

東日本大震災 被災地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
成人精神保健部

被災地へ行かれる心のケアチームの方々へ

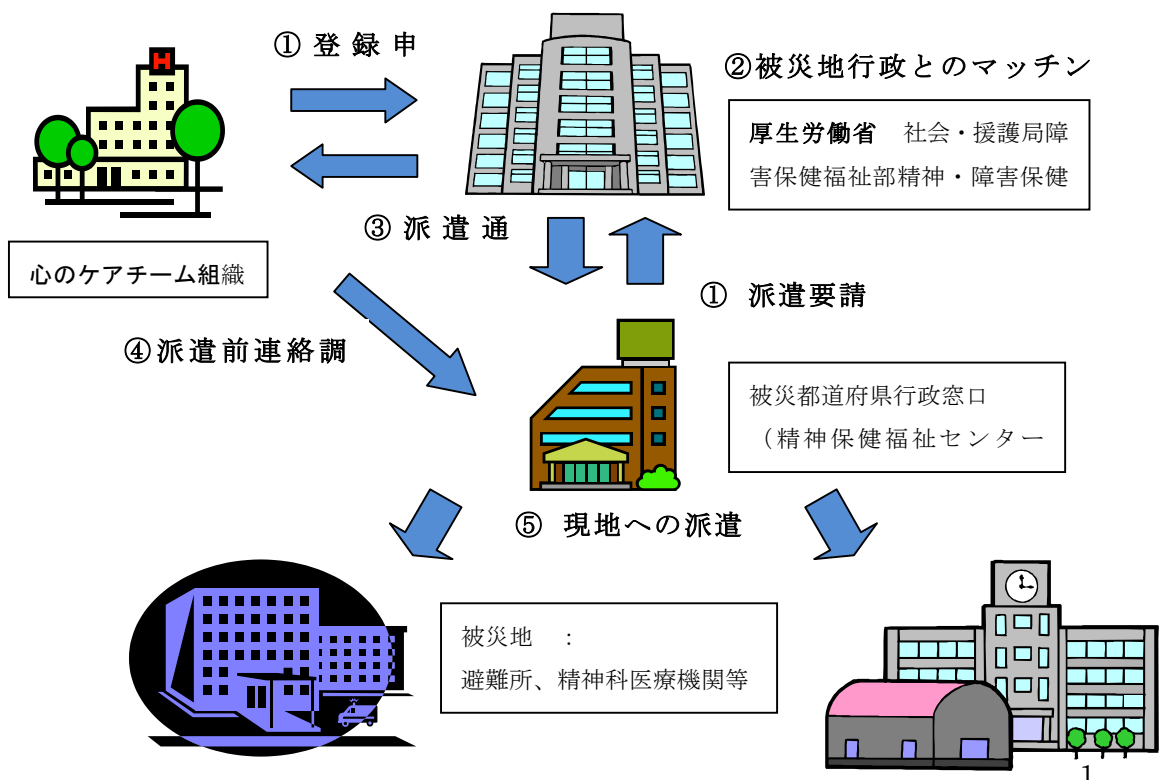
このたびの東日本大震災は未曾有のものであり、大切な家族の喪失、地域の破壊など被災者の心の傷とその痛みははかりしれないものがあります。被災者の心のケアは地域の精神保健システムでどうていまかないきれものではないため、これから多くの精神保健医療関係者の方々が支援をされると思います。このマニュアルは、今までの災害支援の経験から、外部から被災地支援を行うにあたって必要なこと、留意していただくことをまとめたものです。支援にあたって御参考いただければ幸いです。

1. このマニュアルについて

- ◎ このマニュアルは過去の支援経験にもとづくものですので、今回の震災や被災地の状況によっては合致しない部分もあります。現地での状況については被災地域の受け入れ窓口、あるいは被災地域の精神保健行政機関等に確認する、あるいは事前に派遣されたチームに問い合わせ確認して下さい。

2. 心のケアチームの派遣の流れについて

厚生労働省を通しての心のケアチームの派遣は現在以下のような流れによって行われています。



注意!! 被災地のメンタルヘルスは、地域の精神保健活動や医療活動との連携が不可欠です。いかなる形であっても支援に入る際には、行政の窓口を通すようにして下さい。行政と関係ない支援は、現場で働く保健師等地元の行政支援者を混乱させます。

<国および地方自治体の関連情報>

厚生労働省の窓口

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

各都道府県の心のケアチーム関連情報

- ・ 岩手県こころのケア班派遣受付窓口：岩手県精神保健福祉センター（センターが不通の時は県庁保健福祉部障がい保健福祉課）
- ・ 心のケアチーム関連資料：岩手県精神保健福祉センターHP
<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?nd=3012&of=1&ik=3&pnp=17&pnp=61&pnp=422&pnp=3012&cd=6116>

(1) 福島県

- ・ 心のケア支援（医療・保健）に関する窓口：福島県精神保健福祉センター
- ・ 心のケアチーム関連資料：福島県精神保健福祉センターHP
<http://www.pref.fukushima.jp/seisinsenta/top2.html>

(2) 宮城県

- ・ 窓口：宮城県精神保健福祉センター
- ・ 心のケアチーム関連資料：宮城県精神保健福祉センターHP
<http://www.pref.miyagi.jp/seihocnt/kokoronokeasiennti-mu.htm>

(3) 仙台市

- ・ 窓口：仙台市精神保健福祉センター（はあとポート仙台）
- ・ 心のケアチーム関連資料；仙台市精神保健福祉センターHP
<http://www.city.sendai.jp/kenkou/seishinhoken/heartport/saigai-gl/saigai-gl.html>

2. 心のケアチームの行うべき業務

1) 震災によって障害された既存の精神医療システムの機能を支援する。

- ① 震災によって障害された地域精神医療機関の機能を支援する。
 - ・ 外来・入院診療の補助、代行
- ② 避難所、在宅の精神障害患者への対応を支援する。
 - ・ 症状の悪化や急性反応への対応
 - ・ 薬が入手困難な患者への投薬
 - ・ 受診先が無くなってしまったり連絡がとれていない患者への対応、現地医療機関への紹介
 - ・ 移動困難な在宅患者の訪問、対応

2) 震災のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民について対応する。

- ① 震災のストレスによって心身の不調をきたした住民に対応する
- ② 今後発生すると思われる精神疾患、精神的不調を防ぐよう対応する。

3) 地域の医療従事者、被災者のケアを行っている職員（救急隊員、行政職、保健職等）の精神的ケアを行う

*地域の支援者、行政職員も被災者です！！

3. 心のケアチームの構成

1) 以下の職種による数名のチーム（車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討）で構成すること

- ・ 精神科医師
- ・ 看護師、保健師
- ・ 精神保健福祉士
- ・ 子どものメンタルヘルス専門家（児童精神科医、臨床心理士等）
- ・ スタッフの連絡やロジの確保のためにはドライバーや事務職員が同行すると有用である

2) 支援日数

- ・ **最低 1 週間**の支援が望ましい、できれば一つの機関が数週間～数カ月継続して派遣できることが望ましい。
- ・ *交代による引き継ぎの作業はかなり煩雑である。一つの医療機関では中で引き継ぎをして、短期の交代をすることが可能である

4. 心のケアチームを準備するにあたって留意すること

支援地域では交通事情が悪い地域、水、電気、ガス等ライフラインが通じていない地域、通信手段、宿泊所のない地域、生活日常品の不足している地域があるので十分な準備が必要である。

- 1) 交通機関が遮断されていることと、医療道具、自分達の生活物資を運ぶためにも車を用意する。
 - ① 県内の交通事情により、緊急車両のステッカーがないと通れない地域があるので、緊急車両ステッカーを発行してもらおう。
 - ② 身体医療の混成チームで来るところでは、派遣先が異なること可能性があるため、各チームで1台ずつ用意したほうがよい。
- 2) 風邪等の身体疾患、簡単な外傷には対応できる備品をもっていくことがすすめられる（医薬品、湿布剤、血圧計、聴診器等、消毒薬等）。
- 3) チームスタッフの名簿を用意し、支援受付窓口へ提出する。避難所では、支援者とわかるような腕章、ネームプレートがあるとよい。
- 4) 基本的に衣食住については自立できる準備を行う。危険についても考慮して沿岸部・山村部等への訪問には十分注意し、二次被災しないようにする

携行品リスト 次ページ参照

携行すべき物品のリスト（参考）

- ① 医薬品：向精神薬、抗てんかん薬、風邪等の一般的内科疾患の治療薬、簡単な外傷や打撲の治療薬、緊急対応用に点滴セットや注射薬など
災害時携行用医薬品リストについては、「自然災害発生時における医療支援活動マニュアル」参照：

http://www.ncgm.go.jp/shizen/shizen_manual20051021.pdf

5. オリエンテーションと引き継ぎ、記録の管理

- 1) 心のケアチームが活動を始める前に、チームのスタッフが支援窓口立ち寄り、(緊急車両通行証)、記録用紙等を受け取り、オリエンテーションを受ける。また、チームの名簿を支援窓口提出する。

*被災地窓口から渡されるものの例：(緊急車両通行証)、地域の地図、既存の精神医療機関及び一般医療機関リストなど

- 2) 医療機関での活動では、その医療機関での体制に従うこと。最初に入るチームは活動記録のノートなどを作成し、次に入る人の参考になるようにすると便利である。

- 3) 避難所での活動の場合には相談記録、診療録を必ずつけ、これを管理し、必ず被災地の支援窓口提出しておく。この記録の管理する際には個人情報をもれないよう細心の注意を払う。この記録用紙は県によって書式があるので、被災地での様式に従う。また、処方箋についても同様に各被災都道府県で定められたものを使用する。

*記録は、コピーが出来る地域では、ケアチームがコピーをとり、終了時あるいは、1週間に1回まとめて県や市のとりまとめ機関に渡しましょう。

*相談記録は地域行政が、今後のメンタルケアの方針をたてたり、継続フォローをするための重要な記録です。他人が読むことを意識して、読みやすい文字で書くようにして下さい。被災地のスタッフに負担をかけない配慮が重要です。

- 4) 同一地域では継続して一貫した対応が重要である。チームによってあまりにも異なる対応は住民を混乱させる。そのために引き継ぎは極めて重要である。心のケアチームが活動を終了するにあたり、以下の引き継ぎ事項を行う。

- ① 後に入るチームは、先にはいつているチームと事前に連絡をとり、引き継ぎを行う。医療機関では、その医療機関のスタッフ、避難所ではそこを管轄する精神保健行政担当者や保健師に引き継ぎ事項を伝達しておく。

- ② 引き継ぎにあたっては、業務日誌、相談記録の受け渡し、地域での実際の活動状況、連携機関(窓口となる人の氏名、連絡先)についての情報を伝える。

6. 心のケアチームが地域保健活動を行うにあたっての注意事項

ここでは、医療機関内での業務ではなく、被災地域でのアウトリーチ活動についての注意事項をまとめた。

- 1) 心のケアチームの活動は地域精神保健の機能をサポートするような形で行わなくてはならない。被災地の行政関係者・支援者に負担をかけてはならない。

まずは被災地の精神保健活動の中心機関(通常精神保健福祉センター、被災地では市町村)の支援方針を把握し、その指示に従って支援を行う。被災地の支援状況は刻々と変わり、また地域によって状況も異なるため、現地の方針に沿った支援を行うことが必要である。

＜現在まで行われていた被災地での心のケア活動の例＞

① **医療機関支援**：既存の精神科医療機関の業務の支援（医療機関側からの求めがある場合）手伝う。**在宅患者支援**：病院に受診できないでいる在宅患者を訪問し、**状態の確認**あるいは投薬を行う（これは医療機関が行っている場合と、地域の保健活動で行っている場合がある。）

② **避難所支援**：避難所を巡回し、被災者の状況を把握し、まずは精神科医療の必要な患者から対応し、それ以外の被災者の不安や身体愁訴、悲嘆の対応につとめる。また、避難所のスタッフを実際の活動上で支援するだけでなく、ねぎらい、不安に耳を傾けサポートする。身体医療のチームや保健師から相談してほしいという事例に面接することが多い。

*現在、避難所では日中あまり被災者がおらず、ほとんど相談がないということもあります。日中は地域巡回に行く保健師のサポートやあるいは記録の整理などできることを行いましょう。避難所でのニーズがあるようであれば、夜間相談所などを設置することもあります。

*面接場所のない避難所が多いので、落ち着いてお話を聞くことは難しい場合があります。パーティションなどで区切って頂くなど工夫をする場合がありますが、そのような場所での相談には限度があるため、相談場所の確保あるいは地元の相談機関につなげる必要があります。

③ **被災地支援者への支援**：現地の支援者（保健師、介護職員、行政職員、教員、救命救急関係者、警察関係者など）をサポートし、必要に応じて相談やカウンセリングを行う。被災地の支援者が行っていることをまず労い、評価し、「十分がんばっていること」に敬意を払うべきである。不足やできていない面について指摘するような発言は慎むべきである。

④ **情報提供（ミニ講話、啓発活動）**：地域の行政関係者、教員、母親、保育士などメンタルヘルスに対しての情報を必要としている場合、小集団を対象に講話を行う。避難所や行政、保育園などで行われる。その際、相談に応じることで、問題を抱えている大人の相談につながる場合もある。

2) 心のケアの地域活動にあたっては、**一般的医療活動を媒介として行うことが支援の有効性を高める。**

① 特に一般の人々は本来健康な人々であり、自分が精神的問題があるとは考えていない、災害では精神的ストレスは身体化しやすいので身体的な問題を聞きながら、精神的ストレスを聞いていく対応がよいであろう。

② 住民の中に入っていくときには、**血圧計や簡単な医療対応のできるキットを持って行く**。接触にあたっては、身体的な状況をなどを尋ねながら、精神医療というよりむしろ医療全般の相談として聞いていくことが有効である。

3) 被災住民の状態は時間の経過に伴って刻々と変わるので、時期や住民の状態に応じて支援のあり方を変えながら行うことが必要である

現在の被災者は極度の不安、緊張にさらされている。一方で衝撃による感情の麻痺は高揚感もある。家族の安否確認、身体治療が優先される時期ではあるが、高揚期が過ぎるころから悲嘆、トラウマ反応、身体的不調、不安、疲労や避難所生活、人や家屋の喪失等からくる抑うつなどが問題となるであろう。このように時期によって変わる住民の状態を予測し、把握しながら対応していくことが必要である。

② 一般被災者の中で心理サポートが必要な人々

- **遺族**：急性の心的外傷反応や、悲嘆、不安など様々な反応が予想される。特に、子どもや保護や支える人がいない人については見守りや声掛けが必要になる。また遺体確認による心的外傷体験も想定されるので、そのような現場に心理サポートを行うスタッフを配置し、できるかぎり付き添いや様子を見ての声掛けなどを行っていく。
- **安否不明者の家族**：これらの人の不安と精神的疲労は非常に大きいことが予想される。具体的な支援を通しての見守りや声掛けが必要である。また、これらの人の不安な気持ちを受け止める体制をつくり、支援者などから声をかけて導入してもらうなども必要である。
- **高齢者**：この地域では高齢者の比率が高く、高齢者への対応が重要である。高齢者はストレスが身体化しやすいこともあり、身体疾患のケアと平行して行うことが大切である。また、急速な認知症の進行や寝たきりなど日常生活機能の低下に絶えず留意する。
- **子ども**：子どもの不安が強くなっている可能性がある。幼い子どもでは親へのまわりつき、抱っこをねだるなどやや退行と思われる行動があり、親が不安になる。親への対応が重要である。就学児童では、学校がはじまらないため、子どもが地震についての説明を受けるという機会が失われている。また、十分に遊ぶことができているため、ストレスがたまっている。巡回チームで、特に幼い子どもを持つ母親に子どもの様子を尋ねて、母親の不安の訴えをうけとめることも必要だと思われる。
- **障害者**：障害者を抱える家族や本人の避難所での不適應が心配される。積極的に声をかけることが必要である。
- **外国人**：外国人では地震になれていない国の人もある。外国人の被災者では状況への理解が不足がちで不安が強い可能性があるため、注意を払い、外国語での相談の窓口を紹介する。

4) 避難所での医療提供・投薬にあたっての注意事項

- ① 避難所では、被災者が複数の医療チームから重複して投薬を受けることがある。かならず、他から投薬を受けていないか確認する。また、高齢者では身体疾患の薬を服用していることが多い。被災者だけでなくその家族にも服薬状況を確認する。

② 避難所での急性期での不眠への対応

被災直後に起こる不眠や不安は基本的にはこのような体験における自然な反応であり、睡眠薬や抗不安薬などの向精神薬の投与は慎重に行うべきである。具体的には、夜間服薬後に震災が再び起こった場合に、避難時に支障が出る可能性やせん妄のリスクなど考えられる。また、避難所等では複数の医療者から投薬を受けている場合もあるので、身体疾患の治療薬とあわせて向精神薬の所持については確認することが必要である。

5) アルコールへの注意喚起

震災のあとでは、不安や不眠のためにアルコールにたよりがちになる。アルコール依存症等のアルコール関連障害の発生に留意し、予防を行うことも必要である。

6) 支援者へのサポート

支援に関わる職員、スタッフ、ボランティアは長時間勤務となり、ややもすると疲労を無視しがちである。燃え尽きや過労の兆候を把握し、休養の必要性について助言していくことも大切である。また特に、直後から被災現場で働く職員等では遺体等の目撃等心的外傷体験を伴う惨事ストレスを経験するため、よりケアが必要である。

7) 支援者自身の管理

被災地で働く場合には、精神の高揚や緊張、支援したいという思いから休息をとらず過剰に活動してしまう場合が多い。支援者が倒れて地元負担をかけることがないように、チームのリーダーは適切な休養などスタッフの健康管理に気をつけることが必要である。また、二次被災しないように道路状況等危険な状況に対する判断を冷静に行う必要もある。支援者を送り出す機関はこれらの人の不在の間の業務等の後方支援を十分に行い、支援終了後の休養などの手配を行うことが必要である。また現地で活動する場合の保障等についても支援先機関が十分に配慮すべきである。

<急性期の心的外傷反応と対応について>

1. 今回の震災では、生命の脅威、悲惨な光景の目撃、家族の喪失など心的外傷体験を経験する被災者が多く、ASD（急性ストレス障害）や、PTSD（外傷後ストレス障害）の発生が予測されるため、心的外傷反応に対する治療・対応が必要である

2. 急性期の心的外傷反応

心的外傷体験をした人では、不眠、不安、恐怖などの感情のほか、動悸などの生理学的反応、被災体験の侵襲的想起、過覚醒、感情や感覚の麻痺、健忘、現実感覚の喪失などの解離性の症状が見られる。しかし、これらの反応の多くは心的外傷体験による通常の反応であることが多い。時間の経過に伴って症状が減少していくようであれば、特段の治療を必要としない。病的な反応ではないという心理教育、傾聴や共感などの支持的な精神療法、呼吸法などのリラクゼーションで対処することが望ましい。

3. 急性期のデブリーフィングについて

過去には、被災後急性期（数時間から数日）に被災者に対して単回で被害体験を詳細に話してもらう心理デブリーフィングが多く行われたことがあったが、現在のところ、このようなデブリーフィングがPTSDを予防する効果は実証されていない。したがって、被災者に被災体験を詳細に話させるようなかかわりは行うべきではないと考えられる。被災直後では、被災者に安心や安全を感じられるような支持的な関わりや現実的な支援が重要である。現在進められている対応は米国PTSDセンター等で開発された Psychological First Aid（心理的応急処置）である。（日本語版ダウンロード：<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>）

4. 急性期の投薬について

急性期の投薬は、被災者の状況に応じた対症的なものとなる。不眠や不安を訴える被災者が多いが、せん妄や避難時の対応の遅れ等のリスクがあることから、睡眠薬や抗不安薬の投与は慎重に行うべきである。処方する場合は短期にとどめておく。抗不安薬の投与については、PTSDの予防効果のエビデンスはない。動悸などの過覚醒症状の強い被災者に対して抗アドレナリン作動薬（プロプラノロール、プラゾシン）の投与がPTSDの予防に有効とする研究もあるが、十分に実証されていない。

5. ASD の治療

ASD あるいは被災から間もない時期（数ヶ月以内）の PTSD については、数回の（5, 6 回程度）のトラウマに焦点を当てた認知行動療法が有効であるというエビデンスがある。ただし、被害から 2 週間以上たってから行うべきである。症状を見て回復傾向があれば対処的に自然回復の様子をみる。SSRI については十分なエビデンスはない。

6. PTSD の治療

PTSD は時間の経過に伴って自然回復するため、精神療法は数カ月以降が勧められている。投薬については、SSRI が今のところ第一選択薬である、投薬については、IPAP による PTSD 薬療法アルゴリズムを参照されたい。
(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/flowchart.pdf>)。精神療法では曝露の要素を含むトラウマに焦点を当てた認知行動療法の有効性について十分なエビデンスがある。日本でも実証研究で有効性が報告されており、かつ研修を受けることができる代表的なものが、長時間曝露療法 (Prolonged Exposure 療法) である。また、認知処理法 (Cognitive Processing Therapy) については、Web で学ぶこともできる (英語のみ：<https://cpt.musc.edu/index>)

<遺族の悲嘆への対応>

今回の震災では多くの人が家族を失ったり、行方不明の状態にある。大切な人を失った場合には、悲嘆反応が見られる。悲嘆は病気ではないが、その苦痛は著しく、どのように対応したらよいか、支援者でも戸惑うことが少なくない。ここでは、悲嘆についての基本的な知識と、対応について示した。

1. 悲嘆 (Grief) とは？

死別に対する自然で正常な情緒的反応。多様な心理的 (認知、社会的行動)、身体的 (生理的) な表出を含む。個人や文化によって異なる (Stroebe, MS, 2008)

2. 悲嘆のプロセス

- 1) 心の麻痺の段階：呆然自失、死の否認、感情の麻痺、身体反応 (吐き気、喉が詰まる感じ、動悸など)
- 2) 切望の段階：憂うつ感・悲哀感、故人を探し求める・追慕・切望
- 3) 混乱と絶望の段階：罪悪感・怒り・非難、死の事実への抵抗、不眠・悪夢、引きこもり・孤独感
- 4) 回復の段階：故人がいなくても人生を立て直せる実感がもてる、生きがい・社会的役割の再発見

(C.M.パークス著, 桑原治雄・三野善央訳(2002)「改訂 死別 遺された人たちを支えるために」メディカ出版.より要約)

*近年の研究では、死の否認や怒り、切望、抑うつなどの感情の激しい時期は死別後 6 カ月をピークに少しずつ軽減していくという報告もある。(Maciejewski et al. 2007)

*今回の震災では、多くの人が現在の生活上の問題に直面せざるをえなかったり、避難所で生活しているため悲しみを表現できないでいる可能性もあり、心の麻痺の段階が長く継続している可能性もある。

3. 遺族の悲嘆への対応の基本

- 1) 悲しみが正常な反応であることを知ってもらう
- 2) 悲しみを無理に抑えたり、また無理に表出させるようなことはしない
- 3) 一人ひとりの悲嘆の違いを理解し、その人の対処を尊重する
- 4) 無理のない範囲で日常生活を続けられるようにする
- 5) 現実的な問題（葬儀、家事など）について話し合い、可能な範囲で援助する
- 6) 故人への想いを横におく時間を少しずつとる
- 7) 少しずつ生活に楽しみを見いだせるよう援助する
- 8) 故人を尊重する追悼行事や宗教儀礼を大切にする

4. 行って（言って）よいこと

- 1) 遺族の悲嘆に共感を示すこと（“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べき）
- 2) 遺族の話に共感を示しながら傾聴すること
- 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
- 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（しかし、理解しようとしてつとめること）
- 5) 故人を尊重し、名前と呼ぶこと
- 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ること
- 7) 遺族を気遣い、心配していることを伝えたり、心身の状態を尋ねること
- 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ること
- 9) 悲しみ方には個人差があり、正解はないことを伝えること
- 10) 相談したり話を聞いてくれる場所があることを伝えること

*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。

5. 行って（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（例：あなたの気持ちはよくわかります）
- 2) 故人や死を妥当化するような発言（例：それが最良のことだった。故人は今幸せに暮らしている、神のみ心だ、それが時だったなど）
- 3) 遺族が強いとか、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
- 4) 死別や故人についての話題を避けたり、変えようとする事
- 5) 無理に気分転換を進めること
- 6) 時間が解決すると言うこと
- 7) 他人と比較すること（例：あの人に比べれば他の家族がいるからまだ）

8) 安易な慰め

(参考:Prigerson, HG & Jacobs, SC: Caring for bereaved patients “All the doctors just suddenly go”. JAMA 286(11), 1369-1376 (2007) および Psychological First Aids 第2版)

6. 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ない。遺族として対応することが適切かどうかきちんと見極めることが必要である。
- 2) 悲嘆とともにうつ病や PTSD など精神障害の併存に注意する
- 3) 自殺念慮や自殺企図に注意する
- 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、専門的な心理療法が必要な場合がある

この資料は新潟県中越地震の心のケアマニュアルを東日本大震災に向けて改訂したものです
まだ現地の情報が不足しているため、足りないところがあると思いますので、今後、被災地状況にあわせて随時改訂していきます。