

2025.10.31 第64回精神保健福祉東北大会・第64回宮城県精神保健福祉大会

みやぎ心のケアセンターの活動報告

福地 成 narufuku@tohoku-mpu.ac.jp

みやぎ心のケアセンター

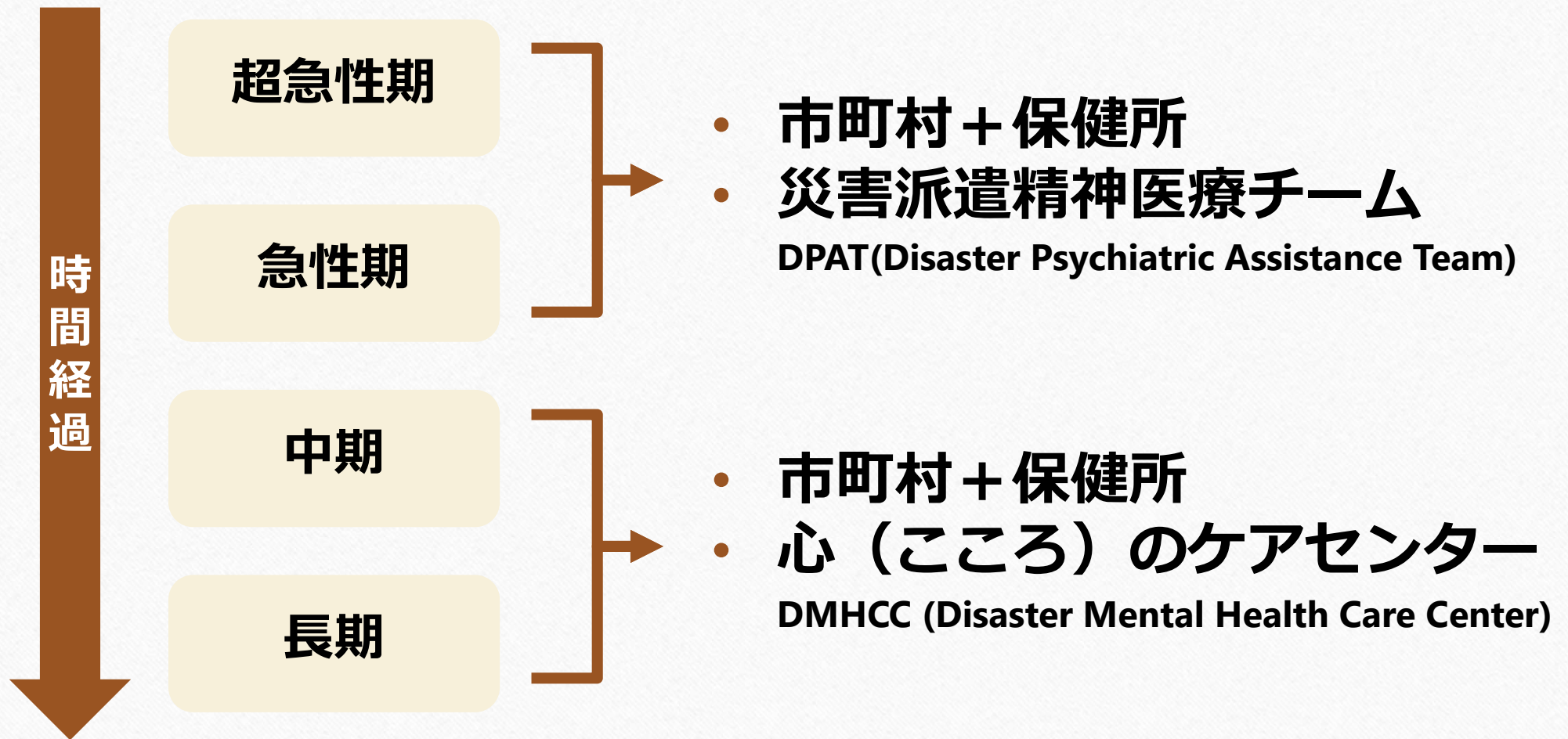
東北医科薬科大学医学部 精神科学教室

お話しの流れ

1. 立ち上げの苦労と組織形成
2. 支援の変遷と地域との関係
3. 地域支援の実際
4. 支援を通じて考えたこと
5. 組織運営と伴走のありかた



回復時期ごとの役割



こころのケアセンター, Disaster Mental Health Care Center

1995年1月 阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）

1995年6月 兵庫県こころのケアセンター



組織改編をして、
診療や研究の機能を残して活動している

2004年3月 新潟・中越地震（マグニチュード6.8）

2005年3月 新潟県こころのケアセンター



10年の活動を経て、2015年3月で終結

2011年3月 東日本大震災（マグニチュード9.0）

2011年12月 みやぎ心のケアセンター



15年の活動を経て、2026年3月で終結

2012年2月 ふくしま心のケアセンター



未定

2012年2月 岩手こころのケアセンター



未定

2016年4月 熊本地震（マグニチュード7.3）

2016年10月 熊本県心のケアセンター



5年の活動を経て、2022年3月で終結

2024年1月 能登半島地震（マグニチュード7.6）

2024年7月 石川こころのケアセンター



まだはじまったばかり

立ち上げの苦勞と組織形成

役割を固定しない

初任者研修のスライド（2012.4.1）

チームとしての考え方

◆ 多職種チーム (Multidisciplinary Team)

- 様々な職種のスタッフが協働
- 役割の固定がされ、職種別の役割分担をする

◆ 超職種チーム (Transdisciplinary Team)

- 様々な職種のスタッフが協働
- ある状況下では、固定した役割を超える
- 全ての職種が、お互いの役割を最低限できるようにする



こっちでいき
ましょう

立ち上げ期のチームづくり

県障害福祉課意見交換会のスライド（2017.4.21）

チーム作りの難しさ

- ◆ 準備期間が不十分な中で、即戦力を求められる
 - 多くの研修機会を提供
- ◆ 人材の確保
 - 経験者を優先して採用
 - 立ち上げ時に新卒を4人採用
- ◆ 適性を見極めの難しさ
 - 元々、面識がない職員がほとんど
- ◆ 強い熱意

少しずつ「こういうことかな」というビジョンが見えてきた頃

3県合同研修会のスライド（2015.7.10）

支援の経過

急性期

- ・ 緊急支援を要する人を発見し、適切な支援につなげる
- ・ 地域住民に対する心理教育が中心
- ・ ひたすら人海戦術

中期

- ・ 簡易なスクリーニングによりハイリスクを抽出し、フォローする
- ・ 地域では非専門職への普及・啓発が中心
- ・ 自治体との関係づくり

長期

- ・ 地域全体を対象とした健康づくり
- ・ 人材育成、個々のスキルアップ(事例検討やSV)
- ・ 自治体との協働

ハイリスクアプローチ

ポピュレーションアプローチ

組織づくりの裏側で起きていたこと

組織立ち上げ時の挑戦

- 「やりたい人おいで」で全国から集まった熱意ある人材
 - ➔ 理想像の衝突が絶えず、混乱と葛藤の連続
- 即戦力を前提に布陣を決定
 - ➔ スキル・役割の見極めが難しく、「実は英語が堪能」「免許あるけど運転苦手」など意外な発見も

支所と組織運営の決断

- 基幹+2支所にとどめて、支所を増やさなかった
 - ➔ 組織のまとまりを保つためには正解だったか
- 市町村出向職員の「所属あいまい」問題
 - ➔ 「現場こそ大事」という意識が強く、組織全体との温度差があったかも

内部の摩擦と学び

- 熱意が強いぶん、意見対立や孤立もたくさんあった・・・
- 「地域を研究対象にしたくない」現場の正義と、研究発信を目指す思いのせめぎ合い
- 市町村との関係では、「飛ばさず・丁寧に対話を重ねる」姿勢が信頼構築の鍵

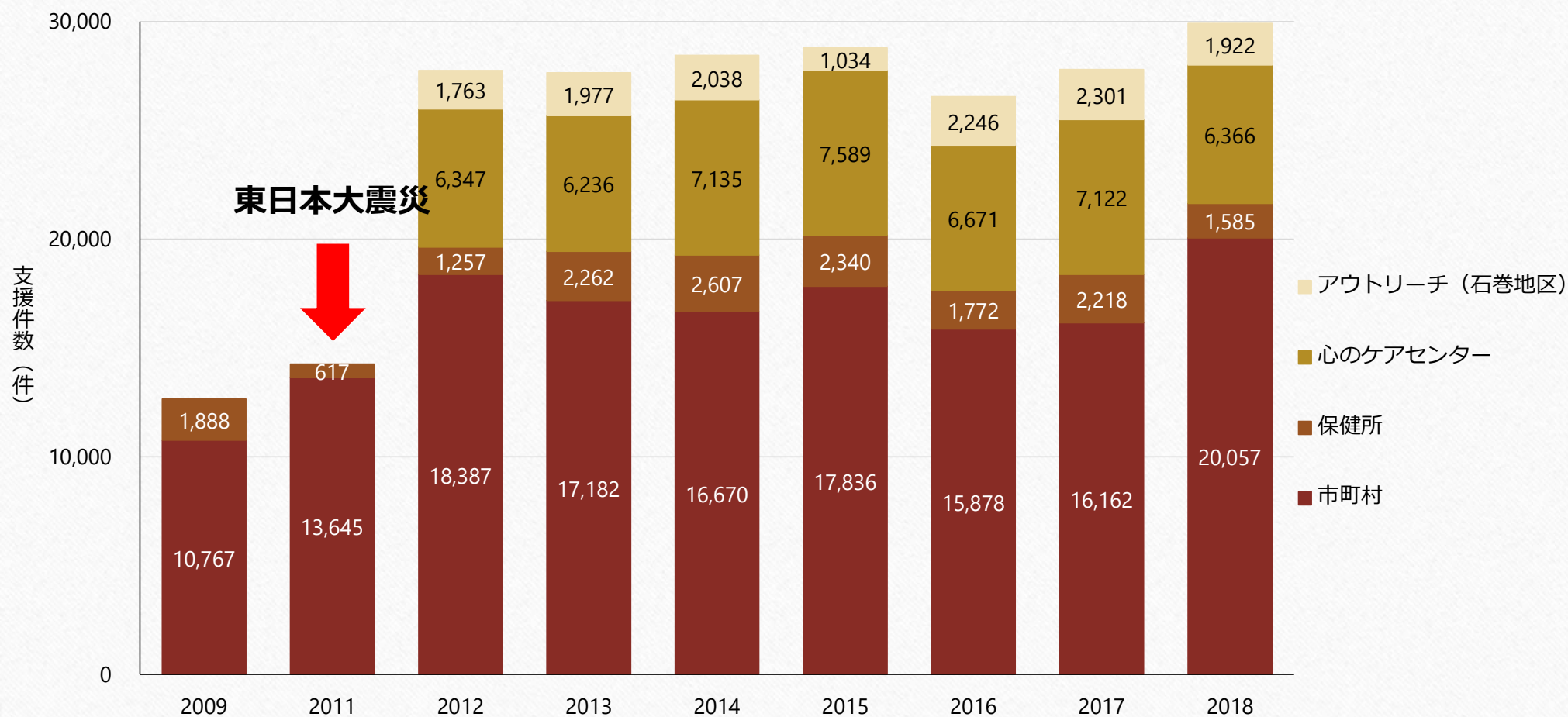
振り返っての学び

- 衝突や葛藤は、熱意があった証拠かと思う・・・
- 信頼関係は、時間と根気の積み重ねでしか築くことはできない
- 組織の理想像と現場感覚をどう調和させるかが最大の課題だった

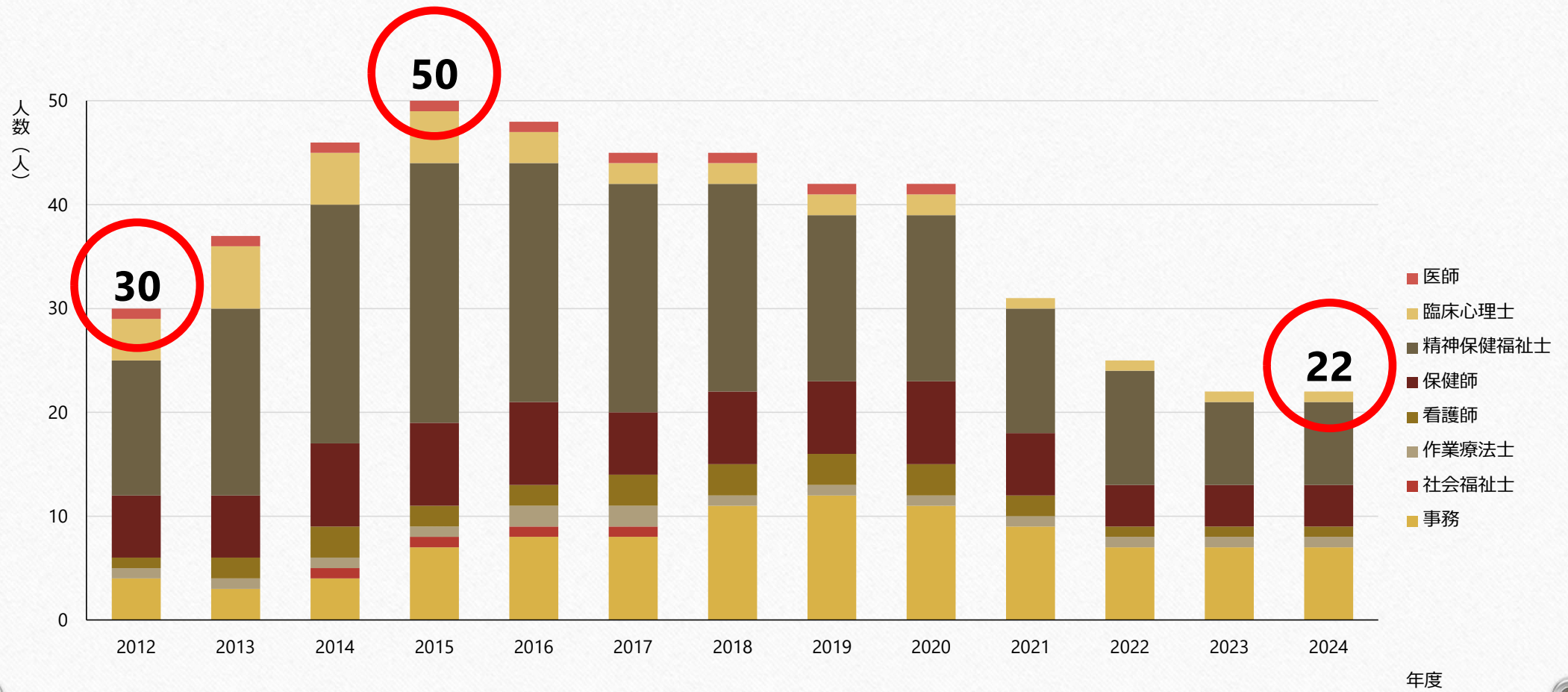
支援の変遷と地域との関係

(活動データからみえること)

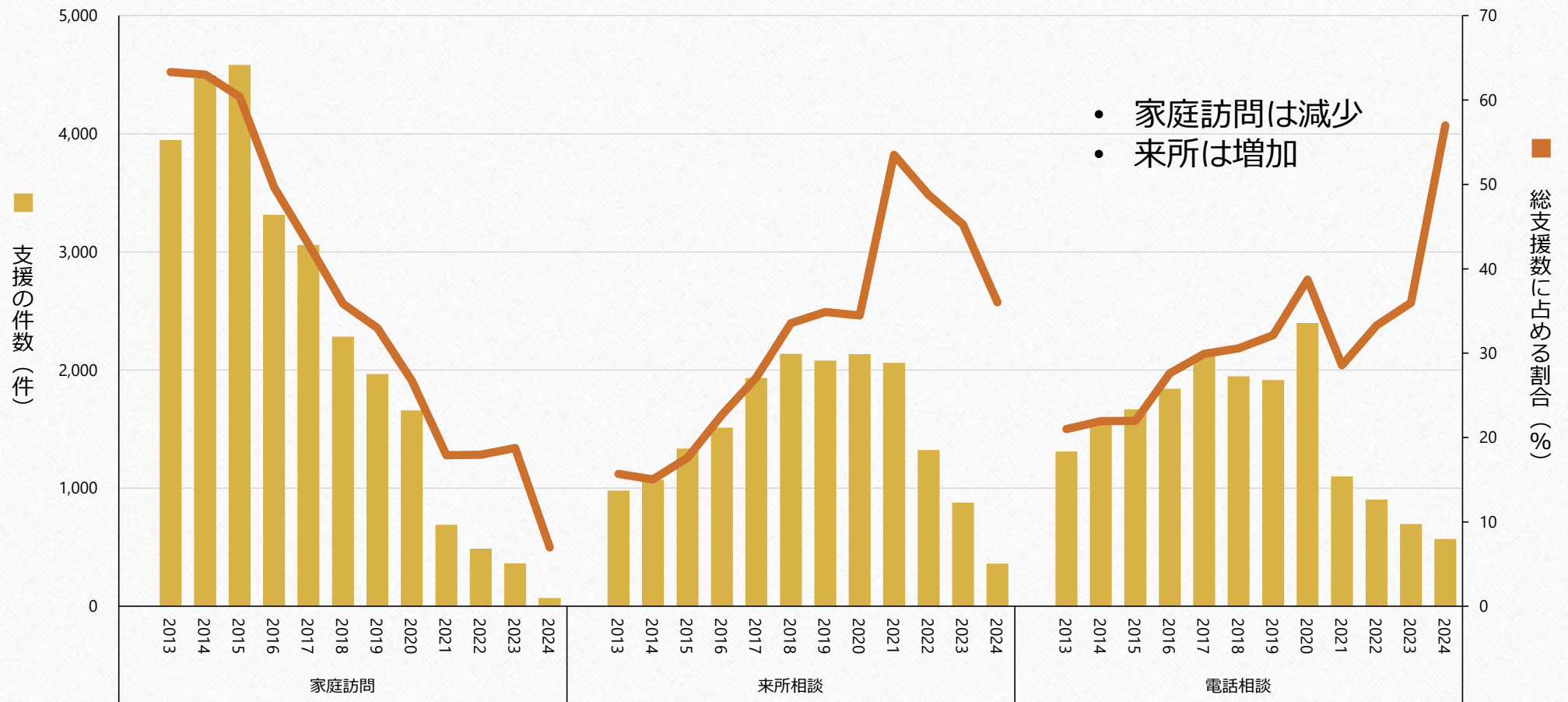
震災前後の宮城県のメンタルヘルスに関わる相談件数



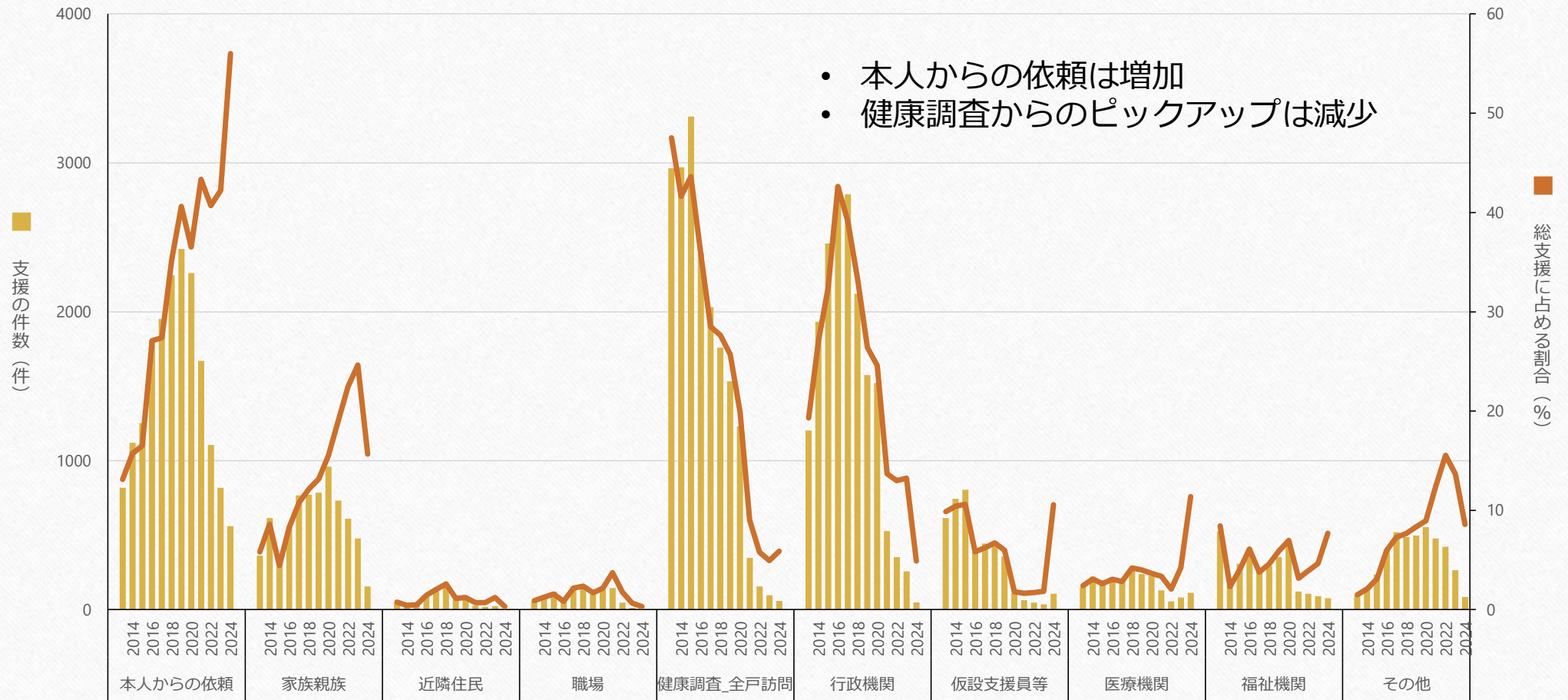
職員数の推移



支援方法の推移

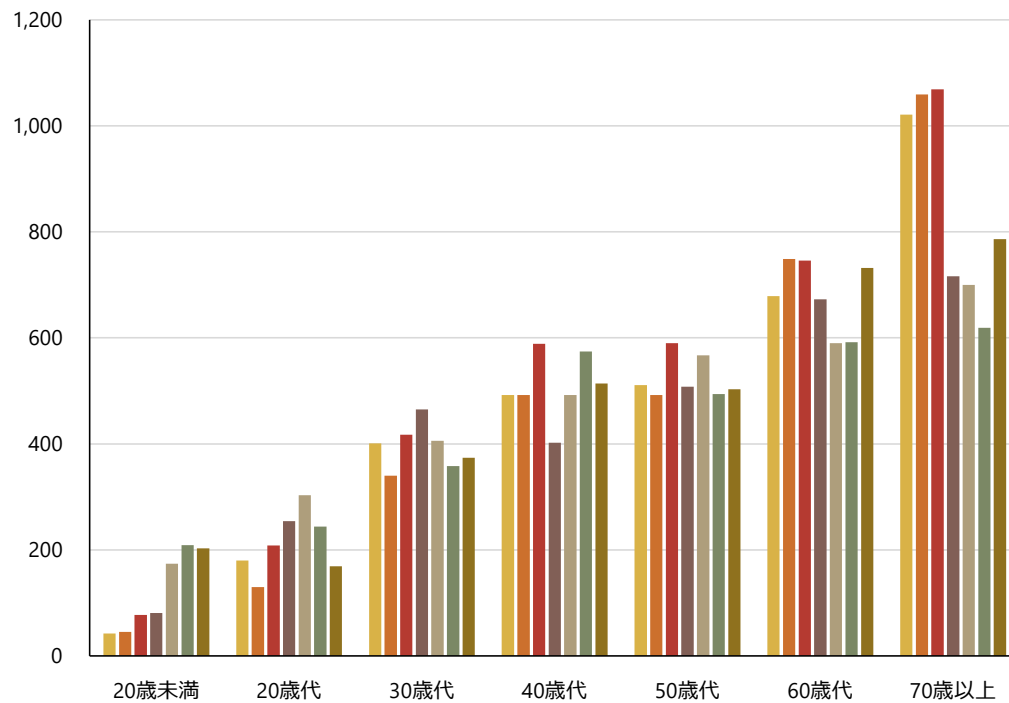


相談経路の推移



年齢別・性別の相談者の推移

女性



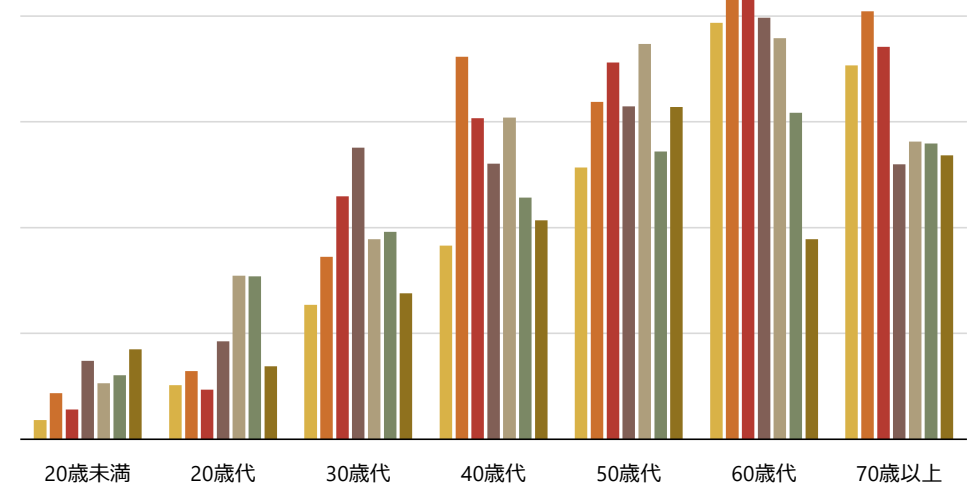
年ごとの平均年齢を比較 (ANOVA)

$F = 76.2, p < .001$

2013 > 2014, 2015 > 2016, 2017, 2018, 2019

男性

- 経年的に高齢者は減少
- 若い年代が増加
- 平均年齢は男女とも減少



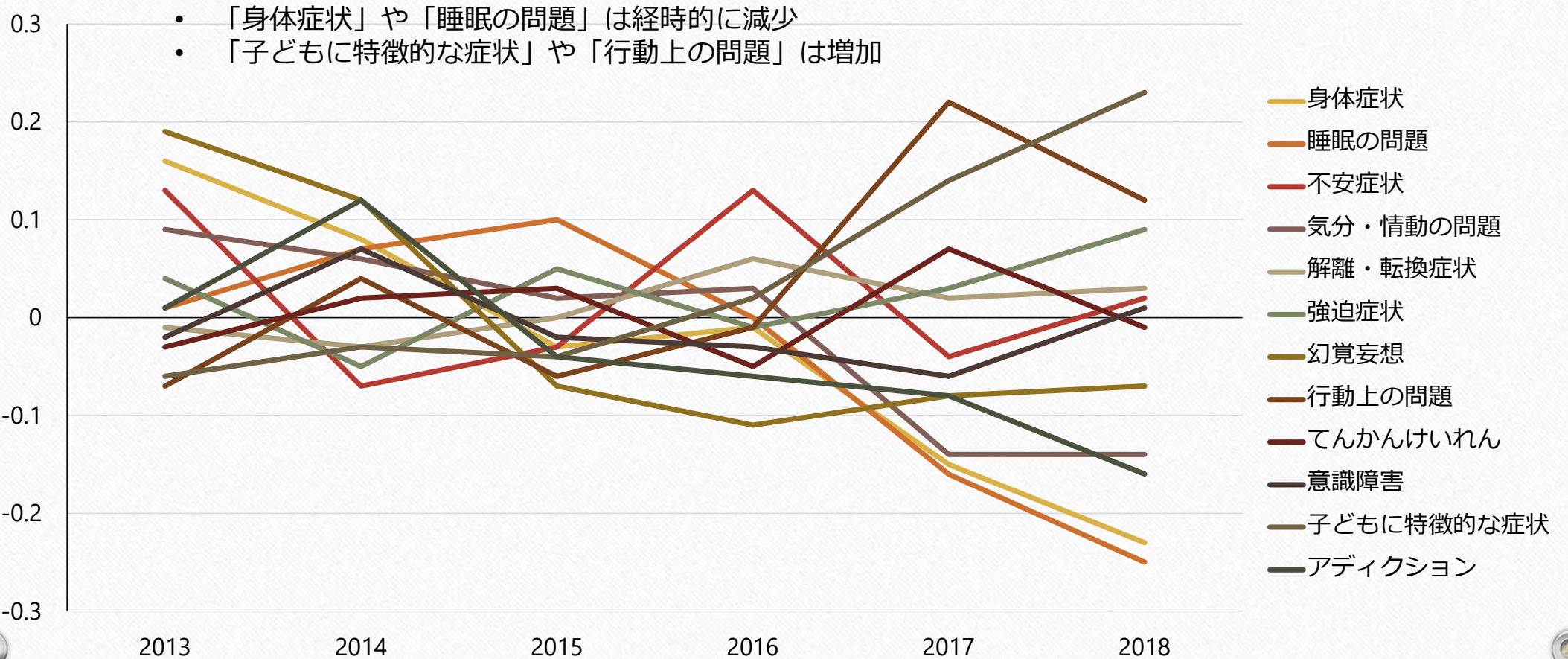
年ごとの平均年齢を比較 (ANOVA)

$F = 80.3, p < .001$

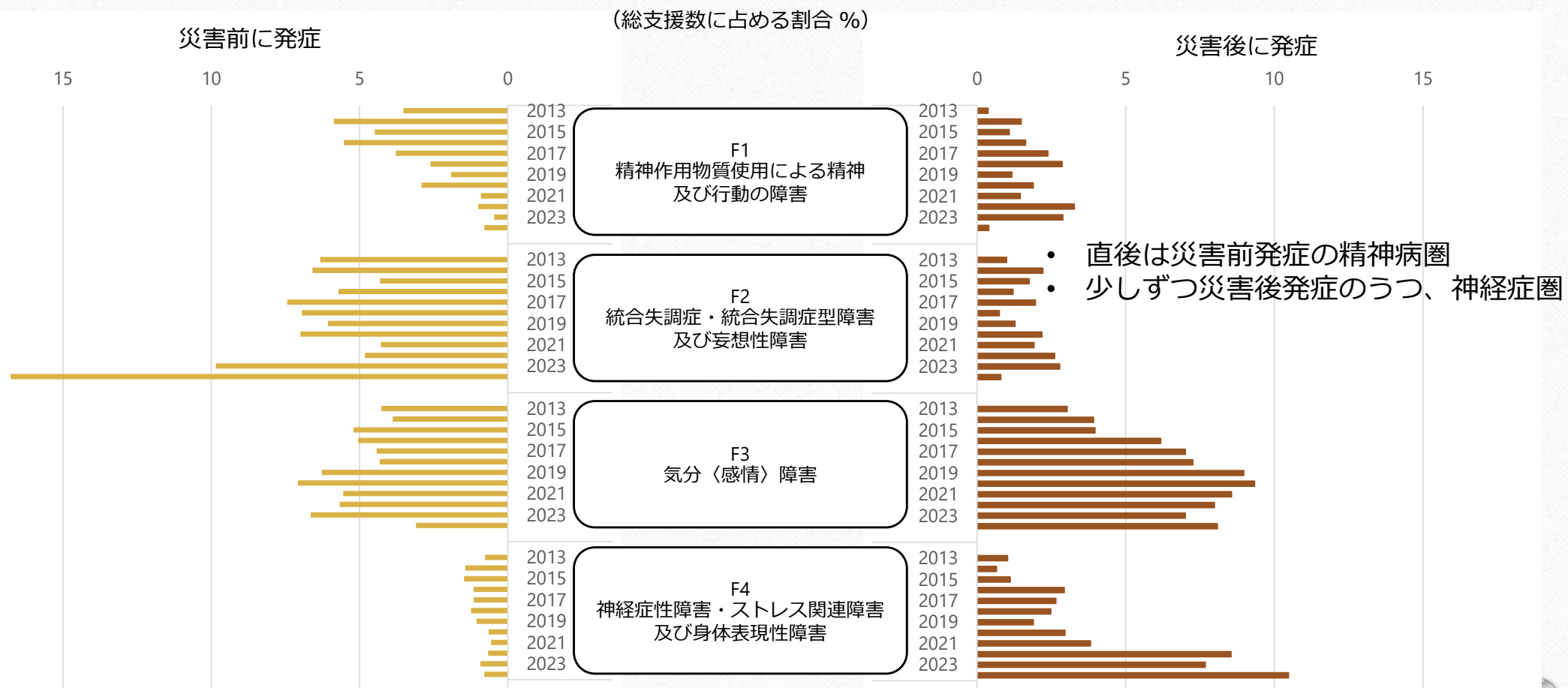
2014 > 2013, 2015 > 2016 > 2017, 2018, 2019

相談者の症状の変化

(Z-score)



疾患分類および発症時期ごとの対象者割合



振り返って、いま思う時期ごとの役割



初期 体力勝負の家庭訪問

- 健康調査で抽出されたハイリスク者の訪問活動
- 市町村の人手不足を補い、信頼していただく契機に
- 専門性よりも体力と気力が問われた時期

中期 地域に入る支援へ

- サロンや集会所での傾聴、場のコーディネート
- 講演や研修など、住民や支援者と共に学ぶ活動
- 求められたのは「コミュニケーション力」

後期① 支援者を支える支援

- 若手保健師や地域職員への指導・スーパーバイズ
- ベテラン保健師の活躍が大きな力になった
- 「住民支援」から「支援者支援」へのシフト

後期② 専門性の発揮

- 家庭訪問は減り、来所ケース対応が中心に
- カウンセリング・臨床技術が必要に
- 地域の困難事例へのスーパーバイズ・事例検討

最終段階

地域情勢の分析と
ポピュレーションアプローチ

- 個別支援から地域全体を見渡す分析へ
- 「そこまで担うべきか」については賛否があった
- しかし地域の動向を把握し、全体の支援像に落とし込む役割を果たしてきたと思う

地域支援の実際

二つのアプローチ



むしめがねアプローチ（ハイリスクアプローチ）

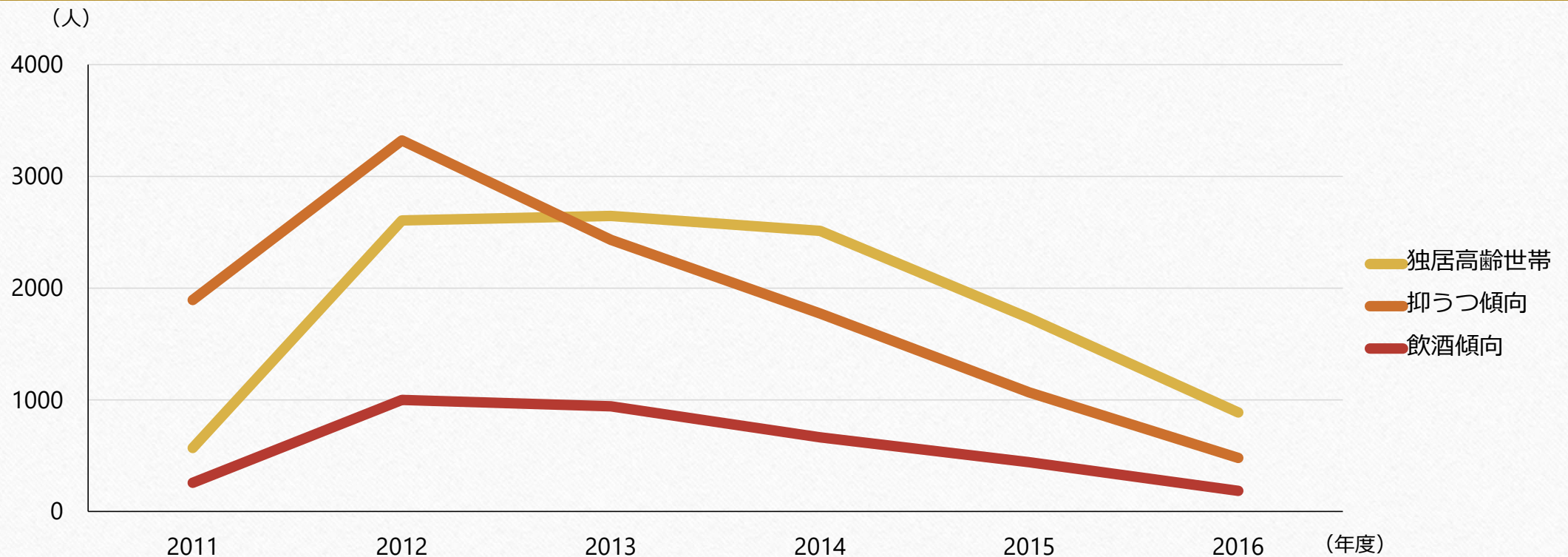
- 危険度がより高い者に対して、その危険度を下げるよう働きかけをして病気を予防する方法
- **危険が高い人たちを見つけて、**資源（人やお金）を投入する。
- 例：健康診断で腹囲が85cmを超えている人を見つけ、指導する。



ふりかけアプローチ（ポピュレーションアプローチ）

- 集団全体に対して働きかける方法や環境整備のこと
- **集団全体にまんべんなく、**効果的に資源を投入する。
- 例：社員食堂の飲み物やデザートの変更。

ハイリスク者の推移（宮城県被災者健康調査の結果から）



- 時間が経過すると、ハイリスクとしてピックアップされる対象者は減少していく。
- 残るハイリスク者に健康調査以外の手法でアプローチをする必要がある。
- 医療機関と地域精神保健のつながりが大事。

これまでの活動を振り返って

■ 当センターはアウトリーチが主体だった

- スクリーニング（健康調査）を足掛かりとしてきた ⇒ 経時的にスクリーニングの対象者が減少
- 「家庭訪問」が主体だった ⇒ 経時的に「来所」の漸増

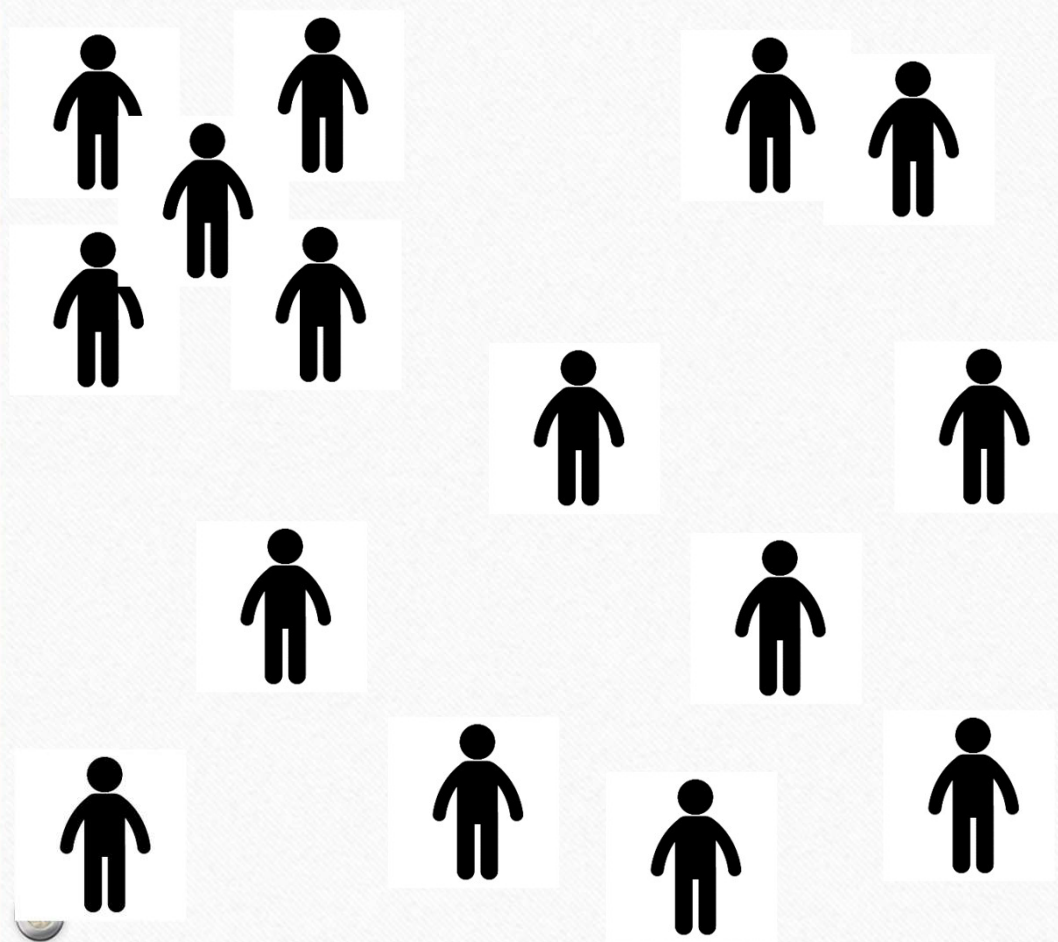
■ 対象者は高齢者、働き盛りの男性に多かった

- 高齢者の孤立、男性の雇用や経済面の課題 ⇒ 孤立・引きこもりや自死の対策

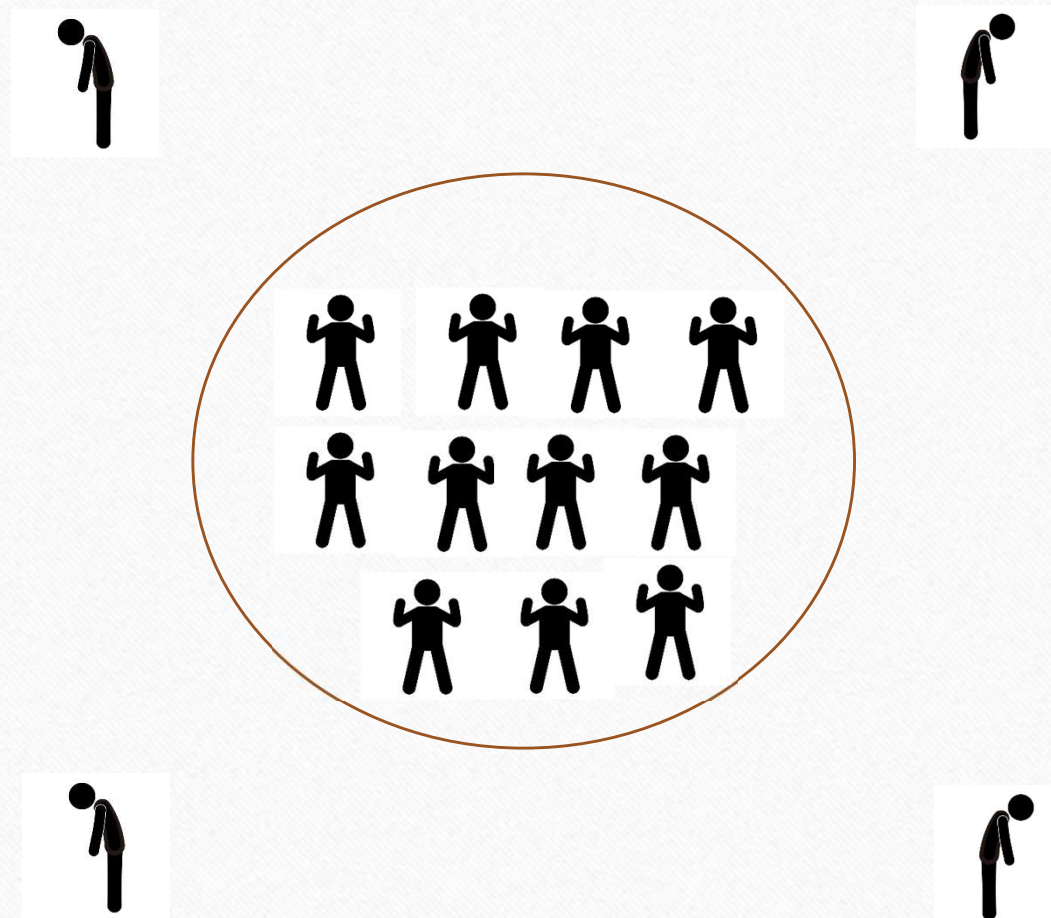
■ 復興時期によって疾患の対象者がシフトするようだ

- 少し時間が経ってから、震災後発症の『うつ病』が増える？
⇒ なかなか良くならない住民への対策が必要

災害前



災害後



よく聞かれたこと

男性はどうしたら
外に出てきますかね？

会えない人は
どうしたら会えるんですか？



サロンの利用者が
減ってきているんですが・・・

集まりの仕組みづくり

外部専門職が考えて、
できあがってから現場に落とすパターン

最初はスピーディー

やっている専門職は楽しい

なかなか定着しない

達成するまでの期間が短い場合に採用

最初から内部者をメンバーに入れて
仕組みを考えるパターン

最初からなかなか進まない

困難を伴うので、
やっていてあまり楽しくはない

完成すると定着しやすい

達成するまでの期間が長い場合に採用

支援を通じて考えたこと

『支援者』と『受援者』の心理

- 外部からの支援を受け入れるということは、既存の自分たちのリソースでは対応できないことを認めるということでもあります。「自分たちが無力であること」「外部からの指摘を甘んじて受ける対象であること」を認めるということです。外部からの支援者はその心情をくみ取り、適切な距離感で相手を傷つけず、尊重・評価し、ねぎらう姿勢が求められます。
- 既存のリーダーの主権を奪ってしまう外部支援者をみかけました。これは精神科臨床の中でも同じような光景をよくみます。課題のある家族がクライアントで、なかなか機能しない保護者がいて、治療者がその肩代わりになってしまうパターンです。主権を奪うことなく、その対象（地域とか職場）の自律性を取り戻す作業をお手伝いする姿勢が必要なのだと思います。そして、外部支援者が理想としない形態であったとしても、その地域が「これで良し」とする精神保健の在り方を認める(承認する・尊重する)スタンスが大事かと思います。

私が考えたこと

- 支援を必要としている人のなかに、医療機関に訪れない人がけっこういっぱいいる
- やっぱり治療よりも予防の方が大事

- 医者役割は病院にだけあるわけじゃない
- できるだけ、地域にも（現場にも）足を運ぶような医者が必要だ

そうだ。医学部の教員になろう。

公衆衛生のマインドを持った、
フットワークのいい医者（精神科医）を育てたい



福地が考えるこれから大事なこと

分析と戦略



- データの蓄積と分析
- 疫学・公衆衛生学との連携
- 統計学的リテラシーの底上げ

アウトリーチ



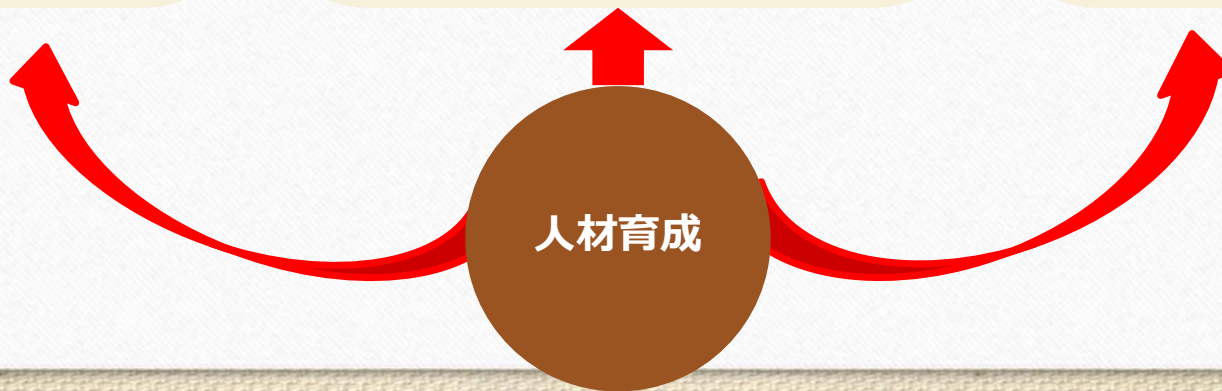
- リスクの高い住民の確認だけではなく、
- 平時から地域につながりをつくる

トラウマ関連の治療



- 時間をかけて傾聴できる体制
- 専門治療（認知行動療法など）

人材育成



組織運営と伴走のありかた

終わりをみすえた組織運営

1. 期間を定めた活動方針

- ・ 開設当初から「期間限定」を明言
- ・ 当初10年
 - ➔ 知事判断で延長され合計15年に
- ・ 振り返れば15年がちょうどよかったように思う
- ・ 期間が決まっていたからこそできた支援とパフォーマンスがあったと思う

2. 世界のNGOから学んだ視点

- ・ 支援組織が長く居座ると、地域が自律性を失い、依存構造が生まれるという戒め
- ・ 本来必要なのは「伴走」
 - ➔ 地域の力を奪わず、回復する力を削がず、自律性を取り戻す手伝いをする



3. シンボルにしない

- ・ 例えば、かつてアルコール依存や児童の治療は「専門病院に行ってください」と丸投げだった
- ・ しかし、どの医療機関でも一定の対応ができるようになるのが理想
- ・ 特定の「象徴」に依存するのではなく、地域全体が対応できる状態が本来のゴール

4. 伴走と継承

- ・ だからこそ「伴走する」ことを重視
- ・ ケースや役割を少しずつ委譲し、地域の中で対応できるよう支える
- ・ 期間を区切った活動だったからこそ、最後にきちんと地域にバトンを渡すことができた

まとめ

- 支援は時期ごとに対象も役割も大きく変化する
- 組織内の衝突や葛藤も含め、それが歩みの一部だった
- 「終わりを意識した支援」が、私たちの特徴であり強みだった
- 最後に、共に歩んできた地域住民・行政・支援者への感謝

ご清聴
ありがとうございました

