

II. 災害時における心理的な反応

1. どのような心理的な負荷が生じるのか

1) 心的トラウマ

- (1) 災害の体感（地震の揺れや音、火災の炎や熱、爆発の音や熱風など）
- (2) 災害による被害（負傷、近親者の死傷、自宅の被害など）
- (3) 災害の目撃（死体、火災、家屋の倒壊、人々の混乱など）

2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責

- (4) 死別、負傷、家財の喪失などによる悲嘆
- (5) 罪責（自分だけが生き残ったこと、適切に振る舞えなかったこと）
- (6) 周囲に対する怒り（援助の遅れ、情報の混乱など）
- (7) 過失による災害の場合の過失責任機関・責任者に対する怒り、犯罪が関与する場合の犯人に対する怒り

3) 社会・生活ストレス

- (8) 避難・転宅（新しい居住環境でのストレス、集団生活など）
- (9) 日常生活の破綻（学校、仕事、地域生活、これまでの疾病の治療、乳幼児や老人・障害者のケアなど）
- (10) 新たな対人関係や情報の負担（情報や援助を受けるための対人接触、情報内容の処理）
- (11) 被災者として注目されることの負担（人目に付くことのストレス、同情や好奇の対象になっているのではないかとの不安など）

(解説)

- 1) 心的トラウマ（災害体験それ自体による衝撃）：災害時の強い刺激に直面したときには、交感神経系が過覚醒状態となり、そのために不安、恐怖が高まり、目の前の光景の全体像がつかめず、もっとも怖いと思われる刺激に注意が集中し、かつ記憶が亢進して、その場の情景や恐怖感が強く脳裏に刻み込まれる。そのような記憶はフラッシュバックのように勝手に何度も思い出され、自分では制御することができず、思い出すたびに当時と同様の苦痛がある。このような状態を心的トラウマと呼ぶ（以下、トラウマと記載）。原因となる出来事は、自分自身が感じた地震の揺れ、痛み、火災の光や熱などに加えて、他人の被害の目撃も含まれる。特に近親者の死傷、家屋の倒壊、死体（とくに損傷のひどいもの、離断したもの）の目撃など

が、強い衝撃をもたらす。フラッシュバックにまで至らないとしても、こうした体験のために意欲が失われ、気分が抑うつ的になり、不安、不眠、食欲の低下、不注意による事故などが生じやすくなる。

2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責：災害直後は、あまりに強い衝撃や混乱の中で現実的な判断が麻痺しているが、次第に死傷や家財の喪失、将来への不安などが現実的な問題として考えられるようになる。当初の茫然自失や気持ちの高ぶりが収まった後、深刻な喪失感、悲哀感を感じることもある。本来は被害者であるにもかかわらず、何か自分に落ち度があるように感じる。特に犠牲者が出たときには、自分だけが生き残ったことへの負い目の気持ち（サバイバーズ・ギルト：生存者の罪責）や、自分が適切に対応できなかったことなどで自分を責める。と同時に、自分がそのような運命に陥ったことへの憤りが、援助者や周囲の者への怒りとなることもある。

3) 社会・生活ストレス：これは新しい生活環境によるストレスである。具体的には、種々の心身の不調、不定愁訴、不眠、苛立ちなどが増加する。特に体育館などでの集団生活が長期化した場合には、プライバシーの確保、生活環境の整備（飲食、トイレ設備、ゴミ、各種当番作業の分担）、子どもや老人、傷病者などへのケア、避難所での感染症対策などが問題となる。報道取材からの保護も重要な課題である。

2. どのような心理的な反応が生じるのか

1) 初期（災害後から1ヶ月まで）

災害に特有な反応としてはフラッシュバックを中心としたPTSDがあるが、この診断が付くのは少なくとも一ヶ月以降のことである。初期には、症状も不安定なので、そもそも精神医学的な診断自体が難しい。したがって初期の住民の様子はストレス反応として大局的にとらえ、基本的には現実的な不安を解消するための情報や具体的な援助を与え、自然の回復を待ち、個別の重症例には不眠や不安などの症状に対して、投薬や相談などの対症的な対応をするのが実際的である。ただし回復の過程で、不安や不注意のために思わぬ事故や二次被害が生じることがあるので、心理的な変化と回復の見通しについては、広報などを通じて、初期から十分な住民への心理教育を行う必要がある。初期から心理的な情報提供、援助を行うことは、その場での不安を軽減させるだけでなく、長期的なアルコール依存などの問題を軽減する効果もある。

ストレス反応の程度が強かったり、特に強い心理的負担が生じた場合や、

本人に脆弱性（用語解説参照）があった場合には、うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症などの一般的な精神疾患が新しく発症したり、再発することもある。また、それまで気づかれなかった痴呆が、夜間せん妄を新たに生じることで明らかになることもある。すでに精神疾患の治療を受けている場合にも、災害の衝撃や、治療薬の中断による悪化が見られる。特に抗てんかん薬が急激に中断した場合には、患者によっては48時間後に重積発作が発症する可能性がある。しかし、これらの一般的な精神疾患については、精神保健医療従事者であれば、日常的な業務の延長上で対応が可能である。

付) 災害の直後数日間

この時期には、住民の示す症状も多彩であり、かつ、多くは一過性であるので、厳密な診断を下す意義は乏しい。また、精神保健医療従事者がこの時期の住民と面接する機会を得ることは難しく、多くの場合は一般援助者が住民と接することになる。したがって、以下のような区分が実際的と思われる。

(1) 現実不安型

災害被害の原因、規模、程度、援助の内容がわからないことによる現実的な不安。家族の救助や消火活動、避難所への誘導の遅れなどによって悪化する。必ずしも、他人にわかる症状を示すことは無く、内心で耐えていることも多い。この現実不安をできるだけ鎮めることが、その後の心理的な反応を予防する上で最も重要である。対応としては、各住民が、具体的にどのような被害にあい、何を必要としているのかを確認することが重要である。

(2) 取り乱し型

強い不安のために、落ち着きが無くなり、じっとしていることができない。話し方や行動にまとまりが無くなる。自分のやりかけていたことを忘れて、関係の無いことを始めることもある。動悸、息切れ、発汗が見られることもある。時には興奮して怒ったり、急に泣くなどの、感情的な乱れも見られる。対応としては、安静、安眠の確保が最も重要である。不安の理由となる現実的な問題があれば速やかに対応する。

(3) 茫然自失型

予期しなかった恐怖、衝撃のために、一見すると思考や感情が麻痺または停止したかのように思われる状態。発話や行動が減り、質問に答えず、目の前の必要なことが手につかない。周囲の状況が理解できなかつたり、人の名前や顔がわからなくなることもある。本人としては、現実感が失われたり、言葉を言おうと思っても口から出てこないなどの感覚を持っている。「落ち着いている」などと誤解され、援助が与えられないことがあるが、内心では強

い悲しみや恐怖を抱いていることがある。「反応が無い」「あまりにも落ち着いている」場合には、この状態を考慮すべきである。

2) 中長期（災害後1ヶ月以降）

中長期的には、一部の住民の症状が慢性化し、PTSDを初めとする心理的な不調が長引く恐れがある。これまでの災害、広域犯罪の事例では、特に被災程度の激しい地域で、半年以内にPTSDに罹患する率は、部分PTSD（用語解説参照）を含めると30-40%程度である。この中から半数程度は自然に回復するが、残りの半数は慢性化する。「阪神・淡路大震災」の仮設住宅居住者など、いくつかの事例を見ると、一年後のPTSDの有病率は10-20%である。PTSD以外の中長期的な問題としては、慢性的な集中力の低下、社会的な不適応、アルコール依存の増加などがある。

基本的にこの時期には、集団全体へのストレス、トラウマの軽減のための活動と並んで、症状のある個人に対する専門的な治療援助の比重が増加する。枠組みとしては、通常の医療体制に移行することになるが、避難所が残っている場合などは、それを考慮した援助体制もしくは対応チームが必要な場合もある。

災害からの時間が経過するにつれて、住民全体としては心の健康を回復し、また、地域の復興が進められていくが、特に心理的負荷の大きかった住民などの回復が遅れ、取り残されていくことがある。個人の回復には、それぞれの速度があり、海外の報告では、森林火災の後の住民のPTSDは数年間かけて回復するとされており、一部には数年を経た後もさらに遷延化する場合もある。こうした住民にとって、災害の記憶が薄れ、被害が忘れ去られることは非常な苦痛である。地域において、被害を記憶にとどめ、被害を受けた住民への援助を提供し続けることが必要である。少なくとも地域精神保健医療従事者は、年余を経た後での住民からの心的被害の訴えに接した場合に、それが意外なことであるかのような言動を示してはならない。

最後に援助者自身の問題がある。援助者のストレスを軽減し、疲労を最小限に防ぐことは、常に最良の援助を提供するために必要である。また援助者自身もしくはその家族が被災者であったり、遠方からの派遣援助者の場合には、派遣生活の長期化によるストレスが生じる。援助者の件は、末尾に稿を改めて述べることにする。

Ⅲ. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開

1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ

災害対策本部の立ち上げ当初から、その中に精神保健福祉センター長など地域精神保健医療活動に通じた精神科医を加えることが重要である。これまで、精神保健医療活動が成功した事例では、災害・事件後、一両日以内に精神保健医療活動を行うことが、対策本部において宣言されており、担当者が動き出している。逆に、必要が生じてから精神科医を呼ぶという方針をとった事例では、必要性の認識それ自体が遅れてしまい、精神科医が加わったときには、すでに問題が山積していたということになりがちである。

災害対策本部における精神科医の役割は、

- * 精神保健医療活動に関する、災害対策本部としての方針を決定すること
- * 現場で援助活動に当たる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること
- * 現場で活動をしている様々な援助者に、精神保健医療活動の助言を与えること
- * 現場で活動をしている様々な援助者に対する精神保健医療活動を行うことに大別される。

また、災害後の地域精神保健医療を有効に実施するためには、現場における精神保健医療の担当者（保健所、精神保健福祉センターなどの保健医療従事者）に、ある程度の裁量権を与えることが必要である。特に住民の精神状態は、報道や、新たな事故、二次的災害などによって急激に変化することがあり、即応できる体制が望まれる。具体的には、地域訪問の組織化、訪問対象地域の選定、訪問頻度、訪問中止の決定、外部の精神保健医療援助者との連携や専門家への助言指導の依頼などについて、できるだけ現場の判断に応じて即応できる体制が必要である。過去の事例では、避難所の住民がほとんど自宅に引き上げたにもかかわらず、避難所への巡回活動の中止の決定が遅れ、そのために自宅を訪問すべき人員の確保に支障が出たということもある。

このうち、特に重要なことは、災害時に臨時に立ち上げた、避難所巡回や相談所の開設、ホットラインなどの特別な精神保健医療活動をどのように終結させ、通常の地域精神保健医療業務に、円滑に移行させるのかということである。その際、災害に対する精神保健医療活動そのものが後退したと思われることの無いように、広報等を通じて十分に情報提供をすることが望ましい。特別の相談窓口や臨時に開設した電話回線が無くなっても、通常の相談の枠の中で、ある

いは通常の電話回線を通じて災害に関する相談が出来ることなどを伝える必要がある。このように通常業務の枠組みに戻ったとしても、災害に関連した住民への援助活動が続くうちは、予算、人員などへの配慮が必要な場合が多い。

2. 初期対応（災害後1ヵ月間）

対応についてガイドラインが必要とされるのは、とりあえずは初期の4週間である。それ以降になれば、必要な情報がそろっており、専門家による援助チームも結成され、外部からの助言も得られるはずであり、また地域や災害の内容による差異が大きくなるので、現場の事情に即して工夫をする必要がある。以下では、初期の対応について、共通して心得るべきことを述べる。

1) 現実対応と精神保健

災害直後の住民は、現実的な被害としての死傷や、家財の被害などによる苦痛を感じていると同時に、このような突然の運命に見舞われたことによる、言いようのない恐怖や不安をも感じている。現実の被害に基づいた苦痛に対しては、当然のことながらそれに適切に対応することが、最良の対策である。不安などの心理的な反応に対応するためには、まず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提となる。しかしそれだけで心理的反応としての恐怖や不安のすべてが解消されるわけではなく、精神的な問題を念頭に置いた対策が必要となる。

例えば「JCO臨界事故」の時には、被曝の不安を持った住民に対して、放射能の計測が、事故後数日の内に個別に行われた。このように生命・身体への対応が迅速に行われたことによって、住民の不安は大いに和らげられたのである。

2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト（First contact: 初回接触）

ファースト・コンタクトとは、災害後、出来るだけ早い時期に、援助者が、被災現場や避難所に向いて、被災者と顔を合わせ、言葉を交わすことである。

この場合の援助者は、その時々住民のニーズに応じた者が駆けつけることが原則である。災害直後には、当然、救命救急や鎮火、ライフラインの確保などが優先されるから、それに対応する援助者が現地にはいるべきであって、住民への声かけなども、できるだけそのような援助者が担当する方がよい。

ファーストコンタクトの際には、可能な限り、後述の見守りチェックと心理的応急処置を参照し、心理的に不安定な者の同定と、そうした者について簡単な心理教育（心理学的情報提供）を行うことが望ましい。

ファースト・コンタクトは、災害後出来るだけ早い時期に実現することに意

義がある。それが遅れると、住民は不安、絶望、混乱の中に取り残されることになる。また、援助者が、被災者の場所に赴いて援助の意志を伝えるということが重要であり、そのことによって住民は、今後の援助活動についても信頼感を持つ。急性期にはさまざまな援助者が現場にはいるが、その中で一部の地域住民がファーストコンタクトから取り残されることがあるかもしれない。また、援助者が現場に入ったとしても、本来業務が多忙なために、住民にたいするファーストコンタクトが行えていないことがある。災害対策本部において、どの程度ファーストコンタクトが実現できているか、またその結果として、どの程度に住民が不安定となっているかの情報を一元的に把握すべきである。そのためには、災害前からの、多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定、打ち合わせを行う必要がある。

3) 見守りを要する者のスクリーニング

特に重症感があり、精神保健医療上の援助を必要とする住民を適切にスクリーニングすることが必要となるが、初期に現場に入る者は一般援助者であることが多いので、専門的な診断は出来ない。しかしながら、そうした一般援助者であっても、付録の見守り必要性のチェックリストを用いることによってある程度のスクリーニングを行ったり、次項に述べられている心理的応急処置を行うことは可能である。一般援助者に対して、こうした対応方法を、出来るだけ早い時期に伝達し、見守り必要性のチェックリストを配布することが望ましい。併せて、プライバシーへの十分な配慮を指導する必要がある。実際には災害直後にこうした伝達を行うことは難しいので、防災訓練などを通じて、あらかじめ伝達しておくことが实际的である。また、こうした見守り必要性のチェックの結果について、一般援助者が必要と感じた時には、地域精神保健医療の担当機関に助言を仰ぎ、状況に応じて地域精神保健医療従事者にその後の対応を依頼できるような、連絡体制の確立が望ましい。適切な見守り必要性のチェックを行うためには、一般援助者が、あらかじめ防災訓練時などにチェックリストを用い、経験を積んでおく必要がある。

4) 心理的応急処置

前項と同様に、災害直後に現地に入るのは一般援助者であるが、そうした者でも心理的な応急処置（米国PTSDセンター：Dr Gray, Dr Litzによる）を実行することは可能である。ただしそのためには、見守り必要性のチェックリストの場合と同様、災害が発生する以前から、訓練時などに経験を積んでおく必要がある。

この時期の精神的な変化の多くは急性期のストレス反応であり、症状も多彩であり、かつ速やかに変化する。したがって、医学的な症状を正確に記述するとか、診断を考えることはあまり意味がない。ある程度の重症感があったり、苦痛を感じている人が同定できればよい。そのためには顔を合わせて言葉を交わすことが最良の方法である。体の病気にたとえて言えば、頭痛や吐き気で苦しいことを知るためには、特に医学的な知識が無くとも、本人と直接話をしたり様子を見ればよいのと同じことである。また逆に、そのようにして住民一人一人と援助者が接すること自体が、住民全体についての不安を軽減し、安心感をもたらすことになる。もちろん、こうした接触だけですべての症状を見つけることは不可能であるが、災害直後に、住民全体に対して行う方法としては、妥当なものと思われる。住民と接するときには、もし苦しいときにはホットラインなどで相談ができることや、相談所の開設について伝えるようにする。

実際に不安定になっている住民を見つけた場合の対応としては、もちろん、アウトリーチの現場で、直ちに医学的な処置はできない。ただちに医療や援助につなげることができるかどうかは、災害の規模によって異なってくる。その場での対応としては、基本的には、以下のことを伝えるようにする。災害の後で新たに生じた不安、落ち込み、苛立ち、焦りなどは、一時的な、誰にでもあることなので落ち着いて様子を見ること、しかし、程度がひどくなった場合には、迷わずにホットラインや相談所などを利用することを伝え、また今後も、精神的な援助が続けられることを確認する。

不眠、パニック、興奮、放心などが強い場合には、できるだけ早期の医療につなげるようにする。こうした場合には、災害だけが原因ではなく、災害の前に別の強い衝撃があったり(家族の事故など)、何らかの精神疾患があったり、あるいは始まりかけていた場合があるからである。こうした重症感の非常に強い事例は、身体医療の担当者によっても発見される率が高いので、身体医療の救急治療、搬送の対象とする場合もある。これとは別に注意すべきことは、これまでの投薬治療が中断することによる増悪である。特に、てんかんで治療を受けていた者が、服薬が中断されることによって発作を起こすことは注意を要する。重積発作の場合は命に関わることもあり、中断後、最短で2日後に起こる可能性がある。それ以外にも、パニックや不安発作、統合失調症の悪化などがあり得る。しかし、精神科疾患で治療を受けているのかどうかということを、ほかの住民の前で、聞くことは難しい。従ってこの部分については、身体疾患と併せて、これまでの治療が中断したり、薬が手に入らなくて困ることはないか、と聞くことが良いと思われる。