

第3編 災害時の心身の反応と症状

災害直後の精神的な動揺や心身の症状の多くは、ひどいショックを受けたときに誰にでも起こりうる反応です。一部の人々には、時がたってもその体験が過去のものとなっていかに、心や身体の不調が長引くことがあります。

第1章 被災した人に起こりうる心身の反応と症状

ストレス反応は、生理的な現象であり、過大なストレスが長期に続く状況では精神的・身体的障害を生じさせます。

ストレスや不眠にアルコールで対処する習慣が生じないよう、避難所での生活などの時期から注意が必要となります。

人は誰でもストレスを抱えています。予期せぬ深刻な出来事（自然災害など）に対してのストレスは特に増大します。この時注意すべきことは、災害時のような極限的な状況においては、ストレス反応の程度の差はあっても、誰もが異常な状態にあり、いろいろな要因からのストレス反応を処理できなければ、誰もが深刻な事態になりうるはずです。これらは、誰にでも起こりうるものとして理解した方が、予防的見地からも有効です。

また、災害時にストレス反応が現れない人でも、時間の経過とともにストレス反応が増大することも考えられます。

1. 災害後の心と身体の反応

災害を経験した後、心と身体のバランスをくずし不安になることは、誰にでも起こりうる反応であり、異常な事態に対する「正常な反応」と言われています。

大部分の被災者は、家族や友人などの身近な人の援助や自身の対処行動によって、概ね1ヶ月程度で回復していきます。具体的には、心理・感情面・思考面・身体面・行動面に次のような反応が起きます。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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）

(4) 行動面

- ・ちょっとしたことで喧嘩になる。
- ・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、人によって一様ではなく、さまざまな症状が生じてきます。もちろん、上記以外にも災害以前には見られなかった症状や反応が起きていたら、災害による反応という視点を持つことが必要です。多くは時間の経過とともに自然緩解するため、深刻になりすぎないことが必要です。しかし、中には災害ストレスによって、これまで潜在化したり表面には見えにくかったり心身の問題が顕在化してくることもありますので、周囲は注意を向けておくことが必要です。

2. 時間の経過と被災者の心の動き

事件や事故、災害を経験した後、心のバランスをくずして、精神的に不安定になることは、異常な事態に対する正常な反応です。時間の経過とともに変化する心理状態を理解し、その時期に応じた支援が必要です。

回復の過程で、自らの体験を語ることは、大切ですが、気持ちを表現できない人や語ることができない人、語ることにストレスを感じる人もいることに配慮します。

調査的に被災者の話を聞くことや取材が有害な作用を及ぼす可能性に注意することも大事な視点です。

3. 時間的経過からみた心理的反応

災害発生後、被災者に起きる心の状態は一般的に4つの段階を踏んで経過していきます。

(1) 被災直後（茫然自失期：災害発生後数時間～数日間、又は概ね1週間以内）

災害の衝撃に圧倒されたり、強い恐怖や不安に襲われ、思考が混乱したり、リアルな感覚や感情が感じられなくなるといった茫然自失の状態となります。

(2) 急性期 (ハネムーン期：災害発生数日後～1ヶ月、又は数ヶ月)

被災者同士が劇的な災害の体験を共有し、くぐり抜けてきたという強い一体感が生まれます。外部から支援者や支援物質、励ましなどが届き、被害の回復に向かって助け合って立ち向かおうといった士気が高まります。

精神的には高揚した状態であり、一見、被災者が災害後の生活に適応したかのように見えますが、必ずしも回復した心理状態ではないことを理解して対応することが大切です。

(3) 中・長期 (幻滅期：災害発生数週間後～1年余)

災害直後の混乱がおさまり、メディアや被災地外の人々の関心や支援も薄れる頃、被災者の疲労・忍耐が限界に達し、思うようにならない現状や援助の遅れなどに不満や怒りの感情が噴出し、喧嘩や飲酒問題などのトラブルも起きやすくなってきます。

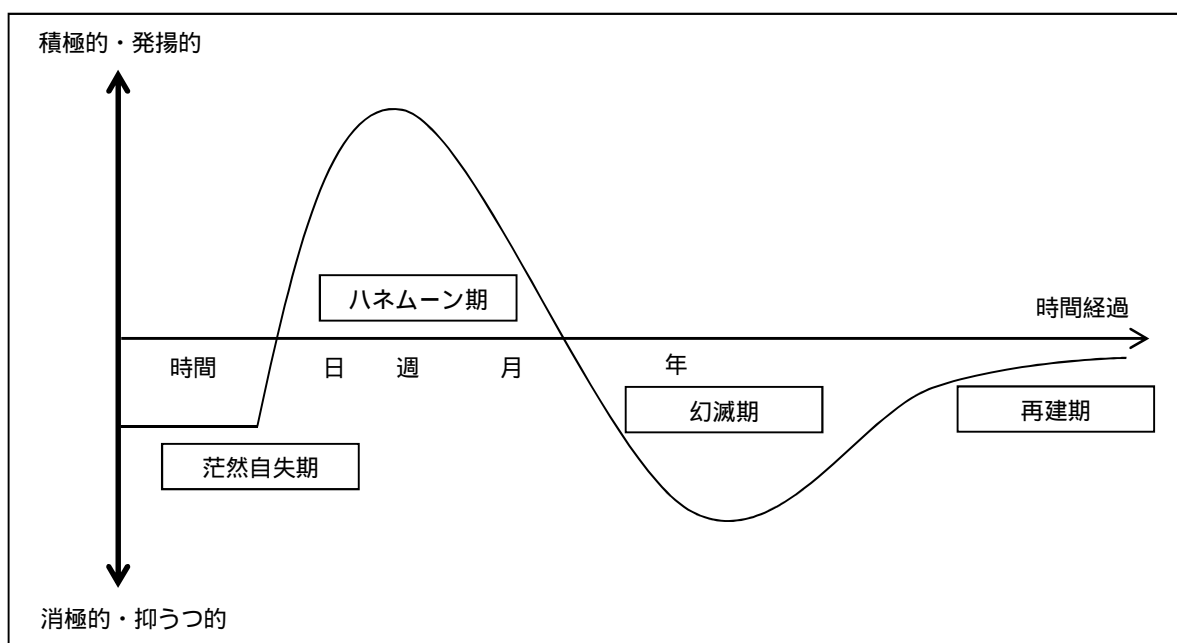
被災程度の格差や就労や金銭面、将来への不安など、被災者の抱える不安や悩みなどの問題は個別化し、被災者同士の連帯感が失われる場合もあります。

(4) 再建期

復旧が進み、生活の目処が立ち始める頃、多くは生活再建への意欲や自信が回復してきます。フラッシュバックなどが起こることもあります。災害ストレスによる強い症状は徐々に回復します。

しかし、精神的な支えを失った人や、様々な理由で復興から取り残された人など、継続的な支援が必要な場合もあることを念頭におく必要があります。

心の状態の変化とともに、被災者のニーズは変化します。また、時間の経過とともににより個別的なニーズに柔軟に対応する必要があります。



出典：「心的トラウマの理解とケア 第2版」(じほう：金吉晴(編)) を基に山梨県作成

4．災害ストレス反応とストレス障害

災害時、生命の危険や恐怖にさらされ、多くの大切な人や物を喪失し、今まで築いてきた家も生活も一変し、不自由な生活を強いられます。交感神経が刺激され臨戦態勢をひき、更なる事態に備えることや、悲嘆に暮れながら現実の辛さを受け止めていくこと、身体の不調がケアされたり、休養をとったりすることで対処力を回復させていくことなど、ストレス反応（症状）は本人にとって辛さを伴うものでもあり、どれも意味のある正常な反応と言えます。

しかし、症状が遷延化し、日常生活の困難さがストレスを長期化させるような場合などでは、様々な精神疾患（障害）に発展することがあります。

（１）急性ストレス障害（ASD：Acute Stress Disorder）と心的外傷後ストレス障害（PTSD：Post Traumatic Stress Disorder）

災害後に起こる心の病気としては、ASDとPTSDが挙げられます。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、又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は出来事があったから1ヶ月以上症状が持続します。基本的な症状はどちらも似通っていますが、ASDでは、あまりにも衝撃的な出来事に直面し、心が凍りついたような状態となり、感覚や感情の麻痺、注意の減弱、非現実感、離人感、健忘といった解離症状を伴う顕著な反応が認められます。

ASD・PTSD多くは自然に落ち着いていきますが、不眠や焦燥が強い、自殺願望がある等、症状が重い場合は、専門的治療に繋げる必要があります。

目的が不適切な場合や、被災者の同意を得ない安易な聴き取り調査（スクリーニング）は災害の再体験や極度の苦痛を招くことがあり、慎重に実施を検討する必要があります。

【解離症状の例】

- ・感情が麻痺して、悲しめなくなる。
- ・感情表現が少なくなり、悲しみや苦しみを感じているようにみえない。
- ・自分の心が体から離れてしまったような感覚。
- ・感情や現実感が失われ、何事も実感がわかなくなる。
- ・突然の家族の死がドラマのシーンのように思える。
- ・怪我をしたのに痛くない。
- ・こわいはずなのに何も感じない。
- ・ときどきぼんやりして"うわのそら"になることがある。
- ・日によって態度や性格が大きく異なる。

【PTSDの症状】

再体験（侵入）症状

- ・思い出したくないのに、出来事の記憶やイメージなどが繰り返し蘇り、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）。
- ・思い出させるものに触れると強い苦痛を感じる。
- ・思い出させるものに触れると身体が反応する（動悸、冷や汗、震えなど）。

回避/麻痺症状

- ・外傷体験と関連した思考、感情、又は会話を回避しようとする。

- ・外傷体験を思い出すような活動・場所・人物などを避ける。
- ・外傷体験の場面（大事な部分）を思い出せない。
- ・重要な活動への関心又は参加の著しい減退。
- ・他の人から孤立している、又は疎遠になっているという感覚。
- ・感情の範囲が縮小（愛情や幸福感などの感情が薄まった感じがする）。
- ・未来が短縮した感覚（将来のことが考えられない、長く生きられない感じがする）。

覚醒の刺激

- ・不眠（入眠困難・中途覚醒）
- ・焦燥（いらいら）
- ・怒りっぽい
- ・集中困難
- ・過度の警戒心
- ・過剰な驚き

（２）PTSDのリスク要因

同じような衝撃的な出来事に遭遇しても、誰もが同じ反応（症状）を呈するわけではありません。PTSDを発症しやすい人には、次のような要因があるとされています。

【災害発生以前の要因】

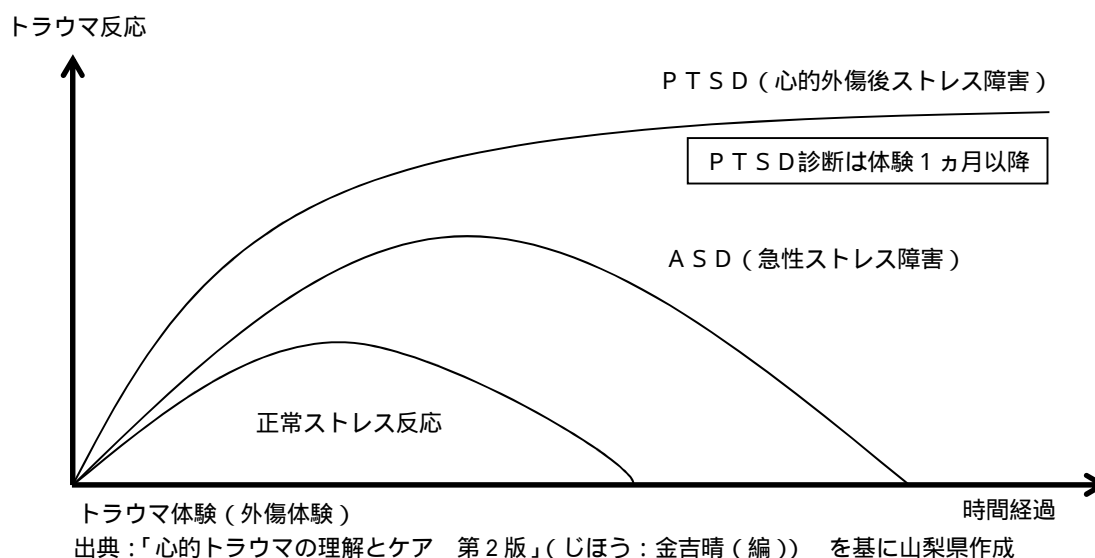
- ・過去に深刻な外傷体験がある。
- ・うつ病や不安障害などの精神疾患の現病歴、家族歴がある。
- ・最近、心的に近い人の離別を経験している、あるいは、辛い喪失体験がある。
- ・大切な人々や物、家など複数のものを人生の早い時期に失っている。
- ・物事に対処するスキルが十分ではない。
- ・辛い時期に社会的な支援が得られなかった苦い経験がある。
- ・自己肯定感が低い。

【出来事による要因】

- ・災害や被害の程度が重篤である。
- ・そのひとにとって出来事のもつ意味が重い（特別な日のできごとなど）。
- ・人為的な要素が加わっている。
- ・長期間継続して危険な状況にさらされている。

【災害発生以後の要因】

- ・適切な社会的サポートがない。
- ・問題を解決するための資源を自ら利用することが難しい。
- ・苦しみや悲しみに意味を見いだせない。
- ・精神的な打撃から抜け出せず自分の世話や生活がおろそかになる。
- ・孤立無援や取り残され感が強い。
- ・生理学的覚醒や回避・麻痺症状などの反応を即座に（出来事の最中か直後に）起こしている。



5. 災害後に生じるその他の心の病気

(1) うつ病

うつ病は全人口の6～7%に生じるとされる、誰にも起こりうる身近な疾患です。災害によるストレスでうつ病が発症したり、あるいは元々あったうつ病が悪化したりすることがあります。中には身体症状が前面に出て、内科を受診する患者さんも多く見受けられます。適切な精神科医療を受けていない場合もあるため、注意が必要です。

伴いやすい身体症状：疲労・倦怠感、頭痛・頭重感、めまい、吐き気、口渇、便秘・下痢など

【うつ病の症状】

- ・抑うつ気分：憂うつ、気が滅入る、落ちこむ、悲観的
- ・興味や喜びの喪失：何に対しても興味がわかない。
- ・食欲の減退、体重の減少
- ・睡眠障害：不眠、睡眠過多
- ・精神運動の障害（制止又は焦燥）
- ・疲れやすさ・気力の減退
- ・無価値感や強い罪責感：「自分など生きていてもしょうがない」「足手まどいだ」と考える。
- ・思考の障害：頭の回転が鈍い、考えが進まない、集中力・決断力・判断力が低下する。
- ・死に対する思い：繰り返し死について考える。

(2) アルコール依存症、その他の物質（薬物）依存症

災害後によるストレスを軽減するために、飲酒量が増すことがあります。飲酒量の増大は、必然的にアルコール依存症の危険を高くします。いったんアルコール依存症になったら、『適正飲酒』や『節酒』をすることは不可能となり、『断酒』の他に治る手段はありません。しかし、独力での断酒はほとんど期待できないため、何らかの手助けを必要とします。専門機関につなげることが必要です。

【アルコール依存症の症状】

- ・ 飲酒したいという強烈な欲求、渴望
- ・ 飲酒の抑制不能
飲酒を我慢できない、一度飲みだすとやめることができない。隠れ酒や泥酔するまで飲むことを止められない。
- ・ 負の強化への抵抗
飲酒により身体的疾患を生じたり、社会・家庭的に問題を生じていたりしているにもかかわらず、やめることができない。
- ・ 飲酒中心の生活
他のすべての生活よりも飲酒を優先させる。飲酒のために重要な社会的、職業的、娯楽的活動ができなくなる。
- ・ 飲酒行動の多様性の減弱
多様な飲酒パターンがみられなくなり、血中アルコール濃度を維持するために同じパターンの飲酒を繰り返すようになる。
- ・ 離脱症状とそれを軽減するための飲酒
酒を断つと7時間ほどでイライラ感、不安、心悸亢進、発汗、振戦を生じる。それをやわらげるために、また酒を飲む。(例：迎え酒)

(3) 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)が繰り返し起こります。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

自律神経状症

動悸、発汗、冷感、震え、めまい感など

身体の異常感覚

息苦しさ、窒息感、胸痛、腹痛など

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

(4) 認知症

脳血管性認知症などが避難所生活などからくる心身のストレスで悪化することあります。

生活環境の変化(これまでの住まいと違い、トイレ等の位置が変わること)や集団生活によって不眠や不穏、徘徊といった状態が強く出現することがみられ、そのことで本人及び家族が更にストレスを感じるといったことに悪循環につながります。

(5) その他のメンタルヘルス問題

悲嘆と複雑性悲嘆

災害では、さまざまな喪失を体験します。特に愛する者を喪失したとき、人は深刻な悲しみに見舞われます。

そこに生じる一連の反応が、悲嘆反応と称される心理過程です。悲嘆反応の過程は、「喪の作業」(喪失のショックから始まり、それを乗り越えて回復するまでに至る一連の心理過程)を進めていく上で必要とされる正常な反応です。多くの悲嘆は、次のように推移します。

- ア) 心の麻痺の段階(心身の警告反応、死の事実を認めたくない)
- イ) 切望の段階(悲哀感、故人を探し求める、故人が生きているような感覚)
- ウ) 混乱と絶望の段階(怒り、罪悪感、非難、死の事実への抵抗)
- エ) 回復の段階(故人がいなくても人生を立て直せる実感が持てる、社会的役割の再発見)

また、悲嘆反応の過程を通して「喪の作業」を進めていくために、時系的に次の4点が支援のポイントとなります。

ア) 喪失の受容

傾聴した上で、故人のことを過去形で語り、また死亡という事実には繰り返し触れながら話すことで喪失の受容を徐々に促します。

イ) 悲嘆に伴う感情の表出

悲しみ、怒り、罪悪感といった感情を抑えずに表出できるように促し、その感情をしっかりと受け止め表現していくことが大切です。

ウ) 新たな環境への適応

新たな環境に適応していけるような助言や援助が必要です。現実生活面で故人の担っていた部分を引き受け、生活を再建するように促すことが大切です。

エ) 故人への思いの再配置

故人のことを、心の中心から片隅に移して思い出を持ち続けながら、その後の人生を築き続けるように促すことです。

(飛鳥井望「看護のための最新医学講座、外傷後ストレス障害および悲嘆反応(2006)」から一部引用)

(留意点)

ただし、回復に要する時間は一人ひとり異なり、数年単位で推移することも珍しくはありません。十分な時間をかけて良いことを伝え、支援者が回復を急がないことが重要です。

また、災害の場合は、特に「一緒に避難をしようとしたのに自分だけが助かった」「何もしてあげられなかった」といった強い罪責感・無力感を持ってしまい、悲嘆が複雑化・長期化することがあります。

通常、悲嘆反応は、誰にでも生じうる正常な反応と考えられますが、その程度や期間が通常の範囲を超え、社会的・職業的・その他の機能に様々な支障を来している場合には、精神医学的あるいは心理学的な治療的介入が必要になります。

【治療が必要な悲嘆の症状】

- ・以下の2つの要素における著しい苦痛が存在する。

ア) 分離の苦痛

故人についての苦痛な想起、故人への思慕、故人を嘆き求める、故人なしでは生きていられない、過度の孤独感など

イ) 外傷的苦痛

未来への無益感、感情の麻痺、死を信じられない、人生の空虚感、安全感・信頼感・自己コントロール感の崩壊、怒りなど)

これらによって生活上の機能障害を来し、且つ、最低でも6ヶ月異常継続している。

心身症

心身症は厳密には心の病気ではありませんが、身体疾患の中で、その発症や経過(緩解・悪化)に心理社会的な因子が密接に関与しているものと考えられる病態を言います。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。このような場合、精神的な治療を必要とする場合もあります。

認知面の変化と随伴する心理的問題

- ・世の中に対する安全感、安心感の喪失
- ・自分に対する信頼感の喪失、自己評価の低下
- ・他人や社会に対する信頼感の喪失と対人関係の困難さ
- ・自責感、罪悪感
- ・恥辱感、屈辱感
- ・自己破壊的行動
- ・希望が持てない、永久に傷を受けたという感じ
- ・今までの信念の喪失
- ・敵意や怒り
- ・過去の問題の表面化
- ・社会適応の問題(不登校、ひきこもり、非行化など)
- ・社会経済状態の悪化

6. 心のケア活動で大切なこと

(1) 基本は傾聴することです。

支援者が落ち着いて対応し、共感した態度で接することが大切です。

相手の気持ちをそのまま受け止め、安心感を与えるように努めましょう。

被災者同士でさえも、本当の意味で「解る」ことや「共感する」ことは難しいことが多いが、解ろうとして聞く、想像する「その状態ならば、その気持ちになるのも無理はない」と思う、そういった気持ちで聞くことが心のケアでは大事な心構えとなります。

(2) 「心のケア」ということを前面に出さないようにしましょう。

「心のケアをします」ということが全ての人に受けられるわけではありません。心の問題が話せない、心の苦痛を症状と思えない人もいます。無理に聞き出したり、安易に励ましたりすることは禁物です。

また、心のケアといっても専門家につながればよいというものではありません。

親しみやすく、安心できる人に話をしやすいようにまずは、被災者に安心、安全を伝えることが大切です。

(3) 傾聴するといってもただ話を聞くことではありません。

被災者に話を聞いたほうがいいのか、話を聞かないほうがいいのかと支援者が戸惑うことがよくあります。

被災者の中には、自分の話をすることに罪悪感を持つ人もいます。話をしっかりと順序だてて話さなければと思って上手に話せない人もいます。話をすることでかえってつらくなる人もいます。

つらい気持ちを抱え込まないように、できれば話が聞けるほうがいいのですが、話をする人の状況・状態をよく考える必要があります。

無理に話を聞き出すことは避けましょう。

(4) 感情の取り扱いに注意しましょう。

被災者が、泣いたり、怒りを表現したりすることを、原則として否定したり制止したりしないようにしましょう。

感情を無理に抑え込むことはかえって回復を遅らせることになります。

また、身体面の苦痛にも目を向け、水分や食事をとること、深呼吸することなどを勧めることも考えられます。

支援者がその状況に耐えることができない場合には、被災者の辛い感情への理解を伝えた上で、支援者自身も辛くなってしまったことを伝え、その話題を中止してその場に留まって一緒にいるなどの対応を行います。

しかし、感情のコントロールができず、ひどく混乱しているときは専門的治療に結びつけることも大切です。

(5) 被害者を傷つける言葉をさけましょう。

例えば、「がんばれ」「命があるだけでもよかったと思いませんか」「まだ、幸せなほうですよ」「このことはなかったことと思って・・・」「私ならとてもこんな状況に耐えられません」「さんに比べると、まだ良かったですね」などの言葉は、被災者を励ましているつもりでも、これ以上がんばれないと思っている人などをかえって傷つけることになってしまいます。

悲しい気持ちやつらい気持ちをしている相手に寄り添い、ありのままに受け止めます。

(6) 支援者自身の二次受傷・燃えつき症候群に注意しましょう。

深刻な話を聞いた支援者が精神的打撃をうけることもよくあります。逆にハイテンションになる場合もあります。また、支援者が不調を自覚せずに支援を続けることにより、支援内容が被災者をかえって追い詰めるような性質のものになってしまう場合もあります。これらは、支援者の誰にも起こりうることです。支援者の心のケアに注意することが必要です。

<燃えつき症候群>

長期間にわたり、人を援助する過程で絶えず過度なストレスが持続することによって、極度の心身の疲労と感情の枯渇をもたらしてしまう症候群です。熱心に救援活動にあたっているとき、自分の努力が足りないと思ったり、なかなか救援活動が進まず無気力感に陥ったりします。支援者自身の心身が文字通り燃えつきた状態となります。

7. 支援者としての基本的心構え

支援に向かう前になるべく自らの状況を整えます。

- ・ 事前の健康管理に注意し、体調を調整
- ・ 家族、メンバーと各自の行動の打ち合わせ
- ・ 援助に関してチームと自分の役割について把握
- ・ 自分の身は自分の守ることが最低限度のルール

(常備薬、気候対策、携行物資や機材、食糧等も含め事前にチームで決めておく)

(1) 対象地域の様々な情報を把握しておきます

被災地の住民は現実的な援助を必要としているので、公的機関、交通、その他諸々の情報が必要です。被災地ですでに活動している支援者から、事前に説明や情報を得るとともに、相談しながら進めることが大事になります。

対象地域ではチームで行動し、現地の窓口を活用しましょう。

(2) 支援者は二次受傷者となり得ます

被災地の現場では環境が混乱しており、ストレスの高い状態が続き、支援者も精神的な影響を被り心身の変調をきたしがちです。被災者を支援することで自らも傷つくこともあります。(二次受傷)

(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

被災地にみられる精神的な動揺の多くは、災害時に誰でも起こりうる正常な反応であることを被災者に伝えることが大切です。

(4) 出向いて行って、働きかけることも大切です

精神科救護所など来所者に対応するだけでなく、避難所など被災者のいる所に出向いて、気軽に相談に応じることも大切です

(5) 専門用語は使用しないで、わかりやすい言葉を使います。

「カウンセリング」「メンタルヘルス」「トラウマ」「PTSD」などの専門用語を使用することやストレス症状のある方に対して不安な気持ちなどを十分聞かずに「精神」や「心」の反応ということで安易に理解したり、説明したりしないようにしましょう。

「お話しする」「お手伝いする」などの日常の言葉を使います。

(6) 必要に応じて専門家の助言を得ながら支援を行います

無理なことまで引き受けて、できない約束をしてはいけません。

自分の特定の技術を使いたい、役に立った実感がほしい、感謝されたい、などという自分の気持ちに気を付けましょう。

「支援は、被災者や被災地の支援者のニーズに応じて行いますが、支援に行くことも大変なことなので、知らず知らずに、支援者自身の達成感を求める気持ちになってしまっていることも多いものです。それに影響されて被災者のニーズに合わない支援を押し付けてしまわないよう、自分の気持ちを振り返りながら支援しましょう。

(7) 被災者が自己決定できるよう被災者の考えを尊重し支えます

被災者の援助の押しつけではなく、被災者の自律性の回復を重視した支援を行います。困難度の高い又は混乱のひどい被災者においても、被災者の考えをなるべく尊重し、本人自身が適切な決定を行えるように支援しましょう。

(8) 二次被害の防止に努めます

うわさやデマに注意して、正確な情報の伝達に努めます。

本人の意に反した取材活動、事情調査等は心理的な負担となります。

< 傾聴の大切さ >

心のケアの基本は、被災者の話に耳を傾けることです。しかし、被災の時の様子などを無理に聞き出そうとすることは、不安や恐怖心を強め、精神的な不安定をまねく恐れがあります。相手の気持ちのペースに合わせた傾聴が大切です。また、安易な励まし・なぐさめ・助言は禁物です。

< プライバシーの保護 >

障害や妊娠のことを周囲に知られたくない方もいます。プライバシーの保護に配慮しましょう。

第2章 災害時要援護者への配慮

災害時要援護者とは、子ども、高齢者、障害者、妊産婦、外国人等であって、災害が発生したときに特別な援護を必要とする人を言います。

1. 子ども

子どもは、自分の感情や不安、苦しみを言葉で表現する力が十分育っていないために心や身体の症状や行動上の問題など様々な反応を示します。

《支援のポイント》

- ・子どもが安心して信頼できる人間関係をつくり、不安感を取り除くことが必要です。
- ・生活習慣が整うと、症状の多くは徐々に消失します。
- ・養育者の気持ちが子どもに影響するので、養育者への支援や配慮が必要です。
- ・「泣く子が問題なのではない。泣かない子が問題なのだ」という言葉があてはまる場合も多いことに留意しましょう。

【乳幼児期】

<気になる症状・状態>

- ・ちょっとしたことで泣く、あるいは泣く元気もない。
- ・寝つきが悪い。
- ・音や振動に過敏に反応する。
- ・特定のものや場所を極端に怖がる。
- ・保護者から離れられない。
- ・指しゃぶりやおもらしをする。
- ・夜泣きをする。

(対応の留意点)

- ・子どもと養育者の不安を和らげ、精神的安定を図り、安心して育児ができる環境を整えます。
- ・子どもの遊び場や遊具を確保します。
- ・物資（ミルク、オムツ、離乳食は必須）の供給を配慮します。

【小学生】

<気になる症状・状態>

- ・赤ちゃんがえり（退行）
- ・保護者から離れない。
- ・落ち着かない。
- ・ひきこもり
- ・身体症状（チック、下痢、便秘、腹痛など）
- ・粗暴な行動、かんしゃく
- ・寝つけない。

(対応の留意点)

- ・子どもの話をよく聞き安心感をもたせます。
- ・小さなお手伝いなど役立つ体験をさせます。
- ・被災体験を遊びで表現する時はむやみにとめてはいけません。
- ・遊び相手になれる大人、仲間、遊び場を確保します。

【中学生】

< 気になる症状・状態 >

- ・不機嫌な表情
- ・無愛想

(対応の留意点)

- ・内心は不安で子ども扱いされることを嫌い、表面に出さないことを理解しておく必要があります。
- ・言葉かけは大人に対する時と同じ気遣いで対応します。
- ・姿は大人でも心は子どもと理解しておく必要があります。

2. 高齢者

高齢者は、加齢に伴う心身機能の低下があり、急激に環境が変化し、新しい環境に適応しなければならぬ状況は大きなストレスになります。

《支援のポイント》

- ・保健担当、高齢者・介護保険担当者等が連携して支援体制をつくりまします。
- ・軽度認知症などの要支援高齢者の早期発見と対応が必要です。
- ・高齢者を介護している家族への支援や配慮が必要です。

< 気になる症状・状態 >

- ・不眠、食欲不振、便秘、下痢、めまい
- ・月日、季節、場所等がわからない。
- ・持病（高血圧、心臓病等）の悪化
- ・失った人や物に固執する。
- ・生き残ったことへの強い罪悪感
- ・孤独感
- ・先々への不安から絶望的になり、周囲の支援を拒む。
- ・誰かと一緒にいないと不安になる。

(対応の留意点)

- ・規則的な生活や身だしなみに気を配れるように促します。
- ・得意なことで、できそうなことを依頼します。
- ・ストレス反応や二次災害の正しい情報を提供し、不安を和らげます。
- ・外出の場、人とふれあう場の提供に努めます。
- ・今の状況をできるだけわかりやすく、くり返し伝えます。
- ・身体に触れたり、軽く肩をたたいて話すとうちとけやすい雰囲気をつくりまします。
- ・なるべく同じ人が顔を見せて声をかけまします。
- ・孤立、孤独にならないよう配慮します。
- ・物資（いす、排泄用具、高齢者向きに配慮した食事等）の供給を配慮します。

3. 障害者

障害者は、障害の特性により移動や情報の入手・伝達が困難な人や精神的に不安定になりやすい人もいます。

《支援のポイント》

- ・ 介助の必要性を確認し、避難所等での食事、排泄、睡眠等、生活への気配りを優先して行います。
- ・ 本人や支える家族の要望を確認して支援します。
- ・ 障害があることによる避難所生活での不具合や遠慮、今後の生活への不安等に対する心のケアが必要です。

(対応の留意点)

視覚障害

- ・ ゆっくりとした口調で複数回繰り返し伝えます。
- ・ 本人の視力や身体の状態を聞き、それに合った誘導をします。
- ・ 話す前に支援者の名前を名乗ります。
- ・ 誘導介助の際は支援者が前に立ち、肘の上をつかんでもらい、ゆっくり歩きます。
- ・ 言葉で周囲の状況を具体的に説明します。
- ・ 点字及び拡大文字並びに、パソコン及び電子メールの音声読み上げソフトなどを活用します。

聴覚障害

- ・ コミュニケーションの方法はまず本人の希望を聞いてベストな方法で行います。
- ・ 障害の軽い耳の方から口の形がわかるようにゆっくり話します。
- ・ 手話や筆談のほか、電子メール等の音声認識技術を用いたソフトを活用します。
- ・ 警報や緊急放送が流れた場合、光の点滅で緊急事態を知らせます。
- ・ 補聴器使用者には大声で話してはいけません。
- ・ 顔を見ながら、わかりやすい言葉や表現を使い身振り手振りを交えて簡潔に要点を伝えます。

肢体障害

- ・ 介助の方法は、本人の希望に合わせます。
- ・ 杖、車いす等の福祉用具を用意します。
- ・ 文字を書く場合やページをめくる場合は、本人の意思を確認しながら、代わりに対応します。
- ・ むやみに車いすや歩行器具、身体に触れてはいけません。
- ・ 車いす利用者には、目線の高さで話をします。
- ・ 通路に障害物を置いてはいけません。

内部障害（腎機能・膀胱・直腸等）

- ・ 塩分、水分、薬の管理、透析条件を把握します。
- ・ 医療機関からの指示、対処法を聞き対応します。

発達障害・高次脳機能障害・精神障害

- ・ 静かな場所で、相手を動揺させないよう、ゆっくりと話をします。
- ・ 動揺している場合は、相手の話を傾聴し落ち着いたところで用件を確認するようにします。
- ・ 平易な言葉で絵や写真を組み合わせながら、具体的に要点を伝えます。

知的障害

- ・ 家族等と協力して支援します。
- ・ 抽象的な表現や難解な言葉を避け、平易な言葉で絵や写真を組み合わせながら、具体的に要点を伝えます。
- ・ 説明がわかっているか確認しながら先に進めます。
- ・ できるだけ災害以前と同じような生活ができるように配慮します。
- ・ 急に興奮したり、気分が沈んだり、パニックになるなどの情緒的反応を起こした場合は刺激から遠ざけ、落ち着くまでゆっくり待ちます。

4．妊産婦

妊娠・出産後は、ホルモンのバランスの変化や身体的な疲労などにより、通常でも抑うつ状態に陥りやすくなります。被災によるストレスによって、妊産婦には心身の不調が起こりやすくなります。

《支援のポイント》

- ・ 家族、特に夫の支持的な対応や妊産婦同士のコミュニケーションが効果的です。
- ・ 過度に心配しないように、周囲が声をかけます。

5．外国人

日本語での情報が十分に理解できずに正確な情報を入手・伝達が困難となり、災害時には心身の不調が起こりやすくなります。

《支援のポイント》

- ・ 通訳等の協力を得て正しい情報を伝え、コミュニケーションを図り、不安や孤独感を深めないように配慮します。
- ・ 国により生活習慣、文化の違いがあることへの配慮が必要です。

第3章 支援者自身の心のケア

1. 支援者におこりやすいストレス症状

(1) 二次受傷と燃えつき症候群

被災者のケアに当たる支援者は、被災者と同じ状況におかれています。災害という外傷的体験の話を聞くと聞き手も精神的打撃を受け、心と身体にいろいろな変化が起こります。

以下のようなストレス症状がないかどうか確認してみましょう。

- ・熟睡できない、眠れない
- ・動悸、胸痛、胸苦しさがある
- ・肩がこる
- ・イライラする
- ・涙もろくなる
- ・食欲がない、又は過食ぎみである
- ・胃腸の調子が悪い(げっぷ、吐き気、嘔吐、下痢、便秘)
- ・頭がもやもやする
- ・頭痛、めまい、耳鳴りがある
- ・疲労感を感じる
- ・強い罪悪感を持つ
- ・無力感を感じる
- ・飲酒量が増加する

2. 支援者への対策

(1) 支援者のストレス対処法

ストレスの兆候が現れたら、恥じることなく、自分の気持ちやストレスに感じていることを素直に認めます。

現場でどんな活動をしたか、事実関係を簡単に報告してから任務を解きます。

自分の行動をポジティブに評価します。

自分の体験・目撃した災害状況や、それに対する自分の気持ちを仲間と話し合います。

自分だけで何とかしようと気負わず、自分の限界を知り、仲間と協力し合い、お互いに声をかけながら活動することが大切です。

時々仕事から離れ、体を伸ばしたり、深呼吸をしてみます。

家族や友人と過ごせる時間を大切にします。

休めるときは十分に休息をとります。

(2) 組織的な対応

緊急時には総じて、支援者は目の前の業務に追われて、自分の健康を見失いがちです。支援者に生じるストレスや対処方法について研修しておくことが大切です。

支援者が、体験したことを抱え込まないように話し合う場を持つなど、支援者のストレスに気を配り、健康相談を受けられるように配慮し、時には、強制的に休養をとらせることも必要です。

このため、次のような組織的な対応が望まれます。

役割分担と業務ローテーションを明確化

災害直後はやむを得ないとしても、動員された支援者の活動期間、交替時期、責任、業務内容をできるだけ早期に明確にします。

支援者のストレスについての教育

支援者のストレスについて、それを恥じるべきことではなく、適切に対処すべきであることを教育しておくことが有効です。

支援者の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支援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す。

住民の心理的な反応についての教育

救助活動において、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について教育を行っておきます。

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、スライドなどを用いたシミュレーションを行っておくことも有効です。

業務の価値付け

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す。

(金吉晴「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(平成13年度)」から一部引用)

3. リーダーの役割

D P A Tのリーダーは、スタッフの安全だけでなく、ストレスについても配慮する責任があり、心理的な支援に努める必要があります。

- ・リーダー自身がストレス処理の良いお手本になることです。
- ・活動計画や役割分担を明確に指示します。
- ・スタッフのことを気にかけていることを行動で示します。
- ・どんなに忙しくてもスタッフに定期的に休息を取らせます。
- ・ミーティングを開き、チーム全体でストレス処理を行います。
- ・任務を終えて解散する前に全員が集まって活動中に体験した出来事や感じたことを話し合います。
- ・問題がありそうなスタッフについては個別に専門家のアドバイスを得るよう勧めます。

(日本赤十字社「災害時こころのケア」(2008))から一部引用)

4. 支援者に対するアフターケア

心のケア活動とは、通常業務とは異なる緊迫した状況の中での業務であり、活動に従事する者には多大な負担がかかってくる上に、不慣れな地域への派遣や時間外労働の増加といったものが加わるとそのストレスは極めて大きなものとなります。

心のケア活動への従事自体が非日常的な事象であることを、支援者本人や同僚も十分に理解し、職場ぐるみの適切な配慮やセルフケアに努めることが必要です。

支援者本人や職場として留意すべきことは以下のとおりです。

支援者本人は、支援終了後の数日間、十分な栄養と睡眠をとるよう努めます。

職場においては、代休を確実に取得させ、職場復帰後の数日は極力時間勤務を避けなど、十分な休養の確保と更なる過重労働の防止が可能な体制づくりを行います。心のケア活動従事中に溜まった通常業務が多い場合には、他の職員に応援させるといった配慮を行ないます。

支援者本人は、同僚などに被災地での体験を話すとともに、家族や同僚からも留守中の家庭や職場の様子を聞くようにします。

報告書の作成やマニュアルづくりなど、成果を共有できるものを作成します。