

災害後の被災者の「こころのきず」の軽減

京都大学防災研究所地域防災システム研究センター 林 春男

北海道教育大学函館校 藤森立男

北海道教育大学函館校 藤森和美

1993年7月12日に発生した北海道南西沖地震を契機として始めた災害による被災者の「こころの傷」の軽減法に関する提言を行う。さらに、奥尻町を対象としてこれまで行ってきた情報提供活動を報告し、P T S Dの実態調査結果を紹介する。全体の構成は以下の通り。

1. 北海道南西沖地震によるカタストロフの発生
2. 被災者のこころの傷の問題を考える必要性
 - 2.1 P T S Dの代表的な特徴
 - 2.2 P T S Dの出現時期
3. P T S Dに対処するには
 - 3-1. 住民がP T S Dについての正しい理解を持つ必要性
 - 3-2. 専門的な精神的ケアを必要とされる方への支援体制の確立
4. P T S Dに対する支援体制を作る上での問題点
 - 4-1. 専門家が面談する場所の確保
 - 4-2. ボランティアの確保
 - 4-3. ボランティアに対する必要経費の補助
5. 北海道南西沖地震によるP T S Dに関する調査
 - 5-1 P T S Dに関する情報提供の試み
 - 5-2 奥尻島青苗地区の住民を対象としたP T S Dの実態調査
6. おわりに

災害後の被災者の「こころのきず」の軽減

京都大学防災研究所地域防災システム研究センター 林 春男

北海道教育大学函館校 藤森立男

北海道教育大学函館校 藤森和美

1. 北海道南西沖地震によるカストロフの発生

平成5年7月12日夜に発生した北海道南西沖地震の際の地震動、津波、火災による複合災害のために、各地に大きな被害が発生している。とくに、奥尻島の南部の育苗地区や初松前地区、島の北部の稲穂地区や海栗前地区では、津波や火災のために集落そのものが消失してしまうほどの壊滅的な被害をこうむっている。現地を調査して思うことは、今回の災害が最近我が国をおそった地震災害とは、質的に異なる要素を含んでいるという点である。Quarantelli & Gray¹⁾は、災害をその程度によって"DISASTER"と"CATASTROPHE"に分類しているが、まさに今回の災害は"DISASTER"だけでなく、"CATASTROPHE"とよべる事態を生み出しているといえる。

カストロフとは、状況規定要因が連続的に変化していくさいに、ある時点でシステムに生ずる不可逆的で不連続的な変化であると定義される²⁾。たとえば、すべてが失われてしまった奥尻町育苗地区をみると、被災前と被災後との間に明確な断絶が生じている。この地区の被災者にとっては地震によって失われたものを元にもどすという意味での「復旧」はありえず、新しい現実を受け入れて人生を再建することが重要な課題である。その手助けとなるべく、現行の防災対策の枠内では、被災地に新たに物理的な集落の「復興」が問題にされ、各種の資金援助が用意されている。しかし、後戻りを許されない厳しい状況の中で新たに人生を再建するにあたってそれだけで十分な対策となるのだろうか。たとえば、新しい現実に遭遇するという点では、新しい土地に引っ越し、そこで人生を切り開くのとよく似た状況である。住む所が用意され、活動資金が与えられれば、それ以上もう問題はないのだろうか。新しい環境で人はとまどったり苦しんだりしないのだろうか。あるいは、その程度のことは問題にするに値しないのだろうか。

防災の先進国であるといわれるわが国の防災対策の中でまったく考慮されていないものに、被災者が受けた「こころの傷」をどのように癒すかの問題がある。これまでの災害では被災者と個人的な関わりを持つ人々によってだけが関与する問題として、放置されてきた。ところが、人口4500名の奥尻町を例にとると、肉親や住居を失うという直接の被害にあわれた方が沢山おられるだけでなく、そうした方を身近に持つという形でほぼ町民全員が何らかの形で被害者といえるほどの大きな被害がでている。こうした状況では、被災者のこころの傷の大きさもさることながら、そうした被災者のこころの傷を癒すべき人がいなくなっていることも憂慮される。以上のことから、北海道南西沖地震災害の特徴として、物的な被害よりもこれまで防災対策の中で顧慮されてこなかった被災者への心理的な影響を真剣に考えるべき地震であるといえよう。

2. 被災者のこころの傷の問題を考える必要性

これまでの災害事例では、被災当初のショック状態から立ち直りはじめた頃から、心的外傷体験によるストレスのために、被災者の身体面や精神面にさまざまな影響がでることが知られている。アメリカ精神医学会では災害が被災者におよぼすさまざまな影響を「心的外傷性ストレス障害（PTSD：Posttraumatic Stress Disorder）」という概念でまとめている。PTSDは自然災害の被災者だけでなく、戦争、ナチスの強制収容所、原爆、人質、レイプなどの体験者の心理的・行動的な特徴であり、こうした極限状況を体験した人ならば誰もが示しうる特徴をまとめたものである。

2.1 PTSDの代表的な特徴

アメリカ精神医学会はPTSDの診断のために基準を設けている³⁾。それによれば、以下に述べるような3つの主要な特徴が1ヶ月以上にわたって持続する場合をPTSDと定義している。第1の特徴は災害の光景が心に焼き付いて忘れられないことである。何度も夢に見る、ふと被災時に感じたことやその時とった行動がよみがえる、あるいは、災害を連想させるものを見たり聞いたりするとぞっとする。子供の場合には、災害の光景を絵に描いたり、遊びに取り入れたりする。こうした体験を繰り返しもつことの意味として、災害を繰り返し体験していくことで少しずつそれを現実として受容していくためだと考えられている。

第2に特徴は、自分と災害との関わりをできるだけ否定し災害によって心が動揺しないようにする試みである。被災後によく観察される何事に対して無関心でいようとする態度もPTSDの一つ回避策の一つである。災害のことを考えないようにする、思い出させる可能性のあることをできるだけ避けたり、時には災害時の記憶が思い出せなくこともある。また、他者とのつき合いをできるだけ表面的なものだけにする、つき合いそのものをできるだけ避ける、というように他者に対して心を閉ざすことおこりうる。さらに、遠い将来のことを考えようとしなくても心を閉ざすことの例である。

第3の代表的な特徴は、過度の生理的な緊張の持続である。なかなか寝つけない、すぐ目が覚めるなどの睡眠障害や、いらいらしていておこりっぽい、なにごとにも集中できない、過敏などの症状がやすいことが知られている。

2.2 PTSDの出現時期

PTSDは通常被災直後には顕在化しないといわれている。育苗地区を例にとれば、津波や火災からの避難、行方不明者の捜索、ケガの治療や看護、壊された住宅や船の片付け、避難所での生活への適応、仮設住宅への移転など、被災者自身が次々と新しい現実への対応に忙殺されるためである。こうした一連のことが片付いた後に、被災者には今回の被災経験を現実として受け入れていく過程が待っている。PTSDはその過程において発生し、ほぼ2年間程度継続するといわれている。北海道南西沖地震の被災者の場合にも、被災後2ヵ月以上経過し、遺体捜索が打ち切れ、仮設住宅への入居が完了した時点から今後2年間ほどにわたってPTSDの発生が予想される。

3. PTSDに対処するには

PTSDの発生の原因として、被災者が被災後に体験する心理状態や行動の変化の意味を、このよ

うな状況におかれた人ならば誰でも体験するあたりまえの変化であるとせず、自分自身に特有の変化であると誤解してしまうことがあげられる。こうした原因の誤帰属に起因するPTSD対策として、被災者にPTSDに関する正しい理解を啓発させることで、コミュニティ全体としてのストレスレベルを低減させることが重要である。それでも依然としてストレスレベルが高く専門的なケアを必要とする被災者には、気軽に専門家に相談できる体制をつくる必要がある。

その実現のためには、被災者のこころの傷について十分なケアが提供できる体制作り、わが国の防災体制の一環として位置付けることが必要である。これを長期的な目標とすると、現時点でPTSDの発生が危惧される人たちに対して少しでも援助をさしのべるという短期的な対策も必要となる。

3-1. 住民がPTSDについての正しい理解を持つ必要性

住民にとっても今回のような大災害ははじめての経験である。したがって、災害に伴って被災者のほとんど誰もが経験するPTSDについても被災者は十分に理解しているとはいえない。しかも誰もが始めて体験したことであり、経験者からのアドバイスも得られない状況である。いわば、PTSDに関する知識も情報もない状況で、その問題に取り組むことを被災者は求められるのである。

たとえば、すでに現地入りした研究者のインタビューに対して、被害を受けずにすんだ奥尻町のある住民は「複雑な心境だ、他の人が被害を受けているから」と答えている。こうした反応は被害のない人が感ずるうしろめたさの典型的な例である。ところが、この住民は自分の反応が状況固有な反応なのか、個人に固有な反応なのかの判別できずに悩んでいる。つまり、こうした状況におかれたひとなら誰もがするような反応を自分はしているのか、それとも自分だけの特殊な反応なのかを判断できない状況におかれることになる。

こうした問題のケアは、現行の防災体制では担当する部局が存在していないため、被災者自身やその周囲の人で個人的に処理せざるをえない。そのため、問題が長期化したり、かえって悪化したりする危険性も考えられる。そのため被災者が災害後のPTSDについての正しい理解を持てるような情報提供をすることが第1の課題であるといえる。

その一方策として、PTSDへの対処制度が進んでいるイギリスでは、災害発生と同時に被災地域の住民に対してPTSDに関するパンフレットを配布し、住民のPTSDに対する理解を高める方策が採用されている。この方式はたいへん優れた方式であると考えられる⁴⁾。

パンフレットには、災害を体験された方が、どのような心理状態になり、どのような行動をするかに関する研究成果がまとめられている。災害体験を持つ人はすくないが、そうした経験した人ならだれもが体験する感情や行動もあることをしめし、それがどのように癒されるかが具体的に説明されている。ここまで詳細に情報提供すると住民の心理的反発を招かないかという危惧もあるが、これまでの災害事例からは十分な状況説明がないことに対する不満が多かったことを考えあわせると、被災者自身が自分のおかれた状況の意味をできるだけ把握できるようにすることが大切であると考えられる。

パンフレットによる情報提供に加えて、被災者と直接接触してPTSDに関する情報の提供を行う具体的な方策として、以下のような6つの手段によって、図1に示すようなタイムテーブルに従って展開していくことが考えられる。

- 1 住民向けの講演会の実施
- 2 各種の組織・団体向けの講演会・懇談会の実施
- 3 家庭訪問による巡回相談の実施
- 4 長期にわたる相談所の開設
- 5 ニュースレターの刊行
- 6 相談電話(フリーダイヤル)の設置

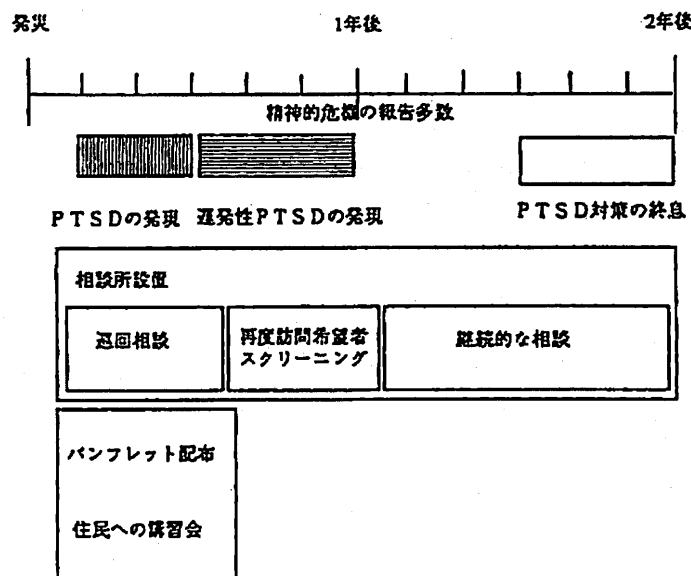


図1 被災者のPTSD軽減のための情報提供事業案

3-2. 専門的な精神的ケアを必要とされる方への支援体制の確立

パンフレットの配布やさまざまな機会を通しての接触によってケアの提供によって、被災者は自分たちが置かれた状況を明確化させることが可能になる。そのため、地域社会全体としてのPTSDの水準が低減することが期待される。しかし、被災者の中には、こうした手段だけでは被災後の心のきずを癒せない方もいることが十分想定できる。そうした、専門的なケアを必要とする人々に対しては、必要とするケアを提供しなければならない。

しかし、専門的なケアがすぐに受けられる状況にある地域は日本のかなり特殊な場所かも知れない。たとえば、奥尻島の被災者に対してカウンセリングをしてもらうために臨床心理士の資格を持つ専門家を探してみよう。有資格者はもっとも近い所で函館市内に3名しかいないのが現状である。ちなみに、函館-奥尻間を日帰りでカウンセリングすることは不可能である。一方、大都市においても状況は似たり寄ったりである。大都市圏に住む専門家は多数いるだろうが、そうした専門家を必要とする人も多数いることになる。したがって、限られた数の専門家を有効に動員するとともに、地域内でこうした専門的なケアの提供を確実にするシステムを被災地内にどのように確立するかが第2の課題である。

図2はイギリスで採用されているシステムである。イギリスでも各地域に専門家がいないわけではなく、被災者は自分の居住地にいる連絡係の人(Community Gatekeeper)を介して、専門家から必要な精神的ケアを受ける。ケアそのものの提供は派遣された対策班(Disaster response team)によってなされる。それは防災担当諸機関(Multi-agency coordinating group)と専門家(Specialist services)の共同チームとして

設立されている。奥尻町を例にして我が国の実情にあわせると、居住地の連絡係は市町村の保健衛生・福祉担当の職員や保健婦、あるいは町立の学校機関の教諭などがあたり、防災担当諸機関として市町村、渡島根山支庁、北海道、日本赤十字などの防災機関が組織的な運営にあたり、専門家として道立の医療機関や北海道大学医学部などの医師、さらに北海道大学や北海道教育大学函館校など道内を中心とした心理学者や臨床心理士などがこれに該当する。とくに、専門家は専門的なボランティアとして防災機関の計画にしたがって参加するという形態になる。

この計画を実現する際の最重要部分は地域内にいて専門家と被災者との間に連絡を担当する人である。これを、ローカルゲートキーパーとよぶ。専門家の絶対数が不足しており、各地域に専門家を常時派遣しておくことは困難である。そこで、各地域内において専門家の役割を果たすのが、ローカルゲートキーパーである。ローカルゲートキーパーとは町の福祉担当をされる職員の方、保健婦さん、学校の先生、各地域の代表など、地域内にいてその地域の人々の様子をよく御存知で、その方たちの心の悩みの問題に対して関心を持たれている方をさす。こうしたゲートキーパーの方々がそれぞれの地域において災害の犠牲者の精神的な悩みを持つ人と常時接していただき、重大な問題があれば地域外の専門家との間の連絡役を果たす方を育成することが、この事業を推進する上で不可欠である。そのため各地域でこうした方を積極的に育成するとともに、その方たちの負担にならずに、必要最低限の精神的ケアを住民にも提供できるようにするために必要な援助を提供する体制を整える必要がある。そのために以下のような事が計画できる。

- 1 ローカルゲートキーパーを対象とした講習プログラムの整備と実施
- 2 カウンセリング・プログラムおよび配布資料の整備
- 3 PTSD測定尺度の標準化
- 4 カウンセリングのためのエキスパートシステムの開発とデータベース作成

4. PTSDに対する支援体制を作る上での問題点

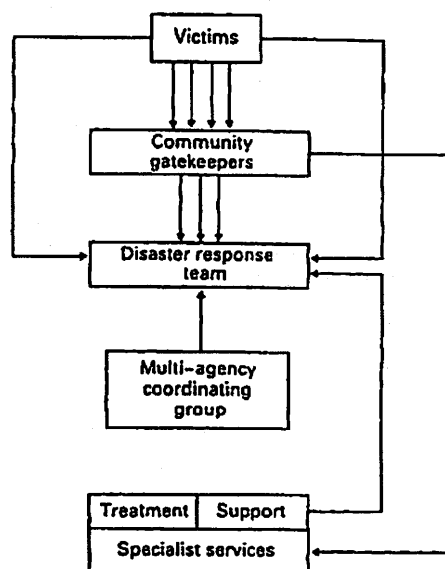


図2 イギリスにおけるPTSD支援体制
(Hodgkinson & Stewart, 1991)

わが国の防災対策の多くは、図2に示すイギリスの制度とほぼ類似した体制にしたがって遂行されているといえるだろう。そのため、今後わが国でPTSDに対する支援体制を整備するにあたって、基本的にはイギリスの制度を参考にして、図3のような支援体制を設けることに大きな無理が生ずるとは考えられない。しかし、そうした体制にもとづいてPTSDに対する支援活動を運営するにあたって、わが国の実情に即したいくつかの問題が存在している。

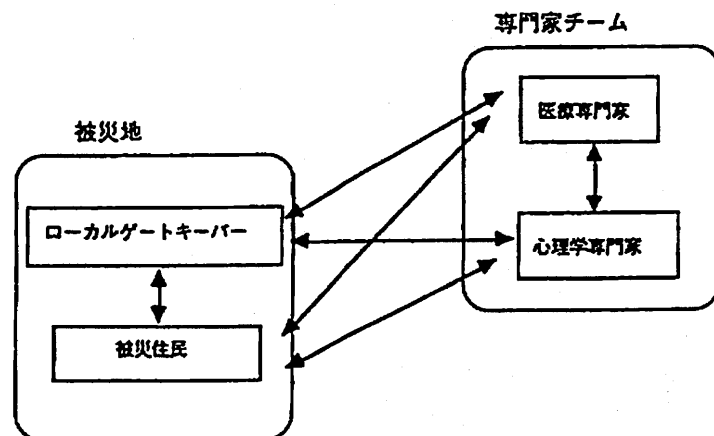


図3 わが国でのPTSD軽減のための体制案

4-1. 専門家が面談する場所の確保

PTSDに対する精神的ケアの提供の中心は被災者と専門家の間の面談という形式をとる。そのためには、被災者が訪ねやすい場所に面談可能な場が設けられる必要がある。具体的には、市町村の保健所、診療所、婦人センターなどの既存の公衆衛生・福祉施設の機能をPTSDに対するケア提供へと拡大する必要がでてくることになる。とくに、そのなかで市町村が果たすべき役割が大きいと考えられる。市町村が中心となってこうした業務を遂行していくためには、被災者と直接接し、専門家とのパイプを24時間維持する役割を担う居住地での連絡係の役割を、各市町村の公衆衛生・福祉担当の職員が果たすことができるだけの能力開発と支援プログラムの整備が重要な要素となる。

4-2. ボランティアの確保

PTSDに対処する場合、心理学者と精神科の医師との共同体制の確立が必要である。被災者の多くはパンフレットや講習会形式での情報提供を通して、自分の力で新しい環境への適応が可能であるといえる。ここは心理学者が担当できる部分である。こうした形では適応できないPTSDの症候を強く示す被災者に対しては精神科医による専門的なケアが提供されなければならない。とくに、被災者の身体的症状を直接処置できるのは医師のみである。したがって、カウンセリングにあたる心理学者と医師が同席できるような状況を設営することが望ましい。それが物理的に不可能な場合であっても、心理学者と医師との間のコミュニケーションの確保は不可欠な要素である。

心理学者および医師に関してはそれぞれ、日本心理学会あるいは日本医師会のように専門家が所属する学術組織が存在している。こうした組織のなかで、今後の災害に対する対策も含めて、恒常的なボランティア確保制度の整備が必要になるといえる。

4-3. ボランティアに対する必要経費の補助

被災後2年間にわたるPTSDのケアにあたって、被災者と専門家が直接しかも継続的に面談する場所の確保が大切になる。北海道南西沖地震を例にとれば、被災住民への配慮からカウンセリングの場は奥尻島あるいは渡島桧山支庁の日本海側となる。ところがこの地域は専門家の総体数がすくない場所である。そのため、専門家を函館及び札幌等の都市部から派遣する必要がでてくる。このことは報酬についてはボランティアとしても、移動及び滞在に関する専門家の経済的負担を補填する財政的措置が必要である。さらに、ボランティア期間中の職場での身分保全についても組織側に考慮してもらう必要がある。ボランティア活動に関して誤解を持つわが国の場合、これらの問題は処理しにくい厄介な問題である。

ボランティア活動に要する財源を確保する一手段として、義援金活動の見直しが考えられる。現行の義援金制度は集まった義援金の使用に関しては、赤十字あるいは地方自治体の裁量にまかされている。PTSDへのケアの提供も被災後の援助活動の大切な側面であり、義援金の一部をもってその経費にあてることも可能であると考えられる。もし、これが現行の義援金の趣旨と馴染まないのであれば、被災者の心理的ケアを可能にするための募金活動を新たに開始する方法もあり得るといえる。

5. 北海道南西沖地震によるPTSDに関する調査

昨年来私たちは、北海道南西沖地震によるPTSDの軽減にむけての実現可能な第1歩として、被災住民にむけての情報提供パンフレットの作成および育苗地区の住民を対象としたPTSDの実態調査を行ってきた。

5.1 PTSDに関する情報提供の試み

情報提供に関しては、ただパンフレットを作成し配布するだけでは無責任であり、専門的なケアを必要とする人のための相談窓口に関する情報も含めたパンフレットとすることが絶対必要であると考えた。そこで、パンフレットに対する現地の協力をうるために、93年8月以来交渉を重ねた。最終的には、私たちが提出した原案をもとに「災害後のこころとからだのQ&A」という住民向けパンフレットが道の事業として作成された。さらに、93年12月には藤森を中心として、災害によるストレスを経験した子供たちが、災害後に行動や身体面でどのような変化を示すかを保護者に説明するための「災害を体験した子どもたち」というパンフレットを作成し、年末に奥尻町を含む渡島桧山支庁管内の小中学校に配布した。

5.2 奥尻島育苗地区の住民を対象としたPTSDの実態調査

PTSDの実態調査については、回答者の個人属性、被害の状況、仮設住宅の入居状況、仮設住宅入居後のけがや健康面の変化、DSM-III-Rにあげられた17項目の診断基準によるチェックリストから構成される質問紙調査を、94年5月に育苗地区の住民のご協力をいただいて、留置法で実施した。配布総数290票のうち、回答漏れなどのない215票の有効回答を得た。

DSM-III-Rにあげられた17項目の診断基準は、先に述べたように再体験に関する4項目、回避に関

する7項目、過緊張に関する6項目からなる。それぞれの項目について、該当する兆候が「まったくなかった」「一時的にあった」「一ヶ月以上続いた」「いまでも続いている」の4件法で回答を求め、「一ヶ月以上続いた」あるいは「いまでも続いている」と回答した場合を症候ありと判定し、1点を与えた。PTSD得点は1点から18点までの範囲を持ち、点数が増加するほどPTSDの傾向が強まると解釈できる。全回答者PTSD得点の確率密度分布を図4に示している。回答者の絶対数としては、PTSDの兆候をまったく示さなかったと回答したものが15.8%と最も多かった。PTSD得点が増加するにつれて回答者の率は指数関数的に減少していく傾向が見られた。しかし、満点である18点を示した回答者も2名存在していた。

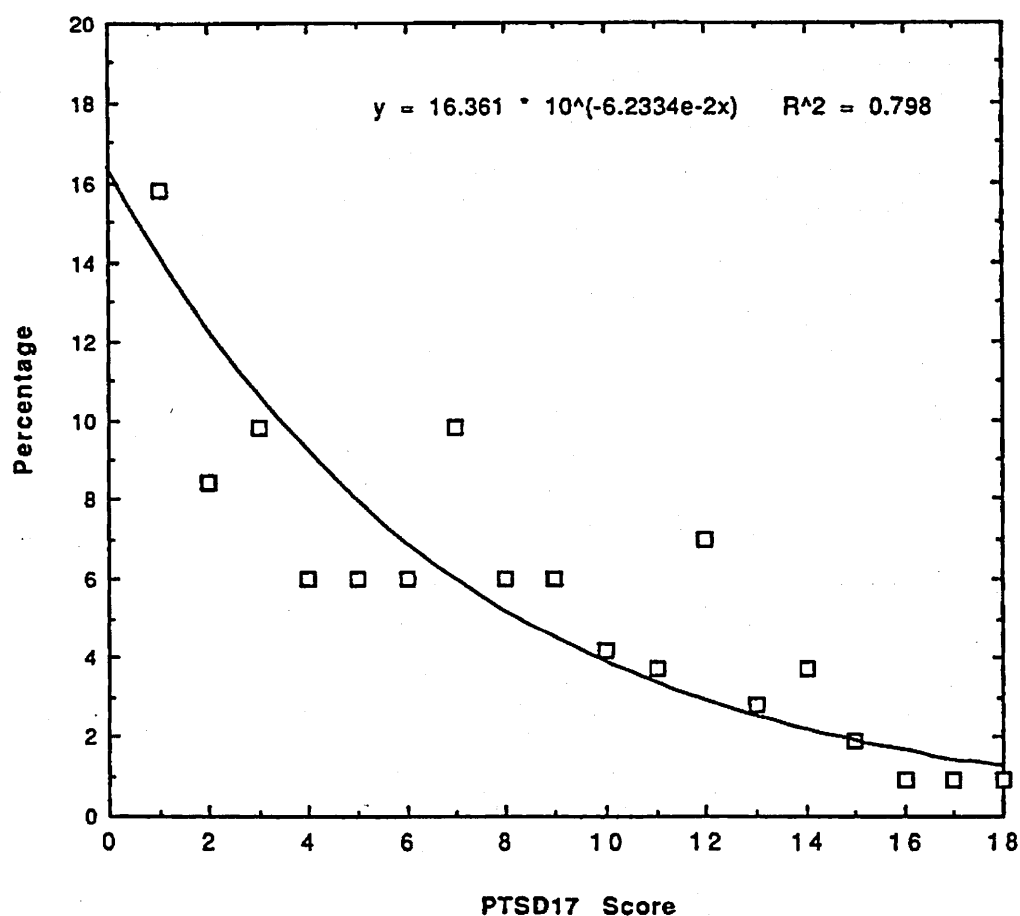


図4 DSM-III-Rの17項目の診断基準にもとづくPTSD得点の分布

DSM-III-RではPTSDと診断する基準として、再体験に関する4項目中1項目以上に該当、回避に関する7項目中3項目以上に該当、過緊張に関する6項目中2項目以上に該当という、判定基準を示している。しかし、この3種類のどれかの基準を満たすものをPTSDと診断するのか、3種類すべての症候を示すものをPTSDと診断するかは明らかにされていない。そこで、3種類の症候の各々について、DSM-III-Rの判定基準にしたがって本チェックリストへの回答を分析した。その結果215

名の回答者どのように判定されるかを示したのが図5である。図から明らかなように、青苗地区の人々の場合にはPTSDの症候として災害場面を繰り返し再体験する経験を持つ人が半数以上存在し、3種類の症候の中で最も顕著であった。つぎに、多く報告されていたのは過緊張であり、最も少なかったのは回避であった。PTSDの症候として回避だけを経験する人はきわめ少なかった。

この結果をみると、青苗地区の住民のPTSDの症候は3種類の症候のランダムな組み合わせとしてあらわれるのではなく、PTSDの程度に応じてつぎの4つのタイプに収斂していることが明らかになった。すなわち、

1) PTSDの兆候をまったく示さない人、2) 再体験の兆候を持つ人、3) 再体験に加えて過緊張の兆候も持つ人、そして、4) PTSDのすべての兆候を示す人、の4つのタイプである。これらの人々がほぼ同数25%程度いることは興味深い結果である。今後は臨床的なインタビューや他の測定指標との相関分析を通して、今回得られたPTSD得点の差異が臨床的にPTSDのどの側面を反映したものを明確化していく必要がある。

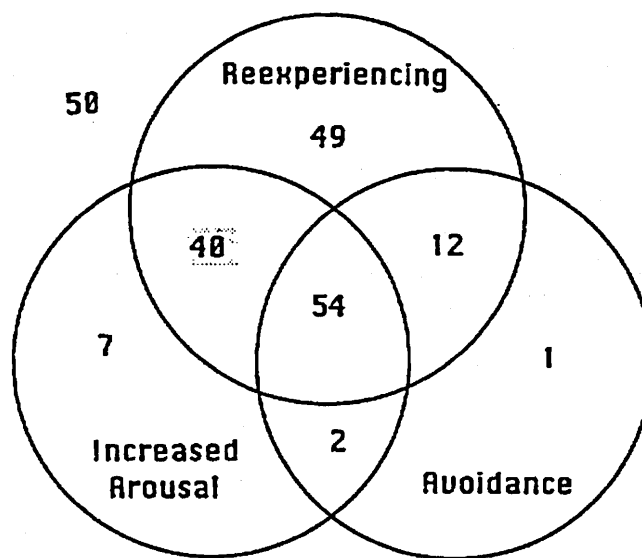


図5 青苗地区で見られたのPTSDの4タイプ

6. おわりに

北海道南西沖地震が最後の災害になる保証はない。将来またどこかで大災害が発生することはまちがいないだろう。いつとは明言できないその時まで、現在の防災対策には盛られていない被災者の精神面でのケアのための体制作りをしていかなければならないと切に思う。多くの方のご支援を期待している。

参考文献

- 1) Quarantelli, E.L. & Gray, A. (1986) Research findings on community and organizational preparations for and responses to acute chemical emergencies, *Public Management*, 68, 11-13.
- 2) Woodcock, A. & Davis, M. (1978) *Catastrophe theory*, Penguin Books.
- 3) American Psychiatric Association, (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd Ed.-Revised (DSM-III-R)*.
- 4) Hodgkinson, P.E. & Stewart, M. (1991) *Coping with Catastrophe*, Routledge.