

### III. 外部支援のあり方

#### 外部支援受け入れの判断

・災害直後には、土地勘のある県内チームによって現地の情報収集をしてニーズを見極める。災害弱者への対応

#### 活動導入の仕方

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

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

#### 外部支援こころのケアチームの活動

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

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

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

・外部支援者のこころのケアチームは、精神科医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、ロジスティクスを担当する事務職員などによって構成される

・被災者に安易な投薬は行わない。複数の機関から処方されている可能性がある。・1 外部支援者は必ずしも、メンタルケアのニーズがないかもしれないことを想定していくべきである。

・外部支援者は、一時的な介入なので、患者を抱え込まず、地域の精神保健につなぐようにするべきである。

・外部支援者は、避難所等で被災者にメンタルヘルスについての心理教育を行うなど、地元の精神保健担当者の手のまわらない部分についてサポートを行う。

・外部支援者は、地元で支援を行っている行政職員、保健師等のメンタルヘルスに気遣い、支援を行う。

#### 専門職ボランティア

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

図 3-4. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

#### IV. 支援者のストレス対応

##### 被災地で被災者支援にあたる組織の構築

- ・災害発生時の出勤体制および連絡手順を事前に定める。
- ・医療関係者等出勤の際に負傷あるいは援助を求める被災者に遭遇した場合の対処の方針を定める。
- ・被災時の職員の勤務の在り方、特に休息・休養を取ることの必要性について組織全体が把握しておくためのマニュアルを作成あるいは研修を実施する。
- ・職員の安否に関する家族などからの相談窓口や情報伝達の方法を定める。

##### 職員の休養・休息

- ・職場として職員が休息をとるようにローテーションを組む。
- ・職員の休養のための福利厚生や慰労の機会を設ける。
- ・職場や避難所に、プライバシーが保てる職員のための休憩場所を設ける。

##### 被災時に派遣された職員への支援

- ・派遣後、チーム内で派遣体験の振りかえりを行うミーティングや、健康状態を把握するために、スクリーニングや面談ができる体制をつくる。
- ・被災地に派遣された職員が休養できる期間を設ける。
- ・被災時に職員の派遣を行った組織では、災害時の職員の派遣を、派遣された職員だけでなく、派遣されずに組織に残り、通常業務をカバーした職員も含めた組織全体の活動として、位置づける。(例えば、派遣終了後、派遣された職員が活動の報告を行い、体験を共有する機会を設けるなど。)

##### 支援者のセルフヘルプ

- ・平常時の研修でセルフケアについての啓発、教育を十分に行う。

図 3-5. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

#### 初動時のこころのケア対策本部の設置

##### こころのケアサービスを計画するための情報収集のあり方

被災現場に入るタイミングが早すぎるとニーズの把握は難しいという声もあった。

- ・あまり早く行き過ぎると、ニーズの把握はかえって難しいように思います。

しかし、災害対応に関する見識と経験のある先遣隊が現地に出向きニーズ調査をする必要性は支持された。

- ・チームを派遣する前の偵察隊とでもいったものの早期派遣は極めて重要です。
- ・メンタルヘルスニーズの把握までは行かなくても、精神保健関係者が直接、被災地に向いて状況を確認することは、外部支援等について検討する際の重要な判断材料になると考える。

- ・現場に支援の計画があります。行かないとどのような支援が必要か分かりません。

状況分析にあたり、現地に迷惑をかけないという大前提を守り、このために都道府県、地域の保健所、市町村部門との役割分担や調整を平常時から予め定めておく必要があるという指摘があった。

- ・都道府県の精神保健担当課、地域の保健所、市町保健部門と調整をし、被災現場に入ってゆき、現場に迷惑をかけない配慮をして行う。また、ニーズ把握や分析を誰（どこが）がするか等、平時から動きを決めておくことが大切では。

- ・こころのケアサービスの計画は早期に状況を確認し、確認後、計画を立案しておくことが必要と考えます。災害本部の中にきちんとメンタルケアを位置づけることも必要と考えます。

図 4-1. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

#### 保健師の役割

外部から派遣された保健師の役割は、災害経験があれば本部調整役のスーパーバイズ、経験がない場合やその地域の状況に詳しくない場合には地元保健師の補完業務にあたりと良いが、役割を限定させず状況に応じて対応するのがよいという意見があった。

被災状況と現地保健師の配置、経験を勘案して、外部から派遣された保健師は、地元保健師とペアで活動するとよいという意見が多かった。ペアで活動することで、現地保健師の災害対応への不安、不安全感の軽減、派遣された保健師の現地状況の把握や支援上の関係づくりといった点で、双方にとって良い効果があると思われる。

しかし、現実的にはペアで活動できるマンパワーの確保は非常に困難であり、事前に準備すれば派遣保健師も単独でアウトリーチはできるだろうという指摘もあった。しかし、この準備として、災害状況の確認、地図や説明資料の作成などの労力がかかる問題点も指摘された。

図 4-2. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

#### メディアへの対応

一般的な情報提供などにメディアを活用することの賛成意見として、以下があった。

・メディアをうまく活用することも、考えていく必要があると思います。「こうしたことを伝えてください」とこちらから積極的に伝えることで（リソースを提供することで）、過剰な取材は減るのではないのでしょうか。

しかし、個人情報への配慮不足、話題性のある情報への偏り、行政対応への批判、不正確な情報発信の経験から協働に慎重な姿勢もあった。

・現場で活動しているメディアの方々は、メディア同士競争ですので、対応は注意し、慎重にされた方がよいと思います。

また、協働可能なメディアとの関係構築（地域密着型だと信頼関係を築けることがある）、発信する情報の正確性の確認、被害者などの個人情報への配慮（直接支援者は対応を控える）といった工夫をすることで協働が可能になるのではないかといった意見があった。

・直接支援者は、個人情報の管理上、メディアとの緊密な協働は困難であり、行政担当者が窓口として適任であるという意見へ賛成であり、実際にそういう風に対応しいい結果を得た。

・協働の定義が必要で、内容によって変わります。またメディアによっても対応が異なると思います。しかし、地域に根ざしたメディアとは常日頃からの協働があると役に立つと思います。

・対策本部でメディア担当者を定め、現場対応者も報道対応について事前に打合せをしたうえで、一緒に対応するという意見に賛成です。

・メディア対応は、現場の支援者ではなく、後方支援のメディア対応の担当者が行った方がよいと思います。

・担当者を決めておくことが良いと思います。現場は混乱するので対応は無理と思います支援者が単独で取材に対応すると、個人の責任になるので、支援者や被害者を守るためにも、対策本部などでの情報の一本化が必要である。

図 4-3. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## II. 初期対応

### 基本的心構え

初期対応では、被災者本人や地域の自己効力感を高めるようにすべきである、といった方針に対して、初期では困難であり、むしろ中長期で行うほうがよいとする意見が多数あった。一方で、初期から中長期のイメージをもって自立を促進するような対応も必要であるという意見もあった。また実際に初期からこのような対応を行うには、被災以前の地域の基盤が必要であり、被災前の状況も含めたコミュニティの対応力やネットワーク等の十分なアセスメントを行うことが重要であるという前提についての指摘もあった。

また、初期対応では、被災地域のつながりを促進すべきである、という方針にも、やはり初期よりは中長期の方針ではないかと言う意見が複数あった。このような支援は、被災地域の規模や地域性によって人とのつながりを促進するメリットとデメリットがあるので一概に言えないとする意見が多く、以下にメリット（肯定的意見）とデメリット（否定的意見）を示した。また、被災後の支援では難しく、むしろ被災以前の地域ネットワークの充実が重要であるとの意見もあった。

図 5-1. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## II. 初期対応

### 初期対応

被災者に話しかける場合には、「具合はどうですか?」、「何か心配ごとはありませんか?」など開かれた質問から入っていく、という方針について、状況によって「開かれた質問」と「閉じられた質問」を使い分けたほうがよいという意見が多くあった。また、このような問いかけの前に自己紹介をし、自分の所属やかかわる理由を明らかにし、被災者をいたわる言葉をかけることが重要という意見が多かった。その他にも「話しかける目的(理由)を伝える」、「まずは、あなたと一緒にこの状況を乗り越えたいという思いを伝えることが必要である」、「被災地には、いろんな人(支援者)が入っているので、同じようなことばかり聞かれるというストレスも与えている可能性に配慮する」という意見もあった。

「不安や恐怖に圧倒されて混乱していたり、茫然としている被災者には、落ち着いて感情を表出できるように手助けする。具体的には自分の状態を把握できたり、どのような気持ちを感じているのかを尋ねることなどである、という方針については、このような「言語化」させる対応は適切ではないという意見が複数あった。むしろ「被災者の圧倒されるような感情によりそのような対応(圧倒されるような感情に支援者が言葉を添える、そばに行き、背をさす・手を握るなどの大変さを共感する接し方がよいのでは。)といった意見があった。

被災者に起こることが予想される心理反応について説明する、という方針については、個別よりも、集団を対象としたり、パンフレットの配布が望ましいという意見が多かった。個人を対象にするとスティグマを与える懸念を示す意見や、気になるケースは一般的な心理教育と後日のフォローアップを行うのがよいという意見があった。また、心理教育の内容としては、「異常な事態に対する正常な反応である」ということを含むことが重要であるという意見があった。

激しいストレス反応を呈している被災者には、積極的にアプローチすべきである、という方針については、医療が必要な場合には積極的に介入すべきであるが、その際には、被災者の排除にならないような配慮や、地域の医療従事者とともに行うのがよいという意見があった。文章中の「積極的」の表現があいまいであるという意見があった。具体例を含む代表的なコメントを以下に記す。

- ・状況を見て、慎重にとも思いますが、医療が必要と考えられる場合は、積極的に介入すべきと考えます。
- ・ひどくトラウマを受けた人は、待つだけではだめである。生物学的な問題もある。

図 5-2. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## II. 初期対応

### スクリーニングについて

支援者は、質問紙や面接を用いて、被災者の精神健康状態をスクリーニングするべきである、という方針について、安易な調査に対する懸念の声が多かった。スクリーニング重複を避けるための導入時の調整の必要性、スクリーニング後のフォローアップ体制準備、スクリーニング目的の明確化、アンケート形式・面接式といった方法上の問題、実施時期の問題、「べきである」と表現することで強制的な意味合いになってしまうといった懸念が示された。

問題を抱えている人には何らかの介入を行うまえに、身体、心理、社会的ニーズを検討するための正式なアセスメントを、支援者は実施すべきである、という方針について、スクリーニング使用の如何に関わらず、問題を抱えている人を見逃さないという視点が重要であるという指摘が多かった。しかし、災害時に集団を対応とする際には、スクリーニングで系統的に地域住民の状態を把握し、一定の基準で要支援者とするほうが良いという声もあった。これは経験を伝える意味でも役立つという指摘であった。

### 災害時要支援者への対応

高齢者や子どもといった特定の集団に対しては、専門的計画が別個に必要である。ライフサイクル、障害特性、心理的状态にあわせて別個の対応が必要であるが、現実的には共通項目を増やしたほうが実施可能であるという声があった。共通項目を提示して、とくに配慮すべきことを明記すると、他領域と連携が取れやすいのではないかという意見があった。

図 5-3. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ



## 外部支援

### 外部支援受け入れの判断

外部派遣の調整の仕組みは、国、県などの被災地以外で構築することが望ましい、という方針への賛成意見としては、以下であった。

- ・仕組みは構築しておかないととっさの時には機能しない。作っておいて被災地の意見を入れ込む形が良いと思う。

- ・受け入れ側の被災状態や人員状態にもよるが、被災地では情報が氾濫し整理しきれないことがある。国・県の担当者が現地で被災地の担当者の意見を反映させながら調整するのが望ましい。

- ・被災地の状況により、単純に内外と分けることはできない。どんな状況になっても対応できるよう、被災地内・被災地外ともに仕組みが構築され、災害時にどちらが主導するかを決めることができれば理想的であり。

- ・国で、対応の基本的な構築をあらかじめ計画しておけば、実際に災害が起きた時に、対応は今よりかはスムーズになると思います。もちろん細かいところは構築できないと思います。

- ・外部派遣の仕組みは、被災地と県が十分な連携をとり、被災地の規模や状況にあわせて構築することが望ましい。また、県が各市町村と今後の災害時派遣に関して事前調整を行い具体的な手順等を明らかにしておくことが望ましい。

- ・時期と被害程度によるだろう。大きな被害の直後は外部で調整する以外ないが、それでも徐々に被災地に調整の権限を委譲するべきだと思います。

- ・平時には、国や県などで検討し決めておくべきであろうが、現実になった時には、被災地の意向を最大限にいかせる体制にしておけた方がよい。

図 6-1. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## 外部支援について

### 外部支援こころのケアチームの活動

直接支援は可能な限り現地の支援者にまかせるほうが望ましいという意見があったが、その一方、地元の主体性の重要性を踏まえたうえで、外部支援者の役割について、以下の通り多くのコメントが寄せられた。

- ・こころのケアに関しては、アウトリーチが基本である。地元の支援者でなければできないことがたくさんあり、地元の支援者がアウトリーチをしていると、地元の支援者がオーバーワークでつぶれてしまう。地元の支援者は息の長い活動が求められるので、外部の支援者と地元の支援者の役割分担を最初から意識した活動が必要である。

- ・外部支援の要否は災害の規模により異なりますが、アウトリーチによる被災者のケアは、外部支援者が即戦力として貢献できる部分だと思います。大規模な災害の場合、外部からの支援が入っていることが、被災者の安心感につながることもあると思われます。

- ・高齢者の多い被災地や、山間僻地の被災地では、アウトリーチは非常に有効であった。地元の保健師等と同伴でのアウトリーチが有効である。

- ・地元の精神保健担当者の代替的役割であることを十分意識してアウトリーチを行なうと良いのではないかと思います

- ・基本的に、被災地域の要請に拠ると思う。中越の際には地元保健師の指示があつて、それに応じる形でアウトリーチを行った。その方法は優れていたと思う。保健師の負担はあったと思うが、地域によるが外部支援者単独でのアウトリーチが非常に困難な場合もある。地元の状況や要請に従うべきである。

- ・地元の担当者の主体性を大事にすることは否定しないが、災害対応の経験者からの示唆も含めての外部支援が必要である。指示待ちの外部支援者では、地元の負担になるのみである。

- ・避難所や被災者宅を回るかどうかは、地元担当者の判断になるわけで、大切なのは地元専門家が外部チームの指揮を執ると言うこと

- ・専門家が派遣されたら、アウトリーチが基本。ただし、後方支援にも専門家は必要。

図 6-2. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## 外部支援について

### 専門職ボランティア

医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアが個人で被災地に支援に行く際には、医療、心理療法等の支援を行うべきではない、という方針に対して、必要に迫られた際には許容されるだろうとのコメントはあるものの、個人での活動の限界や弊害を指摘するコメントが多かった。以下に代表的なコメントを掲載する。

- ・被災地における支援の枠組みに従うことは当然であるが、個人ボランティアは社会福祉協議会などがコーディネートしており、災害対策本部とつながることは難しい。被災地での専門的な支援を行いたいのであれば、どこかに所属して、活動して欲しい。

- ・支援に入った専門職ボランティアをコントロールすることは極めて困難である。

- ・個人での活動は、入手した情報が本部に入らなくなり、支援実践の統括が困難になる。

この為、実践の発展が困難となる。

- ・個人で活動すべきではない。地元は非常に混乱する。被災地での泥棒が多発して外部支援者に警戒的になったことがある。どこの誰が支援しているのか、被災住民に明確に分かることが必要である。

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

- ・特に個人的な活動は、被災地での方針、サービス状況を把握しないまま動かれると、かえって被災者に迷惑をかけ、混乱を招くことになる。

- ・私の県では、災害早期から活動する DMAT や赤十字とともに行動するという事で、移動や医療処置の問題をクリアーにしてきているが、そのように全国でも決まればいいと思います。

- ・専門職ボランティアが個人で被災地に入って専門的支援を行ったとした時、その行為、および人物の信頼性をどう考えるのか、何かあった時、どこに言っていけばよいのか、支援の流れを無視した形での支援に果たして妥当性はあるのか、難しい問題だと感じる。

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

図 6-3. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

## II. 初期対応

### 基本的心構え

- ・初期対応では、被災地域のネットワークを維持するように支援することがすすめられる。

### 初期対応における精神保健専門家の役割

- ・被災後 1~2 週間位では、精神保健専門家は、急性期医療専門家と連携して被災者および支援者の精神的問題の対応にあたるのが望ましい。
- ・初期には、精神保健専門家は他の急性期医療関係者、保健師、行政職員などの相談に応じ、助言を行う役割が重要である。

### 初期対応

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

## III. 外部支援のあり方

### 外部支援受け入れの判断

- ・災害初期に、外部からの支援が必要かどうかについてのニーズを見極められていなくても、外部派遣の調整のしくみは早期に構築しておくべきである。

### 専門職ボランティア

- ・医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアが個人で被災地に支援に行く際には、単独で、医療、心理療法等の支援を行うべきではなく、組織の中で活動すべきである。

## IV. 支援者のストレス対応

### 職員の休養・休息

- ・災害急性期後に、職員の休養のための福利厚生や慰労の機会を設ける。

図 7. 新規追加した質問項目の例

# 災害精神保健医療マニュアル

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

平成23年3月

## はじめに

大規模災害は、家屋などの物質的な損害だけでなく、人のこころにも大きな影響を与えます。特に、このような出来事の直後には、精神的なショックを受けたり、混乱するなど心理的反応をきたすかたもいらっしゃいます。このような場面では、被害者や被災者が安心感を得て、落ち着きを取り戻せるような支援がこころのケアとして求められます。このような直後のこころの反応は、時間の経過とともに回復をしていく方もいれば、回復に時間がかかったり、日常生活を送るのに困難を感じる方もいます。初期のこころのケアは長期間に問題を抱える方をフォローしていく上でも重要です。

近年、日本でも、犯罪や災害の発生後に保健師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、民間被害者支援団体、ボランティアなどが「こころのケア」を行うようになってきていますが、その対応法は様々であり、内容の適切性について「エビデンス（科学的根拠）」が得られているものはあまりありません。そして、このような取り組みの多くは欧米で開発され、効果が検討されたものでありますが、わが国の社会構造や文化的側面に配慮して、これらの方針やプログラムを導入する必要があります。また、「こころのケア」を効果的に提供するためには、支援者の技法の向上のみならず、支援者を支える災害時の精神保健体制を整えておくことは必須であります。被災地以外からの応援のあり方、そして支援者自身のストレス対応についても重要な課題であります。これらの方針についてはこれまでに一定の指針は出されておりました。

本研究では、国内外の先行研究を検討し、フォーカスグループを実施したうえで、インターネットによる調査を行い、わが国における経験に基づく意見を体系的に情報収集を行いました。そしてこの調査では、これら災害精神保健活動をめぐる課題について、精神保健分野以外の専門家を含む支援者らから、支援方針の適切性について評価を求め、合意形成をすすめる取り組みを行いました。現場の状況に応じて、この過去の経験による指針を参考としてご活用いただければ幸いです。

鈴木友理子、中島聡美、金吉晴

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 成人精神保健研究部

## 目次

本マニュアルの位置づけ .....	4
用語の定義 .....	5
I. 災害時の精神保健福祉体制 .....	6
1. 災害精神保健計画の立案 .....	6
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置 .....	6
3. 保健師活動の課題 .....	8
4. 活動・支援記録 .....	9
5. メディアへの対応 .....	10
6. 研修体制について .....	11
II. 災害時こころのケアのあり方 .....	13
1. 基本的こころ構え .....	13
2. 初期対応における精神保健専門家の役割 .....	15
3. 初期対応 .....	16
4. アセスメント・スクリーニングについて .....	20
5. 災害時要支援者への対応 .....	21
6. 精神健康に配慮したコミュニケーション .....	23
III. 外部支援のあり方 .....	25
1. 外部支援受け入れの判断 .....	25
2. 活動導入の仕方 .....	26
3. 外部支援こころのケアチームの活動 .....	27
4. 派遣期間 .....	29
5. 専門職ボランティア .....	30
IV. 支援者のストレス対応 .....	32
1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築 .....	32
2. 職員の休養・休息 .....	33
3. 被災時に派遣された職員への支援 .....	33
4. 支援者のセルフヘルプ .....	34
引用文献 .....	35
参考資料 .....	35

## 本マニュアルの位置づけ

本マニュアルは、「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」(1)および「精神保健医療活動マニュアル」(2)の出版以来経験した大規模災害における精神保健支援のあり方を受けて、改訂したマニュアルである。

本マニュアルの利用者は、災害時の地域住民の精神健康問題に対応する精神保健専門家・地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、そして地域住民とのインターフェイスとなる行政職員らを想定している。本書では、大規模災害が発生した際に、これらの職種の人びとが、円滑に「こころのケア」を提供できることを目的に、I. 災害時の精神保健福祉体制、II. 災害時こころのケアのあり方、III. 外部支援のあり方、IV. 支援者のストレス対応について、災害時の支援経験者の意見を集約したものである。なお、災害時における心理的反応や種々の精神障害の治療については、文末に示した既出のマニュアルや成書を参照されたい。

## 本マニュアル作成方法について

本マニュアルを作成するにあたって、わが国の自然災害時の精神保健支援経験者の合意形成を試みた。研究者らがこれまで災害時の支援にあたった兵庫県、新潟県、岩手県における大規模自然災害時の対応関係者（県、市、保健所等の専門職員）、そして日本トラウマティック・ストレス学会理事、学校において重大な事件・事故や災害が発生した際に緊急対応や初期体制づくりを支援するCRT（Crisis Response Team）研究会のネットワークの専門家などにご協力頂いた。さらに、災害時に活動経験のある支援者から広く意見を求めるため、研究者らがこれまでに関わりをもってきたこれら支援者に加え、彼/彼女らから災害時に活動経験のある支援者を紹介してもらい、調査への参加を依頼した（100名）。

合意形成のプロセスとしては、デルフィ法を用いた。具体的には、災害時の精神保健支援のあり方や方針について記載した各項目についてどのくらい適切と思うかについて、1点（非常に不適切）から9点（非常に適切）のリッカートスケールにて回答を求めた。その結果、平均点が7点未満であった項目、もしくは、7点以上の得点をつけた者が7割に満たなかった項目について、各項目の得点分布および平均点と、各項目についての意見を求めた自由記載欄に記載されたコメントを200字程度にまとめたものを再度提示し、評価を求めた。このプロセスを3回繰り返し、平均点が7点以上かつ7点以上の得点をつけた者が7割以上だったものを、専門家による合意項目として本マニュアルに含めた。

なお、デルフィ法を実施した際、合意の得られなかった項目についても、研究者らの予想以上に、様々な現場の経験を語る意見が数多く寄せられた。これらは、現場での判断に役立つ情報が多かったために、本マニュアルでは非合意項目については、囲み記事で参考意見として提示した。



## 用語の定義

### 1)狭義のこころのケア

医療、保健、福祉専門家による医療・地域保健活動と連動しながらの精神健康不調者の早期発見、早期介入や、集団に対する精神保健促進活動（精神保健活動）、そして精神障害を有する人々への医療やサービスの提供（精神医療、福祉）を狭義のこころのケアとする。

### 2)広義のこころのケア

災害時には、精神保健福祉専門家以外の方が、被災後の具体的な生活面での支援、情緒的支援などを提供して住民のこころの支えになる活動があるが、これを広義のこころのケアとして狭義のこころのケアと区別する。

### 3)初期対応

本書内の「初期対応」の「初期」とは災害発生から約1カ月程度の期間を想定しており、通常の医療の提供に加え、地域や避難所等で地域住民への追加対応がとられることの多い時期を想定している。

また、「II. 災害時こころのケアのあり方」における「初期対応」とは、精神疾患や問題に対する専門的な治療法や予防法ではなく、被災者に接するうえでの基本的な心構えや、必要に応じて精神保健の専門家につなげるための導入的な関わりを意味している。

### 4)精神保健専門家

災害時には、地域や家族内での自助・共助、地域保健・医療・福祉領域における専門家による支援、そして精神保健専門家による支援といった多層的な支援体制が求められる(3)。ここで精神保健専門家とは、精神科医師、精神科看護師、精神保健福祉士、精神保健を専門とする保健師、心理職のものを意味する。

## I. 災害時の精神保健福祉体制

### 1. 災害精神保健計画の立案

#### 1) 各都道府県、政令指定都市の防災計画の立案に精神保健専門家が関与するとよい。

災害時のこころのケアを実施するにあたり、公衆衛生、および臨床の立場からも精神保健専門家が防災計画に関与するとよい。しかし、「精神保健専門家」であってもその立場や考え方は一定していないので、災害時こころのケアに対して一定の方針を共有したうえで、「精神保健専門家」の参加を求めることが望ましい。また、関与する人は、防災計画は危機管理全般を取り扱うことを理解し、災害対応の大局的な視点をもちつつ、その中に精神保健活動を位置づける柔軟性が求められる。

#### 2) 精神保健および地域保健関係者は平常時から災害時の役割分担や活動の法的根拠などを理解する必要がある。

平常時から、法的根拠や日常の活動における自分の役割分担を把握しておくことが重要である。実体験が伴わない計画では机上の空論になるので、精神保健活動も含めた防災訓練の実施を進めていくことが望ましい。また、想定外の状況に対応していくことが危機管理であることを考えると、法的根拠だけではなく、運用や役割分担について柔軟な対応を検討する必要がある。

#### 3) 行政機関や医療機関では、災害時の勤務体制や業務継続計画を事前に立案することが必要である。

災害時に、平常時にできていないことを実施することは困難である。平常時から、指揮系統や連絡体制、勤務体制、初期危機介入のあり方を整備しておく必要がある。一方で、災害の現場では、実際には想定外の対応が多く、計画どおりには動かない現実や、マニュアルに制限されずに柔軟に対応する必要性がある。これらのことを考えると、多忙な通常業務のなかで計画立案に労力を注ぐのは困難であるかもしれないが、このような計画を立案することは、通常業務の見直しや役割分担の明確化につながり、平常時の業務の質を高める可能性もある。

### 2. 初動時のこころのケア対策本部の設置

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

災害初期には、市町村は混乱しているので、県や県保健所が中心になって、「こころのケア対策本部」を設置することが望ましい。また、この「こころのケア対策本部」は、災害復興対策本部等に被災者支援策について精神保健福祉の立場から助言を行う役割が期待される。このためには、県や県保健所は、事前に精神保健福祉センターや他の資源との連携

の在り方を検討しておく必要がある。また、この対策本部は「こころのケア」を銘打つても、医療や保健といった他の活動と連動して展開していく必要がある。他領域の活動と連携をとり「こころのケア」を災害対策の中に位置づける必要があるが、円滑な初動には、実際の活動の方向性を示すマニュアルや経験者のアドバイスの活用が求められる。

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

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

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

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

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

参考) 初動時のこころのケア対策本部の設置にあたっての情報収集

こころのケアサービスを計画するために、「情報が不足していてもできるだけ早く現地に入るべきか、情報を収集してから現地に入るべきか」については意見が分かれた。

被災現場に入るタイミングが早すぎるとニーズの把握は難しいという懸念を示す意見はあったが、災害対応に関する見識と経験のある先遣隊が現地に出向きニーズ調査をする必要性は支持された。以下にデルフィ法で集められた代表的な意見を示す。

「チームを派遣する前の偵察隊といった位置づけの早期派遣は極めて重要です。」

「メンタルヘルスニーズの把握に限定することなく、精神保健関係者が直接、被災地に向いて状況を確認することは、外部支援等について検討する際の重要な判断材料になります。」

状況分析にあたり、現地に迷惑をかけないという大前提を守ることが必要である。このために都道府県、地域の保健所、市町村部門との役割分担や調整を平常時から予め定めておくといよい。以下は代表的なコメントである。

「都道府県の精神保健担当課、地域の保健所、市町保健部門と調整をしたうえで、被災現場に入り、現場に混乱をもたらさない配慮が必要です。また、ニーズ把握や分析を誰（どの機関）がするか等、平時から役割を決めておくことが大切です。」

「こころのケアサービスの計画は早期に状況を確認し、確認後、計画を立案しておくことが必要と考えます。災害本部の中にきちんとメンタルケアを位置づけることも必要と考えます。」

### 3. 保健師活動の課題

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

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

#### 具体的なネットワークの例

##### i) 地域保健・医療関連

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

##### ii) 子供・学校関連

教育委員会、スクールカウンセラーとの連携、特に虐待事例を通じた連携

##### iii) 危機管理関連

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

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

#### 参考) 保健師の役割分担

災害後のこころのケアは、保健・衛生活動を通じて、住民のニーズや身体健康の保持にあわせて精神健康に配慮することが、国際的なガイドラインでは推奨されている(3)。日本の地域保健制度の中で考えると、保健師が担う役割は大きいと考えられる。災害時におけ