

年間しかないのに、その後が困るからそんなに関わらないでよ』とストップがかかり、逆に要望通りに関わらないと、『せっかく作った新しい機関のくせに何もやらないつもりか』とお叱りを受ける。」と、他機関との葛藤を述懐している。

また、新潟県中越地震の場合、設置時期が震災から10ヶ月を経っていたことから、仮設住宅への訪問活動は市町の保健師を中心として行われており、そこに加わる余地はなかった。そのため、活動の場を求めて被災市町村の地域保健担当者との協議を重ね、小千谷市、長岡市十日町地区、川口町などにおいて仮設住宅に入居しなかった被災者を対象とした全戸訪問を行った。しかし、全体の活動は普及啓発に重点が置かれ、当初は被災地域で「こころの健康づくり講座」などと題した講演会が多数開催されたほか、3年目からは、地域が被災前から抱えていた自殺予防、高齢者のメンタルヘルス対策に軸足を徐々に移していった。

2. 既存組織の活動

専従組織の活動が軌道に乗るまでには、どうしても時間が必要である。時間の経過とともに明らかになっていく精神保健上の問題もあるが、災害前から把握されている精神障害者への対応などは、直後から既存の枠組みの中で対応していく必要がある。しかし、被災によって増大した地域内のニーズに応えるためには、賦活化させるための働きかけが必要になる。その一例として、阪神・淡路大震災後の兵庫県明石市での取り組みについて当時の記録をもとにまとめる。

(明石市の復興期における保健活動)

明石市は神戸市に隣接した人口約28万1千人(当時)の中規模の市で、震源となった明石海峡にもっとも近い地域であるが、被害は比較的少なく市民の死者は24名、重傷者139名、全壊家屋4029世帯(全世帯数97628世帯)にとどまった。避難所は最大30カ所、仮設住宅は13カ所856戸が建設された。地域内には明石市1市だけを管轄する兵庫県明石保健所があり、明石市と協力して地域保健活動を行っており、平成7年当時は精神保健に関する業務は主に県保健所が担当していた。震災前から、ある開業医の強力なリーダーシップによって精神保健に関する意識が高い地域であった。震災後には専従組織は設置せず、地域内のネットワークを強化することによって、さまざまな問題に取り組んだ。

(明石市仮設住宅ケアネット)

被災者支援システムは平成7年3月に設置された。これは、震災前からあった「明石市要援護老人保健医療福祉システム」をもとに新設されたものである。当初の対象は高齢者であったのを震災後は拡大し「明石市仮設住宅ケアネット」とした。その後、仮設住宅から復興公営住宅に被災者が移ったのにあわせて「ケアネット2」と名称が変更された。ネットワークには保健、医療、福祉の担い手が参画し、それぞれの立場で仮設住宅に向いて把握したニーズを協議し、被災者の健康を維持するための活動に還元するという理念に基づいて活動した。主な方針としては以下の点が掲げられた。

- ① 地域全体の被災状況の確認、被災者の生活環境の把握と対応
- ② 個別支援の量を増加させ質を高める、

継続した関わり重視

- ③ 閉じこもり予防、コミュニティづくりへの支援
- ④ 災害復興従事者への支援
- ⑤ 新規事業への取り組みへの支援
- ⑥ 支援システム、ネットワークの構築、連携の強化
- ⑦ 災害保健活動展開のための活動体制の整備

具体的には、県保健所の被災家庭訪問数は平成8年度2252件、平成9年度1643件と推移しており、これを7人の常勤保健師に新たに期限付きで配置された災害対応保健師1人で行った。疾患別に見ると精神保健分野の訪問が年々増加し、平成8年は16%程度であったものが、平成11年度には3分の1以上に達している。また、生活習慣病や腰痛などの不定愁訴に関連したものが半数を占めていたため、在野の看護師を「健康アドバイザー」として新たに雇用し、健康管理業務を担わせた。訪問以外に主な7カ所の仮設住宅では健康相談会を毎月開催し、保健師だけでなくボランティアなども参加し、住民同士の交流を促進させた。相談会は復興住宅でも継続され、仮設住宅では98回、復興住宅では84回開かれた。また、研修会や事例検討会も定期的に開催され、参画者のスキル向上に寄与した。

兵庫県は震災発生の平成7年から神戸市を除く地域の仮設住宅、復興公営住宅住民を対象とした健康調査を継続的に行った。調査票の回収は保健師が訪問で行うことが多く、その際に状況を把握するだけでなく、結果を参照することにより健康支援が必要な人を発見する機会として活用された。調

査項目には心理測定尺度も含まれており、平成10年度の調査ではPTSD症状のスクリーニングに出来事インパクト尺度(IES-R)が使用され、ハイリスク者の割合は明石市では28%であった。

新たな事業の支援としては、アルコール関連疾患に関する活動がある。仮設住宅での孤独死の死因が肝疾患で、その背景にアルコール依存が隠されていることが注目され、アルコール依存症者への対策強化の必要性が注目された。明石市では関係機関を集めた「明石地域アルコール連絡協議会」を開催し、支援者向けの講演会を開催した。また、断酒会の協力を得て、アルコール依存症者の作業所とグループホームが平成9年8月に設置された。

3. 既存組織との連携

上述したように、被災程度がそれほど大きくなく、かつ被災前から精神科医療・保健に関するネットワークがあった明石市では、それを強化し新たな事業やマンパワーを加えることで、災害後の地域精神保健活動は十分に展開することが可能であった。一方、被災が激しく既存のネットワークだけでは対応が困難であった神戸市や阪神間の地域には、新たな組織として「こころのケアセンター」が設置された。しかし、既存のネットワークに加わり、それを活用していくことが、活動を賦活するために重要であった。そのために、15カ所に置かれた地域センターには、地元の精神科医療機関の医師をセンター長や顧問として迎えた。定例のインテーク会議やケース検討会には、地元の精神科医だけでなく、保健所や市町の保健師、PSWなども参加し、ケースの対

応をとおして連携を深めていった。また、県が毎年行った仮設住宅や復興住宅での健康調査では、PTSD 症状、うつ症状がスクリーニングされた。ハイリスク者のフォローには、保健師とこころのケアセンタースタッフが当たった。

阪神・淡路大震災では被災地外にも仮設住宅が建設された。被災地に隣接する地域だけでなく、兵庫県姫路市や大阪府泉佐野市、八尾市などにも作られた。こうした仮設での保健活動は、地元の保健師が行ったが、こころのケアセンター本部がスタッフを派遣するなどの協力をした。たとえば、大阪府下の仮設住宅を担当する PSW2 人を追加で雇用し、大阪府こころの健康総合センター内に、活動拠点を置かせてもらった。さらに、八尾市では周辺の精神科医療機関にも協力を依頼し、八尾志紀仮設連絡会を作り、情報を共有したり、健康相談会などの催し物への協力を得た。

4. 作業所・グループホームの運営

こころのケアセンターの年間事業費は約 3 億円であったが、そのうちの約 1 億円は精神障害者の小規模作業所やグループホームの運営に充てられた。当時、被災地とその周辺には精神障害者の社会復帰施設は数が少なく、それを拡充することが精神保健対策上の大きな課題であった。被災した精神障害者も多く、彼らの支援をすることは、復興基金の目的にも叶うことであったため、9 カ所の小規模作業所、11 カ所のグループホームが作られ、家族会や精神科病院などに運営が委託された。地域内の従前からの精神保健上の課題に取り組むことは、こころのケアセンター事業が地域に受け入れら

れ根付いていくことに貢献した。これらの社会復帰施設は、こころのケアセンター事業が 5 年で終了した後も、運営され、現在に至っている。

B. 東日本大震災における試み

1. 心のケアへの関与

東日本大震災では、当初からこころのケアへの関心が高く、全国から多数の支援チームが入った。その活動を受け入れたのは、地元の市町における地域保健担当者、県保健所、そして精神保健福祉センターなどであり、多くの場合、保健師がコーディネーターの役割を担っていた。保健師側から見ると、こころのケアは DMAT などの救急医療活動が終わった時期から復興期に至るまで、保健師業務の重要な柱と位置づけられている。

初期には、精神障害者の状況把握や支援、避難所や被災者宅を訪問する中で発見される精神科的問題への対応が主体となる。こころのケアチームの活動も、保健師が発見してくる問題への対応が、多くの場合は主な内容となる。また、復興期には仮設住宅を中心として、積極的に訪問を行いながら、健康相談や住民同志の交流促進事業などの催しを調整するなど、保健師の役割は大きい。

2. 陸前高田市における精神保健活動

岩手県陸前高田市では平成 23 年 5 月から、仮設住宅でのサロン活動を、社会福祉協議会や NPO が開始したが、多くの支援チームが参加したため、その調整が必要だったことが報告されている。なお、同市には全国から 17 の保健師チームが入り、延べ 6120 人が活動したほか、こころのケアチームも

東京都チームなど7チーム（延べ630人）、医療チームは94チーム（延べ8191人）の外部支援者が入った。これらの調整業務を県保健所と市の保健師が、外部のスーパーバイザーの協力を得て行っており、その活動は高く評価されるべきだろう。

3. 健康調査をとおした心理的問題のスクリーニング

多くの自治体では復興期になると、仮設住宅住民を中心に健康状態のスクリーニングが実施され、精神的問題に関する項目も入れられている場合が多い。たとえば、宮城県はみなし仮設住宅とプレハブ仮設住宅の住民を対象とした悉皆調査を経時的に行っている。項目として K6 が入れられており、総得点13点以上の住民に対して、訪問や架電によるフォローが続けられている。

仮設住宅などでの訪問やスクリーニングをとおして、心理的問題の強い被災者が認知されると、対応が必要となり、専門的な知識をもったスタッフの関与が求められることになる。みやぎ心のケアセンターは、震災から約1年後に活動を始めたため、当初は役割を見いだすのが難しかった。しかし、健康調査のフォロー業務に加わることを契機として、既存の組織に役割が認知され、次第に活動が拡充されていった。また、市町の保健部門は深刻なマンパワー不足に直面していたため、看護職などを出向させ、本来の保健業務を支援しており、時間の経過とともに心のケアセンターの価値が認知されてきている。

C. まとめ

復興期の精神保健活動は、保健師などが担ってきた平時の活動と、地域ネットワークの活性化をベースにして、その中に新しく作られた機関が役割を見いだし参入し、地域全体の認識が深まり、活動が充実されていくことが重要である。そして、災害後の活動が昇華され、地域が抱える精神保健上の問題に取り組む契機となることが望まれる。その一例として、岩手県大船渡保健所が始めた自殺予防を目指した事業を紹介したい。これは「はまってけらいん、語ってけらいん運動」と呼ばれており、孤立を予防し地域住民同士のつながりを深めるための活動である。「はまって」とは方言で「皆で集まって」という意味で、象徴的な標語を用いることによって、地域全体のメンタルヘルスへの関心を高めることを目指している。東北は以前から自殺率の高い地域であり、災害後の心のケアへの高まりが、自殺予防に向けたプロモーション活動に展開されており、今後の活動の進展を注視したい。

D. 健康危険情報：該当なし

E. 研究発表：該当なし

F. 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

G. 参考資料

- 1) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター編 「こころのケアセンター活動報告書平成 11 年度-5 年間の活動を終えて」神戸、2001
- 2) 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター編「事業実施報告書 7 年間のまとめ（平成 17 年度～平成 23 年度）」
- 3) 兵庫県明石保健所 1995 兵庫県南部地震と明石の保健活動 2-平成 8 年度～平成 11 年度復興期保健活動のまとめ
- 4) 陸前高田市民生部健康推進課 東日本大震災陸前高田市の保健活動記録(中間報告)
- 5) 松本珠実. 平成 24 年度 地域保健総合推進事業 東日本大震災における保健師活動の実態とその課題報告書
- 6) 坂元昇. 東日本大震災の自治体による保健医療福祉支援の実態と今後の巨大地震に備えた効率的・効果的支援のあり方について 保健医療科学 2013 Vol.62 No.4 p.390-404

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究
分担研究報告書

大規模災害による長期避難生活者のソーシャルキャピタルの変化に 関連する要因

分担研究者 荒井秀典 1)

研究協力者 林 幸史 1)、廣島麻揚 1)

1) 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

研究要旨

ソーシャルキャピタル（以下 SC）は精神健康度、自殺予防との関連が報告されており、地域住民の精神的健康や自殺予防に欠かせない概念である。本研究では長期に避難生活を送る成人を対象に、震災前と震災後のソーシャルキャピタルおよび関連が予想される因子を解析し、震災前後のソーシャルキャピタルの変化に関連する要因を検討した。福島県大熊町に住民票を置く 20 歳以上の男女のうち、県内の総合健診会場に申し込みを行った 1,595 名に対し、調査用紙を総合健診問診票とともに郵送配布し、研究協力に同意の得られた人のみ回答を依頼し、健康診査受診会場にて回収を行った。回収率は 92.7%（1478 名）であった。震災前後のソーシャルキャピタルの変化に関して、年齢、性別、婚姻状況、震災後の住居地、住居形態、そして震災前後で起きた同居家族の有無・職業・地域活動の有無・ソーシャルサポートの有無・経済状況の変化による影響を検討した。ソーシャルキャピタルの震災前後での変化量は、 -4.68 ± 4.07 点であり、婚姻状況では現在同居している既婚者、地域活動の有無の変化では震災後に活動しなくなった人、物質的・金銭的支援者の有無の変化では震災後にいなくなった人、経済状況の変化では悪化した人が他群と比較して震災後に点数が下がる傾向があった。震災後の住居形態では仮設住宅の人、同居家族の有無の変化では独居者が他群と比較して震災後に点数が下がりにくい傾向があった。震災後は、属性やソーシャルサポートの有無に関わりなく SC が低下した。特に集団避難地域でない地域に住んでいる人、震災後にソーシャルサポートがなくなった人、経済状況が悪化した人はよりソーシャルキャピタルが大きく低下しており、より多くの支援が必要な対象であること、また近所づきあいなどのネットワークを構築しやすい環境づくりをしていく必要があることが示唆された。

I : はじめに

東日本大震災では福島や岩手などの東北地方を中心に甚大な被害が生じ、2012年8月の段階で、死者15868人、行方不明者2848人、負傷者6109人、建物被害は全壊が129316戸、半壊が283845戸などとなっている。¹⁾

震災後、多くの人々が住まいを離れ、長期に避難生活を送らなければいけない状況となった。避難生活を送る人々には、個人の生活の再建という課題の他に、コミュニティの再建という課題もある。

公衆衛生学の領域にソーシャルキャピタル(以下SC)という概念があり、SCは、「社会活動の特徴であるネットワーク(network)、規範(norms)、信頼(trust)といったものであり、協調的な行動を促進することで社会の効率性を改善するものである」と言われている²⁾。精神健康度、自殺予防との関連が報告されており³⁾⁵⁾、地域住民の精神的健康や自殺予防に欠かせない概念である。

本研究では震災のために長期に避難生活を送る成人を対象に、震災前と震災後のSCおよび関連が予想される因子を測定し、震災前後のSCの変化の程度に関連する要因を検討した。

II : 研究対象と方法

1. 調査対象

福島県大熊町に住民票を置く20歳以上の男女のうち、県内の総合健診会場に申込みを行った1595名

2. 調査期間

平成24年10月(倫理委員会承認後)~25年3月まで

3. 調査方法

対象者に調査用紙を総合健診問診票とともに郵送配布し、健康診査受診会場にて留め置き法で回収する。

4. 調査項目

1)属性に関する質問項目として性別、年齢、婚姻状況、就業状況、社会参加状況、同居の有無、住まいの地理状況をたずねた。

2)震災前後でのSCの度合いのに関する質問項目として本橋ら⁵⁾⁶⁾の尺度を用いる。なお本研究では得点範囲が0-15点までの5項目を合計した得点を算出し、得点が高いほどSCの度合いが強いことを意味するものとして扱う。

5. 分析方法

属性の項目ごとに震災前後のSC点数差をクラスカル・ウォリス検定で多重比較した後、各群をU検定で示された結果をボンフェローニ法で調整し比較した。

統計分析にはSPSS 21.0 for windowsを用い、5%を有意水準とした。

6. 倫理的配慮

京都大学倫理審査委員会の承認と、大熊町の倫理的規定に基づく判断で決済を受け、倫理的配慮を行った。主な点は以下の内容である。

1)情報管理について

- ・調査用紙には表紙をつけ、回収の際に回答した内容が見えないようにする。

- ・回収された調査用紙には本調査用ID番号を付け、匿名性を確保する。

- ・データの保存媒体はセキュリティ機能を持ち、パスワードロック機能アクセス制御を行い管理し、パソコンはLAN接続しない研究専用のもを使用する。

2)理解を求め同意を得る方法

・研究参加への同意は質問調査用紙に趣旨・方法・倫理的配慮を記入した表紙をつけておき、読んでいただいた上で質問調査用紙の提出をもって同意したものとみなす。

Ⅲ：結果

① アンケート回収率

アンケート回収率は 92.7% (1478 名) であった。また回収されたもののうち以下の項目すべてに回答している人数は 990 名 (62.1%) であった。

② 対象者の基本属性に関して

対象者の平均年齢は 57.3 歳で男性が 38.3%、女性が 61.7% であった。また、全体の約 53% の方が震災後に失職し、約 49% の方が、経済状況が悪化していた (表 1)。

③ 全体での震災前後の SC 合計点数、SC の変化

対象者全体での震災前後の SC、震災前後での変化量の平均値±標準偏差は、それぞれ 11.2±2.69 点、6.48±3.49 点、-4.68±4.07 点であった (図 1)。

④ 属性ごとの SC 点数差の比較

属性ごとに比較した結果、婚姻状況では現在同居している既婚者、地域活動の有無の変化では震災後に活動しなくなった人、物質的・金銭的支援者の有無の変化では震災後にいなくなった人、経済状況の変化では悪化した人が他群と比較して震災後に点数が下がりやすい傾向があった。震災後の住居形態では仮設住宅の人、同居家族の有無の変化では独居者が他群と比較して震災

後に点数が下がりにくい傾向があった。また震災後の住居地による差が認められ、年齢、性別、震災前後の職業の変化においては群間に差は見られなかった (図 2)。

Ⅳ：考察

震災後、全体的に SC 低下が見られた。特に、震災後に社会的活動を行うことができなかった人、支援を失った人は顕著に SC 低下が見られたことから、これらの特徴を持つ人に対してはより多くの支援が必要であると示唆された。

また、震災後の住居地区によって SC の低下に差が出た理由として、会津若松市といわき市では、市の面積が倍以上違い、震災前に近所付き合いがあった人たちが避難先として同じいわき市に移転したとしても住居地の距離が遠くなり、近所付き合いが減ったという事例が多いことが関係しているのではないかと考えられる。

震災後の住居形態によって SC の低下に差が出た理由として、仮設住宅はもともと近所づきあいのある人が多く近くの地区に配属されるため、移転後も近所の人々との関係性を構築しやすいことが関係していると考えられる。

以上の 2 点から、震災後に近所づきあいが構築しやすい環境であることが SC 低下を軽減することにつながるということが示唆される。

本橋⁵⁾⁶⁾は、地域において近隣づきあいなどのネットワークを強化すること、相互信頼・相互扶助を強化すること、社会的活動への住民の積極的参加を図ることが、地域の SC を増加させることにつながり、また地域の自殺予防に良い影響を与えると述べ

ている。このことから近所づきあいが構築しやすい環境づくりを、自治体を中心として推進していく必要があるのではと考えられる。しかしながら、自治体職員も被災者であり、マンパワー不足で対応困難な面もある。他の地域からの保健師の派遣、福祉事務所や民生委員などインフォーマルサポートとの連携を積極的に行い、支援体制を強固にしていくことが重要であると考えられた。

V：結論

本研究では以下のことが示された。

- ・震災後、全体的に SC が低下した
- ・震災後に社会的活動を行わなかった人、支援が受けられなくなった人、経済状況が悪化した人は特に SC が低下した
- ・震災後の住居地域によって SC の変化に差があった
- ・震災後の住居形態が仮設住宅である人は他の形態の人と比べて SC が低下しなかった

これらのことを踏まえ、震災後、社会的活動を行わなかった人、支援が受けられなくなった人、経済状況が悪化した人に対してより多くの支援が必要であること、また近所づきあいなどのネットワークを構築しやすい環境づくりをしていく必要があることが示唆された。

VI：参考文献

- 1) 警視庁、東日本大震災について 被害状況と警察措置。警視庁ホームページ
<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/bi-ki/index.htm>

- 2) Putnam, Robert D, etc 1992. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.[河田潤一訳. 2001. 『哲学する民主主義 - 伝統と改革の市民的構造』 NTT 出版.]
- 3) 儘田徹：日本におけるソーシャル・キャピタルと健康の関連に関する研究の現状と今後の展望. 愛知県立大学看護学部紀要 16:1-7. 2010
- 4) 埴淵知哉, 村田陽平, 市田行信 他：保健師によるソーシャルキャピタルの地区評価. 日本公衆衛生雑誌, 55(10):716-723. 2008
- 5) 本橋豊, 金子善博, 山路真佐子：ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌 3(1):21-31. 2005
- 6) 本橋豊：地域づくり型自殺予防対策の有効性に関する研究—ソーシャルキャピタルモデルの構築—, 2007 年度科学研究補助金研究成果報告書, <http://kaken.nii.ac.jp/pdf/2009/seika/jsps-1/11401/18390193seika.pdf>

VII：研究発表

1. 論文発表

- 1) Miyata C, Arai H, Suga S, Nurse manager's recognition behavior with staff nurse in Japan -Based on semi-structures interviews, *Open Journal of Nursing*, 4(1):1-8, 2014.
- 2) Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, Chou MY, Chen LY, Hsu PS, Krairit O, Lee JS, Lee WJ, Lee Y,

- Liang CK, Limpawattana P, Lin CS, Peng LN, Satake S, Suzuki T, Won CW, Wu CH, Wu SN, Zhang T, Zeng P, Akishita M, Arai H, Sarcopenia in Asia: consensus report of the asian working group for sarcopenia, *J Am Med Dir Assoc*, 15(2):95-101, 2014.
- 3) Arai H, Akishita M, Chen LK, Growing research on sarcopenia in Asia, *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1:1-7, 2014.
 - 4) Yamada M, Moriguchi Y, Mitani T, Aoyama T, Arai H, Age-dependent changes in skeletal muscle mass and visceral fat area in Japanese adults from 40 to 79 years-of-age, *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1:8-14, 2014.
 - 5) Sampaio RA, Sewo Sampaio PY, Yamada M, Yukutake T, Uchida MC, Tsuboyama T, Arai H, Arterial stiffness is associated with low skeletal muscle mass in Japanese community-dwelling older adults, *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1:109-14, 2014.
 - 6) Miyata C, Arai H, Suga S, Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan, *Collegian Online publication*, pp.1-9, 2013.
 - 7) Yamada M, Nishiguchi S, Fukutani N, Tanigawa T, Yukutake T, Kayama H, Aoyama T, Arai H, Prevalence of sarcopenia in community-dwelling Japanese older adults, *J Am Med Dir Assoc*, 14(12): 911-5, 2013.
 - 8) Miyata C, Arai H, Suga S, Perception Gaps for Recognition Behavior between Staff Nurses and Their Managers, *Open Journal of Nursing*, in press.
 - 9) Sampaio PYS, Sampaio RAC, Yamada M, Ogita M, Arai H, Validation and Translation of the Kihon Checklist (frailty index) into Brazilian Portuguese, *Geriatr Gerontol Int*, in press.
 - 10) Sampaio RAC, Sampaio PYS, Yamada M, Tsuboyama T, Arai H, Self-reported quality of sleep is associated with bodily pain, vitality and cognitive impairment in Japanese older adults, *Geriatr Gerontol Int*, in press.
 - 11) Tanigawa T, Takechi H, Arai H, Yamada M, Nishiguchi S, Aoyama T, Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment, *Geriatr Gerontol Int*, in press.
 - 12) Yukutake T, Yamada M, Fukutani N, Nishiguchi S, Kayama H, Tanigawa T, Adachi D, Hotta T, Morino S, Tashiro Y, Arai H, Aoyama T, Arterial stiffness determined by cardio-ankle vascular index (CAVI) is associated with poor cognitive function in community-dwelling elderly, *J Atheroscler Thromb*, in press.

- 13) Yamada M, Arai H, Nishiguchi S, Kajiwara Y, Yoshimura K, Sonoda T, Yukutake T, Kayama H, Tanigawa T, Aoyama T, Chronic kidney disease (CKD) is an independent risk factor for long-term care insurance (LTCI) need certification among older Japanese adults: A two-year prospective cohort study, *Arch Gerontol Geriatr*, 57(3): 328-32, 2013.
- 14) Sampaio RAC, Sampaio PYS, Yamada M, Ogita M, Sandra Marcela Mahecha Matsudo, Raso V, Tsuboyama T, Arai H, Factors associated with falls in active older adults in Japan and Brazil, *J Clin Gerontol Geriatr*, 4(3):89-92, 2013.
- 15) Sampaio PYS, Sampaio RAC, Yamada M, Ogita M, Arai H, Importance of Physical Performance and Quality of Life for Self-Rated Health in Older Japanese Women, *Phys Occup Ther Geriatr*, 31:1-11, 2013.
- 16) Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K, Priorities of healthcare outcomes for the elderly, *J Am Med Dir Assoc*, 14(7):479-484, 2013.
- 17) Arai H, Kokubo Y, Watanabe M, Sawamura T, Ito Y, Minagawa A, Okamura T, Miyamoto Y, Small Dense Low-Density Lipoproteins Cholesterol can Predict Incident Cardiovascular Disease in an Urban Japanese Cohort: The Suita Study, *J Atheroscler Thromb*, 20(2):195-203, 2013.
2. 学会発表
- 1) Arai H, Family care for frail older in Japan (Symposium) Role of family in care of older people in Asian countries, The 9th Congress of the EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society), Oct.2-4 2013, Venice Lido, Italy.
- 2) Arai H, (Symposium) Health Promotion and Disease Prevention for older persons: Cardio metabolic healthcare in older people in Japan, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27 2013, Seoul, Korea.
- 3) Yamada M, Nishiguchi S, Tanigawa T, Kayama H, Yukutake, Aoyama T, Arai H, Nutritional supplementation during resistance training improved skeletal muscle mass in community-dwelling Japanese frail older adults, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27, 2013, Seoul, Korea.
- 4) Arai H, (Symposium) Roundtable On

- Advances In Strat Egies On Fall Prevention: Prevention Of Falls By Complex Course Obstacle Negotiation Exercise In Japanese Elderly, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun.24, Jun. 23-27 2013, Seoul, Korea.
- 5) Arai H, (Symposium) Frailty And Sarcopenia: Reversibility Is The Main And Common Characteristics Of Frailty And Sarcopenia, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27 2013, Seoul, Korea.
 - 6) 荒井秀典, ACC/AHA ガイドラインをどう読み解くのか?, 第 14 回動脈硬化教育フォーラム, 2014 年 2 月 2 日, 仙台国際センター (宮城)
 - 7) 荒井秀典, 動脈硬化性疾患予防ガイドライン・治療ガイドのエッセンスー血清脂質評価の最新の考え方ーシンポジウム 「動脈硬化性疾患の予防および診療における脂質検査の現状と課題」, 第 60 回日本臨床検査医学会学術集会, 2013 年 10 月 31 日~11 月 3 日, 神戸国際会議場 (兵庫)
 - 8) 林幸史, 荒井秀典, 大倉美佳, 山田実, 高橋万紀子, 新田真由美, 天谷真奈美, 廣島麻揚, 大規模災害による長期避難生活者のソーシャルキャピタルの変化に関連する要因, 第 72 回日本公衆衛生学会総会, 2013 年 10 月 23 日~25 日, 三重県総合文化センター (三重)
 - 9) 大倉美佳, 荻田美穂子, 山田実, 荒井秀典, 基本チェックリスト未回収者における二次予防事業対象者の把握, 第 72 回日本公衆衛生学会総会, 2013 年 10 月 23 日~25 日, 三重県総合文化センター (三重)
 - 10) 荒井秀典, 山田実, 青山朋樹, サルコペニアおよびサルコペニア肥満は要介護と関連する, 第 34 回日本肥満学会, 2013 年 10 月 11 日~12 日, 東京国際フォーラム (東京)
 - 11) 荒井秀典, 糖尿病大血管症の予防・治療を目指した脂質管理の EBM, シンポジウム 3 「糖尿病大血管症の予防・治療を目指した新しい治療戦略」, 第 28 回糖尿病合併症学会, 2013 年 9 月 13 日~14 日, 旭川グランドホテル(北海道)
 - 12) 荒井秀典, 動脈硬化性疾患予防ガイドライン普及啓発セミナーにおけるアンケート調査, 第 45 回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 2013 年 7 月 18 ~19 日, 京王プラザホテル (東京)

		人数	%
年齢	20代	38	3.8
	30代	112	11.3
	40代	134	13.5
	50代	186	18.7
	60代	314	31.7
	70代	158	16
	80代	46	4.6
	90代	2	0.2
平均年齢±SD	57.3±14.2		
性別	男	379	38.3
	女	611	61.7
震災後の住居地域、住居形態	会津若松市の借り上げ住宅	245	24.7
	会津若松市の仮設住宅	173	17.5
	会津若松市のその他の形態	4	0.4
	いわき市の借り上げ住宅	236	23.8
	いわき市の仮設住宅	109	11.0
	いわき市のその他の形態	31	3.1
	その他の市町村の借り上げ住宅	136	13.7
	その他の市町村の仮設住宅	4	0.4
	その他の市町村のその他の形態	18	1.8
	その他	34	3.4
婚姻状況	未婚	96	9.7
	既婚(同居)	740	74.7
	既婚(別居、死別)	154	15.6
震災前後の経済状況の変化	悪くなった	484	48.9
	変わらない	436	44.0
	良くなった	51	5.2
	その他	19	1.9

		震災前 人数	%	震災後 人数	%
仕事形態	会社員	278	28.1	65	6.6
	アルバイト	191	19.3	52	5.3
	自営業・農林水産業	194	19.6	31	3.1
	無職	317	32.0	833	84.1
	その他	10	1.0	9	0.9
同居家族の有無	有	60	6.1	123	12.4
	無	930	93.9	867	87.6
相談相手の有無	有	939	94.8	883	89.2
	無	51	5.2	107	10.8
地域活動の有無	有	513	51.8	299	30.2
	無	477	48.2	691	69.8
物質的、金銭的な支援者の有無	有	833	84.1	778	78.6
	無	157	15.9	212	21.4

表 1 : 対象者の基本属性(n=990)

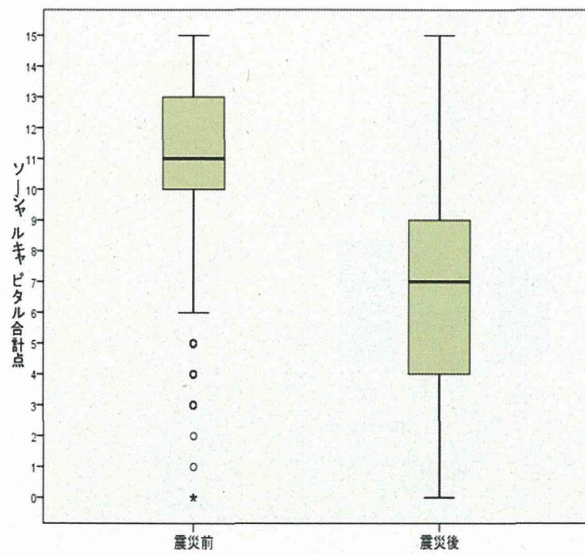
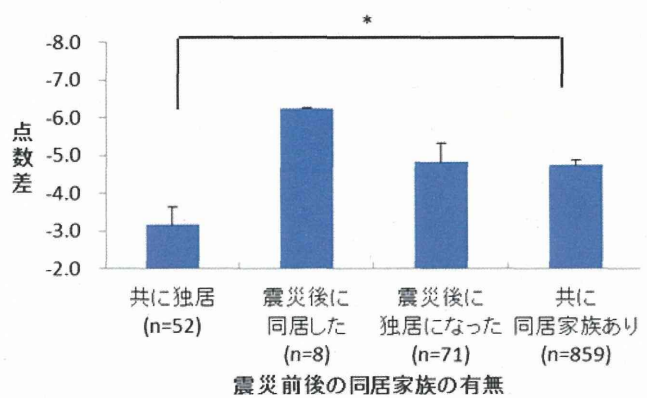
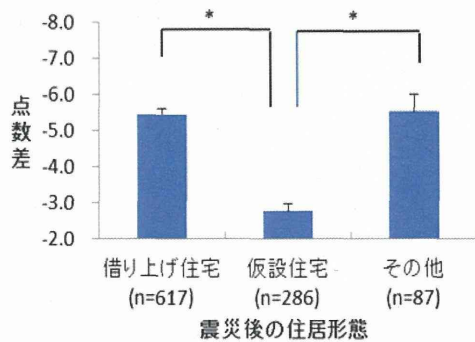
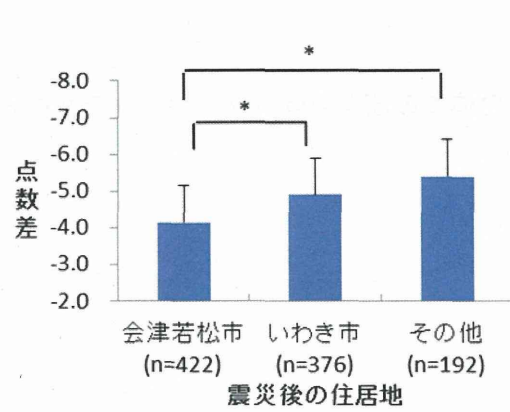
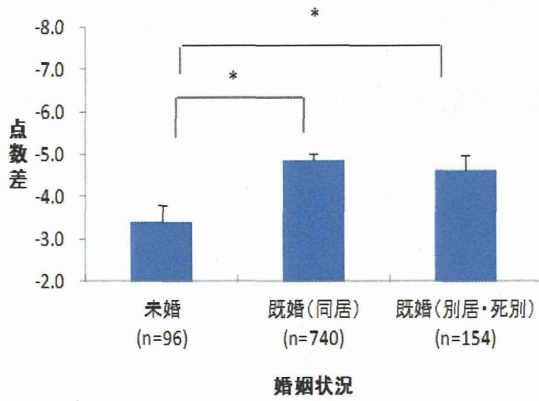
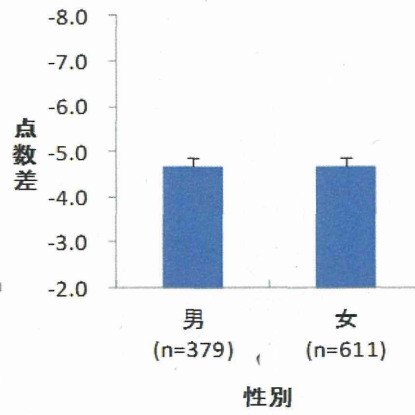
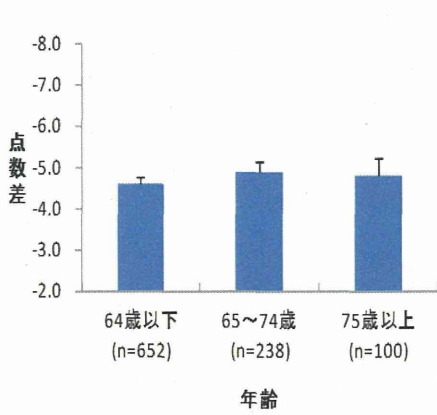


図 1 : 全体での震災前後のソーシャルキャピタルの点数(n=990)



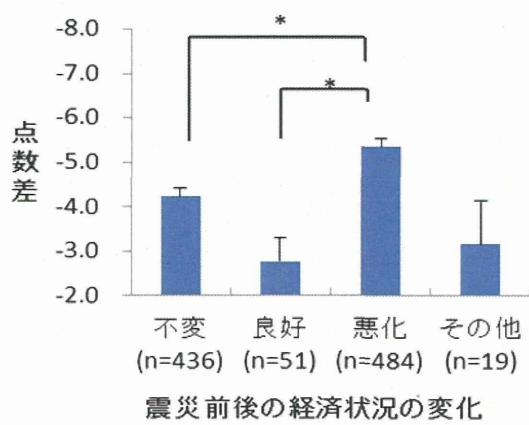
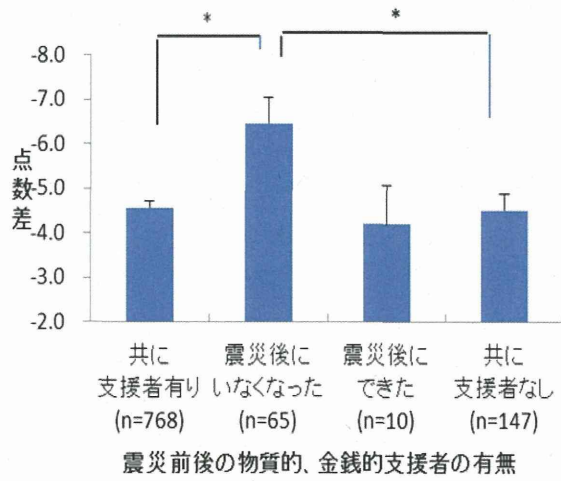
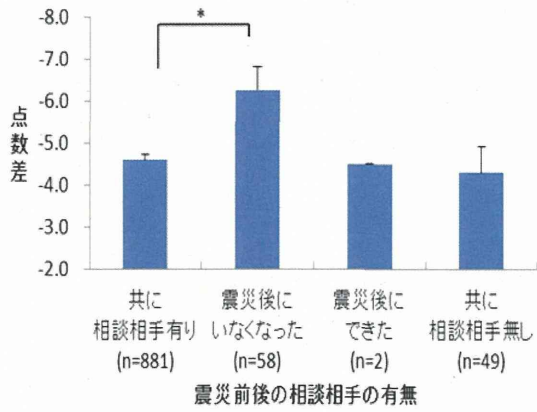
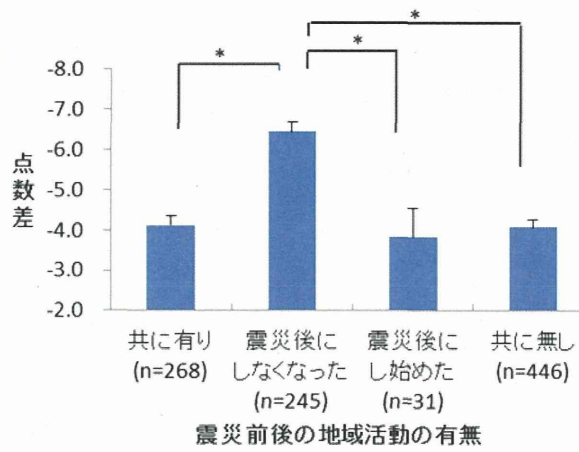
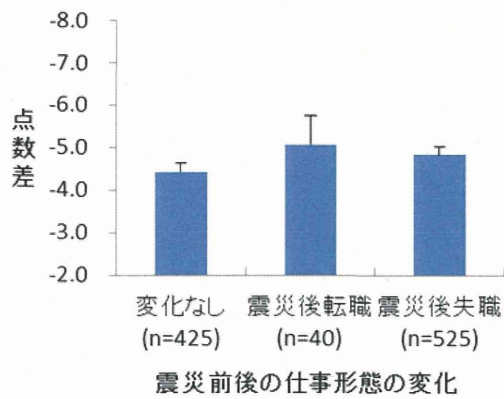


図2：属性ごとのソーシャルキャピタルの点数差の比較(n=990) *:P<0.01,平均値±SEM

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究
分担研究報告書

岩手県こころのケアセンターの活動の分析

分担研究者 酒井明夫 1)
研究協力者 大塚耕太郎 1)、2)

- 1) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
2) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

研究要旨

東日本大震災津波により岩手県沿岸地域では甚大な被害を受けた。災害発生当初 1 週間目より岩手医科大学では、こころのケアの体制を整備し、活動を開始した。こころのケアチームとして岩手県では約 30 チームが活動を行い、岩手医科大学こころのケアチームも岩手県北沿岸にて震災後のこころのケアのモデル構築を県、市町村、関係機関と連携しながら行った。多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、岩手県こころのケアセンターによる事業が岩手県から岩手医科大学内に業務委託された。岩手医科大学では「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸 4 か所に設置した。こころのケアセンターの活動方針は、これまでこころのケアチームが担ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を出発点とし、活動当初は専門職による支援を念頭におきつつ、中長期的には地域主体になる支援への移行を目標としている。現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村等の地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。平成 25 年度においても、被災地域におけるこころのケアセンターで対応した相談者の主訴では身体症状、他の精神症状、不眠が多かった。身体症状は抑うつや不安を背景とした症状が考えられた。背景の問題として、住居環境変化、家族・家庭問題等が目立っており、二次的生活変化によるストレス過重の問題が出現していると考えられた。住民はいまだに不自由で困難な生活を送っており、今後も被災地におけるこころのケアを推進していく必要があると考えられた。

Keywords 災害、岩手県、こころのケア、

A. はじめに

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災以後、岩手医科大学では被災地におけるこころのケアに取り組んできた。震災から 3 年目に入り、被災後のこころのケアは長期的な復興を視野にいたした段階にきている。

B. 初動期

岩手医科大学では災害発生当日より災害対策本部

が設置され、災害医療に全学的に取り組んだ。岩手県の災害対策本部に岩手医科大学も加わり、精神科スタッフも足を運んだ。また、岩手県災害医療支援ネットワーク（岩手県担当各課（保健福祉部、医療局など）、岩手医科大学、岩手県医師会、日本赤十字病院、国立病院機構）においても岩手医科大学神経精神科学講座スタッフも参加し、災害医療の全体的な流れの中でのこころのケアについての情報共有や方法論提示等を行った。3 月 15 日より 3 月 22 日ま

で、岩手医科大学における災害派遣医療チームにメンタルヘルス関連各科（精神科、心療内科、睡眠医療科）が加わり、岩手県沿岸での災害医療を開始した。

C. こころのケアの受入体制の整備

東日本大震災発生時より、災害医療においては、こころのケアが重要領域の一つであり、最終的にこころのケアチームに代表される多職種による精神保健チームを被災地へ派遣することが想定された。現地では、保健所や市町村など行政との連携なくして、継続的な活動は困難である。加えて、現場の行政と連携や調整を行う必要がある。さまざまな支援チームを現地の行政が調整することは負担が大きい。このため、岩手県における支援チームに関しても、当初より窓口は岩手県に一本化して、現地との調整を図る方針が出された。4月上旬に、災害時のこころのケアの対策の中長期的計画を立案し、全県へ方向性の周知を図った。

C. こころのケアチームの派遣

1. 防災直後から平成24年3月まで全国から30チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をうけた。県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療が行われた。また、仮設住宅への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援的活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた。また沿岸7地域に震災こころの相談室を設置し、震災ストレス関連の相談対応の拠点も整備された。

3月24日より岩手県北沿岸の久慈地域において岩手県のこころのケアチームとして、岩手県立久慈病院、久慈享和病院、日本医科大学、九州大学、大分大学、順天堂大学、澤病院の協力を得て、該当4市町村、久慈保健所、久慈医師会と連携し、活動を開始した。当初、ケアチームの活動は避難所巡回、ハイリスク者の個別訪問、遺族支援、従事者ケアを中心として開始した。岩手医科大学での災害時のこころのケアの活動は、岩手県におけるモデル構築の位置づけとなることもあり、岩手県障がい保健福祉課や岩手県精神保健福祉センターと相互補完的な協力体制をとってきた。久慈地域（久慈市、洋野町、野田村、普代村）を担当し、災害の相談拠点である野

田村こころの健康相談センターを中心に、相談、訪問、従事者教育、保健事業への協力などの支援活動を行った。

D. こころのケアチームとしての中期的活動

保健医療福祉分野での対策としては、災害ではこころ、身体、運動、栄養、対人交流、生活習慣などの健康問題が継続して課題となるため、包括的な健康問題への対策として保健事業計画を講じる必要性がある。また、就労、経済、生活面での問題も併存しているため、生活支援など対策との連携も必要である。そして、問題への対処行動がメンタルヘルスに与える影響も大きいため、問題の抽出と介入をセットでとらえる必要がある。

仮設住宅入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化する。個別なケアとして、訪問だけでなく、震災こころの相談室の体制整備や、関係機関との連携した支援も重要となった。また、地域精神保健福祉的介入としての、住民教育や、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチを重視した。加えて、集会場でのサロン活動を実践し、安心して語れる場づくりを行い、地域住民のつながりや絆を構築できるようなことを重視して、地域の関係従事者の教育を実施した。

こころのケアを実践する上では、地域市町村の保健師や看護師、栄養士、職員などや、県保健所の保健師等、児童相談所職員、保健師や他の医療チームなどと連携を取ってきた。

地域支援をひろげていくために、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者等に対して、被災者の支援法を教育していくことが求められた。例えば、こころの危機を迎えているものへの低強度の認知行動療法的アプローチや、筆者の研究班（平成22年度科学研究費補助金基盤C「医療、精神保健、および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」、主任研究者）も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム（内閣府 HP : http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html）などでは、被災地の従事者教育やゲートキーパー養成に活用された。

地域では健診をはじめとした住民への保健事業へこころのケアの観点を含めて支援を行った。たとえば、健診とメンタルヘルスのスクリーニング事業を

組み合わせることなどがその一例である。

行政職員や消防署員なども大震災の復旧復興業務等に係り勤務時間の増加など被災後の強いストレスを経験したものが多数おり、職員の健康状態が懸念されていた。職場のメンタルヘルス対策への協力やハイリスク者の対応なども行った。

そして、地域の自殺対策を推進することも当初よりこころのケアの重要な骨子として位置づけてきた。岩手県では震災前より県北の久慈地域における自殺対策「久慈モデル」を全県的なモデルとして自殺対策を岩手県、岩手医科大学等の協力により進めてきた。

E. 岩手県こころのケアセンターの設置

災害発生当初は、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士など精神科専門職で構成されるこころのケアチームが被災地の保健所・自治体との連携・指示により避難所での巡回相談や診療が行われる。東日本大震災でも大規模災害であったため、県内の支援だけではチームの充足は困難であり、全国の病院や行政機関などから派遣を受けた。財源としても災害救助法の範疇で支援が提供されていた。その後、仮設住宅が設置されていくと、仮設住宅への訪問や保健事業の支援が必要となる。避難所設置時期では被災住民へ集団的介入が可能な時期であるが、仮設住宅へ入居後は、被災住民の個別介入が主体となる。岩手県においても、平成23年4月より被災の影響が強い自治体において震災こころの相談室を開設し、個別相談や支援者へのスーパーバイズ等が開始され、同年8月までに最終的に7か所に設置された。

こころのケアチームは、保健所・市町村との連携・指示により、主に避難所を巡回し、相談や診療等を行ってきた。そして、仮設住宅の設置とともに、保健師の訪問活動への同行、困難ケースへの対応、スーパーバイズなど、市町村毎の精神保健活動の状況を踏まえながら、地域や市町村が主体となった活動への支援を中心に行ってきた。

このような多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県では、岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸4か所に設置された。

こころのケアセンターの活動方針は、これまでこころのケアチームが担ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を出発点とし、活動当初は専門職による支援を念頭におきつつ、中長期的には地域主体になる支援への移行を目標としている。

また、被災以前より岩手県では自殺対策などの領域で、精神科医療等の社会資源に乏しく、少ない社会資源を有効に活用し、様々な機関によるネットワークを構築し、マンパワーの不足を機関相互の連携により補う精神保健体制を推進してきた。震災後のこころのケア活動も同様に、こころのケアセンターが地域の支援体制に加わり、市町村や関係機関との密接な連携のもと、地域のネットワークの構成機関として活動することが求められる。

そして、「医療」、「保健」、「福祉」の三領域において、こころのケアセンターは「保健」の領域における活動を主体として、「医療」、「福祉」の領域との連携を図りながら、支援を行っていく。たとえば、被災者へのメンタルヘルス対策としての医療化させないためのこころの健康づくりなどをとおした予防介入や健康増進、医療が必要な者への早期介入、継続的な相談支援による見守り、サロン活動などでの保健活動の提供、従事者への支援など幅広い支援を地域の状況に合わせて提供することが目標となった。

F. 岩手県こころのケアセンターの具体的な活動

1) こころのケアセンターの活動骨子

被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成24年8月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4. 心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4) 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。

現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村等の地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。特に、中長期的視点で考えた場合には、地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要

課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者等に対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。例えば、こころの危機を迎えているものへの低強度の認知行動療法的アプローチは、相談対応の時に役立つため、ボランティアレベルから医療従事者レベルまでの教育を実践してきた。また、自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。内閣府での自殺対策緊急強化基金などは災害支援の中で自殺対策としての活用が推進されている。

平成 24 年度および平成 25 年度（途中経過）の活動の概要を、表 1 にしめた。活動開始当初から、沿岸各地域において行政、関係機関と調整を行った。また、関連の事業調整で、地域のニーズも踏まえてケアセンター事業を具体的に検討していった。

相談者の主訴では平成 24 年度（図 1）と平成 25 年度（図 2）では身体症状、他の精神症状、不眠が多いという傾向は同様であった。身体症状は抑うつや不安を背景とした症状が考えられた。

平成 24 年度の背景の問題（図 3）では、住居環境変化、家族・家庭問題等が目立っており、二次的生活変化によるストレス過重の問題が出現していると考えられた。平成 25 年度（図 4）は健康問題も背景として抽出することにしたが、健康問題が多くその他、平成 24 年度と同様に被災生活での悩みが検知されていた。

今後も、保健事業などの支援により住民がこころの健康に対する理解が深まっていくようなこころの健康づくりが推進されることが求められる。このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。今だ地域は復興の真っ只中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させながら、今後もこころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が必要である。そして、健康を大切にす地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくために、長期的な視点で支援が提供されることが大切である。

4) 今後の課題

(1)被災地における住民のメンタルヘルスや生活状況の変化の把握

現在、被災地では高台移転や復興住宅への住民の入居が開始されている。被災者の生活と合わせた適切な支援につなげるために、住民のメンタルヘルスの変化のプロセスの実態を踏まえた対応を行っていく。

(2)メンタルヘルス不調者に対する健康面と生活面の両面の支援

被災者は徐々に自立的生活を求められるようになる。生活の回復に至らない場合にメンタルヘルス不調を呈することが従来から指摘されており、健康面に加えて生活面も含めたケア体制を地域で構築していく。

(3)被災地における地域ケアの充実化:こころの健康づくりと自殺対策

被災地沿岸では、精神科医療施設及び精神科医が少ない。精神医療に加えて、こころのケア活動による予防的介入としての精神保健活動における地域ケアが充実することで、住民がこころの健康を享受できる。そのためには、住民への普及啓発や支援者への教育等の地域づくりとしてすすめる健康づくり事業や自殺対策事業を浸透させていく必要がある。深刻な問題を抱えメンタルヘルス不調となっている自殺ハイリスクの住民も少なくないため、自殺対策は必須の課題である。これまで、岩手医科大学と岩手県がすすめてきた「久慈モデル」による総合的な自殺対策モデルを地域に展開していく必要がある。骨子になった戦略研究の自殺対策のエビデンスも明らかとなった (Ono Y et al. Pros one, 2013)。また、今後も精神保健活動を充実させるために、地域関係従事者に対するゲートキーパー養成研修プログラムを地域に提供していく (大塚は内閣府のゲートキーパー養成研究プログラムにおいて被災地対応編の作成に協力してきた)。また、地域連携会議等において実務者のネットワーク活動をひろげていく。

(4)こころのケアに関する方法論の構築

岩手医科大学では、これまでも学術団体として地域精神保健従事者や住民に対する教育活動を行ってきた。今後も被災地の精神保健活動への支援として、適切な教育法や、支援法などのノウハウを構築し、地域へ還元していく。

(5)今後のこころのケアに対するニーズについて

被災者は持続的なストレスが継続しており、さらに現実的な生活の様々な困難を抱え問題も長期化している。このため、新たにメンタルヘルス不調を訴