

大槌町健康状況把握訪問調査におけるミニレクチャー
2011/4/30

東日本大震災におけるこころの 健康のケア：初期対応と留意点

東京大学大学院医学系研究科
精神保健学・精神看護学分野
教授 川上憲人

kawakami@m.u-tokyo.ac.jp

この資料の準備にあたっては、(独)国立精神・神経医療研究センター鈴木友理子先生
からご助言・資料提供をいただいたこと、同センター東日本大震災対応HPを参考にさせて
いただいたことに感謝します。

災害時における地域精神保健活動

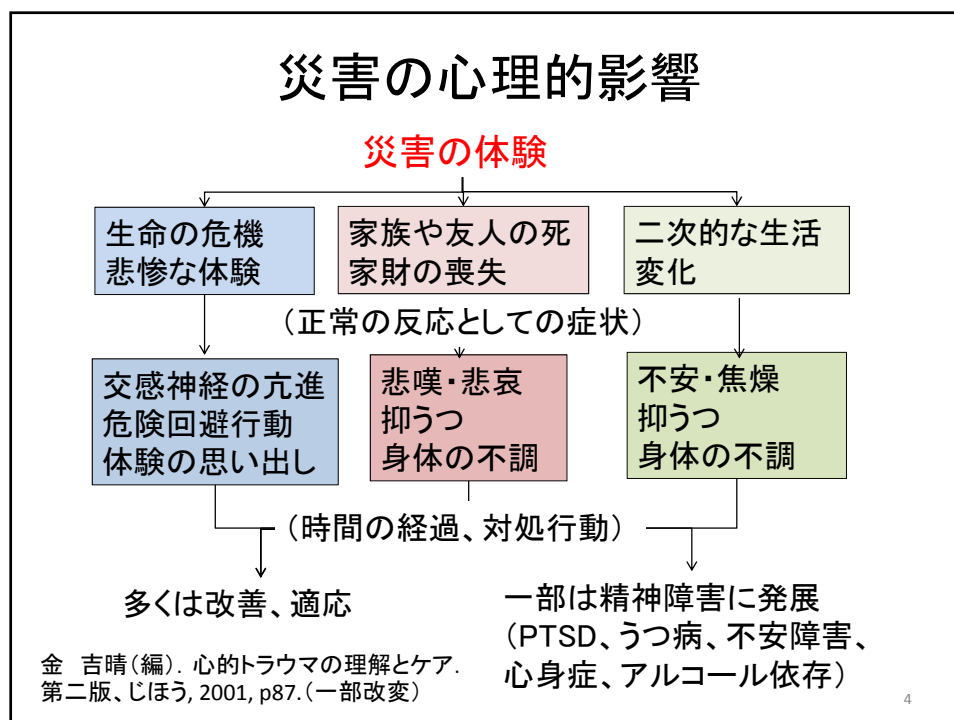
1. 被災によって機能しなくなった精神医療の補填、被災者の精神反応への対応
2. 一般の援助活動の一環として、地域全体(集団)の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させるための活動
3. 個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動

出典：(独)国立精神・神経医療研究センターHP「災害時の地域
精神保健医療活動ロードマップ」から

http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html

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
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健体制の確認、ハイリスク者、要援護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
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	

災害精神保健医療マニュアル解説スライド(医療関係者用から市町村、保健チームの役割のみ抽出)



心的外傷後ストレス障害(PTSD)

トラウマティックイベントの経験

- 1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事、または自分または他人の身体保全に迫る危険を経験、目撃、または直面した。
- 2) 強い恐怖、無力感または戦慄を経験。

+

A. 再体験

- 出来事についての苦痛な反復
- 出来事についての苦痛な夢
- 体験を再体験すること(フラッシュバック)

B. 反復的回避

- 関連した思考を回避しようとする努力
- 関連した活動や状況を回避しようとする努力
- 心因性健忘
- 活動への興味の減退
- 他の人から疎隔感
- 感情の範囲の縮小
- 未来が短縮した感覚

C. 覚醒亢進

- 睡眠障害
- 易刺激性あるいは怒りの爆発
- 集中困難
- 過剰な警戒心
- 過剰な驚愕反応

DSM-IV-TR診断基準. 診断には1ヵ月以上の症状持続が必要. 出来事後数週間にみられるPTSD症状は、異常な事態に対する通常の反応. PTSD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とみなすことができる.

5

初期対応(災害後1ヶ月間)

- 1) 現実の被災状況、生命・身体・生活の危機状況を考慮する。
- 2) 住民ニーズに合わせた援助者が被災者とコンタクトする。
- 3) 援助者が見守りを要すると感じた者については、保健医療スタッフや専門家につなぐ。
- 4) 心理的応急処置(参考1参照): 基本的活動は①有害性からの保護、②傾聴、③基本的ニーズのアセスメント、④仲間を組織化すること。
- 5) 災害後3週間以降、医学的スクリーニングを行う場合もある。
- 6) 災害関連情報、心理教育の情報を被災者に提供する。
- 7) 「心の相談」ホットラインを開設する。
- 8) PTSD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と考え、災害ストレスによる精神的健康問題の中で考える。

(独) 国立精神・神経医療研究センターHP「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」から

6

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すすめられる。
 - － 衣食住や当面の生活支援
 - － 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
- 共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供する(共感しきれないという自覚も重要)
 - － 「衣食住の確保」「医療の提供」「安心して過ごせる場の提供」など(具体的な支援が提供できないこともある)。
 - － 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。

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.

7

初期対応のポイント

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 不安や恐怖に圧倒されていたり、茫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。
5. 被災者にそれぞれの体験を詳細に語るよう勧めてはいけない。

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.

8

初期対応：すべきこと、してはいけないこと

すべきこと

- ◆ まず状況、状態の評価
- ◆ 安全と安心の確保
- ◆ 共感をもって傾聴
- ◆ 専門用語は使わず、分かりやすい質問
- ◆ 当面の問題について話し合い、対処ができるようにする
- ◆ 被災者のもつ力を忘れない。

してはいけないこと

- トラウマ体験について勝手に決め付ける。
- 心理的反応を「症状」や「診断」としてのみ捉える。
- 被災者に支援を押し付ける

鈴木友理子. 心身医学会研修スライドから.

9

突然の死別を体験した人に対して

- 注意深く、そして共感をもって話を聴く。
- 悲しみの表現は人それぞれである。
- 大きなショックを受けたり、悲しむことは、もっともな反応である。
- 悲しみ、怒り、孤独感はしばらく続くかもしれない。
- 現実的な生活の問題に対応する。
- 相手の感情や考えをむやみに否定しない。

言ってはいけないこと

- あなたの悲しみはよく分かります。
- 苦しまずに逝ってよかったですね。
- 別なことを話しましょう。
- あなたが生きているからいいじゃないですか。
- 私にはどうすることもできません
.....

鈴木友理子. 心身医学会研修スライドから.

10

災害時の精神保健の一般指針

多数対応

- ★自然の治療経過と回復力の尊重
- ★ほとんどの被災者は急性期の症状から自然に回復
- ★回復の促進要因を強化
- ★回復の阻害要因の除去

個別対応

- ★スクリーニング: ハイリスク、初期症状
- ★受診・相談への動機づけ
- ★急性期の移送

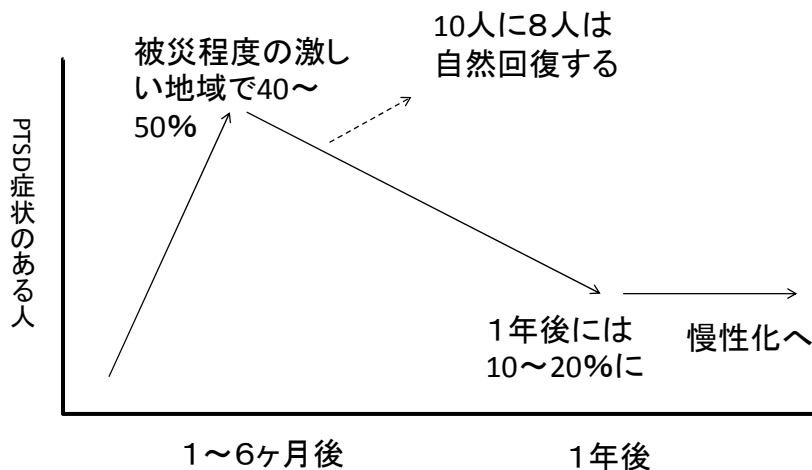
(独)国立精神・神経医療研究センターHPガイドライン解説スライド(一般向け説明用)₁₁

心理的デブリーフィングについて

- 心理的デブリーフィング
 - － 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のこと
 - － メタ分析で心理的デブリーフィング実施群で症状が持続
 - － 災害時の介入として行うべきではない(IASCガイドライン)
- コンセンサスガイドライン*では「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」
 - － 「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。」
 - － 「体験を詳細に語る時期を待ち、被災者から話が出れば受け答えをすべきである。」

* 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. ₁₂

災害後の時間と場所の不調の経過



13

被災者のこころの健康を持続させる要因

- 心的外傷体験の強さ
 - － 危うく死ぬような目にあった
 - － 家族や親しい友人が亡くなった
 - － 以前にも心的外傷体験がある
- 家族
 - － ひとり暮らし
 - － 家族に介護の必要な人がいる
 - － 家族にその人の世話をできる人がいない*
- 対人関係
 - － ほとんど毎日話をする人は家族以外にない
 - － 日本語での意思疎通に困難を伴う
- サポート体勢
 - － 家族以外に定期的に訪問してくれる援助者はいない
- 身体的状態など
 - － 身体疾患、未受診の身体疾患*、障害、障害認定を受けてない障害*
 - － 週5日以上の飲酒
 - － 65歳以上、80歳以上*

* 該当すれば
さらにリスクが
増加する項目

金 吉晴(編). 心的トラウマの理解とケア. 第二版、じほう, 2001, p95.(一部改変)

14

中長期の課題と対応

- 課題
 - － PTSD、うつ病などの慢性化
 - － 生活環境からのストレス
 - － 取り残され感、格差の拡大、孤立感
- 対応
 - － 現場にでかけてゆく保健サービス(アウトリーチ)
 - － 住民の交流促進
 - － 相談業務の拠点化
 - － 長期化した精神疾患のスクリーニング

金 吉晴(編). 心的トラウマの理解とケア. 第二版、じほう, 2001, p95.(一部改変)

15

職員・援助者のストレス要因

1. 急性期における業務形態が慢性化することによる疲労
2. 使命感と現実との制約の間での葛藤
3. 住民との接触で、怒りなど強い感情を向けられること
4. 災害現場の目撃によるトラウマ反応
5. 自分や家族も被災者である場合がある
6. 他地域の援助者は生活の不規則化、ストレス対処の困難、残された家族の心配などがある場合がある

金吉晴(主任研究者). 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン, 2003(一部改変).

16

職員・援助者のストレス対策

1. 業務のローテーションと役割・活動の明確化
2. 援助者のストレスについて研修し、恥ずべきことでないことを教育
3. 心身のチェックと健康相談の機会を設ける
4. 住民の心理的反応について共有し理解する
5. 被災現場の状況について事前に情報収集しシミュレーションしておく。
6. しかるべき担当者が援助者の労をねぎらうこと。

金吉晴(主任研究者). 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン, 2003(一部改変).

17

支援者のセルフケア

- 職務の目標設定: 支援業務への専念、業務の重要性・誇りを忘れない、業務を見失わない、日報・日記・手帳などで記録をつけて頭の中を整理
- 生活ペースの維持: 十分な睡眠、十分な食事・水分、カフェイン(コーヒーなど)のとり過ぎ注意、酒・タバコのとり過ぎ注意
- 自分の心身の反応に気づくこと: 心身の反応が出ている場合は休憩・気分転換、休憩にあたって罪悪感があるのは自然だが調子を崩すと周囲に負担が及ぶ。
- 気分転換の工夫: リラクゼーション、運動、食事、入浴
- 一人でためこまないこと: 家族・友人などに積極的に連絡、職員同士でお互いのことを気遣うこと

重村淳、金吉晴. 災害救援者・支援者メンタルヘルス・マニュアル

18

今後こころの健康問題が注目される集団

- 地震・津波の被災者
- 地震・津波被災地の支援活動者（警察、消防、自衛隊、自治体職員等）
- 福島第一原発からの避難地域の居住者（および放射線曝露への強い不安を持つ住民[特に乳幼児を抱える母親]）
- 福島第一原発の作業員とその家族

継続的な健康モニタリングと支援が必要

19

参考1 心理的応急対応の8つの活動

1. 被災者に近づき、活動を始める－被災者の求めに応じる。あるいは、被災者に負担をかけない共感的な態度でこちらから手をさしのべる。
2. 安全と安心感－当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにする。
3. 安定化－圧倒されている被災者の混乱を鎮め、見通しがもてるようにする。
4. 情報を集める－周辺情報を集め、被災者がいま必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、その人にあったPFAを組み立てる。
5. 現実的な問題の解決を助ける－いま必要としていること、困っていることに取り組むために、被災者を現実的に支援する。
6. 周囲の人々との関わりを促進する－家族・友人など身近にいて支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助する。
7. 対処に役立つ情報－苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう。
8. 紹介と引き継ぎ－被災者がいま必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引き継ぎを行なう。

兵庫県こころのケアセンター「サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版」

20

参考2 生存者の罪悪感(サバイバーズ・ギルト)

- ・ 自分以外の人間が悲惨な道筋をたどったのに自分はまぬがれたということは、被災者にとって大きな心理的な重荷となる。肉親を亡くした者、悲惨な死を目撃した者は、自分が生命を賭してその人を救おうとしなかったとか、死にゆく人々の求めに応じきれなかったと罪の意識を抱く。
- ・ サバイバー・ギルトは心的外傷反応の一部であり、全ての生存者は、程度の差はあれサバイバー・ギルトを体験する。
- ・ ①災害は予測不可能であり、誰も生存・死亡を選択できないことの理解を支援する。②日常の現実的な行動に焦点をあてることを支援する。③本人の感情、活動が展望を持てるように支援する。④本人が誰かの役にたつことができるように支援する。

パトリシア・アンダーウッド. サバイバー・ギルト: 災害後の人々の心を理解するために. 日本災害看護学会誌. 2005; 7(2): 23-30. から整理した.

21

参考3 自殺リスクとアセスメントと対応

危険度	徴候と自殺念慮	自殺の計画	対応
軽度	精神状態や行動の不安定 自殺念慮はあっても一時的	ない	傾聴 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 継続的関わり
中等度	持続的な自殺念慮がある 自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する(支援を受け入れる姿勢はある)	具体的な計画はない	傾聴 問題の確認 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 支援体制を整える 継続的関わり
高度	持続的な自殺念慮がある 自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する 支援を拒絶する	具体的な計画がある	傾聴 問題の確認 危険因子の確認 問題の確認と整理、助言 支援体制を整える 継続的関わり 危機時の対応を想定し、準備
重度	自殺の危険が差し迫っている	自殺が切迫している	安全の確保 自殺手段の除去 通報あるいは入院

厚労科研究班. 自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針一, 2009から

22

参考4 阪神・淡路大震災から作成されたこころの健康問題のスクリーニング尺度(SQD)

大震災後は生活の変化が大きく、色々な負担(ストレス)を感じる事が、長く続くものです。最近1ヶ月間に今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい・いいえ
いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい・いいえ
睡眠はどうか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい・いいえ
災害に関する不快な夢を、見ることがありますか。	はい・いいえ
憂うつで気分が沈みがちですか。	はい・いいえ
イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい・いいえ
ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい・いいえ
災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。	はい・いいえ
思い出したくないのに災害のことを思い出すことはありますか。	はい・いいえ
以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい・いいえ
何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい・いいえ
災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい・いいえ

PTSD: 3, 4, 6, 7~12のうち5個以上が存在し、4, 9, 11のどれか一つは含まれる。
うつ状態: 1~3, 5, 6, 10のうち4個以上が存在し、5, 10のどちらか一方は含まれる。

Fujii S, et al. Kobe J Med Sci. 2008 Feb 8;53(6):375-85.

23

参考資料

- ・ 金 吉晴(編). 心的トラウマの理解とケア. 第二版、じほう, 2001.
- ・ 金吉晴(主任研究者). 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン, 2003.
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_guide.pdf
- ・ 災害精神保健医療マニュアル: 東北関東大震災対応版, 2011
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf
- ・ 兵庫県こころのケアセンター「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版」<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>
- ・ パトリシア・アンダーウッド(ウィリアムソン彰子訳, 増野園恵編). サバイバー・ギルト: 災害後の人々の心を理解するために. 日本災害看護学会誌. 2005;7(2):23-30.
http://www.jsdn.gr.jp/doc/2011.03_survivors_guilt.pdf

24