

長崎県 災害時こころのケア活動 マニュアル 2011

長崎県
長崎こども・女性・障害者支援センター

2011年9月

目 次

．はじめに	p 1
．災害時こころのケア活動の概要	p 3
1．こころのケア活動の意義と目的	p 3
2．主要業務	p 3
．活動の実際	p 5
1．平常時の準備	p 5
(1) 災害時の組織体制	p 5
(2) 必要物資	p 6
(3) 研 修	p 7
2．急性期	p 7
(1) 情報収集	p 8
(2) 「こころのケアチーム」の編制	p 8
(3) ロジスティクス	p 8
(4) 通常業務の遂行体制	p 9
(5) こころのケア活動	p 9
(6) 他地域からの派遣チームへの対応	p12
(7) マスコミ対応	p12
3．中間期	p12
(1) こころのケア活動	p13
(2) 「こころのケアチーム」撤収の準備	p14
4．慢性期	p15
(1) 長期的メンタルヘルス対策の基本姿勢	p15
(2) 長期的メンタルヘルス対策の実際	p16
．こころのケア活動従事者に対するアフターケア	p17
資料 1 『災害時のこころの反応について（長崎こども・女性・障害者支援センター）』	p19
資料 2 『災害時のこころの反応について（長崎県こころのケアチーム）』	p31
資料 3 『GHQ-12（全般的健康質問票 12 項目版）』	p37
資料 4 『GHQ-30（全般的健康質問票 30 項目版）』	p41
資料 5 『IES-R（改訂-出来事インパクト尺度）』	p45
資料 6 『K6 / K10』	p49
参考文献	p53

．はじめに

本マニュアルは、2004年3月発行の『長崎県 災害時こころのケア活動マニュアル』の改訂版に位置づけられる。

初版発行から7年の年月が経過していることに加え、この間、2004年10月に発生した新潟県中越大地震被災地への「長崎県こころのケアチーム」の派遣、2009年4月の長崎県平戸市沖合での第11大栄丸沈没事故後の生存者や遺族に対する中・長期のこころのケア活動、同年12月の韓国釜山射撃場火災日本人死傷事故への対応、そして2011年3月発生の東日本大震災被災地への「長崎県こころのケアチーム」の派遣など、いくつかの実践を経験したことから、今回、同マニュアルの改訂を行うこととなった。

初版が災害時の心理的反応および被災地の精神保健活動に関する解説書といったものであったのに対し、今回の改訂版は、これまでの実践経験を生かし、現場での具体的な活動項目に絞った記載内容としており、より“マニュアル(手引き書)”としての色彩が強いものとなっている。

こころのケア活動は、地震や水害などの自然災害に限らず、列車・船舶・航空機事故といった人為災害、さらには原子力発電所事故などの特殊災害まで、あらゆる災害において必須とされる活動である。そして、その活動内容は、災害の種別に関わらず共通の部分が多く、基本的なポイントについてしっかりと理解しておくことが、様々な自然災害や大規模事故への適切な対応につながるものとなる。

本マニュアルは、災害後の精神保健活動に従事する者が、現場で過度に混乱することなく、自信を持って活動できるよう、できるだけ項目を絞って作成したものである。平常時の準備の場面、そして被災地での実際の活動場面において、役立つことを期待したい。

2011年9月

長崎県
長崎こども・女性・障害者支援センター

所 長 大塚俊弘

．災害時こころのケア活動の概要

1．こころのケア活動の意義と目的

災害は、人々に様々な心理的反応をもたらすとともに、PTSD（外傷後ストレス障害）やうつ病などの精神科疾患の発症、アルコール関連問題の出現など、精神保健上の重大な問題を数多く引き起こすことが知られている。

したがって、被災地の人々に対する精神保健活動、いわゆる“災害時こころのケア活動”は、被災者の健康面への支援という公衆衛生活動にとどまらず、地域住民の自助・共助機能や、地元自治体職員や救助活動従事者などの遂行能力の維持を支える、被災地の復興を支える重要な支援サービスに位置づけられている。

こころのケア活動は、救助活動や身体的な医療ケアなどと比較すると、そのニーズは時期的な優先度が低いと認識され後回しになる傾向があるが、被災後の心理的反応に関する正確な情報や、どのような場合に専門家に相談をするべきか、専門家への相談の仕方などに関するわかりやすい情報は、被災直後の早期から被災者に提供されるべきものであるとされている。なぜならば、人は困難な状況に陥った時に適切な支援が受けられないと、期待を裏切られるため絶望し、以後二度と支援を求めようとしなくなるからである。

また、身体的医療ケア活動や救助活動に従事する者や地元自治体職員などの支援者に対しても、活動開始の初期の段階からこころのケアに関する正しい知識、被災者に伝えるべき情報、二次受傷を含めた自らの心理的反応と精神的な不健康に対する対処の仕方など、適切な情報を提供し、想定される精神保健上の課題への対応方法に関する助言・指導をしておくことも忘れてはならない。

2．主要業務

災害時こころのケア活動における主要業務は、以下に示した4つであり、精神科医や保健師などの精神保健の専門家の助言の元、地元の保健・医療機関が協働して実践するか、精神科医を含む精神保健の専門家で構成される医療・保健チームである「こころのケアチーム」を派遣して実践される。4つの業務は、被災直後の急性期から中期・長期のいずれの時期においても実施されるべきものであるが、その時期によって、その優先順位や活動の比重が異なってくる。

- (a) 被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導
- (b) トラウマ反応等のある人たちのアセスメントとケア
- (c) 通院中断した精神障害者のケア
- (d) 被災後、存在が明らかとなった未治療精神障害者のアセスメントとケア

(a) 被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導

被災後の心理的反応に関する情報提供は、こころのケア活動の中で最も重要な業務である。

被災した後は、“異常事態に対する正常な反応”として、睡眠障害、恐怖のやり戻し、強い不安、イライラ、生き残ったことへの罪悪感、集中力低下、決断力低下などがしばしば生じる。また、幼児が赤ちゃん返りをする、高齢者がぼんやりしてしまうといった子どもや高齢者に特有な反応がみられることもある。被災者自身が、このような反応は“正常な反応であり、多くは時間の経過と共に軽快する”ことを知っておくことで、自信を失ったり、過度に不安になることを防ぐことができる。さらに、どのような場合に専門家による治療や支援が必要であるかを伝えておくことで、治療や支援の遅れを予防することもできる。

被災者だけでなく、身体的医療ケア活動や救助活動に従事する者や地元自治体職員などの支援者に対しても同様の情報提供をしておくことも極めて重要である。支援者が被災者の心理的反応について正しく理解しておくことで、様々な反応を示す被災者により適切に対応できるようになるとともに、支援者自身の精神保健の維持にも有効である。また、これらの支援者に、被災後の心理的反応に関する正しい情報を被災者に提供する役割を担ってもらうことで、被災地全域に正しい情報や知識の普及が可能となる。

(b) トラウマ反応等のある人たちのアセスメントとケア

被災者が示す様々な感情の反応や思考や行動面の反応について、いわゆる“異常事態に対する正常な反応で、多くは時間の経過と共に軽快する”急性ストレス反応であるのか、薬物療法や心理・精神療法など専門家の治療的介入が必要な状態なのかを評価し、必要に応じて心理的な支援や治療的な介入を実施する。

自然経過が期待できる比較的軽度の急性ストレス反応であれば、被災後の心理的反応に関する心理教育を行った上で、経過観察を指示するといった対応となるが、明らかなくつ症状を呈していたり、PTSDの発症リスクが高いと判断される場合などは、保健師によるモニタリングの実施や、医療機関への紹介といったより積極的な介入が必要となる。災害のために地元医療機関が機能していない場合には、医療機関の復旧までの期間、こころのケアチームが直接、精神療法的支援を継続したり、薬物を投与することもある。

(c) 通院中断した精神障害者のケア

災害のために道路や鉄道が寸断され通院手段がなくなったり、あるいは、医療機関そのものが被災し機能を失ったために、通院を中断せざるを得なくなった精神障害者に対する支援は、こころのケア活動の重要な業務であり、特に被災直後の混乱した時期にはこの業務への比重は高くなる。

当該精神障害者の精神状態の把握と服用中の薬物の確保が主な課題となるが、薬物の供給システムが回復しない期間は、こころのケアチームが直接薬物を投与することもある。さらに、入院の必要性がある場合は、入院先の確保などの調整や当該精神障害者の搬送の援助なども行うこととなる。

また、入院施設が被災し入院患者の転院が必要となった医療機関に対しては、積極的に援助を申し出て、転院先に関する情報収集や調整、入院患者に対する直接ケアの援助など、可能な限りの支援を行うべきである。

(d) 被災後、存在が明らかとなった未治療精神障害者のアセスメントとケア

被災後の危機的な状況下、未治療の精神障害者の存在が明らかになることも少なくない。災害ストレスをきっかけに精神症状が悪化したり、あるいは避難所生活の最中や救援者による自宅訪問の際にその言動から精神障害が疑われる場合などがある。

精神保健の専門家あるいはこころのケアチームによる訪問・面接を実施し、その人の状態に応じて受診への援助や保健師による見守りといった支援を行う。

・活動の実際

ここでは、平常時、急性期、中間期、慢性期の4つの時期に分けて、具体的な活動業務について記載している。

急性期とは、被災直後から、生命の危険が過ぎ去り、電気、水、食料なども安定供給され、避難生活にも一応の落ち着きが見られる時期までの混乱期であり、災害の規模や程度にもよるが、災害発生後おおむね1～3ヶ月の時期である。

中間期は、文字通り急性期と後述の慢性期の中間で、避難生活の安定後、徐々に被災住民の自宅復帰や仮設住宅等への入居が進み、避難所が閉鎖されるまでの期間で、災害発生後おおむね3～6ヶ月の時期である。

慢性期は、避難所閉鎖後以降で、数年間の長期に渡る場合もある。

1. 平常時の準備

平常時における準備は大切な事項ではあるが、災害時には予想外の事態が数多く起きるものであるため、万全の準備というものは不可能である。

実際にできる準備とは、災害時こころのケア活動を遂行するための組織体制の取り決めと、使用する資料などの必須アイテムの整理、そして、臨機応変な対応が出来るような実践型の研修を繰り返しておくことである。

(1) 災害時の組織体制

専任の責任者

精神保健福祉を担当する機関や部署においては、災害発生時にこころのケア活動の調整や指揮をする専任の責任者を決めておく。専任の責任者は、自組織内の統率だけでなく他機関との折衝や調整を行うリーダーであり、こころのケアに関しては所属長の全権が委任されることが望ましいので、その任に適切な立場の人材を当てること。なお、その人材が災害発生時に不在だったり他業務のため動けないことも想定されるので、複数の人材を順位をつけて決めておく。また、専任の責任者となったら通常業務は担当できないので、通常業務の代行者まで決定しておく必要がある。

こころのケアチーム

災害時こころのケアチームは、緊急時の医療サービスも提供できるように精神科医を含む精神保健の専門家で構成される医療・保健チームであるが、県内チームを編制するのか、県外からの派遣を要請するのか、隊員構成や派遣の方法をどうするのかなどについては、災害の種類や規模により異なるため、必ずしも平常時からの事前準備にはなじまない側面もある。

したがって、災害に備えて毎年チームを編制するというのは現実的ではなく、むしろ、いざという時にチームに参加してくれる精神科医や、精神科医の派遣が可能な大学医学部や医療機関との連携を強化しておくことに力を注ぐべきである。

(2) 必要物資

心理教育用資料

被災後の心理的反応に関する情報提供は、こころのケア活動における最重要事項であるため、被災住民や現地で活動している支援者に対する心理教育用の資料は必須アイテムである。

被災住民や非専門家に理解できるような分かりやすい内容であるとともに、被災直後という混乱した状況でも活用できるよう出来るだけ情報量は絞り込まれたものが有用である。

2009年の第11大栄丸沈没事故、および、2011年の東日本大震災の被災地支援の際に用いたのが、『災害時のこころの反応について(長崎こども・女性・障害者支援センター)』(資料1, p19～)および、そのダイジェスト版である『災害時のこころの反応について(長崎こころのケアチーム)』(資料2, p31～)である。ダイジェスト版については、“4頁A3袋とじ版”が準備されており、長崎こども・女性・障害者支援センターのホームページからのダウンロードが可能である。

(<http://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2015/02/1423700334.pdf>)

A3用紙1枚に両面印刷を行い袋とじにすることで4ページのリーフレットとなるよう設定されているので、避難所で配布する場合など、現地で両面コピーをするだけで大量のリーフレットが確保できる。

調査票

被災者や支援者の精神的健康状態を把握するためにいくつかの標準化された調査票を用いることが有用である。

これらの調査票は、多くの被災者の中からハイリスク者を抽出するためのスクリーニングテストとして有効だけでなく、調査票を用いてこころの健康状態をチェックすることは、身体の状態を把握する際に血圧計を用いた時と同様に、被災者との距離感が縮まるという効果も得られる。さらには、被災者が自身のストレスを自覚したり、心理的反応に対する関心が高まるなどの教育的効果も期待される。

被災者支援においてしばしば用いられる調査票としては、『GHQ-12(全般的健康質問票12項目版)』(資料3, p37～)、『GHQ-30(全般的健康質問票30項目版)』(資料4, p39～)、『IES-R(改訂-出来事インパクト尺度票)』(資料5, p41～)、『K6/K10』(資料6, p43～)などがある。

医薬品・医療器具

交通の遮断など通院手段の喪失や医療機関の直接的な被災のために地域の医療機関が一定期間機能しない場合、睡眠導入薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬等の向精神薬を持参する必要がある。

災害の程度や規模によって持参する薬物の量や種類は異なる上に、薬物には使用期限があるため、平常時から備蓄しておくことは現実的ではない。

持参が想定される薬物のリストを作成するとともに、薬物の速やかな入手が可能となるよう最寄りの精神科医療機関と十分な協議をしておくことが重要である。

また、血圧計や体温計、聴診器といったプライマリケアに必要な最低限の医療器具、については、リストを作成の上、常備しておく必要がある。

その他

混乱している被災地において、被災者や支援活動を行っている他の支援者に“こころのケア活動従事者”であることを認識してもらえるように識別しやすいユニフォームを準備しておく必要がある。オールシーズン対応できるものや、個人の衣装の上に

着脱できるベストなどが望ましい。

その他、手袋やタオル、寒冷地用の防寒具、寝袋、携帯調理器具、懐中電灯、携帯ラジオなど、過去の「長崎県こころのケアチーム」の派遣経験を参考に、必要な物資は常備しておくとともに、定期的な点検をしておくこと。

(3) 研 修

災害に備えて年に1回程度は研修や訓練を行っておくべきである。

ただし、災害時には予想外の事態が数多く起きるものであるため、細かい部分までの訓練や知識偏重の研修はあまり役に立たない。むしろ、リーダーの臨機応変な判断と対応が必要な場面が多いので、リーダーの養成に力を注ぐべきである。

各保健所や市町の精神保健担当部署など各機関において職員研修を実施するのではなく、各機関の専任の責任者となる人材を集めて、短時間で方針を決定できる能力を強化するような実践的な研修を実施するか、あるいは、専任の責任者となる人材が集まり災害発生時の各自の行動について協議するような会議の場を持つことが有効である。

また、災害時こころのケア活動の主要業務（a）被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導（p3～4参照）は、被災後のどのような場面でも必要とされる最重要業務であり、心理教育用資料を用いての住民説明や支援者向けの解説、あるいはマスコミ向けの情報発信等に関する技術習得の研修も必ずやっておくべきである。

2 . 急性期（災害発生直後から避難生活が安定するまで：災害後1～3ヶ月頃）

災害発生直後、住民は身近な集会所や車庫・倉庫、車などに避難を開始し、数日間、水道、電気、ガスなどのライフライン、情報通信網や交通網も寸断される。自治体により一定規模の避難所が設置されたり、あるいは自治会や個人レベルで自主的に小規模の避難所が作られ、避難生活が開始される。

災害直後は、救命・救助や身体的な医療ケアが最優先されるため、こころのケアに関する支援要請は現場からは出てこないし、現地の災害対策本部においてもその関心は薄いことが多い。

しかしながら、被災者の多くは恐怖を伴う被災体験や身近な人や財産の喪失、身体的健康面での危機など、強度のストレス状態にあり、PTSD やうつ病等の精神科疾患の予防上、出来るだけ早期からのこころのケア活動が重要とされている。

災害直後からこころのケア活動の準備を開始すると同時に、県内の災害であれば、災害対策本部に対しこころのケア活動の意義と内容について説明を行い、早期からの介入ができるよう体制づくりに努めるべきである。

また、県外の災害の場合は、出来るだけ早く「こころのケアチーム」の編制に着手し、被災自治体や国からの要請に対して速やかな派遣ができるよう準備をする必要がある。

県内、県外、いずれの場合であれ、災害発生直後からの即時的な対応がこころのケア活動の成功を決定する鍵となるのである。

この時期の活動とは、非常時の危機管理であることを十分に認識し、前述した主要業務（p3～4参照）を確実にかつスピード感を持って臨機応変に遂行することである。また、こころのケア活動自体による被災者や地元関係者への二次被害を与えないよう十分に配慮することも忘れてはならない。

(1) 情報収集

災害直後に最も重要なのは情報収集である。

災害の規模や範囲、被害状況等に関する情報を収集することになるが、ここで重要なのは、こころのケア活動のニーズを把握することではない。こころのケア活動は、必須の支援サービスであるので、実施するという前提での情報収集が求められる。

具体的には、複数の専門家を助言・指導者として派遣するだけでよいのか、あるいは、「こころのケアチーム」の派遣が必要なのか否か、チームが活動するための装備はどの程度必要か、食料の持参や気候にあった服装はどのようにするか、現地に入るまでの交通手段や現地での移動手段の確保はどうするかなど、活動の遂行継続を可能とするための周辺情報の獲得が最も重要である。

言い換えると、必要なのは後述の(3)ロジスティクス関連情報であり、そのためには、装備品や糧食、移動手段等の調達・供給に詳しく一定の判断ができる人材を、できるだけ早期に現地調査に派遣することが望ましい。時間をかけて様々なところから間違いのない正確な情報を収集するのではなく、一定の責任があり信頼できる人物を現地に派遣し、その者の判断に基づいて、まずは動き始めるというスピード感が重要である。

したがって、派遣する情報収集担当者としては、精神保健福祉を担当する現場の人材よりむしろ、総務や事業の企画立案を担当する部門、自治体の場合であれば本庁機能を担当する部署の人材が望ましい。

(2) 「こころのケアチーム」の編制

災害発生後速やかに、平常時より順位をつけて決めておいた複数の候補者から、その時点で活動可能な最も順位の高い人物をこころのケア活動の専任責任者として決定する。そして、専任責任者は通常の担当業務から離れ、「こころのケアチーム」の編制を開始する。

最初に決定すべきは、チームの隊長および現地対策本部や被災地の支援者等に対する助言・指導の任を担える精神科医である。災害直後からの活動が期待されるので、通常であれば、県の行政機関である精神保健福祉センターの医師が第1順位となるであろうが、その医師の専門性や被災者支援の経験などを考慮して決定する。災害の規模や程度にもよるが、1週間程度の派遣を前提に、まずは第3順位までの医師を確保する必要がある。

次いでチーム員の決定であるが、まずは、自機関職員を中心に保健師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などのコメディカルスタッフの中から決定し、状況に応じて他機関に人材派遣の協力を依頼する。

(3) ロジスティクス

被災地でのこころのケア活動が有効に機能するには、装備品や糧食、移動手段等の調達・供給に関する技術であるロジスティクス（兵站術）がしっかりと機能しなければならない。したがって、ロジスティクス担当者は「こころのケアチーム」のチーム員の一人に位置づけられるが、その重要性から、ここでは、別項目として挙げている。

特に、ライフラインが寸断されている被災地での活動を余儀なくされる急性期においては、ロジスティクス担当者の技量によって「こころのケアチーム」の業務遂行能力は大きく変わってくる。したがって、判断力と行動力があり、多方面の知識を有する有能なロジスティクス担当者が必要となる。

特に、最初の派遣チームのロジスティクス担当者は重要であり、出来れば災害派遣経験があり、事務能力に長けた人材の確保が望ましく、(1)の情報収集担当者と同様の部署からの人選を積極的に考えるべきである。

(4) 通常業務の遂行体制

専任責任者の決定と同時に、その人物の職務代行者を決定し、また、「こころのケアチーム」に派遣される職員が出た場合には、その人物の担当業務の代行者を定めるなど通常業務の遂行体制も明確にしておく。

(5) こころのケア活動

急性期におけるこころのケア活動、あるいは「こころのケアチーム」の最も重要な使命は、被災者や身体的医療ケア活動や救助活動に従事する者や地元自治体職員などの支援者に対する、精神保健上の予防教育である。

したがって、p3 ~ 4 に示した主要業務 (a)(b)(c)(d) 4 つの業務の中でも (a) 被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導に最も力を入れるべきであるが、他の時期と比較して、(c) 通院中断した精神障害者のケアのニーズが高いのも特徴である。

被災後のこころのケア活動に関して、その役割や重要性については少しずつ理解されつつあるものの、広く一般的な理解には至っていない。また、あくまでも“被災者のカウンセリングや精神科疾患に対する治療を行うこと”という限定的な理解をしており、こころのケアは“精神的に病んでいる一部の人の問題であって、自分たちには関係がない”と考えている人々も多い。

そこで、活動を開始するにあたっては、その活動内容について現地の責任者に明確に伝える必要がある。

特に「こころのケアチーム」として被災地に入った際は、まずは現地の対策本部に向き、チームとして実施できる支援サービス（主要業務 (a) ~ (d)）について明確に説明することが肝要である。さらに、避難所での活動を開始する前に、避難所の責任者や被災集落の自治会長との面会を求め、同様の説明を行っておくと、被災者の認知度が上がり被災住民の受け入れもよくなり活動がやりやすくなる。

また、連絡先電話番号と主な支援サービスを記載した名刺を準備し、被災者や支援者に配ってもよい。

なお、対策本部や地域の責任者への説明の際には、『災害時のこころの反応について（長崎県こころのケアチーム）』（資料 2, p31 ~ ）などの活動の中で用いる資料を提示することが推奨される。「こころのケアチーム」が単なる被災者のカウンセリングを行う組織ではなく、全ての被災者と支援者にとって必要とされる精神保健上の予防教育と様々な心理的反応への対処方法に関する情報提供と助言・指導を行う有用な組織であることを認知してもらえらるからである。

基本姿勢

こころのケア活動に従事するものが持つべき基本姿勢としては、“判断を交えない態度 (non-judgemental attitude)” が推奨される。支援の押し売りにならないよう、被災者の考えや気持ちに解釈や判断をせずに「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と率直に問いかける姿勢に徹することが求められる。そして、自らが被災者に対して、いわゆる“被災者役割”を強いることがないように常に配慮を怠らないよう努めなければならない。

被災者役割（ラファエル B, 1986）

「被災者」は弱く、無力・無能であり、「支援者」は強く力がある。したがって、被災者は欲しかろうと欲しくなろうと与えられた援助は感謝して喜んで受けるべきであり、決して苦情は言うべきではない、という古来からある間違った社会通念。

主要業務遂行上の留意点

(a) 被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導

『災害時こころの反応について(長崎県こころのケアチーム)』(資料 2, p31 ~)などの心理教育用資料を用いて実施する。このような資料は、正確な情報を伝えるためにも有効であるが、被災者との会話を円滑にするための道具としての効果もある。

避難所で実施する際には、数名から 20 名程度の被災者に集ってもらい、車座になって資料に沿って医師やコメディカルスタッフが説明を行った上で質問や相談を受けるといった方式が最も効果的で実施しやすい。時間は 30 分以内が望ましい。

その他、避難所生活者全員を対象とした 30 分程度の医師によるミニ講演やコミュニティ FM への出演という方式もある。

避難所訪問の際、最初に医師によるミニ講話と「こころのケアチーム」の紹介を行うことで避難所全体に周知をした後、コメディカルスタッフが避難所内を回りながら相談に対応するというやり方も有効である。

なお、使用予定の心理教育用資料に関しては、「こころのケアチーム」のチーム員全員に対し、被災住民に対しどのように説明するかについて、専門家による事前レクチャーを実施しておくこと。チーム結成から派遣までの期間が短く事前レクチャーの機会がない時は、チームの隊長である精神科医師がコメディカルスタッフの前で説明のデモンストレーションを行うことで代用する。

(b) ト라우マ反応等のある人たちのアセスメントとケア

現地で活動している医療ケアチームや地元自治体の保健師からの依頼があったケースや相談を希望する被災者と面接を実施する。コメディカルスタッフがインターク面接を行い、医師の判断が必要なケースを医師が面接・診察をするという方式が一般的である。

『GHQ』や『IES-R』等の調査票については、その目的を明確にした上で使用するべきである。急性期においては、被災住民全体の健康調査は優先順位が低いためスクリーニングテストとしての使用はほとんどないと考えて良い。

コメディカルスタッフによる面接の際のチェックリストとして用い、精神的な健康状態について被災者の目に見える形で提示しながら相談対応をすることは推奨される。また、医師の面接・診察の要否判断の指標として用いてもよい。

GHQ-12 (全般的健康質問票 12 項目版)

英国のゴールドバーグが開発した精神的健康度に関するスクリーニング調査票。12 項目版が最も質問項目が少なく、全戸調査など大きな集団に対するスクリーニング調査票として有用である。

4 点以上の高得点の場合、専門家への相談が推奨されている。

GHQ-30 (全般的健康質問票 30 項目版)

災害時メンタルヘルスに関して、数多くの調査研究に用いられてきた調査票。大集団に対するスクリーニング調査票としても有用だが、保健師が実施する精神的健康度調査の際のチェックリストとしても、精神的健康度について被災者に目に見える形で提示する指標としても有用である。

各項目について聞き取りを行うことで被災者との距離感が縮まり、相談対応がスムーズになるという効果も期待できる。

0 ~ 3 列のうち 2 および 3 に がついた項目の数が評価点となるが、8 点以上の高得点の場合、専門家への相談が推奨されている。

IES-R (改訂-出来事インパクト尺度)

PTSD のスクリーニング調査票として開発されたものだが、被災者の精神的健康度について被災者に目に見える形で提示する指標としても有用である。

25 点以上の高得点の場合、専門家への相談が推奨されている。

K6 / K10

米国のケスラーらが開発した自記式スクリーニング調査票。

GHQ よりも鋭敏であるという結果が得られており、GHQ に比べ質問数が少ないのが特徴。

ただし、スクリーニング出来るのは、抑うつ性障害および不安障害。

K6 で 15 点以上、K10 で 25 点以上の場合、専門家への相談が推奨されている。

面接の結果、時間の経過と共に自然軽快が期待できる急性ストレス反応の範疇であれば、資料を用いて心理教育を実施する。“異常事態に対する正常な反応で、多くは時間の経過と共に軽快する”ことを繰り返し確認するとともに、一方では、PTSD やうつ病など、専門家の治療が必要な状況についてもしっかりと説明し、受診が遅れないよう注意を喚起しておくことが重要である。

明らかな抑うつ症状、重度の睡眠障害、PTSD の発症のリスクが高いと思われる場合は、投薬を含めた治療的介入を検討する。

地元の医療機関が機能していれば、医療機関を紹介することになるが、医療機関が機能していない場合は、必要に応じて「こころのケアチーム」として投薬することもある。ただし、これはあくまでもつなぎの投薬であるので、数日から1週間分の短期の投薬に留めるべきである。投薬が長期化する場合は、地元の医療機関の復旧状況にもよるが、出来るだけ早く地元医療機関への紹介するように努めること。

なお、不眠や軽度の抑うつ症状の場合には、その後の身体面の健康管理も含めた中・長期的な支援を継続してもらうためにも、かかりつけ医への紹介を積極的に行うべきである。

また、すでに地元医療機関での治療が開始されている場合は、その医療機関の担当医師と連絡の上、対応を考えること。担当医師の了解もなく勝手に投薬内容を変更することは慎むべきである。

(c) 通院中断した精神障害者のケア

道路や鉄道が寸断され通院手段がなくなったり、あるいは、かかりつけ医療機関そのものが被災し診療を中止しているために、通院中断せざるを得なくなった精神障害者のケアは、急性期においてニーズが高い業務である。

通院再開までの期間、服薬がとぎれないよう必要な投薬を行ったり、症状悪化しているケースについては、可能な限り主治医と連絡を取りながら薬物の調整を行うといった業務が中心となる。

中には、活動性の低下のためか、かかりつけ医療機関の診療が再開したにも関わらず受診できず、「こころのケアチーム」からの投薬を求めてくる者もいるので、そのようなケースに対しては、当該医療機関と予約をとるなどの連絡をとりながら受診再開への積極的な働きかけが必要となる。

(d) 被災後、存在が明らかとなった未治療精神障害者のアセスメントとケア

地元自治体の保健師や包括支援センター、あるいは現地で活動している医療ケアチームからの依頼に基づき対応することとなる。

精神科医療機関がない地域においては、「こころのケアチーム」が派遣されている間を利用して、精神科医による面接・診察を実施したいという要望もあるので、それらに応えることも重要な業務となる。

(6) 他地域からの派遣チームへの対応

県内で大規模災害が発生した場合、県外の「こころのケアチーム」の派遣を受け入れることとなるが、派遣チームへの対応も専任責任者の重要な業務となる。

災害の規模によっては、数多くの「こころのケアチーム」が派遣され、それぞれが、いろんな情報を求めてくる。

混乱が続いている急性期においては、彼らが必要とする情報収集に追いつかない状況もしばしばある。各チームに役割を明確に伝えた上で、情報収集も含め自立した活動を依頼し、定期的な活動報告を求めるといったやり方が現実的である。その際には県内に入っているチームを一同に集めての定期報告会を開催することも必要である。

(7) マスコミ対応

マスコミ対応は、災害時の危機管理の中でも極めて重要な事項である。

こころのケア活動に関連したものとしては、一つは、マスコミを通じて正しい知識や情報の普及を行うことで被災住民の適切な対応を促し、根拠のない不安を払拭することであり、もう一つが配慮のない取材活動による被災住民の二次被害の防止である。

適切な情報をタイムリーに報道機関に提供することが、前述の二つのいずれにも効果的である。

災害の規模や災害全体の対策本部との関係にもよるが、可能であれば、定期的な記者会見を設け、被災者の心理的影響の実態やこころのケア活動の状況を随時報告するとともに、被災後の心理的反応に関する正しい情報提供を行うことが望ましい。

定期的な記者会見が開催されれば、情報収集のための無配慮な被災住民への取材も減ってくる。

3 . 中間期（ライフライン復旧後の安定した避難生活：災害後3～6ヶ月頃）

電気、水、食料、衣料品などは安定供給されるようになり、生命的な危機は回避されるも、引き続き避難所生活が続いている状況である。

この時期には、被災直後の不眠や恐怖のゆり戻し、強い不安といった急性ストレス反応は徐々に改善していく人が増える一方、症状が持続し PTSD 様の症状を呈したり、あるいは、プライバシーが確保されない避難所生活に伴うストレスに起因する抑うつ反応や不安症状といった新たな精神的な不健康に苦しむ人が出現するなど、被災者の中では、順調に回復していく者と、回復が遅れたり悪化したりする者に徐々に 2 分されていく。

一方、地元自治体や救助活動に従事してきた警察や消防の職員のストレスはピークとなっており、うつ病の発症、数多くの死体や目の前で力尽きる被災者の目撃などに起因する PTSD の発症といったメンタルヘルス上の問題が増加してくる時期でもある。

また、地元の医療機関の機能もおおむね回復してくる時期であるので、「こころのケアチーム」による緊急支援から、通常地域医療や地域精神保健システムへの復帰に向けた準備や橋渡しが重要な業務となってくる。

(1) こころのケア活動

主要業務 (a) ~ (d) のうち、(c) や (d) のニーズは徐々になくなり、(a)(b) もその力点が大きく変化してくる。

(a) 被災後の心理的反応に関する情報提供と教育、助言・指導

この時期においても、被災後の心理的反応に関する情報提供は極めて重要な業務に位置付けられる。

使用する心理教育用資料は急性期に使用するものでかまわないが、急性期には急性ストレス反応の説明に力点を置くのに対して、この時期には、こころの動きの時間経過と専門家による治療が必要な精神科疾患に力点を置くのが特徴である。特に、こころの動きの時間経過に関しては、“ハネムーン”と呼ばれる反動期の後に幻滅期がおとずれること、回復には個人差があることをしっかりと伝え、もし自分の回復が遅れていても焦らないこと、また、早く回復した人は回復が遅れている人に対して「自分も元気になったのだから君も頑張れ。」といった安易な励ましをするのではなく、「個人差があるらしいから焦らない方が良いよ。」といった声かけを行うよう、助言するとよいだろう。

また、被災者に対する直接的な心理教育より、地元自治体の保健師、地域包括支援センターや福祉施設の職員、かかりつけ医や訪問看護師、教員など、今後被災者のケアに従事する可能性がある専門職に対する教育、助言・指導に力を注ぐべきである。

さらには、地元自治体や救助活動に従事してきた警察や消防の職員に対する、メンタルヘルスケアが重要となってくる時期であるので、自治体、警察、消防の人事管理部門に積極的に接触し、職員のメンタルヘルス対策に関する教育、助言・指導を実施すべきである。

(b) トラウマ反応等のある人たちのアセスメントとケア

急性ストレス反応を呈した被災者の多くは、徐々に回復し、「こころのケアチーム」によるフォローアップも終結となる。

一方で、症状が持続したり、さらに悪化した者、あるいは被災後のストレスをきっかけに新たに精神および行動の障害を発症した者など、継続的な治療が必要であると判断された者については、地元の医療機関に確実に紹介することが主要な業務となる。PTSD や重症度の高うつ病など、より専門的な治療が必要なケースは、精神科や心療内科の医療機関への紹介、不眠や重症度の低うつ病や不安障害については、地元のかかりつけ医に紹介する。また、今すぐに治療を行う必要はないが、経過観察が必要なケースについては、保健所や市町村保健センター、地域包括支援センターやかかりつけ医など、当該被災者に継続的に関わる機関での見守りを依頼する。

急性期と比較してこの時期には、地元自治体や救助活動に従事してきた警察や消防の職員に対するアセスメントとケアが重要となってくる。

彼らの多くは、被災後の多忙さや職業人としての義務感から、自らの精神的健康に対する関心が薄れ、適切な支援がなされることなく症状が悪化する場合も少なくない。人事管理部門に働きかけ、組織全体でメンタルヘルスに関する評価を受けてもらうことが重要となる。

その組織の規模に応じて、『GHQ』、『IES-R』、『K6 / K10』等の調査票によるスクリーニング、あるいは、コメディカルスタッフによる面接により、有症者やハイリスク者を抽出し、精神科医による面接・診察を行い、それ以外の職員にも、コメディカルスタッフによる被災後の心理的反応に関する心理教育を実施するのが理想的な対応である。

(c) 通院中断した精神障害者のケア

地元の医療機関の機能が回復しているにも関わらず「こころのケアチーム」による継続的フォローを希望する精神障害者がいるが、通院手段が確保され、地元の医療機関の機能が回復した時点でできるだけ速やかに、かかりつけ医療機関その他の地元医療機関に紹介を完了すること。特に「こころのケアチーム」からの投薬は緊急時の超法規的配慮から無料で行われていることがほとんどであり、法律上の観点からも、通常の医療提供システムに戻さなければならないことをきっぱりと説明して納得してもらうこと。

(d) 被災後、存在が明らかとなった未治療精神障害者のアセスメントとケア

基本的には、保健所を中心とした通常地域精神保健福祉サービスの中での対応に切り替えていくべきではあるが、精神科医師の確保が困難な地域においては、可能なかぎり協力するべきであろう。

(2) 「こころのケアチーム」撤収の準備

「こころのケアチーム」が活動するのはこの時期までである。避難していた被災者が自宅に戻り、もしくは仮設住宅等への入居を終え、避難所が閉鎖される時期までには、「こころのケアチーム」の活動を終結する、もしくは通常地域医療、地域保健福祉システムに引継ぎながら、段階的に撤収を終えるのが基本である。

ここで重要となってくるのは、地元の医療機関や地域保健福祉システムとの連携や引継ぎに対する「こころのケアチーム」からの積極的な働きかけである。

地元の精神科医療機関とは、この時期のどこかにおいて直接接するべきである。保健所や自治体に依頼して地元の精神科医療機関を召集した会議に参加させてもらうことが望ましい。

精神科医療機関以外の一般医・かかりつけ医との連携も重要である。なぜならば、被災後のメンタルヘルス対策については、精神保健の専門家が前面に出るよりも、身体的健康管理と合わせて一般医やかかりつけ医が実施する方が、被災者の受け入れもよく、継続性や効果において勝っていることが過去の経験から明らかとなっており、また、人的資源という視点においても精神保健の専門家が被災地域全てを把握し管理するのは現実的でないからである。可能であれば、地元医師会との意見交換の場を作り、不眠や軽度の抑うつ症状など、重症度の低いケースについては、一般医・かかりつけ医において薬物療法や心理的なサポートを継続していく体制を構築していくことが望ましい。地元医師会の医師を対象とした、睡眠導入剤、抗不安剤、抗うつ剤の使用法や、精神科医療機関への紹介のタイミングなどに関する研修会の開催や、かかりつけ医の相談に対応する専任の精神科医師の確保ができると理想的である。

地元自治体の保健担当部署と保健所に対しては、被災住民に対する中・長期のメンタルヘルス対策について、その方向性や基本的な留意点など、的確な助言・指導を行う。最も重要なのは、被災住民のメンタルヘルス対策は、精神保健の専門家が行うよりも、身体面の健康管理も含めた一般保健活動の中で実施することが、被災者の受け入れもよく、継続性や効果において勝っていることを伝えることである。血圧計を持った地域の保健師が被災住民を訪問し、体調管理の一貫として不眠や抑うつなどのメンタルヘルスのチェックを行い、必要に応じて保健所や精神保健福祉センター、精神科医療機関などが支援するといった体制をイメージしてもらうのである。「精神保健」、「こころ」という看板を掲げすぎないことが効果的であることを強調し、地元自治体の保健師が自信を持って活動できるよう働きかけることがポイントである。過度に精神保健に関する専門性を求めたり、フル装備の支援体制を要求したり、まだ実施できていない支援サービスを取り上げ非難するようなことは厳に慎まなければならない。

4 . 慢性期（避難所の閉鎖・仮設住宅への入居完了以降）

ライフラインも完全に復旧し、避難所は閉鎖される。被災住民は改修した自宅に戻ったり、住まいを失った人々は他の地域に移住したり、公営住宅や仮設住宅への入居を完了する。各地から派遣されていた様々な支援チームも撤収し、町ぐるみで生活再建に向けての活動が活発となってくる。

復興活動に力を注いだり、新たな生活を順調に開始する人々もいる一方で、不自由な仮設住宅での生活や、新しい地域になじめず、不適応を起こす人、家族や財産を失いその喪失体験から立ち直れず精神的にも身体的にも健康を損なう人、さらには PTSD やうつ病の発症により、療養生活を強いられる人なども出現する。

順調な生活再建を果たしながら精神的に立ち直っていく人々と、生活再建もままならず回復が遅れていく人々に、2 極分化していくのがこの時期の特徴である。

回復が遅れている人々は、取り残され感が強まり、ますます孤立化し、さらには、「いつまでも“被災者”しないで、自立すべきではないか」といった世間からの言われなき非難が彼らの置かれている状態をさらに追いつめることとなる。

この時期のメンタルヘルスの課題は、回復が遅れ孤立化している人々の再起に向けた長期的な支援と、その過程で精神的不健康が生じた場合の適切な介入である。

（1）長期的メンタルヘルス対策の基本姿勢

被災住民に対する長期的なメンタルヘルス対策は、単に精神科疾患の早期発見と早期介入を目指すものではない。

うつ病や PTSD などの精神科疾患に対する治療的な介入も大切ではあるが、むしろ、災害という大きな力に圧倒され、自分では何も出来ないと自信を失っている被災者が、自らの対応能力を再確認し、人生の主演として地域社会に復帰できるよう、生活支援を基本とした総合的な支援に努めるべきである。

以下に示したのは、被災住民に対する長期的なメンタルヘルス対策を実施する上での基本姿勢である。

生活全体の支援を考え、被災者が自己の潜在的な対応能力を自覚し、他者から一方的に支援を提供されるという立場から、自力で健康や日常生活を獲得していくという立場を取り戻すための手助けを行う。

精神医学や心理学の専門家が精神症状の評価や治療を行うのではなく、“被災者の困難を極める生活自体を支援する”ために、専門的な知識を応用するという立場に立つ。

「精神保健」、「こころ」という看板を挙げすぎないようにして、被災者のもとへのアウトリーチにこころがける。

慰安になるような物心両面での人間的配慮をさしのべる。

町内役割機能や家庭内役割機能を再建・強化する方向での支援システムを築く。

関係する諸機関との相互の連携を図る。

スポークスマンとして、広く一般社会に対して正確な情報を提供する。

適応が危ぶまれたり、精神科疾患の発症のリスクが高いと判断された被災者には、個別的なケアを行う。

被災者の精神的苦悩には常に関心を持ち、追跡調査を行う。

支援者のメンタルヘルスの維持に努める。

(2) 長期的メンタルヘルス対策の実際

活動体制

市町の保健師による訪問活動を基本とし、保健所や精神保健福祉センターが人的、技術的な支援を行うという体制とし、その地域の助言・指導を担当する専門家として被災者支援の経験や知識のある精神科医を確保する。

さらには、町内会長や民生委員などの協力を得て、訪問相談を担当する人材を確保しても構わない。

医療的なケアに関しては、可能な限り地域のかかりつけ医に依頼する。

市町の保健師の訪問活動、町内会長や民生委員の参画、地域のかかりつけ医による医療的関与のいずれも、その地域における従来からの役割機能の再建や強化につながるため、地域コミュニティの再建にとって極めて良好な影響を及ぼす。

活動内容

保健師の訪問活動は、通常の訪問活動と同様である。血圧の測定など身体的健康のチェックをしながら、不眠や食欲不振、気分の不調、再体験や回避といった PTSD 関連症状などに関する情報収集が実施できる。

その結果、適応が危ぶまれたり、精神科疾患の発症のリスクが高い者については、必要に応じて、かかりつけ医やその地域の助言・指導を担当する精神科医への診察へとつなぎ、治療が必要なケースについては、本人や家族と相談の上、可能な限りかかりつけ医による治療を開始する。

このような個別的支援以外にも、被災住民の慰安や被災住民同士の交流の再開を目的とした行事や、平常時に実施していた健康づくりや介護予防を目的とした行事などを企画することも、重要なこころのケア活動となる。

また、支援の有効性や支援ニーズの変容を把握するためにも、被災者の精神的苦悩度の経過に関して『GHQ』や『K6 / K10』などを用いて、半年後、1年後といった追跡調査を行うことも重要である。助言・指導を担当する専門家と協議しながら具体的な実施計画を策定することとなる。

・ こころのケア活動従事者に対するアフターケア

こころのケア活動とは、通常業務とは異なる緊迫した状況の中での業務であり、活動に従事する者には多大な負担がかかってくる上に、不慣れな地域への派遣や、時間外労働の増加といったものが加わるとそのストレスは極めて大きなものとなる。さらに、悲惨な場面の目撃などのトラウマ体験をしたり、十分な支援ができなかったことで過度に自責的になったり無力感に苛まれることもある。

また、こころのケア活動への従事を終えたにも関わらず、自分の中では終止符を打つことができず、日常業務に身が入らず集中できない、あるいは、こころのケア活動従事中に山積してしまった通常業務に圧倒され、イライラしたり抑うつ的になったりするといったこともしばしば生ずる。被災地での活動の経験のない職場の同僚や家族の中で体験を分かち合えない疎外感を感じることもあってある。

こころのケア活動への従事自体が非日常的な事象であることを、職場も従事する本人も十分に理解し、職場ぐるみの適切な配慮やセルフケアに努めることが必要となる。

職場組織として配慮すべき事項としては、以下に示すものがある。

代休を確実に取得させる、通常業務復帰後数日間は極力時間外勤務を避けさせるなど、十分な休養の確保とさらなる過重労働の防止に関して、一定の強制力をもった労務管理を行う。

こころのケア活動従事中に溜まった通常業務が多い場合には、他の職員に応援をさせるといった配慮を行う。

「こころのケアチーム」を派遣した場合、全活動終了後に派遣責任部署が全チーム員を召集した報告会および解散式を開催するとともに、労をねぎらうための懇親の場を設ける。

報告書やマニュアルの作成など、成果を共有できる成果物を残す。

従事者自身がセルフケアとして留意すべき事項としては、以下に示すものがある。

数日間は十分な栄養と睡眠をとるよう努める。

同僚や周囲の人、家族に被災地での体験を話すとともに、同僚や家族からも留守中の職場や家庭の様子を聞くようにする。

「こころのケアチーム」として派遣された場合、活動終了後にはチーム全員で会食を兼ねた解散式を開催すること。解散式は、非日常的業務の終了と通常業務への切り替えを確認するための重要な儀式である。可能な限り派遣された現地において開催し、現地開催が困難な場合には、地元に戻って一両日中に開催する。

報告書やマニュアルなどを作成することとで、実績を残し、成果を共有する。

資料 1

『災害時のこころの反応について（長崎こども・女性・障害者支援センター）』

災害時のこころの反応について

長崎県

長崎子ども・女性・障害者支援センター

(2011 / 03 / 14)

思いがけない災害や事故が身近で起きたとき、私たちのこころには、不安や恐怖、悲しみなどの感情が起こります。不安や恐怖が手に負えないほど大きい場合、人のこころは“マヒ（麻痺）”という状態をつくります。一時的にそれらの感情を感じないようにすることで自分を守ろうとするのです。

このほかにも、災害や事故という異常事態には、被災者のこころと身体の両方に、下に挙げるような様々な変化が起こるといわれています。これらをまとめて、急性ストレス反応と呼びます。



急性ストレス反応のいろいろ

下に示したような、急性ストレス反応は、災害や事故という異常事態によって引き起こされる“自然な反応”で、多くの場合、時間の経過とともに薄らいでいきます。

感情の反応

睡眠障害、恐怖のゆり戻し、強い不安、孤独感、意欲の減退などを体験します。その後、イライラ、落ち込み、怒り、生き残ったことへの罪悪感などが起こることもあり、感情の起伏が激しくなります。疲労感も持続します。

身体的反応

頭痛、手足のだるさ、筋肉痛、胸痛、吐き気、便秘など、人によって様々な症状がみられます。環境の変化や疲れのため、インフルエンザなどの感染症が流行することもあります。

思考面の反応

物事に集中できない、無気力になる、一時的に記憶力が低下する、物事の決断ができなくなるなどがみられます。他の選択肢を考えるゆとりを無くし、一つの考えにこだわり過ぎる傾向がみられることもあります。

行動面の反応

神経過敏な状態が続くため、家庭内でちょっとしたことでけんかになるなど、人間関係のトラブルが起こりやすくなります。また幼児が赤ちゃん返りをする、高齢者がぼんやりしてしまうといった反応がみられることもあります。

こころの動きの時間経過

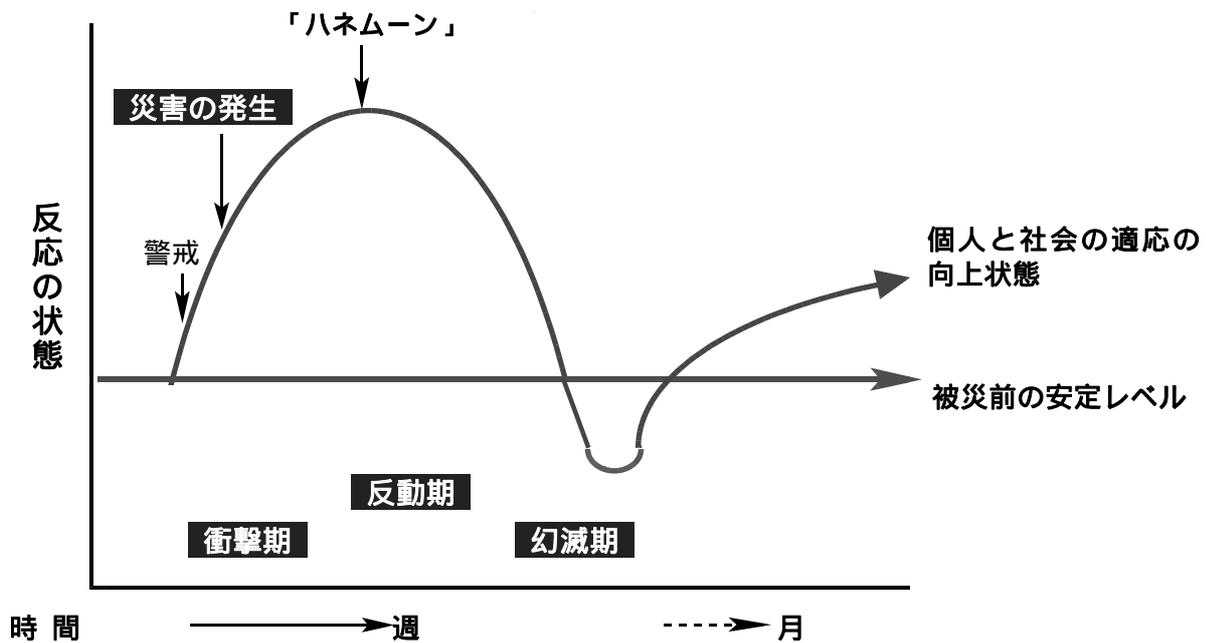


下の図は、災害後のこころの動きを模式的にあらわしたものです。

災害後のこころの動きは、個人と地域が一体となって災害のダメージから回復していくのが理想的な経過です。

しかし、このような流れにうまく乗り切れない人や、周囲の人たちと比較して時間の経過にずれが出てくる人たちもたくさんおられるのが現実です。

そのような方は、自分だけが取り残されたように、自分だけがダメな人間のように感じる事が多く、そのような方にとって、こころのケアは特に重要であるといえます。



(Tyhurst, J.S., Raphael, B. を改変)

a) 衝撃期 (災害直後): 災害直後の初期ストレスの時期

b) 反動期 (1週間～半年): 災害の危機が回避された直後の助け合いの時期
被災者同士が強い連帯感で結ばれており、「ハネムーン期」とも呼ばれます。

c) 幻滅期 (2ヶ月～1、2年間): 災害復興に伴う中期のストレスの時期

混乱した生活は少し落ち着くものの、遅々として進まぬ復興対策などに対し、落胆、疑惑、憎悪などの陰性感情が起きやすくなります。

地域の連帯感も希薄になり、周囲からの支援体制も縮小傾向になるため、自分だけが取り残されたような気持ちになることもあります。

d) 再適応期 (数年間): 徐々に平常な日常が戻ってくる時期

この段階にいたるまでの期間に関しては、個人差が大きいことを覚えておきましょう。

つらい体験後の回復の過程

つらい体験をした時、人は誰でもショックを受け、一時的に落ち込んだり、不安や心配になったりしますが、時間の経過とともに自然と回復し、普段通りの自分や生活を取り戻していくものです。

しかし、「自分にはストレスや不安なかなない」といって強がったり、無理して不安を忘れようとしたり、不安にとらわれている自分を「精神力のないダメな奴だ」と責めたりすると、回復を妨げ、こころの健康を著しく損なうので、決して望ましくありません。

特に、右に示したような性質の出来事を体験した際は、トラウマ（こころの傷）を受けやすいので、用心してください。



トラウマ（こころの傷）を 受けやすい出来事の性質

予測不能

コントロール不能

出来事自体が残酷

対象喪失が起こる
（大切なものを失う）

暴力的

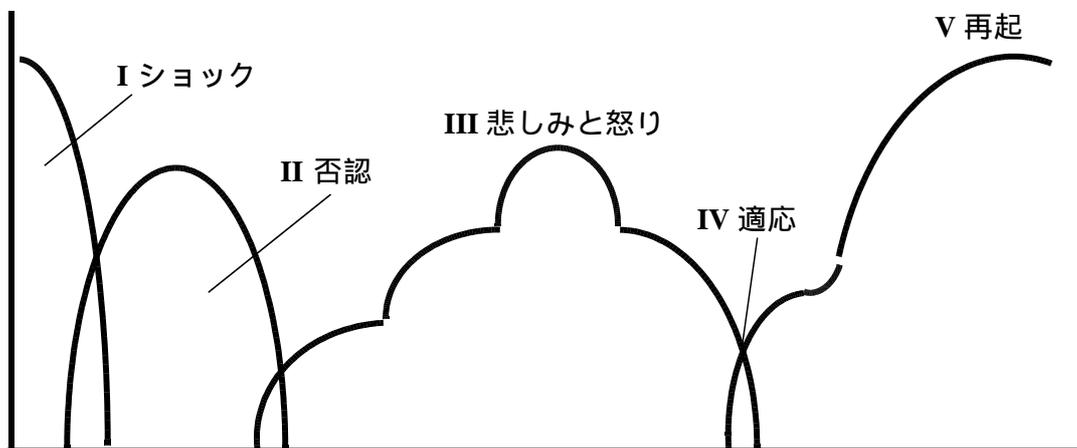
結果に対して主観的に
自分に責任があると感じられる

下図は、重度の障害児を持った母親がショックから立ち直るまでの過程を図式化した『悲哀の5段階』ですが、この中で最も重要な作業が第三段階の“悲しみと怒り”の作業だと言われています。

人間は、悲しみ、ふさぎ込み、不安がったり、怒ったりという作業を繰り返しながらショックを乗り越えて行くもので、言い替えると“クヨクヨしながら乗り越えていく”、“泣きごと言いながら乗り越えていく”というやり方が健康的です。

そして、周囲の援助を素直に受けながら、さしあたり出来ることからやっていくという現実的対応が効果的だと言えるでしょう。

悲哀の5段階 Klaus, K & Kennell, J (1975年)



こころのケア活動とは？

こころのケアとは、必ずしも専門家によるカウンセリングを意味するものではありません。

精神保健や心理学の専門知識を持った援助者が、被災現場や避難所に出向き、被災者に対し、『何か困ったことはないですか？』と声をかけることから始まります。



困っていることや苦悩などについてお話を聴きながら、必要な情報を提供したり、専門的な相談窓口を紹介したり、地元自治体との調整などを行います。もちろん、必要に応じて、専門的な相談を受けたりカウンセリングも行いますが、むしろ、被災者の方々や地域の、解決能力や自己回復力が十分に発揮できるようお手伝いをすることがメインとなります。

誰でも、愚痴や、被災した悲しみ、避難生活のつらさ、災害前の暮らしの話、失った人の思い出などを話すうちに、自然に、災害や事故による衝撃、不安、怒り、絶望、悲嘆などの心理的体験を自身の中で整理し、その体験を人生の一部として受け入れることができるようになります。もちろんこれには一定の時間が必要です。

災害や重大事故とは、普段は経験することない衝撃的な出来事ですから、自分の想像を超えた色々な心理的問題が生じます。また、周囲の人々も同じような被害に遭っているため、「周りの人々だって、自分と同じように大変なのだから、人に頼らず自分一人で何とかしよう」という気持ちにもなります。想像を超えた反応に圧倒されたり、自分一人で頑張ってしまうという態度は、自らの解決能力や自己回復力を妨げてしまいますので、災害後の心理的問題や対処の仕方を知っておくことが重要になってきます。そのような知識や情報を知っておくことで、多くの方が災害後のストレスを軽減することができるのです。

災害後のストレスを軽減させる方法と注意点

- 安全・安心・安眠をできるだけ早く確保する。
- 被災体験を誰かに話し、自分も聞く。
- 感情を抑えず、おだやかに吐き出すことで整理していく。
- 深呼吸し、リラックスする。
- 手を握る、抱きしめるなどのスキンシップをする。
- 運動して身体をほぐす。
- 楽しみを見つけ、気分転換をはかる。
- 気持ちを酒でまぎらわさない。
- 栄養のバランスをとる。
- さしあたりできることから計画的に行動し、無理をしない。
- 自分を責めない。
- つらさを一人で抱え込まず、助けを求める。

被災体験を語り、他人の体験を聞くことの意味について

被災時の体験と恐怖が、あたかも写真で撮ったかのように断片的にかつ鮮明によみがえることがあるかと思います。これは、体験と恐怖がバラバラに要素として記憶されているため、このままでは、日常生活に支障をきたす恐れがあります。例えば、台所で地震に被災したとしましょう。台所そのものに漠然とした恐怖を感じるような状況が続き、台所に入れないといった生活上の困難が生じてきます。でも、本当は台所が怖いわけではなく、台所で体験した地震が怖いのです。

そこで、「私はいつ何時、台所でどのような体験をして、その時どう感じ、どうしたのか。」といったことを一つ一つ整理し、一つのストーリーにしていけます。すると、台所に感じる恐怖は、あくまでも地震という限定された時のもので、決して台所そのものが怖いわけではないことに気がきます。こうやって、恐怖体験を処理していくことが必要です。

人間が安心して生活して行くには、怖いものとそうでないものを区別することが必要です。被災体験に伴う恐怖を処理しないまま放置すると、場合によっては PTSD のように日常生活に支障をきたす状態が長期化することもあります。

そのためにも、被災体験を無理して忘れようとするのではなく、誰かに話し、そして他人の体験を聞いてあげましょう。

また、大人のように言葉が発達してない幼児の場合は、体験を語り、体験を聞くということでは恐怖が処理できませんので、遊びを通じて処理していくものと考えられています。だから、子どもたちが災害や事故のごっこ遊びを始めたからといって、それを禁止するようなことはしないでください。



専門家による治療が必要な場合は？

前述したように、被災後のこころの反応は、異常事態によって引き起こされる“自然な反応”で、多くの場合、時とともに癒されていきますが、時々、症状が長引くことがあります。

症状が長引く場合は、医師などの専門家による治療が必要なことも多いので、地域の保健師さんや医療機関に早めに相談することをおすすめします。

専門家の治療が必要となるものの代表としては、**PTSD**（外傷後ストレス障害）、うつ病、不安障害の3つがあります。治療には、抗うつ剤などの薬物療法、精神療法が行われますが、周囲の人々や家族の理解や協力、生活面での支援などが適切になされないと治療もうまくいきません。

PTSD（外傷後ストレス障害）

以下に示した症状が、1ヶ月以上にわたり持続します。あまりにも衝撃的な体験をしたため、脳が“戦闘モード”“警戒モード”になったまま“平時モード”に戻らず、日常生活に支障をきたしていると理解するとよいでしょう。災害や事故から6ヶ月以上たっても症状が現れる『遅発性』のものもあります。

治療法は、抗うつ剤による薬物療法、および認知行動療法と呼ばれる精神療法です。

フラッシュバック： 思い出したくもないのに災害や事故の体験が無理矢理思い出させられて、不安や恐怖心が出現する。

回避傾向： 災害や事故を思い出させるような状況や活動を避ける傾向になる。場合によっては外出できなくなることもある。

現実感の麻痺： 感覚が麻痺したような、現実感がわからない状態。

不眠： 寝付きが悪い、夜中に悪夢を見て飛び起きるなど。

怒りっぽさ・イライラ・気分の落ち込み

うつ病

以下に示した症状が、毎日2週間以上持続します。つらい状況が続いたり、ストレスの強い体験をした時、『セロトニン』『ノルアドレナリン』という脳内ホルモン（神経伝達物質）を使い果たし、そのために生じる病気です。“脳のバッテリー切れ、エネルギー切れ”といった状態ですから、頑張りたくても頑張れない状態で、決して“気合いが足りない”とか“怠け”といったものではありません。

よく眠れない

食欲がわからない ご飯が美味しくなくなった

疲れやすくやる気が出ない

気分が晴れない 憂うつである

集中できない 判断力が落ちている

楽しいはずの活動が楽しめない

十分な休養をとりながら、『セロトニン』『ノルアドレナリン』を増やす抗うつ剤を服用することで良くなります。

“脳の
バッテリー
切れ”



《うつ状態》



《良くなった状態》

不安障害

突然に、動悸、呼吸困難、めまい感などが出現し、「死ぬんじゃないか」と感じるなど、非常に強い不安発作を繰り返す パニック障害 と、日常の些細な出来事や問題について必要以上に心配したり、過度の不安や緊張が数ヶ月持続し、動悸、息切れ、発汗、めまい、胸や腹部の不快感、手足のしびれ、身体の火照りや寒気など、自律神経関連の様々な身体症状を伴う 全般性不安障害、特定の場所や出来事に対する強い恐怖感が持続する 恐怖性障害(恐怖症) の3つのタイプがあります。いずれも、過度の不安や恐怖が持続するため、外出が出来ないなど日常生活に大きな支障をきたします。

治療法は、抗うつ剤や抗不安剤による薬物療法に、認知療法、行動療法、認知行動療法などの精神療法を組み合わせることが一般的です。

子どもや高齢者への対応

子どもや高齢者は成人に比べて、行動が制限され、自分で対処できることが限られてくるため、恐怖心、不安感、無力感が強くなることもあり、特別な配慮が必要です。

子どもへの対応上の注意点

幼児期の子どもが赤ちゃん返りしたり、少年期であっても、うまく言葉で表現できないため、イライラしたり、粗暴になったり、逆に無気力になったり、ひきこもったり、いろいろな反応を示すことがあります。

周囲の大人は、過度に心配することなく、以下のようなことに注意を払いながら対応してください。

- 子どもたちの気持ちを聞いてあげる。
- 子どもに接する大人も自分の気持ちを子どもに話す。
- 子どもがいきいきと活動できるような行事を組む。
- 災害ごっこ遊びや災害の絵をかくことを禁じない。

高齢者への対応上の注意点

災害によって、日常が崩壊し、住み慣れた場所を離れ、新しい事態に適応しなければいけない状況になることは、高齢者にとっては大きなストレスとなります。その結果、不安、不眠、抑うつ、一時的な認知症様症状などが出現することがあります。

以下のようなことに注意を払ってください。

- 頻繁に声をかけ名前を呼び、今の状況をわかりやすく説明する。
- よく話を聞き、気持ちをくんであげる。
- 心身の状態に注意する。
- できるだけ被災前の人的交流を保てるように配慮する。

支援者や周囲の人々が気をつけること

災害や事故の被害に遭った被災者や被災者遺族にとって必要な支援は、被災後の時期、被災の程度、身体的な後遺症の有無、亡くなった方との関係、その人が抱えている問題などによっても異なり、また、状況も時と共に変化していくものです。

被災者の状況に合っていない侵襲的な支援（無理に聞き出そうとしたり、押しつけるような対応）は、二次被害を与える可能性もあるため、以下に示した事項に留意しながら慎重に対応することが大切です。



被災者の心理や反応を十分理解した上で対応する。

受容と共感をもった傾聴（話しをよく聴き、相手の気持ちをしっかり受け止める）と穏やかな対応。また相談対応に必要な十分な時間をとる。

判断を交えない態度（被災者の考えに解釈や判断をせずに「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と問いかける姿勢）に徹する。

被災者自らが望む支援を行う（被災者の主体性を尊重する）。

被災者に“ただ寄り添う”（まず共にいる）ということも大事にする。

こころのケアばかりに注目しがちであるが、経済、教育、裁判、偏見、信仰など、具体的な問題に気を付けて話しを聞く。

役に立ちそうな情報があれば、さりげなく伝えるようにする。リーフレット、パンフレットがあればそれを渡したり、相談窓口名と連絡先をメモしたものを渡すなどする。

「困ったことがあったらいつでも相談して下さい」という支援の表明と約束をする。

してはいけない対応

「頑張って」「いつまでもクヨクヨせずに」など、安易な励まし

「亡くなったあの人も天国で元気にしてるよ」など、安易な慰め

「こうすべきである」というような一方的な考えや意見の押し付け

被災者や遺族が皆、精神的ケアが必要であると決めつけた対応

無理に感情を吐き出させようとする働きかけ

「みんなも同じ気持ちだよ」など、被災者や遺族は皆同じだという言動や対応

長崎県

長崎こども・女性・障害者支援センター

(障害者支援部 精神保健福祉課)

〒 852-8114 長崎市橋口町 10-22

電話 : 095-846-5115、ファクシミリ : 095-846-8920

URL : <https://www.pref.nagasaki.jp/section/na-shien-c/>

E-mail : s04760@pref.nagasaki.lg.jp

資料 2

『災害時こころの反応について（長崎県こころのケアチーム）』

資料 1 『災害時こころの反応について（長崎こども・女性・障害者支援センター）』のダイジェスト版。
同じ内容のもので“4 頁 A3 袋とじ版”が準備されており、長崎こども・女性・障害者
支援センターのホームページからのダウンロードが可能である。

（<https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2015/02/1423700334.pdf>）

A3 用紙 1 枚に両面印刷を行い袋とじにすることで 4 ページのリーフレットとなるよう設定されているので、避難所での配布する場合など、現地で両面コピーをするだけで大量のリーフレットが確保できる。

災害時のこころの反応について

長崎県こころのケアチーム
2011/03/14

思いがけない災害や事故が身近で起きたとき、私たちのこころには、不安や恐怖、悲しみなどの感情が起こります。不安や恐怖が手に負えないほど大きい場合、人のこころは“マヒ（麻痺）”という状態をつくります。一時的にそれらの感情を感じないようにすることで自分を守ろうとするのです。



このほかにも、災害や事故という異常事態には、被災者のこころと身体の両方に、下に挙げのような“急性ストレス反応”と呼ばれる様々な変化が起こるといわれています。

急性ストレス反応のいろいろ

下に示したような、急性ストレス反応は、災害や事故という異常事態によって引き起こされる“自然な反応”で、多くの場合、時間の経過とともに薄らいでいきます。

感情の反応

睡眠障害、恐怖のゆり戻し、強い不安、孤独感、意欲の減退などを体験します。その後、イライラ、落ち込み、怒り、生き残ったことへの罪悪感などが起こることもあり、感情の起伏が激しくなります。疲労感も持続します。

身体的反応

頭痛、手足のだるさ、筋肉痛、胸痛、吐き気、便秘など、人によって様々な症状がみられます。環境の変化や疲れのため、インフルエンザなどの感染症が流行することもあります。

思考面の反応

物事に集中できない、無気力になる、一時的に記憶力が低下する、物事の決断ができなくなるなどがみられます。他の選択肢を考えるゆとりを無くし、一つの考えにこだわり過ぎる傾向がみられることもあります。

行動面の反応

神経過敏な状態が続くため、家庭内でちょっとしたことでけんかになるなど、人間関係のトラブルが起こりやすくなります。また幼児が赤ちゃん返りをする、高齢者がぼんやりしてしまうといった反応がみられることもあります。

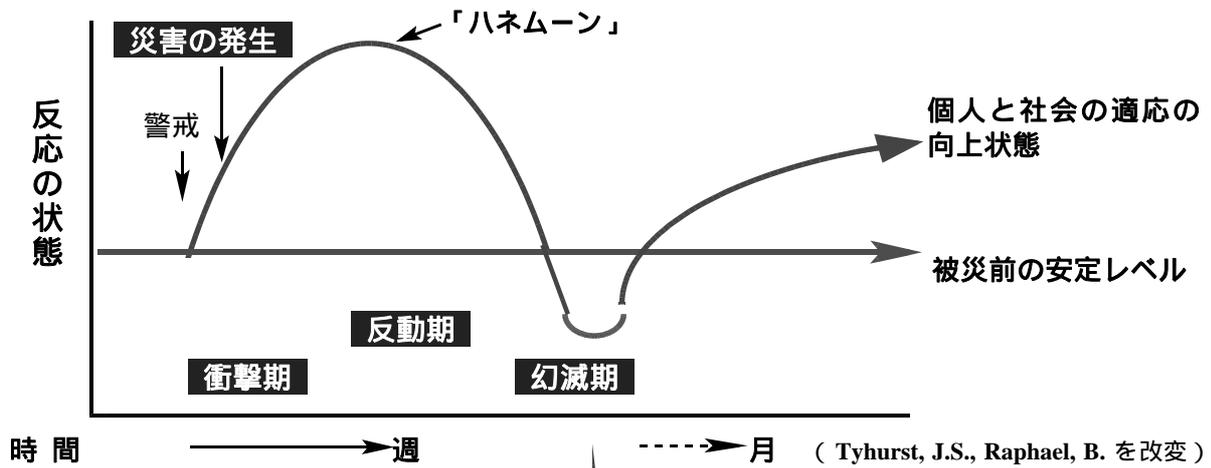
こころの動きの時間経過

次頁の図は、災害後のこころの動きを模式的にあらわしたものです。

災害後のこころの動きは、個人と地域が一体となって災害のダメージから回復していくのが理想的な経過です。

しかし、このような流れにうまく乗り切れない人や、周囲の人たちと比較して時間の経過にずれが出てくる人たちもたくさんおられるのが現実です。

そのような方は、自分だけが取り残されたように、自分だけがダメな人間のように感じる 경우가多く、そのような方にとって、こころのケアは特に重要であるといえます。



a) **衝撃期** (災害直後): 災害直後の初期ストレスの時期

b) **反動期** (1週間～半年): 災害の危機が回避された直後の助け合いの時期
被災者同士が強い連帯感で結ばれており、「ハネムーン期」とも呼ばれます。

c) **幻滅期** (2ヶ月～1、2年間): 災害復興に伴う中期のストレスの時期
混乱した生活は少し落ち着くものの、遅々として進まぬ復興対策などに対し、
落胆、疑惑、憎悪などの陰性感情が起きやすくなります。
地域の連帯感も希薄になり、周囲からの支援体制も縮小傾向になるため、自分
だけが取り残されたような気持ちになることもあります。

d) **再適応期** (数年間): 徐々に平常な日常が戻ってくる時期
この段階にいたるまでの期間に関しては、個人差が大きいことを覚えておきましょう。

こころのケア活動とは？

こころのケアとは、必ずしも専門家によるカウンセリングを意味するものではありません。

精神保健や心理学の専門知識を持った援助者が、被災現場や避難所に出向き、被災者に対し、『何か困ったことはないですか？』と声をかけることから始まります。

困っていることや苦悩などについてお話を聴きながら、必要な情報を提供したり、専門的な相談窓口を紹介したり、地元自治体との調整などを行います。もちろん、必要に応じて、専門的な相談を受けたりカウンセリングも行いますが、むしろ、被災者の方々や地域の、解決能力や自己回復力が十分に発揮できるようお手伝いをすることがメインとなります。

誰でも、愚痴や、被災した悲しみ、避難生活のつらさ、災害前の暮らしの話、失った人の思い出などを話すうちに、自然に、災害や事故による衝撃、不安、怒り、絶望、悲嘆などの心理的体験を自身の中で整理し、その体験を人生の一部として受け入れることができるようになります。もちろんこれには一定の時間が必要です。

災害や重大事故とは、普段は経験することない衝撃的な出来事ですから、自分の想像を超えた色々な心理的問題が生じます。また、周囲の人々も同じような被害に遭っているため、「周りの人々だって、自分と同じように大変なのだから、人に頼らず自分一人で何とかしよう」という気持ちにもなります。想像を超えた反応に圧倒されたり、自分一人で頑張ってしまうという態度は、自らの解決能力や自己回復力を妨げてしまいますので、災害後の心理的問題や対処の仕方を知っておくことが重要になってきます。そのような知識や情報を知っておくことで、多くの方が災害後のストレスを軽減することができるのです。



災害後のストレスを軽減させる方法と注意点

安全・安心・安眠をできるだけ早く確保する。
被災体験を誰かに話し、自分も聞く。
感情を抑えず、おだやかに吐き出すことで整理していく。
深呼吸し、リラックスする。
手を握る、抱きしめるなどのスキンシップをする。
運動して身体をほぐす。
楽しみを見つけ、気分転換をはかる。
気持ちを酒でまぎらわさない。
栄養のバランスをとる。
さしあたりできることから計画的に行動し、無理をしない。
自分を責めない。
つらさを一人で抱え込まず、助けを求める。

専門家による治療が必要な場合は？

前述したように、被災後のこころの反応は、異常事態によって引き起こされる“自然な反応”で、多くの場合、時とともに癒されていきますが、時々、症状が長引くことがあります。

症状が長引く場合は、医師などの専門家による治療が必要なことも多いので、地域の保健師さんや医療機関に早めに相談することをおすすめします。

専門家の治療が必要となるものの代表としては、**PTSD**（外傷後ストレス障害）、うつ病、不安障害の3つがあります。治療には、抗うつ剤などの薬物療法、精神療法が行われますが、周囲の人々や家族の理解や協力、生活面での支援などが適切になされないと治療もうまくいきません。

PTSD（外傷後ストレス障害）

以下に示した症状が、1ヶ月以上にわたり持続します。あまりにも衝撃的な体験をしたため、脳が“戦闘モード”“警戒モード”になったまま“平時モード”に戻らず、日常生活に支障を来していると理解するとよいでしょう。災害や事故から6ヶ月以上たつて症状が現れる『遅発性』のものもあります。

治療法は、抗うつ剤による薬物療法、および認知行動療法と呼ばれる精神療法です。

フラッシュバック： 思い出したくもないのに災害や事故の体験が無理矢理思い出させられて、不安や恐怖心が出現する。

回避傾向： 災害や事故を思い出させるような状況や活動を避ける傾向になる。場合によっては外出できなくなることもある。

現実感の麻痺： 感覚が麻痺したような、現実感がわからない状態。

不眠： 寝付きが悪い、夜中に悪夢を見て飛び起きるなど。

怒りっぽさ・イライラ・気分の落ち込み

うつ病

以下に示した症状が、毎日2週間以上持続します。つらい状況が続いたり、ストレスの強い体験をした時、『セロトニン』『ノルアドレナリン』という脳内ホルモン（神経伝達物質）を使い果たし、そのために生じる病気です。“脳のバッテリー切れ、エネルギー切れ”といった状態ですから、頑張りたくても頑張れない状態で、決して“気合いが足りない”とか“怠け”といったものではありません。

よく眠れない

食欲がわからない ご飯が美味しくなくなった

疲れやすくやる気が出ない

気分が晴れない 憂うつである

集中できない 判断力が落ちている

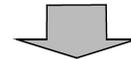
楽しいはずの活動が楽しめない

十分な休養をとりながら、『セロトニン』『ノルアドレナリン』を増やす抗うつ剤を服用することで良くなります。

“脳の
バッテリー
切れ”



《うつ状態》



《良くなった状態》

不安障害

突然に、動悸、呼吸困難、めまい感などが出現し、「死ぬんじゃないか」と感じる強い不安発作を繰り返す パニック障害 と、日常の些細な出来事が必要以上に心配になり、過度の不安や緊張が数ヶ月持続し、動悸、息切れ、発汗、めまい、胸や腹部の不快感、手足のしびれ、身体の火照りなど、自律神経関連の様々な身体症状を伴う 全般性不安障害、特定の場所や出来事に対する強い恐怖感が持続する 恐怖性障害(恐怖症) の3つのタイプがあります。いずれも、過度の不安や恐怖が持続するため、外出が出来ないなど日常生活に大きな支障をきたします。

治療法は、抗うつ剤や抗不安剤による薬物療法に、認知療法、行動療法、認知行動療法などの精神療法を組み合わせることが一般的です。

子どもや高齢者への対応

子どもや高齢者は成人に比べて、行動が制限され、自分で対処できることが限られてくるため、幼児期の子どもが赤ちゃん返りしたり、イライラしたり、恐怖心、不安感、無力感が強くなることもあり、特別な配慮が必要です。

子どもへの対応上の注意点

子どもたちの気持ちを聞いてあげる。
子どもに接する大人も自分の気持ちを子どもに話す。
子どもがいきいきと活動できるような行事を組む。
災害ごっこ遊びや災害の絵をかくことを禁じない。

高齢者への対応上の注意点

頻繁に声をかけ名前を呼び、今の状況をわかりやすく説明する。
よく話を聞き、気持ちをくんであげる。
心身の状態に注意する。
できるだけ被災前の人的交流を保てるように配慮する。

資料 3

『GHQ-12 (全般的健康質問票 12 項目版)』

全般的健康質問票

Goldberg D (1995) / 中根允文 改訂 (2010)
GHQ-12 [General Health Questionnaire]

最近 (4 週間以内)、ふだんに比べて次のようなことがありますか？
今のあなたにとって最も適当なものに ○ を付けてください。

1	心配事のために睡眠時間が減ったことがありますか？	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
2	いつも緊張していますか？	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
3	ものごとに集中できますか？	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
4	何か有益な役割を果たしていると感じますか？	いつもより多い	いつもと同じ	いつもより少ない	いつもよりずっと少ない
5	自分の問題に立ち向かうことができますか？	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
6	ものごとを決断できていると思いますか？	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもよりできない	いつもよりずっとできない
7	いろいろな問題を解決できなくて困りますか？	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
8	全般的に、幸せと感じていますか？	いつもよりそう感じる	いつもと同じ	いつもほどではない	いつもよりそう感じない
9	日常生活を楽しむことができますか？	いつもよりできる	いつもと同じ	いつもより少ない	いつもよりずっと少ない
10	不幸せで憂うつだと感じるがありますか？	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い
11	自信をなくしていますか？	なくしてはいない	いつもより多くはない	いつもより自信がない	全く自信がない
12	自分は役に立たない人間だと感じるがありますか？	ない	いつもより多くはない	いつもより多い	特に多い

合計 (○がついた項目の数を記入してください)				
----------------------------	--	--	--	--

合計した数が評価点です

★ 評価点が4点以上であれば、要注意です。
かかりつけ医や専門医、または
保健所等の相談機関に、ご相談ください。

評価点

点

氏 名： _____
(イニシャルでも可)

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

資料 4

『GHQ-30（全般的健康質問票 30 項目版）』

この数週間(4週間以内)の健康状態についておたずねします。

ご氏名 _____

下記表の左側の質問項目に関して、もっとも適当と思われるところを で囲んでください。

質問項目	0	1	2	3
何かをする時、いつもより集中して	できた	いつもと変わらなかった	いつもよりできなかった	まったくできなかった
心配事があって、よく眠れないようなことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
いつもより頭がすっきりしてさえいると感じたことは	たびたびあった	いつもと変わらなかった	いつもよりさえなかった	まったくさえなかった
いつもより元気ではつらつしていたことが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	元気がなかった	まったく元気がなかった
落ち着かなくて眠れない夜を過ごしたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
いつもより外出することが	多かった	いつもと変わらなかった	少なかった	ずっと少なかった
皆とくらべて、同じような仕事が	よくできた	同じ位にできた	できなかった	まったくできなかった
いつもよりすべてがうまくいっていると感じるのが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
いつもよりまわりの人々に親しみや暖かさを感じるのが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
いつもよりまわりの人々とうまくつきあっていくことが	できた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
いつもより自分のしていることに生きがいを感じるのが	あった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
いつもより容易に物事を決めることが	できた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
いつも緊張感を感じたことが	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
問題を解決できなくて困ったことが	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
日常生活はいつも競争であると考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
いつもより日常生活を楽しく送ることが	できた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
困ったことがあって辛いと感じたことは	なかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
大した理由もないのに、何かが怖くなったり、取り乱したりしたことが	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
問題があったときに、積極的に解決しようとすることは	いつもよりできた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
いつもより色々なことを重荷と感じたことは	まったくなかった	いつもと変わらなかった	あった	たびたびあった
いつもより気が重くてゆううつになることは	まったくなかった	いつもと変わらなかった	あった	たびたびあった
自信を失ったことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
自分は役に立たない人間だと考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
人生にまったく望みを失ったと感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
いつもより自分の将来は明るいと感じたことは	たびたびあった	あった	なかった	まったくなかった
一般的にみて、幸せといつもより感じたことは	たびたびあった	あった	なかった	まったくなかった
いつも神経質で気が張りつめていると感じることは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
生きていることに意味がないと感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
神経がまいって何もすることができないと感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった

資料 5

『 IES-R（改訂-出来事インパクト尺度票） 』

IES-R (改訂 出来事インパクト尺度票)

記入年月日 ____年 ____月 ____日

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた
 方々に、後になって生じることのあるものです。

ご 名 前 _____

_____ に関して、本日を含む最近の1週間

では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。

あてはまる欄に _____ をつけてください。

(なお、迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

	(最近の1週間の状態についてお答えください。)	0. 全 く なし	1. 少 し	2. 中 く らい	3. 可 なり	4. 非 常 に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、その時の気持ちがぶり返してくる。					
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。					
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。					
4	イライラして、怒りっぽくなっている。					
5	そのことについて考えたり思い出す時は、なんとか気を落ち着かせるようにしている。					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。					
7	そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。					
8	そのことを思い出させるものには近よらない。					
9	その時の場面が、いきなり頭にうかんでくる。					
10	神経が過敏になっていて、ちょっとしたことで、ドキッとしてしまう。					
11	そのことは考えないようにしている。					
12	そのことについては、まだいろいろな気持ちもあるが、それには触れないようにしている。					
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。					
14	気がつくや、まるでその時にもどってしまったかのように、ふるまったり、感じたりすることがある。					
15	寝つきが悪い。					
16	そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。					
17	そのことを何とか忘れようとしている。					
18	ものごとに集中できない。					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、ドキドキすることがある。					
20	そのことについての夢を見る。					
21	警戒して用心深くなっている気がする。					
22	そのことについては話さないようにしている。					

資料 6

『 K6 / K10 』

こころの健康チェック表 K6 / K10 日本語版

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか？ あてはまるところに をつけてください						
		0点	1点	2点	3点	4点
1	理由もなく疲れ切ったように感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
2	神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
3	どうしても落ち着けないくらいに神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
4	絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
5	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
6	じっと座ってられないほど、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
7	ゆううつに感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
8	気分が沈みこんで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
9	何をするのも骨折りだと感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある
10	自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ ある	時々ある	たいてい ある	いつも ある

合計得点	点
------	---

記入年月日 年 月 日

ご氏名 _____

参 考 文 献

太田保之：「災害精神医学の現状（精神医学第 38 巻）」医学書院，1996 年

太田保之・荒木憲一・川崎ナヨミ・長岡興樹・中根允文：「災害ストレスと心のケア．雲仙・普賢岳噴火災害を基点に」医歯薬出版，1996 年

世界保健機関（中根允文・大塚俊弘 訳）：「災害のもたらす心理社会的影響．予防と危機管理」創造出版，1995 年

長崎県福祉保健部障害福祉課・長崎県県南保健所：「長崎県 災害時こころのケア活動マニュアル」，2004 年

長崎県

災害時こころのケア活動マニュアル 2011

発行日 2011 年 9 月

監 修 大塚俊弘

長崎こども・女性・障害者支援センター 所長

（精神科医師）

発行者 長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター

（障害者支援部 精神保健福祉課）

〒852-8114 長崎市橋口町 10-22

電話：095-846-5115、ファクシミリ：095-846-8920

E-mail：s04760@pref.nagasaki.lg.jp