



災害時のこころのケア

—心理支援, 医療・福祉, 生活支援—

手順書編

(Ver.1.0 2015.3)

筑波大学医学医療系精神医学

朝田 隆 監修



「災害時のこころのケア」マニュアル研究班

筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学	教授	朝田 隆 (代表)
筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学	准教授	宇野 裕
埼玉県立大学保健医療福祉学部精神医学	准教授	佐藤 晋爾
筑波大学医学医療系臨床医学域災害精神医学	助教 (当時)	池嶋 千秋
日本社会事業大学社会事業研究所	プロジェクト研究員	野口 代
筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学	助教	相羽 美幸
筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学		大川 恵子

はじめに

本書の目的

大型災害発生の直後から数年以上に亘る時間経過の中で、被災者に対し必要とされるころのケアは刻々と変化します。阪神淡路大震災を契機とし、東日本大震災に至って、被災者に対するころのケアは復興支援に欠くことのできない構成要素として強く認識されるようになりました。しかし、非常に新しい分野であるために全体像が分かりにくく、支援が充実する一方でそれぞれの支援が必ずしも一貫性を持っていないという問題も明らかになってきました。そこで、これまでの経験をもとに、今後起こりうる大型自然災害などに際してなすべきころのケアに関する読本を作成しました。

本書をまとめるにあたっては、一読すれば、災害発生直後から刻々と変化するそれぞれの時点で、ころのケアとして何をすべきかを即時に理解できるものとなるよう心掛けました。また、ころのケアが被災者支援の全体的の中でどのような位置にあるのか見通しが得られる資料となることを目指しました。

読者として想定したのは、まず被災地の自治体職員です。すなわち一般事務系の職員あるいは避難所となる学校教職員をはじめ、保健師など医療・保健・福祉に関わる方々です。また現地の精神科病院や精神科クリニックの職員、そして県内外から被災地支援にかけつける精神医療関係者も想定しています。

全体の構成

手順書

- 領域 A 最初期（発災～1 週間）
- 領域 B 初期（1 週間～1 ヶ月）
- 領域 C 中期（1 ヶ月～半年）
- 領域 D 長期（半年以降）
- 領域 X 精神科病院の対応のあり方

本書は、手順書と付属文書の 2 分冊から構成されています。

手順書は、時間経過に沿って継起する事象と対応の概要を記述した基本的テキストです。必要となるケアの視点に立って、時間軸に沿って領域 A～D の 4 つの領域に分かれています。また、領域 X として、ケアの実施主体として大きな役割を担う精神科病院の対応のあり方についてまとめました。

各領域は、「1. 状況と特徴」、「2. 対応に求められること」、「3. 支援に関わる人と組織」の 3 部構成になっています。「1. 状況と特徴」では、各時期の被災者の状況や支援体制の概要について説明しています。「2. 対応に求められること」では、事象と対応に分け、事象として、まず具体的にどのようなことが起こりうるかを説明した後で、それに対応する形で対応策を提示しています。これは、動員できる資源の状況に応じて最大限の支援を行うための見取り図を示すことを意図したためです。災害時には、時間的・資源的制約が強く、支援ニーズの全てに対応することは不可能です。そこで、支援者は、災害の状

況や動員できる資源の多寡に応じて、その時点において最も必要性が高いニーズに対して、最も有効に効果を発揮すると考えられる対応から優先的に選択を行い、実施していくことを迫られます。そこで、事象には、客観的事実として把握ないし予測可能なことがらのすべてを記載しました。それに対して、対応は、採用されるべき望ましい支援のリストです。対応をまとめるに当たっては、時間制約・資源制約を充分意識したつもりですが、実際には、動員可能な資源の状況等に応じて取捨選択され、あるいは変更されるべきことは当然です。なお、事象と対応との関係を示すために、説明に入る前に、オーバービューとして、全体像の概略図が入れてあります。「3. 支援に関わる人と組織」では、支援者の職種別に具体的な活動内容や心構えについてまとめ、2. で示した対応を、支援者の観点から横断的に記述しています。このようなことから、内容が一部重複することは避けられません。また、支援組織についても必要最小限の記述を載せています。精神科病院については別の構成を取っていますが、基本的発想は同じです。

領域 A~D の 4 つの時間区分は、災害発生後の時間経過の中で、被災者あるいは被災地にどのようなことが起こり、どのような支援が求められるかを基本として設定しましたが、事象と対応に分けたことと同じ考え方から、資源制約の中でどのような支援を行いうるのかという観点が加味されています。したがって、たとえば、最初期は、支援という観点からはこころのケアの専門家がない時期として、1 週間という救命救急活動などと比べると長い時間軸になっているのです。もちろん、時間区分は、震災の規模や被災者の状況によって異なりますから、4 つの区分も含めてあくまで目安を示したものと考えてください。

付属文書には、手順書に示した個々の支援に関し、すでに公表されている各種文書・情報から、取るべき行動の具体的指針となるものを抽出してあります。手順書もできるだけ記述を具体的にし、コラムを設けるなどして、使い勝手の良いものとなるよう心がけましたが、もとよりノウハウのすべてを書き込むことはできません。実際に実施する局面になって、詳細な情報は必要になった時には、付属文書を参照していただければと思います。

こころのケア

「こころのケア」という言葉は、阪神淡路大震災をきっかけとして注目を集めた概念で、様々な意味で使われています。一般に、「こころのケア」というと、心理支援ばかりがクローズアップされてきました。しかし、PTSD の治療は精神科医療そのものです。また、高齢者や障害者が周囲から孤立しないよう見守ることでうつ病や認知症を防ぐことができます。これは広い意味で生活支援に属します。しかも、成果を上げている事例は、それぞれの支援が独立して行われるのではなく、相互に重なりあって行われています。つまり、被災者のこころのケアは、心理支援だけでなく、医療・福祉サービスや生活支援が一体となって初めて効果を発揮するのです。

そこで、この手順書では、こころのケアの概念を以下のように整理しました。心理支援、医療・福祉サービス、生活支援の円の中に記された対応はあくまで例示です（具体的内容については、本文を参照してください）。さらに付け加えるならば、実際に存在するこころのケアとは、個々の対応それぞれであって、心理支援、医療・福祉サービス、生活支援という概念は、それらを束ねたものに過ぎません。極めて複雑な状況の下に置かれている被災者を支援するには、支援者側にも柔軟な思考が求められます。最も人間的なことがらである「こころ」のケアにおいてこそ、そのモデルとなるべきであると考えました。

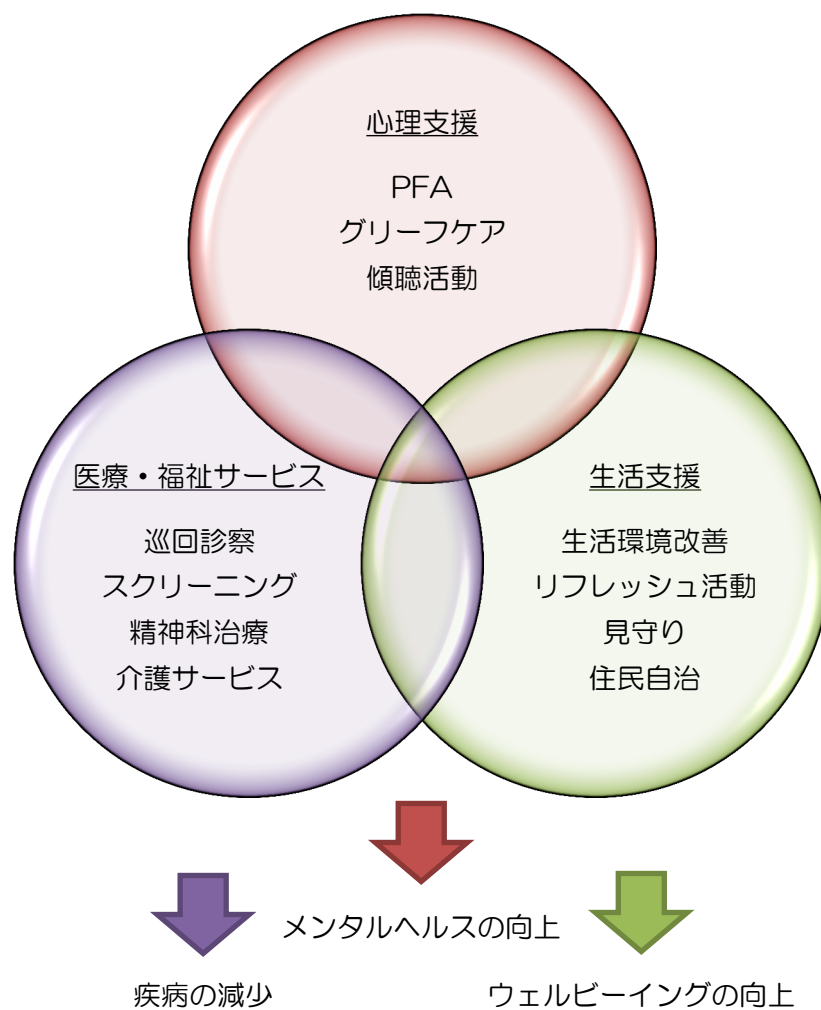


図 こころのケアの概念

支援対象者と支援体制

支援を受ける対象として想定される人々は、次の図で示した人々です。ご覧いただいた通り、被災によって大きな精神的ストレスを受けた一般の方、被災前から精神科や介護施設に通院・通所していた患者さん、被災前に通院はしてはなかったものの精神疾患や発達障害のある方や高齢者といった要支援者にあたる方に焦点を当てています。また、被災した自治体で働く行政職員や保健師、被災した病院のスタッフも、支援者であると同時に被災者です。こうした立場の二重性ゆえに、より大きな精神的ストレスを受ける場合もあります。したがって、被災自治体の職員や医療従事者も支援対象者としています。

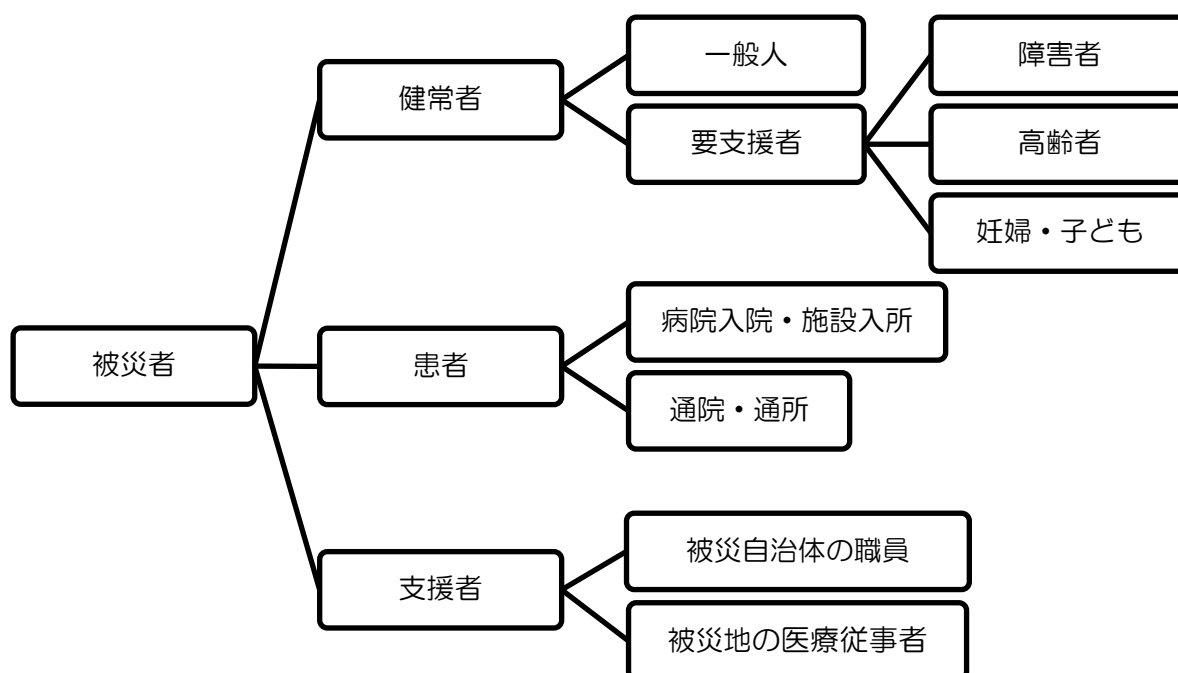


図 支援対象者

この手順書では、災害時のメンタルヘルスを行う体制として、次の図のような支援ピラミッドを想定しています。資源制約の下でのセルフケアを意識していただくために逆ピラミッドとしました。

「①基本的支援」は、被災者本人によるセルフケアや、被災者家族や近隣住民による支援を指します。

「②コミュニティ支援」は、市町村行政職員や学校の教員といった地域社会で活動する職員や、避難所を運営するリーダーによる支援を指します。

「③隣接する準医学的支援」は、投薬・治療といった精神医学的な支援はできないものの、メンタルヘルスの専門家である臨床心理士や、医療福祉関係分野で働いていて、一般住民よりもメンタルヘルスに関する知識を持っている可能性の高い保健師や保健福祉関係者による支援を指します。保険福祉関係者には、薬剤師、看護師、精神保健福祉士（PSW）、医療ソーシャルワーカー（MSW）、介護支援専門員（ケアマネ）、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、民生委員などが含まれます。

「④医学的支援」は、精神科医による医療的支援を指します。

各領域の対応に関する説明では、どのレベルの支援体制が該当するのかわかるように、この支援ピラミッドを見出しに入れてあります。対応にあたる時の参考にしてください。

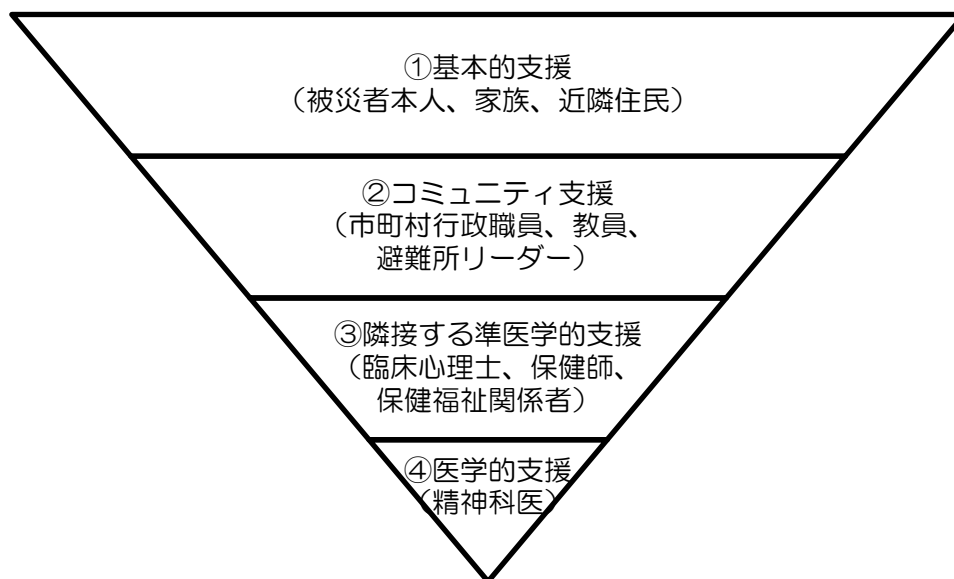


図 支援ピラミッド
(IASC ガイドラインを改変)

本書の作成経過

本書は、厚生労働科学研究費補助金に基づき3年間にわたって行われた「PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」の一環として作成されたものです。その経過は以下のとおりです。

まず、阪神淡路大震災以降に公刊された著書・論文、災害や精神医療に関わる学術団体、中央省庁、全国の自治体等々から発行されている自然災害後のこころのケアに関する文献を収集しました。また、これと並行して、演者を招いて合計7回にわたって被災地でワークショップ（中央シンポジウム1回を含む）を開催し、情報を得ました。ここで演者とは、被災地で活動した保健師を含む自治体職員、ソーシャルワーカー、被災地の医療関係者、外部からの支援者、被災者・避難者などで、基本的に1時間程度の講演をお願いし、質疑応答を行いました。そして、新たに疑問点が生じたり、さらに詳しい情報を得る必要があると考えられた場合には、後日改めて演者ないし関係者を招き、さらなる質疑応答を重ねました。この一連の作業に参画いただいた方々は100人を優に超えます。

こうした活動を通して得られた情報については、逐次、研究班で検討を加え、注目すべきポイントを抽出、抽出したポイントを、時間経過の中でどの時期に該当するか、支援対象者は誰か、支援内容はどのようなものか、等々の視点から整理し、予備的なロードマップを作成しました。欠落している部分については、上記の文献検索や演者等に再質問等を行い補いました。こうして作成したロードマップを通覧し、文章化したものが手順書です。また、収集した情報の中のノウハウに相当する部分を詳細文書とし、手順書の該当部分に割り振りました。

(筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 教授 朝田 隆)

災害時のこころのケア—心理支援, 医療・福祉, 生活支援—

手順書編 (Ver. 1.0 2015.3)

はじめに

本書の目的

全体の構成

こころのケア

支援対象者と支援体制

本書の作成経過

領域 A：最初期	1
1. 最初期の状況と特徴	1
2. 最初期の対応に求められること	2
事象	3
メンタルヘルス	3
災害直後に生じる正常なストレス反応	3
惨事ストレスによる疾患	4
既往の精神疾患や障害	4
子どものメンタルヘルス	8
生活上の課題	9
対応	10
心理支援	10
PFA のポイント	10
子どもの心理支援	14
医療・福祉サービス	15
投薬の継続（薬の確保）	15
疾患や障害に対する理解と配慮	17
福祉避難所・医療機関への誘導	18
生活支援	20
避難所の設置	21
運営組織と避難者名簿の作成	21
避難所の初期運営	22
運営のルール作り	24
外部支援の窓口対応	24
自宅待機者への対応	24
3. 支援に関わる人と組織	25
避難所管理者の役割	25

保健師の役割.....	27
行政職員の役割.....	27
遺体関連業務.....	28
災害対策本部管理者の役割.....	30
領域 B：初期	32
1. 初期の状況と特徴.....	32
2. 初期の対応に求められること.....	34
事象.....	35
メンタルヘルス.....	35
喪失体験による悲嘆.....	35
疾患や障害の顕在化・再発.....	36
支援者の疲労・ストレス反応.....	37
生活上の課題.....	38
対応.....	40
ニーズの把握と相談体制の整備.....	40
避難者のニーズ把握で気をつけること.....	40
総合相談窓口の設置.....	40
心理支援.....	41
グリーフケアのポイント.....	41
傷つける可能性のある言葉.....	44
医療・福祉サービス.....	45
要支援者の把握.....	45
診断と対処方針の決定.....	47
投薬と治療の実施.....	47
医療機関や施設への誘導.....	49
外部支援の後続部隊への引継ぎ・連携.....	49
支援者支援.....	50
被災者への窓口対応.....	50
生活支援.....	52
避難所の生活環境の改善.....	52
外部支援・マスコミへの対応.....	53
行政主体の運営から住民の自主運営への移行.....	53
3. 支援に関わる人と組織.....	54
コーディネーターの役割.....	54
保健師の役割.....	54
外部支援の役割.....	55
外部支援者の心構え.....	56
外部支援の精神科専門医の役割.....	57

外部支援の薬剤師の役割	57
避難所での活動.....	58
現地の支援者への支援.....	58
人材育成	59
領域 C : 中期	60
1. 中期の状況と特徴.....	60
2. 中期の対応に求められること	62
事象.....	63
メンタルヘルス	63
避難生活の長期化に伴うストレス	63
心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	64
抑うつ状態 (うつ病)、統合失調症、神経症圏の疾患.....	65
アルコール関連問題	65
自殺の問題.....	66
認知症.....	66
生活上の課題.....	68
住居の問題.....	68
中期で想定されるその他の生活上の課題	70
対応.....	71
総合相談窓口の開設	71
心理支援.....	71
PFA	72
グリーフケア	72
医療・福祉サービス	72
健診、スクリーニング	73
啓発活動、心理教育	73
アウトリーチ	73
連携、調整、引継ぎ	74
疾患・症状別の支援	75
PTSD への支援.....	75
抑うつ状態への支援	75
アルコール関連問題への支援	76
自殺予防	77
認知症の人への対応	78
生活支援.....	79
運動やリフレッシュ活動を通じてこころのケアを行う	79
集いの場・交流の場を設定する.....	79
訪問・見守り支援	80

被災者の自主的活動の支援.....	80
広報誌などの配布による情報提供・啓発活動.....	80
各避難場所における支援.....	81
避難所生活の長期化に伴い生じる問題への対応避難所の環境面の改善.....	82
避難所の集約を円滑に行うための支援.....	83
避難所から仮設住宅への転居支援.....	83
支援者への支援.....	85
3. 支援に関わる人と組織.....	87
災害対策本部の役割.....	87
避難所管理者の役割.....	88
保健師の役割.....	88
臨床心理士・ソーシャルワーカーの役割.....	89
外部支援者の役割.....	89
社会福祉協議会の役割.....	90
領域 D : 長期	93
1. 長期の状況と特徴.....	93
2. 長期の対応に求められること.....	95
事象.....	96
メンタルヘルス.....	96
引きこもり・孤立化.....	96
PTSD.....	97
複雑化した悲嘆.....	97
うつ病.....	97
アルコール依存症.....	97
自殺.....	98
認知症.....	98
生活上の課題.....	99
集合仮設住宅に住む人.....	99
借り上げ仮設住宅に住む人.....	99
自宅を再建した人.....	99
自宅に継続して住む人.....	100
災害公営住宅への入居.....	100
対応.....	101
傾聴活動.....	101
引きこもり防止.....	102
自殺予防対策.....	106
アルコール依存症・うつ病対策.....	109
認知症予防対策.....	110

災害公営住宅への入居支援	111
3. 支援に関わる人と組織	113
災害対策本部の名称変更	113
こころのケアセンター	113
仮設住宅における介護等のサポート拠点	113
支援者団体間の連携	114
領域 X：精神科病院	115
1. 精神科病院の活動概要	115
2. プラン作り	116
指揮系統の確立	117
事前の点検と備え	118
自然災害を見据えたわが施設の弱点発見と対応	118
3. 発災のとき	120
避難活動	120
地域の被災者受け入れ	121
4. 病院避難	122
5. 急性期以降の課題	123
災害時に特有の業務	123
索引	126

領域 A : 最初期

構成

1. 最初期の状況と特徴
2. 最初期の対応に求められること
3. 支援に関わる人と組織

1. 最初期の状況と特徴

最初期とは、災害の形態や規模、地域の状況等によって異なりますが、ここでは発災から1週間程度とします。災害発生直後に求められる支援では、救命救急、安否確認、衣食住の確保が中心となります。避難者の受け入れや物資の確保を始めとして、諸問題が次から次へと現れます。しかも、被災者を支援すべき立場の人々も被災者であることが多いので、混乱が続きます。メンタルヘルス面では、多くの人々が喪失を体験し、強いストレス下に置かれるとともに、精神疾患の既往がある人にとっては治療・服薬の継続が課題となります。

この時期は、医療面だけでなく生活面においてもまだ支援体制が整っていない段階です。外部からの支援も、災害派遣医療チーム（DMAT）や自衛隊などごくわずかで、避難所の開設・運営を始めとする被災者支援の中心を担うのは、被災地の市町村の行政職員や教員（図の「②コミュニティ支援」）となります。災害の規模が大きく、これらの支援者が不足した場合には、一般住民が避難所のリーダーを担うこともあります。また、病院が避難所になるような例外を除き、通常の避難所に精神科医がいることは極めて稀です。そのため、被災者のこころのケアは、地域の保健福祉関係者（図の「③隣接する準医学的支援」）が中心となっていくことになります。特にこの時期に重要な役割を担うのは、保健師です。市町村単位で設置された保健センターの保健師は、普段から要支援者の健康相談や訪問活動を行っているだけに、地元の情報をよく把握しています。

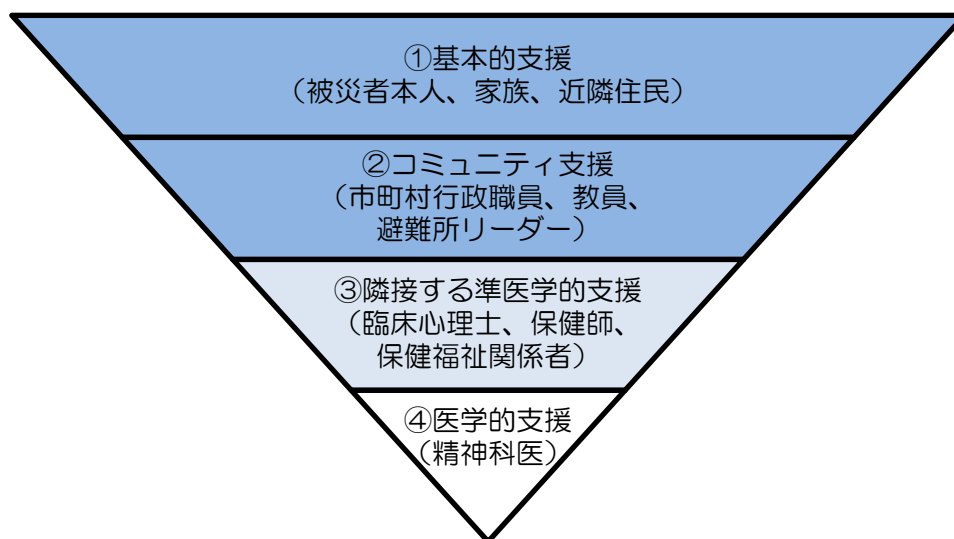
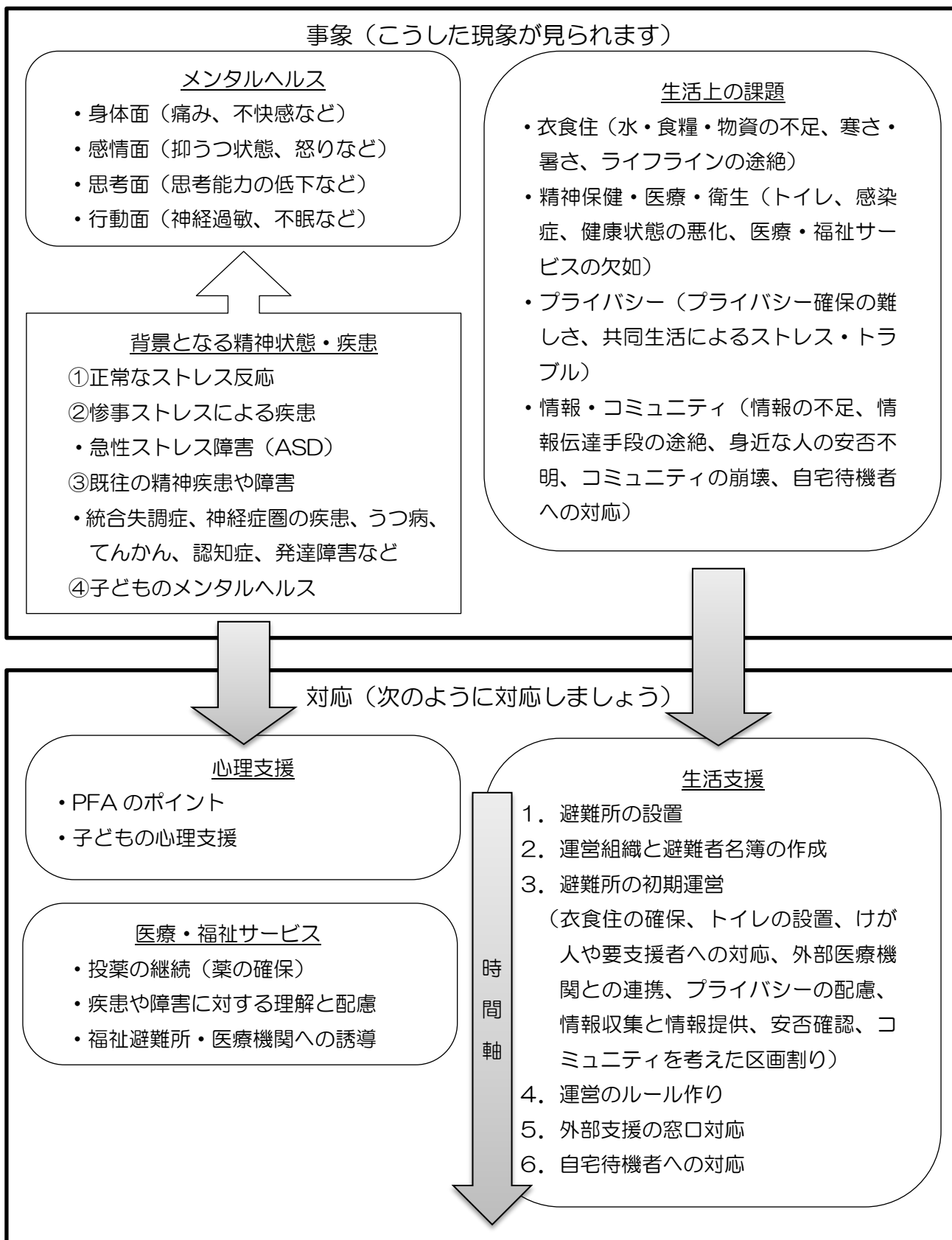


図 支援ピラミッド（「IASC ガイドライン」を改変）

2. 最初期の対応に求められること

オーバービュー



事象

メンタルヘルス

災害直後に生じるストレス反応は特別なものではなく、ほとんどの人に見られる正常な心身の反応です。反応の強さや現れ方は人によって違います。身体の不調を感じても、日常生活を送れていれば、心配しすぎる必要はありません。およそ 9 割の人は、身近な人の援助や自身の対処行動により、自然に回復していきます。しかし、中にはストレス反応が治まらず、日常生活にも支障をきたすほどになることがあります。その場合は、**急性ストレス障害 (ASD)** が疑われます。

災害直後に生じる正常なストレス反応

身体面

- ・頭痛、筋肉痛、胸痛、胃痛
- ・倦怠感、めまい、立ちくらみ、吐き気
- ・下痢、便秘
- ・動悸、震え、発汗、息苦しさ

感情面

- ・恐怖感、不安
- ・孤立感、意欲の減退
- ・イライラする、怒りっぽくなる
- ・易刺激性
- ・気分の落ち込み（悲嘆）
- ・喜怒哀楽が無くなる
- ・現実感の消失
- ・自責感、罪悪感（サバイバーズ・ギルド）

思考面

- ・集中力、判断力、決断力の低下
- ・記憶力の低下
- ・無気力
- ・混乱して思い出せない
- ・選択肢や優先順位を考え付かない
- ・惨事の記憶が突然よみがえる（フラッシュバック）

行動面

- ・神経過敏
- ・パニック状態
- ・不眠、悪夢
- ・食欲不振、過食
- ・せん妄、徘徊
- ・過活動
- ・被災状況を話したがない（沈黙）

ストレス反応が強く出やすい人の特徴

- ・災害で自分の死を感じる体験をしたり、大切な人を亡くしたりした人
- ・高齢者や子ども、障害者など、災害前から支援を必要としている人
- ・家族や周囲の支えが十分でない人
- ・過去に惨事ストレスを受けたことがある人

(付属文書 III参照)

惨事ストレスによる疾患

急性ストレス障害（ASD）

惨事ストレスの影響を強く受け、日常生活にも支障をきたすようになったものが急性ストレス障害（ASD）です。ASD は、ストレス反応の中でも、「**解離性症状**（下図の赤字）」を生じることが特徴的です。現実感を失い、災害などを他人事のように感じるため、周囲からは「意外と元気」などと誤解されることもあるだけに、注意を要します。ASD は、出来事後のストレス反応が 1 ヶ月以内に現れ、2 日以上継続したものを指します。ASD から心的外傷後ストレス障害（PTSD）に移行することもあるので、早期に適切な処置を行うことが重要です。

ASDで多く見られる症状

- 喜怒哀楽が無くなる
- 現実感の消失
- 混乱して思い出せない
- 動悸、発汗
- 意欲の減退
- イライラする、怒りっぽくなる
- 易刺激性
- 集中力、判断力、決断力の低下
- 惨事の記憶が突然よみがえる（フラッシュバック）
- 神経過敏
- 不眠、悪夢

※赤字は、ASD の症状の中でも特徴的な「**解離性症状**」

既往の精神疾患や障害

被災体験そのものや生活環境の変化、物資不足による向精神薬の投薬や治療の中断によって、既往の精神疾患や障害が悪化することがあります。統合失調症や神経症、うつ病、てんかんなどは、薬の確保ができないと、投薬や治療の中断となって症状が悪化します。また、避難を契機として、それまでは見過ごされていた疾患や障害が顕在化するケースも少なからずあります。ことに認知症と発達障害は、投薬や治療の中断だけでなく、生活環境の変化によって、症状が悪化しやすくなります。

避難所では、これらの疾患や障害を持った方と一般住民と一緒に生活していくことになります。避難所のリーダーや避難者がこれらの疾患や障害にはどんな症状があるのかを理解し、ちょっとした配慮をするだけでも、お互いのストレスを減らすことができます。ただし、以下にあげたような症状があるからといって、必ずしもその疾患や障害であるとは限りません。正常なストレス反応である可能性もあります。

投薬や治療の中断によって悪化する疾患・障害

- 統合失調症
- 神経症圏の疾患
- うつ病
- てんかん

生活環境の変化によって悪化する疾患・障害

- 認知症
- 発達障害

それだけに疾患や障害があるものと一方的に決め付けてはなりません。

統合失調症・神経症圏の疾患・うつ病・てんかん

統合失調症、神経症圏の疾患、うつ病、てんかんなどには、薬物治療が有効です。避難所では簡単に薬を確保できないため、服薬により抑えられていた症状が、投薬や治療の中断によって悪化、顕在化してくる可能性があります。

まず、統合失調症は心が不安定になったり考えがまとまりづらくなったりする病気です。そのため、気分や行動、人間関係などに影響が出ます。次に、神経症圏の疾患にはパニック障害、不安障害、強迫性障害などが含まれます。パニック障害は、なんらかのきっかけにより混乱を生じ、まさに頭が真っ白になるものです。強迫性障害とは、自分でも無意味だとわかっているにもかかわらず、何度も同じ確認をくりかえしてしまうものです。うつ病は、気分が落ち込み何もする気になれない状態が続くため、それまでの日常生活が送れなくなるものです。うつ病の治療薬が長期間途切れると、症状が悪化し、死にたい気持ちが生じる危険性もあります。てんかんは、突然意識を失って反応がなくなる「てんかん発作」をくりかえし起こす病気です。基本的に一過性で、発作がおさまると元通りの状況に回復することが特徴です。

各疾患の主な症状

統合失調症

- ・幻聴と独り言（聞こえてくる幻聴との会話）
- ・実際には無いことをあると信じている
- ・支離滅裂な会話
- ・奇妙な言動
- ・ひきこもり
- ・身なりや清潔に無頓着

神経症圏の疾患

- ・パニック障害・不安障害
- ・漠然とした強い不安感や圧迫感
- ・動悸、呼吸困難、けいれん
- ・強迫性障害
- ・強迫観念
- ・特定の行動や状態に対する強い恐怖感や不快感

うつ病

- ・悲しそう
- ・やる気や意欲がない
- ・不安そう
- ・反応が遅い
- ・食欲がない
- ・疲れやすい
- ・眠れない
- ・死にたくなる

てんかん

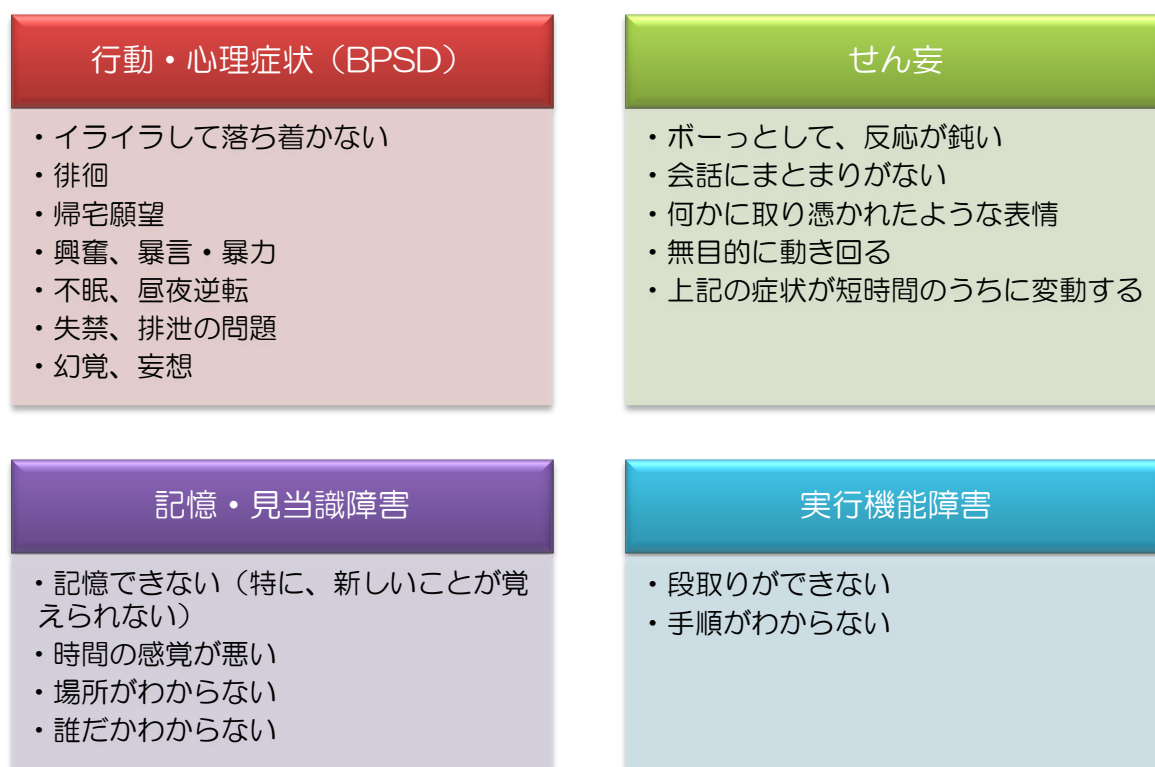
- ・突然意識を失って倒れ、全身をつっぱらせる
- ・突然意識を失って倒れ、がくがくと全身をふるわせる
- ・突然ぼんやりと意味のない行動を繰り返す
- ・上記の発作症状は通常数秒から数分でおさまる

認知症

認知症の高齢者は、避難生活になじめず、症状が悪化しやすくなります。認知症の症状には、記憶・見当識障害や実行機能障害などの認知機能障害だけでなく、様々な**行動・心理症状 (BPSD)** がみられます。BPSD は、避難所に到着した直後から出現することが多く、徘徊や排泄の問題など、周囲からの苦情の原因になることもあります。そのため、認知症の高齢者の避難所生活は、およそ 3 日で限界になると言われています (コラム参照)。したがって、被災地の現場では、認知機能を改善させるよりも、**BPSD が現れている認知症の方や家族などへのケアや環境改善が中心**となります。また、認知症の人には、一時的な意識障害であるせん妄が合併することがあります。せん妄は適切な薬物治療を受けることで症状を抑えることができます。なお、避難所生活では、普段認知症のような傾向のなかった高齢者も、これらの症状を示すことがあります。

(付属文書 IX-①,②参照)

認知症の主な症状



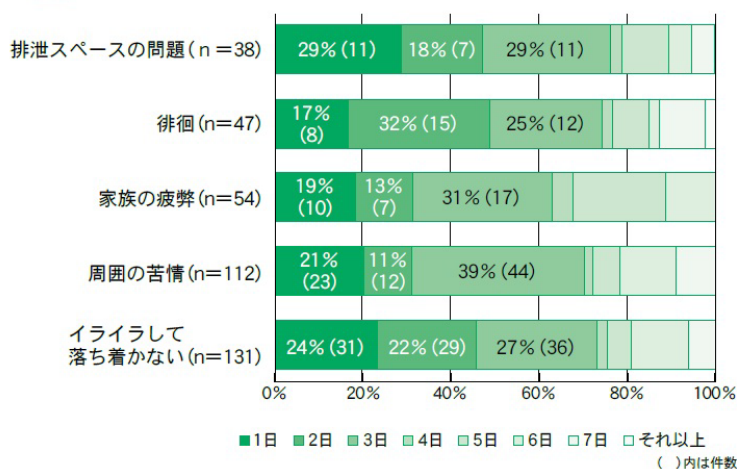
コラム

実際の現場から

東日本大震災の東北3県の避難所では、排泄スペースの問題が避難生活初日から発生し、3日目までに家族の疲弊や周囲の苦情が7割近くに達することで、避難所生活の限界が来ていました。

(「避難所での認知症の人と家族支援ガイド」より抜粋)

Q 認知症の人が避難所で生活の限界となる出来事は、何日目に発生するのか？



発達障害

発達障害は、子どもの頃から症状が現れ、成長とともに症状が変化したり目立たなくなったりします。対人関係が苦手な人も多く、避難所では周囲の人とうまくなじめず、ちょっとしたトラブルを起こす可能性もあります。発達障害はいくつかのタイプに分類されており、同じ人にいくつかのタイプの発達障害があることも珍しくありません。ここでは、特に対人関係につまづきがちな自閉症、アスペルガー症候群、ADHD について紹介します。

発達障害のタイプと主な症状

自閉症・アスペルガー症候群

- ・ 集団行動が苦手
- ・ 人の気持ちを察せられない
- ・ 場の空気が読めない
- ・ ある特定分野への深い関心と知識
- ・ 臨機応変に対応できない

ADHD

- ・ じっとしてられない
- ・ 順番を待つのが難しい
- ・ 話しかけられても聞いていないように見える
- ・ 段取りが苦手
- ・ 他人の会話に割り込む

子どものメンタルヘルス

被災体験によって心に衝撃を受けるのは大人だけではなくありません。子どもは大人ほどにはストレスを上手に対処する方法を身につけていないので、被災の衝撃を受け止めることができず、心身に変調をきたしやすくなります。また、ストレス反応が大人と違った形で現れることや、ストレス反応がすぐに現れず、「大人しくてよい子」に見えても後々問題が生じてくることもあります。以下にあげたようなストレス反応は、子どもが安心感を得られるようになると、徐々に収まってきます。

(付属文書 Ⅲ参照)

子どもによく見られるストレス反応

- ・赤ちゃんがえり（おねしょ、指しゃぶりなど）
- ・大人にくっついて離れない
- ・寝つきが悪く、一人で寝られなかったりぐずったりする
- ・一人でトイレに行けない
- ・わがまを言ったり、反抗的・粗暴な言動をとったりする
- ・興奮しやすく、不自然にはしゃぎまわる
- ・年齢不相応に大人びた態度をとる
- ・災害ごっこや災害の話を繰り返す

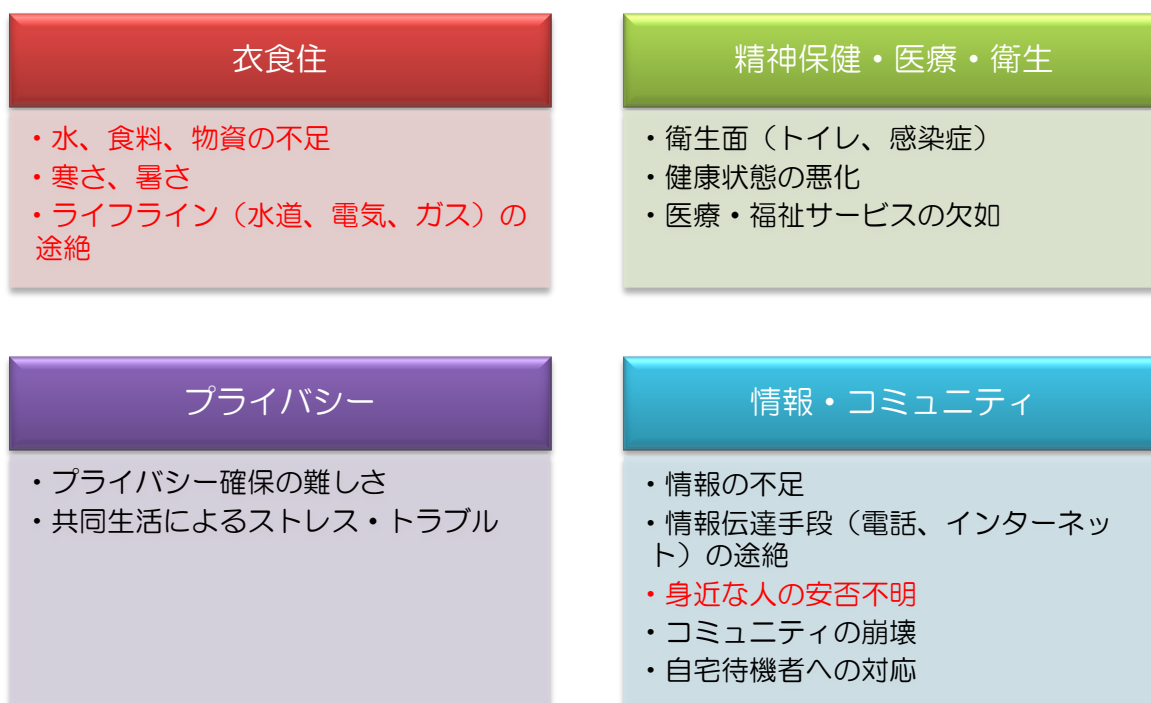
生活上の課題

避難所では、多くの被災者が共同生活を送るため、日常生活では経験しないような様々な問題やトラブルが起こります。最初期に生じる課題として最も早急に対応が必要なのは衣食住の確保です。

大規模災害では、地域の指定避難所自体が被災して使用できない、避難者の数が多くて入れないといった事態が生じる可能性もあります。その場合、本来は避難所として指定されていない施設に自主的に避難することになります。そのような場合、水や食料、毛布などの備蓄がなかったり、災害対策本部からの支援が遅れることで、衣食住の確保が特に困難になったりすることがあります。

また、家族や友人といった身近な人の安否が不明な場合、被災者にとってこれが大きな心痛となります。
(付属文書 XⅧ-①参照)

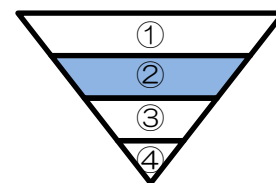
避難所で想定される生活上の課題



※赤字は、最初期に特に深刻な課題

対応

心理支援



多くの人は、トラウマ体験を経験しても自然に回復していきます。このような回復力をレジリエンスといいます。安心できる居場所や、支えてくれる人たちの存在が土台となり、困難に対処できる自分の力を確認したり発見したりしながら、少しずつ日々の生活の連続性が回復されていきます。そうした積み重ねによって、生きるものの意味や世界の秩序の再構築といったことも可能になっていきます。このような考え方から生まれたのが、**サイコロジカル・ファーストエイド (PFA)** という心理支援法です。PFA は、人が元来持っている自然な回復力を引き出し、支えることを目的としています。避難所では、救護・要支援者班のスタッフが PFA を実施する役割を担います。PFA は、メンタルヘルスの専門家でなくても実践できる内容となっていますが、急性ストレス障害 (ASD) の疑いがあるなど対応が難しい場合や専門的な対応が必要だと感じられる場合は、専門家の指示を仰いでください。場合によっては、医療機関に紹介する必要もあります。

また、この時期は衣食住の確保が最優先課題であるため、被災者はまだこころのケアを受け入れる精神的余裕がありません。そのため、こころのケアを強調して支援するのではなく、安心感や衣食住の確保につながる現実的な支援を通してこころのケアを行うよう心がけましょう。

PFA は作成した団体によって数種類のバージョンが公開されていますが、どれも根底にある考え方は、安全・安心感の提供と相手の立場に立った現実的な支援です。以下では、アメリカ国立 PTSD センターと NCTSN¹ によって作成された PFA の手引きを参考に、8 つのポイントをまとめました。PFA の詳細は、「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き」(http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf) を参照してください。

PFA のポイント

1. 被災者に近づき、活動を始める

目的：被災者の求めに応じる。あるいは、被災者に負担をかけない共感的な態度でこちらから手を差し伸べる。

まずは自己紹介をしましょう。被災者への敬意と思いやりを示すことで、被災者とよい関係を築いたり、引き続き支援を受け入れる気持ちになってもらったりすることもできます。自己紹介では、まず自分の名前、肩書、役割を述べます。次に、「話しかけてもいいですか」と尋ねてから、「何かお役に立てることがないですか」と聞きましょう。被災者や他の支援者と交わした会話内容には、厳格な秘密保持が求められます。情報を共有する必要のない相手に会話内容を漏らしてはなりません。

¹ アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークの略。

(例) こんにちは。□□で活動している〇〇と言います。皆さんのお役に立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すか？△△さんですね。お話をお聞きする前に、いますぐに必要なものがあれば教えてもらえませんか？水などは足りていますか？

2. 安全と安心感

目的：当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにする。

災害直後に必要なことは、安心感を取り戻すことです。まず、被災者の安全を確かなものにしてください。これは物理的な安全確保だけでなく、被災体験や被災のショックを思い出す刺激から被災者を守ることも含みます。また、被災者がこれからを見通せて安心感がもてるように、救助活動や支援事業に関する情報を提供します。行方不明者のいる家族や遺族を支えることも重要です。

(例) あなたは大変な体験をされました。今は、これ以上恐怖や悲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方が良いでしょう。お子さんは、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、お子さんには楽かもしれません。大人も、辛ければ、テレビやラジオを遠ざけましょう。必要な情報が入り次第、私たちからお伝えしますので安心してくださいね。

3. 安定化（必要に応じて）

目的：動揺・興奮している被災者の混乱を鎮め、見通しが持てるようにする。

被災者がストレス反応を示しているときは、丁寧な観察により、どのような状態にあるのかを見極めましょう。いきなり話をするよりも、穏やかにそばに控えていることで、相手に落ち着くための時間を提供できます。

支援が必要だと判断した場合は、当事者が周囲の現実との接触を取り戻せるように手助けします。また当面の見通しを伝えることも役に立ちます。もし一般的な方法では役立たないようなら、臨床心理士、保健師、保健福祉関係者、精神科医（支援ピラミッドの「③隣接する準医学的支援」や「④医学的支援」）に相談してください。薬物治療が必要かもしれません。投薬については、15 ページの「投薬の継続（薬の確保）」の欄を参照してください。精神科医がおらず、薬物治療がすぐにできない場合は、管轄の保健所や保健センターに連絡してください。緊急を要すると判断された場合には、保健師が中心となって精神科病院へ移送することになります。精神科病院への緊急移送については、18～19 ページの「精神科病院への緊急移送」の欄を参照してください。

(例) こういうひどいことが起きたときには、誰か信頼できる友達や家族に支えてもらうことがとても大切です。話をすると気分が楽になるようななどなたかがいませんか？

4. 情報を集める—いま必要なこと、困っていること

目的：周辺情報を集め、被災者がいま必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、その人にあった PFA を組み立てる。

被災者が必要としていることや、困っていることにあわせて、提供する支援内容を調整する必要があります。そのためには、十分に情報を集めなければなりません。ただし、トラウマ体験について詳細に述べってもらうことは、さらに苦痛を与えてしまいかねないので避けてください。既往の精神疾患・障害や服薬状況に関する情報収集については、15 ページの「投薬の継続（薬の確保）」の欄を参照してください。

5. 現実的な問題の解決を助ける

目的：いま必要としていること、困っていることに取り組むために、被災者を現実的に支援する。

被災者が必要とする手段や資源を提供することによって、被災者は「自分には乗り越えていく力がある」「なんとかなる」「自分を誇りに思う」などの感覚を高めることができます。そのためには、「達成可能な目標」を定めるように助言しましょう。小さな目標を一つずつ達成することによって、失敗感や事態にうまく対処できないというマイナス感情を軽くできます。また、成功体験を積み重ねることで「自分で状況をコントロールできる」という感覚を取り戻せます。

(例)

いまお話くださったことから、〇〇さんにとっていますぐに必要なことは、ご主人の無事を確認することだということがわかりました。ご主人と連絡を取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、計画をたてていきませんか。

6. 周囲の人々とのかかわりを促進する

目的：家族・友人など身近にいて支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助する。

周囲の人々からの支え（ソーシャル・サポート）は、被災後の精神的な安定と回復に影響します。そこで支えになってくれる人に少しでも早く連絡を取るよう促すこと、周囲の人々とのつながりを作ってそれを維持できるよう支えることがきわめて重要になります。そうした人が身近にいない場合は、被災者同士、支援者など、今近くにいる人たちとの関係が活かせるように働きかけてください。ただし、被災後に自分の経験を話したくない人もいます。無理に話さなくてもいいこと、安心できる人と一緒に過ごすだけでも気持ちが楽になることを知ってもらいましょう。必要に応じて、PFA 提供者が、肯定的でサポートティブな態度の見本を示しましょう。

(例)

避難所を出られてからも、あなたが安心できる人たちと一緒に過ごしてくださいね。今回体験したことについて話し合うことがあなたの心の安定に役立つと思うこともあるでしょうが、いつ何を話すかは、あなた自身が決めていいことなのです。すべてを話す必要はありません。それぞれの相手と共有したいと思うことだけ、話せばいいのですよ。

7. 対処に役立つ情報

目的：苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう。

様々な種類の情報を得ることで、被災者はよりうまくストレス反応に対処し、効率よく問題に取り組むことができるようになります。具体的には、ストレス、トラウマ体験、喪失に対する一般的な心理的反応とその対処法（簡単なリラクゼーション法、強い否定的感情や睡眠の問題への対処法など）について情報を提供しましょう。ストレスやトラウマ体験の心理的反応は、3 ページの「メンタルヘルス」の欄を参照してください。喪失の心理的反応は、領域 B：初期の 35～36 ページの「喪失体験による悲嘆」に詳細が載っています。

8. 紹介と引継ぎ

目的：被災者がいま必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引継ぎを行う。

避難所では対応しきれず、さらなる援助を必要とする被災者には、適切なサービスを紹介します。その際には、被災者が抱えている複数のニーズや現在の心配事のうち、どれに対する追加情報またはサービスが必要なのかをよく聞いてください。また、必要に応じて保健センター（もしくは保健所）と連絡を取り、スムーズな連携ができるために必要なこと（サービスを提供している機関の担当者のところまで連れて行く、適切な紹介先を教えてください。そのような地域の代表に引き合わせるなど）をしてください。その際、被災者が自分は継続的にケアされているという感覚が持てるように工夫しましょう。福祉避難所へ誘導する場合には、18 ページの「福祉避難所」の欄を参照してください。

（付属文書 V 参照）

子どもの心理支援

子どものこころのケアで最も重要なことは、子どもが安心感を持てるようにすることです。子どもが話すことを否定せずに、ゆっくりと聴いてあげましょう。乳幼児であれば、抱っこをするなどのスキンシップも大切です。

子どもは自分の気持ちを言葉で表現する力が弱いため、遊びや絵画などの自発的な活動を通して不安や恐怖心を克服していきます。避難所の運営スタッフは、子どもが動き回れる遊び場を確保し、おもちゃなどの遊具を支援物資として要請しましょう。災害ごっこや津波の絵などは不謹慎に見えますが、子どもの心が落ち着いていくプロセスとして重要な意味を持ちます。禁止せずに見守り、「すごい地震でびっくりしたね、大変だったよね」などと子どもの気持ちを汲み取った言葉をかけてあげましょう。そして、最終的にどうすれば自分を守れるのかなど建設的な方向に結びつくようにかかわりましょう。

赤ちゃんがえりをしているときは、親が厳しく叱るとかえって悪化することがあります。子どもは親に甘えることによって辛さを克服しようとしているため、赤ちゃんがえりやしがみつきを頭ごなしに禁止すると、正常なストレス反応を表出できなくなってしまうます。普段よりも甘えることを許し、できるだけ子どもの求めに応じてあげるようにしましょう。そのためには、子どもを支える家族の精神的余裕が必要となります。周りの大人の安定が子どもの安心感の基盤になりますから、子どもだけでなく、家族や周りの大人達の精神的安定も図られるように支援しましょう。

(付属文書 III参照)

コラム

子どもにやさしい空間 (Child Friendly Spaces)

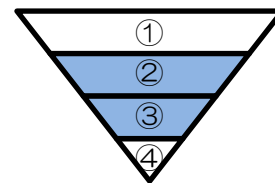
災害によって子どもたちを取り巻く生活環境や生活習慣は大きく変化します。そのため、子どもたちにとって安全で安心できる空間づくりをいち早く行うことは、子どもたちの保護とメンタルヘルスにとって重要です。こうした理念に基づき、災害時こころの情報支援センターは、ユニセフの原版をもとに、「子どもにやさしい空間」ガイドブックを作成しています。

「子どもにやさしい空間」では、子どもたちの遊びや学び、心身の健康を支えるための多様な活動や情報を提供します。運営は、必ずしも子どもの専門家である必要はありません。

設置・運営方法の詳細は、「子どもにやさしい空間」ガイドブックを参照してください。以下のHPからダウンロードすることができます。

子どもにやさしい空間 <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/cfs.html>

医療・福祉サービス



災害による身体的な外傷は、災害派遣医療チーム（DMAT）や日本赤十字社（日赤）救護班が発災直後に駆けつけ、救命救急を行います。また、大規模避難所には医療救護所が設けられることもあります。しかし、すべての避難所に医療救護所ができるわけではありません。また、医療救護所は身体的な外傷を主な治療対象としているため、精神医療の専門家がいることはほとんどありません。さらに大規模災害の場合、被災地の精神科病院も被災しているので、入院患者を守ることで精一杯の状態です。そのため、都道府県内の専門家によるこころのケアチームや国が派遣する災害派遣精神医療チーム（DPAT）などの精神医療専門の外部支援が入るまで、地域の精神医療は避難所の救護・要支援者班のスタッフや地元の保健師が担わなくてはなりません。

避難所では、様々な精神疾患や障害を持った方と一般住民と一緒に生活していくことになります。お互いに少しでもストレスを減らすためには、どのような疾患・障害であっても、避難所で共に生活する周囲の人々の理解が不可欠です。また、薬物治療が有効な既往の疾患については、できるだけ服薬を切らさないようにすることが望ましいです。

投薬の継続（薬の確保）

薬物治療が必要な場合は、被災者に極度の興奮、抑うつ、不眠、既往の精神疾患症状、さらには自傷他害の恐れがあるときです。服薬が切れても、通常3日間程度であれば、何とか持ちこたえられる可能性はありますが、できるだけ速やかに薬の確保に努めましょう。とくに、統合失調症とてんかんは、服薬が切れると症状や発作が顕著に現れる危険性があるので注意が必要です。

現状では、最初期に精神疾患の治療に必要な薬を入手することは非常に困難です。被災直後は DMAT や日赤救護班も精神疾患用の薬剤を携行していません。しかし、数日経てば DPAT の先遣隊などから薬が入手できる可能性もあるので、必要な薬剤について情報を集めておくことが重要です。薬に関する訴えを聞き、受け止めることは、安心感の提供にもつながるからです。

疾患・障害や服薬状況の情報収集は、避難所の救護・要支援者班のスタッフや保健師が行います。まず、お薬手帳が手元にある場合は見せてもらいましょう。お薬手帳がない場合には、現在服用中の薬について聴き取りを行います。被災者の混乱がひどく、正確な聞き取りができないようであれば、家族や身近な人を通じて、より多くの正確な情報を集めてください。

（付属文書 VIII-①,③参照）



必要な情報

- ・現在の投薬内容のリスト
- ・すでに処方されている薬の入手先
- ・かかりつけ医や薬局へのアクセス
- ・服薬状況
- ・現在の身体的および精神的な健康状態

かかりつけの医療機関がある場合、薬の処方には主治医に処方箋を書いてもらうことが原則です。しかし、大規模災害では医療機関も被災して機能していないことも多く、すぐには必要な薬が手に入りづらいでしょう。お薬手帳を持っていて必要な薬の種類や数量が把握できているにもかかわらず、主治医に処方箋を書いてもらうことが困難な場合は、近隣で機能している医療機関を探しましょう。入院施設のある病院であれば、必要な薬が入手できる可能性があります。薬を処方してもらう場合は、医師に相談のうえ、処方箋を書いてもらってください。医療機関で薬が入手できず緊急で薬が必要な場合は、薬局に行ってみましょう。他の医療機関や薬の情報が手に入るかもしれません。患者本人が一人で医療機関に行くことが困難な場合には、救護・要支援者班のスタッフや保健師に付き添ってもらうのも一法です。

機能している医療機関が把握できていなかったり、必要な薬が入手できなかったりした場合は、保健師（保健センターもしくは保健所）が、必要な薬について市町村の災害対策本部等に支援要請をしましょう。DPAT の先遣隊は、向精神薬の供給も任務としていますので、災害対策本部を通じて入手できる可能性があります。

災害対策本部が薬を救急的に入手するには、以下の機関に依頼することから始めてください。各機関の支部が各都道府県に設置されていますので、まずは各機関の都道府県支部にお問い合わせください。

薬の依頼機関

- ・ 日本赤十字社
- ・ 国立病院・療養所
- ・ 公立病院
- ・ 災害派遣精神医療チーム（DPAT）
- ・ 日本精神科病院協会
- ・ 日本精神科診療所協会
- ・ 日本精神神経学会

疾患や障害に対する理解と配慮

元々精神疾患や認知症のある人は、避難所でトラブルに巻き込まれることが少なくありません。避難所のリーダーや避難者が精神疾患や障害にはどんな症状があるのかを理解し、ちょっとした配慮をするだけでも、お互いのストレスを減らすことができます。

精神疾患・障害を持つ人が避難所で生活するための7条件

◎ 1. 住民の理解を得ること

- ・ 家族や介護者は、避難所のリーダーや周囲の人に、避難者がどのような疾患や障害と診断されているのかと、よくみられる症状を伝えましょう。
- ・ 周囲の人が本人に接する際の基本は、「驚かせない」、「急がせない」、「自尊心を傷つけない」です。

2. 個室や専用のスペースを用意すること

- ・ 環境の急激な変化や騒がしさは症状の悪化や顕在化につながり、それがさらに他の避難者とのトラブルを引き起こすという悪循環に陥ることがあります。個室を確保するのが難しい場合には、段ボールやパーティションなどで居住スペースを区切りましょう。

3. 専用もしくは優先の排泄スペースを確保すること（認知症の方）

- ・ 認知症の方は、排泄に関わる様々な問題が生じがちです。認知症の方の居住スペースはトイレに近くするなどの配慮が望まれます。

△ 4. 専門のスタッフがいること

- ・ 普段は優しく介護している人でも、避難所でのストレス状況下では適切な対応ができなくなることもあります。そんなときには、まず避難所に介護福祉士や心理職などの保健福祉関係者（支援ピラミッドの「③隣接する準医学的支援」）がいるかどうかを確認し、協力を求めましょう。

5. 顔見知りの人、なじみの人がいること

- ・ 本人と面識のある人が近くにいるだけでも、不安感はいだいぶ軽減されます。こうした人がいない場合には、なるべく同じ人が毎回対応するように心がけましょう。

△ 6. 介護する人を支援する体制作り

- ・ 避難所では普段に比べて何倍も家族や介護者の負担や心労は大きくなります。非常時だからこそ、より強固な協力体制を作り、家族と介護者を支援する体制を作っていきましょう。

△ 7. 次に移る準備を（2次避難所）→2次避難所については次のページを参照してください。

- ・ 環境が整っていない緊急的な避難所で、長期にわたって生活し続けることは本人だけでなく家族にとっても好ましくありません。避難所のリーダーを通して行政や医療機関と連絡をとり、必要に応じて福祉避難所や医療機関に家族と一緒に移れるようにしておきましょう。

「避難所での認知症の人と家族支援ガイド」を加筆・修正

◎・・・緊急性・重要性の高いもの

△・・・できればやれるとよいもの

コラム

疾患や障害に対する理解と配慮の工夫

避難所に生活する多くの人々は、その年齢も社会経験も様々に異なります。それまでの生涯で、統合失調症や認知症の患者さんに一度も接したことがない人も少なからずおられます。こうした人々にとって一日中独り言を言っている人、あるいは夜中に無遠慮に音を立てて5回も6回もトイレに通う高齢者は奇人変人と映ります。

避難所に入って数日もすると、こうした人々の存在が周囲にはとてもストレスフルに感じられるようになります。それだけにご本人やそのご家族の承諾を得たうえで、統合失調症や認知症について周囲の方々に説明してあげることはとても大切です。こうした病気だと理解・納得されるだけでも、周囲の人々のストレスはぐっと軽減されるからです。

(福島県医療ソーシャルワーカー協会会長 大川原順子氏の発言を再構成)

福祉避難所・医療機関への誘導

福祉避難所

周囲の理解や配慮があっても、一般の避難所生活で本人や家族が頑張れる期間には限界があります。本人や家族が疲れきって体調を崩したりしてしまう前に、2次避難所である福祉避難所に移動する準備をしましょう。福祉避難所は、家族も一緒に避難することができます。

福祉避難所とは・・・

- ・災害時に一般の避難所生活が困難な高齢者や障害のある人など、何らかの特別な配慮を必要とする方が避難する施設のこと。
- ・福祉避難所は、必要に応じて開設される二次的避難所であり、発災直後に最初から開設されるわけではありません。

福祉避難所開設までの流れ

1. 利用希望者は、まず、一般の避難所へ避難します。
2. 市町村の行政職員が、障害や健康状態などを考慮し、避難対象者を選定します。
3. 選定された対象者（とその家族）を福祉避難所が受け入れます。

(付属文書 VI-①,②参照)

精神科病院への緊急移送

被災者がパニック状態になり避難所で暴れるなど、自傷他害の恐れがあつて緊急を要する場合には、保健師などの自治体職員が中心となって精神科病院へ移送することもあり得ます。

精神科病院への緊急移送の要請には、①保健所への要請と②警察への要請の2つの方法があります。緊

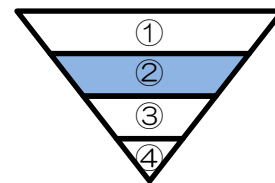
急を要する移送が必要になったら、避難所のリーダーは、まず管轄の保健所や保健センターに連絡をしましょう。保健所や保健センターと連絡がとれず、状況が切迫している場合は、110番通報をします。そうすれば、警察官がただちに現場に赴き、まずは当該者を保護し、移送の必要があれば警察官が保健所に連絡します。

緊急で医療機関に移送する時のポイント

保健所や警察と連絡が取れない状況で、避難所の被災者が錯乱状態となって自傷他害の危険性が高くなり、緊急で医療機関に移送する必要が出てきた時は、避難所のスタッフは以下のポイントに留意して移送してください。ただし、このような措置は超法規的であるため、緊急事態に限ります。後日のトラブル予防のために、移送に関与した人々に証人となってもらい、状況を逐一記録しておくといよいでしょう。

- 1) 患者を助手席に乗せない→興奮して運転を邪魔することがある
- 2) 後部座席で、なるべく患者の両側を人（基本的に男性）が挟み、本人と腕を組んで手首をつかんで固定する→それほど力づくでなく相手の動きを封じることが可能
- 3) ドアにチャイルドロックをかける→興奮して運転中に飛び出そうとすることがある
- 4) 到着したら、まず運転手が先に降りて、病院のスタッフを連れてきてから全員で車から降ろす→到着して車から降りた瞬間に走り去ることがある

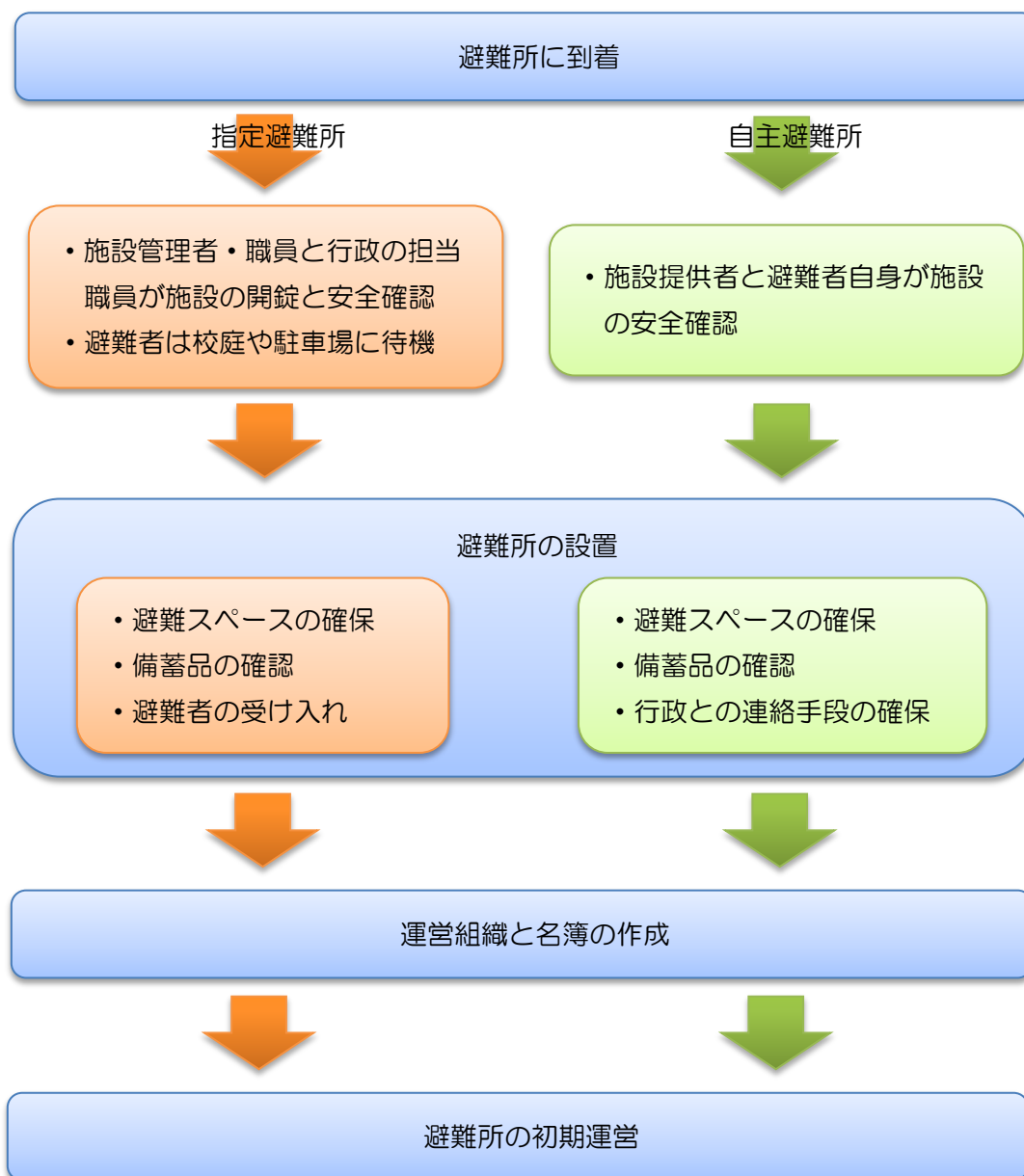
生活支援



災害時には、発災直後の迅速な対応が求められますが、市町村の担当職員も被災者であることが多いので、発災直後に職員がすぐに駆けつけて避難所を開設できるとも限りません。次に、避難所の運営には多くの人手が必要です。そのため、避難所の開設や運営は、そこに避難している住民みんなで協力して行う必要があります。

避難所到着から運営までの大まかな流れは以下のとおりです。

避難所到着から運営までの主な流れ



※自主避難所とは・・・行政による指定避難所とは異なり、寺社や個人宅に被災者が集まって自主的に開設する避難所のこと。

避難所の設置

避難所を開設すべき災害が発生したら、施設管理者・職員と行政の担当職員は、いち早く予め指定された避難所に駆けつけて、避難所の開錠と安全確認を行います。

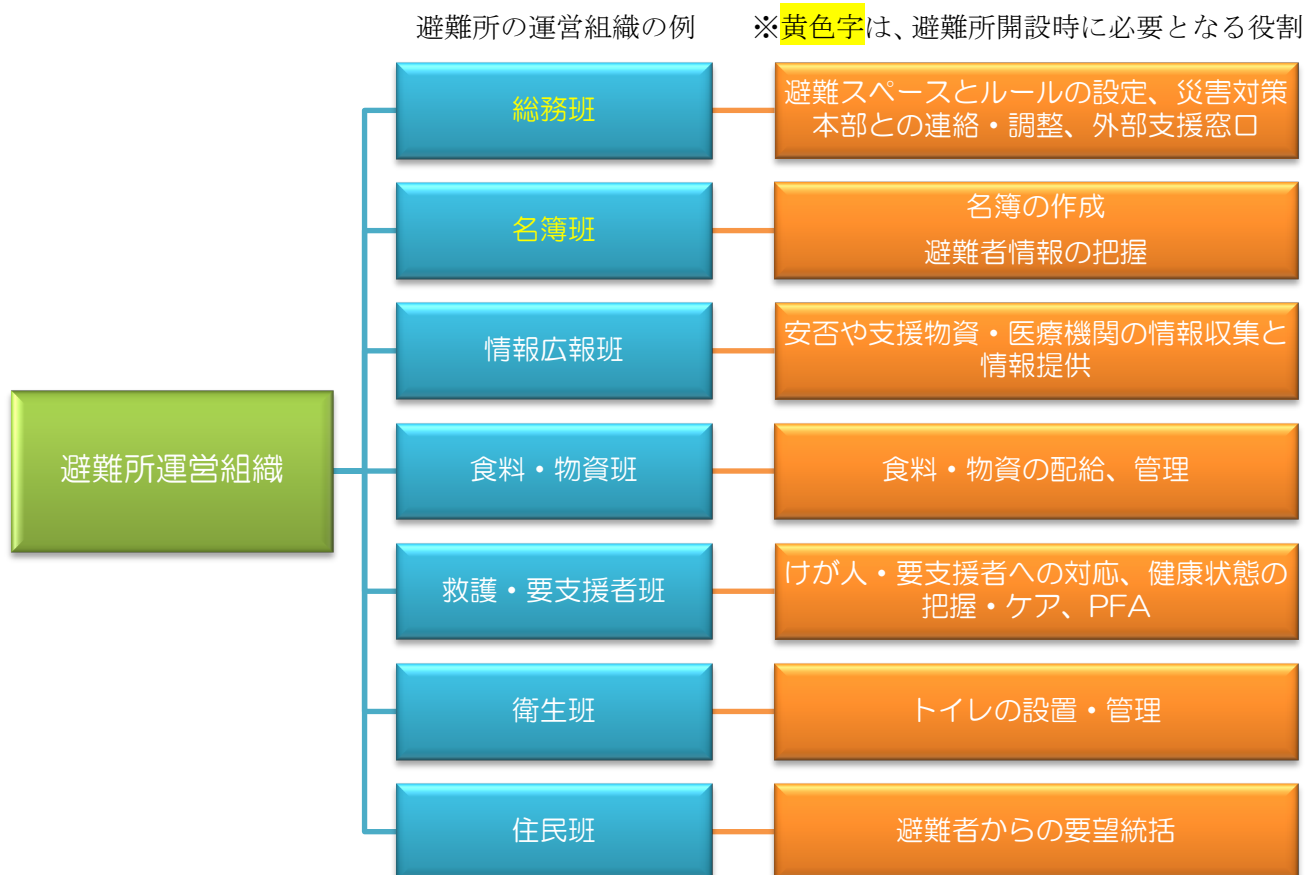
避難所の安全確認がとれたら、避難所を運営していくための準備を始めましょう。まず、避難スペースを確保します。避難スペースには、居住スペースだけでなく、トイレなどの共有スペースや支援物資の保管スペースも必要となります。次に、備蓄品を確認しましょう。指定避難所であれば、最低限の衣食住に必要な物資が数日分備蓄されています。車で避難してきている避難者がいる場合には、駐車場となるグラウンド等の隅に駐車するように誘導してください。グラウンドが車で埋まってしまうと、物資を届ける車が入れなかったり、急病人を緊急搬送できなくなったりします。避難スペースと備蓄品の確認ができれば、避難者の受け入れ準備は完了です。

なお、自主避難所の場合、市町村や都道府県の災害対策本部がその存在を把握できていないため、支援物資が届きません。自主避難所を開設したら、避難していることを必ず市町村の災害対策本部に伝えてください。災害対策本部との連絡が取れない場合（連絡先がわからない、通信・交通手段がないなど）には、近くの指定避難所に出向き、災害対策本部へ連絡をとってもらいましょう。

（付属文書 VII参照）

運営組織と避難者名簿の作成

避難所を運営していくためには、避難所のリーダーと運営組織が必要です。標準的な避難所の運営組織を以下に示します。



市町村の担当職員は、避難所が閉鎖されるまで避難所に常駐できるわけではないため、避難所のリーダーは、避難してきた住民の中から選出することが望まれます。すぐに決まらない時は、市町村職員が一時的に担当しましょう。避難所を開設し住民を受け入れるにあたって、まず必要なのは総務班と名簿班です。総務班は、避難スペースを確保し、各スペースのレイアウトを決定します。名簿班担当者と協力して避難者の大まかな人数を把握し、それに合わせて避難スペースを設定しましょう。避難所の運営が始まると、総務班は主に災害対策本部や外部支援との連絡調整を務めることになるので、市町村職員や教員が担当するとよいでしょう。名簿班は、避難所の入り口に受付を設置し、避難者の受け入れを開始します。受付の際は、世帯代表者の名前と人数、居住地区、要支援者の有無など最低限の情報だけを記載してもらいます。こうしておいて、詳細を記載する避難者シートを渡して後で提出してもらえば、受付の混雑化を防ぐことができます。避難者が多い場合、居住スペースは地区ごとに割り振られるのが一般的です。その場合、名簿班は、地元の情報に詳しい町内会などの役員が担当するとよいでしょう。

避難者の受け入れが落ち着いてきたら、運営組織のメンバーを決めていきます。市町村の担当職員だけで運営組織を構成するのは困難ですから、地域組織の役員など避難者の中から運営組織に入ってもらえる人を積極的に募りましょう。

人手があり各班で複数人を割り当てられる場合には、必ず班長を決めて、班長の指示に従って行動してください。各運営組織には、当該分野を得意とする人を割り当てるのが望ましいです。例えば、救護・要支援者班には、養護教諭や保健師、介護福祉士などの保健福祉関係者が適しています。避難所によっては、要支援者の中に妊婦がいる可能性もありますので、救護・要支援者班に女性のスタッフを割り当てることが望まれます。皆さんの連携が不可欠です。支援物資の情報収集、要請、確保など、複数の班が協力して行うべきことは、必ず連絡しあって行いましょう。また、対応に悩んだり、自分では対処できないと思ったりしたら、無理に自分でなんとかしようとせず、運営組織の班長や避難所のリーダーに相談してください。

(付属文書 II-①参照)

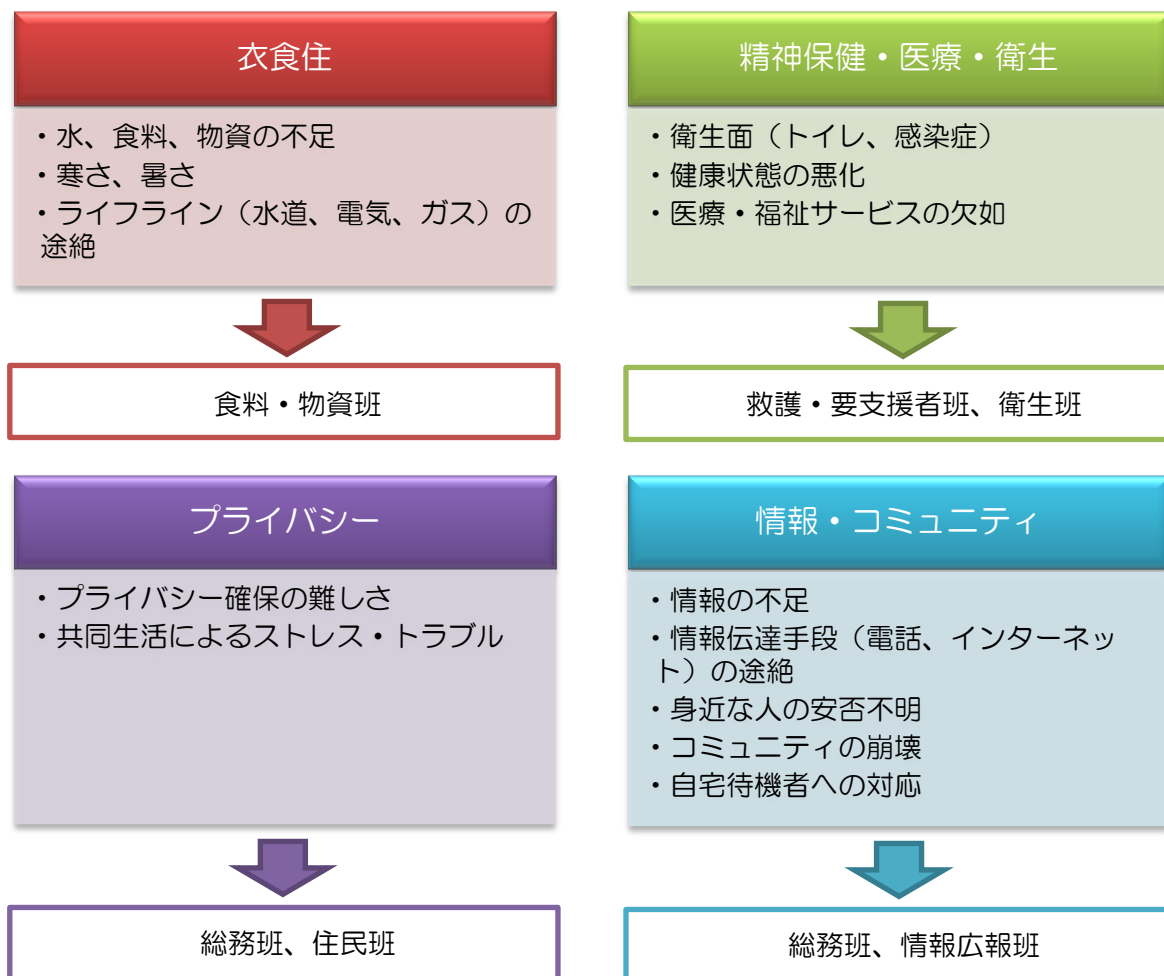
避難所の初期運営

各班の担当者が決まったら、名簿班は回収した避難者シートをもとに避難者名簿を作成しましょう。名簿を作成することで、まず生存者の確認ができ、要支援者がいるのかなどの情報を把握することができます。そして、これからの居住スペースの区割りや食糧・物資の配給の基礎データとして役立ちます。

その他の班も、食料・物資班は食料・物資の確保と配給、衛生班はトイレの設置といったように、各自の役割を果たしていきます。各班の具体的な活動内容は、各自治体の「避難所運営マニュアル」を参照してください。指定避難所であれば、避難所にマニュアルが設置してあります。

救護・要支援者班が担当する健康状態の把握・ケアには、身体的健康だけでなく精神的健康も含まれます。精神的健康状態の把握・ケアや PFA は、避難者の状態を見ながら身体的健康状態の把握・ケアと一緒にすることが望まれます。PFA については、10～13 ページの「PFA のポイント」の欄を参照してください。精神的健康状態の把握・ケアについては、3～8 ページの「メンタルヘルス」と 15～19 ページの「医療・福祉サービス」の欄を参照してください。

避難所で想定される生活上の課題と避難所運営組織の対応班



断水で施設トイレが使えない、簡易トイレもないときは・・・

トイレ用の水は清浄である必要はないので、まずは近くの河川、プール、貯水池、井戸などの水場を探し、バケツリレーで協力して運びましょう。また、手洗いや洗顔、食器洗いで使用した水もトイレ用水として再利用します。どうしても水を確保できない場合は、ポリ袋に新聞紙を入れ、便器にかぶせて使用します。使用後はポリ袋の口をしっかりと縛り、袋ごと一定の場所に捨てます。

水の確保が難しく、ポリ袋や新聞紙も十分でない場合は、施設のトイレは女性や子ども、高齢者が優先的に使えるようにし、一般男性は屋外の畑などに穴を掘って用便後埋めるなどの工夫をしましょう。

停電で照明が使えないときは・・・

近くにお寺や神社があれば、ろうそくとマッチをもらえる可能性があります。もっとも火の取り扱いには注意しましょう。

運営のルール作り

発災から最初の一週間は、避難所の開設から運営にいたるまで、乗り越えなければならない課題が刻一刻と変化します。「避難所運営マニュアル」には、基本的なことしか書かれていませんし、マニュアルにない事態が必ず起こります。避難所では、様々な背景を持った避難者がストレスの高い環境下で一緒に生活するので、様々な問題やトラブルが起こってきます。それらの問題をなるべく減らすためにも、避難所を開設したら現場の判断でルールを決め、それを周知して共有しましょう。

外部支援の窓口対応

発災後数日～一週間で、災害派遣医療チーム（DMAT）や自衛隊といった専門機関からの物資や医療・福祉サービスが届き始めます。災害派遣精神医療チーム（DPAT）の先遣隊も創設できています。

外部支援の情報や受け入れは、必ず総務班など外部支援の窓口担当者に一元化して対応するようにしましょう。

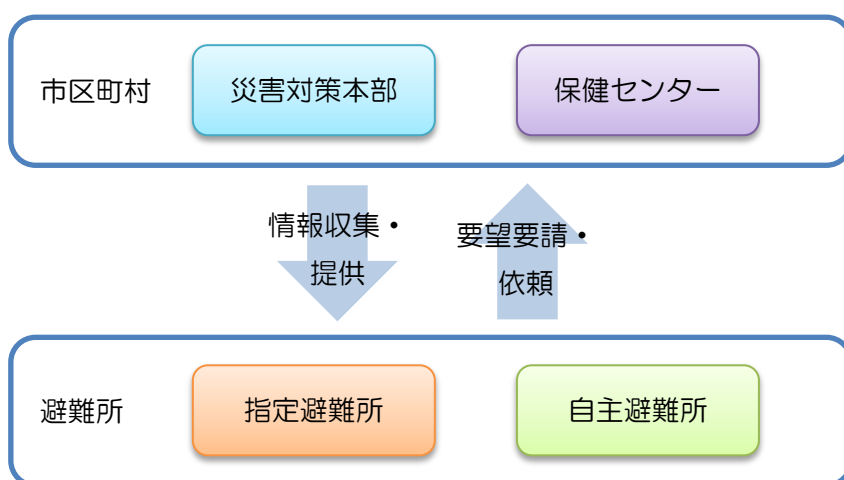
自宅待機者への対応

自宅が倒壊や損傷しなかった方や事情があって自宅で生活し続ける被災者もいます。通常、自宅で生活している方には支援物資が直接届きません。そのため、在宅の被災者が食料や物資の不足から避難所に求めに来る場合があります。支援物資が届き始め、支援ができる状態になった場合は、可能な範囲で支援してあげてください。

3. 支援に関わる人と組織

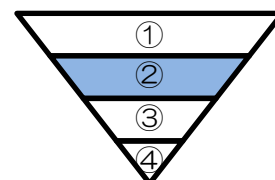
災害が発生すると、直ちに災害対策本部が設けられ、自治体の首長の指揮の下、救援活動が開始されます。しかし、緊急時ですから、必ずしも組織だった活動ができるとは限らず、災害に対応するそれぞれの現場ではその場その場で臨機応変な対応が求められます。特に避難所には被災者が殺到するので、現場での判断が求められることが多く、避難所の管理者が大きな役割を果たすことになります。避難所のスタッフは、避難者の状況に合わせて必要な支援物資を把握し、速やかに災害対策本部に要請することが求められます。

災害対策本部は市区町村レベルと都道府県レベルで設置されますが、避難所や被災の情報を直接収集するのは市区町村の災害対策本部となります。市区町村の災害対策本部は、各避難所からの情報や支援要請を集約し、都道府県の災害対策本部に情報提供します。



避難所管理者の役割

最初期では、メンタルヘルスの専門医療よりも、まずは PFA、薬の確保、安全・安心な衣食住が可能になるようにすることが重要となります。PFAなどの心理支援と生活支援は、異なる次元のものではなく密接に関わりあっています。すなわち、安全・安心な衣食住が確保されることが、そのまま心理支援にもつながるのです。したがって、避難所運営組織の班長やリーダーといった管理者にあたる皆さんは、避難してきている住民の生活が少しでも快適になるように心がけてください。



具体的には、まず、施設管理者・職員と行政の担当職員は、いち早く避難所に駆けつけて、避難所の開錠と安全確認を行ってください。避難所が開設されたら、「避難所運営マニュアル」を参考に運営を行うこととなりますが、スタッフや物資の確保がまず課題となります。その場に駆けつけた職員が避難所運営組織のスタッフを割り振り、使用できる資源・情報をうまく活用して、臨機応変に対応する必要があります。特に、メンタルヘルスはもとより救護や支援の専門家を確保することは非常に困難ですから、できるだけ早く 地域の保健福祉関係者（特に保健師）の応援を得ることが重要です。また、避難している住民の中にも支援する側に回って貰える人がいる可能性もあります。

物資を始めとして、外部からの支援を必要とする場合には、優先度を判断して的確に支援を要請することも管理者の重要な役割の一つです。最初期では、救命救急や水・食料の確保など、合議で考えている時

間的余裕のない事態も頻発します。そのため、避難所の管理者には、まずその場の状況を判断して対応を決める「**決断力**」が必要となります。さらに、大規模災害では広範な被害を受けていますから、災害対策本部等が避難所の状況を十分把握することができず、要請がないと支援の必要がないと判断されかねません。そこで必要な物資や人材を必要な数だけ迅速かつ的確に判断して支援を要請する「**授援力**」が求められます。

ただし、無理は禁物です。避難所や災害対策本部の運営は、通常とは異なる業務になるため、慣れるまで思うように進まないかもしれません。対応に悩んだり、自分では対処できないと思ったら、無理に自分でなんとかしようとせずに、上位の管理者に相談しましょう。

コラム

緊急時の救助要請

大規模災害では、固定電話や携帯電話が不通になり、外部との連絡手段が制限されます。そのため、救援を要請することができないまましていると、最悪の場合、誰にも救助に来てもらえず、孤立状態になる危険性もあります。そのような事態を防ぐためにも、災害対策本部などの公的な組織との連絡が取れない場合は、私的ネットワークも駆使して外部との連絡手段を確保しましょう。災害発生時に強い通信手段は、公衆電話＞インターネット・メール＞固定電話＞携帯電話の順と言われています（NTT ドコモモバイル社会研究所調査）。最近ではスマートフォンも普及しているため、Twitter や Facebook などのソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）に救助要請を書き込み、閲覧者に緊急通報してもらうことも有効です。SNS を利用する際は、救助に来てもらいたい場所と避難人数などの情報を具体的に書きましょう。

東日本大震災では、Twitter に投稿された救助要請から実際に救助に繋がった事案も報告されています。

大規模災害では、被災者支援にあたる管理者や保健福祉関係者も、支援者であると同時に被災者となります。行政職員の中には被災住民と同様に家族の安否がわからない職員がいる可能性があり、これは大きな不安とストレスの原因となります。もしも被災当日に家族の安否確認がとれない職員がいる場合には、安心してその後の支援に専念できるようにするため、一旦帰宅させるのもひとつの手です。自宅に戻る際には、通勤路や自宅周辺の地図を持たせ、被災状況や自主避難所の有無を確認して書き込んでくるよう指示を出すなど、情報収集も兼ねてもらおうと効率的です。また、このような職務を与えることで、職場を離れることの後ろめたさを軽減できます。

（付属文書 II-②参照）

スタッフと自分に対する配慮

最初期では、十分な支援体制が整っておらず、想定外の事態が多発するため、支援者は不眠不休の対応が続きます。この時期の支援者は、心理的高揚や使命感から、体力や精神力の限界を超えるまで動いてしまいがちですが、避難所の運営や支援を継続することが最大の使命です。管理者は一時冷静になって、スタッフと自分自身のことを考えることが重要です。

・ **指揮系統を明確にすること**

非常事態の現場では混乱が予想されるため、指揮系統を明確にし、スタッフの不要な不安や迷いを取り除くようにしましょう。

・ **業務ローテーションと役割分担を明確にすること**

休息の見通しがあるだけで気持ちが悪くなります。各自の役割分担を明確にすることで、混乱や二度手間を減らすことができます。

・ **スタッフの調子の悪さに気づくこと**

調子の悪いサインを見逃さないようにしましょう。熱心な人ほど、自分の体調の悪さを言えないことがあります。

・ **スタッフをねぎらうこと**

「ご苦労さま」「ありがとう」「よくやってくれて助かるよ」などの言葉と態度で、心からのねぎらいを示すことが、スタッフの職務への誇りや使命感を回復させます。

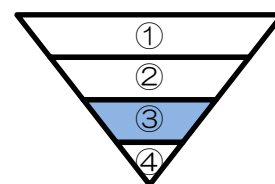
・ **セルフケアの見本を示すこと**

管理者自身が休息をとらずにいると、スタッフは休息を取りづらくなります。休養の重要性を示すためにも、率先してセルフケアを実践しましょう。

(付属文書 XVI-④参照)

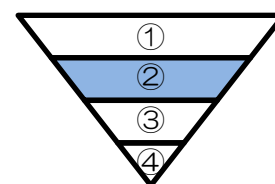
保健師の役割

災害が発生すると、DMAT や日赤救護班などの医療救援チームが応援に駆けつけてくれますが、時間的・空間的・人的制約から、全ての避難所に救援の手が届く保障はありません。このような場合、地域におけるほぼ唯一の医療専門家は保健センターや保健所の保健師です。災害時、保健師には被災状況の把握や支援要請を始めとした医療関係業務が集中し、なかなか個々の避難所まで手が回らなくなります。しかし、そうした中でもなんとかやりくりして被災者に直接支援の手を差し伸べることが求められます。なるべく早く、災害対策本部から避難所や要支援者の情報を入手し、医療機関への受診や入院が必要な患者を医療機関に繋いでください。



行政職員の役割

災害が発生すると、行政職員は通常業務とは異なる職務を行うこととなります。特に、大規模災害の場合は、被災直後から遺体の収容や管理といった過酷な職務



を担わなければならない可能性があります。遺体管理業務にあたる方は、事前に業務内容の詳細や対応への心構えを知っておきましょう。

遺体関連業務

遺体の管理

遺体を扱う業務は、支援活動の中でも最も過酷な職務のひとつです。そのため、通常のストレス反応だけでなく、遺体関連業務特有のストレス反応が見られることもあります。

遺体関連業務特有のストレス反応

思考・行動・身体面	感情面
<ul style="list-style-type: none"> ・におい刺激への反応 ・吐き気、嘔吐 ・食欲の低下 ・遺体を連想させる食べ物が食べられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・嫌悪感 ・遺体・遺留品に感情移入する

遺体関連業務では、遺体に直接関わることによるストレスはもとより、遺族への対応によるストレスも背負うこととなります。予測される最悪の事態を想定して、業務前に心の準備をしておきましょう。そのためには、まず、可能な限り、業務内容の詳細を事前に知っておくことです。未経験者は、刺激の少ない状況から徐々に慣れていくようにしましょう。周囲に遺体関連業務の経験者がいれば、話を聞いておくとういでしょう。

遺体関連業務への心構え

- ・敷居、カーテン、パーティション、袋などを使用し、他の人に必要以上に見えないように。
- ・防護服・手袋を着用し、二次感染の危険性を減らす。
- ・防臭効果の優れたマスクを着用する。
- ・臭い消しの香水・香料は使わない。その匂いが後にストレス反応の引き金になる危険性がある。
- ・遺体に接する時間をなるべく減らす。
- ・休憩をこまめにとり、業務外の時間では心身ともに休む。
- ・遺体はあくまでも遺体であって、もう生きてはいないことを、自分の中で言い聞かせる。また、そのような距離感を取ったことに対して、決して自分自身を責めないこと。
- ・遺体の扱い方には文化的な違いが大きく、とりわけ大規模災害においては歴然となる。その違いにより心の戸惑いが生じうるが、周囲および自分自身を責めないこと。
- ・特定の犠牲者・遺留品への感情移入は極力避ける。
- ・遺留品は身元確認のために重要であり、遺族にとって大切な所有品。扱いには注意を払う。

コラム

遺体関連業務をテーマにした映画「遺体 明日への十日間」

東日本大震災直後の遺体安置所での出来事を、西田敏行主演、君塚良一監督で描いた人間ドラマ。2013年公開。

震災で甚大な被害を受けた岩手県釜石市の遺体安置所取材した石井光太氏のルポタージュ「遺体 震災と津波の果てに」（新潮社刊）をもとに、震災直後の混乱のなか、次々と運ばれてくる多くの遺体に戸惑いながらも、被災者である釜石市民の医師や歯科医たちが、犠牲者を一刻も早く家族と再会させてあげたいという思いから、遺体の搬送や検視、DNA採取や身元確認などのつらい作業にあたる姿が描かれる。

(映画.com 作品解説より)



(付属文書 XV参照)

(付属文書 XVI—①,②,③参照)

(付属文書 XVII参照)

遺族への対応

災害により突然家族を失うことは、遺族にとって大きな衝撃です。大規模災害の場合は、必ずしも遺体安置所に来る前に家族の死亡がわかっているわけではありません。行方不明の家族を探しているうちに、心の準備もないまま、遺体安置所で亡くなった家族と対面することになるケースもあります。このように、災害で家族を失った遺族は様々な心理状態で遺体と対面することになります。そのため、遺体関連業務に携わる職員は、遺族の心理状態やニーズに合わせ、臨機応変な対応を迫られることになります。

以下では、遺体対面時の遺族の心理反応とその対応について紹介します。遺族に声をかける際に気をつけるべき発言については、領域 B：初期の 44 ページの「傷つける可能性のある言葉」の欄を参照してください。

遺族の心理反応

行動面

- ・泣く、泣き叫ぶ
- ・ふらつく、倒れる、しゃがみ込むなど、立っていられなくなる
- ・パニック状態（過呼吸、動悸、震え）

感情面

- ・強い怒り
- ・死を認めようとしめない
- ・自責感、罪悪感（サバイバーズ・ギルド）
- ・感情の麻痺（淡々と落ち着いている）
- ・茫然自失、解離状態（声掛けに反応しない、表情がなくなる）

遺族への対応の留意点

遺体対面時の遺族の反応は多くの場合、このような事態に直面する衝撃からくるもので、病的なものではありません。遺族に共感的に寄り添うことで、多くの場合、遺族自身が徐々に落ち着いてきます。

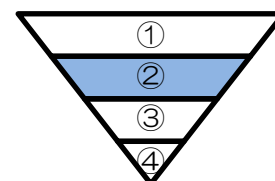
- ・ 支援者・告知者が動揺せず、暖かく共感的で落ち着いた態度や口調を示す。
- ・ 背中をさする、抱きしめる、手を握るなどの身体接触は慰めになることも多いが、一方不快に感じる遺族もいる。基本的には、相手の行動に合わせて行うべきであるが、支援者の側から身体接触をする際には、「手を握ってよいですか」という言葉をかけてから行うようにする。特に、家族以外の異性の支援者による身体接触は避けた方がよい。
- ・ あらかじめ遺族の混乱が予想される場合には複数の支援者・告知者が付き添う。
- ・ 最初は、遺族が泣いたり、怒ったりしている言葉を静かにうなずきながら聞く。なだめようとしたり、感情をむやみに抑えようとしたりはしない。事実関係を述べて説得しようとする口論になりやすい。（「こういう事情だったから早く連絡できなかったんです」など）
- ・ 遺族がパニックをおこしたら、椅子に深く腰をかけさせ、ゆっくり息を吸い、吐き出すように声掛けをする。
- ・ 少し落ち着くまでそばに寄り添って休ませる。一度遺体安置所から連れ出して、座れる場所に連れていく。
- ・ 呆然として周囲の状況が分からないような状態（解離状態）になった場合は、穏やかに遺族の名前を繰り返すなど、声掛けを行う。むやみに体を触らないようにする。遺族が体に力が入らないようであれば、手を数回握ったり開いたりしてもらい、冷たいタオルをあてるなど、現実感覚を取り戻すような手伝いをする。
- ・ 遺族が一見冷静に見える場合でも、実際には落ちついた状態であるわけではない。「しっかりとしている」「大丈夫」など感情を抑制していることを褒めるような発言は避ける。
- ・ 兄弟や親をなくした子どもに対して、たとえば、「しっかりしなさい」、「お母さんを支えるようにがんばりなさい」などその子が嘆き悲しむことを抑制してしまうような発言は避け

「死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケア」より抜粋

災害対策本部管理者の役割

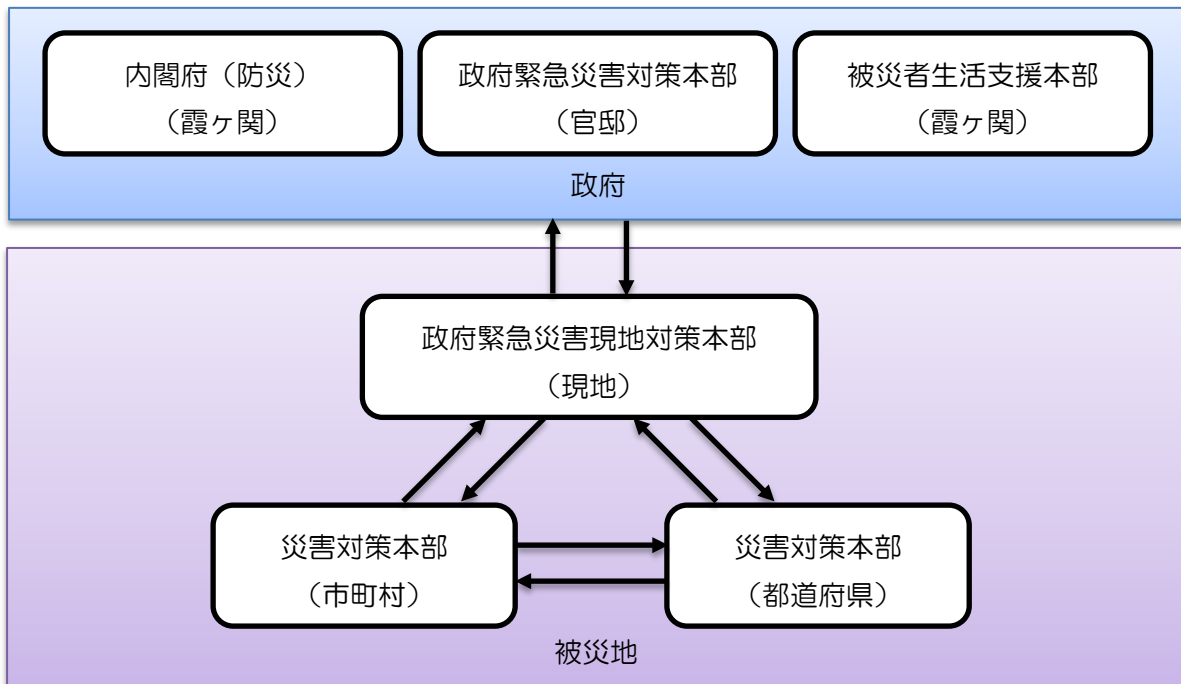
災害が発生すると、ただちに都道府県および市町村に災害対策本部が設置されることになっています。大規模災害の場合は、被災地の自治体だけでなく、政府にも非常災害対策本部（さらに大規模な場合は緊急災害対策本部）が設置されます。

災害対策本部の主な業務は、被災地の被害状況や支援状況の把握と、関係機関へのそれらの情報の提供です。また、被災地の要望を把握し、現地の災害対策本部間の連絡会議を実施することで、物資や人材派



遣などの必要な支援をすみやかに現地に提供できるようにします。

政府と被災地の災害対策本部の連携



市町村の災害対策本部の組織と役割（釜石市災害対策本部の例）



領域 B : 初期

構成

1. 初期の状況と特徴
2. 初期の対応に求められること
3. 支援に関わる人と組織

1. 初期の状況と特徴

初期に該当する期間を発災の1週間後から1ヶ月程度までとします。もともと、あくまで最初期を脱した直後の時期という意味に過ぎません。その始まりや継続期間は、余震や二次災害の発生、避難先の移動（二次避難）、新たな喪失への直面など、様々な要因により異なることもあります。

時間経過とともに、現地の医療機関も少しずつ機能を回復し始め、精神医療の外部支援も入ってきます。通常の医療・福祉サービスとまではいかないものの、徐々に医療・福祉サービスが整っていきます。最初期には入手困難であった薬剤も、この時期に入ると入手しやすくなります。このように最初期では対応できなかった課題も徐々に対応可能となる一方で、新たな問題も出てきます。そのため、メンタルヘルス面においても、最初期とは異なる対応が求められることもあります。

最も混乱の激しい最初期を乗り越えると、生存のための最低条件は確保されます。しかし、避難所では、衛生面やプライバシー面など、十分に満足できる生活環境を提供することは困難です。そのため、避難者から徐々に生活環境に対する要望が増えてくると予想されます。また、医療・福祉に対するニーズも多様化します。元々精神疾患や障害のあった人は、被災による直接的な心理的ストレスが緩んでくるこの時期に、再発しやすい傾向にあります。支援者の疲労が蓄積し、ストレス反応が出てくるのもこの時期になります。

この時期でも多くの場合、市町村の支援体制はいまだに不十分です。一方、ボランティアや医療・福祉の専門家（図の「③隣接する準医学的支援」）をはじめとする外部からの支援は増加を続けるため、その受け入れ体制を整えることが重要となります。特に災害対策本部には、自ら行う支援活動に加え、外部支援を組み入れて、総体的支援を強化・加速することが求められます。精神保健面でも、発災から1週間をめどに災害派遣精神医療チーム（DPAT）が編成されることになっています。これを活用することで、医学的支援が可能になります。

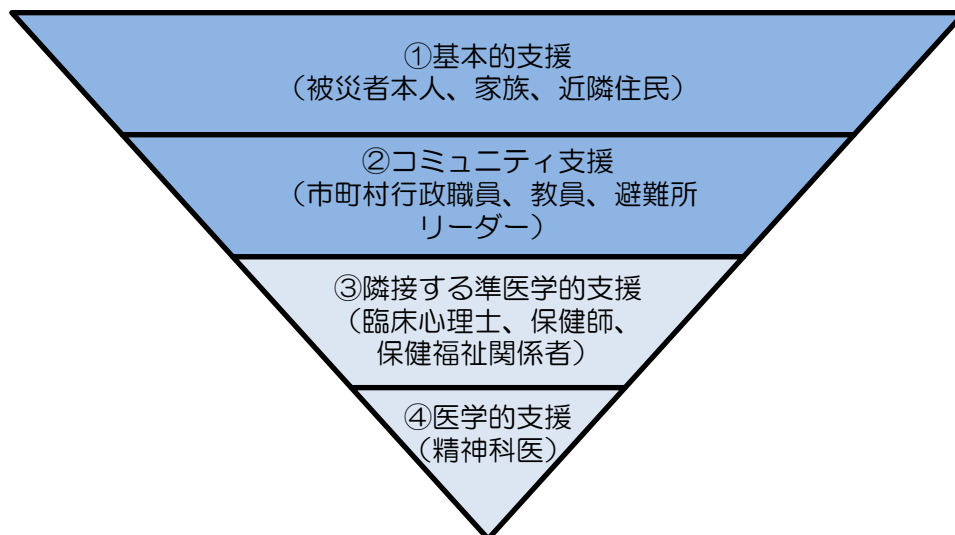
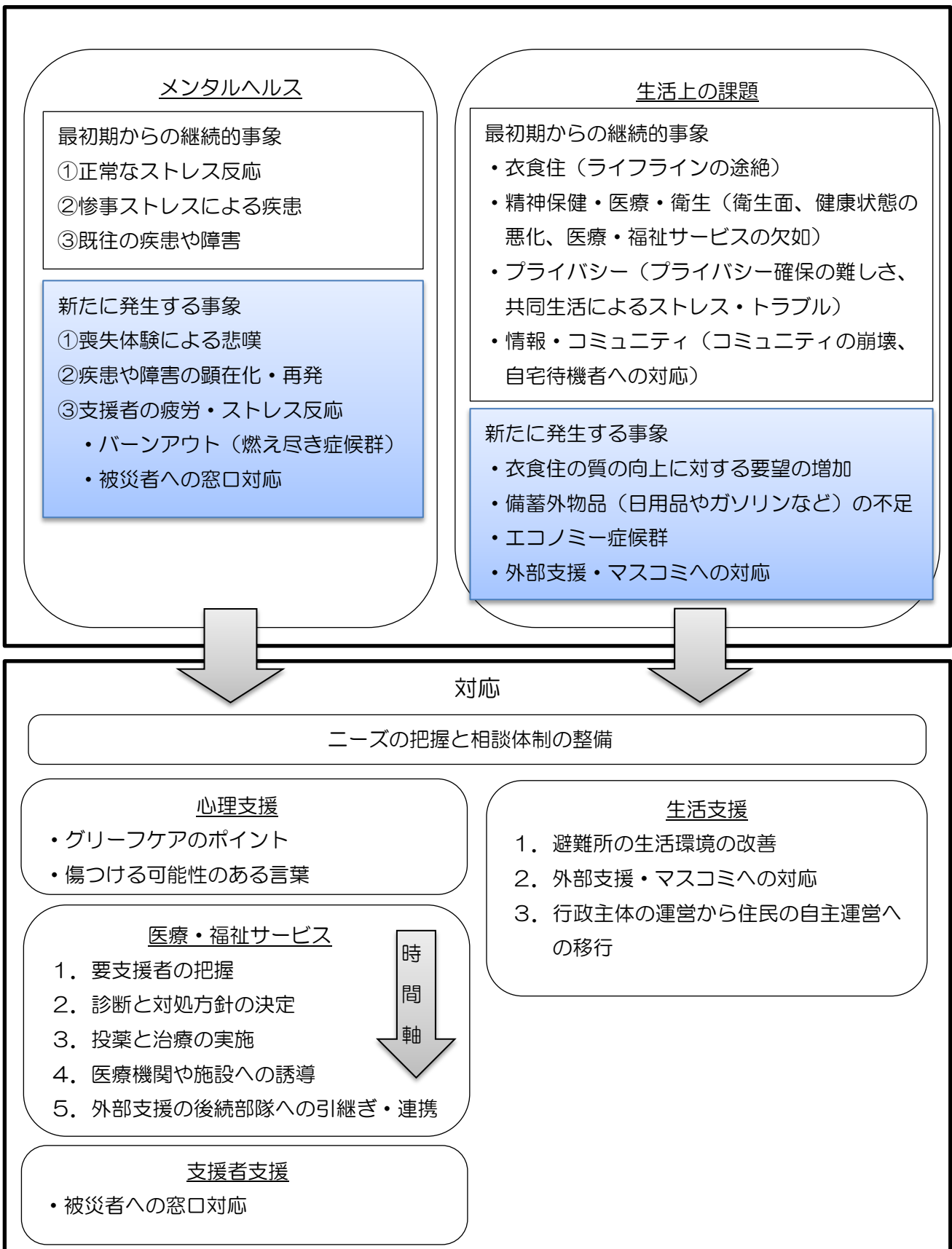


図 支援ピラミッド（「IASC ガイドライン」を改変）

2. 初期の対応に求められること

オーバービュー



事象

メンタルヘルス

災害発生後、被災者の心理状態は以下の図のように変化していくとされています。災害の規模によって時間経過の時期は異なりますが、発災の1週間後から1ヶ月程度の時期はちょうどハネムーン期にあたります。ハネムーン期は、災害後の生活に適応し始めると同時に、生活再建に向けて積極的に頑張ろうとする時期です。しかし、頑張ろうと張り切りすぎて気分が高揚し、躁状態になる人も見られます。

また、この時期においても、引き続き正常なストレス反応が見られます。茫然自失期の被災直後にはストレス反応が見られずに、被災から一週間以上経過したのちに、ストレス反応が出てくる場合もあります。この時期に多く見られる症状は、不眠、不安、抑うつです。多くの人は、時間の経過とともに自然に回復していきますが、ストレス反応が強く出やすい人（領域A：最初期の3ページの「災害直後に生じる正常なストレス反応」を参照）では、急性ストレス障害（ASD）になる場合もあります（ASDの詳細は、領域A：最初期の4ページの「惨事ストレスによる疾患」を参照）。ASDが疑われる場合には、巡回にきている保健師や精神科医（支援ピラミッドの「③隣接する準医学的支援」や「④医学的支援」）に相談しましょう。元々あった統合失調症やうつ病といった疾患や障害は、被災後に服薬が中断することで症状が悪化・再燃しがちです。また避難生活が続くことで、それまでは安定していた疾患や障害が顕在化したり、過去の疾患や障害が再発したりする場合があります。

以下では、初期に新たに発生する事象について説明します。

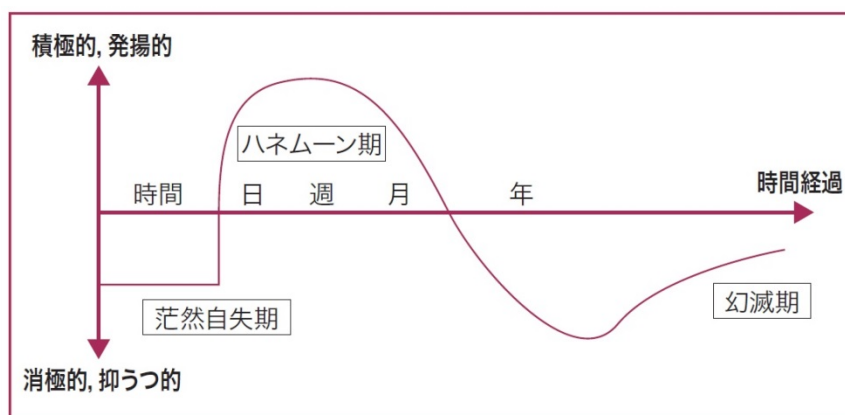


図 被災者の心理状態の変化
 （「心理的トラウマの理解とケア」より抜粋）

喪失体験による悲嘆

発災から一週間ほど経過すると、徐々に被災者の安否情報が集まってきます。大災害では、家族などの身近な人を亡くす被災者が多くおられます。言うまでもなく、大切な人を失った悲しみや衝撃は非常に強いのですが、特に死亡告知を受けたり遺体確認をしたりすることは、強い心理的ストレスとなります。このように、親しい人や大切なものを喪失した時に生じる様々な心理的、身体的、社会的な反応を**悲嘆反応**とよびます。表れる反応は人によって異なりますが、原則として回復可能なものです。代表的な悲嘆反応は以下のようなものですが、個人差があります。

主な悲嘆反応

思考・行動・身体面	感情面
<ul style="list-style-type: none"> ・死や故人のことが繰り返し頭に浮かぶ ・集中力の欠如 ・故人を思い出すことを避ける ・今までになかった行動を取る ・食欲不振 ・不眠、悪夢 ・音やにおいに過敏になる ・脱力感 	<ul style="list-style-type: none"> ・茫然自失 ・現実感の消失 ・事実を認めたくない、受け入れられない ・絶望感、無力感 ・悲しみ ・故人への思慕 ・やり場のない怒り ・恐れや不安 ・自責感、罪悪感（サバイバーズ・ギルド）

悲嘆反応は、喪失体験をすると、誰にでも生じる正常な反応です。多くの方は、自分の力（レジリエンス）や周囲の支えで、本来の日常生活に戻ってゆけます。しかし、通常の悲嘆反応より症状が多彩であったり長期化（6ヶ月以上持続）したりする状態、「**複雑化した悲嘆**」には、注意を要します。

複雑化した悲嘆反応が出やすい人の特徴

- ・同時に、または連続して多くの喪失が重なった場合
- ・亡くなった人の死の原因に、自分が直接的・間接的に関与したと強く感じている場合（「自分のせいだ」、「助けてあげられなかった」など）
- ・遺体が見つからない場合
- ・遺体の損傷が激しい場合
- ・小さな子どもとの死別など、強い愛着関係にあった人を亡くした場合
- ・家族や周囲の支えが十分でない場合

「日本 DMORT 研究会編：家族（遺族）支援マニュアル（東日本大震災版）」を加筆・修正

疾患や障害の顕在化・再発

発災後1ヶ月の時期は、多くの災害で最初期の混乱や喧噪が一段落する頃です。そのため、メンタルヘルスに関しても、初期に見られるような急激な精神的混乱は収まり始める時期となります。

ただし、元々精神疾患や障害のあった人では、一旦良くなっていた症状が被災により再発したり悪化したりすることがありますから、まだ注意が必要な時期です。また、精神疾患や障害があってもこれまで医療を受けずに生活を続けていた人が、日常生活の破壊によるストレス、避難所生活によるプライバシーの喪失などで、症状が表面化してくることもあります。多くはプライバシーの確保や安全感的保証などで元の生活ペースを提供すれば落ち着きますが、中には医療的対応を必要とする場合もあります。

支援者の疲労・ストレス反応

被災直後は、不眠不休でなんとか頑張れますが、一週間程度経過すると、支援者にも徐々に疲労が蓄積し、ストレス反応が出てきやすくなります。大規模災害では、被災者支援にあたる行政職員や保健福祉関係者も、支援者であると同時に被災者です。それにもかかわらず、被災した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づらく、自身のストレスケアは後回しになりがちです。そのため、支援者は急性ストレス障害（ASD）や心的外傷後ストレス障害（PTSD）のリスクが一般の被災者よりも高いと言われています。

バーンアウト（燃え尽き症候群）

被災者の支援のために、疲労やストレスがたまっているのを我慢したまま頑張り続けていると、些細なことで張り詰めていた糸が突然切れて、虚脱感や無力感に襲われ社会的不適応状態になってしまいます。いくら頑張っても状況が改善されなかったり、被災住民からの理解を得られなかったりすると、心が折れてしまうのです。このような現象をバーンアウト（燃え尽き症候群）といいます。

バーンアウトになりやすい人の特徴

- ・真面目で責任感の強い人
- ・完璧主義な人
- ・対人援助職に就いている人（医療介護従事者、教員、役所の窓口対応など）

（付属文書 XI-②,③参照）

被災者への窓口対応

発災から数週間経過すると、避難所での生活も徐々に安定してきて、仮設住宅への入居申し込みや罹災証明書の発行など、市町村の窓口対応が増加してきます。被災者は、発災直後の緊張状態から徐々に解放される一方で、被災に対するやり場のない怒りや先の見えないことへの不安などから、不満が噴出しやすくなります。そのため、申請や認定業務などに関して、被災者から無理な要求をされたり、心無い言葉をぶつけられたりすることもあります。

コラム

実際の現場から

政府対応の遅れに苛立つ住民の怒りは（自治体）職員に直接ぶつけられる。特に仮設住宅に関する建設課へのクレームが激しかった。また失業者から「公務員は仕事があつていい」と言われたり、こうした批判を受けるのが被災職員の時もあり、被災者が被災者に批判される構図がみられた。
（「震災こころのケアのかけはし」より抜粋）

生活上の課題

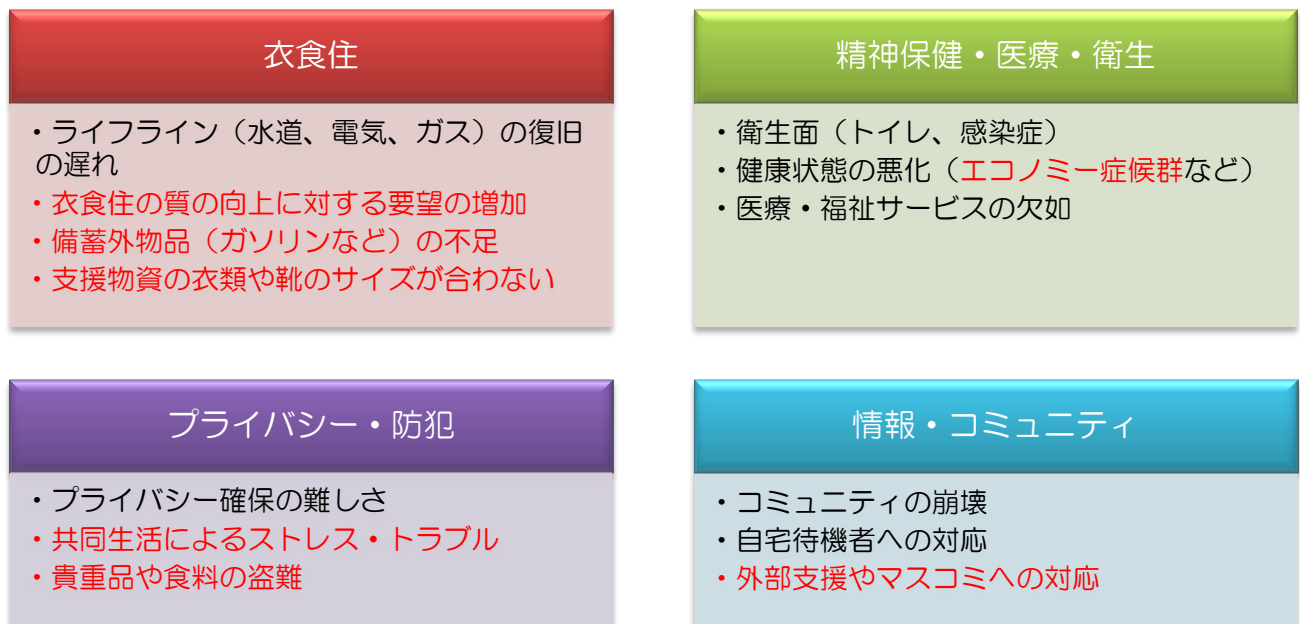
最も混乱の予想される最初期を乗り越えると、徐々にライフラインが回復し外部支援も増えてきます。そこで、最初期には対応できなかった課題にも徐々に対応できるようになっていきます。それでも、避難所では、衛生面やプライバシー面などがまだ十分にはなりえません。また、被災直後の緊張状態から徐々に解放される反面、長引く避難所生活でのストレスの蓄積から、避難者の不満が噴出しやすくなります。そのため、避難者から生活環境改善の要望が増えてきます。例えば、「温かい食事が食べたい」「毎日おにぎりは嫌だ」といった食事に関する要望や、「隣の人のいびきがうるさくて眠れない」「居住スペースを移動したい」といった住環境に関する要望などがあります。また、「洗面用具や生理用品が欲しい」「車のガソリンがなくて外出できない」といった備蓄外物品に対する要望も増えてきます。したがって、避難者のニーズを正確に把握しないと、必要なものを外部支援から入手できず、需要と供給のミスマッチとなりかねません。

さらに、増加する外部支援やマスコミへの対応を一元化し、そのルールを決めておかねばなりません。そうしないと、支援者と住民との間に思わぬトラブルを引き起こすことになりかねないからです。

避難所の運営が安定化してきたら、避難者の自立を促すためにも、避難所の運営を避難者自身に引き継げるようにする必要があります。

(付属文書 XVIII-③参照)

初期に想定される生活上の課題



※赤字は、初期に入ってから新たに発生・もしくは増加する課題

エコノミー症候群とは

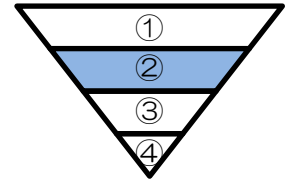
食事や水分を十分にとらない状態で、長時間同じ姿勢で足を動かさないと、血行不良が起こり、血液が固まりやすくなります。その結果、血の固まり（血栓）が足から肺や心臓にとび、血管を詰まらせる恐れがあります。このような症状をエコノミー症候群（深部静脈血栓症）といいます。

被災者の中には、人がいっぱい避難所に入れなかったり、避難所での集団生活になじめなかったりして、狭い車の中で生活している人もいます。車中での避難生活は、特にエコノミー症候群の危険性が高まりますので、注意が必要です。

対応

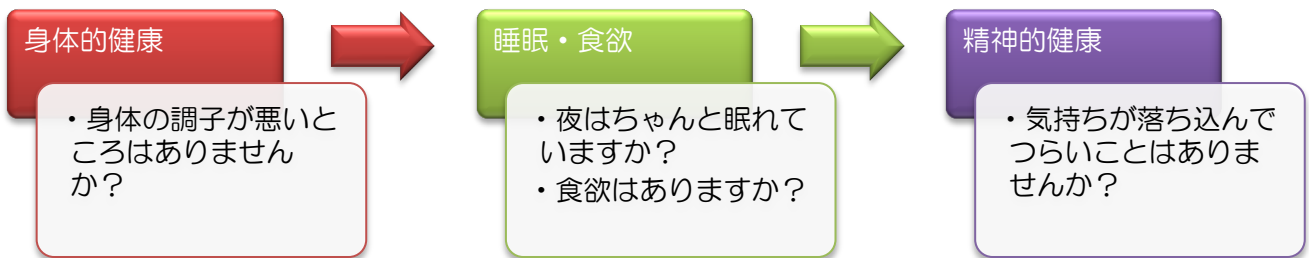
ニーズの把握と相談体制の整備

最初期では避難者の受け入れと水や食料の確保で精一杯だった避難所も、少しずつ避難者のニーズを把握できる余裕が出てきます。



避難者のニーズ把握で気をつけること

まず、被災者の精神的健康に関する情報やニーズの把握では、個々にチェックするのではなく、身体的健康状態の把握・ケアと一緒に行ったり、物資の配布時に聞いたりするなど、負担・効率面の改善に工夫をしましょう。次に、被災者から聞き取りを行うときには、以下のように、全般的な体調、生活リズム、それから精神面という順で尋ねると比較的抵抗が少なくなります。被災者が話したがる場合には、無理に聞き出すことはやめましょう。

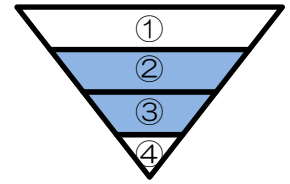


総合相談窓口の設置

避難所の運営が安定し始めたら、住民班の運営スタッフは、避難者の相談窓口を設置しましょう。ただし、はじめから窓口を細かく分けると、被災者はどこに何を相談すればよいのかわからなくなります。まずはすべての相談を一旦受ける総合相談窓口を作りましょう。スペース確保の問題などで、物理的に相談窓口を作る余裕がない場合は、避難者が誰に相談したらよいのかわかるように担当者を明確にして周知してください。

持ち込まれた相談やクレームにはできる限り応えるようにしましょう。ただし、資源制約が大きく、現時点では満足してもらえないことも多くあります。その場合には、丁寧に説明して理解してもらいましょう。専門家がいない状況で、専門的知識を必要とする相談が持ち込まれる場合もあるでしょう。そういう時には一度相談を受けとめておき、専門家が巡回してきた時に助言を求めましょう。また、身体的・精神的健康に関する相談で緊急性が高いと思われる場合には、救護・要支援者班と情報共有を図り、保健センターや保健所、医療機関に相談してください。

心理支援



親しい人や大切なものを喪失し、深い悲嘆にくれている人に対するサポートのことを、**グリーフケア**といいます。グリーフケアでは、遺族が事実を受け入れ、環境の変化に対応していくプロセスを支援します。個人差はあれ、遺族が故人の突然の死を受け入れることには時間がかかるだけに、グリーフケアも長期的な支援となります。したがって、DPATなどの外部支援組織に継続性を必要とするグリーフケアを依頼することは困難です。最初期におけるサイコロジカル・ファーストエイド（PFA）と同様に、救護・要支援者班のスタッフや定期的に巡回に来る保健師がグリーフケアの役割を担うこととなります。ただし、「複雑化した悲嘆」など、対応が難しいと思われたり専門的な対応が必要だと感じられたりする場合は、専門家の指示を仰いでください。場合によっては、継続的支援が可能な地元の医療機関に紹介する必要もあります。

グリーフケアの最も根本的な姿勢は、遺族と支援者との間に信頼関係を構築し、遺族が安心して気持ちを率直に話せる環境を確保することです。信頼関係のないうちに、焦って無理に話を聞きだそうとすることは逆効果です。相手が自発的に話せるようになるまで、時間をかけて信頼関係を築きましょう。以下では、グリーフケアの8つのポイントを紹介します。

グリーフケアのポイント

1. グリーフケアの時期を見極める

死別後約2週の間、遺族にとって必要な人とは、悲しみを共感する人ではなく、遺された人のそばを離れず、日常生活を何も言わずにこなしてくれる家族や友人です。グリーフケアの時期は、喪失体験後早くても1週間以上経ってから開始すべきという指摘もあります。

また、個人差はありますが、悲嘆反応は半年ほど続くため、グリーフケアを行う支援者は長期的なスパンで関わる必要があります。支援者側の事情によって途中で支援を打ち切ることのないよう注意してください。半年以上強い悲嘆反応が続く場合は、「複雑化した悲嘆」の可能性があるため、精神科の専門医や臨床心理士に繋がしましょう。

2. 悲嘆反応には個人差があることを理解する

悲嘆反応の表れ方は、家族の中でも違いがあり、「こうだ」という型通りの反応はありません。決して自分の死生観や価値観に立った対応はしないようにしましょう。

(例)

悲しみの表し方は、ご家族一人ひとり違います。たくさん泣く人もいれば、全然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。そしてこれからお互いに支えあっていくことなのです。

3. 遺族の「語り」を尊重する

まず、共感をもって傾聴することが最も重要です。とにかく相手を傷つけないようにアンテナを張り巡らし、全身を耳にするつもりで傾聴してください。適当な相づちや「お気の毒に」「お気持ちわかります」といった安易な声かけは避けてください（詳細は 44 ページの「傷つける可能性のある言葉」を参照してください）。遺族が自分自身の語りを通じて、「心におちる」こと、いわば「ある種の納得を得る」ことが重要になります。これには当然時間がかかります。「きっと苦しまなかったんですね」「どうしたって助からなかったんですね」などと、みずからが語られる場合には同調もしてもよいですが、こちらからはそのようなことは言わないようにしましょう。また、話の途中でこちらから話題を変えないように注意してください。

4. 抑圧された悲嘆には踏み込まない

ご遺族が冷静に淡々とふるまっているように見えても、実は現実感が消失し、感覚が麻痺している可能性もあります。それはその人なりの自己防衛反応ですから、その際は感情表出を無理に促そうとしないようにしましょう。

感情を無理に深く聞き出したり、相手の感情に踏み入ったりすることは、とくに継続して支援ができない場合にはとても危険です。話してもわかってもらえなかったという無力感にかられ、悲嘆反応が余計悪化する可能性もあるからです。もしもそういったリスクをおかしてしまった場合は、「お話しになりたくないことを聞いてしまったかもしれません」と謝り、相手が話をしてくれたことに敬意を表しましょう。相手を傷つけるつもりはなかったことが伝わるように、誠意を持って対応してください。

5. そっと寄り添う

無理に声をかけようとはせず、そっと寄り添い、必要なときに手をさしのべるようなサポートの姿勢が大切です。「～してあげる」「かわいそうに」といった態度や話し方をしないようにしましょう。

6. 相手のニーズに合わせる

遺族が必要としているのが、心理支援とは限りません。それにも増して、情報を提供することや他の家族への連絡を代行するなど、物理的なサポートが必要な場合もあります。相手のニーズを理解し、それに合わせることが大切です。

7. スピリチュアルな苦痛を理解する

遺族から、「なぜ亡くならなければならなかったのか？」という問いかけがあるかもしれませんが、こうした問いに答えはありません。これはスピリチュアルな苦痛の表出であり、答えを求めるものではないのです。ですから、無理に答えなくてもかまいません。

8. 支援者の限界を知る

上記のポイントにすべて従っても、悲嘆反応に対する支援には限界があります。被災後は、悲嘆だけで

なく、抑うつ、PTSDなどの様々な精神症状が重なることがあります。悲嘆以外の精神障害を併発していたり、複雑化した悲嘆ではないかと思われる人などであれば、その場で解決しようとはせず、必要な場合は専門家（精神科の専門医や臨床心理士）につなげるようにしましょう。

コラム

災害後のグリーフケアにおけるお坊さんの役割

東日本大震災では、お坊さんが避難所を訪れ、亡くなった方の供養をする活動が行われました。大災害では、亡くなった方の遺族も被災して避難所生活を強いられていることも多く、葬儀や納骨ができないこともあります。日本人にとって、これらの儀式は故人を弔う大切な伝統儀式であり、災害時にも故人を供養する儀式を行うことがグリーフケアとしても重要といわれています。

傷つける可能性のある言葉

こちらが励まそうと思ったり慰めたりするつもりで言った言葉が、深い悲嘆の中にいる人をさらに傷つけてしまう場合もあります。次にあげるような言葉を不用意に発してはなりません。

無責任な励ましや安易な同情の言葉 →あなたに何がわかるんだという気持ちになる。

- ・そのうち楽になりますよ。
- ・時間が解決してくれますよ。
- ・お気持ちはわかりますよ。
- ・あなたが生きていてよかった。
- ・これから頑張ってください。
- ・他には誰も死ななくてよかった。
- ・お子さんが一人っ子じゃなくてよかったですね。

感情表出を抑制する言葉 →正常な悲嘆反応を表出できなくなる。

- ・泣いてばかりいないで・・・。
- ・こんなに悲しんでいたら、亡くなった人が心配しますよ。

悲しみを否定する言葉 →正常な悲嘆反応を表出できなくなる。

- ・あなたがしっかりしないと・・・。
- ・頑張って早く乗り越えてね。
- ・あなたにはまだ兄弟もお母さんもいるじゃないの。

感情表出を強要する言葉 →泣けない場合もある。

- ・泣いたほうがいいですよ。
- ・思い切り泣いたほうが楽になりますよ。

死を肯定的に捉えようとする言葉 →単なる気休めに聞こえる。

- ・彼は、楽になったんですよ。
- ・彼が苦しまずに逝ったことを喜ばなくては。

他人と比較する言葉 →人と比較しても無意味に感じる。

- ・あなたはまだいいほうですよ。
- ・もっとつらい体験をしている人もいますよ。

気持ちを理解してもらえていないと感じる言葉 →つらいのに我慢している場合もある。

- ・思ったより元気そうですね。
- ・もう元気になったのね。

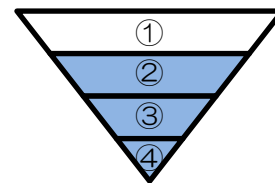
他人事のように聞こえる言葉 →あなたに何がわかるんだという気持ちになる。

- ・私だったらとても耐えられなかった。

何もしてあげる気がないように聞こえる言葉

- ・あなたにかかる言葉がない。
- ・何もしてあげられなくて、ごめんなさい。

医療・福祉サービス



初期になると、**災害派遣精神医療チーム (DPAT)** などの精神医療の専門家による外部支援が入ってきます。ひとつの外部支援部隊が活動する期間は、およそ1週間です。決められた活動期間が終わると、後続部隊がいる場合は次の部隊への引継ぎが行われ、新しいメンバーが支援に入ってくる仕組みになっています。

外部支援が入るようになったとはいえ、通常時に比べて人材や物資が圧倒的に不足している状況に変わりはありません。限られた時間と資源の中で、どこまで支援してもらうかの状況判断が非常に重要となってきます。そのためには、被災者のニーズを的確に把握し、対応の優先度を決めていく必要があります。対応の優先度を決める上では、避難所運営全体における諸課題の中で、どの程度の資源を医療・福祉サービスに使うことができるかの判断が基本です。その上で、誰をどの程度支援するか決めていくことになります。外部支援と円滑に連携するためには、受け入れ調整や連絡会議を取りまとめるコーディネーターが不可欠となります。避難所内のコーディネーターは多くの場合総務班が担当します。自治体全体のコーディネーターは、県や市の行政組織が被災していなければ、災害対策本部の保健福祉班や保健所（もしくは保健センター）が担当します。行政組織自体が被災し、機能していない場合には、災害拠点病院などが担当することになります。

外部支援と連携しながら行う医療・福祉サービスは基本的に以下の5つです。

(付属文書 XI-⑤参照)



要支援者の把握

まずは、避難所の救護・要支援者班や保健師（支援ピラミッドの「②コミュニティ支援」や「③隣接する準医学的支援」）で対応できるレベルか、精神科医（支援ピラミッドの「④医学的支援」）による治療や投薬が必要かどうかを見極める必要があります。

避難所での情報は、被災者本人や家族から収集します。詳細は、領域 A：最初期の 15 ページの「投薬の継続（薬の確保）」や領域 B：初期の 40 ページの「ニーズの把握と相談体制の整備」の欄を参考にしてください。特に注意すべきは、極度の興奮、抑うつ、不眠、既往の精神疾患症状、あるいは自傷他害の恐れがある方などです。こうしたケースで、避難所の運営スタッフでは対応が困難と判断した場合には、保

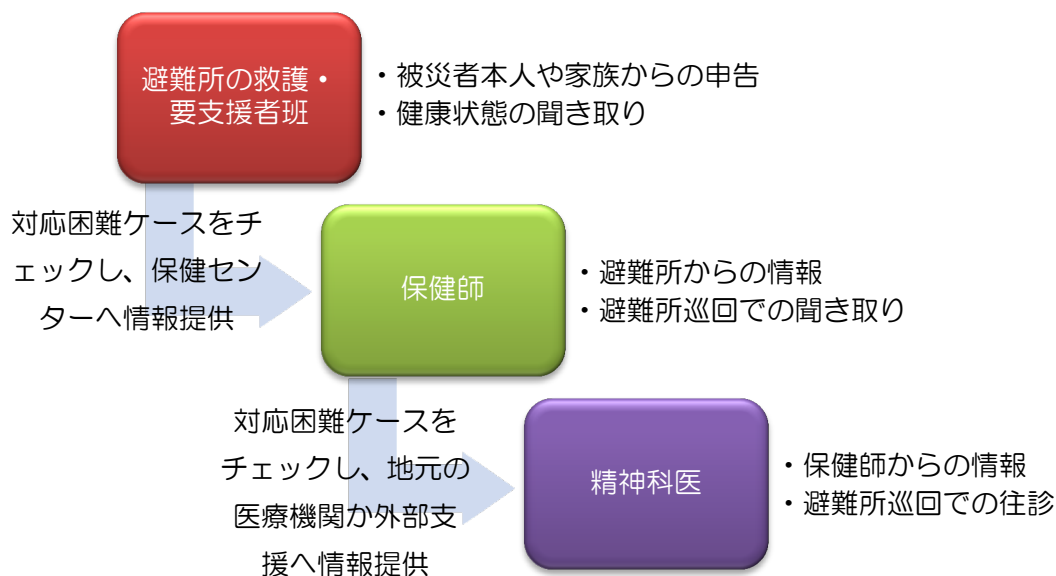
健センター（もしくは保健所）へ連絡してください。保健センターは、避難所から連絡を受けたら、できるだけ速やかに避難所に保健師を派遣してください。保健師でも対応が困難な場合には、受け入れ可能な地元の医療機関に繋ぐか、外部支援の精神科医に診察してもらいましょう。避難所からの報告がなくても保健師の避難所巡回などで対応困難ケースと判断した場合も、同様に対応してください。

保健師の避難所巡回は、DPAT などの精神科医のいる外部支援と連携できている場合には、保健師と一緒に精神科医が同行した上で、診察や処方ができることが望めます。また、日中は被災した自宅の片付けや仕事などで、避難所にいる人（特に勤労世代）が少なくなりがちです。それだけに、夕方以降に支援のニーズが増えることが予想されます。それぞれ異なる避難所の住民構成に応じた巡回時間帯の設定が求められます。巡回で避難者から話を聴くときは、PFA の 8 つのポイント（領域 A : 最初期の 10~13 ページ）を参考にしながら、傾聴の姿勢を基本にしましょう。

以前から精神疾患や障害があり、服薬の中断により症状が悪化、顕在化している場合には、医療機関や外部支援に状況を伝え、薬を処方してもらいましょう。最初期に比べて、この時期は薬を入手しやすくなっているので、投薬を再開することで症状の軽減が期待できます。お薬手帳が手元になく服薬中の薬がわからない場合には、同行した精神科医に診察してもらう必要があります。精神科医がいない場合には、巡回にあたる保健師は「日本医薬品集医療薬（Drugs in Japan）出版社じほう」などの薬の本を持っていくとよいでしょう。病名や服薬している薬の形状などの情報から、服薬中の薬を特定できる可能性があります。また、精神科に専門性のある薬剤師（日本病院薬剤師会の精神科専門薬剤師や精神科薬物療法認定薬剤師など）は、精神科処方薬を熟知していますから、これらの資格を持った薬剤師が避難所巡回に同行することで、服薬中の薬を特定できる確率が高まります。

要支援者の情報は、必ず関係者全員で共有し、行き違いが生じないように気をつけましょう。

要支援者の情報収集方法



コラム

実際の現場から 現地の薬剤師の声

被災後 1 週間目から、大きな避難所を中心に送迎バスで巡回して、外来患者とハイリスク者をピックアップして病院に連れていきました。バスには、普段患者さんと直接接している職員が同乗するようにしました。なじみの職員がいることで患者さんも安心するし、職員が避難所にいる患者さんを見つけられるというメリットもあったからです。外来患者さんにとっては、ただ避難所に薬を配りに行くよりも病院に連れてくるほうが、なじみの医師や看護師に会うことで安心できるのでよかったですと思います。

(こだまホスピタル 薬剤部長 黒須真弓氏)

診断と処方針の決定

診断は保健所に巡回した精神科医が行い、薬物治療の是非、医療機関や施設への通院や入院の必要があるかなど、処方針を決定します。薬物治療や入院が必要と判断された場合は、精神科医が紹介状を書き、医療機関への受診につなげます。不眠、不安、抑うつなどのストレス反応があるものの、直ちに治療が必要なわけではないと判断されるケースもあることでしょう。このような方に対しては、地元の保健師や臨床心理士などの外部支援スタッフ（支援ピラミッドの「③隣接する準医学的支援」）が PFA を実践しながら継続して見守ります。そして、状態が改善されないのであればいつでも治療を開始できるように、あらかじめ受け入れ可能な医療機関を把握しておきましょう。

(付属文書 XI-⑥参照)

投薬と治療の実施

既往の精神疾患や障害があり服薬していた被災者だけでなく、重度の不眠、不安、抑うつなど ASD の危険性がある被災者も、薬物治療が必要になります。投薬が必要な場合は、精神科医が処方箋を書きます。避難所巡回での往診の場合、携帯している薬で対応できるようであれば、その場で薬を配ります。非常時ですから、処方箋は簡易的なものでもかまいません。患者の氏名、性別、生年月日、避難所名（〇〇小学校など）、処方薬名と量、処方日の情報があれば十分です。外部支援による避難所巡回では、定期的に同じ避難所に巡回できるとも限らないので、処方箋は、医師控え用とは別に、患者控え用として本人もしくは家族などにも渡しておき、毎回処方箋を作らなくて済むようにしておくと便利です。災害用処方箋と需要が見込まれる医薬品リストは以下のとおりです。精神疾患や障害の薬だけでなく、PL 顆粒などの風邪薬やロキソニンなどの頭痛薬も需要が見込まれます。必要な薬がない場合は、保健センター（もしくは保健所）が、地元の医療機関や薬局に在庫がないか確認し、なるべく早く処方できるようにしましょう。

(付属文書 VII-②,④,⑤参照)

災害用処方箋の見本

(「薬剤師のための災害対策マニュアル」より抜粋)

需要が見込まれる精神科系医薬品リスト

抗精神病薬	抗不安薬	抗うつ薬	睡眠薬
ジプレキサ	デパス	サインバルタ	マイスリー
エビリファイ	メイラックス	パキシル	レンドルミン
リスパダール	リーゼ	ジェイソロフト	ロゼレム

コラム

実際の現場から 緊急時の処方箋と薬袋の工夫

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。

(「震災こころのケアのかけはし」より抜粋)

医療機関や施設への誘導

避難所生活の中で、精神疾患や障害が悪化し、医療機関や施設への入院・入所が必要となる場合は、保健師などが受け入れ先と連絡をとり、入院・入所の準備をします。

大規模災害の場合、医療機関自体が被災して復旧のめどが立っていなかったり、新規の患者を受け入れるのが困難であったりすることもあるので、可能であれば、保健センターや災害対策本部が現時点で受け入れ可能な病院リストを作成し、随時更新しておくと便利です。

入院・入所が必要であっても、患者本人や家族が精神科病院や施設に入るのを拒んだり、周囲に気づかれるのを嫌がったりすることも少なくありません。それだけに、本人や家族に納得してもらえるよう、保健師と精神科医が丁寧に説明しましょう。当事者を無理やり避難所から連れ出すと、本人や家族はもちろん、周囲の避難者にも警戒感や恐怖感を持たれかねません。時間的余裕があれば、避難所の運営スタッフから事前に状況を聞き、家族に入院・入所の必要性を説明しておくとい良いでしょう。

極度の興奮や自傷他害の恐れがある場合には、緊急の措置入院となることもあります。都道府県立の精神科病院には措置入院のための専用車両を持っているところもあります。持っていない場合でも、そうした病院がよく使っている業者に依頼する方法もあります。精神科病院への緊急移送については、領域 A：最初期の 18～19 ページの「精神科病院への緊急移送」の欄を参照してください。

外部支援の後続部隊への引継ぎ・連携

ひとつの外部支援部隊が活動する期間は、およそ一週間です。決められた活動期間が終わると、後続部隊がいる場合は次の部隊への引継ぎが行われ、新しいメンバーが支援に入ってくる仕組みになっています。

外部支援者の鉄則は、「保健師などの地元支援者の後方支援に徹し、前に出過ぎないようにすること」です。自己満足的でひとりよがりな支援は、地元の支援者の助けにならないばかりか、負担を増やしかねません。保健師がどんな支援を望んでいるかを把握し、後続部隊にもそれを周知させることが大切です。そのためにも、後続部隊への引継ぎは非常に重要な作業です。外部支援者は、保健師と連携しつつも、保健師に余計な負担をかけないように、自己完結型の支援をしなければなりません。新しいメンバーに変わっても支援の質が落ちないように、しっかりと引継ぎましょう。申し送りの書式やフォーマットを統一することで、効率的かつ継続的な支援ができます。

また、地元のニーズが的確に把握できていないと、外部支援側も的確な医療支援を行うことができません。外部支援を受け入れる地元の支援者側も、避難所巡回での聞き取りなどから収集した情報を外部支援と共有し、外部支援者に依頼したいことを明確にして伝えましょう。

(付属文書 I 参照)

(付属文書 XI-①参照)

引継ぎに必要な情報

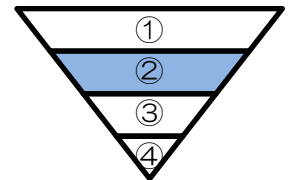
- ・被災地の概況
- ・訪問する避難所の地図
- ・これまでの活動内容
- ・各職種の役割
- ・要支援者の情報（どこにどんな状態の方がいて、キーパーソンは誰かなど）
- ・後続部隊の活動スケジュール（保健師のリクエストに応じて、前陣が後陣のスケジュールや活動内容をある程度決めておく）
- ・現在抱えている問題点

支援者支援

ここでは、支援者の中でも特に市町村の行政職員にスポットを当てます。大規模災害が発生すると、行政職員は通常業務とは全く異なる職務を行うことになり

ます。
 発災からしばらくして市町村の窓口業務が復旧する頃になると、被災者から行方不明者の問い合わせや罹災証明書の発行などが増加します。情報伝達手段が完全に復旧するまでは、情報収集もままならず、被災者の要望に答えられないことも多くあります。時には、ストレスのたまった被災者から怒鳴られたり、クレームをつけられたりすることもあります。

（付属文書 XVI-②,③参照）



被災者への窓口対応

被災者への窓口対応で最も大切なことは、情報の共有と対応のルールを窓口担当職員に周知徹底することです。職員によって、持っている情報や窓口対応が異なったりすると、「対応してくれると聞いてきたから来たのに」「なんで自分だけ対応してもらえないんだ」といった被災者の不満を増加させることになりかねません。被災地の状況は刻々と変化しますから、毎日新しい情報に更新して対応できるように、始業前に打ち合わせておきましょう。また、被災者の中には、「なぜ自分がこんな目に遭うんだ」とやり場のない怒りを抱えている人もいます。そのため、普段なら何でもないようなことでトラブルになるなど、窓口対応職員が被災者の怒りのはけ口となってしまうこともあります。窓口担当職員は、このような被災者の心理状態を理解した上で対応に臨みましょう。そして、被災者への対応に迷うことがあれば無理をせず、上司や先輩に必ず相談するようにしましょう。

窓口担当職員が心身共に疲弊していると被災者に丁寧に接することが難しくなります。特に、窓口対応業務は精神的な消耗が激しいため、基本的にローテーションで行うのが望まれます。一日の窓口対応業務が終わったら、対応に困ったケースの情報交換やストレス発散を兼ねて、リラックスした話し合いを行いましょう。対応に納得できずに帰られた被災者は再度来庁する可能性が高いため、事前に情報交換しておくことで、次回の対応がしやすくなります。

また、被災後の混乱している時期、仕事量も膨大になり終わりが見えません。部署の管理者は、職員が

翌日の勤務に備えられるように、無理な残業をさせないようにしましょう。管理職にあたる職員は、領域 A：最初期の 27 ページの「スタッフと自分に対する配慮」を参考に、職員のメンタルヘルスの維持に努めましょう。

クレームがあった時の対応

被災者からの要望には、手間をかけて穏和に対応することが基本です。疲れやストレスがたまっているからといって、投げやりな対応はしないようにしましょう。

- ・相手の言い分を否定しない。「是は是、非は非」を貫いて、全てを受け入れるわけではない。
- ・相手の言い分を認めつつも、客観的なルールを説明する。
- ・相手の希望と自分としての回答の接点を探りながら慎重に話す。
- ・クレームに切れそうになったら、「切れたら 100 倍返しが来る」と念じる。
- ・苛立っている相手のペースに乗らない。口調も呼吸も努めてゆっくり、喋る声は小さめではっきりと。
- ・対応に際して表情を変えない。イラッときたら微笑返しを思い出すように。

コラム

実際の現場から 市役所窓口担当の声

ケース 1（宮城県石巻市）

仮設住宅に入る方の住所・氏名、また、市民の安否について聞かれることがあるが、個人情報なので教えることができない。そう伝えると、納得せずに帰られることも多い。「市では教えられないが、ネットで得られる情報もあるようだ。そちらを探してみてください。」と伝えたら、怒られなかった。

（「震災心理社会支援ガイドブック」より抜粋）

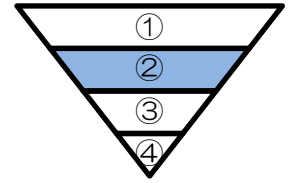
ケース 2（茨城県水戸市）

容易に納得してもらえず市民からの追求が続く場合、市民への窓口担当業務では、「私も被災していますからわかります、同じ気持ちです」と述べると納得してもらえることがあった。

（水戸市役所職員談）

生活支援

最初期では、限られた資源の中での最低限の衣食住の確保が最重要課題でしたが、初期に入ると、非日常の生活から少しずつ日常の生活に近づけることが目標となります。避難者からの要望も増え、様々な問題への対応が求められますが、その中でも心身の健康を保つことは重要な課題です。心身の健康維持のために、まずは避難所の生活環境を改善していくことから始めましょう。



避難所の生活環境の改善

物資の分配

物資や食料が届いたら、必要としている人に優先的に渡せるようにしましょう。東日本大震災では、支援物資に多くの方が殺到し、配給前から長蛇の列ができるなど、支援物資の配布に関するトラブルが多く見られました。食料の配給では、要支援者や妊婦、乳幼児のいる母親など、長時間外で待つことが難しい人に先に整理券を配るなどの工夫が求められます。給水も原則一人〇ℓまでと決め、必要な人全員に行き届くようにしましょう。

その他にも要望に合わせて、必要があればルールを変更します。

プライバシーの確保・居住環境の改善

避難所内が落ち着いてきたら、段ボールや仕切り板を用いて個人の空間を確保します。間仕切りを作ることは、プライバシーの確保だけでなく、インフルエンザや感染症の拡大予防にも有効とされています。生活スペースの間仕切りだけでなく、女性用の更衣室や授乳室などもプライバシー確保のために必要となります。避難所の一角をパーティションやカーテンで区切って対応しましょう。資材が足りない場合は、支援物資として要請してください。

仮設トイレやお風呂が設置されたら、男女別に分けて使用しましょう。お風呂が一つしかない場合は、男女で入浴時間帯を分け、女性の時間帯には当番で見張りをすると女性が安心して利用できます。

福祉避難所に入れなかった方や高齢者の方など配慮を必要とする方がいる場合は、避難所内に福祉避難室を設置しましょう。専用の部屋を作るのが困難な場合は、居住スペースの一部を福祉避難スペースとするだけでもかまいません。福祉避難室（スペース）は、トイレに近く、なるべく静寂の保てる場所が望まれます。

エコノミー症候群の予防

窮屈な避難所や車中で長時間同じ姿勢でいると、エコノミー症候群になりやすくなります。エコノミー症候群を予防するには、血栓を作らないことが大切です。予防方法は、主に水分補給と運動です。胸の痛みや片側の足の痛み、むくみ、赤くなるなどの症状がある方は、早めに医師に相談しましょう。

① 水分補給

身体の水分が少なくなると、血液がドロドロになってしまい血栓ができやすくなるため、十分に水分を

とりましょう。特に、普通の水よりもイオン飲料（スポーツドリンク）がよいといわれています。逆にアルコールやコーヒーには利尿作用があり、飲んだ以上に水分となって体外に出てしまうので避けましょう。

② 運動

血栓を予防するために、定期的に身体を動かしましょう。1 時間に一度、かかとの上下運動を 20～30 回程度行ったり、3～5 分ほど歩いたりしましょう。高齢者など、立ったり歩いたりするのが困難な場合は、ふくらはぎを揉んだり、足の指をこまめに動かしたりするだけでも効果があります。運動する時は、くれぐれも無理をしないようにしましょう。身体を動かす時は息を止めずに息を吐くように意識します。時々深呼吸をして、適度に休憩しましょう。

③ その他

支援物資に余裕があれば、できるだけゆったりとした服を着るようにしましょう。細身のジーンズなどきつく伸び縮みしない服で長時間同じ姿勢でいると血液の流れが悪くなり、血栓ができやすくなります。たばこも血液の流れを悪くする原因となりますので、喫煙は避けましょう。

（付属文書 XIV参照）

外部支援・マスコミへの対応

被災から 1 週間程度たつと、外部支援が急増し、様々な支援物資が避難所に届くようになります。外部支援は、基本的に一旦災害対策本部が受け入れ、その後各避難所のニーズに合わせて分配されることがほとんどですが、中にはボランティアで直接避難所に支援物資を届けに来る可能性があります。また、大規模な避難所では、突然マスコミが取材に訪れることもあります。このような場合、たまたまその場に居合わせた避難者が勝手に受け入れてしまったりすると、他の避難者とのトラブルにもなりかねません。そのため、外部支援やマスコミへの対応は、必ず避難所の総務班のスタッフがおこなうように窓口を一元化しましょう。また、避難者には、そのような支援者やマスコミが来たら、その場で判断せず、必ず避難所の運営スタッフに伝えるようにルールを周知しておきましょう。

行政主体の運営から住民の自主運営への移行

被災者がみないつまでも被災者のままでいると、被災者自身も支援者も非日常から抜け出すことができません。少しずつ日常の生活を取り戻していくためにも、避難所の運営が安定してきたら、段階的に避難所の運営スタッフを避難者自身にシフトしていきましょう。

3. 支援に関わる人と組織

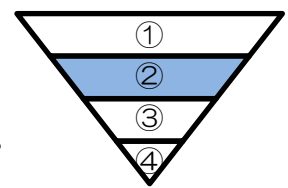
被災してから一週間程度経過すると、支援物資や外部支援者がどんどん入ってくるため、最初期に比べて支援の量や質が向上します。それゆえに、外部支援に対する現地の受け入れ体制が整っていないと、支援が有効に活用できず、逆に混乱を招いてしまいます。外部支援の受け入れ担当となるコーディネーターを決め、支援のミスマッチが起こらないように注意しましょう。

また、外部支援が入ってくるにつれて、支援者の種類も増えるため、それぞれの職種の得意分野を活かせるように役割分担をしていくことも必要です。ここでは、現地の支援者として、コーディネーターと保健師、外部からの支援者として、外部支援者全般、精神科専門医、薬剤師に分けて、それぞれの役割について説明します。

コーディネーターの役割

外部支援と円滑に連携するためには、避難所や現地の自治体で外部支援の受け入れ調整や連絡会議を取りまとめるコーディネーターの存在が不可欠となります。

大規模災害により外部支援の受け入れが必要と判断された場合には、災害対策本部から都道府県を通して、外部支援の要請をします。外部支援が入ることが決定したら、都道府県の精神保健福祉センターや保健所は、まず各地域の保健センターと連携して被害状況を把握します。次に、外部支援の組織や人数に合わせて、支援に入ってもらい地域を決めて割り振ります。外部支援受け入れ後は、主に各現場からあがってきた情報の整理・集約と、連絡会議の取りまとめを担当します。



コーディネーターの役割

総合調整・活動支援

- ・外部支援の受け入れ調整
- ・情報の整理と集約
- ・外部支援と保健所、保健センターとの連絡会議の調整、実施（できれば1日1回）

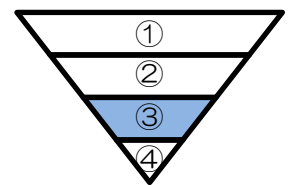
普及啓発

- ・こころのケアに関するポスター作成

保健師の役割

避難所や自宅避難者宅の巡回など被災地での保健活動は、主に現地の情報に精通している保健センターの保健師が行います。すでに DPAT などの精神科医のいる外部支援が応援に入っていれば、精神科医に避難所巡回に同行してもらい、要支援者の診察と処方をしてもらいましょう。そこで医療機関や施設への入院・入所が必要と判断されれば、受け入れ可能な医療機関や施設と連絡をとり、移送の準備をします。

避難所の巡回で得られた情報は、必ず保健所や外部支援のスタッフと共有しましょう。そのうえで、外部支援に行ってもらいたいことをピックアップし、外部支援とスケジュールの調整を行いましょう。



保健センターの役割

被災者支援

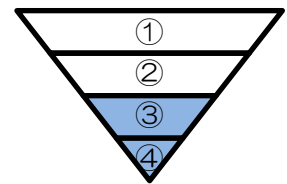
- ・避難所や自宅避難者宅の巡回
- ・避難所の衛生管理、感染症対策、医療支援
- ・避難所や要支援者の情報収集
- ・要支援者の医療機関や施設への移動支援

総合調整・活動支援

- ・外部支援、保健所との連絡会議への参加
- ・外部支援へのリクエストの提案

外部支援の役割

ここでの外部支援者とは、災害派遣精神医療チーム（DPAT）などの精神医療に関わる支援者とします。大規模災害が発生し、災害対策本部が精神医療の外部支援を要請すると、DPAT や県内外のこころのケアチームなど、複数の組織が被災地の支援に入ることになります。組織によって、職種構成や人数などは異なりますが、基本的な心構えや役割は共通しています。



災害派遣精神医療チーム（DPAT）とは・・・

- ・大規模災害の後、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチームのこと。
- ・精神科医、看護師、業務調整員（連絡調整や運転）を含めた数名で構成される。
- ・被災地域の都道府県及び政令指定都市からの派遣要請に基づき、災害対策本部の指示で活動する。一班あたりの標準的な活動期間は一週間（移動日二日・活動日五日）で、必要に応じて数週間～数ヶ月継続して派遣される。各班は原則として、被災地域内の災害拠点病院、精神科病院などに設置される DPAT 活動拠点本部に参集する。

DPAT の活動内容

1. 被災状況の把握とニーズのアセスメント
2. 都道府県への活動報告と資材依頼
3. 既存の精神医療システムの支援
4. 災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民への対応
5. 支援者（被災地域の医療従事者、救急隊員、行政・保健職員）の支援
6. 普及啓発
7. 活動記録と処方箋

外部支援者の心構え

外部支援者の主な役割は、地元の保健師の活動の後方支援です。保健師の活動によりそい、現場のニーズに合わせた支援をすることが求められます。また、支援どころか逆に現地の負担になってしまうといった事態にならないように、外部支援は「自己完結型チーム」として、交通手段、食料、薬剤、医療機器など、活動に必要な物資をみずから調達して支援に臨む必要があります。支援チームは、現場の様々なニーズに対応できるよう、多職種で構成し、それぞれの専門知識を活かせるようにしましょう。

身体系の支援とは異なり、心理支援は被災地への支援期間が長くなります。一回の派遣だけでは長期的な支援はできないため、継続的支援が必要なことを理解したうえで、派遣体制を整えましょう。発災後数週間は、被災地が混乱し人手不足も深刻です。地元の医療関係者だけで対応可能になるまでの間は、ひとつの部隊がなるべく長く（二週間ほど）滞在できることが望まれます。最初に現地入りする第一陣は特に、地元の支援者との関係構築のために、より長期の滞在ができるように調整してください。被災地がある程度落ち着いてきたら、派遣期間を1週間程度に短縮し、支援活動の主体を地元の医療機関に移行していきましょう。最初は長く手厚い、その後は短くとも密度の高い活動として継続しましょう。

支援の基地（ベースキャンプ）としては、被害の少なかった医療機関や庁舎が望まれます。被災地の最前線は、避難所への距離は近くても、その分インフラや使える資源が少なく不便です。被害の少ないところに基地を作り、そこから最前線に支援スタッフを送り出すのが効率的でしょう。

支援スタッフの活動系統は一本化することが望まれます。情報をトップに集約し、的確な決断を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初期においては非常に有効です。また、チーム内で支援の理念と方針をできるだけ早い時期に周知徹底しておくことが大切です。外部支援チームは、多職種で短期間限定のチームを作り活動することになるため、支援の理念と方針を共有しないとチームワークがとれず、せっかくの支援が活きません。この共有と各職種の役割の明確化をすることで、一貫性があり被災者にとって有用な支援活動が生まれます。

避難所に外部支援者だけで巡回する場合には、なるべく二人一組のペアで行動し、単独行動は避けましょう。対応に困ることがあればその場で相談しあうこともできますし、精神的な負担も軽減できます。

(付属文書 I 参照)

(付属文書 VII 参照)

(付属文書 X III 参照)

コラム

外部支援者の基本的な心構えとは

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。

(中井久夫「復興の道なかばで」より抜粋)

外部支援の役割

被災者支援・医療支援

- ・避難所や自宅避難者宅の巡回
- ・避難所や要支援者の情報収集
- ・治療が必要なケースかどうかの判断
- ・薬の処方
- ・要支援者の医療機関や施設への移動支援

総合調整・活動支援

- ・次の部隊への申し送り
- ・保健所、保健センターとの連絡会議への参加

支援者支援

- ・支援者への個別面談

人材育成

- ・被災者対応に関する保健師へのレクチャー
- ・見守りが必要なケースに対する保健師へのスーパーバイズ

外部支援の精神科専門医の役割

治療が必要なケースかどうかの判断、処方箋と薬の配布、医療機関への紹介状は、精神科医にしかできない業務です。したがって、精神科医にとって、保健師から対応困難ケースと判断された被災者の診察と薬物治療が主な役割になります。長期にわたって支援に入れる見通しが立っていない場合には、入院が必要な患者やグリーンケアなどの長期の支援が必要な被災者を、地元の医療機関に繋げることも重要です。

外部支援の薬剤師の役割

薬剤の問題は精神科医療においても極めて重要な問題です。一般医療領域に対しては既に多くの報告書やガイドブックが出版されています。しかし精神科においては他の医療領域にはない固有の問題がいくつか存在します。それだけに特段の配慮が求められます。

最も大切なのは、短期間であっても服用の中断により、疾病悪化の危険性が高いことです。例えば、統合失調症やてんかんなどはその代表です。次に被災地においては、当初は現地の病院から薬物を調達せざるを得ませんが、数日後には被災地外からの支援により多くの薬剤が入手できることとなります。いずれであっても、ある意味で特殊な薬物である精神系薬剤の総量は少ないので不足しがちとなります。次に、多剤大量の薬剤が処方されていることが多いことです。さらに大型自然災害に際して問題になりがちなのは、患者が自分の病気（例えば統合失調症）と処方されている精神系薬剤との関係を必ずしも正しく理解していないことです。したがって、実際の薬物やお薬手帳等が残っていない場合に、大きな問題を生じることとなります。自分の病名を正しく言えないこともあるし、処方薬の名前を言えないことも稀ではありません。また統合失調症患者で糖尿病を合併しているケースは多いですが、非定型抗精神病薬の中にはこうした人達に処方されると高血糖を惹起し時に死に至らしめることもある薬剤が幾つかあります。以上のような特性を踏まえた対応が、被災地における薬剤師の活動では求められます。

避難所での活動

比較的規模の大きい避難所には医療救護所が設けられ、自治体や医療機関より派遣された医療チームにより医療救護活動が行われます。ここでも医薬品は当然使用されますが、その医薬品は平時と異なり種類が限定されます。また、医療チームにおいては、医師が自らの専門科以外の患者に対応し、平時に使用したことのない銘柄の医薬品を使わざるを得ないこともあります。さらに医療用医薬品の代替として一般用医薬品を活用せざるを得ない場合もあります。そこで薬剤師は、医療救護所の限られた医薬品で最良の処方・治療が出来るよう、医療救護所内の医薬品の在庫を把握し、医師に対し使用できる同種同効薬の選択・提案などを行います。また薬剤師は医療救護所での診察の前に、被災者から平時に使用している慢性疾患使用薬を聞き取り、医薬品の識別・特定を行い、お薬手帳へ医薬品名等を記載します。これにより医師は効率的な診察を行うことができ、多くの患者の診察が可能となります。さらにアレルギー歴、副作用歴等についても確認し、お薬手帳に記載します。

その上で、他の医療救護班や医療機関で診察を受ける際には、お薬手帳を提示するよう勧めましょう。被災者が処方薬を自己管理し、その後継続した薬物療法を受けることが可能となります。

なお普段と異なる医薬品を使用することになる患者も多いため、十分な服薬指導を行ってください。特に糖尿病患者者や喘息患者等への服薬指導は慎重に行ってください。

コラム

実際の現場から

東日本大震災では、多くの避難所に、病院まで行くことのできない被災者が多数おられた。そのため、石巻赤十字病院の医療班は避難所の巡回を行ったが、普段服用している慢性疾患の薬を求める避難者が多く、対応しきれずにいた。そこで、医師と薬剤師が同じ車で避難所を回り、慢性疾患の薬に対応する薬剤師班（メロンパンチーム）を編成した。これにより、巡回医療班はその場で処方箋を発行し、薬剤師班は石巻赤十字病院や保険薬局で調剤し、被災者へ薬を届けた。

（石巻赤十字病院）

現地の支援者への支援

被災者を支える支援者（特に行政職員や保健師）が潰れてしまうと、多くの住民が支援を受けられなくなってしまいます。それだけに、支援者への支援は、被災者を支えることにも繋がります。したがって、外部支援者は、被災者のこころのケアだけでなく、現場で活動する地元の支援者の話にも耳を傾け、「安心感を与える」ことが重要になります。また、支援者支援によって、行政組織との連携もより強固になります。地元の支援者から要請があれば面接相談を受けるのはもちろん、普段の様子から少しでもおかしいと感じた場合には声をかけてみましょう。精神科医に相談することに抵抗を感じる職員が多い場合には、職員全員に面接を行うなどの工夫をしましょう。

（付属文書 XI-⑦参照）

現地の支援者が外部支援者に求めるものとは

- ・自己完結型の支援チームであること → 現地の負担にならず、ありがたい。
- ・長期の支援であること → 細く長くいてくれると安心できる。
- ・そばにいてくれるだけでいい → 支援オーラ全開は不要。
- ・活動に休みを入れてくれること → 現地の職員が焦らず、一呼吸おいて考えることができる。
- ・常に笑顔でパワーをくれること → 活力を得ることができる。
- ・自分たちのよき理解者でいてくれること → 理論的な話よりも、まずは地域を理解してくれること。

コラム

実際の現場から 現地の支援者の声

ケース 1・東日本大震災（岩手県宮古市 保健センター保健師）

外部の支援者は、被災地に「とにかく来て、いてくれること」です。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でしょうか。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ました。

（「震災こころのケアのかけはし」より抜粋）

ケース 2・阪神淡路大震災（兵庫県神戸市 精神科医）

もし来援の精神科医が来なければ、一週間後の私たちは次第に衰弱し、その行動は活性を失い、萎縮していったに違いない。警官や自衛官に限らず、被災していない元気な人たちが「いる」ということ、彼らの「プレゼンス」（いてくれること）がもっとも貴重であった。われわれはそれによって孤立感から救われ、同時に全国の人たちが注目しているという感覚があった。

（「復興の道なかばで」より抜粋）

人材育成

保健師の業務は多岐にわたりますが、非常事態である災害によるストレス対応まで熟知している保健師は多くありません。そこで、被災者への対応の実際について保健師にレクチャーすることが大切になります。これによって、外部支援者の同行がなくても保健師が避難所や自宅待機者を巡回して要支援者に対応ができるようになり、保健師の活動の幅が広がります。また、保健師による見守りが必要なケースについて、スーパーバイズしてあげれば、保健師が安心して主体的に活動でき、外部支援が完全に撤退した後も引き続き見守りができるようになります。人材育成の詳細については、領域 C：中期の 86 ページを参照してください。

領域 C : 中期

構成

1. 中期の状況と特徴
2. 中期の対応に求められること
3. 支援に関わる人と組織

1. 中期の状況と特徴

災害後1ヶ月から3ヶ月（中期の前半）も避難生活が続きますが、日常生活への復帰の動きが本格化します。それだけに被災者の生活状況には多様性が生じます。自宅に戻れる人が出てくる一方で、全く目途の立たない避難者も少なくありません。

健康面では、体調不良、介護疲れ、人間関係の悪化など、避難生活の無理が様々な局面に現れます。ASD（急性ストレス障害）から PTSD（心的外傷後ストレス障害）への移行、アルコール関連問題の顕在化、うつ症状の現れなど本格的な治療を必要とするケースも出てきます。特に借り上げ仮設住宅に入居している場合には、孤立のリスクが高まりやすくなります。

地域の医療機関が徐々にその機能を回復していくのと同時に、遠隔地の医療機関への受診も可能になっていきます。また行政機関が復旧してくるので、保健センターを中心とした保健活動も本来の機能を取り戻してきます。その一方で、外部からの応援は徐々に減少し始めます。

当初はメンタルヘルス面に限らず、被災者支援はややもすると避難所に集中しがちでした。しかし、この時期になると被災者の生活の場は分散していくので、それに応じて支援体制も変えていかなければなりません。そこで中心となるのは、アウトリーチ支援であり、その開始は早ければ早いほど効果的です。人的資源が確保されるのであれば、この時期に先立って安否確認に引き続いてスタートすることが望まれます。

避難所で生活をする人の数は一般的にいうと災害後1ヶ月で半数程度になります。3ヶ月後には1/3程度になり、その後はさらに減少していきます。つまり、生活の目途を立てて回復していく人と、今後の見通しが立たず容易に立ち直れない人との格差が目立ってきます。しかも避難所生活の長期化により自活する力が衰え、避難所を出ることを拒否したり、出て行けなかったりする人も現れます。

災害から3ヶ月から6ヶ月までには、仮設住宅への入居が本格的に進み、避難所が閉鎖され始めます。避難所から仮設住宅などへの転居は、生活面に大きな変化をもたらします。メンタルヘルス面の問題は基本的には中期の前半から持ち越されますが、生活面の変化を受けて、微妙に変化してきます。

仮設住宅への入居により、住環境は飛躍的に改善します。ところが今度は新環境への不適応や、引きこもりあるいは孤立のリスクが生じます。借り上げ仮設への入居は、これよりも早い時期から行われていますが、入居の時から引きこもりや孤立のリスクに直面することになります。一方で、避難所が徐々に縮小、閉鎖されてゆく過程において、「自分だけが取り残されるのではないか」という不安を抱く人も多くなります。このようにして地域の連帯感が失われ、新しい土地での不適応問題が顕在化していきます。

それだけに避難所などで支援者が主体となって行ってきた活動を、当事者である地域の住民やグループに引き継ぐことと、それに伴って地域が主体となった精神保健福祉活動へ移行・展開することが求められます。そのような地域への移行・展開を円滑に行い、促進するための役割は主にソーシャルワーカーが担います。

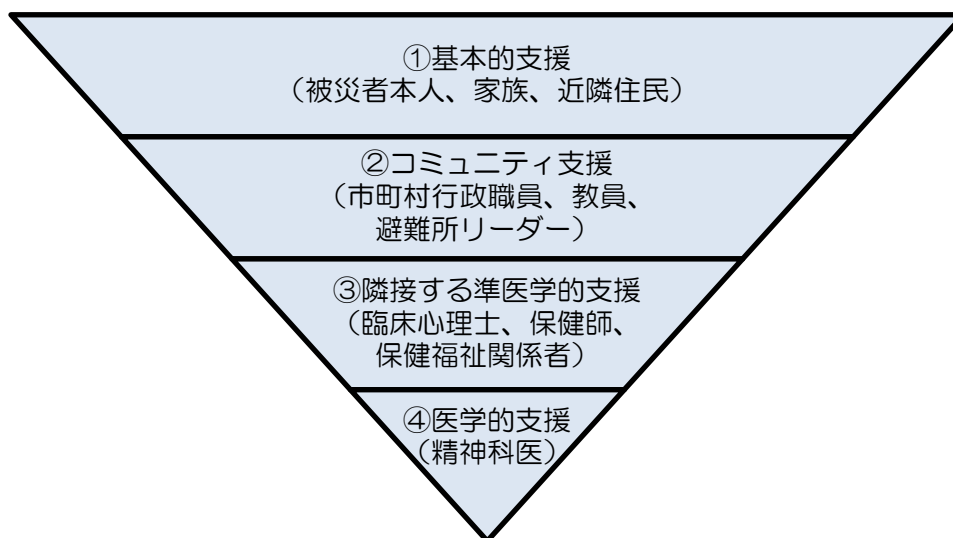
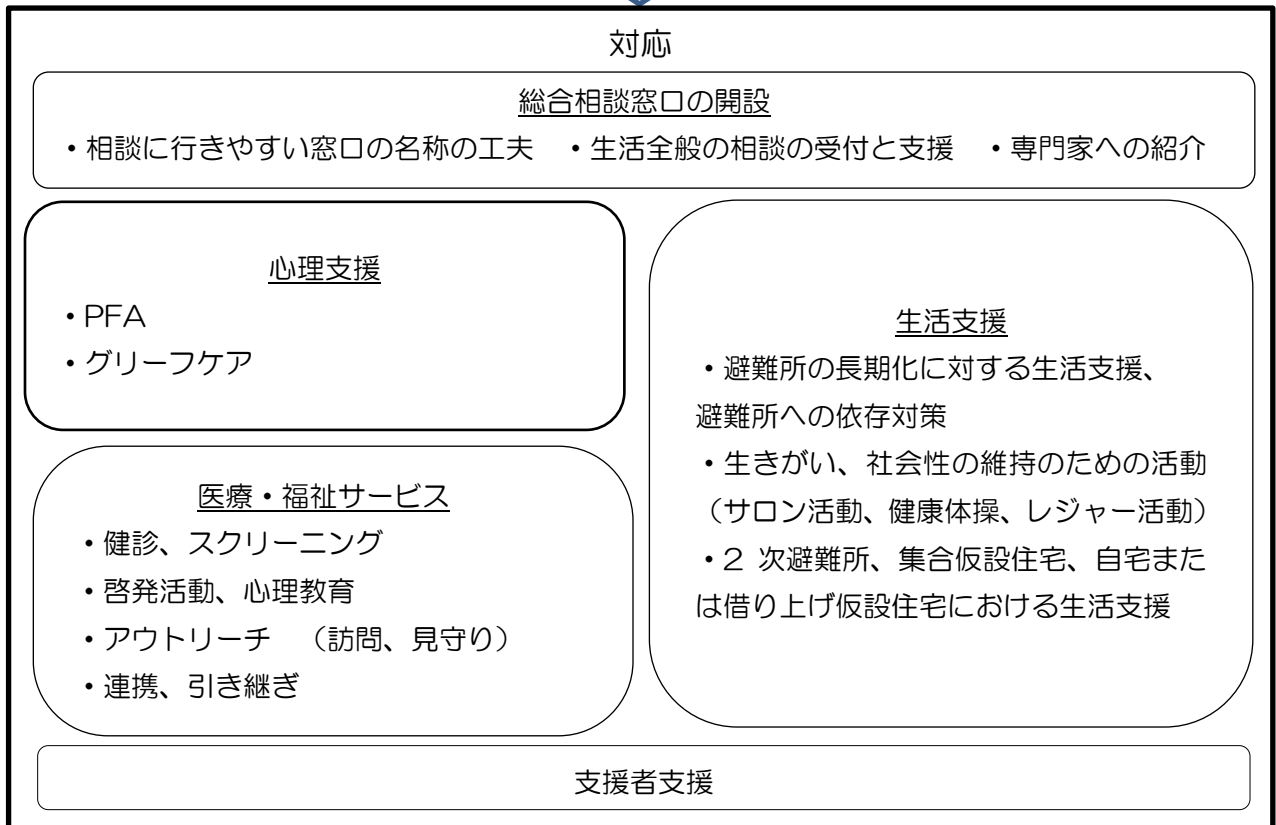
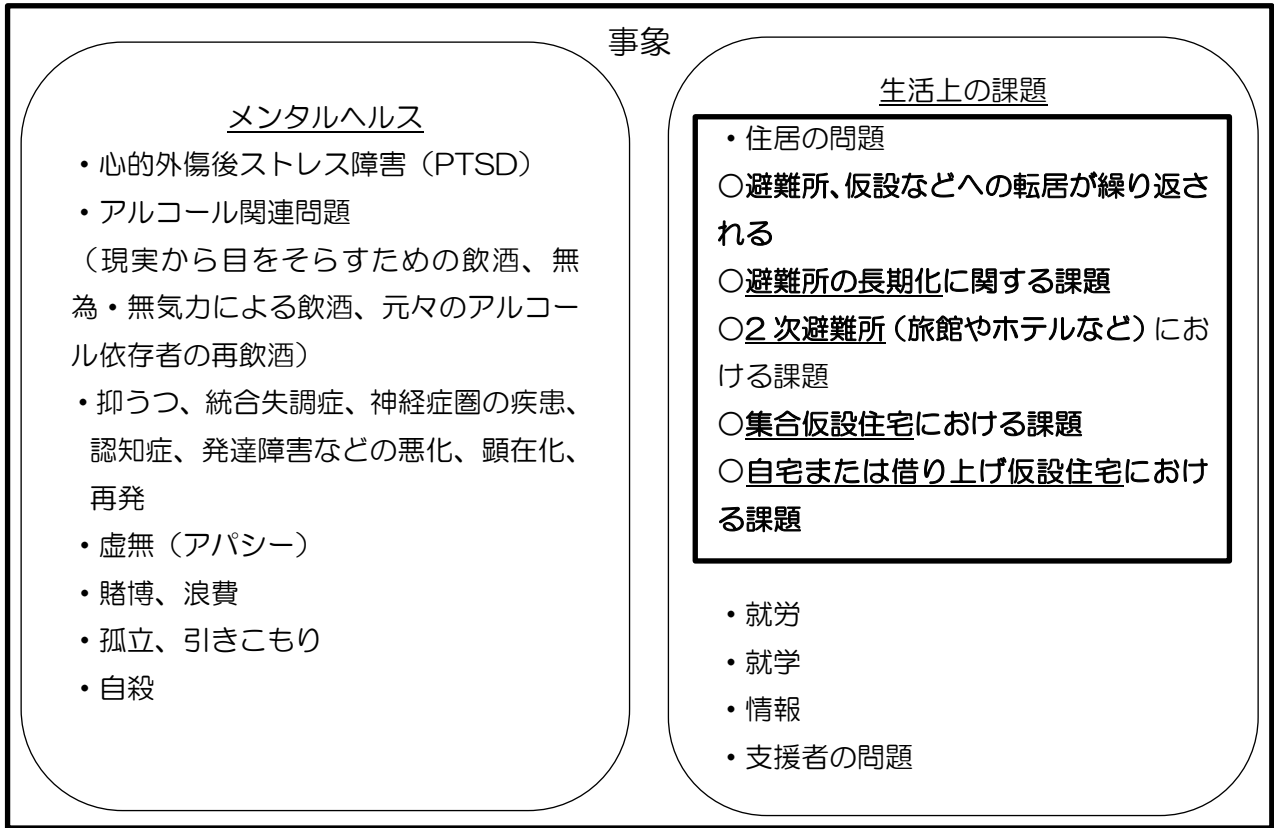


図 支援ピラミッド (IASC ガイドラインを改変)

2. 中期の対応に求められること

オーバービュー



事象

メンタルヘルス

この時期は災害直後の混乱を乗り越え、精神的な高揚状態も次第に薄れてきます。そして高揚した気分が薄れると、厳しい現実が見え始め疲弊感があらわれます。長引く避難生活により被災者の体力・忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策、格差への不満が現れます。被災者は自分の生活の再建と個人的な問題の解決に追われ、将来への不安も相まって、初期までにみられたような地域の連帯感が失われる場合もあります。この時期は一般的には下図に示した幻滅期とよばれる時期にあたります。しかしこの時期区分はあくまで便宜的なものであり、被災者や地域の特性、被災状況や体験の違いなどにより、このフェイズの長さは大きく変化することになります。

被災による急性ストレス障害 (ASD) は多くの場合、時間の経過とともに自然に回復します。しかし強いストレスを体験したり、生活環境に由来する大きなストレスを長期に受ける場合などに、症状が長引き PTSD が出始めることがあります。そして、この時期に PTSD や抑うつ、アルコール関連問題といったメンタルヘルス上の問題が生じ、これらが重なって自殺へと至るともあります。また認知症や発達障害のある人にとっては、特にこの時期において生活環境の変化を避けられないことが大きな負担となります。

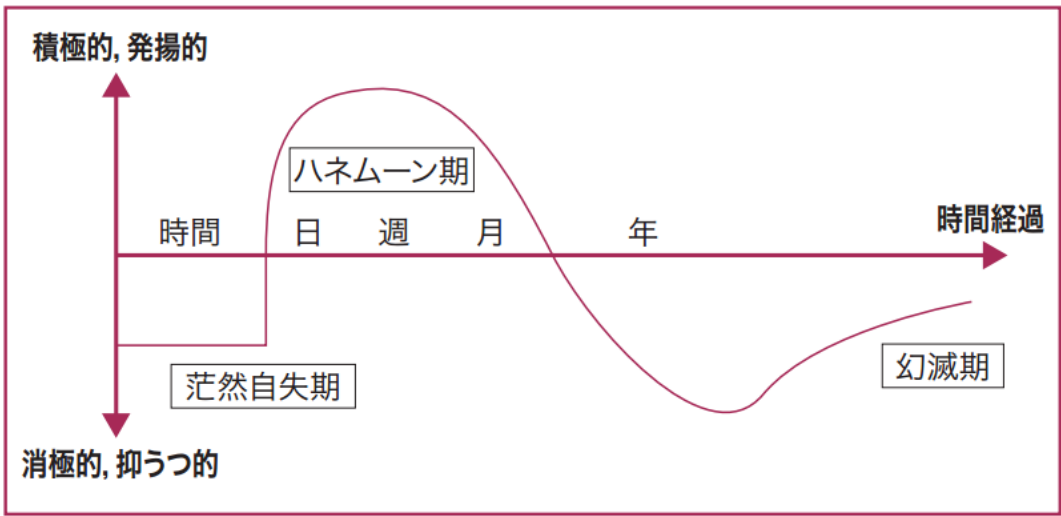


図 被災者の心理的状态の変化
 (「心理的トラウマの理解とケア」より抜粋)

避難生活の長期化に伴うストレス

避難所においては、これまでもあったプライバシーを保てないことやくつろげないという問題が長期化しストレスがさらに積み重なります。その一方で、旅館やホテルなどを 2 次避難所として使用するケースでは、プライバシーやくつろげないという問題は解決されます。しかしこのような 2 次避難所は長期間利用することができず、またここで生活する人たちのニーズ把握は困難になりがちです。

心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

心に傷を負った過去の体験を、考えたり、感じたりしないように心を麻痺させ、何をしても楽しくなくなり、これまで持っていた興味や関心も失われていきます。周囲に対しても無関心になり、優しさもなくなります。このような記憶を心の中から排除しようとして、すべての状況に心を閉ざすようになってしまうのです。このような自分自身を守る仕組みが過剰になり、逆に自分自身を傷つけることとなります。このような状態が**心的外傷後ストレス障害 (PTSD)** とよばれるものです。これはベトナム戦争からの帰還兵にこのような症状に苦しむ人が多くみられ、社会的な問題となりました。

通常、被災体験から時間が経過するのとともに、災害による直接的なストレスは小さくなっていきます。領域 A : 最初期の 4 ページ「惨事ストレスによる疾患」で述べた急性ストレス障害 (ASD) の症状も、多くの場合時間とともに軽快しますが、症状の改善には個人差があり、この症状が 1 ヶ月以上にわたり長期化すると**心的外傷後ストレス障害 (PTSD)** と呼ばれるようになります。症状は自然に回復することもあります。慢性化して日常生活や仕事に影響が出ることもあります。稀に半年以上経過してから現れる「遅発性」もあるだけにより長期にわたる注意も求められます。

PTSD の症状

PTSD は、次の 3 つが主症状です。

① 侵入

心の傷を負った瞬間の情景を本人の意思とは関係なしに、目が覚めている時にはあたかも現実起きていたかのように、ありありとフラッシュバックといった形で再現されます。また眠っている時には悪夢として繰り返し体験することとなり、悪夢で目が覚めてしまうことも多くなります。「眠れない」という訴えがあれば、PTSD の可能性を考え、注意して話を聞きます。

② 過覚醒

意識が過度にピリピリと敏感になっている状態です。心に傷を負うと、同じ危険が再び訪れるかもしれないと常に身構えて備えることとなります。この症状があると、あらゆる物音や刺激に対して気持ちが張り詰め、不安で落ち着かず、いらだちやすく、夜も眠れなくなります。これが対人関係の妨げとなることもあり、そうなるとう孤立してますます症状が悪化していく悪循環に陥ります。それだけに周りの人の理解が欠かせません。

③ 麻痺・回避

恐ろしいものは誰でも見たくはないものです。見たくないものを見ないようにするために無意識に自分自身の興味や関心をより狭い範囲に制限しようとします。災害や心に傷を負った出来事を再び思い出すような場面に直面したくないという思いから、災害に関係するものを避けてしまいます。例えば亡くなった身近な人が使っていたものに触ることができないといった麻痺・回避の症状が現れます。同時に、自分自身の仕事や趣味などあらゆる面で関心や意欲がもてなくなり、集中力がなくなるといった症状も出てきます。これが進むと他者との自然な交流や将来の計画が出来なくなって、日常生活や仕事に支障をきたす場合もあり、やはり周囲の理解と支えが必要となります。

抑うつ状態（うつ病）、統合失調症、神経症圏の疾患

前述の超早期、早期と同様、うつ病、統合失調症、神経症圏の病気など既往の疾患は生活環境が変わりがちな中期においても課題となります。

災害後にはこのような疾患が新たに生じるというよりも、元々あった疾患が再発したり、悪化したりしがちです。というのは服薬の中断や生活の乱れによって症状が顕在化しがちだからです。うつ病、統合失調症、神経症圏の病気には服薬の継続が重要です。

抑うつ症状の原因となるものには、災害自体とその関連事項以外にも日々の生活上の出来事など様々なものがあります。症状は領域 A : 最初期の 4 ページ「既往の精神疾患や障害」にあるように、やる気や意欲が出ない、不安そうである、眠れないなど複数あります。このような症状が重なってきて日常生活を営むことも難しいレベルに至るとうつ病と診断されます。一般的には気分の落ち込みなどの部分的な抑うつ症状がみられがちであり、医療の対象となるような重度のうつ病が著しく増加することはなさそうです。もっともアルコールやギャンブルが絡んでくることもありますのでその点には注意が必要です。

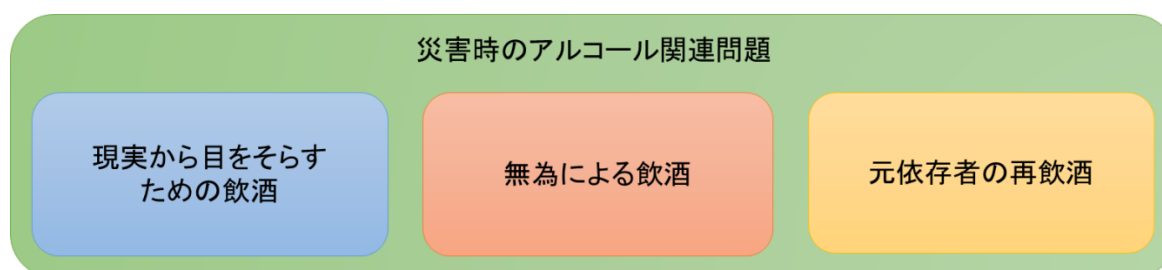
アルコール関連問題

災害によるストレスを軽減しようとして、飲酒量が増すことがあります。飲酒量の増加は、仮設住宅などにおける対人関係上のトラブルを招いたり、生活不活発のきっかけになったりして、心身の不健康につながりかねません。

概して狭い仮設住宅での大声や騒ぎなどへの苦情が出てくることによりアルコール問題は顕在化しがちです。元々問題飲酒者であっても、災害前なら地域の人たちが分かってくれることで何とかなっていることもあります。ところが震災でコミュニティが壊れ、周りが分かってくれない人ばかりになってしまうとその飲酒が問題化する例も少なくないようです。

①災害時アルコール関連問題の種類

災害時のアルコール関連問題では、次のようなタイプが多いとされています。



i) 災害により生じた諸問題に直面しその現実から目をそらすために飲酒し始め、深みにはまっていくケースがあります。

ii) 特に若い世代では、それまで毎日仕事をして規則正しい生活を送っていた人が、災害により失業してやる事がなくなります。その一方で補償によりお金が入ると、働く意欲もなくなります。そこに無気力、無為が重なって、生活機能が低下したところに飲酒が絡んで負のスパイラルに陥るケースもあります。

iii) 元々アルコール依存のあった人が、災害をきっかけにして再飲酒し始めることで問題が生じることがあります。

上記以外にも災害後に次のようなアルコール関連問題が生じることがあります。

- 避難所における不適切な飲酒

一時期避難所等において飲酒が問題化することもあります。

- アルコールの離脱症状

これまで多量飲酒を続けていた人が、被災により突然に飲酒できなくなると、アルコールの離脱症状が出現することがあります。

- 飲酒と自殺

アルコール依存症はうつ病のみならず、自殺との結びつきも強い疾患です。発災日の1年後におこる記念日自殺は有名ですが、生活に格差が生じ始める中期より後にも特に注意が求められます。なお大量飲酒して酔った上での自殺企図は良く知られた自殺のパターンです。

自殺の問題

災害後に生じる自殺願望は喪失体験によるところが大きいといわれます。また多くの避難者は避難所から出て転居することにより生じた孤立から、しばしば孤独感、絶望感を生じます。孤独感は、悲惨な体験や心理的ストレスを親しい人と分かち合えないことから生じます。

災害後中期以降の時期には、多くの人々が馴染みあるコミュニティの変化を経験しがちです。そこから不安や孤立感が高まり、最悪の場合には自殺の危険もあります。また精神障害、不適切なアルコールの飲用、経済的な損失といった大きな要因が重なる場合には自殺の危険をさらに高める可能性もあります。

とりわけ独居の高齢者においては、社会的孤立や孤独感は自殺の危険性を高めます。高齢者の自殺は若年者のそれに比べて「熟慮の上の決行」という傾向が強いとされます。災害の直接的影響がまだ根強く残るこの時期には希死念慮の芽生えに注意すべきでしょう。それだけに望ましい人間関係や連帯感を持つことで、この方々の安心感や連帯感へつなげることが大切です。

認知症

災害により多くの人々が転居を経験しますが、特に認知症高齢者は新たな生活環境への適応が難しいものです。転居先としては、避難所、仮設住宅、老人施設、そして自宅などが挙げられますが、どこであつても、お年寄り個人の生活環境は、否応なく変化します。子どもや孫世代が地元を離れ、高齢者だけが地域に取り残されることがあります。家族との交流はもとより対人的な交流が減少し引き籠り、生活のリズムが崩れ従来の良い生活習慣（農作業や手作業）も失われます。これらが重なることで要介護度が上がるとともに、認知症が新規に発症したり、顕在化しやすくなったりします。また精神状態・行動ぶりも悪化しがちで、うつ病から認知症に進展する例もあります。

平時における認知症の人に対するケアの理念は、「住み慣れた地域での生活をいつまでも」、「能力を失いつつも健やかに生きていく」ことを支援するところにあります。これは大型自然災害時といえども基本的に同じです。しかし前述の通り、この時期には否応なく生活環境が変わってしまうことも多々あります。激変した生活環境の中で認知症高齢者を支えていくため、衣食住に関する安心安全を提供しつつ、医療や

リハビリなどの治療が欠かせません。症状の悪化がみられた場合は、医療や福祉の専門職に相談しましょう。そうすることで福祉避難所や施設の利用も検討することができます。その一方で、介護をしている家族もつらい思いをされているだけに、この方々への支援も必要となります。

生活上の課題

住居の問題

避難所生活の長期化に関する課題

この時期は住居に関する問題がさらに深刻になりがちです。避難所生活の長期化、あるいは避難所の集約、閉鎖によって何度も生活の場が移動すること自体が大きな問題です。一方でホテルや旅館などを使う2次避難所でも問題をはらんでいます。下図のように住まいの形態ごとに異なった問題が生じます。

避難所においては、これまでもあったプライバシーを保てないことやくつろげないという問題に加えて、避難所生活の長期化に伴い自活する力が衰えがちです。そこで避難所を出ることを拒否したり、出ていけない人も現れます。避難生活の長期化が予想されるときには、避難生活の疲れやストレスを解消するために旅館やホテルなどを2次避難所として使用する場合があります。2次避難所ではプライバシーやくつろげないという問題は解決されます。しかし2次避難所は長期間の利用はできません。またここで生活する人たちの行政等によるニーズ把握は困難となり、この方々への情報提供も難しくなります。

(付属文書 VII参照)

避難所生活の長期化に関する問題

避難所生活の長期化に関する課題

- ・ プライバシーを保てない
- ・ くつろげない
- ・ 自活する力が衰える
- ・ 避難所の集約、閉鎖
- ・ 避難所への依存（出ていけない）
- ・ 被災者間で格差を感じるようになる

2次避難所における課題

- ・ 長期間の利用ができない
- ・ 避難者の情報の入手が困難
- ・ 支援者による避難者のニーズ把握が困難

居住形態の多様化

避難所は災害直後における混乱時に避難しなければならない人を、一時的に受け入れるためのもので、その期間も短期間に限定されます。仮設住宅は、避難所を出た後に住宅を確保することができない人に対し、簡単な住宅を仮設し一時的な居住の安定を図るものです。集合仮設住宅は公園や学校の校庭、空き地などに集合して設けられる簡易的な住宅で、一方、借り上げ仮設住宅は災害時に地方公共団体が民間から借り上げ、被災者に供与するアパートや借家です。

自宅や借り上げ仮設住宅においては、ニーズの把握が困難になるだけでなく、ニーズのある人を見つけることも難しくなるだけに、支援者による情報の提供が難しくなります。一方で精神障害の当事者においては社会的な交流が少なくなり、特に男性では孤立や引きこもりが生じがちです。

3ヶ月ほど経過すると、集合仮設住宅への入居が始まります。集合仮設住宅では避難所生活に比べれば大きく環境は改善されます。とはいえ、これまで広い一軒家で暮らしていた人達にとっては、狭い生活環境ですから、くつろげず、周囲の音やプライバシーの問題がストレスになります。集合仮設では以前暮らしていた場所に比べて近隣医療機関の情報が乏しく、医療・福祉サービスも受け難くなりがちです。買い物などが不便になることも多くなります。

また避難者ごとに生活再建のペースが異なりますから、仮設住宅から出ていく人に対して、引け目を感じる人も出てきます。さらに仮設住宅では大家族と一緒に住むことができないので、高齢者など災害弱者が取り残されることも少なくありません。

住居形態により問題は異なる

集合仮設住宅居住者の課題

- ・狭い生活環境でくつろげない
- ・周囲の音やプライバシーの問題
- ・家族の離散
- ・災害弱者の独居、孤立
- ・近隣医療機関の情報が乏しい
- ・医療介護サービスを受け難い
- ・買い物が不便になる

自宅や借り上げ仮設住宅居住者の課題

- ・情報の入手が困難
- ・社会的な交流が減少
- ・引きこもりのリスク
- ・支援者によるニーズの把握が困難
- ・支援者がニーズのある人を見つけにくい

中期で想定されるその他の生活上の課題

前述のようにこの時期には、被災者が転居を繰り返しがちなので、それに付随した問題が数多く発生します。具体的には下図のように、就労、就学、医療・福祉サービス、情報の問題があげられます。まず生活環境が改善されはじめるのに伴い、転居による就労や就学状況の変化に直面するようになります。あるいは支援ボランティアに来る人が減少してくるので、それまで外部の支援者に頼ってきたことにどう対処していくのかという課題も生じます。

中期で想定される生活上の課題

就労

- ・失業
- ・減収
- ・職探し
- ・生活格差
- ・風評被害

就学

- ・授業が受けられない（学力の低下）
- ・いじめ
- ・不登校
- ・発達障害の顕在化

情報

- ・身近な人の安否不明
- ・コミュニティの崩壊
- ・自宅生活者への情報提供

支援者の問題

- ・ボランティア等の支援者の減少
- ・支援者のメンタルヘルスの問題

対応

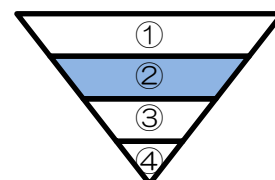
この時期になると災害による直接的な影響は次第に薄れてきて、被災者は日常生活や将来のことを考えられるようになってきます。反面、将来のことを考えられるようになると、厳しい現実が見えてきて先行き不安も生じてきます。メンタルヘルスには就労や就学、住居、人間関係、地域の再構築といった基本的な生活上の課題が複雑に絡み合っています。それだけに精神科医療という狭い見方ではなく、生活支援という視点から複合的な対応が必要となります。

総合相談窓口の開設

まずは相談窓口の担当を明確にすることが求められます。初期の活動を引き継いで、次のことに留意しましょう。相談内容を「こころ」に限らず、生活全般の相談という枠組みの中で、必要に応じてこころの相談を行うことです。相談窓口の名称も例えば「総合相談窓口」のようにすることで、利用希望者が「精神科」や「こころのケア」を意識せずにサービスを受けられるような配慮が望まれます。またこの時期には被災者の住居が多様化するため、このようにワンストップサービスにすればどこから来所しても一か所で全ての相談を受けることが可能となります。

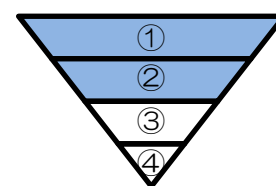
このような総合相談という枠組みの中で相談を受けると、多くは生活相談や一般健康相談から始まります。そこから必要に応じて各分野の専門家につなげることとなります。専門家への紹介については 74 ページの「連携、調整、引継ぎ」を参照してください。

相談は 1 回だけで終わってしまうこともあるので、できるだけ相談者の気持ちが落ち着くまで話を切らずに聞き取ります。災害から派生する相談は、本題の相談に入る前に、災害当時のことから話が始まりがちです。それだけに 1 件当たりに要する時間が長くなりやすいので、ここでは根気強い支援が求められます。



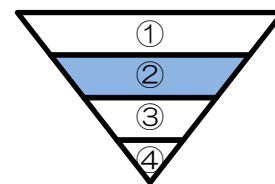
心理支援

この時期、メンタルヘルスには生活上の課題が複雑に絡み合ってくるため、医療・福祉サービス、心理支援、生活支援が一体となった対応が求められます。心理支援として PFA やグリーフケアを行い、生活支援として運動やリフレッシュ活動による健康管理や気分転換をてこにして、自立を支援すべく、情報提供や心理教育、集いや交流の場の設置、見守り支援を行うことなどが有効でしょう。メンタルヘルスへのケアは生活環境の改善を通じて実現することが重要ですので、具体的な生活環境の改善については 79 ページの生活支援に示します。



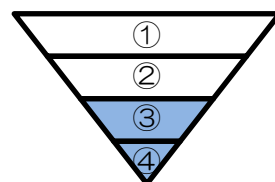
PFA

被災体験や喪失体験などが述べられたなら、受容と共感をもって傾聴することに徹します。サイコロジカル・ファースト・エイド（PFA）は、この時期でも有用な支援方法であり、被災者への支援において全ての関係者が共有すべきものです。また PFA のトレーニングを受けたボランティアを積極的に受け入れることで支援体制を維持できるように努めましょう。



グリーフケア

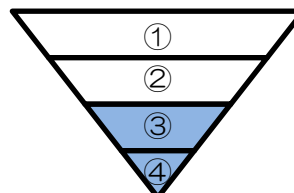
領域 B：初期の 41～43 ページ「グリーフケアのポイント」にも示してある通り、多くを喪失し、深い悲嘆にくれている人に対するサポートをグリーフケアといいます。遺族に寄り添い、遺族の言葉を傾聴することを基本とします。また遺族が事実を受け入れ、環境の変化に対応していくプロセスを支援することだともいえます。このプロセスには時間を要するため、グリーフケアも長期的な支援となりますからグリーフケアの実践者は現地の専門家が中心となります。救護・要援護者班のスタッフや定期的に巡回する保健師に加えて、臨床心理士やソーシャルワーカーも遺族が日常生活の中で環境に適応していくためのきっかけ作りを支援することによりグリーフケアの役割を担うこととなります。前述のとおり悲嘆に対しては腰を据えた支援が必要となりますが、6ヶ月以上持続するような「複雑化した悲嘆」には精神科医による治療が必要と考えた方がよいでしょう。



医療・福祉サービス

ここからは、医療・福祉サービスについて示していきます。まず、被災後 1ヶ月程度経過し、徐々に周りの環境が落ち着き始めた時点で、住民のこころの健康診断・調査（スクリーニング）が必要となります。調査にあわせて被災者や支援者に対して、こころのケアの大切さを啓発（心理教育）することが重要となります。

この時期は医療機関が復旧し始めますが「精神科」や「こころ」という言葉に抵抗を持っている人も多く、皮肉なことに困難を抱えている人ほど自力で医療を求めることができません。そのため、支援者が巡回訪問すること（アウトリーチ）や、患者の側から医療者に連絡がとりやすい体制を作ること、治療の継続性を保たなければなりません。一方で外部から援助に入っている支援者が継続性のある治療を行うためには、連携・調整・引継ぎが必要となります。また医療・福祉サービスの提供者にとって大切なのは、支援の姿勢として、「こころ」ということにこだわり過ぎないことです。生活全体の支援を考え、求められていることに応えるというスタンスが大切です。一方で地域の支援者は自身が被災者であることが多いだけに、直後期には惨事ストレスに曝され、中長期には久しく続く対応で疲弊しています。そのため、医療・福祉サービス提供者は特に支援者への支援に留意してください。



健診、スクリーニング

被災後 1 ヶ月程度経った時点で、住民の心の健康調査の実施が必要になります。一般的な健康調査とあわせてメンタル面の調査も行いましょう。そこでは抑うつ状態や PTSD の有無を評価できる調査票を用います。この調査結果を踏まえて、今後の支援計画を策定することになります。このスクリーニング調査は要支援者の早期発見と支援にも役立ちます。

PTSD のスクリーニングには IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 改訂出来事インパクト尺度日本語版 (<http://www.igakuken.or.jp/mental-health/IES-R.pdf>)、うつ病 (抑うつ状態) では CES-D (http://www.ne.jp/asahi/akira/imakura/CES-D_Questions.pdf) などが用いられます。また認知症では、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (<http://www.treatneuro.com/wp-content/uploads/hdsr.pdf>) や Mini-Mental State Examination (MMSE) (<http://yoshiya-hasegawa.com/pdf/test/mmse.pdf>) があげられます。

啓発活動、心理教育

病気や障害に対して正しい知識や情報をもつことは、偏見や間違った自責の念などを排除して、当事者や家族のストレスを軽減します。また同じ悩みをもつ人たちが互いに交流して、思いを分かち合う中から、互いに助け合う関係が生まれます。こうした活動は心の疾患や障害をもつ人やその周囲の人にとっても精神的な安定につながります。

被災者も支援者も、被災直後とは別の意味で、復旧期のこころのケアの重要性を改めて認識する必要があります。そこでは PTSD など災害時の心理的反応について、テレビ等のメディアやパンフレット、講演会の開催、様々な規模のミーティングなどを活用して啓発することです。まずパンフレット等により周知した上で、講演会を開催してから、個別の相談に応じるという流れだと効率が高まるでしょう。

アウトリーチ

これは支援者自らが避難所や各家庭など被災者の生活の場を訪問して相談や診療を行うことです。支援者は相談窓口で待機するのではなく、巡回訪問などを通じて最前線でケアにあたるのが望まれます。この場合、地域保健に精通した保健師と行動を共にすることがお勧めです。この方法ですと、被災住民の抵抗感も少なく、現場のニーズ把握が正確にできるばかりではなく、求められる援助を適確に提供できます。事前に連絡してから出かけようとする、訪問を拒否されることが少なくありません。だから不在を覚悟の上で「突撃訪問」した方がよいという意見もあります。

アウトリーチ支援の場で被災者の話を聞くときには、支援者自身のストレスを配慮し二人一組でまわるのがよいでしょう。被災者のつらさを一人で抱え込まないようことが大切だからです。被災地におけるアウトリーチ支援は目的地までの移動時間がかかり、また相談の時間も長くなりがちです。それだけに支援のスケジューリングが重要になります。

連携、調整、引継ぎ

災害時のこころのケアには、精神的な問題を抱えている被災者を支援することと共に、広く生活再建や生活支援という観点も含まれます。ところが外部支援チームによる支援は、すぐに他の支援チームへ引き継がれるので被災者の方々から信頼してもらうためには、地元主体の活動に移すことが必要になります。そこで、この時期の外部支援者の活動においては、まず他の支援チームや地域の支援者への引き継ぎが重要になります。ここでは地元自治体や医療機関、地域の保健師、ソーシャルワーカーなどと情報を共有し、支援の継続性を図ったうえでの撤退が求められます。災害時には、多くの人が張りつめた状態で緊張感を持っているため、わずかな行き違いが大きないさかひにつながる可能性があります。連携や引き継ぎの際には、災害時ということに十分留意して連携相手への丁寧な気配りをしましょう。特に外部支援者が被災地の支援者に対して、自分の経験を押し付けるような指示を出すことは禁忌です。

活動の必要性がなくなると判断されるときに、地元医療機関に引き継ぐ判断は、地元自治体、地元住民（首長など）、地元医療機関等に相談して同意を得て決定しましょう。

疾患・症状別の支援

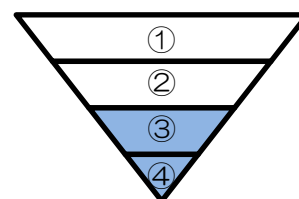
PTSD への支援

自然災害の場合は、災害発生後 1 ヶ月の時点で被災者に PTSD などのスクリーニングテストを実施します。その結果、PTSD が疑われ、その症状が軽度であった場合には、まずは「安心、安全、安眠」できる環境を可能な限り確保し少しでも生活を安定させて、経過を観察します。PTSD の成り立ちにおいては、まず自分自身や親しい人の生存が脅かされるなど過酷で痛ましい経験が心の傷（トラウマ）となります。その結果、恐怖や不安、無力感によって、精神生活に重大な悪影響がもたらされ、その後の人生で容易に癒されません。このように治療することが難しい PTSD に対しては、被災者を孤立させないこと、支援者が受容と共感をもって被災者の気持ちを受け止めることが大切です。このような心理的保護によって、自然の回復を少しずつでも促すことにつながります。

また精神科医などの専門家による周囲の人への心理教育や啓発も必要です。専門家によって繰り返される評価において、症状が重度化や、他の疾患の合併がわかることもあります。その場合は専門性の高い治療が必要となりますので、精神科医へ紹介できる体制を予め整えておきましょう。

PTSD の症状が重い人に対しては、非薬物療法や薬物療法が行われます。非薬物療法として、基本となるのは一般的なカウンセリングです。このようなカウンセリングにおいては特殊な技法を求めるよりもまず、自分の話をよく聞いてくれる、信頼のできる医師やカウンセラーを見つけることが重要です。

一方で、近年非薬物療法の中で有望とされているものにトラウマに焦点を当てた認知行動療法（http://www.j-hits.org/child/pdf/tf-cbt_tebiki.pdf）があります。PTSD は記憶の一部が肥大化し断片化している状態ですので、何らかの方法で断片化した記憶を再統合することで症状を改善できることがわかっています。これを手掛かりとし、左右に動く標的を追視させながらトラウマを想起させる眼球運動脱感作療法（Eye-Movement Desensitization and Reprocessing ; EMDR）と呼ばれる治療もあります（<https://www.emdr.jp/emdr%E3%81%A8%E3%81%AF/>）。このような専門的治療は専門性の高い教育・指導を受けた治療者が行うこととなります。



抑うつ状態への支援

東日本大震災においては、災害をきっかけとして重症で医療の対象となるようなうつ病が発症することはそう多くなかったといわれます。むしろ、災害前からのうつ病患者の症状が悪化したり、気分の落ち込みなどの部分的な抑うつ状態の人が増えたりする傾向があります。つまり重症のうつ病は被災とは関係なく平時と同程度に存在することになります。このような人については平時と同じようにしっかりと把握し、専門家による治療・服薬を継続する必要があります。またこの時期には医療機関の復旧もすすんでいきますので、既往のある人は通院が可能になり本来の主治医に診てもらえるようになります。

軽度な抑うつ状態の人に関しては、医療というよりまずはアウトリーチによる見守りなどを強化することで、孤立させない予防的な支援が必要となります。必要と考えられる人に対しては、保健師や専門家チームによる訪問支援や、ソーシャルワーカーや生活相談員、仮設住宅内の自治組織などを利用した見守りや支援も考えましょう。

それにもまして大切なのは仲間意識や絆意識です。外部支援者により企画される集いの場へお誘いする

ことも具体的な対応になります。茶話会、健康体操、農作業などが被災者同士の交流に役立つでしょう。外部支援者の企画をきっかけに、住民同士の交流や自助・自治活動につなげることができます。

アルコール関連問題への支援

アルコール関連問題への具体的な対応としては、予防に力を入れ、以下のことを行います。

① アルコール関連問題のスクリーニング

なるべく早い段階で飲酒問題やその程度、あるいは予備軍の可能性をスクリーニングや周囲からの情報によって把握します。現場で使用されるツールとして、例えば久里浜医療センターの飲酒問題のスクリーニングと介入ツールがあります（<http://www.kurihama-med.jp/shinsai/>）。

② アルコール関連問題に対する支援の開始

訪問などによる相談の開始にあたっては、「健康面（血圧、肝機能、食生活）が心配なので訪問させてもらった」と切り出せば良いでしょう、まずは話をさせてもらう、関係を作る、が必要です。それだけに、いかにして訪問を受け入れてもらい、継続できるかがポイントとなります。

③ 支援方法

最近ではアルコール問題に対して、「断酒」よりも「変化」を目指した方が効果的であるという意見もあります。つまり一気に断酒するのではなく、まずは減酒や飲み方（頻度など）を変えたり知識をもってもらうこと（飲み方の意識化）を目指します。セルフチェックをしてもらうだけでも自分の問題として意識してもらうきっかけになります。

漁業従事者など平時においても飲酒量の多い職種や地域もあるので、そのような特性も考慮に入れます。いきなり病院につなげるのではなく、現実的な方法で長期的に減酒を目指すことが必要です。

減酒により血圧が下がるように、効果が目にみえる場合には減酒の継続が容易になるものです。このように数値を用いて動機づけすることも大切です。畑仕事や趣味の活動などを再び始めることにより、持て余していた時間の使い方が分かってくると、そのことが減酒につながることもあります。

アルコール問題の相談や対応に際しては、本題に入る前に震災の前後のことから聞き始めて現在の飲酒に関する話題に至るのが一般的です。それだけに時間のかかる支援になることが多いので根気強さが求められます。

そう多くはありませんが、一部避難所において避難者や外部支援者による不適切な飲酒もあるといわれました。避難所ではアルコールを受け入れない環境を整える必要があるので、避難所内への酒類の持ち込みは禁止となっています。

また災害前に大量飲酒傾向のあった人が、災害により（結果として）アルコールを絶たれて、激しいアルコール離脱症候群をおこす可能性があります。早期の症状としては、発汗や不安、焦燥感などがみられます。このようなケースでは処方や入院治療が必要になる場合もありますので早期の気づきが求められます。

自殺予防

この時期では明らかに自殺のリスクの高い人を対象としたケアや見守りを行うことが最優先になります。そのようなハイリスク者としては、①精神疾患のある人、②自殺願望のある人、③事故傾性のある人（危険な場所に出かける、危険なものを扱う、無謀な運転をする、あるいは病気の治療を怠る、医師の提案を無視するなど）があげられます。

その後、関係各機関の復旧とともに支援体制が整ってきたら、順次自殺予防における地域全体での取り組みへと移ります。被災した地域における既存の社会的つながりの維持・強化や、新たなコミュニティにおいても住民同士の交流の促進などを順次すすめていくこととなります。これにより孤立感が軽減され、アルコール関連問題やうつ、ひいては自殺予防へとつながります。

自殺が起きる背景にはうつ病やアルコール依存といった心の病が隠れていることが多いものです。しかし自殺した人が生前に精神科にかかっていたというケースはごくわずかで、周りが気づかないうちに、自殺されてしまうことが少なくありません。そこで、うつ病やアルコール依存症に焦点を当てて自殺の危険性を測る上でとくに注意すべき点が次の十箇条（高橋, 2014）です。基本知識として知っておきましょう。

自殺予防の十箇条

- 1) 『うつ病の症状に気をつけよう』
- 2) 『原因不明の身体の不調が長引く』
- 3) 『酒量が増す』
- 4) 『安全や健康が保てない』
- 5) 『仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う』
- 6) 『職場や家庭でサポートが得られない』
- 7) 『本人にとって価値あるものを失う』
- 8) 『重症の身体の病気にかかる』
- 9) 『自殺を口にする』
- 10) 『自殺未遂におよぶ』

コラム

自殺を予防するためには正しい知識が必要になります。次にあげるのは自殺についての基本的な知識を尋ねるクイズです。最初にこのクイズに答えてみてください。

- ① 自殺をほのめかす人は実際には自殺しない。
- ② 自殺はある日突然まったく何の前触れもなく起きることがほとんどである。
- ③ 自殺の危険の高い人は常に抑うつ的である。
- ④ いったん自殺の危険が過ぎたら、二度と危険は繰り返されない。
- ⑤ 社会的に孤立している人は、そうでない人に比べて、自殺の危険が高い。
- ⑥ 身体的な訴えを繰り返す高齢者の中には自殺の危険が高い人がいる。

○⑨○④×⑦×⑥×②×①：最

認知症の人への対応

認知症の高齢者にとって新たな生活環境への適応は難しいものです。ところが災害により、多くの認知症高齢者が転居を経験します。転居先としては、避難所、仮設住宅、老人施設、そして自宅などが挙げられます。どこであっても、お年より個人の生活環境は、否応なく変わってしまうのです。

平時における認知症の人に対するケアの理念は、「住み慣れた地域での生活をいつまでも」、「能力を失いつつも健やかに生きていく」ことを支援するところにあります。これは大型自然災害時といえども基本的に同じです。

激変した生活環境の中で、認知症高齢者をどうやって支えていくべきなのか。まず本人に対しては2つのポイントがあります。生活の基本となる衣食住に関する安全・安心を提供することです。次に医療やリハビリといった治療も欠かせません。一方で家族介護者への配慮も忘れてはなりません。周囲への遠慮と気兼ねの中で、ただでさえ辛いケアを続けていくことには、想像以上の苦難が伴います。こうした介護者の状況を周囲の皆が理解し、労うことが求められます。認知症者の介護者は、特にうつになりやすいことが知られています。それほどストレスが強いわけですから、周囲の方や支援者は労いの言葉を心がけましょう。

こうした課題を実行していく上では、次のようなことに留意する必要があります。当事者に対しては、環境そのものの変化はどうにもなりませんから、「馴染み」がキーワードになります。馴染みの人とその声、また交流が役に立つことでしょう。馴染みの衣類や寝具、好物も有用です。こうしたものを少しでも提供してあげれば、多少とも安全安心感につながります。またそうした生活の場で基本となるのは、規則正しい生活リズムです。これまでの生活パターンの維持に努めましょう。その意味で、音や環境への注意が求められます。当事者にとって周囲の音や環境からの刺激が強すぎると、イライラして落ち着かなくなってしまうます。避難所であれば、簡易な素材であってもとりあえずのしきりやスペースを作ったり、あるいは個室があればそこを利用したりすることで、多少なりとも安心感を与える必要があります。またトイレから近いところを居住空間として割り当てることも大切です。というのは頻尿の人が多いため、トイレの行き来に関してトラブルが生じがちだからです。一方で対応の仕方も大切です。よく言われるように、当事者の発言を否定したり禁止したりすること、早口で喋ること、急かせること。こうしたことは相手を不快にして、攻撃性につながりかねません。

もう一つ重要なことは、同じ場所で生活する周囲の方々に対して、認知症の説明をしたり、その基本的なことを教育することです。認知症の人の症状や行動パターンが分かれば、周囲の方々の苛立ちも大きく軽減することが知られています。

最後に、こうした生活状況においては、それまで認知症のなかった高齢者において認知症が芽生えてきがちだと近年強調されています。それだけに当初は問題のなかった人でも、普段の会話や定期的な心身の健康チェックのなかで、認知症の早期発見に努める事を忘れてはなりません。

生活支援

この時期には災害による直接的な影響は少しずつ軽減してきます。しかし前述のように、この時期の住民のメンタルヘルスには生活上の課題が複雑に絡み合ってきます。

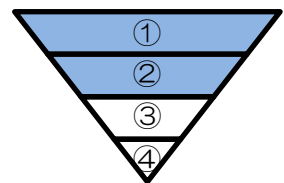
生活上の課題として住居や就労・就学、社会的交流などがあげられますが、それに対する生活支援の基本原則は生活環境を改善していくことと、住民の自主的な活動を活性化することです。生活環境の改善としては、施設・設備・ライフラインなどの復旧が進むことにより、住民の衣食住の改善はさらに加速します。また生きがいや社会的交流の維持や向上のための支援を行うことで住民の自主的な活動の活性化につながっていきます。

このようにこの時期から後は精神医療だけではなく、生活支援も含めた複合的な対応が必要になります。あらゆる生活支援がこころのケアにつながりますが、以下ではその中でも特に影響が大きなものを取りあげます。

運動やリフレッシュ活動を通じてこころのケアを行う

避難生活の疲れには、身体的な健康と精神的な健康の両方への対策が必要となります。身体的な健康状態は精神的な健康にも影響を与えます。まず健康体操などを行うことで身体的な健康管理をすることが基本となります。最初に身体活動（運動、体操など）やリフレッシュのメニュー（入浴、足湯、マッサージなど）を提供しましょう。その上で個別の相談に応じる方法で、こころのケアにつなげましょう。災害対策本部との連携により、様々な活動の機会や場を設定し、その情報を広報することが出発点となります。このような取り組みならボランティアによってできることも利点です。

（付属文書 XIV参照）



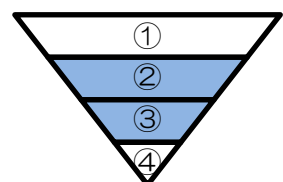
集いの場・交流の場を設定する

次に地域全体の健康を高めるためには、住民の交流や自助・自治活動が役に立ちます。茶話会、健康体操、農作業、催し物、イベント、子どもの遊びのグループなどに際して集える場を設けると、被災者同士の交流に役立つでしょう。これらをきっかけに自助グループが立ち上がれば、当事者にとって新たな支えになります。それだけに場所の提供に加えて、このような活動を催すことも大切です。

利用できる資源が限られる避難所でもできる取り組みとして、例えば、仮設喫茶・サロン、足湯などがあげられます。仮設住宅が大規模となる場合は、地域社会づくりの拠点としての集会所や、入居者が日常生活の中で顔を合わせることが出来る仮設商店街、喫茶・サロン、医療施設、福祉施設、教育施設、行政サービス・ボランティアセンター等の共用施設が設置されることもあります。このような施策がコミュニティの再生・形成に役立ちます。

借り上げ仮設や自宅で生活をしている人にも、このような機会についての情報を周知させ、参加できるように、チラシを全戸に配布する必要があります。同じ悩みを抱えている住民が集まり、語り合える機会が得られれば何よりの励ましになります。

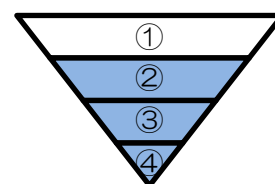
以上のような目的でソーシャルワーカー、生活支援相談員などが、戸別訪問やサロン活動等を通じて住



民との交流を行います。その中で住民ニーズを吸い上げ、関係機関への橋渡しすることで真に役立つ支援が可能になります。

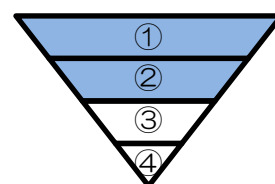
訪問・見守り支援

孤立や引きこもりの防止には訪問・見守り支援が有効です。窓口での相談に比べて、被災住民の抵抗感も少なく、現場のニーズ把握が正確にできます。地域によっては「見守り隊」を結成した事例があります。見守り隊とは、高齢者など災害弱者に対して、安否確認などを行う定期巡回訪問です。これは要支援者が孤立せず、安心して暮らすことができるための重要な活動のひとつとなります。見守り隊は主に地元の民生委員、被災者生活支援相談員、ボランティアなどによって構成されます。地元の住民が見守り活動を行うことで、住民には親しみが生まれ率直に話をしやすくなります。ただしこのような見守り隊が専門的な相談を扱うことは難しいため、各種専門家、専門機関へつなぐ役割も重要になります。支援の必要度の高い居住者に対しては、社会福祉協議会の生活相談員やソーシャルワーカーによる支援を、さらに医療的な支援が必要な場合には保健師などの専門家チームによる訪問支援も考えましょう。このような重層的な支援は連携・調整があって初めて実現します。



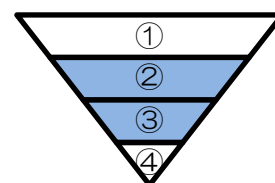
被災者の自主的活動の支援

災害からの時間経過に伴い、支援は災害対策本部の支援のもと避難者による自主的な避難所管理・運営へと移行していくことになります。避難者の中でリーダーやルールを決めて、徐々に自主的な管理・運営へと移れるように働きかけましょう。また避難所を出て仮設住宅に移る際にはできるだけ早く自治組織や自治会を作るように働きかけましょう。被災者が相互に支え合う体制は、被災者のこころのケアにとって特に大切なことですから、まずそのきっかけになる交流や連携を促すことです。



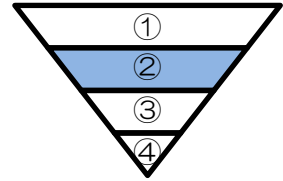
広報誌などの配布による情報提供・啓発活動

ここまで示してきた支援を行き届かせるために、避難者に支援者や行政からの情報をより広く十分に伝えましょう。いつ、どこで、どのような活動を行っているかを、種々の手段、機会を利用して地域に知らせます。広報誌などは全戸配布する必要があります。この際、マスメディア等の協力を要請する手段もあります。現在の居住環境における生活情報とともに、将来の帰宅予定地（もともと住んでいた地域）に関する生活情報も必要です。特にお年寄りなど災害弱者には、情報が届きにくいいため、戸別訪問等も実施しましょう。また、こころのケアの必要性を普及啓発する上では、チラシを全戸配布し相談を促すことも有用でしょう。借り上げ仮設などに避難者が散らばって生活している場合や支援団体がチラシを配布すべき対象者の住所を把握できていない場合などには、自治体にチラシを渡して、そこから全対象者に送付してもらうことで情報を行き届かせる方法もあります。

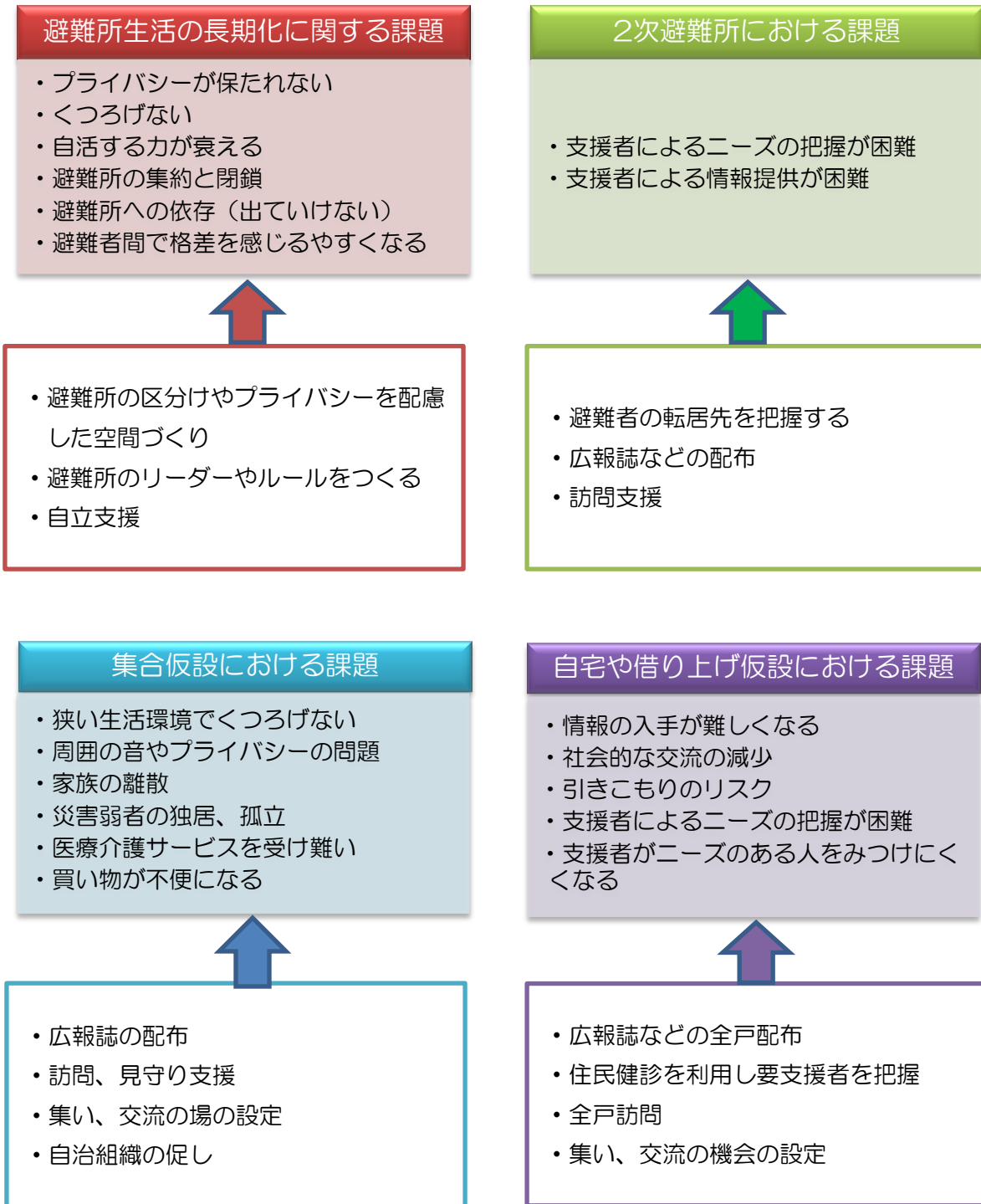


各避難場所における支援

想定すべきものに避難所の他に、ホテルや旅館などを利用した 2 次避難所、自宅や借り上げ仮設住宅、そして 3 か月程度で出来上がってくる集合仮設があります。タイプごとに異なる問題が生じますので、個々にとくに重視すべき課題とその対応を下図にあげます。



各避難場所における支援



避難所生活の長期化に伴い生じる問題への対応避難所の環境面の改善**① 避難所の環境面の改善**

身体的な疲労は精神面へ大きく影響しますから、精神面を良くするまで身体的な疲労を癒すことも極めて重要です。そのためには避難所生活を改善していくことが重要となります。この時期になると避難所で、それまでは難しかった個室や簡易ベッドなどが準備できるようになってきます。周囲の理解のもとに、特別な配慮が必要な人やその家族に優先的に使ってもらうようにしましょう。また学校が避難所となっている場合、教育という施設本来の機能の再開のために、そこを閉鎖して、他の避難所へ移ることも必要となります。その際には次の避難所の環境やアメニティが今までよりも良くなるように配慮して、避難者に転居を受け入れてもらえるように心がけましょう。

② 食生活の改善

食事は、誰にとっても、特に高齢者にとっては生活の最も基本となるものです。それだけに食事には様々な観点から注目する必要があります。栄養学的な観点や献立は専門家にお任せするとして、まずは糖尿病や高血圧といった持病をもつ人々の食事内容に留意することは言うまでもありません。それ以上に大切なことがあります。食事が楽しく愉快に行われるような、また食欲が亢進するような配慮です。例えば食事の場を清潔でおしゃれ感あるものにしたり、適切なバックグラウンドミュージックなどで楽しい雰囲気を盛り上げたりすることです。また仲の良い人同士には近くに座ってもらうこと、使い捨ての食器ではなく見栄えのよい食器も使うことなどもポイントです。そして美味しく味わうための基本となるのは、暖かいものは暖かく、冷たいものは冷たく食べていただくことです。さらに被災者同士の交流の促進や被災者の自活能力の維持のために、炊事場を作り、自分たちで料理をするといった取り組みもこの時期には実施します。

③ 運動や活動の促進

次に運動やレクリエーションへの配慮も忘れてはなりません。生活不活発病といわれますが、それまでの活発な生活から狭く不慣れな場所での生活になると、アクティビティが低下するのも当然です。それだけに被災者自身も支援者も生活の活性化に心をこめる必要があります。支援団体の中にはこうしたことを専門にするものも少なくありません。そこで、当初からこうした支援団体と連絡を取り、早期から支援をしてもらうことが求められます。このような活動はまさに心身の健康促進につながります。

④ 地域コミュニティの維持回復・再構築

避難所生活の改善のためには、地域コミュニティの維持回復・再構築が不可欠です。避難所において、コミュニティを構築し、そこに集まってもらうことで、交流やネットワークができれば、孤立感は解消されます。避難者同士が自然な形で顔を合わせ、社交の時間を持てるように、居心地の良い居場所を避難所の一面に作ることで、避難所におけるコミュニティの自然な発生につながります。スペースや資源の限られた避難所でも可能な取り組みとしては、喫茶・サロン、足湯などがあげられます。居心地の良い場で、足湯につかる、お茶を飲むといったサービスを提供します。こうしたことを通して出会いが日常化すれば避難者同士が顔見知りとなり、なじみの関係となって自然な交流やコミュニケーションにつながります。具体的には座り心地の良いイスを準備したり、話し上手で社交的な支援者が避難者同士の

仲介役になったりして、話の輪をふくらませたりすることが効果的です。その一方で、被災者自身が地域の強みを活かしてコミュニティの維持回復・再構築に自主的に取り組めることがベストです。そこで被災者同士の自発的な交流を促したり支援したりする仕組みづくりが求められます。

避難所の集約を円滑に行うための支援

災害救助法では、避難所はあくまで短期の緊急避難の場です。それだけに設置期間が長期にわたることが見込まれる場合には、ライフライン等の復旧状況を踏まえつつ、当初から段階的に避難所の縮小・統合を図り、閉鎖に至らしめるまでの計画と実行が必要です。避難所として利用された施設は、本来の機能に戻すために、集約したり、閉鎖することが避けられません。集約と閉鎖は基本的には以下のようにすすめていきます。

- ① 学校において教育を再開するなど施設本来の機能回復の時期を考慮します。そして避難者全員の退所や受入れ先の見通しが立った時に避難所の閉鎖を検討します。閉鎖の判断は、避難所運営会議、災害対策本部及び施設管理者が協議して行います。
- ② 避難所間の統廃合にあたり、事前に避難者への説明を行い、理解を得ます。
- ③ 避難所の統廃合時には、前の避難所で形成されたコミュニティの維持にも配慮する必要があります。避難者の移動に際しては、ボランティア等の協力により荷物の運搬をしてもらうこともあります。移転する際には避難者の名簿を作成します。
- ④ 閉鎖後に、避難所運営に係る記録や使用した台帳等を整理し、災害対策本部に引き継ぎます。閉鎖後の事務は、災害対策本部で行われますので、避難所運営会議の代表者等の連絡先を明示しておく必要があります。

避難所から仮設住宅への転居支援

避難所で生活をしている人の多くは、この時期に仮設住宅に転出することになります。仮設住宅への転出を促し、避難所の段階的な集約、閉鎖を実施していく上では、避難所から出て行けない被災者への対策が重要になります。つまり避難所への依存が強くなり出て行くことができず、仮設住宅などへの転出を断るケースも出てくるのです。その原因として専門職やボランティアの関わりの多い避難所での生活に慣れて、居心地が良くなってしまふことがあります。また避難所を出て仮設住宅での生活に移ると、要介護者の食事の準備や、その人を置いて仕事に行けないといった不安も生まれます。さらに孤独・不安などが生じてくることも原因となります。

これに対しては前述したように避難所生活者の自立支援のための取り組み（例えば自活能力の維持のために炊事場を作り、自分たちで料理などをしてもらう）が必要です。加えて早い時期から避難所生活者の生活再建に向けて、主体性や逞しさを育むために、「この先の仮設住宅での生活について」などをテーマにした勉強会やグループワークをソーシャルワーカーが中心となって実施することも有効です。

2 次避難所

避難所における生活の長期化が予想される場合、旅館やホテルなどを 2 次避難所として使用することがあります。このような場所ではプライバシーやくつろげないという問題は解決されますが、被災者のニーズの把握が困難になり、情報も提供しづらくなります。その対応として、特に要援護者に対しては、避難所から出る際に転出する 2 次避難所の場所を把握しておきます。そのようにした上で訪問すればニーズの把握や、情報の提供が容易になります。

集合仮設住宅

避難所生活に比べれば大きく環境は改善されますが、これまで広い一軒家などに暮らしていた人にとっては、狭い生活環境でくつろげず、周囲の音やプライバシーの問題がストレスになります。その対応として、まず集合仮設住宅に入居した際にはできるだけ早い時期に自治組織や自治会を組織することで、リーダーやルールを作りましょう。また医療機関や買い物についてアクセスが悪くなることもあります。これには広報誌などを利用して情報提供を行っていくことが有効です。訪問・見守り支援で孤立を防ぎニーズを把握し、集いの場を設定し住民同士の交流を促すことも有効です。入居者同士が普段から顔をあわせたり、挨拶を交わしたりできるような環境づくりも大切になります。

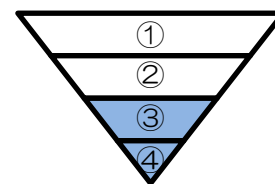
自宅・借上げ仮設住宅

ニーズの把握が困難になり、ニーズのある人を見つけにくく、情報の提供も難しくなります。また社会的な交流が少なくなるので、孤立や引きこもりのリスクが大きくなります。その対応としては、2 次避難所の場合と同様に、特に要援護者に対しては、避難所から出る際に、転出する先を把握することです。その上で訪問によりニーズの把握や、情報の提供ができるようにします。さらに広報誌を全戸配布することで情報を提供し、相談を促します。また可能な限り全戸訪問によりニーズを把握することが望まれます。

(付属文書 XIX-①参照)

支援者への支援

支援者自身が被災者であることも多く、直後期には惨事ストレスに曝され、中長期には久しく続く対応で疲弊しています。また、災害による外傷体験の話を聞くだけでも、聞き手にもストレスが生じます。これが長期にわたって続くと心と体に様々な変調をきたします。そこで支援者支援として、例えば高知県の災害時の心のケアマニュアル（2013）では、次のような対応があげられています。特にこの時期においては組織的な支援者支援が可能になります。



支援者のストレス対処法

- 1 ストレスの兆候が現れたら、自分の気持ちやストレスに感じていることを素直に認めましょう。
- 2 現場でどんな活動をしたか、事実関係を簡単に報告してから任務を解きましょう。
- 3 自分の行動をポジティブに評価しましょう。
- 4 自分の体験・目撃した災害状況や、それに対する自分の気持ちを仲間と話し合ってみましょう。
- 5 自分だけで何とかしようと気負わず、自分の限界を知り、仲間と協力し合い、お互いに声をかけながら活動することが大切です。
- 6 時々仕事から離れ、体を伸ばしたり、深呼吸をしてみましょう。
- 7 家族や友人と過ごせる時間を大切にしましょう。
- 8 定期的に休息をとりましょう。

組織的な対応

緊急時には総じて、支援者は目の前の業務に追われて、自分の健康を見失いがちです。支援者に生じるストレスや対処方法について予め研修しておくことが大切です。支援者が体験した悲痛な体験を抱え込まないように皆で話し合う場を持つなどして、支援者のストレス軽減に努めましょう。組織として健康相談を受けるように手配し、必ず休養をとることをルール化しましょう。このためには組織としては次のような対応ポイントがあります。

- 1 役割分担と業務ローテーションを明確化
- 2 支援者のストレスについての教育
- 3 支援者の心身のチェックと相談体制
- 4 住民の心理的な反応についての教育
- 5 被災現場のシミュレーション
- 6 業務の価値付け

支援者へのコンサルテーション（内部支援者と外部支援者の協力体制）

例えば保健師であれば急性期の活動において悲惨な現場状況に直面して大きな衝撃を受けます。それだけに単独での行動は避けましょう。たとえ一人で出かけても、見聞した現地情報を職場に戻って皆に報告して、それを共有することで決して一人では抱え込ませないことです。地域のアウトリーチなどに際して、

外部支援者は基本的には地元の保健師の指示に従って動きます。こうした場面において外部支援者である精神科医は後ろに控えていて、チームのメンバーが困った時にアドバイスするのが良いといわれます。また精神科医にはグループのディスカッションの場でまとめ役も期待されます。つまりチームの一員として機能するばかりでなく、支援者支援と多職種チームのアドバイザーとなることも求められます。

研修

地域の保健師や民生委員、被災者生活支援相談員などを対象に継続的に研修を行うことで、地域のこころのケアのレベルが上がってきているといわれます。地元の保健師を対象として、次のようなステップをとって研修の実を上げた例があります。

- ・ステップ1：保健師がこころのケアチームによる講義で必要な知識を得る。
- ・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、こころのケアチームからのフィードバックを受ける。
- ・ステップ3：保健師が実際に訪問・面接を実践し、それ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。

3. 支援に関わる人と組織

災害対策本部の役割

(1) 災害対策と復興推進に向けた全般的な役割

被災地の自治体では災害対策と復旧を進める中で復興計画を立てることになります。計画の策定においては、計画の理念や目標、期間、範囲、プロセスを示します。復興計画ではライフラインや公共施設といったインフラの復旧・再建についての計画はもちろん、被災者の生活や精神面の安定に向けた計画についても策定する必要があります。策定の際には災害対策本部（災害復興本部）が最終的な意思決定機関となります。その過程では地域の各団体の代表者や識者からなる外部委員会を設置し議論することや、市民アンケートやパブリックコメントを実施することで、地域全体の意見を反映したものにします。

(2) 移行期における精神保健福祉活動の政策立案

外部支援者が減少してくる一方で行政や病院などの復旧が進んでいきます。避難所から仮設住宅などへの入居が進み、住居や生活が多様化することで、支援活動の中心は避難所などに集中していた状態から地域における支援へと展開していきます。福祉を含めより広い分野との連携をとっていくことで、質の高い地域精神保健福祉活動の実現に努める必要があります。

このような中で要となる位置にいるのは精神保健福祉活動の政策企画者です。政策企画者には様々な役割が期待されますが、特に重要なのは、①保健と福祉の連携を図ることと、②精神保健福祉活動を復興計画の中に組み込んでいくこととなります。

- ① 地域における活動にウェイトが移るにつれて、医療・保健サービスと生活支援を含む広い意味での福祉サービスを組み合わせることが不可欠になります。この時期に生じる福祉的ニーズは医療・保健的ニーズに収まりきれないほど広がってくるため、訪問・見守り支援を保健師などの専門家チームだけで行うことは困難です。また圧倒的に人手も足りず、実際にソーシャルワーカー、NPO、被災者生活支援相談員（支援員）等による訪問・見守り支援が行われています。

ここで注目したいのが支援員です。支援員の中には仮設住宅で生活する人もいて、地域に最も近い支援者です。そうはいつても支援員に専門的ケアを委ねることもまた不可能です。そこで一般的な見守りは支援員が行い、専門的ケアが必要な場合には保健師が訪問するなど、重層的な支援のネットワークを作る必要があります。医療・保健サービスと福祉サービスが連携すれば、より効率的かつ効果的な支援を行うことができます。こうした連携を確実に行うには、それぞれが所属する保健センターと社協が組織的に協力する体制を作ることです。NPO との連携についても、同様です。

政策企画者には、使命や特性、立場に違いがある様々な組織や人を被災者支援という共通の目的のためにまとめていく枠組みを作ることが求められているのです。

- ② 地域における活動にウェイトが移るにつれて、サービスの対象は被災者を超え地域全体に広がっていきます。災害からの復旧が進み、一般施策との調整を図っていく必要も生じます。

一般施策と調整を図ることは単なる復旧にとどまらず、被災の経験を踏まえてより高いレベルの施策の提供であるべきです。政策企画者に期待されるのは、その復興計画に被災の経験を踏まえた精神保健福祉施策をしっかりと位置づけることです。

避難所管理者の役割

避難所については、初期までの混乱を乗り越えた後に、避難所生活が長期化することへの対策と、仮設住宅への移行等に伴う避難所の集約・閉鎖を視野に入れて運営します。

環境面や食事などを含めて避難所生活を改善していきます。避難者のニーズが変わってきますので、それを把握して適切に対応することが求められます。避難者の自主的活動を支援することは、避難生活を豊かにするとともに避難所への依存を回避するうえでも重要です。特にこの時期には避難所の移動や仮設住宅への転居が増えるので、それに伴う避難者への説明も必要になります。避難所の状況などを災害対策本部に定期的に報告するとともに、災害対策本部からの情報や指示に従って業務を行いきましょう。具体的には次のような業務があります。

- ・ 避難所生活の改善
- ・ 災害対策本部へ避難所の状況などの情報を伝える
- ・ 避難所間での避難者の振り分けに関する準備と、これに伴う避難者への説明
- ・ 避難所の移動や仮設住宅への転居、それに伴う避難者への説明
- ・ 報道機関への対応
- ・ 避難所機能を終えた施設の本来業務再開への準備

保健師の役割

被災地域の保健師は最初期から地域で活動していますが、引き続いて支援の中心的役割を担います。また通常業務の再開に向けて準備が必要となります。しかし発災直後から中心となって支援にあたってきただけに、外部支援者などから援助を受け勤務体制を見直すことや休息を確保することがこの時期には重要です。

- ・ 通常業務再開に向けての調整（被災地自治体保健師を含めた現地職員の勤務体制の確立、休日の確保、通常業務の開始を見据えた体制の確保、こころのケアなど継続支援ケースの引き継ぎ準備）
- ・ 応援・派遣保健師・ボランティアの調整
- ・ 医療関係派遣職員撤退に向けての調整
- ・ 支援者の健康管理（休息の確保、健康相談、必要に応じ早期受診勧奨）
- ・ 支援者へのコンサルテーション
- ・ 研修の企画・実施
- ・ 避難者、要援護者の処遇調整（仮設住宅や自宅等に移る際に、新たに介護保険サービスの導入やその他要援護者の処遇調整）
- ・ 衛生管理及び環境整備
- ・ マスコミ取材への対応
- ・ 保健、医療、福祉の情報提供
 - 自治体の通常業務の復旧情報（乳幼児健診、予防接種、医療費補助制度等）
 - 医療機関、介護保険事業所等の復旧情報
 - 生活再建策に関する情報や手続きの情報

- ・心理教育の実施

臨床心理士・ソーシャルワーカーの役割

生活再建の目途を立てて避難所を出て行く人と、今後の見通しが立たず立ち直りが遅れてしまう人との格差が目立ってきます。そのため臨床心理士やソーシャルワーカーが個別支援の継続や、被災者同士の連携を支援する必要があります。

避難所や相談窓口における総合相談や巡回訪問はこの時期も継続します。また心理教育、啓発活動を充実させ、うつや PTSD、アルコール関連問題などの対策についても取り組みます。ソーシャルワーカーが避難所において今後の仮設住宅での生活についてグループワークを行い、避難所へ依存しなくてすむような対策を促す取り組みもあります。

一方でこの時期は、それまで避難所で支援者が主体となっていた活動や、被災者の自主的活動や地域の住民やグループに引き継ぐこと、つまり住民が主体となった精神保健福祉活動へ引き継ぎ、移行していくことも求められます。地域においては孤立や引きこもりのリスクの高い人への見守りや支援を重点的に行います。そのような被災者の自立支援、地域への引き継ぎを促進する役割は主にソーシャルワーカーが担います。また支援者のストレスも大きくなる時期ですから、支援者向けのこころのケアの研修やコンサルテーションを行うことも必要となります。

被災者のケアを行っていく上で、心理面のアセスメントや調査を行うことは臨床心理士やソーシャルワーカーの重要な役割の一部となります。しかし、これが調査のための調査であってはならず、真に支援のために行われなければなりません。さらに被災者に害をもたらないこと、重複しないこと、非侵襲的であることが最低限求められます。

以下に、この時期の臨床心理士やソーシャルワーカーの主な活動内容を具体的に示します。

- ・こころのケアに関するニーズ把握
- ・相談窓口での総合相談
- ・アウトリーチ支援（孤立ハイリスク者の見守り、閉じこもり予防）
- ・災害時のこころのケアに関する心理教育・啓発活動（パンフレットなどの配布）
- ・こころのケア講演会（うつ・アルコール・PTSD 関係）
- ・地域における集いの場の設定（サロン活動、交流会など）
- ・関係機関との連携、ネットワークづくり
- ・支援体制の構築・運営、外部応援チーム導入とコーディネートなど
- ・スクリーニング（体と心の健康調査）
- ・被災者同士の連携を支援
- ・支援者のこころのケア支援

外部支援者の役割

災害発生後 1 ヶ月の時点で被災者に PTSD などのスクリーニングテストを実施します。短期間で多くの専門家を必要とするため、外部支援者に期待するところが大きくなります。あわせて被災者や支援者に対して、こころのケアの重要性を啓発すること（心理教育）も求められます。外部支援者は当事者ではない

ので有効な支援を行うことができるものの、当事者の置かれた立場を十分理解しているか否かに不安もあります。

講演会などにより、避難者に病気や障害に対して正しい知識や情報を伝え、偏見や間違った自責の念などを排除できれば安心感が生まれストレスも軽減されます。診断や専門的治療などが必要な場合には、地元の医療機関につなぐなどの連携・協力を考えた上での支援が必要になります。

災害時のこころのケアは、身体的な医療とは異なり、長期的な支援が必要となります。理想的には同じ外部支援者が可能な限り継続的に支援する必要がありますが、現実的には支援者同士で引き継ぎをして長期支援につなげます。そのため、外部支援者はあくまで被災地の支援者を支えるのが役割だと頭に入れて、被災地の支援者に対して自分の経験を押し付けるような指示を出すことは絶対に避けてください。災害時には、多くの人が張りつめた状態で生活しているので、わずかな行き違いから大きなさかいへとつながることもあります。連携や引き継ぎの際には相手への丁寧な気配りが必要不可欠です。

特に長期的な対応が必要になるケースに対しては地元の支援者が中心となり、外部支援の精神科医は後方に控えているという基本姿勢をとり、チームのメンバーが困った時にアドバイスすることが望めます。精神科医にはグループ内での相談や方針決定の場でのまとめ役も期待されます。チームの一員として機能することはもちろんのこと、支援者支援と多職種チームのアドバイザーとなることも重要な役割なのです。

社会福祉協議会の役割

災害時の社会福祉協議会の役割は、災害時要援護者をはじめ福祉的な支援を必要とする人の安全の確保と生活の再建の手助けにあります。より具体的には、要援護者の避難支援や安否確認、災害ボランティアセンターの開設・運営、被災者生活支援相談員を通じた支援、福祉専門職間や他専門職との連携の促進等があげられます。以下にその内容を示します。

(1) ボランティアセンターの設置・運営とボランティアの調整

災害時にボランティアによる支援が必要な状況が発生した場合、自治体と協議の上、災害ボランティアセンターを立ち上げます。その上でまずはボランティアセンターを運営するためのスタッフの体制を整えます。運営が実際に始まったら、ボランティアの受付を行い、被災地のニーズを把握して、ニーズとボランティアをマッチングします。地域性を理解したボランティアの方が活動をより円滑に行うために、まずは内部のボランティアから募り、必要に応じて外部のボランティアへと募集を広げます。実際の活動に際しては、ボランティアの活動場所への送迎や、資材の調達、貸し出しも行います。

大規模災害時には被災地の多様なニーズに対し、多くのボランティアを内外から受け入れ、短期間にコーディネートする必要があります。また中には初めてボランティア活動をする人もいますから、適切な活動を行えるよう、地域の状況を把握している地元のボランティアと協働する必要があります。そのためには活動開始に先立ってガイダンスや、平時からの関係団体との連携や地元ボランティアの育成・教育も必要です。

それまでの避難所における支援から仮設住宅や地域での支援活動へと移行し、外部からのボランティアは減ってきますから、地域のボランティアへと活動主体を移行する必要があります。特にこの時期のボランティアへのニーズとして、集いの場所や機会の確保、気分転換、住居の修繕といったことがあげられま

す。もちろん要援護者等の個別ニーズへの対応は引き続いて重要です。要援護者への具体的な支援内容には、日常的な話し相手、引越し手伝い、買物や通院の付き添いなどがあります。

(2) 被災者生活支援相談員を通じた支援

仮設住宅への入居が開始される時期になると、住民同士のつながりを確保し、孤独死等を防止するために、被災者生活支援相談員（支援員）が配置されるようになります。通常は市町村から社協に委託され仮設住宅に配属されますが、地域の要支援住民も支援の対象とされることもあります。支援員の業務は自治体により多少の違いがありますが、基本的には下に示したような仮設住宅の居住者等への支援を行います。地元の住民である支援員による支援は、地域住民に親しみがあり率直に話をしやすくなるといった役割が期待できます。また支援員のためのマニュアルや研修プログラムを開発している事業もあり教育訓練に有用です。

【支援員の役割】

① 仮設住宅居住者等の変化や異常を早期に発見するための見守り支援

仮設住宅で暮らす高齢者や障害者など孤立しやすい被災者に目を配り、生活や健康の相談にのることが求められています。多くの仮設住宅では複数の組織が見守り事業を展開しているため、情報交換や連携をしながら孤独死、孤立を防ぐ努力をしています。

② 支援物資の整理・配布

東日本大震災時には発災後から1年間は支援物資が届き続けました。送られてきた支援物資を受け取り、仕分けをし、分配をするには相当の労力が必要になります。もともと時間の経過により送られてくる支援物資の量は減ってきますので、この業務の負担もそれに伴い軽くなってきます。

③ ボランティアや支援団体との連絡・調整

支援物資を届けたり、イベントを実施するためにボランティアや支援団体が頻繁に被災地には訪れることとなります。こうした人たちとの連絡、日程調整も重要な業務となります。これにより不審な人や怪しい宗教団体が被災地に入ることを防止することもできます。

④ 仮設住宅の管理人業務

管理人業務は自治体によってどこまで行うかが異なっています。管理人業務がある場合、支援員は常駐することになります。仮設住宅団地内に建てられた集会所や談話室を拠点とする場合が多く、これらは仮設住宅の敷地の入り口付近に設置され、訪問する者が必ず通るため、窓口的な役割を果たします。

⑤ コミュニティ活動支援（共同スペースの清掃、イベント・サロン活動などの手伝い）

コミュニティの活動への支援に関しては、最小限の管理業務にとどめる自治体もあれば、積極的な自治体もあります。共同スペースの清掃などはコミュニティ全体の責任なのだから、それを支援員が行っているのは、過度な支援員への依存を強め、支援員の疲弊につながりかねないという考え方もあります。一方で仮設住宅はあくまで一時的な住まいであり自治会が結成されにくいいため、その機能を支援員に果たしてもらおうという実態もあります。

(3) 地域福祉活動における連携の調整役

被災地では、行政（保健センター）やメンタルヘルスの専門職のほか、福祉専門職、NPO・ボランティア団体、一般行政機関、関係する機関・団体といった様々な人や団体が支援を行います。このように多様な活動主体のコーディネーター役として、地域全体を見渡し、支援を必要とする人に包括的かつ個別的な支援が行き届くよう調整を行うことが社会福祉協議会には求められます。

一方、福祉専門職の支援については、これまで医療支援の次の段階に行うと考えられていました。ところが東日本大震災の経験から、より早期に支援を行うことが必要かつ有効であることが明らかになりました。そこで被災三県を中心に、様々な福祉専門職が連携して福祉的な支援に当たる災害派遣福祉チームの編成が進められています。

このような連携の先進的な事例として、岩手県の災害派遣福祉チームがあげられます。まず県社会福祉協議会が事務局となります。予め、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士等の福祉専門職で一定の研修を受けた者を登録しておきます。そして災害救助法が適用となる程度の大規模災害発生時には4～6人程度でチームを編成して、避難所等において支援活動を行うのです（派遣主体：岩手県災害福祉広域支援推進機構（本部長：知事））。災害派遣福祉チームは具体的には以下のような支援活動を行います。

【初期対応】

- ・福祉相談体制の確立（避難所内相談窓口の支援等）
- ・スクリーニング（簡易的アセスメントによる要援護者の選別）
- ・搬送対応（社会福祉施設への緊急入所・福祉避難所への移送等のコーディネート）
- ・福祉避難室の確保（一般避難所内での要援護者用別室確保の支援）

【その他の活動】

- ・相談支援
- ・ニーズの掘り起こし
- ・環境整備
- ・衛生対策
- ・情報提供
- ・生活支援 など

(付属文書 XIX-③, ④参照)

領域 D : 長期

構成

1. 長期の状況と特徴
2. 長期の対応に求められること
3. 支援に関わる人と組織

1. 長期の状況と特徴

大規模な災害では、希望する全ての人々が仮設住宅への入居を果たすまでに約半年を要することが現実です。他にも、借り上げ仮設住宅に暮らす人、住宅を自力で再建した人、やむなく故郷を離れて暮らす人、様々ではありますが、それでも、生活に一応の平穏さを取り戻すことができるようになる時期ではないでしょうか。

しかし、多くの被災者と被災地の困難は基本的に解決しておらず、むしろこの時期からが正念場に入っていくこととなります。就労を始めとした経済基盤の確保の問題、就学や子育ての困難、若年者の被災地離れや家族の離散、高齢者の虚弱化や孤立化、コミュニティの崩壊など、課題は数えきれません。

集合仮設住宅に暮らす人々には、こうした課題が明瞭な形で現れます。不自由な生活に起因する肉体的・精神的負担と疲労、物理的その他の制約に伴う家族の規模の縮小、生活再建までに想定される長い道のり等々が心に暗い影を落とすこととなります。いち早く住宅の再建を果たした人にとっても、新しい地域の一員となることはなかなか容易ではありません。多重債務など経済的問題を抱えている人もいます。情報（特に行政情報）や支援のネットワークから疎遠になりがちな点では、借り上げ仮設入居者ともども、集合仮設入居者よりもリスクは大きいと言えます。

時間の経過に伴って、災害から直接受けたストレスの影響は、一部の人々を除いて低下する反面、生活上の困難や将来への不安が心の大きな部分を占めるようになります。不安は、生活再建が進み、将来の不確実性が低下すれば自ずと解消する一方、状況に改善が見られないと増大する傾向にあります。周りから取り残されたと感じた人は、それだけで落ち込んでしまうこともあります。そこここに、自分に引きこもり、周囲から孤立してしまうリスクが高まっているのです。特に、高齢者は稼働能力が低く、独居の人も多いので要注意です。

したがって、この時期のメンタルヘルス面の最も一般的な課題は、引きこもり・孤立化の防止にあると言えます。この課題には、保健活動に留まっていたのでは対応できません。各人にふさわしい社会的役割を確保して自己肯定感を高めるとともに、人と人との繋がりを紡いで見守りのネットワークを構築することが必要です。最終的には、住民相互の支え合いによるコミュニティづくりが目標となります。意識的な働きかけを早い段階（中期）からしていく取り組みが欠かせません。

PTSD、アルコール関連疾患、うつ病など、ハイリスクの人々への対応は引き続き重要です。保健センター、保健所に加え、各県に置かれる「こころのケアセンター」が連携してアウトリーチ支援を継続していくことが求められます。この時期から強化しなければならないのが自殺予防対策です。災害によって自

殺が顕著に増加するという因果関係は必ずしも明確ではありませんが、1周年や親族の命日などに起る記念日自殺は良く知られています。この面でも、孤立を避け、引きこもりを防止することが有効です。また、垣根の低い相談窓口の設置が欠かせません。

多くの医療機関が再建されますが、まだ完全な復旧には至りません。一方、災害を契機として、精神疾患を持った患者が顕在化し、医療の需給は逼迫する傾向にあります。それは地域社会全体の課題ではありますが、一般市民に比して被災者が取り残されないよう配慮が求められます。

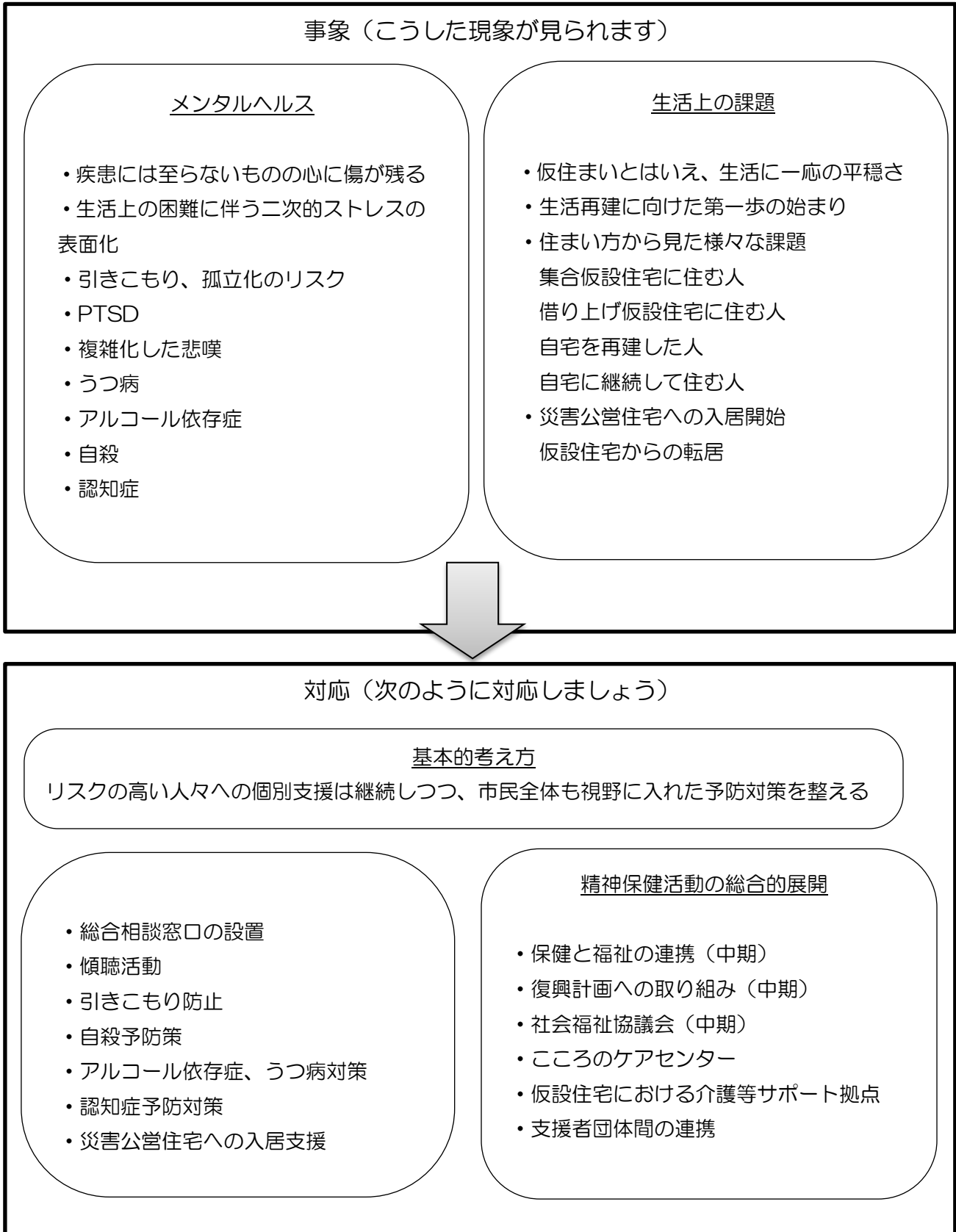
被災地では、若年者の人口流出により、少子高齢化が加速するという現実には直面せざるを得ず、復興プロセスに合わせて医療供給体制全般の見直しが避けられません。我が国では現在、限られた医療資源を効率的に利用するために、地域医療、地域福祉を統合した包括的ケアシステムの構築が模索されていますが、被災地では、一歩先んじてこれに取り組まなければならない状況になるのです。その際には、安否確認からアウトリーチ支援、総合相談窓口の設置、見守りのネットワークなど、被災者をターゲットとして行ってきた活動を維持し、地域住民一般へと広げていくことが最も近道であると考えられます。そのことがまた、被災者を特別視せず、ごく自然に地域社会に戻っていただく最善の道ではないでしょうか。

大規模災害の場合、仮住まいの時期は3～5年に及んでしまうのが実情です。この間、心身の健康を保ち、生き生きと暮らすことは容易ではありません。その中核的担い手は被災者自身ですが、被災者がもともと持っている力を無理なく発揮できるよう、エンパワメントの視点に立って支援を行うことも欠かせません。息の長い取り組みが必要です。

仮住まい生活は、災害公営住宅が整備されることでようやく終了します。しかし、それは住居だけのことであって、生活再建への道のりはまだまだ続きます。災害公営住宅への入居に伴って、仮住まいの場でまがりなりにも形成されていたコミュニティと再び切り離され、新しい人間関係を取り結ばなければなりません。また、低額とはいえ家賃を負担しなければなりません。待ち望んだ本格的な生活再建のスタートにもリスクが潜んでおり、容易に災害公営住宅に移れない人がいます。そっと背中を押してあげるような支援が必要になります。

2. 長期の対応に求められること

オーバービュー



事象

メンタルヘルス

仮住まいとはいえ、生活に一応の平穏さを取り戻した被災者は、生活の再建に向けて一步を踏み出していきます。しかし、災害によって生活の基盤が破壊されてしまったために、就労、住宅再建、人間関係の回復などの課題は容易には解消しません。災害がもたらすこうした生活上の困難は、二次的ストレスとなって広がっていきます。

災害は多くの人々を不安に陥れます。しかし、その内容は時間の経過とともに変化していきます。最初期では、余震に怯える等、身体的で恐怖にも似たいわば直接生存にかかわる不安ですが、それは時間とともに徐々に薄れていき、次第に災害によって失われた生活、人間関係、コミュニティに起因する生活不安に置き換わっていきます。そして、1年、2年の時が経っても生活上の課題が解決しないと、いつになったら乗り越えることができるのか見通せないという将来不安がこれに加わります。そうした中で、生活に疲れ、将来への希望も失って、生きる意欲が萎えてしまう人が出てくることも、残念ですが現実にあります。

また、疾患には至らないまでも、死の恐怖を感じたり（トラウマ体験）、大切な人を亡くしたりした体験（喪失体験）は、心の傷やわだかまりとなって被災者から容易に離れません。それとどう向き合うかはそれぞれの個人の極めて内面的な問題ですが、もし、自らの被災体験を他者に語る事ができれば、心が癒され、過去に向きがちな気持ちを切り替えることができるようになる、少なくともそのきっかけになります。しかし、余りにも大きな苦しみ、余りにも深い悲しみは、容易には口にすることができないものです。被災体験が語られるのは、被災者がそういう気持ちになったときですから一概にいえませんが、被災体験がある程度過去のことと感じられるようになってからのことなので、一定の時間が経過した長期に入ってから本格化すると考えられます。

引きこもり・孤立化

被災地に暮らす人々は、親族や価値あるものの喪失、失業を始めとした経済状況生活の悪化・不安定化、若者や稼得年齢層の被災地離れ、コミュニティの崩壊等、輻輳した課題に直面しています。集合仮設住宅では、プライバシーは保てるものの、周囲との人間関係を一からやり直さなければならなかったり、地理的な不便さもあって外出する機関が減ったりします。借り上げ仮設住宅入居者や自力で住宅を再建できた人の中にも、新しい土地に馴染めない人が大勢出てきます。

こうした中で心配されるのが、生活の不活発化、ひきこもり、孤独化です。これらは、精神面の問題であるとともに行動面の問題であり、相互にからみあって状況を一層悪くする心配があります。物理的不便さや体調不良からなんとなく行動の活発さが失われ、隣近所との付き合いからも遠ざかってしまうこともあれば、様々な不安、生活意欲の低下などが発端となって、自分に引きこもり、周囲から孤立してしまうことがあります。引きこもることで、人間関係が薄れ、社会との繋がりが途絶えると、気分が落ち込んでうつ状態になったり、アルコール依存につながりやすく、健康不全や認知症の発症にも関係し、さらには自殺にまでつながりかねないと考えられています。

PTSD

PTSD には息の長い治療が必要です。また、被災から一定期間を経た後にも発症する遅行性の PTSD も見られます。PTSD の症状については、領域 C : 中期の 64 ページ「心的外傷後ストレス障害 (PTSD)」を参照してください。

複雑化した悲嘆

大切な人を失った悲しみや衝撃は非常に大きく、悲嘆反応を起こすことは、誰にでも生じる正常な反応です。多くの人は、自然に備えている回復力や周囲の支えで回復していきますが、通常の悲嘆反応より多彩で長期化する場合には、複雑化した悲嘆と呼ばれ特別な配慮を要します。グリーフケアも専門的サービスですが、6 か月以上継続する場合には、つまり、長期の時期に入っても悲嘆反応が収まらない場合には精神科医療による治療が必要になります。

うつ病

不安と抑うつは、被災者のメンタルヘルス上の訴えの中で最も多い項目ですが、一般的に言って、抑うつ状態が生じて直ちにうつ病になるものではありません（詳細は、領域 C : 中期の 65 ページ「抑うつ状態（うつ病）、統合失調症、神経症圏の疾患」を参照してください）。また、東日本大震災を含め、災害によって厳密な意味でのうつ病が顕著に増加するという関係は証明されていません。

しかし、筑波大学の研究班が、東日本大震災の被災者でうつ病を発症した疑いのある人に 3 年間、詳細な健康調査をしたところ、その原因に主観的辛さがあること、また、その内容も、初期には、地震の恐怖感、人的被害、仕事/経済状況、家屋損失だったものが、次第に仕事・経済状況、家屋損失に絞られていくこと、さらに時間とともに主観的辛さの影響が薄れていくことが確認されました。この調査では同時に、被災者自身が持っている回復力（レジリエンス）だけでなく、社会から支援を受けている人、さらに他者に対する支援を行っていると感じている人ほどうつ病にかかりにくいことが明らかにされています。

これらから、うつ病を引き起こす要因は、時間とともに直接生存にかかわるものから社会的なものに変わってくることで、したがって、それに合わせた支援を的確に行うこと、そして社会との繋がりを高めることがうつ病の予防と改善に有効であることが示唆されます。

アルコール依存症

災害時になぜアルコール関連問題が起りやすいのかについては、領域 C : 中期の 65～66 ページ「アルコール関連疾患」を参照してください。そこでも書きましたが、仮設住宅に入居すると、周囲の目を気にしなくて済むようになり、アルコール問題が顕在化しやすいようです。この時期を捉えて、アルコール依存の軽減・予防に腰を据えて取り組む必要があります。

アルコール依存症は、背景にうつ症状がありがちですが、アルコールには中枢神経を抑制する作用があり、長期的にはうつ症状をかえって悪化させてしまいます。また、酩酊状態に陥ると自己の行動をコントロールする力が失われ自殺に結び付きやすくなります。うつ病、自殺予防と一体となった対策を講じる必要があります。

自殺

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。

自殺のリスクの高い人は、①精神疾患のある人、②自殺願望のある人、③事故傾性のある人（危険な場所に出かける、危険なものを扱う、無謀な運転をする、あるいは病気の治療を怠る、医師の提案を無視するなど）と言われています（領域C：中期の66ページ「自殺の問題」を参照してください）。WHO（世界保健機関）の調査でも、自殺の要因は、気分障害、物質関連障害（アルコールや薬物依存症など）、統合失調症、パーソナリティ障害だけで全体の8割を占めており、上記の理解とおおむね重なります。

しかし、WHO 調査には、割合は少ないものの、その他の要因も示されており、実際、被災地からは、健康不良や失業、事業の失敗など、災害に関連した様々な問題を苦しむ自殺する人の報告が途絶えません。つまり、被災地のすべての住民が自殺のリスクを抱えていると言っても過言ではないのです。

（付属文書 XXIII参照）

認知症

東日本大震災の被災地域では、高齢者の要介護者の増加、要介護度、要介護度の増悪、認知症の重症化が確認されています。たとえば被災沿岸部市町村の要介護認定率は、震災前は全国平均よりも低かったのですが、被災から半年を境に全国平均を上回り、3年後まで上昇しました。4年目に入って、少し落ち着いてきていますが、引き続き上昇を続けている地域があります。なお、被災から半年のずれがあるのは、市町村の行政機能が失われ、手続きが取れなかったためと考えられます。

認知症患者の増加の背景には、災害により生じた直接的、間接的な様々な現象があるものと考えられますが、「住み慣れた生活環境の継続」が認知症ケアの基本であるにもかかわらず、生活環境の激変に晒されざるを得ないことが最大の要因と考えられます。仮設住宅に移り、一応安定した生活が送れるようになっても、新しい環境にうまく適応できず、生活の不活発化や周囲からの孤立を招いてしまうと、それを契機に認知症を発症したり認知症が進行する恐れがあります。

生活上の課題

ようやく応急対応の時期を脱して復旧が進み、復興の取り組みも開始されます。

仮住まいとはいえ、生活の一応の基盤ができ、生活の再建に向けて一步を踏み出すことができるようになります。しかし、大災害によって破壊された町並みや産業の復旧・復興には長い時間を要し、被災者のみならず地域住民全体が生活再建を果たしていかなければなりません。若者や稼得年齢層の多くが、就業、就学や子育てのために故郷を離れざるを得なくなり、結果として高齢者や生活力の弱い人が残される形になります。かつてあったコミュニティが機能しなくなり、一時的であれ地域社会が弱体化することは避けられません。息の長い取り組みが求められます。

集合仮設住宅に住む人

集合仮設住宅の生活には、居住空間や防音など構造上の制約、立地の不便さなど様々な不自由が伴います。それぞれの地域から入居してくるため、人間関係も疎遠になりがちです。多人数家族は分散せざるを得ず、家族の機能も低下してしまいます。

入居者は高齢者が多く、独居老人も少なくありません。不自由な生活のために体調を崩すことが心配されるだけでなく、生活が不活発になりやすく、周囲から孤立する恐れがあります。稼得年齢層でも、就労や事業再開に漕ぎつける人がいる一方、失業等で無為な生活を送る人が多いのも現実です。小さな子供を育てる世帯は音の問題等で、多大な気遣いをしながら生活をしなければなりません。

入居者相互の協力や見守りが望まれますが、被災者自身がそれぞれ自分の課題を抱え、近所付き合いがないところからの出発となるため、外部からの支援が欠かせません。一方、このような中でも、生活ルールの取決めや自然発生的な助け合いが行われ、その延長で、自治組織を作ろうとする動きも出てきます。それを適切に支援することがとりわけ重要です。

借り上げ仮設住宅に住む人

民間のアパートを公的に借り上げて仮設住宅とする借り上げ仮設住宅は、阪神淡路大震災の際に兵庫県・神戸市で始められ、東日本大震災で一気に一般化しました。居住性が良く、直ちに入居できるため、仮住まいの形態として今後ますます活用されるものと考えられます。

東日本大震災では、準備期間がなかったため、なし崩し的に入居が決まった側面があったようで、居住地域も分散し、地域社会とも繋がりにくいので、集合仮設住宅よりも一概に課題が少ないとは言えません。集合仮設住宅への支援を基本として、ネットワークを作っていくことを目指すべきと考えられる。

なお、福島原子力発電所の放射能被害を逃れて県内、県外に避難している人も多くは仮住まいですが、避難地域が広域であるので、一層、孤立を防止する仕組みの整備が求められます。加えて、自主避難した人々には公的支援が乏しいという問題があります。

自宅を再建した人

自力で自宅を再建した人は、一般的には、経済力が高く、能動的な人と言えますが、大きなストレスの下で無理を重ねた生活を送ったり、費用の捻出のために多額の負債を抱えている人も少なくありません。

住み慣れた土地を離れ、新しい地域で生活を始めることも大変です。元の土地に住み続けることができても、コミュニティが無くなっている場合もあり、生活が孤立化するリスクは、仮設住宅よりも高いとも考えられます。支援メニューを伝える行政情報が届くことが重要になります。

自宅に継続して住む人

地域社会が弱体化しているため、直接の被災を免れた人々も様々な局面で生活上の困難に直面しています。家族や親族、友人などの被災、自身も自宅の部分的損傷など被災者であることも珍しくありません。しかし、支援は、仮設住宅入居者に集中しがちで、疎外感が出てくると、地域社会の復興を一層遅らせてしまいます。

大規模な災害が起きると、そこに住み続けるには危険な地区・地域が明らかになります。当座は自宅が残っても、いずれ移住しなければならないのです。集団移転等には公的支援がありますが、建物は基本的に個人負担となることもあり、参加する人と参加しない人に分かれることは避けられません。移住先では、それぞれが新しい生活を始めることとなります。

こうしたことから、被災者支援の基本的発想を、リスクの高い人には個別対支援を継続しつつ、地域社会全体を視野に入れたシステム的な対応に切り替えていく必要があります。

災害公営住宅への入居

大規模災害では大量の供給をしなければならないため、災害公営住宅（地域によっては復興公営住宅と呼んでいるところもあります）が整えられるには数年を要しますが、それ以前にも入居が始まる場合があります。そうしたチャンスをつかむことができるのは、生活力のある人になりがちです。少なくとも万人に情報が行き渡るよう配慮が必要です。

災害公営住宅への入居は、本格的な生活再建のスタートとなる重要なイベントですが、低額とはいえ費用負担が生じるだけでなく、ようやく慣れた土地を離れ、親しくなった人とも別れなければならないために、容易に転居できない人が出てきます。集合仮設住宅では、もともと高齢者が多いうえ、稼得年齢層の転出が続くので、時間経過とともに高齢者の比率はますます高くなっていきます。空き家も目に付くようになり、コミュニティの機能は低下に向かいがちです。障害を一つ一つ取り除き、そっと背中を押してあげるような支援が必要になります。

対応

仮住まい期に入ると、被災者のこころのケアはいくつかの点で転換点を迎えると言えます。精神科医療の対象としては、PTSD、自殺、うつ病、アルコール依存症、認知症などこれまでと大きく変わりませんが、医療機関へのアクセスは大幅に改善され、いわば平時の対応が可能となります。しかし、病気には至らないものの、厳しい被災体験によって負った心の傷は被災者から容易に離れません。こうして、求められる支援の内容は、治療や事後的対応から予防へと移っていくことになります。

中期においてもすでにみられましたが、自殺、うつ病、アルコール依存症、認知症のどれをとっても、生活の不活発化、引きこもり、周囲からの孤立が大きな促進要因となってきます。仮設住宅ではアメニティが格段に向上し、プライバシーが守られるようになりますが、避難所でできたコミュニティを離れ、新しい人間関係を築かなければならないので、人と人とのつながりは弱くなる可能性があります。生活の困難が続き、将来の希望も見えてこないために、生きる意欲を失ってしまう人もいます。このような状況で、引きこもりの要因を取り除くには精神科医療はむしろ無力で、ソーシャルワークによる広い意味での生活支援が欠かせなくなります。

生活支援の基本理念は、自立支援であると言われています。ここで、自立とは、経済的自立、身体的自立もさることながら、最も重要なのは自分で自分の生き方を決めていける精神的自立です。生きる気力と言ってもいいでしょう。自立支援とは、被災者がそのような力を自ら回復するよう支援すること（エンパワメント）だとされています。引きこもり防止のように、本人の能動的行動に依存する目標を達成するには、自立支援アプローチ（エンパワメント）がぴったりになります。

求められている支援の内容が予防にシフトし、個々の被災者から仮設住宅、被災地域に広がっていくと、必要なのは被災者だけではなく市民全体ではないかということになってきます。長期に求められる支援内容が、被災者に対して特別の対策を講じるという段階から、すべての市民が抱えている生活上のリスクを軽減する対策の重点対象として被災者を位置付けていく段階に移行することを求めるのです。

その際、単純に元に戻したのでは、想像を絶する苦勞をしながら災害を乗り越えてきた経験を無に帰すことになってしまいます。たとえば、被災直後の安否確認から始まって、要支援者を支援するために、医師をはじめとして多くの専門家が被災者のもとに出向き、個別訪問をしました。これまで、要支援者が来るのを待っていただけの専門機関が、アウトリーチ支援をしました。これらは、災害時の特別なこととして行われたことは事実ですが、今後実現されるべき地域包括ケアとはこのようなことではないでしょうか。被災地は、他に先んじて地域包括ケアの具体的姿にして見せたのではないのでしょうか。被災から時間が経過し、復旧・復興が進むにつれ、いずれは一般施策に戻るようになりますが、その時提供される施策とは、被災前より一段も二段も高いレベルにしたいものです。

傾聴活動

死の恐怖を感じたり（トラウマ体験）、大切な人を亡くしたりした体験（喪失体験）は、疾患にはつながらなかったとしても、心の傷やわだかまりとなって被災者から容易に離れません。それとどう向き合うかはそれぞれの個人の極めて内面的な問題ですが、もし、自らの被災体験を他者に語る事ができれば、心が癒され、過去に向きがちな気持ちを切り替えることができるようになる、少なくともそのきっかけになります。

被災者が心を開くことのできる他者は、日常生活を共にし、何気なく会話のできる親族でしょう。しか

し、余りにも近い人には却って語りづらい面もあります。災害のために一人暮らしになってしまった人もいます。様々な形で行われている傾聴活動が意義のあるものとなるのは、そのようなときです。

被災体験を語ることがどのような癒しになるかは人によってまちまちですが、気持ちが楽になる、不安が和らぐ、考えがまとまるなどが、被災者自身の言葉から確認されています。また、聞いてもらって良かった、自分だけの悩みではないことが分かった、気持ちを分かち合えることができた、元気が出てきた、という人もいます。しかし、語ればすぐにそうなると思えるべきではなく、長い時間の中で捉えていく必要があります。また、被災体験を語ることがきっかけとなって、当時の辛い状況が再現し、心を乱される人もいて、十分な注意が必要です。

傾聴は、被災者が被災体験を語る相手を第三者に求めるときに初めて意義を発揮する支援です。被災体験が語られるのは、被災者がそういう気持ちになったときですから、あくまで受け身でなければなりません。また、心のケアの他の支援と同様、被災体験を聴くという支援意図にこだわらず、現在の困りごとでも何でも、被災者が聞いてもらいたいことを聞くというスタンスであるべきです。こう考えると、様々な支援の一環として行われる傾聴まで視野に入ってきます。たとえば最初期の PFA、初期以降に本格的に開始されるグリーンケアの根幹部分は傾聴です。健康相談や戸別訪問の際に、傾聴を要する場面が出てくるかもしれません。相談窓口が行う困りごと相談にも傾聴の側面が含まれています。

さらに、傾聴に当たる人も、医師、臨床心理士、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門家から、研修を受けて活動をしているボランティア、さらには被災者の有志など多様で、被災者の側の受け止めも様々なものであるものと思われます。

コラム

風の電話

東日本大震災による津波で1200人を超える命が失われた岩手県大槌町。海を望む高台に白い電話ボックスが置かれています。電話ボックスには電話線がつながっていません。それは会えない相手に想いをつたえる「風の電話」。

「風の電話は心で話します。静かに目を閉じ、耳を澄ましてください。風の音が又は浪の音が或は小鳥のさえずりが聞こえたなら、あなたの想いを伝えてください。」

(会えなくなった人へ「風の電話」 朝日新聞デジタル版 2011年5月12日 より)

これまでに1万3000人が訪れたそうです。

引きこもり防止

しばしば述べてきたように、メンタルヘルス上の様々な問題の背後には、生活の不活発化、周囲からの孤立という共通の現象があります。逆に、メンタルヘルス上の諸問題が生活を不活発にし、孤立化を深めてしまうという入れ子構造にあり、こうした悪循環を断ち切ることが、非常に重要になります。

いうまでもないことですが、価値あるものの喪失、苦しい生活、乏しい希望、不慣れな環境のもとでは、誰しも元気を失い、生活が不活発になりがちです。特に、仮設住宅で暮らす人々は、一部の例外を除いて

見知らぬ人の集まりになりますから、新しい人間関係を取り結ぶことから始めなければなりません。そうした中で、どのような支援をしたら、生き生きと日々を過ごすことができるようになるのでしょうか。

人は、他者に評価されることで、自分がなにがしかの価値ある存在であること（自己肯定感）を実感します。その人が、ただその人であるということだけで他者に評価されるのは愛情の領域に属し、言うまでもなく大きな役割を果たしますが、日常の社会関係で自己肯定感が得られるのは、その社会関係の中で何か意味あることを成し遂げた場合です。その時、自分が他者から求められているという実感を得られるでしょう。だとするならば、その人の特技や持ち味を見出し、それが生かされるような役割を担って貰うことではないでしょうか。つまり、人それぞれに役割を見出す支援を行うことがこの時期のエンパワメントの最もよい方法なのです。

また、被災者の生活の場は、当面、仮設住宅ないし被災者を受け入れた地域社会ですが、そこにコミュニティができていなければ、見出されるべき役割も限られてしまいます。このように、引きこもり防止とコミュニティづくりとは不可分の関係にあります。

(付属文書 XIX-②参照)

被災者を元気づける活動

気分転換、リフレッシュメントの機会には多くのボランティアやNPOの人たちが提供してくれます。行政（支援機関）の役割としては、支援が特定のところに偏らないよう調整を行うことが第一になります。各種団体、活動と連携して、健康診断や相談会などと組み合わせたイベントを企画することも効果的です。

隣近所とのつながりを作る活動

災害は、親しい人を奪い、避難生活で家族を離ればれにするだけでなく、仮設住宅では入居人員が限られてしまうなど、家族機能の低下を招きます。隣近所との人間関係をうまく取り結ぶことは、これを補完する意味でも重要です。

イベントなどは、避難所を中心として、早い段階から行われますが、仮住まい期には、仮設住宅に設けられた談話室や集会所、地域の公民館や広場を利用して、ラジオ体操、趣味の活動、季節行事等を行うなど、もう少し継続的な活動の支援が求められます。心身の健康を保持するとともに、打ち解けた雰囲気や気軽に近所付き合いが始められるような場を提供する活動です。そこに行けば、必ず誰かと会えて会話が弾むような居場所づくりとも言えます。

このような活動を行うときには、住民に、受付や案内など、何らかの役割を担って貰い、できれば運営に加わって貰うよう働きかけましょう。一方、支え手が足りない時には、生活支援員の活用を考えましょう。生活支援員は自身が被災者である場合が多いので、自然に繋がりを作るうえでよい役割を果たしてくれます。

入居者相互の見守りを促す活動

近年では、仮設住宅を中心に、被災地には被災者生活支援員が配置されるようになりました。支援員の第一の任務は、被災者が一人孤立することがないよう、各住戸を訪問して、声かけや見守りを行うことです。そして、何か心配なことがあれば、より専門性の高い支援者や専門機関につないで貰うことが期待さ

れています。地域によっては、見守り隊が結成される事例もあります。（見守り隊については、領域 C：中期の 80 ページ「訪問・見守り支援」を参照してください。）

しかし、より望ましいのは、顔見知りの住民同士がお互いに声をかけ合う中で、日常的に見守りが行われるような状況を作り出すことです。コミュニティを取り戻す活動とも言えます。そこで重要な役割を果たすのが、民生委員や自治会長その他の役職者など地域においてまとめ役になる人たちです。この人たちは、住民と専門機関とをつないでくれるとても重要な役割を果たすので、ゲートキーパーと呼ばれたりします。ところが、被災者は自分の課題に対応するだけでも精いっぱい、まとめ役を自ら進んで買って出る人はなかなかいません。そうした時には、行政（支援機関）の側から働きかけることが必要になります。各種イベントや相談会、説明会など、住民と直接接する機会に候補者を見つけ出し、その人を支援することが有効です。

行動面にハンディのある人の支援

生活が不活発になる要因の一つとして、体力や機能が低下して身体が思うように動かないことがあります。長い避難生活を経て仮住まいを始めた人は特に注意を要します。狭い仮設住宅では、体を動かす機会自体が減ってしまいます。職場に通う、買い物に行くといった生活行動は、結果的に最上の健康づくりなのですが、なかなかままになりません。

住民各自が自覚して、適切な運動、栄養、睡眠に心がけ、各種催し物に参加していただくことが第一、皆でラジオ体操やウォーキングを行ったり、若い人が高齢者の買い物に同行するなど、住民相互が日常的に助け合うことができればベストですが、コミュニティが一旦なくなってしまっているため、どのような活動メニューがあるか記憶をたどるところから始めなければなりません。情報提供を含め、住民が一步を踏み出すための支援が欠かせません。

要介護高齢者や障害者には特別の配慮が必要です。ここでも、生活支援員は頼りになりますが、ホームヘルプサービスなどの公的サービスにつなぐことが本来の役割です。また、大きな仮設団地内には、介護等のサポート拠点が置かれるようになりました（サポート拠点については、113 ページを参照してください）。なお、認知症のある人については改めて後述します。

生きる意欲が萎えている人の支援

被災直後に、茫然自失となり、なにもやる気が起こらなくなるのは、正常なストレス反応ですが、この時期において生きる意欲を失ってしまうことは、程度問題ですが、正常とは言えません。直接的なトラウマ体験、喪失体験に加え、被災後の様々な困難や将来への不安が複雑に絡み合っただけで大きなストレスとなり、気持ちを萎えさせているものと考えられます。

自殺願望を口にする人など、明らかに異常とみられる人は、自殺の危険があります。すぐに保健センターや精神科医療機関につなぎましょう。また、現在の生活に困窮している人は、福祉事務所につなぎましょう。支援者の中に、ソーシャルワーカーがいれば、まず相談を受け、必要な情報の整理を手伝ってあげると迅速な解決ができます。

そこまでではない人には、引き続き注意が必要ですが、いくつかの支援の仕方が考えられます。まず、生きる意欲を失う原因がなんであれ、そのような状態になってしまったら、生活上のこまごまとしたことにも困っているはずで、たとえば、貯金通帳をなくしてしまってお金が下ろせないとか、家の中が片づ

けられない、あるいは子供に助けを求めたいのだけれども連絡がつかないなど。もし、そういう困り事があったなら、一緒になって解決してあげることです。小さなことでも解決することができれば、自分の置かれた状況が非常に困難であるという認識が変わる可能性があります。（むしろ、大きなことは解決できないので、目標から慎重に排除する必要があります。）認識は変わらなくても、成功体験となって自己肯定感が高まるかもしれません。そうなれば、将来への希望につながるかもしれません。

また、周囲から孤立し、自分に引きこもっていることが意欲を萎えさせるという関係にもあるので、一緒に外出したり談話室や集会所に行ったりできるとなお良いでしょう。談話室などには、すでに常連となった人が出入りしていたりして、後から仲間の輪に入りにくい場合があります。そうしたときに支援者が中を取り持つ形にするとうまくいくことがあります。

さらに、一緒に努力することで、支援者に対する信頼が深まり、胸の内を打ち明けてしてくれるかもしれません。そして、傾聴が効果を発揮する場面になるかもしれません。

以上、生きる意欲を回復するには、被災体験という過去をある程度相対化し、将来は変えられることを再認識し、自分にはそれができるという自己肯定感を得ることがカギになります。このことは、自殺願望のある人に対する治療においても基本的に同じです。しかし、被災者が置かれた客観的環境を変えずにできることには自ずと限界があります。究極的には、復興を進め、生活上の課題を解決する状況をつくることが不可欠です。

住民の自治組織づくりを支援する活動

コミュニティづくりとは、住民相互の問題は住民同士で解決するという被災以前の自治能力を回復することにあるといえます。被災者支援の究極の目標は普通の生活ができるようにすることですから、コミュニティづくりは、それ自体が目的ですが、引きこもり防止にも非常に大きな役割を果たします。

仮設住宅では、行政との連絡事項も多いので、むしろ、入居の初期段階から自治組織の立ち上げの働きかけを行う必要があります。ただし、形式的に組織ができて、最初から活発に活動を行うには無理があり、ゴミ出しや騒音問題など生活のルール作りから始めることが良いようです。仮設生活の環境改善や復興住宅への移転など、目標を持った活動を行うには、住民の間でよく話し合いをしなければなりません。住民同士の話し合いの場を取り持つことも重要な支援になります。

借り上げ仮設に住む人は、既存の自治会・町内会に加入することになりますが、馴染のない土地で被災者の側から積極的な行動は生まれにくいと言えます。地域の自治会長や民生委員に働きかけ、新住民である被災者に声をかけて貰うことを考えましょう。

（付属文書 XIX-③, ④参照）

情報提供と相談窓口

被災者が自主的に活動を行おうとしても、必要な情報が届いていなければできません。避難所は、おのずと情報、特に行政情報の一元的提供機能を担っていましたが、仮住まい期になると居所が分散し、意識して情報提供を行わないと取り残されてしまう地域や人が出てしまいます。

こうした問題を避けるため、広く情報を提供し諸課題について一元的に解決できる相談窓口を引き続き設置すべきでしょう。さらに、自治組織に積極的に情報を提供することが重要です。

コラム

仮設住宅自治会の連合会

134の応急仮設住宅団地が建設され、ピーク時には7000世帯が入居した石巻市。

抽選の結果、見ず知らずの土地で暮らすことになった住民同士のコミュニティ形成は容易ではなく、一部の団地で立ち上がった自治体でも生活ルールの維持等に強い危機感が抱かれていました。こうした中で、自治体間で情報交換・連携を行うことの重要性が認識され、平成23年12月9日、「孤独死をなくそう」を合言葉に「石巻仮設住宅自治会連合会」（当時）が設立されました。

同会は、①仮設住民の生活再建・自立の実現、②仮設および復興住宅住民の安全・安心な暮らしの確保、③震災・復興記録の後世への承継を活動目的に掲げ、緊急時の連絡先等を記載した「きんきゅうカード」の配布、自動車をシェアして行う移動支援、仮設団地間住民交流、復興公営住宅を受け入れる既存町内会との協働推進などの事業を行ってきています。

その後、支援団体等も加えて名称を「石巻仮設住宅自治会連合推進会」に変更、平成26年11月現在、39団地、3750世帯が加盟しています。

自殺予防対策

災害時の自殺予防対策としては、まずは精神疾患のある人、自殺願望を口にする人、事故傾性のある人（あえて危険な行為を行う人）など、リスクの高い人々へのアウトリーチ支援や相談対応から始めるべきです。その基本的な対応方法については、中期にまとめてありますが（領域C：中期の77ページ「自殺予防」を参照してください）、実行可能であれば早く始めれば早いほど良いといえます。

自殺願望の訴えの内容について、第一線で支援に当たっていた宮城県東松島市の保健師さんは、体験談として、1年目は震災による喪失体験が多かったが、2年目には生活に関することが多くなり、さらに3年目からは家族関係や自身の成育歴に関することが出てきたと伝えています。

また、順調に生活再建を果たすことができた人でも自殺するなど、自殺のリスクは属性や環境などから単純に類推することは難しく、むしろ、被災した人は程度の差はあれ、誰しものがリスクを抱えていると考えた方が間違いがないと言えます。震災以前からあった問題が、震災を契機に顕在化するとも言われます。

つまり、時間とともに境界がなくなってくるのです。復旧が本格化し、復興への取り組みが開始されるこの時期をとらえて、地域住民全体を対象としたシステムとして実施体制を整えていくことが望まれます。

WHOの世界自殺レポート

ここで述べていることはWHO（世界保健機関）の考え方にも合致するものです。WHO（2014）世界自殺レポート（邦訳 http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/suicidereport_jpn.pdf）では、自殺対策は次の3つを柱にして行うよう提唱しています。

- (1) 全般的な予防介入の戦略：全住民を対象として、医療を受けやすくする、メンタルヘルスを促進する、不適切なアルコールの使用を減らす、自殺する手段を遠ざける、メディアに責任のある報道を求める、といったことを目的として行います。
- (2) 選択的な予防介入の戦略：トラウマを負った人や虐待を受けた人、紛争や災害の被災者、難民や移民、自殺で遺された人といった脆弱性の高い人を対象とし、そのような人を援助する「ゲートキーパー」をトレーニングしたり、電話などを用いた相談援助サービスを提供します。
- (3) 個別的な予防介入の戦略：特に脆弱性の高い人を対象として、地域支援、医療施設から退院する人のためのフォローアップ、保健医療従事者への教育やトレーニング、精神障害者や物質使用障害の発見とマネジメントの向上を目指します。また、人間関係、信念体系、積極的な対処方略といったような自殺から身を守るための要因を強化することでも自殺予防の強化につながります。

我が国の自殺予防対策

我が国の自殺予防対策は、2006年の自殺対策基本法制定以降、行政全体での取り組みが行われるようになりました。自殺対策基本法は、自殺の背後には様々な社会的要因があることを踏まえて、社会的な取り組みとして実施すべきであり、国、地方公共団体、事業者、国民がそれぞれ責務を果たすことを基本理念としています。

それを受けて策定された「自殺総合対策大綱」は、①自殺は追い込まれた末の死、②自殺は防ぐことができる、③自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している、という基本認識を示したうえで、以下の通り、自殺対策を進めるうえでの6つの基本的考え方を示しています。

社会的要因も踏まえ総合的に取り組む

国民一人一人が自殺予防の主役となるよう取り組む

自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む

自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える

自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する

中長期的視点に立って、継続的に進める

なお、これらに基づいて行われている中央省庁、地方自治体の先進的取り組みは、内閣府の専用サイトに掲載されています。

被災自治体の自殺防止対策

自殺防止対策をシステム的に行うことは難しいことではありません。自殺対策基本法に沿って行ってきた取り組みに、被災以降の状況と経験を踏まえ、被災者支援の観点を加えたより効果の高いものに進化させていくことを考えればいいのです。

取り組みの内容は、それぞれの地域で異なりますが、最大公約数的に基本事項を挙げれば、次のようなものになります。

なお、都道府県を単位に設置されるこころのケアセンターとの連携し、その支援を受けることで、より充実した体制を組みことができますので、対策づくりにあわせて検討しましょう（こころのケアセンター

については、113 ページの「3. 支援に関わる人と組織」を参照してください。

① 自殺予防対策連絡会議（名称は自治体によってまちまちです）の体制強化

自殺予防対策は、行政のあらゆる面にかかわっているとされていますが、実際には保健福祉部局からあまり広がりが少ないものになりがちです。しかし、ひとたび被災すれば、住宅、雇用、商工、農政等々、どの行政部門も、いわば総出で被災者と直接接することになります。この実績を生かして、全庁が一体となって自殺対策に取り組むための枠組みをつくりましょう。すでに自殺予防対策連絡会議を立ちあげている自治体でも、メンバーを拡充することができるか、検討しましょう。

② 情報の共有と課題の検討

自殺率は地域によってかなりばらつきがあります。被災後の対策の立案は、被災前と比較して、自殺が増えているか、増える恐れはないかを把握することから始まります。そうした情報を会議のメンバーで共有し、対策を検討します。その際、保健福祉部局以外の部局からの視点が非常に有効になる場合があるので、積極的に意見を求めましょう。

③ 自殺予防に関する知識の普及

システム的な対応で最も一般的な手段は、各種の広報活動を通じて、自殺に関する正しい知識の普及を図ることです。（自殺に関する誤った常識については、領域 C : 中期の 77 ページ「自殺予防」で示したクイズを参照してください。）

具体的には、広報誌への掲載、ホームページの活用、講演会や相談会の実施などがありますが、拡充した連絡会議の機能をフルに使って、それぞれの部局が担当している施策のなかに織り込んでいくことが重要です。特に、講演会や健康相談会は単独で行ってもなかなか来て貰えません。市民向けのイベントと合わせて開催するなど、部局間で連携することでより大きな効果を発揮することができます。

なお、市民に正しい知識を普及するには、まず自治体職員が正しい知識を身に着ける必要があります。職員向けの研修は必須です。

④ 身近な人の気づきと見守りの促進

効果的な対策は、市民の自発的行動がなければなかなか実現できません。普段から身近な人の気づきと見守りが行われ、必要な時に専門的支援の要請が行われるようなコミュニティづくりが理想です。

地域で住民と専門機関とをつなぐ役割を担ってくれるのは、民生委員や自治会長その他の役職者など地域においてまとめ役になる人たち（ゲートキーパー）です。しかし、仮設住宅では住民の自治組織がなかったり機動力が不足していたりします。自分達のことだけでも大変なので、とても他人のことまで手が回らないのが実情でしょう。

そのような場合には、無理にゲートキーパーを探すのではなく、健康相談会に参加してくれた人に、自分だけでなく家族や隣近所に気になる人がいないか話して貰うなど、住民と直接接する機会を捉えて、同様の結果が得られるようにするとよいでしょう。支援員やNPOなど、日常的に仮設住宅に出入りしている人や組織と連携して、見守りのネットワークを作ることも一つの方法です。

⑤ ハイリスクな人々への支援

上に述べたようなシステムができることによって、リスクの高い人への支援もより適確、効率的に行うことができるようになります。精神疾患のある人、自殺願望のある人、事故傾性のある人などリスクの高い人への支援は、専門家集団を擁する保健福祉部局が中核になって取り組むべきですが、全庁体制が作られれば、そうした難易度の高い業務に集中できます。また、新しく作られた体制を生かして従来より一歩進んだ対応ができるようになります。たとえば、労働部局と連携することで、失業にともなう精神疾患を負ってしまった人を就職の相談窓口で訴えた悩みから発見し、支援につなげるなどの実践例が報告されています。

(付属文書 XX I 参照)

アルコール依存症・うつ病対策

うつ病、アルコール依存症に対する直接的アプローチについては、領域 C：中期の 76 ページ「アルコール関連問題への支援」を参照してください。初期から中期までは、まずはハイリスクの人への対応が優先しますが、この時期になると、予備軍や予防にも力を注ぐべきですし、また、それが可能となる条件も整えられてきます。

うつ病、アルコール依存症、どちらも自殺に結び付きやすい傾向があり、それぞれの疾病に即した対応が必要であるとともに自殺対策と一体に行うことでより効果的に行うことができると考えられます。特に、リスクの高い人への支援と地域住民全体を視野に入れたシステムの対応を組み合わせる自殺対策の考え方は、精神保健福祉活動全般に適用可能です。

システムの対応を行う前提としてリスクの高い人へアウトリーチ支援は必須です。うつ病やアルコール依存症には、病気であることを自覚しない人、分かっているが自宅に引きこもって医療機関を受診しない人が多いからです。こうした認識から、被災直後には外部からの多くの支援が得られたこともあり、しっかりとアウトリーチ活動が行われます。しかし、この時期になると、外部支援は大幅に減り、一方、行政機関、医療機関の復旧は進むものの、完全に機能を回復することは難しく、アウトリーチ活動を継続することすらままならない状況になりかねません。

そうしたときには、まず、こころのケアセンターに支援を要請してみましよう。こころのケアセンターは大規模災害が起こった時に臨時的、時限的に設置され、県内各所に支所も設けられます。そこには、精神科医ほか精神保健福祉に関する専門家が配属されているので、大変頼りになります。

もう一つの方法は、同一医療圏の精神科病院、診療所の協力を得ることです。精神科病院は、とかく閉鎖的であると批判を受けることが多いのですが、東日本大震災の際には、避難所のバックヤードとして、緊急に治療の必要な被災者を受け入れたり、こころのケアチームにスタッフを派遣したりして、大変大きな役割を果たしました。中には、精神病以外の患者にも応急対応をして被災者を守った病院もありました。また、こころのケアセンターの呼びかけに応じて、精神障害者に対するアウトリーチ支援を行った病院、団体もあります。こうした実績を今後にも生かしていく方途を考えたいものです。

認知症予防対策

災害により高齢者の多くが、仮設住宅や災害公営住宅などへの転居を余儀なくされます。高齢者の中でも、とくに認知症高齢者は平時でも新しい生活環境への適応が困難です。まして自然災害後の騒然状態においては、当事者の内的混乱はいや増します。転居により、同居家族の構成が変化し、高齢夫婦だけが仮設住宅に残される事は珍しくありません。周囲に馴染みの人もおらず、これまでやってきた農作業や家事など生活習慣が崩れ、生活全体のリズムが損なわれます。また生活が不安活発となって他人と交流したり運動・外出したりする機会が大幅に減少しがちです。そこから被災前の豊かで季節感に満ちた食生活から単調で偏ったものへと変化することも予想されます。このような暮らしの中で、希望をなくしてしまってもある意味で当然です。それだけにうつ病・うつ状態を生じやすく、そこから認知症へと進行してゆくケースもあります。このように、認知症の予防では、生活習慣、家族、社会交流、運動、食事への配慮が大切と思われれます。

我が国の認知症患者の過半数は80歳台以上です。特に女性の割合が高く75～80%が女性です。このような認知症の多くは、単純にアルツハイマー病とか、脳血管性認知症といわれる純粋病型ではなく、複数の病理が併存しています。つまりそれまでの生活習慣病や様々なライフスタイルの総決算として認知症症状が出てくることが多いと思われれます。それだけに、こうした方々の認知症はある程度、予防することが可能であると考えられるようになりました。たとえば、アメリカの国立衛生研究所からは、8ヶ条の認知症予防法が国民に示されています。この中に示されている、社会交流と知的な活動、運動の習慣、それに果実と野菜の多い食生活については、まさに被災高齢者の認知症予防にもぴったりに思われれます。従来、自然災害の後の被災高齢者を対象とした認知症予防の試みは知られていませんでした。けれども将来的に、ここに示したような方向性を持った取り組みを地域で着実に浸透させ、継続していくことが強く望まれます。このような取り組みは、単に認知症予防のみならず生活全般の活性化に役立つはずで、むしろ生活が活性化する結果として、認知症予防に繋がるのではないかと考えられるのです。

一方で、こうした方々における認知症予防においても、心理面への配慮と注目は不可欠です。心身両面に望ましいライフスタイルといっても、人生に希望も生き甲斐のない人にとってそのようなスタイルの実践は極めて難しいのではないのでしょうか。高齢に至り、悲惨な体験をして多くを失った人が、希望や生き甲斐を持つことは極めて困難であるどころか、不可能だと言えるかもしれません。しかし、試みても良いと思われる方法があります。第一に同じ境遇の仲間たちと出会うことです。特に「様々なものを失いつつも生きていく姿勢」を持った高齢被災者がおられたら、その存在と言動だけでも多くの高齢被災者を鼓舞するでしょう。そこまで行かなくても、いわゆるピアサポートが有用と思われれます。ある地域内の高齢被災者が定期的に一堂に会して、自らの体験や思いを語り合うことで、その他の支援では得がたい癒しの力を生まれるかもしれません。同じ苦しみをもつ友がいると思えたら孤独感が軽減するとともに安心が芽生えます。それが重なることで、友と共に未来を生きようという意欲が育まれるかもしれません。もしこのような効果があれば、ひとえに認知症予防にとどまらず、生老病死への適応に必要と思われる心理的要因、例えば仲間とのつながり、楽観主義、ストレス軽減手法などにも重なってゆくでしょう。

災害公営住宅への入居支援

恒久住宅に入居して、ようやく本格的な生活再建が始まります。災害公営住宅（復興公営住宅）は、被災から2年程度で建設されることになっており、一部では入居も始まりますが、必要な戸数を確保するには時間がかかるため、より時間がかかるのが実情です。自力で住宅を再建する人でも、もとの土地が危険区域となり集団移転等が行われることもあり、その場合には宅地造成ができるまで待たなければなりません。結果として被災後3～5年に行われる仮設住宅からの転居と重なることとなります。

しかし、被災者の中には、この生活再建の道筋にうまく乗れない人がいます。自力で住宅を再建することができるのは一定の経済力のある人です。そこまでの経済力がなかったり、すでに高齢なため戸建住宅を望まない人は災害公営住宅に入居することになります。その際に、入居後の生活設計を立てられないために、判断を先送りしがちになる人、手続きが煩雑で、申し込みが遅れて機会を逃しやすい人、やっと申し込んでもなかなか抽選に当たらず、そのうちに疲れてしまう人などがしばしば見受けられます。隣人が次々と転居を始めると、自分だけが取り残されるという焦燥感に苛まれ、落ち込んでしまうことがままあります。

被災者にとって、自分が遭遇しなければならないであろう状況をすでに体験しているだけに辛い面もあります。災害公営住宅に入居しても、入居者相互のつながりがなく、周辺情報も入りにくいなど、仮設住宅に入居した直後と同じ状態になると予想されます。しかも、社会的支援は仮設住宅よりもはるかに薄く、家賃などの経済的負担も増えます。一方、自分は歳を取るばかりです。将来を悲観して、現状変更を一切望まなくなる人も出てきます。

しかし、仮設住宅はいずれ撤去されます。災害公営住宅への入居が進むと仮設住宅の住民総数は減り、残るのは、老人世帯、障害者、母子家庭など、弱い立場にある人が多いので、社会的支援が必要な人の割合が高くなります。おのずと自治活動にも制約がでてきます。できることは限られていますが、だからこそ早め早めに対策を講じることが、事態の深刻化を避ける最良の方法となります。

まず、支援が必要な人は、基本的に情報を的確に取得することが不得意な人達ですから、情報を整理して分かりやすく伝達することに注力すべきです。また、「総合相談窓口」などで各種申請を手伝うとか、ボランティアを募って荷造り作業や引っ越しを手伝うなど、災害公営住宅に入居する際の物理的負担を軽減すれば、心理的負担の軽減にもなります。経済的状況を直接変えることは難しいですが、利用できる制度がまだ残っていないか（比較的多いのは未請求の年金。介護サービスの利用も出費抑制になる場合があります。）親身に相談に乗ってあげることが重要です。

（付属文書 XIX-⑤,⑥,⑦参照）

コラム

災害公営住宅におけるコミュニティ形成

仮設住宅等において高齢者、障害者、児童等、支援が必要な人々が安心して生活できるよう、介護等のサポート拠点の整備や生活支援員などが配置され、見守り等が行われています。しかし、災害公営住宅への入居により、仮設住宅で形成された地域コミュニティが崩れ、入居者の孤立化が進むことが想定されたので、岩手県は平成 25 年 3 月「災害公営住宅等における見守り事業実施の手引き」を作成、県の事業実施の指針とするとともに、市町村に配布しました。

そこには、災害公営住宅において、地域コミュニティの確立支援や相談・見守り活動を行っていくための基本的考え方、住宅のハード面への配慮事項、相談・見守り活動の実施方法などがコンパクトにまとめられています。

見守りに関しては、以下のような実施例を説明し、地域で必要なものを選択・組み合わせることを推奨しています。

- ① 災害公営住宅に設置されている集会所の相談室等を利用し、ライフサポートアドバイザー等が相談受付等を行う
- ② 集会所の相談室を拠点とし、ライフサポートアドバイザー等が各戸を訪問見守りする
- ③ 災害公営住宅の敷地内外にサポートセンターを設置し、ライフサポートアドバイザー等を配置し、相談受付・訪問見守り介護予防事業等を行う
- ④ 災害公営住宅の敷地内外に共生型福祉施設を設置し、高齢者、障害者、児童等の見守り、ケアを行う

3. 支援に関わる人と組織

災害対策本部の名称変更

災害対策本部は、災害対策基本法に基づき設置されるものですが、復興計画が策定され、応急対応の時期を過ぎると、たとえば1周年などの時期を捉えて復興本部などに名称を変更し、本格的復興を目指す姿勢を前面に押し出す自治体が多いようです。法律上の位置づけは変わりません。自治体の判断で、恒久的な組織とすることも、もちろん可能です。

こころのケアセンター

大規模災害に対応するには、平時以上に医療、保健、福祉の連携が求められる一方、それぞれの分野で災害時特有の対応を行うために時限的な組織が設けられることがあります。こころのケアセンターもその一つで、都道府県を単位に設置され、支所を設けて被災地全体をカバーした活動を行います。

こころのケアセンターの機能としては、①訪問支援、来所相談、電話相談を通じた被災者の心のケア、②精神障害者に対するアウトリーチ支援、③被災地で心のケアに携わる人材の育成、④支援者支援などを行います。その実施方法としては、自ら実施する、市町村（保健センター）と同行訪問を行う、人材を派遣する、医療機関と連携する（精神障害者に対するアウトリーチ支援）など、実状に合わせた様々な方法があります。

つまり、市町村の側からみると、こころのケアセンターは技術支援や人材支援をしてくれる後方支援機関であり、長期の被災者支援体制を構築するに当たっては、こころのケアセンターとうまく連携することがポイントの一つとなります。

仮設住宅における介護等のサポート拠点

高齢者や障害者などの社会的弱者を見守り、生活を支えてきた地域社会が弱体化する中で、国の政策として、自治体、住民組織、NPO 法人、社会福祉法人、福祉サービス事業者など、公と民が協働して日常的な支え合い活動をするネットワークを構築する試みが行われています。仮住まい期の被災地は、まさにこうした状況に直面していますので、大きな仮設住宅団地に、やはり仮設の介護等のサポート拠点が設けられます。

サポート拠点では、地域の実情や実施主体の理念に応じて、介護サービス、生活支援サービス、地域交流サロンや子供の一時預かり、外出支援、復興公営住宅への移住支援など、極めて多様な活動が行われており、介護保険などの一般制度に基づくサービスだけでなく、住民のニーズに合わせたサービスが提供されるのが特徴です。

また、仮設住宅団地内に立地してはいますが、活動範囲は、周辺地域の在宅、借上仮設、小規模な集合仮設住宅で暮らしている人で、社会的援護を必要としている人にも広げることができる仕組みとなっていますので、地域の絆を取り戻すためにも是非活用したいものです。

支援者団体間の連携

大規模な災害が起こると、数多くの個人や支援者団体が全国から駆け付け、実に様々な分野の支援活動を行います。今では、これらの外部支援者なしには被災者支援は成り立たなくなっていると言っても過言ではありません。そのうち、専門家チームや個人のボランティアの活動は初期から中期がピークとなりますが、NPOなどの支援者団体の中には、長期に入っても現地に残って活動を続ける団体も多数あります。また、被災者や被災地の住民など、当事者による団体が設立されるのもこの頃です。

しかし、課題も少なくありません。支援者団体間での情報共有ができないと、支援が重なったり逆に空白ができたりしてしまいます。そもそも、他の団体が何をしているか知らない場合もあります。また、各団体は、それぞれの理念や得意分野を持っているので、他の団体と同一行動を取ることが難しい面があります。社協などの非営利団体も現地における支援団体であるにもかかわらず、うまく連携ができない事例もまま見られます。また、当事者団体の多くは新しく設立された団体で、組織の基盤が弱く、事業の継続が困難になる場合が見受けられます。

とはいえ、すべての団体、個人は、被災者を支援し、被災地を復興させたいという思いは共通しているので、連携できないことはありません。仕方は、その地域や状況に合わせてまちまちになりますが、どのような形態であっても、情報を共有し、具体的な目標設定して、それぞれの役割を明確にすることは欠かせません。そのような場合には、行政が各団体を招き、お互いが連携するきっかけを作るってはどうでしょうか。仮住まいとはいえ、各人が自分の生活リズムで生活するようになった段階での支援は、特定の支援機関（行政）が一元的に行うというよりは、様々な主体がそれぞれの得意分野で活動しつつ、全体としては一つのネットワークを作り上げるほうが、はるかに広範な支援ができ、しかも、コストもかからないといえます。

また、当事者団体は、将来のコミュニティ再生のコアとなることが期待される貴重な存在です。このため自治体からの財政支援等が行われる場合もありますが、より重要なのは、財政基盤の確立も含め、運営に必要なノウハウを提供することです。ところが、もともと行動原理が異なる行政にノウハウ提供を求めることには無理があります。こうした場合にも支援者団体間での助け合いが有効と考えられます。

領域 X : 精神科病院

構成

1. 精神科病院の活動概要
2. プラン作り
3. 発災のとき
4. 病院避難
5. 急性期以降の課題

1. 精神科病院の活動概要

被災した精神科病院は、何をすべきでしょうか。まず自らの病院の患者・職員・施設を守ることです。次に救急を含めた入院外来診療機能を維持することで精神科医療の機能維持に努め、その上で外部からの支援も考慮しつつ避難者への地域支援を行うことです。

もともと精神科病院には一般病院と異なる特性が幾つかあります。例えば入院患者にとっては病院自体が生活の場です。また発災に際して、患者の理解・協力が不十分なため、その避難活動に難渋することもあります。あるいは薬を失えば、精神症状が急速に悪化しやすいことも特徴でしょう。また精神科の薬物は、他の一般薬に比べて、外部から届けられる量が少ないものです。こうした半面、広い敷地を有する病院も多く、被災した地域住民の避難所の機能を担うこともあり得ます。

このような特徴を踏まえて、以下では精神科病院がなすべき平時の備え、発災直後の対応、発災後の対応について精査・検討します。

この領域 X 作成方法は他の領域とは異なるものになっています。つまり精神科病院の特性に注目して災害対応策の講じ方を論じた数少ない貴重な文献や資料をまず集めました。一方で他の領域と同様に、ワークショップで得られた被災体験者のご意見や提案を聴取しました。こうして得られた資料から、災害対応のプラン作り、発災のときの初動、病院が避難すること、急性期以後の対応という点に注目してまとめたものを以下に示します。こうした作成過程により、他の領域に比べて参考文献や資料からの直接的な引用が多くなっています。

出典 徳野慎一 災害医療の基礎 精神医学 2011, 53:1041-1047

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 2011, 53:1049-1057

白濱龍興 実際の避難例 病院の場合 精神医学 2011 53:1077-1082

朝田隆 震災避難 精神医学 2011 53:1089-1092

龍野浩寿 看護からみた災害時マニュアル作成 日精協誌 2014 33(12)47-53

佐久間篤ほか. 大規模災害における精神科病院の被災と対策 日精協誌 2014 33(12):11-15

2. プラン作り

「精神科病院における災害対策プラン作りではどのような点に留意すべきでしょうか？」

近年では多くの精神科病院が自施設の特徴を踏まえて、自然災害に際しての実践的な対応法を計画されています。そうした施設ばかりでなく、新たにこうした計画を策定したいとお考えの施設も少なくないでしょう。ここではそのような計画策定の基本を説明します。ここに述べることは精神科病院に限らず病院一般にも当てはまることでしょう。

まず災害によって医療機関はどのような被害を受けるのか？から考えてみましょう。最初期から1ヶ月位までについて主だったものを以下に列挙します。

災害の医療機関への影響

A, 人的被害(患者・医療従事者)

直接被害：

災害による直接被害

間接被害：

医療、設備などの損害による2次的被害

病院関係者が出勤不能

死亡・負傷・家族などの負傷・交通の遮断など

病院の損壊

建屋の崩壊

インフラの破壊

電気・上下水道・ガス・通信

急激な外来患者の来院

収容ベッドの不足

医療機材・医薬品の枯渇

医療従事者の業務過剰と精神的問題

出典 徳野慎一 災害医療の基礎 精神医学 2011, 53

留意点

プラン作りでは、このような事態を想定として個々に対策を講じていきます。そこでは下に述べる点についての留意が求められます。

まず災害を想定した対応準備がどこまでできているのか？具体的には

1. 災害対策の非常時用の組織（災害対策委員会など）はできているか？

ここがスタートになります。院内の各部署の代表者により災害対策委員会を作り、定期的な会合を持つことが望まれます。この委員会はマニュアルの策定・改訂、さらには研修や訓練の準備やそれらの運営に関与します。

その上で基本となるのが

2. 災害時の運営体制は策定されているか？

そのポイントは4つです。

- ・患者・職員の避難方法は時間帯ごとに定まっているか
- ・災害時の指揮命令系統が確立されているか
- ・災害時の連絡網・情報伝達網はできているか
- ・災害対策マニュアルが策定されているか

3. 訓練の体制は？

よく計画してマニュアルを作成しても予行演習など訓練がないと実戦には役立たないで

しょう。そこで以下の3点に留意してください。

- ・定期的な訓練や教育・研修が行われているか
- ・マニュアル類は定期的に見直されているか
- ・一定規模の病院には消防法で義務付けられている「自衛消防組織」の職員による編成がなされているか

指揮系統の確立

まずは、災害対策本部を立ち上げましょう。医療機関の責任者がトップに立つのは当然ですが、副本部長や部門別責任者、そして実務的にこれを運営する人々を任命しましょう。実務としては①情報記録、②外部連絡・マスコミ対応、③ボランティア・支援対応、④安全確認、⑤備蓄・支援物資管理、⑥救護などが基本的です。

さて災害時には病院内の指揮命令系統が始動することで、災害モードに入ります。これは、平時とは異なった病院全体の対応方針を徹底し、人員や資材の配分を行うために必須です。それだけに院内の災害対策委員会の管理下で平時の部署機能を超えた別の指揮系統を作っておく必要があります。施設ごとに特性があるので一概には言えませんが、本紙の別章に掲載してある災害対策本部や避難所の運営に関する組織図などを参考にされると役立つかもしれません。災害対策委員会はできる限り頻回に、急性期なら1日に何度も委員会を開催して各部署からの案件を決定していきます。

指揮命令系統に関する最大の問題は、担当する実務の責任者が、トップや上司の承諾なしに短時間のうちに決定を下さなければならない場面が生じることです。例えば待機している場所で建物に亀裂が生じはじめた、院外に避難すべきだろうが、その過程で余震が来る可能性が高い。「さてどうするか」の決定は、部署の長が単独に直ちに決定をせざるを得ません。こうすべきというベストの対処法はないと思いますが、防災訓練などを通して予めそのようなことを想定して、自分ならどうすると話し合ったり考えたりすれば、いざという時に役立ちます。

次に情報は災害対応のカギであり、生き延びるため、正しい判断のために不可欠です。まず外部に救援を求める必要があります。誰にどのようにして求めるか？がポイントです。そのためにもいかに情報伝達網を構築し、またそれを使っていかに情報を収集するかを決めておきましょう。その出来次第で災害対応の成否の大方が決まると言っても過言ではありません。大型災害では、民間の通信会社が施設した通信網は寸断されがちですから、日常使用している通信手段は使用できないと考えるべきでしょう。また救援、その他の連絡先は次のようなところになるでしょう。

外部支援：県や市町村役場との連絡窓口の設置・運営が求められます。支援受け入れを行う窓口が必要で、支援者のマネジメントも必要になります。一方で、ホームページ等に載せたりインターネット上に投稿したりして外部支援を広く集める必要もあります。

マスコミ：NHKなどの報道機関に現在の窮状を伝えることも有益です。

行政との連携：これは上記の外部支援の要請、それに関わる連絡において不可欠になります。また院外への避難患者の移送準備においても必須です。さらに精神保健福祉法にのっとり患者情報を保健所に連絡し

ます。なお救助が必要なら消防署へ連絡しましょう。

事前の点検と備え

要となる災害対策マニュアルの最も基本となるのは事前の点検と備えです。

物資面

- 水の備蓄：最低3日分、また発災後に新たに確保する手段も検討しておく
- 食料の備蓄：患者用のみならず職員分も考慮に入れる
- 燃料・明かりの用意：燃料も3日分、電池・ろうソク・マッチ・カセットガスコンロ
- 薬剤の備蓄：分包機が使えなくなった時に備えて、処方箋発行法も考える
- 情報入手手段：携帯ラジオ、スマートフォンなど
- 通信手段の確保：衛星電話等の導入、公衆電話、携帯メールなど
- 診療録および患者情報の保管

いずれについても保管する場所の選定がポイントになります。そして何がどこにあると記された記録が何処にあるかを周知する必要があります。緊急時にすぐ使用できなければ意味がありませんから印刷しておいて、職場の誰でもすぐ分かる場所に置いておきます。さらに非常用持ち出し袋の中にもそのコピーを入れておくとよいでしょう。

ハード・ソフト面

- 病院の建物の構造的に弱いところを把握しておく
- 薬品・食料・燃料などの仕入先と事前に協議し有事に備えた協定を締結しておく
- 外部支援者に依頼すること：外部者にも代替可能な業務は何かを予め検討しておく

自然災害を見据えたわが施設の弱点発見と対応

病院施設の弱点、すなわち脆弱性には構造的弱点と非構造的弱点があります。構造的弱点とは、いわゆる「箱物」に関わる脆弱性を指します。非構造的弱点とは、ライフラインも含めた備品や什器などを指します。

1) 構造的弱点

医療機関自体や隣接する道路に地盤沈下あるいは液状化などの危険性はないかチェックする必要があります。同様に津波・地滑り・洪水などの危険度をチェックすることも必要です。そして建物自体については、耐震なのか制震なのか、免震なのかを知ることで器材の転倒や破壊の危険性について予知しておく必要があります。また、自施設の環境や地理的要因に関連して、どのような災害が起こりやすいかを予め調べておく必要もあります。都道府県別に地域の防災危険度マップなどが自治体によって作成されているところもあり、これは次のサイトから検索できます。また自施設の地理的な要因を具体的に知りたい場合には、

専門の調査会社に依頼もできます。

- ・国土交通省「ハザードマップポータルサイト」(<http://disapotal.gsi.go.jp/>)
- ・J-SHIS「地震ハザードステーション」(<http://www.j-shis.bosai.go.jp/>)
- ・NIED独立行政法人 防災科学技術研究所「防災地震 Web」(<http://www.seis.bosai.go.jp/>)
- ・内閣府「防災情報のページ」(<http://www.bousai.go.jp/>)

まず予め発災直後にまず患者さんや職員が集まる場所、安全スペースを確保しましょう。これには院内の多目的スペースや広い廊下を利用するとよいでしょう。一方で地下室は、停電で真っ暗になり、冠水や水の流入などで大変危険な場所になることを認識してください。

2) 非構造的弱点

パーティションや看板などの建材が発災に際して、人を傷つけたり避難経路の妨げになったりすることもあります。以下に述べる災害対策マニュアルを作成にあたっては事前にそうした建材のチェックをして避難路の想定や補強対策等を行いましょ。家具や検査器材、患者モニターなどは、いずれも固定を頑丈にしておきます。スタッフには日頃からストレッチやキャスターなどにはロックをかけることを徹底してもらいます。また棚やロッカーなどの固定方法はベルト方式、ネット方式、あるいは突っ張り棒などを色々あります。ホームセンターなどで購入でき、簡単に取り付けられる用具がありお勧めです。またガラスの飛散防止対策として、窓ガラスのみならず照明器具やガラスケースには飛散防止フィルムを貼ることも求められます。

ライフラインのうち電気については、懐中電灯と予備の電池は絶対に備えてください。そして、どこに置いてあるかを周知徹底します。次にできれば簡単な自家発電機とその燃料は揃えたいものです。都市ガスも地震の被害を受けやすいので、プロパンガスやカセットコンロ・七輪などの備えも望まれます。逆に消火器の使用方法については予め練習し、どこに設置してあるかを周知しなければなりません。

一般的に災害発生日では通常の固定電話や携帯電話は、ほぼつながりません。NTTや携帯電話会社による災害時優先電話もありますが、すべての医療機関に提供されるとは限りません。なお災害時優先電話は発信時のみ優先扱いであり、着信については一般電話と同じです。ところで携帯電話はつながらなくても携帯電話を用いたインターネット接続は比較的つながりやすいという事実があります。また携帯電話会社の中には災害時の伝言板サービスも提供しているところもあります。なお衛星携帯電話は、使える確率が最も高いとされますが、現状ではコストが高く気軽に使えません。しかし、いざ発災の時に孤立してしまう可能性が高いと判断されたなら、その利用を考慮しましょう。

ソーシャル・ネットワーキング・サービス（英 **social networking service**、**SNS**）とは、インターネット上の交流を通して社会的ネットワークを構築するサービスです。具体的にはツイッターやフェイスブックなどの SNS が東日本大震災に際して大いに重宝されました。またスカイプやラインなどインターネット回線を使った電話も比較的有効でした。こうしたものを使うと不特定多数の人々に情報の一斉発信ができるので、被災地の現状を外部に伝えて救助・支援を求めることになります。

医療機関ごとに、災害下の状況は違います。それだけに自らの弱点を踏まえて、対応マニュアルを作成し、訓練を行うことが望まれます。しかし、何もないところから作成することはとても難しいことも事実

です。インターネットで検索すると、多くの病院がこの種のマニュアルを公表しています。最近では、日本精神科病院協会がマニュアルを作製する為のガイドブック (www.nisseikyo.or.jp/news/topic/4051.html) も出版しています。

3. 発災のとき

次に、いざ発災に際しての実務です。既述のように病院内の指揮命令系統の始動により災害モードに入ります。まずは必要なのは被害状況の把握です。

避難活動

- ・患者、職員そして職員家族の安全確認
- ・病院および周囲の被害状況の把握

これらに基づいて、医療継続の可否を判断し、避難すべきか否かを決めることになります。

この際の優先順位としては、患者さん、自身を含めたスタッフ、病院施設の順に安全を確保していくのが一般的です。そして、患者の医療記録の搬出、病院記録書類の搬出、さらに医療器材や器具の搬出と続きます。

院内にとどまっていたは安全でないと判断した場合は、一時的に屋外あるいは避難スペースへの避難も考慮します。停電は当然ですから、とくに夜間などの勤務時間帯によってはスタッフ数が制約されることも想定して、誰がどのように入院患者を安全な場所に導くかを具体的に立案しておきましょう。特に日頃から担送、護送、独歩というレベルで患者さんをチェックする習慣をつけましょう。

避難はスタッフが率先して行います。まず患者さんを1ヶ所に集めて、そこに待機させます。こうしておくことで全患者の安否が確認できて保護しやすくなります。また刻々と変化する事態に一丸となって対応できます。何より患者さんはもとよりスタッフが安心できます。発災がわかったら、病棟に居合わせた医師あるいは看護スタッフが、病棟全体に放送で呼びかけましょう。手短かに繰り返して伝えるべき内容は「緊急事態が発生したので、利用者の安全を守る為に、何処そこに集まれ」です。なお集まる場所は、あらかじめ決めておき、周知徹底しておく必要があります。その一方でスタッフは手分けして全ての部屋や、患者さんがいそうな場所を回りましょう。特に移動能力の乏しい患者さんに対しては、複数のスタッフが車椅子などをもって駆けつけることが求められます。



パイプいすでの移送

(出典 朝田隆 震災避難
精神医学 2011 53:1091)

待機場所に集合する時から、患者さんにはスリッパではなくきちんとした靴を履いてもらいましょう。というのは散乱する物品や落下物により足に怪我をする危険性があるからです。その上で、保温など身を護るためにリネン室から毛布やシーツ等持ってきて個々に渡しましょう。おそらくは停電しているのでテレビは映りませんから、トランジスタラジオなどをこの待機場所に置いて、災害関連のニュースを流せば、

皆に安心感とともに適度な緊張も生まれるでしょう。もし余震、火災発生、建物の崩壊といった続発事態が生じたら、次には病院内外への安全な避難も求められます。

情報は災害対応のカギであり、判断の元だと述べました。まず収集すべきは、今起こっているのがどのような災害であり、現在どのような状況にあるのかの情報です。次に院内の被害程度を調べて、これから被害が拡大する可能性を調査します。具体的には、まず院内の人的被害、建物倒壊の危険性の有無、インフラの破壊程度、機材の稼働状況、医薬品や食料などの残量を調べます。さらに、病院外に避難する場合も想定して、病院周辺地域の被害状況も把握しましょう。

これらとは別に、現在病院が把握している患者数や患者属性のリストアップも求められます。対象となる患者は入院患者ばかりでなく外来患者、災害で救援を求めて来た患者、院内で負傷したスタッフなどであり、すべてを把握します。こうした情報収集により病院全体の限界を見極め、病院避難を決定します。

地域の被災者受け入れ

次に地域の被災患者の受け入れ準備が求められます。特に地域・行政・他医療機関から患者さんの受け入れの要請がなされる可能性があります。依頼された患者の概況を把握し、受け入れのためにベッドコントロールをしなければなりません。このことは入院患者のうち比較的軽症な患者さんへの退院指示にもつながります。このような事態が始まったときに、担当者は2つのことを把握してください。まず新たに受け入れられる患者数です。次に職員の被災状況と不足すると予測されるスタッフの数です。両者を勘案した上で現実的に対応していきます。以上については、普段ベッドコントロールに対応している方々の職務と決めておきましょう。こうした緊急入院への対応の内容として以下を留意します。まず社会的入院増加への対応、逆に他の機関も損傷していることから退院先が減少するのでそこへの対応が要ります。さらに外来患者は交通手段の喪失により通院が困難になりますから、ここへの対策が必要になります。

一方で比較的被害の少なかった医療機関には、精神科病院も含めて、多くの傷病者に対して応急処置を行う体制が求められます。また速やかに救護班を編成して被災地に派遣する必要もあります。さらに平時とは全く異なる状況に置かれますから、こうした状況下で地域の傷病者に対する応急医療活動を効果的に行うためには地域住民との連携が不可欠となります。また被害のなかった病院には、多くの地域住民が避難してこられます。まず駐車場が溢れますからその整理対応が要ります。こうした人々の居場所を院内に作る必要が生じ、その方々の食料確保も求められます。なおこうした避難者には、自治組織を作ってもらい自ら運営してもらいましょう。

なお病病連携という観点から県外の病院から多くの被災患者を受け入れる場合もあります。搬送においては事前に患者情報の提供を受けることは不可欠です。それに際しては、受け入れ側が車両を提供したり、運転手としてスタッフを派遣したりすることも大切です。

4. 病院避難

避難すると決意したなら、自分たちの病院だけでは避難はできないので避難支援依頼を発信します。基本的には県レベルの災害対策本部が指揮することになりますが、普通の病院では災害対策本部に直接交信する手段を持ちません。そこで所轄の消防署などを経て災害対策本部に情報を送ることになります。また捜索や救助が必要な場合は消防署へ直接依頼すべきです。いずれにしても院外避難は遂行が困難な大事業ですから、関係する外部組織と密な連携・連絡をとりながら一步一步進める決意が全ての関係者に求められます。

避難支援依頼をしかるべき機関に届けたら、院内では避難終了までに必要な資器材の確保に努めることになります。病院が備蓄を持たない場合には、院外のスタッフに連絡を取り、避難支援依頼時に水、食料、医薬品、医療用消耗品の補給も依頼します。補給の依頼は、できるだけ詳細な数量を伝えたほうが依頼される側は対応しやすいものです。

掌握している院内患者の搬送先について県レベルの災害対策本部などと調整します。県あるいは市町村レベルで確保できない場合は、関連グループ病院、個人的ネットワークも利用して搬送先を確保します。病院の避難では搬送先の確保が最も大変な業務とも言われるだけに人と時間をここに注ぐべきです。

搬送先が決まったら、搬送手段を調整します。ふつうは救急車を利用しますが、場合によっては自衛隊救急車やヘリコプターなども視野に入れます。歩行可能な患者はバスによる搬送も考慮します。車両に乗り切れないなどの問題が発生しないように、調整時には、歩行可能・車いす・担送(器材の有無)などの人数を正確に伝えることは言うまでもありません。

避難開始に先立って、どの患者から搬送するか搬送トリアージが必要になります。数回に分けて避難する場合は、トリアージが特に重要な作業となります。一般的には緊急性が高く重症度の高い人から避難を開始しますが、極限的な状況においては生存の可能性が高い順に避難を開始せざるを得ないこともあります。

本来の医療の継続も忘れてはなりません。発災から搬送開始まではもちろん、搬送中や搬送先での医療の継続のために患者情報の申し送りは前提となります。電子カルテ化された病院では、あらゆる電源を失った場合のデータの取り出し方法が問題となります。非常時に全員分の紹介状を書くことは非現実的です。手書きカルテを患者に持たせるという方法もありますが、災害時には散逸してしまいやすく、後に個々の患者と照合するのは困難です。患者自身のベッドなどに付いているネームプレートを持たせるというのも究極の場では一案です。

搬送終了後の業務として家族への対応を忘れてはなりません。そこでは、現状を説明し搬送先の照会などを行います。もっとも医療情報を患者と一緒にすべて搬送先に渡してしまうと、こうした業務に支障を来す場合があるので要注意です。

以上のように、災害時に緊急に病院全体が避難するということは大変な作業です。こうした内容を確実にこなすためには事前の計画や準備が欠かせません。各病院により、避難する場合の計画策定・訓練実施することが強く望まれます。

(付属文書 XXII 参照)

5. 急性期以降の課題

災害時に特有の業務

患者さんの身体管理問題では、とくに冬場は低体温、肺炎、胃炎などが増えてきます。入院患者対応では床面積に対して相対的にスペースが不足することへの対応が必要となりがちです。身体面で不調をきたすものが多くなるので、こうした事態への対応や患者数を減らすための取り組みが求められます。またとくに最初の数日は、院内で宿泊せざるをえない外来患者がでてきます。また院外薬局閉鎖により混乱がおこるので、薬剤部としての対応も必要になります。なお災害発生後に初診してくる患者の疾患別では認知症が最多、また気分障害、アルコール依存症が目立つとされます。

院内業務では、ゴミ廃棄物の処理対策は不可欠です。引き取ってもらうことなど当分は不可能です。まずゴミと医療廃棄物を区別することが必要です。その上で、どんどんたまっていくゴミ・廃棄物を保管する場所を設定して管理しなくてはなりません。特に夏場など気温が高かったり、雨が多かったり時期には、臭気や害虫の発生に対して特段の配慮が求められます。

コラム

ライフラインでは水、電気、燃料が手に入らない。トイレ対策では、仮設トイレもしくは穴を掘った施設も多い。女性、子供、高齢者のみ水洗トイレを使い、男性は畑に掘った穴で用を足したとされる。燃料などは知人宅やあてを尋ねて足で確保しなくてはならない。

(医療法人希望会 希望ヶ丘病院 新沼勝利氏の発言を再編成)

コラム

基本的生活のうち入浴は難しくなるのが常なので、足浴など代替手段も講じる。意外な盲点だが、統合失調症の入院患者が多い病院ではたばこの不足により患者が不穏になることもある。それへの対応も必要になる。

感染対策

普段にもまして感染予防には特別の配慮が必要です。まず患者さんにも職員にも消毒、うがい、清潔保持の励行が求められます。各部署には、非常用の手袋、サージカルマスク、エプロン、ペーパータオル、ビニール袋、ウェットティッシュ、アルコール製剤などを常備して、定期的に点検しましょう。当面は断水するので水に不自由します。使い捨ての手袋、廃棄物を入れるビニール袋は感染対策上とくに有用です。このことは、血液、その他の体液や排泄物などが付着したりネン類の取り扱いにおいても同様です。なお、様々な器具や材料についてはできる限りディスポの製品を使用するのがお勧めです。

組織全体の健康維持

職員の心身の健康面への対応が必要ですから、まず医療機関内に対策本部を設ける必要があります。そこで、例えば可能な範囲で復興工程表を作成したり、全員集会を開催したり、あるいは毎日お茶会を受診

したりする試みは元気つくり生きてきます。全体集会では復旧の過程や方針を明示すること、お茶会ではなごやかリラックスが得られるように気分転換を図ることが求められます。なるべく早い時期に、理事長等の首脳部が今後の雇用継続を確約してあげることがとても大切とされます。

職員のメンタルヘルス

発災後は可能な限り速やかに平時の体制に戻ることが重要課題です。そのためには入院患者の症状悪化の防止に努めること、疲労が募る職員の士気を維持することがポイントになります。職員は過重労働になりがちですから、可能な限り休養とらせることが望まれます。災害時後の混乱期に長時間の勤務を続けることは、本人のみならず家族にも大きな負担となります。つまり多くの被災者が水や食料の確保、生活再建に努める時期に、一家の中心が不在となることが家族に心理的影響を及ぼすのです。その結果、職員は使命感と家族を守る事の板ばさみ状態で働き続けることとなります。

一方で自宅が損壊したり家族を亡くしたりしたことで、急性期に勤務できない職員は、そのことで大きな心理的影響を受けます。生活再建の困難さとともに、医療者としての役割を果たせなかったこと、同僚の負担を大きくしてしまったことへの負い目があるからです。そこで急性期に長時間勤務したスタッフのみならず、勤務できなかったスタッフへのケアも必要となります。東日本大震災に際して、震災直後にもかかわらず経営陣が今後も雇用を続けると確約してくれたことが、勤務を続ける大きなモチベーションになったという声がよく聞かれました。医療機関として職員を守る姿勢を発災間もなくから鮮明に打ち出すことは職員の士気を維持します。

これまで様々なメンタルヘルスケアの試みが行われてきました。例えば、職員の相談窓口の開設があり、またメンタルヘルスのチェックは必須です。その上で業務の一環として個別面談の実施があります。なお教育研修により、初期のうちに惨事ストレスについて基本的理解をしてもらうことは極めて重要です。

通勤

通勤や自動車燃料の問題も生じます。東日本大震災の時には、通勤用車両が失われたため、大人数で乗り合わせて出勤したり勤務時間を延長したりして通勤回数を減らす工夫がなされたそうです。またガソリン不足や車の入手困難などが重なります。こうしたことを予測して、病院側として通勤のシステムを作ることも求められます。

自治体・外部支援者との連携

被災地では、地域の一般住民に対して保健所や保健センター職員などが外部支援者と一緒になってアウトリーチ活動をされることが少なくありません。そこで新たにこころの問題を発症する例や従来からの患者さんで急性に悪化した例に遭遇されることもあります。こうしたケースについて、関係者との連携および患者受け入れは、非常事態ということを鑑みて入念に行うことが求められます。とくに入院が必要と判断されるケースについては、外部支援の精神科医と特に丁寧に話し合って対応を進めるべきでしょう。というのは非常時の対応如何で、良くも悪くも印象深いものとして長期間に亘って語り続けられるからです。

ところで外部支援の精神科医師は、原則としてせいぜい1週間程度で引き継ぎをします。このように短期間であるがゆえに弱点や不安も生じがちです。連絡が不十分であったり、相互理解にそごをきたしてい

たりするケースについて、地元の精神科医がバックアップしてあげると関係者は大いに助かります。

一般には数ヶ月もすると、外部支援の精神科医は派遣されなくなります。その時までには、外部支援者や保健所・保健センターの職員によって見いだされケアされてきた方々の治療を引き継ぐ時になります。丁寧に申し送りを受け、着実に理解することによって、当該患者さんとの治療関係の第一歩を着実に踏み出しましょう。

(付属文書 XII参照)

コラム

退薬による症状悪化に関しては、主に統合失調症の入院患者においては、3、4日経ってから症状が悪化し始める。また1週から2週目にかけて、てんかん患者の発作数増加が注目される。

なお発災直後には統合の患者さんは、穏やかになる傾向が強いと言われる。本能的に命を守る事に専念するのか失調症、精神病症状は目立たなくなる。これに対して境界性人格障害などの患者さんは、不安や、恐怖のためか不穏で声高になりやすいとも言われる。

(新海敏恭 日精協誌 (2014) より再構成)

索引

領域 A p.1～p.31

- 1. 最初期の状況と特徴-----1
- 2. 最初期の対応に求められること-----2
- 3. 支援に関わる人と組織-----25

領域 B p.32～p.59

- 1. 初期の状況と特徴-----32
- 2. 初期の対応に求められること-----34
- 3. 支援に関わる人と組織-----54

領域 C p.60～p.92

- 1. 中期の状況と特徴-----60
- 2. 中期の対応に求められること-----62
- 3. 支援に関わる人と組織-----87

領域 D p.93～p.114

- 1. 長期の状況と特徴-----93
- 2. 長期の対応に求められること-----95
- 3. 支援に関わる人と組織-----113

領域 X p.115～p.125

- 1. 精神科病院の活動概要-----115
- 2. プラン作り-----116
- 3. 発災のとき-----120
- 4. 病院避難-----122
- 5. 急性期以降の課題-----123

あ

アウトリーチ	60, 72, 73, 75, 85, 89, 93, 94, 101, 106, 109, 113, 124
アスペルガー症候群	7
アルコール依存症	66, 77, 97, 101, 109, 117, 118, 120, 121, 123
アルコール関連疾患	93
アルコール関連問題	60, 63, 65, 66, 76, 77, 89, 97

い

移送	11, 18, 49, 54, 92, 117
遺族への対応	28, 29
遺体関連業務	28, 29
医薬品	46, 47, 48, 58, 116, 121, 122
医療・福祉	2, 15, 22, 24, 32, 45, 69, 70, 71, 72
医療救護所	15, 58

う

うつ病	2, 5, 4, 5, 35, 65, 66, 73, 75, 77, 93, 97, 101, 109, 110
運営組織	21, 22, 23, 25

え

ASD（急性ストレス障害）	3, 4, 10, 35, 37, 47, 60, 63, 64
ADHD（注意欠陥・多動性障害）	7
エコノミー症候群	52
NPO	103, 108
エンパワメント	94, 101, 103

お

お薬手帳	15, 16, 46, 57, 58
------	--------------------

か

外部支援	15, 22, 24, 32, 38, 41, 45, 46, 47, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 74, 75, 76, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 109, 114, 117, 118, 124, 125
解離性症状	4
カウンセリング	75
仮設住宅	37, 60, 65, 66, 69, 75, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 110, 111, 113
借り上げ仮設住宅	69, 93, 96, 99
管理者	21, 25, 26, 30, 50, 83, 88

き

記念日自殺	66, 94, 98
救護・要支援者班	10, 15, 16, 22, 40, 41, 45
急性ストレス障害（ASD）	3, 4, 10, 35, 37, 63, 64
行政職員	3, 4, 1, 26, 27, 37, 50, 58

く

薬の確保	4, 11, 12, 15, 25, 45
グリーンケア	41, 57, 71, 72, 97, 102

け

傾聴	42, 46, 72, 101, 102, 105
ゲートキーパー	104, 107, 108
研修	85, 86, 88, 89, 91, 92, 102, 108, 116, 117, 124

こ

向精神薬	4, 16
行動・心理症状（BPSD）	6
コーディネーター	45, 54, 92
こころのケア	1, 2, 3, 5, 1, 10, 14, 15, 55, 58, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 86, 88, 89, 90, 93, 101, 107, 109, 113

こころのケアセンター 93, 107, 109, 113
 コミュニティ 4, 1, 45, 65, 66, 77, 79, 82, 83, 91, 93, 94,
 96, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 108, 114

 さ

災害拠点病院 45
 災害公営住宅 94, 100, 111, 113
 災害弱者 69, 80
 災害対策本部 9, 16, 21, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 45,
 49, 53, 54, 55, 79, 80, 83, 87, 88, 113, 117, 122
 災害派遣医療チーム (DMAT) 1, 15, 24
 災害派遣精神医療チーム (DPAT) 15, 24, 32, 45, 55
 災害派遣福祉チーム 92
 サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) 10, 41
 サポート拠点 104, 113
 惨事ストレス 4, 35, 72, 85, 124

 し

支援員 87, 91, 103, 104, 108
 支援者 1, 2, 3, 5, 1, 10, 12, 22, 26, 28, 32, 37, 38, 41,
 42, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 69, 70, 72, 73, 74,
 75, 76, 78, 80, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 101, 103,
 104, 105, 113, 114, 117, 118, 124, 125
 支援者への支援 58, 72, 85
 支援物資 14, 21, 22, 24, 25, 52, 53, 54, 91, 117
 自殺企図 66
 自主避難所 21
 自傷他害の恐れ 15, 18, 45, 49
 自治組織 75, 80, 84, 99, 105, 108, 121
 指定避難所 9, 20, 21, 22
 自閉症 7
 社会福祉協議会 80, 90, 92
 集合仮設住宅 69, 99, 113
 住民班 40
 巡回 35, 40, 41, 46, 47, 49, 54, 56, 59, 72, 73, 80, 89
 処方箋 16, 47, 48, 57, 118
 神経症 4, 5, 65

身体的な健康 79
 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 4, 37, 64
 心理教育、啓発活動 89
 心理支援 2, 10, 14, 25, 41, 42, 56, 71

 す

スクリーニング 72, 73, 75, 76, 89, 92
 ストレス反応 3, 4, 8, 11, 13, 14, 28, 32, 35, 37, 47, 64,
 104

 せ

生活再建 35, 69, 74, 83, 88, 89, 93, 94, 99, 100, 106,
 111, 124
 生活支援 2, 20, 25, 52, 71, 74, 79, 80, 86, 87, 90, 91,
 92, 101, 103, 104, 113
 生活の不活発化 96, 98, 101, 102
 脆弱性 107, 118
 精神科医 2, 4, 1, 11, 35, 45, 46, 47, 49, 54, 57, 58, 71,
 72, 75, 86, 90, 97, 101, 104, 109, 115, 124, 125
 精神科病院 1, 2, 11, 15, 18, 49, 115, 116, 120, 121
 精神疾患 3, 1, 4, 12, 15, 17, 32, 36, 45, 46, 47, 49, 77,
 94, 98, 106, 109
 精神障害 43, 66, 69, 107, 109, 113
 精神的な健康 79
 せん妄 6

 そ

喪失 1, 13, 32, 35, 36, 41, 66, 72, 96, 101, 102, 104,
 106, 121
 相談窓口 40, 71, 73, 89, 92, 94, 102, 105, 109, 111, 124
 総務班 22, 24, 45, 53
 ソーシャルワーカー 4, 5, 61, 72, 74, 75, 79, 80, 83, 87,
 89, 102, 104

 た

多職種チーム 86, 90

-
- て
- DPAT（災害派遣精神医療チーム） 15, 16, 24, 32, 41, 45, 46, 54, 55
- DMAT（災害派遣医療チーム） 1, 15, 24, 27
- てんかん 4, 5, 15, 57
-
- と
- 統合失調症 4, 5, 15, 35, 57, 65, 98
- トラウマ 10, 12, 13, 35, 63, 75, 96, 101, 104, 107
- トリアージ 122
-
- に
- ニーズ 1, 13, 29, 32, 40, 42, 45, 46, 49, 53, 56, 63, 68, 69, 73, 80, 84, 87, 89, 90, 92, 113
- 二次的ストレス 96
- 2次避難所 18, 63, 68, 81, 84
- 日本赤十字社（日赤）救護班 15, 27
- 認知症 2, 4, 6, 17, 63, 66, 73, 78, 96, 98, 101, 104, 110, 123
-
- は
- バーンアウト（燃え尽き症候群） 37
- 発達障害 3, 4, 7, 63
-
- ひ
- ピアサポート 110
- PFA（サイコロジカル・ファーストエイド） 10, 12, 22, 25, 41, 46, 47, 71, 72, 102
- PTSD（心的外傷後ストレス障害） 2, 5, 4, 10, 37, 43, 60, 63, 64, 73, 75, 89, 93, 97, 101
- BPSD（行動・心理症状） 6
- 引継ぎ 13, 45, 49, 71, 74
- 被災者 1, 2, 3, 4, 5, 1, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 35, 37, 40, 45, 47, 50, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 121, 124
- 被災者生活支援相談員（支援員） 87, 91
- 悲嘆反応 35, 36, 41, 42, 97
- 避難者名簿 21, 22
- 避難所 1, 4, 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 66, 68, 69, 73, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 92, 101, 103, 105, 109, 115, 117
- 避難所のリーダー 1, 4, 17, 19, 21, 22
-
- ふ
- 不安 5, 14, 26, 35, 37, 47, 48, 60, 63, 64, 65, 66, 71, 75, 76, 83, 90, 93, 96, 97, 102, 104, 110, 124
- 複雑化した悲嘆 36, 41, 43, 72, 97
- 福祉事務所 104
- 福祉避難所 13, 18, 52, 67, 92
- 服薬指導 58
- 復興公営住宅 100, 111,
- 不眠 15, 35, 37, 45, 47
-
- ほ
- 保健師 1, 3, 4, 5, 1, 11, 15, 16, 18, 22, 25, 27, 35, 41, 45, 46, 47, 49, 54, 56, 57, 58, 59, 72, 73, 74, 75, 80, 85, 86, 87, 88, 102, 106
- 保健所 11, 13, 16, 18, 27, 40, 45, 46, 47, 54, 55, 93, 117, 124, 125
- 保健センター 1, 11, 13, 16, 19, 27, 40, 45, 46, 47, 49, 54, 60, 87, 92, 93, 104, 113, 124, 125
- 保健福祉関係者 4, 1, 11, 22, 25, 26, 37
- ボランティア 32, 53, 70, 72, 79, 80, 83, 88, 90, 91, 92, 102, 103, 111, 114, 117

 ま

マスコミへの対応 38, 53
 マニュアル 22, 24, 25, 28, 36, 48, 85, 91, 115, 116,
 117, 118, 119, 125

 め

名簿班 22
 メンタルヘルス 4, 1, 3, 8, 10, 13, 22, 25, 28, 32, 35,
 36, 51, 60, 63, 71, 79, 92, 93, 96, 97, 102, 107, 124

 や

薬剤師 4, 46, 48, 54, 57, 58
 薬物治療 5, 6, 11, 15, 47, 57

 よ

要支援者 3, 1, 10, 15, 16, 22, 27, 40, 41, 45, 46, 52, 54,

59, 73, 101

要請 14, 16, 18, 22, 25, 27, 52, 54, 55, 58, 80, 108, 109,
 117, 121

抑うつ 15, 35, 43, 45, 47, 63, 65, 73, 75, 97

 ら

ライフライン 38, 79, 83, 87, 118, 119

 り

臨床心理士 4, 11, 41, 43, 47, 72, 89, 102

 れ

レジリエンス 10, 36, 97

災害時のこころのケア
—心理支援，医療・福祉，生活支援—
手順書編 (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