

災害の回復過程の支援を考える

(財) 仁明会 精神衛生研究所 看護師 大塚恒子

はじめに

災害とは、「破壊的・悲惨な出来事で、個人・社会機能の重大な崩壊状態をもたらし、脅威と無力を思い知らされる」と定義されるように、壮絶な東日本大震災は阪神・淡路大震災の体験が生かされない感がある。所属する日本精神看護技術協会（日精看）は、震災直後から被災された各施設にメールを送り続け、被災状況や必要な支援の把握に努めた。灯油、患者の衣服、米、看護師のユニフォームが流され不足しているなどの要望に応じて直接病院への搬送を行った。阪神大震災の経験を踏まえ、4月4日に第3陣の運搬とともに、今後の人的資源の導入に関するマネジメントを目的として、気仙沼と福島を訪問した。被災から3週が経過し、疲労も蓄積されていたが「自分たちが患者さんの命を救い、今日までやってきたので、今後も大丈夫です」との返答であった。10月の仙台における被災報告のシンポジウムでは、病院を失い患者さんを救いきれなかった看護師は、「患者の救出を第一としたが、流されるてくる患者さんが足にぶつかり、水の中から引き上げて安置する猶予がなかった。手から離れていく感触が今もここに残っている。なんのために自分は、今日も明日も生きいくのでしょうか」と吐露した。阪神大震災において、病院の中間階がつぶれて火災が迫った病棟は、人工呼吸器装着患者が大半を占め、当時夜勤だった看護師は、「避難させる患者をトリアージし、残る患者一人一人に酸素を止めていいかと尋ねたら、静かにうなずかれた。トリアージが適切だったのか、その時の患者の表情が16年たった今も忘れられない」と話す。

阪神大震災を経験し今回の災害の支援を通して、ボランティア活動と心的外傷の回復への支援について考えてみたい。

1. ボランティア活動について

1) ボランティア活度の目的、受け入れの決め手

看護のボランティア活動の目的は、看護を必要としている被災者を直接看護すること、医療機関における看護従事者や医療従事者を支援することである。ボランティア受け入れの決め手となるのは、1つ目は現場看護職の限界である。「自分たちが頑張らなければ」という思いがあるが、看護職も被災者であり、1週間ほど経つと疲労が重なり、発熱や感冒症状を呈する者が増える。阪神大震災の体験では、「外部の人に手伝ってもらわなくても、自分たちで何とかする」と拒否をしていたが、行動力や意思決定に被災者の自分たちにはない力を感じ、積極的に受け入れるようになった。ボランティアを受け入れ、休息がとれた、労力になってもらえた、来てくれたこと自体が暖かく、プロ意識が刺激になった、新しい知識や技術を学んだという良い点を感じた。2つ目の決め手となるのは、最低5日間以上活動できる人の受け入れであり、今回ボランティアを送り込んだ多くの団体は、この配慮がされていた。気仙沼の病院でボランティアが負担に感じたという意見があったのは、自分たちの家を失い、家族の安否も不明という対応能力を超えた被災状況から、ボランティアへの活動内容の指示や生活面への配慮、感謝の意の表明をすることが過重になっていたのだと考える。

2) 現地でのコーディネートの役割

避難所や病院にボランティア受け入れのコーディネートを日精看は常置し、ボランティアへの情報提供と申し送り、業務割り当ての工夫、円滑なコミュニケーションなどを担当した。長期的な支援を要した今回の災害では、コーディネーターは不可欠であり、役割や権限などを明確にすることにより、受け入れ側の負担を軽減することが可能であると考える。

3) 今後のボランティアに際して備えること

活動前には身分保障に対する準備、心身の健康管理に関するサポート体制の整備、主な活動内容のリサーチ、活動後のセルフケアの確保などが必要である。今回、ボランティア活動に参加した多くが、「役に立てなかった」「無力さを実感した」「帰宅後、日常に戻ることへの罪悪感を抱く」と、ストレス反応を示していた。今後は活動前に被災者の災害反応と自らの心理的影響について学習を受けることが重要と考える。また、今後の災害に備え、ボランティア登録の考案が求められ、発動時期、活動期間、担える役割などを明記して、一括管理することの検討が必要である。

2. 心的外傷の回復への支援

1) 災害後の心理的経過と災害中期の特徴

災害の時期は、災害発生直後から3日以内を「直後」、4日以降から3カ月以内を「中期」、4か月以降が「長期」である。また、災害による個人と社会の反応の時間的な経過については、図1に示すように「警戒」「衝撃」「ハネムーン」「幻滅」の段階を経る。被災者とコミュニティの回復プロセスは表1に示すように「英雄期」「ハネムーン期」「幻滅期」「再建期」に分類される。このような災害後の時間的経過からみて、災害の中期は幻滅期に相当し、災害シンポジウムにおける看護師の発言のように、病院や患者、家や家族を失った悲嘆や、孤立感を深め、復興へのジレンマなどさまざまな問題が出てくる時期である。

2) 心的外傷後ストレス反応 (PTSR) の理解

心的外傷とは強い刺激や打撃的な事態に曝され、自我が著しく脅かされ、心の基盤をなす安全感や安心感がおかされる体験を意味する。災害に遭遇した場合に、心身や行動面にさまざまな変調が現れるが、これは心的外傷を経験した後に誰にでも起こり得る一時的な変化であり、心的外傷後ストレス反応 (PTSR) と呼ばれる。この症状は表2に示すような、情緒的な変調、思考面の変調、行動力の変調、身体面の変調が見られる。時間的な経過とともに回復し、本来の自分らしさを取り戻すが、衝撃期 (数時間・数日間)、反動期 (3から5か月) を経て、回復期に向かう。いつまでたっても心身の変調が軽減せず、固定化した症状が長引く状態が外傷後ストレス障害 (PTSD) である。したがって、外傷反応としての心身の反応のとらえ方と、回復への支援としての看護ケアが重要となる。そして、最も重要な点は、PTSRは大惨事の異常事態における正常な反応であり、PTSDは避けることのできる異常反応であることを区別することが重要である。

3) 外傷反応の回復過程への支援：急性反応期の看護ケア

急性外傷反応期のケアは、①被災者が体験している心身の変調は正常な反応であるこ

と伝える、②被災者の話や体験に耳を傾け、何が起こったか話すように伝える、③その人が体験している出来事について、引き続き家族や友人に話していくように伝える、④できるだけ普通の生活に戻れるように勧める、⑤今起きている反応は時期が来れば消失することを被災者に分かってもらう、⑥万が一、症状が治まらない場合のために精神的フォローのサービス期間を紹介しておくことが必要とされている。

阪神大震災時、私は大学病院の透析部で師長であった。この概念は知らず体験的であったが、職員間で地震発生時の恐怖や取った行動などを繰り返して語り合った。「また同じ話か」とうんざりする場面もあったが、職場や家族という身近なコミュニティでの対応策とした。独身・既婚者に関係なくスタッフ全員は、「いきいきした感情が湧いてこない」、「不安が強く帰宅できない」「寒い、しんどい」などの訴えが見られた。また、出勤できない仲間に対しても「私のほうが被害は大きいのに出勤している。さぼりではないか」と中傷など醜い心の動きも見られた。当事者は、地震時出勤の準備をしており、強い揺れの恐怖感がぬぐえず、何度もトライしているが家から出られないという PTSD の状態であることを電話で確認し、恐怖心を共感するとともに自罰的にならず、焦らず自ら職場に出て来られるまで待っていることを伝えた。

看護師としての PTSD を軽減する機会となった場面を紹介する。ライフラインが復興するまで水が不十分で、維持透析者は非被災地の病院に紹介し、重症者のみの治療を行っていた。家の下敷きになり家族全員が亡くなり、避難所生活のインスタント食品から腎不全を悪化し、肺の溢水症状から緊急透析が開始となった。電機系統は医療機器を優先し、暖房器具は使えず、病院全体が寒さに震える状態であった。透析室で治療が開始となった時、リーダー的な看護師が「こんな状況でも看護計画を立てないといけないのか」と尋ねたので、専門職として当然であると答えると、「家族も失い何の希望もなく、目を開けようとせず発語も反応もない。そんな方に、今後透析の危機に依存しながら自己コントロールしてくださいという計画は立てられません」と悲痛な様相であった。患者・看護師すべてが被災者で、強い喪失や悲嘆がある今、将来を見据えた希望を見出すことは困難であることを実感した。「あの方が目をあけられたとき、壊れた家の下敷きや避難所でもなく、看護師がいる病院だと安心してもらうことと、何とか暖を取る工夫をしましょう。看護師だから喪失や悲嘆を持つてはいけないのではなく、一緒に乗り越え復興していく仲間としてとらえましょう。でも私たちは幸いに健康だから、看護を提供しよう」と現実的なケアを示すと、カイロをベッドに敷き詰め、自分たちの手をこすり暖めて患者の手足をマッサージした。このように、スタッフの PTSD が軽減していったのは看護ケアを通してであった。

4) 長期回復期に必要な看護ケア

①不眠、興奮、過度の警戒感、不安、否定的感情、情緒的な無感覚、記憶困難といった症状に注目し、PTSD に陥っている被災者を早期にアセスメントして専門機関につなぐ、②体験について話すことを通して、体験に伴う痛みを引き離し、その出来事を自らの人生に統合することができるようにカウンセリング的に関ることが求められる。

阪神大震災の時、夜勤をしていた卒業後1年に満たない看護師は、恐怖のあまりナースステーションから出られなかった。先輩看護師が、患者対応に追われ、何度も自分の

そばにいるよう声掛けをしたが、震えが止まらず行動が起こせなかった。その後、多様な PTSD の症状を示し、カウンセリングを受けたが退職をした。今回の震災で、石巻の看護師が「患者さんの手を離れた感触が残っている。もどに戻ることができないことは分かっているが考えずにはいられない。でも、他の病院で働いている私は許されるのか」と語った。仕事を継続している理由を尋ねると、「いつかは病院を再建し精神科看護がしたい。患者さんの夢を見る。また、患者の家族が看護師をやめないでと伝えに来られた」と答えた。阪神大震災の体験は 16 年を経ても鮮やかによみがえり、その悲しみは消えないけれど、患者ケアを継続し看護職として構築していること、時間軸は違っているのに場面だけが想起され、もっと方法があったのではと責めてしまう、それが体験者として自分の人生に統合することではないかと伝えた。

体験したことを話す余裕もなかった被災者が、今やっと体験やその時の思いを語り始めることができるようになったととらえ、PTSR と PTSD を区別して対応することが必要であると考ええる。

PRSR は強烈な恐怖や不安の防衛機制として、心的エネルギーが消耗し、現実検討や感情のコントロールなどの対処機能が低下して、心身や行動面の変調が起こると考えられ、回復にはセルフケア能力の回復を支援することが重要とされる。したがって、寝たり、排泄したり、食事がとれるなどの生活の援助を行い、通常の日常生活行動に戻すよう支援を行うことが主体となる。

3. おわりに

仮設住宅に移行され日常生活は確保されたが、故郷やコミュニティを失った孤立感によるストレス、身近な人々の死や重要な物的喪失へのケアを、今後も継続することが求められる。精神科看護に携わる私たちは、セルフケア援助を媒介として心のケアを行うことができる専門性を持っており、今後も組織的で継続的な活動を行っていくことが使命と考える。

参考文献

- 1) 上泉和子他：阪神・淡路大震災時の看護ボランティア活動の分析と評価，看護研究，1998，31，25-36.
- 2) 近澤範子：災害による心理的影響と回復過程への支援，看護研究，1998，31，49-61.
- 3) 南 裕子：災害看護学構築に向けての課題と展望，看護研究，1999，32，3-11.
- 4) 日本看護協会専門職業務課：災害看護のあり方と実践，日本看護協会，1998，124.

資料

図1 災害反応の経過

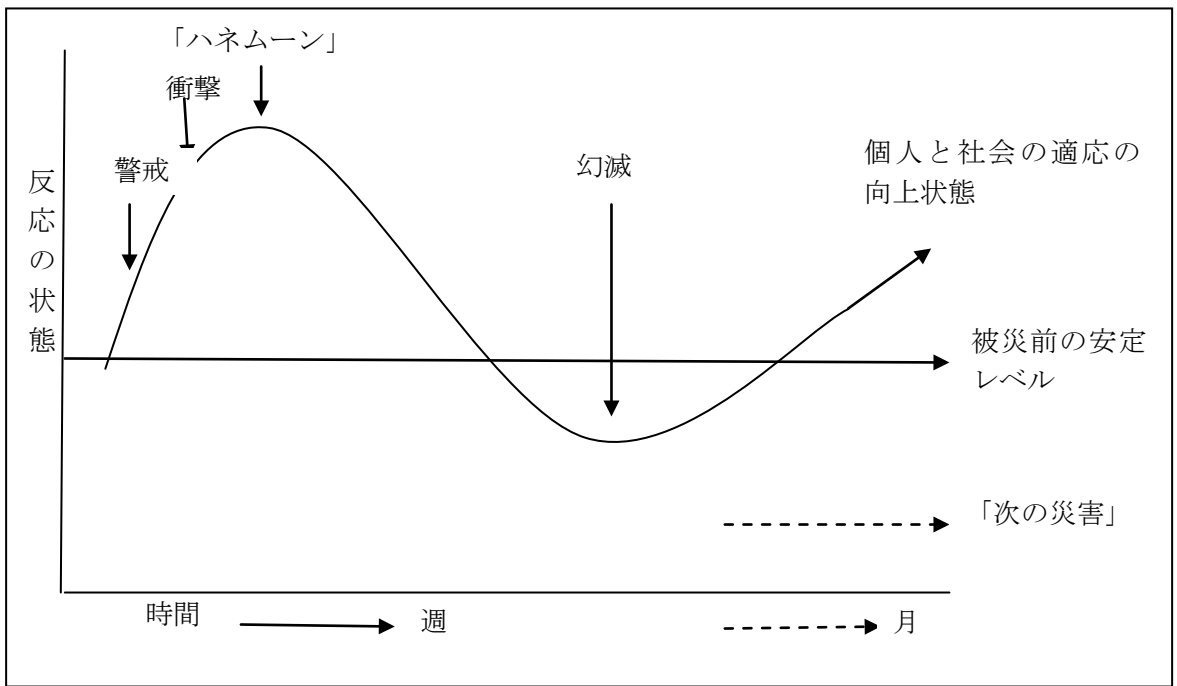


表1 被災者とコミュニティの回復プロセス

英雄期 災害直後	人々の命や財産を守るために危険をかえりみず勇気ある行動をとる
ハネムーン期 1週間～6カ月間	劇的な災害体験の共有し、災害の片づけを助け合い、くぐり抜けてきた被災者同士の連帯感が強く、被災地全体が暖かいムードに包まれる。
幻滅期 2か月～1,2年間	被災者の忍耐が限界で、援助の遅れや行政の対策への不満が噴出。やり場のない怒りにかられ、けんかやトラブル、飲酒問題。個人の再建や問題解決に追われ地域の連帯や共感が失われる。
再建期 数年間	被災地に「日常」が戻り始め生活の立て直しの勇気を得る。復興から取り残されたり、精神的支えを失った人は、ストレスの多い生活が続く。

(Romo, 水澤監訳, 1995. P14)

表2 PTSD：心的外傷後ストレス反応

<p>情緒的な変調</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・わけもなく不安になる ・気分が沈み、わけもなく泣きたくなる ・イライラして怒りっぽくなる ・何をする気もなれない ・周りの人から孤立しているように感じる ・いきいきした感情が湧いてこない
<p>思考面の変調</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・集中力が鈍る ・考えがまとまらない ・物忘れしやすい ・選択や判断力が鈍る（決定や決断が鈍る） ・理解力が低下する
<p>行動面の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・興奮しやすく、突然怒りが爆発したり、口論が増える ・言葉や文章や言い表すことができなくなる ・他人と距離を取り一人で行動する ・飲酒、喫煙が増える ・食事パターンの変調 ・睡眠パターンの変調
<p>身体面の変調</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・頭痛、吐き気や胃痛、便秘や下痢などの胃腸障害、寒気や熱感、めまいなどの自律神経系の症状 ・疲れやすい、風邪をひきやすい

(精神科看護, 近澤, 1996. P4)