４．６年間（平成 24 ～ 29 年度）の推移
（子どもの支援含む）

大災害後のメンタルヘルス支援拠点における役割の考察
－みやぎ心のケアセンター業務統計に基づく活動分析－

みやぎ心のケアセンター　企画研究部　企画研究課
部長　医師　**福地　成**
課長　精神保健福祉士　**樋口　徹郎**

1. はじめに

日本では地域に大きな影響をおよぼす自然災害、特に地震・津波が発生すると、その都道府県に「こころのケアセンター」が設置されている。法的な根拠に基づいた組織ではなく、緊急的に国の復興基金から民間組織に出資・委託され、その都道府県の精神保健を補完する機能を担うことが多い。現在までに６つの「こころのケアセンター」が設立され、それぞれが特色ある活動を展開してきた（図1）[1)]。1995年の阪神・淡路大震災後に「兵庫県こころのケアセンター」[2)]、2004年の新潟県中越地震後に「新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター」[3)]、2011年の東日本大震災後に岩手・宮城・福島の３県にそれぞれ「岩手県こころのケアセンター」「みやぎ心のケアセンター」「ふくしま心のケアセンター」、2016年の熊本地震後に「熊本こころのケアセンター」が設立された。運営方針については各都道府県に一任されており、受託した組織も異なれば、運営方針も多岐にわたっている。

みやぎ心のケアセンター（以下、当センター）は2011年12月に開設、2017年度末までに約７年間被災地の精神保健分野の支援活動に取り組んできた[4)]。職員構成は医師のほか、精神保健福祉士、保健師、心理士、看護師、作業療法士などの多職種でチームを組んで活動している。当センターの特色としては、①来所型の相談よりもアウトリーチに重点を置いていること、②原則的に自治体の精神保健担当部署にコミットして、その方針に従って支援を展開することが挙げられる。設立から長い年月が経過し、地域の復興状況が変化する中で、各自治体や関係機関から当センターへ求められる支援内容にも変化がみられる。本稿ではこれまでの当センターの活動を概観し、経時的な活動内容を分析することにより大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討し、今後の災害後の復興支援に備えることを目的とする。

図１　日本の「こころのケアセンター」

２.方法

当センターでは、災害時精神保健医療情報支援システム（Disaster Mental Health Information Support System, DMHISS）を基礎とした独自の業務統計システムを開発し、各活動データを蓄積している。開設当初は運営体制が整わなかったため、2012年度は詳細なデータを収集することはできなかった。2013年度以降は数値化された業務内容がデータとして収集されている。本稿では、2012年度の活動報告データおよび2013年度から2017年度までの５年間の業務統計システムのデータを用いて、当センターの６つの事業項目のうち地域住民支援、支援者支援、普及啓発、人材育成の事業内容を分析の対象として活動実績の検討を行った。

３．結果

（１）地域住民支援

①支援方法

支援方法の推移を図２に示した。地域住民支援は家庭訪問、来所相談、電話相談およびその他として集計を行った。支援総数は毎年6,000～7,000件のケースに対応しており、2015年度まで経年的に増加し、以降は減少に転じた。2012年度より一貫して家庭訪問による支援が最も多く、2015年度には4,400件に達した。当センターの各地域拠点への来所による相談は年間1,000件前後、電話による相談は1,500件前後で推移していた。また、2012-2014年度は対象者を識別するIDが付与されていなかったため、同一対象者に複数回支援をしたとしても新規相談としてそのまま集計されていた。2015年度より相談実態や経過を把握するために対象者へIDを発行し、延べ支援件数と新規対象者数を区別して集計するようになった。そのため、図２の継続相談件数は５年間を通して延べ支援件数を示している。

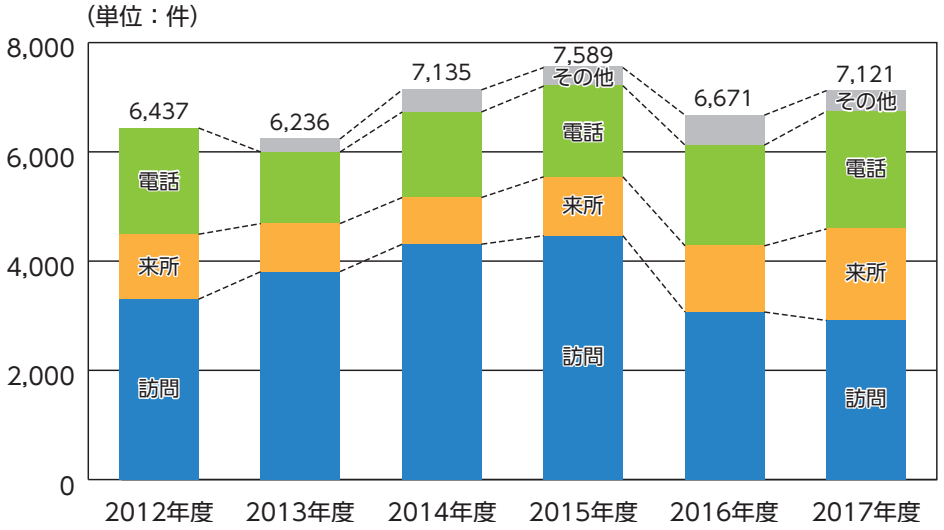

図２　支援方法の推移（延べ支援数）

②相談の経路

支援の経路による分類を図３に示した。震災直後から宮城県および自治体の協働で被災者の健康調査を継続しており、この調査により抽出されたハイリスク者への支援が多くを占めた。また、自治体を含めた「行政機関からの依頼」および「本人からの依頼」も経年的に増加していた。

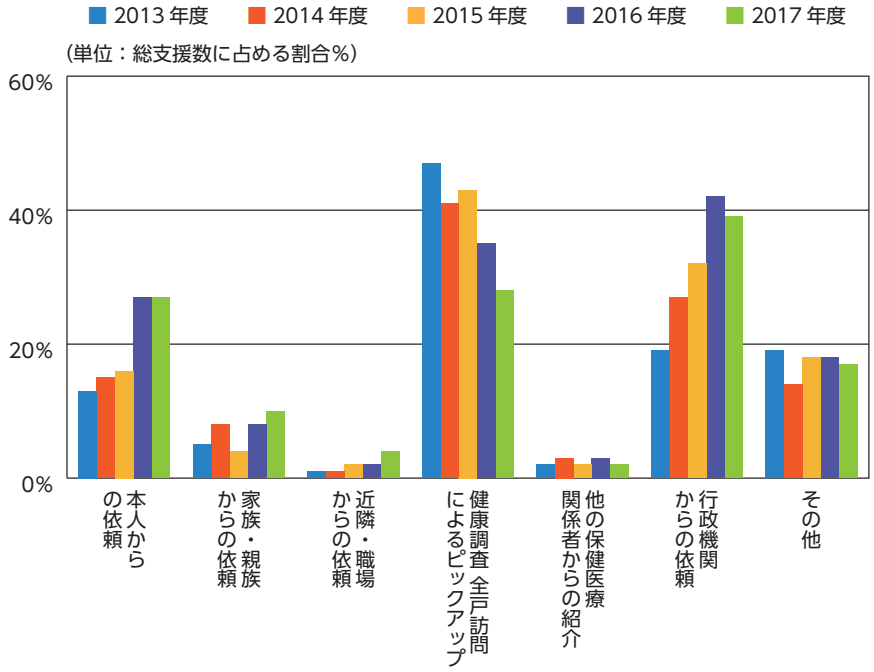

図３　相談経路の推移

③相談の背景

相談につながった対象者の背景を図４に示した。2013年度から一貫して「家族家庭問題」「精神変調」「健康上の問題」が全体の多くを占めた。「住環境の変化」と「経済生活再建問題」は2013年度をピークとして減少傾向がみられた。「家族家庭問題」と「精神変調」は経年的に増加する傾向がみられた。

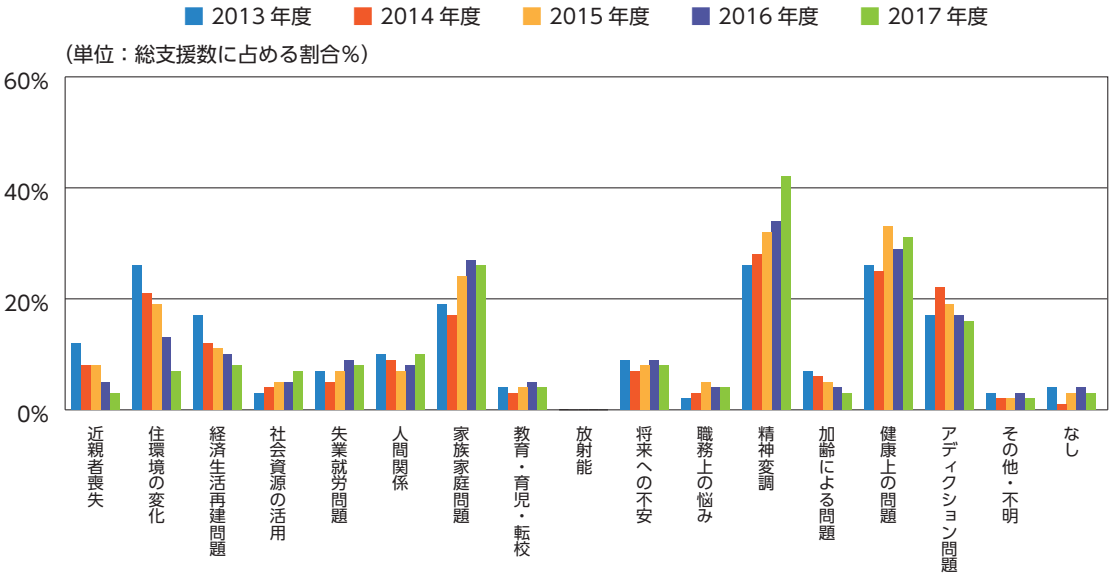

図４　相談の背景

④相談者の性別・年齢（図５）

各年度および合計において、性別による相談者数に有意な差は認められなかった。全対象者に占める60歳以上の割合は約50％を占めた。女性においては、年齢層が高くなるにつれて対象者が多くなる傾向がみられた。男性では40代の対象者が2014年度に急増し、その後漸減する現象がみられ、その多くは無職の状態にあった。

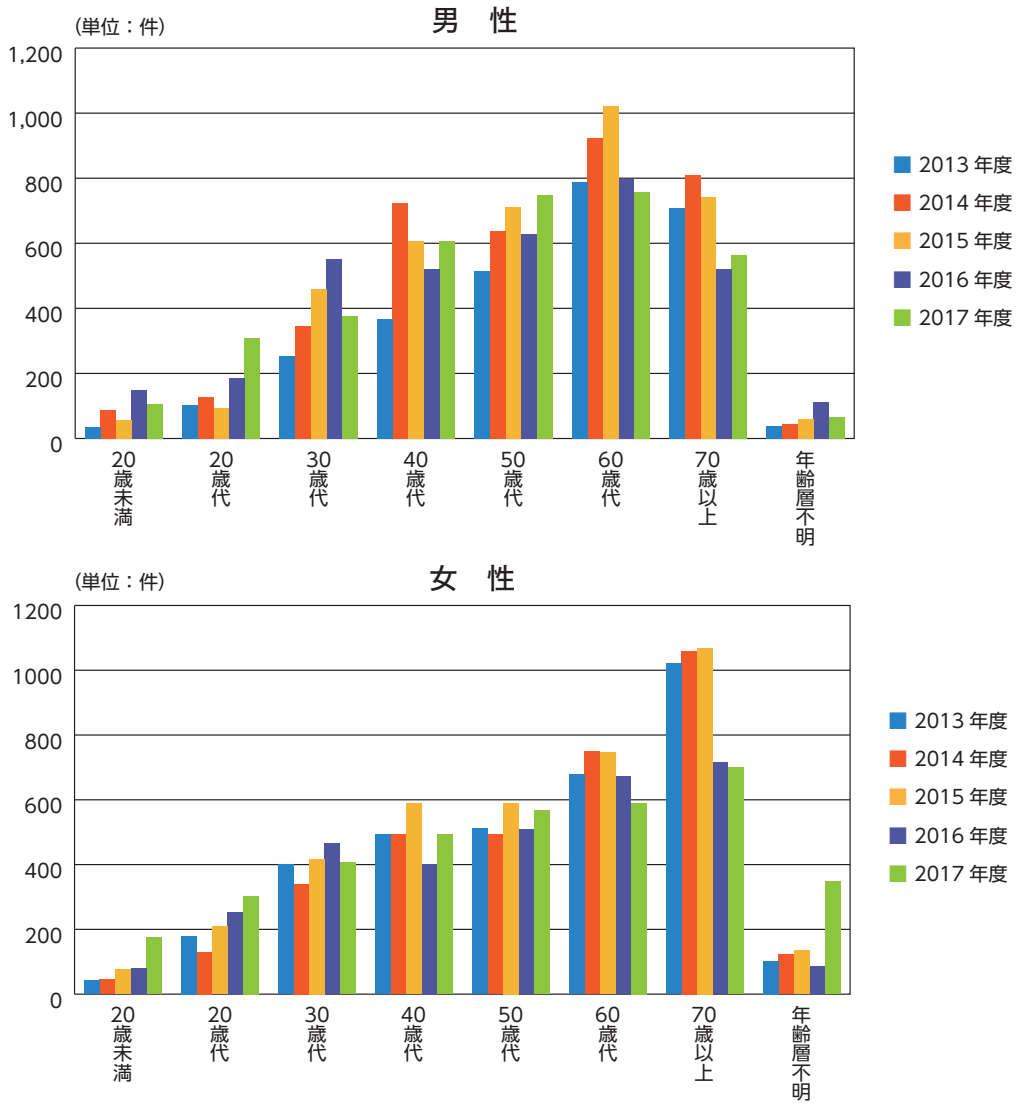

図５　年代別・性別の相談者推移

⑤疾患分類および発症時期ごとの対象者（図６）

2013年度より一貫して精神科受診歴がある対象者は約30～40％となった。「Ｆ１：精神作用物質使用による精神および行動の障害」「Ｆ２：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」「Ｆ３：気分＜感情＞障害」が過半数を占めた。2014年度にＦ１およびＦ２が急増し、そのうち災害前より発症しているケースが多かった。Ｆ３および「Ｆ４：神経性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害」は経年的に増加し、特に災害後に発症したケースが増加した。また、全体の割合としては微小であり、図６に計上していないが、「Ｆ７：知的障害＜精神遅滞＞」「Ｆ８：心理的発達の障害」も増加傾向がみられた。

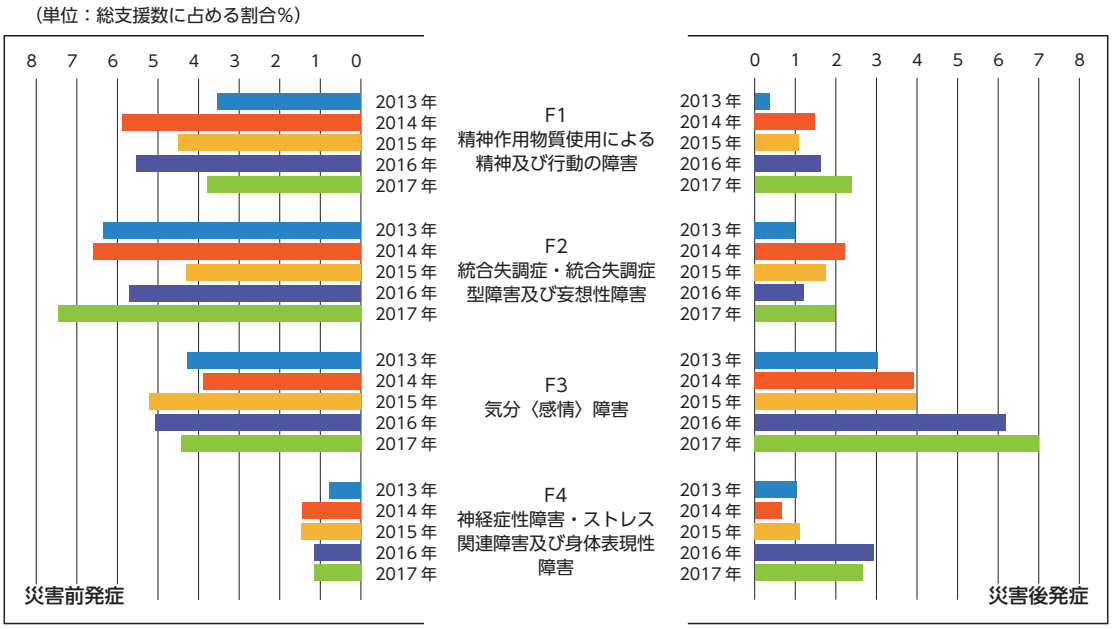

図６　疾患分類および発症時期ごとの対象者の割合（F１-F４、上位４疾患を表示）

（２）支援者支援

支援者支援の総数は2014年度をピークとして減少傾向がみられた。（図７）支援対象者の内訳としては行政関係者が大半を占めた。支援内容としては、アルコール関連障害や虐待などの対応困難ケースに対する指導・助言が多くを占めた。（図８）また、被災者支援などに関わるデータの分析、精神保健福祉事業全般への協力も求められ、依然として大きな割合を占めている。

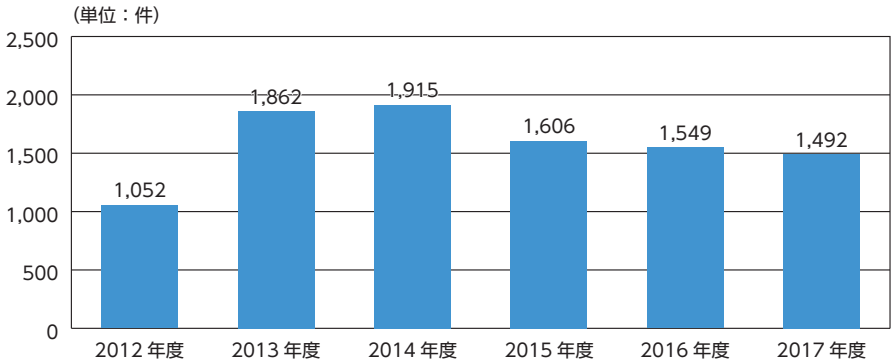

図７　支援者支援（実施件数の推移）

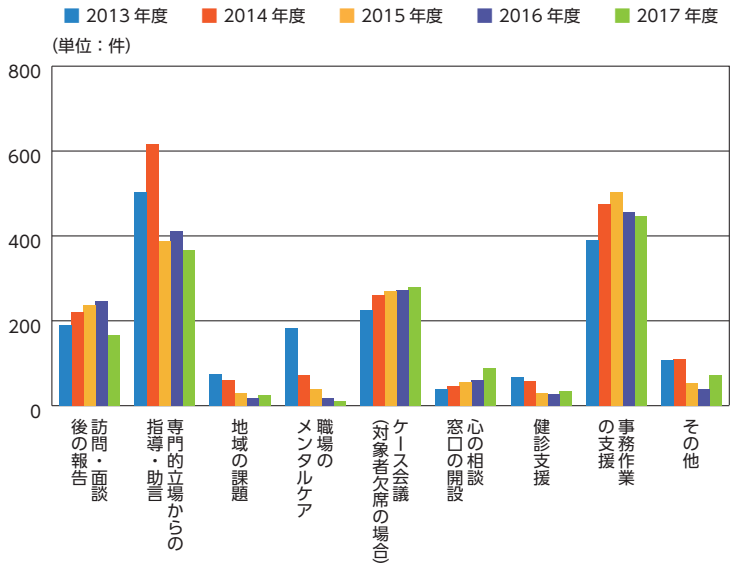

図８　支援者支援（各事業の推移）

（3）普及啓発

普及啓発の総数は2014年度まで増加し、その後は約400件で推移していた（図９）。その内訳は、「普及啓発研修」と「サロン活動」が多くを占めた（図10）。「普及啓発研修」は一般的な健康講話やアルコール問題に関する研修であり、経年的に増加傾向がみられた。「サロン活動」とは住民のつながりを強化するための集まりであり、目的としては節酒、認知症、孤立防止などの取り組みが多くを占めた。

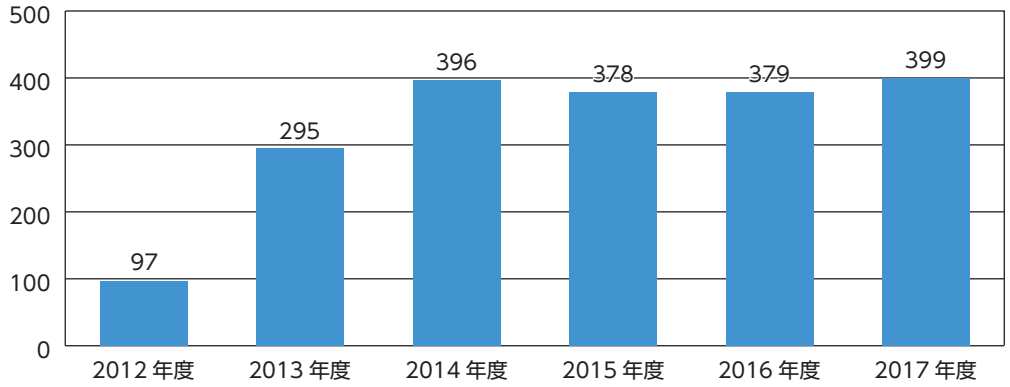

図９　普及啓発（実施件数の推移）

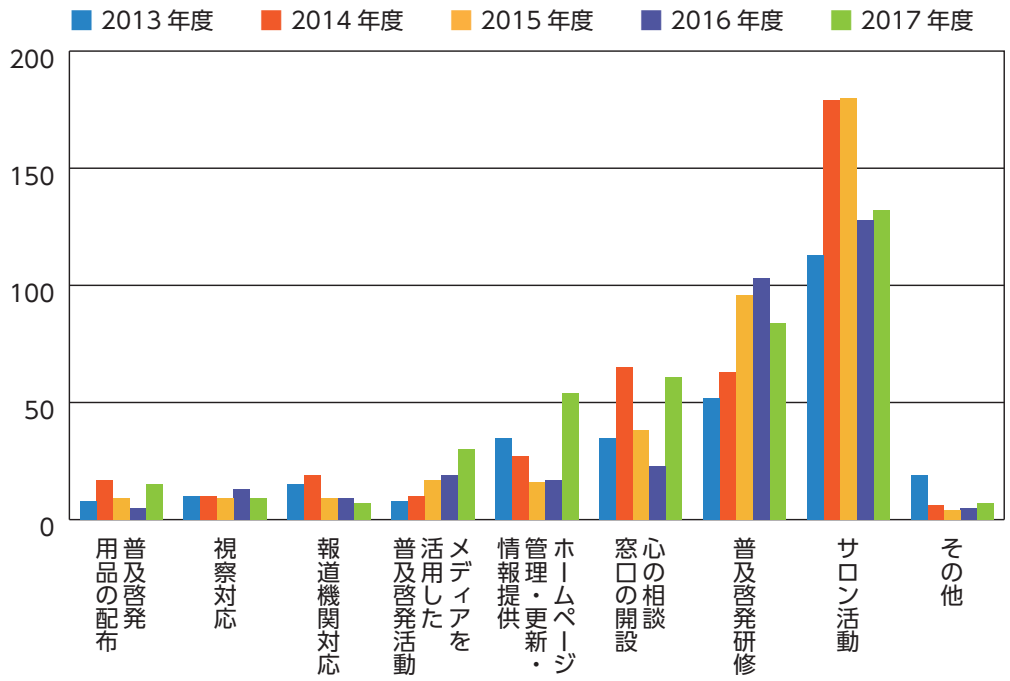

図 10　普及啓発（各事業の推移）

（4）人材育成

人材育成の総数は2013年度以降は経年的な変化がみられなかった（図11）。行政関係者を中心として、教育関係者や民生委員など多岐にわたる対象へ実施した。その内訳は「アディクション関連問題」の研修や「支援スキル研修」が多くを占めた（図12）。

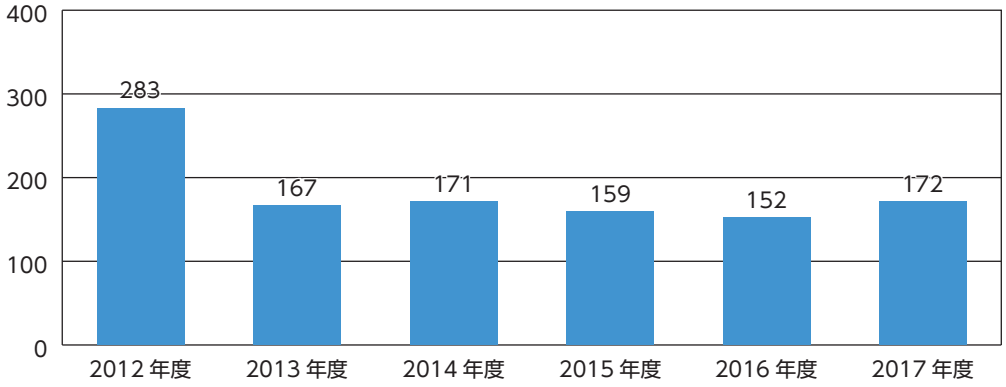

図 11　人材育成（実施件数の推移）

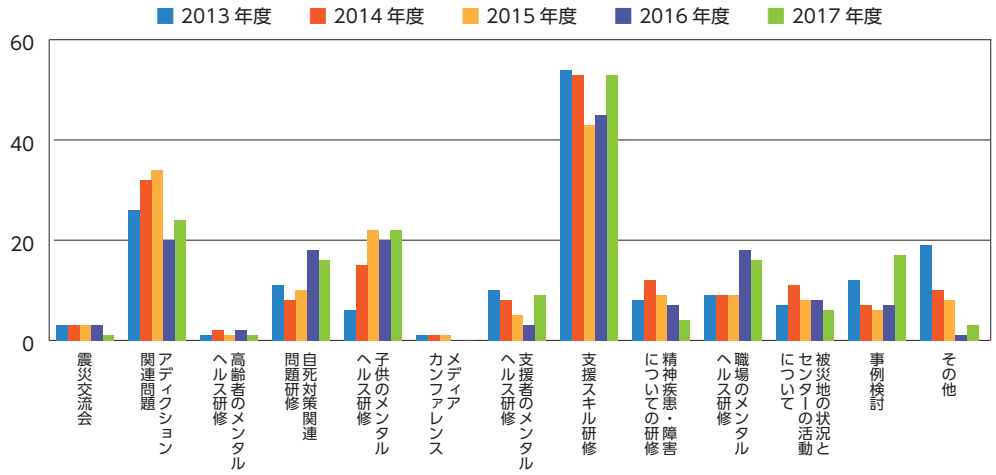

図 12　人材育成（各事業の推移）

4．考察

当センター設立当時の理念として、①アウトリーチに重点を置いた組織づくりを心掛け、②一義的なクライアントは市町村の自治体と考えて活動してきた。各自治体では震災の直後から健康調査や全戸訪問が行われ、抽出されたハイリスク住民の安否確認が業務の多くの割合を占めていた。災害直後、保健師などの限られた自治体職員で対応することは難しく、当センターに支援を要請されることが多かった。当センターは震災後に結成された新しい組織であり、当初各自治体はどのような連携・協力関係を作ることができるのか手探りの中、安否確認のための家庭訪問を共同で行うことはお互いに協働する基盤づくりとなった。当センター職員にとっても、この地道な作業はアウトリーチの技術を身につける貴重な場となり、各自治体との信頼関係を少しずつ構築し、結果的に行政機関からの支援要請の増加につながったと思われた。本稿における活動初期の分析からは、手間がかかり体力を要する家庭訪問に積極的に取り組むことが地域機関との信頼関係を構築し、その後の協働の基盤になったと考えられた。

要支援者の相談の背景としては、時間経過とともに「住環境の変化」と「経済生活再建問題」が減少し、「家族家庭問題」と「精神変調」が増加する傾向がみられた。さまざまな災害支援でも指摘されていることではあるが、災害初期から心の健康の問題が表面化することはなく、最初は衣食住に関わる不都合の方を強く負担に感じる傾向がある。こうした物質的な問題が残っているうちは無心に復興に邁進し、心理的に緊張した状態が続くことになる。復興が進むにつれてこれらの問題が解決していき、少しずつ家庭内の不和や心の健康問題が顕在化すると考えられた。図３の相談の経路からわかるように、本人からの相談が2016年度から増加しており、この時点に至って初めて自ら援助を求める行動に転じたとも考えられた。これらの結果から、被災者が心の支援を自ら求めるには若干のタイムラグがあり、支援者はその要請をいつでも受けることができるように適切な場所に「位置どり」することが大切と考えられた。

要支援者の年代別・性別の推移からは、男女ともに高齢者および無職者への支援が多い結果となった。

このデータには一つのバイアスがあり、我々の活動のほとんどは平日日中に限られ、その手段の多くは家庭訪問となっている。必然的に、接触できる地域住民は平日日中に家にいる層に偏っている可能性がある。しかし、このようなバイアスを考慮したとしても、宮城県の健康調査からはプレハブ仮設住宅に独居高齢者が多いことが分かっており、孤立や将来の生活への不安が大きな課題となっている言うことができるだろう[5)]。また、図５からは30～50歳の働き盛りの男性に要支援者が多く、そのうち雇用などの経済的な問題を主訴としている対象が多いことから、この年代の家庭や地域を支えることの心理的負担が大きいことが想像される。これらの結果から、コミュニティーの性質にもよるが、災害後には高齢者の孤立および家庭・地域を支える中年男性の不安に注意を払う必要がある。

要支援者の疾患分類としては､Ｆ１,Ｆ２,Ｆ３,Ｆ４で全体の過半数を占めた｡Ｆ１の大多数はアルコール関連障害であり、そのうち災害前に何らかの問題を有していた。他の先行研究でも指摘されているが[6) 7)]、災害を契機として新規に発症するケースは決して多くはなく、既存のケースの飲酒量が増加して事例化すると考えられた。Ｆ２の大多数は統合失調症であり、災害前に発症しているケースが多かった。統合失調症は症状をコントロールするために医療と密接な支援を要する疾患であるため、災害により医療アクセスの断絶が症状増悪に影響し、アウトリーチ支援につながったと考えられる。災害後に発症したＦ３,Ｆ４が経年的に増加しており、前述したように事例化するには若干のタイムラグが生じると考えられる。直後には心理的な緊張状態にあるため、うつや不安としての症状は表出せず、物質的な復興とともに安心が得られるようになり、心理的な症状として表面化するプロセスが考えられた。

支援者支援、普及啓発、人材育成の件数からは、地域が必要としているニーズを読み取ることができる。支援者支援では各自治体における「事務作業の支援」が多く、災害後に自治体職員の業務量が莫大に増加し、それを補填するために対応したものである。このような仕事はメンタルヘルスに直結しないようにみえるが、自治体職員が通常業務を正常化し、普段通りに地域住民にアクセスできるようにするための裏方業務と考えられた。また､「専門的立場からの指導・助言」は減少しているものの毎年多くを占めており、当センター職員のうち経験ある者による事例検討やスーパーバイズも大きな役割の一つになっていた。普及啓発としては「普及啓発研修」と「サロン活動」が多く、その内容は地域としての課題を大きく反映していた。特に気仙沼･石巻･基幹の全ての地域センターにおいて､それぞれアルコール関連問題に対する集まり（断酒会、節酒の会）がつくられ、当センターが支援している。人材育成において、アルコールをはじめとする「アディクションの問題」の件数が高いことからも地域のニーズが高い領域であることがわかる。

５．限界について

本稿にはいくつかの限界がある。まず、地域精神保健の在り方は各都道府県によって異なっており、われわれが経験したような変遷が全ての地域で同様に生じるとは限らない。次に、われわれが関わった地域住民は支援を要する人の一部に過ぎず､集計結果が被災者全体の状況を表しているとは言いがたい。最後に、当センターは治療機関ではないため、可能な限り地域の既存リソースにつなげることを心掛けている。そのため、全ての要支援者の回復まで見届けておらず、われわれの関わりが健康の回復にどのように寄与できているのかまでは分析できていない。

６．まとめ

災害後の復興のフェーズによって支援につながる住民が抱える課題、地域が支援団体に求めるニーズが変化すると考えられた。われわれ支援者・支援団体は地域の変化を丁寧に観察し、適切なタイミングで必要としている支援を提供する必要がある。また、地域にはわれわれのような被災者を支援する団体があまたあり、当センターの集計が地域を代表するものではないことをお断りしておく。そのため、集計から得られた考察は一つの仮説に過ぎず、今後より綿密な分析を必要としている。

参考文献

1）酒井明夫, 丹羽真一, 松岡洋夫監修. 災害時のメンタルヘルス. 医学書院. 東京. 2016.
2）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. 兵庫県精神保健福祉協会こころのケアセンター. 兵庫印刷. 兵庫. 2004.
3）こころのケアセンター10年の活動記録　ふるさとのこころを取りもどすために～被災者に寄り添った10年のあゆみ～. 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター. 北越印刷株式会社. 新潟. 2014.
4）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, 55：391-400, 2013.
5）佐藤弥生子, 橋本朱里. みなし仮設住宅入居者健康調査から考える被災者支援のあり方について. 保健師ジャーナル, 74（3）：200-206, 2018.
6）松下幸生, 樋口進. 災害とアルコール関連問題. トラウマティック・ストレス, 10（2）, 2013.
7）Rubonis AV, Bickman L: Psychological impairment in the wake of disaster; the disaster-psychopathology relationship. Psychological bulletin, 109; 384-399, 1991.