

はじめに

元旦に発生した能登半島地震、そして翌日の羽田空港での航空機事故と二〇二四年は不穏な幕開けとなりました。まず、亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被害に遭われた方々にお見舞いを申し上げます。

阪神・淡路大震災、新潟県中越地震、東日本大震災、熊本地震と約三〇年の間に多くの大地震が発生し、防災の知識が普及され復旧復興のための施策も整えられてきました。しかしながら、ひとたび大災害が起きてしまうと、被災された方々の苦悩や悲嘆は変わることなく生じてしまい、それを和らげるための息の長い支援が求められます。

今回の地震では、多くの救援者支援者が様々な領域で活動を始めており、その一つ一つが被災者の心を支える役割を担っています。たとえば、救急医療チームの活動は、以前は発災から七十二時間の救命に焦点を当てていましたが、現在は途絶した通常医療の提供、被災した介護施設からの搬送、避難所での健康管理などにも視野を拡げています。さまざまな支援活動は、それが長期化すればするほど被災者の心理に配慮した関わりが求められるでしょう。今後、復興期に入ると、生活再建のための支援活動こそが、被災者の心理的回復を促進する基盤になります。

この本は、東日本大震災が発生した直後に、ノンフィクションライターの最相葉月さんとの共同作業で作られました。当時、被災地を飛び回っていた私には文章を書く余裕がなかったため、インタビューを最相さんに書き起こしてもらおう形でまとめました。被災体験がもた

らす多彩な心理的影響、その支援にはどのような配慮が必要なのか、そして支援者自身が受ける影響について、阪神・淡路大震災後の経験を踏まえて説明しています。また、お二人の被災によって家族を失った方が、ご自身の経験を語ったルポは、被災者の回復過程を理解する上で、貴重な情報となるでしょう。

この本は残念ながら絶版になってしまい、現在は入手することが難しくなっていました。今回の地震発生後、取材などで情報を求められることが多く、短いコメントでは十分にお伝えすることができないジレンマを感じておりました。電子書籍として本書を公開することで少しでも支援活動に貢献できればと考え、最相さんに相談したところ迅速に準備していただきました。支援される方だけでなく、被災地に思いを寄せる多くの方の参考になれば幸いです。

二〇二四年一月十二日

加藤 寛、最相葉月

はじめに——本書の成り立ちについて

最相葉月

はじめに、このたびの東日本大震災において亡くなられた方々のご冥福を心よりお祈り申し上げます。ご家族はじめ愛する人を失われた方々、その帰りを待ち続けている方々のご心痛を思うと、なにを申し上げればよいのかわかりません。

震災から半年を経ても、被災地の暮らしは依然として厳しく、移住転住を余儀なくされている方々もおられます。せめて今日が昨日よりもいくらかよくなることを願うのですが、復興政策の遅れや福島第一原子力発電所事故の影響は、いまだ予断を許さない状況にあり目を離すことはできません。

本書はそんな中、被災された方々や支援にあたっておられる人々へ、少しでもお役に立ちたいとの思いから企画された、災害下の心のケアに関する本です。心のケアってなんだろう。そんな疑問を持つ方は多いと思います。新聞やテレビでよく見聞きする言葉だけれど、誰がどんなことをやっているのか、今ひとつよくわかりません。震災直後、精神科医や看護師による心のケアチームが全国から被災地に派遣されたと報じられました。臨床心理士の団体がいち早く、心のケアの電話相談を始めたという発表もありました。テレビでは、大学生のボランティア・グループが、子どもたちの心のケアのために一緒に運動して遊ぶ様子が映し出されていました。心のケアといっても、専門家による医療行為から一般のボランティア活動

まで、ずいぶん多岐にわたるようです。

そこで本書は、医療や福祉の専門職の方々^①に現場で役立てていただけるといったような実践的な内容を盛り込みつつ、専門家ではないけれども支援にあたって留意すべきことを知っておきたいという行政機関や企業の方、学校の先生、救援活動に従事する方、そして、被災によって心に傷を負った方をそばで見守る友人やボランティアの方々にも参考にしていただけるよう、具体的なエピソードを交えながらわかりやすくまとめることを心がけました。

この本がどのような経緯で作られたか、その成り立ちを説明したいと思います。

東京において大きな揺れを経験した筆者のひとり、最相は、被害の全体像がわからないまま繰り返し流される津波の映像を見てからだを硬直させながら、もとより予定されていた取材のため、三月十五日、神戸空港に降り立ちました。そのとき偶然にも、兵庫県が被災地に向けて心のケアチームを派遣することになったという報道をインターネットで目にしたことから、^②急遽、その足で神戸市中央区にある「兵庫県こころのケアセンター」に向かいました。以前、取材でお世話になった、副センター長の加藤寛氏に会うためです。

兵庫県こころのケアセンターは、二〇〇四年、災害や事件、事故などの被害者が抱える心の傷の治療や調査研究を行うために設立された、日本初の心のケア専門機関です。

加藤氏は、一九九五年の阪神・淡路大震災以降、被災された方々のケアや調査研究に従事し、その後も、国内では、明石花火大会歩道橋事故やJR福知山線脱線事故、神戸連続児童殺傷事件や大阪池田小事件、国外では、台湾大地震やスマトラ沖大地震、四川大地震など、多くの事件や事故、災害の犠牲になった方々のトラウマ治療やその支援者の方々への研修に

携わってきました。

このたびの震災でも加藤氏がなんらかの活動を開始するのではと思います、約束もないままうかがったところ、ちょうど兵庫県チームの派遣の件で会議中とのことでした。やはり被災地支援に向け、チームの司令塔役を担っていたのです。

日を改めてお目にかかったとき、加藤氏から本書の提案がありました。心のケアが必要だと報じられているが、自分たちが蓄積してきたものが少しは役立つかもしれない。こんなときのために活動をまとめておくべきだったが、忙しさにかまけてできなかつた。被災地で活動する人やこれから支援に向かう人に届くような本を急ぎまとめたのだが、協力してくれないかという依頼でした。最相自身、阪神・淡路大震災以降の兵庫県の精神科医や心理士の方々の活動に注目していましたので、ぜひ手伝わせてほしいと申し上げ、企画がスタートしたのです。

被災地の状況が刻々と変化する中、走りながらの作業となりました。加藤氏は、兵庫県チームの調整を行う一方、三陸沿岸の市町をまわって行政職員に研修を行い、保健師や消防士らの声に耳を傾けていました。最相はその一部に同行し、また現地状況を取材しながら、加藤氏が神戸に戻ると、通常診療の合間をぬってインタビューを行いました。聞き書きのスタイルでまとめたのは、加藤氏の語りをそのままお伝えすることによって、ふだん患者さんに接している姿勢や人柄を少しでも知っていただきたいと思ったためです。

本書は、五つの章と巻末のルポで構成されています。

第1章「東日本大震災後五十日の記録」では、震災直後、東北の被災地でなにが起きてい

たか。早期に現地入りした心のケアチームと加藤氏の活動を通して、精神科医や看護師など専門職が災害早期にどんな心のケア活動を行うのか、その実態について報告します。地域保健システムに壊滅的な被害がもたらされたことは、過去の災害では経験したことのない試練となりました。

第2章「被災者の心の傷」ではまず、災害によって人の心にどのような変化が起きるのか、傷が深まらないための予防策やその治療について検討します。また、大切な人を亡くした方に話を聞くとときに気をつけることなど、悲嘆のケアのあり方についても考えます。

第3章「阪神・淡路大震災でできたこと、できなかったこと——復興期の心のケア」では、阪神・淡路大震災の発生直後から被災した人々の心のケアにあたってきた加藤氏とこのころのケアセンターの活動を振り返り、その失敗と成功から見えるものを検証します。心のケアとは、仮設住宅のドアを一軒ずつノックして住民の方の悩みごとを聞くような、とても地道な活動に支えられています。

第4章「回復への道のり——肉親を失った二人の経験から」は、阪神・淡路大震災で被災し、肉親と家を失った二人の方から東日本大震災で被災された方々へのメッセージです。最愛の人を失い、その後、どのような日々を送り、どのように苦しみを乗り越えたのかについて語っていただきます。

第5章「支援者へのメッセージ」では、消防士や医療関係者から一般市民のボランティアまで、支援者が抱えがちな”惨事ストレス”について調査研究を進めてきた加藤氏の経験を通して、支援者自身が留意しておきたい心のケアについて考えてみます。心のケアとは必ず

しも専門職によるものではないこと、そのやわらかい言葉の響きどおり、被災された方を見守り、支えるにはさまざまな支援のかたちがあることが見えてきます。

なお、巻末にはルポ「1・17から3・11へ——兵庫県心のケアチームの百十一日」を収録しました。仙台市宮城野区に派遣された兵庫県心のケアチームと、その受け入れ先となった仙台市と住民の方々による三カ月間の活動の様子を最相がレポートしたものです。

東北の被災地では、津波の夢を繰り返して見て眠れないという方がおられます。重いストレスに苦しむ方や仮設住宅で引きこもりがちの方もいらっしゃいます。地域社会が少しずつ平常を取り戻そうと動き始めるとき、そこについていけない人の心は、ともすれば深い傷を抱えてしまいます。そんなとき、そばにいる人はどうすればいいのでしょうか。

災害や事件・事故が起こるたびに耳にするようになった「心のケア」の活動の実態を知っていただき、ひとりでも多くの方々の今後の支援に役立てていただければと願っています。

二〇一一年八月

目次

はじめに——本書の成り立ちについて（最相葉月）—— 3

第1章 東日本大震災後五十日の記録

震災第一報を受けて／災害直後の心のケア活動／情報収集の必要性／仙台市以外の宮城県の被災状況／地域保健システムの再建を／危惧される心の問題とは／福島県での支援

第2章 被災者の心の傷

災害に遭って心はどう変化するか／恐怖体験とトラウマ／死別による悲嘆／生活の変化がもたらすストレス／影響を少なくするために必要なこと／後々まで影響を受けやすい人／災害弱者とはだれか／子どもたちの心／PTSDとはなにか／災害とPTSD／七割は回復する／PTSDの治療とは／眼球を動かす療法EMDR／専門家ではない人ができる支援とは／大切な人を亡くした方にどう接するか／悲しみを癒すということ／自助グループ／語り合う

ことについて

第3章 阪神・淡路大震災でできたこと、できなかったこと——復興期の心のケア

精神科救急が出发点／最初の失敗／精神科救護所の始まり／こころのケアセンター／仮設住宅における心のケア／孤独死とアルコール／県外被災者への対応／セーフティネットとはなにか／調査の責任について

第4章 回復への道のり——肉親を失った二人の経験から

うえまつみのり

1 植松 秋さん（二十九歳）

あの日／気遣いがしんどい／罪悪感に苛まれて／十年目の発症／治療が始まって／曝露療法を受ける／回復へ／今思うこと

2 白木利周さん（六十九歳）

あの日／暗いトンネル／仲間との出会い／妻の死／遺族だからできること／「私、トラウマになってませんか」／タスキプロジェクト／東日本大震災で大切な人を亡くした方へ

第5章 支援者へのメッセージ

どんな態度で接するか／被災者の気持ちはその人にしかわからない／自責感はあたりまえ／

支援者が被災者であるとき／遺体を扱うということ／組織や社会が理解すべき惨事ストレス
／殉職者を弔う／地域を守るために／社会的な役割を取り戻す

おわりに（加藤寛）

参考文献リスト（加藤寛）

巻末ルポ 1・17から3・11へ —— 兵庫県心のケアチームの百十一日（最相葉月）

第1章 東日本大震災後五十日の記録

災害が発生すると、だれが、いつから、どのような心のケア活動を行うのでしょうか。東日本大震災では、とくに被害の大きかった岩手・宮城・福島の三県に向けて、全国の都道府県や医療機関から数多くの心のケアチームが支援に駆けつけました。これらは精神科医や看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど専門職で構成されるチームで、発生一週間前後から活動を開始し、その大半が、五十〜百日で撤収しています。

そこで本章では、兵庫県が派遣した心のケアチームの司令塔として被災地に入った加藤寛

氏が、実際に見たもの、感じたことを通して、専門職が災害応急期と呼ばれる時期に行う心のケアの実態について報告します。彼らは地元の医療機関や精神保健福祉センターと連携して時々刻々と変化する現場のニーズに対応しましたが、地震、津波、原子力発電所事故という三つの災難が重なったことは、心のケアの現場にも過去に経験したことのない厳しい課題を突きつけることとなりました。なお、インタビュは三月中旬から四月にかけて行い、その後に進展がみられる場合もありますが、発生直後の緊迫した活動状況を知っていただくためにあえてそのまま掲載します。

震災第一報を受けて

——最相（以下、略） 一九九五年に阪神・淡路大震災（以下、阪神）が起きたとき、同規模の災害を想定したマニュアルが各地で一斉に作られました。そうはいつても、みんなどこかで、このレベルの震災は数世紀に一度あるかないか、自分が生きているうちにはこないだろうと思っていたのではないのでしょうか。東日本大震災の第一報を受けてなにをお感じになられたでしょうか。

加藤（以下、略） 自分が現役の間に、またこんな災害が起きてしまった、これは長く関わることになるだろうなという、ある種の覚悟のような気持ちを抱きました。阪神以降も、国内外のさまざまな災害現場に身を置いてきました。被害が明らかになるにつれて、こんなとんでもない災害が身近に起きたことの実感が持てず、なんだか放心状態のようになって

記憶しています。津波のもたらした圧倒的な被害、被災地の広さ、そして犠牲者の多さ、どれをとっても現実ではないように感じていました。

さらにそこに福島第一原子力発電所の事故まで加わりました。地震、津波、原発事故という複数の災害が複数県にまたがって発生した広域複合災害であることが今回の災害の特徴ですよね。都市直下型地震だった阪神でも、住んでいた町を離れざるをえなかった方は多かったですけれど、町そのものが失われることはありませんでした。でも今回は多くの土地が地盤沈下や放射能汚染によって使えなくなっていますから、移住転住を繰り返さなければなりません。転住のプロセス自体、孤立感を深めるものですが、それだけではなく、先祖代々守り続けた土地を失う喪失感は、都市の人間のそれとは大きく違います。これらの激しいインパクトが人々の心に今後どのような影響を残すのだろうか。それは、阪神で経験してきたものは大きく違うのだらうと思いました。

今はなによりも生活そのものの再建と安定を急がねばなりません。日々の暮らしを少しでも安定させる支援がまずなによりも大切であって、ぼくたち精神保健の専門家ができることなんてこれっぽっちしかありません。そもそもお会いできる方もごく一部でしかないので、ほとんどの方には自力で回復していただくことを期待するしかない。といいますか、ほとんどの方が自力で回復していく姿をぼくはこれまでの活動で目にしてきましたから、回復力を高めるためのメッセージならお伝えできるかもしれない。そう考えて活動を始めました。

災害直後の心のケア活動

——医療救援に関しては、まず災害発生直後、自衛隊と救急医療専門の災害派遣医療チームDMAT (Disaster Medical Assistance Team) が被災地に入り活動を開始しました。阪神のときは家屋倒壊による負傷者が多く、初期の救急医療が平時の体制と同じレベルで稼働できていたら五百人の命が助けられたはずだといわれました。DMATはその反省を受けて結成されたチームだそうです。今回、岩手医科大学で応援の医師を集めて待機しておられた学長の小川彰先生の報告によれば、犠牲者の九割以上が津波による水死で、傷病者はほとんど搬送されてこなかったと。DMATはけがの治療を想定した専門部隊ですから、ほぼ一日で活動を終えたとのこと。

神戸からDMATに参加した看護師さんの話では、傷病者を重症度によって選別するトリージングでは、死亡を示す黒タグか、治療の必要のないことを示す緑タグか、ほぼそのどちらかだったそうです。現地に駆けつけたものの、ほとんどが待機だったので、自分が医療者としてお役に立てることがなかったという不全感を抱えてしまったスタッフもいたそうです。見た目には負傷した形跡がない方が多く、むしろ慢性疾患の内科的な対応が当初から求められたようです。

——災害発生四十八時間という急性期の医療ニーズは少なかったということですね。一方、精神科医や看護師、心理士など精神保健の専門家で構成される心のケアチームの活動はその後、災害三日目以降から始まっています。はじめに確認しておきたいのですが、心のケアという言葉を聞くと、やわらかな言葉の響きから、「お困りのことはありませんか」といって

被災された方々に声をかける、あるいはカウンセリングをするというイメージを持たれている方が多いと思うのですが、実際この時期はどのような活動をされるのでしょうか。

心のケアの定義をどう考えるかは大事なことです。精神科医や臨床心理士の活動はもとより、救急医療チームの中にも心のケア班というトレーニングを受けたスタッフが入っていることもありますし、学校の先生には子ども心のケアの担い手であることが期待される。さらにNGOやボランティア団体の活動内容としても、心のケアを挙げている場合が多いですよ。心理とか精神という言葉ではなく、「こころ」という平易だけれど含蓄のこもった大和（やまと）言葉に、「ケア」というゲルマン語由来の外来語がくっつくと、なんとなく情緒に訴える意味が与えられるようですね。この言葉は阪神以後、よく使われるようになりましたが、心を痛めた人たちに親身に接する、心のこもった配慮をするというような意味で理解されているのだと思います。もう少し専門的な言葉を使えば、災害や大事故、犯罪などでトラウマを受けた人たちへの、さまざまな精神的支援という意味でしょうか。

でも、災害後の早い時期に被災地に派遣された、精神科医を中心とした心のケアチームが、まず優先的に取り組むのは、かなり医療的な活動なのです。つまり、精神的な病気を持っておられる方への医療活動をどう続けるかということです。被災した病院から患者さんを搬送することもそうですが、端的にいうと、薬が切れてしまうと具合が悪くなる人がいるので、そういう人たちをどうサポートするかということが最大の関心事です。そのような活動を行いながら、避難所も巡回します。すると、もともとなんの精神的問題もなかった方から不眠や

不安を訴えられることがあるので、そういった人々への対応にも活動の範囲を拡げていくわけです。

——心のケアといっても、定義は一つではなく、時々刻々と変化するニーズに臨機応変に対応していくということですね。

そうです。実際に、通院していた患者さんの中に薬が切れて悪くなった人がいるし、精神科の医療にかかっていなかった人たちが不応を起こして非常に興奮したため、緊急入院させたケースも数件ですがありました。とにかく、精神科の医療を提供し続けるということが、専門職で構成される心のケアチームの最初の至上命題になっていたわけです。

情報収集の必要性

——兵庫県心のケアチームは三月十八日に仙台に向けて出発しますが、その前後、どのような動きがあったのか教えていただけますか。

発生直後から、ぼくたち精神科医療の関係者の間では、専門職チームを早く派遣しなければという声があーっと巻き起こっていました。これは阪神のときとそっくりの現象です。ただ阪神と違ったのは、全体的に関係者の間でなんとなくコーディネートしようという意識が働いていたことです。情報を集約する機関がないまま全国から支援チームが押し寄せれば、

被災地で混乱が起きることは目に見えていますからね。

すると厚労省が、災害対策基本法第三十条に基づく心のケアチームの派遣について、被災県の要望を都道府県に伝達して派遣先を決める事業は自分たちが行くと発表したもので、兵庫県も行きまず、と手を挙げたわけです。三月十三日のことです。

このときなぜ、兵庫県チームが仙台市に派遣されることになったのかというと、同じ十三日に、関西広域連合が支援物資の提供や応援要員の派遣をベアリング方式で行うと発表して、宮城県を兵庫、徳島、鳥取の三県で支援することになったんですね。そのため当初は宮城県北部に入るといふ話もあったのですが、現地の受け入れ体制がまだ整わないということだったので、二転三転した結果、仙台市宮城野区に派遣されることになったのです。第一陣の六名を送り出したあと、ぼくは東京に向かいました。

とにかく情報が足りないといわれていたので、今後の見通しを立てるためにも多少なりとも経験のある者が関係者に会って情報収集する必要があります。まずは、国の精神医学研究所である国立精神・神経医療研究センターの先生方と一緒に厚労省に行って、活動の方向性についての考え方を確認しました。

じつはこのとき、都道府県以外にも、心のケアチームを派遣する動きがありました。一つは、精神医学講座担当者会議といって、全国の国立大学や私立医大にある精神医学講座の教授がつくる協議会を通じて、有志が東北大学や岩手県立医大、福島県立医大などに駆けつけています。もう一つは、一般医療を行うチームの中に精神科医が参加しているケースです。具体的には、日本赤十字社や都道府県の一般医療チームですね。それ以外に、精神科病院協

会や精神科救急学会など関係学会を通じて募集が行われて駆けつけたチームもあるし、個人のツテで向かった人たちも結構おられます。

ですから、心のケアといっても、都道府県チームだけではなく、現地にはいろんなチームがたくさん入ってやはり混乱はあったんです。そのあたりは現状がどうなのか心配だったので、東京で情報収集したあとは、兵庫県チームの受け入れ先である仙台市のニーズを確認した上でこちらの計画を立てられるよう、ぼくも仙台市に入りました。三月三十日のことですが、すでに東北自動車道が復旧していましたので、飛行機で新潟まで行って、翌日朝、新潟からレンタカーで向かいました。新潟県中越地震（二〇〇四年）のときから懇意にしている新潟県精神保健福祉協会こちらのケアセンターの人たちがガソリンを調達してくださったので本当に助かりました。

午後には仙台に到着したので、その日のうちに仙台市の精神保健を統括する仙台市精神保健福祉総合センター（はあとぽーと仙台）へ行って状況を確認して、翌日には宮城県精神保健福祉センターで仙台市以外の宮城県の情報を収集しました。仙台市と宮城県を別々に話しているのは、仙台市は政令指定都市なので、兵庫県と神戸市の関係のように県と市がまったく異なる動き方をしているからです。

——それぞれの被害状況はいかがでしたか。

今回は東北地方の沿岸部が非常に広範囲にわたって津波の被害を受けました。ただそれでも地域によって差があります。仙台市は海沿いの宮城野区と若林区の被害が大きいのですが、

行政の中心がある青葉区は津波でやられていないので都市機能がほとんど保たれていてコーデイネートが行き届いていました。仙台市の南に隣接する名取市や岩沼市などの仙南地区も確かに被害は大きいものの、仙台市からアクセスしやすいことと、県の精神科病院はじめ地域の基幹病院が機能していたためわりと早く目処めどが立ちました。これは仙台の北に位置するしおがま塩竈市なども同様です。仙台に近ければ近いほど人が入りやすいためです。

しかし、仙台市から離れた宮城県北部、とくに石巻市や女川町、それから南三陸町や気仙沼市はそうではありませんでした。そもそも医療機関が少ない上に、それらの医療機関が壊滅的な被害を被ってしまったため、出発点が県南部とはかなり違っています。

—— 県北部の被災した病院や入院患者の方々はどうされたのですか。

仙台市以外の宮城県では、恵愛病院、南浜中央病院、仙南中央病院、光ヶ丘保養園という四つの精神科病院が津波で機能を失ったので、自衛隊の応援が入って約三百人の患者を内陸部の病院に転院させました。三百人と一言でいうのは簡単ですが、患者さんの搬送というのは大変な作業です。時間とともに被災地のニーズはだんだんと移行していきますが、最初の頃に被災地に駆けつけた心のケアチームのほとんどは、こういった精神科医療の補完を目的とするチームだったのです。

仙台市以外の宮城県の被災状況

——兵庫県のケアチームと受け入れ先となった仙台市の活動については巻末ルポで詳しくレポートさせていただくとして、仙台市以外の宮城県についてお話をうかがいたいと思います。

宮城県で心のケアチームの派遣調整をされている宮城県精神保健福祉センター技術次長、

あきこ

小原聡子先生に災害直後の状況についてお話をうかがいましたが、通信手段がなくて情報収集ができなかっただけでなく、ここ数年、センター長が不在だったことから、災害直後の週末は自分がセンターの医師としてなにをすべきか今ひとつわからず、自宅で普通に主婦をやりながら給水車の列に並んでいた、とおっしゃっていました。センターは内陸の大崎市古川にありますから沿岸部の被害状況もまったく把握できず、三月十四日に、冠水した石巻保健所の要請で、精神障害の可能性のある被災者を保護したから来てほしいといわれて措置鑑定に出かけたときに、初めて津波の甚大な被害を知ったと。十七日からようやく県庁に詰めて心のケアチームを被災地に振り分ける調整をスタートしたとうかがいました。

なるほど、そうだったのでですね。三月三十一日に小原先生にお会いしたとき、やっと昨日からメールが出せるようになりましたとおっしゃっていましたからね。外部からは情報をよこせよこせといわれるけれども、とても情報が出せる状況ではなかったと。それがなかなか活動の全体が見えなかった一つの要因になったと思います。

それでも各大学から派遣されるチームのとりまとめをされた東北大学病院精神科の松本和紀【かずのり】先生や小原先生ら精神保健福祉センターのスタッフ、被災地に乗り込んだチームからもメーリングリストを通じて続々と現地の情報が入るようになったので、まもなく情報は集約され、整理されていきました。

——加藤先生は宮城県の要請でのちに県の精神保健アドバイザーにも就任されましたし、当初から、県内の保健所を回って保健師さんや児童相談所の職員など、被災者の支援にあたる方々に研修をされてきましたね。南三陸町にも行かれたそうですが、初めて県北部の被災状況を直接ご覧になったときはどのように感じましたか。

テレビを見てある程度は想像していましたが、やはり自分の五感で感じるものは全然違います。内陸部の登米市^{とめ}を經由して南三陸町に入ったのですが、峠を越えると突然、風景が一変しました。海拔十六メートルまで津波が到達したということですが、溪流沿いに瓦礫が流されてきていて、海岸に近づいていくともうなにもない。車や頑丈なコンクリートの建物は残っていたけれども、それも全部水に浸かった跡がある。

津波の被害はスマトラ沖地震の救援に行ったときにも見ていますが、見渡す限りほとんどなにも残っていないという点であるときとそっくりな光景だと思いました。ただスマトラ沖のときは赤道直下ということもあってすさまじいおいがしたのですが、最初に南三陸町に行ったときにはまだ寒く風も強かったこともあって、乾いた砂がウワーツと舞い上がって

埃っぽいにおいがしました。自衛隊員がたくさんいて、重機で瓦礫を整理して道をつくったり、電柱を立てたりする作業をしていました。自衛隊以外に人はほとんどいなくて、いるのはぼくと同じような立場で支援にきた人が、入ってきて愕然としているという状況でした。現地で被災された方々は山の高台の避難所におられたんです。

このときなぜぼくが南三陸町に行ったかという点、厚生省がとりまとめをしている都道府県の保健師チーム派遣事業で、兵庫県保健師チームが派遣されていたからなんです。彼女たちは現地の保健師さんのサポートをして健康管理をしていました。最初に述べたように、心のケア活動というのは災害直後は精神科医療の問題ですが、その後、不眠や不安、あるいは抑うつ的になったり食欲がなかったりといったトラウマ反応が目につく段階になると、精神科というより地域保健の問題になってくるんですね。住民の方が接しやすいのは保健師さんだったり、地元の開業医や訪問看護の人だったりするから、外から精神科医が心のケアをしに来ましたといってもちっともありません。都市部でもそうなのに、地方の伝統的な社会においては精神科にかかることにはかなり抵抗感があるわけです。心のケアというややわらかい言葉だけれども、やんわりと断られるのがオチです。

——精神科医療の補完という初期の活動を終えたあとの心のケアについては、よそから来た精神科や心理の専門職よりは、地域のなじみの支援者の方々のほうが力を発揮するということですね。

そうじゃないと自分の心の痛手を話さないですよ。外からポツと来た精神科の医者らしいという人にそんなことは話さないです。聞きっぱなし、いいっぱなしになるわけだから。そんなことはあまり役に立たないんです。

地域保健システムの再建を

——ではこの震災において、外部支援の心のケアチームが精神科医療の補完活動の次に役に立つとしたらどういう活動でしょうか。

まず、その前提となる地域保健システムを再建するお手伝いでしょう。日本の保健システムというのは都道府県が各地域に保健所を置いていて、そこがあるエリアを統括し、その下にある市町村が独自にいろんな地域保健活動をしています。たとえば乳幼児の三ヶ月健診や一歳半健診、などです。それよりもむしろかしい、たとえば感染症や難病、精神障害になると、自治体によって違いはありますが、都道府県の保健所が直接担当することもある。要するに、都道府県と市町村でそれぞれ棲み分けをしているんです。それが、日本が世界に誇るべき地域保健システムです。これまでの災害はそれを基盤にいろんな保健活動、心のケア活動も支えていくことができたわけです。

阪神のときもこのころのケアセンターの役割以上に、保健所ネットワークやそのマンパワーが支えた部分が大きかった。新潟県中越地震のときもそうです。一時的にはダメージを受けただけでも、保健所がちゃんと機能して、市町の保健センターが早く立ち直っていくことに

よって仮設住宅の人たちへのサポートができたわけです。

ところが東日本大震災では、この世界に冠たる日本の保健システムが壊滅的なダメージを受けたわけです。南三陸町などは役場の建物がなくなりましたから、事務的なこと、実際の保健業務もできなくなっている。うかがった話では、町の職員の方が三割も犠牲になって、かつ年度替わりで退職された方もいるので全体で四割減ぐらいになっているそうです。そのうえ、無事だった方もそれぞれ被災されていますから……。

町の保健師さんにお会いしましたけれど、発生から三週間、ずっと避難所で寝起きて仕事に出たとおっしゃっていました。避難所に寝ても、まわりは被災者ですので気は休まらないわけですよ。町の職員の人がいるという期待されることもある。お風呂にも入れないんです。自衛隊が用意してくれてはいるけれども、自分たちは町の職員だから入らない。そういう気の遣い方をせざるを得ないような状況で仕事をしておられるんですね。本当にギリギリのところをやっておられた。地域行政が大きなダメージを受けているので、これを立て直さないことには心のケアどころじゃないと思います。

外部支援者としてはシステム再建のお手伝いをしていくことになりましたが、いずれ外部チームは去っていきますから、そのときに恒常的に、少なくとも目処が立つまで地元で補完できるシステムを知らないとむずかしい。

——著書『消防士を救え！——災害救援者のための惨事ストレス対策講座』にもありますが、加藤先生は消防士や看護師、行政職員など支援者の抱えるストレスについても取り組ん

でおられますね（詳しくは第5章）。お話を聞いていると、ご自身も被災者でありながら被災者の世話をしなければならぬ行政職員の抱えるストレスが大変気がかりです。

本当にそうです。外部支援者と違って、地元の人たちは、一時的にそこにいるわけじゃないですからね。南三陸町では町の職員の方三十人が庁舎の屋上に逃げたのですが、そのうち二十人の方が流されてしまったそうです。目の前で自分の同僚が流されていったから、生き残った人たちはものすごい罪悪感を抱えている。想像もできないぐらいの罪悪感だと思います。しかも、自分自身も家族を失い、知人友人もたくさん亡くなっている。そんな状況で役場の仕事をしなきゃいけないわけじゃないですか。よくあることですが、被災された方というのは怒りの矛先がないのでお役所に対してきついことをいうんです。どうにかしてくれと。職員はそれを一身に引き受けなきゃいけない。遺体の処置もやらなければいけないし、外部から来る人の調整もしなければならぬ。そういう状況が長く続くわけです。

あたりまえの話なんですけど、外部から来る支援者だって現地のじゃまになろうと思ってるわけじゃないんですよ。でも、結局は地元の人をサポートがないと身動きできない。突然行っても地理がわからないので、オリエンテーションを受けなければいけない。それを町の職員の方がなさるわけです。いっぱい支援に入ってきてくれるのはありがたいけれども、そのたびにオリエンテーションしなきゃならないから、そこで疲弊していくわけです。

——宮城県の小原先生も、支援は助かるけれどオリエンテーションにあたる職員がいないというせめぎあいの中で調整をしたとおっしゃっていました。とくに単発や数日に入れ替わ

る支援が一番お困りになったようです。外部支援もできるだけ地元で済ませたい方法を見つかるしかありませんね。兵庫県心のケアチームの場合は派遣期間が一週間で、チーム間で申し送りができるように活動期間が一日ずつ重なるように派遣し、食堂や宿泊場所など衣食住に必要なマップも自分たちで作っていましたね。これは大変ありがたかったと、受け入れ先となった仙台市精神保健福祉総合センター所長の林みづ穂先生からうかがっています。

次第に支援の需給バランスをとりながら、オリエンテーションしなくても済むような形にだんだんなっていくと思います。それが外部支援が落ち着いていくプロセスなんです。ただ、それと並行して地元の人たちが自分たちで活動できるようなシステムが出来上がらなきていけない。今のぼくの考えでは、保健師さんともと人数がとも少ないので、地元でこれ以上を確保することは無理だと思います。そうすると、たとえば、被災した病院で働いていて職場がなくなってしまう看護師さんとか、高齢者が多い地域だと、たとえばヘルパーの資格などはそんなにむずかしくなく取得できますので、若い方たちがそういった資格を取って、地元の人が地元を支えていくシステムをつくらないとたぶん長く続かないでしょう。外部からいくら専門家が来ても一時的ですから。一週間とか十日なら行けるけれども、二年間いなさいといわれて住めるかどうか。たぶん住めないですよ。

——阪神のときもそうだったのでしょうか。

ええ。ぼくは宮崎県出身で、阪神のときは東京の墨東病院で働いていましたが、たまたま神戸大学出身で土地勘もあったから震災後は神戸に居つきました。だけど一九九五年に当分のころのケアセンターができたとき、六十人の職員を採用しましたが、最終的に残ったのはたった二割ですよ。八割はやめてしまった。最初に公募したときには定員の数倍を超える応募があったそうです。われもわれもといっぱい来てくれた。非常勤の仕事をしていた臨床心理士の方とか、大学院に在学中で現場の経験はないけど、ともかく役に立ちたいから応募したとか。関西一円、和歌山県から通っていた人もいたほどです。みんな意気に燃えてやって来たんです。

でも実際は、自分が学校で学んだカウンセリングなんていうのはちっとも現場で発揮する余地がなかった。仮設住宅を保健師さんと一緒に回って御用聞きをして、そのときに求められることをしていく仕事ですからね（詳しくは第3章）。保健師さんは慣れているから、血圧を測って住民と関係をつくれますが、心理士にはそんなことができないわけです。だからジレンマを感じて、自分には支援できないといってやめていった。それが八割です。

神戸という都会でもそうですから、ましてや東北の過疎地の、もともと人が離れていくほうが多い土地に行けといわれて、最初はいいだろうけれどもたぶん長持ちしない。ですから外部の人は定期的に通うかたちにして、地元では地元の人たちによる恒常的な組織をつくり、しかもそれが収入になるシステムを整備していくことが今後の方向性ではないかと思っっています。

危惧される心の問題とは

——今回の震災では、多くの方が行方不明となり、喪の作業を行えないままの方々がたくさんおられます。愛する人を失うだけでも悲しみは深いのに、ご遺体が見つからないことは今後どのような影響を与えるのでしょうか。ある報道番組で見たのですが、気仙沼の遺体安置所に僧侶が来られてお経をあげたところご遺族にとっても感謝された。遺体が見つかったよかったとおっしゃる方もおられました。一方、ご遺体が見つからないことで喪の作業へと進めない方の苦しみははかり知れません。

死を受けとめられないという方は少なくないでしょう。喪の作業ができないと、いつまでも亡くなったことを受け入れられなくてあたりまえだと思えます。人間は死別したらちゃんと悲しんでこそ次の段階に進めるものだし、そうでなければ、悲嘆のプロセスが進みません。最初の大きな悲嘆のままずっと苦しみ続ける方が出てくる可能性はあります。

ただ、今回はほとんどの人が死別を経験しています。だから、悲しむに悲しめない状況です。自分のところはひとりで済んだとか、あそこは家族全員だとか、ほかの人と自分を比べて我慢してしまうので、ちゃんと悲しめない。地域社会としては死の数を突きつけられて受けとめていかなければならないんだらうけど、個人個人の死に対する受容はなかなか進んでいかない。これは本当に大きな問題だと思えます。

悲嘆は健康に大きな問題を引き起こします。とくに体の健康に大きな支障を引き起こします。それで、それを支えることができなくなってきました。たとえば、食べられなくなるとお年寄

りだったらすぐに健康を害してしまう。それをちゃんと発見してあげるシステムがないといけない。健康を害したときの受け入れ先がないと精神的な問題まで引き起こします。体の問題をサポートできなくなると、大きな表現ですが、寿命を縮めてしまう。そこにはカウンセリングなどが入り込む余地はあまりありません。

そうはいつても、心のケアに従事する人たちに対しては、死別を経験された方にどういふふうに接すればいいのかについてトレーニングしなければいけません。

悲しんでいる人についてはいけないことは何なのか。たとえば、ひとりだけですんでよかったですとか、きょうだいを亡くした人にあなたがしっかり親御さんを支えてね、とかいうべきではないです。自分の死生観や宗教観を持ち出すべきではない。そういうあたりまえの配慮ができるようなトレーニングをするときには専門家が役立つでしょう。あるいは、うつ的で精神科の治療が必要という場合には、そのリスクのある人を見出す方法を教えてあげて、見出したあとの受け皿になることはできると思う。バックアップするかたちで専門家が存在することがたぶん正解なのでしょう。

今回は全国からたくさん保健師さんが派遣されてまがりなりにも地域保健活動を再開しようとしているわけですから、保健師さんたちが住民を戸別訪問して出てくるニーズの中に、精神科の医者じゃないとだめな場合があれば対応するということですね。あとは住民に対して回復の可能性を啓発することや、行政職員や消防士など地域で活動する支援者へのサポートについても大きな役割は果たせると思います。

——支援者の方々へのサポートはもう始まっているのでしょうか。

南三陸町に行ったとき、地元の保健師さんにいわれて町の職員の方ともお話をしたんです。そうしたら先ほど申し上げたような悲惨な状況の話になった。こういう場合、被災地で仕事をしている人たちに対して専門家がまず伝えるのは、休んでください、ということですよ。少し休憩しながらやらないともちませんよと、そんな話をするんだけど、今回は休憩しなさいということをおぼくはいえなかった。だって、休憩できる状況にないわけですよ。戻るのが避難所でまわりは被災者だから、そこで休めなんていつでも休めないわけですよね。

報道番組で、ある精神科医がどこかの役場で幹部を集めて、スタッフを休ませてくださいといっている場面を見たことがあります。役所の人たちは苦笑しながら、そんなことできる状況じゃありません、といっていたんです。南三陸町で役場の方に接して、本当にそのとおりだと思い、困惑しました。しばらく頭を抱えていたんですけども、五分でも十分でもいから住民の方の目の届かないところで休める場所をつくって、そこでお茶を飲めるような、そういった環境整備からやりませんかという話をしたら、それだったら何とかできそうだと、いっていただいて、胸をなで下ろしました。

自分の健康管理すらまったくできていない状況でした。たとえば五十代で高血圧の持病を抱えている方が、三週間、そのことは考えたことはなかった、自分の体のことなんて何にも感じないとおっしゃっていましたからね。やっぱり血圧ぐらいチェックしましょう、健康管理をしましょうとお話して、それだったらできるかもということになったんですけども。

ですから、支援者の支援も、現実的なこと、彼らができることをいわないとなかなかむずかしいですね。それはぼくが今回被災地に出かけて一番心に残ったことです。

——震災後、二カ月、三カ月、半年、一年、ときまざまなフェーズで状況は変わってくると思いますが、今後、精神保健面ではどのようなことに注意していけばよいですか。

当初から報道でも話題になっていたトラウマ反応、PTSD（「外傷後ストレス障害」が正式な医学用語だが、「心的外傷後ストレス障害」とされることが多い）などが現れてきますし、健康管理ができないことも問題になってくるでしょう。うつ病を患う人や、アルコール依存の問題も心配です。また、被災地はもともと自殺者の多い地域でしたので、それがどう推移するのもかも注意する必要があります。予防的な啓発をしていかなければいけないところなのですが、だからこそ、地域保健システムが再建されないと、いくら外から入っていつてやろうとしてもできないんです。同じ宮城県内でも大きな差がありますから、その差を埋めるようなコーディネートをしていく必要があるだろうと思います。

福島県での支援

——福島県にも行かれたそうですが、これまで歩いてこられた被災地との違いは感じになりましたか。

ぼくが入ったのは福島市です。一部に建物の被害があった場所もありますが、津波の影響はありませんので、とくに大きな被害は感じられませんでした。ただ福島イコール原発になっってしまったからです、みなさん冷静ではあるのですが情報が錯綜しているため不安は大きいと思いました。宮城県では県外ナンバーの車をたくさん見ましたが、福島県では福島以外のナンバーをほとんど見なかった。外部からも人が入ってきていないんだろいうという印象がありました。

日本トラウマティック・ストレス学会といって、災害や犯罪、事故などで心に傷を負った方々の治療や研究にあたる医師やカウンセラーなど援助職が参加する学会があるんですが、ぼくはその東日本大震災特別委員会の委員長をしているんですね。そこで学会の役割として、たんに情報を発信するだけではだめだ、もっと各地域を回って現場での支援を継続的にやろうと提案したんです。みなさんの同意を得られたので、岩手と福島にも足を伸ばしたわけですね。福島には、犯罪被害者などのトラウマ研究で知られる小西聖子先生と一緒に出かけました。保健所のみなさんや医療関係者など支援職の方々への研修やコンサルテーションはできますので、今回はその、いわば御用聞きをさせていただいたんです。

——福島県の心のケア活動の状況はいかがでしょう。NPO法人日本臨床研究支援ユニットが運営する「きぼうときずなプロジェクト」が、聖路加看護大学と協力して看護師や保健師を長期的に派遣する活動を始めたとの報道で知りました。福島県立医大の後方支援というかたちの活動です。聖路加看護大出身の保健師・看護師である女優の石井苗子みっこさんが調整役

をされているのですが、報告会で「十年単位の時間がかかる。私のライフワークになるかもしれない」とおっしゃっていたことがとても印象に残りました。

聖路加看護大学の活動はぼくも聞いています。福島県は、原発から三十キロ圏外の被災地があつて、茨城県に近い県南部のいわき市は支援が入りやすいのですが、相馬市と双葉町がある県北の相双地区そうそうは物流が途絶えたため、病院や薬局が閉鎖されて、精神科医療の空白地帯になってしまったんですね。そこを福島県立医大の丹羽真一先生と大学病院のネットワーク経由で来た支援チームが引き受けてくださった。丹羽先生は東京大学出身でいろんなネットワークを持っておられるから、丹羽先生を助けようといって、各地から人が集まったんですね。

一方、福島県の精神保健福祉センターのほうは、内陸の中通り地区や会津地区に避難した一万二千人ほどの人たちを支援の対象とすることになりました。ただ所長の畑哲信先生によれば、この地域の避難者の方々の動きがとても見えにくいんです。温泉地や県外へ、また居心地が悪いからといって指定された避難所を離れる人も多く、地域保健活動というかたちで進めていくことが非常に困難になってきている。避難された先の保健所がうまくバックアップしてくださるといいのですが。

——自分の家にいつ帰れるのかわからない。年単位もしくは十年単位に及ぶかもしれないという不安は、経験した人でなければ決して理解できないものだと思います。しかも疾患を

抱えておられる方や、対人関係がうまく持てなくて孤立されている方、この震災で一家の大黒柱を失われた方などは、個別に避難されたりすると必要な支援の手が届かなくなってしまふ。心のケアという以前に、地域の人々による見守りの大切さを痛感します。

また放射性物質の問題も、日増しに住民の日常生活に大きな影響を与えていますね。得られた情報が科学的であれ非科学的であれ、被曝に対する不安が精神的な問題につながっていく危険性は否めません。今後、精神保健面で留意したほうがいいことがあれば教えてください。

そうですね。情報が錯綜し、あとになればなるほど悪い情報が出てくる。放射能の専門家といわれる人たちの意見も、両極端に割れている。こんな状況で不安になるなどというのは、どだい無理な話ですよ。不安はつきないけれど、それでも不安は少ないほうがいいのは間違いないですから、少しでも不安を減らしていくしかないでしょう。

小西先生がとても印象深い話をされていたのですが、彼女が双葉の消防署に行ったとき、福島県立医大の放射線科の先生に同行してもらったのだそうです。その先生が、自分は妊娠中の妻と、変わらず福島に住んでいる、放射線医学の知識ではそれが妥当だと思っていると、説明したことが、なにより説得力があったのだそうです。外部のえらい専門家がいくらデータを示して説明しても納得はいかないのだけれど、地元に住んでいる自分たちよりは放射能のことに詳しい人が話す腑に落ちるんですね。

何ミリシーベルトと数字で説明されると、わかりやすいと感じる人と、かえって混乱する

人がいます。情報は具体的な例をあげて伝えたいし、住民に説明をする場合は、できれば少人数ごとにするほうがいい、というのが小西先生の意見です。私もそのとおりだと思います。わかりやすい言葉で繰り返し情報を伝え続ける、それも地元の医療関係者や保健関係者が行うのがいいのではないのでしょうか。

福島が抱える問題は、放射能の不安だけではありませんね。先行きがまったくわからないことから来る不安や怒り、そして、家はそのままなのに離れなければならないという悔しさを多くの方が感じているでしょう。原発に近い地域では、原発関連の仕事をしてきた人も多いので、原発とあまり関係のない人との間に複雑な葛藤が生じるでしょう。補償の問題が、葛藤をさらに深めることもあるかもしれない。県外に避難した方たちをどう支援するのか、ということも考えなければなりません。

いずれにしても、これまで誰も対処したことのない状況なので、精神保健上の関わりも手探りで進めていくしかないでしょうし、大きな挑戦であることは間違いありません。だとすれば、福島に住んでいる支援者の人たちを、ぼくたち外部の者が長く支えていくことを考えなければならぬと思います。

第2章 被災者の心の傷

災害時の心のケアは、第1章でみたように、応急期は精神科医療の補完が活動の中心ですが、その後は時間の経過とともに現れるさまざまな心の反応に向き合うこととなります。大切な人の死に打ちひしがれ、悲嘆に暮れる人がいます。死の恐怖を覚えるほどの災害に襲われたことから不安が治まらず、わずかな揺れや音に敏感になったり、気持ちがかぶつてなかなか寝付けなかったりする人もいます。そんなとき、そばにいる人はどうすればいいのでしょうか。

加藤氏はこれまで、阪神・淡路大震災で心に深い傷を負った人々の回復への道のりに伴走してきました。避難所や仮設住宅を巡回して被災した人々のさまざまな訴えに耳を傾け、医学的な対応が必要な人がいれば、手探りで治療にあたりました。愛する人を失った遺族の悲しみを真正面から受けとめ、彼らが少しずつ日常を取り戻していく姿をそばでそっと支えてきました。

そこで本章では、まず始めに、災害が社会や人の心にどのような変化を引き起こすのかを見ていきます。ごくあたりまえの自然な反応と、精神的な治療が必要なトラウマの違いはなにか。周囲の人々が気をつけること、専門家の助けを借りたほうがいいことについて考えます。傷が深まらないようにするための予防策や、PTSDと診断された場合の治療についても、国際的に効果が証明されている方法を紹介していきます。

後半では、愛する人を失った遺族にどう接すればいいのか、死別によって引き起こされる悲しみ、すなわち悲嘆のケアについて採り上げます。家族や友人はなにができるのか。ボランティアはどんな態度で接すればいいのか。心のケアの専門家でなければ対処できないことがあるとすれば、それはなにか。つらい気持ちを抱える人に話を聞くときに気をつけることや、被災した人々同士が体験を語り合う際に注意すべきことについても、東日本大震災の現状をふまえながら考えてみたいと思います。

災害に遭って心はどう変化するか

——東北の被災地を取材していると、さまざまな悲痛な声を耳にします。毎晩のように津波で流された人たちの夢を見て苦しいとか、自分はある人たちを見捨てて逃げてしまった、あのとき一緒に死んだほうがよかったと自分を責め、涙を流す方もいらっしゃいました。

津波は本当に残酷な災害で、一瞬にして生死が分けられたというか、怪我をして助かったという人は少なく、死ぬか生き残るかしかなかったわけです。自分の家族や知人が目の前で流されていった場合には、生き残ってよかったという感情より、なにもできなかったという無力感と、生き残ったことの罪責感が本当に強く残ってしまうでしょうね。

メディアはよく、東北の人は我慢強くて感情を出さないと報道します。立ち直るために第一歩踏み出した人の姿を採り上げること多いです。実際に現場に行くと、そういうものが垣間見えることはありますけれども、それでもやはり、茫然自失されている方をよく見

かけます。直接お話をうかがうと、これまで我慢してきたものが堰【せき】を切ったようにあふれ出てくる。家族を失った悲しみを抑えきれないとか、どうしようもないことに対する怒りや激しい気持ちを聞くこともあります。メディアを通じて伝えられるものと、ぼくらが現場で接するものとの間には大きなギャップがあると感じています。

——加藤先生はこれまでに多くの被災された方々の心の変化に向き合い、治療者としての重荷を受けとめてこられたわけですが、災害に襲われたときに人がどうなるのか、あたりまえの反応といえますか、ごく自然な変化について、まずは教えていただけますか。

それについては、二つの考え方があります。一つは、災害からの時間の経過とともに表れる被災社会全体の心理的变化として理解するもの、もう一つは、個人が示す心理的反応によって理解するものです。

まず社会全体についてですが、恐怖を体験した直後は、茫然としてなにも感じない、すべての感覚が麻痺したような状態になることがあります。その後、脳が過剰に興奮して気持ちが高ぶり、人によっては過剰適応が起こることがあります。その結果、被災したコミュニティ全体が、妙に昂揚した気分支配されたようになる。避難所はとてもなごやかだし、変ないい方になります。活気にあふれ、リーダーみたいな人が自然に役割を引き受けて統制していく。一致団結してこの苦難を乗り越えよう、という雰囲気になります。これが、災害のもたらす精神面の後遺症について考察したビヴァリー・ラファエルの『災害の襲うとき——カタストロフィの精神医学』に描かれている「災害ハネムーン」とよばれる現象です。今回

の災害後に、日本人が示した礼節や秩序に世界中から賞賛の声が寄せられましたね。これは日本人が持つ道徳観や規範意識が影響した側面は大きいですが、災害ハネムーンの典型的な状態ともいえると思います。

その後、次第に災害の全体像が把握され、失ったものの大きさと再建する上での困難に気づいて失望し、幻滅していく時期に移行するといわれています。そして、時間が経つにつれて徐々に個人も社会も再建のプロセスに入り、精神的な影響もおさまっていくというのが、ラファエルの示した被災社会のたどる経過です。ただ今回の災害は、なかなか先が見えませんが、数カ月経っても仮設住宅の目処が立たなかったし、復興の青写真はいつまで経っても皆目見えないという状態が続いている。こうなると、幻滅期は長く続くことになるでしょう。

ここで重要なのは、復興の時期には、さまざまな格差が生じるということです。同じような被災状況であっても、早く再建のプロセスに入れる人と、そうではない人の差が生じてくる。経済的な基盤の弱い人や、高齢者はなかなか生活再建の目処が立たず、与えられた最低限の生活に甘んじなければならなくなる。この現象を、私の恩師である中井久夫先生は経済学の用語を援用して「はさみじょう 鋏状格差」と呼びましたが、時間が経てば経つほど鋏の刃先が開くように差が広がるという状況になります。

恐怖体験とトラウマ

——被災した社会が立ち直っていくためには、生活再建を含む復興政策のあり方が大きな

影響を与えるということですね。では、災害によって、個人の心にはどのような反応が起こるのでしょうか。

個人が示す心理的反応は大きく三つに分けて考えると理解しやすいのですが、重要な点はどれも基本的に正常な反応だということです。

まず一つめは、災害がもたらす恐怖体験によって生じる変化です。これこそが、いわゆるトラウマとしての影響です。トラウマとは、生命の危険に直面したり、悲惨な光景を目の当たりにしたりすることによって、激しい恐怖感と無力感、あるいは戦慄を抱く心的体験のことです。今回の災害がトラウマを引き起こす典型的な事態であることは、誰の目にも明らかでしょう。

トラウマを経験したことによって起こる反応は、その時と同じような恐怖感がよみがえってくることで、つまり体験の記憶が過去のものにならないという状態です。普通、人間の記憶は時間の経過とともに変化します。その時の体験を思い出すとすれば、過去の出来事として思い浮かぶように変わっていきます。ところが、トラウマの記憶はいつまでも生々しいままで、単に思い起こされるのではなく、まるでその場にいるような感情と体の反応を引き起こし続けるのです。なにかのきっかけに触れて思い出される場合もあれば、なんのきっかけもないのよみがえってきたり、夢の中に出てきたりします。そうすると、思い出させるような状況を努めて避けるという行動を取ることにつながっていきます。さらに、危険を避けるために周囲の状況に過敏に反応するという変化も生じてきます。

これらは、人間が動物であることの証ともいえる反応で、誰にでも起こる可能性があるものです。通常は時間の経過と安全な状況に身を置くことによって、徐々におさまっていくのですが、なかなかおさまらず、おさまらないことで生活や仕事、人間関係に影響が出てしまうと、PTSDと呼ばれる精神的な障害になってしまいます。PTSDについては、後で詳しく解説します。

死別による悲嘆

——二つ目の心理的反応は、家族や友人を亡くしたときの変化ですね。

ええ。重要なのは、悲嘆（グリーフ）といわれる反応です。災害は多くの死別を引き起こします。

死別が引き起こすあたりまえの感情は、悲しみです。病死などの場合は、死に至るまでに怒りや抑うつの時期を通過して、ある程度受容する準備ができることが多いのですが、災害や犯罪のように、突然、残酷なかたちで死に直面すると、当初はなんの感情も生じない状態になってしまうことがあるんです。悲しいはずなのに、なんとも感じない。そばで見ていると穏やかに死を受け入れているように見える。いわば感情が麻痺したようになってしまうのです。

日本以外の東アジアの国には、死に接したときに激しく泣き叫び、感情をあらん限りに表出するという習慣がありますが、日本の場合は、死を堪え忍ぶのが美德とされるようなところ

ろがありますので、ますます感情を抑え込んでしまうことにつながるでしょう。

今回の震災ではあまりに多くの方が亡くなったので、自分だけではない、自分はまだまだしだと思ひ込むことが影響する可能性もあります。本当は起こるはずの激しい悲しみの感情を感じる事ができず、悲嘆の通常のプロセスが進まない方が少なくないことが予測できますね。

——悲嘆の通常のプロセスとは、どういうことですか。

悲しみの感情はいつまでも続きますが、多くの場合、ずっと同じ強さではないですよ。お通夜、葬儀、初七日、四十九日、初盆、一周忌などの喪の儀式を行いながら、悲しみは次第に対処できる強さに変わっていきます。あるいは、少しずつ背景に退いてくれる。思ひ出せば悲しいし、涙は出てくるけれど、常時悲しいわけではないというような状態になります。

しかし、災害などの突然の死別体験をすると、さきほど申し上げたように悲しみを感ずない時期を経験する場合もあれば、悲しい感情がいつまでもその人を圧倒する状態のまま続くこともあるのです。

悲嘆のプロセスが進むためには、きちんと悲しむことと、生活を徐々に立て直していくことが必要といわれているのですが、今回は生活の目処が立たない人たちも多いですよ。そうすると、悲嘆からの回復はますます進まなくなるでしょう。

生活の変化がもたらすストレス

——心理的反応の三つめに、「二次的な生活変化」とありますね。これはどういうことでしょうか。

それは、災害がもたらす生活状況の変化を意味します。災害で家を失って別の場所に移り住むことになれば、生活パターンは大きく変わります。経済的に苦しい状況になる方も多いです。仕事を失った場合だけでなく、二重ローンを抱えてしまったとか、家財をそろえるのに多額の出費が必要だった場合なども、経済的な影響は大きいはずです。人間関係も大きく変化します。近所づきあいも変わるでしょうし、遠くに転居しなければならぬ場合は、新しい環境にとけ込む必要が出てきます。仮設住宅の住環境は避難所よりはましだけれど、夏はものすごく暑くて冬は凍てつくように寒い。その上、隣の生活状況は筒抜け、というように我慢に我慢を強いられますから、そこに長く住むことは耐え難い。高齢者なら、かかりつけの病院や介護サービスの担当者が替わってしまうと慣れるまでに時間がかかることもありますし、転校を強いられた子どもの中にはなかなか馴染めず友だちができないということもあるでしょう。

こうした生活の変化がもたらす精神的負担、つまりストレスは一つ一つは対処可能かもしれないけれども、積み重なって長く続くと、心身の健康に大きな影響が出てしまうことがあります。糖尿病や高血圧などの持病の管理ができず、悪化させてしまう人は少なくありませんし、不眠や漠然とした不安、あるいは気分の落ち込みなどの精神的問題として影響が出る

ことがあります。

影響を少なくするために必要なこと

——このたびの震災では、原発事故が加わったことで復興計画の策定に手間取り、すべてが遅れに遅れてしまった。避難を余儀なくされた方々については行き先も定まらず、今も移住転住を繰り返しておられます。故郷に戻る日がいつになるのかもわからないまま、安全・安心という意味からほど遠い状況にいらつしやいます。

ええ、本当にそうです。彼らは原発難民といわれているようですが、福島だけでなく、土地の問題で先が見えない方々は、安心などできません。仮設住宅といえども自分の暮らしが少しでもイメージできて、ここで頑張って生活していかなきゃいけないという覚悟が持てると、自分で対処していけることも多くなっていくと思うのですが。それが達成できないことには、ぼくらの出番はないんですね。心のケアなんていっていられません。安全・安心とプライバシーのある暮らしがまず始まらないといけなくて、それがその人を回復に向かわせる原動力になるのです。

——安全・安心とプライバシーの確保。これらを整えることが、まずは、精神面に後遺症を残さないための予防策ということですね。精神科医や心理士の力ではなく、まさに生活再建そのものですね。

そのとおりです。たとえ避難所のひどい環境の中でも工夫していくことは可能です。阪神のときの避難所には、今みたいな衝突【ついたて】はなく、プライバシーがまったくない状況でした。でも、みなさん自然発生的に段ボールを集めてこられて、高い仕切りをつくった。都市生活者だからプライバシーを非常に重んじてらっしゃったんですね。それが一つの対処法になりました。

あと、自分ひとりだけがこんな目に遭ったわけじゃないと思うことも対処法の一つです。苦しさを抑え込んでしまうことにはネガティブな側面もありますが、そのことは同時に、自分だけじゃないからと今ある状況を受け止めていくことにもなるので、必ずしも悪いことではないわけです。

後々まで影響を受けやすい人

——安全・安心、プライバシー、といった生活再建へ向けての外堀を少しずつでもできるところから埋めていくことが重要な予防策だということはよくわかりました。では、後遺症を残す危険性があるのはどのような状態にある方でしょうか。

やはり家族を失ったり家を失ったりといった被災体験が激しいほど影響は当然大きくなります。「ドーズ・レスポンス」、日本語で「量反応関係」といいますが、被災程度と心理的影響は、わりと単純な比例関係になることが多いといわれています。でも、それだけでは説

明できないところがあって、ドーズ、つまり被災程度が小さいにもかかわらず後々まで影響を残す人たちがいるわけです。

一つは、支援を受けにくい人たち。そもそも人と接するのが苦手という人がいますよね。支援があつたとしても、結構です、といって受け入れない。そういう人たちはやはり回復が遅れると思います。支援というのは回復の後押しをしてくれるものにもなるのですが、それを受け入れないというのは自分から回復のチャンス逃してしまっていることになるわけです。

二つめは、これはかなり慎重にいわなきやいけないことなんですが、脆弱性ぜいじやくせいということがいわれています。

——ストレスに対する抵抗力が高いか低いかということでしょうか。

そうですね。同じストレスでも影響を受けやすい人と受けにくい人がいて、海外の研究では内向的な人、神経質な人、神経症性の高い人たちは、PTSDなどの後遺症のリスクが高いといわれています。以前にそういう精神的な問題を起こしたことがある人、既往歴がある人というのもやはりリスクは高いです。支援を受けないまましていると、当然、リスクは非常に上がってしまいます。

あともう一つ、その後のライフイベントが影響することもあります。身体的な病気になつてしまふとか、転住、リロケーションの問題ですね。引越すというのは人間にとって

大きなストレス要因になりますので、それを繰り返せば繰り返すほどストレスが増えていくわけです。

——結婚や離婚はどうでしょうか。震災をきっかけとして仲がよくなる夫婦もいますけれども、阪神のときは別れる夫婦も多かったという報告を読んだことがあります。

そうですね。いちばん有名なのは、今、上智大学グリーンケア研究所所長をされていて当時聖トマス大学にいらした高木慶子さんの研究です。阪神のときに子どもを失った遺族夫婦を調査したもので、それによると子どもを失ったご夫婦はかなり高い割合で離婚されているんです。高木さんが出会えたご夫婦だけを対象にしているので、遺族全体を代表するものではないことは慎重に考えなければなりませんけれど。

子どもを失うということはみなさん共通に悲しいことではあるのですが、その後の生活パターンが、男と女ではずいぶんと違うわけです。とくに専業主婦の方ですと、ずっと家において子どもを思い出させるものに接し続けなければなりませんので、どうしても悲嘆が強いんですね。

でも男の場合は、仕事に行った先でちよっと脇に置いておける。うまく置いておけるようになることも回復を後押ししてくれるんです。それが自然に身についていくと、夫婦の間でだんだんと気持ちの差が広がっていったって、わかりあえない時が来てしまうのです。

災害弱者とはだれか

——「災害弱者」という言葉があります。防災白書によりますと、災害時に身の危険を察知しても自分自身で行動できない、危険であること自体がわからない、適切な情報が得られないなどの条件に一つでもあてはまる方を指すようです。具体的には、高齢者や子ども、妊婦、さまざまな障害のある方、日本語がわからない外国人も含まれるのででしょうか。こうした方々は、やはりストレスに対する抵抗力に留意しておく必要があるのですか。

そうですね。ただそれについては、知っていたいただきたいことがあります。高齢者というのは、必ずしも災害弱者ではないところがあるんです。長く生きてこられたので、たとえば過

去に戦争や他の災害を経験されている場合があります。それが脆弱さの反対、強靱きょうじんさとして残り、ストレスにもうまく対処できる能力を持つてる人たちがおられるのです。阪神のときも、戦争に比べたらこんな屁みたいなもんです、とおっしゃる高齢者はたくさんいました。

人生の中でいろんな死別の経験をしてきたし、つらいことも経験してきたということが糧かてとなつて、回復していく人たちは当然いらつしやるんですね。

さらに高齢者は、社会的には災害弱者という位置づけですから、災害直後から支援を受けやすい。保健師さんなどが見守りで巡回する対象になる。お年寄りのみなさんは昼間から避難所におられますので、支援が充分に行き届く。そのためわりと早く軌道に乗る人の者たちもいるのです。

ところが、一方で生活再建のことを考えると、高齢者はやはり不利です。お金が借りられないし、家も建て直せない。安全・安心が確保できる場所がなかなか得られないんです。さらに、老いというのは残酷で、避難所のような過酷な環境ではどんどん自分の機能を失ってしまう。そういう人たちはいっぱいいます。だから、そういうマイナス要因がのしかかっていると自分の中にあつた強靱さを上回ってしまうので、影響が強くなってしまいます。

子どもたちの心

——同じく災害弱者といわれる子どもたちについてはいかがでしょうか。

子どもは、意外としなやかさを持っています。お年寄りの場合は強靱さなんですけど、子どもはしなやかさなんです。若竹のような。高齢者に老化があるように子どもたちには成長がある。その過程で対処能力が上がっていくので、多くの子どもたちが回復していきます。苦しい状況で自分の役割を見つけて、たとえば水汲みなんかをすると子どもって強くなつていきますよ。

もちろん、そういうふうにはいかない子どもたちもいて、それは被害の大きさにもよります。親を失った子どもはなんとか与えられた環境に適応しようとするけれども、受け入れ先がむずかしかったりすると適応力を超えてしまう。そうするといろんな問題を残すことがある。あとは生活が安定しなくて、親が不安を抱えているとそれが子どもにも影響します。ぼくたちが阪神から七年後に実施した子どもの調査がありますが、やはり親の不安が強いほど子

どもの不安も強いという結果になりました。兵庫県教育委員会から委託を受けて、被災地と被災地以外の地域で小学校と中学校を無作為抽出し、いくつかの学年を選んで子どもたちに答えてもらったもので、保護者のほうは主にお母さんをお願いして、お母さんがいないときにはお父さんに答えてもらいました。これを多変量解析という方法で分析したのですが、かなりきれいに有意差が出て、保護者の不安が高いほど子どもたちの不安は高いということがわかったんです。

保護者の不安というのはこの場合、被災の大きさや生活再建のむずかしさですが、そういう状況でも親がきちんと乗り越えている姿を見せていると、子どもも安定していけるのです。要するに、親が安心できる存在で、安全な環境が整うほど、子どもは回復していく。それが子どものしなやかさだと思えますね。そのためにも、外堀を埋めるといいますか、しなやかさが発揮できる環境がないといけません。

——子どもの年齢による差異はあるのでしょうか。思春期の中学生とまったく親の保護下にある幼児期ではちよつと違うのかなと思うのですが。

一般的にいわれるのは、災害直後に子ども返りをするとか、反応の現れ方に違いはありますけれども、回復に関しては、小さい子どものほうが周囲に守られやすいから回復していきるかもしれませんね。

——むしろ中学生ぐらいのほうが、大人になるように周囲が要求するということはありま

せんか。

阪神のときに中学一年生だった女の子で、家が全壊してお姉さんを亡くした人がいます。大学に入るまでは何ともなかったけれど震災から十年目にPTSDを発症しました。中学生ぐらいだと学校でも自分の苦しい胸の内をいえないし、家でも「あなたがしつかりしなきや」みたいなことになるので、ずっとひとり我慢して耐えていたんですね。今はもう二十九歳ですが、すでに回復して、大学院の연구원としてがんばっていますよ。

——その方には、のちほどお話をうかがってみたいと思います（第4章）。

PTSDとはなにか

——このたびの震災で、PTSDがなんであるかは知らなくても、言葉だけはメディアを通じて見聞きしたことがあるという方は増えたのではないかと思います。そこでうかがいたいのですが、とはどういう症状によって診断される病気なのでしょうか。

PTSDは、災害だけでなく、戦争や犯罪、事故、レイプなどさまざまな要因によって引き起こされ、その診断基準は災害にかぎらず決まっています、典型的な症状は、主に三つあります。

一つは、意図していないのに体験を思い出すこと、「再体験」です。それも恐怖感や生理

的な反応を伴って想起してしまいます。

二つ目は、恐怖感を思い出したくないのでいろんなことを避けるという、「回避」です。たとえば阪神のとき、火災のあった神戸市長田区で被災した人がなかなか長田に近づけなくなってしまうということがありました。住んでいた文化住宅のあった場所が本当はなつかしいんだけど、見たいんだけど、行けなくなってしまうたと。

三つ目は、不眠とか非常にイライラしてしまうとか、最初に普通の反応として起こる「過覚醒状態」がいつまでもおさまらないことです。

さらに診断のためには、再体験が五項目のうち一つ以上、回避が七項目中三つ以上、過覚醒が五項目中二つ以上、それぞれそろっていることが必要で、さらに、それらの症状が一月以上続いて、自覚的な苦悩か社会的機能の低下が明らかの場合に初めて、PTSDと診断されます。最初に定義されたのは一九八〇年で、アメリカ精神医学会が定めた診基準「DSM-Ⅲ」に記載されました。

——ということとは、隋神医学の歴史においてPTSDが病気として確認されたのは一九八〇年ということでしょうか。

いや、じつはそれまでも違う名前ではいろいろと呼ばれていたんです。たとえば「鉄道脊髄症（レイルロード・スパイン）」という病名があります。十九世紀イギリスの産業革命の頃、鉄道が一気に普及したことがあるんですね。普及したはいいけれど、事故が相次いだ。するとその負傷者や遺族が共通した強い症状を示したのです。痛みをいつまでも訴えてやま

ない。当時は事故で脊髄を強打したことによって起こったのだと考えられたのです。

「戦争神経症」と呼ばれていた時期もあります。第一次世界大戦のときにいわれた、シエル・シヨック、砲弾シヨックですね。兵士たちは塹壕を掘って敵と対峙し突撃していくわけですが、周囲を砲弾が飛び交うので、その恐怖感から今でいう典型的なPTSDになったそうです。NHKが二十世紀を特集した番組の中に、シエル・シヨックを紹介している場面が

こうきゅうはんちよう

けいれん

あるのですが、後弓反張こうきゅうはんちようといって、てんかんの発作みたいに全身を痙攣けいれんさせているイギリス兵の姿が映し出されています。この症状は、のちにヒステリーと呼ばれる精神疾患で有名になったものですが、それくらい激烈な反応を示す兵士がいたということなのでしょう。

当時のイギリスでは、戦場で精神的後遺症をきたした者に対してはとても厳しい仕打ちがなされたそうです。軍法会議にかけられて、前線に戻されたり、ひどい場合は戦争忌避と見なされて死刑になることもあったといわれています。

——日本に戦争神経症の記録は残っているのですか。

中井久夫先生は、日本は戦死者が多いからになるべき人はみんな死んでいるという理解の仕方をされています。ただ、そうはいつても空襲がしよつちゆうあるので一般市民が反応を示したはずなだけけれど、そういう記録は残っていないですね。

ただ災害については関東大震災のときの文献が残っていて、当時の研究者がいろいろ文献をレビューしたのでしよう、イタリアで災害神経症といわれるものがあつたという報告があ

るそうです。イタリアは地震や火山の噴火がありますからね。それに対して都立松沢病院（現在）の先生が書いていたのは、わが国民は強靱な精神力を持っているのでイタリアのようなことは起こらないだろう、ということでした。実際は症状を残した人たちはいたのでしょうか、当時の世相ではこういうふうには鼓舞するしかなかったのでしょうかね。

しかし、別の調査では、関東大震災後、精神病院に入院した患者の中にうつ病の人が増えて、これは震災後の生活苦が影響しているのではないかという記載もありますので、当時の日本人も実際は災害の影響を受けていたのです。

災害とPTSD

——地震や津波などの災害に特徴的なPTSDの症状はあるのですか。

やはり再体験じゃないでしょうか。意図せずに悲惨なことを思い出してしまう。パソコンでたとえると、名前のついてないファイルがいつもデスクトップに残っているような状態です。なにをしようとしてもいつも記憶としてつながってしまうのでとてもつらい。

それが自然によりみがえってくる人もいれば、小さな余震とか、トラックが横を通ったときに家が揺れることがきっかけとなって、パニックになってしまう人たちもいます。

——それは避難所や仮設住宅のような限定された場所で、しかもそういう方がいるかもしれないとあらかじめ予測して見守りをする場合には見つけやすいですけれども、それ以外

の場合は自己申告するしかないのですか。

そうです。自分でいってもらわないとわからないですね。

あと再体験症状の中で有名なのが、悪夢です。人間はだいたい毎日違う夢を見るものですが、被害を受けた人の中には同じ夢が毎日毎日出てくるといふ人がいます。自分が生き埋めになっていたときの状況とか、遺体を見てしまった人は遺体の悲惨な姿がいつも夢の中に出てくるとか、そういう訴えがありました。阪神は早朝の地震でしたから、消防隊員や自衛隊員のような救助のプロだけでなく、一般の住民、とくに壮年層の人たちが救助活動をしたり、遺体の搬送をしたりした場合が少なくありませんでした。だから、その経験がトラウマになって後々まで残ったという人には何人もお会いしました。

——PTSDになると日常生活にどのような支障をきたすのでしょうか。

PTSDのDはディスオーダー、つまり障害ということですが、なにをもつて障害といふかといえば、そのことによって社会的な機能がどれだけ低下するかということが問題になります。社会人であれば仕事ができなくなったり、学生だったら学校に行けなくなったりします。人間関係も崩れてしまいます。

ぼくがお会いした阪神の生存者でPTSDと診断した方は、しばらく生き埋めになっていたんです。暗いところにずっと身を置かなければいけなかった。そのために、暗くすることができなくなりました。避難所にいる間は、明るいからよかった。でも、少し身を落ち

着けるような場所に移ったとき、そうはいかなくなつた。電気を消して寝ることができないんです。夜は暗くて怖いから、昼間ずっと寝ていて、暗くなると電気を煌々【こうこう】と照らしてごそごそ活動する。ぼくがお会いしたのは震災から四年ぐらいたったときだったんですけれども、仮設住宅にずっと引きこもっていました。四十代のひとり暮らしの方で、仕事もできなくなっていました。日常生活にかなり支障をきたしてくると、PTSDのDにあてはまるわけです。

よくいわれることですが、恐怖体験を思い出すことはあたりまえなんですよ。それだけの思いをしたわけですからね。ただ、それがどのくらい自分の社会的な機能に影響を残すかということ線引きされて、PTSDと診断されるのです。

——さきほどの方は男性ですが、女性の場合はどうでしょうか。仕事をされている方の場合は男性とあまり変わらないのでしょうか、仕事をしていない専業主婦の方は日常生活にどのような支障をきたしますか。

たとえば、家事ができなくなります。全体的な活動性が落ちてしまふし、人間関係も非常に限定されていくので、家族としか話せないし、家族でも自分が頼りにしている人しか接することができないようになって引きこもってしまう。そういうことは当然女性でも起きます。主婦としての社会的な役割が果たせなくなります。

——ふつうの神経症とよく似ていますね。

デイスオーダーの部分はどんな精神的な病気とも共通していて、社会的な機能や対人関係上の問題がどれだけ起きるかが基準になりますから、うつ病であろうがパニック障害であろうが、症状があるだけで診断することはなくて、機能がどれだけ下がるかということが問題になってくるわけですね。

——PTSDの場合は、きっかけが災害であったり、事件や事故であったりということですね。

そうですね。だから、自己申告でアンケート調査をして症状の有無だけを判定すると、PTSDのリスクがある人はかなり高い割合で出てくることがあります。災害においてPTSDと診断されるのは被災者の一割といわれていますが、アンケート式の調査法で点数をつけると、一割以上になることがよくあるのです。

たとえば、兵庫県が震災後に毎年実施した「被災世帯健康調査報告書」というアンケート調査の報告書があります。そのうちの平成九年度、つまり震災から三年あまり経った頃のデータでは、仮設住宅入居者八百七十七人、復興住宅六千二百四十八人の被災者が調査対象になっています。この方々に対して、IES-R (Impact of Event Scale-Revised) という尺度を用いて調査しました。自分でつけることができ、症状の強さを測定できる物差しで、ある点数以上になるとPTSDの可能性が高いと判断します。この調査の場合、得点が高い人の割合が仮設住宅では三割ぐらい出た。復興住宅ではもう少し下がって二割ぐらいです。さきほ

ど、災害被災者のうちPTSDと診断されるのは一割といわれていますが、仮設住宅にしろ復興住宅にしろ、どちらにしても一割は超えたんです。

それはいくつか理由があります。自分でつけるものだから社会的な機能が評価されていない。症状の程度を自己申告によって判定するので、ディスオーダーがきちんと判断できない。反応は残っていても普通に生活しているという人がいる。そうなるとPTSDにはならないわけです。あと、仮設住宅はやはり被害程度の大きな人たちが住んでいて、とくに四年後だと缺状格差が広がって回復できなかった人たちが集まっているので、それだけ高いといえると思います。

七割は回復する

——災害の影響によって仕事に行けなくなるとか、家事ができなくなる、対人関係が持たなくなるといった社会的機能まで評価した調査はないのでしょうか。

あります。阪神の仮設住宅で面接調査をしたことがあるんです。同じように震災四年目ですが、この場合はPTSDという診断がついた人は、九・三パーセント、約一割でした。自記式のアンケートよりは面接による調査のほうが社会的な機能をちゃんと評価しますので正確です。ただ、調査した時期にはもう回復したけれど、四年間というプロセスで考えると、と診断できる時期があったらと判断できる人は約二割いました。

——一時期はPTSDだったけれども、ご自分で回復なさったということですか。

そうです。さきほどから申し上げている、PTSDと診断されるのは被災者の一割というデータはいろんな海外の研究からいえることなのですが、とくに有名なのは、一九九五年にR・C・ケスラーというアメリカの疫学者がPTSDの有病率を検討した、ナショナル・コモビディティ・サーベイ（併存症調査）です。それによると、たとえばレイプであれば五〇パーセント近く発症する。自然災害では四〇五パーセントです。そのほかいろんな研究を並べてみると、だいたい一割前後になるものが多いですね。

ケスラーの論文のもう一つ興味深いところは、生存曲線、サバイバルカーブといって、症状がどう変わっていくかを統計的に分析している点です。この方法を使うと、たとえばがんになると、その集団がどのくらい生き残っていくかを統計的に予想できます。

PTSDについても示していて、それによると、PTSDと診断された人は七十二カ月、つまり六年経つと三割ぐらいの人を残して七割は回復する。それは、治療を受けても受けなくても変わらないというんです。ただ、治療を受けるとやはり早く回復することの者できる。つまりこの調査が物語るのは、治療を受けようが受けまいが回復できない人がいるということなんです。三割というのはちょっと高いような気がしますが、ぼくらの実感として、どう治療しても回復していけない人たちは残念ながらおられるんです。

——回復していける人とそうでない人では、なにが違うのでしょうか。

いろんなことです。さきほど申し上げたドーズ・レスポンスもありますし、もともとの脆弱性もある。支援がこなくて孤立しちゃったということもあるし、生活がいつまでも復興できないことが影響して、回復できる状況にならなかったということもあるでしょう。

——しかし、PTSDと診断されても多くの方は自力で回復するということに驚きました。

そうなんです。今回のように被災された方が大変多い場合、一割という発症率を適用すると、全体からいえば何万人にもなってしまいうじゃないですか。それだけの数のPTSDの人が現れることを予想するだけではなんの意味もなくて、七割は回復していけるということのほうが重要なんですね。ですから、専門家の治療によって回復を早めることはできるけれども、治療しなくとも自然に回復していけることが多いんですよ、とお伝えして、その方々を支えていくことがぼくたちの一つの大切な役割なんです。

PTSDの治療とは

——自力での回復が困難な場合、回復を早めるための治療はどういうものでしょうか。

まずその前提となるのは、積極的な治療をどういう人に対して行うかということ。症状が重たくて非常に苦悩が強いとか、日常生活に支障をきたしている人に対しては薬物でやわらげてあげないといけませんし、生活が立ち行かなくなっているような人であれば、より

積極的な、エビデンスのある治療に導入していく責務がぼくらにはあります。

——薬物というのはどのようなものが使用されるのでしょうか。

抗うつ剤です。おもに今は、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）で、アメリカではPTSDの適用を得ています。パキシルとジェイゾロフトという二つのSSRIが、ランダム化比較試験で有効性が証明されている薬です。SSRIは副作用が出にくいので使われることが多いのですが、うつ病の治療に以前から使われてきた三環系抗うつ薬も有効と証明されているものがあります。ただし、日本の場合、現状ではPTSDの治療適用がとれている薬剤はありません。精神科医はうつ病という病名を併記して、抗うつ剤を使うのですが、精神科医以外の先生が使うのは難しいかもしれません。

——薬以外の治療はありますか。

エビデンスをもって有効性が証明されている治療法がいくつかあります。

一つは、認知行動療法といわれるものです。うつ病に対する認知行動療法は以前からよく知られています。ベトナム帰還兵に対して認知行動療法を行った人たちがいるんですね。ジュディス・ハーマンの『心的外傷と回復』にも紹介されていますが、復員軍人病院で開発されたフラツディングという曝露療法です。戦場の映像をガンガン見せて、曝露して馴れさ

せる。これは映像であると何度も何度もいい聞かせて馴れさせていく。馴化じゅんか、ハビチュエーションといえます。

現在、治療で行われている認知行動療法もそれを応用したものが多くて、日本でできるのは長時間曝露法 (Prolonged Exposure : PE) といわれる治療法です。日本でできるというのは、技法をきちんと学んだ人たちがいるということです。

——長時間曝露法はどんな治療なのか。

長時間曝露法には二つのプロセスがあります。

一つは、目を閉じて約三十分から一時間、繰り返し繰り返し記憶を思い出し出してもらって、これは記憶にすぎないということを自分で納得していただくことです。震災によって PTSD になった人には、たとえば、地震が起きて、自分が生き埋めになって、助かりました、という被災直後の一連のプロセスがあるでしょう。それを何度も繰り返し語ってもらいます。一つのストーリーを話すのに十五分ぐらいかかるとすれば、一時間で四回同じことを語ってもらうんです。これをイメージ曝露といえます。

目を閉じて繰り返し話をしてもらっている間、自分が今感じている感情とか恐怖感とか体の反応も全部言葉でしゃべってもらう。これはさらに過酷なことのようと思われるかもしれませんが、それを ICレコーダーで録とって持って帰ってもらい、一日に一回、一時間なら一時間、宿題として聞いてもらいます。自分の声だけでなく、治療者もときどき合いの手を入

れていますので、その様子を繰り返し繰り返し聞いていく。これは記憶である、と、自分はその記憶に対してこんなに怯おびえてるんだ、ということをお勉強してもらいます。

——「私が恐怖を覚えているのは、今このときの現実ではない」ということですね。

そうです。長時間曝露法にはもう一つ曝露をするプロセスがあります。実生活内曝露、あるいは現実曝露といえます。生活の中で避けていることがたくさんありますね。震災に遭った人だと揺れるのが怖いから電車に乗らないとか、救急車や消防車のサイレンが鳴ると怖くなって近づかないようにしているとか。電車に乗れないと生活にいろんな支障をきたしますので、乗る練習をしてもらいます。

繰り返し言葉にして記憶にすぎないことを納得させることと、避けていることを克服できるように練習すること。これら二つのプロセスを行いながら、馴化を進めていきます。

——実生活内曝露では、治療者はすべて付き合うのですか。

宿題として、リストを作るんです。いきなり一番きついことをさせるのは酷ですから、できることからできないことまでを細かく書きだしてリストにし、点数をつけてもらいます。一番できない、苦手なことを百とすると、これは何点ぐらい、と。だいたい三十点ぐらいのことから始めてだんだんハードルを上げていきます。

たとえば乗り物でいえば、電車は揺れがきついでないのでだめだけれども新幹線だったらいいとか、自家用車ならもつといいとか。自家用車も自分が運転している間はいいけれど父親だと少しむずかしいとか、大きなバスはだめとかね。細かく条件を訊ねていって、じゃあ、一番点数の低い自家用車からまず練習してみましよう、というわけです。

——長時間曝露法は日本でも治療を受けられるのですか。

ええ、受けられます。ただ治療者の人数はまだ少なく、関西でいえば、ぼくがいる兵庫県こころのケアセンターと、大阪医科大学、神戸大学で、外来で治療を提供しているのはうちと大阪医大でしょうか。関東では武蔵野大学の小西聖子先生のところと、国立精神・神経医療研究センターの金吉晴先生と中島聡美先生、東京女子医科大学の加茂登志子先生、東京都精神医学総合研究所の飛鳥井望先生のところぐらいです。

ちなみに、死別による悲嘆の強い方に対しても、認知行動療法を行うことが効果的と報告されています。その場合は、恐怖としての記憶を扱うことも必要だし、きちんと悲しむことの重要性を理解していくこともしなければなりません。そのうえで、亡くなった方の思い出を紡いでいく練習もするなど、普通のPTSDのときに行われる曝露法とは異なるプロセスを組み合わせていく治療が必要になります。この治療法はともむずかしくて、実施できる施設はさらに限定されます。

——東北はいかがでしょうか。このたびの震災後、PTSDに効果的な治療法を提供でき

る専門家は東北地方では二十人足らずで、これではとても患者を救えない、と危機感を帯びた報道がありました（「読売新聞」二〇一一年五月二日朝刊）。

事実ではあるのですが、あのような書き方をされると不安をかきたてるということではくらの問では非常に問題になりました。ただ、こういった治療をやらなければいけないのはかなり重症の人なんです。しかも、とても負担の大きな治療法なので、治療に対するモチベーションがかなり高くないととても続けられません。だから治療に導入するときには綿密に説明して、こんなリスクもあるよということを引きちんとお伝えして、それでもやるのかどうかを何度も確認した上で、インフォームド・コンセントをとってから行います。

——患者さんが説明を理解したうえで、治療を受けることに同意することが前提となるわけですね。長時間曝露法のリスクとはどのようなことでしょうか。

途中でしんどくなってしまうって、しんどいまま治療が中断してしまう。曝露の途中でしんどくなりますので、一時的には悪くなるんです。不安感が高まって耐えられなくなる人たちもいます。そのリスクは当然、事前に説明します。

眼球を動かす療法 EMDR

——さきほどの新聞報道でも紹介されていたのですが、最近欧米で急速に普及している E

M D R (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) という心理療法がありますね。治療者が患者の目の前で指を左右に動かして、患者はそれに合わせて眼球を動かすのだとか。初めてこの治療法を知ったとき、そんなことで本当に治るのだろうかと大変驚いたのですが、国際的なPTSDの治療ガイドラインには「実証されたもつとも効果がある心理療法」の一つに挙げられているとのこと。日本EMDR学会も設立され、学会の認定を受けた治療者が日本でも増えているようですね。

生物学的なメカニズムはまだ解明されていないのですが、EMDRは、アメリカではエビデンスが出ている治療法なんです。フランシーン・シャピロという人が考案しました。なんでも、彼女がなにかいやなことがあったときに、公園を散歩してあちこち見ていたらその感情がおさまっていったという体験をしたらしいんですね。そこで、いやな記憶をイメージしながら目を左右に動かすといいんじゃないかと考えて、友人や同僚など七十人ぐらいに協力してもらい、試してみたら効果があったと。ちよつとにわかには信じがたい話なんです。

今、知られている方法は、まず治療者が事細かにいろんな説明をして、記憶の中でも安全に扱えるものと扱えないものをちゃんと区別します。しんどくなつたときに逃げ込める場所というか、安全なイメージをちゃんと持つておかないといけないんですね。逃げ込める安全な場所を確保したあと、いやな記憶にも少しずつ光を当てて聞き出して、そのあとで目を動かして、いやな記憶を処理していくんです。治療者が指を動かす方向は左右に限らず、患者が目を動かしやすい方向を探して決めます。そんなに長い間は動かさせませんから、一回二十

秒ぐらいで、ちよつと休んではまたやる。これを何度も繰り返します。指を動かすスピードは、人それぞれです。動きやすいスピードがあるので、速い人もいればゆっくりの人もいます。目がうまく動かせない場合は、タッピングといって膝を交互に叩く方法をとることもあります。

——いやな記憶をイメージしたまま目を動かすと、なぜ楽になるのでしょうか。

まず記憶が定着していきます。同時並行で、非常にネガティブな考え方を修正していくのですが、それによって認知も修正されていきます。

——いやな記憶が消えるというよりは、記憶が収まるべきところに収まって統合されていくということですね。さきほど安全なイメージを置いて、一方で危険なものをちゃんとより分けるといってお話でしたが、具体的にはどういうことでしょうか。

今現在、その人が安心できるイメージですね。たとえば、自分のベッドの中でクッションを抱いている状況などでしょうか。安心なイメージがなかなか持てない人だと治療までもつていくことがとても大変です。EMDRを普及しようとする人たちの中には、安全なイメージをちゃんと確保しないままやってしまうことがあります。一見、簡単そうだから誰にでもできると錯覚してしまうんですね。

前にひどいことがあって、四川大地震のときの話ですが、目を動かしゃいいんだらうとい

うことで、その場で被災者の下顎を押さえて、さあ目を動かさなさいといって指を動かしていたんですね。中国の治療者だったのですが、ぼくと一緒に行った兵庫県こころのケアセンターの大澤智子は、EMDRの専門家なので大変驚いていました。

治療法である以上、治療ができる環境を整えた上で期待できる効果とリスクの説明をし、安全な方法で提供する義務があります。それができない場合はやるべきではなくて、かなり慎重に進めなければいけない方法だということここで強調しておきたいと思えます。簡単にできそうだと思うとすぐ導入してしまうと、症状のコントロールがつかなくなつて患者さんにとって大変なリスクが生じることになりますから。

リスクという点では、前に述べた長時間曝露法も同様です。十分なトレーニングを受けた上で、スーパージョン、すなわち経験のある専門家に指導を受けながら行える体制を整えることが必要です。そうでなければ導入してはいけません。

なぜかといえば、これらの治療法も手術のようなものだからです。以前、近眼を治すレーシック手術は簡単にできそうだからといって、いろんな人がやったがために感染症などのトラブルが発生して大きな社会的問題になりましたね。レーシックも効果が出る人は劇的に改善するのですが、リスクもあるし、なにより、熟練した専門医が行う必要がある。あれと同じようなことだとイメージしていただくといいですが、効果があつて簡単にやれそうなことにはリスクがある。そのことを知った上でやらないと非常に危ない。ちゃんと薬を使うことの方がまだ安全です。

——さきほどのケースラーの調査に関連しますが、PTSDと診断された方のうち七割の方は治療を受けようが受けまいが回復するということでしたね。ということは、それ以外の三割の方については長時間曝露法やEMDRも効果がないということでしょうか。

症状の重たい人は治療を受けることによって早く七割の中に入れます。でも治療を受けても三割の人は、よくならない。どんな病気でもそうなのですが、ある程度症状をコントロールできるようにはなるけれども、完全に消えきらないという人は残念ながらいます。それは多くの患者さんの場合も同様で、途中で中断してしまう人はおられますし、がんばって完了しても、思ったほど効果が出ないという人もいます。

——七割に入る方々のうち、なにもしなくても回復する方がいるとのことですが、それはなぜなのでしょうか。

いちばん大事なのは、時間の経過です。リマインダーというのですが、時とともに症状を引き起こすきっかけになるものがまわりから減っていきますから、人間が持つ記憶の処理能力によって普通の記憶へと変わっていくのです。トラウマ記憶だったものが、いつのまにか名前がついて震災の記憶というかたちで格納されるようになる。

それから、自分なりに対処していけるようになることも回復を後押しします。たとえば福知山線脱線事故の被害者のエピソードですが、二両目で事故に遭ったから二両目には乗れないけれど、六両目、七両目なら乗れるというふうには、日常生活を工夫しながら回復していく

人たちがいるのです。

震災であれば、あの場所には行けないけれども、あそこを通らなければなんとか生活できるといふ人たちも当然います。回避といわれれば回避なんだけれども、回避も役に立つことがあるんですね。それによって物事に対応していく能力が上がっていくんです。

あとはやはり生活の安定でしょう。仮設住宅から復興住宅に行くだけでリスクは下がりますから。そこがきちんと安定すれば回復していけるといふことです。

専門家ではない人ができる支援とは

——ここまでは災害によって引き起こされるさまざまな心の反応のうち、トラウマとそれに対する精神的な治療についてうかがってきましたが、被災地では必ずしも専門的な医療にアクセスできるわけではありませんね。しかも、多くの方がそもそも自力で回復する力を持っておられるとなると、そばにいる家族や友人、ボランティアの方など、身近な支援者の力はとても大きいように思います。また、このたびの震災では死別を経験した方が非常にたくさんおられますので、仮設住宅に入居してひとりの時間が多くなると、現実に直面して悲嘆の深まっていく方も増えると思われれます。トラウマを抱えた方、愛する人を亡くして悲しんでおられる方に、では、身近にいる人はどのように接すればいいのか。専門家ではない一般の支援者によるケアについて教えていただきたいのですが。

これは被災された方全体にいえることですが、精神的に少しでも安定するためには、やは

り生活環境が安定しないといけません。住環境だけでなく、地域社会、もつと身近な人間関係が安定を取り戻す。その上で、いろんなサービスが以前と変わらず受けられるということも大切です。病院が機能しているか、かかりつけの医師がいるか、介護ができているか、といった生活をしていく上での安心できる環境が整って初めて、トラウマから自力で回復するプロセスに入っていくし、死別による悲嘆についても、少しでもあたりまえのものになっていくプロセスに乗ります。

ですから、周囲の方々、外部からの支援者も含めて、その基盤を整備していくお手伝いをするのが重要なのです。それがなければ、精神科医がいくら薬を出しても回復力は期待できません。心のケアというよりも、全人的なケアというのでしょうか。人が生き直していくための環境を支えることがもつとも大事ですね。

被災地では、仮設住宅に入居したのに避難所に戻ってくる高齢の方が多いといわれていますね。食べていけるかという不安があるからなのでしようが、そういったことを解消して差し上げることも必要です。子どもの場合も、親が安定して、大丈夫だよといってあげることが大事ですし、家庭だけでなく学校が機能していること、自分の生活のコンポーネントが回復して安心できるようになっていくことが、まず、心の傷や死別による悲嘆から回復していくための基盤になるのです。

——住まいが安定して生活もなんとかやっていけそうだとすると、次に必要となるものはなんでしょうか。

次に必要なのは、情緒的な支えです。人間はひとりで生きていけるわけではなくて、家族やいろんな人とのつながりの中で安心感を得ながら生きていくものですから、それが十分にあることが重要です。たびたび指摘される阪神のときの失敗例ですが、仮設住宅の入居をくじ引きで決めたため、生活は安定しかけたけれど、情緒的なつながりがまったくなかったの
で、多くの方が孤立して不安が高まりました。そういうことがないようにしていくことがとても大事です。

——津波の被害が大きかった仙台市宮城野区で地域の見守り活動をされているボランティアの方にうかがったのですが、仮設住宅に入居してから引きこもり気味のお年寄りの方が出てきたけれど、どう接していけばいいか悩んでいるとのことでした。

高齢の方のひとり暮らしは、そもそも日本社会が抱える大きな問題ですからね。被災すると問題はますます先鋭化して、ネットワークのない人はとくに孤立してしまいます。そこをどうするか。むずかしいですね。支援者といえども他人が入ってくることをいやがる人たちも結構おられますから。それでもやはり、あきらめずに関係作りをすることが大事だと思います。

最初はいやがられても何度も訪ねて、なにかありませんか、と声をかける。人嫌いで、孤独を好む人からはけんもほろろかもしれないけれど、なにかあったときに顔を思い出してくれればいいわけです。そのときはなにもニーズが拾えなくても、なにかあったら連絡してね、とメッセージだけでも残しておく。

いざとなったときに、顔と名刺を思い出し出してもらえればしめたものです。そのときは、その方が求める現実的な支援をする。たとえば、仮設住宅の玄関が高く足腰に堪【こた】えらととおっしゃったら、その人自身が踏み台を作れないとしても、作れる人につなげる。阪神のときは土管を運んで踏み台にしたんだけど、そういうことをやれるボランティアの人がいると思うので、そこにつないであげるといいことです。

大切な人を亡くした方にどう接するか

——ボランティアなどでお手伝いにかがうちに、ふとしたきっかけで、さみしい気持ちを打ち明けられることがありますね。ご家族が犠牲になられたときのことや、生前の思い出話などを聞くことになった場合、どのようにお話をうかがえばよいのでしょうか。

それは関係が少しできて初めてお話しになることだと思いますし、聞き出すことにはリスクが伴いますので避けるべきなのですが、自然な流れで打ち明けられた場合は、もう、全身を耳にして聞くしかありません。ずっとそこにいて、うんうんと聞くしかない。お気の毒にか、お気持ちにはわかります、といった言葉がけもしないで、とにかく聞きます。全身がセンサーになったつもりで聞くことです。

それは何のセンサーかというところ、その人をそれ以上傷つけないということです。簡単な相づちを打つことも、自分の体験を話すことも控えなければなりません。つつい、いいいたくなるんです。自分も母を亡くして悲しかったけれど、今はこんなふう立ち直りましたよ、

とか。思わずいつてしまう。

でも、それは役に立たないです。病気で亡くなったのと、突然津波で亡くなったのではわけが違いますから、そういう話をする事すら相手を傷つける可能性があるんです。ですから、とにかく相手を傷つけないようにアンテナを張り巡らす必要があります。

——それはとてもむずかしいことですね。どんなに注意していても、思わず、ああ、いつちやった、ということはあると思うのですが。

ぼくもそれはよくあります。何度もあります。ある程度経験を積んだ者でもやっちゃうんですね。だからこそ、全身をセンサーにし続けなければならないのです。ぼくは、診療場面で遺族の方と接するときには自分の感情をなるべく意識しないようにしているんだけど、やはりついつい感情が動いているみたいで、ある方に、先生が真剣に目に涙をためながらじっと黙って聞いてくれていたことがとても助かった、といわれたことがあります。

——さきほど、聞き出すことにはリスクがあるとおっしゃいましたが、どのようなリスクでしようか。

気持ちを開かせてくださいといったり、子どもなら絵を描かせたりしますが、それに伴うリスクというのは、もし感情があふれ出てきてしまった場合はどうするかということなんです。どんな体験をしたんですかと聞いてしまったとき、わーっというんな体験があふれ出てきて、

自分自身で処理できない場合があるのですが、その状況に責任が持てるかということですが、一回か二回しか会わない関係なのにやってみようと、悔やまれますよね。その場はなんとかおさまったかもしれないけれど、そのあと感情が揺れ動いて落ち込むかもしれない。話をしてもわかってもらえなかったという気持ちを持つかもしれない。それが影響してより悪い状況になるかもしれない。継続してフォローできない場合はとても危険になります。

——自然な会話の流れで、つつい、そうだったんですか、大変でしたね、だけどあのときはどうだったんですかと聞き出してしまう、あるいは、思わず感情のボタンを押してしまうことはあると思うのですが、あふれ出ってしまった場合、リスクをおかしてしまった場合の対処法はあるのでしょうか。

そのときは、やはりあやまることですね。お話しになりたくなかったことを、私、聞いてしまったかもしれませぬと、そういった状況になったことに対してあやまるか、話をしてくれたことに対して感謝することです。話すこと自体のエネルギーとリスクを引き受けてくれた被災者に対して敬意を表す、ということだと思います。

——若いボランティアの方にはとてもむずかしいことですね。

そのときはもう、一緒に泣いちゃうとか、そういうことは可能かもしれないですね。その人が傷つけるつもりはなかったということが相手に伝わればいいし、話したとしても、無意

味じゃなかったと感じていただければなんとかおさめられるんじゃないでしょうか。

——今回の震災では、ただひたすら相手の方の話を聞く、傾聴ボランティアの方も被災地で活動されていますね。傾聴することをあえて掲げていますから、被災された方もそれをわかって接してこられるわけですが、そういった場合の注意点はありますか。

トラウマ体験や悲嘆の感情を聞き出すことに特化すると、さきほど申し上げたようなリスクがあるので、自分の限界を知りつつ活動することが大切ですね。傾聴するということは、そこからニーズを拾える可能性があるわけですから、サービスにつなげる窓口にはなれます。瓦礫を片付けるボランティアがいる場合、傾聴ボランティアの方がニーズを拾って、瓦礫を片付けるボランティアにつなげることができませんね。傾聴というよりも、御用聞きというのでしょうか。そういう大きな役割を担っておられると思います。

悲しみを癒すということ

——東北の被災地では、大切な人を亡くした方々をどのように支えていくかが大きな課題になっています。そもそも死別の悲しみは癒されるものなのか。悲嘆のケアグリーンケアとは何なのか。望ましいケアのかたちがあるとすれば、それはどういうものなのかを教えてください。

グリーフの感情は消えるものではありません。トラウマの記憶も消えないけれど、それでもなんとか受けとめて対処していきます。でも、悲嘆は受けとめることさえむずかしい。五年経っても十年経っても、十七回忌が過ぎて法事が終わるような時期になっても、思い出すと悲しみが伴います。八十代以上の方が太平洋戦争のときの悲嘆を涙を伴いながら話されることがありますね。それほど痛切な感情なのです。

ですから、グリーフから回復していくとはどういうことかというのと、思い出すと悲しいのだけれどちよつと脇に置いておけるようになるプロセスと考えられています。ずーつとひたりきり、抱えきりではなく、自分の現実的な生活も、ほかの家族のことや仕事のこととも考えていける。少しずつ再建していくプロセスに目が向くということなのです。そこを行ったり来たりしながら回復は進んでいくといわれています。

ただ、今回のように突然、圧倒的に悲惨な亡くなり方をされた場合は、なかなか通常のプロセスに乗れません。ずつと悲しさだけがある。痛みを伴う悲しさだけが、初盆を過ぎても残って、生活のこともなかなか考えられません。ですから、それを少しでも通常のプロセスに近づけることが、悲嘆のケアの目指すところなのです。悲嘆をなくすことではなく、自分で扱える範囲のものにしていくということです。

そこで役に立つ可能性があるのは、遺族の自助グループができて、そこで情緒的なつながりを得られることです。自分の存在意義や役割を意識できることは、回復に役立つといわれています。悲嘆は消えないけれど、悲嘆以外の感情、たとえばグループのつながりからくるあたたかさや、自分が役に立っているという満足感が持てるようになるということです。

阪神の場合は、「生と死を考える会」といって、自死や事故、犯罪、病気などで家族を失った遺族の集まりが以前からあったので、そこに震災の遺族として参加した方もおられます。ただこういった自助グループは都市部にあることが多いので、東北では、場所によってはアクセスすることがむずかしい。地域で自助グループを作ればいいけれど、なかなかそうはいかない。ですから多くの人の場合は、いくら悲しくても自分で生活を立て直していかざるをえないし、仕事も探さないといけないので、その中で、自然に脇に置いておけるようになると考えられるでしょうね。

自助グループ

——自助グループのように、同じような体験をした方とともにいて、つらい体験や亡くした方の思い出を語り合うことは、その方同士の救いになるということですね。

そのとおりです。参加されている方の多くは、そこでしか話せないとおっしゃる。もちろんそこで話しても傷ついてしまうことはあります。ぼくは犯罪被害者の遺族会にも行きますが、たとえば、子どもさんを亡くした方は、それが人間の経験しうる最大の悲しみだと思っておられます。親やきょうだいを亡くすことに比べると、自分たちは子どもを亡くしたのだから、この気持ちは誰にもわからないとおっしゃいますので、そのために葛藤を生むことはありません。

一方で、きょうだいを亡くした人は、周囲から、あなたがしっかりして家を支えてねとか、

お姉ちゃんへの代わりには両親を支えてあげてね、といわれるのがとてもつらいという。同じ遺族でも感情に違いがあるので、一律にそれを扱うのは無理がありますね。それでも遺族同士だとルーツに共通した感情があるので、まったく経験したことのない人に比べるとよほど安全です。

——東北の被災地では、似たような喪失体験をした人を集めて、ファシリテーターといわれる進行役のもと、車座になって悲しい気持ちを打ち明ける集いが行われているようです。そのような試みに対してはどうお考えでしょうか。感情があふれ出ることもあると思うのですが、注意することはありますか。

そういった会のファシリテーターの方はしっかりと訓練を受けていて、悲嘆も理解し、集団を扱うスキルも持っておられるはずなので、そうであればある程度は安全でしょう。悲嘆はさきほど申し上げたように、通常のプロセスに近づくことが目標なのですが、やはり個人差があるのでおしなべて扱うことはリスクをはらみます。亡くなった人との関係性によっても違いますし、場合によっては悲しみだけではないこともあるんです。

怒りを持ったり、語弊があるかもしれないけど、亡くなったことでほっとする人もなくはない。とても苦勞させられていた人が亡くなると、悲しいけどどこかでほっとすることも起こりえる。そういった個人差がとても強いことは肝に銘じておかなければならないし、それを扱うにはかなりの経験と知識が必要ということですよ。

——そのような集いに来られるということは、救いを求めて来られるわけですよね。そういう方々が、他者の体験や悲嘆を聞いてしまうことのリスクはないのでしょうか。悲しみで自分自身がいっぱいいっぱいになっている人にとこまで他者を理解してあげられるのか、あるいは、ほかの人の悲嘆を背負ってしまい、かえってつらくなることはないのでしょうか。

個人差があるということは、自分はどん底だけど、あの人に比べたらそうではないと思えることはあるので意味はあります。少し回復した人から見れば、自分のどん底のことを伝えることによってガイドしてあげるといふ役割は果たせます。それが自助グループのダイナミックスクなどころではあるんです。

ただ逆に、回復しかけたのに、人の悲嘆に接して、自分の悲嘆が深まることも確かに起こります。それこそ今回、東日本大震災での遺族の様子をメディアで見た阪神のご遺族の中に、具合が悪くなっている方が少なくありません。ぼくのところでいったん治療を終えられたけど、今回の報道を見てともしんどくなっただけで、今更に受診した方がおられるぐらいです。他人の悲しみにふれるリスクは当然あります。

グループを運営されている方は、そういったリスクをちゃんとご承知の上で、参加者に対しても説明して対処されているはずだから大丈夫とは思いますが。

——あくまでも訓練されたファシリテーターのもとでやらなければならぬということですね。

そうですね。グリーフを扱う臨床心理士や精神科医はとても少ないんです。やはりみんな、遺族に接すると、これは自分たちには扱いきれないという気持ちになるし、とても影響を受けますので。ですから、グリーフケアというのはそもそも支援を提供する場所も機会も少なくてむずかしい世界なのです。

語り合うことについて

——つらい体験をした方同士が集まって語り合うことのリスクに関連してうかがいたいことがあります。東日本大震災では、発生後いち早く、兵庫県こころのケアセンターのホームページで「サイコロジカル・ファーストエイド」の日本語版が無償公開されました (<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>)。被災された方々の心のケアにあたる専門職向けの災害時の早期介入マニュアルということですが、そもそもこれはどのようなマニュアルなのか教えていただけますか。

早期介入法というのは古くから提案されてきていて、今回公開したものではない「サイコロジカルファーストエイド」というものもあるんです。心理的な応急処置、という意味ですから、いくつかのバージョンがあつていろんな人が提案しています。

そのすべてをぼくらは読んだわけではないのですが、いろんな失敗を重ねた上でもっとも実証的につくられてきたものが、今、公開しているアメリカのUCLAの研究グループがつくったものなんです。ロバート・パイヌス、アラン・スタインバーグ、とくにメリッサ・

ブライマーという女性が主体となってつくられています。ロバート・パイヌは、一九八八年のアルメニア地震で子どもたちの援助活動を行った、アメリカの災害トラウマ研究の第一人者です。

——数ある中で、なぜグループのマニュアルを日本に紹介することが適切であると判断されたのですか。

ぼくらがとても共感できる内容が書かれていたからです。被災者に接するときには大事なことは、まず現実的な支援であるということ、安全・安心を提供しないことにはなにも始まらないということ。体験を無理に聞き出したりしないで、その人が求めていることに対して応えていきましよう、ともありました。ぼくらが阪神以降の活動で繰り返し経験してきたことだったので、非常に共感できたのです。

——じつはこれを読んでいて、とりわけ印象に残ったことがありました。被災された方同士でつらい体験を語り合う”デブリーフィング”の危険性が指摘されていたことです。

ええ。じつはこのマニュアルができた一つの背景が、デブリーフィングの存在なのです。デブリーフィングというのは一九八〇年代のはじめに、消防士や警察官のPTSD予防策として開発された早期介入法です。災害や事故などを体験したあと七十二時間以内に彼らを集めてグループになってもらって、体験した内容とそのときの感情を話させる、集団療法によ

うなものですね。

これが八〇年代初頭から、アメリカの軍や警察や消防などに普及していった。すると、治療者たちが、これはとてもいい方法だと飛びついて、一般の被災者に対してもどんどんやられるようになっていったのです。

——一般の被災者の方々に対しても集団で行われたのですか。

集団でもマン・ツー・マンでもやりますが、いずれも一回だけのセッションです。

ところが、そのうちにだんだんと旗色が悪くなっていった。いい方法だからとみんながエビデンスを得ようとしたんですね。デブリーフィングをやる人とやらない人の比較試験も行われました。すると、やった人のほうが悪かったりした。効果が証明されないどころか、リスクがあるということが研究の中でわかってしまったんです。

九〇年代の後半にはデブリーフィングに対する批判が巻き起こって、結局デブリーフィングはだめだということが証明されてしまったんです。

——デブリーフィングのリスクとして大きく二つの点が挙げられていますね。一つは、安全が確保されていないときにほかの人の語りを聞くと、かえってトラウマ反応が強化されるということ。もう一つは、一回きりのセッションでは個人の歴史やその人を取り巻く環境まではアプローチできないということ。これは、消防士や警察官といった救助のプロの方に対しても同じで、効果はないということですか。

それがね、専門職は八〇年代からそういったことを受け入れてきて、組織として残っているところがあるんです。仲間意識の強い集団では、お互いに語り合うことで癒されるところも確かにあるんですね。

ただし、二〇〇一年の9・11同時多発テロのとき、ニューヨークの消防士は三百人以上犠牲になったんですが、デブリーフィングは行われなかった。それまでに否定されているし、あまりに悲惨な体験だったので、グループでそんなことがやれる状況じゃなかったからです。だから、今はもう否定されてしまったんですね。日本では、消防組織の中に名称を替えてデブリーフィングを取り入れているところがあります。「一次ミーティング」とか「二次ミーティング」というのですが、その是非については、今後検討していく必要があると思います。阪神のときに、日本人はそれこそぼくも含めて、これに飛びついたんです。当時は災害のトラウマケアの方法なんてだれにもわからなかったから、いろんな文献を読んで探しました。すると、デブリーフィングというのがある。これはいい方法だ、使えるんじゃないかというて、みんなにわか勉強してやろうとしたんです。

でも実際には、いきなり集団でやろうとしても被災者はのってこない。一対一の治療はぼくらもある程度は慣れていますが、集団の中で感情を出させることはできなかつた。あまり大きな声でいえないけれど、うまくやれなかつたので立ち消えになってしまったんです。一回きりのセッションで重たい記憶が消えるわけではないですし、カタルシスも得られません。それが幸いして日本では広まらなかつた。日本人は集団で「さあ、話してください」といっ

てもなかなか話さないですよ。

ただ、あとで聞いたたら、世界各国でも同じだそうですね。急性期ならまだ可能性はあるけれど、復興期に入ってから改めて、どうでしたか、と聞くのはいい方法じゃないとね。

——むずかしいですね。つらい体験を吐き出してもらって少しでも楽になってほしいと思うのは、とても自然な感情だと思うのですが。

安全な人はいます。自然にどんどん話す場合には聞かなきゃいけない。けれども、こちらから聞き出すことはリスクを伴うので、あのとときどうしましたかとか、どんな気持ちでしたか、と聞くのはやはりおすすめでできないのです。語ったあと、初めて話せましたといつてくださるんですが、だからといって悲惨な記憶が軽減できるわけではありませんからね。

トラウマ体験を語ってもらうよりも、安全・安心を一刻も早く確立して、生活再建を支えていく。繰り返しになりますが、回復力を高めるためには、そのほうがよほど重要なサポートになるといふことです。

第3章 阪神・淡路大震災でできたこと、できなかつたこと——復興期の心のケア

東日本大震災の被災地に、ようやく復興の槌音が響き始めました。仮設住宅への入居が進み、避難所を巡回していた各都道府県の心のケアチームもその大半が活動を終えて撤収していきました。多くの人々が生活再建へと踏み出す一方、日常を取り戻せず孤立感を深めていく人、先の見えない日々^{つちおと}に苦しむ人もいます。人と人、町と町の間^{つちおと}の缺状格差が広がる中、地域の精神保健はこれからいよいよ重要な局面に入ります。

本章では、阪神・淡路大震災から十六年、被災した人々の心のケアにあたってきた加藤氏とところのケアセンターの活動を振り返ります。仮設住宅における心のケアでは誰がどんな活動を行うのか。見守りするにあたって注意すべきことはなにか。県外に避難した人々への対応はどうすればいいのか。阪神でできたことと、できなかつたことを見つめ直しながら、東北の被災地再生への手がかりを探します。

精神科救急が出発点

——加藤先生は東北の被災地を歩き、保健所の職員や消防士の方々に向けて研修を続けて

おられます。気仙沼保健所に同行しましたが、「阪神のときに知っていたらもつとうまく活動できたのにおもうことをお伝えしたい。これをやるべきだというより、これはやらないほうがいいんじゃないかということなら少しはぼくたちもわかりますから」とおっしゃっていたことが印象的でした。

そこで本章では、阪神のときに行われた心のケアの経験を今一度振り返っていただければと思います。加藤先生は阪神のときは東京におられました。今はこうして兵庫県でトラウマケアに携わっておられます。そもそもなぜこの分野に進むことになったのでしょうか。やはり阪神がきっかけですか。

ええ、そうですね。ぼくは神戸大学医学部を一九八四年に卒業して、一年間、神戸大学医学部附属病院で研修をしていたんです。当時の教授は中井久夫先生、助教授は山口直彦先生です。その年の暮れだったか、二人がいる医局に行ったところ、近い将来、きみはどうしたいかという話になったんですね。ちょうどその頃、朝日新聞が精神障害者の急性期医療について特集していて、そこに都立墨東病院と松沢病院で精神科救急が実践されているとあったものですから、精神科救急をやりたいという話をしたんです。

すると突然、中井先生が「市橋君に聞いてみるわ」といって目の前で電話をされた。お知り合いの市橋秀夫先生が墨東病院におられたんです。それでいきなり、来年の春からなら受け入れ可能ですといわれて、八五年の四月から墨東病院の研修医になったんです。

——なぜ精神科救急に興味を持たれたのですか。

閉鎖環境で長期入院させる医療とは正反対の医療を提供しているんじゃないかという期待があったからですね。墨東病院は墨田区のとでも過密な場所にあつて、地域に精神科病床はそこしかないという総合病院です。救急に特化して患者は急性期の人だけを診て、あとは今というデイケアやグループホームのような地域の社会資源をうまく活用する活動を展開しようとしていました。精神保健指定医の資格をとるために一時的にはかの病院へ行った時期もあります。阪神までのほぼ十年間はほとんど墨東病院にいました。

——もっぱら救急医として働いておられたのですね。

そうです。精神科救急もちろんですが、救命救急センターにも出入りしていました。当時の日本ではまだ珍しかったのですが、救急に運ばれてくる自殺未遂の患者さんのほとんどが精神的な問題を抱えていますから、救急スタッフのメンバーの中に精神科医も入れていたんですね。そこに最初に入ったのが、飛鳥井望先生というトラウマ専門の先生で、そのあとにぼくが入りました。

でもさすがに十年もやれば、救急はもういいやという感じでおなかいっぱい。そろそろ次をどうするか考えようと思っていたときに、地震が起きたのです。

——一九九五年一月十七日ですね。当日はどうされていたのですか。

記憶はけっこう生々しく残っています。当時ぼくはかなりストイックな生活をしていて、テレビもラジオも持っていないかったです。だから地震のことはなにも知らなくて、出勤して医局の小さなブラウン管テレビをみんなが食い入るように見ているのをなんだろうとのぞきこんで初めて、これはえらいこっちゃとぶつとんだ。

東京のほうが情報はたくさん入ってきていたので、墨東病院からはまず救命救急センター

はまへ

の先生が派遣されました。兵庫県加古川市出身の濱邊祐一先生です。ぼくは濱邊先生とも親しくて、帰られてからお話を聞くうちに、いても立ってもいられないような状況になって飛鳥井先生に相談したら、都からの派遣として行ったらどうかといってくださいました。そこで、とにかく現地の状況を調べてこいというミッションを得て、震災一週間目にひとりで神大病院に向かったんです。

救援の基地になっていた大学病院は、ライフラインの復旧が早くお湯も出ていましたから助かりました。司令塔の中井先生は、自分は動かないほうがいいといって医局でおもに電

あんかつまさ

話番をしておられて医局長だったぼくの一年後輩の安克昌先生が外部からやってくるボランティア医師たちの調整をしていました。神大出身の人たちも徐々に集まり始めたので、みんな話合って、二、三日目には近くの湊川中学に行きました。大学病院から精神科医が行ったのはそれが最初だったと思います。安先生の著書『心の傷を癒すということ』にもあります。校長先生に「なにかお役に立てることはありませんか」と訊ねても、最初のうちはあまり歓迎されなかったですね。

同じ頃にちょうど長田区の宮崎隆吉先生や保健所の方たちが精神科救護所を立ち上げつつあったので、そちらもお手伝いしながら情報収集して、いったん東京に戻って三週間にまた行きました。

最初の失敗

——三週間目の様子はいかがでしたか。

まだまだごった返していました。避難所にはプライバシーもなく、段ボールの上に毛布を敷いておられるだけです。ひどい衛生状況だし、風邪をひいている人もいっぱいおられた。

このときは東京都から仕事をしてこいといわれていて、避難所で急性ストレス反応についての聞き取り調査をしたんです。翌年、海外の学術誌に論文を發表したのですが、今だったらひんしゆくをかうかもしれせんね。

——東日本大震災でも当初、被災者へのアンケート調査が問題になりました。調査を実施する場合は「疫学研究に関する倫理指針」などの政府の指針に基づいて、倫理審査委員会の承認を得られたものでなければ実施できないことになっていますね。阪神の頃はこのような指針さえなかったのでやむをえないことではありましたけれど。

ええ。調査したことでぼくからも状況を知ることができたので意味のあることではあったのですが、あとで考えると綱渡りであったことはまちがいありません。

じつは、最初の頃の失敗談があります。どういう立場で避難所に行こうかなと考えたとき、ぼくらはまだなにも知らなかったので白衣を着て行ったんですね。医者としてのアイデンティティですから。安先生も、名札ぐらいつけとかんとまずいやろといって、ただ精神科はさすがにいやがられるだろうから、「神経科 医師・加藤」と書いて首から提さげて、血圧計を持って巡回した。でも、どうもうまくいかないんです。風邪ひいてるねんとか、血圧高いんやけどどうしましょうか、という話はしてくれても、それ以上のことはどなたもいわれない。だからなんなの、という感じでした。健康管理だけをしていけばよかったですけど、ちよつと踏み込もうとするといやがられる。神経科という名札に気づいて、いらん、向こう行って、といわれたこともありました。

これでも行く前は、みんなにわか勉強していたんです。ラファエルの本をむさぼり読んで、こんなのあるらしいで、とデブリーフィングの情報を持ち寄りして、予備知識を持って臨んだ。でも前にも申し上げたように、みなさんなかなか自分のほうから苦しいとか怖いとはいわないんですね。これはあかんやろ、ということになったんです。

湊川中学には、いろんな支援チームが入っていました。日赤の医療チームや東京都の保健師チーム。特筆すべきは神戸市立西市民病院（当時）の看護師さんたちで、病棟が崩壊したため、各区の避難所に四、五人ずつ派遣されて避難所の健康管理をやっていたんです。

ぼくが一番ショックだったのは、医師よりも看護職のほうが断然役に立つことです。市民

病院の看護師さんたちは自分たちも被災しているんですが、それでも熱心に避難している人たちの見守りをしているんですよ。あそこの教室のだれだれさんはこんな持病を抱えてはるけど薬がないとか、あのおじいちゃんは夜がちよつと大変で気をつけないとあかんとか、よく知っている。外から来られた保健師さんたちも、トイレの衛生管理をばっちりされていく。さすがだなあと思いました。

医者はなにもできないから、彼女たちの後ろをついて歩くだけです。「先生いてはるけど、なんかある？」と彼女たちに訊ねてもらって、なにかあれば初めてぼくらが出て行く。二、三日してからわかったのは、医者が前面に出るよりは、彼女たちが集めてくれる情報に対してできることをやっていったほうがいいということ。実体験として思い知ったことは、この頃の大きな収穫でした。

精神科救護所の始まり

——今でこそ、専門家の間では、心のケアチームの初期の任務は精神科医療の補完業務だという共通認識はありますが、当時は被災病院から患者さんを転院させたり、かかりつけの病院がなくなった患者さんに薬を提供したり、といった活動は行われていたのですか。

そのあたりのシステムは並行して立ち上がっていましたがね。ぼくは昼間は湊川中学に行つて、夕方になると大学近くにある兵庫県立精神保健センター（当時）で行われている話し合いに参加していたんです。そこにおられた麻生克郎先生がまとめ役をされていたので、情報

収集のために走り回ってお手伝いしました。

精神科病院のほとんどは郊外にあるのでなんとか機能していたのですが、都市部の診療所の被災が深刻で、区によってはクリニックの半分が使えなくなった。そこで、宮崎先生が長田保健所に精神科救護所を立ち上げて自分のクリニックの患者さんに対応したのを皮切りに、各区の保健所に次々と救護所がつくられて応援の医師も集まって診療所の補完的な役割を果たすようになったんです。ぼくも兵庫区と長田区で手伝いました。

当時、神戸市には各区に保健所があつて、そこに精神保健相談員の人たちが二人ずつ配置されていました。地域精神保健体制はとても濃密だったんです。彼らは地域のことを知り尽くしていて、どこに精神障害の人がいるかを知り、開業医ともネットワークを築いていた。そのネットワークが発揮されてその後の活動が進んでいくんです。外部から入ってくるたくさんさんの支援チームをうまく調整できたのも、もともとそういった社会資源が地域にあつたからなのですね。

——精神科救護所ではどのような活動が行われていたのですか。

病院に通っていた人に対してとにかく薬を切らさないようにといろいろ準備されたので、医療提供はわりとスムーズに継続できたと思います。ただ、精神障害があつても治療していない人や、治療が中断している人たちが避難所で不応を起こすことがあるので、それに対する救急対応は求められました。

ちようど二、三週目あたりが転換点で、入院が必要な患者さんもかなり出てくるようにな

った。そこは麻生先生たちが調整されて、急性期の患者さんを受け入れられるよういくつかの病院を指定して協力してもらいました。この精神科救護所活動は、五月の連休ですべての任務を終えました。

こころのケアセンター

次に来たのは、震災後八週間目で、ちょうど地下鉄サリン事件（三月二十日）の直前です。そのときもやはりおもに湊川中学で活動していました。地下鉄サリン事件のときはちやうどぼくの結婚話があつて、宮崎にいたんです。墨東病院には被害者がたくさん搬送されてきていましたので戻ってから手伝いましたが、そうこうしているうちに転勤というか、神戸に戻る話が決まっていた。ぼくの中にも、救急はもういいだろうという気持ちと、東京もちよっと飽きちやつたかなという気持ちと、神戸が大変なのでなにかできないかという気持ちがあつたところに、こころのケアセンター構想が立ち上がっていったんですね。

——三月にはもう構想があつたのですね。

そうですね。ぼくが聞いているところでは、中井先生が県庁障害福祉課の課長さんと一緒に淡路島へ行った帰りの車で、復興基金が立ち上がりつつあると聞かされたのだそうです。行政ができない事業を考えたいけれど、こころのケアセンターというのはどうかと提案された。それで中井先生といろいろ構想を練られていったようです。

複数県にまたがって、しかも原発の問題がある今回の震災と違って、兵庫県という一つの自治体の中の災害だったことが幸いして、復興に向けた動きも速かったのですね。

——四月一日にスタートした「阪神・淡路大震災復興基金」ですね。震災翌日の一月十八日に、当時の貝原俊民知事が、雲仙普賢岳の噴火災害（一九九一年）のときに長崎県が設置した「財団法人雲仙岳災害対策基金」を思い出して、早急に検討するよう部下に指示したと聞いています。

ええ。復興には莫大なお金がかかるだろうが、ほとんどは公共事業だから、それ以外にも自由に使えるお金を持っていたほうがいいんじゃないかとおっしゃったんだそうです。雲仙のときは、分配を終えたあとの義援金を原資にして基金を立ち上げた。利息は国が払い、何パーセントかを担保しておいて、その分を地方交付税に上乗せするというシステムで、行政にはできないようなニツチな仕事をしたんですね。

ただ阪神が雲仙と違うのは、義援金を分配するとひとり当たりごく少額しか分配できないことです。義援金だけでは足りないから、銀行からお金を借りたんです。それが五千八百億円で、そこに兵庫県と神戸市をあわせて二百億円加えて六千億円の基金になったそうです。のちに三千億円の追加融資を受けて、最終的には合計九千億円になっています。

——行政ができないことに使う、という条件がついていたのですね。

そうですね。だから八割以上が個人に対する生活保障ですよ。被災者が住宅を再建したり購入したりするためのローンや、中小企業への緊急融資、医療施設の復興のための利子補給、学校やボランティア活動への支援などが対象になります。国には個人補償はできないことが法律で決められていたので、基金をつくったということですね。

その中で、五年間という期間限定でこのころのケアセンターという事業が発足したわけです。委託先は兵庫県精神保健協会という任意団体で、年数回、一般を対象とした講演会を開催しているような関係者の協議会です。そこにいきなり、五年間で約十五億円という大事業が託されたのです。当時のセンターの正式名称は、兵庫県精神保健協会このころのケアセンター。これは、現在の兵庫県このころのケアセンターとは異なる組織です。現在のセンターは二〇〇二年に国の認可を受けた公共事業で、兵庫県の委託料で県の外郭団体によって運営されています。

——開所は六月一日ですが、加藤先生は当初から参加されたのですか。

いや、ぼくはまだいません。当初は、ぼくの後輩の白井豊先生が入りました。彼は、たまにたま次の就職先に移るのが八月と決まっていた、それまでの二カ月間だけならいいよといってくれたんです。じゃあそのあとだれが行くねん、という話になったときに、医局の中で、加藤はどうやという話が出たらしく、同期の仲間からおまえが行け、一年ぐらい経ったら次のポスト見つかるやん、といわれたんです。神戸は精神科の医療資源はわりと充足していましたし、せっかく震災をきっかけに戻るのだから、いわれたら行くかなという気持ちにな

ったところで正式に打診がありました。着任したのは、八月。こころのケアセンター医師という肩書です。三十六歳でした。若かったですね。

こころのケアセンターという名称も、医者仲間や地域のソーシャルワーカーの人たちの間では、なまっちよろいな、なにすんのやろー、と評判は悪かったです。短縮したらコケセンやな、いつコケるかわからへんな、ともいわれました。

保健所にとっても、精神保健相談員や保健師を追加してくれたらいいやん、なんでこころのケアセンターなん、という話にはなっていましたね。組織は別だけど、保健所の活動の補完業務をするわけですから面倒をみてもらわなきゃいけない。屋上屋を架すみたいな感じです。センターに雇われているスタッフは初めてそんなことをする人たちばかりだから、最初には保健所の方たちからはとてもいやがられました。

——こころのケアセンターには、どういう人たちが集まったのですか。

当初、専任の医者はほくだけで、麻生先生が兼務です。二年後に神戸大学から岩井圭司先生が加わって二人体制になりました。あと藤田昌子さんという県の精神保健福祉相談員が向して、活動の調整業務を引き受けてくれました。お金の管理については、精神保健センターの事務官が兼務で担当しています。

当初、中井先生に所長に就いていただく予定だったのですが、国立大学の教授が兼務することはまかりならぬということだったので、精神保健協会の担当理事という肩書で助言をいただきました。

実働部隊のスタッフは、精神保健協会がこころのケアセンターに雇い上げるといふかたちで公募しました。定員六十人のところに三倍ぐらいの応募があったそうです。六割は臨床心理のバックグラウンドを持つ人たちで、臨床心理士の資格を持つ人や大学院在学中の人、そのほかに保健師やソーシャルワーカーの方々もいました。

仮設住宅における心のケア

——こころのケアセンターが担う保健所の補完業務とは、具体的にはどのような内容でしょうか。

保健所からは、おもに仮設住宅をターゲットにした地域保健活動を手伝うマンパワーとして位置づけられていたと思います。本部は神戸市中央区にある精神保健センターの隣のプレハブで、ぼくはおもにそこにおいて、六十人のスタッフは神戸市の沿岸六区と、尼崎、西宮、芦屋、伊丹、宝塚、淡路島の津名町（現・淡路市）に三、四人ずつ配置されました。最初は保健所の一角に机を一つ置いていたので、新しい事業ではあるけれど保健所からみると自分たちのお手伝いに来てくれたという受け取り方だったと思います。いずれは独立していくのですが。

本部の仕事がありますので、各地域の巡回は一日に二カ所が限度です。まず地域の保健所にすべて出向いて、どんなニーズがあるか御用聞きをすることでそこから始めた記憶があります。

——仮設住宅では、どのような問題が生じていましたか。人工島の六甲アイランドの仮設住宅には私も何度か取材で出かけましたが、もっと不慣れた場所にもありましたね。

みなさんがおっしゃるのは、やはり生活の困難さです。とにかく暮らしにくいということ。市の中心部から離れた遠方の仮設住宅では、ものを買いに行くのにバスを二本も乗りついでいかんとあかんのや、みたいなことも嘆いておられました。

あとは人間関係の難しさです。くじ引きで入居しているので、隣はまったく知らない人たちです。音は全部丸聞こえなんや、どないなるんやろと、聞かされることのほとんどはそういった生活や対人関係についての愚痴でしたね。

P T S Dを思わせるような、地震のことを思い出して怖い、といったことをいう人はぼくらが扱った中では数パーセントしかいませんでした。注意しながら活動していましたが、アウトリーチする中で聞き出すことはなかなかむずかしいというのが現実でした。

それはなぜかという点、理由はいくつかあって、一つはこちらに関心は持っているけれど、どんどん掘り起こしてP T S Dの症状を聞き出そうというスタンスで行ってないということ。くろこ役に立てることをしましょう、黒衣くろこになりましょうという姿勢ですから、表面的な訴えを扱うことが多かったということがあります。

もう一つは、震災の体験にふれるのはいやだということ。つまり「回避」なのですが、そのためなかなかお話しにならないということもあつたと思います。いろんな意見があるでしょうが、基本的には被災者の方が困っておられることを聞くことが原則だと思うので、生

活の愚痴をおっしゃるのであれば、それをまずは聞かなくていいわけですね。顔も覚えてもらって関係ができたところで、怖い、というようなことをおっしゃるかもしれない。そのときには一生懸命耳を傾けなきゃいけません。でも、こちらの関心を確認するために、「どうですか、怖いですか、悪夢を見ますか」と訊ねるのは適切ではないと思いますね。

孤独死とアルコール

——仮設住宅に入居される方々は、家を失い、中には家族も亡くされた方もいらっしゃる。被災された中でもっとも苦しい思いをしている方々です。阪神のときは、そういう方々を結果的に孤独死のような災害関連死へと追い詰めてしまうことが多く、社会的にも大きな問題になりました。あのような最悪の道筋をたどってしまう前に、防げるポイントはなかったのでしょうか。東北でもそのようなことが危惧されているのでうかがいたいのですが。

やはり阪神のときは、ただでさえ希薄な都市部のコミュニティを、くじ引きでさらにばらばらにしてしまったことが最初の大きな問題点でしたから、阪神の轍【てつ】を踏まないようにその後の災害では教訓として生かされています。今回も、仙台市は仮設住宅の申請について、五戸か十戸以上じゃないと応募できないとしていましたからね。

あとは、生活のしづらさがなかなか改善されなかったということはありません。それを穴埋めするためにボランティアで頑張っていた人たちはいるけれど、限界はありますね。

——阪神では仮設住宅の五十戸に一つずつ、ふれあいセンターという集会場が作られましたね。これは役に立ったのでしょうか。

いいところはありました。お互い仲良くなっただけでいくことに役に立った側面はあります。マッサージチェアが二台ぐらい置いてあって、常時ただで使えるとか、茶話会のようなものも行われました。ボランティアの人が催し物をするときに使われたこともあります。

ただ、そこに来られない方たちのほうが問題を抱えていたんです。アイデアとしてはよかったです、役には立っていたんだけど、個別にアウトリーチしていかない限り、なかなかそういう人たちに接することができないんですね。

孤独死がアルコールと関係していることが指摘されたのは、震災の翌年です。神戸市西区の仮設住宅で診療所を開設しておられた、伊佐秀夫先生が報告されました。一九九六年と四月までにメディアで報道された孤独死者六十五名について、四十代から六十代の男性が異常に多く、そのほとんどはアルコール依存の問題があるのではと指摘しました。その後、神戸大学の法医学者、上野 易弘先生も、仮設住宅で孤独死した人の死因を調査する中で、肝臓疾患で死亡した人の多くは四十代から六十代の男性で、そのほとんどが大量飲酒者かアルコール依存症の病歴があった、と報告したのです。

——高齢者や子どもは災害弱者という位置づけだから比較的ケアが受けやすい立場にある

というお話がありましたね。そういった見守り活動の網の目からこぼれ落ちるのが中高年と考えるとよろしいでしょうか。

中高年の男性ですね。仕事を失って、たとえば港の仕事をしていたような人であれば五十歳以上でもう一回仕事を始めるというのはむずかしい。そうになると、生活保護を受けるようになります。時間とともに仮設住宅に住む人たちもだんだん少なくなっていくと、さまざまなケアの網の目から漏れてしまう。本人からサービスを求めることはまずなくて、我慢して引きこもっていると、アルコールに走ってしまうんだと思います。

でも、だからといって子どもや老人は心配ないということではなく、時間が経っても仮設住宅に残っている高齢者は問題が凝縮していて自力再建はむずかしい人たちなので、いろんなサービスを提供しなければならぬ存在であることは間違いないんです。サービスが十分に行き届いていれば高齢者としての強靱性が発揮できる一方、生活の基盤がとても弱い中に長期間置かれてしまうと非常に脆弱な存在になっていきます。

———このころのケアセンターのスタッフが巡回する中で、孤独死はあったのでしょうか。

スタッフが回っているということとは、関わりを持たないことなので、それはありませんでした。つまり、いろいろな支援に結びつかない人たちが孤独死されてしまうことが多いと思います。

仮設住宅はたくさんできましたから、どうしてもサービスが抜け落ちるところがあった。

メディアに注目されやすい大規模仮設にはボランティアもたくさん入ったのですが、ふれあいセンターもないような小さなところはほとんど入れません。仮設住宅間の格差はたしかにあつて、サービスが届かない場合のリスクは高いと思います。

東北では、先に述べたように、阪神の失敗を繰り返さぬようさまざまな配慮がされていますが仙台市で当初十世帯単位の申し込みを受け付けただけで申請が少なくて途中から五世帯に変更されたように、なかなか画一的にはいかないようです。今回はとくに、もともとのコミュニティに期待がかかっているようですが、田舎のコミュニティだからといってみんなが和氣藹々と仲がよいわけではないんですね。

北海道南西沖地震のときに奥尻島で活動した武蔵野大学の藤森和美先生がおっしゃっていたことですが、田舎には田舎のむずかしさがある。結末の固さや助け合いはあるけれども、都会の人が想像するようなほのぼのとしたあたたかい交流ばかりではないそうです。遺産相続や義援金の配分、公営住宅への入居の順番などの問題が顕在化します。誰もが名前も顔も知っているからこそ互いにいえないこともあると報告されています。

しばらく時間が経って仮設住宅から出る人が増えてくると、だんだん歯抜け状態になります。格差がひしひしと感じられて耐え難いストレスを感じる人も出てくるでしょう。

——アルコールのことがますます気がかりですね。岩手県大船渡市で活動していた国立病院機構久里浜アルコール症センターの報告によると、コンビニやスーパーが復旧してお酒が入手しやすくなった五月中旬から避難所でお酒を原因とするトラブルが発生していたようで

す。仮設住宅ではひとりの時間が多くなって、周囲に歯止めをかける人がいなくなるため心配です。

アルコールは他人に迷惑をかけるということもありますが、それ以上に、自分の体を傷つけます。肝臓や脳への影響が出やすくて、認知症に結びつくリスクも高まります。そばにいる人は、そういう問題があるということを知っておくことが大事です。

この問題はとてむずかしくて、本人がやめようと思わない限り、なかなか抜け出せないんです。抜けだそうと思っても三割ぐらいの人しかうまくいきません。それでも、危ないということはいいい続けられない。体がしんどくなると、かかりつけの先生のところには行くと思いますので、そこで、これは酒が原因だよと伝える。アルコールに関連する孤独死が出ないことを切に望みます。

もうひとつの問題は、自殺です。東北は自殺率がもともと高い地域で、生活が困窮するとリスクは上がりますので、これをどう予防するかは大きな課題です。一般的に自殺は災害に影響を受けないとされていますし、むしろ自殺は減ると報告されているものもあります。しかし、阪神のときの孤独死の約一割は、自殺が死因と報告されています。今回どうなるかはわかりませんが、楽観的な見通しは持たないほうがいいでしょう。

——自殺予防策とはどのようなものなのでしょうか。

これはとてもむずかしくて、うまくいった地域はあまりないんです。有名なのは、岩手県

の「久慈モデル」で、うつ病の人を早期発見していくシステムです。新潟でも成功した事例があります。過疎地域は高齢者の自殺が多いので、うつ病を早く発見するためにかかりつけの先生に知識をもってもらってスクリーニングする。啓発もする。そういう地道な予防活動しかやりようがないのですが、それをもっと強化しないといけないでしょう。

孤独死のリスクが高い年齢層と、自殺のリスクが高い年齢層は重なっていて、どちらも四、五十代の男性です。もはや災害弱者じゃないかといえるほどです。家族の生活再建に対する責任がありますし、社会的な責任もある。経済的な影響もいちばん受けます。ですから、働き場所や経済的に安定できる政策をつくることになによりも大事なのです。

——東日本大震災では、大変多くの方が故郷を離れて県外へ避難されています。阪神のときはどうだったのですか。

数は兵庫県でも把握しきれっていませんが、少なくとも十数万人が県外に出て行かれました。じつは、こころのケアセンターにはやれなかつたことがたくさんあって、失敗も多かったのですが、やれたこともたくさんあるんです。幸か不幸か、行政組織とは一線を画すかたちで設置されたので、活動の方向性をとても柔軟に決めていくことができたんですね。

その一つが、県外被災者への対応でした。都市の住民だからそんなに土地に愛着があるわけでもないのですが、中には神戸という町をとっても好んでいた人たちもいた。でも戻るに帰れないというつらい思いをしていた方がおられたんですね。

そういう課題が震災二年目に入ってから徐々に見えてきたので、それから各地のボラン

ティア団体と協力して定期的に茶話会を開催しました。仮設住宅のあった大阪からスタートして、東京、横浜、京都では定期的にやりましたね。会場費や茶菓代が必要な場合はうちが援助して、年一回はボランティア団体の人にこちらに来てもらって情報交換もしました。大阪では、大阪府こころの健康総合センターに間借りして、非常勤のケースワーカーを雇って仮設住宅を回ってもらいました。

とくに印象に残っているのは、八尾空港のそばにあった八尾志紀仮設住宅です。八尾や東大阪など地域の精神科の先生たちが協力してくださって、八尾仮設住宅支援連絡会をつくり、週一回、茶話会をやりました。ぼくらも月に一回は行っていたのですが、ボランティアも来られて、肩もみ会なんていう催しもありましたよ。

復興期の心のケアは、こんなふうにとんどんニーズが変わるので、既定路線でお役所的にやるのではなく、見えてきた課題に柔軟に対応していくことが大切だと思います。

——今回は、原発事故の影響でとくに福島県から県外に移住転住された方が大変多くいらっしゃるのですがわかっていきますので、早急に対応する必要がありますね。

その方々に対してどのようにサポートするかはまだまだ手探りです。行った先の行政サービスは受けられますし、被災者向けに特別の支援を提供している自治体もあります。しかし、外から来た肩身の狭さや、自分たちだけが逃れてきたという自責感を抱えてしまうと、なかなか支援を受けようとはならないんです。とくに福島の場合はいつ戻れるかわかりませんから、隔絶された感じが強い。地元の情報や地元の方とのつながりを考えていく必要があります。

す。

——ネットワーク作りは各地で少しずつ進んでいるようで、七月三十一日には、秋田県に避難した福島県の方々による「秋田うつくしま県人会」が発足したそうです。このように、地域ごとに〇〇県避難者の会のようなネットワークが築かれて、せめて第二の故郷にしたいだければと願うのですが。

情緒的なつながりは、自然回復するための礎になりますので、作られるべきですね。会津に行ったときに聞いた話ですが、避難されたみなさんはやはり浜通りに戻りたいのだそうです。

ならはまち

会津地区と浜通り地区では気候が違ふし、文化も違ふ。檜葉町の人たちなどは、避難地域になつていないいわき市にたくさん行かれていようです。もともといわき市で働いていたり、かかりつけの病院もいわき市にあたりするので、見ず知らずの土地に行くよりもいいのだそうです。それはかまわないのですが、問題は、いわき市に転入するわけではないので、地域の行政サービスが受けにくいということです。阪神のときのように地域のボランティアグループがサポートすることの意味はますます大きいでしょう。

セーフティネットとはなにか

——阪神から五年間の期限付きで始まったこころのケアセンターは、二〇〇〇年三月に活

動を終えると、一年間の残務整理をもって翌年三月、解散となりました。さきほど、やれなかったことがあるというお話がありました。具体的にうかがってもよろしいですか。

復興期の心のケア活動が地道な地域保健活動であることはずっと申し上げてきましたね。それはそのとおりなんです。そうはいつでも重いPTSDの人も当然おられたわけですが、ぼくは医師なので、その人たちに医師としてもう少し踏み込んだ治療的な関わりができたのではないかという反省があるんです。

有効な治療法といわれている認知行動療法なども当時は知らなかったもので、傾聴して現実的な支援をしていくだけだった。必要なら薬の投与はやったほうがいいのですが、当時のころのケアセンターは診療機関じゃなかった。ぼく自身はそれができなかったんです。ぼくは医師だけど、ここに所属している以上、治療はできず、あくまでも相談だけだった。薬が必要な場合は地域の医療機関につなげる。医師としてはちよつと物足りないですよ。臨床心理士の人も地道な活動をしてくれたんですが、少しでも治療的なことができれば、重いPTSDの人を早く有効な治療法に結びつけることができたはずだったのではないかと反省しています。

今回の東日本大震災では、すでに有効な治療法がわかっていますから、重いPTSDの人に出会った場合は、ちゃんと治療につなげられる仕組みをつくらないといけないと思っています。もともと医療機関が少ない地域ですし、PTSDの認知行動療法ができる人はまだまだ絶対的に不足している状況ですからね。

——阪神のときに息子さんを亡くした男性の話をうかがったとき、震災後四年間は人と交流できなくて、家族みんながトンネルの中に入っていたとおっしゃっていました(第4章)。四年間というのはちょうど加藤先生も活動されていた頃ですから、「もしそのときに先生と会っていたらなにかお話しできましたか」と訊ねましたら、「いや、絶対受け付けなかった」と。

そうです。そのとおりなんです。だからぼくらが接したのは、たぶん自分で回復をしつつあった人たちだったと思います。本当に苦しんでいた人たちにはあまり会えなかった。本当にしんどかった人は、ずっと自分の中に苦悩を封じ込めていた状況だったんだと思います。それこそが「回避」といわれる症状なのですけれど……。

今このときもそういう方々がいらっしやると思うのですが、見つけ出すのは非常にむずかしいことです。たとえば兵庫県は毎年、健康調査というかたちでスクリーニングをやりました。重たいかなと思う人が見つかる、保健師さんに行ってもらってつないでもらったり、いろんなことを試みてはみたのですが、やはり重たい人ほどつながっていかなかった。

通常の自殺予防対策も、本当にリスクのある人に出会えることは非常に少ないんですね。そのこととよく似ていて、医療的な関わりを深めていかなければいけない人たちに対して、なかなかぼくたちは到達できなかった。

では、どうしたらいいのか。とにかくいろんな網の目をかけていくしかないと思う。保健所の地域保健活動はもちろんですが、そういうった人たちは精神科には行かないけれども、持

病を持っていたら内科などには行く可能性があるもので、そこで見つけてつないでもらうとか、内科で少し治療してもらおうとか。学校で見つけてもらおうこともできると思うので、セーフティネットの網を幾重にもかけていくということに尽きると思いますね。

——専門職の方だけではなく、ボランティアの力も大切ですね。仙台市宮城野区の中野栄で始まった住民の方々による心のケアグループの取材をしたときに感じたのですが、隣人としての支援というのでしょうか、そういった地道な活動も大切なセーフティネットではないかと思いました（巻末ルポ）。ただ、精神科医療につなげるのはなかなかむずかしそうです。

ええ。たぶん、被災されて苦しんでいる方が地域の医療機関にかかってPTSDと診断される数というのは、おそらくものすごく少ないです。家が全壊して眠れなくなってふさぎ込んでいる人が、二、三年後に、眠れないからということで地元の医療機関に行くとするでしょう。先生たちはそういう場合、普通に診察するわけです。

被災者の人はなかなか被災体験に結びつけて自分の症状をいみせんから、眠れないとか気分が落ち込んでいるという、医師は主訴だけを聞いて、たとえばうつ病の治療をする。それはそれで意味はあるのですが、背景に被災体験があつて、ひよつとするとPTSDの症状もあるかもしれないとはなかなか思い至らない。統計が取られたことはありませんが、被災地のクリニックでもPTSDと診断された人はとても少ないと思いますね。

それはご本人がわかっていないこともあるし、やっぱり、いいたくないんですよ、被災体験を。結びつけたくないし、結びつくんだらうとわかっていても、語ること自体がしんどい

ですから。これはPTSDの回避の症状なんです。診察に行ったときに「じつは……」とは話せない。だから、なかなか表に現れない。それは地域精神保健活動の一つの限界です。

調査の責任について

——本章の最後に、ぜひうかがいたいことがあります。東日本大震災後、さまざまな心のケア調査が被災地で行われ、たびたび問題となりました。ただ、こうしてお話をうかがっていると、阪神のときに行われた調査や反省があるからこそ次に生かせることもあると気づかされます。加藤先生も、阪神では震災直後も復興期も、さまざまな調査をされました。被災者だけでなく、消防士の面接調査もされています。でも調査してさよならではなく、今もこうして骨を埋めるといふわけではありませんが、結果的に兵庫県に留まり、災害のみならず、事故や犯罪などのトラウマ治療に専念し、災害があれば駆けつけていらっしやいます。それはなぜなのか、教えていただいてもよろしいですか。

調査については、きちんとデザインされた上で倫理的な配慮をしたものは行われるべきですし、それは非常に意味あるものなんです。やはりそれが現場でのサポート体制に生かされるようなものじゃなければだめだと思います。

当時のぼくらの場合は、活動する中で、調査もちゃんとしなきゃいけないということも認識していったという状況でした。この仕事をやるまでは一介の臨床医ですし、調査のイロハも知らなかったので、研究のプロに相談しながら進めていったのです。

まず調査を企画するなら倫理的配慮をきちんとしなければならぬといわれましたので、倫理規定と倫理委員会を自前で作りしました。

また、調査をする以上はフオローもきちんとやらなきゃいけないともいわれて、そのための根回しをしました。たとえば消防士さんの調査をするのであれば、結果を知りたい人には個々にお知らせして、ご希望があれば面接するようにしました。ともかく気が弱いせいか、データだけ取ってあとは知らん、ということではできなかつたんですね。そうでなければ倫理的にいけないわけですし、なんとなくあとで気持ち悪いような気がしたんです。たとえばそれが権威ある雑誌に載ったとしても。

——なぜ気持ち悪いとお感じになるのですか。関係をずっと切らずにつなげていきたいと、なぜ思われるようになったのでしょうか。

ぼくは研究者としては三流、四流だと思うんですけど、中井先生に師事したことが示しているように、まず臨床からアプローチしているので背景が違うんですね。中井先生の『精神科治療の覚書』という本はぼくらにとってはバイブルでした。患者さんの近くに座りなさい、肌で感じなさい、ベッドサイドに行くといふのは、椅子を持っていつて一時間でも黙っておることや、と。そこから始めようといわれたのはよく覚えています。

阪神のときも、調査だけやりに来た人たちはたくさんいました。それに対してぼくらは非常に批判的な考えを持っていたので、自分たちはそうはならないでおこうと思っていたんです。調査するなら、ちゃんとそこで仕事をやって地域に貢献しないとイケない。そんな気持ち

ちだったと思います。

第4章 回復への道のり——肉親を失った二人の経験から

災害で愛する人を失った人たちは、その後の日々をどのように暮らしているのでしょうか。死別の悲しみとどのように向き合い、どのように乗り越えていくのでしょうか。

本章では、阪神・淡路大震災で被災し、家族と家を失った二人の方にご登場いただきまし。心に深い傷を負い、いつときは加藤氏のもとに通いながら、自らの動かしようのない苦しい体験を直視することで、再び、歩き始めた方々です。

東日本大震災が発生したとき、ひとりには被災地からの転校生を迎える学校に向けてメッセージを送り、ひとりはボランティアとして被災地に駆けつけました。「あの日」から十六年、回復への道のりをたどってもらいました。

1 植松秋さんみのり（二十九歳） 兵庫県芦屋市で被災。当時十五歳の姉を亡くす

あの日

あの日はいつものように吹奏楽部の朝練があつて、五時五十分には起きるつもりでした。五分前ぐらいからウツラウツラした状態だったときに、ちよつと揺れたんです。国道が近かったので、あれ、大きなトラックでも通つたのかなと思つたところで、ドーンともものすごく大きな揺れがきた。わーっと思つて布団をかぶつた瞬間、上から家が落ちてきたんです。いまだき珍しい平屋の日本家屋だったんですが、壁から屋根からとにかく全部がダーンと落ちてきたという感じでした。

私は窓際に寝ていて、隣に二つ上の姉が寝ていました。倒れてきた壁の地面に近いところに空洞ができたので、足で蹴破りながらなんとか外に抜け出したんです。家族では私が一番早く脱出できたようでした。あのときの静けさは、今でもよく覚えています。

両親の声と、弟の泣き声はすぐに聞こえてきたんですが、姉からはなんの反応もありません。近所の人たちが駆けつけてくれたので、両親はその人たちと一緒に瓦礫をのけて、ようやく姉を掘り出しました。息は、していないようでした。

母親が瓦礫の上で人工呼吸を始めました。そのうち父親が、「お姉ちゃんのところへ上が

「つてきなさい」と、私と弟を呼びました。お別れをさせようと思ったんだそうです。でも母親はまだ人工呼吸を続けていて、「お姉ちゃんの名前を呼びなさい、呼んだら帰ってくるんだから呼びなさい」というので、二人で姉の名前を呼び続けました。

誰が見てもほとんど即死だったと思うのですが、母親だけはあきらめきれずに、近所の方が出してくださった車で、人工呼吸を続けながら西宮の病院まで運びました。

近所の家で待っていた私たちを迎えに来たとき、父親は「やっぱりだめだった」といいました。病院で会った姉の顔は、傷もなく、苦しんだ様子もなかった。すぐきれいでした。

遺体はいったん安置所になっている体育館に移されて、三日か四日ほど経ってからだったと思いますが、火葬場で焼いてもらいました。

気遣いがしんどい

それからすぐ、私と弟は父親の姉がいる兵庫県小野市に疎開して、現地の学校に仮転校しました。母親は小学校の教師だったので、学校が避難所になっていたこともあって芦屋に残り、父親がときどき小野に来てくれるという暮らしです。

学校は、いやでいやでたまりませんでした。異世界でした。みんないい人たちなんですよ。話しかけてくれるし、仲間に入れようとしてくれる。ただ地震の話は聞けませんから、前の日に見たテレビや好きなもの話なんです。みんなにはそれが日常ですが、私には受け入れられる余裕がなかった。かといって、いやだといえる強さもなかったもので、我慢してすごくしんどかったです。しかも進学校だったので勉強もやらないといけない。でも、生きるか死ぬか

という破壊的な思考になつているときに、勉強しなさいとか、何点とつたらどこの高校に入れる、なんていわれても無理なんです。高校まで生きられるかどうかもわからないのに、つて。これ以上は耐えられなかつたので、四月から芦屋の中学に戻りました。

でも、もといた学校に戻つたからといって、心の内を話せたかというところではありませんでした。身の回りに家族が亡くなつた人はあまりいなかったんです。クラスでは私ともう一人、おばあさんが亡くなつた人があるだけでした。みんな地震の話はしませんし、たぶん、どうさわつていいかわからなかつたんだと思います。

放課後、担任の先生に、ちよつと話あるから残つてといわれて呼ばれたことがあります。今でいう、心のケアだったのでしよう。「どうだ、しんどくないか」みたいなことをいわれたんですけど、非常に申し訳ないけれど、あれはあれですごくしんどかつた。

なんなのでしようね。地震の直後から、私が死ねばよかった、みたいな感情があつて、自分ががんばらなきゃいけないと思つていたんです。それなのにまわりはいたわつてくれるわけじゃないですか。先生も「大丈夫か」「おうちの人どうや」って声をかけてくれる。「大丈夫です」みたいな強がりもあるし、「心配してもらわなくて結構です」「私はそんな価値がないんです」みたいな思いもあつて。口に出していえたらよかつたんですけど、全然いえないので、小さい声で「大丈夫です」みたいな……。

罪悪感に苛さいなまれて

罪悪感があつたんです。寝る位置が違っていたら、私が亡くなっていたかもしれない。私が代わりに亡くなっていたら、姉は死なずにすんだのだから、親は悲しまなかつたんじゃないやなにかつて。今考えるとものすごい短絡的思考ですが、親があまりにも悲しんでいたのも、そんなふうを考えてしまつたんです。

じつは震災の日、父親にすごく怒鳴られたんです。近くに祖父母の家があつたので、「おぼあちゃんの様子を見に行つてこい」と。みんなパジャマ姿でしたから、「着るものをもらつてこい」ともいわれたと思います。父親としてはたんに大声を出しただけなんです。私は自分がひどく怒られたように感じたんですね。

また、こんなこともありました。仮転校の手続きをするために小野の市役所に行ったときのことです。父親が書類にまず自分の名前を書いて、次に「植松秋」、続柄に「娘」って書きました。すると市役所の人に、「ご長女ですか」って聞かれたんです。

次女、なんです。次女ということは長女がいるわけじゃないですか、絶対に。次女というのは長女の存在を示しているわけです。でも、父親は「次女」って書けなくてそのまま出ていっちゃつたんです。それで、市役所の人と私が取り残されて……。

そのとき私は、自分が次女であることをすつごい申し訳なく思つたんです。だって、「長女」って書いたあとで「次女はいないんですか」と聞く人はいないじゃないですか。ああ、やっぱり私が死ねばよかつたんだつて。なんでもかんでも自分のせいだと考えていました。

十年目の発症

それから大学に進むまでは、わりと元気にやっていました。自分がしつかりしないといけないと思っていたんです。ただ家族はみんな震災の話を避けて、びくびくしていた。両親と一緒に住むのがしんどくなって、大学は県外の徳島大学に進みました。

心理学をやりたいかったです。推理小説が好きだったのと、天災で死ぬのは仕方ないけど、犯罪で死ぬのを減らしたいと思って、犯罪心理学を勉強しようとしたんですね。でも調べてみると、専門にやっている先生がほとんどいない。これは無理やなあ、どうしようと思いはじめた頃に異変が起きました。食生活が乱れたことや、人間関係のストレスがかかったことで抑うつ状態になったんです。とくになにか一つの原因があったわけではありません。積み荷の最後のワラ一本がラクダの背骨を折る、ということわざがありますね。それまで考えないように考えないように、ふれないようにふれないようにギューツと抑え込んできたことがある日、限界になってダムが決壊したみたいな感じでしょうか。

その頃、徳島で震度3ぐらいの地震が何度かあったことも大きかったと思います。普通の人は、「あ、揺れた」みたいな感じでしょうが、私はものすごく怖くなって、それから頻繁に過呼吸で倒れるようになってしまった。物音が怖いし、隣の人の貧乏ゆすりでも「やめてー！」っていう感じです。電車にも乗れなくなっていました。乗ったとたんに過呼吸になるんです。

地震のことが頭から離れなくて、罪悪感もメチャクチャふくらんできて、もう死にたい死

にたいって、思うようになってしまった。夜中にふらっと吉野川に出かけて、このまま川を進んでいったらどうなるんだろうと思ったこともありました。親や友だちが電話やメールをくれても全然返さない。このままいなくなってしまういと、手始めにケータイを川に投げ捨ててやろうかと思ってみたり……。フラッシュバックも頻繁に起こるようになって、当時はもうPTSDの勉強もしていましたから、あ、これって教科書で見たような症状だなと気がついた。このままだと私はほんとに一線を超えてしまうんじゃないか。そう思って、大学の保健管理センターに駆け込みました。PTSDです、なんとかしてください、入院させてくださいって。

一週間ぐらい入院したでしょうか。精神科の先生に診ていただいたところ、PTSDだと思うけれど、ここにはノウハウがない。実家は兵庫県なんだし、兵庫だったらこちらのケアセンターというのがあるから、紹介状を書くから行ってみなさいといわれたんです。大学はそのままほったらかしにして実家に戻りました。

加藤先生とお会いしたのは、二〇〇五年の夏です。あの日から、十年が過ぎていました。治療が始まって

兵庫県こちらのケアセンターへは、いつも父親が車で送り迎えをしてくれました。あまりしゃべれなくて、ボソツ、ボソツと話をするんですが、加藤先生は一時間じつくりと話を聞いてくださった。抗うつ剤を処方されたときも、最初はすごくしんどいと思うけど、しばらくしたら慣れてくるからという説明があって、次の回にどれくらい副作用がしんどかったか

を聞いてくださいました。

センターへは週に一回、通いました。そのうち激しい症状はなくなっていきましたが、外出したらパニック発作が起きてしまうので、外にはなかなか出られませんでした。なにもやる気がなくて、布団に入ると起きられない。あとで父親がいつてました。「ぼくの仕事は、朝起こしてごはん食べさせて、昼起こしてごはん食べさせて、夜起こしてごはん食べさせて寝かすことなんだ」って。ちよつと元気になると、母親に誘われて買い物に行ってみるのですが、帰るとすぐしんどくなつて、二、三日は寝込みました。

生きてない感じ、でした。

曝露療法を受ける

時間をかけて状態は改善していったんですが、罪悪感だけは頑としてとれなかった。「それは私が悪いんです」みたいなことをずっといい続けていたんです。するとしばらくして加藤先生から、エクスポージャー（長時間曝露法）というのがあるけど受けてみるかといわれました。治療を始めて一年ぐらいたつてからのことです。

まず治療契約を結び、ビデオを見せていただきました。エクスポージャーがどんな治療法かを説明したものです。自分が一番しんどい記憶を最初から最後まで現在形で語る。私は今、何々をしている、何々が見えている、というふうにも繰り返して語ります。六十分間のセッションが終わったところで録音されたMDを渡されますので、次の一週間の間に家で何回も何回も聴いてくるんです。

すごくしんどいです。最初のうちは、一回か二回ぐらいしか繰り返せませんでした。「なにが見えますか」とか「どんな気持ちですか」という感じで先生に進めてもらわないと、全然しゃべれない。今まで十年かけて塞いできたものをこじ開けるわけですから、もういやだ、といって止まってしまう。そんなときは、「もう少しがんばれますか」とか「もうちよつとやってみましょうか」みたいに言葉をかけていたきながら続けました。

繰り返すうちにスラスラとしゃべれるようになって、最後のほうは三回は繰り返せるようになりました。よかったなと思うのは、最初に、今はしんどいけれど、これをやってうまくいった人がいるということをちゃんと教えてもらっていたことです。つらい体験を繰り返す語ること、自分が間違つてとらえていたところがわかつて認知が変わる。そういうこともわかりやすく大学の講義のように説明してくださいました。闇雲やみくもにやっているわけじゃないというところがわかっていたので、続けられたのでしょね。

実生活内曝露法もやりました。自分が避けていることをリストアップして、避けているレベルの低いものからチャレンジしていく方法です。

エクスポージャーを始めて中盤に差しかかった頃にやったのが、消防車に慣れることでした。消防車と救急車の音がだめだったんです。来てくれなかった救急車と、助けてくれなかった消防車、という記憶が私の中にずっとあったんですね。

あの日、ひとつ向こうのブロックで火事があったって消防車が来ていたんです。十軒ほど向こうなのですが、火は迫っていませんでした。母親が姉のことでパニックになって、「消防署の人に助けてくれるようにいってきなさい」といったので、「助けて！」って消防署員の人に泣き

ついたんです。でも無理だった。だって、消防署の人は火を消すために来ているわけですから。今でもあの消防署員の人の顔は忘れられなくて、あの人がトラウマになってなきやいななど思うんですけど……。

そんなことがあったので、苦手な消防車を克服しようと思ったんです。芦屋市の消防署の前まで行って、消防車を見て大丈夫になるまでそこにとどまる、という宿題です。いやだ、もう帰りたいたい、って思いながらもとどまって、不安がだんだん下がってきて大丈夫になったら帰ってくる。次の日も、消防車を見て不安が下がったら戻る。その繰り返しです。宿題が出た週は、四、五回は行ったでしょうか。消防署の人からすると、変な人ですよ。

回復へ

体験を繰り返し語ることで、これまで間違つてとらえていたこともだんだんわかってきました。最初にわかったのは、布団をかぶったことがすべての罪悪感のもとだったということです。姉を守るとか、起こすとかしていれば助かったんじゃないか、自分の身だけ守るなんて、なんて自己チューなんだ、と思っていたことがわかったんです。

加藤先生にいわれました。あるときそんなふうに分身の身を守ることができたことってすごいことなんじゃないのか、って。そりやそうだなあと思いました。父親にいきなり怒鳴られたことについても、そういう状況で大きな声を出すのは普通じゃないのかといわれて、そうか、私が怒られたわけではないのかと思ひ直すことができたんです。

市役所で父親が「次女」と書けなかったことについても、私が亡くなっていたって姉が亡

くなっていたって、親の悲しみは同じだろうということもわかっていった。そういうふうの一つずつ、偏った見方をしていたことがわかるようになったんですね。

家族と避けていた震災の話も少しずつできるようになって、いちばんハードルが高かった姉の墓参りにも行けるようになりました。それまでは毎年、記念日うつとか、街が華やぐクリスマス頃から具台が悪くなって、一月十七日にピークが来て、二月になってようやく回復するというのを繰り返していたんですね。でも今はその時間帯に姉のことを考えて、あ、悲しいなと思う。ちゃんと悲しめる私になれたな、という気がしています。

センターには結局、二年ぐらい通いました。一年目に大学に戻ってからは、二週間に一度、薬の相談をして帰るといふ感じでしょうか。卒論は阪神を経験した人たちをインタビューすることに決めていたので、加藤先生に、「それ、今できるかなあ」といわれながらも、書き上げることができました。

大学を卒業してからは、トラウマケアを扱っている兵庫教育大学大学院に進んで、EMDRを専門に勉強しました。PTSDになったことで、これは真剣に取り組まないとあかんなと思ったんです。自分が生きるために必要だったし、自分で自分のことを知らなきゃいけないと思いました。もともと人に相談されることの多い人間だったこともあって、じゃあ、本格的に臨床心理学をやろうと。目下、鳴門教育大学予防教育科学教育研究センターで研究補佐員として働きながら、臨床心理士を目指して勉強しています。

今はもう不思議なほど、罪悪感はありません。あ、生きててもいいんだって。これだけの経験をしてPTSDにまでなかって、それでも生きてる私ってけっこうすごいよなと思ったり。

すごく自分を認められるようになって、よし、生きよう、って思っています。

今思うこと

臨床心理士を目指していて思うのは、助かった命も自分だけでは生きていられないことがあるので、それを少しでも生きていけるようにできないかな、ということですよ。

そんなとき、事前にどれだけ知識があるかということとはとても大事なことだと思います。災害が起こったらこういうことになる人もいるし、ならない人もいます。こうすればいい、ということも人によってすごく違う。罪悪感を持つ人は多いだろうけど、持って当然のもの。傷つけるつもりはなくても、傷ついてしまうことはある。

そういうことを知っていることは、とても役に立つと思うんです。自分ではもうどうしようもないと思ったら専門的な治療も助けになります。それ以前に、知っていたからこそ変わることをあると思うんです。

うまくいえないのですが……、たぶんだれか一人でいいんですよ。胸の内を打ち明けられる人をつくるのも大事なんでしょうなと思います。あるいは、胸の内を打ち明けられる人がいないんだと気づくことも。

東日本大震災では、被災地から転入生を迎えた学校の先生や保護者の方に向けたメッセージを書いて、日本心理臨床学会のホームページに載せていただきました。転校って想像以上に厳しいものですし、受け入れるほうも戸惑っておられるだろうと思ったからです。ただ、被災地にはまだ行ってません。すごく行きたい気持ちはあるんですけど、資格のない中途半

端な立場では行けないということと、たとえ臨床心理士でも遠方の人間が直接ケアをするとはないので、今すぐ行くことにあまり意味はないだろうという思いがありました。

それ以前に、やはり仕事がありますからね。ちゃんと生きて、目の前の仕事をする。それが今の私には大事なんだろうなと思っただんです。（談）

2 白木利周さん（六十九歳） 神戸市灘区にて被災。当時二十一歳の息子を亡くし、七年後に妻を失う

あの日

あの日、なにが起こったのか、最初のうちは全然覚えてないんです。下からどーんと突き上げられて、テレビが飛んできて目が覚めました。東灘区御影^{みかげ}にある一戸建ての平屋で、戦後すぐ建てられた古い家でした。最初に屋根瓦が落ちて、柱も、床も、壁も全部落ちた。

朝六時に息子を起すことになっていたので、妻はもう起きて朝食の準備をしていたんです。すぐに「火を消せ」と叫びました。でも返ってきた言葉は、「動けない」。これは大変だと思いました。ガスは瞬間的に止まったようで、幸い、火は出ませんでした。南側の部屋に娘が寝ていたので声をかけると、大丈夫だという声が返ってきました。

息子が心配になって表に出たら、土ぼこりで見えませんが、声をかけても返事がない。

ほこりがだんだんおさまってくるにつれて、プレハブがつぶれているのが見えてきました。隣の家との境にあった大きな蔵が倒壊して、完全に押しつぶされた状態でした。息子が勉強部屋として使っていたところでした。

すぐに中に入ろうとしたんですが、余震がきて逃げる、入ろうとしてまた逃げる。その繰り返しです。近所の人にも手伝ってもらいながら息子を探しました。二時間ぐらい探したでしょうか。手を布団の奥まで入れたとき、あったかいぬくもりが伝わってきました。あ、ここにいると思って体を引っ張り出そうとするんですが、瓦礫に下半身がはさまれて動かさない。そのうちどんどん冷たくなっていくのがわかりました。

ちようどまわって来られたお医者さんがその状態をご覧になって、「即死です」といわれました。「意識はあっても十五秒ぐらいでしょう」と。警察や消防の人たちに息子を出してくださいと頼んだのですが、「われわれは命ある方を優先しなければならぬから。ごめんなさい」と、次に行かれました。息子がそこにいるわけですから、われわれは避難所に行くわけにもいかず、向かいの家の庭を借りて、そこに直接布団を敷いて過ごしました。

レスキュー隊に息子を出してもらったのは、一日後です。遺体は保健所に安置されました。ほかに二十ほどのご遺体があったでしょうか。仲間がお寺さんを連れてきてくれたので拝んでもらっている、ほかのご遺族の方から、うちも拝んでほしいと頼まれました。どうぞと申し上げてそちらも拝んでいたところ、大変感謝されました。前に来られたお寺さんに頼んだら、うちは檀家しか拝まないからと断られたんだそうです。

火葬の段取りをしていたときにたまたま近くの斎場が再開するとわかったので予約を入れ、

その二日後には骨を拾うことができずした。あのときは県外の火葬場まで行かないといけな
い方もたくさんおられたので、ある意味、ラッキーだったかもしれませぬ。

暗いトンネル

翌日からは、尼崎にある会社の研修センターの部屋で過ごしました。出向した同期の仲間
の家が空いているというので、二月からは川西市にあるその一軒家を借りました。

周囲はうちの会社の人が多いのですが、女房はまったく面識がありません。氣遣って声を
かけてくださっても、かたくなに閉じていました。

神戸には後片付けのためにしばらく通いました。朝、家を出て、二時間かけて御影に行き
ます。その間、中高生の姿が目に入ると、女房が息子を思い出して泣くわけです。なんで泣
くんやというわけにはいかないので思い切って泣かしているんですが、それが落ち着くと自
分の殻に完全に入ってしまう。どんな慰めの言葉をいってもだめです。

極端な話ですが、娘と私が話をしていけると、私の悪口いってる、今すぐお兄ちゃんのとこ
ろに行きたい、といって、わーっと泣いて逃げるんです。そうなると話もできません。今に
も家庭崩壊しそうな状態です。だからできるだけ刺激しないように、泣くときは泣かせてい
ました。一年間は泣きっぱなしで、池ができるぐらい泣いていました。そのうち私も暗いト
ンネルに入ってしまった。頭の中は地獄。自分たちほど不幸なものはない、と殻に閉じ
こもりました。

小さな光が見えたのは、一年後です。息子は、昼間は郵便局で働いて夜は神戸大学経済学

部の二部に通っていたので、葬儀のときにみなさんからいただいた香典のほとんどを大学に寄付していたんですね。ここまで育てていただいた御礼の気持ちを含めてです。

すると一年後、お金の使い道について大学から提案があって、子どもの名前を冠した基金をつくったというのです。卒論の優秀作品に記念の盾を贈るというものです。ただどう計算しても、七年後には寄付したお金がゼロになる。大学は残すとおっしゃったけど、女房は、七年経ったらなくなるからとにかく自分で貯めてまた寄付する、といい出したんです。それからですね、少しずつ表に出られるようになったのは。

そうして初めて、あ、私には残された子どもがいると気がついた。亡くなった子から生きている子に少しずつ目が向くようになっていったんです。娘は震災のときにちようど大学受験だったので、息子がいつも面倒をみていたんです。われわれ夫婦にとっては息子をとられたという気持ちなんです。娘にすれば、兄をとられたわけですよ。でもそういう気持ちがあるようになるには、やっぱり時間がかかったんです。

ようやく生きる目標は見つけたけれど、まだ暗いトンネルの中にいることに変わりはありませんでした。

仲間との出会い

震災四年後の一九九九年一月十四日に神戸大学で慰霊祭があるというので、遺族として参加したところ、思いがけない出会いがありました。震災直後からボランティア団体「がんばろう！！神戸」を立ち上げて活動していた俳優の堀内正美さんが声をかけてくださったんで

す。阪神間にある五十五カ所の慰霊碑マップを作られていて、遺族の一人でも反対があれば出さない、一人でも賛成してくれたら出すという気持ちでおられたんですね。私と女房に真剣な顔で説明されたので、「私たちも慰霊碑を回りたいので、どうぞ出してください」と申しあげたんです。私はわからなかったのですが、女房は堀内さんを映画俳優として知っていたようにす。だから、すっと入っていった。それが、「震災モニュメント交流ウォーク」の始まりでした。

二回目のウォークに参加したとき、ほかのご遺族を紹介されました。それまではどんなに励まされても、自分たちほど不幸なものはないという思いがあったのですが、そのとき初めて、あ、自分たちだけじゃなかったんだと知りました。他人にこの悲しみがわかるわけはないと思っていたのが、同じ境遇の方々と話すうちに、気持ちが軽くなっていく気がしたんです。真っ暗だったトンネルに、ぽつと灯りがついたようでした。

妻の死

二〇〇〇年には、神戸市役所の南にある東遊園地に「1・17希望の灯り」と慰霊と復興のモニュメントが出来て、地下の「瞑想空間」に息子の名前も刻まれました。すると女房が、私もそこに入りたいというんです。震災で亡くなった人が入るところだから無理だといったんですが、何度も何度も、入りたいといい続けていました。

翌年がちょうど息子の基金が出来て六年目になるのですが、その年の一月に目標を達成してほっとしたのでしよう。大学にお金を寄付するや体調を崩してしまい、そのままにも受

け付けなくなつて、十一月に心不全で逝きました。後日、神戸市以外の犠牲者と震災関連死の方も「瞑想空間」に入れるようになったときに、奥さんは震災モニユメント交流ウォークに参加したことが生きた証だよね、といわれて申請させてもらったところ認めていただき、女房の願いどおり、子どもと同じ場所に名前を刻むことができました。

それから間もなくして、ウォークに携わっていたメンバーを中心にNPO法人「阪神淡路大震災 1・17希望の灯り」(HANDS)が設立されました。その創立パーテイで堀内さんに頼まれて、遺族のひとりとして挨拶したところ、いつのまにか私が初代理事長になつていました。でも、ノーとはいえなかつたです。

堀内さんは、ご自分は被災されてないんですが、友人を何人も亡くされていました。ボランティア活動だつて、売名行為やないかとさんざん中傷されてきているんです。でも人としてやるべきことがあるという信念で、ずっと被災者を支援してこられた。それでもやっぱり、遺族を守るのは、遺族なんです。そのことを堀内さんはわかつていて常に守ってくれていた。だから、自分はお手伝いしなければならぬと思つたんですね。

その後、開催されたフォーラム「いのち・むすびつなぐ」では、震災の遺族だけでなく、事件や事故で肉親を失つたご遺族もお招きしました。大切な肉親を亡くされた方々同士、思ひは共有できるんじゃないか、なにかあれば支え合ひましょうという思いでした。

遺族だからできること

初めてボランティアとして災害の被災地に出かけたのは、二〇〇〇年の有珠山噴火のときです。神戸からは民間ボランティア団体の「神戸元気村」が先発隊として活動していたのですが、彼らとつながりのあった堀内さんから遺族として行ってほしいという要望もあって、もうひとりのご遺族と一緒に出かけにいきました。

といっても、なにをやればいいのか全然わからない。もう明日は帰るといふとき、ようやくみなさんとゆつくり話す機会があつて、神戸から来ましたと挨拶してみたんです。すると、「神戸は大変ですよ、たくさんの方が亡くなって」といわれた。有珠では犠牲者はいまして生きてきたから、「神戸に比べたらまだいいのかなあ」「先を考えたら不安になるけどがんばって生きなきゃね」ともおっしゃった。あ、そうか、と気づきました。私が激励するということではなくて、みなさんが元気であることが私にもっとがんばれよ、ということかと。激励するはずが、逆にエネルギーをもらったんです。当初はなんで遺族が行かなきゃいけないんだと思つたんですが、連れていかれた理由が理解できました。

いつも私を呼んでくれる人がいるんです。新潟県中越地震のときもそうでした。あるときは地震から半年後に小千谷市おぢやに入ったのですが、それも神戸元気村の仲間が呼んでくれたからです。小千谷の塩谷地区しおやで小学生が三人亡くなって、仮設住宅でご遺族の方々とお会いしたんですね。自分の体験をお話ししながら、今困っていることや、悩んでいることを一緒にお話ししようと思し上げた。それで気持ちも少しでも和らぐのであればいいなと思つたんです。小千谷にはそれから毎月のように通いました。

それでも、悩んで悩んで、もうおれ、しんどい、やめたいと思ったことはあるんです。すると娘にいわれました。「必要とする人がいる限りがんばれ」と。必要性がないなら終わりですが、まだ必要といわれたらやらなければならぬと思いました。自分のできることはちっちゃなことだけだね。

「私、トラウマになってませんか」

加藤先生とお会いしたのは二〇〇四年頃だったでしょうか。HANDSの仲間を通じて、トラウマについて講演していただく機会があったんです。そのお話を聞いて、私自身、震災がトラウマになってるんじゃないかという思いがあつて、そのあとすぐに兵庫県こころのケアセンターに出かけました。

はつきりいって愚痴ばかりですよ。今の活動について私はこう思ってるんだけどそれでもいいのかなあとか、自分が浮いてるんじゃないかなあとか、今の気持ちをぶつけるだけです。薬をいただくこともないし、治療ありません。二カ月に一回ぐらいでしょうか。

ある日、先生に聞いてみたんです。私、トラウマになってませんか。すると先生は、トラウマにはなっていないけど、そこに入り込んでしまうことはあるかなとおっしゃった。

とくに病名がついたわけではないんですが、精神的に不安定なときに行つては愚痴をこぼしてほつとする。それはこんなことじゃないですかといわれると、ああそうだなあと納得する。どちらかといえば、一方的に私がしゃべりますからね。吐き出すだけなんです。先生にしたら、愚痴ばかり聞かされて、もういいよ、といわれるかもしれないが。

そういう場所があるのは心強いです。こういうのも出会いというか、きっかけですね。トネルに入っていた四年間に先生と会っても、たぶんなんにも話せなかったでしょうから。

タスキプロジェクト

HANDSの活動で、東北の被災地にたびたび出かけています。最初に宮城県の名取市に入ったときは、言葉にできないほどのショックで足がすくんでしまい、津波の被害を受けた地域には入れませんでした。ボランティアセンターの立ち上げとマップ作りだけ手伝って、とりあえず三日間で神戸に戻りました。

その帰り道で堀内さんから「タスキプロジェクト」を立ち上げたと連絡があったんです。個人の支援物資をバッグに詰めて被災地に届けようという活動です。江戸時代の「村送り」ってありますね。困っている人を目的地まで直接送るのがむずかしいとき、村伝いに少しずつみんながたすきを渡すように送り届けた。行政が個人の支援物資を受け付けてくれなかったの、じゃあ私たちが村送りをやりましょう、ということなんです。

「現地で仕分けさせない」「ゴミを出さない」「友だちとしてつきあっていただくための手紙を入れる」というコンセプトで、人ひとりの着替えを下着から上着まで詰めて、バッグに男女の別とサイズを書く。下着は新品です。手紙には「サイズが合わなかったらごめんなさい」というひと言と連絡先を書き、ひまわりの種を入れてセットされています。インターネットで呼びかけたら、世界から一万五千以上のバッグが集まりましたよ。これをトラックに積んで、岩手県の陸前高田や花巻、一関、大船渡、福島県は猪苗代や三春町に届けました。

被災地の方との交流はどんどん進んでいます。手紙が来た、携帯メールがつながった、とバッグを作ってくくださった方々からタスキプロジェクトにも報告があります。これほど互いに喜んでいただけることはありません。

東日本大震災で大切な人を亡くした方へ

なにを申し上げたらいいのか……、むずかしいです。がんばろう、がんばってね、とはなかなか声をかけられません。でもその中でいえるのは、苦しくても、どうかくじけないでほしいということ。目標を持って生きてきたのに途中でその思いを断たれた方がいらつしやるわけです。だから、生きることによってその思いを引き継いでいただきたい。前を向いて、自分のできることをやっていきましょう。そう申し上げたいです。

この十六年間、私もなんとかやってきました。自分は決して強くない、むしろ弱い人間だと思ってます。でも生かされているうちは、みなさんからいただいた思いやりやさしさに恩返しができるかと思っっているんです。生きていうより、生かされています、このいのちは、そういうふうに使うことが本当だと思っっているんです。

「瞑想空間」に行くたび、息子に話しかけています。もうそろそろそっちに連れていってくれないよなって。でも絶対にイエスといってくれない。親父、まだまだやるべきことがあるよと。じゃあなにをやったらいいのと聞いても答えが返ってこない。そうか、自分で考えなきゃいけないのか、じゃあもう少しがんばってみるかなあと。

東北にはまた行かせていただくつもりです。少しでもみなさんの力になればと思う。苦

しいのはよくわかります。でも、ひとりじゃないよ、といたい。サポートしたいと思う人間がいるのだから、われわれを信頼して、どうか動き始めてほしい。動いてくださった人みんなが見ていますから。自分が動いて初めて、光が見えるんです。（談）

第5章 支援者へのメッセージ

東日本大震災の被災地では、自衛隊や消防隊、医療チームなどの専門職から一般市民によるボランティアまで、さまざまな私たちの支援活動が行われています。国内外からのべ百三十七万人以上が駆けつけ、ボランティア元年という言葉も生まれた阪神・淡路大震災以降、支援者の存在は、被災地の救援や復興にとって不可欠のものとなりました。

本章では、消防士や医療関係者を対象に、支援者が抱えがちな「惨事ストレス」の調査研究を進めてきた加藤氏の経験をもとに、支援者が被災した人々に接する際に心がけておきたいことや、支援者自身の心のケアについて考えてみます。

どんな態度で接するか

——このたびの東日本大震災では、阪神のとき以上に心のケアの大切さが報じられています。全国紙で記事の件数を調べてみるところ、震災から四カ月ですでに阪神のときの三年分に近い心のケア報道がありました。

精神科医や心理士による活動のほかにも、警視庁きずな隊という女性警察官が半数を占める心のケアチームが避難所を訪問したり、仙台では仏教会とキリスト教連合が協力して斎場に心の相談室を開いたりしました。一般の方によるボランティア支援も行われていますが、ある被災地のボランティア応募用紙の活動内容欄に、泥かきや片付け、物資仕分けなどと並

んで、話し相手という選択肢があつたのには驚きました。話し相手ならできると思う方は多いでしょうが、こうしてお話をうかがっている、いや、それが一番むずかしいのではないかと感じています。そもそも心のケアは、いったいだれがだれに対してするものなのか、混乱してしまいそうです。

そうですね。ぼくたち精神科医や臨床心理士の活動も、学校の先生が防災教育の一環として子どもたちに作文を書かせることも、お話をお聞きしますと行ってただ傾聴するだけのボランティアも、広い意味ではみんな心のケアと呼ばれていますからね。

それは、「心／＼こころ」の「ケア」という、とても平易な言葉が持つ懐の深さと広さなんですね。どれが心のケアで、どれは心のケアではない、と区別することはむずかしい。結局、どんな態度で被災者に接するか、ということが大事なんだろうと思います。

治療しようが、ただ話を聞くというスタンスであろうが、基本的な態度としてはまず相手に害を与えないということ。それ以上、その人を傷つけないということ。被災者役割を押しつけすぎないことも、心に留めておく必要があります。

——被災者役割とはどういう意味でしょうか。

たとえば、何度も何度も被災体験を話させて、つらかった、といわせることです。支援を手取り足取りされることに慣れていってしまうのも不幸なことです。支援を受けながらも、その中で自分がやれることを少しでも見つけて立ち上がっていく姿を、敬意を持って支えて

いくことが人を支える基本的な姿勢です。それをちゃんと意識しながらやるのであれば、心のケアといって差し支えないのでしょね。

——害を与えない、傷つけない、ということですが、たとえばどんな言葉だと相手を傷つけてしまうのか教えていただけますか。

第2章でご紹介した専門職向けの早期介入マニュアル「サイコロジカル・ファーストエイド」にうまく整理されているのですが、たとえば遺族に対して、「お気持ちはわかります」といってはいけなと書かれています。この人はこんなつらさを持っているんじゃないかとわかったつもりになって、わかりもしないのにわかったように振舞うのは、やっぱりよくないことだと思いますね。自分が追体験できるわけではないし、百パーセント共感できるわけでもないということ意識することが大事で、それが傷つけないということだと思っています。

被災者の気持ちはその人にしかわからない

——本当のところ、その人の気持ちはわからないと思うところから始めるということですね。

ええ。ぼく自身、ときどき思うし、講演でも話すことなのですが、被災者の気持ちという

のはその人にしかわからないんですね。どんなにこちらがわかったつもりになっても、結局、なんにもわかっていないんですよ。

阪神のときも、一週間後に駆けつけましたが、ぼく自身は地震の瞬間にはいなかったから、どれだけ聞いてもわからない。ぼくがこの仕事を続けてきたのも、わからないものをわかりたいと思う気持ちと、どこかで負い目みたいなのがあったからかもしれないという気はしています。

遺族の方によくいわれますよ。先生には絶対わかんないって。これは震災の被災者ではないのですが、ある遺族にはじめてお会いしたとき、「ここに来られたのであれば、どんなお気持ちでもおっしゃっていただいていいですよ」といったんですね。そうしたら、「ほんといいいんですか」っていうんです。「ほんとにそんな気持ちをここでぶちまけたら、私は先生のことを殺しちゃうかもしれない。それだけ私の怒りは強烈なものなんです」といわれて、ぼくは返す言葉がありませんでした。簡単に「何でもおっしゃっていいですよ」ということさえも、人によってはそういうふうには違和感を持たれるときがあるわけです。

共感の仕方というのも、アクティブ・リスニングと違って、熱心に傾聴することはもちろん大切な基本姿勢です。それでもトラウマを受けた人の気持ちというのは、受けていない人間からは想像するしかないものだということを認識しておかなければならないと思います。

自責感はあたりまえ

——さきほどのご遺族の方も、先生が憎くて怒っているわけではありませんね。でもご自身の怒りや悲しみがあまりにも強すぎて、どうせわからないくせに、と跳ね返してしまう。被災地に安易な気持ちでボランティアとして支援に入った場合、そんなふうに跳ね返されたことがショックで、逆に傷ついてなかなか立ち直れないというケースも多いのではありませんか。これは報道の人間も含めてなのですが、支援者としても気をつけるべきことではないかと。もしそれを防ぐ方法があれば、教えていただきたいのですが。

さきほど申し上げたことにもつながりますが、やはり自分がいくら共感しようと思ってもできない部分があるという限界をまずは知っておくことだと思いますね。それに加えて自分がある程度、健康じゃないといけません。疲れ果てた状態でそういった話を聞いたり共感したりはできないので、自分を保ちながらやるということだと思います。とことんやるのが一番よくありません。

阪神のときもボランティアの人がたくさん来ましたが、中には、周囲がちよつと眉をひそめるぐらいハイな状態になって、自分の意見を攻撃的に押し通そうとするいわば躁状態の人がけっこうおられたんです。その場所を仕切っていたリーダーが、そういう人に、あなたちよつと無理だよ、といって帰したこともある。それでも、いうことを聞いてくれなくてずつと居残った人がかなりたくさんいたんですね。その人たちが帰ってからどうなったかというのはあまり知られていませんが、やはりかなりへこんだそうです。反動のあまり、使いもの

にならない状態だった人もいたようです。

——それは、自分の思いを受け止めてもらえなかったという衝撃からでしょうか。

そうですね。そもそも、躁状態でいることはけっこう疲れますから、反動は必ずきます。ぼくも実感したことです。一週間、被災の現場に近い避難所に身を置いて活動すると、それは日常とはまったく違う状況ですから身も心も疲れるのです。

活動を終えて、もといたところに帰るでしょう。ぼくの場合だと東京に帰ったわけですが、阪神であれば淀川を越えるともう被災地でもなんでもなかったわけです。北は、六甲山を越えれば何事もないわけです。そうなると、この落差はなんなんだ、とまず驚きますよね。家に戻ったらお湯はちゃんと出るし、明かりも煌々とつくし、部屋もあたたかいとなると、やはり強い違和感と自責感を持つことになります。あの人たちはこんなに苦しんでいるのにいのだからかと。熱心な人はその自責感によって苦しんでしまうんです。

でも支援者にはそういう自責感が生まれるということを意識していれば、そんなものなんだと思えるでしょう。普通に飲み食いして、ふだんどおりに日常生活を送っていないと、また次の救援に行けなくなるとわかっていたら割り切れますよね。

——でも割り切るのとはなかなかむずかしいですね。自分は冷たい人間なんじゃないかと思ってしまうそうです。

そうですね。でも、ある程度そこを切り換えられる能力がないといけないんです。

——今回、兵庫県心のケアチームのメンバーを取材させていただいて、なるほどそうかと思ったのは、同じ方が繰り返し何度も行くということはほとんどなくて、必ず交代していることですね。しかも夜は飲みに行つて気分転換されている。ああ、それでいいんだと、私はストーンと腑に落ちて、なんだかちよつと安心しました。そうじゃないと支援なんて続かないということがとてもよくわかりました。

ええ、そのとおりです。寝食足りてというのはあるけれども、救援する側が同じような境遇で同じような生活をしなきゃいけない、ということでは決まてないわけです。救援する側がへばってしまうと救援活動そのものが立ち行かなくなるし、かえって相手に迷惑をかけてしまう。ちゃんと自分で自分の身を守ること、健康管理をすることはとても意味があつて、ぼくも神戸に来たときは、三週間目ぐらいからは安先生たちを引っ張りだして飲みに行つていましたよ。

支援者が被災者であるとき

——被災地には、自分も被災しながら支援をやつてらつしやる方がたくさんおられます。今回も、自衛隊や消防士、医師や学校の先生方、行政職員など、本当に多くの方が被災しながら支援活動をされています。そのような場合はどういうことに気をつけていけばいいでし

よるか。

それはとても大きな問題です。家族や家を失っている状況でも仕事はあるので、とりわけ公務員であればやらなきゃいけないし、やらないと非難される。

ぼくの知り合いのドクターの話ですが、阪神のとき、子どもさんが生まれたばかりで、すぐに行ってくれるなど奥さんに泣いて頼まれたんです。そのことがあとで自分にとってものすごく負い目になったといっていました。同じ病院の医師は、自分が被災してでもすぐに駆けつけているのに、自分は駆けつけられなかったと。被災地の支援者はそんなふうに分をある程度犠牲にすることを強いられる。そうなるものすごく疲弊していきます。

今回、東北の被災地を歩く中でぼくが絶句した場面は何度もありました。その一つが前にもお話しした南三陸町です。

町の職員の人たちにお話をしたとき、被災者に接するということはとてもリスクのあることだから、ご自身を大事にしてください、といったんですね。そのあと、なにかご質問

はありますかと訊ねたら、自分たちの状況を見てくれたらそんなことはとてもいえる話じゃないだろうといわれたんです。なんにも感じられない、疲れも感じない。眠らなくても平気だし、怒りも感じないし、感覚がなんにもない。屋上の非常階段にしがみついてかろうじて助かったけれど、目の前を同僚がいったい流されていくのを見た。でも、悲しみなんかまだなにも感じないと。

すると、まわりの方たちが泣きだしてしまっただけです。ぼくは感情を聞き出そうと思って

話をしていたわけではないのですが、どうしようかと困ってしまいました。

そこで、とにかく少しでもご自身のことを大切にしていたくために、お茶を飲むスペースをだれにも見えないところに作っていたとか、せめて血圧をチェックいただくだけでもできないかとご提案したところ、それだったらできるかもしれないということでなんとかその場を収拾できたのです。

町の職員は三割も亡くなっているのに、仕事は倍以上に増えているわけですからね。その仕事量たるやすごいものなんです。阪神のときにも、自分が被災しながら支援にあたった方たちの大変さを目にしてきましたけれど、今回はじめてそのリスクを知った気がします。南三陸町でご提案したのは一つの例ですが、できる範囲のことなのでいいので、自分を少し顧みるというか、ちよつとでも大事にすることができればいいのではないかと思います。

——みんなが苦しんでいるのに、自分だけがリラックスしては不謹慎じゃないかという思いがおりなのですね。外の人間は気分転換できますし、そうじゃないと続かないわけですが、けれども、中にいるとそこまで簡単には切り替えられないのではありませんか。

だからこそ、外部から行った支援者たちが、内部の支援者をまず支えなければいけないのです。

外部の支援者が撤収したあとに残った被災地の支援者の方たちにぼくが申し上げるのは、あなたひとり支えている被災者の方は何百人、何千人といふんですよ。だから、あなたが自分を大事にされるといふことは、何百人、何千人のあなたが支えている人たちのことを大

事にすることなんですよ、ということなんです。そう申し上げると、少し腑に落ちていただきます。そういうあたりまえのこともすつ飛んじやうんです。なんとかしなきゃ、自分を犠牲にしなきゃ、と思っってしまった、現実感が持てなくなってしまうのでしょうか。

学校の先生などもそうですが、長期にわたって復興期の支援にあたる役所の方々には、健康面の問題が出てくる人たちが少なくありません。身体の病気になる人もいるし、うつ病になる人もいます。ひどい場合には、自ら命を絶つということも起こります。阪神のときは、次の年に神戸市の助役さんが焼身自殺されるという非常にショッキングな出来事がありました。新潟県中越地震のときも職員の方が自殺されました。

今回も同じようなことが起きる危険性があるとわかっているわけですから、なんとかして防がなければなりません。外部の支援がどんどん撤収していきますので、地元の支援者の負担はさらに増えます。自宅の再建もまだなかなか実感できない状況ですから、リスクは非常に高いです。とくに役所や医療関係の方たちは、被災された方と長く接しなければいけませんから。南三陸町の場合、あとで聞いたところでは、避難所で寝泊りされていた職員の方々ほとんどは、親戚の家や少し遠くに居場所を見つけて移られたそうです。そうでなければ仕事を続けていくことは無理ですから、正しい選択をされたと思います。

遺体を扱うということ

——今回は大変多くの方々が行方不明になり、大規模な捜索活動が行われました。海上で捜索にあたった海上保安庁の方にうかがったのですが、とても耐えきれなくて任務を離れた

若い部下がいたそうです。ご自身も子どもの遺体だけではどうしても足がすくんで仕方がなかったとおっしゃっていました。自衛隊や警察もそうですが、そういった救助のプロだけでなく、潜水捜索に参加したボランティアや行政職員の方々も大変な人数の遺体を扱わなければならぬ状況でした。そういうことは生まれてはじめてなされた方がほとんどだったのではないかと思います。

そうですね。阪神のときにも同じような状況はありました。火葬場がいっぱいだったので、遺体を焼く順番が回ってくるまでに二カ月ぐらいかかったんです。その間、遺体はいろんなところに安置されて、神戸市内であれば区役所の隣の区民センターなどに置かれました。そこで遺体の管理をしたのは、区役所の職員の方です。しかも当時の厚生省のマニュアルには、死者が出た場合の対応は福祉職員が行うと書いてあったから、それにのっとって、福祉課の事務の方やケースワーカーの人たちが担当したんです。ふだんは生活保護の手続きなどに対応している人たちです。

ぼくがお会いしたのは、まだ若い、三十歳にもなっていない女性でした。くる日もくる日も棺桶を開けて遺体のドライアイスを交換しなければいけない。遺体といっても、震災の遺体はきれいな遺体ばかりではありません。圧死しているものもあれば焼死体もあるので、それを見なければいけない。たまらない仕事ですよ。はつきりいつてだれもやりたくないはずです。

でも、彼女たちはそれをしなくてはいけなくて、最初は吐き気をもよおしながらやったそ

うです。ところが、そのうちに慣れてきちちゃったし、なんにも感じなくなっちゃったと。普通に淡々とやれるようになったというんです。そんな自分が信じられないというか、こういうのに慣れていくということが信じられないと、そう話しておられました。

ぼくはスマトラ沖地震のときにインドネシアのアチェに派遣されたのですが、津波の遺体というのはとても損傷が激しいことが多いんです。瓦礫でグチャグチャになっているので、きれいな遺体であることのほうが少ない。職員はそれを搜索して保管して、しかも家族が遺体の確認に来られたときの立ち会いもされている。ひどい状態の遺体を扱うというだけでなくて、ものすごい悲嘆に接することですから、遺族の感情まで背負い込むかたちになってとても影響を受けてしまうんです。今回、そういう方たちにいるんな人がサポートしようとしてはいるんだけど、なかなかうまくできるものではありませんね。

兵庫県こころのケアセンターでは、惨事ストレスの研修をずっとやっていて、そこに参加されている消防士の方に、ひどい状態の遺体を扱うときはどういう心構えを持っているのですかと質問することがあるんですね。仕事としてやっています、とか、だんだんと慣れていくものなんです、とおっしゃる方が多いんです。でも、今回は遺体を見たこともない人がやらなければならなかったわけですよ。消防団員や役所の職員の方などの影響はかなり大きいでしょう。

組織や社会が理解すべき惨事ストレス

——どのように対処すればいいのでしょうか。災害が起きてからの心のケアについてはさま

ざまに行われていますが、ふだんから準備して知っておくことはできないものなのか。自衛隊では組織としても精神的な問題に取り組まないといけないという認識が行き渡ってきたようですが、役所などはまだそうではありませんね。

まだまだですね。支援者が受ける影響がある、ということをやまず知っていたから始めなければなりませんね。ぼくが保健所や消防署で研修をしているのはそのためなんです。支援するとは、遺体を扱うことも含めて、それだけ影響を受けることであるということすら認識できない状態ですから。影響を受けちゃいけないと思っっているし、受けたらそれは自分の覚悟が足りないからだと考えてしまう。組織からも、この大変なときにどういうことだ、被災された人がこんな状況なのになぜなんだ、と叱責されてしまうことが多い。

そうではなくて、影響を受けて当然なんだとご本人が知らなきやいけないし、組織はもつと知っていないければならないんです。とくに上司が理解して、部下を休ませる。そういう配慮が組織として必要であることを知ってもらうことが大切なんです。

あとは、ちゃんと労をねぎらうこと。職場では部下に、ごくろうさまとってあげること、は大事ですし、役所の人ならやっつて当然というのではなくて、彼らも大変なことをやっつているといふことを社会がもつと知らなければいけないんだと思います。

——阪神のときもそうでしたが、今回も被災地に入って一般の方々の話を聞いていると、行政に対する不満はよく耳にします。

自然災害というのは怒りの向けどころがないんです。犯罪被害のように、加害者がいるような場合はそこに怒りが向けられますが、自然災害はどうしようもないところがある。となると、被災した人が怒りを感じたときに、その怒りを向ける相手はどうしても公的な立場の人たちになってしまいうわけです。そういうことは当然起こるのですが、でも、向けられたほうとしてはたまらないですよ。

たしかにうまくいかないことも多いです。仮設住宅を作ることについても、なかなか場所が確保できないし、資材も集まらない。住民の方々からはなるべく近くに作ってくれといわれる。一生懸命やっているんだけど、不満はどうしても出てきます。

では市の人はどう思うかというと、仮設住宅を作るのは県の仕事じゃないかと県に怒りを向ける。県の人はどう思うかというと、国の役人がなにもしないからだという。怒りの矛先がどんどん移っていつてしまう。その都度その都度、その場で怒りを向けられた人はとてもしんどい思いをします。

被災地の役所にいる人たちは、とてもつらいですよ。よく見る光景ですが、窓口で怒鳴られることがあるんです。神戸でもよくありましたが、今回も仙台で目にしました。でも向けられた人が怠慢というわけではなくて、役所だから手順があるのでそれにのっとなってやっているだけなんです。でもそんなふうに怒鳴られてしまうと、やはりたまらない気持ちになっ
ていきますよね。

殉職者を弔う

——ご著書『消防士を救え！——災害救援者のための惨事ストレス対策講座』を拝読していますと、災害救援の最前線で働くプロの救助者の方々の抱えるストレスは、私たち一般の人間の想像をはるかに超える過酷なものだということを感じます。今回も多く消防士の方々が過酷な任務にあたられました、加藤先生は消防署を回って研修やカウンセリングをなさっていますね。

ええ。四月に岩手県の陸前高田、釜石、大船渡、そのあと六月には宮城県の名取と気仙沼の消防署に行きました。岩手は県から依頼されて行ったのですが、宮城は総務省消防庁から派遣されたものです。二〇〇三年に創設された消防職員のための緊急時メンタルサポートチームという制度があつて、そこにぼくも登録されているんです。

ぼくが行った消防署はどこも殉職者が出ているところで、気仙沼消防署などは十人の方が亡くなっています。気仙沼消防署が南三陸町も管轄しているのですが、南三陸の消防署に駆けつけた非番の人たちのうち一人だけ助かつて、あとの十人が殉職されたんです。

どんな話をすればいいかとても悩んだのですが、ともかくぼくは自分が知っていることしかいえませんから、神戸市と西宮市で経験した三つの殉職事案についてお話しました。いずれも消防局の依頼で消防士さんたちに会って話を聞いていたので、殉職事故があった場合にどんな心理状況になるかということをお話ししたんです。ともかくいろんなことが起きます。被災者と同じような状態になる場合もあれば、罪責感を感じてしまうこともあります。

一般的に起こり得ること以外に、組織にもとからあつた葛藤や人間関係のまずさが表面化することも多いです。

消防というのは組織への忠誠がとても大事です。上から下へ命令が通らないと仕事になりません。こういった非常事態を経験すると不全感が残るのですが、その矛先として、職場への不信感や組織に対する不満がどうしても強くなつていくんですね。

ですから、まずはこういうことを組織としてちゃんと意識して対処してほしいということをお伝えしました。

——殉職者が出た職場では、気持ちを立て直せない方もいらつしやるのではないのでしょうか。

ええ。ですから、殉職があつた場合にはちゃんと弔いをしなければいけないのです。通常の活動で殉職が起きたらどうするかお聞きしてみると、消防組織としての葬式をするのだそうです。消防葬というのですが、みんな礼服を着て、敬礼して柩【ひつぎ】を送る。神戸の消防署では大きな会館を借りて行われていました。そういう儀式が消防人にとっては一つの区切りになるわけです。遺族に対してというより、生き残った人たちに対しても、ちゃんと礼を尽くして仲間を見送つたという区切りになります。それから自分たちがもしそういうことになつた場合に、組織はこれだけやってくれるということがわかつて、組織に対する忠誠心もそこでまた取り戻せるんです。

でも今回の津波の場合は、市のほかの職員の方々も亡くなっています。市民もまだたくさ

んの方が見つかっていません。ですから、この状況では組織としてはまだできませんとおっしゃるんです。それは当然の気持ちなのだけれども、それでも組織として弔いをしてほしい。たとえば遺影をどこかに掛けておくだけでもいいのです。そういったことをされたほうが、あとあと、みなさん受け止められるようになっていきますよという話をしたんですね。

ある署長さんは、それはちよつと抜け落ちていましたとおっしゃって、いつになるかわからないけど、できることはやりたいといわれたので、少しはお話ししてよかったかなと思いました。

それから、さきほど行政職員のところでも申し上げましたが、ちゃんと部下をねぎらうことです。「ごくろうさん」というだけでもいいので、上の人から言葉をかけてほしい。あとは、休むことです。六月にはもう平常勤務に戻れているので、仕事に関係ないことを少しだけしましょうとお話ししました。

何人かの方に個別に面接をしたのですが、この数カ月でみなさん自分なりにやってこられたことがあるんです。たとえば、家族のことがとても心配だったけれど、忙しさにかまけてなかなか会話もできなかつた、でも最近はやんと話をするようにしているとか、なるべく仕事と関係ないことをしようとしているとか。ぼくは、それでいいんです、あなたがしてきた対処がとても大事なことですよ、と申し上げました。

——面接はご本人から希望があつたのですか。

希望された方もいましたが、それ以外はリスクがある程度高いと思われる、殉職者と同期

の方や同じ隊の方たちですね。ぼくたちサポートメンバーが二、三人で出かけて、会えてせいぜいひとり十人ぐらいでしょうか。時間は長い人で一時間、短い人で三、四十分ですが、いろんな話をお聞きできました。

——精神科医の先生に診られることに、みなさん抵抗はありませんでしたか。

診察ではありませんからね。体験というか、これまでどんなふうに対処してこられたか教えてください、とうかがうようなかたちでお聞きしたので、そんなに抵抗感なくお話しただけなのではないかと思います。

——加藤先生は、阪神のときに多くの消防士の方々と面接されていますが、阪神と違って、東北は兵庫県からは遠いですね。今回カウンセリングをなさった方々を今後、どのように継続して見守っていかれるのでしょうか。

宮城の場合は、宮城県精神保健福祉センターの小原聡子先生たちにも来ていただいていたので、その場合は宮城県のセンターがフォローすることをお願いしてきました。

ただ、消防士さんというのは基本的にはみなさんもと健康な方々が多いです。一般の方に比べて、健康度はものすごく高いです。福島県を除けばある程度、日常を取り戻しているので、気がかりな人の割合はそれほど高くありませんでした。

自分のやり方で乗り越えていられる方たちがほとんどですし、仲間同士のサポートも自然発生的に起こる。ぼくたちは派遣されるから行きますが、そちらのほうがよっぽど意味があることだと思っています。

それにカウンセリングが役立つかということ、そうじゃないことも多い。結局、消防のことは消防の人しかわからないんですね。そういう気持ちでうかがっています。被災された人たちに対するのと同じように、その人たちが乗り越えていくやり方をサポートすることの方が大事なんだと思いますね。

——福島については、小西聖子先生が福島第一原発から二十キロの避難区域を担当する双葉消防本部を訪問されたときの記事を拝読しました（「毎日新聞」二〇一一年六月三十日夕刊）。それによりますと、もつとも近いコンビニでも車で四十分かかる孤立した場所に、百二十二人の消防士さんが働いている、とありました。原子力災害対策特別措置法第十五条が発令されていますから、常時召集される態勢をとっていなければならなくて、非番であっても家に帰れず待機されていると。なんとということかと思いました。

ええ、そうなんです。震災から三カ月経っても、シャワーもテレビもない。二人で一つの簡易ベッドだけの宿泊所で二十四時間勤務されているそうです。彼らも家を失って、家族にも会えない。彼ら自身も被災者であるわけですから、本当にひどいことだと思います。外から支援に入った東京消防庁のハイパーレスキュー隊の話はテレビでも採り上げられて社会的にも高く評価されましたが、地元の消防士さんたちの活動のことは誰も採り上げないんです

ね。忘れられたときに本当の災害が始まる、という言葉がありますが、彼らはまさに忘れ去られた存在です。メディアも放射線の影響で近づけないのでしようが。

地域を守るために

——外部から入った支援チームが撤収したあと、地域をどう守っていくかはこれからますます大きな課題になります。被災地取材して、地元の保健師さんたちがこれまでいかに素晴らしい仕事をされてきたかを知りました。保健師さんたちへのメッセージをいただければと思うのですが、いかがですか。

そうですね。これから復興期に向けて、保健師さんたちが大きな役割を担うことは間違いないと思います。ただ、そういうことをいい過ぎるのも気の毒かなという気がするんです。役割は大きいけれども、彼女たちだけにがんばらせすぎないように配慮していかないといけないと思いますね。

——看護師さんもそうですが、保健師さんもつい無理を重ねてしまう方々が多いですね。

対人援助職だから、どこかにそういうスイッチがあるんですね。だからこそとても役に立つし有能な人が多い。だけどそれだけではもちませんから、彼女たちをサポートできるようなマンパワーを地元で確保することが必要なんです。

保健師というのは看護職の中でもなるのがとてもむずかしい職種です。看護師国家試験を合格した上で、一年間の保健師養成課程を修了してさらに保健師国家試験に合格しなければなりません。とてもハードルが高くて、人数も少ないんです。

ですから保健師さんたちを補充するのは容易ではありませんし、とくに今回のような地域ではもともと人がいませんから無理な話です。それに代わる人たちを見つけないけません。たとえば、被災して再開できなくなった病院の看護師さんなど地域にいる看護職や介護職の人たちを雇用して、地域保健の仕事をしていただくようにしないとたぶんもたないでしょう。

—— 阪神のときは、どのようにマンパワーを確保していたのでしょうか。

阪神のときは、こころのケアセンター以外にもいろんな援助職に復興基金で予算がついて、地域の見守り活動をするマンパワーを確保できたんです。

たとえば、LSA、これはライフサポートアドバイザーの略語です。生活援助員とも呼ばれますが、もとはシルバーハウジング（高齢者世話付き住宅）など公営高齢者住宅を回って生活支援をする人たちです。阪神のときは、その人たちに仮設住宅を回って高齢者のケアにあたってもらったようにしました。

健康アドバイザー、という役割の人たちもいました。在野といいますか、仕事をしていなかった看護師さんを雇用して仮設住宅で健康チェックをやってもらったようにしました。

あと、警察のOBの方を雇った、交番相談員という立場の方もいました。仮設住宅のふれ

あいセンターで、治安や安全の面倒をみてもらっていましたね。健康とは直接関係ありませんが、仮設住宅の駐在さんみたいな存在でしょうか。

都市部には保健師さんのOGもいましたので、彼女たちも再雇用しました。そんなふうにして少しずつマンパワーを増やしていったんです。

——東北ではどうすればよいのでしょうか。多くの職員が犠牲になった陸前高田市では、前に、大船渡保健所で保健師として働いておられた日本赤十字秋田看護大学の佐々木亮平先生が、毎週現地に通いながら調整役として活動されています。その報告書（「月刊地域保健」二〇一一年五／八月号）を拝読したのですが、それによると、元保健所職員に急遽来てもらったほか、大船渡保健所や一関保健所が全体の調整を行い、長期的には名古屋市や一関市が保健師さんや栄養士さんを今後一年間、派遣していくそうです。目の前の仕事を片付けることで精一杯とのことですが、なかなかどうして、とてもすばらしい地域保健復興案「復興計画」を「画くたたいてちよう台」をインターネットで公開して関係者に意見を求めておられたことに驚きました。

そういった動きはとても大事なことですね。往々にして、実験的な試みはその地域だけで終わってしまうのですが、いろんな地域でそういうことが行われなくてはいけませんね。

ただ先日、岩手県で聞いた話ですが、岩手は各保健所も市も、もともと保健師さんが少ないので、被災しなかった地域から派遣したり、OBの人を雇用したりしてやってはいるけれど、もうこれ以上マンパワーを確保できませんということでした。

保健師さんの役割は大きくて、地域包括支援センターと協力して高齢者の見守りも乳幼児の健診もしなきゃいけない。こうした通常業務がある上に、被災者のこともやるというのはちよつとむずかしいとおっしゃっていました。

そういった現実をふまえると、保健師さん以外のマンパワーを地元で補っていくシステムをつくるしかないとおぼくは思います。

——地域保健システムの再生には、大学の力も大きいですね。震災二カ月後の五月には、東北大学が地域保健支援センターを設置して、被災地域の保健機能の支援を始めることを発表しました。まずは被害の甚大だった石巻市の雄勝で、これまで自治体がやっていた地域保健業務を二年間、健康調査を行いながら実施するそうです。データは本人に示して今後の介護対策などに生かすほか、雄勝を地域保健の復興モデルとして、次の被災地支援に生かすとのことです。

地域に根ざした活動は継続して行う必要がありますので、研究という立場でも関わりを持ち続けることはとても意味のあることだと思いますね。

社会的な役割を取り戻す

——東北の被災地では、漁を再開したり、店を開けたり、といった知らせが少しずつ届く

ようになりました。気仙沼港でも三カ月半ぶりにカツオの水揚げを再開したという報に接しました。地元の方々にとっては勇気づけられるニュースですね。

社会的な役割を取り戻すことは、回復を促進するためにもとても大事なんですね。四川大地震のときの話はしましたでしょうか。

四川大地震発生から半年後の二〇〇八年十一月に、心のケアの長期的な支援を行う可能性を探るための調査に被災地に出かけたんです。世界中から押し寄せた心のケアチームはすでに去っていて、中国国内の大学から派遣されたチームが少数残っているだけでした。ぼくたちはJICAの事業で行っていたのですが、それでも協力してくれる組織を探すのが大変で、結局、受け入れてくれたのは、中華全国婦女連合会（全婦連）という半官半民の組織でした。

全婦連はとても力のある婦人団体で、代表者は共産党員の局長クラスじゃないとなれないようなところだそうです。ふだんなにをやっているかという点、女性と子どもを擁護する活動と一人っ子政策のためのバスコントロールで、国のトップから村の隅々にまで全婦連の担当の人がいる状態でした。その方々が、この震災では地域に根ざした心のケア活動をおられるんです。

とこうえん

都江堰市の仮設住宅に出かけたときのことですが、作業所みたいなプレハブの建物があったて、そこで若い女性たちが刺繍をしているんです。中国には四大刺繍と呼ばれるものがあつた子どもが遊んでいるような絵柄の刺繍をつくっているんですね。

べんぱつ

これはいったいなんなのですかとうかがったところ、彼女たちは子どもを亡くしたお母さんたちだということです。これからの生活を考えると、少しでも現金収入を得られるような職を見つけたほうがいいだろうということで、自立支援のための職業訓練をしていたんですね。自分たちが援助を受け入れるだけの存在ではなくて、少しでも稼いでいけることを知ってもらうことが大事なんだと。すばらしい試みだと思いました。

しかも、お母さんたちが集まると、自然発生的に自分の悲しさを話し始めますよね。子どもを亡くした母親同士でなければわからない感情が、自然に共有されて、支え合っていける。自助グループの礎のようなもので、これはとてもいい発想だと思いました。

——同じような経験をされた方が一緒に働くというだけでなく、地域に根ざした工芸品をつくるということが、とても意義深いですね。その役割というのは、外部から与えられるものであってもいいということですね。

自分で自分の役割をつくって回復する力がある人はいいいのですが、そうではない場合は、やはり取り戻していただくための支援をしていかないといけないでしょうね。

——手仕事には、癒しにつながる特別な力があるのでしょうか。東北でも、編み物を通じて被災された方々を支援する新しい試みが始まっていますね。WWB／ジャパンの「ニットで仕事づくりプロジェクト」は、お金を振り込むと、まずそれが被災された編み手さんのお給料として前払いされ、後日、ニット製品ができあがり次第送られてくるという仕組みだそ

うです。応援したいという気持ちを直接、被災地につなげるシステムとして大変魅力的だと思います。

阪神のときに発足した、現・被災地NGO協働センターが始めた「まけないぞう」という「一本のタオル運動」はご存知ですか。被災した方々の生きがい支援として始まったもので、全国から集めた新品のタオルをゾウの形をした壁掛けタオルに作り直して四百円で販売すると、百円が作り手さんの直接収入になるんです。新潟県中越地震のときも行われて、このたびも、三月末に岩手県大槌町で始まったのを皮切りに、陸前高田、福島の方が避難されている山形県米沢や栃木県鹿沼の避難所にも広がっています。

——被災した方々が自分で立ち上がる姿を、敬意を持って、そっと支えていく。心のケアは必ずしも専門職のものではない、その懐の深さを改めて知った気がいたします。最後にうかがいたいのですが、加藤先生が消防士のみなさんなど、災害支援に携わる方々が自分を守る方法を伝えているのは、ご自分のためにも必要だったとご著書にお書きになっています。東日本大震災でもすでに何度も被災地に通っていらっしやいますか、先生ご自身が、どのようにしてご自分を保っておられるのか、教えていただいてもよろしいですか。

消防士さんに惨事ストレスがあるように、精神科医には他人の心の苦悩に触れ続けることから受けるリスクがあります。外来が終わった夕方には、ぼくは本当にひどい顔をしているそうですし、つまらないことで子どもを叱ったりするのも、外来日の夜が多いですね。

トラウマを受けた人やご遺族に多く接していると、普通の外来とは違った疲れ方をします。自分や家族がいつ経験するかもしれない、と妙に安全を気にしたり、子どもさんを亡くした方に会った日などは、なんでもないことでウルウルしたりする。長年、こういう仕事をしています、いまだに反応しやすい自分を時に感じてしまい、驚くことがあります。それは、自分がまだ鈍感になってないということなのでしょうが、やっぱり自分の心を守りながらやらないともたないなと実感します。

精神科医の中で、この分野を専門領域にしている人はとても少ないですし、正直に告白すると、何度もこの仕事から離れたかったことがあります。そのたびに新しい災害や事故が身近で起こってしまい、実現していきませんが。十六年続けてきたというより、やめるチャンスが逸し続けてきたというところでしょうか。

そうはいっても、自分の心を守っている方法をあげるなら、まず仕事と関係ないことをすることですね。それも、達成感のあることのほうがいい。ぼくの場合は、料理と釣りでしょうか。料理はね、ひとり暮らしが長かったので自然に身についたのかもしれませんが、けっこうやりますよ。最近ハマっているのが釣りで、職場が神戸港に面しているので、ほんの近くでスズキとかチウオが釣れるんです。同僚と、仕事が終わってからやっているうちに火がついちちゃって、今は乗り合いの釣り船によく乗っています。海の上では、職業は関係ないし、たまに大物が釣れたりすると、本当に達成感を味わうことができます。

それと、トラウマや喪失を経験された方たちの回復に立ち会えることも、ぼくの支えになっていることだと思います。確かに、トラウマの二次的な影響を受けることはあるけれど、

ひどい被害に遭われた方が、立ち直っていくプロセスに接することによって、ぼくら自身も回復していけるのではないのでしょうか。

おわりに

加藤寛

この本は、東日本大震災からまだ日も浅い三月下旬、その十六年前に災禍を経験した神戸で企画されました。テレビのどのチャンネルを見ても、町を破壊し尽くしていく津波の映像が流され続け、新聞、インターネットで震災に関連しない記事を見つけるのが困難な状況では、被災地の外に身を置いていたとしても、不安、絶望、苛立ち、そして諦めなどの気持ち、多くの人々が抱いていたと思います。私自身も、言いようのない焦燥感に支配され、妙に気が高ぶって、日常業務を落ち着いてこなすことができなくなっていました。兵庫県が派遣する心のケアチームの調整を関係者とともに行いながら、自分は後方にいなければならぬと言いつつ聞かせていました。もどかしさを感じ悶々とした時間を過ごしていました。

情報は日に日に増え続け、被災状況もまだ明らかでない初期の段階から、心のケアに関する記事が掲載されるようになり、私のところにも取材やテレビの出演依頼が殺到しました。どの取材でも判を押したように、被災者への心理的影響はどのようなものか、PTSDはどのくらいの割合で発生するのか、心のケアとはどんな治療をするのか、という質問が繰り返されました。被災して間もない状況で起こっている変化はどれも当たり前のことだし、今は安全を確保し生きていくための支援をすることの方がよほど重要です、と答え続けていました。マスコミにとっては物足りないコメントだったようで、記事として取り上げられることはほとんどありませんでした。

一方で、精神科医などの専門職が参加するメーリングリストには、連日、多数の書き込みがされていましたが、中には真偽を疑わせるような情報や個人情報保護の点で問題ではないかと感じるものも混ざっていました。それは、十六年前の阪神・淡路大震災の被災地で起きていた混乱を彷彿とさせるもので、自分にできることは、あの頃の状況や失敗談、知っていたらよかったと後から思ったことを伝えることではないかと考えていました。以前、取材を受けたことのある最相葉月さんとお話ししているうちに出版の話が進み、私の筆に任せるといつになるかわからないということから、インタビュー形式でまとめることに決まってきました。

心のケアという言葉が最初にまとまったかたちで使われたのは、阪神・淡路大震災の三年前の一九九二年のことでした。ある心理学関係の雑誌に特集のタイトルとして掲げられており（『『こころの科学』45号、日本評論社、一九九二年）、手術の不安をどう和らげるかに始まって、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経難病、あるいは末期がんや小児がんなどの患者や家族にどのような心理的配慮をするのかというテーマで、十二編の論文が寄せられています。当時もターミナルケアやインフォームドコンセントという言葉は使われていたのですが、医療技術が発展する中で忘れられがちな患者への精神的配慮の必要性などが、論じられています。この特集が組まれる前年の一九九一年には、雲仙普賢岳で大火砕流によって四十名あまりが亡くなるという惨事があり、長崎大学の精神科医を中心としたチームが、保健所と協力して、長期に被災者支援を行っていました。また、一九九三年には奥尻島を津

波が襲い二百人を超える死者が出て、被災者への心理的支援が先駆的に行われていました。しかし、災害後の被災者支援に対して心のケアという言葉が使われることはありませんでした。

この言葉が表舞台に再び登場するのは、阪神・淡路大震災後のことでした。どこの誰が、どのような経緯で使い始めたのかはわかりませんが、あたかも売れなかつた歌手を再デビューさせてみたら、たちまちのうちにミリオンセラーになったような勢いで、メディアを中心に一種のブームのように使われました。その後、自然災害だけでなく犯罪や大事故が起こるたびにこの言葉は使われ続け、突然の出来事によって心の傷（トラウマ）を負った人に対する心理的援助という意味として、すっかり定着していきます。

「心」という日本語には脳を首座とする精神活動という意味以上の、神秘的で情緒に訴える響きがあります。また、「ケア care」という語はゲルマン語由来の言葉で、もともとは「厄介 trouble」「悲嘆 grief」「世話 take care」という意味を持っており、酷い体験をして心を痛めた人に対して、配慮をしながら世話をすることを指すのだそうです。心のケアという言葉を使い始めた人が、こうした語源を知っていたのかどうかは不明ですが、被災者や被害者の心理的支援を指す言葉としては、最適だったといえるでしょう。

私は阪神・淡路大震災後の心のケア活動に、ひよんなことから関わることになりました。最初は一年ぐらいで辞めるつもりでしたが、結局五年間続けることになり、その後も国内外の多くの災害で、心のケア活動に関わってきました。自然災害だけでなく、えひめ丸沈没事故、明石市歩道橋事故、JR福知山線脱線事故などの人為災害においても、被害者や遺族の

方たちに接してきました。

その中で、繰り返し痛感したのは、心のケアはあまり歓迎されないということです。確かに支援の必要性を認識するうえでは象徴的な言葉ではあるけれど、実際にお話ししてみると、やんわりと断られることが多いという状況に何度も遭遇しました。受け入れてもらおうためには、心のケアを強調しないこと、現実的な支援をしながら地道な関係作りをすること、そして何よりも害を与えないこと、これらの基本的な態度が重要でした。

この当たり前のことにたどり着くまでには、恥ずかしながら多くの試行錯誤が必要でした。われわれが、失敗をとおして学んでいったプロセスを率直にお伝えすることが、今後、東北の被災地で支援に当たられる方たちの参考に少しでもなればというのが、この本を出した最大の理由です。

津波から五カ月が経ち、家族を亡くした方にとっては初盆の季節が訪れました。まだ見つかっていない人の葬式を出すことよって、何とか区切りをつけようとしている方たちの姿が、テレビなどでは映し出されています。服喪の儀式を重ねていくことで悲しみを受け止め、少しでも前に進むもうとしている人がある一方で、深い絶望と自責の念を伴ったままびくともしない悲嘆に支配されている人たちの姿は、決して報道されないことを認識しておくべきです。

今回のような大災害では、人々とコミュニティが持つ回復力に委ねていくことしか、結局はできないのかもしれませんが。そして、確かに多くの被災者はどんな絶望の淵からも立ち直

っていくことができます。しかし、そのプロセスには差が大きく、何年も何十年もかかる場合があることを、忘れてはならないと思います。

本書では、阪神・淡路大震災で大切な家族を亡くされた二人の方に、震災から十数年の経過を語っていただきました。治療者として関わったお二人に登場していただくべきか、とても悩みました。仮名にして細部を修正して載せることを最初は提案したのですが、お二人とも実名で登場することを強く望まれ、その結果、彼らの歩んだ道をリアルティを伴ってお伝えできたと思います。私が何千何万の言葉を重ねるよりも、読者の皆さんが回復のプロセスを理解するのに貢献していただいたと思います。植松さん、白木さんに心から感謝いたします。

彼らのストーリーからわかるように、回復していくためには、十分な時間と環境が整うことが必要です。それは理解者の存在であったり、新たな役割の発見であったりするでしょう。専門的な治療も、その方にとつての支援者を増やし、環境を整備していくことなしには、有効なものとならないことが多いのです。東北の被災地への支援はまだ始まったばかりです。一つ一つは小さな貢献にすぎない支援活動が、被災者そして被災コミュニティが持つ回復力を支える大きな力になることを願って止みません。

二〇一一年八月、酷暑の被災地を思いつつ

参考文献リスト

加藤寛

- 災害の心理的影響と支援の方法を理解するために
- ・ビヴァリー・ラファエル『災害の襲うとき——カタストロフィの精神医学』石丸正訳、みすず書房、一九八九年
- ・安克昌『心の傷を癒すということ——神戸—365日』作品社、一九九六年
- ・こころのケアセンター編『災害とトラウマ』みすず書房、一九九九年
- ・加藤寛『消防士を救え！——災害救援者のための惨事ストレス対策講座』東京法令出版、二〇〇九年
- ・アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク／アメリカ国立PTSDセンター『災害時のこころのケア サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 原書

第2版』兵庫県こころのケアセンター訳、医学書院、二〇一一年

・中井久夫『災害がほんとうに襲った時——阪神淡路大震災50日間の記録』みすず書房、二〇一一年

・中井久夫『復興の道なかばで——阪神淡路大震災一年の記録』みすず書房、二〇一一年

●トラウマや悲嘆からの回復と治療について学ぶために

・ジュデイス・L・ハーマン『心的外傷と回復』中井久夫訳、みすず書房、一九九六年

・厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班主任研究者金吉晴編集『心的トラウマの理解とケア』じほう、二〇〇一年

・ベセル・A・ヴァン・デア・コルク、アレキサンダー・C・マクファアレン、ラーズ・ウエイゼス編『トラウマティック・ストレス——PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』西澤哲監訳、誠信書房、二〇〇一年

・エドナ・B・フォア、テレンス・M・キーン、マシユー・J・フリードマン編『PTSD治療ガイドライン——エビデンスに基づいた治療戦略』飛鳥井望ほか訳、金剛出版、二〇〇五年

・飛鳥井望監修『PTSDとトラウマのすべてがわかる本』（健康ライブラリーイラスト版）講談社、二〇〇七年

・前田正治、加藤寛編著『生き残るということ——えひめ丸沈没事故とトラウマケア』星和書店、二〇〇八年

- ・飛鳥井望監修『「心の傷」のケアと治療ガイド——トラウマやPTSDで悩む人に』保健
同人社、二〇一〇年
- ・坂口幸弘『悲嘆学入門——死別の悲しみを学ぶ』昭和堂、二〇一〇年

巻末ルポ 1・17から3・11へ——兵庫県心のケアチームの百十一日

最相葉月

東日本大震災では、発生直後から約三カ月のあいだ、全国の都道府県から派遣された心のケアチームが被災地で活動した。第1章では、兵庫県心のケアチームの司令塔を務めた加藤氏が見た被災地の状況を報告したが、本稿では、兵庫県チームと、その受け入れ先となった仙台市精神保健福祉総合センターの活動を中心に、災害直後から応急期にかけての専門職に

よる心のケア活動の実態を最相がレポートする。

宮城県沖地震が九十九パーセントの確率で迫り来るといわれる中、仙台市はどのような備えを行い、未曾有の災害に対応したのか。阪神・淡路大震災はじめ国内外の災害で豊富な支援経験を持つ兵庫県の医師らは、現場でなにを見て、なにを考えたのか。あわせて、宮城野区の住民の間に生まれつつあるボランティア活動を通して、隣人としての支援のあり方についても考えてみた。

平成二十三年三月十一日、金曜の夕方。神戸大学医学部附属病院の精神科外来で田中究【きわむ】が患者を診察していると、待合室がざわざわと騒がしくなった。

「わーっ、先生、すごいよ。大変だよ」

テレビを見ながら患者が叫ぶ。画面に目をやると、東北地方沿岸部に大津波が押し寄せる様子が映し出されていた。

電話が鳴った。兵庫県健康福祉部からである。

「先生、おそらく出さないとイケないと思うんですけど、神戸大精神科として協力してもらえますか」

被災地から要請があれば兵庫県から心のケアチームを派遣する予定だが、神大から人を出せるかどうかという問い合わせだった。

「協力します」

田中は即答した。

兵庫県はこのとき、兵庫県こころのケアセンター副所長の加藤寛を司令塔とし、心のケアチームの派遣について調整を始めていた。兵庫県こころのケアセンターは阪神・淡路大震災（以下、阪神）の際に行われた心のケア活動のノウハウを生かすため二〇〇四年に設立された、日本初のトラウマケア専門機関である。以後、災害の被災者や事件・事故の被害者が抱えるさまざまな心の問題の治療や相談、調査研究に取り組んできた。

加藤と田中は一九八〇年代、神大病院で当時教授だった中井久夫のもと研修医として働いた同期の仲間で、阪神のときは、加藤は東京の墨東病院から、田中は石垣島の八重山病院から神大に駆けつけて、司令塔を務める中井のもと、精神科救急の支援にあたった。

加藤は被災者の診療を行ううちに、そのままこころのケアセンターの業務に携わることになり、災害ストレスとトラウマ治療の第一線で活躍している。国内だけでなく、スマトラ沖大地震や四川大地震など海外の大規模災害の救援にも赴き、後進の指導も行ってきた。

一方の田中は神大に戻って患者の診療を行いながら、災害が発生すると可能な限り支援に駆けつけた。新潟県中越地震、能登半島地震、兵庫県西・北部豪雨では被害の大きかった佐用町に出動した。「おっちょこちょいやから行くんやけど」と自嘲気味に語るが、継続して治療にあたるわけではない外部支援のあり方を田中は熟知していた。

田中が県庁からの電話を受けていた頃、仙台市青葉区にある仙台市精神保健福祉総合センター（以下、はあとぽーと仙台）では、雪の降る中、屋外に避難した人々が毛布にくるまつて震えていた。職員とデイケアの利用者、引きこもりの家族会に参加した相談者たちである。

全員の安全確認は終えたものの、ライフラインは断絶し、電話もパソコンも使えない。かろうじてつながった職員のワンセグとラジオで情報を確かめ、帰宅できる人は帰宅してもらい、帰れない人をそのまま保護した。

センター所長の精神科医、林みつ穂は通常業務を停止して非常配備についた。深刻な被害が出ていることは間違いなく、はあとぽーと仙台も早急に支援活動を始めなければならぬ。情報調整の窓口を林ひとりに決めると、心のケアチームを避難所に派遣する準備にとりかかった。

とはいえ、自前のチームだけで手に負えるとは思えない。ガソリンの不足や交通機関の途絶で出勤できない職員もいた。そこで林は、通信が復活した十三日の午後十時十五分に、全国精神保健福祉センター長会に、翌十四日には日本精神神経学会に向けて支援を要請した。この時点で仙台市の学校や体育館など三百七カ所の避難所に九万七千人余が避難していた。

「正確な人数は把握できないが、今後、避難者や職員、学校の先生たちにメンタルヘルスの問題が起きる可能性がある。可能なら自己完結型の心のケアチームを派遣してほしい」林はメールにそう書いた。

自己完結型とは薬や医療器具のほか、衣食住や車を自ら調達できるチームのことだ。阪神のとき、ボランティアが宿泊先や食事場所がわからずに被災者の手をわずらわせたケースが多かったことから、以後、災害支援を行う人々の間で自己完結型は常識となっていた。

被災地の内外でさまざまな動きがある中、三月十三日、災害対策基本法第三十条に基づく

各都道府県の心のケアチーム派遣の窓口が厚労省に一本化された。

同日、関西広域連合が支援物資の提供や応援要員の派遣を。へアリング方式で行うと発表、宮城県は兵庫と徳島、鳥取の三県が担当することになり、兵庫県心のケアチームは仙台市宮城野区へ派遣されることが決定した。

田中を隊長とする第一陣六名を乗せたワンボックスカーが兵庫県を出発したのは、十八日午前十一時だった。精神科医は田中と兵庫県こころのケアセンターの藤井千太、光風【こうふう】病院の看護師二名、運転士、県庁健康福祉部からは、連絡調整係（ロジスティシャン）として精神保健福祉士の松田一生が乗り込んでいた。派遣メンバーの調整や宿泊先の確保、物流、情報網の構築を担当するため、真っ先に現地を知ることが必要があったからである。原発事故の情報が錯綜していたことから、車は北陸から山形を経由して仙台に向かった。仙台には寝袋や食事のほか、血圧計や輸液、安定剤や睡眠薬などの向精神薬が積み込まれていた。

震災直後に被災地入りした災害派遣医療チームからは、「トリアージは緑か黒のどちらか」という情報が入っていた。傷病者を重症度によって選別する札の色によれば、負傷者は圧倒的に少ない。生きているか、死んでいるか。生死が明白に分かれていますか。目の前で家族や友だちが流されて行くのを見た子どもたちは大丈夫だろうか。田中たちは案じていた。

仙台市は、仙台平野を南北に走る仙台東部道路より海側が、津波による壊滅的な被害を受

けていた。沿岸部に位置するのは南が若林区、北が宮城野区で、若林区は田圃【たんぼ】の広がる荒浜が、宮城野区は仙台港周辺の商業施設や野鳥の飛来地として知られる蒲生干潟、蒲生、中野など七北田【ななきた】川の河口一帯が冠水し、多くの死者・行方不明者がいると報じられていた。

はあとぼーと仙台では、十四日から自前の心のケアチームが二、三班に分かれて避難所を巡回していた。精神科医、心理士かケースワーカー、精神保健福祉士、保健師か看護師で構成される四、五名のチームである。

彼らは、「ピンクの人」と呼ばれた。乳がん検診を推進するピンクリボン・キャンペーンの時に使ったジャケットを着用していたためである。「こころのケアチーム」とテプラで打った急ごしらえの名札を首から提げ、倉庫に眠っていたカーテン生地で作った腕章をつけ、薬を入れたせんべい缶を抱えて歩き回った。眠れない、不安だ、といった声に耳を傾ける。そのうち、「ピンクの人は話を聞いてくれる」と評判になった。

林ら職員たちは、まだ一度も帰宅できずにははあとぼーと仙台に詰めていた。朝夕二回のミーティングで情報を共有し、個人で問題を抱え込まないよう荷下ろしするものの、そろそろ休まなければ倒れてしまう。兵庫県チーム第一陣が到着したのは、そんなタイミングだった。

「いらっしやいませ」

十九日午前九時、林が玄関先に迎えに出ると、田中が車の荷台から段ボール二箱を運び込み、中の袋を職員たちに「はい」と手渡した。神戸大学オリジナルの〈神大飴〉。キャッチコピーには「なめてかかれば挫折知らず！」とあった。林の張り詰めていた心が、ふっとほ

どけた。

心のケアとはなにか。阪神を機によく使われるようになったこの言葉について、多くのメディアで情報が錯綜しているが、精神科医や心理士で構成される心のケアチームが災害直後に行うのは、被災者に被災体験を聞いてカウンセリングすることではない。

第一には、機能を失った病院から入院患者を転院させることと、通院できなくなった患者の薬を確保すること。つまり精神科医療の補完業務である。その後、時間の経過とともにニーズは変化し、避難所生活で潜在化していた問題、たとえば不眠や不安、アルコール依存のほか、一部の精神疾患や発達障害が顕在化すれば臨機応変に対処していくことになる。ただし避難者が罹災証明書の申請や仮設住宅の申し込みで多忙な時期は、生活支援が優先されるため、精神科医や心理士の出番は少ない。

当初、田中らが林から要請されたのも、精神医学的なトリアージだった。常駐の保健師から情報を吸い上げ、精神的に不安定な人に声をかけ、必要な場合は薬を処方し、医療機関につなげる。兵庫県チームは二班に分かれ、宮城野区にある二十カ所の避難所を回った。

三十二歳の松田一生は、阪神のときは大阪にいて直接被災しておらず、支援者としても今回ほどの大規模災害は初めてである。避難所でなにをすればいいのか、戸惑うばかりだった。いわば「回転している縄跳びにどのタイミングで入っていけばいいのか、かわからない」状態だ。意を決して、「お困りのことではないですか」と声をかけるものの、困ってるからここにいるんじゃないか、と自分で自分に突っ込みが入る。血圧でも測りましょうか、といえる保健師

や看護師がうらやましかった。それだけに〈兵庫県〉の看板はありがたかった。県のロゴがついた帽子と腕章を身につけているため、「遠いところからご苦労さん」「そっちも地震あったんだよね」とねぎらわれ、話のきっかけがつかめるのである。

ある避難所を巡回したときのことだ。

「なにがおかしいんだ、こんな状況で笑ってる奴がいる」

男性が突然、周囲の避難者に向かって怒鳴った。避難所の空気が凍りついた。するとひとりの女性が松田にそっと話しかけてきた。

「ご家族が行方不明で、今日、ご遺体が見つかったそうです。だから談笑していた人たちが許せなかったのかもしれませんが」

彼女は、「関西の人がうらやましい」といった。理由を訊ねると、こう答えた。

「東北の人は思っていることをそのまま口に出せないんです。関西の人は思っていることを口に出すことができます、しかもそういう気質だから互いに角が立たない。東北人は言葉にせず互いの気持ちを読む。なにかあっても自分が我慢すればいいと思う傾向があるんです。あの男性もいっぱいいいなんでしょう。気持ちにはよくわかります」

松田は、はっとした。災害支援とはなにか。心のケアとはなんなのか。専門職向けの早期支援マニュアルには、文化的背景への理解が必要という記載があり、松田も頭ではわかっていたつもりだった。だが地域の風土や文化、人々の気質、美徳とされていることを理解することが現実にはどういふことなのか、この日初めて、身をもって知った気がした。

加藤が、支援に向かう者に対して口を酸っぱくして伝えていることがある。被災地では地域保健行政が主役。外から来た人間は彼らには絶対かなわない。保健所のネットワークや地域をよく知る保健師の活動を尊重し、彼らのいわば御用聞きとして裏方に徹せよ、と。

確かに地元の保健師の活躍にはめざましいものがあった。兵庫県チームは林からトリアージを行うよう指示されたものの、初動の段階で保健師たちによって適切な選別が行われていたため出番は少なかった。三日目からは避難所の巡回を縮小し、常駐する内科チームや保健師から上がる情報に応じて出動する体制に切り替えた。被害妄想が出て医療保護入院となつた人など、一部に精神科医療が必要なケースはあったが、大半は不眠や不安など避難生活が長引くにつれて生じる一時的な急性ストレス反応への対応だった。

宮城野区の保健師は、地域を三つのブロックに分けて、「通常の生活に戻る支援」「避難所の支援」「もともと要支援者の支援」「自宅避難者の支援」という四方向の支援を行うべく課を超えて連携していた。岡山市や広島市から派遣された保健師とともに全戸訪問しながら、住めない家に留まっている人がいれば避難所に誘導し、障害をもつ人が避難所にいけば介護者のいる福祉避難所に移した。ただ障害があるからといって福祉避難所に移ってもらうのがよいわけではない。区保健福祉センター障害高齢課の保健師、小野信子は、移転を拒まれたケースがあったと反省する。

「障害があっても、オーブンな人は周囲に助けてもらおう術があるから困らない。もともと性格を知り、本人の意向を確かめてから動かなければなりませんね」

震災以降、小野はめまぐるしい日々を送っていた。眠れないと訴える避難者への対応を兵

兵庫県チームに相談したところ、「眠れないのは疲れていることを自覚できないから」といわれ、もしかすると自分もそうなのかもしれないと気づいた。「世話好きでお節介。自分でもそんな先回りをしないでもと思うのですが」と微笑むその目は、赤く充血していた。

兵庫県チーム第一陣は、二十五日に到着した第二陣へ申し送りを行うと、午後、帰路についた。兵庫県は、地域の情報を共有できるように一日重ねて次のチームを派遣していた。情報は申し送りを行うチーム間だけでなく、加藤や兵庫県精神保健福祉センター長、はあとぼーと仙台のチームも共有した。仙台市に心のケアチームを派遣した県は複数あったが、申し送り日を入れて一週間ずつ、五月以降も派遣を続けるのは兵庫県だけだった。被災地に負担をかけない熟練したマネジメントは、受け入れ側に大きな安心感を与えていた。

松田はまだ帰りたくなかった。人間関係ができ、環境にも慣れてきた。ようやく実のある行動ができると思っただけ矢先に帰るのはあまりにも残念だった。しかも、自分たちには帰る場所があるが、現地の職員たちはそうではない。彼らのことが心配だった。そんな思いを打ち明けると、田中が「ぼくも、もう少しいたいよ」と前置きしてこういった。

「でも、これぐらいで帰るのがいいんだ。人が代わっても、小刻みなリズムで細く長く続くのがいい」

田中の真意はこうだ。被災者は疲労困憊【こんぱい】している。でも自分たちも疲れている。災害支援では誰もがいわば躁状態だ。交感神経が活発に働き、攻撃的になる。悲惨な場面に遭遇することも多いため、過酷な任務に従事し続ければ脳へのダメージも大きい。救急医療隊も通常、二泊三日で交代する。被災地に害を与えず迷惑をかけず、任務を果たし、健

康を損なわずに帰還する。そうでなければ次の支援が続かない。支援に必要なのは短期の英雄的行為ではなく、小さなことを細く長く続けること――。

松田と田中がそんな会話を交わした直後、車が新潟を過ぎたあたりで異変が起きた。看護師のひとりが体調を崩し、下痢と嘔吐が止まらなくなったのである。サービスエリアごとに車を止め、何度もトイレに駆け込んだ。みんな同じものを食べていたのにどうしたことか。ところが京都の街灯が見えるや、彼女が声を上げた。

「治ったあー」

支援チームは災害支援の経験者だけで構成されるわけではない。兵庫県チームも阪神の経験者は加藤や田中などすでに五十代である。専門職でもこれほどの大規模災害は初めてという人は多く、情報不足で被害の実態がつかめない第一陣ではとくに誰もが過緊張になって当然だった。

そのため田中は毎晩宴会だといってはみなを飲みを誘い、緊張が緩むよう気を配った。それでも腹は壊すし、地震酔いで体は揺れる。これ以上居たらもっとひどい症状が出ていただろう。これぐらいでちょうどよかったのだ。田中はそう考えていた。

帰還後、松田はロジステイションとして神戸にある兵庫県庁の一室から後方支援を続けている。外来を休診して支援に行ける医師や看護師をいかに確保するか。行く準備があると手を挙げる人がいても、被災地のニーズと合致するとは限らない。たった一本の電話を入れなかったことがトラブルの原因になることもある。善意をなだめるのはむずかしい。松田は「ロジ」の重責を初めて実感していた。

仙台から帰った兵庫県チームの医師らが口をそろえるのは、仙台市は立ち上がりが早く、コーディネートが行き届いていたという感想だ。阪神では、入院病床の確保や全国から押し寄せる支援者の振り分け、行政との折衝に手間取り、全体の活動を掌握することがしばらく困難だったためである。

理由として、行政機関が集中する青葉区に津波の被害がなかったことや、はあとぽーと仙台の職員が無事だったことは大きい。ただ目をみはるのは、彼らが充実した災害マニュアルを持ち、誰もがダウンロードして読めるように電子書籍のかたちにしてインターネットに公開していたことである。一般職員用、保健所の精神保健福祉業務担当者用、メンタルヘルス支援者用。外部応援職員用マニュアルには、自己完結型で来てもらうための持ち物チェックリストまであった。

これらは新潟県中越地震を支援した経験を持つ前所長の岡崎伸郎の指示で、林がチーフとなって制作したものだ。背景には、九十九パーセントの確率で迫り来るといわれる宮城県沖地震への危機感があった。薬の手配をどうするか、関係機関の協定はどうなっているか、情報の集約はどうすればよいか。市役所を歩き回りながらさまざまなシミュレーションを試みた。他の自治体のマニュアルも参考にした。「阪神が親、新潟が子、仙台は孫」と林は位置づける。もっとも重要な取り決めは、通常は政令指定都市として独立性を保つ仙台市が、災害発生時は宮城県と連携し、双方の精神保健福祉センター間で情報を共有して技術提供や人員派遣で協力する協定を結んだことだ。

じつは平成二十年六月十二日に、マニユアルの説明のために林が宮城県精神科診療所協会に出向いたところ、翌々日に岩手・宮城内陸地震が起こった。林はさっそく宮城県と連携して被災地で活動することになった。マニユアルの実効性を確かめる上でこの経験は役に立った、と林は考えている。

しかし、想定を超える事態は発生する。仙台市以外の宮城県では当初、阪神と同様の混乱が起きた。都道府県チームのほか個人を含むさまざまな外部支援者がやってきたものの、被害の実態がわからず、情報も発信できないまま対応に追われた。三陸沿岸では、石巻市の恵愛病院など四つの精神科病院が機能を停止し、三百人の患者が転院を余儀なくされている。宮城県精神保健福祉センターも手探りで目の前の問題にあたらざるをえず、市も被災している現状では、協定通りに連携することは困難だった。

また、四月七日に起きた震度五から六強の余震は、立ち直ろうとしていた人々の安心感を揺さぶった。新学期に備えて避難所が集約されることになったものの、日程が直前まで決まらず混乱した。太白区のアすと長町に完成した仮設住宅の募集では、十世帯以上の団体の申請に限られていたため応募者が集まらず、急遽、五世帯以上で再募集されることになり入居が先送りされた。阪神のとき、近隣関係を考慮せずに入居者を決めたことが孤独死を招いたという反省を受けての対策だったが、現実的ではなかったのだろう。同じ仙台市内とはいえ、なじみのない土地に移ることに抵抗を示すお年寄りも多かった。

当初歓迎された「ピンクの人」も、だんだん敬遠されるようになった。お年寄りには精神的な病への偏見があるようだった。「あそこの嫁がピンクの人と話してたどー」といい、心

が弱いのは情けないと非難する人もいた。

職員は徐々にピンクのジャケットを脱ぎ、三週間後には誰も着なくなった。避難所に設置した相談室の看板も、「心の相談室」が「ストレス相談室」になり、その後は「震災ストレス相談室」に落ち着いている。相談者は日に三人程度で、ゼロの日もある。続けることが大事という兵庫県チームの助言もあつて続けているが、存在感は薄れていた。

五月十七日現在、仙台市の死者は六百八十五名、行方不明百八十名。避難所は二十カ所、避難者は千八百二名まで減少した。言葉を換えれば、避難者がほぼ固定された。復興政策に関する報道が増え、個々の被災者の顔が見えにくくなった。みんな同じだったはずが、日を追って生活再建の差が目立つようになる。鋏の刃先が開くように格差が顕わになる。阪神のとき、中井久夫が名付けた「鋏状格差」である。

ここへきて林は、精神保健面でこれまでとは異なる変化が起き始めたと感じている。注意して見守っていた人とは違う人から、不眠や抑うつへの訴えが新たに発せられるようになったのである。

「死んでしまったほうがよかったかもしれん」

そんな声もあつた。辛抱強いといわれる東北人だが、我慢も限界だった。

子どもたちにも症状が現れ始めた。眠れない、悪夢を見るといった訴えがあつた。津波ごっこがよく報じられるが、子どもが体験したものを考えればどれも当然の反応で、体験を消化していくための重要なプロセスであり、あわてずに見守ればよい。それより気がかりなの

は、保護者が不安定だと子どもも不安を抱え続けることだ。

とくに放射線への過剰な恐怖心は子どもにも影響を及ぼしていた。

「被曝チョコどうぞ」

「いりませんわ」

そんなやりとりを交わす子どもたちもいる。

心のケアチームは保護者と接する教師を通じて助言を行うものの、教師の疲れもピークに達しており、精神保健にとっては要注意期に入りつつあった。

震災後、私は、兵庫県チームが拠点を置く、宮城野区の中野栄コミュニティ・センターに通っている。中野栄は平成二十二年、仙台市の安全安心街づくり条例で選ばれた防犯防災のモデル地区の一つで、災害支援サポート制度を設けるなど、宮城県沖地震に備えた町を挙げたの取り組みを昨年からスタートさせていた。今回の震災は、その防災マニュアルを作ろうとした矢先の出来事だった。

震災当日、津波の被害をまぬがれたコミュニティ・センターには、三千人余りの避難者が押し寄せた。栄一丁目町内会長の半澤宏明らは即刻、七つの町内会をまとめた災害対策本部を設置して対応にあたった。災害支援サポートの青年は照明や発電機を調達し、婦人たちはアルファ米で三千人分のおにぎりを作った。出産を控えて休暇中だった看護師はお年寄りの世話をし、地元の内科医は避難所を回って往診した。住民はそれぞれ自分にできることを懸命に行い、支え合った。

一週間後、町内会長や民生委員、児童委員で構成されるメンタルヘルス・ボランティア「ぼけっと」が活動を開始した。この事態に備えるかのように住民たちが準備を進めていたのである。

平成十六年、栄四丁目の前町内会長、間宮義雄が高砂地区社会福祉協議会副会長だったときのことである。心の健康に関して住民への聞き取りを行ったところ、うつや引きこもりで悩んでいる人が想像以上に多いことが判明した。中には、誤った情報に惑わされる人もいたことから広報の必要性を認識し、保健師の協力を得て勉強会や当事者との交流会を開くなど、自主的な活動を始めていたのである。

だが半澤によれば、今回、「ぼけっと」は初動で「半分失敗した」という。家屋に被害がなかった避難者に対して、「あんたの家、悪くないよ。なんでここにいるの」といって傷つけた。世話してあげているという態度が反発を招いた。半澤らは仕切り直すために、兵庫県チームに講師を依頼し、避難者へのアプローチの仕方や支援者自身が背負い込むストレスへの対処法、震災関連死を防ぐ方法などをテーマに研修会を行うようになった。

第五陣で仙台入りした、全人会仁恵病院院長の春田有二が講師を務めた日には、「自殺者が出たという報道があったがなにに気をつければよいか」「仮設住宅に入ってからはどうな活動が望ましいか」など有益な質問が飛び出し、春田は彼らの意識の高さに驚いたという。

ただ、住民による見守り活動は専門家が提供する支援とは違う、いわば、隣人としての支援である。阪神では被災した外国人の支援に携わってきた春田は、こんな話をした。

「阪神のとき、被災者はみんな、”わかってたまるか”という気持ちだったんです。でも

支援者は、これだけのことをしてあげているのにと思っているから、親切の行き違いがよく起こった。

支援者はたいそうなことをする必要はない。テーブルが汚れていたらそっと拭き取るような、あたりまえの気遣いがあればいいんです。ほとんどの人が自力で回復するのだから、そばにいるよというメッセージだけ伝えて、そつと見守る。なにもしないでいるというのは結構勇気がいることなんですよ」

迷惑がられることもあるだろうし、些細【ささい】なトラブルはこれからも起こるかもしれない。だが外部支援者はいずれ撤収していくのだから、自分たちのことは自分たちで守っていかねばならない。おせっかいな隣人のありがたさと疎ましさを痛いほど思い知った中野栄の人々から始まる新たな支援の行方には、区の保健師たちからも大きな期待が寄せられていた。

私の中野栄に通う理由はもう一つある。コミュニティ・センターに併設された中野栄児童館が、津波で被害を受けた中野児童館の子どもたちと職員を受け入れているためである。

あの日、彼らを襲った出来事はあまりにも凄惨なものだった。中野児童館は宮城野区沿岸部の七北田川沿いにあった。余震が続く中、職員は子どもたちと手をつないで近くの中野小学校へ避難した。二階建ての学校の屋上には、小学校の児童を含めて百五十名余りがひしめき合っていた。最初の地震から五十数分後、高さ八メートルの大津波が襲いかかった。目の前で、人が、車が、流されていく。自転車で逃げようとして波に飲み込まれた人もいた。

「お父さん、お母さん、大丈夫かなあ」

子どもたちは職員に訊ねた。

「先生、明日になればお母さんに会える？ 絶対絶対に会える？」

「大丈夫だよ。ちゃんと会えるよ。お父さんもお母さんもみんなと同じ気持ちでがんばっているんだよ」

職員はただ、子どもたちを励ますよりほかなかった。

壁のような津波がさらに、二波、三波と押し寄せる。

「金網につかまりなさいっ」

職員は叫んだ。もうだめかもしれない。誰もがそう覚悟したとき、突然、水が二手に分かれて流れていった。まもなく雪が降り始め、夜が更ける頃には吹雪になった。水が引き始めたところで二階に下り、足は海水に浸かったままみんなで肩を寄せ合って一晩中、ヘリコプターの救助を待った。

後日、職員は子どもの母親から、「あれから私にぴったりくっついて離れようとしないうよ」と聞かされた。あれだけの経験をしたのだから、今は甘えたいだけ甘えさせてあげてほしいと職員は思った。

だが職員自身、津波の夢を見て夜中に何度も目を覚ます。法要のため被害を受けた家を訪ねたときは、汚泥の臭いで津波の恐怖がよみがえり、体調を崩したという。

私は、この戦慄を覚えるような体験を語ってくれた職員、児童厚生員の東海林ゆかと会って初めて、油と生ぐさい臭いが入り交じった泥砂で覆い尽くされた荒野の下にあった景色を想像した。彼らが幼い頃から親しみ、子どもたちと遊んだ美しい干潟が失われたこと、シギ

やチドリの飛翔を追いかけて駆け回った時間が、記憶の中に消えたことの深い悲しみを思った。

佐藤栄衛館長は、あの日から毎朝、追悼の祈りを捧げている。持病があったことから自分が先に救助されたことの罪悪感に苦しみ、近隣の人々に避難を呼びかけられなかったことを深く悔いている、と語った。

「祈っていると、今も自然に涙がこぼれ落ちてきます。でも、泣いているのは私ではありません。亡くなられた方々が、私の体を借りて涙を流しておられるのです。こんな話をしたら、変な人だと思われるかもしれませんが、でも、亡くなられた方々と私たちの違いは、いったいなんなのでしょう。違いは、あるのでしょうか。」

あの日以来、ボランティアの人たちが、たくさん来てくださいます。子どもたちが心配だとやって来られます。スポーツを一緒にやろう、と呼びかけてくださった著名人の方もおられました。ただ正直なところ、年寄りはなかなかついていけません。

大丈夫ですか、なにか困っていることはありませんか、がんばってください、とみなさん氣遣ってくださいますが、先にいわれてしまうとなにもいえなくなってしまう。どうか、そつとしておいてほしいのです。

この二階には心の相談室があつて、兵庫県チームの方がいつも待機しておられますね。あの方々は、なにもいわないですね。ほんと、みごとに、なにもいわない」

被災者は心を病んだ人ではない――。

兵庫県チームの医師たちは、そう強調した。児童精神科医である田中は、被災地で「心の傷調査」と称するアンケートやPTSDのリスクがある子どもを探すスクリーニングを実施する動きがあることに憤りを覚えていた。

「子どもたちに症状が出るのは、そのとおりだと思う。PTSDのリスクだってあるかもしれない。でも想像してみしてほしい。学校の屋上で子どもたちがなにを体験したのか。心がうちふるえてあたりまえだと思うし、被災から二カ月経ってもいまだに避難所にいるわけでしょう。どこで泣けたんだろう、どこで友だちを悼むことができたんだろう。まだなにも喪の作業ができていないのだから、心の中に不安がしみついているのは当然なんですよ。彼らにはまだ被災が続いているんだから。」

安心できる場所も確保されていないうちから、PTSD、PTSDといわんほうがいいと思うよね。必要なことは、家族や友だちがいるほつとできる場所で、大変だったなあとか、〇〇ちゃんが死んじゃって悲しいよ、といいなながら感情が出てくることでしよう。そういうことができて初めて、医療が関与するかどうかを考えていくことが大切なんじゃないか。

被災者は、心を病んだ人じゃないんです。彼らが生活再建に向かってエネルギーを発動するのを手伝い、見守っていくのが本当の支援だと思うよ」

広域複合災害である東日本大震災は、都市型災害である阪神・淡路大震災と単純に比較することはできない。阪神の犠牲者の約八割が家屋倒壊による圧死だったのに対し、東日本では九割超が津波による水死だった。弔いの儀式が一つの区切りを与えるのだとすれば、家族

の行方がわからない人々の心は三月十一日に置き去りにされたままだ。

先祖代々守り続けた土地を離れなければならない人々の苦悩は、移住転住への抵抗が少ない都会人には想像もつかない。三陸沿岸では、南三陸町のように行政機関が被災し、職員自身も家族や同僚を目の前で失うなど深い傷を抱えながら被災者の支援を行っている現実がある。各県から派遣された職員の応援によって行政機能は徐々に回復しつつあるが、精神保健福祉活動の拠点となるはずの地域保健システムが機能停止に陥ったことは、かつて誰も経験したことのない試練となった。

加藤はこの間、ときどき林を訪ねて刻々と変化する仙台市のニーズを確かめつつ、三陸沿岸を回って行政職員に研修を行い、保健師や消防士の悲痛な訴えに耳を傾けてきた。「阪神のときに今の知見があればよかったなあと思うことをお話したい」と語り、支援にあたる人たちの労をねぎらった。「心のケアってなにくれんの。宗教かなんかなん？」と神戸の避難者に不審がられた十六年前を思えば、心のケアという言葉はすいぶん市民権を得たかもしれない。ただその活動の正体はとて控えめで、さりげなく、やさしい。

「存在してくれること、その場においてくれることがボランティアの第一の意義」

阪神のときに中井久夫が繰り返し続けた支援者の精神は、確かに後進に受け継がれていた。

兵庫県心のケアチームの派遣は、六月中旬からは週二日に縮小され、相談業務と見守りが必要な人々の引き継ぎを行ったのち、六月末をもって終了した。十六チーム、計七十六人、

のべ七十八人の支援となった。七月以降は、現地から要請のある限り、加藤ら、災害のトラウマケアに詳しい専門のスタッフが、月一回派遣されて地域の保健師らに助言を行っていくこととなる。

はあとぽーと仙台の職員は、近隣の医療機関と連携して避難所の巡回を続けている。夏までに仮設住宅への入居が完了すれば、本来の精神保健福祉業務に戻り、保健師の要請に応じて出向く活動に変わる。電話相談や支援者、とくに遺体安置所で働いた人々に向けた情報提供も継続して行っていく。少し手を伸ばせば届く場所に、自分たちがいることを発信し続けるつもりだ。

中野栄児童館では、子どもたち同士、早くも打ち解けて遊び始めている。その声は、隣のコミュニティ・センターを訪れる人々に安らぎを与えていた。

「ここに来るとほんと、ほっとするんです」

地域の見守りを続ける保健師は、そういつて束の間の休憩をとった。

半澤はその後、四十九の町内会が加盟する高砂地区町内会連合会の会長に選出された。入居が始まった六カ所の仮設住宅群のケアが当面の課題で、連日、仮設住宅を歩きながら人々と話し合いを進めている。引きこもり気味のお年寄りが増えてきているという情報もあることから、社会福祉協議会と対応を協議していく予定だ。

半澤は、今年七十八歳。震災の直後は、正直、自分が死んでからにしてほしかったと思う日もあったが、今は、「臨終定年」の想いでがんばっています」という。

住民が見守り、地域の保健師が見守り、医師や心理士らが見守り、全国のチームが

見守る。県単位の支援は終了したが、この出会いを機にこれからも個々の支援は続くだろう。

回復への道のりは遠いかもれない。だがなにかあればいつでも駆けつける。そんな支援者がいると信じられた経験が、とりあえず今日を生きる支えになることを祈りたい。

「ぼくもまた行くよ」

神大病院の一室で、田中は、そういつて微笑んだ。

（「考える人」二〇一一年夏号「新潮社」初出を加筆修正）