

「震災と日本」(九大比文震災研究プロジェクト) 第8回研究会 (2013年2月8日)
「東日本大震災後の中長期のメンタルケア～福島県相双地区の現状と課題～」

講師：米倉 一磨 先生 (相馬広域こころのケアセンターなごみ センター長)

(前半)

【講演「東日本大震災後の中長期のメンタルケア～福島県相双地区の現状と課題～」】

米倉：それでは皆さん、初めまして、私はNPO法人の「相双に新しい精神保健福祉システムを作る会」とちょっと長い名前なんですけど、その「相馬広域こころのケアセンターなごみ」のセンター長をしています米倉と申します。私は看護師なんですけども、実は被災三県には「こころのケアセンター」というものがありまして、それは福島県があまりにも広いので、いろんなブロックごとで区切って活動してる中の一つなんですけど、ただNPO法人としてやっているのは私のところだけなんです。要はその、こころのケアセンター事業というものでもカバーできない部分をNPO法人が引き受けるという、自由な発想のもと活動を続けていますので、その紹介もしたいと思います。私自身も被災をして、家が原発から30.3キロという微妙な位置となって、その弊害だったり、あとは今、相双地区が抱える問題を皆さんに報告したいと思います。詳しい内容はまた続けますので、じゃあ始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。本当にこの地区の精神科病院が全部、避難するという異常な事態になりましたので、そのことも後でお話します。

震災後は、そのこころのケアチームが、つまり福島医大のこころのケアチームなんですけど、保健所だったり、学会だったり、いろんな医療支援団体が集まって作ったこころのケアチームというのができました。その後、私がそこにボランティアで勤めて、今の職業につながるんですけど、その間、ボランティアをやっていたため収入がなくて、工場復帰の仕事をしたので、その後、保健所に入って、やっと今の職になったということで本当にこの時期において人生がものすごく変わってしまったということになりました。

こんな感じにしておいて、本日の予定はまず、相馬広域こころのケアセンターなごみが今までどうなったかということと、被災地の状態について。後は二番目にDVDですね。「東日本とメンタルヘルス」という、よくまとまったDVDがあります。これは災害弱者と呼ばれる障害者施設が、浪江町にあり、原発から数キロのところにあるんですけど、その作業所に震災前から関わっていますので、その救出作戦だったりとかをまとめた映像もお送りします。それからAさんのご紹介があって、Aさんは相馬市にあったご自分の家が流されて、避難所に入って、そこでお薬を中断して、一度悪化してしまったんですね。私もその悪化したときの様子は知っています。そこからまた入院されて、またもとの生活を取り戻すためにどのようなプロセスをたどったかということを紹介いたします。

これまでの経緯

それでこれが先ほど紹介したところですよ。まず、福島県がどこにあるか、ということに

ついで紹介したかったんですけど、皆さんご存じですかね。海もあります、山もありますし、会津と、今やってる『八重の桜』の会津地方と、あとは中通り、浜通りという三つに分かれます。それで会津と浜通りというのは文化も何もかも違うような形で、方言も若干違う感じでありますね。相双地区というのは本当に海沿いにある、比較的産業はあまり発達していない地域にありました。そのことも今回の震災には関係しているんですけど。

相馬市というところですね、こちらはですね、震災後の四月の様子ですね。ここに来ている方は J-MAT とか DMAT という災害支援チームの方ですね。これが相馬市にある保健センターに集まって相双地区を支援するというふうな活動が始まりました。だいたい一日三十人くらい集まって来ましたが、六月には全部撤退します。そしてその後に、こころのケアチームだけが残りまして、J-MAT と DMAT は救急時の支援なんですよ。最初 J-MAT や DMAT は、避難所のケアを行って、本当にお薬が必要な方とか、高血圧とか不眠だったりする方の処方を行って、その活動が徐々にこころのケア(チーム)に引き継がれ、そしてこころのケアということになりました。ただこの時は、「こころのケアが必要な方はじゃあ言ってください」と言っても誰も言わないんですよ。普通にこころのケアと言っても、人間そんなに「こころ」というと何か精神的な病気じゃないか、という偏見があったりしますので、なかなか言えないので、まずは普通に血圧を測って、どのくらいやれるか、というところから始まります。何回か通ううちに、「実は津波で流された」とか、あとは「原発で避難してきたんですけど自分の牛とか飼っているものに餌をやらなければだめなので困っている」とか自分のことを話し始めます。ですからこころと体と言っても、本当にこころと体は、私は、一体ではないか、と考えます。

始めになんですけど、今私たちがやっていることには震災前からの問題もすごく関わっていますね。震災前から本当にうつ症状があったりとか、あとアルコール依存症ですね。アルコール依存症といっても人に迷惑をかけなければ別にいいと思うんですけど、狭い仮設住宅に入ってしまうと、物音を立てたりということが問題になったり、認知症もそうですよね。認知症の方も、やっぱり家にいてですね、家が離れている場合はいいんですけど、近くなったり、仮設住宅に入ったりすると、いろんな問題を起こします。たとえば徘徊というようなものがあったり、自宅でごみを分別できずゴミがいっぱい溜まってしまったり、本当に仮設住宅というのは、今まで震災前から起こっていた問題が表面化しやすいということがあります。つまり、右側で言う震災が与えた影響というのは居住関係の変化とか、家族を失ったとか、家族が増えたとか、家族構造とか、心的不安とか、失職などがものすごく関係しているということを示したものです。

「こころのケアの支援者の推移」ということで、今整理してみました。震災後は、最初、初期の被災地支援が J-MAT や DMAT、自衛隊などによって行われました。それが震災後三ヶ月になると、仮設住宅の巡回だったり、母子の放射能不安のケアだったり、仮設住宅の談話室や集会所でサロン活動だったり、体の調子を聞いたり、といった活動に移ります。そしてこの地域は、精神科医療機関がゼロになってしまったので、臨時の精神科外来とい

うものを相馬市に、比較的原発から離れた 50 キロ付近の相馬市で公立病院の一角を借りてやりました。この臨時精神科外来なんですけど、あくまでも臨時ですので、日替わりで毎日開いていない診療科目の時間帯とかをお借りしてやったんですが、これもまた本当に、今まで相馬市というのは精神科のクリニックや病院がなかったんですね。だいたい四万くらいの人口だったんですけど、そのことによって、アルコール(依存症)の患者が来ただけで、「これはうちで診れない」ということになって、今までだったら、南相馬市にある精神科にそのまま搬送されたものが、「診れなくてどうしようもないから」というふうなことがあって、それでこちらのケアチームの職員が泊まったり、といったことがあったんですけど、実際アルコール(依存症)の方で迷惑をかけてしまったり、というのはそんなに数は多くないんですが、つまりその、病院、例えば同じ医療者だとしても、アルコール関連だったり、精神障害者というものがつく、偏見があるんだな、ということを実際に思いました。それはですね、けっこう病棟の看護師が多かったですね。診たことのない患者を診ることが苦手だったということで、まだまだ精神障害者だったり、そういうことについての偏見というのがあると、そういうふうに思いました。

それでこれらの活動が三ヶ月ぐらい、その後続いて、いつまでもこちらのケアチームだけではできなくなるということになりました。それで年が変わって二十四年の一月から「NPO 法人として、じゃあ、この活動を展開しようじゃないか」ということで準備が進められました。それでそこで私たちがやっていることは、仮設住宅の支援に加えて、アウトリーチ事業というものをやっています。アウトリーチ事業というのは、未治療だったり、治療を中断した方、震災によって症状がとくに出了方というのを毎日毎日、訪問したりします。それで今はそれに比べて、認知症の方が増えていて、例えば治療につながらない認知症の方が、お薬をすこしずつ飲むことによって、すこしずつ良くなって、普通の生活ができるようになるということも、今までけっこう、いろいろ仕事に入ってきてますね。最初のころは、「家に来るな」とか拒まれたりということがあったんですけど、家族と協力してお薬を、今は貼る薬があるんですけど、貼る薬を貼ることによって二、三週間後、普通にお話もできて、そして一緒にお風呂も入ったり、なんていうふうな支援もしました。

ということで、相馬市の保健センターにあったものが、今、私たちの相馬広域こちらのケアセンターに機能が移されました。それで私たちの今いるところは、相馬市の国道沿いなんですけど、一階が精神科のクリニックですね。二階が私たちの相馬広域こちらのケアセンターになります。クリニックと、その二階の私たちの NPO 法人は別組織なんですけど、連携しながら、医師と相談したりしながら連携を保ってやっていますね。

相双地区が抱える問題点

それで、ここまでにして、「福島県相双地区が抱える主な問題点」ということをお話しします。相双地区というのは、福島県の上の部分で、南はいわきなんですけども、原発というのはその中間にあります。私たちが担当しているのはこの上の部分で、下の部分はいわ

きという所で、カバーされているんですけども、相双地区は本当に半分に分断されてしまいました。地域によって抱える問題が違うということで、地震や津波、放射能や風評被害というふうにあるんですけど。漁業は盛んな所でしたが、今は獲れるものは数種類になってしまって、漁業でしか生計を立てられなかったり、漁業一筋何年という方は、なかなか仕事に結びつかないということがあります。そういう方は何をしているかという、家で一日中ボーッとしていたりとか、本当にやることがないのでパチンコに行ったりとかということもあることにはあります。

農業も同じで、相馬市は作付けは良いのに、その南の南相馬市は一斉に作付けはしないというふうに決めてますね。農業というのは稼ぎだけではなくて、楽しみにしている方がいますよね。直売所に出して、それが人生の糧となっている方もいますので、そういった方はできなくてですね、本当に健康を崩したり、ということもありますよね。とくに男性ですよね。男性というのはなかなか人前に出たりとか、仮設住宅で開かれるサロン活動の場に出ることが少ないので、本当に漁業の男性だったりとかという方の支援はなかなか難しいんです。

あと仮設住宅の入居に伴った新たな問題の発生というのは、先ほど言ったとおりですね。認知症の問題だったりですね、アルコールの問題だったり、あとは今はそんなにないんですけど、狭い仮設(住宅)によって、放射能の不安があったりするお子様とかですね。お母さんがものすごくストレスになって、虐待まではいかないんですけど、本当に暴力をふるったりとか、言葉が荒々しくなったりということも目立ちました。今、多少落ち着いてきています。

あとは生活格差の表面化ですよ。やっぱり警戒区域内は補償されるけど、それ以外は補償されないとか、医療費が免除されるとか、あとは東電から補償される額というのはやっぱりその原発からの距離によって違います。ですから、私が住んでいるのは30.3キロなんですけど、同じ集落でも、山の上の二、三人の人は、毎月何十万(円)だかもらってるんですけど、私は30.3(キロ)なので、今は何ももらっていない。一番恩恵を受けているのは高速道路がまだ無料だということです。たまたま30.3キロの集落の地名があるので、そのおかげで、まだ高速道路がしばらくの間は無料です。そのぐらいなんで、本当によくよく考えてみると、その300メートルの差は何なのかな、と思ったりします。

それと除染の見通しが立たないということがありますよね。これは本当に除染の効果が本当にどこまであるのかとか、山林でそれをどうするかとかあります。やっぱり川の底の汚泥とか、そういったものはまだ、たぶん相当セシウムを含んでいるんじゃないかと思えますね。飲み水に関しては大丈夫です。幸いにして相双地区は毎時0.2とか0.3マイクロシーベルトで、本当に普通に生活しても私は良いと考えていますけど、そうは言ってもやっぱり人がなかなか戻ってこないという現状がありますね。

それで二番目「自主避難後の影響」ということで、病院や福祉施設の職員の不足。これは本当に深刻です。今一番深刻なのは福祉施設ですね。職員が震災によって半分くらいい

なくなって、その後急遽雇用して、そのおかげで人間関係が悪化したところもありました。そこで「あなたは避難した」とか、避難しただの、しないだのの問題が今でも続いていて、うまく運営できないという問題につながっています。それも最近良くなってきたんですけど、今度は半数の新規採用の職員が今まで何も経験がない。この施設というのはたまたま知的障害者の施設だったので、技術が何もないので、今度はその技術の向上が問題になっているというふうなことになります。

皆さん、ここまで聞いてご承知のとおりですけど、放射能というより、今まで壊れてしまったコミュニティだったり生活環境というものがものすごく影響しているということになります。職場の人間関係の悪化というものもありますし、今になってくると南相馬市に帰ってくる方もいるので、そういった方がなかなか元のコミュニティに入りづらいということもあります。

あとは産業の衰退ですね。ここの地域も本当に少なからず、小さな産業があったんですけど、それが震災後、撤退してしまって、それにとまって働き盛りの職員はそのまま行ってしまって、結果的にはこの地域の高齢化が加速するんじゃないかと思います。

震災後の状況

それではちょっと戻って、どのような状態だったかということをご紹介します。これが震災後の避難所の様子ですね。左側が仕切りのない避難所の例ですけど、学校跡にあって、これはコミュニティが割とまとまっている、集落単位でまとまっている避難所でしたね。右側が、コミュニティはまとまっているんですけども、こちらほどではなくて、本当に離れた知らない住民もいましたね。それで、コミュニティが近ければ、本当に仕切りがなくてもできるんです。ですから、プライバシーが保たれることによって、普段話せたものが話せなくなったというふうなことがあったり、本当に避難所というのは本当にそのコミュニティによってすごく左右されるんだな、というふうに思いました。これがちょっと私の感じたことで、例えば仕切りに認知症の方がつまづいたりとか、いろんな問題が発生して、良かれと思っていたことも欠点や長所があるということが分ります。この避難所はだいたい、震災後から三ヶ月ぐらいで閉鎖されて、急遽作った仮設住宅にみんな行きました。

それでこれが紹介した仮設住宅の一休みの会という名称を使っています。談話室とかで、最初は血圧測定を測る、お茶を飲む、ということから始めたんですけど、その中で自分の震災後の不安だったり、健康問題について次第に供述し始めるというところから始まりました。今ではその活動の内容も改善して、季節の行事に合わせたイベントだったりということもやっていますが、これは本当に一番大事な、やっぱり体から入ることが重要だと思います。だいたい一仮設住宅につき十人から二十人で、見るとだいたい女性なんです。男性がなかなか出てきません。

これは仮設住宅の様子で、本当にいろんな仮設住宅があります。これは震災直後なんですけど、これは砂利ですよ。ここ二重サッシでもないんですけど、ちょっと時期が過ぎ

ると、こっちが舗装になっていますね。今ここは二重サッシになって、ここに風除湿というんですかね、これがついてますね。以前の状態だと本当に砂利の音がうるさくて、本当に眠れないという方だったり、そういったことで不眠につながったり、体の問題になったという方もいますね。これは相馬市独自でやっているんですけど、これおもしろいんですけど、買い物支援隊という支援者なんですね。ただ単に買い物を、物を売っているというわけではなくて、一軒一軒ですね、その方に声を掛けるということが目的なんですね。これは社協の方なので、こういった健康問題があったりすると、こちらの方々と連携して、私たちのケアセンターの訪問につながったり、ということもあります。

これもおもしろいな、と思って撮ったんですけど、仮設住宅のなかでここだけなんですね、名前の入った看板があるんです。それぞれに誰が何に入っているかが分かるんですけど、ほかの仮設住宅にはまったくないんです。これも善し悪しなんですけど、私が良いと思うのは、やっぱりここに誰が住んでいるか、どこに行ってみようとか、ということがすぐに分るので、地元住人にとってはメリットのほうが大きいのかな、と思います。

それでこれが閉鎖された所で、平成二十三年の四月ですね、この頃は 20 キロ圏内で閉鎖されていました。今どうなったかという、10 キロ圏が入れない状態なんですけど、ただしここ 20 キロから 10 キロ圏内は夜は入れないというふうになっています。やっぱりこうしていても、隣の所から侵入していけば侵入できますので、相当盗難に遭ったということがあります。本当に納屋にあったトラクターが盗まれたとかということも本当にしょっちゅう聞きますね。それで警察官が二十四時間体制でここにいますね。原発から北側というのはそんなに放射能が撒き散らなかつたという所です。

それでこれが J-VILLAGE という、これはサッカーとかよくやる、ここでサッカーの強化選手を育てる所なんですけど、本当はここには芝生のグラウンドがあるんですけど、ここは原発の作業員の宿舎になってますね。これは原発から 10 キロ南のほうです。これが飯館村ってあるんですけど、全村避難したところですね。田畑の除染なんですけど、本当にこういうふうに表土だけを掘ってやるんですけど、これがどのくらい効果があるのか、と私は思っていますね。

他県から本当に大勢の業者が来ています。そのおかげで、コンビニは作業員で朝はいっぱいだったり、泊まる場所がないくらい本当に景気が良いですけど、これが何年続くかという…。これが南相馬市の火力発電所なんですけど、このタツノオトシゴみたいになっているのがクレーンですね。本来まっすぐあったものが津波の力によって、このようにタツノオトシゴみたいになっていますね。これも曲がってしまっていますね。これも重油タンクの、多分この辺にあったものが流されたんですね。これが海の様子で、本当はここには港があったんですけども、これだけ沈んだり壊されたりして岸壁ですね。沈んでしまいました。

それでこれはちょっとまとめてみたんですけど、相双地区における高齢者関係施設数と定員数の比較と震災前の病院の数ですね。相双地区に 16 あったのが 7 病院に減ってしまい

ました。9 病院が減って 1115 床の病床がなくなってしまっている。あとは特老(特別養護老人ホーム)だったり、介護老人保健施設だったり、養護老人ホームとかグループホームを含めると、マイナス 13 で 1020 床の福祉事業所の機関がなくなって、これがどういうふうになったかという、近くの近辺の施設に頼らざるをえないということで、それが今、問題になっています。というのは、仮の避難先に避難してそのサービスを使うことによって、足りなかったサービスがさらに足りなくなるということになっています。そのことがちょっと、問題にもなっています。

「相馬広域こころのケアセンターなごみ」の取り組み

それじゃあ、私たちはどうやっているのか、ということをご紹介します。今、私たちがいるのが、二階の訪問をしているところです。訪問だったりサロン活動をしているところ。下側がクリニックということで連携を保っております。ちょうど国道沿いにあるんですけども、高校が本当に近くにあって学生が歩いていたりして、本当に気軽に受診したりするなど、今考えてみれば、良い環境だったのかな、と思います。

ちょっと見づらいなのですが、上から説明していきます。本当は最初は、訪問活動、サロン活動だったのですが、それを一年間で地元の要望によって拡大していきました。アウトリーチ相談支援チームは、先ほど言ったように、未治療だったり、治療を中断した方の、アウトリーチ支援事業ですね。これはなごみ CLUB と言ってですね、訪問して良くなった方が、次の社会機能に、最初買い物ができなかった方が買い物ができたり、最初おにぎりしか買えなかった方が弁当を買えるようになった、とか、そういう次の段階で料理を作ったり、集団に混じるというような、そういう支援が必要になってきます。まあ、デイケアみたいなものですね。障害者のデイケアみたいなものを作っています。あとは、仮設住宅、被災者の訪問ですね。南相馬駐在というこころのケアセンターの出先機関があって、そちらの人員不足とか、あとは精神障害者を扱ったことがないという職員もいるので、そちらのケアなども行っていますね。あとは来所相談ですね。私たちの所に問い合わせがあったり、電話相談も最近は増えています。あとは全戸訪問というのがあるんですけど、市町村で仮設住宅の名簿をもらって、健康調査を目的とした訪問をします。その中で要支援者をピックアップして廻るということもやっていますが、今はそれが町ごとによって要請されています。その全戸訪問後、支援が必要な方の支援もやっていますが、人が足りなくなりますので、ほかの県の方だったり、一回支援を手伝ってくれた方をお願いしていますね。

あとは仮設住宅のサロン活動ですね。いつもここで一休みの会という名前を使って、相馬市で仮設住宅に週一回、八カ所を廻っています。新地町は月一回のペースでやっていますね。あとは南相馬市の仮設住宅のサロン活動だったり、あとは臨床心理士。私たちはですね、臨床心理士、保健師、あとは精神保健福祉、ワーカー、保育士などもいますので、主に臨床心理士や外部の精神科医の方をお願いして、カウンセリングですね。消防職員は相馬広域消防署員へ全員行いました。結果はですね、最初はやっぱり震災時の現場の作業

のストレスだったり PTSD 的な症状があったんですけど、だんだんそれが時間が経つにしたがって、やっぱり被災している職員と被災していない職員との人間関係が問題だったり、あとは、週末は自分のお子さんと奥さんを避難させたので帰らなければならないとか、その苦労だったりとか、というものが目立ってきていますね。

あとは福祉事業所の職員のカウンセリングも行っております。もちろん支援はカウンセリングだけではありませんので、自分でストレスに対処しよう、というところの健康教室とか相談などを行政機関や福祉事業所などから依頼を受けてやっています。あとは母子の支援については、完全に相談というわけではなくて、遊びの場ですね、ボールプールだとか粘土遊びだとか、そういう遊具などを使って、その中で発達が遅れている方のお母さんに時にはアドバイスをしたり、見守る、ということもやっています。これはもともと、どこの市町村でもやってきたんですけど、それがちょっと顕在化したということでわれわれが任されています。南相馬市は、南相馬市から支援者として何人か、ということで応じてやっています。

あとは、関連団体と協力しながら、NPO 法人としてここにずっと根付いていくために福祉事業所と連携したり、あとはほかの学会だったりですね、支援者会だったりをしていますね。あと私たちは福島医大で国際シンポジウムを、この間は 9.11 の遺族会の方をお呼びしてシンポジウムをしたり、あとは福祉事業所と月一回、事例検討会のようなものを行ったり、あとでご紹介しますが、ホームページや会報によって普及活動も行っています。これだけの活動を十二人でやっているのだから、本当に今は疲れも見えています。

それで、さっきサロン活動と言ったんですけど、本当は最初は血压測定だけだったんですけど、ちょっとお手玉でストレスを発散したりとか、あとはセラバンドという、作業療法士もうちにはおりますので、作業療法士のゴムバンドを使って運動不足などを解消したり、あとは月一回、それぞれの仮設住宅で熱中症とかインフルエンザ予防教室とか、保健師によって健康教室をやったりですね。

これが国際シンポジウムですね。これが福祉事業所の事例検討会。それで土曜日の一休みの会というのはお子様の遊びの場の提供で、これは紙粘土じゃなくて小麦粉粘土で、お母さんとお子さんが触れあうということもやっています。

先月は仮設住宅でクリスマスパーティーを開きました。企画のほうは、本当に住民にお任せして、私たちは手伝うということをしていますね。これが 9.11 家族会の交流会ですね。なかなかこの地区の住民は、自分で何かを言うということがないので、本当にこの辺で集めようとしても、なかなかないのですけど、本当に地区によっては、特に漁師の奥さんは本当にパワーがありますよね。そんな感じで、本当に二十人くらい集まってきて血压を計るのが大変なくらいなんですけど、そうじゃないところは二、三人というところもあります。

それで、これが組織図ですね。センター長が私なんですけど、ここ〔看護師〕に入っています。有資格者の、看護師・保健師・精神保健福祉士というのがアウトリーチ推進事業

の担当ということになっていますけど、実際は全部で一丸となってやっていますけど、方部こころのケアセンター事業というものが作業療法士・保健師・看護師・臨床心理士ですね。カウンセリングを行うんです。事務が四人いまして、この中で一人が保育士ですね。あと二、三年もしたら、たぶんそれがなくなってきたり、ケアセンター事業もだんだん縮小されてきますので、そのときどうするのか、ということをお前は本気で考えているんですけど、たぶん訪問看護ステーションだったり、そういう既存のものを作っていか手はないだろうというふうに考えます。ただ、それに移行するために、たぶん資金が必要になったりするので、ちょっとそれをどうするのか、というふうには思っています。何が言いたいかというと、こういう保健活動というのは、今まで保健所が行ってきたんですよ。それが今の財政難で十分にやってこれなくて、それが震災に出てきてしまったということなんです。だったらこういうふうな活動をもっともっと作っていったほうが良いと思っていますので、それは本当に震災だけではなくて、これからのそういう精神科医療福祉を考える上で、こういう活動ももう少し、どこの市町村でもできるようにしておいたほうが、震災が起こっても被害が最小限ですむのではないかなとお前は考えています。

週間スケジュールなんですけど、だいたい、アウトリーチというのは二十四時間対応でやっています。なごみの体制と地域の現状なんですけど、福島県では震災前に二百万人いたのが190万人と言われていました。相双管内では19万人が18万人になったというんですが、実際、やっぱり住所を置いて避難されている方が結構いるんですね。補償をもらうため、とかいろいろあると思うんですけど、南相馬市に限っては7万人いたのが6万5000人になるんですけど、実際は4万人とか3万5000人と言われてますね。ただ南相馬市にも仮設住宅が3000くらいあるんですけど、その中には、原発から本当に近い浪江町とか双葉町の住民が避難しておりますので、お前がちょっと想像するに、南相馬市には半分、六割くらいしかいないのではないかな、と考えています。それで若い方は、やっぱり二年くらい経つと、避難する所はやっぱりそういう割と便利な良い所に行くので、そこで教育関係とか考えると、戻らないほうが良いと判断されているお母さんがいるのではないかなと思います。そういったことで高齢化につながっていくのではないかな、というふうに思います。

活動の実施件数なんですけど、古いものをもってきてしまいました。今ですね、だいたい来所相談が9件とか20件なんですけど、今増えてきて、やっぱり地元で周知されるにしたがって、本当に一日一件、二件は「どうにかしてほしい」という電話があったり、あとは「不安だから話をしてくれ」という相談がけっこうあります。今はもう、毎月50件くらいありますね。サロン活動はだいたい一ヶ月に全部で15カ所おこなっているんですけど、だいたい200人から300人ぐらいいは来ていますね。訪問件数は全体でだいたい一ヶ月200件くらいあるんですが、今はもっと増えて、300件くらいにはなっていますね。ただアウトリーチでの重症の方の訪問もありますね。それで仮設住宅の訪問は割と落ち着いてくるんですけど、支援に要する時間が増えてます。一件当りの訪問時間が増えてますね。本当にぎりぎりなんですけど、仮設住宅の服薬支援とか生活支援、それと、地元でも福祉的な

支援が足りないので、その部分を一部担っているというのもあります。こころの健診は、これは臨床心理士や精神科医がやっていて、要望があるときは月 70 件あります。一回 30 分くらいで、この時は PTSD の評価スケールを使ってやりました。

障がい者に対する災害の影響

ちょっと整理します。災害が与えた障害者への影響なんですけど、やっぱりそれまで引きこもっていた人が避難生活で避難所へ移り症状が悪化した例があった。これはよくありました。ちょっと A さんもそうでしたけど。あとは原発事故によって、病院が休診となって、別な地域へ移動を強いられたこと。これによって亡くなった方もいた。行きつけの診療機関、もちろん精神科病院がゼロになってしまいましたが、通院の場がなくなってしまって、ひとつ公立病院という代替のものがあつたんですけど、そこまで受診につながった人もいました。あとは通いなれた作業所ですね、精神障害者の方はやっぱり場が変わってしまうと落ち着きがなくなるということがあるんですけど、新たに居場所を探さないといけなくなったこと、ということがありました。

その震災後、掛かり付けの通院機関が休診となり、自分で対処できず服薬を中断した者がいたんですけど、障害者の方が例えば、何とかの薬が 20 ミリといった時に、今まで 20 ミリが一錠だったものが 10 ミリが二つというふうになると、それだけでもう混乱してしまうという方がいて、それで今まで何十年も順調にきた方が、それがパニックになって症状が悪化して入院になったということもありました。あとは想定外の原発事故により精神科関連の薬をどの薬局でも処方できるバックアップ体制が動きにくかったことがあって、相馬市に臨時外来があつたんですけど、今回は不幸にしてどこもその精神の薬を扱う薬局がなかったんですね。県の方が交渉して薬局をお願いしたんですけど、それも不慣れなものがあって、三日間ぐらい処方待ちというのもありました。

あとは避難生活ですね。やっぱり人との接点が多すぎて悪化した例というのがありました。あと、現在、震災時悪化しフォローしている対象者と家族のなかには、自分の病名や処方されている内容をわからず服用している者も見受けられるということで、けっこう自分の病名とかですね、薬の内容とかをあまり知らなくて飲んでる方がいるんですよ。今までの研究だったりすると、自分の薬について、対処療法について理解している方は薬を継続していくことが多いんですけど、何も分らず、家族に飲めと言われて飲んできた人は、何のために飲んでるのか分からないので、こういった状況の時には中断しやすいということがあります。あと、お薬手帳ですね。これは精神の薬に限らずお薬手帳がなかった方は、避難所で J-MAT とか DMAT とか私たちが処方しようとしても、何を飲んでるかが分からないので、処方をしづらかったということがあります。ということで震災時のバックアップ体制の構築と患者とか家族の教育が重要だということが分ります。

アウトリーチ事業について

もうすぐ時間ですが、アウトリーチについて説明します。アウトリーチ事業と言うのがあるんですが、アウトリーチそのものは簡単に言えば訪問型医療です。ただアウトリーチ事業そのものは色んな規格があって、このように、一番・受療を中断したりした方、二番・未受療者、治療に繋がっていない引きこもりの状態の方、長期入院の後に退院し、病状が不安定になった者、あとは震災が原因で精神症状が出てる方、障害者とは言っても本当に心の問題があって症状が出ている方が対象となります。そうでもない方は声かけ程度の訪問だけになりますけれども、この規格に入る方はその対象者としています。

ということで、アウトリーチというものは、未受療の方も多いので、本当に罵声を浴びせかけられたりというのもしょっちゅうで、招かざる客になるということもある。あとは、あなたは治療が必要と言っても誰も薬は飲まないんで、最初は「何か困ってるの?」とか、困っていることについて、買い物が必要だったら「(一緒に) 買い物に行こうよ」というようなやり方で、何ヶ月か経って、治療に結びついたということもありました。あとはその人の良い部分に着目するんですね。医療者というのは、ついついどこが問題なのかという考えになってしまうので。そうではなくて、その人の得意なところとかを考えていきます。時には外出支援も行ったり、入浴とかカラオケとか、図書館などの社会資源を活用したりもします。

あと、一番大事なのは家族関係ですよ。今まで繋がってきた家族関係を見ないと、支援はできません。やっぱり今まで家族が一生懸命してきたのに、どうしようもなく、面倒を見切れない、ということを考えないと。「見放された家族」という見方だけでは支援はできないですね。そして最終目標は生活の拡大で、治療が繋がったら終了ということではないです。

こういう取り組みはここ二、三年行われてきたことで、たまたま震災型医療にも適用したんですけど、今、契約して訪問に行くよりも、契約前から何かに結びつけるという活動も医療行為にしてもいいんじゃないかということが検討されています。

じゃあこれまでの訪問型支援と何が違うのかというと、訪問による危機対応の継続ですね。過疎地における保健師のサービスが参考になっている。例えば、今は精神障害者というのはあまり力が入っていないんですけども、昔は過疎地において、保健師が精神障害者がいる家を一軒一軒回ってサービスをしていたのですが、それと同じことを私たちはやっているということです。医師の往診であったり、訪問看護も含めて、そこから先を延ばした二十四時間体制であったり、あとは、先程もあつたんですけど、ACT という、重症の精神障害者を診るシステムが今、新しく出来てるんですけど、今までの訪問と違って、やっぱりその人の良い部分に着目することとか、早く治療に結び付けないということを理念に置いて活動をしている団体があるんですが、そういったものを参考にします。

ですので、今までのような治療の契約から始めることよりも、もう少し精神医療を人間関係に結びつけようという考えで動いているモデルがあります。で、地域システムに組み

込まれた職人芸に頼らない一定レベルのサービスの供給、燃え尽き現象の防止ということで、チームで徹底的に支援の情報を共有する。当たり前なんです、それが今まで出来ていなかったんです。

そして多職種チームによる包括性、機動性ということで、何か難しいことがあったなら議題に出してその人の良いところや家族関係を、(支援に携わる)皆でカンファレンスしながら進めていく。やってて面白いですね、成功しないかもしれないけれど、成功したときは、本当に面白い。

これまでをまとめると、最初は関係作りから始まって、家族の調整、最後は服薬管理とか身体管理。次は生活の質の向上のために社会資源を活用して、そして、まだ実績はないのですが、住宅支援とか就労支援。家族によって、住み辛いというのであれば、少し自立させた暮らしをしようということまでやります。本当に何でも屋ですね。

アウトリーチ事業はどんなものかという、データは12月のものですが、半分くらいの人が統合失調症、あとは認知症の疑いだったり、妄想性障害、ちょっと病名がつかない部分があるんですが。それから躁鬱病とか、そういう方が多いです。

性別は女性が多いですね。これはたぶん、認知症が最近増えてきているので、認知症の場合は女性の方が長生きをするので、そういった部分もあるのかな、と思います。

区分を見ると、未治療だったり、震災による影響がやっぱり一番多いです。もちろん、震災によって未治療だった人とか、治療を中断しやすいということもあるんですけど、やっぱり震災関連が多いです。そして精神障害者だけではない。

心のケアの課題

最後に、心のケアの課題としては、生活再建のスピードに差が生まれてコミュニティーが揺らいでいたり、あとは認知症の悪化だったり、事業所の人手不足だったり、人間関係の悪化がまだある。あとは母子に、人によってはこのままここに居てもいいのかという不安を抱えながら生活をしている方がいらっしゃる。お子様もここに居てもいいのかとか、お母さんはここに居てもいいのかとか、というもの(不安)があっ、それが対立になっているということもある。家族単位ではなく、家族の内部でもそういった放射能についての不安というのが、それぞれ違うのかなと思いました。

あとは、重症な障害者の居場所がもともとなかったもので、そういった支援がこれから期待されるのではないかな。あとは支援者自身ですね、支援者自身への支援も大切になる。ということで、これから支援に結びつかない人をいかにして支援に汲み上げて、繋いでいくことが出来るのかということが、私たちの課題です。

ということで、私たちは Facebook だったり、「相馬広域こころのケアセンターなどみ」と(インターネットで)検索していただければ、毎日スタッフブログなどの更新もしています。本当にまだ若い方たちで、なかなかまとまらない部分もあるんですけど、これからもこういった活動を続けていきたいと思っています。

ただやっぱり、財源的に厳しい状態でありますので、もし、皆さんがよろしければ、会員も募集しておりますので、暖かいご支援をお待ちしております。よろしくお願いします。
ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

質問者：貴重なお話をありがとうございました。聞き漏らしたことをもう一度確認したところがありまして、スライドの中でアウトリーチについてのスライドがあったと思うのですが、そこで医療行為にしてもいいんじゃないかと検討しているところがあると仰いましたが、何をだったら（医療行為にしてもいいのか）なのか、教えていただけたらと思います。アウトリーチの医療行為にしてもいいんじゃないか、と思われている部分について…。

米倉：アウトリーチ事業というのは、医療行為というよりも保健なんですね。治療を中断した方を治療に結びつけるというところまでの行為なので、その後の服薬管理というのは本来であればその医療施設がやらなければいけない行為なんですけど、実は私たちのNPO法人はまだ医療法人格とか、訪問看護ステーションとか（のように）、医療行為ができないんですね。ですので、これは私たちが訪問看護ステーションをちゃんと作れば、医療に繋がって、そこからまた医療行為が出来るということに繋がるんじゃないかと思うので、医療行為にするというよりは、私たちが医療が出来る団体にならなければならないということと、実はアウトリーチ事業というのは全国でまだ試行事業、試行的にやってるんですね。それが来年度には診療報酬という枠組みに入ると、それをすると何点ということになると、私たちが自立が出来るという意味合いで、（医療行為にしてもいいんじゃないかと検討しているところがあると）言いました。ということで、私たちの組織上の問題ということで、その話しをしたということで、説明不足で申し訳ありません。

質問者：貴重なお話をありがとうございました。どきどきしながら、本当にもうびっくりして、うかがっておりました。

かつて私もナースだったのですが、先程仰っていたケアできない当事者というか、本当に自分がもう助けられない、ケア基盤になれない、本当に助けられないというときは、自分もやはり自分の保身というか、そういうことがありますよね。

ですから仰ったことの意味で、ぎりぎりのところでお感じになられていて、考えなければいけないところだなと思ったんですが、基本は最大多数の最大幸福で、その中で、その辺の、何と言えればいいのか、すごく難しいところなんですけど、私は今学生を育てている立場ですので、どういうことを（基準にされているのか、その辺りのことで）何かご助言があれば。

米倉：難しい質問ありがとうございます。そうですね、私もさっきの話をしたのは本当に究極の選択だとは思うんですけど、私の病院でも職員が半分居なくなったということには上司も「居なくなるなら居なくなってもいいよ、自分の自由だから」と言って、その結果半分になったというのもあると思うんですけども、そうですね、やっぱり、その中でもっと前にやっておかなければならないのは、ご家族とこういうふう（震災などの緊急時）になったときにどうしたらいいかということをお話するのが一番最初（にしなければならないこと）なのかなというふうに思いました。

こういったときに、医療者魂を持ってそこを突き通すのか、ある程度になったらやっぱり自分の家族が大事だとか、というふうなことを話しておくのが一番最初の、スタートラインなのかなと思います。もしその究極の状況になったときも、施設と自分の間でそうになったらどうするっていう約束も必要だと思いますし、実際問題、やっぱりさっきの双葉病院さんの話だと、職員がほとんど居なくなったら何も出来ない状態なので、それはある程度、誰か残れる人が居ないかというような、そう言った取り決めが必要なのかなと思います。

ただちょっと残念だったのは、心のケアチームで相馬市を拠点にしたんですけど、南相馬市の30キロ圏内には支援チームが入れないというチームが多くいました。それはすごく残念なことで、逆に被災地に支援する側として、本当にどこまで支援できるのか、安全が保証できないんだったら支援活動に出ないとか、でも誰かがやらなきゃだめなことがあるということをお話、本当に真剣にこういうことを想定して考えなければいけないのかなと思いました。すみません、答えになってないかもしれませんが。

（後半）

【DVD「東日本大震災とメンタルヘルス 兆しの中をさまよう人々」（中島映像教材出版）の上映】

【実際に被災され、ケアを受けてこられたAさんのお話】

米倉：続きまして、Aさんが、相馬市で被害にあった時のこととか、避難所でお薬を中断して、それで今現在に至るまでの体験を。皆さんの前で発表したいと思います。それではよろしくお願ひします。

Aさん：これから、東日本大震災での、私の体験談を発表します。自分は精神障害者で、震災で症状が悪化しました。今は、家族や「ひまわり（の家）」の人たちに支えられ、良くなりました。このような体験を、皆さんに話したいと思います。誰にでも起こるかもしれない、震災に役に立ててもらいたいと思います。

私の自己紹介をします。Aです。病名は統合失調症です。症状が悪化すると、周りに迷惑

をかけてしまいます。今は 30 代です。出身は相馬市です。震災後、被災し、仮設住宅へ入居しました。その後、避難所の生活を経て、症状が悪化し、入院しました。仮設住宅へ退院、しばらくして、グループホームへ入居、現在も入居中です。これから、その経過を発表します。

(写真、右側：半壊した家屋の写真、左側：家の敷地内と思われる場所からの風景) これは自宅の様子です。海から二キロメートルで、大規模半壊になりました。家は納屋を残して住めなくなり、解体して、なくなりました。昨年十二月に建て替えの工事が完了しました。向こう(左側の写真中央奥)に見えるのは火力発電所です。写真を撮ったときはまだ工事中でしたが、現在は工事が終わり、再稼動しています。(発電所の敷地に)一日数千人が入って、急ピッチでの工事だったそうです。

祖父はもともとこの土地が好きで、震災後もその土地に足を運んでいます。祖父は、波が首まで浸かったにも関わらず、この土地にまた家を建てたいと言っていました。この写真には、納屋の上の方まで津波が来た跡が写っています。右側の写真は、母屋の隣にあった自分の部屋と弟の部屋です。

震災後の様子。震災前は作業所にいました。就労支援で、工場に六ヶ月間通い、その後、一年八ヶ月間働きました。地震発生時は職場の工場にて洗浄作業をしていました。テレビで津波発生を知り、同僚の車にて実家へ戻り、その 2、30 分後に津波が到着しました。

そのとき、汚い色の津波がすごい勢いで向かってきて、怖かったです。波が 10 メートルまで、迫っています。祖父と母と妹へ「逃げろ」と言ったにも関わらず、(家族は)「嘘だ」と言って逃げようとしませんでした。

その後、自分は(家族を説得するのを)あきらめて走って逃げました。逃げていたら、近所の人に声をかけられ、離れた避難所の小学校へ乗せて行って貰いました。後で中村二小で家に残っていた家族と会えましたが、ずぶ濡れでした。

その後、食料が豊富な小学校へに避難しました。

薬は市内の薬局にお薬手帳を見せて、貰うことが出来ましたが、掛かっていた病院から(薬を)取り寄せてもらうしかなかったです。薬を手に入れるまで、丸一日くらいかかりました。その後グループホームに入りましたが、様子がおかしいと言われました。

(写真、体育館内の避難所。囲いによって仕切られた狭い空間)写真は避難所の様子です。このように区切られた狭い空間で、約三ヶ月間過ごしました。床にぎゅうぎゅう詰めで、毛布を敷き、昼間は毎日寝ることしかなかったです。避難所に入っていたときは眠れなくて、苦しかったです。時々、自分の背丈よりもずっと大きかった津波のことを思い出し、辛い思いをしました。

その後次第に眠れるようになりましたが、そのうち安心感が出て来て、眠れないときがなくなったので薬を飲まなくても同じだと思い、自信がついてそのまま（薬を飲みませんでした）。それが落ち度だったと思います。

そのときの私は、自分が飲んでる薬にどんな効果があって、何のために飲んでるのが分からなかったことも影響していると思います。

平成 23 年 6 月に抽選で当たり、街に近い仮設住宅に入居しました。（写真、左側：仮設住宅、右側：病院）左側が仮設住宅の写真です。6 畳 3 部屋で 6 人暮らしを始めました。1 部屋に 2 人入り、食事はひとつの部屋でとるため、かなりきつかったです。

たまたま精神科外来がに出来、病院の内科を受診したとき、職員から「言ってることがおかしい」と言われ、（精神科の）受診を勧められました。

自分は受診する必要はないと思いましたが、母親に受診を勧められ、（精神科に）行きました。今思い出そうとしても、よく覚えていません。

その後 9 月に、大学（病院）に入院し、11 月に退院しました。入院して何日間かは保護室でした。比較的普通だと自分は思いましたが、周りの人は「おかしい」と言っていました。入院したとき、薬は飲まなくてもいいと思いましたが。そのときはもうだめだと思えました。病院へ行くつもりはなかったんですけど、（病院へ）行ったら入院ということを知らされて、強制入院になりました。そのとき、主治医の先生から躁状態と説明され、入院しました。今までは鬱状態の入院しかなかったため、躁状態と言われたことにびっくりしました。薬も変わりました。

主治医の先生に「服薬教室はどうですか？」と言われましたが、そのときは何のことだか分かりませんでした。全てが初体験でした。服薬教室は全 6 回、週 2、3 回行う教室です。ひとりで参加しました。初めての教室では服薬教室の目標やなぜ薬について学ぶ必要があるのかを勉強しました。前に入院した病院では（服薬教室は）なかったため、新鮮でした。印象に残ったことは、血中濃度（の計測）やチェックシートをつけることで（薬の）飲み忘れを防ぎ、自分の状態を分かることが出来ます。

自分は今でもチェックシートを続けています。

入居して始めの頃は、症状が悪化した方と、ルールを守れず、トラブルになることが多かったです。自分は怒らずに抑えていましたが、ミーティングで解決することができました。

（グループホームに）入居したら、両親は入院前と違って「やれることだけやればいい」と優しくなりました。グループホームに入居するまでは、狭い仮設（住宅）で両親とトラブルが多かったですが、ひとり暮らしになって、お互いに生活の余裕が出来たためだと思います。

次に就労支援の話しをします。

始めの頃は午前・午後、働くのが大変でした。最初はボールペン組み立て、次はダンボール組み立て作業、車の部品の組み立てを行っていました。そして（仕事にも）慣れてきて、資源回収など、五ヶ月間くらい軽作業をしました。今は保健センターの掃除の仕事をしています。今思うと、自分の身体や時間調整をしながらお金を稼げるようになったことがよかったと思います。

（写真、臨床心理士の羽田氏と服薬管理に関するモジュールを振り返る A 氏）退院後、「なごみ」のスタッフに出会いました。たまたま病院で服薬教室を担当していた羽田さんが「なごみ」の職員になって、振り返りをしてくれました。写真は臨床心理士の羽田さんです。その他。体調管理が出来るようになりました。

（写真、植木の剪定をする A 氏）今は、保健センターで週 3 回、トイレや階段掃除、窓拭き等をやっています。今は充実した生活をしています。写真のような仕事をしています。この日は植木の剪定をしていました。お金を貯めて欲しい自転車を買うことが出来ました。最近 MD コンボやヘッドホンも買いました。将来は食品会社で製造に関わる仕事をしてみたいです。半年後くらいを目指しています。体力をつけて、保健センターの仕事を週 3 回に増やしています。

心のケアセンターさんの活動は、私にとって初めての飛行機に乗ってみたい等、色々な夢を叶えてくれました。この活動を続けて欲しいと思います。皆さんの応援を、是非お願いします。

私の発表は以上です。

ご清聴ありがとうございました。

米倉：長い時間、ありがとうございました。やっぱり、震災が有る無しに関わらず、こういった方は何で薬を飲んでいるのかとか、薬を継続するためにどういうことをするのかとか、本当に重要だと思います。ただ、精神障害者の場合は別に（精神疾患の薬の）飲み忘れが多いんじゃないなくて、一番多いのはコレステロールの薬なんです。ただ、精神障害者の場合は（薬を）飲まないことによって社会的な不利益を受けたりとか、働けなくなるとかのダメージが多くて。本当にこういう活動は続けていきたいと思います。

ただ本当に、私たちがこういう活動を継続する上で、資金面もそうですけれど、人材の上でも困っていることが多いですので、この場を借りて、皆様のご支援をお願いしたいと思います。もし何か質問とかがあったり、見学のご希望がありましたら、ご案内することにしてますので、何かありましたら私の方にどんどんご質問下さい。

【質疑応答】

質問者：貴重なお話をありがとうございました。このような活動をされているお話を

していただいたんですけれども、人材的にも財政的にも、非常に難しいところがあるかと思えます。

このような面において、日本の中で協力出来ればいいんですけれども、それを超えて、海外の団体と協力してこのような活動を行っている事例があれば、紹介していただけないでしょうか。

また、国際シンポジウムのお話しもされていたので、そのような事例があれば紹介していただきたいというのと、可能性として海外の団体と共に活動していける区分があればどのようなところで一緒に活動していけるのかということも紹介していただきたく思います。

(仮に海外の団体と連携が出来るとして) 海外からの医師が日本国内で医療行為にあたることは難しいと思うんですけれども、このような精神的な面で(問題を)抱えている(方を支援する活動ですので)、そういう面では可能性があるのではないかと思いますので、それを含めて教えていただければと思います。

司会：海外との協力の事例、国際支援機構などの事例などを含めて、国境を越えたかたちでこういう支援(活動)の具体的な例があったら教えて欲しいと。

米倉：ご質問ありがとうございます。実は当法人は在米日本人医師会とか、世界の医療団の支援を受けています。もちろん資金面だったり、一週間に一回とか一ヶ月に何回かとかに看護師だったり精神科医などの派遣はあるんですけれども、在米日本人医師会の支援にしてもあと二年(で終了する)と言われていました。

ただ、今のところ寄付をしてくれている団体というのは医療関係(の団体が主)ですので、こういう活動をHPとかこういった(講演)活動で皆さんに知ってもらったり、逆に私たちが被災地で新しいものを作り出して、それを全国に還元していければなど考えているんですけれども。日々、毎日葛藤しながらやっています。

どうもありがとうございました。