

9 災害急性期の医療援助における精神保健

－被災者および救援者の心理反応－

はじめに

わが国においては、1995年の阪神・淡路大震災、地下鉄サリン事件を契機として災害医療に対する関心は急速に高まり、被災者や救援者の心理反応や心のケアについても広く知られるようになった。急性ストレス障害（acute stress disorder；ASD）や心的外傷後ストレス障害（post traumatic stress disorder；PTSD）に関する知見なども多く報告されている。

しかし、ASDやPTSDに関する治療的介入は、精神、心理の専門家が実施すべきことであり、多少の知識でカウンセリングやグループセラピーなどを行うことは慎むべきである。特に国際救援活動においては、言語や文化、慣習などの違いに十分な配慮が必要である。また、看護として実践するメンタル面へのケアと専門家による治療的介入とを混同することやメンタルケアがすなわち災害看護であるといったような誤った認識はすべきではない。

しかしながら、災害急性期の混乱の中で十分な精神、心理の専門家が対応できないことも多い。そのため医師、看護師、保健師、救急隊員、警察官、教師などの人とかかわる職業に従事する人々が災害が与える心理的な影響について知り、治療的介入を必要としている人々をスクリーニングすることは重要なことである。故に精神医学、心理学の知見を知り、知識として身に付けておくことは意義あることと考える。また、災害という出来事がもたらした健康問題に関連した心理反応に対する看護のありようについては十分な探求がなされていないため筆者の経験に基づき看護師が行うメンタルケアについての意見を提示することとする。

被災地と被災者

災害という出来事に遭遇した人々の心理的反応について知るためには、まずはどのような体験をし、どのような状況に置かれているのかを知ることが必要だと考える。

災害の種類、規模などの地域に与えるインパクトとその地域の対応能力によってもさまざまな状況が生まれる。一般に共通していることは、被災地域もしくは被災者は、予期せず突然に、かつて体験したことがないような文明の崩壊ともいえるような生活環境の破壊

や生命の危険にさらされる。そして、生存できたとしてもけがなどの身体的な健康問題を抱えたり、家族や知人の死、住み慣れた街や家、財産の喪失といった非常にストレスフルで衝撃的かつ危機的な出来事が積み重なる。さらには、避難所などでの日常性を失った生活を強いられ、住宅の再建など経済的な問題も重くのしかかることから絶望や不安といった反応も想定される。

また、災害を体験したことと併せ、救助・救援活動を行った体験が被災者の心に影響を及ぼすといわれる。身体損傷の著しい多くの遺体を目の当たりにするなどのグロテスクな状況にさらされ救助できなかったというような無力感や自責感などが複雑に存在する場合もある。

災害特有の心理的反応に影響する要因¹⁾

B.W. Flynnは、災害の心理的的局面で心理的反応に影響する要因を以下のように述べている。

1) ほとんど、またはまったくの無警戒

警戒することは、心身共に予防的な行動を取ることができ、心理的な防御のメカニズムを起動させ、起こりそうな出来事を認識できる。言い換えれば、いくらかの心理的なコントロールができる。無警戒は被災者のこの好機を奪い、コントロールを減少させ無力、心理的な脆弱、不安定な感覚を増大させる。

2) 個々の安全への強い脅威

個人の健康や安全がリスクにさらされることは、将来の心理的徴候につながる。

3) グロテスクな状況にさらされること

非常に恐ろしいシーンにさらされることは、心理的リスクを増大させる。長時間になるとなおさらである。

4) 健康状態の悪化

健康状態の悪化は、心理的リスクを増大させる。生存者はしばしば、長引く苦痛、身体的リハビリテーション、多様な手術など長期間の医療ケアに直面する。このことだけでも、どのように、なぜ、多くの人々が心理的被害を受けるのかを容易に理解することができる。

5) 再発の可能性

自然災害において私たちが学んだことは、地震のような自然災害では、人々に再発の可能性を常に思い起こさせるとのことである。

6) 潜在する未知の健康問題

1979年のアメリカでのスリーマイル島原子力事故から学んだことは、最も重大な長期間の健康問題は、潜在する未知の健康問題への不安である。自分の健康問題や、子孫への影響の恐れがあると心理的リスクは増大する。生物兵器、化学兵器、核兵器によるテロリズムは特に重要である。

災害急性期の被災者の心理^{1~3)}

1) 災害の時間的経過と心理反応段階

1950年にJ.S. Tyhurstは、文献レビュー、カナダの大火災や洪水におけるフィールドサーベイ、実験研究の結果から3段階の心理反応段階について述べ、わが国でもいくつかの文献や災害セミナーなどで紹介されている。1950年代は、キャプランが予防精神医学、地域精神衛生活動を通じて、危機の概念や危機介入の理論を展開していた時代であり、第二次世界大戦後、看護界でも精神衛生法に基づき国立精神衛生研究所からの助成を受け地域精神衛生看護や精神科看護に力が注がれた時代である。

現代では、いくつかの研究に基づいて4段階としているものや表現が多少異なるものも見られるので、それらを総合して表1に示す。災害という出来事は表1のような心理反応をもたらす。そして、その反応はその人の過去の体験やストレス耐性にも影響される。また、表1の衝撃期における第3群に属する反応を示す人は、早急に精神、心理の専門家の治療の介入が必要と判断されスクリーニングされるべきである。

2) 急性ストレス障害

ASDとPTSDの診断基準や症状、生き残り罪責感と役割不全感について以下に示す。ASDは自然回復の可能性が高いとされるが、PTSDへ移行するリスクについて経過を追ってスクリーニングしていく必要がある。

●米国精神医学会の診断基準

- ①トラウマ体験を経験してからその症状が4週間以内に起こり、短くても2日間、長くても4週間持続するとされる。
- ②反応は、極度の恐怖、無力感、絶望などを含み、症状は解離症状、再体験、回避、過覚醒から構成される（各症状については表2参照）。

ASDとPTSDを区別するデータは不十分だが、ASDは自然回復の可能性が高いとされる。

表1 心理反応段階

段階	段階の特徴と心理的反応
衝撃期 (災害症候群)	<p>災害発生直後で、心理的反応の持続時間は災害の種類や規模によって異なる。生命の危機に直面し衝撃や恐怖が強い時期で、認知や注意が自己を中心とした狭い範囲に局限され自己中心幻想と呼ばれる。その次に家族の安否が気になる。地域全体の状況や事態を解釈するまでには数時間かかるといわれる。また、動悸、口渇、筋肉の緊張や運動麻痺などの身体反応を伴う。衝撃期のストレスから解放されたときにも嘔吐、震え、下痢、脱力感などの身体反応が顕著に現れる</p> <p>心理学的な反応は3群に分類できる</p> <p>①第1群（最適型） 生存者の12～25%、予後良好 冷静沈着で、状況を認識し行動計画を立て遂行できる</p> <p>②第2群（適応型） 生存者の75% 一過性に混乱状態に陥るが、正常な反応の範囲で収まる</p> <p>③第3群（不適応型） 生存者の10～25%、予後不良 恐怖と不安、混乱状態、ヒステリー、放心状態などの病的な反応 *防災訓練、過去の被災体験を有するものが最適型に多い</p>
反動期	<p>危機から逃れた、もしくは災害の直接的な被害を回避した後、反動として精神の高揚状態になる。次第に自分を取り戻し体験したことを認識し始める。歓喜、安堵、恐怖、悲嘆などの感情を抱き、口数が多くなるなどそれまで抑えられていた感情が急にこみ上げる。ハネムーン期（災害後ユートピア）と言われる現象が、特に自然災害のときに認められやすい。被災地全体が死を免れたという安堵と感謝、被災者同士の連帯感と集団帰属意識、被災前の抑圧的な生活や対人関係からの解放感、愛他心と相互扶助精神に満たされた時期を迎え、さらには救援ボランティアも加わることでユートピア的世界が出現する</p>
後外傷期	<p>一般に社会からの関心が薄れ、マスコミや緊急援助ボランティアなどが撤退する時期である。現実に戻ったものへの直面や被災者の生活に格差が生じ始め幻滅が広がっていく。悲嘆、抑うつ、怒りや幻滅などの感情を抱くようになる</p>
解決期	<p>次第に災害による体験や喪失を受容し、自分の人生に対し前向きになる時期である。苦難を乗り越え災害前と同様の心理状態に至る、もしくは新たなアイデンティティの確立や新しい価値観が生まれるなど災害前よりも良好な対処ができる人もいる。しかし、一方では外傷後ストレス障害（PTSD）を抱える人も存在する</p>

文献1～3より引用改変

●生き残り罪意識と役割不全感

①生き残り罪意識

同じ災害現場にいた身近な家族や知人が死亡し、自分は助かったという状況のときに生じる後ろめたさの感情である。

②役割不全感

災害時に、被害の拡大をくい止めたり、他者の救助を行うなどの規範意識が存在し、自分の行動が規範意識の理想とかけ離れてしまう場合、後ろめたさや自責の感情が生じる。これは、特に他者に対する義務、責任を負っている人にとっては、さらに特別な感情を引

表2 急性ストレス障害の症状

症 状	具体的な症状
解離症状	<ul style="list-style-type: none"> ・主観的に感情が麻痺したような、周囲から隔絶してしまった感じ ・身の回りのことに対する注意の減弱や呆然とした様子 ・現実感の消失 ・離人症のような感覚 ・衝撃時の重要なことを思い出せない解離性健忘
再体験	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時のことが突然意識にのぼり思い出される ・そのときの光景や臭い、音などの感覚記憶が何度も蘇る（フラッシュバック）といった反復する心像、思考または錯覚である ・災害を連想させるものに接すると苦痛や不安が高まる ・災害に関連する夢にうなされる
回 避	<ul style="list-style-type: none"> ・災害のことを考えたり話したりしない ・災害を思い起こさせる事物や場所を避ける
過覚醒	寝つかれない、イライラする、考えを集中できない、不安感が強い、過度の警戒や過敏反応

き起こす。例えば、子どもを守れなかった親などは深刻なトラウマとなることがあり、さらに救急隊員、医療従事者などもそのリスクが高いといえる。

● Secondary Traumatic Stress (STS)

親しい間柄の者がトラウマティックな出来事を体験したと知った結果起きる自然な行動や感情と定義される。ケアする立場からトラウマティックな出来事を体験し、苦しむ人を援助する、あるいは援助したいと願う結果生じるとされる。

● その他の精神的問題

- ・アルコール症
- ・薬物嗜癖、依存
- ・人格障害
- ・感情障害（うつ病、躁病）
- ・恐怖症
- ・身体化障害
- ・疾病利得

などが挙げられる。これらの精神的問題に対しては、精神、心理の専門家による治療的介入へのコンサルテーションが必要である。

災害急性期のメンタルヘルス・サービス¹⁾

1) 災害急性期のメンタルヘルス・サービス

B.W. Flynnは、心理的な介入に関する研究は不十分で効果的な介入について述べられたものはほとんどないとして、現在実践されているいくつかの重要なカウンセリングの特徴を以下のように述べている。

●能力を想定する

ほかの有効な方法が示されるまでは、人々が持つスキルや能力を想定し何を経験してきたかということに対処（情報の提供、サポート、援助）することは重要である。これは多くの伝統的なメンタルヘルスの介入とは異なる。ほとんどの人は（少なくとも大人は）人生の中で、いくつかのタイプの非常に困難な出来事に遭遇してきているが、心理的には無傷で乗り越えている。過去のことを引き出すこと、そして、うまくいったコーピングのメカニズムに再びつなぐ試みはカウンセラーにとって重要である。

●ノーマライゼーション

災害による心理的な問題のノーマライゼーションは、介入が成功する重要な要素である。災害に遭遇した人々が、認知、感情、行動、および身体的な問題を来すという体験は、ノーマルであると理解できるよう助けることは重要な介入である。

●指示的なケアの提供

災害のときには、多くの人は指示的なケアに効果を現す。多くのメンタルヘルスの専門家は、ケアの提供において指示的にならないようにトレーニングされている。多くの被災者は、現実の問題の洞察を求めているのではなく、特異的な問題に対する具体的な援助を求めている。加えるなら、災害危機カウンセラーは、被災者一人一人に合った明確で革新的な方法で、本来なら許されない指示的なケアを提供することも時には必要である。

●必要な仕事をオーガナイズすること

必要な仕事をオーガナイズすることは伝統的ではない援助の例である。例えば、家が倒壊した後には政府機関、保険会社、建築会社や銀行などの交渉など膨大な仕事がある。人々が身動きできないほどのストレスをどれほど受けるかが容易に理解できる。介入のための重要な役割は、心理的な認識において、これらの必要な仕事をオーガナイズし優先順位が決められるよう援助することであり、ストレスを軽減するのに重要である。

●積極的、かつ繰り返し傾聴すること

被災者の体験を繰り返し傾聴することは、治療効果やカタルシス、癒しの効果をもたらすことがある。被災者の体験を積極的に傾聴することは、経験している問題を正常化し、

よりよいコントロールをもたらす。

●非難の感情を抑えること

災害後の心理過程のフェーズにおいて被災者の非難の感情を抑えることは援助する上で重要である。自然災害よりも、人為災害のように喪失に対する非難の対象や責任の対象が明確なときに長期化する。このような感情を維持することは法廷では有益であるが心理学的な利益とは相反することとなる。

●現実的な期待

人々は、しばしば現実的に可能な範囲よりも早急で完全な復旧を期待する。被災者の期待を現実的なものに留めることはとても重要である。

●紹介

災害支援プログラムは、健康問題の専門家、精神保健の専門家、ソーシャルサービスなどのリソースへの紹介システムの確立が必要であり重要である。

さらに、災害時のメンタルヘルス支援のいくつかのタイプで最も有用だったと示しているものとして以下の3つを挙げている。

●手の届く距離

介入プログラムは、かゆいところに手が届くような地域社会への組織的な活動であるべきである。支援は、人々が来るのを待つのではなく、学校や教会、家や避難所など人々が働き、生活し、集う場所へ提供されることがベストである。

●コンサルテーション

適切な介入は、カウンセリングに加えコンサルテーションを含む。ゾーニングボード、自治体、行政、保健省といった現地の組織は、人々の生活にインパクトを与える決定を行う（注：これ以上の説明はないが、そのような組織へのコンサルテーションが有用と解釈できる）。

●教育

対象を定めた教育、例えば、プライマリーケアの医師への教育は重要である。情報を公衆へ向けることは不可欠である。

2) 治療法

B.W. Flynnも述べているように、災害急性期の治療法は確立されていないのが現状である。PTSDの治療法としては、①デブリーフィング、②認知行動療法、③そのほかとして、子どもなど不安や恐怖を言葉で表現できない場合などに用いられる「芸術療法」、「動

お名前 _____ (男・女 歳) 記入日H. 年 月 日
下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事に巻き込まれた方々に、後になって生じる
ことのあるものです。 _____ 関して、この一週間では、それぞれの項目の内容につ
いて、どの程度強く悩まされましたか、当てはまる欄に○をつけてください(なお答えに迷われた場
合は、不明とせず、最も近いと思うものを選んでください)。

0点：全くなし、1点：少し、2点：中くらい、3点：かなり、4. 点：非常に

- 1) どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶり返してくる。
- 2) 睡眠の途中で目が覚めてしまう。
- 3) ほかのことをしていても、思わずそのことを考えていることがある。
- 4) イライラして、怒りっぽくなっている。
- 5) そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ちつかせるようにしている。
- 6) 考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。
- 7) そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。
- 8) そのことを思い出させるものには近寄らない。
- 9) そのときの場面が、いきなり頭に浮かんでくる。
- 10) 神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきどきしてしまう。
- 11) そのことは考えないようにしている。
- 12) そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。
- 13) そのことについての感情は、マヒしたようである。
- 14) 気がつくと、まるでそのときに戻ってしまったかのように、振る舞ったり感じたりすることがある。
- 15) 寝つきが悪い。
- 16) そのことについて、感情が強くこみ上げてくることがある。
- 17) そのことは、もう忘れてしまうようにしている。
- 18) ものごとに集中できない。
- 19) そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。
- 20) そのことについて夢を見る。
- 21) 警戒して用心深くなっている気がする。
- 22) そのことについては話さないようにしている。

(作成：東京都精神医学総合研究所)

図1 IES-R (Impact of Event Scale-Revised)

文献 15 より引用改変

物療法」,「森林療法」などがある。

3) IES-R (Impact of Event Scale-Revised, 図1)

PTSDのリスクを測定する尺度として開発され、侵入症状、回避症状、過覚醒症状の3つのサブスケールから構成される。簡便な質問紙の記入という方法で実施可能であるため多くの被災者をスクリーニングする方法として有用である。20点以上がPTSDのリスクが高いとされる。

災害急性期における看護師が行うメンタルケア

ここでいう看護師とは、リエゾンナースのような専門看護師ではなく、身体的な医療救

援活動を行いながらメンタルケアも行う看護師全般の対応について述べることにする。

1) 病院における多数傷病者受け入れ対応

阪神・淡路大震災の際に、病院で多数傷病者の受け入れ対応に当たった看護師たちの経験を記述した結果から、看護師たちは命の尊さに突き動かされて被災者に“添う”という意味を持つ看護を実践していた。しかしながら、被災者に“添う”ためには、「急場を凌ぐ」、「奔走する」、「やりくりする」という行動を取らなければならない状況があった。従って看護師が被災者に“添う”という意味の看護を実践しメンタルケアに発展させるためには、災害時の多数傷病者管理に関する知識を得て、訓練を通して実践できるようになることが必要ではないかと考える。阪神・淡路大震災で多数傷病者の受け入れに当たった看護師たちは、救急外来を「満員電車」「黒山の人だかり」と表現していた。このような状況となってからでは、被災者一人ひとりに“添う”ことは困難を極め、「急場を凌ぐ」、「奔走する」、「やりくりする」必要が生じ、医療者にさらなる負荷が加わることとなる。

また、心肺停止状態で運ばれ誰もが救命は不可能だと感じていながらも助けてほしいと泣きすがる家族を前に蘇生処置の手を止めることができなかった、止めようと誰も言えなかったと阪神・淡路大震災から8年が経過したときに行ったインタビューで看護師らは涙ながらに語っていた。EK.Nojiは、「助かる見込みのほとんどない患者に時間をかければ、助かる可能性の高い患者の治療を後回しにすることとなる。このような患者に本当に必要なものは、痛みを和らげ、友人や家族と一緒にいる時間を作ることである」⁴⁾と述べている。

以上のような過去の体験を教訓にして、準備や訓練を行うことが被災者、医療者双方のメンタルヘルスにおいて重要であると考え、災害発生時の病院における初期対応として、組織的に機能することを目指し、入り口を管理し院内の混乱を回避することや場のレイアウト、動線管理、3Tの原則にのっとり行動が取れるように十分な準備と訓練が必要である。また、奔走しなくても済む備蓄品と備蓄場所の工夫なども必要である。このような初期対応が実践されて初めて、災害発生直後からの被災者の心理反応への援助も可能となる。災害という予期しない驚異的な出来事に遭遇している被災者にとっても医療者にとっても起きてしまった事実は変えられないが、そのような状況の中で最善が尽くされた、最善を尽くしたと認知できることが、その後の心理反応に影響を及ぼすものと推察する。

2) 限られた時間、資源の中でのケアリング

看護師が精神や心理の専門家と異なる点は、「治療を必要とする傷病者のために役割分担された診療補助業務や身体的な問題や苦痛への対処、身体的な問題を抱える傷病者の日常生活の援助を行いながらかかわる」ということである。それらの健康問題から生じる反

応が看護の対象であり、その一つに心理的な反応も存在する。故に、どんなに優れたカウンセリング能力を持っていたとしても診療の補助が円滑に行えず傷病者の苦痛を増強させるような看護師ではクリティカルな状況でメンタルケアを実践することは困難である。

また、看護師が行うメンタルケアの根底、本質にはケアリングが存在していると考えられる。日本国際緊急援助隊医療チームで活動を行った看護師を対象とした経験の記述では、看護師は診療サイトの中を被災者とともに動いていた。これは、限られた時間と資源の中で最大多数の被災者に治療とケアを提供しようと努力しながら、できるだけ被災者とともに存在し関心と気遣いを示そうとするがために動いていたものと解釈できる。そして、手を差し延べることによって関心と気遣い、共感を伝え、非言語的なコミュニケーション手段として用いていた。当然ながら手を差し延べる手段として、実際に処置を行ったり判断に基づく行為を行うなどの看護技術も含まれていた。また、手を差し延べること以外に、表情や態度によっても看護師は関心と気遣いを示していた。限られた資源の中で、持てるものを総動員して自らの身をも駆使しながらケアリングを実践していたものと解釈した。

災害時の医療救援活動では、被災者を孤立無援にしないということが重要な意味を持つものと考えられる。家族も街も家も財産も失ったかもしれないが、自らの命、身は残されていることや関心や気遣いを示す人が存在するということに気付くことができるようなケアが、その後の健康管理行動や心理反応に影響を及ぼすのではないかと推察する。

このような結果を踏まえて2006年ジャワ島中部地震では、診療サイトでは入り口から出口までの間、看護師が連携しながら被災者とともに存在し関心と気遣いを伝えること、健康管理指導と併せながら体験を傾聴するなどの活動を実施した。中には、無表情で寡黙な被災者や抑うつ的な被災者も見受けられたが、診療サイトを去るとき、または数日後には表情や笑顔を取り戻していた。その後の経過を調査していないため明らかなデータとして示すことはできないが、災害が及ぼす心理的な反応に対し、診療活動を行いながら実践可能な看護師によるメンタルケアのあり方を示唆するものであり、そこでスクリーニングを行い精神、心理の専門家へのコンサルテーションへとつなぐ足がかりとなるものと思う。

おわりに

今回述べたことは、精神医学や心理学の知見から看護師などの医療救援に当たる人々が活用できると思われる内容を中心に提示した。さらに詳しく学習されたい方はPTSDなどに関するほかの資料を参考にいただければと思う。

また、筆者の研究結果と経験に基づいて、災害急性期に看護師ができるメンタルケアについて述べた。まだまだ十分な探求がなされていない領域であることをご理解いただき、追加考察が加えられることを期待したい。

■引用・参考文献

- 1) Flynn BW. Psychological aspects of disaster. *Renal Failure*. 19, 1997, 611-20.
- 2) 飛鳥井望. 被災直後の心理過程と災害症候群. *現代のエスプリ*. (2), 1996, 31-8.
- 3) Tyhurst JS. Individual reaction to community disaster : The natural history of psychiatric phenomena. *American Journal of Psychiatry*. 107, 1951, 764-9.
- 4) Noji EK. *Crisis Management in Disaster*. 災害医学. 東京, 南山堂. 2002, 269-85.
- 5) Green BL. Defining trauma : terminology and generic dimension. 20, 1990, 1632-42.
- 6) Gunn SWA. *Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief*. Kluwer Academic Publishers. Dordrecht. 1990.
- 7) 広常秀人. 災害の与える心理的影響 : 心的外傷という概念からみて. 1995年 *Emergency Nursing* 夏季増刊 基礎から学ぶ救急看護のメンタルケア. 1995, 126-9.
- 8) 石井美恵子. 自然災害による被災地域への緊急医療救援における看護師による実践経験の記述. *日本災害看護学会誌*. 8 (1). 2006, 90.
- 9) 上條吉人. 災害と精神医学. *災害医学*. 東京, 南山堂. 2002, 257-62.
- 10) 太田宗夫. *災害医療ガイドブック*. 東京, 医学書院, 1996, 210 p.
- 11) 太田宗夫ほか編著. 災害看護. *Emergency Nursing* 1996年新春増刊. 1996, 248 p.
- 12) 佐藤真美子ほか. 文献からみた災害看護の現状. *看護研究*. 31 (4), 1998, 287-95.
- 13) 須藤史子ほか. 命の尊さに突き動かされて「添う」 : 阪神淡路大震災に直面し来院した多数の被災者に対応した看護師の実践. *日本救急看護学会雑誌*. 7 (1), 2005, 74.
- 14) 高橋章子. 地震災害急性期における救急看護. *看護研究*. 31 (4), 1998, 321-31.
- 15) 金吉晴. *心的トラウマの理解とケア*. 東京, じほう, 2001, 350p.