

災害精神保健医療マニュアル：

東北関東大震災対応版

エキスパートコンセンサスを踏まえて

平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））  
大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究

平成23年3月



はじめに

2011年3月11日、我が国で未曾有の災害、平成23年（2011年）東北地方太平洋沖地震（東北関東大震災）が発生しました。これまで数々の災害を乗り越えてきた日本ですが、今回の巨大災害の規模、広汎さ、また複雑さに圧倒されます。大規模災害は、家屋などの物質的な損害だけでなく、人のところにも大きな影響を与えます。特に、このような出来事の直後には、精神的なショックを受けたり、混乱するなどの心理的反応をきたすかたもいらっしゃいます。このような場面では、被害者や被災者が安心感を得て、落ち着きを取り戻せるような支援がこころのケアとして求められます。このような直後のこころの反応は、時間の経過とともに回復をしていく方もいれば、回復に時間がかかったり、日常の生活を送るのに困難を覚える方もいます。初期のこころのケアは長期に問題を抱える方をフォローしていく上でも重要です。

このマニュアルは、過去の国内外の先行研究を検討し、フォーカスグループを実施したうえで、インターネットによる調査を行い、わが国における経験に基づく意見を体系的に収集したものです。そしてこの調査では、これら災害精神保健活動をめぐる課題について、精神保健分野以外の専門家を含む支援者らから、支援方針の適切性について評価を求め、合意形成をすすめる取り組みを行いました。今回の災害は、想像を超える規模、程度であり現場での判断が大いに求められますが、これまでの経験による指針を参考としてご活用いただければ幸いです。

鈴木友理子、中島聡美、金吉晴  
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 成人精神保健研究部

## 災害精神保健医療マニュアル 目次

I.	災害時の精神保健福祉体制 .....	5
1.	初動時のこころのケア対策本部の設置 .....	5
2.	保健師活動の課題 .....	6
3.	活動・支援記録 .....	6
4.	メディアへの対応 .....	7
II.	災害時こころのケアのあり方 .....	8
1.	基本的こころ構え .....	8
2.	初期対応における精神保健専門家の役割 .....	8
3.	初期対応 .....	10
4.	アセスメント・スクリーニングについて .....	12
5.	災害時要支援者への対応 .....	12
6.	精神健康に配慮したコミュニケーション .....	13
III.	外部支援のあり方 .....	16
1.	外部支援受け入れの判断 .....	16
2.	活動導入の仕方 .....	16
3.	外部支援こころのケアチームの活動 .....	17
4.	派遣期間 .....	18
5.	専門職ボランティア .....	18
IV.	支援者のストレス対応 .....	20
1.	被災地で被災者支援にあたる組織の構築 .....	20
2.	職員の休養・休息 .....	20
3.	被災時に派遣された職員への支援 .....	21
4.	支援者のセルフヘルプ .....	21

## I. 災害時の精神保健福祉体制

### 1. 初動時のこころのケア対策本部の設置

1) **初動の段階で都道府県あるいは市町村など行政が中心となって、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置し、それに基づいて対応を実施するのがよい。**

災害初期には、市町村は混乱しているので、県や県保健所が中心になって、「こころのケア対策本部」を設置することが望ましい。また、この「こころのケア対策本部」は、災害復興対策本部等に被災者支援策について精神保健福祉の立場から助言を行う役割が期待される。このためには、県や県保健所は、事前に精神保健福祉センターや他の資源との連携の在り方を検討しておく必要がある。また、この対策本部は「こころのケア」を銘打っても、医療や保健といった他の活動と連動して展開していく必要がある。他領域の活動と連携をとり「こころのケア」を災害対策の中に位置づける必要があるが、円滑な初動には、実際の活動の方向性を示すマニュアルや経験者のアドバイスの活用が求められる。

2) **初動時の精神保健計画の立案には災害時精神保健専門家や災害対応経験者による、災害精神保健体制や活動に関する助言が必要である。**

災害は多種多様であるので、その種類の災害対応経験者の助言、支援は役立つ。現在では、災害時の初期対応としては、心理的応急対応(Psychological First Aid: PFA)(4, 5) に代表されるような、心理的側面に限定せず「害を与えない」というファーストエイドの対応が一般的には勧められている(3)。しかし、精神保健専門家のなかにも、初期から ASD/PTSD の積極的予防を推進するものもあり、これらの方針の適否の判断がつかない時には、現場にかえって混乱をもたらしかねない。そこで、平常時からその地域の災害精神保健マニュアルの作成等を通じて対応方針を検討しておく必要がある。

また、外部からの災害精神保健専門家は、災害精神保健に関する一般的知識や経験を、その地域の個別状況にすり合わせる姿勢が求められ、被災現場の担当者は、これらの意見を助言として参考にし、現場に即した対応をすることが求められる。

3) **県が被災状況や他機関からの情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供する。**

災害時の情報発信の一元化は必要である。正確で時宜を得た情報発信は、住民の不安軽減にもつながる。しかし、この情報発信の主体については、災害の規模、場所、といった種々の条件で規定される。場合によっては、県内部での情報システムの整備不足、被災地と県との物理的距離によって必要な情報が集まらないことも想定され、情報が円滑に伝達されなかった場合に、行政に対する不信感が増し、流言飛語の土壌にもなりうる。また実際には、消防・警察、日赤やメディアのほう情報が情報収集力を発揮する場面もある。災害時のコミュニケーションはこころのケアに対して重要な意味をもつので、事前に情報入手、発信

の経路を整理しておく必要がある。

## 2. 保健師活動の課題

### 1) 平常時から、保健師とその他の機関の関係者間での役割分担の明確化と日常業務における連携が必要である（例：自殺対策連絡会などの関係者の横のつながりを活用）。

「平時にできていないことは危機時にできない」という意見に代表されるように、日常業務において顔の見える関係で連携しておくことが重要である。平常時に機能している様々な地域保健等のネットワークとして以下のような取り組みがある。

#### 具体的なネットワークの例

##### i) 地域保健・医療関連

行政での保健医療福祉に関する研修会や連携の機会、精神保健関連では、地域精神保健福祉連絡協議会及び担当者連絡会議やその他、自殺対策、ひきこもり、障害者自立支援、退院促進に関する会議や研修・検討会など

##### ii) 子供・学校関連

教育委員会、スクールカウンセラーとの連携、特に虐待事例を通じた連携

##### iii) 危機管理関連

特定の事件・事故ごとの中長期的な対応協議会、マニュアル作成検討会、要支援者システムに関する会議等

以上のような既存のネットワークを生かして災害時に対応していくとよい。ただし、自分の専門外の領域との連携、また実践的な取り組みには課題が残るといった意見が多くあった。

## 3. 活動・支援記録

### 1) 支援者の交代の際に、業務の円滑な引き継ぎができるように支援記録を作成する。

地元での継続的な支援を可能とするために、外部支援者からの引き継ぎ用の支援記録は必須である。実際には、記録する時間的余裕がないので、事前に簡便な統一的な様式の準備が必要である。現地の保健師は災害時に忙殺されるので、外部からの支援者が記録の整理の役割を担うことも期待される。

### 2) 復興時の保健活動の通常業務において災害時支援の経緯が分かるように、通常業務記録からも災害時対応の記録が参照できるようにする。

災害時の対応のみで支援が完結できない事例に対しては、災害時の対応が分かるような支援記録を残すことが必要である。しかし、実際には、時間的制約のなかで実施が困難なこともあるので、全例ではなくハイリスク者や要支援者（独居老人、難病、特定疾患など）に限定したり、二重の記録にならずに参照できるような記録方法の工夫が必要である。

#### 4. メディアへの対応

##### 報道について、県に窓口を設定し、情報の発信を一元化する。

情報発信を一元化することについては賛成の意見が多かった。窓口を県とするか、現地の市町村にするかは、災害の規模によるだろう。また、現場から離れた県からの情報は信憑性に欠け、信頼感を得るのが困難ではないかという懸念や、情報を一元化したとしてもメディアは現地に駆け付けるといった現状も指摘された。正確な情報を発信するためには、平常時からこころのケア活動について、勉強会などを通じて理解を深めたり、こころのケア対策本部でも広報担当者を設けるなどの対応が必要である。また、情報の一元化を原則として、一方で、関係組織と連携をとりながら、情報を定期的に発信する取り組みも求められる。

##### 参考) 専門家アンケート結果から～メディアとの協力

初期対応にあたる精神保健および地域保健関係者は、メディアとの適度な協力を望んでいると思われた。今回の東北関東大震災の被害状況では、安否確認も困難な状況である。被災者がメディアの報道を受けることで、自分の安否を伝えることにもなる。しかし、精神保健専門家の立場からは、辛い体験に関する過剰な取材は控えることが望まれる。

精神保健専門家らが、メディアに期待していることは、被災状況・安全に関する情報発信、心理教育やストレス対応法、そしてモデル的取り組みに関する情報発信である。しかし、イメージが先行する報道、プライバシーの侵害、メディア対応への負担、対応者のスキル不足などの負の側面によって、積極的な協働にためらいを感じているという意見もあった。情報がひとり歩きしないように、事前にメディアに意識的に働きかけ、準備をしたり、理解を深める取り組みをする、情報発信に関する配慮を求める（二次被害を起こさない配慮）、精神保健専門家の中でメディア対応専従者を定めておく、といった取り組みが求められる声が寄せられた。以下に代表的なコメントを提示する。

「(メディアに対応する) 担当者を決めておくことが良いと思います。現場は混乱するので現場で対応することは無理だと思います。」

また、直接支援者は、個人情報の管理上、メディアとの緊密な協働は困難であり、行政担当者がメディア対応窓口として適任であろう。直接支援者は支援に集中するために、そして個人情報漏洩のリスクを最小限にするためにも、メディア対応は避けた方がよい。

「直接支援者は、個人情報の管理上、メディアとの緊密な協働は困難であり、行政担当者が窓口として適任であるという意見に賛成であり、実際にそのように対応し、よい結果を得た。」

しかし、メディアの接触を避けることはできないので、一般向けの情報発信をしたり、情報公開できないのであればその理由を説明するといったプロアクティブな対応法も示唆された。

## II. 災害時こころのケアのあり方

### 1. 基本的こころ構え

#### 1) 初期対応では、被災者が安心感を得られるような対応がすすめられる。

被災初期での安心感の提供には「現実的かつ確かな対応」が重要である。被災者が安心感を得られるようにする具体的な方法としては、①情報の提供（安否確認、衣食住、問い合わせや相談・支援の窓口、短期的な見通し）、②現実的な問題への対応（防災体制、衣食住の保障、生活支援、身体的問題）、③支援者の態度（寄り添う、傾聴）があげられる。このような支援を提供する際には、被災者の受け入れ状況やニーズを確認する必要がある。情報の提供にあたっては、根拠のない安心感の保障はかえって問題があることから、他部門との連携や情報収集などを行い正確な情報を提供することがとめられる。急性期の混乱状況においても、被災者にこころのケアを押し付けない姿勢が必要である。

#### 2) 初期対応では、共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供する。

被災者に共感的な態度で接することは重要である。しかし、「(共感)できないこともある」ので、支援者の教育や、支援者の限界の自覚が必要である。また、安易な共感はいさむしよくないという指摘もあり、やはり共感的な態度を示せるような訓練は必要であろう。

「具体的な支援」としては、「衣食住や落ち着けるスペースの確保」、「被災者のニーズに沿った具体的な支援」、「医療の確保」、「安心して過ごせる場所の提供」などがあげられた。このような具体的支援の提供には、行政や医療と密な連携を作ることや避難所間の支援の格差をなくすことが重要である。また、実際には具体的な支援が提供できなかったり、確約できないこともあるので、このような支援にあたっては、すべてを満たすことができない限界を理解することも必要である。

### 2. 初期対応における精神保健専門家の役割

#### 1) 被災後 1~2 週間位では、精神保健専門家は、急性期医療専門家と連携して被災者および支援者の精神的問題の対応にあたるのが望ましい。

被災後急性期において、精神保健専門家が他の医療関係者等と連携を行って専門的な対応を提供することが重要であることについては合意が得られた。急性期の医療関係者にとって精神保健専門家のバックアップの体制は特に困難事例の対応に当たるうえで、安心感を得られるので重要であろう。また、プライバシーの保護が十分でない避難所においては、精神保健的支援をうけることへのスティグマやためらいも住民にはあるので、住民が避難所にいるあいだは、一般の医療保健活動と連携して対応することが望ましいという意見もあった。

連携にあたっては、被災者は医療を受けている人ばかりではないので、医療専門家だけでなく、地方自治体（行政職員や保健師）や相談機関との連携も必要である。現場では急性期医療専門家と連携するのは困難なので、状況を把握しているコーディネーターのよう

な人（メディカルソーシャルワーカー等）がいればその人と連携を取ることも考えられる。一方、実際に支援できるスタッフがいないことや、急性期医療専門家の活動時期は範囲が精神保健活動と異なるため連携は難しいのではないかという懸念もあり、実際の現場では地域の実情等に応じた対応が必要である。

## 2) 初期には、精神保健専門家は他の急性期医療関係者、保健師、行政職員などの相談に応じ、助言を行う役割が重要である。

災害現場ではこのような助言者は必要であるという意見が多かった。このような助言を行うに当たって、上から助言するという形ではなく、精神保健専門家の側から必要性があるか聞きに行くような姿勢が必要であるとの意見があった。これは、急性期医療関係者、保健師、行政職員などが十分に精神保健の重要性を理解していない場合や相手側が助言を受ける余裕がないような状況があることから、これらの支援者の状況を理解して行うためである。形としては、「他の急性期医療関係者、保健師、行政職員などから「困ったケース」として挙がってくる人たちをバックアップする体制」がよいのではないかという意見があげられた。

また、ボランティアや保育士、教員なども専門的な助言を必要としていることもあるので、広く対応できる体制づくりがのぞまれる。このような助言できる体制は、初期だけでなく、中長期的にも必要であり、それぞれの職種と連携して行っていくことが重要である。

### 参考) 精神保健専門家の役割

初期対応は、基本的には精神保健の専門家以外の急性期医療対応者や保健師などが行う、精神保健専門家がその専門性を前面に出して被災者に対応しない、助言やスーパーバイザーとして対応し、初期対応で直接関与はしない、といった方針には、いずれも適切とする合意は得られなかった。理由としては、初期から専門家が関わることも必要であるという意見が多く挙げられた。専門家として関わる場合としては、以下のような場合がある。

- ① 精神科医療機関が壊滅している場合（治療中断者へのケアなど）
- ② 自殺のリスクのある場合
- ③ 緊急な精神医療の必要性（急性ストレス反応、アルコール離脱、精神運動興奮など）
- ④ 遺族への対応

しかし、一般の被災者に対しては、初期から活動することは必要だが、専門性を前面に出す必要はないという意見もあった。その理由としては、「被災地域での精神科の救急医療体制が機能していれば（専門性を前面に出すことは）必要ない」、「被災者は、とくに発災直後には、「地震でこころ傷ついた弱い人間と思われたくない」という気持ちが強いので。そのことに対する配慮は不可欠」などが挙げられた。

これらのことから、精神保健の専門家は、専門的な対応の必要な被災者に対しては初期

から専門的に関わる必要があるが、被災者の心情や被災地の精神科医療機関の状況などを踏まえ、一般被災者には専門性を強調しない形で関わっていくことが望ましいという共通見解はあると考えられる。

### 3. 初期対応

#### 1) 被災者に対応する際には、誠実に対応し、広く問題に対応しようとする姿勢で接することが重要である。

ここでは、被災者に接する際に狭い専門性だけで接するのではなく、被害者の抱える様々な問題に対応しようとする姿勢が重要であることを示している。ここでいう「広く問題に対応しようとする姿勢」とは、「被災者のニーズに合わせた援助」であり、「柔軟な」姿勢で問題に臨むことである。もちろんこれはすべての問題に対応するという意味ではなく、対応できない問題については他の支援機関を紹介することである。

#### 2) 被災者の疑問に対して不正確な情報を伝えないように、できるだけ確認をして伝えるように努める。

被災現場では、様々な情報がとびかっていることが多い。被災者は不安から不正確な情報や流言に左右されやすいので、正確な情報の提供が求められる。また、視覚障害者、聴覚障害者、日本語を話せない外国人などには一層の配慮が必要である。情報提供の際には、十分な情報収集や確認、どのように伝達するかが重要である。情報提供の際の留意点として以下のことがあげられる。

##### ① 伝達すべき情報の確認

- ・ 被災地域での災害対策本部及び地域の区長・担当者等に情報の確認を行う
- ・ 支援に入る前に十分に現地の情報収集を行う
- ・ 外部からの応援支援者がいる場合はとくに、活動前のミーティング等で情報の確認を行う
- ・ 事前に問われると思われる内容を調べて、関連機関と連携をとって確認する
- ・ 現場に入るスタッフは、事前に答えても支障がない回答の範囲を統一するなどしておく

##### ② 伝達の仕方

- ・ 被災地では通常の伝達機能が働かないことを想定して対応することが必要（例：被災現場では確認している間に被災者と会えなくなるため伝えられない可能性がある）
- ・ 何時の情報と断ったうえで提供する
- ・ 確認に時間がかかる旨を伝える
- ・ 嘘のない範囲でできるだけ先延ばしせずに伝える
- ・ 必ずしも正確でない場合には、その点も伝える

3) 一般的には、いきなり精神的な面について問いかけるのではなく、まずは当面の心配ごと、体の状態などから問いかけていくことがすすめられる。

この項目については 90%以上の支援者の合意が得られた。具体的には、被災者に対しては、身体の状態、被災の状況などから尋ねていくことである。その理由としては、被災者の精神面の問題の多くは当面の心配や体のことと関連していることがあげられる。また、実際に話しかける場合には、本人の状況を把握してそれにあわせて対応することが必要である。

4) 不安や恐怖に圧倒されていたり、呆然としている被災者には、言語化させるより、側に寄り添うなど共感的に安心感を与える接し方をすることが望ましい。

上記のような被災ストレス反応が強度の被災者に対して、言語化させるようなアプローチよりは、それにこだわらず安心感を提供する関わりを行うことがよいとする意見が多かった。また、必要に応じて、薬物療法を行う判断も考慮すべき点も指摘された。

安心を与える接し方の具体例として以下のような例があげられた。

- ・ 優しい言葉を使うこと（方言も必要）
- ・ 「今ここ」は安全であることを丁寧に伝える
- ・ 現在困っていることなど現実的問題に焦点を当てる
- ・ 相手が話す場合に傾聴する
- ・ むしろ言語化できる現実的なことを受け止めて安心感につなげることが大切である
- ・ 被災者の圧倒されるような感情によりそのような対応（圧倒されるような感情に支援者が言葉を添える、そばに行き、背をさす・手を握るなどの大変さを共感する接し方）\*注意：身体接触については、驚いたり不快に思う被災者もいるので、事前に同意を得る等の注意が必要である

#### 参考) 被災者へのアプローチ

「症状の有無を問わず、精神保健専門家は、(相手の求めがなくても)できるだけ被災者に接するようにするのが望ましい」という方針には合意は得られなかった。精神保健の専門家は、保健師などが必要と判断した被災者に接するほうがよいという意見が挙げられた。一方で、被災者で精神的影響が大きい人は、むしろ自分から助けを求めない傾向もあるので、こちらからできるだけ接することができるような機会をつくることは重要とする意見もあり、精神保健専門家に限る必要はないが、被災者に早期に接触する人が精神的介入の必要性を判断し、精神保健専門家と連携できる体制が必要である。

また、「激しいストレス反応を呈している被災者には積極的にアプローチするのが望ましい」という方針にも十分な合意は得られなかった。これは、「積極的」という言葉が不明確であった点に問題があったと考えられる。例えば、医療が必要な場合では積極的に介入す

る必要があるであろう。しかし、積極的という言葉が必ずしも緊急性のない場合には、むしろ侵襲的であるという印象を与えたかもしれない。ここでは、精神的支援や介入が必要な被災者がいる場合には、相手の求めがなくても、訪問や声掛けなどの積極的な関わりを行うような方法が考えられる。

**5) 被災者にそれぞれの体験を詳細に語るよう勧めてはいけない。**

災害直後に経験を話し合い、感情の表出を助けるデブリーフィングの方針については、適切とする意見はほとんどなく、むしろ強制してはいけないという意見が多数であった。その理由については、「強制的に話させることにはリマインダーの強化などのリスクがある」、「仕事などですべきだったことができなかつた経験を話しかえって傷つく人もいる」など、十分な準備のないまま話すことで被災者の状態が悪化する危険性があげられた。よりよい対応としては、「本人が自発的に話すのを待つあるいは本人が話したくなった場合に傾聴するのがよい」、「体験を詳細に語れる時期を待ち、語れる場作り（健康相談等）をする」、「被災者から話が出れば受け答えをしてあげる」などの被災者が話しやすい環境作りをしたうえで、求めに応じて行くとよいという意見が多かった。

**4. アセスメント・スクリーニングについて**

**1) 精神健康の問題が継続している人について、精神保健専門家は専門的なアセスメントを実施する。**

災害以前から持続している精神健康上の問題を抱えている人は、災害後に精神健康面の問題が起りやすいため、災害時だけでなくその後も継続して支援する必要がある。特に自殺等の危険がある人には、アセスメントを実施すべきである。「精神健康の問題が継続している人」はストレス反応が持続している状態なのか、災害以前から続いている精神疾患や問題なのかで対応が異なり、専門家としてこの点をアセスメントする必要がある。

**2) 精神健康のスクリーニングはハイリスク者を把握するためであり、単なる調査目的で行ってはいけない。**

ハイリスク者の同定と支援のためにスクリーニングを行うことは望ましい。知見の蓄積ということでは、現状把握を目的とした研究も必要なこともあるという意見があったが、研究目的の調査は、住民にとって再曝露となるなど有害なことがあるので、実施するべきではないという意見もあり、両者のバランスを考えて現地の状況に応じてスクリーニングの実施について検討する必要がある。また、調査の実施機関において倫理的側面を審査し、個人と公共両者における利益と不利益を明示したうえで実施する必要がある。

**5. 災害時要支援者への対応**

**1) 災害時要支援者としては、高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障がい者、精**

**神疾患・身体疾患の既往のある人、外国人などがあげられる。**

災害時に特別な配慮が必要な人として、「災害時要援護者の避難支援マニュアル」(7)で示されている、高齢者、障がい者、外国人、乳幼児、妊婦等が該当する。また、このマニュアルでも言及されているように、特定の属性ではなく「必要な情報を迅速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために安全な場所に避難するなどの災害時の一連の行動をとるのに支援を要する人々」と、災害対応力も考慮するとよい。このような中には、1) 若い女性、家族近隣などのネットワークから取り残されている人、2) 災害救援者、行政担当者、3) 経済的困窮者、4) 必要な情報を自分で収集することに困難がある人、自分ですばやく行動することが困難な人、が該当するだろう。

また、災害時要支援者とは、その定義はあるが、個人情報の取り扱いとの関係で、平常時にこれらの人々を実際に把握することは難しく、災害時に迅速に対応できるか懸念も持たれる。事前にサービス提供者が当該リストを管理し、災害時に活用できるように整備することが求められる。

**2) 学童のこころのケアは、学校現場（スクールカウンセラー含む）や児童相談所などの学童期のこころのケア担当機関と連携することが望ましい。**

学校でのこころのケアは、県の教育委員会が主体となって、普段対応している人が対応することが望ましい。子どもの場合、「こころのケア」を前面に出して訴えたほうがなじみやすい。しかし、この場合あくまでも心理的ケアに限定される。これを、保健や医療と連携させていくことは、現状としては非常に難しく、行政の担当部署を横断して取り組むことが求められる。また、精神科医の関わり方としては、精神科医ならだれでも対応できるわけではなく、児童精神科医の関与が必要である。しかし、地域によっては児童精神科医が十分でなく、外部から応援を求める必要があるかも知れない。

**3) 幼児のこころのケアでは、親の不安に対応し、親が安定して子どもに関わることができるようにすることが大切である。**

基本中の基本の考えであり、親に対して心理教育を行ったり、具体的な生活や育児上の支援をしていくことが求められる。しかし、なかには、親の安定化を図ることが困難な家庭もあり、専門的な見極め、見守りや介入が求められる。

体験的には、平常時に気になっていたが介入できていなかった家庭が、災害を経験してケースとして顕在化することがある。こういった場合は、介入につなげる好機とも見なされ、通常の保健活動での経験やアセスメントを生かすことが求められる。

6. 精神健康に配慮したコミュニケーション

**1) 被災後初期からこころのケアに関する電話相談（ホットライン）を設置するとよい。**

電話相談（ホットライン）は比較的迅速に開設することができ、住民にとっても相談窓口を提示することで、安心感につながることもある。しかし、実際にはあまり相談件数が多くなかったり、担当者が有用性について疑問を抱くことがある。しかし、行政やメディアはその効果を過大に評価しがちであり、電話相談は、情報提供や傾聴にとどまるという限界を知って対応することが必要である。

**2) 被災後のこころの反応についての説明（心理教育）や、相談や支援の機関の情報がのっているパンフレットを提供するとよい。**

精神保健に関する心理的抵抗があるので、幅広く一般的な心理的反応や相談機関に関する情報はあると役立つ。実際に使用する時には、被災者の状況に応じて、説明を加えたり、集会などで研修やリラックス体験などと併せて、情報提供を個別化したり、情報+αを加えるなどと工夫する必要がある。また、パンフレットを配布しただけでは、自分の問題としてあまり活用されないことがあり、むしろ、「身近な方、ご家族のために」と情報を紹介するとよい。

**3) 初期には心理的反応は「異常な事態に対する通常反応」ととらえて対応する。**

一般的な理解として、初期には「異常な事態において通常みられる反応」ととらえることを適切と考えている人が多かったが、専門家としては、精神疾患の既往や、時間が経過しても持続や増悪する不安等に対する専門的評価や経過観察が必要である。集団に対する一般的な説明の仕方と、臨床場面での個別の評価とは分けて考える必要がある。

**4) 被災者には、初期の心理的反応についての情報を提供し、基本的にはそれは通常反応であることを積極的に説明するとよい。**

発災後1週間程度に見られる反応は、「異常な事態における通常反応」といった説明でよいが、メディアやパンフレットを活用して情報提供すると、その後必要な時に振り返ったり、他人に説明する際に活用できるだろう。しかし、専門家が臨床的な場面で被災者に対応する際には、積極的に「異常な事態における通常反応」という説明を行うことは勧められず、ケースごとに支援ニーズを見極め、その後の対処、相談に関する説明も加える臨床的配慮が求められる。

**5) 被災者には、広くメンタルヘルスについての情報（相談窓口や、講演会などの情報、アルコール依存症の予防や一般的な被災者の反応についての普及啓発用パンフレット）が提供されることが望ましい。**

被災者一般に集団を対象にした形で、心理反応等についての情報提供が必要であるとする意見が多かった。その際、後で読み返せるパンフレットを用いることがすすめられる。しかし、避難所には、様々なことについての普及啓発用パンフレットやポスターが提供さ

れることが多く、ただ掲示するだけでは情報が伝わらないこともあるので、口頭で伝えるなどこのような情報の提供方法や伝達に工夫が必要である。

提供する内容としては、「相談窓口」、「講演会等の案内」、「災害時のメンタルヘルス問題が特別なものではないということ（異常な事態に対して通常みられる反応である）」などがある。このような心理教育は、急性期だけでなく、中長期においても必要である。また、被災者が職場に復帰した場合や、支援者のメンタルヘルスのためにも、職場の上司等を対象にした心理教育の実施も役立つであろう。

#### 参考) 悪い知らせの伝え方

「動揺させるといけないので、強いストレスを感じている人には悪い知らせ（突然の親族の死亡など）は差し控えるのがよい。」といった方針に合意は得られなかった。悪い知らせを伝えないことでの悪影響、伝えたことでの悪影響を紹介する意見がそれぞれあった。

「実際的には困難。また、差し控えることで生じる不都合もあると考えられる。」

「配慮し、後で知らされることでひどく傷つく人もいると思う。」

しかし、災害や事件の性質、サポート体制（公的、私的なものも含めて）等を勘案して、ケースバイケースの対応が求められる。また、伝えることの是非よりも、伝え方やその後のフォロー体制の整備が必要であろう。

### III. 外部支援のあり方

#### 1. 外部支援受け入れの判断

##### 1) 災害直後には、土地勘のある県内チームによって現地の情報収集をしてニーズを見極める。

局地災害であれば、土地勘のあるチームが現地の情報収集をすることが可能であり、このような体制がとれることが望ましい。しかし、大規模災害のときは支援者も被災者となるため、県内チームを集めることは難しいと考えられる。また、土地勘があるスタッフは県内よりもさらに小さな地域の援助者である場合、直後は活動できないことも多い。そういった場合には、県外のチームが土地勘のあるスタッフと一緒に活動することも有効である。また、土地勘のある現地のスタッフからの情報提供と指揮命令系統が確立できていれば、必ずしも土地勘のある県内チームでなくても現地のアセスメントは可能であろう。

##### 2) ニーズを見極めた上で、県内外からの外部派遣を調整する仕組みを構築するとよい。

この項目自体は望ましいが、実際には災害の規模や特徴による。災害規模によって外部からの応援が必要か否かの目安がある程度把握できる場合もあるが、実際には多くの場合、ニーズを短期間で見極めることは非常に困難であり、ニーズの見極めと外部派遣の調整を同時進行させるしかないであろう。外部からの支援は被災後早期から入ってくるので、初期から連絡調整を行なう仕組みを構築する必要がある。また、ニーズを見極める時点から外部派遣者、特にスーパーバイズが可能なレベルの専門家の支援を受け、ともに活動することで、その後の支援の計画を立てつつ外部からの派遣を調整することが可能となり、より適切な支援が展開できるかもしれない。

#### 2. 活動導入の仕方

##### 1) こころのケアチームは、医療・保健ミーティングなどに定期的に参加し、情報交換をする。

「こころのケアチーム」とは、精神科の専門的治療や一般住民への普及啓発活動などの精神保健活動（狭義のこころのケア）を実施するために、外部から現地へ派遣される専門家のチームのことである。

「医療・保健ミーティング」とは、被災地において医療・保健活動を行う全てのチーム（災害医療派遣チーム(DMAT)、日本赤十字社（日赤）、被災地の保健所、市町村保健師、医師会等）が一日に複数回集まり、情報交換や活動報告等を行う場のことである。

##### 2) こころのケアチームは、医療・保健の他領域の関係者に、こころのケアの対応方針について理解を得るよう努める。

こころのケアチームとして、どのような方針で被災地での支援を展開していくかという

ことについて、他領域の関係者から理解を得ておくことは、お互い連携していくうえでも、またこころのケアチームの支援者自身の精神健康のためにも、重要である。他領域の関係者から理解が得られていない支援は、被災者にとっても利用しづらい。

### 3. 外部支援こころのケアチームの活動

#### 1) 外部支援者は、現場のニーズに応じて柔軟な支援を提供する（過去の被災地支援体験は必ずしも現在の状況にそぐわないかもしれないことを念頭におく）。

外部支援者は、自身の過去の支援体験を生かすことは重要であるが、それが被災地へのおしつけになったり、被災地の支援者を無力化したりすることにつながる可能性があることには注意が必要である。また外部支援者は、後続のチームや現地の支援者が引き継げないようなことを安易に始めてはいけない。

#### 2) 外部支援にあたっては、必ず被災地の行政の許可を得て支援にあたり、地元の精神保健・医療との連携のもとに支援を提供する。

この項目自体は当然だが、許可を与える行政が崩壊していることもあり、そういった場合にはやむを得ず多少「勝手」にやらないといけない場合があるかもしれない。また、外部の機関としても、被災地の行政の許可のもと被災地で他機関と連携できないような支援者、具体的には「自分の指示を守れないのか」「自分の寝る場所が確保されているのか」といったことを現地に求めるような行動をとる支援者は、それぞれの支援者が所属する機関で責任をもって派遣しないことが必要であるといった意見もある。

#### 3) 外部支援にあたっては、被災地での居住、食料、備品等は基本的に自身で用意し、被災地に負担をかけない。

この項目自体は当然だが、災害の規模によっては、営業しているホテルや食堂等があれば、それを使用することで、地域経済への貢献となるかもしれない。

#### 4) 被災者に安易な投薬は行わない。複数の機関から処方されている可能性がある。医療チームとこころのケアチームからの睡眠薬の二重処方や、依存者や転売する者の存在へ、注意を喚起する必要がある。

#### 5) 外部支援者は、一時的な介入なので、患者を抱え込まず、地域の精神保健につながるようにする。

ただし、外部支援者が短期で解決できるものは解決しておかないと、外部支援者が関わったケースをすべて被災地の機関へつないでしまつては、被災地が対応しきれない。また、外部支援者として少しだけ関わってあとは現地に押しつけてしまうことになっては、被災地が困るだけである。外部支援者としては、いずれ自分たちが撤収することを想定して、

そして自分たちが被災地の支援者であったなら、外部支援者にどうふるまってもらいたい  
かということを考え、支援することが重要である。

#### 4. 派遣期間

甚大災害において外部派遣チームが十分な臨床活動をするためには、支援の内容や、被災規模、被災地域の人的資源、地理的条件により多少異なるであろうが、ひとつのチーム（同じメンバー）は、前後一日の引き継ぎも見込み、最低 1 週間程度の滞在が必要だと考えられる。1 週間では短いとの意見もあるが、支援者のストレスと通常の業務から離れる限度を考慮すると妥当であろう。また 1 週間より短い場合には、引き継ぎや被災地職員によるオリエンテーションの頻度が膨大となり、かえって被災地の負担が増える。

#### 5. 専門職ボランティア

##### 1) 医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアは、個人情報共有やチームでの支援を円滑に行うために、組織を通して派遣されるべきである。

専門職として支援を行う際、組織を通さずに個人で被災地へ支援に入ることは、極力控えるべきである。被災地の支援者、被災者両者にとって、各個人からの度重なる支援の申し出は迷惑であり、疲弊を招くもとである。また、被災地の行政や臨床の実務者としては、何か問題があったときの責任の所在が明確でなく、適切な対応をとることが難しくなる。ただし、災害医療派遣経験豊富な専門職であれば、単独で支援に入ることも可能という意見や、自分が組織に所属していることが問題なのではなく、現地で組織的な活動ができるかどうか問われる、といった意見はある。

被災地としては、現地での受け入れ態勢や、受け入れた後のコーディネーションが確立できていれば、個人の支援者でも受け入れられるかもしれないが、その際にも、個人の資格や経験、教育、適性など、確認しなければならないことが多く、注意が必要である。

#### 参考) 専門職ボランティアのあり方

「医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアが個人で被災地に支援に行く際には、医療、心理療法等の支援を行うべきではない」という方針には、専門家の間で意見が分かれた。専門職ボランティアが個人で専門的支援を行うことに対する反対意見としては、専門職という責任ある立場上、その信頼性や何か問題がおきたときの対応法を確保するため、単独の行動は許されず、専門的支援を行う際には組織に参加することが必須となるといったものである。必ずしも反対とはいえないという意見としては、状況やその個人の力量によるといった意見が多い。現地で個人の支援者を組織化する仕組みが作られており、地元と連絡調整がとれ、役割として任されるのであれば、専門職ボランティアが個人で被災地に支援に行き、専門的支援を行うことも可能かもしれない。しかし、個人で被災地に支援に行くことは、被災地の負担を増やす可能性がある。また、被災地の行政や臨床の実務者としては、何か問題があったときの責任の所在が明確でなく、適切な対応をとることが難しくなる。ただし、災害医療派遣経験豊富な専門職であれば、単独で支援に入ることも可能という意見や、自分が組織に所属していることが問題なのではなく、現地で組織的な活動ができるかどうか問われる、といった意見はある。

災地へ行ったとしても、個人で被災者と接触するという事態は避け、勝手な支援は慎むべきであろう。あくまでも、災害対策本部等、被災地の指示のもとに活動するべきである。

個人での支援では、正確な情報を入手することや、フォローが必要なケースを支援することに対する限界が大きい。その場限りの単独の支援より継続性のある支援の方が重要である。また、どこで誰がどのような支援をしているかについて、災害対策本部や関係機関間で把握できていないと、現場の混乱をまねく。ただし、基本的に個人での支援は行わないが、目の前で支援を必要としている被災者がいた場合には、やはり支援を行う必要があることは否定できない。

専門職ボランティアが個人で被災地に支援に行くことについては、専門家から多くの意見が寄せられた。以下に、各地域において判断する際の参考となると考えられる意見を例示する。

「専門職は、個人ボランティアとして活動すべきではない。公的支援チームに入るか、非専門家として活動するかどちらかであろう。」

「支援者の能力にもよるのだろう。能力のある支援者は、個人でできる限界を理解されていると思います。」

「専門職ボランティアが個人で被災地に入って専門的支援を行った時、その行為や人物の信頼性の担保、何かあった時の責任の所在、全体の支援の流れを無視した形での支援に果たして妥当性はあるのか、難しい問題だと感じます。」

「同時多発的な災害では背に腹は変えられないかもしれません。登録制度など、地域が活動を把握できる仕組みが必要かもしれません。」

#### IV. 支援者のストレス対応

##### 1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築

###### 1) 災害発生時の出勤体制および連絡手順について、一定の目安を事前に定め、それをもとにして災害の状況に応じて臨機応変に対応できるようにしておく。

詳細な手順を決めるには災害の現場はあまりに多様であるため、臨機応変な動きは必要であるものの、臨機応変に対応するためには基本的な目安が必要であるため、まずは何が目安であるのかを知ることが大切である。目安とするものについての準備に関しては、各機関で予め手順を決めておくことが求められる。また、必要に応じて災害発生時の連絡先や報告の方法書式なども決めておくが良い。

###### 2) 被災時の職員の勤務の在り方、特に休息・休養を取ることの必要性について組織全体が把握しておくためのマニュアル作成あるいは研修を実施する。

過重労働は職員のメンタルヘルスに多大な影響を与え得るため休息が必要ではあるが、実際の現場で十分な休息をとることは現在のところは不可能であることが多いという問題がある。特に市町村職員の場合は、居住地域と勤務の場所が近いため、休息・休養をより難しくするという現実がある。そのような背景から、安易なマニュアルや研修は逆効果になる可能性になるとの指摘もあった。このような現状を打開するための方策の一つとして、管理職が職員の休息の必要性に関する意識を持つことが専門家からのコメントとして挙げられた。

##### 2. 職員の休養・休息

###### 1) 被災地域での業務の間に、職員休養のための機会を設ける。

この項目は合意に至ったが、現状としては休養できない状況にあるとの指摘が多くなされた。しかしながら、管理する立場の職員にも実際に現場で働く職員にも、休息が必要であることを意識するよう促すことが必要であり、休養できない現状をやむを得ないとするのではなく、必要性を提唱するなど、前向きに実践していくことが求められている。

休養を取るための具体的な対策として、派遣中には被災地を離れたり、避難住民のいない職員だけが過ごせる場所を設けて休養することが挙げられ、派遣後には確実に休みを与えることが必要であることなどが挙げられる。さらに、職員に対してそれらの対策をアドバイスする機会を設けることについても検討が求められる。

なお、職員の休養のために、福利厚生・慰労の機会を設けることについては、不要であると明確に指摘するコメントが複数あった。理由としては、それ自体がストレスになるということや、形あるものではなく「劳われている」と感じられるような他の職員の気持ちが大切であることが挙げられた。

### 3. 被災時に派遣された職員への支援

#### 1) 派遣後、チーム内で派遣体験の振り返りを行うミーティングや、健康状態を把握するために、スクリーニング面談ができる体制をつくる。

この項目に関しては合意が得られたものの、強制をしないことが重要であるとの意見や、スクリーニングに関しては疑問を示す意見もあった。このことから、どのように運用するかについては、各機関における検討が必要であると考えられる。また、実際に派遣後ミーティングをもって体験を共有することでクールダウンに役立てているという職場もみられている。

#### 2) 被災地に派遣された職員が、派遣後に休養できる期間を設ける。

派遣後には身体面でもメンタル面でも休養が必要であるが、現実にはその実現が不可能であることが多いのが現在の状況である。しかし、仕事を休むことで仕事がたまるという状況を差し引いても、長期的に考えると休むことが必要であり、派遣された職員が休めない状況や仕事が滞るのを防ぐためには、被災地へ職員を送り出す職場が理解を深め、派遣された職員に対する休養の体制を整えたり、事前に業務調整をするなどして、派遣後に仕事がたまらない工夫が求められる。また、派遣された職員にとっても、休養をとることも業務の一つという意識が求められる。

#### 3) 被災地に職員の派遣を行った組織では、災害時の職員の派遣を、派遣された職員だけでなく、派遣されずに組織に残り、通常業務をカバーした職員も含めた組織全体の活動として、位置づける。(例えば、派遣終了後、派遣された職員が活動の報告を行い、体験を共有する機会を設ける。)

被災地での経験は貴重な研修の機会ともなることから、職場へのフィードバックが勧められる。しかしながら、その実現のためには被災地への派遣に関して職場の理解が必要であることを始め、種々の問題も山積している。また、(例えば...)以降の文章に抵抗を感じるという意見もあったことから、どのように運用するかについては、各機関の現状に応じて選択することが望ましいと考えられる。

### 4. 支援者のセルフヘルプ

#### 1) 平常時の研修でセルフケアについての啓発、教育を十分に行う。

「自分自身や他者の怒りに対処する技法が重要」「研修というよりも、業務外のお付き合いといった形のほうが自然だろう」と、内容や形態に関する具体的な意見があった。また、実際の職場の研修で、被災者の心理的支援と救援者のストレスマネジメントが取り入れられているというコメントもあった。

---

災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版

エキスパートからの提言

臨床家調査の結果から

発行日 2011年3月15日（バージョン1.0）  
作成 鈴木友理子、深澤舞子、中島聡美、成澤知美、浅野敬子、金吉晴  
（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部  
発行 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（精神障害分野））  
大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究（主任研究者：金吉晴）

---