

これからケアに当たる看護職へ ④

被災者にも支援者にも必要とされる 精神的支援

宇佐美 しおり Usami Shiori

熊本大学大学院生命科学研究所

JMAT(日本医師会災害医療チーム)の支援を受け心のケアチームの一員として宮城県多賀城市の避難所でケアに当たった経験を基に、被災者の外傷後ストレス反応に対して実際に行った精神的支援や、支援者への支援の必要性などについて述べます。

私は、3月11日14時46分、東京都の品川駅で震災を体験し、大きな揺れと音に恐怖を感じ、その場を離れることができませんでした。駅を出た後も周囲の高層ビルが揺れ続け、「安全なところはどこにもない」と感じ、隣の人と不安感や恐怖感を共有しながら時間が過ぎるのを待っていました。東京でもこのような状況でしたので、震源地は、計り知れない恐怖だったと推察します。

心のケアチームへの参加

私は4月9～15日までCNSとして活動している菊陽病院から心のケアチームの一員として宮城県多賀城市を訪れました。沿岸部の七ヶ浜町や仙台塩釜港は壊滅状態で、自宅や仕事場にいた多くの皆様がどのように窮地を逃れたのか、想像を絶するものがありました。避難民や支援者の方々は、津波に車が流され車の窓が割れた隙に何とか逃げたこと、アパートが崩れ数秒違っていれば自分は死んでいたこと、津波で家の屋根と一緒に流され屋根にしがみついて1日後に自衛隊が助けに来てくれたこと、そのときの暗闇の中での出来事などを話してくださいました。

九州で生活をしている私には、全く別世界でした。壊滅状態を目の当たりにし、住民の皆様から話を聞けば聞くほど悲しくなり、何もできない自分に強い怒りと無力感を感じました。それでも「何とか精神看護専門看護師としてやれることはないだろうか」と模索しました。

私が活動したのは、多賀城市文化センター(当時、避難者は500名)、多賀城市総合体育館(当時、避難者は

640名)、塩竈公民館(当時、避難者は100名)、塩竈体育館(当時、約150名)の避難所でした。避難所の方々と接触がとれるよう、当初、看護師としての支援チームに入らせていただきましたが、ほとんど避難所の方々の状況がつかめなかったため、心のケアチームということを表に出し、避難所に県や市から支援に来られている保健師さんたちと情報交換をしながら支援を行いました。

私が伺ったときには、急性期治療の段階が終わり、糖尿病・高血圧・心疾患など慢性疾患のコントロールがうまくいかない、必要な薬がない、また不眠が続く、痛みが止まらない、という訴えが多く聞かれていました。

医療支援チームの医師・看護師・介護福祉士・ヘルパーなどの支援者から「様子が変」「心配」と紹介された方の面接をさせていただくことが多くありました。あるいは、避難所の被災者の方が直接、面接を希望されてくることも多くありました。

被災者への精神的支援

今回の大震災で、人々は「死ぬかもしれない」という恐怖を体験し、さらに「大切な人・財産などをなくす」という喪失、生活の場が永遠に奪われ、安全・安心して生活できる場がないという生活上のストレスを抱えていらっしゃいました。さらに、4月7日の大きな余震で建物がさらに倒壊し、人々は重なるショックを受け、4月11日の大きな余震では「避難所も倒壊してしまうのではないか」という不安が人々の中に出始めました。また、この時期、新しい職場や学校へ移動する予定の方々も多

く、「自分の今後も心配だけど、被災した両親や家族を
おいて自分だけこの土地を出てはいけない」という罪悪
感にかられている方々もたくさんいらっしゃいました。

1. 外傷後ストレス反応

私が精神看護専門看護師として、避難所で出会った
方々の多くは、外傷後ストレス反応で、不安や恐怖、ま
たこれらを身体症状(下痢や吐き気、食事が入らない、
不眠)という形で表現され、「周囲も苦しい思いをしてい
るのだから、自分だけ弱音を吐いてはいけない」と自分
を励まし続け、それが限界にきている、という方たちで
した。私は「この反応が、外傷後ストレス反応であるこ
と」を伝え、「これは正常な反応であり、対処方法によっ
ては、誰でも乗り切れることである」ということを伝え
ながら支援を行いました。

これらを心理教育と言いますが、私は「このような場
合、巡回してくる心のケアチームや保健師をうまく活用
してほしい」ということを伝えながら、日々起こる不安
反応にどう対応するか、ということも話し合いました。

被災者の中には、「周囲は重要な人をこの大震災で亡
くされたりしていて、自分は生き残っているのだから、悲
しんではいけない」というサバイバー・ギルトの感情¹⁾
も強く、自分の感情や苦しみを抑圧し続けてきたために、
不安症状が強く始めている方もいらっしゃいました。

また、避難所での生活上のストレスが引き金となり、
フラッシュバック・過覚醒・不安反応が強く出始め、こ
の不安反応への支援を求められた方もいらっしゃいまし
た。例えば、避難所の生活上のストレスが引き金で
1978年の宮城県沖地震のことが思い出されたという方
もいらっしゃいました。この方とは、そのときの恐怖か
ら今回のことに至るまで自分がどのような思いで日々を
過ごしてきたのか、1978年のことは安全に話ができる
けれど今回のことは怖くてまだ話せないという中で、ど
うやったら日々の生活上のストレスと震災に伴う外傷後
ストレス反応を乗り切れるのかを話し合いました。

生活上の直接的なストレスについては、ストレスを回
避する方法や症状管理の方法を積極的に話し合いまし
た。怖さや不安を表現すること、信頼できる人との間で、
できれば言葉に出して語り、泣き、表現することは大変
重要であり、おかしいことではないことを話し合いまし
た。次の日に伺ったときには、この症状管理の方法がう

まくいったと報告をしてくださったりしました。

このように、大震災から1カ月がたち、これまで抑圧
していた不安反応が自然と出始める中で、被災者の方々
と、この外傷後ストレス反応という正常な反応およびそ
のプロセスについて話し合い、またこの不安症状をどう
管理できるのかを共に検討していくことで、その後の障
害への発展を抑制することが重要であると感じました。

2. 精神疾患の発症

一方、精神疾患としては、これまで診断を受けたこと
はないけれど、震災で家が崩れたことをきっかけに、歩
けなくなり、過換気が起り、もともと持っていた自己
免疫性疾患も悪化し「避難所から出て病院に入院させて
ほしい」と泣き続け、避難所の周囲の住民がかなり心配
されるという方がおられました。これまでの経歴を伺う
と自己免疫性疾患でありながらも、うつ状態を持ってい
たことがわかりました。そしてうつ状態をさらに悪化し
ないためにも抗うつ薬による管理とストレスマネジメント
を助けることが必要であるケースでした。

このような場合、自己免疫性疾患の主治医と連携を取
り、精神科医による精神科診断と抗うつ薬の処方依頼
することもあります。しかし、今回は精神科医も不足し
ており、精神科の入院ベッドもなかったため、自己免疫
性疾患の主治医に抗うつ薬や抗不安薬の検討を依頼しま
した。また、避難所の職員および巡回保健師と共に対応
方法を検討し、避難所職員の方々が中心となり、その後
の対応をしてくださいました。

このように、避難所で生活する人々は外傷後ストレス
反応を強く体験されていましたが、自分が体験している
不安や恐怖と向き合い、また時々目もそらしながら、
日々を何とか乗り切りながら生活を送ることが可能なの
だということ、そしてこのことが“外傷後ストレス障害”
への移行を抑制していくと実感しました。

しかし、その一方で、これまではっきりと診断されて
いたわけではないけれど、今回の大震災で、気分障害や
外傷後ストレス障害と診断される状態となった方も多く
存在し、診療所も減っている中、精神科治療へどうつな
げるのかを検討していく必要性も強く感じました。

支援者への精神的支援

被災者を支援する支援者への精神的支援も重要である

と感じました。特に避難所の職員、他県から長期にわたり支援に来ている人々も抑うつ状態や不安を体験されていました。支援者が生活するために提供されたクリニックの床に寝袋で寝ながら支援を続ける生活、そして支援をしているうちに二次的被害を受けていく過程があるにもかかわらず、支援者への精神的支援まではなかなか厳しいというのが現状でした。また被災者であり支援者でもある人々は、他県から入っている支援者の調整を行うことに忙殺され、休む日もない状況が続いていました。

このような方々に物理的な休息、交代要員を定期的に提供しながら、支援者自身も自分が体験している過酷な状況の中での支援を語り、悲しみや苦しさを表現しながら自分自身の抑うつや不安を管理していくことが非常に重要だと感じました。実際、支援者自身も外傷後ストレス反応を体験されていました。

外傷後ストレス反応を乗り越えるために、集団精神療法に参加した後、不安反応が強くなった支援者もいらっしゃいました。震災という同じ苦しみや悲しみを、被災者同志で表現していくことは、外傷後ストレス反応を乗り越えるためにも重要なことですが、時期の検討が必要になります。集団で早期に行うと、本人が自覚していない不安や恐怖が、他の人の話を聞くことでより強化されるからです。

したがって、外傷後ストレス反応が出ているときは、まず医療者が被災者と1対1で対応する必要があります。そして、このようなケアは支援者にも積極的に提供していくことが必要であると感じました。

独立した判断と行為

この他にも、両親や家族が被災した自宅の掃除や今後の生活の立て直しにあくせくしていて、統廃合された学校で子どもたちが不適応を起こしていることに気づけず不安反応が出始める、高齢者の抑うつがさらに強くなるということも起こっており、大震災によって引き起こされた人々の不安や恐怖は計り知れないと感じました。

病院では、医師や看護師、臨床心理士、精神保健福祉士など、あらゆる職種が共に仕事をしていますが、今回のような大震災の後では、独立した判断と行為が求められていました。特に「今の対象者の反応が正常なプロセスなのかどうか」「有効な症状管理の方法は何か」「精神

科治療への移行が必要なのか、また症状管理に向精神薬が必要なのかどうか」「どれくらいの期間で回復していけるのか」「資源がない中で、最大限活用できる社会的資源は何か」「どのような連携体制をとると現実的に被災者や支援者が楽になれるのか」などを判断することが必要でした。病院では話し合いながら治療や看護ケアが進められますが、大震災ではそれは困難であり、「今ここで」判断しないと、被災者の苦しみが続くことを思うと判断せざるを得ませんでした。

これから支援に行かれる方々へ

被災地の状況は刻々と変化していますので、今回記載したことがどの時期にも通じるわけではありませんが、7月になれば3月11日からは4カ月が過ぎますので、悲しんだり、恐怖や不安を十分「話したり」できる時期にあります。今後の生活の見通しや不安を話してもらいながら受け止め、積極的に今後の具体的な見通しや無力感などの表現を助け、話し合うことが必要となってきます。また、同じ体験をした者同士が不安や恐怖、今後の生活を語りながら希望を抱いていくことも可能になりますので、集団精神療法を展開して症状や苦悩を乗り越えていくことも可能になっていくと考えます。

しかし、一方、精神疾患の判断をする時期にもあり、「外傷後ストレス反応から外傷後ストレス障害や急性ストレス障害へ移行していないか」の検討が必要です。移行していれば精神科医との連携を取りながら精神科治療の必要性を判断し、必要とされる治療とケア、向精神薬の検討を行います。また、社会資源がない状況の中で、何だったら提供できるのか、移送も含めて検討していくことが必要になってきます。

今回、精神看護専門看護師として被災地に向かわせていただき、上記のようなことを考え、自分の力を磨いていくことの必要性を実感しましたが、それ以上に、被災者や被災されて支援し続けていらっしゃる方々の前向きな姿と苦境に立ち向かっていかれる姿に敬服するとともに、胸をうたれました。被災地および被災者の方々の1日も早い復興を願っております。

引用・参考文献

- 1) バトリシア・アンダーウッド：サバイバー・ギルト、災害後の人々の心を理解するために、日本災害看護学会誌、7(2)、p.23-29、2005。
- 2) 杉村省吾・本多修ほか：トラウマとPTSDの心理援助、金剛出版、2009。