研究報告書

1. 研究テーマ

日本赤十字社の災害救援における「こころのケア」活動のあり方に関する基礎研究
～東日本大震災の活動実績の検討を踏まえて今後の活動と研修のあり方を提案する～

2. 研究者（所属）

研究代表者	教授	島井哲志	（日本赤十字豊田看護大学）
共同研究者	教授	遠藤公久	（日本赤十字看護大学）
〃	教授	河合利修	（日本赤十字豊田看護大学）
〃	教授	尾山とし子	（日本赤十字北海道看護大学）
〃	准教授	齋藤和樹	（日本赤十字秋田看護大学）
〃	教授	渡邊智恵	（日本赤十字広島看護大学）
〃	准教授	上村朋子	（日本赤十字九州国際看護大学）

3. 要旨

昨年度に実施した東日本大震災に際しての日本赤十字社の心理社会的支援（こころのケア）の実態に関する検討の成果を踏まえて、赤十字の基本原則から、その活動を評価した。さらに、全国の赤十字6看護大学からメンバーを集めて、東日本大震災に際しての活動の課題を整理して、TENTSやIASCの介入ガイドラインの根拠となっている、Stevan Hobfollらの論文(Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 2007, 70(4), 283-315)に示された、心理社会的介入の5原理から、日本赤十字社の「こころのケア」の研修マニュアルを再検討して、今後の心理社会的支援のあり方と、そのための研修のあり方を考察した。また、その一環として、現在の心理社会的支援の大部分が看護師から構成されていることを踏まえて、災害看護の代表的書籍であるVeenema, T. G.編の”Disaster nursing and emergency preparedness 3rd Edition”（Springer, 2012）の内容を整理し、災害看護教育における心理社会的支援の内容について検討した。

4. キーワード

赤十字、災害救護、こころのケア、心理社会的支援、研修

5. 研究報告

< I. 日本赤十字社の心理社会的支援の内容分析 >

1) 問題の背景・目的

東日本大震災に際して、日本赤十字社は、これまでにない大規模な心理社会的支援を実施した。2012年6月には、活動の経験を踏まえ、その総括である「課題解決に向けての実行計画」に沿って、「こころのケア研修マニュアル」が改定されている。しかし、活動のどのような問題があり、どのような根拠から修正する必要があったのかなどは、日赤以外にも精神科医チームや各種団体による活動があったことが言及されているだけで、十分に明確にされていない。

ここでは、昨年度に行ったデータ収集を踏まえて、その活動内容を、日本赤十字社の各支部・施設および日本赤十字学園の各看護大学が実施した「こころのケア」に関する実践資料に基づいて分析する。日本赤十字社「こころのケア」活動の実践の中で、直面した課題や工夫などをまとめることで、「こころのケア」に関する基礎資料を作成し、今後の赤十字社の医療救援活動の中での、心理社会的支援の活動の位置づけに貢献することを目的とする。

2) 研究方法

① 研究期間

平成24年4月1日～平成25年3月31日までであった。

② 調査データ

こころのケア要員を派遣したとされる全機関（各県支部、医療センター、病院、本社）に対して郵送法を用いて、各施設のこころのケア活動の基礎情報を郵送してもらうように依頼した。80の赤十字病院、47部（本社を含む）、そして7つの大学および専門学校の合計134施設に依頼した。その結果、36施設（病院23、支部9、大学・専門学校2、その他の施設2）から回答があった。依頼施設総数に対する回収した施設数の割合は26.8%であった。

一方、施設のなかには、複数の資料が含まれている場合もあり、最終的な資料数は67件であった。以下、これらの資料について、資料の文献的性質（論文、広報、報告書、研修会資料、聞き取り）、報告者職名、活動者職名、活動場所（対象地区）、活動期間、チーム型か帯同型か、チーム構成、避難所の名称、活動対象者の状況、活動の目標、活動内容、活動への評価・課題、援助者への活動、今後の展望について整理した。

3) 研究結果

① 資料の文献的性質

収集した資料の中で最も多かったのは広報であり、支部広報誌（座談会など含む）や病院広報誌、赤十字新聞などであった（7本）。学術資料として系統的レビューの分析対象となるような、正式の報告書や学術文献は極めて少なかった。

② 報告者職名と活動者職名

チーム型が多かったため、報告者職名も活動者職名も、そのほとんどが、看護師、看護師長、看護係長、看護副部長、看護部長、支部看護師であった。

③ 活動場所と対象地区

宮城県では石巻避難所が最も多く(14)、次いで石巻赤十字病院(11)であった。岩手県では釜石市が最も多く(26)、次いで宮古市（地区）であった(6)。福島県では福島市(2)、会津市(1)、相馬市(1)であった。

④ 活動期間

活動期間は概ね1日から7日の範囲であり、長い場合には2ヶ月という資料も例外的にみられた。また、活動期間は震災直後の3月から8月までに集中していた。また、活動がどこかの月に偏向して集中していることもなかった。

⑤ チーム構成

チーム型が多かったことから、メンバー構成は、看護師からなるグループ、あるいは、医師を中心にした看護師、薬剤師、理学療法士などのグループが大部分であった。

⑥ 避難所

小中学校、公民館、体育館、病院、福祉施設、各避難所であった。

⑦ 活動対象者の状況

心理社会的支援の活動対象者としては、被災者集団と救援者があげられる。そこで、活動対象者に関する記述内容を、被災者に関するものと、救援者に関するものに分け、さらに整理したところ、以下のような内容に分類された。

被災者の状況の記述では、(1)殺伐した人間関係、(2)プライバシーの喪失（「避難所の段ボールの仕切り」）、(3)食事の偏向（「パン・おにぎり、カップラーメン、時々味噌汁だけで2カ月を経過」）、(4)アルコール問題（「行政への不満、避難所での共同生活のストレス、今後の不安（家・お金）でアルコール問題が徐々に増加」）、(5)仮設住宅による一人暮らし（「仮設住宅に入ることによりひとり暮らしになりがちである。」）、(6)家族喪失（「家族が行方不明」）、(7)精神疾患（「薬がないため症状のコントロールできない」）、(8)ストレスと憂うつ（イライラや緊張しやすい、眠りが浅い、疲れやすい、食欲がない、血圧が高い、頭痛や動悸がする、本来の生活パターンに戻らない）であった。

救援者の状況の記述としては、(1)遺体安置場担当者のストレス、(2)必要な情報や連携不足（「必要な情報を関連機関や被災者に届すことができず、他団体のこころのケアチームとの連携が不十分であった。」）、(3)家族喪失（スタッフの状況：院内には家族を震災で亡くした）、さらに、救援者の被災者への対応に関する状況の記述として、(4)被災者のこころ

の状況差への対応（「自立に向けて積極的に動いている被災者もいれば、不安や悲しみが強く依存的な被災者もおり」）、(5)薬を必要としている人たちへの対応、があげられた。

⑧ 活動の目標

被災者への活動としては、(1)避難所の訪問や巡回と声かけ（可能ならアセスメント）、(2)自立の支援とコミュニティの構築、(3)PTSD にならないような早期発見、(4)ストレス軽減の支援、(5)仮設住宅へ訪問と世帯票などの配布・回収、(6)健康状態の確認、(7)不安の傾聴、(9)地元保健師への引き継ぎであった。

救援者に対するものとしては、職員への支援（こころのケア）があげられた。

⑨ 活動内容

活動内容は活動目標と一致していることが多かった。内容としては、ほとんど被災者集団を対象としたものがあげられ、(1)入居者世帯票の回収、(2)傾聴や共感、(3)巡回診療・血圧測定（診療）、(4)保健師からの情報収集と提供、(5)他職種との連携であった。

救援者に対する活動内容としては、(1)リフレッシュルーム運営（リラクセスの提供）、(2)被曝の不安への対処：「職員の不安対策として、玄関フロアに被爆者トリアージを設置し、被ばくの可能性を推定した。」、(3)こころのケア：「救護者のこころのケアは、出動前、出動中、出動終了後の十分なミーティングを行う必要がある。」があげられた。

⑩ 活動への評価・課題

活動への評価と課題としては、心理社会的支援の内容や位置づけに関するものがあげられており、(1)こころのケアについての迷い：「こころのケアとは何か、今後のために詳細な検討が必要。」、(2)知名度の低さ：「日赤のこころのケアへの理解がされておらず、活動しにくかった。」である。

また、日赤の心理社会的支援の内容・範囲に関わるものとして、困難な対応事例：「発達障害者を家族にもつ一家は、集団生活になじめず依存的で問題をかかえていた。」があげられる。

⑪ 今後の展望と課題

今後の展望と課題としては、(1)「こころのケア」の知名度が低い、(2)「こころのケア」の役割が不明、(3)「こころのケア」研修が不十分、(4)フォローアップ研修の必要性、(5)行政や担当者間の責任の所在が不明の5点があげられた。

4) 考察

これらの結果から、以下の3点が課題とされた。

① 「こころのケア」要員の能力とアイデンティティ

「こころのケア」要員では扱えないほどの強いうつ症状への対処をどのようにするかが明らかにされる必要がある。また、受け皿の医療機関の機能不全などから十分な援助ができないというもどかしさを、どのように解決につなげるかがあげられる。これは、照会が

システムとして、うまく機能していないことを示している。

いずれにしても、以下に挙げたように、派遣前の準備としての研修やその内容が十分に行き届いていなかったことを示していると考えられる。

また、看護師としてのアイデンティティとの間で、「こころのケア要員」として活動することに葛藤が強かった。これに対しては、看護師が「こころのケア要員」をする場合には、どのような特色をもつ内容をカバーできるのかを明確にする必要がある。

② 知名度の低さ

日赤の「こころのケア」という活動が、医療仲間にも住民にも理解されにくかった。

② 研修の充実

数年前に 1 度受けた研修では不十分であり、継続研修が必要であることがあげられた。心理社会的支援の専門家としての知識や技術が十分に身につけられておらず、先に挙げられたように、看護師という健康専門職としての誇りや自覚との間に矛盾があった。

これらの結論については、今回、回収し分析した資料の特徴として、その多くが内部資料が中心の簡単な報告であり、こちらで考えていた研究課題に回答することが可能な内容とはなっていなかったという限界がある。

< II. 日本赤十字社の研修マニュアルの問題点と課題 >

1) 問題の背景と目的

私たちは、東日本大震災時の日本赤十字社心理社会的支援活動の実績の検証を通じて、今後の活動の方向性に検討してきた(島井・遠藤・河合, 2013)。

現在の日本赤十字社の「こころのケア」に関しては、研修のためのマニュアル等が公開されているが、その根拠となるエビデンスはほとんど示されていない。これは、国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC) のマニュアルでも同様である。

しかし、本来は、一次資料である研究成果の集積と、そのエビデンスを系統的に集約した資料が、充実した研修のためにも必要であると考えられる。

そこで、ここでは、日本赤十字社の「こころのケア」の活動に関して、その根拠とされる心理社会的介入の 5 原理から、研修マニュアルに記載されている活動を分類・整理することで、その内容を検証することを目的とした。

2) 研究方法

スフィア・プロジェクトや IFRC の心理社会的支援の基礎にあるとされているのは、2007 年に発表された国際専門家チームによる論文 Stevan E. Hobfoll ら : Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence (Psychiatry, 70(4), 283-315) で提案された 5 原理である。

Hobfoll らは、大規模な災害がもたらす影響として、直接的な身体的苦痛、恐ろしい光景、象徴的又は個人的な意味で恐ろしい経験をすること、個人や集団の資源喪失で状況への対処が困難になること、避難や汚染などによって安全な場所や安心感を喪失すること、人生の意義や正義の信念を失うことを挙げている。

また、災害後の心理社会的反応は、自然なものであり、必ずしも将来の障害につながらないが、苦悩の中の人たちへの支援が助けとなることは間違いがないという立場から、治療ではなく、広い意味での社会的介入を考えて、災害マネジメントにとって重要な 5 原理をまとめている。彼らは、これを、a) ポピュレーションへのアプローチと、b) 個人やグループへのアプローチに区分している。

表 1 に、その概要を示したが、①安全 : a) 安全な場所の確保や正確な情報提供等、b) 話をすることで不安やうつにならないようにする等、②平穏化 : a) 生活資源の提供等、b) リラックス法と活性化、③効力感 (自己効力感と集団効力感) : a) 職業訓練等、b) 積極的対処等、④きずなと連携 : a) きずなを確認する活動支援、b) 親密さのスキル訓練等、⑤希望 : a) 記念事業、清掃や移転の援助、b) 強みの形成や認知行動療法等である。また、彼らは特に奨励されないこととして、平穏化について、ポピュレーションアプローチとしては、被災者を落ち着かせるために虚偽の情報を用いること、個人や集団へのアプローチでは、心

理的デブリーフィングと飲酒を挙げている。

原則	対象	対策
①安全	ポピュレーション	可能な限り、安全な場所に移動させて、安全であることを明確にする 正確で配慮された声明を提示し、それによって安全の感覚を高める メディアに、コミュニティの安心は安全の戦略的な伝達で成立すると通知する 個人にニュースメディアの視聴を差し控えることを奨励する トラウマの話をするとうつになる場合、話をしないようにするように勧告する 戦争やテロの場合、宣伝と現実的な情報の見分け方を教育する。 親に対して、子どもがニュースに曝されないように気をつけることを伝える
	個人／グループ	イメージや現実刺激の暴露療法によって、トラウマ後の刺激般化を防ぐ 現時点の安全な現実を思い出す「着陸テクニック」を活用する トラウマと喪失を思い出す刺激に面した時に文脈的弁別を用いることを教える より適応的な認知と対処スキルと身に着けるように援助する 子どもでは危険の兆候を見つける能力が退行するので元に戻すことを支援する
②平穏化	ポピュレーション	人々の心配を直接解決することを支援する活動を最優先で実施する 家族や友人が無事で危険が迫っていないという情報を提供する メディアやウェブサイトでアウトリーチと心理教育を提供する 虚偽の情報やくるくると変わる情報をは逆効果であり好ましくない
	個人／グループ	呼吸法、筋弛緩訓練など、不安のマネジメント法を用いるように指示する 友人と過ごしたり運動をするなど高揚する活動への参加することを勧める 好ましくないこと：ベンゾジアゼピン系の鎮静剤、心理的デブリーフィング、飲酒
③効力感	ポピュレーション	市民の間のエンパワメントと尊厳の回復につながる外部の資源を提供する 人々の個人的及び環境的な資源を管理し整える方法を開発する。 被災者を、政策決定等に組み入れ、自己効力感や集団効力感を再建する コミュニティで考案され実行される地域活動・お祭り・服喪儀式を奨励する 再建や復旧に必要な資材等を利用可能にし「有能なコミュニティ」を育成する 地域開発と職業訓練を連動させてレジリエンスとQOLを高めること先導する 子どもたちと青少年をコミュニティの回復に参加させる
	個人／グループ	認知行動療法によって、期待や目標を再調整し自己効力感を高める 困難な事態に対応できるという自己効力感を支える行動とスキルを育成する 達成可能な目標を設定することで、成功経験を積み重ねる 子どもたちと青少年の正常で適応的な発達の進行を促進する
④きずな	ポピュレーション	自分の愛する人を確認しつながりをもつことを支援する 子どもたちが両親や親にあたる人物とのつながりを再構成することを促す トラウマの被災者と社会的サポートの支援的なやり取りの量・質・頻度を増加する 避難所と支援サイトを、さまざまな交流のある地域コミュニティとする 介入を計画する時に、困難があることなど乗り越えるべき課題を強調する
	個人／グループ	十分な支援がない人や社会的に孤立している人を把握し援助する 避難した場合には、これまでのつながりを維持することを最優先事項とする 社会的つながりなどの心理教育およびスキル訓練を通じた支援に焦点を絞る 避難する手続きでは愛着のつながりを無視することを教える 経験の違い等による家族メンバー間の不協和に取り組む方法を指導する
⑤希望	ポピュレーション	住居、雇用など自分の生活のペースを取り戻すことを援助するサービスを提供する 災害後の課題に伴うお役所主義に挑戦する被災者を支援プログラムの開発。 資源喪失の悪循環を防止する地域経済の再建を支援する 回復にあたっての困難な経験や希望を共有することができるシステムを確立する 個人とコミュニティとしての強みを形成すること
	個人／グループ	大部分の人々は、強みを用いて自発的に回復することを明らかにする 子どもと青少年に対しては、希望をもたらす発達的な成長を促進する練習をする

そこで、ここでは、日本赤十字社のこころのケア研修マニュアル(救護員指導用、H24.6改訂版)に記載されている、被災者を対象としたこころのケア活動の記述を、この5原理に分類して整理した。

3) 研究結果

表2に、5原理ごとに対応するマニュアルにある活動の記述を整理したものを示した。表にあるように、赤十字の心理社会的支援では、平穩化のための活動が多くを占め、なかでも個別対応の傾聴活動が多くを占めていた。これに比べると、安全、効力感ときずなの活動はかなり少なく、希望に当たる活動はほとんどなかった。

赤十字の心理社会的支援では、活動期間は最短で3日であり、その中で傾聴を中心とした個人的・心理的介入に重点が置かれていることは、単回の一時的な関係の中で実施することになる。これは、平穩化について好ましくないとされる心理的デブリーフィングに当たると考えられ、特に、下線で示した「話を引き出す」活動には注意が必要である。

原理	日赤のこころのケア活動
①安全	「急性期の医療救護と生活支援」、「医療救護活動は、被災者のこころのケアとなる」、「保護と身体的救護、物質的な支援を優先する」、「あらゆるニーズに誠実に臨機応変に対応する」、「こころの問題でなくても耳を傾け一緒に考える」、「救護員の存在そのものが安心感を与える」、「赤十字マークが有効で、自分から自己紹介する」、「正確な情報を提供する」、「できること、できないことをはっきり返事する」、「被災者の不安感を受け止めつつ救護にあたる」
②平穩化	「救援物資や炊き出しなどは、こころの安定の基本」、「適度な運動や食生活などの健康上の助言」、「ストレスの程度の判断に基づきストレス緩和」、「ストレスの程度によっては救護所や専門家への紹介」、「救護員との対話や交流がストレス緩和になる」、「行政機関職員、リーダー、教員への対処法の指導」、「子ども：成長発達段階によって異なることを考慮」、「子どもの典型的なストレス反応として退行がある」、「高齢者を一人にしない、正確な情報」、b)「共感的、支持的、肯定的、積極的な態度で話を聞く」、「気持ちをありのままに受け止めむやみに励まさない」、「顔を見て、目と目を合わせ、上ずった声にならない」、「耳を傾けていると分かるしぐさ・表情に気をつける」、「相手との適度な距離と位置関係にも留意する」、「『傾聴』し、相手の話を自然に引き出す」、「被災者のペースに委ねて『聴き役』に徹する」、「体験を語りたくない被災者は、それを尊重する」、「被災者が話を始めたら、『誰が』『何を』『いつ』『どこで』『どうやって』の質問を使い体験の事実を聞く」、「黙ってそこにいる＝そっと寄り添う」、「グリーフケア：個別性を尊重する」、「死亡の状況を配慮して説明する」、「グリーフケア：不用意に感情表出を促さない」、「遺族のニーズに合わせる」、「グリーフケア：ケアギヴァーの限界を知る」、「災害では複雑化した悲嘆に注意が必要」、「うつ／希死念慮／アルコール依存など」
③効力感	「現在までの努力と対処の仕方を認める」、「できなくても行動を強要せず、自己決定を尊重する」、「高齢者が役立っていると感じられる機会を作る」、「避難所の責任者は、避難者でありながら責任者としての職務にあるので、労をねぎらい、負担を分担して、安心して活動ができるように対応する」、「こころのケアと言わない」、「助言は具体的で実際的事であること」
④きずな	「集団で催される行事やレクリエーション」、「災害対策会議や連絡会議で情報を収集する」、「地元の支援者は復興の主体であり活動を支援する」、「地元の職員のストレス緩和を支援する」、「引継ぎ後の有効な支援体制の継続に配慮し、当初から地域の人材を活用」、「他のこころのケア専門団体との協働」、「地元、臨床心理士会、保健師、ボランティアとの連携」、「子どもだけでなく保護者や周囲の大人を支援する」、「資源を喪失し孤立している高齢者には支援が必要」
⑤希望	「高齢者は、将来を思い描けない特徴があることに配慮する」

4) 考察

日本赤十字社が、災害に当たって、救護・医療活動を中核となって実施していることを考えると、正確な情報を提供することも含めた、安全や安心感を高めることを、より推進することができると考えられる。この時には、リスクの高い視覚情報の暴露を控える指導を、優先的に導入するべきである。

平穏化では、原理からも、また、避難所に「傾聴ボランティアおことわり」という張り紙が出されていたこともあったこと等を考慮しても、リラクセス法や活性化を中核に活動する方向が望ましい。

きずな、効力感、希望のためには、早急に、エビデンスの確立している認知行動療法的なアプローチを、心理社会的に支援の中心として導入するべきである。これを可能にする指導体制の確立が課題であると考えられる。

日赤の心理社会的支援では、スフィア・プロジェクトや IASC ガイドラインに基づいて計画されていることになっているが、おそらくは、2次資料のみを基に計画し、そのもとになっている Hobfoll らによる5原理については全く検討しておらず、このために、的外れの活動をしている可能性が高いと思われる。

特に、ポピュレーションを対象とした公衆衛生的な取り組みは、ほとんど、日赤の心理社会的支援に含まれていない。これは、個別の臨床的介入を得意とする臨床心理の専門家が企画しており、集団に働きかけるというポピュレーションアプローチを想定していないためだと思われる。IASC のガイドラインの大部分は、ポピュレーションアプローチであることを考えると、ガイドラインからかなり乖離しているといえる。

<Ⅲ. 課題とまとめ>

1) 東日本大震災時の心理社会的支援の特徴

2011年3月11日の東日本大震災は、日本赤十字社の心理社会的支援(こころのケア)のあり方に大きな変化をもたらした。その支援では、人員の規模として、それまでに比べられないほど広範囲から多数の人数が動員された。動員範囲としては、ほとんどの全国の支部からその要員が派遣され、人数としても合計718人という多数のこころのケア要員が動員された。その心理社会的支援の対象者は、1万4千人以上であるとされる(日本赤十字社ホームページ;東日本大震災活動レポート「こころのケア」)。

また、時期的にも、発災の直後から活動が始められている。和歌山県と兵庫県のこころのケア要員は医療班に帯同して、発災の3月11日に出発し3月13日には活動を開始している。石川県も3月12日に出発して13日には活動を開始している。その翌日の3月14日には、神奈川県、福井県、山梨県、滋賀県からのこころのケア要員も活動を開始しているのである。

さらに、心理社会的支援に特化した、こころのケアチームが編成されて大規模に活動したことが、今回の心理社会的支援活動の特徴でもある。このチーム型の活動も、宮城県では、ほぼ発災直後から始まり、3月15日には、看護師のこころのケア要員とロジスティック担当者からなる、こころのケアチームの第一班が活動を開始している。岩手県では、やや遅れて4月5日に開始している。

そして、この心理社会的支援の活動は、避難所の巡回などを中心に活動していたが、多くの被災者が避難所から仮設住宅に移っていき、大部分の医療救護班が撤退していった3か月でも終了せず、その後も地域の巡回や、仮設集宅の集会所の活動など、中長期にわたって活動していることが報告されている(上記ホームページ)。しかし、赤十字社がこれまで果たしてきて、社会的信頼を受けている救援・救護活動の中で、中長期の心理社会的支援を展開することの位置づけは明確ではない。

また、心理社会的支援の組織として、東日本大震災では、こころのケアのセンターを設置して、そこにコーディネーターを配置している。そして、こころのケア要員のチームの活動では、臨床心理士会と協定を結んで、臨床心理士をボランティアとして同行して活動した。ただし、これらの組織的な心理社会的支援は、宮城県と岩手県だけで、福島県では、センターの設置やコーディネーターの配置、全国の支部からのこころのケアチームの派遣はされていないが、その理由は説明されていない。

上記のような心理社会的支援の活動実践の拡大は、東日本大震災の災害の規模と深刻さ、被災地が広域であることに対応しようとしたものであり、現地のニーズに真摯に応える努力から行われたものであることを認めただうえで、その活動を客観的に評価することは重要であると考えられる。

第一は、災害後の心理社会的支援の必要な時期はいつなのかということである。いつ始めるべきなのか、また、いつ終わるべきなのかである。第二は、心理社会的支援の人員の規模としてどれだけの人数が必要なのかという点である。これは、他の団体の活動とも関係があるだろう。

第三は、医療チームに帯同する活動と、心理社会的支援に特化したチーム型で活動することの区別とその評価である。特化したチームの目標はどこが違うのかということでもあり、もしも違うとすれば、違う内容の養成が必要ではないかということでもある。第四は、センターやコーディネーターなどの組織の評価である。どのようなメリットデメリットがあったかという評価でもあるが、そもそも、どのような役割を果たすべきであるのかということであり、医療救護活動のシステムの中に、どのように位置づけられるのかということでもある。

2) 心理社会的支援の評価

ここでは、上にあげた論点を評価していきたいが、その前に、被災者支援と救援者支援の区別を考えておきたい。実は、さまざまな心理社会的な支援活動において、その支援のはじまりの多くは、支援者に対する活動であった。これは、赤十字においても同様であったと考えられる。

そして、支援法や内容でも、内部のスタッフである救援者に対するものが先行して開発され、それらを準用する形で、一般対象のものが経験的に工夫されてきた。そして、このことが、さまざまな混乱のもとにあるともいえる。

救援者は、被災地ではない場所で動員される。そして、被災地での活動の後、動員を解除される。したがって、救援者への支援は、動員にともなって、決められた救援の役割をスムーズに行うことと、動員の解除によって、全く被災のない地域に戻って、日常の業務への復帰がスムーズに行くことをめざすものである。

心理的デブリーフィングは、動員の解除と日常復帰がうまくいくように、救援活動の困難を集団で確認し、活動内容に対して仲間で相互に承認を行い、日常生活のルールに復帰するために、経験的に生まれてきたものである。その前提は、動員の解除後は、継続的な仲間関係があり、組織によって完璧に安全が確保されていることにある。

一方で、被災者の災害経験においては、破壊や別離・傷害、資源の喪失をもたらす出来事は、災害の始まりでしかない。それに伴って生じる二次的な喪失や、さまざまな困難や理不尽さが、出来事の後に、次々と起きてくるのである。組織や安全が確保されている日常生活にスムーズに戻るためのテクニックが通用するはずはないのである。

さて、活動時期について考えると、発災直後には、被災者は、生命の危機を乗り越えることが第一であり、食べ物・飲み物の確保、衣服によって寒さや暑さをしのげ、眠ることができる場所、トイレなどの基本的ニーズが最優先である。着るものがあり、避難所の中

に自分の寝る場所があり、食事や飲み物が定期的に配給されるようになり、生活の基本ニーズが満たされたところで、はじめて心理社会的ニーズが生じてくると思われる。

したがって、一般の被災者を対象とする心理社会的支援のために、直後にそのための要員を派遣することは意味がないと考えられる。これは、医療救護チームの一員として派遣する場合にも言えるが、心理社会的支援のチームを派遣することを想像すると、ニーズの食い違いはより明確である。

I A S Cのガイドラインでも、初期の心理社会的支援は、食べものなど救援物資を配布することと同時に実施することが記されているが、そう考えれば、初期の心理社会的支援は、救援物資を配布するスタッフを訓練することを通じて実施される必要がある。

東日本大震災に際して、宮城県の拠点となった石巻赤十字病院では、職員のためのリフレッシュルームを早期に設置している。これは、外部からの救援者のためというよりも、自らも被災している病院スタッフのためのものであろう。詳細な報告されていないが、直後に不眠不休で活動している時期にはあまり利用されなかった（利用できなかった）であろう。さらに、利用状況を分析すれば、どの時期のニーズが高いのかが分かるはずである。

被災者における心理社会的支援のニーズが高くなるのは、基本的ニーズが満たされて、さらに、被災者間の経済的社会的格差が拡大するような状況になる時期であるとされる。災害の性質や規模にもよるだろうが、数か月か半年から1年程度ではないかと思われる。もちろん、支援をする準備が必要であろうが、災害直後に駆けつけるのはごく少数でよいだろう。この点で、岩手県では、1か月以上してからチーム活動が始められたが、こちらの方が妥当であったのではないかと思われる。

一方、心理社会的支援は、本来、かなり長期的な活動が必要なものである。先にあげたHobfollの原則は、初期から中期だけを対象としたものだが、通常は、少なくとも数年、さらに可能であれば、その対象者は少なくなるだろうが、5年、10年という時間のフォローアップが行われるのが望ましいだろう。

このためには、その地域で本来、心理社会的支援を担当する部門に引き継ぐことが必要になる。もしも、地元で、それを支える組織や活動がないのなら、引き継ぎ先のない心理社会的支援の活動をするのは、地域の文化を無視しており、無責任である。

このように考えると、どのような内容の支援活動を行うかということが、時期と人数に関わることがわかる。個別あるいは小集団を対象としたインテンシブな介入であれば、かなりの人数を必要とするが、ポピュレーションを対象とした場合は、そこまで多くの人数を必要とかもしれない。

インテンシブな介入の場合、そのスクリーニングによって、選ばれる割合がどのくらいかという想定のもとに、派遣する人数を計画することができるのである。このように考えると、必ずしもチーム型で活動する必要もないかもしれない。

医療救護班は、短時間で次に移動してしまう。その時間の中では、こころのケア要員が、

個人から時間をかけて話を聴くことができないので、チーム型のほうが、時間的余裕をもって活動できると考えられてきた。しかし、チーム型の場合にも、赤十字社の派遣では短期間しか滞在することはなく、ほぼ単回の一時的関係であり、心理療法に近い介入をすることには、かなり危険が伴うと考えれば、これはメリットとは言えないだろう。

日本赤十字社の心理社会支援では、ポピュレーションアプローチが重視されていないことは先に指摘したが、この計画をたてるためには、全体の指揮体制を明確にする必要があるだろう。各支部に、さまざまな決定権がある場合には、それを調整する必要もある。

このような問題を解決し、リーダーシップを強化するために、センターやコーディネーターの役割を見直す必要がある。また、どのような人がコーディネーターにふさわしいのか、コーディネーターはどのような研修をする必要があるのか、なども検討すべき課題であろう。

現在、災害派遣精神医療チーム（D-PAT）を導入することが準備されており、そのための研修も始められている。また、災害に対応した心理社会的支援のマニュアルとして、心理的救急法（psychological first aid; PFA）も導入されて、研修も行われている。この事情にあわせて、日本赤十字社の心理社会的支援の果たす社会的役割も何らかの対応が必要である。

日本赤十字社が取り組むべきことは、今後の方針を決める組織を作ること、そのもとに、エビデンスに基づき、他の組織との連携が可能になるような、研修のシステムを確立することである。この要員の大部分は、看護師資格をもつ。したがって、それを強みにして、独自の貢献を果たすことが可能なはずである。

本研究では、次の課題として、赤十字病院の医師・看護師・心理士を含めて研究班を組織して、全赤十字組織で研究会議を開催して、総合的な検討を予定したが、残念ながら研究費補助の対象とはならず、病院と大学の組織をつくること、および、教育マニュアル案および解説書の作成には至らなかった。その基礎資料となる、災害看護の教科書の概要を参考資料として添付した。

4) 主要な文献

日本赤十字社ホームページ；東日本大震災活動レポート「こころのケア」

<http://www.jrc.or.jp/shinsai2011/heartcare/>

島井哲志・河合利修・遠藤公久（2013）東日本大震災におけるこころのケア活動の評価～学会発表データからみた日本赤十字社のこころのケア活動の分析～，ヒューマンケア研究，14(1)，31-56.

河合利修・島井哲志・尾山とし子・遠藤公久（2014）赤十字と心理社会的支援活動，日本赤十字看護学会誌，14(1)，1-10.

7) 発表成果・発表予定

< 論文 >

・河合利修・島井哲志・尾山とし子・遠藤公久 (2014) 赤十字と心理社会的支援活動. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 1-10.

< 学会発表 >

・遠藤公久他 (2014) 日本赤十字社の災害救援における「こころのケア」に関する基礎研究(2) 第15回日本赤十字看護学会学術集会, 2014/6/13-14.

・島井哲志他 (2014) 日本赤十字社の災害救援における「こころのケア」に関する基礎研究(3) -Hobfollらの心理社会的介入の5原理から見た日赤の活動-, 第15回日本赤十字看護学会学術集会, 2014/6/13-14.

・平成25年度赤十字と看護・介護に関する研究助成研究班 テーマセッションⅢ 「日本赤十字社のこころのケア活動の位置づけ」 レクチャー: 斎賀孝久、パネルディスカッション: 司会遠藤公久、パネリスト: 尾山とし子、斉藤和樹、河合利修、島井哲志、渡邊智恵、上村朋子, 第15回日本赤十字看護学会学術集会, 2014/6/13-14.

<参考資料>

「災害看護と緊急時準備第3版」 T.G. Veenema Springer Pub 2013

・災害メンタルヘルスは、第6章と第7章

第6章 災害による心理社会的インパクトを理解する

学習目標

- (1) さまざまな種類の災害で生じる可能性のある心理社会的影響を分かる
- (2) コミュニティの受ける衝撃と資源の評価の要素が分かる
- (3) 災害に対する子どもと成人の正常な反応を述べることができる
- (4) 災害の発生直後に子どもや家族を援助するために用いることができる方法を明確に述べる
- (5) はじめに対応し援助する人間への災害のトラウマの衝撃を話し合う
- (6) 大規模災害に対するコミュニティの反応を述べるができる
- (7) 正常な悲嘆と服喪の表現を述べるができる

主要なメッセージ

- 災害に巻き込まれた人間はだれも無傷でいることができない
- 災害の心理社会的衝撃を評価することは資源配置を進める助けとなる
- メンタルヘルス専門家は、初めから災害対応チームの一員であるべきであり、被災者のメンタルヘルスサービスをするべきである
- 災害に対する心理的情緒的反応の大部分は正常なものであり、病的なものでも治療が必要なものでもない
- 初期の対応者や災害救援者はともにストレス反応に気を付ける必要がある
- 個人だけではなくコミュニティも災害に対応する
- 重要な出来事を記録し、一周年などの記念事業をすることは、どのような被災者にも正常な喪のプロセスを促進するものとなる

(以下、セクション項目)

イントロ

生物テロリズムと毒物曝露

災害に面してのリジエンシー

特別な必要性のある集団

子どもと若者

高齢者

精神障害者
災害救護者
看護師と医療関係者
メンタルヘルスのカウンセラー
コミュニティの反応と対応
悲嘆、記念碑、記念日
まとめ

表1 被災者に共通の反応

感情：うつ／孤独、いらだち／怒り／恨み、不安／恐怖、失望／絶望、罪悪感／自己不信、
予想できない気分の変調
行動：睡眠の問題、すぐに泣く、思い出すものを避ける、過活動、家族の葛藤が高くなっ
た、過覚醒、孤立や引きこもり
認知：混乱／失見当識、再起無／悪夢、災害への集中、集中困難／企図しない想起、意思
決定困難、人生の意義への疑問
身体：疲労／消耗、胃腸障害、食欲の変化、喉や胸部、胃の締め付け、慢性状態の悪化、
内臓の不調

表2 子どもと青年の一般的反応と周囲の大人の対応

年齢別の一般的反応⇒救援の道筋

幼児：世話をする人の苦悩や分離、日常の妨害への反応としてトラウマに接する。分離不
安、神経質、食や睡眠の問題、驚きやすくなるなど。

⇒ 物質的安定、日常の回復。安全の確保。自分のイライラで子どもにあたらない。

学齢前：日常習慣に依存している時期なので、それが乱されることに強く反応する。絶望
的になり受け身で自分のすべきことができなくなる。過覚醒、混乱、一般不安状態。言
葉で表現できない、睡眠障害、悪夢、夜を怖がる、分離恐怖、イライラ、甘え。胃腸症状、
頭痛などの身体症状。この時期は、自分が何かした(しなかった)ことと災害に関連を考え
やすい。災害遊び。夜尿、指しゃぶり、親から離れない。

⇒ 不必要な分離を避ける。親と同室で寝る。メディアからの災害情報を受けすぎないよう
に気を配る。災害を、正直に、かつ、年齢にふさわしく説明し、質問に分かりやすく答
える。災害が起きたことを、自分の行動には関係がないことを強調する。遊びを奨励する。

学齢期：認知的情緒的にはより成熟しているが、喪失とストレス事象には弱い。分離不安
より、うつや不安症状を示す。睡眠と食の問題、学業不振、攻撃的行動などの行動障害。
年少と同じような行動も見られる。

⇒ 安全と安心の確保。行動化は丁寧に制限する。災害について自分には責任がないことを

強調し、人形などで不安を表出する。状況を現実的に受け止めることができ、家事や運動、身体活動をするように奨励する。

思春期：成人と同様の反応を示すようになるが、人生の短さや儚さに気づくようになる。学業成績の低下、反抗、非行、身体的不調とひきこもり。回復のために貢献することに強い意欲をもつ。

⇒社会的で楽しい活動、また、コミュニティの回復活動に参加するように奨励する。自分の経験を仲間や大切な人物と共有するように奨励する。

第7章 災害の心理社会的影響のマネジメント（概要）

学習目標

- (1) 災害チームにおけるメンタルヘルス専門家の役割を討議する
- (2) 災害の影響下にあるすべての人たちの心理社会的訓練の必要性を知る
- (3) 災害の生存者に対する有効な介入法を知る
- (4) メンタルヘルスの緊急紹介が必要な症状を把握する
- (5) ASD の典型的症状を知る
- (6) 心理的デブリーフィングの効果と悪影響を討議する
- (7) 悲嘆とストレスの複雑な問題を評価する
- (8) 子どもと成人の PTSD 症状の表出を討議する
- (9) PTSD の治療のためのエビデンスに基づいた実践法を把握する

主要なメッセージ

- 精神看護師は災害救護チームで重要な役割を担うことができ、担っている
- 多くの災害は、もともとメンタルヘルスに影響する災害である
- 心理的トリアージによって、精神医学的問題の最大のリスクをもつ人を識別する
- 危機介入と社会的サポートは心理的ファーストエイド PFA の基本要素である
- 災害直後の急性ストレス障害 ASD は、その後の PTSD 外傷後ストレス障害のリスクを増加する
- 精神医学的障害を把握し、初期に介入することで、その後の障害を防ぐことができる
- ASD に対しては、認知行動療法が回復を促進し、PTSD を予防する
- 心理社会的影響のマネジメントは災害のインパクトの何年もあとまで継続することがある

この章の概要

心理社会的影響のマネジメントは、個人の情緒的、認知的、行動的能力に対する、災害の悪影響を和らげるしっかりした計画から始まる。精神看護の専門家や臨床看護専門家などのメンタルヘルスの専門家の参加は、地域や組織の災害計画の進展にともなって始められるべきである。問題解決、ストレスマネジメント、感情反応の正常化を援助するというPFAを用いることで、個人を、直面するだろう挑戦に備え、不適応で危険な行動をエスカレートすることによるフラストレーションを防ぐことができる。また、症状が深刻で精神疾病の診断基準に達する場合、もしも、その個人の社会的・職業的機能の低下が生じそうであれば素早く元に戻す時には、早期の診断と治療が不可欠である。長期にわたる心理的回復には、災害の範囲と性質によって、数カ月から数年を要する可能性がある。認知行動療法は、PTSDと同様、ASDにも効果的であることが明らかになっている。心理的デブリーフィングは、教育的ツールとして用いられた場合には、初めて体験した人の感情や対処戦略の共有を助けることがある。しかし、デブリーフィングの効果についてのしっかりした研究は全くない。災害後の概観過程の評価が、メンタルヘルスサービスが、個人や集団にどの程度効果的かを判断する鍵となり、メンタルヘルスサービスのシステムとしての強みや弱み、また反応の差を理解する鍵でもある。

導入

災害のメンタルヘルス計画は、他の地域災害計画と同様必要なものである。ツインタワー(WTC)でも極めて素早い対応が行われた。この中では、その使命を果たすために救援者がその基本的に必要を満たすこともストレス対応として必要なことになった。9/11では、ケアを必要とする身体的傷害がほとんどなかったという災害の恐ろしい特徴から、基本的にメンタルヘルス災害となった。

1. メンタルヘルス対応チーム

メンタルヘルス・コーディネーターの任命がチームを結成するために必要な第一歩となる。コーディネーターの仕事には、諸機関の相談に乗ったり、メンタルヘルス活動を支える管理チーム・メンバーを任命したりすることも含まれる。精神看護師と精神科医は、頭部傷害、中毒物質、以前からの疾病、酸素不足、低体温、高体温症などの器質的な精神的障害についても判断できるので、医療チームに特に適している。看護助手やボランティアも、災害への対応や回復に非常に重要な役割を果たすことが可能であり、果たしている。動員解除後には、メンタルヘルス・コーディネーターは、メンタルヘルスの活動の報告を作成し、また、全体の活動と合わせた活動を取りまとめる。

表1 災害メンタルヘルス対応の原則

- ① メンタルヘルス介入は、災害における生存者を対象としなければならない。援助が可能になっても、大部分の被害者はメンタルヘルスの援助を求めておらず、多くの被害者は援助を受けたがらない。
- ② 生存者と死別経験者は、興味本位に見える活動に特に敏感である。ボランティアは、不注意な再トラウマ経験を避けるためのサポートと訓練を受ける必要がある。
- ③ 子どもたちを家族から切り離してはいけない。家族のきずなを保証することは全ての子どもたちを安心させる重要な条件である。
- ④ 死体や四肢切断などへの暴露を制限する。このような出来事は精神医学的症状を起こすことにつながるので、暴露される人数を制限する。
- ⑤ 犠牲者に正確で真実な情報を提供する。子どもたちへの情報は、その認知的発達の年齢に応じたものにするが、虚偽があったり紛らわしいものであってはいけない。
- ⑥ 犠牲者のプライバシーを守り、メディアへの暴露を制限する。スポークスマンを任命することを提案し、個人が消耗することを避ける。
- ⑦ 自然に発生する支援システムを活かす。家族、友人、近隣などは、犠牲者にとって、非常にサポータティブであるにとらえられる。
- ⑧ 対応が「医療化」するのを避ける。犠牲者が示すかなり極端な反応も正常なものであり、彼らは、精神的に病気の状態にあったり、正気を失ったりしているのではないことを再確認する。
- ⑨ 再トラウマ経験を最小限にする。警察、消防、その他の公務員によるインタビューは消耗と恐怖をもたらす可能性がある。可能な限り、公務員には一緒にインタビューをするように提案する。特に、子どもたちについてはどの提案は重要であり、常に親に付き添われている必要がある。個人にトラウマの出来事の詳細を一つ一つあげてを強制しない。
- ⑩ 強制的・義務的な心理的デブリーフィングは臨床的に禁忌である。自発的なデブリーフィングは、支援者が動員を解除されて、トラウマ経験をする危険性が今後全くないという場合にのみ進められるべきである。

2. 募集、選抜と訓練

計画期における、メンタルヘルス・コーディネーターの大きな仕事のひとつは、チームを編成するメンバーの募集と予備選抜である。重要なことは、だれもが災害活動にふさわしいのではないということである。アメリカ赤十字社は、国家レベルの災害に資格のある専門家だけを、運用している。米保健福祉省では、メンタルヘルスの資格に加えて、以下の訓練を求めている。①災害の概念と災害回復の理解、②子ども、高齢者、障害者、民族集団などの特別な対象者のニーズ理解、③災害ストレスの症状学：正常反応と照会の時期、照会先、方法、④援助スキルと関係形成のスタイル、⑤災害生存者のセルフヘルプとスト

レスマネジメント、である。このような準備のある良質のメンタルヘルス専門家には、信頼が置かれるだけの理由がある。自称カウンセラーのボランティアでは、被害者が再トラウマ経験など被害を受けることがあるからである。

3. 災害メンタルヘルス介入法

1) 心理的救急法 PFA

災害への暴露がすでに生じている場合には、できることは、その心理的影響を減少させることに労力が払われるべきである。PFAは、災害直後の被災者を援助するエビデンスに支えられたアプローチである。被災者が訴える問題は自然に回復するものであるので、メンタルヘルスの対応は、それを低下させて、ニーズを満たし、適応的機能を増進することである。その他の心理的悪影響を直後に低下させるステップは以下のものである。①再トラウマ体験の予防：「経験談を語る」ことはトラウマとなることがあるので避ける必要がある、②新しい犠牲者の予防：光景や音、臭いなどへの暴露を避ける、③「疾病化」による苦痛の防止：正常反応に対して疾病というラベルを張ることを避ける、④急性症状のある個人の確認：顕著な身体的ストレス症状がある人には医療処置が必要である。

2) 危機介入

危機介入は、現在も災害カウンセリングの中心にある。危機介入はストレスに圧倒された人たちを援助するテクニックである。2つのカギとなるツールは、傾聴と問題解決である。傾聴は、信頼関係と尊敬を構築し、生存者の状況とニーズを理解するために行われる。行動の焦点を置く問題解決アプローチも信頼を形成する。

3) 社会的サポート

社会的サポートのネットワークは、災害トラウマの悪影響を低減するために重要な情緒的・物質的援助を提供することができるものである。サンフランシスコ地震後には、危機に対応して、すぐにホットラインが設置されたが、81%が女性からのもので、その19%が子どものことで、71%が自分に関する内容で、不安、恐怖、睡眠障害、うつ、消化器障害などであった。道路が閉鎖され、携帯電話も使えず、インターネットも使えないという、多くの災害において、社会的孤立は心理的脅威の一つとなる。過去の災害でも、地域の社会的サポートが重要な役割を果たしてきた。また、災害をきっかけとして形成される社会的絆は特に強力である。

4) 心理的トリアージ

災害の発生直後における、メンタルヘルス専門家の最も重要な役割のひとつが、だれが精神医学的な問題のリスクが最も高いのかを明確にすることであり、詳しいメンタルヘル

ス評価と必要なら治療のために照会を行うことである。精神的な困難は、出来事に最も近い人が最もリスクが高いという、量一反応曲線に従っているようである。以下の特徴が、精神医学的有病率を増加させる。①生命の危機、②身体的傷害による苦しみ、③死体や損傷への暴露、④予想しない暴力的な死の目撃、⑤親しい人の予想しない暴力的な死を知ること、⑥誰かが化学的・生物学的毒物に暴露されたことを知ること、⑦(軍事行動などにより)他者に対して死や重度な危害を起こしたこと、⑧苦痛や傷害による苦しみが意図的なものであるという知識、である。

5) メンタルヘルスの紹介先

メンタルな障害の有無を知るために、ストレスと死別への反応は、その人にたいして強い悲嘆を感じているか、社会的・職業的に重要な機能が損なわれていないかを、詳しく評価する必要がある。照会は、以下の症状が一つ以上ある時に行われるべきである。失見当識、うつ症状、重度の不安症状、精神異常、自己ケア不能、自殺念慮企図、その他(問題飲酒、薬物使用、家庭内暴力、児童虐待、高齢者虐待など)。照会は受け入れられなくても、初期に確立した信頼関係がフォローアップに重要となる。トラウマ経験が PTSD に進行するかにはさまざまな要因が影響する。

4. 急性ストレス障害 ASD

災害後、1 か月以内には、さまざまな精神医医学的症状がみられるが、急性ストレス障害 ASD が災害対応チームが最も遭遇する症状である。DSM-IV-TR によれば、交通事故や暴力犯罪で初めに ASD と診断された犠牲者の 80% が後に PTSD と診断されているが、トラウマティックな出来事に暴露後の ASD の有病率はばらついている。症状の特徴は、トラウマ経験後 1 か月内に生じ、2 日以上継続する、不安、解離、その他の症状の発生である。DSM による診断基準が示されている。(トラウマ経験があり、その時に強い恐怖や無力感、戦慄があったことを前提として、再体験、回避と麻痺、覚醒亢進が 1 か月以上で、苦痛や機能障害をもたらしていること)。

5. 外傷的ストレス後障害 PTSD

PTSD は深刻なストレスへの反応であり、特定の行動で特徴づけられる。有病率は、一般人口の 3-6% とされる。診断基準は DSM にあるが、生命の危機などのトラウマ経験があること、その時に強い恐怖や無力感、戦慄があったことを前提として、ASD と共通の症状の基準がある。精神医学的障害と異なり、PTSD は生物学的原因をもたない正常な人がトラウマ経験をすることで生じる。長期的な追跡研究では、10 代の時に船舶沈没災害に遭った集団の追跡研究では追跡期間中のいつかに PTSD 症状のあった人は 52% であった。

子どもの PTSD

子どもたちの PTSD の臨床像は、さまざまな症状を示していて、かなり多様である。したがって、DSM でも、子どもについては別に取り上げられている。PTSD だけが生じることとはまれであり、これは、発達の敏感な時期に経験することによると考えられる。最近では、子どものための信頼性のある尺度なども開発されて研究が進んでいる。

6. 特別な集団への介入

1) 子どもたちと若者への介入

子どもの発達レベルに合わせて明確で分かりやすい言葉を用いることや、腰を落として目線を合わせる事が重要である。行動的・言語的な退行は正常な反応である。

2) 子どもの災害メンタルヘルス運用指針 (NCDNH CONOPS)

アメリカ子どもの災害メンタルヘルス運用指針は、子どもと家族の総合的なメンタルヘルス資源を育成するために、コミュニティ、地域や国が、レジリエンスを強める方法を示している。そこでは、準備、対応、回復の運用を「つぎめのない」方法を示している。

3) 高齢者

高齢者は、さまざまな挑戦を経験し、うまく対処した経験があるかもしれないが、中にはそうではなく、脆弱な人もいる。

4) 精神障害者

避難所は、通常大勢の人たちが集められ、プライバシーもほとんどなく、騒がしく、慌ただしい。すでに精神障害のある人にとっては、この条件は症状をひどくする可能性があり、特別な配慮が必要である。

5) 文化、民族、宗教のサブグループ

文化、民族、宗教のサブグループに対して活動する場合には、例えば、だれが家族の長であり、意思決定者なのかという、家族メンバーの役割に対して敏感であることが重要である。

6) 災害救援者

災害救援者は、災害そのものから、また、災害対応によっても、トラウマ経験につながるストレスを受けやすい。しかし、救援者は、「弱い」ことをみせないために、そのことを否定することも多い。以下の PFA のコア活動が参考になる。

①接触と関与、②安全と安心、③平穏化、④情報収集：ニーズと関心、⑤現実的援助、

⑥社会的サポートとの連結、⑦対処の情報、⑧関連サービスとの連携

7. 移行のマネジメント

災害対応において起きる、大きな移行のひとつは、動員解除である。10分の情報説明の後、20分の休息と食事が与えられ、援助者は強烈な環境から、日常に帰っていく。

メンタルヘルスの介入で最も問題なのが災害の1から2か月後である。この時期には、基本的なニーズが満たされ、社会的サポートが低下し、関心も薄れて、心理的苦悩が最も明らかになるからである。オクラホマ市の場合にも、直後の赤十字の対応から、州の持続的な対応への意向が困難であった。

8. 悲嘆やストレスが歪む時

メンタルヘルスサービスは、初めの衝撃後も長期にわたって継続する。レスキューや災害救援者が動員解除された後も、悲嘆・トラウマカウンセラーが活動する必要がある。精神医学的障害と診断する目安は、悲嘆症状が極めて強いこと、あるいは、社会的、職業的、日常生活の障害がひどいことである。災害後には、いろいろな種類の精神医学的障害がみられるが、最も一般的なのがPTSDであり、夫婦間不破、家庭内暴力も増加する。

9. 外傷的悲嘆（複雑な死別）

悲嘆がトラウマティックであるとされるのは、突然で暴力的な喪失で、極端で強力な感情的苦悩が伴うものであるという場合である。このような場合には、悲嘆は治まることがなく、圧倒するものとなる。罪悪感が生じ、強い怒りも生じる。悲嘆には、慢性悲嘆、遅延性悲嘆、仮面性悲嘆の3種類がある。悲嘆では自尊心は低下しないが、外傷性悲嘆では無価値とを感じるのが一般的である。複雑な悲嘆とうつとを結び付けるものとして以下の基準がある。①死に際して、何かをしてしまった、何もできなかったという罪悪感、②自分も一緒に死ぬべきだったという考え、③価値がないという病的な思い込み、④著しい精神運動的遅滞、⑤長期にわたる顕著な機能障害、⑥幻覚。一般の死別とは異なり、複雑な死別はPTSDのリスクをかなり高くする。抗うつ剤や抗不安剤による治療には効果があり、後続する機能障害を予防する。一般の悲嘆の治療：分離の葛藤の解決に焦点を当てて、悲嘆の作業を完了する。外傷的悲嘆の治療：症状を改善する認知行動療法。

1) ASDとPTSDの治療におけるエビデンスに基づく実践

ASDに対する災害直後の認知行動介入は、その後の外傷後症状を予防することに役立つことが示されてきた。PTSDの治療は、詳細な評価と治療計画の開発から始まる。PTSDの治療は、完全にトラウマや災害の場面から安全に離れた時に開始される。PTSDの治療は、経験のある専門家によって、CBTと暴露療法を含むものが実施される。薬物治療は、

不安、うつ、不眠症の改善をもたらす。EMDRは、比較的新しい治療法であるが、外傷的な記憶の治療に用いられ、CBTと暴露療法の一環として実施される。その他の治療法(集団療法、短期精神力動療法)は効果があるのかもしれないが、実証したデータがない。

ガイドラインによるASDとPTSDの治療法は、

- (1) 臨床データがある推奨される治療法：認知行動療法、心理教育、支持テクニック
- (2) やや臨床データがあり推奨される治療法：暴露療法、EMDR、イメージ・リハーサル、心理力動治療、ストレス免疫訓練
- (3) 場合によっては推奨されるかもしれない治療法：親中心集団療法、トラウマ焦点集団療法
- (4) 推奨できない(データなし)：心理的デブリーフィング、一回のみの技法

2) 介入と治療への接近としての電子技術の活用

日常生活の中の電子技術の実用化が進んできたので、これらのツールを介入や治療の援助として用いる可能性がある。スマートホンでうごくアプリで「PTSD コーチ」などがある。

10. 緊急事象のストレスマネジメント(CISM)

Mitchellによる総合プログラム。心理教育などから成り、デフュージング、CISD(Critical Incident Stress Debriefing)を含む。

1) 心理的デブリーフィング

CISMの中心はCISDであり、これには論争がある。CISDは、情報を共有することを通じた教育の系統的プロセス、感情表出、認知再構成で、共通の経験を共有することで、グループの支援と意味のある統合であるとされる。デブリーフィングは、歴史的には軍隊で実施されてきたものである。CISDは治療法ではなく、救援者を対象とした心理教育である。デフュージングはイベントの数時間後にグループで行われる危機介入である。

2) デブリーフィングの論争

心理的デブリーフィングは、心理的苦悩を軽減したり、PTSDを予防しないことが示されてきた。特に、個人の単回のセッションのデブリーフィングは避けるべきである。このコクラン・レビューでは、グループによるデブリーフィング、危機介入などは含まれていないが、強制することは避けるべきである。救援者のデブリーフィングは、完全に安全でありグループで行われ、参加が自発的な場合には行われるべきである。

まとめ(省略)

学習のための質問

- (1) 災害事象において、精神医学的問題のリスクとなるのはどのような要因であり、それはなぜか
- (2) 災害計画、対応、検討における、メンタルヘルス・コーディネーターの役割は何か
- (3) メンタルヘルスサービスの災害前の計画は、どのようなトピックを含むべきか
- (4) メンタルヘルスの専門家にすぐに照会する必要があるのは、どのような精神医学的症状か
- (5) 災害の直後に、成人への心理的援助として医療職が提供できるのはどのような技法か
- (6) どのような状況では、心理的デブリーフィングを用いることができるか。用いてはいけないのはいつか
- (7) 外傷的な悲嘆とは何で、どのように扱われるべきか
- (8) 成人と子どもの PTSD の表出はどのようなものか。共通する治療選択は何か

インターネット学習(省略)