

る保健師の活動および派遣のあり方については、「地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針」(6)に詳しい。今回、こころのケアの活動体制を検討するにあたって、この課題は論点の一つとなり、本調査でも被災地内外の保健師の役割分担について検討した。

被災地の現地保健師と外部から派遣された保健師の役割分担のあり方については、意見が分かれた。「現地保健師は総合的判断など本部機能を担当し、外部から派遣された保健師は被災現場にアウトリーチする」という役割分担には合意は得られなかった。

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。

ただし、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。この場合、被害状況の確認、地図や説明資料の作成などの準備に労力がかかる問題点も指摘された。

4. 活動・支援記録

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

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

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

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

3) こころのケア対策本部は、災害時の精神保健支援プログラムの状況を把握し、プログラムの効果を評価する。

厳密な研究としての効果評価研究は求めないが、事業評価としてのプログラム評価は実施し、活動を検証していく必要がある。このためには、評価する前にプログラム内容やアウトカム(成果)の定義を明確にする必要がある。また、地域単位でプログラム評価を実施することは難しいので、こころのケア対策本部にプログラムや評価の設計を行うものを位置づけ、データ収集や解析などの技術支援体制を設けることが必要である。しかし、評価に時間と労力を割くことで、支援者、住民の負担が増えないように配慮する必要もある。

5. メディアへの対応

1) 報道について、県に窓口を設定し、情報の発信を一元化する。

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

参考) メディアとの関わり

初期対応にあたる精神保健および地域保健関係者は、メディアと緊密に協働するという姿勢も、単独でメディアとの接触は避けるという姿勢も支持されなかった。

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

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

「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。」

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

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

「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。」

しかし、メディアの接触を避けることはできないので、一般向けの情報発信をしたり、

情報公開できないのであればその理由を説明するといったプロアクティブな対応法も示唆された。

「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。」

2) 被災直後は被災者は無防備な状態にあるので、不必要にメディアにさらされたり、取材を受けることがないように配慮するべきである。具体的には避難所の入り口などに、メディアへ許可なく立ち入らないように張り紙をするなどである。

プライバシーを保護し、二次被害を避けるためにも、報道の在り方には配慮が求められるが、張り紙だけではなく、報道自粛の申し入れや警察等の協力も必要である。しかし、報道の自由にも関わることなので、メディアを制限することは実際には難しい点もある。取材に関する配慮と理解を求めるルール作り、被災者個人にプライバシーの権利、取材対応の選択を強調する情報提供をしたり、事前に報道関係者と勉強会を開催するなどが解決策として考えられる。

具体例

メディアに報道自粛の要請・協定締結

避難所や現地のメディア対応のゾーニング（立ち入り許可制）

避難所の自治の促進（協定に違反したメディアは立ち入り禁止とする）

定期会見

6. 研修体制について

1) 災害対応に関わる全ての支援者は、災害精神保健に関する研修を受ける必要がある。

平常時から、災害対応全般や精神保健に関する研修があるとよいが、リーダーとなる支援者には精神保健に関する研修を必須としたほうがよいと思われる。しかし、平時に研修を受講していても、時間がたつと学習した知識も薄らいでしまったり、間違った認識から悪影響を与えることもありうるので、災害時にも受講可能な数時間程度の簡単な研修も準備し、特に外部から支援に入る際のオリエンテーションとして受講してもらうような体制のほうが現実的であろう。

2) 継続的な支援を提供する精神保健および地域保健の支援者全員を対象とする、継続的なスーパービジョンが提供される必要がある。

理想的には、継続的な相談、助言、ケースの検討をする機会や、それを行う専門家がいることが望ましいが、人材、またスキルについて不足しているのが現状である。また、現

地の事情を知らない人では役に立たないので、平常時からケース検討などを通じて、継続的な臨床スキル向上の場を設けておくことが望まれる。

3) 継続的な支援を提供する精神保健および地域保健の支援者全員を対象とする、定期的な研修が必要である。

研修内容は、知識や情報提供型のものよりも、それに併せて、支援者のサポート、検討会といった要素のほうが重要ではないかという意見があった。このような研修を平常時から行っておくことは、平常時の精神保健支援スキルの向上にもつながる。

4) 広義のこころのケアにかかわる人（介護職や民生委員、ボランティアなど）には、精神保健に関する研修が必要である。

精神保健を専門としない人びとへの研修では、精神保健や災害後の心理的反応に関する基本的情報提供や、傾聴、対人サービスに係るスキル研修が望まれる。また、このような知識やスキルは通常の活動でも必要であり、平常時から精神保健の知識、スキルに関する研修機会を整えることが求められる。

参考）災害ボランティアについて

災害ボランティアを事前に募集し、適性をスクリーニングするとよい、という方針の適否を尋ねたが、合意は得られなかった。実際に、ボランティアの適性の判断はできないし、また一連の対応は災害時に実行することは困難だからである。また、熱意や自発的意思でボランティアに来る人が多いので、適性をみて排除するよりも、活動開始前のオリエンテーション等で心理的な反応や配慮に関する情報提供の機会を設けるほうが建設的であろう。

II. 災害時こころのケアのあり方

1. 基本的こころ構え

1) 初期対応では、被災者が安心感を得られるような対応が勧められる。

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

2) 初期対応では、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。

被災地域のネットワークを被災後も維持するようにすることは、被災者の生活環境の変化による様々なストレスの軽減や、地域の連帯感の強化、復興の骨組として重要である。具体的な方法としては、「避難所や仮設住宅ではできるだけ同じコミュニティーの人同士が近くなるよう配慮すること」「日ごろのネットワークの情報を把握し、そのつながりに沿った支援を行うこと」「被災情報、支援情報等の共有化、情報網の構築、情報伝達ツールの構築」などがあげられた。注意すべき点として、十分な地域の情報収集やプライバシーの保護の他、もともとの地域の特性（もともとコミュニティーが機能していない、つながりが強すぎる）などに配慮することがある。また、「災害で既存の組織は混乱分断されるので維持ではなく機能するように新しい視点を加えながら他とのネットワークとつなぎながら支援するほうがよい」などの意見もあった。この方針については、むしろ中長期の対応ではないかと言う意見もあったが、初期からそのような意識を持って取り組むことが可能であればすすめられるものであろう。

3) 初期対応では、被災者が落ち着きを得られるようにする。

落ち着きを得られるようにすることは当然であるが、学校の体育館などの避難所などでは落ち着ける環境を提供することが困難であったり、また被災者に余裕がないなど実際に落ち着きを得られるようにすることは難しい面がある。しかし、このような中で「被災者が落ち着きを得られるような具体的対応」について以下のような方法があげられる。

- ・混乱を避ける配慮や日常生活が少しでも快適であるよう配慮していくこと
- ・被災住民が何を求めているのかを把握し、そのニーズに合わせて対応をしていくこと
- ・生命と生活の確保、衣食住の確保、最低限の日常生活の確保などの現実的な対応
- ・不安を表すことができる場を確保する

- ・必要に応じて被災者の話を傾聴する
- ・メディアの過剰な取材から保護する
- ・「普段と違った感情が湧いてきても当然である」として自己を受容できるようにする
注意すべき点としては、被災者が感情を抑え込んでしまうような見せかけの落ち着きにならないようにすることがあげられる。

4) 初期対応では、共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供する。

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

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

参考) コミュニティーへの関わり方

「初期対応においては、被災者やコミュニティの持っている力を強めていくような対応が望ましい」という方針については、調査においていくつか意見が分かれた。一つは、このような方針はまず安全や安心が優先される初期においては適切ではなく、中長期になって検討すべきものであるという意見である。もう一つは、初期からも中長期に向けてこのような視点を持つことは必要であるという意見である。しかし、この場合も、具体的な対応というより被災者や被災地の持つ力に十分配慮するというような意識を支援者が持つことでよいのではないかという見解であった。具体的に実施する場合は、被災者や被災地域の自助や共助の力や主体性や自立性を尊重する形で支援を行うことがあげられた。

具体例：被災地域全般をエリアとする地域FM放送を活用した地域情報の発信など

また、この方針については、被災の程度、被災地域のメンタルヘルスの資源（医療、福祉、保健、教育など）、被災地域のメンタルヘルスについての捉え方などによって一概に言えない面もある。特に都市部においては、もともとコミュニティの意識が希薄であったり、地域が壊滅した場合には、新たなコミュニティを作る必要があり、従来の地域の力を強めていくことは難しいことになる。

これらの意見を総合すると、初期では、被災者や被災地域の自助や共助の精神・力を尊重し、中長期において被災地域の持つ良い面の力が強化されていくようなところづもりを支援者が持っていることが必要であると言えよう。ただ、この場合、被災状況や被災地域のもともとの地域状況に応じた柔軟な姿勢が必要である。

参考) 人とのつながり

「初期対応では、被災地域や人とのつながりをより強めていくような支援がすすめられる」という方針については、適切という意見と、どちらとも言えないという2つに意見が分かれた。適切であるとする意見としては、被災地では、自然発生的に地域や被災者同士の地域のつながりが強まることが多く、支援者はそれを現状に合わせて、支持していくのがよいとするものであった。しかし、一方で、このような自発的なつながりは、時間の経過とともになくなりやすく、阪神淡路大震災ではふれあいセンターなどが形骸化してしまったという意見もあった。従って、強化するというよりは、むしろつながりが弱くならないように支援していくことが必要であると言える。一方、被災者同士だけではなく、地域資源や支援の人とのつながりは強化していくとよいという意見があった。

どちらとも言えないとする意見では、やはり、被災状況や被災地の実情によって考慮する必要があるというものが多かった。例えば、地域の人に関わったような人為災害では、困難であるということがある。

この方針については、被災内容・状況、地域の状況などを踏まえた上で、被災者の自発的なつながりを支持していくような意識や関わりを支援者が持つことも必要であるという形にまとめることが可能であるかもしれない。

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

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

連携にあたっては、被災者は医療を受けている人ばかりではないので、医療専門家だけでなく、地方自治体（行政職員や保健師）や相談機関との連携も必要である。現場では急性期医療専門家と連携するのは困難なので、状況を把握しているコーディネーターのような人（メディカルソーシャルワーカー等）がいればその人と連携を取ることも考えられる。一方、実際に支援できるスタッフがいないことや、急性期医療専門家の活動時期は範囲が精神保健活動と異なるため連携は難しいのではないかという懸念もあり、実際の現場では地域の実情等に応じた対応が必要である。

2) 初期には、精神保健専門家は他の急性期医療関係者、保健師、行政職員などの相

談に応じ、助言を行う役割が重要である。

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

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

参考) 精神保健専門家の役割

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

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

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

これらのことから、精神保健の専門家は、専門的な対応の必要な被災者に対しては初期から専門的に関わる必要があるが、被災者の心情や被災地の精神科医療機関の状況などを踏まえ、一般被災者には専門性を強調しない形で関わっていくことが望ましいという共通見解はあると考えられる。

3. 初期対応

- 1) 被災者に対応する際には、誠実に対応し、広く問題に対応しようとする姿勢で接

することが重要である。

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

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

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

① 伝達すべき情報の確認

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

② 伝達の仕方

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

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

この項目については 90%以上の支援者の合意が得られた。具体的には、被災者に対しては、身体の状態、被災の状況などから尋ねていくことである。その理由としては、被災者の精神面の問題の多くは当面の心配や体のことと関連していることがあげられる。また、

実際に話しかける場合には、本人の状況を把握してそれにあわせて対応することが必要である。

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

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

安心を与える接し方の具体例として以下のような例があげられた。

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

参考) 被災者への声のかけ方

「被災者に話しかける場合には、「具合はどうですか」など開かれた質問から入っていくほうがよい」という方針については、合意が得られなかった。不適切というより「どちらとも言えない」とする意見が多かった。理由としては、状況に応じて使い分けることが必要であることが挙げられた。特に非常に混乱している被災者などでは、具体的な質問でないと答えられないという問題がある。また、このような質問が最初ではなく、まずは自己紹介やいたわりやねぎらいの言葉から入るとよいという意見もあった。明らかに精神的な混乱や問題がはっきりとわかるような被災者でない場合には、身体的であれ、精神的であれ開かれた質問から入ってもよいのではという意見が多かった。しかし、この項目については、原則やルールとして取り上げるのではなく、被災者の状況に応じてどのような声掛けをするかは支援者にまかせるのがよいのではないかと考えられる。

参考) 混乱している被災者への関わり方

「不安や恐怖に圧倒されて混乱していたり、呆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をする。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について尋ねることなどである（例：「どうしてよいかわからないような状態でしょうか?」「どんな気持ちを感じていますか?」など）」という方針につい

ては適切とする合意は得られなかった。どちらとも言えないとする意見が最も多かったが、他の項目に比べて「不適切」とする回答が多かった。理由としては、無理に言語化させたり感情を表出させるのではなく、安心できる環境をつくったり、被災者の不安に寄り添う姿勢が望ましいとする意見が多くあげられた。また、被災者の状況によって適切に行うとよいという意見も多く、全体としては、このような方針として定めることはあまり適切ではないと考えられる。

参考) 臨床的なケースへの心理教育について

「ストレス反応を呈している被災者やその家族には、被災者に見られる一般的な心理反応について説明することがすすめられる」という方針については十分な合意が得られなかった。この方針については不適切とする意見は少なかったが、どちらとも言えないという意見があった。意見が分かれた理由としては、「ストレス反応を呈している」という言葉がどのような状態を示しているかが明確でないことや、心理教育の行い方や内容によって適切かどうかが変わることが考えられる。ここでの「ストレス反応」としては、「心理教育の内容に合致するような人」つまり、不安が強かったり何らかの精神症状を呈しているということの意味している。

また、心理教育の行い方については、集団（パンフレット・掲示など）や個別を状況に合わせて柔軟に行うことが大切である。内容については「必ずこうなるという予見を与えるのではなく、今のあなたの状態は正常な反応の一つで時間が経つと治まってくると、その人が安心出来るような」情報や対処法について伝えることが必要である。

参考) 被災者へのアプローチ

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

また、「激しいストレス反応を呈している被災者には積極的にアプローチするのが望ましい」という方針にも十分な合意は得られなかった。これは、「積極的」という言葉が不明確であった点に問題があったと考えられる。例えば、医療が必要な場合では積極的に介入する必要があるであろう。しかし、積極的という言葉が必ずしも緊急性のない場合には、むしろ侵襲的であるという印象を与えたかもしれない。ここでは、精神的支援や介入が必要な被災者がいる場合には、相手の求めがなくても、訪問や声掛けなどの積極的な関わりを行うような方法が考えられる。

5) 被災者にそれぞれの体験を詳細に語るよう勧めてはいけない。

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

4. アセスメント・スクリーニングについて

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

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

参考) 災害時のアセスメントについて

「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に正式なアセスメントを、支援者は実施する。（正式なアセスメントとは身体、心理、社会的な側面を含む包括的なアセスメントのことを指す）」という方針には態度を保留するものが多かった。緊急度が高い場合には、正式なアセスメントをする余裕はなく、介入が先、あるいは介入しながらアセスメントを実施するのが実際的である。被災者の状態や負担を考慮する必要があるという指摘もあった。

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

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

参考) スクリーニングの是非について

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か否かについては意見が分かれた。スクリーニングは、時期や状況、目的によって実施に係る判断は異なる。タイミングとしては、初期は控え、健康調査の一環として、要医療・支援者へのフォローアップ体制等を整えたうえで実施することが望ましい。ハイリスク者を同定するために、標準化された質問票やスクリーニングは必要であるとする意見が多かった。支援者によって、判断、対応が変わりうるのは適切ではないので、ある程度客観的な指標を用いてコミュニケーションの円滑化に役立てる用途も指摘された。共通する意見としては、質問票のみに頼ることなく、臨床判断を裏付けする用途での質問紙の活用は支持されていた。

また、調査を実施する前に、支援者や実施者との信頼関係を築き、被災者の希望等を考慮する必要がある。質問紙よりも面接のほうが好ましいが、目的やマンパワーを考慮して方法を決定する必要がある。また調査が重複して被災者に負担をかけることはさけるべきという指摘があった。

5. 災害時要支援者への対応

1) 災害時要支援者としては、高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障がい者、精神疾患・身体疾患の既往のある人、外国人などがあげられる。

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

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

2) 高齢者や子ども等の災害時要支援者には、早期からそれぞれのニーズに応じた特別なケアや介入が必要である(例: 介護予防、生活不活発病、認知症対策、母親への心理教育など)。

災害時要支援者には、特別な配慮や介入が必要であるが、実際には行き届かないことが

多い。しかし、見過ごされることのないように、防災計画の中でそれぞれへの具体的な対応を明記しておく必要がある。一方で、高齢者をあまり弱者扱いしすぎると自立が損なわれるので、必要最低限にとどめておく配慮が必要である。また、母親へは心理教育の前に、落ち着いて授乳のできる場所や沐浴などのお湯の手配など具体的な支援も必要であろう。

参考) 災害時要支援者への精神保健的対応

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という方針については、合意は得られなかった。

それぞれの特定の集団に対して専門計画はあったほうがよいが、災害対応としては、全体の中での位置づけや共同の取り組みが必要であり、できるだけ共通的な対応が多いほうがよい。また、専門的計画よりも、日常生活の再開をすすめるほうが治療的な場合もあり、その上で必要なケースへの個別対応を考えることが望ましい。

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

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

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

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

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

5) 乳幼児に対しては、避難所や幼稚園・保育所などで子どもたちの親を対象に、子どもの心理や対応についての情報提供を行ったり、親の相談を行うことが必要である。

親の状況や情報提供の内容にあわせた対応の場所の検討が必要であり、著作権を気にしなくてよいリーフレットを予め準備しておき、配布することが望まれる。

6. 精神健康に配慮したコミュニケーション

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

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

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

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

3) 初期には心理的反応は通常反応ととらえて対応する。

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

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

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

参考) 心理教育の対象

初期の心理的反応についての情報は、ニーズを見極めて選択的に行うよりも、全員を対象にしたほうがよい。これは、集団へのアプローチとして、外からみてこころのケアに関心があるかどうかは分からないし、スティグマ化しないためにも、メディア等を利用して一定の集団全員を対象に情報提供をしたほうがよい。しかし、全ての人に一律に情報提供する際には、押し付けにならないような配慮が求められる。

また、メンタルヘルスのニーズは本人が気づいていなかったり、抵抗が強いこともあるので、本人の関心の程度を、情報提供の基準とするには難しいことがあり、「あなたの大切な人やご家族のために」、として情報提供を行うのも一つの方法である。

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

被災者一般に集団を対象にした形で、心理反応等についての情報提供が必要であるとする意見が多かった。その際、後で読み返せるパンフレットを用いることがすすめられる。しかし、避難所には、様々なことについての普及啓発用パンフレットやポスターが提供されることが多く、ただ掲示するだけでは情報が伝わらないこともあるので、口頭で伝えるなどこのような情報の提供方法や伝達に工夫が必要である。

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

参考) 悪い知らせの伝え方

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

「実際的には困難。また、差し控えることで生じる不都合もあると考えられる。」

「配慮し、後で知らされることでひどく傷つく人もいると思う。」

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

III. 外部支援のあり方

1. 外部支援受け入れの判断

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

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

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

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

参考) 外部派遣調整の仕組みの主体

外部派遣の調整の仕組みを被災地におくか、被災地外（国や県）におくかについては、専門家の間で意見が分かれた。被災地外におくとよいという意見では、被災地内におくと被災地の負担が増えるからという理由が主である。ただし被災地外に調整機関を置く場合でも、現地の責任者の判断を国や県の判断より優先することや、被災地の意見が十分に反映されることは必須である。調整の仕組みを被災地内におくとよいという意見としては、連携が取れていないとかえって混乱する、現状に則した調整は現場である必要がある、という理由が挙げられる。

また他には、国でも被災地市町村でもなく、県または政令市が調整の主体となるべきという意見や、平時から近距離の都道府県同士で協定を結び、そこから必要量の派遣を求める仕組みがあるとよい、という意見もある。それぞれの災害の規模や特徴、自治体の規模や資源などにより、現場の負担と活動のしやすさを第一に考えて調整の仕組みを構築することが望ましい。さらに言えば、災害後に構築するよりも、平時から構築しておき、災害

を想定した訓練等まで行っておくことが望ましいであろう。以下に、各自治体で調整の仕組みを構築する際の参考になると考えられた専門家の意見を例示する。

「仕組みは構築しておかないと災害時には機能しない。仕組みを作っておいて被災地の意見を取り入れて修正する形が良いと思う。」

「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、単純に被災地の内外と分けることはできない。どのような状況でも対応できるよう、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る。」

「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。」

「被害程度と時期とによるのではないか。大きな被害の直後は外部での調整が必要かもしれないが、その後徐々に被災地に調整の権限を委譲するとよい。」

「平常時には、国や県などで検討し決めておくべきであろうが、発災時には、被災地の意向を最大限にいかせる体制が望ましい。」

2. 活動導入の仕方

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

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

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

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

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

3) 外部支援チームは、被災地の状況を把握してから入ることが望ましい。

この項目自体は望ましいが、場合によっては状況が把握できるシステムが稼働していないこと、また状況を把握しても現状の変化の方が状況に関する情報よりも早く、被災地の状況を十分把握することは困難であることも多い。よって、事前にできる限りの情報収集をするべきだが、実際には被災地へ行ってみないとわからないことを認識し、どのような状況でも対応できるようにして被災地に入ることが望ましいであろう。また、被災状況に関する情報は入手できなくても、その土地の情報を持って入ることは必要であろう。そして、外部支援チームは自身の独自の判断、把握によって活動するのではなく、現地のコーディネーターに従うことが重要である。

3. 外部支援ところのケアチームの活動

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

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

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

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

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

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

4) 外部支援者のと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。

さらに臨床心理士を含めてもよいかもしれない。対象とするところのケアチームにおいては臨床心理士よりも保健師や看護師などのほうが優先順位は高いが、児童分野を専門とする臨床心理士は重要であるという意見もある。

また、この構成は理想的だが、現実的にはフルメンバーでのチームはなかなか作ることは困難なため、柔軟性を持たせてもよい。必ずしも職種をそろえる必要はなく、精神的ケアのできる者であればよいという意見もある。

- 5) 被災者に安易な投薬は行わない。複数の機関から処方されている可能性がある。医療チームとところのケアチームからの睡眠薬の二重処方や、依存者や転売する者の存在へ、注意を喚起する必要がある。
- 6) 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派遣先へ向かう心構えが必要である。

参考) 外部支援者の活動のあり方

「外部支援者は地元の精神保健担当者からの指示と協力のもと、避難所や被災者宅を巡回し、必要な被災者に対応していくアウトリーチを積極的に行っていくとよい」という方針については、専門家間で合意が得られなかった。被災地における支援として、特に高齢者の多い被災地や、山間僻地などにおいてアウトリーチは非常に有効であり、外部支援者の請け負うことのできる支援であるという意見がある一方で、外部支援者はいずれ撤収する存在であるため、あくまで黒子に徹し、被災者への直接支援は可能な限り現地の支援者にまかせる方が望ましいとする意見がある。さらに、外部支援者の役割についても多くの意見が寄せられた。以下に、各々の災害現場において外部支援者の役割について考える際の参考になると考えられる専門家の意見を例示する。

「と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多くあり、地元の支援者がアウトリーチをしていると、過労となってしまう。地元の支援者は長期的な活動が求められるので、地元と外部の支援者の役割分担を活動開始時から意識することが必要である。」

「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。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、被災地域の要請に依ると思う。中越地震の際には地元保健師の指示のもとにアウトリーチを行った。その方法は優れていたと思うが、保健師の負担はあったと思う。地域によるが、外部支援者が単独でアウトリーチを行うのは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尊重することは否定しないが、災害対応の経験者からの示唆という形での支援も含めた外部支援が必要である。地元の担当者からの指示を待つしか動