

# 災害時の支援者支援マニュアル

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究

## 【支援者支援のポイント】

対象となる方は、災害時に被災者を支援するすべての人々です。

### 「スイッチを入れて CSCALLL」

管理者がスイッチを入れ、組織として対応しましょう。

C: Command & Control	指揮と統制
S: Safety	安全
C: Communication	情報
A: Assessment	評価
L: Look	見る
L: Listen	聴く
L: Link	つなぐ

## 【支援者自身への注意事項】

立ち位置を知り、周りを見ましょう。

あなたはスーパーマンではありません

自分の背中は見えません

イライラは感染症のように伝染することがあります。

「休憩は取れていますか？」

セルフチェックで気づきを

被災者・被災地支援には、チームの皆様も健康であることが必要です。

体調を崩している方は、いませんか。

チーム内に以下に該当する方がいる場合は、チェックを入れてください。

- 食事・休憩がとれていない
- 眠れていない
- イライラしている
- コミュニケーションがとれていない
- 活動に支障がある

## 【目次】

### I. はじめに

心身症状 セルフケア 惨事ストレス

### II. 対象

### III. 支援者支援の基本原則

### IV. PFA 基礎知識

### V. MHPSS 4Ws（誰が、いつ、どこで、何を支援しているのか）

### VI. 被災地内での組織だった支援者支援

i) アセスメント

ii) 情報管理

iii) 被災地内での組織だった支援者支援（Look、Listen）

iv) 被災地内での連携（Link）

v) 外部組織としての引継、撤収（Link）

### VII. ご遺体・ご遺族対応で留意すること

### VIII. 平時のメンタルヘルスケアと災害への備え

## 〈リンク集〉

行動規範

DMORT

MHPSS 日本語版

## 【1. はじめに】

### ポイント

1. 災害時の支援者は、災害時に被災者を支援するすべての人々。
2. 支援者支援とは支援者自身の苦しみを和らげるとともに、自身にその行為の意味を問い、対人援助の専門性を習得し、支援者としての資質の向上を図ること。
3. 本マニュアルの骨子は、
  - ・支援者支援の必要性を理解すること
  - ・災害急性期から中長期を見据えた支援者支援計画を被災地域と共に立てること
  - ・平時から災害精神医療・保健支援体制の整備を行うこと

### 災害時の支援とは

支援とは困っている人々に手をさしのべて、その困っている内容を何らかの形で支えることです。もちろん、支援は善意から相手のためになるように行われます。しかし支援という言葉は時に難しく、強者が弱者に対して行う行為、と捉えられることがあります。その結果、受援者側は支援に感謝していますが、どこかでその恩を返さないといけないとか、支援される側の役割を演じ続けられないといけないと考えてしまうことがあります。「人の為と書いて偽りと読む」ではありませんが、多くの善意は尊いものであり、偽りではないわけですが、心構えとして気をつけないといけないという戒めの言葉です。このほか支援をされる側の気持ちを考え、想像することが重要であり、上から目線の行為にならないようにすることを常に意識したいと思います。

支援について、他の用語との比較で考えてみます。類似の言葉の「援助」というのは「代わりに行うこと」を意味します。本来できるはずのことができなくなっていますので、それを代行することになります。また、「救援」は「困難な状況や危険に陥っている人を助ける」事です。「支援」とは「最終的に自分自身で物事ができるように必要な支えをする」事と考えます。

### 災害時の支援者とは

支援者とは上記の「支援」を行う者、すなわち災害時に力を貸して助けてくれる人と定義できます。救援者は困難な状況や危険に陥っている人を助ける人（例えば警察官、消防士、救急救命士、自衛官、救護班員など）です。救援者は自身も被害に遭います。また凄惨な現場を目撃する可能性のある状況で、危険な状況の中に飛び込んで救助するイメージがあります。一方、支援者は、災害時に被災者を支援するすべての職種が当てはまります。したがって前述の救援者に加えて、医療職、行政職、教職員、ボランティアなどが含まれます。さらに被災地内で活動するだけでなく、被災地外にいる派遣元職員や支援者の家族らも「広義の支援者」と考えられます。

### 災害時の支援者支援とは

支援者支援の目的は、支援者自身の苦しみを和らげるとともに、自身にその行為の意味を問い、対人援助の専門性を習得し、支援者としての資質の向上を図ることです。

これまで災害時における支援者の「心の健康」に関して十分な注意が払われてきておらず、注目されるようになったからまだ日が浅いのが現状です。消防、自衛隊などのように積極的に取り組んでいる業種はわずかです。災害時、消防士、警察官、自衛官、医療従事者、行政職員等は被災者と同等あるいはそれ以上のストレスがかかることが予想されます。これらの救援者はその職について 3 ヶ月ほどで、一般の人が一生に渡って経験するストレスを経験すると指摘されるほどです。このようなストレスを惨事ストレス(注1)といいます。救援者・支援者は基本的に肉体的にも精神的にも強靭さが求められます。

近年 DMAT、DPAT、JMAT、日本赤十字社救護班をはじめ様々な医療チームが被災地支援に参画するようになりました。被災地では凄惨な場면을体験することも多く、心に傷が残ることがあります。医療チームだけでなく、ボランティアも含めて被災地支援を行う人たちは、個人的にも組織的にも行動規範を遵守し、惨事ストレスを学んでおく必要があります。

また、最近問題になっているのは、被災地の行政職員に疲労度が高いことです。被災地域の行政職員は自らも被災しながら、市民の生活再建に尽力しており、被災者と支援者の二重のストレスを受け、燃え尽きなど精神・身体の不調をきたすことが明らかになりました。被災地の行政職員は、通常業務を行いながら、非常時対応のため平時をはるかに超える業務量を扱わなければならなくなります。そして彼ら自身も被災者なのです。

支援者は、被災地復興支援のキーパーソンであり、彼らが一人でも倒れるとその影響は大きく、復興遅延の原因にもなり得ます。その意味において、支援者支援は被災者支援につながるともいえます。

本マニュアルの骨子は、以下の3点に集約されます。

- ・支援者支援の必要性を理解すること
- ・災害初期から中長期を見据えた支援者支援計画を被災地域と共に立てること
- ・平時から災害精神医療・保健支援体制の整備を行うこと

被災者・被災地を支援している人すべてを支えるシステムが支援者支援であり、本マニュアルはその必要性、意義、方法を理解するために作成されました。

最後に、本マニュアルを作成するにあたって、これまでの災害支援における実践の蓄積や知見を直接的、および間接的に提供して下さった方々に感謝を申し上げます。

## 災害支援者に生じる心身の反応

<p>心の変化</p> <p>気分の高ぶり イライラ 怒り 憤り 不安 無念さ 無力感 自分を責める 憂うつになる</p>	<p>心の変化（強度）</p> <p>現実感がなくなる 時間の感覚がなくなる 繰り返し思い出してしまう 感情が麻痺する 仕事が手につかなくなる 他人と関わりたくなる</p>	<p>体の変化</p> <p>不眠、悪夢 動悸 立ちくらみ 発汗 呼吸困難 消化器症状 音に過剰に驚く</p>
<p>業務への影響</p> <p>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>	<p>行動への影響</p> <p>酒が増える タバコが増える 危険を顧みなくなる</p>	<p>遺体関連業務有の反応</p> <p>気持ち悪さ 嫌悪感 遺体・遺留品に感情移入する におい刺激への反吐気、嘔吐、食欲低下 遺体を連想させる食物が食べられない</p>

災害救援者メンタルヘルス・マニュアル ストレス災害時こころの情報支援センター

監修：重村淳（防衛医科大学学校精神科学講座）

金吉晴（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人保健研究部）

## 支援者自身のストレス対策（セルフケア）

職務の目標設定

支援業務への専念

業務の重要性、誇りを忘れない

業務を見失わない

日報・日記・手帳などで記録をつけて頭の中を整理

生活ペースの維持

十分な睡眠をとる

十分な食事・水分をとる

カフェイン（コーヒー等）のとり過ぎは気分が悪影響を与えうる

酒・タバコのとり過ぎに注意

自分の心身の反応に気づくこと

心身の反応が出ている場合は、休憩・気分転換を心がける

休憩にあたっての注意

「自分だけ休んでいられない」と罪悪感が生じることは自然なこと

しかし、支援者自身が調子を崩すと、その影響がかえって周囲に及びうる

同僚とともに休憩を取るのも一法

気分転換の工夫

深呼吸      目を閉じる      瞑想      ストレッチ

散歩          体操          運動      楽を聴く

食事          入浴など

一人でためこまないこと

家族・友人などに積極的に連絡する

支援活動に没頭せず、生活感・現実感を取り戻すことも必要

自分の体験、気持ちを話したい場合、我慢する必要はない

でも、話したくない場合は、無理して話す必要はない

職員同士でお互いのことを気遣うこと

なるべくこまめに声を掛け合うこと

お互いの頑張りをねぎらうことは重要

自分自身で心身の変化に気づかない場合は、お互いの気づき合いが大切

他職員の負担が強くなっている場合には、本人・指揮担当者に伝える必要性

自分の体験、気持ちを話したい場合、我慢する必要はない

でも話したくない場合は、無理して話す必要はない

## 惨事ストレスとは

過酷な状況においても、人はその環境に適応する能力を持っている。しかし、大惨事の場合、そのストレスは甚大である。そのため、本来の適応能力では対処しきれないまでの衝撃を受けうる。

### 惨状の体験・目撃

被災者・遺族への関わり

遺体への関わり

二次災害の危険性

指揮系統の混乱

過重労働

地元の支援者の場合は、自分自身も被災者である

使命感のために、自分のストレスを自覚しにくい

惨事ストレスは「異常事態に対する正常な反応」で、誰にでも起こりうる。反応が出た場合でも、多くの場合は一時的で、次第に収まり完全に回復する。しかし、一部の場合は、その影響が長引く場合もありえる。ストレスを受けた際の心身の反応を理解する必要がある。

反応が長引く場合には、なるべく早く周囲に相談するのが望ましい。



## 【2. 対象】

被災地外からの救援者のみならず、被災地内にいるすべての被災者も支援者になる可能性があります。

（図 1、赤点線で囲った部分の方々）

さらに支援者の家族や派遣元職員も対象となることがあります。

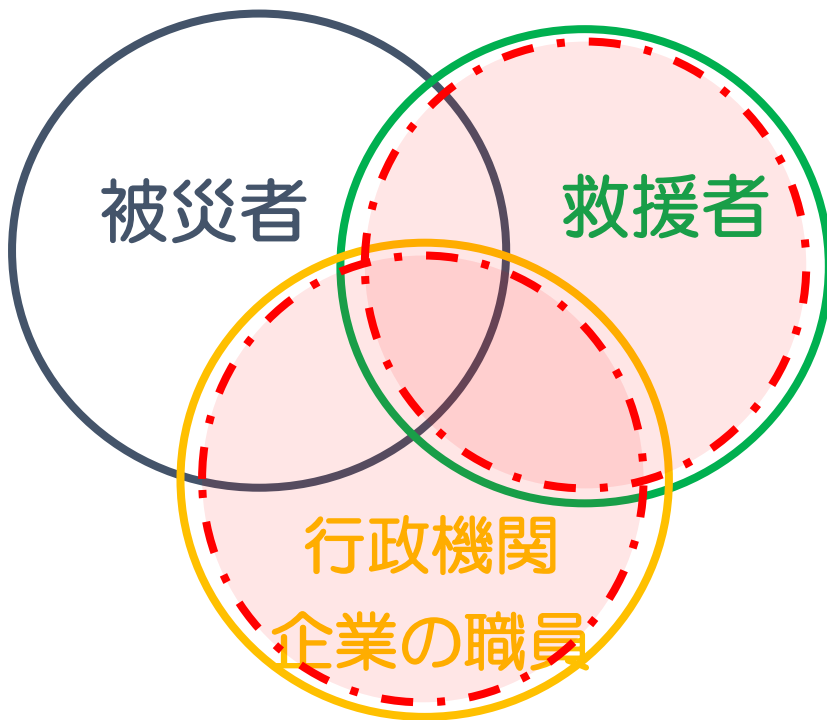


図 1 支援者支援の対象

### 【3. 支援者支援の基本原則 早めの“C A R E”】

- 1) **Collect Communication** (正確な情報収集)
  - 個人 被災状況の確認だけでなく、自分自身の状態も確認しましょう
  - 組織 ハイリスク支援者、被災者の怒りについての配慮
- 2) **Ask** (適切な援助希求)
  - 個人 気づき：休養・睡眠、食事、感情、身体的状態、活動状況の不調 → 適切な対処
  - 組織 管理者の理解等、援助をためらわずに手挙げしやすい環境作り  
対象者を中心に関連機関が連携する体制作り
- 3) **Rest** (適切な休養が必要)
  - 個人 支援のために積極的な休養をとる 自分の背中では自分では見えない
  - 組織 救援中、後における休息のシステム化
- 4) **Eureka** (早期の問題認識と長期支援の必要性に気づく)
  - 個人 一人で抱えこまない
  - 組織 周囲、特に管理者の気づきと配慮

対象者を取り巻く組織として

IASC ガイドライン (2007) では、支援者支援について、  
「危機的状況下の業務によって起こりうる心理社会的影響を緩和する支援を提供することは、きわめて危険な状態にスタッフを配置している組織の道徳的義務であり、責任である。」  
と明記されています。

災害であっても平時の組織・職場における労務管理・産業精神保健体制におけるメンタルヘルスケアと考え方は同じです。

- 1) 個々の災害・紛争等に関してスタッフの健康を守り、促進すべき具体的な計画を利用するようにする。
- 2) その職務および災害・紛争等状況に合わせてスタッフの準備を整える。
- 3) 健全な労働環境を促進する。
- 4) 業務上予想されるストレス要因に対処する。
- 5) スタッフに対する保護ケア・心理社会的支援の利用可能性を確保する。
- 6) 惨事ストレスや心的外傷を生じさせる可能性のある出来事を経験、または目撃したスタッフに支援を提供する。
- 7) 活動後にも支援を受けられるようにする。

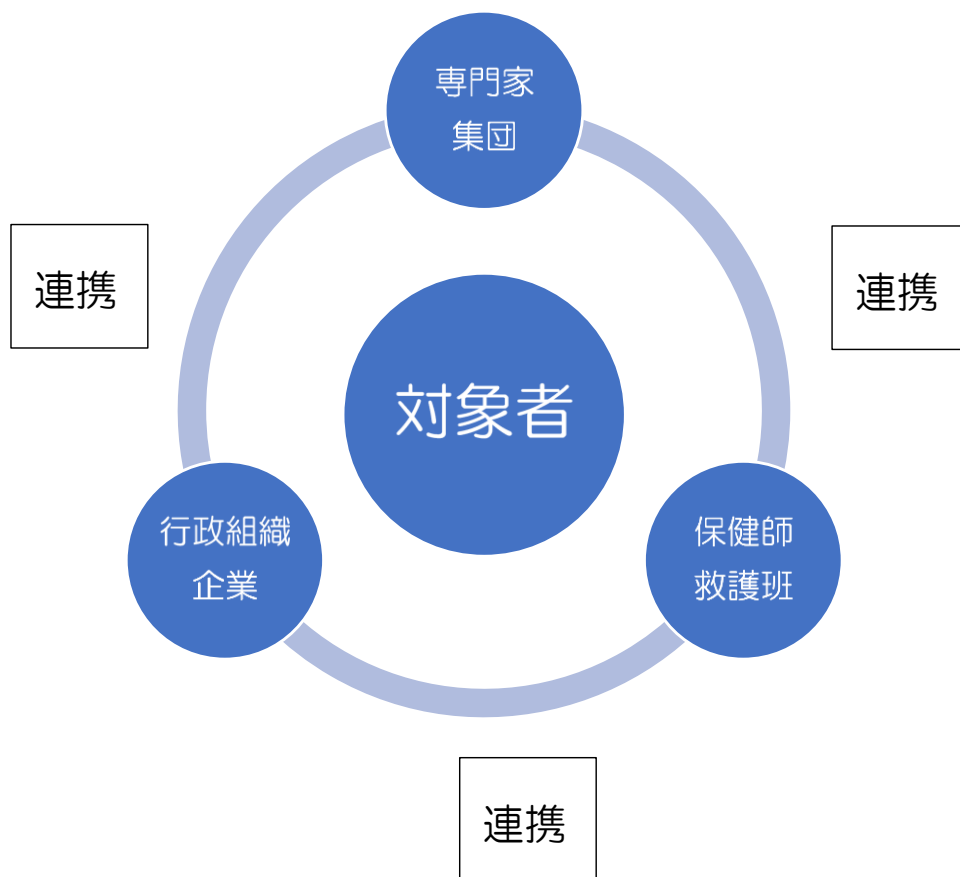


図2 対象者を取り巻く組織

## 【IV. PFA の基礎知識】

### ポイント

1. サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid: PFA）は極端なストレスにさらされ、助けが必要かもしれない人に対して行う、効果の認められた対応方法をまとめたもの。
2. 同時に支援者を助ける効果がある。
3. 行動原則は「見る・聴く・つなぐ」。

### はじめに

PFA は、極端なストレスにさらされ、助けが必要かもしれない人に対して行う、効果の認められた対応方法をまとめたものです。その知見は、世界の紛争・被災現場で培われてきた支援ノウハウを取り込み、精神保健分野の研究成果を踏まえ発展してきた経緯があり、今や災害や事件等の緊急支援活動における対応のスタンダードとなっています。PFA はしばしば臨床的介入と混同されますが、混乱しがちな被災現場にあってこれ以上の「害」を与えることを防ぎ、具体的な支援とそれに必要な連携を重視することによって、被災者の自然な回復力の促進を目指すものです。

### 支援者支援における PFA

また、PFA は被災者支援のスタンダードであると同時に、支援者を助ける効果があることも知られています。PFA の原則を知っていると支援者の自信が向上する、支援者としての適切な立ち位置を意識できるようになり役割葛藤が減る、といった報告がその例です。また、PFA の行動原則の「つなぐ」は、支援者間の連携も重視しています。PFA は被災地で活動するあらゆる属性の人々に開かれており、災害救援者が精通しておくのはもちろんのこと、日頃から地域住民や関係者に草の根的に普及を図ることで、地域における連携基盤を強化し、有事に「ニーズとサービスをつなぐ潤滑油」として機能することも期待できます。

### 「見る・聴く・つなぐ」モデル

現在、世界には 25 以上の PFA マニュアルが存在しますが、WHO 版 PFA は分かりやすく簡潔にまとめられていて、多くの人道支援現場で活用されています。2011 年、世界保健機関（WHO）などが「Psychological first aid: guide for field workers」（WHO 版 PFA）を開発しました。その行動原則は「見る・聴く・つなぐ」と、とてもシンプルです。現在、世界には 25 以上の PFA マニュアルが存在しますが、WHO 版 PFA は分かりやすく簡潔にまとめられていて、多くの人道支援現場で活用されています。子ども支援専門の国際 NGO セーブ・ザ・チルドレンは、WHO 版 PFA を基に、より子どもと養育者支援に特化した「子どものための PFA」を 2013 年に刊行しました。認知発達段階により、必要な支援やコミュニケーションが異なる子ども特有のニーズに支援者が対応できるようになっています。

### 「PFA には次のようなことが含まれます」

被災した人びとに対しておしつけがましくない、実際に役立つケアや支援を提供  
ニーズや心配事の確認  
水や食料、住居など、基本的ニーズの援助  
無理強いをせず、傾聴する  
安心させ、落ち着けるよう手助けをする  
被災者に、情報や公共サービス、社会的支援につなぐ  
さらなる危害からの保護

### 「PFA はこのようなものではありません」

専門家にしかできないものではない  
専門家が行うカウンセリングではない  
無理に話を聞き出すものではない  
「心理的ディブリーフィング」ではない  
つらい出来事について詳しく話しをしていくものではない  
何が起こったのかを分析させたり、起きた事を時系列に並べさせたりするものではない  
被災者が語るのを聞くことはあっても、感情や反応を聞き出すものではない

### 「PFA の行動原則－見る・聴く・つなぐ」

見る 安全を確認（支援者も含む）  
明らかに緊急の対応を必要としている人がいないか確認する  
深刻なストレス反応を示す人がいないか確認する

聴く 支援が必要と思われる人に寄り添い  
ニーズや心配事についてたずねる  
話に耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする

つなぐ 基本的ニーズが満たされ、適切な支援が受けられるようサポートする  
自分で問題を対処できるよう手助けをする  
情報を提供する  
人びとを大切な人や社会的支援と結びつける

## 【V. 精神保健・心理社会的支援

### (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)]

#### ポイント

1. 6つの基本原則
2. 4Ws ツール (通称 つなぎマップ)

精神保健・心理社会的支援(MHPSS)とは「心理社会的ウェルビーイングを守り、より良い状態にし、または精神疾患を予防・治療することを目的として実施される各種のコミュニティ内外からの支援」です。

MHPSS には 6 つの基本原則があります。

- 1) 人権および公平
- 2) 参加
- 3) 害を与えない
- 4) 利用可能な資源と能力に立脚する
- 5) 支援システムの統合
- 6) 多層的な支援 (IASC ガイドライン参照)

緊急時の影響は人やコミュニティによって多彩であるため、多層的な支援を同時並行で展開する必要があります。この多層構造は MHPSS の介入ピラミッド (つなぎマップ) によって説明ができます。

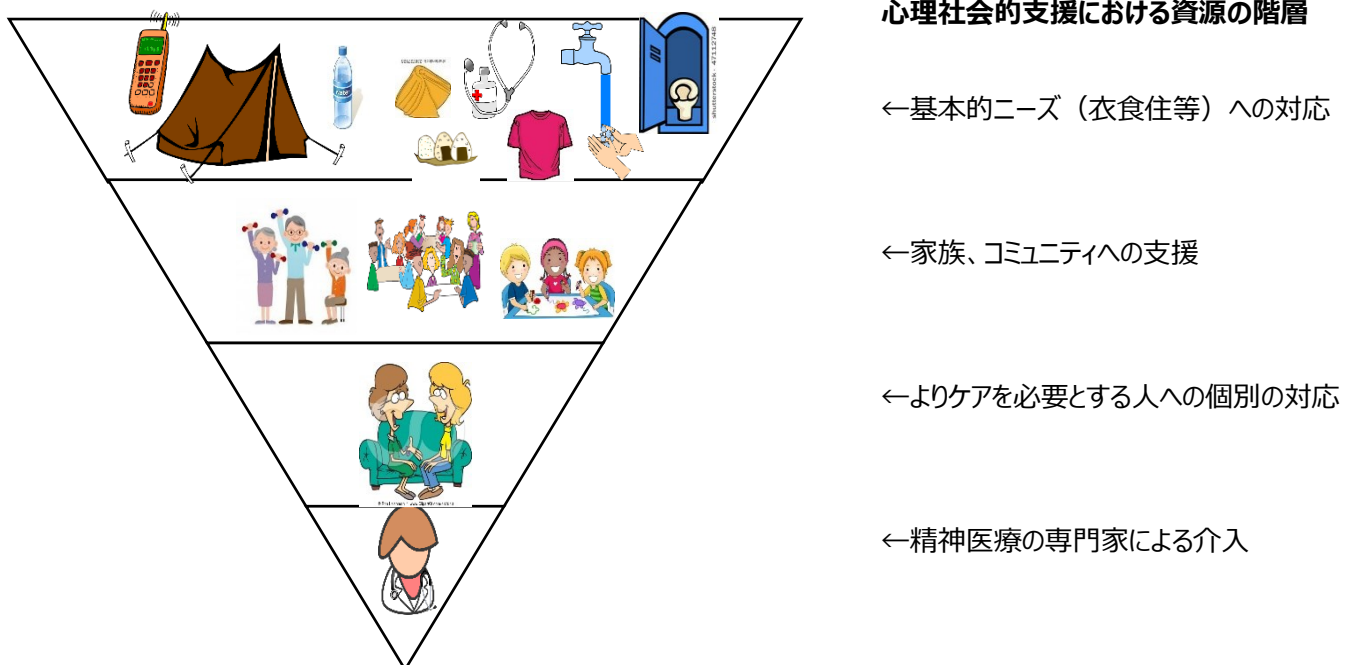


図 3 つなぎマップ (IASC2007 ガイドライン改変)

## 基本的なサービスおよび安全

安全の提供、基本的身体的ニーズへの対応を意味します。

基本的身体的ニーズには、食料、避難所、水、最低限の医療へのアクセスなどが含まれます。

## コミュニティおよび家庭の支援

安否確認、公的/非公的な教育活動、社会的ネットワーク活性化、葬儀など共同体の癒しのプログラム等への働きが含まれます。

## 特化した非専門的サービス

研修と指導を受けた支援者による個人、家庭、集団への支援であり、サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）も含まれます。

## 専門的サービス

大きな困難を持っている人を対象として、心理的、精神医学的な支援を行うことです。

支援者支援においても、精神保健・心理社会的支援の基本原則と PFA は有用であり、被災者支援同様につなぎマップに沿ってニーズとサービスを対応させていくことが必要です。

## 4Ws ツール（通称 つなぎマップ）

**：災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する活動コードマニュアル**

**～誰が、いつ、どこで、何をしているのか（Who is Where, When, doing What : 4Ws）～**

支援者は、緊急時の精神保健・心理社会的支援（mental health and psychosocial support: MHPSS）に関して誰が、いつ、どこで、何をしているのか（Who is Where, When, doing What : 4Ws）の把握にしばしば困難を経験します。こうした事柄の把握は支援活動の連携・調整を行うために必要不可欠です。つなぎマップは、MHPSS に関して、誰が、いつ、どこで、何ができるのかを把握することで、よりニーズと支援のギャップを小さいものにし、効率的な支援に向けての調整を可能にするツールです。つなぎマップの目的は通常、被災地行政および外部支援者をマップに可視化することです。

つなぎマップの各階層にどのような組織・団体が参画しているかを可視化することで、災害対策本部、保健医療調整本部等では被災地域における MHPSS の課題や支援の優先順位決定に活用できます。また、被災地内だけでなく被災地外でも情報共有ができ、調整・連携が容易になる利点もあります。支援組織の視点に立つと、つなぎマップは自組織の立ち位置が理解でき、連携・引継の手助けになります。

さらに平時につなぎマップを作成しておくことでその地域における MHPSS 活動の強み・弱みを知ることとなり、災害中長期における地域組織への引継先選定の参考となるだけでなく、弱みの強化は地域のレジリエンス強化につながると考えます。

つなぎマップは、地域での MHPSS 活動に関わる組織がリーダーシップをとり、災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する活動コードマニュアル～誰が、いつ、どこで、何をしているのか（Who is Where, When, doing What : 4Ws）～に基づいて作成することが望めます。

## 【VI- i 評価】

### ポイント

1. 集団・地域の評価が必要です。
2. 支援者の評価については「気づきと対処・介入」をセットにします。
3. 評価は急性期だけでなく中長期にわたり行います。

### 1. 集団・地域の評価

支援の開始に先立ち、支援者の所属する組織・地域の被災状況のアセスメントが必要です。有用なアセスメント方法のひとつとして、海外で開発・活用されている psySTART という評価システムがあります。これは、被災地の集団/個人の状況（体験した「出来事」）評価を行い、被災地の情報を災害対策本部に収集・共有した上で、支援ニーズの高いところへ、支援資源を投入するものです。我が国では、それに相当するものとしては、被災状況の把握、避難所アセスメントがそれに近いものといえます。

### 2. 支援者の評価

支援者ストレスの評価は、一次予防としての「ストレスへの気づき」を促すためのひとつの方法であることを理解した上で、必ずその後の「対処・介入」が用意されていることが大切です。組織で行うストレスチェック等によってハイリスクであると判断された場合に、その後どうすればよいのかという具体的な支援体制を整えた上で実施します。

- ①支援者自身のストレス対策（セルフケア） P7 参照
- ②組織によるストレスチェック
- ③J-SPEED 日報を用いた支援チーム単位のセルフチェック

### 3. ストレスチェックの活用

セルフケアを積極的に行うために、支援者自身がストレスに気づくことが必要です。そのためにストレスチェック（表1）を活用する方法があります。

表1 評価方法についての考え方

1. ハイリスク集団・地域の可視化、情報共有のための評価法  
psySTART（日本語版は未開発）  
集団・地域の被災状況（体験した「出来事」）を客観的に評価する。  
集計、可視化→災害対策本部等での情報共有が可能。
2. 組織が主体となるストレスチェック（自記式）



- 1) 結果は、組織が管理
- 2) 評価と介入は、必ずセットで行う
- 3) 推奨する実施時期と評価尺度

【活動前】

K6/ K10、GHQ12 等

【活動後】 出来事の体験から生じる反応と支援ニーズの評価（少なくとも 1-3 ヶ月以内）

【活動前】+ IES-R, PDI, SPRINT-E 等

- 注 1 ストレスチェックを実施する際は、実施後の支援体制の確認を行い、体制がない場合は、体制作りを行う
- 注 2 災害後のストレスチェックでは、日常生活に支障がなく、支援の優先度が低い場合でも、通常のカットオフよりも高得点が続くことに留意する必要がある。
- 注 3 中長期 DPAT は、被災都道府県の精神保健福祉センター、保健所等を中心とした被災地域の支援体制のバックアップを行う。

#### 評価尺度

一般的な精神健康度、メンタルヘルス指標として K6/K10、GHQ-12、心的外傷後ストレス障害の症状の評価として IES-R などが、これまでの災害後のメンタルヘルスの評価としてよく用いられています。症状の評価だけではなく、その後の支援も考えた場合、災害後のストレス症状と共に、自殺のリスクや支援のニーズを評価することのできる SPRINT-E の活用も有用です。

いずれの評価尺度でも、ストレスチェックの得点は被災者を対象として実施した場合に、数年後も通常のカットオフよりも高得点が続く場合があります。ストレスチェックの得点に頼りすぎることは、過度なリスク評価、あるいは過小評価につながる場合があります。この点については、直接、専門性を有する精神保健スタッフなどが面接評価を行うことが必要となります。

#### 4. 災害時診療概況報告システム

(Japan-Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters :J-SPEED)

J-SPEED（精神保健医療版）は、DPAT を含む医療救護班、保健師等、精神保健医療・心理社会的支援に携わるすべての支援者が用いる情報ツールです。活動場所毎の精神的健康状態の集計であり、保健医療ニーズの把握や迅速かつ適切な資源配分等を行うために使用されます。

活動状況を日報に入力する際に、隊員の健康状態をチーム内で気づき、適切な対処を講じることができるようになることを目的とし、以下の 5 つのチェック項目を設けました。

- 食事・休息がとれていない
- 眠れていない
- イライラしている

- コミュニケーションがとれていない
- 活動に支障がある

支援者自身のストレスへの気づきから、セルフケアと相互扶助を促すツールとして活用されることが期待され、今後一般診療版等すべての J-SPEED に拡大していく予定です。

付録：ストレスチェック尺度（表 1）

## 自記式ストレスチェック尺度の比較

尺度	K6/K10 (古川他, 2003)	GHQ12	IES-R (Askai, et al.,2002)	PDI (Nishi, et al.,2009)	SPRINT-E (Norris, et al., 2008)
測定内容	不安・抑うつ	一般的精神健康度	PTSD症状	トラウマ周辺症状	PTSD症状 →災害後ストレス
項目数	6 / 12	12	22	13	12
カットオフ	○	○	○	○	○
支援ニーズ	△	△	△	△	○
自殺リスク	△	—	—	—	○
備考	大規模疫学調査で使用	メンタルヘルス指標	出来事ごとにカットオフが異なる可能性	惨事ストレス研究で使用	日本語版は未標準化

・K6/10 (Furukawa et al., 2003) : Kessler ら(2002)によって開発され、国際的なメンタルヘルス尺度として用いられている。過去 30 日間の心理的ストレス（反応）を測定する全 6 項目から成る尺度。抑うつと不安を合わせて、非特異的な心理的ストレス（反応）として測定している。

・GHQ12 (Goldberg, 1972 ; 中川, 1981) 一般的精神健康度尺度。気分・不安障害のスクリーニングとして用いられる。項目数が異なるいくつかの版があるが、60 項目版、30 項目版、28 項目版 (GHQ60, GHQ30, GHQ28) は、著作権が設定されており、有償となる。

・IES-R (Askai, et al.,2002) 改訂出来事インパクト尺度) 日本語版

入手先:質問紙および説明書は下記のサイトより無料ダウンロードできる。

・公益財団法人東京都医学総合研究所ウェブサイト

<http://www.igakuken.or.jp/mental-health/IES-R2014.pdf>

・日本トラウマティック・ストレス学会ウェブサイト [http://www.jstss.org/wp/wp-content/uploads/2014/07/IES-R\\_日本語版と説明書\\_2014.pdf](http://www.jstss.org/wp/wp-content/uploads/2014/07/IES-R_日本語版と説明書_2014.pdf)

・PDI (Nishi, et al.,2009) ; Brunetら (2001) によって開発され、周トラウマ期(心的外傷体験の間とその直後の時期)の恐怖や無力感などを定量化するための13項目。援助活動中と、活動が終了した直後の時期の症状の程度を「0-全くあてはまらない」から「4-非常に当てはまる」での5件尺ある。PTSDのスクリーニングには合計得点の23/24点のカットオフポイントが推奨されている。トラウマ周辺症状の査定として用いることができる。

・SPRINT-E (Norris, et al., 2008, 武田他 2011) ; 災害後のストレス反応(最近1ヶ月)を測定する尺度である。ストレス反応の程度(S1-11の11項目)だけではなく、INTENTION REACTIONによる採点法を用いることで、治療や支援ニーズ(3点以上:治療の可能性を考慮/7点以上:支援の必要性あり)に対する評価、項目評価による症状に対する悩み(S8)や支援のニーズ(S11)緊急介入を要する自殺リスク(S12)についての評価が可能である。

## 参考文献

Asukai N, Kato H, & Kawamura N, et al.(2002) A. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis.* **190**,175-182.

Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, et al. The Peritraumatic Disaster Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J of Psychiatry*,**158(9)**, 1480-1485.

Kessler RC, Andrews G, & Colpe LJ, et al.(2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.***32(6)**, 959-976.

Furukawa TA, Kawakami N, & Saitoh M,et al. (2008) The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res.***7(3)**, 152-158.

古川壽亮、大野裕、宇田英典、中根允文。(2003) 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成14年度分担報告書。  
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/h14tokubetsu/分担研究報告書2-2.pdf>

Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press, London, 1972 (中杉泰彬、訳編著. 質問紙法による精神・神経症状の把握の理論と臨床的応用. 国立精神衛生研究所, 1981)

Nishi D, Matsuoka Y., Nogchi H., et al. (2009) Reliability and validity of the Japanese version of the Peritraumatic Distress Inventory. *General Hospital Psychiatry*, **31**, 75–79.

Norris, FH., Hamblen, JL., Brown, LM. et al. (2008). A Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (expanded version, SPRINT-E) as a measure of postdisaster distress and treatment need. *American Journal of Disaster Medicine*, **3**, 201–212.

武田美穂子・池田美樹・菊池陽子・仲谷誠 (2011) 災害後のストレスに関するアセスメントツールとしての SPRINT-E の紹介 日赤医学 **63**, 第 47 回日本赤十字社医学会総会特集号, 262

## 【VI- ii 情報管理】

### ポイント

1. 支援中得た情報は、その支援した組織に管理を移管します。
2. 個人情報（個票等）は地域のルールに準拠します。

### 支援で得た情報の管理

組織に対して支援を実施した場合には、組織内の情報（職員の個人情報を含む）を得ることがあります。組織に関する情報については、組織に情報を引継ぎ、組織内で責任をもって管理してもらうようにします。平時にこれらの情報の扱いを決めているようであれば、それに準じてください。

個別に支援した際の個人の情報については、本人の了承を得て、医療機関、相談機関など引継先の関係機関へ情報提供します。

## 【VI-iii 被災地内での組織だった支援者支援 Look、Listen】

### ポイント

1. 支援対象の上部組織から活動の了解を得る。
2. 支援者支援は、被災地の管理監督者から始める。
3. 活動の概要を説明し、活動計画を立て体制を整備する。
4. 活動中における救援機関・団体間での情報共有と協力。

#### 1. 支援対象の上部組織から活動の了解を得る。

被災地では、災害の対応に伴い様々な混乱が生じ、外部からの支援を受け入れることが難しい状況になることがあります。支援活動を開始するには、活動への理解を得る過程を経ることが大切です。

被災地に支援に関わる救援関係機関・団体等の合同連絡協議会を立ち上げます。この協議会において、被災地の状況を把握するとともに、被災地の行政機関や関連団体との情報共有を行い活動の優先順位を決定します。

活動を開始する前には、被災地の災害担当諸機関（都道府県災害対策本部、保健医療調整本部、保健所等）の了解を得ます。支援者支援活動の目的・方法について丁寧に説明し、安心・安全を脅かすことなく信頼が得られるよう配慮します。

#### 2. 支援者支援は、被災地の管理監督者から始める。

被災地では、行政や地域の管理監督者が災害対応に追われ、ご自身の状態に気づかずにいることがあります。災害時にはストレス反応が高まることを、管理監督者に気づいてもらえるように関わるのが大切です。ストレス反応の対処法（セルフケア P7）を説明し、まず被災地の管理監督者が MHPSS のスイッチを入れ、組織として対応することがストレス反応を軽減する第1歩であることを伝えます。

#### 3. 活動の概要を説明し、活動計画を立て体制を整備する

被災地の管理監督者から実務担当者を紹介いただき、活動内容について協議します。活動概要（活動内容と場所・広報手段など）を具体的・簡潔に説明すると同時に、受援側の要望（活動の制限や注意事項）を確認することが大切です。現地の MHPSS をも把握し、それぞれをすりあわせ無理のない活動計画を立て、体制を整備します。活動に際しては、個人情報取り扱いの厳守とともに、精神医療やこころのケアに対する抵抗感が生じないよう活動名称や周知方法を工夫します。また、担当者（または管理監督者）に定期的に報告（日次報告・中間報告・最終報告など）し、活動の評価を行い、状況に合わせて活動計画を修正します。

#### 4. 活動中における救援関係者・団体間での情報共有と協力。

被災地では、MHPSS 関連の多くの救援機関・団体が活動しています。また、被災地の状況は、復旧・復興に向けて刻々と変化します。連携や協力のない活動は、ケアの過不足、時にはケアの押し売りのような事態をも起こしかねません。

災害対策本部等で行われる救援関係者・団体の全体ミーティングや全国災害ボランティア支援団体ネットワーク(JVOAD)が開催する支援団体間連携会議、つなぎマップ各階層に属する組織の個別ミーティング等にも参加し、お互い顔の見える関係を構築するとともに、自組織の立ち位置を把握します。ミーティングでは各々活動の振り返りを行い、課題を解決する方法を協議します。各救援機関・団体には、それぞれ特色と得意な分野があることを尊重し連携・協力して活動します。ケアを必要とする最大多数に迅速かつ効果的なケアを提供すること、災害急性期から復旧・復興の時期に至るまで継ぎ目のない活動の調整をすることは救援活動を行う側の責務でもあります。

活動には、集団へのケア活動と個別のケア活動があります（表 2 対応例）。対象や状況からそれぞれの対応を組み合わせて活動します。ミーティング等で逐次報告し、活動の理解と共有を図ります。専門家（精神科医・臨床心理士等）の診察が望ましい場合には、本人の同意を得て、DPAT 又は地域・の精神保健医療チームの支援が受けられるように繋がります。そして、担当保健師や活動組織の担当者 に適時プライバシーを尊重した内容で報告します。

表 2 対応例

集団への対応（ケア）	個別の対応（ケア）
<ul style="list-style-type: none"><li>・ストレスチェック表の掲示や配布</li><li>・災害時のストレス対応の説明会</li><li>・リラクゼーションの実施</li><li>・子供のプレイルームの開設とストレス対応の説明</li><li>・ケアルームの表示にはリフレッシュルームや健康相談などの表現を使用</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・プライバシーを守れる場所(健康相談室等)での傾聴</li><li>・リラクゼーションの実施</li><li>・DPAT、精神保健医療チーム、医療救護班等、専門家への紹介（本人の同意を得る）</li></ul>

## 【VI-iv 被災地内での連携】

### ポイント

#### 1. フェーズごとの4Wsツール（通称 つなぎマップ）の活用

災害の種類、程度、フェーズによりつなぎマップ各層に参加する支援組織は異なってきます。支援組織を書き込みつなぎマップを作成することで支援の欠如や重複を確認でき、過不足の無い支援の一助となります。支援マッチングのためにつなぎマップは使用できます。可視化された参加組織の状況を見て、層間・層内の連携をとることは支援者の安心につながり支援者支援ともなります。

フェーズごとのつなぎマップを作成することで、受援側はニーズの時系列変化に対応した需給調整と支援組織の適正配置が可能となります。また、マップ内の組織は立ち位置を理解し、地域間・階層間・フェーズ間における機能連携を図ることができます。すなわち支援ニーズの共有や解決へ向けての協力、さらに引継・撤収時の連携につなぎマップを活用することができます。

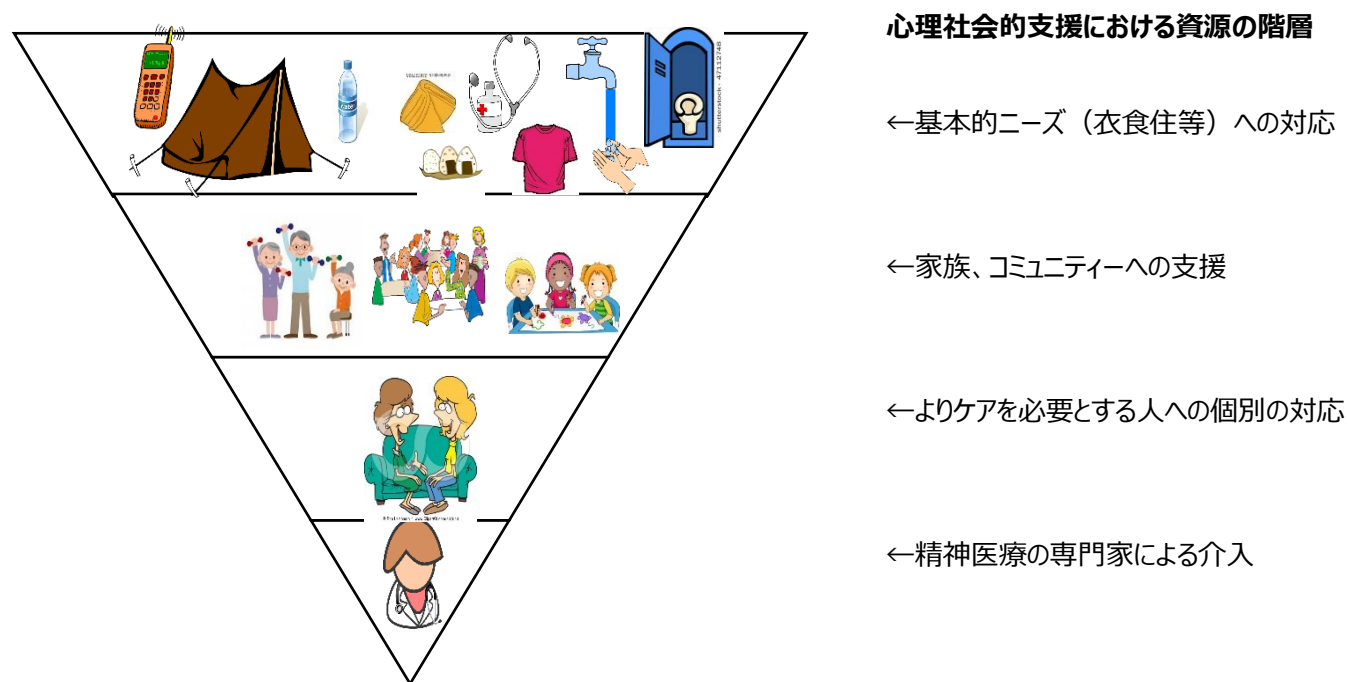


図3 つなぎマップ（IASC2007ガイドライン改変）

一例として熊本地震災害におけるつなぎマップを示しました。

## 熊本地震 発災後約1カ月間のMHPSS活動例

(外部支援組織等 順不同)

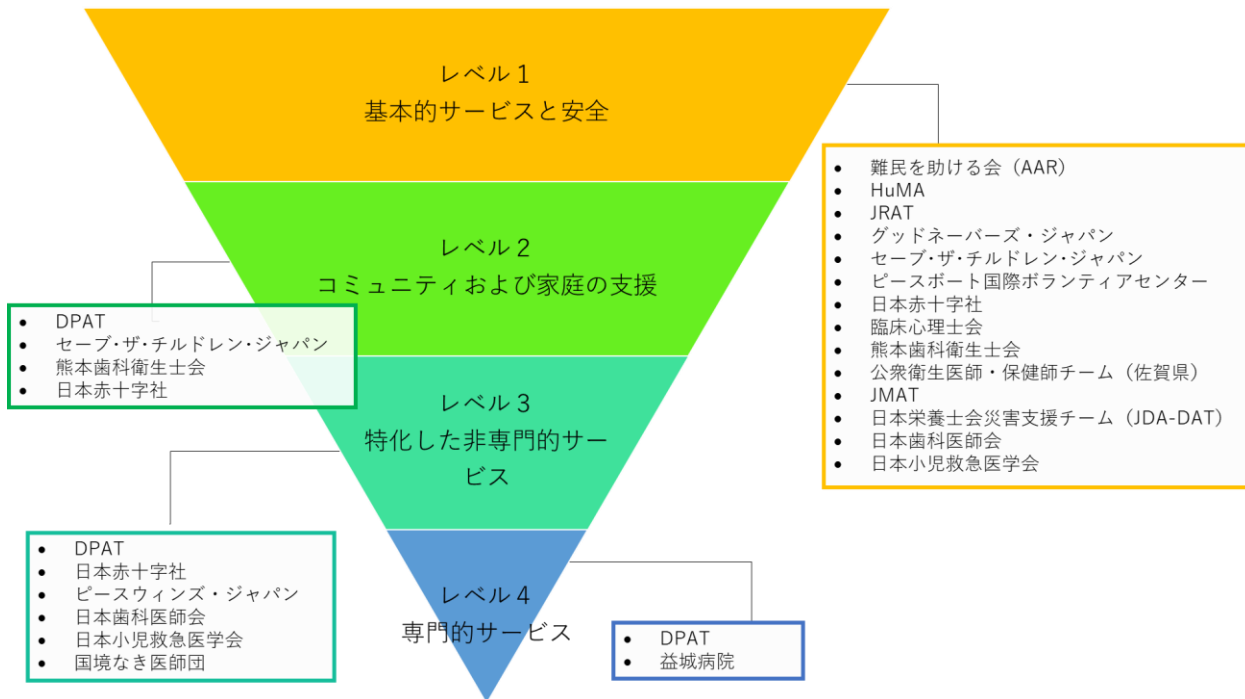


図 4



## 熊本県 平時のMHPSS体制

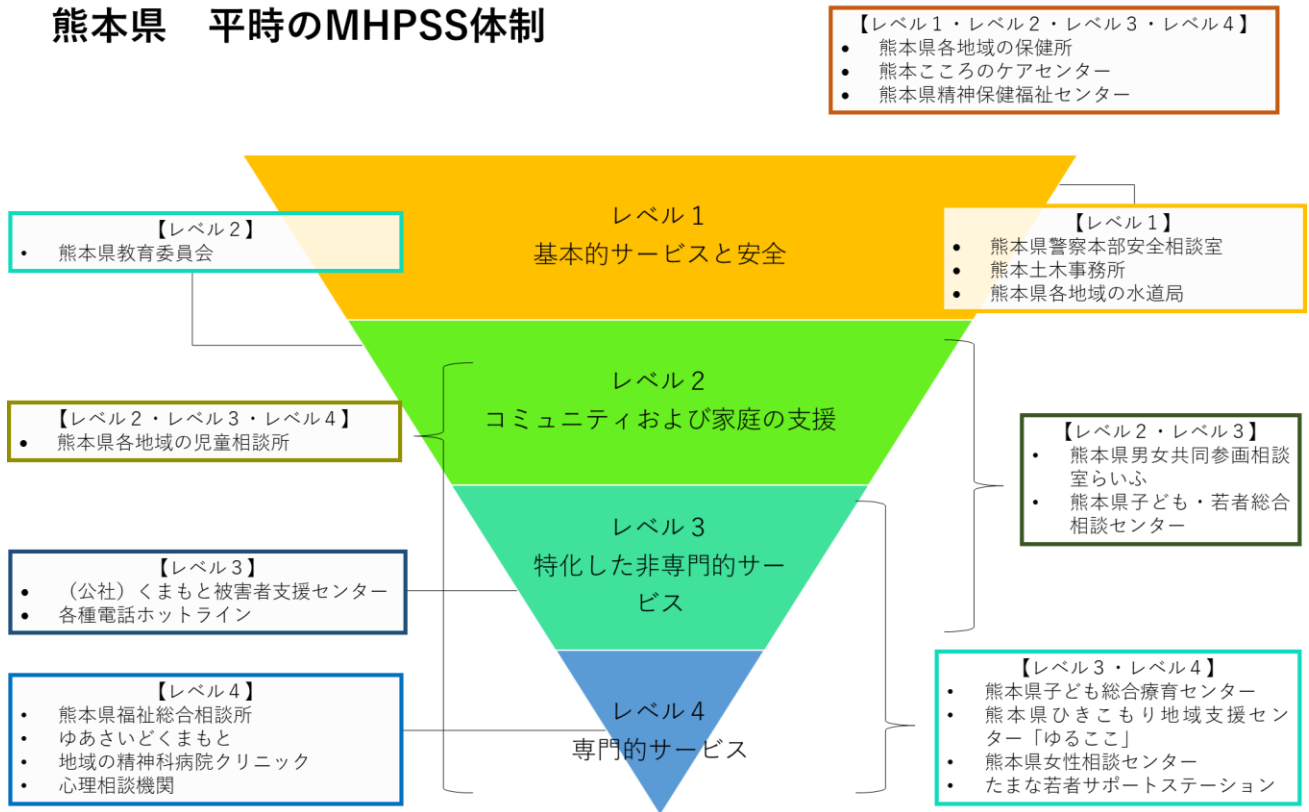


図5

### 【VI-v 外部組織としての引継、撤収】

#### ポイント

1. 引継、撤収時期は、支援のニーズ・必要性を把握し、被災地の関係者・支援機関などの合議において決定する。
2. 引継先の決定にはつながりマップが有用であり、公的機関の役割は重要である。
3. 引継は、被災地全体共有している中で、引継先の支援機関も交えて、計画を立てて段階的に実施する。
4. 支援の中で得た個人情報行政を通じて管理・共有する。

#### 〈撤収時期の判断〉

災害支援の目標は被災地の復興・自立であることから、支援には撤収時期の判断が重要となります。

支援のニーズ・必要性、医療機関・精神保健福祉体制の回復状況、関係機関の支援状況、などの情報をもとに、被災地の関係者、医療チーム、支援機関等の合議において、撤収時期を決定します。

支援のニーズ・必要性を把握するためには、それまでの支援活動における、目標・実施した内容・結果、を振り返り、支援の再評価をする必要があります。

#### 〈引継先の検討・選定〉

支援の撤収は、必ずしも支援ニーズの消失の時期とは限らないため、ほとんどの場合引継が必要になります。仮にニーズが消失し支援者支援のミッション自体が終了した場合であっても、そこで行われた支援内容は必ず被災地に情報を残し伝える（引継ぐ）必要があります。

引継先は支援目標・内容によって異なり、しかも一つとは限りません。つなぎマップを作成しておく引継先の選定に大変役立ちます。支援者支援は長期にわたる支援が必要になることが多く、支援機関の中でも特に、精神保健福祉センター、保健所、公的医療機関、地元 DPAT、など被災地の公的機関の役割は重要です。ただし、地元の支援機関への引継の場合には、その機関の回復の程度、元々の地域における機能、等に注意します。

#### 〈引継方法〉

撤収にともなう被災地の混乱・不安惹起を回避するために、引継計画を立案し、段階的な撤収を実施します。計画的・段階的な撤収のためには、被災地全体の関係機関が共有している中で実施ことが大切です。

#### 〈支援で得た情報の管理・引継・共有〉

支援の中で知り得た情報は、被災者の治療の継続、被災地としての情報集約・管理、などのため、被災地内で所有することが適切です。

全ての支援機関に個人情報保護の義務があるかは不明であり、情報をどのように管理し共有するかは難しい問題です。そこで被災地の中において得た情報は行政が管理し、行政を通じて関係機関が共有します。

#### 例) 外部支援者としての DPAT の対応

地域や他組織から要請・相談があった場合には、集団／個人を精神医療の専門家として診察・評価します。しかし、外部支援者であり継続した診察・相談は行えないことを念頭におき、適切な地域資源につなげるための働きかけを行います。集団・組織に対しては、対象者の属する職場等の管理監督者へ、専門家として助言を行い、平時からの労務管理、メンタルヘルス体制へ働きかけ、対象者への継続的支援が行える体制作りを支援します。

## 【Ⅶ ご遺体・ご遺族対応で留意すること】

災害において遺族や遺体と関わること、すなわち「死」にまつわる活動は心身に多大な影響を及ぼします。災害時には、普段遺体と関わることのない行政職員等が遺体安置所での活動に携わる可能性があります。また、医療従事者、警察・消防関係者など、平時から人の死に関わる職業の者であっても、多数の悲惨な状態の遺体と関わることにより惨事ストレスとなることがあります。さらに、家族を突然喪った遺族の心の傷は特に深く、悲嘆反応として強い怒りや攻撃性を支援者に向ける可能性もあり、遺族に関わることも支援者にとって大きなストレスとなります。災害における遺族・遺体対応については事前の心の準備がとりわけ必要となるでしょう。

### 【ご遺族によくみられる心理状態とその対応ポイント】

ショック、呆然自失：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、現実感覚を取り戻すような声かけ

感覚鈍磨：一見冷静に見える（後になるとその時のことを覚えていない可能性あり）

→感情を抑圧することで、自身の心を守っている場合もあるので、感情表出を無理に促そうとはしない。

怒り：やり場のない怒りを様々な所に向ける可能性がある。死別の状況に対する理不尽さや、家族を含む周囲

の人や第三者、中には医療救護班や行政職員に対して「八つ当たり」的に、怒りがむけられることもある。

→その怒りを理屈で説明しておさえこもうとはしない。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。

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など特に強い。

→「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、ご遺族の

心には響かないこともあることは認識する。

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

→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。

現在、遺族・遺体対応に関わる民間組織としては、日本 DMORT（ディモート）があります。日本 DMORT は、災害時の死にまつわる諸問題について検討する目的で日本 DMORT 研究会として 2006 年に発足（2017 年から一般社団法人）し、以下の 3 つの役割を柱として活動しています。

①現場 DMORT（災害死亡者家族支援チーム）の派遣：

災害現場（遺体安置所等）での死亡者の家族への支援と、遺族・遺体に関わる支援者への心的支援

②長期にわたる遺族支援：

グリーフケアの専門家や長期支援組織とのネットワーク作り

③啓発・研修活動：

黒タグの扱いや急性期からのグリーフケアについての啓発。DMORT 養成研修会の開催。

遺体関連活動で注意すべき要素

影響を受けやすい支援者	影響を受けやすい状況	影響を受けやすい遺体の特徴
若い者	多数の遺体の目撃	損傷の激しい遺体
未経験者・未訓練者	予期しない状況、衝撃的な状況での遺体の目撃	損傷が少ない（まるで生きているような）遺体
女性（しかし男性でも反応は生じうる）	遺体に長時間関わる	支援者が感情移入しやすい遺体

遺体関連活動への心構え： 総論

- ・ 職務の重要性、誇り、目標を忘れずに。
- ・ 予測される最悪の事態を想定して、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。
- ・ 遺体への関わりは必要最小限に。
- ・ 遺体にはあくまでも職務として関わる。
- ・ 遺体や遺留品に感情移入しないように。
- ・ 遺体はあくまでも遺体であり、もう生きていないことを言い聞かせる。
- ・ 清潔を保ち、食事と水分をしっかり摂る。
- ・ 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。
- ・ 業務ローテーションを明確にする。

## 【Ⅷ. 平時のメンタルヘルスケア体制と災害への備え】

### ポイント

#### 1. 4つのケア

セルフケア

ラインケア

事業場内産業保健スタッフ等によるケア

事業場外資源によるケア

#### i) メンタルヘルスケア体制と4つのケア

平時の職場における労働者の健康問題への対策については、過重労働対策、トータルヘルスプロモーション（THP）の健康保持増進計画の一環として、メンタルヘルスケアが含まれています。すべての労働者に対して、健康測定の結果に基づいて、次のような二段階の体制を整えて対策を行うことが推奨されています。

第一段階：産業医が労働者自身の健康状況に応じた全般的指導を行う。

第二段階：各専門家が運動指導や保健指導などの必要な健康指導を実施する。

メンタルヘルス対策については、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成12年8月、厚生労働省公示）に原則的な実施方法が示されています。各事業所は、「こころの健康づくり計画」を立て、体制の整備・問題点の把握と対策の実施・必要な人材の確保・そして具体的なケア方策として、以下の4つのケアを推進してきています。

#### 1. セルフケア：

労働者自身によるストレスへの気づき、ストレスへの対処法の理解実行。

#### 2. ラインケア：

管理監督者による職場環境等の改善、労働者に対する相談対応職場のメンタルヘルスとストレスチェック制度。

「労働安全衛生法の一部を改正する法律」の交付（平成26年6月）以降、心理的な負担の程度を把握するための「ストレスチェック制度」が導入されています。具体的には、各事業場は、医師、保健師等が実施者（産業医が担うことが推奨）となり、ストレスチェックを実施します。その後、実施者は、ストレスチェックの結果を労働者に直接通知するとともに、高ストレス者のうち希望者には、面接指導を行う仕組みが整えられています。面接指導は、労働者自身から事業者へ申し出ることができますが、申し出を理由とする不利益取り扱いの禁止が定められており、必要に応じて、相談機関、専門医への紹介、およ

び就業上の措置が講じられます。なお、ストレスチェックのツールとして、「職業性ストレス簡易調査票」の使用が推奨されています。

### 3. 事業場内産業保健スタッフ等によるケア：

産業保健総合支援センター：全国 47 の都道府県に、産業医、産業看護職、衛生管理者等の産業保健関係者を支援するとともに、事業主等に対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的として、独立行政法人労働者健康安全機構が設置。主として、①窓口相談・実施相談、②産業保健関係者を対象とした研修、③情報の提供、④広報・啓発、⑤調査研究、⑥地域窓口（地域産業保健センター）の運営、を行っています。

産業保健総合支援センター地域窓口（通称：地域産業保健センター）：労働者 50 人未満の小規模事業所に対する支援が中心。独立行政法人労働者健康安全機構が運営するおおむね監督署管轄区域に設置。労働安全衛生法で定められた保健指導などの以下の産業保健サービスを提供しています。①長時間労働者への医師による面接指導の相談 ②健康相談窓口、③個別訪問による産業保健指導の実施、④産業保健情報の提供。

### 4. 事業場外資源によるケア：

精神保健福祉センターは各都道府県及び政令指定都市に設置されており、精神保健の向上、および精神障害者の福祉の増進を図るための機関です。通常の業務内容は、①地域住民の精神的健康の保持増進、②精神障害の予防、③適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで広範囲にわたっています。

地域における精神科病院は精神医療圏、連携拠点医療機関などが掲載された都道府県毎の医療機能一覧が公開されています。「疾患領域ごとの医療機関数」、「疾患領域ごとの患者数」が掲載されていますので、必要に応じて利用できます。

## ii) 平時におけるメンタルヘルスケアの準備

### 1. 組織・事業体としての取り組み

災害時に備え準備を整えておくことによって、災害時の負担が軽減されることとなります。支援者支援においても平時の準備は非常に重要です。

災害時のマニュアルには、災害発生時の業務や参集体制を明記しています。しかし、健康管理に関する内容（災害時の勤務体制、休暇の保障、その他）、特にメンタルヘルス（精神的健康、精神衛生）に関する内容はほとんど認められません。さらに災害に関連して発生した健康被害についての対応はほぼ未整備です。災害時の健康管理を個人の役割にせず、組織の役割であることを十分認識し、体制を整備する必要があります。

さらに、これらの体制整備のためには、普段のメンタルヘルス体制が整っていることが必要です。つまり、まずは平時の業務におけるメンタルヘルス体制の整備が第一であり、その上ではじめて災害時の体制が整備できます。

- 1) 組織として心身の健康管理の必要性を理解
- 2) 平時のメンタルヘルス体制（精神的健康、精神衛生）を整備
- 3) 災害時の心身の健康管理の必要性を理解し、体制を整備
- 4) 災害時の健康被害に対する対策（特にメンタルヘルス関連）を整備

## 2. 支援者の所属組織の取り組み

災害派遣活動の中で救援者を惨事ストレスから守るためには、人材育成・機材整備等の派遣体制の整備だけでなく、組織として災害派遣活動のバックアップ、メンタルヘルスを含めた健康管理、啓発活動が必要です。

また、災害派遣活動に関係する健康被害に備えて、補償の問題を整備することはとても重要です。救援者の所属組織は、派遣活動中の事故・健康被害に対する補償を整え、救援者が安心して活動できる体制を作る必要があります。

## 3. 地域としての取り組み

地域の防災体制の整備においては、つなぎマップを作成し、地域の資源を把握し、連携・協力体制の構築を図っておくことが大切です。

地域の連携・協力体制の構築を目的として、PFA（サイコロジカル・ファースト・エイド）の研修、行政機関の職員への教育、啓発活動を実施することは、有事に向けての準備になりますので、積極的に行いましょう。

### 参考文献：

下光輝一・小田切優子（2004）職業性ストレス簡易調査票．産業精神保健，12，25-36．

「ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等」

厚生労働省 HP；

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/index.html>（閲覧日：2019年3月31日）

**このマニュアルを手に行しているあなたにも  
支援が必要かもしれません。**



## 参考文献集

高橋 晶：災害支援者支援，1 版，日本評論社，2018