
災害時の「こころのケア」にどう向き合うか

(大中俊宏、LiSA 19: 246-249, 2012)

2014年6月6日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

【本文要約】

医療支援チームとして東北に向かった筆者は、被災者の行動から acute stress disorder(ASD)急性ストレス障害、posttraumatic stress disorder(PTSD)外傷後ストレス障害について考えが及んだ。

ASD、PTSD とは：災害時、50~90%の一般住民が PTSD を発症してもおかしくない心的外傷体験をしたが、実際に診断される人は10%前後で、様々な因子が発症を修飾すると考えられる。ASDの一部がPTSDに移行するが、3カ月程度で自然軽快するものが多い。中核症状は再体験、回避・麻痺、覚醒亢進状態。希死念感情が強い人が多く自殺のリスクは健常者の6倍とも言われている。

災害医療支援での対応：ASD、PTSD の治療は薬物療法と精神療法で、いずれも専門知識と長期にわたる関与が必要。そのため、災害医療支援という限られた弛緩の中では以下の二つを目指す。まずは、「からだ」を中心にして「こころ」にはあえて深入りしないこと。身体症状をターゲットにし、非薬物療法を行う。二つ目は普段から個々の日人々の情報を把握している保健師との情報共有を行うこと。

「こころのケア」：関与する時期によってもスタンスを変えるべきで、その根拠となるのが Selye による心身医学の基礎理論の学説である、災害後の超急性期～急性期（警告反応期）では、①安全②安心③睡眠を提供する。急性期～亜急性期（抵抗期に相当）では、表面上は落ちついて見えるが、自立神経や内分泌系がフルに活動しているため、うつ病のひとであっても回復したかのようにみえるほど。この時期の関わりが以後の経過を左右する可能性があるため、より深く相手の状態を読みとることが大切。ここでも長期間の薬物使用は避けるべき。慢性期には重篤な身体症状やうつ病、不安障害、アルコールをはじめとした依存症、自殺が問題になる。福島でも自殺者数が前年比1.4倍と急増した。

支援者自身のこころの問題：さらに問題となってくるのが、支援者自身のこころの健康の問題である。災害後、支援者の中にも再体験、回避・麻痺、覚醒亢進状態

を体験するひとがあり、このように支援する側が ASD や PTSD に類似した体験をする現象を「二次受傷」と呼ぶ。この二次受傷に対する対策は、①二次受傷の存在を知ること、②チームで活動すること、③業務の量や質を検討すること。

支援者のこころの支え：被災地での自分の行動や気持ちを支えるポジティブな「シンボル」の存在や自分の人生観、死生観を見直すこと。

【考察】

「災害者のこころのケア支援事業」

心のケアセンターを設置するための経費として、岩手県、宮城県、福岡県に補助金を交付。
平成 26 年度予算要求額 18 億円（復興特別会計）

平成 24 年 2 月 15 日 岩手県こころのケアセンター開設

平成 23 年 12 月 1 日 みやぎ心のケアセンター開設

平成 24 年 2 月 1 日 ふくしま心のケアセンター開設

業務：・災害関連の精神保健医療福祉対策の総合コーディネーター

- ・ PTSD、うつ病等精神疾患に関する相談支援、精神障害者に対する相談支援
- ・ 災害者の自宅、仮設住宅等の訪問による支援、病院を拠点とした精神障害者に対するアウトリーチ
- ・ 心の健康に関する情報収集、普及啓発、人材育成、人材派遣