

災害時のこころのケア

平成23年3月

岐阜県精神保健福祉センター

目次

I	はじめに～なぜ災害時にはこころのケアが必要なのか？～	1
II	災害後の心理的反応の経過と必要な支援	
1.	災害後の心理的反応	3
2.	時系列に応じた心理的反応	4
III	災害後に生じることがあるこころの病気	
1.	急性ストレス障害（ASD）と心的外傷後ストレス障害（PTSD）	8
2.	うつ病	9
3.	アルコール依存症、その他の物質（薬物）依存症	10
4.	パニック障害	11
5.	心身症	12
IV	心のケアの前提	13
V	こころのケアへの心構え	14
VI	精神科受診が必要な状態	16
VII	災害弱者への対応	17
VIII	援助者のメンタルヘルス	21
	付録	
	・チェックリスト	
1.	災害直後 見守り必要性チェックリスト	24
2.	被災者のハイリスク度チェックリスト	25
3.	トラウマを受けた子どもの行動チェックリスト	26
4.	支援者のためのチェックリスト	27
	・スクリーニング尺度	
1.	K6/K10 日本語版	28
2.	IES-R 日本語版	29
	・啓発用パンフレット	
1.	こころも怪我をします（一般向け）	34
2.	高齢者を見守る方へ	36
3.	子どものこころの理解とケアのために	37
4.	飲み過ぎに注意	38
5.	医療従事者向けパンフレット	40
6.	救援や支援活動に携わっている方へ	45
	参考文献	47

I はじめに

～なぜ災害後にはこころのケアが必要なのか？～

阪神淡路大震災のような自然災害あるいは地下鉄サリン事件のような人的災害の後に様々な心理的反応が生じるということは、今や一般の方でも認識しつつあると思います。それでも、多くの方は「自分には関係ない」、「自分はそんなことにはならない」などと考えているのではないのでしょうか。しかし、主要な「被災者の精神的健康に関する調査」では、「被災者の30～80%が精神医学的問題を有していた」という結果が得られています。したがって、この数字から、災害後に心理的反応が生じるということは他人事ではないと言えると思います。

心理的反応の要因としては、「家族や家財等の喪失」、「災害後の生活の変化」、「将来への不安」、「現実生活上のストレスの増大」、「人の死傷の目撃といった衝撃的な体験」などが考えられます。災害後に心理的な反応が生じたとしても、大部分は特別なことをしなくても自然によくなると考えられています。しかし、一部はうつ病、物質依存症（薬物、アルコールなど）、心的外傷後ストレス障害（PTSD）などの精神疾患を発症してしまいます。そのような方は災害からの立ち直りが遅れるばかりではなく、自殺等の取り返しがつかない事態に至ることも考えられます。従って、**災害時には被災者の中から、精神医学的な介入が必要な方を拾い上げ、適切に対処するシステムが必要となります。**

また、被災地域住民などへの心理教育も「災害時のこころのケア」として重要なこととなります。というのは心理教育によって、以下の三つの事態を避ける必要があるからです。

一つ目の事態は被災者本人に生じる問題です。被災者本人に、災害後に心理的反応が起きたことで「狂ってしまった」「弱い人間だからこうなってしまった」などと自分自身を責めてしまうことが良く見られます。また、残念なことではありますが、精神科に対しての偏見は少なからずあるため、精神医学的介入を受けるという事態そのものが、上述のように確信させてしまうことがあります。その結果、心理的な悪循環に陥り、回復過程が妨げられたり、必要であるにもかかわらず、治療を受けずに状態が慢性化したり、あるいは悪化したりという不幸な結果となりかねません。

二つ目の事態は心理的反応を起こした方の周囲が不適切に対応してしまう問題です。周囲が「精神的に弱い」「甘えている」などと被災者を責めることがあります。すると、被災者の回復過程が妨げられるだけでなく、二次受傷を負ってしまい、症状が悪化しかねません。つまり、災害により一次的に「こころ」が傷つき、周囲の心無い非難によって二次的に「こころ」が傷つくことになるのです。（俗に言う「傷口に塩を塗る」というようなものです。特別なことを言っているわけではありません）

三つ目の事態はスティグマ化の問題です。スティグマ化とは「ある特定の人間や集団に、社会からの心ない汚名が着せられてしまうこと」です。（ちなみに、スティグマとは焼きごてのことです。ですから、日本語で言う「烙印を押す」という言葉とほぼ同じ意味です）

残念なことではありますが、現在でも精神医学的問題を抱えている方に対するスティグマ化が生じる事があります。それは例えば災害時であっても同様です。二つ目の事態もスティグマ化の一種です。当然、スティグマ化は災害時のメンタルヘルス活動にとってマイナスとなります。「スティグマ（化）」が生じるのは様々な要因がありますが、一つの要因として、正確な知識や情報の欠如ということがあります。

心理教育では、「被災者にどのような心理的反応が生じるか」「その反応はどうなっていくのか」「その反応にはどう対処したらいいか」などの正確な知識を与えなければなりません。その中で、被災者に最も伝えなければならないことは、「災害後に生じる心理的反応は『**異常な状況に対する正常な反応**』であり、決して特別な反応ではない」ということです。この言葉に上の三つの事態を避けるための本質があります。

ただ、今まで述べたことは、特殊なことを言っているわけではありません。「メンタルヘルス上の援助が必要な方を見つけ出し、援助に導く」「精神的問題に関して一般の方々に知識や情報を提供する」「精神的な問題が生じた方のスティグマ化を防ぐ」というのは本来、日頃から行われていかなければならないことです。この、当たり前のことを各人、各機関が連携をして行っていくことが最も必要とされるのです。

ただ、ここまで「こころのケア」ということで述べてきましたが、それ以前に**安全・安心・安眠の確保**が出来ていなければ、元も子もありません。よりよい避難生活の確保、正確な被災情報、今後の災害の見通し、復興の見通しなどが被災者へ提供されなければ、いくらこころのケアをしても平穏なこころは取り戻せないのではないのでしょうか。

以上のまとめ

- 被災者の30～80%が精神医学的問題を有していたという報告があります。
- 災害後の心理的反応は『異常な状況に対する正常な反応』です。
- 心理的反応が生じたとしても大部分は自然に軽快します。
- 災害時には被災者の中から、精神医学的な介入が必要な方を見出し、適切に対処するシステムが必要となります。
- 災害時であっても心理的反応を起こした被災者に対しスティグマ化が生じることがあります。
- スティグマ化を最小限に抑えるために、被災地域住民や援助者などへの心理教育の実施や情報の提供も「こころのケア」として重要なこととなります。
- こころのケア以前に安全・安心・安眠の確保が必要となります。

Ⅱ 災害後の心理的反応の経過と必要な支援

災害後には、ふつうの生活では経験しないことが生じます。そのため、被災者には様々な反応が生じてくるのは当然です。『異常な状況に対する正常な反応』

以下のような反応が生じるといわれています。

● 心理・感情面

- ☐ 高揚した気分。誰かと話したくてたまらなくなる。
- ☐ やり場のない気持ち。
- ☐ 怒りっぽい。人や物にあたる。イライラする。
- ☐ 強い不安。恐怖。
- ☐ 寂しい。物悲しい。泣き叫ぶ。
- ☐ 孤立感。
- ☐ 意欲の減退。無気力。
- ☐ 落ち込み。生き残ったことへの罪悪感。誰とも話したくなくなる。
- ☐ 感情の混乱。

● 身体面

- ☐ 睡眠障害。
(寝つきが悪い、途中で起きる、朝早く起きてしまう、悪夢、熟睡できない)
- ☐ 頭痛。頭重感。
- ☐ 全身倦怠感。筋肉痛。
- ☐ 胸の痛み。動悸。
- ☐ 吐き気。胃の不快感。下痢。腹痛。食欲不振。
- ☐ アレルギー症状がひどくなる。風邪をひきやすくなる。

● 思考面

- ☐ 集中できない。
- ☐ 記憶・思考の混乱。
- ☐ 短期間の記憶の喪失。
- ☐ 他の選択肢を考えたり、優先順位をつけたりといった合理的な判断能力の低下。
- ☐ 一つの考えへの固執。
- ☐ 認知・感情・判断の否認。

(「自分は何も動揺していない」、「自宅を失っても平気だ」、

「援助なんかいない」など)

● 行動面

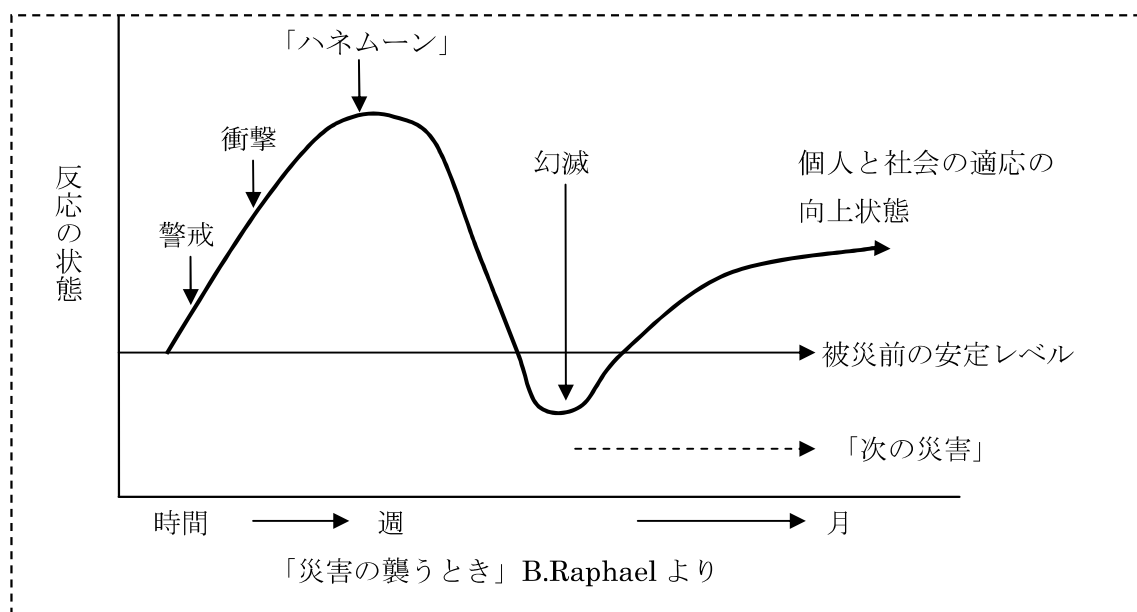
- ☐ ちょっとしたことでもけんかになる。
- ☐ 人間関係のトラブルが起こりやすくなる。
- ☐ ひきこもる。周囲との接触を拒絶する。
- ☐ 援助を断る。
- ☐ お酒、タバコ、薬物類の量が急に増える。
- ☐ じっとしていられない。
- ☐ 食べ過ぎる。
- ☐ 子どものおねしょ、指しゃぶり、過度の甘えといった退行。

など、人によってさまざまな症状が生じます。ただ、上記にとらわれずに、以前にはなかったような症状が出現していたら、災害後の反応として生じたのではという視点を持つ必要があります。

ただ、何が何でも、災害後の反応と考えるというのも、時として不適切なことがあります。平時の時でも、実は、身体疾患が隠されていることが少なからずありますので、注意が必要です。

また、時系列に応じて図1のような反応を生じるといわれています。また、それに応じた必要な支援を述べます。(時期ごとに分類していますが、おおよその目安です。時期にこだわらずにその時々ニーズに応じて行動することが重要です。)

図1



①衝撃期

状態

災害が実際に来襲し、多数の死傷者をだし、ライフラインの破壊がもたらされる時期に相当します。人々の反応は J.S.Tyhust によると以下のような割合となります。

- ①12～25%：落ち着いてきびきびと動く。
- ②75%：一時的に仰天して、当惑する。
- ③12～25%：錯乱、身がすくむような不安、動けなくなる、
狂乱して泣き叫ぶといった不適當な行動。

必要な対応

この時期は生命・身体の保全をまず考えなければなりません。メンタルヘルスの問題は、緊急性の高い事態が起きた場合のみ対応することとなります。

A.安全・安心・安眠の確保

この時期は何はともあれ、この 3 つの確保が先決です。これだけで精神的に落ち着くことがあります。たとえ精神症状が出現したとしても、この時期は症状が変わりやすいので、重症でなければ経過をみても良いと考えます。

B. 精神科救急

上記の③のなかで重症度が高く、そのために自身の安全を確保できないような方に対しては、専門的な医療を提供するなどの緊急の介入が必要となります。また、精神障がい者の中には、災害によって急性再燃あるいは急性再発するケースがあります。以上のようなケースを精神科へ救急受診させなければなりません。

C. 被災した精神医療機関の補完

精神科医療機関が被災した場合、精神科救護所を設置する、入院患者を移送することによって、精神医療の継続を図れるようにします。

また、交通機関が不通となったり、道路交通網が遮断されたりすることにより精神障がい者が通院困難となることが考えられます。従って、医療機関、行政機関等が連携し服薬の継続を図れるようにします。

②反動期

状態

災害の直接的影響を回避したときから始まります。持続時間は個人差があります。90%の方が自分を取り戻し、直前の出来事を自覚し、初めて感情を表出できます。

また、この時期にハネムーン期といわれる多幸的・他愛的・協力的な相互作用が起きます。

必要な対応・・・この時期から、地域精神保健活動を実施していきます。

A.アウトリーチ活動

巡回保健師、巡回（精神）医療活動チームによる避難所や居宅などへの訪問活動を行い、健康調査を実施します。ハイリスク群（付録のチェックリスト参照）や要支援者を見出し、個別の支援をしていきます。また、上述したように、通院困難者の支援を精神科医療機関と連携して行います。

B. 被災者への心理教育・普及啓発

マスコミ、広報、リーフレット、講演会などを通じ、被災者へ「災害後には様々な心理的反応が生じ、多くの場合自然に軽快していく」ということを知らせ、安心を与えなければなりません。また、残念ながら重症化した場合や症状が長引いた場合の相談機関や治療機関を知らせなければなりません。

C. 援助者への心理教育・援助者の勤務調整

被災者が早期に精神的援助が受けられるように、また、援助者が被災者へ二次的なトラウマを与えないように、援助者にも災害後の心理的反応やその対応を周知しなければなりません。

その一方で、この時期には援助者自身のオーバーワークが問題となってきます。とりわけ、援助者でありながら被災者でもある方は尚更です。当然、援助者のメンタルヘルスも問題になってきますので、援助者のメンタルヘルスを保つために心理教育も行います。また、被災者と同様に健康調査を実施します。また勤務調整し、心身の疲労が蓄積しないように管理者および同僚が配慮しなければなりません。（これは平時における職場でのメンタルヘルスケア、特にラインケアの考え方と同様です）

D. 相談窓口（ホットライン）を設置

避難所等へ相談窓口を設置します。ただ、精神専門の窓口とすると住民が相談しにくいことが考えられるので一般的な事柄に対する相談窓口で精神的問題がある方を見出していくといったやり方のほうが現実的かもしれません。

また、精神保健福祉センター内に専用回線を設置し、被災者などからの心理面に関する問い合わせに対応します。

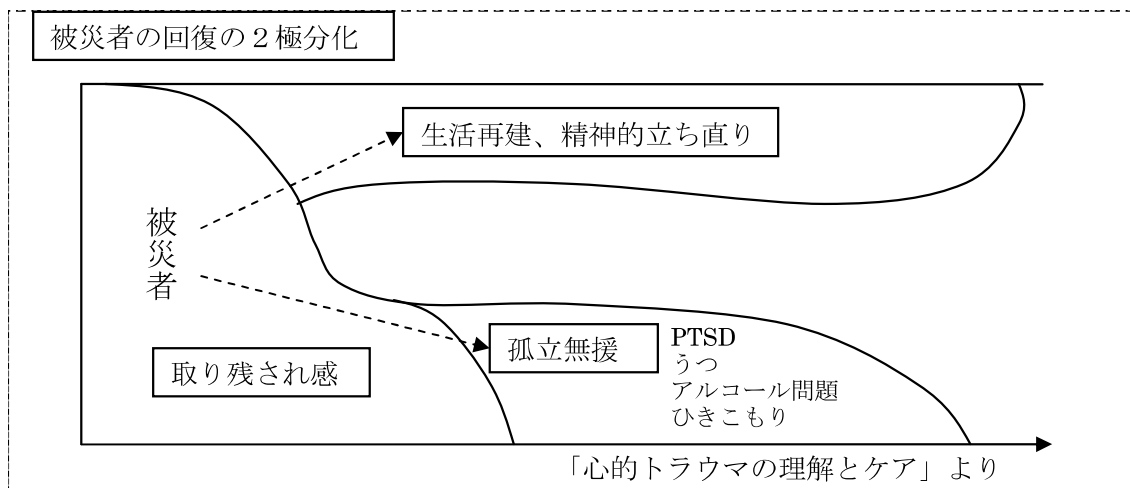
③幻滅期

状態

幻滅期のストレスは衝撃期から派生したものです。災害が家族や財産を奪い、離別までもたらしたという悲惨な現実を直視します。また、この時期になると被災地域以外の人々の関心は薄れ、無力感・孤独感にさいなまれます。また、図2のように被災状況、もともとの経済状況、受けられる支援の多寡などによって回復に二極分化が起きてしまいます。

出現する感情・精神医学的問題としては、悲嘆、抑うつ、孤独感、無力感、PTSD、不定愁訴、落胆、疑惑、憎悪などがあげられます。

図 2



必要な対応

この時期は基本的には反動期と同様の活動を必要とします。ただ、うつ病、PTSD等の災害のストレスに関連した精神疾患が問題化してくるので、早期の発見・早期の介入ができるようにしなければなりません。特に、上記のような方がまず精神科以外の一般医療機関へ受診することが考えられます。一般医療機関へ協力を仰がなければなりません。

④再適応期

状態

時間経過とともに徐々に平静な状態へと回帰し、外傷体験をうまく克服した場合、新たな高水準の適応状態にいたります。

必要な対応

平常時の社会資源を利用した援助に移行していきます。また、記念日反応を予防していくために、追悼行事などをしていきます。

Ⅲ 災害後に生じることがあるこころの病気

1. 急性ストレス障害（ASD）と心的外傷後ストレス障害（PTSD）

いずれも生命の危機を感じるような出来事（外傷体験）を体験するか、または目撃した後に発症する疾患です。ASD は出来事から 4 週間以内に発症し、2 日から 4 週間の間に消退します。PTSD は出来事があってから一ヶ月以上症状が持続します（図 3）。基本的な症状は共通です。

症状

① 再体験（侵入）症状

- ☐ 外傷体験の記憶、イメージなどが繰り返し思い出されてしまい苦痛に感じる。
- ☐ 外傷体験について繰り返し夢を見る。
- ☐ 外傷体験が再び起きているかのように行動したり、感じたりする。
(フラッシュバック)

② 回避/麻痺症状

- ☐ 外傷体験を思い出すような活動・場所・人物などを避ける。
- ☐ 外傷体験と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする。
- ☐ 外傷体験の場면을思い出せない。
- ☐ 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
- ☐ 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
- ☐ 感情反応の低下。
- ☐ 現実感の喪失。
など

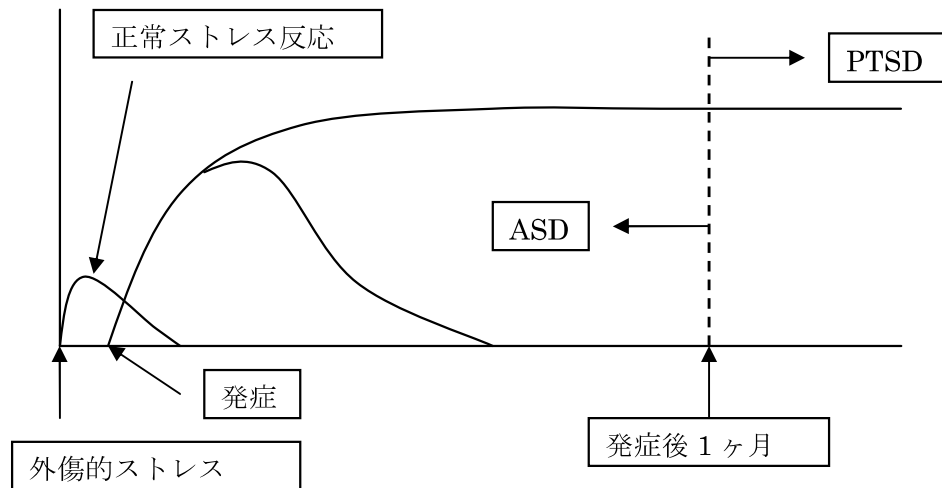
③ 覚醒の亢進

- ☐ 不眠。
- ☐ 焦燥（いらいら）。
- ☐ 怒りっぽい。
- ☐ 集中困難。
- ☐ 過度の警戒心。
- ☐ 過剰に驚く。

ASD に関しては 4 週間で軽快するといっても、これは事後的にしか判断できません。したがって、不眠や焦燥が強い、自殺願望があるといった重症度の高いケースは治療に導入する必要があります。

PTSD の多くは自然緩解します。しかし、慢性例、重症例は専門的治療に導入したほうがよさそうです。（住民の 20%に発症。約 80%は自然回復。体験後、半年から 1 年以降での自然緩解はほとんどみられないと言われています。）

図 3



Cf.病的悲嘆

独立した疾患として捉えるかという点では議論はまだありますが、Horowitz らが病的悲嘆の特有の症状として以下の 7 つをあげています。

- ① 強い侵入的な思考（上記 PTSD の再体験（侵入）症状参照）
- ② 感情面の激しい苦痛
- ③ 苦痛を伴った個人への思慕の念
- ④ からっぽの感覚
- ⑤ 昔を回想する喪の作業への強い拒否
- ⑥ 著しい不眠
- ⑦ 興味の過度の喪失

PTSD に類似している点があります。しかし、病的悲嘆の方は故人のことが問題となり、PTSD は外傷を受けた出来事が問題となるという相違点があります。

2. うつ病

うつ病は全人口の 13～17% に生じるありふれた精神疾患です。災害後にうつ病を発症したり、もともとのうつ病が再発あるいは増悪したりすることがあります。また、PTSD に合併することも珍しくありません。

うつ病の症状

① 気分の障害

☐ 抑うつ気分：憂うつな気分。悲しい気持ち。挫折感。

☐ 興味・関心、喜びの喪失

：新聞などに目を向けなくなる。身だしなみに気を使わなくなる。

☐ 無価値感・自信喪失。 「自分などいなくてもいい人間だ。」

☐ 不安・焦燥感（いらいら）。

② 意欲の障害

☐ 億劫感。

☐ 社会的活動性の低下、ひきこもりがちになる。

☐ 仕事・家事の能率低下。

③ 思考の障害

☐ 思考の制止・思考力の低下：頭が働かない、本を読んでも理解ができない、決断できない。

☐ 自責の念を持つ。

④ からだの症状（身体医学的に説明のできないもの）

☐ 不眠：寝付けない。途中で起きてしまう。朝早く起きる。

☐ 食欲の減退。

☐ 全身倦怠感、易疲労感。

☐ 頭痛、頭重感。

☐ めまい。

☐ 吐き気。

☐ 口渇。

☐ 便秘。

など

3. アルコール依存症、その他の物質（薬物）依存症

災害後のストレスや不眠を軽減するために飲酒量が増したり、依存性物質に安易に頼ってしまう方がいます。また、中には、もともと鎮痛剤を服用している方が、ストレスにより痛みが悪化し必要以上に内服するようなケースもあるようです。

その結果として、依存症にまで至ってしまうことがあります。

依存症の症状

①病的飲酒・病的物質使用パターン（わかっちゃいるけどやめられない状態）

☐ 物質を大量に使用する。

☐ 抑制の喪失。

☐ 長時間の酩酊（酔っていること）。

☐ 強迫的な物質使用。

☐ 物質中心の生活。

☐ 物質使用が優先されてしまう行動様式。

②社会的職業的機能障害

☐ 酩酊時や物質使用時の暴力。

- ☐ 欠勤。
- ☐ 触法行為（反社会的行為）。
- ☐ 家族友人とのトラブル。

③身体依存

- ☐ 耐性上昇・・・物質の効果を得るためには以前より量が必要となる。
(お酒で言えば以前と同じ量を飲酒しても酔えなくなる。)
- ☐ 離脱症状（昔の表現で言えば禁断症状）
・・・振戦（手のふるえ）、冷汗、頻脈、不安、焦燥（イライラ感）、
幻視、痙攣など。

4. パニック障害

パニック障害は全人口の 1.5~5%に生じると言われ、うつ病と合併することも珍しくありません。災害後に関しては、PTSD と関連した形で発症するということが示唆されています。

パニック障害の症状

予期しないパニック発作（下記参照）が繰り返し起こる。また、パニック発作がまた起こるのではと心配したり、発作が起きることで「死んでしまうのでは」「気が狂うのでは」などと発作の結果を過剰に心配したり、発作を恐れ外出できなくなるという行動の変化が現れたりします。

パニック発作・・・発作は通常 20～30 分続きます

① 自律神経症状症

- ☐ 動悸
- ☐ 発汗
- ☐ 冷感
- ☐ 震え
- ☐ めまい感
- など

② 身体の異常感覚

- ☐ 息苦しさ
- ☐ 窒息感
- ☐ 胸痛
- ☐ 腹痛
- など

③ 精神症状

- ☐ 現実感の消失
- ☐ 気が狂うことに対する恐怖

- 死への恐怖
 など

5. 心身症

「心身症とは身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害がみとめられる病態をいう。ただし神経症やうつ病など他の精神障害にともなう身体症状は除外する。（日本心身医学会 1991 年）」と定義されています。

簡単に言えば、心理的ストレスにより生じたあるいは悪化した身体疾患ということになります。例えば、胃潰瘍、高血圧、過敏性腸症候群、狭心症、生理不順、気管支喘息、不整脈、緊張性頭痛などがあげられます。したがって厳密に言えばこころの病気ではありませんが、精神科的な治療を必要とするケースもあります。

IV こころのケアの前提

自分に精神的な変調が起きているということは、誰でも認めたがらないものです。だから、多くの方は「こころのケアなんて不要である」と考えることが予想されます。実際に、現実的な援助をしていくことで落ち着いていくこともあります。

従って、メンタルヘルスの問題として強調せず、被災者のニーズに合わせた多面的なケアとしてやっていかなければなりません。また、上述したようにほとんどの方は自然軽快していきますので、自然回復を促進することを優先的に考えなければなりません。

自然回復を促進する条件

<現実面>

1. 身体的安全の確保
2. 二次災害からの保護
3. 住環境の保全
4. 日常生活の継続（学校、仕事、日常的な家事など）
5. 経済的な生活再建への展望（経済的基盤、職業の確保、家屋の復旧など）
6. 生活ストレスからの保護

<一般的サポート>

7. 災害、援助に関する情報
8. 援助者による現地の巡回
9. 住民から見て援助が「手の届くもの」と感じられること
10. 住民からの要望、質問に迅速に回答が得られること

<心理的ケア>

11. 心理的ケアに対する情報・教育（症状だけではなく、健全な状態や回復時の状態についても情報を与える）
12. 必要時の相談先の明示

まず、安全・安心・安眠の確保を！！

そして、災害にかかわる全員がメンタルヘルスの援助者として住民のメンタルヘルスに注意を払わなければなりませんし、逆にメンタルヘルスの専門職も現実的な援助を考慮しなければなりません。

V こころのケアへの心構え

1. 押し付けがましくないように

上述したように、多くの方は「こころのケアなんていない」と考えることが予想されます。押し付けがましい援助と感じられたら反発されかねません。「お手伝いを出来ることはありませんか」といった態度が必要となります。

2. 傾聴

こころのケアの基本は被災者の話に耳を傾け、感情をあるがままに受け止めることです。(受容と共感) 災害時の体験を無理に引き出すことをせず、相手のペースに合わせて話を聞きます。(話を途中で妨げない。但し、あまりにも話がまとまっていない場合こちらから整理をしてあげる必要があります。)

そうすることで相手とよりよい関係を作ることができ、援助が受け入れやすい状況になります。

善悪の判断、批評、安易な励まし・慰めは禁物です。

3. 「イイタイコト」そして「デキルコト」は何か？

上述したこととバランスをとらなければなりません、過度の受容・共感・感情移入は必ずしも被災者へのエンパワメントにつながりませんし、支援者側の一人よがりな思い込みになりかねません。常に、被災者の「イイタイコト」が何かを探り、その上で「被災者へ自分たちがデキルコト」を探っていく必要があります。

そして、自分にできる限界(能力・権限)を常に考えながら援助していかなければなりませんし、相談内容によっては他職種へつなげることを躊躇してはいけません。

4. 何から聞くか

多くの人にとって話しやすい症状は不眠です。見た目から覇気がなく抑うつ的人人を見たときでさえも、まず不眠について聞くことで、警戒されることなく他の症状を聞きやすくなります。また、疲労感も聞きやすい事柄かもしれません。

5. どこまで聞くか

被災体験について聞くかどうかということが問題になってくると思います。こころのケアといっても「こころの奥」に立ち入りすぎるのは禁物です。従って、被災体験について被災直後に無理に聞くのは非援助的ですが、本人がその体験を受容できて自ら話し出したときに話を聞くのは援助的です。その場合、被災した「事実」、その時やその後の「考え」、被災者の「感情」の順に聞くとよいと言われています。

6. 怒りへの対応

幻滅期には多くの人が怒りや欲求不満を経験します。目の前に怒っている人がいる場合、反論や議論をするのは避けなければなりません。具体的に何に怒っているのか聞き出しましょう。また、集団を相手に話をしてはいけません。集団になると行動がエスカレートする場合がありますからです。話し始めるにあたって、援助者自身が落ち着いていなければなりません。怒っている人は聞き手に怒っているわけではありません。

上記のようにまず傾聴しなければなりません。何かに怒っているという感情を理解し受け止めなければなりません。

7. 深い悲しみへの対応

悲しみの感情は、大切なものや人を失ったことに対するごく自然な反応です。泣いている人に泣くのを止めるように求めるのは援助的ではありません。また、泣いている人には相手が求めない限り質問やアドバイスをすべきではありません。周囲の人や援助者に出来るのは基本的にはそばにいてあげることだけです。

被害を受けた人を傷つける言葉

- ☐ 頑張れ（被災者はすでに頑張っている。これ以上どう頑張ればいいのかという感情になる）
- ☐ あなたが元気にならないと亡くなった人も浮かばれないですよ。泣いていると亡くなった人が悲しみますよ。（悲しいときには泣いていい、元気を失っていいという原則がまもられていない。「喪失」がきちんと扱えていない。よく言われる言葉だが、たくさんの問題が含まれている）
- ☐ 命があったからよかったと思って。
- ☐ まだ、家族もいるし、幸せな方じゃないですか。
（上記二つに関しては、被災者が他に喪失したと感じているものに対する配慮がない。しかも本人がそのように思っていなかったら、単なる価値観の押し付けである）
- ☐ このことはなかったことと思ってやり直しましょう。（実際に起きたことをなかったことにすることは不可能である。トラウマとなった記憶にどう対処していくかを援助の対象とすべき）
- ☐ こんなことがあったのだから将来はきっといいことがありますよ。（空手形になってしまふことがあるのでは？）
- ☐ 思ったより元気そうですね。（被災者は援助者の前で取り繕っていることだって十分考えられる。励ますつもりで言ったとしても、本人の現在の状態に対する配慮がない）
- ☐ 私ならこんな状況は耐えられません。私なら生きていられないと思います。（しっかりしていると誉めるつもりで言われていることが多いのだが、おめおめと生きている自分を非難されたと感じる人が多い）

「心的トラウマの理解とケア」より（一部改変）

VI 精神科受診が必要な状態

1. 幻覚・妄想状態

他の人が見えないもの、聞こえないことなどが見える、聞こえると言ったり、荒唐無稽な話し、著しく非合理的な話しをしたりします。

2. 著しい興奮

上記の状態に基づいた興奮もありうるし、一見正常心理に基づいた興奮もありえます。正常心理に基づいた興奮は本来精神科の適応とはなりませんが、「もとの性格と明らかに異なった状態であるかどうか」、「興奮が長時間続いているか」、「ほんの些細なきっかけによって起こっているか」などがみられる場合に精神科受診を考慮しなければなりません。

3. 自殺を仄めかす言葉・自殺未遂

4. 著しい食欲低下

食欲低下は正常な反応としてみられますが、長期間続く場合や程度が著しい場合に必要となります。

5. 解離・茫然自失

「神経学的には異常のない、意識の消失・意識水準の低下、記憶の欠損。」「身の回りことが出来なくなっている。」「感情に乏しく、能面のような表情になっている。」など。

6. 無目的な行動・徘徊

「日付、人、場所がわからなくなっている。」「行動について聞いても答えられない。」「避難所や自宅から全く違う場所へ行ってしまう。」など

7. 繰り返すパニック発作

前述Ⅲ－4 参照

8. 感情失禁

些細なことで感激する、笑う、泣く、怒るなど。

9. 否認

「絶対に必要な援助を断る。」「歩けないのに手を借りようとしない。」「ケガをしていてもケロリとしている。」など自分の現在の不遇な状況を認めない状態。

上記のような状態の方がいたら、精神科医療機関、精神科救護所、巡回保健師等に相談しましょう。

VII 災害弱者への対応

子ども、高齢者、障がい者、妊婦、乳幼児を抱えた親、外国籍の方などは災害に特に影響を受けやすく災害弱者といわれています。特別な配慮がなされなければなりません。

1. 子ども

子どもは自我が未発達なため、基本的な信頼関係に支えられた環境にないと、大人以上に問題を持ちやすいと考えられています。また、初期には比較的適応が良いようにみえても、長期的に問題となることがあります。身近な家族や保護者は、子どもの感じているストレスを低めに見がちであるので、なるべく多くの人から、そして子ども自身からも話を聞かなければなりません。

①子どもに現れる変化（巻末の「トラウマを受けた子どもの行動チェックリスト」も参照）

A. 心の症状

- ☐ 退行症状（過度に甘える、赤ちゃん言葉を使う、わがまま）
- ☐ 災害体験が繰り返しよみがえる、建造物を避ける、突然の騒音や振動に過度に反応する。
- ☐ 感情が不安定になる（すぐ泣く、怒りっぽい、緊張）。
- ☐ 罪責感（「自分が悪い子だから、災害が起きたんだ」など）
- ☐ 不安（一人になれない、恐れていることが起きると考える）
- ☐ 集中力の低下（物忘れ、怪我をしやすい、学力の低下）
- ☐ 無関心、口数が少なくなる。

B. 体の症状

- ☐ 全身倦怠感（だるい、なんとなく元気がない）
- ☐ 睡眠の異常（不眠、悪夢、夜驚）
- ☐ ヒステリー症状（気を失って倒れる、手や足が動かなくなる、声がでない）。
- ☐ 消化器症状（腹痛、吐き気、食欲不振、下痢など）
- ☐ 泌尿器系症状（頻尿、失禁、夜尿など）
- ☐ 頭痛、頭重感
- ☐ 過呼吸・呼吸苦・動悸
- ☐ 吃音

＊ 但し当初より精神的なものと決め付けずに身体面の問題がないかのチェックが必要です。（子どもだけでなく大人にも言えることです）

②子どもへの対応上の留意点

A. 生活環境の安定

子どもは直接にはではなく、子どもが頼っている大人を介在して危険を感じて

いるようにみえると Tyhurst は述べています。つまり、子どもの安定を図るためにはまず保護者が安定しなければなりません。そして、子どもたちを一人にしないように家族などが出来るだけついてあげるようにします。家族だけでは限界がある場合、様々な社会資源も利用しなければなりません。また、家族が離れ離れになるような避難生活は避けなければなりません。

B. 事実を伝える

どんな災害が起きたのか、今後、何か起きる可能性など現実的な説明をしなければなりません。(なまが地面の下で暴れたなどといった迷信ではなく年齢に応じた事実の説明をしてください。)災害を自分の責任と捉えてしまうことも良く見られますので、事実を伝えることにより子どものせいではないと理解させる必要があります。

C. 子どもと大人が感情を共有する

子どもに接する大人も自分の感情や経験を話し、そのことを分かち合う機会を持つことが必要です。また、子どもとの接触を多くして、子どもの気持ちを表現できるようにします。

D. 子どもたちが活動的に過ごせるようにする

学校や家庭でなるべく平常時と同じように過ごせる状況をつくるようにしましょう。また、年齢に応じて生活の建て直しの役割分担をさせるようにします。出来たことについては小さいことでも誉めることが必要です。

E. 退行への対応

子どもたちの気持ちを聞かずにしかったり、突き放したりしてはいけません。大人たちは「子どもが退行せざるを得ない」という気持ちを受け止めなければなりません。安全感・安心感を持てるように接していけば、そのような症状は治まっていきます。あせらず、温かく対応していかなければなりません。

ポスト・トラウマティック・プレイ

震災後に子どもたちが「地震ごっこ」「救出あそび」をするなど、トラウマ体験の後に、遊びの中にこのような再演行為をすることがあり、上記のように呼ばれています。このときの子どもは、顔がこわばり、緊張し、決して楽しそうではありません。つまり、プレイとは言っても気持ちを表現し、感情を解放する真の遊びではありません。子どもが体験しているのは、加工されてない生々しいトラウマとなった記憶の再現と考えられています。

大人たちは不謹慎だといって止めたいと思う衝動に駆られるかと思います。しかし、このあそびを通じて、トラウマを乗り越えるという作用もありますので、禁止せずに遊びの話を聞いてあげなければなりません。ただ、その遊びでますます不安や恐怖が増強するようなら、誰かが支えになって遊びがやめられるように援助をしなければなりません。

2. 乳幼児を抱えた親

自身が被災者であるにもかかわらず、さらに災害弱者である乳幼児を抱えた親のストレスは相当のものと考えられます。乳児についてはオムツやミルク等の確保が早急にされなければなりません。やるべきことがたくさんあり、親だけでは対処しきれないことが当然発生してきます。周囲の援助を求めるとともに、具体的な社会資源を提示し生活の不安を軽減させなければなりません。また、上記のような子どもの反応についての心理教育をしておいて、あわてさせないようにしなければなりません。

3. 妊婦

妊娠中はただでさえ、色々な不安を感じるものです。(妊娠そのものがうつ病の発症リスクを上げるといわれています) さらに、災害によって、精神的ストレスが増え、必要以上に体を動かす必要にかられて身体的ストレスが生じ流産のリスクが高まります。従って、上記の「乳幼児を抱えた親に対して」と同様に周囲の援助や社会資源を利用できるような実質的な援助が求められます。また、医療機関が再開したら出来るだけ早期に検診を受けさせる必要があります。

4. 高齢者

高齢者は痴呆まで至ってはいなくとも、加齢による認知機能の低下が進んできています。被災前には、限られた人間関係、行動範囲で彼らなりのパターンを作って生活をしています。しかし、被災し避難所生活になったりすると今まで形成してきた彼らのパターンだけでは適応できないことが多くなってきます。そのような様子をみて急に「ボケてしまった」などと周囲のものが思うことがあります。そのように断定する前に、様々な援助を与え高齢者に安心を与えなければなりません。

① 高齢者が現す反応

前述したような一般の人に出る反応に加え、老人に特有な反応として、以下の様なものが見られます。

- ☐ 見当識障害（時間、場所、人についてわからなくなる）
- ☐ 物忘れがひどくなる。
- ☐ 夜間徘徊
- ☐ 夜間せん妄（意識障害の一種で、意識障害＋精神運動興奮）

② 対応

- ☐ 名前を呼ぶなど頻繁に声をかける。
- ☐ 日付・時間・今の状況・今後のプランをわかりやすく話す。
- ☐ 話を聞き、気持ちを汲み取る。

- ☐ 出来るだけ被災前の人的交流を保てるよう配慮する。
- ☐ 役割を頼む。娯楽や外出をすすめる。
- ☐ 心身の状態に注意し、身の回りのケアをする。
- ☐ 非論理的なこだわりはやりわり修正し、安心させる。
- ☐ 夜間せん妄あるいは徘徊等の行動異常が強ければ医療につながなければなりません。

5. 障がい者

○ 身体障がい者

身体障がい者に対してはこころのケアというよりは実際の援助をすることにより安心感を与えることが先決です。継続的な治療が受けられるように情報あるいは便宜を与えなければなりません。（特に生命維持のための治療を受けている身体障がい者（人工透析、在宅酸素療法など）は治療を受けられないことは死に直結してしまいます。）また、視覚障がい者、聴覚障がい者は災害情報の入手が遅れることが考えられます。何が起こったのか正確な情報を伝えなければなりません。

○ 知的障がい者

災害に対しての理解が困難で情緒的反応を生じることが考えられます。わかりやすく災害のことを伝えましょう。また、出来るだけ災害以前と同じ生活ができるように配慮します。（子どもに対する援助が応用可能です。）著しい興奮等対処が困難な事例は精神科医等への援助を求めましょう。

○ 精神障がい者

やはり災害への情緒的反応が生じることが考えられます。また、薬物療法の中断によって精神症状の悪化が懸念されます。治療の継続が図れるように配慮しなければなりませんし、重症度が高ければすぐに主治医等に相談をするようにしましょう。また、避難所生活において、周囲の方の前で「精神障がい」「精神科」ということを口に出さないような配慮をしなければなりません。現実的には、いまだに精神障がい者を特別視する傾向は否めませんので、配慮をしないことで本人を傷つけてしまう事態にならないようにしましょう。

6. 外国籍の方

特に日本語が堪能でない方については災害情報が伝わりにくいことが考えられます。通訳を通じて情報を与え安心感を得ていただくことが先決です。

VIII 援助者のメンタルヘルス

援助者でも、自身が被災者であったり、被災者の話を聞くことで二次的ストレスを受けたり、いわれのない非難を浴びたり、職務を遂行できなかったりすることで精神的な変調を来すことがあります。このことは、援助者であっても正常の反応です。強さの象徴と見られがちな警察官や消防士でさえも、PTSD の有病率は一般人と同等以上という報告があります。「精神に変調を来す援助者は弱い奴だ」と非難するのは容易ですが、それは事実ではありません。そのことが、二次的なトラウマとなりえます。

また、オーバーワークとなりがちですので、燃え尽き症候群となってしまうことも考えられます。したがって、仕事を一人で抱え込んではいけません。お互いに、精神状態をチェックし、状態が悪い方は休養をとらせなければなりません。

燃えつきを防ぐ3原則

- 1、 相棒を作る。 2、自分の限界を知る。 3、ペースを守る。

援助者のストレス・・・要注意の状態は？

＊以下のような徴候に思い当たったら、少し現場から離れて休みを取りましょう。

同僚やメンタルヘルスの援助者と話をすることも大切です。

＊これは精神力や能力の程度とは関係がありません。誰でも多少のストレス反応を起こしますが、ストレスが軽減できない状況で頑張りすぎると燃えつきを起こしてしまいます。同僚や部下がこうした状態にあったら、休むことをすすめてください。

以下の症状をチェックしてください

- ☐ 「大丈夫か」と聞かれると、どうも腹が立つ
- ☐ 興奮してしゃべり続けたり、せかせか動いたりしてしまう
- ☐ ついイライラして、攻撃的になってしまう
- ☐ 必死でやっているのに、成果が上がらない気がする
- ☐ これでよかったのかと始終落ち込んでいる
- ☐ 何が最優先かを判断することができない
- ☐ 周囲の手助けを受け入れられない
- ☐ 無口になってふさぎこんだり、ボーっとしたりしてしまう
- ☐ 仕事への意欲がわからない
- ☐ 目の前のことに集中できない
- ☐ 物忘れがひどい
- ☐ 体調が悪く、疲れが取れない
- ☐ 眠れない
- ☐ 飲酒量が増加している

(「災害と心のケアハンドブック」より)

ストレスを残さないために

- 深呼吸で落ち着きを取り戻す。
- 自分の仕事をほめ、相棒と評価し合う。
- 同僚や周囲の人に体験を話し、感情を吐き出す。
- 軽い運動で体をほぐす。
- 十分な栄養をとる。
- 好きな音楽を聴いたり、入浴でリラックスしたりする。
- 日常のことに手をつけてみる。
- 家族と話をする。

してはいけない自己対策

- アルコールや薬物の乱用。
- 寝酒（寝酒はむしろ睡眠にはよくないという科学的裏づけがあります）。
- 過食をする。
- 社会関係を絶ってひとりぼっちになる。
- 自身の健康や身だしなみをおろそかにする。
- 自暴自棄な行動。

援助のリーダーシップをとる人へ

- 無理のない勤務体制をつくる。
- 被災状況、援助の資源の情報を共有する。
- 援助者のサポートにもメンタルヘルスの専門職を活用する。
- ストレス反応は精神力や能力の程度とは無関係であることを理解しそのことをきちんと伝える。
- 「大丈夫です」という言葉を鵜呑みにしない。仕事の効率が悪くなっていたら、休養を促す。
- 部下に評価とねぎらいを与える。

付録

・ チェックリスト

1. 災害直後 見守り必要性チェックリスト
2. 被災者のハイリスク度チェックリスト
3. トラウマを受けた子どもの行動チェックリスト
4. 支援者のためのチェックリスト

・ スクリーニング尺度

1. K6/K10 日本語版
2. IES-R 日本語版

災害直後 見守り必要性チェックリスト

住民氏名	男・女	避難所			
大・昭・平 年 月 日 生 (歳)		日時	年 月 日 AM/PM 時		
住所		記入者氏名			
		記入者所属			
電話番号					
		非常に	明らかに	多少	なし
落ち着かない・じっとできない					
話がまとまらない・行動がちぐはぐ					
ぼんやりしている・反応がない					
怖がっている・おびえている					
泣いている・悲しんでいる					
不安そうである・おびえている					
動悸・息が苦しい・震えがある					
興奮している・声大きい					
災害発生以降、眠れていない					

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった 1. はい 0. いいえ

今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている 1. はい 0. いいえ

治療が中断し、薬が無くなっている 1. はい 0. いいえ

病名

薬品名

災害弱者(高齢者、乳幼児、障がい者、傷病者、日本語の通じにくい者)である

1. はい 0. いいえ

家族に災害弱者がいる

1. はい 0. いいえ

被災者のハイリスク度チェックリスト

1. 心的外傷体験

- ☐ 今回の災害で、危うく死ぬような目にあった
- ☐ 今回の災害で、家族や親しい友人が亡くなった
- ☐ 今回の災害以前にも、心的外傷体験がある

2. 家族

- ☐ 一人暮らしである
- ☐ 家の中に、介護の必要な人がいる（寝たきり老人、乳幼児、障がい者など）
- ☐ 家族の中に、その人の世話をしてくれる人物がいない

3. 対人関係とコミュニケーション

- ☐ ほとんど毎日話をする人物は、家族以外にはいない
- ☐ 日本語での疎通に困難を伴う

4. サポート体制

- ☐ 家族以外に、定期的に訪問してくれる援助者はいない

5. 身体的状態など*

- ☐ 身体疾患がある
- ☐ 身体疾患があるが、医療機関に通院していない
- ☐ 障がい（身体、精神、知的）がある
- ☐ 障がい（身体、精神、知的）があるが、障がいの認定を受けていない
- ☐ 週に5日以上飲酒する
- ☐ 65歳を超えている
- ☐ 80歳を超えている

* ここにあげる項目のうちあてはまるものの数が多い人ほど、災害後の精神的立ち直りが遅れたり、孤立し閉じこもりがちになったり、PTSDなどの精神医学的病態を発症しやすい。あてはまる項目の多いものを重点的にケアする必要がある。
また、あてはまる項目はすべて選ぶ。たとえば5では、86歳の人ならば「65歳を超えている」「80歳を超えている」の両方があてはまる。

トラウマを受けた子どもの行動チェックリスト

- ☐ 何かの拍子に、強くおびえることがある
- ☐ 死を強く恐れる
- ☐ 特定の出来事について繰り返し話すことがある
- ☐ 何かの出来事に関連した遊びをする
- ☐ 怖い夢をみることがあるようである
- ☐ 過去にあったいやな出来事が、あたかも今起こっているかのようにおびえたり、怖がったり、泣き出したりすることがある
- ☐ 何かを思い出して、取り乱すことがある
- ☐ 特定の出来事について考えたり、話したくないという
- ☐ 特定の出来事を思い出させるような場所や人や物、あるいは活動を避けることがある
- ☐ 過去にあったいやな出来事を思い出したくない
- ☐ 特定の出来事を思い出させるような場所や人や物、あるいは活動に興味を持ちにくい
- ☐ 「赤ちゃん返り」「幼児返り」がみられる
- ☐ 「一人ぼっちでさびしい」といった様子がある
- ☐ 「わかってくれない」ということがある
- ☐ 大人にまとりつく
- ☐ 感情表現が少ない
- ☐ 将来についての夢がない
- ☐ 寝つきが悪い
- ☐ 夜中に目を覚ますことがあり、ぐっすり眠らない
- ☐ 怒ったり、癇癪（かんしゃく）を起こすことがしばしばある
- ☐ 集中力がない
- ☐ 警戒心が強く、用心深い
- ☐ 急な物音にびっくりすることがある
- ☐ 何かを思い出したのをきっかけに、身体のだるさ、不調、腹痛や頭痛や吐き気などを訴えることがある
- ☐ 何か特定の出来事がまた起こるのではないかと怖がるような態度がみられる
- ☐ ある出来事を悪いことの前兆だと思っている（こだわり、ジンクス、縁起かつぎなど）
- ☐ 特定の出来事を自分のせいで起こったと感じていたり、そのことについて自分を責めるようなことがある。

*トラウマを受けた子どもは言葉ではなく、行動に症状を現すことが多い。安全と保護を回復し、信頼関係がうまれた後、ここにあげた行動をチェックしてほしい。場面によって子どもの行動は変わるので、できれば複数の援助者で行うとよい

「心的トラウマの理解とケア」より

支援者のためのチェックリスト

- ☐ 「大丈夫か」と聞かれると、どうも腹が立つ
- ☐ 興奮してしゃべり続けたり、せかせか動いたりしてしまう
- ☐ ついイライラして、攻撃的になってしまう
- ☐ 必死でやっているのに、成果が上がらない気がする
- ☐ これでよかったのかと始終落ち込んでいる
- ☐ 何が最優先かを判断することができない
- ☐ 周囲の手助けを受け入れられない
- ☐ 無口になってふさぎこんだり、ボーっとしたりしてしまう
- ☐ 仕事への意欲がわからない
- ☐ 目の前のことに集中できない
- ☐ 物忘れがひどい
- ☐ 体調が悪く、疲れが取れない
- ☐ 眠れない
- ☐ 飲酒量が増加している

K6/K10 日本語版

K6 および K10 と呼ばれる尺度は、米国の Kessler らが開発した自記式スクリーニング尺度です。（被災者本人に記入してもらうということです）従来の標準である GHQ（General Health Questionnaire）よりも鋭敏であるという結果が得られています。また、GHQ に比べ質問数が少なく、簡便に行うことができます。日本語版は古川らが作成しています。

K6/K10 がスクリーニング出来るのは、抑うつ性障害（大うつ病、気分変調症）および不安障害（パニック障害、広場恐怖、社会恐怖、全般性不安障害、PTSD）です。

カットオフポイント（精神疾患である確率が 50%以上である）は

K6 15 点以上

K10 25 点以上

です。

しかし、あくまでもこれはスクリーニングに使用すべきものです（精神疾患の疑いがある方を拾い出す）。カットオフポイント以上だから精神疾患だと断定するのではなく、精神医療へつなげる努力が必要です。また、逆にカットオフポイント以下だから大丈夫と鵜呑みにすることもいけません。色々な情報を基にその人に必要な支援を考えるべきです。

自記式の尺度は、記入者本人が「この選択肢を選んだら、自分が精神障がい扱いされてしまうから、軽めに書いておこう」ということができなくもありません。その限界を知った上で用いましょう。

K6/K10 日本語版

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。			
答えの選択肢は全て、①全くない、②少しだけ、③時々、④たいてい、⑤いつも、 の 5 段階である			得点
1	(K10)	理由もなく疲れ切ったように感じましたか。	
2	(K6/K10)	神経過敏に感じましたか。	
3	(K10)	どうしても落ち着けないくらいに、神経過敏に感じましたか。	
4	(K6/K10)	絶望的だと感じましたか。	
5	(K6/K10)	そわそわ、落ち着かなく感じましたか。	
6	(K10)	じっと座っていられないほど、落ち着かなく感じましたか。	
7	(K10)	憂うつに感じましたか。	
8	(K6/K10)	気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか。	
9	(K6/K10)	何をするのも骨折りだと感じましたか。	
10	(K6/K10)	自分は価値のない人間だと感じましたか	
合計			

IES-R（改訂 出来事インパクト尺度）

IES-R (Weiss&Marmar,1997) は PTSD の侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の 3 症状から構成されており、災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など、ほとんどの外傷的出来事について使用可能な自記式の心的外傷性ストレス症状尺度です。日本語版（東京都精神医学総合研究所が作成）では、心的外傷性ストレス症状の高危険者をスクリーニングする目的では、24/25 のカットポイントが推奨されます。

- ・ Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis. 2002 Mar;190(3):175-82.
- ・ 心的トラウマの理解とケア

IES-R（改訂 出来事インパクト尺度）

お名前 _____（男・女） _____ 歳 記入日：平成 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まきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。（ ）に関して、この1週間では、それぞれの項目のないようにについて、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけてください。（なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。）

	（この1週間の状態についてお答え下さい。）	0 全く なし	1 少し	2 中く らい	3 かなり	4 非常 に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶりかえしてくる。					
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。					
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。					
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よらない。					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう。					

	(この 1 週間の状態についてお答え下さい。)	0 全く なし	1 少し	2 中く らい	3 かな り	4 非常 に
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、まだいろいろな気持ちがあるが、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、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるま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、感情が強くこみあげてくることがある。					
17	そのことを何とか忘れようとしている。					
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、と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。					

付録

・ 啓発用パンフレット

1. こころもケガをします（一般向け）
2. 高齢者を見守る方へ
3. 子どものこころの理解とケアのために
4. 飲み過ぎに注意
5. 医療従事者向けパンフレット
6. 救援や支援活動にたずさわっている方へ

こころもケガをします。

災害という異常な事態が生じるとどんな方にもさまざまな心の反応やからだの反応が生じる可能性があります。以下のような症状が起きることがあります。

心の反応

- ・ いろいろ
- ・ おこりっぽい
- ・ 被災時のことが繰り返し
思い出される
- ・ 生き残ったことへの罪悪感
- ・ やる気がでない
- ・ 集中できない
- ・ 落ち込んでしまう
- ・ 不安
- ・ 外へ出られない

からだの反応

- ・ 頭痛
- ・ 肩こり
- ・ 下痢・便秘
- ・ 眠れない
- ・ 息苦しい
- ・ 食欲がない

多くの方は自然に良くなってきますが、中には長引いてしまうことがあります。しかし、個人に生じる反応や良くなるまでの長さはその人のこころが弱いからそのようになるのではなく、誰でもそのようになる可能性があるのです。

症状の強さによっては、そのことで被災からの立ち直りが遅くなってしまいます。

自分だけで頑張らずに、こころのケアホットラインなどに相談をしましょう。

こころとからだの健康のために、まず自分たちでできること

① 一休み

全力でがんばりすぎずに定期的に休みをとりましょう。

一人で出来ることは限られています。周囲の援助を受けましょう。

② 気持ちを言葉にしてみましょう

自然な感情を押さえ込んでいるとこころとからだに悪い影響をあたえます。

誰かに話してみましょう。なかなか身近に話せる人がいなければ、相談窓口
に話しをしましょう。

③ 一人一人を尊重しましょう

回復の速さはそれぞれ違います。回復が遅い人でもせかさないで見守りま
しょう。また、ご自身の回復が遅れていても焦らないように。

④ 規則正しい生活をこころがけましょう

生活のリズムを整えること、被災前に行っていた日常生活を取り戻すことは
回復を促進する条件の一つです。

⑤ お酒やギャンブルに走らない

やってられないと思うことがあるかと思いますが、お酒やギャンブルに走り
依存に進展してしまうとやめることが困難になってしまいます。

こころのケアホットライン

岐阜県精神保健福祉センター

電話番号

受付時間

被災後のこころの健康に関する相談に、こころのケアの専門家が相談に応じます。

岐阜県

高齢者を見守る方へ

年をとると、肉体だけでなく、認知症に至らなくても脳の機能も低下してきます。そのため、被災前には、限られた人間関係や行動範囲で彼らなりのパターンを作って生活をしています。しかし、被災し避難所生活をおくっていると今まで形成してきた彼らのパターンだけでは適応できないことが多くなってきます。そのような様子をみて急に「ボケてしまった」などと周囲のものが思うことがあります。そのように断定する前に、様々な援助を与え高齢者に安心を与えましょう。

災害後の高齢者の反応

- ぼんやりしている・反応がとぼしい
- やたら、からだの不調を訴える
- 不安、恐怖
- いらいら・怒りっぽい
- 物忘れ
- 音や揺れに敏感に反応する
- 眠らない
- 食欲不振
- 徘徊（目的もなくウロウロする）

高齢者の対応への注意点

- A. 名前を呼ぶなど頻繁に声をかける。
- B. 日付・時間・今の状況・今後のプランをわかりやすく話す。
- C. 話を聞き、気持ちをくみ取る。
- D. 出来るだけ被災前の人的交流を保てるよう配慮する。
- E. 役割を頼む。娯楽や外出をすすめる。
- F. 心身の状態に注意し、身の回りのケアをする。
- G. 非論理的なこだわりはやんわり修正し、安心させる。

もし、あなた自身が、高齢者を見守っていく上での不安や困難を感じたら、一人で抱え込まずに巡回保健師やホットラインで相談をして見ましょう。

子どものこころの理解とケアのために

子どもも大人も、大地震などの安全や安心を脅かす出来事を体験することで、さまざまな反応をあらわしてきます。しかし、**多くの場合一時的なものです。**

■ 子どもが示すさまざまな反応の例

- ・ おびえたり、怖がったり、不安がる。パニック。
- ・ （からだの異常がないにも関わらず）頭痛・腹痛などを訴える
- ・ 寝つきが悪くなる。夜中に目を覚ます。怖い夢をみる。
- ・ やたら甘えたり、親のそばを離れようとしめない。
- ・ 話をしなくなったり、ぼーとしたり、引っ込み思案になったりする。
- ・ 外出を嫌がる。登校をしづる。一人で外に出られない。
- ・ 怒りっぽくなる。反社会的な行動をとる。
- ・ そわそわして落ち着かない。
- ・ 涙ぐんだり、泣き出したりする。
- ・ 学力が低下する。

これらの反応は、不安な状況がもたらす心身の反応であり、異常な反応ではありません。つまり『異常な状況に対する正常な反応』です。周囲の大人たちが、**子どもの感情や考えを受け止め、子どもの安全を確保し、安心感をあたえること**で**多くの場合、それらの反応はなくなっていく**ます。

■ 周囲の大人に気をつけていただきたいこと

- ・ いつもと同じ生活リズムが基本です。
- ・ なるべく一人きりにしないようにしましょう。
- ・ 子どもが話してきた時には、さえぎらず最後まで聞いてあげましょう。
- ・ 身体の不調を訴えた時には無理強いせず、ゆっくり休ませましょう。
- ・ 怖い夢をみたり、不安を強く訴えたりした時は、その状態を受け止めて「大丈夫だよ」と言って安心させましょう。小さい子なら抱きしめてあげるのもいいでしょう。
- ・ 「赤ちゃん（子ども）返り」や「災害ごっこ」をした時は、しからずに、「本人がそのようにせざるをえない」という気持ちを受け止め、安心感・安全感を与えるように接しましょう。
- ・ 子どもができることは、お手伝いをしてもらい、自分が役立つ存在であることを実感させましょう。

子どもにとって身近で頼りになるみなさんが、安心をもてるように心がけましょう。しかし、**保護者の方が心配や不安を感じているようでしたら、また、症状が強かったり、長く続くようでしたら、一人で抱え込まずに周囲の方や、相談機関・医療機関に相談**しましょう。

飲み過ぎに注意！

災害後の生活はストレスが多く辛いものです。中にはお酒を飲んで気を紛らしている方もいるのでは？

しかし、アルコールは依存性のある飲み物です。しかも、ひとたび依存症になってしまうと非常に回復が困難になってしまいます。

したがって、依存症にならないような飲み方をしなければなりません。

また、寝酒をする方もいるかもしれません。しかし、飲酒は睡眠に悪影響を及ぼすことが科学的に裏付けられています。

*** 依存症の症状**

- ・ だんだんお酒の量が増えてくる。以前より量を飲まないと酔えない。
- ・ お酒を飲まないでいると手が震えてくる
- ・ 飲酒を我慢できない。飲みだすとやめられない。
- ・ お酒中心の生活になってしまう
- ・ お酒のために、からだを壊したり、家庭や社会生活で問題を生じたりしてもお酒をやめられない。
- ・ 飲んだ時の行動を覚えていない。

*** 適正飲酒の 10 か条**

1. 笑いながら共に、楽しく飲もう
2. 自分のペースでゆっくりと
3. 食べながら飲む習慣を
4. 自分の適量にとどめよう
5. 週に二日は休肝日を
6. 人に酒の無理強いをしない
7. くすりと一緒には飲まない
8. 強いアルコール飲料は薄めて
9. 遅くても夜 12 時で切り上げよう
10. 肝臓などの定期検査を

(アルコール健康医学協会)

アルコール依存症セルフチェック

ストレス解消のためにお酒を飲んでいたはずが、いつの間にか、お酒に依存していることがあります。飲酒状態の自己診断をしてみましょう。下記の質問に答えてください。あなたはいくつ当てはまりますか？

1. あなたは今までに、お酒を飲む量を減らさなければならなかったことがありますか？
2. あなたは今までに、お酒を飲むことを批判されて腹が立ったり、苛立ったことがありますか？
3. あなたは今までに、お酒を飲むことに後ろめたい気持ちや罪悪感をもったことがありますか？
4. あなたは今までに、朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか？

▼自己診断方法

2項目以上当てはまれば、アルコール依存症の疑いがあります。

(飲酒状態の自己診断法「CAGEテスト」)

もし、上記のテストでアルコール依存症の疑いがあるということであれば、専門機関へ相談しましょう。なかなか踏ん切りがつかないということであれば、まず保健師やホットラインに相談してみましょう。

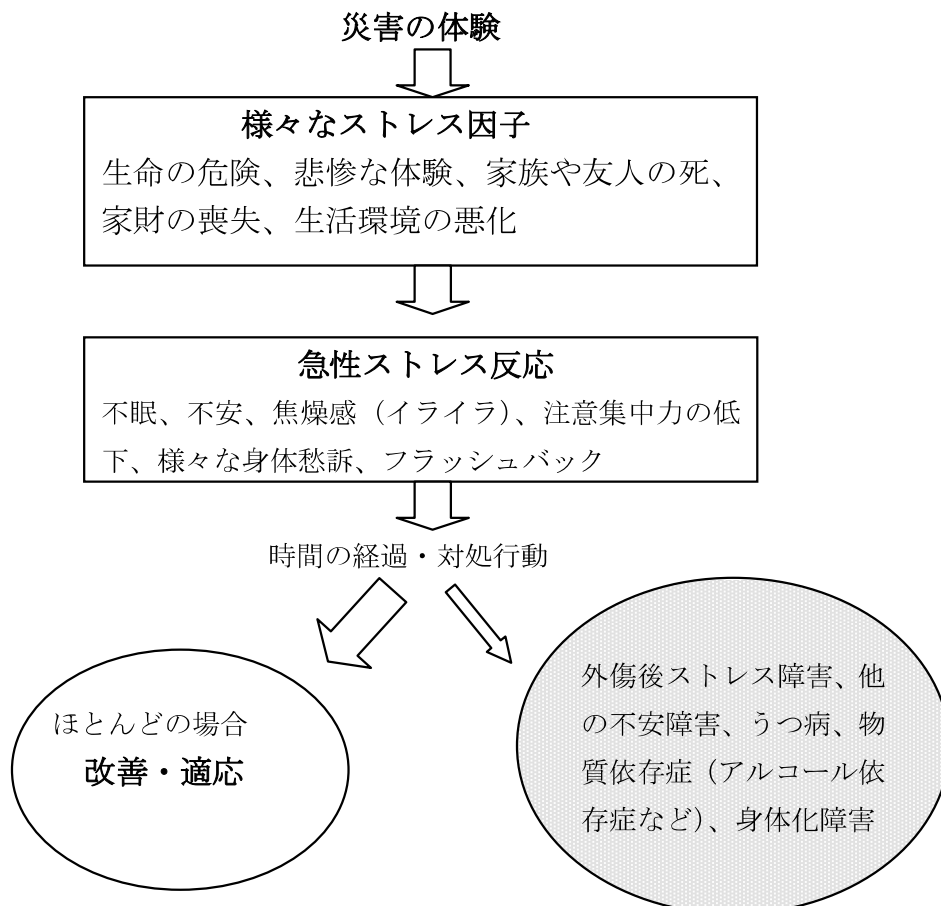
災害後のメンタルヘルス

はじめに

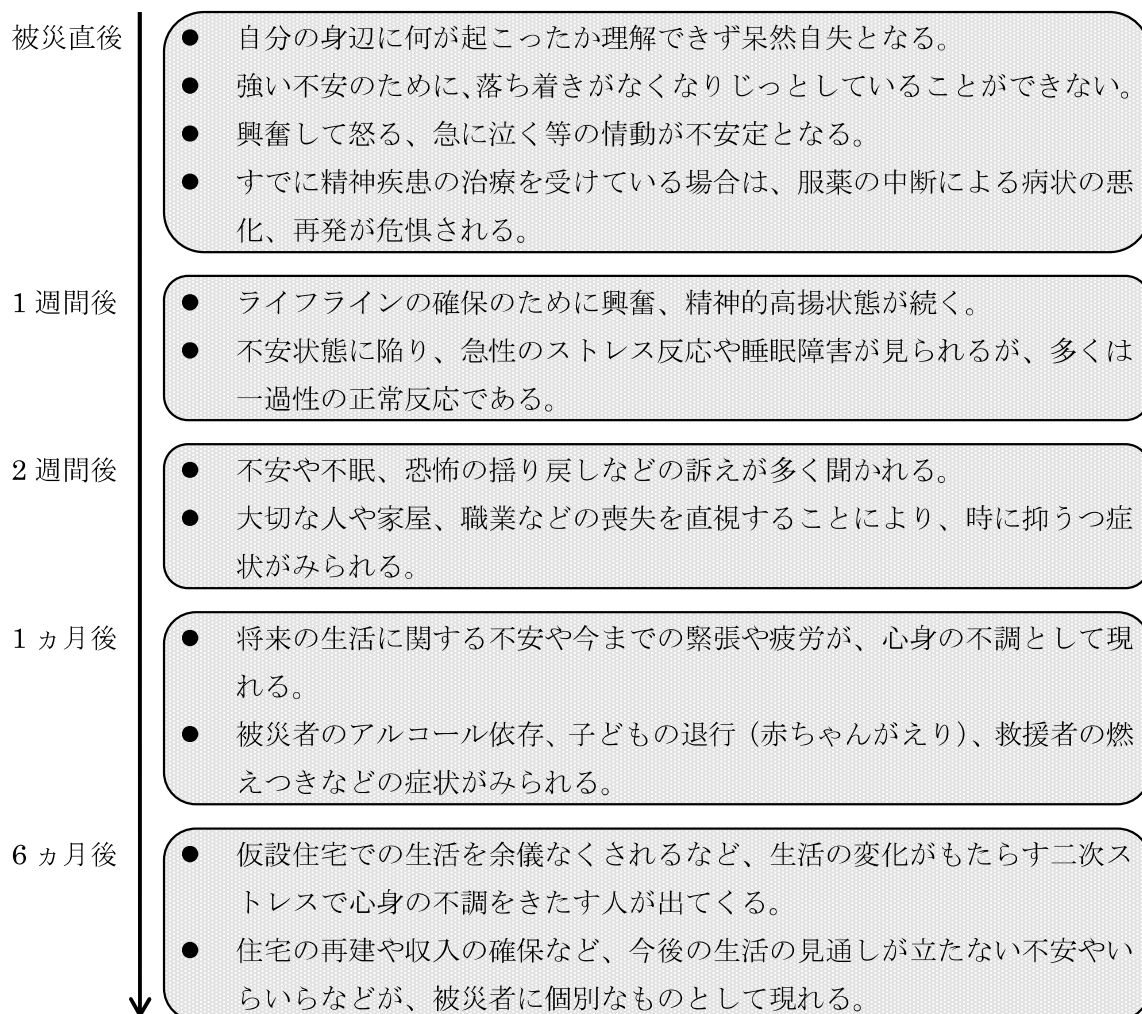
阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件以降、災害後のメンタルヘルスの重要性が指摘されています。しかし、現実的には一般人にその考えが浸透できているとは、言いがたい現状です。災害後に精神的変調をきたすと、むしろ「こころが弱い」などと烙印をおされ、二次的にこころに傷を負うというケースがあるようです。そのため、精神科に対する敷居がより高くなり、慢性的な症状に移行したり、アルコール乱用・依存症につながったりするケースも見られます。早期発見、早期介入をするためにもプライマリーケアにおいて、初期介入や精神医療へつなげることが必要です。

I 災害の心理的影響

災害時には、心的外傷や生活環境によるストレスにより、不安や抑うつなどの精神的不調が出現することがあります。多くの場合、それらは時間の経過とともに自然に治癒していきます。しかし、中には様々な精神疾患に発展していくことがあります。



Ⅱ 時間の経過と被災者の心の動き



時間の経過とともに、次第に落ち着きを取り戻していきますが、回復の速さには個人差が出てきます。遅れた人は「取り残され感」を抱いて、自責感・絶望感にさいなまれたりします。

Ⅲ 災害後に生じうるこころの病気

病気について説明する前に、こころのケアについて簡単に説明します。災害後に精神的不調を感じると、被災者は「狂ってしまったのか」という不安を感じます。また、精神的不調があったとしても、「自分はおかしくない。そんなに弱くない」と訴えることもあります。しかし、災害後の精神的不調は「異常な事態に対する、正常な反応」であり、決して心が弱いわけでも異常であるわけでもありません。したがって、安全、安心、安眠が確保できれば多くの方は自然緩解していきます。被災者には上記のことを伝える必要があります。そして、被災者が語ることに耳を傾けなければなりません。とは言え、こちらから被災の時の様子を無理に聞きだそうとしてはいけません。相手のペースに合わせる必要があ

ります。安易な励まし、慰め、助言、叱責は禁物です。

身体愁訴を訴えてくる方に関しては、当初から精神的問題と片付けないようにしてください。平時においても、身体愁訴であっても実は身体疾患であったということは少なくありません。

以下に、具体的な疾患についてお示しします。

1、 急性ストレス障害（ASD）と外傷後ストレス障害（PTSD）

いずれも生命の危機を感じるような出来事を体験するか、または目撃した後に発症する疾患です。ASD は出来事から 4 週間以内に発症し、2 日から 4 週間の間に消退します。PTSD は出来事があってから一ヶ月以上症状が持続します。症状はほぼ共通です。症状)

④ 侵入

出来事の記憶、イメージなどが繰り返し思い出されてしまい苦痛に感じる。出来事について繰り返し夢を見る。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。(フラッシュバック)

⑤ 回避

出来事を思い出すような状況や活動を避ける。

⑥ 現実感の麻痺

感情反応の低下。現実感の喪失。

⑦ 覚醒の亢進

不眠、焦燥（いらいら）、怒りっぽい、集中困難。

ASD に関しては 4 週間で軽快するといっても、これは事後的にしか判断できません。したがって、不眠や焦燥が強いといった重症度の高いケースは治療に導入する必要があるかと思います。精神科への受診を拒否されたら、当面は睡眠導入剤を使用し経過観察し、その後精神科受診へつなぐといった方法が現実的かと思います。

PTSD の多くは自然緩解します。しかし、慢性例、重症例は専門的治療に導入したほうがよさそうです。

2、 うつ病

うつ病は全人口の 6～7% に生じるとされるありふれた精神疾患です。災害後にうつ病を発症したり、もともとのうつ病が再発あるいは増悪したりすることがあります。また、PTSD と合併することも珍しくありません。中には、身体症状を訴えて、最初に一般医療機関へ受診することは少なくありません。訴えがあるにもかかわらず、身体所見や検査所見に異常がない時は、以下の症状をチェックしてみてください。うつ病を疑ったら、専門治療へつなげるようにしてください。

その際には、うつ病は薬物が非常に反応しやすいこと、精神的に弱い人になるのではなく誰でもなりうる病気であることを伝えていただくと専門治療へつなぎやすいのではないのでしょうか。

うつ病の症状

こころの症状

① 気分の障害

- 抑うつ気分 憂うつな気分。悲しい気持ち。挫折感。
- 興味・関心、喜びの喪失 新聞などに目を向けなくなる。
身だしなみに気を使わなくなる
- 無価値感・自信喪失 「自分などいなくてもいい人間だ」
- 不安・焦燥感（いらいら）

② 意欲の障害

- 億劫感
- 社会的活動性の低下 ひきこもりがちになる
- 仕事・家事の能率低下

③ 思考の障害

- 思考の制止 頭が働かない、本を読んでも理解ができない、
決断できない。

からだの症状

- ① 不眠 寝付けない。途中で起きてしまう。朝早く起きる。
- ② 食欲の減退。
- ③ 全身倦怠感、易疲労感。
- ④ 頭痛、頭重感。
- ⑤ めまい、吐き気
- ⑥ 口渇
- ⑦ 便秘
など

3、 アルコール依存症、その他の物質（薬物）依存症

災害後のストレスや不眠を軽減するために飲酒量が増したり、依存性物質に走ったりする方がいます。中には、もともと鎮痛剤を服用している方が、ストレスにより疼痛が増悪し必要以上に内服するようなケースも多々あるようです。

いったん依存症に陥ると、回復は自力では困難です。是非、専門機関へ繋げてくださ

い。

依存症の症状

①病的飲酒ないしは薬物使用パターン

大量な物質の使用、長時間の酩酊、強迫的な物質使用、抑制喪失、物質中心の生活、物質使用が優先されてしまう行動様式

(わかっちゃいるけどやめられない状態)

②社会的職業的機能障害

酩酊時や物質使用時の暴力、欠勤、触法行為、家族友人問題

③身体依存

耐性上昇（物質の効果を得るためには以前より量が必要となる。例：以前と同じ量を飲酒しても酔えなくなる）

離脱症状（振戦、冷汗、頻脈、不安、焦燥、幻視、痙攣など）

アルコール依存症を予防するために、不眠の改善のためにアルコールを勧めてはなりません。依存のリスクばかりではなく、アルコールが誘導する睡眠は非常に質が悪いという実証的データがあります。まずは、災害後の不眠は誰にでも生じうることであると説明してください。高度の不眠が持続した場合など、やむを得ない場合は安全を考慮して最低限の睡眠薬を投与するようにしてください。それでも、効果がないようでしたら専門機関への受診を勧めてください。

救援や支援活動にたずさわっている方へ

援助者・支援者としての基本的な心構え

まず被害にあった方々の安全確保と現実的な不安の解消を図るために、被災状況などの情報や具体的な援助を与えることが優先です。その上でこころのケアが必要になります。

1、よく耳を傾けましょう

話の腰を折らず、相手のペースにゆだねましょう。

安易な励まし、助言、批判、善悪の判断は慎まなければなりません。

2、相手の立場に立ち、共感をもって対応しましょう

うなずいたり、返事をしたり、時には相手の言っていることを繰り返すことが大切です。ただし、過度の共感・感情移入は禁物です。

3、災害によるストレスについて正しい知識を持つことが必要です

被害者にみられる情緒的な反応の多くは、「異常な状況に対する正常な反応」であり、それらの反応は起こって当然であることを被災者に伝えるようにします。

4、必要に応じて専門家への橋渡しをします

援助が必要な人を専門家に橋渡しをする重要な役割があります。ただ、一般の人にとって、精神科はまだまだ敷居が高いのが現実です。精神疾患があるからというよりは、不眠などの被災者に受け入れやすい症状をとりあげて受診につなげるようにしましょう。

5、仲間で声をかけあい、自分の限界を知り、仲間と協力し合って活動しましょう

これは仕事を遂行する上で心強くなれるという意味もありますが、お互いのメンタルヘルスの状態をチェックできるという意味合いもあります。

援助者・支援者のための心の健康

災害後の救援活動においては、仕事が多岐にわたり、量も増えます。また、ハネムーン期と呼ばれる時期には多幸的な状態となり、無理が利き、知らぬ間にオーバーワークとなります。逆に被災直後や幻滅期と呼ばれる時期には自分の仕事がいかにうまくいかないことが多々あり、ストレスを生じます。しかし、援助者の受けるストレスは見過ごしさがちです。

また、援助者は「二次被災者」と言われることがあります。それは被災者と同様に災害による影響を大きく受けるからです。また、援助者のストレス反応は精神力や能力の程度とは全く無関係です。心身の後遺症を残さないためにセルフチェック、セルフケアをしてください。（もちろん同僚同士のチェックやケアも必要です）

燃えつきを防ぐ3原則

- 1、相棒を作る。
- 2、自分の限界を知る。
- 3、ペースを守る。

以下の症状をチェックしてください

- ☐ 「大丈夫か」と聞かれると、どうも腹が立つ。
- ☐ 興奮してしゃべり続けたり、せかせか動いたりしてしまう。
- ☐ ついイライラして、攻撃的になってしまう。
- ☐ 必死でやっているのに、成果が上がらない気がする。
- ☐ これでよかったのかと始終落ち込んでいる。
- ☐ 何が最優先かを判断することができない。
- ☐ 周囲の手助けを受け入れられない。
- ☐ 無口になってふさぎこんだり、ボーっとしたりしてしまう。
- ☐ 仕事への意欲がわからない。
- ☐ 目の前のことに集中できない。
- ☐ 物忘れがひどい。
- ☐ 体調が悪く、疲れが取れない。
- ☐ 眠れない。
- ☐ 飲酒量が増加している。

チェックした数が多ければ、相談機関や医療機関へ行きましょう。

ストレスを残さないために

- ・ 深呼吸で落ち着きを取り戻す。
- ・ 自分の仕事をほめたり、相棒と評価し合う。
- ・ 同僚や周囲の人に体験を話し、感情を吐き出す。
- ・ 軽い運動で体をほぐす。
- ・ 十分な栄養をとる。
- ・ 好きな音楽を聴いたり、入浴でリラックスする。
- ・ 日常のことに手をつけてみる。
- ・ 家族と話をする。

援助のリーダーシップをとる人へ

- ・ 無理のない勤務体制をつくる。
- ・ 被災状況、援助の資源の情報を共有する。
- ・ 援助者のサポートにもメンタルヘルスの専門職を活用する。
- ・ ストレス反応は精神力や能力の程度とは無関係であることを理解しそのことをきちんと伝える。
- ・ 「大丈夫です」という言葉を鵜呑みにしない。仕事の効率が悪くなっていたら、休養を促す。
- ・ 部下に評価とねぎらいを与える。

＜参考文献＞

- 外傷ストレス関連障害に関する研究会金吉晴編集：心的トラウマの理解とケア（第 2 版）．株式会社じほう（2006）
- 藤森和美編著：学校トラウマと子どもの心のケア．誠心書房（2005）
- B・ラファエル：災害の襲う時（石丸正訳）．みすず書房（1989）
- ベンジャミン・J・サドック，バージニア・A・サドック編集：カプラン臨床精神医学テキスト第 2 版．（井上令一，四宮滋子監訳）．メディカルサイエンスインターナショナル（2004）
- クラウディア・ハーバート：心に傷をうけた人の心のケア（勝田吉彰訳）．保健同人社（2000）
- デビッド・ロモ：ハンドブック 災害と心のケア（水澤都加佐監訳）．（株）アスクヒューマンケア（1995）
- ロサンゼルス郡役所・精神保健部：災害時のストレスマネジメント
- 愛知県精神保健福祉部：災害時の地域精神保健福祉活動について．（2005）
- 厚生労働省：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン．厚生科学特別研究事業（2003）
- 静岡県健康福祉部：災害・事故時のメンタルヘルスケアマニュアル（2003）
- 静岡県健康福祉部：災害時の心のケア対策の手引き（2006）
- 新潟県福祉保健部：新潟県災害時こころのケア活動マニュアル（2006）
- 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について（2000）
- 太田保之：地域精神保健福祉対策と PTSD．臨床精神医学講座 S6 巻 外傷後ストレス障害(PTSD)：283-295（2000）
- 古川壽亮他：一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究．科学研究費「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成 14 年度報告書
- Tyhurst JS:Psychological and social aspects of civilian disaster.Can Med Assoc J.76:385-393(1957)
- Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC.:Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster.J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 2:15-25. Review.