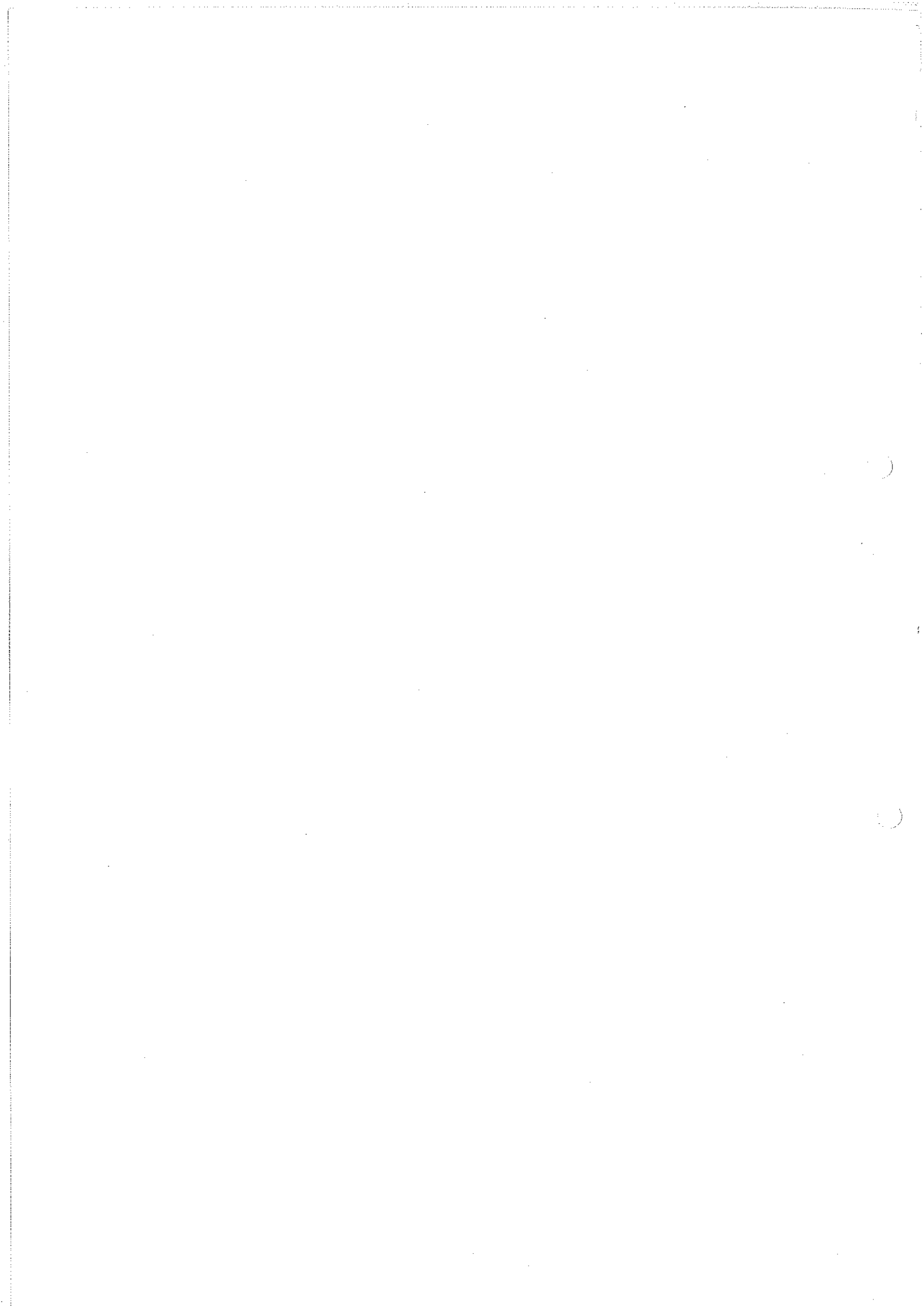


非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書

—— 阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響 ——



兵庫県精神保健協会こころのケアセンター



目 次

I	はじめに	1
II	第一次調査	2
III	第二次調査	14
IV	考察と提言	22
V	おわりに	27
	資料1 非常事態ストレスへの対処法	29
	資料2 災害対策関係者 その自己管理	34
	資料3 外傷後ストレス障害	36

(表紙・本文中の写真提供：神戸市消防局)

(研究者)

兵庫県精神保健協会こころのケアセンター	加藤 寛
同	岩井圭司
東京都精神医学総合研究所社会精神医学部門	飛鳥井望
同	三宅由子

I はじめに

阪神・淡路大震災は、災害という個人と地域社会に大きな損失をもたらす事態によって生じる精神的問題について、大きな社会的関心を喚起した。それは、わが国では初めてのことであり、被災者援助を提供する際に、精神的支援の視点が必要であることが認識され、その後の対策に少しずつ盛り込まれるようになった。

同時に、救援者側が被る精神的問題についても注目された。震災直後の過酷な救援活動における消防隊員や自衛隊員、あるいは医療関係者の苦悩だけでなく、復興期の支援にあたってきた行政職員やボランティアなどの精神的な負担について、マスコミなどで繰り返し伝えられてきた¹⁾²⁾。しかしながら、これまで体験談として明らかにされることはあっても、実証的なデータとして報告されたことはほとんどないのが実情であった。

本書は、阪神・淡路大震災の被災地を含む兵庫県下に勤務する消防職員を対象にして行われた調査の報告である。調査は兵庫県消防長会の承認のもと、県下の全消防職員の協力を得て、平成8年2月と平成9年の3月の2回にわたって実施された。調査の企画、および解析に関しては、(財)東京都精神医学総合研究所社会精神医学部門と共同で行った。

なお、本調査に倫理上あるいは方法論上の問題がないかについては、当センターが外部委員に委託し、調査案件について審査する「こころのケアに関する調査研究審査委員会」に審査請求し、同委員会が平成8年2月8日に開催した「審査部会」で承認を受け実施した。

この報告書では、まず各調査結果の報告と考察を呈示し、次に両調査結果を通して考えられた、災害救援者の精神的問題への対策についても言及する。今後、救援者のメンタルヘルス対策が、実効的なものとして定着していくことを期待したい。



Ⅱ 第一次調査

【対象と方法】

調査票は兵庫県内 33 消防本部の全職員（名簿上の総数は 5103 名）に、職場を通して平成 8 年 2 月上旬に各自に配布した。記入が終了した調査票は記入者自身で封印の上、職場に提出し、平成 8 年 3 月 10 日までに回収した。最終的に 4800 名分の調査票が回収され、白票など記載が不十分なものを除いた 4780 名分について集計した。回答は原則的に無記名としたが、メンタルヘルスの専門家による相談を希望する者、個人のストレス度についての結果報告を希望する者、さらに第 2 回目の調査に協力可能な者については、任意に記名を求めた。

性別は、男性 99%、女性 1%で、平均年齢は男性が 37.5±10.3 歳、女性 32.4±13.8 歳であった。回答者の調査時点での勤務地は表 1-1 に示したとおりであるが、県下 33 消防本部のうち管内に激震地をかかえる神戸市、尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市、明石市、淡路広域の 9ヶ所を被災地内、それ以外を被災地外とすると、前者が 62%に対して後者が 38%となる。なお、三木市は災害救助法対象地域の「10 市 10 町」に含まれてはいるが、回答者のうち三木市在勤者のほとんどが「被災地へ派遣された」と認識しているため、今回の分析では被災地外とした。

解答者の職業上の階級では、司令以上の管理職の割合は 11%であった。また、勤務形態については、隔日 24 時間勤務が 80%を占めていた。これらの職種構成は被災地内、被災地外ともにほぼ同じ割合であった。

震災当時の通常担当業務は（重複あり）消防、救急、管制業務に関してはほぼ同じ割合で消防業務が約 5 割、救急業務が約 2 割、管制が 5%となっている。レスキュー業務に関しては都市部が多い被災地内が 11%で被災地外 6%よりやや多い状況であった。

表 1-1. 回答者の勤務地（平成 8 年 3 月現在）

1. 神戸市	1318	27.6%	12. 明石市	206	4.3%	23. 北但広域	81	1.7%
2. 尼崎市	396	8.3%	13. 淡路広域	139	2.9%	24. 龍野市	48	1.0%
3. 西宮市	346	7.2%	14. 加古川市	253	5.3%	25. 赤穂市	84	1.8%
4. 芦屋市	83	1.7%	15. 西脇多可	71	1.5%	26. 城崎町	30	0.6%
5. 伊丹市	141	2.9%	16. 三木市	71	1.5%	27. 宍粟広域	64	1.3%
6. 宝塚市	202	4.2%	17. 高砂市	67	1.4%	28. 中播	65	1.4%
7. 川西市	120	2.5%	18. 小野市	55	1.2%	29. 佐用広域	35	0.7%
8. 三田市	57	1.2%	19. 加西市	64	1.3%	30. 朝来広域	38	0.8%
9. 多紀郡広域	39	0.8%	20. 加東	44	0.9%	31. 養父	38	0.8%
10. 氷上郡広域	45	0.9%	21. 姫路市	376	7.9%	32. 揖南	65	1.4%
11. 猪名川町	37	0.8%	22. 相生市	38	0.8%	33. 美方広域	64	1.3%

【結果】

消防業務の特徴を考え、以下では男性のみについて検討した。その際、上述のように被災地内外の 2 群、そして被災地外群については救援の派遣時期でさらに 3 つの群に分け比較した。すなわち震災発生から一週間以内に被災地の救援に派遣された者を「早期派遣群」、それ以降に派遣された者を「後期派遣群」、派遣されなかった者を「待機群」と分類している。なお、それぞれの人数は被災地内群 2800 名、早期派遣群 914 名、後期派遣群 321 名、待機群 570 名、合計 4605 名である。なお統計学的検定は各群の比率に関しては χ^2 乗検定、平均値の差に関しては Kruskal-Wallis 検定と多重比較を用いた。

1. 個人の被災状況

個人的な被災状況では「医師の手当てを受けるほどの怪我をした」者が被災地内群では12%(320名)あったのに対して、他の3群では0~2%にすぎなかった($p<0.001$)。なお、被災地内群では19名が、入院治療が必要であったとしている。

また、「近親者を失った」者は、被災地内群9%に対して、他群では4~5%であり、被災地内群に有意に多い($p<0.001$)。一方、同居している家族が「医師の手当てを受けるほどの怪我をした」者は、被災地内群で10%あったが、他群では1%以下であった($p<0.001$)。自宅の被害については、被災地内群では全壊・全焼191名、半壊416名、一部損壊1483名で、他の3群より明らかに被害が大きかった($p<0.001$)。

表 1-2 各群別の被災状況

	被災地内群 (n=2800)	早期派遣群 (n=914)	後期派遣群 (n=321)	待機群 (n=570)
<u>医師の手当てを受けた</u>	11.5%	1.1%	1.6%	0.4%
<u>近親者の喪失</u>				
家族・親族	3.8%	1.8%	2.8%	2.5%
友人・知人	5.5%	2.2%	2.2%	2.8%
<u>同居家族のケガ</u>	9.4%	1.0%	0.6%	0.5%
<u>自宅被害</u>				
全壊	6.8%	0.2%	0.3%	0.2%
半壊	14.9%	0.9%	0.9%	1.2%
一部損壊	53.0%	17.1%	16.5%	11.4%

ここでは震災当時の勤務地によって分類しており、被災地外に勤務していても個人的には被災している場合や、逆に被災地内勤務者であっても個人的にはほとんど被災していない場合もあるが、これらを総合すると、全般に被災地内勤務者の方が、個人的な被災状況は高いといえる。

2. 震災当時の活動内容と活動時の状況

次に、震災当時の活動内容と活動時の状況について、待機群を除いた3群を比較してみる。活動内容では消防、レスキュー、救急のいずれの救援業務についても、被災地で勤務していた者あるいは被災地に早く入った者ほど、より多く担当したことが分かる。また被災地内群では、「活動中に自分自身の生命の危険を感じた」者が半数近くあり、他の2群より高率であった($p<0.001$)。さらに消火を断念せざるを得ない状況を経験した者は被災地内群では約3割、生存者がいると分りながら救出を断念せざるを得なかった者は2割あり、いずれも被災地外から派遣された者より多かった($p<0.001$)。すなわち、活動に際しての困難な状況は、被災地内群が他群より高率に経験していたことが分る(表1-3)。

さらに、活動中の精神的ストレス状況については、被災地内群では「遺体搬出などの際の悲惨な光景が精神的に負担となった」とした者が約7割、「家族や近親者の安全に関する不安を抱きながら活動していた」者は9割近くもあり、いずれも他の二群に比べて高率であった($p<0.001$)。また、地域住民からの非難や苦情を被災地内群の4分の3がストレスと感じており、これも他の二群より高い($p<0.001$)。

表 1-3 活動内容と活動時の状況

	被災地内群 (n=2800)	想起派遣群 (n=914)	後期派遣群 (n=321)
活動内容			
消防	78.0%	68.4%	53.6%
救急	31.9%	15.6%	24.3%
レスキュー	45.8%	22.0%	1.9%
活動時の状況			
生命の危険を感じた	46.1%	22.4%	8.1%
消火を断念	26.6%	17.0%	3.4%
救出を断念	19.0%	4.5%	0.9%
悲惨な光景がこたえた			
多少	40.7%	31.5%	20.2%
かなり	24.4%	15.1%	13.1%
近親者の不安を感じた			
多少	40.0%	41.1%	45.2%
かなり	47.8%	19.9%	19.0%
苦情がストレス			
多少	45.3%	30.9%	25.5%
かなり	23.2%	5.9%	6.5%
活動中力づけられたこと			
家族からの慰労	68.8%	53.9%	45.5%
同僚との励まし合い	63.7%	50.0%	43.3%
上司からの慰労	28.1%	26.9%	22.1%
住民からのねぎらい	60.0%	58.8%	45.8%
訓練の有効性			
役に立つ	19.0%	17.0%	13.1%
多少役に立つ	30.3%	32.6%	30.8%
あまり役に立たない	28.6%	33.6%	33.0%
ほとんど役に立たない	20.7%	16.0%	20.6%
指揮命令系統の問題			
ほとんど感じない	3.3%	6.5%	9.7%
少ししか感じない	5.6%	7.3%	10.0%
ある程度感じる	32.6%	45.6%	52.3%
強く感じる	57.7%	39.6%	25.5%

一方、「活動中に力づけられたこと」としては、各群を通して「家族からの慰労」や「同僚との励まし合い」などと答えた者が多い。上述したように住民からの非難や苦情が精神的ストレスとなった者は特に被災地内群で高率であるが、一方で「住民からのねぎらいや感謝によって力づけられた」と答えた者も6割に達していた。

震災時の活動に対して、日常の訓練や研修の有効性については、「役に立った」と答えているのは、いずれの群でも2割未満で、「多少役に立った」を併せても肯定的な評価をしている者は約半数にとどまっていた。また、震災時の指揮・命令系統や情報伝達に対しては、被災地内群や早期派遣群では9割近くが「不安やもどかしさを感じた」としており、特に被災地内群では6割が「強く感じた」と答えている。同様の不安は後期派遣群や待機群でも、約8割がある程度以上感じたとしている。

3. ストレスの心身への影響

本調査では個人的な被災状況や、救援活動に際しての精神的ストレスが心身の健康にどのような影響をもたらしているのかを知るために、二つの時点における心身の状態を尋ねた。二時点とは、消防署業務が通常の体制に戻った震災から3ヶ月経た平成7年4月下旬頃と、本調査が実施された震災後約13ヶ月を経た平成8年2月頃である。前者については当時の状況を調査時点から振り返り、比較的単純な質問項目に答えるという方法を用い、後者については、この分野の調査研究で広く用いられている自記式尺度を用いて評価した。なお、いずれの比較も待機群以外の3群について行った。

a)震災後3ヶ月目の心身の状態 (表1-4)

まず平成7年4月下旬頃における心身の状態のうち、心理的影響に関する項目の結果が次の表である。項目の中では「些細な音や揺れに過敏に反応した」「震災時に体験した光景や感覚がしばしば振り返した」「寝付きが悪い、途中で覚醒する」「イライラしたり、集中できない」などの過覚醒状態があったとした者が各群ともに多い。また、いずれの項目についても被災地内群で「あり」とした者の割合が他群に比べて有意に高く($p<0.001$)、「あり」とした項目数の平均(標準偏差)で見ても、被災地内群 3.0 (2.3)、早期派遣群 1.3 (1.7)、後期派遣群 1.2 (1.6)と被災内群で高かった ($p<0.001$)。

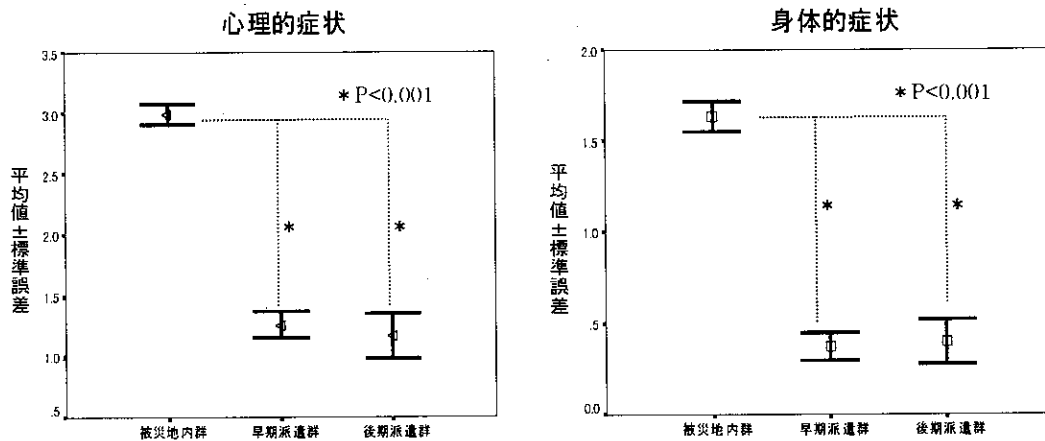
また、同じ頃の身体的状態については易疲労感、肩こり・腰痛、便秘・下痢、食欲不振などの症状が共通して多く、いずれも被災地内群で高率であった。そして、これらの症状数の平均(標準偏差)は被災地内群が 1.6 (2.2)であるのに対して、早期派遣群 0.4 (1.1)、後期派遣群 0.4 (1.1)であった($p<0.001$)。各群の有訴数の平均と平均の標準誤差を図に示した。

表1-4 3ヶ月目の心身の状態

	被災地内群 (n=2800)	早期派遣群 (n=914)	後期派遣群 (n=321)
心理的症状			
不眠*	41.2%	12.4%	12.5%
行々・集中困難*	40.4%	7.8%	10.0%
過敏反応*	73.4%	42.9%	42.4%
光景や感覚が振り返す*	52.1%	30.1%	22.4%
思い出すと混乱する*	20.5%	8.3%	7.8%
悪夢を見る*	13.8%	4.4%	4.7%
話題を避ける*	14.4%	4.8%	6.9%
場所や事柄を避ける*	12.6%	6.3%	5.0%
記憶が曖昧*	27.7%	5.9%	3.1%
身体的症状			
頭痛・めまい*	8.6%	1.8%	2.2%
しびれ*	6.1%	1.2%	1.6%
動悸・胸痛*	8.4%	2.2%	2.2%
息苦しさ*	6.9%	1.3%	1.2%
食欲不振・胃痛*	19.2%	3.7%	4.7%
便秘・下痢*	18.2%	3.6%	4.7%
肩こり・腰痛*	32.5%	7.3%	9.3%
風邪を引きやすい*	16.7%	4.7%	4.0%
持病の悪化*	9.3%	2.0%	1.2%
易疲労感*	35.4%	8.3%	7.8%

* $p<0.001$

図 1-1. 震災後 3 ヶ月目の有訴数の比較

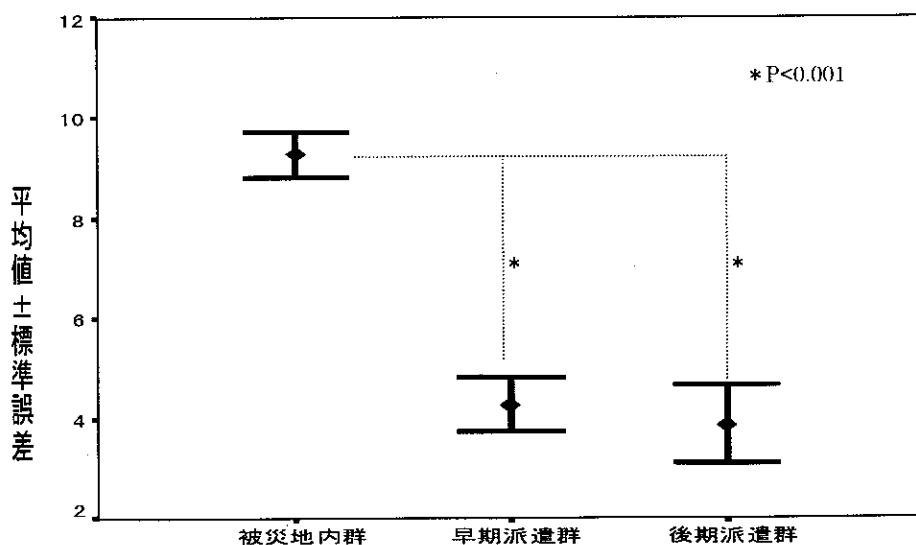


b) 13 ヶ月目の心身の状態

調査時点である震災後 13 ヶ月目の心身の状態については、出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale 以下 IES³⁾) を用いて測定した。この尺度は災害や犯罪など心傷的事件に遭遇した後の、精神症状をスクリーニングするために広く使われている尺度である。簡単な 15 項目の質問に 4 段階で答えるもので、PTSD 症状(巻末資料参照)のうち想起(再体験) 8 項目および回避 7 項目の質問から構成されている。本尺度に限らず、自記式の評価尺度は、それだけで診断を下すことは不可能であるが、診断面接と組み合わせることで、ある程度ハイリスク者をスクリーニングできる値(カットオフ値)を決めることは可能である。本調査では原著者³⁾にしたがって総得点 20 点を、PTSD のカットオフ値とした。

震災後 13 カ月目の時点で IES 総得点の平均(標準偏差)は、被災地内群 9.3 (11.7)、早期派遣群 4.3 (7.9)、後期派遣群 3.9 (6.8)であり被災地内群で有意に高かった (p<0.001)。また、総得点 20 点以上の割合は、被災地内群 15.9%、早期派遣群 4.9%、後期派遣群 4.2%で、これも被災地内群で高率であった (p<0.001)。図に IES 総得点の各群の平均値と標準誤差のエラーバーを示す。

図 1-2 震災後 13 ヶ月目の IES 総得点の比較

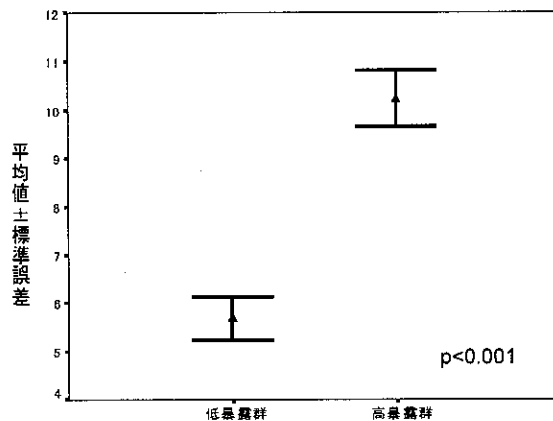


4. 救援活動従事中の非常事態ストレス曝露が及ぼす影響

前述したように、本調査結果からは救援活動時の体験がストレス症状を高めている要因となっていることが強く示唆された。実際、被災地内群の 47.3%、早期派遣群の 23.2%の者が活動中に生命的危険性を感じるような体験をしたと回答しており、また被災地内群の 26.0%、早期派遣群の 16.5%の者が悲惨な光景が精神的にかなりこたえたと回答していた。

救援活動従事中のこのような体験は、いわゆる非常事態ストレス(Critical Incident Stress、以下 CIS)として、災害救援者の心的外傷体験となる可能性をもつことが知られている⁹⁾。そこで、曝露した非常事態ストレスの程度とストレス症状との関連を検討した。

図 1-3. CIS の差による IES 総得点の比較



まず被災地内群と早期派遣群を対象として、活動中に生命的危険性を感じたか、あるいは悲惨な光景が精神的にかなりこたえたか、少なくともどちらかひとつの回答をした者を CIS 高曝露群とした。一方、同じく被災地内群ならびに早期派遣群のうち、どちらの体験もなしと回答した者を CIS 低曝露群とした。

その結果、高曝露群は 1775 名、低曝露群は 1655 名となった。第一次調査時点(震災 13 カ月後)の IES の平均得点を両群で比較すると、高曝露群では 10.2 (12.3) であり、これは低曝露群の 5.7(9.1)より有意に高かった ($p<0.001$, Mann-Whitney

検定)。したがって、救援活動従事中の非常事態ストレス(CIS)が震災後 13 カ月の時点でも影響を残していることが確かめられた。

5. インフォーマル・ディブリーフィングの程度とストレス症状の関係

a) ストレス緩和プログラムとしてのディブリーフィング法について

災害後早期のストレス緩和プログラムとしてのディブリーフィング法は、米国の Mitchell ら (1983) によって、1980 年代初めに非常事態ストレス・ディブリーフィング (Critical Incident Stress Debriefing) として提唱された⁴⁾。その後ノルウェイの Dyregrov により心理的ディブリーフィング (Psychological Debriefing) としてヨーロッパに紹介されている⁵⁾。現在では広く各国において、兵士、消防士、救急医療スタッフなどの災害救援者や、一般被災者を対象としたプログラムとして実施されている。

本技法は、典型的には、出来事の発生後 2-3 日以内に行われる 2 時間程度 1 回のグループセッション形式がとられ、ファシリテーターと称される進行役の主導のもとに、同僚同士で語り合う中で、認知・感情・行動面の言語的な体験表出が促される。

さて、本技法については、最近その有効性をめぐって賛否両論の議論がかわされている。ディブリーフィング・プログラム参加者の肯定的な感想に加えて、実際にストレス症状が緩和されたという報告はいくつかあるが、それらはいずれも対照群との比較を欠くなど、実証研究としては問題を含むものであった。

一方、ディブリーフィングを行った群と行わなかった群とを比較したいくつかの実証研究の結果では、いずれも有効性を証明するにはいたらなかった^{6,7,8)}。ただし最近、

ハリケーン被災者に 6 ヶ月後のディブリーフィング・プログラムが有意に効果的であったという報告はなされている⁹⁾。いずれの研究においてもディブリーフィング法については今後とも科学的実証研究の蓄積が必要であることが強調されている。

さて実際の災害救援者では、通常、活動終了後に同僚同士や家族と自然発生的に体験内容が話しあわれることが多い。このような形での体験の言語的表出（トーク・スルー）の機会は、インフォーマル・ディブリーフィングと称されており、かならずしもプログラム化されたディブリーフィングではないが、災害救援者のストレス緩和に少なからぬ役割を果たしていることが考えられる。

b) インフォーマル・ディブリーフィングの効果について

本調査では、自然発生的なインフォーマル・ディブリーフィングが、ストレス症状の推移にどのような影響を及ぼしているか検討した。対象は、被災地内群と早期派遣群のうち、先に定義したような非常事態ストレス高曝露群の職員（対象数 1752 名）とし、方法は職場や家庭における自然発生的なインフォーマル・ディブリーフィングの程度と、IES による外傷性ストレス症状の評価を行った。

インフォーマル・ディブリーフィングの程度については、振り返りによる震災後 3 ヶ月時点と、震災後 13 ヶ月現在について、それぞれ職場と家庭内で、震災時の活動体験をどの程度話したかを、「ほとんど話さない」、「少ししか話さない」、「ときどき話す」、「よく話す」の 4 段階による自己評価を得た。

その結果、職場と家庭におけるそれぞれの体験表出量の相関を見ると、3 ヶ月後時点で 0.64、13 ヶ月後時点で 0.71（いずれもスピアマン順位相関係数）と十分な正相関が認められ、職場と家庭での表出量は比例していることがわかった。また全体に職場での表出量が家庭での表出量を上回っている者が、その逆の者よりもやや多くを占めていた。そこで、インフォーマル・ディブリーフィングの指標として職場における体験表出量を取り上げ、その時間的推移により、対象者を 4 群に分けた。

第 1 群（表出減衰群）は、3 ヶ月後に比べて 13 ヶ月後には表出量が減衰している群で、全体の 65.3%と最も多くを占めた。第 2 群（表出持続群）は 3 ヶ月後も 13 ヶ月後も表出が持続している群で 20.4%を占めた。第 3 群（表出寡少群）は 3 ヶ月後も 13 ヶ月後も表出量の乏しい群で 9.3%を占めた。第 4 群（表出増加群）は 3 ヶ月後に比べて 13 ヶ月後の表出量が増大している群で 5.0%を占めた。

各群について IES による外傷後ストレス症状の程度を比較した（表）。まず 3 ヶ月後はよく話したが、13 ヶ月後は少ししか話さないといったように、時間経過とともに体験表出量が減衰している第 1 群では、IES 再体験症状、IES 回避症状、および総得点ともに低く、非常事態ストレスに曝された者の中では、もともとストレス症状が低くなっていた。また体験表出が持続や増加している第 2 群、第 4 群では、想起(再体験)の症状程度が低下していなかった。

表 1-5. CIS 高曝露群の職場におけるインフォーマル・ディブリーフィングの程度と震災後 13 ヶ月目の IES 平均点

	第 1 群 (表出減衰)	第 2 群 (表出持続)	第 3 群 (表出寡少)	第 4 群 (表出増加)
IES 総得点*	8.8 (11.0)	12.2 (13.3)	14.3 (16.4)	12.7 (12.5)
IES 回避サブスケール*	3.6 (5.7)	4.9 (6.8)	6.9 (8.9)	5.0 (6.6)
IES 想起サブスケール*	5.2 (6.2)	7.3 (7.6)	7.4 (8.5)	7.7 (7.4)

()内は標準偏差

*p<0.001 (Kruskal-Wallis 検定)

重要な所見として注目すべきことは、一貫して表出量の少ない第 3 群では、回避の症状が強いために表出が押さえられているだけでなく、想起(再体験)の症状も強くなっていることであった。

以上の結果から、災害後早期のインフォーマル・ディブリーフィングには、外傷後ストレス症状を緩和する効果があることが示唆されるとともに、早期から一貫してインフォーマル・ディブリーフィングの乏しい群が、精神保健上、ストレス症状の高危険群であることがあきらかとなった。

さらにプログラムとしてのディブリーフィング法の効果証明が困難なことの理由の一部として、対照群においてもインフォーマル・ディブリーフィングの効果が存在することと、症状としての回避が強い被災者は、不参加や受け身的参加となり効果が出にくいことなどが影響を及ぼしているものと推測された。

【自由記載欄から】

調査票には最後に自由記載欄が設けてあり、792名の回答者から様々な意見が寄せられた。これらの記載を見ると、消防隊員がストレスと感じた因子は実に多彩であることが分かる。例えば、データ解析結果から知ることのできたCISとしての状況に関しても、生々しい記載が見られるし、個人の役割の違い、組織内部の葛藤や対立なども大きな心理的影響を残していることが分かる。また、調査やメンタルヘルスケアに関する意見からは、今後の対策についての多くのヒントが得られた。記述内容は多岐にわたるが、分類を試みると表のような割合であった。それぞれ代表的な記述を以下に提示する。

表 1-6. 自由記載の内容

①当時の活動状況の説明	9.6%
②当時から現在までの心理状態	28.4%
③現在の心理状態	20.1%
④上司・組織への意見	10.1%
⑤調査へのコメント	14.8%
⑥感想・雑感	3.5%
⑦提言	5.2%
⑧その他	8.2%

1. 当時の状況説明

「通常は、正常な状態から災害現場に向かい活動するが、地震のように自らも被災した場合、情報、資機材、応援などについて不足、困難など数々の問題が生じた。また、勤務中の職員については、家族の安否も不明のまま長時間の現場活動を行わなければならなかった。」
「消防吏員としての使命であると言えばそうであるが、震災直後から連日当直し我が家に帰ることもできず、家の被災状況も見れず、又妻の実家が被災し避難していたが、平日はもちろん土日曜日も出勤し、1ヶ月以上見舞いに行くこともできなかった。私自身は勤務であるからと自分に言い聞かせたが、部下達は日が経つにつれ不平不満として聞くことが多くなり、職場待機の解除や非常召集の解除など、私の一存ではどうすることも出来ないことばかりだった。」

2. 当時の心理状態についての記述

「震災時は精神的にも肉体的にも極限に近い状態であった。家族への連絡もなかなかとれず、気持ちが苛立った。肉体的疲労を回復する手だてもなく、衛生面からも熱い風呂に入りたかった。火事現場でのすす、救助現場での土砂埃や油などで、5日目にやっと自宅へ帰ったときの女房の顔は今でも忘れない。本人だけの問題ではなく、職員の家族についても、相当の心理的ストレスは多々あったと思われる。もし再度あのような地震がくれば、どうすればよいか日に何度か考えることがある。自宅が被災地外であるため震災後自宅より通勤できるようになり、通勤で職場と自宅を往復するも、大阪は被害もなく、人々の生活は平常であり、そのギャップに精神的ストレスを感じた。」

「震災直後の救出活動では、1/17から二週間くらいの間、従事したが、二日目くらいまでは使命感に燃えて活動したことを覚えているがそれ以降は自然に対する人間の無力さ、強いては自分自身の力の無さを痛感し、ある意味では機械的に活動していたように思う。そして、その後しばらくは、何をすることもおっくうになりがちで、無駄に日々を過ごしていたように思います。テレビ番組の震災特集なんかはよく見ていました。そして番組の盛り上がるシーンで妙に興奮し、涙ながら見ていました。再放送や同様のシーンを見てもそうする自分が変でした。」

3. 現在の心理状態についての記述

「あの当時は自分のあらゆる感情が欠落しているかのように思う。今でもあまり他人に話をしたいとは思わず、記憶がぼやけている箇所がある。半年くらい前までは、また大きな地

震が起こるのではないかと不安を感じていたり、自分や家族が死ぬ場面を夢に見ることがあったが、最近はいま不安を感じることはなくなった。何事につけ意欲がなくなり、活動的でなくなったと感じる。家族や同僚、友人たちとの心の絆を保ちたいと強く願っている。」

「救急隊員として、毎当務深夜、仮眠中に出勤する。震災前は別に何でもなかったのが、震災後はかなり苦痛であり、救急隊員をやめたいと思うことがしばしばある。」

「これだけの大地震で、消防職員として無力感を味わい、ただ未来に対する希望のみが頼りであったのに、ほとんど防災体制は充実されていない。今回の震災でも職員に対する手当がなされていない。働き損であった。もし同様の災害があったとしたら今度は職員の参集率も悪いものになると思う。」

4.組織に対するコメント

「救助活動に対しては、もっとたくさんの仕事ができただけであつたし、自分自身もしたかった。いわゆる縦社会の緩慢さがあり、もっと臨機応変にやりたかった。仕事の段取りの悪さには失敗だったと思う。その後悔が残る。」

「震災直後、当本部の対応の遅れをはがゆく思った。縦割り行政のまずさが管理職の判断を遅らせ、積極的な行動を最初にとれなかったのが、非常に残念である。上記により、心身のストレスを感じ、また震災地の消防職に申し訳ない気持ちでいっぱいである。」

「まさに文字通り身を粉にして必死になって活動したのに、組織は労をねぎらってくれるどころか、『これでもか、これでもか』と言わんばかりにいつまでも休息も与えず徹底的にこき使っただけで、身も心もくたくたになってしまい、自分が天職として選んだこの職務(組織)に大きな失望を覚えた。こんな事ならあのとき必死になってふんばらずに、休憩しながら適当にやっておけばよかったと後悔する有様である。」

5.調査へのコメント

「メンタルヘルスについては、もっと早い時期にしてほしかった。時間が過ぎ、各自それぞれに心の整理をしてしまったと思います。それが適切な内容かどうかは分かりません。次の段階のメンタルヘルスの時期が来ていると思います。」

「過ぎ去ったことにあれこれ言っても仕方ないと思うし、アンケートをしても仕方ないと思う。今度からは過ぎ去ることではなく、次にくると思うような物事を何でもよいから考えていきたいです。こんな事をして、何の意味もないのでは。」

6.提言・要望

「個人のメンタルな面を見る専門家が少なく、一人で考えなければいけない面が数多くあると思われます。そういう面で、対応、気軽にいける場所が、広域でもいいから設置されたらよいと思います。」

「消防のようにヒエラルキーの組織内では、組織を通じて精神療法の手口を操るのは適切ではない。いかにして職場組織の事務処理から切り離れた手法、手順でケアを進められるか、その検討が、専門家の知恵で職場とは別の次元で進められることを期待します。」

「消防職員は極度の緊張の中に身をおくことがたびたびあるため、心身にストレスがたまることが多くあります。こういった場合に消防職員の心情を少しでも理解してくれる心理専門家がおり、相談を受けられれば、精神的疾病で長期療養を取って、他の職員に迷惑をかけるなどの事態も多少は防ぐことができるのではないかと考えます。一日も早く、こういった体制が築かれ、消防職員が安心して働ける職場づくりがなされるように願っています。」

【第一次調査のまとめ】

大災害や惨事などでの救援活動中には、日常の業務で経験するものとは異なる精神的ストレスに曝されることが知られている。例えば、多数の死傷者が発生した場合、小さな子供の悲惨な死に接した場合、自分の親戚や友人が犠牲者である場合、活動中に外傷を負ったり同僚が殉死したような場合、救出活動をしたにもかかわらず犠牲者が出たような場合、あるいは異常な光景、音、臭気にさらされた場合などが、その典型的な事態である。こうした特殊な状況下で、救援者が被る精神的ストレスは非常事態ストレス（Critical Incident Stress CIS）と呼ばれ、上述したように欧米では以前から対応策が講じられている。

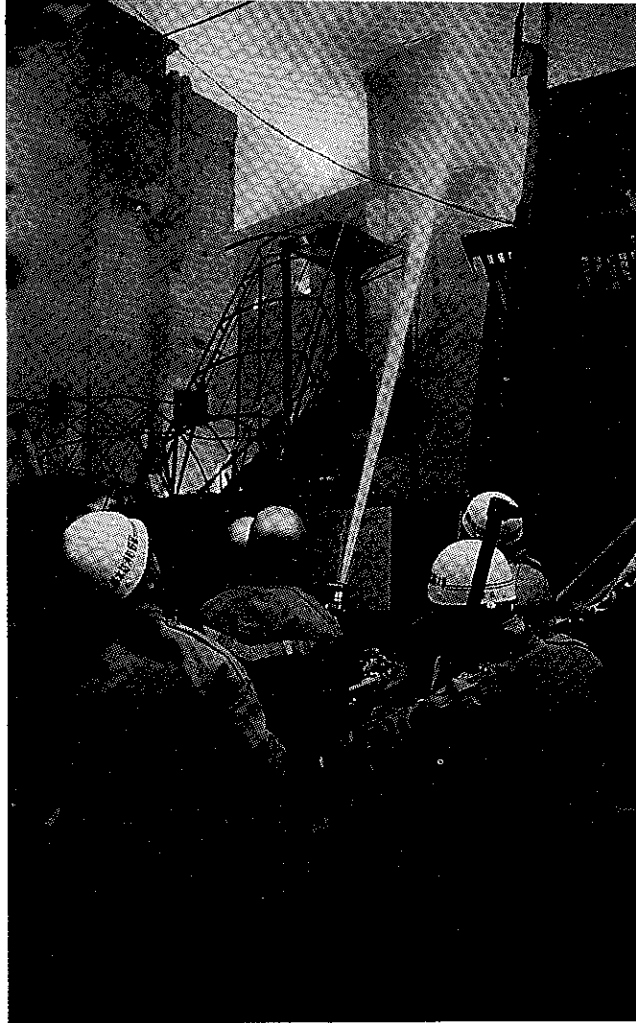
今回の調査データの解析を通して阪神・淡路大震災の被災地で救援活動にあたった消防隊員の多くが、自らの生命の危機を感じたり、消火や生存者の救出を断念せざるを得ないなどの困難な状況下に置かれ、肉親の安全に対する不安や、遺体搬出などの悲惨な光景、あるいは住民からの苦情などに曝された結果、大きな精神的ストレスを感じていたことが明らかな数字として確認できた。そして、これらの精神的ストレスは、救助活動の当初からの担い手であった被災地内に勤務していた者のほうが、被災地外から派遣された者に比べると、より強く感じていたことも明らかになった。

こうした CIS は、救援者の心身に様々な影響を、長期に及ぼすことが知られている。本調査では、救援活動に一応の終止符が打たれた震災後3カ月目の時点と、災害後1年余を経た二時点について心身への影響を検討した。その結果、救援にあたった職員の多くに両時点で様々な影響が表れていたが、活動中により大きなストレスに曝されていた者の方に、その影響はより強く表れていることが判明した。

これまで述べた結果は、個人的な被災状況の違い、あるいは担当地域の被害程度の差は充分には考慮されていない。被災状況の大きさと、両時点における心身の影響の関連性をみると、住宅の被害の大きい者ほど、各得点は高くなる傾向が認められるので、個人的な被災状況の大きさが被災地内群の高得点に寄与している可能性は残される。そこで震災による身体的な外傷のために医師の手当を受けておらず、近親者の喪失もなく、かつ自宅の被害がない者を「個人的被害なし」としてみる。その上で被災地内と被災地外勤務者で個人的被害のない者だけを比較すると、上記の二時点での心理的影響、心身の健康状態を表す4指標のいずれとも、やはり被災地内群の方が高得点であった。すなわち個人の被災状況だけでなく、救援活動の状況そのものが心身の健康に大きな影響を残していた可能性が強く示唆される。逆に言えば阪神・淡路大震災での救援活動は、紛れもなく CIS を与えるものであったといえよう。

そして、その影響は1年余を経た調査時点でも顕著に残遺しており、阪神・淡路大震災のような大災害の救援活動においては、個人的な被災状況の大きい救援者や、早い時期から動員された救援者に対しては、ストレスを低減するための方策を長期にわたって講じる必要があることを意味していると思われる。

また本調査の結果からは、対処法に関しての可能性が示唆された。即ち、同僚同士や家族との自然発生的な体験の語り合いはストレス緩和に有効に働いていること、またそのような機会が乏しかった者にはストレス症状がより強く残っていたことから、体験を言語化し共有することの意義が支持されているといえよう。因みに CIS を緩和することを目的としてアメリカなどでは、「ディブリーフィング」を始めとする構造化されたグループワークが広く用いられている。しかしながら、同法の有効性については前述のように賛否両論があり、実際の参加者の多くはととも癒された感覚を得るのに反して、実証的な研究結果では効果を否定する報告が多い。この調査で示されたように体験を言語化し共有することがストレス緩和に効果的であるとしても、どのような方法をわが国の消防組織に普及していくかについては、今後議論を重ねていく必要があるだろう。



Ⅲ 第二次調査

【調査の方法】

第一次調査は兵庫県内 33 消防本部に所属する消防職員（名簿上総数 5103 名）を対象として実施し、有効回答数は 4780 名（有効回答率 93.7%）であった。このうち再調査の協力同意が得られた 811 名に、震災 26 カ月後にあたる平成 9 年 3 月に第二次調査を実施した。

調査方法としては、第一次調査で使用した尺度に加えて、抑うつ症状尺度（SDS）と心的外傷時解離体験尺度（PDEQ）を含む自記式質問紙（末尾添付）、ならびにモーズレー性格検査質問紙（MPI）を調査対象者の自宅宛に郵送した。その結果、有効回答の得られた 521 名（有効回答率 64.2%）を第二次調査の対象とした。

【結果と説明】

1. 回答者の属性

第一次調査では兵庫県内全消防職員を対象として高い有効回答率が得られたため、調査対象のサンプリング上の問題点はほとんどなかったといつてよい。しかし第二次調査の対象者は、もともと任意の同意が得られた一部の職員であり、さらにその中でも有効回答率は 64.2%と前回を下回る数値となった。そこでまず回答者の対象としての偏りを確かめるため、調査対象者 521 名、協力同意は得られていたが回答の得られなかった者（調査不参加者 A）290 名、協力同意の得られなかった者（調査不参加者 B）3969 名の各群について、その属性を比較した。

比較の結果を見ると、第二次調査回答者では、平均年齢が他よりも高く、また勤続月数も長い。またそれに応じて階級の高い者の割合が大きい。派遣時期では被災地内群（70%）、早期派遣群（22%）の割合が他よりも大きい。

住居被害の状況は、なんらかの被害を受けた者が 62.2%とやはり他に比して大きな割合を占めている。

震災後 13 カ月時点での IES の平均得点を比較すると、第二次調査回答者では有意に高い得点を示していた。しかし一方、被災地内群と早期派遣群の非常事態ストレス高曝露群のみを抽出して 13 カ月後時点での平均 IES 得点を比較すると、各群で有意な差は認められなかった。

以上より、第二次調査回答者は全体としてはサンプリング上の偏りはあるものの、非常事態ストレスへの曝露程度を合わせた比較では、有意な偏りは見られなかった。

表 2-1 第二次調査回答者の属性

	第二次調査 回答者	第二次調査 不参加者 A	第二次調査 不参加者 B	全 体	p
人数 (女性)	521 (1)	290 (3)	3969 (35)	4780 (39)	Ns
年齢 (平均)	39.4 (9.7)	32.5 (9.8)	37.6 (10.4)	37.5 (10.4)	0.0000
勤務月数	233 (118)	159 (111)	219 (121)	218 (122)	0.0000
階級 (%)					0.0000
消防士	9.2	29.1	14.6	14.9	
副士長	6.9	10.2	11.1	10.6	
士 長	32.5	28.4	35.8	35.0	
司令補	33.7	21.8	24.7	25.5	
司令以上	16.5	7.4	10.7	11.2	
その他	1.2	3.2	3.0	2.8	
派遣時期 (%)					0.0000
被災地内群	69.9	65.0	59.4	60.9	
早期派遣群	21.9	17.7	19.6	19.8	
後期派遣群	4.7	7.1	7.2	6.9	
待 機 群	3.5	10.2	13.7	12.4	
自宅被害 (%)					0.00002
全 壊	5.2	5.3	4.1	4.3	
半 壊	11.0	12.0	9.0	9.4	
一部損壊	45.9	40.5	37.0	38.2	
被害なし	37.8	42.3	49.9	48.1	
13 カ月後 IES 平均得点	9.6 (11.7)	8.2 (10.6)	7.0 (10.6)	7.4 (10.8)	0.0000
CIS 高曝露群 13 カ月後 IES 平均得点	11.6 (12.6)	10.6 (12.1)	9.9 (12.3)	10.2 (12.3)	ns

2. 復興期の二次的ストレスの程度

震災後の復興過程での二次的ストレスについて、まず自宅住居の再建に関するストレスの程度に関する回答では、「かなり大変だった」7.7%、「大変だった」7.1%、「少しあった」4.8%、「なかった」ないし「被害がほとんどなかった」80.4%という割合であった。したがって対象者の 15%程度が住居再建に関するストレスに曝されていた。

一方、その他の家庭内や個人生活上の悩みやストレスの程度に関する回答では、「かなり大変である」2.5%、「大変である」5.2%、「少しある」34.0%、「ない」58.2%という割合であり、対象者の 8%程度が、26 カ月後の時点でも震災の影響による個人生活上のストレスに曝されていた。

また震災後から調査時点までの間に、震災とは直接関係しないことで、個人生活上精神的にひどく衝撃を受けたような出来事に遭遇したと回答した者が 31.4%にのぼった。阪神・淡路大震災の被災者を対象とした別の調査研究の結果では、このような復興期における二次的ストレスの存在が、外傷後ストレス症状の経過に大きく影響し、あきらかに症状を遷延させる要因となることが報告されている^{10,11)}。

3. 震災前と後での仕事上の意識変化

阪神・淡路大震災は消防組織にとっても不意打ちともいえるような大災害であり、直後は組織行動上にも混乱をきたし、それが現場の職員の不安やストレスを増加させる要因のひとつとなったと思われる。その点を反映するものとして、第一次調査結果において、「日常の訓練・研修の役立ち」が乏しかったことや、「指揮命令系統・情報伝達の不安・もどかしさの感じ」を訴えた者の割合が大きかった。そこで第二次調査では、そのような不安やストレスが仕事上の意識に影響を及ぼしたかどうかについて検討した。質問は、自分の仕事についてどのように感じているか震災前後を比較する形で行った（表 2-2）。

以上の結果を見ると、「仕事のやりがい」に関しては 7 割の者が震災前後で同じようにやりがいを感じており、また震災前後を比較してやりがいが強まった者と弱まった者とがほぼ 1 割と同程度の割合を占めている。

しかし一方、「仕事への疑問や無力感」については、震災前後ともあまりないと回答した者は 4 割にとどまっており、3 割の者がそのような気持ちを震災後に強めている。つまり震災前は大半の者が、仕事へのやりがいをもち、仕事に対する疑問や無力感をさほど感じることはなかったといえるが、震災後は仕事に対するやりがいは保たれているものの、疑問や無力感が一方で広まっている傾向にあるといえよう。

表 2-2 震災前と後での仕事上の意識変化

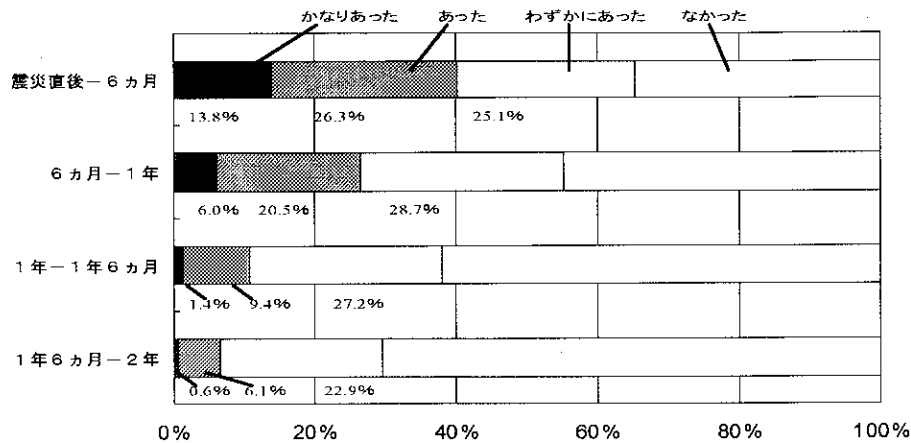
質問「あなたは自分の仕事にやりがいを感じていますか」	
震災前も震災後も感じている	71.3%
震災前はあまり感じなかったが、震災後は感じている	10.9%
震災前は感じていたが、震災後は感じなくなった	12.0%
震災前も震災後もあまり感じていない	5.8%

質問「あなたは自分の仕事に疑問もしくは無力感をもつことがありますか」	
震災前も震災後もあまりない	39.8%
震災前はあったが、震災後はあまりない	1.7%
震災前はあまりなかったが、震災後はある	30.2%
震災前も震災後もある	28.3%

4. 外傷性ストレス症状による仕事や日常生活への全般的影響

外傷性ストレス症状に関連した心理面への影響のために仕事や日常生活になんらかの支障や困難を感じた者の割合を時間経過とともに見ると、震災後 6 ヶ月までは支障や困難が「あった」、「かなりあった」者が 40%を占めている。その割合は時間経過とともに減少しており、調査時点の震災後 1 年半から 2 年では 6.7%にまで低下している。この結果を見る限り、震災時の心理面への影響は全体としては順調に回復していることがうかがわれる（図 2-1）。

図2-1. 震災時体験の心理面への影響による仕事や日常生活上の支障や困難の程度の割合の変化



5. 外傷後ストレス障害 (PTSD) 相当事例の割合について

PTSD の生涯有病率 (過去に一度でもその疾病に罹患したことのある者の割合) は、一定地域における疫学調査では、1-14%と幅があることが示されてきたが、高危険者 (戦闘体験軍人、噴火災害や暴力犯罪の被害者など) では 3-58%の有病率が報告されてきた^{13,14)}。最近の Kessler ら¹⁴⁾ による、米国の大規模な疫学研究の結果によれば、PTSD の生涯有病率は男性の 5%、女性の 10%と報告されている。ただし戦闘によるトラウマを体験した男性では 39%、レイプによるトラウマを体験した女性では 46%に PTSD が発生している。一方、自然災害では 4-5%にとどまっていた。このように、一般に人為的出来事の方が、自然災害に比べると PTSD の発生頻度は高くなる傾向がある。

第一次調査の結果では、被災地内群と早期派遣群の男性消防職員を非常事態ストレス高曝露群と低曝露群に分けて比較したところ、高曝露群では有意にストレス症状得点が高く、非常事態ストレスが長期に影響を残していることがあきらかとなった。

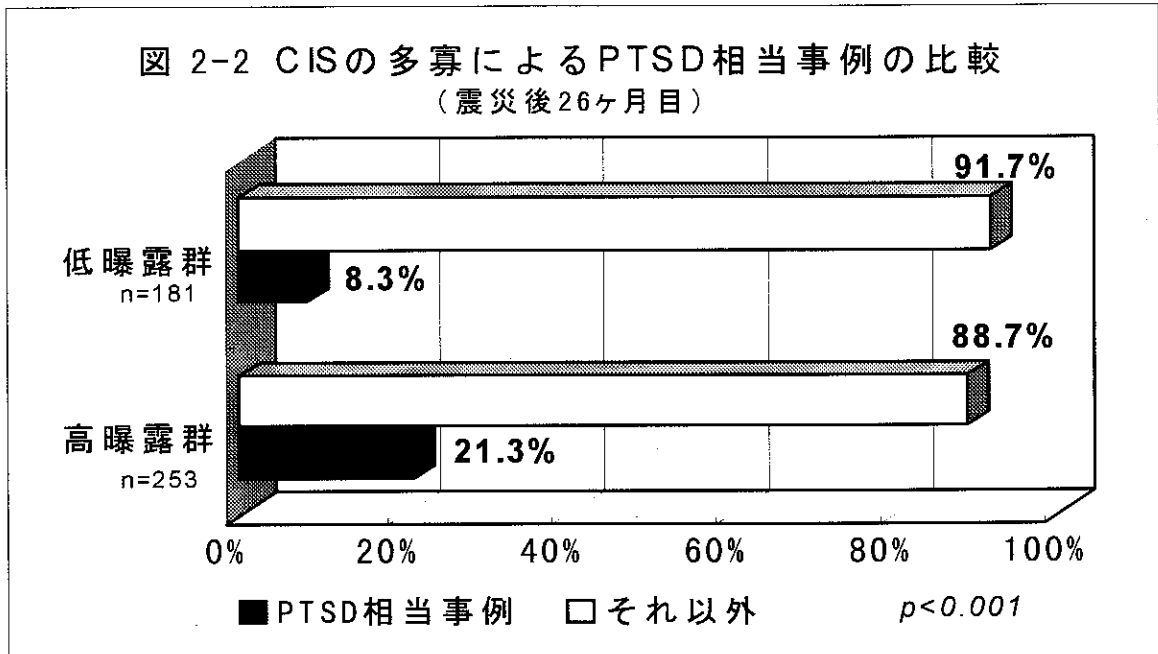
そこで第二次調査のデータより、被災地内群と早期派遣群の男性のみを抽出し、PTSD 相当症状を呈している事例の割合をあきらかにすることを試み、また非常事態ストレス曝露の有無による割合の差を検討した。

本調査では外傷性ストレス症状尺度として IES を使用しているが、IES は PTSD 診断基準のうちの再体験症状と回避症状のみからなる尺度であり、覚醒亢進症状は含んでいない。そのため調査質問紙では米国診断統計マニュアル第 3 版改訂版の 6 項目の覚醒亢進症状に関する尺度を別に追加した。

IES (総得点 0-75) のカットオフ (ある数値をもって、それ以上を PTSD 相当とみなす) については、海外においてもかならずしも統一されてはならず、各研究ごとにばらつきがあるのが実状である。IES の原著者である Horowitz の論文では³⁾、臨床的に問題ありとされるレベルとして総得点 20 点以上が示されている。本調査では原著者に従って、総得点 19/20 点をカットオフとして採用し、さらに PTSD 診断基準に沿って 2 項目以上の覚醒亢進症状が「ときどき」以上あることを付け加えた。したがって IES 総得点が 20 点以上でかつ 2 項目以上の覚醒亢進症状の認められる者を PTSD 相当事例とした。

その結果、被災地内群、早期派遣群のうちで非常事態ストレス高曝露群 253 名のうち 21.3% (54 名) が PTSD 相当事例に該当した。一方、同じ両群のうち非常事態ストレス低曝露群 181 名中では PTSD 相当事例は 8.3% (15 名) にとどまり、高曝露者では有意に PTSD 相当事例の割合が高かった(図 2-2)。

このように救援活動従事中の非常事態ストレスが心理面への長期の影響を残していることがあきらかとなった。またこの割合を、第一次調査においてあきらかとなった非常事態ストレス高曝露群 1775 名と低曝露群 1665 名の人数に掛け合わせて推計すると、被災地内群と早期派遣群を含めた職員の 15%、少なくとも 500 名以上の者が、震災後 26 ヶ月時点においても、PTSD 相当事例の症状を有していることとなる。



7. 外傷性ストレス症状と他の尺度との相関

外傷性ストレス症状として IES 総得点と他の尺度得点との相関を検討した。震災後 26 ヶ月時点における IES 総得点と各尺度得点との相関係数は、抑うつ症状尺度 (SDS) 0.39、モーズレー性格検査神経症傾向尺度 0.40、身体症状有訴数 0.36 (いずれもスピアマン順位相関係数、 $p = 0.00000$) であった。

この結果は、外傷後ストレス症状が、一般的健康度の低下、抑うつ症状、元来の性格としての神経症傾向、身体的不調と有意に関連していることを示しているものであり、外傷後ストレス症状の緩和が、災害後の精神保健対策上の重要な課題となることを示すものである。

ところで PTSD に関する最近のいくつかの研究においては、心的外傷をもたらすような出来事に曝されている時の解離体験が、その後の PTSD 症状の形成と結びついているという報告がなされている^{15,16,17}。解離体験とは、行動はしていても頭の中は呆然として現実感覚、身体感覚、時間感覚などが麻痺したような状態となったり、出来事の重要な部分を思い出せないことなどの特徴を伴う状態である。解離体験がその後の PTSD 症状の形成と結びついているという結果は、振り返り調査だけでなく前向き調査においても確かめられており、外傷体験時解離体験の存在が PTSD 発症の予測因子となる可能性が示唆され、臨床的にも重要視すべき所見となっている。

今回の調査では、対象者の救援活動中における解離体験の程度を測定するために、米国の研究者により開発された心的外傷時解離体験尺度 (Peritraumatic Dissociative

Experiences Questionnaire; PDEQ)¹⁸⁾の自記式10項目版を原著者グループの許可を得て翻訳し使用した。本尺度は各項目について被験者自ら0-4の5段階で評価をし、合計得点(0-40)をもって解離体験の程度を評価するものである。

震災後26ヵ月時点のIES総得点とPDEQ得点の相関係数は0.60(スピアマン順位相関係数、 $p=0.00000$)と、前述の他の尺度と比しても、もっとも高い相関を認めた。この結果は海外での先行研究の結果とほぼ相応するものと考えられる。したがってわが国においても外傷体験時の解離体験の存在は、PTSDの危険因子となることが示唆された。

8. 各尺度の再テスト信頼性

診断のための尺度については、信頼性と妥当性の検証が必要である。自記式質問紙法の場合では、一般に再テスト信頼性と併存妥当性を確かめる必要がある。再テスト信頼性とは、ある自記式尺度を同じ被験者に一定の時間をあけて2回記入してもらい、初回テストと再テストの得点がどの程度一致するかを見るものである。この一致率が十分高ければ、再テスト信頼性が高いことになる。併存妥当性とは、その尺度で測定しているものが、はたして妥当な内容であるかを確かめるものであり、一般にはすでに妥当性を確認されている他の尺度との一致率や専門家の臨床診断との一致率を確かめる。

本調査で使用したSDS、MPIについてはすでに日本語版の信頼性と妥当性を検証されているが、IES、PDEQについては日本語版の信頼性と妥当性はいままで確認されていなかった。妥当性については今後さらに検証を必要とされるが、再テスト信頼性については本調査の中で検証した。

第二次調査回答者の中から162名に再調査を依頼し、平均約1ヵ月の間において同一尺度項目に関する回答を得た。

その結果、まず各尺度の初回テスト得点と再テスト得点を対応させて比較したところ、2回の得点に有意差は見られなかった。また初回テストと再テストの得点の単相関係数を見ると、IES総得点0.87、IES想起症状得点0.85、IES回避症状得点0.81、覚醒亢進症状0.81、PDEQ総得点0.70であった。この結果は再テスト信頼性は高いことを示すものであり、これらの質問紙から算出される得点は再現性のあるものと確認できたといえる。

9. 調査方法の限界

今回、PTSDに相当する症状を診断するために、自記式の質問紙をいくつか用いた。ここで、質問紙法の限界について触れておきたい。PTSDに限らず精神的な障害の多くは、診断の材料となる客観的検査法に乏しく、多くは患者の訴えと、医師などの専門家の観察評価によって判断される。医師は、患者の訴えをより専門的に整理し、障害といえるか否かを見定めて、診断を行なう。診断が個々の医師によって大きくずれることのないように、面接法にも工夫がされるようになった。それが面接の手順や質問する内容を定めた、構造化面接法と呼ばれるものである。PTSDについての構造化面接法もある。自記式の質問紙は、記入してもらっただけなら専門家の関与はあまりいらず、患者の訴えをそのままとらえるためには有用であるが、それは必ずしも医師の判断と一致するわけではない。しかし、多くの被災者が同時に発生する自然災害や大事故の場合、すべての被災者に専門家が面接することは、実際上不可能である。そのような場合、面接法と質問紙法の使い分けが必要となってくる。

自記式の質問紙は、多くの人々の中から、高危険群(専門家による関与の必要性が高い)を選び出す、いわゆるスクリーニングに用いられる。その際に、その方法の感度と特異性が問題になる。感度とは、真の陽性(医師の判断やその後の経過で判明し

た異常あり群)の中で、その方法でも陽性である(自記式の質問紙の得点がある値を越えている)ものの占める割合である。特異性は逆に、真の陰性(医師の判断やその後の経過で判明した異常なし群)の中で、その方法でも陰性である(自記式の質問紙の得点がある値未満である)ものの占める割合のことである。スクリーニングに用いられる得点を何点で区切るかによって、感度と特異性は変化する。前にも述べたように区切りの点数のことを、カットオフと呼ぶ。一般に、カットオフを低くすれば、その方法で異常ありと判断されるものは多くなり、偽陽性(本当は異常ではないのに、異常と判断されるもの)が多くなる。すなわち感度は高くなるが、特異性は低くなる。しかしその場合、その方法で異常なしと判断されたものは、ほぼ異常なしとして間違いは少ない。つまり、偽陰性(本当は異常があるのに、異常なしと判断されるもの)は少なくなる。カットオフを高くすれば、偽陽性は減るが、偽陰性は多くなる。すなわち、特異性は高くなるが、感度は低くなる。感度と特異性が両方とも高くなるような得点をカットオフとするのが理想であるが、実際にはそのようなカットオフを見いだすのは難しいことが多い。

最近、Shalev¹⁹⁾らは PTSD について、IES などの質問紙法と構造化面接法とを比較した追跡研究を行なっている。その中で、質問紙や面接から得られる尺度の得点のカットオフを変化させて、比較検討している。そして質問紙法では感度と特異性を両方とも高くするようなカットオフを見いだすのは難しいことを示した。そして将来の異常の発生を見逃さないためには、感度を保つことを優先してカットオフを定め、偽陽性を含む高危険群の中から、専門家の関与によるより確実な診断をするという手順を提唱している。

今回の調査結果も、自記式の質問紙による判断なので、PTSD 相当事例と判断されたものの中には偽陽性が含まれており、すべてが実際に臨床的にも PTSD として精神医学的問題があるわけではない。しかし、今回 PTSD なしと判断された群に、これから先 PTSD を発症するものはほとんど含まれていないであろうとはいえる。つまり、今回の調査結果から得られた PTSD 相当事例は、PTSD を呈している人数としては最大限を表す数値とみることができる。

【第二次調査のまとめ】

第二次調査の結果、外傷性ストレス症状による心理面の影響による仕事や生活上の支障や困難は、震災直後から6ヵ月では40%の者が影響を受けていたが、時間経過とともに順調に改善傾向が認められてはいるものの、1年半から2年の段階でも、6.7%の者が心理面の影響のために社会生活上の支障や困難を感じていた。

一方、外傷性ストレス症状の影響はさらに大きく認められた。救援活動中の生命的危険性や悲惨な光景など非常事態ストレスにより強く曝露した職員では、震災後26ヵ月時点においても、なお21.3%がPTSD相当事例であることがあきらかとなった。この割合は非常事態ストレスの曝露がより少なかった者では8.3%にとどまっていた。この結果は、さまざまな悪条件のもとでの活動を余儀なくされ、また非常事態ストレスに強く曝露した災害救援者では、長期にPTSD相当症状が残ることを示している。

震災後の企業職員を対象とした調査の結果では、自宅が全壊した被災者では、本調査と同じ評価方法により、震災後16ヵ月時点で9.6%にPTSD相当事例を認めている。今回見られた非常事態ストレス高曝露群での数値はそれと比較しても高いものであり、このことは消防職員の曝露したストレスの大きさを示すものであろう。

また震災による職業意識の変化として、約30%の者が震災後に仕事に対する疑問や無力感を感じなくなったという結果は、今後の職場の精神保健上も注意すべき点と考えられる。

心的外傷体験時の解離体験とPTSD症状との相関については、海外での研究で指摘されてきたところであるが、わが国ではこの点を検討した調査研究はこれまでなかった。本研究の結果、わが国においても両者に強い相関があることが確かめられた。この点については今後とも研究の蓄積が必要とされるところであるが、外傷体験時の解離体験の存在はPTSDの高危険群となる可能性があり、このような症状を示している者は早期から治療的介入を検討することが必要となることが示唆された。

IV 考察と提言

1. 消防隊員の被った災害ストレスの諸次元

本調査の主な目的は、阪神・淡路大震災という常識をはるかに超えた大災害の救援現場で、消防隊員が被った非常事態ストレス（CIS）⁴⁾の影響を探るものであった。この点に関しては、すでに詳しく述べたように、2回の調査時点で大きな影響が認められていた。同時に、調査対象である消防隊員の被った心理的影響には、様々な次元の要因が関連していることも明らかになった。

それらの要因は複合的、相乗的に影響していると考えべきだろう（図3-1）。第一に挙げられるのは、被災体験そのものの影響である。消防隊員は多くの場合、職域と住居が近接している。したがって地震のように広範な地域が影響を受けるような災害では、彼らは救援者である前に地域住民として直接的な影響を受けることになる。諸外国のこれまでの研究からは、災害などの外傷的出来事は、事件そのものの大きさが正比例的にその後の心理状態に影響することが知られている。したがって、被災地域に住み個人的に被災した場合、それだけで大きなメンタルヘルス上のリスクを負うことになる。

これに救援者としての役割が加わると、状況はさらに複雑になる。彼らは緊急時には何を置いても職務に戻るように訓練された救援者であり、実際この震災後も最も参集の早い集団であったと言われている。自宅で被災した場合には、家族の安全を最低限確保した後、早急に職務につき、当直中であれば家族の安否を確認する間もなく現場に出動した。この行動は強い使命感と職業意識に裏打ちされたものであるが、一方で家族の消息がその後少なくとも数日間分らなかったことなどから、大きな不安と焦燥を感じながら活動していた場合があったことが、本調査やこれと別に行った聞き取り調査、および体験記⁵⁾などから知ることができる。

さらに現場活動では、悲惨な光景に数多く遭遇し、水利の悪さなどから能力を十分に発揮できず無力感をしたたかに味わい、さらに住民から口汚く非難されるなど、まさに典型的なCISを体験することとなった。この影響については既に詳述したが、必然的に現場に早く出動することになった被災地内に勤務していた隊員ほど、これに強く曝露される結果となったのである。また、救援現場での不全感や無力感だけでなく、救援に参加したいのに果たせなかった被災地外の隊員や、直接の救援活動以外の業務に従事した場合には別の不全感を抱くことにもなった。

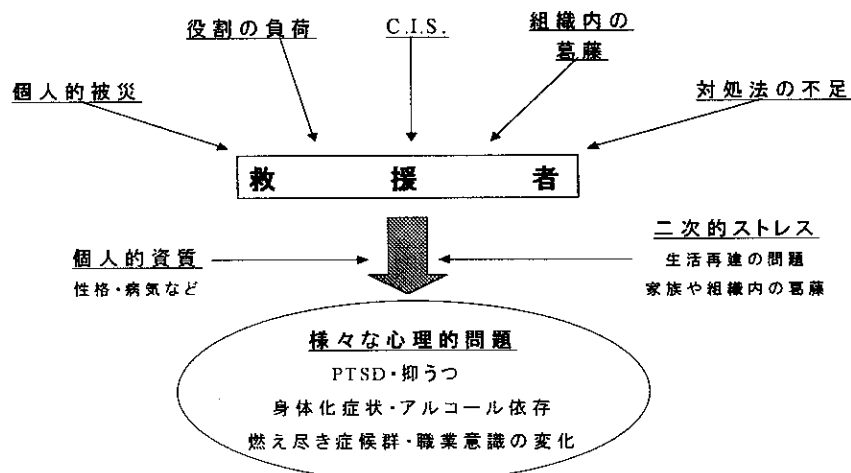
今回のような予想外の状況では、組織としての機能が麻痺してしまい、様々な葛藤を生む。指揮命令系統の混乱、同僚や部下との意見の食い違いなどは、消防が通常は組織的に整然と活動するだけに、大きなストレスを各レベルの隊員にもたらしたし、上司や同僚とのコミュニケーションの不足や感情的な対立、あるいは評価されていないという感情なども少なからず影響した。また、外来の応援者や他の組織との困難な

調整や対立などもストレスになったことが、自由記載や面接などでは述べられている。

これらの要因は複合的に影響するが、一般的には各要因が大きいほど、あるいは要因の数が多いほど、メンタルヘルス上の問題を惹起すると考えられる。しかしながら同じ体験をした全ての者に、同じような精神的問題が必ずしも発生するわけではない。PTSDを始めとする様々な精神的問題が生じる過程では、いくつかの誘因が影響することが知られている。まず、ストレスに対する個人の耐性や健康度あるいは性格傾向が影響するとされる。例えば、今回の調査でも示されたように内向性や神経症傾向はPTSDの発症に寄与するし、ストレス状況への耐性、身体的健康度、生活の安定度なども影響する。また、個人的に被災した場合には生活の再建に伴う困難などの二次的ストレスも大きく影響することが、本調査だけでなく被災住民調査などで示されている¹⁴⁾。さらに、家庭や職場での人間関係上の問題や社会的サポートの得やすさなども影響することが先行研究では指摘されている。

このように多くの要因が関与して、多様な精神的問題が発生する(図3-1)。今回の調査では主にPTSDに焦点を当て論じたが、PTSD以外にもうつ状態やアルコール依存、あるいは身体症状として表面化する心身症などが、長期にわたって残遺するという報告も多い。また、職業意識の変化や士気あるいは労働意欲の低下を主体とするいわゆる「燃え尽き」現象として問題になることもある。本調査の対象であった消防隊員は比較的均質な集団であり、元来心身の健康度が比較的良好で、生活状況も安定した集団といえるので、同じ大震災後の住民調査などと比較すると、精神的問題を有する可能性のある対象の割合は少ないし、順調な改善が見られる。しかしながら、被災地内の勤務者、個人的被災のあった者などリスクの高い者に対しては今後も長期にケアを提供できる体制を作るべきであろう。

図3-1. 消防隊員の被災した災害ストレスの諸次元



2.対処法

次に救援者のメンタルヘルスを維持するための対策について述べたい。上記のように精神的問題に影響する要因は多彩なので、それぞれに関してきめ細かい対策が必要となる。

まず個人的に被災した救援者への配慮が重要である。被災の状況を組織として確認し、家族の被災状況などを本人が知らない場合には、代行して情報を収集する。そして被害程度が大きい場合は、任務を軽減あるいは解くことも考える。また、長時間の激務は救援者を疲弊させ、結果的に効率を悪くするので、交代できるような体制を組む。もちろん大災害の現場では人員が不足し交代など不可能な場合も多いだろうが、応援が到着した時点で交代し十分に休息を取るようにすることが重要である。軍隊はこの方法を厳格に導入しているとされ、例えばアメリカ軍では朝鮮戦争やベトナム戦争での反省から、最前線で任務につく時間は 72 時間以内に限定しているという。なお、職業意識の高い者ほど熱意を持って行動し、絶え間なく活動しようとする傾向があり、自ら休息を取ろうとしないことが多いので、義務として休息させるようにすべきである。さらに、現場から帰還した隊員に対して休息場所を確保し、食料や飲み物を提供するような配慮も大切で、アメリカの軍隊、消防などでは、こうした事細かなことまでマニュアルに記載されているという。

本調査で示された重要な点のひとつは、家族や同僚に体験を語り共有することが、その後の精神的影響を緩和する効果があること、および体験を話す機会の乏しい者はメンタルヘルス上のハイリスク群であることが示唆されたことである。先に述べたようにアメリカなどで導入されている危機介入法としてのディブリーフィングについては、その効果に懐疑的な意見が多い。また、わが国では一般に精神科的な治療や介入を受け入れることに関しては抵抗が強く、たとえ制度として導入されたとしても、実際には利用されない可能性が高い。したがってディブリーフィングなどの構造化された介入法を導入することは今後の課題として、まず家庭や職場での支援的人間関係を、ストレス緩和に上手く使うことを考える方が現実的であろう。具体的には、家族や同僚との日常のコミュニケーションを大切にしておくこと、「語り合う」価値について啓蒙しておくこと、福利厚生之机会を充実させることなどが挙げられるだろう。なお、救援者の家族は、災害時には結果的に心細さを味わい、また救援者である夫や父親の体験を通して二次的に影響を受けることもあるので、家族に対して支援や教育の窓口を作ることも大切である。

表 3-1. 救援者のメンタルヘルス対策

<p>日常的な対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 様々なレベルの災害を想定した訓練・演習 ・ 福利厚生充実 ・ チーム内のコミュニケーションを図る ・ 適性を把握した上での配属 ・ 相談窓口の整備（組織から切り離れた形で。家族も利用できるように） ・ メンタルヘルスに関する教育：日常のストレスや異常事態ストレスに関して ・ 家族への啓蒙 <p>現場での対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 交代体制の徹底 ・ 大きく影響を受けた職員の把握と危機介入 <ul style="list-style-type: none"> 被災職員への対応：情報の収集、業務の軽減 業務内容と、心理的影響を受けた可能性がないかについて確認 ・ 仲間同士のサポート <p>活動後の対策</p> <p>①現場から戻った直後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 十分な休息：水分と食料（特に糖分）が補充できるような、清潔な場所の確保 ・ 活動内容、状況について報告する ・ 影響を受けたであろう職員の把握 <ul style="list-style-type: none"> cf: 秘密保持に関しては十分な配慮が必要 ・ どのような心理的影響が発生するのか、その対処法、および相談窓口について周知 <p>②その後の対処</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 影響を受けたであろう職員に対する介入：相談窓口の利用勧奨など ・ 心理的影響に関する啓蒙：講演会やリーフレットの配布 ・ 調査
--

消防という救援組織にとって阪神・淡路大震災は、まさに個人も組織も対処できない事態であった。本調査でも日頃の訓練が役に立たなかったと感じた者は半数に上り、指揮命令系統の問題を感じた者は8割以上に達していた。だからといって日頃の訓練や準備が無用のものになるわけではない。一般に訓練を受けた救援者の方がそうでない者より、精神的影響を受けにくいということが知られている。したがって日常的な災害から、阪神・淡路大震災のような大災害まで、あらゆるレベルの事態を想定してシュミレーションをしておくことは防災上も有意義だが、救援者のメンタルヘルスを守ることに大きく寄与する。その場合、精神的な影響が生じうるのだという可能性

を認識して、これまで述べたような対策を盛り込んでおくことが必要である。また、日常から救援者の被る精神的影響について、教育啓蒙しておくことは何よりも肝要であろう。さらに、もともとのメンタルヘルスの問題や、生活や職場のストレスは災害救援後の精神的問題の発生にも大きく影響するので、日常的にメンタルヘルス対策を立てておくことも必要で、可能ならば相談窓口を組織から切り離した形で用意しておくことが望ましい。

このように救援者のメンタルヘルス対策は、それぞれの組織にあった方法を、受け入れやすい形で様々な次元で用意することが重要である。因みに、欧米で軍隊、消防などに導入されているディブリーフィングを始めとする介入法（Critical Incident Stress Management, CISM）について、その創始者の Mitchell²⁰⁾が最近強調しているのも、ひとつの技法の有効性ではなく、事前の教育から医療機関の紹介までの多彩な方法を用意することの重要性である。

V おわりに

最後に本調査の持つ意義について述べたい。この調査は兵庫県消防長会の承認を得て、県下の全消防職員の協力を得て実施された。災害救援者の被る精神的影響について行われたわが国初の本格的な調査であると同時に、自然災害時の大規模調査としては世界でも希有なものであり、その価値は大きい。本調査結果を通して救援者の被る精神的影響が実証され、またその対策についても様々なヒントを得ることができた。

なお、この調査結果を踏まえて、われわれは最大の被災地であった神戸市内の消防署を巡回して、調査結果の還元と啓蒙のためのワークショップを開催した。さらに神戸市消防本部の有志との研究会を現在も定期的に開いている。

今後、この調査から得られた知見が、消防だけでなく広く災害救援者の活動に活かされることを願うとともに、この貴重な調査の実施を受け入れ、最大限の協力をしていただいた、兵庫県下の消防職員の皆様に心からの感謝を表したい。

【参考文献】

- 1)神戸市消防局「雪」編集部+川井龍介：阪神大震災-消防隊員死闘の記。労働旬報社、東京 1995
- 2)南 裕子編：阪神・淡路大震災-その時看護は。日本看護協会出版会。東京 1995
- 3) Horowitz, M.J.: Stress response syndromes and their treatment. In; Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects (eds. Goldberger, L, Breznitz, B), The Free Press, London, pp711-732, 1982
- 4) Mitchell, J.T., Everly G.S. : Critical Incident Stress Debriefing: - An Operation Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster workers. Chevron publishing corp. Maryland 1995
- 5) Dyregrov, A.: Caring for helpers in disaster situations; Psychological debriefing. Disaster Management 2: 25-30, 1989
- 6) Bisson, J.T. and Deahl, M.P.: Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress: more research is needed. Br J Psychiatr 165: 717-720, 1994
- 7) Deahl, M.P., Gillham, A.B., Thomas J et al: Psychological sequelae following the gulf war -factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. Br J Psychiatr 165: 60-65, 1994
- 8) Hytten, K., Hasle, A.: Fire fighters: A study of stress and coping. Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl 355:50-55, 1989
- 9) Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W. et al: Postdisaster psychosocial intervention: a

- field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatr* 154: 415-417, 1997
- 10) Asukai, N.: PTSD as a function of the traumatic event, post-trauma stress and pre-trauma vulnerability. Presented in the 12th Tokyo Institute of Psychiatry International Symposium, Oct 6-7, 1997, Tokyo
 - 11) Kato, H. : Posttraumatic symptoms among victims of the Great Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 59-65, 1998
 - 12) DSM-IV The diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press, 1994, Washington DC. (DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 高橋ら訳 医学書院 1995)
 - 13) Breslau, N., Davis GC, Andreski, P. et al.: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48: 216-222 (1991)
 - 14) Kessler, R.C., Sonnega, E.J., Bromet, M., et al.: Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048-1060, 1995
 - 15) Cardina, E., Spiegel, D.: Dissociative reactions to the san Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry* 150:474-478, 1993
 - 16) Koopman, C. Classen, C., Spiegel, D.: Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkley, California, firestorm. *Am J Psychiatry* 151:902-907, 1994
 - 17) Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L. et al.: Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am. J. Psychiatry* 153: 219-225, 1996
 - 18) Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J.: The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. Wilson, J.P., Keane, T.M. eds. The Guilford Press, 1997, New York, pp412-428
 - 19) Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T. et al.: Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *Brit. J. Psychiatry* 170: 558-564, 1997
 - 20) Mitchell, J.T. : Critical incident stress management: a new era in crisis intervention. *Traumatic Stress Points* 12(4): 6-11, 1998
 - 21) ロサンゼルス郡役所・西神保健部編 : 災害時のストレスマネジメント, 治療の聲 1(2) 別冊付録 (中井久夫訳)

資料 1

非常事態ストレスへの対処法

Critical Incident Stress Management (CISM)

以下は元消防隊員で心理学者 Jeffrey Mitchell の提案する非常事態ストレスへの対処法である。アメリカを中心に軍隊、消防、警察などの現場で導入されている。これらの方法はどれか一つが有効というのではなく、システムとして整備することが必要と最近では強調されている。なお、各技法の内容についてはロサンゼルス郡政府が発行した「災害時のストレスマネージメント」²¹⁾から引用した。

【事前教育】

- ・通常と違う現場での活動が大きな影響を及ぼすこと、およびその対処法について周知しておく。

【救援現場で】

- ・その活動が通常を超えたストレス（非常事態ストレス：CIS）を生むものであるかどうか、特に影響を受けた者がいないかどうかを確認する。必要であれば次の段階の対応につなげる。
- ・極度に疲弊しないように交代をきちんと行う。水分や栄養を補給する。

【現場から戻った後】

- ・デモバイゼーション demobilization：十分な休息が取れる場所を確保しておく。吸収がよく糖分の多い食べ物（果実が最適）を用意しておく。
- ・デフュージング defusing：現場でどんな活動をしたのか事実関係を簡単に報告してから任務を解く。
- ・ディブリーフィング debriefing：CIS が強いと考えられる活動の場合、できれば数日以内に事後報告（ディブリーフィング）を行う。この際メンタルヘルスの専門家か、訓練を受けた仲間が同席することが望ましい。
- ・必要な際に利用できる専門家の窓口を周知しておく。

ディブリーフィング debriefing の重要要素

○時間

- ・48 時間以内が最適
- ・事件からディブリーフィングまでの時間が長い程効果は下がる
- ・6 週間以後では効果は乏しい

○基本原則

- ・絶対に秘密厳守
- ・自分以外の人間の感情や反応を絶対に批判してはならない

- ・心づかいをベースとして、好意的、支持的、理解的な空気を生み出すこと
- ・一生懸命耳を傾けて聴く

○ファシリテーター

- ・グループ・プロセスに熟達し、かつストレス反応の知識を持つ者がミーティングの進行を担当する
- ・条件に対する感情と反応とがきわめて激しいのではないかと心配したらプロのファシリテーターを呼ぶこと

○進行

1.基本原則の再確認

2.事件についての事実の確認：各人が自分と事件に関する事実を述べる。自分がどこにいたのか、何を見、聞き、どういう匂いをかいだか、事件の最中および前後に自分が何をしたか・・・

3.グループは必要な事実を語り合っ部屋の中で事件を如実に再現する

4.事件についての感情の確認

- ・『今どのように感じていますか』
- ・『事件が起こった時どのように感じましたか』
- ・『これに似たことを前に感じた経験がありますか』
- ・一人だけで場を取ってしまう人を出さないように、また一人だけぼつんと取り残される人を出さないように。

5.事件の結果

- ・『事件の時に通常範囲をこえた体験をしてしまいましたか』
- ・『現在あなたが味わっている通常範囲をこえた体験があるとすればそれは何でしょうか』
- ・『事件以来生活が何か変化しましたか（家庭、仕事などです）』
- ・この時に正常な「ストレス反応」の症状が話に出てくることが多い

6.教育し『大丈夫だよ』と保証すること

- ・正常のストレス反応をもう一度おさらいする。
- ・正常の反応について、これをサポートし、理解し、大丈夫だと保証する。
- ・役立つこと、自分でやれる自分のケアの仕方について思い出してもらい、したほうがよいことを勧める。
- ・外傷後の「したほうがよいことと、してはならないこと」を話す。外傷的事件と外傷後のいきさつによって修正するのがよいが、これらはディブリーフィングに参加した人がストレスに対処するのに役に立つだろう。

7.「蓋をして包装する」

- ・フォローすべき特別の問題を明確にする。
- ・行動計画を立てる。

- ・条件が平常時の職務と家庭に復帰する邪魔になるとすればどういう点が問題になるであろうかを話し合う。

○フォローアップ

- ・どのような条件が起こす感情でも一回の会合で解消するとは限らない。
- ・だからフォロー・アップ・セッション（追跡のための会合）を必要に応じてグループ全員あるいはその一部を集めて開くのがよい。
- ・感情や症状が長く尾を引きすぎるとか、コントロールできないとか、特に強いとか、仕事や家庭生活の邪魔になるならば、プロのカウンセラーあるいはヘルパーに話すのがよいだろう。

デフュージング Defusing について

- ・デフュージングとは：ディブリーフィングの簡約版である。
- ・所要時間：普通 20 分から 45 分。ちなみにディブリーフィングならば 2～3 時間を要する。
- ・最適時点は：事件発生後 30 分以内。できることなら、事件直後（1～2 時間）に行うべきである。
- ・対象は：緊急対策要員の小規模グループ。デフュージングならば普通 6～8 名。緊急対策要員の職種（ナース、パラメディカル、警官、消防士など）別に同一事件について複数回のデフュージングをしてよしい。ふつう対象となるのは、消防車、救急車の乗員、緊急対策室のスタッフ、警官の分隊、作戦指揮班、専門職チームである。
- ・行う者は：正規の訓練を受けた非常事態ストレス・チーム所属員でなければならない。
- ・場所は：気の散らない、中立的な環境であること。
- ・目標は：
 1. 事件のプレッシャーを和らげる。
 2. 立ち直りの過程を早くする。
 3. ディブリーフィングをはじめとするサービスがどれくらい必要かを評価する。
 4. 症状（認知症状、情動症状、身体生理症状）を軽くする。
- ・プロセスは：
 1. 脅え、脅かし、脅かし合いのない人間環境をつくる。
 2. ストレスフルな体験を急速にガス抜きするようにもってゆく。
 3. 情報の具体的細部を平等化する。
 4. 混乱した情報の中から事件がどういうものであったかを認知し、記述し、まとめ、処理してゆく過程を生き返らせてゆく。
 5. ストレスを生き延び、生きとすために必要な情報を分かち合う。
 6. 従事者がしたことの価値を確認し肯定する。
 7. 今後のサポートへのつながりをつける。

8.未来への展望が見えるようにする。

【特徴】

- 1.デフュージングとデモバイゼーションは一方をやれば他方をしなくてよい。一つの災害事件にはどちらかをすればよく、両方はやらない。
- 2.デフュージングの回数は、正式のディブリーフィングの回数の約2倍にすべきである。
- 3.デフュージングが成功した場合には、
 - a) 正式のディブリーフィングを用意しなくてもよくなる。
 - b) 正式のディブリーフィングが必要となった時にも参加職員の積極的コミュニケーションをしやすくし、内容あるものにする。
などの効果がある。
4. ディブリーフィングは7段階に分かれているが、デフュージングは3段階である。
- 5.デフュージング参加者は発言してもしなくてもよい。発言しなければならないような雰囲気や構造にはしない。
- 6.ノートをとること、テープをとることは禁止する。
- 7.稀には、別職種の人を合同でデフュージングを行う必要が生じる。(警官、ナース、消防士、救急医)。その場合は、同一の事件にかかわった人たちに限る。

【構成要素】

- 1.導入
- 2.解明
- 3.情報を分かち合う

1.導入とは：

- ①ファシリテーター（導入者）による内容を概説する。
- ②目的を述べる。
- ③積極的参加意志をたずね、それが自然に湧くように待つ。
- ④ルールを述べる。
- ⑤秘密厳守を誓い合う。
- ⑥他の者が話している者の話の内容を突っ込んだり、ほじくったり、先を訊いたりしない。
- ⑦プロセスを終える。
- ⑧目標を述べる。
- ⑨プロセスを口に出してまとめて言い直す。
- ⑩さらにサポートすることを参加者に申し出る。

2.解明とは：

- ① 参加職員がどういうことが起こっていたかを具体的に述べる。
- ② 不明・不確実なことがあれば質問してもよいが、最小限の質問にとどめるようにする。
- ③ 語ろうとする者は自分が体験したことと、それに対する自分の反応（生理的・心理的）を述べる。
- ④ さらに援助が必要かどうかのアセスメントを行う。
- ⑤ 必要ならば『大丈夫だよ』というサポートをする。

3.情報とは：

- ① 情報をそのまま受け取る。皆の解明したところを要約する。
- ② 体験および反応を正常化する（正常心理のことばに直して再定義する）。
- ③ 複数のストレスに対する生き残り戦略を伝授する。
- ④ よい食事をし、薬物、アルコール類は摂らないようにすることを話す。
- ⑤ 休憩、休息、休暇をとったり、家庭生活にもどるように話す。
- ⑥ レクリエーションや運動をするように勧める。
- ⑦ その他必要なことを思い浮かべ・・・。

【災害対策関係者 その自己管理】

～災害救援者よ！汝みずからをケアせよ！～

1.災害に先立っては

- ①家族で計画を立てておく
- ②職場の計画を知っておくこと
- ③非常用の器具と物資をためておくこと
- ④トレーニングを受けること 練度向上を心がけること

2.災害に際しては

- ①「バディ・システム（二人組で行動すること）」を活用すること
- ②体験、食事、休憩を忘れずに
- ③回覧板を活用すること
- ④"自分で自分に言葉かけをしなさい"（セルフトーク）
- ⑤勤務交替までの時間の上限を設定すること

3.災害の後には

- ①語り、且つ耳を傾けて聴くこと
- ②ディブリーフィングを受けること
- ③自分がした事を認めさせること
- ④体操、食事、睡眠が大切
- ⑤ストレス・マネジメントを実行すること
- ⑥日常業務を再開すること

○外傷後の『すべきこと』『してはならないこと』

(すべきこと)

- ・十分に休養を摂る。
- ・バランスのとれた食事を摂り、身体を動かす。
- ・レジャー活動のための時間を作る。
- ・出来るだけ日程を立てる。しかし、その通りやらないといけないとは思わないようにする。
- ・サポートしてくれそうな仲間、あるいは家族に経験した出来事について語る。
- ・外傷後ストレスとはどういうものかを勉強する。
- ・家族や友人と一緒にの時を持つ。

- ・事件の後遺症はあるものと覚悟をする。必要と思ったらすぐ、ポストトラウマカウンセラーに個人的援助を求める。

(してはならないこと)

- ・アルコールやカフェイン飲料をがぶ飲みする。
- ・気持ちを麻痺させるための薬を使う（合法とされていてもよくない）。
- ・親しい人たちと会うのを避ける。
- ・代休をすっぽかす。
- ・レジャー活動の量を減らす。
- ・実現不可能な立ち直り願望を抱く。
- ・安易な答えを模索する。
- ・今すぐ人生上の大決断や人生航路の変更をする。
- ・自他を厳しく律する。

ロサンゼルス郡政府発行「災害時のストレスマネジメント」²¹⁾から

【外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder】

災害、事故、戦争や犯罪などの出来事にまきこまれ、自分や家族の身に命の危険が及んだり、あるいはそのような出来事を目撃したことで、強い恐怖や不安に襲われると、トラウマ(心的外傷)に起因するストレス症状が出現する。これらの症状は「(心的)外傷後ストレス障害 (PTSD)」として、1980年の米国精神医学会による診断統計マニュアル第3版(DSM-III)において、初めて診断カテゴリーとして登場した。なお PTSD は定義上、症状が4週間以上持続する場合とされており、現在の同マニュアル第4版(DSM-IV¹²⁾)では、4週間に満たない場合は「急性ストレス障害」として区別している。

PTSD は、再体験症状、回避症状、過覚醒症状の三次元の症状からなるものである。再体験症状ないし想起症状とは、出来事のこと突然思い出され、その光景や臭いなどの感覚記憶が蘇る(フラッシュバック)、といった症状である。出来事に関する悪夢にうなされたり、出来事を連想させるものに接すると苦痛感や不安感が高まる症状もこれに含まれる。また、回避症状とは、出来事のことを考えたり話したりするのを努めて避けたり、出来事を思い起こさせる事物や場所を極力避けることである。そして、過覚醒症状とは、寝つかれない、イライラする、考えが集中できない、危険に対して過度に警戒してしまう、一寸した物音や動きにもビクッとしてひどく驚いてしまう、などの過敏症状である。これらの3大症状が1ヵ月以上持続し、しかも日常生活や社会生活上の機能にも一定の障害が及んでいる場合を臨床的に PTSD として診断している。

DSM-IV¹²⁾における外傷後ストレス障害の診断基準

A. 患者は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、身体が体験し、目撃し、または直面した。

(2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

注：子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。

B. 外傷的な出来事が、以下の1つ(またはそれ以上)の形で再体験され続けている。

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。

注：小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。

(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。

注：子供の場合は、はっきりとしない内容のない恐ろしい夢であることがある。

(3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む)。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)。

注：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。

(4) 外傷的出来事のひとつの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。

(5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。

(1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。

(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。

(3) 外傷の重要な側面の想起不能。

(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。

(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。

(6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。

(7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。

D.（外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。

(1) 入眠または睡眠時間の困難

(2) 易刺激性または怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B, C, およびDの症状）の持続期間が1ヶ月以上。

F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

該当すれば特定せよ：

急性：症状の持続期間が3ヶ月未満の場合

慢性：症状の持続期間が3ヶ月以上の場合

該当すれば特定せよ：

発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヶ月の場合。

兵庫県精神保健協会こころのケアセンターは、阪神・淡路大震災復興基金によって平成7年6月に設置された相談機関です。活動は5年間（平成12年3月まで）継続され、被災者の心理的問題に関する相談や、コミュニティへの支援を続けています。活動の方針の一つとして救援者への支援を掲げており、この調査研究は、その一環として実施されたものです。

今後も救援者のメンタルヘルスケアについての対策を検討するとともに、ご相談にも広く応じております。相談は一切無料で、プライバシーは固く守られますので、どうぞお気軽にご相談下さい。

非常事態ストレスと災害救援者の 健康状態に関する調査研究報告書

阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響

1999年2月

編集・発行：兵庫県精神保健協会こころのケアセンター

住所：〒652-0052 神戸市兵庫区荒田町2-1-17 兵庫県荒田分室内

phone：078-512-2856 fax:078-512-2870

home page：http://www.mmjp.or.jp/dvapeq

印刷 三ツ輪印刷工業株式会社

phone:078-575-5153

