



大災害後の外部からの支援をめぐる

加藤 寛

大災害後の心理的支援を行う上で、外部からの支援者の役割について、阪神・淡路大震災をはじめとする過去の災害、および今回の東日本大震災の状況について検討した。東日本大震災では、沿岸部の精神保健福祉ネットワークが大きな被害を受けたことから、他の災害に比較して、きわめて長期の外部支援が求められている。この状況に対して、日本トラウマティック・ストレス学会が行ってきた活動の方向性と、当初の調整過程について報告した。

Key Words 東日本大震災、こころのケア、日本トラウマティック・ストレス学会

はじめに

大災害が発生すると多くの分野で外部からの支援が入る。被災者への心理的支援(こころのケア)も例外ではなく、救助活動や救急医療が一段落した頃から、社会からの関心と要請が高まり、それに呼応するように多くの関係者が支援の可能性を考え始める。東日本大震災では被災地の広域性、アクセスの困難さ、そして原発事故の併発といった、いまだかつて誰も経験のない条件が重なったため、外部支援はさまざまな困難に直面した。それでも、数多くの専門職が被災地に入り、危機に瀕した精神科医療の補完や、教育現場での支援を行った。

本稿では、主に災害早期の精神科医療に関する外部支援について、阪神・淡路大震災などの過去の事案での状況を述べた後、今回の支援活動を検討する。その後、復興期における外部支援の必要性と可能性を述べ、日本トラウマティック・ストレス学会震災特別委員会が行ってきた活動について紹介する。

急性期の外部支援： 阪神・淡路大震災の状況

災害後に外部からの支援が精神保健の分野で行われたのは、阪神・淡路大震災が最初ではない。その2年前(1993年)の北海道南西沖地震では、津波に襲われた奥尻島に何人かの心理学者が入り、子どものケアを行うための啓発活動を行っている。また、1991年の雲仙普賢岳噴火災害では、同じ県内からではあるが、長崎大学の精神科医たちが長期にわたって、被災地の保健所に支援に入っている。

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¹⁾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

兵庫県こころのケアセンター
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

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、大学病院精神科、精神科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カ月余りの期間、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て報道された結果、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、コーディネート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。

阪神・淡路大震災以後の 災害における外部支援

大規模な外部支援が行われた次の機会は、2004年の新潟県中越地震である。この災害では、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。迅速な対応ができた背景には、地震の3カ月前に発生した水害後に発足していた「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・神経センター（当時）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、必要な助言を行い、活動ガイドラインや啓発資料を提供したことも、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。

新潟県中越地震以外では、能登半島地震（2007年・石川）や岩手・宮城内陸地震（2008年）で、主に児童精神科医による外部支援が行われたが、比較的短期間で役割を終えている⁹⁾。それ以外の災害では、被災地を持つ都道府県内の精神保健関係者が、被災地域に入り支援することで、十分に賄われてきた。有珠山噴火災害（2000年・北海道）、芸予地震（2001年・広島）、新潟・福島水害（2004年）、台風10号（2004年・徳島）、台風23号（2004年・兵庫）、福岡県西方沖地震（2005年）、新潟県中越沖地震（2007年）、台風9号（2009年・兵庫）などが、その例である。つまり、被災地域が限定的で、被災程度として死者が数十人程度までの災害であれば、一つの自治体がイニシアティブを握り、精神保健福祉センターや被災地の保健所を中心として、精神保健活動を提供することが可能になっているといえよう²⁾。

筆者は、本学会第8回大会において、東海地震や首都直下型地震などの政府が想定する大規模災害に対して、精神保健分野では準備が不足しており、救急医療の分野における、日本DMAT（Disaster Medical Assistance Team）のような包

括的システムと比較すると、明らかに脆弱であることを指摘した。そして、全国をいくつかのブロックに分けコーディネーターを配置することや、行政単位を超えた連携・協力関係体制作りを進めるために議論を重ね、新たなシステムを整備することを提言した。その議論は、厚生労働省の研究班（健康安全・危機管理対策総合研究事業「健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究」主任研究者金吉晴）に引き継がれ、平成22年度から深められつつあった矢先に、今回の大災害が起きたのだった。

東日本大震災後の急性期の精神保健活動

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、さまざま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⁴⁾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、個人的なつながりで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^{5, 8)}。

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いくにつれて、状況は好転し、最長1年に及ぶ外部支援が続けられた^{3, 4)}。

一方、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四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⁶⁾。

復興期の外部支援

各県で行われた心のケアチームの活動の全体像については、今後の報告を待たなければならないが、これまでにまとめられた報告から、いくつかの傾向が指摘できる。宮城県と岩手県のまとめ^{5, 8)}、大槌町で活動した大阪府チームのまとめ⁷⁾、および仙台市で活動した兵庫県チームのまとめなどによれば、相談内容の多くを占めるのは、不眠、不安、イライラなどであり、幻覚や不穏などは少数であった。これらは主訴ないし状態像をまとめたものなので、不眠や不安にはさまざまな病態が含まれていると思われるが、阪神・淡路大震災後の精神科救護所活動¹⁾では、幻覚妄想状態や精神運動興奮などの統合失調症の状態像が1割から2割を占めていたのと比較すると、大きな

違いがある。このことは、今回の心のケアチームの活動が、当初から避難所へのアウトリーチを主体とした活動であり、被災体験によって引き起こされた新たな反応に主眼を置いていたことを示していると思われる。

第2の特徴は、活動期間が長期に及んでいる点である。最長は2012年3月末まで（岩手県陸前高田市で活動をした東京都チームなど）、約1年の活動をしており、これは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。このことは、地域内の保健システムが大きな被害を受け、深刻なマンパワー不足に陥った被災地の復興期での精神保健活動を、当初から入った支援チームが引き受けたことを意味している。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カ月でピークを過ぎ、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。

JSTSSの支援活動の展開

今回の震災では、沿岸部の精神保健福祉ネットワークが大きな被害を受け、長期的支援の必要性は明らかだったし、上述したように緊急支援の目的で入った外部チームも例外的に長期の活動を続けていた。その中で、トラウマ関連のわが国唯一の当学会がどのような役割を果たすべきか、幹部や理事との話し合いが続けられた。そのプロセスは、本誌で前田会長が詳細に報告しているが、特別委員会委員長として特にお願いしたのは、支援する期間はなるべく長期にして欲しいという点だった。当初、溢れかえった外部支援者は必ず撤退の時期を迎える。たとえば、自治体の地域保健関係者は、自らもギリギリの人員で日常業務を遂行しており、どんなに長くても年度内の活動で収束すると予想された。その後の活動の担い手は、地元の医療、保健、福祉関係者となるが、彼らをサポートする役割を果たすことができないだろうか、支援の人手を派遣するのは弱小学会としては荷が重すぎるが、地元の関係者へのコンサルテ-

ション、教育研修になら過去の災害などでの活動経験を持つ会員を抱える当学会の役割が見いだせるのではないか、と提案した。

これを実現するためには二つの動きをする必要があった。一つは、資金確保であり、前田会長の報告にあるように、法人化の煩雑な作業を経て、外部資金の獲得あるいは共催プロジェクトの実施の目処を立てることができた。このプロセスにおける学会幹部の献身的な努力には、本当に頭の下がる思いであった。二つ目は、地元のニーズの確認と、連携先の調整であった。外部からの支援は被災地の関係者にとって、押しつけがましいものであってはならない。われわれが動き始めた時期は、まだ多数の支援者が残っていたが、地元関係者は、受け入れたことによる疲弊、あるいは倦怠を感じている時期でもあった。熱意に溢れたたくさんの方の外部支援者を受け入れ、ともに活動することは、ありがたい反面、消耗する仕事である。そのピークの時期に、今後2年以上の支援計画を受け入れてもらえるかどうか、大きな不安があった。長い復興のプロセスを考えると、地域全体を統括していくのは行政、特に県保健所の役割が大きい。行政組織への支援に関しては、他の都道府県からの派遣職員を受け入れた部署はあったが、心のケアを担当する精神保健センターや保健所では、あまり行われていなかった。われわれは、被災3県の精神保健担当部局、精神保健福祉センターへ出向き、計画を受け入れてもらえるかどうか、話し合った。

保健所へのコンサルテーションと、かかりつけ医への研修という二つの計画を示したところ、前者に関してはまず研修会を試行的に開き、それを受けた現場の要請に基づいて計画してはどうかということになった。そこで、福島県内の6カ所の保健所で研修会を開催し、継続的な支援の要望があった3カ所の保健所に定期的に関与することになった。宮城では、コンサルテーションの要望が気仙沼保健所から寄せられ、2011年11月から毎月訪問することになり、2012年2月からは石巻保健所からも派遣依頼があり対応している。岩手県は、東京都チームなどの長期の支援が続いていたことから、保健所への支援は当面は不要とのこ

とだったが、児童福祉関係者からの要望があり、児童精神科医の理事を継続的に派遣することになった。また、かかりつけ医研修に関しては、医師会への根回しと、医師会の生涯教育ポイントを付与するための調整が欠かせないことが確認できた。そこで、共催企業のファイザー株式会社の協力も得ながら、各県の医師会への挨拶、日本医師会への後援依頼、各市郡医師会への働きかけを行い、岩手県釜石市を皮切りに23年度中に岩手県と福島県で先行して開催し、24年度は宮城県で順次行われることが決まっている。

この二つのプロジェクトを進めていく上で、幹部および委員会メンバーは全員が多忙な中、何とか時間をやりくりし、献身的な活動をしていただいた。この場を借りてお礼申し上げる。

おわりに

被災地のニーズは今後、徐々に変化していくだろう。それに柔軟にに応じていくことが、外部からの支援者には求められている。被災地では、これまでにない取り組みが多数行われてきたし、今後さまざまな工夫がなされていくだろう。その活動を検証し、学ぶことを通して、東北の被災地での長期的支援の方向性を検討するとともに、われわれは次の災害に対して準備をしなければならない。

文 献

- 1) 加藤寛, 麻生克郎: 阪神・淡路大震災後に行われた精神科救護所活動と PTSD. 中根充文, 飛鳥井望編: 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD). 中山書店, 東京, 131-138, 2000.
- 2) 加藤寛: 日本における災害精神医学の進展: 阪神・淡路大震災後の10年間をふり返って. 精神医学, 48, 231-239, 2006.
- 3) 松岡洋夫: 東日本大震災と精神保健医療福祉の中長期計画: 宮城県の場合. 精神神経誌, 114, 218-222, 2011.
- 4) 松本和紀: 宮城県における現状と課題. 精神科, 19, 543-547, 2011.
- 5) 宮城県精神保健福祉センター: 東日本大震災における心のケア: 発災から10ヶ月の活動記録. 宮城県精神保健福祉センター, 2012.
- 6) 丹羽真一: 東日本大震災と精神保健医療福祉の中長期計画: 福島県の場合. 精神神経誌, 114, 223-226, 2011.
- 7) 野田哲朗: 大震災とメンタルヘルスケア; 阪神・淡路, 東日本大震災の経験より. トラウマティック・ストレス, 9, 120-129, 2011.
- 8) 竹内梨絵, 黒澤美枝, 高橋幸代ほか: 東日本大震災におけるこころのケアチームによる相談状況. 平成18年度~23年度 自殺予防対策事業報告書, 岩手県精神保健福祉センター, 岩手, 65-68, 2012.
- 9) 山崎透: 被災地支援の経験: 初期支援および日本児童青年精神医学会災害対策委員会の活動を中心に. トラウマティック・ストレス, 9, 130-140, 2011.

Support Activities from the Outside Following Major Disasters

Hiroshi Kato, M.D., Ph.D.

Hyogo Institute for Traumatic Stress

To conduct psychological support after major disasters, the contribution from the outside area is essential. This paper describes the situation following the Great East Japan Earthquake in comparison with other major disasters in Japan like Kobe earthquake in 1995. Since medical and healthcare system in the disaster area was heavily damaged in this disaster, a long-term contribution from the outside area is needed. In this article, the aim and creating process of the activities of the Japanese Society for Traumatic Stress is described.

Key words the Great East Japan Earthquake, psychological support, Japanese Society for Traumatic Stress Studies

Address: 1-3-2 Wakihamakaigan-dori, Chuo-ku, Kobe, Japan 651-0073