

## Ⅱ. 災害時における心理的な反応

### 1. どのような心理的な負荷が生じるのか

#### 1) 心的トラウマ

##### (1) 災害の体感

(地震の揺れや音・火災の炎や熱・爆発の音や熱風など)

##### (2) 災害による被害

(負傷・近親者の死傷・自宅の被害)

##### (3) 災害の目撃

(死体・火災・家屋の倒壊・人々の混乱)

### 1. どのような心理的な負荷が生じるのか

#### 2) 悲嘆・喪失・怒り・罪責

##### (4) 死別・負傷・家財の喪失などによる悲嘆

##### (5) 罪責

(自分だけが生き残ったこと、適切に振る舞えなかったこと)

##### (6) 周囲に対する怒り

(援助の遅れ・情報の混乱など)

##### (7) 過失による災害の場合の過失責任機関・責任者に対する怒り、犯罪が関与する場合の犯人に対する怒り

## 1. どのような心理的な負荷が生じるのか

### 3) 社会・生活ストレス

#### (8) 避難・転宅

（新しい居住環境でのストレス、集団生活など）

#### (9) 日常生活の破綻

（学校、仕事、地域生活、これまでの疾病の治療、乳幼児や老人・障害者ケアなど）

#### (10) 新たな対人関係や情報の負担

（情報や援助を受けるための対人接触、情報内容の処理）

#### (11) 被災者として注目されることの負担

（人目に付くことのストレス、同情や好奇の対象になっているのではないかとの不安など）

## 厚生労働省専門家等派遣

- 金吉晴
  - （国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部 部長）
- 鈴木友理子
  - （同上 災害時等支援研究室長）
- 中島聡美
  - （同上 犯罪被害支援研究室長）
- 加藤典子
  - （厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 障害保健専門官）

## 活動概要

- 2. 2007年7月17日
- (1)新潟県の精神保健視察チームのヒアリング
- 1)場所、時間
- 新潟県柏崎保健所、16:00-16:45
- 2)内容
- ・震災2日目の精神医療保健の状況、今後の活動の方針について
- ・中越地震の際の精神保健医療対応のマニュアルの確認、二重被害による職員のケアニーズに関して具申した。
- (2)避難所における支援状況のヒアリング
- 1)場所、時間
- 柏崎市元気館、17:00-20:00
- 2)対象者
- 新潟県 井上保健師
- DMAT 林医師
- 3)内容
- ・要援護者の避難所の視察、避難者のヒアリング
- ・こころのケア体制に関する情報提供、震災のフェーズに沿った対応の必要性の確認
- ・柏崎災害医療対策本部での定時ミーティングへの参加

- 2007年7月18日
- (1)新潟県の今後の方針に関するヒアリング
- 1)場所、時間
- 新潟県福祉保健部障害福祉課、10:00-11:30
- 2)内容
- ・支援体制の把握
- ・今後の方針
- ・二重被害、職員のケア、メディアの対応を一元化する重要性について意見を具申した
- ・自殺対策など、既存の精神保健活動の積極的な活用について示唆した
- (2)平成19年度災害時におけるこころのケア対策会議
- 1)場所、時間
- 新潟県精神保健福祉センター、15:00-16:30
- 2)内容
- ・被災地の状況について
- 今後のこころのケア対策について
- 以下の点で意見具申をした
- 他県の派遣チームの受け入れについて、ニーズを見極めたうえで判断する重要性
- 調査研究について、本対策班が窓口になり、管理・調整する必要性
- メディアの取材について、住民のストレスになるような報道は避け、こころのケアチームなどの活動の広報に活用すること

## 精神医療状況

- 柏崎市の精神医療の基幹病院である柏崎厚生病院（精神科病床 240 床）、医療法人明生会 関病院（精神科病床 100床）は自家発電などを利用して機能していた。
- 柏崎厚生病院の外来患者 約400名の安否確認の実施は完了していた。このため、現行の体制で精神医療は提供することとした。
- 柏崎市内については、精神医療体制に大きな影響は及んでいなかったが、刈羽村、旧西山町についてはもともと医療資源が限定されていた。

## こころのケア対応状況

- 1)こころのケアホットラインの設置
  - 震災当日（7月16日）から、県精神保健福祉センター、こころのケアセンター、新潟県臨床心理士会が毎日午前8時30分から午後10時までの開設
- 2)こころのケアチームの設置・派遣
  - 柏崎市の精神科病院は機能しているために、既存の生活支援センターを拠点にしてアウトリーチを中心とした活動を行うこととした。
- a)被災地スタッフの要請に応じたアウトリーチのケア
- b)こころのケアホットラインが把握した要支援ケースの対応
- c)普及啓発
  - 啓発こころのケアホットライン周知を目的とした「こころのケアのために」、こころのケアに関する具体的な対処法を説明する「こころの身体の健康のために」、その他高齢者、子どものこころのケアに関するチラシ等種類、各1000部を避難所等に配布した。
- d)支援スタッフのバーンアウト等を防ぐための助言
  - 第1班：県立精神医療センター・新潟大学精神科チーム
  - 第2班：国立病院機構厚潟病院・新潟大学精神科チーム
  - 第3班以降：新潟県精神科病院協会チーム

## 2. どのような心理的反応が生じるのか

### 災害直後の数日間の症状の実際的区分

#### (1) 現実不安型

災害被害の原因、規模、程度、援助の内容がわからないことによる現実的な不安。

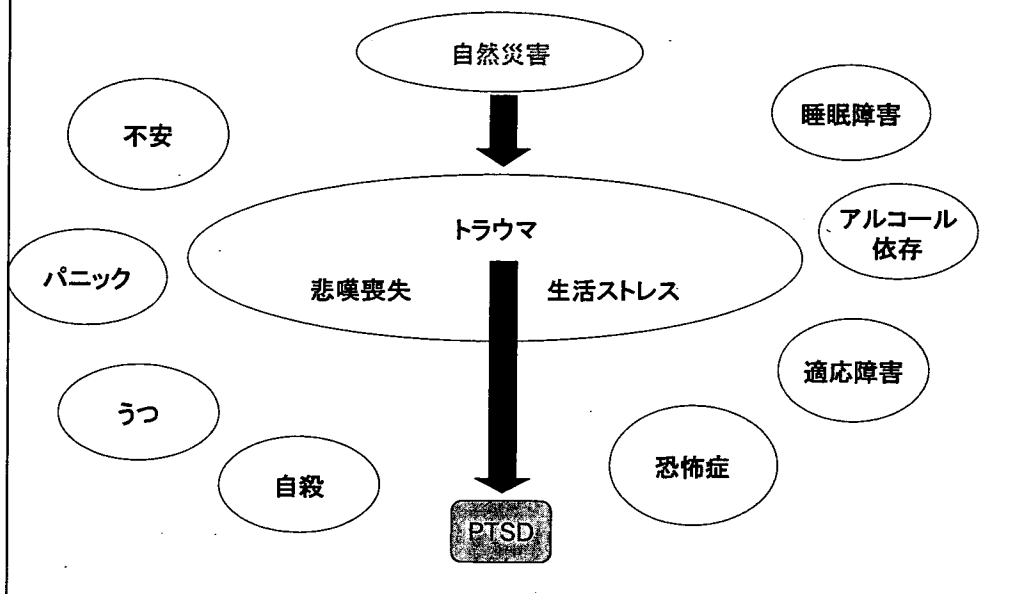
#### (2) 取り乱し型

強い不安のために、落ち着きが無くなり、じっとしていることができない。動悸・息切れ・発汗・感情的乱れなど。

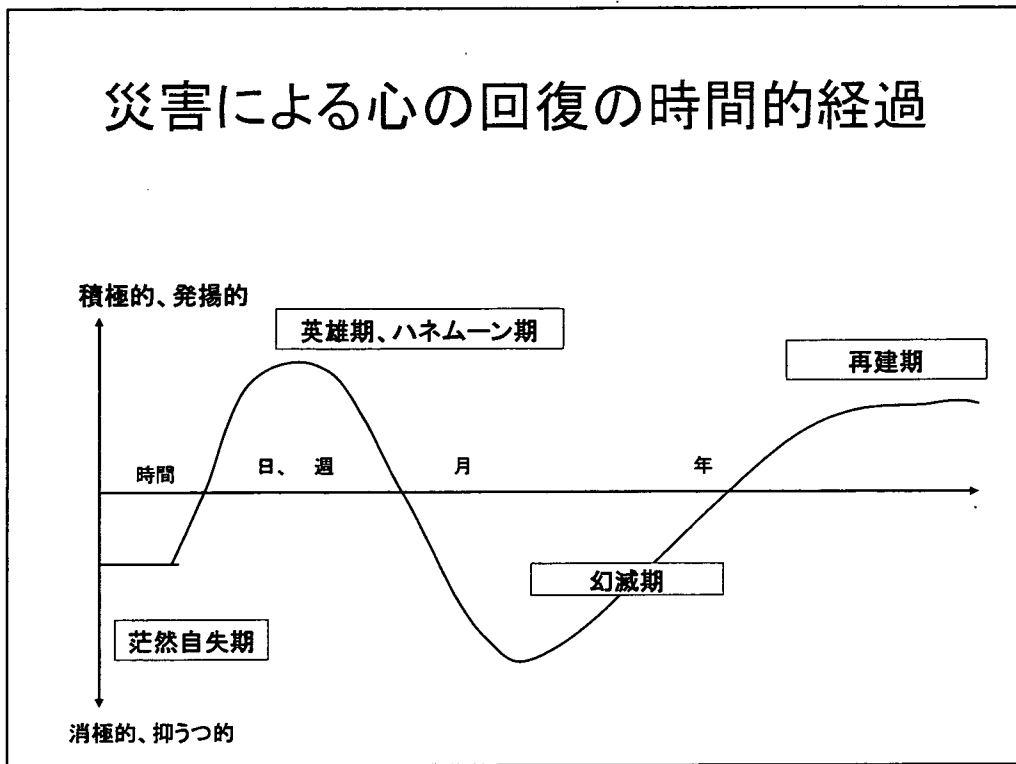
#### (3) 茫然自失型

予期しなかった恐怖、衝撃のために、一見すると思考や感情が麻痺または停止したかのように思われる状態。

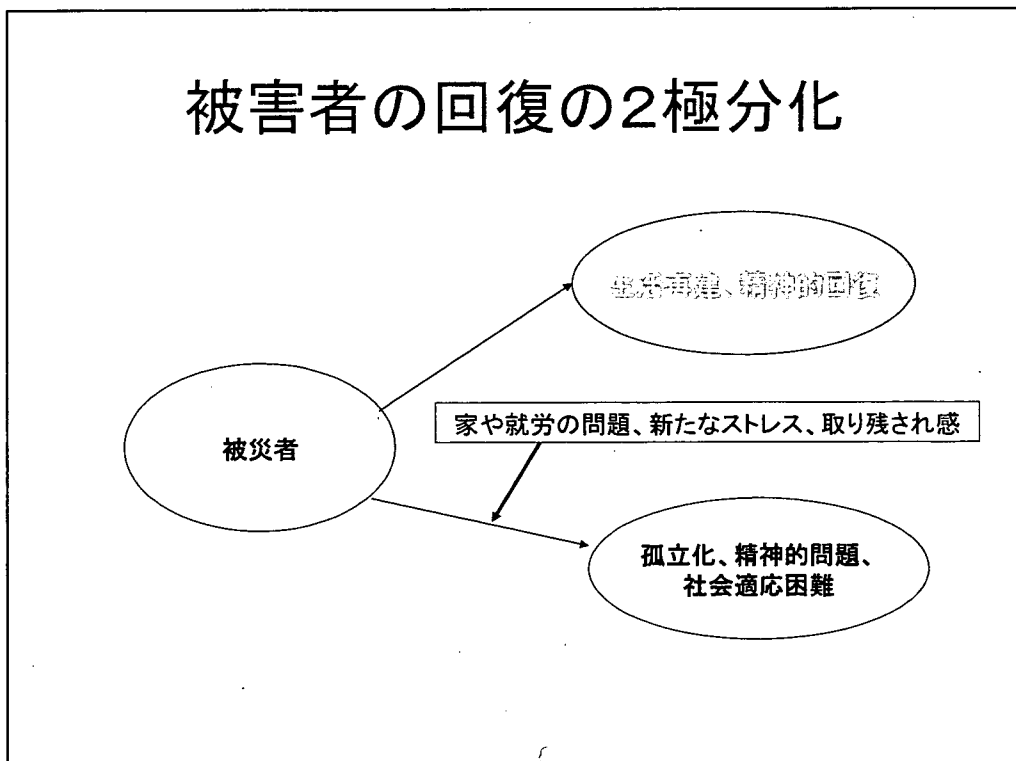
## 自然災害と精神疾患



## 災害による心の回復の時間的経過



## 被害者の回復の2極分化



## 小千谷市健康診査における中越地震1年後、2年後の精神健康の変化

- 小千谷市における老人保健法に基づく基本健康診査受診者を対象とした。本健康診査は老人保健事業の一つとして、問診、理学的検査、血圧測定、検尿、循環器検査、貧血検査、肝機能検査、腎機能検査、血糖検査及びヘモグロビンA1c検査を行う。本健康診査に、こころの健康スクリーニング尺度、K10の10項目を追加した。本健康診査は中越地震発生以前の平成16年4月19日から同10月2日、震災発生1年後として、平成17年4月18日から同11月1日、震災発生2年後として平成18年4月17日から同11月11日に実施された。
- 本健康診査の受診者は、小千谷市の全成人(33,269人、小千谷市全人口 41,641人 平成12年国勢調査)のうち、任意で受診を希望したものであり、平成16年が6851名、平成17年が7097名、平成18年は6586名であった。このうち、震災前の平成16年および、震災1年後の平成17年の健診を受診し、照合がとれ、データに欠損のないもの5132名を震災1年後の分析の対象者とした。また、震災2年後の分析対象者は、平成18年、平成17年、平成16年のデータと照合がとれたもののうちデータに欠損のないもの、3,922名とした。

図1. 平成17年のK10総得点の分布(男女別)

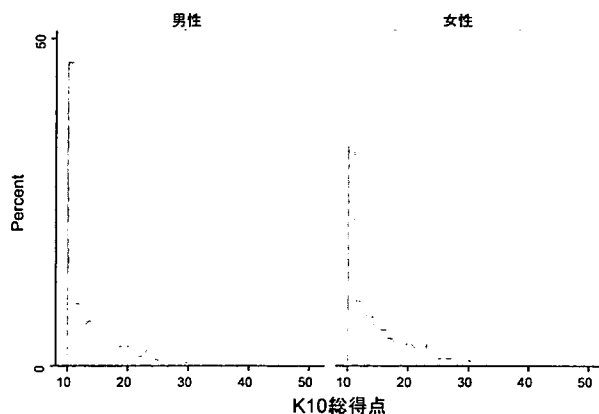


図2. 平成18年の精神健康度の変化の分布(N= 3,921)

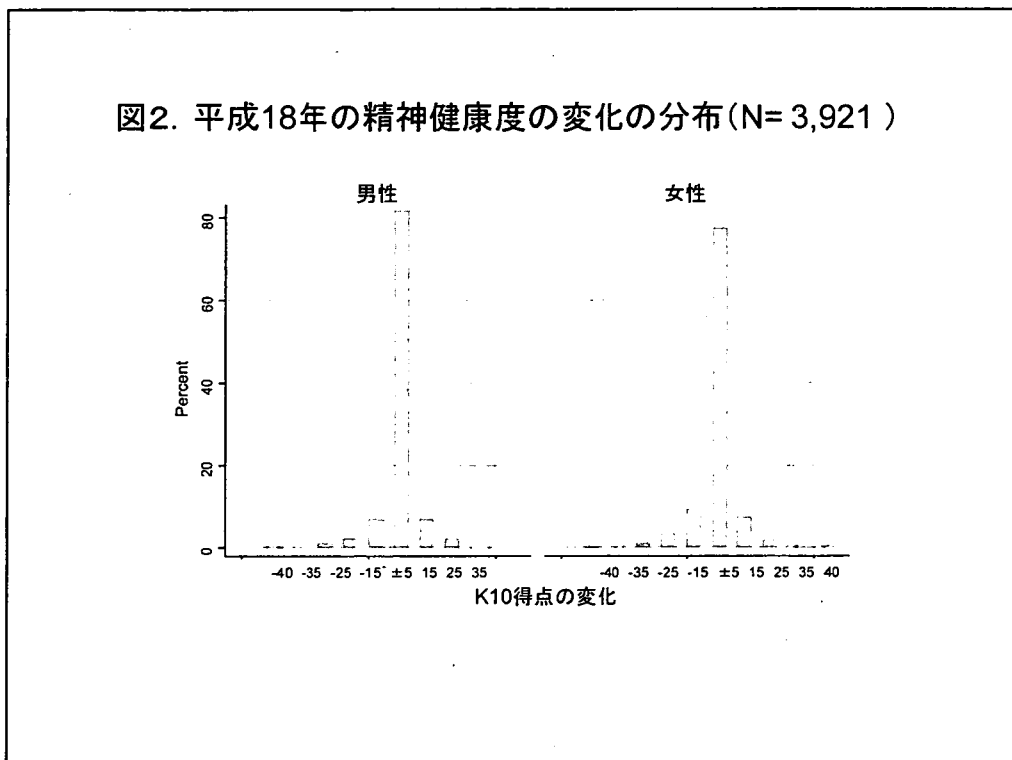


図3. 被災規模別の精神健康度の変化

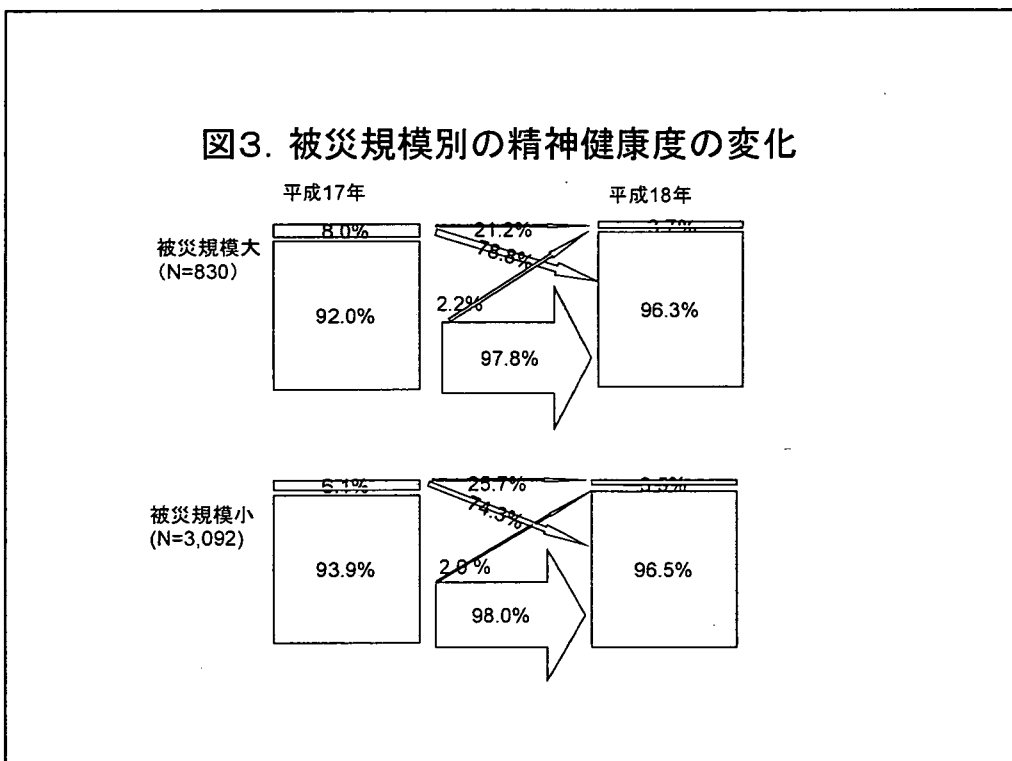




図4. 被災規模大地域における精神健康度の変化(N=830)

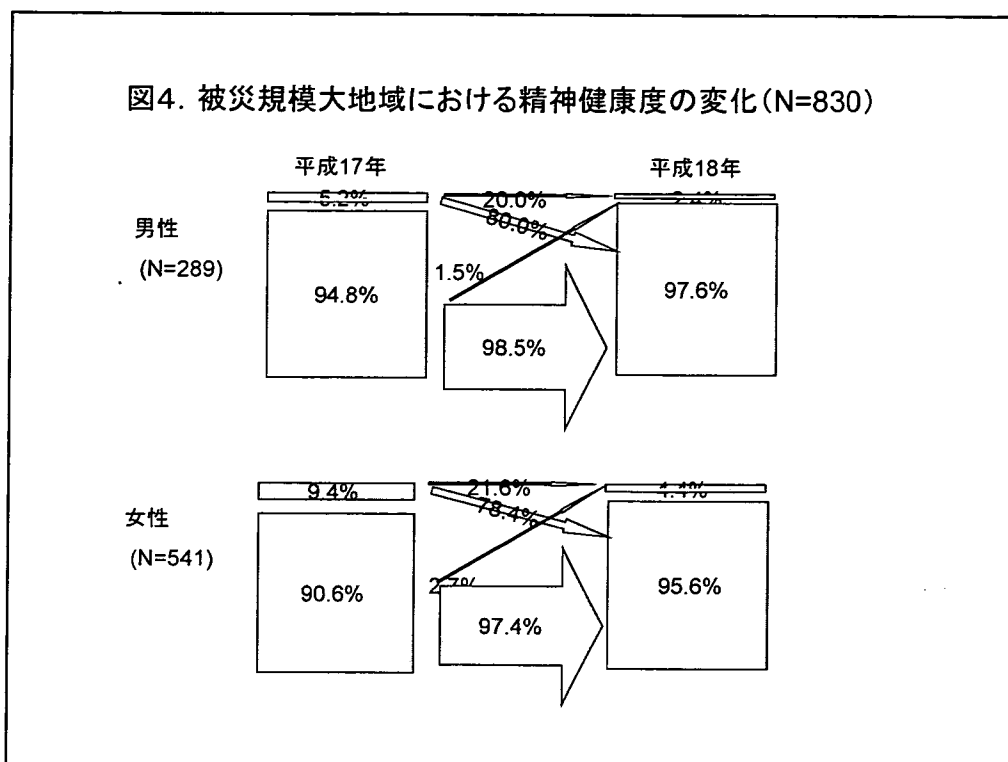
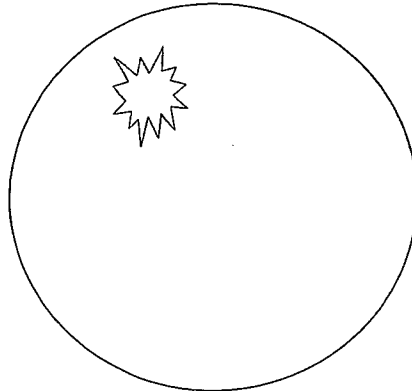


表4. 平成17年時精神健康不良(K10 25点以上)に関する年齢、被災規模、メタボリック症候群関連要因の多変量解析

項目	男性(n=1760)		女性(n=3362)	
	オッズ比 (95%信頼区間)	p値	オッズ比 (95%信頼区間)	p値
年齢	1.00 (0.981 to 1.015)	0.779	1.00 (0.993 to 1.014)	0.513
被災規模				
小	1.00		1.00	
大	1.24 (0.716 to 2.090)	0.460	1.48 (1.111 to 1.990)	0.008
BMI	0.96 (0.877 to 1.041)	0.296	1.04 (0.998 to 1.079)	0.063
収縮期血圧(/10mmHg)	0.89 (0.777 to 1.009)	0.067	1.02 (0.942 to 1.095)	0.692
総コレステロール(/10mg/dl)	1.04 (0.970 to 1.122)	0.257	1.01 (0.970 to 1.054)	0.597
中性脂肪(/10mg/dl)	0.97 (0.937 to 1.006)	0.104	1.00 (0.978 to 1.018)	0.828
血糖(/10mg/dl)	1.02 (0.934 to 1.110)	0.680	0.99 (0.930 to 1.056)	0.781
HbA1c(1%)	1.25 (0.835 to 1.860)	0.282	1.01 (0.753 to 1.363)	0.930

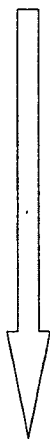
## 異物の除去としてのDebriefing

カタルシス



ワーク・スルー

## 多面的なケア



- 体のケア
- 生活環境の整備
- 危険からの隔離
- 社会的な支え\*
- 鎮静
- (必要な場合)投薬
- 心理教育、心理相談
- 専門治療

安全  
安心  
安眠

## 災害時の精神保健の一般指針

- 多数対応→対策、公衆衛生的活動
  - 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→医療活動
  - 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
- PTSDだけが目標ではない

## 2) 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) 使命感と現実の制約とのあいだで葛藤を生じやすいこと
- (3) 住民との直接の接触により、心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがあること
- (4) 災害現場の目撃によるトラウマ反応を生じること
- (5) 同一地域からの援助者は自分自身や家族も被災者、あるいはそのおそれがあること
- (6) 他地域からの援助者は、出向に伴う生活の不規則化、ストレス対処法の困難、残された家族の問題が生じ得ること

## 心的トラウマの 理解とケア

◎ 編集 ◎  
厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費  
外傷ストレス関連障害の病理と  
治療ガイドラインに関する研究班  
主任研究者 金 吉晴

**JHO** じほう

執筆者一覧（五十音順）

○	飛島井 望（財）東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所 参事研究員	各論第4章 付録②
	福川美也子 国立療養所大森病院 小児神経科 科長	各論第11章 付録⑥
○	岩井 圭司 長崎教育大学学校教育学部 教育臨床講座 助教授	各論第1, 2, 3章 付録②
	岩切 昌宏 大阪教育大学人間科学部 講師	各論第8章
○	岡田 幸之 東京医科大学 兼治疾患研究所 助教授	付録③
	加藤 寛（財）兵庫県社会福祉機構 心のケア研究所 研究部長	各論第1, 6章 付録②, ④
○	川村 順行 国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部 室長	各論第14章
	木村 弓子 武蔵野女子大学心理臨床センター	各論第13章
◎	金 吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部 室長	総論第1章 各論第9章
○	黒木 宣夫 東邦大学医学部附属病院精神科 精神医学研究室 助教授	付録①
○	小西 豊子 武蔵野女子大学 人間関係学部 教授	総論第2章, 各論 第7章, 付録⑤
	佐藤志穂子 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部	各論第13章
	田中 究 神戸大学医学部精神神経科 助手	各論第10章 付録④
	長尾智代治 医療法人長尾会 びわ川サトウワタ精神科	各論第8章
	野田 文隆 大正大学人間学部 教授	各論第12章
○	広常 秀人 大阪市立総合医療センター 児童青年科 科長	各論第8章
	藤森 和英 聖マリアンナ医科大学 聖マリアンナ医学研究所 カウンセリング部 部長	各論第10章
○	前田 正治 久留米大学医学部 精神神経科学教室 講師	各論第5章

厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費研究班 主任研究者◎, 分担研究者○

## 災害時のメンタルケア

（災害時精神保健医療ガイドラインより）

災害時には多数の地域住民にさまざまな精神的な影響が出ることから、地方自治体、保健所、精神保健福祉センター等を中心とする地域精神保健医療上の対応が必要となる。この業務に従事する医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、その他の専門職、行政職員においては、本ガイドラインに示す点に留意しつつ活動を行うことが望ましい。

なお、本ガイドラインでいう災害とは、住民個人だけではなく、地域全体が被害を受けたと感じられるような出来事、もしくは地域の生活機能自体が障害されるような出来事である。

# I. 災害時における地域精保健医療活動の必要性

## 1. 災害体験と地域精神保健医療活動

災害は多くの住民にとって予期しない出来事であり、大きな心理的な負担を与える。家族に犠牲が出たり、家財を失うことのつらさ、悲しみがある（喪失、悲嘆反応）。加えて、災害後の生活の大きな変化や、将来の生活への不安は、現実生活の上でのストレスをもたらす。とりわけ、災害弱者と呼ばれる高齢者、乳幼児、傷病者・障害者などは、災害後の生活に適応することが難しく、ストレスの度合いが高い。

## 2. 災害時の地域精神保健医療活動

### 1) 災害時地域精神保健医療活動の方針

- (1) 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  
→アウトリーチ活動・災害情報の提供・一般的な心理教育・比較的簡単な相談活動
- (2) 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  
→スクリーニング・受診への動機付け・個人的な心理教育・専門医への引き渡し

## 2) 災害時の地域精神保健医療におけるあせり

一時は、災害直後にデブリーフィングを行わなくてはならない、という主張があったが、現在では否定されており、むしろ予後を悪化させかねないことは国際的にも常識となっている。自信を持って、日頃と同じ精神保健医療活動を行えばよい。重要なことは活動の継続性である。

災害という特殊な状況の中での活動では、専門家以外との連携が必要なことを考えると、精神保健医療の援助者の方への対策が必要である。

## 2. どのような心理的反応が生じるのか

### 1) 初期(災害後から1ヶ月後まで)

初期には、症状も不安定なので、そもそも精神医学的な診断自体が難しい。したがって初期の住民の様子はストレス反応として大局的にとらえ、基本的には現実的な不安を解消するための情報や具体的な援助を与え、自然の回復を待ち、個別の重症例には不眠や不安などの症状に対して、投薬や相談などの対症的な対応をするのが実際的である。

## 2. どのような心理的反応が生じるのか

### 2) 中長期(災害後1ヶ月以降)

中長期的には、一部の住民の症状が慢性化し、PTSDを初めとする心理的な不調が長引く恐れがある。これまでの事例から、特に被災程度の激しい地域で、半年以内にPTSDに罹患する率は、部分PTSDを含めると30-40%程度である。

基本的にこの時期には、集団全体へのストレス、トラウマの軽減のための活動と並んで、症状のある個人に対する専門的な治療援助の比重が増加する。

## Ⅲ. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開

### 1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ

災害対策本部の立ち上げ当初から、その中に精神保健福祉センター長など地域精神保健医療活動に通じた精神科医を加えることが重要である。

## 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
- PTSD だけが目標ではない

## 2) 直後期の対応＝ファーストコンタクト

### 《ファーストコンタクトの重要な点》

- \* その時々の方々の住人のニーズに応じた者が駆けつけること
- \* 可能な限り、後述の見守りチェックと心理的応急処置を参照し、心理的に不安定な者の同定と、そうした者について簡単な心理教育を行うこと
- \* 災害後出来るだけ早い時期に実現すること
- \* 援助者が、被災者の場所に赴いて援助の意志を伝えるということ



### 3) 見守りを要する者のスクリーニング

初期に現場に入る者は一般援助者であることが多いので、専門的な診断は出来ない。しかしながら、そうした一般援助者であっても、付録の見守り必要性のチェックリストを用いることによってある程度のスクリーニングを行ったり、心理的応急処置を行うことは可能である。

→状況に応じて地域精神保健医療従事者にその後の対応を依頼できる連絡体制の確立の必要性

→適切な見守り必要性のチェックを行うために、一般援助者が、あらかじめ経験を積んでおく必要性

### 4) 心理的応急処置

#### 通常の場合

→顔を合わせて言葉を交わすことによりある程度の重症感がある人・苦痛を感じている人を同定。

#### 実際に不安定になっている住民に対して

→新たに生じた不安や焦りなどは、一時的な、誰にでもあることなので落ち着いて様子を見ること、ひどくなった場合には、ホットラインや相談所などを利用することを伝え、また今後も、精神的な援助が続けられることを確認。

#### 不眠、パニック、興奮、放心などが強い場合

→できるだけ早期の医療につなげる。こうした場合には、災害だけが原因ではなく、何らかの精神疾患があったりする場合などがある。

## 5) 医学的スクリーニング

災害後3週目以降になると症状が半ば固定するので、現場の必要性に応じて、医学的スクリーニングを行うことが望ましい。スクリーニングの時期としては災害後1ヶ月程度が目安となる。この時には、ハイリスク者を特定し、必要な援助を重点的に与えるための情報が得られれば良い。これは、その後の精神保健医療活動の計画ならびに継続的な援助の評価をする際の基礎資料となる。

実際には、包括的な精神健康に関する質問紙や面接の後、精神科医による診断面接を行う。

## 6) 情報提供

住民への情報提供は、災害直後から一貫して重要である。

### (1) 現実情報の提供

災害の規模、家族の安否、今後の見通し、援助や医療についての情報を、迅速、適切に与えることが、住民の不安を鎮め、孤独感を和らげ、無用の混乱やパニックを未然に防ぐことになる。

### (2) 心理情報の提供

地域精神保健医療の立場からできる情報提供は、災害に伴う一般的な心理的な変化と、対応方法、そして精神的な援助体制に関するものである。

## 7)「心の相談」ホットライン

住民からの自発的な心の相談の窓口として電話によるホットラインを開設することは非常に有効である。これまでの事例では、必ずしも心の相談ホットラインの利用率は高くない。しかしそのことは、ニーズがないということではなく、「心の相談」ということのイメージがつかみにくいことであることが多い。そのため、災害の一般情報や、身体、生活全般に関する相談のためのホットラインに寄せられた相談の中から、心の相談として対応することがふさわしいと思われたものについて、「心の相談」ホットラインや精神保健医療の専門家を紹介することが望ましい。

## 災害対策本部における精神科医の役割

- \* 精神保健医療活動に関する、災害対策本部としての方針を決定すること
- \* 現場で援助活動に当たる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること
- \* 現場で活動をしている様々な援助者に、精神保健医療活動の助言を与えること
- \* 現場で活動をしている様々な援助者に対する精神保健医療活動を行うこと

## 8)「PTSD」をどのように扱うか

### (1) PTSDの位置づけ

PTSDがとかく注目されがちであるが、災害といえ  
ば必ずPTSDが生じるわけではなく、またPTSD以外  
にも、さまざまな心理的な問題が生じてくる。PTSD  
が生じるか否かは、その災害の性質によって相当に  
異なっている。また、同じ災害の中でも、個人の経験  
によって大きく異なることは言うまでもない。

PTSDの危険が予測されたとしても、精神保健医療  
活動の中心を、PTSDの早期発見、治療だけにおく  
べきではない。あくまでも、心理的な変化を幅広く捉  
え、必要に応じた診断、評価、援助を行っていくとい  
う基本姿勢が重要である。

### (2) ト라우マとPTSDへの対応

PTSDが特に心配される場合には、通常の援助活動  
を入念に行うということが最善の方法である。被災者の  
現実的な不安に対応し、その原因となっている生活上の  
困難をできるだけ軽減するような援助を行う。そうした  
ことによって、安全、安心、安眠をできるだけ早く実  
現することである。リスクの高いと思われる者など  
に対しては、精神科医の意見を求めることが望ましい。

重要なことは、被害者の周りに、理解者のネット  
ワークを作ることであり、災害の現実的な被害や、  
生活上の困難を話し合うことである。心理的デブ  
リーフィングを行ってはならない。