

緊急事態での心理社会的支援体制(3) - 東日本大震災における日本赤十字社発災直後例 -

その他（別言語等）のタイトル	Psychosocial Support System in Emergency Settings-part3 Japan Red Cross Society 's Early Phase Case of Great East Japan Earthquake
著者	前田 潤, 齋藤 和樹, 槇島 敏治
雑誌名	室蘭工業大学紀要
巻	62
ページ	113-123
発行年	2013-03-18
URL	http://hdl.handle.net/10258/2062

緊急事態での心理社会的支援体制(3)

— 東日本大震災における日本赤十字社発災直後例 —

前田 潤^{*1}, 齋藤和樹^{*2}, 槇島敏治^{*3}

Psychosocial Support System in Emergency Settings-part3 —Japan Red Cross Society's Early Phase Case of Great East Japan Earthquake—

Jun MAEDA, Kazuki SAITO, Toshiharu MAKISHIMA

(原稿受付日 平成 24 年 6 月 15 日 論文受理日 平成 25 年 1 月 17 日)

Abstract

Through the Great East Japan Earthquake, various types of the support activities were implemented by many relief organizations and volunteers in the affected areas. In this article, we focused on early phase psychosocial(PS) support activities by Japan Red Cross Society(JRCS) and reported two different ways in the coordination between JRCS's PS staffs and other relief organizations due to each of two prefecture's geographic features. In the case that there was PS center in the affected area, the coordination with other relief organization's staffs showed tendency to be more smoothly than PS center in the inland. On the other hand, PS center in the inland was available for the coordination within JRCS and between organizations. We pointed out one of new stress as organization stress and of new relief concept as psycho-social-physical support in relief activities in disaster settings.

Keywords : Great East Japan Earthquake, JRCS, early phase, psycho-social-physical support, organization stress

1 はじめに

2011年3月11日に日本を襲った東日本大震災は、貞観地震以来の千年に一度と云われる地震と津波災害であり、さらに原子力発電所の事故を引き起こした日本史的にも世界史的にも前代未聞の複合災害となった。本論考の著述を開始した2012年4月の段階で、未だ34万人以上が避難生活を送り^①、被害の収束と復興の見通しも立たずに課題が山積した状態にある。

本研究の著者らは、2000年有珠山噴火から、我が国の災害救護専門機関である日本赤十字社（以下日赤）の災害救護活動に関わって、実際的かつ効果的な「こころのケア」を提供するための組織体制の構築について研究を重ねてきた。

国際的には国際赤十字赤新月社連盟（以下「IFRC」：International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies）が1990年代に災害時の心理的支援のためのセンターをコペンハーゲンに構え、各国赤十字への心理的支援或は心理社会的支援活動の普及に努めていた。2010年には大々的にマニュアルの改訂を行って、実践活動の刷新に務めているが、国際連合（以下「国連」）もIFRCなどの諸機関の協力を得て心理社

*1 ひと文化系領域／環境科学・防災研究センター

*2 日本赤十字秋田看護大学

*3 日本赤十字社医療センター

会的支援に関する IASC ガイドライン^②を 2007 年に発表した。現在このガイドラインはようやく我が国の専門家に知られるところとなってきたが、このガイドラインの検証作業が国際的にはすすみつつある。

著者らが、災害救護活動の専門機関である日赤を中心に、災害時のこころのケアについて研究を進めてきた時期は、ちょうど国際機関が主要課題としてこころのケア活動に取り組もうとしていた時期と並行していた。そして 2000 年の有珠山噴火から 12 年が経過しようとした 2011 年、東日本大震災が起きたのである。

これまでイラン南東部地震^③、イタリア中部地震^④を事例として心理社会的支援活動を検証してきたが、本論文は、この一連の研究の中で、日本で起きた東日本大震災での支援活動の取り組みを検証することで、次なる諸課題を明らかにしようとするものである。そのためまず、2011 年時点での、日赤の支援体制と著者らの研究の到達点を総括し、その上で、東日本大震災で日赤が実際に行ったこころのケア活動の展開と、支援内容を事例として取り上げ、考察を行う。ただ、日赤の活動と言っても、東日本大震災で行われた全ての支援活動を現時点で著者らが、つぶさにそして網羅的に把握しているわけではない。本論文は、著者らの宮城県、岩手県での支援活動に関わる体験的事実を中心に扱っており、加えて既に公表されている東日本大震災に関わる一般的資料や著者らが知りえた情報に基づいている。それは、著者らが期せずして東日本大震災によって自らの選択ではなく被災地の支援活動に携わることになったという偶然による。事例がやや叙述的かつ物語論調になっているのはそのためである。

2 東日本大震災までの準備状況

まず、東日本大震災が発災するまでに日赤が整えていたこころのケア活動の準備状況と、著者らがその時点で共有していた知見について概観する。

2.1 日赤のこころのケア体制準備状況

先に述べたように、国際的にも、こころのケアについての取り組みは歴史が浅く、1990 年に IFRC が、心理的支援の必要性について調査を行い、幾つかの会議を経て 1994 年に心理的支援センターがコペンハーゲンに設立されたのが IFRC にとっての始まりである。これによって赤十字は各国の赤十字社の心理的支援教育と支援活動の推進を行うようになった^⑤。

IFRC の心理的支援の取り組み方法は、まずその国の指導者を養成し、その指導者が自国のボランティアを指導して普及を図る方式をとっている。基本は、「心

の救急法(Psychological First Aid)」の普及であるが、心理的支援は社会的条件を基礎として営まれるべきものであるとして、2004 年にはセンターを心理社会的支援センターと改めている。ただ、普及の方法は変わらず、まず指導者を養成し、それぞれの国情に適した形でボランティアの育成に努めるのである。

1995 年の阪神淡路大震災で、日赤は、電話相談を開設したり、避難所の訪問や調査活動を実施したりすることで、こころのケアの必要性の認識を深めた。1997 年には「こころのケアの手引き」を作成して全国の都道府県日赤支部に配布して啓蒙を図り、1998 年には、被災者のために神戸赤十字病院に心療内科を新設した。そして、2000 年の有珠山噴火で初めて組織的な心理的支援が試みられたのである。このとき仮に専門家による支援はスペシャルケア、医療救護班や心理学専門団体の被災者への個別対応をプライベートケア、レクリエーションや集団的な支援活動をマスクケアと名付けて組織的に支援活動を実施し、その活動が報告書にまとめられた^⑥。

日赤は、常備救護班 500 班、救護班要員 6000 名を配備しているが、2003 年にこころのケア指導者養成を開始する。IFRC の心理社会的支援センターのマニュアル^⑦を基に日本版マニュアルを作成し、IFRC の協力を得て養成研修を実施し始めたのである。こころのケア指導者として養成されたのは、日赤の支部、病院などに勤める救護要員であり、職種としては看護師が主で、精神科医、心療内科医、臨床心理士、事務職員である。これら指導員は、まずそれぞれの支部や病院職員等の救護要員の指導に努めることが期待された。

2004 年の新潟県中越地震で、日赤は初めてこころのケア指導者を中心とする「こころのケアチーム」による支援活動を行った。これ以降、日赤のこころのケアは地元保健行政の補完的役割を担い、保健師との協力の下で活動を推進することを基本とし、こころのケア活動は、日赤の重要な災害支援活動の一つとなっていく。医療救護班に帯同する形での派遣は通常の派遣形態となり、2005 年の福島県西方沖地震、2007 年石川県能登半島地震、新潟県中越沖地震、2009 年岩手宮城内陸地震の救護活動では、多くのこころのケア指導者、指導者の研修を受けた救護要員（こころのケア要員）が活動を展開した。さらに日赤は心理社会的支援教育の対象をボランティアにまで広げ、支援活動の充実を図って、2011 年までに、こころのケア指導者 380 名、こころのケア研修を受けた救護要員 9000 名以上、ボランティア 3400 名の養成を行うまでに至った。

2.2 こころのケアに関する知見

災害による心身への影響を説明する概念としてスト

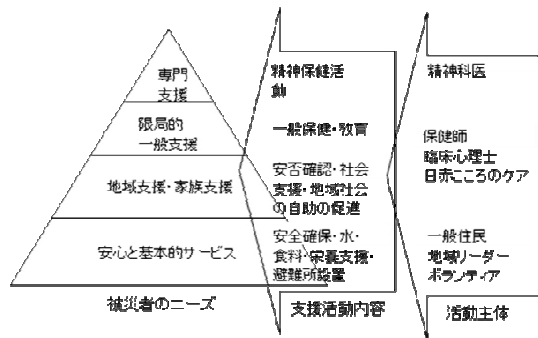


図1：必要な支援活動と担い手に関するピラミッド (IASC ガイドライン²⁾に前田加筆)

レス概念が用いられる。トラウマ的ストレスとその反応については、1995年の阪神淡路大震災以降理解が広がった。災害直後のトラウマ反応はむしろ正常反応で、多くは時間経過と周囲の環境状況の正常化に伴って、徐々に反応は軽減し回復していく。但し、トラウマ反応が一ヶ月を経てなお、生活に支障を来すような場合にはPTSDとして治療を要すると判断される。自然災害の場合、それは全体の5%–20%である。一ヶ月、という判断基準には異論もある。一方、災害は喪失を伴うストレス事態でもあり、悲嘆が時間経過とともに深まり、うつや希死念慮、アルコール問題と結びつくことがあって注意が必要である。さらに災害そのものからくる危機的ストレスだけでなく、その後の避難ストレス、生活再建ストレスなど次々にストレスが累積していくことも知られた。

災害では多数が被害に遭うが、皆が専門的支援を必要とするわけではない。むしろ水や食料、寝具や衣類、トイレや衛生保持などの生活支援や医療支援を必要とするのである。支援内容によって担い手も異なるが、生活支援や医療支援は、災害によって損なわれた安心と安全の感覚の回復に大きく関わる。災害がストレス事態であるならばストレス緩和のための全ての支援は、こころのケアとなる。それゆえこころのケア活動は、全ての支援者が担い手となることが出来、それぞれの特性を発揮することで全体的には総合的な支援となる。こうした総合的支援を充実させることで、ストレス反応からの回復と、生活再建への自立的活動が促進されるのである。このような理解を説明するのに、災害被害の全体状況と支援内容と担い手を示すピラミッド図が概ねよく用いられる(図1)。

但し、自動的に支援が総合化されるわけではない。2007年に国連が公開した、心理社会的支援に関わる国際ガイドラインでは、支援を担う様々な関係者や関係機関の活動を調整し、全体として協調の取れた活動に

することを重要とする。ただ、災害支援の専門機関である日赤内部でも部門間や本社や都道府県の支部との円滑な連携は大きな課題である。そして、例えば急性期医療を担う日赤と日本DMAT(Disaster Medical Assistant Team:災害医療支援チーム)の競合は、取り組むべき新たな連携に関わる課題として見いだされていた⁶⁾。日本各地の自治体の地域防災計画には災害応急対策の計画項目には「こころのケア」という項目が組み入れるようになっており⁸⁾、日本の災害対策において、「こころのケア」は重要項目として扱われ、来るべき大規模災害に備えて体制が整えられつつあった。ただ行政での「こころのケア」は、ストレス緩和という広い意味ではなく、精神保健の意味で用いられており、言うなれば専門家によるスペシャルケアを指していた。また多くの支援機関間の調整という観点も乏しい。しかし、災害直後には既存の精神医療が機能しなくなるので、早期から既往患者を発見し精神医療を提供するために専門家が活動することは大切な支援活動であるという共通認識はあった。

支援者もトラウマ的ストレスや累積するストレスとは無縁でなく、特に被災地の支援者は被災者であり支援者であるという二重の立場であり、そうした支援者への配慮の必要性も知られていた。被災・被害者家族や遺族へのケアの必要性⁹⁾も指摘されており、事故を起こした会社の職員というだけで社会的には加害者の立場にもなりうることも指摘されていた。

3 東日本大震災事例

以上のような準備状況の中で東日本大震災が発災した。日赤は、この災害で、救援物資の配布、義援金の受付と配布、約900班の救護班、700名のこころのケア要員の派遣を行い、こころのケアの受益者は14000名に上ると報告されている。今回、日赤は、介護チーム、看護ケア班の派遣を行い、さらに生活家電セットの寄贈、教育支援、ボランティア活動まで多岐にわたる支援活動を展開した¹⁰⁾。

本事例が扱うのは、著者らの発災当日から宮城県、岩手県で展開された日赤のこころのケア活動の体験叙述および資料のまとめである。

3.1 発災当日

東日本大震災以前の2011年2月22日に、ニュージーランドで震度6強の地震が発生し、クライストチャーチに大きな被害をもたらした。この地震で、28名の日本人が行方不明となり、安否確認のため家族が当地に訪れていた。この家族への支援のために日赤は2月27日にこころのケアチームを現地に派遣した。著者ら

の一人の槇島は、このチームリーダーであり、前田、齋藤（以下、我々）が第二陣として派遣されることとなつて、3月10日に上京、3月11日午前中に日本赤十字社本社国際部で諸手続きとブリーフィングを受け、午後、成田国際空港に向けて日赤国際部職員と一緒にリムジンバスに乗り込んだ。そして14時46分、車中で東日本大震災が発災したのであった。

成田国際空港は閉鎖され、途方に暮れたが、携帯電話でニュージーランドに連絡を取ったところ、「ニュージーランドには来なくて良い」ということになった。バスは近くのホテルで全乗客を降ろした。外国人の乗客が多かったので、ラジオによって知った地震情報として、震源地は東北で東京からは遠く、ここは安全であることを伝え、後はホテルの従業員が助力してくれると話し、我々は日赤本社に戻ることとした。しかし、既存の交通網は遮断されていることが予想されたので、偶然走ってきたワゴン車を止めてドライバーの女性に日赤本社に送ることを乞うた。すぐに快諾頂き、乗り込むと、後部座席には小さな女の子3人が鎮座していた。都内には16時頃に入ったが、歩道は帰宅者であふれつつあり、交通も渋滞気味であった。

日赤本社では災害対策本部が2階会議室に設けられ、各部署が情報収集に当たっており、大型スクリーンにNHKニュースが映し出されていた。被災地として、北海道、青森、秋田、岩手、山形、宮城、福島、群馬、栃木、茨城、千葉、神奈川、東京都を報じており、被害の広範囲さを示し、死者数、行方不明者数、避難者数は刻々と増加して行くのであった。

その日、都内に宿泊先を確保出来ず、日赤本社の地下会議室で仮眠をとった。翌3月12日には福島第一原発の被害が報道され、避難所が1500カ所以上に上り、21万人以上が避難していることが伝えられていた。

日赤本社の災害対策本部には班が設けられ、情報収集とこころのケア要員の派遣調整に務めていた。我々が現地に赴けるよう日赤の派遣要請を国際救援から国内救護へと変更頂き、車両の手配、装備の準備を得て3月13日、宮城県石巻赤十字病院に向けて出発することになった。

3. 2 宮城県例—石巻赤十字病院

3. 2. 1 到着時の状況

石巻赤十字病院（石巻日赤）への到着は夜間となった。周囲は街灯も点かず、真っ暗で、石巻日赤だけが煌々と輝いていた。携帯電話が通じず、電気も通らず、道路も津波被害により寸断された状況で、石巻市役所及び石巻市立病院は被害を受けて機能しておらず、石巻市では石巻日赤のみが稼働している状況であった。

石巻日赤では、非常に組織立った活動が展開されていた。院長の直属として医療救護のGM(General Manager:統括官)が定められ、その下にそれぞれに役割を割り当てられた職員が機能している。次々訪れる医療救護班とのミーティングが朝7時と夕方6時の二回行われ、災害状況などに関する情報の共有と役割分担の確認、仕事内容の割り振りを行っている。しかし、日赤の医療救護班が石巻日赤に集結し、また、多数の被災者で病院はあふれていた。水や食料などの基本物資は不足し、安否確認も進まず、石巻日赤の職員も被災した中で支援業務に追われていた。

この時点では、被災者同様、石巻職員も疲弊しつつあることを認めた。日赤本社も病院スタッフを総入れ替えするほどの人材の投入と、多数のこころのケア要員の派遣、車両の確保を準備していた⁽¹⁾。

3. 2. 2 こころのケア活動の展開

発災4日目の3月14日は、医療救護活動として、病院内のトリアージ²⁾から、院外の避難所巡回診療へ活動を徐々に移し、市内の避難所の状況の把握に努め始めた。トリアージの特徴として「黒」か「緑」の両極になる傾向があった。「黒」は、ほとんどの場合死亡を意味しており、「緑」は軽症あるいは無傷である。つまり、多くの被災者は、助かったか助からなかったかのどちらかであった、ということである。

我々は「黒」エリア、つまり遺体安置所の担当者に、医師（緩和ケア病棟担当医）、看護師、事務職員、そして心理職職員が配置されていることを知った。事務職員と心理職職員は通常業務で遺体に係わる業務はない。この病院に心理職職員がいたということは一つの発見であったが、発災直後からずっと交代なしで「黒」エリアに配属されているという事実を目の当たりにし、一方担当している事務職員も心理職員も案外平静に見え、今後について思案した。

また、被災者もだが、病院職員も疲労を重ね、しかも十分休養出来る場所がなかった。就寝は、院内各所の部屋や廊下の床で寝るのであった。少しでも現場から離れ、自分を取り戻す場所が必要であった。

日赤は、こころのケア活動のための専用テントに衛星電話、食料や水、発電機、調理器具を準備し、主事の配置も行おうとしていた。

こころのケア要員は3月15日に4名派遣された。これを皮切りに、8月末まで全国から次々と派遣されることになったのであるが、まず黒エリアでの事務員の交代制とともに、派遣されたこころのケア要員が交代で黒エリアを担当すること（これによって心理職職員が「黒」エリアから解放される）を提案した。さらに、院内の設えの良い空間として院長室横の応接室を

選び、院長の許可を得て、そこをリフレッシュルーム名付け、石巻日赤職員専用の休息部屋を用意した。このリフレッシュルームの運営も、こころのケア要員が担うこととした。4名のこころのケア要員は全て看護師であり、すぐに3泊4日の交代制でシフトを組んで対応した。

その後、「黒」エリアから解放された心理職職員こそ、こころのケアのGMとSubGMとなって石巻日赤のこころのケアの中心となるべき存在であると気がついた。そこで、院長以下、医療GM、黒エリア担当の緩和ケア担当医等に了解を得て、心理職2名¹²を石巻日赤こころのケアセンターのGMとSubGMとし、役割のオリエンテーションを施しながら、今後のこころのケアセンターの運営について共に検討した。3月16日のことであった。この二人がこころのケアセンターのGMとなることで、次々に派遣されるこころのケア要員は、彼らの下に来て、彼らの情報と調整の下に動くことが出来る。

これ以降、我々が石巻日赤を去る3月19日までの数日に行った主なことを列挙する。

- ① 避難所巡回を行った医療救護班から、悲嘆やイライラ感が強い、あるいは、無反応で表情がない被災者の存在が報告された。この報告を受けて、医療救護班には、こころのケア対象者と思われるこれらの被災者のカルテあるいは処方箋の名前欄に、赤丸をつけることを提案した。
- ② 石巻日赤は、一時的にベット増を図って緊急対応を行っていた。しかし、帰るところを失った患者もいて退院による患者減も行えず、マンパワーと物資の不足のために通常レベルの看護業務が行えず、患者の不満が高まり、また、投げやりな言動も多くなっている、と病棟からの相談があった。これに対して、病棟看護師も緊急時用ビブスを着用するなど、災害時であることが一見してわかるようにしてはどうかと提案した。
- ③ セルフチェックやストレスマネジメント法のプリントを、石巻日赤内のトイレに、用を足す時に見える位置に張り、石巻日赤職員の心理教育を図った。
- ④ 発災後、付近住民とともに避難所に避難していた石巻日赤の職員の中に、その避難所の被災者支援に従事せざるを得ず、病院に出勤出来ないままになっている職員らがあった。当人らは、とても被災者を置いたままに出勤出来ない、と述べた。しかし、医薬品も足りず、人手も足りず困っている。そこで、我々は、医薬品を確保するために石巻日赤に行って必要なものを持って来てはどうかと提案し、病院と一緒にいくことになった。病院に着くと、多くの同僚に囲まれ安堵の表情を見せる一方で、その避難所の窮状聞いた医療GMは、その避難所に救護所を設置することを直ちに

決定し、孤軍奮闘していた職員らを避難所から解放したのであった。

⑤ 石巻日赤も、物資の不足、食料の不足に陥ったが、3月18日に報道機関を通じて窮状を訴えたところ、すぐに反響があり、様々な生鮮食料品がその日のうちに届き始め、食料は充実を見せた¹²。備蓄倉庫があふれ始めたので、こころのケアチームも避難所巡回の際には粉ミルクや缶詰、紙おむつなどを備蓄倉庫から運び物資の支援を行うこととした。

⑥ 日赤以外の機関のこころのケアチームは、基本は精神科医療チームであり、医療班である。一方、日赤のこころのケア要員は、精神科医療ではなく、心理社会的支援を担うので、外部のこころのケアチームは、医療GMの指示下に加わって頂くことが妥当であると判断し、医療チームミーティングで情報を得よう促した。

3. 2. 3 石巻日赤こころのケア活動のその後

石巻日赤のこころのケアセンター活動は、2011年9月まで継続された。この間、こころのケア要員は全国から延べ365名派遣された。

石巻日赤の黒エリアでは、5月8日まで合計220名のご遺体を扱った¹³。リフレッシュルームは、7月18日まで開設され、当初にはなかった足湯、ハンド・リンパマッサージ、アロマセラピーなども行われ、こころのケア要員だけでなく石巻日赤スタッフや赤十字看護大学教員の協力を得ながら、延べ555名の利用があった。GMらはその他、院内メールを活用し職員のこころのケアを推進し、セルフコントロール力や互いに気づき合う意識を高めるように働きかけている¹⁴。

また全国赤十字精神科連絡協議会のネットワークの下に、本社から各病院への指示という形で4月6日から、精神科診療支援が開始された¹⁵。

院外活動として、地域を良くわかっている保健師との連携は不可欠だとして、毎朝晩こころのケア関係者（日赤こころのケア要員や外部の精神科こころのケアチームなど）のミーティングを実施し、活動計画を立てた。また、医療チームと外部の精神科こころのケアチームが連携出来るような調整を図り、こころのケアの必要なケースに対して災害カルテ氏名に丸をつける方法が利用された。また、病棟スタッフが災害用のビブスを着用するという提案は、病棟をいつもの雰囲気に戻す方が安心につながると配慮され行われなかった。

院外活動で石巻日赤こころのケアセンターのGMは、地域精神医療機関、国県市などの行政機関、大学病院精神科、大学機関、各専門学会、ボランティア団体等との調整を精力的に行っている。

日赤のこころのケア活動としては、石巻市内の3な

し5カ所のニーズの高そうな避難所の定期巡回を行い、また一方で、避難者数が少ないとして見守りが薄くなっている避難所にも巡回した。そして、医療班から依頼のあった個別ケースへの対応、避難所運営に当たる行政職員、ボランティア支援も行っている。石巻日赤に派遣された赤十字の精神科医にもミーティングに加わって頂き、こころのケア要員、医療救護班等との合同救護活動、往診も実現している。

さらに急性期には、通常の組織的な調整能力が及ばなかったこころのケア活動を、本社から支部、そして支部から病院へという組織的再調整のためにしばしば、それぞれの部署との連絡も実施した^{注3}。

3. 3 岩手県例

岩手県には、日本赤十字社の基幹病院が盛岡市の盛岡赤十字病院が一つあるが、被災地となった沿岸部からは遠く、車で片道3時間ほどの移動時間を必要とする(図2)。そのため岩手県での日赤の支援活動は、被災地に救護所を設営して、そこに救護班を派遣して展開する形態となった。こころのケア活動も石巻とは異なった内容と展開方式を考えていく必要があった。

ここでは、岩手県で展開することとなった広い沿岸部の被害地に救護班に帯同あるいは独立して派遣されたこころのケア要員の派遣状況と、そこで行われた活動内容、日本臨床心理士会との共同活動をまとめる。

その上で有効だった支援方法とその課題、こころのケア活動に伴って直面した諸問題について報告し、概括する。

3. 3. 1 岩手県でのこころのケア要員の派遣形態と活動内容

被災状況とこころのケア活動の展開のための基本情報を収集するために日赤本社が調査要員を岩手に送ったのは3月24日のことであった。既に岩手県支部は、盛岡赤十字病院からこころのケア要員を医療救護班に帯同させる形で派遣しており、全国の医療救護班もこころのケア要員を帯同して派遣を行っていた。しかし、通信も途絶えがちで、未だ活動の集約が難しい状態であった。ただ、被災地に派遣されたこころのケア要員は、被災者のお話を聞いたり、少しでもゆっくり過ごせられるよう医療テント横にお茶飲み場を設けたりするなど、それぞれに工夫を凝らしている。

岩手県支部にこころのケアセンターを開設したのは4月10日で、盛岡市にある岩手県支部にこころのケアコーディネーターを置いて、宮古市と山田町、釜石市と大槌町、そして陸前高田市の3地区をこころのケア活動地区としてこころのケア要員の派遣の調整を行っている。派遣元と派遣先は、第一ブロック(北海道・



図2：盛岡から沿岸部までの距離と移動時間

東北地区)が陸前高田市、第二ブロック(関東・甲信越地区)が釜石市と大槌町、第4ブロック(関西・近畿地区)が宮古市と山田町、であった。活動が終了となった8月上旬までに延べ317名のこころのケア要員が派遣された。その受益者は延べ6000名を超えているとの集計がある^{注4}。

活動内容は多岐にわたり、基本的な傾聴・支持・共感という態度をもって話し相手になることから、血圧測定や健康相談、リハビリ体操、ラジオ体操、ストレッチ体操、リラクゼーション、ハンドケア、手浴、足浴、清拭等のなど身体的アプローチも行っている。これらの活動は、医療救護班や保健師、ケアマネージャー、市職員らとの連携に基づいて実施された(図3)が、職員の支援としてリフレッシュルームを開設したり、保健師支援として避難所管理を代替したりすることも行われた^{注5}。

これらの手浴、足浴、ハンドケア、肩もみやリラクゼーションは非常に好評で、多くの被災者が寝入ったり、心身のリフレッシュを経験していた。こうしたアプローチは効果が高いことに加えて、被災者を誘い易く、関わりを作る点で有用でもあった。血圧を測るといった形で被災者と自然な関わりをもつだてにもなることはかねてから指摘されていたが、肩もみも、「この頃如何でしょうか」等と茫漠と尋ねるよりは自然な関わりになる。男性の支援者が女性の被災者にアプローチするときには慎重さも必要だが、やはり有効であった。ただ、集団リラクゼーションの場合は、定めた時間に寝転がれるような場所に被災者に集まってもらったり、そこにいる被災者に注目してもらい皆の協力を得たりする必要がある。呼吸法、筋弛緩法、瞑想法を用いた統合リラクゼーションは、非常に有効であるが、



図3：地元保健師と日赤こころのケア要員の共同活動

飛び入りで実施することが難しく、根回しや事前準備、下準備が必要であった。

全ての避難所は8月末には閉鎖されたので、こころのケア要員の活動を終了とし、9月以降は、一部の仮設住宅の集会所ではあるが、こころのケア要員やボランティア、臨床心理士による仮設住宅支援が2012年6月現在も継続されている。

3. 3. 2 臨床心理士とのコラボレーション

日赤は、こころのケア活動を展開するにあたって、日本臨床心理士会が中心となって発足した東日本大震災心理支援センターに活動協力の打診を行った。

岩手県では、兵庫県臨床心理士会、神奈川県臨床心理士会、秋田県臨床心理士会、岩手県臨床心理士会、北海道臨床心理士会から、ボランティアの臨床心理士が派遣され、日赤のこころのケア要員と活動を共にした。8月までに岩手に派遣された臨床心理士は総勢58名であった。

臨床心理士の派遣は、各県の臨床心理士会の有志が参加或は公募で人選をして、各臨床心理士会の資金の下に行われた。交通費や日当の支給などの諸条件は各都道府県臨床心理士会でまちまちであった。

本来、災害派遣は、複数派遣や、それぞれの活動の引き継ぎを考えて、切れ目のない派遣体制を組むのが基本であるが、臨床心理士会に各臨床心理士への強制力はなく、複数の切れ目のない派遣は困難であった。臨床心理士会では、北海道臨床心理士会が5月に2名派遣体制で9日間を切れ目なく計6名でつないだのが最長であった。また最も派遣期間が長い人で4泊5日であった。日赤のこころのケア要員は、3泊4日から6泊7日までの幅で、多くが4泊5日を基本派遣期間として、8月まで切れ目なく派遣されている。

日赤とコラボした臨床心理士の活動内容は、被災者への声かけや、子供たちの遊び相手、イベントの見守り、日赤こころのケア要員と同様リラクゼーションや肩もみ等の身体的アプローチも実施した。臨床心理士によっては、それぞれ独自のビブスを着用して活動す

るところもあったが、ほとんどの臨床心理士は、日赤ボランティアのビブスやバッジをつけて活動した。そのせいか避難所で怪しまれることなく、出入りすることが出来、赤十字マークの効用を実感した臨床心理士もいた。また、日赤のこころのケア要員と活動を共にした臨床心理士は、被災者と話をするきっかけが与えられて助かったとの感想を持ち、日赤のこころのケア要員からもまた一緒に活動することで参考になったとの感想があり、互いに助け合うところがあった。しかし、一方で、大勢の臨床心理士を結果的に迎え入れることになった日赤のこころのケア要員が、何か良い仕事をして貰わねばと重責感を感じたり、単独で入った臨床心理士が孤独に耐えたりする場面もあった。

3. 3. 3 こころのケア活動で直面した諸問題

こころのケア活動を岩手県で展開するにあたって経験した幾つかの問題を報告する。

被災地では、日赤だけでなく多くの機関が活動をしている。そのために調整活動が不可欠で、岩手県支部は毎日のように行政機関とミーティングを重ねていたが、ある日、こころのケア活動を中断してほしいとの申し入れがあった。被災地に派遣された厚生労働省所管精神科チームから活動に混乱を来すと言われたとのことであった。これに対して、精神科の活動と日赤の活動は相補的であり対立するものではないことを関係機関に説明して、なんとか理解を得て日赤のこころのケア活動は続けられた。

また、日赤が臨床心理士とコラボして被災地で活動をするようになったのだが、ある被災地の日赤のこころのケア要員と精神科チームの臨床心理士から、この地域ではこころのケアは足りているので、日赤とのコラボによる臨床心理士の派遣を中止するようにとある臨床心理学関連の学会会長に直接申し入れがなされた。驚いた会長から著者に心配の電話が入ったのであった。結局これは、派遣された個人が調整することではなく、それぞれの組織間の連携と調整の下に委ねられるべきものであるので、個人の意見と留めることになった。

次に、ある被災地の避難所に設置された、要介護支援者専用部屋で、日赤のこころのケア要員が、その方達とお話を終えて部屋を出ようとした時のことである。その介護部屋を中心に活動している他の機関の支援者から呼び止められ、日赤はコロコロ人が変わって挨拶もなく被災者に関わっていき、迷惑をしている。少なくとも関わった人の記録の提出をするように、と厳しい口調で強く求められるということがあった。その支援者は、この避難所の初期の頃に来て、雑多に体育館で暮らす被災者から介護の必要な人を集めて今の部屋を作ったのであった。ところが今回、再度来てみ

ると知らない人が次々挨拶もなく被災者と関わって行く。被災者を守る意味でこれではいけないと思った、とのことであった。その場を納めるために記録提出について了承したが、次の日にはその支援者もいなくなり、実際には提出しないままとなった。記録は残るものなので扱いを慎重にしなければならず、結果的には良いことだったと思われた。

最後に、炊き出しボランティアとの軋轢である。日赤のこころのケア要員と臨床心理士が二人で避難所を巡回している時に、小さな子どもを持った母親から食事のことで要望があった。避難所生活も2ヶ月近くになり、子どもが好むような食べ物を出してもらえれば、というのである。そこで、避難所の管理責任者である保健師さんに相談すると、避難所の管理本部に伝えて下さいと言われ、次に管理本部では、食事は、ボランティアの方が作っているのでもそちらに言ってほしいと云われ、流れのままにボランティアの人に要望を伝えた。すると材料を無駄にしないように考えており、ボランティアとして2ヶ月も食事づくりを行っているのにそんなわがままを言うお母さんも赤十字も信じられないと激高されるということが起きた。

被災者の要望を伝えたのだが、休みなく支援を続けるボランティアの苦労に水を差すものと受け取られており、被災者からの要望を支援に活かすための配慮について教えられるエピソードである。

4 考察

2011年時点での日赤のこころのケア体制と、こころのケアに関わる一般的知見が、東日本大震災でどのような形で生かされ、また課題が明らかになったかを考察する。そして、宮城県の初期に形作られたこころのケア体制とその後の推移と岩手県での臨床心理士とのコラボ、有効な支援方法、そして直面した諸課題について考察を加えていく。最後に、こころのケア活動の組織的展開に関わる課題について考察する。

4.1 こころのケア準備状況と東日本大震災

今回の東日本大震災では、発災してすぐに日赤本社の災害対策本部にこころのケア班が設置され、被災地では、こころのケア要員が医療救護班と共に出動している。ニュージーランドにこころのケアチームを派遣し、石巻日赤では早期からこころのケアセンターが立ち上がり、岩手でもこころのケア要員が派遣されたことは、2003年時点で日赤が、こころのケア活動を災害救護の柱にしようとした通り、日赤にとってこころのケア活動は、通常の支援活動になったことを示す。

こころのケア要員は、宮城県と岩手県だけで合わせ

て延べ700名ほどが3月から8月にかけて派遣されている。各都道府県から継続的にこころのケア要員を切れ目なく派遣し継続したことは、組織力の強力を示している。

また、被災者への支援はもちろんだが、石巻日赤職員や市職員にリフレッシュルームが開設されたように、支援者支援の必要性が十分認識されていたと言える。

こころのケアとしての支援活動は、被災者の話に耳を傾けるだけでなく、お休み処やハンドケアなど、ストレス緩和に資する活動が行われており、日赤のこころのケアは広い立場から展開されていることがわかる。その上で、避難所管理などの地域保健にも寄与しており、日赤のこころのケア活動は、概ね、展開方式、活動内容は、それまでの準備体制を十分活かしていたものであったと思われる。

4.2 宮城県の初動体制とその後の推移から

石巻日赤で、こころのケアのGMとなった二人は、非常に多くの仕事を行っているが、中でも石巻日赤に参集する多くの専門家や団体そして地域保健関係者、そして派遣されてくる日赤のこころのケア要員や日赤の精神科医との調整や連携を促進するためにミーティングの実施や、連絡調整に多くの時間を費やしている。こころのケアセンターのGM達は、石巻日赤のこころのケア活動の要であって、彼らによって次々派遣されてくるこころのケア要員の仕事の連続性も保たれ、活動の質も維持されたと言える。当初は、日赤外の精神科医療チームは医療班として、医療GMの下で活動してもらうのが妥当と判断していたが、実際には、地域保健師との連携が重要となるので、こころのケアGMが連絡調整を図っている。こうした連絡調整を行いながら、職員へのセルフケア、院外での避難所巡回、行政職員やボランティアへの支援、さらに日赤の組織調整も行い、通常病院業務もあつたろうことから非常に多忙を極めたことが想像される。

黒エリアを交代制にしたこと、リフレッシュルームを導入したことは、外部から来たものの役割と思われる。それは、被災者が大勢いる中で自分たちのことは言い出しにくく、また、そうした自分たちへの配慮は後回しになるものであるからである。また、避難所に避難した病院職員は、被災者への支援を行っていたので避難所を離れられなくなり、病院に出勤出来なくなることが起きていた。これもやはり自力で状況を変更することが難しく、外部からの働きを必要とした例で、外部からの支援者だからこそ出来る役割があることを教えてくれる。

職員向けの院内リフレッシュルームは、維持継続され、結果的に有効に利用された。今後、大規模災害に

において中心的役割を担う機関では、交代制やこのような部屋の設置を早期から導入すべきだろう。

医療救護班と精神科医を含むこころのケア活動を結びつけるのに、医療班にカルテに丸をつけてもらうというやり方が継続された。わずかな工夫のようだが、今後の災害医療救護とこころのケア活動の共同として有効な方法であり、共有したい。

また、宮城県では、こころのケア要員の避難所巡回の際に、物資も運んでいる。こころのケア要員は基本物資の提供という役割も担っていることを示している。

4. 3 岩手県でのこころのケア活動

ここでは、臨床心理士とのコラボ、有効な支援方法、そして直面した諸課題について考察を行う。

4. 3. 1 臨床心理士とのコラボレーション

臨床心理士の日赤への協力は、日赤ボランティアとしてこころのケア活動に参加するという形のコラボレーションに落ち着いたが、日赤からの協力の打診を行ったのは初めてのことであり、画期的なことであった。

ただ、臨床心理士側は経済基盤が弱く、強制力もないので、派遣は断続的で、切れ目のない派遣を持続出来なかった。それでも派遣された臨床心理士は赤十字マークをつけたたり、日赤のこころのケア要員と活動したりすることで被災者の関わりが容易だったと感じ、また、日赤のこころのケア要員も参考になったなどの感想があり、災害現場では相互に助け合っていた。ただ、臨床心理士が一人だけ派遣されている時には孤独に耐えざるを得ない場面もあったようで、やはり複数派遣が望ましい。派遣方法や派遣形態は臨床心理士側の今後の課題であるが、また、準備段階から訓練や研修を共同で行うなどして普段から関わりを深めていくことで、日赤の災害支援活動とさらに良い連携が出来るようになるものと思われる。

4. 3. 2 有効な支援活動

今回、有効でまた頻繁に行われたこころのケア活動は、個人に対しては手浴、足浴、ハンドケア、肩もみなどで、また、集団にはリラクゼーションが行われてきた。これまで、心理社会的支援(Psycho-Social Support)と述べてきたが、東日本大震災では、心理社会身体的支援(Psycho-Social-Physical Support)と名付けるのがふさわしいくらい身体的な支援が多用され有効性が認められたことになる。今後の災害支援教育の中で、こうした身体的アプローチを取り入れ普及に努めていくべきだと思われる。

ただ、個人に対して行うものは、その場ですぐに実施出来るが、リラクゼーションなどは、周知や場所の確保が必要なので、実施するための準備から教育過程で学習する必要がある。

4. 3. 3 直面した諸課題について

宮城県の石巻日赤では日赤の精神科連合会の協力の下で、精神科診療支援が石巻日赤で実現し、派遣された精神科医は石巻日赤のこころのケア活動の支援やこころのケア関係者のミーティングにも関わって、多少の紆余曲折はあったかもしれないが、こころのケアセンターのGMの下で、日赤及び外部の精神科と日赤こころのケアチームは、うまく連携が行われ、今後の日赤こころのケア要員と精神科医の連携の好例となるくらい円滑に実施された。一方、岩手では、厚生労働省所管精神科チームと日赤のこころのケアチームとの調整に、組織的調整だけでなく現場でも苦慮する場面もあった。これは、一つには「こころのケア」という呼称を、精神科チームも日赤も用いているという名称からくる混乱によるものと考えられ、もう一つは、こころのケア活動に関する認識の違いであると考えられる。こころのケアは国際的には精神保健と心理社会的支援を意味する活動で、精神科チームが精神保健、日赤のこころのケアは心理社会的支援であるため相補的なので対立するものではないという理解が可能である。ただ、日赤のこころのケア要員はほとんどが看護師であり、心理社会的支援というよりも医療的対応、たとえば疾病の発見を行おうとして、そこに精神科医が関わってくるとその指示はもっともなものと感じられ、結果的に日赤のこころのケアは精神科チームの活動と重なり易く、混乱するということがあるのかもしれない。精神科チームとの棲み分けは大きな課題のようだが、石巻日赤のように精神科医が派遣され、そこにGMがいてという体制だと大きな問題になっていなかったようなので、調整の問題なのかもしれない。

また、災害には色々な団体やボランティアが支援を行っており、それらの多くの団体や人々と軋轢なく、互いに尊重して活動することが必要だが、しばしば、対立や誤解から激しいやり取りとなることがある。支援者側のストレスや、調整役が明確ではない、などいろいろな原因が考えられる。ただ、練習や訓練、教育で乗り越えられることもあるので、災害支援に関わる様々な多くの支援者が、この震災での経験を次に生かしていくことで超えていけるのではないかと考える。

4. 4 こころのケア活動の今後の課題

東日本大震災は、被害地域が広く、それぞれの被災地の特性によって日赤のこころのケア活動も、異なったタイプの支援形態を経験したことになる。一つは、石巻日赤のようにこころのケアセンターがあってGMがいて、外部の支援の調整を被災地で行っていくタイプと、岩手のように、内陸部で外部の支援を調整して後方支援しつつ被災地に送るタイプである。被災地で

調整する場合は、混乱の中にあっても被災地の現状に則して支援を展開出来るが、外部からの支援の調整が困難となるし、逆に後方支援として調整すると送り出した要員のフォローが困難になる、ということが起きる。また支援活動では、様々な連絡や調整に多くの時間が割かれたが、同一組織内でも様々な部門や機関や人々との連絡と調整に明け暮れるということが起きている。災害支援専門機関である日赤も例外ではなく、そういう点で、災害支援における組織（間調整）ストレスという観点からその軽減のための研究が必要と思われる。

また今回、日赤はこころのケア活動の一環として地域保健への支援として避難所管理を任されるという経験を持った。これは、初めての経験であり、今後、日赤のこころのケア活動の特徴ある支援として発展させていけると思われる。

5 まとめ

東日本大震災において、日赤は、それまでの準備体制以上の限界と言えるまでの救護活動を展開した。日赤が行った多くの支援活動の中で、こころのケア活動は一部と受け取られているが、実は、これらの支援活動は心理社会的支援活動として、すべてをこころのケア活動と見なすことができる。ただし、多くの機関や関係者との連携と調整のうちに実現されることが、IASC ガイドラインの指針である。そういう点で、本論文の事例は、日赤の支援活動も網羅しておらず、関係した多くの機関や支援者を含まず、限局的なものとなっている。より包括的研究が求められる。

そして、本論文で全く触れなかったが、支援活動中に多くの被災者から津波体験、深い喪失と悲しみの体験について伺った。悲嘆と喪失への対応と被災地の復興過程、福島県での原発被害も今後の課題である。

謝辞

本研究は、筆舌に尽くし難い災害の中で、日赤本社、宮城県支部、石巻赤十字病院、岩手県支部、多くの赤十字の職員、そして関係機関、関係する方達の協力の下に行われた。この場を借りて感謝を申し上げます。また本研究には、平成 23 年度室蘭工業大学東日本大震災調査・研究費補助事業および科学研究費基盤研究 A 課題番号 23243072、科学研究費基盤研究 B 課題番号 22390414 による助成を受けた。

参考文献等

- (1) 東日本大震災（地震、津波）、被害状況専門サイト、<http://ranasite.net/>（2012.04.26 現在）
- (2) Inter-Agency Standing Committee 2007, IASC Guidelines on Mental health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2007.
- (3) 前田潤, 齋藤和樹, 槇島敏治, 狩野陽, 災害時における心理的支援-その実際と課題-大規模地震災害発生 3 ヶ月後のイラン・バム市における心理的支援状況調査より, 室蘭工業大学紀要, 第 54 号, (2004), pp. 67-77.
- (4) 前田潤, 齋藤和樹, 緊急事態での心理社会的支援体制(2) ⁱ - 2009 年イタリア中部地震例ⁱⁱ -, 室蘭工業大学紀要, 第 56 号, (2009), pp11-20.
- (5) こころのケアマニュアル, 日本赤十字社(2012).
- (6) 前田潤編著, 有珠山噴火に伴う赤十字「心のケアセンター」活動報告書(2001).
- (7) International Federation of Red Cross and Red Crescent Society, Community based Psychological Support a Training Manual 1st edition, 2003.
- (8) 日本赤十字社, 平成 20 年度第 1 回日赤 DMAT 研修会プログラム, (2009).
- (9) 前田潤, 槇島敏治, 田村亨, 後藤芳彦, 吉田秀樹, 心理的支援を含む災害救護体制の構築に関する実際研究-新潟県中越沖地震における柏崎市例から多機関の連携について考える-, 国立大学法人 室蘭工業大学 地域共同研究開発センター研究報告, No.19, (2008), pp1-5.
- (10) 村上典子, 救急医療の横顔 「忘れられた被災者を救う」 - 日本版 DMORT の始動, Emergency Care, Vol.20 No.6(6 月号) (通巻 247 号) ,(2007), pp1-3.
- (11) 日本赤十字社 事業局 救護福祉部 救護課, 東日本大震災に対する日本赤十字社の対応について (85) , (http://www.jrc.or.jp/vcms/lf/kyugo_20120424_sokuhou85.pdf, 2012.6.25 現在).
- (12) 大林由美子, 石巻赤十字病院に助産師, 看護師, ER 支援職員を派遣, 看護管理 増刊号, Vol.21, No.08, (2011), pp627-631.
- (13) 石巻赤十字病院 + 吉井りょう子, 石巻赤十字病院の 100 日間, 小学館, (2011).
- (14) 田中雄大・三浦暁子, 東日本大震災における石巻赤十字病院での心理士の活動, 日赤医学, 第 63 巻, 第 1 号, (2011), p254.
- (15) 佐藤茂樹, 石巻赤十字病院への精神科診療支援より我が国における医療について考える, 精神医療, No64, (2011), pp132-137.
- (16) 阿部幸子, 岩手県での急性期から現在までのこころのケア活動, 看護管理, Vol22, No.3, (2012), pp189-194.

^{注1} トリアージとは、救急医学の用語で、フランス語から派生した言葉で、選別を意味する。この場合は、医療的観点から医療的処置の必要度を緑、黄、赤、黒と色別に区別し、処置を行う順番を判断する行為を指す。

^{注2} GMは30代前半の田中雄大臨床心理士でSubGMは20代後半の佐々木(旧姓三浦)暁子発達臨床心理士であった。佐々木先生は、2011年2月に石巻赤十字病院に発達臨床心理士として採用され、翌月の3月11日にこの震災を迎え、黒エリア担当となり、次には日赤こころのケアセンターのSubGMとなることを求められたのであった。

^{注3} 石巻日赤のこころのケア活動のその後については、田中雄大先生から直接頂いた報告に基づいている。現時点で公開されていないが、本論文を書き上げる上で引用させて頂いた。

^{注4} 受益者のカウント方法は、声をかけた全てを受益者としてカウントしたり、ひとりひとりとじっくりお話を伺ったり、グループワークに参加したりした方を受益者とする場合もあって、まちまちである。このデータは災害救護速報【85】(参考文献等(9))によっており、日赤の公式発表であるが、「震災直後の一部データを含んでいません」とあるように、現地記録から直接集計したデータと合わない場合もある。例えばこころのケア派遣者数は、速報では岩手県で317名となっているが、現地で直接集計したデータによると332名であった。概算と考えるのが妥当である。