

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	東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野	
		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
	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
	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
	東海林涉	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	長尾愛美	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	高橋葉子	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	阿部幹佳	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	上田一気	東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野	各所属は研究当時の機関

本研究では、みやぎ心のケアセンターの活動分析について、同センターの活動についての分析と（パート1）同センターと共同で支援、活動を行っている東北大学予防精神医学寄附講座を中心として行った研究（パート2）に分けて報告する。

活動分析では、みやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析し、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討した。この報告では、2012年4月に開設されてから2014年3月までの同センターの設置状況、その後の事業概要、実情と課題についてまとめ、さらに、同センターの活動内容を分析し、それぞれのフェーズで各地域で必要とされている支援について検討した。

地域住民への支援活動のうち約6割が家庭訪問を占め、男女ともに高齢者層への支援が多かった。ICD-10による疾患分類では、F2（統合失調症など）およびF3（気分障害）が多くを占め、災害前に発症していた事例への支援が多く、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含まれていた。

震災から約4年が経過し、各種健康調査の返信率も下がり、ハイリスク者も減少する中、今後の支援の在り方を見直していく必要性は高いと考えられる。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であり、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要がある。一方、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があると考えられた。

宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査では、職員は復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられた。職場要因としては、住民からの非難の経験が精神症状と関連していた。一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究と災害復興期における不健康者への個別介入プログラム「サイコロジカル・リカバリー・スキル」を用いた介入研究については、被災地住民を対象とした介入研究を現在も継続中である。

パート1：みやぎ心のケアセンターの活動分析

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、心理的影響を受けた県内の住民がコミュニティの中で、一日も早く安心して生活できるよう、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かばりセンターとしての役割を検討し、今回の災害に対する今後の支援と、これからのわが国で生じうる災害に備えることを本研究の目的とする。

B. 研究方法

本センターが開設された2012年から2014年3月までの3年間の活動内容を分析し、被災地地域ではどのような支援が必要とされているのか検討を行った。

C. 結果

1. 当センターの概要

1) 職員の構成

2012年4月の発足当時は総数34名(常勤28名、非常勤6名)で開始したが、徐々に増員され平成28年2月時点で74名(常勤51名、非常勤23名)となった。職種としては精神保健福祉士が26名(35%)と最多になった。その他、心理士、保健師、看護師などの多職種により職員は構成されていた。

2) 地域センターの設置

基幹(仙台)、石巻、気仙沼の3つの拠点を設置し、人員を各センターに集約するような形で人員配置を行った。基幹センターに人員を集約し、各地域センターには約10名程度の常勤を配置した。

3) 自治体への職員派遣

要請のあった被災自治体に対して、精神保健業務にかかわる専門職として当センターより派遣を行った。2015年度に派遣された職員は、計

7機関8名となった。派遣された自治体において、住民個別相談および自治体職員のメンタルヘルス相談、精神保健福祉相談や健診業務など市町自治体の各種事業の支援を行った。

2. 地域住民への直接支援

1) 支援方法

過去3年間の地域住民支援の実績を資料1に示した。3年間で支援総数20,201が件あり、そのうち家庭訪問が11,418件(56.5%)を占めた。総支援数は経年的に増加傾向にあり、特に家庭訪問のニーズが増加している。定期的に来所相談を実施する体制は取っておらず、電話相談などのホットラインも解説していないため、来所相談と電話相談の件数は増加していない。

2) 相談経路

2013、2014年の相談経路の集計を資料2に示した。当センターの支援に繋がる経路として最も多いのは、県と市町村が協働して実施した住民健康調査の結果を契機としたものだった。K6や飲酒の項目から要支援者が抽出され、その確認を当センターへ依頼される形が多かった。被災者自ら支援を求めてくることは少なかった。

3) 年齢層と性差

2013、2014年の要支援者の年齢層と性差を資料3に示した。総じて対象者の年齢分布としては、高齢になるにしたがって多くなり、特に70歳以上の女性が最も多かった。当センターが開設された当初は女性が多かったが、時間系とともに若い世代(40~50歳)の男性に増加傾向が見られた。

4) 疾患分類

2013、2014年の要支援者のうち、精神疾患として診断可能な対象者の疾患分類を資料4に示した。ICD-10による疾患分類では多い順にF2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) > F3(気分障害) > F1(精神作用物質による精

神および行動の障害)であり、その約7割は震災前の発症、約3割は震災後の発症だった。

3. 普及・啓発事業

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。

1) 研修会を通じた普及・啓発

地域住人(非専門職)を対象とした普及啓発を目的とした研修会は延べ40回実施した。このうち、「精神疾患について」「アルコール依存などのアディクション問題について」のテーマが多くを占めた。

2) 啓発用品の作成と配布

パンフレットの作成においては、うつ病やアルコール依存に関わる啓発パンフレットに加えて、時機に応じた内容のものも作成した。2014年度は復興住宅へ移転する住民が増えた時期であり、『おひっこしされるみなさまへ』と題したパンフレットを作製した(資料5)。2015年度は消防団員など対人救助に従事した非専門職に対する啓発としたパンフレットを作製した(資料6)。そのほか、年4回の広報誌を作成し、関係諸機関へ配布した。

4. 集いの企画

1) サロン各種

集いの仕組みを作り、被災した地域で活動を行った。その中で講話などの啓発やリスクの高い参加者に対する個別相談を行った。当センターが主催するサロンは減少したものの、地域主体で行われているサロンに協力する形が増加した。

2) キャンプ

仙台市および名取市の被災した小学校の子どもを対象として、キャンプ事業を展開している。現在までに計4回開催し、延べ124名が参加した。プログラムの中に心理教育を含め、日常生活の中

で困難が生じた場合に対処できるような工夫を行った。

3) 農作業

石巻地域センターを中心に、地域住民を対象とした農作業を定期的に行っている。毎回10名程度の参加者があり、特に男性の参加者が多いのが特徴と言える。

D. 考察

本センターの人員は少しずつ拡充しているが、地域での精神保健ニーズは高いためにすべての地域のニーズに応え切れておらず、この点では必ずしも人員が十分充足しているとは言えない状況が続いている。また、時間の経過とともに地域の課題が変化するため、常に新たな課題が突きつけられる現場では、専門性に基づく柔軟な対応と、地域の人々との信頼関係を根気強く構築し、維持していくことが求められ続けている。

地域住民支援の全支援活動のうち約6割が家庭訪問を占めていることから、災害後の精神保健に従事する支援者としては、アウトリーチのためのスキルが要求されると考えられた。ICD-10による疾患分類では、F2(統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害)、F3(気分障害)が多くを占めた。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。今回のデータには計上していないが、近年ではF2は減少傾向にあり、震災後発症のF3が増加傾向にある。時間経過に伴って、震災によるストレスにより発症する気分障害が増加する可能性がある。また、F1の中のアルコール関連疾患も増加しており、内訳としては震災前発症が多いところが特徴的である。

一般住民を対象とした普及啓発では、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

で生活する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ていると考えられた。地域内では精神疾患などの特別な配慮を有する住民の支援が課題になっており、その専門知識や対処方法を学びたいという動きをうかがうことができた。

E. 結論

本研究では、開設から現在までの当センターの組織体制と活動内容とその分析について提示し、当センターによる活動の実情と課題について検討を行った今後、復興の格差はさらに一層広がることが予想されている。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。

パート : 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座を中心とした研究活動

A. 研究目的

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座は、東日本大震災後の宮城県における精神保健医療システムを再構築し、予防精神医学的観点から精神疾患の早期発見と早期介入に対応した新たな精神保健医療モデルを創出することを目的として研究・教育活動を実践してきた。

以下では、被災地支援に関わる地方公共団体の生活支援員等のメンタルヘルス対策に関わる調査研究(東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会職員の精神健康調査)、認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの開発研究(一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究)、被災地での精神障害者の重症化、慢性化予防プログラムの開発研究(災害

復興期における不健康者への個別介入プログラムサイコロジカル・リカバリー・スキル(Skills for Psychological Recovery: SPR)を用いた介入研究)の成果について報告する。

B. 研究方法

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会(社協)職員の精神健康調査

目的: 東日本大震災の被災地において長期間活動を続ける社会福祉協議会職員の精神健康を調査し、発災20ヶ月後と32ヶ月後の精神健康指標、関連要因、20ヶ月後における1年後の精神健康の予測指標について調べること。

研究デザイン: 質問紙による横断的/縦断的調査

調査対象: 第1回調査: 約20ヶ月後(2012年11月~2013年1月)、宮城県内6社協の職員1008名(822名(81.5%)から回答)。第2回調査: 約32ヶ月後(2013年11月~2014年1月)、5社協の職員870名(779名(89.5%)から回答)。横断研究の分析対象は第1回調査で回答があった823名とした。縦断研究の分析対象は第1回・第2回調査の両時点で回答があり、追跡可能な610名とした。

調査方法: 自記入式調査票を対象者に配布し回収。

調査内容: 基本属性(年齢、性別、職種)、被災の体験、職場の環境についての質問。全般性心理的ストレス(K6)、抑うつ症状(Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9)、PTSD症状(PTSD Check List: PCL)。

倫理面への配慮: 調査後にはハイリスク者・希望者に精神科医療従事者と面談を設けた。

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

目的: 被災地の一般市民を対象に、認知行動療法の基本的な考え方やスキルを学んでもらい、日常生活の中でのストレスケアに活用できる「こころのエクササイズ研修」を実施し、同プログラムの効果を検証する。

研究デザイン：介入研究（前後比較研究）

プログラムの紹介：大野裕氏（認知行動療法研修開発センター）と田島みゆき氏（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）が作成した「こころのエクササイズ研修」を使用した。全6回からなり、認知行動療法の基本、活動記録表、行動活性化、コミュニケーションスキル向上、アサーション、認知再構成法、問題解決技法などを、一般市民向けに分かりやすく解説し、演習を交えながら実施するものである。

調査対象：被災地の一般市民 180 名の中で、全6回のプログラムのうち5回以上出席した46名（平均年齢：47.8±13.7歳，男性2名（4.3%）、女性44名（95.7%））

調査時期：平成25年2月～平成26年6月の間に、5クール実施した。

介入方法：全6回の「こころのエクササイズ研修」プログラムを、6週にわたって毎週実施した。

調査内容：基本属性（年齢、性別、職種、被災状況など）、特性的自己効力感尺度（General Self-Efficacy Scale：GSES）（成田ら，1995）、研修の理解度を測るための質問（自作の7項目）。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

目的：東日本大震災の被災者を対象とし、災害回復期に推奨されている最新の心理的支援法である、SPRを用いて介入を行い、同プログラムの我が国の被災地における実施可能性を検証すること。

対象：宮城県内に居住もしくは就労している者で、精神的な不健康を自覚する18歳以上の者。精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外した。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とした。

調査方法：宮城県内の精神保健に携わる職員を通じて、参加者を公募した。また、A地区の自治体と覚

書を取り交わし、共催で住民に「災害後のストレス回復プログラム」の参加者を公募した。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターのSPRトレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医のSVのもとにSPRを実施した。

選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行った。介入者は参加者に対して訪問による1回60分程度の面接を1週間から2週間に1回程度の頻度で計5回程度実施する。介入終了後に介入後評価と2ヶ月後のフォローアップ評価を実施した。

調査項目：精神健康状態（General Health Questionnaire：GHQ-30）＜プライマリ・エンドポイント＞、QOL（SF8 Health Survey：SF-8）

心的外傷後ストレス症状（The Impact of Event Scale-Revised：IES-R）、レジエンス（Tachikawa Resilience Scale：TRS）、自己効力感（Self-efficacy：SE）、プログラムへの満足度（Client Satisfaction Questionnaire：CSQ-8J）

倫理面への配慮：介入者は、毎回の面接において、対象者の漸進的な精神状態（自殺念慮含む）を評価した。また、本研究に関する重篤な有害事象及び不具合等の発生を知った時は、精神保健に携わる職員やA地区担当課との協力の下に必要な対処や支援、医療機関を含めた関連機関への紹介を含めて、最善を尽くすこととした。本研究の実施については、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施している。

C. 結果

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

横断的調査の結果：20ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を抽出した（Table 1）。職種によるハイリスク者数の偏りについて²検定を行ったところいずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクとPTSDハイリスクについて20ヶ月後時点での関連要因を検討するため、説明変数に20ヶ月後時点での要因、目的変数に20ヶ月後時点での精神症状(PHQ-9, PCL)を用いて、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、うつ病ハイリスクには被災体験要因として「命の危険を感じた」(OR=2.57), 「転居した」(OR=2.23), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=4.27)が影響を及ぼしていた。PTSDハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=2.81), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=3.97), 「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.31)が影響を及ぼしていた。

縦断的調査の結果：20ヶ月後と32ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を比較した(Figure 1)。時期による差についてマクネマー検定を行った結果、いずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクとPTSDハイリスクについて20ヶ月後時点における32ヶ月後時点の精神症状の予測指標を検討するため、説明変数に20ヶ月後時点での要因、目的変数に32ヶ月後時点での精神症状(PHQ-9, PCL)を用いて、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、うつ病ハイリスクには属性要因として「年齢」(OR=0.96), 職場環境要因として「休養が十分にとれない」(OR=2.11), 「人間関係に苦労している」(OR=1.78)が影響を及ぼしていた。PTSDハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=4.46), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=3.76), 「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.82)が影響を及ぼしていた。

	全体 N=822		事務職 n=360		生活支援 相談員 n=191		介護職 n=271		χ ²	P
	N	%	n	%	n	%	n	%		
精神的苦痛ハイリスク者 (K6 ≥ 13)	65	8.3	33	9.5	17	9.4	15	5.9	2.77	0.25
PTSDハイリスク者 (PCL ≥ 44)	33	4.1	21	5.9	6	3.3	6	2.3	5.69	0.06
うつ病ハイリスク者 (PHQ-9 ≥ 10)	101	13.0	45	13.3	31	17.1	25	9.7	5.26	0.07

Table 1 20ヶ月後時点の精神症状ハイリスク者の内訳

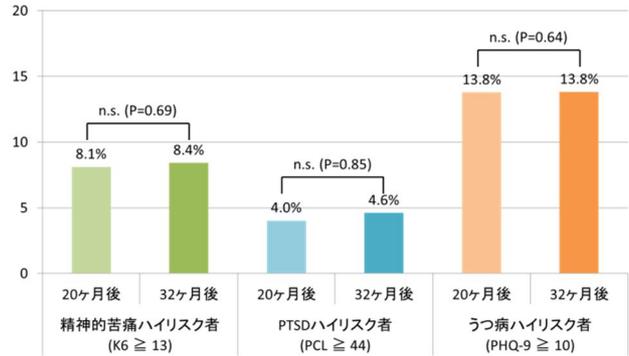


Figure 1 20ヶ月と32ヶ月時点のハイリスク者の比較

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

結果：特性的自己効力感の介入前後の得点についてWilcoxonの符号付き順位検定で比較した。その結果、研修前後での特性的自己効力感の平均値が有意に上昇した(介入前:69.2, 介入後:73.4, $z=2.73$, $p=.009$)。

また研修の理解度について介入前後の得点をWilcoxonの符号付き順位検定で比較した。その結果、「自分の考え方のクセを知っている」、「どのように考えよううつや不安な気分が強くなるのかわかっている」、「自分をいつも苦しめている考え方に気づき、発想を切り替えることができる」、「解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価する」の4項目において有意な変化を認めた。

さらにアンケートの記述から、全体的に楽しんで学べたという意見が多く、プログラムは好評であった。さらにコミュニケーション、アサーションについてのプログラムは、参加者それぞれの気づきもあり、特に良い評価が多かった。加えて、認知再構成や問題解決についてのプログラムは1回の研修では理解が難しいという意見が多かった。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

結果と進捗状況：平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 28 年 1 月時点で、申込者は計 32 名に達した。このうち適応外 5 名、介入前のキャンセル 7 名、延期 1 名があり、残りの 19 名に介入を開始した。このうち 5 名は事前加入例であり、調査開始後の介入例は 14 名である。事前介入例を含めた 13 名のうち、1 例は、SPR セッション間に抑うつ症状が生じ（重篤な有害事象に当てはまらない程度）、精神医療機関受診につながっている。その後症状は軽快し、社会生活には支障がないとの確認をとっている。

介入を開始した 14 名のうち、現在までに 10 名がセッションを終了し、そのうち 6 名がフォローアップセッションまで終了している。予備的な解析として、10 名の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントである GHQ 得点は、いずれも介入前より介入後の方が有意に下がっていた。

D. 考察

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

先行研究では、平成 22 年度の宮城県一般住民における K6 得点 13 点以上の割合は 5.5%（国民生活基礎調査特別集計, 2005）日本人の気分障害の 12 ヶ月有病率は 3.1%（Kawakami et al., 2005）日本人の PTSD の 12 ヶ月有病率は 0.4%（Kawakami et al., 2005）とされている。本調査の結果、社協職員は、全般的精神疾患、PTSD 症状、うつ病のハイリスク者が高い割合で存在し、精神健康の状況は発災後 20 ヶ月からの 1 年間で変化を認めず、改善が鈍化している可能性が示唆された。復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられる。

また、ハイリスク者の関連要因、予測要因は、被災体験の要因だけでなく、休養不足や職場の人間関係、住民からの非難といった職場環境の要因も重要であった。被災の影響を強く受けた支援者に対する対策の重要性はもとより、発災後には休養をとりやすい労働環境の整備、職場のコミュニケーションの改善、地域や職場など様々なレベルでのコミュニティー強化などの取り組みが必要と考えられた。

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

本研究は対照群のない予備的な前後調査であるため、結果の解釈は慎重に行うべきであるが、本研修プログラムは、被災者の自己効力感の向上に役立つことが示唆された。本研究から、被災地における認知行動的アプローチを学んで実生活に役立てたいというニーズに応えるための研修プログラムが実施可能であることが明らかとなった。今後の課題として、さらに多くの地域で実践を試みるとともに、プログラムの改訂やプログラム施行者の育成に努めていくことが必要と考えられた。

そこで現在、この結果をもとに認知により焦点をあて、認知行動療法のスキルの中でも認知再構成法とアサーションを中心にプログラムを改訂し、ランダム化比較試験（RCT）として被災地の一般市民に向けて認知行動療法の考えやスキルを普及させる研修会を実施し、研修の有効性を検証している。今後、この研究を遂行していくことにより、被災地における認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの整備を行っていくことが必要である。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

本研究はまだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した 14 件において現段階では重篤な有害

事象を認めておらず、SPR セッション間に抑うつ症状が生じた 1 例についても、精神医療機関の受診に繋げ、その後症状が軽快し、社会生活には支障がないことの確認を取っている。

また予備解析の結果では介入が終了した 10 件に関しては GHQ-30 の数値も介入前後で比較すると下がっている。このため、現時点では、SPR が我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。

今後は症例対象数を増やし、目標対象者数に到達した時点で、各エンドポイントの推移を分析し、プログラムの実施可能性を検証していく予定である。

E. 結論

本寄附講座においては、復興期に持続的にストレス負荷がかかる支援者の健康調査、支援、予防精神医学にもとづく新たな心理介入や地域でのストレス緩和のための研修を継続的に行ってきた。これまでの活動から、一定の成果が得られたと考えられるが、震災から 5 年を迎える現在においても、被災地は復興の途上にあり、今後もこれらの活動や研究を通して被災地域の精神保健医療福祉体制を整えていくことが必要であると考えられる。また、将来の災害時の精神健康の安定と回復の促進を実施するための知見を構築するために、成果の整理を今後も継続して実施していく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

< 論文 >

1. Sakuma A, Takahashi Y, Ueda I, Sato H, Katsura M, Abe M, Nagao A, Suzuki Y, Kakizaki M, Tsuji I, Matsuoka H, Matsumoto K. Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and

reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/s12888-015-0440-y, 2015

2. Atsushi Sakuma, Ikki Ueda, Kazunori Matsumoto. Large-Scale Disaster Damage and Management in Psychiatric Hospitals. -The Experience of Psychiatric Hospitals in Miyagi Prefecture during the Great East Japan Earthquake-. *Journal of Japan Psychiatric Hospitals Association*. 33(12), 69-73, 2015
3. 福地成：宮城県における復興の現状と課題。病院・地域精神医学 57(3), 241-244, 2015.
4. 福地成：宮城県の子どものこころの現状と課題。子どもの心とからだ 23(1), 31-32, 2015.
5. 福地成：子どもを支える精神療法・心理療法。小児の精神と神経 55(2), 112-114, 2015.

< 発表 >

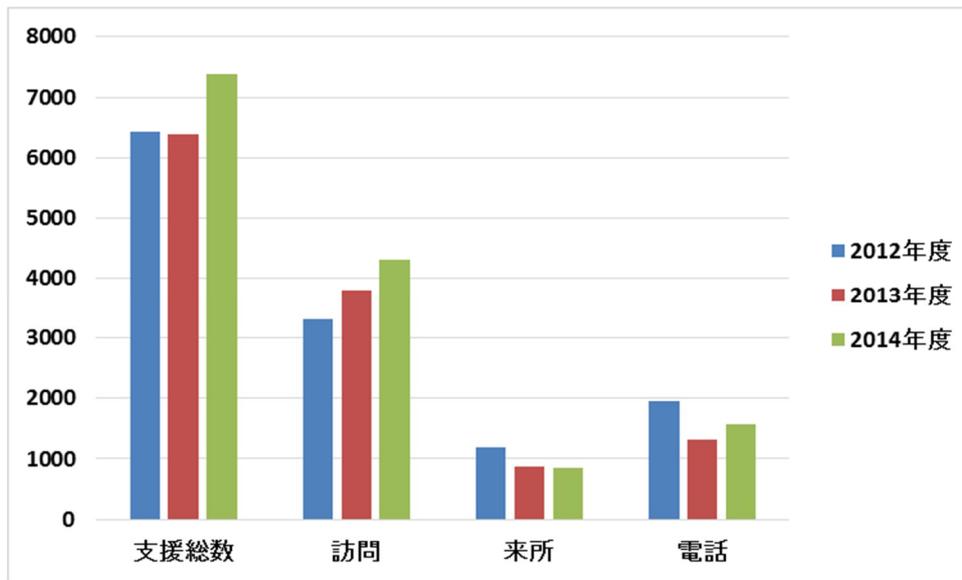
1. I. Ueda, A. Sakuma, Y. Takahashi, M. Abe, A. Nagao, H. Matsuoka, K. Matsumoto. PTSD and Depression among Local Government Workers after the Great East Japan Earthquake. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies. リトアニア. 2015.6.12
2. Ueda I., Takahashi Y., Tajima M., Nagao A., Matsuoka H., Ohno Y., Matsumoto K. Cognitive Behavioral Therapy-based programs in the communities affected by the Great East Japan Earthquake XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies リトアニア, 2015.6.12
3. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災発災後 3 年半の A 自治体職員の精神健康に影響を及ぼす要因 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都, 2015.6.20

4. 上田一気, 佐久間篤, 高橋葉子, 阿部幹佳, 長尾愛美, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災 32 ヶ月後の社会福祉協議会職員の精神健康を予測する要因: 1 年間の縦断調査研究. 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都. 2015.6.20
5. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. "大規模自然災害後の職場におけるうつ病と PTSD のスクリーニングと面接希望 ~ 職場における効果的なメンタルヘルス対策に向けて ~". 第 19 回日本精神保健・予防学会学術集会. 仙台 2015.12.12
6. Naru Fukuchi: Child Psychoeducation after the Great East Japan Earthquake. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
7. Naru Fukuchi: Post-graduate Training in Psychiatry and Recruitment in Japan. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
8. 福地成, 瀬戸萌, 片柳光昭, 山崎剛, 松本和紀. みやぎ心のケアセンターの活動分析. 第 14 回日本トラウマティック・ストレス学会; 2015; 京都.
9. 福地成. 日本小児心身医学会の災害支援の取り組み. 第 56 回日本心身医学会; 2015; 船掘.
10. 福地成. 東日本大震災・原発事故に関わる家族支援, 支援者支援. 第 32 回日本家族研究・家族療法学会; 2015; 目白.
11. 福地成. 東日本大震災後の子どもの心理教育について考える. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
12. 福地成. 心のケアを再考する. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
13. Naru Fukuchi, Kazunori Matsumoto, Hidekatsu Shirasawa: The Role of A Post-Disaster Recovery Center. WPA International Congress 2015; 2015; Taipei.
14. 平川聖子, 渡部裕一, 丹野孝雄, 嵐朋子, 瀬戸萌, 福地成. みやぎ心のケアセンターにおける精神保健福祉士の役割を振り返って. 第 51 回日本精神保健福祉協会全国学会; 2015; 郡山.
15. 大沼れいら, 遠藤育美, 平川聖子, 武隈智美, 渡部裕一, 福地成. 被災地の親子を対象としたキャンプ事業の報告 ~ アンケート結果から見えた効果と課題 ~. 第 6 回東北精神保健福祉学会; 2015; 福島.
16. 木原英里子. これから起こりうる災害に対して, 心理臨床家は何ができるか. 第 34 回日本心理臨床学会; 2015; 神戸.

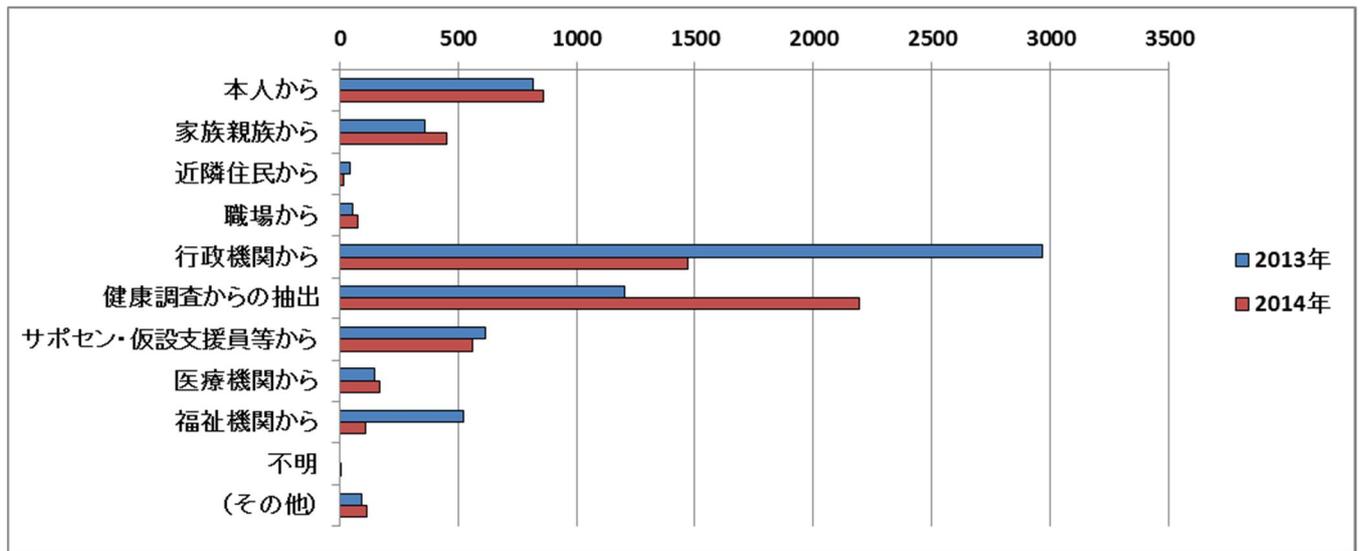
H. 知的財産の出願・登録状況

なし

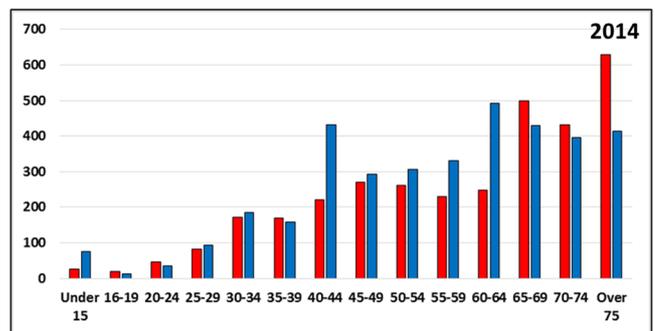
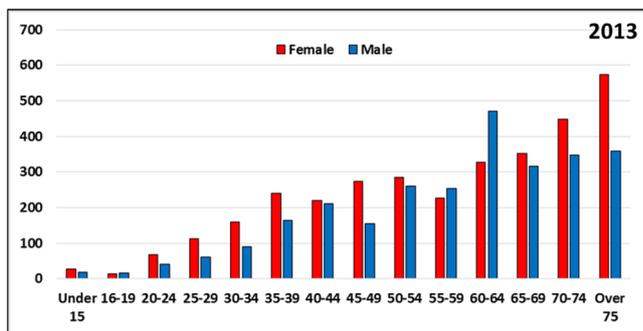
資料1 過去3年間の地域住民の支援方法



資料2 相談経路



資料3 要支援者の年齢層と性差



資料6 対人救助に従事した非専門職への啓発パンフレット

専門家に相談する

症状やつらい気持ちが続くときには、他の方法が必要なかもしれません。その場合は自然にふくらまない場合もありますので、信頼できる人や専門家に連絡をしてみてください。

助けを求めたり、頼ることに抵抗感があるかもしれませんが、専門家や相談窓口を利用することは、ここからご自分の健康を保つための大切なセルフケアです。



ひとりでかかえこまず
ご相談を

消防団員をはじめとする
地域防災活動の
担い手の
みなさまへ

こころの健康を保つために

早めに気づこう こころの変化

こころの相談窓口

名称	電話番号
みやぎ心のケアセンター-基幹センター 〒980-0014 仙台市青葉区本町2-18-21 タクダビル3階	022-263-6615 (9:00-17:00)
みやぎ心のケアセンター-石巻地域センター 〒986-0812 石巻市本町1-4-32 (気仙沼石巻合同庁舎別棟2階)	0225-98-6625 (9:00-17:00)
みやぎ心のケアセンター-気仙沼地域センター 〒988-0068 気仙沼市東城3-3-3 (気仙沼気仙沼保健福祉事務所2階)	0226-23-7337 (9:00-17:00)
宮城県精神保健福祉センター	0229-23-0302
仙台市精神保健福祉総合センター(はあとほーと仙台)	022-265-2191
仙台保健福祉事務所(仙台保健所)	0224-53-3132
仙台保健福祉事務所(塩釜保健所)	022-365-3153
岩沼支所(塩釜保健所岩沼支所)	0223-22-2188
黒川支所(塩釜保健所黒川支所)	022-358-1111
北部保健福祉事務所(大崎保健所)	0229-87-8011
東部保健福祉事務所(東京保健所)	0228-22-2118
東部保健福祉事務所(石巻保健所)	0225-95-1431
豊米地域事務所(豊米保健所)	0220-22-6118
気仙沼保健福祉事務所(気仙沼保健所)	0226-21-1356

※ご相談は上記の相談窓口または、最寄りの市町村の防災課にご相談ください。



こころの健康チェック

- よく寝れていますか?
- 食欲はありますか?
- 気分は晴れやかですか?
- やる気はありますか?
- 疲れていませんか?

住居の安全な暮らしが、あなた自身の活動を支えられています。そのためには、何よりもまずあなたが健康であるということが大切です。

このリーフレットは、被災されたおをサポートするうえで、お役立ちが期待されています。つらい思いを抱えていることのないよう、少しでもお困りなればと強い作成いたしました。ご自身や同じような状況にある方の健康状態への気遣いやストレスケアにつながります。

このリーフレットが目指すところ
自分自身や身近な人の健康を守るために立てる
今後の災害や非常ストレスに備える



発行 みやぎ心のケアセンター-基幹センター TEL 022-263-6615 FAX 022-263-6750
宮城県仙台市青葉区本町2丁目18-21 タクダビル3F

救護者・支援者のストレス

救護者・支援者は
ストレスの影響を受けやすい

地域防災活動に従事される方は、職務上危険な状況活動が避けられない場合もあるため、強いストレス(仕事ストレス)を体験する恐れがあります。災害現場では、常に生命の危険に直面することもあり、そのショックから、自分や仲間の命が危ないことも懸念することはありません。

**こころから
あらわれる
ストレスサイン**

不眠、寝れる・頭暈、胃痛、胃のり・目の疲れ、食欲不調、発汗、など。

身体面の変化

疲労に引継ごころ、肩の痛、人とうまくいかなくなる、生活の乱れ・過食・ジャンプ、過度の飲酒や喫煙、遅刻欠勤、集中力低下、など。

考え方・感情の変化

混乱する、不安、イライラ、集中力低下、怒り、悲しみ、落ち込み、自分を責める、自分を疑う、何も感じない、など。

行動面の変化

疲労に引継ごころ、肩の痛、人とうまくいかなくなる、生活の乱れ・過食・ジャンプ、過度の飲酒や喫煙、遅刻欠勤、集中力低下、など。

知ってほしいこと

誰もが影響を受けられる可能性があります。こころから変化があらわれるのは自然なことです。多くは、周囲のサポートや気分転換の方法を上手に使いながら回復します。

ストレスをためないコツ

自分のストレスサインに気づいたら、早めにセルフケアをしましょう。まず、十分な休息と自覚な睡眠をとりましょう。そして、気分転換をすることで一息に緩みたり、上手な気分転換を図ることが、ストレスをためないコツです。

自分自身にできること

- 十分な休息**
ポイント
● こまめに休憩をとる
● 休憩時間、作業のあと、週末、長期休暇などの過ごし方
- 良質な睡眠**
ポイント
● 寝る前につらく習慣を(入浴、寝る前の作業、読書、ストレッチなど)
● 寝る前は光源を(照明、テレビ、スマートフォン)を消す
● 毎日同じ時刻に起きる(寝る時間より起きる時間を一回)
- 上手な気分転換**
ポイント
● 面白いな楽しみ、自分の好きなこと、家族でできることをする(のり、山登り、散歩、ガーデニング、お茶会、好きなテレビなど)
● 心身ともにリラックスできることをする
- 人とのつながり**
ポイント
● 頼りやすい人(家族、友人、友人など)や安心できる人と一緒に過ごす時間をできるだけつくる
● グラフを聞いてもらう

周りの人にできること

- 家族や親族、会社の同僚など周囲の人ができることがあります。気にかけてくれる人がいるということで、安心感につながります。

- 1 悪い聞き手になる
- 2 生活面の具体的な手助けをする
- 3 相談や受診をすすめる
- 4 相談や受診をすすめる

(「言葉の暴力」は行ってはならない行為です。言葉の暴力は関係者に伝えます。)

周りの人が気づきやすいサイン

- 気づきのポイントは「いつもと違うこと」です。
- 注意信号に気付かれた際には、ぜひご相談を。

注意信号

- 普段より元気がない状態が続いている
- 怠るようになっている
- 回数が増える
- 人付き合いがなくなる
- 話しかけた時の反応がなくなる
- 遅刻や早退が増える
- 仕事の内容が低下する
- 急に人に話しかけなくなる