



公益社団法人日本精神保健福祉士協会
災害支援ガイドライン

Ver.2.1



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

災害支援ガイドラインの微細な改訂にあたって

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
災害支援体制整備・復興支援委員長 河合 宏

この度、災害支援ガイドライン(以下:ガイドライン)の Ver.2 から Ver.2.1 への微細な改訂にあたり、改訂作業は「当時の貴重な記録はそのまま残す」こととして進め、加筆修正は最小限に留めた。そのことを念頭に置き Ver.2 の巻頭言の大部分を引用し、そこに加筆させていただいた。趣旨をご賢察いただき、本質的な部分に着目して読み込んでくだされば幸いです。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会(以下:本協会)が組織的に災害支援活動を行った阪神淡路大震災(1995年1月)の後も、国内各地で地震、風水害、交通災害等が起きている。そして、被災された方々は長期にわたって身体的・精神的ダメージを受け、不自由な生活を余儀なくされた。今もなお、長引く避難生活、広域避難の課題もある。本協会は、それら各地で起きた災害において支援活動を行った都道府県協会等から委員を推薦いただき 2008年に災害支援体制整備委員会の前身となる災害支援検討委員会を設置し、ガイドラインの作成に着手した。初版のガイドラインは2010年3月に完成し、都道府県支部に20部ずつ配布し、本協会WEBサイトでも閲覧可能にした。そして、全国の支部に災害支援体制の整備を、構成員には災害支援についての知識普及と災害への備えを呼び掛ける研修を開始した矢先に起きたのが東日本大震災(2011年3月)である。残念ながら、各都道府県支部においてガイドラインが浸透しておらず、決して機能したとは言えなかった。ただし、本協会においては、組織的な支援活動を初動からガイドラインに沿って段階的に行うことができた。ガイドライン Ver.2 発行直前に発生した熊本地震(2016年4月)でも、ガイドラインに沿った対応を行っている。

当時の委員会は、東日本大震災後、全国各ブロックで災害支援研修を実施し、改めて全支部に災害対策計画の策定と災害対策委員の配置を促進し、並行してガイドラインの Ver.2 への改訂作業に取り組んだ。Ver.2 への改訂にあたっては、想定を超え広域にわたる被害を与えた東日本大震災での支援活動を踏まえ、初版ガイドラインで要検討事項としてまとめられていた課題について検討し、構成なども一部見直しされた。そして、東日本大震災において本協会派遣の支援活動に参加した構成員に支援内容等についてのアンケートをとり、本協会の支援活動を受け入れた自治体の現場担当者からは聴き取りを行い、それらの結果が改訂作業に反映されている。

初版、Ver.2 に続き、本ガイドラインでは、災害の定義を「被災地域内の努力では解決不可能なほど、地域の包括的な社会維持機能が障害された状態(太田保之)『災害精神医学の現状』『精神医学』38 巻 4 号 1996」と位置づけ、そうした災害を念頭に、全国組織及び都道府県支部が平常時に行うべき内容と、災害時に時系列に沿って実施すべき内容がまとめられている。特に災害時における本協会の役割については、東日本大震災での支援活動を踏まえ、取り組む活動の実施主体を明確にし、支部との連携や「支援者支援」をより強く意識した内容への改訂を行った Ver.2 を踏襲している。その他、掲載

された東日本大震災における本協会の活動内容や、コラム・用語説明への加筆修正も意図して最小限に留めた。

2016年以前に比べ、被災地支援に入るボランティアや支援団体等は増え、DPATやDWATで活躍する精神保健福祉士も増えその活躍は評価されてきた(参照:厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業「精神保健福祉士の災害時における役割の明確化と支援体制に関する調査研究」報告書)。一方で、近年では感染症対策を意識せざるを得ない状況にもなる等、災害時の支援の在り方は変化している。しかし、災害時の支援活動及び平常時の備えの本質は変わらないものであり、このガイドラインが網羅している。読み込んでくださっている方はお気づきのことと思うが、本ガイドラインはとても精度の高いものであり、この度の微細な改訂で多くの加筆修正を要さなかったことがその証左でもある。災害が続き、その支援経験が増えることは決して手放しで喜べるものではないが、積み上げた復興知は次の災害や減災に活かすことができる。改めて、自支部の災害対策計画と連動させ、平常時にこそ本ガイドラインを読み込み、備えに活かしていただきたいと切に願う。



もくじ

災害支援ガイドラインの微細な改訂にあたって.....	1
日本精神保健福祉士協会災害支援ガイドラインの概要.....	4
日本精神保健福祉士協会災害支援ガイドライン.....	7
1. 平常時における本協会の役割.....	7
2. 平常時における各支部の役割.....	9
3. 災害時における本協会の役割.....	10
4. 災害時における各支部の役割.....	13
災害支援活動のあり方[活動例]について.....	17
所属機関および時間的経過により変化する精神保健福祉士の活動内容例一覧.....	18
災害時における支援活動例.....	20
市町村・保健所.....	21
精神保健福祉センター.....	25
医療機関.....	30
日中活動系事業所.....	36
居住系事業所.....	42
相談支援事業所.....	51
東日本大震災に対する日本精神保健福祉士協会の取り組み.....	58
被災地における支援活動の概要.....	63
平常時に心がけておくこと.....	78
①個人レベル.....	78
②職場レベル.....	78
③都道府県協会レベル.....	79
用語説明.....	80

Column (コラム)



1 被災地支援の心構え	15	6 “I am safe.”	77
2 被災地支援に持って行くもの	16	7 災害時の通信サービスに関して	79
3 ビブス	16	8 セルフケア①	83
4 心理的反応	24	9 セルフケア②	84
5 広域避難者への支援	29		

日本精神保健福祉士協会災害支援ガイドラインの概要

平常時の取り組み

● 1. 平常時における本協会の役割

情報管理・関係づくり

- ①情報の集約・・・各都道府県の精神保健福祉情報の集約を行う。
- ②関係機関との連携・情報交換・・・全国的に広範囲を管轄している関係機関・職能団体(厚労省、全社協、SW 団体、日看協、日精協など)と連携・情報交換を行う。

災害への備え

- ③各支部の災害対策委員の登録を行う(複数人の登録を推奨)。
- ④災害支援研修等を実施する。
- ⑤研修修了者を把握(登録)する。
- ⑥災害支援ガイドラインの普及に努める。
- ⑦各支部災害対策計画を把握する。
- ⑧都道府県協会との連携を行う。
- ⑨事務局の代替機能について計画する。
- ⑩災害を想定した訓練等を行う。

研究・経験の蓄積

- ⑪災害支援活動終結後の成果・経験・情報を集約・管理して、検討を加える。
- ⑫災害支援活動に関する情報を収集し、研究に努める。

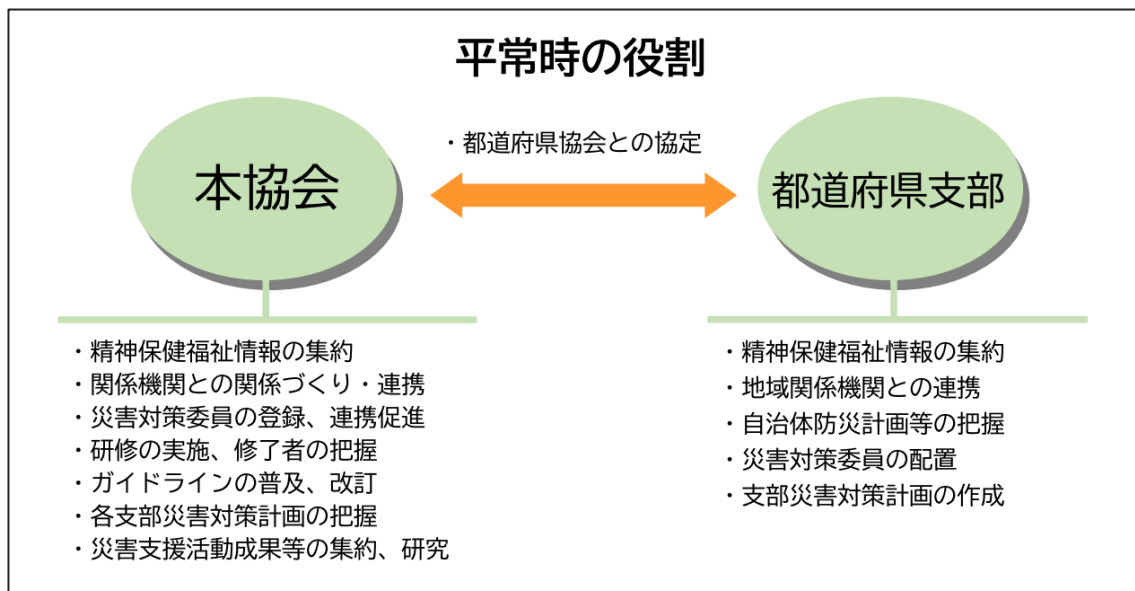
● 2. 平常時における各支部の役割

情報管理・関係づくり

- ①都道府県や市町村などの精神保健福祉情報の収集・整理を行う。
- ②都道府県や市町村など行政・地域関係機関との連携・情報交換を行う。
- ③都道府県等の防災計画の把握に努める。
- ④他地域(隣接するあるいは同ブロック内、遠隔地の支部)との必要に応じた連携を行う。

災害への備え

- ⑤支部災害対策計画を作成し、定期的に見直し、必要に応じ改定する。
- ⑥災害対策委員を複数名配置し、本協会への登録を行う。
- ⑦災害支援研修を実施する。



災害時の取り組み

● 3. 災害時における本協会の役割

本協会災害対策本部の設置

- ①情報の収集を行う。
- ②本協会災害対策本部設置に関する協議を行う。

支援活動実施のための被災状況に関する情報収集および情報発信

- ③被災状況に関する情報収集を行う。
- ④支部構成員の安否確認を行う。

義援金窓口の設置

- ⑤義援金を募る。

厚労省等への協力の申し出、関係機関・職能団体との連携

- ⑥厚労省等への協力の申し出を行う。
- ⑦関係機関・職能団体等と連携を行う。
- ⑧構成員派遣の要請を行う。

支部災害対策本部からの派遣要請に対する本協会での派遣調整

- ⑨構成員派遣時の調整を行う。
- ⑩必要時の隣接支部への応援要請を行う。

復興状況に関する情報収集と本協会災害対策本部の解散

- ⑪本協会災害対策本部の解散を行う。

報告

- ⑫関係団体へ報告・情報の整理を行う。
- ⑬支援活動に関する情報の整理を行う。

● 4. 災害時における各支部の役割

支部災害対策本部の設置

- ①情報の収集を行う。
- ②支部災害対策本部設置に関する協議を行う。
- ③災害対策本部を設置した場合には、本協会へ報告する。

支援活動実施のための被災状況に関する情報収集

- ④被災状況に関する情報を収集する。
- ⑤支部構成員の安否確認を行う。

隣接支部への応援要請

- ⑥必要時、隣接支部への応援要請を行う。

行政への協力の申し出、関係機関・職能団体との連携

- ⑦行政への協力の申し出を行う。
- ⑧関係機関・職能団体等と連携する。

本協会災害対策本部への構成員派遣要請および構成員派遣受入時の調整

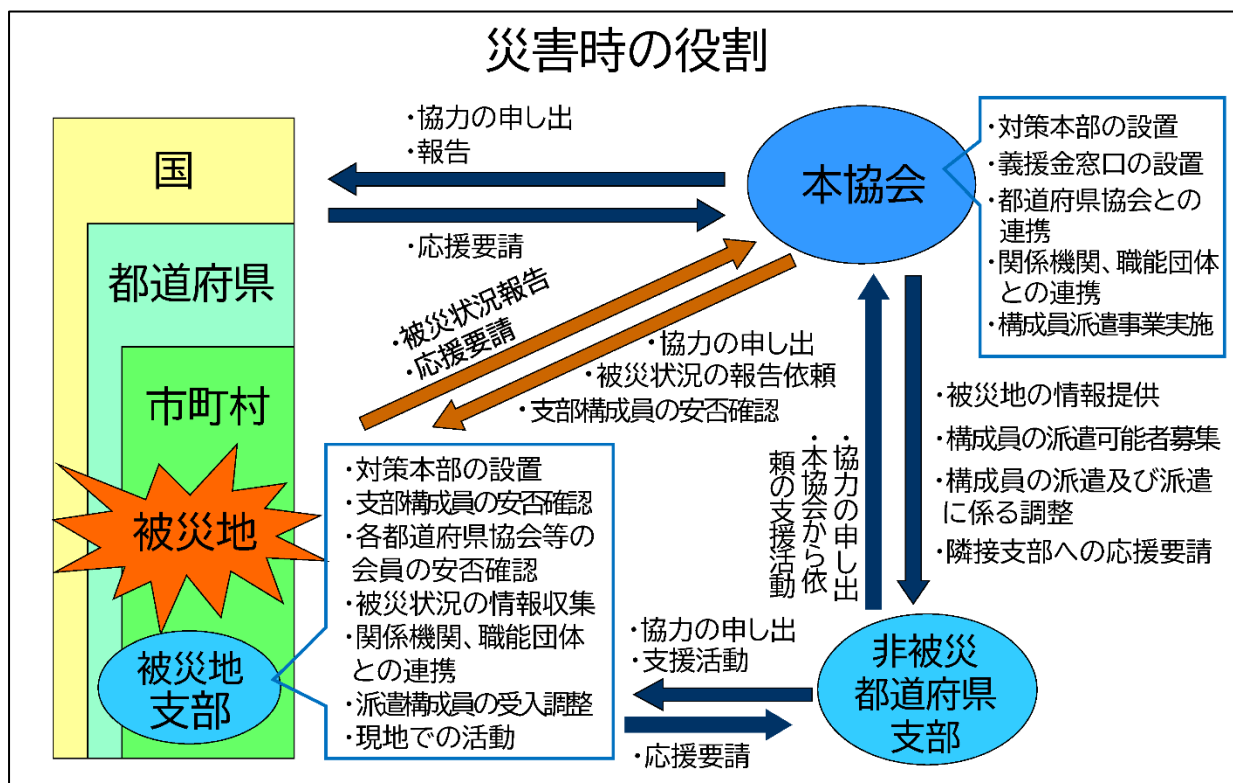
- ⑨構成員派遣の要請を行う。
- ⑩構成員派遣受入時に調整を行う。

復興状況に関する情報収集と支部災害対策本部の解散

- ⑪支部災害対策本部の解散を行う。

報告

- ⑫本協会へ報告する。



日本精神保健福祉士協会災害支援ガイドライン

- 構成
1. 平常時における日本精神保健福祉士協会(=以下「本協会」)の役割
 2. 平常時における各支部の役割
 3. 災害時における本協会の役割
 4. 災害時における各支部の役割

1. 平常時における本協会の役割

大項目	小項目	具体的方法	備考
情報管理・ 関係づくり	①情報の集約	<ul style="list-style-type: none"> ・国の関係法令・通知・防災計画及び精神保健福祉情報の集約。 ・各支部の災害対策委員から伝達された各地域での災害対策の情報や研修の案内を災害対策委員の ML で共有する。 	<p>災害支援に関する情報の収集・整理をしておく。</p> <p>構成員が災害対策のことを意識して普段の業務に臨むよう意識づけ、啓発を行う。</p>
	②関係機関との連携・情報交換	<ul style="list-style-type: none"> ・全国的に広範囲を管轄している公的機関・職能団体等(厚労省、全社協、SW 団体、日看協、日精協など)との連携・情報交換。 ・各種会議や研修への参加。 	<p>災害時に連携が可能となるための関係作り。</p>
災害への 備え	③各支部の災害対策委員の登録	<ul style="list-style-type: none"> ・各支部から、異なった保健福祉圏域に所属(または居住)する複数名の災害対策委員の推薦を受け、登録する。 ・災害対策委員の連携維持のために ML を活用。 ・ブロックもしくは、近隣地域での連携を促進。 	<p>本協会から委嘱。</p> <p>任期 2 年(理事任期と同じ)。</p> <p>災害対策委員は協会の行う災害支援研修等を受講することが望ましい。</p>
	④災害支援研修等の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・研修において、災害に関する知識・技術の習得を図ることで、災害発生時の支援活動が有効に機能するよう研鑽を積む。 ・研修参加者による各支部への伝達の推進。 	<p>災害支援研修、災害対策委員研修など、定期的を開催する。</p>
	⑤研修修了者の把握(登録)	<ul style="list-style-type: none"> ・研修修了者リストを作成しておく。 ・災害時の支援者派遣にあたっては、リストを参考にする。 	
	⑥災害支援ガイドラインの普及	<ul style="list-style-type: none"> ・構成員へガイドラインを周知し、理解の促進を図り、必要に応じ改訂する。 	

大項目	小項目	具体的方法	備考
	⑦各支部災害対策計画の把握	・各支部より災害対策計画の提出を受け把握する。	災害対策委員は、計画を閲覧することができる。
	⑧都道府県協会との連携	・本協会と都道府県協会では災害支援活動に関する協定を締結する。	
	⑨事務局の代替機能	・被災によって事務局が機能不全に陥った際に事務局機能を代替する場所、機関、方法について決定しておく。	
	⑩災害を想定した訓練	・事務局は災害を想定した訓練を年1回行う。 ・本協会および支部との連携のもとにガイドラインに沿った訓練を年1回行う。	
研究・経験の蓄積	⑪災害支援活動についての成果・経験・情報の集約・管理・検討	・今後の支援体制に活かすため包括的・重層的な情報の集約・管理・検討を行い、必要に応じてガイドラインに反映する。	
	⑫災害支援活動に関する研究・提言	・本協会は蓄積されたデータ・経験をもとに、よりよい災害支援活動のための研究・提言を行う。	

2. 平常時における各支部の役割

大項目	小項目	具体的方法	備考
情報管理・ 関係づくり	①都道府県や市町村などの情報の集約	・各都道府県の災害支援に関する情報および精神保健福祉情報について集約。	災害時に活用あるいは提供できるようにまとめておく。
	②都道府県や市町村など行政・地域関係機関との連携・情報交換	・各種会議や研修会へ積極的に参加し、必要な関係作りを図る。 ・場合によっては、自治体、関係機関等と協定を結ぶことも検討する。	各支部において平常時から、災害対策への意識づけを行っていく。
	③都道府県等の防災計画の把握	・都道府県等の防災計画を把握し、必要に応じ意見具申を行う。	
	④他地域との連携	・隣接する都道府県、ブロック内、遠隔地などの支部と、必要に応じた連携を図る。 ・各地域での災害対策の情報や研修の案内を、災害対策委員 ML 等を利用し、他地域とも共有する。	
災害への備え	⑤支部災害対策計画の作成	・災害対策委員を中心に、地域性もふまえて、計画を作成し、都道府県協会と共有する。 ・必要に応じ、災害対策計画を見直す。	地域において実効性のある連絡網を整備する。
	⑥災害対策委員の配置、本協会への登録	・各支部内で、異なった保健福祉圏域に所属(または居住)する複数名の災害対策委員の配置を促進し、把握(登録)する。	支部内での災害支援活動の普及・啓発の推進役。 災害対策委員 ML を利用し、本協会や他支部との連携を図る。
	⑦災害支援研修の実施	・研修において、災害への意識喚起に努め、知識・技術の獲得、構成員間の顔の見える関係作り等を図る。 ・地域によっては、隣接する支部と連携し、必要に応じ、合同研修についても検討する。	研修内容等については、必要に応じ、本協会が持つ委員会に相談する。

3. 災害時における本協会の役割

大項目	小項目	具体的方法	備考
本協会災害対策本部の設置	①情報の収集	<ul style="list-style-type: none"> ・会長、事務局長、災害担当理事は都道府県支部長、災害対策委員等から情報収集する。 	
	②本協会災害対策本部設置に関する協議	<ul style="list-style-type: none"> ・会長、副会長、事務局長、災害担当理事は、災害発生から 24 時間以内に連絡を取り合い、災害対策本部設置についての協議を行う。 ・設置決定の目安は、 <ul style="list-style-type: none"> a) 厚労省など関係行政等から支援要請があった場合。 b) 本協会独自で支援活動を組織化し実施する必要があると会長が判断した場合。 ・直ちに災害対策本部設置を要さない場合においても、事務局および災害担当理事が、各支部の被災情報、復興情報等の収集に努め、必要に応じ支援について検討を行う。 ・被災等により事務局内に本協会災害対策本部の設置が困難な場合は、あらかじめ決定していた代替地に設置する。 	
支援活動実施のための被災状況に関する情報収集および情報発信	③被災情報に関する情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・本協会災害対策本部は、精神障害者の福祉・医療・生活に関する資源の被災状況、緊急支援の必要性、人的資源の充足度、被災地住民のメンタルヘルス面などについて情報収集する。 ・本協会災害対策本部は被災地に赴くことを基本とし、災害担当理事、担当委員会の委員等を被災地に派遣することにより実際に状況を確認し、速やかに情報を収集し対応を検討する。 ・把握された情報は事務局がまとめ協会ホームページに随時掲載するなど支部および構成員に発信する。 	

大項目	小項目	具体的方法	備考
	④支部構成員の安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・被災支部、災害対策委員等の協力を得て、被災状況の確認と併せて支部構成員の安否を確認する。 ・被災により支部による安否確認が困難な場合は事務局および他支部が行う。 ・事務局は被災状況とともに構成員の安否状況を集約し、協会ホームページ等を通じ支部および構成員へ発信する。 	被災都道府県の精神保健福祉士協会等から要請がある場合、当該都道府県協会等の会員についても安否確認の対象とする。
義援金窓口の設置	⑤義援金の募集	<ul style="list-style-type: none"> ・事務局が義援金窓口を設置して募集にあたる。 ・義援金の使途は、本部・支部による支援活動および被災地・被災構成員への見舞金等とする。 	
厚労省等へ協力の申し出、関係機関・職能団体との連携	⑥厚労省等への協力の申し出	<ul style="list-style-type: none"> ・本協会が厚労省等の活動への協力が可能である旨の意思表示を、関係部署に行う。 ・協力要請に備え、派遣要員の確保を行う。 ・要請がない場合にも、独自の支援活動に関する検討を行う。 	
	⑦関係機関・職能団体等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関・職能団体等と情報交換を行い、必要に応じ連携する。 	
	⑧構成員派遣要請	<ul style="list-style-type: none"> ・行政等からの要請、または支部災害対策本部から構成員派遣要請があった場合は、支部と綿密に連絡調整の上、現地へ構成員派遣を行う。 ・本協会災害対策本部が独自に必要と判断した場合には派遣について支部と検討する。 	

大項目	小項目	具体的方法	備考
支部災害対策本部からの派遣要請に対する本協会での派遣調整	⑨構成員派遣時の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・本協会からの構成員派遣にあたっては、派遣可能な構成員の登録者名簿を作成し、現地の要請に基づき派遣の調整を行う。 ・支部災害対策本部と連携し、変化する現地情報を把握した上で、活動内容の検討を行う。 ・支部災害対策本部と協議し、派遣する構成員の宿泊先、現地での交通手段を確保するなどのほか、連絡・相談窓口を設置する。 ・派遣した構成員の所属する支部に派遣に関する情報伝達を行うとともに、所属支部と連携して派遣活動中・後のフォローを行う。 ・派遣した構成員に報告を求め、支援内容についての検討を行うとともに支援記録として保管する。 	災害が複数の都道府県にまたがる場合は、被災した支部で災害対策本部設置を検討することになり、本協会からの派遣も複数箇所となる可能性がある。状況に応じて事務局は派遣要員のコーディネート機能を強化・拡充して対応する。
	⑩必要時の隣接支部への応援要請	<ul style="list-style-type: none"> ・現地の判断を優先し、支部災害対策本部より緊急に隣接支部への応援を要請した旨の報告があった場合、速やかに応援要請を受けた支部との連絡・連携を図る。 	
復興状況に関する情報収集と本協会災害対策本部の解散	⑪本協会災害対策本部の解散	<ul style="list-style-type: none"> ・復興状況等から、本協会災害対策本部継続を不要と判断した場合には、被災支部と協議の上、解散する。 ・災害の規模や種類によっては、中・長期の新たな支援体制を構築する。 	
報告・情報の整理	⑫関係団体への報告	<ul style="list-style-type: none"> ・本協会災害対策本部解散後、被災状況・復興の経過や本協会の活動を関係団体へ報告する。 	
	⑬支援活動に関する情報の整理	<ul style="list-style-type: none"> ・災害支援のあり方の継続的な検討のために本協会・支部の支援活動の情報を整理する。 	

4. 災害時における各支部の役割

大項目	小項目	具体的方法	備考
支部災害対策本部の設置	①情報の収集	・支部は、災害対策委員等から被災情報を収集する。	支部災害対策本部が情報収集と判断の中核となる。災害が複数の都道府県にまたがる場合は、被災したそれぞれの支部で設置を検討する。 局地的、地域限定的な災害も想定され、支部災害対策本部設置を要さない場合においても、被災情報等の収集に努め、支援について検討する。
	②支部災害対策本部設置に関する決定	・支部長は、災害対策本部設置に関する決定を行う。 ・設置決定の目安は、 a)行政等から支援要請があった場合。 b)支部独自で支援活動を組織化し活動をする必要があると判断した場合。 ・直ちに設置の判断がつかない場合は、継続的に被災情報等を収集し、検討する。 ・被災等により設置が困難な場合は、本協会に連絡し、協力を要請する。	
	③災害対策本部の設置	・災害対策本部を設置した場合には本協会に報告する。	
支援活動実施のための被災状況に関する情報収集	④被災状況に関する情報収集	・支部災害対策本部は行政の障害福祉担当部署や支部構成員等の協力を得て、精神障害者や保健・医療・福祉機関の被災状況を確認する。 ・災害対策委員は可能な限り被災地に足を運び、実際に状況を確認する。 ・支部内の情報を収集し、必要に応じて本協会へ報告し支援の検討・調整を行う。	精神障害者の福祉・医療・生活に関する資源の被災状況、緊急支援の必要性、人的資源の充足度、被災地住民のメンタルヘルス面などについて情報収集する。
	⑤支部構成員の安否確認	・支部構成員の安否確認と併せて被災状況の確認を行う。	
隣接支部への応援要請	⑥必要時の隣接支部への応援要請	・緊急に隣接支部からの応援が必要と判断した場合は、速やかに要請する。 ・本協会災害対策本部との事前協議は要さないが、事後速やかに報告する。	
行政への協力の申し出	⑦行政への協力の申し出	・支部または本協会の協力が可能である旨を、行政の障害福祉関係部署に行う。	

大項目	小項目	具体的方法	備考
関係機関・職能団体との連携	⑧関係機関・職能団体との連携	・関係機関・職能団体との情報交換を行う。	
本協会災害対策本部への構成員派遣要請および構成員派遣受入時の調整	⑨構成員派遣要請	・行政からの要請あるいは支部災害対策本部が必要と判断した場合は、直ちに本協会災害対策本部に構成員派遣要請を行う。	
	⑩構成員派遣受入時の調整	・本協会災害対策本部との連携を密に調整を行う。 ・構成員派遣が不要と判断した場合には、直ちに本協会災害対策本部に派遣中止の連絡を行う。	
復興状況に関する情報収集と支部災害対策本部の解散	⑪支部災害対策本部の解散	・支部災害対策本部設置の継続を不要と判断した場合には、本協会と協議の上、解散する。 ただし災害の規模や種類によっては、中・長期の新たな支援体制を検討する。	
報告	⑫本協会への報告	・被災状況・復興の経過や支部災害対策本部の活動等を本協会へ報告する。	



Column.1

被災地支援の心構え



日本精神保健福祉士協会主催のソーシャルワーク研修「精神保健福祉士による災害支援活動」等にてこれまで伝達してきた被災地支援の心構えは下記のとおりである。

- ①現地の言葉や文化に関心を持ち、様々な情報を把握しておく。
- ②MHSWの経験、所属等により得手・不得手があることを理解しておく。
- ③どんな立場で支援活動を行うのか、役割と目的を明確にしておく。
- ④支援者は二次受傷者となりうることを理解し、セルフケアを大切にす。
- ⑤支援に向かう前に、家庭や職場の理解を得ておく。
- ⑥現地に負担・迷惑をかけないために、衣食住含め、自己完結を心掛ける。
- ⑦不備な事への批判ではなく、現地支援者の協力者である視点を持つ。
- ⑧迷惑にならないコミュニケーションを心掛ける。
- ⑨現地の方々が日常の生活スタイルに戻れるよう特別な状況を長引かせないというような視点を持つ。
- ⑩次に繋がる支援者へバトンをどう渡すか、フェードアウトを意識して活動する。

次に、外部支援者がしてはいけないことについて東京都立中部総合精神保健福祉センターの「災害被害者を支援する人の基本的態度と技法」より引用する。

- ①援助の相手に対して、こう考えるべきだと指図したり、相手の感情を批判したり非難したりする。
- ②意欲のなさを非難したり、場違いで過度の励ましを行う。
- ③話を聴かず、支援者の用件を優先させる。
- ④自尊心を無視して、権威的な態度や恩着せがましい態度をとる。
- ⑤感情に巻き込まれ、過度の哀れみや同情によって行動する。
- ⑥責任を肩代わりして、自分が何でもやってあげようとする。

被災地支援の心構えを端的に表すなら「害を与えない」「支援者支援」「セルフケア」であるが、東日本大震災の災害支援の現場では、数々の善意の迷惑支援者の有毒性が問題になった。精神保健福祉士としてもち合わせている経験値や専門領域へのこだわりが、批判、激励となって表出し、現地支援者の精神的負荷となった事例がある。また、人としての使命感や思想信条が、過干渉、権威性となって露出し、ありがた迷惑行為の典型として語り草になってしまっている事例もある。さらには、調査・研究・教育目的で東北 3 県にかかわってくるおびたしい数の団体からの要求が現地支援者を疲弊させ続けているという指摘もある。改訂版ガイドラインに敢えて負の事例を記述するのは、専門職である以上同じ過ちを繰り返すことは許されないからである。数々の失敗事例が示唆しているのは、自らの立場性を退け、相手の立場に立ってかかわることの難しさと大切さである。

参考：MHSW災害支援ハンドブック／公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2024 年能登半島地震 被災地支援事業／2024 年 4 月

Column.2

被災地支援に持って行くもの

東京精神保健福祉士協会災害ボランティア委員会(以下当委員会)では、2005(平成17)年にリーフレット「災害支援に出かける人のために…」を作成した。災害支援に関するメンタルヘルスマニュアルである。当委員会(現・災害支援ソーシャルワーク委員会)では東日本大震災を機に内容を見直し、2013(平成25)年に改訂版リーフレットを発表した。改訂版リーフレットより、災害支援に「最低限、携帯すべきもの」というチェックリストに掲載したアイテムを紹介する。

携帯電話と充電器、コンパスと地図、懐中電灯と電池、ラジオ、ライター、自分の食糧、ゴミ袋、タオル

当時の災害支援体制整備委員会では、上記の他に、自分の薬や軍手等も必要であるという意見が出た。他にも必要と考えられるアイテムはあるだろう。大切なことは、災害支援に赴く際は被災している現地に負荷をかけない態度で臨みたいということである。被災地支援に持って行くものを準備する際には、第一に自己完結の決意と覚悟を携帯したいものである。

Column.3

ビブス

スポーツ選手等が使用する、選手を識別するためのベスト、ゼッケン。災害時に支援活動をするチームの多くが着用。メッシュ生地、自治体派遣チームは自治体名、職能団体チームは団体名が背中に記載されていることが多い(例:〇〇県、日本〇〇協会など)。メンタルヘルスを扱うチームは、場合によってはそのことが周囲に伝わらないように配慮をしなければならないこともあり、あえて団体等の名称の入ったものを使用しないこともある。腕章をつける場合も同様である。



支援団体が、避難所や仮設住宅などで支援を行う際、支援者が一定期間で交代しながら継続支援を行う場合、ビブスや腕章でその団体のチームの支援者であることが被災者や避難所責任者、他支援チームに伝わりやすいというメリットもある。

災害支援活動のあり方〔活動例〕について

災害には、①自然災害(暴風、豪雨、洪水、高潮、地震、津波、噴火、その他の異常な自然現象により生ずる被害)、②人為災害(大気汚染、騒音、日照問題などの都市災害、企業活動の環境・健康被害などの産業災害、陸上・飛行機・船舶事故などの交通災害)、③特殊災害(工業災害などの化学、感染症などの生物、原子力発電所の事故による放射性物質、核兵器などの核、そしてテロ)がある。

この災害支援活動のあり方〔活動例〕は、近年頻発しさまざまな分野で対策が講じられている震災(震度6以上)をベースに作成している。また Ver.2 への改訂では、東日本大震災における本協会による支援活動が新たに加えられた。

災害発生から『応急対応期』『被災生活支援期』『生活復興期』と3つの時間軸にわけ、行政関係、医療機関、日中活動系事業所、居住系事業所、相談支援事業所などそれぞれの機関に期待される役割や活動の実際についてまとめている。災害の種類や規模・範囲によって精神保健福祉士の役割も変わり、また、地域との関係性によっても支援方法が少しずつ異なってくることから、精神保健福祉士の役割に限定せず、機関としての活動報告も含まれている。また各機関における東日本大震災での特徴的な支援等も新たに付け加えた。

近年、全国各地で想定を超える災害が頻発しており、そのたびにマスメディアを通じ、私たちは自然の脅威をまざまざとみせつけられることとなる。その時々には“何かしなければ”と強い思いをもつが、災害の発生から時間が経過するとともに、被災地ではまだまだ困難な状況が残され、被災支援者は孤立していく。どこかで新たな災害が起きたとき、少しでも小さな被害に抑えるためには、支援活動が大切な手本となり、それを蓄積していくことが、次の減災に役立つ。日常的に、一人ひとりが自分の事として考えていくことが肝心であり、各支部の研修会等でもこのガイドラインを積極的にご活用いただきたい。



所属機関および時間的経過により変化する精神保健福祉士の活動内容例一覧

活動論(カラー)

領域区分	所属区分	期待されること	活動期間	活動区分	応急対応期	
					各機関・施設の通常利用者	それ以外
行政	市町村・保健所	全地域住民を対象としたメンタルヘルスケアと地域ニーズのサービス変換	発生から復興に至るまでの長期的期間	期待される役割	混沌とした状況の整理 拠点の配置	
				活動の中身	防災計画をもとにした初期対応 被災地状況把握(被災規模・避難状況・ライフライン 等)	
				活動方法	避難所把握や避難所からの要請対応(医療等) チーム体制整備 地元職員等との連携 県対策本部・現地対策本部とのパイパス	
	県精神保健福祉センター	被災地状況に応じたトータル的なこころのケア	発生から復興に至るまでの長期的期間	期待される役割	市町村・保健所からの要請対応	
				活動の中身	防災計画をもとにした初期対応 被災地の情報把握 こころの健康危機管理班始動	
				活動方法	県対策本部設置 被災地への先遣隊派遣・現地状況アセスメント 報道機関への対応	
医療	医療機関	入院を含めたスピード感ある医療対応と緊急時地域医療	緊急混乱期の初期対応に迫われ発生後10日間の活動ボリュームが大きい	期待される役割	入院・外来患者への対応	入院・外来患者への対応 訪問依頼を受け安否状況確認協力
				活動の中身	緊急ニーズ把握 リストアップ 安否状況確認及び配薬	相談受付窓口(社会貢献) 緊急ニーズ把握・回答
				活動方法	投薬・治療・入院のコーディネート アウトリーチ	アウトリーチ → 依頼先に戻す ※いつも以上に依頼と返しをしっかりとる
福祉	日中活動通所型	利用者の福祉避難所的機能	発生から1ヶ月間の活動ボリュームが大きい	期待される役割	福祉避難所機能	
				活動の中身	安否状況確認 安心・安全の確保(人・物)	
				活動方法	情報発信、水食の確保 MHSWのコーディネート(振り分け) 緊急的な個別支援	
	居住系事業所	夜間支援を含めた入所型避難所機能	仮設入居に至るまで	期待される役割	入所者の安全確認	利用経験者の状況確認
				活動の中身	安心安全の確保	安否状況確認
				活動方法	水食確保・施設設備把握	緊急連絡網の活用
相談支援事業所	平常時にサービス利用の無い在宅障害者の支援	発生から2ヶ月間の活動ボリュームが大きい	期待される役割	行政と強力連携 包括的な災害時障害者支援システム構築 ←		
			活動の中身	安否状況確認 緊急ニーズ対応 地域ニーズに応じたコーディネート・マネジメント機能		
			活動方法	協力者を集める 行政と連携して進める 行政コーディネーターとの協働作業 (※一番沢山協力者が入ってくる時期)		

※「こころのケアチーム」については、現在のDPATに完全に置き換えられるものではないが、従前の記載をそのまま残している。

支援論（実践方法や実践技術を指し、所属と時間的経過により内容が変化）

4日目～避難所閉鎖(1ヶ月頃)		仮設入居後～復興まで	
各機関・施設の通常利用者	それ以外	各機関・施設の通常利用者	それ以外
地域ニーズのサービス変換 ニーズ把握とそれに応じた個別支援		被災者の各被災経験に配慮した個別支援	
拠点とアウトリーチの役割分化 ニーズに応じた支援 広報・啓発		孤立者・閉じこもり予防 こころのケア健康教育	
地域・避難所巡回訪問 飲食の確保・入浴などのサービス調整と環境整備 こころのケアチーム派遣検討・依頼 把握した情報や心のケアなどの情報を載せたチラシ作成・配布		仮設(および借上げ)住宅への巡回訪問 コミュニティ作り 定期的な評価	
支援者支援 被災者へのこころの支援		支援者支援 こころのケア普及啓発支援	
こころのケアチーム編成・派遣		地元機関への引継ぎ こころのケアセンター設置	
被災者・支援者のこころのケア 県外チーム・ボランティアなどの外部支援コーディネート こころのケアチームの支援実施と撤退時期などを含めた計画の検討		講演などによるこころの健康教育 こころのケアセンターのフォロー体制整備 支援者の吐き出しができる場の設定 評価と防災計画の見直し	
入院患者への対応 訪問(避難先・自宅)	入院・外来患者への対応	日常業務の遂行と地域貢献	
生活ニーズ把握(心理・社会的) 退院支援	未治療(中断含む)事例への対応	退院支援	・支援者教育(コンサルテーション) ・心理教育 相談会、講演会
住診コーディネート 医療チームが充分になっていない 所への目配り	住診コーディネート	継続支援 訪問指導 連携	地域関係機関との協議
平常機能に戻す		日常化への完全移行	
平常活動に近い		住まい問題への対応	
グループワーク(吐き出し) 生活ニーズの対応 アウトリーチ・ジョイント・ボランティア・カウンセリング 個別ニーズに応じた生活支援 制度サービス、仲介		より丁寧な個別支援 自己決定によりそう支援	
夜間対応	一時避難所(利用経験者)	日常業務への移行	
平常活動に近い	住居支援	入居者への個別対応、仮設住宅へ転居した方への支援	
夜間ボランティア等のコーディネート 体調不良者への対応	個別対応	個別ニーズに応じた支援 関係各機関との連携	
		モニタリング	
生活ニーズへの対応(単身、目立つ人、サービス未利用者) →サービス変換(知:一時預かり、身:入浴) 協力者を有効利用するためのコーディネート 機能分化		最終スクリーニング 平常化への移行(協力者減)	
協力者(外部部隊)を集めての活動 市町村との連携 アウトリーチ データ集計		ケースの引継ぎ アウトリーチ 地域自立支援協議会における活動評価	

災害時における支援活動例

市町村・保健所

(福岡県西方沖地震 2005 年 3 月)

精神保健福祉センター

(福岡県西方沖地震 2005 年 3 月)

医療機関

(石川県能登半島地震 2007 年 3 月)

日中活動系事業所

(石川県能登半島地震 2007 年 3 月)

居住系事業所

(新潟県中越地震 2004 年 10 月)

相談支援事業所

(新潟県中越沖地震 2007 年 7 月)

※P.21～P.77の支援活動例(一部コラムを除く)は、ガイドラインVer.2の記録をそのまま掲載しております。

市町村・保健所

時間軸 応急対応期

Key Word 『被災地状況把握、医療供給』

★ 行政(市町村・保健所)に期待される役割

災害直後の混乱した時期であり、まず安全安心、生活物資の確保が優先される。また救急医療が中心で、こころのケアのニーズはまだ表面化していない時期である。よって、この時期の支援は、こころのケアを念頭に置きながら、生活改善を目指す活動が主として期待される。

まずは被災地域の状況(家屋倒壊等、交通機関や道路状況、ライフラインの被害など)を把握し、被災者の状況や避難場所の確認を行う。日頃から把握している要支援者の安否確認の他に、この災害によって支援が必要になる人の状況も把握する。状況に応じて、一般医療機関や精神科病院の人的・物的な受け入れ体制を確保する。

災害時の地域精神保健活動の拠点を置き、医療救護所の他、こころの健康相談窓口も設置する。さらに被災地ボランティアについて、社会福祉協議会等関係機関と連携し、外部からの応援チームのコーディネートが期待される。

★ 活動の中身

- (1) 被災住民・要支援者の避難状況把握
 - ①日頃から把握している要支援者
 - ②災害時に新たに把握・発生した要支援者
- (2) 医療供給、精神保健福祉体制の確保
- (3) こころのケアに関する初期方針の決定
心の相談窓口設置、常駐スタッフの確保など
- (4) 支援者の確保
外部応援チーム・ボランティア要請など

★ 活動の実際

災害発生時は、被災住民の生命と安全確保のための活動を中心に行う。福岡県西方沖地震(2005年)の際は、福岡市では、全市の避難所における健康管理体制の情報収集、特に大きな被害を受けた地区(玄海島や福岡市西部・東部)についての状況確認を急いだ。直ちに避難所の健康相談を開始し、精神保健や子どものケアについて、フリーダイヤルの相談電話を開設した。

保健所では、救護班・保健活動班(巡回健康相談班、感染症対策班、精神保健医療対策班、生活衛生班など必要に応じて編成)を編成し、要援護者の安否確認を急いだ(各区や民生委員、介護関係の

協力を得る)。また被災者および避難所支援職員からの医療や健康に関する相談を受けた。さらに精神保健福祉係を中心に、避難所巡回健康相談を行った。必要に応じて、けがなども含め医療が必要な方への対応、施設入所等についてコーディネート、感染症予防のための健康教育も行った。

保健福祉活動については、保健所は通常から校区担当制を行っており、校区ごとの地区診断を行い、地域特性の把握に努めている。地域巡回活動の対象については、各区で被害の大きかった地域の特性から優先順位を決定して、巡回の範囲を広げていった。自治会や民生委員、校区社会福祉協議会等と協力して、安否確認が行えた。

時間軸 被災生活支援期

Key Word 『こころのケアに関する地域のニーズ把握、二次的被害予防活動』

★ 行政(市町村・保健所)に期待される役割

この頃は、心身のストレスが表面化してくる時期であり、こころのケアに関する啓発や健康教育、相談窓口の広報活動を実施していく。身体的疾患に対する対策と同様に、精神保健対策の実施が期待される。精神的な高揚状態となり、避難所生活のストレスが高まる。同時に今後の生活への不安も出てくる時期である。

そのため避難所や相談所への常駐スタッフを確保し、要支援者の個別支援を進めていく。相談所へ来た人への個別支援の他、被災地域を巡回し、被災者の生活状況や健康状態の把握に努めていく。他の医療救護班や巡回チームと連携をとりながら活動を行う。

個別支援と並行して、災害メンタルヘルスに関する普及活動(健康たよりや通信の発行など)をタイムリーに行い、被災時に気をつけること(エコノミッククラス症候群、心身の変調、ストレス解消法など)を伝え、相談窓口をより周知していく。

★ 活動の中身

- (1) 地域巡回訪問活動などアウトリーチ活動の組織化と展開
- (2) 災害時メンタルヘルスに関する普及活動
心の健康教育たよりや通信の発行など
- (3) 関係機関との連携、ネットワークの形成
- (4) 地域のこころのケアに関するニーズ把握
こころのケアチーム派遣依頼検討
- (5) 支援体制の構築・運営
外部応援チーム導入とコーディネートなど

★ 活動の実際

この時期は、二次的健康被害予防のための活動を中心に行う。急性ストレス反応が顕在化する時期であり、被災者の居場所確保・こころのケア啓発や個別支援に努める。

福岡県西方沖地震では、福岡市は、各区保健所の後方支援として、情報のとりまとめや情報提供、県や北九州市からの応援調整、各区への応援体制の調整を行った。精神保健福祉センターで、フリーダイヤルのホットラインを引き、こども総合相談センターで「子どもの心の健康相談」を施行した。また避難所である体育館において、健康相談や心の相談コーナー設置、診療体制の確保を行った。仮設住宅が準備される頃であり、入居前の健康状態把握に努めた。

各区保健所は、継続して被災者や避難所支援職員の相談に対応し、特に要援護高齢者や障害者の生活の場を確保(関連施設や市役所等との連絡調整)した。避難所の巡回相談を継続し、治療中断とされないよう支援した。また避難所内の救護所・医療関係ボランティア等との連絡調整(役割分担、かかりつけ医との調整等)を行った。こころのケアチームとしては、他科の医療救護チームとの連絡調整、避難所支援職員や関係者とのカンファレンスを行った。

地域活動として、訪問による健康相談・公民館などでの「震災後のこころのケア等」に関する健康教育を行った。地域役員等の心身の疲労についても注意を払った。

時間軸 生活復興期

Key Word 『各被災経験に配慮した個別支援』

★ 行政(市町村・保健所)に期待される役割

高揚した気分が薄れ、疲労感が出現する時期である。本格的に復興が始まるが、将来への不安が高まってくる被災者も多い。避難所や相談所での健康相談や巡回訪問は継続し、個別支援を続ける。孤立者や閉じこもりとなる人への見守り、予防対策を検討する。引き続きこころのケア健康教育の啓発を充実させ、うつや PTSD、アルコール問題などについても力を入れる。また住民間での立ち直りの格差が生じ、個別支援の継続や被災者同士の連携を支援する。避難所で生活していた住民と自宅等で生活していた住民とは異なる支援が求められる。

支援者のストレスが大きくなる時期であり、支援者向けのこころの健康教育等が必要になってくる。

★ 活動の中身

(1) 健康相談・巡回訪問の継続

要支援者、孤立者等見守り、閉じこもり予防

(2) 災害時メンタルヘルスの視点を含んだ平常活動への移行

こころのケア健康教育(うつ・アルコール・PTSD 関係)

心の健康調査等の実施

- (3) 被災者同士の連携を支援
- (4) 支援者のこころのケア支援
- (5) 支援体制の運用・維持・終結

★ 活動の実際

この時期は、被災住民の健康回復および生活再生への支援を中心に行う。福岡県西方沖地震の際は、福岡市では各区保健所の後方支援は引き続き行い、特に被害が大きかった地区住民については、地域の担当者へ業務の引き継ぎを行った。

保健所は、仮設住宅入居後の支援を行い、訪問や相談の継続・関係機関の情報交換を行った。訪問等による要フォロー者の支援や「こころのケア」に関する健康教育を継続した。

避難所が閉鎖される時期には、少しずつ通常業務に戻っていくが、その際にも震災による健康問題については継続してチェックした。こころのケアチームはうつ病やアルコール依存・PTSD 等の精神的問題を抱えている被災者については、保健所への継続訪問や電話等の個別対応への引き継ぎを念頭において、活動を行った。

支援者のストレスが大きくなる時期である。特に自らも被災者である支援者が休養できるよう、互いに交代して休日を取りながら通常業務を進めた。

Column.4

心理的反応



災害発生直後から数日間は、被災のショックから無感覚、感情の欠落、茫然自失の状態となり、消極的、抑うつ的な気分が続く。**(茫然自失期)**

次に、災害発生の数日後から数週経過する間は、災害の体験を共有し乗り越えてきた被災者同士が連帯感を抱くようになり、被害の回復に向けて共同であたるなど積極的な気分になることがある。

(ハネムーン期)

さらに、災害発生の数週間後から数ヶ月経過する間になると、混乱が収まりはじめ、被災者間に被害や復旧の格差が出始める。思うように復旧が進まない場合に無力感、疲労感が高くなり、虚脱感や怒り、うつ的な気分が強くなる人もでる。けんかが起こりやすくなり、飲酒問題も発生する時期でもある。**(幻滅期)**

災害発生から数ヶ月が経つと復旧が進み生活の目途が立ち始める時期で、気分も安定し生活の立直しに取り組めるようになる。一方、人間関係の変化や転居による新たな土地への不慣れなどの事態が発生し、孤立や自殺が心配される場合も出てくる。**(再建期)**

これらの反応は「災害という非日常的異常事態に対する正常な反応」であり、誰にでも起こりうる反応である。また、被災者に限らず、支援にあたる者にもみられることがある。

精神保健福祉センター

時間軸 応急対応期

Key Word 『医療・精神保健福祉状況の把握、こころのケアシステム構築』

★ 行政(精神保健福祉センター)に期待される役割

災害時は、対策本部の全体を見通したコーディネート機能が重要である。また地域のニーズを聞きながら要支援の判断基準等を定め、期間ごとの支援計画・役割分担等について協議しながら支援体制を構築することが重要である。心の健康危機管理班は、地域住民や市町村その他関係機関から被害状況について情報収集。被災地の精神保健福祉や医療福祉の状況の把握に努め、地域防災計画の医療救護体制と連携して活動を開始する。

災害対策会議を開催し、専門的な立場から現地の情報を分析し、心の健康管理対策の必要性や規模、方法を検討する。その報告を元に、対策の方向性を協議。「ホットライン」開設やケアチーム派遣を検討する。精神保健福祉センターが情報交換やミーティングの場となる。

★ 活動の中身

- (1) 心の健康危機管理班始動
災害状況把握、情報収集
- (2) 心の健康危機管理対策会議を設置
- (3) こころのケア危機即応チームの編成、派遣
- (4) こころのケアホットラインの設置
- (5) 報道機関への対応
- (6) こころのケアのコーディネート事務局

★ 活動の実際

福岡県西方沖地震の時は、まずは初期対策を適切に立てるために、特に被害の大きかった地区の避難所をまわり、状況把握に努めた。中には避難所に入所を希望しない住民もあり、行政の広報が届かない救護支援の課題も残る。被災から数日後に、仮設住宅の設置予定の情報が入り、近い未来の物理的安全と生活の最低保障が住民の落ち着きにつながる。

行政施策に加え、メンタルヘルスに関する啓発を行う。福岡市では、平易な言葉を用いた、災害時の精神保健チラシ(被災者・支援者・医療機関向け)を作成し、避難所をまわる保健師や精神保健福祉センター職員が持参し、配布した。また「健康相談コーナー」を設け、市民病院、こども病院、赤十字病院の医療班と協力し対応した。「こころのケア班」を常設し、その窓口は健康相談コーナーの隣に

置いた。福岡県から、保健師や心理士が派遣され、また大学病院精神科心療内科の専門医が窓口に常駐した。さらにセンター内に無料電話相談「ホットライン」を開設した。

※福岡県には、「福岡県精神保健福祉センター」「福岡市精神保健福祉センター」「北九州市立精神保健福祉センター」がある。ここでは「福岡市」の活動を記載している。

時間軸 被災生活支援期

Key Word 『メンタルヘルスに関する啓発活動』

★ 行政(精神保健福祉センター)に期待される役割

こころのケアチームは、精神科救急に対応することを一義的な目標とする。しばらく経過すると抑うつ反応等の二次性の精神障害の予防に努める。医療救護班や保健所・市町村などと連携をとりながら活動する。

こころのケア活動の中心的役割を担う「こころのケアチーム」の派遣と活動援助を行う。業務が円滑に行えるようにこころのケア対策班を設置し、事務局を精神保健福祉センター内に置く。県・保健所・福祉事務所・児童相談所・大学病院・精神科病院等による精神医療福祉ネットワークを速やかに形成し、地域の状況に応じた対策を講じる。被災者のメンタルヘルスに関する啓発、支援活動に従事する医師や保健師・看護師・心理士・精神保健福祉士・警察・消防・行政・児童関係へのメンタルヘルスに対する助言や支援を行う。

★ 活動の中身

- (1) こころのケアチームの現地への派遣
- (2) 被災者・要支援者のメンタルヘルスに関する啓発
メディア、講演会等
- (3) 関係機関との連携、一般スタッフへの助言・支援
- (4) 避難所での健康調査・訪問調査に関する企画立案

★ 活動の実際

福岡県西方沖地震では、被災2週目から、特に被害が大きかった地区の公民館に住民に集ってもらい、心理教育や面接相談を行った。福岡市精神保健福祉センター職員のみならず、県や北九州市立精神保健福祉センターから精神科医や保健師、心理士を応援派遣していただいた。地震について不安がおさまらない住民に対しては、保健師が継続的な訪問を行った。訪問は保健師が定期的に行ったが、地域の民生委員を核とした近隣ぐるみの声かけも起こった。都市部やマンション住民へは

支援導入がしにくく、ホットライン(被災 8 週目からは通常の「心の健康相談電話」)が活用された。

仮設住宅への引っ越しが決まる頃に、健康面の継続的な支援を保証するために、保健師などが世帯全員の健康状態について、避難所内で聞き取り調査を行った。仮設住宅へ入居後も、健康講話活動や定期的な訪問活動を継続した。

時間軸 生活復興期

Key Word 『支援者への支援、被災者個別支援、こころのケア普及活動』

★ 行政(精神保健福祉センター)に期待される役割

二次性ストレス障害などの心理的反応について、メディアやパンフレットの活用、講演会、さまざまな規模のミーティングを通じて普及啓発を行う。こころのケアチームは、健康調査の結果を踏まえて、精神的な問題を抱えていると示唆された被災者を支援する。生活再建や生活支援は、地元主体の支援へ移行する。地域支援者への引き継ぎを念頭に活動を行う。

被災者同士の連携。支援者の疲労度を把握し、過労や燃え尽き予防対策を講じる。

★ 活動の中身

- (1) こころのケアチームの支援継続と地域の支援者への引き継ぎ
- (2) ケース会議の助言
- (3) こころのケア普及啓発支援
うつ・PTSD・アルコール依存・ひきこもり・自殺予防
- (4) 支援者のこころのケア支援
- (5) うつ・PTSD スクリーニング支援
- (6) 新たなコミュニティの地域分析や支援技術の提示

★ 活動の実際

震災発生直後から住民が仮設住居へ引っ越す頃になると、支援者も精神面での疲れが出てくる時期である。交代で休日を取り、ストレス軽減に努めた。新たに「援助者の心の健康啓発チラシ」を作成し、全市職員や支援者に配布した。休養の必要性を強調し、支援者へも「ホットライン」の活用を促した。

《参考文献等》

● 雑誌論文等

『精神保健福祉』通巻 64 号(特集:自然災害と精神保健福祉士) 社団法人日本精神保健福祉士協会 2005 年 12 月
實松寛晋ほか「2005 福岡西方沖地震から 6 か月後」『精神医学』48 巻 3 号医学書院 2006 年 3 月

● マニュアル・ガイドライン・報告書等

「岩手県災害時こころのケアマニュアル」岩手県こころのケア研究会岩手県精神保健福祉センター2006年3月

「福岡市地域保健福祉活動報告平成17年度」福岡市保健福祉局 2006年11月

「災害時のこころのケアマニュアル2007」長野県精神保健福祉センター2007年

「災害時の心のケア対応マニュアルー福岡県ー」福岡県精神保健福祉センター2007年3月

「仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン」仙台市精神保健福祉総合センター2008年2月

「新潟県中越沖地震におけるこころのケア活動報告書」新潟県精神保健福祉相談委員会 2008年3月

「災害時こころのケアガイドライン」青森県立精神保健福祉センター2008年3月

「能登半島地震におけるこころのケア活動に関する報告書」能登半島地震におけるこころのケア活動調査グループ
2008年3月

「大阪府の精神科救護所活動と事例集」大阪府こころの健康総合センター2008年3月

「災害時の地域保健活動班マニュアル」福岡市保健所長会 2008年3月



東日本大震災における活動の実際



■精神保健福祉センター

東日本大震災時には DPAT は組織されておらず、被災県知事からの要請を受け、厚生労働省は東日本大震災 2 日後の 3 月 13 日に各都道府県の主管課に照会文書を出し、「心のケアチームの派遣の可否について」派遣の可否、派遣開始可能日、派遣チーム可能数の照会を行った。さらに、3 月 17 日には 4 月以降の「心のケアチームの派遣について」照会を実施した。各都道府県は、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師等からなる「心のケアチーム」を編成し、被災県からの斡旋の求めに応じて、厚生労働省が一元的に調整を行い、各地に派遣された。

各都道府県の事務分掌により、それぞれ担当部署が異なり派遣に対する調整を中心に担う都道府県もあれば、構成員として協力した精神保健福祉センターと活動の内容はさまざまであった。埼玉県では県庁の担当部署が厚生労働省と調整を行い、事務担当者として参加。精神保健福祉センターは、精神保健福祉士を、精神医療センターは精神科医と看護師を担当した。両センターは日頃から一体的に活動しており、意思疎通がスムーズに行えた。

自治体派遣職員は派遣先の自治体職員の指示のもと、バックアップの役割を担う。我々のチームが常に意識したのは、派遣先の手足となり「現地の職員を倒れさせない」ということであった。現地の職員が倒れてしまうと、その地域の復興が立ち行かなくなるのである。

阪神・淡路大震災時には兵庫県の精神保健福祉センターから埼玉県に FAX が届き、その FAX 情報を全国の精神保健福祉センターに配信するという中継を行った。被災地精神保健福祉センター機能の一部をバックアップすることも視野に置く必要がある。

Column.5

広域避難者への支援

東日本大震災では、多数の避難者が自県外に避難した。震災から1年後の平成24年3月11日時点で、岩手・宮城・福島からの避難者34万人の内、7万人が県外に避難している。このうち、およそ6万人が福島県からの避難者であり、東京電力福島第一原子力発電所の事故による影響の大きさがうかがえる。

今までの一般的な災害支援とは、被災地支援であり、それは被災者支援とほぼ同義であった。しかし、東日本大震災以降、被災地支援＝被災者支援という図式は自明のものでなくなり、避難を余儀なくされた人を支援する、広域避難者支援という概念が必要となってきた。

広域避難者支援では、避難先地域での支援が重要となってくる。避難先独自の例として、群馬県精神保健福祉士会では、自県内避難所への支援のほか、他の支援団体と共同で設立された「ぐんま暮らし応援会」の避難者の集いに、会員を派遣した。また、福島県が臨床心理士会を初めとした県外職能団体等に委託する支援などでは、電話相談や訪問活動などが行われている。

被災地外の避難者支援では、避難元に戻るか、避難先に住み続けるか、あるいは2拠点での生活が続けるか等、避難者の重大な選択に直面することがある。被災地外という、避難者にとっては孤立しがちな場所において、避難者の自己決定を丁寧にサポートする支援が重要である。

また、長引く避難生活で、メンタルヘルス課題を抱える方々の地域定着支援が困難になっている傾向がある。そのため、避難先および避難元自治体との連携を含む地域精神保健福祉のネットワークが重要である。



医療機関

時間軸 応急対応期

Key Word 『入院・外来患者へのアプローチ』

★ 精神科病院に期待される役割

- ・院内の災害対策本部との連携、院内外の窓口機能
- ・関係機関との連携

★ 活動の中身

- (1) 「院内災害対策本部」と役割分担内容の再確認(広報窓口の一翼)
- (2) 入院・外来患者の相談・窓口機能
- (3) 院外からの問い合わせにおける相談・窓口機能

★ 活動の実際

被災地病院ならば、まずは院内の「院内災害対策本部」と精神保健福祉士の間で冷静な役割分担がなされ、混乱する時期にいかに円滑な連携を保つかが重要と思われる。

「院内災害対策本部」の点検事項では、患者の安全確認(入院患者の安全確認・負傷者への治療・被災状況確認・避難)、診療体制の確保(休診措置・不足している医療スタッフの派遣要請)、職員や家族などの安全確認(勤務可能人員の把握・職員や家族等の受傷状況の確認・帰宅措置・登院要請)がある。また診療時間内の災害ではこれに加え、外来患者の安全確保も必要である。

この時期は「院内災害対策本部」の役割を補充することが精神保健福祉士の行う災害支援活動と考えられる。そのためにも、日常から「病院防災(災害対策)マニュアル」を把握し、精神保健福祉士に期待される支援内容を院内で共有しておく必要がある。

(1) 災害発生後の状況把握

- ・精神保健福祉部門スタッフの状況確認
- ・外部との連絡手段(電話やインターネット、FAX 等)や報告手段(事務環境等)における障害程度の確認
- ・「院内災害対策本部」のミーティングに必ず参加し、部門の現状報告を行い、事前に想定していた役割の再確認とともに必要とされる追加役割を把握する

(2) 入院患者の家族等の安否確認や家族からの問い合わせへの対応

- ・入院患者の状況を把握し、家族との連絡手段を確保(電話・FAX・伝言板など)
- ・入院患者への情報のフィードバックを病棟担当者と連携し実施する

(3) 外来患者やその世帯の安否および病状確認、薬剤提供

- ・外来患者情報(名前・主治医・連絡先・支援機関など)の確保
- ・他の支援機関(訪問看護師・ホームヘルパーなど)との情報共有
- ・病状確認(電話などでの確認がとれない場合は訪問活動を実施)
- ・必要な薬剤確保と提供手段について院内他部署と検討し、連絡調整する
- ・入院が必要な場合のベッドコントロール(オーバーベッドを含め)

(4) 「院内災害対策本部」との分担による外部窓口(医療連携業務の応用)

- ・被災状況および医療供給状況、支援要求内容などを「災害医療情報システム等」を通じ、発信する(医療連携業務における医療情報発信業務)
- ・院内で対応できない病状(負傷・精神症状の悪化など)の患者について、受け入れ機関探し(医療連携業務における転院調整)

事例

石川県奥能登地域は穴水町・珠洲市・能登町・輪島市からなり、そのどれもが高齢化率 30%を超え、震源地の門前地区では 47%にもなる。精神科医療機関は、輪島市門前地区に診療所が 1ヶ所と珠洲市・能登町・輪島市に 1ヶ所ずつ総合病院の週 1 回の精神科外来があるだけで、入院できる機関はない。その環境の中で当院は能登半島地震の発生 1 年前に、精神科がない穴水町に、サテライトクリニックとして週 3 日開設した。

上記状況下で、2007 年 3 月、石川県能登半島地震が発生。震災時に当院は施設機能が残っており、2 日目には本院からの緊急チームが来ていた。クリニックスタッフ・本院チームと患者をリストアップし、健康状態・残薬状況・家屋状況などの確認項目を検討し安否状況確認を依頼した。並行して精神保健福祉士が行政機関と連絡をとり地域ニーズを確認すると「休診日も開院してくれないか」と要請があり、本院と医師の調整を行い緊急開診するなど対応した。安否状況確認が終わった後には併設された地域活動支援センターとの情報のすり合わせを行い、連絡がとれない人への訪問を実施した。また初期に動きを決めていたことで、3 日目に行政機関から避難所訪問の要請があったときには医師と調整し迅速に対応できた。

このような動きを実践するために、普段から院内・院外を問わず他職種・他機関と関係性を築いていることが鍵になる。特に精神保健福祉士が 1 人配置の職場が増え、経験が少ない等の環境がある中では、普段から関係性を築いていると緊急時には連携が迅速に行え、安心して支援することができる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①安否確認や配薬等の個別支援を含めたアウトリーチ
- ②クリニック等の少人数配置の医療機関における体制整備支援
- ③被災経験者による今後の方向性などの助言

★ 精神科病院に期待される役割

- ・診療機能の平常化と身近な地域への精神保健サービス展開・地域貢献

★ 活動の中身

- (1) 日常業務への移行
- (2) 避難所・こころのケアチームなどからの往診や外来受診依頼への対応
- (3) 新患受け入れ(未治療・治療中断ケース)
- (4) 精神保健に関する情報提供サービス
- (5) 生活再建に向けた情報提供サービス
- (6) 支援者支援

★ 活動の実際

- (1) 日常業務への移行
 - ・「院内災害対策本部」と状況を共有しつつ、日常業務に移行するうえで発生する二次的問題に目配りする
 - ・入院患者の家族および外来患者、医療中断者への連絡調整を継続し、カルテへの記載をすすめる
 - ・スタッフの休養のため業務ローテーションを図る
- (2) 往診や新患の外来受診の相談への対応
 - ・近隣クリニックや避難所の状況を問い合わせ、所属医療機関に対するニーズを把握する
 - ・受診歴のない患者のニーズに対して、院内で協議し、提供できる支援を返答する(日常業務における「受診相談」の流れを応用する)
- (3) 入院が必要となった新患受け入れへの対応
 - ・災害により保護者不在となったケースに対しては行政機関に相談する
- (4) 精神保健に関する情報提供サービス
 - ・院内外への啓発チラシを配布、相談窓口としてあらためて紹介する努力
 - ・病棟看護師とともに入院患者に対する心理サポート(簡単なレクリエーションの実施など)
- (5) 生活再建に向けた情報提供サービス
 - ・被災状況によって申請要件の拡大や追加などが変化し、最新情報が伝わりにくくなることを認識しながら行う
 - ・生活再建のための各種申請や手続き情報(罹災証明、仮設住居の申込、被災給付金申請な

ど)を把握し、ニーズに沿った情報提供を行う

(6)支援者支援

- ・地域で不足している医療チームの派遣依頼を院内災害対策本部と協働し、調整する

事例

石川県能登半島地震の支援では、7日目に振り返り、緊急体制からオンコール体制に変更した。同時に従来アウトリーチを積極的に行ってきたが、職員数が少なくこころのケアチームが活動していたことから要請対応に切り替える。さらに記録書式をこころのケアチームと統一して情報を共有し、連携がとりやすいよう対応した。また避難所の高齢者を受け入れることになった高齢者施設から訪問診療の要請があり、医師と調整して訪問し、患者だけでなく支援者支援もともに行った。10日目を過ぎると被災後の不安の訴えが減少し19日目には院内災害対策本部は終息した。石川県ではこころのケアチームの行き帰りにベテラン精神保健福祉士に何度も来ていただき「高齢者を(所属する病院で)いつでも受け入れるから大丈夫」などと話してくれることで、安心して支援を行えた。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①緊急相談窓口の体制を維持する支援
- ②アウトリーチによる個別支援
- ③機能が残存している医療機関のネットワークを活かした包括的支援
- ④休養のための支援者支援

時間軸 生活復興期

Key Word 『広域、アウトプット、地域貢献』

精神科病院に期待される役割

- ・日常業務の遂行と退院支援
- ・データ集積と分析
- ・支援者支援と地域住民への精神保健活動

活動の中身

- (1) 日常業務の遂行
- (2) 入退院の支援
- (3) 記録およびデータ分析
- (4) 支援者支援と連携強化
- (5) 地域住民への心理教育

★ 活動の実際

- (1) 日常業務の遂行
- (2) 入退院の支援
 - ・緊急避難的に入院を受け入れた患者に対する退院・転院調整
 - ・他の医療機関へ依頼した患者の受け入れ調整
 - ・仮設住居および復興期間中のニーズに基づく入院受け入れ
- (3) 記録およびデータ分析
 - ・発生から現在までの相談内容や実施内容、状況などを記録にまとめる作業
 - ・データ分析に基づき、マニュアルの見直し
- (4) 支援者支援と連携強化
 - ・支援者への教育とフォロー(振り返りや吐き出しの場の設定)
 - ・近辺の民生委員や行政担当者との交流を通して、地域における災害ネットワークを強化する取り組みに協力する
- (5) 地域住民への心理教育
 - ・ストレス状況下におけるメンタルヘルスについて、地域で企画される会合に協力

🌸 事例 🌸

この時期になると医療機関は平常機能に移行している。一方で継続して退院支援は行われ、他の医療機関へ依頼した患者を受け入れるなどの調整が行われる。また仮設住居入居後はこころのケアハウスが設立され保健師が対応することが多く、保健師からの要請対応や支援者へのかかわり方などを伝えていくなどの支援者支援も求められる。支援者だけでなく地域住民に対しても講演会を開くなど心理教育を実施することが求められる。上述した内容を実施するためにも各機関や地域と連携する体制が必要になる。さらにこれまでの記録などをまとめることで、平常時からの連携体制を整えることができ緊急時の備えになる。

この時期は当院も完全に平常業務を行っており、データ分析などを行っていた。相談者を年齢別に見ると60歳以上が30%を占め、18歳未満が5%で18歳から60歳までが65%となる。また疾患別に見るとF4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)が40%を占め、F0(症状性を含む器質性精神障害、認知症)は10%となる。さらに主訴内容を見ると不眠・不安が最も多く見られた。冒頭で述べたように高齢化率が高い地域性もあり、今後の対応を検討する必要がある。また不安・不眠などの相談を受けたときに、治療に結びつけるか傾聴か継続支援かなどで迷うこともあり、どのようにトリアージしていくかを検討している。連携については、平常から高齢者施設と協力関係を結び往診をしたり、民生委員や保健師などと連携したりしている。さらに自立支援協議会などを通じて横のつながりを強化している。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①これまでのかかわりを鳥瞰図的に振り返り、吐き出しの場を設定する
- ②記録およびデータ分析

東日本大震災における活動の実際

■医療機関

病床を持たない精神科医療機関(以下診療所)においては、東日本大震災直後、来院患者及びスタッフの安全確保を行った後、帰宅が可能な患者の帰宅支援や来院していない通院患者の安否確認等を行った。訪問看護を実施している診療所では、渋滞の中時間をかけて訪問し、その安否を確認した例もあった。災害時において一人暮らしであったり、日頃から援助希求が困難な患者の安否確認には、十分な配慮が必要である。また、帰宅困難な患者のため、待合室等を開放して、宿泊に供した例もある。デイケアに併設されたキッチンが食事の提供に役に立ったという話も聞く。一方、有床の精神科医療機関(以下病院)においては、入院・来院患者及びスタッフの安否確認の他、建物の倒壊や避難指示により入院が継続できなくなった患者への対応が急務となった。退院が可能な患者は自宅退院となったが、転院を余儀なくされた患者の中には、何日もバスに揺られて県外の病院に転院をせざるを得なかった例もある。一方、被災地の病院では、他の医療機関からの入院調整に忙殺された。転院が集中した医療機関では、患者の氏名等も分からないまま入院を引き受けた場合もあった。転院元病院の中には、患者にカルテを持たせる、シーツを切り貼りして患者の服に名札を縫い付けるなどの工夫をした例もあった。病院間の援助協定、オーバーバットを想定しての場所の確保など、機能の限界に対処するための備災が東日本大震災からの教訓であるといえよう。



日中活動系事業所

日中活動系の施設として、障害者総合支援法での自立訓練・就労継続・就労移行・地域活動支援センターなどの事業所を対象とする。

時間軸 応急対応期

Key Word 『福祉避難所機能における安心・安全の確保』

★ 日中活動系事業所に期待される役割

施設が開所しているか閉所しているかで、初めに取り組むことが変わってくる。

開所中	閉所中
今いる利用者たちをどうやって支援するかが考えられる。また同時に来ていない人の安否状況確認などの支援も行われる。まず初めに利用者たちの安否状況確認が行われ、その後の支援内容は施設機能があるかどうかによって変化してくる。	所属機関のマニュアルなどを確認しながら、利用者の安否状況確認を行う。同時に設備機能を確認し、支援の拠点として利用できるかどうかを把握する。そのうえで機能しない場合は、代替となる場所の確保も求められる。



施設が機能しない場合 (建物が被災している状況)	施設が機能する場合 (建物が被災しておらず、通常通り利用できる)
避難所への誘導など利用者の安全確保のための支援を行う。そのうえで帰宅支援や帰れない人たちへの支援が求められる。また利用者の安心を考えるうえで“いつもの居場所”が必要になり、施設機能回復が期待される。そこで車1台または公民館・避難所などたたみ1畳からでも集まれる場所・相談できる場所を確保していくことが期待される。	利用者の安全を確保したうえで、帰宅支援が行われる。各家庭の状況を確認し帰宅先が安全かどうかを把握し、同時に帰り道や移動手段などの情報も把握する。自宅に戻ることが困難な利用者に対しては避難所の確認や、夜間の緊急的な居場所として施設を開放するかなど福祉避難所について所属機関と調整するなどのコーディネートが求められる。そのうえでさまざまな選択肢の中から、利用者にとってより安全で必要なサービスを検討していく。

★ 共通事項 ★

この時期は情報が錯綜し混乱期にあるため、正確な情報を把握することが鍵になる。その中で利

用者の安否状況確認、帰宅のための情報収集、帰宅できない人たちの薬の確保・金銭・保険証番号・食事の確保など、何を把握すべきなのかを障害特性や今後の支援も含めて考える必要がある。このとき、精神保健福祉士だけでは動けないので、他の職員がコーディネートできるような確認項目を設定することが、本人支援にとって有効であり他の職員との効果的な連携にもつながる。その中で緊急ニーズを把握し、医療機関・避難所等各機関と連携し本人にとって必要なサービスをコーディネートしていくことが期待される。

利用者にとって、各サービス事業所は普段から日中の居場所としての役割がある。そのため災害発生後から早急に、利用者たちが集まれる場所の確保が役割として期待される。そうすることで顔なじみの支援が活かされ、利用者の安心・安全の確保につながる。

利用者・職員の安否状況や設備の被害状況等を把握したうえで、3日目頃の小康状態になり始めたときに必要な支援などを外部へ情報発信し協力を得ることも必要になり、外部支援のコーディネートも期待される。

★ 活動の中身

- (1) 利用者の安否状況確認および緊急ニーズへの対応
- (2) 福祉避難所機能による安心・安全な場所の確保
- (3) 現状をもとに今後の方向性の検討

★ 活動の実際

災害発生後のストレスフルな環境下で、自分の居場所が大丈夫かと見に来るなど、安心を求める利用者が多く見られる。そのため発生から3日目までに、安心・安全の場所の確保のためによりスピーディーな動きが求められる。平常時から所属内で災害時の打ち合わせや訓練等を行うことにより、スムーズに動くことができる。

障害者総合支援法下の事業所の中には市町村と委託契約している場合がある。その関係性を活かしながら支援を展開することで迅速に対応できる場合もあるなど、普段からのネットワークが鍵になる。

2007年3月の石川県能登半島地震は、地域活動支援センターの閉所日に発生し、施設機能が残された状況の中で震災の対応を始めた。機能があり、スタッフも全員無事で集まれたため、即座に利用者の安否状況確認を始める。その時に委託市町村とも連携していくことでより迅速に行うことができた。また市町村より協力依頼を受け避難所巡回等を行うなど、緊急ニーズに応じて個別支援を行うこともできた。安否状況確認後には委託先市町村にフィードバックすることで情報を共有する。また同時に機能を活用し施設を日中開放することで利用者が集まる憩いの場を提供することができた。これらの動きを実現するために精神保健福祉士は震災経験者等にアドバイザーをお願いし、助言をもらいながら進めることでより迅速な対応ができた。

このように利用者の安否状況確認、安心・安全の確保、外部支援のコーディネートを実施するうえ

で普段からの関係性を活かしながら迅速に対応していくことが必要になる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①安否状況確認・帰宅支援などへの協力
- ②事業所の片付けと復旧の協力、機能していない場合には新しく始めるための準備
- ③居場所に来た人への対応や電話対応などができるような体制を回復するための支援

時間軸 被災生活支援期

Key Word 『平常機能への移行開始』

★ 日中活動系事業所に期待される役割

施設が機能しない場合 (建物が被災している状況)	施設が機能する場合 (建物が被災しておらず、通常通り利用できる)
3日目までで述べたように、まずは利用者・職員ともに安心を確保するために、スペースを借り拠点(ベース)を作ることが期待される。場所としては避難所やおおぞら教室、公民館などの地域資源などを借りていくことで、たとえ小さな場所でも、利用者にとっては大きな後ろ盾になる。また集まる場所を作ることによって利用者同士の支えあいにもつながることになる。次に臨時に開始したことを知らせるための広報がポイントとなる。安否状況確認時にあわせて行う。	左記と同様に施設の存在を知らせるための広報が必要となり、安否状況確認や避難所でのチラシ配布などで知らせていくことが必要となる。そうすることで日中の居場所としての利用につながる。

★ 共通事項 ★

拠点を確保することで SOS のアクセスができる場所としての役割が期待される。その中でこの時期では緊急ニーズから生活ニーズが多く出始めるため、アウトリーチやスクリーニングで把握し、個別ニーズに応じた生活支援が期待される時期でもある。しかしながら職員の疲労などで対応しきれない場合があり、相談支援事業所などと連携をすることで利用者の生活を支援することができる。またこの時期にはアウトリーチにより、来られない人への支援も期待される。

ライフラインの普及・避難所閉鎖の時期が近づくにつれ、利用者支援としてこの時期は特にピアのつながりが鍵になり、グループワークによる吐き出し作業が重要になる。また事業所として引き際の調整をするなど、機能や環境の平常化への移行も検討する必要が出てくる。

★ 活動の中身

- (1) ピアのつながりによるグループワーク
- (2) 個別の生活支援
- (3) 平常機能への移行

★ 活動の実際

日中活動系のサービスは利用者の横のつながりが強く、その関係性を重視し吐き出しなどのグループワークをすることで、ピアの維持・増大を図り、本人の安定や安心につなげていく。地域活動支援センターは、避難所で“不適応”とされた障害者について、家族が日中片付けをする際の一時的な預かりなど、新しい利用者たちの居場所としても利用されることがある。また就労継続支援などの施設では通常の活動メニューを開始するところが出始めるなど、各事業所が置かれている地域状況やサービス内容により異なる。

個別の生活ニーズに応じたアウトリーチ等の生活支援などが行われる。その中で総合的・包括的に支援するために他機関との連携が鍵になり、機関の機能の広報(ホームページ・チラシ配布)により情報提供するだけでなく、関係各機関からの情報を収集し共有することで、より円滑に支援ができる。また機能している施設から機能していない施設への応援も可能となり、同じ系統の事業所同士であれば経験があるためよりスムーズに支援が行える。普段からかかわりを築き顔が見える関係性をもつことで、連携がスムーズに行える。

上述のように、日中活動系にとってこの時期が一番ボリュームのあるときであり、生活支援、ピアな関係の維持・増大、平常な事業内容の再開、関係機関とのジョイント・バイパス、外部支援のコーディネート、スクリーニングなどその内容も多岐にわたる。その中で利用者にとって安心できる環境にいち早く戻すことが最も大事になる。ボリュームが多い中で全体を見ながら終息に向けてサービスを縮小し、平常機能に戻していくことが必要になってくると考えられる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①本人にとって必要な生活の支援(家屋整理など)
- ②同じ系統の事業所での経験を活かした支援
- ③体制を維持する支援(電話対応、来所者対応など)
- ④対応するスタッフが燃え尽きないように、お互いに休めるような支援者支援

★ 日中活動系事業所に期待される役割

仮設住宅に入居する頃には各サービス事業所では平常時の事業内容の実施が中心になっており、震災に特化した対応は終息を迎えていることが多い。だが個別の相談は継続しており、ニーズに対するよりきめ細やかな生活支援が期待される。その中で各種制度の支援・住居支援などについて相談支援事業所や地域活動支援センター、行政機関等と連携していくことが必要になる。

細やかな支援をするためにはスタッフが元気・余裕をもたなければできないことである。そこで職員の吐き出しを行い、休息がとれるような体制をとることも必要になる。

そのうえで終息前には最終的なスクリーニングを実施し、支援が必要な利用者がいないかどうかをチェックしていくことで、利用者の自己決定に寄り添う充実した支援が可能となる。また同時に記録・日誌等をまとめる時期であり、今までの活動を次に活かすことにつながる。

★ 活動の中身

- (1) 自己決定に寄り添う個別支援
- (2) 平常機能への完全移行
- (3) 職員の休息の確保

★ 活動の実際

被災の規模などにより異なるが 2007 年 3 月に発生した石川県能登半島地震では1ヶ月が経過した頃にはこころのケアチームが終息し、各事業所も平常機能に移行していた。今までの疲れや緊張状態、仮設住宅への引越しなどによる環境の変化がある中で、利用者の居場所があることは大きな意味をもち、実際に利用者の数は被災前に比べ増加した。また平常化は、関係各機関の機能回復によるネットワークの充実だけでなく、職員の心の余裕にもつながり、仮設入居から復興までのあらゆる相談に対処でき、自己決定に寄り添う丁寧な支援にもつながると考えられる。

この時期は総合的な評価を行う必要がある。記録や日誌等からうまくいったこと、課題点などを文章化などによりまとめ・データ化することで他の職員と共有でき、苦しみや喜びを分かち合えることで職員の吐き出しになる。そうすることで自身の振り返りができ、経験として積み重ねられ技能向上につながる。またそのデータから有事の際の行動を検討することで全体の防災意識が向上し、災害時の迅速な対応につながる。災害時には平常時以上のことはできないため、この時期の評価・振り返りが重要になる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①利用者の安定した生活に向けた個別支援
- ②震災対応した職員が思いを吐き出せる場の設定などをコーディネートする支援
- ③集めた情報のデータ化



東日本大震災における活動の実際



■日中活動系事業所

自立訓練、就労継続、就労移行、地域活動支援センター等の日中活動系事業所において、東日本大震災後まず求められたことは、利用者の安全確保と安否確認であった。当日利用していない利用者へも電話・訪問等で安否確認を行った事業所も多い。利用者の中にはグループホーム等で単身生活をしている人も多く、中には一人で自宅にすることができないため、事業所にスタッフと共に寝泊まりをすることもあったようである。多くの事業所では、利用者の安否が確認できた後でも、通所や施設利用の安全が確保されるまで、閉所を行った所も多い。事業所機能の回復と、居場所としての安全性の両立で難しい判断を求められることも多かった。また、多くの事業所が市町村と委託契約を交わしていることから、市町村を通じての支援の依頼も多かったようである。事業所の再開と行政への協力等、多忙を極める時期が続いたようである。震災初期の混乱がある程度収まった後に、日中活動系事業所において求められたのは、居場所の確保であった。一般の避難所で適応が困難であったり、震災後の生活の激変に耐え得ない利用者らにとって、通い慣れた居場所の回復は何よりも望まれたことであった。



居住系事業所

居住施設等の範囲を、グループホームと、短期入所(ショートステイ)、宿泊型生活訓練施設、と想定した。なおアパート等での独居生活者や家族の支援が日常期待できない人たちについては次項「相談支援事業所編」を参照。

これらを建物の耐震性および夜間・休日の職員の在、不在を目安に 2 タイプに分けた。

Aタイプ 耐震性家屋、職員在

Bタイプ 耐震性が低い木造家屋、職員不在

時間軸 応急対応期

Key Word 『安全の確保、安心の提供、安眠の確保』

★ 居住系事業所に期待される役割

Aタイプ (耐震性家屋、職員在)	Bタイプ (耐震性が低い木造家屋、職員不在)
・安全の確保、安心の提供、安眠の確保	・安否の確認・当面の行動の指示、安全の確保、安心の提供、安眠の場の確保

✿ Aタイプ・Bタイプ共通事項 ✿

居合わせた職員で、職種を越えて連携、協働して対処

- ・迅速な情報収集・集約・共有
- ・利用者および施設外の機関等へ情報提供

★ 活動の中身

Aタイプ (耐震性家屋、職員在)	Bタイプ (耐震性が低い木造家屋、職員不在)
<ul style="list-style-type: none"> ・避難指示・誘導、安否確認 ・状態把握(けが、心理状態〈恐怖心〉、服装・履物、薬持参の有無等のチェック)と不足している物の聞き取り ・「日中の活動の場」との連絡等による安否確認 ・状況把握(建物内外の大雑把な破損状態の把握) ・居場所の確保(状況により建物内に「生活の 	<ul style="list-style-type: none"> ・安否の確認⇒現場(グループホーム等)へ急行(ファーストコンタクト) ・到着後はAタイプに同じ ・状況(地震の規模、家屋損壊状況)によっては、安全な場所(多くの場合避難所)に誘導。集団移動もあり ・未確認者の確認

<p>場」の確保、食物・水、寝具、冷暖房、トイレなどの確保)</p> <p>・居場所を求めて来所した人の対応・決定 (上司の判断を必要とする事例もあり)</p>	
--	--

✿ Aタイプ・Bタイプ共通事項 ✿

- ・急性ストレス反応に対する対応

✿ 活動の実際

Aタイプ(耐震性家屋、職員在)

地震発生と同時に大声で事態を知らせ、的確に避難すべき場所を指示し、誘導する(地方の場合は屋外に避難)。居室に居残っている人の誘導を含め、安否確認と状態の把握を行い、より安全な場へ誘導する。着衣、履物の確認を行う。

腰の下ろせる場所を確保し、事態(地震の大きさや震源地、被害状況など)の把握に努め、得た情報を伝達して当面の対応策や注意事項を伝え、落ち着いて行動することを促す。

小康を得たら再度一人ひとりの状態と現時点で必要としている物、不足している物を聞き取る。

地震情報や建物の損壊状況、ライフラインの状況、気候条件などを考慮し、次の対応策をとる。

- ・建物の使用が不可能な場合、集団で避難所等に移動する。
- ・建物の使用が可能な場合、生活の場(安全性が最も高く、雑魚寝ができる場所)の確保、食物・水、寝具、冷暖房器具、トイレの確保などを行う。
- ・また個人で不足する物品や薬、外来受診をどうするか、家族の安否確認などのニーズについて対応する。

元利用者が居場所を求めて来所する(日中および夜間のどちらかまたは両方)。このことへの柔軟な対応が求められる。

✿ 事例 ✿

生活訓練施設(20名)、福祉ホーム(10名)
震度6弱(新潟県中越地震)2004年10月

地震発生と同時に全員1階のホールに避難する。精神保健福祉士1名と警備員1名が勤務中であった。入居者の安否を確認する。けが人はなし。電気、ガス、水道がストップし、建物の周辺に複数の陥没箇所があり、危険。しばらくして職員3名が駆けつける。入居者各自の部屋にある食料、薬、着替え等を持ち寄り、1階ホールで就寝する(3日間)。近くのアパートに住む生活訓練施設の利用経験者3名が避難してくる。3日間宿泊する。2日目、電気、ガス、水道が復旧する。3日目、施設内の落下物等の後片付けをする。

日常の避難訓練が効を奏した事例である。

事例

グループホーム(5名)

震度6弱(新潟県中越地震)2004年10月

通所授産施設の2階がグループホームとなっており、5名が入居中であった。土曜日であり職員は勤務していなかった。早めの夕食を済ませ自室でくつろいでいた。震度6弱の大きな揺れであったが、建物の大きな破損はなかった。電気、ガス、水道は完全にストップし、電話も不通になった。

4名はすぐに声を出し合って屋外の駐車場に避難する。1名が熟睡しており地震発生も知らなかった。入居者の1名が余震の合間をぬって建物に入り、避難を助ける。地震発生約30分後、同じ町内に住む職員(精神保健福祉士)が施設に駆けつけ安否の確認と居場所の確保(施設のワゴン車)と寝具の手配、明朝の飲食物の確保、トイレの確保に取り組んだ。

その後、役場の指示により他の住民とともに、自家発電機を有する老人保健施設に避難した。2日目から通所授産施設の集会室で寝起きする。入居者全員の不安が取れるまで10日間連続で職員が交代で宿直する。

Bタイプ(耐震性が低い木造家屋、職員不在)

地震発生時には職員が居合わせても多くの場合1人で対応しなければならない。世話人等の不在時は、携帯電話等であらかじめ決めておいた順位で安否を確認するとともに、グループホーム等に駆けつけて対応することになる。

発生した状況を認知できない人や高齢や身体的事情で敏速に行動がとれない人がいて避難に時間を要したり、避難所への避難を拒む人がいたりして避難や安全確保に苦労が生じる。また騒然とした避難所からすぐ引き返してくる人もいる。異常事態の中、こうした事象に対応していかなくてはならない。職名にこだわらず、居合わせた職員が優先順位の判断をつけ迅速性と柔軟な対応をもって実行することとなる。グループホーム等の規模や複数のホーム(建物)が存在している場合は担当者が連携、協働して対処しなければならない。木造建築の場合、耐震チェックで危険家屋と指定されなくても、余震が落ち着き、ライフラインが復旧するまで寝泊まりすることが難しい場合が多い。また、地盤の関係で住むことが危険な場合もある。日常から避難所等の場所やアクセスを把握しておくことが必要である。

Aタイプ・Bタイプ共通事項

安全の確保と並んで情報を的確に伝えることや、職員の落ち着いた行動、励まし、支持、ねぎらいにより安心感をもってもらうことが重要である。また飲食物の確保、睡眠がとれる場と寝具の確保、暖房の確保、トイレの用意等は最優先事項になる。

地震の恐怖体験の個人差、急激な生活の変化(没個性・共同生活)への順応性の個人差、近未来の不安(余震)への個人差がある。個人差を尊重しつつまとめていくことが肝心である。

救援物資の手配、受け取り、配布等で多忙を極めることもある。

入居・宿泊者の最後の一人が了解するまで職員の宿直支援(複数が望ましい)を行う。

けが人や急性ストレス反応に対しては専門機関、専門家に結び付ける。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ・地震発生と同時に場所、地震の規模、生活に与えた影響等の情報を得る。関心をもつ。
- ・発生地やその近隣に知人の精神保健福祉士の勤める施設等があるかをチェックする。
- ・知人がいたらお見舞いの言辞を述べ情報収集を行う。
- ・自分のできる支援を考える。
- ・状況の中から必要な行動をとる(近距離であれば、支援活動に出向くことも考慮する)。
- ・被災施設(精神保健福祉士)と連絡をとり、要請があれば現地入りをする。
- ・現地の指示に従う(留守番、後片付け、使い走り、書類整理、見守り、話し相手、宿直の手伝いなど)。

時間軸 被災生活支援期

**Key Word 『不安の軽減、生活の日常化へ向けての支援、
状態とニーズの個別的把握と対応』**

地震の規模、家屋の損壊状況によっては、仮設住宅入居の開始が避難所閉鎖よりも先になる場合がある。一部を除いて、2ヶ月くらいまで避難所は存続する。

★ 居住系事業所に期待される役割

Aタイプ (耐震性家屋、職員在)	Bタイプ (耐震性が低い木造家屋、職員不在)
<ul style="list-style-type: none">・安全・安心の確保(余震への恐怖)・食物・水、トイレ、冷暖房、休息の場、日常生活用品等の確保・入浴・シャワーが可能な施設の確保・家屋内外の点検(職員)⇒専門業者後片付け・入居者の個別面接・心身の状態確認、実家の家族の安否、残葉の確認、医療の確保・体調不良者(精神科、内科等)への対応・入居者に対して情報提供(ライフラインの状況、道路・交通事情、医療機関情報、余震予想、サービス情報など)	<ul style="list-style-type: none">・家屋使用の可・不可の判断(管理者。土地家屋調査団体等のコンサルテーション)、家屋の倒壊、地盤のチェック、盗難予防の注意・可の場合、家屋内共用室等の片付け、整理、個室・私物の整理(発生約1週間後)・不可の場合代替物件の確保(法人、事業所の業務)・避難所での生活の確保、当面の身の振り方や、ニーズへの対応、薬・貴重品の保持の確認・状況認知、理由の理解が不十分な人への対応。避難所を出たがる人への対応・避難所等の巡回、避難者への心理社会的

<ul style="list-style-type: none"> ・外部との情報の交換(発信、受信) ・居場所を求めてきた人への場の提供と面接 ・昼間過ごす場所として夜間過ごす場所として状態とニーズの確認・対応 ・利用経験者の安否、状態状況確認と必要な対応 ・複数職員による宿直の継続(入居者全員が安心するまで) 	<ul style="list-style-type: none"> (生活)支援(一住民としての行動が期待される) ・他機関との情報共有、連携、支援の受け入れ
---	--

✿ Aタイプ・Bタイプ共通事項 ✿

- ・個別的ニーズの把握
- ・対応できない事態やニーズについては外部へ支援要請
- ・住環境の変化に対応
- ・情報収集、集約、共有、リアルタイムな情報提供

✿ 活動の実際

「日中の活動の場」が徐々に再開し始める。

Aタイプ(耐震性家屋、職員在)

余震が落ち着き、ライフラインが復旧するまでは、非常時の生活が続く。スタッフはメンバーと協働して食事・睡眠・冷暖房の確保に全力を尽くす。

徐々に共同生活が解かれ個別生活(日常化:およそ発生10日目から)へ戻っていく過程である。日中の過ごし方に工夫を要する。

洗髪や入浴、着替えの要望が出てくる。野戦場的な窮乏生活、雑居、雑魚寝生活のストレス、制限された生活へのやり場のない不満が出てくる。思わぬトラブルも発生しやすい。これらのことへの対応が必要になる。

自力による調理が可能になる状況が復旧の目途になる。

Bタイプからの居場所を求めてきた人たちに対しては、日中は「憩いの場」、夜間は「避難宿泊の場」としての機能が求められる。

Bタイプ(耐震性が低い木造家屋、職員不在)

余震が落ち着きライフラインが復旧するまで、木造家屋で生活する人たちは、そこでの生活が難しい。昼夜の居場所と安寧をなくした人たちは、Aタイプの施設を利用している人、避難所生活の人、常に避難所を出たがっている人、家族や親戚の下に寄宿している人、居残っている人(「死んでもいいからここで寝る」と主張する人)などさまざまである。中には消息がつかめなくなる人もいる。それぞれで、さまざまな課題が出てくる。丁寧な状態や要望の把握とそれへの対応が重要である。グ

グループホーム等に居残った人に対しては、余震の強弱により、そのつど、居場所についての指示が必要になる。

また、余震の落ち着きとともにグループホームに戻る人がでる。居住建物内の片付け、応急手当等には相当の労力が必要でありそのための援助が必要である。

担当職種を問わず、Aタイプと同様少人数で対応しなければならない。

同じ法人内施設・事業所の対応と連携したり、相談支援事業所、地域活動支援センターなどとの連携が必要になる。時にはスタッフの派遣協力が必要となる。

後半は、避難生活からもとの共同生活へ戻ってくる。落ち着きを取り戻すまでの心理社会的な支援が必要である。

事例

グループホーム A 荘(6名)、グループホーム K(4名)
震度 6 弱(新潟県中越地震)2004 年 10 月

同一法人でグループホーム 2 ヶ所、福祉ホーム(Aタイプ)、生活訓練施設(Aタイプ)、地域生活支援センター(Aタイプ)、同サテライト(Bタイプ)を設置運営。グループホームの入居者の中には本地震発生当初から状態を崩した人、着のみ着のまま、薬や貴重品をも持ち出さずに避難所生活を余儀なくされている人がいた。5~7日目頃から体調を崩し始めた人もいた。グループホームの世話人や大家さんだけでは家屋の応急措置、片付け、整理整頓、修繕、入居者の状態の把握、避難所への生活移動支援、その後の避難所訪問(朝夕 2 回)等に手がまわらず、地域生活支援センターの職員、とりわけ精神保健福祉士を中心に対応した。

Aタイプ・Bタイプ共通事項

Aタイプ・Bタイプに共通していることは、今までの生活スタイル、生活ペースとの格差が生じストレスが昂じたり、気持ちの抑圧、不満が高まってくることである。

1 週間くらい経過すると緊急的な対応は落ち着いてくるが、入居者、スタッフとも疲労が目立ってくる。体調不良、悪化はまず身体的なものが現れる。そして精神症状が前ぶれサインもなく急激に現れることも複数報告されている。状態の変化をこまめにチェックし、早期対応することが必要になるので、医療機関と連携していくことが望ましい。場合によっては、同行受診が必要になる。できれば、精神科医師の訪問があるとよい。

余震が弱まり、ライフラインが復旧し、道路事情や交通の便が改善されてくると「部屋の片付け」「仕事・作業」への欲求、「受診」といったことが語られ始める。生活の日常化が心身の回復の手助けをする。回復の速度は個別的で個人差がある。「要見守り者」のスクリーニングを行い継続的に対応する。

絶えず職員間で情報を共有する。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

・地震による建物の被害が大きいと、職員だけでは対応できない。とりわけ B タイプ(グループホーム等)では、相談支援事業所、地域活動支援センター等(新潟県中越地震では地域生活支援センター)と連携、協働して対応しなければならない。相談支援事業所、地域活動支援センターを支援する外部からの精神保健福祉士の支援が期待される。

時間軸 生活復興期

**Key Word 『日常生活の回復・復興支援、健康状態の把握、
日常的・継続的・長期的支援』**

発生 2～3 ヶ月後から避難所閉鎖、仮設住宅入居を経て生活再建、復興へ向けての期間。
日常生活が回復しつつある人と新たな住環境の変化に直面しなければならない人が生ずる。
心理的な回復の程度の個人差がある。

★ 居住系事業所に期待される役割

A タイプ (耐震性家屋、職員在)	B タイプ (耐震性が低い木造家屋、職員不在)
・個別的対応(心理的ケア、生活問題、再発防止) ・入居者以外の来訪者に日中の居場所として提供	・こまめな状態把握 ・時間の経過とともに生活問題が顕在化してきた人への継続支援 ・グループホーム等に住めなくなった人(仮設住宅入居)への長期的支援

✿ Aタイプ・Bタイプ共通事項 ✿

- ・発生 3 ヶ月くらいは災害による危機対応期ととらえた対応(中には、フラッシュバックを中心とした PTSD の出現)
- ・恐怖・不安感の伴う不自由な生活の継続、先行き不安を意識した対応
- ・他の機関との情報の共有、連携

事例

グループホーム P(13 名)

震度 6 弱(新潟県中越地震)2004 年 10 月

入居していた民間アパートが大規模損壊する。入居していた 13 名は避難所に避難する。入居していた民間アパートの再建の目処がなく、避難所生活から仮設住宅に入居する。仮設住宅の一角を急ぎ「グループホーム」として認可してもらう。県内の精神保健福祉士が交替で支援をする。その後 H 精神保健福祉士が設立した NPO 法人設立のグループホームに入居する。

事例

グループホーム第 1K(8 名)、グループホーム第 2K(8 名)

震度 6 弱(新潟県中越地震)2004 年 10 月

木造の旧看護婦宿舎(2 階建)を改造したグループホーム。地震発生直後に停電する。世話人 1 名(女性)が入居者を誘導し、グループホームの空き地に避難する。2 階に住む 1 名が自室に取り残される。日頃から交流のある隣家の男性が余震の合間をぬって建物内に入り誘導、避難させる。しばらくして職員 1 名が駆けつけ、近くの老人保健施設に全員で避難し、一晩過ごす。地震により敷地の崖擁護壁の落下の危険が生じ、入居禁止となる。2 日目の午後、精神障害者入所授産施設 E 荘に移動し、会議室で寝起きする。食事は世話人が老人保健施設から運搬する。11 日目に夕食のみを世話人が作るという旧態に戻す。地震発生 59 日目、第 2 次避難所 N 教会に引っ越す。居室 3 室を確保。7 ヶ月後に改修された K 荘に再び戻る。この間、グループホームの運営委員である親病院に勤務する精神保健福祉士が相談役、コーディネーターとしてかかわる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ・福祉居住施設等における精神保健福祉分野の取り残された課題に、外部とりわけ他都道府県の精神保健福祉士の支援が必要であるという状況は少なくなる。状況に応じて支部単位で対応する。

《参考論文等》

- 酒井昭平「各施設の初期活動と精神障害者社会復帰施設協議会の取り組み」『季刊 地域精神保健福祉士情報 Review』13 巻 4 号(通巻 52 号)精神障害者社会復帰促進センター 2005 年
- 酒井昭平「災害時の施設の役割—『新潟県中越大震災』被災・支援体験の教訓の共有化に向けて—」『精神保健福祉』Vol.36No.4(通巻 64 号)日本精神保健福祉士協会 2005 年
- 酒井昭平「災害時における専門性—精神科ソーシャルワーカー(PSW)としての経験を通して」『作業療法ジャーナル』Vol.40 No.9(特集:災害と生活支援) 三輪書店 2006 年



東日本大震災における活動の実際



■居住系事業所

東日本大震災においては、利用者の身の安全は確保されたものの、生活の場としていたグループホームが全壊してしまい、震災直後から身の置き場を探さなければならないというケースが、かなりの数にのぼった。震災直後は家族との連絡も途絶え、不安になる方も多かった。また、病院も一時的なケアができる余裕がなかったことから、結果的には1日から1ヶ月程度は、多くの地域住民と同じく指定された緊急避難所で過ごす方も多かったようである。多くの避難者と同じく、プライバシーがまったく確保されず身体を伸ばすスペースもない場所で過ごすことになった方のストレスは深刻なもので、巡回型の心のケアチームにメンタルケアの支援を求めた場合も多かったと聞く。特に手持ちの薬物がなくなってからの不安は大きかったようだ。

精神保健福祉士は、グループホーム利用者に対して、自ら服用している薬物についての知識の有無について尋ねておいたり、地域住民と一緒に避難訓練に参加するなどして、災害時においても可能な限り、自覚的に行動できるような学習を一緒にしておくことが望ましいのではないかと考える。また、福祉避難所としての指定が可能な避難所が近隣にあるのかについての情報も集めておきたい。



相談支援事業所

時間軸 応急対応期

Key Word 『災害時における包括的な障害者相談支援システムの
立ち上げ』

★ 相談支援事業所に期待される役割

相談支援事業所で業務にあたる精神保健福祉士は、地域で暮らす障害者の支援を公平・中立な立場で実践することが期待されている。

災害発生直後、普段から障害福祉サービス等を利用している障害者はサービス提供者から安否状況確認を受けることが想定されるが、普段から障害福祉サービスを利用しておらず地域で暮らしている障害者については、市町村が作成する要援護者台帳を通じて安否状況確認が行われることになる。しかし、災害発生直後は被災市町村も緊急対応で職員が通常の業務を外れることもあり、スピーディーに安否状況確認を行うことが難しい。よって、被災市町村から相談支援事業所(精神保健福祉士)に被災地域における障害者の安否状況確認の期待が寄せられるとともに、支援の長期化が予測される場合、災害時における障害者の相談支援の拠点としての役割も期待される。この場合、精神保健福祉士は日常の相談支援活動の延長線上に災害時における支援活動があるということを踏まえ、被災地における適切な障害者相談支援システムを構築することが重要である。

★ 活動の中身

- (1) 指定相談支援(サービス利用計画作成費)対象者の安全確保
- (2) 被災地における障害者相談支援システムの協議・立ち上げ
- (3) 市町村の要援護者名簿に基づき安否状況確認および緊急ニーズへの対応

★ 活動の実際

市町村から相談支援事業を受託する事業者(精神保健福祉士)は、日頃から独居の障害者や同居していても家族の支援が期待できない障害者等のサービス利用計画作成費対象者の支援を行っていることから、大規模災害発生時は家族と同居している障害者よりも、そういった対象者の避難所誘導など安全確保を最優先する必要がある。災害発生時において、認知機能の低下から危険を察知することが難しかったり、避難先を把握していなかったり、自ら SOS を出すことが苦手な障害者がいる。相談支援事業所で業務にあたる精神保健福祉士は日頃から障害者の特性を把握しておく必要がある。

前述したように、普段障害福祉サービス等を利用していない障害者の安否状況確認は被災市町村から相談支援事業所(精神保健福祉士)に協力依頼が寄せられることがある。この場合、被災地の

相談支援事業所(精神保健福祉士)のマンパワーだけでは十分な活動を展開できないため広域的な支援協力を得る必要がある。具体的には都道府県担当課が中心となり、支援スタッフ(相談支援専門員等)を確保し被災地に派遣するなどのバックアップや地元の精神保健福祉士協会が会員を被災地に派遣することなどが必要になる。

2007年7月に発生した新潟県中越沖地震においては、新潟県が発生直後に障害分野の災害コーディネーター(※)を現地に派遣し、被災市町村および相談支援事業所と対応を協議させた。三者(コーディネーター・市役所福祉課担当者・相談支援事業所)で活動方針や役割分担を協議した後、県が災害時における三障害者(身体・知的・精神)の相談支援の拠点として相談支援事業所を指定した。その後、拠点に県内各地から相談支援専門員や精神保健福祉士が派遣され、概ね3日間で要援護者名簿に登録されている障害者約1,000人(人口規模約10万人)の安否状況確認をすると同時に、緊急的なニーズに迅速に対応することができた。

このように、被災地に専門的な支援者を集めるだけでなく、地域の実情に応じた支援システムは災害コーディネーターを中心に県・市町村・相談支援事業所で協議・計画・実施・見直ししながら効率的に展開していくことが必要である。

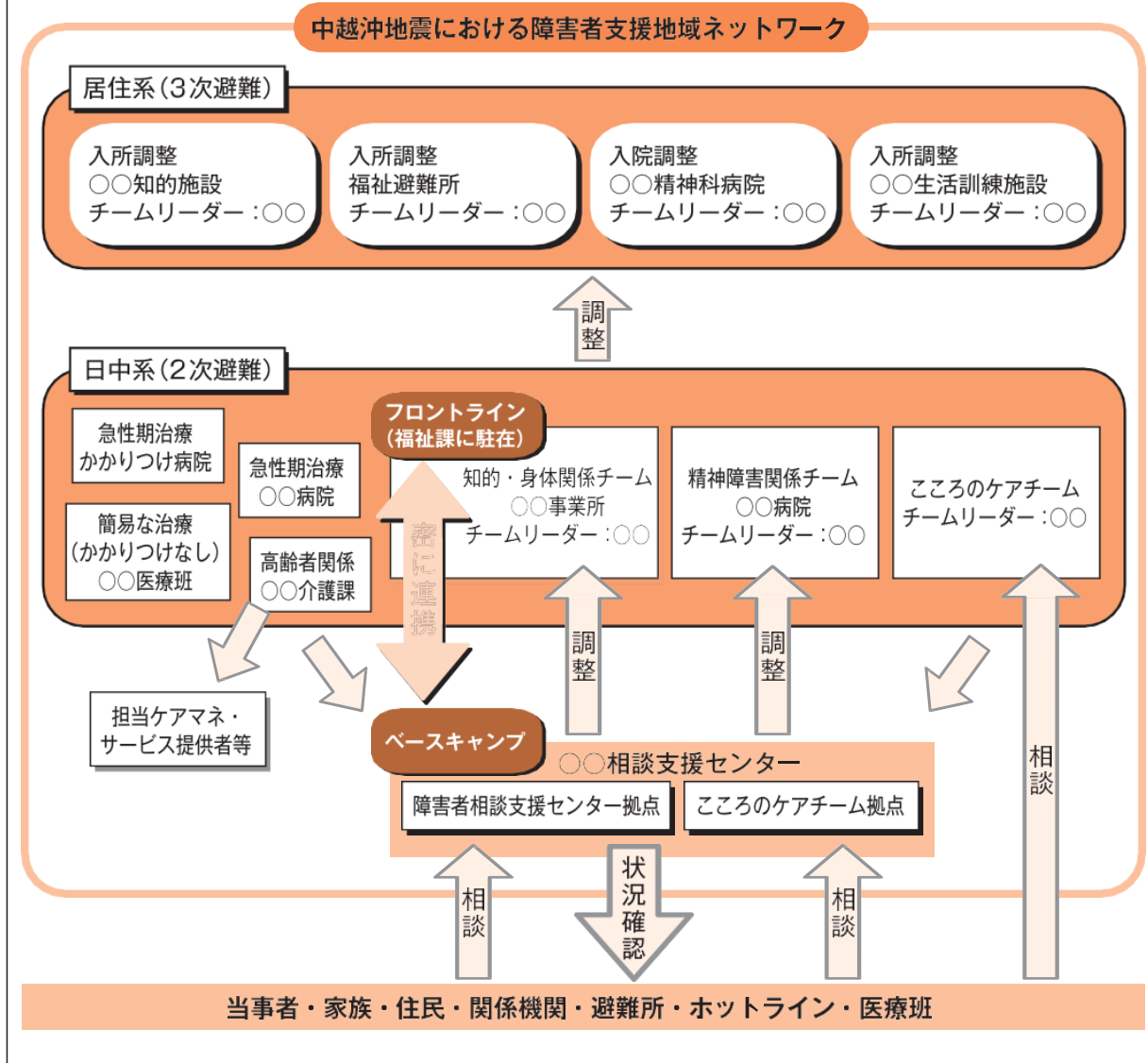
※災害コーディネーターとは自然災害発生時直ちに現地に派遣される都道府県担当者を指し、現地視察をするとともに、被災地における被災者支援システムをコーディネートする者をいう。障害担当の他にこころのケアコーディネーターやDMAT(Disaster Medical Assistance Team:災害派遣医療チーム)コーディネーター等がある。

次頁の図は、2007年7月16日に新潟県中越地方で発生した「中越沖地震」における被災障害者支援ネットワークを図解したものである。発生2日目に県・市村・拠点が緊急に作成し、拠点と各事業者の協力関係を整理している。

同災害では、茨内地域生活支援センター(柏崎市茨目地区)に障害者の相談支援センターとこころのケアチームの拠点が置かれ、発生から約2ヶ月間にわたって県内の専門職のべ580名の協力を得て障害者およびこころのケアを必要とする被災市民に対して県・市村・協力者・事業者が一体となって支援を行った。

緊急時においてそれぞれが機能を効果的に発揮するためには、平常時からのネットワークが十分に機能していることが重要であり、同地域では15年前から地域連携を重要視した取り組みが継続的に行われていたことがスムーズな支援体制構築につながった。

新潟県柏崎刈羽モデル



- 【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】**
- ①緊急支援物資の提供や支援物資を必要とする情報の発信
 - ②事業所の片付けや必要な文書作成等のバックアップ
 - ③支援者の単独行動による危険を防止するため、個別訪問等に同行すること

★ 相談支援事業所に期待される役割

災害発生直後は予期せぬ事態に対する不安と混乱で被災者は自身の生命維持に意識が集中しているが、発生から 1 週間もすると避難所生活に慣れ始める。そのため、発生直後は災害時における障害者相談支援拠点に寄せられる相談は少ない。しかし、その後（避難所生活に慣れ始めた頃から）、徐々に障害者の生活ニーズが高まってくる。よって、発生 1 週間を目途に拠点の周知を行っておく必要がある。

地域で暮らす障害者の安否状況確認もほぼ終結する頃であるが、確認により継続的な支援が必要な障害者もトリアージされる。トリアージされたデータを集計・分析するとともに、多くの障害者が困難を抱えている事柄については地域課題として市町村に対しサービスへの変換を要望していく活動が相談支援事業所に期待される。

また、避難所や地域の関係機関から災害を契機として把握される事例も発生してくる時期でもあり、災害時における障害者相談支援拠点およびそこで活動する精神保健福祉士はフットワークよくできる限り現場に出向き、対象者や関係者と顔を合わせながら情報収集および支援をすることが信頼関係を構築するうえで重要である。発生 1 ヶ月前後は避難所の閉鎖が始まってくる時期であり、避難所に最後まで残っている障害者の対応について助言を期待される場面も多い。

★ 活動の中身

- (1) 災害時における障害者相談支援拠点の周知活動
- (2) 障害者の生活ニーズの把握・集計とサービスへの変換
- (3) 個別支援のための積極的なアウトリーチ活動

★ 活動の実際

災害時における障害者相談支援拠点の周知は要援護者の安否状況確認で地域を巡回することと並行して行うことが効率的である。被災地の避難所や日常的なつながりのある関係機関を中心にチラシを作成し配布するが、状況に応じてマスメディアを有効に活用するとよい。またチラシ作成にあたっては、拠点の電話番号、住所の他に夜間の連絡先を入れるなどの配慮が望まれる。災害時における障害者相談支援拠点の周知が進んでくると、さまざまな相談が寄せられる。発生から 1 週間前後などは情報が十分に行き届いていないために被災者も何をどこに相談すべきか困惑していることが多く、障害とは関係のない相談も寄せられる。よって、拠点の精神保健福祉士は生活支援の視点に立ち、障害分野の情報にとどまらず多方面の情報を収集できるパイプをもつ必要がある。一方、地元の精神保健福祉士協会は役立つ情報を整理して拠点に提供するなどの後方支援ができる。

災害の規模によっても変化するがこの時期は、「独居の障害者」「障害者と高齢者の世帯」「災害をきっかけとしてかわりが必要となってくる障害者」との出会いもある。精神障害においては「引きこもりの事例」「医療中断により病状が悪化している事例」「避難所で不適応を起こし発見される事例」などがある。知的障害においては「日中預かりサービスが必要な事例」「知的障害のみの家族で支援が必要な事例」「非常事態において混乱しやすい事例」などがある。身体障害では「移動に関するニーズをもった事例」「自衛隊風呂に入浴できない身体障害者の事例」「単身の視覚障害者の生活支援事例」「高次脳機能障害のある者の生活支援事例」などがある。

これらの事例は安否状況確認や拠点の周知活動などの積極的なアウトリーチ活動により掘り起こされるが、2007年7月の新潟県中越沖地震の際は、多くの障害者が抱えていた「精神障害者の夜間電話」「知的障害児の日中預かり」「身体障害者の入浴困難」「ボランティアの危険住宅への立ち入り制限」について、市町村に地域課題として提起しサービスの創出を行うことができた。このように、拠点で業務に携わる精神保健福祉士は個別の事例に対応するとともに、多くの障害者が抱える困難については地域課題として市町村に提起し、障害者の被災生活が少しでも改善されるよう働きかけなければならない。

このような中、精神障害における事例では前述のとおり引きこもり事例、医療中断事例への対応に時間を割くことが多かった。結果的に入院による医療的ケアが必要と判断された事例はすべて入院となったが、これには拠点がこころのケアチームと同居していたことによる効果と平常時における地域連携のよさが背景にあった。つまり、医療的ケアが必要かどうかはこころのケアチームに所属する精神科医に判断してもらえる体制があったこと、そして、平常時から地域連携がスムーズであったため、災害時においても保健所・警察・市役所・病院・相談支援事業者が平常時同様に参集し現場で即席の支援会議ができたことが結果につながったと言える。

避難所の閉鎖が近づく避難所の担当者から最後まで残っている障害者に「避難所閉鎖の説明をどのようにしたらよいか？」などの相談が拠点に寄せられる。日頃からかわりのある障害者であったり、すでに安否状況確認で把握していることから適宜、情報交換や助言を行うことができる。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①事業所管理者等からの依頼に基づき要援護者の安否・状況確認の協力
- ②把握した情報の整理
- ③片付けや不安傾聴など個別のニーズに基づく支援
- ④昼休み時間および夜間電話対応を交替で行うなどの支援者支援

★ 相談支援事業所に期待される役割

避難所が閉鎖されることにあわせ、被災地には仮設住宅が建設される。仮設住宅に入居するためには罹災証明の取得や引越し手続きが必要となり、その他被害規模に応じた義援金、生活支援金の受け取り手続きなど障害者にとっては煩雑かつ負担となる手続きが続く。このため、障害者に寄り添ったきめ細やかな生活再建支援と不慣れな生活環境に適応するための生活支援に対する期待が拠点には寄せられる。

一方で被災地における生活ニーズは時間とともに変化してくるため、災害発生当初に実施した安否状況確認では把握しきれなかった事態が起きている場合があり、拠点の閉鎖に向けて最終スクリーニングにより支援の漏れがないか最終点検を実施する必要がある。あわせて、それまでの活動を相談支援事業者の活動評価の場である地域自立支援協議会へ報告し評価を受けるとともに、活動の終了を宣言し平常時の相談支援システムへの緩やかな移行を地域の関係機関と共有する必要がある。

災害時における緊急的なシステムもここで一旦終了となるが、被災障害者の復興までの道のりはまだ長く、相談支援事業者(精神保健福祉士)は災害により新たに出会った障害者の支援が日常業務に追加されるなど、災害前に比べ業務のボリュームが増す。このことから、支援者の支援のためにも地域自立支援協議会のネットワークをさらに強化していく役割が相談支援事業所に期待される。

★ 活動の中身

- (1) 仮設住宅への入居・定着支援
- (2) 最終スクリーニングの実施と地域自立支援協議会における活動評価
- (3) 復興に向けた生活支援

★ 活動の実際

前述したように、仮設住宅への入居ひとつをとってみても罹災証明の取得、仮設住宅の入居申し込み、抽選、引越し手配、生活必需品の準備、引越し準備、引越し、各種移動手続き、近隣挨拶、新ルールの把握と実に多くの事柄をこなさなければならない。被災し心身ともに疲れきっている障害者には、信頼できる支援者が寄り添い、必要なサービスを本人の能力を勘案しながらきめ細やかに提供する支援が必要である。

これまで、障害者本人に対しての支援や相談支援事業者に期待される役割を述べてきたが、忘れてならないのは支援者もまた被災しているということである。支援者は時として自身も被災してい

るにもかかわらず目の前の支援に追われることがある。発生直後から支援に追われ休む暇もなく活動している場合が多いが、被災地が復興を迎えるにはそれなりの時間がかかる。つまり、支援は長期に及ぶため支援者自身の健康にも配慮した活動が重要である。そのためには、地域自立支援協議会などを活用して活動の報告と終結を客観的に評価、承認を得ることも必要である。あわせて協議会の中でお互いの活動を称えあうことや互いの労をねぎらうことなどの支援者支援の機能をもたせることも忘れてはならない。

支援者も十分な休養をとり自身の健康管理に十分に配慮する必要がある。復興期においては災害支援により一時的に止まっていた事業を再開したり、新たな障害者の支援、生活環境が変化した障害者の生活支援など業務のボリュームが増す。これらの事例や困難を一事業所で抱え込まず、基本に立ち戻り丁寧に個別の支援会議を開催し、障害者を取り巻く支援の輪を広げていく必要がある。生きるためにライフラインが必要なように、障害者の地域生活を支える支援者にはコミュニケーションラインが欠かせないと言える。

【この時期に外部から支援に入る精神保健福祉士にできること】

- ①引越しなどの力仕事が必要な個別支援
- ②最終スクリーニング等実施する場合には、アウトリーチによる個別訪問支援の協力
- ③活動実績集計や解析作業のデータ処理協力



東日本大震災における活動の実際



■相談支援事業所

東日本大震災は広範にわたって大規模な被害が出たことから、障害をもつ人々に対しても障害のない人々に対しても、未体験の支援を提供する必要性に迫られたと言えよう。例えば津波によって大きな被害が生じた地域以外でも、長期にわたる停電や3月とはいえ大雪に見舞われたことから、まずは要援護者とその家族の安否確認が大きな課題となった。これは一般的なボランティアに任せられる業務ではなく、万が一、身の危険に瀕している方を発見した場合の連絡調整といった初動の対応も求められることから、医療と福祉に専門性が発揮できる精神保健福祉士に期待された業務であり、特にその地域特性を知っている相談支援事業所のスタッフに行政からの依頼が多く舞い込んだ。

震災の混乱が少し落ち着くと、障害をもつ方々の居場所探し、医療機関が被災した場合の代替医療機関探し、また、仮設住宅の準備が始まった際には、適切な住環境の選択と隣近所との円滑な生活の場づくりにも貢献することとなった。

また、行政機関が設置した被災者の生活相談に、障害をもつ人々への対応として、応援スタッフとして加わることも求められた。

東日本大震災に対する日本精神保健福祉士協会の取り組み

東日本大震災支援活動記録集より 常務理事 木太 直人

日付	日本精神保健福祉士協会の取り組み
2011年	
3月11日	<p>14時46分 2011年東北地方太平洋沖地震</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事務局通信機能ダウン ○ 緊急案件の連絡先(被災地外)を理事会メーリングリスト(ML)に公開
3月12日	<p>0時30分 東北地方太平洋沖地震対策本部の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 情報共有方法を決定 <ul style="list-style-type: none"> (1)暫定的に、協会で設定している全MLに、参加者から寄せられた情報を配信 (2)ウェブサイトに災害対策本部コーナーを設置
3月14日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課に本協会災害対策本部の設置と取り組みを報告、今後の支援活動(精神保健福祉士の派遣等)の意向を伝達 ○ 東北地方太平洋沖地震の被災地支援活動等に係る募金受付開始
3月18日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電話による被災地構成員の安否確認開始[青森県⇒近畿ブロック理事・代議員、宮城県⇒山形県支部、福島県⇒富山県支部、茨城県⇒九州・沖縄ブロック理事・代議員] ○ ソーシャルワーク関係4団体事務局による情報交換 ○ 厚生労働省へ申し入れ書「東北地方太平洋沖地震に係る障害者等への支援について」提出
3月20日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被災地県支部長へ相談照会メール発信 <ul style="list-style-type: none"> [1]被災地の各県支部の窓口となる方の選出、2)窓口との連携(定期的な被災情報の連絡)、3)本協会から現地視察に伺う際に協力が可能か、4)災害支援ガイドラインに基づく現地対策本部の設置が現状可能か、5)県内支援活動における他県からの応援の必要性の有無]
3月20 ~21日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東北地方太平洋沖地震災害対策本部 第1回会議(大阪府大阪市) <ul style="list-style-type: none"> [1]他団体の活動等の情報共有、2)本協会の活動内容の検討(1)現地に向かうボランティアの募集(2)義援金の募集等]
3月23 ~25日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 災害対策本部として廣江仁災害支援体制整備委員長と木太直人常務理事による被災地視察(福島県・宮城県・岩手県)。3月24日仙台市こころのケアチームに参加 ○ 同時期に、酒井、佐藤、三品、小野の各構成員が東北大学心のケアチームや鹿児島県心のケアチームにボランティア参加(宮城県七里ヶ浜町、女川町)
3月27日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働省より、被災現地より複数チームの連携調整のため、コーディネート役として精神保健福祉士等の派遣要請が強くなってきており、日本精神保健福祉士協会に派遣予定があれば、現地ニーズに基づき派遣調整をしたいとの連絡
3月28日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被災地支援に係る登録者の募集(第1次)開始
3月29日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働省と情報交換
3月29~ 30日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東北大学心のケアチームの精神保健福祉士調整を担う宮城県支部・渡部裕一構成員の要請を受けて、小関清之対策本部副本部長を派遣
4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 宮城県内の複数の心のケアチームの支援者調整役を担う宮城県支部・渡部裕一構成員と、本協会からの精神保健福祉士派遣調整を確認 ○ 福島県いわき市の心のケアチーム等のコーディネーターを構成員に打診

日付	日本精神保健福祉士協会の取り組み
4月4日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 協力可能な都道府県支部・都道府県協会へ、被災地支援に係る登録者募集の協力依頼（構成員を対象とした登録者名簿の作成） ○ 震災名称を「東日本大震災」とする国の決定を受け、本協会災害対策本部の名称を「東日本大震災対策本部」へ変更
4月5日～8日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 災害対策本部として木太常務理事が福島、宮城を訪問し、今後の支援活動の調整を実施 [1)福島県いわき市でのコーディネーターに、福島県支部・天野宗和構成員の派遣決定、2)原発事故により支援活動が手薄となっている南相馬市の状況を確認し、構成員の派遣調整することを確認、3)仙台市での活動状況の把握および石巻市での活動拠点の調整とコーディネーターの依頼 等]
4月6日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 福島県いわき市におけるコーディネーター派遣開始
4月10日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災対策本部 第2回会議 [現地視察報告や支援活動開始に向けた具体的な検討等]
4月11日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本協会の第一番目の被災地支援として東北大心のケアチームへの構成員派遣開始(宿泊先・仙台市内のウィークリーマンション) ○ ウェブサイトで、応援メッセージコーナーを開始
4月18～24日	<ul style="list-style-type: none"> ○ JDFみやぎ支援センターに梶田紀子事務局員を派遣
4月18～21日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 災害対策本部として廣江災害支援体制整備委員長が、宮城県気仙沼市と岩手県での支援活動調整のため現地を訪問
4月19日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被災地支援の第2番目の拠点として、福島県南相馬市での第1次支援活動を開始(宿泊先は南相馬市内ビジネスホテル、精神保健福祉士2名体制)
4月25日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被災地支援の第3番目の拠点として、宮城県東松島市での第1次支援活動を開始(宿泊先は東松島市内のクリニックより元グループホーム借用、精神保健福祉士1名体制)
5月2日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 福島県いわき市におけるコーディネーター派遣終了
5月8日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災対策本部 第3回会議 [＜支援活動について＞1)協会としての支援活動可能な範囲の中長期的見通し、2)被災地支援に係る登録者の募集(第2次)の検討、3)派遣されている構成員の身の安全と健康状態への対応、＜その他＞1)関係団体との連携(全精福祉ネット、日本発達障害ネットワーク、日本精神神経学会など、2)ウェブサイト(会員ページ)を通じた構成員への災害支援活動情報の提供、3)派遣した全構成員からの活動報告のウェブ掲載の確認、4)災害支援活動の現状確認と今後の見通しの確認 等]
5月14日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 宮城県東松島市の支援体制変更(1名から2名体制へ)
5月20日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被災地支援に係る登録者の募集(第2次)開始
6月1日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東北大心のケアチームへの派遣活動終了(構成員8人、延べ活動日数 38 日) ○ 災害対策本部として、常務理事が南相馬、東松島、仙台市を訪問し、挨拶と支援ニーズ等の確認を実施 ○ 宮城県東松島市での宿泊拠点を石巻市内ホテルへ変更
6月9日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災対策本部 第4回会議 [1)活動報告、2)支援活動登録に向けた応募と調整状況、3)構成員の安否確認追跡状況報告、4)厚生労働省・関係団体との連携 等]
6月10日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第47回全国大会・第10回学術集会(和歌山県)でのプログラムを一部変更し、特別企画「本協会の災害支援体制と支援活動の報告」を実施
7月6日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東北3県について、本協会ウェブサイト求人広告掲載料減免を決定
7月15日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災対策本部 第5回会議 [1)活動経過報告と今後の活動、2)活動手当金、3)支援活動登録に向けた応募状況と調整状況、4)被災地支部への活動支援費の取扱い等]

日付	日本精神保健福祉士協会の取り組み
8月11 ～12日	○ 災害対策本部として竹中本部長、小関副会長、木太常務理事、廣江災害支援体制整備委員長が、宮城県、福島県を訪問 [1)東松島市にて、地元保健師等との今後の活動に関する協議、2)宮城県精神保健福祉士協会災害対策本部関係者との懇談、3)福島県精神保健福祉士会関係者との懇談、4)南相馬市にて、地元保健師等との今後の活動に関する協議 等]
8月24日	○ 株式会社ジャパンネット銀行の協力により、被災地支援活動募金口座を開設
9月8日	○ 岩手県士会、宮城県協会、福島県士会へ、本協会被災地支援募金から災害支援活動費として各20万円を配分(第一次)
9月13日	○ 被災地支援に係る登録者の募集(第3次)開始
9月27日	○ 米国SW協会・韓国SW協会からの災害支援金を社会福祉専門職団体協議会所属3団体(本協会、社団法人日本社会福祉士会、公益社団法人日本医療社会福祉協会)にて分配
10月14日	○ 災害対策本部として災害支援体制整備委員長が、福島県南相馬市を訪問 [地元保健師および保健所職員、福島県協会、活動中のPSW等と南相馬市での総括と今後の活動について協議]
10月19日	○ 被災地における中長期の心のケア活動に係る登録者の募集開始(厚生労働省事業)
10月21日	○ 本協会が行う被災地支援に係る登録者の募集終了
10月28日	○ 福島県南相馬市での支援活動終了(派遣構成員68人、延べ活動日数:386日)
10月31日	○ 南相馬市と東松島市における本協会の支援活動について、開始日に遡って災害救助法の適用を受けることが決まり、福島県と宮城県から全期間の支援に係る費用が支弁されることとなった
11月5日	○ 東日本大震災対策本部 第6回会議 [1)災害支援活動に係る費用の取扱い、2)今後の東日本大震災に対する本協会の対応、3)東日本大震災被災地支援活動に係る(中間的)総括のあり方 等]
11月25日	○ 岩手県士会、宮城県協会、福島県士会へ、本協会被災地支援募金から災害支援活動費として各100万円を配分(第二次)
12月28日	○ 宮城県東松島市での支援活動終了(派遣構成員71人、延べ活動日数:409日)

2012年

1月21日	○ 東日本大震災対策本部 第7回会議 [1)災害支援活動に係る費用の取扱い、2)今後の東日本大震災に対する本協会の対応]
2月27日	○ 宮城県知事から本協会の被災地支援活動に対して感謝状届く
3月28日	○ 日本ソーシャルワーク教育団体連絡協議会(ソ教連/構成団体:社団法人日本社会福祉教育学校連盟、社団法人日本社会福祉士養成校協会、一般社団法人日本精神保健福祉士養成校協会)の実施募金からの寄付金入金
4月1日	○ 東日本大震災復興支援本部設置
4月6日	○ 復興支援本部員を中心としたウェブメッセージ開始
4月8日	○ 東日本大震災復興支援本部 2012年度第1回会議 [1)被災地の現状報告、2)被災構成員の会費免除の継続について、3)研修認定精神保健福祉士の更新研修の受講期限の猶予について、4)「復興支援本部」の取組について]
5月7日	○ 東日本大震災復興支援活動募金受付開始
6月5日	○ 東日本大震災復興支援活動人材バンク受付開始

日付	日本精神保健福祉士協会の取り組み
6月17日	○ 東日本大震災復興支援本部 2012年度第2回会議 [1]被災三県における現状と支援活動等の動き、2)みやぎ心のケアセンターへの支援派遣者へのサポート体制について、3)被災地構成員等の孤立防止支援について]
7月2日	○ 「みやぎ心のケアセンター」での支援活動開始(構成員を平日5日派遣)
8月17日	○ 東日本大震災復興支援活動人材バンクに係る第二次登録受付開始
9月15日	○ 「東北復興PSWにゆうす」創刊(PSW通信に併せて隔月刊行、全構成員に配布)
9月16日	○ 東日本大震災復興支援本部 2012年度第3回会議 [1]認定成年後見人養成研修の被災地特例について、2)みやぎ心のケアセンター派遣活動状況と課題について、3)みやぎ心のケアセンターへの支援派遣者のバックアップ体制について、4)タウンミーティング(仮称)の開催について]
12月28日	○ 「みやぎ心のケアセンター」での支援活動終了(構成員30人、述べ活動日数148日)

2013年

1月26日	○ 「ほっとミーティング in 石巻」の開催(宮城県石巻市)
1月27日	○ 東日本大震災復興支援本部 2012年度第4回会議 [1]みやぎ心のケアセンターでの支援活動の報告、2)「ほっとミーティング in 石巻」報告、3)大船渡地域こころのケアセンターにおける取組から話題提供、4)年度末から新年度に掛けての復興支援本部による取組の展望]
3月11日	○ 東日本大震災による被災者への支援活動へ厚生労働大臣感謝状
3月19日	○ 「ほっとミーティング in 大船渡」の開催(岩手県大船渡市)
4月14日	○ 東日本大震災復興支援本部 2013年度第1回会議 [1]被災現地PSWの孤立防止支援「ほっとミーティング」、2)2013年度会費免除の取扱いについて、3)2013年度復興支援本部の方向性と取組(年次計画)について]
5月18日	○ 「ほっとミーティング in 福島」の開催(福島県福島市)
6月13日	○ 「ほっとミーティング in 金沢」の開催(被災地支援活動に参加した構成員等の集い)
6月13 ~15日	○ 第49回全国大会・第12回学術集会において構成員有志における被災地製品販売
9月1日	○ 東日本大震災復興支援本部 2013年度第2回会議[復興支援本部員による福島県相馬市及び南相馬市の視察後開催 [1]「支えるひとを支える募金」の活用について、2)愛知での開催を予定している「ほっとミーティング」(支援者の集い)について、3)隣接県との災害時におけるネットワーク構築について、4)復興支援本部の次年度体制等について]
9月9日	○ 東日本大震災復興支援活動助成金制度の創設
11月30日	○ 「ほっとミーティング in 名古屋」の開催(被災地支援活動に参加した構成員等の集い)
12月1日	○ 東日本大震災復興支援本部 2013年度第3回会議 [1]復興支援本部活動経過報告、2)復興支援募金状況および復興支援活動助成金申請状況、3)2013年度下半期の活動について、4)支援活動記録集について、5)復興支縁ツアーについて、6)来年度以降の事業展開について]

2014年

1月8日	○ 群馬県士会、福島県士会、神奈川県協会に東日本大震災復興支援活動助成金(第一期)の交付決定 ○ 東日本大震災復興支援活動助成金 第二期申請受付開始
------	---

日付	日本精神保健福祉士協会の取り組み
3月16日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災復興支援本部 2013 年度第4回会議 [1)活動経過報告、2)復興支援活動助成金による取組への新規応募について、3)全国大会(埼玉)の会場における被災地作業所製品の販売について、4)復興支縁ツアーの企画、5)サポート ML への対応、6)復興支縁ツアーについて、7)増額賠償の実現に向けた東京電力への要望書について] ○ 宮城県協会が行う2事業に東日本大震災復興支援活動助成金(第二期)の交付決定
4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災復興支援活動助成金 第二期申請受付開始
6月19 ~21日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第50回全国大会・第13回学術集会において復興支援本部事業として被災地製品販売
6月20日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東日本大震災復興支援本部の廃止、東日本大震災復興支援委員会の設置

被災地における支援活動の概要

木太 直人

I 福島県いわき市

〈心のケアチームのコーディネーター〉

● いわき市の概要

いわき市は、福島県の東南端に位置し、茨城県と境を接し、東は太平洋に面して海岸線は南北約 60 kmにわたり、寒暖の差が比較的少ない穏やかな気候で、東京 23 区の約 2 倍という広大な面積をもつ自治体である。発災前の人口は 2011 年 3 月 1 日時点で 341,453 人であった。

● 被害・避難状況

東北地方太平洋沖地震の本震において、いわき市は震度 6 弱で、太平洋沿岸部では津波被害もあり、2011 年 8 月 2 日時点で死者 308 人・行方不明者 39 人にのぼった。3 月 12 日時点で避難所 127 ヶ所、避難者 19,813 人であり、同年 3 月 30 日時点においても避難所 60 ヶ所、避難者 3,518 人という状況であった。

● 支援活動の調整

2011 年 3 月 29 日の厚生労働省社会・援護局精神・障害保健課との情報交換の際に、福島県・宮城県において心のケアチーム等のコーディネーターとして精神保健福祉士の派遣要請が出ていることを確認した。そのため支援者派遣調整を行う目的で、4 月 5 日に災害対策本部の木太(常務理事:筆者)とコーディネーター候補の天野宗和氏(当時東日本国際大学教授、いわき市在住/本協会構成員)が、福島県内の心のケアチームの全体調整を行っていた福島県立医科大学神経精神医学講座の丹羽真一教授と面会のうえ、具体的な活動等について確認を行った。

● 支援活動内容

福島県いわき市については、支援活動をしている心のケアチームの情報集約およびいわき市保健所との間に入って具体的な支援調整等を行うコーディネーターが求められたことから、天野氏にその役割を担ってもらうこととなり、4 月 6 日から活動を開始した。

コーディネーターとしての具体的な役割は、以下の通りである。

①毎日夕方行われている日本医師会災害医療チーム(JMAT)のミーティングに参加して心のケアチームに関与依頼があったケースについて、医療的な関与が必要と思われるケースは心のケアチー

ムにつなぎ、コーディネーターで対応可能なケースは個別に関わり、JMAT と心のケアチームに報告すること。

- ②心のケアチームが回る予定以外で保健所から依頼があったケースのインテーク訪問や病院受診の個別援助。
- ③保健所で以前から関わりのあるケースのうち不安定になっている精神障害者への継続援助。
- ④避難所に訪問して、すでに心のケアチームが診療や相談を行ったケースのモニタリング。天野氏は、5月の連休明けから大学の授業も始まり、大学でも60人を超える被災学生へのこころのケアの体制が必要となることから、コーディネーターとしての役割は5月2日をもって終了したが、引き続きJMATのミーティングと心のケアチームのミーティングには参加して、「つなぎ」の役割を継続された(5月1日時点の避難所40ヶ所、避難者数2,127人)。

●活動終了後のいわき市の状況

震災発生から162日後の8月20日に、市内すべての避難所が閉鎖された。東日本大震災や東京電力株式会社福島第一原子力発電所(以下「福島第一原発」)事故によって、多くの人が市外に避難しており、総務省の全国避難者情報システムによれば、ピーク時の2011年10月31日には市外避難者は7,960人を数え、その後はほぼ横ばいで推移している。一方、福島第一原発事故により双葉郡からは多くの住民がいわき市へ避難したことから、市内には応急仮設住宅が相次いで建設された。対象はいわき市をはじめ、広野町、楡葉町、大熊町、富岡町、双葉町、川内村の1市5町1村で、建設戸数は全体で3,512戸(建設中を含む)に及んだ。双葉地方を中心とした市内への避難者数は2011年11月には2万人を超え、市内において仮設住宅や民間借り上げ住宅が増えていった。こうした人口流入により一部で住民同士の軋轢も生じており、新たなコミュニティづくりがいわき市の大きな課題となっている。

また、2012年4月にはふくしま心のケアセンター・いわき方部センターが開設し、地域災害関連の精神保健福祉の総合的なコーディネート、人材育成・人材派遣、普及啓発、被災者・支援者への相談支援が行われている。

《参考文献》

「いわき市・東日本大震災の証言と記録」いわき市 2013年3月

2 宮城県石巻市ほか

〈東北大心のケアチームの要員派遣〉

● 石巻市の概要

石巻市は宮城県北東部に位置し、新旧北上川が北東から市の中央部と東部へ流れ、流域に平坦地が広がり、北部から牡鹿半島にかけては北上高地が連なっている。また、東部と南部は太平洋に面し、内陸地方と比較すると寒暖の差が少なく、東北地方の中では年間を通して比較的温暖な地域である。2005年に旧石巻市を含む1市6町が合併し、2011年2月末日現在の人口は162,822人であった。

● 被害・避難状況

東北地方太平洋沖地震の本震において、石巻市は震度6強で、津波による被害も甚大で、人的被害は、死者3,171人、行方不明者430人(2014年7月10日現在)、建物被害も全壊・大規模半壊・半壊の家屋が33,078棟にのぼった。最大避難者数は2011年3月17日時点の50,758人、同年4月2日の時点でも避難所148ヶ所、避難者19,544人であった。

● 支援活動の調整

大震災発生の翌週から活動を始めていた東北大学病院を中心とした心のケアチーム(以下「東北大心のケアチーム」)には、チーム要員として宮城県精神保健福祉士協会の会員が交替で参加していたが、人手が足りない日があるため、災害対策本部現地視察に合わせて3月22日から3日間新潟県中越地震を経験している、新潟県支部構成員の酒井昭平氏などが東北大心のケアチームに参加した(活動先は七ヶ浜町)。また、3月29日と30日には小関清之副会長(災害対策副本部長/山形県支部)が石巻市での活動に参加した。また、東北大心のケアチームへの精神保健福祉士の派遣調整は東北会病院の菊池郁民氏や原クリニックの渡部裕一氏が調整に当たっていた。これらの経緯もあり、調整担当者からの要請を受けて、東日本大震災対策本部は2チームを編成して毎日活動している東北大心のケアチームのうち、主に石巻市での支援活動を行っている1チームについて、本協会から途切れなく要員を1名派遣することを決定し、4月11日から活動を開始した。

● 支援活動内容

派遣する支援者の宿泊先として、JR 仙台駅から徒歩圏にあるマンスリーマンションを確保した。毎朝仙台市の東北大学病院に集合して石巻市等に車で移動し、避難所巡回や地元保健師の依頼に基づく在宅訪問を中心に行った。当初の活動は石巻市の保健師の指示のもと、避難所の巡回と要支援者宅への個別訪問が主体であったが、時間の経過に伴い、心のケアチームの活動も徐々に急性期

症状への対応から、避難所でのこころの健康相談会の実施や個別訪問、さらに消防署員等の地元支援職員のメンタルヘルス対応へと移行していった。

5月以降は東北大心のケアチームの活動が週3日となったこともあり、本協会からの要員派遣は6月1日をもって終了することとなった。

●活動終了後の石巻市の状況

市内各所に7,297戸の応急仮設住宅が建設されたことで、発災から7ヶ月目の2011年10月11日にすべての避難所が閉鎖された。市の人口は東日本大震災以前との比較において9,370人減の153,452人となった(2011年9月末現在)。また応急仮設住宅の入居者は2014年6月末現在で13,979人、民間賃貸住宅に11,096人で、市が計画している復興公営住宅の整備数3,250戸に対して2013年度にようやく149戸の入居が開始されたところである。

また、2012年4月に「みやぎ心のケアセンター・石巻地域センター」が正式に開所され、普及・啓発、家庭訪問等による住民支援、人材育成研修、自治体へのスタッフ派遣等の支援者支援、調査・研究、各種活動支援が実施されている。

東北大心のケアチームへの要員派遣の概要

- ①活動期間:2011年4月11日~2011年6月1日
- ②支援者の宿泊場所:ルミエール仙台(マンスリーマンション、宮城県仙台市宮城野区東九番丁 93-15)
- ③備品:携帯電話、パソコン、プリンター

《参考文献》

「東日本大震災からの復興『最大の被災都市から世界の復興モデル都市を目指して』」石巻市 2014年7月版
<http://www.city.ishinomaki.lg.jp/cont/10181000/8235/20140624130932.html>

3 福島県南相馬市

〈精神保健福祉活動の補完要員派遣〉

●南相馬市の概要

南相馬市は、2006 年に旧小高町、旧鹿島町、旧原町市の 1 市 2 町が合併して誕生した市で、福島県浜通りの北部でいわき市と宮城県仙台市のほぼ中間に位置する。主要な広域アクセス交通としては、JR 常磐線と国道 6 号が併行して南北方向に連絡している。市域西部は阿武隈の山裾にあり、その東に太平洋に面して平野が広がる、海洋性の気候に育まれた地域である。また、東京電力株式会社福島第一原子力発電所の北 10～40 キロにほぼ収まる地域となっている。2011 年 3 月 11 日時点での人口は 71,561 人であった。

●被害・避難状況

東北地方太平洋沖地震の本震において、南相馬市の震度は小高区、鹿島区、原町区高見町で 6 弱、原町区本町、原町区三島町で震度 5 強であった。津波による直接死は 636 人で、この中には原町区の介護老人保健施設ヨッシーランドでの 36 人が含まれている。建物被害としては全・半壊や浸水被害を受けた家屋が 1,500 棟を超えた(2012 年 12 月 14 日現在)。

一方、福島第一原発事故は南相馬市民の避難状況に大きな影響を与えた。発災直後から市内に 46 ヶ所の避難所が設置され、当夜の避難者は 7,600 人を超えていた。しかし、翌 12 日の福島第一原発 1 号機での水素爆発を受けて、小高区の避難所が原発から 20 キロ圏内に出された避難指示のため閉鎖となり、小高区の市民らが原町区の避難所へ移動、さらに 15 日の 20～30 キロ圏内に屋内退避指示が出されたことにより、密閉性の高い建物への再避難といった動きで混乱を極めた。

市は福島第一原発の事故により、市内の日常生活物資が市内に入ってこなくなったことを受け、3 月 16 日に独自の避難計画を作成し、市民を市域外へ避難させることを決め、全市民に市外への避難誘導を行い、自主避難とバスによる集団避難を実施した。これにより 3 月 28 日時点で市内避難所は 2 ヶ所、避難者も 162 人となった。3 月 26 日頃の市内人口は、1 万人程度と見込まれていた。

4 月に入ると、いったん市外へ避難した市民も市内に徐々に戻り始め、避難所への避難者も増加傾向となったことに加え、4 月 22 日に計画的避難区域が設定され、20～30 キロ圏内の屋内退避が解除され緊急時避難準備区域に変更されたこともあり、多くの市民が避難先から戻ってきた。5 月 30 日には市内 5 ヶ所の避難所に避難者が 457 人という状況であった。

● 支援活動の調整

現地視察と支援調整のため常務理事(木太直人:筆者)が2011年4月8日に南相馬市にある相双保健福祉事務所を訪問し、草野文子保健師(健康福祉部主管兼副部長兼健康増進課長)と三瓶弘子保健師(健康福祉部保健福祉課障がい者支援チーム主任保健技師)から以下の情報を聴取した。

- ・南相馬市には避難所が現在4ヶ所。うち2ヶ所が30キロ圏内にある。相馬市内の旧相馬女子高避難所に570人の避難者がいたが、余震の影響で建物の耐震性が損なわれたため、福島市内に第二避難所を設定したが、移動の希望者は100人程度。大半が自宅に戻るか市内の避難所に入る予定なので、今日にも避難所が1ヶ所増える予定。
- ・現在、原町第一小学校に152人、石神小学校43人(以上30キロ圏内)、デイサービスひまわりに74人、鹿島保健センターにも避難者がいる。これから避難者が増えていく。
- ・一般医療チームは県に要請して長崎大学と長崎県医師会が入っており、来週あたりから避難所巡回の予定。また自衛隊が戸別訪問して把握した在宅者の診療も行う。一般医療チームからも今後心のケアのニーズが高まるだろうと言われている。
- ・市内に2ヶ所あった精神科病院(小高赤坂病院、雲雀ヶ丘病院)はいずれも原発20キロ圏内にあるため病院機能がなくなってしまった。3ヶ所あったクリニックも閉鎖していて、ようやく来週から1ヶ所診療を再開する予定だが、従来の通院患者さんへの対応で手いっぱいであろう。精神科の通院患者さんについては、保健所に相談のあった人には公立相馬病院の臨時精神科外来を紹介している。一時パニック状態になったが今は落ち着いている。
- ・相馬市は少しずつ復旧が進んでいるが、南相馬市は復旧のめどが立たない状態。
- ・自治体派遣の保健師も心のケアチームも、南相馬市は敬遠されている。
- ・日本精神保健福祉士協会から支援者が入るのであれば、避難所めぐりと在宅の要ケア者の訪問をお願いしたい。また、巡回対応と拠点で相談対応をしてくれる2チームがあると望ましい。
- ・避難所では、担当している看護師とのやり取りで状況把握して動くイメージ。市の保健センターの保健師からも情報はもらえる。

当初は心のケアチームの補完要員として隣接する相馬市に入り、公立相馬病院の臨時精神科外来のサポートを行うことを考えていたが、上記の情報により南相馬市を中心とした支援活動によりニーズが高いことを確認し、4月10日に行われた第2回の災害対策本部会議を経て、南相馬市に4月19日から当面の間支援に入ることを決定した。

● 支援活動内容

当初想定した支援活動の内容は以下の通りである。

- ①基本的に精神保健福祉士2名を1組として、1週間交替で支援活動を行う。
- ②本協会が宿泊先、自動車、専用の携帯電話、PC等を確保し、自己完結型の支援とする。
- ③南相馬市における精神保健福祉活動の補完機能としての支援を心がける。
- ④保健所や市の保健センター等の関係機関等の情報をもとに避難所の巡回相談、在宅精神障害者の状況把握等を行う。

⑤精神保健的ケアが必要と思われる人への精神科医療へのつなぎを行う。

⑥南相馬市住民や市役所職員に対するメンタルヘルスに関する啓発・相談活動も行う。

⑦このほか、支援活動スキームは現地情報をもとに、柔軟に改変していくこととするとともに、必要であれば保健師活動の雑用・周辺業務等のサポートも行う。

大震災発生後、被災各地に医療チームが派遣されていたが、南相馬市には、被爆経験地である長崎大学の医療チーム、歯科チームと長崎県医師会チーム、南相馬市立総合病院のケアチーム等しか派遣されていなかった。また、原発事故による避難指示区域や屋内退避区域にあった精神科病院では、全入院患者が転院となり病院自体も休院していた。ようやく精神科クリニックが外来診療を再開する状況のなかで、本協会の支援活動が始まった。なお、派遣者は保健福祉事務所から貸与された線量計を携帯しての活動となった。

南相馬市の原町保健センターで午前 9 時と午後 3 時に各チームを集めたミーティングがあり、本協会の支援者は相双保健福祉事務所の保健師チームに配属された。活動内容は、5 ヶ所の避難所を巡り、避難者の話を傾聴することを主とした。

5 月 1 日からは日曜日、祭日の午前中 2 時間、4 ヶ所の避難所で順番に相談コーナーを開設することになった。また、長崎大学心のケアチームからの依頼による在宅者の個別訪問も始まった。避難所の常駐や訪問等を行う職員のメンタル面の問題が徐々に表面化してきたため、関係者会議において本協会の派遣者が「職員のメンタルヘルス」を担うこととなった。5 月 10 日より、各避難所に対してはチラシ配布と、訪問時の声かけの強化を行った。市の健康づくり課の要請を受けて、平日の午後に主に保健センター・市立病院職員に対する個別面談も実施した。精神保健福祉士としては傾聴とともに、思いを言葉に出すこと、睡眠や休日の必要性を伝えることを主とした。この時期は、保健師の依頼に基づき、統合失調症の避難者の入浴介助も行ったほか、在宅や仮設住宅への訪問チームへの参加や市職員メンタルケア、個別の面談等が避難所巡回と同じくらいのウェイトを占めるようになってきた。

5 月 28 日から鹿島区の応急仮設住宅への入居が始まったことから、6 月に入ると、保健センターが中心となり、仮設住宅入居者に対する健康調査を看護師、保健師、精神保健福祉士が分担して実施することとなった。この健康調査をもとにして保健師から依頼のあったケースへの戸別訪問は 7 月、8 月と件数が増えていった。

7 月末からは市の職員がようやく土日を休日とする体制となり、休日は直接避難所への訪問や、事前に保健師から依頼のあったケースを派遣精神保健福祉士が訪問する形となった。

8 月 12 日には災害対策本部として竹中秀彦会長、小関清之副会長、廣江仁災害支援体制整備委員長、常務理事(筆者)が福島県を訪問した。福島市の桜ヶ丘病院において福島県精神保健福祉士会幹部との今後の支援活動に関する協議を行ったのち、南相馬市に移動して、南相馬市の保健師 4 名と福島県士会の菅野正彦氏(本協会構成員/福島県支部)も同席し、これまでの支援活動の振り返りと今後の活動について検討を行った。その結果、本協会としての支援活動は 10 月末まで継続すること、その後は福島県内の精神保健福祉士が活動を引き継ぐ方向を確認した。9 月 20 日からは福島県士会から週 4 日本協会の活動に同行することとなり、3 人体制での活動となった。

10 月に入ると、新たな活動として「津波で家族を亡くされた方が入居された民間借上住宅への訪問活動」が加わり、保健師の依頼に基づき南相馬市立総合病院の看護師と精神保健福祉士がペア

で訪問した。

10月28日、193日間にわたる本協会としての支援活動は終了し、11月末までの福島県士会による支援活動に引き継がれることとなった。

●活動終了後の南相馬市の状況

市内の避難所は、10月31日には雲雀ヶ原陸上競技場管理棟の1ヶ所に集約され、その後すべての避難者が応急仮設住宅に入居することとなり、発災後293日目の12月28日に全避難所が閉鎖された。また、原町区の応急仮設住宅については、緊急時避難指示区域が解除された9月30日以降によりやく建設が開始された関係で、11月15日から入居が開始された。

市外避難者は、2014年8月21日現在で13,133人となっており、うち福島県外の避難者は7,818人である。また、3月11日以降の転入者および他市町村からの避難者を含む市内居住者は53,095人である。

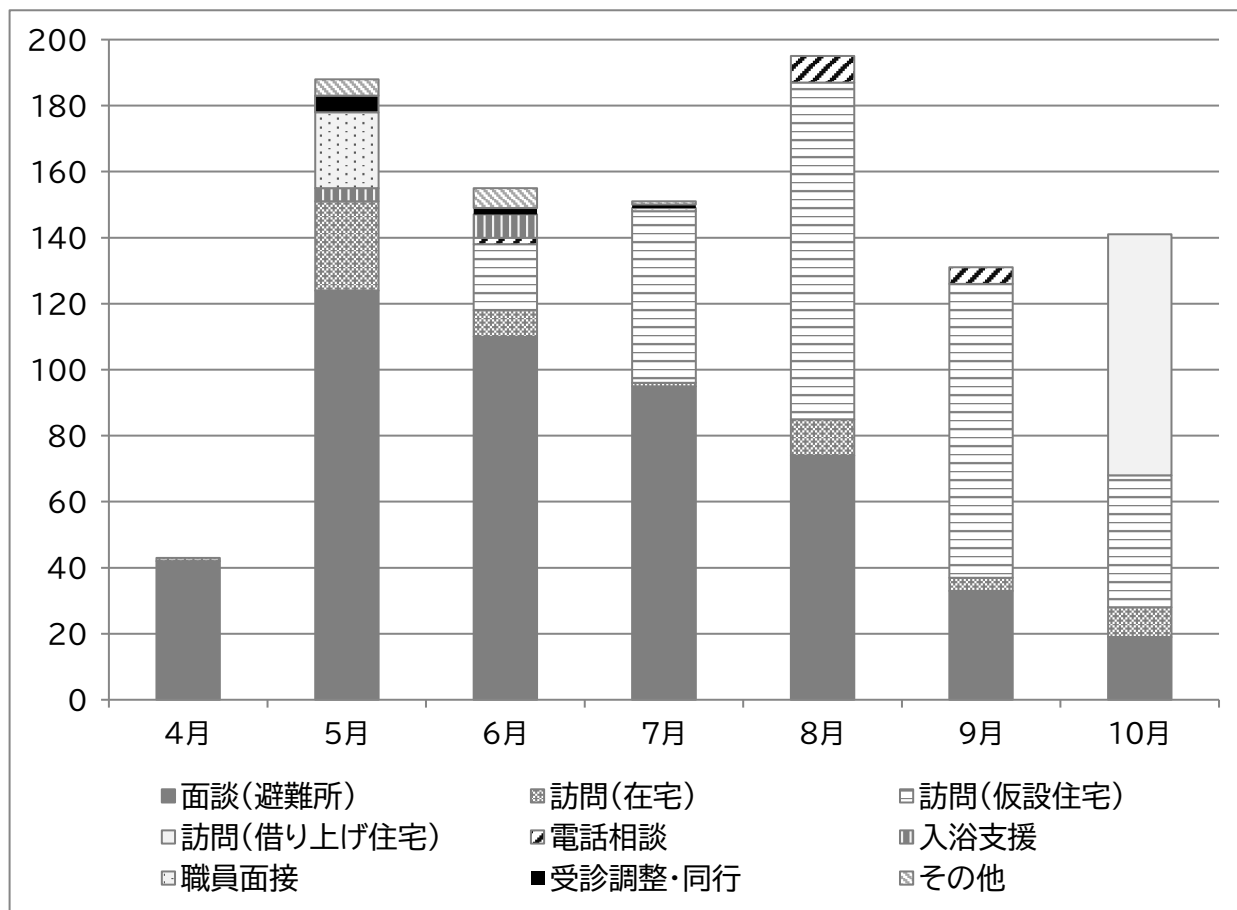
2012年4月16日の避難区域の再編により警戒区域が解除され、新たに避難指示解除準備区域、居住制限区域、帰還困難区域が設定された。これにより、福島第一原発から20キロ圏内の小高区、原町区の一部は区域への出入り等が一部緩和されるようになったが、引き続き避難指示は継続されている。また、JR常磐線は2011年12月21日に原ノ町～相馬間が復旧し、2017年春に相馬(福島県相馬市)～浜吉田(宮城県亘理町)の復旧が見込まれているが、福島第一原発に近接する竜田～原ノ町間は依然として復旧のめどが立っていない。

ふくしま心のケアセンターが2012年4月に開設され、南相馬市にはセンター職員が駐在し、地元の保健師とともに健康調査、個別継続訪問、乳幼児健診等の支援、サロン活動を行っている。また、NPO法人による「相馬広域こころのケアセンターなごみ」が同センターの相馬方部センターとして位置づけられており、被災者の戸別訪問支援、被災者のメンタルヘルス増進の活動、自治体職員に対する相談事業、精神科医療につながることを期待される人々の受診支援を行っている。

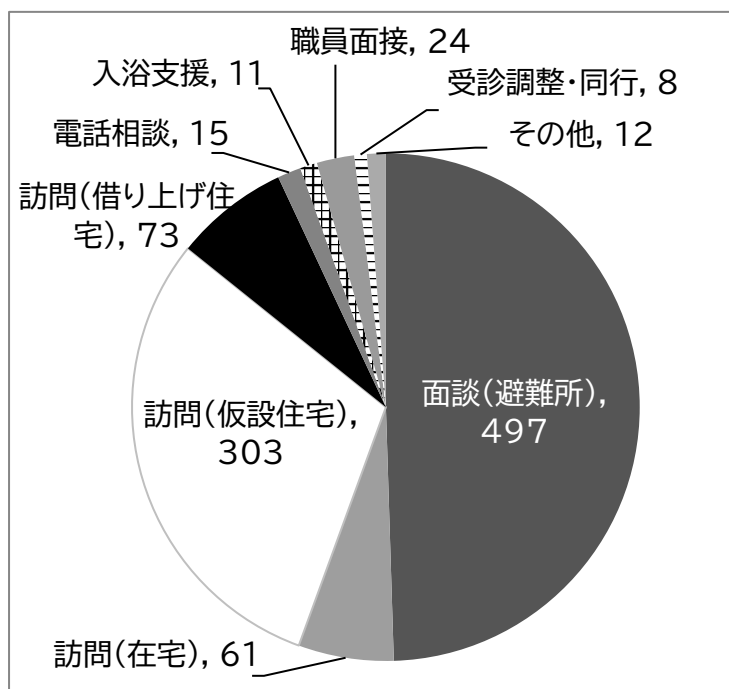
南相馬市への精神保健福祉活動の補完要員派遣の概要

- ①活動期間：2011年4月19日～2011年10月28日
- ②支援者の宿泊場所：ステーションプラザホテル(福島県南相馬市原町区錦町1-128-1)
- ③使用車両：レンタカー
- ④備品：携帯電話、パソコン、プリンター、地図(広域版)、地図(ハンドブック版)、ネームホルダー、腕章、ヘルメット(衝撃吸収ライナー付)、懐中電灯、携帯ラジオ、名刺、ビブス、血圧計、体温計、線量計(相双保健福祉事務所より借用)
- ⑤消耗品：マスク、軍手、雨合羽(携帯用)、折りたたみ傘、乾電池、除菌用ティッシュ、携帯用ティッシュ、ボックスティッシュ、速乾性手指消毒剤、常備薬(うがい薬、頭痛薬、胃薬、風邪薬、消毒薬、絆創膏、脱脂綿、ガーゼ)、文房具(ボールペン、油性マジック、メモ用紙、はさみ、付箋)、ファスナーケース、ガムテープ、水筒、タオル、カイロ、ゴミ袋、水、ラップ、割り箸、コピー用紙、クリアファイル

⑥ 月別支援活動状況



⑦ 支援活動状況(活動別件数)



⑧ 派遣者同士の引き継ぎ:派遣者は2人1組の活動を基本としたが、支援活動引き継ぎを行うため1人の活動終了日と新たな派遣者の現地入り日を同じ日として、チーム内で引き継ぎが可能となるシフトを組んだ。

《参考文献》

「東日本大震災 南相馬市災害記録誌」南相馬市復興企画部危機管理課編 2013年3月

<http://www.city.minamisoma.lg.jp/index.cfm/10,0,144,html>

4 宮城県東松島市

〈精神保健福祉活動の補完要員派遣〉

●東松島市の概要

東松島市は、旧矢本町と旧鳴瀬町が 2005 年に合併し誕生した市で、宮城県の県都仙台市の北東、広域石巻圏の西端に位置することから、広域仙台都市圏とも隣接し、東は石巻市、南は太平洋に面している。気候は、東北としては比較的暖かく風雨の少ない地域である。2011 年 2 月末時点での人口は 43,142 人であった。

●被害・避難状況

東北地方太平洋沖地震の本震において、東松島市は震度 6 強で、津波により東松島市全体面積に対して約 36%、住宅用地(市街地)に対しては約 65%が浸水し、津波浸水区域の割合は全国の津波被害市町村の中で最も高い地域となった。人的被害は、死者 1,109 人、行方不明者 25 人であった(2014 年 1 月 1 日現在)。建物被害では、全壊・大規模半壊・半壊が 11,073 棟で全世帯数の 73.4%を占めることとなった。避難者のピークは 3 月 16 日の 15,185 人、4 月 14 日の時点で避難所 64 ヶ所、避難者も 4,258 人という状況であった。

●支援活動調整

4 月 15 日、宮城県支部の渡部裕一氏から災害対策本部に東松島市で県外の精神保健福祉士の派遣要請が出ているとの情報が入った。県内の精神保健福祉士では感情移入してしまうため、むしろ外部の支援者の方が望ましい、1 週間交替で 3 ヶ月程度の継続的な派遣が可能ならばお願いしたいという内容であった。その後、宮城県保健福祉部障害福祉課と東松島市健康福祉部健康推進課障害福祉班からの具体的な要請を受けて、本協会から精神保健福祉活動の補完要員を派遣することを決定し、4 月 25 日から継続的な支援活動を開始することとなった。

事前に東松島市・障害福祉班の保健師より聴き取った市内の精神保健福祉状況と支援要請内容は以下の通りであった。

- ①市の障害福祉班には 2 名の保健師が配属され 3 障害を担当しており、元々手薄だったところ、今回の災害では中・長期的に保健師だけでは対応が困難になっている。
- ②東松島市には、医療チームとしていくつか入ってきているほか、日本赤十字社の取りまとめで東大と千葉大から精神科医が派遣されている。毎朝保健センターで合同ミーティングが開かれ、その情報をもとに精神科医が避難所巡回や診療にあたっている。
- ③市の保健師は全部で 11 人。現在は障害福祉班の保健師も拠点を矢本保健センターにおいて活動しているが、いずれは、元の体制に戻ることになる。

- ④ようやく在宅者への訪問による健康調査が始まったところで、メンタルヘルスに関する 2 次的スクリーニングが保健師だけでは難しい状況にある。
- ⑤精神保健福祉士には、以下のような単独訪問、保健師同行訪問、保健センターでの来所相談を可能であれば 3 ヶ月程度お願いしたい。
- ア)市の保健師のオーダーに基づく訪問(在宅者、避難所巡回)・退所相談対応等により、精神科要受診者を精神科医につなぐ役割。
- イ)精神科医の診察までは要さないと判断した場合の相談対応。
- ウ)元々受療歴のある精神障害者等で避難所生活に不適應状態となっている人の相談対応。

● 支援活動内容

以上の要請を受けて、本協会は以下の体制で支援者派遣を行うこととした。

- ①1週間交替で支援登録者を 1 名派遣する(引き継ぎ日を設けて重なるように)。
- ②支援者は自力で現地入りしてもらう。
- ③宿泊先は東松島市内のクリニックの元グループホームの施設を借用する。宿泊先の 1 階部分は浸水によりガスが使えないため、入浴は近くの自衛隊が設置した簡易風呂を利用する。
- ④現地での支援活動の手段として、当面仙台市内の原クリニック所有の車を借用する。

東松島市では、保健師を中心として(1)被災者のこころのケア、(2)精神科医療が必要な方への支援、(3)職員・ボランティア等援助者へのケア、の 3 つの柱でそれぞれのフェーズごとに体制を考えて活動が展開されていた。本協会の要員派遣は、フェーズ 3(応急対策:避難所から概ね仮設住宅入居までの時期、3 週間~2 ヶ月)からの導入であった。

5 月に入ると応急仮設住宅第 1 次分が完成し入居が開始となった。また、担当保健師から 2 名 1 組の派遣体制の要請があり、5 月 4 日・5 日については、急きよ東北大心のケアチームの派遣構成員に東松島市の応援に回ってもらった。支援に入っている構成員からも 1 人での活動に限界があることを確認し、5 月 14 日以降は 2 名 1 組での支援体制に変更した。この時期の支援活動は、各避難所の一般巡回診療から上がった精神面でのハイリスク者に対する個別支援(訪問、面接、受診勧奨、精神科往診の予約)、健康支援調査の実施と健康支援調査(全戸訪問)後の精神面での要フォロー者への支援(電話、自宅訪問)などであった。

6 月に入り、石巻市内のビジネスホテルを 2 室確保することができ、6 月 6 日以降の宿泊先はビジネスホテルとなった。また、6 月 19 日からは日曜日が休庁となり、月曜日から土曜日までの支援活動となった。

8 月 11 日に、本協会の今後の支援活動のあり方を協議するため、災害対策本部として竹中本部長(会長)、小関副本部長(副会長)、常務理事(木太直人:筆者)が東松島市を訪問し、市の健康推進課障害福祉班の担当保健師 3 名と会議を行った。障害福祉班がまとめた「こころのケア相談窓口利用状況」によると、延べ利用者数のうち精神保健福祉士対応が半数以上を占めており、相談経路は約 6 割が主に派遣保健師による健康支援調査からピックアップされたケース、相談者の 2 割は津波により家族が死亡しており、4 割を超える人が津波に遭遇していた。相談主訴は不眠、不安、抑うつに多いが、次第にアルコール問題が増えてきている。これまでは自宅訪問と避難所訪問が多かったが、今後は仮

設住宅への訪問が増えていく見込みであることを確認した。今後の本協会の活動については、年末までの継続が求められた。また、同日に仙台市で宮城県精神保健福祉士協会の幹部数人と本協会の支援活動に関する意見交換を行った。なお、8月31日には避難者の仮設住宅への入居完了に伴い、市内の全避難所が閉鎖された。

9月に入ると、土曜日・日曜日が閉庁日となった。以前よりは保健師に少し余裕が出てきたこともあり、派遣者間による引き継ぎから保健師が新しく入る支援者に申し送ることも可能な状況であることを確認し、9月11日以降は2名が同時に交替して平日5日間の活動を行うこととなった。この時期の活動は、①継続支援ケースの方に対する仮設住宅および自宅への訪問や電話フォロー、②ケース対応の状況と今後の方針についての保健師とのミーティング、③新規相談ケース対応、④毎月第3木・金の仮設住宅健康相談会への準備および参加といったものであった。

10月以降は、継続支援ケースへの訪問や電話が主たる活動となった。また、担当保健師と相談のうえ終結ケースと継続ケースの選別をする時期でもあった。10月3日からは、原クリニック所有の車両を返却し、レンタカーを使用することとなった。

12月28日、本協会の支援者派遣活動はすべて終了し、2012年1月からはみやぎ心のケアセンターから派遣される精神保健福祉士に活動が引き継がれることとなった。

●活動終了後の東松島市の状況

東松島市では995戸の災害公営住宅建設が計画されているが、2013年度までに244戸が完成し2013年4月から入居が始まっている。2014年6月1日時点での人口は40,111人である。また、一部区間の不通が続いていたJR仙北線は高城町～陸前小野間の復旧のめどがようやく立ち、2015年7月に全線開通の見通しである。

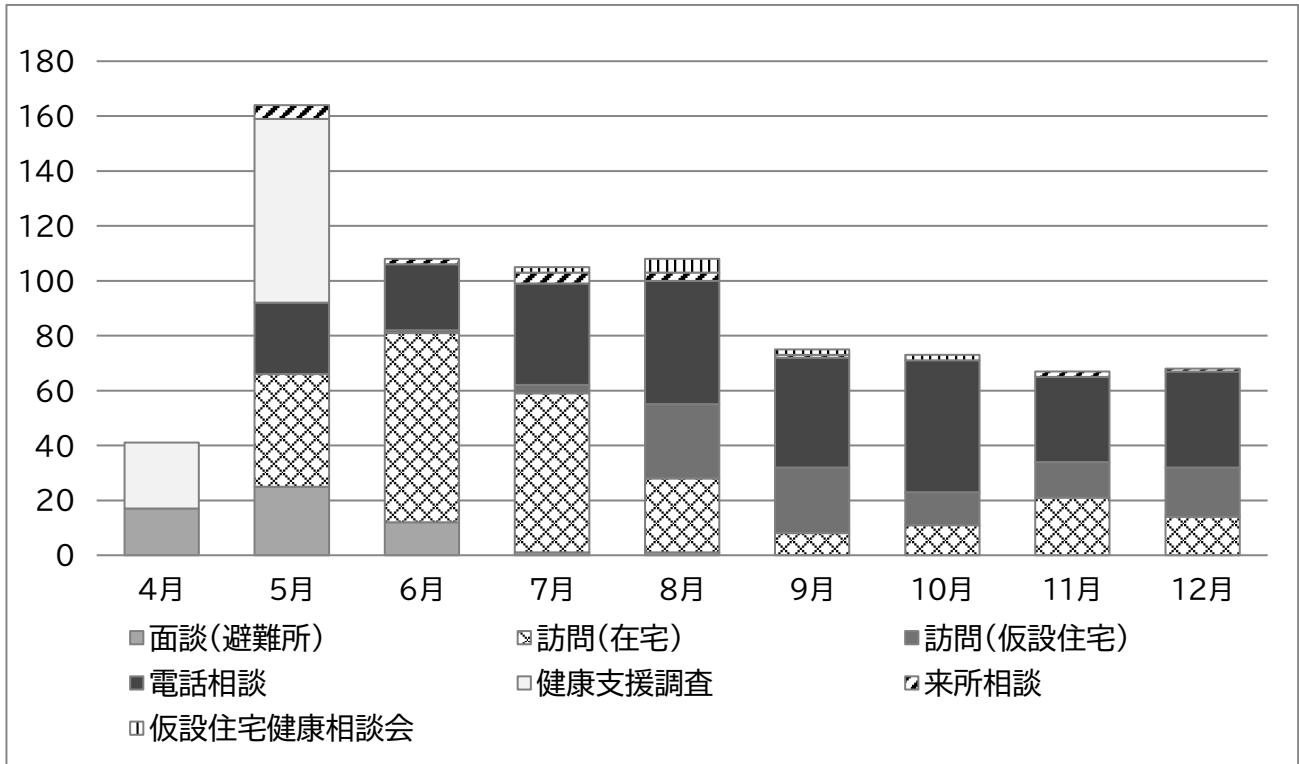
なお、2011年11月30日に仙台市で開所した「みやぎ心のケアセンター」に、東松島市から中長期の心のケアの人材として精神保健福祉士2名の派遣要望があり、1月から心のケアセンターに赴任する職員1名を常勤配置として派遣することとなったが、もう1名については本協会の支援活動経験者が複数名交替で支援に入った。

東松島市への精神保健福祉活動の補完要員派遣の概要

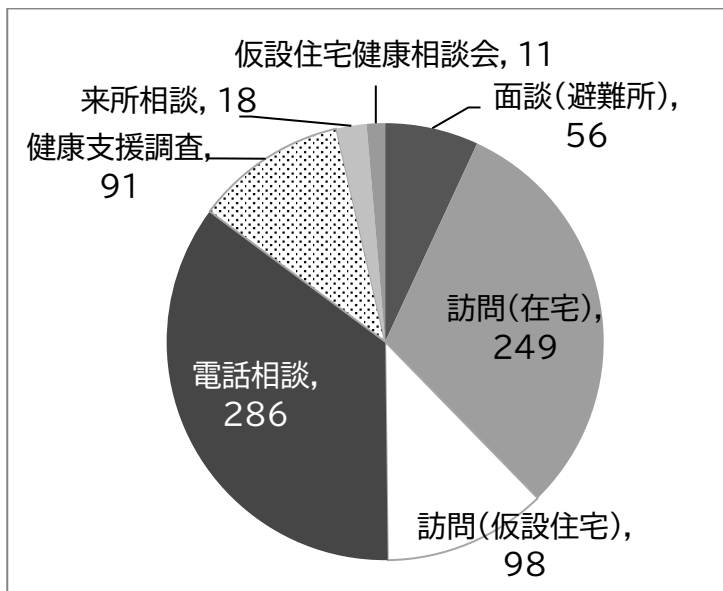
- ①支援活動期間:2011年4月25日～2011年12月28日
- ②支援者の宿泊場所:きくべえクリニックの元グループホーム(2011年4月24日～6月5日、宮城県東松島市赤井台56-1)、エアーズロックホテル石巻(2011年6月6日～12月29日、宮城県石巻市立町1丁目6-21)
- ③使用車両:原クリニック所有の車両(2011年4月25日～10月3日)、レンタカー(2011年10月3日～12月29日)
- ④備品:携帯電話、パソコン、プリンター、地図(広域版)、地図(ハンドブック版)、ネームホルダー、腕章、ヘルメット(衝撃吸収ライナー付)、懐中電灯、携帯ラジオ、名刺、ビブス、血圧計、体温計、炊飯器

⑤消耗品:マスク、軍手、雨合羽(携帯用)、折りたたみ傘、乾電池、除菌用ティッシュ、携帯用ティッシュ、ボックスティッシュ、速乾性手指消毒剤、常備薬(うがい薬、頭痛薬、胃薬、風邪薬、消毒薬、絆創膏、脱脂綿、ガーゼ)、文房具(ボールペン、油性マジック、メモ用紙、はさみ、付箋)、ファスナーケース、ガムテープ、水筒、タオル、カイロ、ゴミ袋、水、ラップ、割り箸、コピー用紙、クリアファイル

⑥ 月別支援活動状況



⑦ 活動別支援活動状況



《参考文献》

「東松島市 東日本大震災 記録誌」東松島市総務部総務課 2014年3月

<http://www.city.higashimatsushima.miyagi.jp/cnt/saigai/bousai/20110311higashinihondaishi/nsai-kirokushi.html>

5 みやぎ心のケアセンターの下での活動

● 支援活動調整

本協会は2012年3月31日をもって東日本大震災対策本部を廃止し、4月1日に新たに東日本大震災復興支援本部を設置した。みやぎ心のケアセンターの渡部裕一氏(復興支援本部員/宮城県支部)からは、宮城県の状況として、震災から1年以上経過した現在でも、メンタルヘルスに関するさまざまな問題の増加が懸念されており、住民調査や個別相談対応など、依然として市町村担当者の業務負担が大きい状況は続いていることの報告があった。

その後、みやぎ心のケアセンターからの正式な支援要請があったことも踏まえ、住民の健康管理と市町村担当者の負担の軽減を目的とした事業を展開するため、本協会に東日本大震災復興支援活動人材バンクを設け、支援活動に参画する構成員を募集することとなった。募集内容は、みやぎ心のケアセンターと雇用契約を結ぶ常勤職員、平日5日間の臨時雇用職員、および3~4日間程度の短期ボランティアとした。このうち、臨時雇用と短期ボランティアについては、渡部氏を窓口として、本協会事務局から情報提供する人材バンク登録者一覧表をもとに、支援に入る構成員の日程、支援場所等を調整してもらうこととした(結果的には、週4日の支援活動を行う構成員についてもみやぎ心のケアセンターの臨時雇用職員としての扱いとなった)。

● 支援活動内容

当初は、仙台市の基幹センターを拠点とし、支援要請のあった名取市、岩沼市、松島町、東松島市、塩竈市、大和町、女川町などに移動しての活動となった。

9月18日以降はみやぎ心のケアセンターにて石巻市内にホテルを確保されたことから、原則石巻市を拠点とし、東松島市か女川町に派遣されているセンタースタッフを補佐する位置づけで活動が行われた。この活動はみやぎ心のケアセンターの常勤職員が充足されつつあったことから、12月28日をもって終了となった。

Column.6

“I am safe.”



被災者となってしまった際は、まず自らの安全を宣言することが重要である、ということである。大きな災害の直後は、誰もが被災した場にいる人の安否が気になるものである。しかし、直接的な災害を被ったところではないところから、被災地にいる人に対して電話や電子メール等で安否確認を行うと、被災した場所で必要な情報収集の邪魔になる場合があるので、被災地にいる者は、まず自らの安全を宣言することを推奨したい。災害用伝言サービス、メーリングリスト、SNS、自らが書き込めるホームページで“I am safe.”と自らの安全を宣言することで、周囲の人々に安心を伝えられる。文法的におかしいとか、どのメディア・手段を使うのが正しい、といったことは問題ではない。要は安否が伝わればよいのである。仮に SOS を求める場合も、ためらわず発信したほうがよい。

巡り合わせで被災地に居合わせてしまった場合、その場から自らの安全を発信し、あるいは必要な支援を発信する心がまえを持っていたいものである。ただし、大きな災害の場合は、停電や情報端末の不具合も想定しておきたい。

災害は TPO で規定される要因もある。『いつ(昼か夜か?)』、『場所(職場・家庭か見知らぬところか?)』、『対象(業務中かプライベートか?)』といったものである。I am safe.を宣言し、あとは現状の情報収集に取りかかる。



平常時に心がけておくこと

平常時にできる実践について、いろいろなステージでの実践が考えられるが、ここでは精神保健福祉士が行う実践について、①個人レベル、②職場レベル、③都道府県支部・都道府県協会等レベルと3段階に分けて考えることとする。

①個人レベル

近年異常気象などによって、日本全国どこであっても災害リスクは高まっており、地域ごとにそのリスクの内容は異なっている。地震や台風などの自然災害だけでなく、原発事故、海外からの飛来する有害物質(PM2.5 など)、交通災害などは現実にも今の時代に起こっていることである。ただ、平常時の行う実践となると、やはり自然災害への備えが中心になってくる。自然災害は、原因となる地震や台風などによる直接的な被害だけでなく、二次的被害(ライフラインや交通機関のマヒ、住宅や職場の喪失など)や三次的被害(二次的被害を原因とする健康被害や経済的損失など)が起こるなど、重層的な被害が起こりうることも考えなければならない。

まずは精神保健福祉士である前に、一人の住民として、地域の災害リスクを知り、対処方法について考えることが大切である。自分や家族がケガをしない、危険にさらされないための備えを十分にしておくことが、いざという時に安心して支援活動を行うことにつながる。

住まいにおいては、地震によって倒れる可能性のある家具の向きや高さを意識して、必要な固定具などを使用すること、ガラスが割れる可能性がある場所においては、飛散防止フィルムや履物を用意するなどの対策が必要である。避難場所や被災時の連絡方法を家族で確認しあうことも大切である。地域性も考慮し、自治体の作成している防災計画や避難計画、ハザードマップなどを確認し、近隣住民での互助についても知っておくことが重要である。

②職場レベル

職場においては、災害時の避難計画などを策定していると思われるが、避難訓練や緊急連絡訓練などを年2回行うくらいのところが多いと思われる。個人レベルと同じように、自治体の作成している防災計画や避難計画、ハザードマップなどを確認することは大切である。大規模な医療機関と小規模な福祉施設では職員の役割に違いが出てくるので、自らの職場でできる備えについて、同僚とよく話し合うことが重要である。実際に被災したことを想定してシミュレーションしてみることや、被災からいち早く事業を再開するためのBCP(事業継続計画)の策定を進め、そのための訓練にも取り組んでほしい。

③都道府県支部・都道府県協会等レベル

本ガイドラインの「平常時の支部の役割」に書いてあることを熟知し、支部でできることを地域性も考慮して行ってほしい。一支部だけでは実施が困難なことも想定されるため、近隣支部や場合によっては遠方支部との協定なども検討する必要がある。また行政や他団体との連携も平常時から行っておくべきであり、現在は、自治体と都道府県協会で協定を結んでいるところも多くある。例えば、広島県では公衆衛生チームの保健衛生班の一員として被災時に活動する団体に広島県精神保健福祉士協会が名を連ねており、鳥取県では災害時における協力協定を鳥取県精神保健福祉士会と県が結んでいる。岩手県では、災害派遣福祉チームの一員として精神保健福祉士が想定されており、岩手県精神保健福祉士会は当初から検討チームに加わっている。各都道府県における災害リスクと被災時に想定される都道府県協会に期待される役割、それに向けた準備について組織的に検討しておくこと、そして必要な連携や行政への提言なども行うことが求められる。

Column.7

災害時の通信サービスに関して



“I am safe.”の項でも触れたが、災害時には誰もが家族や同僚、関わりのある人の安否が気になるものである。気になるからといってむやみに電話やメールに殺到すれば、かえって混乱を増幅してしまいかねない。そこで平常時から活用になれておきたいのが、災害用の伝言サービス/掲示板である。大きな災害が発生した際に、携帯電話やスマートフォンを運営する各通信事業者は、安否確認の録音サービスや掲示板を立ち上げるので、自らの安否について発信しておくことで、お互いの不安を減らすことが可能であろう。

なお、こうした災害用の通信サービスを活かすためにも、日常から家族や関係者と、災害時の連絡方法について話し合っておくことが必要である。また、各事業者は平常時にこれらのサービスを体験利用できる日を設けているので、ウェブ等で確認しておくことをお勧めする。

例えば、NTTの災害用伝言ダイヤル(171)の場合、被災地の方の電話番号をキーにして、安否等の情報を音声で登録・確認できるサービスとなっている。毎月1日及び15日、正月三が日、防災週間(8月30日～9月5日)、防災とボランティア週間(1月15日～1月21日)と体験利用日が設けられている。ただし、使用している電話によっては利用できない場合もあるので、事前にお試し利用しておくことで災害時のゆとりが生まれるであろう。

用語説明

「こころのケアチーム」

DPAT 発足以前、災害時に活動する災害派遣精神医療チームを、慣例的に「こころのケアチーム」と呼んでいた。東日本大震災など様々な災害において、こころのケアチームによる支援活動が行われていたが、DPAT が発足したことによりいったん DPAT に吸収される形となった。しかし、現在でも、災害時に精神保健医療活動を行うチームについて、被災自治体の判断により「こころのケアチーム」という名称が使われることがある。例えば、チームに精神科医師が加わらないなど、DPAT の班員要件を満たさない精神保健支援チームの名称として使われる場合がある。(引用・参考文献1)

「DPAT」

DPAT とは、自然災害や犯罪、事件・事故等の集団・人為災害において、精神科専門医療の提供と精神保健活動の支援を行うために、都道府県・政令指定都市が組織するチームである。この活動は「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領」(引用・参考文献2)により規定されている。自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、精神保健医療への需要が拡大することが考えられる。このような災害時の専門的な研修・訓練を受け、都道府県・政令指定都市(以下、都道府県等)によって組織されるチームである。班の構成は、精神科医(先遣隊を構成する医師は精神保健指定医でなければならない。先遣隊以外の班を構成する医師は精神保健指定医であることが望ましい。看護師、業務調整員(ロジスティクス:連絡調整、運転等の後方支援全般を行う者)の職種を含めた数名(車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討)である。1班当たりの活動期間は1週間(移動日2日・活動日5日)を標準とする。(引用・参考文献3)

「DWAT」

各都道府県に災害派遣福祉チーム(DWAT/DCAT 自治体によって名称が異なる)が整備されつつある。災害時に障害者・高齢者・子ども等の災害時要配慮者への福祉支援を担う組織であり、活動は、都道府県知事からの派遣要請を受けて行う。また、保健医療調整本部の調整下に入り活動することを基本とする。チームは社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー、看護師、保育士、公認心理師ら 4~6 人程度で構成される。長期避難者の生活機能の低下や要介護度の重度化など二次被害防止のため、一般避難所で災害時要配慮者に対する福祉支援等を行う。専門職組織であるため、災害弱者へのサポーターとしての質の担保は期待できる。MHPSS のレベル 1、2、3 を担える組織であり、精神保健福祉士が構成員であればレベル 4「専門的支援」も部分的に提供が可能な組織である。(引用・参考文献4)

「ストレス・災害時こころの情報支援センター」

災害に関する精神保健医療対策、調査、研究、支援を行うために設立され、その後、災害以外のトラウマや重度のストレスに活動の幅を広げている。危機的な出来事に見舞われて、苦しんでいる者の心理的回復を支えるための、人道的、支持的、かつ実際の役に立つ様々な支援をまとめた心理的応急処置(Psychological First Aid:PFA)(引用・参考文献5)の普及やトラウマ対応の専門家の育成に取り組んでいる。(引用・参考文献6)

「福祉避難所」

福祉避難所については、災害対策基本法施行令に、災害対策基本法による避難所の指定基準の一つとして、以下のように規定されている。

「主として高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する者(以下この号において「要配慮者」という。)を滞在させることが想定されるものにあつては、要配慮者の円滑な利用の確保、要配慮者が相談し、又は助言その他の支援を受けることができる体制の整備その他の要配慮者の良好な生活環境の確保に資する事項について内閣府令で定める基準に適合するものであること。」(災害対策基本法施行令第20条の6第5号)(引用・参考文献7)

<福祉避難所関連資料>

- ・内閣府避難行動要援護者の避難行動支援に関する取組指針(平成25年8月)
- ・福祉避難所概要と設置フロー
- ・福祉避難所の設置・運営に関するガイドライン(日本赤十字社)
- ・平成22年度災害救助法事務取扱要領

「心のケアセンター」

心のケアセンターは、一部の大規模被災地に設置されている。これまで、災害後に設置された心のケアセンターは全国で数ヶ所(兵庫県、新潟県、岩手県、宮城県、福島県、熊本県等)であり、災害後中長期的における被災地域住民のメンタルヘルス維持に特化した特別な災害精神保健福祉の支援を提供する役割を担っている。(引用・参考文献8)

過去に被災者メンタルヘルス支援機関が立ち上がった災害

阪神・淡路大震災	兵庫こころのケアセンター
新潟中越地震	新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター
東日本大震災	岩手県こころのケアセンター、みやぎ心のケアセンター ふくしま心のケアセンター
熊本地震	熊本こころのケアセンター
平成30年7月豪雨	おかやまこころのケア相談室、広島県こころのケアチーム

《引用・参考文献》

1 <https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf>

自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル P.19／厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業) 災害派遣精神医療チーム(DPAT)と地域精神保健システムの連携手法に関する研究／令和3年3月発行

2 https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/2.pdf

平成30年3月30日障精発 0330 第1号、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課長通知「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000204723.html>

3 本一覧の1と同 P.19

4 本一覧の1と同 P.21

5 心理的応急処置(Psychological First Aid : PFA)

https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/research_top_detail.php?@uid=KRLjKa8fZGgUFzEn

https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/images/upload/files/whopfa_jpn.pdf

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 日本語版／世界保健機関(WHO)発行、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター訳／2011年

*他にも以下の文献がある。

サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版／アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立 PTSD センター発行、兵庫県こころのケアセンター訳／2009年3月／<http://www.j-hits.org/>

6 本一覧の1と同 P.20

7 https://www.bousai.go.jp/taisaku/hinanjo/pdf/r3_hinanjo_guideline.pdf

福祉避難所の確保・運営ガイドライン P.2／平成28年4月(令和3年5月改定) 内閣府(防災担当)

8 本一覧の1と同 P.19

Column.8

セルフケア①



セルフケアとは、自分の健康を自分自身で守るために必要な知識、技術を身につけ日々の暮らしの中で実施していくことである。

被災地において支援者は自らも被災しながら支援を行うなど、過度のストレスにさらされる中で支援や日常の生活を行っている。また被災地外から赴いた支援者も被災者のつらい気持ちに共感し、気づかないうちに自分自身も疲れてしまう共感疲労に陥りやすく、過度なストレスの中で身体的・感情的に疲弊し、二次受傷者になりうる可能性もある。そのため、テレビ、パソコン、スマホなどからのメディア情報から意識的に離れ情報を遮断する時間を作ることも重要である。心身の変化は誰にでも起こりうるものであり、バーンアウトや二次受傷などにならないための予防としてセルフケアを身に着けておくことが不可欠である。

セルフケアの方法として、目に見えて成果があるものや達成感のあるものが望ましく、釣りや草刈りなども方法として考えられる。他にも深呼吸、ストレッチ、音楽を聴く、運動、食事、入浴などの気分転換の方法もある。

昨今は、「マインドフルネス」という、現在において起こっている経験に注意を向ける心理的な過程が注目されており、東日本大震災以降、被災者ケアに限らず企業内メンタルヘルスでも取り入れられている。

Column.9

セルフケア②

活動の時期で考えた時に支援前には、治療中の疾患があるのか、ストレス反応の傾向は何かなど自分自身が支援に耐えられるのかなどを把握しておく必要がある。また支援に行くことについて家族の理解を得ることや留守中に代わりに役割を担ってくれる協力者を確保することなども必要である。さらに職場の理解を得ることや不在中の体制の調整も必要となる。身の回りの状況を整えて臨むことで安定して支援を行うことにつながる。

被災地外から赴く前には、自分の立場やどんなミッションで支援に入るのかを確認することや何ができて何ができないかを明確にしておくことで、使命感にとらわれず、自分ができる範囲で支援することにつながる。また経験者や派遣から戻ってきた方から話を聞くなどの顔合わせ・勉強会などを実施することも有効である。

支援中には、自分だけは休めない、使命感、焦燥感などの思いから家庭や自分を顧みずに支援をし続けやすくなるが、十分な睡眠や食事・水分をとり、ペースを守ることが必要である。また家族に電話をするなど生活感・現実感を取り戻すことも必要である。他には1人きりで活動せずにチームで活動すること、先輩 MHSW や経験者に相談する等スーパーバイズを利用すること、記録や日誌などをつけ日々の振り返りをするなども有効である。

支援後には、家族と過ごすなど休養をとること、重要な判断などはしないことが必要である。また所属や団体などのフォローアップのシステムの活用、スーパーバイズの利用、集しやすい研修の企画や話せる機会の企画、報告書をまとめ自分の中で1つの支援の区切りをつけるなども必要である。

なお、所属や団体に災害支援派遣後の者がいれば、周囲も支援者自身のセルフケアの必要性を理解し、その機会を提供・保障することが重要である。



編集者一覧

公益社団法人日本精神保健福祉士協会災害支援体制整備・復興支援委員会

(都道府県順／◎…担当理事 ○…委員長)

氏名	所属支部	所属機関
照井涼子	北海道支部	北海道大学病院精神神経科
北村昇二	岩手県支部	社団医療法人新和会宮古山口病院
菅野直樹	福島県支部	日本赤十字社福島赤十字病院
伊藤亜希子	福島県支部	福島県教育庁相双教育事務所／飯館村教育委員会
鴻巣泰治	埼玉県支部	公益財団法人西熊谷病院
三瓶芙美	神奈川県支部	認定 NPO さざなみ会神奈川精神医療人権センター
木谷昌平	石川県支部	一般社団法人ななお・なかのと就労支援センター
◎磯崎朱里	和歌山県支部	メンタルケアステーション yui
大原弘之	和歌山県支部	和歌山県立こころの医療センター
○河合 宏	岡山県支部	医療法人梁風会さきがけホスピタル
日向晴美	香川県支部	さぬき市民病院
木ノ下高雄	熊本県支部	就労サポートセンター菊陽苑

(2024年3月31日現在)

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 災害支援ガイドライン Ver.2.1

2010年3月31日 初版発行

2016年6月30日 Ver.2 発行

2024年11月30日 Ver.2.1 発行

編集 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 災害支援体制整備・復興支援委員会

発行 公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 7F

Tel 03-5366-3152 Fax 03-5366-2993

<https://www.jamhsw.or.jp/>