（案）

こころのケア対応マニュアル

（Ｈ２６年度改訂版）

愛媛県イメージアップキャラクターみきゃん

愛媛県

はじめに

県は、平成 13 年 2 月 10 日、宇和島水産高等学校の実習船「えひめ丸」の痛ましい事故により、当時の宇和島保健所に「えひめ丸ケア対策班」を設置し対応した経験から、こころのケアをより円滑、適切に行うための手引書として、平成 18 年 3 月に「災害等による外傷性ストレスマネジメントのために」と題したマニュアルを作成し、ホームページ等を利用して平時から心のケアに対する備えの重要性について啓発してまいりました。

国においては、平成 23 年 3 月の東日本大震災を契機に、大規模災害時における心のケア体制を再構築し、精神科医師や看護師、事務職員等の多職種による、災害時精神派遣医療チーム（DPAT）の体制整備を推進しており、本県においても、平成 25 年度から、「愛媛県心のケアチーム体制整備検討会」において検討を重ねてまいりました。

本県が整備する心のケア専門の緊急支援チームは、国の要請に基づき派遣する DPAT（災害時精神派遣医療チーム)を兼ねることから「心のケアチーム（愛媛版 DPAT)」と称することとし、平成 27 年 3 月より、派遣チームの構成員の事前登録を開始して、自然災害や事件、事故等による集団災害が発生した際に、より迅速な派遣活動に備える体制を整備することとなりました。

併せて、県内外の災害等による心のケアに関わる上で、平時から準備をするための手引書の一つとして「こころのケアマニュアル(平成 26 年改訂版)」を作成いたしました。この手引書は、平時から準備をするための手引書の一つとして作成したもので、前作のマニュアルからの抜粋や、近年の研修等で紹介されている「サイコロジカルファーストエイド」などの情報を追記したものです。

この手引書が円滑、適切な支援が行われるための一助となることができれば幸いです。

愛媛県保健福祉部長　兵頭　昭洋

目次

Ⅰ　外傷性ストレス反応とは　・・・・・・・・・・・・・・　１項
1　心的トラウマと反応
2　心的外傷後ストレス反応（ＰＴＳＲ）
3　急性ストレス障害（ＡＳＤ）及び心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）
4　大規模自然災害被災後の気分の変化
5　複雑性悲嘆

Ⅱ　支援体制と支援活動　・・・・・・・・・・・・・・・・・８項
1　心理的応急処置
2　体制確保・情報収集
3　アウトリーチによる早期介入
4　メディア対応
5　情報提供
6　ホットラインの設置
7　スクリーニング
8　精神科治療
9　支援者のメンタルヘルス
10　長期にわたる支援対策

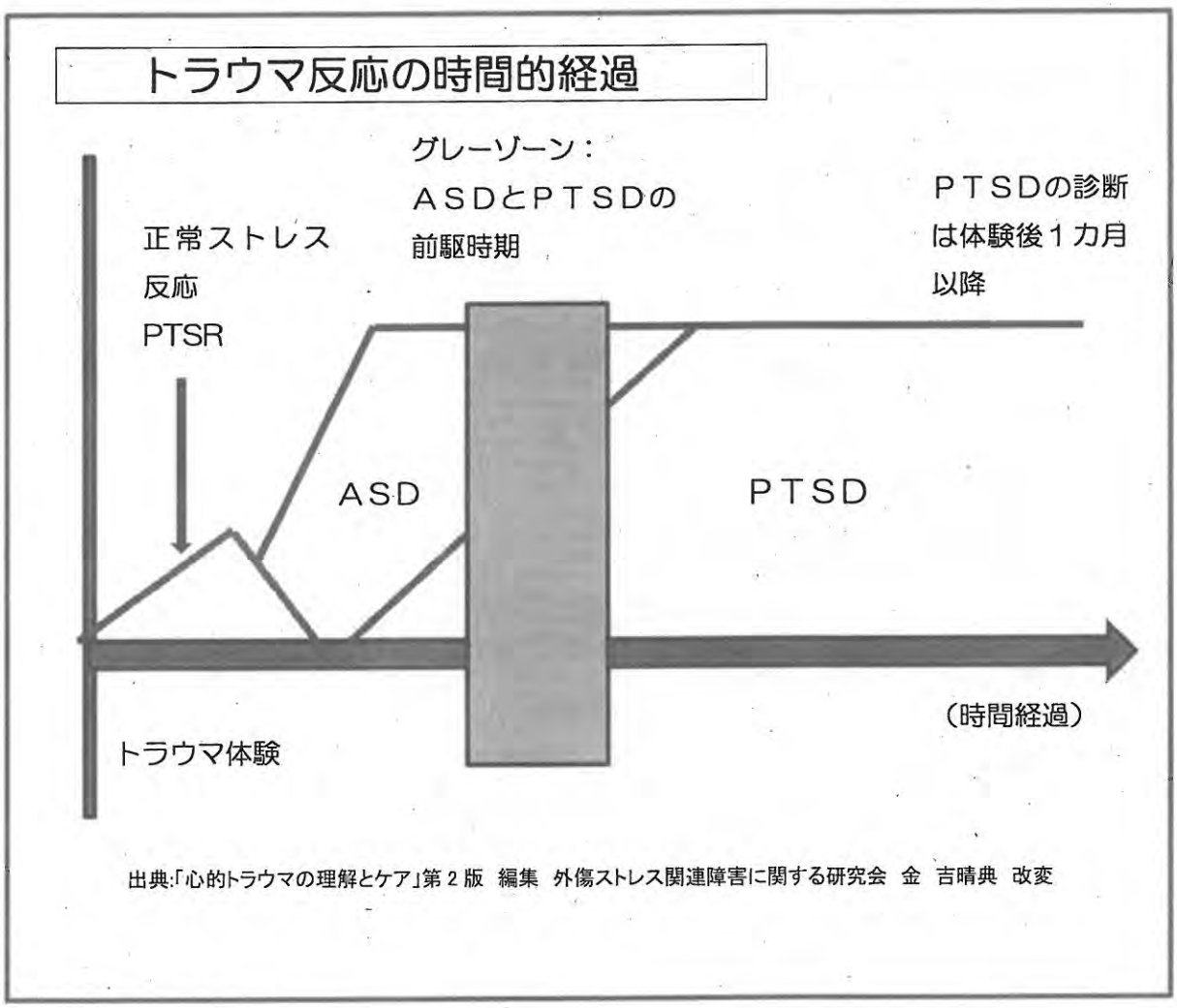
Ⅲ　支援において心がけること　・・・・・・・・・・・・１９項
1　アウトリーチ
2　関係性構築
3　サイコロジカル・ファーストエイド（ＰＦＡ）
4　惨事ストレス
5　継続性の確保
6　悲嘆反応を乗り越えるために

Ⅳ　心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）・・・・・・・・　２６項
1　心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）の概要
2　構成員
3　派遣活動のイメージ

Ⅰ　外傷性ストレス反応とは

1　心的トラウマと反応

心や身体の影響は多彩で、基本的にはすべてが「正常な反応」であり、回復は可能である。しかし、その一部に、外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）などの様々な影響により精神障害に発展することがある。



2　心的外傷後ストレス反応（ＰＴＳＲ）

その人の対処能力を超えるような大きな打撃、事件（性犯罪、虐待、暴力、いじめ、テロ）、事故（輸送事故（列車、航空機、船舶、自動車）、火災、爆発、汚染）、災害（地震、台風、洪水、津波、噴火）を受けることから生じる精神的な動揺や心身の反応、行動面の変調は誰にでも起こりうる正常な反応。
被害の当事者だけでなく、目撃者であっても影響を受ける。

ＰＴＳＲは以下のような症状が見られるが、多くの場合１カ月程度で回復する。

【行動面の変調】
興奮しやすく、突然怒りが爆発する
言葉や文章で言い表すことができなくなる
他人と距離をとり、一人で行動する
飲酒、喫煙量が増える、食欲不振や過食
睡眠障害

【身体面の変調】
頭痛、筋肉痛、胸痛
吐き気、胃痛、便秘、下痢
動悸、ふるえ、発汗、めまい、疲れやすい、風邪をひきやすい

【心理・感情面の変調】
わけもなく不安になる、気分が沈む、わけもなく泣きたくなる、いらいらして怒りっぽくなる、何をする気にもなれない
周りの人から孤立しているように感じる
いきいきした感情がわいてこない
ちょっとした揺れや物音への過剰反応

【思考面の変調】
集中力が鈍る
考えがまとまらない
物忘れしやすい
選択や判断力が鈍る
理解力が低下する

３　急性ストレス障害　（ＡＳＤ）及び心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）

ＰＴＳＲが時間を経過しても軽減せず、特定の症状が持続し、その後の社会生活に大きな影響を及ぼす場合がある。急性のものを「急性ストレス障害（Acute Stress Disorder：ＡＳＤ）」と言い、１カ月以上にわたり持続し長期化した状態を「心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder：ＰＴＳＤ）」と言う。

ＰＴＳＤの症状

体験そのものが本人の気持ちの中では、まだ再現されていて、客観的に見れば、心理的外傷の「後」にみえても、気持ちの中では、まだ外傷の真っただ中にいる状態である。

トラウマ体験が、本人の意思とは関係なく気持ちの中に「侵入」し、その時と同じ気持ちがよみがえる。（再体験症状）

それに伴って、トラウマ体験だけではなく、あらゆる物音や刺激に対して気持が張りつめてしまい、不安で落ち着くことができず、いらだちやすく、眠りにくくなる。（過覚醒）。

また、あたかもトラウマ体験が、意識から切り離されたようになり、体験の記憶や実感が乏しくなる。

周囲の人々や、自分の未来からも切り離されたような感じ、人々と自然な交際や、将来の計画などができなくなる（麻痺）。

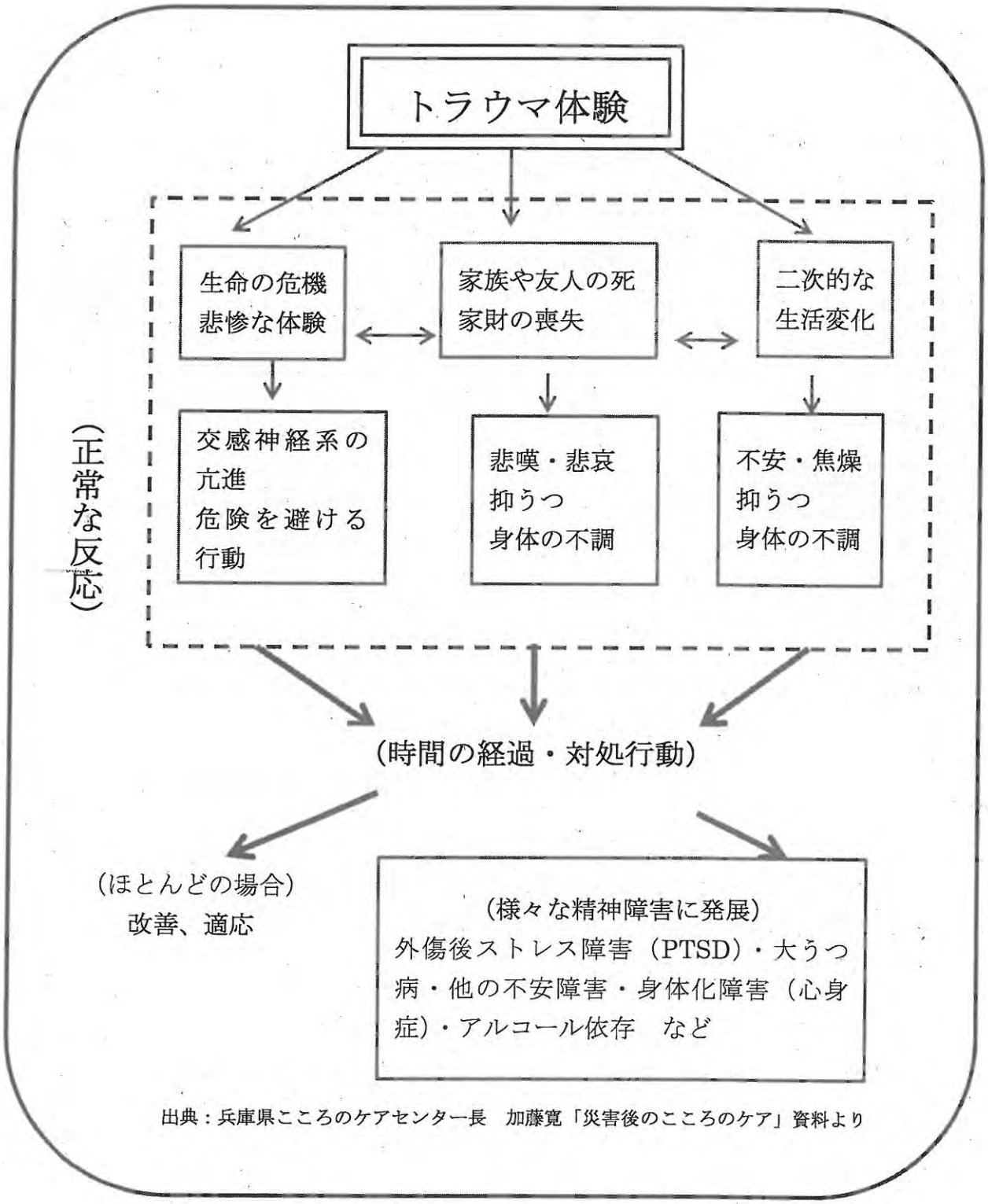
出典:「心的トラウマの理解とケア」第２版　編集　外傷ストレス関連障害に関する研究会　金　吉晴典

○再体験症状
- 外傷体験を思い出してしまう
- 悪夢を見る
- フラッシュバック

○過覚醒
- 不眠
- 怒りっぽくなる、イライラする
- 些細なことで過剰に驚く

○麻痺
- 外傷体験を思い出させるような場面や状況を避ける
- 感情が麻痺したように活動性が減退する

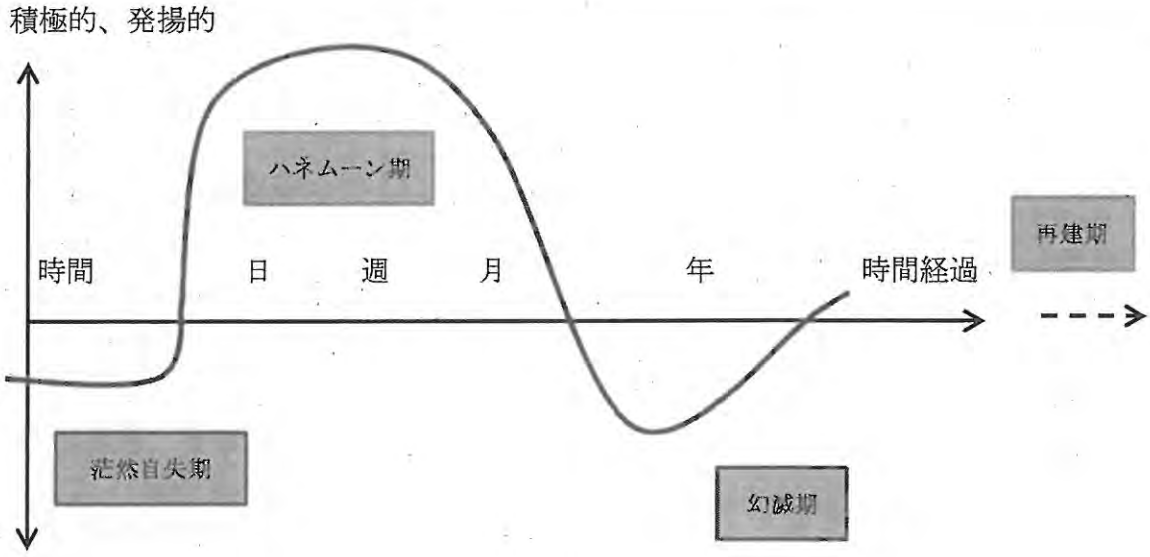
災害等の心理的影響



出典：兵庫県こころのケアセンター長　加藤寛「災害後のこころのケア」資料より

4　大規模自然災害被災後の気分の変化

被害者の心理状態



出典：（厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班主任研究者金吉晴「心的トラウマの理解と心のケア」39ページ：じほう(2001)から一部引用）改変

○茫然自失期（災害発生後数時間～数日間）

・恐怖体験により、無感覚、感情の欠如、茫然自失の状態になる時期。

・自分や家族、近隣の人々の命や財産を守るために、危険をかえりみず行動的になる人もいる。

○ハネムーン期（災害発生後数日間～数ヶ月間）

・劇的な災害体験を共有し、ともにくぐり抜けたことで、被災者同士が強い連帯感で結ばれる時期。

・援助に期待を託しつつ、被災者同士が助け合い、被災地全体が暖かいムードに包まれる。

・精神的高揚状態であり、回復している心理状態ではない。

○幻滅期（災害発生後数週間～年余）

・災害直後の混乱がおさまり始め、復旧に入る時期。

・被災者の忍耐は限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴出する。やり場のない怒りにかられ、けんかなどのトラブルも起こりやすくなる。飲酒の問題も出現する。

・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るため、地域の連帯感が失われる場合もある。

○再建期（災害発生後数年間）

・復旧が進み、生活のめどがたち始める時期。

・ 被災地に「日常」が戻り始め、被災者も生活の立て直しへの勇気を得る。

・ 地域づくりに積極的に参加することで、生活再建への自信が増してくる。

・復興から取り残されたり、精神的支えを失った人には、ストレスの多い生活が続く。

・心的外傷によるフラッシュバックの起こる人もいるが、徐々に回復していく。

5　複雑性悲嘆

突然の災害・事故で大事に思っている人を失うことから生じる急性悲嘆（抑うつ症状、現実逃避的態度、罪責感情、焦燥感など）が変形し、遷延した悲嘆のことである。

つらく悲しい体験を様々なかたちで表出、受容してゆく過程（悲嘆反応あるいはグリーフワーク[1]）は通常、次のような経過をとる。

１）死別直後（急性期）：数週間～数カ月

（１）否認…麻痺、無感覚、周囲からは「気丈にしている」とみられる。

（２）苦悩…否認の段階を過ぎ、死別を現実として受け入れた時に生じる激しい感情の波

---

[1] グリーフワーク:配偶者や子どもといった家族や恋人など身近な存在の死別を体験し、深い悲しみに陥った人が立ち直るまでに努力して行う心の作業のことである。喪の作業とも言う。

2）慢性期：死別後数カ月～

悲しみから立ち直り通常の生活に戻れる時期なのに、回復途上にあると感じられない。

（1）心的症状

①憂うつ、悲哀

②罪悪感（サバイバーズ・ギルト[2]）

③怒り

④死者へのとらわれ（いまだに生きているように感じられるなど）

（2）身体症状

①睡眠障害

②その他（呼吸器症状、循環器症状、消化器症状、頭痛、脱力感など）

（3）社会的な症状…社会からのひきこもり

3）再適応・再構築期

死者が重要な役割を果たしていた死別前の世界観が過去のものとなり、死者のいない世界に適応して生活できる。

---

[2] サイバーズギルド：災害や事故等の被害に遭いながら奇跡の生還を遂げた人の中には、自身の幸運に感謝しながらも、家族や周りの人々が亡くなったのに自分が助かったことに対し、罪悪感を感じる人がいる。

この罪悪感を「サバイバーズ・ギルト」と呼ぶ。他のＰＴＳＲと同様、誰にでも起こりうる心理状態であり、時間の経過と共に回復していくものであるが、一部、ＡＳＤやＰＴＳＤに移行する場合がある。

Ⅱ　支援体制と支援活動

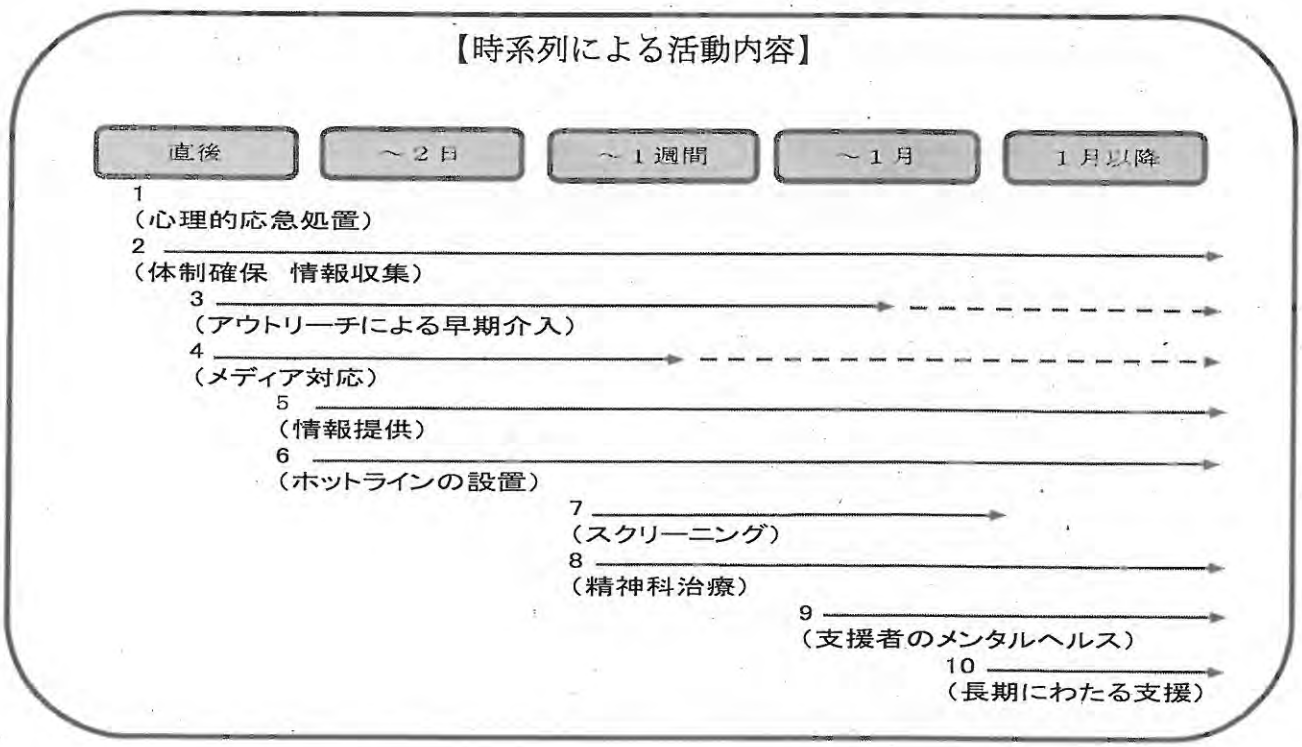
外傷性ストレスが生じるような出来事が発生した場合、対象となるメンタルヘルス上の課題は、

○外来治療を受けていた精神障害者への医療継続

○災害ストレスによって発生する新たな精神的問題への対応

○災害救援者への心理的支援

が主なものである。



1　心理的応急処置

被災・被害現場に直接かかわる救援出動者には、

○さらなる被害拡大の防止、救出

○身体の安全、快適環境の確保、尊厳の維持

○家族、友人、近親者との再会といった安心が提供できる場への誘導

を配慮ある態度をもって迅速に提供することで、危機からの緊急避難のみならず、精神的ケアの第一歩になることが期待される。

2　体制確保・情報収集

1）支援活動の役割分担

○アウトリーチ活動に従事するケア班

○関係機関との調整役、ホットライン対応班

○広報情報担当班

2）外部応援の要請の検討

被害状況の把握（予想される精神的被害の範囲、深刻さ）を推定する作業とともに、組織内スタッフだけで対応可能か、専門家派遣要請の必要性等について検討する。

3）支援者のローテーション

事態の変化にあわせた、サービス提供体制（支援者のローテーション）の再編

4）精神科救護所設置の検討

大規模災害の場合、多数の被災者に医療を提供する必要性のなかで、精神科標榜（独立したあるいは総合診療の一部門として）の救護所立ち上げ。

精神科疾患で通院治療の人たちのみならず、前述の精神的問題が顕在化するニーズにプライマリーケアの提供を行う。

3　アウトリーチによる早期介入

孤立感が芽生えないタイミングでの早期介入を行う。支援する側が待機するのではなく、被災・被害者の生活する（集まる）場所へ出向く活動を行っていくことが求められる。

自然災害、責任対象の曖昧な事件、事故などにおいては、生活援助活動やプライマリーケアと組み合わせて同時期のアウトリーチを行う。

被災・被害者の精神状態として、

○自分の状態に気づかない。

○相談しようという発想が起きない。

○罪責感から支援を受けることに抵抗がある。

○麻痺、無感覚で何も考えられない。

○精神科への偏見や誤解。

などの特徴傾向があり、アウトリーチを積極的に実施するなかで、メンタルヘルスに関する支援が受け入れられる状況を作りつつ、ニーズを見極めてゆく作業が重要である。

4　メディア対応

メディアの功罪：速報性のあるメディアは最新ニュースを提供してくれる事態掌握の情報源である。

被災・被害者の何がどうなっているのか、全体像にせまる情報として有用である。支援者側にとっても、伝えたいお知らせ、広報媒体として重宝できる。

その一方で、メディアを通して語られる被災・被害者の心的苦痛問題は、より具象化・視覚化されることによって「理解の範疇」として扱われる傾向にある。そのため現場における当事者の固有の問題が視聴者向けのドラマとして伝えられ、二次的ストレスになることもある。「個人情報の保護」あるいは「精神医学上の配慮」といった説明によって取材のコントロールを図りつつ、できるだけ情報公開をしていく。

メディアに対して公表するにあたって

○定期的に情報発信する。
（毎日、あるいは重大な新事実が明らかになった時）

○出せる情報と出せない情報を識別し、出せる情報は積極的に出す。

○誠実に対応する。

といったことを、原則とする。

公表内容について

○個人情報保護への配慮が十分なされているか。

○被害者感情への配慮がなされているか。

○メンタルヘルス活動の立場から問題ないか。

○全国的に知られることになった場合問題ないか。

○憶測、責任転嫁、非難、批判になっていないか。

といったことを確認する。

なお、事件の大きさによっては専任の報道担当の配置を検討する。

5　情報提供

日常性が混乱し不安あるいは絶望のなかにいる被災・被害者にとって、現状を理解し、先の見通しを立てるうえで、事件・事故・災害の全体的状況といった事実に関する情報提供は不可欠である。

また、精神的安定をはかる目的では心理教育がとくに重要である。

○被災・被害にあうことでの心身の変化

○「あなたのせいではない」

○回復のためのヒント

○相談窓口の設置、支援メニュー

といった内容を、アウトリーチの場面で直接口頭、冊子配布、集会の利用などによって伝える。

6　ホットラインの設置

アウトリーチによる支援活動開始にあわせて、即時性、任意性、匿名性が保障される電話相談窓口を設けることによって、相談を待つ体制を設ける。

特に支援体制は必要だと感じられた場合、携帯電話を利用した夜間あるいは24時間受付の検討もする。

7　スクリーニング

ほとんどの被災・被害者は生活ストレスを抱えているが、そのなかで過去の被災・被害者の追跡調査では、精神障害と診断しうるあるいは有すると考えられる出現率は、20～80%との報告がある。

災害の影響評価に関して自記式質問紙では構造化面接結果より不十分な結果になりやすいとされているが、介入初期（おおむね１～２週目）には感度を優先した調査によって、メンタルヘルスサービス対象者を見落とさないことが重要である。

地震災害のように災害範囲が広範囲に及ぶ時、リスクの高い人々への注意を向けるとともに一般健康調査からの絞込みをするなど、被災状況にあわせて対象者を選定していく。

「見守り必要性のチェックリスト」（資料1）や、「スクリーニング質問票（ＳＱＤ）」（資料2）などを活用する。　精神症状の強い事例に対しては精神科治療等の専門家へつなぐ。

【資料１】

災害直後　見守り必要性のチェックリスト

記入者氏名		地区	
記入者所属		日時	
		氏名	
電話番号		年齢	
携帯番号		性別	

チェック項目（あてはまる欄に○を記入すること）

	非常に	明らかに	多少	なし
落ち着かない・じっとできない				
話しがまとまらない・行動がちぐはぐ				
ぼんやりとしている・反応がない				
怖がっている・おびえている				
泣いている・悲しんでいる				
不安そうである・おびえている				
動悸・息が苦しい・震えがある				
興奮している・声が大きい				
災害発生以降、眠れていない				

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった　１はい　０いいえ
今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている　１はい　０いいえ
治療が中断し、薬がなくなっている（身体の病気を含む）　１はい　０いいえ
病名　（　　）

災害弱者（高齢者・乳幼児・障害者・傷病者・日本語の通じにくい者）である
１はい　０いいえ

家族に災害弱者がいる　１はい　０いいえ

出典：「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」（平成１３年度厚生科学研究費補助金）

【資料２】

スクリーニング質問票（ＳＱＤ）

実施日　　年　　月　　日

氏名　　年齢　　歳　　（男・女）

住所

備考

大災害後は生活の変化が大きく、色々な負担（ストレス）を感じる事が長く続くものです。最近１か月間に、今からお聞きするようなことがありませんでしたか？

1	食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか？	はい　いいえ
2	いつも疲れやすく、身体がだるいですか？	はい　いいえ
3	睡眠はどうですか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい　いいえ
4	災害に関する不快な夢を見ることがありますか	はい　いいえ
5	憂鬱で気分が沈みがちですか。	はい　いいえ
6	イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい　いいえ
7	ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい　いいえ
8	災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。	はい　いいえ
9	思い出したくないのに、災害のことを思い出すことがありますか。	はい　いいえ
10	以前は楽しんでいたことが、楽しめなくなっていますか。	はい　いいえ
11	何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい　いいえ
12	災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい　いいえ

スクリーニング質問票（ＳＱＤ）判断基準

被災した住民を対象として、訪問時や検診の際に、精神的問題がないかスクリーニングをするためのものです。

いきなり質問をするのではなく、挨拶を交わしたり、世間話をするなど、自然な流れで使用します。

判断基準は下記のとおりですが、診断を意味するものではありません。

判断基準

●PTSD

３　４　６　７　８　９　１０　１１　１２　のうち、5個以上が存在し、その中に４　９　１１　のどれか1つが必ず含まれている。

●うつ状態

１　２　３　５　６　１０　のうち、4個以上が存在し、その中に５　１０　のどちらか1方が必ず含まれる。

【備　考】

PTSDの3大症状及びうつ病症状に対応するものは、それぞれ次の項目である。

●再体験症状・・・・・・・・・・　４　９　１１

●回避症状・・・・・・・・・・・・　８　１０　１２

●過覚醒症状・・・・・・・・・・　３　６　７

● うつ症状　・・・・・・・・・・・・　１　２　３　５　６　１０

出典：「心的トラウマの理解とケア」第２版　編集　外傷ストレス関連障害に関する研究会　金　吉晴

発行所　株式会社じほう

8　精神科治療

深刻な精神症状の持続、又はASD、PTSDとの診断がなされうる状態において、診療機関、専門家による治療が必要になる。

1）薬物療法

（1）特に向精神薬が有効であると考えられる精神症状

○抑うつ状態や意欲低下（うつ病）

○急激な不安・恐怖感や慢性不安（PTSDやパニック障害、あるいは不安神経症など）

○入眠困難や中途覚醒、早期覚醒などの睡眠障害

（2）それらの症状に有効的であると考えられる向精神薬の特徴

○抗うつ薬

上記の抑うつ症状や不安・恐怖症状にはいずれも有効である。最近では、効果に比して副作用も少ないため、選択的セロトニン再吸収阻害剤（SSRI）がこれらの症状に対する第一選択薬として用いられることが多い。

ただしSSRIに限らず多くの抗うつ薬が、少なくとも1週間程度は服用しないと効果が出現しないため、頓服的な使用は有効ではない。逆に言えば長期間服薬しても依存などの副作用は出現しにくい。慢性の精神症状に対して維持療法的な用い方が適した薬物といえる。

また抗うつ薬によっては、睡眠障害の中でも特に中途覚醒や早期覚醒に対しては効果的なタイプもある（三環系抗うつ薬など）。

○抗不安薬

抗うつ薬と異なり、即効性の効果が期待できる。特にパニック発作などの急性の不安に対しては効果的で、多くは服用後数十分以内に効果が期待できる。

また筋弛緩作用もあることから、肩こりや頭痛などの筋緊張性の症状に対しても有効である。さらに睡眠導入作用を有していることから、眠前薬や不眠時薬として用いられる場合も多い。

○その他

上記以外にも、症状によっては抗てんかん薬や抗精神病薬等を用いることもある。

（3）抗うつ薬と抗不安薬の注意点

○抗うつ薬

程度の差こそあれ、多くの抗うつ薬が便秘や口渇といった抗コリン性の副作用を持っている。SSRI はこのような副作用が少ないことが特徴であるが、一方で若年者には自殺などが引き起こされることがあると最近報告されているので、そのような対象者には慎重な投与が望まれる。

○抗不安薬

もっとも多い副作用は眠気やだるさである。自動車の運転などは注意が必要である。また一時的に記憶が失われる健忘症状が出現することがあり、特にお酒との併用によって現れやすい。場合によっては依存などの問題も起こりうるため、長期間の多い量の投薬は避けるべきである。

2）非薬物治療法

○認知行動療法

認知療法・認知行動療法というのは、認知に働きかけて気持ちを楽にする精神療法(心理療法)の一種で、ストレスを感じると悲観的に考えがちになり、問題を解決できないこころの状態に追い込んでいくため、そうした考え方のバランスを取ってストレスに上手に対応できるこころの状態をつくること。

認知療法・認知行動療法は、うつ病や不安障害(パニック障害、社交不安障害、心的外傷後ストレス障害、強迫性障害など)、不眠症、摂食障害、統合失調症などの多くの精神疾患に効果があることが実証されて広く使われるようになってきた。

9　支援者のメンタルヘルス

支援者は、二次的被災者である

どんな形であれ、災害に関与した人はすべて、災害から何らかの影響を受ける。支援者は、被災・被害者を救援することで自ら傷つく。

悲惨な体験にうちのめされた被災・被害者を支援する場合、聞き手として理不尽な怒りの矛先になったり、その外傷的出来事の追体験によって、精神的打撃をこうむることがある（代理受傷、二次的ストレス）。

不安、抑うつ、無力感、不眠などの身体、精神的症状が引き起こされるが、程度の差はあれ通常起こりうることであり、支援者自身の支援を考えなければならない。

スーパービジョンの設定、定期的担当者会議の開催によって支援方針の確認、課題の整理のために、

○実践活動報告
○直面している問題の抽出
○今後の実践方法の検討

を行い、効果ある支援活動が提供できる体制の維持を確保する。

また、意欲と情熱に支えられた活動は燃焼しつくして（バーンアウト）してしまいがちである。十分な休養をとって、次の活動に向けたい。

○支援はあくまでチーム体制で行い、情報のみならずそれぞれの経験、感情も共有する。（担当者会）
○少しの修正事項と多くのねぎらいと賞賛を供給できるスーパーバイザーを交えた話し合いは欠かせない。（スーパービジョン）
○組織として正式な感謝の態度は、活動の士気維持向上の必須事項である。

１０　長期にわたる支援対策

長期にわたる支援が必要な場合には、

○平常時の地域精神保健活動への移行

○疎外感を抱かせないために、アウトリーチの継続

○時期を考慮しながら健康調査・診断による集団としての回復度チェック

○自助集団活動を組織、企画、援助

○癒しコンサート、温泉保養など、娯楽要素を含んだサービスの考慮

等の対策を検討する必要がある。

◆継続性と区切り

アウトリーチの頻度、ホットラインの仮設時間帯を時間経過とともに縮小することは、現在に生きることが過去の重みを変える、つまり時は偉大な治療者であり、自然なことである。

特別体制の解除は時期をみて決断されなければならない。そのなかで、メモリアルデイ[3]の取り扱いや精神的瘢痕としての外傷体験へのまなざしなど、被災・被害者の尊重を、通常体制での支援と、ケアという直接支援の延長として考えていく。

---

[3]）メモリアルデイ：被災時間帯、日付（遺族にとって月命日、周忌）など、つらい体験を想起させざるをえないとき、記憶と連動した心理的反応がおきやすい。

その日その時をどのように迎えるかなど、節目の主題を被災・被害者と共に考えることが支援継続の一部機能にもなる。

Ⅲ　支援において心がけること

支援者は、被災・被害者の心の状況を推察し、これに応じた活動を行っていく態度が求められる。平時の活動の際に求められる支援者の態度を基本とするが、迅速な状況判断や幅広い対応力が必要である。

また、支援にあたる際には、支援者自身が心身の変調をきたすことのないよう、十分に健康管理を行う必要がある。セルフケア、ストレスマネジメントにより、二次受傷や燃えつき症候群などを予防することができる。

1　アウトリーチ

支援を求めたくても動けない、どこに支援を求めたらいいかわからない等、支援を求めにくい状況も生じるため、支援者は、被災・被害者の元へ出向いて行うアウトリーチによる活動を行っていくことが求められる。

心理的ケア、精神科的接近としての性格を活動の前面に出す必要はない。

特に避難所など、多数の被災者が生活する場面で活動する場合は、精神科然とした専門性を隠すことが重要であったことが指摘されている。

保健サービス提供スタッフ（○○所属の医師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士といった職種の肩書き）としての明示（名札、腕章、名乗り）が必要である。

さりげなく、気負いなく、挨拶から、雑用的要素（ちょっとした手伝い）からのかかわりがあればなおよい。そして冷静に状況を把握する。

2　関係性構築

関係性のステップ

被災・被害者の状況を知ることから、“つらさをわかってもらえた”という実感を被災・被害者が持てる支援を目標とする。

○共感理解のための傾聴

・「聞き役」に徹する
・話の主導権をとらずに相手のペースに委ねる
・話の途中で妨げない
・話を引き出すよう、相槌をうったり質問を向けたりする
・事実→考え→感情の順が話しやすい

・善悪の判断や批評はしない
・相手の感情を理解し、共感する
・ニーズを読み取る
・安心させサポートする

（1）声をかける

「大変でしたね」「いかがですか」「私にできることはありますか」等

○支援者が避難所や被災現場でアプローチするときは、いきなり近づいてびっくりさせたり、ずけずけと押しつけがましい感じにならないよう注意。

○まず深呼吸して自分の心を落ち着かせ、自信をもって静かに歩み寄り、自然なタイミングで声をかける。

○必要な支援を拒否する、または支援者との関係を持ちたがらない人に対して、初めは、挨拶だけでＯＫ。少しずつ、短時間の関わりを積み上げていく。

（2）事実を聞く

「地震があったとき、どこにいましたか」「まず何をしましたか」「誰と一緒でしたか」等

○相手が話を始めたら「誰が」「何を」「いつ」「どこで」「どうやって」の質問を使いながら話を聴く。感情より事実の方が話しやすい。

○同じことを繰り返したり、記憶を探るのに手間取っても、せかさずに相手に注意を集中し、ときどき相手の言葉を繰り返すなどして相槌を打つ。

○相手に「理解されている」という安心感を与え、記憶の整理を助けることになる。

（3）考えを聞く

「揺れの瞬間、何を考えましたか」「このところどんなことを考えていますか」「ずっと頭から離れないことは何ですか」等

○何が起きたか理解し、自分の考えを整理するための作業となる。

○適切でないと思われる考えでも批判したり論評を加えたりしない。

（4）感情を聞く

「避難所に来て、どんなお気持ちがしましたか」「今、どんなお気持ちですか」等

○多くの人は、考えを話すうちに自然と感情を表現するが、場合によってはやわらかく質問を向ける。

○理解と共感をもって話を聞き、指示やコメントは避ける。

○深い悲しみの真っ只中にいる人は、感情に関する質問にイライラし、不快感をもつ。土足で踏み込まないように注意。

○恐怖や不安を口にすると、たいていの人は、自分が弱い存在だと感じるもの。過度の哀れみや同情は、相手の無力感を高めてしまう。サポートが必要。

（5）ニーズに応える

一般的な被災者のニーズは、自分と家族の安全で、快適な生活・安心・親しい人達との接触・理解と共感。また、単に世話を受けるのではなく「自分が何かの役に立っている」という実感である。ニーズを見極め、可能な援助を具体的に行う。

○被災者の感じていることはストレスへの正常な反応であり、時と共に薄らいでいくことを伝える。

○いたずらに励ますのではなく、「無理をしないでください」「こまめに休みをとるといいですよ」「食欲がなかったら、少しずつ何度にも分けて食べるといいですよ」等、気遣いが必要。

3 サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid：ＰＦＡ）

災害やテロの直後に子ども、思春期の人、大人、家族に対して行うことのできる効果の知られた心理的支援の方法を、必要な部分だけ取り出して使えるように構成したものである。ＰＦＡは、トラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛を軽減すること、短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することを目的としており、被災地等での支援活動において、すべての人への対応に活用できる支援である。

PFAとは・・・　WHAT?

- PFAとは、極度に痛ましい出来事に遭遇した被災者を援助するための人道的なアプローチ。
- Do No Harmの原則に基づいて、実際に役立つ方法で行う。心理的デブリーフィングに代わるものとして推奨される。
- PFAとは、トラウマによる長期に渡った精神的健康の後遺症を防ぐようなものではない。また、後に精神障害へと悪化するリスクのある個人を、信頼性のあるかたちで特定するのに役立つようなものでもない。

WHAT 140006

いつ

つらい状況の人と最初に会ったとき。
通常は出来事の直後だが、数日後、もしくは数週間後ということもある。

どこで

自分の安全が十分に確保された場所。
プライバシーを考慮して秘密と尊厳が保たれるような場所。

だれに

重大な危機的出来事にあったばかりで苦しんでいる人びと
大人にも子どもにも実施可能。
危機的な出来事を経験したすべての人がＰＦＡを必要としたり、もとめているわけではない。
望まない人には実施しないこと。しかし、支援が求められていればいつでも手をさしのべられるようにしておくこと。

出典：災害時こころの情報支援センター室長　渡路子　H26.3.6 研修会資料抜粋

PFAの活動原則

ＰＦＡ活動原則

準備	危機的な出来事について調べる その場で利用できるサービスや支援を調べる 安全と治安状況について調べる
見る	安全確認 明らかに急を要する基本的ニーズがある人の確認 深刻なストレス反応を示す人の確認
聞く	支援が必要と思われる人々に寄り添う 必要なものや気がかりなことについてたずねる 人々に耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする
つなぐ	生きていく上で基本的なニーズが満たされ、サービスがうけられるように手助けする 自分で問題に対処できるように手助けする 情報を提供する 人々を大切な人や社会的支援と結びつける

出典：災害時こころの情報支援センター室長　渡路子　H26.3.6 研修会資料抜粋

参考：★兵庫県こころのケアセンター　ＨＰ
「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き」参照
http://www.j-hits.org/psychological/index.html
★災害時こころの情報支援センター　ＨＰ
http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/index.html
「ＷＨＯ版心理的応急処置（ＰＦＡ）現場の支援者のガイド」

4　惨事ストレス

職業柄、悲惨な現場で死の恐怖を感じながら活動することの多い災害支援者（消防士、警察官、医療関係者）などが、職務を通して経験するトラウマ体験には注意が必要である。

○引き起こしやすい状況

・悲惨な遺体を扱う（損傷の激しい遺体、自殺者）
・子どもの遺体を扱う（特に自分の子どもと同じ年齢の場合）
・被害者が肉親や知り合いである
・活動中にケガをする、同僚が負傷・殉職する
・十分な活動ができない

○典型的な反応

・過覚醒：不眠、イライラ、過敏
・解離：記憶が連続していない、記憶が断片的である、呆然としている
・再体験：何らかのきっかけで思いだし、不安になる
・生き残り罪悪感、自責
・死別による悲嘆
・過去のトラウマ体験の再燃

○長期的な反応

・罪責感、罪悪感（サイバーズギルド）
・怒りと不信：組織内での葛藤
・日常業務に対する意欲低下
・様々な精神的障害（PTSD、うつ状態、アルコール依存等）

デブリーフィングについて

トラウマをこうむった危機介入法として、外傷直後にそれについてグループで語ることを治療者が試す試み（いわゆるデブリーフィング）の効果については、最近、必ずしもＰＴＳＤ発症予防に有効でないことが指摘されている。トラウマを他者に語り、断片化された記憶の再統合を図るのは、あくまでも治療者との信頼関係や安全感の確立がなされたうえでのことであり、安易の外傷体験を語らせることは再外傷化につながる危険性をはらむものであることに注意したい。

出典：「心的トラウマの理解とケア」第２版　編集　外傷ストレス関連障害に関する研究会　金　吉晴
発行所　株式会社じほう　改変

5　継続性の確保

周囲は日常性へと移り行く中で、「なぜ自分にはこの絶望的な状況しかないのにそれ以外の話題がありうるのか。信じられない。」といった感覚にとらわれがちな被災・被害者にとって、継続的な支援が必要である。

ホットライン、アウトリーチ活動など、特別に立ち上げたサービスを終結時には、支援活動そのものの後退と誤解されない配慮も求められる。

6　悲嘆反応を乗り越えるために

1）一般的なポイント

○遺族の話をさえぎらない、話をそらさない。

○自分が正しいと思う解決法を強制しない、自分の経験を率先して語らない。

○遺族の感情を否定しない。

○安易に同調しない。…すべてに同意することと、受け止めることは全く別。

2）各時期における遺族支援のポイント

（1）急性期…現実的な手助け、話すことを強要しない、寄り添う。

（2）慢性期…悲嘆が重いことを批判しない、話したくなったらいつでも話せる環境をつくる、専門家の介入が必要かどうかを見極める。

（3）再適応・再構築期…努力を評価、再適応が死者を忘れてしまったり、悲しみが消えてなくなったりすることにつながるわけではないことを理解する。

Ⅳ　心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）

１心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）の概要

平成２５年度より、心のケアチーム体制整備検討会を開催し、県が災害時等に組織する、「心のケア専門」の緊急支援チームの体制整備に取り組んでいるところである。

国は、大規模災害等の際に活動する「災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）」の体制整備を促しており、県の組織する心のケア専門緊急支援チームは、国の要請により他県に派遣するＤＰＡＴチームを兼ねることから、「心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）」と称し、平成２６年度末より、チーム構成員を登録制としてチーム編成を進める。

２　構成員

［心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）構成員の職種］

・精神科医師　　・看護師　　・薬剤師　　・保健師

・精神保健福祉士　・臨床心理技術者

・ロジステックス（業務調整員）　：連絡調整・運転等、医療活動を行うための後方支援全般を行う者

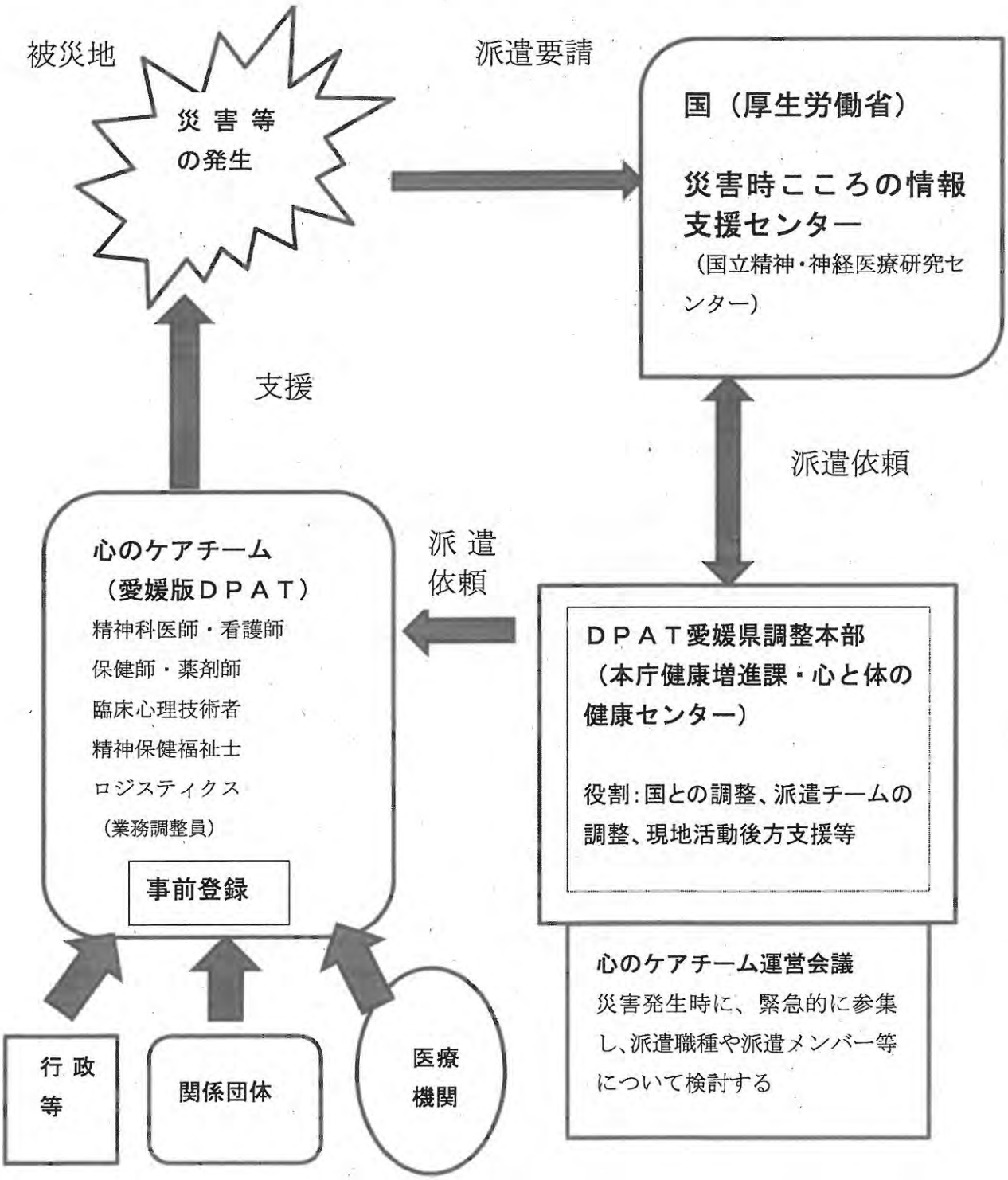
３　派遣活動のイメージ

大規模災害時に派遣する場合の流れについて、県外の大規模災害時における派遣モデルをイメージ図に示す。

（心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）イメージ図参照）

心のケアチーム（愛媛版ＤＰＡＴ）イメージ図

（県外の大規模災害時における派遣モデル）



発行日	平成２７年　３月　　日
発行・編集	愛媛県保健福祉部健康衛生局 健康増進課 （心のケアチーム体制整備検討会事務局）
住所	愛媛県松山市一番町四丁目 4―2
電話	089－912－2403