

特 集

災害医療

メンタルケア

獨協医科大学 精神神経医学

萩野谷真人 下田 和孝

はじめに

甚大な被害を出した東日本大震災による影響はメンタルヘルス、精神科領域にも様々な問題を提起した。災害医療におけるメンタルケアと言っても、個々の被災者や地域、職業的立場、時間経過などによって影響の内容や度合いは様々である。したがって心理的支援の方法や配慮すべき点も多様で幅広い。本稿では心理的支援に関与する医療者または被災地以外の影響を受けた方々も含めての当事者が基本的に理解しておくべきことについて、後述の5つの観点から述べていく。また我々が行った支援活動を通じた考察も交えて記述する。

I 急性期の被災者・被災家族への直接支援

心理的影響の発端となるのは、大地震と同時または直後に体験された恐怖・戦慄を伴うトラウマ体験や身近な人や家財を喪失する体験がある。烈震により倒壊した家屋の下敷きになったこと、津波に巻き込まれながら生き残ったなどの生命の危機にさらされるような体験は、後に急性ストレス障害や外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder : PTSD) を引き起こす十分な原因となりえる。また身近な人の死や自宅が失われたことを知らされるなど喪失体験が生じた時にも、急性の情緒危機が生じ、激しい衝撃を受けて困惑・恐慌状態に陥り、動悸や呼吸促迫など自律神経症状を伴う。あまりの衝撃の大きさに茫然として健忘を残したり、感情が麻痺し、現実感が感じられないこともある。このような急性の情緒的・身体的反応は本来、正常なものであり、比較的速やかに収束することが多いため、これらの反応をすぐに病的症状と捉えたり、被災者をむやみに患者とみなしたりすることは避けるべきである。

大規模な災害が生じた後には PTSD について世間で取り上げられることが多いが、心理的衝撃を受ける体験を経験しても全ての方が急性ストレス障害や PTSD を発症する訳ではない。阪神淡路大震災における被災者集団での PTSD の有病率は、被災後 16 か月~44 か月に

おいて、おおよそ 10%であったとの疫学調査がある^{1,2)}。またどの程度の心理的ストレスならば引き金になるかというのも個人の心理・器質的素因、支援の有無などによってもそれぞれである。

急性期の支援において重要な点は、安全な環境を確保し、睡眠・休息を取らせることである。災害後に最も多い精神症状の訴えは不眠であるが、その他の精神障害の前駆症状である場合もあるため、不眠を訴える患者の拾い上げを行うことは、精神障害の早期発見・早期治療に結びつけることにつながる。無理強いして体験を語らせることはせず、被災者の言葉を否定せずに傾聴する姿勢が必要である。

その地域や年代によっては、依然として精神科医療に対して強い抵抗を感じる方が多い場合もあるため、保健師や看護師、地域の民生委員、避難所であればその管理者などを通じて関与の糸口とするのも良いだろう。避難所などでの心のケア活動において、他の被災者が大勢いる環境では自ら精神的不調を訴えづらいと感じる方も多いため、診察・相談を行うための個室など区切られたスペースも必要となるだろう。避難所にはいくつものコミュニティから幅広い年齢層の被災者が集まるため、様々な軋轢が生じていたようである。避難直後にはお互いの無事を喜ぶことができたとしても、それは一時のことであり、段ボール一枚の仕切りしかない広間に雑魚寝することが続けば、ぶつけようのない不満や怒りを感じた方が多くいたことも当然である。支援者がこのような鬱積した思いを吐き出す聞き役となるだけでも、十分に意味あることである。被災者の中には「辛いのは私だけじゃない」と言って援助を断る方もいるが、この考え方は一時的には自らを支える効果がある反面、メンタルヘルスの変調に対する受診行動を遅らせる可能性もあるため、後に相談できる窓口を伝えておく方が良い。心のケア活動を押し売りする必要はないが、必要な時にサービスをすぐに提供できる体制作りは必要である。また支援者の心がけの基本として、「現地の指揮系統に従う」、「引き継ぎや報告など連絡を取り合う」、「現地のニーズ

に柔軟にできるだけ対応する」という点が重要だと考える。支援者としての「何かしなければ」という義務感だけが先走って独善的になったり、「せっかく来てやったのに」などと自分本位な見方することは厳に慎まなければならない。

メンタルヘルスの初期支援の指針として、アメリカ国立 PTSD センターとアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが作成したサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid : PFA) の実施の手引き (第2版) がある。支援者が心がける要点を良くまとめられており、幼児や思春期までの子供への対応や支援者自身へのセルフケアについてまで含まれている。兵庫県こころのケアセンター (<http://www.j-hits.org/>) により日本語版が作成され、無償で配布されているので、是非とも参照していただきたい。

II 被災地以外の不安軽減

東日本大震災では被災地から離れており、直接被害を受けていなくても心理的影響を受けた方が多かった。震災直後はテレビから延々と津波が街を飲み込んでいく様や津波によって壊滅した地域、炎に包まれる家々、福島第一原発の緊迫した状況など悲惨でショッキングな報道映像が流され続けた。ついテレビの災害報道を食い入るように見続けてしまい、不安が強まる、眠れなくなる、急に涙が出てしまうなどの過覚醒状態や情緒不安定な状態になる方も多かったという。これらの反応は PTSD とは全く異なるが、被災地の状況を自らに置き換えて考えてしまう『同一化』と理解できる³⁾。これに関連して、東日本大震災から1年を前にした平成24年3月に、やっと放送倫理・番組向上機構 (BPO) から『子どもへの影響を配慮した震災報道についての要望』⁴⁾ が各報道局へ出された。それによって子どもの震災ストレスに配慮した番組作成や津波の映像などが映る前には注意喚起をするテロップが前もって出るなどの対策がなされたのであった。またインターネットや Twitter, チェーンメールなどには誤った内容の情報も多く見られたため、誤情報に踊らされることなく、正確な情報源から情報を得る必要がある。

さらに被災地から離れているにも関わらず、ガソリンや食料・水・電池が不足するのではないかと買い占めに走る方がいたが、これは先行きが分からないことへの不安のため、先の不確実性を回避する行動であった。物流経路が機能している被災地以外の地域では、本来は日常物資が不足していなかったにも関わらず、買い占めが起きたことにより小売店から商品がなくなった。それを見て、さらに不足を感じて不安になるという悪循環がしば

らく続いていたが、ここで必要なのは自らを律して冷静な行動をとることである。

また原子力災害によって放射性ヨウ素やセシウムが漏れている、雨風に乗って『フクシマ』からやってくるという放射能恐怖または放射線恐怖を感じる方が多くいたのは、東日本大震災の中でも特記すべき事象であった。一般住民が現時点で放射線による身体的な実被害を受けたという事実はない。「現時点では直ちに影響を及ぼすものでない」という公的発表の文言が繰り返されたが、その報道を受け取る国民にとっては、「でも将来どうなるかは分からない」と受けとることにつながり、将来への不確定な漠然とした不安を掻き立てることになったのである。先述した買い占め・物品不足にも共通するが、この先がどうなるか分からないという状況が否が応にも不安を惹起するのは、人間の自然の本質である。年間何ミリシーベルト以上なら発癌のリスクが上がる可能性がある、または何ミリシーベルト未満なら大丈夫と示されても、当事者の心理としてはそこに科学的確率論は存在しない。放射線障害による発癌などという具体的な状態像はもはや想像されておらず、ただ見えない将来の恐ろしい不安という、極めて情緒的な問題なのである。実際に首都圏から関西、沖縄まで、さらには国外へ一時避難された方がいるが、これを過剰と捉えるか、または正当な防衛であったと評価するかは人それぞれであろう。振り返って例を挙げれば、放射性物質が雨風に乗って運ばれてきていると緊迫感をもって報道され始めた時期と水道水への混入が懸念され始めた時期には時間的ギャップがあった。水道水は河川から採水する訳で、当然水道水にも検出されることが予測できたが、実際に水道水の問題としてそれが報道されるまでは、誰も恐怖の対象には感じていなかったことが人間の心理ないしは思考パターンの一端を表していると言えるだろう。放射能恐怖は震災直後よりもしばらく経った同年6月の方が強く感じる方が多かったという調査がこれを裏付けている⁵⁾。この放射能不安に付け込んで、「放射能を分解・排泄する」とうたった水やサプリメントを売り出す悪徳業者がいたというのは記憶に新しい。ある週刊誌が表紙に防護マスクの男性の顔写真と『放射能がくる』という不安を煽るような表題を大きく出した問題があったが、マスコミやネットメディアなどと放射能恐怖の病理は明らかに関連しているものと考えられる。低線量の放射線が生体に与える影響については、ある程度までの線量までならば安全であるという意見とどんなに低い線量であっても有害であるとする意見まであり、専門家の中でも議論が続いているところである。放射線および放射能恐怖についての心理的対応は、その個人が信念とする立ち位置による

が、安全だとする情報と警告する情報とをバランス良くかつ適度に得ることではないだろうか。放射能恐怖に対していたずらに共感することは、不安を増幅させる恐れすらあるため注意が必要である⁶⁾。ただ闇雲にネット上の放射線量の情報に食いついたり、環境中または食物中の放射線量を測定するだけではこの不安は解決されるものではないと考える。

Ⅲ 精神科医療の確保

大規模災害では当然、被災地にある医療機関も被害を受けることが想定される。精神科に限ることではないが、入院・外来を問わず既存の患者への医療提供を維持できるような体制を速やかに整える必要がある。

東日本大震災では津波や地震によって被害を受けた精神科医療機関は各県であったが、地域の精神科医療システム自体に最も深刻な影響があったのは、原子力災害による福島県浜通り（太平洋沿岸部）であったといえるだろう。福島第一原発から20 km圏内の避難区域（当時）または30 km圏内の屋内退避勧告（当時）の出されていた地域には、単科精神科病院が5か所、精神科診療所が3か所存在していたが、震災後からしばらくは精神科医療がほぼ機能停止した状態となってしまった。地理的にも福島市などがある福島県中通り地区とは阿武隈山地を挟んでいることや地震や津波被害によって道路・鉄道など交通網の障害が生じていたこと、原子力災害による立ち入り禁止区域によって浜通りが分断されていたこと、自動車の燃料不足などによって他の医療圏へ精神科医療を求めることが容易でない状況にあった。また当時は原子力災害の影響を懸念してか、被災した他県よりも明らかに医療援助に入るチームが少ない状況にあった。そのため獨協医科大学精神神経医学講座は、既存の精神科患者へ精神科医療を提供し、かつ避難所などへの心のケア活動を行うため、平成23年3月30日（震災後19日目）からJMAT（日本医師会災害医療チーム）の認定を受けて、『獨協医科大学 心のケア活動班』として福島県相馬市へ医師の派遣を開始した。

相馬市中心部にある公立相馬総合病院に臨時の精神科外来を開設し、診療にあたった。臨時外来に訪れる患者の多くは震災前から地域の精神科医療機関に通院歴のある患者であり、震災前後で大きく病状が変化した方は少なかったが、中には津波で自宅が全壊したり、避難地域内であるため震災後に自宅へ戻れず処方薬が底をついている方もいた。当然、過去の診療録は手元になかったが、現地の保健師から情報を得たり、福島県健康保健センターから通院補助制度の申請時の診断書を取り寄せるなどして病歴把握に努めた。また患者が持参した薬剤情報提

供書やお薬手帳によってこれまでの処方薬剤を確認することもできた。この臨時精神科外来は地域の精神科クリニックや精神科病院の外来機能が回復するまで継続されたが、やはり地域に根付いた精神科医療システムが回復、再構築される必要がある。現在はNPO法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」が作られ、今後の地域の医療システムをどう復興させるか協議が続けられている。

Ⅳ 中長期的なメンタルヘルスの管理

東日本大震災によって失われた対象は様々で、近親者や友人、住み慣れた家や財産、故郷、コミュニティのみならず、自己に一体化させていた地位や役割、職業までも予期することなく奪われてしまった被災者が多い。死別は誰しものが一生のうちに幾度も経験する出来事であるが、災害や事故、殺人、自殺などによる死別は自然死と比べて、その悲嘆が遷延化、複雑化、重症化しやすいとされている^{7,8)}。

対象喪失によって生じる一連の心理過程を悲哀または喪と呼び、この悲哀の心理過程で経験される落胆や絶望などの情緒体験を悲嘆という。急性の情緒危機は目前の現実環境への適応を妨げることになるため、人間はさまざまな方法によってそれを避けようとする。対象を喪失したことを否認したり、その事実を意識下に抑圧する試みをすることもある。注意が必要なのはアルコールなど薬物への耽溺が挙げられる。一時的には悲嘆の苦痛を軽減する効果もあるだろうが、安易にこれのみで悲嘆をやり過ごそうとすると様々な弊害が生じてくる。阪神淡路大震災の際には支援物資の中にアルコール類が含まれており、それが避難所での酒盛りにも用いられ、アルコール依存の発端となった方もあるという。その教訓が生かされ、東日本大震災後は避難所でのアルコールへの啓発活動は比較的早期から行われていたようである。アルコール依存へのきっかけは急性期の悲嘆から逃れるために用いられるだけではない。災害によって失業したり、家族を失うことでその人の生きがいや役割を見失ってしまい、仮設住宅で過ごすしかない時間を埋めたり、現実から目を背けるために使用できる最も安価で入手しやすい依存性物質がアルコールである。この背景には医療的な側面のみならず対策を立てなければならないことも多いだろう。

また場合によっては支援者が被災者から怒りを向けられたり、理不尽とも言える保証を求められることがあるかもしれない。災害発生後早期は感謝されて受け入れられた支援者も、様々なものを失い将来の不安を抱えた被災者からすれば、自分よりも保証された立場の人間と感

じられる。これは心理的防衛機制の攻撃または脱価値化として理解することができ、まだ喪失による心理過程が進んでいないことを示している。ここでの対応はむやみに態度を硬化させるのではなく、災害による心理反応の1つであると理解する。

前述したような悲嘆の苦しみと直面することを避けるだけでは、本来辿るべき悲哀の心理過程を進むことができない。悲哀の心理的作業である「悲哀の仕事」を続けるためには、内的な世界に心を奪われるだけの「ゆとり」が必要であるため、本格的に悲哀の仕事始めるのは災害が過ぎてからしばらく後となる被災者も多いだろう。被災直後には自らの命を守り、衣食住を確保するという目前の課題に追われることになるが、それが一段落した時期からは誰しもが悲嘆に向き合わなければならない。悲哀の過程は半年から1年程度続くのが常であるが、これが遷延した病的な悲嘆が続く場合には、改めて心理的支援が必要となることがある。

悲哀の仕事が完了することは、失った対象への思慕の情を忘れ去り、悲哀の苦痛を感じなくなるという意味ではない。大切なことは、その悲しみや思慕の情を、自然な心によって、いつも体験し、悲しむことのできる能力を身につけることである⁹⁾。

V 支援者へのメンタルケア

災害支援で後回しにされがちなのが支援者自身である。災害時の支援者には警察官、自衛官、海上保安官、消防隊員、消防団員など組織的災害救援者だけでなく、医師や看護師、保健師、市町村職員、学校職員、ボランティアなども含まれる。アメリカの9.11テロでは災害救援者の約12.4%が2~3年後でもPTSDと診断されたという報告もある¹⁰⁾。自らの家族の安否が確認できていない状況であったり、同僚の不詳や殉職を目の当たりにする、損傷の激しい遺体や重症者に接する(特に子供)、トリアージの判断を迫られる、自分自身も危険にさらされながら活動することなどは惨事ストレスとなりやすい¹¹⁾。

災害救援に即応する救援者は、被災地に在住している者が多く、自身も被災者であるにも関わらず任務に向き合わなければならない。筆者が福島県相馬市に派遣され、活動している間に行動を共にした現地の保健師やソーシャルワーカーも自身も被災者であり、原発事故のため自宅に帰れない方もいたにも関わらず職務を果たす彼らの姿には頭が下がる思いであった。市町村職員も避難もしくは職務のために、当該地区の住民と共に避難所に常駐していた方が大勢いた。早朝から深夜まで公私を分けることもできずに休みなく働き、時には住民のやり場のな

い怒りを理不尽な形で向けられた方もいたという^{12,13)}。これが続けば疲弊し、燃え尽きてしまうのも当然である。普段から訓練を受けてきている自衛隊や海上保安庁、警察官、消防隊などの隊員であっても、制服の中身は生身の人間である。「弱音が吐けない」、「できないとは言えない」雰囲気になりがちな『男社会』の集団で、精神論に走ってしまうことがあるのではないかと危惧している。東日本大震災では救助や搜索活動、復旧作業、避難生活の期間が阪神淡路大震災の後よりも大幅に長期化したため、その支援に関わる人数も負担も格段に大きかったはずである。これら様々な職種の支援者への支援がもっと注目されて、十分になされるべきであると考えている。

支援者は実際に活動を開始する前に、可能ならばできるだけだけの情報と支援に関する知識を収集すべきである。活動中から活動後に生じるストレス反応にどのようなものがあるかをあらかじめ知っておくことで、自身の状態を把握することや対処に結びつくと考えられる。支援者に生じるストレス反応としては、過活動や不眠、悪夢、いらだち、怒り、他責感、自責感、無力感、不安、感情の麻痺、集中困難、災害のイメージの反復、強い疲労感や頭痛などの身体症状などが起こり得る。

活動中に組織として必要な取り組みとしては、支援活動の時間を長期間連続させないようにシフトを組み、休暇を義務付ける。同僚同士での相談を推進し、カンファレンスやスーパーバイズの間を設けることなどが必要である。また個人としても単独での活動を避け、ペアやチームでの活動を心がける。自分だけで辛い気持ちを抱え込まず、上司や同僚に打ち明けたり、相談する。カフェイン摂取や喫煙が過剰にならないようする。また「自分だけ休む訳にはいかない」、「被災者を先おいて休養をとるなんて」、「もっと働き詰めることで貢献できる」など休養をはじめとするセルフケアへの偏見を修正することも重要である。

活動後には組織として休養を勧める。支援活動後の面接やカウンセリングの場を提供したり、活動が有効であったと捉えられるような情報を伝えることも必要かもしれない。個人としては休養と睡眠を確保し、適度な運動を行う。同僚や活動した者同士で話し合ったり、サポートし合う。周囲の人に甘えたり、頼ってみる。気持ちの整理のために日記をつける。ストレス反応は時間と共に収まっていくことを念頭に置きながらも、もしそれが遷延するようならば、その反応への支援を求めることを躊躇しないなどを心がける必要がある。

おわりに

東日本大震災に際して筆者らが参加した心のケア活動は、長い復興の道のりの中ではほんの短い期間であり、何か大きなことを成し遂げたなどという感慨は全くない。しかし極めて微力ながらも被災地のお役に立てたならば、幸いである。また本当は自ら被災地支援に駆け付けたい気持ちがありながらも、職場や状況が許さなかった方々もいたであろう。災害派遣に行く支援者の後ろにはそれぞれの持ち場を守り、常時の役割を果たしてくれていた人々がいるからこそ、被災地に支援者を送り出したのだと分かった。筆者の個人的な所感ではあるが、今回の東日本大震災で改めて感じさせられたことは、「人は社会の中で生きている」ということであった。自らの仕事を一生懸命こなし復興に向かおうとする人々を見て、日常を日常たらしめるためには様々な職種の人間がそれぞれの職責を果たしてくれているからなのだ実感した。広義の意味では郵便配達員もトラック運転手も「支援者」と言えるかもしれない。

災害はいつどこで発生するか予測できないため、メンタルヘルスの局面では誰しもが被災者にも支援者にもなり得る可能性があると言える。そのため平時から災害時の心理的支援における知識を得て、備えをしておくことが必要であると考え。

文 献

- 1) Asukai N, Miyake Y: Posttraumatic stress disorder as a function of the traumatic event, posttrauma stress and pretraumavulnerability. *Psychiatr Clin Neurosci* **52**(Suppl): 75-81, 1998.
- 2) 加藤 寛, 岩井圭司: 阪神淡路大震災被災者に見られた

外傷後ストレス障害—構造化面接による評価. 神戸大学医学部紀要 **60**: 147-155, 2000.

- 3) 保坂隆: 災害ストレス—直接被害と報道被害. 角川書店, 東京, pp77-83, 2011.
- 4) 放送倫理・番組向上機構: 子どもへの影響を配慮した震災報道についての要望. 2012.
- 5) 樋口美雄: 「東日本大震災に関する特別調査」の概況(第1回)～震災で日本人の心理や行動はどう変わったか～. 慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター, 2012.
- 6) 生島 浩: Essey<震災「後」>フクシマでない, 福島へ戻りたい. *精神療法* **38**: 82-83, 2012.
- 7) Zisook S, Shear K: Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* **8**: 67-74, 2009.
- 8) Johannesson KB, Lundin T, Hultman CM, et al: The effect of traumatic bereavement on tsunami-exposed survivors. *J Trauma Stress* **22**: 497-504, 2009.
- 9) 小此木啓吾: 対象喪失. 中公新書, 東京, pp154-159, 1979.
- 10) Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, et al: Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry* **164**: 1385-1394, 2007.
- 11) 廣川 進: 救援者の心のケア 海上保安庁. *日精協誌* **30**: 66-72, 2011.
- 12) 遠藤智子: 避難者支援の経過 こころのケアチームの支援活動を通して. *日精協誌* **30**: 55-59, 2011.
- 13) 前田佐織: 東日本大震災と精神科病院 被災地における支援者の心のケア. *日精協誌* **30**: 60-65, 2011.