

C. 民間団体の試み

東日本大震災では、専従組織である心のケアセンター以外に、これまでにない枠組みの活動が行われている。その一つは、震災後のボランティア活動を踏襲し、NPO 法人や社団法人を設立することによって継続されている活動である。福島県相双地区で福島県立医大が震災後早期に行った活動を継承した 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、宮城県石巻市で日本精神科診療所協会の支援を受け地元の精神科医が設立した一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎなどが、心のケアセンター発足前から活動してきた。これらが、共通して目指しているのは、もともと精神科医療が充足されていなかった地域に新たな拠点を作り、地域内の精神科医療・精神保健を根付かせようとすることである。

1. 福島県相双地区

福島県の太平洋岸、通称浜通りは、原発事故によって南部のいわき市と相馬市などの北部に分断された。浜通りの中央部は、いうまでもなく原発事故のため避難を余儀なくされた地域で、5 か所の精神科病院から患者を転院させるという事態になった。浜通り北部には新地町、相馬市、南相馬市が含まれており、そのうち南相馬市の一部も避難勧告地域となった。また、最沿岸部は津波被害を受けたところもある。この地域の精神科医療資源は震災前から少なく、南相馬市に雲雀ヶ丘病院があるだけだった。その唯一の病院も使えなくなったため、一時的に精神科医療の空白地域になった。こ

の状況に対して、地元福島県立医大はこころのケアチームを編成し、早い時期から医療を継続させるための活動を行った。全国から集まった有志の協力を得て、相馬市の公立相馬総合病院で精神科の診療が出来るように調整した。また、県保健所や市町の保健師と連携して、避難所の巡回、在宅の精神障害者の訪問なども行った。この活動を継続させるためのシステムを作ることが検討され、数回の準備会を経て 2011 年 11 月 29 日に 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（以下、「つくる会」）が設立された。

「つくる会」の事業は、2012 年 1 月から始まった「相馬広域こころのケアセンターなごみ」と、2014 年 4 月に開業した「訪問看護ステーションなごみ」の二つから構成されている。前者は、精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）と、ふくしま心のケアセンター事業を主な活動としており、資金は二つの活動に対する福島県からの助成金のほか、会費収入、米国日本人医師会など民間からの寄付および助成金である。平成 24 年度の会計報告によれば、経常収入は約 1 億 3 千 2 百万円で、公的資金はその約 2 分の 1 である。ふくしま心のケアセンターは、福島県が一般社団法人福島県精神保健福祉協会に委託している事業で、本部機能を有する基幹センターと 6 か所の方部センター（地域拠点）から構成されている。6 方部センターの中で相双地域だけは、NPO 法人である「つくる会」に再委託している。この組織が心のケアセンターより早い時期に立ち上がり、地道に活動を展開し地域内のネットワークに浸透していたことを考えれば、きわめて現実的な方法だ

ったといえよう。訪問看護ステーションは、2014年度からの新規事業で、精神障害者の訪問看護に特化した活動を行っている。「つくる会」の設立に併せて、精神科医療を提供するために診療所が当初から設置された。相双地域には、もともと精神科医療機関が少なく、特に相馬市以北は皆無であった上に、原発事故によって南相馬市以南の医療機関もほとんどが失われたため、新たなリソースが必要と認識された。そのため、「つくる会」に隣接して、メンタルクリニックなごみを開設したのである。訪問看護ステーションは、この診療所の患者を中心に、精神障害者や認知症患者へのサービスに特化した事業を行っており、将来の安定的な活動財源となる可能性を探っている。

2. 宮城県石巻圏域

宮城県の中でも石巻圏域は、被災が甚大で死者数も多かった。仙台からのアクセスが可能だったことから、外部支援チームが多数入り、災害救助法による都道府県などからの派遣だけで13チームに上っていた（石巻市11、東松島市1、女川町1）。その中に日本精神科診療所協会（日精診）に所属する全国の医療機関の医師、パラメディカルスタッフで構成されるこころのケアチームがあった。日精診チームは、当初は仙台市若林区での活動に加わった。同時に、被災状況の大きかった石巻市でも、4月中旬から活動を始めた。拠点となったのは、二つの精神科診療所、仙台市にある原クリニックと石巻市の宮城クリニックである。

仙台市での活動は徐々に収束に向かい、日精診チームは2012年1月で支援を終了した。石巻圏域でも、多くの外部支援チー

ムは避難所が閉鎖された2011年10月で撤退していった。自主的な活動だった日精診チームの活動を何とか継承するために、一般社団法人「震災こころのケア・ネットワークみやぎ」が、同年6月に設立された。主な資金は二つの自治体からの助成金と民間からの寄付であるが、全国の精神科診療所の関係者からの無償の協力も大きな基盤となった。助成金としては、石巻市から「こころのサポート事業」、宮城県から「精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）」を受託した。活動の拠点は当初、宮城クリニックであったが、2011年10月にJR石巻駅前に「からこころステーション」を開設した。

代表者である原は、訪問活動の中で被災者の多くが身体的不調を訴えており、まず身体的問題への対応をすることが重要で、そこで培われた関係性によって始めて心理的問題にもアプローチできるとしている。そして「からこころ」という名称は「からだこころを一体としてとらえて支援していく拠点」であると、その由来を説明している。原クリニックや宮城クリニックから出向した職員を中心に、全国の医療機関から参集した者も含めて、約20名のパラメディカルスタッフがいる。加えて日精診に加盟する全国の診療所医師が、現在もボランティアで支援を続けている。活動方針は①アウトリーチ型支援、②ニーズに即した包括的支援、③柔軟かつ迅速な支援、④震災経験を次世代に活かすための取り組み、が掲げられており、活動は365日体制で行われている。

石巻市からの助成金は平成27年度で終わる予定だが、アウトリーチ事業など震災

前にはこの地域にはなかった活動を通して、少なくとも 15 年間の事業継続を目指し、地域内の精神保健ネットワークの底上げを目指している。

D. おわりに

災害後の復興期における精神保健活動は、訪問による地道な予防活動、健康教育などの啓発活動、スクリーニングなどが主体になる。小規模で地域が限定された災害では、都道府県の保健所や市町村の保健センターなどが、通常の活動の延長として対応する。しかし、広域で被害の大きな災害の場合は、通常の活動を強化するとともに、マンパワーを補うための工夫が必要となる。阪神・淡路大震災では、専従組織（こころのケアセンター）を、公的基金を財源として設置し、その方法が新潟県中越地震および東日本大震災でも踏襲された。本稿では、それぞれの活動内容についてまとめ、直面した問題点を述べた。それは、ほぼ共通しており、方針を確立し活動が軌道に乗るまで時間を要すること、マンパワーの確保の困難さ、行政組織との調整の困難さ、などであった。

東日本大震災では専従組織だけでなく、

民間組織が早期から活動を行ってきた。その活動は、震災直後から地元の精神科医療関係者が行ったボランティア活動を継承しており、公的な助成金を主な原資としている。専従組織よりも早く活動を開始したことから、被災者支援において大きな役割を果たしただけでなく、地域の精神保健システムを賦活するという目的を持ち、持続的な社会資源になることを目指している。

災害直後の精神科医療・保健活動を担うシステムとして、厚生労働省は都道府県に災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team :DPAT）を設置するよう通達し、整備が進められている。復興期においては、過去の大災害での方法を踏襲するだけでなく、その地域特性にあった、柔軟なシステムを早期から検討することが重要と思われる。

E. 健康危険情報：該当なし

F. 研究発表：該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

厚生労働科学研究費補助金

(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(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

平成24年度～26年度 分担研究報告書

自治体職員および地域住民の防災行動に関連する個人特性および地域特性

分担研究者：荒井 秀典 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 客員研究者
独立行政法人国立長寿医療研究センター 副院長

研究協力者：大倉 美佳 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 講師

研究要旨

自治体職員および地域住民の防災行動に関連する要因分析として、個人特性および自治体組織特性・地域特性の側面から検討することを目的として分析を行った。郵送法で実施した防災認識(知識・意識・行動)に関する自記式質問紙調査データに加えて、全国自治体の防災体制の実態を把握することを目的とした調査結果データ、電化した自治体組織特性および地域特性に関する公表データを突合した。職員357名(有効回答率88.1%)、住民590名(58.6%)、計947名(67.1%)を分析データとして用いた。

防災行動を従属変数とし、性別、年齢を調整し、SC、地域活動、人とのつきあい度、人への信頼度、防災知識を共変量とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。職員の防災行動に関連が認められた変数は地域活動、防災知識、住民では防災知識であった。自治体組織特性および地域特性に関する要因については今回の分析では同定できなかった。

防災行動を促進するためには、個々人へ働きかけるだけでなく、地域活動やSCを高めることが重要であることが示唆された。

A. 研究目的

阪神・淡路大震災や東日本大震災など大規模な自然災害時には、自治体の組織自体が被災によって麻痺状態に陥ることもあり得ることが明らかになり、「公助」だけではなく、個人や家庭における防災に対する「自助」やさらに自治会や地域社会における防災に対する「共助」がとりわけ重要であり、これら3つの取り組みの充実が求められている¹⁾。

特に、本報告書においては、個人的な特性・要因と個人を取り巻く地域特性および自治体組織の特性が、防災行動にどれほど影響するのかについて焦点をあてて検討することとした。また、公僕としての使命がある自治体職員(以下、職員とする)と地域住民(以下、住民とする)との差異がある

のかどうかについて議論することを目的とした。

分析モデルとしては、個人レベルの行動変容理論として用いられることの多い、行動変容理論の1つである、ヘルス・ビリーフ・モデル²⁾を活用し、次のような分析概念枠組みを考えた。防災行動にむすびつくかどうかは、震災経験の有無や震災遭遇の予期的不安の強さという「脅威・危機感」の強さに影響する。そして、「脅威・危機感」は、在住地域の災害ハザードのレベル認識という「罹患性」、家族内の災害弱者(災害時要援護者)の存在の有無などの「重大性」、周囲の人からの誘いなど「防災行動のきっかけ」が誘因になると考えられる。さらに、実際に防災行動を起こすためには、時間的制約・経済的負担感・面倒さなどの「障害」よりも備える安心感などの「有益性」が増すことが

必須となる。「有益性」をサポートする1つ目が、ソーシャル・キャピタル³⁾(以下、SCとする)や実際の日常的な人とのつながり度、人への信頼度など個人的な側面と捉えることができる。一方、自治体組織特性や地域特性の側面から検討することで、個人を取り巻く環境からの影響の大きさを考慮することができるのではないかと考える。

そこで本報告は、上述の分析モデルを用いて、職員および住民の防災行動に関連する要因分析を行い、個人特性および自治体組織特性・地域特性の側面から検討することを目的とした。

B. 研究方法

B-1) 調査方法および調査対象

職員に対する調査に関しては、平成26年10～12月の期間において、防災担当部署の参加協力承諾を得た自治体4カ所に従事する常勤職員548名に対して、郵送法により自記式質問紙調査票を配付した。一方、住民に対する調査に関しては、平成26年11月に、1自治体に在住する全6565世帯を対象に、広報配付時に調査票および返信用封筒を折り込み、職員以外の20歳以上の成人に回答を求めた。回収は、京都大学大学院宛てへの郵送返信とした。

B-2) 本報告で分析に用いた調査項目

①防災行動：家族内での避難経路の相談、飲料水の備蓄、住宅の耐震対策、住宅の地震保険への加入、家財の地震保険の加入、地震情報入手の頻度の6項目

②防災知識：居住地域の避難場所、災害ハザードの用語の認知、居住地域のハザードマップの3項目

③SC：地域におけるSCで、互助と信頼、社会的責任感、地域への愛着、対人的なつながり、地域の優しさの5項目から構成(本橋ら⁴⁾が信頼性の検討済み)

④人への信頼度：一般的に人への信頼度、旅行先や見知らぬ土地で出会う人への信頼度の3項目(内閣府の調査項目⁵⁾を参照)

⑤人とのつきあい度：近所の人や職場の同僚、親戚との交流度合など(内閣府の調査項目⁵⁾を参照)

④基本情報：性別、年齢、家族内の災害弱者の存在

B-3) 分析方法

本報告において各調査項目は、中央値を参考にカットオフとし、2値化した。職員および住民別に、防災行動を従属変数とし、性別、年齢を調整し、SC、地域活動、人とのつきあい度、人への信頼度、家族内災害弱者の存在を共変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。

また、防災体制の実態調査の結果を踏まえて、地域特性としては、人口、高齢化率、第一次産業人口、自治体組織特性としては、防災職員配分割合、防災決算配分割合、防災計画策定状況を調整変数としたロジスティック回帰分析を行った。

B-4) 倫理的配慮

本調査は、無記名自記式調査であるため、調査の段階で個人情報を取り扱われることはなく、個人的な侵襲や有害事象を招く恐れはない。調査票の管理は施錠できる棚に保管した。なお、本調査は京都大学大学院医学研究科・医学部及び医学部附属病院医の倫理委員会の承認を得て実施した(第E1730号)。

C. 結果

C-1) 回収データ

調査票を回収できた職員405名(回収率73.9%)および住民1007名(15.3%)、合計1412名(19.9%)であった。分析に用いた質問項目すべてにもれなく回答した職員357名(有効回答率88.1%)、住民590名(58.6%)、計947名(67.1%)を有効分析データとした。

C-2) 基本属性および自治体組織・地域特性の分布

調査協力者の主な基本属性を示す。職員においては男性251名(70.3%)、女性106名(29.7%)、住民においては男性345名(58.5%)、女性245名(41.5%)であった($p<0.001$)。年齢は 55.4 ± 14.7 歳、職員においては 43.2 ± 10.6 歳、住民においては 62.7 ± 11.6 歳であった($p<0.001$)。家族内に災害弱者が1名以上存在は504名(53.2%)、職員においては138名(38.7%)、住民においては366名(62.0%)であった($p<0.001$)。SC高値群は502名(53.0%)、職員においては143名(40.1%)、住民においては359名(60.8%)であった($p<0.001$)。地域活動の高値群は799名(84.4%)、職員においては276名(77.3%)、住

民においては523名(88.6%)であった($p<0.001$)。人への信頼度の高値群は577名(60.7%)、職員においては217名(60.8%)、住民においては360名(61.0%)であった($p=0.499$)。人とのつきあい度の高値群は475名(50.2%)、職員においては174名(48.7%)、住民においては301名(51.0%)であった($p=0.270$)。

調査協力者の勤務するあるいは居住する主な自治体組織の特性および地域特性を次に示す。防災計画(全体計画、要援護者名簿、個別計画)の策定状況は、職員が従事する4ヶ所の自治体のうち3つとも策定・整備済みが2カ所、2つが1カ所、1つが1カ所で、住民が居住する自治体は2つ策定・整備済みであった。人口(平成25年)は 18.9 ± 6.2 千人、職員においては 16.8 ± 9.8 千人、住民においては20.1千人であった($p<0.001$)。高齢化率は $31.7\pm 3.2\%$ 、職員においては $29.2\pm 4.1\%$ 、住民においては 33.2% であった($p<0.001$)。第1次産業従事者人口(平成22年度国勢調査)は 1.9 ± 1.1 千人、職員においては 2.3 ± 0.4 千人、住民においては1.2千人であった($p<0.001$)。職員が従事する自治体の防災決算配分割合は0.20%であった(住民の居住する自治体の数値は不明)。防災職員配分割合は 1.9 ± 1.1 千人、職員においては 0.4 ± 0.6 人、住民においては1.8人であった($p<0.001$)。但し、単変量ロジステック回帰分析においては、自治体組織の特性および地域特性と捉えたすべての要因に関して、有意差は認められなかった。

C-3) 防災行動

防災行動6項目における「はい」の回答数は、平均 2.44 ± 1.47 項目であり、職員 2.75 ± 1.50 項目、住民 2.30 ± 1.44 項目であった($p<0.001$)。防災行動の低値群(2点未満)は313名、高値群(2点以上)は764名であった。

性別、年齢を調整した多変量ロジステック回帰分析を行ったところ、職員における各オッズ比(95%信頼区間)は、SC=1.11(0.67-1.86)、地域活動=1.83(1.04-3.21)、防災知識=2.01(1.22-3.31)、人への信頼度=1.16(0.71-1.60)、人とのつきあい度=1.41(0.88-2.42)であった。一方、住民のオッズ比(95%信頼区間)は、SC=1.33(0.91-1.96)、

地域活動=1.41(0.81-2.46)、防災知識=1.71(1.19-2.46)、人への信頼度=1.18(0.81-1.72)、人とのつきあい度=1.40(0.97-1.02)であった。

D. 考察

D-1) 防災行動

防災行動は、住民に比べて職員の方が高値であった背景には、数年ごとに職員の配置転換が行われ、防災部署に配属される可能性があることを予期していること、また災害時の対応は防災部署に限らないことを認識していること、などが想定される。しかしながら、消防庁防災課による「地方公共団体の防災に関する職員研修に係る調査報告」⁶⁾によると、防災担当職員が着任した際に研修を実施または研修への派遣を行っている都道府県は約8割、市町村は約5割であり、住民に比べて、防災に関する体系的に習得できる研修や学習会に参加し、実践的な技能、最新情報、正しい知識を得る機会が多い。つまり、「公助」を担う究極のジェネラリストとしての責務や行動が、職員自身の防災行動にも反映されていると思われる。

また、防災行動の高値群は低値群に比べて、職員では仕事以外の地域活動が2倍、住民ではSCの高値群が1.6倍、高い割合であった。これらの結果に基づくと、防災に限定した活動を推進するだけでなく、地域活動を通じた、あるいはSCといった地縁的な人とのつながりを重視したポピュレーション・アプローチによって防災行動を広めていくことが有用であると考えられる。看護学生を対象にした調査結果であるが、学生の防災意識を変化させ防災行動につなげていくには、居住地域を視野に入れた災害看護を学生が自ら考えられるような教育が必要であると述べている⁶⁻⁹⁾。これを住民対象に置き換えて考えると、自分の住んでいる地域の防災マップ等を用いて、近所や友人とともに避難場所や危険箇所を認知したり、地域の防災訓練に参加することで、地縁的な人とのつながりを高めることが必要である。また、自分でできること、家族でできること、隣近所で力を合わせてできること等を日頃から考えておけるような機会を設定することで、防災行動のレディネスにつなげるこ

とが大切である¹⁰⁾。つまり、地域コミュニティにおける自助・共助による「ソフトパワー」を培うことは、災害時に効果的に活用することを目的にするだけでなく、平時の健康増進にもつなげていくことが有用と考える。

D-2) 防災知識

防災知識と防災行動の相関係数をみると、ほとんど相関がなかった。たとえば、防災知識が十分にあったとしても、「自分だけは大丈夫」だという「非現実的な楽観主義」¹⁰⁾や自分が実際に被害にあう確率は低いと考える傾向「楽観バイアス」¹¹⁾が影響要因として考えられ、直接的な関連性は低い。

しかしながら、職員においても住民においても防災行動の関連要因として防災知識が認められた。つまり、共変量である地域活動やSCの影響によって、防災知識が高まることで防災行動につながる、あるいは防災行動をとることで防災知識を入手しやすい環境に身を置くことになる、という機序が考えられる。そのため、防災知識の付与と防災行動を促すアプローチをセットにして、特に地縁活動に不参加の住民を防災行動ハイリスク集団と捉えて、SCを日頃から高めておくことがいざという時の我が身を守ることにつながる可能性が高いことを周知する機会を増やすことを提案する。

D-3) SCを含む地域づくり

発災後しばらくの間は、行政の支援を受けることなく、地域住民が自発的に避難行動を行ったり、地域コミュニティで助け合って、救助活動、避難誘導、避難所運営等を行うことが重要になってくる。災害からの復興に当たっても、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が主体的にかかわることが「よりよい復興」にとって不可欠である¹²⁾。

防災白書¹⁾にはすでに、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が、「災害はひとごと」と思わず、いつ発生するかわからない災害に備えておくことが、大規模広域災害での被害を少なくすることにつながると明記されており、啓蒙活動を充実していく必要がある。また、その重要性を知識や情報として取得するだけでなく、未来への投資として今できることを各自が考え、地域のつながりの強化につながるような

アプローチとして、危機状況を想定できるような実践型避難訓練¹³⁾や防災シミュレーション・ゲーム^{14,15)}など体験学習が有用ではないかと考える。

E. 結論

防災行動に関連する要因として、SC、地域活動、人とのつきあい度、人への信頼度、防災知識について検討した結果(性別、年齢を調整)、職員では地域活動および防災知識、住民では防災知識であった。自治体組織特性および地域特性に関する要因については今回の分析では要因として同定できなかった。

参考文献

- 1) 内閣府防災情報のページ：平成26年版防災白書 第5章「公助の限界」と自助・共助による「ソフトパワー」の重要性、
http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h26/honbun/0b_5s_01_00.html (検索2015年2月17日)
- 2) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，東京：メジカルフレンド社，214-217，1990
- 3) Putnam, Robert D. : Marking Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton, NJ: Princeton University Press. 1993. [阿田潤一訳: 哲学する民主主義-伝統と改革の市民的構造-, NTT出版, 2001]
- 4) 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/jsp-1/11401/18390193seika.pdf> (検索2015年2月17日)
- 5) 内閣府 NPO ホームページ(内閣府国民生活局 市民活動促進課, 委託先: 株式会社日本総合研究所): 平成14年度内閣府委託調査-ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて-(平成15年6月19日), <https://www.npo-homepage.go.jp/data/report9.html> (検索2015年2月17日)
- 6) 消防庁防災課: 地方公共団体の防災に関する職員研修に係る調査報告(速報)(平成24

年 10 月 11 日)

http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h24/tikoutai_saigaidentatsu/04/shiryo2.pdf (検索 2015 年 2 月 17 日)

- 7) 松清由美子, 野村志保子, 森本紀巳子: 看護大学生の防災意識とその影響要因, 日本災害看護学会誌 10(3): 36-49, 2009
- 8) 松清由美子: 災害特性の異なる地域で生活する看護学生の防災意識および防災行動の相違, 日本医学看護教育学会誌 21:39-44, 2012
- 9) 中村 有美子, 藤井 可苗, 菅野 夏子, 小野 ツルコ: 看護学生の災害看護学履修別防災意識と防災行動の検討, ヒューマンケア研究学会誌 5(1): 55-60, 2013
- 10) 田中貢: 住民の自主防災活動から始める緊急対応型防災まちづくりの実践報告—密集市街地 I 地区における住民ワークショップ活動, 「住まい・まち学習」実践報告・論文集 7: 103-106, 2006
- 11) 仁平義明: 防災の心理学ほんとうの安心とは何か, 東信堂: 東京, 2009
- 12) 木村玲欧: 統計望桜・数字から知る人々の心理と行動(東海望桜, 60(4)-61(4)), 2007-2008,
http://www.u-hyogo.ac.jp/shse/rkimura/080700_toukaibourou_all.pdf#search=%E7%B5%B1%E8%A8%88%E6%9C%9B%E6%A5%BC (検索 2015 年 2 月 17 日)
- 13) 徳島防災・危機管理情報-安心とくしま-: 実践型防災訓練「避難シュミレーションゲーム」実施マニュアルを作成しました!, 2013
<http://anshin.pref.tokushima.jp/docs/2013050200052/>
- 14) 小林恭一: 火災対策とシミュレーションゲーム, オペレーションズ・リサーチ 38(1): 17-23, 1993
- 15) 網代剛, 松田稔樹: ゲームの形態によって生ずるゲームプレー後の経験状態の違い-2つの防災ゲームの比較を通じたゲーミング設計技法に関する考察-, 日本シミュレーション&ゲーミング学会 2011 年度秋季全国大会報告集 27-30, 2011
- 16) 林春男編: 阪神・淡路大震災からの生活復興 2005 - 生活復興調査結果報告書 -,

<http://www.drs.dpri.kyoto-u.ac.jp/publications/DRS-2005-02/index.html> (検索 2015 年 2 月 17 日)

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし

厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(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

平成24年度～26年度 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26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. 研究目的

東日本大震災は、平成23年3月11日14時46分18秒、宮城県牡鹿半島沖を震源として、マグニチュード9.0の規模で発生した。地震発生後の大津波も加わり、死者・行方不明者は岩手県、宮城県、福島県、茨城県沿岸部など1都1道9県にもわたって発生した。警察庁によれば平成24年7月18日現在の死者は15867人にのぼる。また建造物の損壊については、全壊13万0436戸、半壊26万3950戸、全半

壊279戸、床上浸水2万0544戸、床下浸水1万5583戸、一部破損72万0249戸であった。

岩手県の人的被害としては死亡者4671名、行方不明者1207名、負傷者200名にのぼり、家屋倒壊数は2万4212戸である。三陸鉄道北リアスや南リアス線の線路が流出するなど地域の交通機関も大きな被害を受けた。岩手県沿岸では一次産業の比率が大きいため、漁業、農業被害が与える地域への影響は大きい。これまでの先行研究でも第三次産業就業率と自殺率

の負の相関が認められてきた(1)。また、失業率、人口密度、医療資源、精神科医療資源、病床数、分配所得、などが自殺の集積性と連動する指標として挙げられてきた(2)。

被災により人口の減少、医療機関のダメージ、失業者の増大、産業のダメージによる所得の減少などがもたらされているのは想像に難くない。以上のことから、災害による地域の自殺のリスクが増大したことが想定される。被災後のこころのケアを中長期的に検討する上では、自殺対策の観点も必要になる。

本研究では岩手県こころのケアセンターの活動状況について平成24年度から平成26年度(平成26年12月迄)までの実態を縦断的に把握し、今後のケア体制に関する課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では岩手県こころのケアセンターの活動について1)記述的に整理し、2)活動状況について骨子毎にまとめ、3)相談者の主訴と背景についての傾向を把握すること、とした。

1. 初動期

岩手医科大学では災害発生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。

2. 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。

3. こころのケアチームの派遣

1. 発災直後から平成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。

4. 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、地域精神保健福祉の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/kyoukagekan/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。

5. 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。

6. 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の自殺対策としての活用が推進されている。

平成24年度から平成26年度(平成26年12月迄)の活動の概要を、表1にしめした。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実践した。

相談者の主訴では平成24年度(図1)と平成25

年度(図2)、平成26年度(図3)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4)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5)、平成26年度(図6)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。

D. 考察

(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) と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) 今後のと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。現段階で被災者の相談対応については一定のニーズが持続している。今後、新たにメンタルヘルス不調を訴える住民が出現し、ケアに対するニーズが増える可能性も想定される。また、県内外からの支援団体が撤退することも予測され、ところのケアの重要性がさらに高まると考えられる。

(6) 長期的支援のための計画や財源確保等の枠組みの必要性

大規模災害により、地域の復興と住民の生活の回復に至るまでに、いまだにかなりの期間が必要と考えられ、その間、メンタルヘルス不調者が継続的に出現することが想定される。災害支援と自殺対策の両面にわたって中長期的視点にたって地域事業を構築していく必要がある。地域住民への支援、人材養成、健康づくり等はいずれも長期的視点に立って事業を実施することが重要である。財源等も長期的展望にたって確保することが対策の基盤として重要である。

岩手県は精神科医不足であり、ケアセンターで相談室業務に従事する精神科医の確保も必須の課題である。このような状況の中、岩手県ところのケアセンターにおいては、岩手県立病院の一戸病院、中央病院、南光病院、さらに国立病院機構の花巻病院、希望ヶ丘病院、未来の風せいわ病院の医師派遣を受けている。また、学術団体として精神科救急学会が医師派遣を行っている。さらに、全国精神医学講座担当者会議より支援を受けている(平成25年度は16大学、平成26年度は21大学)。このような県内外の支援の存在が、岩手県ところのケアの推進力を一層高めている。

当然ながら、精神保健従事者の安定的な確保も必要となる。そして、支援者が行うべき支援の増加や内容の多様化も見られてきており、支援者に対する

ケア体制の充実を図っていく必要がある。

なお、情報発信に関しては、時々に応じて新聞やテレビ、ラジオ、広報などを通じて、被災後のメンタルヘルス状況や、対策等を通知した。また、各地域において地域センターの情報周知をチラシや広報等を通じて行ってきた。

E. 結論

今現在も被災地住民は、住宅再建や住宅確保、地域産業の再興、生活再建などさまざまな問題に直面している。被災地住民のメンタルヘルスへこれらの状況が及ぼす影響は大きいと想定され、ところのケアへのニーズは減ることはなく、さらなるストレス加重により高まっていくことが予想される。一方でこれまで指摘されていた精神科医や専門職の不足、そして今後見込まれる支援者の減少という問題もあり、財源の確保等の継続的な措置も含めたところのケアの推進体制を維持することが求められる。

精神医療機関の抱える現状と課題としては、精神科医の不足が従来からあり、中長期的に支援する精神科医の必要性、現場精神科医に負担をかけないトリアージの必要性があり、精神保健相談・プライマリケアレベルの対応をケアセンターによる相談・診察拠点と協力することが重要である。そして、地域のさまざまな関係機関が重層的に支援を提供することで、被災者のところに寄り添った支援が可能となると考えられる。

今後も、保健事業などの支援により住民がところの健康に対する理解が深まっていくようなと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。いま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、今後もと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、健康を大切にする地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がと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。

これまで被災地ところのケアに携わっていただ

いた県内外の多くの方々の協力なしには被災地支援は成立しない。支援いただいた関係各位にこころより感謝している。

参考文献

- 1.野原勝、小野田敏行、岡山明. 自殺の地域. 集積とその要因に関する研究. 厚生の指標. 50(6):17-23, 2003
- 2.高谷友希、智田文徳、大塚耕太郎ほか: 岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討. 岩手医学雑誌 58(3), 205-216, 2006
3. 長岡重之、山科満、大塚耕太郎: 東日本大震災が精神障害者に与えた影響の一端 - 発生直後 20 日間の入院動向と緊急入院事例の検討から - . 精神科治療学 27 (9): 1245 - 1250、2012
4. 大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、伴亨: 東日本大震災における岩手県の心のケアの取り組みを振り返って: 今後の課題. 日本精神科病院協会雑 31 (9): 32-37、2012F.

F. 研究発表

1. 論文発表

大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子: 東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について. 精神神経学雑誌 115 (5): 485-491、2013

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

表1. 平成26年度岩手県こころのケアセンター活動概要（中央センター、地域センター）

| 領域 | 内容 | H24.4- H25.3 | H25.4- H26.3 | H26.4- H26.12 | 合計 |
|-------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------------|-------|
| 被災者支援 | 相談利用延人数 | 7737 | 10201 | 8430 | 26368 |
| | 相談室実施回数 | 323 | 278 | 224 | 825 |
| | 相談室利用延人数 | 1294 | 1755 | 1038 | 3867 |
| | 支援者面接人数 | 916 | 2435 | 1228 | 4579 |
| 市町村関係機関 等との連絡調 整・ケース検討等 | 会議参加 | 764 | 1546 | 1720 | 4030 |
| | 参加人数 | 1761 | 3520 | 5196 | 10477 |
| | ケース検討 | 190 | 183 | 21 | 394 |
| サロン仮設集會 所等での活動へ の支援 | 実施回数 | 54 | 90 | 88 | 232 |
| | 参加人数 | 310 | 651 | 941 | 1902 |
| 住民健康教育人 材養成研修等 | 実施回数 | 334 | 303 | 236 | 873 |
| | 参加人数 | 10252 | 8033 | 6467 | 24752 |
| （特定健診全戸 訪問等）への支援 | 実施回数 | 1627 | 3261 | 1632 | 3527 |
| | 参加人数 | 2455 | 3427 | 1961 | 7843 |
| 支援者に対する 研修技術援助等 | 専門家による同行訪問 | 699 | 732 | 310 | 1741 |
| | スーパーバイズ | 1560 | 1499 | 2748 | 5807 |
| | 保健師向け技術支援研修会 | 5 | 13 | 22 | 40 |
| | 参加人数 | 266 | 233 | 179 | 678 |
| | センター職員研修 | 98 | 180 | 156 | 434 |
| | 参加人数 | 582 | 630 | 669 | 1881 |

図1. 平成24年度の相談主訴の内訳（N=7737）

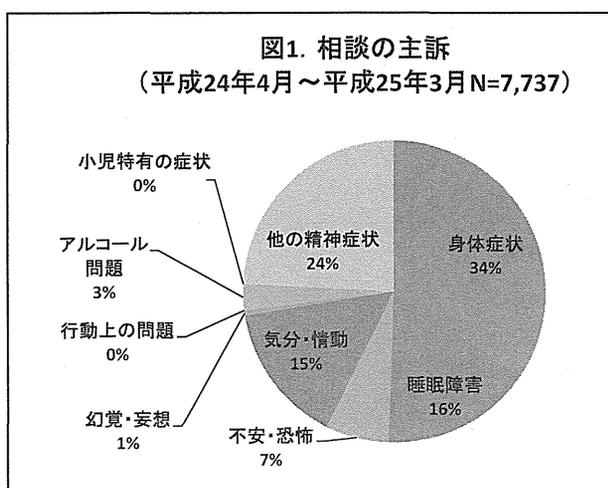


図2. 平成25年度の相談主訴の内訳（N=10201）

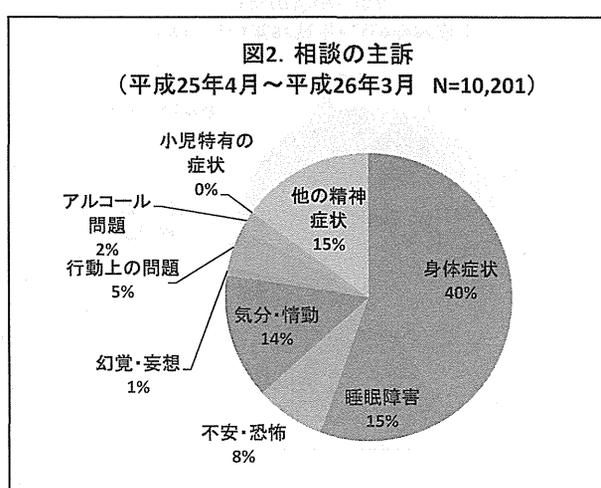


図 3. 平成 26 年度の相談主訴の内訳 (N=8430)

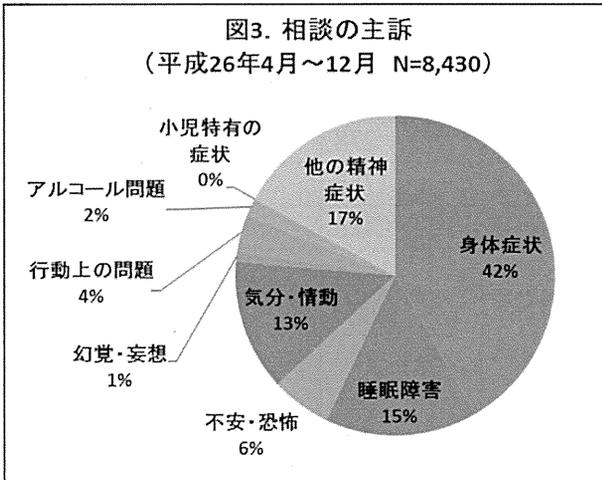


図 4. 平成 24 年度相談の背景にある主な原因別内訳

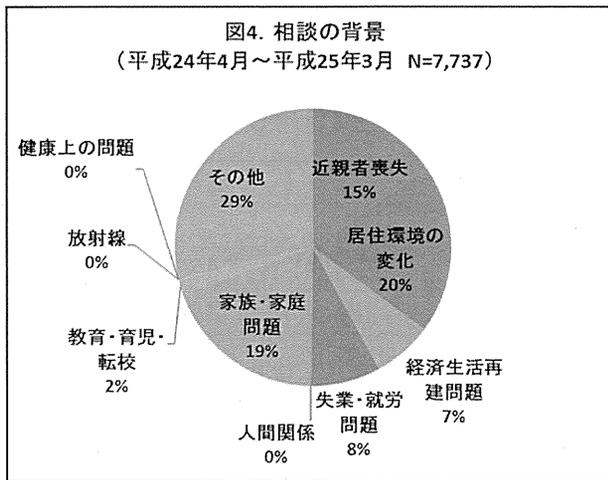


図 5. 平成 25 年度相談の背景にある主な原因別内訳

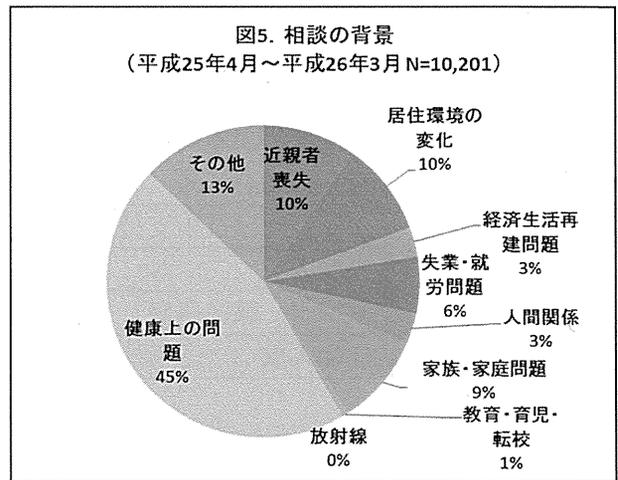
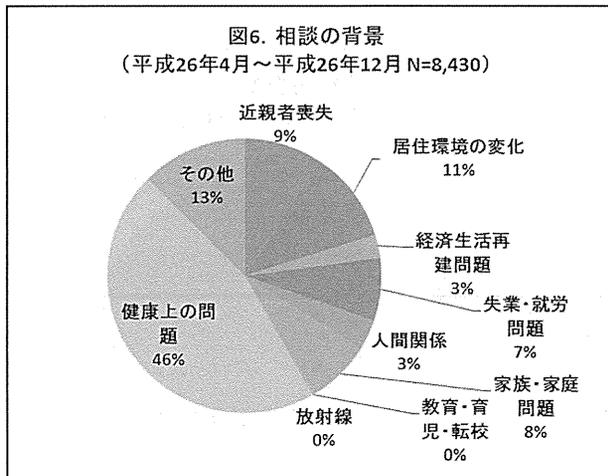


図 6. 平成 26 年度相談の背景にある主な原因別内訳



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（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

平成 24 年度～26 年度 分担研究報告書

みやぎ心のケアセンターの活動分析

| | | | |
|-------|------|-------------------|-------------|
| 分担研究者 | 松本和紀 | 東北大学予防精神医学寄付講座 | |
| | | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| 研究協力者 | 福地成 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 渡部裕一 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 片柳光昭 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 樋口徹郎 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 丹野孝雄 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 甘糟郁 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 瀬戸萌 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |

自然災害の多いわが国では、特に阪神・淡路大震災以降、被災地に住む住民の精神健康を保つためには継続的な支援が必要となることが広く知られるようになった。こうした支援を行うために、心のケアセンターが設置されるが、その役割は、設置された自治体の特質、災害の性質、設置時期、地域精神保健の状況などさまざまな因子に影響されるが、一方で、多くの災害を通じた普遍的な役割も有している。本研究は、みやぎ心のケアセンターの開設からの約 3 年間の軌跡を経時的な活動内容を分析することで振り返り、今回の災害におけるこれからの支援に活かすとともに、今後起こりうる新たな災害後の復興支援のあり方について検討することを目的とした。

心のケアセンターは、その性質上、発災からの短期間のうちに人員を募集し、組織作りを行わなければいけないという宿命を背負っており、活動を行いながら人員をまとめ、活動方針や内容を具体化し、地域の中に入っていき、市町自治体をはじめとした関係機関との関係作りを行わなければいけない。しかも、災害後の被災地域のニーズは地域ごとに異なり、また、時間とともに変化するという特徴があり、活動を円滑に進めることは容易ではなく、軌道に乗せるまでにはさまざまな困難に向き合うことになる。みやぎ心のケアセンターの 3 年間も、こうした困難の連続であった。

みやぎ心のケアセンターの組織上の特徴としては、出向制度を採用し、一部の職員を市町自治体などに派遣したことが挙げられる。支援の効率が高まるという利点があったが、出向職員の組織の中での立場や役割を含めた人事管理上の課題も浮き彫りになった。設立当初より、市町自治体のニーズに応えることを第一優先とし、職種にかかわらず、アウトリーチを柱とする直接支援に力を注いだ。被支援者は、高齢者が多く、支援者には高齢者特有の課題への知識やスキルが求められた。また、統合失調症、気分障害、アルコール使用障害などの精神疾患をもつ住民に対する支援が求められることも多かった。発災以前からの罹患者が 7 割を占め、災害後の環境変化によって病状が増悪する者も認められた。また、発災後に発症した 3 割に対しては、精神疾患の早期段階への早期介入という視点からも支援を行っていく必要があった。地域において支援を行っている支援者をエンパワーメントする活動も重要であり、行政機関の職員や仮説支援員を対象とした支援が行われた。また、住民の集いを促すための活動も行われ、特に、コミュニティから外れてしまう恐れの高い借り上げ仮設の住民を対象とした支援が大切だと考えられた。

今後は復興の進展具合の格差がさらに一層広がることが予想されており、また、被災地のニーズは刻々と変化していくことが予想される。このため、みやぎ心のケアセンターでは、地域と時間による変化を把握しながら、被災地域住民のニーズに応え、適切な支援を提供するために、対応を柔軟に工夫していく必要があると考えられた。

A. 研究目的

みやぎ心のケアセンターは東日本大震災により影響を受けた県内の住民を対象として、地域の実情に合わせた支援事業を行っている。本センターの活動内容を分析することにより、災害後の中長期的なりカバリーセンターとしての役割を検討し、今後の我が国で生じる災害に備えることを本研究の目的とする。

B. 研究方法

本研究報告では、平成24年度、25年度、26年度の各研究報告に基づいて、みやぎ心のケアセンターの大規模自然災害後のリカバリーセンターとしての組織づくりにおける問題点について記述的に分析を行った。

分析に際しては、平成24年4月～平成26年12月までの本センターで集計している活動内容を分析し、それぞれのフェーズで地域ではどのような支援を必要としているのかみやぎ心のケアセンターのスタッフによる検討を行い、研究協力者の福地がこれをまとめた。また、集計には反映されない活動の実情を可能な限り拾い上げ、記述的に検討を行った。

C. 結果および考察

1. 組織づくりについて

1) 設立までの経過

東日本大震災から4日後の平成23年3月15日に、東日本大震災に対する精神医療保健福祉についての対策について検討するために宮城県内の精神保健医療関係者が参集した会議が行われた。その後、宮城県がイニシアティブを取る形で「心のケア対策会議」が定期的開催され、東日本大震災後の精神医療保健福祉についての検討が重ねられた。その中で、同年4月の時点でみやぎ心のケアセンター設立の必要性が認識されるようになった。兵庫県や新潟県への視察を重ね、同年8月には県議会において予算の承認が得られ、9月には宮城県精神保健福祉協会への委託が決定した。12

月には県庁近くの雑居ビルを拠点として、本センター準備室が開設された。平成24年4月には石巻・気仙沼に地域センターを設置して、震災からおよそ1年後に本格始動となった。

2) 活動方針の立て方

当センター開設の声掛けに対して参集した志願者の中で、かつてよりお互いに面識があった者は数少なかった。設立準備段階から活動開始までの時間が短い中、各々にどのような力量があるのかを把握し、組織化して役割を配分することに当初は苦勞した。平成24年4月の本格活動開始時には1つの基幹センター、2つの地域センターで開始し、基幹センターに多くの人員を配置した。当時は、組織として大枠の方向性はあったものの、具体的かつ明確な方向性は確立されていなかった。このため、特に、基幹センターから離れた地域センターでは活動上で迷うことが多かった。こうした複数のセンターによる組織の立ち上げ時期には、丁寧な連絡や意思疎通体制を工夫する必要があると考えられた。大規模自然災害後のリカバリーセンターの在り方として、既存組織の拡充か新しい組織の新設かで議論されることがあるが、後者を採用するのであれば必要最小限のランチ数で開始することが、組織としての統一性を保つためには重要と考えられた。

多様な職種がいる中で、職種による明確な役割分担を取って行わず、誰もが等しく「広く浅く」支援を行うことができるようにスキルアップをする方針を立てた。つまり、医者や心理士などの個別治療が得意な職種であっても、開設当時は誰もが等しくアウトリーチに献身し、必要な地域支援機関へつなぐ方針を立てた。当初は地域の現状を正確に把握しきれていなかったため、上記以上に明確な活動方針を立てることが難しかったという事情もあった。そのため、支援の窓口のなる市町自治体との関係作りを当初の最優先事項とした。宮城県で実施した仮設居住者対象の健康調査をはじめとして、いくつかの被災者調査が実施されて

おり、そこから数多くのハイリスク者が抽出されていた。こうした中で、当センターがハイリスク者に対する家庭訪問を積極的に行うことで市町自治体との信頼関係を構築し、また、被災地の住民との直接的な接触が可能となった。

3) 職員構成および配置（資料1）

東北地方はもともと精神保健に携わる専門職が少なく、マンパワーの不足が当初から想定されたため、厚生労働省が各職能団体に依頼し全国から募集を行った。職員は精神科医をはじめ精神保健福祉士、臨床心理士、保健師など専門的な資格を有する職種で構成された。活動開始当初の職員数は34名（非常勤17名）だったが、段階的に増員し平成26年12月時点では73名（常勤50名、非常勤23名）となった。職種としては開設当初より精神保健福祉士の割合が最も高かった。県内からの入職する者の割合は比較的高く、県外からの入職者は10名にとどまった。活動開始から約3年間のうち離職者は5名であり、そのうち県外出身者は4名、地域センター勤務が4名だった。離職の理由には個別的な状況や要因も関与するが、志高く県外から被災地の任務に就いた職員、組織としての準備期間が短く、活動方針が曖昧な時期に地域センターに配置された職員に離職者が多かったように思われた。この時期における組織内相互支援が大きな課題と考えられた。

当センターでは、みやぎ心のケアセンターに所属する職員が市町自治体や保健所などに出向として派遣するシステムを積極的に導入した。出向職員は、身分は当センター職員として雇用されており、各種会議や研修は当センターのシステムに従うが、普段の活動の多くは出向先の指示の元で行う形で勤務した。平成26年12月の時点で10機関11名が出向しているが、当センターにおける職員配置の中で、出向職員が最も難しい立場にあると考えられるようになってきた。出向職員は当センターと出向先からの二つの指示系統を持つことになる。基幹センターもしくは所属する地域センタ

ーからこまめに連絡を取ることをしないと、出向職員はみやぎ心のケアセンター職員としての情報が不足してしまい、孤立した状況に陥りやすく、組織内で齟齬を生じるような事態が散見された。

しかし、出向職員は、こうした困難な立場にある一方で、当センターの活動実績においては、出向職員が行う地域住民への直接的な支援数は、基幹センターや地域センターの枠で行う支援数よりも圧倒的に多い。これは、多くの時間を出向先の職員と過ごすため、出向先の自治体や機関から信頼を得やすく、大切な仕事を依頼されやすいことが要因のひとつと考えられた。

大規模災害後に設立されるこころのケアセンターにおける出向制度の意義や問題点についての検証は、今後も引き続き行っていく必要があると考えられる。

2. 活動統計からみえること

次に当センターの3年間の活動内容を分析し、考察を加えて記す。上述のように、慌ただしい中での開設だったため、活動記録を収集・統計する体制が当初は不十分であり、平成24年度分のデータが不足している。

当センターでは1) 地域住民支援、2) 支援者支援、3) 普及・啓発、4) 人材育成、5) 各種活動支援、6) 調査研究の6つのカテゴリーに分けて事業を展開しており、以下に順を追って説明を加える。

1) 地域住民支援（資料2,3）

当初からアウトリーチを主体とする活動を当センターの主要な活動指針として掲げていたため、来所相談を受ける体制（予約体制や面接室など）や電話などのホットラインは開設していない。そのため、来所者や電話の件数が少なく、家庭訪問の件数が住民に対する支援全体の約6割を占めている。支援対象者の性別としては、平成25年度は女性が男性よりも多かったが、少しずつ男性の非支援者が増え、平成26年度は若干ではあるが男性の方が多くなっている。支援活動は平日日中の時

間帯に集中するため、家庭訪問をしても必然的に無職の女性に接触する可能性が高い。一方、平成 26 年度は中年層の無職男性への支援が増えていることは特筆に値すると考えられる。一般に男性への直接支援は女性と比べて関係作りが難しいことが多いと考えられているためである。対象者の年齢分布としては、男女ともに 60 歳代、70 歳代以上の高齢者に被支援者が多いことから、支援者には介護予防や孤立防止など認知症対策を含めた高齢者特有の問題への知識やスキルが必要と考えられた。

疾患分類別では、活動当初より F2（統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害）が多くを占めた。時間の経過とともに、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）と F3（気分・感情障害）の増加がみられ、平成 26 年度は F2>F3>F1 となっている。全体としては災害前に発症しているものの割合が約 7 割を占め、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが多いと考えられた。そのため、災害に対して脆弱性を持つ住民を早期に発見し、必要な場合には適切な医療機関へ繋げる動きが求められていると考えられた。また、震災後に新たに精神疾患を発症した事例も 3 割を占めており、発症して間もない早期段階の精神疾患に対する支援も重要な役割であると考えられた。

2) 支援者支援（資料 4,5）

現場で被災者を支える支援者に対して、後方的に支援をする活動を支援者支援として分類し、重点的な取り組みを行った。活動の内訳としては、「専門的立場からの指導・助言」と「事務作業の支援」が多くを占めた。今までの現場経験からケース対応の助言を求められる一方で、事務作業などの裏方としての役割を求められていた。また、市町自治体を足掛かりとして活動を展開する方針を立てたため、支援対象者としては必然的に行政機関の職員が多くを占めた。

対人救助や対人支援を主とする職場では、日頃

より自分自身のメンタルヘルスを保つセルフケアの意識は比較的高いと考えられた。また、職場内での相互支援体制や各種研修会を定期的に行っている職場では、当センターによる支援を行うことができた。当センターの「職場のメンタルケア」は、仮設支援員を対象とした活動が多くを占めた。宮城県の仮設支援員は災害後に雇用された非専門職が多く、日頃からのストレス状況下での備えが不十分な職場が多いと考えられた。また、各種職場の中で自殺や事故などが生じた場合、緊急職場支援としてグループワークや個別面談などポストベンションに入ることもあった。

3) 普及啓発（資料 6）

各種研修会の企画、ホームページやパンフレットの発行などを通じて、地域住民に対してメンタルヘルスに関わる普及・啓発事業を行った。普及啓発のための研修会は経時的に減少傾向にあり、地域のニーズにも変化がみられた。当初は災害後特有の心の反応の啓発や、当センターの活動を周知し、その他の地域の状況を伝える役割が多くを占めた。時間の経過とともに大災害後の一般的なこころの反応を啓発する内容よりは、地域生活の中で配慮を有する精神疾患についての知識を求める傾向がみられた。具体的には、統合失調症や認知症をはじめとする精神疾患、アルコールなどのアディクションの理解を深めるための普及啓発が求められた。

サロンなどの集いでは、時間経過とともに地域住民の居住形態が変化し、集いに求める内容の変化が見られた。当初は主にコミュニティーを維持する目的で、プレハブ仮設を中心に集いが自然発生した。しかし、その後コミュニティー崩壊の危機にあるのはプレハブ仮設よりも借り上げ仮設の住人であることが気付かれ、借り上げ仮設の住人を対象とした地域の中での集いが次々と企画された。更にその後、町内会などを中心とした被災の有無は問わない集いを作る必要性が高まってきた。こうした地域のコミュニティー形成に関わる活動