

で、残りの人生はリフォームを終えた自宅に戻って穏やかに暮らしたい」という結論を本人が出し、治療はせずに退院することにした。

しかし、退院前の外出で、しばらくぶりにリフォームが完成した自宅に戻ってみると、窓から見える風景が変わっていた。自宅から海までの間に建っていた近所の家はすべて取り壊されていた。自宅の窓からはまばらになった松の木だけが見え、波の音がやけにうるさく聞こえた。その瞬間、震災当時の恐怖がよみがえるとともに、「津波さえなければ、もっと早くにがんを見つけることができていたかもしれない」という思いがこみ上げ、強い怒りとむなしさが襲ってきた。

外出から病院に戻ると、何もやる気がなくなっていた。リハビリや入浴も拒絶するようになり、食欲もなくなつた。主治医が退院の話を持ち出すと体調が悪くなり、夫が自宅の話をする話をそらすようになった。親族は「そのうち慣れて平気になるだろうから、とりあえず帰ってみればいいではないか」と勧めたが、そう言われると表情が硬くなつた。いろいろと悩んだ末、「テレビや新聞で震災のことを見ると、津波さえなければ」と思つて感情をコントロールできなくなる。自宅に帰つたら、きつと自分はおかしくなる。だから家には帰れない」と話し、最終的には親族の家へと退院した。

考察

長年住み慣れていた地域や自宅で被災した人々にとつては、愛着のある場所そのものが、苦痛をとまなう再体験の引き金となつたり、悲嘆や喪失感を惹起したりすることがある。

この事例の女性は、自宅のリフォームを終えるまでは自宅に戻ることが目標にしていた。しかし、いざリフォームが終わつて被災した自宅での生活を現実的に考えたときに、津波により一変した周辺の環境や景色のなかで生活していく自信を失つてしまった。とくに、この場合には、震災後の慌ただしい生活のなかで、早期発見できたかもしれないがんの発見が遅れてしまったことによる怒りや後悔が、津波被害にともなうさまざま苦痛に満ちた体験と混じり合つて想起されてしまったようだ。手術直後までは前向きな気持ちで困難に向き合っていたが、手術が終わり、いざ自宅に戻るかもしれないという段になつて、震災時のトラウマ体験が再体験され、これを契機に抑うつ的となつてしまった。その後は、あらゆることを悲観的に考えるようになり、回避傾向が強くなり、自宅に戻ることはできなくなつてしまった。

この時点で、自宅に戻らないという本人の意見は尊重されるべきであろう。自宅に戻り、自分の感情をコントロールできない状態をひとまず避けるための現実的な選択と思われる。今

後、時間の経過のなかで、抑うつ状態やトラウマにともなう症状がどのように回復するのかにも左右されるが、残された人生をどのように過ごすのかという大切な問題に直面する被災者にとつて、その答えは簡単ではない。

被災地では、「もうこの町には住みたくない」と言つて長年住んでいた土地を離れていく者も少なくない。こうした人たちのなかには、単に住居や仕事がなくなつてしまったという理由だけでなく、震災にともなうトラウマ、喪失、悲嘆などの心理的な要因が影響している場合もある。その他にも、仮設住宅の入居期間が終わつた後、どこに住むかの選択を迫られている者も大勢いる。自分だけの意見では決められず、家族や近所との人間関係を含めて複雑な状況のなかで決断を迫られている人々の苦悩は大きい。

とくに、壊滅的な被害を受けた地域での移転問題では深刻な悩みも多い。その土地で生まれ育つて愛着がある人ほど、その葛藤は強く、気持ちの整理をつけることは容易ではない。理屈だけではまとめきれない問題が存在することをよく理解する必要がある。

トラウマと支援者の罪責感

〔事例2…医療福祉関係者、女性〕

津波が施設を襲い、職員であったこの女性は

動けなくなっている何人もの人々を必死で屋上で搬送した。しかし、身動きがとれない状態の人が多かったため、迫りくる津波のスピードのなかでの搬送は困難を極めた。

彼女の受け持ちだったAさんは、足が不自由で、「私は最後でいいから」と他の人々を気遣っていた。Aさんを運んでいる途中で津波に巻き込まれ、気づいたらAさんは目の前から消えていたという。Aさんは今でも見つかっていない。

震災から一年以上が経っても、Aさんを救えなかったことが重くこころにのしかかっている。周囲からは「仕方なかったのではないか」と言われるし、自分でもそう言い聞かせるようにしている。しかし、どうしても罪責感が消えない。自分みたいな人間が、仕事を続ける資格があるのか、自分が生きていいのか、とも思う。仕事を続けるなかで、似たような人に出会うと、Aさんや他の受け持ちの人たちの顔が浮かび、涙が出てくることもある。

最近、Aさんの家族に「うちの人の最期はどうだったのでしょうか」と聞かれ、何も答えられなかった。本当は「助けられなくてごめんなさい」と言いたい気持ちになったが、謝ってしまったら、自分が見殺しにしたことを自分で認めることになるような気がして、どうしても「ごめんなさい」が言えなかった。

考察

惨事ストレスは、災害や事故現場で活動した人に生じるストレス反応で、悲惨な遺体を扱ったり、被害者に肉親や知り合いがいたり、同僚や自分の生命の危険を感じたり、十分な活動ができなかったりすると、引き起こされやすいといわれている⁽¹⁾。被災地では、本事例のように期せずして職務中に災害に遭い、事前の準備が乏しい状況下で惨事ストレスを経験した人々も多い。惨事ストレスの長期的影響として、罪責・罪悪感や組織内での怒りや不信などの葛藤、日常業務に対する意欲低下などがあるといわれている⁽¹⁾。

罪責・罪悪感の中でも、「サバイバーズ・ギルト（生存者の罪悪感）」は、災害や事故などで、自分以外の人間が悲惨な道筋をたどったのに、自分は免れたことに対して抱く罪の意識とされている⁽¹⁾。「自分はなぜ生き残ったのか」「自分は生きていいのか」「自分のせいである人は亡くなった」「もつと援助すべきだったのに」などという思考が浮かび、心理的に強い苦痛が引き起こされる。

この事例のような医療福祉関係者は、患者や利用者のために献身的であることが職業倫理として求められ、また実際に使命感の強い人が多い。それだけに、罪責・罪悪感をより強く抱きやすいのかもしれない。阪神淡路大震災の際、

アンダーウッド⁽²⁾が看護師のサバイバーズ・ギルトについて報告している。

津波の犠牲者を助けられなかったことへの罪責感は、一般の被災者にも認められる。津波に巻き込まれて九死に一生を得た者が、近所の人々が流されていくのを見ていることしかできなかったことについて、「自分自身が怖い思いをした記憶は薄れるけれど、『助けて』という声は耳に残ったままで、時々思い出す」と語っていた。

このように、自身の生命に対するトラウマ体験よりも、むしろ他者の命にかかわるトラウマ体験が持続する罪責感を引き起こし、苦痛をもたらしていることも多い。

米国精神医学会の診断基準DSM-5の改定案においても、トラウマ的なできごとと関連した自責感、恥、怒りなどの否定的な認知や感情の変化が新たな診断項目として提案されているが (<http://www.dsm5.org>)、この事例のように、弱い立場にある人々を職務として助ける立場にあった人においては、否定的な認知や感情がよりいっそう強く変化するのかもしれない。このような人たちに、どのような支援をすべきなのか、現場で戸惑うことはしばしばである。エビデンスに基づいた具体的な支援方法の確立とその普及を期待したい。

トラウマにともなう精神疾患

〔事例3…工場職員、男性〕

津波が職場を襲い、間一髪で自分は助かったが、職場からは犠牲者も出た。翌日に職場から脱出できたが、その際、遺体をかき分けて歩かざるを得なかった。震災後数日間、どうやって過ごしたかはあまり覚えていない。

発災から三カ月くらいしてから、毎日遺体の夢を見るようになった。眠れなくなり、苦しいため酒で眠るようになったが、ほとんど効果はなく、疲れ切つて朝を迎える毎日となった。悪夢は少しずつ減ってきたが、一年経つても週に二回ほど悪夢は続いた。被災現場には近づかず、テレビ映像も見ないようにしていた。町全体が被災しており、外出は気が滅入るため、家でふさぎ込んで過ごすようになった。人と会つても感情がわかないため、友だちづきあいも減り、友人と飲みに行くこともなくなった。

妻は母親を津波でなくし、伏せていることが多い、家事もあまりしなくなつてしまった。そのため、仕事から帰つてから家事をせざるを得なくなり、毎日布団に入るのは深夜であった。悲しんでいる妻の前では、自分の心身の不調について話すことはできなかった。

震災から約一年後、解体することが決まった

職場に久しぶりに足を運んだところ、震災当時の記憶がよみがえり、気分が悪くなった。それ以降、再び震災当時の夢を毎晩見るようになり、眠るのが怖く、ほとんど眠れなくなった。

なんとか仕事は続けていたが、休みや遅刻が多くなつた。上司から注意されたため、眠れないことを話したところ、「うつ病ではないか?」と言われ、病院に行くことを勧められた。精神科は行きにくかつたので、かかりつけの内科医で不眠を訴えた。思い切つて「これつてうつ病ですか?」と聞いてみたところ、医師からは「疲れているのでしよう」と言われ、抗不安薬を処方された。抗不安薬の服用で一時的に不眠は改善されたが、だんだん効かなくなり、量が増える一方になつていくという。

考察

震災から一年以上経過して、心身の不調が慢性化したり、悪化したりしたために、医療機関を受診する被災者も多い。

この事例では、再体験症状としての悪夢にともない睡眠障害が悪化し、これをやわらげる目的でアルコールの力を借りて眠ろうとするのだが、結果として睡眠状態がさらに悪化するという悪循環が認められた。回避症状のために外に出歩くことも少なくなり、情動麻痺症状の影響もあり、周囲との関係も疎遠になつてしまつ

た。孤立した状況のなかで、抑うつ症状が徐々に目立つようになり、仕事にも影響が出るようになってしまった。

この事例のように、親しい間柄や家族内できえも、「自分よりつらいだろう」と遠慮して本音が話せないという話を被災者から聞くことは多い。一度に多くの人々がつらい状況に陥つたために、かえつて個人的な体験やつらさを周囲に吐露することが難しくなつている場合がある。このような人々に、専門家や支援者が第三者として相談の機会を提供することには意義があるだろう。

この事例では、職場の上司がうつ病を疑い医療機関への受診を勧めたが、被災地では精神科受診に対する偏見は強く、また近くに精神科の医療機関がないところも多い。このため精神科以外の一般の医療機関を受診している人々も多い。この事例では、PTSDの診断を満たすほどの再体験、麻痺、回避症状が揃つているようだが、本人や周囲の関係者にその認識は乏しく、受診した先の医院では、「疲れ」からくる不眠や不安として処理されてしまった。また、うつ病の可能性もあるが、その可能性も十分に検討されたとはいえない。妻についても複雑性悲嘆やうつ病の可能性があるが、支援は届いていない。

こうした問題に対処するためには、トラウマ

とこれにとまなう精神疾患にくわしい専門家が、被災地で実際に相談やアドバイスをやるような身近な相談窓口や相談の機会を増やすための工夫が必要と思われる。また、被災地の一般市民やゲートキーパーになりうる一般の医療関係者や組織の管理職などに対して、震災後のトラウマの影響やメンタルヘルス一般について啓発することも重要である。平時における地域、職場、学校でのメンタルヘルス対策を充実させ、対応力を高めていくことは、震災に対する備えとしても役立つはずである。

震災前から脆弱性のあつた人の トラウマと悲嘆

〔事例4…事務員、男性〕

もともと気分の浮き沈みが強く、就職直後は心療内科で適応障害の治療を受けていたことがある。

震災時は海から離れた職場にいたので、津波被害はなかった。しかし、実家が全壊し、実母が行方不明になった。実母を捜索するために、遺体安置所に何度も足を運び、多くの遺体を見ることになったが、母は見つからなかった。職場では、新しく慣れない業務が増え、仕事も忙しく、震災から半年後に体調不良のため一ヵ月休職をした。しかし、復職後も体調不良のため

に欠勤することがしばしばであった。

職場の健康相談で精神保健の専門家と面談することになった。面談のなかでは、実母の捜索の際中の記憶がところどころ失われていること、遺体安置所のこと、夢に出てきて苦痛であることが語られた。また、実母が見つからないため気持ちの整理がつかず、「ありえないのはわかっているが、どこかで生きている気がする」という思いが湧き上がっては自分で打ち消す日々、疲れし、気分が落ち込むようになり、なにごとにも意欲をもてなくなっているということだった。

本人の了承を得て、上司に本人の状態を話したうえで休職を勧めると、上司は「あいつは震災前から不安定なんですよ。ときどきうつっぽくなるのも以前からよくあることでした。お母さんが見つからないからつらいのはわかるけど、休ませたからといってよくなるのでしょうか？」という返事であった。

考察

一般的に、もともと精神疾患への脆弱性を抱えていた人が、トラウマ体験後に従来の問題に加えてPTSDを併発するリスクがあることはよく知られている。

この事例では、もともとストレス耐性が弱く、社会適応に困難をきたしやすかったのだ

が、震災によるトラウマ体験と悲嘆という重いストレス負荷に耐え切れなくなって心身に不調をきたしてしまった。とくに、精神的に脆弱な人にとっては、普段から本人の弱いところを支えてくれていた肉親や大切な人を突然失うことが、とても大きな衝撃となることは想像にかたくない。

一方で、職場の管理者にとっては、問題を抱えた部下は悩みの種であり、こうした部下に対して陰性感情をもちやすく、対応に苦慮していることが多い。専門家は、管理者の苦労をねぎらったうえで、トラウマや悲嘆の影響について心理教育的に説明することで理解を促し、対応について相談にのることが望ましい。

「休ませたからといってよくなるのか？」という質問への答えは、正直難しいところもある。実際、被災地で大切な方を亡くした者のなかには、仕事に没頭することが悲嘆を乗り越えるために役立つという場合もあり、「仕事があったから救われた」と話す人もいる。悲嘆を乗り越えるために、日常生活を取り戻し、そのなかで何かに集中できる場合には、それが役立つことも多い。

しかし、震災による影響は個人差が大きく、回復に要する時間も一人ひとり異なる。戦略的撤退という形で一時的に休むことが、結果的に回復を早める人もいるはずである。一人ひとり

こころの科学 164

HUMAN MIND July・2012

■好評発売中 / 定価1,300円(税込)
■雑誌コード: 63956

特別企画

誤診

宮岡 等・青木省三・岡崎祐士＝編

精神科ユーザーの視点に立ち、精神科診断をめぐる難点を明らかにする。治療・支援に活かすために、真摯に診断の本質を問う。

| | |
|-----------------------|-----------|
| 誤診のおこるとき | 山下 格 |
| 精神科臨床における誤診 | 内海 健 |
| 「操作的診断」における「誤診」 | 塩入俊樹・桑原秀樹 |
| 身体疾患を見落とさないために | 大澤達哉・針間博彦 |
| 認知症と誤診されやすい疾患 | 大石 智 |
| うつ状態の鑑別診断と誤診 | 富高辰一郎 |
| 子どもの診療における「判断」の誤りを考える | 宮川香織 |
| 大人の発達障害と「誤診」 | 青木省三・村上伸治 |
| 統合失調症をなぜ誤診するのか | 市橋秀夫 |
| 薬物療法偏重と誤診 | 宮岡 等 |
| 非精神科医が陥りやすい精神疾患の誤診 | 保坂 隆 |
| 心理職の立場からみた誤診 | 森岡由起子 |

■エッセイ・誤診をめぐる

高橋三郎／原田憲一／風祭 元／西園昌久／中安信夫／兼本浩祐／井原 裕／長嶺敬彦

■巻頭に「お父さん眠れてる？」 宮岡 等

■論説

秋葉原から被災地へ

—映画『RIVER』にみる眼差しの行方 土井隆義

■新連載

うつ病の誤解と偏見を斬る！(1)

葬式躁病 坂元 薫

この病、この一曲(1) 発達の道のりは「これでいいのだ！」の連続の続きなのだ！ ニャロメ!! 山登敬之

■連載

うつの医療人類学(8)【最終回】

ローカルな多様性の先にあるもの? 北中淳子

贖罪とは何か(9)

加害者家族は加害者か 青島多津子

精神科から世界を眺めて(8)

テイク・シエルトー 風野春樹

子どものころ・子どもの遊び(14)

鏡映としての悪言 酒木 保

■ほんとの対話

岩永竜一郎『もつと笑顔が見たいから』 神田橋條治

岡野憲一郎他『関係精神分析入門』 岸本寛史

ホーウィッツ他『それは「うつ」ではない』 佐藤晋爾

小澤征爾、村上春樹

『小澤征爾さんと、音楽について話をする』 河合俊雄

■こころの現場から

女の子の黒いランドセルと男の子のスカート(保健室)

すぎむらなおみ

せっかくここで会えたのだから(院内学級) 副島賢和



日本評論社

http://www.nippyo.co.jp/

に適切な形で回復を促すことができるように、専門家は支援の方法を検討していく必要があるだろう。

おわりに

われわれが見聞きすることができたのは、被災地全体からすると、氷山の一角とすら呼べないほどのわずかなものである。それだけに、広大な被災地全体で、どれほど多くの人々がトラウマを受け、これに向き合いながら暮らしているのだろうかと考えてしまう。また、一人ひとりの被災者が深刻に悩む姿に遭遇すると、「支援者」としての自分たちに果たして何ができるのだろうか、自問することも多い。

一方、これだけの困難に遭いながら、ときには後ずさりしながらも、前を向き続けている人々に出遭うと、人間の力強さにこころを動かされるとともに、人々への尊敬の念が湧いてくる。被災地で出遭った人々の体験を知ること、東日本大震災によってトラウマを受けた人々の回復に、われわれができることは何なのかを考え、少しでも役に立つ支援を実践していきたい。

〔文 献〕

(1) 金吉晴編『心的トラウマの理解とケア 第二版』二二一―二二二頁、じほう、二〇〇六年

(2) パトリシア・アンダーウッド(ウイリアムソン

(たかはし・ようこ／精神医学)
(まつもと・かずのり／精神医学)

彰子訳、増野園恵編集)「サバイバー・ギルド―災害後の人々の心を理解するために」『日本災害看護学会誌』七巻、二二一―二二二頁、二〇〇五年

災害によるPTSDの疫学とリスクファクター

東北大学災害科学国際研究所災害精神医学分野

富田 博秋, 鈴木 大輔

KEY WORDS

- 災害
- 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)
- 疫学
- 東日本大震災

Epidemiology and risk factors of disaster-induced PTSD.
Hiroaki Tomita (教授)
Daisuke Suzuki

はじめに

災害は予期せぬ形で突然発生し、多くの人を死の危険に直面させ、また、斟酌なく多くの命を奪うため、必然、多くの人にトラウマティック・ストレスに起因する心的外傷後ストレス反応 (post-traumatic stress reaction : PTSR) を引き起こし、そのなかには心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder : PTSD) の診断基準を満たすに至る人も含まれることになる。PTSDには不安障害、気分障害、アルコールや薬物への依存をはじめとするさまざまな疾患が合併しやすいことは知られており、また、災害は生存者にトラウマティック・ストレス以外にも喪失、罪悪感、震災後の環境の変化に伴うさまざまなストレスを引き起こすため、災害後はPTSDも含めて多様な精神的問題の把握を行いサポートする体制を講じるこ

とが必要となる。しかし、災害は多くの人に多様な影響を及ぼし、しかも、時間とともに新たな要因が加わりその影響の現れ方は刻々と移り変わるため、PTSDの発症率や災害の被災者の心身への影響の実態を把握し、リスクファクターを抽出して、適切な支援策を講じることは容易なことではない。本総説では、これまでのさまざまな災害後の取り組みに関する報告と筆者らが東日本大震災被災地で行っている取り組みから、災害によるPTSDをはじめとする災害関連精神疾患の疫学とリスクファクターに関する知見を概説し、今後の課題と展望の検討を行う。

I. 災害の本態とPTSD発症を含む精神的健康への影響

災害によるPTSDの発症率、あるいは、有病率を調査した論文が多く報告

されてきている。しかし、災害の種類によって、また、同種の災害でも災害ごとにその性格、地域、被害を受ける集団の特性が異なること、また、調査の時期、対象者の選別方法、調査の方法、さらに時代とともに変遷してきているPTSDの定義やスクリーニング問診票で捉えられるPTSRまで含めて報告するか否かによって発症率や有病率は大きく異なり、一概に論じることができない。実際にこれまでの報告においても、自然災害によるPTSDの有病率は5~60%までと幅が広い¹⁾²⁾。

一般に、災害は地震、津波、竜巻、台風、豪雨などに起因する自然災害と、人為的な原因による災害とに大別され、さらに、人為的災害は人為ミス(ヒューマンエラー)による事故に起因する災害とテロリズムなど故意の人的行為に起因する災害とに分けて考えられる。しかし、自然災害に伴って生じる状況はしばしば人為的要因に左右されるため、自然災害の本質を突き詰めて考えると、自然現象と人為的要因との複合により起因する場合が多い。たとえば、地震による被害は建造物の耐震対策に、洪水による被害は地勢管理のあり方に左右され得る。福島第一原子力発電所事故はそのことを端的に示す。一般に、人為的災害は自然災害よりも、また、故意による人為的災害は人為ミスによる人為的災害よりも、高頻度に、また、長期間持続する精神障害を引き起こすことが示されている。たとえば、Norrisらは6万人を超すさまざまな災害被災者の健康への影響に関する研究の総説において、自然災害の被災者の34%、人為ミスによる災害の被災者の39%が健康被害を呈するのと同じ基準で比較した場合、故意

による人為的災害被災者の67%が健康被害を呈するに至ることを示している³⁾。自然災害は人為的災害に比べると、災害の成り立ちを理解しやすく、人間は自然に逆らうことは難しいというある種の宿命論が存在し、被災者間に連帯感が生じやすいとされる。その一方で、テロリズムなどの故意による人為的災害は自然災害よりもさらに特徴的な恐怖感、予期不能性、社会や社会制度への安心感・安全感の喪失が起きやすいなどのことがその要因として考えられている⁴⁾。

PTSDは一般に他の不安障害や気分障害、アルコール・薬物依存を合併しやすいが、それは災害によるPTSDについても同様であり、災害後はPTSDのみならず幅広い精神行動への影響を幅広く捉えサポートしていく必要がある。

II. 災害によるPTSDのリスクファクター

当然ながら、災害による被災の程度が大きいほど、PTSDをはじめとする災害関連精神疾患を引き起こすリスクは高くなる。その他のリスクファクターとして、災害が起こった際に生命の危機を被った程度、状況が自分の力でどうにもならなかったという認識の程度、予測の立てにくさの程度、喪失の程度、身体的外傷の程度、災害がまた起こる可能性の高さ、死体や惨状に多く暴露されている程度がある⁵⁾¹²⁾。また、災害が被災地域に及ぼす影響として、地域の壊滅の程度が大きいほど、被災した地域が発展途上国であるほど、災害関連精神疾患を引き起こすリスクは上昇する¹²⁾¹³⁾。

被災体験に暴露された者がPTSD症

状を引き起こすに至る罹患感受性に関与する要因として報告されているものには、性差(女性は男性より感受性が高い)、経済状態(経済状態が困難であるほうが感受性が高い)、そこに移住してきたこと、災害以前に精神疾患に罹患していることなどがあげられている¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。年齢に関しては若年者のほうが罹患感受性が高いという報告¹⁶⁾がある一方、高齢者のほうが高いとする報告もある²⁰⁾。

III. 東日本大震災の被災地健康調査から

筆者らは、東日本大震災以降、宮城県七ヶ浜町と東北大学との共同事業として、保健師とともに避難所、仮設住宅、自宅などを訪問して、健康相談を行ったり、医療保健機関、教育機関や各種団体における災害の心身への影響とその対策についてのセミナーを行うなどの活動を行っている。また、同事業の一環として、問題を抱える被災者のサポートや町全体の健康増進のあり方を検討し、得られた情報を今後の災害医療保健に活かすことを目的として健康調査を行っている。この調査は2011年11月に第1回目の調査を行い、七ヶ浜町内で家屋が大規模半壊および全壊の被害に遭った被災者全員を対象とした。調査員が自宅を訪問し、生活の状況、生活習慣、睡眠、震災のこころと身体への影響など多岐にわたる健康調査票に回答を得た。未成年者は保護者に回答を依頼し、乳幼児から高齢者を含む全対象者2,801名のうち、2,144名(77%)から回答を得た。健康調査票にはPTSR症状の指標となる出来事インパクト評価尺度(impact of

event scale-revised；IES-R) や一般的な精神的健康度の指標となるK6、不眠、震災後の飲酒増加量などの質問項目が含まれ、これらの点数が高い回答者については、事前の調査協力の際の説明に沿って、電話もしくは面接により、健康状態を確認し、必要に応じて健康についての相談や医療保健機関への紹介を行っている。また、調査の結果は、月刊の町報での特集記事や仮設住宅での茶話会での話題提供などの形でフィードバックを行っている。

このうち、1,892名(68%)から匿名化した状態で健康調査票の情報を被災の健康状態への影響の解析に使用することへの同意が得られた。本稿では1,892名のうち成人のPTSRに関する状況について紹介する。回答者の48%が町内の仮設住宅に、34%が自宅を修繕・再建、あるいは町内の賃貸住宅、親族宅に居住、18%が現在、町外に居住していた。男女比はほぼ同等で、年齢の構成は図1のとおりであった。今回の調査では、PTSR症状の指標となるIES-Rについて、約3割にPTSR症状出現の目安となる25点以上の影響が残っていた(図2)。不安や抑うつなど全体的な精神の健康度を評価するための質問票K6でも、全国調査の結果と比べると全般に点数が高く、震災による影響が反映されているものと推察される(図3)。並行してとったアテネ不眠尺度では4割程度に不眠の兆候が示唆され、全国平均の3人に1人を上回っていた(図4)。また、飲酒経験者のうち、16%の人が飲酒量が減った反面、22%の人が増えており、うち3%の人が1日2合以上飲酒量が増えていた²⁾。今回の調査結果は、これまでの自然災害後に行われた調査結果の

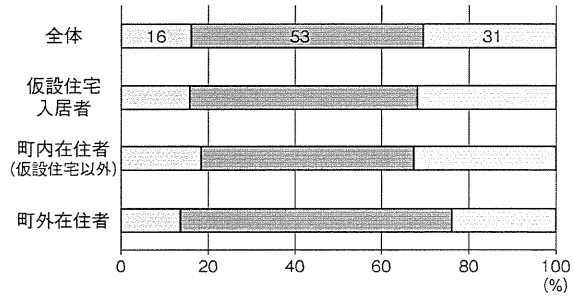


図1. 回答者の年齢構成
 □：18歳未満，■：18～64歳，□：65歳以上

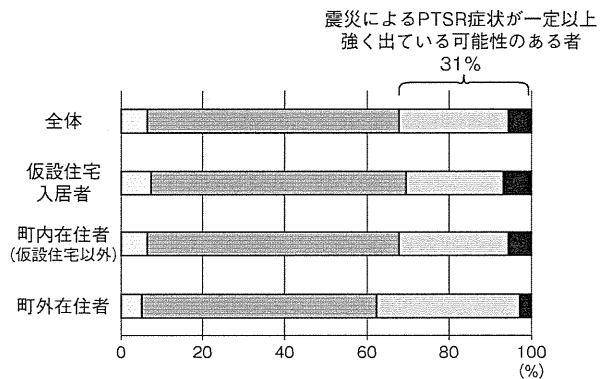


図2. 出来事インパクト尺度の結果
 □：0点，■：1～24点，□：25～49点，■：50点以上

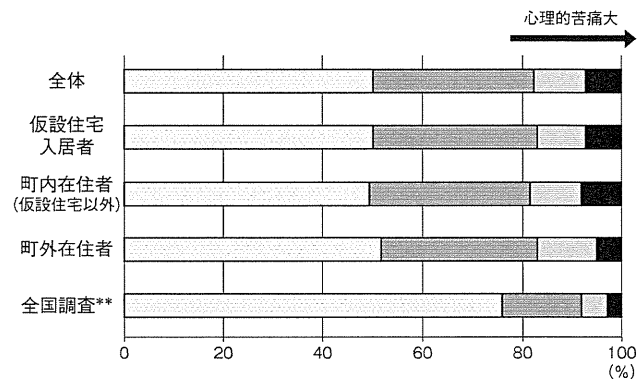


図3. 全体的な精神の健康度問診票(K6)の結果
 □：0～4点，■：5～9点，□：10～12点，■：13点以上
 **川上憲人，他：平成18年度政策科学総合事業報告書から

結果とおおむね一致するものであった。現在、この第1回目の調査への回答者のうち、詳細な面接調査への協力を同意があった回答者について、

PTSD診断のための構造化面接や被災時の状況やPTSD罹患に関わる諸要因の詳細な情報の聞き取りを行っている。また、前回調査から約1年を経て

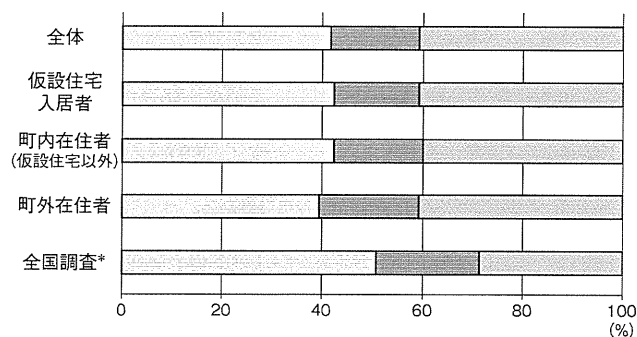


図4. 不眠評価尺度の結果

□ : 0～3点 (睡眠障害の疑いなし), ■ : 4～5点,
 ▨ : 6点以上 (睡眠障害の疑い)

*Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, et al : How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med* 6 : 5-13, 2005

の状況を確認する2回目調査を行っている。これらの情報を基に、今後、より詳細な健康への影響の把握やより適切な健康調査や支援のあり方についての検討を行っていく計画である。

おわりに

災害後、PTSDをはじめとする多様な精神的問題の把握を行い、サポートする体制を講じることは重要な課題であるが、災害後の精神医療保健の課題が増大するのに比して十分な精神医療保健従事者がいるわけではない状況もあり、その課題の遂行は容易なものではない。東日本大震災の被災者の健康増進のために、また、今後起こり得る大災害に備えて被災地内外の関係者が連携し、被災者の健康状態の把握と支援の体制を構築していく必要がある。さらに、そこから得られる情報をより普遍的に有効な形で共有していくことや、各調査・支援の妥当性、有効性の検証を行い、よりよい調査・支援のあり方を検討し直していくことも重要な課題と考えられる。

文 献

- Galea S, Nandi A, Vlahov D : The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 27 : 78-91, 2005
- Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC : Post-traumatic stress disorders, diagnosis, management and treatment. New York, Martin Dunitz Publishers, 163-177, 2000
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al : 60,000 disaster victims speak : Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 65 : 207-239, 2002
- Fullerton CS, Ursano RJ, Norwood A, et al : Terrorism and disaster : individual and community mental health interventions. Cambridge University Press, 1-20, 2003
- Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al : Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress* 11 : 665-678, 1998
- Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG : Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *J Trauma Stress* 10 : 573-588, 1997
- Green BL, Wilson JP, Lindy JD : The study and treatment of post-traumatic stress disorders. Brunner Mazel, 53-69, 1985
- North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al : Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 282 : 755-762, 1999
- Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, et al : A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 345 : 1507-1512, 2001
- Wain HJ, Grammer GG, Stasinis J, et al : Interventions Following Mass Violence and Disasters. The Guilford Press, 278-299, 2006
- Zatzick DF, Kang SM, Hinton WL, et al : Posttraumatic concerns : a patient-centered approach to outcome assessment after traumatic physical injury. *Med Care* 39 : 327-339, 2001
- Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, et al : Textbook of Disaster Psychiatry. Cambridge University Press, 3-26, 2011
- Davidson JR, McFarlane AC : The extent and impact of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry* 67 (Suppl.2) : 9-14, 2006
- Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, et al : Psychological reactions to terrorist attacks : findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 288 : 581-588, 2002
- Kumar MS, Murhekar MV, Hutin Y, et al : Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. *Am J Public Health* 97 : 99-101, 2007
- Rivière S, Schwoebel V, Lapierre-Duval K, et al : Scientific and Operational Committees : Predictors of symptoms of post-traumatic stress disorder after the AZF chemical factory explosion on 21 September 2001, in Toulouse, France. *J Epidemiol Community Health* 62 : 455-460, 2008
- Neria Y, Gross R, Olfson M, et al : Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *Gen Hosp Psychiatry* 28 : 213-222, 2006
- Grimm A, Hulse L, Preiss M, et al : Post- and peritraumatic stress in dis-

- aster survivors : an explorative study about the influence of individual and event characteristics across different types of disasters. Eur J Psychotraumatol 3 : 10, 2012
- 19) Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al : Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. Arch Gen Psychiatry 64 : 1427-1434, 2007
- 20) Telles S, Singh N, Joshi M : Risk of posttraumatic stress disorder and depression in survivors of the floods in Bihar, India. Indian J Med Sci 63 : 330-334, 2009
- 21) センターでの震災の健康への影響調査からみえること. 広報しちがはま 5月号 : 8-10, 2012

震災から半年後に宮城県気仙沼市で行った研修 「災害後の看護師の心のケア」の概要

Summary of a Training Meeting for Nurses in Kesennuma, "Mental Health Care for Nurses after Disaster," Held 6 Months after the Great East Japan Earthquake

東北大学大学院医学系研究科 高橋 葉子

「震災から今まで、自分たちのこころのケアなんて考えてこなかったですね。でもそろそろ考えていかなきゃと思って。できれば講義だけではなく、私たちの思いも語れるような場にできればと思うのですが…。」

2011年3月11日に発災した東日本大震災から半年後の9月、宮城県看護協会の気仙沼支部の役員の方から、看護師を対象とした“自分達への”こころのケアの研修の依頼があった。

語りの場の提供、すなわちサポートグループを行うとなると、ファシリテーターの人数が必要である。私は、震災直後に東北大学が結成した心のケアチームの気仙沼班のメンバーに、東京女子医科大学の方々が入っていたことを思い出した。東京女子医科大学といえば、日本精神保健看護学会の災害支援特別委員会の委員長を務めていただいている田中美恵子先生が所属しておられる大学である。さっそく、田中先生にご相談させていただいたところ、「ぜひ学会との共催でやりましょう。」という非常にありがたいお返事をいただくことができた。そして、学会で費用面と人材の抽出をバックアップしていただき、ファシリテーターを派遣していただけることになった。また、田中先生の計らいで、ファシリテーターのなかに震災直後に気仙沼に来た経験をもつメンバーを含めていただけたのはとても心強かった。

事前準備として、サポートグループを行うにあたり、被災状況について研修申込時にアンケートを書いてもらった。回答をみると、ご家族や同僚など大切な方を亡くされた方、もしくはご自宅や職場が被災した方が7割以上を占めていた。あらためて対象者の方々

の喪失の重さを感じつつ、被災状況を考慮しながらグループ分けを行った。

2011年10月22日、研修会場である気仙沼市立病院には、気仙沼圏の看護協会会員28名が参加者として集まった。災害後半年という、支援者にとって疲労が蓄積している時期であることと、サポートグループで語る時間を多めに確保することを考慮し、私の講義時間は30分と短くした（研修後のアンケートでは、講義時間について86%の方が「ちょうどよい」と答えてくださっていた）。30分のなかで伝えたことは、①惨事ストレスに対する基本的な知識、②阪神・淡路大震災を経験した看護師からのメッセージ、③サバイバーズ・ギルト、④災害幻滅期によく起こる怒りの問題、⑤二次的外傷性ストレス、⑥惨事ストレス対策、⑦相談窓口の案内、である（PPT資料参照）。

講義中、いろいろな思いがわきあがったのか、涙を流される方も何人かいらっしゃった。講義終了後、サポートグループに移る前に「話すのはまだつらいので。」とおっしゃって帰られる方もいた（その方には後日フォローしにうかがい、継続的にお会いしている）。そのような参加者の様子を見て、まだまだ精神的に落ち着いていないこと、心の傷のかさぶたは開きやすい状態なのだということを感じ、支援する際には十分に配慮しなければいけないことを再確認した。

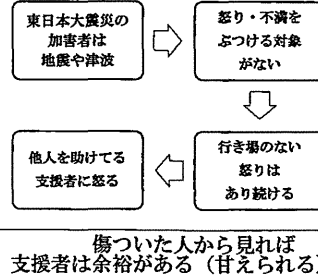
その後のサポートグループでは一グループ5名程度に分かれ、ファシリテーターとサブファシリテーターが各グループに入った。参加者には、震災後に看護師として仕事をするなかで大変だったことや頑張ったことを、話せる範囲で語ってもらった。サポートグルー

災害後幻滅期の特徴

- ・自分の受けたダメージに直面する
- ・避難生活の疲れの影響が心身に出る
- ・やり場のない不満と怒りが表面化
- ・被害の程度の違いによる感情的な反目

スライド13

支援者に怒りをぶつける理由



スライド14

怒っている人との接し方

- ・怒りの裏には様々な感情が隠れています。(脅威、不安、無力感、欲求不満など)
- ・怒っている人が自分を責めていると思ひ込まないようにしましょう
- ・まずは弁解や反論せず、感情をそのまま受け止めることが大切です
- ・怒りを放出させた後に、具体的な話(困っていることなど)を聞き出し、建設的な話にもっていきましょう

スライド15

ある被災病院の看護師さんの話

(病院が全壊したので、現在は仮設住宅を訪問する業務をしている)

「私は震災当時非番だったので病院にはいなかったんですけど、被災者の方が病院が津波に襲われる姿を高台から見ていたみたいで、仮設訪問に行ったときに、その時の話を詳しくするんです。その時を想像したらつらくなって。看護師だから話は聞けなかつたと思うんですけど・・・。」

スライド16

二次的外傷性ストレス

- ・被災者のトラウマ体験の話を聴くことによって、被災者と同じような心理的影響を受けること
- ・患者さんの話を聴くのがつらくなったら、無理しないこと
- ・ローテーションを組むなどの工夫も必要
- ・話を聴いてつらくなったことを仲間に話し、チームでサポートしていく風土が必要

スライド17

最近、支援者からよく聞く言葉

- ・「先が見えないからいつまでたっても落ち着かない。」
- ・「もう周りは落ち着いてきたのに、自分だけ精神的に立ち直れない。取り残されている感じがする。」
- ・「半年たってからPTSDの症状がでてきた」
- ・「はりつめていた糸がゆるんだみたいな状態で、組織全体の士気が落ちた」

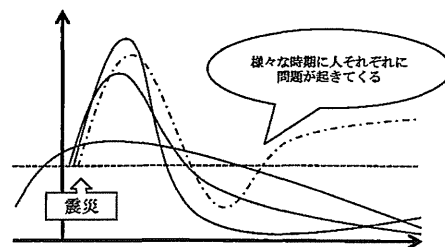
スライド18

長期的に心に影響を与えるもの



スライド19

ということは・・・



スライド20

惨事ストレス対策 個人対策

1. 仕事の使命・目的を再確認
2. 自分のストレス反応に気付くこと
3. 日常ペースの維持
4. 気分転換の工夫
趣味、運動、リラクゼーション
5. なるべく一人でためこまない
6. お互い支え合うこと
7. 酒・タバコが増えないように
8. 管理職は率先してセルフケアを

(惨事ストレスのケア)

それでも大変な時は、専門家に相談するなどの対策を!

スライド21

惨事ストレス対策 組織的対策

- ・惨事ストレスは「異常事態への正常なストレス反応」
- ・多くは時間とともに自然に回復するが一部は慢性化
- ・回復する人を病気扱いすることは、かえって傷つける
- ・ストレス反応が必ずであることを、特に管理職は理解する
- ・ストレス反応が長引いている人は業務負担を減らす
- ・部下の言動、行動の変化が重症だったり長く続く場合は
専門家につなぐ

スライド22

自分達のメンテナンス を大切に

- ・災害に関する自分の行動について、否定的に考えないようにしましょう
- ・仲間同士、肯定し合うようにしましょう
(褒めあいましょう)
- ・数ヶ月の蓄積した疲労の影響が出るかもしれません。
心身ともに疲れを感じたら、ゆっくり休むようにしましょう
- ・可能であれば数日間、被災地を離れて気分転換しましょう

スライド23

まとめ

- ・看護師は業務を通じて「惨事ストレス」を体験する
- ・サバイバーズ・ギルトで自分を責めすぎないように
- ・災害後の怒りは支援者に向けられやすい
- ・話を聞くだけでも二次的なトラウマ体験になる
- ・セルフケア、お互いの労い・支えあいを大切に
組織的メンタルヘルス対策を

スライド24

みやぎ心のケアセンター ご案内

- ・11月1日より県内の震災後心のケアの総合センターが誕生します。
- ・気仙沼にもキーステーションを置く予定です
- ・宮城県看護協会とタイアップして看護師支援計画を立てています。
- ・相談窓口の設置や、研修会、グループ、講師派遣等
ご要望がありましたらご連絡ください。

スライド25

東日本大震災における中長期支援の課題

—被災地看護師支援に焦点をあてて—

Medium- to Long-term Support for Survivors of the Great East Japan Earthquake

—Focusing on the Nurses' Support in the Affected Areas—

東北大学医学系研究科 高橋 葉子

宮城県では震災により医療機関のうち136施設が全壊し、使用不能病床は1,129床にのぼった。そのうちのいくつかの医療機関は存続不能になり、看護師は職場を失うこととなった。筆者は震災直後より東北大学精神科こころのケアチームメンバーとして地域支援を行ってきたが、2011年夏、その活動のなかで病院が全壊した看護師の支援を行う機会があった。その病院は津波により壊滅し、震災時病院にいた者のなかで生存者は数名しかいない状況だった。非番や夜勤明けで病院にいなかったために助かった看護師たちは、同僚や患者が死亡したことに強い罪悪感を抱き、さらに組織が消滅してしまったことにより路頭に迷っていた。この経験から、筆者は被災した看護師のメンタルヘル스에危機感を感じ、被災地域の病院をフィールドにコンサルテーション活動を開始することになった。

2011年10月、宮城県における震災後こころのケア事業の一環として、東北大学に予防精神医学寄付講座が立ち上がったのをきっかけに、前所属であった東北大学病院からそちらに籍を移し、11月に宮城県内の震災後のこころのケアを行う専門機関である「みやぎ心のケアセンター」(当時は準備室)が設立されてからはそちらを業務しながら、被災地のこころのケアを続けることとなった。これまでリエゾン精神看護専門看護師として活動してきた背景から、被災地の看護師への支援を中心に活動している。

これまでの被災地の看護師支援の経緯を説明すると、まず、看護管理責任者へのアプローチである。こ

れは、震災後にできた県内の精神保健福祉分野のいろいろなネットワークから被災地の病院の看護管理者にたどり着いて、お会いすることになった経緯が多い。また、宮城県看護協会の看護管理者の研修会を活用し、兵庫県こころのケアセンターから講師をお呼びしてメンタルヘルスの講演をしていただいたのだが、その際にニーズ調査を行い、コンサルテーションを希望した看護管理者に会いに行った経緯もある。そこで何人もの看護管理者に出会ってわかったことは、災害後における管理者の疲弊と孤独であった。まずトップをケアしないとその下に位置する看護師もケアされないことを痛感し、管理者のケアを優先して行った。

その後、管理者の方と「今必要なこころのケア」について話し合った。すると、看護師自身のメンタルヘルスを課題として挙げる管理者もいれば、被災した患者への対応について課題に挙げる管理者もあり、ニーズはさまざまであった。よって、最初の支援活動は管理者の希望に沿い、個人面談から始める組織もあれば、メンタルヘルス研修という形から入る組織もあった。また、惨事ストレスの影響もあってか、管理職とスタッフ間で風通しが悪く、意思疎通が困難になっている組織もあったため、なるべくスタッフの声を管理者に届けられるようアンケートを活用したりする工夫も行った。そして震災から1年経った頃から、ハイリスク者を見つけ出すためにスクリーニングとそのフォローも行っている。

今後の支援の課題としては、まず災害後のメンタル

ヘルスについての啓発活動が挙げられる。ストレスマネジメントをはじめ、PTSDやうつ病などの予防と早期発見・早期対処について一人でも多くの看護職に知識をもってもらい、自分自身および周囲（患者含む）のメンタルケアにつなげられるようになることを目指している。また、災害後のストレス反応が顕在化する時期は個人差があるので、継続的なスクリーニングとフォローアップが必要である。

また、被災地では当事者同士で辛さやたいへんさをわかちあっている一方、被災格差によって本音を話せないという現象も起こっている。被災した看護師同士でも、相手を気遣うことにより、当時の体験やそれに伴う感情について自己開示するのは抵抗がある者も多いようである。よって、敷居の低い、第三者による、安全な環境での相談機能を整備する必要もある。

さらに、惨事ストレスの長期的影響として残るといわれているサバイバーズ・ギルトと組織内の葛藤への対応も必要である。サバイバーズ・ギルトに対して

は、認知療法的なアプローチとソーシャルサポートが重要である。災害時にはベストを尽くしても限界があるということを看護師自身が自分で思えるようになり、自分を責めすぎないようにサポートしていく必要がある。組織内の葛藤に対しては、組織内のコミュニケーションを改善する対策が必要である。震災時の振り返りを、管理者もスタッフもごつくばらんに自己開示しながら行うことにより、「皆もそれぞれたいへんだったのだ」と思えるようになり、溝が埋まる可能性があると考えられる。

長期的な課題としては、平時でのメンタルヘルスの強化に移行できるように、現在の外部コンサルテーション機能から、各組織の産業保健のシステム作り・整備を行うことが重要である。ある自治体では、震災後、メンタルヘルスの重要性を認識し、専門家を雇用しシステム作りを開始したところもある。震災によって気づいたところの健康の大切さを、いかに今後の組織メンタルヘルスに還元できるかが鍵となってくる。

東日本大震災の支援者支援

— 支援者であり被災者である人達を支えるということ

高橋葉子

Takahashi Yoko

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

●はじめに

筆者は震災時まで、宮城県仙台市中心部にある東北大学病院の精神看護専門看護師（リエゾンナース）として一般身体科の患者や家族のメンタルケアおよび看護師のメンタルヘルスを仕事としていた。震災直後は被災地から病院に搬送されてくる患者のケアを行い、その後約半年間、東北大学精神科の心のケアチームのメンバーの一員として沿岸被災地に赴く日々を送った。そして昨年10月、宮城県における震災後心のケア事業の一環として、東北大学に予防精神医学寄付講座が立ち上がったのをきっかけにそちらに籍を移し、11月にみやぎ心のケアセンター（当時は準備室）が設立されてからはそちらを兼務しながら、被災地の心のケアを続けている。もともと看護師のメンタルヘルスを専門にしてきた立場だったので、

被災地の看護師への支援を中心に、自治体職員や仮設住宅支援員等の支援者の方々への支援に携わっている。

震災から1年経ち、被災地は徐々に復興している。しかしその陰で、それを支えて続けている支援者たちのエネルギーが枯渇しているのもまた現実である。中長期支援体制の中で、「こころのケア」を担う専門職者にできることは何かを考えたい

1●支援者支援とは

災害での支援者支援とは、文字通り災害の被災者を支援する立場の者——自治体職員や自衛隊、警察、消防、医療関係者、教職者など幅広い——を支援することを指す。「支援者支援」という言葉自体は、災害のこころのケアに携わる人には聞きなれた言葉になっているだろう。しかし、言葉の定義はあいまいで、何がそ

こに含まれるのかというと、人によって解釈は違ってきて非常に幅広い。おおざっぱに言えば、「支援する人たちが、より支援しやすいような状況を作ること」だろうか。したがって、災害のフェーズによってもその支援内容は異なる。災害急性期では、必要な物品を手配することや、足りないマンパワーそのものとなって動くこと、支援者をねぎらい肯定すること、心理的影響を大きく受けた支援者への対応などを行っていた。

災害中長期になった今は、それらに加えて、支援者と「一緒に考えること」、すなわちコンサルテーション的な役割が求められているように思う。例えば、阪神・淡路大震災を経験した心のケアの専門家が、その経験を東日本大震災後の心のケア従事者に伝えること、アルコール問題のスペシャリストが、保健師と一緒にケースカンファレンスを行うこと、精神保健従事者が、仮設住宅支援員の方に対して、対応の難しい被災者に関する相談にのること、などが役に立っているようである。

ちなみに今筆者が行っていることも例に挙げれば、支援者を対象とした個別健康相談、被災者の精神的問題についてのカンファレンス、組織のメンタルヘルス対策システムの構築への助言、などである。また、災害後のメンタルヘルスやコミュニケーション・スキルに対して研修会を行ったりしている。

以上のように、支援者支援といっても色々である。ただ、支援内容が何にせよ、筆者の中では、被災地に入って支援者の方と接点をもった時から支援者支援は始まっている。よって、打ち合わせなどの際に支援者がこぼす悩みや愚痴を聴くことも含まれている。筆者は支援者への直接ケアとして個人面談も行っているが、そういったあらたまった場所までは来なくても、仕事の延長線上のような場面で、ふと筆者のような第三者に本音を漏らす方も少なくない。そういったときに、支援者の方からこぼれた感情を拾って丁寧に返すことが、どのような支援者支援の場合でも共通して重要なことであり、基本的姿勢だと思っている。

2●東日本大震災における支援者支援の特徴

今回の震災では支援者であるその人自身が被災しているケースが多い。家族や親しい人に死者・行方不明者がいたり、自宅が津波で全半壊していたり、という状況で被災者に対応する業務を遂行しているわけである。また、職場が壊滅して仮の職場で仕事をしていたり、震災前の役割を失ったりしている方もいる。中には今挙げた災難がすべて降りかかった過酷な状況の方もいる。

また、津波被害のあった沿岸地域はもとコミュニティの結束が強く、生まれてからずっとその地で過ごしてきた

方も多い。学生時代に一度その土地を離れても、就職のときには帰郷して仕事に就くなど、郷土愛が強い傾向にある。そのため、直接的被害や建物被害を被っていないくとも、思い出深い故郷の風景が一変してしまった喪失感や都市生活者に比べはるかに深いものである。実際に、「私は何も被害がないのに、瓦礫だらけの町を歩くだけで、昔のきれいな風景がよみがえって悲しくなるのです。」という人も多い。よって、被災地に在住している支援者のほとんどは、個人的な被害の程度にかかわらず、広い意味で被災者であると筆者は考えている。

支援者であり被災者であるという現象は、色々なところで複雑な力動が働く。支援する中での二次的外傷体験の程度にも影響を及ぼすし、被災状況の温度差により職場内の人間関係にも影響を及ぼす。被災した支援者は、心の中で支援者と被災者の二つの立場が混在しているため、とても複雑な心理状況である。しかし、仕事上では支援者の立場をとらなければならないので、だいたい被災者の自分は抑制か抑圧されている。疲弊している支援者の方に対してねぎらう言葉をかけると、「大変なのは被災者の方なので。」「仕事があるだけ幸せです。」などという言葉が返ってきたりする。支援者の立場でいることで自分を保っているような、一種の心理的防衛のようなものが働いているのかもしれない。よって、「支援者」の

ガードが堅い方に対しては、それを守りながら付き合っていくスタンスが重要である。

しかし、被災した支援者は非常にデリケートなので、突然ふとしたきっかけで防衛が崩れることがある。そのトリガーは人によってそれぞれなので予測が難しい。今までも、打ち合わせ途中で突然何かを思い出して取り乱す者や、亡くなった同僚を思い泣き出す者、ケースカンファレンスで自分と重なり合わせて怒りを表出する者もいた。つまり、被災した支援者を支援するという事は、そういった感情の揺れが突然出るかもしれないという可能性を常に考えて対応する必要があるということなのである。

3●惨事ストレスの長期的影響

惨事ストレスとは、災害救援者（消防士、警察官、医療関係者など）が、職務をとおして経験するトラウマ体験のことをいう。悲惨な遺体を扱ったり、被害者に肉親や知り合いがいたり、同僚や自分の生命の危険を感じたり、十分な活動ができなかったりすると引き起こされやすいといわれている。惨事ストレスの長期的影響として、罪責感・罪悪感（サバイバーズ・ギルト）や組織内での怒りや不信などの葛藤、日常業務に対する意欲低下などがあるといわれている。

今回の震災では、被害が広範囲であつ

たため、多くの災害救援者が動員された。その中で沿岸地域在住の救援者は、津波により孤立を余儀なくされ、外部支援が入るまでの間何日間も生きるか死ぬかのストレスにさらされながら救援活動を行う状況の者も少なくなかった。自分の命が危険にさらされながら、そして家族の安否もわからないまま救援活動を何日間も行うという体験は、想像をはるかに超えた壮絶なものであり、さまざまなかたちで爪痕を残している。

筆者は被災地の看護師へのメンタルケアに携わっているが、津波により病院が全壊したところに数日間籠城せざるを得なかった看護師は、当時の記憶を思い出せない(解離している)者も多い。そして1年経った今でも、余震やヘリコプターの音などがきっかけとなって当時のことを思い出したり(再体験)、イライラして怒りやすかったり(過覚醒)、その病院に近づくのを避けたり(回避)、周囲から疎外感を感じたり(麻痺)と、PTSD症状をもつ者も少なくない。PTSDの診断基準を完全に満たす者は少ないが、部分的な症状をもっている者はかなり多い印象である。

さらに、壊滅的な被害を免れた病院の看護師も、惨事ストレスの長期的な影響を受けている。それに関して少し詳しく述べたい。

4●サバイバーズ・ギルト

サバイバーズ・ギルト(生存者の罪悪感)とは、災害や事故などで、自分以外の人間が悲惨な道筋をたどったのに、自分は免れたことに対して抱く罪の意識である¹⁾。「自分はなぜ生き残ったのか」、「自分は生きていていいのか」、「自分のせいであの人は亡くなった」、「もっと援助すべきだったのに」などという思考が浮かんできて、被災者にとっては心理的負担になる。

阪神・淡路大震災のときに、Underwoodは、多くの看護師がサバイバーズ・ギルトを抱いていたという印象を抱いている²⁾。看護師はもともと使命感の強い職種であり、「患者さんのために」献身的であろうとする傾向があるため、サバイバーズ・ギルトを抱きやすいのであろう。今回の震災後も、多くの看護師からサバイバーズ・ギルトと受けとれる言葉を聞いた。病院が被災している看護師だけでなく、病院そのものは被災していない看護師の中にもサバイバーズ・ギルトを抱く者が多い。

野戦病院と化した環境で奮闘した看護管理職の方から「私はあの時、何もできなかった。」と聞かされたことがある。筆者は客観的にその方の活躍ぶりを知っていたので、正直その言葉を聞いたときは驚いた。当時の救援活動を振り返ってもらうと、相当な数の患者を救い、心か

ら敬服する救援活動をされている。それをフィードバックしたところ、「でも、見殺しにした人もいます。」と泣き出された。見殺しといっても、よく聞くと、津波の影響で冠水し、救いに行けなかった地域があった、という話である。救助に行くかどうかの決断に関わったことが、その方を苦しませていた。しばらく話を聴くと、「仕方なかったと言い聞かせるしかないのですよね。できることには限界があるので。」と、とりあえず自分を納得させるようにつぶやき、寂しそうに笑った。

きっとこの方の罪悪感はずぐに薄れるものではないのだろう。命の重さを知っている職業だからこそ、救えなかった命への罪悪感、もつなという方が無理なのかもしれない。サバイバーズ・ギルトへの対処方法は「誰かの役に立っていると実感すること」といわれている。この方も、今後仕事を続けられる中で誰かをケアしていくことにより、その罪悪感が緩和される方向へいくことを祈るばかりである。

今回の震災においては、看護師だけでなく、サバイバーズ・ギルトを抱えながら生きている支援者がたくさんいる。罪悪感が強い場合、うつ病などの深刻な精神的問題につながる可能性も否定できない。サバイバーズ・ギルトへのケアは確立されていないが、何らかの支援方法を考えていく必要があると思われる。

5●組織内の葛藤

惨事ストレスの長期的影響として注意しなければいけないもう一点は、組織に対する怒りや不信である。救援活動の多くは組織的に行われるが、それがうまくいかなかった場合はしこりを残す。とくに、震災当時強烈なトラウマ体験をしながら救援活動をしなければいけない状況だった者は、組織全体が心的外傷体験をしているため、その影響を大きく受ける。震災当時は管理者を含め各自がパニックの中で判断をしており、通常とは異なる判断をしてもいたしかたない。しかし、時間が経つにつれ、「あの時の判断はどうだったのか。」という疑問が浮上し、責められる者も出てくる。

さらに、組織が被災して震災前のような状況では働けなかったり、震災対応が長期間続いたり、業務が多忙だったりして慢性的にストレスがかかり続けると、その影響で組織内の人間関係が悪化する。とくに中間管理職者は上下から批判や要望を浴び、スケープゴートになりやすい。ある組織の中間管理職は言う。「私の放つちょっとした一言が波紋を呼んで、部下に突き上げられるのです。だから最近余計なことを言わなくなりました。でもそうすると、情報を伝えないと言われるし……。上司に言っても何も変わらないし。本当に難しいです。皆疲れているからなのだと思うようにしていますが