

# 災害時の「こころのケア」に どう向き合うか

大中 俊宏

ONAKA, Toshihiro

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 精神腫瘍科

4月の中旬に、筆者は医療支援チームとして東北に向かいました。任務は避難所の巡回診療でした。震災から1か月が経過しており、地元の医療機関も復興しつつあったので、支援活動の縮小もささやかれていた時期です。さまざまな母体から参加しているチーム同士で情報交換をされていて、こんな話を聞きました。

「震災から1か月、避難所は落ち着いて見えた。そんななか、穏やかに並んでいた診察希望者の1人が、突然に立ち上がり話し始めた。家族が家ごと津波に流された時の状況を淡々と、まるで何の感情も感じていないかのよう。」

この話を聞いたとき、筆者は急性ストレス障害 acute stress disorder (ASD)、外傷後ストレス障害 posttraumatic stress disorder (PTSD) の診断基準(表1)が頭に浮かびました。



## ASD, PTSD とは？

PTSDは、もともと戦争を経験した兵士特有の症状として研究が進められてきた概念である。しかし今日では、90%が一般住民において報告されている。50~90%の一般住民がPTSDを発症してもおかしくない心的な外傷体験をしているにもかかわらず、実際に診断される人は10%前後で<sup>1)</sup>、さまざまな因子が発症を修飾する<sup>2)</sup>と考えられている。

ASDの一部がPTSDに移行するが、3か月程度で自然軽快するものが多く、最初の1年で30~50%が回復、長期的に75~80%は回復、20~25%は長期化する、と報告されている。

中核症状は、①再体験、②回避・麻痺、③覚醒亢進症状、である。PTSDの80%以上で何らかの精神疾患が併存しており、大部分は大うつ病性障害と物質乱用<sup>3)</sup>である。希死念慮が強い人が多く、自殺のリスクは健常者の6倍ともいわれている。



## 災害医療支援で、 ASD, PTSD 患者に どう対応するべきか

ASD, PTSDと診断した場合の治療は、薬物療法と精神療法である。いずれも専門的な知識<sup>4)</sup>が必要であり、時には長期間にわたる関与が必要になる。したがって、災害医療支援という限られた期間しか携わることができない立場で「治療」を目指すことは現実的ではない。さまざまな人が、入れ代わり立ち代わり繰り返し同じ質問をすること自体、患者に「再体験」を強要することになるので、侵襲的ではある。

災害現場でASD, PTSDが気になったときは、以下の二つを目指す。

「からだ」を中心にして、

「こころ」にはあえて深入りしない

例えば、動悸、睡眠障害のような覚醒亢進症状で身体面に出る症状を一次医療のターゲットにする。PTSDでは、物質依存に走りやすいため、抗不安薬による介入は慎重さが求められる。言葉の掛け方、リラクゼーション法、カフェインなどの刺激物質を避ける生活指導など、非薬物的療法を知っておくと役に立つ。

## 保健師との情報共有

保健師は、地域や個々の人々の情報を普段からface to faceでよく把握しており、われわれが提供した情報を全体に還元する術も知っている。また、精神科医や臨床心理士などの「心のケアチーム」とも連携している。今回の医療支援の際に、「心のケアチームが何をやっているのかよくわからない」との声を耳にしたが、「こころ」というデリケートな問題に対しては、目立たぬように限られた人が深く対応するほうがよいのである。

今回の震災が想定を超える規模であったため、「心のケアチーム」の初動がやや遅れ、活動の重複など、少し混乱があったという反省から、国立精神・神経医療研究センターを中心に、全国各都道府県に「心のケアチーム」を設置し、データベース化を目指した「被災者の心のケア支援事業」が予算化された。



## われわれがすべき 「こころのケア」

期限の限られた支援者でも、できることはある。ただし、関与する時期によって、若干スタンスを変える必要がある。その根拠となるのが、Selyeによる心身医学の基礎理論のストレス学説<sup>5)</sup>である(表2)。これは、生体に負担がかかったとき

に「こころ」と「からだ」に生じる現象を説明するモデルである。災害後の経過をこのモデルにあてはめると、以下のようになる。

**災害直後の**

**超急性期～急性期（警告反応期）**

こころもからだも不安定で、今後どのような状況に傾くか、わかりにくい時期。この時期は、①安全、②安心、③睡眠、を提供する。

まずは、物理的に安全な環境の確保が最優先である。物理的な安全が保障されて、安心につながる。

「同情」とは、相手に情緒的に反応して医療のプロらしい言動を忘れることで、「共感」とは、相手の気持ちをくみ取りつつ、プロらしく落ち着いた言動をとることである。われわれに求められるのは「共感」で、その落ち着いた立ち居振る舞いは、被災者のみならずほかの支援者にも安心と安定をもたらすだろう。

心身両面の消耗を防ぎ、回復するためには、睡眠が必要である。安全と安心が確保されて、睡眠が可能になる。

**急性期～亜急性期（抵抗期に相当）**

災害直後の混乱した状態からは少し時間がたち、表面的には落ち着いて見えるかもしれない。しかし、「からだ」の中では自律神経系や内分泌系がフルに活動している。避難所で血圧を測定したら、収縮期血圧が200 mmHgを上回る人が多くいた。血糖には、「カロリーなんか気にしてられない。食物を確保するだけで精いっぱい」という被災地の環境も影響する。

「こころ」の面でも、自律神経系と内分泌系がフル稼働する結果、並外れて気丈に見えるときがある。被災地で長期的に住民の診察に当たった開業医は、「うつ

▼表1 急性ストレス障害（ASD）、外傷後ストレス障害（PTSD）の診断基準

<p><b>A. 以下の2つの外傷的な出来事を経験している</b></p> <p>①自分が命を失いかねない出来事を1度以上経験しているか、自分やほかの人の身体の危険を経験・目撃・直面した</p> <p>②その時に強い恐怖、無力感、戦慄などの情動反応を経験した</p>	
<p><b>B. その出来事を再体験し続けている（以下の1つ以上）</b></p> <p>①その出来事が反復的、侵入的に苦痛を伴って思い出される</p> <p>②その出来事に関する悪夢を反復して見る</p> <p>③その出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする</p> <p>④その出来事を連想させるきっかけで心理的苦痛を生じる</p> <p>⑤その出来事を連想させるきっかけで身体的反応を生じる</p>	
<p><b>C. その出来事と関連するものを持続的に回避し、全般的な反応が麻痺している（以下の3つ以上）</b></p> <p>①その出来事と関連した思考、感情、会話を回避する</p> <p>②その出来事を思い出す行動、場所、人物を回避する</p> <p>③その出来事の重要な事柄を思い出せない</p> <p>④大切な活動への興味を失ったり、参加する意欲がなくなる</p> <p>⑤周囲の人から孤立していると感じている</p> <p>⑥感情の反応が低下していたり、不適切であったりする</p> <p>⑦将来の希望が閉ざされたような感覚を持つ</p>	
<p><b>D. 持続的な覚醒亢進症状を示す（以下の2つ以上）</b></p> <p>①睡眠障害</p> <p>②過度にいらいらして怒りっぽい</p> <p>③物事に集中することができない</p> <p>④過度に周囲を警戒する</p> <p>⑤過度に驚きやすい</p>	
<p><b>E. 本人や周囲が苦痛と感じていたり、日常生活や職業や学業で大きな機能障害をもたらしている</b></p>	
<p><b>F. 以上が</b></p> <p>①1か月未満であれば ASD</p> <p>②1か月以上であれば PTSD</p>	
<p>DSM-IV-TR「精神疾患の診断・統計マニュアル」より改編して許可を得て引用。あくまでメンタルケアの専門家以外のために簡易な表現にしてあるので、厳密を期される場合はオリジナルを参照いただきたい。</p>	

▼表2 ストレス学説によるこころの変化

警告反応期 (直後～日～週単位)	負荷による「こころ」と「からだ」への歪（ショック相）を自律神経系（交感神経系）と内分泌系（副腎皮質ホルモン）が元に戻そうとする（反ショック）時期で、当然ながら「こころ」も「からだ」も非常に不安定になる
抵抗期 (週～月単位)	自律神経系や内分泌系の機能がさらに高まる時期。「こころ」と「からだ」の変化として、血圧、脈拍、血糖などの上昇、過覚醒症状（睡眠障害、過敏、気分の高揚）がみられることがある。この時期に何らかのサポートがあると回復が早まり、さらに負荷がかかると疲弊期への進行が早まる。このような影響を与えるものを交絡因子という
疲弊期 (月単位)	自律神経系や内分泌系の機能と臓器の反応が破綻する時期。「こころ」と「からだ」に決定的なダメージが生じる。不可逆的な変化、極端な場合は生命に影響する

▼写真1 東松島市立浜市小学校



▼写真2 小学校校舎の時計はその時を指したまま



病の患者でさえ、震災直後には回復したかに見えた。しかし、疲弊期にはさらに重いうつ状態に陥った」と述べていた。

急性期～亜急性期におけるわれわれのかかわりが交絡因子となり、以後の経過を左右する可能性がある。基本的には、超急性期や急性期のかかわり方のまなざしを、より相手の「こころ」と「からだ」の状態をくんで深めていく必要がある。

避難所の人の多くが、「眠れないのはつらい。でも余震がきたときに起きられないと怖いから睡眠薬はいらない」と語っていた。しかし、大勢で生活する避難所では、満足な睡眠をとれないために、睡眠薬を求める人も多い。前述のように、PTSDと薬物依存は強い関連があるので、医原性の物質依存を防ぐためにも、抗不安薬や睡眠薬の長期投与は避けるべきである。

善意で「避難所生活での景気づけに」とアルコールの差し入れを考えた団体があると聞いた。しかし、アルコールは物質依存の引き金となる負の交絡因子なので、やってはならない。

### 慢性期

阪神・淡路大震災の時も、数か月がたつて、日本全体から震災の記憶が薄れ始めた頃に、重篤な身体疾患やうつ病、不安障害、アルコールをはじめとした依存症、自殺が問題となった。

昨年3月まで、警察庁発表の日本の自殺者数は徐々に前年度を下回っていた。ところが5月に入り、全国では前年比1.2倍、福島県では前年比1.4倍と急増している。このことを説明できる理由は、震災以外にあるだろうか。

…

このような慢性期の悲劇を予防するためにも、被災地の時期に合った介入を皆で考えていかななくてはならない<sup>6,7)</sup>。

### 支援者自身のこころの健康

東日本大震災から数日後、筆者自身の精神的変化に気づいた。まったく眠れず、気分が高揚し、イライラと焦りながら、いざ、やらなくてはならないことに集中できない、まさに覚醒亢進状態であった。また、DMATなどで震災直後に現地に向かった医療者から次々とメールの情報が届くなか、医療者自身についての個人的な相談があった。

- ①再体験：「あの何もできなかった光景を繰り返し思い出し、夢にまで見てつらい」
- ②回避・麻痺：「喜怒哀楽を感じず、仕事も手につかない」「あのことを話すのが怖くて触れなくなかった（ずいぶん後日）」
- ③覚醒亢進状態：「ちょっとした物音で

びくっとする」「眠れない」

これらの症状は、ASD、PTSDの人々と同じである。

このように、支援する側がASDやPTSDに類似した体験をする現象を「二次受傷」と呼ぶ。皮肉なことに「助けになりたい」と共感的に真摯に対応できる人だからこそ起こる症状で、「燃え尽き症候群」と近縁にある概念である。

### 二次受傷対策

すべての医療者が二次受傷する可能性があり、対策を講じておく必要がある。具体的な方法は成書に譲るが、要点は、①二次受傷の存在を知ること、②チームで活動すること、③業務の量や質を検討すること、である。

チームで活動をする目的は、単に医療行為の側面だけではない。ともに行動する「仲間」とは、同じつらい状況を体験する。その抱えきれない気持ちを語り合う仲間の存在が、互いの支えになる。「友情は喜びを2倍にし、悲しみを半分にする」(シラー)のである。

災害医療の特殊な状況は、言ってみれば「アウェー」の環境である。そんななかでは、自分の状況を客観的に評価するのが難しい。あまりにも身体的に過酷だったり心理的に受ける負担が大きすぎではないか。自身の体調にベストな睡眠時間は確保すべきである。一時的に睡眠時

\*1 昔からこの地域は「地震と津波は必ずくる」を相言葉に避難訓練を欠かしていなかったという。小学校でも、水圧を逃すような校舎の窓が幸いしてか、建物は倒壊することなく、上階に逃れた子供たちは皆無事だったという。寒さと恐怖に震えながらインタビューに答える子供たちの姿に、「よかったね」と思いながら涙を流してニュースを見ていた。

▼写真3 小学校の校庭で泥まみれになっていた美空ひばりの「悲しい酒」



間を削っても、数日で帳尻を合わせるようにする。度を越した活動は、「こころ」も「からだ」も損ない、判断力が低下し、結果として周囲に迷惑をかけてしまうかもしれない。われわれも人間。睡眠、食事、休息は不可欠なのである<sup>8)</sup>。

## 後から自分の支えであったと気づいたこと

### 被災地での自分の行動や気持ちを支えるポジティブな「シンボル」の存在

「こころ」の準備をして現地に向かったが、やはり大きな衝撃を受けた。出発に先立って、テレビで目にした東松島市立浜市小学校のエピソードと、そこに避難した子供たちの映像が忘れられず<sup>1)</sup>、実際に足を運び、自分の目で彼らの元気な姿を確認することで、かろうじて自分の「こころ」のバランスを保てたような気がする(写真1, 2, 3)。

### 自分の人生観、死生観を考え直すこと

災難は遭時節に遭がよく候

死ぬ時節には死ぬがよく候

是はこれ災難を逃るる妙法にて候

現地での活動中、かつて読んだ禅僧・良寛のこの言葉がなぜか頭の中で何度も繰り返し浮かんだ。どんな状況で誰に対して述べた言葉なのか、改めて調べた。

文政11年11月12日(1828年12月18日)に越後三条地震の際、三条にいな

▼表3 参考資料

- ・金吉晴編. 心的トラウマの理解とケア. 第2版. じほう, 2006.
- ・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, アメリカ国立 PTSD センター. 災害時のこころのケア: サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き. 原書第2版. 医学書院, 2011.
- ・菅野武. 寄り添い支える—公立志津川病院 若き内科医の3・11. 河北選書, 2011.
- ・中井久夫. 災害が本当に襲ったとき—阪神淡路大震災 50 日間の記録. みすず書房, 2011.
- ・中井久夫. 復興の道なかばで—阪神淡路大震災 1 年の記録. みすず書房, 2011.

った良寛も状況を確認するべく71歳の老躯をおして現地に足を運んだ。しかし、想像を絶する状況になすすべなく、さ迷い歩いた、と記録されている。良寛も大きな衝撃や無力感を感じたのだろう。激しい悲嘆の詩や手紙を残している。

禅宗では12月8日を「釈迦が悟りを開いた1日」として、12月1日から8日まで不眠不休で座禅に励む。その行が ажける12月8日付で、良寛が知人へ送った手紙の中に、前述の言葉がある。この書簡の全文を読むと「人間は自然の一部である。だから自然が引き起こす人間を凌駕するものはあり、そのときは自然の摂理に従うしかない」という自戒の言葉のように読める。良寛自身が、人間としての自分の限界を受容した言葉とも言えるのではないかと<sup>9)</sup>。筆者も含め、医療者も人間であるから限界はあるのだ。



2011年3月11日の東日本大震災では、1000 km 近くも離れた場所にいる筆者も大きな影響を受けた。思えば、医療者として「こころ」と「からだ」の問題、社会システムの問題、さらには自分の持っている死生観まで、繰り返し自分に問い直した1年であった。

このような災害が、再び起きてほしくないが、さまざまな事態に備える知識に加えて、自分自身の「こころ」と「からだ」を自覚しながら、十分に能力を発揮できるようにありたい。最後に、被災

者の「こころ」を支える知識を備えるのに役立つ資料を列記する(表3)。

## 文献

1. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, et al. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 261-9.
2. Stein DJ, Seedat S, Iversen A, et al. Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet* 2007; 369: 139-44.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
4. 孫大輔訳. 外傷後ストレス障害. In: Schneider RK, Levenson JL, 井出広幸, 内藤宏監訳. ACP 内科医のための「こころの診かた」ここから始める! あなたの診療. 東京: 丸善, 2009: 159-74.
5. Selye H. History of the stress concept. In: Goldberger L, Breznitz S. *Handbook of Stress*. New York: Free Press, 1993: 7-21.
6. 金吉晴, 鈴木友理子, 中島聡美. 精神医療支援. *日内会誌* 2010; 99: 3108-11.
7. 森茂起. 被災地での心のケア. *JIM* 2005; 15: 650-3.
8. 廣川進, 大澤智子, 奥村茉莉子. 救済者・支援者の理解. In: 日本心理臨床学会監. 同支援活動プロジェクト委員会編. 危機への心理支援学. 91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ. 東京: 遠見書房, 2010: 50-3.
9. 大中俊宏. いま一度思い出す先人の言葉. *心身医学* 2011; 51: 977.