

【特集2】 災害と精神医学 —東日本大震災における支援の体験から—

明治学院大学心理学部 阿部 裕

はじめに

2012年3月11日に起きた未曾有の東日本大震災の後に、こころの支援者として、名取市と相馬市に入った際の体験をもとにして、災害ストレスについて論じたい。

1. 災害ストレス

災害によって人間がどういったストレスを受けるかということについて、災害ストレスの定義がなされている。その定義は「通常の対処行動機制がうまく働かないような脅威（惨事）に直面し、その惨事の様子を見聞きした人に起こるストレス反応で、必ずしも自分自身が惨事に直面しなくても、その様子を見るということでも起こり得ること」である。惨事の例として地震・津波、洪水や水害、噴火、台風等の自然災害、交通事故・火災・ビルの倒壊・テロ・戦争等の人為的災害や事故、暴力・レイプ・虐待等の暴力的行為などが含まれる。災害ストレスを受ける人を分類すると、1次被害者から3次被害者まで分けることができる。1次被害者とは今回の震災でいえば被災者という事になる。1.5次被害者は被災被害者の家族や保護者（遺族）である。2次被害者は職業的災害救援者、すなわち消防署職員や警察官で、実際彼らもかなり被災している。それから災害時に救援することが多い職業、医師、看護師、教師等。職業とは無関係な災害ボランティア、惨事を目撃しやすい職業、たとえば報道関係者等である。3次被害者として報道で衝撃を受けた地域住民など、今回だと、テレビで津波の映像を繰り返し見た人達で、衝撃を受け気持ち悪くなってる人もい

たが、メディアを通した不特定多数の人々被害は、3次被害者に入っていない。

仙台空港のある名取市についていうと、仙台市に最も近いところに名取川が流れ、その畔に閑上（ゆりあげ）地区というところがある。そこは仙台的若林区と同じように巨大津波の被害を受けた。私の友人の精神科医、桑山氏の開業していたクリニックが、仙台空港のすぐ近くで被災し、そこへ支援に出かけた。そのクリニックは駐車場まで水没したが、何とか難を逃れた。そこから海側へ2～3百メートル行ったところから先は、津波で家屋は全壊していた。

名取市は人口4万人くらいだが、千何人かが亡くなられて、行方不明者が数百人いた場所である。クリニックに来院した患者の中には、息子が亡くなったのは自分のせいだとか、津波のショックで水が怖く味噌汁も飲めないという人もいた。しかも、桑山氏は自分自身が被災しながら、被災患者のケアもしなければならず、彼自身はかなり大変な状況であった。精神医学の立場からみた被災者のこころは、やはり死という問題と破壊・喪失といった問題、それによって人間の真の無力感というもの露呈する。と同時に、それを乗り越える、あるいは取り戻すという生きる力が活性化されて覚醒と興奮が出現する。こういったことを精神身体レベルで見ると、神経の高ぶり、不眠、食欲不振、不安、喪失感、罪責感・罪悪感、無力感といった症状となって現れる。

では、子どもたちには実際、震災の影響がどのように出てくるのかということ、大人と比較して身体化しやすいのが特徴である。頭痛や腹痛等、体に現れやすいし、はしゃぎ回るというの

も、恐らく躁的防衛のような形を取っていると考えられる。大変な事態になって、何でも頑張ろうとしてしまう。それから不安や心配事を全部話してしまう。また甘えや退行、すなわち赤ちゃん返りが起こるということがみられる。さらにテレビなどの情報から非常に不安を覚えるというもある。大人だとある程度情報を選択して取捨選択できるが、子どもにはそういったことができない。

2. 災害と救援者

災害救援者ですが、被災者を助ける人たちにもいろいろなストレスがある。その救援対象のうちどのようなものが特にストレスの対象になるかということ、家族を想起させる死傷、特に子供の死、不条理な事由による事故や事件の被害者、損傷の激しい遺体や重傷者や知己の被災者等である。これは地震に限ったことではなく、一般的な災害でも同様である。さらに、救援活動についてマスメディアに注目される場合と社会の指示が得られなかった場合である。そして、その接触した状況が問題で、悲惨・凄惨な現場、緊張を強いられる現場だったり、自分自身が受傷、死亡の危険を孕んだ場所や同僚が受傷したり死亡したりした場所である。また、救援中に情報不足のため非常に不安になったり、トリアージが必要な状況で、この人は本当は助けなければいけないんだけど、別にもっと助けなければいけない人がいるために後回しにするというようなことが起きた場合もある。さらに、当事者の避難や訴えの強い感情に接した場合等である。

3. 災害時のストレス反応

異常な事態のなかで起きてくるさまざまな症状は、人間にとってごく正常な反応ということ

もできる。今回の大震災の場合でも、4つの側面でいろいろな事態が起きている。

第一に、心理・感情的な側面におけるストレス反応としては感情の鈍麻、ぼーっとするという症状。要するに現状があまりにも悲惨なために感情を麻痺させざるを得ないような状況である。それから、不安・いらいら・睡眠障害・孤独・疎外感・怒り・落ち込み・恐怖の揺り戻し、フラッシュバックである。特に自分だけが生き残って、自分の家族が死んだ場合、激しい罪責感に襲われる。

第二に思考面のストレス反応としては、集中困難・思考力の麻痺や精神的な混乱が起きてくる。無気力、短期の記憶の喪失、判断力や決断力の低下、選択肢や優先順位を考えることが不可能となり、物事を決定していく力が抑制される。

第三に身体面のストレスとして生じることは、頭痛、手足のだるさ、虚脱感、しこり感、筋肉痛、胸痛、吐き気、胃腸障害、食欲不振、呼吸障害、悪寒、のぼせ、冷え、ふるえ、めまい、しびれ、アレルギー等であり、体のさまざまな部位に正常な反応として引き起こされる。

第四に行動面では、怒りの爆発、普段であれば絶対に起きないはずの喧嘩が起きてきたり、普通はありえないことが過激な行動として現れる。あるいは家族間のトラブル、ごく普通の問題ない家庭であったにも関わらず、急に家族の中に不協和音が生じトラブルが起こる。また、社会から孤立や引きこもり、そして、最近では、避難所や仮設住宅での過剰飲酒や過食の問題が生じている。

そこで災害後、どのような心の変化が起きるのかをまとめていく。今回の地震と津波だが、原発の問題を入れ込むと複雑化するので、原発に関する問題は横に置き、地震と津波後についての変化を述べていく。地震や津波に対する恐怖、家や人という大切なものを失った悲しさ

や寂しさ、無力感。そして、自分の現在の状況に関する怒り。それから身近な人を救助できなかったことによる自責の念。たとえば新聞記事にもなったが、そこで手を離さなかったら自分の子どもは助かったのに手を離してしまったために、波にのまれてしまったという自責の念が残っている。さらに、将来に希望が持てず不安、家も街も人も全て失ってしまった絶望感がある。そういう中で将来が見えてくるのかというとなかなか見えてこない。そうした過程では、無感動・無関心という一つの防衛が起こる。

身体的には、まず疲労感、あれだけ大きな災害があれば疲労感が起きて当然である。不眠、記憶力、記憶力の低下や集中力・持続力の低下が起こる。それから身体のレベルでは頭痛、吐き気、食欲不振を訴える。下痢、便秘、動悸、発汗、息苦しさ、手足の冷え、眩暈、ふらつき、腰痛等、自律神経障害も起きてくる。

阪神・淡路大震災の時は10日後くらいに神戸に入ったが、津波が無かったため全く様子が違った。その当時、精神医学においてもPTSD（外傷後ストレス障害）という概念は精神科医にさえも周知されておらず、マスコミにPTSDについて聞かれ困った記憶がある。大災害が起きた時に心のケアが必要だということは阪神・淡路大震災を経て、日本で初めて大きく取り上げられた。PTSDとも関係するが、前述した、どうして自分だけが助かってしまったのかという生存者が抱く罪悪感、サイバースギルトと呼ばれる。こうした出来事が自分の中でどのように整理、解決できるかで、その人の生き方も当然変わると推測される。

医療という立場に限定しないで支援者が被災者と接する場合、支援しますということではなく、日常生活で何かお手伝いできることはないかという形で入る。そして生活面を中心に必要な事を聞いていき、役立つ情報はこちらから提供していく。避難所での日常的な会話の中で、

自然と被災者が自分の辛い体験を話してくれたりする。話し始めたら黙って耳を傾ける。あまり聞き出さないことが大切である。逆に多弁の場合はむしろ抑え気味に話を聞く。安易な慰めや励ましを行わない。孤立を防ぎ、被災者同士の交流を促すことが重要である。避難所はいろいろな地区の人が来ているので、お互いの事を知らないことが多い。そして支援者としての心構えは、まずは寄り添う事である。

4. 災害ストレスへの対処

災害ストレスが生じたときの対処方法について論じて行きたい。例えば、記憶障害が起きている場合、心理的反応が落ち着いている場合には、その人に客観的な事実を伝える。決断に時間がかかる場合には、選択肢を与えて時系列で質問しながら決断を支援する。しかし、過去を無理やり思い出させるようなデブリーフィングは行わない。フラッシュバック中に他の感覚刺激（快感・安心感を得られる）を与えて不快の緩和をすることも一般的にはしない。

次に、感情的な症状に対してどうするか。心配、イライラ、悲嘆、恐怖、しびれた感じ、無力感、罪悪感、怒り、落胆、落ち込み、これらに関してはどのような気持ちでもありのままに受け取ること。過大・過小評価をしない。感じている気持ちを認知しやすいように名前をつける。自分のため、他人のために今出来ることを行う。いろいろな感情的な症状が渦巻いているが、そうした感情は出てきて当然と言えば当然なのだから、それをすぐに解決しようとしない。

被災直後には多くの医師が被災地の医療支援に入るが、まずは身体医療であろう。少し遅れて精神、こころの領域の医師が入っていくことになる。支援に入る時にどういう心得が必要なのか、これは医療者全般に言えることだが、以下のことが重要である。自信を持って知

識と技能を提供する、専門家の立場を被災者に押し付けない、調査を優先にした行動は絶対にしない、被災地に対して何事も要求しない、被災地と被災者の心情を念頭に置いた言動をする、被災地に感謝を期待しない、修羅場が勝負であることを知った行動に徹する、自分自身の安全と精神面の安定をおろそかにしない、支援者間の絆を大切にす、一歩もはみ出さない良識に基づいた行動をする等である。

災害時精神保健活動の特徴と留意点を述べる。被災後の時期に合わせた適切な介入、ケアを提供するという。一週間過ぎたくらいから精神科医が入ることになる。ただ、支援に入っても、地元の事情を分かっている地域密着型の保健師がいないと、地元のニーズに合った精神保健的なうまい介入はできない、つまり医療保健活動という事になってくると、地域の保健師が中核になる。保健師を中心に、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士等、専門家がチームを組んで、現場に出かけていく活動となる。町から少し離れた場所や山の中に、小さい避難所がたくさんあるので、アウトリーチに重点を置いた避難所回りが主な支援になる。それから生活全体の支援の一環としての活動を行い、求められていることを行う。特に精神保健、こころの問題という事になると偏見もあり、東北の人たちは東京の人たちに比べて、メンタルという事に対して抵抗がある。それなので、生活支援という形で入って行き、困っていればこころの問題もサポートしますよという方法をとるといい。

また、被災者の心理についての正しい知識を持つことも重要である。被災者の情動反応の多くは異常な事態に対する正常な反応であり、そのことを被災者に告げることが必要である。決して異常な事が起こっているのではなくて、事態そのものが予想をはるかに越えたことであるわけだから、それに伴う人間の心の動きや行動

はむしろ正常な反応であると告げることが必要である。それから被災地域の特性を把握し、互助機能を尊重、利用する。これは地元の保健師が地域の特性をよく知っているの、情報を貰って動くということになる。関係する諸機関（行政・医療チーム等）と相互の連携を図ることも重要で、特に指示系統が大切になってくる。それを怠り実際に現場に行けばばらばらに行動していると、却って邪魔になってしまう。

具体的な精神医療の対応について述べる。無理に話すことを促したり、感情を表現させるような誘導をしたりすることはPTSDを誘発する恐れがあるので、決してすべきではない。被災者が自然に話してくれる場合には自然に耳を傾け、こちらから聞くことはしない。支援者が聞きすぎることによって、被災者が話し過ぎる事にも注意を払う。震災直後は、安全な環境・安心できる環境を整えることが心理的ケアに繋がる。余震が続いているので、ここにい自分は安全なのかという不安が常につきまとう。そして、可能な限り安眠の確保に努める。避難所で眠れない人に薬を出しましょうかという、寝ている間に何かあった時に逃げられないから、薬はいいですという人がかなりいる。

それからハイリスク者のリストアップを心がける。トラウマ的出来事の既往、家屋の喪失、職業的基盤の喪失、災害弱者、精神疾患既往歴者などである。今回、避難所ではリーダーが名簿を作っていて、いろいろな人がピックアップしてくれていたの、こころのケアにも役立った。心理的反応についての情報提供を行う場合、精神症状の説明文を被災者が一人で読んで、その説明文が難し過ぎると、逆に不安を引き起こしてしまうから要注意である。それから自然回復、対処方法、受診のタイミングの判断、受診方法などについて十分でかつ具体的な説明を行い、あくまでも不安を煽らないようにすることが重要である。

被災者支援者の支援についての具体的な精神医療的対応について述べる。支援者も2次被害を受けている。医療者、援助者は災害現場や死体の目撃、過剰な業務ストレスによって精神的被害が悪化しがちである。業務内容とその期間を明確にし、1週間以上にわたるときにはローテーションなどの工夫を提案する必要がある。今回は3～4日で支援を回していたところと一週間で回したところとあるが、東京、神奈川、千葉は大体3泊4日支援に入っていた。1週間で回している所は少なかった。それから派遣中の不眠が、派遣後のストレス症状との関連が高いため、睡眠を確保することが重要である。派遣後、被災地から日常生活の場に戻った後の心理的ケアにも十分配慮が必要である。場合によっては、所属先に対する心理的ケアの重要性を伝える必要も伴う。派遣されてきた人は公的機関が多かったので、出張の形で派遣されていて、実際にはそれなりの対応が視野に入れられていた。

臨床心理士の活動を取り上げてみるが、これは自衛隊に対してである。今回はどこへ行っても自衛隊ばかりで、自衛隊員が重機を使っているものを片づけていた。場合によっては遺体に出会うということも間々あり、そうした人たちの支援を行わないと彼らが持たないということで、自衛隊に勤めている臨床心理士が支援をしていた。実際に福島に配属された自衛隊員のこころのケアをしているということだった。

これからの問題は、いったいどういう形をとって地域の復興が行われるのかである。一般的には次のように言われている(図1)。最初の被災直後は、英雄期と言われているが、自分の家族、近隣の人々の命や財産を守るために、危険を顧みず勇気のある行動を取る。それが過ぎるとハネムーン期に入る。1週間から6か月の期間。劇的な災害の体験を共有し、くぐり抜けてきたことで被災者同士が強い連帯感で結ば

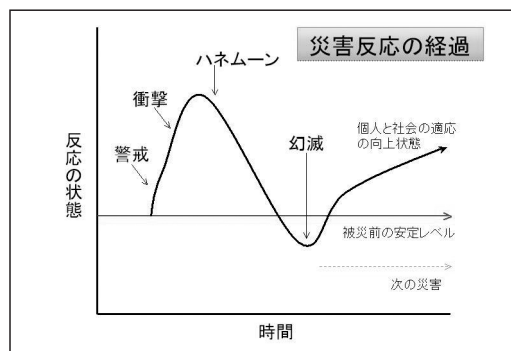


図1

れる。援助に希望を託しつつ、瓦礫や残骸を片づけ、助け合う。被災地全体が暖かいムードに包まれると言われているが、比較的早く幻滅期が訪れる。被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴出する。人々はやり場のない怒りに駆られ、喧嘩などのトラブルも起こりやすい。飲酒問題も現れてくる。被災者は自分の生活の再建と個人的な問題の解決に追われるため、地域の連帯や共感が失われる。今回、福島の場合は、町村そのものの機能が住民が、別の場所移ったということもあるし、将来が全然見えないという事もあり、かなりの困難を伴っている。全体的に見てみると今は幻滅期にある。これからどうするのがまだ見えてこない状況である。それが2年経ち3年と時を経るに従って再建期になる。被災地に「日常」が戻り始め、被災者も生活への立て直しへの勇気を得る。地域づくりに積極的に参加することで自分への自信が増してくる。ただし復興から取り残されたり、精神的支えを失った人には、ストレスの多い生活が続く。

5. PTSD (外傷性ストレス障害)

急性ストレス障害がPTSDになるとは限らない。実際に危うく死ぬ、重傷を負うような出来事を、一度または数度直面、体験または目撃した後、数週間か数ヶ月にわたる潜伏期間を経

て、PTSD 症状がみられる。PTSD の基本的症状は再体験、麻痺、過覚醒症状の3つからなる。

①再体験症状群：侵入的、反復的想起。意識して言葉に置き換えられる陳述性記憶のみでなく、情動面での反応しか意識できないような非陳述性記憶も想起される。想起されたひとつの記憶から、思い出したくない記憶、たとえば、津波とか家の倒壊等が次々に想起される。記憶に対する自己統制感が失われる。

②回避・麻痺症状群：思い出したくない記憶を呼び起こさないために、それに関連する人や場所を避けたり、記憶を呼び起こしそうな行為を避ける。仕事やプライベートに対する関心や意欲が薄れ、幸福感や愛情といった感情が希薄となる。

③覚醒亢進症候群：感覚や意識の覚醒度が上がる一連の症状群。イライラして些細なことで怒る。時には感情のコントロールが不能となり、感情爆発が引き起こされる。過度に警戒的となり、物事に対する集中力が失われる。些細な物音などにもひどく動揺してしまうような驚愕反応もみられる。

図2はPTSDがたどる経過を図にしたものである。最初大きな出来事があると凝固といって固まってしまう。続いて否認が起きてきて、感情が上昇して不安や怒りが出てくる。そして抑うつ期に入り、それが過ぎると徐々に自分で解決策を見つけていくという経過をたどる。

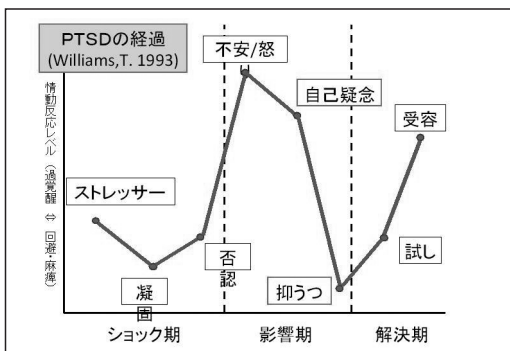


図2

6. 事例

これは東京のクリニックを受診した事例である。

事例D 32歳 女性

兵庫県で生まれ育ち、16歳の時に阪神淡路大震災で被災した。自分の家は潰れなかったが、周りの家はかなり倒壊し、知り合いの人も亡くなった。その時は家にいたけれど、ライフラインは止まり、電気は消え、水も出なくなった。毎日が怖く辛い生活で、ヘリコプターの音が強く耳に残っていた。

3月11日、東京の職場で今回被災した。怪我はしなかったがビルが倒れるかと思った。そうしたら、ヘリコプターの恐ろしい音や、暗いところで恐怖におののきながら生活していたことを思い出し、涙が出てきた。地震の揺れが終わっても、動くことができず、何をしたらいいか分からなくなってしまい、過呼吸になってしまった。2時間休んで、自宅に戻ったら一応落ち着いていた。

ところがその4日後に富士宮で震度6強の地震があった。3月15日、再び起こった富士宮の地震から恐怖がよみがえり、不安が募って、居ても立ってもいられなくなった。また知り合いである三陸地方の人から、三陸の現状を聴いて怖くて体が震え始めた。不眠、悪夢も出現。些細な音が気になったり、イライラしたり、風の音でも驚くようになった。いつか死んでしまうのではないかと思い、怖くて悲嘆にくれる毎日が続いたため、出勤もできなくなり3月17日にクリニックを受診した。

来院時、不安、恐怖、悲嘆、震えがひどく、また東京では余震が続いていてこれ以上東京で一人暮らしは不可能と考えられたため、抗不安薬を処方し、実家の神戸へ戻した。今はまだ神戸にいる。

診断的にはPTSDである。ストレスを軽減

させる方法として、一般的な方法だけでもスキシッブは大切。自分が被災した時には、自分自身泣きたい時は泣くとか、誰かに話したいときは話すとか、自分が困った時には素直に助けてもらうとか、自然のやり方が一番ストレスを軽減させるのにいい方法と考えられる。

7. 在日外国人のこころの支援

多文化間精神医学会では震災の2週間後くらいに、多文化間災害支援委員会を立ち上げ活動を始めた。多文化こころの相談窓口の設置し、①多言語情報をインターネット上で公開、②多言語のHPとブログの更新、③被災者向けメール相談の多言語対応、④メディア向けのメール相談の多言語対応支援、④iPadを使った「多文化こころの相談ケア」の企画を行った。

東北地方は在住外国人が少なかった。比較的多かったのは中国人とフィリピンであった。直接支援というよりは、むしろそれぞれの県の支援センターとか、県や市町村の国際交流協会を通しての支援を考えている。iPadを使った「多文化こころの相談ケア」というのは、それぞれの国際交流協会にiPadを置いて、言語に困った人が来た場合には東京のクリニックと繋げて、遠隔地からのこころの支援アドバイスを考えている。本人の相談というよりは地域の支援者からの相談だとか、外国人と関わっている日本人からの相談が多い。意外と多いのが外国のメディア関係である。日本に何らかの形で震災の現場に入りたいけど、その方法を教えてほしいという風な相談があったりする。

多文化間精神医学会では相馬地区の支援をしている。相馬は第2原発の20キロ圏に入る地域もあるが、多文化の支援は32～33キロ圏内である。震災後の4月30日の時は、単に医療支援というよりは多文化間精神医学会として、「花とコーヒーを送りましょうプロジェクト」

を行った。相馬市の一番大きな500人くらいいる避難所へ花を持っていったり、そこでコーヒーを作ってみんなに飲んでもらったり、美味しいお菓子を食べて貰ったりというような形で、被災地の中でいろんな人の話を聞くという方法をとった。避難所に行って誰か心の問題ある人は来てくださいといっても来ない。生活に密着したような支援をしていくうちに、実はこうだったんだよね、という話が出てくる。そういう形で支援を何年も続けていくことになる。できるだけこのような自然な形で入って、こころの支援ができることが最もいい方法と考えられる。

避難所を巡回しこころの支援を行っているが、相馬地区は原発の事があって特別である。20km圏、30km圏にあった病院は閉鎖され、精神科に関してはだれも診療する医師がいなくなった。福島医大が中心となり、相馬総合病院に新たに精神科外来を作ったという事情がある。一部の人には避難しているが、高い放射能の中に住んでいるという実態がある。また放射能が高いから支援に行けないという事情もある。

おわりに

被災された方々には心からお見舞い申し上げます。今回の東日本大震災は地震、津波、原発の3つが同時に起こっていることが、未曾有の大災害となった。これまでと違い広範囲にわたり、現在も被災は続いており、今後、長期にわたって支援の必要があるが、支援の入り方に困難さを伴っている。最初に医療保健支援(身体)のチームが入って行って、1,2週後よりこころのケアチームが入っている。そして地元の医療保健チームとの連携が必須で、主にアウトリーチ型、また地域の生活に密着した支援が必要である。さらに、支援者の燃えつきを防ぐことと、地元がだんだん自立しているので、外部

からの支援はどこから手を引くのかという事を
きちんと考えておく必要があると思われる。