東北文化学園大学　看護学科　紀要
第２巻　第１号　2013 年３月

〔報告〕　被災地の現状とメンタルヘルス支援について

～特定非営利活動法人「心の架け橋いわて」の活動を通して～

伊関　敏男

東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

要旨

2012 年春から、岩手県大槌町・釜石市でのメンタルヘルスケアを行う特定非営利法人「心の架け橋いわて」での支援活動に参加し、その活動を通して以下の６つ視点の重要性が被災地支援には重要であると示唆された。①被災地支援では、支援者の専門的スキルはもとより、長期間支援に入れる支援者の存在、可能な限り同一な支援者が入れることや、支援者の身分保障、支援チームが活動できる財政基盤などが非常に重要である。②被災地支援では、支援者のモチベーションを維持し易くするために、長期的なビジョン・目標を掲げて支援する必要がある。③被災地支援では、アウトリーチ活動が円滑にするために、地域行政機関、特に地域の保健師との関係を築き、地域の支援者とともに活動することが重要である。④被災地の各支援団体は、可能な限り顔を会議などで調整を図る必要がある。⑤被災地支援において、避難所や仮設住宅の被災者のみならず在宅被災者への支援方法を考える必要がある。⑥被災地支援において、長期的支援を行うために、支援の担い手となる後継者を育成する必要がある。

【キーワード】　東日本大震災、被災地支援、特定非営利法人、メンタルヘルス、他職種連携

Ⅰ．緒言

東日本大震災（以後、震災と記す）から約２年が経過しようとし、東北３県はもとより、震災により被災した地域では、公的機関や多くのボランティア、支援者のおかげで、未だ住居などにおいては不十分な面はあるものの、インフラなどの公共施設の整備はかなりの部分で復旧してきた。

しかし、そのような物質的被害は、改善されてきたが、その被害に伴う喪失感情や、人的被害にともなう心的外傷は、未だ癒える兆しがなかなか見えない。そればかりか、時間の経過とともに、さらに遷延化の様相を呈しつつある[1)]。その理由としては、死者や行方不明者の数の多さのみならず、それ以上に、地縁・血縁の結びつきが強い地域のため、その死者や行方不明者と「ゆかりがある人」が多いことが挙げられる。また、今回の震災は、あまりにも突然で、悲惨であったために、目の前の出来事を整理し現実の出来事と理解するのに、時間がかかっていることや、あまりにも被害が広範囲にわたっているために、気持ちを吐き出し、癒してくれる地域が丸ごとなくなったことなども考えられる。

さらに、時間の経過に伴い「なぜ自分だけ生き残ってしまったのか」という罪悪感、仕事や将来などの希望の消失、震災に伴う PTSD やうつ・認知症傾向、アルコール依存、ギャンブル依存症などの様々なこころの問題を抱える人が増加している[2)]。

そのため、筆者は、その人たちの支援を行うた

めに、2012 年春から、震災被害が甚大な岩手県大槌町・釜石市でのメンタルヘルスケアを行う特定非営利法人「心の架け橋いわて」通称 :「こころがけ」（以後、「こころがけ」と記す）の支援活動に参加している。

今回、これまでの支援活動の現状を振り返り、今後のメンタル支援のあり方や課題について考察したのでここに報告する。

Ⅱ．大槌町・釜石市の被災状況

大槌町は、地震や大津波の影響により、町役場を含む殆どの建物が壊滅し、多くの町民が、家族、友人、家、仕事を失い、さらに町民の医療を支えていた岩手県立大槌病院や近隣のクリニックなどの医療機関も壊滅的な状況に陥ってしまった。

大槌町：2012.3.17.撮影

総務省統計局のデータ[3]（2012 年 9 月）によると、岩手県の中で最も被害が大きかった地域は陸前高田市で、その次に被害が大きかったのが大槌町である。その大槌町での被害は、岩手県の死者 4,671 人、行方不明 1,205 人のうち、死者 803 人、行方不明 473 人であり、町民に限定すると、大槌町の死者・行方不明者の数は、全町民の 8.35%にものぼり、全町民の 1 割近くを占めるという悲惨な状況であった。

さらに、隣接する釜石市も、大槌町に次いで被害が大きく、死者 888 人、行方不明 153 人という現状で、陸前高田市を加えると、2 市 1 町で、岩手県の死者・行方不明者の 7 割近くを占める現状である。

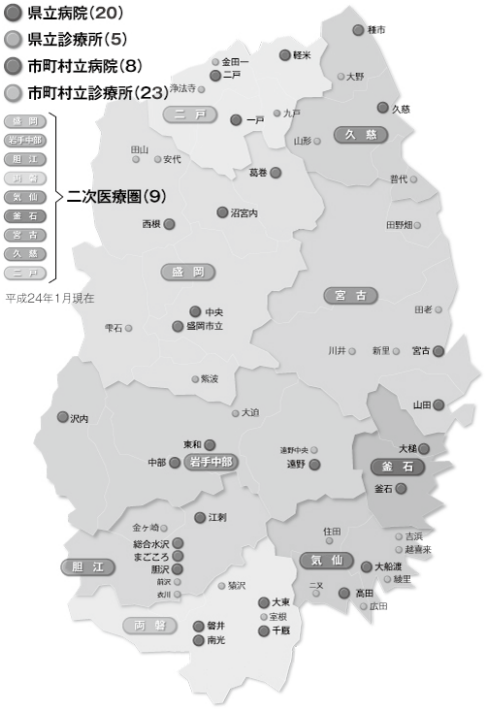
仮にこの地域の人的被害を阪神・淡路大震災[4]と比較した場合、阪神・淡路大震災の 3 分の 1 に匹敵するという甚大なものであったと言える。

Ⅲ．震災前の大槌町・釜石市の医療状況

支援活動を展開している大槌町は、岩手県の三陸沿岸の小さな町で、漁業を主な産業としており、地理的には、北に宮古市、久慈市、南には陸前高田市があり、三陸沿岸部の中心部に位置する釜石市に隣接した町である。

その大槌町の医療体制は、岩手県に 9 つある 2 次医療圏（二戸・久慈・盛岡・宮古・岩手中部・釜石・胆江・気仙・両磐：図-1）の 1 つ釜石医療圏に属している。

図―1：岩手県：医療圏



岩手県 HP より引用[5]

震災前の大槌町を含めた釜石医療圏での一般医療の現状は、地理的影響や人口の関係から盛岡医療圏などの内陸部の医療圏に高度医療や様々な医療を恒常的に依存し、盛岡市などの内陸部の都市と比較すると医療機関が少ない地域であった[6]。

さらに、メンタルヘルス（精神的な疲労、 スト

レス、悩みなどの軽減・緩和とそのことへのサポート）の分野においても同様で、大槌町は、車で30分ほど離れた釜石市保健所の管轄下で、地域におけるメンタルヘルスは、地元の非専門医と地域の保健師による保健活動によって担われていた。それ故、医療全般において過疎的地域[6]であった。

Ⅳ．震災から１年までの大槌町・釜石市での支援の状況

震災後１年が経過し、大槌町に赴いたため、大槌町でのメンタルヘルス支援を住民に違和感なく効果的に実践するには、これまでの支援の現状を考慮し活動する必要がる。そこで、まずは、大槌町に赴くまでに行われていた支援を物質的支援、医療的支援に分けて検討した。

１．物質的支援について

大槌町・釜石市は、震災の初期的段階から、物質的支援はもとより、医療支援が行われた地域であった。しかし、大槌町・釜石市は、京阪神地区のように、大阪などの大都市圏に隣接していた訳でなく、漁業などの第１次産業（一部の製鉄所を含む）中心の地域であった。そのため、交通手段もあまり整備されておらず、大槌町・釜石市は、一番近い県都の盛岡市からでも、宮古市までバスで２時間、そこからさらに車で数時間かかり、在来線を利用した場合、花巻経由で釜石まで３時間、車では盛岡から峠越えをして２時間半以上といういわゆる陸の孤島的地理環境であった。それゆえ復興支援や援助の手が差し伸べられるまでかなり時間を要していた。それでも、震災後１年経過した頃までには、国策や各種団体、特定非営利法人（以下NPOと記す）、ボランティアなどの支援があり、かなりの部分で物質的には整備され役割は果たしていた。

しかし、最近は、国策は別として、支援者個人の生活の問題、支援してくださった組織の職場的問題、地理的問題、さらに一番憂慮すべき問題である時間の経過にともなう震災への関心の希薄化という「震災の風化」の問題などのために、一般のボランティアや支援者の規模が徐々に縮小されてきつつある[7]。確かに物質的には、ある程度回復・復興されてきてはいるが、以前の暮らしを考えると、住居の問題や個人の生活圏の整備、さらに仕事の問題など、未だに援助が必要な分野が多々存在する。それ故、これからも多方面で継続的支援が必要である。

大槌町役場（旧大槌小学校）：2012.9.15.撮影

２．医療的支援について

大槌町・釜石市の医療施設は、震災を機に壊滅的になったために、全国各地の医療チームによる医療支援が行われた。

まず、初期的医療支援（震災直後から１カ月位）では、全国の災害派遣医療チーム（以後、Disaster Medical Assistance Team:DMATと記す）や医療従事者、自衛隊などにより、被災者への救急救命医療が行われた。このことにより、多くの人命が救われた。

しかし、問題もいくつか明らかになった。例えば、被災地の混乱、被災地の地理的問題などのため、医療チームが現地に到着するまでに１週間以上かかった場合や、さらにどこへ支援の医療物資を送っていいのかわからないために、医療物資がなかなか届かなかったという問題も露呈した。

その理由としては、被災地の基幹的役割を担うはずであった公共機関が町ごと壊滅したために情報を集約できず、被災者がどこにいるのかが把握し難かたかったこと、被災地域があまりにも広大であったこと、被災地までの交通網が寸断されて

いたこと、支援者から被災地まで距離が遠いなどが考えられた。

また、今回の震災では、従来の災害に比べると初期医療において、重症度が高い被災者が少なかったために、医療支援の到着が遅延したことも否めない。

そのために、自治体としては、医療チームが援助しやすいように、今以上に各自治体や自衛隊、医療支援チームなどとの親密な協力関係を築き、危機時の情報の一元化･集約化を行う必要がある。

支援する医療支援チーム側としては、多様な医療支援チームの混在による混乱や支援の過不足を防ぐためにもコーディネーターの役割が改めて重要視され､今後は､コーディネートターを中心に、各医療チームが連携し、支援が効率よく実施できるようにすることが重要と考えられる。また、今回の震災を踏まえて、医療チームの編成においても、災害と一括りにするのではなく、災害の内容によって、医療物資や医療チームの編成を考えなくてはならないことが明らかになった。

岩手県立大槌病院：2012.3.17.撮影

次に、中期的医療支援（震災後１カ月～半年）では､医療従事者による､医療施設への応援診療、避難所への訪問診療や健康相談が行われた。この時期になると、医療従事者の数が増え、支援規模としては、最大規模の時期であり、様々な支援が展開され、支援の量的に充実した支援が行われていた。

しかし、最近、支援先で当時の話を伺う機会があった折､「あまりにも多数の人が、次から次へと来てくれるので、有難いことではあるが疲れた。」「どんどん語りたくないことも聞かれたので困った。」「健康支援という名の調査が多かった。」と困ったというようなお話が意外に多く聞かれ、支援は支援者の満足感にあるのではなく、被災者の満足感にあると改めて感じ、支援の量的問題のみならず質の問題がより重要であると支援の難しさを実感した。

そのため、この時期は確かに支援者としては動きやすく、多くの支援者が支援に向かっていたのだが､被災者としては､幾分落ち着きを取り戻し、色々物事を考え始める時期であり、支援の押し売り、調査ありきという姿勢は慎み、被災者とともに考える、被災者の身になって支援するということが非常に大事なことである。そのことは、これから長期的に支援する我々にも非常に大事なことと考える。

最後に長期的医療支援（震災半年後～1 年位）であるが、この時期は、被災者が徐々に避難所から仮設住宅に転居しはじめ、自立を模索しようとしていた時期である。この時期、身体的な医療支援が必要な被災者は、既に医療施設にアクセスしはじめており、被災者への支援の場所が避難所から仮設住宅へ、支援の内容が医療支援から健康支援および健康教育に徐々にシフトしはじめた。それに伴い世界の医療団（MEDECINS DU MONDE：以下 MDM と記す）を除く、医療支援者数が減少し始めた。その時期に同調するかのように、その担い手が、徐々に医療従事者から、社会福祉協議会､「遠野まごころネット」や「おらが大槌」などの NPO、ボランティアスタッフなどの地域住民にバトンタッチされ始めた。その支援内容は、所在確認、声かけ・見守り活動、お茶っこなどのサロン、運動療法などであった。

しかし、一般的な医療支援があまり必要ないように思えても、このような東日本大震災のような大規模災害に遭遇した被災者は、心的外傷を抱えている人が多いと言われている[8)]。そのために、震災後半年後くらいの比較的生活が安定してくる

時期より食欲不振、睡眠障害、眩暈や動悸などの心気症状などが顕在化してくる場合が多く[8]、社会福祉協議会や NPO、各地のボランティアなどのよる声かけ、見守り活動単独では、専門知識が乏しい集団であるために、対応によっては症状が遷延化する恐れがあり十分に考えられる。また、健康支援教育にも不慣れなことが多い。

さらに、今回の震災の規模の大きさから現地で支援している支援者も被災者である場合が多く、支援者が逆に症状を顕在化させたり、燃え尽きてしまうことも考えられる。実際には、そのことを予期し、MDM や地域の保健医療従事者なども介入していたが、人的限界や被災者や地域の支援者が自ら語らなければ顕在化しないために、後手になっていた。

それゆえに、この時期以降にも、そのような症状を早期に発見し介入するためには、長期的視野で地域住民とともに活動する医療支援、特にメンタルヘルス分野を含めた支援チームの介入が必要である。

Ⅴ．「こころがけ」について

そこで、震災後 1 年が経過した時期、岩手県大槌町を拠点に、釜石市を含めた釜石医療圏の被災者および被災者を支援している支援者支援のメンタルヘルスケアを目的に、「こころがけ」は、活動を開始した。

1．「こころがけ」とは

「こころがけ」[9]とは、日本精神科救急学会の支援金、米国日本人医師会や Japan Society からの義援金などにより活動が開始されたボランティア団体で、その活動目的は、被災者支援および被災者を支援する支援者支援、被災者支援の枠組みの構築、モバイル支援の構築などである。また、活動エリアと期間としては、大槌町および釜石市地区で、3 年間の継続支援を行うこととしている。尚、現在は、義援金などの他に、三菱商事復興支援財団[10]などの助成金も頂き、さらに、岩手県において、NPO「心の架け橋いわて」[9]として認可され活動している訳であるが、当初は、上記を母体に活動を開始した。

次に、NPO 法人の名称である「心の架け橋いわて」の由来は、岩手の偉人、新渡戸稲造[11]の「願わくは我、太平洋のかけ橋とならん」という言葉に表されるように、海外からの義炎金を頂き、その支援を被災地に役立てる橋渡しを行いたいという意味から名付けられたものである。

現在、この思い・理念・目的に賛同した医師・臨床心理士・看護師・精神保健福祉士など 20 数名で活動している。

2．「こころがけ」の支援活動

我々の活動を、活動内容から、Ⅰ期（2012 年 2 月から 4 月）、Ⅱ期（2012 年 4 月～6 月）、Ⅲ期（2012 年 7 月～11 月）、Ⅳ期（2012 年 11 月以降～）に分けて報告する。

1）Ⅰ期：活動導入期

三陸地域、特に大槌町などは、地理的問題から、昔から外部とあまり接触を持たなかったというか、持とうと試みなかった地域で、何事にもおいても地域のことは地域でなんとかするという風土があった地域であった。例えて言うなら「生まれ育って、さらに、そのまま住んでいる人が住民であり、他所から嫁いできた人は、長年住んでもいてもよそ者であるし、一旦他の地域に出ていき戻ってきた人もよそ者」と言うような仲間意識が強く、排他的な地域であった。そのために、震災後、外部から入った支援者に対しては、あまりいい印象を持っておらず、メンタルヘルス支援という「こころの問題」、つまり極めて個人的な問題に関しては、震災後 1 年が経過していた時期にも関わらず、殆ど語られていなかった。

そのため、この活動導入期は、外部の人間である我々支援者が、迷惑を掛けないもの、何か有益なものをひょっとしたら発信してくれる可能性があるものとして受け入れてもらえる必要がある。そのために、先行の「ころがけ」のメンバーが仮設に居住し、社会福祉協議会や町役場、各種 NPO 団体と連携を図るとともに、医師である理事が医師会、関連病院や地元開業医、公共機関との関係構築を図ることに努めた。

２）Ⅱ期：活動黎明期

この時期になると、先行の「こころがけ」のメンバーのお蔭で、4 月より、医師チームは、毎週金曜日、大槌町で相談業務を開始した。また、コ・メディカルチームは、社会福祉協議会の協力の上、生活支援専門員（Life Support Assistant：以後、LSA と記す）の方と共に毎週金曜日、大槌町の仮設住宅およびみなし仮設の方の全戸訪問へ 2 名程度、同行訪問させていただいた。その具体的な内容は以下に述べるような内容であった。

まず、医師チームであるが、この時期は、広報活動がまだうまく行われていなかったことや、行政、特に保健所との関係が円滑に図れていなかったために、あまり積極的な活動が行えなかった。そのために、震災ストレス相談室での相談業務が殆どなく、保健所職員やこころのケアセンター職員に対する教育支援を中心に行った。

コ・メディカルチームは、LSA の方との関係を円滑に図るように、同行訪問に際しては、精神科の専門家集団であるが、同行訪問させていただく前に個々の「こころがけ」メンバーが LSA の方に自己紹介をする程度で、同行訪問中は決して前にでない、あくまでも黒子に徹し、LSA 活動の邪魔はしないというスタンスをとった。このようなスタンスを取った理由としては、LSA の方が地元の方であるために、我々より地元の諸事情をよく知っていることや、LSA の方の今までの活動を尊重したためである。仮に、ここで専門家的視点や声かけを全面に出していった場合、LSA の方の今までの活動を否定しかねないし、被災者に対して、震災後 1 年までの支援同様に外傷体験を抱かせる恐れがある。

では、専門家であるのに何もしないのかと言うと、決してそうではなく、後日ではあるが、「後ろに控えてくれているだけで安心して話を聞くことが出来た。」、「訪問の車中で、雑談のように訪問者の困ったことや見聞きするべきことの相談ができた。」、「自分の困ったことを相談できた。」などの話を伺う機会があった。

そこで、活動黎明期は、信頼関係構築を主とし、支援者のスキル、特にメンタルヘルスの専門家ということを全面に出さず、困ったことや相談がある場合はいつでも相談に乗るというスタンスを持ちつつ黒子として関わる姿勢を重視した。つまり、見知らぬ被災地で信頼され、受け入れられるためには、「相手を尊重し見守る時間、相手からの応答を待つ時間、さらに同じ時間・空間を共に過ごす時間」という時間を掛け、じっくり信頼関係を構築することに徹した。

３）Ⅲ期：活動模策期

この時期は、「こころがけ」として活動を開始し、3 ヵ月が経とうとした時期で、徐々に、各方面において認知度が出て始めた時期である。

医師チームは、活動頻度を変えることなく、毎週 1 回、金曜日に、震災ストレス相談室にて、相談業務にあたっていた。しかし、釜石地区ではある程度相談件数が上がっているものの、大槌町では依頼件数は依然少ない状態であった。そのため、相談の合間に、引き続きこころのケアセンター[12]などの職員教育を行いながら啓発・勧誘作業を行っていた。

この要因としては、アウトリーチを実践すること、つまり心に問題を抱える地域住民に無料で出向いてケアしたり、継続的に支援することで、閉鎖的な地域性から地元医療機関が患者を奪われ兼ねないと危惧されたり、地域の公的保健医療機関が精神衛生の計画・立案・実行の主導権を握り、

他者の意見をあまり受け付け難いという官僚主義的なものが多少影響しているのではと考えられた。

そのため、引き続き地元医師会の協力を得るように働きかけ、公的機関との会議を密に実施した。

コ・メディカルチームは、継続的に同行訪問することで、信頼関係が構築され、LSA の方との訪問時、徐々に訪問先が医療的介入・精神的介入が必要な方を同行させてもらえるようになる。(同行訪問先は、原則 LSA の方が訪問日までに選定してくれることになっていた。) 例えば、訪問先としては、糖尿病教育が上手くいかない方や高血圧の方、認知症の方、軽度 PTSD 様の方などである。つまり、ランダムというか、あまり問題のない訪問先から、幾分アドバイスを求められるような訪問先へシフトされ、「こころがけ」の活動が、やっと LSA の方に受け入れられたと感じた時期である。この時期より、LSA の方から積極的に意見を求められる機会が増したり、訪問先の BP 測定を実施したり、訪問先の疾患相談を受けたり、同行訪問後のカンファレンスを行うことが多くなった。現在もその関係は継続している。

さらに、LSA の方の信頼を得、協力も得ることが出来るようになったために、「こころがけ」独自の企画としての医師とコ・メディカル共同で仮設住宅の集会所において月 1 回のペースでサロンを開始することができるようになった。内容としては、健康教育として、アルコール依存の問題、認知症の問題などを軽い感じてお話した。しかし、そもそも被災者の方は、勉強よりは、まずは楽しく暮らしたいという思いが強いために、テーマを【笑いと健康「高座」】として、導入に落語を行い、少しでも笑ってもらい、そのあとお茶っこ形式で、少しアルコールのことや認知症のことが語る場になればというコンセプトとした。

サロン参加人数や参加者の年齢は、LSA の方の協力もあり、毎回まちまちであるが、10 数名の参加者があり、落語において少しずつではあるが、被災者に笑顔が見えるようになってきた。同様に、健康教育においてもサロン当初は、あくまでも医学的な話を聞く程度であったものが、徐々に個人的な問題や身内の問題、震災時の話など、今までこころの奥に抱えていたものを吐き出す場になってきた。

この活動模策期では、このようなサロン活動を核として、今後の長期支援のために、地域医療機関や公的機関との関係の構築と被災者に直接関わる LSA の方とのさらなる信頼関係の構築、他の NPO とのコラボレーションの模索を行った。

大槌町：2012.12.15.撮影

大槌町：2012.12.15.撮影

4）Ⅳ期：活動展開期

この時期は、「こころがけ」として活動が医師チームを除き、順調に指導し始めた頃である。医師チームは、活動黎明期・模策期を通じて、活動頻度を変えることなく、毎週 1 回、金曜日に、大槌町にて、相談業務にあたっていた。しかし、まだまだ、相談件数が増加しないために、引き続きこころのケアセンターなどの職員教育を行いながら啓発・勧誘作業を行っていた。

コ・メディカルチームは、LSA の方との関係が、

さらに深まり、同行訪問のケースカンファレンスのみならず問題があるケースのカンファレンスに参加したり、LSA の方から依頼された個別のケースに対して、「こころがけ」の心理士が個別介入を始めたりした。

仮設住宅でのサロン活動も順調進み、11 月からサロンを月 2 回としたり、多くの仮設を回れることができるように、午前・午後のダブルヘッターという試みも可能な場合実施した。さらに、内容も落語の他に、ヴァイオリン演奏や「ふまねっと」という認知症予防に有効な運動療法などを加え、バラエティに富むものにバージョンアップした。また、他の NPO との合同サロンを企画し、サロンの対象を仮設居住者としていたものに加えて、在宅被災者に広げる試みも開始し始めた。

その他として、ようやくこころのケアセンターおよび地域医療施設からの巡回訪問などの相談、他の NPO との連携、積極的アウトリーチの模索、教育研修の模索など精神科的視点のサポートを徐々に展開できるようになってきた時期である。

赤浜：2012.8.31.撮影

3．今後の「こころがけ」の活動

「こころがけ」として約 1 年間活動してきた訳であるが、支援を開始して 1 年が経過し、ようやくこころのケアセンターおよび地域との相互協力関係が構築されてきた。

そこで、今後の長期支援を行うには、Japan Society などの活動予算を基盤に、メンタルヘルス支援組織が、単独で活動を行うのではなく、行政の枠組みを考慮しながら、行政・医療機関・メンタルヘルス支援組織が協働で活動を続ける「モザイク型メンタルヘルス支援」[13]を行っていく必要がある。

現在は、大槌町に提供されたメンタルヘルス支援を長期支援モデルに転換してゆくために、行政や現地医師会、学術団体、NGO、民間企業などの複数の支援団体が情報共有をしながら復興という同じゴールの下に相補的な協働作業を進めている段階である。今後は、その協働が円滑に寡動するには、支援団体間の架け橋となるような情報共有の仕組みと、地域リエゾンマネージャーと呼ばれるその地域でのメンタルヘルスコーディネーターのような人材の育成・活用が必要不可欠である。

また、メンタルヘルスが必要な当事者は、支援者に直接アポイントメントを取ることが極めて少なく、また当事者が直接語らなければわかり辛らく、さらに当事者自らが語ることをこころの奥底に封印してしまう傾向が強く、その語りを融解する相手すら見つけられない場合が多く、仮設住宅や在宅でしずかに暮らしている方が多い。

そのために、医師チーム、コ・メディカルチーム、地域の LSA の方を含めたチームが、潜在的なニーズをすくい上げるために、アウトリーチ活動を今以上に充実させ、サロン活動などを通して、ニーズを地道に掘り起こしてゆく必要がある。

さらに、今後、語ることすら封印されている複合的喪失体験と医療資源力の大幅な低下から、メンタルヘルス需要の増加が、予測される。そのため、被災者支援はもとより釜石医療圏のシステムの再構築を行う必要がある。

Ⅵ．「こころがけ」の活動を通して得られた被災地支援について

今回の支援活動を通していくつかの課題が浮き彫りにされた。

まず、支援者側として、メンタルヘルスの分野においては、長期的視点を視野に入れなければならない。つまり、メンタルヘルスの分野は、シビ

アでかつ、センシティブな問題を孕んでいるために、信頼関係を築かなければ支援が行えない。そのために、短期間ではなく、少なくとも年単位の長期的支援が必要である。それゆえに、支援者の専門的スキルはもとより、長期間支援に入れる支援者の存在、可能な限り同一な支援者が入れることや、支援者の身分保障、支援チームが活動できる財政基盤などが非常に重要である。

また、長期支援がゆえに、支援者のモチベーションを保つことも重要である。どうしてもボランティアや医療従事者を含む支援者は何かに介入し結果を得ることで、満足感を得る傾向がある。しかし、メンタルヘルスの分野は、そのような結果が性急に現れるものではない。また、メンタルヘルス支援は、すぐに受け入れられるものではない。それゆえに、支援者のモチベーションを保つことが、どうしても難しくなる。そこで、モチベーションを維持し易くするために、長期的なビジョン・目標を掲げて支援する必要がある。

次に、支援するシステムについてである。東北の三陸地域と言う特殊な地域であったために、地方行政機関との連携が困難であった。都市部では、かなりフレキシブルに NPO や支援団体が協働できることが多いが、今回の三陸地域は、地域自体の閉鎖性、地域行政機関の官僚主義的体質などがあり、アウトリーチ活動が円滑に動けないことが多々あった。そのために、まずは地域行政機関、特に地域の保健師との関係を築き、地域の支援者とともに活動することが重要である。

4 つ目として、各種 NPO などの支援団体との連携においてだが、個々の団体が様々な活動を独自に実施していたため、活動内容の重複や、意見対立を生じさせる場合があった。そのことは、決して被災者に有益なことにはならない。そこで、内容・方法が違えども、各支援団体は、被災者のためにと活動を行っている訳であるから、可能な限り顔を会議などで調整を図る必要がある。

5 つ目として、被災者へ支援のあり方についてだが、避難所や仮設住宅におられる被災者への支援が、どうしても中心というか優先的に扱われてしまう傾向があった。今回、支援を行っている際、在宅にて生活されている被災者の方から、支援物資が得られない、得にくかった、巡回訪問や支援イベントに参加できなかった、支援の情報が殆ど伝わらなかったなどの意見が多く聞かれた。今後は、避難所や仮設住宅の被災者のみならず在宅被災者への支援方法を考える必要がある。

最後に、支援の終了についてだが、支援は永続的に続くものではないし、被災者の自立を促すためにも永続的に続けるものではない。それゆえに、既存の地域での地域の人による支援の枠組みを構築していく必要がある。そのために、今後の支援の担い手となる後継者を育成する必要がある。

以上 6 点が今回の支援の中で学んだことである。

Ⅶ. 結語

今回、被災地支援を行う中で、支援者は被災者のことを思い、必死で支援を行っている訳であるが、被災者の思いは複雑で、その支援者の思いを被災者の思いと、シンクロさせることの難しさを学んだ。また、LSA の方と同行訪問をしながら、訪問先で出会った被災者は、内面に「未だに開けてはならないパンドラの箱」を抱えながらも、常に明るく過ごされていた。

そのような経験を通して、人間とは弱いような、強いような複雑な生き物なのだと実感した。被災地支援は短期的なものではなく、まだまだこれから長く行われるものであるから、被災者の弱い部分に、静かに寄り添い、強い部分には共に笑えるような支援を行っていきたいと考える。

最後に、この震災においてお亡くなりになられた方、行方不明になられた方のご冥福を心からお祈り申し上げます。

Ⅷ. 参考文献

1)高橋聡美：東日本大震災における遺族の現状とグリーフケア,

トラウマティック・ストレス,10 巻 1 号,P65-70,2012.
2)久保正子：自然災害がもたらす複雑性悲嘆,獨協医科大学看護学部紀要,5 巻 2 号,P147-155,2012.
3)総務省統計局 HP:http://www.stat.go.jp/ Info/shinsai/index.html(2013 年 1 月 14 日アクセス)
4)兵庫県まちづくり・防災 HP:http://web. pref.hyogo.lg.jp/pa20/p20_000000016. htlm(2013 年 1 月 14 日アクセス)
5)岩手県 HP:http://www.pref.iwate.jp/~hP0365/iryokikan/01map.html(2013 年 1 月 14 日アクセス)
6)岩手県精神科救急情報センターHP:http: //www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=14209 (2013 年 1 月 14 日アクセス)
7)東日本大震災災害ボランティアセンター報告書：http://www.shakyo.or.jp/research /11volumteer.html (2013 年 1 月 14 日アクセス)
8)Elspeth Cameron Ritchie et al.:Interventions Following Mass Violence and Disasters, THE GUILFORD PRESS, 2006.
9）こころの架け橋いわて HP:http://www. Kokorogake.org/ (2013 年 1 月 14 日アクセス)
10）三菱復興財団 HP:http://www.mitsubis-hicorp-foundation.org/reconstruction/case/file28.html(2013 年 1 月 14 日アクセス)
11)小林竜一：世紀転換期における〈太平洋の橋〉としての新渡戸稲造，ソシオサイエンス，Vol.17，p49-64，2011.
12)岩手医科大学 HP:http://www.iwate-med.ac.jp/by-s-rinji/12011102-jinshoku/(2013 年 1 月 14 日アクセス)
13)鈴木満：地域別に見るメンタルヘルスケア事情，財団法人海外邦人基金，http://www.jomf.or.jp/report/kaigai/18/050.htm (2013 年 1 月 14 日アクセス)

Current State and Mental Health Support of Stricken Area

—Through the activity of NPO「The Bridge of mind of IWATE」—

TOSHIO　ISEKI

Department of Nursing，Faculty of Medical Science and Welfare Tohoku Bunka Gakuen University