

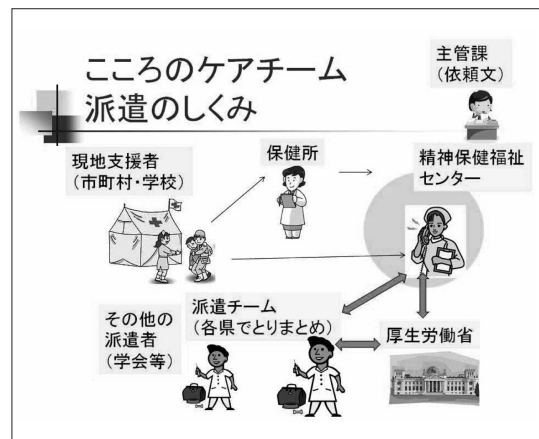
こなす。むしろポジティブであることがリスク軽減に役立っている。そのためのキーワードとして、結束、楽天性、強迫的にならないこと、目的意識などが挙げられる。被害感、やらされ感は、業務遂行においても自身の健康においてもマイナスにしかならない。そんなことを考えながら、職場のメンタルヘルス対策を実践することになったわけだが、結果的にはバーンアウト等もなく、職員同士が協力しあう職場となった。

さて、精神保健福祉センターは各都道府県および政令指定都市に1か所ずつ以上設置されているが、各センターによってその規模は様々である。福島県精神保健福祉センターは、常勤職員数が事務職員も含めても10名余りという小規模のセンターであるため、優先すべき業務に力を集中する必要がある。今回の災害では、当センターはマネジメント業務を中心に行うこととした。すなわち、(1)心のケアニーズの把握と心のケアチームの派遣、(2)関係機関や被災住民への情報伝達、マスコミ対応、などである。

## (1) 心のケアチーム

### ① システム

心のケアチームの派遣は、厚生労働省が仲介し、自治体から自治体へ派遣するという形が作られている。その他に、そのルート以外からの支援の申し出も種々寄せられる。こうした支援希望者に対する受け入れ窓口を精神保健福祉センターが担った。被災や避難の現場では、各避難所や地域住民を市町村や保健所・保健福祉事務所の保健師らが巡回し、被災者・避難者の状況を確認した。その情報を精神保健福祉センターで集約し、地域のニーズとしてまとめ、支援希望チームと調整して派遣先を決定した。



困難だったのは被害が大きかった海岸側の地域（浜通り：相双地域といわき地域）で、原発事故の影響で支援チームが入りにくく、上記のシステムでは全くニーズが満たさなかった。福島県立医科大学を中心としたチームがこの地域を重点的に支援したことで、なんとかケアが維持された。

### ② 活動内容

心のケアチームの活動内容は、避難所の巡回診療・相談が中心で、あわせて集団心理教育なども担ってもらった。浜通り以外では、おおよそ医療機関が稼働しており、巡回診療で治療したあとは地元の医療機関に紹介することができた。ただし、浜通り、特に相双地域では医療機能の損傷が大きく、臨時の外来を長期に続けたのだが、支援に来てくれた医師にも交代で臨時外来での診療を担ってもう形となった。

### ③ マネジメントの実際

被災者のニーズは、日々刻々と変化し、それに適切に対応することが求められた。

まずは、避難者の移動である。避難者が旅館などの二次避難所に避難先を転々とするとともに、放射能汚染による避難区域が4月になっても拡大し、新たな避難者が発生したのである。その移動に合わせて支援者を采配しなければならないのだが、移動の情報が直前になっ

てようやく知らされるということも稀ではなかった。支援の人手は不足がちであったが、一方で、支援者が多ければ多いほどよいというものではない。避難者が移動して、支援ニーズがなくなってしまったとなれば、遠方からの支援者に申し訳ない。変化するニーズに合わせて支援先を変更してもらうということもあったが、場合によっては100km以上離れた地域への支援先変更であったりするので、支援者への負担も大きく、調整は容易ではなかった。

さらに、ケアの内容も変化した。それは、時間経過に従ってストレスの様相が変化したからである。災害直後は、医療を受けていた患者の治療継続や、不眠等への対応が中心であったが、避難が長期化するに従って、生活の不安やストレスへの対応や現場で支援に当たっている職員のケアといった、心理支援のウェイトが大きくなる。そうしたニーズの変化を支援者に伝え、準備しておいてもらうことも必要であった。

こうしたマネジメントには現場の状況の的確な把握が不可欠である。その情報の出所は、避難所の管理をしている養護教諭や市町村職員、保健所職員などの現場担当者からの情報、県組織や関係機関を通して得られる種々の支援団体の情報、県外からの支援者からの情報などである。しかし、災害のただなかで情報は不十分で、たとえば、同じ県の組織であっても他の部署の活動は耳に入らず、被災者から聞いて初めて知る、ということもある。また、寄せられる情報の質はさまざまであった。少し誇張して言うと、たとえば、「この避難所は手つかずで放置されている」と伝えられたのが、実は「たまたま診察対象から漏れて精神症状が悪化した人がいただけ」であったり、逆に「ちょっと風邪をひいている人がいるけれども避難所は落ち着いている」というのが、実は「避難所全体が健康管理を含めてきちんと管理されておらずインフルエンザがはやり始めていた」ということであったりという具合である。質の悪い情報があると、かえって手間がかかることになる。情報は質が命、ということを実感させられた。

だからこそ、現場をいかに疲労させないかということとはとても大切なことだった。情報収集も、日常的なケアも、現場担当者の力に頼るところが大きいからである。しかし、現場であればあるほど種々の業務がふりかかり、多忙を極める。実は、支援チームを迎えるということも、支援者が入れ替わるたびにオリエンテーションをしたり、支援チームの行動プログラムを考えたりと、現場担当者の負担をさらに増やしてしまうものである。ケアのニーズと現場担当者の負担と、ジレンマを感じながらの采配であった。

## (2) 関係機関や被災住民への情報伝達

現場担当者、心のケアチーム、その他関係機関への連絡は、電話、面接などで行った。幸いにも、インターネットが県内の多くの機関で利用できたため、ホームページをフルに活用した。早期に心のケアマニュアルの暫定版を作成し掲載した。たとえば、現場担当者から「子どもへの対応についてマニュアルやチラシが欲しい」という要望が電話であると、掲載したマニュアルをお互いに参照しながら指示することができる。マニュアルに書かれていない内容、たとえば放射線防護関連の知識などについて要望があるときは、急いで文書を作成し、アップロードし、他の関係者も閲覧できるようにした。避難所の状況や心のケアに関する情報も掲載し、支援希望者とのやりとりにも役立てた。「詳しいことはホームページからダウンロードできます」と伝えることで、かなりの時間の省力化が図られたと思う。実際、震災後は、ホームページへ

のアクセス件数が、月間1,000件あまりから3,000件以上と、3倍程度に増加した。

ただし、避難住民は、インターネットを簡単には使うことができない。そこで、ラジオやテレビを通じての相談窓口情報などを伝達したほか、社会福祉協議会が避難所に配布する定期便などにストレス対策などの記事も掲載するなど、種々のメディアを利用した。

メディアについては、特に、テレビについてはかなり気を使った。ひとつは、被災者の取材にかかる被災者への心理的負担である。被災者は、避難所の生活という、かなりプライバシーが守られにくい環境で生活しており、そこにテレビ等での取材が入ることは、非常にストレスになる。現実には、被災者に対する撮影や取材については、お断りしたことが多かった。もう一つは、情報の偏りである。放送する側としてはインパクトのある内容が欲しい、ということもあるだろうが、一部の「生の声」だけがクローズアップされて放送されると、全体の状況とは異なった印象を与え、多くの避難者にとっては釈然としない気持ちにさせられる。あらかじめ、できるだけ正確な情報をメディアの担当者に提供して、偏りのない報道にしてもらうということも必要であった。

## 4 今後の福島県の精神保健

避難所の閉鎖後、仮設住居等での避難生活が続いている。現在、保健所などでは主に県内の支援者によって機能増強を図り、仮設住宅などの避難者・被災者のケアにあたっている。また、平成24年2月には、ふくしま心のケアセンターが立ち上がり、県外からの支援者にも協力いただいている。

心の健康と地域の復興との間には、相互的な関係がある。住民の活力は地域の復興に欠かせない一方、地域が復興することは、地域の住民に希望を与えるものである。被災地は、「被災地である」というマイナスイメージによって地域の魅力を損ねてしまうリスクを負っている。原発事故というもう一つのマイナスイメージを負っている福島県においては、特にそのリスクが高い。それを克服する鍵は、迅速な復興とともに、県民が健康で活力を持ち続けることにもある。被災地住民の心のケアについては、一般的には「被災のストレスに対応する」ということが考えられるが、このように、「ポジティブな気持ちを持つ」という意味での心の健康も大切であると考えている。

「病院・地域精神医学」54 (4) 企画特集「東日本大震災と精神・保健・福祉」に掲載予定  
(2012年4月発行)