方法でお願いいたします。

この調査について、何かわからないことなどございましたら、下記までお問い合わせください。

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

担当窓口： 障がいをもつ人の東日本大震災後の生活に関するアンケート 係（担当：種田）

住所： 〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

電話番号： 0120-xx-xxxx (調査専用ダイヤル) (受付時間：10:00 ~ 18:00)

～あなたの生活と、東日本大震災（2011年3月11日）の影響について、おうかがいします～

問1 あなたは現在、どこにお住まいですか（あてはまる番号1つに ）。

1 福島県内	2 福島県外
--------	--------

問2 現在のお住まいの形式はどれになりますか（あてはまる番号1つに ）。

1 持家	2 借家・アパート	3 仮設住宅
4 借り上げ住宅	5 親戚の家	6 グループホーム・ケアホーム
7 入院中	8 復興住宅	9 その他（ ）

問3 現在、どなたかと一緒に暮らしていますか。

1 はい（同居人数（自分を含む）： 人）	2 いいえ（一人暮らし）【問4へ】
----------------------	-------------------

【1 と答えた方にお聞きします】

付問1 どなたと一緒に暮らしていますか（あてはまる番号すべてに ）。

1 親	2 兄弟・姉妹	3 祖父母
4 妻または夫	5 子ども	6 その他の親戚
7 知人・友達・恋人	8 その他（ ）	

問4 あなたの周りであなたを支えてくれる人（サポーター）の状況についてお聞きします。

東日本大震災と現在の状況について、次のそれぞれの項目で当てはまるものに を付けてください。

	A：震災前の状況	B：現在
あなたが助けを必要としたときに、 実際に頼れそうな人	いた・いない	いる・いない
あなたがリラックスするのを 助けてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたの長所も短所も含めて すべて受け入れてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたに何があっても、 あなたを気にかけてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたが落ち込んでいる時、 気分がよくなるように助けてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたが動揺している時、 あなたを落ち着かせてくれる人	いた・いない	いる・いない

問5 現在収入がありますか。(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|--------------|--|
| 1 定期的に収入がある | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2 不定期に収入がある | |
| 3 収入はない【問6へ】 | |

【1もしくは2収入があると答えた方にお聞きします】

付問1 収入をどこから得ていますか(あてはまる番号すべてに)。

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1 会社やアルバイトで働いてもらう給料 | 2 夫/妻の収入 |
| 3 障害年金または老齢年金 | 4 家族(両親)や兄弟からのおこづかい |
| 5 作業所の工賃 | 6 生活保護 |
| 7 震災関係の補償金など | 8 その他() |
| 9 わからない | |

問6 東日本大震災により、収入に変化がありましたか(あてはまる番号1つに)。

- | | | | |
|---------|-------|---------|-------|
| 1 無くなった | 2 減った | 3 変わらない | 4 増えた |
|---------|-------|---------|-------|

問7 現在あなたは、日中をどのように過ごしていますか(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1 家にいて、ほとんど何もしていない | 2 家にいて、家事をしている(手伝いも含む) |
| 3 仕事や学校などに通っている | 4 その他() |

【3仕事や学校などに通っていると答えた方にお聞きします】

付問1 どこで、どのくらい(1週間に何時間くらい)の時間を過ごしていますか(あてはまる番号すべてに をつけ、どのくらいの時間を過ごすかを記入してください)。

- | | |
|------------------|-----------|
| 1 仕事、学校など | (週 時間くらい) |
| 2 作業所・福祉関係の事業所など | (週 時間くらい) |
| 3 その他() | (週 時間くらい) |

問8 東日本大震災であなたが経験したことは何ですか(あてはまる番号すべてに)。

- | | | | |
|------|------|---------------------|----------|
| 1 地震 | 2 津波 | 3 原子力発電所事故(爆発音を聞いた) | 4 いずれもなし |
|------|------|---------------------|----------|

問9 東日本大震災で大切な身近な人を亡くされましたか(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問10 東日本大震災による家屋被害認定の結果は何でしたか(あてはまる番号1つに)。

- | | | |
|---------|--------|---------|
| 1 被害なし | 2 一部損壊 | 3 半壊 |
| 4 大規模半壊 | 5 全壊 | 6 わからない |

問11 東日本大震災により、避難ひなんされましたか。

避難ひなんされ、避難場所ひなん じょう所が移うつったことがありましたら、移動いどうした回数を()内にお書きください。

- 1 避難ひなんした (回) 2 避難ひなんしなかった

問12 東日本大震災により、あなたの生活は変わりましたか(あてはまる番号1つに)。

- 1 よくなった 2 少しよくなった 3 どちらともいえない 4 少し悪くなった 5 悪くなった

問13 東日本大震災の前後で、ご自身の生活やご自身みづかみを含めた家族かぞくや支援者しえんしやの生活くらしにどのような変化へんかがありましたか。震災前後の生活においてご苦労くろうされたことなど、ご自由にお書きください。

～医療いりようと福祉ふくしサービスの利用について、おうかがいします～

問14 現在、精神科せいしんか的な症状しやうじょうのために、医療機関いりようきかん等にかかっていますか(あてはまる番号1つに)。

- 1 かかっている 2 かかっていない【問16へ】

問15 【1 かかっている と答えた方にお聞きします】

主おもにかかっているのは、次のどの医療機関いりようきかんですか(あてはまる番号1つに)。

- 1 精神科せいしんか・神経科しんけいかの診療所しんりやうしよ(クリニック)

2 いろいろな科がある一般病院いっぽんびやういんの精神科

3 大学病院だいがくびやういんの精神科

4 精神科の病院

5 その他の医療施設いりようしせつ

6 わからない

【1～5 と答えた方にお聞きします】

付問1 現在、その医療機関いりようきかんにはどのくらいの頻度ひんどで通っていますか(あてはまる番号1つに)。

- 1 1-2週に1回くらい 2 月に1回くらい 3 2ヶ月に1回以下
- 4 具合ぐあいが悪くなった時だけ 5 その他()

付問2 震災前とくらべて、医療機関への通院はどう変わりましたか。
あてはまる番号1つに をつけ、その理由をお書きください。

- | | |
|---------------|--------------|
| 1 とても通いやすくなった | 2 やや通いやすくなった |
| 3 変わらない | 4 やや通いにくくなった |
| 5 とても通いにくくなった | |

(理由:)

問16 あなたは、これまで精神科に入院したことがありますか。

- | | |
|------|------------|
| 1 ある | 2 ない【問17へ】 |
|------|------------|

↓
【1 と答えた方にお聞きします】

付問1 これまで何回くらい、精神科に入院したことがありますか。

- | | | | |
|------|--------|--------|-------------|
| 1 1回 | 2 2~4回 | 3 5回以上 | 4 わからない・忘れた |
|------|--------|--------|-------------|

問17 現在受けている精神科医療全体について満足していますか(あてはまる番号1つに)。

- | | | | | |
|------|--------|-------------|--------|------|
| 1 満足 | 2 まあ満足 | 3 どちらともいえない | 4 やや不満 | 5 不満 |
|------|--------|-------------|--------|------|

問18 東日本大震災により、利用する医療や福祉のサービスなどは変わりましたか。

- | | | | | |
|---------|-----------|-------------|-----------|---------|
| 1 よくなった | 2 少しよくなった | 3 どちらともいえない | 4 少し悪くなった | 5 悪くなった |
|---------|-----------|-------------|-----------|---------|

問19 次の(a)~(p)の医療や福祉のサービスなどについてお聞きします。

【A：利用状況】震災前と現在について、
あなたが利用していた(している)ものに を、
特によく利用していた(している)ものに を付けてください。

【B：今後の希望】
それぞれのサービスについて、
利用したいと思いませんか？

	A：利用状況		B：今後		
	震災前	現在	利用したい	利用したくない	どちらともいえない
(a) 入院生活			1	2	3
(b) 精神科の薬を飲む			1	2	3
(c) 入院ではなく2~3泊休息できる施設 (ショートステイ・レスパイト)			1	2	3
(d) 掃除、買い物、食事など自立生活ができるように訓練できる 場所(入所・通所型生活訓練)			1	2	3
(e) 掃除や食事の用意など、家事を応援してくれるホームヘルプ サービス			1	2	3

(つづき)

【A：利用状況】 震災前と現在について、
あなたが利用していた（している）ものに を、
特によく利用していた（している）ものに を付けてください。

【B：今後の希望】
それぞれのサービスについて、
利用したいと思いますか？

	A：利用状況		B：今後		
	震災前	現在	利用したい	利用したくない	どちらともいえない
(f) 福祉施設・事業所のスタッフが自宅を訪問して、生活のための練習や相談を行ってくれるサービス			1	2	3
(g) 医療機関の医師・看護師・ワーカーなどが自宅を訪問して、生活や病気の相談にのってくれるサービス			1	2	3
(h) 仲間とともに軽作業や自主製品をつくる場所（作業所など）			1	2	3
(i) デイケア			1	2	3
(j) 日頃のくらしの相談や支援にのってくれたり、仲間との交流が行える身近な場所（地域活動支援センター）			1	2	3
(k) おなじ病気をもつ仲間が相談にのってくれたり支援してくれるサービス（ピアサポート）			1	2	3
(l) 就労をめざした訓練を行ったり、働くための能力や知識を高めしていく場所（就労支援の事業所・施設）			1	2	3
(m) 専門家が就労前後に一緒に継続的なサポートを行ってくれるサービス（ジョブコーチ）			1	2	3
(n) 就職について気軽に相談を受けられる場所（ハローワーク／職業センター）			1	2	3
(o) グループホーム・ケアホーム			1	2	3
(p) 入居契約や家財道具の準備など、一人暮らしを支援してくれるサービス			1	2	3

問20 ご自身の生活やご自身を含めた家族や支援者の生活にとって、必要と思う支援やサービスがありましたら、ご自由にお書きください。

問21 あなたは、現在の生活にどの程度満足していますか（あてはまる番号1つに ）。

- | | | | | |
|------|--------|-------------|--------|------|
| 1 満足 | 2 まあ満足 | 3 どちらともいえない | 4 やや不満 | 5 不満 |
|------|--------|-------------|--------|------|

問22 現在のあなたの生活のなかで、困っていることはありますか（あてはまる番号すべてに ）。

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 住む場所(住居)のこと | 2 お金、収入のこと |
| 3 人づき合い | 4 日中を過ごす場所 |
| 5 仕事や勉強のこと | 6 余暇の過ごし方 |
| 7 家事など、身の回りのこと | 8 精神科の病気のこと |
| 9 精神科以外の身体の病気のこと | 10 その他 () |

付問1 この中で、特に困っていることを2つ選んで、番号を書いてください。

1番困っていること 2番目に困っていること

付問2 生活のなかで困っていることは、具体的にどのようなことですか。

問23 生活全般について、仕事、趣味や娯楽についてなど、あなたご自身ができるようになりたいことがありましたら、ご自由にお書きください。

問24 以下のa~eのそれぞれの項目について、最近2週間のあなたの状態についてお聞きします。もっとも近い番号1つに を付けてください。

最近2週間、私は・・・	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
(a) 明るく、楽しい気分で過ごした	1	2	3	4	5	6
(b) 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	1	2	3	4	5	6
(c) 意欲的で、活動的に過ごした	1	2	3	4	5	6
(d) ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	1	2	3	4	5	6
(e) 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	1	2	3	4	5	6

最後に、必ずご記入ください

問25 現在（平成26年1月1日現在）、あなたはいくつですか。

		歳
--	--	---

問26 性別は何ですか。

1 男性	2 女性
------	------

問27 あなたは、自分の障がいの状態（病名）を知っていますか。

1 知っている	2 知らない 【問28へ】	3 聞いたが忘れた 【問28へ】
---------	---------------	------------------

↓
[1 知っている と答えた方にお聞きします]

付問1 あなたの状態（病名）は、以下のどれにあたりますか（あてはまる番号すべてに）。

1 統合失調症（精神分裂病、精神分裂症）	2 そううつ病（気分障害、感情障害、そう病、うつ病）
3 統合失調感情障害（非定型精神障害）	4 神経症（不安障害、パニック障害、恐怖症など）
5 認知症	6 発達障害
7 その他（ ）	

問28 あなたが最初に精神的に具合が悪くなったのは、何歳ごろですか。

		歳（ごろ）
--	--	-------

問29 あなたは、精神保健福祉手帳、あるいは、他の障がいに関わる手帳をお持ちですか。

1 持っている	2 持っていない【問30へ】
---------	----------------

↓
[1 持っている と答えた方にお聞きします]

付問1 お持ちの手帳の種類すべてに をつけ、（ ）内に等級をお書きください。

1	精神保健福祉手帳	（	級）
2	身体障害者手帳	（	級）
3	療育手帳	（	級）

問30 このアンケートを記入したのはどなたですか。

1 本人	2 家族（続柄：	）	3 その他（	）
------	----------	---	--------	---

問31 どのような状況で記入をしましたか（あてはまる番号1つに）。

1 ご本人自身ですべて記入した	2 家族・支援者が本人と一緒に記入した
3 全て家族・支援者が記入した	

** アンケートにご協力いただきまして、誠にありがとうございました **

表1. 調査票の記入者・回答方法

n= 240 単位:人(%)

記入者		
本人	227	(94.6)
家族	1	(0.4)
その他支援者	8	(3.3)
無回答	4	(1.7)
回答方法		
本人自身ですべて記入	178	(74.2)
家族・支援者と一緒に記入	54	(22.5)
全て家族・支援者が実施	2	(0.8)
無回答	4	(1.7)

表2. 協力者の基本属性

n= 240 単位:人(%)

性別			
男性	151	(62.9)	
女性	82	(34.2)	
無回答	7	(2.9)	
年齢			
20代	32	(13.3)	
30代	57	(23.8)	
40代	55	(22.9)	
50代	48	(20.0)	
60代	38	(15.8)	
70代	2	(0.8)	
無回答	8	(3.3)	
居住地			
福島県内	234	(97.5)	
福島県外	3	(1.3)	
無回答	3	(1.3)	
居住形態			
グループホーム・ケアホーム	97	(40.4)	
持家	93	(38.8)	
借家・アパート	38	(15.8)	
仮設住宅	5	(2.1)	
借り上げ住宅	5	(2.1)	
その他	1	(0.4)	
無回答	1	(0.4)	
同居者の有無		同居人数(n=178)	
同居者あり	178 (74.2)	1人	5 (2.8)
同居者なし(単身)	52 (21.7)	2~4人	88 (43.4)
無回答	10 (4.2)	5~9人	51 (28.6)
		10名以上	12 (6.7)
		無回答	22 (12.4)
		同居者(n=178)	
		親	95 (53.4)
		きょうだい	43 (24.2)
		祖父母	16 (9.0)
		妻/夫	7 (3.9)
		子ども	8 (4.5)
		その他親戚	1 (0.6)
		当事者仲間	33 (18.5)
		知人・友達・恋人	7 (3.9)
		その他	29 (16.3)
		無回答	3 (1.7)

は複数回答項目

表3 . 精神疾患等に関する状況

n= 240 単位:人(%)

自身の障害を知っているか		疾患名 (n=208)	
知っている	208 (86.7)	統合失調症	129 (62.0)
知らない	13 (5.4)	そううつ病	49 (23.6)
聞いたが忘れた	13 (5.4)	統合失調感情障害	5 (2.4)
無回答	6 (2.5)	神経症	17 (8.2)
		認知症	2 (1.0)
		発達障害	14 (6.7)
		その他	33 (15.9)
		無回答	4 (1.9)

発症年齢	
10歳未満	6 (2.5)
10代	67 (27.9)
20代	82 (34.2)
30代	40 (16.7)
40代	15 (6.3)
50代	6 (2.5)
60代	1 (0.4)
無回答	23 (9.6)

障害手帳所持状況		精神保健福祉手帳 (n=160)	
精神保健福祉手帳	159 (77.6)	1級	9 (5.7)
身体障害者手帳	34 (16.6)	2級	109 (68.6)
療育手帳	20 (9.8)	3級	34 (21.4)
無回答	6 (2.9)		

身体障害者手帳 (n=34)	
1級	3 (8.8)
2級	20 (58.8)
3級	6 (17.6)
4級	1 (2.9)
5級	1 (2.9)
無回答	3 (8.8)

療育手帳 (n=20)	
2級	12 (60.0)
B判定	5 (25.0)
無回答	3 (15.0)

は複数回答項目

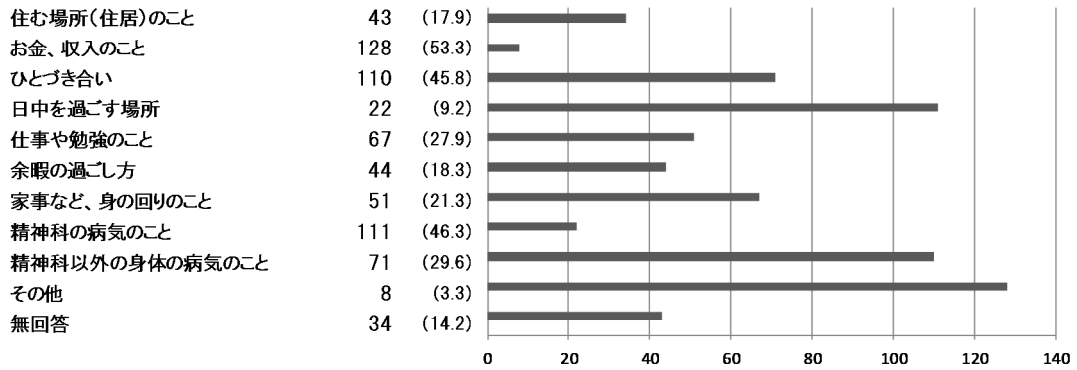
表4. 地域生活に関する状況

n= 240 単位: 人(%)

日中の過ごし方		日中過ごす場所(n=192)※	
仕事・学校などに通っている	151 (62.9)	福祉関係の事業所、 地域活動支援センター	126 (65.6)
福祉関連施設・事業所、病院デイケアなどに通っている (その他の項目に記入した者)	41 (17.1)	仕事・学校	28 (14.6)
家にいて何もしていない	13 (5.4)	作業所	19 (9.9)
家にいて家事をしている	10 (4.2)	病院デイケア	12 (6.3)
その他	17 (7.1)	その他	14 (7.3)
無回答	4 (1.7)		

収入状況		収入内訳(n=211)	
定期的な収入あり	196 (81.7)	障害年金または老齢年金	143 (67.8)
不定期な収入あり	15 (6.3)	作業所の工賃	126 (59.7)
なし	19 (7.9)	生活保護	55 (26.1)
無回答	10 (4.2)	両親/兄弟姉妹の小遣い	32 (15.2)
		会社やアルバイトの給料	13 (6.2)
		震災関係の補償金など	17 (8.1)
		夫/妻の収入	4 (1.9)
		その他	9 (4.3)

生活で困っていること※



※は複数回答項目

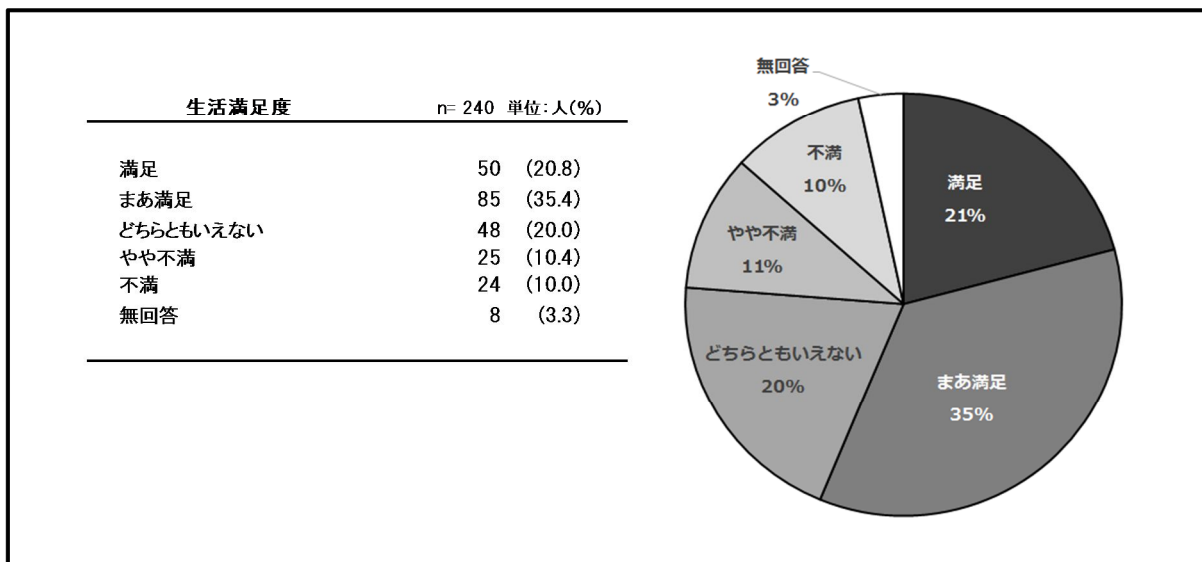


図5. 生活満足度の集計結果

表6. 協力者の精神科医療の利用状況

n= 240 単位:人(%)

精神科医療機関の受診状況		受診機関(n=226)	
かかっている	226 (94.2)	大学病院の精神科	71 (31.4)
かかっていない	13 (5.4)	精神科・神経科の診療所(クリニック)	30 (13.3)
無回答	1 (0.4)	一般病院の精神科	13 (5.8)
		精神科病院	4 (1.8)
		その他医療施設	20 (11.2)
		無回答	6 (2.7)
入院歴		入院回数(n=177)	
あり	177 (73.8)	1回	43 (24.3)
なし	61 (25.4)	2~4回	84 (47.5)
無回答	2 (0.8)	5回以上	39 (22.0)
		わからない・忘れた	9 (5.1)
		無回答	2 (1.1)
		受診頻度(n=226)	
		1~2週に1回くらい	64 (29.1)
		月に1回くらい	127 (57.7)
		2ヶ月に1回以下	11 (5.0)
		具合が悪くなった時だけ	2 (0.9)
		その他	10 (4.5)
		無回答	6 (2.7)

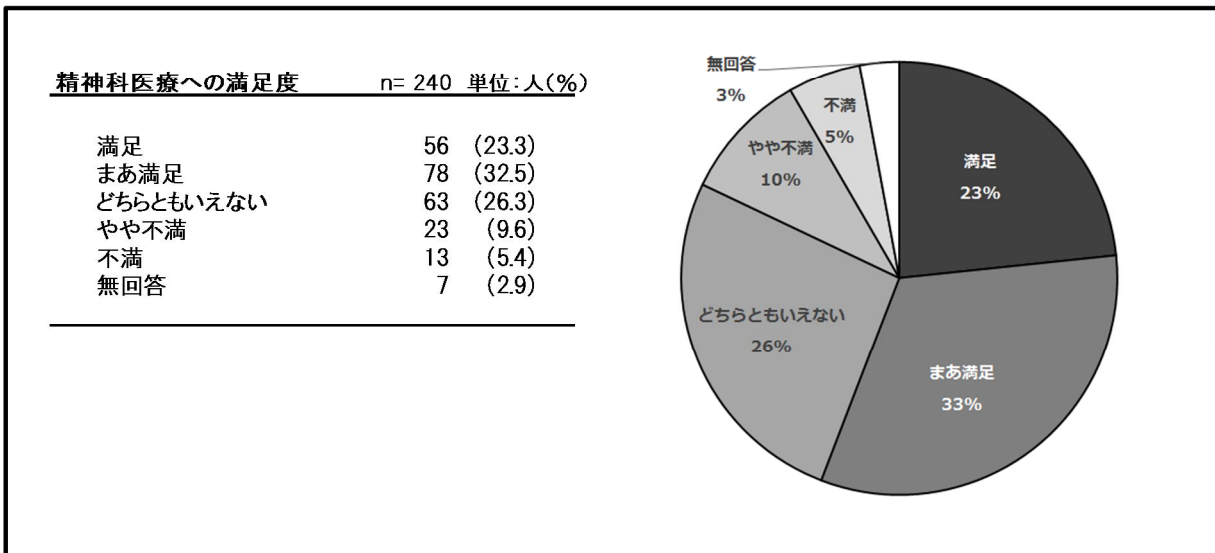
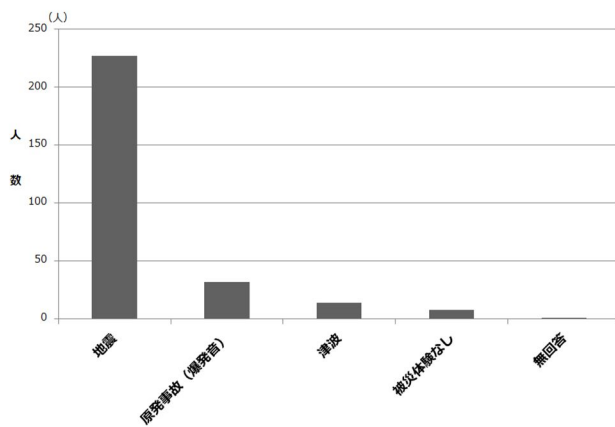


表8. 東日本大震災による被災体験の状況

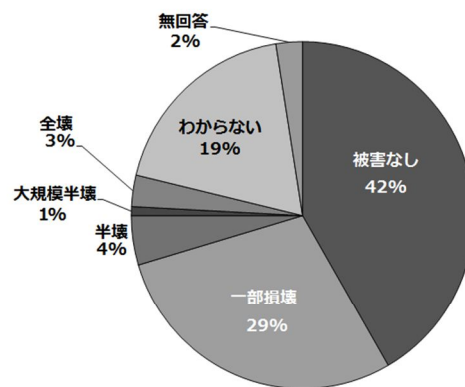
n= 240 単位:人(%)

東日本大震災において経験したこと※				
	地震	227	(94.6)	
	原発事故(爆発音)	32	(13.3)	
	津波	14	(5.8)	
	被災体験なし	8	(3.3)	
	無回答	1	(0.4)	
身近な人の喪失				
	あり	21	(8.8)	
	なし	216	(90.0)	
	無回答	3	(1.3)	
家屋被害認定の状況				
	被害なし	100	(41.7)	
	一部損壊	69	(28.8)	
	半壊	11	(4.6)	
	大規模半壊	2	(0.8)	
	全壊	7	(2.9)	
	わからない	45	(18.8)	
	無回答	6	(1.3)	
避難				
	避難した	78	(32.5)	避難回数(n=78)
	避難しなかった	155	(64.6)	1回 38 (48.7)
	無回答	7	(2.9)	2回 9 (11.5)
				3回 8 (10.2)
				4回 5 (6.4)
				5回 2 (2.6)
				6回 2 (2.6)
				7回 2 (2.6)
				8回 1 (1.3)
				9回 1 (1.3)
				無回答 17 (21.8)

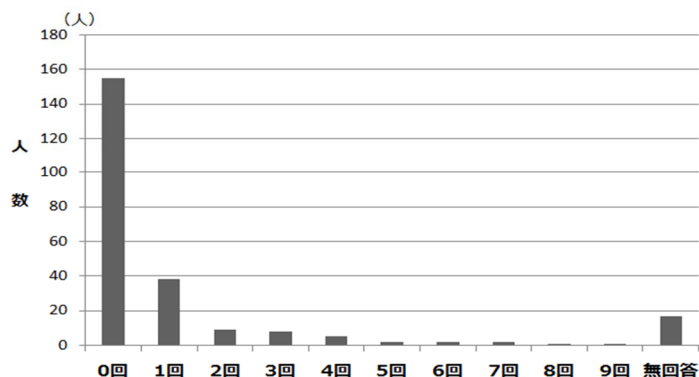
※は複数回答項目



図：震災において経験したこと



図：家屋被害認定の状況



図：震災による避難回数

表9. サポーター(主たる支援者)の震災前後比較(項目別)

項目	n= 240 単位:人(%)						
	震災前1年間			震災前			
	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	
助けを必要とした時に実際に頼れそうな人	194 (80.8)	39 (16.3)	7 (2.9)	n. s	199 (82.9)	32 (13.3)	9 (3.8)
リラックスするのを助けてくれる人	179 (74.6)	52 (21.7)	9 (3.8)	<<	191 (79.6)	38 (15.8)	11 (4.6)
長所も短所も含めてすべて受け入れてくれる人	165 (68.8)	66 (27.5)	9 (3.8)	<<	178 (74.2)	50 (20.8)	12 (5.0)
何があっても、あなたを気にかけてくれる人	173 (72.1)	58 (24.2)	9 (3.8)	<<	186 (77.5)	43 (17.9)	11 (4.6)
落ち込んでいる時、気分がよくなるよう助けてくれる人	168 (70.0)	61 (25.4)	11 (4.6)	<<	184 (76.7)	44 (18.3)	12 (5.0)
動揺している時、あなたを落ち着かせてくれる人	177 (73.8)	53 (22.1)	10 (4.2)	n. s.	180 (75.0)	56 (19.2)	14 (5.6)

検定: McNemar検定

注: 震災前後の比較 (McNemar検定) により、有意差が確認されたものについて、以下の記号を記した。

<<: 有意水準0.01以下で「現在」の方が有意に高得点 (サポーターありの者が多い)

n.s. 震災前後での有意差なし

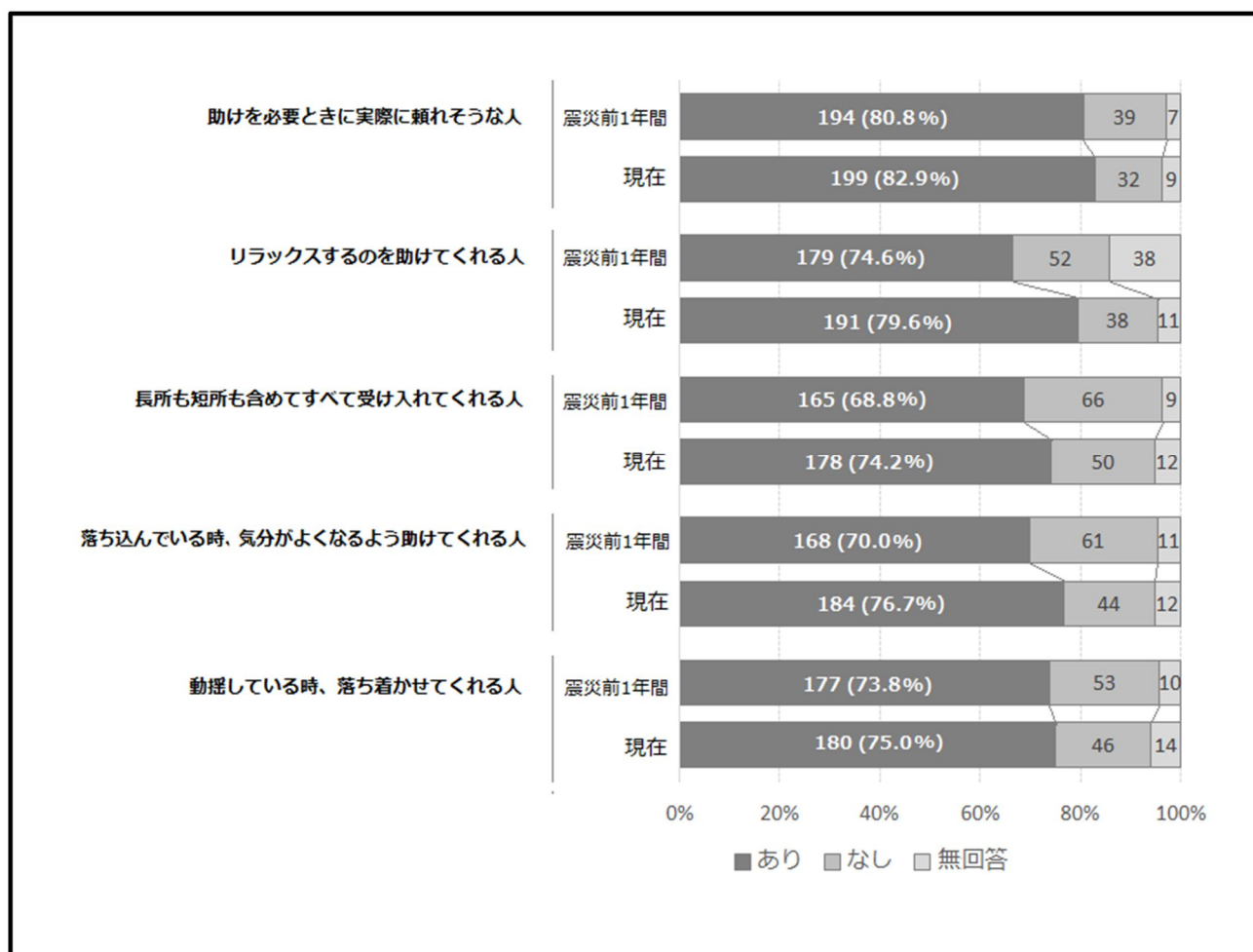
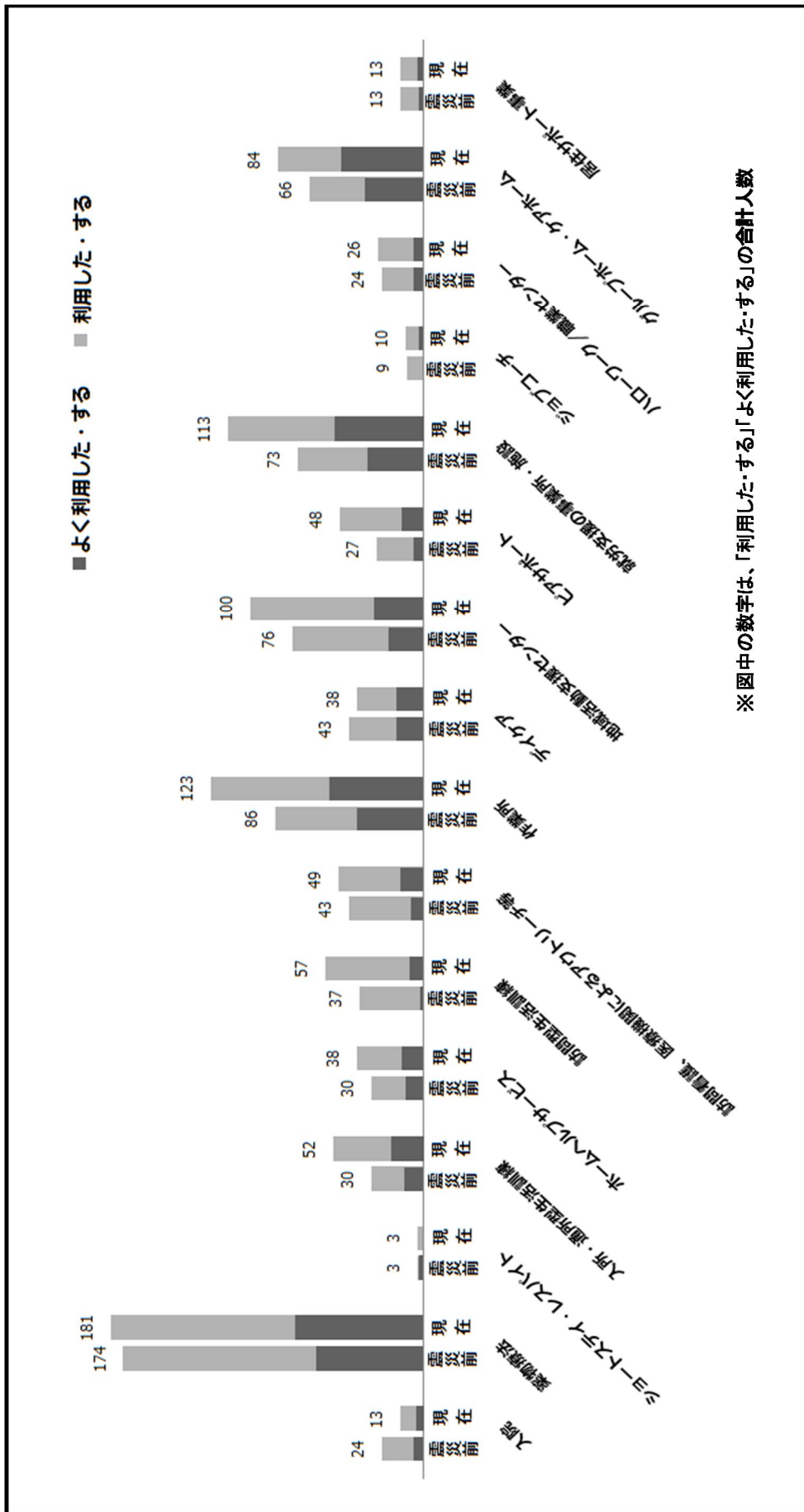


図10. 震災前後のサポーター(主たる支援者)の変化の状況(項目別)

表12. 震災前後の社会資源活用状況の変化と今後の希望

n = 240 単位:人(%)

社会資源・サービス	震災前1年間			現在			今後			
	よく利用した	利用した	無回答	よく利用する	利用する	無回答	利用したい	利用したくない	どちらともいえない	無回答
入院	6 (2.5)	18 (7.5)	216 (90.0)	4 (1.7)	9 (3.8)	227 (94.6)	16 (6.7)	91 (37.9)	32 (13.3)	101 (42.1)
薬物療法	63 (26.3)	111 (46.3)	66 (27.5)	74 (1.7)	107 (44.6)	59 (94.7)	138 (57.5)	23 (9.6)	31 (12.9)	48 (20.0)
ショートステイ・レスパイト	2 (0.8)	1 (0.4)	237 (98.8)	0 (1.9)	3 (1.3)	237 (94.8)	40 (16.7)	60 (25.0)	36 (15.0)	104 (43.3)
入所・通所型生活訓練	11 (4.6)	19 (7.9)	210 (87.5)	19 (1.10)	33 (13.8)	188 (78.3)	73 (30.4)	37 (15.4)	37 (15.4)	93 (38.8)
ホームヘルプサービス	10 (4.2)	20 (8.3)	210 (87.5)	12 (1.11)	26 (10.9)	202 (84.2)	67 (27.9)	44 (18.3)	32 (13.3)	97 (40.4)
訪問型生活訓練	2 (0.8)	35 (14.6)	203 (84.6)	8 (3.3)	49 (20.4)	183 (76.3)	64 (26.7)	31 (12.9)	43 (17.9)	102 (42.5)
訪問看護、医療関係者によるアウトリーチ等	7 (2.9)	36 (15.0)	197 (82.1)	13 (5.4)	36 (15.0)	191 (79.6)	74 (30.8)	23 (9.6)	42 (7.8)	101 (42.1)
作業所	37 (15.4)	49 (20.4)	154 (64.2)	52 (21.7)	71 (29.6)	117 (48.8)	120 (50.0)	16 (6.7)	30 (12.5)	74 (30.8)
デイケア	14 (5.8)	29 (12.1)	197 (82.1)	14 (5.8)	24 (10.0)	202 (84.2)	51 (10.0)	31 (12.9)	53 (22.1)	105 (43.8)
地域活動支援センター	20 (8.3)	56 (23.3)	164 (68.3)	28 (11.7)	72 (30.0)	140 (58.3)	113 (47.1)	12 (5.0)	26 (10.8)	89 (37.1)
ピアサポート	5 (2.1)	22 (9.2)	213 (88.8)	11 (4.6)	37 (15.4)	192 (80.0)	74 (30.8)	33 (9.6)	36 (15.0)	107 (44.6)
就労支援の事業所・施設	33 (13.8)	40 (16.7)	167 (69.6)	51 (21.3)	62 (25.8)	127 (52.9)	116 (48.3)	18 (7.5)	33 (13.8)	73 (12.9)
ジョブコーチ	0 (0.0)	9 (3.8)	231 (96.3)	1 (0.4)	9 (3.8)	230 (95.8)	62 (25.8)	30 (12.5)	31 (12.9)	117 (48.8)
ハローワーク/職業センター	6 (2.5)	18 (3.9)	216 (90.0)	6 (2.5)	20 (8.3)	214 (89.2)	59 (24.6)	32 (13.3)	40 (16.7)	109 (45.5)
グループホーム・ケアホーム	34 (14.2)	32 (14.2)	216 (90.0)	48 (20.0)	36 (15.0)	156 (65.0)	84 (35.0)	32 (13.3)	41 (17.1)	83 (34.6)
居住サポート事業	2 (0.8)	11 (4.6)	227 (94.6)	3 (1.3)	10 (4.2)	227 (94.6)	59 (24.6)	25 (10.4)	43 (17.9)	113 (47.1)



※図中の数字は、「利用した・する」「よく利用した・する」の合計人数

図13. 震災前後の社会資源活用状況の変化

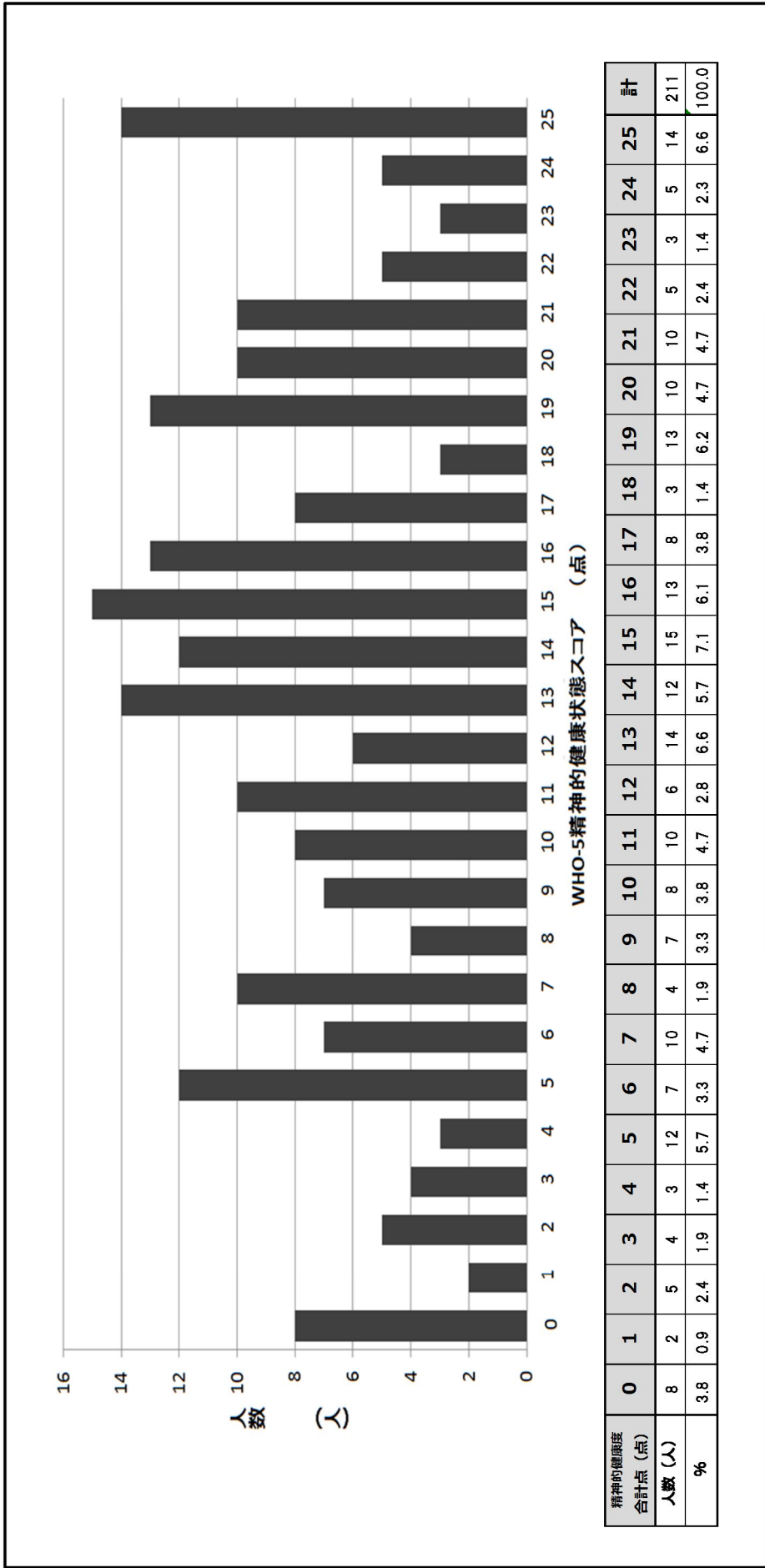


図14. 精神的健康度の分布

表15．精神的健康度の属性別比較

		平均値	標準偏差	度数	群間比較
性別	男	13.9	6.6	138	n.s.
	女	12.6	7.2	69	
年代	20代	13.3	8.0	30	n.s.
	30代	14.6	6.4	53	
	40代	11.8	6.2	51	
	50代	14.0	6.8	41	
	60代	14.1	7.1	32	
居住地区	福島県内	13.5	6.9	208	n.s.
	福島県外	13.0	2.6	3	
住まい	持家	13.4	6.3	81	n.s.
	借家アパート	12.5	6.8	35	
	仮設住宅	9.0	10.3	5	
	入院中	15.0	7.8	4	
	その他	14.2	7.2	85	
津波経験	あり	18.9	6.4	198	**
	なし	13.1	6.8	198	
身近な人の喪失	あり	14.6	6.8	12	n.s.
	なし	13.4	6.8	190	
避難経験	なし	13.1	6.4	136	n.s.
	1回	15.1	6.1	33	
	2～4回	14.0	8.3	20	
	5回以上	12.4	8.1	7	
家屋損害認定結果	被害なし	14.0	6.9	85	n.s.
	一部損壊	13.3	6.3	63	
	半壊	10.9	6.8	10	
	大規模半壊	20.5	2.1	2	
	全壊	16.3	10.2	7	
	わからない	12.3	7.0	40	
現在の収入状況	定期的収入	13.7	6.7	178	n.s.
	不定期な収入	10.8	7.7	13	
	収入なし	10.7	7.3	15	
日中の過ごし方	家にいてほとんど何もしていない	10.3	7.2	12	n.s.
	家にいて家事	16.0	4.1	7	
	仕事学校	12.9	6.9	137	
	福祉関連施設・事業所、病院デイケア等	15.4	5.9	36	
	その他	15.0	8.6	15	

** : P < 0.01, n.s. : 有意差なし, () = SD

検定 : t検定, または一元配置分散分析, Post Hoc検定 : Tukey

重い精神障害をもつ者における震災後の生活実態

～相双地域における精神保健福祉手帳所持者に対する調査の実施～

研究分担者 鈴木友理子¹⁾

研究協力者 種田綾乃²⁾ 深澤舞子¹⁾ 佐藤さやか²⁾ 吉田光爾²⁾ 永松千恵²⁾

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

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

要旨

【目的】東日本大震災の被災地における、重い精神障害をもつ人の、震災にともなう変化や影響、震災後における生活実態、および本人や家族（主たるケア提供者）の認識するニーズを明らかにし、今後のよりよい地域生活のために必要な支援を明らかにすることを目的とする。

【方法】本調査は、南相馬市健康福祉部と共同で実施し、福島県南相馬市における精神障害者保健福祉手帳を所持している者全員（n=220）を本研究の対象として横断研究を行った。人口統計学的変数、東日本大震災の被災状況、精神障害をもつ人の生活領域、医療に関する情報、本人が認識する生活の満足度、ニーズ、今後の生活への希望領域の項目および、精神的健康度（World Health Organization-Five Well-Being Index）について対象者本人、あるいは支援者に回答を求めた。

【結果】平成26年1月に調査票を220名（精神障害者保健福祉手帳1級：30名、2級：138名、3級：52名）に発送した。平成26年2月末日現在、116件の回収があった（回収率：52.7%）。詳細については、現在解析中である。

【考察】本調査の回答率は52.7%であり必ずしも高くはないが、被災地域において、精神障害をもつ人本人を対象とした調査は、筆者が知る限りいまままでに行われておらず、震災前後の生活状況およびその関連要因が明らかになることが期待される。

【結論】このような調査は初めての取り組みであり、重い精神障害をもつ人びとの大規模災害後の生活実態を明らかにすることで、今後の保健福祉施策に資する基礎資料となるだろう。

A. 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、東北地方の沿岸部をはじめとする広範囲な地域において、地域生活の基盤を破壊するようなきわめて甚大な被害をもたらした。地域精神保健医療福祉の現場においても例外ではなく、3年が経過しようとしている現在においても、地域精神保健システムの復旧や強化のために、中

長期にわたる継続支援が必要とされている地域は多数存在する。

本研究班では、平成24年度に被災地の精神保健医療福祉関連の機関・団体に従事する現地支援者に対するヒアリング調査をおこなった。それによれば、震災により既存の福祉サービス網や精神科医療網の破壊が生じ、それらの復旧・復興が求められているが、さらに、今回

の震災被災地は、従来から精神保健医療に関する社会資源が必ずしも十分ではなく、中長期的な視点での立て直しには、それを考慮したうえでの新たなシステムの設計が求められている現状が明らかになった¹⁾。特に、原子力発電所事故の影響を受けた福島県においては、人材の流出や社会資源の不足が顕著であり、地域のニーズ把握・整理が支援における重要な課題の一つとして指摘されている²⁾。

特に、福島県相双地域においては、壊滅的な被害を受けた資源を補うように、震災後にNPO 法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムを作る会」が設立され、精神科診療所と地域生活支援センターが創設され、震災型のアウトリーチ推進事業も受託している。しかしながら、支援活動を行う上で重い精神障害を持つ者の震災前後の状況や支援ニーズの把握は、情報不足から十分とは言えず、今後の調査が必要であることが現地支援者より挙げられた。

そこで、本研究では、東日本大震災による複合的かつ甚大な被害を受けた被災地の一地域（福島県南相馬市）において、重い精神障害をもつ者の、震災前後の生活実態に関する調査を行った。本研究により、被災地における重い精神障害をもつ人の震災前後の生活実態や支援ニーズを明らかにし、精神障害をもつ人のQOL（Quality of Life；生活の質）と関連する生活状況（地域の社会資源の利用など）を明らかにすることを目的とした。また、研究結果から、地域資源をどのように再構築することがQOLの向上につながるかの手掛かりが得られる可能性があり、今後の被災地における地域精神保健福祉活動のあり方に示唆を得ることが期待される。

B. 研究方法

1) 対象

東日本大震災の被災地の一自治体における重い精神障害をもつ者を対象とした。具体的には、福島県南相馬市における精神障害者保健福

祉手帳を所持している者を本研究の対象とした。対象者は220名であった。

本研究は、共同実施機関である南相馬市健康福祉部の福祉計画の改定をするための基礎資料とするために行われた。そこで、市内の精神障害者保健福祉手帳所持者全員を調査対象とし、未成年者も対象として含めた。

2) デザイン

本研究は、横断研究である。重い精神障害をもつ者とは、調査時点で南相馬市にて精神障害者保健福祉手帳を所持している者と定義して、この全数調査である。

3) 調査方法

本調査は、南相馬市健康福祉部と共同で実施した。調査票は、南相馬市健康福祉部より、調査対象者宛に郵送にて配布し、回収した。本研究では連結不可能匿名化したデータを解析した。

4) 調査項目

以下の領域の項目について対象者本人、あるいは支援者に回答を求めた。

- ・人口統計学的変数（年齢、性別、居住形態、世帯構成等）
 - ・東日本大震災による影響に関する項目（震災前後の情報、および震災による影響）
 - ・精神障害をもつ人の生活領域に関する客観情報（既存の研究「精神障がい者の生活と治療に関するアンケート（みんなねっとにより2010年実施）」をもとに作成）
 - ・医療に関する情報（診断、合併症、通院状況等）
 - ・本人が認識する生活の満足度、ニーズ、今後の生活への希望
 - ・精神的健康度（World Health Organization-Five Well-Being Index）
 - ・回答者について
- また、未成年者における特有の状況（発達障

害等の合併状況等)や必要な社会資源・サポートに関する項目も加えた。

なお、調査票および依頼文書等は資料 1 - 3 を参照されたい。

5) 分析計画

まず、震災による影響、生活実態に関する客観情報、ニーズ等を把握するために、それぞれの項目について集計を行う。

次に、精神的健康度を目的変数、その他の客観的な状況やニーズを説明変数・調整変数として関連要因を探る。

自由記述回答に関しては、質的分析を行う。

C. 結果

平成 26 年 1 月に調査票を 220 名(精神障害者保健福祉手帳 1 級: 30 名、2 級: 138 名、3 級: 52 名)に発送した。平成 26 年 2 月末日現在、116 件の回収があった(回収率: 52.7%)。詳細については、現在解析中である。

D. 考察

重い精神障害をもつ人の生活実態を把握するためのいくつかの報告がある。まず、内閣府から、障害者白書が毎年報告されているが、精神障害者については、厚生労働省による実態調査が行われていないため、患者調査の報告を利用している。しかし、ここでの報告数は、医療機関を利用した精神疾患患者数であるために、日常生活や社会生活に制限を来している精神障害者の実態を正確に把握していない点が限界として述べられている³⁾。県レベルでその実態を把握する試みも行われているが、その取り組みはいくつかの先駆的な取り組みにとどまっている(埼玉県⁴⁾、奈良県⁵⁾)。また家族会が全国規模で行った調査(みんなねっと調査^{6,7)})、地域家族会が行った調査(和歌山県家族会による 66 名の家族を対象とした面接調査⁸⁾、沖縄

県において行われた 437 名の家族を対象とした調査⁹⁾)などが散見される。しかし被災地域において、精神障害をもつ人本人を対象とした調査は、筆者が知る限りいままでに行われていない。

E. 結論

東日本大震災による複合的かつ甚大な被害を受けた被災地の一自治体(福島県南相馬市)において、重い精神障害をもつ者の震災前後の生活実態に関する調査を行った。本調査の回答率は 52.7%であり必ずしも高くないが、このような調査は初めての取り組みであり、重い精神障害をもつ人びとの大規模災害前後の生活実態を明らかにすることで、今後の保健福祉施策に資する基礎資料となることが期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) 吉田光爾, 種田綾乃, 鈴木友理子, ほか: 被災地における地域精神保健医療福祉に関するニーズの実態. 厚生労働科学研究費補助金「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」(主任研究者: 樋口輝彦)総括研究報告書, 17-26, 2013.
- 2) 佐藤さやか, 種田綾乃, 鈴木友理子, ほか: 被災地における支援者に対する外部支

- 援の中長期的課題・厚生労働科学研究費補助金「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」(主任研究者：樋口輝彦)総括研究報告書，27-31，2013．
- 3)内閣府.平成25年版 障害者白書(全体版)
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h25hakusho/zenbun/index.html>
(2014.3.3.最終アクセス)
- 4)公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会
(みんなねっと)精神障がい者の生活と治療に関するアンケート．
<http://seishinhoken.jp/researches/view/344> (2014.3.3.最終アクセス)
- 5)公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会
(みんなねっと)2012(H24)年度「家族会」全国調査
<http://seishinhoken.jp/researches/view/419> (2014.3.3.最終アクセス)
- 6)埼玉県障害者の生活実態に関するアンケート
<http://www.pref.saitama.lg.jp/site/zittai/>
(2014.3.3.最終アクセス)
- 7)奈良県調査報道
<http://sankei.jp.msn.com/region/news/131115/nar13111502150003-n1.htm>
(2014.3.3.最終アクセス)
- 8)紀伊民報
<http://www.agara.co.jp/modules/dailynews/article.php?storyid=244153>
(2012年12月18日記事)
(2014.3.3.最終アクセス)
- 9)伊礼 優, 栗栖 瑛子, 當山 富士子, 田場 真由美, 大川 嶺子, 新城 正紀, 宮城 政也. 沖縄県における精神障害者家族の社会的および健康状況と生活の実態 地域家族会会員調査から. 沖縄県立看護大学紀要 8: 1-8(2007)

資料1:対象者への調査説明文書

「東日本大震災後の生活に関するアンケート」 ご協力をお願い

福島県南相馬市健康福祉部長

調査協力:独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

このアンケートの目的は…

このたび、精神保健福祉手帳をおもちの方を対象として、このアンケートをお送りさせていただきました。

2011年3月に発生しました東日本大震災では、南相馬市内でも多くの方が被災し、市民の生活を支える医療や福祉の面にも、多くの被害がありました。障がいを持ちながら生活されている方々の生活や利用されている支援にも大きな影響がありましたが、具体的にどのような変化があったかということの詳細が、未だ把握しきれていないのが現状です。

このアンケートは、精神障がいをおもちの方々が、震災の前と後で、生活がどのように変化したのか、今どのようなことにお困りなのか、どのような手助けがあればもっと暮らしやすいとお考えなのか、といったことなどをお聞きすることを目的としております。

このアンケート調査の結果をまとめ、これからの南相馬市の医療や福祉などの計画に役立てたり、事業所のあり方をよりよくしたりすることに役立てることで、みなさまの暮らしを少しでもよいものにできるのではないかと考えております。

このアンケートに参加するには…

- ◆ このアンケートは、答えを記入して封筒に入れ、送り返していただくことで、アンケートに答えることに同意して参加していただいたこととなります。
- ◆ アンケートに答えるかどうかは、ご自分で自由にお決めください。答えなくても、何も不利益なことはありません。

このアンケートに答えるときには…

- ◆ アンケートへのご記入は、なるべく**精神保健福祉手帳をおもちのご本人様**にお願いいたします。ただし、ご記入いただくことが難しい場合には、ご家族や支援者の方と話し合いながら、あるいはご家族や支援者の方が代理でご記入くださってもかまいません。
- ◆ このアンケートや封筒に、**名前や住所などは書かないでください。**
- ◆ 答えたくない質問には答えなくてもよいです。

このアンケートの結果は…

- ◆ ご記入していただいた内容は、厳重に管理いたします。個人情報外部に漏れることは一切ありません。
- ◆ このアンケートの分析は、国立精神・神経医療研究センターに委託します。アンケートの回答内容は、市の障がい福祉計画策定の参考とするとともに、分析を委託する国立精神・神経医療研究センターにも研究のために提供することを、ご了承願います。
- ◆ この調査研究による成果は、学会発表や論文など、学術的な場のみで発表いたします。そのときも、個人情報が公表されることは一切ありません。

このアンケートにご参加いただける場合には…

アンケート用紙にご記入いただき、一緒にお配りしております返信用の封筒に入れ、
2014年2月14日(当日消印有効)までに、郵送してください。切手を貼る必要はありません。

この調査研究は、国立精神・神経医療研究センターの研究事業を通じて実施しております。ご不明な点等がございましたら、以下の問い合わせ先までご連絡ください。

【本研究に関する問い合わせ先】

南相馬市健康福祉部 / 国立精神・神経医療研究センター 合同事務局
障がいをもつ人の東日本大震災後の生活に関するアンケート係
〒187-8553 東京都小平市小川東町四丁目1番1号
電話番号 (調査専用ダイヤル) 0120-xx-xxxx
(受付時間: 10:00 ~ 18:00)

【その他の研究に関する連絡先】

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 倫理委員会事務局
〒187-8551 東京都小平市小川東町四丁目1番1号
e-mail: rinri-iimu@ncnpn.go.jp

資料2：調査票

東日本大震災後の生活に関するアンケート

【ご回答に際してのお願い】

- 質問のなかにある「あなた」は「精神保健福祉手帳をお持ちのご本人」のことを意味します。
- このアンケート用紙に、あなたのお名前やご住所を書く必要はありません。
- ご記入は、なるべく精神保健福祉手帳をお持ちのご本人にお願いいたしますが、
ご記入いただくことが難しい場合には、ご家族や支援者の方と話し合いながら、
あるいは、ご家族や支援者の方が代理で、ご記入くださってもかまいません。
- 答えたくない質問や、わからない質問には、答えなくてもかまいません。

ご回答の記入は、

(1)あてはまる項目の数字に 印をつける。

(2)記入欄 に数値を記入する。

方法でお願いいたします。

この調査について、何かわからないことなどございましたら、下記までお問い合わせください。

みなみそうましけんこうふくしぶ ちょうさぶんせきたいくさき こくりつせいしん しんけいいりようけんきゅう 合同事務局
南相馬市健康福祉部 / 調査分析委託先：(独)国立精神・神経医療研究センター

担当窓口： 障がいをもつ人の東日本大震災後の生活に関するアンケート 係(担当：種田)

住所： 〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

電話番号： 0120-xx-xxxx (調査専用ダイヤル)(受付時間： 10:00 ~ 18:00)

～あなたの生活と、東日本大震災（2011年3月11日）の影響について、おうかがいします～

問1 あなたは現在、どこにお住まいですか（あてはまる番号1つに ）。

1 福島県内	2 福島県外
--------	--------

問2 現在のお住まいの形式はどれになりますか（あてはまる番号1つに ）。

1 持家	2 借家・アパート	3 仮設住宅
4 借り上げ住宅	5 親戚の家	6 グループホーム・ケアホーム
7 入院中	8 復興住宅	9 その他（ ）

問3 現在、どなたかと一緒に暮らしていますか。

1 はい（同居人数（自分を含む）： 人）	2 いいえ（一人暮らし）【問4へ】
----------------------	-------------------

↓
[1 と答えた方にお聞きします]

付問1 どなたと一緒に暮らしていますか（あてはまる番号すべてに ）。

1 親	2 兄弟・姉妹	3 祖父母
4 妻または夫	5 子ども	6 その他の親戚
7 知人・友達・恋人	8 その他（ ）	

問4 あなたの周りであなたを支えてくれる人（サポーター）の状況についてお聞きします。

東日本大震災の前と現在の状況について、次のそれぞれの項目で当てはまるものに を付けてください。

	A：震災前の状況	B：現在
あなたが助けを必要としたときに、 実際に頼れそうな人	いた・いない	いる・いない
あなたがリラックスするのを 助けてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたの長所も短所も含めて すべて受け入れてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたに何があっても、 あなたを気にかけてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたが落ち込んでいる時、 気分がよくなるように助けてくれる人	いた・いない	いる・いない
あなたが動揺している時、 あなたを落ち着かせてくれる人	いた・いない	いる・いない

問5 現在収入がありますか。(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|--------------|--|
| 1 定期的に収入がある | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2 不定期的に収入がある | |
| 3 収入はない【問6へ】 | |

【1もしくは2 収入があると答えた方にお聞きします】 ←

付問1 収入をどこから得ていますか(あてはまる番号すべてに)。

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1 会社やアルバイトで働いてもらう給料 | 2 夫/妻の収入 |
| 3 障害年金または老齢年金 | 4 家族(両親)や兄弟からのおこづかい |
| 5 作業所の工賃 | 6 生活保護 |
| 7 震災関係の補償金など | 8 その他() |
| 9 わからない | |

問6 東日本大震災により、収入に変化がありましたか(あてはまる番号1つに)。

- | | | | |
|---------|-------|---------|-------|
| 1 無くなった | 2 減った | 3 変わらない | 4 増えた |
|---------|-------|---------|-------|

問7 現在あなたは、日中をどのように過ごしていますか(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1 家にいて、ほとんど何もしていない | 2 家にいて、家事をしている(手伝いも含む) |
| 3 仕事や学校などに通っている | 4 その他() |

【3 仕事や学校などに通っていると答えた方にお聞きします】

付問1 どこで、どのくらい(1週間に何時間くらい)の時間を過ごしていますか。

あてはまる番号すべてに をつけ、どのくらいの時間を過ごすかを記入してください。

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1 仕事、学校など | (週 時間くらい) |
| 2 福祉関係の事業所、地域活動支援センターなど | (週 時間くらい) |
| 3 その他 () | (週 時間くらい) |

問8 東日本大震災であなたが経験したことは何ですか(あてはまる番号すべてに)。

- | | | | |
|------|------|---------------------|----------|
| 1 地震 | 2 津波 | 3 原子力発電所事故(爆発音を聞いた) | 4 いずれもなし |
|------|------|---------------------|----------|

問9 東日本大震災で大切な身近な人を亡くされましたか(あてはまる番号1つに)。

- | | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問10 東日本大震災による家屋被害認定の結果は何でしたか(あてはまる番号1つに)。

- | | | |
|---------|--------|---------|
| 1 被害なし | 2 一部損壊 | 3 半壊 |
| 4 大規模半壊 | 5 全壊 | 6 わからない |

問11 東日本大震災により避難されましたか。

避難され、避難場所が移ったことがありましたら、移動した回数を（ ）内にお書きください。

- 1 避難した（ 回） 2 避難しなかった

問12 東日本大震災により、あなたの生活は変わりましたか（あてはまる番号1つに ）。

- 1 よくなった 2 少しよくなった 3 どちらともいえない 4 少し悪くなった 5 悪くなった

問13 東日本大震災の前後で、ご自身の生活やご自身を含めた家族や支援者の生活にどのような変化がありましたか。震災前後の生活においてご苦労されたことなど、ご自由にお書きください。

～医療と福祉サービスの利用について、おうかがいします～

問14 現在、精神的な症状のために、医療機関等にかかっていますか（あてはまる番号1つに ）。

- 1 かかっている 2 かかっていない【問16へ】

問15 【1 かかっている と答えた方にお聞きします】

主にかかっているのは、次のどの医療機関ですか（あてはまる番号1つに ）。

- 1 精神科・神経科の診療所（クリニック）
2 いろいろな科がある一般病院の精神科
3 大学病院の精神科
4 精神科の病院
5 その他の医療施設
6 わからない

【1～5と答えた方にお聞きします】

付問1 現在、その医療機関にはどのくらいの頻度で通っていますか（あてはまる番号1つに ）。

- 1 1～2週に1回くらい 2 月に1回くらい 3 2ヶ月に1回以下
4 具合が悪くなった時だけ 5 その他（ ）

付問2 震災前とくらべて、医療機関への通院はどう変わりましたか。
あてはまる番号1つに をつけ、その理由をお書きください。

1 とても通いやすくなった	2 やや通いやすくなった
3 変わらない	4 やや通いにくくなった
5 とても通いにくくなった	

(理由：)

問16 あなたは、これまで精神科に入院したことがありますか。

1 ある	2 ない【問17へ】
------	------------

【1 と答えた方にお聞きします】

付問1 これまで何回くらい、精神科に入院したことがありますか。

1 1回	2 2~4回	3 5回以上	4 わからない・忘れた
------	--------	--------	-------------

問17 現在受けている精神科医療全体について満足していますか(あてはまる番号1つに)。

1 満足	2 まあ満足	3 どちらともいえない	4 やや不満	5 不満
------	--------	-------------	--------	------

問18 東日本大震災により、利用する医療や福祉のサービスなどは変わりましたか。

1 よくなった	2 少しよくなった	3 どちらともいえない	4 少し悪くなった	5 悪くなった
---------	-----------	-------------	-----------	---------

問19 次の(a)~(p)の治療や福祉のサービスなどについてお聞きします。

【A：利用状況】震災前の1年間と現在(過去1年前)について、
あなたが利用していた(している)ものに を、
特によく利用していた(している)ものに を付けてください。

【B：今後の希望】
それぞれのサービスについて、
利用したいと思いますか？

	A：利用状況		B：今後		
	震災前 1年間	現在	利用 したい	ない 利用 した く	い えな い と ま ま
(a) 入院生活			1	2	3
(b) 精神科の薬を飲むこと(薬物療法)			1	2	3
(c) 入院ではなく2~3泊休息できる施設 (ショートステイ・レスパイト)			1	2	3
(d) 掃除、買い物、食事など自立生活ができるように訓練できる 場所(入所・通所型生活訓練)			1	2	3
(e) 掃除や食事の用意など、家事を応援してくれるホームヘルプ サービス			1	2	3

(つづき)

【A：利用状況】 震災前の1年間と現在（過去1年前）について、
あなたが利用していた（している）ものに を、
特によく利用していた（している）ものに を付けてください。

【B：今後の希望】
それぞれのサービスについて、
利用したいと思いますか？

	A：利用状況		B：今後		
	震災前 1年間	現在	利用 したい	ない 利用 した く	どちら とも いえ ない
(f) 福祉施設・事業所のスタッフが自宅を訪問して、生活のための練習や相談を行ってくれるサービス			1	2	3
(g) 医療機関の医師・看護師・ワーカーなどが自宅を訪問して、生活や病気の相談にのってくれるサービス			1	2	3
(h) 仲間とともに軽作業や自主製品をつくる場所（作業所など）			1	2	3
(i) デイケア			1	2	3
(j) 日頃のくらしの相談や支援にのってくれたり、仲間との交流が行える身近な場所（地域活動支援センター）			1	2	3
(k) おなじ病気をもつ仲間が相談にのってくれたり支援してくれるサービス（ピアサポート）			1	2	3
(l) 就労をめざした訓練を行ったり、働くための能力や知識を高めていく場所（就労支援の事業所・施設）			1	2	3
(m) 専門家が就労前後に一緒に継続的なサポートを行ってくれるサービス（ジョブコーチ）			1	2	3
(n) 就職について気軽に相談を受けられる場所（ハローワーク／職業センター）			1	2	3
(o) グループホーム・ケアホーム			1	2	3
(p) 入居契約や家財道具の準備など、一人暮らしを支援してくれるサービス			1	2	3

問20 ご自身の生活やご自身を含めた家族や支援者の生活にとって、必要と思う支援やサービスがありましたら、ご自由にお書きください。

問21 あなたは、現在の生活にどの程度満足していますか（あてはまる番号1つに ）。

- | | | | | |
|------|--------|-------------|--------|------|
| 1 満足 | 2 まあ満足 | 3 どちらともいえない | 4 やや不満 | 5 不満 |
|------|--------|-------------|--------|------|

問22 現在のあなたの生活のなかで、困っていることはありますか（あてはまる番号すべてに ）。

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 住む場所(住居)のこと | 2 お金、収入のこと |
| 3 人づき合い | 4 日中を過ごす場所 |
| 5 仕事や勉強のこと | 6 余暇の過ごし方 |
| 7 家事など、身の回りのこと | 8 精神科の病気のこと |
| 9 精神科以外の身体の病気のこと | 10 その他 () |

付問1 この中で、特に困っていることを2つ選んで、番号を書いてください。

1番困っていること 2番目に困っていること

付問2 生活のなかで困っていることは、具体的にどのようなことですか。

問23 生活全般について、仕事、趣味や娯楽についてなど、あなたご自身ができるようになりたいことがありましたら、ご自由にお書きください。

問24 以下のa~eのそれぞれの項目について、最近2週間のあなたの状態についてお聞きします。もっとも近い番号1つに を付けてください。

最近2週間、私は・・・	いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない
(a) 明るく、楽しい気分で過ごした	1	2	3	4	5	6
(b) 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	1	2	3	4	5	6
(c) 意欲的で、活動的に過ごした	1	2	3	4	5	6
(d) ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた	1	2	3	4	5	6
(e) 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	1	2	3	4	5	6

最後に、必ずご記入ください

問25 現在（平成26年1月1日現在）、あなたはいくつですか。

--	--

歳

問26 性別は何ですか。

1 男性	2 女性
------	------

問27 あなたは、自分の障がいの状態（病名）を知っていますか。

1 知っている	2 知らない 【問28へ】	3 聞いたが忘れた 【問28へ】
---------	---------------	------------------



【1 知っている と答えた方にお聞きします】

付問1 あなたの状態（病名）は、以下のどれにあたりますか（あてはまる番号すべてに）。

1 統合失調症	2 そううつ病（気分障害、感情障害、そう病、うつ病）
3 統合失調感情障害（非定型精神障害）	4 神経症（不安障害、パニック障害、恐怖症など）
5 認知症	6 発達障害（広汎性発達障害、高機能自閉症など）
7 その他（	）

問28 あなたが最初に精神的に具合が悪くなったのは、何歳ごろですか。

--	--

歳（ごろ）

問29 あなたの精神保健福祉手帳の等級は何級ですか。

--

級

問30 あなたは、精神保健福祉手帳以外の手帳をお持ちですか。

1 持っている	2 持っていない【問31へ】
---------	----------------



【1 持っている と答えた方にお聞きします】

付問1 お持ちの手帳の種類すべてに をつけ、（ ）内に等級をお書きください。

1 身体障害者手帳（ 級）
2 療育手帳（ 級）

問31 このアンケートを記入したのはどなたですか。

1 本人	2 家族（続柄： ）	3 その他（ ）
------	-----------------------	---------------------

問32 どのような状況で記入をしましたか（あてはまる番号1つに）。

1 ご本人自身ですべて記入した	2 家族・支援者が本人と一緒に記入した
3 全て家族・支援者が記入した	

** アンケートにご協力いただきまして、誠にありがとうございました **

資料3：リマインダー文書

東日本大震災後の生活に関するアンケートへの回答のお願い

福島県南相馬市健康福祉部長

調査協力：独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

先日、精神保健福祉手帳をおもちの方を対象として、東日本大震災後の生活に関するアンケートをお送りさせていただきましたが、あらためて、ご回答のお願いです。

このお願いは、アンケートをお送りした方全員にお配りしておりますので、既にご回答いただいている場合には、再度のお願いとなってしまったことをお許しください。

このアンケートでは、精神障がいをおもちの方々が、震災の前と後で、生活がどのように変化したのか、今どのようなことにお困りなのか、どのような手助けがあればもっと暮らしやすいとお考えなのか、といったことをお聞きしたいと考えております。

アンケートに回答されないことによるあなたの不利益は一切ありませんが、今後の医療や福祉の計画を作り、みなさまの暮らしを少しでもよいものとしていくため、どうかこのアンケートにご協力いただき、ご意見をお聞かせくださいますよう、お願い申し上げます。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、**2月21日(金)**までにご返送いただきますよう、お願い申し上げます。

ご不明の点は、下記にお問い合わせください。

【本研究に関する問い合わせ先】

株式会社 山手情報処理センター内 アンケート調査事務局

東日本大震災後の生活に関するアンケート係

電話番号 0120-xx-xxxx (調査専用ダイヤル)(受付時間：10：00～18：00)

【その他の研究に関する連絡先】

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 倫理委員会事務局

〒187-8551 東京都小平市小川東町四丁目1番1号

e-mail：rinri-jimu@ncnp.go.jp

仙台市宮城野区（宮城-A）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 西尾雅明¹⁾

研究協力者 大島進吾¹⁾ 菊池陽子¹⁾ 林みづ穂²⁾ 河野理和子³⁾ 庄子俊江³⁾ 鈴木由美³⁾

1) 東北福祉大学せんだんホスピタル

2) 仙台市精神保健福祉総合センター

3) 仙台市宮城野区保健福祉センター

要旨

平成25年度は、前年度に引き続き仙台市宮城野区K地区の母子保健に焦点を当てて支援者支援を試みた。昨年度の実施から得られたニーズをもとに、A施設、B施設、C施設、D施設の4箇所フィールドワークを行い、また、サイト内ミーティングを1回開催した。フィールドワークでは、心理士は支援者に寄り添い、自然に出てくる話に耳を傾け、地域の母親の相談に応じ、それを地区担当の保健師に繋げていくようにした。

徐々に、支援者が心を開いて語れるようになってきている様子もうかがえており、今後は、中長期的な視野にたって支援者支援を展開することが重要であることは論を待たない。

今後は、たとえば保健師と心理士その他の多職種が協働しながら、地域の子育て支援者が安心・安定感をもって取り組みを行えるように支援者の支援に関するシステム作りが必要である。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している仙台市宮城野区は、仙台市の東部に位置し、太平洋と接している地区である。仙台市5区の中でも今回の大震災による津波被害が最も大きかった地区である。区全体の被害状況は、人的被害としては亡くなった方が約300名、また、津波被害としては浸水地域が区の35%に及んでおり、そのすべてがK地区に含まれている。また、8箇所建設された応急仮設住宅（プレハブ仮設）の6箇所はK地区にある。母子保健系の保健師の地区担当区分では8箇所すべてK地区の保健師が受け持っていた。

平成25年度は、宮城野区内の応急仮設住宅8箇所の数は変わらないが退去世帯は増えている。住宅再建の一方で、民間住宅や復興公営住宅など

への入居も始まっているが、個別に生活を再建する一方で、格差も生まれつつあるようだ。

平成25年4月1日現在の宮城野区の人口は185,105人でそのうち、K地区の人口は51,456人である。昨年よりも2,000人弱の人口減になっている。

また、平成25年度は浸水地区（K地区）での子育て支援活動の状況については、以下のようになっている。

1) 子育て支援を行っている団体等5機関への巡回相談について

今年度子育て支援機関への巡回相談を12回実施した。ここでの相談内容は、「運動会終了後にチックが出現」、「乳児の体重増加不良」、「幼児の

水遊びへのこだわり」などで、毎回2~7名の相談があった。この中で必要と保健師が判断した方を心理士の相談につないでいる。ここでは、巡回し続けたことで、支援者からも待たれており、保護者からも心情なども語られるようになった。

2) K 地区子育て支援ネットワーク会議の開催について

K 地区子育てネットワーク会議を区保健福祉センターが毎年実施しており、7月に開催した時に、支援者のセルフケアについて投げかけてみた。

3) 「子どものこころの相談室」の開催について

これは K 地区保健センターで開催されたもので、被災体験を持つ保護者から、子育てのしにくさや震災後の肥満など、あわせて4件の相談があった。

4) 「子育て応援フェスタ」の開催について

K 地区にある6つの児童館が中心となり、保健師や栄養士も企画段階から参画した。町内会や老人クラブの協力も得られ、スタッフ178人、参加者300人のイベントとなった。児童館のスタッフからも、「当時はこういう子どもたちのイベントができるとは思わなかったので、感慨深かった」という感想が出るなど、子育て支援者が涙を流すような情緒交流が実現し、互いに元気づけられるイベントとなった。

地区担当保健師らの報告では、住民は比較的落ち着いてきているように見えるが、「このまま応急仮設住宅に住むかどうか」の不安や、「移住先で心無い言葉に傷つくこともある」などの声も聞くとのことであった。そして、震災直後の不眠や強い不安感といった表だったストレスの相談は減少しているが、「2年経ってようやくこういう話ができるようになった」という声や、「気持ちを吐き出す場がなかった」という声も聞かれるとのことであった。浸水のなかった地域の住民の中には、「被害が軽い」との気持ちからこれまで訴えられなかったが、健診に来てその場の心の相談

で初めて心情を吐露できた方もいたという。

B. 支援活動の実施における準備

初年度の平成24年度は、昨年度の報告書にあるように¹⁾、第1回グループインタビュー(平成24年9月20日)と3回のサイト内ミーティング(平成24年10月12日、同年12月10日、平成25年1月11日)、および研修会の実施(平成25年3月8日)によって、a) 母子支援をしていくうえで、支援を受け入れることに消極的な支援者たちへの対応の難しさ、b) 子どもの行動が震災の影響なのか、地域や家庭の影響なのか、または本来の発達の問題なのかのアセスメントの難しさ、c) 育児支援を実施する上での後方支援のニーズ、など、支援活動の可能性が見出された。

その結果、A 子育て支援施設(以下 A 施設)、B 子育て支援施設(以下 B 施設)、C 子育て支援施設(以下 C 施設)への engagement を実施し、A 施設への定期的訪問、B 施設への要請時訪問、C 施設へのイベント参加を今後の活動とした。目的としたことは、1) 支援者である施設職員のバーンアウト防止、2) 地域の母親のための気軽な相談の場の提供、などである。

そして、第2回グループインタビューが精神保健研究所関係者の来仙を得て、平成25年3月15日14時半から17時まで、宮城野区役所会議室で開催された。研究分担者と宮城野区保健福祉センター家庭健康課の保健師8名が参加した。ここでは、1年間の苦勞、支援機関とのつながり、支援者である保健師が果たした役割・問題点などをテーマに話し合わせ、参加者からは通常業務の復旧過程での苦勞や休息の場の必要性、沿岸部と中心部のギャップ、罪悪感を持つ住民心性、避難住民への連絡の心理的苦勞など、現場での日常的な状況が語られた。また、メンタルヘルスの特別な場を設けるよりも、気軽に集える場で必要に応じて専門的なサポートへのつながりを提供する形のほうが活用しやすいという示唆的な意見も出された。さらに、何か大きいことを実施するので

はなく、その施設が今やっていることを支援する方が、受け入れられやすいという意見も出された。

また、本研究の外部支援に対しては、心理士が地区担当保健師と同行し、施設の行事に参加するなど現場を知り、子供たちや子育て中の母親、行事を運営している方たちとふれあうことで信頼を得て気軽に相談に乗ってほしいと要請があった。

そして、次年度の平成 25 年度に向けても、1)アウトリーチの継続、さらに新たに2)D 育児支援施設(以下 D 施設)での育児サロンへの要請時参加に関する希望が出された。

C. 現在構築されている支援体制

現在は 1 年目の実施から得られたニーズをもとに、A 施設、B 施設、C 施設、D 施設の 4 箇所フィールドワークを行っている。また、サイト内ミーティングを 1 回開催した。平成 26 年 2 月末現在までのそれぞれの活動を以下に報告する。なお、心理士による C 施設へのフィールドワークは日程の都合で実施していない。

1) フィールドワーク

A 施設の活動に参加

A 施設では、心理士は、年度末の動きの激しい時期と重なるいくつかの(今後起きるかもしれない)喪失の不安について理解しつつ、施設職員等の話に耳を傾けた。さらに保護者が疲弊していることについても共有し、一緒に見守っていくことにした。そして、心理士は、施設職員が今行っていることの支持と強化を心がけ、さらに相談者自身のセルフケアについて勧めた。

また、多人数でいっぺんに部屋に入ってくることが、子どもによっては、津波を連想させてしまうこともあるらしいということも語られた。定期的に継続して施設を訪れることにより、顔見知りとなり、丁寧に話を聞き受け止めることで、相談者に安心感が生まれた。その結果さまざまな思いを聞くことができた。さらに、他の職員の話を知

いてほしいとたびたび求められるようになった。他の職員からは、次回の心理士の訪問を調整するなど心理士の訪問を好意的に受け入れている様子が伝わってきた。

B 施設の「子育てサロン」に参加

B 施設へは前年度と同様、2 回、保健師に臨床心理士が同行した。サロンは、乳幼児 15 名(0~3 歳児)で、保健師やサロンを運営している方々と、発達障害が気になるが、母が気にしていないため相談まで至らないケースの検討を行った。また被災を体験し疲弊している支援者のサポートについて心理士は保健師から相談を受けた。

D 施設の「子育てサロン」に参加

今年度、新たに地区担当保健師の要請で、保健師とともに心理士が子育てサロンに 2 回参加した。この地域では、震災後、子育てサロンが開催できなくなり、地元住民や支援者の声を受け、D 施設で新たにこのサロンが開催された。

乳幼児 15 名(0~3 歳児)が参加し、親子遊びや茶話会を行っている。その中で地域の支援者からケースを紹介された。小学校入学を迎える発達障害児を持つ母からの相談では、発達心理的な情報提供をし、支援者側はゆったりとサポートすることとし、心理士は、継続的に見守っていくこととした。

また、障害を持つ幼児の母親からは、子どものこだわりなどについて相談を受け、社会資源についても、後日、保健師から情報提供することとした。

2) サイト内のミーティング

平成 25 年 9 月 20 日に、宮城野区保健福祉センター会議室を会場に、保健師 5 名の参加を得て開催した。ここでは、前述したような、今年度前半期のフィールドワークの報告と、宮城野区の現状が報告され、今後の計画について検討した。

区の状況としては、復興公営住宅や民間住宅の建設が予定されており、コミュニティは大きく変わることが推測されている。また、毎月実施の「子どものこころの相談室」では、児童精神科医師と

臨床心理士が隔月交代で親子の相談に応じているが、潜在的にニーズがあると推測される。その他、平成 24 年 3 月に市の社会福祉団体が開催した被災親子のサロンの参加者のフォローの必要性も出されるが、今後の課題となる。

これらの報告の結果、今後の計画としては、これまでのように心理士の訪問を継続し、その都度のフィードバックをすることとなった。さらに、研究分担者からは、中長期的に見てシステムとして考えると、少数の心理士でやるよりも、心理士の団体などに入ってもらうか、あるいは保健師が心理的スーパーヴァイズの技術を用いていくかの案が出され、前者の方向で進めていくこととなった。すなわち、相手のフィールドに入ることはありのままの姿を見てもらえることでもあり、保健師は保健師の役に徹し、「いつでも心理士を連れて来られる」という形にすることが、安心して日常の訪問を続けられることにもつながるとい意見が出された。

研修については、子育て支援施設では行事や支援者対象の研修を実施しているので、今は特別な研修の必要性は低く、今後、復興公営住宅に入居するなど環境の変化が考えられることから、検討していくこととした。

D. 今後の課題と考察

フィールドワークを通して、支援者は「これでいいのだろうか」と自問自答を繰り返しながら、被災住民に関わって来ていると考えられる。特に母子保健のように子どもに関わる場合は、今の関わりが子どもたちの将来にどう影響するのだろうかと不安も抱いている様子が見られる。ポジティブなフィードバックと適切な情報提供は欠かせないと思う。

さらに、高橋は²⁾、今回の震災では支援者本人が被災しているケースが多く、支援者であり被災者であるということで複雑な力動が働くことを述べている。A 施設の職員たちも、支援者であり被災者でもあることが、利用者の行動に自らを重

ねて苦しんだり、感情が賦活されたりすることの一因になっていたと考える。あるいは、B 施設、D 施設の支援者のように、困難な状況の中で、献身的に他の被災者を世話し続けるケースもあり、こういう場合は、その支援者自身にも支援が必要であることや実際に必要であろうと思われる支援を提案しても、なかなか受け入れられないことが多いのかもしれない。

林は、大震災直後の外部からの支援について、特に支援者が抱く高揚感について「ほどほどの温かさで」臨んでほしいと述べているが³⁾、これは中長期支援においても重要な姿勢と考えられる。中長期の今だからこそ、ほどほどで、かついつまでも冷めない温かさが必要であり、それが、支援者ならびに被災者の安定感や安心感に結びつくのだと考えられる。

初年度の「顔が見える関係」作りの後に、今年度はフィールドワークを継続したが、その中で、支援者たちから「話を聞いて欲しい」というニーズが出され始めている。これは、甚大な被害を受け、居場所の喪失や人間関係の分断などを経験しながらも、目の前の利用者たちに真摯に取り組んできた地域の支援者たちが、外部からの支援も時間をかけて自然に受け入れていくプロセスでもあると考える。今後は、職場のグループでのシェアリングのような場の設定などを検討していきたいと考えている。

グループインタビューにおける保健師の示唆にあったように、外部支援では「大きなことをやるよりも、今やっていることを支援するという形のほうが受け入れられやすい」という基本的なことを外部からの支援者がどのようにシステムとしていくか、また「今になったから話せるようになった」という声に対して、どのようにシステムティックにかかわりをもっていくことができるか、検討していきたい。

E. 結論

平成 25 年度は、前年度に引き続き仙台市宮城野区 K 地区の母子保健に焦点を当てて支援者支援を試みた。昨年度の実施から得られたニーズをもとに、A 施設、B 施設、D 施設の 3 箇所でフィールドワークを行い、また、サイト内ミーティングを 1 回開催した。徐々に、支援者が心を開いて語れるようになっている様子もうかがえている。

今後は、たとえば保健師と心理士その他の多職種が協働しながら、地域の子育て支援者が安心・安定感をもって取り組みを行えるように支援者の支援に関するシステム作りが必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

- 1) 西尾雅明他：仙台市宮城野区(宮城-A)における地域精神保健医療福祉システムの再構築に向けた支援者支援に関する報告. 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業 東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究 平成 24 年度総括・分担研究報告書(研究代表者樋口輝彦)：33-40,2013.
- 2) 高橋葉子：東日本大震災の支援者支援 支援者であり被災者である人達を支えるということ . 精神医療：114-120 , 2012 .
- 3) 林みづ穂：大震災後のメンタルヘルス対策 仙台市の経験より . 日社精医誌 21 : 308-314 , 2012

女川町（宮城-B）地区における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告 ～一般住民を対象とした地域精神保健システムの構築～

研究分担者 大野裕¹⁾

研究協力者 田島美幸¹⁾ 佐藤由里²⁾ 伊藤順一郎³⁾ 鈴木友理子³⁾ 佐藤さやか³⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

2) 女川町保健センター 健康福祉課 健康対策係

3) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

要旨

分担研究者が関わる宮城県女川町では、こころの健康構想会議での提言を参考にした地域精神保健システムの構築と運用が行われている。本年度は、被災地住民を対象に、認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会を企画・実施し、昨年に引き続き、地域支援者の育成研修を行い、実際に地域支援に当たっているボランティアにヒアリングを行い、活動の実態についてインタビューを行った。女川町におけるこころの健康支援活動は、形を変えて他の被災地域への拡がりも見せ始めている。今後も女川町におけるこころの健康支援活動の発展に寄与しつつ、被災地域の実態に合った精神保健活動やそれを支えるシステムの普及に繋げていけるとよいと思われる。

A. 研究地区の背景

分担研究者が担当する宮城県女川町は、牡鹿半島基部に位置し、南三陸金華山国定公園地域に指定される美しい漁港街である。その町は平成23年3月11日の東日本大震災により、住民の約1割が死亡または行方不明となり、家屋の約75%が全半壊した。また、津波によって地域保健の拠点である保健センターも全壊し、健診等のすべてのデータが津波により流失した。そこで、女川町では、新たな精神保健活動のシステム構築を目指すことになった。

B. 支援活動の実施における準備

新たな地域保健システムの再構築のあり方を

検討するにあたって、女川町では、鹿児島県こころのケアチームから提案があった「こころの健康を支えるポピュレーションアプローチ」を参考にし、また、こころの健康政策構想会議の提言（平成22年7月）を基にしながら、継続的な対策のあり方について議論を重ねていった。そして、平成23年11月、「女川町こころとからだとくらしの相談センター」を町の拠点に据え、町全体を8地区に分けて「サブセンター」を設置し、包括的な支援を行う仕組みを整えた。

こころとからだとくらしの健康相談センターには、総合的なコーディネーターの役割や人材育成などを担う保健師を配置した。また、サブセンターには「こころとからだの専門員」とし

て、保健師、看護師、保育士および介護支援専門員などの資格をもつ専門職を置き、担当地区の健康相談や家庭訪問活動、仮設集会所などで開催するレクリエーション等の集団活動、介護予防事業をタイアップした活動、くらしと健康の情報提供などに従事してもらうことにした。また、女川町社会福祉協議会からは、「くらしの相談員」を各サブセンターに配置できることになり、総合的な相談に対応できる体制を整えた。

分担研究者らは、平成 23 年 6 月より、支援者の人材育成に協力し、認知行動療法の視点を織り交ぜた研修プログラムの作成・実施を行った。また、住民同士のソーシャルネットワークを作り、つながりの中で支え合う環境づくりを目指して、「聴き上手（傾聴）ボランティア」の育成にも携わってきた。

C. 現在構築されている支援体制

これらの人材育成に対する協力は、以後 3 年間に渡って継続しているが、本年度は主に以下の活動を行った。

1) 地域支援者育成のための研修会

これまで、女川町では「聴き上手ボランティア」研修を実施してきたが、平成 25 年度は「遊びリレーションリーダー」「認知症サポーター」など、他のボランティア養成研修で扱う内容を包括的に学べる「健康づくりリーダー育成研修」を全 9 回で行った。

■健康づくりリーダー育成研修

- ・時間 10:00 - 12:00
- ・場所 浦宿 2 区集会所
- ・研修プログラム

6/12	正しいラジオ体操 健康づくりに関する講演
7/24	遊びリーダー研修（講義） ダンベル体操・ロコモ体操

8/26	遊びリーダー研修 （レクリエーション） 口腔歯科保健研修
9/27	*聴き上手研修
10/23	*聴き上手研修 ノルディックウォーキング
11/20	*聴き上手研修 食に関する研修
12/18	認知症サポーター研修
1/24	ふまねっとリーダー研修 食に関する研修
2/19	まとめ 健康づくりに関する講演

研修内容に応じて、専門家が研修を担当したが、全 9 回のうち、9 月 27 日、10 月 23 日、11 月 20 日に関しては、聴き上手ボランティア研修として、大野裕、田島美幸が講師として講義および演習を行った。なお、各回の参加者は 9 月 27 日が 12 名、10 月 23 日が 10 名、11 月 20 日が 11 名であった。

2) 町民向けの講演会

平成 25 年度は、女川町民を対象とした認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会「老若男女女川町民のための「こころのエクササイズ」」を実施した。

■老若男女女川町民のためのこころのエクササイズ

日時	平成 25 年 7 月 17 日 13:30 - 15:30 18:30 - 20:00
場所	女川町地域福祉センター
講話担当	大野裕
講話内容	認知行動療法の概要を踏まえた こころの健康講座
協力	聴き上手ボランティア

講演会の実施にあたっては、町報で研修会の周知を行うとともに、認知行動療法について解説した小冊子「こころのスキルアップトレーニング～認知療法・認知行動療法のスキルを学ぶ～」をチラシと共に全戸配付して、講演会の内容に関心を持ってもらうように工夫した。また、午後の部と夜の部を開催し、さまざまな年齢層の方に受講していただけるように配慮した。午後の部の参加者は39名、夜の部の参加者は29名であった。

日時	平成 25 年 11 月 20 日 13 : 00 - 15 : 00
場所	仙台市泉区役所
内容	みなし仮設入居者等サロン 「ア・ラ・ドーモ」仙台会場
講話担当	大野裕
講話内容	健康講話
対象者	仙台市みなし仮設入居者、その他 (21 名)
協力	聴き上手ボランティア

3) 傾聴ボランティア等による活動の展開

平成 23 年度から実施した「聴き上手ボランティア研修」の修了生たちが中心となって、仮設住宅内の集会所などで「お茶っこ飲み会」を行った。同活動は複数回実施したが、分担研究者等が同席したのは下記の 4 日程であった。

日時	平成 25 年 7 月 17 日 10 : 00 - 11 : 30
場所	石巻バイパス西 集会所
内容	お茶っこ飲み会
講話担当	大野裕
講話内容	自分の気持ちを理解するには ～しなやかな考えを身につけよう～
対象者	石巻バイパス仮設住宅の町民(11 名)
協力	聴き上手ボランティア

日時	平成 26 年 2 月 12 日 10 : 00 - 11 : 30 14 : 30 - 15 : 30
場所	出島仮設住宅談話室 寺間番屋
内容	お茶っこ飲み会
講話担当	大野裕、田島美幸
講話内容	自分の気持ちを理解するには～ こころも身体も健康に！島で暮らすためには～
対象者	出島在住者 (出島 10 名、 寺間 11 名)
協力	聴き上手ボランティア

「お茶っこ飲み会」は、女川町内の仮設住宅集会所で実施した他、出島の島民を対象に実施したり、仙台市に移住しているみなし仮設入居者等を対象にも実施した。

日時	平成 25 年 9 月 27 日 14 : 00 - 15 : 00
場所	野球場仮設集会所
内容	お茶っこ飲み会
講話担当	大野裕
講話内容	こころのケア講演会
対象者	野球場仮設住宅の町民
協力	聴き上手ボランティア

4) 女川町第 1 回グループインタビュー

本年度は、女川町で実際にボランティア活動を展開している方々にグループインタビューを行い、震災以降の分担研究者らが実施した研修を通してどのような変化が生じたか、また、今後の研修や取組のあり方についてどう考えているかをヒアリングした。

■女川町第1回グループインタビュー

- ・日時：平成25年10月30日
10:00 - 12:00
- ・開催場所：女川町保健センター
- ・参加者：木村エリコ氏、平塚京子氏、遠藤捷子氏、遠藤悦子氏、梁取礼子氏、佐藤由理氏
- ・実施者：伊藤順一郎、鈴木友理子

研修受講のきっかけとしては、「年老いた母に寄り添いたいと思い、傾聴に関心を持った」など家族への接し方を学びたいという動機のほか、「死別を経験した知人（病死、津波）への接し方に悩み、傾聴の仕方について知りたいと思った」など被災をきっかけにボランティア活動に関心を持ち、参加を決めたという方もいた。

聴き上手ボランティア研修の内容については、「自分が普段、何気なくやっていることの整理に繋がった」「ロールプレイなど人前で行うことには抵抗があったが、回を重ねるうちに心理的抵抗感も和らいだ」「PTSD や悲嘆関連の座学の講義よりも、研修に参加することで人と集まる機会となったのがよかった」等の感想が聞かれた。

また、研修会後のボランティア活動については、「外部から人が来てサロン活動を行うよりも、研修で学んだことを活かして自分たちでそのような活動をしたいという意見が挙がった」ことが活動の発端になり、仮設住宅内の集会所で行う「お茶っこ飲み会」は、「実施者（ボランティア）自身の張り合いにもなり、知人との再会の場にもなって良かった」という感想が聞かれた。また、「ボランティアの押しつけにならないよう、自治体の要望に応じて行うことにした」など、十分に配慮した上で活動を展開した様子が伺えた。

今後の取り組みについては、「聴き上手研修は、まず自分のために役立ち、周りの人のためにも

なる」という声が聞かれ、ボランティア育成の継続を望む声が多く、また、お茶っこ飲み会などの活動については、「会を楽しくしようと企画することが生活の張りにもなるし、人との繋がりを広げ、町を耕すことにもなっている。繋がることで一歩踏み出せるし、自分たちで実践するから楽しいと感ずることが出来る」という感想があった。主体性ある活動の企画・運営がモチベーションを上げること、また、活動を通して、人と人との繋がりが広がったり、再構築されていくことが語られた。さらには、「仮設住宅や民賃住宅から、復興住宅や再建した自宅へなどへ約2000世帯の大移動がある。新しい地域づくり、移動後の目標や生きがい作り、残った人の焦りなどの課題が予想される。専門職だけでは対応できないため、ボランティアは町の大きな財産である」という声も聞かれ、町が再構築される不安と共に、再構築の時期に備えて、今から専門家と住民が協働する体制を作る必要性が語られた。「外部からの関わりは、被災後の大変な状況を理解し、かつ、その後も継続的に来てくれるような関わりがいい」という意見もあり、被災後は長期に渡る計画的な支援が求められていた。

D. 今後の課題と考察

本年度は、宮城県女川町民にこころの健康について考えてもらう機会を提供するために、認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会「老若男女女川町民のための「こころのエクササイズ」」を企画・実施した。全町民に対して、認知行動療法の内容を踏まえた講演会を行うのは初めての試みであったため、さまざまな年齢層の方に参加してもらえるように、日中と夜間とに時間帯を分けて研修を実施したところ、夜間の講演会には勤労者や比較的若い年齢層の方の受講が多く見られた。このことから、ターゲ

ットを考慮した開催時間帯を考慮することが必要であると思われた。

また、女川町の地域支援者（ボランティア）研修は3年目を迎えたが、町民の大半が被災を経験しており複数の問題を抱えた方が多くいる点を考慮すると、地域でボランティアが活動を展開するにあたっては、ボランティアが幅広い知識を持ち、必要に応じて専門家や専門支援機関に繋げる視点を持つことも必要だと思われた。そのため、今年度は「健康づくりリーダー研修」として、傾聴のスキルだけでなく、認知症や食・運動に関する知識などについても学習できるように包括的な長期の研修プログラムを準備し実施した。また、ヒアリングの結果からも、初年度に研修に参加した修了生たちが団結し、地域で傾聴ボランティア活動を精力的に展開しており、地域に根付いた活動として定着してきている様子が伺えた。

これらの取り組みは他地域にも拡がりを見せている。宮城県では、東北大学の上田一気氏、松本和紀氏らが中心となって、宮城県内の被災地住民を対象に、認知行動療法の内容を踏まえた「こころのエクササイズ研修（1回90分×6回）」が実施され、当分担研究者も共催として協力した。本研修は、行動活性化、認知再構成法などの認知行動療法のスキルを講義と演習で分かりやすく解説するものである。本年度は岩沼市、仙台市、太白区の市民を対象に研修が行われている。

また、ふくしま心のケアセンター（加須駐在）では、加須市内に避難中の福島県民、および、加須市内を除く埼玉県内に避難中の福島県双葉町民を対象として、認知行動療法のアプローチを用いた住民向けの研修を検討していた。そこで、ふくしま心のケアセンターの田中康子氏、渡邊正道氏に女川町で実施した市民講座を見学してもらった。対象となる双葉町民の年齢層等を考慮すると、女川町で行う「お茶っこ飲み会」

に近い茶話会形式の研修が適していると判断し、先生方を中心に研修が企画され、秋には加須市内の借り上げ住宅に併設している集会所で研修が実施された。このように、展開する地域特性に合わせたプログラム構成が必要であると思われた。

E. 結論

本年度は、宮城県女川町で被災地住民を対象に認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会を企画・実施するとともに、昨年に引き続き、地域支援者の育成研修を行った。また、実際に地域支援に当たっているボランティアにヒアリングを行い、活動の実態についてインタビューを行った。女川町におけるこころの健康支援活動は、形を変えて他の被災地域への拡がりも見せている。被災地の実態に合った精神保健活動やそれを支えるシステムの普及に繋がっていけるとよいと思われる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1)大野裕・田島美幸 地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から～、ストレス科学、Vol.28 No.2、P.1-10、2013.8
- 2)大野裕：地域の絆と心理臨床家、帝京平成大学大学院臨床心理センター紀要、第2巻、5-7 2013.3.15
- 3)大野裕・金吉晴・大塚耕太郎・松本和紀・田島美幸、災害支援、認知療法研究、Vol.6(2) 2013.9

2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

図 1. 紙芝居(うつ病啓発に関する内容)の読み聞かせ



うつ症状や引きこもらず周りの人とかかわっていく大切さを紹介する紙芝居を作成し、読み聞かせを行っている。

宮城県石巻地区（宮城-C）における地域精神保健医療福祉システムの再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 佐竹直子¹⁾

研究協力者 原敬造²⁾ 渋谷浩太²⁾ 高柳伸康²⁾ 櫻庭隆浩²⁾ 庄司和弘²⁾ 樋口広思²⁾
平間和政²⁾ 鎌水俊輔²⁾ 中村由希子²⁾ 奥地康子²⁾ 曳地芳浩²⁾ 太田優貴²⁾
加藤優妃²⁾ 竹内咲²⁾ 日野杏耶²⁾ 佐藤幸司²⁾ 出岡三季²⁾ 白澤麻衣²⁾
能戸奈央子²⁾

1) 独立行政法人国立国際医療研究センター 国府台病院

2) 一般社団法人 震災こころのケア・ネットワークみやぎ からころステーション

要旨

昨年度に引き続き、宮城県石巻市にある「一般社団法人 震災こころのケア・ネットワークみやぎ からころステーション」に対する支援者支援を実施した。昨年度は被災地のマンパワー不足もあり直接支援が中心であったが、今年度は、支援に関するスーパービジョン、支援者の技術向上に関する研修・教育、今後の事業運営に関する情報提供と助言、といった間接的な支援に移行してきている。今後、震災関連事業費が徐々に減少していくなかで、現在の活動を既存のサービスにどのように転換していくべきかの検討が重要であるが、この震災を機に障がいや疾患別の既存のシステムより幅の広い地域サービスを展開した経験やその効果を発信していく重要性を感じた。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している宮城県石巻地区は、三陸沿岸最大の都市石巻市と隣接する東松島市、女川町からなり、被災前人口約 21 万人の地域である。津波の被害は甚大で、6,000 名を越す死者・行方不明者の他、海岸に沿った地域は壊滅状態で、復興も未だ途上のため、震災後 3 年余が経過する現在でも、多くの住民が仮設住宅での不自由な生活を強いられている。また産業へのダメージも大きく、失業などの問題もまだまだ解決できていない。被災体験によるストレスのほか、このような生活状況の変化からさまざまなメンタルヘルスの問題が出現するケースが続いている。

今研究で対象機関となった「一般社団法人 震災こころのケア・ネットワークみやぎ から

ころステーション」(以下、からころステーション)は、被災者のメンタルヘルスに関わるさまざまな支援、ならびに地域で活動されている方々のネットワーク形成についての活動を行う拠点として、平成 23 年 9 月に開業したステーションである。

その活動は、医療・保健・福祉の枠を超え、メンタルヘルスに関する幅広いサービスを提供することを目的としており、以下の 12 項目を事業内容としている(図 1)。本年度は、被災者自助グループの活動が開始となった。

- 1) こころの健康相談会の開催
- 2) メンタルヘルスに関する普及啓発活動
- 3) 被災者のうつ・自殺予防対策の実施
- 4) 高齢者精神疾患に関する対策の実施

- 5) こころのケアホットラインの設置
 - ・ 从ころ相談電話
- 6) 巡回訪問指導の実施
 - ・ 訪問指導事業
 - ・ 要フォロー者への継続的な訪問支援
 - ・ 困難ケースへの対応
- 7) 語らいの場の運営及び被災者自助グループの育成
 - ・ アルコールミーティング開始
 - ・ 「おじころ」グループ開始
- 8) 各種専門機関との連携
 - ・ エリアミーティングへの参加
- 9) 関係職員の教育研修
- 10) こころのケアに関する調査研究、情報収集
- 11) 生活相談と支援
- 12) 保健師、市職員との連携
 - ・ 市民健康調査 訪問調査の委託依頼

平成 25 年度のスタッフは、精神保健福祉士 12 名、心理士 5 名（うち非常勤 2 名）、准看護師 1 名、他 3 名の計 18 名で、このうち 3 名が新卒スタッフである。このほかに、震災こころのケア・ネットワークみやぎに参加する医師が定期的に活動に関わり、さらに日本精神科診療所協会が中心となって派遣する医師・コメディカルが交代で活動に参加している。その他専門職のボランティアが全国から集まり活動に参加しているが、その数は徐々に減少しつつある。活動資金としては、診療報酬や自立支援法・介護福祉法等の報酬は利用せず、厚生労働省の「アウトリーチ推進事業・被災地対象」を 2 単位（対象地域：石巻市、東松島市、女川町）、石巻市からの委託事業として「こころのサポート拠点事業」を活用している。そのため、さまざまな医療職が関与しているが、医療機関で行う治療行為は行えないため、必要な場合には地元の医療機関との連携を図っている。

B. 支援活動の実施における準備

昨年度の支援者支援は、震災後の時間的な経過の観点から間接的な支援に移行するべきであったにも関わらず、現地でのマンパワー不足から直接支援が中心になっていた。そこで今年度の支援開始に先立ち、从ころステーションのスタッフと支援者支援のあり方や要望について検討を行った。

昨年度末に行ったからころステーションのリーダースタッフと研究分担者のグループインタビューにおいて、

- ・ 若手スタッフに対するケアマネジメントについての研修
- ・ ケースについてのスーパービジョン
- ・ チームミーティングについての評価
- ・ 他機関での長期研修

などの要望があがっており、本年度はこれらに焦点を当てた支援を行うこととした。特に、アウトリーチを中心的な活動とした包括的な相談支援を行う支援者にとって、ケアマネジメントのスキルアップは大きな課題である。

平成 25 年度スタッフ 18 名のうち 7 名は卒後 2 年目以下で臨床経験が浅く、その他のスタッフも包括的な相談支援やアウトリーチなど、この震災を機に導入された新しいサービス形態については経験が豊富と言えない面もある。さらに多忙を極める日常業務のなかで、スタッフのトレーニングプログラムを企画・運営する時間を確保することは難しい。このような現状のなか、これを外部支援者が実施するのが適当と思われた。

また、スタッフのスキル評価やチーム運営についてのスーパーバイズなどは、実際に支援活動に参加し、スタッフの訪問のシャドーイングやミーティングの同席などでアセスメントを行い、フィードバックするようにした。

今年度は、相談事業を行う他機関へのスタッフの見学・研修を実施した。他機関で支援技術についての情報収集や、今後の事業展開についてのヒントを得ることを勧め、全国における先

駆的な活動についての情報収集と、その実施事業所への見学の調整を行うこととした。

C. 現在構築されている支援体制

今年度は、以下のような支援を実施した。

1) 支援に関するスーパービジョン

平成 25 年 6 月～26 年 3 月：月 1 回実施

研究分担者が 1 日、チームスタッフとして活動に参加し、アウトリーチ主体のケース対応やケア会議等での助言を行うほか、チームミーティングにも参加し、訪問支援技術やチーム運営についての助言を行った。

2) 支援者の技術向上のための研修・教育

相談支援を行うスタッフのスキルの向上のために、以下の研修を開催した。

ケアマネジメントについての講義

リカバリー・ストレングスモデルを用いたアセスメント、ケアプラン作りについて、研究分担者による全スタッフ向け講義を実施した。

実施済み講義の概要は以下である。

平成 25 年 6～8 月：計 3 回

第 1 回 「インテーク・初回コンタクトのポイントについて」

第 2 回 「ストレングスアセスメント」

第 3 回 「リカバリープラン」

定期的なケース検討会の実施

平成 25 年 9 月～26 年 3 月：月 1 回実施

月 1 回ケース検討会を開催し、卒後 1～2 年のスタッフを中心に、各回 2 ケースずつストレングスアセスメント・グループスーパービジョンの手法を用いたケース検討を行い、ケアマネジメントのスキルアップを図った。

学会、研修会へのスタッフの派遣

以下の学会にスタッフを派遣した。

多くのスタッフが外部研修の機会を持つことで、実用的な情報の収集や関係者との情報交換など、全国的なネットワークの構築を図った。

- ・ 第 109 回日本精神神経学会学術総会への参加・発表（福岡）3 名
 - ・ 第 35 回日本アルコール関連問題学会岐阜大会への参加・発表（岐阜）4 名
 - ・ 公益社団法人日本精神神経科診療所協会平成 25 年度定時総会 / 第 19 回学術研究会への参加（札幌）2 名
 - ・ 第 21 回日本精神障害者リハビリテーション学会への参加・発表（沖縄）3 名
 - ・ 第 56 回日本病院・地域精神医学会総会（札幌）3 名
- 他機関での情報収集

総合的な相談支援に関して先駆的な活動を展開している千葉県単独事業である「中核地域生活支援センター」への見学を行った。中核地域生活支援センターは、障がい者や高齢者だけでなく、医療・福祉制度を利用することができない「社会的弱者（例えば、ホームレス・貧困家庭）」に対しても相談業務（ケアマネジメントを含む）を行う機関で、「間口の広い」支援を実践している。このような活動形態はからころステーションの活動内容に近く、参考になり得るとの判断から見学を調整した。

平成 26 年 2 月 10 日

中核地域生活支援センター・がじゅまる
（千葉縣市川市）の見学

D. 今後の課題と考察

1) ケースの増加とチーム運営の効率化

からころステーションは、開設から 2 年半で、石巻地域における相談支援の中心的な役割を担うようになり、図 2 でも示したように利用者数は徐々に増加している。相談内容に抛らずどのようなケースにも対応しており、支援内容が多岐にわたることから、どうしても効率的な運営は難しい面がある。さらに、多職種チームアプローチを意識した場合には、情報共有という点でチーム運営のあり方には工夫が必要であり、また地域の各関係機関との協働においてもスタッフのフォーメーションを検討する必要がある。

今年度より、からころステーションでは、各

関係機関との連携重視から、エリア担当制を開始した。しかし、これまで行ってきた個別担当と新しいエリア担当との二重担当制の支援体制は、まだシステムとしては問題があると思われる。担当制について今後どうしていくべきか、また増大するケースロードに対して、訪問やミーティングの効率化など業務負担の軽減、情報共有の工夫などへのアドバイスを引き続き行うことが必要と思われる。

2) 震災関連財源の終了後の事業の運営

現在からころステーションの活動は、すべてが震災関連事業費で賄われている。事業費は恒久的なものではないため、既存の医療・福祉サービスを基盤としたものに移行していく必要があると考えられる。

しかし、現在のからころステーションの事業は、現在の石巻地域のメンタルヘルス全般についての「間口の広い」サービスであり、すべてを既存のサービスに転換することは難しい。

図3にあるように、特に疾病や障がいがない「被災者(市民)」に対する支援については震災関連事業の委託以外に財源となるものはないと思われる。

今後これらに対する支援をどのように展開するかは大きな課題であり、そのための情報収集や助言が支援者支援として求められるところではないかと考えられる。

一方で、今回のような疾患・障がいに縛られない、広く市民を対象としたメンタルヘルスサービスは、地域ケアの理想的なサービススタイルであり、広く必要とされるサービスとも言える。震災を機にこのようなサービスを実施している貴重な経験やその効果について、実施機関の側からも発信していく必要があるのではないかと考えられる。

3) 支援者の技術向上のための研修

今年度、ケアマネジメントについての研修(講義およびケース検討)を定期的で開催した。個々

のケース対応やケース検討でのコメントなどから、特に若手スタッフの成長が感じられ、今年度末に実施したリーダースタッフとのグループインタビューでも、スタッフ内でもスキルアップの実感があること、またリーダースタッフ自身も研修を通して支援の幅が広がったという感想が聞かれた。今後は、スキルアップを客観的に評価する方法も検討すべきではないかと思われる。

また今後の課題として、外部支援が終了したときにスタッフ自身でスタッフ教育を企画・運営できる方法を一緒に検討していく必要があると思われる。

E. 結論

石巻地区における支援者支援は、ようやく直接支援から間接的な支援へと移りはじめた。震災から3年目に入り、地域のメンタルヘルスに関するネットワークのなかで、それぞれの機関の役割が徐々に明確化してきた。からころステーションの役割は、アウトリーチを主体とする相談事業が主なものであり、その役割に応えることができるスキルを獲得するために、今年度は支援に関するスーパービジョン、支援者の技術向上に関する研修・教育を行った。

また、震災支援から始まり、徐々に震災以前よりも質の高い地域精神保健システムへの再構築の中で、震災関連事業が縮小または終了した後の事業運営に関する情報提供と助言を行った。

今後、震災支援費を利用したメンタルヘルス全般についての総合的なサービスを既存のサービスへ転換していくことについての検討が必要だが、一方で、このような「間口の広い」サービスのあり方について、今回の経験やその効果・有用性を発信していく必要があると思われる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的所有権の取得状況 なし

図 1. からころステーションの事業内容

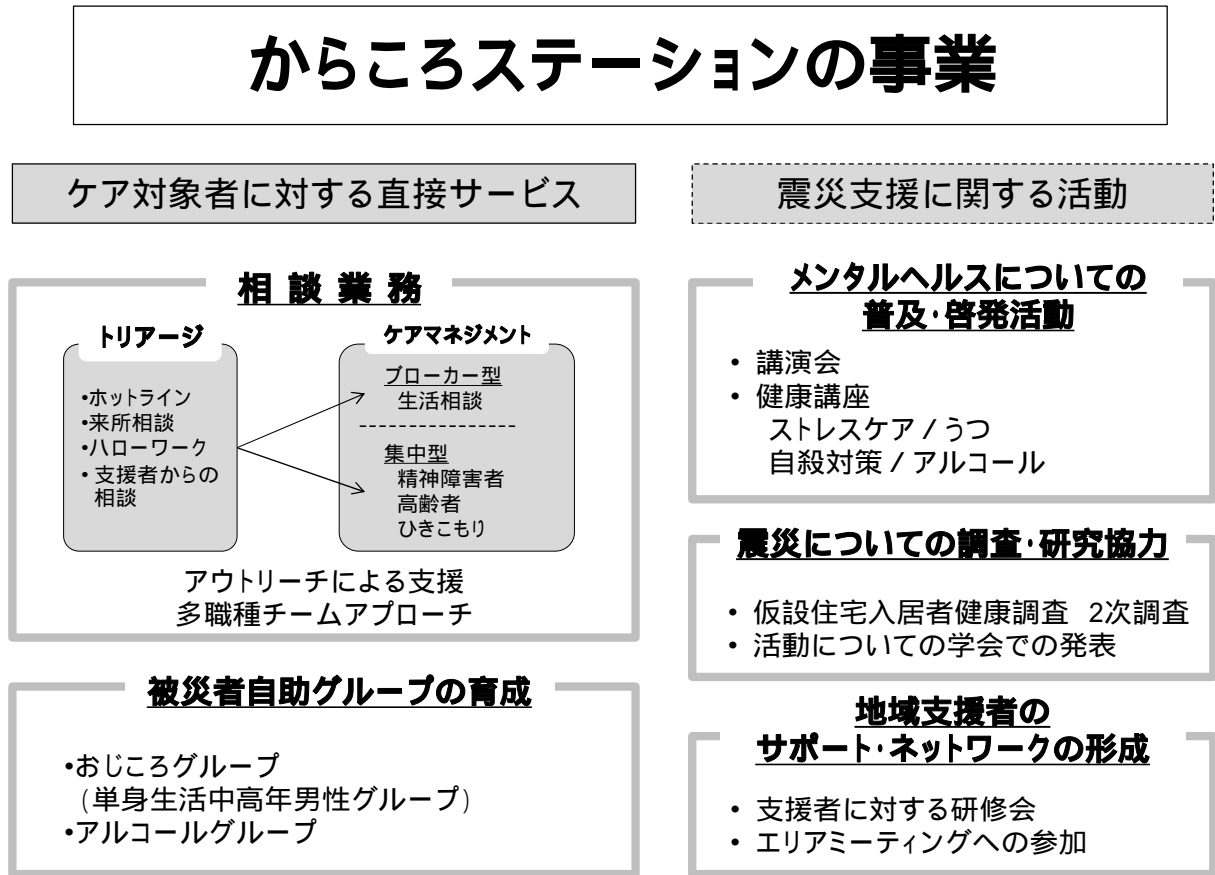


図 2. からころステーションの実績

からころステーションの実績

- 平成24・25年度のコンタクト数 -

	平成24年度	平成25年 (4月～12月)
訪問	2,410	2,349
来所相談	882	966
電話相談	2,409	2,349
ケース会議	533	826

図 3. からころステーションの今後の事業内容

今後の事業内容の方向性

ケア対象者に対する直接サービス：医療・福祉サービスへの転換

相談業務

トライージ

- ホットライン
- 来所相談
- ハローワーク
- 支援者からの相談

ケアマネジメント

- ブローカー型
生活相談
- 集中型(継続支援)
精神障がい者
高齢者
ひきこもり

アウトリーチによる支援
多職種チームアプローチ

被災者自助グループの育成

- おじころグループ
(単身生活中高年男性グループ)
- アルコールグループ

医療・福祉サービス への転換

●集中型ケアマネジメント

- 医療サービス
(往診・訪問看護)
- 福祉サービス
(相談支援・生活訓練)

●自助グループ

- 医療サービス
(デイケア・集団療法)
- 福祉サービス
(地域活動支援センター)

**疾患、障がいがないと利用が困難
すでに他の事業所で利用中の場合、
重複**

●トライージ

- 本来行政サービス、行政の委託等
が適当

震災支援に関する活動：震災こころのケアに関する事業として継続？

福島県全域（福島-A）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 田島良昭¹⁾

研究協力者（主筆頭者に ） 武田牧子¹⁾ 田島光浩¹⁾ 横山浩之²⁾ 石井千恵³⁾ 石塚忠晴⁴⁾
東海林崇⁵⁾

- 1) 社会福祉法人 南高愛隣会
- 2) 福岡大学 医学部精神医学教室
- 3) 医療法人社団 清心会 藤澤病院
- 4) 社会福祉法人 郡山コスモス会
- 5) 株式会社 浜銀総合研究所

要旨

昨年度実施した実行委員会は、障害者福祉事業所同士の定期的な集まりとなり、主体的に情報交換や連携強化事業を実施した。その事業がベースとなり、平成25年6月に「ふくしまこころのネットワーク（旧福島県精神障害者自立支援事業所連絡会）」が再構成された。

今年度は、ふくしま心のネットワークと協働して研究事業を実施し、福島県内の精神障がい者福祉サービス事業の向上を目的に、作業所同士の連携強化と人材育成の仕組みのための研修及び運動療法プログラムを導入したところ、利用者が積極的に楽しんで参加し、運動量、会話とも活発になり、原発被災による運動量の低下を補うプログラムとの感触を得た。

A. 研究地区の背景

分担研究班が担当している福島県の浜通り地区にある精神障害者福祉事業所は、地震や津波による直接被害以上に、福島原発事故の影響が大きく、現在も避難先の二本松で事業を継続している事業所、閉鎖せざるを得ず、いわき市の法人本部に吸収された事業所、一時避難した後に再開した事業所、事業所自らが、被災住民の支援を行った事業所など、それぞれの事業所が異なる事情を持ちながらも、精神障害者支援を継続している。

直接の避難区域ではないが、中通り、会津では、避難した障害者の利用が急増し、支援者不足や支援内容の再構築など新たな課題の対応に迫られている。

また、避難住宅でのせまい住環境や、放射線影響により、屋外の活動が大きく制限され、利用者や支援者の運動不足による体力低下や、体重増加などの新たな課題も浮き彫りになっている。

このような実情を踏まえると、福島県内の精神障がい者には体重増加に伴う生活習慣病等のリスクが増大していることが想定される。

以上のような背景から、本事業では福島県内の精神障がい者を対象に、仲間と楽しみながら運動不足を解消し、生活習慣の改善に取り組み、ひいては体重の増加傾向を抑えるための運動療法プログラムを開発し、その有効性を検証する。

なお、健康日本 21 など指摘されている通り、

メタボリックシンドロームなどの体重の増加傾向に影響を与える要因として、「不規則な食生活」「身体活動・運動不足」「喫煙や過度の喫煙」などがあげられていることから、「運動療法プログラム」の有効性を検証する上での交錯因子も想定した上で研究を進めていく。

なお、平成 25 年度は次年度に本格運用していくためのパイロット調査的位置づけで進めるため、事業の周知やプログラム内容のリニューアル等に活用していきたい。

B. 支援活動の実施における準備

1) 企画委員会の開催

第 1 回を 7 月 29 日に開催し、その後月 1 回程度の委員会を開催し、研修会や運動プログラムの開発や実施に向けての準備を行った。

今年度事業のメインは運動プログラムのニーズが高かったことから、福岡大学の横山浩氏と藤澤病院石井千恵氏の二人の運動療法士に研究協力者に参加いただき準備にあたった。

2) 運動プログラムについて

実施にあたっては、効果測定を行うに当たって、倫理審査会を開催し、同意書や健康状態チェック表の一部修正を条件に承認を得た。

その後効果測定を行うために、体力測定を実施した。

C. 現在構築されている支援体制と実施事業

1) 支援体制

図表 1、図表 2 の通りである。昨年度と大きく違うのは、心のネットワークが母体となり、その団体へ福島 A チームの我々がバックアップするという支援体制とした。

2) 実施事業

この支援体制を元に、研修事業と運動プログラムのパイロットテストを行った。

スキルアップ研修

事例検討会【計画相談と個別支援計画】

認知行動療法研修会（予定）

運動プログラムの実施

体力測定

運動プログラムの実施

共催事業

地域移行支援研修会（県事業と共催）

ばんだいのつどい

3) 運動プログラムの実施概要

運動療法プログラムの開発

日本スポーツ精神医学会監修、特定非営利活動法人健康医科学協会作成「ウェルネス運動プログラム」(2009)を改良したプログラムを活用した。「解説書の監修のことば」によれば、精神障がい者の精神的な働きかけだけではなく、身体面への働きかけに着目し、ライフスタイルの課題や非定型抗精神病全般の課題である体重増加予防、運動による気分改善や社会生活の向上を目的に作成されたものである。

本事業で活用した運動療法プログラムは同プログラムに「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の意見を踏まえ、福島在住の精神障がい者用に改善を加えたものである（研究協力者 横山 石井により作成）。その構成を DVD に VTR で収録し配布した。

運動療法プログラムの周知

開発された運動療法プログラムは、作成段階では「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の従業員に周知されていないことから、運動療法プログラムの重要性及び実施方法の周知を行った。また、利用者に対しても同様に DVD を活用して周知を図った。

利用者が率先して自分から参加することが理想であることから、その必要性について説明をし、継続してもらうための工夫を行った。

なお、はじめ、協力事業所の担当職員を対

象とした運動療法プログラムに関する集合研修を実施した。

運動療法プログラムの普段の活動への組み込み

運動療法プログラム自体は「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の日中プログラムのひとつとして組み込んだ。そのため、事業所の判断により、運動療法プログラムの実施状況に違いが出ている。また、運動療法プログラムへの参加は任意とした。途中体調不良等によりプログラムを中断すること、途中参加することも自由とした。

4) 効果測定枠組み

独立変数

効果測定を行う際の独立変数として、運動療法プログラムの実施状況を設定した。運動療法プログラムへの参加は任意であるため、参加していない人と参加した人(参加した人でもその参加頻度)により比較を行うこととした。

従属変数

文部科学省(2000)が策定した「新体力テスト実施要項(20~64歳対象)に基づき体力測定を行った。独立変数の状況により従属変数が有意に影響がある場合に、効果があると判断することとした。なお、具体的な測定内容については、後述のコラムを参照されたい。体力測定は、運動プログラムを開始する前と本事業が完了する時期の2回実施することとした。

コントロール変数

従属変数に影響を与える因子として、年齢及び性別があげられる。したがって、従属変数の影響を判断する場合に、年齢と性別の差異を確認することとした。

【体力測定について】

体力測定の意義

今年度の調査は、精神障害者の肥満(生活習慣病)や運動不足に対するアプローチ方法の予備的調査だと理解している。生活習慣病や肥満

を改善するには、食習慣の見直しと、運動の習慣化が大切となる。では、どんな運動を取り入れるとよいのか?それを判断するため、精神障害者の体力の実態を把握し、適切な運動療法プログラムを構築すること、そして、その継続に向けて測定結果を活用すること、ここに体力測定の意義がある。

今回は、体力の身体的要素である行動体力の6種目を測定する。体力あるいは運動能力には個人差があるが、競技選手の体力向上とは根本的に異なり、他人と比較して悲観し、優れているからと言って自慢するものではない。今回の体力測定もあくまでも自分の現在の体力を知ること、そして、改善を図るとともに向上に向けて目的意識を持ち継続的な取り組みを確立していくことが大切となる。

体力測定項目

(1) 筋力(握力)

握力は上肢の筋力を代表するもので古くから測定されている。日常生活の中でも、箸も持つ、ハンドルを握る、字を書く、何かにつかまって立つ、ドアを開けるなど多くの場面がある。この筋力がどのくらいのレベルにあるのか把握することは必要である。

(2) 全身持久力(最大酸素摂取量)(20mシャトルラン)

最大酸素摂取量(体重1kgあたり1分間でどれだけ酸素を取り入れることができるかの指標)を測定する。心肺持久力の低い方は、心臓病にかかりやすいと言われており、精神障害者は一般の方よりそのリスクは高いと言われている。さらに、多くの精神障害者は疲れやすいと言われているが、その疲れやすさと関連の深い項目になると考えている。

*運動を安全に、しかも生活習慣病の予防・改善に最も効率の高い運動強度、運動時間、運動頻度の指標となるものである。

(3) 柔軟性(長座体前屈)

腰から背中、大腿部の筋肉の柔軟性をみる

項目である。精神障害者の多くは苦手意識が強いと思うが、筋肉の柔らかさは日常生活や運動に関わる重要な要素であり、身体の老化にも繋がる。また、腰痛や姿勢の悪くなる原因の1つに柔軟性の低下が言われている。

(4) 敏捷性(反復横とび)

日常行動での素早さと深く関わっている。精神障害者の多くは、動きの緩慢さが言われている。薬物療法の影響も予想されるが、作業への素早い取り掛かりや転倒時の素早い防御などにも通じるものである。

(5) 筋持久力(上体起こし)

腹筋の持久力を測定する。一つの運動をどれくらい長く持続してできるのか、また、繰り返すときの疲れ具合など筋力の動的な持続力をみる。精神障害者の多くは肥満傾向にあるが、肥満者の筋持久力は、一般的に低い傾向にある。また、腹筋が弱いと背筋とのバランスが崩れ腰痛の原因の1つとも言われている。

(6) 瞬発力(立ち幅跳び)

瞬時に出せるパワー(力×スピード)を測定している。筋力を発揮する際、スピードが速いものほど、そのパワーは大きくなる。この項目は、体の一部分的な能力を測定するものではなく、身体全体をバランスよく使いこなす能力をみることと関わりが深いとされている。精神障害者の多くは不器用な方が多いと言われているが、体をバランスよく使いこなす能力も課題となる。

5) 実施結果

調査対象

「ふくしま心のネットワーク」参加事業者の中から、本事業に協力できる事業者を募った結果、7事業者から協力を得られ、各事業所の利用者122人が本調査の協りに同意した。

運動療法プログラム実施状況

運動療法プログラム実施状況は以下のとおりである。事業所により、ほぼ毎日運動療法プ

ログラムを実施した事業所と週に2~3回程度実施したところ、運動療法プログラム実施が間に合わなかったところがあった(図表3)。

体力測定実施状況

体力測定は、運動療法プログラムを実施する前の2013年12月~1月に第一回目、運動療法プログラムを実施した後の2014年2月~3月に第二回目を実施した。第一回目はすべての調査協力者が参加したが、2回目は41人が参加し、1回目に対する2回目の割合は37.7%であった(図表4)。

調査対象者の属性

調査対象者属性は以下のとおりである。1回目と比較して2回目の男女比はほぼ同じであるものの、60歳以上の割合が構成比として高い。特に、60歳以上男性の割合が高くなっているのが特徴である(図表5)(図表6)。

生活習慣・運動習慣

第一回体力測定時に調査協力者の生活習慣や運動習慣について確認した。その結果が次のとおりである。なお、一部の協力事業所について、生活習慣・運動習慣を確認していない事業所があるため、一定の無回答が発生している。

普段運動スポーツ実施状況、実施時間について、ほとんど実施していない結果であることが、本調査から明らかになった。したがって、本事業の趣旨である「利用者や支援者の運動不足」について、改めて確認することができた。

(1) 主観的健康感

健康、大いに健康との回答を合わせると55.8%が健康だと回答しており、あまり健康ではないと回答する利用者を上回った

(図表7)。

(2) 体力感

自身の体力について地震があるかどうかについて、39.3%が「ふつう」と回答している。また、「自身がない」との回答も35.2%と多い(図表8)。

(3) スポーツクラブへの所属

全員がスポーツクラブに所属していない
(図表 9)

(4) 運動スポーツ実施状況

時々(週に2-3日)実施する方が23.8%であるのに対し、「しない」との回答が43.4%となった。半数弱の方が運動をしていないことが明らかになった(図表10)

(5) 運動・スポーツ実施時間

運動スポーツの実施時間は55.7%が30分未満であった。図表4-8で運動スポーツを実施していると回答している方でも、30分未満の短い時間の運動しかしていない方も含まれていると想定される(図表11)

(6) 朝食の有無

朝食は69.7%が毎日食べると回答している(図表12)

(7) 1日の睡眠時間

1日の睡眠時間は、6-8時間が46.7%と最も多い。一般的な睡眠時間とそれほど違いがないと想定される(図表13)

(8) 運動部・部活動経験

運動部・部活動経験はなしが48.7%であり、ありが31.1%であることから、運動部の部活動経験がない方が若干多い(図表14)

生活習慣病のリスク

続いて、生活習慣病のリスクである肥満状況と血圧の状況について確認した。結論としては、全体的に肥満傾向、高血圧傾向も強い。したがって、将来的な生活習慣病のリスクが一定程度あると想定される。

(1) 肥満度

肥満傾向にあるのは全体の49.9%であった。一方、標準体重となっている方は35.2%にとどまっている。なお、性別による違いはあまりない(図表15)

(2) 血圧

軽症以上の高血圧症の値となったのは23.8%であった(図表16)

体力測定結果

先述の文部科学省(2000)における「新体

力測定」に基づき、体力測定を実施した。なお、文部科学省が毎年公開している体力運動能力調査(2014)結果と比較し分析をした。なお、分析の際同調査結果が5歳刻みの結果であることから、各年代の中央値を算出し、下図下段に平均値を記載した。

結果をみると、同性同年代の平均値と比べ今回の調査結果は低かった。全体として体力不足であることが明らかとなった。

(1) 握力

握力の結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表17)

(2) 上体起こし

上体起こしの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表18)

(3) 長座体前屈

長座体前屈の結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表19)

(4) 反復横跳び

反復横跳びの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表20)

(5) 20mシャトルラン

20mシャトルランの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表21)

(6) 立ち幅跳び

立ち幅跳びの結果は、いずれも平均値より低い結果であった(図表22)

(7) 開眼片足立ち²

開眼片足立ちは図表23のとおりである。

6) 結果の考察

(1) 体力測定の実施効果

調査結果から、生活習慣病のリスク(肥満度が高い、高血圧症)が高いことが明らかとなった。また、体力測定の結果は同性同年代の値と比べて総じて低く、体力が低いことが明らかと

¹ 図表17以降で統計値と記載があるところは、文部省が実施する体力運動能力調査(2014)の結果である。

² 体力運動能力調査(2014)では、開眼片足立ちは65歳以上の集計しか行っていない。本事業の中では、希望者全員実施した

なった。これらのことから、運動療法プログラムを実施し、体力をつけ、肥満や高血圧症の解消につなげていくことが重要であるということが出来る。

また、体力測定自体は参加者が楽しんで参加し、数値により自身の体力の状態を把握することができることから、意義のあるものだと考えられる。

精神障害者の体力特徴は、未だ明らかにされていない。これまでの先行研究は、その施設間の特徴に過ぎず、今回の南相馬調査でもかなりの低体力が予想される。だからこそ1つの施設の特徴で終わらせず福島の高ヶ所かの施設で測定できれば福島の特徴として対策を考えることができると思われる。

体力は、複合した能力である。一つの測定項目結果で、体力を表すことはできない。個人によって得意項目、不得意項目はあるが、それを明らかにし、バランスよく体力向上することが、精神障害者のよりよい日常生活に繋がり、しいては生活習慣病対策になると考えている。

(2) 調査実施期間における生活習慣病リスクの改善

肥満度と血圧について、第一回体力測定時と第二回体力測定時の比較を行った。肥満度が改善したのは32.7%であるのに対し、悪化したのは4.6%であった。それ以外は改善や変化が見られなかったのは55.8%であった(図表24)。

血圧については、「至適血圧」「正常血圧」「正常高血圧」を合わせた正常な血圧だったものの割合は、第一回体力測定時は42.6%であったのに対し、第二回目は45.6%であり、大きな違いはなかった(図表25)。

(3) 運動療法プログラムの効果

今年度の調査はパイロット調査であるため、運動療法プログラムの明確な効果は見いだせなかった。ただし、体力測定の結果、肥満による生活習慣病のリスクを抱えていることと、体力が同年代平均値と比べ劣っていることが明らかとなった。そのため、何らかの運動や食事

等に関するアプローチを行い、改善を行う必要がある。

今回の研究に協力した事業所の利用者は積極的に運動療法プログラムに参加しており、運動により生活習慣病のリスクの軽減や体力の向上に寄与することができると考えられる。

次年度に向けた課題を改善し、運動療法プログラムがより効果を発揮する者になるようにしていきたい。

D. 今後の課題と考察

運動プログラムについては、取り掛かったばかりであり、まだ一部の事業所で始めたにすぎない。

来年度は、希望するすべての事業所で運動プログラムを実施できるような支援を展開する予定である。

また、健康づくりとして運動プログラムが定着するために、どのような働きかけが必要か、モチベーションの持続方法が課題である。

もう一つの課題として、体力や自己効力感などの改善がみられたかどうかを、検証することが課題である。

そのための調査項目を検討し、年度当初から実施する計画である。

E. 結論

支援を開始して当初は精神障害者福祉事業所支援者だけの支援であったが、今年度は支援者支援を通じて、利用者支援の具体的な導入まで支援を実施できた。

来年度は上がってきた課題解決のための支援体制を構築する予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

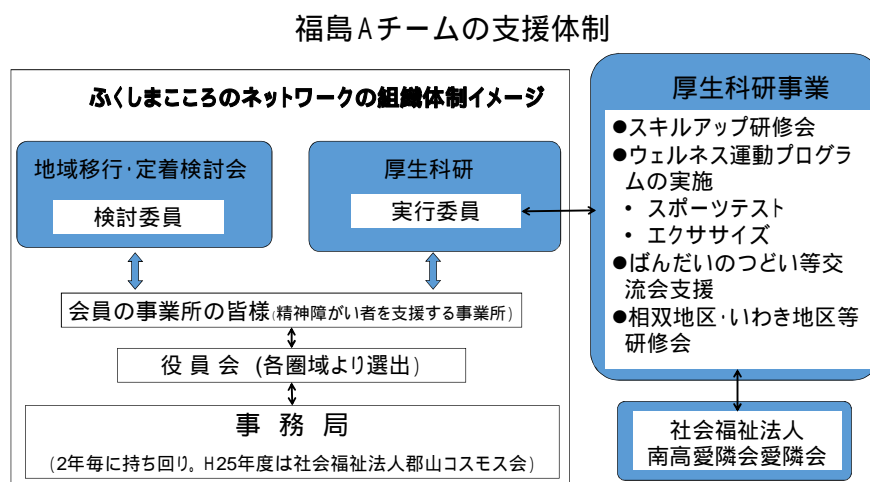
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

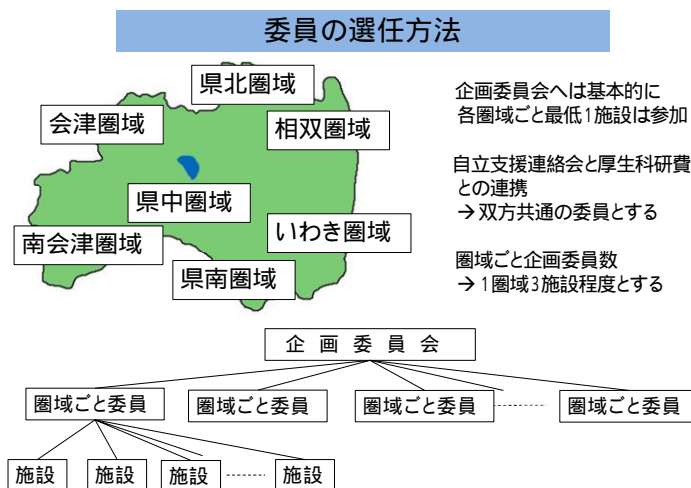
- 1) 文部科学省 2012 平成 24 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査

- 2) 横山浩之、西村良二：臨床精神医学 40：2011 統合失調症とスポーツ療法
- 3) 横山浩之、西村良二：臨床精神医学 31(11)：2002 精神科ディケアにおける運動・スポーツの効用について検討
- 4) 泉水宏臣、永松俊哉、井原一成、中川正俊：体力研究 No107 2009 回復期にある精神疾患患者を対象とした運動療法の試み
- 5) 植屋清見、小山慎一：文部科学省新体力測定に関する体力・ADLL・QOL と日常生活実態の関連：帝京科学大学紀要 Vol(2011)

図表 1. 現在構築されている支援体制



福島こころのネットワークから、実行委員を選出

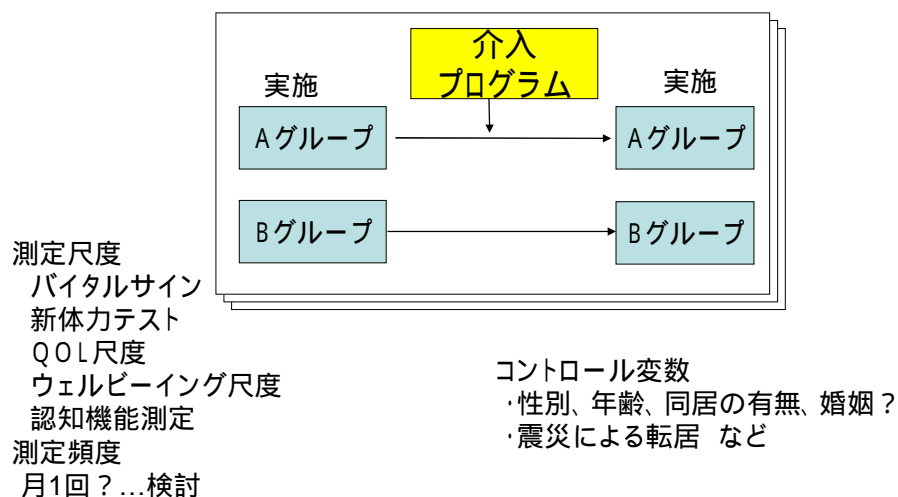


図表 2. 研究設計

研究設計

調査フレーム

仮説 「認知行動療法による運動療法」を実施することで、「体調等(測定尺度 ~)」が改善される



図表 3 . 運動療法プログラム実施状況

	1月実施日	2月実施日	3月実施日
ウィズピア	19	19	0
郡山コスモス会	21	20	4
コーヒータイム	-	-	-
あさがお	-	-	-
こころん	7	12	4
あさがお	-	-	-
希望の森	-	-	-
ジョイ	-	-	-

図表 4 . 体力測定実施状況

	実施人数	1回目に対する2回目の割合
1回目	122人	-
2回目	46人	37.7%

図表 5 . 体力測定実施時調査協力者の属性 (第一回目)

	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	無回答	計
男性	10	8	18	18	18	0	72
女性	4	8	9	12	14	2	49
無回答	0	0	0	0	0	1	1
計	14	16	27	30	32	3	122
	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	無回答	計
男性	8.2%	6.6%	14.8%	14.8%	14.8%	0.0%	59.0%
女性	3.3%	6.6%	7.4%	9.8%	11.5%	1.6%	40.2%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
計	11.5%	13.1%	22.1%	24.6%	26.2%	2.5%	100.0%

図表 6 . 体力測定実施時調査協力者の属性 (第二回目)

	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	無回答	計
男性	4	2	5	4	12	0	27
女性	2	3	5	4	4	1	19
無回答	0	0	0	0	0	0	0
計	6	5	10	8	16	1	46
	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	無回答	計
男性	8.7%	4.3%	10.9%	8.7%	26.1%	0.0%	58.7%
女性	4.3%	6.5%	10.9%	8.7%	8.7%	2.2%	41.3%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	13.0%	10.9%	21.7%	17.4%	34.8%	2.2%	100.0%

図表 7 . 主観的健康感

	大いに健康	健康	あまり健康でない	無回答	合計
度数	8	60	32	22	122
%	6.6%	49.2%	26.2%	18.0%	100.0%

図表 8 . 体力感

	自信がある	ふつう	自信がない	無回答	合計
度数	11	48	43	20	122
%	9.0%	39.3%	35.2%	16.4%	100.0%

図表 9 . スポーツクラブへの所属

	所属している	所属していない	無回答	合計
度数	0	100	22	122
%	0.0%	82.0%	18.0%	100.0%

図表 10 . 運動スポーツの実施状況

	ほとんど毎日	時々	ときたま	しない	無回答	合計
度数	11	29	7	53	22	122
%	9.0%	23.8%	5.7%	43.4%	18.0%	100.0%

図表 11 . 運動スポーツ実施時間

	30分未満	30分-1時間	1-2時間	2時間以内	無回答	合計
度数	68	19	2	3	30	122
%	55.7%	15.6%	1.6%	2.5%	24.6%	100.0%

図表 12 . 朝食の有無

	毎日食べる	時々食べない	食べない	無回答	合計
度数	85	14	3	20	122
%	69.7%	11.5%	2.5%	16.4%	100.0%

図表 13 . 1日の睡眠時間

	6時間未満	6-8時間	8時間以上	無回答	合計
度数	15	57	26	24	122
%	12.3%	46.7%	21.3%	19.7%	100.0%

図表 14 . 運動部・部活動経験

	あり	なし	無回答	合計
度数	38	59	25	122
%	31.1%	48.4%	20.5%	100.0%

図表 15 . 肥満度

	低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
男性	3	30	18	12	1	0	8	72
女性	1	13	20	9	0	1	5	49
無回答	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	4	43	38	21	1	1	14	122

	低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
男性	2.5%	24.6%	14.8%	9.8%	0.8%	0.0%	6.6%	59.0%
女性	0.8%	10.7%	16.4%	7.4%	0.0%	0.8%	4.1%	40.2%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
合計	3.3%	35.2%	31.1%	17.2%	0.8%	0.8%	11.5%	100.0%

図表 16 . 血圧

	至適	正常	正常高血圧	軽症	中等症	重症	無回答	合計
度数	27	9	16	19	7	3	41	122
%	22.1%	7.4%	13.1%	15.6%	5.7%	2.5%	33.6%	100.0%

図表 17 . 握力

実測値	右	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	35.9	40.1	37.3	37.8	32.4	36.3
	女性	27.9	24.3	22.8	23.9	22.2	23.8
	左	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	34.0	37.0	35.5	35.8	29.6	36.3
	女性	25.0	22.8	20.5	22.7	20.0	23.8
統計値	平均値	29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	
	男性	47.2	47.7	47.3	45.5	38.6	
	女性	28.5	29.1	29.4	27.7	24.1	

図表 18 . 上体起こし

実測値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	14.4	11.1	9.7	10.5	6.5	9.9
	女性	1.8	9.6	6.4	8.0	3.6	5.7
統計値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	
	男性	28.1	24.7	23.0	20.3	14.1	
	女性	19.9	17.0	16.2	13.5	8.5	

図表 19 . 長座体前屈

実測値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	26.4	25.5	22.3	27.5	18.8	23.6
	女性	17.0	27.8	26.7	27.5	35.1	29.2
統計値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	
	男性	45.0	41.6	40.5	39.2	36.6	
	女性	45.0	43.0	42.6	42.1	40.3	

図表 20 . 反復横跳び

実測値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	32.6	20.9	14.1	17.9	8.4	16.9
	女性	12.8	14.1	12.6	20.9	14.3	14.9
統計値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	
	男性	53.6	49.4	47.2	44.0	39.4	
	女性	44.6	42.0	41.6	39.7	34.8	

図表 21 . 20m シャトルラン

実測値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	計
	男性	25.1	11.1	8.9	8.1	3.2	9.8
	女性	2.5	6.9	4.6	2.2	0.9	3.2
統計値		29 歳未満	30 歳-39 歳	40 歳-49 歳	50 歳-59 歳	60 歳以上	
	男性	69.4	54.6	46.3	36.6	28.4	
	女性	36.3	29.0	26.1	21.2	16.0	

図表 22 . 立ち幅跳び

実測値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
	男性	131.5	123.0	85.2	108.9	49.4	92.8
	女性	48.5	59.9	56.6	89.5	48.1	63.6
統計値		29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	
	男性	224.3	213.5	203.7	190.1	176.2	
	女性	164.8	158.9	153.7	142.4	129.2	

図表 23 . 開眼片足立ち

	29歳未満	30歳-39歳	40歳-49歳	50歳-59歳	60歳以上	計
男性	41.5	27.8	12.4	12.8	14.5	18.8
女性	5.8	9.4	12.9	4.2	2.5	7.3

図表 24 . 生活習慣病リスクの改善状況（肥満度）

		第二回目							
		低体重	標準	肥満(1度)	肥満(2度)	肥満(3度)	肥満(4度)	無回答	合計
第一回目	低体重	2	0	0	0	0	0	0	2
	標準	2	16	1	0	0	0	0	19
	肥満(1度)	2	4	5	1	0	0	0	12
	肥満(2度)	0	3	2	1	0	0	0	6
	肥満(3度)	0	0	0	1	0	0	0	1
	肥満(4度)	0	0	0	0	0	0	0	0
	無回答	0	0	1	0	0	0	2	3
	合計	6	23	9	3	0	0	2	43
第一回目	低体重	4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%
	標準	4.7%	37.2%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.2%
	肥満(1度)	4.7%	9.3%	11.6%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	27.9%
	肥満(2度)	0.0%	7.0%	4.7%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	14.0%
	肥満(3度)	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%
	肥満(4度)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	無回答	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%	7.0%
	合計	14.0%	53.5%	20.9%	7.0%	0.0%	0.0%	4.7%	100.0%

図表 25 . 生活習慣病リスクの改善状況（血圧）

	至適	正常	正常高血圧	軽症	中等症	重症	無回答	合計
1回目	27	9	16	19	7	3	41	122
2回目	10	6	5	6	0	0	19	46
1回目	22.1%	7.4%	13.1%	15.6%	5.7%	2.5%	33.6%	100.0%
2回目	21.7%	13.0%	10.9%	13.0%	0.0%	0.0%	41.3%	100.0%

相双地区（福島-B）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者（主執筆者に ） 高木俊介²⁾ 三品桂子³⁾ 米倉一磨⁴⁾ 須藤康宏⁵⁾
上久保真理子⁶⁾

- 1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
- 2) たかぎクリニック
- 3) 花園大学 社会福祉学部 臨床心理学科
- 4) 相馬広域こころのケアセンターなごみ
- 5) メンタルクリニックなごみ
- 6) 医療法人社団互啓会 ぴあクリニック

要旨

東日本大震災による被災の中でも福島県相双地区（福島-B）においては、福島第一原子力発電所の事故によって精神科医療保健福祉サービスが壊滅状態となった。「NPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」によって平成24年から相馬広域こころのケアセンターなごみ（以下なごみ）が開設され、ついでメンタルクリニックなごみが開設された。現在は、震災PTSDやアルコール関連問題等地域からのニーズに添った活動を行い、来年度より訪問看護ステーションを開設する予定であり、今年度の支援活動はそれらに焦点をあててきた。そのために行ったことは以下の4点である。 訪問看護ステーション設立準備支援：全国4カ所の訪問看護ステーションを訪問・研修し、ノウハウを学んだ。 なごみの活動、とりわけアウトリーチに対するスーパービジョン：今年度は同じスーパーバイザーを継続的に派遣し、現地のニーズにそった助言・指導・学習を行った。 外部への広報活動：精神障害者リハビリテーション学会沖縄総会にて自主シンポジウムを行った。 震災PTSDなど地域の支援ニーズに対する研修：震災後PTSDについて保健福祉医療関係者と一般市民に対する啓発・教育のために講演会を行った。その結果、前回支援と比べると現地チームスタッフ相互の有機的な連携が図れるようになり、ミーティングの量も増えていることがわかった。相馬地域の精神保健福祉システム形成においてなごみに求められる役割が著しく増大しており、それらの一つ一つを通して相馬地域の精神保健福祉システムが形成されつつあり、なごみのスタッフに求められるスキルもより高まりつつある。多岐にわたるスキルをどのようにスタッフが獲得していき、精神保健福祉システム形成に役立てていくのが課題である。特に、被災より3年近く経過してより顕在化していくであろうPTSD、うつなどに関する理解を深める、ミーティングを含めて支援の質をあげる必要がある。

A. 研究地区の背景

東日本大震災による被災の中でも福島県相双地区においては福島第一原子力発電所の事故によって、すべての精神科病院、自立支援事業所の避難を余儀なくされ、精神科医療保健福祉サービスはその直後から壊滅状態となっていた。震災から3年後の現在、自立支援事業所のほとんどが再開したものの、警戒区域に開設していた事業所は避難場所での再開であり完全な復興は遂げていない。

福島県立医科大学こころのケアチームが震災直後より発足して相馬市を中心とした支援を進めてきたが、その活動を継続的に進めて行くため、平成23年11月にNPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会が設立された。その会によって平成24年1月10日に相馬市、南相馬市を対象地区として、相馬広域こころのケアセンターなごみ(以下なごみ)が開設され、被災者の支援や障害者の支援をおこなっている。

また、同時に精神監護法の制定の発端となった相馬事件以来、精神科医療機関が開設されることはなかった相馬市において、メンタルクリニックなごみが開設された。

現在、なごみクリニックは法人化されて、それまで沖縄など遠方からの支援体制に頼っていた医師も、蟻塚亮二医師を常勤医師として迎え、地に足のついた診療体制を敷くことによって、それまで診療の追いついていなかった震災PTSDと診断されるケースが増え、地域からのニーズに添った活動となっている。

こころのケアセンターなごみは、来年度より訪問看護ステーションを開設する予定であり、今年度の支援活動はその準備支援が大きな課題となった。

B. 支援活動の実施における準備

平成25年5月に相馬広域こころのケアセンターなごみで行われた、国立精神・神経医療研

究センター研究員による前年度の支援活動についてのインタビューでは、以下のような点が現地より語られていた。震災後2年となり、なごみの側の支援体制が整いつつあり、実践のなかで関係機関とのカンファレンスも増えてきて連携ができるようになってきた。

しかし、地域全体として復興に向かっているとは言いにくく、原発事故による避難者の問題も含めて、一部の被災者が置き去りにされつつある。さらに、被災による混乱の中で潜在化していた課題がさらに蓄積され、困難ケースとして顕在化してきている。

そのために、活動範囲の際限なく広がる中でスタッフの困惑が広がり、心身の疲労や疲弊が懸念される。

このような状況の中で、外からの支援に期待することは、知識や技術のさらなる習得と同時に、より具体的な支援方針についてのコンサルテーションが得られるような場が必要ではないか。その場合、現地との関係性が築けた担当者が継続的にスーパービジョンを行うのが好ましい。全国のACTの見学については、アウトリーチによる生活支援が具体的にわかってよかったという意見と、現実の相双地区の状況の中でACTのように特殊化された支援方法ではなくもう少しジェネラルな学習が必要ではないかという意見があった。

また、被災から2年たち、そろそろ自分たちが話をしてもいい時期に来ているのではないかという意見も出された。

Aに述べた背景と上記のような意見・反省から、今年度は以下の活動が準備された。

1) 訪問看護ステーション設立準備支援

来年度の訪問看護ステーション設立をにらんで、ACT活動に限らず全国の訪問看護ステーションの活動に広く学び、その経営・運営のノウハウも含めて研修を行う。具体的には以下の訪問看護ステーションを4班に分かれて見学・研修する。

訪問看護ステーション「元」(立川市)
訪問看護ステーション「円」(立川市)
訪問看護ステーション「庄内」(鶴岡市)
ピアクリニック(浜松市)

2) なごみの活動に対するスーパービジョン

今年度は同じスーパーバイザーを継続的に派遣し、現地のニーズにそった助言・指導・学習を行う。なごみ側のチームリーダーとスーパーバイザーのやりとりによって事前にチームの課題を把握、コンサルテーション内容を確認した。また、来年度より訪問看護ステーションを開設するにあたり、情報をどのように共有していくのかなどある程度具体的なノウハウを教えてほしいとのことであった。

そのため、毎回スタッフ全員を前にしての1時間ほどの講義・演習を行うこととし、30~40枚のスライドを予め作成した。

3) 外部への広報活動

東北大震災の中でも、原発事故による避難をとまなう特殊な状況の語り部として、外部に積極的に経験を話す。そのため精神障害者リハビリテーション学会沖縄総会にて自主シンポジウムを行う。

4) 震災 PTSD など地域の支援ニーズに対する研修

震災からの時間経過となごみの活動の充実と共に表面化してきた現地ニーズに対して、保健福祉医療関係者と一般市民に対する啓発・教育のために講演会を行う。計画されたのは、

メンタルクリニックなごみ院長の蟻塚医師による今震災によって生じた PTSD、および沖縄の戦争 PTSD について

次第に深刻化するアルコール依存についての二つである。(アルコール問題については今年度未達)

C. 現在構築されている支援体制

各支援活動について順次その実施結果について報告する。

1) 訪問看護ステーション設立準備支援

- ・平成 25 年 10 月 16 日~18 日
訪問看護ステーション元 2 名
- ・平成 25 年 12 月 8 日~14 日
訪問看護ステーション円 4 名
- ・平成 26 年 1 月 16 日~18 日
訪問看護ステーション庄内 3 名
- ・平成 26 年 3 月 3 日~7 日
ピアクリニック 1 名

以上 4 カ所を見学・研修した。

どの班にとっても訪問看護ステーションを具体的に知るのははじめてであり、しかも今後実際に自分たちで運営するとあって、レセプトの処理など純経済的なことまで含めて真剣に学んできた。「円」「元」は訪問看護ステーションに加えて生活訓練事業なども行っており、資源の少ない現地でこの経験をどう生かすかを考えさせられている。「庄内」では医療関係機関との関係の円滑さの必要性や、地域住民へのあいさつの大切さなども学んだようである。

2) なごみの活動に対するスーパービジョン

今回の研究班の事業の中では中核に位置づけられる活動であるが、報告書作成時点ではまだ活動が完了していない。3 回の連続スーパービジョンのうち 2 回が完了し、平成 26 年 3 月中に第 3 回が行われる予定である。本報告では、これまでの 2 回のスーパービジョンを行ったピアクリニックの上久保氏の報告と、なごみの感想を記した報告から抜粋する。

スーパーバイザーより

1 月 27 日(月)~29 日(水)

2 月 17 日(月)~19 日(水)

3 月 10 日(月)~12 日(水)の 3 回に分けてチームのコンサルテーションを行った。

(3 月分は本報告書執筆時点では未施行)

スタッフ全員を対象とした講義・演習

全般に個々の切実な思いや本音が出にくい雰囲気があるので、まずは上久保が状況やさまざまな感情に関して生々しく語ることを心がけた。

第1回：

「診療所と訪問看護ステーションの情報共有、多職種連携をどのように行っているのか」

うまくいった事例とうまくいかなかった事例について実際の写真なども交えて具体的に伝える。ACT 全国研修準備をめぐるチーム内の混乱と葛藤を生々しく伝え、多職種チームの可能性と難しさについて改めて感じていただき、そのようなことがらを話しても良い雰囲気作りの醸成に努める。

第2回：

「チームの成長と ACT フィデリティ評価」

びあくクリニック ACT チームはフィデリティ評価を通して非常に成長したといえるため、フィデリティ評価とは何か、どのような点を評価するのか、どのように評価されチームとして成長していったのかをお伝えする。

第3回：

「リカバリーとストレングスモデル」

訪問同行、事例検討会への出席などを通して、リカバリー志向、ストレングスモデルの理解を深める必要性を認識する。そのため、演習形式でリカバリーとストレングスモデルについて最低限の理解を図る予定である。支援全体を通じ、継続してチームに入ることによって、チームを評価することも大きな役割でもあるので、チームの成長に関しては積極的に評価、ミーティングでスタッフ全員の前でも報告した。上記のスーパーバイザーからの報告に対して、現場の側からの感想もあがっている。

第1回：ピアクリニックのキャッチメントエリアや訪問の調整について実際に行っている訪問看護の苦勞を知ることができた。立ち上げから現在までの苦勞やチーム内で起こることについて、なごみが抱えている問題と共通していることが理解できた。

また、地域の資源と効果的に連携できるかも課題であり、地域で支える一つの支援機関としての存在意義について共通した目標であると共有できた。

第2回：ACT で行っているフィデリティの実際について説明を受けた。自己満足に陥らない支援を行うには、何らかの基準に沿った支援を行うことが重要であるとわかった。当センターでも、ACT を行うかどうかはわからないが、このような、外部評価を受けることも利用者にとっても必要なことであると言える。しかし、当事者に対するよりきめ細かな支援は、チームにゆだねられている。今後も、ACT ネットワーク等の連携を保ちながら支援を行う必要がある。

以上、スーパービジョンを行う側と受ける側の報告をすりあわせてみると、今回の支援においては両者の目標がかなり共有され達成されていると思われる。

3) 外部への広報活動

日本精神障害者リハビリテーション学会第21回沖縄大会(平成25年11月28日~30日)にて自主シンポジウム「福島からの発信~原発事故にともなう病院避難と地域精神保健・医療福祉システムの構築~」を開催した。演題抄録を抜粋する。

「演者らは、いずれも警戒区域内の精神科病院に勤務していた職員である。予想だになかった入院患者の搬送・転入院という異常事態を収束させ安堵したのも束の間、地元の精神医療機関が壊滅状態であることに気づく。全国からの支援医師やコメディカルによる臨時精神科の開設、こころのケアチームによる保健活動の展開、従業員不足の福祉施設に対するエンパワメントなどを通じ、包括的な地域精神保健・医療福祉システムの構築が叫ばれた」となごみ開設にいたる経緯を話し、「原発事故という未曾有の状況下における活動であるが、実施している内容そのものは全国にも十分波及しうるも

のと思う」と報告された。

実際には、30名の参加を得て、「今後、興味・関心・記憶が他地域の方々より薄くなっていく可能性があるため」経験を伝えていく使命を確認し、なごみが先進的な取り組みを行って全国に発信していくという目標をたてることができた。

また、本事業と直接の関連はないが、第5回 ACT 全国研修 2013 浜松大会(平成 25 年 11 月 23 日～24 日)でも分科会 2「被災地支援から考えるアウトリーチ」をなごみが担当し、50名の参加があったことも外部への広報活動の一環としてあわせて報告する。

4) 震災 PTSD など地域の支援ニーズに対する研修

平成 26 年 2 月 8 日、「相馬市はまなす館」にて「震災トラウマと PTSD」と題する蟻塚亮クリニックなごみ院長による講演会を行った。

参加者は 35 名。うつに苦しむ当事者や各支援団体、一般、福島放送の方など幅広い分野から参加があった。

福島県相双地区では、震災前から精神科を受診する敷居が高く、震災後、身体疾患として表れている被災者が多く見受けられる。

また、原発事故によって高齢化が加速し認知症なのか精神疾患なのかを見極め、受診を勧奨し早期に予防する支援も求められている。

このような現状で蟻塚医師の PTSD やトラウマ反応に関連したことを市民に向け普及啓発を行うことは、様々な問題が山積する相双地区には重要なことである。

D. 今後の課題と考察

スーパービジョンに関しては、2011 年に行った支援の際のチームと比べるとチームスタッフ相互の有機的な連携が図れるようになり、ミーティングの量も増えていた。

前回支援時に比べて、チームの機能の大きな

変化としてあげられるのが、相馬地域の精神保健福祉システム形成においてなごみに求められる役割が著しく増大した点である。本来であれば行政の精神保健福祉センターや保健所が担うべき啓発・予防、各事業所で働くスタッフのための事例検討会のスーパーバイザーなども担っている。それらの一つ一つを通して相馬地域の精神保健福祉システムが形成されつつあり、なごみのスタッフに求められるスキルもより高まりつつある。多岐にわたるスキルをどのようにスタッフが獲得していき、精神保健福祉システム形成に役立てていくのが課題だろう。

特に、地域生活支援において指導理念となるリカバリーとストレングスモデル、被災より 3 年近く経過してより顕在化していくであろう PTSD、うつなどに関する理解を深めることは急務と思われる。

前回の事業報告において、なごみの支援体制の中でミーティングの量・質に不足があるのではないかという指摘があり、今回はなごみからもその点を具体的にかかわってほしいとの要望があった。ミーティングの量に関しては改善がなされたものの、ミーティングの質に関する課題はまだ多い。ミーティングが単なる報告会になっている、個々のケースでの悩みや苦勞が語られない、ミーティングでケースの支援方針が決定されないなどの課題はある。特に背景の異なる職種が集まる多職種チームにおいては価値観・理念、支援方針のすり合わせのためにもミーティングは重要な意義を有する。地域性もあるのかもしれないのだが、この点が喫緊の課題であろう。

訪問看護ステーションの開設に関しては、まったなしの来年度の事業であり、今後は設立にともなう現実的な困難に対するアドバイスや支援が求められるであろう。これについては、本研究事業が縁となって、京都 ACT-K の訪問看護ステーションから定年退職となった看護師が一年間なごみに就職して協力を行うこと

になったことを付記しておく。

相双地区の経験を語り継ぐことは、その未曾有の大災害とともに、今後の日本の状況で決して想定外とはいえぬ事態であっただけに、将来的に重要性を増していくであろう。その語り部となることを決意した人々に対する支援を継続していきたい。

地域ニーズに関しては、時間の経過とともに次第に広範となり、顕在化してきている。今後は、講演会にとどまらず地域のゲートキーパーを増やし自殺予防やメンタルヘルス向上のためにも勉強会や研修会といった形で進める必要がある。また今回は、現地側の繁忙のためこれ以上の講演会を行うことができず、予定していたアルコール関連障害についての講演会開催は今後の事業として残された。

E. 結論

1) 前回支援時に比べて、相馬地域の精神保健福祉システム形成においてなごみに求められる役割が著しく増大している。そのため、なごみのスタッフに求められるスキルもより高まりつつあり、多岐にわたるスキルをどのようにスタッフが獲得していき、精神保健福祉システム形成に役立てていくのかが課題である。

その課題に対して、前回支援と比べて現地チームスタッフ相互の有機的な連携が図れ、ミーティングの量も増えているが、その質をどう上げていくかが問われる。

2) 訪問看護ステーション立ち上げに関しては、今回支援にて各所から運営・経営について学ぶことができ、来年度の実践に必要な知識を得た。

3) 今後、興味・関心・記憶が他地域より薄くなっていく可能性があるため自らの被災とそこからの復興の経験を伝えていく使命を確認し、なごみが先進的な取り組みを行って全国に発信していくという目標をたてることができた。

4) 講演会により、震災 PTSD と福島におけるその特殊性について学び、今後の実践に役立つ知識を得た。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

- 1) 須藤康宏：福島からの発信～原発事故とともになう病院避難と地域精神保健・医療福祉システムの構築～ . 日本精神障害者リハビリテーション学会第 21 回沖縄大会，沖縄，2013.11.28-30 .

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

宮古市（岩手-A）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者（主執筆者に ） 安保寛明²⁾ 瀬川康平³⁾ 平山恵子³⁾ 田代大吉⁴⁾ 小成祐介⁵⁾
吉田直美⁶⁾

- 1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
- 2) 特定医療法人 智徳会 未来の風せいわ病院
- 3) 宮古圏域障がい者福祉推進ネット
- 4) 医療法人財団 正清会 三陸病院
- 5) 社団医療法人 新和会 宮古山口病院
- 6) あすからのくらし相談室・宮古

要旨

宮古市は、人口が約6万人の都市であり岩手県沿岸の中心的都市である。精神保健福祉実施機関のうち病院や基幹的な役割をもつ福祉事業所は概ね機能を維持することができている。地域全体の様相の変化や震災後の地域化の取組みの変化などを受け、従前から地域精神保健医療福祉に関わる機関や事業所での取組みの強化など、地域化や専門化、ネットワーク化に向けたニーズが存在する。

そこで平成25年度は、当事者を中心とした普及啓発イベントや家族向け地域支援事業への協働、当事者も主体的に実践できるプログラム（WRAPクラス）や就労をテーマにした座談会の開催などを支援した。平成24年度に比して、沿岸地域の専門職者等が発案したアイデアを支援する形での支援者支援にシフトしてきている。今後も継続した支援が必要な状況である。

A. 研究地区の背景

1) 地域の概要

宮古市は、人口が約6万人の都市であり岩手県沿岸の中心的都市である。人口は岩手県沿岸部の市町村の中で最も多いが、県庁所在地である盛岡市からは北上山地を隔てて車で2時間という地勢的不利のため、人口も経済も減退傾向にある（表1）。また高齢人口比率も30%を超えている。

2011年3月11日に発生した東日本大震災により大きな被害を受けた。津波による人的被害としては、津波による家屋被害などによって震災後85箇所の避難所に8,889人が避難した。

同年8月10日に指定避難所を全て閉鎖した。

またこの震災による宮古市内の死者は407名、死亡認定者110名、合計517名であった。

住宅家屋被害は、全壊5,958戸、半壊1,174戸、一部損壊661戸、合計9,088戸であった¹⁾。

応急仮設住宅が62か所2,010戸建設され、60箇所1,713戸に対して3,883人が入居した。

なお平成23年度版障がい者白書によると、宮古市に住民票のある者で死亡した障害者数は36人であり、当時の障害者手帳所持者数3,371人の1.1%にあたる。なお死亡者のうち精神障害を有する者は7人であった²⁾。

2) 精神保健福祉医療実施機関の従事者のニーズ
平成 24 年 8 月に研究班によるインタビューが行われ、精神保健福祉医療に関わる従事者へのインタビュー調査が行われた。全体として、以下のニーズがあることが判明している。

- ・肯定的な感情を持てるようなサポート
- ・くつろぎや笑いの場の設定
- ・交流要素の強い、地域内の横のつながりを作れる場の設定

また、平成 24 年度に実施された支援プログラムの中に WRAP (元気回復行動プラン) への参加が複数あったことなどから、平成 25 年度には以下の要素を重視する必要があると予想された。

- ・当事者や一般市民にも参加しやすい機会を提供することによる、こころの元気について安心して取り扱うことのできる場をつくる
- ・家族や支援者など、一方向的な役割を担いやすい立場の方々が相互性をもつような機会の提供 (例えば家族であれば、専門職者から支援や教育を受ける人という役割に限定されることなく、家族自身が主体的に家族や地域の支援に関われるようになること)

B. 支援者支援の概要

1) 当事者向けのワークショップの実施

宮古地域に住む当事者(精神障害などを持つ方)が主体的に心の元気に取り組めるよう「こころの元気サロン」と命名した WRAP (元気回復行動プラン)に関するワークショップの運営支援をおこなった。こころの元気サロンは 1 か月に 1 回行い、1 回あたり 6~10 名程度の宮古地域の当事者やボランティアが参加している。盛岡地域からは 2~3 名程度のピアサポーターが参加して、こころの元気に関係しそうなことを話しあったり体験したりを行った。

また、宮古圏域障がい者福祉推進ネットが主催した「リカバリー de 仮面座談会」を 2013 年 10 月 19 日に開催するにあたり、当事者で就職経験をもつ方を盛岡から派遣した。仮面座談会では

「しごと編」と題して、精神科への通院をしながら働く際の自分の状況の伝え方について話し合った。

2) リカバリーに関連するワークショップの実施

リカバリーの概念を体験するワークショップとして、平成 25 年 12 月 7 日、8 日に盛岡市で「リカバリーミーティングいわて 2013」を開催し、宮古地域から専用シャトルバスを運行して当事者および支援者が参加しやすくした。

「リカバリーミーティングいわて」には宮古地域からおおよそ 10 名の当事者と 10 名の専門職者が来場した。WRAP 体験クラスへの参加や、統合失調症の当事者であることを公言している方がいるお笑い芸人、松本ハウスのライブとトークショーへの参加などをおこなった。

なお、この際に同年 11 月に開催された日本精神障害者リハビリテーション学会 21 回沖縄大会について情報提供するとともに、次回大会(第 22 回大会)が岩手県で行われる予定であることも関係各位に伝え、動機づけを行った。

3) 家族向け講演会・交流会の地域協働開催

当事者や家族、地域の一般市民が、『支援を受ける人』という立場から『支援を相互に行う関係性を持つ人』への拡大を目指した。別事業により、地域精神保健福祉機構による家族のための家族学習会のファシリテーター養成研修会を平成 25 年 8 月 1 日、盛岡にて開催した。この際には宮古地域から参加した家族は 2 名であり、地域精神保健福祉機構が推奨する 3 名には届かなかった。

その後同年 9 月 27 日に家族のための講演会および交流会を開催し、盛岡ハートネット、県精神障害者地域移行支援特別対策事業との共催によっておこなった(表 2)。家族の体験発表、宮古地域での家族懇談会の事例発表、県精神保健福祉センターでの家族心理教育の事例発表、後藤雅博先生(南浜病院院長)による講演、家族交流会という形式をとった。会場には宮古圏域の保健師、宮古圏域の家族会員、宮古圏域の地域精神保健福

社に従事する職員も参加し参加者は約 80 名であった。

4) アルコール問題関連研修プログラム

平成 24 年度から継続した試みで、アルコール関連問題の専門的治療プログラムの研修へ精神保健福祉の専門職者を派遣した。東北地方では数少ないアルコール問題専門治療プログラムを有している東北会病院(宮城県)での研修を行うことを打診した。その結果、アルコール問題関連研修への医療従事者の派遣として、東北会病院(宮城県)へ三陸病院の職員 4 名を 1 週間(研修を 5 日間、派遣期間は 7 日間)派遣した。

C. 今後の課題と考察

宮古地域は、震災前後で医療機関や福祉事業所での被害があまり大きくなかった(建物や管理職者の喪失がなかった)ことなどから、地域精神保健福祉システムの再構築に向けた支援では、ハード面の整備ではなく、現在従事している地域精神保健福祉従事者や現在は支援者と見なされていなかった方々に対する支援(ソフト面の整備支援)を行うことが望ましいと考えられる。例えば、欧米のいくつかの国々では既にサービスシステムに組み込まれている ACT(包括型地域生活支援)は、おおむね人口 10~20 万人あたりに 1 チーム配置されている³⁾。すなわち人口が約 6 万人の宮古地域では ACT のようなシステムよりも、別な方法を想定することの方が有益である。

そこで、平成 25 年度は、当事者や家族が動機づけられ、当事者や家族、地域の一般市民が、『支援を受ける人』という立場から『支援を相互に行う関係性を持つ人』への転換をすることを目指した支援を行った。具体的には、WRAP(元気回復行動プラン)のように当事者や家族にも開かれている、こころの元気に関するワークショップや、家族の体験発表や交流会を含む家族に向けた集会の設定などである。家族向けの講演会・交流会は盛岡ハートネットが、WRAP クラスや当事者・家族の仮面座談会(就職・結婚編)は宮古地

域の関係者の企画であり、当事者や家族が主体的に取り組むことができるテーマや形式を選ぶことで、人口の少ない地域での精神保健福祉活動にも参加者や内容の活力が生まれるのではないかと考える。

ヒアリング調査から、今後期待されるテーマには地域移行(退院促進)支援者の交流につながる機会、異業種(例えば教育)との協働等があり、地域精神保健福祉に限定されない支援が継続的に必要であると思われる。また、地域精神保健福祉従事者の資質向上を扱う場合の優先テーマは、当事者や家族の主体性の向上に有益なモデルや会議の持ち方に関する話題であることが示唆されている。

D. 結論

2013 年度は、宮古地域に就業する精神保健福祉医療従事者のニーズに基づいたプログラムの実現や研修への派遣を行った。継続性や互恵性を重視した支援を行っていきたい。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1) 宮古市:震災の状況と体制/被害状況.宮古市公式ウェブサイト
<http://www.city.miyako.iwate.jp/cb/hpc/Article-6543.html>
- 2) 内閣府:東日本大震災における障害者の死亡率(いくつかの県・市町から),障がい者白書(平成 24 年度版),59-60,2012
- 3) 瀬戸屋雄太郎,日本の ACT の概観 - フィデリティ調査などから見えていること -,精神経誌 113(6),619-626,201

表 1. 宮古市(に該当する地域)の人口推移

年	人口	備考
1970年	79,805人	
1975年	79,214人	
1980年	78,617人	
1985年	77,024人	
1990年	72,538人	
1995年	69,587人	
2000年	66,986人	
2005年	63,588人	
2010年	59,442人	
2012年	57,136人	*住民基本台帳による推計。

2012年以外は、総務省統計局 / 国勢調査による。

表 2. 「後藤雅博先生講演会 & 家族交流会」プログラム概要 (平成 25 年 9 月 27 日)

時間帯	行った方
13:30 ~ 開会・趣旨説明	趣旨説明：黒田大介（盛岡ハートネット）
13:45 ~ 第 1 部：家族の体験発表 & 家族支援 の事例発表	家族の体験発表（盛岡ハートネット） 事例発表 1：「レインボーネットの家族懇談会について」 高屋敷大助（レインボーネット相談支援専門員） 事例発表 2：「うつ病家族教室を中心とした県精神保健福祉セ ンターの家族心理教育の取り組みについて」 吉田敦（県精神保健福祉センター上席心理判定員）
14:30 ~ 休憩（15分）	
14:45 ~ 第 2 部：講演「家族も地域も元気に」	後藤雅博先生（南浜病院 院長） 「家族も地域も元気に」という内容での講演（60 分間）
15:45 ~ 第 3 部：家族交流会	ファシリテーター：吉田敦、安保寛明 6-8 名のグループを形成し、 家族も地域も元気になる際に感じるということについて話し合った。
17:00 ~ 閉会	盛岡広域圏障害者地域生活支援センター(My 夢)工藤宏行所長 クロージング：レインボーネット平山恵子（「明日があるさ」の リズムで肩たたきをする）

盛岡市（岩手-B）における地域精神保健医療福祉システムの 再構築に向けた支援者支援に関する報告

研究分担者 伊藤順一郎¹⁾

研究協力者（主執筆者に ） 安保寛明²⁾ 寺井良夫³⁾ 金野万里³⁾ 佐藤充子⁴⁾

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター

2) 未来の風せいわ病院

3) 一般社団法人 SAVE IWATE

4) みっこ倶楽部

要旨

盛岡市は、人口がおよそ30万人で、圏域広域人口が50万人弱の、岩手県の県庁所在地であり中核市である。震災後に沿岸から盛岡市へ避難または転居してきた沿岸出身者に対する支援が必要であり、その人数は少なくとも600人以上いる。岩手県内陸部では、仮設住宅ではなく民間賃貸住宅借り上げによる応急仮設住宅（みなし仮設）という制度を用いているため、避難者のコミュニティ（自治会など）が成立しにくく、孤立化を避ける支援が必要であると予想されている。

震災を機に新たに結成された支援団体SAVE IWATEが、内陸避難者に向けた支援事業を委託されている。自らも被災者である職員や従前は支援業務についていない職員が多くおり、支援や組織維持に向けた支援が必要であると考えられた。平成25年度は、SAVE IWATEの実施事業に対する支援に対して協働または助言をするとともに、チームビルディングに関する研修を行った。その結果、SAVE IWATEの各部署・階層に属する職員のニーズが明確になってきており、一部では新規の取組みが開始されるなど、ボトムアップの提案や取組みも見出されるようになってきている。

A. 研究地区の背景

1) 震災後の経過と内陸避難者の精神健康

盛岡市は、人口が約30万人の都市であり岩手県の県庁所在地である。岩手県庁および岩手県の中核機能を備えており、岩手県に本社機能のある企業の多くが盛岡に本社を置いている。

2011年3月11日に発生した東日本大震災による被害は、盛岡市内では救急搬送が5件あったものの軽症なものであった。一方、盛岡市内に住所をもつ方のうち33名が沿岸地方を襲った津波によって死亡した。宮古市などの沿岸市町村に比べると被害は軽微であり、支援基地としての役割をもつようになった。

盛岡市には、最大で4,496名の避難者が、盛岡市内の64か所の避難所に集まった。その後、仮設住宅の建設ではなく現存する賃貸物件を活用した「民間賃貸住宅借り上げによる応急仮設住宅（みなし仮設住宅）」を活用し、盛岡市には1,000人を超える沿岸出身者が移住することとなった。その後、みなし仮設住宅に住む住民は、徐々に生活の拠点を出身地や盛岡で確定されていき、現在のみなし仮設住宅入居者は1,000人を下回っている。

岩手県内陸部では、避難者の生活にみなし仮設の形式をとったため、仮設住宅等でよくある自治会が結成されにくく、支援ニーズが把握されにく

いと考えられている。同様の理由により、みなし仮設に入居する方々に対する全戸訪問等の大規模調査は実施されにくく、盛岡市に居住する避難者の精神健康度に関する定量的なデータがない。そのため盛岡市では、東日本大震災津波の避難者を対象にアンケートを行い、現在の住まい・仕事の状況や今後の居留意向などについて調査した^{1,2)}。

市内のみなし仮設住宅に入居する 442 世帯に実施し、213 世帯 (48.2%) から得られた回答によると、近所との交流が、「たまにある」と答えた世帯が 41.5%あり前年度の同調査 (37.3%) より増加している。また、近所との交流があると回答している人に盛岡市への「住みやすさ」を感じている人の割合が高い傾向があった¹⁾。

今後の住まいについては、「震災前に住んでいた市町村で住宅を再建したい」12.3% (前年度 9.4%)、「震災前に住んでいた市町村で災害公営住宅・民間住宅に入居したい」12.7% (同 8.3%) で約 25%が地元での再建を望んでいる。「盛岡市内で住宅を再建したい」17.5% (同 16.9%)、「盛岡市内で公営住宅・民間住宅等の賃貸住宅に入居したい」20.3% (同 18.8%) と盛岡への定住を望む人も 37.8%と増加。「未定」とする人は 32.1% (同 39.8%) いて、減少傾向にあるものの一定割合の人が住居に関する方向性を決められずにいる。また、住宅再建を希望する世帯の 33.3%が「場所、費用両方めどが立たない」と回答し、「場所と費用のいずれかの目途が立たない」を合わせると 57.1%に達している²⁾。

2) 盛岡市で行われる支援の概要

盛岡市には、大きく 2 箇所の支援拠点がある。一つは、盛岡市役所内丸分庁舎に設立されている、「もりおか復興支援センター」であり、もう一箇所が盛岡市本宮に開設された、「しえあハート村」である。

「もりおか復興支援センター」は 2011 年に設立され、一般社団法人 SAVE IWATE へ実施業務が委託された。2011 年には、震災直後に設置さ

れた避難所へ職員を 2 名配置し運営にあたり、その後は「民間賃貸住宅借上げによる応急仮設住宅 (みなし仮設住宅)」の活用により、民間賃貸住宅を借り上げて提供することで被災地域出身者の対応を行っている。また、被災者への情報提供や生活相談などを行っている。みなし仮設住宅には、平成 24 年 6 月時点で 467 戸 977 名が盛岡市内に存在している³⁾。

もう 1 箇所の支援拠点が、盛岡市が都市再生機構 (UR) から無償提供された住宅 25 棟を活用した「しえあハート村」である。2012 年度から住宅を利用して運用してきた「もりおか復興支援学生寮」のほか、ボランティア宿泊施設「ボランティア番屋」、地域コミュニティーセミナーハウス、復興支援シェアオフィス、復興支援コミュニティーカフェ「しえあハート村マルシェ」、復興推進デジタルコンテンツシェアオフィスの 6 事業が設置されている。

なお、復興支援シェアオフィスには、公募で選ばれた復興支援団体の「いわてゆいっこ盛岡」「ハートニットプロジェクト」「NPO 法人遠野まごころネット盛岡事務局」「もりおか復興支援ネットワーク」など 7 団体が入居しており、活動拠点を集約することで連携を図っている。

現在、もりおか復興支援センターによるお茶っこ飲み会や定期的な避難者の訪問を実施している。2013 年度からは、SAVE IWATE に委託し、畑仕事を通じて外に出る機会が少ない中高年の男性が市民と交流できる被災者の健康と生きがいづくり事業などにも取り組んでいる。

3) 盛岡における地域精神保健福祉システムと被災者支援・復興支援の協働に向けて

盛岡市では、従来からあった地域精神保健福祉システムは組織や拠点がなくなる等のハード面の変化は起きなかった。また、盛岡市にはこころのケアセンターに代表されるような岩手県内全域に対する精神保健福祉システムが多く存在している。

盛岡市は、震災後の支援において沿岸被災地の

後方支援をする地域として機能していると言え、被災者に対する支援でも、盛岡に拠点をもつ法人、SAVE IWATE は盛岡に住む避難者への支援を行うとともに、県内の各支援団体とのネットワークを持つ役割を有すると思われる。

B. 支援者支援の内容

上記の内容を踏まえ、平成 25 年度は以下のような支援を行った。

1) 支援プログラムの開発と運営支援

物資支援に対するニーズの低下と、相談支援やサロン活動に対するニーズの高まりがあり、2012 年 7 月から「番屋こびるの会」を 1 か月に 1 回の頻度で開催し、これを平成 25 年度も継続した(表 1)。この会は、盛岡在住の沿岸出身者(多くがみなし仮設入居者)が集まることのできるサロン活動の場として設置した。

その後、2013 年度当初にボランティア番屋は盛岡市本宮に位置する「しえあハート村」へ移転し、ボランティアの受け入れ拠点と内丸の復興支援ステーションには足を運びにくい方への支援拠点へと機能を転換しつつある。物資提供と相談支援やプログラムの運営では職員に求められる知識や能力に違いがあり育成する必要があるため、盛岡市地域の専門職者が運営をサポートし、会の開催ごとにプログラムの検討会を行った。

また、SAVE IWATE の学習支援チームでは、被災地(山田町)に住む子どもや盛岡市に避難している子どもに向けた学習支援活動を行っており、夏と春にキャンプを行っている。参加する子ども達がキャンプに参加することによる精神的動揺が発生する可能性も踏まえ、研究協力者が同行した。

2) 研修による組織運営支援

もともと盛岡や岩手県には対人サービス職の従事者が少なかったこと、震災後の緊急雇用対策として被災地の出身者を多く採用したことも関係し、現在の SAVE IWATE の職員で精神保健福

祉や相談支援の専門職者であった者が少ない。また、これらの法人の事業運営は多くが助成金や事業の委託費などによって行われているが、助成や事業の多くが単年度で行われており、職員の動機を維持する工夫が必要である。

そこで、兵庫県加古川市にあり、阪神淡路大震災の際に被災地の後方支援を行った団体であるシミズシーズ加古川(兵庫県加古川市)から講師を招聘し、合計 3 日間の研修を行った(表 2)。

例えば、11 月の研修では「SAVE IWATE の今後の方向性のワークショップ」を開催し、職員とコアボランティア(パートタイム、学生等の生活の半分以上コミットしている者)が課題解決型のワーキンググループを設定するように働きかけたところ、4 つのワーキンググループが設定された(風化防止のためのワーキンググループ、社訓ワーキンググループ、内陸避難者の盛岡コミュニティへのとけ込み支援ワーキンググループ、内陸避難者の帰還支援ワーキンググループ)。それぞれのチームで決めたことである(上からの押し付けではない)ことに大きな意義があると感じているとの感想を得た。

また、職員と管理職の間で生じやすい職員からの不安・不満に対して、研修中に意見を出す場を設け、寺井代表の言葉で回答した。市民団体ではあるが社会人としての意識を大切にすることを明記し、団体の指針を明確に示した。明確化されたことで、職員から良好な反応が返っている。

また、体験を伴う研修の有効性を探るため、サイコドラマ(心理劇)を経験するワークショップを実施した。

C. 今後の課題と考察

震災から 3 年が経過し、内陸へ避難して暮らす方々の状況にも変化が生じてきている。調査や支援も継続的な取り組みが多くなり、支援の対象者を理解しやすくなってきている。沿岸出身で盛岡に暮らす方の何割かはみなし仮設住宅に住み、その 30%以上の方はまだ今後の方向性を決めてい

ない。また、SAVE IWATE が行う支援も精神保健の知見が必要になると思われる場面が生じており、継続的な支援を必要とする。

例えば、生活相談部門では、相談内容が複雑・困難化している（ひきこもりの事例など）ため、専門職者が必要と感じられるようになってきている。また、相談支援部門では、事例検討会を行っており、円滑な支援や職員の資質向上に向けた取り組みを行っているものの、それだけでは不十分である可能性もある。生活支援の質が、物資等の支援から相談支援に変化していることが関係しているものと予想できる。

また、これまでに SAVE IWATE の職員が自主的に研修を受けているが、様々な内容と質のものが含まれており、現在行われている業務に適した研修であるかを判断する存在がない。総じて、団体にメンタルヘルスに関する研修や事業の情報が入りにくい可能性がある。

そこで、地域精神保健福祉に從來から関わってきた人や資源との交流の機会をもつことや研修情報を提供すること等で、メンタルヘルスの手法をチームに提供する役目もできる可能性がある。ただし、職員自身のメンタルヘルスややりがいの観点から、自発的な取り組みを尊重することが有益であろうことも、今年度の取り組みから示唆された。

以上のことは、SAVE IWATE の職員のそれぞれに対する現在のサポーターを始点として拡大していくことが重要である。今までの経過や経験を否定しないよう、両者の経験や経緯を尊重しながら今後へつなげていくことが大切である。

D . 結論

震災後発足した団体である SAVE IWATE は、震災後 3 年が経過するなかで、盛岡市や内閣府などの助成を受けて内陸部に避難している被災者や、被災地で就職や起業を行おうとする被災者への支援へと変化してきた。このニーズ変化は、精神医療や精神保健福祉の分野で見られる、回復過

程のモデルを適用するとニーズの変化が捉えやすいと考え、プログラム開発や職員研修等を行った。研修では、コミュニケーションや取り組みの可視化を行うこと、研修で発生したアイデアを具体的なワーキンググループの結成へつなげること等を通じて、ボトムアップで行う取り組みが行われた。

今後も、SAVE IWATE の職員の就業維持や効果的な被災者支援のための支援を継続する必要がある。

E . 健康危険情報 なし

F . 研究発表

- 1 . 論文発表 なし
- 2 . 学会発表 なし

G . 知的所有権の取得状況

- 1 . 特許取得 なし
- 2 . 実用新案登録 なし
- 3 . その他 なし

文献

- 1) 「交流の少なさ、再建へ不安も」盛岡市内陸避難者アンケート結果 . 『盛岡タイムス』 2013 年 10 月 23 日朝刊 .
- 2) 「住宅再建の「めど立たず」57%」盛岡市みなし仮設調査 『岩手日報』 2013 年 10 月 22 日朝刊 .
- 3) 暮らしの再建に向けた当面の課題と取り組み . 岩手県復興局(東日本大震災支援全国ネットワークによる資料から) .
http://www.jpn-civil.net/activity/hisaichi/genchi_kaigi/docfiles/120713_iwate_hando_ut_00_2.pdf

表 1. ボランティア番屋で行われている「こびるの会」の例
(2013年5月から12月分)

実施日	内容	参加者	
		被災者	ボランティア
5月18日	花の巻きずし	8	3
6月22日	ドーナツづくり、七夕飾り	9	8
7月20日	花の巻きずし	10	6
9月21日	フェイクスイーツ	9	3
10月27日	まめぶづくり	7	5
11月21日	手打ちそばづくり	不明	2
12月19日	パステルアート	3	1

*各回、内丸にある復興支援センターからの送迎を実施している。
8月は「絵本コンサート」を予定していたが事情により中止となった。

表 2. チームビルディング研修の概要

実施日	参加者	目的	研修の概要
2013年7月 15-16日	38名	<p><1日目> チームとは何かを考えるきっかけを作る。メンバーそれぞれの人となりを知ることによって、お互いを尊重できるきっかけを作る。</p> <p><2日目> 組織の課題をみんなの課題にするために、現状を可視化する。 課題に対する解決策をみんなで検討し、実行に移せるものは移す合意をとる。 組織のなかでのコミュニケーションの取り方、組織での情報共有の仕方を学ぶ。</p>	<p>チェックイン、アイスブレイク、導入の個人・グループワーク（理想のチーム像に関するアイデア出し、模造紙に可視化） チームワークを要する演習（ストロークタワー） 自己紹介（ここまで1日目） チェックイン、アイスブレイク、SWOT分析、課題解決のブレーンストーミング、合意形成の演習、講義、チェックアウト</p>
2013年11月 4日	32名	<p>組織内の対話の時間をもつとともに、SAVE IWATE の今後の方向性をボトムアップで考える機会とする「今後の方向性を考えるワークショップ」</p>	<p>チェックイン、アイスブレイク、SAVE IWATE のこれからのについての質問や意見、今後の方向性を考えるワークショップ</p>

中長期的な視点による地域精神保健医療福祉システムの再構築に向けた 外部支援者による支援のありかたの検討

研究分担者 池淵恵美¹⁾

研究協力者 後藤雅博²⁾ 種田綾乃³⁾ 鈴木友理子⁴⁾ 深澤舞子⁴⁾

1) 帝京大学 医学部 精神神経科学教室

2) 医療法人 恵生会 南浜病院

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

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

要旨

【目的】東日本大震災から間もなく3年が経過しようとするなか、被災地では地域の精神保健医療福祉システムを再建し、地域の住民の精神健康を支える活動が続けられている。それに対し、被災地の外部の支援者にはどのような役割が期待されているのであろうか。本稿の目的は、被災地の支援者および外部支援者が集まって開催した交流会において共有された話題を整理し提示することで、外部支援者による支援のありかたについて示唆を得ることである。

【方法】岩手県、宮城県、福島県の各サイトから支援者15名、研究班から5名が集まり、東京にて交流会を実施した。交流会はワールドカフェ方式にて行い、4グループに分かれ、震災後から現在までのこととして、現場の復旧や精神保健上の課題を抱えた人々への支援を行う中で行ってきた工夫や対処、また、それらがどのような形として実りつつあるか、および、近い将来、自分が関わっている地域の精神保健がどのような姿になっているとよいと思うかについて、話し合った。そしてグループごとに「コミュニティの再構築に向けて自分たちがやれたらよいと思うこと」をまとめ、最後に参加者全体で共有し、内容に基づいて整理した。

【結果】各グループから提出された行動指針は、1) 何年か先に実現できるとよいと思ったコミュニティ、2) メンタルヘルスリテラシー、3) 今後の地域福祉、ソーシャルサービスのありかた、4) 既存の医療・福祉制度に乗らない人々への支援、5) メンタルヘルスに従事する人材の育成、6) 支援者自身のこれからの姿、の6つのカテゴリに分類された。

【考察】今後、どのようなコミュニティを目指してどのような活動を行っていく必要があるのかということに加え、支援者自身のスキルや活動の枠組み自体も検討していく必要があることが指摘された。震災からの復興という枠組みを超えて、将来を見据えた地域の精神保健医療福祉システムの構築をめぐる普遍的な課題が改めて確認された。

A. 目的

東日本大震災から間もなく3年が経過しようとするなか、被災地では現在も被災した地域の精神保健医療福祉システムを再建し、地域の住民の精神健康を支える活動が続いている。このような被災地における活動に対する被災地の外部の支援者の関わり方、提供できる支援は、被災からの時間の経過とともに変化していくことが予想される。

そこで、地域精神保健医療福祉システムの再構築に向けた外部支援者による支援のありかたを検討するため、被災地の支援者および外部支援者が集まって、交流会を開催した。本稿では、その交流会で共有された話題を整理し提示することで、今後目指してゆきたい地域の精神保健の姿を明確にし、コミュニティの再構築に向けた活動について考えるとともに、そのために外部支援者が提供できる支援についての示唆を得ることが目的であった。

B. 方法

平成26年1月11日(日)の13時から16時にかけて、東京にて支援者の交流会を実施した。福島県のAサイトから2名、Bサイトから2名、宮城県のAサイトから1名、Cサイトから6名、岩手県のAサイトから2名、Bサイトから2名の計15名の支援者と、研究班から5名の合計20名が集まり、東日本大震災後から現在までのこととして、震災後、現場(事業体等)の復旧や精神保健上の課題を抱えた人々への支援を行う中でしてきた工夫や対処、および、現在から将来にかけてのこととして、将来、自分が関わっている地域の精神保健がどのような姿になっているとよいと思うか、について話し合った。

交流会は「ワールドカフェ方式」にて行った。まず始めに、ワールドカフェとは、「知識や知恵は、機能的な会議室の中で生まれるのではなく、人々がオープンに会話をを行い、自由にネッ

トワークを築くことのできる『カフェ』のような空間でこそ創発される」という考え方に基づいた話し合いの手法であることが紹介され、交流会のねらい、テーマについての情報提供が行われた(20分)。

その後、4グループに分かれて4ラウンドの話し合いを行った。第1ラウンド(25分)では、グループごとに、震災後、現場(事業体等)の復旧や精神保健上の課題を抱えた人々への支援を行う中でしてきた工夫や対処、またそれらがどのような形として実りつつあるか、について話し合った。

第2ラウンド(25分)では、グループのメンバーを入れ替え、第1ラウンドと同じテーマで再度話し合い、他のグループで出された話題を共有し発展させた。

休憩をはさみ、第3ラウンド(25分)では、もとのグループに戻って、東京オリンピックが開催される2020年(6年後)頃、あるいは近い将来、自分が関わっている地域の精神保健がどのような姿になっているとよいと思うか、について話し合った。

第4ラウンド(20分)では、引き続き第3ラウンドのテーマを深め、グループごとに、「メンタルヘルス(精神保健)の観点からの、コミュニティの再構築に向けて自分たちがやれたらよいと思うこと」をまとめた。近い将来の目標とする地域社会の実現のために、これからの行動指針として重要と思われることを、各グループで3つ以上挙げて、ふせん一枚にひとつずつ書きこむ、という作業を行った。

最後に全体セッション(50分)として、参加者全体で、それぞれのグループから生まれた望ましいと思う地域や支援者の目標を集約する作業を行った。各グループにてふせんに書かれた目標を貼り出し、内容に基づいて分類した。

本稿では、この全体セッションにて集約された話題を報告する。

C. 結果

各グループから提出された行動指針は、大きく以下の6つ；1)6年後に実現できるとよいと思ったコミュニティ、2)メンタルヘルスリテラシー、3)今後の地域福祉、ソーシャルサービスのありかた、4)既存の医療・福祉制度に乗らない人々への支援、5)メンタルヘルスに従事する人材の育成、6)支援者自身のこれからの姿、に分類された。支援者の感じた目標に限らず、様々な課題や問題提起も提出され、共有された(図1、表1)。

1) 6年後に実現できるとよいと思ったコミュニティ

・サービスとしての支援か、地域の文化を再建していくための支援か

震災を機に、新しいネットワーク、絆が生まれてきているところであるが、支援はそもそも、行政等のサービスとして提供されることが望ましいのか、相互扶助の文化としてなされるのが望ましいのか、という部分でそれぞれの考え方が示された。サービスとして提供する場合に生じるコストをどのようにまかなうのか、インフォーマルな相互扶助による支え合いがはたして可能なのか、またそれがそもそも地域住民の希望していることなのかということについても検討が必要であろう。どのようなコミュニティが望ましいと考えるかは人により異なり、都市部のように、隣の人の顔も知らないような状態がよいとの考え方もありうるわけで、今後目指すコミュニティを考える際には、地域の声に耳を傾ける必要があることが指摘された。

・目指すコミュニティとして

倒れたときに支援を受けられる、そして、倒れたときに支援を受けられるということを知っている地域、互いに頼る、頼られることで、助けられていると感じることのできる関係、地域のなかに気軽に集まることのできる場所があるとよい、夏の夕方にステテコ一枚で一服し

ていてもそれを許容するような、ありのままの個性を受け入れられる社会、といった意見が出された。

・コミュニティ再生の具体的な方法

高台への防災集団移転の話し合いのなかで、祭りと畑と縁側の3つさえあればコミュニティは再生する、という話が出ており、もともと地域がもっていた環境や文化がコミュニティ再生の起爆剤となること、またそれが震災後からの支えとなっていたことなどが紹介された。また、男性にとっては社会的役割、女性にとっては周囲との気持ちのつながりが、元気の源であるという話が出たことなども紹介された。

2) メンタルヘルスリテラシー

上記に挙げられたような目指すコミュニティを実現するために、地域の人々のメンタルヘルスリテラシーへの関心を高めることが望まれるとの意見が出された。

地域の人々がつながるための手伝いとして、病気について知ってもらうことが必要であることが指摘された。うつも糖尿病や高血圧などと同じように一般化するとよいが、そのためには気長に少しずつ情報提供していくことが必要であることが指摘された。特に精神障害は、社会と関わるために自分を制御していく力が阻害される病気でもある。例えば、朝起きられなくてゴミ出しのルールが守れないなど、周りの人々と同じ行動がとれない人に対し、共に暮らすためにどのようなサポートができるか、というように、難しさを踏まえつつ、単に精神障害への理解を求めるだけではなく、どのように支援していくことができるかをいっしょに考えていく必要がある、といった意見が出された。

3) 今後の地域福祉、ソーシャルサービスのありかた

今後のありかた、新たな提案として、以下のような枠組みが出された。

・自給自足、循環型福祉(支援はいつか終わる

ので、外部からの支援に頼らなくても自分たちでまかなえるようにならなければいけない)

・百姓福祉(100のことができるように、大きな事業ではなく、地域に根差した小さくても自分にできることを増やしていく)

・フォーマルとインフォーマルのベストミックスを作る(制度に則ったフォーマルなサービスと、地域の力といったようなインフォーマルのサービスとの最適な組み合わせを探る)

また他に、資金の面で、地域福祉事業を持続するための経営の専門家を導入する必要性が指摘された。

4) 既存の医療・福祉制度に乗らない人々への支援

精神障害者に対するアウトリーチ事業というものはあるが、それだけでなく、高齢者、認知症、子どもから大人まで、引きこもり等、メンタルヘルス全般に関わるアウトリーチ、既存の制度に乗らない人々へのアウトリーチなど、制度の枠に収まらない多様な必要性に応えることのできるサービスの充実が必要であるとの意見が出された。支援者が必要性を感じて実施している活動であるにも関わらず現在の制度では報酬の得られない活動を、今後の事業に取り込んでいく必要性が指摘された。

5) 人材育成

地域のメンタルヘルスに従事する人材の育成が必要であるとの意見が出された。

・必要なスキル

必要なスキルとして特に、ケアマネージメントが挙げられた。地域でどこでもあたりまえにケアマネージメントが実施できるように人材を育成することが必要であるとの意見が出された。また、震災後は、必要とされる支援を何でも請け負うなんでも屋のようなジェネラリストとしての活動が重視されたが、今後は、例えばアルコール問題の専門家といったように、各支援者が専門性を身に付けていくことが必

要であるとの意見が出された。

・伝達と提言

自分たちのこれまでの活動についてまとめ、後輩や地域に伝達していくことと、政府に対して提言を上げていくことが必要であるとの意見が出された。

6) 支援者自身のこれからの姿

支援者自身のこととして、自分自身が元気でいたい、これまでに作られてきた外部からの支援者との縁を断ち切らないようにしたい、といった意見が出された。また、現在は復興予算の枠内でその方針の中で活動しているが、それがいづれなくなることへの現実的な不安や、既存の枠組み内で活動するだけでなく、そこから外に出て、自分たちで社会に対して訴えていけるようになれるといい、自分たちが主体的に動けるようにソーシャルアクションを起こしていきたい、といった積極的な意見も出された。

さらに、今回の交流会では出されなかったが、保健と福祉と医療との統合の必要性、既存の精神科病院や福祉施設との連携と役割分担、社会的入院の問題なども、来年度の課題となることが言及された。

D. 今後の課題と考察

1) 目指すコミュニティ、福祉

今後どのようなコミュニティの構築を目指すかという点では、例えば、互いに支え合える地域、気軽に集まることのできる場所がある地域、ありのままの個性が受け入れられる地域、といった意見が出された。しかし一方で、どのようなコミュニティを望むのかは人により異なり、互いの支え合いよりも個人のプライバシーが尊重されるような地域がよいとの考え方もありうるので、目指すコミュニティを考える際には、地域に暮らす人々の希望を踏まえつつ対応できる支援者の姿勢が求められるとの指摘もあった。

支援のありかたも、どのようなコミュニティを目指すのかによって異なると考えられる。支援は行政等のサービスとして提供されるべきなのか、それとも相互扶助の文化として、コミュニティの中でインフォーマルな支援が根付いてゆくことに期待するのか、ということにより、外部支援者としても、提供する支援、望ましい支援は異なってくると考えられる。制度に則ったフォーマルなサービスと、地域の力といったようなインフォーマルなサービスとの最適な組み合わせを探ることが必要であるといった意見も出された。地域ごとに活用できるリソースの把握に加え、目指すコミュニティについてのイメージの共有も、支援のありかたを検討する際に重要であると考えられた。

互いに支え合えるコミュニティを作っていくための方法として多く挙げられたのが、地域の人々のメンタルヘルスリテラシーについて、特に、精神障害について情報提供し、地域で共に暮らすために必要な支援について広報していくことであった。

災害後という状況に限らず、精神障害についての情報提供、メンタルヘルスリテラシーへの関心を高めるための活動は、アンチスティグマ活動の一環としても、早期介入のための活動としても、各地で行われてきたが、短期間で大きな効果が期待できるとは考えられない。様々な価値観の人たちが共存する地域の中で、あるべき姿は一樣でないかもしれず、広くこうした地域の課題を住民が共有できる枠組みが必要ではないかと感じられた。

さらに、今後の地域のありかたとして、「専門家に頼らない」自力での生活を目指す考え方が挙げられた。外部からの支援に頼らなくても、自分たちが必要とする支援をまかなえるコミュニティを目指すということであるが、それを外部支援者として支援するためには、どのような状態が実現したら支援から撤退するのかという視点でも活動を組み立てていくことが必要だと考えられた。

2) 既存の制度に乗らない人々への支援

精神障害者に限らず、様々なニーズにそもそも本人や周囲が気付けないようなケースも多く、サービスを求めようとならないなどの状況が多くみられるなかで、既存のサービスでは対応できない人々への支援を今後どう続けていくかについても意見が出された。震災後に開始され、現在も続いている活動のなかには、診療報酬もとれず、障害者自立支援法上のサービスにも当たらない活動が多くある。今後、震災からの復興のための予算が徐々に減少していくなかで、これらの活動をどのように継続していくかが課題である。

3) 支援者自身の今後の姿

人材育成の重要性が指摘された。メンタルヘルス従事者にとって特に必要なスキルとして、ケアマネジメントが挙げられた。また、各支援者が専門性を身に付けていくことの必要性も指摘された。これらのスキル獲得のための研修会やスーパーバイズなどは、外部の専門家が支援を提供しやすい部分であろうと考えられた。また財源の問題や、被災地支援で初めて専門職として活動した人など、未来の姿が描けない不安や疑問を語る支援者も見られた。

また、自分たちの活動についてまとめ、後輩や地域に伝達していくことや、政府に対して提言を上げていくことが必要であるとの意見が出された。これらの被災地での活動の伝達は、その地域のみならず、他の地域にとっても、また将来の災害に備えてという点でも、非常に重要である。活動をまとめていくことを支援し、そのなかから、他の地域でも応用できる活動や、将来の災害に備えて取り組むことのできる活動を抽出していくことは、外部からの支援者が貢献できることのひとつであろうと考えられた。

そして支援者自身のこととして、自分自身が元気でいたい、外部支援者との縁を切らないようにしたい、既存の枠組みから外に出て、自分

たちが主体的に動けるようにソーシャルアクションを起こしていきたい、といった意見が出された。震災からの復興のための支援という位置づけを越えて、今後も地域の精神保健医療福祉システムの構築のために、互いに協力し合える関係を築いてゆくことができると考えられた。

E. 結論

今後、どのようなコミュニティを目指して活動していくのか、必要とされる支援をどのようにまかなうのか、ということを考え、それを支援者同士、そして地域の人々の間でも共有していく必要がある。さらに、支援者自身のスキルや活動の枠組み自体も問い直していく必要がある。震災からの復興という枠組みを超えて、地域の精神保健医療福祉システムの構築のため

の普遍的な課題が改めて確認されたと言える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

図1.全体セッションにおける行動指針のカテゴリー化

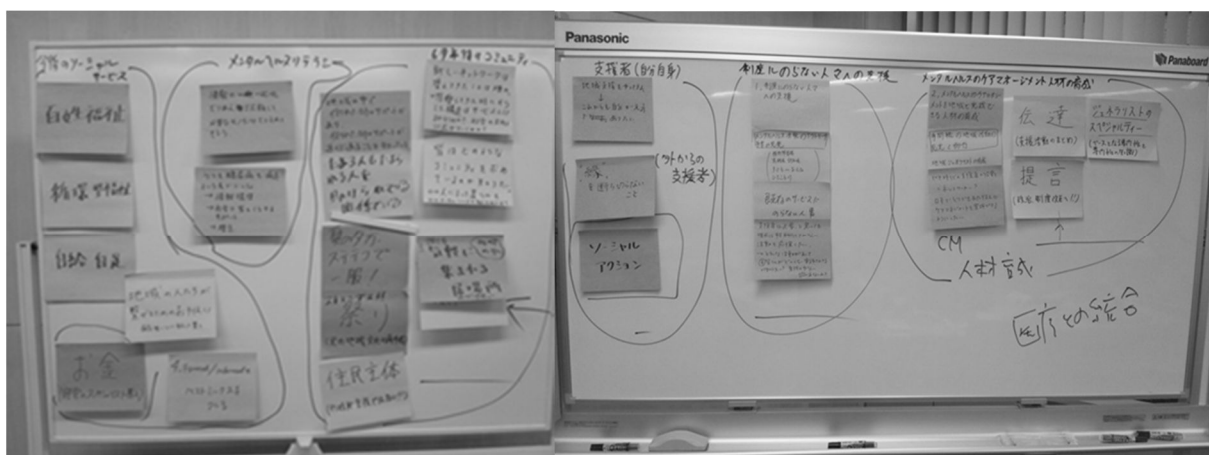


表1.各グループから抽出された行動指針の分類結果

カテゴリー	各グループの行動指針(キーワード)
今後のソーシャルサービス	百姓福祉/循環型福祉/自給自足
	地域の人たちが繋がるためのお手伝い(病気等について知ってもらう)
	Formal/Informal のベストミックスをつくる
	お金(経営のスペシャリスト導入)
メンタルヘルスリテラシー	情報の一元化、とりあえず広報して必要なものだけを取り入れてもらう。
	うつも糖尿病も病気という点で一緒 情報提供 社会でみんなと暮らせるサポート 理念
6年後のコミュニティ	地域の中で倒れたときのサポートが近くにあることを知っている。
	頼る人も頼られる人を助けられている関係である。
	夏の夕方、ステテコで一服!
	ストレンクス祭り(元の地域文化の再生)
	住民主体(行政が主役ではない!!)
	新しいネットワークは増えてきたことは確か。 復興してきたときにそうした構造はサービスとしてまかなうのか? 社会の文化として広げていくのか?
	皆はどのようなコミュニティを求めて老いるのか知りたい。 人によって違うかも メンタルヘルスの向上をめざす?
	誰でも気軽に地域の中に集まれる居場所づくりの手伝い。
支援者(自分自身)	地域支援をやってきた これからも自分が元気でやりたい。
外からの支援	「縁」を断ち切らないこと
	ソーシャルアクション
支援にのらない人々への支援	制度にのらない人々への支援
	メンタルヘルス全貌のアウトリーチ事業の充実 精神障害者・高齢者・認知症・子どもから大人・ひきこもり
	既存のサービスにのらない人・事
	支援者は必要と思っても現在は報酬化されない活動を応援したい。どんな活動があって支援する皆さんがどのくらい実施されているのか知りたい。負担の少ない調べ方なのか。
メンタルヘルスのケアマネジメント 人材の育成	メンタルヘルスのケアマネジメントを地域で実践できる人材の育成
	専門職の地域活動の充実と移行 地域ジェネラリストの育成
	ピア時代の支援者の役割 = ネットワーカー? 日本でどこでも当たり前前にケアマネジメントを実施できるようにしたい。
	伝達(支援活動のまとめ)
	提言(政治、制度改正へ!)
	ジェネラリストのスペシャルティ(ベースとなる専門性と専門の知識)

