



鈴木友理子, 中島聡美, 金吉晴.
災害精神保健医療マニュアル 東北関東大震災対応版より抜粋

災害時の支援・こころのケア 総論・組織的対応

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

災害後の精神的反応

1. 適応的反応、回復

- Resilience: 回復のバネ力

2. 異常な事態に対する正常な反応

- 一過性のストレス反応
 - うつ、不安状態
 - 睡眠障害
 - 身体症状
 - アルコールやタバコの使用増加

3. 精神疾患など

- うつ病
- 不安障害（パニック、恐怖症、PTSDなど）
- 適応障害
- 物質依存（アルコール、カフェインなど）
- 医学的には説明のつかない身体症状の増加

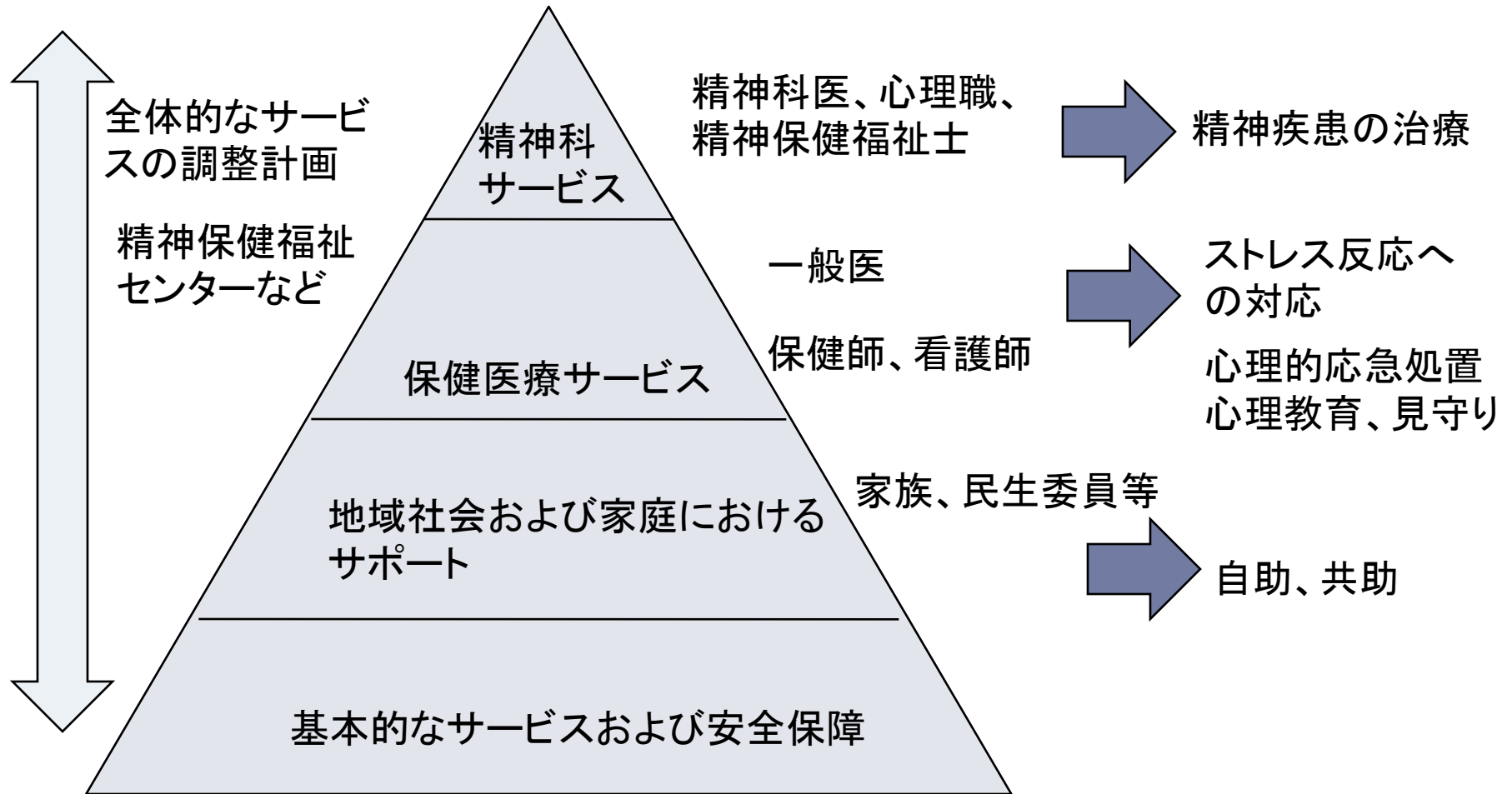
PTSS and PTSD

- ▶ **トラウマ的な出来事＝PTSDではない。**
- ▶ **PTSS:症状**
出来事後数週間にみられる症状は、だれにでも起こる反応 (McFarlane, 2000)
- ▶ **PTSD:疾患**
出来事を体験したあと、上記症状が1カ月以上続く状態
- ▶ 割合は出来事の種類、性質による (Kessler, 1995)
- ▶ PTSD診断は、トラウマ体験からの回復のプロセスが遅れている状態 (Yehuda, 2007)

精神障害に関する長期的な影響： WHOによる一般的な有病率に関する推測

	災害前 12か月有病率	災害後 12か月有病率
重篤な障害 (e.g. 精神病性障害、重症のうつ病、機能障害を呈する不安障害)	2-3%	3-4%
軽度・中等度の障害 (e.g. 軽度・中等度のうつ病や不安障害)	10%	15-20% (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)
“通常の” ストレス反応 (障害ではない状態)	推計値はなし	大多数 (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)

災害時精神保健システム：多層的なサービス提供



精神保健関連の支援内容

- ▶ 精神医療体制の確保
- ▶ ハイリスクアプローチ（個別対応）
 - ▶ 要援護者リストの活用
 - ▶ 電話相談などの窓口の活用
 - ▶ 保健師とこころのケアチームの連携
- ▶ ポピュレーションアプローチ（多数対応）
 - ▶ こころのケアに関する啓発
 - ▶ 健康調査（精神健康調査も含む）
- ▶ 支援者のケア、研修体制
- ▶ マスコミへの対応

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業） 主任研究者：金吉晴。 http://www.ncnp-k.go.jp/katudou/h12_bu/guideline.pdf

大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス

フェーズ	フェーズ0 (数時間、数日)	フェーズ1 (数日)	フェーズ2 (数週間)	フェーズ3 (数か月)
	各現場	救護所、遺体安置所	避難所、自宅、医療機関	仮設住宅
ターゲット	・精神不穏（パニック）	・精神障害者の症状悪化 ・ASD ・悲嘆反応 ・スタッフの惨事ストレスによる急性反応	・服薬中断 ・適応障害、不安障害、PTSD等 ・アルコール関連障害 ・スタッフの疲労の問題の顕在化	・うつ病、自殺
ゴール	自助・互助による静穏化	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療
本部 (本庁、精神保健福祉センター等)	・情報収集と発信 ・精神保健活動方針の決定 (精神科救急システム調整、精神科救護所設置の要否、ケアプランの確認等) ・人的支援(外部・内部)の派遣要請と調整			・活動の評価、継続支援内容の検討、活動報告会の開催
保健所	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保体健体制の確認、ハイリスク者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
市町村	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保体健体制の確認、ハイリスク者、要援護者に関する情報の収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
医療機関	・各機関における情報収集、連絡、精神保健活動方針の決定		・精神医療の実施 ・連携会議への参加 ・スタッフの心のケアの検討	
医療チームまたは心のケアチーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供、精神科救急業務	・精神保健相談(訪問、窓口)、医療や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	
保健チーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供	・精神保健相談(訪問、窓口)、健康教育や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	



鈴木友理子, 中島聡美, 金吉晴.

災害精神保健医療マニュアル 東北関東大震災対応版より抜粋

災害時の支援・こころのケア

I. 災害時の精神保健福祉体制

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

2. 初動時のこころのケア対策本部の設置

- ▶ 初動の段階で都道府県あるいは市町村など行政が中心となって、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置し、それに基づいて対応を実施するのがよい。
- ▶ 県や県保健所が中心になって、「こころのケア対策本部」を設置することが望ましい。
- ▶ 精神保健福祉センターや他の資源との連携の在り方を事前に検討しておく必要がある。
- ▶ この対策本部は「こころのケア」を銘打っても、医療や保健といった他の活動と連動して展開していく必要がある。

2. 初動時のこころのケア対策本部の設置

- ▶ 2) 初動時の精神保健計画の立案には災害時精神保健専門家や災害対応経験者による、災害精神保健体制や活動に関する助言が必要である。
- ▶ 災害は多種多様であるので、その種類の災害対応経験者の助言、支援は役立つ。
- ▶ また、外部からの災害精神保健専門家は、災害精神保健に関する一般的知識や経験を、その地域の個別状況にすり合わせる姿勢が求められ、被災現場の担当者は、これらの意見を助言として参考にし、現場に即した対応をすることが求められる

2. 初動時のこころのケア対策本部の設置

- ▶ 県が被災状況や他機関からの情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供する。
- ▶ 正確で時宜を得た情報発信は、住民の不安軽減にもつながる。
- ▶ 場合によっては、県内部での情報システムの整備不足、被災地と県との物理的距離によって必要な情報が集まらないことも想定され、情報が円滑に伝達されなかった場合に、行政に対する不信感が増し、流言飛語の土壌にもなりうる。
- ▶ 災害時のコミュニケーションはこころのケアに対して重要な意味をもつ。

3. 保健活動の課題

- ▶ 平常時から、保健師とその他の機関の関係者間での役割分担の明確化と日常業務における連携が必要である（例：自殺対策連絡会などの関係者の横のつながりを活用）。
- ▶ 「平時にできていないことは危機時にできない。」
- ▶ 日常業務において顔の見える関係で連携をしておくことが重要である。
- ▶ 役割分担に加え、共通する役割を意識して活動を重層化していく視点も必要。

3. 活動・支援記録

- ▶ 支援者の交代の際に、業務の円滑な引き継ぎができるように支援記録を作成する。
- ▶ 地元での継続的な支援を可能とするために、外部支援者からの引き継ぎ用の支援記録は必須である。
- ▶ 実際には、記録する時間的余裕がないので、事前に簡便な統一的な様式の準備が必要である。
- ▶ 現地の保健師は災害時に忙殺されるので、外部からの支援者が記録の整理の役割を担うことも期待される。

3. 活動・支援記録

- ▶ 復興時の保健活動の通常業務において災害時支援の経緯が分かるように、通常業務記録からも災害時対応の記録が参照できるようにする。
- ▶ 災害時の対応のみで支援が完結できない事例に対しては、災害時の対応が分かるような支援記録を残すことが必要である。
- ▶ 全例ではなくハイリスク者や要支援者(独居老人、難病、特定疾患など)に限定するのが現実的であろう。
- ▶ 二重の記録にならずに参照できるような記録方法の工夫が必要である。

4. メディアへの対応

- ▶ **報道について、県に窓口を設定し、情報の発信を一元化する。**
- ▶ 情報発信を一元化することについては賛成の意見が多かったが、窓口を県とするか、現地の市町村にするかは、災害の規模による。
- ▶ 平常時からの準備として、
 - ▶ こころのケア活動について、事前に勉強会を開催
 - ▶ こころのケア対策本部に広報担当者を設ける、など



鈴木友理子, 中島聡美, 金吉晴.

災害精神保健医療マニュアル 東北関東大震災対応版より抜粋

災害時の支援・こころのケア

II. 災害時こころのケアのあり方

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

心理的デブリーフィングについて

▶ Critical Incident Stress Debriefingとは

- トラウマ的出来事となりうる経験をした人びと(多くは職場で)を対象としたグループセッション
- イベントについて感情的、認知的経験にグループディスカッションを行う。
- グループディスカッションへの参加は任意であるが、多くの組織文化においては、強かに勧められている。

▶ 多くの場合、誤って適用されている。

- ▶ 誤って用いられる場合には、有害になりうる。

▶ 正しく適応された場合にも、有効でも有害でもない。

▶ 結論として、災害時の介入として行うべきではない。(IASCガイドライン)

心理的応急対応(Psychological First Aid: PFA) を臨床、その他の場面で使えるようにすること

- ▶ 出来事に必ずしも焦点を置くものではない。
(デブリーフィングとの相違点)
- ▶ 臨床的サービスではない。
 - ▶ むしろ対人サービス職一般のこころがけ
- ▶ 重要な要素
 - ▶ 有害性からの保護
 - ▶ 傾聴
 - ▶ 基本的ニーズのアセスメント
 - ▶ 仲間を組織化すること

心理的初期対応の目的

- ▶ 疾病予防という意味での、一次予防、二次予防ではない
- ▶ 衝撃を受けている人に対する、「苦痛を与えない接し方」
- ▶ 混乱の中にある人に対する、「安心させる接し方」
- ▶ 支援についてのコミュニケーションを円滑にする
 - ▶ 情報収集/提供、動機づけなど
- ▶ 日本語：<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>

7. 基本的心構え

▶ 初期対応では、被災者が安心感を得られるような対応が勧められる。

+ 安心感としては「現実的でかつ確かであること」が重要である。

！ 具体例

- ▶ 衣食住や当面の生活支援（水や食事の配布、入浴情報等）
- ▶ 具体的な問題解決につながる情報
- ▶ 正確な情報
- ▶ （疑問に対する）問い合わせ先の情報
- ▶ 短期間の見通しなど

7. 基本的心構え

- ▶ 初期対応では共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供する。
- ▶ 具体的な支援の例
 - ▶ 「衣食住の確保」「医療の提供」「安心して過ごせる場所の提供」など
- ▶ 実際には具体的な支援が提供できなかったり、確約できないこともある。
- ▶ 「共感的態度」については、共感的態度は必要だが、共感しきれないという自覚も重要である。

9. 初期対応

- ▶ 被災者に対応する際には、誠実に対応し、広く問題に対応しようとする姿勢で接することが重要である。
- ▶ 広く問題に対応しようとする姿勢とは、
 - ▶ 被災者には個人差があるため、あらゆることを想定し、対応することが必要
 - ▶ 「柔軟に対応する」ということ

9. 初期対応

- ▶ 被災者の疑問に対して不正確な情報を伝えないように、できるだけ確認をして伝えるように努めるべきである。
- ▶ 被災地では、流言が多かったり、また被災者が不安からデマゴークに左右されやすいということがあり、情報収集や確認、伝達は重要である。

情報伝達にあたって留意すべき点

▶ 伝達すべき情報の確認

- ▶ 支援に入る前に十分に現地の情報収集を行う
- ▶ 外部からの応援支援者がいる場合はとくに、活動前のミーティング等で情報の確認を行う
- ▶ 事前に問われると思われる内容を調べて、関連機関と連携をとって確認する

▶ 伝達の仕方

- ▶ 被災地では通常の伝達機能が働かないことを想定して対応することが必要(例:被災現場では確認している間に被災者と会えなくなるため伝えられない可能性がある)
- ▶ 何時の情報と断ったうえで提供する
- ▶ 必ずしも正確でない場合には、その点も伝える

9. 初期対応

- ▶ 一般的には、いきなり精神的な面について問いかけるのではなく、まずは当面の心配ごと、体の状態などから問いかけていくことがすすめられる。
- ▶ 精神的な面の話をするには、まず、状況を確認し、対応したり、関係性を築くことが必要である。

9. 初期対応

- ▶ 不安や恐怖に圧倒されていたり、呆然としている被災者には、言語化させるより、側に寄り添うなど共感的に安心感を与える接し方をすることが望ましい。
- ▶ 具体的な接し方の例
 - ▶ 目線を下げ、優しい言葉、方言も必要。
 - ▶ 「今ここ」は安全であることを丁寧に伝える。そのうえで、側に寄り添う。
 - ▶ 体を動かすこと、漸進性弛緩法・動作法など段階的に体を動かすことが効果があるケースもある。
 - ▶ 人により、又時間により違ってくると思います。まず安全・安心・安寧できるよう接することだと思っております
 - ▶ 言語的、非言語的どちらの接近も重要である。
- ▶ 精神科救急対応患者のレベルであれば薬物療法など積極的・強制的な介入も必要になる。

9. 初期対応

- ▶ 被災者には、広くメンタルヘルスについての情報(相談窓口や、講演会などの情報、アルコール依存症の予防や一般的な被災者の反応についての普及啓発用パンフレット)が提供されることが望ましい。
- ▶ 具体的な提案
 - ▶ 掲示物は色々なものが貼られて、見づらいので、個別に渡せるリーフレットが望ましい。
 - ▶ 災害後は、メンタルヘルス以外でも普及啓発用パンフレットやポスターが提供されることが多く、ただ掲示するだけでは情報が伝わらない。情報の提供方法・伝達方法を工夫する必要がある。
- ▶ 提供するべき内容として、「相談窓口」、「災害時のメンタルヘルス問題が特別なものではないということ」が重要である。
- ▶ 急性期より復興期のほうが必要な場合が多い。

9. 初期対応

- ▶ 被災者にそれぞれの体験を詳細に語るように勧めることは推奨できない。
- ▶ デブリーフィングの方針を適切とする意見はほとんどなかった。
 - ▶ 仕事などですべきだったことができなかった経験を話しかえって傷つく人もいた。
 - ▶ 逆に、「詳細に語らせること」の悪影響について伝える必要があると思います。
 - ▶ むしろ被災者は語りたがる人のほうが圧倒的に多かった。しかし語りたがらない人にまで促すことは危険ではないか？
 - ▶ 語りたくない人の意思も尊重すべき。
 - ▶ 話したい人だけでよい。強制はかえって症状を悪化させることが考えられる。
 - ▶ 仕方なく発表する、発表しなければならない…、自分の番が来る前に喘息の発作や過換気の状態を呈した人もおります。

望ましい対応

- ▶ 体験を詳細に語れる時期を待ち、語れる場作り(健康相談等)が必要である。
- ▶ 被災者から話が出れば受け答えをすべきである。地域性もあるがこころの窓が開くのは、個人差がある。

10. スクリーニングについて

- ▶ **精神健康の問題が継続している人について、精神保健専門家は専門的なアセスメントを実施する。**
- + 災害以前から持続している精神健康上の問題を抱えている人には、災害時だけではなく、継続して支援していく必要がある。
- + 災害時のハイリスク者等の危険がある人には、アセスメントをすべきである。
- ! 「精神健康の問題が継続している人」はストレス反応が持続している状態なのか、災害以前から続いている精神疾患や問題なのかで判断が異なる。

10. スクリーニングについて

- ▶ **精神健康のスクリーニングはハイリスク者を把握するためであり、単なる調査目的で行うべきではない。**

！ハイリスク者の同定と支援のために行うのが望ましい。

+ 現状把握を目的とした研究も必要なこともある。しかし、研究目的の調査は、住民にとって再曝露となる可能性など有害なことがある。

！調査の実施機関において倫理性をチェックし、利益と不利益（個人と公共両者について）を明示したうえでの実施が必要である。

11. 災害時要支援者への対応

▶ 学童のこころのケアは、学校現場（スクールカウンセラー含む）や児童相談所、地域の臨床心理士会など学童期の心のケア担当機関と連携することが望ましい。

！ 学校でのこころのケアは、県の教育委員会が主体となって、普段対応している人が対応することが望ましい。

+ 子どもの場合、「こころのケア」を前面に出して訴えたほうがなじみやすい。

- スクールカウンセラーによる学校での対応は、あくまでも心理的ケアに限定される。

！ 保健や医療と連携させていくことは、現状としては非常に難しい。

参考) 多文化対応

- ▶ 日本の言語理解に困難がある場合、災害時要支援者であると見なされる。
- ▶ 一般に、情報が十分に行き届かず、二次的な情報不安に陥りやすい。また、必要な医療、援助を受けることが難しいことが多い。
- ▶ 広報やメディアによる放送を用いて、母国語で情報提供することが有益である。
- ▶ 母体となる文化によって、災害時の反応の様式が異なることがあるため、精神保健医療担当者がそうした点を理解した上で対応する必要がある。

12. 精神健康に配慮したコミュニケーション

- ▶ **被災後初期からこころのケアに関する電話相談(ホットライン)を設置すべきである。**
- ! 電話相談(ホットライン)はあったほうがよいとは思いますが、有用性や実際性には疑問が残る。
 - 相談が多すぎて受け入れ態勢が大変ではという心配があるが、実際には、相談例は少ない。
- ! 行政やメディアは過大評価しがちであり、電話相談は、情報提供や傾聴にとどまるという限界を知って対応することが必要である。

12.精神健康に配慮したコミュニケーション

- ▶ 被災後の心の反応についての説明(心理教育)や、相談や支援の機関の情報がのっているパンフレットを提供すべきである。
- ▶ 精神保健に関する心理的抵抗があるので、幅広く一般的な心理的反応や相談機関に関する情報はあったほうがよい。
- ▶ 被災者の状況に応じて、説明を加えたり、集会などで研修やリラックス体験などと併せて、情報提供の方法を工夫する必要がある。

12. 精神健康に配慮したコミュニケーション

- ▶ 初期には心理的反応は「異常な事態における通常の反応」ととらえて対応するとよい。
- ▶ 集団に対する説明の仕方としては、「異常な事態における通常みられる反応」でよい。
- ▶ 個別の対応については、病歴や平常時の問題行動の有無を確認したり、時間経過のなかでの反応の推移を評価したりする必要がある。
- ▶ 保健専門家として個別と集団へのアプローチのあり方を分けて臨むとよい。

12. 精神健康に配慮したコミュニケーション

- ▶ **被災者には、初期の心理的反応についての情報を提供し、基本的にはそれは正常な反応であることを積極的に説明するとよい。**

発災後1週間程度は、集団に対してはこのような説明でもよい。
メディアやパンフレットを活用して情報提供するとよい。

専門家の個別ケースへの対応としては、「異常な事態における通常の反応」と理解することを積極的に勧められない。

ケースごとに支援ニーズを見極め、その後の対処、相談に関する説明も加えるとよい。



鈴木友理子, 中島聡美, 金吉晴.
災害精神保健医療マニュアル 東北関東大震災対応版より抜粋

災害時の支援・こころのケア

III. 外部支援のあり方

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

1. 外部支援受け入れの判断

- ▶ 災害直後には、土地勘のある県内チームによって現地の情報収集をしてニーズを見極める。
- ▶ 実際には災害の規模や特徴による。
- ▶ 外部からの支援は被災後早期から入ってくるので、初期から連絡調整を行なう仕組みを構築する必要がある。
- ▶ また、ニーズを見極める時点から外部派遣者、特にスーパーバイズが可能なレベルの専門家が入ることで、円滑な調整が期待できる。

2. 外部支援受け入れの判断

- ▶ ニーズを見極めた上で、県内外からの外部派遣を調整する仕組みを構築するとよい。
- ▶ 実際には多くの場合、ニーズを短期間で見極めることは非常に困難であり、ニーズの見極めと外部派遣の調整を同時進行させることになる。
- ▶ 被災後早期から連絡調整を行なう仕組みを構築する必要がある。
- ▶ 早期から、特にスーパーバイズが可能なレベルの専門家の支援を受け、ともに活動するとよい。

2. 活動導入の仕方

- ▶ **こころのケアチームは、医療・保健ミーティングなどに定期的に参加し、情報交換をする。**
- ▶ 「こころのケアチーム」とは、治療や普及啓発活動などの精神保健活動を実施するために、現地で活動する専門家チームを意味する
- ▶ 「医療・保健ミーティング」とは、被災地において医療・保健活動を行う全てのチーム(災害医療派遣チーム(DMAT)、被災地の保健所、市町村保健師、医師会等)による、情報交換や活動報告等を行う場のことである。
- ▶ **このような機会を、情報交換、精神保健に関する理解を深める場として活用する。**

2. 活動導入の仕方

- ▶ **こころのケアチームは、医療・保健の他領域の関係者に、こころのケアの対応方針について理解を得るよう努める。**
- ▶ **支援者間での相互理解が必要である。**
- ▶ **関係者が連携していくうえでも、またこころのケアチームの支援者自身の精神健康のためにも、重要である。**
- ▶ **他領域の関係者から理解が得られていない支援は、被災者にとっても利用しづらい。**

3. 外部支援こころのケアチームの活動

- ▶ 外部支援者は、現場のニーズに応じて柔軟な支援を提供する(過去の被災地支援体験は必ずしも現在の状況にそぐわないかもしれないことを念頭におく)。
- ▶ 外部支援者は、過去の支援体験は参考になるが、それが被災地へのおしつけになったり、被災地の支援者を無力化したりすることにつながる可能性があることには注意が必要である。
- ▶ 外部支援者は、後続のチームや現地の支援者が引き継げないようなことを安易に始めるべきではない。

3. 外部支援こころのケアチームの活動

- ▶ 外部支援にあたっては、必ず被災地の行政の許可を得て支援にあたり、地元の精神保健・医療との連携のもとに支援を提供する。
- ▶ 外部支援者としては、いずれ自分たちが撤収することを想定して、支援することが重要である。
- ▶ 被災者に安易な投薬は行わない。複数の機関から処方されている可能性がある。
- ▶ 医療チームとこころのケアチームからの睡眠薬の二重処方や、依存者や転売する者の存在へ、注意を喚起する必要がある。

4. 派遣期間

- ▶ 支援の内容や、被災規模、被災地域の人的資源、地理的条件により考慮すべきだが、、、
- ▶ ひとつのチーム(同じメンバー)は、最低1週間程度の滞在が必要である(前後一日の引き継ぎも含む。)
- ▶ 1週間では短いとの意見もあるが、支援者のストレスと通常の業務から離れる限度を考慮すると妥当であろう。
- ▶ 1週間より短い場合には、引き継ぎや被災地職員によるオリエンテーションの頻度が膨大となり、かえって被災地の負担が増える。



鈴木友理子, 中島聡美, 金吉晴.
災害精神保健医療マニュアル 東北関東大震災対応版より抜粋

災害時の支援・こころのケア IV. 支援者のストレス対応

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築

- ▶ 災害発生時の出勤体制および連絡手順について、一定の目安を事前に定め、それをもとにして災害の状況に応じて臨機応変に対応できるようにしておく。
- ▶ 臨機応変な動きは必要であるものの、臨機応変に対応するためには基本的な目安が必要である。
- ▶ 各機関で予め手順を決めておくことが求められる。
- ▶ また、必要に応じて災害発生時の連絡先や報告の方法書式なども決めておくといい。

1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築

- ▶ 被災時の職員の勤務の在り方、特に休息・休養を取ることの必要性について組織全体が把握しておくためのマニュアル作成あるいは研修を実施する。
- ▶ 実際の現場で十分な休息をとることは現実のところは不可能であることが多い。
- ▶ 特に市町村職員の場合は、居住地域と勤務の場所が同じであるため、休息・休養をとることが一層難しい。
- ▶ 管理職が職員の休息の必要性に関する意識を持つことが求められる。

2. 職員の休養・休息

- ▶ **被災地域での業務の間に、職員休養のための機会を設ける。**
- ▶ 休養できないのが現状であるが、管理者にも実際に現場で働く職員にも、休息が必要であることを意識するよう促すことが必要である。
- ▶ **具体例**
 - ▶ **派遣中**
 - ▶ 一定期間被災地を離れて、事務作業を行う。
 - ▶ 職員だけが過ごせる場所を設けて休養する。
 - ▶ **派遣後**
 - ▶ 確実に週休を与える
 - ▶ 職員にストレス対応に関するアドバイスする機会を設ける、など

4. 支援者のセルフヘルプ

- ▶ 平常時の研修でセルフケアについての啓発、教育を十分に行う。
- ▶ 「自分自身や他者の怒りに対処する技法が重要」
- ▶ 「研修というより、業務外のお付き合いレベルで始めるのが自然だろう」と、内容や形態に関する具体的な意見があった。
- ▶ 実際の職場の研修で、被災者の心理的支援と救援者のストレスマネジメントを取り入れている例もある。