

**福島県
心のケアマニュアル**

巻頭言

心のケアという言葉をよく耳にするようになりました。災害等でストレスを受けた被災者が適切なケアを受け、ダメージを最小限にとどめることが可能となります。ただし、適切なケアという点では、まだまだ正しい理解が普及していないかもしれません。被災者の多くは健常者であり、専門的な精神的ケアが必要となる人は一部です。いわゆる狭義の心のケアよりも、むしろ、安全の確保や生活の安心が真っ先に求められます。このように、被災者のニーズを丁寧に把握し、必要に応じて専門的／非専門的支援を提供することが適切なケアであり、ニーズに合わないケアは、時として被災者に余計なストレスを与えてしまいます。心のケアの専門家も非専門家も、被災者の状況・心情に配慮して接しつつ、それぞれの支援を担うことが、広い意味での心のケアなのです。

今回、東日本大震災を経験し、そこで生かされたのは、正確な情報を収集し、被災者の気持ちになって考え、心のケアにとどまらず、生活や健康の広い視点からケアのあり方を考えるという、いわば、日常の臨床に必要な技術でした。災害という特殊な事態を想定して準備しておくことも大切ですが、想定されない事態も必ず生じるものです。日常の臨床で基礎的な技術の積み重ねが、非常時に慌てずに対応できる備えとなります。そして、非常時の対応の経験が、今度はまた、日常の臨床にも生かされる…そんな良い相互作用が得られると良いでしょう。

福島県精神保健福祉センター 所長 畑 哲 信

福島県 心のケアマニュアル

《 本 編 》

I 自然災害

1. 災害時の心のケア	2
2. 災害後の心理的反応と精神疾患	2
3. 心のケア活動の留意点	7
4. 発生後の各段階における対応概要	
(1) 発生直後、概ね24時間（フェーズ0）	9
(2) 発生後～数日間（フェーズ1）	11
(3) 発生数日後～数週間（フェーズ2）	13
(4) 発生数週間後～（フェーズ3）	15
(5) 発生数ヶ月後～終結（フェーズ4）	17
(6) 平常時	19
5. 具体的な活動の流れ（例示）	20
6. 各避難場所における支援	
(1) 避難所	22
(2) 二次避難所	24
(3) 仮設住宅	25
(4) 自宅・借り上げ住宅	26
7. 特に支援が必要な方へのケア	
(1) 子どもへのケア	27
(2) 妊産婦へのケア	29
(3) 高齢者へのケア	30
(4) 精神障がい者へのケア	31
(5) 知的・発達・身体障がい者へのケア	31
(6) 遺族・安否不明者の家族への支援	33
8. 支援者へのケア	
(1) 支援者のセルフケア	34
(2) 管理職の役割	35
9. 心のケアに関するQ & A	36

II 原子力災害

1. 原子力発電所事故と心のケア	38
2. 避難者の長期的生活設計に対する課題と対応	43

《 資料・様式編 》

配付資料

1. 被災された方へ	47
2. 薬がない時の対応	48
3. 避難所生活をよりよくするために	49
4. 子どもへの接し方について	50
5. 高齢者への接し方について	51
6. 障がいのある方への接し方	52
7. 放射線！ どうすればいい？	54
8. お酒の量が増えていませんか？	56
9. 支援者の心のケア	60
10. 県外からの支援者の方へ（活動説明資料）	61
11. マスコミ関係のみなさまへ	62

心のケア活動様式

《活動前》

1. 協力要請書（様式1）	64
2. 被災状況情報提供書（様式2）	65
3. 支援者登録票（様式3）	66

《活動中》

4. 相談票（問診票）（様式4）	67
5. 相談記録（2号用紙）（様式5）	69
6. 生活支援相談票（様式6）	70
7. ケアプラン（様式7）	72
8. 受療カード（様式8）	73
9. 診療相談票（様式9）	74
10. 診療情報提供書（様式10）	75
11. 処方箋（様式11）	76
12. 医薬品管理簿（様式12）	77

《活動後》

13. 活動報告書（様式13）	78
14. 活動完了書（様式14）	79

《チェックシート》

15. 災害後の見守り必要性チェックシート（様式15）	80
16. スクリーニング質問票SQD（様式16）	81
17. PTSDチェックリスト（様式17）	83
18. 心の健康チェック：K 6 日本語版（様式18）	84

《 参 考 資 料 》

1. 被災された方の不眠症状	86
2. 支援者の心のケア	88
3. 遺体関連業務で注意すべきこと	90
4. 自然回復を促進する条件・自然回復を阻害する要因	92
5. 福島県地域防災計画（抜粋）	93
6. 災害に関する法律	95
7. 東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）において出された関係通知	96

福島県
心のケアマニュアル
《 本 編 》

I 自然災害

1 災害時の心のケア

(1) 心のケアの目的

- ① 地域全体に対して、精神健康を高め、ストレスと心的トラウマを減少させる。
- ② 個々の県民に対して、精神疾患の予防、早期発見、治療を行う。

(2) 心のケアの対象

- ① 災害により心のケアの必要が生じた者：災害に伴うストレスによって心や身体に不調をきたした被災者を早期に発見しケアを提供する。
- ② 既に精神科医療を受けている者：被災によって地域精神医療が損なわれた場合に、避難所や救護所、地域等への支援によって、その機能を補完する。
- ③ 支援者：支援者自身のメンタルヘルスを支援する。

2 災害後の心理的反応と精神疾患

災害後には様々な心理的反応が生じます。多くの場合は時間とともに軽減しますが、長引いたり、反応の程度が大きく、日常生活に支障が大きい場合は治療が必要となることがあります。

(1) 災害直後に誰にでも起こりうる正常な反応：多くの場合は時間とともに軽減する

<心理および感情面>

不眠・悪夢、強い不安・恐怖、意欲の減退、孤立感、イライラ感・怒りっぽさ、気分の落ち込み・自責感。

<思考面>

集中力の低下、無気力、判断力・決断力の低下、混乱して思い出せない、選択肢や優先順位を考えたり選択することができない。

<行動の変化>

神経過敏、ささいな事でけんかになる、食欲低下や過食、子ども返り、ひきこもり。

<身体面>

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

(2) 出来事のあと早い時期に見られる反応や障害（日常生活に大きな支障を来したり、長引く場合は治療が必要）

① 急性ストレス反応（ASR）

ストレスの強い衝撃から数分以内に出現し、数時間から2、3日以内に消失する著しい症状（幻聴・抑うつ・不安・激怒・絶望・過活動・ひきこもりなど）。

② 急性ストレス障害（ASD）

出来事後の反応が、二日以上持続し、1ヶ月以内の短期間だけ認められた場合、ASDと呼びます（1か月を越えて症状が出る場合はPTSDと呼びます（後述））。症状は、後述するPTSDの症状のほか、解離症状（一時的に現実がわからなくなる、後で思い出せないなど）が出てくることがあります。

③ 治療中の精神疾患の悪化

出来事のストレスや、医療が途切れることによって、治療していた精神疾患が悪化することがあります。

㊦ 統合失調症

幻聴や被害妄想といった症状がぶり返すことがあります。特に、薬が手に入らなくなるなどして服薬が中断することがきっかけになることが多いようです。

㊧ うつ病・躁うつ病（気分障害・双極性障害）

ストレスの影響や、不眠などが重なってうつ状態や躁状態がぶり返すことがあります。これまで病気がなかった方でも、ストレスをきっかけに病気を発症し、治療が必要となることもあるので注意が必要です。

④ 不眠

災害のショックや避難所環境のストレスなどによって、「眠れない」と訴える人が多くいます。不眠が長引くと、心身への負担が増すので、治療が必要になってきます。

<医療機関にかかる前に工夫できること>

（環境の改善）安全の確保、不安の原因の解消、静かな環境の確保

（自分で対処する方法）眠れなくても良いので静臥して休養をとる、昼間に眠れるならば仮眠をとることもよい

<治療>

（治療が必要な場合）被災後1ヶ月以上不眠が持続する場合。不安／苦しみ／悪夢を見る／日中の眠気や集中力低下／倦怠感が強いなどの症状を伴う場合。

（注意すべき状態）高齢者ではせん妄が出現しやすく、不眠症や認知症と勘違いされることも多いので注意が必要です。脱水などの身体的不調が原因になることがあります。そうした身体的ケアや安心して眠れる環境の整備によって改善することも少なくありません。高齢者の場合、通常の睡眠薬が効かないことがあるので注意が必要です。

(3) 出来事の後、長期に見られる障害（多くの場合、治療やケアが必要です）

① 抑うつ状態（うつ病エピソード）

ア) 症状

ICD-10の診断基準では、基本症状と一般症状に大別されています。

A：基本症状	B：一般症状
<input type="checkbox"/> 抑うつ気分	<input type="checkbox"/> 集中力と注意力の減退
<input type="checkbox"/> 興味と喜びの喪失	<input type="checkbox"/> 自己評価と自信の低下
<input type="checkbox"/> 易疲労感の増大や活動性の減少	<input type="checkbox"/> 罪責感と無価値感
	<input type="checkbox"/> 将来に対する希望のない悲観的な見方
	<input type="checkbox"/> 自傷や自殺の観念や行為
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害
	<input type="checkbox"/> 食欲不振

抑うつ状態の重症度

軽症：Aが少なくとも2つとBが少なくとも2つ

中等症：//とBが少なくとも3つ

重症：//とBが少なくとも4つ

イ) 対応の注意点

自律神経症状（動悸・手足の震え・発汗など）や疼痛（頭痛・筋肉痛・胸痛など）といった身体的な症状を訴えて内科などの一般的な身体科を最初に受診することも多いようです。また、上記の症状があっても、被災時は本人も周囲も余裕がないために、治療が必要な場合でもそれに気がつかない場合が多いようです。支援者は、対象者の表情・姿勢・身なり・生活の様子などに注意を払い、抑うつ状態の存在が疑われる場合には面接などを行い、治療やケアの必要性について評価します。

② PTSD（心的外傷後ストレス障害）

ア) 症状

大きな災害に遭遇したあと、1か月を超えて長期間、次のような症状が続く精神疾患です。災害の後、何カ月もしてから出てくるといふこともあるので注意が必要です。直接の被災者のほか、支援者も悲惨な場面を見聞きすることで症状をきたすことがあります。

再体験（フラッシュバック）

突然、災害の様子がありありと強い感情を伴ってよみがえってくる症状です。睡眠中、悪夢で目が覚めてしまうこともあるので、「眠れない」という訴えがあった時は、PTSDでないか、注意しながら話を聞きます。

麻痺・回避

災害に関係するものを避けてしまう、亡くなった身近な人が使っていたものを触ることができない、といった、できごとと関連する特定のものや場所などを避けてしまう症状です。それとともに、物事全般への希望や意欲がなくなる、集中力がなくなる、という症状も出てきます。日常生活や仕事に支障をきたす場合もあり、周囲の理解と支えが必要になります。

□ 過覚醒

いつもピリピリした感じで緊張が抜けない、怒りっぽくなった、こらえ性がなくなった、などです。対人関係の妨げとなることがあり、そうすると孤立してしまったり、ますます症状が悪化してしまうという悪循環に陥ります。周りの人の理解が欠かせません。

イ) 治療・ケア

一部の症状は薬（抗うつ薬や交感神経を調整する薬）によってやわらげられます。また、心理療法として、認知療法などが有効です。それとともに、症状を周囲が理解して適切な対応ができるように環境調整することが不可欠です。

※認知療法の例：

- 日常の活動でどのようなことが症状により妨げられているかを整理する
- それぞれの難しさを点数化して、点数が低いものからトライしていく
- 症状がおこったときの対処法（呼吸法など）を身につける

ウ) 予防

〈PTSDがおこりやすい状況〉

- 過去に他の心の傷をうけたことがある（災害、犯罪被害や虐待など）
- 災害後の生活の不安定さが長く続く
- サポート（心の支え）が得られない（支えにしていた人が亡くなるなど）
- 二次被害（周りが本人の気持ちを傷つけることを言うなど）

〈PTSDを予防するために必要な支援〉

- 少しでも生活を安定させること
- 孤立しないように配慮し、心の支え（気持ちを受け止め、安心感を持ってもらう、周囲の理解をうながす）を提供する
- 二次被害を与えないように注意する。（周りの人への指導も含め）
- 過去に心の傷を受けたことがある人に対しては特に注意して上記を心掛ける。

③ 複雑性悲嘆

死別体験による悲嘆反応は、誰にでも起こりえますが、その反応が長期的に強いまま持続して日常生活や社会生活および対人関係に大きな支障を来すことがあります。これを複雑性悲嘆と呼びます。

ア) 悲嘆反応

- 死を受け入れられない
- 故人を追い求める、渴望する
- 強い孤独感、空虚感
- 自分が生きているのが不公平で無意味だと感じる（「なぜ自分が生き残ったのか」など）
- 故人のことで頭が一杯になる、没頭して考える（侵襲的に思い出されることもある）
- 死別や故人にまつわることを回避する

イ) 複雑化・長期化させる要因

- 死別状況：突然の予期しない死、事件など暴力的な死、遺族や死者に責任がある場合。
- 死者との関係：死者との依存的な関係、愛憎半ばする両価的な関係、子どもや配偶者の死。
- 遺族の特性：繰り返し死別を体験する、身体的・精神的な障害を有する、依存的な性格、不安定な性格、自己評価の低さ。
- 社会的な要因：家族や親戚や友人が少ないなど孤立した状況、経済状態の悪さ、社会的地位の低さ、仕事にやりがいがない、若い子どもがいる、被介護者がいる。
- 二次被害：マスコミの取材、警察・司法関係者・医療関係者からの冷たいぞんざいな対応、未熟な治療者による悲嘆の軽視、近隣の風評など。

④ アルコール依存症

ア) アルコール依存症にまつわる問題

- 災害をきっかけとして、不安・不眠・緊張などを和らげるために、飲酒量が増加して、問題飲酒が顕在化する
- 元来アルコール依存症で断酒に成功していた方が、再飲酒（スリップ）する
- これまで多量飲酒を続けていた人が、災害によりいきなり飲酒できなくなったために、いわゆるアルコール離脱症候群や振戦せん妄（幻覚などの著しい症状）を発症し、入院治療が必要となることもあります。
- 日中から飲酒してしまうなどして、泥酔して周囲の避難者に迷惑をかけてトラブルとなるなど、一緒に避難している家族や親族が困りはてることもあります。結局その避難所に居づらくなるといった事例も見うけられます。

イ) 対応の手順：予防に力を入れる

- スクリーニング：避難所などにおいて、なるべく初期の段階で問題飲酒者やその予備軍をスクリーニングや周囲からの情報によって把握し、節酒・断酒指導を行います。
- フォローアップ：とりあえず、1か月程度、飲酒状況のセルフチェックを行ってもらいと、問題を認識する手助けになります（※）一ヶ月後に面接をして、治療への動機付けを図ります。
- アルコールに触れさせないように環境を整えることが必要で、一般的には、避難所内では酒類の持ち込みは禁止とする場合が多いようです。

※アルコール依存傾向のスクリーニング（AUDIT）とブリーフ・インターヴェンション：面接によるスクリーニングののち、簡単な酒害教育を実施し、本人参加型の節酒・断酒指導を行う方法です。（配布資料8参照）

3 心のケア活動の留意点

(1) 誰を対象とするか

- ① 地域に居住する精神障がい者や通院患者の病状再燃予防
- ② 災害時のストレス、避難生活のストレスから生じる新たな精神的不健康への早期介入
- ③ 新たな精神的不健康が生じないような心理教育や普及啓発

(2) 活動にあたっての留意点

① 事前準備

避難所等のキーパーソンである避難者の責任者、支援者、自治会役員、地域の保健推進員などと情報交換を行い、個別ケースの面接や治療・ケアを行います。

② 支援の目標

長期的な支援を見据え、家族、友人、近隣、地域支援などのソーシャルサポートネットワークに結び付けることができるように支援します。そのためには、地域、家族を含めた教育を行い、サポート力を高めるための支援も必要です。

③ 被災者への対応

ア) 良識あるふるまいを保つこと：穏やかさ、慎重さ、落ち着き、親切な態度、秘密保持。

イ) 被災者を中心に物事を考えること：被災者の気持ち、考え、生活を優先させ、「こうあるべきだ」といった個人的な感情や考えで支援しないことが大切です。また文化と多様性の問題について良く理解し、配慮します。

ウ) 共感的態度：被災者にとっては衣食住などの生活面の関心が大きいので、そうした苦勞について聞くことも大切です。

エ) ケアを焦らないこと：まずはこれまでの行動に肯定的に対応することが大切です。

たとえば、『こんなに大変な状況なのにきちんと片づけておられるんですね』、『子どものお弁当まで作ってすばらしいですね』などの声かけをします。

オ) ニーズ把握を焦らないこと：混乱している時期には整理して話をすることが難しいものです。たとえば、「今、どうして欲しいのか。何が気になりなのか。」を伝えられるように支援することも大事な心のケアの一つです。

カ) 二次被害をできるだけ与えないように配慮すること：被災者に無理に感情表出させることはかえってマイナスです。中には、出来事を思い出すことさえ耐えられない場合もあるのです。経過を温かく見ていく姿勢が大切です。回復してくれば自分から気持ちを話すことができるようになります。

④ 連携

ア) 他の支援者と情報交換し、自分の役割を見極めながら振舞うようにします。支援者が「できないこと」は抱え込まず、早めに他の支援チーム、地域の支援システム、精神保健福祉サービス、公的機関などに紹介します。

イ) 適切な支援が得られないときは、現場のニーズを外部に伝え、支援を求めることも大切な役割です。

⑤ その他の注意事項

ア) 身体的チェックと併行して行くと、被災者に受け入れられやすいでしょう。

イ) 困難を抱えている人を見つけ出すために健康調査（スクリーニング）などが必要な場合は、『あなたのことを伺い、支援ために役立たせて欲しい。』と伝え協力を得ます。繰り返し調査を行うことは被災者の負担になりますので避けてください。

⑥ 支援者自身のセルフケア

支援者自身が健康を損ねると、適切な支援は成りたちません。自分自身の情緒的、身体的反応に注意を払い、セルフケアを行う必要があります。