

第Ⅵ章

宮城県内の被災自治体の
社会福祉協議会における健康調査

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座*

1. はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、宮城県の沿岸部自治体を中心に甚大な被害をもたらした。震災直後より、社会福祉協議会（以下、社協）の職員は自らも被災しながら、社会的な弱者である高齢者や障害者への支援に加え、被災者に社会福祉サービスを提供し支援しなければならなかった。復興に向けて、地域の社会福祉を支える社協職員の果たす役割は非常に大きい。大規模災害後の社協職員のメンタルヘルスについてはこれまで十分な知見が得られていなかった。地域の復興を支える担い手である社協職員へのメンタルヘルス支援は非常に重要であり、災害復興にも役立つものだと考えられる。

そこで我々は、社協職員のメンタルヘルスの実態を把握するため健康調査を行い、この調査を利用して職場のメンタルヘルス対策を行う支援を実施した。この支援のなかで、メンタルヘルスに不調を抱える社協職員に対しては、精神医療保健従事者の面談を行った。これまでの調査結果や支援での関わりの中で、社協職員は業務の質や量の変化などにより、肉体的にも精神的にも復興支援に伴う疲労の蓄積が大きいと感じられた。支援のなかでは、さらに各自治体の社協と話し合い、健康調査後のフォローアップ支援の在り方について検討を行った。各自治体の社協ごとに組織の特徴、復興プロセスのフェーズには違いがあったため、支援ではこうした個性に配慮するように工夫をした。例えば、全職員の個別面談、管理者会議におけるコンサルテーション、メンタルヘルスについての研修会を行ったり、健康調査の実施を希望しない場合にも、別の形で支援のニーズの掘り起こしを検討したりするなどの支援を行った。

本報告では、各支援の基になった社協職員のメンタルヘルスの実態と、今後の社協へのメンタルヘルス支援の在り方について以下に記す（なお、本健康調査は、社協職員および職場の支援を目的に実施したため、詳細なデータ分析は省略し概況のみとする。）

2. 調査方法

1) 対象

宮城県内の被災自治体の社協職員

2) 調査時期

2012年11月（発災より約20カ月後）から2019年10月（発災より約104カ月後）まで

3) 調査・分析方法

宮城県被災地域の社協職員に対し、第1回（2012年度）から第8回（2019年度）において、メンタルヘルス支援の一環としてみやぎ心のケアセンターと連携して調査を行った。基本属性、自身の被災状況、現在の業務の状況など5項目について質問し、全般性心理的ストレス（K6）、抑うつ症状（PHQ-9）、PTSD症状（PCL/PTSD-3）、飲酒行動の問題（CAGE）（第2回調査以降実施）、職業性ストレス（第5回調査以降実施）を評価した。各指標の詳細は以下の通りである。

- ・うつ病・不安障害のスクリーニング調査票（Kessler Psychological Distress Scale:K6）：6項目の質問により簡易に精神面での状態を評価。全般性心理的ストレスを評価。
- ・こころとからだの質問票（Patient Health Questionnaire:PHQ-9）：9項目の質問によりうつ病性障害についてのスクリーニングと症状の重症度を評価。

*松本 和紀、佐久間 篤、上田 一気、東海林 渉、高橋 葉子、白倉 瞳、長尾 愛美、阿部 幹佳、國井 陽子、千葉 柊作、富田 博秋、松岡 洋夫

- ・外傷後ストレス障害チェックリスト（PTSD Check List：PCL/PTSD-3）：PCLでは17項目の質問によりPTSDの症度を評価（第1回～第4回調査に使用）。PTSD-3は3項目の質問によりPTSDのスクリーニングを実施（第5回～第8回調査に使用）。
- ・CAGE（Cut down, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye-opener: CAGE）：4項目の質問によりアルコール使用障害のスクリーニングを行う。
- ・職業性ストレス簡易調査票（抜粋）：ストレスチェック制度の下で実施される質問票の中から、40項目の質問により仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因を評価。
以上の評価に基づき、K6 $\geq$ 13点、PHQ-9 $\geq$ 10点、PCL $\geq$ 44点、PTSD-3 $\geq$ 2点、CAGE $\geq$ 2点の者をハイリスク者とした。職業性ストレスは男女別の平均値を全国平均の基準点と比較した。

4) 倫理的配慮

本調査は支援の一環として行われ、調査に関わる倫理や個人情報に配慮し、各自治体社協との文書による合意のもと実施された。

5) セルフチェックシートの配布

調査票の中で、全般性心理的ストレス、抑うつ症状、PTSD症状、飲酒行動の問題について、自身の健康状態を把握し、セルフケアに役立てられるようにセルフチェックシートを添付した。また、第5回調査からはストレスチェック制度において実施される職業性ストレス簡易調査票の項目（抜粋）を調査票に盛り込み、セルフチェックシートで自身の職場ストレス状況について把握できるようにした。

6) 調査後のフォローアップ

メンタルヘルスの不調を抱える職員に対して、健康調査後には希望者に精神医療保健従事者による面談を行った。また調査結果を県社協および各自治体社協のメンタルヘルス対策に役立ててもらえるよう、全社協の健康調査結果および各社協のデータの解析結果についてフィードバックを行った。

3. 結果

1) 基本属性

本調査に参加した社協職員の基礎統計は表1の通りである。

表1 第1回調査から第8回調査の参加状況と基礎統計

		第1回 平成24年度	第2回 平成25年度	第3回 平成26年度	第4回 平成27年度	第5回 平成28年度	第6回 平成29年度	第7回 平成30年度	第8回 令和元年度
調査時期 (開始～終了)		2012年11月 ～ 2013年1月	2013年11月 ～ 2014年1月	2014年10月 ～ 2015年3月	2015年12月 ～ 2016年2月	2016年10月 ～ 2017年1月	2017年9月 ～ 2018年2月	2018年10月 ～ 2019年2月	2019年10月
参加自治体数		6	5	6	5	4	3	2	1
対象者数(人)		1008	870	719	608	297	265	223	24
回答者(人)		822	779	631	539	287	252	214	24
回答率(%)		81.5	89.5	87.8	88.7	96.6	95.1	96	100
年齢	平均(歳)	46.8	47.6	48	48	48.1	49.2	50.1	53
	標準偏差	10.7	10.4	10.7	10.8	10.3	10.2	10.2	10.1
性別	男性(人/%)	219 27.1	204 26.4	166 26.3	145 26.9	63 22	61 24.2	57 26.6	11 45.8
	女性(人/%)	590 72.9	569 73.6	460 72.9	394 73.1	221 77	189 75	156 72.9	13 54.2
	不明(人/%)	0 0	0 0	5 0.8	0 0	3 1	2 0.8	1 0.5	0 0

2) K 6、PHQ- 9、PCLおよびPTSD- 3、CAGEのハイリスク者の割合の年度比較

各指標のハイリスク者の割合と年度ごとの推移について、結果を詳述する（表2、図1）。なお、各年度で参加自治体は異なり、また、対象者にも入れ替えがあり、年度間の比較を厳密に行うことはできなかった。年度ごとの比較についての記述は、あくまでも単年度ごとの結果の数値を元に記述されたものであり、統計的な検定は行っておらず、参考的な記述であることに留意する必要がある。

K 6による評価では、強い心理的ストレス（13点以上）を自覚している職員の割合は高く、発災から中長期に入ってもなお心理的ストレスが高い状態が2016年度まで続いた。2017年度調査で減少に転じたが、過去の宮城県の調査（国民生活基礎調査特別集計、2005）の5.5%と比べ高い割合であった。PHQ- 9では、うつ病のリスクが高いとされる（10点以上）職員の割合が2016年度までは増加傾向で推移したが、2017年度の調査では大きく減少に転じた。PCL/PTSD- 3において、PTSDのリスクが高いとされる（44点以上/ 2点以上）職員の割合は、一定数存在し続けた。年を追うごとに漸減する傾向がうかがえたが、2016年度で評価指標を変更したため、時期を通した傾向を把握することはできなかった。CAGEのスクリーニング検査で陽性（2項目以上に「はい」）であった者は、男性の方が女性よりも高く、一定の割合で推移した。

表2 第1回から第8回までの各指標のローリスク/ハイリスク者の年度ごとの推移

	調査時期	第1回 平成24年度		第2回 平成25年度		第3回 平成26年度		第4回 平成27年度	
	(開始－終了)	2012年11月－ 2013年1月		2013年11月－ 2014年1月		2014年10月－ 2015年3月		2015年12月－ 2016年2月	
K6	回答者数 (人)	783		745		612		524	
	Low : <13 (人/%)	717	91.6	686	92.1	559	91.3	482	92
	High : ≥13 (人/%)	66	8.4	59	7.9	53	8.7	42	8
PHQ9	回答者数 (人)	777		725		604		510	
	Low : <10 (人/%)	675	86.9	626	86.3	514	85.1	440	86.3
	High : ≥10 (人/%)	102	13.1	99	13.7	90	14.9	70	13.7
PCL/PTSD-3 第1－4回/第5－8回	回答者数 (人)	803		749		591		511	
	Low (人/%)	770	95.9	718	95.9	569	96.3	494	96.7
	High (人/%)	33	4.1	31	4.1	22	3.7	17	3.3
*PCL : 44点未満がLow, 44点以上がHigh/PTSD-3 : 2点未満がLow, 2点以上がHigh									
CAGE	回答者数 (人)	－		656		530		509	
	Low : <2 (人/%)	－	－	621	94.7	496	93.6	472	92.7
	High : ≥2 (人/%)	－	－	35	5.3	34	6.4	37	7.3
	男性全体に占める Highの割合 (%)	－	－	11		10		13	
	女性全体に占める Highの割合 (%)	－	－	3		5		5.8	
	調査時期	第5回 平成28年度		第6回 平成29年度		第7回 平成30年度		第8回 令和元年度	
	(開始－終了)	2016年10月－ 2017年1月		2017年9月－ 2018年2月		2018年10月－ 2019年2月		2019年10月	
K6	回答者数 (人)	276		247		206		23	
	Low : <13 (人/%)	244	88.4	232	93.9	192	93.2	23	100
	High : ≥13 (人/%)	32	11.6	15	6.1	14	6.8	0	0
PHQ9	回答者数 (人)	272		233		195		23	
	Low : <10 (人/%)	223	82	210	90.1	173	88.7	23	96
	High : ≥10 (人/%)	49	18	23	9.9	22	11.3	1	4
PCL/PTSD-3 第1－4回/第5－8回	回答者数 (人)	278		251		214		24	
	Low (人/%)	259	93.2	239	95.2	206	96.3	24	100
	High (人/%)	19	6.8	12	4.8	8	3.7	0	0
*PCL : 44点未満がLow, 44点以上がHigh/PTSD-3 : 2点未満がLow, 2点以上がHigh									
CAGE	回答者数 (人)	273		247		211		24	
	Low : <2 (人/%)	259	94.9	237	96	200	94.8	23	96
	High : ≥2 (人/%)	14	5.1	10	4	11	5.2	1	4
	男性全体に占める Highの割合 (%)	13.1		8.2		12.3		9	
	女性全体に占める Highの割合 (%)	2.9		2.7		2.6		0	

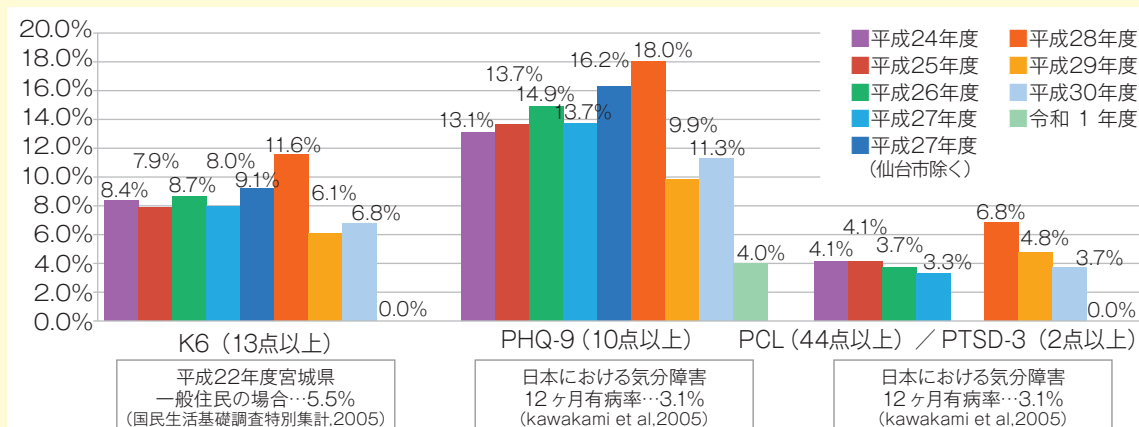


図1 K6、PHQ-9、PCL、PTSD-3のハイリスク者の割合

3) 第1回調査（約20カ月後）におけるK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に関連する要因

第1回調査におけるK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に関連する要因について、表3に示す。

K6（全般的な心理的ストレス）ハイリスク者は、「職場の人間関係に苦労している」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が高い関連を示した。その他、「震災により家族に死者行方不明者がいる」、「住民からの非難で辛い思いをした」等の要因と関連していた。PHQ-9（抑うつ症状）ハイリスク者は、「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が最も高いオッズ比を示し、次いで「職場の人間関係に苦労している」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「休養がとれていない」「家計の収入が減った」等の要因と関連していた。PCL（PTSD症状）ハイリスク者は、「休養がとれていない」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「住民からの非難で辛い思いをした」等の要因と関連していた。

表3 第1回調査（約20カ月後）におけるK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に関連する要因

	K6 13点以上				PHQ-9 10点以上				PCL 44点以上			
	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P
年齢					-.01	.01	.99	.29				
性別（女性）												
生活支援相談員												
事務職												
介護職					-.27	.29	.77	.36				
独居世帯												
震災前からメンタルヘルスの治療歴がある	1.30	0.39	3.67	0.00	1.83	0.37	6.24	0.00	1.19	0.49	3.29	0.01
家計の収入が減った	0.57	0.32	1.77	0.08	0.61	0.27	1.84	0.02	0.49	0.42	1.63	0.25
自宅が全壊・大規模半壊	0.12	0.31	1.12	0.71	0.32	0.27	1.37	0.23	0.62	0.39	1.86	0.11
震災により家族に死者行方不明者がいる	0.89	0.43	2.43	0.04	0.50	0.39	1.65	0.21	0.87	0.52	2.38	0.09
震災で命の危険を感じた	0.52	0.38	1.69	0.17	0.62	0.33	1.86	0.06	0.88	0.56	2.41	0.12
職場の人間関係に苦労している	1.52	0.34	4.58	0.00	1.34	0.28	3.83	0.00				
休養がとれていない	0.39	0.31	1.47	0.21	0.78	0.27	2.17	0.00	1.32	0.44	3.76	0.00
住民からの非難で辛い思いをした	0.80	0.30	2.23	0.01	0.11	0.26	1.11	0.68	0.79	0.39	2.21	0.04

4) 職業性ストレスについて

職業性ストレス簡易調査票は、仕事のストレス要因、ストレス反応、修飾要因の大きく3つから構成されている。それぞれについて、男女別に平均値を算出し、全国平均（標準集団）と比較した結果を以下（表4）に示す。職業性ストレスは、全国平均と比較して顕著に高いあるいは低い得点は見られず、職場のストレスに関しては平均的な水準であった。

表4 全社協における職業性ストレス簡易調査票各下位尺度の平均値の推移

	男 性				
	第5回 (H28年度) N=63	第6回 (H29年度) N=61	第7回 (H30年度) N=57	第8回 (R1年度) N=11	全国平均
【ストレス原因】 M (SD)					
心理的な仕事の負担（量）	7.9 (2.8)	7.9 (2.8)	8.0 (2.9)	8.6 (2.9)	8.7 (2.1)
心理的な仕事の負担（質）	8.2 (2.1)	8.2 (2.1)	8.5 (2.2)	8.1 (2.3)	8.6 (1.8)
自覚的な身体的負担度	2.1 (1.1)	2.3 (1.0)	2.4 (1.1)	2.1 (0.8)	2.0 (0.9)
職場の対人関係のストレス	7.0 (1.9)	6.2 (1.8)	6.5 (2.1)	5.9 (1.3)	6.3 (1.8)
職場環境によるストレス	2.0 (0.9)	2.1 (0.9)	1.9 (0.8)	2.2 (1.3)	2.3 (1.0)
※仕事のコントロール度	7.9 (1.9)	7.8 (2.0)	7.7 (2.2)	9.7 (1.9)	7.9 (1.9)
※技能の活用度	2.9 (0.8)	2.9 (0.7)	2.8 (0.7)	2.6 (0.8)	3.0 (0.8)
※仕事の適性度	2.7 (0.8)	2.8 (0.7)	2.8 (0.8)	3.2 (0.6)	2.8 (0.8)
※働きがい	2.8 (0.7)	2.8 (0.8)	2.7 (0.9)	2.9 (0.8)	2.8 (0.8)
【ストレス反応】					
身体愁訴	19.1 (5.5)	20.0 (5.8)	19.1 (5.7)	20.7 (5.3)	18.2 (5.2)
【修飾要因】					
※上司からのサポート	7.5 (2.3)	7.3 (2.5)	7.2 (2.5)	7.5 (1.8)	7.5 (2.1)
※同僚からのサポート	8.1 (1.9)	7.7 (2.0)	7.8 (2.1)	7.7 (2.3)	8.1 (1.9)
※家族・友人からのサポート	9.4 (2.7)	9.3 (2.3)	9.3 (2.4)	9.9 (3.1)	9.9 (2.0)
※仕事や生活の満足度	5.2 (1.5)	5.2 (1.3)	4.9 (1.3)	5.5 (1.6)	5.7 (1.3)
※印の項目は、得点が低いほど精神健康に悪影響を与える可能性が高まる					
	女 性				
	第5回 (H28年度) N=221	第6回 (H29年度) N=189	第7回 (H30年度) N=155	第8回 (R1年度) N=13	全国平均
【ストレス原因】 M (SD)					
心理的な仕事の負担（量）	7.6 (2.5)	7.6 (2.5)	7.5 (2.4)	5.5 (2.5)	7.9 (2.2)
心理的な仕事の負担（質）	8.3 (2.1)	8.2 (2.1)	8.1 (2.1)	7.1 (2.8)	8.0 (2.0)
自覚的な身体的負担度	2.5 (1.0)	2.5 (1.1)	2.5 (1.0)	1.5 (0.7)	2.0 (1.0)
職場の対人関係のストレス	6.2 (2.0)	6.1 (1.9)	6.0 (2.0)	5.6 (1.1)	6.3 (1.9)
職場環境によるストレス	1.9 (0.8)	2.1 (0.9)	1.9 (0.8)	1.8 (0.4)	2.5 (1.0)
※仕事のコントロール度	7.8 (2.0)	7.5 (2.1)	7.6 (2.0)	7.9 (2.2)	7.2 (2.1)
※技能の活用度	3.0 (0.8)	2.9 (0.8)	3.0 (0.7)	2.7 (0.6)	2.7 (0.9)
※仕事の適性度	2.8 (0.8)	2.8 (0.8)	2.9 (0.7)	2.9 (0.5)	2.7 (0.8)
※働きがい	3.0 (0.8)	3.0 (0.8)	3.0 (0.7)	3.0 (0.4)	2.6 (0.9)
【ストレス反応】					
身体愁訴	20.8 (5.9)	20.9 (5.9)	19.8 (5.6)	16.6 (3.2)	20.8 (5.7)
【修飾要因】					
※上司からのサポート	7.5 (2.3)	7.5 (2.3)	7.7 (2.2)	7.5 (1.7)	6.6 (2.1)
※同僚からのサポート	8.6 (2.2)	8.5 (2.2)	8.7 (2.0)	8.8 (0.7)	8.2 (2.0)
※家族・友人からのサポート	10.1 (2.2)	9.8 (2.1)	10.2 (1.8)	10.3 (1.3)	10.3 (1.8)
※仕事や生活の満足度	5.3 (1.4)	5.1 (1.2)	5.3 (1.2)	5.5 (1.2)	5.5 (1.3)
※印の項目は、得点が低いほど精神健康に悪影響を与える可能性が高まる					

4. 考察

1) 健康調査

大規模自然災害後の被災地域住民の精神健康は一般に時間経過とともに改善すると考えられている。しかし本調査の対象者の各年度の心理的ストレスハイリスク者、抑うつ症状ハイリスク者の割合の推移をみると、発災翌年度から2016年度までの5年間は、ハイリスク者の割合は高いままで推移し、後半はやや微増する傾向も認められた。また、強いPTSD症状をもつ人々の割合も大きく減じることはなかった。この結果は、東日本大震災後の社協職員のなかには、発災後の中期間、強いストレスを受け、抑うつなどの精神症状を抱えながら働く人々が多く存在していたことを示唆する。

社協職員は地域の復興を支えるため、被災者への直接的支援を継続的に行っているが、そのプロセスが長期化したことが、精神的不健康を抱えながら支援している者の割合が高いまま推移した要因であった可能性がある。時間経過とともに震災の直接的な影響が薄れていくことで、ハイリスク者は全体としては減じたと考えられるが、一方で、慢性的に精神症状が持続している者や遅発性に精神症状が悪化している者が存在していた。これは、抑うつ症状において20カ月後のハイリスク者は半数が改善し正常範囲になったものの、改善した者とはほぼ同数が正常範囲からハイリスクとなり、入れ替わりが明らかになったとの報告（上田、2016）にも示されており、今後も遷延化するうつ症状や遅発性のうつ状態に引き続き注意する必要がある。

第1回調査で行ったハイリスク者の要因の検討では、震災後の職場の人間関係や、地域とのつながりが精神健康と関係していることが明らかとなっている。特に、住民からの非難による辛い経験が、20カ月後のストレスやトラウマ症状と関連している点には注意が必要である。災害後の支援者が、住民から過剰な非難を浴びないようにするための啓発や非難を受けた支援者をサポートする体制づくりが必要であると考えられる。また、震災前からのメンタルヘルスの治療歴はリスク因子として一貫しており、こうしたリスク因子をもつ支援者に対する対策が必要だと考えられる。休養がとれていないことも、メンタルヘルスとの関連は強く、災害後の緊急時であっても、支援者が十分に休養をとるための対策が必要だと考えられる。

2017年度調査では、各種心理指標でハイリスク者と判定される者の割合は例年に比べて低く、発災から8年が経過し、精神症状を呈する職員の割合がようやく減少に転じた可能性がある。ただし、調査に参加した社協の構成は年度ごとに異なり、調査対象者の入れ替わりもあった。また、参加する社協数や対象者数は、特に2016年度以降減じており単純な比較は難しい。むしろ、各社協が長期的にメンタルヘルス対策に取り組んできた成果の表れであった可能性もある。いずれにせよ、経年での比較については、あくまでも参考的なデータとして解釈すべきである。本調査の限界として、平時の社協職員の精神健康のデータがなく比較ができないこと、調査対象者である社協職員は年度ごとに入退職や雇用形態の変化があり、単純に縦断的に比較できないことが挙げられる。

2) 健康調査後フォローアップ面談

本調査票の中で精神医療保健従事者との面談の希望をとっており、「面談を希望する」と回答した者全員と、全般的心理的ストレス、抑うつ症状、PTSD症状のいずれかのハイリスク者に該当し「面談はどちらでもよい」と回答した者と、職業性ストレス簡易調査票で「身体的ストレス反応」が要チェック基準に相当し、仕事のストレス要因に3つ以上要チェックがついた者あるいは「仕事の負担度」、「仕事のコントロール度」、「職場の支援」の3つに要チェックがついた者のうち「面談はどちらでもよい」と回答した者を対象に面談を行った。相談内容としては、震災の直接的な影響についての内容は少なく、職場の人間関係、職場環境・体制の問題、家族・親族との関係、家庭内の問題、自身・家族の健康問題など、職場や家庭に関する相談が多い傾向があった。

震災後には、いずれの職場においても業務内容の変化や業務量の増加、職場環境の変化、職場内対人関係の問題が認められていた。家庭においても居住環境や役割などの変化があり、生活や家族関係の問題が生じていた。各自治体社協への支援は、復興期に移行する中で、直接的な震災の影響が見かけ上は

徐々に減り、長期の災害復興支援業務を行う中で生じる職場の問題（人間関係、業務管理体制など）と家庭の問題（家族関係、健康問題など）が、職員のメンタルヘルスに影響を与えているようであった。特に職場環境として、業務の質や量の変化や地域の状況の変化に適応することに加え、住民および職員間でのコミュニケーションのあり方が、課題となっていたと思われる。そういった職場環境へのアプローチの一環として、一部社協では職員全員を対象にした個別面談を実施した。実施後に管理監督者に面談結果のフィードバックを行い、管理者会議において職場メンタルヘルスに関するコンサルテーションを行った。これらの支援は、平時の職場メンタルヘルス支援の重要性を社協内で確認し、対策を検討する機会となっており、方針や課題の共有による職場環境改善の一助になっていると考える。

3) 研修会およびコンサルテーション

健康調査で得られた情報を県社協、自治体社協、連携機関などと共有し、メンタルヘルス対策に活用できるようフィードバックを行ったことで、個人の精神健康への関心を上げるだけでなく、職場の“メンタルヘルスに対する忌避感”を克服する機会としても役立ったと考える。個人がストレスに気づいて対処するセルフケアに加えて、管理監督者が職員の変化にいち早く気づいて対処するラインケアに関する知識を身につけること、職員同士の円滑なコミュニケーションによる職場環境の改善をテーマにした研修会やミーティングなどの開催が、メンタルヘルス改善・向上に効果的である可能性がある。

5. 今後の課題

被災地の社協職員は地域の復興を支える支援者としての側面と、自らも中長期的な回復の最中にある被災者としての側面がある。葛藤に苛まれ、メンタルヘルスの不調を抱えながらも、長期間震災支援活動を行い、地域の社会福祉を最前線で支えている。復興プロセスに応じて各社協のニーズは異なるが、セルフチェックシートなどを活用した職員の精神健康状態の把握、不調を抱える職員との面談や業務調整管理、メンタルヘルスへの関心を促す研修会などによる組織内での風土づくりが今後の課題と考えられる。

発災から8年が経過し、職員のメンタルヘルス対策は、“災害後”から“平時”の対策へと移行する途上にある。それに伴い支援のあり方は、社協をエンパワメントできるような形へとシフトし、個々のニーズに応じた独自のメンタルヘルス対策に取り組めるように支援することが望まれる。必要に応じて外部資源などを活用しながら、継続的に職場環境と職員の健康マネジメントを行い、より良い職場環境や職員の健康的な生活が組織の風土として培われていくことに期待したい。

今後、被災地では復興住宅のコミュニティを基盤とした町づくりが進んでいくと思われる。その中で、状況格差（中井、2011）で孤立する住民の問題、新しいコミュニティ形成における少子高齢化、過疎化の問題等が出てくることが予想される。地域が一体となり復興への歩みを進められるよう、社協職員をはじめとする地域保健福祉従事者のこころのケアに継続的に取り組む必要があると考える。