

11 中・長期のメンタルヘルス対策

1. 精神疾患と震災

災害によって PTSD の罹患率が上昇することは繰り返し報告されているが、PTSD 以外の疾患について調べた報告は乏しい。新潟県中越地震の3年後に65歳以上の被災者を調べた Suzuki らの報告⁴⁾では、震災後の3年間にうつ病は男性の1.6%、女性の5.5%に認められ、3年後の時点有病率は大うつ病0.5%、小うつ病1.4%であった。この調査結果は、過去の海外の報告と比べうつ病の有病率は低かったが、それでも亜症候性の抑うつ症状を示す被災者が長期に存在することが示された。また、被災規模が全く異なる今回の震災については、新潟以上の影響が生じている可能性も高い。

オランダの花火工場の大火事後の調査⁵⁾では、災害から2年後の過去1年間の精神疾患有病率は被災者の48.3%に上った。疾患別には PTSD 21.8%、特定の恐怖症 21.5%、うつ病 16.1% などが多くを占め、精神障害を複数併存する者も多かった。さらに、その2年後(災害から4年後)の追跡調査では、PTSD 4.5%、特定の恐怖症 12.4%、うつ病 9.5% となり、2年間で有病率は低下したが、それでもオランダの一般人口における特定の恐怖症 6.9% とうつ病 5.7% よりも有意に高かった。一方で、PTSD は一般人口の 3.3% と比べて統計的有意差は認めなかった。他国における異なる種類の災害ではあるが、災害によって精神疾患が増加し、その後、徐々に減少するものの、災害から4年経っても精神疾患の有病率が高いまま経過することが分かる。今回の災害においても、このような精神疾患の増加に備えて、精神疾患の予防、早期発見、早期介入に向けた包括的なアプローチが必要なことが分かる。

2. 悲嘆・PTSD と震災

震災ではさまざまな喪失が起こる。家族や友人の死、身体的健康、家や財産の喪失、個人的

なアイデンティティの喪失、社会的役割の喪失、安全の感覚の喪失などである⁶⁾。死別とは重要な他者を失うことであるが、悲嘆には重要な他者の喪失に対する心理的、情緒的、認知的反応が含まれる。悲嘆そのものは正常な反応であり、個人差はあるが人がもつレジリエンスによって時間の経過と共に徐々に回復する。一方で、複雑性悲嘆では、解消されずに遷延化した強度の悲嘆のために実生活上大きな機能障害が引き起こされる。しかし、実際には正常と異常を区別することはとても難しい。

PTSD は、災害後に有病率が増加する代表的な精神疾患である。災害後の PTSD は自然経過で回復する割合は高いが⁷⁾、6か月を超えて持続する場合や、潜伏性に発症する場合には、その後症状が遷延する危険性が高い。また、恐怖症などの形で部分的に症状が遷延する場合もしばしばある。PTSD にうつ病やアルコール関連障害が合併するなど、一般に併存診断が多くなるほど治療も難しくなる。

PTSD や複雑性悲嘆などのトラウマ関連の精神障害のために精神医療の現場に現れる被災者はまだ少ない。しかし、医療の現場や相談機関を一步離れ、被災の激しい地域に行くと、PTSD をもつ人々にしばしば遭遇する。精神科医療機関を訪れないのは、PTSD を精神疾患として認識していなかったり、症状が遷延することへの自責感、症状を人前で話すことへの恐怖感、精神科医療機関への抵抗感などが関与しているのかもしれない。遷延する PTSD をもつ被災者が、日常生活のなかでさまざまな症状に苦しみ、重症化、慢性化してから相談機関や医療機関を訪れることになってしまうことが懸念される。PTSD の診断と評価を正しく行い、適切な支援が行われるような体制を準備すると同時に、被災地において被災者と支援者双方に対して PTSD の知識や対応についての普及、啓発を行うことも重要である。

3. 自殺と震災

被災後の生活苦や心理的ストレス、精神疾患の増加などに伴う自殺者の増加についてはマスメディアや社会にとって大きな関心事である。しかし、米国での災害による自殺者数を調べた研究⁷⁾では、災害後に自殺者が増加するという事実は認められなかった。阪神・淡路大震災における調査⁸⁾では、震災後2年間で自殺者が減少し、その後は元に戻っていく経過が報告されている。しかし、被災地のなかには元々自殺率の高い地域も多く、震災前からさらなる自殺対策が必要であったことを考えると、メンタルヘルス対策だけではなく、貧困対策、失業対策、借金対策なども含めた包括的な対策と関連領域間の連携が重要である。

4. アルコールと震災

震災後のストレスを緩和する目的で飲酒量が増加し、これが問題飲酒につながるものが懸念される。これまでの報告では、災害後にアルコール消費量が増加するという報告、増加しないとする報告、減少するという報告⁹⁾もあり、災害とアルコール使用の問題は単純な関係ではない。アルコール使用の問題は、孤独死との関連も指摘されており、また、問題飲酒に伴う行動により家族や周辺住民に影響が及ぶこともあり、被災地の精神保健対策における重要な課題である。Northらが過去の10の災害のアルコール使用障害について調べた研究では¹⁰⁾、震災後のアルコール使用障害のほとんどは、震災前から持続していた問題や再発であった。特に、災害に伴う感情の問題を紛らわすためにアルコールを使用する人たちにアルコール使用障害が多かった。このようなハイリスク群にはより重点的な対策が必要である。

被災地においても、仮設住宅などでの問題飲酒についての相談要請が少しずつ増えてきている。アルコール対策の専門家は限られており、広域な被災地をどのようにカバーしていくのかが難しい問題である。各地域で当事者組織を立

ち上げ、活用するということが検討されているが、これも一朝一夕にできるものではなく、各地域における今後の地道な活動が求められる。

5. 被災住民のケアと震災

地域のコミュニティーが失われ、住民は孤立しがちである。住民同士の交流を促進し、人と人とのつながりを取り戻していくことが災害後の心のケアには重要である¹⁾。被災地では、仮設住宅の見守りを行う一般の支援員、民生委員、ボランティア団体などが活動を行っており、こうした非専門職の支援員に、メンタルヘルスについての基本的な知識を身に付けてもらう必要がある。また、こうした支援員は、聞き手側が精神的打撃を受ける代理受傷¹¹⁾のリスクが高いため、専門家が適切なアドバイスを行い心理的にもサポートしていくことが大切である。

被災住民のうち仮設住宅の住民は、支援の対象として注目が集まりやすいが、実際には、民間住宅に移り住んでいる民賃被災者、津波による損傷の少なかった2階で暮らす被災者も多い。しかし、こうした仮設住宅以外に住む被災者に対しては行政のサービスはあまり行き届かず、精神保健的な関わりをもつことも難しい。地域の保健師の活動を支えるために多くの人手が必要である。また、地元を離れて暮らす被災者も数多く、その実態把握はきわめて難しい。

6. 職場のメンタルヘルスと震災

被災地においては、自治体、病院、消防、警察、学校などでさまざまな職種が、震災関連業務に携わっている。こうした人々の多くは支援者であると同時に被災者でもあり、震災関連業務の負荷により、多大なストレスを被っている。被災地のこうした組織や機関では、震災直後からの過重労働は徐々に解消されつつあるが、通常業務に震災業務が負荷されている状況には変わりはなく、新規の慣れない仕事に苦勞している。職場では、上司と部下のコミュニケーションがうまくいかず対人関係が悪化している場合もあり、職場環境の悪化が強いストレスとなっ

ている。休職者が増加し、離職者も出始め、職員の士気の低下が危ぶまれている。

しかし、被災地の職場のメンタルヘルス対策は一般に脆弱であり、人事課の担当者を含めメンタルヘルスについての知識や理解も限定的である。今後は休職者に対するリワークや復職支援の準備を進めていく必要性は高いが、そこまで手が回っていないのが実情である。被災地の公的機関の職員が総倒れになっては、被災地の復興はますます遠いものになってしまう。関連省庁や専門家によって大局的な視点から対策をとることが必要ではないかと考えられる。

7. 子ども・若者/高齢者と震災

災害において子どもは最も脆弱な存在であり⁹⁾、震災後に家族がバラバラになっている場合には、一緒に生活できるように環境を整えることが最優先される。一方で、親がPTSDをもっていたり、精神的に不安定である場合には、子どもにも悪影響が及ぶため、親に対する支援が必要となる。学校において子どもを支援したり、教師の手助けをすることが有効であると考えられており、スクールカウンセラーの活動に期待が寄せられている。子どもの多くは一般的なサポートシステムや基本的な支援アプローチに良好な反応を示すが¹⁰⁾、一部の子どもでは専門治療が必要とされる。このため、理想的にはスクールカウンセラーの活動など、教育現場での支援と精神保健領域での支援が連携することが望ましい。しかし、震災後のみならず震災前から教育機関と精神保健機関との連携は必ずしも密とはいえないため、今後の連携強化に期待したい。

高齢者も災害において最も脆弱な存在である。慣れ親しんだ住居や地域から切り離され、震災後の新たな環境に適應することに困難を来すことも多い。行動範囲が狭まり、狭い仮設住宅で動くことも減ってしまう。孤立や運動不足のリスクが高くなる。ストレスに伴って一過性に認知機能低下を来す者も多いが、一方で、認知症に伴う行動障害が、より早期から問題になってく

ることも懸念される。うつ病を発症する者も多く、高齢者には特別な関心を向けるべきである。

■おわりに

災害後の急性期では、既存の精神疾患をもつ被災者への対応やさまざまなストレス障害への対応が必要である。混乱する被災地では全国からの支援チームと地元関係者によって精神保健医療が支えられた。中・長期的には、PTSD、不安障害、うつ病などの精神疾患の増大が予想されており、これらの予防、早期発見、早期介入に向けた取り組みが必要である。アルコール使用問題、自殺対策など従来の精神保健領域での課題に加えて、被災住民に対する支援活動、支援員への研修やサポート、複雑性悲嘆への対応、教育機関と精神保健機関との連携、公的機関での職場のメンタルヘルス対策の強化などの課題にも取り組む必要がある。

…………… 文 献 ……………

- 1) 金 吉晴編：心的トラウマの理解とケア。第2版。じほう、東京、2006。
- 2) 鈴木友理子他：災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版—エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から。平成22年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」（研究代表者：金 吉晴）総括・分担研究報告書。2011年3月15日。
- 3) 金 吉晴編：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。平成13年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」（主任研究者：金 吉晴）。平成15年1月17日。
- 4) Suzuki Y, et al : *J Epidemiol* 2011 ; 21 : 144-150.
- 5) Meeuwisse ML, et al : *J Trauma Stress* 2011 ; 24 : 405-413.
- 6) Stoddard FJ Jr., et al (eds) : *Disaster Psychiatry : Readiness, Evaluation, and Treatment*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2011.
- 7) Krug EG, et al : *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 148-149.
- 8) Nishio A, et al : *Psychiatry Clin Neurosci* 2009 ; 63 : 247-250.
- 9) Shimizu S, et al : *Addiction* 2000 ; 95 : 529-536.
- 10) North CS, et al : *Arch Gen Psychiatry* 2011 ; 68 : 173-180.

東日本大震災におけるトラウマ

——事例を通しての考察

高橋葉子

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
みやぎ心のケアセンター

松本和紀

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座
みやぎ心のケアセンター

はじめに

東日本大震災は、地震、津波、原発事故という複数の災害がほぼ同時に発生し、被害規模が複数の県にまたがった広域災害である。死者一万五八六名、行方不明者二九四六名で、全壊または半壊の家屋は三九万三四四三戸にのぼった（平成二四年六月二七日現在。警察庁ホームページより）。とくに、沿岸部は津波により壊滅的な打撃を受け、地域住民のなかには、自然の猛威により大きな建造物があったという間に破壊され、そして人間が目の前で呑み込まれていく様子を目撃し、生命の危険を感じるなどの壮

絶な体験をしている者も少なくない。

しかし、震災から一年あまりが過ぎた現在、PTSDや複雑性悲嘆などを直接の理由として精神科医療機関を受診する者は散見される程度である。一方で、被災の激しい地域に行つて被災者に会い、ゆつくり時間をかけて話す機会をもつと、さまざまなレベルでトラウマや喪失の体験を聞く機会が多く、なかにはPTSDや複雑性悲嘆の診断基準を満たすレベルの人に会うこともある。回復過程にある人や、部分的に症状が遷延している人も含めれば、かなりの人々が東日本大震災によってトラウマを受けたはず

である。

本稿では、筆者らが被災地支援のなかで出遭った人々の体験をもとに、四つのモデル事例を紹介し、東日本大震災におけるトラウマについて考えてみたい。なお、事例は、すべて筆者らが直接見聞きした経験に基づいているが、個人が特定されないように修正を加えている。

トラウマと居住環境

〔事例1：無職、女性〕

震災前に胸にしこりを自覚し、病院を受診しようかと考えていたところ、震災に遭い、津波で自宅が大規模半壊した。半身麻痺の夫を必死で車に乗せ、高台まで逃げた。自宅を直すまでの間は内陸の親戚の家に身を寄せ、夫を介護しながら生活した。自宅の修理に関するこまごまとしたことはすべて本人が対応した。夫の介護と自宅修理で慌ただしく過ごす毎日疲れきっていたため、胸のしこりのことは忘れていたという。

震災から一年が経とうとした頃、胸のしこり部分に痛みを感じた。総合病院を受診したところ、進行した乳がんが診断された。本人は強い絶望感に襲われ、泣き続けたが、なんとか手術を終えた。補助療法については悩んだが、「津波で一度死ぬかもしれない。拾った命なの

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、もつと早くにがんを見つけて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、食欲もなくなった。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った。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」と思っただけで感情をコントロールできなくなる。自宅に戻ったら、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っては、愛着のある場所そのものが、苦痛をともなう再体験の引き金となったり、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っ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ってしまった。とくに、この方の場合には、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な苦痛に満ちた体験と混じり合っただけで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、手術が終わって、いざ自宅に戻るかもしれないという段になって、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ってしまう。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、自宅には戻ることができなくなってしまう。

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って、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」と言っただけで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っただけという理由だけではなく、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った後、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っ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まで搬送した。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わからない。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、「サバイバース・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わからない」「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ス・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、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、近所の人から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したが、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く、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った。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ったので、かかりつけの内科医院で不眠を訴えた。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っているという。

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ってしまっ

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さえも、「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っている場合がある。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、回避症状が揃っているようだが、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

とこれにともなう精神疾患に詳しい専門家が、被災地で実際に相談やアドバイスを行え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、就職直後に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カ月休職をした。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、遺体安置所のことや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、に疲弊し、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。お母さんが見つかってい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かない。

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っている場合もあり、「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」 埴入俊樹・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 森岡白起子

■エッセイ・誤診をめくって

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」にみる眼差しと行方 土井隆義

■新連載

うつ病の誤解と偏見を斬る！(1)
葬式誤病 坂元 薫
この病、この一歩(1) 発達の違いは「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・シェルター 風野春樹
子どものこころ・子どもの遊び(14)
鏡映としての悪言 酒本 保

■ほんとの対話

岩永竜一郎『もつと笑顔が見たいから』 神田橋係治
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ツ(保健室)
..... すぎむらなおみ
せつ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.nippon.co.jp/

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。

(文 献)
(1) 金吉晴編「心的トラウマの理解とケア」第二版(二二二—三二頁、じほう、二〇〇六年)
(2) バトリシア・アンダーウツッド(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)

に適した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。

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。

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—三〇頁、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 ; PTRS) 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PTSD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、一概に論じることはできない。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^{11,2)}。

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と比較した場合、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⁾⁻¹⁸⁾。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¹⁹⁾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PTSD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) や全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²⁰⁾。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

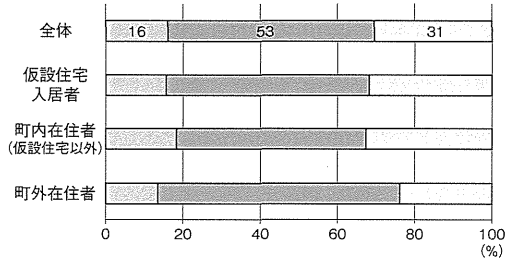


図1. 回答者の年齢構成
□：18歳未満，■：18～64歳，□：65歳以上

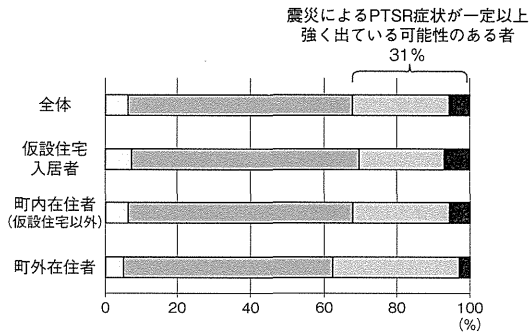


図2. 出来事インパクト尺度の結果
□：0点，■：1～24点，■：25～49点，■：50点以上

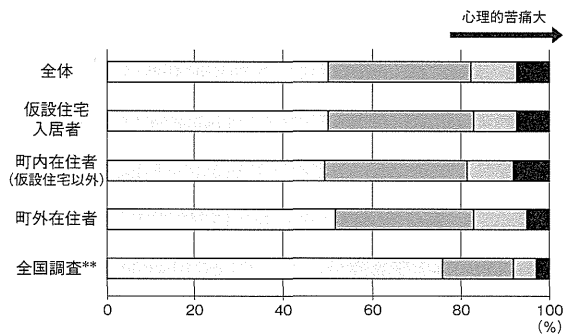


図3. 全体的な精神の健康度問診票(K6)の結果
□：0～4点，■：5～9点，■：10～12点，■：13点以上
**川上憲人，他：平成18年度政策科学総合事業報告書から

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

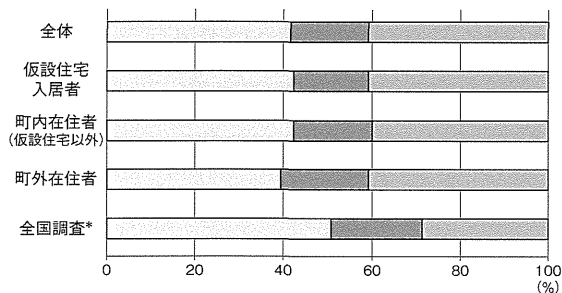


図4. 不眠評価尺度の結果
□ : 0～3点 (睡眠障害の疑いなし), ■ : 4～5点,
■ : 6点以上 (睡眠障害の疑い)
*Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, et al : How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med* 6 : 5-13, 2005

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) 七ヶ浜町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 Kesenuma, "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

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事を感じ、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

プの時間は後半の茶話会を含め計2時間あったが、参加者の多くから「あっという間だった」という感想をいただいた（研修後のアンケートでは、サポートグループの時間について62%の方が「ちょうどよい」、33%の方が「やや短い」と答えていた）。2時間のあいだ、会場には笑い声や涙声などが聞こえ、参加者はそれぞれの半年間をかみしめていた。

研修終了後、研修に参加された宮城県看護協会気仙沼支部の方々と振り返りを行い、参加者とファシリテーターが共に有意義な時間を共有できたことを確認した。アンケートもおおむね好評であり、講義については「とてもよい」「よい」と答えた人が96%、サポートグループについても「とてもよい」「よい」と答え

た人が95%であった。この結果を受け、「このようなところのケア研修をシリーズ化してほしい。」という声をいただいたので、2012年2月4日に第2回目を行った（詳細は東京女子医科大学の小山先生の項を参照）。その時にも、ひきつづき2012年夏ころにも再び開催してほしいという声をいただいた。

このように、被災地から要望を受けて継続的に支援にかかわることができるのは、支援する側にとっても非常に貴重な体験である。今後も、災害後の移り変わるフェーズをアセスメントしながら、その時に必要な支援を被災地の方と共に考え、一緒に展開していきたいと思う。

災害後の看護師の
心のケア

東北大学予防精神医学寄付講座
精神看護専門看護師
高橋 葉子

スライド1

惨事ストレス

- ・ 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
- ・ 引き起こしやすい状況
 - 一 悲慘な遺体を扱う
 - 一 子どもの遺体を扱う
 - 一 被害者に肉親や知り合いがいた
 - 一 活動中に怪我をする、同僚が負傷・殉職する
 - 一 十分な活動ができない

スライド2

惨事ストレス体験直後に
起こりやすい反応

- ・ 過覚醒：不眠、イライラ、過敏
- ・ 解離：記憶が連続してない、断片的である、呆然とする
- ・ 再体験：フラッシュバック、悪夢
- ・ 生き残った罪悪感、自責
- ・ 死別による悲嘆
- ・ 過去のトラウマ体験の再燃

スライド3

惨事ストレスの
長期的反応

1. 罪責感、罪悪感（サバイバース・ギルト）
2. 怒りと不信：組織内での葛藤
3. 日常業務に対する意欲低下
4. さまざまな精神的障害
 - ・ PTSD
 - ・ うつ状態
 - ・ アルコール依存

スライド4

阪神・淡路大震災を 体験した看護師は

<阪神・淡路大震災から10年後の調査>

- 全壊した病院の看護師
PTSD症状をもつ者 14.6%

(他の病院の看護師より有意に高かった)

スライド5

サバイバーズ・ギルト (生存者罪悪感)

- 災害や事故などに遭いながら生還を遂げた人が、周りの人々が亡くなったのに自分が助かったことに対して、しばしば感じる罪悪感のこと

- 「なぜ自分は生き残ったのだろう」
- 「自分は生きていていいのだろうか」
- 「私のせいであの人は亡くなった」
- 「私はもっと援助すべきだった」
- 幸せになることや通常の生活に戻ることに違和感
- ……など



スライド7

支援者も被災者であることを 忘れないで

- 全員、心的外傷体験をしている
 - 思考は正常には機能していない
 - 恐怖やパニックなどの強い感情の中でなんとか活動をしていた
- ↓
- 災害中の意思決定なので通常の意思決定とは異なる



スライド9

サバイバーズ・ギルト への対応

- 生存者は無作為であることを理解すること
- 自分自身を罰する必要はないと知ること
- 少しづつでもよいので、日常生活の中にも楽しみを取り入れていくこと
- 当時の対応を非難されても自分を責めないこと
(非難している人はやり場のない怒りをぶつけている)
- 罪悪感や人の役に立つことで緩和するため、何らかの支援方法を与えること

スライド11

最近会った 神戸の看護師さんの話

「震災当時、受け入れられない患者さんはお断りしたんです。そしたら後で患者さんに“なんであの時治療しなかったんだ”って怒られて……。私はなんて悪いことをしたんだろうって思ってしまった。でも多分、無意識にそれを心の中に閉まったんだと思います。そのかわり、私は家が被災していたんですけど、わざと二重ローンを組んだんです。そうやって罰を受けて生きていかなければ許されないと本気で思っていました。10年後に当時から振り返る会があつて、それを話したら皆にそれはおかしいって言われて。だから、宮城の看護師さんにも伝えてください。あなたは悪くないと。誰も悪くないんだと。自分を責めないでほしいんです。」

スライド6

災害時の対応に 「完璧」はない

- 災害は予測不可能で、無秩序で、意思決定の時間は非常に限られている
- 多くの出来事が発生し、何かに焦点を当てて処理することは不可能
- 最善だと思う選択肢を試す時間がない
- 他者の意見を聞く時間や手段が足りない

にもかかわらず……

- 自分や他者を救うため直ちに行動しなければならない

スライド8

悪条件の中で最善を尽くした ことに誇りをもちましょう

- 医療関係者は、患者さんを守るため、その時点での可能な限りの最善で最適なケアを提供したはずですよ
- 業務に携われなかった人も、色々な事情の中で行動せざるを得なかったもので、自分の選択に否定的にならないでください

スライド10

ある自治体病院の 看護師さんの話

「震災のときなんて、家族の安否のわからないまま、私たちが怖くて不安だったのに、でも目の前に患者さんがいたら助けるしかないじゃないですか。患者さんのためにがんばったんですよ。でも、最近ある患者さんに“あんたたちは公務員だから仕事があるだけでした。震災の影響を受けなくていいよな。”みたいなことを言われて。あのときの頑張りは何だったのかなって悲しくなりました。」

スライド12

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いた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)を開き出し、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かないかと思うんですけど・・・。」

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書くことによって、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

以前からの原因

震災

その後の慢性ストレス

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兼務しながら、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