

被災地における精神保健の現状と課題

みやぎ心のケアセンター
福地 成

Key words：東日本大震災、こころのケア、地域復興

1. はじめに

わが国は地震大国であり、過去の地震と津波の記録は多く存在する。東北地方は明治三陸地震（1896年）と昭和三陸地震（1933年）を経験しており、各種の「いつたえ」やモニュメントが存在する。こうした警鐘にもかかわらず、結果的に甚大な爪痕を残し、誰もが「もっと自分にできることはなかったのか」と感じている。今後同規模の災害が東北以外の地域に生じる可能性もあり、急時に迅速な支援を行うことができるよう、その糸口となる実情を報告することが被災地に生きる専門職の責務と感じる。

被災地では、急性期を過ぎて中長期のフェーズに至り、地域生活や支援活動には時々刻々と変化が見られる。人々が居住する空間から瓦礫は撤去され、一部の廃材置き場に寄せ集められ、山積している。地域住民は避難所から仮設住宅へ移動し、それぞれが抱える社会問題と対峙している。

全ての問題の根源は、いずれも将来が見えないことへの不安感にあるが、時期や地域によって、抱える問題がそれぞれ異なっている。もはや「こころのケア」だけに焦点をあてた対応では不十分であり、雇用や経済情勢に即した政策を必要としている。そこには地域公衆衛生学の知識に基づく手法と、個別の地域事情に即した発想が必要とされている。

2. 人口動態の変化に伴う問題

津波による浸水被害や原発事故による警戒区域により、東北地方では人口動態が大きく変化した。働き盛りの年代は雇用を求めて被災地を離れ、残された地域はより一層の高齢化を招いている。介護サービスの利用を求めて要介護認定の申請が増えているものの、復旧の遅れのため利用可能な施設は限られており、現場で働く介護従事者が不足しているのが実情である。

震災後に身体活動が制限され、一層の運動機能の低下を来したことも要介護者増加の一因と考えられる。また、今まで家族同士で支え合ってきたものの、若年層が地域を離れたことにより、老々介護を余儀なくされているケースも少なくない。ただし、その一方で、利便性のよい応急仮設住宅へ避難している高齢者のなかではコミュニティーへの帰属が強化され、外出の機会が多くなったという事例も少なからず存在する。

東北南部に居住している家族は、原発事故の放射能汚染に対する不安から他県に避難することが多い。しかし、避難先に安定した雇用が約束されているわけではないため、必然的に母子だけで避難することになる。父親のみ居住地に残って仕事を続け、週末に家族が再会するという生活様式になった。母子だけで不慣れな土地で生活し、放射能にさらされ続ける父親の身を案じ、二重生活のための経済的負担も重くのしかかるのである。特に、乳幼児を抱えた母子や妊産婦にとっては、あまりに重すぎる負担である。

また、避難先が震災後に人口流入している地域であれば元々の住人との間に軋轢を生じ、肩身の狭い思いをして生活することもある。原発事故によるストレスは、過去の各種トラウマ研究にも類を見ないものであり、今後のストレス反応も予測がつかない。こうした家族にとって、この生活がいつまで続くのか見通しがつかず、その不安たるや想像を超える。子どもたちはこうした全ての事情を正確に認識することは難しく、保護者の不安を肌で感じて生活を続けることになる（福地 2012）。

3. 地域住民調査の結果から

被災地では、各種団体を母体として被災住民を対象とした健康調査が行われた。2012（平成 24）年 1 月～3 月には宮城県保健福祉部医療整備課が主体となり、民間賃貸住宅を仮設住宅として家賃支援を受けている住民を対象とする健康調査が行われた。対象世帯 12,826 世帯に対して、9,414 世帯から回答があった（回収率 73.4%）。

調査用紙には、うつや不安・気分障害などのある住人を把握するための「K 6 調査票」（Kessler, R.C. ら、2002）という質問紙が含まれ、今回の宮城県内の健康調査で K 6（全般精神健康度）13 点以上の「重症精神障害以上」と判定されたのは 8.1%に上った。2006（平成 18）年に川上らが K 6 を用いて全国調査を実施したときは、一般住民における 13 点以上は 3%であったと報告している（川上、2006）。一概に両者の結果を比較することはできないものの、今回の調査からは、被災地住民の健康状態はすぐれないものと考えられる。こうした調査結果をもとにして、地域支援者が戸別訪問を行い、必要な支援を提供するかかわりが根気強く試みられている。

リスクが高い集団を対象として、集団全体の健康状態をよい方向へシフトさせる活動も活発である。各仮設住宅では、社会的な孤立を防ぎ、地域のつながりを強化するための各種集いが運営されている。地域が抱える事情によって活動内容はさまざまである。子育て世代を対象とした広場であったり、高齢者を対象としたお茶のみ場の提供であったり、单身男性を対象とした「おとこの料理教室」などもある。そうした集いの場に自然な形で専門職が溶け込み、普及啓発の講話や研修を行うこともある。民生委員・児童委員や青年商工会議所などの非専門職に対して研修を行い、普段の生活のなかに精神保健のエッセンスを普及するゲートキーパープログラム（内閣府）などの試みも行われている。

一方、被災地での各種調査の乱発や、その弊害についても指摘しておく必要があるだ

ろう。支援者側の不安を払拭するためだけに調査が実施されてはならず、地域住民に必要なサービスが行き渡るような仕組みやフローを事前に計画・立案する必要がある。また、調査・研究が主目的の外部支援チームもあり、調査だけ実施してフィードバックをせず、自分の地域へ戻ってしまって結果だけ公表するということがあった。彼らの被災地活動はそこまでであり、結局は彼らがかかわったハイリスクの住民を地域支援者がフォローすることになった。また、中長期のフェーズに至って「この研究計画を実施できるフィールドはないか」という話を持ち込んでくる研究者は後を絶たない。こうした傷つき体験から、外部支援者を受け入れることに抵抗感を持つ地域があることもここで指摘しておきたい。

4. 職域のメンタルヘルス

震災の直後は、救助職（消防・警察など）への支援要請が相次いだ。自らの生命を犠牲にする覚悟をして人命救助に邁進し、同時に多くのご遺体に対面することが彼らの使命であった。中長期のフェーズに至り、対人援助職や公務員の精神的負担が大きくなってきている。こうした職種の多くは震災前からその地域で活動しており、自分自身も何らかの喪失体験をしていることが多い。対人援助職では、喪失感に打ちひしがれる地域住民の話の繰り返し傾聴する機会が多く、二次的外傷性ストレス（Pearlman, L.A.ら、1995）を受けやすくなる。また、復興が足踏みするなかで地域住民は不満を抱きやすく、その矛先は公的な職務を遂行する側に向けられることが多い。彼らは、その献身的な職務遂行にもかかわらず、報われる感覚を得にくく、その心労たるや想像を超える。

こうした職域で講話や研修を依頼されることがある。当然、惨事ストレスや二次的外傷性ストレスをテーマに研修を進めるが、基本は「ねぎらい」に尽きる。極限までストレスを抱えた職域においては長く集中することが困難なため、時期や地域事情を踏まえて話題を調整していく必要がある。筆者は予防接種における「集団免疫」という概念を念頭に説明することがある。接種した人は免疫ができるので、特定の感染症にかかりにくくなる。接種した人口が増えれば増えるほど、特定の感染症は流行りにくくなるため、個人だけではなくその人が属する家族や地域も恩恵を受ける。集団が健康になるためには一人でも多く健康な人を増やすことに尽きる。つまりは地域の健康に貢献したいと思うのであれば少なくとも自分自身が健康であり続けることが最低限必要である。献身的な自己犠牲に基づく頑張りは、最終的には集団の健康に寄与しない。さらには、外部から健康な人間をどんどん受け入れることも、集団の健康増進には大いに有用である。こうした話をする、妙に納得してもらえることがある。

5. 文化に即した支援

復興へ向けた取り組みを考える上で、わが国独自の文化に基づく精神性を無視するこ

とはできない。相撲は日本の国技であり、いわゆる日本固有の「武士道」の魂が込められている。文字通り裸一貫でぶつかり合い、正々堂々と組み合う戦い方が潔いとされる。数年前、力量が拮抗した二人の強靱な力士が、歴史に残る白熱した優勝決定戦を演じて見せた。長い攻防戦の末に、勝った方の力士は会場に向かって思わずガッツポーズを連発した。翌日のメディアでは、その力士は非難の的になった。土俵上におけるガッツポーズは負けた力士への冒瀆であり、お互いの尽力を尊重する姿勢として不適切であるという論理である。常に謙虚さを持ち続け、こころに秘めた思いは表面に出さず、相手の気持ちを丁寧に汲み取ることが美德とされる。日本はそういう文化である。

海外のメディアからは、こうした日本人の災害対応の姿勢について賞賛の声が上がった。通常、海外で大きな災害が生じると、平素から不満を抱いていた住民が暴動を起こし、治安が悪化することが多い。日本ではそれがなかった。急時であっても礼儀を重んじ、お互いを思いやり、助け合う精神が素晴らしいという論調であった。

筆者が「こころのケアチーム」の一員として避難所の巡回を続けたときも「私は大丈夫です」「そういうのは結構です」といった類の言葉を何度聞いたことだろうか。辛くても、しんどくても歯を食いしばり、自分が感情を吐露することで与える周囲への影響を押し量る。こうした強がりな気持ちを丁寧に汲み取り、肯定し、個人の尊厳や回復力へつなげる工夫が必要と感じる。まさに国や地域の文化に即した支援のあり方を考えて、それらをつくり出していく必要がある。

6. 地域精神保健の見直し

わが国の精神科医療は病院中心のシステムであり、いわば「来る」人を専門職が「待つ」体制が根強く残っている。ゆえに、地域精神保健を支える公衆衛生としての精神医学が学問として十分に発展してこなかった経緯がある。

震災以降は一転して、専門職が地域へ出向いて啓発活動を行い、ハイリスクの地域住民をピックアップする動きが強まり、既存の地域の力を底上げするような促しが急速に進んでいる。こうした地域精神保健の変容はあたかも急時に生じた特別なもののように感じるが、本来は当たり前のことであり、平時に戻っても継続すべき取り組みに違いない。我々は震災を契機に、地域精神保健のあり方について再考する必要があると強く感じる。

誰もが今回のような規模の災害は想定していなかった。備えることは大切だが、備えて対応可能な出来事ばかりが生じるとは限らない。どんなことが起きても対応できるような人材づくり、地域づくりを考えるべきである。

今回のような規模の災害が生じると、コミュニティーを管理する組織そのものが壊滅し、通常の機能を取り戻すまでの間に「つなぎ」をする役割が必要になる。地域として育成するべきはカリスマ性のある「リーダー」ではなく、各種の関連機関をつなげるような「ハブ役」である。そうしたハブ役は、平時より自由度の高い活動を与えられ、地

域へ出て各種機関へ顔を売り、渡り歩いている必要がある。大卒後に職に就いてから流動的な役割を与えても、なかなか動けるものではない。所定の学校教育のなかでもこうした思想を広め、「自由人」を許容する文化を根づかせていく必要がある。そうした人材を早い時期から育成し、地域に複数配置することが地域のレジリエンス（resilience）を高めることにつながる。複数のネットワークが、生き物のようにその時々で有機的につながったり離れたりしていくことが理想と考える。

（病院・地域精神医学 55 巻 4 号 2013 年 6 月号に掲載）

引用・参考文献

福地成、(2012) . 震災が養育環境に与えたもの . 子どもの虐待とネグレクト 14 : 14-19.

Kessler RC、Andrews G、Colpe LJ、et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002;32:959-76.

川上憲人 . 全国調査における K 6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因 . 平成 18 年度厚生労働省科学研究費補助金「国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究」分担研究書 .

内閣府ゲートキーパープログラム（内閣府 HP <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper-about.html>） .

Pearlman LA、Stamm BH : Secondary traumatic stress; Self-care issues for clinicians, researchers、& educators. Sidran Press、Lutherville Maryland、1995 (2nd edition、1999