

的役割を担っている住民に丁寧に挨拶を行い、災害支援の一環で医療チームとして入ることの許可をえる。そして、その後、避難所に入るときには避難所全体に向けて災害支援の医療チームであることを「岩手医科大学の災害支援の医療チームです」と丁寧に挨拶し、周知し、それから入ることを徹底して心がけた。また、医療活動を終えて、避難所から出るときにも「お邪魔いたしました」とチーム全体そろって挨拶をして、避難所を出ることを心がけた。

住民へ関わる上では、丁寧な接遇にこころがけることが必要である。医療従事者は被災者を診るが、一方で被災者より信用できるスタッフであるかどうか常に見られていることを忘れてはいけない。また、専門性の高い内容を含む話は、被災者を緊張させるものであるため、できる限り平易な日常会話レベルでのやり取りを行い、安心を与えることを心がける必要がある。

調査的に聞いていくことは全体の情報把握では有意義な面は否定できないが、住民のこころを安心させるのは、その場の語りを大切に聴いていくナラティブなアプローチであることはいうまでもない。精神的不調や、体調不良だけでなく、被災後の日常生活での困難を感じている被災者は多い。「どのように暮らしているか」という点に話を向けながら、「どのような点で困っているか」と質問を向けていた。そして、その場ででてきた話を丁寧に聴くこと、そしてその場ででてくる話を広げて、困っていることを問題解決に少しでもつなげるよう努力することが必要である。

発災当初は、体調不良や疲労、血圧が高いなど身体的不調とともに不眠等を呈する被災者も目立つようになってきた。被災現場では作業が行われており、ほこり等がまっっており、日中家に戻っている被災者たちはのどを痛めているものが多い。例えば、不眠で睡眠薬処方ということも必要であるが、不眠の原因となっている状況を住民の語りの中から、問題解決につなげていくことも重要である。また、援助希求行動により小さいことでも改善に向かう体験は、被災者の諦め感を緩和することにもつながるように感じた。中には、役場や関係機関と相談してやりとりして、どうにも支援の手がない場

合もあった。しかし、それでも話に出たことについてケアチームが動いてみるということで、住民の方が「ありがとう」といつてくれることもあった。一緒に動き、一緒に考えてみることは、問題解決志向性を高めるアプローチとして重要であるが、災害支援においても同様のことがいえると感じた。そのほかにも、困っていることは災害支援の義援金、ローンの問題、生活資金、税金その他の手続き、家族関係など多岐にわたる。災害支援の情報にも精通している必要性を感じた。避難所においても、こころのケアだけでなく、介護の問題、栄養の問題、生活の困難さ、子育ての問題、運動の問題など、課題も多く、また領域も多岐にわたり、保健師、栄養士、作業療法士、相談員などさまざまなスタッフが関わる。他のチームの活動と連携したり、ヘルスプロモーションや災害支援に関わる保健事業全体を意識して活動していく必要がある。

3) こころのケアチームとしての中期的活動
保健医療福祉分野での対策としては、災害ではこころ、身体、運動、栄養、対人交流、生活習慣などの健康問題が継続して課題となるため、包括的な健康問題への対策として保健事業計画を講じる必要がある。また、就労、経済、生活面での問題も併存しているため、生活支援など対策との連携も必要である。そして、問題への対処行動がメンタルヘルスに与える影響も大きいと、問題の抽出と介入をセットでとらえる必要がある。

4 月上旬に、災害時のこころのケアの対策の中長期的計画を立案し、全県へ方向性の周知を図った(図1)。第一に、仮設住宅入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。4月中旬には野田村こころの健康相談センターを開所した。義援金や二重ローン等、生活問題も深刻であり、地元の弁護士や、生活支援の関連団体であるいわて生活者サポートセンターとも連携した支援を行った。

第二として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉的介入を強め、

最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要と考えた。そして、地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチを重視した。

第三として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標とした。例えば、仮設住宅が設置される場所では、集会場でのサロン活動を実践し、安心して語れる場づくりを行い、地域住民のつながりや絆を構築できるようなことを重視して、地域の関係従事者の教育を実施した。

また、こころのケアを包括的なヘルスプロモーションの一環として捉え、包括支援センター、栄養士、児童相談所などと連携した地域保健活動を行った。さらに、久慈地域ではこれまでの自殺対策の実務者ネットワークを災害支援としても位置付けながら、地域のネットワークによる被災地支援を展開する体制を構築している。

こころのケアを実践する上では、地域市町村の保健師や看護師、栄養士、職員などや、県保健所の保健師等、児童相談所職員、保健師や他の医療チームなどと連携を取る必要がある。地域市町村の保健師ら保健福祉従事者たちは地元で根差して災害発生前より地域を守ってきた。そして、これからも何年、何十年にもわたり、地域を見守っていく人たちである。可能な限り、地域の従事者たちの思いを実現させるという意識が重要に感じた。こころのケアとして入っていくスタッフたちには、ぜひ地域の思いをよく聴くということを心がけてほしいと願っている。そして、その思いを実現に導くよう支援していただくことが必要であると思う。

4) 相談室での対応について

避難所巡回に加えて、相談の拠点として4月13日に野田村こころの健康相談センターを岩手医科大学、野田村、久慈保健所、岩手県立久慈病院が共同で開所した。スタッフ構成は、岩手医科大学のこころのケアチーム（精神科医、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、事務員）、岩手県立久慈病院精神科チーム（ネットワークナース、臨床心理士）、NPO ボランティアルーム たぐきりスタッフからなる。

相談の階層は、1) 精神医療・一般医療レベル、2) 血圧・健康問題チェック等の健康相談レベル、3) 生活支援・ソーシャルワークレベル、4) 語りの場（サロンの）レベル、で構成され、地域被災住民の多様な相談に対応が可能であり、またさまざまな相談レベルを設けることにより相談がしやすくなるよう配慮した体制をとっている。このような相談・診察拠点は野田村を始まりとして、8月までに岩手県沿岸各市町村に設置された。こころのケアでの避難所、仮設住宅、ハイリスク者訪問において、生活資金、ローン、義援金、事業再開、補償、所得税減免など多岐にわたる問題を抱えている住民に出会う。支援に結びつけるために、生活支援のための相談との連携が重要であるため、隔週で生活者サポートセンター（信用生協）相談員、随時岩手県災害復興相談センター相談員が野田村、こころのケアチームからの要請を受け、相談の拠点である「こころの健康相談センター」に来てくれている。

5) 仮設住宅への訪問

仮設住宅での訪問については、地域では社会福祉協議会等の生活相談員が生活支援、見守りの視点で訪問を行っている。また、地域の看護師、保健師等が健康面の支援目的で訪問を行っている。包括支援センターなども仮設住宅の集落における集会場において介護予防的視点でサロン活動や運動などさまざまなプログラムを提供している。その他にも地域で活動しているボランティア団体など多岐にわたる支援者が活動しており、こころのケアチームの役割はこころのケアを必要としている方への対応がメインである。精神科医療施設を受療している住民に対しては、混乱を与えないように医療施設の方針を大切にしながら、必要によって関わるといった視点で支援を行った。一方、訪問している中で、医療が必要な住民については医療施設への紹介を行った。

幸い我々の活動している地域では単科精神病院である北リアス病院と総合病院である県立久慈病院があり、関係性も良好で情報交換等を行いながら活動を行ってきた。また、地元医師会の久慈医師会や地域の唯一の医療機関であるおしかわクリニック院長押川公裕先生とも連携をとりながら活動を実践してきた。

6) サロン活動などのこころの健康づくりのモデル構築

住民同士が話す時、それぞれの被災状況や過酷な生活の中で、「自分の状況が理解されない」とか「心無い言葉をかけられ傷ついた」等とお互い話をするに葛藤が生じていた。特に、岩手県沿岸地域は漁業、農業、林業など一次産業が担う役割も大きく、仕事や人間関係は地域に密着している。地域再生という観点でも、地域住民のつながりや絆を構築できるようなことが重要であると考えられる。仮設住宅集落では集会場が設置され、そこでのサロン活動を実践し、安心して語れる場づくりを行うことを目標に、野田村役場（保健師、包括支援センター、社会福祉協議会等）と岩手医科大学こころのケアチームで計画を検討した。最終的に社会福祉協議会がマネジメントできるようにするために、システムを構築し、ノウハウを提供するということが念頭におかれた。これまで自殺対策等でこころの健康づくりに関わってきた保健推進委員、民生委員、食生活改善推進委員、やボランティアを中心にサロン活動の研修会を開催し、夏以降サロン活動が地域住民を中心に開催されるようになった。また、仮設住宅が設置されない地域においても、サロンではリラクゼーション等の運動プログラムを取り入れるなどして災害支援の観点を踏まえた活動を行っている。

7) 地域の従事者への教育活動

地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者等に対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。例えば、こころの危機を迎えているものへの低強度の認知行動療法的アプローチは、相談対応の時に役立つため、ボランティアレベルから医療従事者レベルまでの教育を実践してきた。また、自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。例えば、内閣府での自殺対策緊急強化基金などは災害支援の中での自殺対策としての活用が推進されている。筆者の研究班（平成22年度科学研究費補助金基盤C「医療、精神保健、および家族に対する精神的危機対応の習得を目的とした

介入研究」、主任研究者）も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム（内閣府HP：

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyouka_gekkan/gatekeeper_text.html)

は、自殺対策のゲートキーパーに求められる知識やスキルを習得できる。平成23年度には同プログラムに被災地対応編も加え、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるような内容を含めている。また、このプログラムを基にした内閣府主催の研修会が平成23年度に2回に開催され、平成24年度にも2回開催されており、テキストも内閣府HPよりダウンロード化になっており、被災者のケアに携わる従事者の教育として活用が期待される。このほかにもさまざまな地域の人材養成のプログラムが提供されており、地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

8) 保健事業への協力

地域では健診をはじめとした住民への保健事業が毎年行われてきた。現場では、災害支援を行う一方で、通常の保健事業を実施しなければいけない状況に直面している。こころのケアだけでなく、全体の地域の保健事業を念頭におきながら支援を考えていく必要がある。

野田村では住民の被災後の健康面のチェックを視野に入れ災害後特別健診の準備を開始した。国民健康保険での特定健診対象者（40～75歳未満）だけでなく、18歳以上の村民（18～40歳未満：若年健診，75歳以上：後期高齢者健診）の受診を無料とした。この健診と同時にこころの健康づくり（うつスクリーニング）を実施することとして、うつ状態を確認するだけでなく、現実的なストレスとしてライフイベントと生活の支障（日常生活、対人交流、就労状況）を把握し、相談・訪問や受診勧奨を行うこととした。スクリーニング後の介入としては、受診支援の医療機関リストのリーフレットと、災害支援に関するリーフレットを配布する啓発的介入と、保健師やこころのケアチームの訪問や、こころの健康相談センター等への相談、精神科専門機関やかかりつけ医への受診勧奨、具体的問題の解決に関わる相談窓口や機関への相談勧奨などを行うこととした。そして、ス

クリーニング従事者の研修と打ち合わせを行い、実際の事業の円滑な運営を目指した。また、精神科専門施設や岩手県久慈医師会への情報提供を行い、協力体制を構築した。

9) 従事者支援

消防署員や消防団員は人命救助の最前線で、自己犠牲の精神で、非常事態の中で懸命に業務にあたってきた。遺体捜索活動や津波時の救助活動等、心的外傷体験を持つものも少なくない。身体的疲労や精神的疲労も強いため、災害業務従事者のためのメンタルヘルス対策講座を久慈保健所の主催で久慈消防署内にて消防署職員や消防団対象に実施した。

また、行政職員も大震災の復旧復興業務等に係り勤務時間の増加など被災後の強いストレスを経験したのも多数おり、職員の健康状態が懸念されている。職員自ら健康について考え、健康チェックを行うことで、自己の健康状態に気づき、早期に対処、対応することで未然に病気を防ぐことを目的として、職員の健康チェックとその後のフォローに協力した。健康チェックとして一部にメンタル部分を含めることで、全職員が気軽に回答できるようにした。また、健康度チェックは、病気を判定（診断）するものではないということを周知した。実施にあたっては、庁議メンバー（首長、全部課長）の説明会、産業医とも連携を図り、ラインによるケアを生かした体制を整備した。個別に結果を通知し、その後の健康相談会にて個別支援も提供した。

10) 自殺対策活動

地域の自殺対策として設置されていた実務者ネットワークである久慈地域メンタルヘルスサポートネットワーク連絡会の世話人会が開催され、被災後のメンタルヘルス対策の支援ネットワークとしても活動していくことが確認され、6月より災害支援のための研修等も取り入れて活動を行うこととなった。合わせて市町村等こころの健康づくり担当者連絡会においても災害支援活動についても議題として扱うこととなり、自殺対策と災害支援を並行してすすめている。

D. こころのケアチームからこころのケアセンターへの移行

災害発生当初は、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士など精神科専門職で構成されるこころのケアチームが被災地の保健所・自治体との連携・指示により避難所での巡回相談や診療が行われる。東日本大震災でも大規模災害であったため、県内の支援だけではチームの充足は困難であり、全国の病院や行政機関などから派遣を受けた。財源としても災害救助法の範疇で支援が提供されていた。その後、仮設住宅が設置されていくと、仮設住宅への訪問や保健事業の支援が必要となる。避難所設置時期では被災住民へ集団的介入が可能な時期であるが、仮設住宅へ入居後は、被災住民の個別介入が主体となる。岩手県においても、平成23年4月より被災の影響が強い自治体において震災こころの相談室を開設し、個別相談や支援者へのスーパーバイズ等が開始され、同年8月までに最終的に7か所に設置された。

こころのケアチームは、保健所・市町村との連携・指示により、主に避難所を巡回し、相談や診療等を行ってきた。そして、仮設住宅の設置とともに、保健師の訪問活動への同行、困難ケースへの対応、スーパーバイズなど、市町村毎の精神保健活動の状況を踏まえながら、地域や市町村が主体となった活動への支援を中心に行ってきた。

このような多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県では、岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸4か所に設置された。

こころのケアセンターの活動方針は、これまでこころのケアチームが担ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を出発点とし、活動当初は専門職による支援を念頭におきつつ、中長期的には地域主体になる支援への移行を目標としている。

また、被災以前より岩手県では自殺対策などの領域で、精神科医療等の社会資源に乏しく、少ない社会資源を有効に活用し、様々な機関によるネットワークを構築し、マンパワーの不足を機関相互の連携により補う精神保健体制を

推進してきた。震災後のこころのケア活動も同様に、こころのケアセンターが地域の支援体制に加わり、市町村や関係機関との密接な連携のもと、地域のネットワークの構成機関として活動することが求められる。

そして、「医療」、「保健」、「福祉」の三領域において、こころのケアセンターは「保健」の領域における活動を主体として、「医療」、「福祉」の領域との連携を図りながら、支援を行っていく。たとえば、被災者へのメンタルヘルス対策としての医療化させないためのこころの健康づくりなどをとおした予防介入や健康増進、医療が必要な者への早期介入、継続的な相談支援による見守り、サロン活動などでの保健活動の提供、従事者への支援 など幅広い支援を地域の状況に合わせて提供することが目標となる（図2）。

E. 岩手県こころのケアセンターの具体的な活動

1) こころのケアセンターの活動骨子

被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成24年8月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4. 心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4) 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。

現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村等の地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。特に、中長期的視点で考えた場合には、地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者等に対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。例えば、こ

ころの危機を迎えているものへの低強度の認知行動療法的アプローチは、相談対応の時に役立つため、ボランティアレベルから医療従事者レベルまでの教育を実践してきた。また、自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。内閣府での自殺対策緊急強化基金などは災害支援の中での自殺対策としての活用が推進されている。

2) こころのケアセンターの活動概要

表1は平成24年4月から12月までの活動の概要である。活動開始当初においては、沿岸各地域において行政、関係機関と調整を行った。また、関連の事業調整で、地域のニーズも踏まえてケアセンター事業を具体的に検討していった。

相談者の主訴（図2）では身体症状、他の精神症状、不眠が多かった。身体症状は抑うつや不安を背景とした症状が考えられた。また、家族の問題、無気力などの訴えも徐々に認められる件数が増加した。

背景の問題（図3）として、住居環境変化、家族・家庭問題等が目立っており、二次的生活変化によるストレス過重の問題が出現していると考えられた。

3) ゲートキーパー養成

メンタルヘルスファーストはこころの健康の不調を来した場合の地域における早期対応の方法としてオーストラリアで開発されたメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム（内閣府HP：

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyouka/gekkan/gatekeeper_text.html)

および、認知行動療法的なアプローチなどにより被災者の心理状態をふまえた対応や問題解決的なアプローチも必要である。大野と田島によるテキスト「こころスキルアッププログラム-認知療法・認知行動療法の視点から-」を活用して岩手県においても保健従事者に対しする研修会を開催し、このようなアプローチをひろげることも行っている。このほかにもさまざまな地域の人材養成のプログラムが提供されており、地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

また、保健事業などの支援により住民がこころの健康に対する理解が深まっていくようなこころの健康づくりが推進されることが求められる。このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。今だ地域は復興の真っ只中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させながら、今後もこころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が必要である。そして、健康を大切にす地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくために、長期的な視点で支援が提供されることが大切である。

4) 今後の課題

(1) 被災地における住民のメンタルヘルスや生活状況の変化の把握

被災地における適切な支援につなげるために、住民のメンタルヘルスの変化のプロセスの実態を踏まえた対応を行っていく。

(2) メンタルヘルス不調者に対する健康面と生活面の両面の支援

生活の回復に至らない場合にメンタルヘルス不調を呈することが従来から指摘されており、健康面に加えて生活面も含めたケア体制を地域で構築していく。

(3) 被災地における地域ケアの充実化：こころの健康づくりと自殺対策

被災地沿岸では、精神科医療施設及び精神科医が少ない。精神医療に加えて、こころのケア活動による予防的介入としての精神保健活動における地域ケアが充実することで、住民がこころの健康を享受できる。そのためには、住民への普及啓発や支援者への教育等の地域づくりとしてすすめる健康づくり事業や自殺対策事業を浸透させていく必要がある。深刻な問題を抱えメンタルヘルス不調となっている自殺ハイリスクの住民も少なくないため、自殺対策は必須の課題である。これまで、岩手医科大学と岩手県がすすめてきた「久慈モデル」による総合的な自殺対策モデルを地域に展開していく必要がある。今

後も精神保健活動を充実させるために、地域関係従事者に対するゲートキーパー養成研修プログラムを地域に提供していく（大塚は内閣府のゲートキーパー養成研究プログラムにおいて被災地対応編の作成に協力してきた）。また、地域連携会議等において実務者のネットワーク活動をひろげていく。

(4) こころのケアに関する方法論の構築

岩手医科大学では、これまでも学術団体として地域精神保健従事者や住民に対する教育活動を行ってきた。今後も被災地の精神保健活動への支援として、適切な教育法や、支援法などのノウハウを構築し、地域へ還元していく。

(5) 今後のこころのケアに対するニーズについて

被災者は持続的なストレスが継続しており、さらに現実的な生活の様々な困難を抱え問題も長期化している。このため、新たにメンタルヘルス不調を訴える住民が出現し、ケアに対するニーズが増える可能性がある。また、今後、県内外からの支援団体が撤退することも予測され、こころのケアの重要性がさらに高まると考えられる。

この他、すでに被災地域内でのケアシステムの中で様々な連携が始まっており、従来の支援の枠組みでは対応しきれなかった問題に対応するための新たな支援団体が増えることが予想される。支援者が行うべき支援の増加や内容の多様化も見られてきており、支援者に対するケア体制の充実を図っていく必要がある。

(6) 長期的支援のための計画や財源確保等の枠組みの必要性

大規模災害により、地域の復興と住民の生活の回復に至るまでにはかなりの期間が必要と考えられ、その間、メンタルヘルス不調者が継続的に出現することが想定される。災害支援と自殺対策の両面にわたって中長期的視点にたつて地域事業を構築していく必要がある。地域住民への支援、人材養成、健康づくり等はいずれも長期的視点に立つて事業を実施することが重要である。

岩手県は精神科医不足であり、ケアセンターで相談室業務に従事する精神科医の確保

も必須の課題である。また、精神保健従事者の安定的な確保も必要となる。財源等も長期的展望にたって確保することが対策の基盤として重要である。

F. 情報発信

情報発信に関しては、時々に応じて新聞やテレビ、ラジオ、広報などを通じて、被災後のメンタルヘルス状況や、対策等を通知した。また、各地域において地域センターの情報周知をチラシや広報等を通じて行った。

G. 研究倫理

ケアセンターにおける調査研究に関しては、大学内の倫理委員会の承認を得ている。

H. 終わりに

今現在も被災地住民は、住宅再建や住宅確保、地域産業の再興、生活再建などさまざまな問題に直面している。被災地住民のメンタルヘルスへこれらの状況が及ぼす影響は大きいと想定され、今後はさらにこころのケアへのニーズは高まっていくことが予想される。一方でこれまで指摘されていた精神科医や専門職の不足、そして今後見込まれる支援者の減少という問題もあり、財源の確保等の継続的な措置も含めたこころのケアの推進体制の強化が必要とされる。精神医療機関の抱える現状と課題としては、精神科医の不足が従来からあり、中長期的に支援する精神科医の必要性、現場精神科医に負担をかけないトリアージの必要性があり、精神保健相談・プライマリケアレベルの対応をケアセンターによる相談・診察拠点が協力することが重要である。そして、地域のさまざまな関係機関が重層的に支援を提供することで、被災者のこころに寄り添った支援が可能となると考えられる。

最後になるが、これまで被災地のこころのケアに携わっていただいた全国の多くの方々の協力なしには被災地支援は成立しない。支援いただいた関係各位にはこころより感謝している。

文献

1. 野原勝、小野田敏行、岡山明. 自殺の地域集積とその要因に関する研究. 厚生の指標, 50(6) : 17-23, 2003
2. 高谷友希、智田文徳、大塚耕太郎ほか : 岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討. 岩手医学雑誌 58(3), 205-216, 2006
3. 長岡重之、山科満、大塚耕太郎 : 東日本大震災が精神障害者に与えた影響の一端 - 発生直後 20 日間の入院動向と緊急入院事例の検討から - . 精神科治療学 27 (9) : 1245 - 1250, 2012
4. 大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、伴亨 : 東日本大震災における岩手県の心のケアの取り組みを振り返って : 今後の課題. 日本精神科病院協会雑 31 (9) : 32-37, 2012

図1. こころのケアのモデル

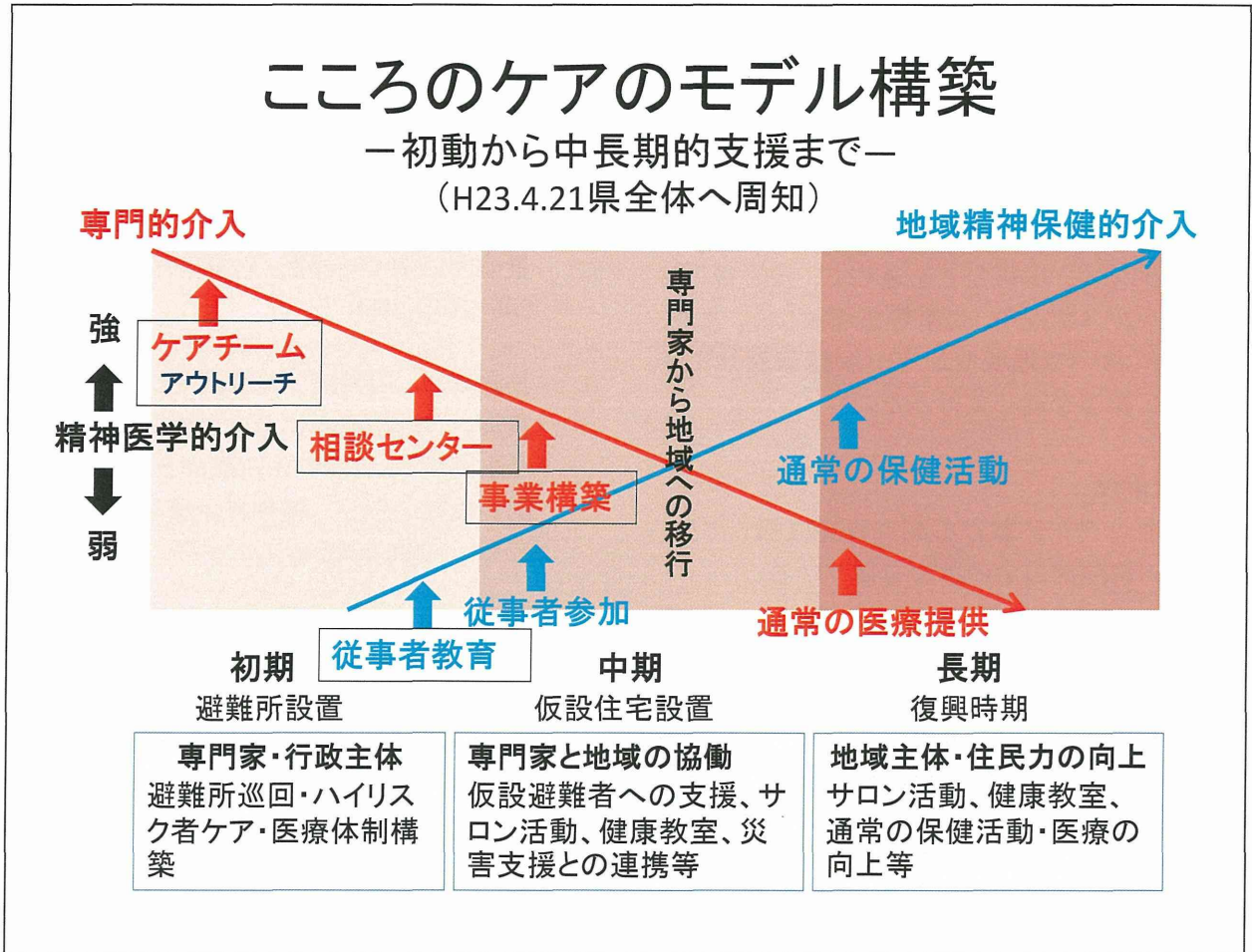


表1. 平成24年度岩手県こころのケアセンター活動概要 (中央センター、地域センター)

領域	内容	4～6月	7～9月	10～12月	合計
被災者支援	相談室延件数	218	226	301	745
	訪問延件数	154	522	1170	1846
	その他面接延人数	116	579	175	870
	不在件数	1393	150	671	2214
支援者支援	支援者支援個別延人数	45	29	75	149
地域連携	連絡会議等	84	144	164	392
普及啓発	普及啓発講演会 (講師派遣含む)	36	46	154	236
人材育成	研修会回数 (講師派遣含む)	49	28	44	121
技術支援	地域サロン活動等	10	15	9	34
センター連携	地域センター派遣	72	222	180	474

図 2. 相談主訴の内訳 (N=4720)

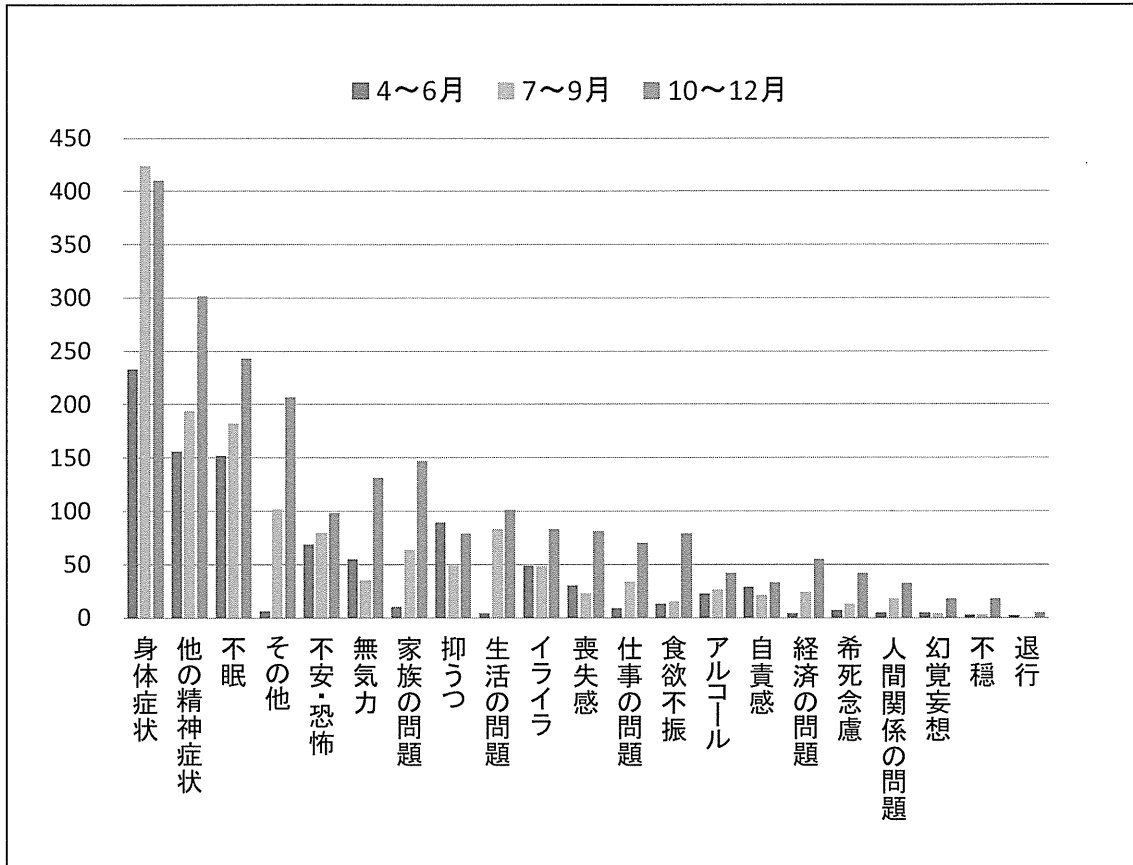
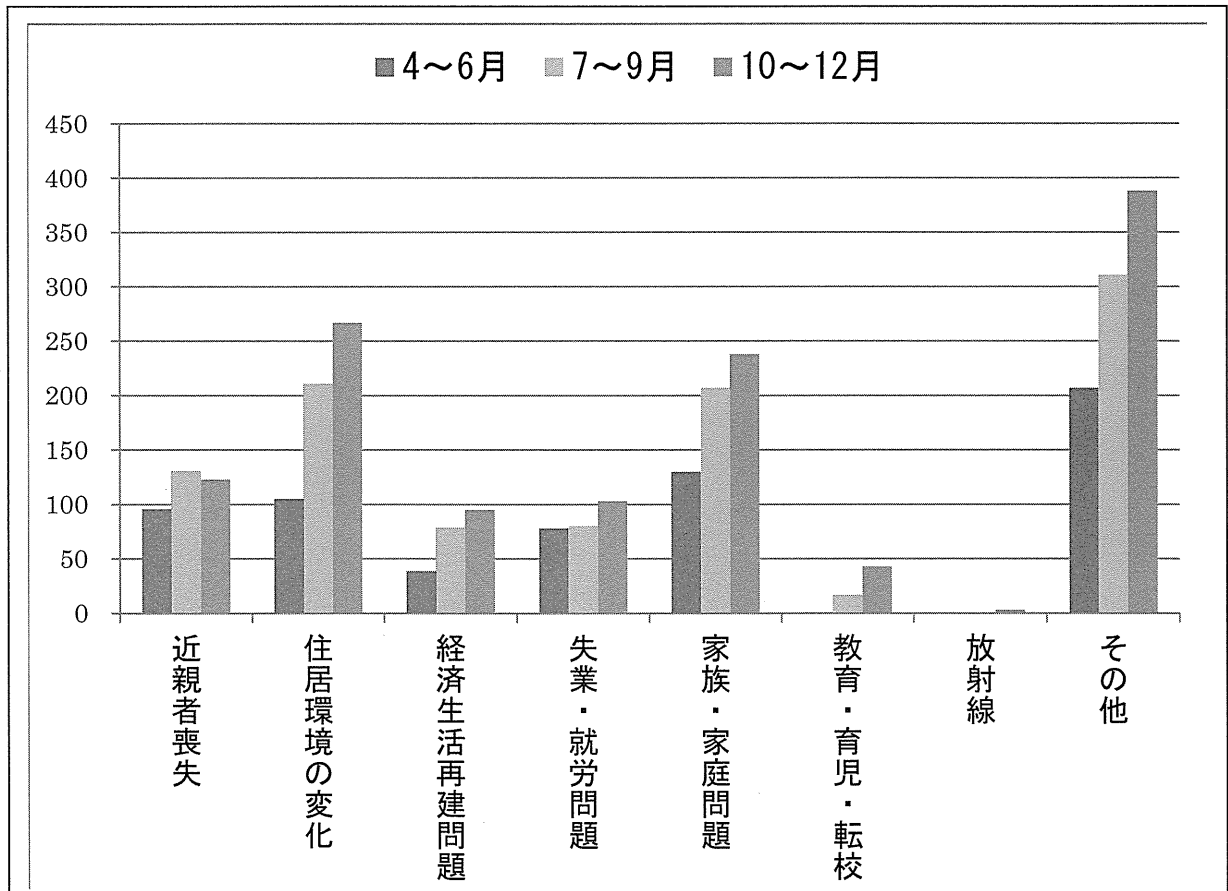


図 3. 相談の背景にある主な原因別内訳



平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
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
分担研究報告書

みやぎ心のケアセンターの活動分析

分担研究者 松本和紀^{1), 2)}

研究協力者 福地 成^{2), 3)}、片柳光昭²⁾、渡部裕一²⁾

1) 東北大学予防精神医学寄付講座

2) 社団法人宮城県精神保健福祉協会 みやぎ心のケアセンター

3) 東北大学大学院医学系研究科 社会医学講座公衆衛生学分野

研究要旨

平成 24 年 3 月 11 日に生じた東日本大震災による被害は前代未聞の規模なものであった。宮城県内の精神保健分野における復興を担うべく、平成 23 年 11 月に準備室が開設され、12 月に基幹センターが開所、平成 24 年 4 月に各地域センターが開所され本格稼働となった。取り組みは多岐にわたり、各地域事情によって異なるのが現状である。

本研究では平成 24 年 4 月～12 月までの当センターの設置状況、その後の事業概要、今後の課題についてまとめたものである。

1. 当センターの設置概要

<職員の採用>

当センターの職員は、宮城県出身のスタッフが多くを占めるが、被災地において、新たにメンタルヘルスに関わる専門職を地元だけで一度に集めることは困難であり、常勤職員のうち 10 名/34 名 (29.4%) が被災県外から採用された。災害に伴うメンタルヘルスを担う部署として、被災県出身のスタッフだけで活動するのはバーンアウトの危険性が高く、県外から採用されたスタッフは貴重な戦力となっている。

<地域センターの設置>

被災地域が広域ではあるものの、限られた人数で組織としての一体性を保つことやチー

ム作りの観点から地域センターの数は最小限とし、基幹（仙台）、石巻、気仙沼の全 3 センターを設置した。また、それぞれの地域センター長は地域で活動する主要精神科医療機関の精神科医に依頼する形をとり、地域の精神科医療関係者との連携が図られるように配慮した。

<人員の配置>

現地出身のスタッフは元々の活動地域に残る形をとった。職種による偏りが生じないような配置を心がけた。非常勤職員は、地元の精神科医療機関や東北大学からの協力を得ている。

- ・ 基幹センター：34 名（うち非常勤 17 名）
- ・ 石巻：13 名（うち非常勤 2 名）

- ・ 気仙沼：11名（うち非常勤5名）

<自治体への職員派遣>

当センターでは、要請のあった被災自治体に対して精神保健業務にかかわる専門職の派遣を行った。派遣された職員は、計6機関8名で、派遣された自治体において、住民個別相談および自治体職員のメンタルヘルス相談、精神保健福祉相談や健診業務など市町村の各種事業の支援を行った。派遣状況については以下のとおりである。

- ・ 石巻市 作業療法士1名（H23年2月～）
- ・ 東松島市 精神保健福祉士2名（H24年4月～）
- ・ 女川町 精神保健福祉士1名（H24年4月～）
- ・ 塩釜市 精神保健福祉士1名（H24年5～8月）
- ・ 気仙沼市 精神保健福祉士1名（H24年6月～）
- ・ 石巻保健所 看護師1名（H24年4月～）
- ・ 名取市 精神保健福祉士1名（H25年1月～）

2. 直接支援実績

平成24年4月～12月の支援実績を示す。面接相談（家庭訪問および来所）は総計で3,360件だった。相談主訴としては不眠が最多だった。電話相談は1,687件だった。なお、既存の電話相談窓口があるため、当センターは電話のホットラインの開設は行っていない。支援の方法は、原則各自治体のニーズに沿う形をとるようにした。

- ・ 主訴：不眠 19%、身体症状 15%、抑うつ 16%、不安・恐怖 16%、アルコール 10%
- ・ 背景：居住環境の変化 27%、家庭・家庭問題 12%、経済生活再建 10%、近親者喪失 10%

3. 住民健康調査実績

<借り上げ仮設住宅>

宮城県医療整備課と協力して、借り上げ仮設住宅を対象として健康調査を行った（資料1）。期間は平成24年1月～3月、対象世帯は12,826世帯、回収率は73.4%だった。調査票の中にはK6という心理評価尺度が含まれ、「中等度精神障害以上」とされる13点以上の地域住民は8.1%に達した。その結果をもとに、自治体と連携して当センターの職員が戸別訪問を行い、安否確認を継続した。なお、平成24年12月～平成25年2月より2回目の調査を実施しているが、結果は得られていない。

<応急仮設住宅>

同じく宮城県医療整備課と協力して、応急仮設住宅を対象として健康調査を行った。期間は平成24年9月～10月、調査を希望した10市町村を対象にして実施した。前調査と同様に調査票の中にK6を含めた。現在集計中であり、回収率や重症度についての結果は得られていない。

4. 自治体独自の健康調査への協力

県が主体として行った健康調査以外に、独自の予算をもとに一部の市町村（松島町、多賀城市、塩釜市）で健康調査を行った。適宜助言を行いながら、調査の集計を行い、ハイリスク者への訪問、地域住民への啓発活動を行った。

<松島町>

- ・ 調査機関：平成24年5月～6月
- ・ 対象世帯数：町在住の全世帯5,499世帯、回収率34.2%
- ・ 結果：K6が13点以上は約3%

<多賀城市>

- ・ 調査機関：平成24年6月～12月
- ・ 対象世帯数：自宅半壊以上の5,628世帯、外部組織に委託を行い、個別訪問を行った。
- ・ 結果：統計を終えておらず、結果が得られ

ていない。

<塩釜市>

- ・ 調査期間：平成 24 年 3 月～6 月
- ・ 対象者数：総数 9,383 人、回収率不詳
- ・ 結果：標準化された心理評価尺度を用いていなかった。回答者の中で不眠 14%、気分の落ちこみ 16%、飲酒の問題 5%見られた。

5. 人材育成・研修事業

復興に向けて必要となる知識や技術を習得した人材を育成するために、各種の研修事業の企画を行った。

<支援者交流会の実施>

行政や医療機関、教育機関の担当者や民間の支援員などを対象に交流会を計 3 回行った。様々な領域で活動を行う支援者同士が交流することで、支援における連携を促進することを目的とし、それぞれの職域における取組の報告や情報交換を行った。

<心理支援スキルアップ講座>

- ・ 対象：県内の医療機関、教育機関、行政機関などの心理職を中心にした 30 名
- ・ 回数：全 15 回シリーズ
- ・ 内容：認知行動療法、悲嘆、トラウマ、心理支援に関すること。

<サイコロジカルファーストエイド研修>

- ・ 対象：石巻地域を中心とした保健師、看護師、心理職など 30 名
- ・ 回数：全 3 回シリーズ
- ・ 内容：SPR ワークショップ

6. 普及啓発事業

<パンフレットの製作>

「うつ」、「アルコール」、「PTSD」、「不眠」、「悲嘆」、「子どもの理解と対応」の内容でパンフレットを作成し、ホームページに掲載した。12 万部（2 万部×6 種類）を関係機関へ配布した。

<ホームページの開設>

当センターのホームページを開設し、センターの事業内容、各地域情報の発信や連携各機関のリンクを張った。1 日平均 60 件のアクセスがある。

<レターの発行>

各センター職員が地域ごとの現状やトピックスを報告し、年 4 回発行し、関係機関 500 件に配布した。

7. 支援者支援事業

被災した地域住民への直接支援と同時に、被災者を身近に支える支援者への支援も重点的に取り組んだ。その職域は多岐にわたり、対人救助職や対人支援職、公的機関の職員、または仮設支援員などの非専門職への支援も行った。①事業企画・推進に関するコンサルテーション、②住民支援に関するスーパーバイズ、③職員のメンタルヘルス支援に大きく分類される。③の内容としては、講話を中心として各種ロールプレイ、グループワーク、リラクゼーション、個別相談などをニーズに合わせて組み合わせて提供をした。

- ・ 基幹圏域：364 回（①122 回、②215 回、③27 回）
- ・ 石巻圏域：146 回（①56 回、②27 回、③21 回）
- ・ 気仙沼：173 回（①119 回、②5 回、③25 回）

8. 住民健診での相談窓口

2 市町村（松島町、大和町）からの要望を受けて、地域特定健診に抱き合わせる形で「こころの相談窓口」を開設し、専門職を配置した。ハイリスクの住人もしくは相談希望者に対して面接を行った。

<松島町>

- ・ 期間：平成 24 年 9 月 5 日・7 日・10 日・12 日・14 日（計 5 日間）

- ・相談者数：延べ24名
- ・相談内容内訳：不眠8名／不安・恐怖10名／抑うつ6名／無気力2名／いらいら4名／身体症状7名／喪失感4名／アルコール1名

<大和町>

- ・期間：H24年5月30日・6月1日・2日（計3日間）
- ・相談者数：延べ42名
- ・相談内容内訳：不眠38名／不安・恐怖8名／抑うつ8名／無気力4名／いらいら1名／身体症状5名／喪失感1名

9. サロン事業

仮設住宅に居住している地域住民に対して、安定した日常生活を送ることができるように、集う場所づくりとしてサロン事業を行った。実施主体は当センターであり、名取市にある県の精神医療の基幹病院である宮城県立精神医療センターと協働して実施した（資料2）。名取市と山元町の二つの自治体で実施した。

<名取市ほっとサロン>

- ・実施期間：平成24年5月～12月（合計14回実施）
- ・実施時間：第2、4木曜日の14時～16時
- ・実施場所：仮設住宅の集会所
- ・対象仮設住宅：名取市内の仮設住宅全8ヶ所すべてにおいて実施（1か所につき、年二回実施）した。
- ・担当スタッフ：看護師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士で運営した。
- ・実施内容：専門職（医師）による講話、作業療法士によるレクレーション（ストレッチ、お茶会、簡単な物作り）、個別相談

<山元町ほっとサロン>

- ・実施期間：平成24年5月～12月
- ・実施時間：第3金曜日の14時～16時
- ・実施場所：仮設住宅の集会所（2回のみ仮

設以外の町の会議室を使用）

- ・対象仮設住宅：全11仮設のうち8ヶ所で実施した。
- ・担当スタッフと内容：上記名取市と同様。

10. アルコール問題に特化した専門職育成事業

<東北会病院とのアルコール研修>

震災以前からアルコール関連疾患に取り組んできた東北会病院との連携のもと、当センター職員及び被災地の医療機関スタッフが集中的に受講し、支援に必要な知識と実践的なスキルの獲得によって関連問題に対応可能な人材育成を行った（資料3）。

- ・対象：沿岸部の精神科病院の専門職
- ・回数：年間4回（1回あたり3名×6日間）
- ・内容：東北会病院における講義、見学実習および演習、自助グループ活動の見学など。地域住民訪問への同席も含まれる。
- ・受講者数：当センターより延べ17名派遣、沿岸部精神科単科病院より延べ12名が受講した。

<石巻地域アルコール特化研修事業>

震災以前よりアルコール問題が多かった石巻地域において、特化した地域の底上げ事業を試みている。石巻地域センターを中心として、地域関係者と連携をして定期的に研修会を行っている。

- ・対象：石巻地域センター職員、石巻市役所、石巻保健所など
- ・実施回数：平成24年6月～12月現在 合計6回実施
- ・内容：講話、グループワークと事例検討で構成。警察署職員や断酒会と連携し、意見交換を行った。

11. 今後の対応と課題

当センターの活動は、震災により傾いた地域精神保健活動の再構築が最大の目標である。つ

まり、各自治体で立てられた精神保健の指針に応じ、活動を支援することを原則としている。各地域の文化的な背景や既存のシステムに応じて、それぞれの地域で行う支援を変えていくことが求められる。復興へ向かうに従って、こころのケアセンターにおける被災地対策と地域の既存の精神保健問題（自殺対策、アルコール、母子保健など）への対策とを統合していくことが重要になると考えられる。そうした視点からは、今後、宮城県精神保健福祉センター、仙台市精神保健福祉総合センターや各保健所との連携が重要になると考えられる。

現在の当センターの活動の中心は戸別訪問であり、多くは地域での健康調査の結果から要フォロー者への訪問を行っている。今までは「浅く広く」地域住民と接触し、リスクの高い住民への見守りを行ってきた。今後は様々なストレス反応が自然軽快に向かう住民が増える一方で、軽快に向かうことのできない難治例への対応が必要になると考えられる。いわば「狭く深く」の対応が求められる機会も増えると考えられる。当センターとして専門治療に対する知識の拡充および地域医療機関との連携強化が必要になると考えられる。

被災住民の居住環境の変化も想定され、そこで生じる問題への対応も必要となる。復興住宅の建設に伴い、応急仮設住宅の利用者が減少し、集約化される可能性がある。復興住宅には生活に困窮する事情を抱える住民が優先して入居することが想定され、それゆえに生じる問題への対処も必要になる。現在取り組んでいるサロン事業などは地域の復興進行状況に応じて、形を変えていく柔軟さが要求されると考えられる。国の政策、地域の復興事情に対して高くアンテナを張り、今後起こりうることを想定することが求められる。

各種民間団体（NPO、NGO など）との連携の在

り方についても変化が求められる。急性期には、海外などで災害支援の経験豊富な支援団体にリードされてきた側面がある。資金の不足などの問題なども背景にあるが、復興が進むにつれて外部からの支援者は撤退する傾向が見られる。今後は地元の住民で立ち上げられた地元民間団体が自立して活動を行うことができるよう、より多くの支援が必要になると考えられる。

どこの自治体も専門職が不足して、人材の確保に困窮している。災害支援に関する知識を有する専門職の育成も当センターの大きな役割の一つである。当センターで既に取り組んでいる「アルコール問題に特化した専門職育成事業」をモデルとして、多機関と広く連携して取り組む人材育成事業への展開も必要となる。地元の専門職養成コースの学生への実習への協力、短期間の専門職の研修なども考えていく必要がある。

12. 終わりに

平成 24 年 4 月～12 月までの当センターの取り組みについて提示し、今後の課題について述べた。阪神淡路大震災後の兵庫県こころのケアセンターおよび新潟中越地震後の新潟こころのケアセンターにひき続き、東日本大震災後には岩手、宮城・福島にこころのケアセンターが設立された。各センターは共通点も多いが、各地域のその時々状況に応じてセンターの活動モデルには相違も多いと考えられる。今後とも、地域の変化に即した柔軟な活動が必要になると考えられる。

添付資料1 借り上げ仮設住宅の健康調査の結果

被災状況

	世帯数	割合
全壊	7,357	78.2%
大規模半壊	1,144	12.2%
半壊	385	4.1%
無記入	527	5.6%
合計	9,413	100.0%

居住場所

被災時と同じ市町村に居住	6,092	64.7%
被災時とは別の市町村に居住	3,321	35.3%
合計	9,413	100.0%

被災による親族の死亡

いる	1,216	12.9%
いない	7,544	80.1%
無記入	653	6.9%
合計	9,413	100.0%

こころの問題

	人数(A)	5点未満	割合(B/A)	5点以上	割合(B/A)	10点以上	割合(B/A)	13点以上	割合(B/A)
0～14歳	3,023	2,526	83.6%	497	16.4%	134	4.4%	43	1.4%
15～64歳	16,043	9,166	57.1%	6,877	42.9%	2,625	16.4%	1,292	8.1%
65歳以上	5,346	2,600	48.6%	2,746	51.4%	1,255	23.5%	643	12.0%
年齢無記入	60	40	66.7%	20	33.3%	8	13.3%	4	6.7%
合計	24,472	14,332	58.6%	10,140	41.4%	4,022	16.4%	1,982	8.1%

その他の症状

	人数	割合
不眠	4,058	15.1%
食欲不振	781	2.9%
意欲低下	2,461	9.2%
朝から飲酒	258	1.0%

資料3 サロン事業の取り組み

名取市ほっとサロン概要

	実施日	仮設住宅名	参加人数	講話内容
第1回	5月10日	美田園第2、3	10名	心の健康講話
第2回	5月24日	箱塚桜	18名	眼についての講話
第3回	6月14日	雇用促進	11名	心の健康講話、個別相談3件
第4回	6月28日	箱塚屋敷	12名	熱中症についての講話
第5回	7月12日	箱塚屋敷	19名	心の健康講話
第6回	7月26日	植松入生	26名	食中毒についての講話
第7回	8月9日	箱塚桜	13名	薬剤師による薬の講話
第8回	8月23日	雇用促進	9名	ストレスの講話、個別相談2件
第9回	9月13日	植松入生	20名	心の健康講話
第10回	9月27日	愛島東部	15名	糖尿病についての講話
第11回	10月11日	愛島東部	9名	筋膜マッサージ
第12回	10月25日	美田園第1	12名	インフルエンザについての講話
第13回	11月8日	美田園第1	10名	心の健康講話
第14回	11月22日	美田園第2、3	17名	ねたまり予防についての講話

山元町ほっとサロン概要

	実施日	仮設住宅名	参加人数	講話内容
第1回	5月18日	坂元公民館	4名	こころの健康について
第2回	6月22日	中央公民館	3名	ストレスについて
第3回	7月20日	高瀬西石原	15名	こころの健康について
第4回	8月17日	旧坂元中	20名	うつについて
第5回	9月21日	町民グラウンド	26名	うつについて
第6回	10月19日	ナガワ仙台工場	17名	うつ、PTSDなど精神疾患について
第7回	11月16日	浅生原箱根	4名	ストレスとこころの病について
第8回	12月21日	中山熊野堂	15名	ストレスについて
第9回	1月18日	浅生原東田北	6名	一問一答、質疑応答

添付3 アルコール関連人材育成事業プログラム

1日目	9:30～11:00	オリエンテーション	病院概要、外来(デイケア含む)・入院治療、AL病棟について、看護部長・課長より講義
	11:00～12:00	院内AA	入院患者を対象としたAAミーティングの陪席
	13:00～14:00	DCにてグループセラピーを見学	ストレスケアマネジメントのグループか対人グループのどちらかを見学
	15:30～16:30	被災地におけるアルコール簡易介入法活用についての講義	飲酒について、社会問題、早期介入方法、AUDITの活用方法についての講義。その後スクリーニング用紙・飲酒日記を実際に記入
	16:30～17:30	事例検討	専門スタッフが被災地支援の事例検討をしている場面に同席
2日目	9:30～11:00	ビギナープログラム (AL依存症外来患者及び家族のグループセラ)	AL依存症に至るまでの経過を映した事例のビデオ鑑賞
	11:00～12:00	院内断酒会	入院患者を対象とした断酒会の陪席
	13:30～15:00	アディクションオープンセミナー	依存症についての心理教育プログラムを見学し、専門医からの講義
	15:30～16:30	家族グループセラピー	依存症者の家族だけのグループセラピーを見学
3日目	10:15～11:15	AL病棟の認知行動療法	入院後2週間経過(初外泊・離脱期を脱した後)した患者で、10人弱を対象とした認知行動療法を行う場に
	13:30～15:30	アルコール簡易介入の実践	デイケアメンバーに協力をいただき、AUDITを用いての聞き取りを実際に行う。
	16:00～17:30	当事者メッセージ	AL依存症である当事者の体験談を聴く。
4日目	9:30～12:00	アルコールの入院治療について	アルコール依存症がどのような病気か、その症状、認知行動療法を活用した治療についての講義
	14:00～15:00	薬物依存症リハビリ施設訪問	仙台ダルクを訪問し、施設内で行われているグループミーティングを陪席
	15:30～17:00	トラウマとアディクション関連ビデオ視聴	アダルトチャイルドのビデオの鑑賞とディスカッション
5日目	9:00～12:00	新患インテーク・外来診察	AL依存を主訴として受診した患者の初回インテーク面接及び外来診察の陪席
	14:00～15:30	AL病棟のグループセラピー	グループに初めて参加するような患者を対象として、メンバーが設定したテーマについてディスカッション
	16:00～17:30	AL依存症者の家族支援	AL病棟担当スタッフより、AL依存症患者の家族の特徴、対応のポイントについての講義
6日目	10:00～12:00	患者へのオリエンテーション	系列のクリニックにて、ストレスとこころの病気(うつ・嗜癖・AL依存症等)についてのワークショップ

* 1日目から5日目の研修終了後、オプションプログラムとして、地域のAAや断酒会を見学。(おおよそ18:00～20:00)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
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
分担研究報告書

福島県被災住民メンタルヘルスに関する現状と課題

分担研究者 昼田源四郎 1)
研究協力者 前田正治 1) 2)

- 1) ふくしま心のケアセンター
- 2) 久留米大学医学部神経精神医学講座

研究要旨

東日本大震災とその後にひきおこされた原発災害によって福島県は甚大なダメージを受けた。とくに原発災害に伴う事態の複雑さは、我が国が未だかつて経験がないばかりか、複合災害としては人類史上も類をみないものである。本報告書では、この深刻な災害によって生じた被災住民の精神保健上の問題分析と、ふくしま心のケアセンターの活動についての2部に分け報告したい。すなわち第1部では、福島県被災住民にみられる様々な精神保健面での現状と課題について精神医学的に俯瞰し、記述的分析を試みる。さらに第2部では、昨年4月から活動を開始した「ふくしま心のケアセンター」を紹介し、初年度の活動実績を報告、併せてその課題に言及したい。

Keywords 東日本大震災、福島第一原子力発電所爆発事故、精神保健

I. はじめに

2011年3月11日の東日本大震災は福島県において、甚大な被害をもたらした。とくに浜通りといわれる福島県沿岸部の被害は大きく、たとえば南相馬市は県下最大の津波被害をこうむった。しかしながら本県における最大の惨禍は、言うまでもなくその後津波被害によってもたらされた福島第一原子力発電所の全電源喪失後に生じた爆発事故である。3月12日の

1号機建屋の爆発に引き続いて起こった3つの建屋の破壊は、大量の放射線物質の拡散を招いてしまった。セシウムのような半減期の長い放射線物質が福島県の広範囲に沈降し、現在除染等の試みが様々な困難な状況のなかで続けられている。また第一原発自体は一応冷温停止状態にあるとされているが、廃炉に至るプロセスはまだ途方もなく長く、根源的な解決の行方が見えない状況が続いている。

そして今なお約 17,000 名の避難住民が仮設住宅で、約 3,400 名が借り上げ住宅で、さらには約 5,700 名が県外避難を余儀なくされている(平成 25 年 1 月、2 月調査、復興庁および福島県災害対策本部データより)。今般の原発事故による影響は、医療や福祉はもちろんのこと、政治、経済まできわめて幅広くしかもいずれも非常に深刻である。

しかし中でも、福島県住民、あるいは今なお他県に避難している多数の住民のメンタルヘルス上の問題は深刻である。この第 1 部では、福島県における、とくに原発災害をめぐる住民等の精神保健上の課題について俯瞰し、その問題点や特徴についてまとめてみたい。

II. 被災住民のメンタルヘルスの特徴と課題

1. 原発事故時の心的衝撃と反応

2011 年 3 月 11 日、地震・津波に引き続き衝撃的な原発事故が発生した。双葉町や大熊町のような福島第一原子力発電所が存在した町でさえ、多くの町民にとってはまさに寝耳に水の事故であった。もちろん後に 30 キロ圏内にあることで避難を余儀なくされた住民の多くも原発事故の発生は予期しなかった。すなわち心的準備性がほとんどなかったのである。また情報が錯そうし、場所によってはまったく情報が入らなくなった。当時の政府をはじめ行政機関の対応も混乱しており、また津波被災地では獅子奮迅の活躍をみせた自衛隊などの専門的支援組織ですら放射線汚染への懸念から、その支援は円滑なものではなかった。

こうした混乱の中、多数の住民が避難を余儀なくされた。当初は楽観視しようとしたもの、あるいはなんとか地元にとどまろうとした住民もいたが、原発建屋の爆発は続き、日を追って事態は悪化の一途をたどった。その間多くの住民はメルトダウンや放射線汚染の恐怖の渦中に追い込まれた。とくに福島第 1 原発から近接した地域で、避難を余儀なくされた、主として 30 キロ圏内の住民は、当時の記憶が生々しく残っており、それは避難区域が解除された後も長く強いトラウマ性不安として残っている¹⁾。再びあのような惨禍が招来されるのではないかという不安は現在も尽くことがなく、それが居住住民の慢性的な不安や恐怖症状を形作っているし、避難住民の帰還を困難にしている大きな心理的要因になっているようである。

すなわち爆発音が聞こえたような、そして緊急の避難を余儀なくされた 30 キロ圏内の原発近接地域では、とくに原発爆発に伴う外傷性記憶が今なお強く残っており、それが住民の精神保健面に無視できない影響を与えている。具体的には外傷性ストレス障害 posttraumatic stress disorder: PTSD をはじめとする不安・恐怖症状が出現しているおそれがあるが、実際にそのような訴えで精神科を受診することは少ないようだ。多くの症状は subclinical なレベルに留まっていることも考えられるが、精神科受診に対する抵抗感も強いために受診に至っていない可能性も強い。PTSD にとどまらず抑うつ事例やアルコール依存事例も含め、精神科受療者数に関してはかなりの暗数を予

想すべきであるし、アウトリーチ的な介入が今後も必要である。

また、このような原発事故が直接もたらした恐怖体験の有無の違いは、そのまま避難を経験した沿岸部の被災者とそうでない被災者の不安感情の高さの違いとして表れているように思われる。福島市や郡山市よりも放射線量が低いような（たとえば南相馬市のような）沿岸部地域でさえ帰還者がそれほど増えていないことの背景には、こうしたトラウマ性の記憶がもたらす強烈な被災者の心象の影響があるのかもしれない。

2. 放射線被曝に対する慢性不安と罪責感情

放射線被曝、とりわけ内部被曝に関する不安は広く福島県住民が有しているが、その強度は様々なである。チェルノブイリ事故でもそうであった²⁾が、最もこうした不安が強い住民は、比較的若年の子どもを持つ養育者、とくに母親と考えられる。線量にかかわらず福島に住む母親は、とくに戸外での子どもの遊びなどの活動に過敏であり、またそうした母親の不安は子どもの成長過程にも一定の影響を及ぼしていると推測される。注目しなければならないのは、このような養育者に広くみられる子どもの放射線被曝に対する不安は、「ここに住んでいいのだろうか」という強い罪責感情を養育者に生みだしていることである。

こうした放射線という目に見えないものに対する恐怖や罪責感情から、長期的な避難生活を続けている母親が多いのであるが、その一方で就労等の問題から父親は地元にとどまっている場合も多く、長

期的な別居状態を余儀なくされている家族も少なくない。問題はこうした放射線汚染の影響がきわめて長期的であり、復興の足取りが見えないことである。もちろん多くの地域では、放射線リスクを過大視しないような啓発活動が主として行政からなされているが、住民にある根深い情報不信や専門家の意見のかい離等から、こうした啓発はあまり成功していないように思える。このようなリスク・コミュニケーションの在り方は今後十分に再検討されなければならない。エビデンスに基づいた情報の発信はもちろん大切であるが、リスク心理学を応用したようなより効果的な情報発信は、後述するスティグマの払しょくのためにも重要である。

さて、上述した住民の慢性不安や罪責感情は、とくに母親のそれは、当然のことながら精神保健上の問題も引き起こしている可能性がある。具体的には様々な不安障害症状や抑うつ症状が引き起こされている可能性がある。そして、こうした症状は薬物依存や虐待といったより深刻な問題にも移行する恐れがある。もちろん母親の不安定化は、子どもの精神保健にも相当の影響を与えるだろうし、ここに母子システムをめぐる負の循環が招来される可能性がある。すなわち母親が不安定化し、子供がそれにつれ不安定となり、さらにそれをみた母親が自信を失うといった負の循環である。

このような母子システムの負の循環は、中越地震などでも認められ報告されている³⁾が、その一方で災害時にはコミュニティの絆もまた強まり、それによって母子