

はじめに

今回演者は、まず災害後のこどものメンタルヘルスの特徴を概説する。その中で、症例（自験例）の提示をして、PTSD の病態について考察する。

また、呉班の調査結果と、福島県・県民健康調査県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣に関する調査」の結果との比較について述べる。

以上を通して、震災後のこどものメンタルヘルスを保持するための対策を模索する。

こどもの PTSD(post-traumatic stress disorder ; 外傷後ストレス障害)の特徴

こどもの PTSD の臨床像は年齢に従って変化することを認識することが重要である。年齢別にみた PTSD 症状を表 1 (Monahan, 1995) に示した。

PTSD は統合失調症（短期精神病性障害）とは異なる。PTSD 症状は少なくとも 1 か月以上持続する。生命を侵害するレベルの心的外傷後に、再体験・回避・過覚醒を示す。PTSD 症状は基本的に時間とともに軽減する

子どもの PTSD 症例（自験例）

症例は、2 歳男児である。阪神淡路大震災後に PTSD 症状を示した。震災時たまたま覚醒していて、地鳴りからの全経過を体験した。その後、フラッシュバックとして、午前 5 時 46 分に睡眠中でも覚醒して泣くことを繰り返した。

阪神淡路大震災後に 60 代男性作家が同様の体験を記載している。すなわち、PTSD 症状としてのフラッシュバック（再体験）は、時計で時刻を知るに至らない年齢の子どもから、高度な知的作業に従事する成人に至るまで、年齢を超えた一貫性を示している。これはフラッシュバックが生体時計に刻印される症状であることを示唆している。

福島県・県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣部門」

東日本大震災後の福島県・県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣部門」について簡単に紹介する。原発事故による避難の対象となった全住民（210,1891 名）を対象とした調査である。特に、子どもの調査に重点をおき、年齢を区分して調査を行っている。すなわち、子ども①（未就学）11,717 名、子ども②（小学生）11,791 名、子

ども③（中学生） 6,077 名 の 3 つの群にわけてそれぞれの調査を行った。調査対象の子どもは 29,585 名であった。

質問紙を送付し、支援を必要と判断された対象に対して以下の 3 段階の支援を行っている。第一段階は、電話支援（臨床心理士・保健師・看護師）であり、第 2 段階は登録医師紹介であり、第三段階は福島県立医科大学病院こどもの心診療センター紹介であった。

SDQ（表 3）

呉班の調査および上述した福島県・県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣部門」の子どもに対する調査では、調査ツールとして「子どもの強さと困難さアンケート」(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ; Robert Goodman, 2006)を用いた。

SDQ は厚生労働省ホームページに掲載されており、以下のように紹介されている。「ここには、SDQ の一部分を掲載しました。SDQ のすべての質問紙をご覧になりたい方は、ホームページをご覧になって、ダウンロードしてください。研究、調査で使われるときは、ダウンロードした質問紙をそのままお使いください」

今後の対策の模索

- (1) 現在、養育者は放射能に対していかに対処するのが適切なのかを模索中である。
- (2) 環境の変化に遅滞なく対応するために、養育者は当然のことながら環境情報に敏感であり、速やかな環境情報の取得を希望している。
- (3) 養育者の精神状態が児の精神状態に強い影響を与えることには議論の余地がなく、養育者への支援は必須である。

表 1. 年齢別にみた PTSD (Monahan, 1995)

- 2 歳半まで
- 夜中に目が覚める. 大きな音、耳慣れない音への驚愕反応. 出来事を思い出させるような状況を避ける、あるいはそうした状況にであうと驚愕反応を示す. トイレのしつけがうまくゆかない. ぐずる、泣きわめく、強情になる (わがままになる). 分離不安. 体を硬直させる. 既に獲得した言葉や運動の能力を失う. 引きこもり. 行動や遊びに外傷の記憶がはっきりと現れる.
- 2 歳半から 6 歳まで
- 出来事を繰り返し話題にする. 外傷のイメージの侵襲的な回想. 退行 (特に年齢が低い場合). 分離不安. 睡眠障害 (悪夢、夜驚など). 不安や恐怖の表現 (外傷に関連のないものも含む). 引きこもり、無口. 集中力の低下. 外傷体験を再現する遊び. 活動への関心の低下. 身体症状. 出来事の混乱した理解. 魔術的な解釈.
- 6 歳から 11 歳まで
- 外傷的な出来事を繰り返し語る. 不安や恐怖の明瞭な表出. 具体的なものに対する恐怖の出現. 出来事の再現. 同じことが起こるのではないかという不安. 退行. 侵襲的な外傷イメージの想起. 集中力の低下. 攻撃的な態度. 興味の減衰. 睡眠障害. 引きこもり. 身体症状. 自罰的な理解. 行動・気分・性格の変化. トイレの失敗. 親の反応への過敏さ.
- 11 歳から 18 歳
- 外傷の再現 (逸脱した行動). 恥、罪責感、低い自己評価から距離をおく. 代償的な活動性亢進. 内閉. 事故多発. 睡眠、摂食の障害. イメージの侵襲的な回想. 人間関係の持ち方の変化. 大人になり急ぐ. 逆に家庭への引きこもり.

表 2. こどもの PTSD の治療；日常的なレベルでのかかわり（井出, 1998）

- 子どもたちにかかわる時間を増やす
- 子どもたちが語ることはしっかりと耳を傾ける
- 子どもが感情を表現する機会を与え、感情をしっかりと受け止める
- 子どもらしい活動、遊びを保障する
- ストレスへの反応を教えること

表 3. 「子どもの強さと困難さアンケート」(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) P4-16 © Robert Goodman, 2006 (厚生労働省ホームページ)

P4-16 © Robert Goodman, 2006 「子どもの強さと困難さアンケート」(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)

以下のそれぞれの質問項目について、あてはまらない、まああてはまる、あてはまる、のいずれかのボックスにチェックをつけてください(例:☑)。答えに自信がなくても、あるいは、その質問がばからしいと思えたとしても、全部の質問に答えてください。あなたのお子さんのここ半年くらいの行動について答えてください。

お子さんのお名前:..... 性別: 男子／女子 お子さんのお誕生日:
年..... 月..... 日

あてはまらない まああてはまる あてはまる

他人の気持ちをよく気づかう
おちつきがなく、長い間じっとしてられない
頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よくうったえる
他の子どもたちと、よく分け合う(おやつ・おもちゃ・鉛筆など)
カッとなったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくある
一人でいるのが好きで、一人で遊ぶことが多い
素直で、だいたい大人のいうことをよくきく
心配ごとが多く、いつも不安なようだ
誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける
いつもそわそわしたり、もじもじしている
仲の良い友だちが少なくとも一人はいる
よく他の子とけんかをしたり、いじめたりする
おちこんでしずんでいたり、涙ぐんでいたりすることがよくある
他の子どもたちから、だいたい好かれているようだ
すぐに気が散りやすく、注意を集中できない
目新しい場面に直面すると不安ですがりついたり、すぐに自信をなくす
年下の子どもたちに対してやさしい
よくそをついたり、ごまかしたりする
他の子から、いじめの対象にされたり、からかわれたりする
自分からすすんでよく他人を手伝う(親・先生・子どもたちなど)
よく考えてから行動する
家や学校、その他から物を盗んだりする
他の子どもたちより、大人という方がうまくいくようだ
こわがりで、すぐにおびえたりする
ものごとを最後までやりとげ、集中力もある

署名: 日付:年.....月.....日 ご回答くださったのはどなたですか(○をつけてください): 親／保育士・教師／その他(具体的に:)
ご協力ありがとうございました。

文献

井出 浩；子どもの外傷後ストレス障害：花田雅憲、山崎晃資編，臨床精神医学講座、11巻、児童青年期精神障害，中山書店、東京 pp.238-248, 1998,

Monahan HC: Children and Trauma. Macmillan, New York 1995—青木薫（訳）：傷ついた子どもの癒し方. 講談社. 1995

Matsuishi et al.; Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community samples. Brain Dev, 30: 410-415. 2008

Wada A, Kunii Y, Matsumoto J, Itagaki S, Yabe H, Mashiko H, Niwa S; Changes in the condition of psychiatric inpatients after the complex Fukushima disaster. Fukushima J Med Sci, 59:39-42. 2013

重村 淳, 前田 正治, 大江 美佐里, 加藤 寛, 亀岡 智美, 藤井 千太, 松本 和紀, 佐久間 篤, 上田 一気, 矢部 博興, 増子 博文, 三浦 至, 國井 泰人, 谷知 正章, 郡司 啓文, 中野 友子, 白潟 光男, 児玉 芳夫, 脇園 知宣, 丹羽 真一; 大規模災害後の外傷後ストレス障害(PTSD)の薬物療法実態調査 多施設間後方視調査. トラウマティック・ストレス, 11: 51-62. 2013

和田 明, 國井 泰人, 松本 純弥, 板垣 俊太郎, 三浦 至, 増子 博文, 矢部 博興, 丹羽 真一; 【フクシマの教訓-放射能被ばく事故に学ぶこころのケア】 原子力発電所事故後の福島県における精神科新入院の状況. 臨床精神医学, 40: 1423-1429. 2011

Yasumura S, Hosoya M, Yamashita S, Kamiya K, Abe M, Akashi M, Kodama K, Ozasa K; Fukushima Health Management Survey Group. Study protocol for the Fukushima Health Management Survey. J Epidemiol, 22: 375-83. 2012

増子博文、柳内務、本田教一、橋本慎一、丹羽真一；阪神大震災における神経精神科の支援活動報告. 福島医学雑誌, 5: 246-248. 1995

公開シンポジウム 詳細

1. 開会のあいさつ

田中 皆さま、こんにちは。きょうは遠い所から、また、寒いところお越しいただきまして、本当にありがとうございます。ただいまより、大震災から子どもたちをどう守れるか。東日本大震災被災地の小児保健に関する調査研究班・公開シンポジウムを開催させていただきたいと思います。皆さま、どうかよろしくお願い致します。それでは、最初に厚労省の桑島先生より、開会のごあいさつをいただきたいと思います。桑島先生、どうかよろしくお願い致します。

桑島 皆さま、こんにちは。厚生労働省の雇用均等・児童家庭局母子保健課長の桑島でございます。常日頃から、現場の皆さま方、現場の先生方のご協力によりまして、母子保健事業が円滑に進んでおりますことをこの場をお借りしまして、御礼申し上げたいと思います。また、東北大学、呉先生がこのようなシンポジウムを盛大に開催されますことを、お喜び申し上げたいと思います。さて、最近の母子保健の状況もお話ししながらごあいさつに代えさせていただきたいと思っておりますけれども。この本国会、もう金曜日から始まってございますけれども、母子保健の関係で申し上げますと、小児慢性特定疾患に関する法改正、正確に言うと児童福祉法の一部改正を提出する予定です。この事業は小児慢性疾患児童に健全育成の観点から、医療費助成をする事業です。これまでは予算に非常に制限のあるかたちで運用されてきておりましたが、先生方、ご案内の通り消費税をどのように使うかが議論される中、この小児慢性特定疾患に消費税が充てられるという、財政的には安定するよう考えております。また、この小慢の動きと合わせて、難病新法ができるように動いております。小児慢性特定疾患は、児童福祉法の中に位置づけられ通りますので残念ながら20歳未満が対象です。今般、大人のほうの難病。現在56疾患ですけれども、それが300ぐらいに増えることによりまして、子どもさんたちの慢性疾患児の多くが大人の医療費助成の仕組みにつながっていくことが可能になると考えております。親御さんたちの悲願であった課題が少し解決する流れが出てきております。

さて、先生方のこの研究班、たいへん注目をされている研究の一つでございまして、17日の金曜日に「次世代インフラ、復興・再生戦略協議会」その中で、この研究に対するコメントが出されておりますので、少しご紹介申し上げますが、「復興事業として被災地住民に対する健康調査を着実に実施し、結果の返却を行い、住民の方々の健康不安の解消に貢献することは、まず行うべきである」と言われております。また、「調査によって浮かび上がった被災地の健康問題について、随時、専門的医療サービスへの誘導を行うことによって、被災者の健康を管理するとともに、長期的なフォローアップ調査によって、被災という環境要因が健康に与える影響について検証することにより、今後の災害医療改善につなげる

ことが期待される」と、こうしたコメントが出てきてございます。そういう意味で、先生方の今日の公開シンポジウムにおいて、さまざまな研究成果をご発表いただく中で、こうした情報が、住民の皆さま方、お子さん方にお伝え頂ければありがたいと思います。今後、どのように心の問題、体の問題が影響してくるのかという不安もあるかと思っておりますけれども、そうしたことへの検証するための根拠データになっていくと思っております。そういう意味で、今日のシンポジウムが、非常に実りあるものとなるよう大いに期待して、今日来させていただいたところです。ぜひ、ゆっくり聞かせていただきます。また、先生方のいろんな思いを聞かせていただきまして、私どもとしては、先生方の少しでもお力になればということで考えております。非常に簡単ではございますが、先生方への期待と感謝を申し上げて、ごあいさつとさせていただきたいと思っております。本日はおめでとうございます。よろしくお願い致します。

2. 被災 3 県の小児科医療機関の被災状況

被災 3 県の小児科医療機関の被災状況について、東北大学の小児科の田中よりご報告させていただきます。

東日本大震災は、死者・行方不明者合わせて 1 万 8 千人以上という、非常に大きな被害をもたらしました。災害関連死の方、また、いまだに避難している方もたくさんいらっしゃる状況です。震災時の医療現場では、阪神淡路のときには亡くなられた方の死因が、8 割が圧死、もしくは外傷とされていきました。今回の東日本大震災では、9 割が溺死によると言われております。それほど津波による被害が大きかったということを物語ると思われれます。これは南三陸にあります、公立志津川病院の被災後の状況です。この志津川の町全体が波に飲まれてしまいました。ここに建っているのが志津川病院なんですが、震災の津波のときには、この 4 階の所まで波が来ていることがわかります。つまりもう、この町全体が津波に飲まれてしまって、この病院自体も右側の 5 階だけ残っているような、そういうふうな状況で患者さんを守っていかれたということです。

震災による被害は三つに分けて考える必要があります。地震そのものによる被害、津波による被害、そして今回、福島原子力発電所事故による被災とその混乱です。そこで、私たちは小児医療保健に関する調査と致しまして、宮城県、岩手県、福島県の被災 3 県の医療機関に対してアンケート調査を行いました。その内容はここに示しますように、人的・物的被害の状況、診療状況、投薬状況、ライフラインの状況、防災課題についての意識、慢性疾患の患者さんに対する管理です。3 県で郵送数は 1080 件。そのうち回収は 468 件。回収率は 43.3%でした。また、200 床以上 43 件、20 床以上の病院 40 件、20 床未満の診療所は 364 件です。また、小児科の標榜をしていますが、小児科の患者さんをほとんど診ていらっしゃらない所として、40 件ほどありましたので、これについては対象から除外することと致しました。

まず、建物の被害についてです。それぞれの県で、病院、診療所に分けて、被害なしから一部損壊、大規模半壊、全壊という形で示しております。全体で見えますと、大規模半壊・全壊は合計 28 軒ありました。建物の被害と建築年代、どれくらい新しいか古いかにについて調べてみました。被害の程度と建築年代の新しい、古いについてははっきりした傾向は見られませんでした。次に、津波による被害について、床下以上のものにつきましては、全体で 29 軒ありました。建物被害と津波被害の関係について調べてみました。グラフに明らかな通り、津波の被害が大きかったものと、建物の被害が大ききものが、相関することがわかります。次に、職員の方の被害について調べてみました。軽傷、重症、行方不明、死亡の方、合わせて 26 人の方がいらっしゃいました。それぞれの県におきまして、建物が大規模半壊から全壊であった所と、死傷者があった所を地図上にプロットしてみました。岩手県の場合には、被害のあった所が沿岸に集中しておりまして、津波被害がなかったのは盛岡市の一つだけでした。次に、宮城県では、沿岸のほうの津波被害があった所が 8 軒、津波被害のなかった所が 8 軒というように、二つに分かれる結果でした。福島県は、津波被害があった所はいわき市の 1 軒だけで、あとはすべて内陸でした。3 県それぞれでの特徴がはっきりと表れておりました。

被災直後、大体 1 週間までの間の診療状況についてお伺いしましたところ、外来診療でできなかった所と制限ありを合わせると 54% でした。入院診療では合わせて 52% でした。外来診療ができなかった中でも、内陸部に対して沿岸部や原発の区域、それから津波のあった所は非常に高い率になっております。

次に、「投薬について苦労されたことは何ですか？」という問いに対して、1 番多かったのが「薬剤が流通しない」ということでした。1 週間までの間に、お薬についてどうされたかを伺ったところ、院内で行われたところは約半数弱でありました。そのうちまた半数で、日数制限を行っていました。薬剤が流通しなかったので、7 日分とか、沿岸部では 5 日分に制限をされていました。院外処方を利用された先生方も 5 割近くいらっしゃいましたが、この院外処方についても、調剤薬局が機能していなかった、というところがたくさんありました。実際に近くの調剤薬局についての調査をしたところ、営業していなかったのは 15.3%。特にこの中を見ても、内陸は少ないんですが、沿岸部では約 4 割の調剤薬局が営業していなかったということがあって、院外処方箋を作っていただいても、お薬を入手できなかった状況にありました。また、震災直後のライフラインについて、停電、断水、電話回線の不通、インターネット不通が 5～7 割で生じていました。そしてまた、その継続日数も 1 週間から 10 日近く、非常に長くライフラインが途絶した状態であったことが、わかりました。今度は、被災 3 県すべてを合計して、外来診療、入院診療、救急対応、乳幼児健診、予防接種、慢性疾患の患者さんへの対応がどんなふうに変化していったのかを調べてみました。×（※読み・ペケ）はほとんどできなくなってしまった所、三角が普段の半分以下、丸は普段の半分以上、二重丸がほとんど普段通りの状況です。入院と救急と乳幼児健診については、3 県全部合わせると、大体 3 月下旬、震災後 2 週間ぐらいには元の

状況まで戻っております。ところが、外来診療、予防接種、慢性疾患につきましては、4月になってから、震災後3～4週間ぐらい時間がかかっていたということがわかりました。次に、それぞれの県につきまして、ライフラインの被災状況と合わせてグラフを作ってみました。例えば、岩手県では停電が3月17日まで、断水は3月25日まで、電話は3月20日まで不通であったという状況です。岩手県で特徴的なのは、入院の診療と救急対応が非常に早く復旧をしているというところです。それに対して、宮城県では外来診療が4月上旬まで遅れていています。また、福島県では入院対応や救急対応がやはり4月以降になってしまっています。今度は、沿岸部とそれから内陸部、これを二つ分けて調査をしました。そうしますと、外来診療、入院診療、救急医療に関しては、内陸部ではライフラインが戻ってから約2週間ぐらいで復旧しているのに対して、沿岸部ではライフラインの復旧から約4週間かかっていたということがわかります。次に、乳幼児健診、予防接種、慢性疾患のほうでは、それぞれ内陸部のほうでは3週間、沿岸部のほうでは6週間かかっていたことがわかります。このように、内陸と沿岸部ではその復旧の様子に約2倍ぐらいの差があるとの結果からわかりました。なぜこのような差が出たのかについて考えてみたいと思います。医療機関の中で、「医療機器の転倒、損壊、浸水などはありましたか？」という問いに対して、約4分の1の所で「あり」という結果が得られました。PC、レントゲン機器、心電図、こういったものが挙げられていました。沿岸部では、ライフライン復旧後も診療の回復に非常に長い時間を要した、その理由として損壊した医療機器の再準備に時間がかかること、また、医療インフラの再整備に時間がかかること、そして特に福島の方ではそうだったのですが、人を確保するのがとても大変だった、つまり、皆さんが避難されてしまったので、なかなか人を探すのが大変だったマンパワーの確保ということが挙げられました。逆に言えば、この三つが支援のポイントになります。

こちらは日本の衛星写真で、普段の夜景ですが、隣の写真は被災の次の日、3月12日の夜景です。東北全体が真っ暗になっていることがよくわかります。停電対策について、自家発電機を震災前から準備していたのは25%でした。その後、購入されたのは8.6%。まだしていらないっていうのは63.8%です。次に、実際に電気が使えなかった日数（停電があって、しかも予備電源が枯渇してしまったという状況）です。平均で3.8日で、特に宮城県は6日と非常に長く見られました。それに対する対策として、燃料の備蓄はということで聞いてみましたところ、震災前は4.6日間の備蓄をしていましたが、震災後変更したのが約2割ぐらいしかありませんでした。追加されたところは5.4日分でした。震災後変更していないという所が8割も見られました。ライフラインは医療を続けていく上でとても大切ですが、なかなかまだ取り組みが進んでいないことが明らかにされました。

人工呼吸や在宅酸素、吸引器が必要な子どもたちにとりまして、電気がなくなることは命に関わる大きな問題になります。そしてこのような方々のお家では、自家発電機が特に注目されました。また、電気を使わず吸引ができる足踏み式吸引器も注目を集めました。そして、投薬で苦労されたこととして、お薬手帳がないということも挙げられていました。

子どものお薬というのは錠剤のことが少なく、シロップであったり粉であったり、なかなかその量が見ただけではわかりにくい、正確な情報がないと処方しにくいという特徴があります。薬剤などの医療情報を常に身につけておいて災害に備える、ヘルプカードというものが非常に大切になってきます。ヘルプカードの作成にあたっては、医療機関とご家庭一緒になって作ることがとても大事だと考えます。これは石川県のものですが、名刺大のサイズのカードの、表に個人情報があって、かかりつけの病院の情報が 있습니다。また、お薬に関する情報、痙攣のときにどんな対応をとればよいかなどを書いて、それぞれ患者さんに常時携帯してもらいます。これは宮城県で作ったヘルプカードです。災害時の支援をお願いしますと書いてあり、名刺大のカードをジップのできる名刺入れのような物に入れて、車いすに結びつけておきます。個人情報がいっぱいですが、災害のときにはこれが非常に役に立ちます。お薬の名前や、緊急時の対応などがしっかり書きこめます。宮城県ではこれを 300 枚程作成して、患者さんに配布致しました。

まとめです。被災 3 県の小児科医療を対象に調査を行いました。建物の被害は津波による被害が大きく関与しておりました。被災後 1 週間は外来診療の 54.7% が不可、もしくは制限がありました。薬剤流通不足で処方日数の制限が多くで見られました。調剤薬局は 15.3% が営業していませんでした。診療復旧の過程には、以下の点が重要でした。ライフラインの復旧、損壊した医療機器の準備、医療インフラの再整備、マンパワーの確保です。ご清聴ありがとうございました。・・・

司会をしながらで恐縮です。皆さまのほうからご質問等ありましたら、ぜひお教えいただけますでしょうか。・・・あ、はい。花水先生、お願い致します。

Aー 質問させてもらいたいんですけど。ヘルプカードってすごくいいんじゃないかと思うんですけども、実際は動きはありますか・・・。個別に作ればいいんでしょうか、それとも仕様みたいなのがあって、何か提示してもらえるんでしょうか。

田中 はい。ご質問、先生ありがとうございます。中身的にはあそこに書いてあるだけなので、特別にその書式が必要とかっていうことではなくって、その子にとって大切な情報さえ書いてあればいいというのが本当のところですよ。で、雨にぬれてもいいように、ちょっとこう、ジップができるようなものであったり、それから、お薬がよく変わる患者さんもいらっしゃるの、そういうときには薬局でもらえる小さな薬のメモ用紙が入るとか、そういうふうな工夫ができればいいかなと考えていました。肢体不自由児協会とか、重症児を守る会とかでもこういった物を作ってくださいしています。そのときに必ず問題になってくるのが個人情報保護です。情報よりもいのちの方を守るべきであることを、今一度問い直す必要があると思います。

A－ はい。どうもありがとうございました。

3. 震災時に小児科医が果たすべき役割

次に、中村先生をご紹介申し上げます。1977年、東京大学医学部を卒業されました。都立病院小児科、保健所勤務などを経験され、その後、JICA 専門家、UNHCR 保健医療担当官など、途上国の保健医療活動に取り組んでいらっしゃいました。東京大学小児科講師、ハーバード大学公衆衛生大学院研究員などを経て、現在、大阪大学大学院人間科学研究科教授でいらっしゃいます。学際的な視点から市民社会に役立つ研究や教育に携わっていらっしゃいます。NPO 法人 HANDS 代表理事、ジャパン・プラットホーム副代表理事などを務めていらっしゃいます。東日本大震災では、被災後から現在に至るまで、岩手県陸前高田市など、小児保健医療の復旧や復興のお手伝いを継続していらっしゃいます。とても心強い先生でございます。それでは中村先生、どうかよろしくお願い致します。

中村 田中先生、どうもありがとうございます。只今ご紹介いただきました、大阪大学の中村安秀です。私は、今日は先生方の素晴らしい研究成果の合間に、こうしてお話しさせていただく機会を得たことをとても光栄に思っています。私自身は、今回の大震災の中では外部者として支援させていただきました。2011年3月には気仙沼や大島に行き、そして南三陸に行き、その後4月、5月、ずっと陸前高田のほうに入らせていただいています。先週も陸前高田に行き、震災前から子どもを持っていて津波に遭われたお母さん、震災後陸前高田で子どもを出産され、今子育てしているお母さんたちともお話しさせていただき、今もずっとそういう形で関わらせていただいています。今日は、私が外部者として関わる中で、できたこと、できなかったこと、今後何を考えなきゃいけないか。そんなことを少しお話しできたらというふうに思っています。

まず最初に、世界の国際緊急人道支援の動向を簡単にお話しさせていただきます。緊急支援に関する情報は世界を一瞬にして駆け抜けています。その中で、緊急人道支援のスタンダード化というものが世界で行われています。ロジスティックスにおいて軍も（日本では自衛隊です）緊急支援のパートナーですし、医療チームだけではなく総合的なチームで、そして多国籍でどういうふうに取り組むかということが世界の課題です。その中で緊急から復興開発への移行には世界中でギャップが起きている。今回もそうだと思うんですが、これは決して日本だけではなくて、世界中で緊急支援、復興支援、そしてそこから平常時へ戻っていく開発支援。英語では development と呼びますが、その間にはなかなかスムーズにいかないのは世界中がそうです。その中で、物質的な支援だけでなく、心理・社会的サポート（Psychosocial support）や災害で支援する人へのサポート、あるいは障害のある人、高齢者への支援など、ソフト支援への関心が高まっています。

海外での難民キャンプでの様子から、まずお話ししたいと思います。もう15年前になり

ます。ヨーロッパの旧ユーゴスラビアで生じた、コソボ難民キャンプに行ったことがあります。これはちょうどコソボで紛争が勃発して、12万人の難民がマケドニアに流入した、そのときの1週間後のマケドニアの様子です。難民キャンプと言いますと、皆さんのイメージとは異なり、案外整然としたものです。こういう整然とした姿っていうのは、実はニュースには出てこない。混乱を写したところはニュースになるんですが、整然と物が配られているところはニュースにならないらしくて、あんまり報道されませんが、実際は結構、このように整然としています。その中の緊急医療ですが、これはドイツ赤十字です。難民医療の中でも、今はエコー検査装置なんかを持ち込んで、難民キャンプでもきちんとした診療をしていこうというふうに言われています。この難民キャンプの中での診療のスタンダードをどうするか、ということが今は問われています。

これは避難1週間後の難民キャンプの居住環境ですが、家族の安否も確認され、3世代の家族が1つのテントに居住しています。まず安心感をつくることを真っ先にするために、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）は居住環境をきちっと提供するという事に精力を注いでいます。実際には一家族で1つの空間を作るっていうことに努力していますが、こういう場所を提供するということの大事さを痛感しています。

これは難民キャンプの中の水供給ですが、難民キャンプなんかでは下痢などのいろんな感染症対策が必要です。もちろん予防接種もするんですが、やっぱり水系感染症、下痢とかですね。そういう感染症を予防するには、下痢薬のよる治療ではなく、綺麗な水を供給することが大切です。ここでは近くの川を水源に、簡易水道が設営されていました。キャンプ設営の1週間後に綺麗な水で顔を洗ったりできていました。使用後の汚水はタンクで浄化されて、また川に戻す。川から水を引いてきて、使った水を浄化して川に流すというシステムを作ったドイツ赤十字チームの責任者に会いました。「私たちは環境工学、

（environmental engineering）の専門家で、環境に優しいシステムなんだ」と自慢していました。難民キャンプの中に遊び場も作られていました。子どもの心のケアを考えるには、普段と同じ遊び場を作るのが大事です。難民キャンプの中でしたが、子どもたちの歓声が聞こえました。その周りにいる大人たちも微笑みながら見守っていました。そういうクオリティ・オブ・ライフを1週間目から考えるのが、今はもう世界のスタンダードになっています。

次は、インドネシアのお話です。2004年12月にインド洋地震津波が起こり、インドネシアのアチェ州では20万人以上の方が亡くなりました。私自身は20年前にインドネシアで、ちょうどアチェの隣の州で2年過ごしたことがあります。これは津波の約3年後の様子ですが、陸上に押し上げられた船、津波で打ち上げられた巨大な発電船、そういうのがそのままモニュメントとして残りつつありました。そういう中で、被災後3年半の間に10万軒以上の恒久的な住宅建設をしたのが、インドネシアの津波被害の被災地でした。「これは世界で最大級、そして最速だ」と彼らは言っていました。被災前にはなかった新しい村、カフェもできていました。こういうふうな宅地造成しながら、高台移転をして住宅を作ると

いうことに、中国、台湾、トルコなど、先進国だけじゃなくて、世界中から支援が来ていました。

そこで教えられたのが、ビルド・バック・ベターという発想です。アチェ・ニース復興庁（BRR）というのは、震災4カ月後に被災地に設置して、首都から派遣された政府関係者と地元アチェ人による協働作業で働いていました。BRRの局長は、「私たちは20万人以上の亡くなった方々に報告するためには、被災前と同じものを作ったのでは不十分で、災前よりも必ず良いものを作る、すなわちビルド・バック・ベターだ」と言っていました。このビルド・バック・ベターというのは、いまや世界の災害後の復興の合言葉のようになっています。自然災害をグローバルな視点から捉えなおして、環境に配慮して、社会の回復力（レジリエンス：resilience）を促して、持続可能なコミュニティを作っていこうという前向きな試みです。インド洋地震津波支援では、国連の最終報告書はビル・クリントン元アメリカ合衆国大統領が書きました。そのクリントン報告書の表紙のタイトルが『Build Back Better』でした。

これから、私が見た東日本大震災の支援について、少し考えたいと思います。今回は、高齢社会を直撃した世界でも稀な自然災害で、阪神淡路大震災とは全然違って広範囲に被害が及んでいます。そして原発事故の話は自然災害ではないので、これはまた長期の社会的影響が必要で、自然災害と原発事故は分けて考えないといけないというふうに思っています。一方、日本の強みもありまして、震災直後からいろんな支援もありました。そしてまた、被災した住民の自発的な活動も素晴らしいものがありました。その中でただ、水、衛生、食事、栄養などで国際的な標準が維持できなかったことをあとでお話したいと思っています。

高齢者の人口を考えたいと思います。岩手県全体では65歳以上の高齢者の割合は30パーセントまで届いていませんが、沿岸の市は軒並み30パーセントを超えています。これだけの高齢者の多い社会を直撃した自然災害としては世界で初めてです。私は今まで世界の災害地を行っていましたが、多くの所では20歳以上の人口が40パーセントを占めるといったような、非常に若い世代が多いです。そういう意味で、高齢化社会を直撃した自然災害だということを認識しておく必要があると思います。

その中で、国際協力専門家として今回できなかったことを、被災後3年近くなって、私自身の反省を込めて振り返ったのがこの表です。まず1つは迅速アセスメントの欠如です。こういう災害のときは大掴みの数字が必要です。ニーズは待っているは駄目なので、こちらからアプローチしていかないとはいけません。とくに、妊産婦。乳幼児、障害のある人へのアウトリーチ・アプローチが必要なのだと痛感しました。一方、平常時の細部に渡る規制がいろんな意味で足枷になっていることも確かでした、被災者の方が中古車を購入するときに、車庫証明が必要でした。この規制が解けるのに多分、2か月間くらいかかっています。そういうふうに、平常時の規則があるために、緊急時に効率的に動けない、この解決策を何とか考えないといけないなと思いました。そしてまた、人権であるという認識が

必要なだろうと思いました。人間の安全保障とか、子どもの権利条約をもう1度問い直す必要があると思いました。そして、国際協力の経験からは、日本の場合は官庁とか公益団体、いろんな機関や団体が平常時に素晴らしい仕事をしていることが、既得権と言うとちょっときついです。平常時のシステムの調整を緊急時にしなければならないというのが、緊急時の大変さだったような気がします。そういう意味では、平常時の私たちが持っているシステムのどの部分を緊急時にリリースしなければいけないかということを決めておく必要があるというふうに思いました。

日本だけではなくて、世界の緊急時支援も失敗だらけでした。この失敗の話を今日は長くは致しませんが、1990年代、国際協力の分野では、ルワンダ内戦をはじめとして、何十万人の方が亡くなるという失敗をしてきました。その反省に基づいて作った機関や基準があります。スフィア・プロジェクト（Sphere Project）は、支援するときの最低基準を作っておこうというものです。WHOとかアメリカ政府ではなく、世界中の関係者がパブリック・レビューをして、NGOも政府も赤十字も一緒になって自分たちで作った基準がスフィア・プロジェクトです。あと、下の2つは説明しませんが、アルナップ（ALNAP）は評価や研修をしています。緊急支援で食べ物を持って行って喜んでもらったけれど、本当にそれで良かったのだろうか、果たして本当にその支援はそこにいる人たちにとって役に立ったのかどうか、そういうことを評価していかなければいけない。緊急支援をやりっ放しではなくて科学的に評価をしようというのがALNAPです。

今日はスフィア・プロジェクトについてお話しします。これはトイレです。ここは気仙沼の避難所で、トイレがこういうふうにありました。こちらのトイレは私がほぼ19年前に神戸市長田区で見たトイレです。両方とも撮影したのは私ですが、ほとんど変わりありませんでした。実は、気仙沼のトイレは、夜になると暗いままで、ほとんど明かりはありません。ここの避難所のおばあちゃんに聞きますと、「夕方くらいから水はあんまり飲まないようにしている」。なぜかっていうと「トイレは暗いし、あんまり行きたくないから」と言います。実際私も夜に行きましたけれども、私も自分がちょっと太ったからかもしれませんが、身体をくると回ろうとしても回りにくいような使いにくいトイレでした。トイレ問題は全然解決されてないんだなあと思いました。これはスフィア・プロジェクトのトイレの基準です。学校であれば、男子60人に1つ、女子30人に1つというように、トイレを作るときは女子のほうが数を多くするのが普通です。一時滞在所、すなわち日本の避難所のような所ならば、女性用3で男性用1にするというふうに、私たちが今まで世界中でやってきた成果をもとにこういう基準を作っています。今回、600人の学校で避難者がいれば、そこでトイレがいくつ必要になるか、こういう基準があればすぐに計算できることです。こういう基準をなぜ使えなかったんだろうかと思いました。多くの避難所でトイレは不足していました。

これは最低限の水供給です。一時避難所では1人当たり15リットルの水というのが国際標準です。簡単に言えばバケツ1杯の水の量です。診療所や病院ではもう少し必要になり

ます。学校を作るとしたら1人当たり3リットルの水が必要です。これはスフィア・プロジェクトの基準の中にも書かれていますが、文化、宗教、熱帯下、その気候などによって必要な水の量は変わってきます。そういう中で日本の東北で一体どれだけの水が必要なのか。こういう科学的な研究あるいは調査、そういうことが今後必要になるだろうと思います。

また、不十分な食糧支援でした。阪神淡路大震災のときも、同じことが言われました。糖分ばかりが多く、たんぱく質が少なく、離乳食は少なく、高齢者用の柔らかい食べ物がないということが言われていました。今回も同じでした。ただ、東日本大震災で素晴らしいなと思ったのは、宮城県の栄養士会の方々がすぐに、実際に避難所を回って調査をされました。その結果、エネルギー量が1600キロカロリー以下、ビタミン不足、たんぱく質不足がどれだけあるのか具体的な数値が示されました。また、アレルギー食に対する配慮もほとんどありませんでしたし、離乳食への配慮も欠けていました。震災後2カ月経った避難所でも、おにぎりやパンが中心でした。この食事の問題というのは十分解決可能だと思います。ただ、日本では避難所の1日の食事単価の基準が1,010円なんですね。これを今回、途中で特別基準の1,200円に上げたというふうに伺っています。しかし、この金額で十分かどうかという議論も必要だろうと思います。長く避難所で生活するときこの食事単価をどうするかということを決めておかないと、子どもたちのためのアレルギー食とか離乳食とか、そういうところになかなか配慮ができないだろうと思いました。

これは私たちの、専門家の失敗のお話です。2011年3月15日に、日本小児保健協会が「ミルク、オムツが足りません」というアピールをしました。「せっかく母乳で育てていても、地震からのショックで母乳が止まることもありますし、災害のときには弱い子どもたちがしばしば犠牲になります。皆さまのご協力を切にお願いします。」子どもへの関心を高めるという部分はいいいんですが、救援物資にミルクを加えるというのはどうかと思いました。世界的には母乳育児の推進です。また、水が充分に得られない所で粉ミルクだけを支援しても、決して十分ではありませんし、むしろ、不潔な用具による感染という可能性もあります。衛生的に対応できるものを支援キットに入れるべきです。そういう意味では、世界標準の考え方を、私たち専門家もきちんと災害時にもキープしていかなければならないという反省点でした。

もう1つ反省の話をしてみます。それは心理社会的サポートです。この後の発表で、子どもの心のケアの話も出るとは思いますが、ここでは心理社会的サポートの緊急時介入ピラミッドの話をしたいと思います。2007年に国連機関間常設委員会がレポートをしています。私たちは国際協力の中で心理学・精神医学の専門家がいろんな被災地に行って、よかれと思っていろんなサポートをした、その弊害があったので、このような介入ピラミッドを作りました。具体的にいうと、人々の心のケアを考えると1番大切なのは安全や水といったプライマリー・ケアです。そしてその次にコミュニティや家族がきちんと支援できること。そして、非専門家による支援です。たとえば、子どもでいえば保育士さん、保健師

さん、助産師さん。決して、心理学や精神医学の専門家ではないけれども、子どもの専門家です。高齢者ケアでいうと、介護士さんやケア・マネージャー。そういう方々がキーパーソンです。もちろん、一部の人は心理学や精神医学の専門家による治療が必要なのだという図です。この介入ピラミッドの原則を説明すると、人権と公平性、これは当然です。続いて、参加です。また、外部支援者よりも被災社会からのサポートのほうが重要なんです。そして、とても大事なこととしては「ドゥー・ノー・ハーム」、傷つけないということです。心理社会的サポートは、意図せずに害を及ぼしやすい。私たちは人を傷つけるつもりはない。しかし、被災地でいろんな活動をする中で、そんなつもりはなかったけれど傷つけてしまうことがあるということを、外部からの支援者は絶えず思わなければいけない。そして、自助グループなど、すでに存在している資源を最大限に活用する。幅広くコミュニティ支援、教育、社会福祉などを巻き込んで、そして1番大事なのは、決して専門家だけでは動かない。そういう重層的なアプローチが求められていると思います。

そういう中で、今回の被災地の支援でも素晴らしい活動がいっぱいありました。お風呂の提供というのは心理社会的サポートだと思います。これはぜひ日本の心理社会的サポートの専門家の方々をお願いしているんですけれども、お風呂の効用というのを是非きちんと調べていただいて国際的に発表していただくといいと思います。お風呂に入れるかどうかで随分避難所の環境が変わった気がします。その右側は、陸前高田の避難所で開設した「きらりんきつず」。3人のお子さんを持つお母さんですが、被災後1カ月で避難所となっていた中学校の2階の図書室の1室を借りて、子どもたちの遊び場を作りました。被災されたお母さん自身が立ちあがって、自分たちの町の人をサポートするという活動ができるのは素晴らしい。現在も「きらりんきつず」をサポートさせていただいております。

トラウマ後のPTSDっていうのはよく言われますが。最近トラウマ後の成長

(Post-Traumatic Growth) という話もあるので、少しご紹介したいと思います。20年ぐらいい前に、災害後にいろんな悲しいことや辛いことがあったとき、それがトラウマにつながるだけでなく、人が成長することもできるのだということもわかってきました。困難な出来事を乗り越えた経験があるので、同じような出来事が起こった場合に対処できる自信があるという方もいます。あるいは、自分が経験した苦悩と悲嘆をバネにして、もう1度生活を再構築する方もいます。辛い出来事を経験した者に対する共感や他の被災者への思いやりの気持ちが高まったという方もいます。エルサルバドルの地震の後のインタビューでは、毎日自分が生きていると実感できること自身が幸せに感じられる、以前はなんとも思わなかった本当に小さな日常の生活に感動できるようになった、といった報告がなされています。

これは私自身が20年近く前になりますが、阪神淡路大震災の後、幼稚園の子どもたちのお母さんにインタビューをさせていただいたときのデータです。もちろん、被災後5カ月の時点ですので、夜泣きするようになった、1人で寝られない、暗い所を怖がるという子どももいます。一方、プラス面で、物を大切にするようになった、以前と違ってなんでもよ

く食べるようになった、学校や幼稚園に行きたがる、家の手伝いをすることが増えた、といったポジティブな反応も子どもたちはしていることがわかりました。おそらく、つらい面とポジティブな面の両方をきちんと見ていくことが大事なんだろうなと思いました。

少し話は変わりますが、そういう中で国際協力をしていた私たちがお役に立てたと実感した経験がありました。先程、田中先生の報告でも、乳幼児健診や予防接種が被災地では再開するのに時間がかかるということがありましたが、実際どういうことが起こったかを説明します。陸前高田市では津波で市庁舎や県立病院が流されました。これは物が流されただけではなくて、保健医療すべての機材だけでなく、そのときあった個人情報も全部流れたんですね。そうすると、誰がどこに住んでいるのかわかりません。そういう中で予防接種や乳幼児健診を再開するのは簡単な道ではありませんでした。ワクチンや注射器は支援物資として供給してもらえました。市の健康課長から私たちが相談されたのは、電気も安定しない中、ワクチンをどのように冷蔵保存するのか？ 居住地が把握できていないときに健診や予防接種をどう通知するのか？ ということでした。私たちは、震災後からユニセフや NPO 法人 HANDS として、陸前高田市の行政の方とずっと一緒に働いてきていたので、そのとき私は思わず言ってしまいました。「私たちは今までインドネシアやラオスですと働いてきました。個人通知や住民票などはありませんでした。電気のない所でも、予防接種率は大体 8 割を越していました。」結局、ユニセフがもっていた途上国仕様の冷蔵庫を陸前高田に持って行って据えました。個別通知の代わりに、博報堂が作った、高度成長期以降はおそらく日本で初めてだと思いますが、予防接種用のおしゃれなポスターを作りました。これをコンビニなどに貼って、実際にどれくらいの方が受診するか僕らもドキドキしながらみていましたが、たくさんの方が、予想していた人数、ほぼ来てくれました。また、田中先生の報告にもありました通り、その当時は人的パワーが足りないんで、私たちのような国際協力をやってる NGO から人を出して、(具体的には、今まで国際協力でアジアやアフリカで活動していたスタッフを陸前高田に送り)、お手伝いさせてもらいました。そんなふうに、国際協力の経験と知恵を活かして、予防接種や乳幼児健診の再開のお手伝いをさせていただきました。

さて、今まで、マイナス面ばかりを言い過ぎてきたような気がします。でも、海外の目から見ると、日本は驚くぐらいに豊かな資源をもっているという強みがある国です。1 つは地域に存在する豊富な人材です。どの市町村でも高い見識と経験を持つ人々がいました。先程スフィア。プロジェクトで日本ができてない部分を言いましたが、スフィア・プロジェクトの人的基準は、人口 5 万人あたり医師 1 人です。1 万人あたり看護師 1 人です。日本にははるかに多くの専門職がいます。素晴らしい人がいることが、日本の最大の強みです。もちろん、電気、水道、インフラ、これらの回復はものすごく速いです。また、IT をもつと活用できるはずです。そして教育レベルの高さです。これは 1 つだけ例を挙げます。宮城県多賀城市の避難所です。多賀城市の避難所でちょうど被災後 1 週間目。私は「あさイチ」という番組に出演していて、番組の中で東京から多賀城市の避難所と中継が繋がり、

その高校生たちのことを教えてもらいました。そこでは、避難した高校生が自分たちで活動し始めていました。1週間経って、全国から支援物資が送られてきます。その支援物資がどこにあるのか、避難所にいる高校生はよく知っています。でも、その避難所にいるおばあちゃんにはわかりにくい。だから、おばあちゃんが「スリッパがほしい」とやって来たら、「スリッパは2階にありますよ」といって、高校生が案内する。そういう避難所の中の案内役を、被災した高校生が自ら買って出たんです。そのときのキャッチフレーズ。模造紙に書いて。自分たちの活動を書いたものが、「きみはひとりじゃない」。この自発的な活動は、国際的に大きく評価されました。まさにその3カ月後、仙台で国際シンポジウムが開かれたときに、インド、やハイチで子どもの参画プログラムの世界的な専門家が講演をしました。その専門家が感動したのが多賀城市の子どもたちの活動でした。被災地で子どもたちに1週間くらいワークショップで研修した後に、研修を受けた子どもがやっと自分たちで活動ができる。彼は、「日本の子どもは誰にも教えてもらってないのに、被災後1週間に自分たちで、私がワークショップで1週間やって教えた活動よりも遙かにすばらしい活動をしている、日本の教育は、なんて素晴らしい高校生を育てているんだ」と言っていました。僕も誇らしいですけど、そこまで褒めていただくと、ちょっと面映ゆい気持ちになりました。でもそれは、逆に言うと日本の高校生たちが持っているポテンシャルに、私たち自身、大人があまり今まで気付いていないのかもしれないです。もう少し、子どもたちが持っている潜在能力をのびのびと発揮できる場を作っていくことも、子どもたちの支援を考えるときの大きな要素かもしれないと思いました。

そういう中で、震災後1年経ったときに、陸前高田の方々に教えられることがありました。陸前高田で子育てシンポジウムを企画しました。陸前高田市の行政の方々、あるいは県の方、NPO、大学、当時支援していたユニセフ、地元の方、いろんな方が集まって、子育てシンポジウム「陸前高田の子育てを考えましょう」と自由に話してもらいました。そのときに、お母さんからは「子どもが泥んこになって遊ぶ場所がほしい」という意見が出ました。行政からは、「この高田で子どもを生み育てたいと思える町にしたい」という希望も出ました。そのときに私がとても感動したのは、ある牡蠣養殖をしている男性の方からの発言でした。「牡蠣養殖をしていたけれど、全部流されてしまった。」と言いながら、その方が発言されたのは、「誤解あるかもしれないけれども、・・・せっかく町が流されたんだから、もう1回、前よりいいもの作ろうや」と、皆に呼びかけていました。まさに、ビルド・バック・ベターです。せっかく流されたんだからっていうのは、本当に難しい言い方ですが、東北発のビルド・バック・ベターに期待したいと思っています。

最後のまとめです。今までお話しした通り、ビルド・バック・ベター、そして、最低限の基準作り、日本版の子ども用スフィア基準を作っておくべきなのだと思います。今度、日本のどこかで災害が起こったときに、具体的な基準を作っておかないと、また同様の混乱が起きるんじゃないかということを恐れています。次に、災害弱者です。高齢者、乳幼児、女性、障害者、そして外国人の方、病気がある人。どうしても日本では、支援の現場

では女性と子どものことが後回しにされるというのが、今回よくわかりました。そういう格差を生まないためには、災害弱者への支援というのを、私たちが権利として考える必要があると思いました。最後に書きましたが、今回は東北大学がこのようなシンポジウムを開催されて感動しましたが、私が是非お願いしたいのは、こういう東北の経験を海外に発信していただきたい。英語で発信していただくことで、世界中の方にこの経験を共有してもらえたらと思っています。東北には、すでにいろんなモデルがあると思います。これはそのなかの1つですけど、遠野市にはウェブを使った「ねっと・ゆりかご」というネットワークを使っていました。また、「すこやか親子電子手帳」という日本で唯一の、行政主導のデジタル母子手帳を作っている所もあります。遠野市では、「わらすっこ条例」によって、子ども権利条約を作っています。こういうふうに、東北の中の地域でいい活動をしている部分も取り入れながら、復興をしていただければと思っています。

最後のスライドです。子どもの権利を守るアドボカシー、代弁者や擁護者として、是非、高齢化社会を直撃した自然災害だからこそ、子ども、若者から高齢者まで、さまざまな世代が共生できる社会の復興を期待したいと思いますし、そのために私も微力ですが、外からいろんなエールを送りたいと思います。どうも、ご清聴ありがとうございました。

田中 中村先生、ありがとうございました。いくつか、本当に心に残る印象的な言葉も教えていただきました。ビルド・バック・ベター。ええものを作って行こうやないかということ。それからドゥ・ノー・ハーム。支援するつもりが傷つけてしまわないようにする。そういうような感性を私たちで持っていかなあかんということ。それから災害弱者に対するアウトリーチのこと。そしてやっぱり日本の強みというところで、私たちもプラス思考で考えていかなきゃいけない、そういうところを認めていかなきゃいけないという評価の言葉ですね。そういったことを勉強させてもらいました。このことが結局、次の日本のどこかで起きる、大きな提言なんやろうなというふうに思って、聞かせていただきました。本当に先生に来ていただいたこと、とっても私感謝しております。ありがとうございました。えーっと、皆さまのほうからご質問、ご意見等ございますでしょうか。あ、よろしくお願ひ致します。

呉 きょうはご講演いただき本当にありがとうございます。東北大学の呉と申します。一つは先生の国際的な感覚からお尋ねしたいんですけれども、例えば一つの病院で、災害直後っていうのは……。震災に対する備えをしなければいけないということで、例えば薬の備蓄をもっと増やそうとか、有事、災害のときにどれだけマンパワーを、いわゆるリザーバーとしてとっておくっていうことは必要になりますよね？

呉 ところが、病院っていうのは経営の問題で、相反する要素なわけですね。無駄をなくすっていう面から言えば。そうすると、どの程度ですね。結局その稼働額の何パーセン