ステップアップ講座

大規模災害後に必要となる中長期的な対応は？

被災者に寄り添う グリーフケア

村上 典子 氏
神戸赤十字病院
心療内科部長

長い人生のなかでは誰しも，何らかの喪失体験をする。大切な人・もの・環境などを失うと，落胆したり抑うつ的になったりするだけでなく，身体症状などが現れ，日常生活に支障をきたすこともある（悲嘆反応）。多くの場合は，やがて気持ちの整理ができ，変化した環境に適応して喪失体験以前と同様の日常生活に戻っていく。しかし，悲嘆反応が，長期化・複雑化し，治療的介入やケアが必要となる場合がある。グリーフケアは，そうした人に寄り添い，援助する方法であるが，まだ広く認知されてはいない。

東日本大震災のような大規模災害では，ひとりの被災者が近親者・家財・住みなれた地域のすべてを失う，一度に多くの人が喪失体験をする，という状況が生じる。そのため，心療内科・精神科などの専門医のみならず，身体症状を診る各科の医師も，悲嘆反応を念頭に置いた診療が必要になる。

そこで，複数の大規模災害後に被災者の診療にあたった経験がある村上典子氏に，時間経過に伴う被災者の心理状態の変化と注意すべき疾患・症状・状態に加え，日常診療でも活かせるグリーフケア（悲嘆反応への対処）について伺った。

今回の講座で学ぶこと　What you can learn from this article

基礎編

1．時間経過・環境の変化と被災者の心理状態
被災者の心理状態は時間経過とともに段階的に変化します。
大きな流れを把握しておきましょう。

2．悲嘆反応（グリーフ）とは何か
悲嘆反応は医学的な疾患とは異なりますが，治療的介入が必要な場合があります。

実践編

3．中長期的に必要なグリーフケア
実例をもとに作成したcaseで，グリーフケアを行う際のポイントをみていきましょう。

メッセージ

4．グリーフケアの今後
大規模災害時に限らないグリーフケアの重要性について考えてみましょう。

2185-9299/11/¥200/頁/JCOPY

CNS05_p19_25_ステップアップ.indd 19 11.11.28 4:48:06 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック

基礎編

1. 時間経過・環境の変化と被災者の心理状態

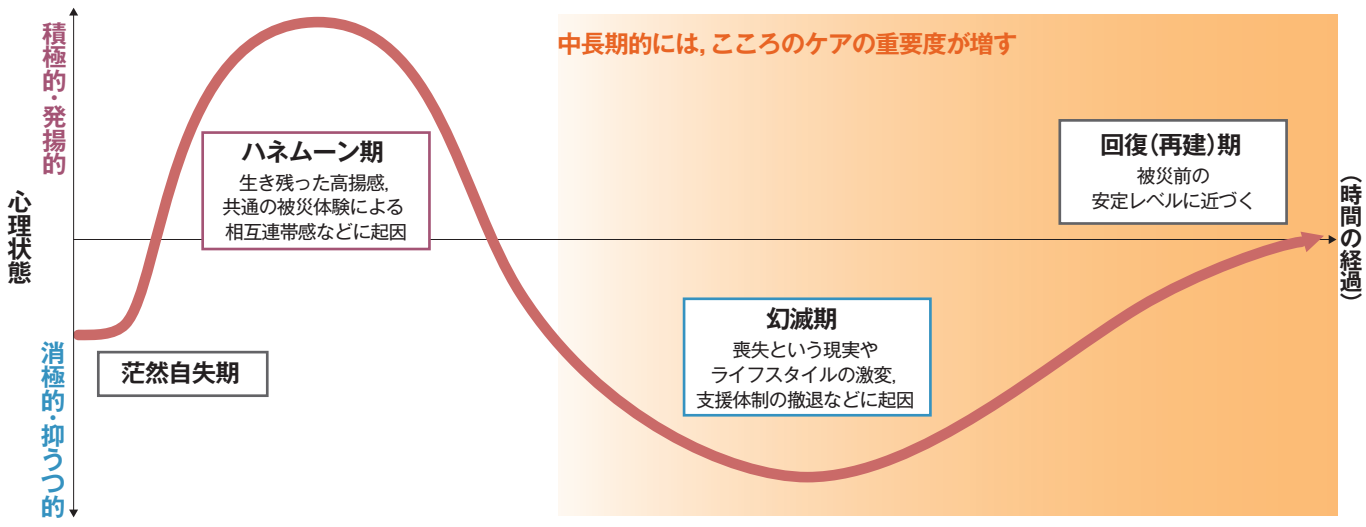
回復期に向けて起こりやすい疾患・状態を知る

東日本大震災は未曾有の災害であり，発生直後から多くの医療チームが駆けつけ，被災者の支援にあたりました。外部からの支援活動が徐々に終了していくなかで，今後，どうやって被災地の医療を再構築していくかが大きな課題となります。これからの取り組みのためには，時間経過に伴って被災者に起こりうる心理状態の変化を知っておく必要があります。

災害，つまり，個人や社会の対応能力を超えて大きな被害をもたらす予期せぬできごとに直面したのちの心理状態は，ある程度一定の経過をたどることが知られています[1]（図1）。

当初，被災地はもちろん，日本全体が一丸となって「がんばろう！」という気運が盛り上がったことは記憶に新しいと思います。しかし，被災したかたがたは，初めは皆同じ“被災者”の立場であった状態から，毎日を生きていくのが精一杯という時期を脱し，個人や家庭ごとの差がみえてきていることでしょう。現在は，表現はよくありませんが，「幻滅期」と「回復（再建）期」の間に入っています。地域コミュニティから避難所へ，避難所から仮設住宅あるいは別の地域へという環境の変化に伴い，心理状態の変化が影響する疾患や症状，状態が顕在化してきています（図1）。医療者は，こうした大きな傾向を，東日本大震災の「回復（再建）期」への歩みのためだけでなく，今後どこにでも起こりうる災害に備えて知っておく必要があります。

図1 大規模災害後の時間経過からみた被災者の心理状態の変化と留意すべき疾患・状態（イメージ）



Beverley Raphael著，石丸正訳．災害の襲うとき―カタストロフィの精神医学．東京，みすず書房，1995．
金吉晴編．心的トラウマの理解とケア．第2版，東京，じほう，2006を参考にCNS today作成．村上典子氏監修．

留意すべき疾患・状態	現れる時期	備考	共通点
急性ストレス障害（ASD）	発生後4週間（1か月）以内	●多くの人は時間の経過とともに回復 ●PTSDは外傷的できごとに対する「恐怖と脅威」が，悲嘆反応は愛着対象との分離による「切望と探索」が中心[2] ●しばらく経っても回復せず，むしろ悪化する場合は，治療的介入とケアを考慮	遷延すると難治化
心的外傷後ストレス障害（PTSD）	個人で大きく異なるが，発生後1か月以降にみられることが多い		
悲嘆反応			
うつ病・うつ状態		●抗うつ薬は十分量を用いる。ただし，薬剤が無効のうつ症状があることに注意 ●自殺企図がある患者は専門医に紹介する ●身体症状が先に現れ，内科を受診することが多い	
心因性の身体症状		●内科を受診することが多い	
物質依存（主にアルコール）（p.26-30も参照）	発生後数か月以降にみられることが多い	●気分を高揚させるためや，所在なさをまぎらわせるために過量飲酒してしまう。	

ASD: acute stress disorder.　PTSD: post traumatic stress disorder.

村上典子氏のコメントをもとに，CNS today作成．村上典子氏監修．

CNS05_p19_25_ステップ☒アップ☒.indd 20　11.11.28 4:48:08 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック

基礎編

2. 悲嘆反応（グリーフ）とは何か

悲嘆反応は“精神的な”問題ではない

阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件（いずれも1995年）以降，PTSDという言葉は災害・事故・事件をめぐる報道などで目にするようになりました。うつ病やいわゆる心身症，アルコール依存症についても，ある程度は認識されていると思います。これらに比べ，悲嘆反応（grief，グリーフ）はあまり知られていません。

東日本大震災は地震，津波，原発事故の絡む複合災害であり，被災者の喪失体験の大きさや今後の生活に対する見通しの厳しさなどの諸状況から，**中長期的に，悲嘆反応によって心身状態が悪化する例が出てくる可能性**が懸念されます（図2）。ただし，**悲嘆反応を示す人すべてに治療的介入が必要なわけではありません。**

被災者が受診する機会の多い，一般内科などのかかりつけ医の先生がたが悲嘆反応について理解し，対応していただければ，患者さんの助けになり，身体疾患の治療の面でもプラスになることでしょう。また，悲嘆反応は，災害時に限らず近親者の死別などの際にもみられますので，念頭に置いておくと，日常診療でも役立つと思います。

悲嘆反応とは
人が，親しい人や大事なものを喪失した時に体験する
複雑な心理的，身体的，社会的反応
これは正常な反応であり，ごく当然な人間の感性でもある[3)]

悲嘆反応が長びき，支援や治療的介入が必要な「複雑性悲嘆」に陥ることもある

表1　悲嘆反応の種類

心理的反応	悲しみ，怒り，自責，抑うつ
身体的反応	検査では正常だが，身体症状がある 命日などの記念日に症状が重くなる（記念日反応）
社会的反応	被災体験が人間関係などの社会性に悪影響をおよぼし，日常生活に支障をきたす

→ 【被災者のこんな症状に注意】
- 緊張型頭痛
- 耳鳴り，難聴
- 動悸
- 消化器症状
- 腰痛・背部痛
- 不眠
- 疲労感

表2　複雑性悲嘆の特徴[4)]

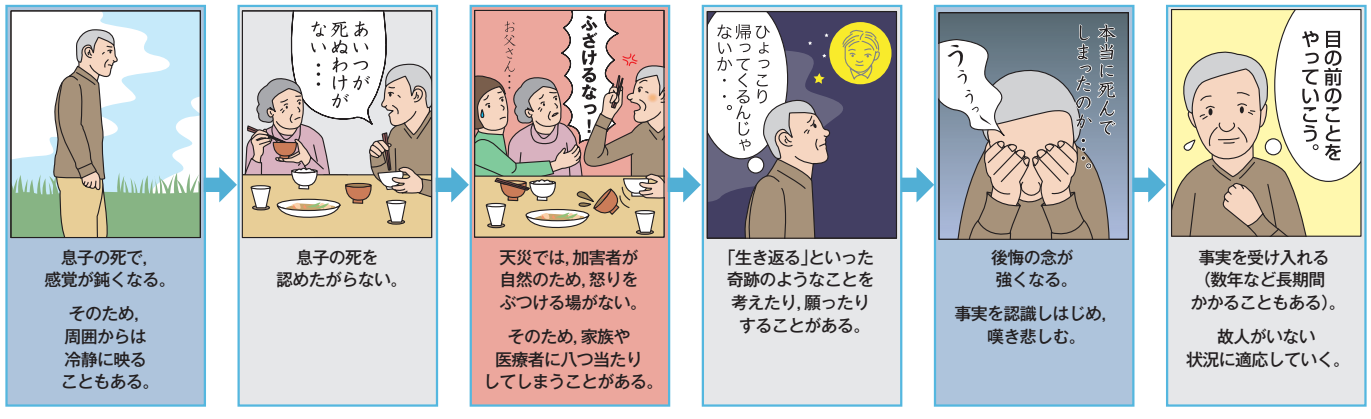
●心理的・身体的・社会的反応が，下記①-③のいずれかに当てはまる
①著しく強く出る ②6か月以上続く
③予想外の経過をたどる（例：死別後1年経ってから悲嘆反応が出る）

→ 心療内科医・精神科医への紹介を考慮

注．複雑性悲嘆は診断基準の統一がされておらず，DSM-IV-TRやICD-10に記載はない。つまり，現段階で疾患として扱われていない。
悲嘆反応に加えて，うつ病やPTSDなどの診断基準に合致する症状があり，治療が必要な場合は病気といえる。

図2　悲嘆反応の発生から再適応までの経過（例；天災で息子を失った父親）

消極的・抑うつ的（落胆・うつ状態）
積極的・発揚的（興奮・怒り）



息子の死で，感覚が鈍くなる。そのため，周囲からは冷静に映ることもある。
息子の死を認めたがらない。
天災では，加害者が自然のため，怒りをぶつける場がない。そのため，家族や医療者に八つ当たりしてしまうことがある。
「生き返る」といった奇跡のようなことを考えたり，願ったりすることがある。
後悔の念が強くなる。事実を認識しはじめ，嘆き悲しむ。
事実を受け入れる（数年など長期間かかることもある）。故人がいない状況に適応していく。

上の経過に寄り添い，援助するのがグリーフケア（p.22）

村上典子．グリーフケア講演会 大切な人や対象を失っておこる心身の変調 喪失と悲嘆．新潟，新潟県精神保健福祉協会 こころのケアセンター，2010を参考にCNS today作成．村上典子氏監修．

CNS05_p19_25_ステップ☒アップ☒.indd 21
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック
11.11.28 4:48:09 PM

実践編

3. 中長期的に必要なグリーフケア

治療的介入は信頼関係を確立してから

悲嘆反応に対するケアのうち，**家族や愛する人との死別後，遺族への悲嘆に寄り添い，援助することをgrief care（グリーフケア）**と言います。これは，被災者自身が近親者などの死を受け入れ，再び適応するための“喪の作業”（grief work，グリーフワーク）に寄り添うことを基本としています。具体的にまず行うこととしては，**「安全の確立」**[5]が挙げられます。つまり，治療者と患者（被災者）の間に信頼関係を構築し，患者が安心して自分自身の抱える問題点などを率直に話せる環境を確保することです。

治療的介入の第一歩は傾聴です。信頼関係なしに悲嘆反応の原因となったできごとを根掘り葉掘り聞くのでは治療どころか，つらい体験を思い出させるだけで逆効果です。具体的なコツは下記をご参照ください。

Case（実例を参考に作成） 作成：CNS today，監修：村上 典子氏

症例1（A君）：17歳，高校2年男性　既往歴・家族歴・検査所見・発達歴：特記事項なし
経緯：高校生になった頃から不登校となる。スクールカウンセラーからの紹介で来院。
症状：主訴は頭痛。申し送り事項と問診票によれば，4年前（当時，中学1年生）の阪神・淡路大震災で家が全壊，弟を亡くしている。

【初診】

Dr　A君の症状って，地震と関係あるように思いますか？　地震が起こってから身体の調子が悪いとか，感じていましたか？

Pt　別に…頭が痛いのは地震とは関係ないと思います。学校に行っていないのは，気持ち悪かったりするせいですから。

Dr　わかりました。まだ他に話したいことはありますか？　（A君，首を横に振る）
それでは，また，お話を聞かせてください。もう1人の先生に代わりましょう。
（臨床心理士が，箱庭療法・絵画療法の説明と実践を行い，A君の心を，時間をかけて解きほぐす）

【初診から6か月後】

Pt　（自発的に）僕，地震のあと，親戚の家に預けられたんだけど，楽しくなかったんです。引っ越しも2回したかな。

【初診から9か月後，引っ越し先の地区は震災の被害をほとんど受けていない】

Pt　（自発的に）今の学校では，先生も友達も，もうあの地震のことなんかすっかり忘れてるみたい…。
自分だけ取り残された感じ。

【初診から1年10か月後，震災前に住んでいた地域に引っ越し，転校】

Pt　最近，気分はいいですね。…だけど，もしかしたら，先生が前に言っていたみたいに震災が自分に悪い影響を与えているみたいな気もしてきました。思い出すと何だか落ち着かないんです。

【初診から5年後】

Pt　先生，もう1人でやっていけそうな気がしていて。悪くなったら来るって感じでいいですか？

Dr　いいですよ。困ったらいつでもいらっしゃい。

症例2（Bさん）：35歳女性，専業主婦　既往歴・家族歴・検査所見・発達歴：特記事項なし
症状：主訴は身体症状（腹痛）。問診票によれば，次男と夫を2年前の阪神・淡路大震災で亡くしている。長男と2人で生活中。

【初診】

Dr　Bさん，震災ではどのようなつらい思いをされたのでしょうか。

Pt　ええ…問診票にも書いたとおり，夫と次男を亡くしました…私，何で生きているのだろう。

Dr　そうですか，大変でしたね。わかりますよ。…現在の生活はいかがでしょうか。

Pt　なんとか，やっています。小さい息子もいますし，私ががんばらなければ…。あの人さえいてくれたら…。

Dr　悲しんでいると，旦那さんも悲しみますよ。旦那さんは楽になったんです。では，震災当時のことを聞かせてください。

【初診から1週間後】

Pt　あの…実は，前回の診察の後から吐き気も感じるようになって，体調が悪くなってしまいました。
なぜなのでしょうか。

【以後，何度か受診したものの，最終的にドロップアウト】

CNS05_p19_25_ステップ⊠アップ⊠.indd 22　11.11.28 4:48:09 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック

A君	比較・解説	Bさん
○初診6か月後以降，治療者の質問なしに，患者が自発的に過去の体験を話すようになっている。これは，患者が「話しても大丈夫だな」と感じられる環境や雰囲気が整っていることを示唆している。	安全の確立	×「安全の確立」ができていない典型例。**まず信頼関係の構築と安心して話せる場の確保が先決**。最初から根掘り葉掘り内面（こころの傷）を聞き出そうとすると逆効果になりかねない。
○**傾聴は，相手の自発的な会話を聞くこと**。話が途切れたら「あまり話したくないですか？」と尋ね，相手の話したい気持ちを尊重する。話したくないようであれば，**あえて触れない**[6]。	傾聴	×**傾聴は「医療者から詳細にわたる質問をして聞きだすこと」ではない**。無意識に抑圧されていた過去の体験がフラッシュバックして症状の悪化を招きかねないので，絶対に，**無理に聞かない**[6]。
被災者は，震災から1年以上経過すると身体症状と災害との関係に自分でも気づかず，否定することがある。初期の問診では，その考えをそのまま受け止めるのがよい。	その他	被災者に多く対応する状況にある場合は，問診票に「被災状況」という項目を入れると，最初から被災との影響を考慮しながら問診できる。
一定数の人は悲嘆反応を克服し，悲しみは残るものの，治療者を必要としなくなることが多い（経過はPTSDに似ている）。援助が必要な人は一部であることに留意。		「何で生きているのだろう」という嘆きは，生存罪責感情〔サバイバー（ズ）・ギルト，悲嘆反応の一種〕。人を助けずに逃げた場合などによくみられる。反応が強い場合は治療的介入を考慮する。

傾聴のコツ：大前提は「寄り添う心持ちで接すること」

傾聴する際に心がけると，会話がスムーズに運ぶ技術

- **被災者に対して，医療者側から無理に聞かない**
- うなずき：聞いていること，理解していることを表現する
- 相づち：診察や会話で自身が用いている相づちを整理し，イントネーションなどで違う表現にする
- オウム返し：共感の気持ちを込めて，発言をそのまま返す

傾聴していて「話しても，何か物足りない」と言われたら

- **被災者は「回復に向かって踏み出したい」と考える段階にきていて，具体的なアドバイスを求めている状況**
- 被災者の性格などを見極めたうえで…
  - 自助グループへの相談・参加を勧める
  - パンフレットを渡す，書籍を紹介する

  など，被災者が一歩踏み出すための提案をしてみる

傾聴を行った後，経過に注意すべき悲嘆反応

1回目の傾聴後，面会すると…

- **「つらい」と何度も訴える，症状が悪化している→注意深く接し，治療的介入を判断**
- 「すっきりした」，「ありがとう」と言われる→正常な反応の可能性が高い

CNS05_p19_25_ステップ⊠アップ⊠.indd 23 11.11.28 4:48:09 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック

傷つける可能性のある言葉を知る

悲しみにくれているかたに接する際には，言葉で励ましたくなることがあると思います。寄り添う気持ちで接すれば接するほど，その気持ちは強くなることでしょう。しかし，その励ましの言葉が相手をより傷つけてしまうこともあります。そのような可能性を念頭に置き，寄り添っているかたの状況を見極めながら，言葉をかけることが重要です。

ここでは，今までの経験から，寄り添っている相手が傷ついてしまうかもしれない言葉を集めてみました[4, 6, 7]。こうした表現を絶対してはいけないというわけではありませんが，これらの言葉を聞いて「傷ついた」というかたが実際にいます。被災者は通常の心理状態を保つのが難しく，ときに他人の言葉に敏感であることを忘れないようにお願いします。**励ましの言葉を送る前に，一度「本当に言っても大丈夫か」，「相手はどう受け止めるか」と自問自答してみる**とよいと思います。また，**言葉でなく，うなずく，背中をさするといった非言語的コミュニケーションでも励ましの意思表示をする**ことができます。状況に応じて，上手に使い分けていただければ幸いです。

■悲しみを抑える必要はない

（p.22　Bさんへの問診より）

Pt　なんとか，やってます。小さい息子もいますし，私ががんばらなければ…。
あの人さえいてくれたら…。

Dr　悲しんでいると，旦那さんも悲しみますよ。旦那さんは楽になったんです。

△
「旦那さんも悲しむ」と伝えると，悲しまないように，と我慢を強いているようにも聞こえる。
「楽になった」（亡くなった人や被災者が「楽になる」）という言葉は，気休めに聞こえてしまうことも。

■被災者は，元気なように振る舞っているだけの場合がある

〔被災者（患者）が入ってくる〕

Dr　こんにちは。思ったより元気ですね。何よりです。

△
笑みなどの表情から，悲しみを無意識に抑圧していないか見極めたうえで話すことが重要。

■軽く受け取られがちな言葉は避ける

（子を亡くした親との会話）

Pt　あぁ，あのとき遊園地に連れて行ってあげればよかった…。

Dr　わかります，わかります。そういえば，もう1人子どもさんがいましたね。その息子さんをかわいがってください。

△
言いかたにもよるが，「わかる，わかる」は，返答が軽いように受け取られかねない。
また，他に子どもがいようがいまいが，子を失った悲しみは同じである。

■他人との比較に意味はない

Dr　あなたは，まだいいですよ。私がこの前診察したかたなんて，家族も財産も失ったんですから。

△
中長期的なケアを続けると，被災者（患者）が他人と自分とを比較するような発言をすることがある。
しかし，悲嘆反応を示す人の場合，他人より被害が大きくて悲しむわけではなく，比較は意味がないことが多い。

■返答に窮するとき

Pt　もう生きていくのもつらくて，でも，何とかがんばっているような状態です。

Dr　…（黙ってうなずく）。

○
非言語的コミュニケーションも一種の“返答”である。傾聴と組み合わせてもよい。

CNS05_p19_25_ステップ⊠アップ⊠.indd　24　11.11.28　4:48:10 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック

メッセージ

4. グリーフケアの今後

以上，被災者の悲嘆反応とグリーフケアについて概説しました。東日本大震災では，多くのこころのケアチームが現地入りしましたが，必ずしもよい評判ばかりではなかったようです。その一因として，前述したグリーフケアがまだ一般的ではないことが根底にあり，被災者に良かれと思って言ったことやふるまいで，かえって傷つけてしまう状況が生じたのではないかと思います。被災者のニーズ（生活援助など，求めていること）と，悲嘆反応からの再適応に向けた歩みに合わせていけば，被災者と医療者の間で良好な関係が築けると考えています。また，グリーフケアは想像以上にエネルギーが必要な作業です。専門医の診察が必要な場合は，無理をせず紹介をしてください。

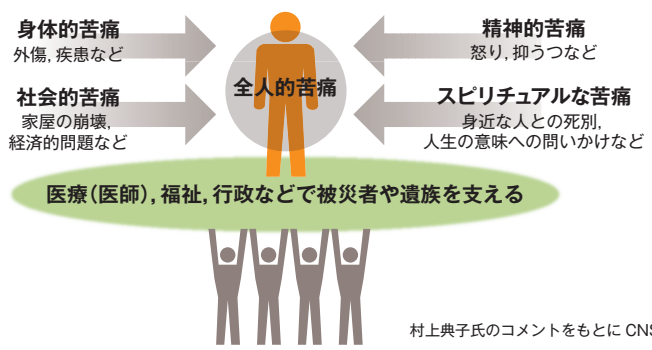
被災者のみならず，**どのような死別（喪失）であっても，遺族のかたがたが重い悲嘆反応を示す**ことがあり，中には10数年にわたってグリーフケアを続けているかたもいます。**グリーフケアの目的は「治すこと」ではありません。**そのかたの悲しみを完全に消すことはできませんが，寄り添っていくことが立ち直りの一助となります。

なお，私はこれまでの診療経験から，**悲嘆反応と飲酒（アルコール）の関連**を憂慮しています。強い悲嘆反応や複雑性悲嘆に伴い，うつ状態や不安症状を呈している場合，抗うつ薬や抗不安薬で改善しようとしてもその悲しみを忘れるような効果は期待できません。しかし，アルコールは，酔うことで一時的であれ気分が高揚し，悲しみも忘れられる可能性があります。また，周囲の人もつらい気持ちがわかるだけに，飲酒行動をなかなか止められません。それゆえ，連続飲酒になり，アルコール依存症につながりやすいと考えられます。一度依存に陥ると難治化することが多いので，度を超えて多量飲酒していないか，喪失体験後に飲酒を始めたということがないか，気をつけて被災者の様子を見守ってください（p.26～30参照）。

当院の心療内科は，阪神・淡路大震災の翌年にあたる1996年，被災地での心身医学的ケアを目的に開設されました。私自身は当科の開設時から，阪神・淡路大震災については急性期を過ぎた頃以降の中長期にわたり，被災者（患者）の治療に取り組んできました。災害後の急性期からの“こころのケア”に初めて深くかかわったのは，2004年の新潟県中越地震です。その現場で，被災者の精神状態が今後悪化しないように何かできることはないか，と真剣に考えるようになりました。2005年に発生したJR福知山線脱線事故にも，急性期から診療とグリーフケアにあたりました。その際，遺族からは「災害派遣医療チームに黒タッグをつけられ，病院に搬送されなかったことが無念」，「亡くなると遺体は“もの”になってしまうかもしれないが，遺族がいることを忘れないでほしい」といった言葉が聞かれました[8]。亡くなられたかたが多い東日本大震災でも，同様の気持ちを抱いている遺族が多いのでは，と思います。

私は2006年，JR福知山線脱線事故の遺族のメッセージに応える形で，日本DMORT研究会（DMORT，ディモート：Disaster Mortuary Operational Response Team，災害死亡者家族支援チーム）を立ち上げました[8]。災害急性期でのグリーフケア，長期の遺族支援，啓発・研修活動を通じて，災害に即応できるシステムとネットワークの構築を目指しています。この活動の一環として，様々な機会にグリーフケアやDMORTに関する講演をさせていただいています。心療内科や精神科に限らず多くの診療科の先生がたにグリーフケアの概念や方法を知っていただき，ひとりでも多くの被災者の中長期ケアに役立つよう，心から願っております。そして，最終的に被災者や遺族の全人的な苦痛（図3）をケアできればうれしく思います。

図3　全人的苦痛とそのケア



村上典子氏のコメントをもとに CNS today 作成.

参考資料

1. Beverley Raphael著，石丸正訳．災害の襲うとき―カタストロフィの精神医学．東京，みすず書房，1995.
2. 金吉晴編．心的トラウマの理解とケア．第2版，東京，じほう，2006.
3. 高木慶子．喪失体験と悲嘆 阪神淡路大震災で子どもと死別した34人の母親の言葉．東京，医学書院，2007.
4. 村上典子．すべてのお医者様に向けた阪神・淡路大震災後等の大災害に学ぶ心のケア-臨床現場からのアドバイス-．大阪，シオノギ製薬，2011.
5. Judith Lewis Herman著，中井久夫訳．心的外傷と回復．東京，みすず書房，1999.
6. 村上典子．グリーフケア講演会 大切な人や対象を失っておこる心身の変調 喪失と悲嘆．新潟，新潟県精神保健福祉協会 こころのケアセンター，2010.
7. クリニックマガジン編集部．Special Report 東日本大震災の被災者に対するこころのケア 懸念される「複雑性悲嘆」に医療的ケアが必要 村上典子氏．クリニックマガジン．2011; 38(8): 18-20.
8. 村上典子ほか．実践報告 災害急性期からの遺族支援-遺体安置所でのDMORT活動から-．トラウマティック・ストレス．2011; 9(1): 81-85.

CNS05_p19_25_ステップ⊠アップ⊠.indd 25 11.11.28 4:48:10 PM
プロセスシアンプロセスマゼンタプロセスイエロープロセスブラック