

# 専門職団体による災害支援への一考察 ～日本小児心身医学会の活動からみえること～

※出典 日本心身医学会、心身医学 Vol.56、257-262頁、2016

みやぎ心のケアセンター

福地 成

抄録：日本小児心身医学会が行った東日本大震災後の被災地支援の実情を紹介した。また、一つの学会による支援に限定せず、全般的な専門職団体が行った被災地支援のあり方について改めて考察を行った。有効に活用された支援とそうではないものがみられ、その違いは被災地内のニーズを正確に把握することができたか否かに関わっていると考えられた。発災直後に計画された支援は、専門職団体としての専門性の発揮に偏る傾向がみられた。一方、当初被災地で求められた支援は、公衆衛生全般に関わることができる「なんでもやる医師」であった。被災地ではあらゆる事柄が時間経過に伴って変遷しており、支援する側はその変化を正確に察知して、時機に沿った支援を提供する必要があると考えられた。外部支援者を大量に受け入れることが既存の地域システムへの脅威ととらえる力動が働き、外部支援に強い抵抗感を抱くこともあると考えられた。

Key words：東日本大震災、被災地支援、専門職団体

## はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災の後、学会をはじめとする専門職団体はさまざまな形で被災地の支援を展開した。筆者が所属する日本小児心身医学会（以降、本学会と記す）でも発災直後から何らかの支援を行うことが検討・実行されてきた。その中には、有効に活用されたものとそうではないものがあり、更なる検討を積み重ね、今後の緊急支援のあり方を再構築する必要がある。第56回日本心身医学会大会のシンポジウムでは『日本小児心身医学会の災害支援の取り組み』と題して話題提供を行ったが、本稿では一つの学会による支援に限定せず、全般的な専門職団体の支援のあり方について考察したい。また、筆者は現職において被災した宮城県の全般的な精神保健の建て直しを担う立場にある、宮城県民として震災を経験し、発災から沿岸地域の市町村支援に入り、同時に外部からの支援機関の受け入れを行ってきた。こうした立ち位置からみえる被災地支援の課題、受け入れる側のコミュニティーの変化についても触れ、若干の考察を加えたい。

## 日本小児心身医学会の活動<sup>1)</sup>

本学会の取り組みをTable 1に示す。発災から4日後の3月15日には、理事会決議により災害対策委員会が発足され、当委員会を中心に支援事業を展開することになった。本学会の専門性を発揮するために最初に着眼したのは、希望する地域に学会員の医師を派遣するシステムだった。3月22日には派遣医師登録を開始し、学会メーリングリストを通じて募集を行い、62名の待機リストが完成した。派

遣のための予備知識を身に着けるため、4月16日には研修会を開催し、84名の参加者があり、会員による被災地支援への関心の高さがうかがわれた。しかし、さまざまな工夫を行ったものの、現在に至るまで現場の診療活動としての派遣はできておらず、数回の研修会などの講師派遣に留まっている。

また、『震災のため、不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト』<sup>2)</sup>と『災害時の子どものメンタルヘルス対応のために』<sup>3)</sup>の2種類のリーフレットを作成した。これは上記研修参加者への配布資料として作成したものではあるが、実際に被災地支援に入った際に住民や支援者へのリーフレットとしても汎用できるように構成されたものである。本学会のホームページからもダウンロードできるようになっており、ウェブページへの多くのアクセスも確認され、広く利用されたと考えられる。

本学会員の中には、阪神淡路大震災や新潟中越地震で直接被害を受けた会員も多く、当該分野の視点から被災地支援の課題について多くの発信を行ってきた<sup>4) 5)</sup>。このような活動の中で、有効な支援を展開するためには、被災した子どもと家族を支えるために必要な共通の知識や理念を再確認する重要性は長く指摘されてきた。本学会では、過去の経験に基づく知見と東北地方における課題を踏まえて、これらを抽出し明文化する目的で『災害後の子どものメンタルヘルス対策ガイド』<sup>6)</sup>を作成した。本学会員を中心に執筆を依頼し、想定されるあらゆる場面やその配慮について漏れなく作成を試みた。2014年11月に発刊された本学会誌である『子どもの心とからだ』に全文を掲載し、広く学会員の手元に行きわたるように工夫した。

### 専門職団体全般としての活動はどうだったのか

本学会を含めた専門職団体としての支援について考察をしたい。本学会は災害直後より迅速に動くことができたものの、当初想定された支援展開とは異なり、多くの困難を経験することになった。一般的に専門職団体として可能な支援は限られており、本学会が行った支援（専門職派遣、リーフレット作成、ガイドライン作成）以外のオリジナルの手法はそれほど多くはない。ほかの団体でも規模の大小は違えどもほぼ同内容の支援を行っており、われわれと同じような行き詰まりを経験している。医師派遣のシステムを構築しても、設置側が期待していたほどの要請はなく、若干の肩透かしのような感覚に陥ることがある。いくつかの要因が考えられるが、その一つとして現場でコーディネートする職員の疲弊が挙げられるだろう<sup>7)</sup>。自らが被災をしながら現場を支援し、外部から押し寄せる支援の申し出に対して、『ありがたい』と思いながらもすべてに対応しきれない不全感を抱き、ついにはお断りせざるを得ない申し訳なさを感じていたのが実情だろう。もう一つの要因として、支援する側と現場ニーズのミスマッチも無視できない。支援する側としては、自分たちが従来から研鑽を積んでいる専門性を活かしたい思いがあるのは否めない。一方で、現場として求めているのは公衆衛生全般にもかかわることができる、いわば『なんでもやる医師』である。そして、ある程度長い期間被災地に滞在し、オーバーワークになりがちな現地支援者を傍で支えてくれる存在を欲している。つまり、専門職派遣における今後の課題は、現場ニーズを正確に把握し、如何にして長期派遣が可能なシステムを構築できるかにあると考えられる。

リーフレットやウェブサイトなどを利用した啓発も多くの団体が試みた支援である<sup>8)</sup>。被災地に流入した情報量は莫大ではあったものの、多くの被災者に行きわたり、選択肢を増やすという意味では利点のほうが多い多かったと思われる。しかし、流布される情報としては発信団体によって内容が異なることがあり、被災者としては何を信じて良いのかわからなくなるような事態も散見された。こうした危機状態における情報として何が必要なのか、改めて関連団体間で最低限のコンセンサスを形成すべきではな

いか。特に当該分野では、関連学会間でのワーキンググループを作るなどの工夫は必要と筆者は考えている。また、こうした啓発ツールを作成する際、作成者側の熱い思いが盛り込まれ過ぎて、文字数ばかりが増えて、情報量が莫大になる傾向がある。情報を受け取る被災者側の心理状態としては、日々の生活を乗り越えるために過覚醒状態になっており、文字数や情報量が多い啓発ツールを読んでも集中できず、理解できないことが多い。最小限の文字数で、最少量の情報を提供する工夫が必要と考えられる。

東日本大震災後に関連する出版物は急激に増え、専門職の間で災害後の心理支援への関心は明らかに高まっている。ガイドブックやマニュアル作りも多くの団体が手掛けるようになり<sup>9)</sup>、誰もが簡単に手に取れるようなものになった。一方でリーフレットと同様、内容が少しずつ異なっており、種類も多いため何を選んでいいのかわからないのが現実である。今後は関連団体同士が手を取り合い、いくつかのガイドブックを比較検討し、最低限の共通事項をみつけていく作業が必要ではないか。そして、地震・津波などの自然災害に限定した内容ではなく、事故や紛争などあらゆる危機状態に対応できるような構成に作り上げていく努力が必要だろう。世界各国ではこうした取り組みが先進的に行われており、世界保健機関（WHO）主体で開発されたサイコロジカル・ファースト・エイド<sup>10)</sup>などを参照として、我が国としての指針を提示できるように取り組むべきと考える。

## コミュニティの変化

ここでは被災地内で活動する一支援者として、外部支援を受け入れるうえで留意すべき地域情勢の変化について筆者の所感を記したい<sup>11)</sup>。現場に近い距離で支援を継続していると、集団には生態としての防衛反応があり、強い刺激に対して本能的に自らを変質させることで身を守ろうとすることに気づかされる。コミュニティは大災害という刺激を受け、その変化に適応するために時々刻々と変質している。地域全体の変化として、①団結の強まり、②コミュニティの開閉、③過剰な警戒について考察したい。

### 1. 団結の強まり

危機的な状況を乗り越えるために、被災地では各種の集いが企画され、団結の強まりが観察された。被災した住民を対象としたさまざまなサロン、組織内やネットワーク強化のための会議、今後の変化に対応するための研修会などが増えた。サロンなどの集いでは、時間経過とともに地域住民の居住形態が変化し、集いに求める内容の変化が見られた。当初は主にコミュニティを維持する目的で、プレハブ仮設を中心に集いが自然発生した。しかし、その後コミュニティ崩壊の危機にあるのはプレハブ仮設よりも借り上げ仮設の住人であることに気づき、地域の中で借り上げ仮設の住人を対象とした集いが次々と企画された。さらにその後、避難している住人のすべてが元の地域に戻ることはできないことに気づきはじめ、避難先の住人と新しいコミュニティを作る目的で、地元の町内会などを中心とした被災の有無は問わない集いを作る必要性が高まってきた。このように、時期により集いの目的が変遷するところがポイントである。外部支援者はこうした集いに支援に入ることが多いが、時期によるニーズの変化を正確に把握し、自分達の求められている役割を衣装替えしていくことに難しさがあるだろう。

### 2. コミュニティの扉の開閉

災害後から時間が経過するとともに、地域の支援受け入れ態勢に変化が生じた（Fig.1）。発災直後にコミュニティの扉は大きく開き、制限なく支援者を受け入れる傾向にあった。被災地は『猫の手も借りたい』状態にあり、一方で流入する支援者は気分高揚状態にあった。被災地が求めてい

る支援は泥かきなどの力仕事が多く、数日サイクルで支援者が入れ替わることに大きな支障はなかった。ところが数ヵ月経過すると、限界なく支援者を受け入れることの弊害に気づきはじめ、扉を固く閉じるようになった。この時期に求めていた支援はサロンの中での話し相手などコミュニケーション能力を要求される役割に変わり、信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、数ヵ月サイクルで留まることが求められた。更に時間が経過すると警戒心が少しづつ溶け、再び扉が開き、長期的なプランに沿った支援者を受け入れるようになった。このように時間経過に沿ったコミュニティの扉の開閉が見られ、必要としている支援も変化し、支援者側はタイミングを見極めた支援を提供する必要があると考えられた。

### 3. 過剰な警戒

コミュニティを脅かす危機が生じた場合、同じ出来事が起きないように防御策を考え、一時的に過剰な警戒に傾くことが多い。プレハブ仮設住宅内で孤独死や自死が生じた場合、同じ事態が起きないようお互いの変化に早めに気づこうという動きが強まることがあった。電気メーターや郵便ポストをお互いに確認したり、緊急事態を外部に知らせるための警報システムを全戸に設置することも観察された。障害者の家族は避難所で理解を求めるの大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうために積極的に開示する行動が観察され<sup>12)</sup>。健康調査票に基づく家庭訪問においても、最悪の事態を招かないための過剰な警戒が働き、住人に会うことができるまで訪問するような視野狭窄に陥っていることも否めない。一方でスーパー堤防のように、地域住民が過剰な警戒に違和感を抱くようになり、自分たちの地域に高い堤防は必要ないと感じ、反対運動が生じる地域も見られた。時間の経過とともに住民は違和感を抱き、過剰な警戒心は少しづつ通常に戻っていくと想像される。同様に考えれば、外部支援者を大量に受け入れることが既存の地域システムへの脅威と捉える力動が働いても何ら不思議ではない。普段とは異なる雰囲気の中で、本能的に生じる防衛反応の一つとして警戒心が惹起され、多くの外部支援に強い抵抗感を抱くことがあるのではないか。

### おわりに

東日本大震災のような甚大な災害では、現地の支援者だけで窮屈を乗り越えることは難しく、外部支援者との円滑な連携が地域復興の鍵となる。専門職団体で支援をする場合、いろいろな支援方法が考えられるが、円滑な利用につなげるためには、現地のニーズを正確に把握することが必要である。発災直後に求められる仕事は専門性が薄く、誰にでもできるような一般的な仕事を寄り添ってこなしてくれる支援者である。おそらく、時間の経過とともに求められる仕事は変化し、少しづつ専門職を求めるようになるのだろう。

現職の活動を通じて感じることは、個人の精神症状を見立てて、適切に支援・治療する技術よりも、地域を一単位として見立て、全体の健康づくりを考える技術が求められていることである。それは心理・精神療法や薬物療法のテクニックではなく、公衆衛生学的な考え方や集団をファシリテーションする力にあると感じる。そして、これらよりもっと重要なことは、地域住民や同じ支援を行う別組織と上手につながる技術にあると思う。相手の気持ちを汲み取り、相手を敬い尊重し、批判せずに協調する姿勢である。今一度、地域づくりに必要なものは何かを確認し、この大きな災害を精神保健の転換期と変えていくことができればと強く願う。

本論文について開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

＜参考文献＞

- 1) 北山真次：災害対策委員会活動報告. 子どもの心とからだ 22 : 329-335, 2014.
- 2) 日本小児心身医学会：震災のため、不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト .  
(<http://www.jisinsin.jp/documents/yakuzai-list.pdf>)
- 3) 日本小児心身医学会：災害時の子どものメンタルヘルス対応のために.  
(<http://www.jisinsin.jp/documents/mentalhealth.pdf>)
- 4) 神戸大学小児科編：災害時における家族支援の手引き . 1998.  
(<http://www.edu.kobe-u.ac.jp/fhs-renkei/images2/support.pdf>)
- 5) 田中篤：災害報告－地元の小児科医として. 厚生労働科学研究補助金特別研究事業, 新潟中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究, 平成16年度報告書. 2005.
- 6) 奥山眞紀子, 北山真次, 河野政樹, 他：災害時の子どものメンタルヘルス対策ガイド. 子どもの心とからだ 23 : 300-333, 2014.
- 7) 渡部裕一：東日本大震災から3年. これまでを振り返り、今後に残せるものを考える. 季刊福祉労働 142 : 115-120, 2014.
- 8) 日本小児精神医学研究会：JSPP災害共有ファイルホームページ.  
([http://homepage2.nifty.com/jspp/jspp\\_website/JSPP\\_zai\\_hai\\_yong\\_gong\\_youfairu.html](http://homepage2.nifty.com/jspp/jspp_website/JSPP_zai_hai_yong_gong_youfairu.html))
- 9) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 エキスパートからの伝言 臨床家調査の結果から.  
([http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_manual/pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual/pdf))
- 10) WHO: World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva. 2011.
- 11) 福地成：宮城県における復興の現状と課題. 病院・地域精神医学 57 : 241-244, 2015.
- 12) 古庄純一 (編)：発達障害医学の進歩25 思春期から青年期における支援－日常から非常時まで. 診断と治療社. 2013.

図1 日本小児心身医学会の取り組み

### 医師派遣事業

- ・2011年3月17日には医師派遣活動を決定、3月22日には登録を開始（62名が登録）
- ・同年6月には講演への講師派遣開始（岩手県盛岡市、福島県相馬市）
- ・実際には単発の講演会講師派遣に留まり、診療医師としては派遣されていない。

### リーフレットの作成

- ・『震災のため、不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト』
- ・『災害時の子どものメンタルヘルス対応のために』

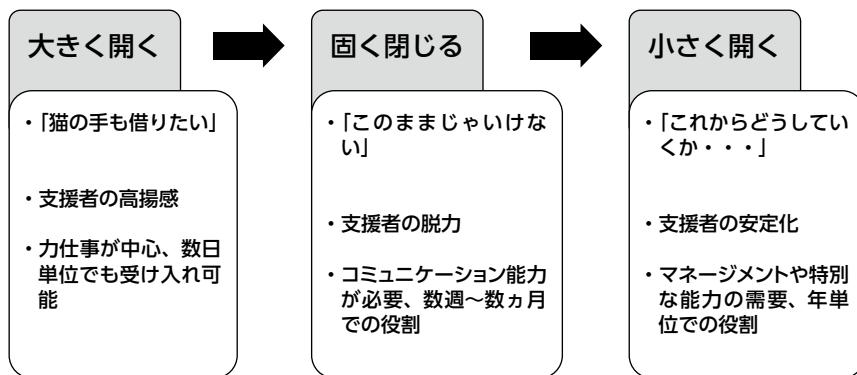
### 研修会やシンポジウムの企画

- ・2011年4月16日には『第1回被災地における子どものメンタルサポート研修会』を開催した。
- ・同年9月16日には第29回学術集会にて『第2回被災地における子どものメンタルサポート研修会』を開催した。
- ・2013年9月13日には第31回学術集会にてシンポジウム『災害時の子どものこころの支援』を開催した。

### ガイドブックの作成

- ・本学会の災害対策委員会を中心に『災害時の子どものメンタルヘルス対策ガイド』を作成した。

図2 コミュニティーの開閉



How should professional associations act during a disaster?  
-Report from Japanese Society of Psychosomatic Pediatrics-

Naru Fukuchi\*

\* Miyagi Disaster Mental Health Care Center

(Mailing address: Takeda-Sendai building 3F, 2-18-21 Honcho, Aoba-ku, Sendai City, Miyagi 980-0014, Japan)

We reported the support of Japanese Society of Psychosomatic Pediatrics for disaster affected areas after the Great East Japan Earthquake and Tsunami in 2011. At the same time, we reviewed all the support from professional associations such as academic societies. Whether or not support was effective depended on how supporters evaluated the present needs in the disaster affected areas. Many professional associations tended to offer their specialty at the beginning of their action to support. However, even they may have effectively utilized their knowledge and expertise, most people who lived in the affected areas needed general physicians such as public health doctors. We observed many kinds of group dynamics that took place in the disaster affected areas: promoting social gatherings and encouraging excessive caution. In some areas, residents made a barrier against outside supporters because they felt some threats which might break their own system. It is recommended that supporters make efforts to evaluate the present situation and needs of disaster affected areas in order to provide appropriate aid and to consider that every help provided for a rapid recovery is influenced by the time spent to respond after a massive disaster. The most important key of disaster support is a good structure that can assess the present needs and situation of disaster-affected areas and deliver support that matches them.

Key words: The Great East Japan Earthquake and Tsunami, disaster support, professional associations

注) 掲載原文のまま