

宮城県における復興の現状と課題

地域支援部長
医師 福地 成

1. はじめに

東日本大震災から4年、みやぎ心のケアセンター（以下、当センター）が本格始動してから3年がたち、被災地では地域生活や支援活動には時々刻々と変化が見られる。本論ではこれまでの活動を概観し、経時的な活動内容を分析することにより、当センターを通した大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討し、今後の災害後の復興支援について検討・準備することを目的とする。各種統計の詳細については第Ⅰ章3の活動状況をご参照頂き、本論ではあえて再掲しない。

なお、本論は平成24～26年度厚生労働省科学研究費『被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究』（研究代表者：金吉晴）の報告書を一部改編したものが含まれている¹⁾。

2. 災害精神保健の特殊性

はじめに、災害精神保健は平時の地域精神保健と異なる点が多く、その特殊性について最初に言及しておきたい²⁾（図1）。大災害によって既存の精神保健は大きなダメージを受け、いくつかの破片に分断される。『残存する機能』とは、災害の影響を受けて規模が縮小したもの、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。『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・拡充する可能性がある資源のことである。『回復できない機能』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。一方、災害を契機として地域に『流入する資源』も多く、外部の医療・福祉法人、NPOやNGOなどの各種ボランティア団体の活動が活発になる。これらの破片をかき集めてつなぎ合わせ、地域の情勢に照らし合わせた将来の精神保健ビジョンを描き直すところに災害精神保健の難しさがある。

それぞれの破片を東日本大震災に当てはめて考えてみる。『育成可能な資源』は、民生委員や食生活改善推進委員などの地域住民の有志者、商工会議所青年部や婦人会などの集会機能と考えられる。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構想に入れることはできず、これらは『回復できない資源』と考えられる。志ある人材が被災地の専門機関に入職し、地域に根付いて生活することもあり、彼らは『流入する資源』と考えられる。災害後精神保健においては、時間経過に伴う地域情勢の変化が速く・大きく、常に全体像を把握し時機を読み取った介入が必要である。

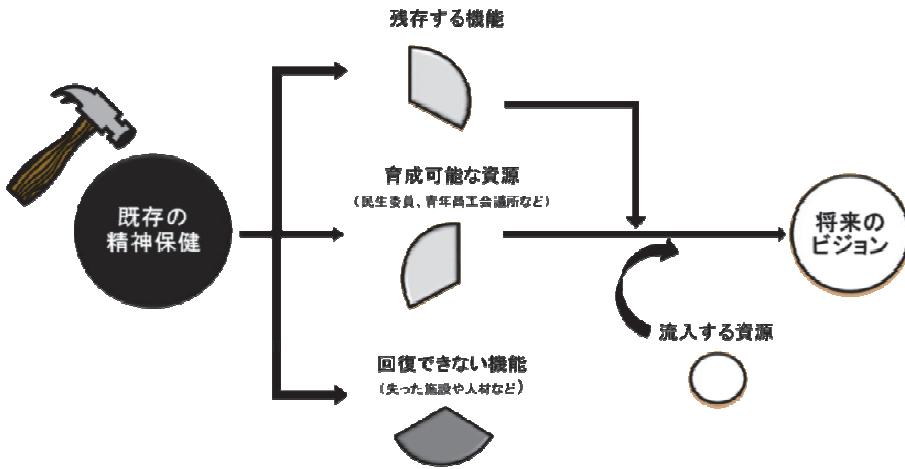


図1 災害精神保健の特殊性

3. 災害後の緊急支援チームの難しさ

我が国では大地震が生じた後に、その都道府県に一つの『心のケアセンター』が設置されてきた。平成7年の阪神淡路大震災後に『兵庫県こころのケアセンター』、平成16年の新潟県中越地震後に『新潟こころのケアセンター』が設立された。平成23年の東日本大震災後に東北の被災3県それぞれに『心のケアセンター』が設立された。こうした緊急支援チームづくりの難しさについては、過去の経験から様々な報告が行われている^{3) 4)}。

当センターは平成23年12月に準備室が設置され、翌平成24年4月に石巻・気仙沼地域センターを設置し、震災からおよそ1年後に本格始動となった。当センター開設の声掛けに対して参考した志願者の中で、かつてよりお互いに面識がある者は数少なかった。設立準備段階から活動開始までの時間が短い中、各々にどのような力量があるのかを把握し、組織化して役割を配分することに苦労を要した。組織としての明確な方向性が確立されていない中、基幹から離れた地域センターでは活動上で迷うことが多く、丁寧な連絡や意思疎通体制を工夫する必要があった。災害後の緊急支援チームの在り方として、既存組織の拡充か新しい組織の設立かで議論されることがあるが、後者を採用するのであれば最小限のブランチ数でコンパクトに開始することが組織づくりの鍵になると筆者は考えている。

多様な職種がいる中で、職種による明確な役割分担を敢えて行わず、誰もが等しく『広く浅く』支援を行うことができるようスキルアップをする方針を立てた。つまり、医師や臨床心理士などの個別治療を得意とする職種であっても、開設当時は誰もが等しく個別訪問に献身し、必要な地域支援機関へつなぐ方針を立てた。当初は地域の現状を正確に把握しきれていたため、上記以上に明確な活動方針を立てることが難しかった。そのため、支援の窓口となる市町村との関係作りが当初の最優先事項となった。宮

城県で実施した仮設住宅居住者対象の健康調査をはじめとして、いくつかの被災者調査が実施されており、そこから数多くのハイリスク者が抽出されていた。こうした中で、当センターが個別訪問を積極的に行うことで市町村との信頼関係を構築してきた側面が大きいと考えている。このように『考えてから走る』のではなく、『走りながら考える』スタイルにならざるを得なかった。走っているうちに見えてくることも多く、その都度お互いに確認しながら、時間経過とともに組織としての方向性を見定めてきた側面が大きい。一方で、最初は自由度が高く許容されていた活動が、後付けでルールや制約が加えられることになり、活動がどんどん窮屈になる感覚を抱くこともあったようだ。もとより、こうした緊急支援組織に参集する人材の特徴として、各地域で自由度の高い活動を行ってきた者が多いため、少しずつ持ち味が出せなくなる感覚を抱くこと也有ったようだ。

4. 地域住民支援からみえること

次に当センターの3年間の地域住民支援活動を分析し、若干の考察を加えて記したい。当初から個別訪問を主体とする活動を掲げていたため、来所相談を受ける体制（予約体制や面接室など）は十分ではなく、電話などのホットラインは開設していない。そのため、来所者や電話件数が少なく、個別訪問の件数が全活動の約6割を占めた。支援対象者の性別としては、開設当初は女性が多くを占め、時間を経るにつれて少しずつ男性が増える傾向がみられた。我々の活動は平日日中に集中するため、個別訪問をしても必然的に無職の女性に接触する可能性が高いと考えられた。活動3年目になり中年層の無職男性への支援が増えていることも特筆に値する。対象者の年齢分布としては、男女ともに高齢者層に要支援者が多いことから、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。

支援対象者の疾患分類別では、活動当初よりF2（統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害）が多くを占めた。時間の経過とともに、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）とF3（気分・感情障害）の増加がみられ、平成26年度はF2>F3>F1の順になった。いずれの疾患も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。急性期は、統合失調症をはじめとする脆弱性を持つ住民の中で、生活基盤が揺らぐことにより必要な医療資源が行き届かなくなり、症状を悪化させことがある。こうした住民をできるだけ早期に発見し、適切な医療機関へ繋げる動きが求められていると考えられた。いわばトリアージとしての機能である。中長期には、アルコール関連疾患やうつ病など生活変化に伴うストレスに起因する疾患が増えるため、そのリスクを有する住民をスクリーニング等で発見し、予防する動きが求められていると考えられた。いわばハイリスクアプローチとしての機能である。災害精神保健においては、時間経過や地域情勢の変化とともに、支援の戦略とその対象者が変化するということができるだろう。

5. コミュニティの変質

ここでは地域情勢の変化について筆者の所感を記したい。集団には生態としての防衛反応があり、強い刺激に対しては本能的に自らを変質させることで身を守ろうとする。コミュニティは大災害という刺激を受け、その変化に適応するために時々刻々と変質している。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、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に、被災地では各種の集いが企画され、団結の強まりが観察された。被災した住民を対象とした様々なサロン、組織内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、時間経過とともに地域住民の居住形態が変化し、集いに求める内容の変化が見られた。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も民間賃貸借上住宅の住民であることに気付き、地域の中で民間賃貸借上住宅の住民を対象とした集いが次々と企画された。更にその後、避難している住民の全てが元の地域に戻ることはできないことに気付きはじめ、避難先の住民と新しいコミュニティを作る目的で、町内会などを中心とした被災の有無は問わない集いを作る必要性が高まってきた。こうした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な高齢女性が多く、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挙げられた。

（2）コミュニティの扉の開閉

災害後から時間が経過するとともに、地域の支援受け入れ態勢に変化が生じた（図2）。発災直後にコミュニティの扉は大きく開き、際限なく支援者を受け入れる傾向にあつた。被災地は『猫の手も借りたい』状態にあり、一方で支援者は気分高揚状態にあつた。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。ところが数ヵ月経過すると、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、扉を固く閉じるようになった。この時期に求めていた支援はサロンの中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り、信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、数ヵ月サイクルで留まることが求められた。更に時間が経過すると警戒心が少しづつ溶け、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つた。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、必要としている支援も変化し、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。

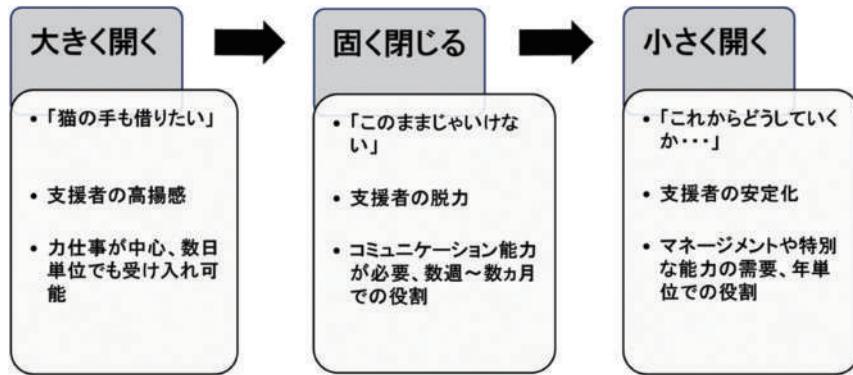


図2 コミュニティの開閉

(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。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ことがあった。電気メーターや郵便ポストをお互いに確認したり、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ことも観察された。障害者の家族は避難所で理解を求める大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうために積極的に開示する行動が観察された⁵⁾。後述するが、健康調査票に基づく個別訪問においても、最悪の事態を招かないための過剰な警戒が働き、住民に会うことができるまで訪問するような視野狭窄に陥っていることも否めない。一方でスーパー堤防のように、地域住民が過剰な警戒に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、過剰な警戒心は少しずつ通常に戻っていくと想像される。

6. 精神保健の大きな方向性

東日本大震災から4年を経て、我々はようやく急性期を過ぎた時期にいる。この4年間はどの支援チームも明確な方針を立てられないまま、いわば人海戦術で地域の建て直しに奔走してきた。とにかく個別訪問をして、ひたすら耳を傾け、みんなで知恵を寄せ合って乗り越えてきた。今ここで、体制を立て直す必要はないだろうか。自分たちの活動を振り返り、集計と分析をして、今後起こりうる変化に備える必要があるではないか。つまり、人海戦術から交通整理へシフトする時期である。

どの地域でも健康調査に基づくハイリスクアプローチが主流であり、返信された個票をもとに個別訪問を繰り返している。確かにこの方法は最もスタンダードであり、おそらくにしてはならない。一方、ここにも過剰な警戒が働いており、数だけが強調され、

最前線の個別訪問部隊にとっては訪問数がノルマのようになっていないか。健康調査で抽出される住民はいわば『見えるハイリスク』であり、返信をしない仮設住宅居住者もしくは仮設住宅に住んでいない『見えないハイリスク』を見逃していないか。今後、仮設住宅居住者の数は年々減少し、健康調査の返信率も減少することが予想され、今までの手法で抽出されるハイリスク者は減少の一途をたどると考えられる。『見えるハイリスク』にのみ焦点化した健康づくりではなく、特定の集団や地域を対象としたポピュレーションアプローチに大きくシフトする必要性があるのではないか。

それでは、地域の現状に即したポピュレーションアプローチの戦略をひねり出すために必要なことはなにか。それは、その地域の特性に気づき、それを生かす発想が必要になる。自分がその地域の一構成員であれば、特性に気づくことは非常に難しく、気づくための積極的な工夫が必要になる。例えば、同等の被害を受けた別の地域の支援者とつながり、取り組みを比較することで気づくことがあるだろう。他にも、外部の識者を積極的に呼び込むことで、新しい見方を得ることができるかもしれない。多くの支援者は、自分の担当する地域内でのネットワークづくりは散々力を尽くし、概ね良好なつながりができているように思う。今後必要なのは、今よりもっと外側へ繋がる工夫ではないか。この時期に必要な役割は、地域と地域をつなげる役割（コネクター、Connector）と、全体像を映し出してガイドをする役割（プロジェクター、Projector）と考えられる。

7. これから必要とされること

ここでは2004年のスマトラ沖地震、2008年の四川大地震など世界各地の報告を概観し、災害後の精神保健の建て直し過程を考えたい^{6) 7) 8)}。過去の災害からは、災害を契機に地域外から識者の目が入るようになり、精神保健を含めた社会システムが大きく改善する契機になることもある⁹⁾。しかし、外部識者が科学的な根拠に基づいた正当な改善策を提案したとしても、その地域に根付いた文化に即した内容ではない場合には受け入れられないことがある¹⁰⁾。特に統合失調症をはじめとする精神疾患に対して大きなステigmaを抱えていることが多く、こうした地域の特性に基づいた価値観を修正していくことは非常に難しい。スマトラ沖地震では大量の支援者が入ることにより、適切な治療を受けずに地域に置き去りにされていた精神病者が大災害を契機に流入した外部支援者により発見されたことが報告されている¹¹⁾。大災害は既存の精神保健を大きく変革する可能性を持っており、東日本大震災では個別訪問が積極的に行われるようになり、来談者を中心とした精神保健から脱却する可能性を有している。

一般的に直後から秩序だった支援手法を導入することは難しい。災害前に、ある程度の精神保健基盤を有する場合、簡易なスクリーニング手法（評価尺度など）が用いられ、少しづつ公衆衛生的な視点が取り入れられるようになる。ハイリスク者がピックアップされ、そのリストをもとにフォローするが、急性期が過ぎた時期になると今までの活動の振り返りを行い、データに目を向け、分析に取り組むようになる。疫学や公衆衛生学

に長けた専門職が関わり、それまでの活動の傾向をつかみ、今後生じうることを予想し備えるようになる。実際に統計的な技術を伴う研究成果は、災害後から数年後に増える傾向にある¹²⁾。5年目を迎える我々は、人海戦術から活動分析を行う時期にあると言える。

資源の乏しい地域では、精神保健を担う人材育成が必要となるが、医師などの専門職を急速に増やすことは難しく、地域住民への啓発に力が注がれ、地域住民活動や各種集いが盛んになる¹³⁾。オーストラリアの山火事後の支援では、一般住民への集中的な教育プログラムを導入することにより一定の成果を得たことを報告している¹⁴⁾。最終的には、専門職の数は地域にそれほど増えず、一般的なメンタルヘルスの知識を持った地域住民が増えることになる。教育基盤が安定した地域であれば、教育機関を通じて若い世代に対する啓発が取り組まれるようになる¹⁵⁾。教育機関では防災教育が行われ、地域では緊急時の対応確認（避難訓練、連絡網など）が行われる。どんな危機状態でも適応できるように、対人支援のための絆創膏として心理学的応急処置（Psychological First Aid; PFA）¹⁶⁾などの普及を試みるようになる。実際に東北地方では防災教育が進んでいる地域もあり、PFAは少しづつ導入されつつある。

8. おわりに

我々は一生に一度経験するかどうかの災害を経験し、その地域の精神保健の立て直しという特殊な任務に献身している。前半戦を終えて個人的に感じることは、個人の精神症状を見立てて、適切に支援・治療する技術よりも、地域を一単位として見立て、全体の健康づくりを考える技術を求められていることを強く感じる。それは心理・精神療法や薬物療法のテクニックではなく、公衆衛生学的な考え方や集団をファシリテーションする力にあると感じる。そして、これらよりもっと重要なことは、地域住民や同じ支援を行う別組織と上手に繋がる技術にあると思う。相手の気持ちを汲み取り、相手を敬い尊重し、批判せずに協調する根気強い姿勢である。今一度、地域づくりに必要なものは何かを確認し、この大きな災害を精神保健の転換期と変えていくことができればと強く願う。

参考文献

- 1) 金吉晴（研究代表者）. 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究. 平成24～26年度総合研究報告書, 2015
- 2) 福地成. 被災地の精神保健の現状と課題. 病院・地域精神医学, 55 (4), 2013, 15-17
- 3) 兵庫県精神保健福祉協会こころのケアセンター（編）こころのケアセンター活動報告書 平成11年度～5年間の活動を終えて, 神戸, 2001
- 4) 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター（編）事業実施報告書7年間のまとめ（平成17年度～平成23年度）, 新潟, 2011

- 5) 古庄純一, 他. 発達障害医学の進歩 25. 診断と治療社, 2013, 東京
- 6) Greg Miller. Who needs Psychiatrists?. *Science*, 335, 2012, 1294–1298
- 7) Natural Disasters. coping with the health impact. Disease Control Priorities project, 2007. Available at <http://www.dcp2.org/file/121/>
- 8) Shoaf K, Rottman S. Public health impact of disasters. *Australian Journal Emergency Management*, 15, 2000, 58–63
- 9) Harry Minas. Leadership for change in complex systems. *Australas Psychiatry*, 13, 2005, 33–39
- 10) 中村安秀, 山本博之. 開かれた社会への支援を求めて—アヂエ地震津波支援学際調査—. 文部科学省 世界を対象としたニーズ対応型地域研究推進事業, 2009
- 11) Greg Miller. The Tsunami's Psychological Aftermath. *Science*, 309, 2005, 1030
- 12) Frits van Griensven, M. L. Somchai Chakraband, Warunee Thienkrua, et al. Mental Health Problems Among Adults in Tsunami-Affected Areas in Southern Thailand. *JAMA*, 296, 2006, 537–548
- 13) Vikram Patel, Helen A Weiss, Neerja Chowdhary, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 376, 2010, 2086–2095
- 14) David Forbes, Susan Fletcher, Bronwyn Wolfgang, et al. Practitioner perceptions of Skills for Psychological Recovery: a training programme for health practitioners in the aftermath of the Victorian bushfires. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 2010, 1105–1111
- 15) Betty P, Jon A, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter on disaster preparedness. *J American Academy of child & adolescent psychiatry*, 52, 2013, 1224–1238
- 16) O. Lee McCabe, Natalie L. Semon, Carol B. Thompson. Building a National Model of Public Mental Health Preparedness and Community Resilience: Validation of a Dual-Intervention, Systems-Based Approach. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8, 2014, 511–526