



# 災害時のこころのケア

—心理支援, 医療・福祉, 生活支援—

付属文書編  
(Ver.1.0 2015.3)

筑波大学医学医療系精神医学  
朝田 隆 監修





---

## 付属文書とは

このパートは、本文を補うために作成されました。災害対応のマニュアルは、長すぎると概要がつかめませんし、短すぎると実践に際してのポイントが掴めません。

そこで、この冊子では、読者が具体的な対応方法がわかり難いとお感じになるかもしれないと思われる部分に、特に注目しました。

そして実践例を見聞きして、とくに実用性に優れていると思われる文書を選抜し、その中からエッセンスを抜き出して一つにまとめました。

これがすべてとは決して申しませんが、具体的な対応策を講じる一つのヒントになれば幸甚です。

---

# 災害時のこころのケア—心理支援, 医療・福祉, 生活支援—

## 付属文書編 (Ver. 1.0 2015.3)

付属文書とは

I	「災害時のこころのケア」	1
II	「災害時のこころのケア対応マニュアル」	4
	① 避難所覚え書き	4
	② 支援者のメンタルヘルス	4
III	「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」	5
IV	「宮城県災害時こころのケア活動マニュアル」	11
V	「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版」	12
	① 1. 被災者に近づき、活動を始める	12
	② 2. 安心と安全感	12
	③ 3. 安定化—必要に応じて	13
	④ 4. 情報を集める—いま必要なこと、困っていること	14
	⑤ 5. 現実的な問題の解決を助ける	15
	⑥ 6. 周囲の人々との関わりを促進する	16
VI	「避難所における良好な生活環境の確保に向けた取り組み指針」	17
	① 指定避難所の指定等	17
	② 福祉避難所の整備	17
VII	「避難所—首都直下型地震に備えて事前に知っておきましょう—」	18
VIII	『日本病院薬剤師会雑誌』	22
	① 投薬の中断で起こりうる問題と対処法	22
	② 災害時に困らない「医薬品とその情報管理とは」	23
	③ 災害時の医薬品使用において患者が困らないための薬剤師から患者への伝達事項	24
	④ 次に備える, 東日本大震災の実経験から	24
	⑤ 医薬品の物流について	24
IX	「避難所での認知症の人と家族支援ガイド」	26
	① こんな環境を避難所で作りましょう	26
	② 避難所で起こったこと～認知症の人と家族はどのような状況になっていたのでしょうか?～	26
X	「東北地方沖地震に被災された方の不眠症状への対応」	28
XI	『復興の道なかばで 阪神淡路大震災一年の記録』	29
	① 被災地内部から	29
	② 来援精神科医のメンタルヘルス	29
	③ 医師の頑張りにも限度がある	30
	④ 最初は誰も災害精神医学を知らない	30
	⑤ 精神科救護所の役割	30

⑥	精神保健上の問題の推移	30
⑦	息抜きは欠かせない	31
<b>XII</b>	<b>『震災こころのケアのかけはし』</b>	<b>32</b>
<b>XIII</b>	<b>「避難者支援の経過 こころのケアチームの支援活動を通して」</b>	<b>41</b>
<b>XIV</b>	<b>「被災地での運動介入について」</b>	<b>42</b>
<b>XV</b>	<b>「災害救援者・支援者メンタルヘルスマニュアル」</b>	<b>43</b>
<b>XVI</b>	<b>「災害時の心の健康法—セルフケアと組織対策—」</b>	<b>44</b>
①	「隠れた被災者」と呼ばれる被災地職員	44
②	セルフケア	44
③	発災後にストレスを軽減する環境	46
④	組織のトップや管理監督者の立場から	48
<b>XVII</b>	<b>「被災地警察職員の心のケア」</b>	<b>49</b>
<b>XVIII</b>	<b>「被災した時に 生活再建の手引き」</b>	<b>50</b>
①	「り災証明書」って、なに	50
②	被害調査とは？	50
③	生活再建における支援	50
<b>XIX</b>	<b>『東日本大震災・被災者支援のためのサポーターワークブック』</b>	<b>52</b>
①	みなし仮設（民間賃貸借り上げによる応急仮設住宅）の課題	52
②	被災者の生活状況の変化とサポーター活動のポイント	53
③	チームで行う生活支援	55
④	仮設住宅支援におこりがちな「落とし穴」	56
⑤	仮設住宅からの転居が始まる時期（初期段階）の出来事と支援のポイント	57
⑥	仮設住宅からの転居が進んだ時期（中期段階）の出来事と支援のポイント	59
⑦	仮設住宅から閉鎖時期（後期段階）の出来事と支援のポイント	61
<b>XX</b>	<b>『自殺の危険』</b>	<b>62</b>
<b>XXI</b>	<b>「久慈地域における自殺対策の取り組み」</b>	<b>64</b>
<b>XXII</b>	<b>『精神医学雑誌』「災害時の病院避難計画のための基礎」</b>	<b>70</b>
<b>XXIII</b>	<b>「東日本大震災後の被災 3 県の自殺率：3 年間の月別推移の時系列分析」</b>	<b>71</b>
<b>XXIV</b>	<b>「要介護認定率の推移」</b>	<b>72</b>

## I 「災害時のこころのケア」

出典 日本赤十字社「災害時のこころのケア」 [http://www.jrc.or.jp/vcms\\_lf/care2.pdf](http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/care2.pdf)

### 援助者のストレス処理法

救護活動から来るストレスは、派遣前の準備の段階から始まっており、被災地での任務中はもちろん、任務を終了して帰還した際にも生じることを理解していなければなりません。したがって、ストレスの処理も派遣前、任務中、帰還後のそれぞれの時期における処理が必要なのです。

また、ストレスの処理には自分で行う自己管理と、救護班などのチームや所属組織による支援とがあります。

#### 1. ストレスの自己管理

##### (1) 派遣前の準備

救護の派遣は一般的に急遽決定されることが多く、派遣までの期間も短いのが普通です。したがって派遣が決まってから短期間に救護活動の準備をするとともに、留守中の日常業務の代行を依頼したり、調整することが必要になります。また、家族との別離に対する備えもしなければなりません。

- 自分の感情の変化をありのままに受け入れて表現する
- 救護活動を自分の成長のいい機会だと考える
- 家族全員で派遣について備える
- できるだけ明るく、積極的に考える
- 自分自身や家族に対して寛容になる

##### (2) 派遣中のストレス処理

救護活動の中で受けるさまざまなストレスに対しては、ストレスの症状を自分で見極め、それに対する備えをする必要があります。それには、次のような自己管理法があります。

- 自分の感情を自然で避けられないものだと受け入れる
- 恐怖や自分でもおかしいと思う感情も人に話す
- 緊張に備えて、リラックスを心がける
- 呼吸を遅くして、筋肉の力を抜く
- 食事をよく取り、酒やタバコを控える
- 運動をする
- 自分なりのストレス処理を行う
- 要求される任務にこたえられないときは日常業務をこなす
- 日々の身の回りに起こる出来事に関与する
- 新しい任務や自由や独立性を楽しむ
- 自分の成長を自分で褒める
- 同僚や家族の気持ちを理解する
- 思い込みによって判断しないようにする
- 焦点を絞って考える
- 複雑な問題は要素ごとに分けて考える
- ストレスの症状に対して構えをする
- ストレスに対する反応は人それぞれ異なることを知る
- 周囲の制約を認識し、自分に無理をさせない
- 自分の好ましい姿を自分自身に言い聞かせる

---

そして、これらの対処法では処理できないほどの負担を感じた場合には、同僚または上司に相談することが大切です。

### (3) 帰還後の日常生活への復帰法

任務を終了し帰還することは、ただ元の生活に戻るだけの単純なことではありません。救護活動から日常生活に移行するのも大きな意識の変化が必要であり、救護活動に適応するより日常生活に戻るの方が難しいと言ってもいいかも知れません。それを意識せずに日常生活に入ろうとすると、家庭や職場でいろいろな問題を起こしたり“元に戻れない”状態に陥ることになります。

- 任務が終わったということを自分に言い聞かせましょう。報告会で活動報告をしたり、体験を記録したり、体験から学んだことを将来に生かすことを考えるのもよいでしょう。
- 苦労したのはあなただけではないのです。あなたの家族や同僚は、あなたのいない間あなたのことを心配し、彼らなりの苦労をしてくれているのです。お互いの苦労を認め合う努力が必要なのです。ですからあなたの努力が評価されなくても怒ってはいけません。
- 日常生活に戻るときには、救護活動でいなかった時間を取り戻すつもりで家族や友人、同僚の話を聞き、人間関係を回復しましょう。

## 2. 相互援助（バディ・システム：Buddy System）

---

援助者は、誰もストレスから逃げられませんし、自分ではストレスの症状に気がつかないことも多いので、仲間同士がお互いの状態を観察し合い、助け合うことによって、前述の危険なストレスの症状を早期に発見して対処します。また、自分が独りではないことを知ることはストレスに対する抵抗力を高めます。これを相互援助（バディ・システム）といいます。

## 3. リーダーの役割

---

救護班の班長や救援チームのリーダーは、班員やメンバーの安全だけでなく、ストレスについても配慮する責任があり、必要な心理的支援を行わなければなりません。それには以下の事柄を心がける必要があります。

- リーダー自身がストレス処理のよいお手本になること
- 活動計画や役割分担を明確に指示する
- メンバーのことを気にかけていることを行動で示す
- どんなに忙しくても定期的な休息を取らせる
- デフュージング（事項参照）を行う

また、救護班の班員や救援チームのメンバーに次のような行動や症状が見られた場合には、心理の専門家に相談させる必要があります。

- 問題行動
- 感情爆発
- 抑鬱状態
- 睡眠障害
- アルコール・薬物依存
- 危険行動
- 身体症状

---

#### 4. ミーティングによる3つのストレス処理

---

救護班や救援チームは救護活動を通して受けるストレスを軽減し、処理するために3種類のミーティングを持つ必要があります。

##### (1) 出動前のブリーフィング(Briefing)

ブリーフィングとは出動に際して任務の説明と出動命令を受けることをいいますが、ストレスの処理法についての情報提供を心理的ブリーフィングといいます。

- 目的地や任務の内容を知り、困難や危険を予想することにより、起こりうる事態に対して心の準備をします。
- 自分の役割を明確にし、自分に何が期待されているかを知って、自分自身であまり大きな期待をもたないようにします。
- ストレスの症状やその自己処理方法やボディ・システムについて理解することによりストレスに備えます。

##### (2) 現場でのデフュージング(Defusing)

デフュージングとは時限爆弾や不発弾の信管を抜くことですが、ここでは鬱積した感情にはけ口を与えて、感情の爆発を予防することをいいます。

一日の終わりに全員が集まり、その日に体験したことを話し合います。この際、特定の個人の批判や非難をしてはいけません。まとめにストレス処理のアドバイスがあればより効果的でしょう。

##### (3) 任務完了時のデブリーフィング(Debriefing)

任務を完了して帰還した際にメンバー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うことをいいます。

司会はリーダーがしますが、ストレス症状が強く、問題がありそうなメンバーについては専門家の力を借りるよう勧めます。デブリーフィングへの参加は自由ですが、以下の3つの条件を守らなければなりません。

- 秘密保持：記録を取ることで、外部の人に内容を話すことは禁止です。
- 体験の共有：参加者は自分の感情や怒りを素直に話すことができ、他の人はそれを批判してはいけません。任務の成否や責任を追究するのではなく、それぞれの反応や感情を共有し、ストレスの原因を考えます。
- 教育：ストレスによる反応は正常な反応であることを再認識させ、ストレスに正しく対処する方法を考えます。最後に、将来について考えさせます。

## Ⅱ 「災害時のこころのケア対応マニュアル」

出典 福岡県「災害時のこころのケア対応マニュアル」

### ① 避難所覚え書き

換気やうがいの励行：換気が悪いと、風邪など感染症が蔓延します。定期的に換気しましょう。トイレにはうがいや手洗いを励行する張り紙をしましょう。消毒薬を置いたり、500mlのペットボトルに水を入れ、その中にうがい薬を滴下し、個人用のうがい水を作るのも有効でしょう。風邪予防に、マスクを配りましょう。

畳の利用：避難所として体育館を使用する際、床にシートを敷いて布団を敷き詰め、その上で寝泊りすると、背中が痛く、高齢者などにはつらい状況となります。また、シートだけでは冷たいため、昼間も布団を敷きっぱなしとなり、生活リズムが整いにくくなります。体育館に早期に畳を入れて、生活スペースと通路を分けましょう。畳があると、布団をたたんで、昼間のスペースを作りやすくなります。中越地震や西方沖地震の支援の際も畳を上手に活用していました。

掲示板的活用：みんなに伝えたいことは掲示板などを活用して伝えましょう。また避難生活では日付の感覚が薄れるため、大きなカレンダーを壁に貼ったり、洗面所などに掛けたりして、日付を意識づけましょう。

しきりの必要性：集団生活では、プライバシーが保ちにくくなります。掲示板やパーテーションなどを活用して、生活スペースをできるだけ区切りましょう。健康相談コーナーも個別の事情があるため、しきりを作るとよいでしょう。

### ② 支援者のメンタルヘルス

#### (1) 支援者にメンタルヘルス上の問題が生じる背景

- ① 支援者には、職業人としての使命感と誇りがあります。しかし、状況によっては職務を十分に果たせない事態も起こります。このような場合、無力感に陥り、時には罪責感さえ抱き、職業的アイデンティティがゆらぎがちです。
- ② 災害時は、様々な援助の要請を一人で請け負って孤立無援の状態になることがしばしばあります。このような時は、バーンアウト（燃え尽き症候群）を起こしやすくなります。
- ③ 予想を超えた事態においては、いわゆる非常事態ストレスまたは惨事ストレス（Critical Incident Stress ; CIS）と呼ばれる苦しい心理的負荷がかかり、支援者の側にも心理的問題が生じやすいと言われています。

次のような状況で起きやすいとされています。

- ・悲惨な状況の遺体を扱う：損傷の激しい遺体
- ・子どもの遺体を扱う：とくに自分の子どもと同じ年齢の場合
- ・被害者が肉親や知り合いの場合
- ・同僚が怪我をしたり、死亡すること
- ・十分な成果が得られない場合
- ・これまでに経験したことがない状況

### Ⅲ 「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」

出典 内閣府「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」(2012.3)

<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/kokoro.pdf>

#### 子どものこころのケアの課題

子どもは自分のこころの状態を客観的に把握することが難しく、自分からこころのケアが必要であると言い出すことは困難です。また、災害に際して、子どもたちは、何が起きているのか理解しにくく、そして今後どうなるのかについての見通しも立てにくいことから、大人と比べてもストレスの度合いが高くなります。しかし、こうした状態をうまく口にできないため、災害を体験した多くの子どもたちのこころと身体には、例えば「赤ちゃん返り」や「おねしょをする」といったいろいろな変化が起こります。

一方で、安心して安全に遊べる場を確保し、そこでの遊びを通して気持ちを発散することで、安定したこころの状態を取り戻すことができるのが、大人との大きな違いです。

しかし、避難所、仮設住宅等においては遊びや学びの場が限定され、子どもたちが安心して遊びの中で自分を表現し、子どもらしい通常の生活に立ち戻ることが困難となりがちです。

また、児童相談所職員や児童精神科医の不足により、被災した都道府県単独では子どもに対して十分なこころのケア対応を行うことは困難です。

こうした中、子どものこころのケアについては、幼児・児童・生徒を対象に、国がスクールカウンセラーの派遣を行い、被災した子どもや教職員等のこころのケア、教職員・保護者等への助言・支援・学校教育活動の復旧支援、福祉関係機関との連携調整等、様々な課題に対応しています。

このほか、国は子どものこころのケアに関する手引きを地方公共団体、児童相談所、児童福祉施設等へ配布するとともに、震災遺児への対応についての事務連絡（平成23年3月25日厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課）を発信し、子どものこころのケアに配慮しています。

#### 子どものこころのケアの事例

このような状況の下、子どものこころのケアに関しては、国以外でも様々な団体による取組も見られます。ここではその一部を紹介します。

[参考事例] (いわて子どもあそび隊・おうえん隊)

- ・あそび隊：岩手県社会福祉協議会児童部会と、いわて子どもの森が中心となり、県内の児童厚生員、元児童厚生員、放課後児童クラブ指導員、大学生、おもちゃコンサルタント等により構成されています。主に現地の児童館等職員の代わりとして、子どもたちと遊びの時間を過ごすことが中心活動となっています。
- ・活動の場は児童館・児童クラブを中心に、子育て支援センターや仮設住宅の集会場にも広がっており、平均4～5回/月の活動を行っています。
- ・「おうえん隊」は、現地には行けないが、「あそび隊」を支援するために子どもたちのための工作キットの作成や遊びのアイデア出しを行うボランティアです。

(資料) 児童館・児童クラブ関係者モバイルサイト [http://iwatejido.jugem.jp/]

[参考事例] (子どもにやさしい空間)

- ・公益財団法人日本ユニセフ協会では「子どもにやさしい空間」の設置に取り組んでいます。これは、子どもたちが安心できる場所を確保するという目的の下、避難所や仮設住宅に絵本やおもちゃを配したコミュニティスペースを設置するというものです。これにより、特に未就学児が自由に遊ぶことができるようになり、子どものこころのケアに資するものです。
- ・このほか日本ユニセフ協会では、福島県において福島県臨床心理士会に委託して未就学児に対するカウンセリングを乳幼児健診の会場や仮設住宅などで行っています。

- (資料)『東日本大震災 日本ユニセフ協会緊急・復興支援活動 6か月レポート』  
[[http://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/pdf/uf\\_6\\_report\\_j\\_all.pdf](http://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/pdf/uf_6_report_j_all.pdf)]  
『東日本大震災緊急募金 第97報仮設住宅にも広がる「子どもに優しい空間」』  
[[http://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/2011\\_0815.htm](http://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/2011_0815.htm)]

[参考事例] (こどもひろば)

- ・ 社団法人セーブ・ザ・チルドレンが行っている、被災した子どもたちのために避難所などに安心・安全を作るための活動です。「こどもひろば」では粘土やお絵かき、ボール遊び、トランプなど子どもたちが被災前の日常生活で行っていた活動を行います。子どもたちが同年代と交流し、自分を表現することで、子どもらしくいられる時間を取り戻し、被災による影響から立ち直るのを支援することを目的としています。
- ・ 同時に、保護者に対しても被災が子どもに与える影響などの情報を提供するほか、子どもが「こどもひろば」に参加することで、その間、保護者が生活再建に向け必要な準備や手続きを行う時間を持つという効果もあります。
- ・ このほか、セーブ・ザ・チルドレンでは、仮設住宅で暮らしている子どもたちのために、仮設住宅の集会所や談話室に子ども向けの家具やおもちゃを配布し、子どもたちが遊び、学ぶ機会を作り、日常性の回復や自信の回復を支えていく活動を行っています。

(資料) セーブ・ザ・チルドレン HP『あらためて「こどものひろば」のこと』

[[http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc\\_activity.php?d=450](http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=450)]

※編者注：参照先アドレス変更のため元資料と上記アドレスが変わっています。

セーブ・ザ・チルドレン HP『東日本大震災/子どもの保護 みんなの集会所・談話室をつくらう!!』 [[http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc\\_activity.php?d=736](http://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=736)]

## 子どものこころのケアに関する留意点

子どもは大人と異なり、自分の状態を客観的に把握することが困難です。子どものこころのケアはこうした特性を理解した上で行うことが重要です。

そのような観点から、子どものこころのケアに関する留意点をまとめましたので、ご参照下さい。

=====  
災害に際して、子どもたちは、何が起きているのか理解しにくく、そして今後どうなるのかについての見通しも立てにくいことから、大人と比べてもストレスの度合いが高くなります。しかし、こうした状態をうまく口にできないため、災害を体験した多くの子どもたちのこころと身体には、大人とは異なるいろいろな変化が起こります。

### <子どもに現れやすいストレス反応>

#### こころの反応

- ▶ 赤ちゃんがえりをする。
- ▶ 甘えが強くなる。わがままを言う。ぐずぐず言う。
- ▶ 反抗的になったり、乱暴になる。
- ▶ 災害体験を遊びとして繰り返す。

#### からだの反応

- ▶ 食欲がなくなる、あるいは食べ過ぎる。
- ▶ 寝付きが悪くなる、何度も目を覚ます。
- ▶ いやな夢を見る。夜泣きをする。
- ▶ 何度もトイレに行く。おねしょをする。
- ▶ 吐き気や腹痛、下痢、めまい、頭痛、息苦しさなどの症状を訴える。
- ▶ 喘息やアトピーなどのアレルギー症状が強まる。

このような身体やこころの変化は正常な反応です。周囲の大人が落ち着いて受け止めることで、ほとん

---

どの場合には時間とともに回復していきます。

#### <対応方法>

- ▶ 行動に変化があっても、むやみに叱ったり、つきはなしたりせず、受け止めてあげましょう。
- ▶ 気をつかうがんばり屋のお子さんは、負担が大きくなりすぎないように気をつけてあげてください。
- ▶ こどもが安心感をもてるよう配慮しましょう。愛情をことばや態度で示すことが大切です。
- ▶ 具体的には、
  - 現在起きている症状は、誰にでも起きるもので、その子のせいでないこと、恥ずかしいことではないと説明しましょう。
  - 一緒にいる時間を増やしましょう。
  - 子どもが話すことは、否定せずに聴いてあげましょう。
  - ただし、話したくないときには無理に聞き出さないようにしましょう。
  - 抱きしめてあげるなど、スキンシップの機会を増やしましょう。
  - 災害体験を遊びとして繰り返すことは、本人が落ち着いていくプロセスです。無理に止めないようにしましょう。
- ▶ それでも専門家の支援を必要とすることがあります。以下のような場合は医療機関や市町村のこころのケア担当・市町村の保健センターなどの専門家に相談しましょう。
  - 睡眠の問題が2～3週間も続いている場合
  - べたつきが少なくなならない場合
  - おそれや不安がさらにひどくなる場合
  - 食事もとらないなど引きこもりが著しい場合
  - 身体症状が著しい場合

#### (資料)

- ・『被災した子どもの支援をする方々へ～急性期の心理的なサポートについて～』（日本児童青年精神医学会）
- ・「岩手県災害時こころのケアマニュアル第2版」（岩手県精神保健福祉センター）
- ・『災害・事故時のメンタルヘルスケアマニュアル』（静岡県健康福祉部）
- ・『【トラウマ・急性ストレス反応・PTSDに関するハンドブック】災害を体験した子どもたち』（新潟県教育総合研究センター）
- ・『災害時の心のケア対応マニュアル』（福岡県）
- ・「読んで役に立つほっと安心手帳」（内閣府）<http://www8.cao.go.jp/souki/koho/anshintetyo.html>

#### その他の配慮が必要な方に対するケアの留意点

---

障害者、高齢者、妊産婦、日本語の話せない方、そして支援者に対するケアの留意点をまとめていきます。

#### 障害を持っている方に対するこころのケア

---

障害を持っている方は、障害の特性により移動や情報の入手・伝達が困難な方や精神的に不安定になりやすい方もいることから、一人ひとりの状況に応じた適切な支援が必要になります。

災害時には、平常時の支援体制が機能しなくなり、不安状態に陥っていることが多くあります。避難先での生活において移動や情報の入手が困難な方や、精神的に不安定になりやすい方もいます。

このような状況においては、以下のような対応が求められます。

- ①支援の必要性を確認し、避難所等での食事、排泄、睡眠、移動等、生活への気配りを優先して行いましょう。
- ②本人や支える家族の要望を確認して支援しましょう。
- ③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してもこころのケアを

行いましょう。

④情報入手や伝達方法を確認し、手段の確保に優先的な配慮をしましょう。

⑤福祉用具の紛失、破損により日常生活に支障を来すこともありますので、必要により調達の手助けをしましょう。

#### 障害の種類による対応

障害の種類	対応のポイント
視覚障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の視力や身体の状態に合わせた誘導を行いましょう。</li> <li>・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、ゆっくり歩きましょう。</li> <li>・言葉で周囲の状況を具体的に説明しましょう。</li> <li>・常に声を掛けるよう心がけて、不安を軽減しましょう。</li> </ul>
聴覚障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の希望を聴いて、最適なコミュニケーション手法を選択しましょう。</li> <li>・障害の軽い耳の方からゆっくり話しましょう。</li> <li>・筆談の準備もしましょう。</li> <li>・補聴器のある方には大声で話さず、正面からゆっくり、はっきり普通の声で話しかけましょう。</li> </ul>
肢体障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介助の方法は本人の希望に合わせてみましょう。むやみに車椅子や歩行器具、身体に触らないようにしましょう。</li> <li>・必要に応じて、杖、車椅子等、福祉用具を用意しましょう。</li> </ul>
内部障害	<p>&lt;腎機能障害&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通院による透析ができなくなった場合に備え、被災地域外の医療機関での透析実施可能性を把握しておきましょう。</li> <li>・基準体重やダイアライザーのタイプなどの透析条件を緊急連絡カードに記入しておきましょう。</li> <li>・食事、水分を上手にコントロールするよう気をつけて支援しましょう</li> </ul> <p>&lt;膀胱・直腸の障害&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・悪化を防ぐために早めに医療機関との連絡を取り、医療機関からの指示や緊急時の対処法を確認しておきましょう。</li> </ul>
知的障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等と協力して支援しましょう。</li> <li>・できるだけわかりやすい言葉を使って状況を説明しましょう。また、説明を理解しているか確認しながら話を先に進めましょう。</li> <li>・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しょう。</li> <li>・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が起こった場合は刺激から遠ざけ、落ち着くまでゆっくり待ちましょう。</li> </ul>
精神障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲に障害を知られたくない場合もあるので、日頃から服用している薬があれば、他人の目を気にしないで服薬できる場所を工夫しましょう。</li> <li>・薬があと何日分残っているか、服薬が継続できるかなどを確認しましょう。</li> <li>・質問攻めにせず、落ち着くまで話を聞き、見守りましょう。</li> <li>・睡眠が十分とれるよう配慮しましょう。</li> <li>・話をする場合は、一度に多くの内容を盛り込まず、ひとつのことを簡潔に伝えるようにしましょう。</li> <li>・強い不安や症状悪化が見られる場合は、かかりつけ医（かかりつけ医の機能が失われている場合は、精神科医が含まれるところのケアチーム）に連絡し、指示を受けましょう。</li> </ul>

---

## 高齢者に対するこころのケア

---

高齢者の場合、加齢に伴う心身機能の低下があり、また、経済的な問題を抱えている場合も多く、急激に変化した新しい環境になじみにくいという特徴があります。

その結果、以下のような症状が出る場合があります。

### 【体の不調】

- ・食欲の低下、不眠、下痢、持病（高血圧、心疾患、喘息など）の悪化

### 【心身の不調・行動の不調】

- ・孤独感、家族や知人の死に遭遇した場合の悲嘆・喪失感・無気力・抑うつ状態・生き残ったことへの罪悪感、先が見えないことに対する不安からの絶望による支援の拒否

こうした反応はしばらく続くこともありますが、多くは自然に回復していきます。しかし長引く場合には、以下のような対応が必要です。

- ①様々な不安に対して安心感を与える試みをしましょう。
- ②声を掛け、名前を呼び、今の状況をわかりやすく話しましょう。
- ③規則的な生活や身だしなみに気を配れるように促しましょう。
- ④得意なことのできそうなことをやらせましょう（役割・生活の張り合いを与えましょう）。
- ⑤閉じこもりを防ぐために、できるだけ被災前の人的交流を保てるよう、また外出の場、人と触れあえる場の提供に努めましょう。
- ⑥気になることがあった場合の相談先を伝え、いつでも対応してもらえるという安心感をもってもらいましょう。

支援に際しては、地域の保健担当、高齢者福祉担当、介護保険担当が連携し、安否情報の整理、災害による要支援者の早期発見を行い、支援体制の整備と高齢者全体のこころのケア対策を検討することが大切です。

また、周りの方が気になる症状を発見した場合には、すぐに相談窓口や巡回しているこころのケアチーム等に相談することも重要です。

---

## 妊産婦に対するこころのケア

---

妊娠中、出産後はホルモンのバランスの変化や身体的疲労などが重なり、通常でも抑うつ状態に陥りやすくなります。その上に、被災による心身のストレスが加わることで、うまく子どもが育てられないなど、より心身の変調が起きやすくなります。

妊産婦には以下のような症状が出やすくなります。

### 【妊婦の場合】

- ・「自分自身と胎児に危険が及ばないか」という不安や心配などでイライラしやすくなります。
- ・災害によるショックや食欲不振、極端な栄養の偏りなどにより、妊娠中の異常や胎児の発育等への不安を感じやすくなります。
- ・ライフラインが喪失したことにより、水くみや片付けなどの重労働をせざるを得ないことがあり、さらにストレスも加わって、流産、早産を起しやすくなります。

### 【産婦の場合】

- ・産後すぐは神経が過敏になりやすく、眠れないなどの睡眠障害が起きたり、子育てに無関心になることがあります。
- ・震災後の食糧不足により、産婦自身の身体の回復が遅れ、出血が続くことがあります。
- ・母乳の出が悪くなったり、ミルクが入手困難になったりして、育児についての不安が生じやすくなります。

---

す。

妊産婦の心身のストレスに関しては、第一に家族、特に夫からの支援が有効です。また、母親同士のコミュニケーションを活発にすることで改善されていきますが、次のような点に留意して対応しましょう。

- ①ストレス反応が認められる場合は、可能な限り夫や家族が側についてあげましょう。また「過度に心配しないように」などの声掛けを頻繁に行いましょう。
- ②流産、早産を引き起こしやすい労働（重いものを持つ等）はできるだけ控えることができるよう、周囲が気をつかきましょう。
- ③育児用品や物資の入手困難からくる育児不安を取り除くよう配慮しましょう。
- ④医療機関が再開したら、母子の健康チェックのための早めの受診を勧めましょう。
- ⑤プライバシー保護の配慮も必要です。避難所での授乳に際し、カーテンなどの仕切りを工夫することも大切です。

### 日本語の読めない／話せない方に対するこころのケア

---

母国語が通じない状況で災害に遭うのはたいへん不安なものです。また生活習慣の違いが避難所、仮設住宅等におけるトラブルの原因となることもあります。このような状況に留意しながら、日本語の読めない／話せない方には、以下のような対応をすることが求められます。

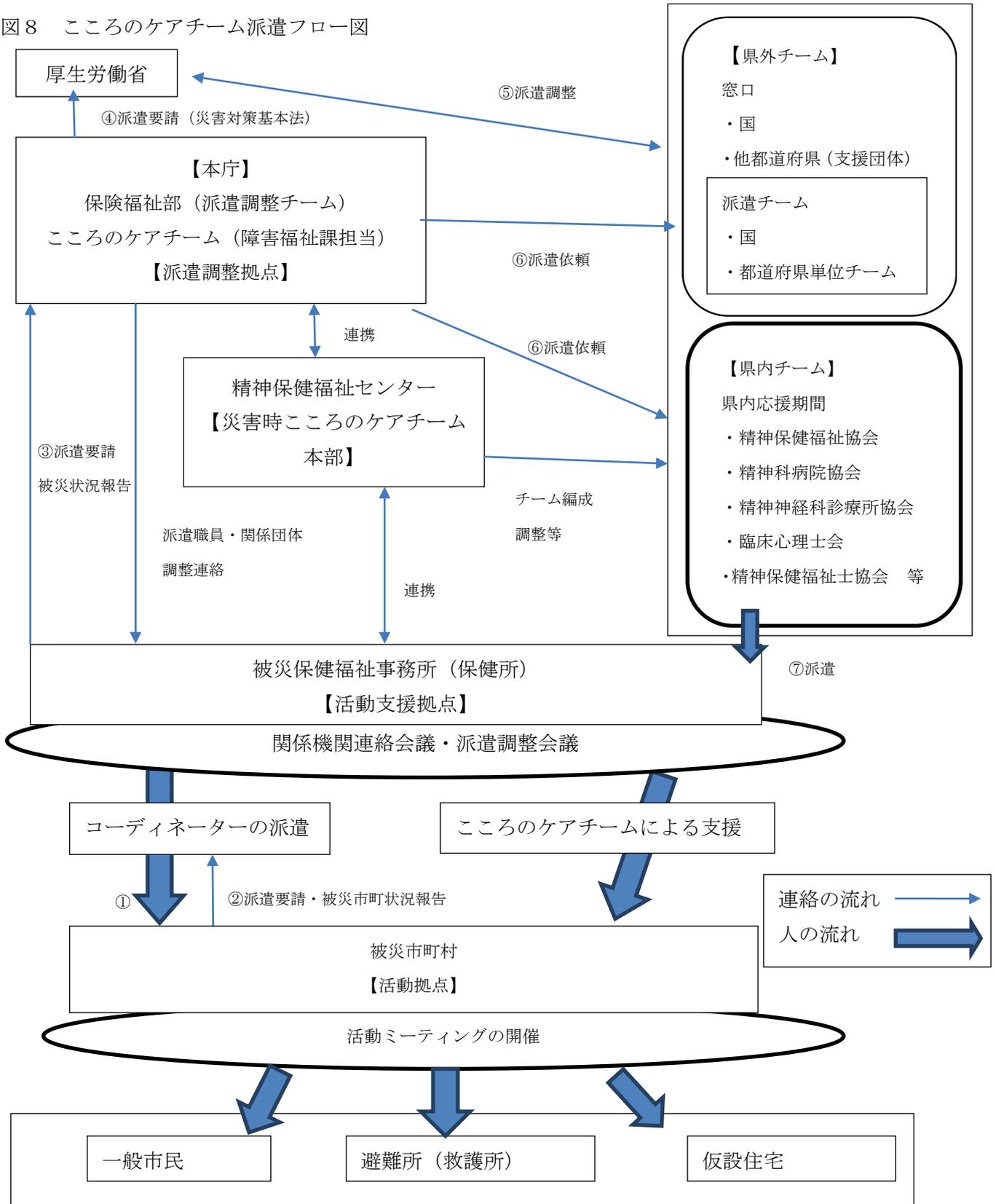
- ①できるだけわかりやすい日本語を使用し、ルビをふったちらしやパンフレット等も準備しましょう。
- ②外国語によるラジオ放送や外国語ができるボランティアの巡回状況を伝え、できるだけ情報が入手しやすい環境を作りましょう。
- ③避難所、仮設住宅における基本的な生活ルール（ゴミ出しや共有電話の使い方等）については、できるだけ早急に伝えるようにしましょう。
- ④外国人だからといって特別扱いすることは、逆に他の被災者との軋轢を生むことにもなりかねません。基本的には日本語情報を外国語にして伝えることに徹しましょう。

#### IV 「宮城県災害時こころのケア活動マニュアル」

出典 宮城県精神保健福祉センター「宮城県災害時こころのケア活動マニュアル」(2014)

<http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/247778.pdf>

図8 こころのケアチーム派遣フロー図



## V 「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版」

出典 アメリカ国立 子どもトラウマティックストレス・ネットワーク  
アメリカ国立 PTSDセンター

日本語版作成：兵庫県こころのケアセンター

「サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版」

[http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa\\_complete.pdf](http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf)

### ① 1. 被災者に近づき、活動を始める

自己紹介をし、いまずぐに必要なことを聞く

こんにちは。私は〇〇といます。〇〇で活動しています。皆様のご様子や、何かお役にたてることはないか伺っています。少しお話してもいいですか？ お名前をお聞きしてもよろしいでしょうか？ ウィリアムズさんですね。話をお聞きする前に、いまずぐに必要なものがあれば教えてもらえますか？ 水やジュースなどは足りていますか。

### ② 2. 安心と安全感

災害救援活動や支援事業に関する情報を提供する

ウィリアムズさん、当局はできるだけ早く対応することをお約束します。私には、火事が完全に消えたかどうか、わかりません。しかし、あなたとご家族に関しては、ここにいれば危険はありません。いまここでのご家族の安全について、何か心配なことはありますか？

私の知るところでは、1時間ほどしたら西高校の避難所への移動が始まります。そこには、食べ物や清潔な衣服、休憩所があります。ここで待機しててください。出発の準備ができれば、チームメンバーの誰かが呼びにきます。

さらなるトラウマ体験や、トラウマを思い出すきっかけになるものから身を守る

あなたはたいへんな体験をされました。いまはなるべく、これ以上恐怖や苦しみを感じさせるような映像や音から、ご自分やお子さんを守ったほうがいいでしょう。子どもは、テレビで災害の映像を見ただけで、不安になることがあります。災害に関するテレビを見るのを制限してあげたほうが、お子さんは楽かもしれません。大人も、辛ければ、一時的にテレビやラジオを遠ざけましょう。

家族や親しい友人を亡くした被災者を支える

悲しみのあらわし方は、ご家族一人ひとり、違います。そのことを知っておくことは、大事なことです。たくさん泣く人もいれば、まったく泣かない人もいます。どうかそのことを悪く考えたり、どこかおかしいのだと考えたりしないでください。大事なことは、お互いがそれぞれの感じ方を尊重しあうことです。そして、これからの数日、あるいは数週間、お互いに支えあうことなのです。

## 言うてはいけない言葉

- ・お気持ちはわかります。
- ・きっと、これが最善だったのです。
- ・彼は楽になったんですよ。
- ・これが彼女の寿命だったのでしょうか。
- ・少なくとも、彼には苦しむ時間もなかったでしょう。
- ・何か他のことについて話しましょう。
- ・がんばってこれを乗り越えないといけませんよ。
- ・あなたには、これに対処する力があります。
- ・彼が苦しまずに逝ったことを、喜ばなくては。
- ・我々は生き延びたことによって、もっとたくましくなるでしょう。  
(That which doesn't kill us makes us stronger. 哲学者ニーチェの言葉)
- ・そのうち楽になりますよ。
- ・できるだけことはやったのです。
- ・悲しまなくてははいけません。
- ・リラックスしなくてははいけません。
- ・あなたが生きていてよかった。
- ・他には誰も死ななくてよかった。
- ・もっとひどいことだって、起こったかもしれませんよ。あなたにはまだ、きょうだいもお母さんもいます。
- ・この世に起こるすべてのことは、より高い次元の存在が計画した、最善の結果なのです。
- ・耐えられないようなことは、起こらないものです。
- ・(子どもに対して) これから、あなたが一家を背負っていくんですよ。
- ・いつの日か、あなたは答えをみつけるでしょう。

## 外傷性悲嘆に関連した問題に対応する

ジョーの死に立ちあつたことで、大変な思いをされていることと思います。他のご家族は何があつたのか詳しく知りたがるかもしれませんが、あなたが知つた詳細な事柄のなかには、ご家族をひどく動揺させるものが含まれているかもしれません。体験なされたことを専門家と話すことで、ご家族と何を共有すべきか決めることができます。そしてそれは、あなたが悲しみをのりこえていくためにも、お役に立つと思います。

## ③ 3.安定化—必要に応じて

### 情緒的に圧倒されている被災者が見通しをもてるようにする

- ・強烈な感情は、波のようにわきおこっては消えるものです。
- ・衝撃的な体験は、しばしば、からだに強烈で混乱した反応をひきおこします。それはあなた自身を守る「アラーム」のようなものです。
- ・気持ちを落ち着かせるために普段からしていることが、回復に役立つ場合があります。(散歩に行く、

深呼吸する、ストレッチを実践するなど)

- ・友人や家族の存在は、気持ちを落ち着かせる大きな助けになってくれます。

もし相手が激しく興奮している、ひっきりなしにしゃべり続けている、周囲との接触を失っているように見える、激しく泣きじゃくっているなどのときには、次の介入が役に立つかもしれません。

- ・「私の言うことを聞いてください。こちらを見てください」と声をかける
- ・基本的な事実を確認する。「あなたはどなたですか」「いまどこにいるかわかりますか」「何がありましたか」
- ・周囲の状況と、いま自分達がいる場所について、説明してもらう

興奮している人を鎮めるのにこれらの介入が役に立たないようなら、「グラウンディング grounding」という手法が有効かもしれません。

恐ろしい体験をしたあとには、ひどく混乱したり、起こったことが頭にこびりついて離れなくなったりすることがあります。このような状態を落ち着かせるために、役に立つ方法があります。グラウンディングといいます。グラウンディングはあなたの感情や考えを頭の中から外へと移すことで、効果を発揮します。

#### ④ 4. 情報を集める—いま必要なこと、困っていること

被災体験の性質と激しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・災害が起こった時、どこにいらっしゃいましたか。</li><li>・けがをしましたか。</li><li>・けがをした人を見ましたか。</li><li>・どれくらいの恐怖を感じましたか。</li></ul>
大切な人の死	<ul style="list-style-type: none"><li>・今回の災害で親しい方が負傷したり、亡くなったりしましたか。</li><li>・負傷した、あるいは亡くなったかたはどなたですか。</li></ul>
現在の被災状況や、継続している危険への不安	<ul style="list-style-type: none"><li>・被災状況に関する詳しい情報は必要ですか。</li><li>・あなたやご家族の安全を守る方法についての情報は必要ですか。</li><li>・救援活動に関する詳しい情報は必要ですか。</li></ul>
大切な人と離ればなれになっている、あるいは安否が確認できない。	<ul style="list-style-type: none"><li>・現在、どなたか近い方についてのご心配はありますか。</li><li>・その方たちがどこにいるかご存知ですか。</li><li>・ご家族の一員や友人など、特に大切な人で行方不明になっている方はおられませんか。</li></ul>
身体的・精神的な病気、服薬の必要性	<ul style="list-style-type: none"><li>・現在治療中の、身体的あるいは精神的な問題はありますか。</li><li>・必要なお薬で、いまお手元にないものはありますか。</li><li>・お薬の処方が必要ではありませんか。</li><li>・主治医と連絡は取れていますか。</li></ul>

大切なものを失う—自宅、学校、近所、職場、個人財産、ペット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お住まいがひどい損害を受けたり、倒壊したりしませんでしたか。</li> <li>・他に大切な個人財産を失いませんでしたか。</li> <li>・ペットが死んだり、いなくなったりしませんでしたか。</li> <li>・職場や学校、ご近所で、ひどく損害を受けたり、破壊されたりしたところはありませんか。</li> </ul>
強い自責の念、恥の感情	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あなたはなんだか、起こったことに対してご自分を責めているようですね。</li> <li>・「もっとできることがあったのに」と感じているように見えます。</li> </ul>
自分や他人を傷つきたいという考え	<ul style="list-style-type: none"> <li>・こうしたことが起こると、何もかもだめになったように思えることがあります。</li> <li>・自分を傷つきたいと考えたことはありますか？</li> <li>・誰かを傷つきたいと考えたことはありますか？</li> </ul>
周囲に支えてくれる人がいるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の災害のせいで起こった大変なことについて、支えになってくれるようなご家族や友人、地域の機関はありますか。</li> </ul>
アルコールや薬の使用歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の災害のあと、アルコール、処方薬、その他の薬物を使うことが増えましたか？</li> <li>・これまでに、アルコールや薬に関して何か問題をもっていたことはありますか？</li> <li>・現在、薬物の離脱症状はありますか？</li> </ul>
過去のトラウマと大切な人の死	<ul style="list-style-type: none"> <li>・このような出来事が、以前の辛い体験を思い出させることがあります。これまでに災害にあったことはありますか。</li> <li>・過去に、他に何かひどい体験をしたことはありませんか。</li> <li>・どなたか近しい人が亡くなったことはありませんか。</li> </ul>
人生の歩みへの影響が心配される若い人、大人、家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予定していた大切なイベントで、今回の災害のせいでだめになったものはありますか。</li> <li>・ご心配されていること、あるいは私に伝えておきたいことの中で、まだお話になっていないことは他にありませんか。</li> </ul>

## ⑤ 5. 現実的な問題の解決を助ける

### いま最も必要としていることを確認する

いまお話くださったことから、ウィリアムズさんにとっていまずぐに必要なことは、ご主人を探して無事を確認することだということがわかりました。ご主人と連絡をとることに集中しましょう。ご主人に関する情報を得るためには何をすればいいか、計画を立てていきませんか。

## ⑥ 6. 周囲の人々との関わりを促進する

### 支える態度のモデルを示す

#### 相手の言葉をしっかり受け止めましたよ、と伝える言葉

- ・「お話から、あなたがどんなに…でいらっしゃるか、理解できます」
- ・「あなたは…とおっしゃっているように聞こえます。」
- ・「あなたは…のようですね。」

#### 相手の伝えたいことを明確にする言葉

- ・「もし間違っていたら教えてください。あなたは……のように聞こえるのですが」
- ・「あなたは…だと言っても間違いはないでしょうか？」

#### サポートティブな言葉

- ・「あなたが…と感じるのは当然のことです」
- ・「それは本当に大変なことですね」
- ・「あなたのご自分に厳しいように聞こえます」
- ・「今回のようなことを乗り切るのは、とてもきついことです」
- ・「いま、とてもお辛いことと思います」
- ・「もしよろしければ、明日、もっとゆっくりお話しすることができますが」

#### 自分の力に気づいてもらう言葉

- ・「これまで困難な状況に出会ったとき、うまく切り抜けるために、あなたはどんなことをしてきましたか？」
- ・「ご気分を回復させるのに役立つようなことを、何か思いつきませんか？」
- ・「私は、困難な状況に対処するためのアイデアが書いてある情報シートを持っています。あなたの役に立つ考えが、1つか2つ、ここにあるかもしれません」
- ・「気分をよくするのに役立つ方法は、人それぞれです。困難なことが起こった時、私には…することが役に立ったことがあります。あなたに役立つようなことを何か思いつきませんか？」

## VI 「避難所における良好な生活環境の確保に向けた取り組み指針」

出典 内閣府「避難所における良好な生活環境の確保に向けた取り組み指針」（2013.8）

<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hinanjo/h25/pdf/kankyokakuho-honbun.pdf>

### ① 指定避難所の指定等

指定避難所以外の被災者への支援

ア 指定避難所として指定していない施設を発災後に避難所として使用した場合も、災害救助法に基づく支援の対象となり、災対法第86条の6に定める生活環境を確保すること。

イ 関係機関等との連携し、指定避難所以外の施設に避難した被災者の避難状況を把握すること。

ウ 指定避難所における食事提供や支援物資について、当該避難所のみならず、指定避難所以外の避難所を含め地域全体のために行われていることを周知徹底すること。

### ② 福祉避難所の整備

福祉避難所とは、要配慮者のために特別の配慮がなされた避難所のことである。災害救助法が適用された場合において、都道府県又はその委任を受けた市町村が福祉避難所を設置した場合、おおむね10人の要配慮者に1人の生活相談職員（要配慮者に対して生活支援・心のケア・相談等を行う上で専門的な知識を有する者）等の配置、要配慮者に配慮したポータブルトイレ、手すり、仮設スロープ、情報伝達機器等の器物、日常生活上の支援を行うために必要な紙おむつ、ストーマ用装具等の消耗機材の費用について国庫負担を受けることができる。

## VII 「避難所—首都直下型地震に備えて事前におきましょう—」

出典 日本女子大学 家政学部 住居学科 4年 平田研究室 中村裕里子

「避難所—首都直下型地震に備えて事前におきましょう—」(2013)

### 項目別に見る避難所生活の実態

#### 1) 避難所は居住空間として不完全です

そもそも、避難所として指定されているのは学校や公民館などの公的施設であるため寝泊まりをするのに適した居心地の良い生活空間ではありません。

##### ①避難所の環境

- ・床がたわむ・きしむ／音が響く
- ・電気・燃料の不足→換気がよくない／車がかえない／個人の電気使用禁止／暖房の使用制限／家電が使えない

宮城県石巻市の避難所では、一人あたりの専有面積は2㎡程度でした。これでもまだ、ましな方。足の踏み場もないほどの人々が押し寄せた避難所もありました。

福島県の公民館では、暖房設備が整っていて暖かいものの、著しく乾燥していました。沢山の人々が集まる避難所では、インフルエンザや風邪等の蔓延が懸念されます。乾燥していればなおさらです。

##### ②就寝環境

せきやいびき、子どもの泣き声がうるさい／知らない人と同じ空間で眠る／夜中にトイレにいけない(周囲に気を遣う)／体中が痛くなる／底冷えがする／狭くて横になれない

##### ③トイレ

トイレの問題は深刻です。数が足りない・水が流れない状態で、多くの人が仕方なく使用する、そういったトイレはひどく汚れてしまいます。

排せつを我慢し水分摂取や食事を控えると、脱水症状により体力が低下します。皆で協力して気持ちよくトイレを使用しましょう。

- ・バケツリレー／ひどく汚れる／長蛇の列／プールの水もすぐに底をつく

##### ④プライバシー

プライバシー保護のために段ボール等を使った間仕切りを設ける避難所が多いです。一方で、間仕切りは特に必要なかったという避難所もあります。

避難者のニーズに合わせて設置方法を考える必要があります。更衣室や授乳室は特に要望が多いです。

- ・場所を仕切ることでストレスが緩和される

- 
- ・かえって圧迫感がある
  - ・隣人の顔が見えなくて不安 といった声も

#### ⑤防犯・トラブル

当番制で警備・見回りなどを行いましょう。100人以上が集まるような大きな避難所では特に注意が必要です。

- ・貴重品の管理はしっかりと
- ・食料やお金・灯油などが盗まれる
- ・夜中にいさかいがおこる

## 2) 食事・物資について

### ①食事

種類が偏りがちで、栄養不足が懸念されます。アレルギーのため食べられるものがさらに制限されるとい人もいます

- ・同じものばかり
- ・あたたかいものが食べられない
- ・量が足りない

### ②物資

被災者のニーズと、支援物資の間にはギャップがあります。

- ・薬がない
- ・衣類のサイズが合わない（特に靴）
- ・選択しても干す場所がない
- ・下着や生理用品、洗面用具がない
- ・風邪などの予防はもちろん、身なりを気にする女性たちのためにもマスクがあると便利です。

### ③食事や物資の配布

支援物資が大量に集まっても、分配するプロセスで混乱が生じやすいので注意が必要です。また、災害の被害が広範囲におよぶと支援がすべての避難所に行き渡らなくなり、避難所ごとに格差が出てしまう場合があります。

高齢者・子ども・女性など、様々な視点から避難者のニーズを調査し、支援を仰ぎましょう。

- ・物資のとりあい
- ・水ばかり届く
- ・自宅避難者が炊き出しに来るので量が足りなくなる
- ・全員に平等に配布するべきであるという判断のもと、人数分集まらなかった食料を廃棄してしまった例

---

もあります。

### 3) 入浴について

東日本大震災では、震災後 1 か月の時点で入浴機会が一度もない避難所もありました。

- ・体を拭いてしのぐしかない
- ・髪を洗えない
- ・お湯が足りない
- ・自衛隊の仮設風呂（鉄筋やビニールシートで組み立てられています。深さがある為、介護が必要な人も沢山います。1回につき最大で 40 人入浴可能。シャワー付きのものもある）

### 4) 情報管理

- ・災害時は情報が錯綜しやすい
- ・デマが流れる
- ・避難者名簿の作成
- ・避難者が一丸となって情報の収集・共有・発信を行いましょう

### 5) 健康管理

衛生面をきれいに保ち、健康な避難所生活を。

- ・インフルエンザや風邪が蔓延しやすい
- ・一酸化中毒の危険性  
こまめに窓を開け、換気をしながら掃除をする習慣を作りましょう
- ・ストレス
- ・エコノミークラス症候群を発症しやすい  
意識して体を動かし、二次被害を防ぎましょう。
- ・不安や心配事は人に打ち明け、心の負担を軽くしましょう。

## 時期別にみる避難所生活の実態 東日本大震災の実例をもとに

---

### 【初動期（発災～24 時間） 2011 年 3 月 11 日～】

- ・避難所には、足の踏み場もないほどの人が集まった
- ・横になれず、足を抱えて座ったまま休んだ
- ・毛布が足りず、1枚を3人で使った
- ・教室のカーテンやカーペットを暖をとるために使った
- ・明かりがなく 1 m 先ですらはっきりとみえない
- ・停電のため電話やメールなどは通じなかった
- ・互いに助け合ううちに年齢とは関係なく新しいつながりができ、心強くなった

---

**【展開期（24時間～3週間） 2011年3月12日～3月31日】**

- ・ストーブ7個が設置されているが夜は消され、底冷えが厳しくて眠れない
- ・避難者名簿と共に、メッセージを書き込む伝言板が壁一面に貼られている
- ・物資の配布やトイレの使い方に関する苦情が増えている
- ・支援物資の配給が混乱している。15日には食べきれないほど届いたがその後は1日1回のみ
- ・配給開始の3時間前から列ができた
- ・電気などが少しずつ復旧し自宅に戻る人が増えた
- ・1週間に1回でも風呂に入りたい
- ・断水のためプールからトイレまでバケツリレーで水を運んだ
- ・生徒たちが食料の調理や配布、トイレの水くみ、清掃など役割分担して避難所生活に耐えている
- ・体調を崩す人が増えている
- ・満杯状態が続く中、避難者が施設に無断で知人らを入所させるケースが相継いだ
- ・入所者全員の手でペンで印をつけ、印のない人は館内に入れたい対応をとった
- ・避難所内でお金や食糧が盗まれる
- ・洗濯物を干す場所がない

**【安定期（3週間以降） 2011年4月1日～】**

- ・仮設トイレが外にあって不便
- ・栄養バランスの整った食事がしたい
- ・アレルギーなどへの配慮は個人に任せている
- ・指定避難所ではないため、行政や近隣の団体との情報共有がなされていない
- ・子どもに優しい言葉をかけてくれる人もいるが、そういう人ばかりではないので気を遣う
- ・避難所にいつまでいられるのか分からない目標が立てられない

※避難所生活が長期化すると、避難所を出たあとの生活再建に対する不安を感じる人々がたくさんいます。

**【撤収期 2011年6月～】**

- ・公の意思決定の場で女性は圧倒的少数派
- ・女性が間仕切りを求めたら、男性班長に「管理が行き届かなくなる」と却下された
- ・避難所内住民を対象にしたハンバーガーを避難所以外の人がもらいに来てしまい、配れなかった。
- ・避難所内での物資の配布が不平等
- ・自衛隊の炊き出しに外部の人が来てしまい、食料が不足している
- ・ハエが大量発生した
- ・仮設住宅の入居説明会があり、なんとなくうきうきした空気が避難所を包んだ
- ・仮設は当選したが、周囲は落選したので素直に喜べない

※物資の配布方法に関するトラブルが起りやすいようです。避難所が被災者支援の拠点となることが理想ですが、自宅避難者への支援までは手がまわらないケースが多いです。また、長期的避難所生活は季節ごとにニーズが変化します。暖かくなると冷蔵庫や夏用の衣類等が必要になります。

① 投薬の中断で起こりうる問題と対処法

「突然の中止が危険な薬, 何が起こり, 対処法はどうしたらよいのか?」, 「災害時には生活や関連疾患(症状, 体調など)がどう変わることが想定されるか? それまで通り薬を使用して何か問題か? 対処法として薬の種類, 用法用量をどう変えるか?」についてまとめる。

「これまでどの薬をどのような用法用量で使用していたかわからない」という問題への対処法を考えることも重要。薬のレセプト(診療報酬明細書)情報を災害時に閲覧できるようにすること, ICカードを用いた情報の事前管理と災害時の閲覧などが考えられるが, 一方で, 患者自身が今すぐに行える手作りの方法を伝授することも重要。

・抗不安薬、睡眠薬

《退薬現象について》

BZ系薬の鎮静や催眠作用は, 比較的早く耐性が生じるが, 抗不安作用に対する耐性形成は, ゆっくりである。そのため, 常用量でも依存が形成され, 常用量依存と呼ばれている。退薬現象は, 4ヵ月以上の連用, 半減期の短い薬剤で起こりやすいことが知られている。

・抗うつ薬(特にSSRI)

《突然中止で何が(退薬現象の症状など)起こるか》

SSRIによる退薬症候群は, 三環系抗うつ薬の症状に類似しているが, 特異的な症状として, 平衡感覚の障害, 電気ショック様の感覚異常, 攻撃的・衝動的行動などが報告されている。これらの症状は一般的に薬剤中止後1~7日で生じ, 2週間以内には消失する。退薬症候群は, 一般に半減期が短く, 活性代謝物のない抗うつ薬ほど, また使用期間が長いほど発症しやすいとされる。SSRIのなかではパロキセチン塩酸塩水和物(半減期21時間), フルボキサミンマレイン酸塩(半減期15時間)は退薬症候群の発現頻度が高いので注意を要する。

《退薬現象が起こった後の対処法》

SSRIによる退薬症候群では, 時に焦燥, 衝動性, 希死念慮など重篤な症状を示した症例も報告されている。そのような場合は, 中止直前の処方量にいったん戻すまたは減量して服用することで改善がみられる。上記の対処を行うにあたっては, うつ病の再燃との鑑別も重要である。

・抗てんかん薬

《具体的にどのような薬で起こるか》

すべての抗てんかん薬

《突然中止で何が(退薬現象の症状など)起こるか》

てんかんは, 突然の服薬中止により発作の再発を招いたり, てんかん重積状態になることがある。

《退薬現象が起こった後の対処法》

てんかん重積状態の治療薬として, 第1選択薬はDZP(セルシン®注射液ほか)である。

・抗パーキンソン病治療薬

《具体的にどのような薬で起こるか》

パーキンソン病治療薬は, 突然に中止または減量すると, 退薬症状を起こすことが知られているが, 原因として最も多いのはレボドパ(ドパストン®, ドパソール®)やレボドパを配合したレボドパ・カルビド

パ水和物（ネオドパストン®、メネシット®）、レボドパ・ベンセラジド塩酸塩（マドパー®ほか）である。また、レボドパ以外にも、アマンタジン塩酸塩（シンメトレル®ほか）、トリヘキシフェニジル塩酸塩（アーテン®ほか）、ブロモクリプチンメシル酸塩（パーロデル®ほか）などによる退薬症状は広く知られている。

#### 《退薬現象が起こった後の対処法》

悪性症候群（様）症状にいち早く気づき、速やかな処置を講じることが重要である。

具体的には（1）電解質輸液の補液（2）身体の冷却、（3）レボドパ・カルビドパ水和物またはレボドパ・ベンセラジド塩酸塩（退薬症状が生じる前と同量）の投与（ただし経口不能なら静注製剤を使用）、（4）ブロモクリプチンメシル酸塩 5～10mg を 1 日 3 回（5）ダントロレンナトリウム水和物（ダントリウム®）80mg を 1 日 3 回静注、（6）DIC に対する対症療法、（7）腎不全に対する対症療法、を行うことが、本邦の研究班により提案されている。

#### ・ステロイド剤

##### 《突然中止で何が（退薬現象の症状など）起こるか》

ステロイドをプレドニソロン換算で総量 1,000mg を超えて服用している場合には、急性副腎皮質ホルモン欠乏症状（ステロイド離脱症候群）が起こりやすいといわれている。

#### 《退薬現象が起こった後の対処法》

離脱症候群に対しては、速効性のヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム（ソル・コーテフ®ほか）、ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム（ハイドロコートン®ほか）100mg を生理食塩水とともに 4～6 時間ごとに点滴静注をすることによって症状は改善する。

## 災害時の「生活・体調の変化」に対応する薬物治療とは？

#### ・抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬

##### 《災害で生活や関連疾患（症状、体調など）がどう変わることが想定されるか》

災害時には、「熟睡できるわけがない」のであって、無理に睡眠薬などを使用する必要はない。一般的には被災後 1 ヶ月程度で改善する。しかし、新潟県中越地震後の薬剤使用量調査によると、震災前後で 10%以上増加していた薬効群のなかで、睡眠薬、抗不安薬などの精神神経用薬はトップであった。

##### 《そのまま今まで通り薬を使用していたら何が問題で何が起こるのか》

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬を常用していたにもかかわらず、薬を持ち出せなかった場合が最も懸念される。短時間型の場合、救護所が開設されるよりも早く退薬現象が起こることが予測される。従って、被災地支援では、早々に、これらの薬剤の服用の有無を確認すべきである。また、強度のストレス、睡眠不足、環境の急激な変化などから“せん妄”状態に陥る人がいるが、災害のせん妄に対しては、BZ 系の睡眠薬や抗不安薬は効果が乏しいばかりか症状を悪化させる恐れがあるので、安易なそれらの薬剤の投与（継続）は注意しなければならない。

## ② 災害時に困らない「医薬品とその情報管理とは」

最も重要なことは、災害時においても、自分が使用している薬、その用法用量を医療従事者にリアルタイムかつ的確に伝えることである。しかし現実には、避難先の病院や救護所で質問されてもあいまいにしか答えられない。これでは、医療従事者は、迅速にかつ適切な対応がとれない。

この問題を解決するためには、これまで患者が使っていた薬のレセプト（診療報酬明細書）情報の災害時の閲覧、ID カードを用いた情報の事前管理と災害時の閲覧などが考えられる。患者が今すぐ手作りで活用できる方法、薬剤師がそれを支援する仕組みを構築しておくことが必須である。3つのポイントを以下に挙げる。

#### ① 災害時におけるレセプト情報の閲覧

レセプト電算処理システムは、保険医療機関または保険薬局が、電子レセプトをオンラインまたは電子

媒体により審査支払機関に提出し、審査支払機関において、受付、審査および請求支払業務を行い、保険者が受け取る仕組みのことである。この審査支払機関にはデータベース化された電子レセプト情報が保存されており、個人情報保護法を踏まえた特例的な措置として、被災者などの氏名等の情報から病名や処方（医薬品）情報を閲覧することが可能となっている。

#### ② 患者ができる医薬品そのものの管理への支援

日頃から、薬の保管場所をアドバイスしておくことが重要である。また非常用に備えて、就寝時は枕元に数日分の薬剤を用意しておくことが考えられる（外出時には、服用薬剤2～3日分を持参）。

#### ③ 患者と家族ができる手作りの情報管理への支援

薬剤師の役割は、患者自身で実践する災害対策への啓発である。

### ③ 災害時の医薬品使用において患者が困らないための薬剤師から患者への伝達事項

《薬の情報はどこに入っている？》

- ・お薬手帳
- ・処方シール
- ・薬情（薬剤情報提供書）
- ・薬メモ

上記のお薬手帳、処方シール、薬情から、患者自身で‘薬の情報’を名刺やクレジットカード程度の大きさの厚紙に、メモしてまとめたもの。水に濡れても大丈夫なようにパウチにすると便利。

- ・薬やお薬手帳などの写真（携帯電話に記録）
- ・薬リストのQRコード（二次元バーコード）

インターネットのウェブサイトなどで‘薬の情報’を入力してつくることができる。QRコードを携帯電話で読み取れば、‘薬の情報’に変換することができる。

### ④ 次に備える、東日本大震災の実経験から

・当初（3月27日～）来院する患者は、高血圧、高脂血症、糖尿病、精神病などほとんど慢性疾患で、まだ感染症が目立つ状況ではなかった。

・大船渡病院以外の医療機関に通っていた患者を対象に他院コーナーを設置し、お薬手帳等を基に手書きで院外処方箋を発行していた。退院コーナーでは、患者が飲んでいる薬が何かを探るため、台紙にお薬を貼り付けた物を作成していたが、我々が持参した「お薬確認シート」（被災して薬の名前がわからなくなった方に使用するツールで、疾患別に薬品の画像と薬品名・規格が一覧になっている）は大変重宝されたと思う。

・派遣期間前半（派遣は第一陣3月27日～第五陣4月29日まで）では、自院の患者は全て院内処方とし、医薬品の供給・在庫状況から14日処方としていたので調剤業務に終始した。中盤では、徐々に院外処方せんを増やしていたので調剤業務に加え、持参薬の鑑別等の業務も加わった。後半は院外処方の全面発行となったが、震災で保険証を紛失した方などは院内処方に対応した。避難所には支援物資の大衆薬（OTC）を持ち込み、健康相談窓口を開設した。

【市立秋田総合病院薬剤部 南雲 徳昭（大船渡病院に日病薬ボランティアとして派遣）】

### ⑤ 医薬品の物流について

一つ目の課題は、ガソリンなどの車両燃料の供給不足。緊急車両の事前指定等を行政当局と検討していきたい。

二つ目は、停電等による通信の混乱。通信手段の多重化等が必要。

---

三つ目は、緊急時における地域の医薬品在庫の有効活用について。被災地では開いている病院に外来患者が殺到したが、分業が進んでいる現在、外来患者に処方する医薬品の在庫はもともと病院には十分でない。周辺の調剤薬局にはかなりの在庫があったと思われるが、それらが病院で突発的に発生した大量需要に利用されることは少なかった。厚生労働省では、調剤薬局を含む、医療機関同士での緊急時における医薬品融通を薬事法に違反しないと認めた。病院と門前の調剤薬局が平時から災害時協力協定といったものを結んでおき、有事に協力体制をとることはできないのか。

四つ目は、避難所に対する医薬品供給の問題。医薬品卸から医療機関への供給はほぼ1週間で復旧したが、医療機関に来ることができない方々が避難所をはじめとして多数いらした。そこではおよそ薬と名のつくもの全てが不足していた。しかし、医療用医薬品に関する限り、避難所のような非医療機関にそれを供給することは、薬事法上、医薬品卸にはできない。そのため当社では県薬務課と連携し、自衛隊の輸送による医薬品供給を行った。結局、避難所に向く医師に持参してもらえないのだが、ほとんどの場合、その医師が所属する病院の院内在庫からそれを調達されたと思われる。

【株式会社バイタルネット 村井 泰介】

## Ⅷ 「避難所での認知症の人と家族支援ガイド」

出典 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター監修  
『避難所での認知症の人と家族支援ガイド』

### ① こんな環境を避難所でつくりましょう

「避難所生活を継続するために必要だったことは何ですか？」  
(当センターが実施した東日本大震災避難所支援者アンケート調査結果より)

#### ■ 認知症の人専用スペースを確保する

個室を確保することが理想ですが、難しい場合仕切りをし、ゆっくり対応できる場所を確保しましょう。

#### ■ 専用のおむつ交換や排せつスペースが必要

排せつの問題で多くのトラブルが発生しました。別の場所が確保できない場合もありますので周囲の方は理解してください。特に夜は尿の回数が多くなる場合があります。

#### ■ 落ち着く静かな環境

認知症になると音に敏感になります。避難後すぐに不穏になり、トラブルになることが多くありました。出来るだけ静かな場所を確保しましょう。

#### ■ 顔見知りの人が近くにいる環境

顔見知りの人がたくさんいると安心していました。ご本人の顔を見て出来るだけ話しかけてみてください。

#### 東日本大震災被災者の声

- 大きな標識がなくトイレの場所が分からなかった
- 照明や空調を整える必要があった
- 介護用品が不足した
- 暖かいところはトイレから遠い場所で移動が困った

#### 避難所で準備しておきたいもの

- ポータブルトイレ
- パーテーションや仕切りになるもの
- ビニール袋
- 手袋

### ② 避難所で起こったこと～認知症の人と家族はどのような状況になっていたのでしょうか？～

避難所の何割に認知症の人がいたのか？

- ◆ 8割以上の避難所に認知症の人がいて、専門的な支援が必要となっていました。

●避難所にいた認知症の人の数

平均	最小	最大
7.9名	1名	90名

避難所には何人認知症の人がいたのか？

- ◆避難所には平均 7.9 名の認知症の人がいました。そして施設ごと避難してくる避難所もあり混乱することもあります。

認知症の人は、避難所でどうなったのか？

- ◆認知症の人は、環境になじめず BPSD が急激に増加しました。また、地震があったことさえ忘れてしまっている人が多数いました。

避難生活何日目から BPSD は出現したのか？（上位 3 つ）

- ◆避難直後～1 日で、イライラして落ち着かなくなる人、帰宅願望が起こりました。徘徊は、3 日目ごろから起こる人が多くいたようです。

認知症の人を介護する家族は、避難所でどうなったのか？

- ◆避難所で家族は、対応に困り疲れ果てていた人がとても多かったようです。なかには認知症の人だけを置いていってしまった人もいました。

避難生活何日目から家族は疲弊しはじめたのか？（上位 3 つ）

- ◆震災直後よりも、2～3 日目頃になると疲れがピークになる人が多くいました。対応は常に困難さを抱えていたようです。

認知症の人が避難所にいることができる限界日数は？

- ◆支援した人が感じる認知症の人が避難所で生活する限界は平均 3.11 日でした。

どんなことが起こると避難所生活が限界なのか？

- ◆認知症の人がイライラして落ち着かなくなると、周囲との関係がうまくいかなくなるという悪循環が起こっていました。

限界となる出来事の発生日数

- ◆排せつスペースの問題は 1 日目から、周囲の苦情は 3 日目から急に増加することで避難所生活の限界が来るようです。

## X 「東北地方沖地震に被災された方の不眠症状への対応」

出典 国立精神・神経医療センター 精神保健研究所 栗山健一，三島和夫  
「東北地方沖地震に被災された方の不眠症状への対応」(2011. 3)

### 震災後2週間以内の睡眠薬使用について—せん妄を見逃さない—

震災後は、強度のストレス、睡眠不足、環境の急激な変化などから、“せん妄”状態におちいる人がいます。特に高齢者ではせん妄が出現しやすく、不眠症や認知症と勘違いされることも多いので注意が必要です。せん妄では強い不眠に加え、不穏、興奮などが特徴的な症状ですが、時に前述の症状よりも記憶力の低下や見当識障害（時間や場所が分からない）などの認知症に似た症状が目立つこともあります。

一般的なベンゾジアゼピン系の睡眠薬や安定剤（抗不安薬）は効果が乏しく、むしろこれらの薬剤によってせん妄を悪化させてしまうこともあります。したがって、特に震災後2週間以内の急性ストレス期における不眠高齢者の治療においては、せん妄を見逃さないように慎重に対処する必要があります。せん妄に対しては不眠症とは異なる治療法があるため、医師の判断を仰いでください。

せん妄は震災直後の急性期以降にもみられます。不眠症とは違って、せん妄では見当識障害や幻覚（特に虫が見えるなどの幻視）が特徴的で鑑別の重要な指標となりますが、認知症とせん妄が合併しているケースでは診断するのが困難な場合も多いため、睡眠薬を使用してもよいか専門医の判断が求められます。

## XI 『復興の道なかばで 阪神淡路大震災一年の記録』

出典 中井久夫『復興の道なかばで 阪神淡路大震災一年の記録』（2011）

### ① 被災地内部から

#### 来援精神科の意味

(P. 32～)

私か震災直後にまず考えたのはボランティアとは何かということであった。(中略)

次にカンボジアのボランティア活動では「官」が入れない末端に「民」は入ってゆけるという発見があった。実際、神戸でも、ボランティアは毛細血管のように隅々まで入ってゆけた。行政が、かりに無傷で人員が現実の数倍であっても、老人に代わって重い援助物資を避難所の隅まで運んでやれるか、うまく建てられないテントに手を貸して出来あがりまでつきあえるか、連絡用紙一枚を徒歩で瓦礫を越えて宛て先まで運べるかということである。そういう仕事は「官」になじまない。たしかに「官」には「官」の欠かせない仕事があるが、仕事には「組織の中の人間」にはできないことがある。給水車が遠くの水を運んでくるのは「官」でなくてはかなわない。しかし、給水車が一軒一軒に水を配ることはありえない。配るのはボランティアである、現地の人間がやればいいではないかという声があった。しかし、被災者は多かれ少なかれ傷ついていた。能率日見当で三割に落ちていた。過剰活動がそれを補っていたが、それも一週間が限度であった。地震が明け方であったために最初期の倒壊家屋からの救出には在宅の働き手が活躍したけれども、やがて彼らの多くは職場に出勤して行って、婦女子、老人、病人が残ったという事情もある。最後に「隙間産業」こそボランティアの本領であるということがある。特技を持っている人でも例外ではない。スイスの捜索犬は「官」も含めて他の人が掘り出せない生き埋めを掘り出す。これも「隙間産業」である。逆に、ボランティアに能率や適正配置を云々するのはおかど違いである。少なくとも優先順位が低い。ボランティアはむしろ「官」でもなく現地の人もない。現地の地理や特殊事情に疎いのは当然であり、本業でないから慣れぬ手つきも当たり前である。能率の止むを得ぬ低さを人数と働く時間の長さで補ったのが彼らであった。

(P. 35)

次に「何をしてもらおうか」ということである。(略)「何か必要か」「何に困っているか」「情報送れ、それをもとに考える」という通信は電話でもファックスでも盛んに入ってきた。しかし、問題は日々あるいは刻々変わる。その間に自然に解消してしまう問題もあれば、形が変わる問題もあり、及ばずながら現地の人間が解決した、あるいはしつつある問題もある。“情報は必ず時遅れ”なのである。

### ② 来援精神科医のメンタルヘルス

(P. 36)

当然、医師もA S D (Acute Stress Disorder 急性ストレス障害)、P T S D (心的外傷後ストレス障害)に悩む。(略)最初の高揚感が自然なのはたかだか一週間であった。この高揚感は寡眠を伴い、次第に無理な自己激励によってしか維持できなくなる。その代償は現実吟味力の低下であり、感情の不安定、特に怒りやすさと他に非難がましくなることである。

### ③ 医師の頑張りにも限度がある

(P. 37)

一般に被災地の医師だけががんばれるのは三日、好条件でも一週間が限度であると思われる。その後は、悲壮感を伴いつつ、次第に萎縮的な医療になるか、注意が行き届かなくて散漫な治療になり、思わぬ事故が起こるか、あるいはいったん休養して立て直すかであると、来援がなかった場合を私は推測する。

### ④ 最初は誰も災害精神医学を知らない

(P. 39)

災害精神医学については私は特別の勉強をしていなかった。災害が起こってから書物を開いても全然頭に入らない、やったことのない手術を目前にして手術書を読むのと同じである。さらに、被災した頭は冷静な読書ができない。一般に危機の場合、手持ちの知識を総動員して事に当たるほかない。(略)つまり、当面する問題の知識の援助を来援者に求めることにも大きな意味があろう。

地震のような単純な天災においては、医療需要は若干の波動を伴いつつ、おおむね双曲線を描いて低下する(これに反して広島・チェルノブイリ型災害においては数十年規模の複雑な医療需要曲線が想定されよう)。それに対して、医療供給には必ず若干の遅れが生じて、ある時点でピークに達し、以後は形はさまざまでも減衰傾向を示すといつてよいだろう。この減衰には、関心の消退から現地に行っても実質的貢献が乏しかったという不足感までさまざまな因子が寄与するだろう。

※編者注：来訪の精神科医にレクチャーしてもらうのも一法であると思われる。

### ⑤ 精神科救護所の役割

(P. 57～)

精神科救護所の設置は、今回、第一の重要な布石であった。まず、来診患者を診察し、また救助隊や、市民からの情報を汲み上げて、錯乱している人、自殺を凶ろうとする人を大学あるいは県立精神病院などの精神科救急につないだ、これが第一段階である。

精神科救護所は、第二段階では、来援精神科の前進拠点となった。(略)

精神科救護所を中心とする活動は、軽症患者を診察し、重症患者を精神科救急につなぎ、さらに一般避難住民に予防精神医学的巡回を実施した。この活動を維持し、補完するための活動として、さらに次のような活動が必要となった。

第一は精神科関係の薬物の確保、第二は精神科救急患者の入院病床確保、第三は来援精神科医のコーディネーションである。

精神科薬物の必要性は当局の認識がやや遅れたが、関係者の必死の努力によって、結局は供給を中断せずにすんだ。

(P. 66)

来援精神科医は、被災地の地図を、現地到着前にできるだけ頭に叩き込んでおく必要があるだろう。それでも、被災地精神科医による案内は欠かせないものである。

### ⑥ 精神保健上の問題の推移

(P. 68)

災害初期には、精神科患者の急性再燃が目立つ。遠い過去に精神失調、内分泌障害、心身症を経験した者の危険率は、そうでない者より高く、かつ早期に発現する。しかし、反応性の再燃として、一般に、今日常識とされている治療を迅速に行えば非常に早く軽快する。

---

援助の必要性は、震災においては、おおむね双曲線を描いて低下する。最初の一週間における援助の価値は、その後一ヶ月までの援助に勝ること数倍であり、一ヶ月までの援助は三ヶ月までの援助の価値の数倍である。

(P. 80)

精神科医のほぼ一致した意見は、災害に弱かったのはアルコール症と薬物嗜癖であるということで、普段でもストレス解消にこれらを使う人たちであるから、最初は避難所、現在は仮設住宅の頭痛の種となっている。なぜか、これらの人々が集中してしまった地区があるようだ。

## ⑦ 息抜きは欠かせない

(P. 127)

兵庫県の被災外地域にある多紀郡篠山町、赤穂市はチャーターしたバスによって被災民を次々に招待しては入浴と食事のサービスを行った。この事業は被災地近接自治体の貢献として特筆できる。他にも行った自治体があるであろう。観光地は一時まったく客が途絶えたから、自治体には地元振興という一石二鳥でもあったか。私も、温泉宿に半額で入浴宿泊できるよう交渉をして病院全体にそのことを知らせたが、なかなか休まない人が多くて、行った時にはもとの値段に戻っていたということもあった。しかし、被災者だけでなく被災救援者、救援者にこのような交代休養を三週間に一回を目安として行うことが「燃え尽き」を予防する上で有効であると私は強く推奨したい。アメリカ軍がベトナムにおいてヘリコプターを用い、ドイツ軍が東部（ロシア）戦線において実に敗北の直前まで鉄道を用いて、きちようめんに定期的休暇を与えていたのは四〇―五〇日目に起こる「戦闘消耗」（「急性の燃え尽き現象」といってよいであろう）を予防するためである。

## XII 『震災こころのケアのかけはし』

出典 国立病院機構琉球病院『震災こころのケアのかけはし：岩手県宮古地区における国立病院機構 4 施設の活動記録』（2013）

ここでは東日本大震災に際して、国立病院機構琉球病院などが岩手県下で行った活動記録をもとに、外部支援の精神科医たちが現地でいかに活動すべきかについて実例を示す。読者には、これにより実践のポイントをつかんでいただきたい。なお、本資料は琉球病院による『震災こころのケアのかけはし』と、実際に活動に参加された同院の村上優氏と大鶴卓氏の2名にご出席いただいたワークショップでの発言を基に作成した。

まず外部支援者に対すると包括的なコントロールは、都道府県というレベルで行われる。そこには温度差が小さくないようだ。また活動の場となる市町村レベルでは、地元の保健所と市町村の保健センターは緊密な連携は不可欠な前提である。

なお、中井久夫氏（付属資料XI）は、「来援精神科医は、被災地の地図を、現地到着前にできるだけ頭に叩き込んでおく必要があるだろう。それでも、被災地精神科医による案内は欠かせないものである。」と述べており、これもまた外部支援者としての基本的な心構えといえよう。

### こころのケアチームの活動内容

ここでは心のケアチームの活動内容についての概要を示す。

#### 【被災者支援】

避難所での巡回相談は震災から間もない平成23年3月24日に開始された。まず保健所が、支援に入る地区を指示した。3～4日で宮古地区の全避難所をカバーした。ケアチームは、2人1組で行動し、基本的に単独行動はなし→ケアチームの負担軽減のためである。

仮設住宅入居者等へのアウトリーチは、以下の方法で同年6月から開始した。

- ・要支援者リストの被災者の家を一件ずつ訪問
- ・徐々にケアメンバーから保健師にシフトし、1ヵ月くらいで保健師さんだけで活動できるレベルになった。
- ・保健師さんが対応の難しいケースだけ、ケアメンバーが対応した。

また精神症状がみられた人に対しては、「震災こころの相談室」による対応は同年9月から開始した。

#### 【医療支援】

まず認知症のアセスメント及びマネジメントが重要業務であった。次に継続的な医療が必要と判断された場合には地元医療機関へ紹介した。これは面接に基づいて、外来レベルで内服継続が必要なケース、入院治療が必要なケースは積極的に地元の医療機関に紹介した。心のケアチームが紹介状を書き、保健所や保健師からの医療の情報を得て医療機関に直接連絡し受診に繋げた。実際は保健師の見守りが必要なケースが多く、それについては保健師の面接に同席し、今後の方針についてスーパーバイズを行った。

## 【総合調整・活動支援】

一次の派遣部隊への申し送り

これは病院の会議室にて3～4時間かけて前陣と後陣のメンバーが全て顔を合わせ、申し送りを行った。被災地の現状、訪問する避難所のマップ、現在の活動内容、各職種の役割、具体的なケース（どこに誰がいて、キーパーソンは誰か）、次陣の活動スケジュール、現在の問題点、将来的な課題などをパワーポイントスライド、word、excelにまとめ報告し意見交換を行った。

8月からのスポット支援に切り替わった後は、各病院をテレビ会議で繋ぎ1時間程度かけて申し送りを行った。保健師のリクエストに応じて、前陣が後陣の最初の一週間の活動スケジュールを決めておく。

―地元保健師とのミーティング

これは現場活動の最も基盤となるものである。発災から3-4か月後までは1日に1-2回、宮古保健所で宮古市保健センターと心のケアチームが集まり、情報共有を行った。記録は保健所の様式を使用した。

―「こころのケアに関する意見交換会」

この開催は5月から行った。こころのケアチーム（リーダー、サブリーダー）の構成：地元精神科医療機関（精神科医師・医療相談室の担当職員）、保健所（保健所長・精神担当課）、保健センター（課長、主任）、児童相談所職員で構成される。共通認識、情報共有、連携強化のために、中長期的な支援についての状況をまとめる。現地の医療機関の医療状況、心のケアチームの支援の実際、保健所で把握している全体概況、宮古市保健センターで把握している概況を共有し、現状を把握し課題と今後の方向性を確認した。保健所が主催し、月1回開催。こころのケアチームは、1年間参加。

## 【人材育成】

―対応についてのミニレクチャーはこころのケアチームが保健師に対して実施、(6月～)

―スーパーバイズもこころのケアチームが保健師に対して実施した。(6月～)

## 【支援者支援】

被災した職員（一般行政、保健福祉、消防士、消防団）への個別面接した。とくに被害が甚大であった田老地区の支援者全員に1時間程度のカウンセリングを実施した。

## こころのケアチーム基本的活動方針

---

1. 担当エリア内のすべての避難所を巡回し「地域」「場」の雰囲気を感じ取る。
2. 避難所の巡回により、重点対応の必要な避難所（引継ぎを受けた場所も含む）を確認する。
3. 巡回により把握した、及び引継ぎを受けた対象者の個人的なフォローについては関係性の構築に特に留意する。
4. 医療支援チーム、保健支援チームと現地及びミーティングで情報共有・連携を行う。
5. 方針を踏まえた具体的な活動は各チームの判断とする。なお、必要に応じ例を参考にする。
6. 対象とアプローチに関する具体的な活動の参考例は下記のとおり。

	個別	集団
被災者(避難者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・巡回でこころのケアチームについて周知</li> <li>・巡回でフォローした方への相談・治療開始（自宅帰宅後もフォロー）</li> <li>・相談や診療の予定周知</li> <li>・精神疾患既往者については、今後の医療の確保と予防について支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミニレクチャーの活用（チラシ活用「眠れていますか」「自然災害とストレス」を活用）活用後に個別に相談</li> <li>・スクリーニング実施</li> </ul>
支援者(被災者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレットで周知（惨事ストレスについて）</li> <li>・健康診断時にピックアップされたハイリスク者への相談と受診の勧奨</li> <li>・相談等の希望者へ対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報や教育（パンフレットでの周知や研究会の開催）</li> <li>・検診時スクリーニング実施</li> <li>・ローリスク者間の「場」づくりの支援</li> </ul>

## 医師の役割

— 現地の被災者・支援者に寄り添う医師としての医療提供機能

— チームが有機的に活動し、ポテンシャルを最大限発揮できるようなマネジメント機能

- ・情報収集、現地や派遣元との連絡調整、意思決定、危機管理等のマネジメントをする。
- ・現地の状況、避難所や保健所、医療機関等の要望を可能な限り集め、毎晩のミーティングで話し合い、メンバーの特性に合わせて避難所巡回や訪問同行、支援者面接などの活動を振り分ける。
- ・現地の関係機関や他支援チームからの相談、支援チームの合同ミーティングへの出席、診療以来、講演会などの連絡、当方からの相談や診察依頼に応じる。

— 遺族会における、医師の介入は「参加者同士が傷つけあわないようにすることと、発言量を均等にする事だけ」とした。

## 保健所の活動内容

以下に個々の活動内容を示す。

### 【被災者支援】

「震災こころの相談室」開設準備

### 【総合調整・活動支援】

・被災者への接触が早期になされるようこころのケアチームの派遣要請と受け入れ：具体的には宮古保健所が受け入れ調整（DMAT・JMAT・日赤・心のケアチーム…）を行い、各機関毎の担当地域を決めた。こころのケアチームが支援に入る地区を指示した。

- ・医療支援チーム、保健師支援チームとのミーティングの調整・実施（4月中旬～）
- ・発災から3-4か月後までは1日に1-2回、宮古保健所で宮古市保健センターと心のケアチームが集まり、情報共有を行った。
- ・こころのケアチーム間の活動に共通理解・認識を図る一定の活動方針のとりまとめ
- ・身体系の医療支援チーム、保健活動支援チームとの連携から地元市町村、地元医療機関へとその輪を拡大（「こころのケアに関する意見交換会」の開催）（5月～）
- ・こころのケアチーム（リーダー、サブリーダー）と地元精神科医療機関（精神科医師・医療相談室の担当職員）、保健所（保健所長・精神担当課）、保健センター（課長、主任）、児童相談所職員で構成
- ・共通認識、情報共有、連携強化のために、中長期的な支援についての状況をまとめる。
- ・現地の医療機関の医療状況、心のケアチームの支援の実際、保健所で把握している全体概況、宮古市保健センターで把握している概況を共有し、現状を把握し課題と今後の方向性を確認した。保健所が主催し、月1回開催。
- ・地元主体の精神保健医療活動への移行

#### 【普及啓発】

こころのケアに関するポスターやのぼり旗などの作成、行政機関、医療機関、薬局、仮設住宅集会所等への配付、啓発普及

### 保健センターの活動内容

#### 【被災者支援】

- ・24時間対応の保健師常駐避難所を4ヶ所（退院者対応避難所、透析患者避難所、精神疾患患者避難所、田老地区避難所）設定し、その他の避難所は巡回した。
- 宮古市保健センターは、被災者の個別訪問を行い、心のケアチームが同伴した。心のケアチームと全国から来た保健師チームが、宮古市保健センターの指示を受け避難所の巡回を行った。
- ・避難所の衛生管理、感染症対策、医療支援を行うとともに、避難所や被災地域の情報を集約し、要介護者等を医療機関や施設、より環境のよい避難所への移動などを行った。
- ・K6、SQDなどのアセスメント票が岩手県精神保健福祉センターから出されており、それをを用いて保健師がスクリーニング・面接し、必要なケースを心のケアチームに繋いだ。
- ・保健師さんの面接は構造化されており、次の順番で聞くと比較的抵抗がないようである。  
身体的健康→睡眠や食欲→心のこと→アルコール問題

#### 被災地訪問と遺族訪問の実施（4月中旬～）

- ・1年目は全戸訪問が中心だが、2年目は乳児検診などの通常業務も再開しつつ、訪問活動も行ったので、一番疲弊していた。3年目は、通常業務のアウトリーチの1つとして、訪問活動を実施できるようになった。

#### 【総合調整・活動支援】

―毎日、保健センター職員で朝と夕の合同ミーティングを実施

---

一情報共有を図り、職員がひとりで問題を抱え込まないように、必ずリーダーへ1日の活動を報告し、帰宅するように配慮した。

一毎日、保健所と連絡会を開催し、現場の状況や被災地のニーズ等、情報共有を図った。

各ところのケア支援チームと合同打ち合わせを定期的で開催（4月中旬～）

- ・発災から3-4か月後までは1日に1-2回、宮古保健所で宮古市保健センターと心のケアチームが集まり、情報共有を行った。

「こころのケアに関する意見交換会」の開催（5月～）

- ・こころのケアチーム（リーダー、サブリーダー）と地元精神科医療機関（精神科医師・医療相談室の担当職員）、保健所（保健所長・精神担当課）、保健センター（課長、主任）、児童相談所職員で構成
- ・共通認識、情報共有、連携強化のために、中長期的な支援について状況をまとめる。
- ・現地の医療機関の医療状況、心のケアチームの支援の実際、保健所で把握している全体概況、宮古市保健センターで把握している概況を共有し、現状を把握し課題と今後の方向性を確認した。
- ・保健所が主催し、月1回開催。

### 【人材育成】

市（保健センター）の保健師のこころのケアへの対応力の向上を支援した取り組み

- ・ステップ1：保健師がこころのケアチームから講義で必要な知識を得る。  
講義内容：PTSD、こころのケア、診たてのポイント、被災者の心理的経過、子どもの気になる行動への関わり方、アルコール依存症の診断と治療、アルコール問題早期介入と手法、被災地のこれまでとこれから
- ・ステップ2：保健師はこころのケアチームによる被災者への訪問に同行し、実際の面接場面に臨場するとともに、その結果のフィードバックを受ける。  
必要な人は受信へと結びつけ、保健師の支援や地域の見守りで大丈夫な人は、継続支援を行った。  
事前に訪問予約をすると断られるため、同行訪問は突撃訪問で、不在は覚悟の上
- ・ステップ3：保健師が実際に訪問・面接によるケアを実践し、その結果について同行したこころのケアチームからフィードバックを受ける。

### 被災者の精神症状の推移

---

発災直後

- ・統合失調症圏の人々は直接の危機には強く、症状を悪化させる人は少なく耐えていた。
- ・アルコール中毒の人は、避難所に来ずに、津波で流された自宅の2階で、流された酒瓶を拾ってきて飲酒
- ・被災直後に短期間内服が必要であったケースはあった。
- ・睡眠導入剤を1、2回出した程度で、継続して出したケースはほとんどなし

---

#### 4月上旬

- ・ 集団生活の中では感染症と血栓塞栓症が問題となると考え、被災当初から感染予防の徹底、ラジオ体操や水分摂取を励行した。→ 感染症の蔓延や血栓塞栓症の発症報告もなかった。

#### 4月中旬

- ・ 1カ月を超えた後は治療継続が必要なケースで、心のケアチームに紹介されるケースは多くなかった。

#### 7月中旬

- ・ 睡眠薬を飲みたくないという理由で寝る前にお酒を飲んでいるケースあり
- ・ 震災前よりアルコール問題があり、震災後酒量が増え連続飲酒が続く。
- ・ 震災後仕事をなくし、仮設住宅で独居生活を始めたがやることなくお昼から飲酒

#### 7月末

- ・ うつ状態や不眠をきたす住民あり

#### 8月下旬

- ・ 長期的にはアルコール依存とうつ病が続く印象
- ・ 特に、男性・単身者・仕事がない・仮設住宅入居者は、将来的にはアルコール依存・うつ状態のハイリスク群の印象
- ・ PTSDを発症していると思われる被災者に会うことは少なかった。
- ・ 行方不明者を持つ遺族は特に回復が遅い印象

#### 9月

- ・ 遺族会ではサバイバーズ・ギルドがよく語られる。津波による死亡では地震から津波まで判断する時間があつたため、自責感が強くなっているのではないか。

#### 1年後～

- ・ 先の生活の見通しが立たない人の不安な思い、家族を亡くし、職を無くした人、一人暮らしの男性、アルコール量の増加、被災した人としらない方の温度差の拡大など、課題がたくさんある。
- ・ 被災により生じた格差は広がり、はさみ状となる。特に家族を失ったか否かによる温度差は大きい。
- ・ 我慢することで頑張り続けていた方が震災後1年以上経って抑うつ状態となるケースもよくみられる。

#### 被災後1年間

- ・ PTSDの症状を部分的に伴ううつ病や認知症の増悪は多い。
- ・ 初診患者の割合は認知症圏が最多で、これは高齢過疎地域において住環境が変化したことによる影響が大きい。

---

## 支援を受ける側の感情

---

- ・ 援助を受けざるを得ないことによる自尊心の傷つき、「家がある人が憎くて仕方がない」というような羨望、嫉妬がある。また、支援を受ける側は想像以上に気を遣っている。

## 避難所での活動

---

- ・ 対象者を限定せず、避難所にいるすべての方々へ個別に声をかけ気になることや心身の不調について話を聴き、必要時には薬を処方した。
- ・ 2日に一度は訪問し、必要時には毎日訪問し見守りの体制を整えた。
- ・ 継続したフォローが必要と判断した際には保健師へ情報提供を行った。
- ・ 震災で薬を紛失し、服薬が中断している方や急性増悪された方に対し、保健師と連携し介入及び薬物投与を行うことで、症状の安定につなげた。
- ・ 不安や恐怖感など自らの体験を言語化しにくく、ストレス対処が難しい子どもたちに対し、遊びを通して関わった。
- ・ 相手の気が済むまで、とにかく傾聴した。

## 薬の対応

---

- ・ 治療の必要なケースの把握は、直接避難所を回り情報を得たケース（直接面接を行い、評価・判断した）もあったが、多くは保健師や避難所のスタッフ等から情報を得る場合がほとんどであった。
- ・ 心のケアチームが持っていった薬でも使わなかったものも多かった。最も必要とされたのは風邪薬であった。
- ・ 必要な薬は、薬手帳、本人や家族の申告、心のケアチームの診察での判断で確認した。
- ・ 薬が必要なケースには、処方箋を書き、その場で薬を手渡した。処方量・日数は数日単位とし、過剰な処方はいなかった。
- ・ 看護師たちは田老地区全域の避難所を巡って薬の注文リストを作成した。
- ・ 処方箋は総合事務所の紙を切り、薬袋には紙を折って袋状にし、それに氏名と避難所名、薬の名前・使用法を記し、後日回収し、再処方時の参考と薬袋用紙の節約に努めた。

## サバイバーズ・ギルドへの対応

---

- ・ 傾聴を主とした。保健師が定期訪問し、その場に同席しスーパーバイズを行った。

## グリーンケア

---

- ・ 短期間しか被災地に滞在しない心のケアチームではグリーンケアはできないし、むしろ弊害が多いと考えた。
- ・ 心のケアチームは、グリーンケアを行う現地保健師を支えること、医療に繋ぐべきケースを評価し医療に繋ぐことが役割と考え、それに徹した。

---

## 支援者支援

---

- ・ 田老地区の支援者全員に1時間程度のカウンセリングを実施
- ・ 「先は長いのだから、休むことも仕事です。」と声をかけていただき、休みながら、立ち止まり、考えるゆとりを与えていただいた。
- ・ 自らも被災しながら自治体を支える職員は二重の被災者ともいえる。政府対応の遅れに苛立つ住民の怒りは職員に直接ぶつけられる。特に仮設住宅に関する建築課へのクレームが激しかった。

## 被災地支援から得た教訓

---

### 【派遣期間のあり方】

- ・ 発災直後の急性期は、第一陣が2週間滞在し、2~3ヶ月経ったら1週間程度にするのが有効である。最初の支援は手厚く、徐々に薄めていく。

### 【避難所での支援方法】

- ・ 日中は仕事や家の片付けで避難所にいる人が少ない。→夕方以降の支援のニーズが大きい。

### 【長期的な支援方法】

- ・ 継続した関わりが必要と思われるケースの避難所を退去された後の支援体制が不十分である。

### 【支援の連携】

- ・ 命令系統は一本化が必要で、トップダウン方式が望ましい。
- ・ 情報をトップに集約し、決断もトップダウンで行う方式は、迅速な判断と対応が求められる震災支援の初期～中期においては非常に有効
- ・ チーム内の支援理念、支援方針を統一することも大切である。こころのケアチームは、複数の病院・職種が短期間限定のチームを作り活動することがほとんどである。そのため、各人の職種や考えにはばらつきがあり、それを統一しないままだとチームとしての一体性や継続性を失うことにつながり、ケアチームの機能が減退する。また、各職種の役割、分担を明確化することも大切であり、被災地に入る前に自分の役割や責任を理解することで、活動時に各人が責任を持ち自分の役割を遂行することができる。
- ・ 申し送りの書式・フォーマットを統一することで、継続性のある申し送りが可能になった。
- ・ 前の隊が現地の支援者と話し合い、次の隊の支援の具体的な内容、活動スケジュールを決めていたので、現地に入ってすぐに支援活動ができた。
- ・ 支援の基地（ベースキャンプ）をどこにするかが重要。被災地の最前線は資源が少ないので、被害の少ないところに基地を作って、そこから最前線に部隊を送り出すほうがよい。
- ・ 職員支援に入ると役場との連携がよくなる。

### 【支援者支援】

- ・ 被災者のこころのケアだけでなく、現地対応する職員の話にも耳を傾ける「相手に安心感を与える」技術が重要である。

---

## 【支援者の姿勢】

### 支援する側の視点

- ・自己完結型チームとして、交通手段・食料・薬剤及び医療機器を用意し支援にのぞむこと
- ・チームを多職種で構成し、それぞれの専門知識を活かす。
- ・現地のやり方を批判せずに、常に現場の保健師のバックアップに徹することが重要

### 支援を受ける側の視点

- ・自己完結型の支援チームであること（負担にならず、ありがたい）
- ・長期の支援であること（細く長くいてほしい）
- ・いてくれるだけでいい（バリバリ支援オーラは不要である）
- ・活動に休みを入れてくれること（こちらも休める、考えることができる）
- ・常に笑顔でパワーをくれること
- ・自分たちのよき理解者であること（地域を理解し、理論は後で）
- ・外部の支援者は、被災地に「とにかく来て、いてくれること」。先の予測もつかない状況の中、「大丈夫それでいいです。」の一言で、どれだけ救われたことか。私たちの活動を理解してくれている安心感と信頼関係ができた。
- ・短期間では被災者は本音を語らず、笑顔で「大丈夫です」としか答えない。3～7日の短期交代では、その短い滞在で得た表面的理解で誤ったコンセンサスが成立してしまう危険がある。琉球チームは2週間滞在して現地の信頼を得ていた。

## 【大規模災害への備え】

- ・沖縄県で大規模災害が起き、空港が使えなくなると孤立する。まず、自分たちだけでどのように対応するのか検討を開始している。

### ⅩⅢ 「避難者支援の経過 こころのケアチームの支援活動を通して」

出典 遠藤智子「避難者支援の経過 こころのケアチームの支援活動を通して」『日精協誌 第30巻・第10号』（2011）

#### 2次避難所でのこころのケア活動

2次避難所は前述の通り、基本的に個室であるため、こころのケアチームにつなげるべきニーズのある人をどのようにピックアップするかが課題であった。本県では、2次避難所に移行した避難者に対しては、保健師による全数を対象とした健康ニーズ調査を実施したので、こころのケアが必要な人を把握する方法としては、①保健師の世帯調査や健康相談などで把握したケースをつなぐ、②一般医療班が先に診察したなかから、必要と思われる人をこころのケアにつなぐ、③施設にあらかじめこころのケアチームの巡回を告知するチラシを配布したり、食事時にアナウンスしてもらうなどして告知をし、自ら診察や相談を希望した人に対応するという方法をとった。

#### 被災市町村職員の疲弊

おそらく他の被災県も同様の状況であったと思われるが、当地域に避難してきた市町村職員も、当初は避難者と同じ施設（避難所）に常駐していた。自らも被災者・避難者でありながら、1日中公私のが区別が難しい環境のなかで早朝から深夜まで働き、震災以来1か月以上1日も休みをとれていない、といった状況も見受けられた。住民からすれば、市町村職員は職を失わずにすんでいる、といった意識もあるものと思われ、職員は弱音を吐くことが許されないような状況もあった。

このような状況から、市町村職員のリスクの高さに対する危機感は「連絡会」でも早期から話題になり、避難者への対応と同時に、被災した市町村職員に対しても、個別の診察や職員向けの啓発のための講和、上層部への提言など、地域の医療機関や県外チームにも積極的に対応していただいた。

しかし、職員の処遇状況はなかなか改善されず、一方で職員は過度の責任感や自責感にとらわれている場合があり、自ら休暇を取る決断力さえも鈍らせているような状況なのではないかとの判断から、「連絡会」の総意として、4月21日に、「震災対応のための職員の心身ケアのための緊急のお願い（緊急要望書）」という文書を、福島県医師会長名で県内各市町村長と県知事あてに出すに至った。

「緊急要望書」の概略としては、市町村職員を避難者とは別の宿泊施設に宿泊させること、できるだけ早急に全職員が2日間連続した休暇を取れるよう推奨ではなく命令として行ってほしいこと、休暇を取りやすくする方策として県外からの応援職員を避難所などの直接的業務にあてて、職員を役場勤務になるべく集約することなどが、提案として盛り込まれた。このような「要望書」にはもちろん強制力はないが、各関係者への理解を求める際には、実情を把握したうえでの専門家の意見として説得のよりどころとなった。

## XIV 「被災地での運動介入について」

出典 根本みゆき「被災地での運動介入について」

### 被災地での運動介入の原則

・運動教室は、安否確認や健康・心理面の状態を確認するために行っている。また手軽で簡単な運動を紹介し日常（家事をしながら、手持無沙汰な時など）で続けてもらえるようにする。集まって行う運動教室はきっかけにすぎず、個人でも毎日続けてもらうことが重要。

毎日の宿題運動：書くことは少なくして、行った運動に○をつけるだけにしている。教室を開催するたびに回収し、コメントして返却している。ポジティブなフィードバックを行って継続を促している。

・運動は気づき、きっかけにすぎない。自分の身体と向き合う環境を設定し、生活を考えたり、見直すきっかけにする。

・被災地では楽しんで、癒され、グループで仲間を意識できるように行う。

・自分の好きな運動、インストラクター、教室を選べるように、選択肢をつくれればベスト。

・明るい雰囲気のある教室が非日常を作り出して、家に帰ったら一人ぼっちでそのギャップを感じてしまうということもあるので注意も必要。

### 被災地での運動教室

運動教室の内容（1回90分程度、2か月～半年間で全8回）

1回目：説明、アンケート

2回目：アンケート結果の返却、講義、導入、

3～6回目：本編の運動介入

7、8回目：まとめ、今後について

メンタル面での結果

質問紙：GHQ 向上

聞き取り：薬を減らせた、よく眠れるようになった、寝込んでいた夫が毎日運動をするようになった

## XV 「災害救援者・支援者メンタルヘルスマニュアル」

出典 防衛医科大学校精神科学講座 重村淳

国立精神・神経医療センター精神保健研究所 金吉晴 監修

「災害救援者・支援者メンタルヘルス・マニュアル」

### 災害支援者に生じうる心身の反応

<p><b>心の変化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 気分の高ぶり</li> <li>● イライラ</li> <li>● 怒り</li> <li>● 憤り</li> <li>● 不安</li> <li>● 無念さ</li> <li>● 無力感</li> <li>● 自分を責める</li> <li>● 憂うつになる</li> </ul>	<p><b>心の変化（強度）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現実感がなくなる</li> <li>● 時間の感覚がなくなる</li> <li>● 繰り返し思い出してしまう</li> <li>● 感情が麻痺する</li> <li>● 仕事を手につかなくなる</li> <li>● 他人と関わりたくなる</li> </ul>	<p><b>体の変化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 不眠、悪夢</li> <li>● 動悸</li> <li>● 立ちくらみ</li> <li>● 発汗</li> <li>● 呼吸困難</li> <li>● 消化器症状</li> <li>● 音に過剰に驚く</li> </ul>
<p><b>業務への影響</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 業務に過度に没頭する</li> <li>● 思考力の低下</li> <li>● 集中力の低下</li> <li>● 作業能率の低下</li> </ul>	<p><b>行動への影響</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 酒が増える</li> <li>● タバコが増える</li> <li>● 危険を顧みなくなる</li> </ul>	<p><b>遺体関連業務有の反応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 気持ち悪さ</li> <li>● 嫌悪感</li> <li>● 遺体・遺留品に感情移入する</li> <li>● におい刺激への反応</li> <li>● 吐気、嘔吐、食欲低下</li> <li>● 遺体を連想させる食物が食べられない</li> </ul>

## XVI 「災害時の心の健康法—セルフケアと組織対策—」

出典 一般財団法人 地方公務員安全衛生推進協会  
「災害時の心の健康法—セルフケアと組織対策—」  
<http://www.jalsha.or.jp/pub/pub02/detail/12>

### ① 「隠れた被災者」と呼ばれる被災地職員

被災地の職員たちに共通な状況として、次の7つが挙げられます。

1. 自らの生活再建の目途が立たない中での労働
2. 長時間労働による疲労の蓄積
3. 資材や時間が制約される中で慣れない活動に従事するなどの職場環境の悪化
4. 家族を残して働く不安
5. 災害による外傷、疾病の発症や慢性疾患の増悪など
6. 公務員としての使命感から、プライベートでも住民優先の立場に
7. 住民から不満や怒りをぶつけられやすい

こうした状況下で働く職員は、その多くが被災者でもあります。それにもかかわらず、地域住民の支援を優先しなくてはならないという義務感があるため、

- 自分自身が被災しているという自覚を持ちにくい
  - 被災者としての対応を取りにくい
  - 一般の被災者に遠慮して自分の被災状況や気持ちについて人に話すことができない
- といった状態が生じやすく、そのため「隠れた被災者」と呼ばれることがあります。

### ② セルフケア

同じ惨事ストレスに直面しても病気になる人とならない人がいるように、ストレス反応には個人差があります。またセルフケアをするかどうかによっても、ストレス反応の強さに違いが出てきます。

自分に合ったセルフケアを見つけ、ストレスの軽減・予防に努めましょう。

#### 災害時のストレス対処法

##### 1. 職務の目標設定

災害に直面してその関連業務に携わっていると、湧き上がるさまざまな感情に自分を見失いそうになることもあるでしょう。そんなときは、今やっている仕事の意味を考えることで、心の状態を安定させましょう。

##### 2. 生活ペースの維持

平時であっても、生活の乱れは心身の健康を乱します。非常事態においては生活環境も大きく変化する

---

ので、意識的に自分の生活のペースを保つことが大切です。日常を取り戻すことで、ストレスからの自然な回復が促進されます。

- 十分な睡眠、食事・水分
- カフェイン・お酒・タバコをいつもより取り過ぎない

### 3. 一人で溜め込まない

親しい人がそばにいてくれるだけで気持ちは楽になります。つらい経験を一人で抱え込んで耐えるよりも、分かち合ってくれる人に頼りましょう。たとえ多くを語らずとも、そばにいる人の存在そのものが助けになります。

- 親しい人と一緒にいる時間をつくる
- 自分の気持ちを話したければ話し、話したくなければ無理をしない
- 少し落ち着いたら、受け入れてくれる人と積極的に会話をする
- 職員同士でお互いを気遣う

### 4. 自身の心身の反応に気づく

自分が大きなストレスを受けているということに気づき、それを認めましょう。そして心身の反応が出ている場合には、休憩や気分転換を心がけます。休むことは悪いことではありません。一人が調子を崩せば、その影響が周囲にも及ぶことを肝に銘じましょう。

- チェックリストなどでストレスを自覚する
- 意識的に休養や静養を取る
- 気分転換を心がける

### 5. 感情を取り戻す

大きな災害は人の心を麻痺させ、感情を奪います。そんな状態から抜け出すためには、泣いたり笑ったりすることが大切です。たとえ災害に関係のないことでも、とにかく「泣く」「笑う」という行為ができれば感情が解放されて楽になれます。心おきなく泣いたり笑ったりできる場所があると、感情を取り戻す助けになるでしょう。

- 泣く
- 笑う

## 気分転換の工夫

---

自分なりの気分転換方法を見つけておきましょう。「続けられる」ことがポイントです。

### 呼吸法

疲れたりイライラしたりするときに、短時間でできる手軽なセルフケアです。

- ①目を閉じて自分のペースでゆったりと腹式呼吸
- ②心地よく呼吸ができてきたら、息を吐くことに注意を向ける
- ③「身体の中の疲れ、もやもや、イライラが少しずつ外に出ていく」とイメージしながら息を吐く

④十分だと感じるまでしばらく続ける

⑤手を閉じたり開いたりしてから全身で伸びをし、すっきりと目をあける

### 入浴法

血行を促進し、身体を休めるときに働く副交感神経を活発にさせる入浴は、リラックス効果をもたらして心身の疲れを解消するのに役立ちます。普段はシャワーだけですませてしまう人も、ゆっくり湯船につかりましょう。

効果的な入浴法：①ぬるめの湯 ②半身浴 ③湯につかる時間は10～15分程度

簡単なストレッチを行ったり、アロマオイルや入浴剤で好きな香りを取り入れると、より入浴を楽しむことができます。

### 被災地（現場）を離れる

休みが取れるようになったら、旅行などで被災地から離れた土地へ行ってみましょう。災害の現場を離れることで自分が安全であることが確認でき、安心感が得られます。休みが取れない場合は、5分だけ現場を離れて気持ちをリフレッシュしてみましょう。自分の好きな場所に行つたとイメージしたり、楽しかった思い出を思い浮かべたりするだけでも、リラックス効果があります。

ほかにも自分自身がリラックスできそうなことをさがし、気分転換をしてみましょう。

- 目を閉じる ●瞑想 ●ストレッチ ●散歩 ●適度な運動 ●音楽を聴く ●食事 ●趣味
- 友人や家族との会話 など

ストレス解消のために仕事に打ち込むのは逆効果です。かえってストレスが悪化するので注意してください。

## **③ 発災後にストレスを軽減する環境**

### 休養の付与

すべてのストレス反応に対するケアとして、休養を取ることは最も重要です。過度な勤務から離れ、十分な休養を取る中で気分転換を図ることが、ストレス軽減には何よりも効果があります。

- 体を横たえて寝る場所・風呂・十分な食事（特に温かい食事）の確保
- 住民などの目が届かない休憩場所の確保

休養以外でも、被災地外への数日間の出張や人事異動は「ストレスの原因から離れる」という意味で同様の効果があります。

### 休養を取るためのシステム

- ローテーション体制の早期確立

災害対応業務を複数担当制にしたり、誰でも対応できるよう各部署でマニュアルを作っておいたりするとよいでしょう

- 他団体からの応援職員を受け入れる体制の確立

---

応援もうまくローテーションを組み、応援職員同士の引き継ぎもスムーズに行えるようにしましょう。この際、職員が担う業務だけでなく、災害に起因して発生する生活上の不便（食事・トイレの清掃など）についても手助けを受けられるようにしておくことが有効です。

### 活動を肯定的に評価する

業務の重要性、誇り、使命感を確認することは、ストレス反応を緩和する上で有効です。自分自身で確認するだけでなく、同僚や部下の業務にも目を向けましょう。ねぎらい合い、できなかったことよりもできたことを評価することが大切です。

### ストレス反応への理解・対人関係への配慮

惨事ストレスの影響や激務による疲労から他者に対する余裕がなくなり、攻撃性が出たり孤立感を持ったり、人間関係が悪化する可能性があります。職員同士の被災の程度の差も関係を複雑化させます。そのために、これまでは表面化していなかった職場内の問題点が顕在化することもあります。対人関係に十分な配慮をするとともに、日ごろから職員同士が何でも話し合えるような職場環境をつくっておくことが重要です。

### 感情を取り戻すための場所づくり

地域住民やマスコミの視線にさらされないところで、安心して泣いたり愚痴をこぼしたりできる場所が必要です。そうした場で心を許せる仲間と話し合い、共感を得ることは大きな心の慰めとなります。慰労会など、同僚と気兼ねなく語り合う会を設定するのも一つの方法です。

### 健康診断で心身の状態をチェック

職員の健康状態を把握するため、適切な時期に健康診断を実施します。心の状態はストレスチェックを行ったり、問診時間を多く取ったりすることで対応しましょう。以前からの疾患が災害によって悪化している、あるいは再発する場合があります。特にうつ病は繰り返しやすい病気なので、以前にかかったことのある職員にはフォローを継続します。

### 健康状態を把握するためのシステム

#### ●検診・心の相談窓口を作る

必ず結果をフォローして意味のある取り組みにすることが重要です。

#### ●外部機関との連携

#### ●ストレスチェックを行う

### 臨時健康診断を行うときのポイント

臨時健康診断は、職員が行きやすい工夫をすることが大切です。

- 1) 住民から見えない場所に会場を設定するなど、気軽に受診できるようにする
- 2) 健診会場をあらたまった場にせず、気軽に声かけをして受診できるようにする
- 3) 健診の実施を周知徹底させる
- 4) 問診票はできるだけ簡単に「はい」か「いいえ」などで回答できるようにする。

- かつ健康状態の把握に有効なものを工夫する（A4用紙1枚程度）
- 5) 問診時間を多く取り、心と身体の状態をよく診る場にする
  - 6) 受診を待つだけでなく、巡回して健診を行う
  - 7) 「健診会場」より「心と身体の相談室」などやわらかい表現の方が抵抗感を持たれにくい

#### ④ 組織のトップや管理監督者の立場から

##### 組織のトップがすること

不安な中で業務をこなす職員にとって、組織のトップが早い段階で「組織が職員を守る」と支援を表明することは、職員にとって大きな支えになります。職場内への声明や現地訪問で、見舞い、ねぎらい、敬意を示すことが重要です。また、適切な情報提供、今後の見通しや方針などを提示すれば、職員は安心して業務に励むことができます。

##### 管理監督者がすること

###### ●いつもと違う部下の様子に気づく

管理監督者は普段からラインケアとして部下の状態に注意を払っていますが、災害時は特にそれを強化する必要があります。いつもと違う部下の様子に気付いたら声をかけましょう。

そのときに留意したいのは、「病気ではないのか」と問うのではなく「普段と比べて〇〇が××なので心配している。眠れているのか、食欲はあるのか」など、部下が話しやすいように具体的に尋ねること。そして必要であれば専門家への橋渡しをする、あるいは管理監督者が代わりに専門家に相談する、といった行動を起こしましょう。

見守って声をかけることは、部下を大切に思い気遣っていることの表現にもなります。役割の第一として、ぜひ心がけてください。まずは下のポイントを参考に、発災直後の様子に注意してください。その後も継続して注意していきます。

##### いつもと違う部下への対応～早期発見のポイント～

###### ①いつもと違う（ズレ）状態に気づく

1. 表情が暗く元気がない、もしくは逆に元気すぎる
2. 能率の低下やミス・事故の増加
3. 人との交流を避ける(会話の減少)
4. 遅刻・欠勤の増加、泣きごとや不満の増加
5. 体調不良や不眠の訴えの増加
6. うつろな目をしてボーっとしている

###### ②いつもと違う発言や行動に気づく

1. 意味不明な発言や行動の増加、細部へ固執する
2. 被害的言動の増加
3. 攻撃的言動（怒り）の増加

---

## XVII 「被災地警察職員の心のケア」

出典 中川磨智子、ほか「被災地警察職員の心のケア」日本精神科病院協会雑誌（2014）

### 発災後の1週間以内における遺体に対応された警察職員から聞かれた問題点

---

「棺が足りない」、「家族全員が亡くなり、遺体を引き取りに来る人がいない」、「葬祭業者が不足していて、遺族は遺体を引き取れない」

「安置所が遺体で溢れる」、「対応する自治体職員が不足しているため、埋葬の行政手続き相談まで警察官が代用しなければならない」

「遺族は火葬か土葬かなど行政相談を切望している」

## ⅩⅧ 「被災した時に 生活再建の手引き」

出典 日本災害新興学会 復興支援委員会「被災したときに 生活再建の手引き」(2009)

### ① 「り災証明書」って、なに

- ・被災後に支援金や義援金、税金の減免などの支援を受けるときに必要となる書類です。
- ・被害調査が終わった後に自治体に申請すると発行されます。
- ・災害の大きさによって異なりますが、り災証明書は被害調査が終わった住宅から順次発行されます。

### ② 被害調査とは？

- ・被害調査は地元の自治体が発行する「り災証明書」の根拠となる調査で、自治体の職員が実施して被害の種類や大きさを認定します。
- ・被害調査や被害の認定は国が作った基準で行われます(内閣府のホームページ参照)。
- ・調査は1次から3次まであり、認定は2次の外観目視でほぼ決まりますが、この認定に不服があるときは、建物の中に入って調査する3次調査を申請することができます。
- ・被害の種類や大きさには、全壊、大規模半壊、半壊、全焼、半焼、床上浸水、床下浸水などがあります。
- ・この被害認定で、その後受けられる支援の程度がまったく違ってきますので、十分注意してください。
- ・被害調査で全壊などに認定されたからといって、すぐ解体を決断しないようにします。修理して住み続けることができる場合もあるので建設業者とよく相談しましょう。

### ③ 生活再建における支援

生活再建を支援する「被災者生活再建支援法」があります。

この制度が適用されると、申請により基礎支援金(住宅の被害程度に応じた支援金)と加算支援金(被災後の住宅再建の方法に応じた支援金)が支給されます。

対象となる世帯は、居住している住宅の被害認定が「全壊」か「大規模半壊」の場合のみとなります。ただし、「半壊」や「大規模半壊」または宅地が大きな被害を受け、被災した家屋の修理があまりにも高額となるときや倒壊による危険防止のため、やむを得ず解体した場合などは「全壊」として扱われます。

災害の規模により異なりますが申請からお金を受け取るまでの期間は、概ね1か月です。支援金の金額は、世帯の人数が複数の場合は下表のようになります。(単身世帯は、複数世帯の支給額の4分の3になります)

基礎支援金		加算支援金		
全壊	大規模半壊	建設・購入	補修	賃貸(公営住宅を除く)
100万円	50万円	200万円	100万円	50万円

### 災害弔慰金

「災害弔慰金法」の概要は以下の通りです。

#### 災害弔慰金

内容	災害によって犠牲となった人の遺族に支給されます		
金額	生計維持者が亡くなった場合		500万円
	生計維持者以外の人の場合		250万円

---

### 災害障害見舞金

内容	身体に重度の障害を受けた人に支給されます	
金額	生計維持者の場合	250 万円
	生計維持者以外の人の場合	125 万円

### 災害援護資金の貸付（貸付要件に所得制限があります）

内容	世帯主が負傷した世帯や家財・住居に被害を受けた世帯に対して生活の立て直しに必要な資金を貸し付けます。
金額	限度額は 150 万円から 350 万円

### ※大事なこと

弔慰金、災害障害見舞金は、自宅の被害、年収、年齢に関係なく支給されます。

## X区 『東日本大震災・被災者支援のためのサポーターワークブック』

出典 東北関東大震災・共同支援ネットワーク被災者支援ワークブック編集委員会 編者  
「東日本大震災・被災者支援のためのサポーターワークブック」

### ① みなし仮設（民間賃貸借上げによる応急仮設住宅）の課題

震災などで住居を失った被災者が、民間事業者の賃貸住宅を仮の住まいとして入居した場合、一定の条件下においてその賃貸住宅が「応急仮設住宅」に準ずるものとして認められ、家賃や敷金・礼金・仲介手数料などが国庫負担となるしくみがあります。これが、通称「みなし仮設」「借り上げ仮設」「民賃」などと呼ばれるものです。

2012年5月15日現在、岩手・宮城・福島の3県だけで約5万5,000戸のみなし仮設が活用されています。

みなし仮設で生活する人たちから、以下のような課題が出てきています。

#### ■情報が少ない

- ・行政やNPOからの支援情報が届かない。
- ・被災された人同士の情報交換の場がない。
- ・各種被災関係の申請について、手続きの情報がないまま申請期限が来てしまうのではないかと不安感
- ・パソコンやインターネットを利用する経済的余裕がない。

#### ■孤独感・孤立感への不安

- ・市町村外や県外から引越してきたことで知り合いが少なく、ひとり暮らしの人は会話をしない日がある。
- ・体調が悪い状態が続き、外出ができずに相談する相手もなく孤立感がある。
- ・県外や県内でも遠方に避難すると、生活支援相談員の訪問が受けられないことがある。

#### ■土地勘がない

- ・市町村外や県外から引越してきているため、外出したくても移動方法がわからない。
- ・略した地図では、自分の家と施設や関係機関などの位置関係がわからない。

#### ■原発の避難者との格差と偏見

- ・津波で家屋を失った世帯と原発で避難してきた世帯とは背景や支援の内容が違う。

#### ■みなし仮設の申請先（市町村）による対応の相違

- ・それぞれの自治体により、みなし仮設に対する情報提供や支援内容、対応の時期が違う。

#### ■支援格差に対する不満

- ・みなし仮設が点在しているため行政やNPOの支援を受けにくく、一般の仮設住宅との支援格差に不満やおいてきぼり感で憤りを感じている人が多い。

#### ■被災者への偏見

- ・民間賃貸住宅を仮設住宅として住んでいることについての世間や被災者同士の偏見でつらい思いをし、今後不安が多く悩んでいる。
- ・行政から支援を受けていることへの偏見があり、知られたくない。

## ② 被災者の生活状況の変化とサポーター活動のポイント

仮設住宅や居住者の変化と課題		支援活動の内容・ポイント	
◎初期 (入居～半年)	<p><b>情報の不足による不安が発生する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>被災者支援に関する情報</li> <li>生活関連(周辺地域含む)情報</li> </ul> <p><b>生活課題が表面化し始める(特に訪問活動を通して把握)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①個人および世帯状況に起因するもの</li> <li>②仮設住宅の特性に起因するもの</li> <li>③その複合</li> </ol> <p><b>多様な訪問者(活動)による入居者の訪問者疲れと混乱(伝達不足や入居者の勘違い等)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サポーター(生活支援相談員等)</li> <li>専門機関(地域包括支援センター、行政の保健・住宅関連部局、警察等)</li> <li>被災者支援団体(ボランティアグループ NPO 等)</li> <li>民間業者(新聞等)</li> </ul>	A	<p><b>仮設居住者の実態把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆居住者個々の生活状況および生活課題の把握</li> <li>◆居住者を支援の必要度合いにより区分け</li> <li>◇コミュニティづくりのための人材リサーチ</li> </ul> <p><b>生活課題(共通)の把握と対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆情報提供</li> <li>◆住環境改善</li> <li>◆日常生活の不便さ(買い物・医療・交通等)への支援</li> <li>◇緊急の個別支援対応</li> </ul> <p><b>支援者間の調整と支援のための組織化</b></p> <p>各専門機関(地域包括支援センター、行政の保健・住宅部局、警察、社協)等とのケア連絡会</p> <p>◇支援者地区連絡会議(住民、民生児童委員、ボランティア等)</p>
	◎中期 (半年～2年)		<p><b>個々のつながり度合いの差が顕著になってくる</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>交流活動等に参加する人、しない人</li> <li>→“閉じこもり”のリスクが増大</li> </ul> <p>※住民交流活動や自治会活動等がなければ、さらにリスクが増大</p> <p><b>入居者間で生活再建の格差が表れ始める</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心理的不安、生活意欲の低下</li> <li>→アルコール依存、うつ、虐待(DV)、詐欺被害のリスクが増大</li> </ul> <p><b>入居者間のトラブル発生リスクが高くなる</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活上の近隣トラブル(騒音・ごみ等)</li> <li>集会所・談話室利用や交流活動等におけるトラブル</li> <li>*格差(違い)の表れにより、お互いさま(共通)という視点が薄くなる</li> </ul> <p><b>仮設住宅と近隣地区との関係が微妙になる</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>周辺地域の支援疲れや支援内容の差などによる</li> </ul>
		C	<p><b>組織的な見守り活動の強化(ニーズの把握)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆サポーターによる訪問活動</li> <li>◆民生児童委員による訪問活動</li> <li>◇入居者間(近隣)の見守り活動</li> </ul> <p>◆交流事業等を通しての見守り活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域団体・ボランティア団体との連携</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆仮設住宅支援関係者会議</li> </ul>

◎後期 (2年以降)	<p>時間経過とともに入居者および世帯状況の変化による新たな生活課題が発生する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的機能の低下 →生活支援、介護サービスの対象に</li> <li>・複数人世帯から単身世帯の増加 →見守りニーズが増大</li> </ul> <p>空き室が増加し始める(自主再建、福祉施設入所等により)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・防犯リスクが増大</li> <li>・入居者間の支え合い機能が低下し始める 自治組織、自主活動グループが維持困難になる *高齢者等の自主再建が困難な人だけが残る</li> </ul> <p>取り残され感がさらに増大する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活意欲の低下→身体的機能にも影響</li> </ul> <p>復興住宅・恒久住宅等の新たな生活への不安が生じ始める</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の不足や見通し</li> </ul> <p>復興住宅・恒久住宅への引越し支援ニーズが高まる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*高齢者や障害がある人</li> </ul>	<p>居住者の役割・生きがいつくりの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆居住者同士の交流事業の展開 役割づくり＝生きがいつくり</li> </ul> <p><b>C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆多様な連携・協働による交流・支援活動実施 ◇自治組織や集会所・談話室運営組織の運営・活動への支援(サポーターの補完的役割) *居住者の自主的な活動力の低下が予想される</li> </ul>
	<p>情報の不足による不安が発生する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被災者支援に関する情報</li> <li>・生活関連(周辺地域含む)情報</li> </ul> <p>住宅になじめない、知り合いや話し相手がいない</p> <p>→ 閉じこもり → アルコール依存、うつ、虐待(DV)、詐欺被害等</p> <p>*特性として、建物の機密性が高く入居者とのかわりがもちにくい。比較的高齢者(経済的要因含む)の入居率が高い</p> <p>復興住宅・恒久住宅の自治組織が未組織で、交流事業等を実施する組織がない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*仮設住宅時と比べて個々の生活スタイルができている</li> <li>*生活の利便性が向上する反面、助け合いの必要性が低下しやすい</li> </ul>	<p><b>D</b></p> <p>専門職による支援強化(見守り・相談)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆支援困難な人へのチーム対応</li> <li>◆専門職(法律・労働・医療等)による出張相談</li> </ul>
		<p><b>E</b></p> <p>転居先のフォローアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆転居先での生活状況の把握</li> <li>◆転居先の関係機関との連携(情報提供等)</li> <li>◆引越し支援等の個別的支援</li> </ul>
		<p style="text-align: center;"></p> <p><b>F</b></p> <p>復興・恒久住宅入居前の生活情報の提供 復興・恒久住宅居住者の実態把握 生活課題(共通)の把握と対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*仮設住宅入居時と同様の活動が求められるが、軽減は可能</li> </ul> <p>支援者間の調整と支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆専門機関のケア連絡会</li> <li>◆支援者地区連絡会議(住民、民生児童委員、ボランティア等)</li> <li>*仮設住宅で培った仕組みを継承</li> </ul> <p>見守り・訪問や個別支援活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆LSA(生活援助員)の配置</li> <li>*仮設住宅時に比べて個別支援の比重が高くなる</li> </ul> <p>住民交流活動や居場所づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*仮設住宅等における活動経験が重要に(事業実施のための方法や資源・人材のネットワーク)</li> </ul>

(注) ◆は必須事項 ◇は付加または考慮すべき事項

### ③ チームで行う生活支援

#### 被災者の生活支援は被災者や自治会を中心としたチームで協力して行いましょう

災害は私たちの生活の基盤のすべてを覆します。住居、仕事、健康、家族関係、地域関係などのすべてです。このような、被災者の生活全般にわたる課題に対して、支援者が縦割の意識で、それぞれの領域争いをしては本当の支援はできません。

いち早く仮設住宅支援に入ったNPOが、あとから設置されたサポーターを受け入れない。同じ自治体内で被災者支援のために設置された各種のサポーターがバラバラに活動している。福祉・保健・医療の専門職の連携がない。住宅部局と福祉部局の連携がない。それらの行政、専門職とNPO・ボランティア、サポーターの連携がない、などの状況は被災者のためにぜひとも避けたいものです。また、被災者を孤立させないための支援をする関係者やサポーターが孤立しては被災者の切実なSOSを受け止められないでしょう。

では、どのように取り組んでいけばいいのでしょうか？ 次のことをみんなで話し合ってみましょう。

#### ●連絡会をつくり、支援の目標をみんなで共有しましょう

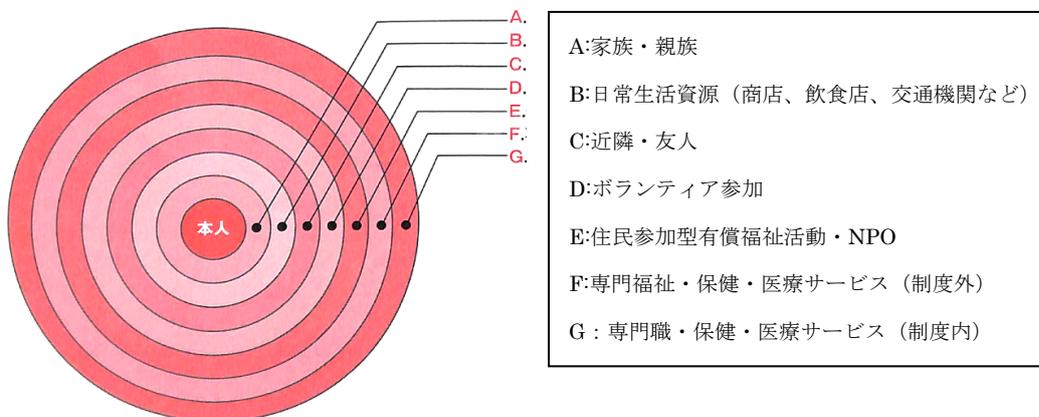
同じ被災エリアを支援する被災者(自治会)、ボランティア、サポーター、行政・専門職の連絡会を開催し、情報を交換しながら、常に共通の目標を確認し、その目標にもとづいた役割分担を行いましょう。

そして、以上の話し合いや連絡会づくりに必要になるのは次の視点です。

#### ●被災者や被災地自治会を中心に据えて連携すること

生活課題の当事者である被災者や被災地の自治会の人たちの参加を得た支援に取り組みましょう。支援者の勝手な思い込みは禁物です。

以下の図は高齢者を支える多様な社会資源を、高齢者本人の見える生活世界から描いた図です。このように当事者本人の視点に立った住民、ボランティア、専門職の連携の場が求められます。



第1群 A~C	普段の日常生活の中にかかわりのあるインフォーマルな社会資源。組織化されたサービスではない非定型で不安定な支え(サポート)であるが、要介護高齢者に最も影響のある主体である。
第2群 D~E	ある程度組織化された実践主体である。フォーマルとインフォーマルの中間形態の特質をもつが、その活動力は、要介護高齢者との「共感性」から生まれるボランティアリズムである。
第3群 F~G	福祉・保健・医療の専門職群である。その実践の資源は対人援助の価値と倫理に基づく。組織化されたフォーマルで安定的なサービスを提供するが、介護保険サービスでは制度内の定型的なサービスになりやすい。そこで、制度外の福祉サービスと併せた実施が期待されている。

#### ④ 仮設住宅支援におこりがちな「落とし穴」

##### 『次は何をしてくれるの?』～人まかせにしてしまった仮設住宅支援

阪神・淡路大震災後に、企業の独身寮を借り上げて、仮設住宅を設営しました。入居している人がひとり暮らしの高齢者・障害者だったこともあり、社協はこの場所で、相談や話し相手などのボランティア訪問、月2回の会食会などの集う場づくりなどを行い、仮設住宅にはいろんなボランティアが入るようになりました。

すると徐々に、仮設住宅の住民から「次は何をしてくれるの?」という言葉が出てきました。「社協がしてくれるから」「ボランティアがしてくれるから」と、自分たちは何もしなくてもよいという受身の姿勢にさせてしまったのです。

それから、仮設住宅内で世話役を見つけ出し、「何がしたい」「何をやろう」など、一緒に考える支援・機会を時間をかけてつくっていきました。

今、思い返してみると最初に気をつけなければならなかったことは、住民自身が自分たちで考え、アイデアを出し合い、自分たちが決めるという「話し合いの場づくり」とそれを支える役割が必要であったということです。

##### ポイント 話し合いの重要性

■ 支え合い活動を行ううえで大切なことは、「誰かがしてくれる」ではなく「自分たちで考えて、行う」ことです。そのためには、「話し合い」は、重要な意味をもっています。

⑤ 仮設住宅からの転居が始まる時期（初期段階）の出来事と支援のポイント

	出来事・予測されること	支援の動き・ポイント
仮設住宅	<p>■情報の不足による不安が発生</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害公営住宅の暮らしのイメージがもてず、判断できない人が多い</li> <li>・パンフレットは配布されるが、理解しにくく判断できない人も多い</li> <li>・現在の支援（行政・ボランティアなど）や仮設住宅内での関係性が切れることへの不安をもつ人もいる</li> </ul>	<p>■被災者自身が今後の暮らし方を描けるような支援と情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被災者自らが判断・選択するための情報伝達が重要</li> </ul>
	<p>■生活変化への不安・取り残された孤独感で心身機能が低下</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被災から時間が経過するなか、生きる気力をなくし、転居の説明があっても、理解できない、判断できない状態の人がいる</li> <li>・転居を決める人が出てくるなかで、取り残され、心身機能が低下する人が出てくる。特に、アルコール依存、虐待・DV、うつなどのリスクが増大する</li> </ul>	<p>■訪問・交流活動の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不安を抱える人の思いをていねいに聴き取る</li> <li>・必要に応じて専門職との連携を図る</li> </ul> <p>■専門職による支援強化</p> <p>■生きがい・交流活動の支援</p>
	<p>■引っ越し支援ニーズが高まる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に、高齢者や障害がある人、低所得者は、荷造りや引っ越し手続きに支援が必要であることが多い</li> </ul>	<p>■引っ越し準備等の転居支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅外からボランティアの協力を得たり、引っ越し手続きに関する個別支援を行ったりする</li> </ul>
	<p>■仮設住宅と災害公営住宅での支援活動の断絶</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅から転居した住民が抱える生活課題と必要な支援施策の全体像を行政も把握できないなか、転居を進めざるをえなかった</li> <li>・このため、支援が対処療法的になったり、仮設住宅から転居した住民への支援が途切れたりした</li> </ul>	<p>■保健福祉部局と住宅部局・まちづくり部局の相互連携による施策づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害公営住宅の入居が始まる前から行政の部局間と支援課題の共有・すり合わせが必要</li> </ul> <p>■支援の重なり・連続性がある引き継ぎ</p>
災害復興住宅	<p>■周辺地域との軋轢</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・“どうしてあそこばかりに支援が…”という声を含め、周辺地域と災害公営住宅での不和が起こる場合がある</li> </ul>	<p>■周辺地域での受け入れ態勢づくり</p> <p>（入居する被災者にも受け入れる地域住民にも不安がある。交流会や話し合いで相互理解と不安の解消を図る</p>

<p><b>■住宅環境になじめない人が出てくる</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集合住宅での生活になじめない人や、最新の設備の使い方がわからないという人もいる</li> <li>・入居者同士のつながりがなかったり、情報が入りにくくなったりするなど、仮設住宅に入居したばかりの頃の状況に戻る</li> </ul>	<p><b>■見守り・訪問や個別支援活動</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居したての住民の様子を確認し、不安感や生活の不便さなどの課題を把握する</li> <li>・担当が替わる場合は、要援護者への初回訪問を前任者と一緒に行うなど、支援の重なりをつくる</li> </ul>
<p><b>■閉じこもり・孤立しやすい</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅は平屋(横)だが、災害公営住宅は集合(縦)で閉鎖的になりがち</li> <li>・高層住宅で鉄の扉は孤立を助長しがち。孤立死が多く出た</li> <li>・公営住宅という性格上、高齢者、心身にハンディをもつ人、単身世帯、低所得世帯の入居が多くなる</li> </ul>	<p><b>■入居者同士や周辺地域住民との交流活動を支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居初期から住民同士の交流の機会をもって良好なコミュニケーションを進める</li> <li>・交流活動は最初から住民と一緒に進めないと、支援者がいないと運営できない依存型の運営になる</li> <li>・交流活動の運営には周辺地域団体や住民の参加を得る</li> <li>・災害公営住宅入居者に周辺地域の交流イベントへ参加を働きかける</li> </ul>
<p><b>■集会所が生かせない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集会所が災害公営住宅入居者だけの利用になると、周辺地域住民との交流が進まない</li> <li>・集会所の経費(光熱水費や清掃等)は入居者の負担になり、それが理由で使用を控えるところもあった</li> </ul>	<p><b>■集会所活用ルールを話し合う支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最初は行政が費用負担する、周辺自治会も利用できるようにして費用負担もしてもらうなどの検討が必要である(集会所は周辺地域にも開放して、みんなで使えるようにしたほうがよい)</li> </ul>

⑥ 仮設住宅からの転居が進んだ時期（中期段階）の出来事と支援のポイント

	出来事・予想されること	支援の動き・ポイント
仮設住宅	<p><b>■強まる“取り残される不安感”と心身機能の低下</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転居先が決まっても、生活の見通しが立たない不安があったりしてなかなか移らない人がいる。荷物を仮設住宅に残しながら、しばらく災害公営住宅と行ったり来たりする生活の人もいる</li> <li>・特に、転居先の決まらない人に取り残され感が募る。何度も災害公営住宅の抽選に落ちることの精神的ダメージも大きい</li> <li>・仮設住宅に残る人は課題を抱える人が多くなり、仮設住宅内の住民は減少するが、支援の回数は減らない</li> </ul>	<p><b>■訪問・交流活動の強化と関係機関の連携強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援の比重が高まる。また、そのための関係機関間の連携を強化する</li> <li>・民生児童委員や周辺自治会、ボランティアとも協力して、見守り・交流活動を実施する（仮設住宅内だけでは、行事などができなくなってくる）</li> <li>・状況把握と安否確認の巡回訪問を強化する</li> </ul>
	<p><b>■仮設住宅内での自治活動が停滞（防犯リスクの増大など）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・空き家が増えることで、治安が悪くなる</li> <li>・住民が減少し、みんなでやっていたことができなくなる。清掃が行き届かなくなり、雑草が生い茂ったり、ゴミの片づけができなくなったりする</li> <li>・「お茶っこサロン」などの参加者が減ってくる</li> <li>・住民同士がぎくしゃくしてくる</li> </ul>	<p><b>■周辺自治会、ボランティア等と協力した自治活動支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民生児童委員や周辺自治会、ボランティア、警察などと連携した巡回活動や、集会所を活用した「お茶っこサロン」などの集い開催支援が必要である</li> </ul>
	<p><b>■仮設住宅の解消に向けた統廃合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・土地管理の問題もあり、行政は仮設住宅解消の働きかけを強めるが、転居を迫られる住民、選択したくてもできない住民への支援が必要な時期である</li> </ul>	<p><b>■住民が安心できる支援の重なり・連続性がある引き継ぎを行う</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅の統廃合により、他の仮設住宅に移る場合も同じである</li> </ul>

■住宅環境になじめない人・孤立する人

・集合住宅は、仮設住宅より入居者同士の行き来が難しい住宅構造なので、意図的に入居者同士の交流を働きかけないと孤立しやすくなる

・災害公営住宅は移り住むと、それぞれの新しい生活が一気に始まり、生活の利便性が高まる一方で、環境になじめない人が出てくる  
 ・孤立感が強くなり、アルコール依存症やうつ、自殺、孤立死などの問題が出始める

■自治活動や集会所運営が軌道に乗り始める

・仮設住宅での経験から、集会所活用のイメージができてきている住民もいる

■訪問・見守り活動の強化

■新規入居者も交えた交流活動の支援

■入居者同士や周辺地域住民との交流活動を支援

・被災者と被災していない人では意識の温度差があり、すぐには周辺地域住民との交流会に参加できない人もいる。このため、「災害公営住宅の入居者同士が語り合い、分かち合う場」と「周辺地域住民と交流できる場」の両方が必要である

⑦ 仮設住宅から閉鎖時期（後期段階）の出来事と支援のポイント

	出来事・予測されること	支援の動き・ポイント
仮設住宅	<p>■要援護者の比率が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立度の高い人が転居し、仮設住宅の住民は要援護者の比率が高くなる</li> <li>・特に、アルコール依存症やうつなどで周囲から孤立しがちな人が多い</li> </ul>	<p>■訪問・見守り活動をさらに強化する</p> <p>■関係機関の連携をさらに強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談関係機関、行政、事業者、民生児童委員、社協等で情報共有・課題解決のための話し合いの場をもつ</li> </ul>
	<p>■自治会活動の支援がさらに必要になる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要援護者が増えるなか、防犯や清掃、情報伝達など日常生活に必要な自治活動がさらに難しくなる。治安が悪化し、周辺地域から苦情が出る場合も出てくる</li> </ul>	<p>■自治機能の低下に伴う支援を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅外の周辺地域の自治会やボランティアの協力を得て、見守りや生活支援、交流活動を行う</li> </ul>
災害公営住宅	<p>■入居者に要援護者が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害公営住宅に優先枠がある場合、要援護者の比率が必然的に高くなる。一般の地域より高齢化率が倍になる住宅も出てくる</li> </ul> <p>■住宅環境になじめない人・孤立する人が顕在化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・隣の人もわからず、閉じこもりがちになり、時間の経過とともに高齢化・重度化が進む傾向にある</li> </ul>	<p>■訪問・見守り活動を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サポーターは、あきらめず声をかけ続ける</li> </ul> <p>■交流活動の支援を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仮設住宅時代の仲のよかった人との交流の機会を定期的につくる、新規入居者と周辺地域住民との交流会を働きかけるなど、交流活動の働きかけも強化する</li> </ul> <p>■関係機関の連携を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談関係機関、行政、事業者、民生児童委員、社協等で情報共有・課題解決のための話し合いの場をもつ</li> </ul>
	<p>■自治会活動の支援が必要になる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要援護者が増え、住民の支え合いや自治活動が困難になるところも出てくる</li> </ul>	<p>■自治機能の低下に伴う支援を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害公営住宅外の周辺地域の自治会やボランティアの協力を得て、見守りや生活支援、交流活動を行う</li> </ul>

## XX 『自殺の危険』

出典 高橋祥友『自殺の危険 臨床的評価と危機介入』（2005）

### 自殺予防の十箇条 どのような人に自殺の危険が迫るのか

自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです。ところが、生前に精神科に受診していたひとはごくわずかというのが現状です。

うつ病を例にとると、今では副作用の比較的少ない安全な抗うつ薬も開発されていますし、性格上の問題に働きかけていく各種の心理療法も編み出されています。怖いのは、心の病にかかったことではなく、それに気づかずに放置しておくことなのです。最悪の場合には自殺さえ生じてしまいます。そこで、働き盛りの人々の自殺に密接に関連する、うつ病やアルコール依存症に焦点を当てて、どのような人に自殺の危険が迫る可能性が高いか考えてみましょう。

### 自殺予防の十箇条

働き盛りの自殺を予防するためには、悩みを抱えた人が必死になって発している救いを求める叫びを的確にとらえて、早い段階で治療に結びつけなければなりません。とくに注意すべき点を次の十箇条（いわゆる危険因子）にまとめてみました。

#### 1) 『うつ病の症状に気をつけよう』

気分が沈む、涙もろくなる、自分を責める、仕事の能率が落ちる、仕事が手につかない、大事なことを先延ばしにする、決断が下せない、これまで関心があったことにも興味が湧かない、不眠が続くといった典型的なうつ病の症状に注意しなければなりません。

#### 2) 『原因不明の身体の不調が長引く』

うつ病というと感情や思考の面に現れる症状ばかりに関心が向きがちです。しかし、同時に、身体の症状もしばしば現れてきます。たとえば、不眠、食欲不振、体重減少、疲労感、頭重感、めまい、動機、便秘、下痢、関節痛、性欲低下、呼吸困難など、さまざまな症状が現れます。ところが、一般の人は、これがうつ病の症状であるとはなかなかすぐには気づきません。その結果、精神科以外の科に受診することになります。中高年では実際に重症の身体疾患隠れていることもあるので、ぜひ検査を受けてください。ただし、検査を繰り返しても、明らかな異常が見当たらないのに、それでも身体の不調が続く場合は、うつ病の可能性を考えて、精神科に受診してください。

#### 3) 『酒量が増す』

とくに中高年の人で、これまではずきあい程度であったのに、徐々に酒量が増えていく場合は、背後にうつ病が潜んでいる可能性があります。飲酒をすると、一時的に気分が晴れることを経験しているために、抑うつ的になった人が、ついつい酒に手を伸ばすことがあります。飲酒によって不眠が改善すると信じている人もいます。しかし、アルコールは長期的にはうつ病の症状をかえって悪化させてしまいます。また、酩酊状態で自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も多いのです。なお、単に飲酒量が増えたというだけではなく、酒がないと生活できなくなったり、身体的な問題が出てきたり、対人関係に問題をきたしたりして、アルコール依存症の診断を下される結果になると、問題はさらに深刻になります。

#### 4) 『安全や健康が保てない』

自殺は突然、何の前触れもなく起きるのではなく、自殺に先立って、安全や健康が保てなくなるといった形の行動の変化がしばしば出てきます。たとえば、糖尿病でそれまではきちんと管理できていた人が、

---

食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったりすることがあります。インスリンを多量に注射することさえあります。また、腎不全の人が人工透析を突然受けなくなってしまうこともあります。まじめな会社員が、借金をするようになったり、何の連絡もなく失踪してしまったり、性的な逸脱行為を認めたり、いつもは温和な人が酒の上で大喧嘩をしたり、全財産を賭けるような株式投資に打って出るといった行動の変化を、自殺の前に認めることもめずらしくありません。

#### 5) 『仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う』

年間労働時間が3,000時間（月間250時間）を超えると、過労死や過労自殺の率が3～5倍も高まるという調査さえあります。企業の安全配慮義務は裁判でも指摘されています。従業員が心身の疲弊をきたさないような労働条件を備えるとともに、不幸にして発病した場合には早期に適切な処置をとることを企業は求められています。また、マスメディアなどでもよく報道されていますが、仕事一筋でこれまでの人生を送ってきた人が、仕事上の大きな失敗をしたり、職を失うといった場面に遭遇して、自己の存在価値を失い、急激に自殺の危険が高まる場合があります。

#### 6) 『職場や家庭でサポートが得られない』

自殺は孤立の病であると指摘した精神科医もいるほどです。未婚の人、離婚した人、配偶者と死別した人は、結婚していて家庭を持っている人に比べて、自殺率は3倍以上も高くなります。職場でも家庭でも居場所がなく、問題を抱えているのに、サポートを得られない状況でしばしば自殺は生じます。

#### 7) 『本人にとって価値あるものを失う』

それぞれの人にとって特別な価値があるものを失うことの意味について十分に考えてみなければなりません。家族の死や仕事上のスキャンダルに巻き込まれるといったことが、自己の全存在の否定につながり、生きる価値さえ見失いかねません。ただし、これはすべての人にとって同じような打撃になるのではなく、その人その人にとっての意味をよく考える必要があります。

#### 8) 『重症の身体の病気にかかる』

2) で取り上げたのは、うつ病に伴う身体症状ですが、働き盛りの人の場合、重症の身体疾患にかかることがそれまでの人生の意味を大きく変化させることにつながり、自殺の危険を高める結果になる場合もしばしばあります。

#### 9) 『自殺を口にする』

これまでに挙げてきたような項目を数多く満たす人が「自殺」をほのめかしたり、実際にはっきりと口にした場合は、自殺の危険が非常に高くなっています。「死ぬ、死ぬ」と言う人は本当は死なないと広く信じられていますが、これは大きな誤解です。自殺した人の大多数は、最期の行動を起こす前に自殺の意図を誰かに打ち明けています。これを的確にとらえられるかどうかは自殺予防の重要な第一歩になります。また、誰でもよいから「自殺したい」と打ち明けたのではなく、これまでの関係から、「この人ならば、絶望的な気持ちを受け止めてくれるはずだ」という思いから、死にたいという気持ちを話してきたのです。打ち明けられた人はまず徹底的に聞き役に回って下さい。話をそらしたり、批判したり、安易な激励をするのは禁物です。

#### 10) 『自殺未遂におよぶ』

さらに、自殺未遂にまで及んだ場合は、緊急の危険が目前にまで迫っています。その時は幸い救命されたとしても、再び同じような行動に出て、実際に自殺によって命を失う危険がきわめて高いのです。この段階にまで至ったら、ただちに専門家による治療が必要です。首をくくる、電車で飛び込むといったきわめて危険な行為は誰もが真剣に受け止めます。しかし、手首を浅く切る、薬を数錠余分にのむといった、それ自体では死に至らない自傷行為でも、長期的には既遂自殺につながる危険が高いことを忘れてはなりません。

## XXI 「久慈地域における自殺対策の取り組み」

出典 内閣府「地域における自殺対策取組事例集」（2012.5）

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/area/jirei-h24.html> より

「久慈地域における自殺対策の取組【岩手県】」（2012）

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/jirei/area/pdf/26.pdf>

（実施主体）岩手県久慈保健所・久慈市・洋野町・野田村・普代村・岩手医科大学

（基金事業メニュー）強化モデル事業

（実施期間）平成 23 年度～24 年度

（実績額）平成 23 年度 20,797 千円

〔地域の実情・特徴〕

久慈地域は 1 市 1 町 2 村（久慈市、洋野町、野田村及び普代村）から構成される。総面積は 1,077 km<sup>2</sup>で岩手県の約 7%、総人口は 62,505 人（H22.10.1 国勢調査人口）、岩手県の約 4.7%で、医療機関や相談機関等の社会資源が少ない地域である。

【久慈保健医療圏における年齢階級別人口構成】

0～ 9 歳	10～ 19 歳	20～ 29 歳	30～ 39 歳	40～ 49 歳	50～ 59 歳	60～ 69 歳	70～ 79 歳	80～ 89 歳	90～ 99 歳	100 歳～	総数
5,058	6,285	4,702	6,897	7,699	9,485	8,794	8,242	4,470	846	27	62,505

〔事業の必要性・目的〕

岩手県は全国でも自殺死亡率が高位の県であり、関係各位が県民的な課題として精力的に取り組んできている。中でも久慈地域は県内でも自殺死亡率が高い地域であったため、平成 13 年より地域全体が自殺対策に取り組んできた。

岩手県久慈保健医療圏では、岩手医科大学が中心的役割を果たしながら、行政と医療機関が連携してコミュニティモデルとメディカルモデルを組み合わせ、ネットワークを活用した包括的な自殺対策を行ってきた。岩手県でこのプログラム（久慈モデル）の普及を提案しているのは、平成 13～17 年に 1 次・2 次等の複合介入を実施した秋田 4 市町村において 27%の自殺死亡率の減少が見られていること、実際に自殺集積性が高かった久慈保健医療圏の近年の状況を見ても、取組の効果を否定するものではないこと、また、久慈地域の手法の特徴は、住民や地域関係機関のネットワークを核として、そこから予防活動を展開させるために、医療資源が不足し、メディカルモデルによる取組だけでは限界がある地域の現状に即していること等による。

## 久慈地域における自殺対策の展開

**久慈モデル**  
限られた社会資源のもとでも、人づくりと人と人とのつながりにより、効果的な自殺対策の推進に繋げていく取り組み

**ネットワークづくり**  
人と人をつなぐ活動の推進

**人づくり**  
人材育成の推進



年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
ネットワーク								
一次予防								
普及啓発								
二次予防								
三次予防								

注: 地域住民への心の健康支援活動の推進、自殺予防ワークショップの開催、相談体制の整備、遺族支援など。

### 【事業の内容】

久慈モデルによる自殺対策は、①6つの骨子（ネットワーク、一次・二次・三次予防、精神疾患・職域への支援）に基づく対策、②既存の事業と新規の事業（ネットワークと人材養成）による事業構成、③さまざまな人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく対策、④地域診断を反映し、時間軸にそった活動計画と計画修正により構成されている。

#### ①6つの骨子（ネットワーク、一次・二次・三次予防、精神疾患・職域への支援）に基づく対策

自殺対策においては一次・二次・三次予防を組み合わせた包括的な自殺対策が必要である。自殺の危険性のあるものへの介入は、医療、福祉、生活支援、地域社会生活における繋がりなど複合的な支援が求められる。自殺対策の領域を広げ、これらのハイリスク者に関わるさまざまな領域が支援体を形成し、切れ目のない支援を提供するために、ネットワークが重要な役割を担う。久慈地域においては当初よりネットワーク活動を自殺対策の戦略として重要視し、関連機関レベル、区市町村・専門家レベル、実務者レベルという重層的で多層的なネットワーク活動が展開されている。

一次予防活動では、幅広い対象に対して普及啓発活動が行われた。自殺対策として行われた事業だけでなく、検診等の既存の枠組みの中に組み込まれた啓発活動も対象を広げる点で効果的であったと考えられた。また、傾聴ボランティアを育成し、保健所や市町村で地域の保健事業への積極的活用を進めていき、例えば住民相互の交流が深まるようなサロン活動等の地域づくり活動も行われた。また自殺の多発地点においてホットスポット対策として国道に自殺防止の看板を設置している。

二次予防活動として、活動開始当初よりうつスクリーニングの研修会を保健医療福祉従事者に積極的に行った。そして、うつスクリーニング事業をモデル事業として開始し、市町村における特定健診やがん検診、保健事業においてうつ病のスクリーニングを積極的に活用し、ハイリスク者の支援につなげている。医師向けのうつ病対応や自殺未遂者ケアの研修会、看護職向けのこころのケアナース養成研修会、学校教育関係者向けの自傷への対応の研修会、保健福祉領域関係者へのハイリスク者対応の研修会を行っている。また、ネットワークを構成する多重債務や生活苦などの問題に対応する窓口やボランティア活動も重要なハイリスク者のライフラインであり、ハイリスク者へ対応するためのスキル向上を目的として、様々なゲートキーパー養成研修プログラムを実施してきた。そして、久慈市こころとからだの相談センター事業などボランティアレベルの相談体制を構築している。

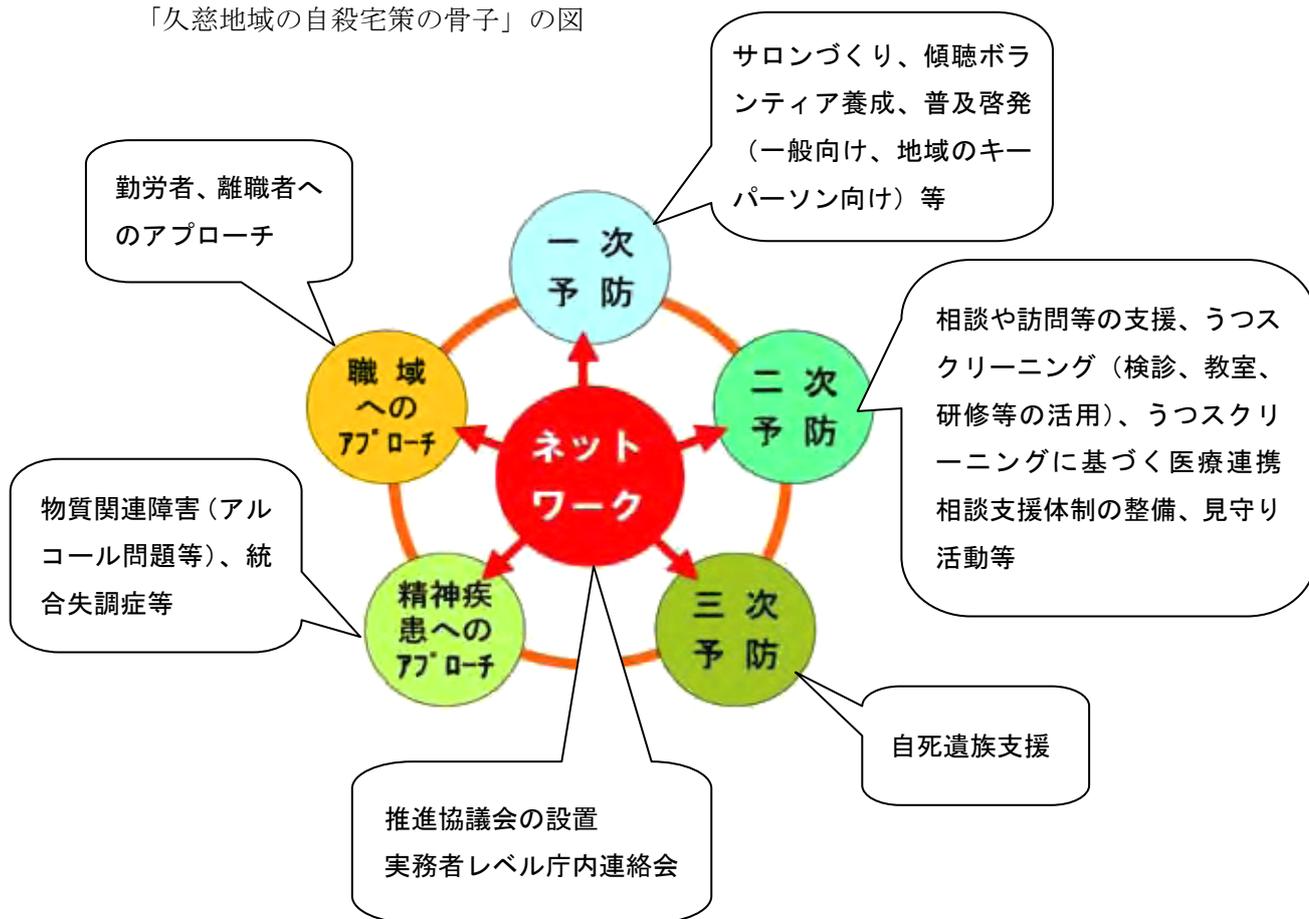
三次予防活動では、包括的な自死遺族支援の仕組みづくりを目的として、個々の遺族やその周囲への対策と地域住民全体への働きかけを行った。警察と連携した遺族支援のリーフレット配布や、遺族支援の研修会、分かち合いの会の設置を行い、加えて遺族が安心して地域で暮らせるような地域づくりという観点も必要であり、遺族や地域のニーズを踏まえた活動を実践した。

物質関連障害（アルコール関連障害等）・統合失調症等の精神疾患による自殺の予防としては、地域精神保健における活動が重要であった。例えば行政が断酒会と協力して住民向けのアルコール関連の自殺対策研修会を開催するなど既存の活動の中に、自殺問題を取り入れ、活動を実践した。また、精神科医療施設の職員がネットワーク活動に積極的に関与し、地域の精神科医が地域の自殺対策事業に協力することを通して、自殺のハイリスク者の個々のケースに対する対応や問題解決法の教育にも努めている。特に、ハイリスク者に対してケースマネジメントの方法論の研修会を開催し、関係機関が連携した支援を可能にしている。

職域へのアプローチとしては、労働者への対策として産業保健的な対策が第一に重要であるが、当該地域では中小零細企業が大部分であるため、個々の事業所へ出前講座などのアプローチを行うことや、既存の検診等のように労働者が参加するような事業との連携が必要であった。行政機関の勤労者に対して産業医と連携して、健康チェックとその後の健康相談会、産業医への相談を行っている市町村もある。また、離職者対策としては離職者の抱える就労問題、生活問題、心理的問題等に関わる機関での対策だけでなく、ワンストップサービスのように複合的に解決可能な対策が必要と考えられた。

久慈地域の自殺対策プログラムの骨子であるネットワーク、一次予防、二次予防、三次予防、精神障害による自殺の予防、職域へのアプローチはそれぞれに相互補完的な関係にある。地域で自殺対策を行う時には、この6つの骨子を包括的に行う仕組みが重要であると考えられた。また、普及啓発、ハイリスク者対策、行政・医療機関・関係機関を含めたネットワーク構築というアプローチは、いずれも自殺対策に限定されず、住民のいろいろな健康問題のニーズにシステムにも置き換えられるものである。地域における総合的な自殺対策は地域づくりとして位置づけられ、差し迫った自殺問題に対処するだけでなく、今後地域の抱えていくであろう健康保健問題を支えることにもつながる。東日本大震災において久慈地域においても甚大な被害を受け、こころのケアが実践されているが、その土台としてこれまで培ってきた自殺対策の方法論が役立っている。

「久慈地域の自殺対策の骨子」の図



② 既存の事業と新規の事業（ネットワークと人材養成）による事業構成自殺対策の新規の事業は自殺対策の戦略上重要な役割を担っている。一方で、自殺対策を地域全体で広げていくためには、これまでの既存の事業に自殺対策の方法論を活用することが求められる。例えば、自殺の動機として最多な健康問題への対応では、地域の保健事業が重要な役割を担う。健診の場を活用したリーフレット配布やメンタルヘルスに関する講話、スクリーニング等がそれに該当する。地域において支援につながる既存の事業を洗い出して、新規の事業をいかに組み合わせるかを考慮していくことが大切である。特に既存の社会保障、生活保障の枠組をもう一度整理することが、対策を広げるために必要不可欠である。

③ さまざまな人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく自殺対策を地域で実践する上では、地域の実情に合わせて対策の在り方を構築していく地域づくりという観点が必要である。特に地域づくりとして対策に関わる従事者を育成する「人づくり」と関連する領域の「システム（ネットワーク）づくり」が重要と考えられる。ボランティアや地域保健従事者、医療従事者、関係機関従事者など地域の多くのものが自殺対策に関与することが大切である。

#### ④地域診断を反映し、時間軸にそった活動計画と計画修正

##### ○活動計画

様々な地域の自殺予防活動が独自に行われると、それぞれの機関との連携が円滑にいかないことが想定される。様々な自殺対策事業を立ち上げる場合にも、医師会、行政などを通じて関係医療機関に前もって周知してコンセンサスを得ておくことと事業が円滑に展開する。また、啓発された対象が関係機関を訪れる際に、関連機関の対応が十分でない二次的な問題が生じることも想定される。事業の対象者の受け皿づくりを意識して、事前に準備しておく必要がある。

ネットワーク内では、関連業務の職員の啓発活動を行い、関連機関の対応に関する体制を整備した上で、地域住民に対する啓発活動やハイリスク者支援を展開していくことが望ましい。また、ネットワークを構成する各機関は自殺対策の問題点を共有し、自殺予防対策を検討し合うとともに、意見交換の場を持つ必要がある。現場レベルでの情報の共有や連携は、実務的にきわめて効果的である。自殺のハイリスク者は様々な次元の問題を抱えている場合が多い。また、地域住民に啓発を行うと、それぞれの機関に様々な相談が持ち込まれることが想定される。これらの事態に対処するためにも、実効性のあるネットワークが欠かせない。

##### ○再評価と見直し

これまでの学術的報告やWHOの提言などを見ても、地域の自殺対策の評価は自殺死亡率だけを指標にするのではなく、地域のメンタルヘルスリテラシーの成熟度や地域の活動の把握が重要と言われてきた。また、自殺死亡率の評価についても自殺の発生数は一般人口において頻度が多くないため、単年の評価ではなく、5年以上の傾向を把握していくことが求められる。活動を開始した後にも、活動が地域のニーズを反映しているかどうかを確認するような評価システムを利用していく必要がある。自殺予防活動の途中での活動評価は、①注力度評価（うつ対策の取組姿勢・度合い）、②協働度評価（関連機関等との課題の共有・協働の度合い）、③組織の成熟度、④地域の定着度、⑤総合評価（①～④の評価結果を基にする）、で評価を行う。これによって、活動の方向性を常にチェックし、必要があればそれを変更していく柔軟性があれば、地域介入の最終的なアウトカムとしての自殺死亡率の変更をもたらすことにもつながると考えられる。また、事業に関しては、1年間で中間評価等を設定することも検討してよいであろう。

〔事業実施に当たっての運営体制等〕

久慈地域の自殺対策では岩手医科大学が全体的なコーディネートを行い、様々な自殺対策の方法論を開発し、事業を評価していく役割を担ってきた。岩手県久慈保健所ではネットワーク活動を主催し、様々な人材養成事業を積極的に行ってきた。市町村においては、地域の保健福祉事業を通して、住民に対する実質的支援を実践してきた。地域活動においては保険事業にこれまでも協力してきた保健推進委員や民生児童委員、食生活改善推進委員に加えて、サロン活動を行っているNPO法人・サロン「たぐきり」や傾聴ボランティア「こころ」、相談業務のボランティア団体「ここからの会」など関連のボランティア団体が積極的に地域活動に加わっている。

## ●事業の成果

活動開始後、包括的な事業展開により一次予防から三次予防、ネットワーク活動まで包括的に自殺対策が実践されている。住民、医療従事者へ意識調査を行い、平成14年と16年、23年との比較において、例えば「気分が落ち込んだ時、精神科を受診してみようと思う」と回答する割合は、17%、22%から33%に上昇するなど自殺やうつ病に関する意識や知識が高まっていることが確認された。また、自殺者の推移についても、活動当初は久慈管内で年間30人台後半で推移していたが、現在は10～20人台で推移している。

## ●工夫をした点、その他特筆すべき点

平成13年度の活動開始当初は自殺対策基本法成立前の状況で、自殺に対する偏見も強く、健康課題として行う上で住民のためになるのかという不安もあった。しかし、岩手医科大学における救急医療の現場における自殺企図者の実態を伝えることや自死遺族への訪問を通して、住民の自殺問題での苦悩に直面し、担当の保健師や関係職員の熱意で自殺対策が開始された。また、住民や医療従事者に対する意識調査により自殺関連の問題を学術的に整理しながら、対策の方法論を適切に行ってきた。保健所、市町村、岩手医科大学など関係従事者で毎月自殺対策の進行状況を共有し、協力体制を強化することで、それぞれの県市町村担当者が抱えている自殺対策の問題が即効的に解決されることにつながった。ネットワーク活動は現場の従事者のニーズに添うように実務者ネットワークを開催し、関係従事者の意識の高まりが自殺対策の原動力になっていた。そして従事者のニーズを踏まえて、様々なゲートキーパー養成プログラムを提供し、スキル向上に努めてきた。ゲートキーパー養成プログラムに参加することで、自殺のハイリスク者へ接する上での偏見を除去し、抵抗感や困難感を和らげることが、地域のハイリスク者対応が積極的に行われることにつながった。久慈地域における自殺対策は岩手医科大学と関係従事者により「久慈モデルによる自殺対策」としてマニュアル化され、岩手県精神保健福祉センターにおいて全県の保健所、市町村担当者向けに平成21年度よりワークショップ形式の研修会として開催され、平成22年度において34市町村の中で28市町村が方法論を活用した。また、東日本大震災においては、保健医療福祉従事者がこれまで得た自殺対策の方法論を活用、応用しながら震災ストレスで心理社会的に困難を抱えている住民への支援に熱心に取り組むことができ、また地域の資源を活用した支援を行うことができた。また、傾聴ボランティアや地域の老人クラブや社会福祉協議会等によるサロン活動は、岩手県のこころの健康を視野に入れたサロン活動の礎となり、全県的な取組に広がり、被災地においても災害発生早期からサロン活動を実践することにつながったと考えられる。

## XXII 『精神医学雑誌』「災害時の病院避難計画のための基礎」

出典 富岡譲二「災害時の病院避難計画のための基礎知識」『精神医学雑誌』（2011）

### アクションカード・ベッドサイドカード

災害対策マニュアルに限らず、マニュアル類は、簡潔すぎると具体性を欠くし、逆に充実させすぎると、どこに何か書いてあるかがわからなくなってしまったり、いずれも実用性に欠けるものになってしまう。この欠点を補うのが、「アクションカード」である。

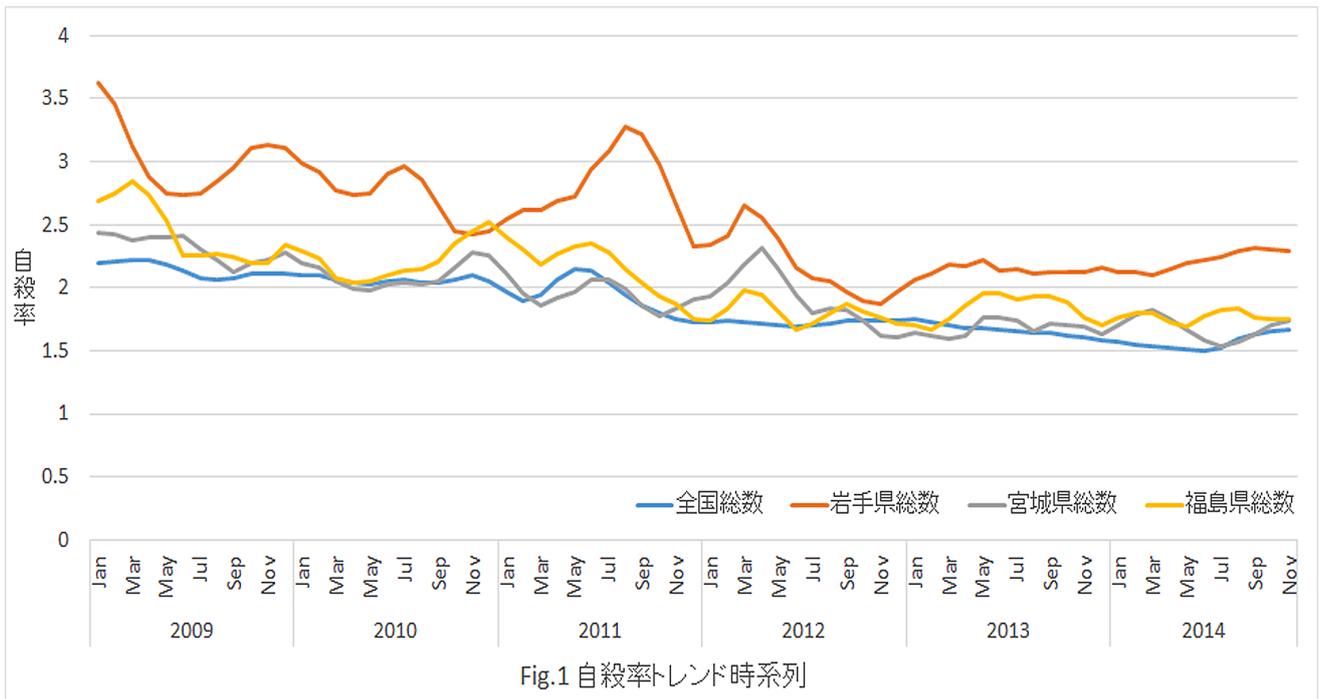
アクションカードとは、緊急時に集合したスタッフ一人ひとりに配布される、行動指標を記したカードで、1枚のカードには一人ひとりに対する具体的な指示（「どこに連絡し」「どこに集まって」「何をすればいいか」）が簡潔に記してあり、カードに書いてあるように行動すれば、災害対策マニュアルを熟知していなくても病院全体としてマニュアルに沿った活動ができるようになっている。カードの配布方法は、個人が平常時から名札の裏などに入れておく方法と、災害発生時に災害対策本部で集まった人員に配布する方法があり、前者は災害発生時、各個人が持ち場を離れずに活動を始められる利点があるが、時間帯によっては、重要な役割を果たすべき人材が不在であったり、役割が偏ってしまったりする可能性がある。後者は、災害対策本部で人員配置を効果的に運用できる反面、個人個人がカードを受け取りに行かなくてはならないという欠点がある。

また、同じような目的で、入院患者向けに災害時にどう行動すればいいかを簡潔に記した「ベッドサイドカード」を備え付けている医療機関もある。

### XXIII 「東日本大震災後の被災 3 県の自殺率：3 年間の月別推移の時系列分析」

出典 太刀川 弘和、ほか「東日本大震災後 3 県の自殺率：3 年間の月別推移の時系列分析」より

従来から、記念日自殺ということが言われてきましたが、東日本大震災の時にも、被災 3 県のどの県でも災害発生から 1 周年前後に自殺率が有意に上昇したことが確認されています。また、その後も自殺率はやや高めに推移しており、予断を許せない状況が続いています。災害に起因した自殺は、災害による犠牲者をいやがうえにも増やすことになるので、最大限の注意を払って防止しなければなりません。



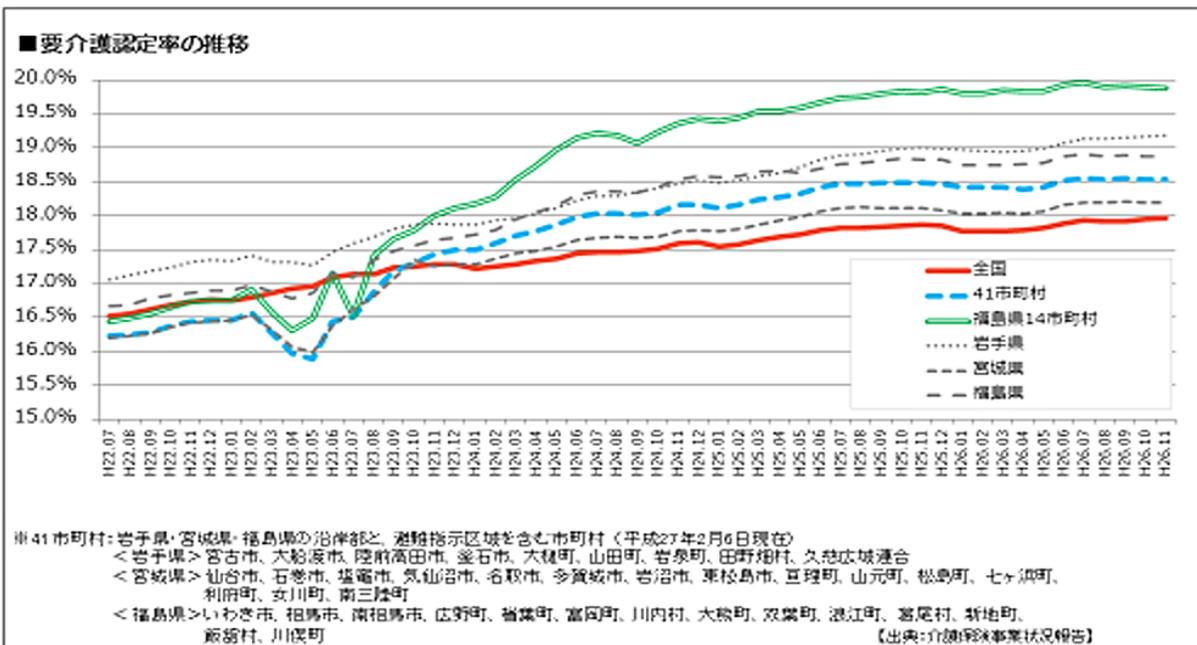
## XXIV 「要介護認定率の推移」

出典 厚生労働省老健局 「介護保険事業状況報告」より

この資料は、厚生労働省から提供いただいた要介護認定率の推移を表すグラフです。

本来全国平均よりも被災地の要介護認定率は低いものでしたが、震災直後からしばらくさらに低下しています。ところがある時期から上昇に転じ、その後も平均値以上で推移しているのです。ここからは認知症患者数が増えたと直接には読み取れませんが、介護保険申請の最大の理由が認知症ですから間接的には、認知症患者が増加したと推定できるわけです。

### 東日本大震災の被害が大きい地域(沿岸部等)の現況



災害時のこころのケア  
—心理支援，医療・福祉，生活支援—  
附属文書編 (Ver.1.0 2015.3)

平成 27 年 3 月 30 日発行

発行・編集：筑波大学医学医療系精神医学  
監 修：筑波大学医学医療系精神医学 朝田 隆  
〒 305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1  
印 刷：株式会社イセブ