

### 3) 報道機関との対応

対策本部としては報道の肯定的な意義を認識し、必要な情報は積極的に開示するとともに、特定の被災者に取材活動が集中したり、本人の意思が確認できない状態での取材が過剰とならないように、理解を求める必要がある。特に、取材に伴う精神状態の悪化の可能性を適切に伝えるべきである。報道への対応は、基本的に援助の現場ではなく、災害対策本部において報道対応を一元化するのがよい。

## 6. 多文化対応

国際化に伴い、日本語を母国語としない居住者の数が増えている。一部は一時的な渡航者であり、あるいは修学、就労のための滞在者であるが、日本の言語理解に困難があるという点で、災害弱者であると見なされる。一般に、情報が十分に行き届かず、二次的な情報不安に陥りやすい。また、必要な医療、援助を受けることが難しいことが多い。

対応に当たるスタッフは、日本人が言葉や生活習慣の違う海外で被災した場合にどのような困難に陥るのかを想定し、日本における外国人もそれと同様の困難に陥ったものと考え、適切な情報や援助の提供を行う必要がある。特に言語の問題については、関係機関と連携の上、速やかに各国語による情報提供を行うことが望ましい。

また母体となる文化によって、災害時の反応の様式が異なることがある。そのために、被災時の集団行動や避難所での生活に葛藤を生じることが想定されるが、精神保健医療担当者がそうした点を理解した上で調整に当たる必要がある。

当該住民の母国語を話すボランティアなどを確保することは有益であるが、実際には必要な人数をそろえることは難しい。その場合には地域外の専門家に依頼して、広報に多国語によるメッセージを掲載したり、メディアによる放送（災害情報）の際に、多文化対応が必要であることを要請するなどの対応が求められる。多国語による情報提供は内容的には不十分になりがちであるが、母国語で情報提供がなされること自体が、当該住民にとっては安心感を与えると思われる。

ただし永住権を持つ外国人の場合は、ほとんどが日本で成育しており、本稿で述べるような意思疎通上の問題は無い。過去には、災害時の群集心理の中で外国人への加害が生じたことがあるが、「阪神・淡路大震災」では復興活動への友好的な協力関係が見られており、適切な情報提供と、行政による誘導が効果的であると考えられる。情報提供や避難所での処遇など、特に多文化対応の対象に含める必要は少なく、あえてそのように扱うことはかえって現場に混乱を招

くことも予想される。

## 7. 援助者の精神健康

### 1) 背景

援助者は、災害時に際しては当然の事ながら被災住民の援助を任務とするが、そのためにかえって自分自身の健康の問題を自覚しにくく、また自覚したとしても使命感のために休息、治療が後手に回りやすい。しかしながら、援助者には被災者とは違った形のストレスが生じており、また援助活動後の原職場への再適応についても問題が生じることがある。自身の健康問題に忍従を強いることは、業務の円滑な遂行にも支障を生じることにもなりかねない。援助者は十分な健康管理の下に初めて業務を遂行できるとの認識の元に、援助者についても適切なケアを行うことが必要である。

### 2) 援助者のストレス要因

#### (1) 急性期における業務形態が慢性化することによる疲労

災害の直後には不眠不休で援助活動に当たることができるとしても、そうした業務形態が中長期化した場合には疲労の蓄積などの問題が生じ得る。また急性期には仕事の枠組みを考えずに活動をしたとしても、中長期的には各自の役割分担を明確にする必要があり、そうでないと責任を過剰に引き受け、疲弊・混乱する。その結果、いわゆる「燃え尽き」症候群の発生も考えられる。

#### (2) 使命感と現実の制約とのあいだで葛藤を生じやすいこと

多くの援助者は、被害者援助の純粋な使命感に駆られているが、現実には例えば消防活動における水の不足などの制約があり、理想とする援助活動が出来ないことがある。その場合に、使命感と現実の制約とのあいだで心理的な葛藤が生じ、罪悪感や無力感が生じることがある。

#### (3) 住民との直接の接触により、心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがあること

一般に強い被害を受けた場合には、怒りや罪責などの感情的な反応が周辺住民に生じるが、人為災害の場合には特に怒りが強くなる。しかし直接に有責任者に怒りを向ける機会は得られないために、身近な援助者に怒りを向けることが少なくない。援助者がその怒りを自分個人に向けられたものと感じたときには、援助者にとって非常なストレスとなる。前項で述べたように、業務の遂行に制約があると感じたときには、いっそうの罪悪感を持ったり、業務への忌避感情が生じることがある。

(4) 災害現場の目撃によるトラウマ反応を生じること

援助者は一般住民よりも、災害の悲惨な光景や犠牲者の遺体などを目撃する可能性が高く、そのことによってPTSDなどのトラウマ反応が生じる可能性がある。

(5) 同一地域からの援助者は自分自身や家族も被災者、あるいはそのおそれがあること

特に家族、知人に被災者が出た場合、そのケアを犠牲にして住民の援助活動に当たることになり、心理的な緊張・疲労感をもたらす。

(6) 他地域からの援助者は、出向に伴う生活の不規則化、ストレス対処法の困難、残された家族の問題が生じ得ること

他地域からの出向者の場合、睡眠、食事などに不適應を生じたり、日常的に行っているストレスへの対処行動（趣味、運動など）が不可能になるため、ストレスが蓄積しやすい。また、災害とは関係のない家族の問題などを持っている場合もあり、出向が長期化した場合には、それが顕在化することもある。特に出向の期限が不明確な場合には、このストレスが大きくなる。

### 3) 援助者に生じる心理的な反応

災害時に援助者に生じると考えられる心理的な反応は、以下のとおりである。

- (1) 急性ストレス反応 (ASD)
- (2) PTSD
- (3) 適応障害
- (4) 恐怖症
- (5) 従来 of 精神疾患の増悪
- (6) その他

### 4) 対策

(1) 業務ローテーションと役割分担の明確化

災害直後はやむ得ないとしても、出来るだけ早期に、動員された援助者の活動期間、交替時期、責任・業務内容を明確にする必要がある。

(2) 援助者のストレスについての教育

援助者に生じ得るストレスについて、それが恥じるべきことではなく、適切に対処すべきことであることを教育しておくことが有効である。

(3) 心身のチェックと相談体制

心身の変調についてチェックリストを援助者本人に手渡すなどし、必要があれば健康相談を受けられることが重要である。

#### (4) 住民の心理的な反応についての教育

援助活動において、住民から心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがあることについて教育を行い、可能であれば、研修などの機会に、住民とのやりとりについてロールプレイなどを取り入れておくことが有効であると考えられる。

#### (5) 被災現場のシミュレーション

各種災害が生じた場合の情景、死傷者の光景などについて、スライド体験などのシミュレーションを行っておくことも有効である。

#### (6) 業務の価値付け

援助業務について、それに従事した個々人が組織の中で評価され、報いられることは意外に少ない。援助業務の意義、効果については、公の広報などでその価値を明確に記載し、また組織の中ではしかるべき担当者が、援助活動の価値を明確に認め、労をねぎらうことが重要である。

### IV. 平常時から行うべきこと

#### 1) 災害時の精神保健医療活動についての住民教育

日常の精神保健医療活動の中で、住民に対して災害時に生じ得る精神的な反応とそれへの対策について、本マニュアルの第Ⅱ項を参考として、広報活動を通じて教育を進める必要がある。特にPTSDについてはメディア等から不正確な知識が入ることが多いので、それを修正することが必要である。特に強調すべき点としては以下のものがある。

- (1) 災害後の心理的な変調は過半数に生じ得るが、その多くは正常反応である。
- (2) PTSDは、症状が生じてから1ヶ月以上経過しなければ診断しない。
- (3) PTSDの診断が付いた場合でも、多くの人には回復力が備わっており、二次的な被害を避け、適切な支援を受けることで、自然回復が促進される。そのために、地元の間人による支援のネットワークを作ることは重要である。
- (4) 体験直後に心理的デブリーフィングを行うことには、PTSDの予防効果はない。
- (5) 強い体験をした人の1、2割はPTSDの症状が長期化することがあるので、なかなか楽にならないと感じた場合には、気軽に専門家に相談すること。

## 2) 災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション

防災訓練等において、身体的な救護活動のシミュレーションは行われているが、精神保健医療の援助活動のシミュレーションは行われていない。模擬対策本部での討論の中に、精神保健医療の対策を含め、救護班が災害の現場で簡単な心理教育を住民に行い、相談窓口を住民が不眠や不安などで受診するなどのシミュレーションを訓練時から行っておく必要がある。特に、不安を訴えて相談に訪れる住民の役割を、地元の首長などの名士に依頼することは、住民の受診に対するためらいを取り除く上で効果的である。

## 3) 精神保健医療の援助資源の確保

災害時に援助を求めべき人的資源についても整理をしておく必要がある。職種ごとの連携先の確保、助言を求める先の確保などである。また、多文化対応としての対象住民が想定される場合には、外国人ボランティアの確保をしておくことが有益である。

## 4) 日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進

災害以外にも、虐待、事故、家庭内暴力 (Domestic Violence: DV)、犯罪被害などにおいて、心的トラウマが問題となる事例は日常的に生じている。これらの事例において生じる精神的な症状は、災害時の住民に生じるものほとんど変わらない。こうした事例への取り組みを日頃から積極的に行ったり、こうした事例の集まりやすい女性相談センターや児童相談所などと情報交換の機会を設けたりすることにより、精神保健医療従事者が、心的トラウマへの対応の経験を積む必要がある。

## 5) 精神保健医療従事者への研修活動

災害時等の心的トラウマ対策の担当者の技能を向上させるために、専門家研修などの機会を積極的に活用すべきである。なお、技術系の職員だけではなく、災害時に対策本部の担当となるべき行政の担当職員も研修を受けることが望ましい。特に行政の中に医師の資格を有する職員がいる場合には、積極的に研修を受け、災害時の精神保健医療対策に関して、行政と臨床の連携を計るべきである。

付) 研修としては、平成14年度には日本精神科病院協会によるこころの健康づくり対策の研修会が行われている。年度ごとに異なった研修が行われていると思われるので、その都度情報を確認されたい。

## 災害直後 見守り必要性のチェックリスト

記入者氏名	地区			
記入者所属	日時	月	日	午前・午後 時
	氏名			
(携帯)電話番号	年齢			
	性別			
	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（身体の病気を含む） 1 はい 0 いいえ

病名

薬品名

災害弱者（高齢者、乳幼児、障害者、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

## 用語解説

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害)： 生命の危険を伴うか、それに匹敵するような強い恐怖をもたらす体験の記憶が心的トラウマとなり、それによって生じるトラウマ反応の一つ。体験のありありとした光景と恐怖などの感情がフラッシュバックのように想起され(侵入症状)、これに交感神経系の亢進を伴う強い不安(過覚醒症状)、現在の出来事や過去の体験についての現実感の失われる麻痺症状、出来事を思い出させる刺激を避けようとする回避症状などが生じ、1ヶ月以上持続したもの。診断基準は27ページ参照。治療としては、抗うつ剤の一種であるSSRIなどの薬物療法、認知行動療法が有効とされている。治療の前提として、二次的トラウマの防止、社会的、心理的援助の提供が必要であり、こうした援助だけで軽快する場合もある。

アウトリーチ：援助者が、援助を求める者を自分の施設やデスクの前で待ち受けるのではなく、相手のいる場所(地域、職場など)に赴いて援助を提供すること。特に、援助のニーズが不明確な場合には、ニーズの掘り起こしから始めなくてはならない。災害後の住民の多くは、仮に援助を要する心理的な反応があったとしても、それ以外の現実的対応に追われていたり「心のケア」それ自体をためらう気持ちが強いために、自分自身から精神保健医療を求めることは希である。従ってアウトリーチ活動によって、潜在的なニーズに応えることは重要である。

心理教育：災害などのあとで、どのような心理的な変化が生じるのか、その原因は何か、どのような対応が必要なのか、どのような援助を受けることが出来るのか、という点についての教育。通常は広報、保健師などの援助者による訪問、相談所などを通じて行われる。一般に災害に遭遇した住民は、自分に生じた心理的な変化を適切に理解することが出来ず、平常とは違った心理状態になったことでさらに不安になることが多く、またどのような援助を求めたらよいのかも分からないため、心理教育によって適切な情報を与え、援助を受けることへの動機付けを強めることは重要である。また、反応が生じた本人だけではなく、地域の周辺住民にも心理教育を行うことによって、本人が心理的反応を自覚し、援助を求める際に、周囲からのサポートを受けやすくさせるという目的もある。

デブリーフィング(心理的デブリーフィング)：災害直後の数日から数週間後に行われる急性期介入であり、ストレス反応の悪化とPTSDを予防するための方法であると主張され、各国に広められたが、PTSDへの予防効果は現在では否定されており、かえって悪化する場合も報告されている。トラウマ的体験を話すように促し、トラウマ対処の心理教育を行うものだが、有害な刺激を与え、自然の回復過程を阻害する場合がある。欧米では、消

防士や警察官、軍人などに対して頻繁に行われている。急性期に援助的な配慮で被害者を包むことは必要であるが、体験の内容に踏み込んで感情の表出を促す必要は無い。

**脆弱性**：同じ体験をしても、PTSDになる者とならない者がおり、また重症度や回復の程度にも個人差がある。このために、外的なトラウマ体験だけではなく、個人の要因（脆弱性）も関係するのではないかと考えられた。しかし多くの場合では、同一の体験と思われても、実際の体験内容は個人差が大きい。また統計的に見れば、体験の衝撃の強さとその後のPTSDの発症率、症状の程度は相関する。次に関与するのは、ソーシャルサポートである。こうした要因を考慮した後で、個人の脆弱性を考慮することになる。脆弱性の研究はまた途上であるが、本人や家族に精神障害の既往があること、自尊心や知能が低いこと、過去のトラウマ体験、内向的な性格、自己や世界に対する否定的な認知の存在、女性であること、などがあげられている。

**部分PTSD**：外傷後のストレス反応には、必ずしもすべてのPTSD反応が見られるわけではない。PTSDの診断基準を満たすには、再体験症状（フラッシュバックや悪夢など）、回避・麻痺症状（社会的孤立や記憶の障害など）、過覚醒症状（睡眠障害や気持ちの不安定など）が、それぞれ特定の数以上存在しなければならない。部分PTSDとは、診断基準を十分には満たさないが、PTSD反応が部分的に示されている場合の呼び名である。

**ASD（急性ストレス障害）**：大きな災害の直後には、一過性の過剰なストレス反応が生じることがある。ASDは、PTSDに類似した症候群であるが、診断では、PTSDの3徴候に加えて解離症状が重視される。また、PTSDが出来事から1ヶ月以上経過してはじめて診断可能となるのに対して、被災後の2日後から4週間後以内に見られる症候群である。ASDは自然回復の可能性が高いと指摘される一方で、PTSDの発症を十分に予測するという議論もある。



## 外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder

(DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院より)

- A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- 注** 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- 注** 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。
- 注** 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐しい夢であることがある。
- (3) 外傷的な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（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。
- 注** 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
- (4) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
  - (5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力。
  - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
  - (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
  - (5) 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。
  - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
  - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難

(2) 易刺激性または怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1ヵ月以上.

F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている:

▶該当すれば特定せよ:

急性 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ:

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合