

平成 23 年度

【短期研究 4】

東日本大震災におけるこころのケア活動の実際と、  
地域保健システム再建に関する研究

(要旨)

東日本大震災におけるこころのケアチームの活動について、公表された支援チームの報告などを参照して、特徴を集約した。その際、阪神・淡路大震災との比較をしてみると、アウトリーチが当初から積極的に行われたこと、最初の数週間で相談数はピークに達し、その後は急速に減少したこと、不眠や不安を訴え診断としてストレス関連障害が最も多い一方で、阪神・淡路大震災では投薬継続の必要性から大きな割合を占めた統合失調症の割合はあまり多くないこと、精神科病院の被害によって数百人を短期間で転院させなければならなかったこと、などの特徴があった。また、外部から支援チームを派遣する際の問題点を考察するために、今回の兵庫県こころのケアチームの状況をまとめ、その上で課題を述べた。

復興期のシステムとしては、阪神・淡路大震災をモデルにした、こころのケアセンターが各県に作られたが、マンパワーの確保、役割の検討など、直面している問題に違いがあることが指摘できる。また、こころのケアセンター以外に、新たなマンパワーの確保に関して、さまざまな工夫がなされていることを報告した。

研究体制：加藤 寛、大澤智子、藤井千太、牧田 潔

## ■急性期の精神保健活動；阪神・淡路大震災の状況

1995年の阪神・淡路大震災は、外部支援が本格的に大規模に行われた初めての災害で、精神科救護所と呼ばれた活動が、被災地10カ所の保健所で行われ、多数の支援者がそれに参加した。この精神科救護所活動は、震災後5日目に、神戸市長田区で被災し診療所を失った開業医と同区保健所のPSWによって始められた。これは通院中の精神障害者に継続して医療を提供する目的だったが、神戸市内の他区でも同様の必要性が認められたので、6日目に神戸市が近隣の府県に、兵庫県が厚生省（当時）に派遣要請を出すことになった。この要請に呼応して30自治体から、県立精神保健センターに連絡が入った。神戸市の6保健所に関しては、保健所のPSWと、県の精神保健センターとの協議でチームの数や構成が決められた。神戸市以外の保健所は、上記のネットワークの外にあったため、被災地外から派遣された精神科チームが入る計画は当初たてられなかった。その後、県庁の働きかけにより、当初2保健所（西宮、芦屋）、後に2保健所（津名、伊丹）が精神科チームの派遣を受けることになった。精神科チームの派遣元は、初期は近隣の自治体が主体であったが、その後次第に遠方の自治体や国立病院、大学、病院協会などに広がっていった。受け入れたチームの状況は市区によって異なる。たとえば、神戸市の最東部で大阪方面からのアクセスがしやすかった東灘区には4府県の自治体と2大学の支援が入った。一方、最初に救護所を稼働させた神戸市長田区は他県からのチームは受け入れず、県内の医療機関や地元と関係の深い県外の医師が個人的に活動に加わった。外部支援による救護所活動は、最長で震災から3ヶ月余りの期間、その年の5月の連休まで続けられた。

多くの外部支援者が入った理由の一つは、被災地の状況がメディアによって克明に伝え続けられたことであろう。連日、被災状況や避難生活の困難が繰り返し報道された結果、日本中の人々が居ても立ってもいられない気分になり、それぞれの立場で支援活動に加わろうとした。また、阪神・淡路大震災は都市部の災害であったので、直後こそ交通手段が遮断されたものの回復は早く、被災地に入ろうと思えば西からも東からも、六甲山系を超えて北からも、そして海からもアクセスが可能だった。このことも、外部支援が大規模に行われた理由であろう。この活動の最大の問題点は、派遣する側にも受け入れた側にも、何の準備もなかった点である。たとえば、派遣する側には自己完結する意識が低い場合があり、宿泊場所や食料などの手配を被災地側に求めたチームがあった。また、コーディネーター体制は徐々に整えられていったものの、情報収集と発信の困難をどう克服するかは最後まで大きな課題だった。

## ■東日本大震災後の状況

東日本大震災は、過去の事例とは比較できないほどの大規模災害であり、様々な分野での支援活動は、これまでにない困難に直面した。こころのケアに関して、厚生労働省は必要性を早くから認識し、発災から2日目には各都道府県に支援チームの派遣要請をしている。しかし、まず直面したのは情報の絶対的な不足だった。被災地の中でも、ほとんど情

報が入手できなかったことが報告されているが、遠隔地でしかも被災によって交通アクセスが遮断された上に、ガソリンなどの物資不足も影響して、当初は限られた情報しか得られなかった。次第に交通網が回復し、現地に関係者が入れるようになってからも断片的な情報しか伝わらない状況は続いた。これは、派遣を考える側にとって、大きな障壁となった。

それでも、被災県以外のほとんどの都道府県や政令指定都市から支援チームが派遣されたほか、精神科を持つ全国の大学病院や自治体病院、関連学会、精神科病院協会などの職能団体、あるいは国際的なNPOからも、続々と支援チームが現地入りした。また、救急医療チームに精神科医が入っている場合や、個人的なつながりから単独で支援に参加した関係者も多かった。そのほとんどは原発事故への懸念から福島県以外に入っており、岩手県30チーム、宮城県では33チームに上った。

これだけの数の外部支援チームを受け入れることは、どんなに経験と準備があっても困難な作業である。その上、今回は津波によって沿岸部の市町の保健部門や県保健所の多くが被災したために、情報の集約が難しく、マンパワーも不足しており、当初の調整は難航した。しかし、次第にコーディネート体制が明確になって行くにつれて、状況は好転し、最長1年に及ぶ外部支援が続けられた。

## ■外部チーム派遣の実際：兵庫県の経験

### ①派遣決定とチーム構成

阪神・淡路大震災を経験した兵庫県は、その後も多数の災害や事故に見舞われてきた。2001年以降の主なものを列挙すると、明石歩道橋事故（2001）、台風23号（2004）、JR福知山線脱線事故（2005）、台風9号（2009）などがある。これらの事例では、被害規模、被災者の住む地域状況などに応じて精神保健活動を行っており、県庁の担当課（障害福祉課）、県立精神保健福祉センター、およびトラウマ関連障害の専門機関である兵庫県こころのケアセンターが、地元保健所と協力して活動してきた。マンパワーが不足する場合は、神戸大学医学部精神神経学教室、県立光風病院、および県精神科病院協会などに要請し、人員確保に努めた。また、他地域の災害支援にも積極的に取り組んでおり、新潟・福井水害（2004）、新潟県中越地震（2004）、能登半島地震（2007）、新潟県中越沖地震（2007）で、支援チームを現地入りさせている。これまでの事例では、まず県庁担当課とこころのケアセンターの職員が先遣隊として現地入りし、ニーズを確認した上で、派遣の規模や期間を決定し調整していた。

### ②初動

今回の東日本大震災では、過去の事例とは比較できないほどの大規模災害であり、長期に支援チームを派遣しなければならないことは自明であった。しかし、情報は絶対的に不足しており、断片的な情報しか入手できず、遠隔地でしかも被災によって交通アクセスが

遮断されたことから、先遣隊を送ることも叶わなかった。この状況下での初動としては、発生当日に県障害福祉課から関係機関に対して協力要請を行った。いずれの組織からも内諾を得て、翌 12 日から調整が開始された。これまでの経験から、こころのケアチームの救急医療活動が終わったところから始まると予測できたため、被災後 1 週間経過した時期から派遣することとした。過去の災害では、被災県からの要請を受けることが多かったが、今回は 3 月 13 日に厚生労働省からのチーム派遣の可否についての照会があった。地方自治体の連合組織である関西広域連合の方針として、関西 7 府県はそれぞれ担当地域が決められたため、兵庫県は当初から宮城県への支援を始めており、保健師チームが既に仙台市で活動を行っていたことから、厚生労働省にこれと合流したい旨を伝え、仙台市への派遣が決まった。3 月 18 日に、神戸大学医学部精神科の田中究准教授をリーダーとする第 1 陣が発した。メンバーは精神科医 2 名、看護師 2 名、精神保健福祉士 1 名、および運転手で構成されていた。

### ③物資の確保

派遣開始にあたって、まず苦心したのは必要物資、交通手段の確保であった。これまでの災害と異なり、被災地外でも物資は不足し、飲料水、乾電池、インスタント食品などは入手困難であった。また、交通手段は陸路しかなく、多くの物資を携行するためには、大型ワゴン車を確保する必要があったが、これも困難であった。

兵庫県は活動経験は豊かだったが、調整業務（ロジスティック）に関する取り決めやマニュアルは存在していなかったため、障害福祉課の担当者が急いで必要物資をリストアップし、あらゆる人脈を活用しながら調達した。たとえば、関東以北ではガソリン確保ができないと報道されていたため、携行缶を入手し約 80 リッターを積み込んでいくことにした。こうした生活関連物資に比べれば、向精神薬などはむしろ確保が容易であった。なお、仙台市は沿岸 2 区以外の被害は限定的だったので、宿泊施設を確保できたのは派遣チームにとっては幸いであった。

### ④活動方針の修正と活動状況

活動内容は当初は、避難所を巡回し精神科医療の必要な事例に対応し、第 1 陣では 391 例の相談を受けた。しかし次第に避難所数、避難者数も減っていったために、事例数は第 3 陣以降、激減していった。そのため、仙台市精神保健福祉センター（はーとポート仙台）と協議し、地域の主な避難所で常駐し、保健師や他の医療チームなどから上がってくるケースに対応する形に変化させ、コンサルテーションや研修を積極的に引き受けるようにした。

5 月中旬以降はほとんど相談のない状況になったため、撤収、あるいは仙台市以外への地域変更も考慮されたが、仙台市からは継続が強く要望されたため、6 月 1 ヶ月は滞在を 2 泊 3 日に短縮し、6 月 28 日までの派遣を続けた。結局、16 チーム延 78 名を派遣し、685

件の相談、16回の研修・講演を行った。

#### ■派遣チームの課題

##### ①トレーニングの不足

今回の派遣をとおして、いくつかの課題が明らかになった。まず、挙げられるのは事前トレーニングの不足である。「こころのケア」という言葉で総称される災害後の精神保健活動であるが、災害発生直後と復興期とでは活動の方向性は異なる。外部支援チームが活動する時期においては、ほとんどが精神科医療の補完であり「こころのケア」というソフトな言葉でイメージされるものとは違うのが現実である。活動方向性の時系列による変化は、平成22年度の厚生労働省研究班がまとめたクリティカルパスに示されているが、まだ十分に周知されていない。また、派遣直前のミーティングは当然必要だが、全員が参加できないことも多いのが実情であろう。今後は、事前に研修を受けることを義務づけ、派遣可能なメンバーを登録しておくことが望まれる。兵庫県では、遅まきながら平成23年度から養成および登録を始めている。

##### ②調整業務の重要性

第2の課題は、調整業務（ロジスティック）についてである。災害後の救急医療を担うために阪神・淡路大震災後に制度化された日本DMATでは、調整業務について詳細な取り決めがある。想定されている大規模災害でどの物資をどこから調達し移送するのかについて、具体的に計画されているし、派遣チームには必ず調整員が入ることも決められている。物資の管理だけでなく情報管理、記録、隊員の安全管理など、調整業務が担う役割は重要で、活動の正否を握るといっても過言ではない。今後のシステム構築および事前研修の計画にあたっては、調整担当者の確保と養成を盛り込むことはきわめて重要だと思われる。

##### ③情報管理

今回の震災では、情報の扱い方に関して、多くの問題が提起された。たとえば、被災地内でも情報は入手しにくく、限られた情報がインターネット上で無防備に流されたり、真偽不明の内容に変わっていくなどの問題が指摘された。支援チームを派遣した立場から言えば、派遣地域の情報を共有するために、チーム交代時は必ず現地で申し送りをするように工夫したが、派遣後のアンケートでは、チーム内での情報共有が上手くいかなかったり、事前に流した情報が伝達されていないなどの、問題が指摘されていた。また、個人情報の一部が、ネット上に書き込まれるなどの問題も散見され、今後、事前の研修を行う上では、情報管理についての項目が盛り込まれる必要があるだろう。なお、被災地からの情報が不足していたとしても、被災地内の関係者に情報発信を求めるのは、負担を増やすだけなので、情報収集の役割を担った専門チームを、国ないし全体をコーディネートする立場から派遣する必要性を指摘しておきたい。

#### ④安全確保と身分保障

派遣スタッフの安全面への配慮も重要な課題である。今回の震災では余震が相次ぎ、その中で最大のものは平成 23 年 4 月 7 日に発生しており、震度 6 強を観測した。兵庫県チームは仙台市中心部に宿泊していたため、深夜の発生であったにもかかわらず直後に連絡がついたが、緊急連絡網が考慮されていなかったのは大きな反省点であると後日指摘された。消防、警察、DMAT のような直後に派遣される救援チームは、衛星電話などの緊急用の連絡手段を確保している。一方、発災後しばらくしてから活動を始めるころのケアチームは、通常の携帯電話だけを連絡方法としており、安全面の配慮が不足しているのは明らかであろう。また、活動中の事故を労災とできないような、民間からの参加者に対する保証をどうするかも検討すべき課題である。今回は、派遣が進んだ時期に、ボランティア保険への加入が議論されたが、事前計画にその手続きを盛り込んでおく必要があるだろう。さらに、今回は都道府県からの派遣チームの費用に関して、国からの補填が行われたのは画期的であったが、支弁される範囲、期間などの目安を示しておく必要もあると思われる。

#### ■復興期の施策比較

##### 1. 阪神・淡路大震災

この災害の復興期に行われた精神保健活動は、こころのケアセンターである。これは、公的財源によって、わが国で始めて組織的に提供された災害後の精神保健サービスである。復興期の精神保健活動について、関係者の多くは保健所にマンパワーを増やすことを望んだが、財源となった基金（阪神・淡路大震災復興基金）は、民間事業のみに使途が限られていたために、精神保健センターや保健所などの公的機関が資金を得ることは叶わなかった。苦肉の策として精神科医療に関係する民間団体が、受託して活動を始めることが検討された。当初は、精神科病院協会や診療所協会など、関係法人に委託することが考えられたが、結局、精神保健協会という任意団体が受託することとなった。この団体は、精神科医療機関や行政、民間企業の子会社などによって構成される組織で、通常はニューズレターの発行や講演会開催を年に数回する程度の活動をしていた。年間予算は数百万円で専従職員さえいない任意団体に、突然年間 3 億円もの事業が舞い込んだのである。準備期間はわずか 1 ヶ月しかなく、組織の構成も全くの白紙だった。急遽、兵庫県の精神保健担当課からベテランの PSW が出向することが決められ、関係機関を招集して検討が重ねられた。そして、本部の他に広域の被災地に 12 カ所の出先機関（地域センター）を置くこと、当初は各地域の保健所が兼務で地域センターの運営を行うこと、スタッフは公募することなどが決定された。

当時の社会的関心の高さを反映して、定員の数十倍の応募があったが、多くは地域保健活動経験をほとんど持たない者であった。各地域に 2 名から 4 名ほどのスタッフを配置し、保健所の一角を間借りしての活動が始まった。基本的知識の研修が急いで行われたが、実

際には保健所の保健師や PSW から指導を受けながら、地域保健活動のイロハを習得しなければならなかった。また、地域によっては保健所との連携が上手くいかず、スタッフが短期間で去ってしまう所も少なくなかった。その後、阪神・淡路大震災復興記念切手の収益の一部が寄付され、各地域センターは独立したプレハブの建物に移動し、組織としても保健所職員の兼務が外され独立することになったが、実際の活動ではいかに保健所と密な連携を保つかが重要であった。

全体の運営で困難だったのは、県と政令指定都市、あるいは保健所中核市との関係だった。それぞれが細部の運用システムが異なるため、指示や決裁プロセスが複雑になるなどの問題に直面することが多かった。特に、復興基金を拠出していた神戸市は独自運営を主張することが多く、県と市の担当者間で繰り返し協議をしなければならなかった。しかし、民間団体が受託したことのメリットもあった。それは、活動の柔軟性や独立性を確保できたという点である。たとえば、兵庫県外に作られた仮設住宅住民や、自発的に県外に避難した被災者に対しても、この組織は支援を行ったが、純粹に行政組織の中での活動であったなら、こうした圏域を超えたサービスは不可能であっただろう。

実際の活動そのものは、基本的に仮設住宅住民を主なターゲットとした地域保健活動であり、保健所との連携が必須であった。特に、地域に密着し、住民にも受け入れやすい存在である保健師と行動をともにすることがきわめて重要であった。なぜなら、災害後の精神保健活動の必要性がいくら強調されようとも、一般住民にとって抵抗感がなくなるものではないからである。ことに生活再建が主な課題となり、多くの二次的ストレスに曝される復興期にあつては、精神保健活動をそれだけで提供しようとしても、ほとんど受け入れられることはない。また、少ないマンパワーで効率的にサービスを提供するためには対象を絞る必要も出てくる。したがって、

- ・被災程度も大きく、生活再建の遅れた仮設住宅住民を主な対象とする
- ・アウトリーチを重視する
- ・保健や福祉を担当する他の機関やボランティアと可能な限り連携する
- ・心理教育とスクリーニングを主に行う
- ・コンサルテーションの重視

などが基本的な活動方針となった。こうした復興期におけるサービス提供上の工夫の必要性は、過去の災害時に行われた精神保健活動でも重要な点として、指摘されているところであり、国情や文化の違いなどによらず、普遍的な戦略である。

## 2.新潟県中越地震

阪神・淡路大震災以後に発生した最大の自然災害であり、精神保健活動も活発に行われた。その詳細については、コーディネートを行った新潟県関係者が報告しているので、ここでは阪神・淡路大震災との比較から見える特徴を指摘したい。まず、コーディネートが早期から行われた点である。上述したように阪神・淡路大震災では、被災後の混乱の中で

現場主導の活動に追従する形で、コーディネートが始められた。その機能が発揮されるようになるまでに数週間を要したが、中越地震の場合は、発生から数日以内に新潟県は活動方針を明確に呈示した。この背景には、地震の3ヶ月前に発生していた水害で発足していた「こころのケア対策会議」が、そのまま活動を拡大できたこと、とりまとめ役であった新潟県庁や新潟大学が被災していなかったことなどが大きく貢献した。また、国立精神保健センターや兵庫県こころのケアセンターなどが、対策会議にスーパーバイザーとして参画し、必要な助言を行っただけでなく、活動ガイドラインや啓発資料などを提供したことも、活動の効率化に寄与したといえるだろう。その結果、計36にも上った外部支援チームは、新潟県庁の指示に従い機能的に動くことができた。降雪を前にした同年の12月には外部からの支援は不要となり、災害後早期の精神保健活動はほぼ完了した。

その後、復興期の体制として「こころのケアセンター」が作られたのは、阪神・淡路大震災と同じく復興基金を財源とする以上、他に選択肢がなかったためと理解できるだろう。10年の期限で設置され、復興基金540億円のうち、当初の5年半で4億円が充てられている。2007年に発生した新潟県中越沖地震でも、同じようにこころのケアセンター事業が行われ、柏崎市に地域センターが作られた。こちらは5年間の期限で99億円の基金のうち当初の約3年で1億円が充てられ、いずれも新潟県精神保健福祉協会に委託されている。組織としては新潟市に統括センター（新潟こころのケアセンター）、被災地に地域こころの

表：新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターの事業概要

1.関係職員の教育研修

PTSD やうつ病などに関する関係者向け研修会、検討会の開催

2.普及啓発

①パンフレット、ポスターの作成配布

②講演会・座談会などの開催

3.調査研究・情報収集

4.被災者のうつ、自殺予防対策の実施

①講演会の開催

②スクリーニング調査の実施

③遺族ケアの推進

5.高齢者精神疾患に対する体制整備

①認知症高齢者支援者研修の開催

②高齢者閉じこもり予防のため井の相談会などの実施

③地元関係機関との連携による構成者交流の場の設定

6.こころのケアホットラインの設置

7.相談会の開催

8.巡回訪問指導の実施



ケアセンターを置くという、阪神・淡路大震災後とほぼ同じ体制である。当初は魚沼、中越の2カ所だったものを3年後に統合し小千谷地域こころのケアセンターとし、長岡市、小千谷市、川口町、魚沼市、十日町市、三条市を担当することになった。そして、中越沖地震に対する柏崎地域こころのケアセンターと併せた体制となり、現在に至っている。その活動は、被災地が豪雪地帯の中山間地域であり、高齢化が進み、もともと自殺率が高いという点や、震災と同時に地方自治体の大合併があり自治体職員の負担が増えたなどの、地域特性を意識した活動となっている。事業の方向性は表の8項目が挙げられており、自殺予防や高齢者精神疾患に焦点をあてた方向性が盛り込まれているのも、地域の特徴を反映したものといえよう。

## ■東日本大震災での復興期のこころのケア

### 1.こころのケアセンターの設置

東日本大震災でも、復興期にこころのケアを継続する必要性は、早い段階から認識されており、阪神・淡路大震災や新潟県中越地震に倣って専従組織、すなわち、こころのケアセンターを作ることが各県で計画された。その際、大きなハードルになったのは、財源とマンパワーの確保であった。

財源に関しては、国の復興施策が政治の混乱から、なかなか明示されない現状の中で、被災県は独自の復興基金を立ち上げ、さまざまな復興事業を進めることを検討した。たとえば、宮城県は2011年8月の段階で160億円の基金を立ち上げることを発表した。当時は、国も三次補正予算案を検討していたが、なかなか目処が立たない中での方針であった。こころのケアセンターの設置運営も県基金を使うことが当初予定され、11月1日に準備室を立ち上げ体制作りを進め、12月1日に仙台市内に基幹センターを開所した。宮城県の場合は、阪神・淡路大震災や新潟県中越地震と同様に宮城県精神保健福祉協会への委託事業となったが、東北大学医学部に災害精神保健に関する寄付講座を開設し、運営やマンパワーの確保について深く連携するという体制を作った。そして、主な被災地である気仙沼と石巻圏域に拠点を置く計画を立て、2012年4月からの本格稼働を目指した。その後、国の三次補正予算が11月21日に成立し、「被災者の心のケア」という項目に28億円の予算が付いたため、県の復興基金からの費用負担は、結局行われなかった。

同様に、岩手でも県基金の活用が検討されたが、三次補正が間に合い2012年2月に、岩手医科大学に委託する形で開設された。また、福島県は原発事故のために、他の2県より多くの対策が迷走したが、三次補正を得て福島県精神保健福祉協会に委託する方法で、精神保健福祉センター内に2012年2月に開設された。なお、今回の三次補正予算は23年度、24年度に用途が限られており、その後については、各県とも復興基金を使う予定である。

もう一つの課題は人材確保である。被災地はもともと医療、保健、福祉に関する専門職が絶対的に不足しており、新たな組織を立ち上げたとしても十分なマンパワーが確保でき

るか、当初から懸念された。国、および各県ともさまざまな手段を講じたが、特に国が「心のケア人災確保ネットワーク」を立ち上げ、関係する各職能団体に人材派遣を要請したのは、阪神・淡路大震災や新潟県中越地震ではなかった国の積極的な関与である。その際、給与水準を落とさないような配慮も行われたことも、人材確保に繋がった。また、各県も地元の医療機関の協力を得たほか、上述したように医学部との連携を強めた。たとえば、東北大学に設置された寄付講座のスタッフは、みやぎ心のケアセンターの職員を兼務し、指導的役割や調査研究の実施に従事しているし、岩手医科大学は心のケアセンター事業そのものを受託し直接運営に携わっている。これらの工夫によって、各県とも約 50 名の職員を確保している。

## 2. ころのケアセンターに移行するまでの動き

上述したように各県の心のケアセンターは、本格的な活動開始は 24 年度からになった。このことは、被災から約 1 年間は、既存の保健・医療ネットワークが、復興初期のころのケアを行ったことを意味している。今回の災害では、沿岸部の県保健所や市町保健センターなどは、大きな被害を受けたところが多く、地元機関だけではマンパワーが足りず、災害初期の県外からのころのケアチームからの支援が必要だった。たとえば、岩手県陸前高田市では 2012 年 3 月末まで、東京都チームが活動を継続しており、過去の災害での外部支援と比較すると、きわめて長期間の活動になっている。また、兵庫県や大阪府チームの活動を見ると、ケースへの対応は最初の 1 ヶ月でピークを過ぎ、その後の活動は、研修やコンサルテーションなどに軸足を移しており、もともとの医療ネットワークが復旧した後も、柔軟に役割を見だし、復興期への体制へ移行する支援をしていたといえるだろう。

また、福島第一原子力発電所事故という、まさに未曾有の事態が発生していた福島県には、自治体派遣の外部支援がほとんど入らなかった。わずかに派遣されたチームも、浜通りから被災者が避難していた会津地区に入っており、浜通りの避難区域外であったいわき市や相双地域は、支援の空白地帯になっていた。その後、福島県立医大が心のケアチームを派遣するようになり、いくつかの県外の医療機関や個人的に活動に参加した支援者が集まり、まずいわき市で活動を始めた。相双地区は緊急時避難準備区域内にあった 4 つの精神科病院が機能停止したために、精神科医療資源の不足をどう補っていくかが、大きな課題となった。相馬市長からの要請もあったため、福島県立医大が中心になって 3 月 29 日から公立相馬総合病院に臨時の精神科クリニックを開設し、その後、県外からの支援チームが入るようになった。さらに、長期的に医療資源を確保するために、NPO 法人を立ち上げ、新たな診療所とアウトリーチの拠点を作ったことは、注目すべき動きである。

## 3. 新たなマンパワー確保の試み

阪神・淡路大震災後の被災者支援施策では、多くの試みがなされた。たとえば、介護施設に委託し主に高齢被災者の生活支援を行った生活支援員 (LSA) や、仮設住宅の安全を

維持するために警察 OB が交番相談員という名称で活動したり、あるいは在野の看護師を雇用し保健所に配置するなどが行われた。また、県外被災者への支援を行うために兵庫県は「カムバック兵庫プラン」と称して、復興住宅申し込み案内などの情報を郵送するなどを行った。

東日本大震災後にも、生活支援に関するさまざまな施策が提供されている。その基本となるのは介護保険制度とそのネットワークであり、地域包括支援センター、社会福祉士やケアマネージャーなどの関連する職能団体などが参加して、活動を行っている。たとえば、宮城県気仙沼市では「サポートセンター」を気仙沼、唐桑、本吉の 3 地区の他、隣接する岩手県一関市にも設置し、仮設住宅住民への生活支援拠点としている。また、被災し仕事を失った市民を雇用し、仮設住宅の巡回や「お茶っこ会」と呼んでいる自助グループを運営させるなどの試みも行っている。同様に、南三陸町では「被災者生活支援センター」を設置し、町内を 6 地区に分け巡回見守りや生活相談などの事業を行っている。

このように、生活支援という切り口から被災者に接する支援者は、被災者が抱える悲嘆やアルコール問題などのメンタルヘルス上の問題に関与する機会も増えてきており、彼らを支えるのも、保健師や心のケアセンター職員などの大きな役割と認識されている。

