

福島からの避難者に対する支援のあり方 －「心のケア」からのパラダイムの転換－

地域社会と危機管理研究所
招聘研究員 松村 治

要　旨

東日本大震災が発生して5年以上が経過したが、福島の原発災害に伴う避難者は全国の都道府県に4万人以上が居住している状態が継続している。避難者数の多い自治体では、いずれも避難者の支援については、「心のケア」が最も重要であるとして支援活動の施策を展開してきた。その背景には阪神淡路大震災以後に定着した災害被災者には「心のケア」が必要であるという認識が存在する。

しかし避難者の多いくつかの自治体で、そこに居住する避難者の実態を調べていくうちに、「心のケア」への対策を考えられているにもかかわらず避難者の心の支援がまったくなされていないことが明らかになってきた。そこには2つの大きな理由がある。その1つは避難者の一部にしか該当しないにもかかわらず、PTSDなどを念頭においていた、心の障害をもつ人、あるいは障害におちいりそうな人を対象とした支援の姿勢がある。もう一つの理由は、もとの居住地域をはなれた避難者の多くが、見知らぬ土地での他者との関わりを避けようとする傾向がきわめて強く、心に問題のある人のために設けられた相談窓口や医療機関をまったく利用せず、相談員などの戸別訪問に応じないため、心の面からの支援活動がまったくできないという状況がある。

このような状況に対して、すべての避難者のウェルビーイング（その人自身が感じる心の健康状態）に焦点を当てた山形市や江東区東雲住宅でのウェルビーイング調査とその結果を活かした実践活動を紹介し、避難者が自らウェルビーイングを高めることを支援する新しい心の支援のありかたを示した。

これまでの「心のケア」というPTSDなどの障害を前提にした臨床心理学的パラダイムから、ウェルビーイングを高めるという健康心理学の視点に基づく調査や実践活動という新しいパラダイムへの転換が、とりわけ足場や生きがいを失っている原発災害による避難者には必要であると思われる。

キーワード

避難者、福島、PTSD、心のケア、ウェルビーイング、パラダイムシフト

英文要旨

More than 40,000 evacuees from Fukushima now live all over Japan. Most municipalities where these evacuees currently reside focus on the “mental care” aspect of support, which has rapidly disseminated after the Great Hanshin Awaji Earthquake.

In investigating the mental state of Fukushima evacuees, I gradually found that no effective mental support has been provided. There are two reasons: First, mental care from the perspective of clinical psychology applies only to a small portion of evacuees, and second, this approach is not effective because evacuees tend to avoid having a connection with others in new places. Those with mental disorders never visit medical facilities for evacuees and refuse to meet with people who visit their home.

Against this backdrop, I conducted questionnaire surveys on Fukushima evacuees’ state of well-being. The result confirmed low levels of well-being among the evacuees, and suggested the need for a new support

method for evacuees aimed at autonomic recovery through the enhancement of their well-being.

In this study, I propose that research activities and support to enhance evacuees' well-being should be promoted as a shift to new paradigm based on the perspective of health psychology.

1 はじめに

福島第一原発事故に伴い全国に避難した人の数は6万人以上で、2016年7月現在も4万人以上の人人が県外での避難生活を続けている。発災後に山形県、新潟県など避難者の多かった自治体では「心のケア」を避難者支援で最も重要な活動と位置づけて支援活動を行おうとし、その姿勢は現在も変わらずに継続されている。各自治体では多少の違いはあっても、概ね「心のケア」の活動として、電話相談を含めた心の相談窓口の開設、生活相談員（専門家、非専門家）による戸別訪問によって対応してきた。このような支援のあり方は、一般社会に妥当なものとして受け止められてきたが、避難者の実態を調査していくうちに、どの自治体においても「心のケア」ができていない実態がみえてきた。

その最も大きな理由として、“災害後の避難者支援は心のケア”というパラダイムができあがっているために、行政は「心のケア」活動の成果を詳細に検証することなく漫然と予算を組んで毎年同じ活動を継続していることが考えられる。

そこで、このようはパラダイムができあがった背景と、新たなパラダイムが現れず、妥当でないパラダイムが存続している理由について考え、あるべきパラダイムに基づいた支援の活動のあり方を示すことが必要であると考えた。

2 心のケア

2.1 「心のケア」という言葉

「心のケア」という言葉は、阪神淡路大震災よりも前にはほとんどが、がん患者の終末期の「心のケア」というような使われかたであったが、この

震災以後は被災者に対する「心のケア」というような使われ方が急激に増え、また被災者への「心のケア」はPTSDとの関連で考えられるようになった（高原, 2015）。

災害における「心のケア」という言葉を、被災者が専門家による介入によって援助されること（倉戸ヨシヤ, 1996）と定義した場合、専門家でない支援者による介入はこの定義からは外れることになるが、NPOの支援者などが支援に関わる場合でもメディアなどはこの言葉を用いているので、「心のケア」という言葉の意味は非常に曖昧なものになっている。そして専門家でない一般的の支援者でも関わることができることから、災害被災者への支援の中でもよい響きを持った言葉として受け入れられ、「心のケア」は、阪神淡路大震災以後は災害被災者の支援活動の中で重要な位置を占めるようになった。このような流れのなかで、それ以後の災害時に各自治体は「心のケア」を災害被災者の支援の中心として位置づけるようになり、そのような姿勢は東日本大震災においても踏襲されている。

このように「心のケア」が災害被災者支援におけるパラダイムとなり、実際の支援においては適切でないにもかかわらず、その転換が起きない経緯については後の章でさらに詳しく述べることにする。

2.2 被災直後の急性ストレス障害とPTSD

災害体験によって強いストレスを受けたため、自律神経系にアンバランスな活動が生じ、不眠や不安などのさまざまな心身の症状を呈するのが急性ストレス障害であり、この状態が1か月以上持続するとPTSDと診断される（DSM IV, 2000）。大きな災害を経験すると、だれにもこのような急

性ストレス障害は生じるが、一般には急性ストレス障害は時間の経過とともに消失して、回復へ向かうもので、PTSDに進む人の割合は少ない。従って発災直後のストレス障害の緩和やPTSDへの進展を防ぐために専門家のみならず一般の人が足湯やハンドケアなどの活動を通じてかかわることには意味がある。しかし急性ストレス障害の状態にある人をケアしなければ、みなPTSDに進むわけではないし、震災後1年、2年たった後も急性ストレス障害やPTSDをイメージして介入を考えることは適切ではない。またPTSDにおちいった人への治療的な対応は、高度な専門性を必要とし、一般の支援者がかかわるようなものではない。

2.3 急性ストレス障害、PTSDと心のケア

阪神淡路大震災では、どのメディアも災害体験後に急性ストレス障害や、PTSDが発症しそれがどのようなものであるかの解説と合わせて、その予防や治療に関連して「心のケア」の必要性を強調して報道した。そのため被災者=PTSD=心のケアの図式ができあがった。しかし急性ストレス障害の時期が過ぎて、避難後1年、2年が経過しても「心のケア」が言われ続けている。そこには避難者は継続的にストレスにさらされているのであるから、ストレスによる精神的な障害が生じることが考えられるので、継続的なケアは必要であるという考え方がある。たしかにそのようなストレスを感じる環境に避難者はおかれ続けているが、そこからはもう避難者みずらが対処していくべきことである。外部から手を差し伸べて助けることではなく、また助けられるものではないので、「心のケア」という対応はなじまない。支援を考えるのであれば、避難者のウェルビーイング（その人自身が感じる心の健康状態）を高めることである。良好なウェルビーイングの状態はストレスに対するレジリエンス（回復力）が高く、ストレスによる不安障害などにおちいりにくい。

3 みえない避難者

3.1 聞き取りなどから

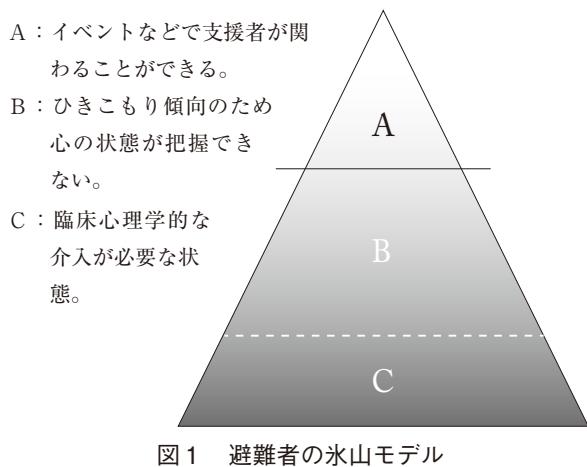
避難者が居住する住宅としては借り上げ住宅（アパートなど）、集合住宅（公営住宅など）、仮設住宅などがある。借り上げ住宅では、避難者のほとんどが借り上げ住宅に住む山形市で、社会福祉協議会の生活支援相談員が戸別訪問で面会できる割合を聞くとおよそ20%とのことで、実際に100世帯ほど生活支援相談員の戸別訪問に同行した際も面会できたのは20世帯あまりであった。集合住宅である東京都江東区の公務員宿舎東雲住宅では1,000人ほどの避難者が居住するなかで、毎週2回集会室で開かれているサロンに参加している人はほぼ固定化しており30人ほどである。そして社会福祉協議会の職員が全世帯を定期的に戸別訪問しているが、面会できるのは20%ほどであるとのことであった。仮設住宅については、保健師として福島市内の仮設住宅に1年間住みこんで活動した看護士に聞き取りをしたところ、サロンやイベントに参加する人数や、日常の行動をきめ細かく観察すると、引きこもり傾向の人が非常に多いことがわかったとのことであった。一方神奈川県内に居住する双葉郡からの避難者で、自らも積極的に支援活動を行っている女性に聞き取りをしたところ、避難元では、商工会などでも中心的に活動していた夫が仕事にもつかず、あまり外に出ない引きこもり状態になっているとのことであった。

これらのこと総合すると、支援者の目に触れ、関わりがもてる避難者の割合はわずかで、多くの避難者は引きこもり傾向を示すため、どのような状態で生活しているのかその実態がわからず、心の支援の対象になっていないことがわかつてきた。

3.2 氷山モデル

各自治体のアンケート調査結果でイベント、サロンに参加しない避難者の割合が80%近くに達することを考え合わせて避難者全体の姿を支援者側

からみると、一部の避難者しかみえない氷山モデルが考えられる（図1）。ここではウェルビーイングの低さを示すためにグラデーションをつけているが、ウェルビーイングが低いと引きこもり傾向がつくなる。イベントなどで支援者とかかわりをもつAに該当する避難者は、一般的にウェルビーイングが高く、NPOなどで活動をする支援者は避難者全体についてこのようなこのようなイメージをもちやすいが、実際には氷山のように水面下にあって見えない避難者の割合がはるかに大きい。



3.3 自治体が支援の対象とする避難者

どの自治体も「心のケア」とはどのようなことなのかを示すか明確な定義をもたず、社会で用いられている「心のケア」という言葉の曖昧なイメージのもとで避難者の心の支援を行ってきた。具体的にはケアの必要な人への対応は心の相談窓口を設け、生活相談員などの戸別訪問によって孤立を防ぎ、ケアの必要な人の発見と医療機関につなげることで支援ができると考えた。しかし心の相談窓口を利用する人はほとんどおらず、相談員の戸別訪問にも対応する避難者の割合は極めて低い。福島県のように心のケアセンターを設けて、ほっとラインによる電話相談とそこから展開するアウトリーチ活動のための何十人の専門家を配置しているケースであれば、心に障害のある避難者を医療機関へ繋ぐことが可能であるが、他の自

治体ではそれだけのコストと専門的な人員を用意することはできず、形だけの避難者のための心の支援制度となっている。そのために心に障害を持つ人に関して全く実態が把握できず、イメージだけの存在となっている。その結果避難者全体をみると、イベントやサロンに参加する目に見える避難者とその存在がイメージされるケアの必要な避難者だけが支援の対象とされ、支援者と接触をもたない多数のみえない避難者は支援の対象から抜け落ちてしまう。

4 すべての避難者が支援の対象

4.1 ウェルビーイング

ウェルビーイング（正確には主観的ウェルビーイング）はその人自身が感じる心の健康の状態で、多面的な要素からなるものである。ウェルビーイングの研究では、さまざまな見解があって統一がされていないが、感情的な要素と、活動面での要素からなると考えるのが一般的である（Huta, 2013）。感情面ではポジティブ感情、ネガティブ感情、人生に対する満足、活動面では心理的ウェルビーイング（自分に対する見方、他者との関係、生活のうえでの目標など）、社会的ウェルビーイング（社会の見方、社会との関わり、地域社会への参加など）などがその要素である（Keyes & Magyar-Moe, 2003）。

ウェルビーイングが高い人はいきいきと生きていると感じられるし、ウェルビーイングの低い人は生活に辛さを感じることになる。ウェルビーイングが低いことは直接心の障害とはならないが、ウェルビーイングが低い状態ではストレスに対処する力が弱く、意思決定もしにくく、引きこもり傾向になりやすいため、これらのことことがまたウェルビーイングを低くする悪循環をまねいている。

4.2 避難者のウェルビーイングを知る

多くの自治体のアンケート調査では心身の不調があるか、ないかというきわめて粗い質問項目で

避難者の心の状態を知ろうとしてきた。しかし世帯主に代表して回答してもらうこのような調査では、性別や年齢がさまざまに異なる避難者のウェルビーイングの状態はまったく把握できない。

そのような状況にあって、筆者の提案を受けて避難者のウェルビーイングの状態を知ることの必要性を感じた山形市は、2015年9月にウェルビーイングの質問紙調査を市内に居住しているすべての避難者に対して実施した。山形市がこのようなウェルビーイングの調査を実施したことは画期的なことで、これまで心に障害を持つ一部の避難者を対象に、いわば病気モデルに基づいてアンケート調査や支援活動を考えていたものが、避難者すべてのウェルビーイングの状態に焦点を当てた健康モデルに基づく支援が展開されはじめたことを意味する。

またこれに引き続いて、2016年3月には、江東区東雲住宅に居住する避難者に対して、早稲田大学「地域社会と危機管理研究所」が同じ質問票を用いてウェルビーイングの調査を実施した*。

4.3 ウェルビーイングの調査

4.3.1 質問票

ウェルビーイングの質問票（付録）は、多面的な要素からなるウェルビーイングの状態を知るために松村（2014）が用いた質問票を使って、ネガティブ感情、ポジティブ感情、人生に対する満足、心理的ウェルビーイング、社会的ウェルビーイングについての要素の得点を算出し、またそれ

らの要素の得点の合計をトータルウェルビーイングの得点として、個々の要素の得点とトータルウェルビーイング得点を評価した。

4.3.2 調査の実施

山形市：市内に居住する避難者の全世帯に質問票を送付し、回答も郵送とした。95名から回答を得て、そのうち欠損値のなかった20歳以上の72名（男性17、女性51、不明4、平均年齢47.2歳 標準偏差13.3）の回答について分析を行った。

江東区東雲住宅：東雲住宅の全避難者世帯（432世帯）に質問票をポスティングし、回答はエントランスに設置した回収箱に投函することとした。20歳以上の52名から回答を得て、欠損値のなかった40名（男性14、女性26、平均年齢57.5歳 標準偏差18.5）について分析を行った。

4.3.3 質問票の得点

山形市、東雲住宅の質問票のウェルビーイング得点は類似した値で、いずれもこれまでに調べられている一般住民のウェルビーイング（松村、2014）と比べて、得点の平均はウェルビーイングの各要素、トータルウェルビーイングとも有意に低く（ $p < .01$ ）（表1）、トータルウェルビーイングの分布では、たとえば山形市の避難者と鶴岡市旧市街地の住民を比べた場合のように山形市の避難者は低い領域に分布していた（図2）。

表1 各要素のウェルビーイング得点とトータルウェルビーイング得点の平均値の比較

GROUP		A+B	C	D	E	TWB
山形市避難者	(n=72)	61.7	52.9	62.9	58.5	236.1
東雲住宅避難者	(n=40)	54.3	47.0	64.0	61.8	229.0
鶴岡市（旧市街地）	(n=74)	78.4	66.7	69.5	66.4	280.9
鶴岡市（新市街地）	(n=50)	75.8	62.0	70.2	62.7	270.7
横浜市（郊外）	(n=131)	76.3	63.9	68.4	63.7	272.4

A+B：ネガティブ感情+ポジティブ感情、C：人生に対する満足、D：心理的ウェルビーイング
E：社会的ウェルビーイング、TWB：トータルウェルビーイング

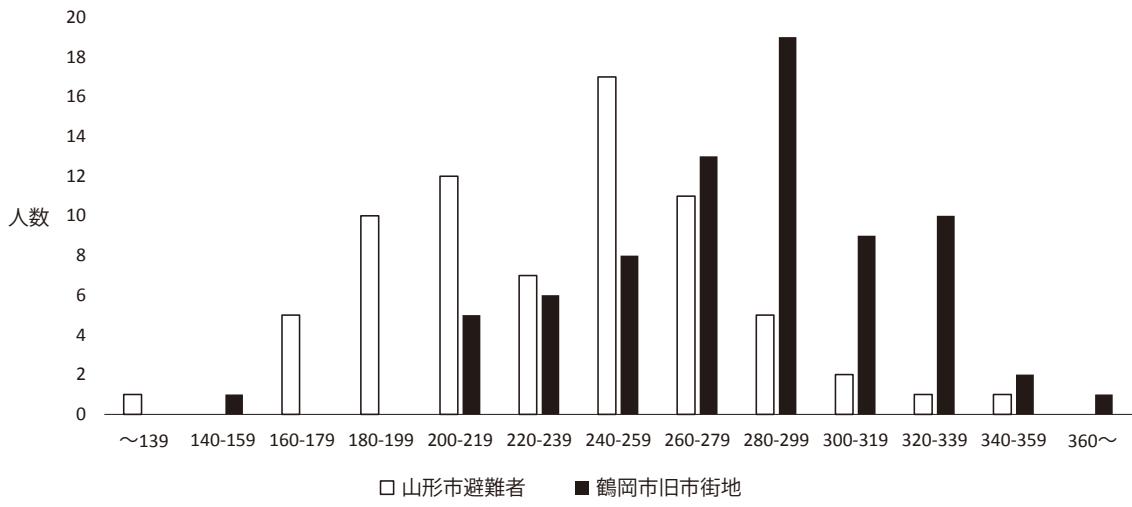


図2 トータルウェルビーイングの得点分布

4. 3. 4 質問票の回答者に対して

質問票の回答を採点し、得点に対する評価をコメントした。コメントの中では、得点が高ければよいウェルビーイングの状態にあるので、今のライフスタイルを維持すること、得点が低ければ、そのことが病気であるということではないが、生活に辛さを感じることになるので、ウェルビーイングを高めることをライフスタイルの改善から考えることをアドバイスした。それぞれの回答者のウェルビーイングの要素ごとの得点に合わせて、ライフスタイルとウェルビーイングの関係から(松村, 2014)、感情面でネガティブ気分の強いと思われる人には外に出て自然とふれあう（1日1回は公園を散策する時間を設けるなど）こと、地域から孤立し、毎日を無為に過ごす傾向がみられる人には他者のために何かをする（持っている技術や、能力をいかすことができれば最適）ことをアドバイスした。また質問票の結果について詳しい説明を希望する人には面談時間を設けて説明を行った。

5 調査結果と考察

これらの調査結果から、ウェルビーイングの得点分布が低い領域にあり、平均得点も大幅に低いという避難者のウェルビーイングの状態をはじめ

て知ることができ、避難者のウェルビーイングが一般住民に比べて著しく低下していることが確認できた。ウェルビーイングを構成する多面的な要素についての質問項目の中で、特に得点の低かったものに注目すると、ネガティブ気分の高さだけでなく、人生に対する満足度の低さ、生活における目的のなさ、地域からの孤立など、足場や生きがいを失ったいわば実存的な危機から生じていると思われる状態が示されている結果となっており、このことは東日本大震災のなかでも原発避難者に特有のものと思われる。このような背景をもつ避難者のウェルビーイングの低さから生じる生活のつらさに対する支援こそ心の支援の中心に据えられるべきものである。

また「心のケア」という病気モデルのアプローチに基づいて相談窓口を設け、対象となる人を見つけるための戸別訪問のような活動が、避難者側が利用する態度を示さないためにまったく機能しない中で、ボランティア活動でのつながりのなかから心に問題を抱える人をカウンセリングなどにつなげているケースが見うけられる。そのような事例からもわかるように、ウェルビーイング調査からつながりをもった避難者のなかで心に問題をもった人を見出して、カウンセリングや医療につなげていくことは有用な手段となるようと思われる。ウェルビーイングが低いことが、そのまま心

の障害になるわけではないが、その可能性はそうでない人に比べて高いので、ウェルビーイングを軸に展開する健康モデルに基づく活動は、病気モデルに基づく支援活動とも連結することが可能である。

6 パラダイム

6.1 「心のケア」がなぜパラダイムとなったのか

1995年の阪神淡路大震災時にメディアが、急性ストレス障害やPTSDとの関連で「心のケア」を頻繁に記事として取り上げたことが“被災者には心のケアが必要”というパラダイムを生むきっかけとなつた。

新聞記事検索で「心のケア」を検索してみると、朝日新聞の記事検索では1984年から1994年までは22件であったのが、1995年から2016年までは6,621件であり、そのうち〈心のケア and 阪神淡路大震災〉が1,158件、〈心のケア and 中越地震〉が51件、〈心のケア and 東日本大震災〉が941件、〈心のケア and 熊本地震〉が102件となっており、1995年の阪神淡路大震災の報道の中で一気に災害と心のケアが関連付けられることになり、その流れが現在まで継続していることが読み取れる。

またPTSDと「心のケア」では、1984年から1994年まではPTSDは8件、〈PTSD and 心のケア〉は0件だったのが、1995年から2016年では〈PTSD and 心のケア〉は387件で、そのうち阪神淡路大震災が143件、東日本大震災が48件となっており、やはり阪神淡路大震災を契機に「心のケア」とPTSDが関連づけられるようになったことが読み取れる。

このように災害報道の中から災害被災者には急性ストレス障害、PTSDへの対応として心のケアが必要であるというパラダイムとして「心のケア」は生まれてきたが、この「心のケア」という言葉の特徴は、その曖昧さと、支援する側にはポジティブな感情を、被災者にはネガティブな感情を生じさせる響きもつことである。そして専門家

だけでなく一般の支援者も包含した活動につながることと、支援者にわずかでも優越的な立場を感じさせることが、「心のケア」を災害被災者の支援のパラダイムにまで引き上げたと思われる。

6.2 なぜパラダイムシフトの動きが生まれてこないのか

パラダイムシフトの例として物理学の世界でのパラダイムシフトがある。古典物理学はニュートン力学を基礎にして完結されたものとなっていたが、その理論では説明のできない現象がいくつか問題となってきはじめ、それらの問題を説明することができる相対性理論や量子力学の理論などをもとに現代物理学が成立してきた。このようなパラダイムシフトの例は自然科学での必然的な流れである（Kuhn, 1962）。

パラダイムという言葉が社会現象全般にも適用されるようになった現在では、自然科学のように明快な経過はとらなくとも、基本的には同様の過程を経てパラダイムシフトが起きている。このような観点から「心のケア」という避難者支援の姿勢をパラダイムとしてとらえたとき、パラダイムシフトの動きが生まれてこない理由として次のことが考えらえる。

「心のケア」というパラダイムでは福島からの避難者における支援活動はうまく機能していないにもかかわらず、そのことが把握されていない。ここで把握する主体が支援活動を遂行する各自治体であることもその理由の一つである。これを支援される側の避難者からみれば、支援がまったく提供されていないと感じているはずであるが、そのことが支援する側に伝わらないのは避難者が支援者との接触を避ける傾向が強いために避難者の状態が支援者には見えないことがある。把握できる避難者の状態は避難者のためのイベントやサロンに参加する避難者のみであるため問題は現れてこない。従って表面上は「心のケア」というパラダイムの上で支援活動がうまくまわっていることになる。このことが今のパラダイムで対処できな

い問題が表面化しない理由で、問題が起きてこなければパラダイムシフトの動きも生じない。

この状態を生じさせている根本的な問題は、病気モデルをもとに支援活動が展開されていることであり、支援活動の対象者が心の障害におちいっているか、おちいりそうな人に限定されていることである。いかにウェルビーイングが低く避難者が日々の生活をつらいと感じていても、その状態自体は病気ではないので、心のケアの対象とはならない。しかしウェルビーイングという視点からみれば、調査結果からも明らかなように、大多数の避難者は日々の生活がつらいと感じるような状況にあり、その状態こそが支援活動の対象とならなければならないはずである。そして一部の対象者に限定されないすべての避難者のウェルビーイングに焦点を当てた健康モデルが用いられなければならない。健康モデルでは人が健康度の低い状態から高い状態のどこに位置するかということを問題とし、その位置を高めることを考える。このことを言い換えて、パラダイムの転換という形で表現するとすれば、「心のケア」から「ウェルビーイングの向上」へのパラダイムシフトとなる。

6.3 新しいパラダイムによる実践活動

6.3.1 ウェルビーイングの把握

新しいパラダイムでは健康モデルの中心となるウェルビーイングが重要となり、質問紙調査による避難者のウェルビーイングの確認が出発点となる。質問紙調査は個々の回答者のウェルビーイングの状態が把握できるだけでなく、調査する集団全体のウェルビーイングの状態も把握できるので、一般住民との比較が可能となる。そしてこの調査を一定の期間をおいて繰り返し同一の避難者に行うことで、個人のウェルビーイングの変化や集団全体の変化を確認できることから、避難者をとりまく環境の変化の影響や支援活動を行った成果の確認が可能となる。

6.3.2 ウェルビーイングを通じてのかかわり

ウェルビーイングの質問票への回答を採点して結果の評価を回答者に返すことで、自分ではわからないウェルビーイングの状態を避難者に知ってもらうことができる。もしウェルビーイングが高ければ、回答者は自信をもって生活を送ることができるし、ウェルビーイングが低ければ、どうすれば高めることができるかを考えるきっかけになる。ウェルビーイングは変動しにくいものであるが、避難者の場合ライフスタイルの大きな変化に伴ってウェルビーイングが低下しているケースが多く、現在のライフスタイルを見直すことでウェルビーイングを高めることは可能である。避難者は自身のウェルビーイングには強い関心をもっているので、そのことを伝える過程で避難者との間につながりをもつことができるようになる。

7 結論

原発避難者は足場と生きがいを失った実存的な危機状態から生じるウェルビーイングの低下した状態にあり、しかもそれが外部からは把握しにくい状態にある。このような避難者の状態に対して、阪神淡路大震災以後に現れてきた急性ストレス障害、PTSDを念頭において、「心のケア」と表現される支援が震災後1年以上経過した後も継続して展開されている現状は「心のケア」が本来の意味を失って現実に適合しておらず、成果も得られていない。災害を体験した人が急性ストレス障害や、そこからPTSDを発症することに対して「心のケア」が必要であるという考えが、この文脈から急性ストレス障害やPTSDが抜け落ちて、“避難者の支援=心のケア”というパラダイムとなって福島からの避難者に対しての各自治体の支援活動の中心となったことがこのような状態を招いた原因である。

通常は既存のパラダイムでは、いろいろな不都合が確認されてくると、必然的に新たなパラダイムが生まれ、パラダイムの転換がおこることにな

るが、「心のケア」では、それが起こる気配がみられない。それは大多数の避難者の状態が極めて把握しにくいために、不都合が起きていても、それが見えてこないためである。しかし質問紙調査でウェルビーイングという指標から避難者の心の状態を確認したところ、ウェルビーイングの低い状態のままにある避難者の状態が明らかになった。

「心のケア」というパラダイムの根底にあるのは、一部の避難者を対象とする心の障害を念頭においた病気モデルの臨床心理学的アプローチである。そこにはまた支援者が介入して避難者を援助する姿勢も含まれている。

このパラダイムを転換するには、すべての避難者のウェルビーイングに焦点を当てた健康モデルの健康心理学的アプローチが必要である。そしてここでは支援者は避難者にウェルビーイングの状態とその改善のための情報を提供し、避難者自らが回復への道をたどることを支援する姿勢となる。

この論文では避難者支援に対する新しいパラダイムを提示したが、このパラダイムに基づく実践の方法は確立されていない。ただウェルビーイングをもとに活動を展開するのであるから、避難者をとりまく地域などの環境が大きくかかわってくることはまちがいない。従って、「心のケア」という言葉に含まれる、専門家でない一般の支援者

が関与できる余地が、ここでははるかに大きく広がるはずである。

【注】

* 「地域社会と危機管理研究所」が東雲住宅で行った調査は早稲田大学倫理委員会の承認を得たものである。

＜引用文献＞

- DSM-IV-TR. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision*: American Psychiatric Association, Washington DC. (『精神疾患の診断・統計マニュアル』). 2002. 高橋三郎、大野裕、染矢俊幸 訳、医学書院).
- Keyes, C.L., & Magyar-Moe, J.L. 2003. The measurement and utility of adult subjective well-being. in S.J.Lopez, & Snyder (Eds). *Positive Psychological Assessment*. Washington DC: American Psychological Association.: 411-425.
- Kuhn, T.S. 1962. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press (中山茂 訳. 1971.『科学革命の構造』みすず書房).
- 倉戸ヨシヤ. 1996.「ボランティアが直面した心の問題」岡堂 哲雄編集「被災者の心のケア」『現代のエスプリ別冊』、至文堂 : 177.
- Huta, V. 2013. Eudaimonia. in S.A. David, I. Boniwell, & A.c.Ayers(Eds), *The Oxford handbook of happiness*, Oxford: Oxford University Press: 201-213.
- 松村治. 2014.「自然とのふれあいが多面的な主観的well-being にあたえる影響について—地域社会に対するポジティブな認知を含めて—」『健康心理学研究』27(2): 113-123.
- 高原耕平. 2015.「災害精神医学小史のこころみ：阪神・淡路大震災における<心のケア>を問い合わせるために」『未来共生学』2: 163-203.

<付録>

ウェルビーイングについての質問

過去1ヶ月の間にあなたは次のことを感ることがどのくらいの頻度でありましたか。1~5のうちで該当する番号に○をつけてください。

A	いつもあった	かなりあった	ときどきあった	あまりなかった	まったくなかった	得点
1 とても悲しくて自分を楽しくさせるものはない	1	2	3	4	5	
2 神経質になっている	1	2	3	4	5	
3 落ち着かない	1	2	3	4	5	
4 希望がない	1	2	3	4	5	
5 どんなことをするにも骨が折れる	1	2	3	4	5	
6 自分は価値のない人間だ	1	2	3	4	5	
B	いつもあった	かなりあった	ときどきあった	あまりなかった	まったくなかった	
1 ほがらかな気分だ	1	2	3	4	5	
2 よい精神状態にある	1	2	3	4	5	
3 とてもしあわせだ	1	2	3	4	5	
4 落ち着いていて平穏だ	1	2	3	4	5	
5 満ち足りている	1	2	3	4	5	
6 充実した生活だ	1	2	3	4	5	換算点(A+B)
						A+B

つぎのことがらについてあなたはそう思いますか、あるいはそうは思いませんか。(1~5)のあいだで該当する番号に○をつけて下さい。

C	強くそう思う	ある程度そう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	まったくそう思わない	得点
1 ほとんど自分の人生は申し分ない	1	2	3	4	5	
2 自分の人生はすばらしい状態にある	1	2	3	4	5	
3 人生に満足している	1	2	3	4	5	
4 人生でこれまでほしいと思った大切なものは得てきた	1	2	3	4	5	
5 もしもう一度人生をやり直すことができたとしても、ほとんど変えることはないだろう	1	2	3	4	5	換算点

つぎのことがらについてあなたはそう思いますか、あるいはそうは思いませんか。(1~5)のあいだで該当する番号に○をつけて下さい。

D	強くそう思う	ある程度そう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	まったくそう思わない	得点
1 親密な人間関係を維持することは困難であり、イララさせられる	1	2	3	4	5	
2 たとえ大多数の人の考え方と違っても、自分の意見には自信がある	1	2	3	4	5	
3 日常やらなければならないことで気が滅入る	1	2	3	4	5	
4 その日暮らして真剣に将来のことは考えない	1	2	3	4	5	
5 多くの点で人生においてやってきたことに失望している	1	2	3	4	5	
6 自分自身と世の中について考えさせる新しい体験をすることは重要な	1	2	3	4	5	換算点

つぎのことがらについてあなたはそう思いますか、あるいはそうは思いませんか。(1~5)のあいだで該当する番号に○をつけて下さい。

E	強くそう思う	ある程度そう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	まったくそう思わない	得点
1 自分が地域社会の一員だとは感じられない	1	2	3	4	5	
2 人のために尽くす人は見返りを期待してはいない	1	2	3	4	5	
3 自分は世の中のためになる何か価値のあるものをもっている	1	2	3	4	5	
4 世の中は誰にとってもよりよい環境になりつつある	1	2	3	4	5	
5 世の中で起きている出来事の意味をよく理解することができない	1	2	3	4	5	換算点

左はじめの番号がグレーになっている項目は逆転項目で、○をつけた数字に対して $1 \rightarrow 5$ 、 $2 \rightarrow 4$ 、 $3 \rightarrow 3$ 、 $4 \rightarrow 2$ 、 $5 \rightarrow 1$ のように採点する。A+B、C、Dの領域の素点を満点が100点になるように換算して、換算点欄に記入する。 $(A+B) + C + D + E$ の換算点合計はトータルウェルビーイング得点を表す。