

救援者は誰でもストレスを受け、その影響が心身に出る職種である。すなわち、ストレス反応が「異常な事態に対する正常な反応」であることを理解することが求められる。また、多くの者はその反応から自然に回復していくこと、しかしその回復の仕方は人それぞれなのを理解することがあわせて求められる。この理解によって、ストレス反応が出ていることに対して「自分が弱いのでは」「自分がおかしくなったのでは」という誤った引け目を持たないようにすることも肝心である。

## 2 組織として惨事ストレス対策に取り組むこと

救援者が惨事ストレスの影響を受けて精神障害で苦しむことは、休職・離職につながりうる。その結果、組織が弱体化したり新人の訓練に費用がかさんだりすると、その人的・経済的損失は計り知れない。「弱音を吐く人はいないはずだ」などと惨事ストレスの存在を否定するのではなく、惨事ストレスを受けうる職員がいるということを前提の上で、「組織が職員を守る」という根本的な姿勢が重要となってくる。ストレスの影響を受けている職員が発生した場合には、その職員を職員同士で支え合い、専門家が必要な場合に連携できる組織体制を作ることが求められる。また、それを体制として作るまでには、事前の教育・啓発が重要である。それにあたり、救援者組織内における「心のケア」への抵抗を考慮することが求められる。近年は、一般社会における精神障害への認知度が上がってはいるものの、メンタルヘルスに対する抵抗・偏見はゼロにはなりえない。この点は、弱者・病者として扱われることを忌避する救援者にとってはより大きな問題となりうる。

救援者組織において、職員同士が結びついて一体化しているか、意義のある重大な任務を行っているか、的確なリーダーシップのもと指揮統制が取れているかどうかは、救援者のメンタルヘルスに大きな影響を与える。これは一方で、団結力が低下したり職員のモチベーションが下がったりすると、救援者の心に悪影響を与えうるということをも表している(加藤 2009; Norris 2002)。

救援業務、とりわけ災害救援において業務量は無限となりうる。曖昧な業務内容は過重労働につながりうること、任務への意義を見失いやすいという双方の観点から、救援者の大きな負担となりうるだろう。そのため、管理職が業務の目的・意義を明確にすることが求められる。目前の惨状が膨大な場合、救援者の出来ることが現場の限界を超えることは往々にしてある。このような場合には部下が無力感、不全感を感じるが、それが救援者のせいではないこと、その際に組織として出来る範囲ことが意義深いことをはっきりさせることは大切であろう。

管理職は、十分な事前教育・訓練を部下に提供することが望ましい。心構えや想定される事態を事前に教えることは本番での救援者のストレスを減らすのに有用である。実際の業務にあたっては、このような訓練が少ない者、若年者、精神障害の既往のある者など、受傷の高リスク群に注意を払う業務配置が望ましいだろう。また、業務量が一部の職員に対して過剰にならないよう、配置転換を適宜行うことも求められる。不眠不休とならないように、ある一定時間で業務交替させるシフトを組むべきであろう。もしストレス反応が出ってしまった職員が発生した場合には、業務命令として休息を取らせることが大切である。

最後に、このような組織的配慮ゆえに、管理職のストレスは膨大となり、その度合いは部下以上となりうる。すなわち、管理職自身のストレスには、部下同様またはそれ以上に、セルフケアが必要となってくる。(表6)

## 3 惨事ストレスに対するセルフケアを行うこと (表7)

前述した通り、正常な反応として自分のストレス反応に気づくことが前提となるが、ストレスを察知した場合には、それを軽減するために自らストレス解消対策を講じることが求められる。誰でも、意識的にせよ無意識的にせよ、趣味やスポーツなどを通じた自分なりのストレス解消法を持っているが、惨事ストレスにおいては、それらを率先して行うことが必要となる。一方、過剰な飲酒や喫煙、ギャンブルには注意すべきである。これら行為は一時的の気分改善にはつながるものの、その行為に依存することで健康上・経済上の問題をさらに抱えうるために推奨されていない。

救援活動では不眠不休になりうることも珍しくないが、そういうときゆえに、日常生活上のリズムを保つことは大切である。それは、本来の健康機能を保ち、ストレス解消の時間を意識して作ることもつながる。もっとも、実際の現

場では、一人だけ休むことに気が引ける場合がありうる。そのような場合は、同僚とともに休憩を取るのも一法かもしれない。

遺体関連業務においては、遺体や遺留品に感情移入しないことが求められる。あくまでも仕事であるという立場からそれらに接することで、心理的な距離が取れてストレスから自身を守ることが可能となる。

誰でも「話すことで気が楽になる」「周りの人に支えられた」という体験は持っているであろうが、惨事ストレス対策でも同様のことが言える。すなわち、一人でためこまず信頼できる人に積極的に話すこと、周囲からのサポートを大切にするという点である。よって、家族、友人、同僚、上司などの日常からのつながりが重要となってくる。救援者組織においては、同僚や上司の存在がこの点で重要となってくる。仲間同士やその場にいた者同士でないと共有しえない経験があるからである。また、遺体関連業務などのグロテスクな体験は仲間内にとどめておきたい、という気持ちも生じうる。実際、このような話し合いは多くの組織で業務が終わった後に自然発生的に行われていて、後述するデブリーフィングに対して「自然なデブリーフィング (natural debriefing)」と呼ばれている。これはお互いを支え合うという意味でも有用であろうし、組織としての団結力を維持するうえでも意義がある。

もっとも、壮絶なストレス体験を口にするというのは、いかに相手が日ごろ信頼している者であっても、ためらいが生じて自然であろう。同じ惨事現場にいたとしても、個人的な体験内容はまちまちである。ましてや、日々からの信頼感がない者に対して話すことに意義が乏しいことは自明である。よって、どのタイミングで誰に話したいかは人それぞれであることを考慮する必要がある。この点を考えずに「話す」ことを周りが勧めても、それはかえって逆効果であろう。一方で、救援者がその気持ちになった際、それを受け入れられる土壌を作ることが大切である。

## 第6節 デブリーフィングをめぐる議論

惨事発生の直後、救援者団体内の単発グループ・ミーティングを義務的に行う試みがあり、デブリーフィングと呼ばれている。これは、もともと消防士であったミッチェルにより 1970 年代に発案されたもので、惨事ストレスを経験した直後に救援者組織の中で体験を話し合い、それがストレスの軽減につながると考えたことが発端となっている。これは 1980 年代以降、国内外に幅広く広がりを見せ、ミッチェルらは非営利組織 ICISF (International Critical Incident Stress Foundation) を立ち上げた。現在、デブリーフィングは包括的なプログラム CISM (Critical Incident Stress Management) の一プログラム (CISD: Critical Incident Stress Debriefing) と位置付けている。

しかし、デブリーフィングの効果については議論が分かれている。デブリーフィングが救援者の PTSD の予防に効果があると報告された時期もあったが、これは最近の多くの研究によって疑問視されている (Adler 2008; van Emmerik 2002)。デブリーフィングが救援者のみならず一般人口に対象を拡大された事例もあったが、これの結果にも同様の批判が見られた。たとえば、オランダで 236 名のトラウマ被害者を対象にした研究では、感情緩和目的のデブリーフィングを施された群・教育目的のデブリーフィングを受けた群・対照群の 3 群において、2 週間後・6 週間後・6 ヶ月後で比べたところ、3 群の間に有意な差は見られなかった (Sijbrandij 2006)。惨事ストレスを経験しても皆が精神障害には至らないこと、受傷してから遅延発症する事例があることを考えても、単発の介入には意義が乏しいことは明白であろう。

デブリーフィングが組織の団結力を高める、組織がメンタルヘルス対策を講じられていることを示すために意義があるとの報告もあるが、これに対する十分な立証はなされていない。もっとも、いわゆる「自然なデブリーフィング」が有用であることはすでに述べた通りである。デブリーフィングに意義があるのだとしたら、組織的な心理教育・情報共有がその中核なのである。

## 第7節 儀式の意義

災害の被災者には、犠牲者が出るなど結果が思わしくなかった場合、「自分があのときに違う行動をしていれば助かったのに」などと罪責的な感情・思考が生じうる。実際には、結果論で不可抗力であったとしても、このような自責感

や後悔にとらわれることは珍しくない。このような考えは救援者にも生じることが知られていて、殉職が発生した事例の場合には、生き残った人がとりわけ自責的になりうる。このような罪悪感にはサバイバーズ・ギルト (survivor's guilt) と呼ばれる。組織としてのまとまりがメンタルヘルスに有用であることはすでに述べたが、このような罪悪感と組織内の結束力との関係については十分に知られていない。

加藤(加藤 2009)は、兵庫県下の殉職事例に関わった経験をもとに、このような事例における「弔い」と「ねぎらい」の意義を述べている。儀式を通じて犠牲者を忘れずに偲び、その感情を共有できることは、感情を必要以上に抑圧せずに自然な回復を行うための有効な手段である点、組織が個人を守るというメッセージが重要であることを指摘している。また、再発予防のための訓練や対策の検討など、業務と直結した対処法は感情の緩和に役立ったと報告している。

**表1 救援者における業務上の特徴**

---

著しいストレス(惨事ストレス)を感じうる業務性質

- 最前線・第一対応者としての対応
- 二次災害・殉職の危険性
- 惨状の体験・目撃
- 遺体との関わり
- 遺族との関わり、死の告知の実施、立会い

自分自身が被災者である場合がある

混乱した状況の中、迅速な対応を求められる

過重労働に陥りやすい

社会的な責任が大きい

「弱音」を語りづらい職場風土

---

**表2 惨事ストレスを受けうる業種**

---

消防士

警察官

海上保安官

自衛隊員・軍隊員

医療・福祉関係者

行政職員

遺体関連業務従事者

救援ボランティア

---

表3 救援者のトラウマ反応出現の危険因子

---

若年齢  
女性  
精神障害の既往  
経験・訓練の少なさ  
低い職位  
幹部職  
過重労働  
危険への遭遇  
殉職の遭遇  
遺体関連業務への従事  
乏しい社会サポート

---

表4 遺体関連業務：救援者の反応に影響を与える要因

---

救援者の属性  
    若年齢  
    未経験  
    低職位  
    女性  
救援者の労働環境  
    過重労働  
    遺体への過剰な曝露  
遺体の性質  
    慣れていない、予測していない状況での遺体の遭遇  
    グロテスクな遺体  
    損傷の激しい遺体  
    損傷の少ない遺体  
救援者が受ける感覚刺激  
    嗅覚・視覚・触覚・聴覚  
刺激に伴う消化器症状  
    嘔気、嘔吐  
    遺体を連想する食べ物が摂れない  
遺体・遺留品への感情移入（同一化）  
    特に子供の遺体・遺留品  
    殉職者

---

---

### 表5 惨事ストレス対策の原則

---

1. 惨事ストレスの原則を理解すること
  2. 組織として惨事ストレス対策に取り組むこと
  3. 惨事ストレスに対するセルフケアを行うこと
- 

---

### 表6 管理職としての惨事ストレス対策

---

組織として職員を守る姿勢を打ち出す  
業務の目的を事前に具体的に説明する  
事前訓練の場を設ける、チーム編成とする  
業務のローテーションを工夫して業務負担を調整する  
影響を受けやすい群（若年者、未経験者、女性）を同定し留意する  
部下に積極的に関わる  
部下の負担が大きいつきには配置転換を行う  
部下のセルフケアが不十分な場合、管理職が心して、強制的にでも休みをとらせることが大切  
幹部（自分自身を含む）のストレス管理が必要であること

---

---

### 表7 救援者におけるセルフケア

---

自分のストレス反応に気づくこと  
日常のペースを取り戻す  
気分転換の工夫  
遺体関連業務では感情移入しない  
一人でためこまないこと  
家族・友人などに積極的に連絡する  
職員同士でお互いのことを気遣う

---

## 参考文献

- (1) Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., Burrell, L., McGurk, D., Wright, K. M. & Bliese, P. D.:A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers, *Journal of Traumatic Stress*, 21;253-263,2008
- (2) Benedek, D. M., Ursano, R. J. & Holloway, H. C.:Military and disaster psychiatry. In Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eighth Edition*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005, pp. 2426-2435
- (3) Epstein, R. S., Fullerton, C. S. & Ursano, R. J.:Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study, *American Journal of Psychiatry*, 155;934-938,1998
- (4) Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J. & Wright, K. M.:Psychological responses of rescue workers: fire fighters and trauma, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62;371-378,1992
- (5) Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L.:Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers, *American Journal of Psychiatry*, 161;1370-1376,2004
- (6) Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Reeves, J., Shigemura, J. & Grieger, T.:Perceived safety in disaster workers following 9/11, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194;61-63,2006
- (7) 畑中美穂, 松井豊, 丸山晋, 小西聖子, 高塚雄介:日本の消防隊員における外傷性ストレス, *トラウマティック・ストレス*, 2;67-75,2004
- (8) 廣川進, 飛鳥井望, 岸本淳司:海上保安官における惨事ストレスならびに惨事ストレスチェックリストの開発, *トラウマティック・ストレス*, 3;57-65,2005
- (9) 今村芳博, 小野寺美紀, 山辺麻紀, 本田純久, 宮田雄吾:精神科病院スタッフの緊急時心理的变化と介入, *日本社会精神医学会雑誌*, 17;297-305,2009
- (10) Jones, D. R.:Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains, *American Journal of Psychiatry*, 142;303-307,1985
- (11) 加藤寛, 飛鳥井望:災害救援者の心理的影響—阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から—, *トラウマティック・ストレス*, 2;51-59,2004
- (12) 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,東京法令出版株式会社,東京,2009
- (13) Kodama, Y., Nomura, S. & Ogasawara, T.:Psychological changes of Japan Self-Defense Forces personnel during selection and training for the peacekeeping mission in the Golan Heights, *Military Medicine*, 165;653-655,2000
- (14) 古賀章子, 前田正治, 進藤啓子, 丸岡隆之, 川村則行:消防業務とトラウマティック・ストレス—福岡市消防隊員に対する疫学調査の結果から, *九州神経精神医学*, 49;44-50,2003
- (15) Loeb, M., McGeer, A., Henry, B., Ofner, M., Rose, D., Hlywka, T., Levie, J., McQueen, J., Smith, S., Moss, L., Smith, A., Green, K. & Walter, S. D.:SARS among critical care nurses, *Toronto, Emerging Infectious Diseases*, 10;251-255,2004
- (16) 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 寺師榮, 小西聖子:三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因, *日本救急看護学会雑誌*, 8;43-52,2007
- (17) McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Lundy, A.:Traumatic stress of a wartime mortuary. Anticipation of exposure to mass death, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181;545-551,1993
- (18) McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Wright, K. M. & Fullerton, C. S.:Handling bodies after violent death: strategies for coping, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63;209-214,1993
- (19) McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Oates, G. L., Ventis, W. L., Friedman, H., Shean, G. L. & Wright, K. M.:Gruesomeness, emotional attachment, and personal threat: dimensions of the anticipated stress of body recovery, *Journal of Traumatic Stress*, 8;343-349,1995
- (20) McCarroll, J. E., Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Hermsen, J. M.:Posttraumatic stress symptoms following forensic dental

identification: Mt. Carmel, Waco, Texas, American Journal of Psychiatry, 153;778-782,1996

(21) McFarlane, A. C. & Papay, P.:Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster, Journal of Nervous and Mental Diseases, 180;498-504,1992

(22) 村上典子, 許智榮, 中山伸一, 吉永和正, 千島佳也子, 大澤智子, 重村淳:多数死傷者発生事象における医療救援者のストレス—JR 脱線事故アンケート調査から, 日本集団災害医学会誌, 13;401,2008

(23) Newby, J. H., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fan, Z., Shigemura, J. & Tucker-Harris, Y.:Positive and negative consequences of a military deployment, Military Medicine, 170;815-819,2005

(24) Norris, F. H., Friedman, M. J. & Watson, P. J.:60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research, Psychiatry, 65;240-260,2002

(25) Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. & Kaniasty, K.:60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001, Psychiatry, 65;207-239,2002

(26) North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L. & Smith, E. M.:Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing, JAMA, 282;755-762,1999

(27) North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P. & Smith, E. M.:Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing, American Journal of Psychiatry, 159;857-859,2002

(28) Nozaki, H., Aikawa, N., Shinozawa, Y., Hori, S., Fujishima, S., Takuma, K. & Sagoh, M.:Sarin poisoning in Tokyo subway, Lancet, 345;980-981,1995

(29) 大岡由佳, 前田正治, 田中みとみ, 高松真理, 矢島潤平, 大江美佐里, 金原伸一, 辻丸秀策:精神科看護師が職場で被るトラウマ反応, 精神医学, 49;143-153,2007

(30) 大澤智子, 廣常秀人, 加藤寛:職業における業務内容に関連するストレスとその予防に関する研究, 心的トラウマ研究, 2;73-84,2006

(31) Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M. & Brackbill, R.:Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers, American Journal of Psychiatry, 164;1385-1394,2007

(32) 澤村岳人, 竹岡俊一, 角田智哉, 菊池章人, 岡林俊貴, 浅川英輝, 平田文彦, 永吉広和, 瓜生田曜造, 野村総一郎, 高橋祥友:海上自衛隊におけるスマトラ沖大地震及びインド洋津波への国際緊急援助隊のメンタルヘルスとアフターケア活動, 防衛衛生, 53;79-88,2006

(33) Sawamura, T., Shimizu, K., Masaki, Y., Kobayashi, N., Sugawara, M., Tsunoda, T., Kikuchi, A., Yamamoto, T., Toda, H., Nomura, S., Takahashi, Y., Oryu, T., Ogasawara, T. & Ogata, K.:Mental health in Japanese members of the United Nations peacekeeping contingent in the Golan Heights: effects of deployment and the Middle East situation, American Journal of Orthopsychiatry, 78;85-92,2008

(34) Shigemura, J. & Nomura, S.:Mental health issues of peacekeeping workers, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56;483-491,2002

(35) 重村淳, 武井英理子, 徳野慎一, 庄野聡, 山田憲彦, 野村総一郎:遺体関連業務における災害救援者の心理的反応と対処方法の原則, 防衛衛生, 55;163-168,2008

(36) 進藤啓子:消防隊員にみとめられる外傷後ストレス障害, 日本社会精神医学会雑誌, 14;78-86,2005

(37) Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. & Gersons, B. P.:Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial, British Journal of Psychiatry, 189;150-155,2006

(38) 上田鼓:警察官における二次受傷の男女別規定要因についての研究, トラウマティック・ストレス, 4;167-175,2006

(39) 上田鼓:警察官の外傷性ストレスの実態に対する研究—PTSD 症状と気分・不安障害との関連について—, トラウマティック・ストレス, 8;35-44,2010

(40) Ursano, R. J. & McCarroll, J. E.:Exposure to traumatic death: the nature of the stressor. In Ursano, R. J., Caughey, B. G. & Fullerton, C. S. (Eds.), Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos,Cambridge University Press,Cambridge,1994, pp. 46-71

(41) Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Vance, K. & Kao, T. C.:Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers, American Journal of Psychiatry, 156;353-359,1999

(42) Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G, Twemlow, S. W., Woods, S. & Yager, J.:Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder, American Journal of Psychiatry, 161;3-31,2004

(43) van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M. & Emmelkamp, P. M.:Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis, Lancet, 360;766-771,2002





## 遺体関連業務がメンタルヘルスに及ぼす影響

重村 淳

はじめに

災害支援者・救援者（以下、支援者）は、業務を通じて猛烈なストレス（惨事ストレス）に遭遇する。なかでも、遺体と関わる仕事（以下、遺体関連業務）はもっとも過酷なもののひとつである。2011年3月11日に発生した東日本大震災の死亡者・行方不明者は18,000名強となり、その対応業務には、平常業務で遺体関連業務を行う警察、消防、自衛隊、海上保安庁員だけでなく、日頃は遺体関連業務にまったく縁のない地方公務員や国家公務員までもが招集され、壮絶な業務に携わった<sup>1)</sup>。

遺体と関わることは強烈な体験である。どんなに訓練を受けた支援者であっても、著しい心身の反応が出ることは珍しくない。そのストレスは多くの場合一時的なもので、時間とともに回復していくが、一部の者においては心的外傷（トラウマ）となり、ストレス関連障害やうつ病などへと発展し得る。多くの支援者は組織として活動することから、そのメンタルヘルス管理には産業衛生的アプローチが求められる。しかし、遺体関連業務の過酷さにもかかわらず、そのメンタルヘルス研究は国内外ともに少ない。これは、業務の特殊性もさることながら、この業務や「死」をタブー視し回避しがちな傾向が影響していると考えざるを得ない。本稿では、限られた知見の中で得られているエビデンス

をまとめるとともに、予防を含めた惨事ストレスの対応策を記す。

### I. 遺体関連業務の過酷さ

「東日本大震災の被災地支援のため、宮城県石巻市などに派遣されていた県警広域緊急援助隊交通部隊が4日会見し、活動報告を行った。（中略）遺体の安置所となっていた石巻市の高校体育館や旧青果市場（中略）の広大な敷地には『想像を絶する数の遺体が安置されていた』という。壁一枚を隔てた別室からは、泣き崩れる遺族の声が何度も聞こえてきた。幼い子どもの遺体に声を詰まらせた若い隊員もいたという。」（毎日新聞2011年4月5日）

「女性と子どもの遺体に遭遇した。近所の幼稚園の先生と男の園児（中略）.確認のため、頭部の毛布を捲る手が震えていたのを覚えている。救急現場を幾度も経験している私だったが、あのときはなぜか冷静さを失っていた。」<sup>2)</sup>

「遺体を毛布などで包む作業を担当した男性2曹（37）は、作業日の昼食だった鶏肉料理を見ると、遺体のことを思い出すようになった。潜水して遺体を捜索した男性1曹（47）は、海面で発見した高齢女性の遺体の姿が頭に焼き付いて離れない。『衣服を着て

表 1 遺体関連業務における基本的な心構え

平常時のメンタルヘルス対策が物を言う
職務の重要性、誇り、目標を忘れないこと
予測される最悪の事態を想定して、業務前に「心の準備」をする
未経験者は、刺激の少ない状況から慣らしたり経験者から話を聞いたりする
特有のストレス：感情移入、恐怖、忌避感
管理職の負担はより一層高い
管理職が休んで部下を休ませる

外傷もなく、眠っているようだった。寝ようとすると、パッと思い浮かぶことがある』と言う。」(読売新聞 2011年 5月26日)

東日本大震災の遺体関連業務従事者からは、このような心の叫びが続々と挙げられた。なかでも、子どもの遺体や遺留品、ご遺族との関わり、遺体の損傷度がいかに衝撃を与えるかが繰り返し報じられてきた。過去の研究もこれら所見を裏付けている<sup>3)</sup>。

### 1) 遺体関連業務と過重労働・二次災害

災害現場では混沌の極みとなり、情報が錯綜したり指揮系統が混乱したりする中、迅速な対応を求められる。膨大な被害を僅少な支援者で対応せざるを得ない場合も珍しくなく、二次災害の危険性も伴う結果、支援者は容易に過重労働へと至る。このような労働条件が支援者のメンタルヘルスに影響を及ぼすことは言うまでもなく、遺体関連業務でも同様の指摘がある<sup>4)</sup>。さらに、遺体に関わる時間や数が多いほど心理的影響が大きくなり<sup>5, 6)</sup>、二次災害の危険性も心理的リスクを高める<sup>7)</sup>。

### 2) 死者への感情移入

支援者が人間である以上、遺体、遺留品、そして遺族へ感情移入することは避けられない。しかし、その度合いが著しくなることは後のトラウマ症状の進展リスクとなる<sup>7-9)</sup>。子どもの遺体・遺留品はとりわけ感情移入を来しやすく、亡くなった

子の失われた将来を想像したり、支援者自身の子を連想したりする<sup>4)</sup>。同様に、支援者が知っている者の遺体、近い人々を連想する遺体、遺体の生活状況を示唆する遺留品も大きな衝撃となる<sup>3)</sup>。

### 3) 遺体と関わる恐怖、忌避感

遺体と関わることには、誰もが恐怖、そして忌避感を持たざるを得ない。思いがけない状況で遺体に遭遇すると、その衝撃はより大きくなる<sup>3)</sup>。なかでも、未経験者や女性が影響をより受けやすい<sup>10, 11)</sup>。

遺体の損傷度もメンタルヘルスに大きく影響する。遺体のグロテスクさがストレスを高める<sup>10)</sup>。一方、損傷が少なく、まるで生きているかのような遺体もストレスとなりやすい<sup>3)</sup>。また、嗅覚をはじめとする感覚刺激が顕著な場合、支援者の消化器症状(吐気、嘔吐、業務を連想する食物の忌避)を来しやすい<sup>3)</sup>。

## II. 組織としての遺体関連業務対策<sup>3, 12)</sup>

支援者は組織業務の中で惨事ストレスにさらされる。遺体関連業務に限らず、惨事ストレス対策は、産業衛生対策として組織が取り組むことが求められる。そのためには、平常時のメンタルヘルス対策が物を言う。業務を始めるからといって、急に専門家を招集できるわけには到底いかないからだ。

惨事ストレス対策の概論は別稿<sup>12, 13)</sup>に記しているが、遺体関連業務においては、とりわけ「任

表 2 遺体関連業務におけるセルフケア

仕事とオフのメリハリをつける 家族・友人などに連絡して現実感を取り戻す 水分、食事、休息、睡眠をしっかり取る 自分をいたわり仲間をいたわる 気持ちは溜めこまない 溜めた気持ちを話す際、まずは仲間に話す 誇りを持ちながらも仕事は仕事として行う
・遺体にはあくまでも職務として関わる ・遺体や遺留品に感情移入しないように ・遺体への関わりは必要最小限に ・遺体を不用意に見ないように

務への心構え」が最大の予防となる(表1)。それにあたっては、管理職による業務的配慮が必要となってくる。

具体的には、職員に心構えを持たせ、想定される最悪の事態を説明し、「予期せぬ事態」を極力避ける。複数名でチームを組ませるほか、職員が惨状に長時間さらさないよう、業務内容は適宜調整するのが望ましい。もし部下のストレス反応が顕著な場合、配置転換させることが望ましいが、惨事ストレスは多くの場合一時的なので、それだけで部下を「病氣」扱いしないことも大切である。

心構えを持つことで事前に防備しても、業務従事者の経験するストレスは膨大となり得る。よって、職員それぞれが自身のストレスを察知し、セルフケアすることが望まれる(表2)。勤務時間が膨大になり得る中、仕事のメリハリをつけて水分・食事・休息・睡眠をしっかりと取ることは、当たり前のように現場での実践は容易ではない。

遺体に感情移入しないことには葛藤を伴う。誇りを持つ一方で、過剰に感情移入しない心構えは現場で大きな矛盾となるからである。この場合、「誇りを持ちながらも、仕事は仕事として行う」というメッセージが有効となる<sup>3)</sup>。

このようなセルフケアは、管理職が部下の手本

となってそれを自ら実践することが求められる。管理職のストレスがより一層高いことに加えて、管理職が休養をとらないと部下は取りづらくなるからである。そして、業務を乗り切るためには、職場内のつながりが鍵となるからである<sup>3,6)</sup>。自分をいたわり仲間をいたわることは、円滑な業務につながる上、惨事ストレスからの回復にはとりわけ重要な役割を果たす。

#### 文 献

- 1) 重村淳. 救援者・支援者に支援・尊敬・ねぎらいを. 産業精神保健 2011; 19: 308-310.
- 2) 二階堂義彦. やりきれない多くの現場を目にして. 南三陸消防署・亶理消防署・神戸市消防局・川井龍介編. 東日本大震災消防隊員死闘の記. 東京: 旬報社, 2012: 82-85.
- 3) 重村淳, 武井英理子, 徳野慎一, 他: 遺体関連業務における災害救援者の心理的反応と対処方法の原則. 防衛衛生 2008; 55: 163-168.
- 4) Leffler CT, Dembert ML. Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 574-577.
- 5) Jones, D. R. Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying

- human remains. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 : 303-307.
- 6) McCarroll JE, Fullerton CS, Ursano RJ, et al. Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Carmel, Waco, Texas. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 778-782.
- 7) McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS, et al. Gruesomeness, emotional attachment, and personal threat : dimensions of the anticipated stress of body recovery. *J Trauma Stress* 1995 ; 8 : 343-349.
- 8) Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, et al. Psychological responses of rescue workers : fire fighters and trauma. *Am J Orthopsychiatry* 1992 ; 62 : 371-378.
- 9) Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, et al. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 353-359.
- 10) McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS. Symptoms of PTSD following recovery of war dead : 13-15-month follow-up. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 : 939-941.
- 11) McCarroll JE, Ursano RJ, Ventis WL. Anticipation of handling the dead : effects of gender and experience. *Br J Clin Psychol* 1993 ; 32 : 466-468.
- 12) 重村淳. 救援者のトラウマと心理教育. 前田正治, 金吉晴編. PTSDの伝え方—トラウマ臨床と心理教育. 東京: 誠信書房, 2012 : 147-166.
- 13) 重村淳. 惨事ストレス. 飛鳥井望編. 最新医学別冊 新しい診断と治療のABC 70 心的外傷後ストレス障害 (PTSD). 東京: 最新医学社, 2011 : 179-183.

## 東日本大震災後のメンタルヘルス 支援活動を通じて

防衛医科大学校精神科学講座講師

重村 淳

**東**日本大震災から2年が経った。テレビが震災を取り上げる場合、その対象は仮設住宅入居者など、報道時に「絵」になる者になりがちな印象を持つ。仮設住宅入居者の生活が過酷であることは言うまでもない。しかし、その報道映像が、被災者の全体を象徴しているかどうかは別問題である。災害の影響を受けた者には、それぞれの喜怒哀楽、喪失、そして教訓がある。その葛藤を「被災者」という単語でひと括りにするのは困難を伴う。とりわけ、医療者をはじめとした支援者・救済者たち（以下、支援者）の葛藤はなかなか伝わりにくい印象がある。

### 支援者の葛藤

筆者は、災害精神医学という専門上、東日本大震災の支援者と関わる機会を数多く与えられてきた。救済職や医療保健福祉関係者のみならず、遺体関連業務に携わった行政職員、福島第一・第二原発職員などから、その奮闘ぶり、活動の社会的意義をじかに教えていただいた。支援者は、一般被災者が経験しえないような場面に業務として遭遇する。支援者自身の生命や健康が危ぶまれる状態になっても、家族の安否確認が取れない状況であっても、不眠不休で膨大な対応を求められる（表）。支援者のご尽力には最大限の敬意を表す一

方、心身の限界となるような疲労に達していることを案じている。とりわけ福島第一原発事故は、放射線災害の性質ゆえ、急性期・中期・長期の時間軸では語りきれない持続性を有している。膨大な人々の避難生活、復旧まで数十年が予想される道のりも含め、支援者のストレスを巨大化・複雑化させている。

### 福島第一・第二原発職員へのメンタルヘルス支援

福島第一原発事故には、事故前後にあまりにも多くの問題があり、その背景として政治・経済・社会的因子があったことは周知の通りである。しかし、震災後、膨大な作業を職員たちが命をかけて行い、これ以上の被害になることを食い止めた事実もある。福島第一原発の約12km南に位置する第二原発も、同じく津波の被害を受けながら、職員たちの力によって、メルトダウンをかわらうじて免れた。文字通り、決死の現場は門田隆将氏の著書『死の淵を見た男 吉田昌郎と福島第一原発の五〇〇日』（PHP研究所）でも克明に描かれてきた。

谷川武教授（愛媛大学大学院）を筆頭とした筆者らのチーム Fukushima NEWS Project は、福島第一・第二原発で働く東京電力職員へのメンタルヘルス支援を2011年4月よ

表 災害支援者の業務の特徴

---

社会的な責任が大きい
混乱した状況の中、迅速な対応を求められる
過重労働に陥りやすい
自らが被災者の場合のストレス
著しいストレス（惨事ストレス）を感じる業務性質
二次災害・殉職の危険性
惨状の体験・目撃
遺族・遺体・被災者との関わり
「救援者・支援者」となる心の準備
救援・支援活動への非難・中傷
留守番役の業務増加，職員間の業務不均等

---

り開始し、現在まで続けている。そこでの職員たちは、①原発の爆発や被曝など、途轍もない惨事ストレスだけでなく、②福島県民としての被災者体験、③悲嘆体験、そして④電力会社職員としての差別・中傷という、「四重のストレス」を体験していた。震災2～3カ月後、福島第一・第二原発職員（計1495名）を対象とした研究では、対象者のうち42.7%にリスクの高い心理的状态が生じていた。そして、「四重のストレス」のうち差別・中傷が最もメンタルヘルスに影響し、差別・中傷された者は、そうでない者と比べて、2～3倍、強い心理的反応が生じやすかった。

支援者は人々のために働いている。しかし、それだけの社会貢献を行っているにもかかわらず、その活動が批判や中傷で返される場合は、その者のメンタルヘルス、専門職のアイデンティティ、そして人間としての基本的尊厳に深刻な影響を及ぼしうる。本調査はこの点を強く示唆している。

### 支援者が長く活動できるために

支援者と社会との関係について、ここでは福島第一・第二原発職員を例に挙げた。しかし支援者の苦悩は、彼ら特有のものではない

ように感じる。それは支援者に対して献身的な活動を続けてきた被災地域の支援者、外部からの支援者、さらにはすべての医療者の業務にも共通するのではないだろうか。

震災直後には、多くの支援者が周りを助けるために自らの命を落とした。そして、震災から時が経つにつれ、支援者が燃え尽きてモチベーション低下に苦しみ、戦線離脱していく話を次々と聞く。

それでも、支援者は人々のために尽くしている。支援者が心身の健康を維持し、誇りを持って活動するためには、社会が支援者の活動を認識し、支援者の尊厳を支える態勢構築が重要だと感じている。

[注] 本稿は筆者の個人的見解であり、防衛医科大学校、防衛省、東京電力株式会社の公式見解ではない。

### 文献

- 1) 重村 淳：こころの科学 165：90，2012.
- 2) Shigemura J, et al：Am J Psychiatry 169：784，2012.
- 3) Shigemura J, et al：JAMA 308：667，2012.

# 惨事ストレスへの対処

自衛隊札幌病院精神科 谷知 正章

防衛医科大学校精神科学講座 重村 淳

## KEY WORDS

- 産業精神衛生
- トラウマティック・ストレス
- 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)
- 災害

### はじめに：支援者のストレスは一般被災者以上である

災害支援において、被災者のメンタルヘルスケアが非常に重要であることはいうまでもなく、メディアの報道もそちらに傾きがちである。その被災者を支援する支援者・救援者（以下、支援者）のメンタルヘルスは注目されることが比較的少ない。しかし、実はそのストレス反応は被災者よりも高い割合を示す<sup>1)</sup>。

支援者は、その業務を通じて被災し、混沌とした惨状の最前線で遺族・遺体と関わり、不眠不休の働きが求められる。二次災害の危険性や、最悪の場合には殉職の危険性をも伴う。被害が大規模の場合には、支援者が1人でできることへの無力感や罪責感を特に感じやすい。自らが被災者である場合も少なくなく、家族の安否確認が取れない、亡くなっているなどのなかで働き続けなければならない状態は、沈痛の極み

である。さらには、その支援活動が社会から受け入れられればよいが、非難や中傷の対象となる場合もあり<sup>2)3)</sup>、心の痛手はより広がることとなる。

ストレスから回復する力は誰もが有しており、また教育や訓練は強いストレス体験への対応能力をさらに高めるが、この能力を超えてしまうと支援者もときに心的外傷（トラウマ）になりかねない。この支援者特有のストレスは、惨事ストレス（critical incident stress）と呼ばれている。

## I. 惨事ストレスがメンタルヘルスに与える影響

惨事ストレスによって支援者にはストレス反応が出現するが、たいていは一時的で自然に回復していく。誰にでも起こりうる心理的反応として、この反応は外傷後ストレス反応（post-traumatic stress response：PTSR）とも呼ばれている<sup>4)</sup>。しかしこの反応が長期

化する場合がある<sup>59)</sup>。長期化する精神障害としては、PTSRが1ヵ月以上持続する心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder ; PTSD) が代表的である。他にも、うつ病、アルコール依存症、恐怖症など、反応は実に多岐にわたり、複数の障害を合併する場合もある。また、対人関係上の問題、業務への意欲低下、離職などの行動変化として表出されることもある。

なかでも遺体関連業務はきわめて過酷であり、遺体・遺留品・遺族への曝露は特にストレス反応を引き起こしやすい<sup>7)</sup>。遺体や遺留品への感情移入、同一化はPTSD発症の危険因子であり<sup>8)</sup>、子供や知人を連想する遺体や遺留品は、さらにリスクを上昇させる<sup>9)</sup>。

また、被災地における二次災害や、殉職の問題も存在する。特に殉職は、所属組織や支援者に与える影響が大きい。殉職者を救えなかった、生き残ったことへの罪責感 (サバイバーズ・ギルト : survivor's guilt) で長期的な苦悩を引き起こすこともある<sup>2)</sup>。

## II. 支援者へのケア<sup>2)7)10)</sup>

支援者は業務の一環として惨事ストレスに曝されるため、組織的な惨事ストレス対策が必要不可欠である (表1)。惨事ストレスのみならず、メンタルヘルスに関する平時からの教育・訓練が前提となるが、さらに派遣前、派遣中、派遣後それぞれの時期に応じた特徴について言及する。

### 1. 派遣前：「誇りをもちながらも身分相応に、後方支援組を忘れずに」

派遣前には、任務に伴う社会的重要な

表1. 惨事ストレスへの対処

①教育、理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレス反応は「異常事態に対する正常反応」</li> <li>・誰もがその人なりの回復力をもっている</li> <li>・業務に誇りをもちながらも身分相応に</li> </ul>
②組織的対策	<p>&lt;組織&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織として職員を守る姿勢を明示する</li> <li>・業務を事前に具体的に明示する</li> <li>・教育訓練によって「チーム」を意識させる</li> <li>・若年者、未経験者、女性などのハイリスク群を同定する</li> </ul> <p>&lt;管理職&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・部下に積極的に関わる</li> <li>・ローテーション・配置転換で負担を調整させる</li> <li>・管理職の責任で部下を強制的に休養させることもときには必要</li> <li>・管理職自身のストレス管理に留意する</li> </ul>
③セルフケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分のストレス反応に気づく</li> <li>・生活リズムを崩さない</li> <li>・気分転換する</li> <li>・遺体関連業務で感情移入しない</li> <li>・1人で抱え込まない</li> <li>・家族、友人、同僚と平時以上に連絡を取る</li> <li>・職員同士でお互いにねぎらい合う</li> </ul>

性、誇りなど心構えをしっかりとつ一方で、「支援者が現場でできることに限界があることを認識させること」が求められる。被災者のために身を粉にして献身したいという思いは誰しももつが、現場では自分の思うようなレベルの活動 (平時の資格を活かすなど) がなかなかできない、それ以前に活動すらできない場合も存在する。結果的に、多くの支援者は「不安全感」を抱えて派遣から帰ることになる。実際、東日本大震災においては「こころのケアチーム」が早期から非常に数多く現地入りしたが、結果的にはチームそのものが不安全感を抱えて活動終了することもあった。

ここで重要なのは、「not doing but being」の観点であると考えられる。現場は外部から予測のつかない事態が終始発生し続ける。事前に準備された通りの支援では不十分であることが多いが、現場は物資不足などで柔軟な機

動力も確保できない。そもそも、現場は情報収集も情報発信も不能の状態であることが多く、外部からの「doing」が不十分となるのは至極当然の話である。そこで「being」の観点が重要となってくる。被災者のニーズを細やかに収集し、支援内容へ柔軟に活用するためには、現場で共に生活し共に悩む存在こそが必要なのである。たとえば、東日本大震災において、被災者が実際に最も必要としたのはむしろ先行きがみえない不安な将来に対する現実的な情報や、依然不足し続ける物資であった<sup>11)</sup>。

支援者の「不安全感」を軽減するうえでもう1つ重要なテーマがある。それは、生活基盤の設定である<sup>11)</sup>。飲食物の安全性や、入浴排泄などの衛生環境を中心とした生活基盤が低すぎると、支援者のストレスが増大することは想像に難くないが、被災者より生活基盤の水準を高く設定してしまうと、「被



表2. 災害支援者に生じる心身の反応

心身の変化	<p>&lt;心&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・気分高揚, イライラ, 怒り, 不安, 無力, 自責, 憂うつ (強度の場合: 現実感や時間感覚を失う, 繰り返し思い出す, 感情が麻痺する, 他人との関わりをもちたなくなる)</li> </ul> <p>&lt;体&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不眠, 悪夢, 動悸, 発汗, めまい, 呼吸困難, 嘔気, 腹痛</li> </ul>
行動への影響	<p>&lt;行動&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・酒やタバコの量が増える</li> <li>・危険を顧みなくなる</li> <li>・規律を守らなくなる</li> <li>・トラブルが増える</li> </ul> <p>&lt;業務&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過度に業務に没頭する</li> <li>・集中力や思考力が低下する</li> <li>・上司を過度に批判する</li> </ul>
遺体関連業務 特有の反応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嫌悪感</li> <li>・消化器症状(嘔気, 食欲低下)</li> <li>・においに敏感になる</li> <li>・遺体を思い出させる食物を食べられない</li> <li>・遺体や遺留品に感情移入する</li> </ul>

表3. 支援者の惨事ストレス  
出現の危険因子

<ul style="list-style-type: none"> <li>・若さ</li> <li>・女性</li> <li>・経験の少なさ</li> <li>・精神障害の既往</li> <li>・過去のトラウマ体験</li> <li>・管理職</li> <li>・被災体験</li> <li>・過重労働</li> <li>・二次災害</li> <li>・殉職</li> <li>・遺体関連業務</li> <li>・サポートの乏しさ</li> </ul>
---

災害に対して申し訳ない」と感じてしまう。組織として支援者の生活水準を設定する際には、被災者とのバランスを保つことが重要と考えられる。

支援業務に携わるのは最前線の支援者だけではない。後方の支援者や留守業務担当者、家族の支えなどあって支援者が現場で活動できることも、事前教育で強調することは重要である<sup>19)</sup>。

## 2. 派遣中：「セルフケア、労働環境整備。管理職が休まないと部下は休めない」

支援者は現場で惨事ストレスに曝され、特に遺体関連業務などを通じてストレス反応(表2)を生じる場合も多い。誰も回復力をもち合わせているため、周囲からセルフケアを積極的に行うよう促す必要がある。しかしその適応能力を超えたとき、ストレス反応は遷延してしまう。ストレス反応に対して組織として支援者に取るべき対応

は、「hot meals and rest」であると考えられている。過去の戦争経験から、軍陣精神医学では一時的にストレス反応が生じた場合、全例を精神障害としてすぐに後送するのではなく、「異常事態に対する一時的な正常反応」であることを強調し、十分な飲食、睡眠を取れる現場近くの環境に置くことが望ましいとされてきたのだ。一時的なストレス反応がなくなれば、また現場で活動できるようになるからである。

また、支援者は被災者や過熱化する報道の目に曝されるため、活動中に飲食、喫煙、トイレなどの休憩を積極的には確保しづらい場合がある。そのため、生活習慣病を代表とした持病が活動中に増悪する可能性がある。現場は医薬品も不足しているため、派遣前に内服薬を確保し、派遣中は自らの健康管理に留意するよう定期的に注意喚起を行う必要がある。特に糖尿病は、食事摂取との関連が強いため、事前教育

も望まれる。

さらに忘れてはならないのが、管理職のケアである<sup>2)</sup>。管理職は孤独であり、平時から相談相手が乏しい。その一方で、部下の過剰負担を軽減するための配慮、ねぎらいの言葉なども求められ、部下からの誹謗中傷の対象となることすらある。また管理職が休まなければ、部下も休めないという場合もある。管理者自身が模範として積極的にセルフケアし、あえて休みを取ってみせることも組織として重要である。

## 3. 派遣後：「組織内のねぎらい、社会からのねぎらい」

派遣後に組織として問題となるのは、前線の支援者と後方の支援者、支援者と留守業務担当者、支援者と家族などの対立である。惨事ストレスを経験した支援者を周囲がねぎらう必要はもちろんあるが、サポートがなければ支援活動不能であることを支援者も常に留意する必要がある。「all for one, one for all」として、双方向のねぎらいが重要となる。そのためには、情報共有をはじめ、報告会や式典などの組織的な取り組みは惨事ストレス回復における意義が大きい。組織のマクロ対

策として、精神疾患の既往や、過去のトラウマ体験、サポート力の欠如など、惨事ストレスの影響を受けやすい群(表3)の同定・対応が求められる。一方で、支援者それぞれのケースに応じて、きめ細やかなミクロな対応が組織に求められる。

被災者やマスコミから苦情や非難を受けた支援者は、特に注意を払う必要があるだろう。米軍のベトナム戦争帰還兵は、帰国後に国民から非難中傷を受けて苦しんだ。兵士達の補償研究がもとになってPTSDの概念がDSM-IIIで提唱された歴史は、その一端を物語っている<sup>13)</sup>。福島第一原子力発電所事故においても、復旧作業に従事する第一原発職員(n=885)は、震災後2~3カ月の時点で、実に261名(29.5%)が高いPTSRを呈し、差別・中傷を経験した者では、そうでない者と比べて2.17倍(95%信頼区間 1.43-3.30)高いPTSRがみられやすかった<sup>3)</sup>。

振り返ると、支援者は社会のために活動する重要な存在であり、社会からの激励、ねぎらいの言葉は支援者にとって強烈な癒しとなる<sup>14)</sup>。人々との関わりの中かでこそ、支援者は回復していくものである。

## おわりに

惨事ストレスへの対処を組織として検討するうえで、施策やシステム構築は重要だが、決してそれのみで惨事ストレス対処が完結するわけではない。忘れてはならないのは、「人と人とのつながりを、縦横問わずさまざまなレベルで密にしていくこと」である。

ときには、平時の指揮系統とは違ったメンバーで支援に臨まざるを得ない

場合もある。それぞれの支援者がそれぞれのストレス反応を生じかねない現場において、しかも普段とは違った指揮系統の元で活動することになれば、現場が混乱を極めるであろうことは想像に難くない。現地入り直前にはじめて顔を合わせた部下に対し、この混乱の中かで管理者は適切に部下の変調に気づくことが可能であろうか。むしろキーパーソンとなり得るのは家族や、平時から交流のある同僚たちである。

さらにはそれぞれの管理者も、これまでに経験のない業務を突然任されてしまう場合も考えられる。現場は物資が不足し情報収集も困難であるため、手探りで業務をこなさなければならないこともある。このときのキーパーソンは、平時にその業務に携わっていた職員であろう。

これらの例に代表されるように、さまざまなレベルで縦横を問わないつながりが、メンタルヘルスに貢献できる部分は非常に大きい。組織としてシステム構築のみに目を奪われず、基本に立ち返って「絆」に目を向けることも、惨事ストレスへの対処において重要な視点ではないだろうか。

## 文 献

- 1) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ : 60,000 disaster victims speak : Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 65 : 240-260, 2002
- 2) 加藤 寛 : 消防士を救え！災害救済者のための惨事ストレス対策講座。東京、東京法令出版株式会社, 2009
- 3) Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, et al : Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA* 308 : 667-669, 2012
- 4) van der Kolk BA : The body keeps

the score : memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* 1 : 253-265, 1994

- 5) 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
- 6) 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
- 7) 重村 淳, 徳野慎一, 山田憲彦, 他 : 遺体関連業務における災害救済者の心理的反応と対処方法の原則. *防衛衛生* 55 : 163-168, 2008
- 8) Leffler CT, Dembert ML : Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis* 186 : 574-577, 1998
- 9) Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, et al : Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psychiatry* 156 : 353-359, 1999
- 10) 重村 淳 : 惨事ストレス. 飛鳥井望 編, 心的外傷後ストレス障害 (PTSD). 最新医学別冊 新しい診断と治療のABC 70. 大阪, 最新医学社, 179-183, 2011
- 11) 谷知正章, 龍城敏孝, 斉藤 拓, 他 : 東日本大震災に伴う災害派遣を考える ~自衛隊仙台病院とハイチPKOの派遣経験を通じて. *日本精神神経学会総会プログラム・抄録集* 108 : S256, 2012
- 12) 重村 淳 : 東日本大震災における救済者・支援者の意義. *トラウマティック・ストレス* 10 : 3-8, 2012
- 13) 飛鳥井望 : トラウマ概念とPTSD. 飛鳥井望 編, 外傷後ストレス障害 (PTSD). 最新医学別冊 新しい診断と治療のABC 70. 大阪, 最新医学社, 17-25, 2011
- 14) Shigemura J, Tanigawa T, Nomura S : Launch of mental health support to the Fukushima Daiichi nuclear power plant workers. *Am J Psychiatry* 169 : 784, 2012



## 津波てんでんこ (Tsunami Tendenko)

重村 淳

津波てんでんこは、度重なる津波被害を経験してきた三陸海岸における津波防災の言い伝えである<sup>3,4)</sup>。三陸地方には、古くには西暦869年の貞観の大津波が記録として残っているが、1896年の明治三陸大津波では、東北地方で約2万2千人が犠牲になり、以降も大小の津波が押し寄せた。その際、親が子を助けたり、子が親を助けたり、兄弟・姉妹が助け合おうとした結果、死者数が増幅してしまったことが挙げられた。

「てんでんこ」とは、「てんでんばらばらに」を指し、「こ」がついたのは、岩手県地方の方言と言われている<sup>3)</sup>。「てんでんこ」には、「よし、ここはてんでんにやろう」など、お互いを認め合った上で「別々に」「それぞれに」行うという意味合いも持つ。津波は猛烈な速度と破壊力を持ち、そこから逃げて助かるためには、親でも子でも兄弟でも、他人のことは構わずに、「てんでんばらばら」に、一刻を争って逃げるのが犠牲者を最小限にするという伝えである。一方、小児・高齢者・障害者など、いわゆる災害弱者の避難については、地域や集落全体の問題と考えることが強調されている。「自分たちの地域は自分たちで守る」という理念のもと、平常時からの防災対策が重要であること、自動車の避難など、その地域特性に合った避難方法の検討も課題となっている<sup>3,4)</sup>。

緊急時の集団行動が避難の遅れにつながることは社会学領域からも報告されている。ニューヨークで1993年に起きた世界貿易センタービル・テロでは、危険を察知した者が必ずしも即座に逃げ

るとは限らず、むしろ、馴染みのある人や場所に近づくことを求めている (social attachment model)<sup>2)</sup>。また、避難行動を始めると、馴染みのある対象へ (実際の危険度とは個別に) 向かっていった<sup>2)</sup>。2001年9月11日の世界貿易センタービル・テロの際、ビルで働く者が避難を始めるための要因<sup>1)</sup>としては以下が挙げられた: 危険の察知 (嗅覚による感知, 1993年世界貿易センターテロを知っていた, 事態がテロだと感じた)・避難時行動の知識・健康状況・避難に適した靴・集団としてのまとまり・集団内でリーダーシップを持つ個人の有無。一方、勤続期間が短かったり、電話をかけたり、残った仕事を仕上げたりする行動、身体能力への不安を持つことは避難の遅れにつながった。集団が避難するための要因としては、職場での準備度、責任者の避難命令、避難方向の具体的指示などが挙げられた。

### 文 献

- 1) Gershon, R. R. M., Qureshi, K. A., Rubin, M. S., et al.: Factors associated with high-rise evacuation; qualitative results from the World Trade Center. *Prehosp. Disast. Med.*, 22; 165-173, 2007.
- 2) Mawson, A. R.: Understanding mass panic and other collective responses to threat and disaster. *Psychiatry*, 68; 95-113, 2005.
- 3) 山下文男: 津波の恐怖 - 三陸津波伝承録 - . 東北大学出版会, 仙台, 2005.
- 4) 山下文男: 津波てんでんこ 近代日本の津波史. 新日本出版社, 東京, 2008.

# 福島第一・第二原子力発電所職員へのメンタルヘルス支援活動

重村 淳\*<sup>1</sup> 谷川 武\*<sup>2</sup> 佐野 信也\*<sup>1,3</sup>  
 佐藤 豊\*<sup>1</sup> 桑原 達郎\*<sup>1</sup> 吉野 相英\*<sup>1</sup>  
 藤井 千代\*<sup>4</sup> 立花 正一\*<sup>5</sup> 立澤 賢孝\*<sup>1</sup>  
 戸田 裕之\*<sup>1</sup> 野村 総一郎\*<sup>1</sup>

\*<sup>1</sup>防衛医科大学 精神科学講座 \*<sup>2</sup>愛媛大学大学院 医学系研究科 公衆衛生・健康医学 \*<sup>3</sup>防衛医科大学 心理学学科  
 \*<sup>4</sup>埼玉県立大学 保健医療福祉学部 \*<sup>5</sup>防衛医科大学 研究センター 異常環境衛生研究部門

## Key Words

東日本大震災、福島第一原子力発電所事故、惨事ストレス、トラウマティック・ストレス、産業精神保健

## はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、第2次世界大戦以降、わが国が経験したことのない大規模災害となった。そして東京電力福島第一原子力発電所（以下、第一原発という）事故は、発電所の相次ぐ爆発、メルトダウン、放射性物質の放出、周辺地域住民の避難など、国際原子力機関（IAEA）におけるレベル7の事故規模となり、1986年のチェルノブイリ事故以来最悪の放射線災害となった。第一原発の約12km南に位置する東京電力福島第二原子力発電所（以下、第二原発という）も同じく震災の被害にみまわれ、電源がかろうじて確保されたために第一原発ほどの大惨事には至らなかったものの、不眠不休の復旧作業が続いた。

過去の災害研究において、災害支援・救援・復旧業務に当たる者（以下、支援者という）は、その業務の性質上、一般被災者と比べて心的外傷（トラウマ）を負いやすいことが知られている<sup>5,7)</sup>（表1）。これは、仕事を通じて惨事・遺体・遺族などに関わる猛烈なストレス（惨事ストレス）を

表1 ト라우マ反応をきたしやすい高リスク群

生命の危険が高かった人  
 近い人を亡くした人  
 経済損失の大きい人  
 女性  
 小児  
 高齢者  
 障害者（精神・身体）  
 外国人  
 支援者・救援者

受けたり、活動を通じての二次災害の危険性や、その社会的責務から逃げづらい状況などが関係するため、そのリスクは支援者自身が被災者である場合に、より高まる<sup>7)</sup>。チェルノブイリ事故後25年間のメンタルヘルス研究をまとめた総説においても、復旧作業従事者は、さまざまな母集団のなかでPTSD・うつ病・自殺の危険性など、メンタルヘルス上の高いリスクを呈していた<sup>3)</sup>。

震災からの1日も早い復旧・復興は社会全体の願いであろう。しかし、とりわけ第一原発は、廃炉まで数十年の年月を要することが予測されている。第一・第二原発の復旧作業に当たる支援者たちのメンタルヘルス維持は、その作業を進めるための鍵となる。第一・第二原発職員の多くは地元