

平成 29 年度 みやぎ心のケアフォーラム実施報告

みやぎ心のケアセンター
基幹センター 企画研究部

はじめに

平成 32 年度を復興の目標に定めた宮城県の復興計画に基づき、みやぎ心のケアセンター（以下、当センター）の今後 4 年間の運営計画が平成 29 年 3 月に立てられた。その中で、今後の災害対策に資することを目的に、調査研究の一事業として平成 29 年度より『みやぎ心のケアフォーラム事業』が計画された。当センター全体で取り組むことを目標に、平成 29 年度は、基幹センターが中心となり実施した。

「平成 29 年度みやぎ心のケアフォーラム」は、テーマ「東日本大震災後 6 年間の心のケアの実践と今後に向けて」、サブテーマ「震災後の心のケアを健康調査から考える」とし、宮城県及び仙台市からの後援を得て、平成 29 年 11 月 29 日に開催し、自治体職員を中心とする支援者 130 名の参加があった。その概要を以下に示す。

1. 実施概要

(1) 開催趣旨

震災から 6 年が経過したこの時期に、全県的・広域的な視点で、各市町、宮城県、みやぎ心のケアセンター、東北大学等からこれまでの心のケアの実践経過と課題に関する報告等を行い、外部講師による心のケアに関する講演等を通じた知見を広げ、今後の地域精神保健福祉の再構築に向け検討することを目的とした。このフォーラムは平成 32 年度まで毎年継続的に実施し、被災地において心理的影響を受けた方々への心のケアの総括を行い、次期の新たな地域精神保健福祉のあり方を検討し実践するための礎としたいと考えた。

(2) 開催日時 平成 29 年 11 月 29 日（水）10：00～15：30

(3) 開催場所 TKP ガーデンシティ仙台 13 階 ホール 13 A 13 B

(4) 参加人数 130 名（内、市町保健所等行政職員 50 名）

(5) 全体プログラム（表 1）

テーマ 「東日本大震災後 6 年間の心のケアの実践と今後に向けて」

サブテーマ - 震災後の心のケアを健康調査から考える -



写真 1 「実践報告」



写真 2 「交流懇話会」

表 1 みやぎ心のケアフォーラムプログラム

第 1 部 ＜実践報告＞ (10:00～12:00) 座長：渡部裕一地域支援部長	開会の挨拶 実践報告 1. 多賀城市社会福祉課副主幹 千葉千佳氏 2. 亘理町健康推進課班長 星 香氏 3. 宮城県仙台保健福祉事務所岩沼支所 地域保健班技術次長 赤坂明美氏 4. 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 東海林渉氏 5. みやぎ心のケアセンター企画研究部長 福地 成
第 2 部 ＜シンポジウム＞ (13:00～14:30) 座長：松本和紀副センター長	基調講演 (13:00～13:30) 兵庫県こころのケアセンター所長 加藤 寛氏 ディスカッション (13:30～14:15) まとめ 加藤 寛氏 (14:15～14:30)
第 3 部 ＜交流懇話会＞ (14:30～15:30)	参加者同士の懇談 閉会の挨拶
展示会場	＜パネル展示とスライドショー＞ (9:30～15:30)

(6) 運営体制

今後 4 年間継続実施していくことを前提とし、初年度は基幹センターが運営主体となり、企画研究課中心で進め、各地域センター地域支援課と共に実施した。

2. 実施内容

(1) 第 1 部 実践報告

「震災後の健康調査から心のケアを考える」をサブテーマに、多賀城市社会福祉課副主幹千葉千佳氏からは、複数機関・多職種の支援者が協働するための体制作りとチームの取り組み、被災者健康支援業務における保健師の役割、これからの取り組み等について報告があった。亘理町健康推進課班長星香氏からは、健康調査を単なる調査ではなく訪問支援のツールとして利用していくことや支援の方向性を多職種で統一するためのカンファレンスの重要性について等報告があった。宮城県仙台保健福祉事務所岩沼支所地域保健班技術次長赤坂明美氏からは、健康調査から浮かび上がったアルコール関連問題の家族に対するクラフトを使った家族教室の実践について報告があった。東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座東海林渉氏からは、社会福祉協議会の職員を対象とした健康調査とその後のフォローについて報告があった。当センター企画研究部長の福地成は震災後時期を見据えた支援のあり方について報告した。

(2) 第 2 部 シンポジウム

- ①基調講演：兵庫県こころのケアセンターセンター長加藤寛氏の「復興期における被災者支援こころのケアの視点から」と題した、基調講演があった。第 1 部の実践報告を受け、阪神淡路大震災における兵庫県の実践も踏まえた、「心の復興に必要なこと」、「復興期の支援活動に必要なこと」等の内容だった。
- ②ディスカッション：第 1 部実践報告者と加藤寛氏に登壇頂き、フロアからの意見も交え、健康調査の意義や利用の仕方、アルコール関連問題、子どもの課題と支援等について討論が行われ

た。このディスカッションの内容とまとめを別紙に示す。

(3) 第3部 交流懇話会

第1部から第2部までが終了した後、参加者がシンポジウムの内容を確認したり、日頃の支援について情報交換できる場を提供した。多くの参加者が懇談されている姿が印象的であった。

(4) パネル展示とスライドショー

心のケアセンター全体と、地域センターごとのパネル・スライドを作成し、展示した。フォーラム開始前、休憩時間、第3部交流懇話会時にこれまでの当センターの取り組みを紹介し、参加者に広く当センターの活動を周知した。心のケアセンターをパネルとスライドショーを見た参加者へ質問にも対応できる体制をとった。休憩時間、交流懇話会時にパネルやスライドショーに目を留める参加者もあり、参加者の質問に職員が答える姿もみられた。

3. 参加者のアンケート結果

参加者には開始前に配布資料とともに今後の業務の参考とするためのアンケートを実施した。ここではアンケート結果の詳細を掲載することはできないが、内容について等「概ね良かった」という評価であり、「現状が理解でき、今後やるべきことがみえてきた」等、感想や今後の課題について多くの意見が寄せられた。

4. まとめ

「各市町、宮城県、東北大学、心のケアセンターにおける被災された方々に対する心のケアを総括し、今後の地域精神保健福祉のあり方を検討し実践するための礎とする」ことを目的として4年間継続していくことを前提に、平成29年度は基幹センターが中心となり企画実施した。「支援の根幹となった健康調査」をテーマとして、各市町や保健所等の実践報告とシンポジウムを行った。実践報告では、健康調査を行った意義や調査後の実践と、実践に必要な支援者間の連携方法について具体的に報告されており、あらためて自治体等の支援と連携のあり方を共有できる場となった。

各市町等の実践報告者からは、「今まで報告する機会が持てなかった実践を、報告する良い機会を頂いた」という感想があり、支援者間で共有できる機会を提供できたと思われる。想定していた行政機関等支援者の参加（50名程度）が多く、参加者アンケートでも、実践報告、シンポジウム、交流懇話会、展示（パネル・スライド）等全体的に満足度の高い内容であった。具体的な支援実践の話聞き、その支援のあり方や課題を共有し、その後交流できる機会を提供できたことがアンケート結果からも伺われた。

シンポジウムでは、ディスカッションも盛んに行われた。しかし、アルコールの問題に焦点があたることが多く、他の課題を議論するところまではいかなかった。挙げられた課題（支援者の疲弊、各種調査の負担、支援者間のコーディネート、引きこもり、PTSD対策・グリーフケア、子どもに関すること）等を今後のフォーラムにつなげることが重要だと思われる。

シンポジウムディスカッション記録

松本 今回はサブテーマとして「震災後の心のケアを健康調査から考える」とありますので、最初に、健康調査に焦点を当てた議論ができればと思います。健康調査については、「調査が大変」、「ハイリスクの基準もよくわからない」など賛否両論がありました。今回の災害では県が実施した応急仮設等入居者健康調査が主に使われてきました。その他さまざまな健康調査が行われたと思います。今後の震災支援に役立てるために、これらの健康調査が役に立ったのか、役に立っていないか、こうすれば良かったという点を登壇者から一言ずつお願い致します。

千葉 多賀城市では、県が行った健康調査の他に、多賀城市独自で被災者現況調査を同時に行いました。今回、午前中にお話したこれら2つの健康調査の結果から、3つの基準に該当した方々を抽出しフォローしました。

市の被災者現況調査の担当課は、生活再建支援室(当時)でした。調査票中に、健康状態をチェックする項目があり、その結果で訪問等しておりました。

市の調査内容は、担当課の生活再建支援室が決めて、毎年、28年度まで実施しましたが、健康調査に関する設問項目は内容を変えずに継続して5年間実施しました。例えばK6のハイリスク者の割合や飲酒量の変化は、比較しやすかったと思います。

星 亘理町では、ローラー訪問による健康調査を実施しました。住民宅を一軒一軒回り、住民から生活状況や健康状態、気持ち等を聞き、その場で結果を返したり、大変な状況であれば傾聴するという、単に調査だけではなく、調査結果を生かし、こちらから関わりを持つような健康調査であれば良いという思いがありました。

町外の民間賃貸借上げ住宅には多くの方が住んでいましたが、町から訪問するマンパワーがなかったため、県の健康調査で健康状態を把握することが最適と思い、健康調査をしたいと県に話をしました。その後、大規模な仮設住宅や災害公営住宅に、県の健康調査を行いました。住民の反応もそれほど悪くなく、正直に回答してくれる方

が多かったので、このまま調査を継続し支援ができた方が良いという思いに徐々に変わりました。最近K6を回答しない方も多くなりましたが、調査が始まった当初はたくさんの方が正直に回答したという印象がありました。

赤坂 県の健康調査は、市町に実施していただき、直接的に保健所は調査に関与していませんが、保健所の支援体制として、市町村担当制をとっています。例えば担当している市町で健康調査をした後、K6のハイリスク者や、一度様子を確認する必要がある住民について、市町と共同・分担して支援してきました。健康調査を切り口として、市町が介入したときに、その家庭に別の問題、例えば引きこもりの方がいた、アルコールの問題があった場合には、市町の方と同行訪問し、その後の相談につなげたという点で、県としては大変有効だったと思います。

また、健康調査のデータを分析し、その地域の課題の傾向を見るために使うということも大変有効だったと思います。その結果、施策化ができるものがあれば、それに結び付けていくというところで活用させていただいております。

東海林 3名の方々からのご報告が住民への健康調査でしたが、東北大学で自治体や社協に行ってきたものは、支援者の方々への健康調査になると思います。その点で注意することを少し述べさせていただきます。

われわれの調査は、当初は研究と支援をかねていましたが、現在研究は終了し、支援のみを目的に行っています。調査を行うことによって、支援者の方々が抱えている負担感やストレスが非常に大きいことが明らかになってきました。当たり前のことですが、調査をやりっ放しにしないということと、どのような段取りでどのようなフォローアップをして調査を進めるかということ、担当者とおまめに打ち合わせをしながら、双方に負担なく調査を実施して、組織の方々にメリットがある形になることを念頭に置きながら調査をしています。

当初は震災後であるという点が強調されていましたが、時間の経過とともに徐々に産業メンタル

ヘルスや職場のメンタルヘルスという方向にシフトしていくようになったと思います。そういう面では、健康調査を行うことをきっかけに、もう一度職場のメンタルヘルスをしっかり考えようという風土が組織に作られつつあるということが一つの成果だと思っています。

福地 健康調査については、現場に賛否両論があったことは、私も認識しています。私個人の意見としては、健康調査は実施して良かったと思っています。調査でハイリスクの人を抽出するという目的もありましたが、赤坂さんもおっしゃったように、地域の課題を知る、全体像を知るといった目的もありました。地域の支援者は、ハイリスクの人たちを把握したので、具合が悪い人たちの所に行かなければならなくなり、マンパワーがなくて行けないというような後ろ髪をひかれる思いになり、その数が重なるとノルマのような感じになった地域もあったと思います。

このような調査のアレルギー反応が出る原因の一つとして、大きな災害もしくは緊急事態が起きたときに、スクリーニングを実施し、ハイリスク者をピックアップしてフォローするという体制がスタンダードだということを、私たちが知らなかったところがあると思います。だから「こんな調査を災害後にするのですか」ということが起きてしまった部分もあると思います。

大災害だけでなく、例えば学校のいじめや自死等でも、また職場で何かあったときでも、アンケート等をします。これは、私たち人類の知恵が生み出した、集団の健康を守る方法の一つです。これがスタンダードな介入方法であり、緊急事態があれば必ずこういうことが行わなければいけないというリテラシーをきちんと私達が身に付けておくことが、大事なことだと思っています。

松本 ありがとうございます。共通したことをまとめると、単に調査をするだけではなく、現場でどのように活用するのが重要で、その後のアウトリーチ等、対象者との関わりに使っていくことが必要である。マンパワーの関係で、利用する調査の組み合わせを変えたり、既存の自治体の調査との組み合わせに関しても工夫が必要である、ということでした。

また、全体を把握し介入していくストラテジー

(戦略) を考えていくための手段とするため、加藤先生の基調講演に「必ずしも何点以上だったらハイリスクとするではなく、現場が対応できる状況に即してやっていく」というお話があったと思います。

フロアの皆様の方で、こうした経験があるなど、ご意見がある方は手を上げていただけたらと思いますがいかがでしょうか。

真壁 宮城県サポートセンター支援事務所の真壁と申します。東日本大震災後に、サポートセンターが各地に設置されました。多い時で1,000人を超える、被災当事者である当初素人と呼ばれた支援員たちが、主に社会福祉協議会を中心に雇用され、活躍をされてきました。

宮城県全体として支援員が属するサポートセンターの活動をバックアップする機関として、サポートセンター支援事務所を設置することを決め、宮城県が宮城県社会福祉士会に委託しました。支援従事者への研修をはじめ、委託元の行政や社協(社会福祉協議会)との連絡調整の役割を今もさせていただいています。支援員もまだ400人程活動されていますが徐々にLSA(ライフサポートアドバイザー)等に転向し、役割が変わりながら引き続き活躍をしてくださっています。

健康調査は公的なものとして必要だったと思いながらお聞きしていました。しかし、思い出すと大学やNPOが持ってきた非常に多くの種類の調査を住民が受け、混乱したことにに関して、関係する皆が問題意識として共通に持っていたと思います。種々の調査の調整が必要だったと思いました。

加えて、サポートセンターのスタッフから、課題抽出のための調査だけではなく、その後その方が住宅等、その地域でどのような生きがいを持ち、どのような暮らしをしたいか等、今後のご自身の暮らし向きや暮らしぶりをどう考えているか、今後の希望に関する項目も合わせて聞いていかなければならないと思う、と相談されました。

この2点について、加藤さんや参加者の方、ご登壇者からも、ぜひアドバイスいただけたらと思います。

松本 ご質問ありがとうございます。非常に重要な指摘だと思います。住民の方々のところには多くの調査が来て、辟易するような状態になって

いたと思います。それぞれの機関がそれぞれ考えて調査票を送っていたけれども、重複するものもあるし、頻度がばらばらになっていたという問題がありました。加藤先生、この点については何か経験やご意見をお持ちでしょうか。

加藤 おっしゃるとおり、特に災害の早い時期には、たくさん調査が行われます。何のための調査かという疑問を抱かせるような目的が曖昧な調査が多く、曖昧な調査ほど侵襲性が高く、倫理的な問題も全くカバーされていないことが多いです。そのような調査が阪神淡路大震災時にも溢れてひどい状況でした。

本当にいろいろな自称研究者が業績を取りに来て、住民の方が嫌な思いをされたということがたくさん起こりました。それに対して、調査をする以上は倫理的な配慮をきちんとして欲しいし、今で言えば倫理審査をちゃんと受けてほしいということと、調査の結果をきちんとして還元してください、データを取りっ放しではなく、住民の方に還元するようにしてもらわないと困ることを、はっきり言ったことで、少しコントロールできたかなと思います。

東日本大震災でも、精神医学関連の学会は調査についてのコメントを出しましたが、そういうコメントを見る人はきちんとした人たちなので調査のことも配慮するけれど、コメントを見ない人たちが問題なのです。そういうものに目がいかない方たちがする調査がとても問題なので、メディアにしっかり問題を伝えていただく等、調査をする人の倫理観を高めていくことが大事だと思います。

もう一点の生きがいや希望ということはとても重要なテーマで、調査に入れる価値はあると思います。阪神淡路大震災時に社会学者の方が、調査票に「自分がいつ被災者でなくなったと思いますか」という質問を入れたところ、非常に面白い結果が出ました。家屋が完全に破壊された方たちは、震災から5年、7年たっても、自分がまだ被災から立ち直っていない、ずっと被災者のままだというような認識を持っていることが分かったのです。そのため、調査には、例えばPTSDとかうつ等だけではなくて、これからの生活の希望等の質問を入れることは良い方法だと思います。

松本 ありがとうございます。精神面だけではなく健康や建物、コミュニティーの形成等、色々な部署の調査がたくさん来てしまうことが問題なのだと思います。それぞれの部署の統制や、所属の倫理委員会は通ったとしても、住民の立場ではたくさん調査を受けることが課題ということですね。研究する側も、どこが調査の窓口なのか、誰に聞くと住民に侵襲性がない形なのか、どのタイミングでやったらいいのかということも、分からないまま調査していたところもあると思います。

一つ一つは意義がある調査なのかもしれないけれども、結果的にそれが住民の負担になったり、侵襲になってくることが問題だと思うので、より効果的な調査という観点と住民を守るという観点から、災害が起こった際にどのような方法で調査を実施するのが良いかを検討していく必要があります。本フォーラムの冒頭で心のケアセンターの役割として小高先生がおっしゃっていた問題提起というか、課題となるべき一つかと思います。

もう一点、個人的な意見ですが、調査に関して単に研究者に任せるだけでなく、住民の方が自分たちの調査に参画することがあって良いのではないかと思います。調査する側もそういう意識を持つてほしいし、住民は自分たちにとって、調べてもらうと助かることを、コミュニケーションをとりながら挙げることで本当に役に立つ調査が行われていくと思います。

その他フロアの皆様からいかがでしょうか。全く違うテーマでも構いません。

福井 石巻で支援活動をしている日本医療社会福祉協会の福井と申します。私たちは、アルコールとアディクション、特にギャンブルに関することが、自立再建を困難にしていると思いつつ、毎日関わっています。

私たちが関わる時のポイントとして、以前から依存傾向があった方で震災をきっかけに悪化したのか、震災をきっかけに依存的なものが始まったのかを気にしながら話を聞かせていただいています。赤坂さんの発表で、アルコールのデータをあらためて見て、その数の多さに驚きました。今回の調査で、以前から傾向がある方がこの震災きっかけに悪化したのか、治りにくさがあるのか、また、もともと傾向があった方への支援はこれまでとはまた違った工夫が必要であったのか等、お

聞かせ願えたらありがたいと思います。

赤坂 健康調査の結果、直接保健所に相談や、電話相談といった面接にいらっしゃる方の中には、アディクションではギャンブル依存、浪費依存もしくは買い物依存等、飲酒以外の方の相談が最近多くなっていると思います。午前家族教室の話をしてきましたが、家族教室では飲酒だけではなくアディクション全般を対象にしており、相談者、そのご家族の全てを含めた数になりますが。

岩沼支所での感覚になりますが、震災を機に飲酒を始めたという人はまずいなくて、もともと素質として持っていた方が、震災をきっかけに、例えば住居や職を失ったことで、潜在化していたものが顕在化してきたという方もいます。しかし、全く被災に関係ない方のほうが、相談を受けるケースの中では多いのではないかと思います。

松本 加藤先生はいかがですか。

加藤 啓発活動や、家族会、断酒会等をとおした色々な働きかけも必要ですし、地元の内科医や医療関係者に協力していただくこともとても大事です。アルコール依存の方は肝機能が悪く、内科の病院に行くことも多いので、医師会、病院関係者への啓発や関わりを持ってもらうような働きかけをすることも意味があったような気がします。阪神淡路大震災時には、実は内科医等に協力を得ようとしたが「忙しいから無理」と言われ、アルコール依存の方への対応の協力についてあまり受け入れてもらえませんでした。また、面白い試みとしては、酒造メーカーに「アルコール依存の問題について啓発してくれ」と頼みに行ったことがありましたが、全く相手にされませんでした。「自分たちは売る側なので、駄目です」と言われました。たばこは箱に書いてあるので、お酒も同じようにしてくれれば良いのですが。

松本 阪神淡路大震災時もアルコールの問題は孤独死の主たる原因ということで重要視されていました。今回もアルコールの問題が、震災当初から問題になっていて、比較的最近の新しい試みと言えるのが節酒プログラムを導入したことだと思います。節酒プログラムはエビデンスがある程度研究されて、根拠があり行われているプログラムで

す。研究で実証されたものを、実際の現場に使ってみた実感として、午前にはフロアから「結構効果がありました」という報告がありました。加藤先生がおっしゃったように、新しい取り組みをしていくことはとても意味があると思います。

災害とアディクションの問題は相当強固に結び付いていることが、今回のわれわれの経験から見えているので、今後の災害に関して準備しておくべきことでしょう。今後は災害とアディクションの直接的な関係が見えにくくなってくるとは思いますが、福地先生のお話にあったように、コミュニティー全体が弱くなると、弱い方にさまざまな問題が起こるようになるので、間接的には当然関わってくる問題だと思います。これも今後の課題、問題提起として必要なことだと思います。赤坂さんにご紹介いただいたプログラム等、全県的に取り入れていくことが必要だと思います。

その他、どんどんご意見いただけたらと思います。

佐野 静岡県の養護教諭の佐野と申します。

被災地からだいぶ離れていますので、今日お話を聞きしアルコールの問題がこれほど大変なものだとは全く知りませんでした。

お聞きしたいことがあります。アルコールの話をお聞きしてきて、50代から60代の男性にアルコール関連問題が多いということで、おそらく子どもたちへの影響もあるのではないかと思います。健康調査をして、子どもの問題はスクリーニングできるのかということと、健康問題を抱える子どもたちが市町の保健師や専門職につながったり支援を受けたりすることはできるのかということをお聞きしたいです。

松本 ありがとうございます。子どものことですね。基本的には子どもの調査に関して今日は話題に出ていなかったのですが、ぜひ教えていただけたらと思います。福地先生お願いしてよろしいですか。

福地 ご質問ありがとうございます。私は専門が児童精神科なので答えさせていただきます。県の健康調査にはK6という6項目の尺度が入っていますが、K6は18歳未満には使えません。調査は世帯ごとに調査票が配られ、世帯の代表の人が全家族の記入をすることが多く、3歳の子どもが神経過敏であると回答をしてくることもありました

が、実際にはそのデータはほとんど使えず、それをもとに安否を確認しに行くことはありませんでした。

しかし、日本には優れたシステムがあり、教育を受けているお子さんがほぼ100パーセントなので、そこに行けば全てのお子さんにリーチすることができます。子どものサポートに関しては、保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校に対して、精神科医もしくはカウンセラーが緊急的に介入をし、気になる子どもにサポートを提供することが全県的に行われたと認識しています。

松本 保健所や市町で子どものことで、ご経験ございますか。

星 健康調査から子どもの問題が出てくるというよりは、お母さんのメンタルヘルスの問題があり関わったケースがいくつかありました。亘理町としても福地先生がおっしゃいますように、保育所とか学校を中心に子どもはサポートしていただいたので、私たちは、健康調査から親への支援という形で関わってきたと思います。

加藤 阪神淡路大震災から6年後に子どもに関する調査を行いました。親から見て子どもがどのような問題を抱えているかを親に回答してもらう調査と、親自身の問題を回答してもらう調査をしました。結果として、親が不安定な家族は、子どもも不安定という関連性が非常に高いということが明らかになりました。ですから子どものサポート時は、親のサポートをすることがとても大事で、たとえば仮設住宅だと学童保育等の機会を提供する支援は役に立ったと認識をしています。

福地先生が話された学校でのサポートも、東日本大震災後もスクールカウンセラーが大幅に増員され、非常に手厚くされました。阪神淡路大震災時も教育委員会が尽力し、復興担当教諭が各学校に加配として1名ずつ配置をし、問題のある子どもたちを10年ぐらいフォローしました。

松本 その他子どものことで、経験とかご意見あるでしょうか。

荒川 名取市の保健師の荒川です。震災後2年目から、宮城県小児科医会から母と子の心のケア

事業として、幼児健診時に臨床心理士を派遣してくださいました。そこで母と子の心のケアのアンケート調査を全員に配布して書いていただく形を5年間続けたところ、1、2年目は子どもたちの心の問題が出てきましたが、それはだんだん改善してきました。徐々に親の問題の方がより明確に残ってきて、その親御さんを支えることが子どもの心の健康や今後の発育、発達にとっても重要なことだということがみえてきました。5年間のモデル事業終了後は、市が事業化して臨床心理士に継続して来ていただいていますので、今の話のように親を支えることが非常に大切だと思っています。

被災者の健康調査では、アンケートから挙がってきた親の問題から介入すると子どもの問題が出てきたり、訪問に行ったときの家の様子から、これはただごとではないということで介入するとDV等があり、子どもが大変なことになっている場面に出会うこともよくありました。いろいろな介入の手段があることが大切だと思っております。

松本 ありがとうございます。名取市の取り組みということで、子どもの支援を母子でみていく重要性ということだと思います。災害で始まった支援がそのまま市独自の予算を獲得し、新しい事業として残っていくという事例ですね。別の質問、どうぞお願いします。

大宮 仙台市の若林区役所で被災者支援をしております、保健師の大宮です。

心の問題とは若干離れてしまうかもしれませんが、県の健康調査は、当区ではK6、朝または昼から飲酒、治療中断の他に、経年の結果を見て、今年度（平成29年度）は「相談者なし」に回答した方と「75歳以上の独居もしくはご夫婦のみの世帯」というところも対象にし、フォローアップをさせていただいています。それら個別の訪問から出てくる声を拾いながら、コミュニティ形成支援をベースに「運動」を切り口としてサロン活動しております。そこに出てきてほしいと思う高齢者や独居の方等、なかなか出てきてくれないので最近課題に感じています。支援の方法やアドバイスがあれば教えていただければと思います。

松本 ありがとうございます。一番難しい問題だと思います。なかなか来てほしい人が来てくれな

いというところですが、加藤先生いかがでしょうか。

加藤 それは本当におっしゃるとおりで、集会場等で催しをしても来るのは元気な女性ばかりで、一番来てほしい孤独な男性はまず来ませんし、問題のある人ほど来てくれません。これはどの地域でも直面している課題だと思います。

それを克服するためにいろいろな試みがされていると聞いています。中高年男性で、アルコールの問題を抱えている人に、石巻では「おじころ」という試みがされているので、どのような実情なのか、知っている方に説明いただきたいと思います。ともかく、思いついたことをやるしかないですよ。いろいろな工夫をするということじゃないでしょうか。

松本 からころステーションの「おじころ」はネーミングも有名ですが、どなたか「おじころ」はこんな感じですよというお話をお願いします。

からころステーション

「おじころ」では、中高年でアルコール問題を抱える方や、独居の男性を対象に、月に 1 回のサロン活動を行っています。午前中はみんなでグループに分かれ昼食作りを行い、午後は各自レクリエーションを行ったりして住民さん同士の交流が生まれるよう心がけています。毎年秋には、石巻の海まで出かけ、釣り大会なども行います。

最初は 3 人程度からのスタートでしたが、現在は毎月 20 名以上の住民さんが参加されています。「おじさん同士のからころステーションでの交流」ということで、「おじころ」と呼ばせていただいています。「おじころ」への誘い方として、とにかく最初は訪問し、対象者と関係づくりをすることは、どこの機関も変わらないと思います。私たちもまずは訪問をして関係を作り、「担当スタッフがいるから行って見ないか」と誘います。やっと来てもらっても、「人が多くて嫌だ」と来なくなる方もいれば、「また行ってみようかな」と復活して来る方もいます。来ない人をどうやって来させるかということよりも、来ない人には別のやり方で、支援を継続させるように心がけています。

松本 詳しく説明をしていただきありがとうございます

います。男性の中高年が集まらないという課題に焦点を絞り活動を展開し、最初 3 人から始めて 20 人を超えるようになった素晴らしい取り組みだと思います。活動内容を創意工夫したり、アウトリーチを重ねて、少しずつ成功体験を重ねていった、一つの成功事例だと思います。是非また機会があれば教えていただくと良いと思いました。

もうそろそろお時間です。先ほど加藤先生が話されたように、支援を終えることを考えるというのも一つだけども、予算がどういう形になるのかはともかく、この後も災害の影響を受けた人々にサポートしていくニーズは続いていくと思います。今後に向けて取り組みたいことや課題を、フリーにお話をいただければと思います。1 人ずつよろしいでしょうか。

千葉 通常業務への移行に関してはいろいろ悩みながらやっています。多賀城市は、市独自で行った被災者現況調査は 28 年度をもって終了しましたので、ハイリスクの方にアプローチすることは少なくなり、これからは継続支援で残っている課題のある方たちへどうアプローチをしていくかが中心になります。その中には、アルコール関連の問題を持っていたり、引きこもりの方が、ご家族の健康調査がきっかけで浮上してきたりし、それまで潜在化していた方々に関わり始めているのが現状です。アルコールの方や、強い希死念慮をお持ちの方等は一足飛びには支援が完結するというのではなく、今、支援者の方たちが、足を頻回に運んでいる中で、少しずつ関係づくりをし、少しずつ変わってきている方がいます。今後、市の保健師のマンパワーでそういう細かな関係づくりからこつこつとやっていくことが非常に難しいという現状が、通常業務に移行すると待っていると思います。市の関連部署のスタッフの助言もいただきながら、心のケアセンターの皆様にもお手伝いをこれからもいただきたいと思っております。

もう一つは、アルコール関連の支援になります。私たちは、明らかなアルコール依存症の方々にお会いすることが多いのですが、今までのデータを分析した多賀城市の経験から、そこに至る前の段階の、危険の少ない飲酒群の方たちにもアプローチをしていくことで、適正飲酒や危険な飲酒に関しての啓発ということ、今後はやっていかなければいけないと思います。

私は 4 月から障害福祉部門に異動したので、今後は健診部門を担当するヘルスの部門等とも連携をしながら、このような事業も進めていければいいと思っております。

星 亘理町ではサポートセンターが既に終了しています。終了した後も、被災者支援連携連絡会議を継続して実施しています。亘理町では被災者支援として、午前にご紹介した 3 つの会議をしていましたので、今後も継続していきたいと思っております。

特にカンファレンスについては、専門職が支援の方向性を一緒に検討する、見立てや支援方法についてアドバイスを受ける機会となっています。現在保健師は 3 課にまたがり配置されているため、保健師の人材育成という観点でも、同行訪問も含め、今後も継続していきたいと思っております。

赤坂 県の役割は市町村を支援することになると思うのですが、市町の方がより負担のない形で今までやってこられた、例えば検診等の中でのアルコール対策ですとか、そういうものが通常業務の中で出来るよう支援出来たら良いと思います。また、市町と県の役割分担として、保健所ではアルコールや引きこもりのような専門的な相談、家族教室等については、内容を充実して行ってきたいと思っております。

また、保健所では市町担当として、月 1 回程度、市町の会議にも参加させていただいていますが、合わせて、例えば市町一堂に集まっていたり、保健所単位で通常業務にどう移行するかなど、今後のことについて情報交換するような機会を持ちたいと考えています。

東海林 先程加藤先生が話された研究倫理については、健康調査をお願いしたり、実施する中で必ずつきまってくるものだと思います。実際、社協に調査をお願いする中で、こちらが「いつの時期に実施されますか」と聞くと、担当者の方が「最近忙しいから 4 カ月先でないと実施できない」などと申し訳なさそうに返答されます。それを聞くとこちらがものすごく申し訳なくなってしまい、かえって負担を押し付けているのではないかという葛藤がどこかにずっとあります。

先ほど加藤先生が話されていたように、研究機

関など調査をする側が研究倫理を高めていくように世の中へ発信するとともに、被災すると調査対象となる可能性がある行政機関、役所、学校といったところに調査を受ける心構えとして、「調査が来たらどういう対応が必要か」を予防教育的に発信していく必要があると本日参加して思いました。

福地 心のケアセンターの代表として、私たちに予算がつき活動できる期間は、オーダーいただければ誠心誠意あらゆることに対応していきたいと思っております。

一方で、私は医療者の立場でもあるので、日本の精神保健や精神科医療についての課題も、肌身で感じています。特に心のケア、精神科医療に関しては、今まで災害が起きる前までは、どちらかというと専門職の人が「来た人を診ます」というスタイルだったと思います。皆様の中でも引きこもりの相談があり、病院に行ったのに「本人が来ないと診られません」と言われたことはざらにあったと思います。しかし、災害が起きて対象者に直接会いに行き、信頼関係を作らないとどうにもならないと実感し、地域に出ようと思うようになりました。「待っているのではなく、こちらから行こう」という感覚に変わってきたと思います。

これは、災害が起きたときの一時の感覚では非常にもったいないことだと思います。これが当たり前になり、地域の中で予防の方にきちんとウエートを置いた精神保健が展開できれば良いと思います。本当は精神科のクリニックや病院は、必要なくなった方が良いですね。受診する人を減らしましょう。入院する人を減らしましょう。私達が、地域の人たちに予防を働きかけることで、もっと過ごしやすいコミュニティーになると考えています。それが今後に向けて私達の活動が繋がっていければ良いなとも思っています。

松本 加藤先生、お願いします。

加藤 今日はアルコール問題に焦点が当たりましたが、実は忘れてはならないことがあります。それはやはり震災トラウマの問題です。PTSDという言葉は、今日はあまり出てきませんでしたが、実際この問題は潜伏します。私の経験では、阪神淡路大震災で被災された方で、東日本大震災の報

道を見て、非常に重篤な PTSD になったという方が何人もいました。対処行動としていろいろなことを避けることにより、何とか社会に適応するけれども、避けきれなくなったときに、症状が花開いてしまうことがあります。やはりいろいろな相談の内容などを見ると、PTSD は確かに少ないのですが、それでも非常に重い問題で、そういう問題を抱えた方たちは、ずっと耐えて、耐え忍んで、いろいろなことを避けながら社会の中で生きていることを忘れてはならないと思います。ぜひ 7 年後、10 年後くらいを目指し、PTSD の治療ができるような体制を宮城にも作っていただきたいと思います。

もう一つはグリーフの問題です。家族を亡くされた方がたくさんおられるわけですが、グリーフに関する問題もなかなか表に出てきません。ただ、聞いてみるとやっぱりグリーフをずっと抱え込んでいる方が少なからずいることは、後になり分かることが多いです。ですから、そういったグリーフについても、いろいろな対策とできれば治療的関与ができるようなシステムができればいいなど

シンポジウムまとめ

シンポジウムでは健康調査を切り口にそれぞれの立場から報告頂いた。その後のディスカッションでは、実践報告を受けて更に具体的な課題について話が深まっていった。それを以下に整理する。

1. 健康調査を市や町独自の現状調査等と合わせたり、現場のニーズに沿った調査を組み合わせる実施し、実施結果を受け支援につなげていくことが重要
2. 健康調査は地域課題を明らかにする手立てとしても必要で、災害支援の入り口として調査をするものとして標準化できよう工夫が必要
3. 被災直後は特に多くの調査が入るので、住民の負担や侵襲性を考慮する調査コーディネーターが必要
4. 支援者支援の延長線上に職場のメンタルヘルスの重要性が見えた
5. アルコール問題を中心としたアディクションの課題
6. 子どもの問題
7. 独居高齢者、中高年男性等のコミュニティへの参加を促していく工夫
8. 被災者支援が終了のステージにきており、通常支援に切り替わる際の引き継ぎ方の難しさ
9. 被災者支援で学んだアウトリーチ支援を精神保健福祉の支援としてどのように残すのか
10. 被災地支援で構築した多職種連携システム（事例検討、ケア会議等）は、通常業務に戻っても新人教育としての位置づけで継続する
11. PTSD とグリーフワーク

上記の 1～3 は、ディスカッションの中で深まっていったことであり、4～11 はディスカッションの中で話題となり、重要と思われる項目である。次回以降のシンポジウム等で深めていければ良いと思われる。

いうふうに思います。今日、あまり光が当たらなかったことについてコメントしました。

松本 皆様、午前中から長時間に渡り参加して頂き本当にありがとうございました。登壇して頂いた皆様、お忙しい中、貴重なお話をいただき大変ありがとうございました。

今日は県南地域に焦点が当たりましたが、宮城県にはいろいろな被災地がありますので、今後も検討していく課題はたくさんあると思います。今後もこのような形で引き続き振り返り、さらに支援を続けていくという、循環のプロセスを続けていければ良いと思います。

この後の懇親の場でいろいろな方々が交流し、意見交換できたら良いと思っております。今日はどうもありがとうございました。

加藤先生、実践報告者の皆様、ありがとうございました。