

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な

精神保健医療体制の構築に関する研究

平成 24 年度 分担研究報告書

災害時の精神保健対応のあり方に関する検討

分担研究者	鈴木友理子	独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部 災害等支援研究室 室長
研究協力者	黒澤美枝	岩手県精神保健福祉センター 所長
	小原聡子	宮城県精神保健福祉センター 技術次長
	畑哲信	福島県精神保健福祉センター 所長
	林みづ穂	仙台市精神保健福祉総合センター 所長
	大塚耕太郎	岩手医科大学医学部 災害・地域精神医学講座 教授/神経精神医学講座
	松本和紀	東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授
	丹羽真一	福島県立医科大学 会津医療センター準備室 教授
	深澤舞子	独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部 協力研究員
	中島聡美	独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部 犯罪被害者等支援研究室 室長
	成澤知美	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 協力研究員
	浅野敬子	武蔵野大学大学院人間社会研究科

研究要旨

【目的】東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から 3 か月間の活動、時相別の精神保健医療の支援法について、被災地内精神保健従事者および被災地外からの派遣支援者において系統的な意見の集約と合意形成を行う。【方法】東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から 3 か月間の活動の時相別の精神保健医療対応について、デルフィ法を通じて意見集約および対応法の合意形成を行った。対象者は、被災地内精神保健従事者および被災地外からの派遣支援者であり、こころのケアチームのメンバー、被災した東北 3 県における地元の支援者、災害精神保健の専門家（115 名）を対象とした。【結果】東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から 3 か月間の活動の内容として、1) 直後期には、精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、相談窓口の周知に関する

合意率が高かった。急性期では、ここでも精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、避難所等を巡回しての相談活動、心理教育・普及啓発活動の合意率が高かった。中期では、仮設住宅等を巡回しての相談活動、心理教育・普及啓発活動の合意率が高かった。また、こころのケアチームの活動内容として、(1)精神科救護支援、(2)精神保健福祉支援、(3)支援者支援に整理することについて合意が得られた。支援者への支援としては(1)労務管理、(2)ストレス対応、(3)スキル取得のための支援に整理され、具体的な活動内容について意見を得た。【考察】東日本大震災におけるこころのケアチームの活動について、主に医療保健的支援については、合意が得られた項目が多かった。一方で、心理療法的なアプローチ、スクリーニングについては、合意は得られなかった。また、東日本大震災におけるこころのケアチームの具体的な体験談を集積することができ、今後の災害対応の判断を支える資料を作成できたと考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から3か月間の活動について、各段階における効果的な治療・ケアを保証するための精神保健医療の課題を、被災地内精神保健従事者および被災地外からの派遣支援者を対象としたデルフィ法を通じて明らかにし、適切な対応に関して合意を形成することである。

B. 研究方法

平成23年3月11日に発生した東日本大震災において初期(発災から約1-3か月)の精神保健支援を担ったこころのケアチームのメンバー、被災した東北3県における地元の支援者、および、災害精神保健の専門家をリクルートして、意見集約および対応法の合意形成をデルフィ法を用いて行った。

1) 対象者のリクルート

調査参加者のリクルートについては、岩手県、宮城県、福島県、仙台市、岩手医科

大学、東北大学、福島県立医科大学の研究協力者へ依頼し、各研究協力者から被災地域の支援者、および他県から派遣された支援チームへ、本研究への参加を依頼した。

調査への参加を依頼するこころのケアチームのメンバーとしては、3月11日の震災の発生後の2011年3月中から、遅くとも4月中に支援を開始したチームのチームリーダーやコーディネートを担ったスタッフなど、医師の他、多様な職種とした。地元の支援者としては、精神保健福祉センターの職員、保健所、市町村の職員など、現地にてこころのケアチームの受け入れを担った職員などとした。災害精神保健の専門家としては、日本トラウマティック・ストレス学会の東日本大震災特別委員会のメンバー、地元の医療機関の医師等とした。

2) 災害後の時相の定義

ここでは、災害後を3つの時相に分け、以下の定義で検討した。

1. 直後期：情報が錯さうし、被災の全貌がまだ明らかとならず、混乱している時期で、被災の規模にもよるが、発災後数時間

から数日間を指す。

2. 急性期：被災地の精神科医療機関や交通機関の被災により、通常精神科医療の提供が継続できなくなっていると想定され、住民の多くが避難所で生活し、集団への対応が求められる時期である。被災の規模にもよるが、発災から数日から数カ月程度を想定している。

3. 中期：被災地の精神科医療機関や交通機関が復旧し、住民が避難所を出て、仮設住宅、借り上げ住宅や自宅での生活を始め、避難所における集団への対応から、徐々に個別への対応が求められていく時期を指す。時期的に先の急性期と厳密な区別は難しいが、発災から数週間から数カ月経過後から始まると考えられる。

3) デルフィ法

デルフィ法とは、エビデンスの蓄積が十分でない事案について、専門家による合意形成を図るためのプロセスである。こころのケアチームが行う災害対応として提示した行動や方針の適切さを、非常に適切=5、どちらでもない=3、全く不適切=1の5段階、および、分からない=0で評価を求めた。また、項目ごとに自由記述の欄も設け、経験に基づく意見を積極的に求めた。上記の調査対象者の間で、各時相でのこころのケアチームが行う災害対応の適切性を問うインターネット調査を3回繰り返した。

合意基準は80%以上の調査回答者が適切(4点)以上と評価したこととした。また、否定的な合意基準として、第1ラウンド、第2ラウンドの調査で、適切(4点)以上と評価した調査回答者が50%以下の場合には、2回の調査で自由コメントは飽和し、

再度質問しても先の合意基準を越える可能性は少ないと考え、第3ラウンドの質問からは除外した。また、第2ラウンドで新たに加えた項目で、適切(4点)以上と回答したものの割合が80%以下の項目は、再度評価と意見を求めるために、第3ラウンドに含めた。第1ラウンドのインターネット調査画面を別添1に示した。

4) 倫理的配慮

本研究計画は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会で承認を受け、各参加者から調査同意を書面で得てから行った。

C. 結果

1) 調査参加者の特徴

上記のリクルート方法を経て、131名から調査参加への書面同意を得た。第1ラウンドの回答者は115名(回答率87.8%)だった。第1回調査参加者の基本属性、職種、過去の災害経験、東日本大震災での活動形態、活動時期について表に示す。

2) 調査項目数の推移

先述の合意基準、質問の除外基準に従った質問項目数の推移を図に示した。

3) 各項目の合意割合とコメントのまとめ

各項目の合意割合とコメントのまとめについて、第1ラウンドの結果を別添2に、第2ラウンドの結果を別添3に示した。

D. 考察

東日本大震災における時相ごとに求められた活動については、デルフィ法を通じて詳細な意見を収集し、合意を形成すること

ができた。

1) こころのケアの定義

こころのケアの定義として、国際的な災害時の精神保健および心理社会的支援ガイドラインの記載をもとにその適切性を尋ねた。この定義に対して、実際に現地で求められる活動は、時期、場所、立場によって異なる点や、こころのケアの内容は活動の性質によって区別され、専門家による支援か否かによるものではないという指摘が多かった。また、精神保健医療福祉と心理社会的支援の区別を強調するよりも、連続性や相補性を強調したほうがよいという声もあった。

また、一般の人は「こころのケア」として専門家からボランティアまで幅広い人びとによる心理社会的支援を期待しているので、一般の人が期待している「こころのケア」と「精神保健医療福祉」活動は異なる点を理解して、言葉を使い分けたり、対応する必要があることが示唆された。

心理社会的支援については、「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった言葉について、わかり易い日本語で伝えたり、具体的な東日本大震災での事例を集積することで、両者の相違点や相補性を提示することが、支援現場での混乱の軽減に役立つと考えられた。

2) 直後期の対応として

直後期には、精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、相談窓口の周知に関する合意率が高かった。一方で、精神医療や心理専門職による心理療法、心理的な側面に配慮しながら具体的なニ

ーズを優先させる対応（例、サイコロジカル・ファーストエイド）、一般住民への相談活動、心理教育の対応については意見が分かれた。

直後期には、精神科医療に注力し、精神保健、そして心理的対応については、積極的に行うよりもその基盤整備に徹するという方針が示唆された。精神科医が医療機関の外（例、避難所など）で活動することは、参加者間で合意には達しなかったものの、不適切と回答したものは10.1%に留まり、被災地の精神科医療機関の機能が損なわれていない場合でも、被災地外部からの支援の必要性を支持する意見は多かった。理由として、医療機関が被災していなくてもスタッフが被災しており、休養や自らの生活再建にあてる時間が必要であること、被災により精神科医療のニーズ自体が増加すること、特に災害拠点病院や総合病院、避難所へ支援に入る必要がある、といった指摘が多かった。また、「余力」「安心感」を得るために、直後期に外部から支援に入ることに對しては、肯定的であった。

反対に、直後期に一般住民に対するスクリーニングは、不適切、非常に不適切と回答したものが過半数であり、直後期には、具体的な被災に対する支援、精神科医療に注力するといった方針が見いだせた。

3) 急性期の対応

急性期においても、精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、避難所等を巡回しての相談活動や心理教育、普及啓発活動の合意率が高かった。

心理療法については急性期の対応として

も評価が分かれたが、「心理療法」に対する回答者もつイメージの違いによる点が多いことが、コメントから示唆された。心理療法としては、治療を目的とした心理療法や精神病理に焦点をおいたものを想定して質問したが、回答者が「心理療法」に対して多様なイメージを持っていることが自由記載欄のコメントから示唆された。心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応（例：サイコロジカル・ファーストエイド）は合意基準を満たさなかったが、概ね支持された。またサイコロジカル・ファーストエイドの定義やイメージについても、回答者によって多様であることがコメント欄から伺われ、この理解、対応の標準化をはかる研修の充実が必要であると考えられた。

また、避難所を巡回しての相談活動は第1ラウンドで支持されたが、さらに、避難所を巡回する保健師や身体医療チームからあげられる相談をフォローする方が適切といった意見もあった。この指摘を受けて、こころのケアチーム自らが避難所等を巡回するよりも、巡回している保健師等の相談や紹介に応じて、チームとしてはコンサルテーションや訪問などを行うことの適切性を第2ラウンドで質問したが、これは合意基準に満たず、「どちらでもない」という回答が最も多かった。被災状況や人員等の状況により異なるという意見と、巡回もコンサルテーションも両方必要であるとの意見が多かった。こころのケアチームの活動は、コンサルテーションなど裏方仕事に限定せず、地元の必要に応じて巡回も含めた活動を行う臨機応変な対応が、特に急性期においては求められていると考えられた。

急性期におけるスクリーニングについても、合意は得られなかった。この項目も「どちらでもない」という回答が半数を越えた。精神保健に特化せず、心身両面の健康を調査するようなものであればよい、被災自治体からの要請により、保健活動の一環として行うのであればよい、との意見が多かった。ただし、スクリーニングにより把握した要支援者の評価が問題であり、限られたマンパワーの中で対応できる範囲を決めてゆくことは難しく、精神保健医療の専門家の支援が必要であるとの意見があった。一方で、現場の保健師に対し、問題があるのに対応できていないというプレッシャーを与える、住民に対し、以後の調査への悪印象を与える、「精神障害者」のピックアップを行っているという偏見に基づいた誤解を生む、といった懸念も指摘された。

3) 中期の対応

中期では、仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の合意率が高かった。

しかし、こころのケアチームによる心理療法の提供については、合意は得られなかった。どちらでもない、と回答したものが多かったが、その背景には、外部支援者は継続的な支援はできないので、治療を目的とした心理療法は地元機関に紹介するほうがよいといった考えがあり、新設された心のケアセンター等での継続支援に期待している、という意見がみられた。一方で、PTSD、災害後のうつ病などを対象とする心理療法は特殊な技法を用いることが多く、地元機関だけでは対応が困難であるので、こころのケアチームによる丁寧な対応は必

要であり、直接治療を行うのではなく、地元支援者をバックアップするといった側方からの支援を適切とする意見があった。

災害中期にサイコロジカル・ファーストエイドを適切としたものは60%を越えたが、「どちらでもない」と評価したのも32.1%と多かった。適切と評価した背景には、サイコロジカル・ファーストエイドは、疾患に対する専門治療ではなく、対人支援に関する対応の基本的な心構えであるからどの時期にも必要であるといった指摘があった。一方で、状況が落ち着いた中期には、明らかに病理化したケースが多いため、より専門的な対応が求められるといった視点も重要であろう。

中期においても、巡回相談の適切性には合意がみられ、外部からの支援者の役割をコンサルテーションに限定することについては、肯定的な評価が多かったものの、どちらでもないという回答も多かった。早期と同じく、マンパワーが不足している場合はこのころのケアチームも自ら巡回する必要があり、またこのころのケアチームも巡回して仮設住宅の現状を見ておかななくてはコンサルテーションはできないといった指摘があった。資源、ニーズ把握を念頭に置き、柔軟な対応が望まれる。

中期にスクリーニングを行うことに肯定的な意見は多かったが合意は得られなかった。ここでも、どちらでもない、と態度を留保するものが多く、スクリーニング後のフォローアップ体制の整備、住民へのフィードバックが必須であること、健康調査のなかで精神保健についても取り扱うこと、自治体の地域保健活動の一環として行うこと、といった条件のもとで、慎重に実施す

ることが求められていると考えられた。

4) こころのケアの活動内容

こころのケアチームの活動内容として、(1) 精神科救護支援、(2) 精神保健福祉支援、(3) 支援者支援に整理することについて合意が得られた。既存のこころのケアチームマニュアル(自然災害発生時における医療支援活動マニュアル)と異なるのは、精神科救護支援として被災地の精神科医療の機能補完をする医療活動が明記された点である。これは直後期、急性期の対応として、精神科救急や精神科通院患者の服薬継続の維持、避難所等を巡回しての相談活動、を支持する意見が多かったために、精神保健医療活動のなかでも、より精神科医療の必要性を明確に表現した結果である。精神保健福祉支援としても、災害後に生じる一般住民の反応は多様であった経験から、ストレス反応へのリラクゼーションといった対応から、アルコール依存症等への予防啓発などの今回の東日本大震災で実施された支援活動が記載された。また、支援者への支援として、かつては、消防関係者、警察関係者といった惨事対応支援者への支援に焦点が置かれていたが、今回は被災をしながらも現地で業務にあたらないうけない行政職員、医療関係者、福祉施設・行政関係者、教育関係者といった地元支援者のストレス対応の重要性が大きな関心を集め(精神神経学会)、この点が明記された。

5) 支援者支援の整理

支援者への支援としては(1) 労務管理、(2) ストレス対応、(3) スキル取

得のための支援に整理され、具体的な活動内容について意見を得た。(1) 労務管理として、過重労働を防ぎ、休養を確保する重要性を管理監督者が認識する必要性からはじまり、事業継続計画の策定や、業務のローテーション化などの具体的な対応が挙げられた。(2) ストレス対応としては、惨事ストレス対応に加え、震災対応業務によるストレス反応に対して、セルフケアや労務管理としてのスクリーニングや個別カウンセリングの実施が挙げられた。スクリーニングの実施については、住民を対象とする場合には慎重な意見が多かったが、支援者に対しては肯定的な意見が多かった。支援が必要な人を把握して労務管理体制を組む資料にすることが必要であることや、その後の支援者支援の体制を具体的に組むことが重要であるなど、実施後にフォロー体制を組むことが必要であるとする意見が複数あり、これは住民に対しても当てはまることであるが、職域ではより実施しやすい条件がそろっているからかもしれない。3) スキル取得のための支援としては、平時より、災害時の被災者対応について研修を行うことが挙げられ、災害状況や支援者の要望にあわせて、研修、コンサルテーションやスーパーバイズを提供することが記載された。支援者が自分の業務の価値を再認識したり、スキル取得や、業務上の相談をできるようなスーパービジョン体制を整えることで、対応に自信をもつことができるような工夫が挙げられた。

限界

第1に、本研究ではこころのケアチームの対応のうち、初期の3か月に限定しており、長期的な精神保健支援については触れていない。特に、被災地域における地域精神保健医療福祉体制の再構築が各所で行われているが、それらの取り組みについては別途検討が必要である。

第2に、こころのケアの定義として、精神保健医療福祉活動と心理社会的支援のふたつの側目が挙げられているが (IASC, 2007)、本研究では、心理社会的支援のあり方については扱っていない。災害の支援で多くの支援者が行うのが心理社会的支援であり、住民もこころのケアとしては、こちらを期待している、という指摘があった。日本の文化に則した心理社会的支援のあり方や、ウェルビーイングを促進するとは日本語で表現するとどのようなことなのか、今回の被災の経験から明らかにする必要がある。

第3に、本研究はこころのケアのあり方に焦点をあてており、身体医療チームや保健師チームとの連携のあり方については言及していない。多くのこころのケア従事者がその連携の必要性を指摘したが、有効な連携のあり方の明確化、そしてこのシステム化にはさらなる取り組みが望まれる。特に、災害直後の救急対応や、服薬や処方状況の確認は、医療チームとの連携や情報共有は必須であり、その連携のあり方の整理、具体的なシステムづくりが求められる。災害後の新設されたこころのケア情報支援センターに期待される業務である。

最後に、災害はそれぞれ別の顔があるといわれるように、人為災害、都市部におけ

る大型災害では今回の対応は適応できない点である。現場のニーズを正確に捉え、利用できる資源を勘案し速やかな対応が求められるが、その参照点として東日本大地震での体験を集約したことには意義があると考えられる。

3. その他
以上、全てなし

E. 結論

東日本大震災におけるこころのケアチームの活動について、主に医療保健的支援については、合意が得られた項目が多かった。一方で、心理療法的なアプローチ、スクリーニングについては、合意は得られなかった。また、東日本大震災におけるこころのケアチームの具体的な体験談を集積することができ、今後の災害対応の判断を支える資料を作成できたと考えられた。

【参考文献】

自然災害発生時における 医療支援活動マニュアル.平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業.

<http://www.imcj.go.jp/shizen/index.html>

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録

表. 第1ラウンド調査回答者の職種、災害対応経験
図. 質問項目数の推移

別添1. 第1ラウンド調査票

別添2. 東日本大震災後デルフィ第1ラウンド フィードバック資料

別添3. 東日本大震災後デルフィ第2ラウンド フィードバック資料

表. 第1ラウンド調査回答者の職種、災害対応経験(n=115)			
年齢			
	平均、標準偏差	45.1	9.5
	範囲	24-70	
性別, 人(%)			
	男性	47	(45.6)
	女性	56	(54.4)
職種(複数回答), 人			
	精神科医	36	
	精神科以外の医師	1	
	保健師	29	
	看護師	13	
	精神保健福祉士	23	
	臨床心理士	12	
	事務	4	
	その他	4	
東日本大震災以前の災害支援の経験, 人(%)			
	なし	69	
	1回	16	
	2回	10	
	3回以上	8	
東日本大震災での活動場所(複数回答), 人			
	岩手県	25	
	宮城県	53	
	福島県	22	
	仙台市	17	
	その他	2	
東日本大震災での支援立場(複数回答), 人			
	地元支援者として通常業務の延長で	25	
	地元支援者として特別な支援活動	22	
	外部支援者として	65	
東日本大震災での活動時期(複数回答), 人			
	2011年3月	29	
	2011年4月上旬	22	
	2011年4月下旬	14	
	2011年5月上旬	15	
	2011年5月下旬	7	
	2011年6月上旬	10	
	2011年6月下旬	9	
	2011年7月上旬	10	
	2011年7月下旬	8	
	2011年8月以降	23	

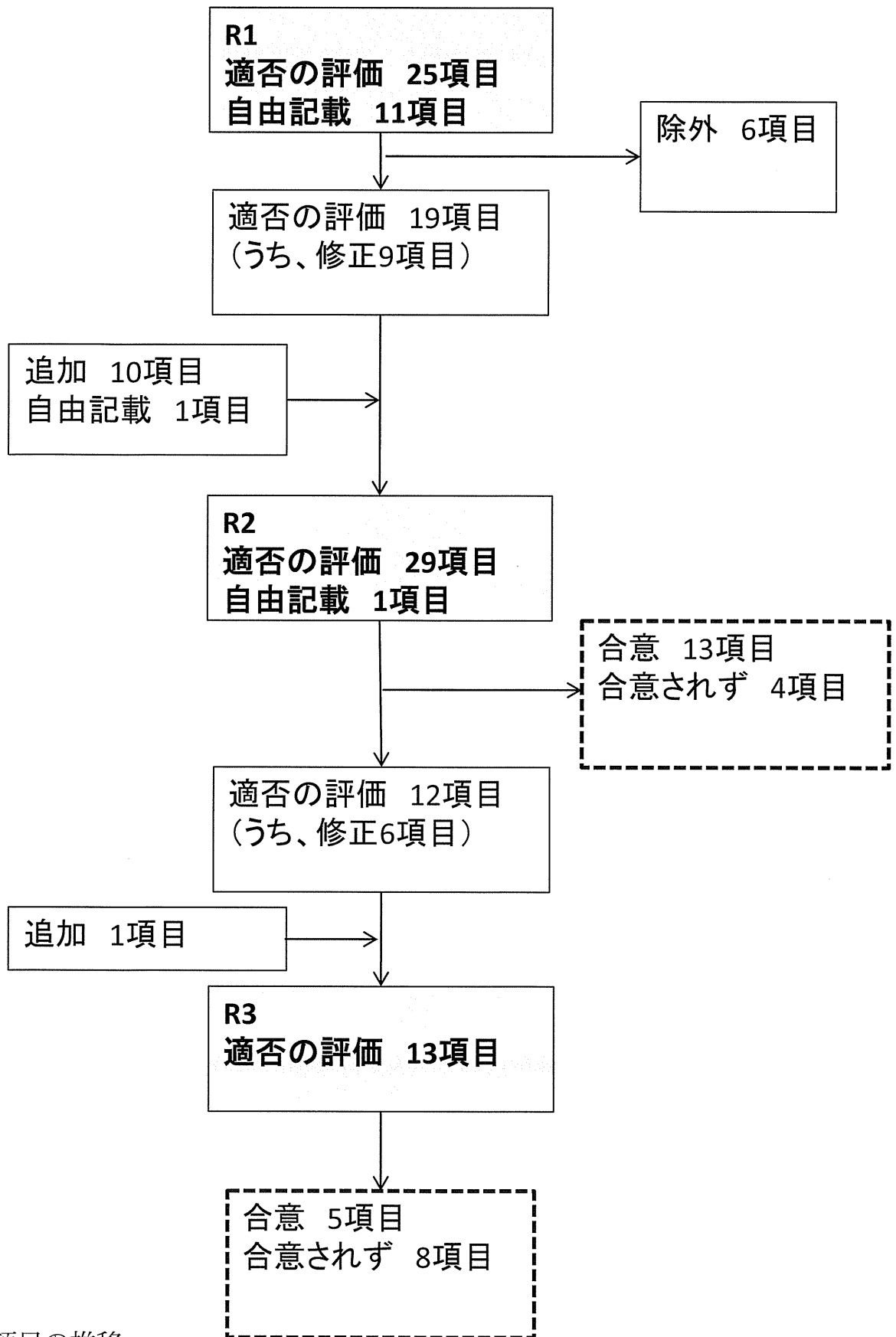


図. 質問項目の推移

1. 東日本大震災後デルフィ調査へご参加いただきまして、ありがとうございます。

昨年3月に発生しました東日本大震災に際し、困難な状況のなか支援にあたられましたことに、心より敬意を表します。

わたしたちは、「災害時の精神保健対応のあり方に関する検討：Delphi法を用いた東日本大震災の経験とそれに基づく意見の集約」（研究責任者：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 鈴木友理子）を行っています。本研究は、災害時の精神保健対応のあり方について、これまでにわたしたちが作成してきた、災害時精神保健医療ガイドラインや被災地での心のケアチーム活動マニュアルへ、東日本大震災における支援の経験を反映させるべく、関係者からインターネットを用いたデルフィ法*で、情報収集、合意形成を行うものです。

みなさまの東日本大震災での貴重なご経験、ご意見を反映させるため、ぜひご協力ください。

*デルフィ法：

専門家グループなどが持つ意見や経験に基づく判断についてアンケートを複数回行い、これらの意見を集約・洗練する合意形成法

今回の調査では、上記のガイドライン、マニュアルの項目案の適切性について、合計3回のアンケート調査をインターネットを通じて実施いたします。また、自由記述の欄では、さらにガイドライン等書き加えるべき項目があれば、みなさまから追加で提出していただきます。

1回の調査が終了するごとに、結果を集計し、調査参加者のみなさまからいただいたコメントを集約し、匿名にて回覧いたします。その結果をご覧いただき、その後、再度、各項目の適切性について評価していただきます。その際、他の参加者の回答、コメントを受け、ご自身の前回の調査の際の回答を変更することができます。

以上の手続きを3回繰り返し実施し、ガイドライン、マニュアルの項目案の適切性に関して、調査参加者の間での合意形成を図ります。

調査への回答は無記名です。集計についても、事前にお知らせしましたIDにて連結可能な匿名化情報として処理いたします。したがって、みなさまが記載するデルフィ法の調査への回答内容に関して、本研究に関わる者により個人を同定されることは一切ありません。

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
成人精神保健研究部 災害等支援研究室長 鈴木友理子

2. 基礎情報

*1. メールでお知らせしましたID（4ケタの数値）を入力してください。

ID（4ケタの数値）

2. 性別を教えてください。

男性

女性

3. 年齢を、2桁の数値で入力してください。

年齢（2桁の数値）

4. 職種を教えてください（複数選択可）

精神科医

精神科以外の医師（下記に専門をご記入ください）

保健師

看護師

精神保健福祉士

臨床心理士

事務

その他（下記に職種をご記入ください）

精神科以外の医師を選択した場合は専門を、その他を選択した場合は職種を、ご記入ください。

3. 過去の災害時の活動経験

5. 東日本大震災の前に、支援に関わった災害の数を教えてください。

派遣回数や活動日数ではなく、災害の数をお答えください。

(例えば、阪神大震災と中越大震災と中越沖地震に関わった場合には 3 と入力してください。

東日本大震災が初めての経験であった方は 0 と入力してください。)

半角数値で入力してください。

6. 東日本大震災の前に支援に関わった災害について、どのような立場に関わったのか教えてください

被災地の地元の支援者として支援を行った災害の数

被災地の外部から被災地（日本国内）へ派遣されて支援を行った災害の数

海外で、支援者として活動した災害の数

4. 東日本大震災での活動

7. 今回の東日本大震災において支援活動を行った場所を教えてください（複数選択）

- 岩手県
- 宮城県（仙台市を除く）
- 福島県
- 仙台市
- その他（下記に記載してください）

その他

8. 今回の東日本大震災において支援活動を行った立場について教えてください（複数選択）

- 被災地の地元の支援者として、通常業務の延長として支援活動を行った
- 被災地の地元の支援者として、通常業務を中断して特別な支援活動を行った
- 被災地の外部から被災地へ派遣されて活動した（通常業務を中断して活動した）

補足があれば、ご記入ください

5.

9. (被災地外部から派遣されて活動した方のみにお聞きします)

今回の東日本大震災において支援活動を行った時期を教えてください(複数選択)

- 2011年 3月
- 2011年 4月上旬
- 2011年 4月下旬
- 2011年 5月上旬
- 2011年 5月下旬
- 2011年 6月上旬
- 2011年 6月下旬
- 2011年 7月上旬
- 2011年 7月下旬
- 2011年 8月以降

6. 災害時の精神保健医療福祉活動に関する指針の適切性について

ここからが、災害時の精神保健医療福祉活動に関する指針の適切性について、評価をお願いする調査となります。

以下に提示する項目は、災害時の精神保健医療福祉活動に関する指針として適切かどうかについて、以下の選択肢のなかから、あなたのお考えに最も近いものを選んでください。

また、各項目ごとにコメント欄を設けてありますので、あなたがそう考える理由、根拠となる経験などを、お書きください。

選択肢のなかには、「よく分からない」という選択肢もありますので、自分には特に意見を表明する根拠がないと思われる項目については、こちらを選択してください。

7. 「こころのケア」の定義

10. 以下の「こころのケア」の定義が適切かどうかについて、ご意見をお聞かせください。

災害時の「こころのケア」と呼ばれる活動には、大きく分けて、 1. 精神保健医療福祉に該当する支援 と 2. 心理社会的支援 とがあると考えられます。

1. 精神保健医療福祉に該当する支援 とは、精神医療や心理の専門職、および地域保健従事者による、精神疾患の予防や治療、回復を目的とした支援を指します。例えば、精神科医の診察や処方、保健や福祉の専門職による相談活動、心理専門職による治療的なカウンセリング、トラウマ等についての心理教育や普及啓発活動などがあります。

2. 心理社会的支援 とは、それ以外の、一般的な心理社会的ウェルビーイングを促進することを目的とする活動全般を含む支援と考えられます。例えば、教育に関わる職員、精神医療や心理の専門職ではない医療従事者、一般ボランティア等によって行われる、傾聴、相談、講話、サロン活動やレクリエーション、マッサージ、足湯などのリラクゼーションなどがあります。

両者の活動は重なる部分も大きいですが、自分が活動する際、どの部分の支援を担当するのかについての自覚は必要です。

本ガイドラインにおいては、このうち、1. 精神保健医療福祉に該当する支援 の指針を示すものとします。

以上の「こころのケア」の定義、整理の仕方は適切だと思いますか。ご意見をお聞かせください。

- 1. 非常に不適切
- 2. 不適切
- 3. どちらともいえない
- 4. 適切
- 5. 非常に適切
- 0. よく分からない

ご意見がありましたら、お書きください

8.

この調査では、災害時の「こころのケア」に関して、主に、

- I. 災害時の精神保健医療福祉活動 (24項目)
- II. こころのケアチームのあり方 (4項目)
- III. 支援者の支援 (3項目)

の3点に焦点をあててお聞きします。

その後、災害時の「こころのケア」についてご意見をいただくための自由記載欄を設けております。 (5項目)