

一般論として理由のある不安で、生理的、行動的な症状が強くない場合には、治療介入の対象とはならない。被ばくに関する不安は、それが適切な情報（あるいはその不足）に基づいており、同じ状況に置かれた者の多くに同様の不安が生じている場合には、それ自体を治療や介入の対象とすることは出来ない。対応の方法としては、上記の①については直接否定することはせず、②—⑤の症状を予防し、軽快させることを目標とする。

具体的には不安や心配があっても、まとまって落ち着いて行動をして欲しい、きちんとした生活を送って欲しい、ということである。不安であっても落ち着いて欲しい、というのは一見すると矛盾しているが、案外に多くの方々はその意味を理解して適切に対処されている。

またある程度の不安は、適切に状況を認識して対応するために必要なこともある。余震を軽減して不安になっている場合には、その不安を軽減してしまうことで、万が一の時の避難行動を妨げてしまうかもしれない。したがって、不安が、その人の生活機能をどれくらい妨げているのか、ということに注意を払う必要がある。

### 3 不安軽減のための方法

そのための補助的な方法としていくつかの留意点がある。①不安のモニタリング②不安を悪化させる身体的条件、生活習慣の改善。③不安に対するリラクゼーションなどのコントロール。④不安を悪化させてしまう思考のパターンへの変化。⑤不安の二次的な影響への対応、である。

#### ① 不安のモニタリング

設定にもよるが、不安を意識していない人に対しては、QHQT28、STAI、K6 などの質問票でスクリーニングをするか、あるいは単に心配事があるか、落ち着いて熟睡できているか、という問診を通じて不安を確認するという方法でも良い。

不安について治療を求めてきた場合には、まず1日のなかで不安がどのように変化をしているのか、記録をしてもらうことが有益である。このことによって、不安には悪化と軽快のパターンがあ

ることを認識して貰い、軽快するパターンから、自力でのコントロールのヒントを得るようにする。

不安のレベルとして、パニックを起こして救急車を呼びたくなるレベルを100とし、大体、5点刻みでモニターして貰い、それを表2のような日記に付けてもらう。出来事の欄はごく簡単で良い（起床、朝食、通勤、など）。

その結果を見て、不安のパターンが認識されると、それだけでも以外に落ち着くことがある。またこうした記録を後日振り返ってみると、自分の変化が確認される。

#### ② 不安を悪化させる生活・身体的要因

生活要因としては、まず生活のあり方を把握する必要がある。現在も続いているストレス要因や、回復を妨げている情報の遅れを確認し、行政、福祉との連携が必要な場合にはそうした窓口を紹介する。これについては不安の原因となる現実的な出来事、懸念について情報を収集するとともに、そのような不安を感じることは当然であること（ノーマライズ）、また事態の終息とともに不安は軽減していくことが多いことを伝える。話すことによって不安を軽減しようと力むことは禁物である。また、被ばくへの不安の他に、不安を生じるようなライフイベントを体験していないかを確認し、何が不安の原因になっているのかを幅広く把握する。特に、事故、犯罪、災害、性被害、虐待、DVなどに注意する必要があるが、これらをたずねるためには、プライバシーと信頼感が必要である。

生活習慣として、飲酒、喫煙、カフェイン、その他のサプリメントの摂取状況を確認する。

なかでもカフェインには不安を悪化させる作用があり、アルコールと同様に依存性があるが、日本ではこのことは余り知られていないので注意が必要である。カフェイン中毒の症状は表4の通りであるが、中毒とまでは行かなくても、カフェインによって不安やつらさが増悪している場合は少なくない。

(表4)

不安を感じている住民は、同時に抑うつ的になったり、仕事の能率が上がらないことが多いので、それへの対応として意図的にカフェインを飲んでいることがあるので、必ず問診をする。不安を苦痛に感じている場合には、1日の摂取量をゼロかせいぜい1杯程度に減らしてもらおう。ただし、1日に数杯のカフェイン飲料を摂取している場合には、急激に減らすと離脱症状が生じるので、1週間毎に1杯くらいの割合で減らしてもらおうのがよい。すでに不安障害の診断がついて抗不安薬を投与されている場合でも、カフェインを減らすことで投薬量を減らすこともあり得る。

今ひとつの生活習慣として、睡眠リズムがある。睡眠習慣の乱れは、不安だけでなく、多くの精神状態を悪化させやすい。基本的に睡眠には2時間半から3時間の周期があり、それを上手に利用して入眠、覚醒をるように促す。たとえば9時にならないと目覚めない者を8時に起こすことは、睡眠が深くなったときに起こしているので、非常に難しいことが多い。むしろ9時のひとつ前の覚醒の周期、すなわち6時か6時半頃に起床を促す方が容易な場合がある。入眠にしても、午前2時にならないと眠れない者は、そのひとつ前の入眠の周期、すなわち11時か11時半頃の入眠を促す方が現実的である。また覚醒した後の2、3時間で、睡眠のリズムが作られており、この時間帯で、光、熱、運動などの刺激によって十分に覚醒しないとその日の入眠は困難になる。こうした知識を踏まえ、睡眠リズムを回復させるように促す。

なお、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグズ症候群などによって不眠となっている場合は、専門的な治療が必要である。

さらに身体的な要因として、甲状腺機能亢進症と不整脈、狭心症などの心臓疾患、呼吸器疾患、貧血は、高率に不安を生じるので、もしこうした基礎疾患が疑われるときには必ず検査をする。気管支喘息治療としての $\beta$ 刺激剤、時には抗うつ剤などによって、薬剤性に不安が増悪する場合もあるので、投薬内容を必ず確認する。

交感神経系を賦活するような刺激は不安を誘発することがある。激しい運動、大音響のコンサ

ート、高温での入浴、などには注意する。

(表5)

### ③ 不安のコントロール

不安治療の原則はマネジメントスキルを向上させ、不安症状に対する二次的な不安を軽減し、セルフコントロールを高めることである<sup>4</sup>。その中で最も実施が容易であり、効果が得られやすいのが呼吸法である。表6にその方法を示す。

(表6)

これとは逆に、不安を感じている人びとは、続けて話し続け、苦しくなったところで一気に息を吸い、その時に胸郭を大きく動かし、また息を吐かず吸い込んだままの状態話し続けるということが多く。これは吸気優位の呼吸を作り出すことによって、過呼吸を誘発しているようなものである。このような方には特に呼吸法を導入すると良い。

呼吸法は多くの対象者に集団で指導することも出来るので、実施が容易であり、侵襲性がない。このトレーニングを住民教育の導入に用いるのも良い方法である。

### ④ 認知の改善

不安障害の患者の多くは不安が永久に続く、際限なく悪化するという予断を持っており、その結果、自分は不安を決してコントロールできないと思いつていることが多い。図2に示したように、些細な不安を抱きやすい状況に対して、二次的に否定的な考えを抱き、不安を増強させている。また生理的な反応や、不適切な行動によってさらに不安が悪化してしまう。これに対しては心理教育が有効である。様々な理由によって不安を感じることは決して異常では無く、まして災害時にはむしろ当然であることを説明する。多くの場合、主観的な不安がもっとも強く感じられるのは最初の5分ほどであり、30分程度で自然軽快がみられることが多い(馴化)が、二次性に不安を抱くと長期化することを説明する。

この技法を応用した治療法が認知行動療法<sup>7</sup>であり、薬物療法と併用、あるいは単独でも高い効果があることが知られている。特にトラウマ性の不安（PTSD：外傷後ストレス障害）に関しては持続エクスポージャー療法<sup>8</sup>と呼ばれる認知行動療法がもっとも強いエビデンスを出していることが米国学術会議でも裏付けられている<sup>9</sup>。

(図2)

#### ⑤ 二次的影響への対応

不安を感じている状態はストレスであり、それが長引くと、二次的に生活機能が低下し、身体疾患を生じるリスクも高まる。こうした影響については原因となる不安の軽減が望ましいが、被ばく不安のように背景にある情報がかならずしも整理されない場合には、二次的影響については個別の対症療法的な治療、支援、助言が必要となる。福祉や、他のサービスとの連携も図ることが望ましい。

#### 4 自殺のリスク

不安障害は自殺のリスクを増大させる。特にうつ病などが合併した場合、新たな生活苦が重なった場合など、注意が必要である。

#### 5 薬物療法

##### ・原則

投薬はセルフコントロールが身につくまでの臨時的なもの、あるいは補助的なものであると説明することが必要である。

##### ・薬物療法の必要性の判定

- ① 著しく苦痛が強い
- ② 上述のマネジメントを理解できない、十分に実行できない
- ③ パニック発作を生じている（診断基準参照）
- ④ 生活機能に影響が出ている

のいずれかに相当し、かつ

- ⑤ 本人が服薬を拒否していない場合に薬物療法を提案する。

##### ・処方例

不安障害全体に共通する処方としては、抗不安薬ではなく抗うつ薬を用いるのが基本である。なかでも比較的副作用の少ないSSRI（selective serotonin reuptake inhibitor; 選択的セロトニン再取り込み阻害薬）が好んで使用される。抗不安薬は連用した場合に心理的依存を生じる危険があるので、基本的に頓用とし、1週間を超える使用量は処方しない。

##### A 持続性不安に対して

パキシル 10mg 1～3T 夕

ジェイゾロフト 25mg 1～4T 夕

悪心がある場合は

ナウゼリン 5-10mg 1fT を併用する

上記に不耐性の場合（悪心など）

メイラックスまたはロゼレム 1mg 1T

##### 朝

##### B 発作性の不安またはパニック発作

Aの処方を強化するのが原則であるが、一次的に下記を併用しても良い

リーゼ 5mg 1T 頓用 筋弛緩作用が少なく、脱力を生じにくい

デパス 0.5mg～1mg 1T 頓用 筋弛緩作用があり、筋緊張が亢進している場合に適する。

##### 無効の場合

ソラナックス 0.4mg 1T 頓用 眠気が出ることに注意

副作用として抗うつ薬による悪心、眠気が見られることがあるが、徐々に増量することで耐性が生じることが多い。ごく稀に、抗うつ剤によるactivation syndromeが生じて、不機嫌や焦燥感が生じることがあるので、そのような場合は服用を中止するように説明をしておく。

表1 不安の種類

- ① 全汎性不安：不安と言うよりは安心感の欠如である。様々な情報、人の言葉を悪い方向に受け取り、実際には存在していないつらい出来事が生じるのではないかと取り越し苦労をする。
- ② 恐怖症：特定の対象（動物、車、高所、医療など）に対して強い不安を抱き、時にパニック発作を起こす。そうした対象に接していないときには概ね落ち着いているが、不安になりたくないために行動に制約が生じたり、回避のための努力に没頭することもある。
- ③ 対人不安（社交不安）：人と接するときだけに限局した不安である。多くは相手から自分の行動を評価されるような場面、またはそのような人の前で感じる。教師、上司の前や接客場面などが多い。いわゆる対人恐怖である。赤面、吃音、発汗などの自律神経症状を伴うことが多い。
- ④ 予期不安：将来悪いことが起きるのではないかと、自分を取り乱してしまうような不安を生じるのではないかと、ということに不安に思う。些細な出来事を悪い予兆としてとらえやすい。
- ⑤ パニック発作：突発的な強い不安（人によっては恐怖と表現する）とともに著しい自律神経発作を生じる。特に動悸、呼吸困難が著明である。そのために本人は自分はこのままどうなってしまうのかという二次性の不安を強く抱く。
- ⑥ トラウマ性不安：生死の危険に瀕死、記憶についての恐怖条件付けが形成されることによって、当時の感情と出来事の記憶がフラッシュバックのように再体験され、強い不安を生じる。PTSDに認められる。
- ⑦ 強迫：理性的には馬鹿げていると分かっているが、同じ観念を何度も思い浮かべては不安を抱く（強迫観念）。確認したり安心するための反復行為を伴うと強迫行動である。戸締まりを心配して何度も確認する、不潔ではないかと思って何度も手を洗う、等である。

表2 全般性不安障害（米国精神医学会 DSM—5 draft より）

- A. 2つ以上の活動や出来事の領域（例：家族、健康、経済的状况、仕事や学業などの困難など）についての過剰の不安と心配（予期憂慮）がある
- B. 少なくとも3か月間、過剰な不安と心配が起こる日のほうが起こらない日より多い
- C. 不安と心配は、以下の症状のうち1つ（またはそれ以上）を伴っている。
  - 1. 不穏状態または緊張感または過敏
  - 2. 筋肉の緊張
- D. 不安と心配は、以下の行動のうち1つ（またはそれ以上）を伴っている
  - 1. 否定的な結果が起こりうる活動や出来事を著しく回避する
  - 2. 否定的な結果が起こりうる活動や出来事への準備に著しい時間と努力を費やす。
  - 3. 心配のために行動や物事の決定を著しく延期する
  - 4. 心配のあまり繰り返し安心や安全を求める
- E. 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能において、臨床上著しい苦痛と障害を引き起こしている

表3 パニック発作（米国精神医学会 DSM-5 draft より）

1. 動悸、心臓の鼓動を強く感じる、心拍の亢進
2. 発汗
3. 震え、振戦
4. 呼吸困難、息苦しさ
5. 窒息感
6. 胸痛または胸部不快感
7. 嘔気または腹部不快感
8. めまい、ふらつき、意識を失いそうになる、失神
9. 悪寒または熱感
10. 麻痺（感覚脱失または軽度の痛み）
11. 非現実感（本当のことではないという感じ）または離人感（自分が自分ではなくなったという感じ）
12. 自分のコントロールを失うのではないかと、気がおかしくなるのではないかと恐怖
13. 死ぬのではないかと恐怖

表4 カフェイン中毒 (米国精神医学会 DSM-5 draft より)

- A. 最近 250mg 以上のカフェインを普通に摂取している (コーヒー 2, 3 杯以上)。
- B. カフェイン摂取中、またはすぐ後に以下のうち 5 つの症状が認められか、悪化する
1. 落ち着かなさ
  2. 不安
  3. 興奮
  4. 不眠
  5. 顔面紅潮
  6. 失禁
  7. 胃腸症状
  8. 筋肉のひきつり
  9. まとまりのない思考と発話
  10. 動悸または不整脈
  11. 疲労の不感性
  12. 精神運動性興奮

表5 不安障害の鑑別診断。

身体要因

甲状腺機能亢進症

心臓疾患

呼吸器疾患

貧血

$\beta$  刺激薬、抗うつ剤などの投薬

カフェイン・アルコール・喫煙

サプリメント（セントジョーンズワートなど）

環境要因

不規則な生活習慣

過労・疲弊

興奮を伴う過剰な運動

強い音響や衝撃への暴露

その他の持続的なストレス要因

## 表6 呼吸トレーニング

吸気時に胸腔内圧が増加して不安緊張が高まり、呼気時にはその逆に不安が軽減するという原理を応用し、患者に不安をコントロールさせる方法。以下のように指示する。

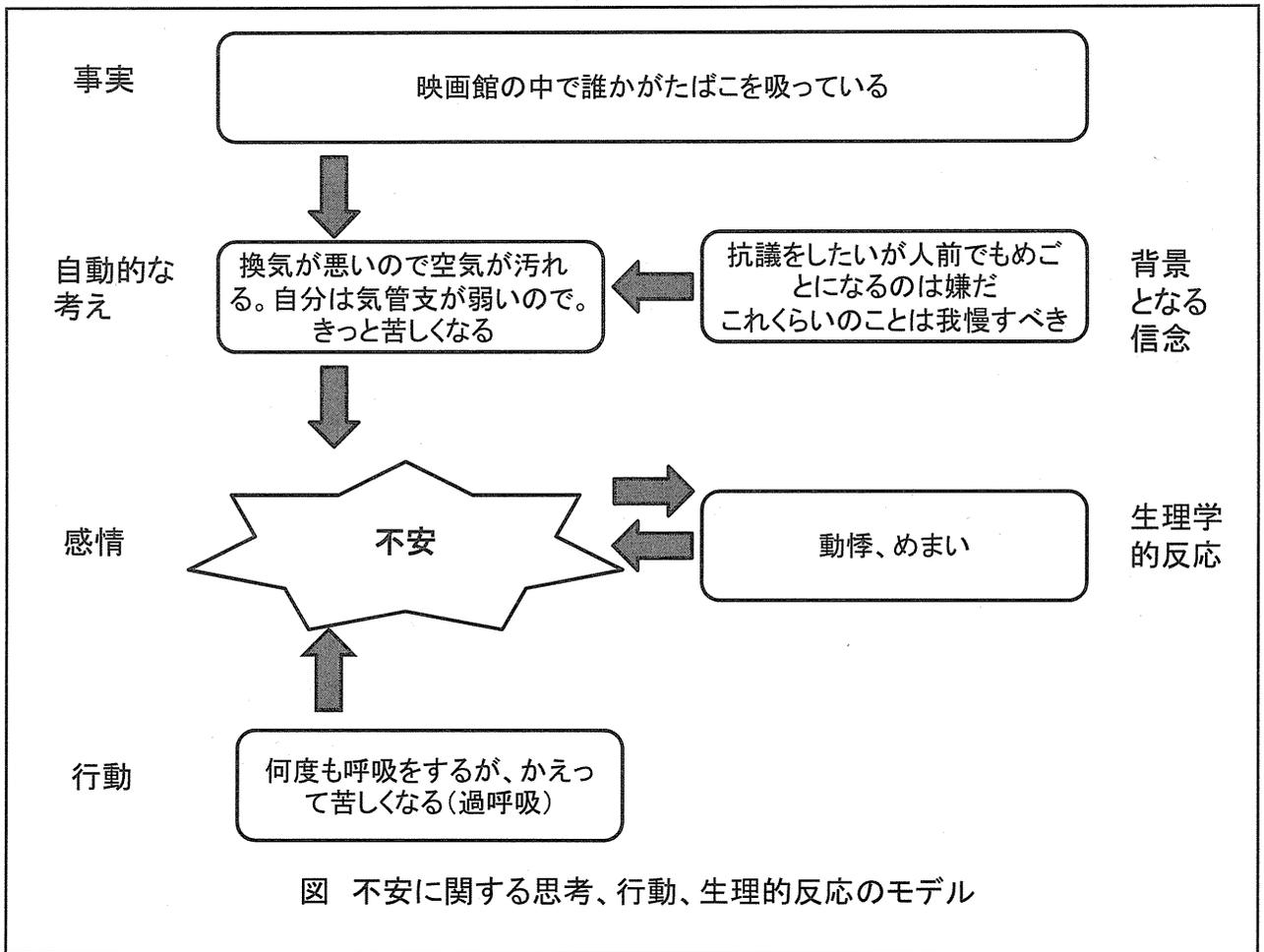
1. 口を閉じて、鼻から普通に息を吸い込む。
2. ゆっくり息を吐き出す。
3. 息を吐きながら、ゆっくりと自分に対して静かに次のように言う  
「リラックス」あるいは1から6まで数を数える
4. 息を止めて3つ数え、それから次の息を吸う。
5. この練習を1回10分、1日に数回行う。
6. 不安が生じたときには、この呼吸法を実施する。

### (説明の例)

呼吸の仕方が感じ方に影響を与えるということはたくさんの方が知っていますね。例えば、感情が高ぶった時には、深呼吸をして落ち着きなさい、と言うでしょう？でも本当は、深く呼吸することではなくて、ゆっくりと落ち着いて呼吸することが大切なのです。気持ちを鎮めるためには、普通に息を吸って、ゆっくりと長い時間をかけて吐き出します。リラックスできるのは、息を吐く（呼気）方で、吸う（吸気）方ではありません。息を吐く時に、気持ちを静めたり、くつろげるような言葉をつぶやくのもよいですよ。そこで、息を吐く時に、「1, 2, 3, 4, 5, 6」と数を数えても良いですし、「リラックス」とゆっくりつぶやいても良いです。

たとえばリラックスと言いながら、ゆっくり吐くことに集中していただきたいのですが、ゆっくり呼吸するために、もう1つやってみて欲しいことがあります。息を吐いた後、肺が空っぽになったところで、次の息を吸うのを、3-4秒待ってください。つまり、こうするのです。「吸って（普通の速度で）——吐いて（非常にゆっくり長く）「リラックス」息を止めて、1, 2, 3、吸って（普通に）吐いて、という具合です。

息を吐くときに、肩やお腹の力も徐々に抜いていくようにしてみてください。



### Persistent distress after psychological exposure to the Nagasaki atomic bomb explosion

Yoshiharu Kim, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Noriyuki Kawamura, Takao Miyazaki and Takehiko Kikkawa

**Background** The British Journal of Psychiatry (2011) 199, 411–416.

Although there is speculation that individuals living in the vicinity of nuclear disasters have persistent mental health deterioration due to psychological stress, few attempts have been made to examine this issue.

**Aims** To determine whether having been in the vicinity of the Nagasaki atomic bomb explosion in the absence of substantial exposure to radiation affected the mental health of local inhabitants more than half a century later.

**Method** Participants were randomly recruited from individuals who lived in the vicinity of the atomic bomb explosion in uncontaminated suburbs of Nagasaki. This sample (n=347) was stratified by gender, age, perception of the explosion and current district of residence. Controls (n=288) were recruited from among individuals who had moved into the area from outside Nagasaki 5–15 years after the bombing, matched for gender, age and district of residence. The primary outcome measure was the proportion of those at

explosion, health status, life events and habits were also assessed.

**Results** Having been in the vicinity of the explosion was the most significant factor (OR=5.26, 95% CI 2.56–11.19) contributing to poorer mental health; erroneous knowledge of radiological hazard showed a mild association. In the sample group, anxiety after learning of the potential radiological hazard was significantly correlated with poor mental health ( $P<0.05$ ), whereas anxiety about the explosion, or the degree of perception of it, was not. 74.5% of the sample group believed erroneously that the flash of the explosion was synonymous with radiation.

**Conclusions** Having been in the vicinity of the atomic bomb explosion without radiological exposure continued to be associated with poorer mental health more than half a century after the event. Fear on learning about the potential radiological hazard and lack of knowledge about radiological risk are responsible for this association.

### 方法

- 長崎の原爆当時、被ばく圏内に居住していた347名のサンプル群
- 長崎の原爆から5～15年後、被ばく圏内に移住した288名のコントロール群
- 28項目のGeneral Health Questionnaire(カットオフ・ポイント5/6)を使い精神的ハイリスクを査定した
- 原爆に対する個人の認知、健康状態、ライフイベント、生活習慣を査定した

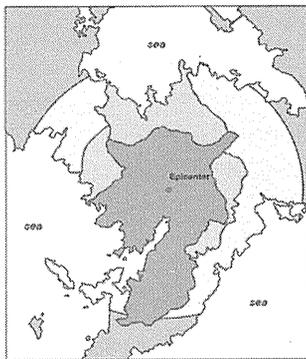


Figure 1. 長崎地区

Table 1. 両群の特徴(統計)

	サンプル群 (n=347)	コントロール群 (n=288)	両群 高 vs. 低リスク
年齢*	66.3 (6.7)	70.3 (6.4)	<0.01
性別 (男性)*	131 (37.8)	104 (36.1)	N.S.
喫煙 (はい)*	54 (15.6)	42 (14.6)	N.S.
飲酒 (はい)*	147 (42.4)	116 (40.3)	N.S.
教育年数*	9.4 (2.4)	10.0 (2.5)	<0.001
雇用歴*			
事務職員/公務員	91 (26.2)	84 (29.2)	N.S.
農業/漁業	132 (38.0)	102 (35.4)	<0.05
産業労働者	42 (12.1)	37 (12.8)	N.S.
自営業	59 (17.0)	39 (13.5)	N.S.
その他	22 (6.3)	30 (10.4)	N.S.
未雇用	39 (11.2)	26 (9.0)	N.S.
同居する家族の人数*	3.2 (1.7)	3.6 (2.1)	<0.05
原爆によるトラウマの数*	4.0 (2.1)	4.1 (2.0)	<0.01
配偶者または3親等以内親族の原爆による死*	160 (46.1)	67 (23.3)	<0.001

Table 1. 両群の特徴(放射能に関する誤解)

	サンプル群(n=347)	コントロール群 (n=288)	両群 高 vs. 低リスク
放射能は爆発の閃光とは異なる	276 (79.5)	210 (72.9)	<0.05
放射能は距離とともに減少する	133 (38.3)	116 (40.3)	N.S.
放射能は時間とともに減少する	172 (49.6)	118 (41.0)	<0.05
自然放射能による被ばくもある	239 (68.9)	216 (75.0)	<0.01
X線検査では放射線に被ばくする	134 (38.6)	131 (45.5)	N.S.
直接・間接的被ばくが存在する	88 (25.4)	99 (34.4)	N.S.
原爆により被ばくしたと思う	272 (78.4)	60 (20.8)	<0.001

### 爆心地からの主観的距離

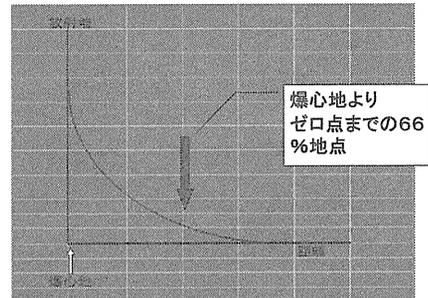


Table 1. 両群の特徴 (精神と身体の健康)

	サンプル群 (n=347)	コントロール群 (n=288)	両群 高 vs. 低リスク
フィジカルヘルス <sup>a</sup>			
過去6か月以内の病気	267 (76.9)	223 (77.4) N.S.	<0.01
メンタルヘルス (GHQ28)			
高リスク <sup>b,c</sup>	255 (73.5)	114 (39.6) <0.001	
合計スコア <sup>a</sup>	10.6 (5.7)	6.5 (5.4) <0.001	
身体	4.2 (2.0)	2.4 (2.0) <0.001	
社会	1.9 (1.8)	1.1 (1.4) <0.001	
うつ	1.0 (1.6)	0.6 (1.5) <0.001	
不安	3.5 (2.0)	2.3 (1.8) <0.001	

Table 2. メンタルヘル스에悪影響을及ぼす変数

	調整オッズ比	95% CI		p
サンプル群 <sup>a</sup>	5.26	2.56	11.11	<0.001
年齢	0.98	0.93	1.04	N.S.
同居する家族の人数	0.91	0.76	1.10	N.S.
教育年数	1.06	0.90	1.24	N.S.
農業または漁業の仕事歴	2.11	0.95	4.66	N.S.
配偶者または3親等以内の親族の原爆による死	1.75	0.89	3.44	N.S.
過去6か月以内の病気 <sup>b</sup>	1.77	0.82	3.80	N.S.
原爆によらないトラウマの数	1.18	0.99	1.41	N.S.
放射能に関する誤解 <sup>c</sup>				
放射能は雷とは異なる	2.14	1.05	4.33	<0.05
放射能は距離とともに減少する	1.94	0.85	4.41	N.S.
自然放射能による被ばくもある	2.37	1.16	4.84	<0.05

Table 3. メンタルヘル스에悪影響을及ぼす変数<sup>a</sup> (サンプル群)

	調整オッズ比	95% CI		p
原爆の強さに対する認知	1.08	0.82	1.42	N.S.
原爆後の不安	0.77	0.36	1.64	N.S.
放射能の危険性を知ったことによる不安	2.62	1.07	6.41	<0.05
年齢	0.89	0.65	1.23	N.S.
同居する家族の人数	0.81	0.33	2.03	N.S.
教育年数	0.58	0.23	1.44	N.S.
配偶者または3親等以内の親族の原爆による死	3.34	0.53	21.07	N.S.
過去6か月以内の病気 <sup>b</sup>	0.87	0.09	8.41	N.S.
原爆によらないトラウマの数	1.38	0.85	2.24	N.S.
放射能に関する誤解 <sup>c</sup>				
放射能は雷とは異なる	0.01	0.00	1.70	N.S.
放射能は距離とともに減少する	0.20	0.01	2.96	N.S.
自然放射能による被ばくもある	0.17	0.01	2.65	N.S.

The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident  
 チェルノブイリ原発事故から18年後における  
 除染作業員のメンタルヘルス

Lagonovsky, K., Havenaar, J., Tintle, N., Guey, L., Kotov, R. and Bromet, E.  
 Psychological Medicine (2008), 38, 481-488.

### 方法

- チェルノブイリで1980~1990年に勤務していた男性除染作業員295名のコホート
- 事故から18年後にインタビュー
- Composite International Diagnostic Interviews (CIDI)
- 頻りにみられる精神疾患、自殺念慮、重度の頭痛、欠勤日の疾患の両群比較を行った
- 曝露の程度と疾患、現在のトラウマおよび身体症状との関係を検討した

Table 1. チェルノブイリ除染作業員群およびコントロール群の特徴

	除染作業員群 (n=295)	コントロール群 (n=397)
1986当時の年齢 (歳), 平均 (S.D.)	32.7 (7.5)	38.2 (12.1)
地域, n (%)		
キエフ市	43 (14.6)	46 (11.6)
キエフ地区 (キエフ市内除く)	28 (9.5)	46 (11.6)
ドニプロペトロウシク	69 (23.4)	98 (24.7)
ドネツク	85 (28.8)	139 (35.0)
ハリコフ	70 (23.7)	68 (17.1)
教育, n (%)		
高校卒業以下	178 (60.5)	227 (57.3)
高校卒業以上	116 (39.5)	169 (42.7)
現在の雇用状況, n (%)		
被雇用中	174 (59.0)	183 (46.2)
失職中	24 (8.1)	36 (9.1)
退職	75 (25.4)	167 (42.2)
障害	22 (7.5)	10 (2.5)

Cont'd Table 1. チェルノブイリ除染作業員群およびコントロール群の特徴

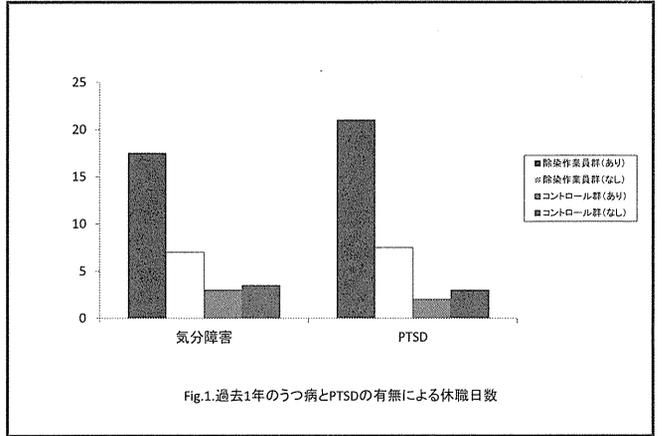
	除染作業員群 (n=295)	コントロール群 (n=397)
現在の経済状況, n (%)		
充足	74 (25.3)	66 (16.9)
不足	150 (51.2)	217 (55.5)
貧困	69 (23.5)	108 (27.6)
現在既婚, n (%)		
はい	241 (81.7)	312 (78.6)
いいえ	54 (18.3)	85 (21.4)
事故以前のメンタルヘルス, n (%)		
情緒疾患	11 (3.7)	27 (6.8)
不安障害 (PTSDを除く)	5 (1.7)	23 (5.8)
PTSD	4 (1.4)	1 (0.8)
アルコール依存・使用障害	25 (8.6)	62 (15.6)
間欠性爆発性障害	11 (3.8)	14 (3.5)
自殺念慮	5 (1.7)	8 (2.0)

Table 2. チェルノブイリ後の精神健康問題の頻度

	除染作業員群 (n=295)	コントロール群 (n=397)
うつ病		
1986年から	53 (18.0)	52 (13.1)
過去1年	44 (14.9)	28 (7.1)
不安障害 (PTSD以外)		
1986年から	17 (5.8)	22 (5.6)
過去1年	15 (5.1)	12 (3.0)
PTSD		
1986年から	11 (3.7)	2 (1.3)
過去1年	12 (4.1)	2 (1.0)
アルコール使用障害		
1986年から	71 (24.3)	57 (22.2)
過去1年	25 (8.5)	40 (10.1)
間欠性爆発性障害		
1986年から	18 (6.1)	17 (4.3)
過去1年	13 (4.4)	9 (2.3)
自殺念慮		
1986年から	27 (9.2)	16 (4.1)
過去1年	8 (2.7)	9 (2.3)
重傷の頭痛 (過去1年)	204 (69.2)	21 (12.4)

Table 3. 身体ならびにPTSD症状と曝露の関係

曝露	N (%)	身体症状		回避		過覚醒		侵入		Overall PTSD	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
高	45 (15.3)	1.4	0.7	1.0	0.7	0.9	0.8	1.1	0.9	1.0	0.7
中	100 (33.9)	1.2	0.8	0.6	0.7	0.6	0.8	0.7	0.8	0.6	0.7
低	150 (50.9)	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6
P											
オーバーオール値		0.06		0.001		0.02		0.01		0.002	
トレンド値		0.06		0.003		0.01		0.007		0.003	
高 vs 中・低		0.02		<0.001		0.007		0.003		<0.001	



NCNP (National Center for Child Health and Development) website content including:
 

- この度の東日本大震災により、ご心配された方々に読んでお祈り申し上げますとともに被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。
- 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイトを開設しました。
- 独立行政法人国立児童・精神医療研究センターについて
- センターは平成22年4月1日より独立行政法人として新たなスタートを切りました。精神・神経・発達障害の4分野に強い総合診療センターとして指図する従来の児童・精神医療サービスを継続し、世界レベルの研究を推進して国民の健康をより一層進めさせていただきます。
- 独立行政法人の役割
- 医療・研究開発者の方へ
- 各種研究申請書
- 中間報告・中間計画
- ご報告のお願い
- 治療等の相談・案内
- 研修・レジデント募集
- お問い合わせ

医療従事者向けガイドライン・マニュアル

- 急性期のこころのケアについて (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害救援者メンタルヘルスマニュアル (2011.3.31更新) (PDF+HTML)
- 死に直結・遺体確認における遺族への心理的ケアガイドライン (2011.3.30更新) (PDF+HTML)
- 心のケアチームマニュアル (2011.4.25更新) (PDF)
- 災害時地域精神保健活動のガイドライン (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害時精神保健マニュアル-東北関東大震災対応版 (2011.3.16更新) (PDF)
- マニュアル解説スライド(医療関係者用) (2011.3.16更新) (PDF)
- 原子力災害の心のケア(原子力安全協会より提供) (2011.3.17更新) (PDF)
- 災害時地域精神保健活動ロードマップ (2011.3.17更新) (PDF)
- 災害被災者の不眠症への対応 (2011.4.6更新) (PDF)
- 被災者の飲酒問題への対応 (2011.4.5更新) (PDF)
- 死に直結・遺体確認における遺族への心理的ケアガイドライン (2011.3.30更新) (PDF+HTML)
- 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理支援 (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害・紛争等人道緊急時における精神保健 (2011.3.16更新) (PDF)
- 被災地支援マニュアル (2011.5.12更新) (PDF)
- 災害 子どもの悲嘆ガイドブック(教育者、保護者向け) (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害 子どもの心のケア(一般支援者向け) (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害 被災した子どもを支援する方々へ(医療関係者向け) (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害 子どものトラウマ支援原則 (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害 子どもの保護者向けリーフレット (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害 障害児への対応の手引き (2011.3.18更新) (PDF)
- 災害 発達障害をもつ保護者の方へ (2011.3.18更新) (PDF)

一般向け説明用

- ガイドライン解説スライド(一般向け説明用) (2011.3.16更新) (PDF)
- こころの健康を守るために(厚生労働省) (リンク)
- ぽつと安心手帳(内閣府) (2011.5.10更新) (PDF)

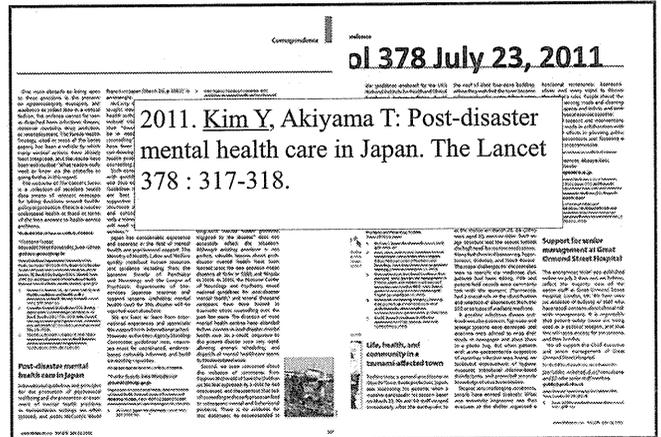
こころの健康を守るために

被災された方へ

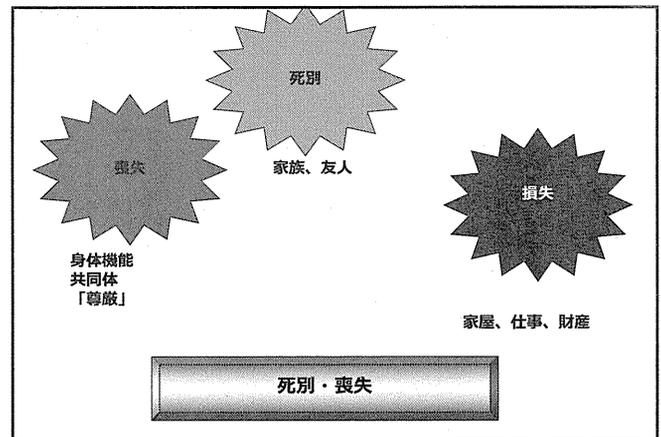
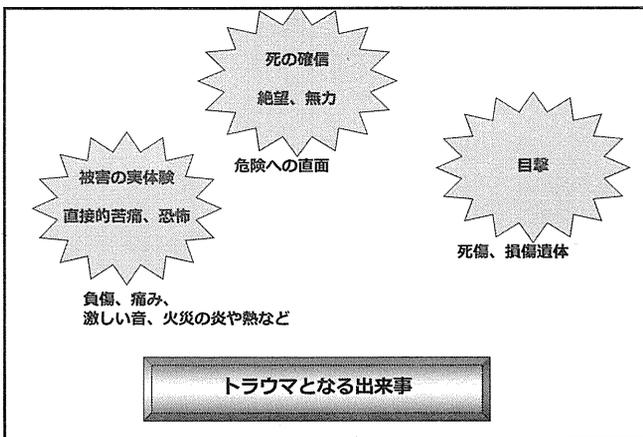
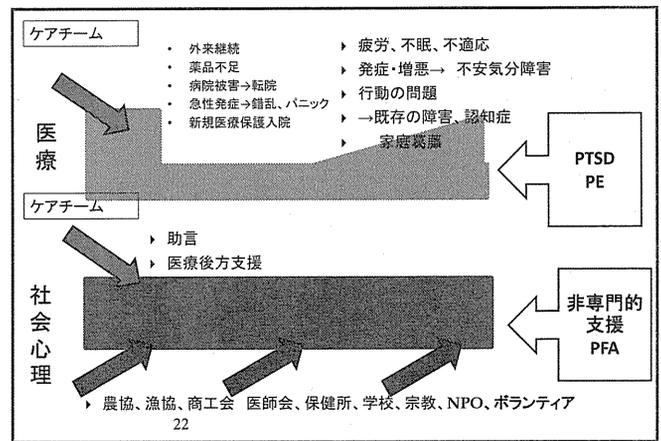
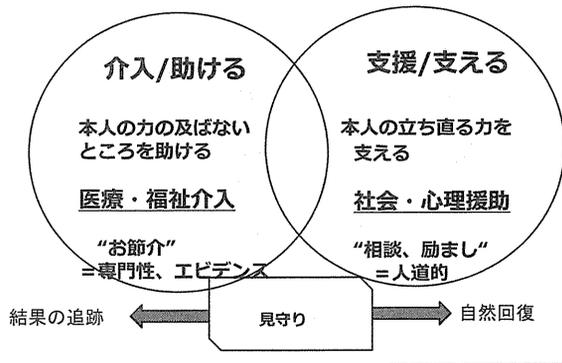
- お互いにコミュニケーションを取りましょう
- 誰でも、不安や心配になりますが、多くは徐々に回復します
- 眠れなくても、慣れるだけで休めます
- つらい気持ちには「治す」というより「変えよう」とが大切です
- 無理をしないで、身近な人や専門家に相談しましょう
- 周りの人が不安を感じているときは
  - 側に寄り添うなど、安心感を与えましょう
  - 目を見て、普段よりもゆっくりと話ししましょう
  - 短い言葉で、はっきり伝えましょう
  - つらい体験を無理に聞き出さないようにしましょう
  - 「ここら」にこだわらず、困っていることの相談に乗りましょう
- 特に子どもについては、ご家族や周囲の大人の気持はこのように気を付けましょう
  - できるだけ子どもを一人にせず、安心感・安全感を与えましょう
  - 抱っこや抱きかかると、スキンシップを増やしましょう
  - 赤ちゃん返り・依存・わがままなどが現れます。受け止めてあげましょう

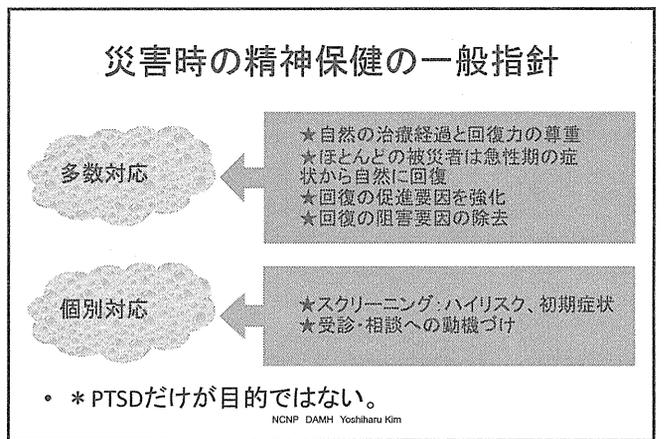
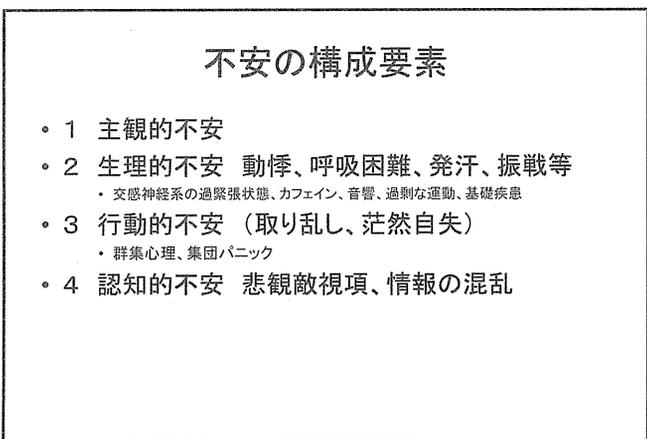
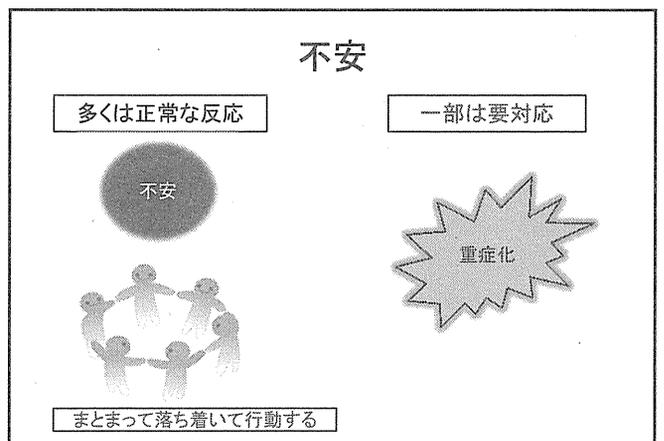
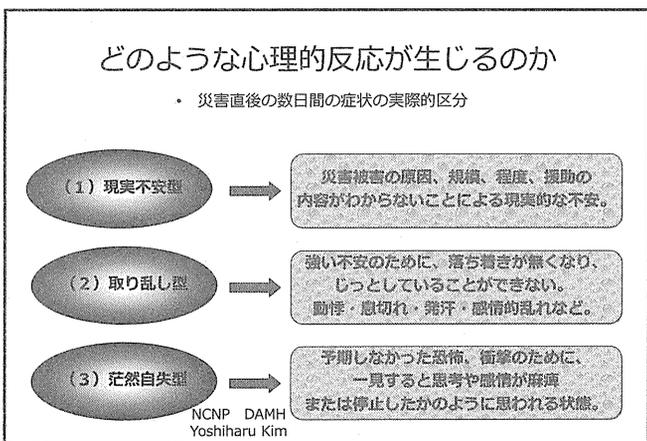
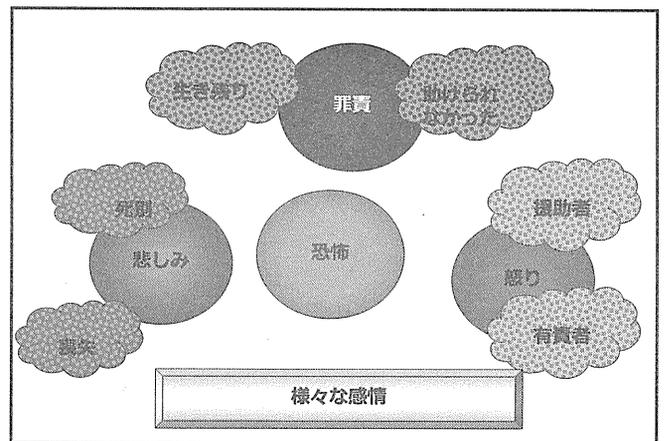
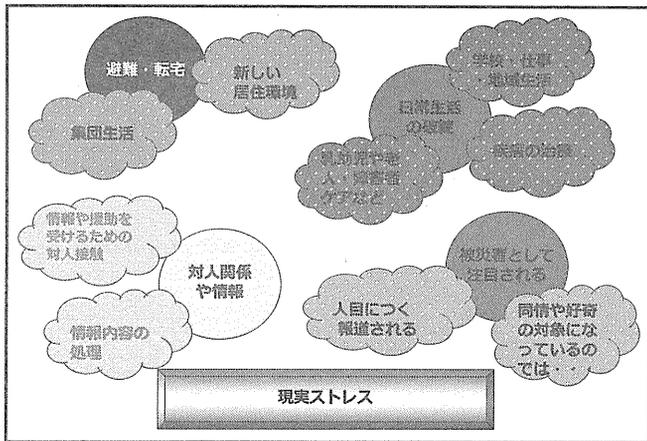
### こころのケアとは？

- 被災者の心の苦しみを聞き出すのは良いことである
- 将来のPTSDが予防できる（デブリーフィング）
- 36時間以内に行うべき
- → その後の研究により否定。
  - International Society for Traumatic Stress Studies
  - American Psychological Association
  - Cochrane Review



### 「こころのケア」





## トラウマ

自分または他人の生命にかかわる危険

本人が直接体験し、目撃し、または直面

体験の直後に強い恐怖の(terror)、パニック症状または解離

↓

記憶はあるが想起しても不快感はない。

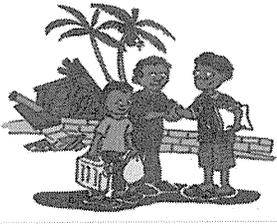
想起をすると苦痛があるが

- ・軽度である(生活に支障がない)
- ・現実感が失われない
- ・想起をコントロールできる。想起しても現実感はある。

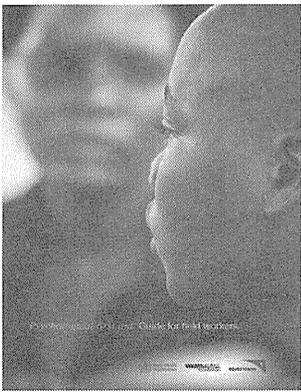
想起すると

- ・当時に戻ったかのような苦痛
- ・重度、現実感が失われ、偽幻覚
- ・パニック症状を伴う
- ・想起をコントロールできない

## Psychological First Aid 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド:PFA)



危機的な出来事に見舞われた人びとを支援する



### 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド:PFA) フィールド・ガイド

- ・ WHO出版  
[www.who.int](http://www.who.int)
- ・ 3機関の協働
  - World Health Organization
  - War Trauma Foundation
  - World Vision International
- ・ 24の国際機関 (UN/NGO)が推奨
- ・ 数カ国語に対応





## 悪い慣習を繰り返さない...



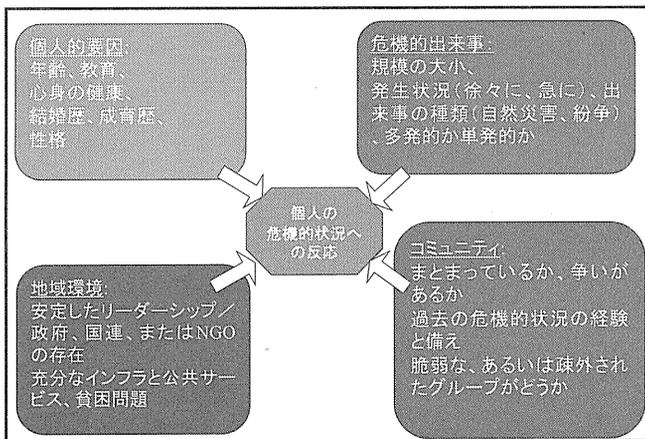
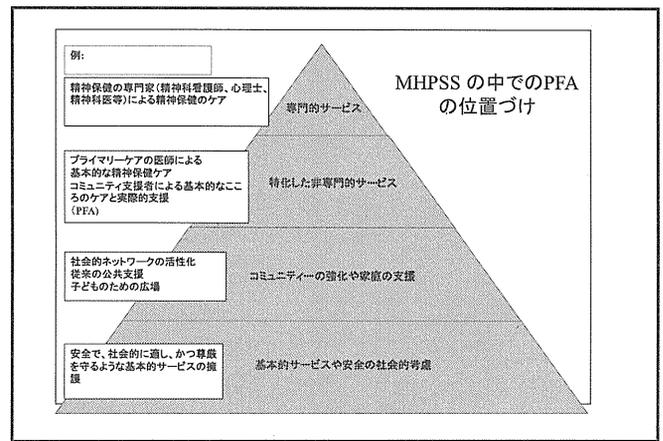
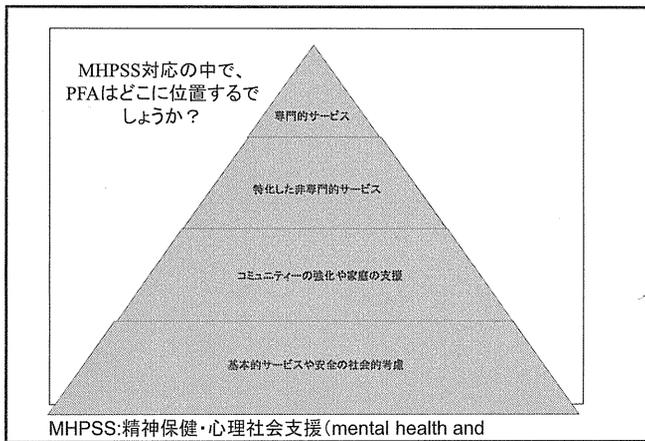
## PFAとは？

深刻なストレス状況にさらされた人々への人道的、支持的かつ実際に役立つ援助。PFAには次のようなことが含まれます

- 押しつけがましくない、実際に役立つケアや支援
- ニーズや心配事の確認
- 水や食料など、必需品の援助
- 無理強いせず、傾聴する
- 安心させ、落ち着かせる
- 被災者に、情報や公共サービス、社会的支援をつなぐ
- さらなる危害からの保護

## PFAは以下のようなものではありません

- ・ 専門家にしかできないものではない
- ・ 専門家が行うカウンセリングではない
- ・ 「心理的デブリーフィング」ではない
  - つらい出来事について詳しく話していくものではない
- ・ 何が起こったのかを分析させたり、出来事やその時間を順番に並べさせたりすることではない
- ・ 被災者が語るのを聞くことはあっても、感情や反応を聞き出すものではない



その出来事は、どれくらいショッキングか？

危機的な出来事とその後の状況は、被災者にとって何を意味するのか？

どのように反応するのか？

- 出来事に対する心理的な反応とは、客観的事実に基づくものではなく、危険に対する主観的評価によるものです。
- 同様に、ストレスに対処するには知覚されるものが対象となります。したがって、**ストレスは知覚された脅威と定義**できます。

なぜPFAなのか？  
レジリエンスの大切な要素

- 長期に渡って回復できる人とは...
  - 安心していて、人とのつながりを感じ、落ち着いていて、希望の持てる人
  - 社会的・身体的・情緒的支援を受けられる人
  - 自分を助けられるという感覚を取り戻す人

### PFAとは、 エビデンス情報と合意に基づいたもの

- トラウマ体験後初期には、PTSDを深刻化させる要因が存在する
  - 不十分な社会的支援
  - トラウマ体験の最中および直後に起こる解離
- 専門的コンセンサス
  - 複数の人道的ガイドラインがPFAを支持 (IASC, Sphere, TENTS)
  - 社会的ケアのための合意原則は、レジリエンスの根拠に一致する

レジリエンスを引き出す秘訣
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安全であること</li> <li>• 落ち着いていること</li> <li>• 希望</li> <li>• 自己と地域の効力感</li> <li>• 社会的、身体的、心理的な支援を受ける</li> </ul>

### PFA 活動原則

準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 危機的な出来事について調べる</li> <li>• その場で利用できるサービスや支援を調べる</li> <li>• 安全と治安状況について調べる</li> </ul>
見る 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安全確認</li> <li>• 明らかに急を要する基本的ニーズがある人の確認</li> <li>• 深刻なストレス反応を示す人の確認</li> </ul>
聞く 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 支援が必要と思われる人々に寄り添う</li> <li>• 必要なものや気がかりなことについてたずねる</li> <li>• 人々に耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする</li> </ul>
つなぐ 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 生きていく上で基本的なニーズが満たされ、サービスが受けられるように手助けをする</li> <li>• 自分で問題に対処できるように手助けする</li> <li>• 情報を提供する</li> <li>• 人々を大切な人や社会的支援と結びつける</li> </ul>

見る 

• 安全確認

- 明らかに急を要する基本的ニーズがある人の確認
- 深刻なストレス反応を示す人の確認



- 危機的な状況は急変する
- 事前の調査とは異なる状況に直面することがある
- 支援を申し出る前に、周囲を見渡す時間をとる—短い時間でも—

落ち着くこと  
 安全を確保すること  
 行動する前に考えること

### 「見る」ときの確認事項と気をつけること

安全	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 周囲にどのような危険があるのか？</li> <li>• そこにいても自分自身や他者に危害が及ぶことはないか？</li> </ul>	<p style="text-align: center;"></p> <p>もし安全確認がとれない場合は、現場に入ってはけません。他の人からの助けを探し、安全な距離からコミュニケーションを図りましょう。</p>
明らかに急を要する、生きていく上での基本的ニーズがある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 重傷を負って、緊急に医療が必要な人はいないか？</li> <li>• 衣服が破れている等、明らかなニーズはないか？</li> <li>• 支援にアクセスしたり、保護を受けるために手助けが必要な人はいないか？</li> <li>• 他に支援にあたる人はいないか？</li> </ul>	<p>自分の役割を自覚しましょう。特別なサポートが必要な人びとに支援がいくようにしましょう。重傷を負った人には、医療従事者や応急処置へ紹介しましょう。</p>
深刻なストレス反応を示す人	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ストレス反応を示す人びとは何人くらい、どこにいるのか？</li> <li>• ひどく動揺している人、自分で動けない人、呼びかけても応答しない人、ひどくショックを受けている人はいないか？</li> </ul>	<p>PFAが役に立つのはどういう人なのか、どうすれば最善の支援ができるかよく考えましょう。</p>

### 危機に対するストレス反応

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 身体症状 (震え、頭痛、ひどい疲労感、食欲不振、痛みなど)</li> <li>• 不安、恐怖</li> <li>• 泣く、悲しみ、悲嘆</li> <li>• 罪悪感や恥 (生き残ったことや、他の人を助けられなかったことに対して)</li> <li>• 生き残ったことに得意になる</li> <li>• 警戒する、「びくっ」とする</li> <li>• 怒りや苛立ち</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 動かない、引きこもっている</li> <li>• 見当識障害 (自分の名前がわからない、自分がどこから来たのか、何が起きたのかわからないなど)</li> <li>• 他の人に反応しない、まったく話さない</li> <li>• 混乱、感情の麻痺、現実感の喪失、ぼんやりしている</li> <li>• 自分や子どものケアができない (食べない、飲まない、簡単なことも決められないなど)</li> </ul>
--	--

### つらい状況にある人を助ける



- 基本的ニーズが満たされ、PFAなどの支援が受けられれば、ほとんどの人は時間が経つにつれて回復します
- ただし、苦痛が重かったり、長引いたりする人に対しては、さらなる支援が必要となることもあります。そのような人びとを、ひとりにしないようにしましょう。ストレス反応が消えるまで、あるいは他のひとたちから援助を得られるようになるまで、その人の安全を守ってください。

聞く



- ・ 支援が必要と思われる人々に寄り添う
- ・ 必要なものや気がかりなことについてたずねる
- ・ 人々に耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする

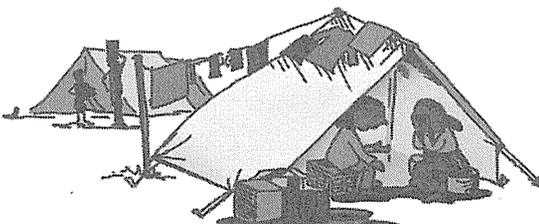
思いやりを持って聞く:

目  
耳  
心

相手の話に集中して

聴

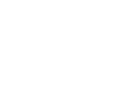
## 良好なコミュニケーション



聞く





寄り添う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 敬意を示しながら近づく</li> <li>・ 名前と所属を述べて自己紹介する</li> <li>・ お役に立てることはないかとたずね、可能ならば安全で静かな場所を見つける</li> <li>・ ほっとできるような手助けをする(水や毛布など)</li> <li>・ 安全の確保に努める</li> </ul>	
必要なものや気がかりなことをたずねる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 何が必要か聞くまでもない場合でも、常に尋ねる</li> <li>・ 今最も重要なことは何かを把握し、何から手をつけたら良いのかを整理する</li> </ul>	
耳を傾け、気持ちを落ち着かせる手助けをする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ すぐそばにいる</li> <li>・ 話すことを無理強いしない</li> <li>・ 相手が話したい場合には、耳を傾ける</li> <li>・ 深刻なストレス症状のある場合は、気持ちを落ち着かせ、一人にしないようにする</li> </ul>	

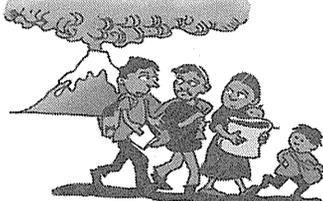
## 人々の気持ちを落ち着かせる



- ・ 穏やかなやさしい声で話す
- ・ 目を合わせながら話す
- ・ 相手が安全であること、あなたが援助のためにいることを思い出してもらう
- ・ 現実感を喪失している場合には、状況や自分の体に触れることが助けになる
  - 自分自身(床につけた足や、太ももを手でたたく)
  - 周囲(周りにあるものに注意を向ける)
  - 呼吸(呼吸に集中し、ゆっくりと息をする)

つなぐ

- ・ 生きていく上での基本的なニーズを満たし、サービスを受けられるよう手助けをする
- ・ 自分で問題に対処できるような手助けをする
- ・ 情報を提供する
- ・ 人々を大切な人や社会的支援と結びつける



自立を支え、自分自身でコントロールする力を取り戻せるような手助けをする



## つなぐ - 基本的ニーズ



- ・ どんなニーズや要求があるのか？
- ・ どんなサービスを受けられるのか？
- ・ よりリスクの高い人たちは？



基本的ニーズにつなぐ



つなぐ

- 自分で問題に対処できるよう  
手助けをする

つらい状況にある人は、  
不安に圧倒されているかもしれません...

- 緊急なニーズを整理する手助けをする  
(何から手をつけるのか)
- 生活の中で助けになっているものを見つける手助けをする
- ニーズを満たすための実践的な助言をする  
(例えば、食料支援を受けるための申し込み)
- 災害以前に、困難に対してどのように対処したか、  
何が助けとなったかを思い出してもらおう



前向きな対処法をサポートする

- 対処する際に役立ったことを思い出す手助けをする
  - その人にとって自然な適応メカニズムを修正し、コントロールを取り戻す手助けをする
- 相手にとって何が役立つか、自分の考えを押し付けない

情報につなぐ

- 正確な情報が求められています！
  - 何が起こったか、大切な人はどこにいるのか、自分の権利は何か、どこでサービスを受けられるか？
- うわさが飛び交うことはよくある



情報提供の際のポイント



- 支援を始める前に、正確な情報を集める
- 最新の情報を得る
- 被災者がどこで、どのようにすればサービスを受けられるかをしっかりと伝える一特にリスクの高い人たち
- 知っていることのみ伝える一情報を作り上げない
- 簡潔で正確なメッセージを心がけ、繰り返し伝える
- うわさ話を避けるため、集団に同じ情報を伝える
- 提供する情報の出所と、信用できるものか説明する
- 最新の情報はいつ、どこで伝えられるのかを知らせる

要約: 倫理的ガイドライン

<p>すべきこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 信頼されるよう、誠実である</li> <li>• 自分の意思決定を行う権利を尊重する</li> <li>• あなた自身の偏見や先入観を自覚する</li> <li>• たとえ今は支援を断ったとしても、後で支援を受けることができることをはっきりと伝える</li> <li>• 時と場合に応じて、プライバシーを尊重し、聞いた話については秘密を守る</li> <li>• 相手の文化、年齢、性別を考えて、それにふさわしい行いをする</li> </ul>	<p>してはならないこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 支援という立場を悪用しない</li> <li>• 支援の見返りに金銭や特別扱いを求めない</li> <li>• できない約束をしたり、誤った情報を伝えない</li> <li>• 自分にできることを大げさに伝えない</li> <li>• 支援を押しつけたり、相手の心に踏み込んだり、でしゃばったりしない</li> <li>• 無理に話をさせない</li> <li>• 聞いたことを別の人に話さない</li> <li>• 相手の行動や感情から「こういふ人だ」と決め付けない</li> </ul>
--	---