

特別報告

日本赤十字社のこころのケア活動の実際と今後の課題

——東日本大震災急性期におけるこころのケア活動から——

京都第二赤十字看護専門学校

柏原いつ子 黒木 葉子

要旨：日本赤十字社は、有珠山の噴火災害以降様々な災害において医療救護班やこころのケア要員独自のチームで活動を行ってきた。今回の東日本大震災においても日本赤十字社のこころのケア活動が早期から行われた。我々が体験したこころのケア活動は災害急性期の時期であった。この活動の体験から、災害急性期から災害要援護者に専門的に関わるこころのケア要員の確保の必要性が考えられた。また、こころのケアについての状況評価と訪問する避難所の優先順位の早期決定、災害急性期に避難所を訪問するチームメンバーの構成の検討、被災者でありながら活動する方への災害急性期からのこころのケアが必要であると思われた。さらに、災害急性期からグリーンケアが必要であり、そのためには平時から各関係機関とともにグリーンケアやこころのケアを取り入れた災害訓練を行うことが必要であると考えた。

Key words：災害看護、災害急性期、こころのケア

はじめに

日本赤十字社のこころのケアが本格的に活動を開始したのは、2000年の有珠山の噴火災害である。それ以降、様々な災害において医療救護班やこころのケア要員独自のチームで活動を行ってきた。

2011年3月11日14時46分、三陸沖を震源とする国内観測史上最大の巨大地震が発生した。この地震はマグニチュード9.0、震度7を記録し、北日本から関東にかけて強い揺れと津波が襲い、甚大な被害をもたらした。その4日後、我々は京都府支部医療救護班第2班にこころのケア要員として帯同することとなった。通常医療救護班には1名のこころのケア要員が帯同するが、今回は2名のこころのケア指導者の派遣要請があった。これは、被害が甚大であり、死者および行方不明者も多く、こころのケアを必要とする被災者が大多数であると予想されたからである。我々の任務はこころのケアをメインとする活動であったが、今回の東日本大震災におけるこころのケア活動の体験をふまえて災害急性期におけるこころのケア活

動の必要性と課題について提示したい。

赤十字とこころのケア

赤十字のこころのケア活動は、赤十字の創設者であるアンリー・デュナンの活動が始まりである。アンリー・デュナンは、戦地であったソルフェリーの丘で敵味方の立場を問わず手当を行った。このとき、単なる傷の手当にとどまらず、両軍の兵士一人一人の戦場の恐怖体験に耳を傾け、真摯に受け止め、さらには、兵士から家族へのおそらく最後となるであろう手紙を寄託するといった活動もしていたのである。また、「赤十字は苦痛と死に対して戦う」とジャン・S・ピクテが「赤十字の諸原則」の中で述べているが、苦痛とは体の苦痛だけではなく心の苦痛をも意味する。つまり、赤十字のこころのケアは心で苦しむ人々のためにあるといえる。

赤十字のこころのケアに対する本格的な取り組みは、1990年、国際赤十字・赤新月社連盟（以下「連盟」と略す）が心理支援の必要性について調査を行ったことに始まる。その後、さまざまな会議が開催され、心理的支援プログラム（Psycho-

logical Support Program 以下「PSP」と略す)の内容や各国赤十字社における PSP の必要性が検討された。そして 1994 年、連盟とデンマーク赤十字社によりコペンハーゲンに心理的支援センターが設立された。心理的支援センターの活動目的は、各国赤十字社での PSP の援助、連盟の PSP の推進、各国赤十字社の情報の収集と伝達、PSP のガイドラインと経験の普及を行うことであり、これらの取り組みによって各国赤十字社に“心の救急法”(Psychological First Aid)を普及させることである。そのためにはまず各国の赤十字社で PSP の指導者を養成し、その指導者がボランティアを訓練することが必要になる。また、各国赤十字社への普及に際しては、連盟の PSP を各国赤十字社にそのまま押しつけるのではなく、その国の文化や民族性を考慮してその国に適した PSP を作り上げることを目指している。

日本赤十字社とこころのケア

日本赤十字社のこころのケアは 1982 年の「災害時の精神異常者への対応」の検討に始まる。その後、1985 年の御巣鷹山の日航機墜落事故後、災害時には被災者だけでなく援助者にも心の問題が生じることがわかり、1993 年に発行された救護員マニュアルでは「災害神経症」がとりあげられた。やがて 1995 年、阪神・淡路大震災を契機に日本赤十字社のこころのケアに対する新しい取り組みが開始され、被災者のストレス状態を調査し、災害時のこころのケアの必要性を再認識するに至った。以降、他国の赤十字社や様々な国際機関への訪問を通じて、難民や災害の被災者と援助者に対するこころのケア活動やこころのケアプログラムが調査された。国内では、救護員の研修会や日本赤十字社幹部看護師研修所(現：幹部看護師研修センター)の訓練にこころのケア研修が導入されるようになった。そして、1997 年、本社にこころのケア・マニュアル作成委員会が設置され「こころのケア」の手引きが作成され、1998 年には日本赤十字社も連盟のこころのケアプログラムを導入し、連盟との協力関係の強化が図られてきた。

日本赤十字社が初めて本格的に組織的なこころのケアを実施したのは、2000 年 3 月の有珠山の

噴火災害である。その後、こころのケアが日本赤十字社の災害救護活動の柱の一つとして位置づけられ、2003 年から 2004 年には連盟の PSP の指導者養成の方針に沿ってこころのケアの指導者を養成し、この指導者が全国の支部・施設で救護員やボランティアの指導を行うこととされた。2004 年 10 月新潟県中越地震災害の際には、初めてこころのケア指導者を中心に「こころのケアチーム」としての活動が行われた。2004 年、本社にこころのケア普及作業部会が設置され、こころのケア指導者によって救護員のこころのケア指導のために救護員研修標準プログラムの作成とこころのケア指導者マニュアルの編集が行われ、2005 年からは本格的に各支部で救護員に対する研修を実施することとなった。

日本赤十字社のこころのケアとは

日本赤十字社のこころのケアは、心理や精神の専門家によるカウンセリングや治療ではなく、こころのケアの訓練を受けた医師や看護師がすべての被災者を対象に行うものである。その基本姿勢は、傾聴、共感、受容、支持である。まず、被災者のストレスの程度を判断し、専門的な対応が必要かどうかを見極めるこころのトリアージを行う。そして、これらの活動の中でストレスの程度がひどく、専門家の対処が必要と思われる被災者(時には援助者)が見出された場合、医療救護に当たる精神科チームに引き継ぐ。それとともに、こころの健康を損ねかけている被災者に対して、あらゆる場を活用して不安の軽減とストレス緩和の働きかけや被災者のニーズに応じた支援活動を行う。こういったこころのケアは特別なものではなく、一般の生活支援や医療救護と並行して行われるものとされている。また、こころのケアであることを悟ると被災者は構えてしまうため、こころのケアであることを悟らせないよう活動することも重要である。さらに、日本赤十字社のこころのケアは保健師や医療救護班との連携を図ることも役割として担っている。日本赤十字社のこころのケア活動は、やがて被災地の保健、医療、福祉機関が復帰すれば主に保健師に引き継ぐ活動である。こころのケア活動はプライバシーにかかわる活動であるため、保健師へ引く次ぐ際には被災者

との信頼関係を大切にし、多忙な保健師をサポートしながら緊密な連携を常に心がけることが求められる。

東日本大震災急性期における こころのケア活動の実際

今回の派遣期間は2011年3月15日～2011年3月19日であったが、実際の活動は3月16日～3月18日であり、派遣先は宮城県内の病院であった。活動内容としては、院内診療および巡回診療、災害対策本部内に設置されたこころのケアセンターでのこころのケア活動であった。こころのケアセンターのメンバーは、全国の日本赤十字社から派遣されたこころのケア指導者、こころのケア要員、臨床心理士などで構成されており、こころのケアセンターはこころのケア活動を行う拠点として機能していた。

病院到着後、医療救護班は病院内の「黄色」エリアでの活動を行うように指示を受けた。こころのケア指導者に対しては特に指示がなかったため、医療救護班とともに「黄色」エリアで医療救護活動を行いながら、こころのケアを特に必要としていると考えられる方を中心に関わった。避難所から搬送されてきた人々の中には中国から研修で日本へ来ている方がおられた。その方の付添の方も中国人であった。付添の方は日本語を話すことができたため話を聞くと、中国の両親と連絡がつかず両親は心配しているだろうと泣いておられた。また、避難所での生活も外国人であるが故に不自由さを感じておられる様子であった。災害対策本部へ連絡し、中国へ安否情報を流してもらうことと、できるだけ早く両親と連絡をとることができるように配慮していただくことをお願いした。災害対策本部はなお混乱している状態であったが、外国人の安否や衛星電話での連絡については担当者が本社と連絡を取りながら行うとの回答であった。また、搬送されてくる中には精神疾患を持っている方も何名かおられた。ある方は普段内服されている薬が津波で流されたために症状のコントロールができない状態にあり、避難所での生活が困難な状況にある様子であった。たまたまこの日から東北大学より精神科医が応援にきていたためコンサルトし、臨床心理士とともに診療に

あたり、内服薬を処方してもらうことができた。しかし、その被災者の家族は避難所での生活を不安に思っておられ、入院施設を探してほしいと訴えておられた。家族とともに搬送されてきた精神疾患を持つ被災者は診察後もソファにうずくまり、動くことができない様子であった。アルコール離脱性せん妄と思われる方は、診察後大きな声を発したり暴れたりする行動がみられたため精神科医にコンサルトし、鎮静剤を投与したがコントロールできず、災害対策本部に連絡をとって警察を呼ぶこととなった。他にもこころのケアが特に必要と考えられる高齢者の方が多く搬送されてきた。搬送されてきた多くの高齢者は水分の十分な摂取ができず脱水となっており、避難所に水が十分ないことやトイレを心配されておられる様子であった。話を聴くと、地震の時のことや津波のこと、現在の家の様子を語られる方が多かったが、次々と患者が搬送されてくるため十分に話を伺うことはできなかった。

2日目からはこころのケア指導者1名は医療救護班とともに巡回診療に赴き、1名は災害対策本部内のこころのケアセンターでの活動を行うこととなった。

巡回診療では医療救護班が診療している間にさまざまな方と関わり、こころのケア活動を行った。ある場所では、寝たきりの高齢者がいるというお宅を訪問し、本人や介護をしている妻の血圧測定を行いながらお話を伺った。また他の場所では、転倒した方の血圧を測定してほしいという要望があり、希望する3～4名の方の血圧測定を行った。その中で、医師の診療の間に息子さんの消息がわからないという老年女性のお話を伺った。自らも津波に流されて首までつかり、なんとか救出されたい。「生きていても仕方がない。これからどうなるんだろうね。」と力なく涙を流しながら話される姿に対して、ただ耳を傾け、「生きてください」と繰り返す以外にできることはなかった。ある避難所では医療の支援体制は確立されていると判断され、立ち寄るのみとなった。しかし、そこで医療を提供している地元の准看護師や避難所の方々の表情は硬く険しかった。また、話しかけても言葉はあまり返ってこなかった。避難所で医療を提供している地元の医療者や

多くの被災者が過覚醒の状態にあると判断された。さらに、その避難所には隣接して遺体安置所が設置されていた。こういった状況からこころのケアのニーズは高いと考えられた。しかし、今回の巡回の目的は地域に何か所の避難所があるのか、医療ニーズはどのようなものかなど、主に避難所のアセスメントをするというものであり、一か所に滞在する時間は限られていたためこころのケア指導者1人では思うように活動できず、必要時にこころのケアセンターに情報を提供することとした。

一方こころのケアセンターではこの時点で、院内の職員のこころのケア、「黒」エリアでの活動、避難所での活動の3つを柱とされていた。「黒」エリアでの活動内容は、「黒」エリアの職員が疲弊しているため病院スタッフの休養がとれるようにこころのケアセンターのスタッフが日勤・夜勤のシフトに入ること、また「黒」エリアの職員の話の聴きながら職員のケアを行うこと、家族がご遺体と対面されるときへの対応を行うことなどであるという説明を受けた。

活動2日目(3月17日)、避難所での活動を行うということで、こころのケアセンターの看護師、臨床心理士、心理学准教授とともに避難所へ向かった。最初に訪れた避難所はまだ支援が入っておらず、水、食糧、おむつといった物資も届けることとした。到着すると、避難所である学校の先生から診てもらいたい方がいると言われて避難所の一室へ誘導された。そこには7名の方がおられ、順に血圧を測定して話を伺った。胃潰瘍の既往歴があり数日前から黒色便が出ている方、脳梗塞後や冠動脈バイパス後でワーファリンやバイアスピリン内服中の方、統合失調症の方であり、特に薬がなくなることを心配されていた。内服薬に関しては巡回診療では処方箋を出して避難所のリーダーに取りまとめてもらい、病院へとりに来てもらうことがミーティングで確認されていた。しかし、この巡回のチームには医師がいなかったため、処方箋を出すことはできなかった。また、避難所の学校の先生方のお話を伺うと「もう一杯一杯で…」と涙ぐまれており、相当なストレス下にあることがうかがえた。避難所内が衛生的に保たれているなど先生方が努力されていることを伝

え、完璧にすることは難しい状況であるから少し気持ちを抜きながら行きましょうと伝えた。次の避難所には331名の避難者がおられた。到着すると、元保健師の方が「医師はいらっしゃいますか?」と話しかけてこられたが、いないことを伝えると落胆された様子であった。それでも看護師がいることを伝えると、避難されている方の中でも特に疾患や症状で注意が必要な方のリストを持ってきて見せてくださった。ここでも薬が不足していることや診察が必要な方が多くいるとの訴えがあり、「自分たちの力ではどうにもならない」「みんな倒れていくが、見ていることしかできない」と涙を浮かべて話をされていた。やはり支援者の話を聴き、労をねぎらうことしかできなかった。災害対策本部へ戻り、この状況を医療班と同様のアセスメントシートに記載し、災害対策本部へ提出した。

活動3日目(3月18日)は、こころのケアセンターに設置されたリフレッシュルームでの活動を行った。この場所は、病院職員のために災害対策本部から少し離れた場所(院内の応接室)に前日より設置されたものである。自ら被災者でありながら、地震発生以来不眠不休で懸命に活動された職員の皆さんも限界のようであった。そういった方々に少しでも癒しを与えることを目的としていた。窓には明るい陽光が差し、何事もなかったような病院に連なる町並みが眺められた。その窓際にソファーを移し、コーヒー、日本茶を準備してオルゴール音のBGMを流しながら、フットマッサージを受けてもらう。この部屋で対応した病院職員はこの日だけで13名であった。新人の看護師は「頑張っても仕事が終わらない。今日の受け持ち部屋も自分には回れる自信がない。患者に八つ当たりされ、優しくなれない自分が悲しい」と涙を流しながら話された。3月で定年退職予定であった看護師は退職後ゆっくりする予定であったのに全てを津波に流されてしまったと話された。連絡をとりたい友人もいるが、アルバム・連絡名簿などすべて流されて紛失してしまったとのことであった。不慣れな病棟夜勤が続いて疲れてしまったという外来勤務の看護師は、家が流された同僚に「家が流されていないからまだまし」と言われ、「家はあっても通勤は1時間の徒歩。電

気もガスも水もない。食品も買えず、食事のままならない生活でなぜそんなこと言われなければならないのか。院内にいる方が電気も水もあり食事もとることができ、私たちより優遇されている」と不満を打ち明けた。このような職員一人一人に対して話に耳を傾け、「異常な出来事に対する正常な反応」と説明をしていった。新人看護師は最後には笑顔になって「楽になった」と帰られ、不満を打ち明けた外来看護師は「愚痴を聞いてくれてありがとう」と言って帰られた。

このような活動の合間に病院内を歩いていると、病院の事務職員が立ち話をされていた。声をかけると、地震直後のことや自分たちがこの日まで行ってきた活動について説明してくださり、「次にこういったことが起こった時は受診された患者さんのその後の安否確認まできっちりする必要があります」といった課題まで語ってくださった。そのうちの一人は津波で家が流されたと言っておられたが、十分話を聴くことなく仕事へ戻って行かれた。また、病院内のフロアには避難者の方が多く寝泊りされていた。その中の一人は、「夫には在宅酸素療法が必要であるが、電気が復旧しないため夫が入院しており、自分はここで寝泊まりしている」とのことであった。その方も高齢であった。話を聴くと地震のことだけでなく自分の生い立ちまで話をし、「京都に何かあった時は宮城から行くから。ひとつ借りやね」と話された。このように、暗く沈んでばかりいるのではなく明るく、振舞われて前向きに話をしてくださる方もおられた。

東日本大震災急性期における こころのケア活動に関する考察

かつて災害時に最も被害を受けやすい人々は災害弱者とよばれていたが、今日では災害要援護者とよばれており、「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」では「必要な情報を迅速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために安全な場所に避難するなど災害時の一連の行動をとるのに支援を要する人¹⁾と定義されている。このガイドラインによると、要援護者とは一般的に高齢者、障害者、外国人、乳幼児、妊婦など²⁾をさす。要援護者は、新しい環境への適応能力が不十分であり、

ストレス反応も大きいと考え、今回の派遣中も「黄色」エリアでの活動では特に重点的に関わった。外国人への対応について、搬送されてきた中国人の方に付き添ってこられたのも中国人の方であったため、日本語を話せる方にそれぞれの方の思いを話していただいた。ゆっくりと話に耳を傾けることで、感情を表出しこころの整理をつける環境を整えられたと思われた。また、外国人の安否情報に関する対応を行ったことで、その時に解決はできなかったものの、今後の見通しがついたことに安心されていた様子であった。このことから外国人一人一人のニーズに対応することは単にニーズが満たされるだけでなく、対応してもらっているという安心感を与えることができ、ストレスの緩和につながるのではないかと考えた。また、精神障害者は PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害) 脆弱因子を有しているといわれており、急な環境変化に適応しにくいという特性をもっている³⁾。そのため、精神障害に罹患している人は被災することによって状態が悪化する危険性がある。今回の震災においてもそういった方々が多くおられた。精神障害者に対しては急性憎悪への対応を含め早急な専門家へのコンサルトが必要となるが、現実には災害急性期から亜急性期は救命救急が優先されるため後回しにされがちである。日本の精神障害罹患率の上昇を考慮すると、災害時に急性期から精神科医療に取り組める体制が整えられるよう検討していくことは急務であると考えられる。一方、高齢者にとって災害はこれまでの人生における喪失体験に加え、新たな喪失体験となる。従って加齢によって低下した予備能力や防衛力、適応力がさらに低下することが考えられる。まずは、生理的機能の維持が必須であるが、高齢者の語りに耳を傾け、思いの表出を助け、ストレスの軽減を図る援助が必要である⁴⁾。しかし、この時期に高齢者の語りに耳を傾け、ストレスの軽減を図るような援助を行うための人員と時間の確保が難しいのも事実である。今回の震災で経験した外国人に対する対応や精神障害者の医療体制、高齢者への援助の実態より、急性期から災害要援護者に専門的に関わるこころのケア要員の確保が今後必要であると考えられる。

次に、巡回診療に帯同したこころのケア活動について述べる。今回の巡回診療の目的は地域に何か所の避難所があるのか、医療ニーズはどのようなものかなど、主に避難所のアセスメントをすることであった。そのため、一か所に滞在する時間は短く、直接的なこころのケア活動は難しかった。しかし、こころのケア活動としては、こころのケアのニーズをアセスメントする必要があったと考える。今回我々が派遣された時期は災害サイクルの時間の経過でみるとフェーズ2の亜急性期に相当するが、災害時のこころの反応からみれば急性期から反応期にあたる。急性期から反応期にかけては合理的思考が困難となり、思考が狭窄して集中力・記憶力・判断能力が低下する。その後自分の置かれたつらい状況がわかってくる時期を迎える。感情面では茫然自失、恐怖感、不安感、悲しみ、怒りといった感情が湧き、そういった感情を抑えられなくなる時期である。さらに、喪失感、抑うつ感、罪悪感に苛まれたり、逆に気分が高揚する時期でもある。そのため、いらいらしたり、落ち着きがなくなったり、コミュニケーション能力も低下する⁹⁾。こういったストレス反応は異常な状況における正常な反応であるが、それを放置すると疾患につながる可能性も考えられる。現在、日本赤十字社のこころのケア活動においては活動を記録するための記録用紙は存在するがこころのケアのニーズを早急に情報収集しアセスメントできるようなシートは存在しない。そのため、こころのケア活動をする上で必要なアセスメント項目を選定したアセスメントシートを作成し、数多くある避難所のアセスメントを早急に行う方法を確立して訪問する避難所の優先順位を早期に決定する必要があると考える。

先程も述べたように、今回の派遣時期は時間の経過としてはフェーズ2の災害亜急性期に相当するが、被害が甚大であったためか、現場の状況評価は不十分な状態であり傷病者も次々と搬送されている状態で、状況的にフェーズ1の急性期を脱していないともいえた。今回、こころのケアセンターから医師が同行しない独自のメンバーで避難所を訪問したが、この時期に被災者が求めるものは医療であり、生活物資であった。特に、避難所には慢性疾患を有する被災者が多く避難されてい

た。慢性疾患を有する被災者に対しては、急な環境変化に伴う健康問題の早期発見と健康状態の悪化防止が最も重要⁶⁾であり、被災者の不安や心配も自らの健康状態にあったと考えられた。そのため、医師の診察そのものが健康状態に対する不安や心配といったストレスを緩和させるこころのケアとなったのではないかと思われた。つまりこの時期にはこころのケアチームとして巡回するのではなく、医療班に帯同し、医療ニーズとともにこころのケアのニーズについてのアセスメントを行う必要があり、訪問する避難所の優先順位と合わせて訪問するメンバー構成を検討する必要があったのではないかと考えられた。また、活動中には、自ら被災し、津波で家財や肉親を失った病院職員や避難所の管理者に多く関わった。今回、病院ではリフレッシュルームを設置して病院職員のこころのケアを行った結果、皆「ゆっくりできる時間がなかったのほっとした」、「愚痴を聞いてくれてありがとう」などと言って帰っていかれた。今回のような甚大な災害の場合、稼働できる医療施設が少なく、避難所でも避難してきた被災者が避難所の管理をされていることも少なくない。そういった方々は責任感が強く、自らのストレスを感じにくい傾向にあり、後に疾患を発症する恐れがある。その意味では被災者でありながら施設において不眠不休で働く方々のこころのケアも早い時期から行う必要があると思われた。

今回の活動全般では、災害で家族や大切な人を失った被災者の方を対象とする活動が多かったように感じた。日本赤十字社のこころのケアの研修には、災害時のグリーンケアに関する内容はあまり含まれていないのが現状である。米国ではDMAT (disaster medical assistance team) の特殊チームとして医師、看護師、検死官、法医学者、歯科医などから成る「災害時遺族・遺体対応派遣チーム (disaster mortuary operational response team: DMORT)」が災害現場や死体安置所に急行し、遺体の識別や修復、遺族への連絡とこころのケア、検視検案を行っている⁷⁾。日本では福知山脱線事故をうけて、2006年に「日本DMORT研究会」が発足した。災害時における遺体への対応、遺族のケア、遺族・遺体に関わるスタッフのメンタルケアなどの問題に取り組

むことが目的とされている。しかし、日本では遺体の取り扱いに関する法律や行政機関、警察、自衛隊、消防などの各関係機関との協力体制が十分ではないことから、「日本 DMORT 研究会」は未だチームとして災害時に派遣することが難しい状況にある。今後、災害急性期から家族を失った方々へのケアが十分に行われるために、こういったチームが活動できるよう各関係機関と協力するとともに DMORT と連携を図っていく必要があるのではないかと考える。また平時においても、こころのケアやグリーフケアを取り入れた災害訓練を各関係機関や DMORT とともにに行い災害に備える必要がある。

おわりに

今回、東日本大震災におけるこころのケア活動を体験して、災害急性期におけるこころのケア活動の必要性と今後の課題について考えてきた。しかし、それだけではなく、我々自身が被災者に関わる中でかける言葉もないつらさや活動に対するジレンマを感じた場面も多かった。災害時には被災地へ派遣される救援者もさまざまなストレスを抱える。救援者にも表れるストレス反応も異常な状況における正常な反応であるが、その症状や対処方法を知り、自分自身への対応とともに同僚や上司それぞれの立場からの対策も考えておく必要がある。救援者は活動に没頭すると自分自身を客観視することができなくなる。救援者はスーパーマンではないため、赤十字病院で働く職員の皆さんには救援者ストレスに関する知識を是非身につけてもらいたいと考える。

被災地では最愛の人を亡くしたり、家、車など財産を全て津波に流されたにも関わらず、「命が助かっただけでもありがたい」と明るく振舞う被災者の姿を見て何度も胸が熱くなった。そして、「遠くからわざわざありがとうね」や「休んでいかれたら、こんなものでしかもてなしできないのよ」と言ってキャンデイを渡しながら私たちを気遣う方々に逆に励まされた。復興まで気の遠くなるような道のりが待ちうける被災者の方々が健康を維持され、一刻も早く生活が安定されることをお祈り申し上げたい。また、貴重な経験と多くの学びの機会を頂けたことに加えて年度末の忙しい

中、快く出動させていただいた職場の皆様から感謝したい。

引用文献

- 1, 2) 内閣府, 災害時要援護者の避難支援ガイドラインについて, 2006.
http://www.bousai.go.jp/hinan_kentou/060328/hinan-guide.pdf
- 3) 小原真理子, 丸山嘉一, 三井俊介他. 災害看護学. 日本赤十字社事業局看護部. 系統看護学講座統合分野災害看護学・国際看護学. 第1版. 医学書院, 2010: 123
- 4) 3) 同掲: 120
- 5) 日本赤十字社編, こころのケア指導者養成研修マニュアル
- 6) 3) 同掲: 126
- 7) 日本 DMORT 研究会のページ
<http://www.hyogo.jrc.or.jp/dmort/>

参考文献

- 日本赤十字社編, こころのケア指導者養成研修マニュアル
- 日本赤十字社編, 赤十字科目テキスト
- 浦田喜久子他, 系統看護学講座統合分野災害看護学・国際看護学, 医学書院, 2010.
- 日本 DMORT 研究会, 家族(遺族)支援マニュアル
http://www.hyogo.jrc.or.jp/dmort/documents/dmort_20110411.pdf
- 日本災害看護学会, 日本災害看護学会誌, Vol.12 No.1 Jul 2010.
- 阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会, 阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究, 1996.
<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/kanpo/3W/houki/sai-gai.html>
- 近澤範子. 災害看護学の確立に向けて; 心のケア①被災者に対する場合. 看護, 1997; 49(1): 178-186.
- 南裕子. 災害看護学の確立に向けて; 心のケア②ケア提供者に対する場合. 看護, 1997; 49(5): 158-166.
- 遠藤尚文, 武田智子, 星恵美子, 他. 平成19年(2007年)新潟県中越沖地震仙台赤十字病院救護班派遣記録. 仙台赤十字病院医学雑誌, 2008; 17(1): 121-128.
- 高岸壽美. 新潟県中越地震における日本赤十字社のこころのケア活動: 小千谷市でのこころのケア活動の実際. 看護管理, 2005; 15(4): 314-317.
- 川島真理. 被災1週間後の救護: こころのケア活動を

- 通して. 看護管理, 2005; **15**(4): 318-321.
- 小林明子. 新潟県中越「こころのケア」に参加して. 看護管理, 2005; **15**(2): 101-106.
- 水落清美. 新潟県における災害看護体験報告: こころのケアを体験して. 看護, 2006; **58**(4): 151-153.
- 塩入俊樹. 災害時のこころのケアとは何か: 新潟県中越地震の経験を中心に. 日本社会精神医学会雑誌, 2010; **19**(1): 42-48.
- 黒澤美枝. 岩手宮城内陸地震におけるこころのケアへの支援報告. トラウマティックストレス, 2010; **8**(1): 71-73.
- 楢木野裕美, 鈴木敦子, 鎌田佳奈美, 他. 被災児への心のケアに関する看護者の認知. 第27回小児看護, 1996: 90.
- 新道幸恵, 松田宣子, 高田昌代, 他. 阪神淡路大震災地の看護職の「つらさ」および心のケアに対する認識. 第27回看護管理, 1996: 41.

Actual situation and future of tasks of Psychological support of Japan Red Cross

—From Psychological support for great earthquake in Eastern Japan period—

Kyoto Second Red Cross Nursing special school

Itsuko Kashihara, Yoko Kuroki

Abstract

The Japan Red Cross Society started the medical relief group and original team of psychological support after the volcanic hazard of Mt. usu. The psychological support of the Japan Red Cross Society began acting for great earthquake in Eastern Japan disaster from earnest.

The psychological support we experienced was started from acute phase during disaster.

From this experience on the activity, we learned the need of securing the psychological support members who are technically concerned with vulnerable people.

Also, the situation assessment, the decision for order priority of refuge to visit and consideration to compose the team who visit refuge at acute phase of the disaster, psychological support for victim who participate in the activity at acute phase of the disaster are thought to be needed. Furthermore the grief care is needed at acute phase of the disaster, we usually need to do training which include grief care and psychological support to prepare that.

Key words : disaster nursing, acute phase of the disaster, psychological support