

宮城県における復興の現状と課題

※出典 日本病院・地域精神医学会「病院・地域精神医学」57巻3号, 241-244頁, 2015

みやぎ心のケアセンター

福地 成

I. はじめに

2011（平成23）年3月11日に発生した東日本大震災からおよそ4年が経過し、被災地の地域生活や支援活動には時々刻々と変化が見られる。甚大な被害を受けた地域では、地震や津波によって生じた瓦礫はほとんど全て撤去され、かさ上げ工事のための盛り土が視界を遮るように積まれている。かつての活気ある街の景色は消えつつあり、今後変わりゆく様を想像することさえ困難である。地盤が固い安全な土地には復興公営住宅が新しく建てられ、次々と仮設住宅からの転居が進んでいる。一方、プレハブ仮設住宅では転出者が相次ぎ、空き室がところどころ目立つ地域もある。災害後に被災地で活動を始めた各種ボランティア団体は、資金繰りが継続できず撤退が相次ぐようになり、一時期の活気は鳴りを潜めるようになった。

本稿は、現在の宮城県の現状を報告し（福地, 2013）、急性期の支援を振り返り、長期的な課題について検討することが目的である。また、筆者が地域精神保健に携わるなかで観察された現象を述べ、今後の精神保健の立て直しについて、一支援者としての立場からの提言を行いたい。

II. 災害後精神保健の特殊性

初めに、災害後の精神保健の特殊性について述べることとする（図1）。

既存の精神保健は、大災害によって大きなダメージを受け、いくつかの破片に分断された。図中の「残存する資源」とは、災害の影響を受けて規模が縮小したものの、今後の創意工夫により十分に再現可能な資源のことである。また「育成可能な資源」とは、既存の精神保健を担う主翼ではなかったが、今後の地域の回復のために育成・拡充することができる資源のことである。具体的には、民生委員や食生活改善委員などの地域住民の有志者、青年商工会議所や婦人会などの集会機能である。そして「回復できない資源」とは、災害を契機に失った施設や人材であり、将来の精神保健を設計する上で、もはや計算に入れることはできない。例えば、津波によって甚大な被害を受け、閉院を余儀なくされたクリニックや病院などは、その構想に入れることはできない。

一方、災害を契機として被災地に「流入する資源」も多く、県外の医療・福祉法人、NPOやNGOなどの各種ボランティア団体が、被災地で活動するようになった。また、志ある人材が被災地の専門機関に入職し、地域に根づいて生活するようになった。

これらの破片をかき集め、地域の情勢に照らし合わせて「将来の精神保健ビジョン」を描くことになる。被災地の人の動きは早いため、常に全体像を把握し、時機を読み取った介入が重要になる。

Ⅲ. みやぎ心のケアセンターの活動

ここでは、みやぎ心のケアセンター（以下、当センター）で集計している平成25年度（2013年4月～2014年3月）の活動内容を示し、災害の直後に各地域ではどのような支援が必要とされているかを簡単に考察したい。

当センターの全支援活動6,391件の内訳を見ると、自宅や仮設住宅などの家庭訪問が3,807件（59.6%）と約6割を占めていた。災害後の精神保健に従事する支援者にはアウトリーチを行うスキルが要求されることが強く示唆された。

最も相談件数が多い年齢層は、男性では60～70歳、女性では70歳以上であり、両性とも高齢者に多く占める傾向が見られ、介護予防や孤立防止など、高齢者特有の問題への知識が必要と考えられた。

相談者のICD-10による疾患分類では、F2（統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害）、F3（気分・感情障害）が多くを占めた。災害前に発症していることが多く、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多いと考えられた。そのため、以前から脆弱性を持つ住民をできるだけ早く発見し、適切な医療機関へつなげる動きが求められていると考えられた。少数ではあるが、専門医療機関への受診勧奨や紹介、同伴受診するケースが見られた。

以上から、少なくとも発災から約4年間に関しては、①アウトリーチのためのスキル、②高齢者特有の問題に関する知識、③既存の精神障害者を発見して医療につなげる動きが求められていると考えられた。

しかし、今後も継続して同じ事柄が要求される訳ではなく、時間の経過とともに支援内容は変遷していく可能性が高いと考えられる。

Ⅳ. コミュニティの変化

災害後の地域情勢の変化について、筆者の所感を記したい。地域全体の変化として、①団結の強まり、②コミュニティの開閉、③過剰な警戒、④過剰な依存が観察される。

（1） 団結の強まり

危機的な状況を乗り越えるため、被災地では各種の集いが企画され、団結の強まりが見られた。被災した住民を対象とした様々なサロン、組織内強化やネットワーク強化のための会議、今後の変化に対応するための研修会などが増えた。

サロンなどの集いでは、時間の経過とともに地域住民の居住形態が変化し、集いに求められる内容にも変化が見られた。すなわち、当初は、主にコミュニティを維持する目的でプレハブ仮設住宅を中心に集いが自然発生した。しかし、その後、コミュニティ崩壊の危機にあるのはプレハブ仮設住宅より借り上げ仮設住宅の住人であることに気づき、地域では借り上げ仮設住宅の住人を対象とした集いが次々と企画された。さらにその後、避難している住人の全てが元の地域に戻ることはできないことに気づき始め、避難先の住人と新しいコミュニティをつくる目的で、町内会などを中心とした被災の有無は問わない集いを開催する必要性が高まってきた。

こうした地域のコミュニティ形成に関わる活動では、それがどのような形態であっても、参加者は比較的健康的な高齢女性に多く、男性の地域参加をどのように高めていくかが課題としてあげられた。

(2) コミュニティの開閉

災害後から、時間の経過とともに、地域における支援の受け入れ態勢に変化が生じた(図2)。

発災直後、地域の受け入れ態勢の扉は大きく開き、制限なく支援者を受け入れる傾向にあった。被災地は、まさに「猫の手も借りたい」状態にあり、支援者は気分高揚状態にあった。被災地が求めている支援は泥かきなどの力仕事が多く、数日サイクルで支援者が入れ替わることに大きな支障はなかった。

ところが、数カ月が経過すると、際限なく支援者を受け入れることの弊害に気づきはじめ、地域の受け入れ態勢の扉が固く閉じるようになった。この時期に求められている支援は、例えばサロンのなかでの話し相手など、コミュニケーション能力を要求される役割に変わっていった。信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、支援者には数カ月サイクルで留まることが求められた。

さらに時間が経過すると、警戒心が少しずつ溶けて再び扉が開き、長期的なプランに沿った支援者を受け入れるようになった。

このように、時間経過に沿ったコミュニティの扉の開閉が見られ、支援者側は、タイミングを見極めた支援を提供する必要があると考えられた。

(3) 過剰な警戒

コミュニティを脅かす危機が生じた場合、同じ出来事が起きないように防御策を考え、一時的に過剰な警戒に傾くことが多い。例えば、プレハブ仮設住宅内で孤独死や自死が生じた場合、同じ事態が起きないように、お互いの変化に早めに気づこうという動きが強まるがあった。電気メーターや郵便ポストを互いに確認したり、緊急事態を外部に知らせるための警報システムを全戸に設置するなどの動きも観察された。

障害者の家族は、避難所で理解を求めることの大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうため積極的に開示する行動が観察された(古庄ら, 2013)。

一方で、スーパー堤防の建設のように、地域住民が過剰な警戒に対して違和感を抱くようになり、自分たちの地域に高い堤防は必要ないと感じ、反対運動が生じる地域も見られた。

時間の経過とともに住民は違和感を抱き、警戒心は少しずつ通常に戻っていくと想像される。

(4) 過剰な依存

災害後の特殊な環境のなかで、被災者と支援者の間には、過剰な依存が生じやすい(表)。

コミュニティのなかでは、大災害によってトラウマ体験や喪失体験が重なり、被災者と支援者の双方に感情の高ぶりが生じた。そこに双方の思いが重なり、容易に依存関係が構築されやすい状態になった。客観的に見ればおかしいことも当たり前のことのように生じ、その集団内に、ある種の不思議な暗黙の了解が発生した。

例えば、身体的に何の不都合もない被災者が、支援者に対して簡単な買い物を依頼し、支援者もそれを何の疑問なく手伝ってしまうような事態が繰り返し生じた。

こうした依存関係は、支援者側が先に気づくことが多く、現状を打開するために慌てて関係を解消する行動を起こし、被災者側に“見捨てられた不安”を惹起しやすい。これは、一般的な臨床場面で見られる転移・逆転移の現象と全く同じである。

V. 支援者に起きていること

精神保健に従事する専門職であれば、転移・逆転移には十分に留意しているはずである。ところが、被災地支援においては容易に感情移入し、その動きに飲み込まれてしまうことがある。

その理由の一つに、被災者と支援者の距離が近いことがあげられる。支援者の多くは病院臨床に従事していた者が多く、来談者中心の相談事業が支援のベースとなっており、相談室のなかで決められた約束事を前提に相談を受ける形で活動をしていた。ところが、震災後の支援では、被災者の自宅へ訪問し、感情が激しく高ぶるような話を聞くことを繰り返した。そこで展開される会話は、場所や時間などの枠が決められた面接とは質的に大きく異なった。被災者個人に感情移入することがなくとも、支援するコミュニティや集団に感情移入し、飲み込まれてしまう現象は多く観察された。

それでは、どう対応すればよいのか。個人でコントロールすることが難しいからこそ、チームとしての対応が大切と考える。

- ① ケースを支援者個人が抱え込まず、チーム内（複数）で共有するよう心がけること。
- ② 定期的に外部支援者からのスーパーバイズを受け、指摘によって軌道修正できるしくみをつくること。
- ③ 定期的に被災地を離れるシステムをつくり、自分たちの地域に何が起きているのかを、外から眺める機会を得ること。

上記のような積み重ねが支援スタッフを守り、ひいては被災した地域の復興に貢献すると考える。

参考文献

福地成（2013）.被災地の精神保健の現状と課題.病・地域精医 55:15-17.

古庄純一,他（2013）.発達障害医学の進歩 25.診断と治療社

注) 掲載原文のまま