

では、それがどのような形態であっても、参加者は比較的健康な高齢女性に多く、男性、高齢者以外の世代、健康に問題を抱える住民の地域参加をどのように高めていくかが課題として挙げられた。

#### 4) 人材育成 (資料 7,8)

復興に向けて必要となる知識や技術を習得した人材を育成するための研修事業を行った。内訳としては「支援スキル研修」が多くを占め、その中でも自分自身の「セルフケア」と「傾聴」に関わる研修が多かった。支援するための高度な専門技術ではなく、誰にでもできる汎用性の高い面接技術が求められていると考えられた。また、普及啓発と同様にアディクションに関わる研修会のニーズが高く、アルコール使用障害を中心としたアディクションをもつ住民への対応が地域の中で課題となっていることと、この問題に対する知識や対応を学びたいというニーズが高いことがうかがえた。

東日本大震災後の精神保健福祉領域での活動に関わる宮城県内の行政や医療機関、教育機関の担当者や民間の支援員などを対象に交流する場を提供する目的で「震災こころのケア交流会」を、一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎの運営するからころステーションとの共催で計 10 回開催した。様々な領域で活動を行う支援者同士が交流することで、支援における連携を促進することを目的とし、講演会やそれぞれの職域における取組の報告や情報交換を行った。年に 1 回、各圏域で行う方針ではあるものの、参加者の減少傾向がみられている。災害後のフェーズの移り変わりにより支援者の入れ替わりがあったり、支援者側のニーズに変化が見られている可能性がある。地域のニーズを把握した上で計画を修正していく必要がある。

#### 5) 各種活動支援 (資料 9)

宮城県では仮設住宅に居住する被災者を対象として健康調査を継続し、その結果を各自治体へフィードバックしている。調査結果に基づいてハイ

リスク者を選定する基準は各自治体の判断に任されているが、当センターでは①K6 が 13 点以上、②朝から飲酒、③65 歳以上で単身生活、④何らかの疾患の治療中断の 4 点を判断基準として推奨した。K6 が 13 点以上の割合は、支援を開始した当初は仮設住宅住民の約 1 割を占めていたが、時間経過とともにその割合は減少傾向にあった。独居高齢者は民賃の借り上げ仮設住宅と比べ、応急仮設住宅に居住していることが多いという特徴を認めた。朝、または昼から飲酒している割合は平成 23 年度からの比較では増加しているが、平成 24 年度以降は不変もしくは微増となっていた。

県の健康調査に加えて、独自の健康調査を行う市町自治体が複数あった。調査目的は市町自治体それぞれであったが、心の健康に関する質問を加える市町もあり、その結果は概ね県の調査結果と同様であった。しかし、複数の調査を並行するため、ハイリスク者として抽出される住民の数はそれだけ多くなった。このため、支援者は家庭訪問や電話による確認作業に追われ、丁寧なケアよりもノルマをこなす形に終始することもあった。

ハイリスク者を抽出する目的で健康調査を行う場合には、調査計画時にフォローアップ体制を整えてからスタートし、フォローアップ体制に見合うサイズにハイリスク者の数や調査回数を調整するための工夫が必要と考えられた。

#### 6) 調査研究

研究については宮城県による寄附によって設置された東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座と連携、協力し、調査研究やスタッフ教育に取り組んだ。主に、当センターと連携して行っている被災自治体の行政職員の健康調査や社会福祉協議会職員の健康調査について共同で実施し、健康調査と連動した相談や研修会などを実施した。また、被災地で希望する住民を対象に認知行動アプローチに基づく研修会についての研究や、復興期の心理支援方法であるサイコロジカル・リカバ

リー・スキル・トレーニング (SPR) についての研究に対する協力を行った。

当センター内に調査研究の体制を作るには長い時間を要したが、これにはいくつかの要因が関係したと考えられる。まず、新しい組織を発災後に慌ただしく立ち上げ、組織作りや地域との関係作りに追われる中で活動していたため、各種データを収集するための体制が整わず、活動の分析に取り掛かれなかったことが挙げられる。また、参集した職員は現場の経験は豊富であったが、調査研究のような取り組みには馴染みが少なかったことも考えられた。最後に、被災者との距離が非常に近いと感情移入が生じ、被災者を調査の対象としてみたくないという抵抗感も強く働いていたと考えられた。

### 3. コミュニティーの観察からみえること

ここではデータからは反映されない、コミュニティーの観察からみえることについて記す。

#### 1) コミュニティーの開閉

発災から時間が経過するとともに、地域の支援受け入れ態勢には変化が生じた。発災直後に扉は大きく開き、制限なく支援者を受け入れる傾向にあった。被災地は「猫の手も借りたい」状態であり、支援者は気分高揚状態にあった。被災地が求めている支援は泥かきなどの力仕事が多く、数日サイクルで支援者が入れ替わることに大きな支障はなかった。ところが数カ月経過すると、際限なく支援者を受け入れることの弊害に気づきはじめ、扉が固く閉じるようになった。この時期に求めている支援はサロンの中での話し相手などコミュニケーション能力を要求される役割に変わり、信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、支援者は数カ月サイクルで被災地に留まることが求められた。更に時間が経過すると警戒心が少しずつ溶け、再び扉が開き、長期的なプランに沿った支援者を受け入れるようになった。このように時間経過に沿ったコミュニティーの扉の開閉が見られて

いたと考えられ、支援者側はタイミングを見極めた支援を提供する必要があると考えられた。

#### 2) 過剰な警戒

コミュニティーを脅かす危機が生じた場合、同じ出来事が起きないように防御策を考え、一時的に過剰な警戒に傾くことは一般的なこともかもしれない。被災地においては、プレハブ仮設住宅内で孤独死や自死が生じた場合、同じ事態が起きないようにお互いの変化に早めに気づこうという動きが強まるがあった。電気メーターや郵便ポストをお互いに確認したり、緊急事態を外部に知らせるための警報システムを全戸に設置するということが起こった。また、障害者の家族のなかには避難所で理解を求めることの大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうために積極的に開示する行動をとる者も見られた。一方でスーパー堤防のように、地域住民が過剰な警戒に違和感を抱くようになり、自分たちの地域に高い堤防は必要ないと感じ、反対運動が生じる地域も見られた。時間の経過とともに住民は過剰な警戒に基づいた行動に違和感を抱き、警戒心は少しずつ通常に戻っていくものと推定される。

### D. 結論

本研究では、平成 24 年 4 月～平成 26 年 12 月までの当センターの取り組みについて提示し、実情と課題について検討を行った。

自然災害の多いわが国においては、大規模自然災害が 10 年～数十年単位で起こっており、発災後には広範な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てきた。みやぎ心のケアセンターは、東日本大震災における宮城県での被災地における住民の精神健康を保つ目的で活動を行っているが、過去の災害で設置された、あるいは今回の災害で設置された他県の心のケアセンターと同様にさまざまな課題に直面しながら支援を行っているのが現状である。それでも、過去の災害において行われた支援活動を参

考にし、また、さまざまな関係者の助言、指導、協力により、現状において実施可能なあらゆる支援を行えるように最大限の努力をしている。

今回の報告は、当センターが設立されてからの初期3年間をまとめたものである。宮城県の被災地における復興は、まだ端緒についたばかりであり、今後とも住民の精神健康を保持、増進し、不健康や精神疾患の予防に向けた取り組みを継続する必要性は高いと考えられる。特に、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。

## E. 研究発表

### <論文>

1. 福地成. 被災地の精神保健の現状と課題. 病院・地域精神医学 Vol155 No4. 15-17(2013).
2. 松本和紀: 東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から. 治療の聲13 (1)・77-84頁・2012
3. 松本和紀, 佐久間篤, 上田一気: 大規模災害後のうつ病. 内科110 (6) : 1085-1089, 2012.
4. 松本和紀: 被災者のメンタルヘルスケア. 日本医師会雑誌141 (1)・56-60頁・2012
5. 高橋葉子, 松本和紀: 東日本大震災におけるトラウマ. こころの科学165・50-55頁・2012
6. 松本和紀: 東日本大震災と精神医療 震災8ヵ月後の宮城県の全体的な状況と課題. 病院・地域精神医学 55巻2号 116-118, 2012
7. 松本和紀, 小原聡子, 林みづ穂, 原敬造, 白澤英勝: 東日本大震災における宮城県の精神科医の活動. 精神医学55(4). 391-400, 2013
8. 松本和紀, 白澤英勝, 岩館敏晴, 原敬造, 樹神學, 連記成史, 新階敏恭, 小高晃, 三浦伸義, 小原聡子, 林みづ穂, 上田一気, 佐久間篤, 松岡洋夫: 宮城県における震災後の精神医療の状況—震災から1年を経て—. 精神神経学雑誌115 (5) . 492-498, 2013
9. 松本和紀: Health of Disaster Relief Supporters. Japan Medical Association Journal 56(2), 70-72, 2013
10. 松本和紀: 支援者と働く人々のケア - 東日本大震災の経験から. 精神医療 72, 31-40, 2013
11. 松本和紀, 高橋葉子, 大澤智子: 災害後支援 大規模災害後の支援 被災地の状況と認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み. 認知療法研究6巻2号, 118-120, 2013
12. 松本和紀: 東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健—宮城県の状況と支援活動—. 精神神経学雑誌 116, 175-188, 2014
13. 内田知宏, 松本和紀, 高橋葉子, 越道理恵, 佐久間篤, 桂雅宏, 佐藤博俊, 上田一気, 松岡洋夫. 災害後の精神疾患予防の取り組み. 精神神経学雑誌 116巻3号, 203-208, 2014

### <発表>

1. 福地成. 被災地における精神保健の現状と課題. 第55回日本病地・地域精神医学会; 2013; 名古屋.
2. 福地成. 自殺ポストベンションの在り方を考える. 第13回日本トラウマティック・ストレス学会; 2014; 福島.
3. 福地成. 東日本大震災後の地域精神保健. 第110回日本精神神経学会; 2014; 横浜.
4. 福地成, 新井弘美, 片柳光昭, 渡部裕一, 山崎剛, 白澤英勝. みやぎ心のケアセンターの活動分析. 第57回日本病院・地域精神医学会; 2014; 仙台.
5. 福地成. 宮城県の現状と課題. 第57回日本病院・地域精神医学会; 2014; 仙台.
6. Naru Fukuchi, The Psychological Impact of the 3.11 Disaster on the Japanese Community: Melbourne University & NCNP Joint Symposium

- 2014; Melbourne.
7. Naru Fukuchi: Child Psychoeducation Using Traditional Japanese Toys after the Great East Japan Earthquake: WPA Regional Congress 2014; 2014; Hong Kong.
  8. 松本和紀, 高橋葉子, 大澤智子. 大規模災害後の支援: 認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み. 第 12 回日本認知療法学会 (シンポジウム), 2012 (東京).
  9. 松本和紀: 東日本大震災における宮城の精神医療と精神保健における被害と支援活動. 災害精神支援の方略を立案するワークショップ, 2012 (東京)
  10. 松本和紀, 白澤英勝, 岩館敏晴, 原敬造, 樹神学, 連記成史, 小高晃, 新階敏恭, 三浦伸義, 小原聡子, 林みづ穂, 上田一気, 佐久間篤, 松岡洋夫. 宮城県における震災後の精神医療の状況 震災から 1 年を経て. 第 108 回日本精神神経学会学術総会 (シンポジウム), 2012 (北海道).
  11. 内田知宏, 高橋葉子, 上田一気, 松本和紀, 伊丹敬祐, 鈴木妙子, 山崎 剛. 東日本大震災における被災自治体の職員に対する支援: メンタルヘルス研修会の報告. 第 12 回トラウマティックストレス学会, 2013 (東京).
  12. 内田知宏, 松本和紀, 高橋葉子, 越道理恵, 佐久間篤, 桂 雅宏, 佐藤博俊, 松岡洋夫. 災害後の精神疾患予防の取り組み. 第 109 回日本精神神経学会学術総会, 2013 (福岡).
  13. 越道理恵, 高橋葉子, 佐久間 篤, 八木宏子, 駒米勝利, 丹野孝雄, 阿部幹佳, 松本和紀. 東日本大震災後の派遣職員のメンタルヘルス対策研修についての報告—派遣職員のニーズと対処法—. 第 12 回トラウマティックストレス学会, 2013 (東京).
  14. 上田一気, 松本和紀. 宮城県における東日本大震災後の精神健康の現状と課題. 第 12 回トラウマティックストレス学会, 2013 (東京).
  15. 松本和紀, 佐久間 篤, 桂 雅宏, 佐藤博俊, 高橋葉子, 内田知宏, 林 みづ穂, 小原聡子, 福地成, 原 敬造, 松岡洋夫. 宮城県の活動を振り返って. 第 109 回日本精神神経学会学術総会, 2013 (福岡).
  16. 高橋葉子, 大澤智子, 上田一気, 加藤寛, 松本和紀. 災害復興期の心理支援法である Skills for Psychological Recovery (SPR) の普及を通じた支援者支援. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).
  17. 上田一気, 佐久間篤, 高橋葉子, 内田知宏, 越道理恵, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災から 1 年半後の社会福祉協議会職員のメンタルヘルス. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).
  18. 佐久間篤, 上田一気, 松本和紀, 松岡洋夫. 東日本大震災における宮城県の精神科病院への影響. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).
  19. 松本和紀. 東日本大震災におけるこころのケア 宮城での状況と取り組み. 兵庫県こころのケアセンター 開設 10 周年記念こころのケア国際シンポジウム, 2014 (神戸).
  20. Ayami Nagao, Yoko Takahashi, Tomoko Osawa, Ikki Ueda, Hiroo Matsuoka, Hiroshi Kato, Kazunori Matsumoto. Dissemination of a psychological intervention program for disaster-affected people: evaluation of training workshop. 9th International Conference on Early Psychosis, 2014 (Tokyo).
  21. Ikki Ueda, Yoko Takahashi, Miyuki Tajima, Ayami Nagao, Hiroo Matsuoka, Yutaka Ono, Kazunori Matsumoto. Cognitive Behavioral Therapy-based programs in the communities affected by the Great East Japan Earthquake. 9th International Conference on Early Psychosis, 2014 (Tokyo).

F. 知的財産の出願・登録状況

なし

資料1 当センターの職員構成 (平成26年12月1日現在)

H26.12.1現在

職種	基幹センター			石巻地域センター			気仙沼地域センター			全 体			合計
	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	
	センター	自治体出向		センター	自治体出向		センター	自治体出向		センター	自治体出向		
精神科医 Dr	1	0	7	0	0	1	0	0	3	1	0	11	12
臨床心理士 CP	5	0	2	0	0	0	1	0	0	6	0	2	8
精神保健福祉士 PSW	10	2 名取市1 塩釜市1	1	3	4 栗松島市 2 女川町 2	0	4	2 気仙沼市1 南三陸町1	1	17	8	2	27
保健師 PHN	6	0	0	2	0	2	1	0	0	9	0	2	11
看護師 NS	0	1 岩沼市	4	0	1 石巻HC	0	1	0	0	1	2	4	7
作業療法士 OT	0	0	0	0	1 石巻市	0	0	0	0	0	1	0	1
社会福祉士 SW	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
その他	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
事務	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
計	27	3	16	5	6	3	7	2	4	39	11	23	73

資料2 支援方法の内訳 (平成24年4月～平成26年12月)

支援方法	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
	訪問	3259	3807
来所	1091	880	634
電話	1944	1310	1192
集団活動内での相談	117	87	163
手紙等でのアプローチ (不明)		155	148
ケース会議 (対象者出席)	4	12	22
受診同行 (不明)		115	96
(その他)	18	25	38
相談者		5414	4581
本人			751
本人以外		822	
他機関同席		1596	1301
あり (同席機関複数回答)		609	583
自治体		127	79
保健所		41	84
医療機関		130	128
福祉関係		561	364
サポセン		212	140
(その他)			

資料3 支援対象者の属性 (平成24年4月～平成26年12月)

	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
	延べ支援回数 (手紙等による支援を除く)	6433	6391 (6236)
うち、新規受理件数 (新規のうち、他機関支援有り)		2752 (2404)	2154 (538)
性別		2804 (男) / 2720 (女)	2608 (男) / 2608 (女)
被災状況		1257 (近親者喪失) / 189 (本人負傷) / 5066 (住居被害)	1069 (近親者喪失) / 130 (本人負傷) / 4112 (住居被害)
現在の住居		2814 (経験) / 3281 (環境喪失)	2369 (経験) / 3023 (環境喪失)
就労状況		1571 (勤務・自営) / 4443 (無職)	1151 (勤務・自営) / 4012 (無職)
精神科受診歴有り		1865	1984
精神薬調有り		3500	2954

※表内の数字は新規受理件数を除きすべて延べ件数 ※訪問不在件数を除く

	H24年度		H25年度		H26年度12月まで	
	男	女	男	女	男	女
20歳以下	36	42	62	31		
20歳代	102	180	94	92		
30歳代	254	401	261	260		
40歳代	366	492	500	372		
50歳代	514	511	465	357		
60歳代	787	679	670	584		
70歳以上	707	1021	633	821		
年齢不明	38	102	35	91		

※性別不明を除く

相談経路	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
	本人から		818
家族親族から		362	452
近隣住民から		47	20
職場から		56	78
行政機関から		2064	1468
電話等・金戸訪問等によるピッキング		1204	2195
※サポセン 仮設支援員等から		615	564
医療機関から		151	169
福祉機関から		526	108
不明		0	2
(その他)		93	115
教育・育児・転校		244	147
近親者喪失		740	461
住環境の変化		1648	1096
経済生活再建問題		1084	635
社会資源の活用		203	204
失業就労問題		442	297
人間関係		617	480
家族家庭問題		1170	930
放射能		31	14
将来への不安		558	354
職務上の悩み		139	134
精神薬調		1621	1533
加齢による問題		429	340
健康上の問題		1649	1357
アディクション問題		1062	1094
その他		134	117
不明		63	18
なし		235	80

※表内の数字は新規受理件数を除きすべて延べ件数 ※訪問不在件数を除く

資料4 支援者支援の内訳（平成24年4月～平成26年12月）

	H24年度	H25年度	H26年度12月まで	専門的立場からの指導・助言(ケース数)	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
訪問・面談後の報告(ケース数)		189	169	アルコール問題		162	138
専門的立場からの指導・助言(ケース数)	(634)	(481)	501	ギャンブル問題		2	3
地域の課題		75	53	薬物問題		1	0
職場のメンタルケア	(1425)	(981)	182	うつ		186	104
ケース会議		226	181	複雑性悲嘆		11	12
心の相談窓口の開設(ケース数)	(1571)	(1155)	38	PTSD		19	8
健診支援	(51)	(25)	68	虐待		48	45
事務作業の支援		391	332	その他		996	671
その他		108	88	合計		1425	981

※斜線は不明のもの

資料5 支援者支援の対象者（平成26年4月～12月のみ）

H26年度	訪問・面談後の報告	専門的立場からの指導・助言	地域の課題	職場のメンタルケア	ケース会議(対象者欠席)	心の相談窓口の開設	健診支援	事務作業の支援
支援回数	169	501	53	62	181	33	46	332
ケース数	481	981			1155	25		
自助G		5						
民生委員・区長						2		
自治会役員						4		
保健推進員								
他地域役職								
サポートセンター	2	45	13	4	48		4	7
仮設支援員	28	99	24	196	86			
行政関係者	200	923	89	8	331	23	276	482
医療関係者	2	55	3	2	56		20	1
教育関係者		107	25		16	1	2	
司法関係者								
地域包括支援センター	3	47	10	6	61			
自衛隊								
警察		3				2		
消防						4		
消防団								
企業		2						
公的団体		16	1	12	2			
民間団体	1	264	3	1	39			
職能団体		17		10	70			
社会福祉協議会	2	60	44	44	45	2		
障害福祉	2	17	1		8			1
児童福祉		13	2		9			
高齢福祉		44			16			
ボランティア								20
その他	1	14	1	14	42		6	

資料6 普及啓発の内訳（平成24年4月～平成26年12月）

	H24年度	H25年度	H26年度12月まで	普及啓発研修の内容	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
普及啓発用品の配布	15	8	10	震災後の心の反応(参加者数)		7	1
視察対応		10	7	精神疾患について(参加者数)	(257)	(60)	11
報道機関対応		15	7	ストレスを抱える人に接するときの注意点(参加者数)	(148)	(242)	2
メディアを活用した普及啓発活動		8	1	アディクション問題について(参加者数)	(43)	(108)	9
ホームページ管理・更新・情報提供		35	22	震災が子供にもたらす影響(参加者数)	(88)	(243)	10
学会・職能団体等での発表		12	1	ストレスと心のケア・セルフケアについて(参加者数)	(100)	(88)	2
心の相談窓口の開設		35	55	体の健康について(参加者数)	(340)	(270)	1
普及啓発研修	59	52	39	職場のメンタルヘルスについて(参加者数)		8	2
サロン活動	34	113	137	被災地の状況とセンター活動について(参加者数)	(553)	(120)	39
その他		7	4	実施数合計(参加者数合計)	(63)	(50)	52回(1769人) 39回(1231人)

(斜線は回数不明のもの) ※単位: 回数

センター主催・共催サロン活動等	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
お茶のみサロン(延べ参加者数)		23	10
ココファーム(農作業)(延べ参加者数)	実施なし	19	20
ちぎり絵教室(延べ参加者数)	実施なし	3	9
ピース教室(延べ参加者数)	実施なし	2	0
断酒例会(延べ参加者数)	実施なし	6	9
作品展(参加者数)	実施なし	1	0
子どもキャンプ(子ども参加者数)(保護者参加者数)	1(25)	1(26)	1(20)
リハ相談会(参加者数)	実施なし	1	0
気仙沼市健康フェスティバル協力			1(255)

※斜線は不明のもの

資料7 人材育成の内訳（平成24年4月～平成26年12月）

人材育成研修の内容	H24年度	H25年度	H26年度12月まで	支援スキル研修の内容	H24年度	H25年度	H26年度12月まで
震災交流会 (参加者数)	2 (143)	3 (221)	3 (155)	傾聴について (参加者数)		28 (525)	14 (418)
アディクション関連問題 (参加者数)		26 (583)	22 (1014)	ストレスと心のケア・セルフケアについて (参加者数)		12 (433)	11 (304)
高齢者のメンタルヘルス研修 (参加者数)		1 (10)	1 (14)	遺族への対応について (参加者数)		0 (0)	0 (0)
自死対策関連問題研修 (参加者数)		11 (558)	7 (173)	認知行動療法 (参加者数)		0 (0)	0 (0)
子供のメンタルヘルス研修 (参加者数)		6 (468)	12 (569)	サイコソジカル・リカバリー・スキル (参加者数)		0 (0)	1 (11)
メディアカンファレンス (参加者数)		1 (24)	0 (0)	その他 (参加者数)		14 (165)	15 (288)
支援者のメンタルヘルス研修 (参加者数)		10 (339)	7 (461)	※斜線は不明のもの			
支援スキル研修 (参加者数)		54 (1123)	41 (1021)				
精神疾患・障害についての研修 (参加者数)		8 (306)	5 (212)				
職場のメンタルヘルス研修 (参加者数)		9 (456)	4 (73)				
被災地の状況とセンターの活動について (参加者数)		7 (251)	10 (397)				
事例検討 (参加者数)		12 (169)	6 (33)				
その他 (参加者数)		19 (997)	6 (205)				
実施回数 (参加者数合計)		86回 (3281人)	124回 (4327人)				

震災交流会		参加者数
H24年度	第3回（仙台市）	60
	第4回（石巻市）	83
H25年度	第5回（気仙沼市）	80
	第6回（石巻市）	60
	第7回（仙台市）	81
H26年度	第8回（南三陸町）	73
	第9回（仙台市）	49
	第10回（石巻市）	33

資料8 人材育成の対象者（平成26年4月～12月のみ）

H26年度	震災交流会	アディクション 関連問題	高齢者の メンタルヘルス	自死対策 関連問題	子どもの メンタルヘルス	メディア カンファレンス	支援者の メンタルヘルス	支援スキル	精神疾患・障害 について	職場の メンタルヘルス	被災地の状況・ センターの活動	事例検討
実施回数	3	22	1	7	12	0	7	41	5	4	10	6
一般		2			55			100				
自助G	1	19										
民生委員・区長	10	500			15	1	160	82	10		37	
自治会役員					10							
保健推進員		41			77			118				
他地域役職												
サポートセンター	23	15				5		35			2	5
仮設支援員	13	120					1	23			50	3
行政関係者	25	108	2	11	133		70	145	15	55	174	15
医療関係者	7	66			46			31	1		53	
教育関係者	1				215			40			6	
司法関係者	2											
地域包括支援センター	3	41	1					15		39		
自衛隊												
警察		1										
消防												
消防団							154					
企業	4									3		
公的団体	6	4					10			1		7
民間団体	31	9			5	40		165	4	5		2
職能団体	4	18							3		60	
社会福祉協議会	7	40				10	10	94	27	13		
障害福祉	5	8							5		8	1
児童福祉						66		35				
高齢福祉		17						10	89			
ボランティア		5				5						
その他	13		11			18		38	15			7

資料9 仮設住宅健康調査の結果

実施時期	回収率	高齢 独居世帯	治療中断 ※	K6 13点以上	朝又は昼 から飲酒	前回から引き続き 回答あり		当該年度の回答者 に占める割合
						回答あり	割合	
H23年度 民賃	H24.1～3	73.4%	6.0%	2.2%	9.6%	1.0%		
H24年度 プレハブ	H24.9～12	58.6%	16.4%	5.8%	9.5%	1.8%		
H24年度 民賃	H24.12～H25.3	63.7%	7.6%	6.5%	8.0%	1.8%		
H25年度 プレハブ	H25.9～11	50.9%	18.8%	3.4%	8.3%	2.2%		
H25年度 民賃	H25.11～H26.2	62.8%	10.4%	4.2%	6.8%	2.1%		
H26年度 プレハブ	H26.9～11	50.2%	22.3%	2.6%	8.2%	2.1%		
H23年度 民賃							13095人	38.3%
H24年度 プレハブ							12216人	73.0%
H25年度 民賃							21307人	78.2%
H26年度 プレハブ							9784人	74.9%



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  
ふくしま心のケアセンターの活動の成果と課題

分担研究者 前田正治 <sup>1)2)</sup>

研究協力者 植田由紀子 <sup>1)</sup>、昼田源四郎 <sup>1)</sup>

- 1) ふくしま心のケアセンター
- 2) 福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座

研究要旨：ふくしま心のケアセンター設立から 3 年間の活動状況について、主として DMHISS (Disaster mental health information support system) を用いた記述統計結果から分析、今後の課題等について考察した。またあわせて、沿岸部被災地自治体職員の精神保健面接調査も行ったので、その結果概要を報告した。当センターの活動はこの 3 年を通じ、基本的に変化があるものとならないものがあった。たとえば基本的にアウトリーチによって支援するという構造は変化がなかったが、その内容や相談場所、相談の契機等については大きな変化があった。とくに年を経るごとに行政からの依頼や、行政職員等の精神保健上の相談が飛躍的に増えた。また沿岸部被災地自治体調査からも、自治体職員のうつ病の有病率がきわめて高いなど深刻な様相がうかがわれた。当センターは設立当初より組織システム上、あるいは運用上の多くの課題があり、これらをどのように解決し、安定した支援機能を発揮できるかが今後の課題である。

Key word: 原発災害、こころのケアセンター、アウトリーチ、支援者支援

## I. はじめに

東日本大震災後に生じた様々なメンタルヘルス上の困難な状況に対処するため、既存の地域精神保健福祉活動を担う機関とは独立した専門機関を設けるべきという考えから、福島県が福島県精神保健福祉協会に事業委託する形で、ふくしま心のケアセンター（以下当センター）設立が決まった。発災後約 1 年を迎える平成 24 年 2 月に基幹センターを設立、活動準備を開始、2012 年 4 月 1 日より方部セ

ンターを開所、実質的な活動を開始した。当センターにおける被災者支援活動のうち、相談支援活動及び、それ以外の活動について、記述統計データ（平成 24 年 4 月～平成 26 年 12 月）を基に分析、考察し、今後の活動についての課題を検討する。

同時に、福島県においては多数の被災地自治体職員が過重な労働を長期間にわたって強いられており、彼らの精神保健上の問題もまた危惧されるところである。そこで、当セン

ターと福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座と合同で、沿岸部被災自治体職員に対する精神保健調査を行った。本調査についても、当センターの主要な活動の成果として、その結果の概要を報告する。

## II. 当センターの構造

### 1. 組織体制

県内全域に散らばった東京電力第一原発事故での避難者のケアに対応すべく、ふくしま心のケアセンターは設立当初、県庁所在地である福島市に基幹センター（以下、基幹）を設置。その他、浜通り（相馬、いわき）、中通り（県北、県中、県南）、会津（会津）に6つの方部センター（以下、方部）を配置した。加えて、福島県障がい福祉課、南相馬市、県外に避難していた双葉町（埼玉県加須市）に駐在を置き、計10カ所の拠点で活動を開始した。

設立から3年を経過し、避難者の動向、職員拡散防止の観点から、駐在を廃止、県南方部センターを統合して、県中・県南方部センターとすることを決めている。平成27年度からの体制としては、基幹センターと5つの方部センター、あわせて6つの拠点となる。

### 2. 人員体制

職員（平成27年1月1日現在）は、センター全体で60名（非常勤を含む）である。ただし、事業委託先の職員、非常勤を除き、当センター正規職員に限ると45名、うち専門職に限定すると39名である。

設立当初から人員確保の課題を抱えており、福島では比較的多く県外からの入職者があった。設立当初は全体のおよそ3割が県外から入職した職員であったが、2年目には2割、3

年目には1割となり、27年度にはさらに減少する見込みである。

### 3. 人員配置

60名の内、14名を基幹センターに配置している。その他方部には、地域状況に応じて人員を配置しているが、県中といわきに10名程度。その他方部には4~5名を配置している。

## III. 当センターの活動について

当センターの相談支援活動について、DMHISS（Disaster mental health information support system）のデータに基づき、個別支援に関して相談経緯、症状などの分析を行った。加えて、個別相談以外の集団活動などについても、3年間の推移を分析した。分析データを基に、今後の活動方針などについて記述統計学的にまとめた。

### 1. 相談方法

相談支援の方法として、3年間通じて最も多いのが『訪問』である。初年度は、全体の87.1%、次年度が74.5%、今年度12月時点で65.7%を占めている。

『訪問』の割合が低下する一方、『来所』の割合が初年度1.7%から、3年目には16.5%と増加している。震災後4年を経ても、依然アウトリーチでの支援活動が3分の2を占めているが、来所等の相談方法に徐々に移行していることがうかがえる。

### 2. 相談場所

相談場所の割合としては、平成24年度は『仮設住宅』が46.2%、『借上住宅』が31.1%であり、『仮設住宅』と『借上住宅』への訪問

が大部分を占め(77.3%)、その他は少数であった。平成25年度になると『仮設住宅』38.2%、『借上住宅』20.3%、平成26年度『仮設住宅』22.9%、『借上住宅』15.4%となり、被災後の仮住まいとなる『仮設住宅』、『借上住宅』への訪問支援も全体の4割程度に減少した。一方、『自宅』、『相談拠点』は上昇傾向に転じている。『自宅』は、平成24年度11.1%だったのが、平成26年度には22.0%になり、自宅等へ居住の移行がうかがえる。また、『相談拠点』は平成24年度4.1%から平成26年度27.5%に急上昇した。『相談拠点』に来所可能な被災者が増えたことに加え、行政職員等への支援活動に力を注いだ結果として、職場等で相談拠点を構え面談を行う機会が急速に増加したためと考えられる。(図1)

『復興住宅』は未だ1%程度であるが、これは建設の遅れから未だ入居が進んでいないためである。ただし今後は、復興公営住宅への移転など住民の居住の変化に伴い、相談場所も変化していくものと思われる。

### 3. 相談の背景

相談の背景として、平成24年度最も多かったのが『居住環境の変化』(36.2%)、次いで『健康上の問題』(15.8%)、『家族・家庭問題』(13.7%)であった。平成25年度は『健康上の問題』(31.4%)がもっとも多い割合を占め、次いで『居住環境の変化』(26.9%)、『家族・家庭問題』(11.7%)であった。平成26年度は、『健康上の問題』(29.9%)、『居住環境の変化』(19.6%)、『家族・家庭問題』(14.1%)が上位である。順位の変動はあるが、『居住環境の変化』『健康上の問題』が全体の半数程度、『家族・家庭問題』が1割超を占め、3つの大きな背景要因と言える。また、少数である

が、徐々に増加しているのが『人間関係』『教育・育児』『放射能』である。(図2)

### 4. 相談の契機

相談の契機としては、『健康調査・全戸訪問からのピックアップ』が、平成24年度全体の62.7%を占めていた。しかし、平成25年度は23.4%、平成26年度は12.3%と急激に減少している。避難している住民の健康状態について、しらみつぶしに訪問してまわるという時期は初年度にほぼ終了したと言える。反対に上昇しているのが、『行政機関からの依頼』で、平成24年度17.9%、平成25年度37.5%、平成26年度49.9%と約半数を占める割合となっている。(図3)

### 5. 相談者の精神症状

対象者の症状をみると、平成24年度は『身体症状』(21.2%)、次いで『睡眠の問題』(18.9%)、『不安症状』(15.5%)の順に多かった。平成25年度になると、最も多いのは『身体症状』(28.7%)と変わらないが、『気分・情動に関する症状』(23.9%)が上昇して2番目となり、次いで『睡眠の問題』(14.8%)の順となった。平成26年度は、平成25年度と順位は変わらず、『身体症状』(25.4%)、『気分・情動に関する症状』(23.4%)、『睡眠の問題』(13.7%)が上位であった。割合として年々減少しているのは『睡眠の問題』で、初年度18.9%から3年目には13.7%となっている。また上昇傾向にあるのが『気分・情動に関する症状』、および少数ではあるが『飲酒の問題』が初年度4.6%から、3年目には6.0%に増加している。(図4)

### 6. 集団活動

避難により新たな環境での生活になったことから、住民同士の繋がりを促進、健康づくり、介護予防などさまざまな観点からサロン活動が実施された。年度を経る毎に自治体など住民主体のサロンも立ち上がり、当センターにおける集団活動は減少傾向にある。件数としては、平成 24 年度 1,316 件が、平成 26 年度 578 件と半減している。

#### 7. 支援者支援活動

被災によって、通常業務に加え被災者のケアや復興業務が膨らみ、支援が必要となった学校や行政機関など既存の外部機関に対して行った支援活動である。

対象として、『学校・幼稚園』『一般事業所等』は、3 年間でほぼ横ばいであるが、『地方公共団体等』への支援は、平成 24 年度 364 件から平成 26 年度には 746 件と倍増している。後述するような自治体職員調査を特別に実施したことは、こうした支援者支援のニーズの高まりがあった。

#### 8. 人材育成

地域における人材育成活動として、『専門職向け研修会』は、平成 24 年度 26 件 (1,110 名) から平成 26 年度 80 件 (1,751 名) と約 3 倍の件数に増加している。内容としては、被災者の見守り活動等を担っている生活支援相談員を対象とした研修などが含まれる。

また、『一般向け研修会』は、平成 24 年度 7 件 (255 名) から、平成 25 年には 31 件 (1,252 名) と 4 倍以上に増加し、平成 26 年度は 24 件 (723 名) となっている。これは、専門職ではない地域の自治体などに自殺予防活動としてゲートキーパーについて研修するなどの内容が含まれる。当センターの専門性が認め

られるにつれ、こうした一般向けあるいは専門職向け研修のニーズが非常に高まっている。そして、このような人材育成は当センターの主要な業務となったことがうかがわれる。

#### 9. 連携、調整機能

活動の中で顕著なのびを示しているのが、連携・調整機能を表している会議の数である。

当センター内の会議は、平成 24 年度 128 件から、平成 26 年度は 485 件となり、3.8 倍。外部機関との会議は、平成 24 年度 144 件から平成 26 年度には 539 件で 3.7 倍に増加している。

### IV. 福島県における行政職員のメンタルヘルスの実態に関する調査

#### 1. 本調査の目的

福島県では原発事故による影響が長期化し、行政職員は通常業務の他に震災関連業務が加わり過酷な過重労働が続いている。また災害時における被災自治体職員の心理的ストレスの特徴<sup>1)</sup>は、1) 災害対応に関する組織内、家庭内での葛藤が傷つきをもたらし様々なマイナス感情を引き起こす、2) 葛藤がもたらす傷つきやその傷つきを語り合えない雰囲気が疎外・孤立を生み出す、3) 職務を果たそうとする過程において役割上のストレスを認識する、と言われる。また、加藤ら<sup>2)</sup>は生命の危機を感じるような出来事以外でも、十分な成果があげられないことやこれまで経験したことのない状況に置かれるだけでも心理的負荷になると言う。とりわけ福島県沿岸部の自治体は、その多くが避難を余儀な

くされており、職員は職務上の多大なストレスに加え、自らも避難生活を余儀なくされていたり、あるいは家族が離散していたりと被災者としてのストレスもある等、そのストレスは多重であり、より精神保健上の問題も大きいと考えられる。

今回、福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座とふくしま心のケアセンターいわき方部との合同調査で、避難を余儀なくされた福島県A町およびB町役場職員全員に対し、精神疾患簡易構造化面接(M.I.N.I.)を実施し、外傷後ストレス障害：Posttraumatic Stress Disorder: PTSD やうつ病等の精神障害の時点（現在）有病率を調査したので報告する。なお両町とも沿岸部(通称浜通り)に属し、全町民が一時避難を余儀なくされたが、A町は現在多くが避難指示解除地域となった一方で、B町は現在もまだ多くが帰宅困難区域となっている。このように両町の被災状況や復興の様相が相当に異なることから、両町の結果を別個に提示し比較した。

## 2. 方法

1) 対象者数 福島県A町行政職員(N=92) およびB町行政職員(N=76)

2) 調査期間 A町調査は平成26年1月20日～平成26年1月24日で、B町調査は平成26年9月1日～平成26年9月4日

### 3) 調査

面接実施前にフェイスシートと以下質問紙への回答を求め、精神科医1名・臨床心理士1名で構造化面接を行った。面接の所要時間は1人あたり約1時間を予定した。

### (1) 質問紙調査

① K6 (Kessler-6) : 一般的な精神保健上の問題をスクリーニングする質問紙

② IES-R (Impact of Event Scale Revised Version) : PTSDのスクリーニング用質問紙

### (2) 面接調査

① 精神疾患構造化面接法 (MINI International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) : 精神疾患についてDSM4に基づいて比較的短時間に査定できる構造化診断面接法。今回はとくに以下の5つの診断・状態を査定した。大うつ病性障害」「自殺の危険」「パニック障害」「広場恐怖」「PTSD」

② ストレス状況や対処行動等に関する質問表 : 睡眠状況(平均睡眠時間等)、飲酒、喫煙、食欲、身体疾患の有無等を調べるために作られたオリジナルの調査票

### 4) 統計解析

統計解析には IBM SPSS version22.0を用いた。

### 5) 倫理的配慮

本研究は、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得た。調査に当たっては対象者に文書による説明同意を得た上で行われた。

## 3. 結果

上述したように、結果に関しては、A町およびB町の被災状況や復興の様相が相当に異なることから、別個に提示した。今回はとくにMINI 診断面接結果およびK6とIESRの両質問紙調査結果を中心に報告する。

### 1. 1) A町の結果

### (1) 属性

A 町行政職員のほぼ全員に当たる 92 名が調査説明後、同意し調査に応じた。男性 69 名、女性 23 名で、平均年齢が 41.4 (SD:12.6) 歳、男性が平均年齢 42.1 歳、女性が 39.1 歳であり男女間で有意差を認めた (t 検定,  $p>0.05$ )。平均勤続年数は 14.6 (SD:12.4) 年であった。

### (2) M.I.N.I.面接の結果

大うつ病性障害は 14 名と全職員の 15.2%が該当した。この他、パニック障害 2 名(2.2%)、PTSD0 名、自殺の危険性が中等度以上ありと判断された者が 8 名(8.6%)という結果となった。

### (3) K6 の結果

平均 5.1 (SD : 4.5) であり 6 名(6.5%)が今回想定したカットオフ値 13 点を超える結果となった。

### (4) IES-R の結果

平均 13.0 (SD : 13.5) となった。20 名(21.7%)が今回カットオフ値として設定した 25 点を超えるという結果となった。

## 2) B 町の結果

### (1) 属性

A 町と同様に、B 町行政職員のほぼ全員に当たる 76 名が調査説明後、同意し調査に応じた。男性 53 名、女性 23 名で、平均年齢が 43.4 (SD:10.9) 歳、男性が平均年齢 44.5 歳、女性が 41.0 歳であった。平均勤続年数は 13.7. (SD:13.5) 年であった。就労状況では、A 町職員が震災前からほとんど変わっていないのに対し、B 町では震災後に採用した職員は 32 名 (42.1%) にのぼった (他県からの派遣を含む)。

### (2) M.I.N.I.面接の結果

大うつ病性障害は 16 名と全職員の 21.1%が該当した。この他、パニック障害 4 名(5.3%)、PTSD7 名(9.3%)、自殺の危険性が中等度以上ありと判断された者が 7 名(9.2%)であった。

### (3) K6 の結果

平均 6.3 (SD : 6.2) であり 11 名(14.5%)が今回想定したカットオフ値 13 点を超える結果となった。

### (4) IES-R の結果

平均 13.9 (SD : 14.7) となった。16 名(21.3%)が今回カットオフ値として設定した 25 点を超えるという結果となった。

## 3) 質問紙調査と診断

両町を通じた質問紙調査と MINI 診断結果との関係は以下の通りである。

### (1) K6 とうつ病

M.I.N.I.診断面接(うつ病)と K6 との関連は、感度 44.8%、特異度 97.1%、陽性的中率は 76.5%、陰性的中率は 89.3%であった。

### (2) IES-R と PTSD

M.I.N.I.診断面接(PTSD)との関連は、感度 71.4%、特異度 80.6%、陽性的中率は 13.9%、陰性的中率 98.5%であった。

## IV. 考察

### 1. DMHISS からみた当センターの相談支援事業

ふくしま心のケアセンター設立からの 3 年間の活動を俯瞰すると、初年度は避難している住民の健康状態を確認する訪問活動(健康調査)が中心の 1 年と言える。健康調査が落ち着くにつれ、支援者支援活動や人材育成、

他機関との連携などが活発に行われる経過が見受けられる。

まず、被災住民への個別支援であるが、健康調査と言われる全戸訪問調査から、精神的不調をきたしている対象者へのアウトリーチケア活動まで中身は様々である。

当センターが活動を開始したのは、発災後1年を過ぎた頃であり、未だ仮設住宅、借上住宅入居者の状況把握が十分ではなかった。そのため上述したように、主に活動1年目は健康調査が活動の中心であった。健康調査が一通り落ち着き始めると、そこからピックアップされた対象者への個別支援、住民の状況把握が進んだ行政機関からの依頼が増えてきた流れがある。全体の訪問件数は減少しているが、当初の混乱期を経て、状況把握がある程度進んだ段階であることが理由として挙げられる。未だ行政機関も避難している中、まかないきれない部分、または行政機関で実施するよりもより専門的な支援が必要なケースについて心のケアセンターに依頼する流れが出来てきた。

相談方法は依然アウトリーチが3分の2を占めているが、これもケースによって来所相談などに少しずつ移行している。特に、状況把握が進むにつれ、支援者のケアが喫緊の課題となった。設立2年目以降、支援者支援に力を注ぎはじめ、職場等で相談拠点を構え面談をするスタイルが増加したことも来所相談増加の一因である。

相談の背景や症状をみると、3年を通じて『居住環境の変化』『健康上の問題』『家族・家庭問題』3つの大きな背景要因と言える。避難による環境の変化がメンタルヘルスに影響を与えることは明白であるが、被災後4年を経てなおその影響は強いことがうかがえる。

また、原発事故の影響により避難の繰り返すもしくは、永住先の目処が立たないことも関係している可能性が考えられる。それ以外では『健康上の問題』、『家族・家庭問題』を背景に持つ相談対象者が多くの割合を占めることがうかがえる。症状としては、『身体症状』に表れ易く、経年変化をみると『気分・情動に関する症状』が上昇傾向にある。抑うつ症状を呈する対象者に今後も注意が必要である。

被災住民への個別支援以外の活動においては、いわゆるサロン活動は年々減少し、3年で件数が半減した。自治体や住民主体のサロンが立ち上がり、また他の支援者によるサロン活動もあることから、当センターのサロン活動の関わりとしては落ち着いてきている傾向にある。ただし、復興公営住宅への移行や避難町村の帰還などにより、今後さらに住民の移動、コミュニティの変化が見込まれることから新たなサロン活動の展開も十分に想定される。

設立から3年の間に当センターとして力を注ぎ、活動の柱として築いてきたのが『支援者支援』『人材育成』『連携・調整機能』と言える。未だ県内外に12万人近く（平成27年1月現在）の避難者を抱え、到底心のケアセンターだけで住民のメンタルヘルスケアを担うことは不可能である。そのため、まずは住民生活の基盤となる自治体等行政機関への支援は不可欠と考える。また仮設住宅の見守り等を役割とする新たな支援者も誕生しており、より支援の網の目を張りめぐらせるためにも支援者の育成には力点を置いた。そうしたことから、当然他機関との連携、また自治体自身が避難している状況であることから地域内での調整機能は一層労力がかかる活動であった。この3点については、今後も重点課題と

して、変わらず当センターの方針に掲げるものである。

## 2. 沿岸部被災地自治体職員のメンタルヘルスに関して

今回本研究の一環で行われた自治体職員調査では、福島県沿岸部に位置する A 町および B 町の行政職員は大うつ病性障害の現在有病率がそれぞれ、15.2%、21.1%と きわめて高い数値を示していた。この両町は被災状況や復興状況が若干違うとはいえ、このような結果は我々が調査前には予想もしなかったことであった。これらは、単なる質問紙の結果ではなく、一定の経験を有する精神科医による構造化面接の結果であるだけに、診断の精度は高いと考えられる。とくに本邦における疫学研究、たとえば川上ら<sup>3)</sup>(2008)によるうつ病の12ヶ月有病率2.1%と比しても、15%を超える時点(現在)有病率というのはきわめて高い値と考えるほかない。

両町でこれほど高いうつ病の現在有病率が示された要因について考察すると、とくに彼らとの面接の結果から以下のような諸点があげられる。①多くの職員は長期化する原発事故の影響により終わりの見えない過重労働が続いていた。②さらに職業上ストレスになったのは、残業が続く、休みが取れないなど量的な問題ばかりではなく、住民の怒り感情に暴露されたことも大きな一因であった。地震や津波そのものよりも、こうした体験のほうがトラウマティックな記憶を職員に植え付けたようだ。③多くの職員自身も仮設や借り上げに住む、あるいは家族と離別しているなどまさに被災者であること。こうした数多くの

ストレスが多層的に職員に降りかかったために、これほどの高い有病率になったのではないかと推察される。

また、このような高いうつ病有病率に応じて、自殺の危険がある者の率も、両町でそれぞれ 8.6%、9.2%と きわめて高い値を示した。こうした結果は、この両町の個人の危機的状況を表しているだけではなく、組織体の危機的状況をも表していると言えよう。このような高いうつ病の有病率、あるいは自殺危険者率を考えると、もはや既存のラインのケアはもちろん個人のケアのレベルでも対処できない事態に陥っていると考えられる。早急な対応が必要と考えられるし、心のケアセンターはもとより、地元医療機関との連携や民間相談組織の活用を考慮する必要がある。また他の同様の状況にある沿岸部被災地自治体職員においても、深刻な精神保健上の問題が出現していると考えべきあることから、これらをケアするための新たな体制を作ることにも考慮しなければならないだろう。

現在、福島県において活動する支援機関もまた基本的に被災住民の支援に追われており、疲弊している状況にある。また我々が今回調査した両町においては、すでに地方公務員災害補償基金によるメンタルヘルス総合対策事業に基づく支援を受けていた。今回の結果をみると、これらの対策の効果がきわめて限定的であると判断するしかない。また今回調査した両町のような自治体は他にも複数ある(一時強制避難の対象となった市町村だけで13ある)ことを考えると、下図に示したような臨床心理士やソーシャル・ワーカー、保健師、看護師等からなる専従の行政職員のメ



ンタルヘルス支援チームが必要であると  
考えられる。ただこうしたチームを全く独  
立させても、十分に稼働しない、あるいは  
稼働するまで相当の時間がかかるだろう  
ことは十分予想される。したがって福島県  
や福島県立医科大学等との連携を図りつ  
つ、心のケアセンターに付置させるような  
工夫が必要と考えられる。

さて、PTSD 例は事前に行った IES-R の  
結果からは予想下よりも遙かに少ない数  
であった。これは被面接者が再体験症状と  
して語った内容の多くが、地震、津波、原  
発事故そのものというよりも、上述したよ  
うな住民からの怒りや不平に関連してい  
たことから、面接者が PTSD の A 基準を満  
たさないと判断したためである。これらの  
体験イベントを震災に密接に関連した出  
来事であったとし A 基準を満たすと判断  
すれば、ずっと多くの職員が PTSD と診断  
されたであろう。

## V. おわりに：当センターの課題

以上、当センターの3年間の活動を振り返り、その成果と課題について述べた。研究初年度に、我々は福島での課題として、次の6点を上げた。1) 爆発事故に直接起因するトラウマ反応、2) 慢性の被爆不安、3) あいまいな喪失状況、4) コミュニティの分断、5) 放射線スティグマとセルフ・スティグマ、6) 支援者の疲弊<sup>4)5)</sup>。

これらの特徴のほとんどは原発事故に起因したものであり、津波が主たる被害となった他の被災県とは大きく様相が異なる。発災後4年を経過しようとする今、これら福島の特徴があらためて浮き織りになったと考えられる。とくに一般大衆のスティグマの問題、あ

るいは被災者のセルフ・スティグマの問題は、過去の震災復興から学ぶと言うよりも、むしろ広島や長崎の原爆被爆者から学ぶところが大きいのかもしれない<sup>6)</sup>。いずれにせよ、福島の復興を考えるには、被災者の目線に立った、新しい発想や概念が必要となるだろう。

さいごに、当センターの組織上・構造上の課題について述べて稿を終えたい。センター設立から立ちはだかっていたのが『全体の状況把握と集約』『マネジメント』である。多くの拠点を県内全域に配置していることに加え、基幹センター、方部センター等の役割や関係性に関する枠組みが必ずしも明確でなかったことが原因となり、組織内に混乱を生じさせた。

しかしながら、拠点の多さ、各拠点同士の距離、福島の広域性や地域性を鑑みると、当初から構築化されたシステムを作ることがきわめて困難であったことは否めない。したがって、地域の状況に応じて、各方部が暗中模索でセンター全体のシステムを構築していくやり方は致し方なかったものと振り返ることが出来る。

3年の間に、システムとして導入したのは、全職員を対象とした研修会、および拠点を越えた委員会方式の導入、WEB会議システムの導入などである。いずれも職員の凝集性向上、全体の情報共有および集約のための取り組みである。平成26年度から徐々に取り組みを開始しているが、全体研修会の開催については一定の成果をあげていると言える。

また人員体制について、福島においては、他県出身スタッフが比較的多かったことが特徴としてあげられる。原発事故の影響もあり、『専門職の人員確保』もまた重大な課題である。県外からの職員は数年で福島を離れるこ

とを決めていた者も多く、3年の経過をみるとその相当数が離職したこともやむを得ないことである。そもそも基本的に単年度事業であるため、継続的な就労を望みにくいということもある。このような構造上の問題については別論文で詳述している<sup>7)</sup>。いずれにせよ、そうした特徴を考えると、人材の継続的なサプライが必要であり、そのためにも組織内の安定化を図るとともに、今後長期的視点に立った支援活動を続ける必要があるだろう。

注) DMHISSは平成24年11月から導入したため、DMHISSを用いての活動統計は平成24年11月から平成26年12月のものとなる。平成24年4月から10月までは当センター独自の活動報告をDMHISSの項目に合わせ、合算した。

#### 参考文献

- 1) 牛尾裕子, 大澤智子, 清水美代子. 被災地自治体職員が受ける心理的影響-水害16ヶ月後の保健師へのインタビュー-. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 Vol.18, 2011
- 2) 加藤寛. 災害救援者. 心的トラウマの理解とケア. 金吉晴 (外傷ストレス関連障害に関する研究会) 編集, 2001
- 3) 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 総括研究報告書, 2008
- 4) 昼田源四郎, 前田正治: 福島県被災住民メンタルヘルスに関する現状と課題. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業 (精神障害分野)) 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の研修及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告

書 pp116-131, 2013.

5) Maeda, M., Oe, M.: Disaster behavioral health: Psychological effects of the Fukushima nuclear power plant accident. (eds.) Tanigawa, K. & Chhem, R. K.: Radiation Disaster Medicine. Springer, New York, pp79-88, 2013.

6) 中条一雄: 原爆と差別. 朝日新聞社, 1986

7) 前田正治, 植田由紀子, 昼田源四郎: こころのケアセンターが果たすべき役割とは: ある方部の苦闘から. トラウマティック・ストレス, 12, pp5-12, 2014

#### 謝辞

自治体職員調査実施にあたり、宮川明美先生 (雲雀ヶ丘病院)、小島通先生 (ふくしま心のケアセンター)、藤井千太先生 (福島県立医科大学)、内野俊郎先生 (久留米大学)、大江美佐里先生 (久留米大学) の多大な協力を得ました。ここに深く感謝致します。また調査にご協力いただいたA町およびB町職員の方々全員に厚く御礼申し上げます。

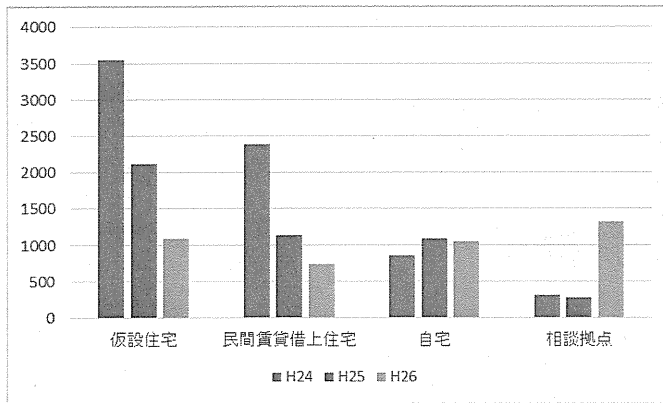


図 1. 相談場所

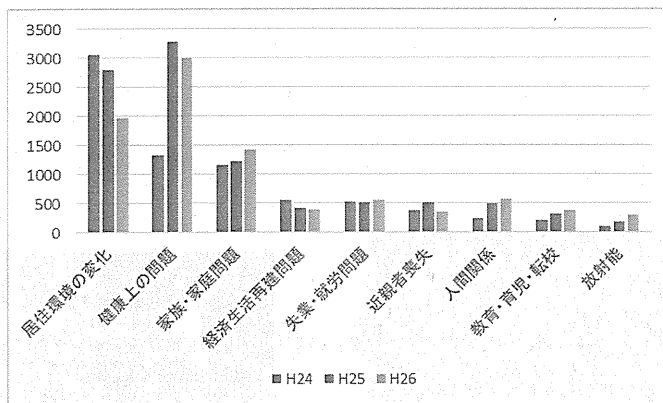


図 2. 相談の背景

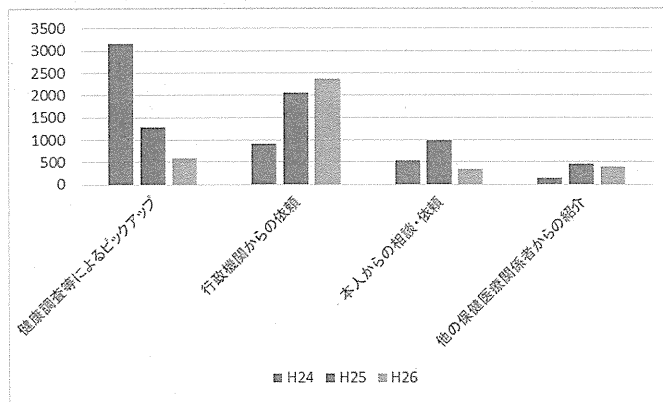


図 3. 相談の契機

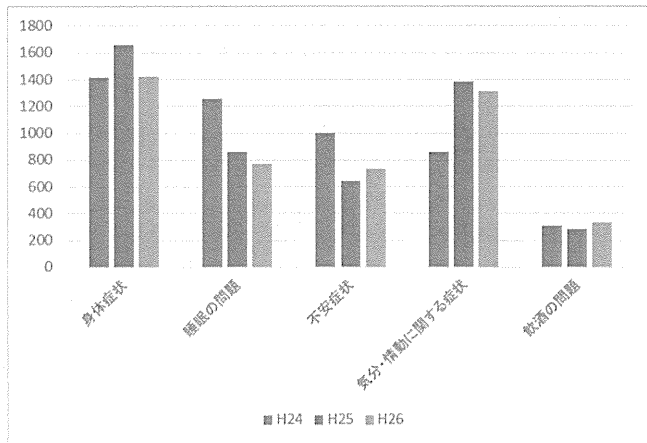


図4. 相談者の精神症状

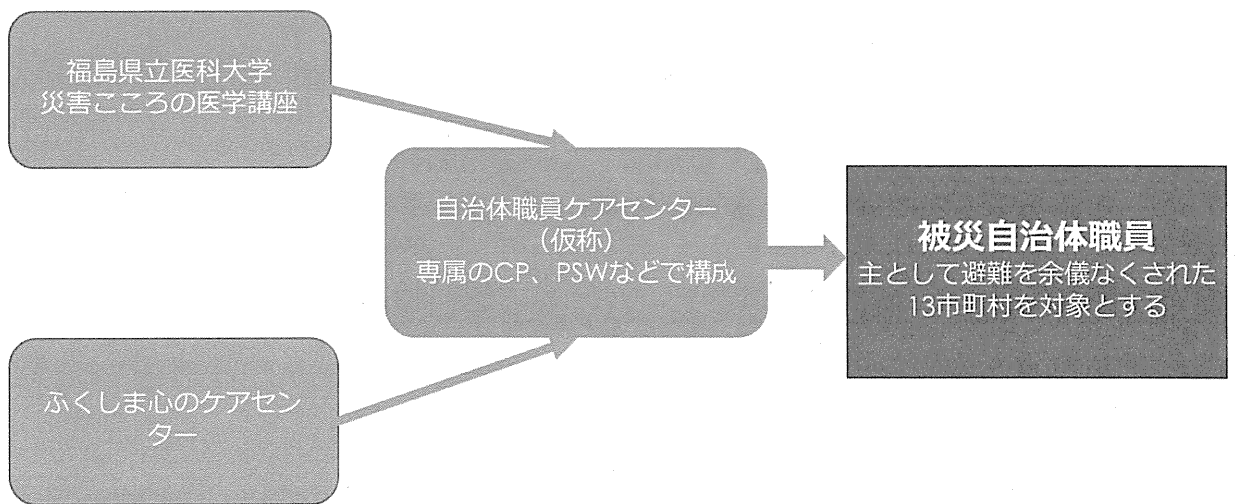


図5. 今後の精神保健システム構築のための提言