

I 災害時におけるこころのケア活動の概要

1 災害の定義

災害は、被災地域の対処能力をはるかに超えた、生態学的・心理社会的に重大な崩壊と定義されます。また、災害対策基本法では、「災害とは、暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう」と定義されています。

災害は一般にその原因と規模から、自然災害（広域災害）、人為災害（局所災害）、特殊災害に分類できます。

2 災害の影響

災害時には通常の社会システムでは処理できない状況が出現し、あるいは被災地の社会的システムそのものが崩壊します。特に大規模な都市災害時には、あらゆる社会的機能・都市機能の多くが無効化するか使用不可能な状態に陥ります。このような状況下で、被災地に生活する人びとは日常生活上、多大なストレスを受けることとなります。また恐怖や絶望感などのさまざまな精神的苦痛は、後の人生に影響を及ぼすこともあります。

被災者のなかでも、子どもや高齢者、障害者、妊産婦、日本語の話せない方などのいわゆる要援護者は特に大きな影響を受けやすく、特別の配慮が必要となります。

災害に対する人々の心的反応は経時的に変わっていくため、そのニーズとあるべき対策もそれに伴って下表のように変化していきます。

(表) 被災者のニーズ・行動とあるべき対策の時系列的变化

時間経過	被災者のニーズ	被災者の行動	あるべき対策	
秒～分	生命の安全の確保	避難行動	警報の伝達	緊急対策
時	心理的安心の確保	安全確認 帰宅 家族との連絡、安否確認	避難の誘導 災害情報の伝達 交通の再建 停電の解消	
日	生活の復旧	被害の後片付け 貴重品の確保	埋設管施設（上水道・ガス）の復旧 避難所の設置（住の確保） 生活物資（衣食）の確保 物流の確保	応急対策
週	生活の再建	損害保険請求 減免措置請求	罹災証明の交付 資金援助	再建対策
月	人生の再建 心理的安定の確保	住居の再建 「こころの傷」への治療 希求体験の想起と共有化	仮設住宅の提供 「こころのケア」	
年	喪の作業 災害文化の育成	体験の教訓化 体験の風化と忘却	記念事業、防災教材	

(外傷ストレス関連障害に関する研究会 金吉晴(編)「心的トラウマの理解とケア」第2版 じほう 2011より引用)

3 災害の種類

災害被害に対処し被災者を援助するためには、災害とその被害の特性を捉えることが必要となります。次の6軸に沿って災害を類型化することが有用と言われ、これらは被災後の復旧や支援計画にも活用できます。

- ① 被害の範囲
地理的な広がり、被災地の人口、死傷者数など。
- ② 発生スピード
災害の発生が突発的であったか、あるいは緩徐であったか。
- ③ コミュニティの準備状態
その災害に対する事前の防災体制が十分であったかどうか。
- ④ 中心性・辺縁性
地域社会が物理的にも社会機能的にも構造変化を起こしてしまうような災害（例：地震、洪水）の場合、中心性の災害といい、生存者が正常に機能している地域社会に帰っていきけるような場合（例：航空機事故）を辺縁性の災害という。
- ⑤ 衝撃の持続
短期間・単回性であったか、長期間・持続性であったか。
- ⑥ 被害の可視性
被害が直接目に見えたり体感されたりしにくい災害（例：放射線漏出事故、感染事故、食中毒、いわゆる“情報パニック”など）では、報道などが被災者の不安恐怖感に大きく影響する。

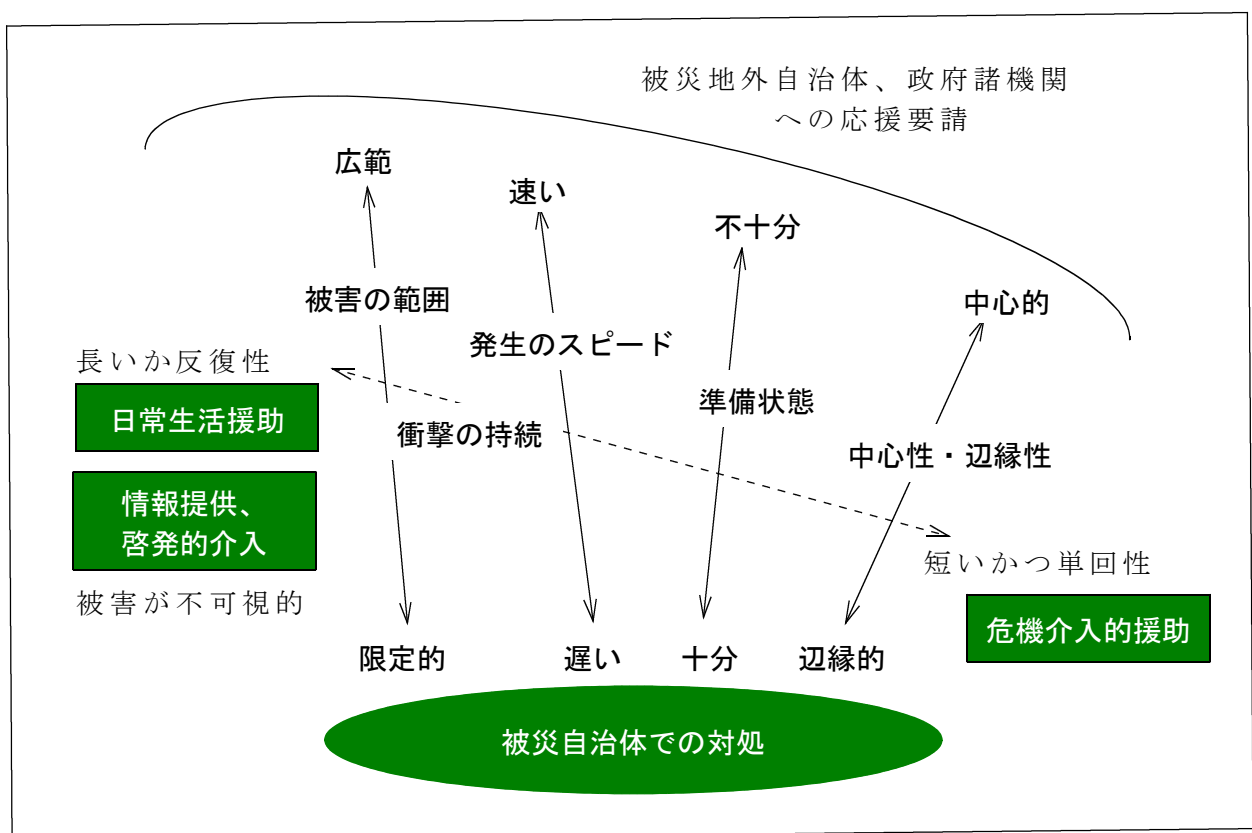


図 災害後早期精神保健活動の重点と指針

(外傷ストレス関連障害に関する研究会 金吉晴（編）「心的トラウマの理解とケア」第2版 じほう 2011 より引用作成)

4 災害時における「こころのケア」

(1) こころのケアの定義

被災者が、安心感や生きる力を取り戻していくことは、心的外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) やうつ病等の発症を予防します。国立精神・神経医療研究センター「災害時こころのケアあり方ガイドライン」によると、こころのケアは以下のように 2 つ定義されています。本マニュアルでは、支援者がかかわる「狭義のこころのケア」について示しています。

● 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。

● 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。

(2) 必要に応じたこころのケアの提供

災害後のこころのケアでは、必ずしも詳しい被災状況や心理的影響などの話を聞かなければいけないということはありません。例えば、短時間であっても家族に代わって高齢者の介護をしたり、小さな子どもの世話をしたり、通院の手助けをすることなども、被災者の生活上の負担を軽減するという広い意味において、こころのケアに通じると言えます。

被災後の PTSD が注目されていますが、PTSD とは心的外傷による反応の一つであり、例えて言うなら事故に遭ったときの複雑骨折のようなものです。つまり PTSD だけが被災者のこころの問題ということではなく、人それぞれ別々なかたちや大きさでその影響が表れます。また、被災したことを契機として、以前から抱えていたこころの問題が大きくなり、支援が必要となったケースも被災地では多く見られました。

災害時における「こころのケア」は、被災者に必要とされるケアの特性によって下図のように三段階に分類されています。

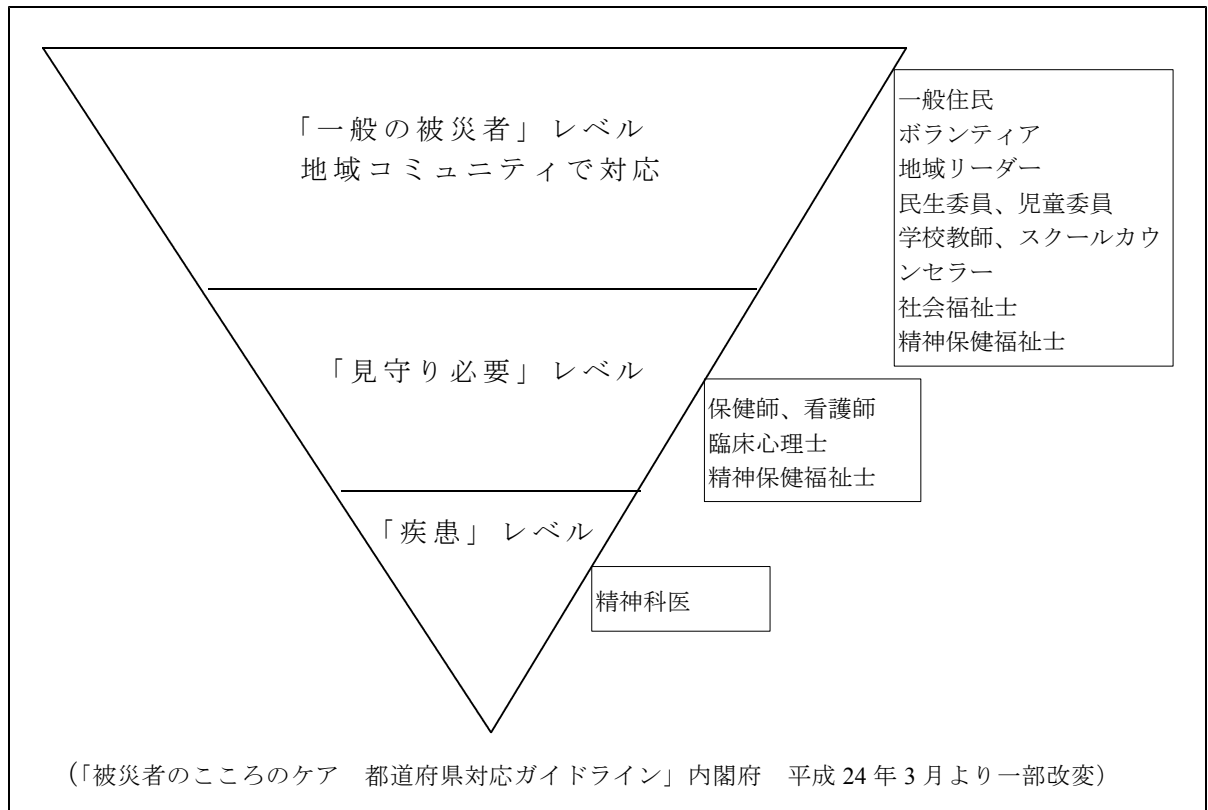


図 3 段階のこころのケアレベル

◆ 「一般被災者」レベル

このレベルの方へのこころのケアでは、地域コミュニティの維持回復・復興支援が大変効果的です。そもそも人は社会的存在であり、人と人のつながりやネットワークにより孤立感を解消することで、こころの健康度が向上するものです。特に復興期においてはコミュニティの力を活用し、できるだけ多くの被災者が「お互いにつながっている」という実感を得られるように支援する必要があります。

このため、災害によってダメージを負ったコミュニティを再生、または新たなコミュニティの力を形成し維持回復していくこと、そして被災者の孤立化や閉じこもりを防ぎ、コミュニティに積極的に参加してコミュニティを再構築していく仕組みを作り出すことが求められます。

その手段としては、被災者が「自発的に集まり」、「ほっとできる」居心地の良い場所の提供（たとえば「足湯」「喫茶スペース」など）や、コミュニティの維持回復・再構築を補強する「避難所たより」など、地域コミュニティからの情報発信が有効です。

また、仮設住宅の建設においては、発災前の地域単位での入居や、仮設住宅内の人通りの多い場所に集会所や生活支援相談所、商店の設置等を行うことで、被災者が自然にコミュニティに参加しやすい状況を作り出すことも重要です。

◆ 「見守り必要レベル」

このレベルの方へのこころのケアでは、ケアを行わないと「疾患」レベルに移行する可能性が高い被災者や、悲嘆が強く引きこもりなどの問題を抱えている被災者を対象として、これらの被災者に対する傾聴やアドバイス等のこころのケアを実施します。また、医療ケアチームの紹介や、地域コミュニティへの引継ぎを

行うことが求められます。

このレベルのサービスについては、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、こころのケアに関する短期の訓練を受けた医師によるケアが想定されます。

他都道府県及び関係機関から派遣されたこころのケアチームは、指定された標準書式を活用して必要な情報を収集し、チーム間、また市町村保健センターの保健師や精神保健福祉士との間で共有することが求められます。

◆「疾患レベル」

このレベルにおいては、発災により医療ケアが必要と判断された被災者や、発災前から精神疾患を持つ方への処方・投薬等の精神科医療ケアが含まれます。また、必要に応じて入院治療等も必要となりますが、被災地で精神科病院の機能が喪失している場合は、遠隔地への入院手配等も行うことが求められます。

このレベルのサービスは、精神科医が含まれるこころのケアチームや、被災地の精神科医療機関によるケアが想定されます。



II 各時期におけるこころのケア活動

1 平常時の準備

(1) 組織としての準備

① 日常業務の中で

災害が起きた時のことを想定して災害に備えた連絡会議や研修を行い、日頃から災害への意識を高めておくことが大切です。特に支援が必要と考えられる要援護者には同意を得てリストを作成しておいたり、日頃から地域の関係機関が情報を共有し災害時に備えておくことよいでしょう。連絡会議や研修を通して、災害時のボランティアなど人的資源の把握に努めておくことも有効です。

② 住民への普及啓発・教育

阪神淡路大震災以降、災害時のこころのケアについて報道される機会も増えましたが、なぜこころのケアが必要なのかを伝えるような啓発を行うことが大切です。例えば広報媒体を使ったり地域住民を対象として講演を行ったりして、災害時の心理的ストレス反応や精神症状について理解してもらい、そのような時にはどう対応したらよいのかを学んでもらいます。こころのケアは専門家が特別に行うものだけではありません。家庭や学校、地域社会など、日常的に親密な人間関係の中で支えあうことはとても重要です。地域の防災訓練などの際にこころのケアについて伝えることも、啓発につながります。

(2) 支援者の準備

支援者は日頃から、災害時における地域の体制や自分の所属する組織の役割について理解し、意識を高めておく必要があります。そのために、組織内外の研修や学習の機会を積極的に活用し備えておきましょう。大災害の直後は関係機関内でも混乱をきたすことがあります。徐々にそれぞれの本来の役割や機能を取り戻していかなくてはなりません。それには被災地での支援を支援者が独自に行うのではなく、それぞれの組織が情報を収集し、他の組織と共有しながら役割を分担し、被災地域の状況に合わせて協働することが求められます。

支援者は自分自身が被災者になることも想定しておきましょう。災害時のことを家族と話し合っておき、支援者としての任務と家族としての役割について備えをしておくこともとても大切なことです。

2 各時期におけるこころのケア活動の展開

こころのケア活動は災害対策の一環として実施されます。こころの健康は、生命の安全と生活の安定によって大きく回復します。

こころのケア活動は大きく 4 期に分けることができます。

(1) 初動期の活動（災害発生直後～1週間）

① 被災地の状況

この時期は自宅で過ごせなくなった住民は身近な公民館や車中に避難するなど、ライフラインや公共交通機関などへの著しい影響、情報手段の寸断や制限も起き、支援体制もまだ十分整っていない時期です。突然の被災で、自分の身に何が起こったのか理解できず、取り乱したり、不安状態に陥ったりします。一時的なものは正常反応の範囲内といえますが、極度の興奮や精神的な高揚が表面化する場合には、無理に励ましたりせず、温か

く見守ることが必要です。怪我を負った場合は早急の手当てが必要です。また慢性疾患の治療を受けている人は、服薬の中断により病気の再発や悪化が危惧されます。特にてんかん症状を呈する人は服薬の中断により発作が再発される危険があるので、早期に薬の確保をするため、医療機関や救護所を受診できるような支援が求められます。

② 被災者の精神保健の課題

新聞、テレビ等のマスメディアからの情報が遮断されるため、被災情報や行政の対応が被災者や避難者に伝わりづらくなります。

- 急激な環境変化に対して適応しにくく、とまどいや不安が増大する
- 災害に直面したときの恐怖がよみがえる

（2）早期の活動（1週間～1ヶ月頃）

① 被災地の状況

発災後の1週間から1ヶ月が目安です。水や食料などのライフラインの確保、また被災者同士の間に関連感が生まれる時期でもあり、オーバーワークになったり自分たちの地域が周囲から注目を受けているとの意識が高まるなど精神的な高揚が続くことが予想されます。多くの住民の間に興奮が高まるこの時期は、ハネームーン期とも呼ばれます。その一方で断続的な余震や生活の不安などから睡眠障害が起きたり、被災後の不安状態に陥ることがあります。それらのさまざまなストレス反応（抑うつ反応、不安障害など）が見られる時は、専門機関につなげることが必要になります。

また、これまでの習慣や不安への対処行動としての飲酒が避難所等において徐々に現れてきます。この時期には被災者の中で飲酒の機会が増大し、避難所等でアルコール関連問題が多数発生します。被災という特別な状況下でのアルコール摂取は、平常時のそれとは大きく異なることを支援者は認識し、飲酒で気を紛らわせようとする雰囲気を作らないことが重要です。

② 被災者の精神保健の課題

- 今後の生活への不安が大きくなる
- 対人関係のトラブルを持つ人が表面化する
- さまざまなストレス反応が見られる
- オーバーワークによる疲労感の出現
- 遺族への対応が必要になる
- 避難所での飲酒など、アルコール関連問題の表面化
- 余震への不安

（3）中長期の活動（1ヶ月～6ヶ月頃）

① 被災地の状況

発災後の1ヶ月から6ヶ月が目安です。ライフラインは確保され、避難生活が少し落ち着くものの、なかなか進まない復興対策等に対して落胆などの感情が起きやすくなります。同時に将来の生活に関する不安やこれまでの緊張や過労が蓄積され、心身の不調として現れる時期です。

高齢者の中には環境の変化に伴って認知障害が進行したり、子どもの場合は赤ちゃん返りなどの退行現象が見られることがあります。周囲の人が積極的に話しかけ接触する機会を多くするなど、不安軽減への配慮が必要です。そしてこの時期は、支援者の燃え尽き症候群なども起こってくる時期です。支援者は自分の健康管理には十分注意し、チームで声を掛け合い、支え合いながら活動しましょう。

② 被災者の精神保健の課題

- ストレス状態の改善に個人差があり、急性症状から慢性症状へ移行する人が出てくる
- 継続支援を必要とする人と支援をいったん終結する人が出てくる
- 精神保健面の他にも生活再建に向けた複数のニーズを持った人が多くおり、多職種でのかかわりや、複数の支援機関の協働が求められる

（４）統合期の活動（６ヶ月以降）

① 被災地の状況

発災後 6 ヶ月が以降が目安です。災害による混乱から地域社会が平常を取り戻しつつある時期です。元の生活に戻り自信を取り戻す人もいる一方で、住宅問題、収入の確保など社会生活を営む上での問題が山積しています。今後の生活への見通しが立たない不安や苛立ちから眠れなくなったり、それぞれの状況によって一人ひとり異なる苦しさが出現する時期です。仮設住宅でのドメスティックバイオレンス（DV）、ギャンブル（パチンコ、スロット）、ニコチン、カフェイン、アルコールなど、個々の問題が表面化してくることもあります。したがって、この時期の支援は生活状況を踏まえた個別のものが需要ですが、中には遷延化した PTSD 症状を呈する人もみられ、経過の個人差が大きくなります。

災害地の支援は時間の経過とともに平常時の地域精神保健福祉活動へと収束していくよう、それぞれの支援チームから地域のスタッフへと引継がれていきます。

② 被災者の精神保健の課題

- PTSD 症状の遷延化
- 生活状況によりそれぞれの苦痛出現
- 仮設住宅での DV
- さまざまな依存症の問題
- 地域精神保健福祉活動の再生



(表) 各時期におけるこころのケア活動の展開

	被災地の状況	精神保健の課題	必要とされる活動
災害発生直後 1週間	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅から公民館等へ避難 ・ライフラインや公共交通機関の制限 ・情報手段の寸断や制限 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災状況、行政対応等の情報が被災者に伝わりづらい ・何が起こったのか分からず不安状態 ・精神的高揚や興奮 ・避難生活による服薬中断 ・*特にてんかん等のある人へ早期に薬剤の供給が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・不安状態の人には無理に励ましたりせず温かく接し見守る ・持病や怪我等の有無を確認し、必要に応じて救護所や医療機関に繋げる ・服薬中断による精神症状悪化の可能性がある人の薬の確保のための支援
早期 1週間 1ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフラインの確保 ・被災地に注目が集まる ・被災者間に連帯感（ハネムーン期） ・精神的の高揚や興奮が高まりオーバーワーク ・断続的な余震 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の生活への不安 ・*睡眠障害、不安障害、さまざまなストレス反応が出現 ・オーバーワークによる疲労感 ・遺族への対応が必要 ・避難所等でのアルコール問題 ・余震への不安 	<ul style="list-style-type: none"> ・ストレス反応（抑うつ・不安等）を呈する人を必要に応じて専門機関に繋げる ・「こころのケア」を強調し過ぎない ・他のこころのケアチームや身体科チームと情報共有・連携して活動する ・アルコール問題の啓発
中長期 1ヶ月 6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフライン確保 ・避難生活の定着 ・復興対策等への落胆 ・将来の生活への不安や心身の緊張や過労の蓄積 ・被災者間に停滞感が広がる 	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の不調の表面化 ・環境変化による高齢者の認知障害の進行、子どもの退行現象 ・支援者の燃え尽き症候群 ・ASDからPTSDへの移行期 	<ul style="list-style-type: none"> ・PTSD症状を呈する人の支援 ・こころのケアチームによる支援の継続が必要な人と終了する人の見極め ・被災地支援者へのメンタルヘルスに関する心理教育や個別支援
統合期 6ヶ月以降	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会が平常を取り戻す ・被災者間に生活再建の格差が生じ、個別の生活問題が生じる 	<ul style="list-style-type: none"> ・PTSD症状の遷延化 ・生活状況によりそれぞれ個人に異なる苦しさ出現 ・仮設住宅でのDV ・さまざまな依存症の問題 ・地域精神保健福祉活動の再生 	<ul style="list-style-type: none"> ・PTSDやその他精神的課題を持つ人の継続支援 ・個々の生活状況を踏まえた支援 ・こころのケアチームから地域精神保健福祉関係機関へ引継ぎ ・さまざまな依存症予防への啓発 ・地域精神保健福祉活動の再生支援

Ⅲ 被災者のこころの問題

1 被災した人に起こりうる心身の反応と症状

災害直後の精神的な動揺や心身の症状の多くは、ひどいショックを受けたときに誰にでも起こる正常な反応です。大部分の被災者は、家族や友人などの身近な人の援助や自身の対処行動により通常 1 ヶ月以内に回復します。

ただし、地震の被害で余震が続いたり、暴行の被害で加害者が身近にいる可能性があるなど、恐怖の対象が取り払われない状況下では、より長く続くこともあります。

さまざまなストレス反応

心理・感情面

- ・睡眠障害(不眠・悪夢)
- ・恐怖の揺り戻し、強い不安
- ・孤立感、意欲の減退
- ・イライラする、怒りっぽくなる
- ・気分が落ち込む
- ・自分を責める

思考面

- ・集中力低下
- ・無気力
- ・混乱して思い出せない
- ・判断力や決断力の低下
- ・選択肢や優先順位を考えつかない

身体面

- ・頭痛、筋肉痛、胸痛
- ・だるい、めまい、吐き気
- ・下痢、胃痛
- ・風邪をひきやすい
- ・動悸、震え、発汗
- ・持病の悪化

行動の変化

- ・神経が過敏
- ・ちょっとしたことでけんかになる
- ・ひきこもり
- ・食欲不振や過食
- ・飲酒や喫煙の増大
- ・子どもがえり

2 災害ストレスとストレス障害

一部の人々には、時がたってもその体験が過去のものとなっていわずに、こころやからだの不調が長引くことがあります。

(1) 心的外傷後のストレス症状

① 再体験症状

再体験症状とは、災害の体験に関する不快な場面の記憶が、フラッシュバックや夢の形で繰り返しよみがえることです。何かのきっかけで災害の体験のことを思い出させられたときの気持ちの動揺や、動悸や冷汗などの身体反応も含まれます。再体験症状は、急激に、過去の経験が今目の前で起こっているかのように再現されるもので、大きな苦痛を伴います。それがいつどこで起こるかも分からない不安も常に抱えています。

② 回避・麻痺症状

災害の体験に関して考えたり話したり、感情がわき起こるのを極力避けようとすることや、思い出させる場所や物を避けようとする事です。また一部の記憶を思い出せないという場合もあります。そのほか、趣味や日常の活動に以前ほど興味や関心が向かなくなる、感情が麻痺したようで愛情や幸福などの感情を感じにくくなる、といった変化が生じます。

③ 過覚醒症状

何事にも必要以上に警戒してちょっとした物音などでもビクッとしてしまったり、うまく寝付けない、眠りが浅いなど、精神的緊張が高まった状態です。また、いらいらして怒りっぽくなる、物事に集中できないなど、日々の生活や人間関係にも影響する症状です。

こうした症状が災害後 1 ヶ月未満にみられれば急性ストレス障害 Acute Stress Disorder (ASD)、1 ヶ月以上長引く場合には、PTSD が疑われます。

ASD の時期に、回避・麻痺症状の 1 つでもある、「自分が自分でないように感じられる」「現実感が乏しい」などの「解離症状」を呈することがあります。この症状が強い人は PTSD 発症の可能性が高いと言われています。診断は専門機関で慎重になされるべきですが、そうした症状に気をとめて観察をしましょう。

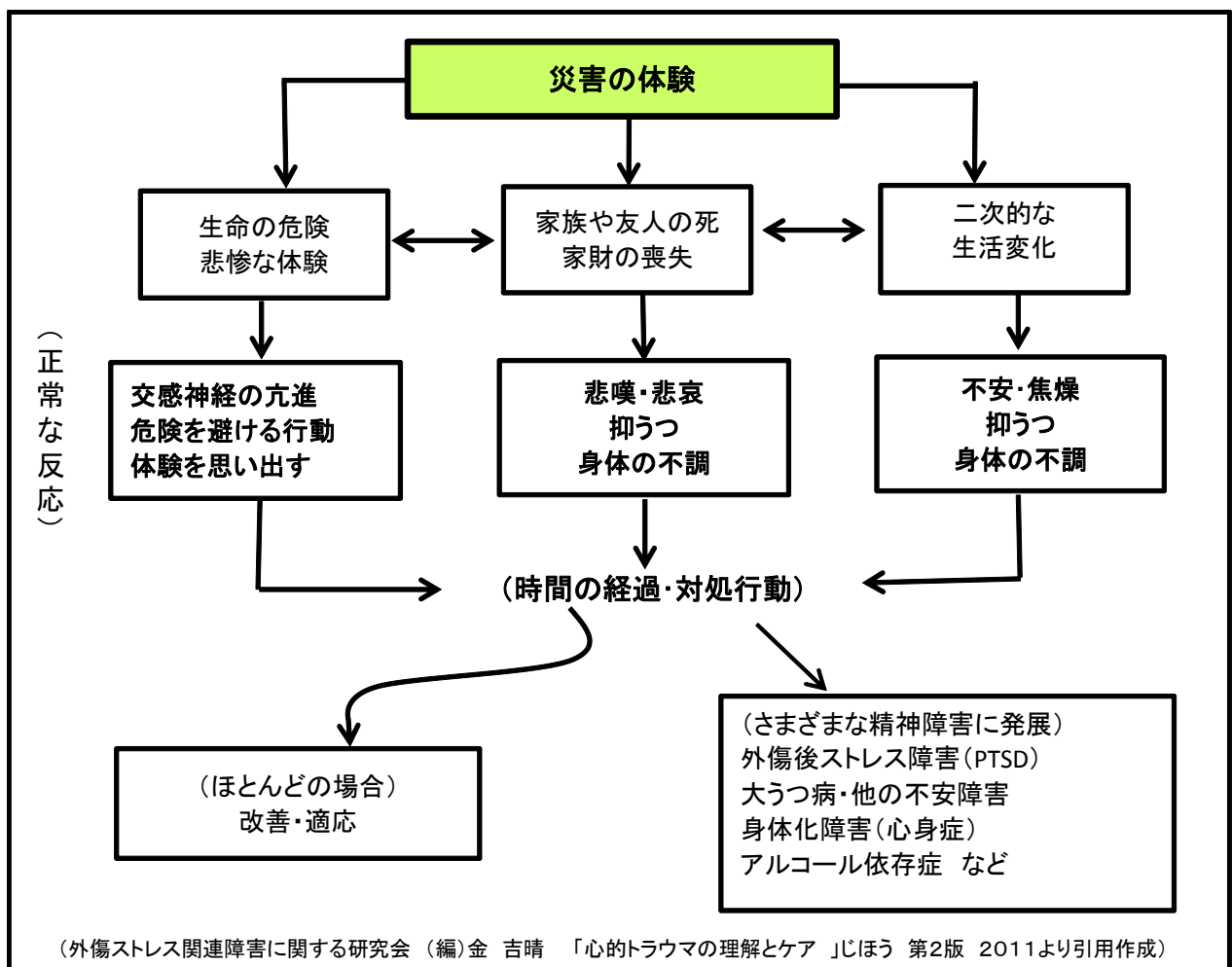


図 災害の心理的影響

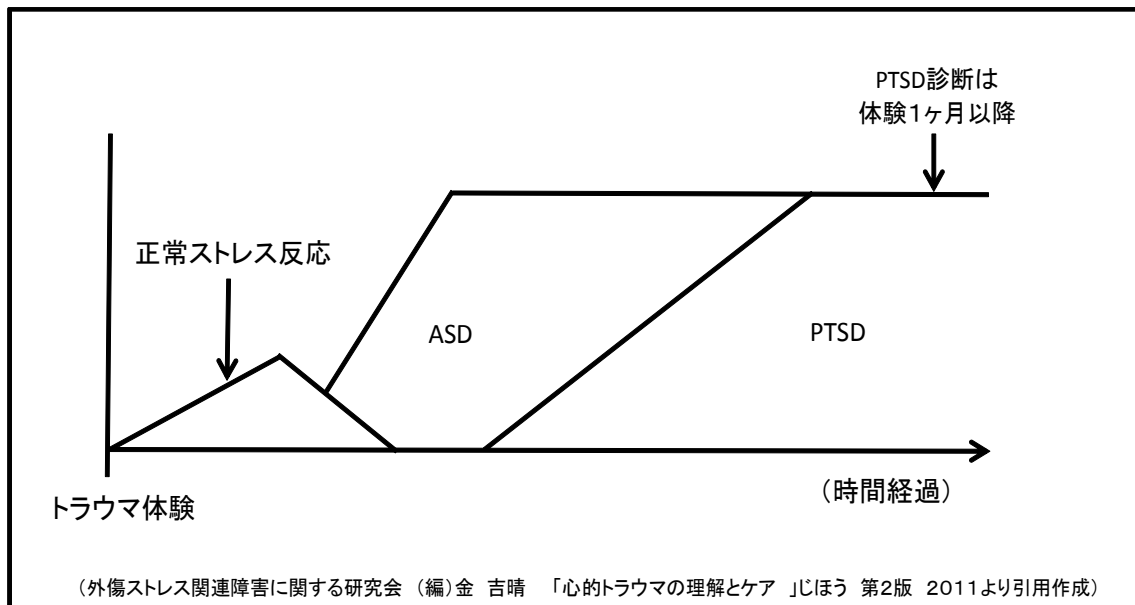


図 ト라우マ反応の時間的経過

(2) 悲嘆反応

愛する者を亡くしたとき、人は深刻な喪失体験に見舞われます。そこに生じる一連の反応が、悲嘆反応と称される心理過程です。悲嘆反応の過程は、「喪の仕事」（喪失の悲しみから始まり、それを乗り越えて回復するまでに至る一連の心理過程）を進めていく上で必要とされる正常な反応です。遺族が悲嘆反応の過程を通して「喪の仕事」を進めていけるためには、時系的に次の 4 点が支援のポイントとなります。

ポイント 1：喪失の受容

傾聴した上で、故人のことを過去形で語り、また死亡という事実には繰り返し触れながら話すことで喪失の受容を徐々に促します。

ポイント 2：悲嘆に伴う感情の表出

悲しみ、怒り、罪悪感といった感情を抑えずに表出できるように促し、その感情をしっかりと受け止め表現していくことが大切です。

ポイント 3：新たな環境への適応

新たな環境に適応していけるような助言や援助が必要です。現実生活面で故人の担っていた部分を引き受け、生活を再建するように促すことが大切です。

ポイント 4：故人への思いの再配置

故人のことを、心の中心から片隅に移して思い出を持ち続けながら、その後の人生を築き続けるように促すことです。

(飛鳥井望：看護のための最新医学講座、外傷後ストレス障害および悲嘆反応 (2006) から一部引用)

3 被災者の心理的経過

(1) 茫然自失期（災害直後）

- ・ 恐怖体験のため無感覚、感情の欠如、茫然自失の状態となります。
- ・ 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となる人もいます。

(2) ハネムーン期

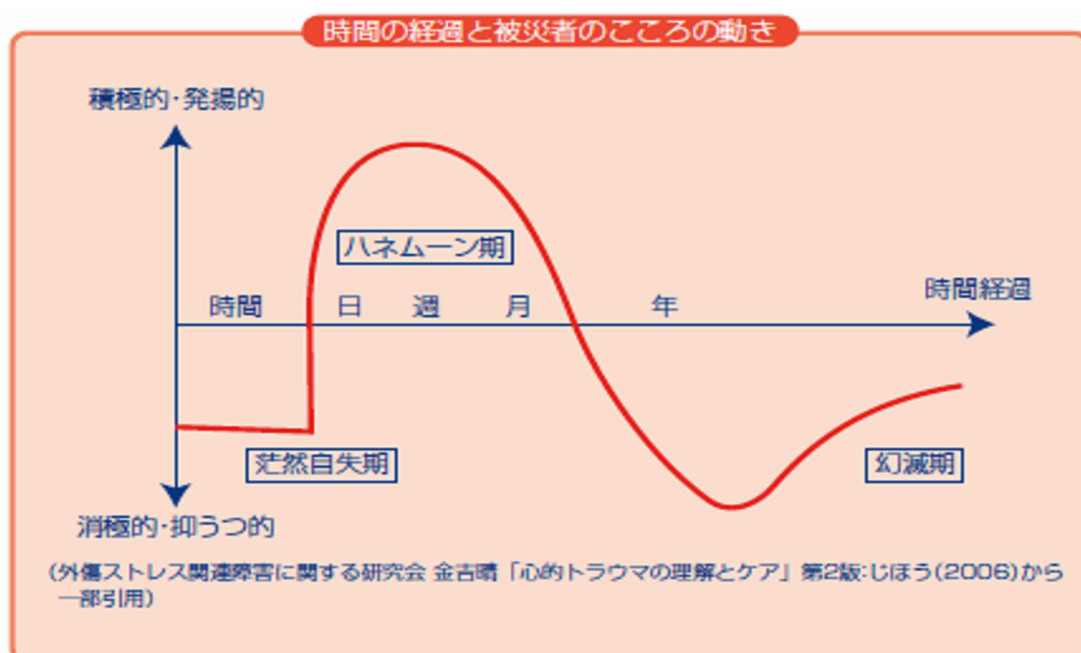
- ・ 劇的な災害の体験を共有し、くぐり抜けてきたことで、被災者同士が強い連帯感で結ばれます。援助に希望を託しつつ、がれきや残骸を片づけ助け合います。被災地全体が暖かいムードに包まれます。

(3) 幻滅期

- ・ 災害直後の混乱がおさまり始め、復旧に入る頃に相当します。
- ・ 被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴出します。人々はやり場のない怒りにかられ、けんかなどトラブルも起こりやすくなります。飲酒問題も出現します。
- ・ 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るため、地域の連帯感は失われる場合もあります。

(4) 再建期

- ・ 復旧が進み、生活のめどがたち始める頃です。
- ・ 地域づくりに積極的に参加することで、生活の再建への自信が向上します。
- ・ フラッシュバックは起こりえますが徐々に回復してゆきます。
- ・ ただし、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場合もあります。



IV 支援者の対応

1 基本的心構え

ポイント 1：支援に向かう前に、なるべく自らの状況を整えます。

- ① 事前の健康管理に注意し、体調を調整
- ② 家族、メンバーと各自の行動の打ち合わせ
- ③ 援助に関してチームと自分の役割について把握
- ④ 自分の身は自分で守ること（自己完結型支援）が最低限度のルールです。
（常備薬、気候対策、携行物資や機材、食糧等も含め事前にチームで用意しておく。）

ポイント 2：対象地域の様々な情報を知っておきましょう。

- ① 被災地の住民は現実的な援助を必要としています。公的機関、交通、その他諸々の情報が必要です。
- ② 被災地ですでに活動している支援者から、事前に説明や情報を得るとともに、相談しながら進めることが大切です。
- ③ チームで行動し、現地の窓口を活用します。

ポイント 3：支援者は二次受傷者となりえます。

被災地の現場では環境が混乱しており、ストレスの高い状態が続き、支援者も精神的な影響を被り心身の変調をきたしがちです。被災者を支援することで自らも傷つくこともあります（二次受傷）。

（参照：P. 30 VII 災害支援者のメンタルヘルス）

災害によるストレスについて正しい知識を持つことが必要です。

被災者にみられる精神的な動揺の多くは、災害時に誰にでも起こりうる正常な反応であることを被災者に伝えるだけで被災者はとても安心します。この時、相手に分かりやすい言葉を選んで、誤解のないようにしっかりと伝えましょう。

ポイント 4：災害に関わる正しい知識を持つことも必要です。

災害ごとに必要な知識は異なります（例えば、放射性物質について、伝染病について、火山活動についてなど）。災害の性質や状況に応じて、正しい知識を出来るだけ自ら仕入れた上で支援に出向くようにしましょう。

ポイント 5：出向いて行って、働きかけることも大切です。

救護所や相談所への来所者に対応するだけでなく、避難所など被災者のいる所に出向いて、気軽に相談に応じることも大切です。その際、出来れば現地の人や多職種の専門家とペアを組んで出向くとよいでしょう。

ポイント 6：専門用語は使用しない。

「カウンセリング」「メンタルヘルス」「トラウマ」「PTSD」「精神」や「こころ」等の言葉を安易に使用しないようにしましょう。そのかわりに、「お話しする」「お手伝いする」「こころが疲れている」などの日常の言葉を使います。

ポイント 7：必要に応じて、専門家への橋渡しをします。

- ① 無理なことまで引き受けて、できない約束をしてはいけません。
- ② 専門家に橋渡しをするのも支援者の重要な役割です。

ポイント 8：被災者が自己決定できるよう被災者の考えを尊重し支えます。

- ① 支援者の援助の押しつけではなく、被災者の自律性の回復を重視した支援を行います。
- ② 困難度が高かったり混乱のひどい被災者においても、被災者の考えをなるべく尊重し、本人自身が適切な決定を行えるように支援しましょう。

ポイント 9：二次被害を防ぎましょう。

- ① デマ、うわさを簡単に信じないよう、常に情報の出所に注意を払いましょう。
- ② 確信のない情報を安易に伝えないようにしましょう。
- ③ 本人の意に反した取材活動、事情調査等は心理的な負担となります。

2 対応のポイント

ポイント 1：関係作りが第一

いきなりこころのケアの話をするのではなく、まずは人として信頼してもらうことが大切です。身なりや挨拶も重要なポイントとなります。また、どんなことでも必要とされていることをお手伝いしながら、時間をかけて、こころのケアについて話せるタイミングを見計らいます。

ポイント 2：話の聴き方

ストレス反応を軽減させる方法として最もよい方法は、被災体験を聴くことです。被災体験を聴くときには、相手の話のペースに任せてひたすら聴くことが大切です。

- ① まず最初に、被災状況や体調について声をかけます。ゆっくりと自然な感じで話します。オドオドしたり躊躇することは、かえって不自然です。どっしり構えて耳を傾けましょう。
- ② 途中で話を妨げないで、かつ、共感する姿勢で聴きましょう。
- ③ 相手の気持ちを聴き（「そのときどの様なお気持ちでしたか？」など）、感情をあるがままに受け止めましょう（「～のように感じられたのですね」など）。
- ④ 無理に聴き出すことは避け、本人が話すのにまかせましょう。
- ⑤ 安易な励ましや助言は禁物です。
- ⑥ 災害時を無理に思い起こさせるような聴き方は避けましょう。
- ⑦ 被災者がかかえる、現在のニーズを読みとりましょう。

ポイント 3：怒りへの対応

避難所等での困難な生活が続いたり、被災後の「幻滅期」には、多くの人が怒りや不満を感じ、感情を八つ当たりに表出されることがあります。

- ① 怒っている人は支援者を責めているわけではありません。支援者は深呼吸し、こころを落ち着かせて対応します。
- ② 感情のコントロールを失っている場合には、話を中断することも必要です。
- ③ 被災者の怒りには、そうせざるを得ないその人なりの理由があります。それをよく想像した上で、非難や否定の言葉を口にせず、感情を受け止めた態度を示します。
- ④ 怒りを受け止めた後に、具体的に困っていること等を聴きます。

ポイント 4 : 深い悲しみへの対応

泣くことは、大切なもの・人を失ったことへの自然な反応であり、無理に悲しみを抑える必要はありません。(参照:P.12 悲嘆反応)

- ① 相談者のそばに寄り添うことに意味があります。話をゆっくり、よく聴くことが大切です。
- ② 相談者の感情に巻き込まれすぎないように、一定の距離を保ちましょう。

ポイント 5 : 触れる～肌のぬくもりは有効なコミュニケーション～

触れることは、恐怖、悲しみ、怒りを和らげる効果があります。

- ① 隣に座る、別れ際の握手など。
- ② 高齢者には肩をもむ、子どもには抱っこするなど。
- ③ 身体接触を嫌がる人もいます。人と場に応じた対応を考えます。
- ④ 特に子どもの場合、すり寄ってきたりひざに乗ろうとするなど、赤ちゃん返りと呼ばれる行動を示すことがあります。これも一時的な反応ですので、無理に止めさせたりせず、自然に受け止めましょう。
(参照:P.18 子どもへの対応)

ポイント 6 : 早期に専門機関への相談が必要な場合

以下のような反応が見られる場合には、できるだけ早く専門機関につなぎましょう。

- ① 強度の不眠が続いている場合。
- ② 強い緊張と興奮が取れない場合。
(参照:P.10 被災した人に起こりうる心身の反応と症状)
- ③ 幻覚・妄想がある場合(周囲に対し、被害的言動が目立つ)。
- ④ 表情が全くない場合。
- ⑤ ストレスによる身体症状が深刻な場合。
- ⑥ ひどく落ち込んでいたり、自殺の恐れが感じられたりする場合。
- ⑦ 心的外傷後のストレス症状が顕著な場合。

ポイント 7 : 支援活動の記録と引継ぎ

複数の支援者から何度も同じ質問をされることは大きな負担となります。支援員が交代で支援を行う場合、長期的に支援を行う場合は特に、活動内容やそこで得た情報を記録し、しっかり引き継げるよう体制を整えます。

ポイント 8 : 情報共有とプライバシーの保護

チーム内で連携して仕事を進めるため、毎日定期的に情報共有の機会を持ちましょう。その際、プライバシーには十分配慮しましょう。避難所内での立ち話、宿泊地に戻ってからの会話など、気が緩むような場でも意識することが必要です。

ポイント 9 : 他の支援チームとの情報交換

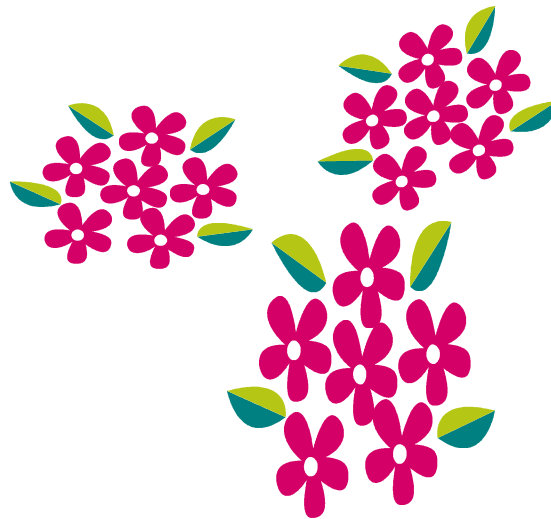
多くの支援チームや他の保健医療職によるチームが支援にあたっている場合には、チーム間の情報交換や情報共有も積極的に行います。

ポイント 10 : 支援者間、支援者－被災者間のトラブル

職種の違いや、支援に入ってから期間の違いなどから、支援者間のトラブルが生じがちです。全ての立場の人が支援者というチームの仲間であり「私」だけが被災者の役に立つのではなく「みんな」で支援をする意識を忘

れないようにしましょう。

また、外部地域からの支援者やボランティアに対して、被災者からのハラスメント（暴言、いじわる、仲間はずれ、性的いたづらなど）の問題も、残念ながら散見されるようです。これも支援者自身を苦しめることが目的ではなく、被災者はそうせざるを得ない心情にあることを理解する一方で、こうしたことが続かないようしっかりと対応しましょう。相手が被災者であってもしてほしくないことははっきりと伝え、起こったことは些細なことでも他の支援者等に相談し、チームとして対応しましょう。



V 災害時要援護者への対応

要援護者とは、子ども、高齢者、身体障がい者、精神障がい者、発達障がい者、知的障がい者、妊産婦、また日本語を母語としない方々などで、災害弱者ともいわれるよりリスクの高い人たちです。

しかし、要援護者であっても、困難に立ち向かう対処能力を持っていることを忘れてはいけません。ストレス脆弱性の高い人たちが、その人自身の力と工夫によって困難に対処できるような支援が必要です。

1 子どもへの対応

(1) 子どものこころに起こりうる反応

子どもは自分のこころの状態を客観的に把握することが難しく、自分からこころのケアが必要であると言い出すことは困難です。また、災害に際して、子どもたちは、何が起きているのか理解しにくく、今後どうなるかの見通しも立てにくく、大人に比べてもストレスの度合いが高くなります。しかしこうした状況で自分の感情（不安や苦痛など）を言葉でうまく表現することが十分ではないため、赤ちゃん返りなど、こころや身体、行動上の様々な反応が起こります。

しかしその一方で、遊びを通して気持ちを発散させ、安定したこころの状態を取り戻すことができるのが、大人との大きな違いです。

(表) <子どもにあらわれやすい反応>

こころの反応	身体の反応
<ul style="list-style-type: none"> ▶ おねしょ、指しゃぶり ▶ 甘えが強くなる ▶ わがままになる ▶ ぐずぐず言う ▶ 反抗的、乱暴になる ▶ 災害体験を遊びで繰り返す 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 食欲低下または過食 ▶ 寝つきが悪い。何度も目を覚ます ▶ 嫌な夢を見て、夜泣きする ▶ 何度もトイレに行く ▶ 吐き気、腹痛、頭痛、下痢 ▶ 喘息やアトピー等のアレルギー症状の悪化

上記のような反応は、正常な反応で、時間の経過と共に回復していきます。周囲の大人が落ち着いて受け止めてあげることが、一番大切です。強い反応が続いたり、身近にいる大人が負傷したり、ひどく動転している場合には、子どものストレス反応が遷延する可能性もあるので、この場合は大人と子ども両方のケアが必要になります。時には、子どもより大人のケアが優先されることもあります。

(2) 子どものこころのケアに関する留意点

- ① 安心できる人や大切な人と一緒にいるようにします。
- ② 安全を確保するようにします。
- ③ 聞き、話、遊ぶの 3 点です。

(表) 子どものこころのケアに関する留意点

	留 意 点
乳 児	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保温と安全を保つ ・ 大きな音や混乱から遠ざける ・ 添い寝したり、抱きしめたりする ・ できるだけ規則的な食事と睡眠のリズムを保つ ・ 混乱した状況でもできるだけ穏やかな声で話す
幼 児	<ul style="list-style-type: none"> ・ 声かけ、スキンシップを多くし、子どもとの時間を増やす
児 童	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全であることを何度も伝え、保証する ・ 災害やそれに伴う悪いことがおきたことは、あなたのせいではないと伝える ・ 保護者などの大切な大人から引き離さない ・ できるだけいつも通りの生活習慣や時間を守る ・ 起こったできごとについては、簡潔に伝え、詳しく説明し過度に怖がらせない ・ おびえたり、まとわりつくときには、そばにいさせる ・ 赤ちゃん返りをしてしても、注意はせずに見守る ・ 時間を見つけ、遊んだり、リラックスしたりする機会を作る ・ 時間を作って向き合い、自分の気持ちを表現できる場を作る
青少年 (中高 生)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普段の日課がこなせるよう手助けする ・ 何が起きたのか事実を伝え、今何が起きているのか説明する ・ 悲しんでもいいことを保証する ・ 子どもの考えや怖れに耳を傾ける ・ 明確なルールや目標を設定する ・ 子どもが向き合っている危険について尋ね、子どもを支え、どうすれば傷つけられずにすむか話し合う ・ 家庭生活や避難所生活の中で、何かの役に立つように励まし、そのための役割や機会を与える

参考

◇◇◇再体験遊び◇◇◇

発災後子どもたちが、「地震ごっこ」「救出ごっこ」などの遊びをし、トラウマ体験後に遊びの中で再演行為をすることがあります。これはトラウマを乗り越えるという作用もあり回復していくためのプロセスでもあるので、むやみに禁止する必要はありません。ただし、顔がこわばり緊張している、しつこく繰り返される、けがの危険性が高い、他の子どもへの影響が大きい場合には、他の遊びにさりげなく誘導してあげることも必要になります。

参考

◆◆災害体験を無理に表現させることはしない◆◆

大人が災害体験をテーマとして絵や作文を無理に強いることは避ける。

子どもが自発的に絵などの作品作りを行うことは構わない。ただし、表現が暗くなって気になる場合には、適切な「テーマ」を決めることが良い。

「癒しのテーマ」：亡くなった方への重いが忘れられない子どもには、故人の「思い出のアルバム」づくりなどで、気持ちの整理に役立つ。

「再生のテーマ」：家や街が破壊された姿を見てしまった子どもには、「新しい街づくり」などをテーマとして将来への希望を表現してもらう。

「感謝のテーマ」：災害時に助けてくれた方に感謝を表すことは、自分が多くの人に守られている実感を得ることができる。また、それを支援者に手渡し、嬉しそうな支援者の反応を見た子どもは、貢献感を実感できる。

2 高齢者への対応

(1) 高齢者のこころに起こりうる反応

高齢者の場合、加齢に伴う心身機能の低下があり、急激に変化した新しい環境になじみにくいという特徴があります。被災による喪失体験からくる恐怖感、無力感が強くなりやすく、将来に対する絶望感などさまざまなストレスを伴い、こころや身体への影響が強くなる傾向があります。

一方で、高齢者は長い人生の中で得た体験や知恵が豊富にあります。子どもの頃に災害を経験した方は、被災後の生活や復興のイメージがつきやすく、災害自体に対してはストレス耐性が高い側面もみられます。また日常から町内会や老人クラブなどでコミュニティ活動ができている人は、日ごろの活動を生かし、避難所などでも有効な動きができるものと思われれます。

また、軽度の認知症がありながらも地域生活を送ってきた高齢者は、環境の変化に適応できず、認知機能が低下し、生活障がいが顕著になる可能性もあります。

身体の反応

- ・ 食欲低下
- ・ 不眠
- ・ 下痢
- ・ 持病（高血圧、心疾患
喘息など）の悪化

情緒・行動の反応

- ・ 孤独感
- ・ 悲嘆、喪失感、無気力、
抑うつ状態
- ・ 生き残ったことへの罪悪感
- ・ 絶望感による援助の拒否
- ・ 月日、場所など見当識障害の出現

こうした反応は、しばらく続くこともありますが、多くは自然に回復していきます。

災害後の反応としては、うつ状態、せん妄、認知症などが、現れやすい症状でもあるので、鑑別診断が必要になります。身体的機能が著しく低下し、安全が保てなくなり、けがなどの心配もでてきますので、注意深い観察が必要です。

（2）高齢者のこころのケアに関する留意点

- ① 様々な不安に対して安心感を与える関わりをします。
- ② 声をかけ、名前を呼び、今の状況をわかりやすく伝えるようにします。
- ③ 規則的な日常生活や、身だしなみなどに気を配るよう促します。
- ④ 家庭、避難所などで役割を持ち、得意なこと、できそうなことをやってみようようにします。
- ⑤ 閉じこもりを防ぐために、できるだけ被災前の人的交流が保てるよう、外出の場、人との触れ合いの場の提供に努めます。
- ⑥ 気になることがあった場合の相談先を伝え、いつでも対応してもらえるという安心感をもってもらうようにします。

高齢者の支援に際しては、地域の保健担当、高齢者福祉担当、介護保険担当が連携します。また、安否情報の整理、災害による要支援者の早期発見を行い、支援体制の整備と高齢者全体のこころのケア対策を検討することが大切です。

沖縄戦と高齢者

當山らが行った沖縄戦を体験した高齢者の調査では、67年経過した時点でも約4割がPTSDの症状を呈していたと報告があるように、被災の体験がPTSDの症状悪化やこころの反応とどう関連するのかは、注意深く観察していかなければなりません。

（「終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健」
平成24年度沖縄戦トラウマ研究会より）

3 精神障がい者への対応

（1）精神障がい者のこころに起こりうる反応

精神障がい者は精神疾患により、認知機能の低下、自我機能の低下がみられます。またストレス脆弱性の影響で不安が高じやすく、日常生活の維持が困難になったり、避難所での生活への不適応反応がしやすい状態となります。

統合失調症などの場合には、安全が確保できず身の危険の不安から、言語化してうまく自分の思いを伝えることができずに、理解不能な言動や行動が出現する場合があります。

（2）精神障がい者のこころのケアに関する留意点

- ① 周囲に精神障がいがあると知られたくない場合や、地域の特性上、精神障がいがスティグマとなる所では、支援者は「精神」などの言葉の使用に十分配慮します。
- ② 災害で定期的に内服している薬が紛失していないか確認し、継続して服薬できるように支援します。
- ③ 睡眠不足は症状悪化と大きく関連しますので、観察し睡眠がとれるよう工夫します。

- ④ 災害時の不安から奇声を発したり、走り回るなどの行動が出ることもある。そのようなときは、大騒ぎしたり、叱ったりせず、安全であることを伝え、しばらくそばに付き添い、話を聴き、不安感を取り除くようにします。
- ⑤ 状況の説明をする際には、落ち着いて、はっきりとした口調で簡潔に伝えるようにします。また何度も同じ質問をしてきても、拒否せず、はっきりと答えを伝えるようにします。
- ⑥ 介入しても症状悪化が見られるときには、かかりつけ医につなぐか、もしくは精神科医のいるチームに相談します。

4 発達障がい者への対応

(1) 発達障がい者に起こりうる反応

発達障がいと呼ばれる障がいには、自閉症スペクトラム障がい、注意欠陥／多動性障害 (ADHD)、特異的学習障害、運動障害（発達性協調運動障害、チック障害（トゥレット障がい）など）、などが含まれます。自閉性スペクトラム障がいの有病率は 1～2%、ADHD は 3～7% などと言われており（厚生労働省、2011）、決してまれな障がいではありません。また、成人してもこうした症状を抱えて悩む方も増えています。発達障がいは外から見て分かるものでもなく、また知的な遅れがない方も多くおります。日常生活は自律的に送ることができる方も決して少なくありません。しかし、こだわりの強さ、新奇な場面への適応が苦手、落ち着きのなさ、衝動的な行動など、特に集団行動の中で目立つ症状もあり、時に「わがまま」と誤解されたり、それが元でトラブルに発展する場合があります。特に被災直後の混乱した時期や、避難所生活などの場面では症状が強く現れることで問題点が際だつ可能性があり、注意が必要です。

過去にこんな事がありました。自閉症スペクトラム障がいのお子さんが自宅を被災で失い、避難所生活を余儀なくされました。しかし、新しい環境での生活にどうしても馴れることが出来ず、興奮して深夜に大声をあげたり避難所内を徘徊してしまいます。周囲の方も気になって眠れず、保護者に強く苦情を申し入れました。ご家族は周囲に気兼ねして避難所に居場所が無くなり、母子で自家用車に寝泊まりをしなくてはならなくなりました。

この様に、障害を抱える本人だけでなく、家族や親族など、支援する周囲の人々の負担も増すことが考えられます。

(2) 発達障がい者のこころのケアに関する留意点

発達障がいの中でも、特に突然の出来事に対して脆弱性を示すのは自閉症スペクトラム障がいを抱える方々です。特に社会的な場面で誤解を生じやすい症状を抱えることが特徴です。もし障がいに起因した問題が発生した場合には、発達障がいの専門家の助言を得て、症状の特性を正しく理解した上で支援を行うことが必要です。日頃から何らかの支援を受けている方であれば、できるだけ早くかかりつけ医等に連絡をつけることで、個人に応じた的確な支援方法の助言が得られるでしょう。

特に新奇な場面に混乱して症状が大きくなることがありますので、出来るだけ早くその場に馴れることができるような支援が求められます。また、優しく見守るよりも、具体的な指示や、場の構造化、ルールの明示等があった方が、新奇な環境での不安が和らぐため効果的です。

さらに、発達障がいの子どもを抱える保護者らにも配慮が必要です。周囲に気兼ねして過剰に子ども行動を統制しようとして、かえって問題行動を増悪させてしまう場合もあります。保護者らの抱える不安を傾聴し、無理なく出来る具体的な取り組みを考える手助けをしましょう。症状に基づく行動が「わが

まま」と誤解されることがどうしても多いため、周囲の方にもある程度理解を求めよう働きかけが望ましい場合もしばしばですが、保護者がそれに反対する場合があります。保護者らとよく相談しながら支援方法を決定しましょう。

5 知的障がい者への対応

(1) 知的障がい者のこころに起こりうる反応

知的障がいがある方の特徴は、

- 災害や避難などの状況の理解が困難
 - コミュニケーションをとることが難しい
 - 環境の変化に強いストレスや不安を感じやすい
 - 感覚が過敏だったり鈍感だったりします
- などがあります。

そのため災害や避難生活で情緒的反応を生じ、混乱をきたすことがあります。また家族も避難所での生活は難しいと考え、合流することをためらい、自家用車で過ごす場合もあります。

(2) 知的障がい者のこころのケアに関する留意点

- ① できるだけわかりやすい言葉や具体的な物や絵を使って、状況を説明します。また、説明が理解できているか確認しながら話を先に進めます。
- ② できるだけ災害前と同じような生活が送れるような配慮が必要です。
- ③ 刺激の少ない環境が必要な場合には、間仕切り、居場所などを提供します。
- ④ 急に興奮したり、気分が沈んだり、パニックになるなど情緒的な反応が起こった場合には、刺激から遠ざけ、落ち着くまでゆっくりと待ちます。

6 妊産婦への対応

(1) 妊産婦のこころに起こりうる反応

妊娠、出産時は通常の場合でもホルモンバランスの影響を受けやすく、不安、集中力低下、抑うつ状態に陥りやすいと言われています。身体的にも、疲労感や便秘などが出現しやすく、被災による心身のストレスが加わることで、胎児に危険が及ばないか不安になったり、うまく子育てできないなどの変調が起こりやすくなります。

(表) <妊産婦にあらわれやすい反応>

妊 婦	産 婦
<ul style="list-style-type: none"> ・「自分と胎児に危険が及ばないかなどの不安や心配から、イライラしやすくなる ・災害によるショックや食欲不振、極端な栄養の偏りから、妊娠中の異常や胎児の発育への不安を感じやすくなる ・ライフラインの寸断により、水くみ、後片付けなどの家事が重労働化し、流早産のリスクが高まる 	<ul style="list-style-type: none"> ・出産後は神経過敏となり、眠れなくなったり、子育てに無関心になることもある。 ・食糧不足や栄養の偏りから、子宮の回復が遅れ、悪露の排出が長引くことがある ・母乳の出が悪くなったり、ミルクが手に入らない状況により、育児不安が強くなる

（2）妊産婦のこころのケアに関する留意点

妊産婦のこころのケアについては、夫および家族からの支援が大切になります。また同じ体験をしている妊産婦同士のグループやピアサポートなどで、互いの不安や知恵を分かち合うことで、改善されていくこともあります。

- ① ストレス反応がある場合、できるだけ夫や家族がそばに付き添い、声かけを行います。
- ② 疲労がたまった状態での家事などは、過重労働ともなり、流早産の危険もあるので、周囲が手伝うなど配慮が必要です。
- ③ 育児用品などの物資不足からくる育児不安を解消するよう配慮します。
- ④ 医療機関の再開と共に、速やかに母子の健診を受診するよう勧めます。
- ④ 避難所での授乳などの際には、プライバシーを保護し、カーテンなどの仕切りを工夫します。

7 身体障がい者への対応

障がい特性により移動や情報の入手・伝達が困難となり、「大切な人や物を探せない」「利用できるはずの支援が受けられない」などの状況が出現しやすく、精神的に不安定になりやすいので、一人ひとりの障がいの状況に合わせた支援が必要となります。既存の医療サービスや社会的サービスにつながるように情報を提供するようにします。

（1）視覚障がい者

視覚障がいは、光覚もない全盲の方から、補助具の使用により拡大文字が識別できる方まで、障がいの程度はさまざまです。視力や視野の障がいにより、慣れない環境では周囲の状況や情報が得にくく、単独での移動には困難が生じます。

【対応の留意点】

- 本人の機能に合わせた誘導を行う。
- 誘導介助の際には、介助者が前方に立ち、ひじの上部か肩を片手でつかんでもらい歩行速度に気をつけて歩く。
- 場所の説明時は、「まっすぐ 15 歩歩いたらトイレのドアに到着する」など具体的な言葉で周囲の状況を説明し、本人に位置感覚をつかんでもらう。
- 常に声をかけ不安を軽減する。

（2）聴覚障がい者

完全に聴力がない方から、補聴器の使用により聞き取りが可能な方まで障がいの程度はさまざまです。手話、口話（読唇術）、筆談など総合的に使ってコミュニケーションを図ります。

【対応の留意点】

- 本人の希望を確認し、最適なコミュニケーション方法を選択する。
- 障がいの軽度な耳の方から話す。
- 正面に立ってゆっくり話す。
- 補聴器の方には大きな声で話さず、普通の声でゆっくり、はっきりと正面から話す。

（3）歩行障がい者

肢体不自由の方だけではなく、三半規管などによる平衡機能や中枢神経系の

働きによる姿勢や動きを調整する機能の障がいから、四肢体幹に異常がなくても転倒したり、著しくよろめくなどの歩行障がいが生じます。

【対応の留意点】

- 介助の方法は本人の希望に合わせる。むやみに車椅子や歩行器を使用せず、身体の接触にも気をつける。
- 通路などに障害物を極力おかないようにし、車椅子の通路を確保する。

(4) 内部障がい者

内部障がいがある方とは、心臓にペースメーカーを埋め込んでいる、腎機能障がいがあり人工透析をしている、膀胱直腸障がいのため人口肛門、膀胱瘻がある、小腸障害があり、経管栄養を摂取している、または呼吸器系の障がいで人工呼吸器装着または在宅酸素療法をしている方のことです。

【対応の留意点】

- こころのケアよりも実際的な医療物資の支援が必要になる。
- 災害後も継続的な治療が受けられるように情報あるいは便宜を与える。

8 日本語を母語としない人への対応

(1) 日本語を母語としない人に起こるこころの反応

母語が通じない状況の中で災害に遭うことは、正確な情報が入りにくく、大変不安な状況になります。また文化、宗教的背景や生活習慣の違いから、避難所、仮設住宅等でトラブルが発生することがあります。

(2) 日本語を母語としない人に対する留意点

- ① 各言語に対応したパンフレットを準備する。または、平易な日本語を使い、ふりがなをふったパンフレットなども準備します。
- ② 各国語によるラジオ放送や、通訳ボランティアの巡回状況を伝え、情報が入りやすい環境を作ります。
- ③ 避難所などでのゴミ出し、共有電話の使い方など基本的な生活ルールについては、早急に伝えます。
- ④ 外国人だからといって特別扱いすることは、他の被災者との軋轢になる場合があります。

参考

《県内に住む外国人のデータ》

2010年の国勢調査で、沖縄県内に住む外国人は7,651人で、2005年の国勢調査持より754名（10.9%）増加しています。国別内訳としては、米国（米軍を含まず）が27.2%と最も多く、次いで中国、フィリピン、韓国および朝鮮、ペルーと続いています。また米軍の関係者だけで、約45,000名が在沖しているとの報告もあります。

（沖縄県の外国人の人口：沖縄県資料）

VI 他地域へ避難した被災者への支援

ここでは、被災直後の避難所生活よりもむしろ被災地域を離れて新たな土地で生活することを余儀なくされた避難者に対するこころのケアについてまとめています。

1 避難者のかかえる問題

居住地が被災して生活できなくなると、被災者は別の地域に避難することになります。被災に伴い、多くの避難者が生じます。日頃から交流のある近隣地域への避難もあれば、全く別の地域への避難もあります。特に沖縄県は離島が多く、居住していた島から別の島への避難も想定されます。沖縄県内での生活を諦め、県外に避難する場合もあるでしょう。さらに、東日本大震災においては 31 万 5 千人以上の方々が避難者となり、沖縄にも 1,000 人以上の方々が避難してこられました。（資料：復興庁 2012 H24 年度全国の避難者の数）慣れ親しんだ土地を離れての生活を余儀なくされた避難者に対して、その心情を理解した上での支援や対策が求められます。

避難者が感じやすい心情としては、以下のものがあげられます。

- 生活を失った事への絶望感
- 新たな生活への不安
- それまでの人間関係が途絶えたり、避難先住民ともうまく関係を作れないことで生じる孤独感
- 地元に戻るか避難先で新たな生活を始めるかについての迷い
- （自主避難の場合特に）避難した行為に対する周囲からの非難と理解されない事への苛立ち

2 避難者と接する時

被災を経験していない者は経験者に対して「経験のない自分はこの人に何も言えない（言うてはいけない）」と引け目を感じます。しかし、こちらが引け目を感じて何もしないことは、避難者を孤立化させることに繋がります。支援をする者が、こうした引け目を乗り越える勇気を持つことがまず大切です。その上で、いつかニーズが生まれて誰かに助けを求めたいと思った時に言ってもらえる存在になること、すぐに手をさしのべられる存在になることを目指します。

避難者と関わる際の基本的な方針は、以下の二点です。

- 孤独感を強めないこと
- 生活への希望を維持すること

孤独感や絶望感の問題を最小限に食い止めるためにも、避難先と被災地の自治体が積極的に連携して、出来るだけ早期に帰宅の可否の判断や、帰宅可能であれば具体的にどの様な段階を経て帰宅を進めるのかについての具体的な見通しを示すことが重要です。

一方で、支援だからといって全てを与えるのではなく、「自分たちのことは自分たちで」という意識が持てる環境を整えます。そのために、避難者同士の良好な関係作りを手伝う、という支援も重要です。特別な環境や、ストレスが続く環境下では、個人の感情が表出されやすくなります。そうした表面的な感情表出の影響を和らげ、その背後にある本心を翻訳して伝達する手助けをしつつ、避難者同士の輪の形成を支援します。

3 長期的な支援

避難生活は数日の場合もあれば、東日本大震災に伴う福島県の放射性物質汚染のように、何十年も地元に戻れない場合もあります。避難が長期化する場合には、避難先の一住民としての生活を支えるため、以下の支援を継続的に行っていくことが必要です。

（1）避難初期の生活づくり

自らの居住地域を離れて別の地域に移り住むことは、どれだけ友好的に迎え入れられたとしても、疎外感や孤独感を感じるものです。支援を始める際には、避難者からの申し出を待つのではなく、受け入れる側から積極的に声をかけましょう。医療、福祉、生活に関する地域資源の情報提供や交通機関の紹介、交通手段の補助などがまず最初に求められます。避難者の状態や考え方は時間によって変化していきますので、こうした情報提供には一度行って終わりではなく、間隔をあけて何度も行う必要があります。避難者のニーズを聞き取ってそれに具体的に対応することも大事です。そのために、負担のない形でアンケートを行うことも有効でしょう。

また、仕事の斡旋も重要です。避難者の能力とニーズに応じた労働環境を提供できるよう雇用側と避難者のニーズをつなぐ体制を整えます。雇用側にとっても、有能な人材を発掘する有益な機会と位置づけ、積極的な雇用をお願いしたいところです。

（2）被災地との繋がり維持

地元の復興の状況や再生計画など、被災地の情報が個々の避難者に継続的に届けられるよう、被災元自治体とも協力しながら体制づくりを行います。無理のない範囲で定期的に、インターネットメール等を活用して情報発信を行うことで、避難者の帰宅への動機づけを維持し、孤独感を防ぐことが出来ます。

（3）新たなネットワーク作り

徐々に、避難者と地域住民の繋がりを深めていくために、集会を設定したり、地域のお祭り等に招待するなどの働きかけができます。また、避難者の生活区域内にも多様な地域から人が集まっていることも想定されますので、避難者同士の集会や情報交換会を持つことも必要です。避難者同士の自助グループが形成されることもありますので、こうした活動に対して活動場所の提供や活動の補助などを行うことも出来ます。さらに、避難者支援のためのボランティア団体等が買い物や交通の補助などを行うこともあります。こうした情報を集約して避難者に提供したり、活用の希望がある場合には各団体に連絡を取るなど、パイプ役が必要となります。

なお、ネットワークづくりを促進する一方で、避難により気持ちが落ち込み、周囲の人と関わりたくないと考える人も少なからずいることに留意する必要があります。そうした心情も自然なものですので、否定することなく「必要があればいつでも声をかけて下さい」と伝えた上で、しばらく間隔をあけて定期的に訪問して、話を伺うようにしましょう。

（4）従来からある人間関係の維持

避難によって親族や近隣の方々と離ればなれになったり、母子だけが避難して父親は現地に残るようなケースでは、物理的な距離が孤独感を生み、人間関係に亀裂を生じさせ、トラブルや離婚などの問題を引き起こすこともあります。自主避難の場合には、避難した行為自体を身近な人が咎める場合もあります。物理的距離がありながらその行為まで否定されることはとても辛いことです

し、こうしたことが起因して、帰宅が許されても元の地域に帰りにくくなります。こうした場面では当人同士の継続的な対話が不可欠ですが、近しい間柄だけにうまくコミュニケーションがとれなくなりがちな場面でもあります。その場合には、こころのケアの専門家（臨床心理士等）が仲裁に入りながら、気長に話し合うことが必要になります。

（5）帰宅支援

被災地域の復興が進むにつれて、徐々に帰宅の準備に入ります。しかし、避難の時間が長くなればなるほど、帰宅に対する希望や意志が弱くなる傾向があることも明らかになっています。避難先の仕事や軌道に乗ったり、学校に通い出して人間関係ができはじめると、被災地に戻るのか、避難先の住人となつてとどまるのか、避難期間が長くなればなるほどその迷いは大きくなります。環境的準備が整ったからといってすぐに帰宅を前提に話を進めるのではなく、時間をかけて避難者自身の決断を待つ必要があります。帰宅するにも「地元民になる」にしても、決断には勇気が必要です。心情により沿いながら、その勇気を支える支援が必要な場合があります。

また、帰宅者の受け入れ先としての被災地域にも準備が必要です。避難せずに地元に残った人と避難した人の間には、時間がたてば立つほど大きな価値観の溝が生まれます。東日本大震災の折に、福島県郡山市からは多くの自主避難者が出ましたが、こうした避難者の帰宅を「温かく受け入れる」ための取り組みが行われました。避難した人を責めずに、以前と出来るだけ同じ環境を早く取り戻すための受入体制を作ることは、帰宅者の背中を押す大きな要因となります。

4 避難してきた子ども達への対応

転居の影響は、子どもたちに特に大きな影響を与えます。避難に伴い転校を余儀なくされた子どもたちは、新たな環境で一から人間関係を作り直さねばなりません。被災による避難者と言うことで、受入側でも関心が高まり、過度に質問攻めにしたたり、おかしなうわさを立てたり、時にはいじめに発展する場合があります。

避難者を受け入れる可能性のある学校では、学校全体としてこうした問題に対する対策を、あらかじめ検討しておく必要があります。

全教員が、どの様な地域でどの様な被害があったのかについて勉強の機会を持ち、基礎知識を共有します。特に担任は、当該児童/生徒が居住していた地域がどの様な被害に遭っていたのかを把握します。子どもが転入してきたら、できるだけ早い時期に保護者を含めて面談をして、どの様な被害があったのか、今どんなことを気にしたり不安に思っているのかを把握した上で、学校全体としてサポートしたいという気持ちを伝えます。

学級では、どの様な子が転入してくるか事前に情報を伝え、とても傷ついていることを理解しサポートするよう要請した上で、以下の点について注意を喚起します。

- 震災についてしつこく質問などをしない
- 震災に関連してからかたり中傷をしない

そして、様子を細かく観察し、元気がない、いつも一人でいる、休みが多い（月 3 日以上）などのそぶりがある場合には、話を聞きたい旨声かけをします。

避難してきた子どもは自ら問題を訴えることはほとんどありません。こちらから積極的に関わることで少しずつ話しやすくなります。悩みが大きくなってきたときに相談できるよう、早い時期からスクールカウンセラーにつないで、定期的なカウ

ンセリング（雑談など）を行っておくとよいでしょう。

万が一、被災に関連して過度なからかいやいじめがある場合には、断固たる対応が必要です。被災したことは本人には何の落ち度もなければ、望んで被災したわけでもありません。そのことでいわれのない中傷をすることは間違ったことであることを毅然とした態度で指導することが、いじめた側いじめられた側双方を成長させるきっかけとなるでしょう。

県外の子どもと比較して、沖縄の子どもは元気で、ストレートに気持ちを表現する傾向があります。沖縄の方言が、強くひびくこともあります。こちらがいつも通り話すだけでもショックを受ける場合もあることを念頭に置きましょう。このようなことはごく初期だけで、すぐに避難してきた子どもたちも馴れていきますが、性急に馴れることを求めるのではなく、ショックな気持ちを受け止めてあげましょう。

5 沖縄から県外への避難者に対する支援

沖縄で被災して、県外に避難した避難者に対しては、県内の復興状況や見通しについて継続的に情報を伝達できる体制を整えることが重要です。そのために、自治体間の連携を密にし、メーリングリストなどを活用します。情報だけでなく、沖縄の文化や季節感に関する情報も付け加えることで、「沖縄に戻りたい」という気持ちも維持しやすいでしょう。

6 県外から沖縄県への避難者に対する支援

東日本大震災における避難者支援活動については沖縄県東日本大震災支援協力会議を通じた支援が被災者に大変好評でした。次に大きな災害があった時にも、沖縄県はこうした支援を積極的に行っていくべきでしょう。

県外からの避難者に対しては、言葉や文化の違いに配慮しましょう。沖縄独特の文化を理解してもらうことも大事ですが、避難者が生まれ育った土地の文化や風習を大事にすることも大きな支援になります（例えば、地域独特のお祭りや催しをこちらで一緒にやるなど）。避難者の地域文化を大事にすることで、それを核にした自助活動も起こしやすくなるでしょう。



Ⅶ 災害支援者のメンタルヘルス

1 支援者への対応

消防隊員、警察官、医療関係者などの災害支援者および、他府県から派遣される事務職員やボランティアなど災害支援に携わる人自身も被災者と同様に強いストレスを受け精神的に疲弊したり、不安定になったりすることがあります。

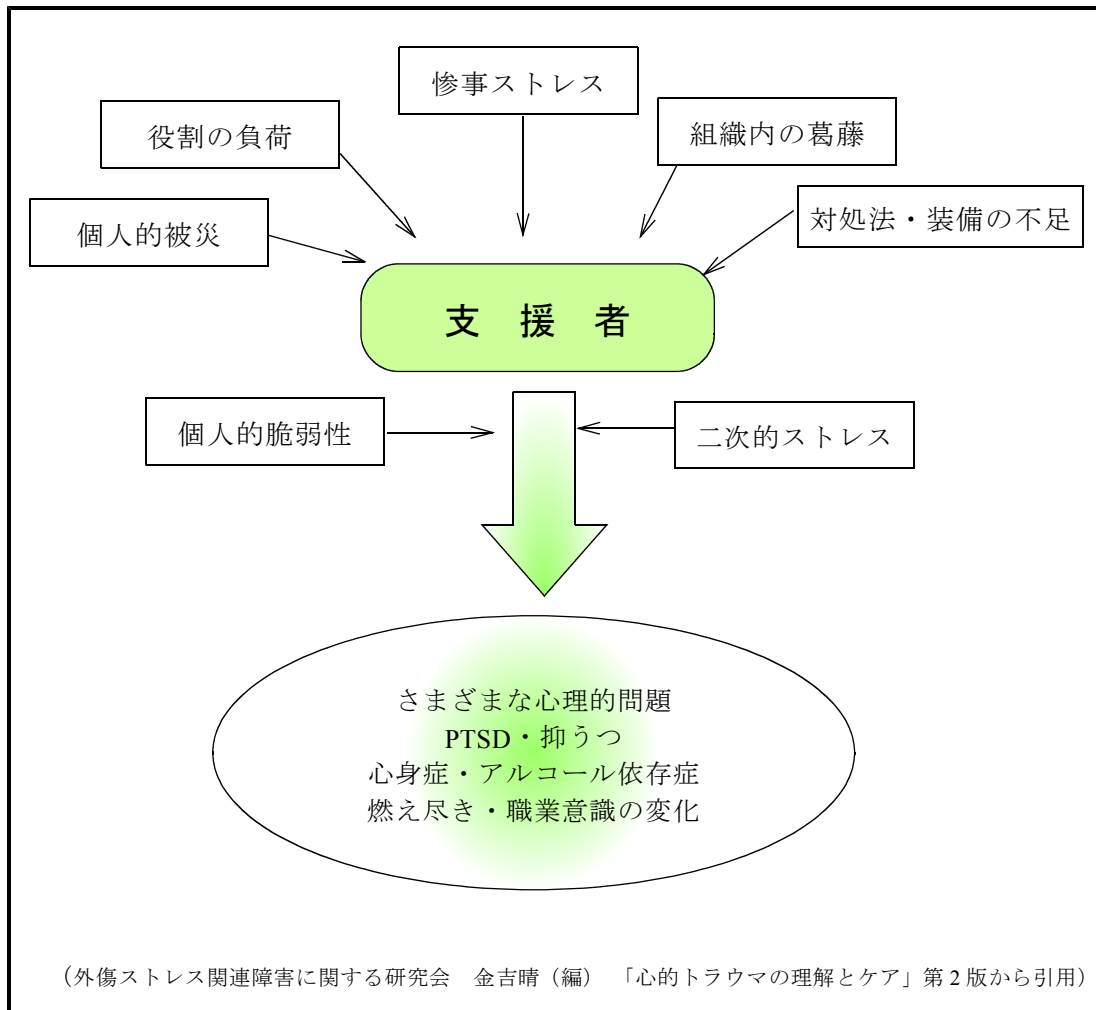


図 支援者の被る災害ストレス



（1）支援者に起こる心身の反応

<p>●身体面の反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不眠、悪夢 ・動悸 ・立ちくらみ ・発汗 ・呼吸困難 ・消化器症状 ・音に過敏に驚く ・皮膚症状 	<p>●こころの反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気分の高ぶり ・イライラ ・怒り ・不安 ・無力感 ・自責感 ・抑うつ感 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>■強度になると</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現実感がなくなる ・時間の感覚がなくなる ・繰り返し思い出す ・感情が麻痺する ・仕事が手につかない ・引きこもる </div>
<p>●行動面への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルコールが増える ・タバコが増える ・危険を顧みなくなる ・業務に過度に没頭する ・思考力の低下 ・集中力の低下 ・作業能率の低下 	<p>●遺体関連業務で特に現れる反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気分不良 ・嫌悪感 ・遺体・遺留品への感情移入 ・においへの過敏反応 ・嘔気、嘔吐、食欲低下 ・遺体を連想させる物が食べられない

（2）支援業務における過重労働対策への基本的な心構え

過重労働対策は、支援者のメンタルヘルスに影響を及ぼす重要なことです。支援者は使命や誇りを忘れずに、業務に専念しますが「支援業務は、普段の 7 割程度できれば充分」などの目標設定とし、支援業務に忙殺されないようにします。

管理者及び支援チームのリーダーは以下の点に配慮して、支援業務の過重労働を防がなければなりません。

- ① 大規模緊急事態の場合には、業務量は無限となります。
支援者がすべての業務や問題を解決できるわけではありません。
- ② 業務内容の曖昧さや本来の業務の目的を見失うと大きな負担となります。
支援業務の目的を明確にし、優先順位をつけましょう。
- ③ 支援者が処理できる業務量には限りがあります。
・休憩時間の確保、体調の自己管理が求められる
・自分自身を犠牲にすると、ストレスに圧倒され、周囲に影響を及ぼす
- ④ 支援者もまた被害を受けていることを自覚しましょう。
・実際に地元で被災している場合がある
・悲惨な現場の目撃は、心理的なトラウマになることがある

（3）組織としての対応

① 業務ローテーションと役割分担の明確化

派遣された支援者の活動期間、交替時期、責任、業務内容をできるだけ早期に明確にします。

- ② 支援者のストレスについての教育
支援者のストレスについて、それを恥じるべきことではなく、適切に対処すべきことを、あらかじめ教育しておきます。
- ③ 支援者の心身のチェックと相談体制
支援者は、心身の変調についてのチェックリストを携帯し、必要に応じて、健康相談等を受けられるようにします。
- ④ 住民の心理的な反応についての教育
こころのケア活動において、住民からの心理的反応として、怒りなどの強い感情が向けられることについて教育します。
- ⑤ 被災現場のシミュレーション
派遣先の被災現場では様々な悲惨な状況が想定されます。災害が生じた場合の情景、死傷者の光景などについて、あらかじめスライドなどを用いたシミュレーションを行います。
- ⑥ 業務の価値付け
支援業務に従事した個々人が組織の中で評価されることは重要なことです。支援業務の意義効果については、その価値を明確に記録して広報する必要があります。また、組織の中では、しかるべき担当者（責任者）が、支援活動の価値を明確に認め、労をねぎらうことが重要です。

（４）支援者のセルフケア

支援者が個人としてできることには限界があることを認識し、チーム対応を心がけていくこと、自分自身のストレスについても過小評価せず、早目に対応することが大切です。

- ① ストレスの自己管理
 - 自己のストレスチェックを行う
 - ストレス反応が出ている場合には、休憩・リラクゼーションに心がける
- ② セルフケアの維持
 - 十分な睡眠をとる
 - 十分な食事、水分をとる
 - カフェイン・アルコール・タバコの取りすぎに注意する
 - 日報・日記・手帳などに記録をつけて頭を整理する
 - 家族・友人などに連絡をとり、生活感、現実感を取り戻す

リラクゼーションの工夫

- ・ 深呼吸 ・ 眼を閉じる
- ・ ストレッチ
- ・ 散歩
- ・ 体操・運動
- ・ 音楽を聴く
- ・ 入浴
- ・ 漸進性弛緩法

休憩をとるにあたって

- ・ 「自分だけ休んでは申し訳ない」などの罪悪感は自然な感情である
- ・ 支援者自身が調子を崩すと、支援チームや周囲にも影響が及ぶ
- ・ 支援チームでいっしょに休憩をとることも一法

- ③ 自己肯定と相互サポート
 - 支援活動に従事している自分自身を褒める

- 派遣チーム内でお互いのことを気遣い、なるべくこまめに声をかけあう
 - お互いのがんばりをねぎらう
 - 自分自身でストレス反応に気づかない場合もあるので、他のチーム員の客観的な気づきも必要
- ④ ミーティングによるストレスの緩和
- 日々の活動後お互いに体験したことや感じたことを話し合い、翌日に持ち越さないようにする
 - 自分の体験、気持ちを話したい場合には、我慢せずに聴いてもらう。また話したくない場合には、無理に話す必要はない

（5）活動終了後のケア

活動終了後は、使命感、高揚感、緊張感が残り、疲労を感じない場合があります。しかし心身の疲労は、思った以上に蓄積されているので、十分な休養をとることが必要です。

「活動中の仕事がたまっている」「残って自分の仕事を肩代わりしてくれていた皆に申し訳ない」などの思いから、十分休みもとらないまま仕事に復帰することは、逆に集中力や判断力が落ちた状態でミスを起こすことにもつながります。

また悲惨な状況にショックを受けて、被災地の状況が思い出されたり、十分に活動できなかつたという無力感にもさいなまれ、不眠、食欲不振、体調不良などが出現することがあります。

通常このような反応は自然に回復していく場合がほとんどですが、長引く場合はうつ病、PTSDなども懸念されますので、活動後はSDS、IES-R（資料編参照）などでこころの状態をチェックし、改善しないようであれば専門家に相談するようにします。

また周囲の方々は、活動を慰労し、ねぎらいの言葉をかけてください。派遣元や職場での活動報告会を開き、派遣業務の総括と成果を共有するようにします。

<派遣終了後に管理者に必要な配慮>

- * 支援の意義や価値をきちんと評価し、言葉で伝える
- * 十分な休息、休養のための休暇がとれるよう調整する
- * 日常業務にもどることは大切であるが、仕事量については配慮する
- * 報道取材の依頼があれば、窓口を定める

2 遺体関連業務にたずさわる方への対応

（1）注意すべき要素

① 影響を受けやすい支援者

- 若年者
- 未経験者
- 女性 > 男性

* 災害指定病院などでの遺体関連業務の場合、事務職などの日常的に死に直面していない職種が影響を受けることがある

② 影響を受けやすい状況

- 多数の遺体の目撃

- 予期しない状況、衝撃的な状況での遺体の目撃
- 遺体に長時間関わる
- ③ 影響を受けやすい遺体の特徴
 - 損傷の激しい遺体
 - ・水死体 ・焼死体 ・首を切断された遺体 ・にのいの激しい遺体
 - 損傷が少ない（まるで生きているような）遺体
 - 支援者が感情移入しやすい遺体
 - ・子供の遺体 ・自分の近親者を連想させる遺体 ・殉職者 ・知人の遺体

(2) 遺体関連業務への心構え

遺体関連業務への心構え	
総論	<ul style="list-style-type: none"> ・職務の重要性、誇り、目標を忘れない ・予測される最悪の事態を想定し、業務前に「心の準備」をする ・可能な限り、業務内容の詳細を事前に知らせる ・未経験者は、刺激の少ない状況から慣れていき、徐々に負担を増やしていく ・経験者の同僚から話を聞く ・遺体への関わりは最小限に ・遺体にはあくまで職務として関わる ・遺体や遺留品に感情移入しないようにする ・遺体はあくまで遺体であり、もう生きていない事を言い聞かせる ・清潔を保ち、食事と水分をしっかりとる ・休憩をこまめにとる ・業務外の時間では、心身ともに休む ・自分のストレス反応を認識し、それを話し合える場を作る ・業務のローテーションを明確にする
各論	<ul style="list-style-type: none"> ・遺体安置場所は敷居、カーテン、パーティション、袋などを使用し、必要以上に見えない環境を作る ・遺体内の細菌・ウイルスは死後速やかに死滅するので、二次感染の危険は少ないが、業務担当者は防護服、手袋を着用し、二次感染の危険を減らす ・防臭効果の優れたマスクを着用する ・臭い消しの香水、香料を使用しない（匂いは業務体験を想起させる危険がある） ・遺体に接する時間はなるべく短時間とする ・「遺体はあくまでも遺体である」と自分に言い聞かせる。またそのような心理的距離をとった自分を責めない ・遺体の取り扱いには、その土地の風習など文化的な違いがあることを理解する ・特定の犠牲者、遺留品への感情移入はしない ・遺留品は身元確認のためだけに重要なのではなく、遺族にとっても大切な所有品となるので、取り扱いには注意する

（ 3 ） 業務管理者の注意点

- ① 管理者自身のストレスも大きいので、部下に率先してセルフケアを実践します。
- ② 影響を受けやすい若年者、未経験・未訓練者、女性の反応に特に注意します。
- ③ 業務の目的と想定される事態を、事前に具体的に説明します。
- ④ 想定される最悪の事態を説明し、「予期せぬ事態」を避けます。
- ⑤ 可能な限り、遺体安置所などで事前訓練の機会を設けます。
- ⑥ 1 人で業務にあたらせない。複数で業務にあたれるようシフトを考える必要があります。
- ⑦ 同業務の刺激を長時間受けないように、業務内容をローテイトします。
- ⑧ 過重労働させないようにします。
- ⑨ 部下に過重な負担がかかっていると判断した時には、業務の配置転換などを配慮します。
- ⑩ 業務の大変さなど、言葉で表現できるよう声かけします。ただし無理強いはしないようにします。
- ⑪ 特定のストレス対処方法を押しつけないようにします。またアルコールでのストレス発散を積極的に勧めないようにします。



Ⅷ 災害による遺族への支援

1 遺族の特徴

災害が起きると、同時多発的に多くの人が、突然大切な人・配偶者、子ども、親、友人等を失い、死別体験をします。このように親しい人や大切なものを失ったとき、心理的、身体的、社会的なさまざまな反応が起きます。これを「悲嘆反応」と言います。（P12、Ⅲ-2（2）悲嘆反応を参照）悲嘆は正常な反応であり、それ自体は病気ではありませんが、予期せず突然起きる災害などの場合は、言葉では言い表せないほどの衝撃や恐怖を伴い、その苦痛には著しいものがあります。遺族には死に対する悲しみや怒り、死を防げなかった、あるいは助けられなかったことへの罪悪感・自責感、安らぎを与えてやれなかったことやきちんと別れが言えなかったことへの後悔、亡くなった人への思慕、再会への願いなどがわいてきます。

死別体験は、もっともストレスフルな出来事のひとつで、その直後には遺族に大きな衝撃を与えるためさまざまな心理的問題の原因となり、悲嘆反応が慢性化し、PTSDやうつ病などの精神疾患を併発するとも言われています。このようなことから遺族の悲嘆への心理的ケアが求められます。

2 遺族にみられる心理状態とケアポイント

（1）遺族に見られる心理状態

- ① ショック、茫然自失：頭が真っ白になって、茫然とした状態。
 - ▶ 名前を呼びかける
 - ▶ 手や肩など体に軽く触れる
 - ▶ 現実感を取り戻すような声かけ
- ② 感覚鈍麻：一見冷静に見える状態。
 - ▶ 感情を抑圧することで、自身の心を守っている場合があるので、感情表出を無理に促そうとしない
- ③ 怒り：やり場のない怒りを様々なところに向ける可能性があります。神や運命を恨み、死別の状況に対する理不尽さ（なぜ死ななければならなかったのか）や、家族を含む周囲の人や第三者、中には保健、医療チームや行政職員に対して「八つ当たり」的に、怒りが向けられることがあります。
 - ▶ その怒りを理屈で説明して抑えこもうとしない。
 - ▶ 怒りの矛先を向けられた場合は、穏やかな声で冷静に対応する
- ④ 罪悪感と自責感：目の前で流されるのを見た、手を放してしまった場合特に強いです。
 - ▶ 「自分を責める必要はないですよ」「その状況では無理もないことですよ」などの言葉かけはよいが、遺族の心には響かないこともあることは認識しておく
- ⑤ 不安感：津波への強い恐怖感や、将来への不安、自分自身や他の家族の死の不安があります。
 - ▶ 不安な思いを表出するのを傾聴する
 - ▶ 薬物療法が必要と思われるほどの強い不安の場合は、専門家チームにつなげる
- ⑥ 孤独感：他の家族や友人がいてもひとりぽっちだという感情があります。
- ⑦ 無力感：津波という圧倒的な出来事に直面し、自分は何もできないという無力感を抱くことがあります。
- ⑧ 思慕：故人に対して、その存在を追い求め、会いたいと願う気持ちが出て

きます。

- ⑨ 混乱や幻覚：生き返らせたいとか、過去に戻って助けたい、などの故人についての考えにとらわれてしまう場合もあります。故人がまだ生きているように感じたり、その姿が見えたり、声が聞こえるなどの幻覚が生じることもあります。

▶ 故人の姿が見えたり、声がきこえるなどの幻覚は正常な悲嘆反応もありうることを認識し対応する

（2）遺族へのケアポイント

- ① 悲嘆の反応は個人差があります。
家族の中でも違いがあり、「こうあるべき」という正しい反応はありません。決して、こちらの死生観・価値観を押しつけることのないように対応します。
- ② 遺族の「語り（ナラティブ）」を尊重しましょう。
「共感を持って傾聴する」ことが第一歩です。遺族が自分の語りを通じて「ある種の納得を得る」ことが重要です。
- ③ 抑圧された悲嘆に踏み込まないようにしましょう。
遺族が冷静に淡々とふるまっているなどの場合は、感覚鈍麻に陥っている可能性もあり、それはその人なりの自己防衛反応であることを認識しておくことです。その際は、感情表出を無理に促そうとしない方がよいです。
- ④ そっと「寄り添う」ことが重要です。
無理に言葉をかけようとはせず、そっと寄り添い、必要な時に手を差しのべるようなサポートの姿勢が大切です。
- ⑤ 相手のニーズに合わせるようにします。
遺族が必要としているのが精神的なサポートとは限りません。情報を提供する、他の家族への連絡を代行するなど、現実的なサポートが必要な場合もあります。独りよがりや自己満足ではなく、相手のニーズに合わせていきます。
安易なアドバイスは、逆に傷つけるおそれがあるため控えましょう。
- ⑥ スピリチュアルな苦痛を理解しましょう。
「なぜ亡くならなければならなかったのか？」という問いには究極のところ、答えはありません。こうした問い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ありませんので、無理に答えようとしなくてよいです。
- ⑦ ケアする側（ケアギバー）の限界を知る必要があります。
複雑化した悲嘆のリスクが高い人など、その場で解決しようとはせず、必要な場合は適切な専門家につなぎましょう。

3 遺族への支援者の対応

（1）言ってよいこと

- ① 遺族の悲嘆に共感を示すことです。
（「〇〇さんを亡くされて本当におつらいことと思います」など。ただ、相手の状況に合わせて言葉を選ぶ方がよい。）
- ② 遺族の話に共感を示しながら傾聴します。
- ③ 遺族が孤独や不安を感じている時に側に寄り添うことです。
- ④ 遺族が体験していることや気持ちを本当に理解できるわけではないことを率直に認めることです。しかし、理解しようとする努めることです。

- ⑤ 故人を尊重し、名前で呼ぶようにします。
- ⑥ 支援者が故人と関係があるようであれば、故人について話したり、自分が故人を知っていたことを誇りに思っており、失ったことをとても悲しく感じていることを伝えます。
- ⑦ 遺族を気遣い、心配していることを伝えたり、心身の状態を尋ねます。
- ⑧ 現在の悲嘆がこのような出来事にあったら当然の反応であることと、しばらく続くことを伝えます。
- ⑨ 悲しみ方には個人差があり、正解はないことを伝えます。
- ⑩ 相談したり話を聴いてくれる場所があることを伝えます。

☆深い悲しみに薬はありません。慰める言葉もありません。しかし、支援者が遺族を気遣い、深い悲しみにあることを理解しようとし、その苦しみに向き合う遺族に寄り添い、支援しようとする姿勢が遺族を支えます。

(2) 言ってはいけないこと

- ① 遺族の気持ちを理解しているという発言は不適切です。
(例：「あなたの気持ちはよくわかります」：簡単にわかってほしくないという心理がある)
- ② 故人や死を妥当化するような発言は不適切です。
(例：「それが最良のことだった」、「故人は今は楽になった」、「神の御心だ」、「それが寿命だった」など：単なる気休めに聞こえる)
- ③ 遺族が強いか、死別を必ず乗り越えられるというように決めつけることは不適切です。
- ④ 死別や故人についての話を避けたり、変えようとすることは不適切です。
- ⑤ 無理に気分転換を進めることは不適切です。
- ⑥ 時間が解決するという発言は不適切です。
- ⑦ 他人と比較することは不適切です。
(例：「あの人に比べれば他の家族がいるからましだ」、「あなたはまだましのほうですよ」)
- ⑧ 「一人っ子でなくて、よかったですね」という発言は不適切です。
(他に子どもがいようが、悲しみは同じという心理)
- ⑨ 安易な慰めをしてはいけません。
(例：「これからがんばってください」：遺族は既に十分がんばっている、「あなたが生きていてよかった」：自分を責めている場合にはそれを増長する)

☆深い悲しみの底にいる人自身がこのようなことを言った場合には、その人の気持ちや考え方を尊重し、受け入れてください。しかし、こちらからこのような発言をしてはいけません。

(3) 気をつけるべきこと

- ① 行方不明者の家族は、死を認められない状況にある場合も少なくありません。うっかり遺族として対応しないように気をつける必要があります。
- ② 悲嘆とともにうつ病やPTSDなど精神障がいの併存に注意しましょう。
- ③ 自殺念慮や自殺企図に注意しましょう。
- ④ 死別後長期経過しても急性期の激しい悲嘆が続いていたり、悲嘆によって社会生活機能が障害されている場合には、「複雑性悲嘆」と呼ばれる状態になっている可能性があり、専門的な治療が必要です。

◆ 早急に専門家につなげた方がよい場合 ◆

- ① うつ病に陥っていると思われる場合
 - ② 希死念慮が強くなっていたり、自傷他害の怖れがある場合
 - ③ アルコール依存などの問題が生じている場合
 - ④ 避難所などでの集団生活ができないほど、感情コントロールができない場合
- ここでいう「専門家」とは、DPATや医療機関、保健所および精神保健福祉センターなど

4 遺体と対面する遺族への支援

被災後の遺体の確認は遺族にとって非常につらい体験です。遺体との対面における遺族の苦痛やショックを和らげることや対面時の心理的反応に対する支援が重要となります。

（1）遺体との対面場面への配慮

- ① 遺体をできるだけきれいにします。亡くなられた方の尊厳に可能な限り配慮します。（体をきれいにする、損傷部位を包帯で巻く、きれいな布をかける、棺に入れる、遺品をきちんと保存する、花をおくなど）。遺体安置所も花を飾るなど尊厳を持って弔いがされている環境をつくります。
- ② 亡くなられた方のお名前（〇〇さん）や「息子さん」という言い方で呼びます。「遺体」「死体」という言い方は避けます。
- ③ 遺体の損傷が激しい場合には、事前にそのことを説明します。
- ④ 遺体を確認する人は遺族に決めてもらうようにします。
- ⑤ 遺体に対面するかどうかは遺族の意思を尊重します。損傷がひどい場合でもきちんと説明した上で遺族が見たいという気持ちを妨げないようにします。次の⑥のような配慮をする必要があります。
- ⑥ 損傷がひどくてすべてを見せるのがためられる場合には、手や顔の部分など比較的きれいな状態の部分を見てもらうことも検討します。
- ⑦ 可能であれば付き添って確認場所に入ってもらいようにします。（付き添いを希望する人には付き添えるように配慮します。）
- ⑧ 対面するべき遺体とだけ対面できるように確実に案内します。
- ⑨ 付添者は確認場所まで案内し、心理的な支えを提供します。また、確実に戻ってこられるように手配します。
- ⑩ 対面時十分にお別れができるようにプライバシーを尊重します。付添者は少し離れて見守ります。
- ⑪ 対面時に遺族がどのような反応をしても、それを尊重します。遺体に触れることも危険がない限りは妨げないようにします。（皮膚が剥離してしまうような場合には事前にそのことを伝えておきます。）付添者は遺族が対面できるように支えるようにします。
- ⑫ 対面しないことを希望する遺族のためには、遺体の写真をとっておくことが後日役に立つことがあります。

- ⑬ 写真で遺体を確認する場合には、見せる前に写真の内容を説明します。亡くなられた方だけを見ることができるよう配慮します。
- ⑭ わかる限りで遺族の質問に対応するが(どこで見つかったのかなど)、不正確な情報を伝えないようにします。
- ⑮ 一度遺体安置所から離れ、今後の手続き等について、相手の理解を確認しながら説明します。検視の場合は、その手続きや必要姓について相手の質問に答えながら説明します。
- ⑯ 他の家族への連絡や、遺体をどのように連れて帰るか、遺品の受渡し等具体的な対処を遺族が検討したり、行うのを手助けします。
- ⑰ 今後遺族が必要としている社会資源や制度について情報を提供します。また、今後の心理的支援が行える機関や団体等を紹介します。これらをまとめてあるパンフレットがあると便利です。

(2) 遺族の心理反応

遺体に直面することは大切な人を失った事実と直面することで、遺族にはたいへんな衝撃をもたらします。このような状況では、遺族はしばしば以下の様な反応を示しますが、反応には個人差があります。

- ① 泣く、泣き叫ぶ
- ② ふらついたり、倒れたり、しゃがみ込んだり、座ったり立ってられない状態になる
- ③ パニック状態になる
--- 過呼吸、動悸、震え、めまいなど
- ④ 強い怒りを示す
- ⑤ 死亡した事実を認めようとしない
- ⑥ 自分を責める、罪の意識をあらわす
- ⑦ 呆然となる
--- 話に反応しなくなる
- ⑧ 淡々と応答する
--- 感情の麻痺を起こす

(3) 遺族への対応

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ないことが多いです。遺族には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。

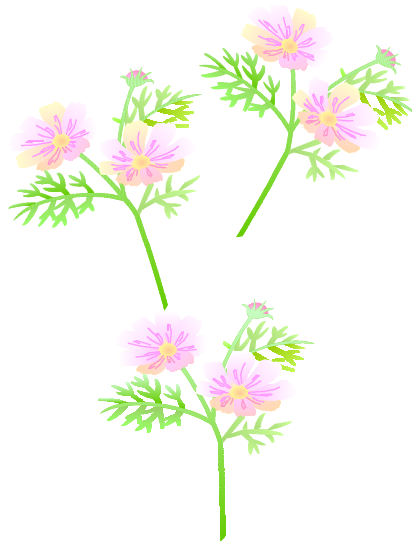
- ① 支援者・告知者が動揺せず、暖かく共感的で落ち着いた態度や口調で死の状況を説明します。
- ② 背中をさする、抱きしめる、手を握るなどの身体接触は慰めになることも多いが、不快に感じる遺族もいます。具体的には、相手の行動に合わせて行うべきです。支援者の側から身体接触をする際には、「手を握ってよいですか」という言葉をかけてから行うようにします。特に家族以外の異性の支援者は身体接触は避けた方がよいです。
- ③ あらかじめ遺族の混乱が予想される場合には、複数の支援者・告知者が付き添います。
- ④ 最初は、遺族が泣いたり、怒ったりしている言葉を静かにうなずきながら聞きます。なだめようとしたり、感情をむやみに抑えようとしたり、話すことを強要するようなことはしないようにします。事実関係を述べて説得

しようとするのと口論になりやすいので、注意しましょう。

- ⑤ 遺族がパニックを起こしたら、椅子に深く腰掛けさせ、ゆっくり息を吸い、はき出すように声かけをします。
- ⑥ 少し落ち着くまで傍らに寄り添って休ませます。一度遺体安置所から連れ出して、座れる場所に連れて行きます。
- ⑦ 茫然として周囲の状況がわ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、声かけを行う。むやみに体を触らないようにします。遺族が体に力が入らないようであれば、手を握ったり開いたり（グー、パー）を数回してもらったり、冷たいタオルを当てるなど、現実感覚を取り戻すような手伝いをします。
- ⑧ 遺族が一見冷静に見える場合でも、実際には落ち着いた状態であるわけではありません。「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さけます。
- ⑨ 兄弟や親を亡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さけます。

（４）その後のケア

- ① 反応が強いあるいは、その後の状態が心配される遺族に対しては、別れる前にあらかじめ連絡先を聞き、後日連絡しても良いか確認します。
- ② 可能であれば、1ヶ月後くらいに連絡して様子を確認します。うつ病等が疑われる場合には、医療機関の受診をすすめます。



IX 報道機関・調査研究への対応

1 報道機関との協力・対応

(1) 報道による情報援助の意義

迅速、公正な報道が行われることは、災害の事実関係の情報だけではなく、支援に関する情報を提供する上でも非常に有益です。また報道によって被災地域がその他の地域、住民と結びついているように感じられることは、一種の治療的ネットワークを形成し、トラウマからの立ち直りを助けます。また、風評被害やスティグマなどの軽減にも有効です。

(2) 取材活動によるPTSD誘発の危険について

取材活動における予告のないフラッシュの使用、多数の取材者によるインタビュー、詳細な聞き取り、自宅・避難所生活の撮影などは、被災者の被害体験を再現したり、疲弊させたり、住民の精神不安を悪化させることがあります。

特にPTSDの症状の中には、光や音刺激への過敏性（過覚醒）が含まれるので、行き過ぎた取材はこうした症状を悪化させます。二次被害が生じないように取材者側に理解を求め、協力依頼をします。

(3) 報道機関への対応

対策本部としては報道の肯定的な意義を認識し、必要な情報は積極的に開示するとともに、特定の被災者に取材活動が集中したり、本人の意思が確認できない状態での取材が過剰とならないように、理解と協力を求める必要があります。特に取材に伴う精神状態の悪化の可能性を適切に伝えることが重要です。

なお、報道への対応は、基本的に支援の現場ではなく、災害対策本部において報道対応を一元化することが望ましいです。

(4) 情報提供の留意点

取材対応の職員や窓口を一本化し、情報については、いつの時点のものか、情報源はどこかということを示して提供する必要があります。曖昧な発言は憶測を生み、現場に混乱を引き起こす危険性があります。また発信した情報は、時系列に整理し保管しておくようにします。

2 調査研究活動への対応

DPATは、調査研究活動に関与することはありません。

本マニュアルに掲載されている質問紙やチェックリスト類は、あくまでもDPATが精神的ケアが必要な人を早期に発見し適切な対応につなげるためのもので、調査目的に使用するものではありません。

参考・引用文献

- 1) 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 (厚生科学特別研究事業)
- 2) 被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン、内閣府、 2012
- 3) DPAT活動マニュアル ver.1.0 (平成 26 年 1 月)、国立精神・神経医療研究センター
- 4) 金 吉晴 (編) 外傷ストレス関連障害に関する研究会: 心的トラウマの理解とケア 第 2 版、じほう、東京、2011
- 5) 中島聡美: 大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援、精神保健研究 第 58 号、2012
- 6) 金 吉晴: 精神保健医療活動マニュアル、 国立精神・神経医療研究センター
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/mentalhealthmanual.pdf>
- 7) 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
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/H22DisaManu110311.pdf>
- 8) サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第 2 版、日本語作成: 兵庫県心のケアセンター <http://www.j-hits.org/psychological/index.html>
- 9) 災害時こころの情報支援センター、WHO 版 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) フィールドガイド、
<http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/who.html>
- 10) 災害時こころのケアサイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 医学書院
- 11) 金 吉晴: 自然災害発生時における医療支援活動マニュアル (第 5 部精神保健医療活動マニュアル)、平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業 新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」 <http://www.imcj.go.jp/shizen/index.html>
- 12) 重村 淳、金 吉晴 (監修): 災害救援者・支援者メンタルヘルス・マニュアル
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_saigai_manual.pdf
- 13) 飛鳥井望: 看護のための最新医学講座、外傷後ストレス障害および悲嘆反応 2006
- 14) 伊藤正哉、中島聡美他 (死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケア、
http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical_personnel10.html
- 15) 瀬藤乃理子、中島聡美、丸山宗一郎: 自然災害による被災者遺族、行方不明家族への精神的影響、産業精神保健 20 (特別号) P.80-92、2012
- 16) 伊藤正哉、他: 災害による死別・離別後の悲嘆反応、P.53 ~ 57
- 17) 藤代富弘: 遺体確認時の遺族への支援、P.58 ~ 64
- 18) 高橋聡美: 東日本大震災における遺族の現状とグリーフケア、P.65 ~ 70
- 19) 中島聡美、他: 災害による死別の遺族の悲嘆に対する心理的介入、P.71 ~ 76
15) ~ 18): トラウマティック・ストレス、一般社団法人 日本トラウマティック・ストレス学会誌、2012、Vol.10 No.1
- 20) 日本 DMORT 研究会編: 家族 (遺族) 支援マニュアル東日本大震災) ~ 医療救護班・行政職員などの方へ~
<http://www.hyogo.jrc.or.jp/dmort/documents/dmort20110411.pdf>
- 21) E.災害とこころのケア、医学書院、p127~141, gs-kankan.com/article/keikansaigai.pdf
- 22) 災害支援ナース派遣マニュアル 日本看護協会
- 23) 災害支援ナース実践マニュアル 社団法人兵庫県看護協会
- 24) 「終戦から 67 年目にみる沖縄戦体験者の精神保健」 平成 24 年度沖縄戦トラ

ウマ研究会

25) 沖縄県の外国人人口：

<http://www.pref.okinawa.jp/site/kankyo/heiwananjo/danjo/documents/h23p1-p4.pdf>

26) 復興庁 2012 平成 24 年度全国の避難者等の数（所在都道府県別・所在施設別の数）復興に向けた取り組み

<http://www.reconstruction.go.jp/topics/post.html>

27) 厚生労働省 2011 知ることから始めようみんなのメンタルヘルス総合サイト
発達障害 http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_develop.html

28) 沖縄県地域防災会議編：沖縄県地域防災計画、2013

〈都道府県のマニュアル等〉

北海道立精神保健福祉センター編：災害時こころのケア活動ハンドブック 2011

青森県精神保健福祉センター編：災害時こころのケアガイドライン、2008

岩手県精神保健福祉センター編：岩手県災害時こころのケアマニュアル、2010

福島県精神保健福祉センター編：福島県心のケアマニュアル、2011

新潟県福祉保健部：新潟県災害時こころのケア活動マニュアル、2006

長野県精神保健福祉センター編：災害時のこころのケア～支援者マニュアル～ 第 2 版、2012

東京都福祉保健局：災害時要援護者防災行動 マニュアル作成のための指針、2013

東京都立中部総合精神保健福祉センター編：「災害時のこころのケア」の手引き、2008

静岡県健康福祉部：災害時の心のケア対策手引き、2006

岐阜県精神保健福祉センター編：災害時のこころのケア、2011

高知県地域福祉部：災害時のこころのケアマニュアル 第 2 版、2013

福岡県：災害時のこころのケア対応マニュアル

長崎県、長崎こども・女性・障害者支援センター編：災害時こころのケア活動マニュアル 2011