

別添 3

厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

「精神保健医療従事者による、新型コロナウイルス感染症流行下における不安等のメンタルヘルスへの応急処置介入方法の開発と普及に資する研究」

研究責任者 中尾 智博（九州大学大学院 教授）
分担研究者 高橋 晶（筑波大学 准教授）
分担研究者 堀之内 徹（北海道大学大学院 客員研究員）

研究要旨

【目的】精神保健医療従事者による新型コロナウイルス感染症に起因した心理的アセスメント及び心理的介入技法の実態把握と課題抽出を行い、早急にその開発と普及に資する調査を行い、今後の方策に関する政策的提言を行う。

【方法】以下の①～③を実施し、精神保健医療従事者向けの新型コロナウイルス感染症に起因した心理学的応急処置に関するマニュアルの作成を行う。マニュアルには心理学的トリアージや相談者に対する医学的根拠に基づく助言や介入法、リモートの活用に関する提言も含む。①研究対象施設に対するアンケート調査、②海外における新型コロナウイルス禍の心理的応急処置介入に関する文献的調査（オーバービュー）、③海外で開発された心理的応急処置介入法の翻訳

【結果】アンケート調査からは、COVID-19 感染症によるメンタルヘルス相談は主に精神保健福祉センターが対応しており、心理的介入を行っている精神保健福祉センターにおいてサイコロジカルファーストエイドを使用している施設は 9%であった。また、精神保健福祉センターの 28%に緊急を要する相談が寄せられていた。オーバービューでは、3 件の論文が該当し、そのうち 1 件は信頼性が高い報告であった。すべてのレビューに介入として PFA が含まれていたが、他にも認知行動療法、カウンセリングなど様々な介入が実践されていた。2 件の報告に COVID-19 感染症に対する介入が含まれていた。ジョンスホプキンス大学で開発された心理的応急処置法の翻訳を行い、アンケート調査をもとに標準的対応が可能となるマニュアルを作成した。

【考察】同施設で実施可能なメンタルヘルス・トリアージと簡便な心理的介入のシステムを早急に構築することが必要と考えられた。今後本研究で作成されたマニュアルの普及と効果の検証が必要である。

研究分担者

村山桂太郎 九州大学病院・助教
高橋晶 筑波大学・准教授
萱間真美 聖路加国際大学・教授
西大輔 東京大学大学院・准教授
堀之内徹 北海道大学大学院・客員研究員

A. 研究目的

新型コロナウイルス（COVID-19）感染症は全国的に感染者数が増加しており、いつか感染するのではないかという不安、そして重症化して死に至るのではないかという恐怖が長期に渡り持続することに加え、ソーシャル・ディスタンスの保持を余儀なくされることにより、孤独の不安とも闘わなければならない。このようなかつてない持続的で複合的なストレスにさらされる状況下において、メンタルヘルスの維持向上は、喫緊の課題となっている。そのような状況下で精神保健福祉センターへ寄せられる新型コロナウイルスに関する心の健康相談が急増しているが、その対応や初期介入方法に関する標準的なガイドラインやマニュアルは存在しておらず、職員はその対応に憂慮している。うつ病や不安症等の発症リスク増加、それに伴う自死リスクの増加も危惧されている。

本研究は、精神保健医療従事者による新型コロナウイルス感染症に起因した心理的アセスメント及び心理的介入技法の実態把握と課題抽出を行い、早急にその開発と普及に資する調査を行い、今後の方策に関する政策的提言を行うことである。

B. 研究方法

1. アンケート調査（資料1）

(1) 研究対象施設は日本全国の精神保健福祉センター、政令指定都市の保健所、単科精神科病院、精神科診療所、総合病院の精神科とする。

(2) 別添の①『実態調査のお願い』、②アンケート用紙、③返信用封筒を株式会社インテージリサーチから研究対象施設の長に対して郵送にて送付し、『実態調査のお願い』にて本研究の説明を文書にて行う。アンケートは施設の長から聴取される職員の同意の上で記載を行う。対象施設の職員がアンケート用紙もしくはWebにて株式会社インテージリサーチに返信することで本研究に同意したものとす。本研究に同意しない対象施設は、上記①②③を破棄する。

(3) 返信されたアンケート用紙もしくはWebによる回答をもって対象施設の同意が得られたものとし、研究対象施設として登録する。

(4) 返送されたアンケート回答から以下の情報を取得する。

①基本情報

対象施設の種類、地方別の所在地、カバーする地域の人口規模、新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）相談件数、2020年1月1日～9月30日における月別の相談件数、相談者の性別件数、相談者の年代別件数、相談者の種別

②相談内容についての情報

相談内容の種類について、精神的な問題は新たなものか既にあったものか、精神的問題の内容、緊急性が高いと判断した相談の有無とその内容

③心理的介入に関する情報

心理的介入の有無、ICD-10におけるFコード診断、心理的介入を行った症状とその件数、心理的介入の内容、介入した回数または期間

④リモート相談

リモートによる相談の有無、相談の対象、

どのような相談を設けているか、電話相談の場合の受付時間、メール相談の際の受付から回答するまでの時間を決められているかどうか、相談の担当部署、相談の担当スタッフの人数、相談の周知の方法、相談を担当しているスタッフのサポートを取り組んでいるか、相談の月別件数、相談の内容、リモート相談対応における困難なことについて（自由記載）

- (5) 以上の得られた情報を株式会社インテリサーチにて匿名化し同社にて集計を行う。同社にて匿名化した情報とその対応表、ならびに集計結果は九州大学に送付され、九州大学にて管理する。集計結果は筑波大学、聖路加国際大学、東京大学、北海道大学にメールを使用して送付する。

2. 文献調査

何らかの介入に対する複数の系統的レビューから得られたエビデンスをまとめて、参照しやすい一つの文献にまとめる方法であるオーバービューを用いる。

(1) 文献検索

Pubmed を利用し、2021年2月19日の日付で言語や出版年数を問わず文献検索を実施する。通常、薬物療法の系統的レビューでは EMBASE、コクランによる CENTRAL などのデータベース検索も行うが、本研究は非薬物療法における影響を検討すること、CENTRAL は RCT を集積したデータベースであり、本研究が対象とする系統的レビューを主として集積するわけではないと言った理由により利用しないこととする。

(2) 対象論文

対象とする論文については、” psychological first aid” をタイトルまたは抄録に含んでいること、2000年以降の大規模感染症パンデミックであった、SARS, MERS, Ebola Virus

Disease (EVD)、および COVID-19 における論文であることとする。これを網羅する検索式として以下を用いる。(psychological first aid[Title/Abstract]) AND ((SARS OR severe acute respiratory syndrome OR Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus OR middle east respiratory syndrome* OR MERS-CoV OR Mers OR Middle Eastern Respiratory Syndrome* OR MERSCoV* OR coronavirus OR coronavirus infections OR coronavirus* OR COVID-19 OR 2019-nCoV OR SARS-CoV-2 OR Ebola)) AND (((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE [subset]) OR (Cochrane Database Syst Rev[ta] AND review[pt]) OR systematic review[pt])

検索の結果該当した報告を以下の登録基準を用いて今回の目的に合致する SR であるかを判断し、全てが合致するものであることを確認する

①研究デザイン

前向きまたは後ろ向きコホート研究、または無作為割り付け対象試験 (randomized controlled trials: RCT) を文献データベースで検索して再現可能な方法によって集積した系

統的レビューを対象とする。メタ解析の有無は問わず質的報告のみ行っているものも許容し、出版言語は問わない。

②対象者・介入・暴露

性別、国籍、人種は問わない。ベースラインにおいて、SERS, MERS, EVD, COVID-19 感染症環境下において心理的介入が行われたものとする。心理的介入は PFA 以外のものも含める。

③研究の質評価

系統的レビューはエビデンスレベルの高い研究手法であるが、その質は様々であるため、本調査では各系統的レビューの質の検討を AMSTAR2 を利用して評価する。

3. 海外で開発された心理的応急処置介入法の翻訳

心理的応急処置介入法として米国で開発された「THE JOHNS HOPKINS GUIDE TO PSYCHOLOGICAL FIRST AID」の翻訳を行う。

4. 心理的応急処置方法（以下 PFA と略）に関する対応マニュアルの作成

上記 1. 2. で得られた結果、ならびに 3. をもとに各研究分担者と協議しながら、精神保健医療従事者向けの新型コロナウイルス感染症に起因した心理学的応急処置に関するマニュアルの作成を行う。

（倫理面への配慮）

本研究は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して行われる。主機関（九州大学大学院）および共同研究機関において倫理審査を受け、研究計画が承認されている。

C. 研究結果

1. アンケート調査

結果は資料 2 に図表として示した。

① 基本情報

回答が得られた施設は、計 249 施設（回収率 25%）、内訳は精神保健福祉センター 55 カ所（同 80%）、大学病院・総合病院 67 カ所（同 30%）、精神科クリニック 84 カ所（同 21%）、単科精神科病院 43 カ所（同 14%）であった。以後のデータは、精神保健福祉センター 55 カ所（MH）とそれ以外の精神科医療機関計 194 カ所（PU）を対比する形で呈示する。

まず、COVID-19 に関連する相談を受けたか否かについて、MH 群は 53 カ所（96%）が相談を受けたことがあるのに対し、PU 群は 84 カ所（43%）にとどまり、本邦における相談の窓口は精神保健行政機関が中心になっていることが伺えた。MH 群は電話での相談 53 カ所（相談を受けた施設の 100%）と全施設が行い、1 月から 10 月に施設平均で 236 件と多くの電話相談を受ける一方、対面相談や受診による対応は 15 カ所（同 28%）、平均 11 件にとどまり、電話相談が主要なアクセス方法となっていた。一方、PU 群では電話相談は 22 カ所（同 26%）にとどまるものの、対面相談や受診による対応は 80 カ所（同 95%）、つまり相談があった施設のほとんどで行われており、PU 群は相談自体は少ないものの、相談があった場合は多くの場合対面診察による対応が行われていた（資料 3 表 1）。

次に月別の相談件数では、COVID-19 が報告され始めた 1 月は全ての施設で相談はなく、MH 群は 2 月、3 月と徐々に相談が増え始め、感染者数の急増によって我が国における緊急事態宣言が発令された 4 月と 5 月には MH 群では施設平均 50 件／月を超える相談が寄せられるようになった。その後は感染数の減少に伴って徐々に減り、10 月は平均 18 件／月となっている（資料 3、図 1）。相談の絶対数が少ない PU 群では月ごとの増減は目立たず、毎月各施設平均 1 件程度である。

相談者の年代別では、40 代と 50 代からの相談が多く、正規分布に近似していた（資料 3、図 2）。

相談者の性別では、MH 群は平均値で女性が 152 件、男性 87 件、PU 群は女性 6 件、男性 3 件と女性からの相談が多い傾向を認めた。

相談者の属性について、MH 群において未感染者から平均 270 件、感染者 11 件、感染者家族

1.1 件、感染疑い者 0.9 件、医療関係者 3.7 件と、未感染者からの相談が大半を占めており、PU 群でも同様の傾向を認めた。

② 相談内容についての情報

相談内容（複数回答可）としては、MH 群は、感染そのものに関するもの、感染による差別、人間関係、仕事や経済的な問題、精神的な問題と多岐にわたっていた。一方、PU 群は精神的な問題に集中していた。両群ともに、精神的な問題の相談が 8～9 割に達し、顕著に多かった（資料 3 図 3）。精神的問題について相談を受けた施設（MH：52 ヶ所、PU：72 ヶ所）のうち、新たなものか既にあったものか、については多くの相談を受けている MH 群では 49 ヶ所（94%）が両方の相談を受けており、PU 群は 28 ヶ所（39%）が新規の相談として受けていた。

次に精神的問題の内訳であるが、多い順に不安（施設平均 MH：84 件、PU：5 件）、抑うつ気分・意欲低下（MH：24 件、PU：3.9 件）、対人関係・子ども関係（MH：20 件、PU：0.7 件）、心身不調（MH：19 件、PU：3.2 件）、不眠（MH：13 件、PU：3.8 件）、イライラ感・怒りっぽい（MH：12 件、PU：1.7 件）、飲酒量増加（MH：10 件、PU：0.3 件）、と続いた。少数ではあるが、自殺念慮（MH：6.0 件、PU：0.4 件）や自殺企図（MH：0.3 件、PU：0.1 件）の相談も見られた（資料 3 図 4）。

相談内容の緊急性が高いと判断した相談は、MH 群で 15 ヶ所（28%）、PU 群では 28 ヶ所（33%）が経験しており、平均相談件数は MH 群 5.6 件、PU 群 4.3 件であった。

③ 心理的介入に関する情報

心理的介入は、MH 群では 22 ヶ所（相談を受けた施設の 41%）、PU 群では 61 ヶ所（同 72%）が実施していた。

心理的介入を行った症状について、MH 群では不眠、うつ、依存、PTSD、など種々の症状への介入がみられた。一方 PU 群では不安、不眠、う

つの順に多かった。

心理的介入の内容について、MH 群では健康相談（介入あり 22 ヶ所のうち 59%）、パンフレット利用（同 53%）、勉強会開催（同 32%）、個人カウンセリング（同 40%）、グループカウンセリング（同 13%）と様々な対応が行われており、医療機関への紹介（同 63%）も多かった。少数ではあるがサイコロジカルファーストエイド（同 9%）も実施されていた。PU 群では支持的傾聴（介入あり 61 ヶ所のうち 75%）と個人カウンセリング（同 36%）が大半を占めたが、一部の施設がサイコロジカルファーストエイド（同 7%）を実施していた（資料 3 図 5）。

介入回数と期間については施設によってバラツキが大きく、MH 群では 1 回のみが 5 ヶ所（介入あり 22 ヶ所のうち 23%）ある一方、10 回以上または 3 ヶ月以上行った施設も 7 ヶ所（同 32%）あった。PU 群に関しては 1 回のケースは 2 ヶ所（介入あり 61 ヶ所のうち 3%）と少なく、2～4 回または 1 ヶ月未満 13 件（同 21%）、5～9 回または 3 ヶ月未満 23 件（同 38%）、10 回以上または 3 ヶ月以上 16 件（同 26%）、と状況に応じて幅広い対応が行われているようであった。

④ リモート相談

リモート相談については、MH 群は 53 ヶ所中 42 ヶ所（79%）と多くの施設が実施していた。PU 群では 84 ヶ所中 17 ヶ所（20%）の実施にとどまっていた。相談対象者は、MH 群では患者（74%）、家族（69%）、地域住民（79%）など多様であったが、相談件数としては地域住民からのものが多くを占めていた。PU 群は件数が少ないものの、患者、家族からが多く、総合／大学病院では院内のスタッフからの相談も見受けられた。リモート相談の周知方法は、MH 群においてホームページ（86%）、広報誌（52%）、ポスター（43%）と続いた。相談内容は多岐にわたっており、MH 群における患者からの相談をみると、人間関係（家

族・友人・同僚)の困難(65%)、精神症状(抑うつ症状)について(55%)、偏見や差別(55%)、自身が感染することへの不安・恐怖(50%)、家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖(50%)、といった相談がみられていた。精神保健福祉センターに寄せられたリモート相談の件数を相談者の種別にまとめたものを図に示す(資料3図6)。

2. 文献調査

検索の結果、3件の論文が該当した。AMSTAR-2によるレビュー論文の信頼性評価により① Pollock et al. 2020は信頼性が高いと評価されたが、それ以外の② Yue et al. 2020、③ Cénat 2020では、複数の項目がNoと判定され信頼性が下がる結果であった。

研究の数としては①には16本、②には32本、③には11本が含まれていた。すべてのレビューに介入としてPFAが含まれていたが、他にも認知行動療法、カウンセリングなど様々な介入が実践されていた。また①②にはCOVID-19が含まれていたが、③はエボラ出血熱のみを取り扱っていた。介入対象とした集団については、②③は様々な集団を対象にしていたが、①は前線で働く医者や看護師などのヘルスケアワーカーのみを対象としており感染症患者を対象にはしていなかった。

レビューおよび個別の研究内容から、効果の確信度は低いものの、バーンアウト(燃え尽き症候群)の測定に関してPFAを実践できるようにヘルスケアワーカーをトレーニングすることは有効である、ということが示されていた(De Jong. 2019)。シエラレオネではエボラ出血熱に対するPFAのトレーニングが看護師14人に行われ(Stania et al. 2017)、検疫中の家庭への食料供給者・接触追跡者・交通機関事業者などのチームにもPFAのトレーニングがなされてい

た(UNICEF 2016)。ギニアでは赤十字によって154人の導師と46人の伝統的治療師がPFAとPSS(psychosocial support)のトレーニングを受けていた(International Federation of Red Cross Red Crescent Societies 2019)。その他、PFAや集団認知行動療法(group based CBT)を組み合わせで行われた介入も認められた(Waterman et al. 2018)。

認知行動療法(以下CBTと略)はエビデンスに基づいた介入であり、対面以外にもインターネットやスマートフォンのアプリを介した実践もされていることから広くアウトリーチできる可能性が指摘されていた(Yue et al. 2020)。シエラレオネではエボラ出血熱のアウトブレイク後にCBTが広く実施されていた。エボラ治療センターのスタッフ253人を対象にした研究では、小グループCBTが6週間8回のセッションで実施され、スタッフの不安・抑うつ・機能不全が改善していた(Cole et al. 2021)。また同じくエボラ治療センターのスタッフを対象にPFAを実施し、それでも高い不安・抑うつを示す群にはCBTの介入も実施した研究では、ストレス・不安・うつ・怒りが改善し、ネガティブな心理学的な結果からスタッフを保護し得ると報告されていた(Waterman et al. 2018, Waterman et al. 2019)。ただしこの研究では、スタッフがCBTに参加する動機に欠けていることも示されており、参加者に対する動機づけの重要性が明らかにされていた。

3. 海外で開発されたPFAの翻訳

「THE JOHNS HOPKINS GUIDE TO PSYCHOLOGICAL FIRST AID」について、本書の特徴であるPFAを構成する各段階の”RAPID”を表すR(Rapport, Reflective listening:ラポールの確立と聞き返し)、A(Assessment:評価、話をきくこと)、P(Psychological Triage,

Prioritization: 心理的トリアージ、優先順位付け)、I(Intervention: 苦痛の軽減のための介入戦略)、D(Disposition: 締めくくりと継続的ケアへのアクセスの促進)をマニュアル作成に活用できるように翻訳を行った。

4. 「新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題への対応マニュアル」の作成

マニュアルの構成は1章アンケートの結果、2章PFAについて、3章オンラインによるメンタルヘルス相談、4章メンタルヘルス・トリアージ(スクリーニング)、5章メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組み、6章メンタルヘル스에不調が生じた際の認知行動療法による対応方法、とした。

「2章PFAについて」は研究結果2と3をもとに、従来のPFAと比較して、より心理的トリアージを重視し、介入方法に認知行動療法の要素をとり入れたRAPID-PFAの紹介とその使用方法について述べた。

「3章オンラインによるメンタルヘルス相談」は、海外におけるCOVID-19に関連するリモート支援の取り組みとその動向、リモート相談の流れ、リモート支援が困難な状況とその支援について述べた。

「4章メンタルヘルス・トリアージ(スクリーニング)」では、相談者の事案の緊急性に応じて①すぐに精神医療機関に依頼する、②可及的速やかに精神医療機関に依頼する、③精神保健センターにて相談継続を行う、④相談者自身や周囲のサポートを得ながら経過を見ていく、の4つにトリアージを行うことを提案し、その例を挙げた。加えて、COVID-19感染症に対応する医療者や支援者のメンタルヘルスに対するトリアージも可能となるようにそのトリアージ例を示した。

「5章メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組み」では生活を送る上でこころの健康を保ち、レジリエンスを高める方法(生活リズムを整える、睡眠をしっかりとる、運動をする、アル

コールとのつきあい方)を述べた。

「6章メンタルヘル스에不調が生じた際の認知行動療法による対応方法」では、アンケート結果をもとに不安、抑うつ、不眠、アルコール飲料の多飲といった相談に対して、トリアージを行った結果、医療機関の受診は必要ないと判断された者に対して精神保健福祉センター職員が医学的根拠に基づいた心理的介入が可能となるように、それぞれの相談に応じた簡易型・低強度の認知行動療法について説明を行った。

D. 考察

精神保健医療機関に対するアンケート調査からは、わが国におけるCOVID-19感染症によるメンタルヘルス相談は主に精神保健福祉センターが対応しており、同施設で実施可能なメンタルヘルス・トリアージと簡便な心理的介入のシステムを早急に構築することが必要と考えられた。

前線で従事するヘルスケアワーカーに対して介入が行われる場合に、障壁となる問題点が2つ報告されており、一つはヘルスケアワーカー自身やその組織が、自身の精神的充足

(mental well-being)に必要なものを分かっていないということ、もう一つは、介入のために必要な設備、スタッフの時間やスキルが足りていない、ということである。PFA自体は感染症流行状況でも広く使われつつあり、その有効性を示した報告が増加しているが、その実施にあたっては、PFAの提供者であるヘルスケアワーカーが自分自身の精神的充足に自覚的であることが重要であろう。

また、エボラ流行下では、エボラによる入院や、そこから地域社会に戻ることは人々のエボラに対する捉え方に大きく影響を受けることが知られており、身体的な後遺症だけでなく、スティグマや差別の問題、社会からの拒絶とい

う問題を認めた (Estarad et al. 2017, Denis et al. 2017)。COVID-19に関する研究でこの点を述べているレビューは無かったが、COVID-19 罹患者も同様に世間から白眼視されることが予想されるため、罹患者と関わる時はこの苦しみに留意し、また社会に対してはスティグマが減るような働きかけが望ましいと考えられた。

アンケート結果と「THE JOHNS HOPKINS GUIDE TO PSYCHOLOGICAL FIRST AID」の翻訳により、精神保健福祉センターの職員が医学的根拠に基づいた助言を相談者に行えるように「新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題へのマニュアル」を作成したが、その普及のために説明動画の作成やインターネットを利用した Web 講習会の開催が必要と考えられた。また、同マニュアルの実用性やその効果に関する検証を行い、現場のニーズにより合致したマニュアルへの改訂を行う必要があるだろう。

E. 結論

わが国においては精神保健福祉センターで実施可能なメンタルヘルス・トリアージと簡便な心理的介入のシステムを早急に構築することが必要であることが示唆された。

謝辞 この研究に協力いただいた、関係諸機関に感謝いたします。

*参考文献として、本研究責任責任者である中尾智博が執筆した新型コロナウイルス感染症の強迫症への影響に関する総説を添付する。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- Tomohiro Nakao, Keitaro Murayama, Sho Takahashi, Mami Kayama, Daisuke Nishi, Toru Horinouchi, and Hironori Kuga. Mental health problems and countermeasures during the coronavirus disease pandemic in Japan: a nationwide questionnaire survey of mental health and psychiatric institutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. in submission.
- 中尾智博, 加藤研太. COVID-19 と強迫症. *精神科*. 38(6) : 645-650, 2021.

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

（資料1）

新型コロナウイルス感染流行によるこころのケアに関する実態調査

■ 基本的な項目について ■

問1 貴施設名をご記入ください。

問2 ご記入いただいている日付をご記入ください。

西暦（ ）年 （ ）月 （ ）日

問3 ご担当者様のお名前を差し支えなければご記入ください。

問4 貴施設の事業形態に当てはまるものをお答えください。（○は1つ）

- | | |
|-------------------|------------|
| 1 精神保健福祉センター | 3 精神科クリニック |
| 2 総合病院または大学病院の精神科 | 4 単科精神科病院 |

問5 貴施設の所在地をお答えください。（○は1つ）

- | | | | |
|---------|------|---------|-------|
| 1 九州・沖縄 | 3 近畿 | 5 関東 | 7 北海道 |
| 2 中国・四国 | 4 東海 | 6 東北・北陸 | |

問6 貴施設の所在地の地域規模をお答えください。（○は1つ）

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1 人口10万人以下の地方 | 3 人口50～100万人程度の中規模都市 |
| 2 人口10～50万程度の地方都市 | 4 人口100万人以上の大都市 |

問7 2020年1月1日～10月31日までに貴施設では新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談をどのような方法で受けましたか。なお、相談件数は貴施設にすでにかかられている方からの相談は除外し、新型コロナに関する問題を主訴に新たに受診した方のみを対象としてください。（複数回答可）

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| 1 電話 | } → 問8へ |
| 2 eメール | |
| 3 受診・対面相談 | |
| 4 相談は受けていない | → 回答終了となります。ご協力ありがとうございました。 |

問7 「1 電話」「2 eメール」「3 受診・対面相談」を一つでも選択された場合は、次ページの問8にお進みください。

■ 新型コロナウイルス化による心理的変調の相談について ■

※なお、相談件数は貴施設にすでにかかられている方からの相談は除外し、新型コロナに関する問題を主訴に新たに受診した方のみを対象としてください。

問8 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談方法についてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	電話	() 件 ・ 不明
2	eメール	() 件 ・ 不明
3	受診・対面相談	() 件 ・ 不明

問9 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談を担当されているスタッフの方についてあてはまる番号に○をつけ、人数をご記入ください。人数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	人数
1	医師	() 人 ・ 不明
2	看護師・保健師	() 人 ・ 不明
3	精神保健福祉士	() 人 ・ 不明
4	公認心理師・臨床心理士	() 人 ・ 不明
5	その他（具体的に：)	() 人 ・ 不明

問10 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の2020年1月以降の月別の相談についてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	1月	() 件 ・ 不明
2	2月	() 件 ・ 不明
3	3月	() 件 ・ 不明
4	4月	() 件 ・ 不明
5	5月	() 件 ・ 不明
6	6月	() 件 ・ 不明
7	7月	() 件 ・ 不明
8	8月	() 件 ・ 不明
9	9月	() 件 ・ 不明
10	10月	() 件 ・ 不明

問 11 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談者の性別の相談ついてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	女性	() 件 ・ 不明
2	男性	() 件 ・ 不明
3	性別不明	() 件 ・ 不明

問 12 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談者の年代別の相談ついてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	10代以下	() 件 ・ 不明
2	20代	() 件 ・ 不明
3	30代	() 件 ・ 不明
4	40代	() 件 ・ 不明
5	50代	() 件 ・ 不明
6	60代	() 件 ・ 不明
7	70代以上	() 件 ・ 不明
8	年齢不明	() 件 ・ 不明

問 13 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で受けた新型コロナウイルス禍による心理的変調（睡眠障害を含む）の相談者の立場別の相談ついてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	感染者（既感染者を含む）からの相談	() 件 ・ 不明
2	感染疑い者（例：濃厚接触者とされ PCR 結果待ちなど）からの相談	() 件 ・ 不明
3	感染者（既感染者を含む）の家族、親戚、友人からの相談	() 件 ・ 不明
4	感染者の治療に携わった医療関係者からの相談	() 件 ・ 不明
5	未感染者からの相談	() 件 ・ 不明
6	その他（具体的に：)	() 件 ・ 不明

■ コロナ禍におけるトリアージに関する相談内容について ■

問 14 2020年1月1日～10月31日までに貴施設で対応した相談内容をお答えください。(複数回答可)

1 新型コロナウイルス感染症に関する相談	7 仕事や学業について
2 一般的な感染症や死に関すること	8 経済について
3 入院・療養生活について	9 将来について
4 新型コロナウイルス感染に関する差別について	10 精神的な問題について →問 14_1・14_2 へ
5 生活状況について	11 その他(具体的に:)
6 人間関係(家族・友人)について	

→【問 14 で「10 精神的な問題について」と回答された方におうかがいします。】

問 14_1 精神的な問題は、新たに発生したものか、すでにあったものの増悪かをお答えください。

(○は1つ)

1 新しく発生した
2 すでにあったものが悪くなった
3 「新しく発生したもの」と「すでにあったものが悪くなった」ものの両方

→【問 14 で「10 精神的な問題について」と回答された方におうかがいします。】

問 14_2 精神的な問題の具体的な内容ついてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。

件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。(複数回答可)

	項目	件数
1	不眠	() 件 ・ 不明
2	不安	() 件 ・ 不明
3	強迫	() 件 ・ 不明
4	抑うつ気分・意欲低下	() 件 ・ 不明
5	自殺念慮	() 件 ・ 不明
6	自殺企図	() 件 ・ 不明
7	PTSD 関連	() 件 ・ 不明
8	精神病症状(幻聴、妄想)	() 件 ・ 不明
9	過食拒食・食欲不振	() 件 ・ 不明
10	イライラ感・怒りっぽい	() 件 ・ 不明
11	心身不調	() 件 ・ 不明
12	対人関係・家族関係の問題、子どもに関する問題	() 件 ・ 不明
13	飲酒量の増加	() 件 ・ 不明
14	薬物乱用・依存	() 件 ・ 不明
15	ギャンブルの増加	() 件 ・ 不明
16	その他(具体的に:)	() 件 ・ 不明

問 15 2020年1月1日～10月31日までの間に、貴施設で対応した相談内容について、緊急性が高いと判断した相談の有無をお答えください。「あり」の場合はその件数もご記入ください。(○は1つ)

1 なし →問 15_1 へ	2 あり () 件
----------------	------------

→【問 15 で「2 あり」と回答された方におうかがいします。】

問 15_1 緊急性が高いと判断した相談内容についてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。(複数回答可)

	項目	件数
1	自殺企図	() 件 ・ 不明
2	自殺念慮	() 件 ・ 不明
3	精神病状態	() 件 ・ 不明
4	重度のうつ	() 件 ・ 不明
5	躁状態	() 件 ・ 不明
6	不安・パニック	() 件 ・ 不明
7	その他 (具体的に:)	() 件 ・ 不明

■ コロナ禍における受診・対面相談を対象とした心理的介入について ■

問 16 2020年1月1日～10月31日までの間に、受診・対面相談を対象とした心理的介入の有無をお答えください。(○は1つ)

1 あり→問 17 へ	2 なし	→ 8 ページ 問 22 へお進みください。
-------------	------	------------------------

問 16 「1 あり」と回答された方は、次ページの問 17 にお進みください。

【問 16 で「1 あり」と回答された方におうかがいします。】

問 17 コロナ禍における受診・対面相談を対象とした心理的介入を行った相談者が貴施設（あるいはかかりつけ医療機関）ですでに精神疾患の診断を受けている場合、その内容についてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	該当なし	() 件 ・ 不明
2	症状性を含む器質性精神障害	() 件 ・ 不明
3	精神作用物質による精神および行動の障害	() 件 ・ 不明
4	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	() 件 ・ 不明
5	気分障害	() 件 ・ 不明
6	神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	() 件 ・ 不明
7	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	() 件 ・ 不明
8	成人の人格および行動の障害	() 件 ・ 不明
9	精神遅滞	() 件 ・ 不明
10	心理的発達の障害	() 件 ・ 不明
11	小児[児童]期及び青年期に通常発症する行動および情緒の障害	() 件 ・ 不明
12	その他（具体的に：)	() 件 ・ 不明

問 18 貴施設が心理的介入（薬物療法を除く対応）を行った症状についてあてはまる番号に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。（複数回答可）

	項目	件数
1	不眠	() 件 ・ 不明
2	不安	() 件 ・ 不明
3	強迫	() 件 ・ 不明
4	うつ	() 件 ・ 不明
5	自殺念慮	() 件 ・ 不明
6	PTSD 症状	() 件 ・ 不明
7	精神病症状	() 件 ・ 不明
8	依存症状	() 件 ・ 不明
9	身体症状	() 件 ・ 不明
10	子どもに関する問題	() 件 ・ 不明
11	親に関する問題	() 件 ・ 不明
12	その他の症状・問題 ()	() 件 ・ 不明

【問4で「1 精神保健福祉センター」と回答された方におうかがいします。】

問19 コロナ禍（2020年1月1日～10月31日までの間）において貴施設がどのような介入を行ったかその内容をお答えください。（複数回答可）

1 特にしていない	→ 8 ページ 問22へお進みください。
2 健康相談	} → 問21へ
3 対処法に関するパンフレットを渡した	
4 勉強会の開催	
5 医療機関への紹介	
6 個人カウンセリング	
7 グループカウンセリング	
8 サイコロジカル・ファースト・エイド	
9 その他（具体的に： _____）	

【問4で「2 総合病院または大学病院精神科」「3 精神科クリニック」「4 単科精神科病院」と回答された方におうかがいします。】

問20 コロナ禍（2020年1月1日～10月31日までの間）において貴施設がどのような介入を行ったかその内容をお答えください。（複数回答可）

1 特にしていない	→ 8 ページ 問22へお進みください。
2 支持的傾聴	} → 問21へ
3 個人カウンセリング	
4 グループカウンセリング	
5 サイコロジカル・ファースト・エイド	
6 認知行動療法的アプローチ ※施行した技法について具体的に記入ください。（例：不眠に対して CBT-I） （具体的に： _____）	
7 森田療法的アプローチ	
8 力動精神療法的アプローチ	
9 その他（具体的に： _____）	

問21 コロナ禍（2020年1月1日～10月31日までの間）において、平均的な介入の回数、または期間をお答えください。例えば、「10回以上、3か月未満」の場合、高い方の数値、この場合であれば、「10回以上」を基準に選択してください。（○は1つ）

1 1回のみ	3 5～9回または3ヶ月未満
2 2～4回または1ヶ月未満	4 10回以上または3ヶ月以上

リモート（電話またはメール）による新型コロナウイルスに関する相談体制

問 22 貴施設ではリモート（電話またはメール）による新型コロナウイルスに関する相談を行っていますか。（○は1つ）

1 はい

2 いいえ → 回答終了となります。ご協力ありがとうございました。

▶【問 22 で「1 はい」と回答された方におうかがいします。】

問 22_1 リモート（電話またはメール）による新型コロナウイルスに関する相談対象をお答えください。（複数回答可）

1 患者

2 家族

3 院内スタッフ

4 地域住民

問 23 リモート（電話またはメール）の相談対象が患者の方の場合、有料の診察の枠組みで実施していますか、それとも無償の相談としていますか。（○は1つ）

1 診察

2 無料相談

3 どちらも実施している

問 24 どのようなリモートの相談窓口を設けていますか。（複数回答可）

1 新型コロナウイルス相談専用の電話番号を設けている

2 新型コロナウイルス相談専用のメールアドレス・お問い合わせフォームを設けている

3 相談を担当している部署の電話番号を公開している（他業務と兼用）

4 従来の相談用メールアドレス、問い合わせフォームを用いている

5 その他（具体的に： _____）

問 25 電話相談を実施している場合、相談受付時間はいつですか。（○は1つ）

1 24時間対応

4 その他（ _____）

2 平日日中のみ

5 電話相談はしていない

3 特定の曜日・時間のみ（ _____）

問 26 メール相談を実施している場合、相談メールを受付てから回答するまでの時間を決めていますか。（○は1つ）

1 決めている →（ _____）時間以内に回答する

2 決めていない

3 メール相談はしていない

問 27 医療機関の方におうかがいします。貴施設でリモート（電話またはメール）相談を担当している部署をお答えください。（複数回答可）

1 新型コロナ相談専用の部署を設置している (名称:)	4 リエゾン担当部署
2 人事課	5 外来
3 精神科	6 その他(具体的に:)

問 28 リモート(電話またはメール)相談を担当されているスタッフの方についてあてはまる番号に○をつけ、人数をご記入ください。人数が不明な場合は、不明に○をおつけください。(複数回答可)

	項目	人数
1	医師	()人 ・ 不明
2	看護師・保健師	()人 ・ 不明
3	精神保健福祉士	()人 ・ 不明
4	公認心理師・臨床心理士	()人 ・ 不明
5	作業療法士・理学療法士	()人 ・ 不明
6	その他(具体的に:)	()人 ・ 不明

問 29 リモート(電話またはメール)相談を行っていることを、どのように周知していますか。
(複数回答可)

1 ホームページに掲載している	3 広報・自治体報などに掲載している
2 ポスターやチラシを掲示している	4 その他(具体的に:)

問 30 リモート(電話またはメール)相談を担当しているスタッフのサポートについて、取り組まれていることがありましたらお答えください。(複数回答可)

1 相談ガイドラインの提供
2 相談にあたるスタッフへのコンサルテーション(精神科医・専門看護師などによる)
3 相談にあたるスタッフ間でのカンファレンス
4 対応マニュアル等の作成
5 相談にあたるスタッフの負担・メンタルヘルスに対する支援(環境調整、カウンセリングなど)
6 その他(具体的に:)

問 31 1月1日から10月31日の期間でリモート(電話またはメール)による相談対応をされましたか。(複数回答可)

1 患者様からの相談	} →次ページ問 32 へ
2 ご家族からの相談	
3 院内スタッフからの相談	
4 地域住民からの相談	
5 リモートによる相談は受けていない	→回答終了となります。ご協力ありがとうございました。

【問31で「1患者様からの相談」「2ご家族からの相談」「3スタッフからの相談」「4地域住民からの相談」と回答された方におうかがいします。】

問 32 1月1日から10月31日の期間で、リモート相談対応をされた相談対象ごとの月別の相談件数と相談内容をお答えください。(複数回答可)

【問 31 で「1 患者様からの相談」と回答された方におうかがいします。】

問 32_1 患者様からの月別の相談件数と相談内容をお答えください。

- ① 月別の相談件数(複数回答可) あてはまる月に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。

(相談のあった月に○印)	件数	(相談のあった月に○印)	件数
1月	() 件 ・ 不明	6月	() 件 ・ 不明
2月	() 件 ・ 不明	7月	() 件 ・ 不明
3月	() 件 ・ 不明	8月	() 件 ・ 不明
4月	() 件 ・ 不明	9月	() 件 ・ 不明
5月	() 件 ・ 不明	10月	() 件 ・ 不明

- ② どのような相談がありましたか。1月1日から10月31日の期間で1件でもリモート相談があった場合には、該当する回答をご選択ください。(複数回答可)

1 自身が感染することへの不安・恐怖	8 仕事や経済的状況の困難
2 家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖	9 学業の困難
3 予防行動による疲労	10 精神症状(抑うつ症状)について
4 職場環境の変化による負担・疲労	11 精神症状(不眠)について
5 偏見や差別	12 精神症状(燃え尽き)について
6 コロナ感染症に関する情報不足	13 精神症状(PTSD)について
7 人間関係(家族・友人・同僚)の困難	14 その他

【問 31 で「2 ご家族からの相談」と回答された方におうかがいします。】

問 32_2 ご家族からの月別の相談件数と相談内容をお答えください。

- ① 月別の相談件数(複数回答可) あてはまる月に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。

(相談のあった月に○印)	件数	(相談のあった月に○印)	件数
1月	() 件 ・ 不明	6月	() 件 ・ 不明
2月	() 件 ・ 不明	7月	() 件 ・ 不明
3月	() 件 ・ 不明	8月	() 件 ・ 不明
4月	() 件 ・ 不明	9月	() 件 ・ 不明
5月	() 件 ・ 不明	10月	() 件 ・ 不明

- ② どのような相談がありましたか。1月1日から10月31日の期間で1件でもリモート相談があった場合には、該当する回答をご選択ください。(複数回答可)

1 自身が感染することへの不安・恐怖	8 仕事や経済的状況の困難
2 家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖	9 学業の困難
3 予防行動による疲労	10 精神症状(抑うつ症状)について
4 職場環境の変化による負担・疲労	11 精神症状(不眠)について
5 偏見や差別	12 精神症状(燃え尽き)について
6 コロナ感染症に関する情報不足	13 精神症状(PTSD)について
7 人間関係(家族・友人・同僚)の困難	14 その他

【問31で「3 スタッフからの相談」と回答された方におうかがいします。】

問32_3 院内スタッフからの相談

- ① 月別の相談件数(複数回答可)あてはまる月に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。

(相談のあった月に○印)	件数	(相談のあった月に○印)	件数
1月	()件 ・ 不明	6月	()件 ・ 不明
2月	()件 ・ 不明	7月	()件 ・ 不明
3月	()件 ・ 不明	8月	()件 ・ 不明
4月	()件 ・ 不明	9月	()件 ・ 不明
5月	()件 ・ 不明	10月	()件 ・ 不明

- ② どのような相談がありましたか。1月1日から10月31日の期間で1件でもリモート相談があった場合には、該当する回答をご選択ください。(複数回答可)

1 自身が感染することへの不安・恐怖	8 仕事や経済的状況の困難
2 家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖	9 学業の困難
3 予防行動による疲労	10 精神症状(抑うつ症状)について
4 職場環境の変化による負担・疲労	11 精神症状(不眠)について
5 偏見や差別	12 精神症状(燃え尽き)について
6 コロナ感染症に関する情報不足	13 精神症状(PTSD)について
7 人間関係(家族・友人・同僚)の困難	14 その他

【問 31 で「4 地域住民からの相談」と回答された方におうかがいします。】

問 32_4 地域住民からの相談

- ① 月別の相談件数（複数回答可）あてはまる月に○をつけ、件数をご記入ください。件数が不明な場合は、不明に○をおつけください。

(相談のあった月に○印)	件数	(相談のあった月に○印)	件数
1月	() 件 ・ 不明	6月	() 件 ・ 不明
2月	() 件 ・ 不明	7月	() 件 ・ 不明
3月	() 件 ・ 不明	8月	() 件 ・ 不明
4月	() 件 ・ 不明	9月	() 件 ・ 不明
5月	() 件 ・ 不明	10月	() 件 ・ 不明

- ② どのような相談がありましたか。1月1日から10月31日の期間で1件でもリモート相談があった場合には、該当する回答をご選択ください。（複数回答可）

1 自身が感染することへの不安・恐怖	8 仕事や経済的状況の困難
2 家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖	9 学業の困難
3 予防行動による疲労	10 精神症状（抑うつ症状）について
4 職場環境の変化による負担・疲労	11 精神症状（不眠）について
5 偏見や差別	12 精神症状（燃え尽き）について
6 コロナ感染症に関する情報不足	13 精神症状（PTSD）について
7 人間関係（家族・友人・同僚）の困難	14 その他

- 問 33 リモート（電話またはメール）による相談対応において、困難に感じられていることがありましたら、ご記入ください。（自由記載）

アンケートは、以上です。ご協力ありがとうございました。

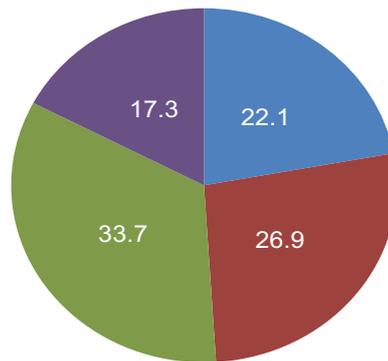
ご記入漏れなどないか、お確かめの上、郵送でご提出される場合は、同封の返信用封筒（切手不要）にて12月25日（金）までにご投函ください。

(資料2)

調査表の結果

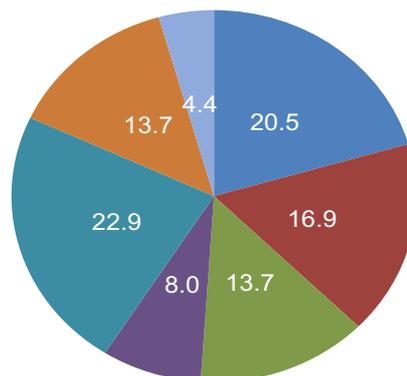
質問4 施設の事業形態の内訳 (N=249, %)

■ 精神保健福祉センター ■ 総合病院または大学病院の精神科
■ 精神科クリニック ■ 単科精神科病院



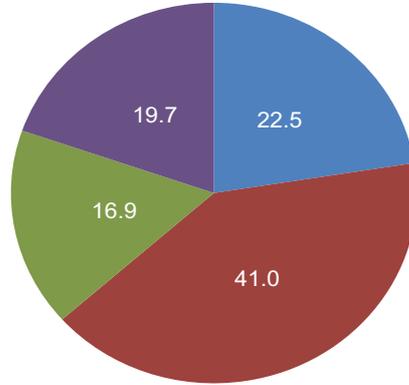
質問5 施設の所在地 (N=249, %)

■ 九州・沖縄 ■ 中国・四国 ■ 近畿 ■ 東海 ■ 関東 ■ 東北・北陸 ■ 北海道

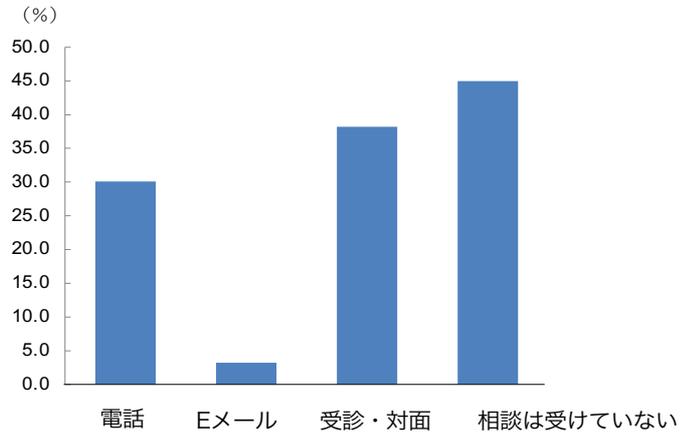


質問6 所在地の地域規模 (N=249, %)

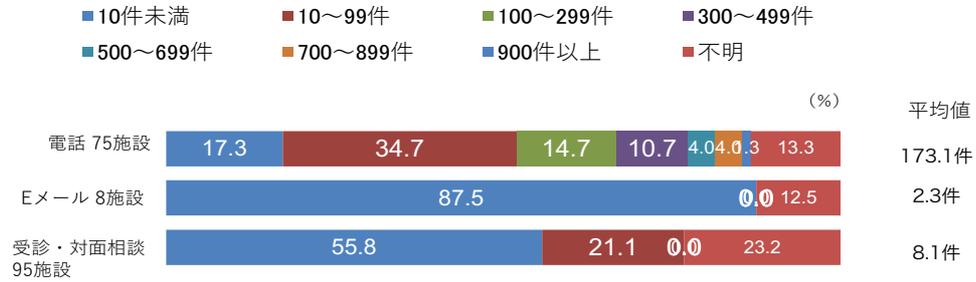
- 人口10万人以下の地方
- 人口10から50万人程度の地方都市
- 人口50から100万人程度の中規模都市
- 人口100万人以上の大都市



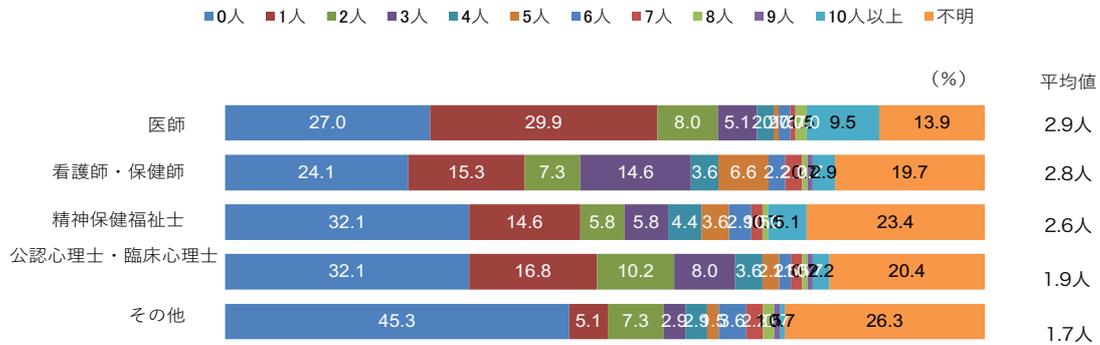
質問7 新型コロナウイルス禍における心理的変調（睡眠障害を含む）の相談を受けた方法 (N=249, %)



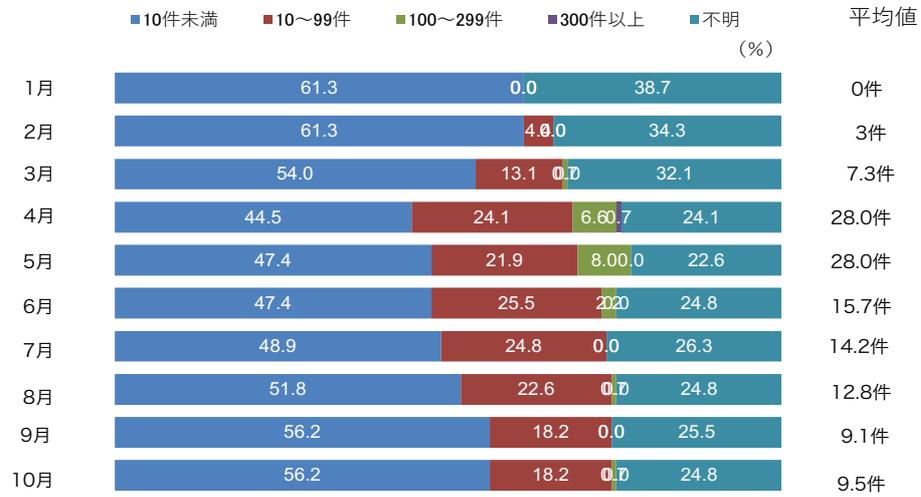
質問8 相談方法別件数 (%)



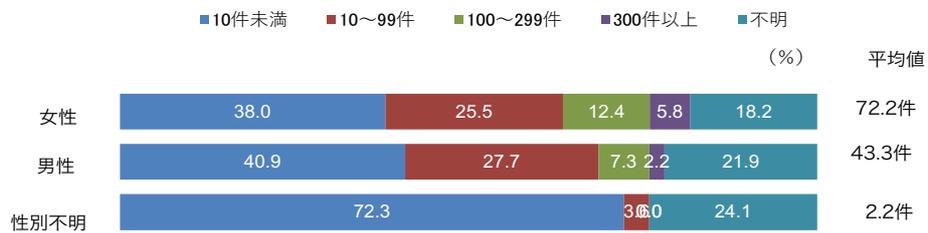
質問9 相談を担当しているスタッフごとの人数 (N=137, %)



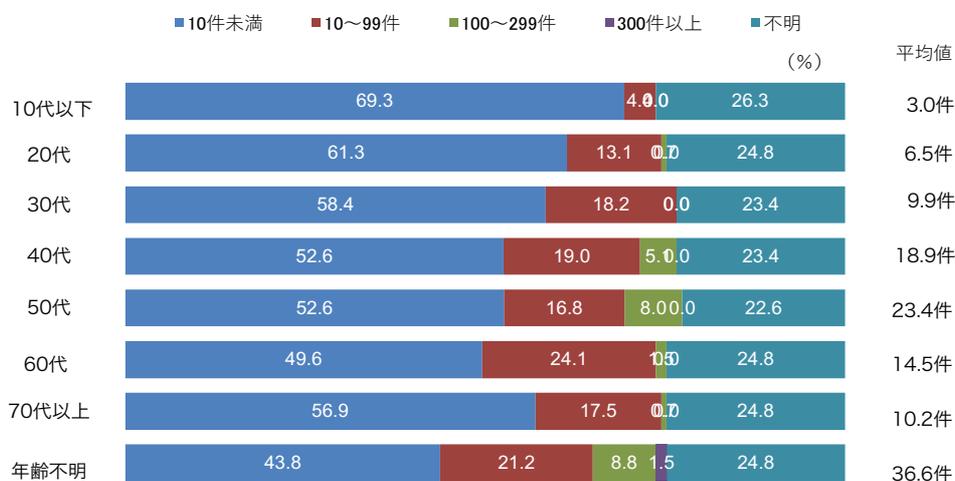
質問10 2020年1月以降の月ごとの相談件数 (N=137, %)



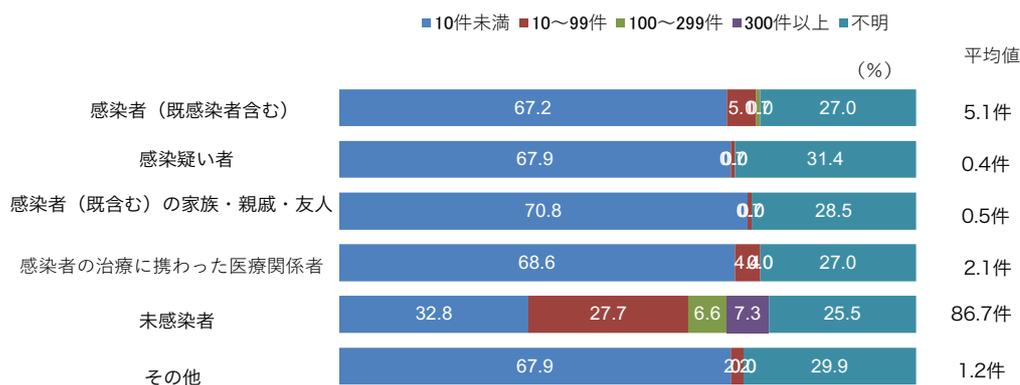
質問11 性別ごとの相談件数 (N=137, %)



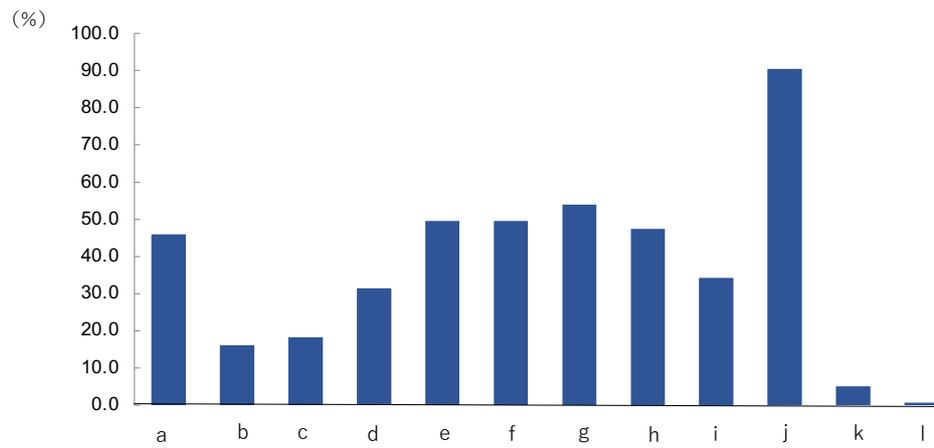
質問12 相談者の年代ごとの相談件数(N=137, %)



質問13 相談者の立場別相談件数(N=137, %)



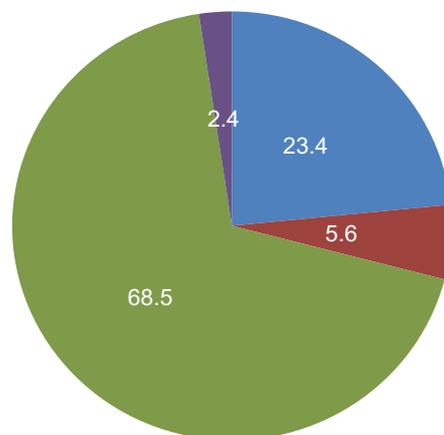
質問14 対応した相談内容 (N=137, %)



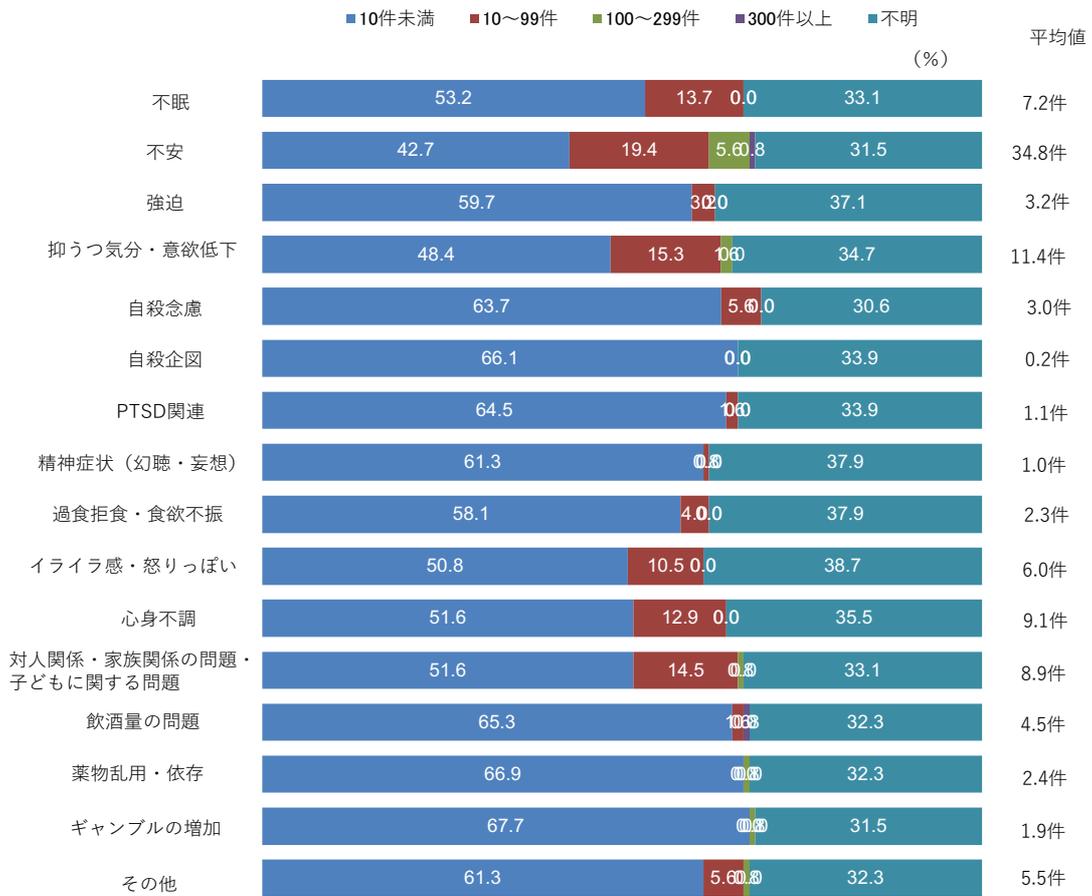
- a. 新型コロナウイルス感染症に関する相談 b. 一般的な感染症や死に関すること
 c. 入院、療養生活について d. 新型コロナウイルス感染に関する差別について e. 生活状況について
 f. 人間関係について g. 仕事や学業について h. 経済について i. 将来について j. 精神的な問題について
 k. その他 l. 不明

質問15 精神的な問題は新たに発生したものか (N=124, %)

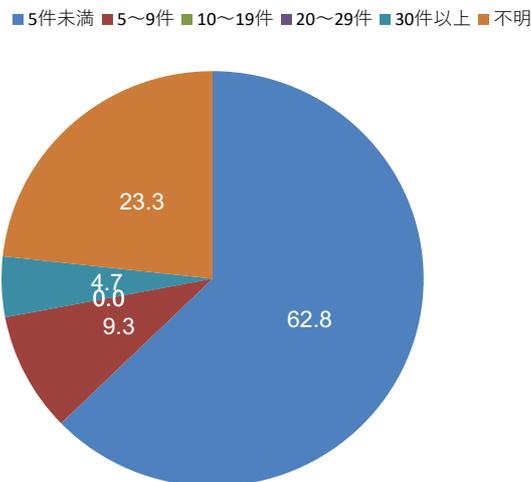
- 新しく発生した
- すでにあったものが悪くなった
- 「新しく発生したもの」と「すでにあったものが悪くなった」ものの両方
- 不明



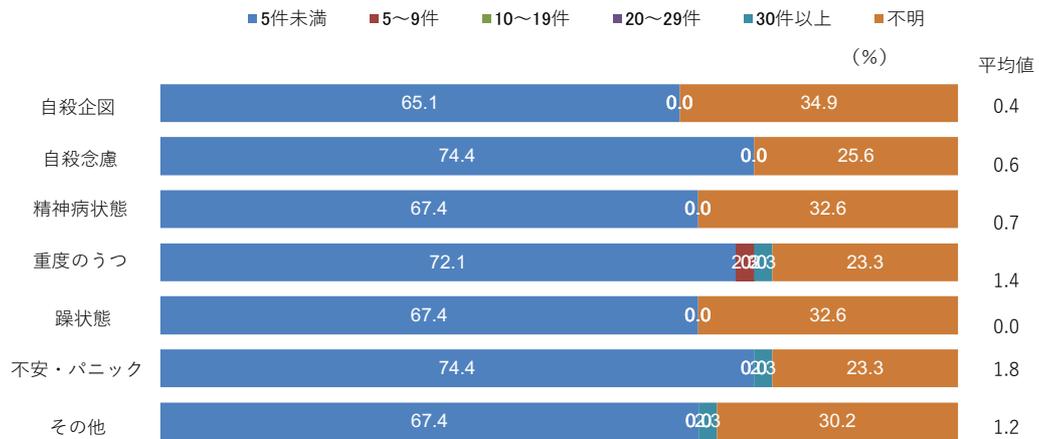
質問16 精神的問題についての相談内容 (N=124, %)



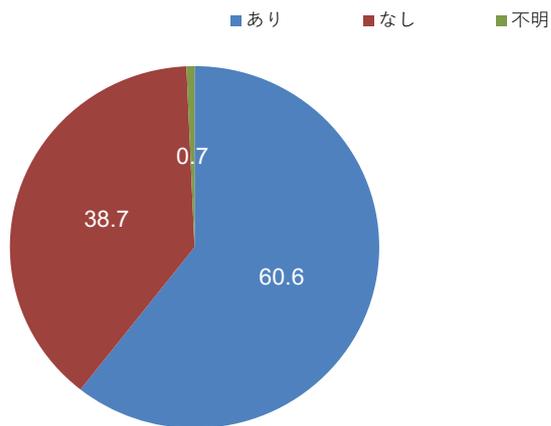
質問17 緊急性が高いと判断した相談件数 (N=43, %)



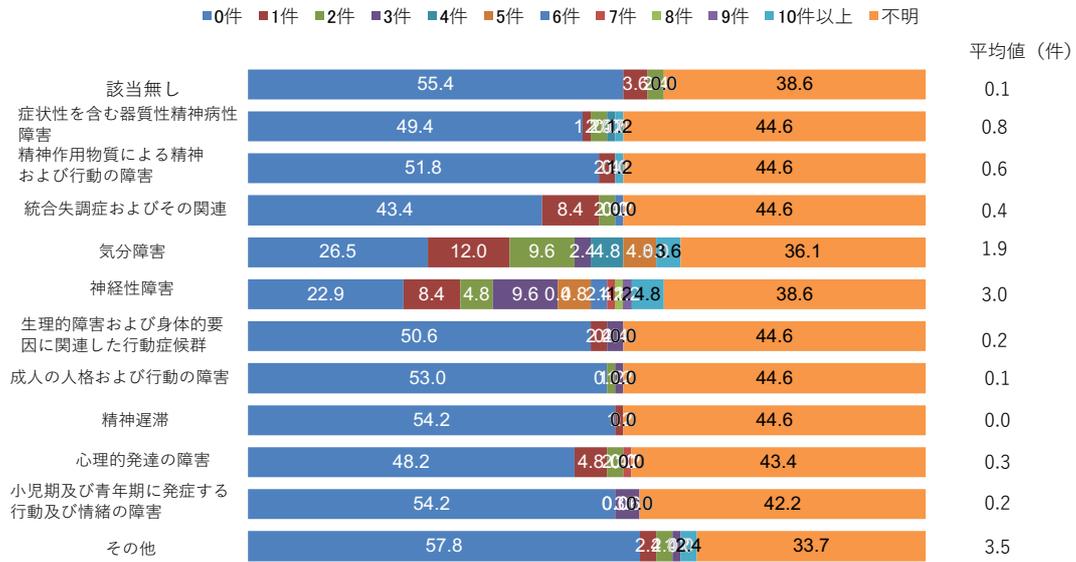
質問18 緊急性が高いと判断した相談内容ごとの件数(N=43, %)



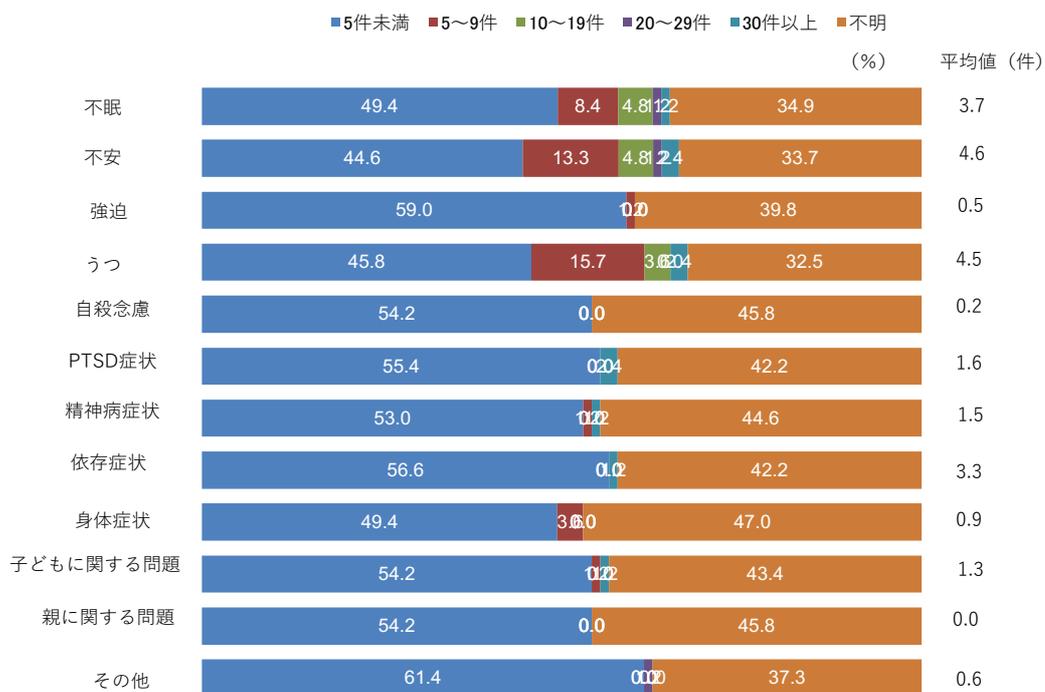
質問19 受診・対面相談を対象とした心理的介入の有無 (n=137, %)



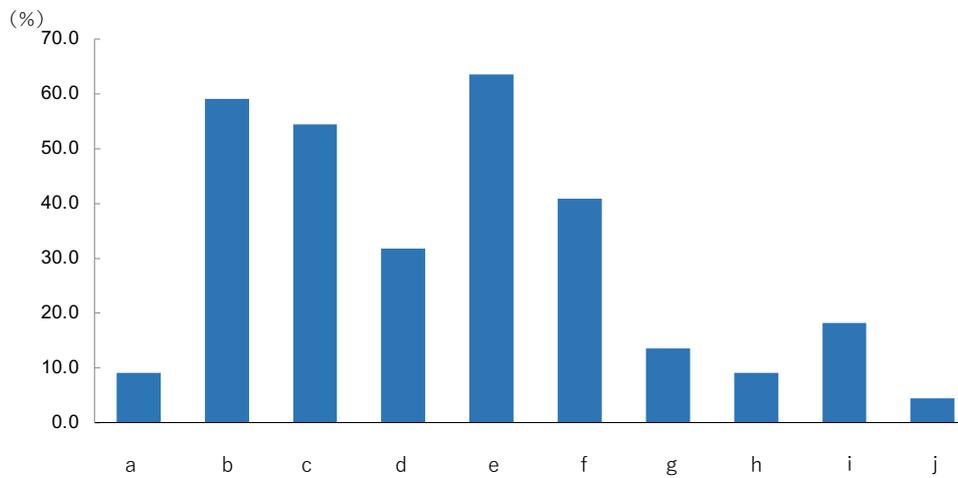
質問20 受診・対面相談を対象とした心理的介入を行った相談者が既に精神疾患の診断を受けている場合の内容の件数 (N=83, %)



質問21 心理的介入を行った症状ごとの件数 (N=83, %)

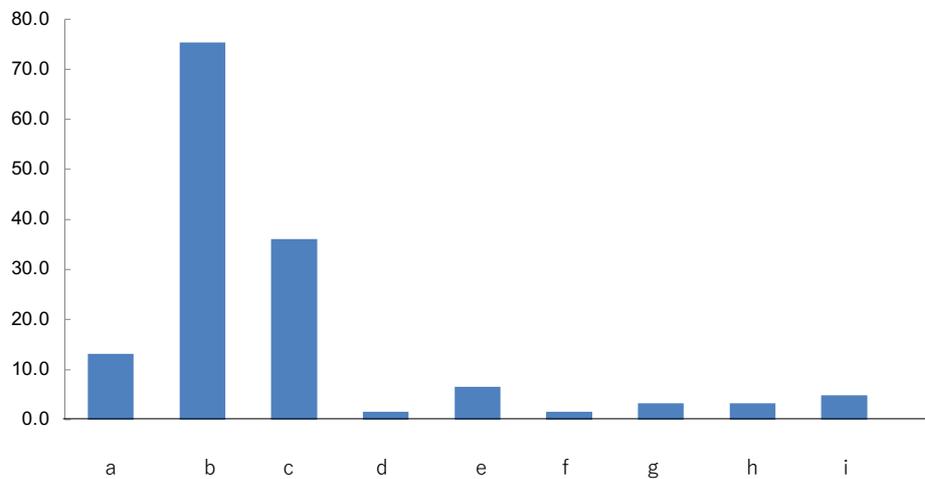


質問22 精神保健福祉センターでコロナ禍において介入を行った内容 (N=22, %)



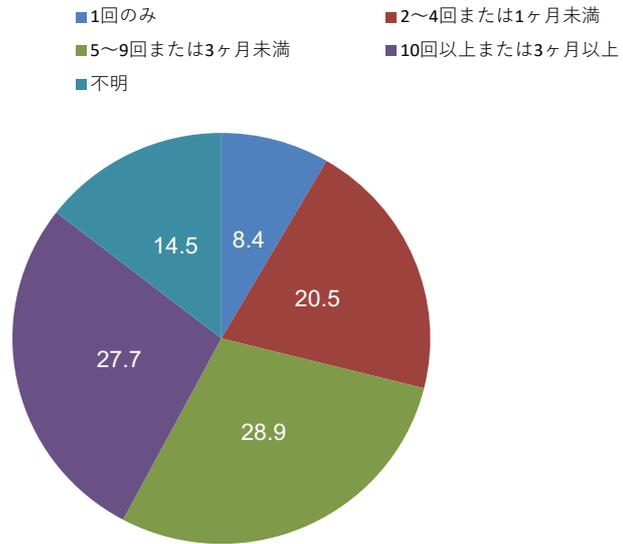
- a. 特に何もしていない b. 健康相談 c. 対処法に関するパンフレットを渡した
 d. 勉強会の開催 e. 医療機関への紹介 f. 個人カウンセリング g. グループカウンセリング
 h. サイコジカル・ファースト・エイド i. その他 j. 不明

質問23 医療機関でコロナ禍において介入を行った内容 (N=61, %)

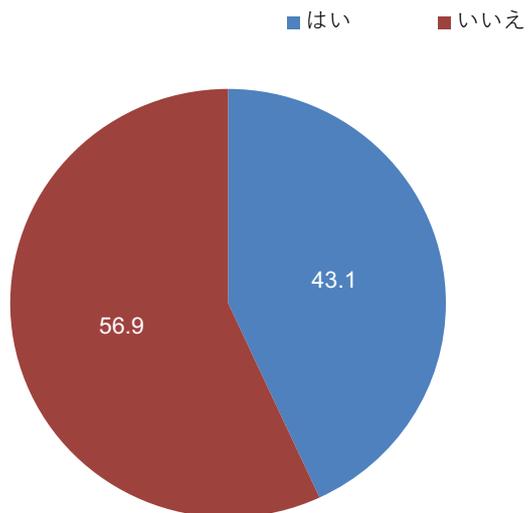


- a. 特にしていない b. 支持的傾聴 c. 個人カウンセリング d. グループカウンセリング
 e. サイコジカル・ファーストエイド f. 認知行動療法アプローチ g. 森田療法的アプローチ
 h. 力動精神療法アプローチ i. その他

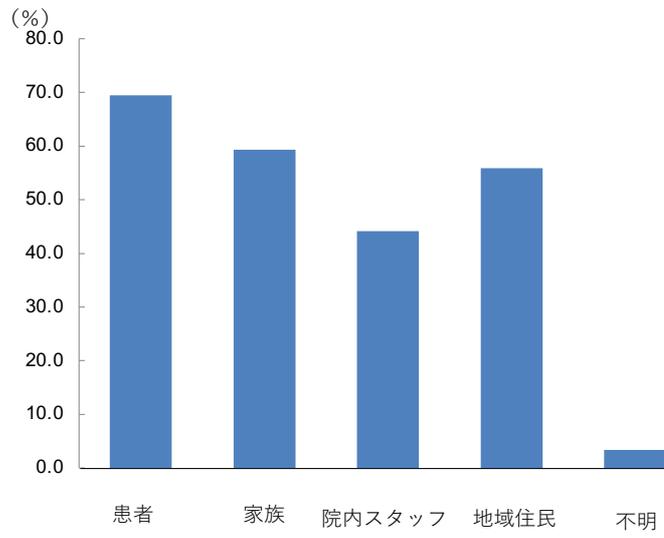
質問24 平均的な介入の回数または期間 (N=83, %)



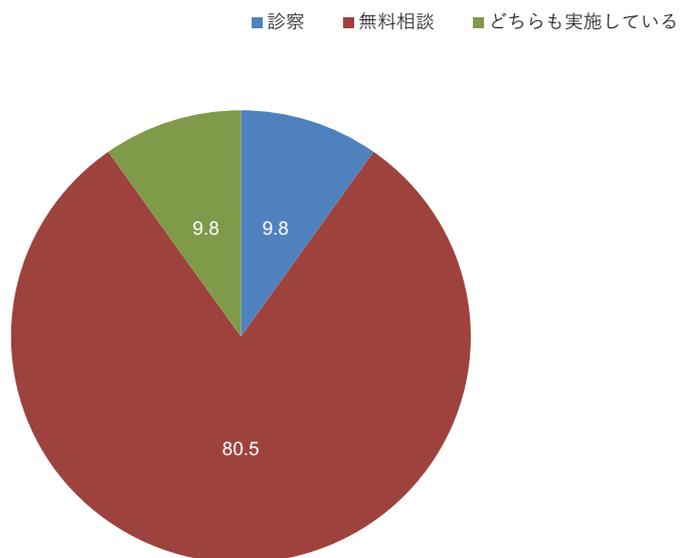
質問25 電話またはメールによる新型コロナウイルスに関する相談を行っているか (N=137, %)



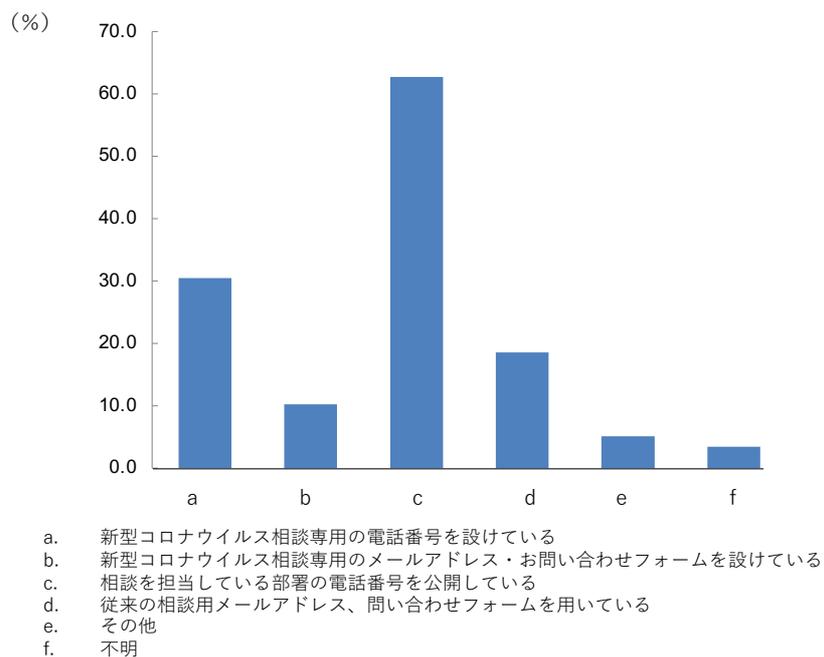
質問26 電話またはメールによる新型コロナウイルスに関する相談対象 (N=59, %)



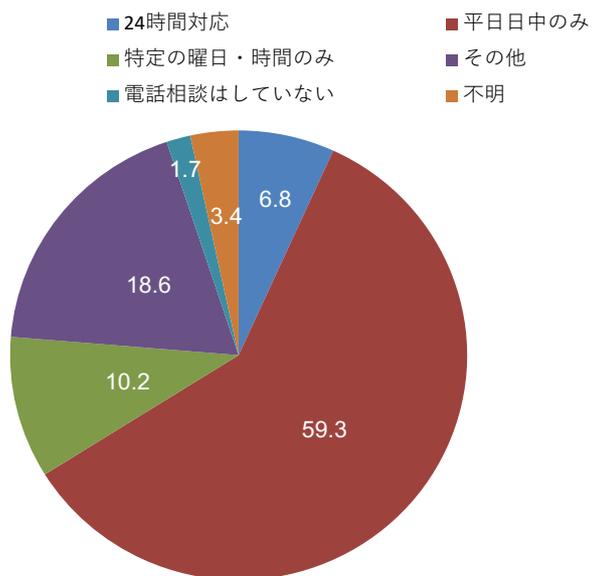
質問27 電話またはメールの相談は有料か無料か (N=41, %)



質問28 リモート相談で設けている相談窓口 (N=59, %)

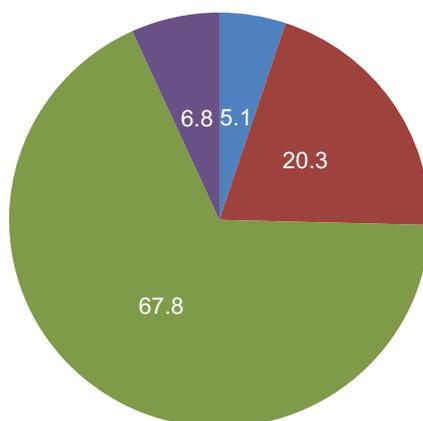


質問29 電話相談を実施している受付時間 (N=59, %)



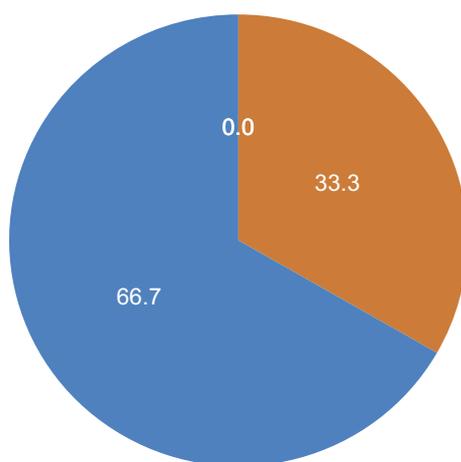
質問30 相談メールを受け付けてから回答するまでの時間を決めているか (N=59, %)

■決めている ■決めていない ■メール相談はしていない ■不明

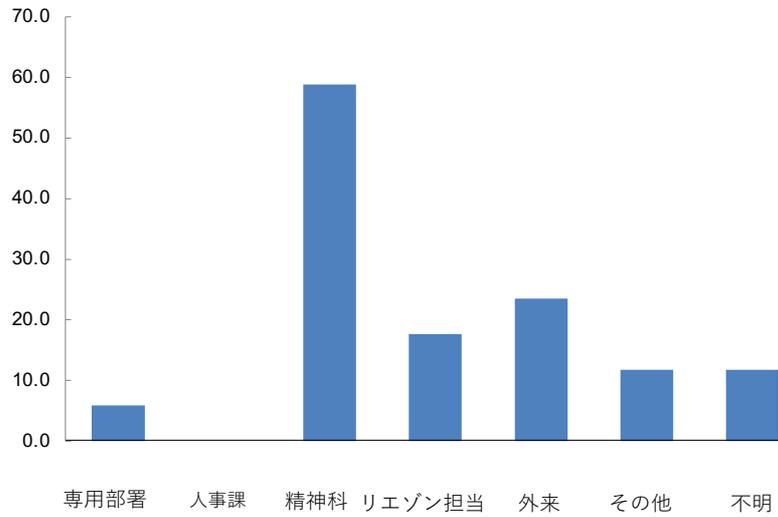


質問31 相談メールを受け付けてから回答するまでの期限 (N=3, %)

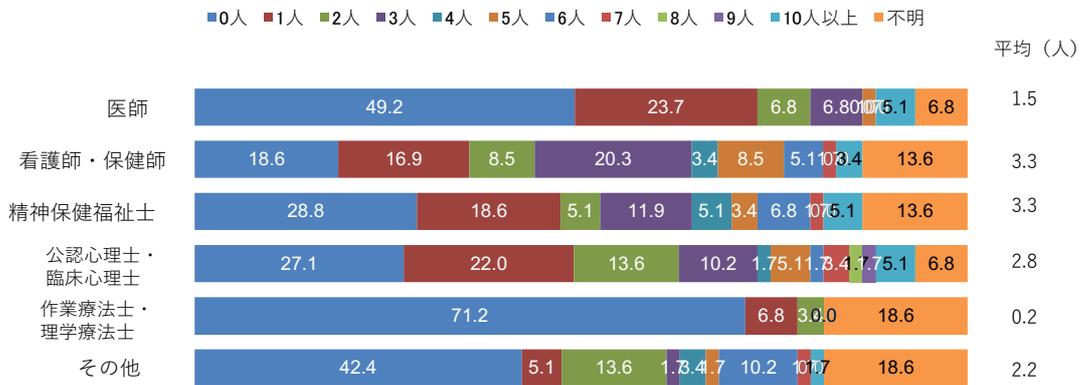
■1時間以内 ■2時間以内 ■3時間以内 ■4時間以内 ■5時間以内 ■その他 ■不明



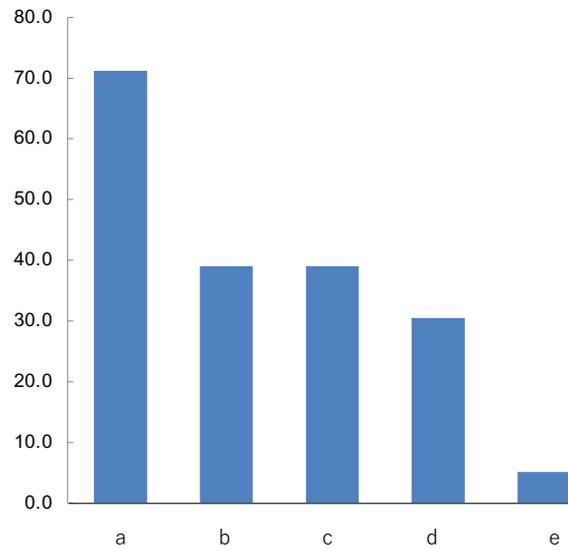
質問31 電話またはメール相談を担当している部署 (N=17, %)



質問32 電話またはメール相談を担当しているスタッフごとの人数 (N=59, %)

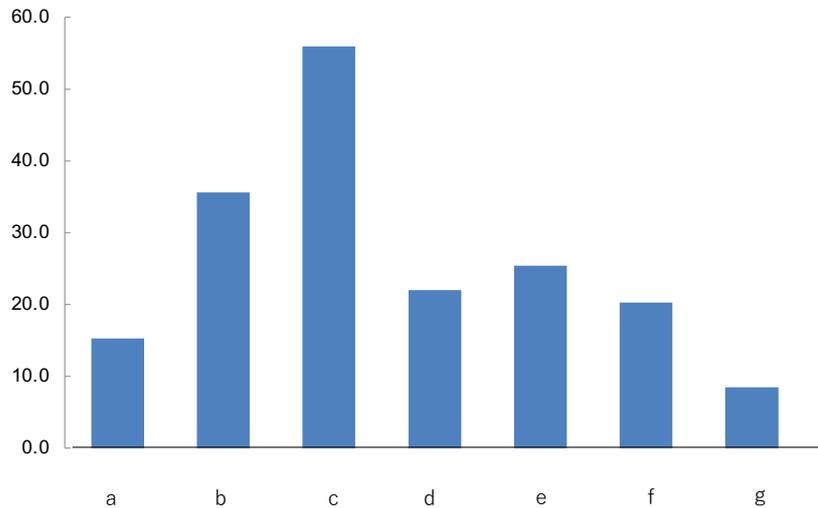


質問33 電話またはメール相談の周知手段 (N=59, %)



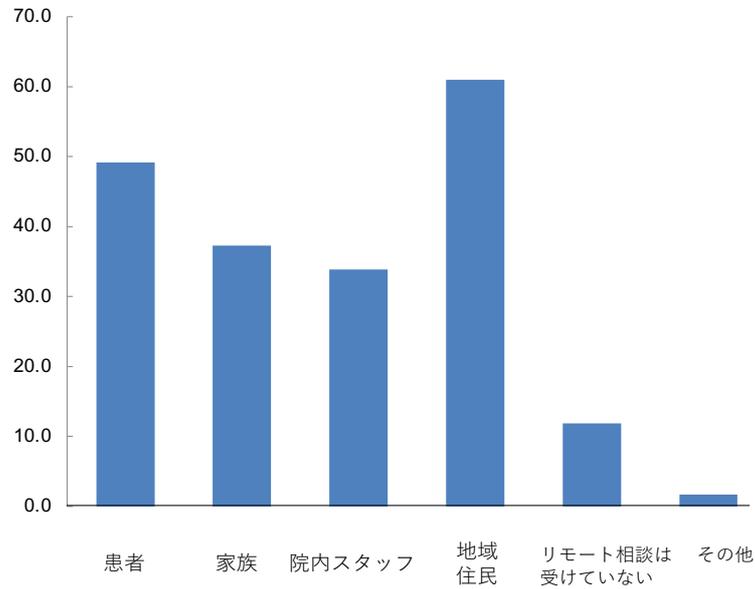
- a. ホームページに記載している b. ポスターやチラシを掲載している
c. 広報、自治体報に掲載している d. その他 e. 不明

質問34 リモート相談を担当しているスタッフのサポートのために取り組んでいること (N=54, %)

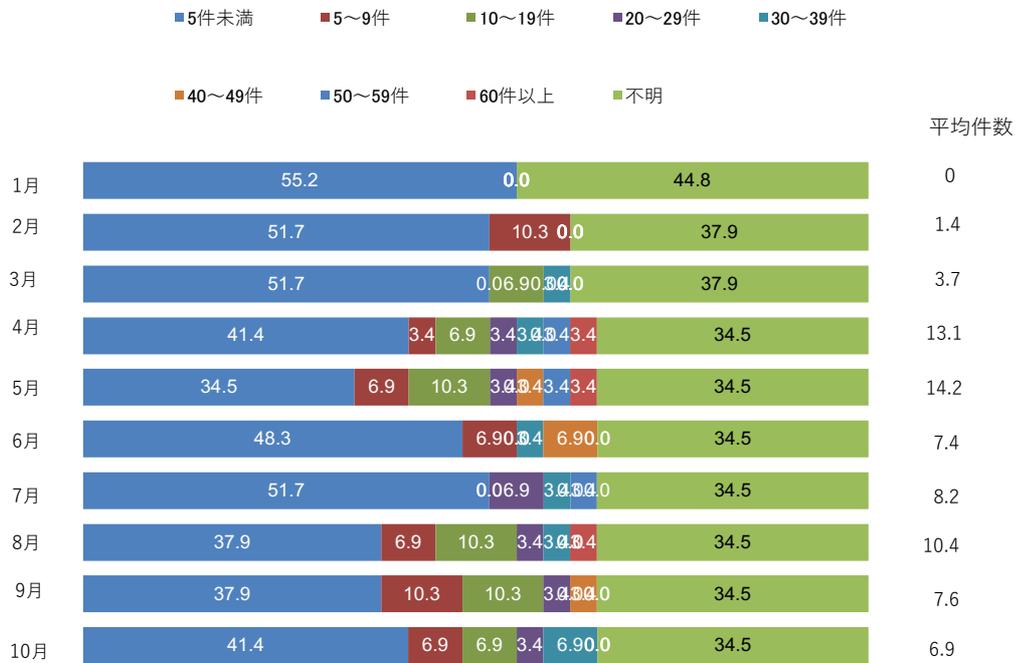


- a. 相談ガイドラインの提供
b. 相談に当たるスタッフへのコンサルテーション
c. 相談にあたるスタッフ間でのカンファレンス
d. 対応マニュアルの作成
e. 相談にあたるスタッフの負担に対する支援 (環境調整、カウンセリングなど)
f. その他
g. 不明

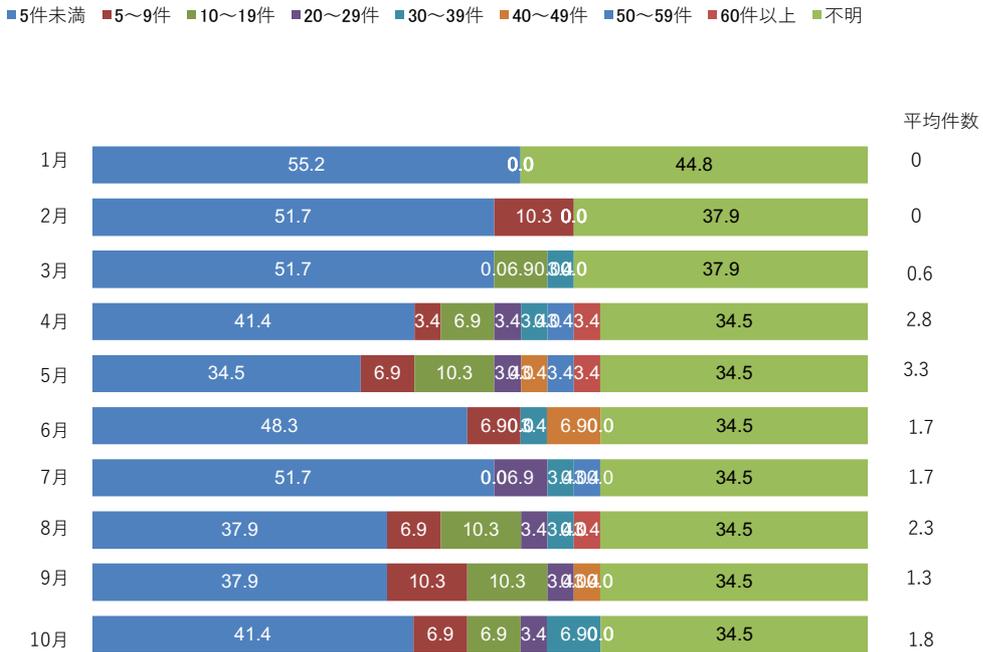
質問35 電話またはメールによる相談者の内訳 (N=59, %)



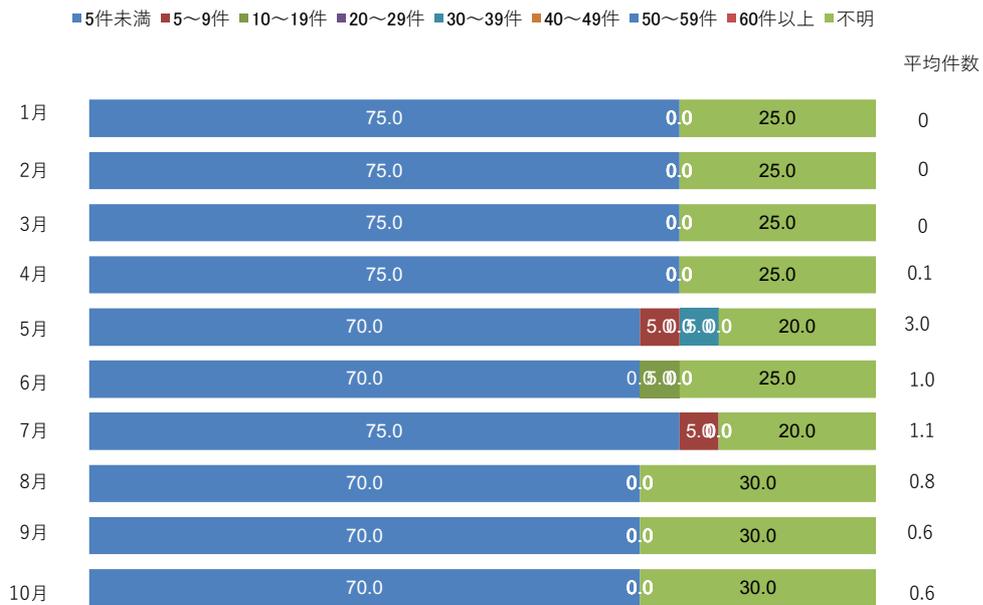
質問36 電話またはメールで患者からの相談対応を行った月ごとの件数 (N=29, %)



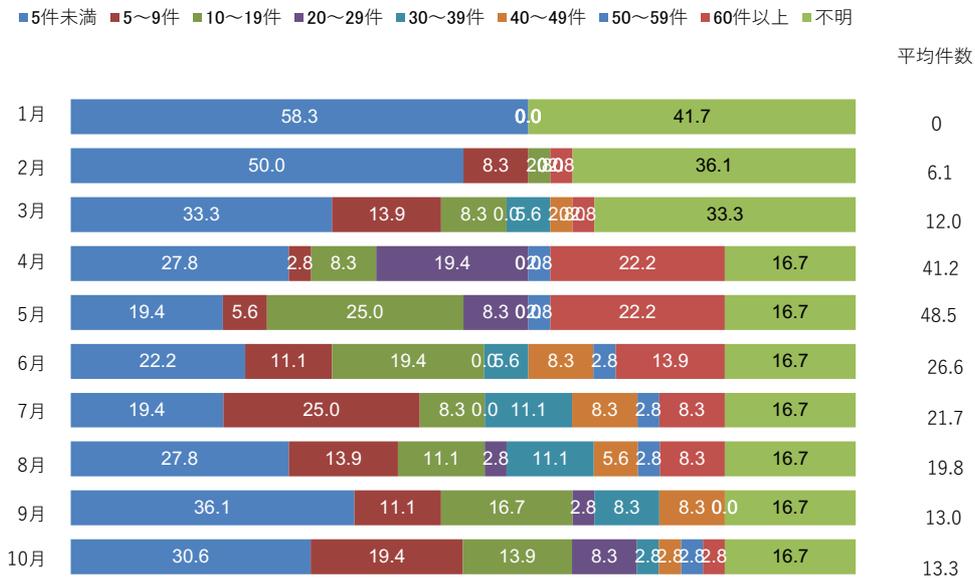
質問37 電話またはメールで家族からの相談対応をおこなった月ごとの相談件数 (N=22, %)



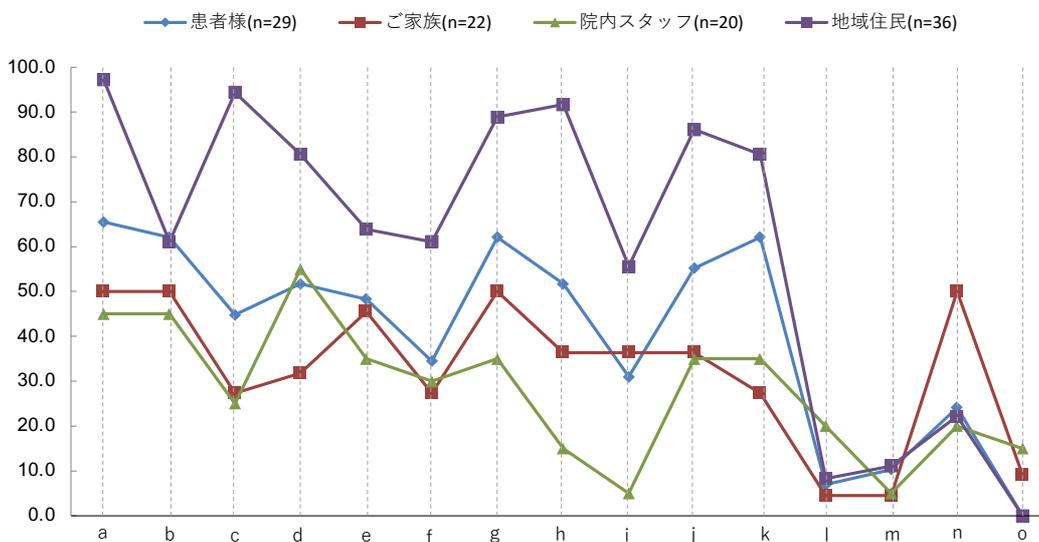
質問38 電話またはメールで院内スタッフからの相談対応をおこなった月ごとの相談件数 (N=20, %)



質問39 電話またはメールで地域住民からの相談対応をおこなった月ごとの相談件数
(N=36, %)



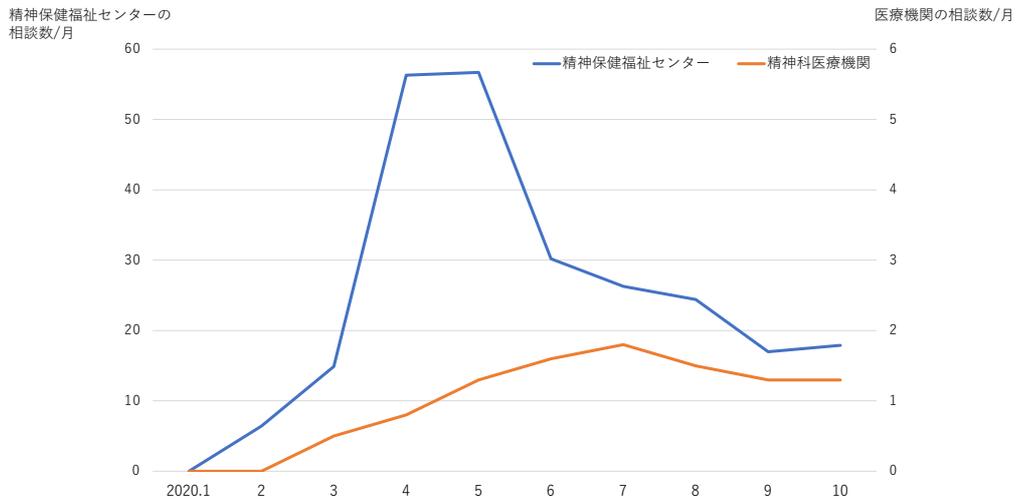
質問40 電話やメールにおける相談の内容



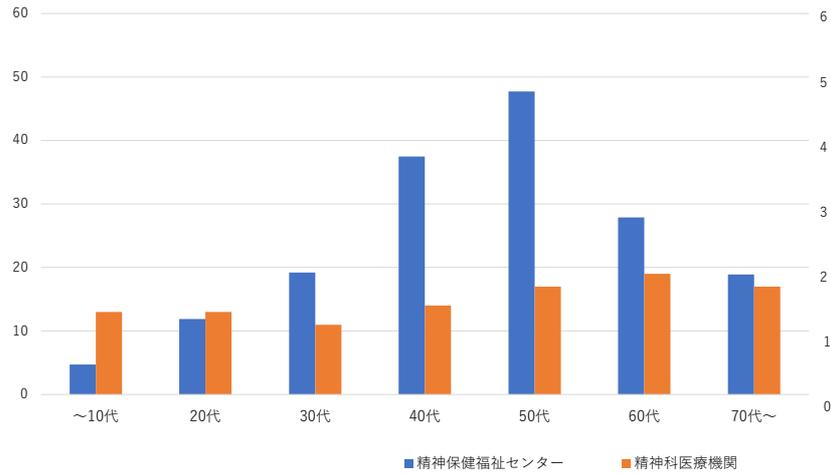
- a. 自身が感染することへの不安恐怖 b. 家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖
 c. 予防行動への疲労 d. 職場環境の変化による負担疲労 e. 偏見や差別
 f. コロナ感染症に関する情報不足 g. 人間関係の困難 h. 仕事や経済状況の困難
 i. 学業の困難 j. 抑うつ症状について k. 不眠について l. 燃え尽きについて
 m. PTSDについて n. その他 o. 不明

資料3 表1 アンケート結果の概略

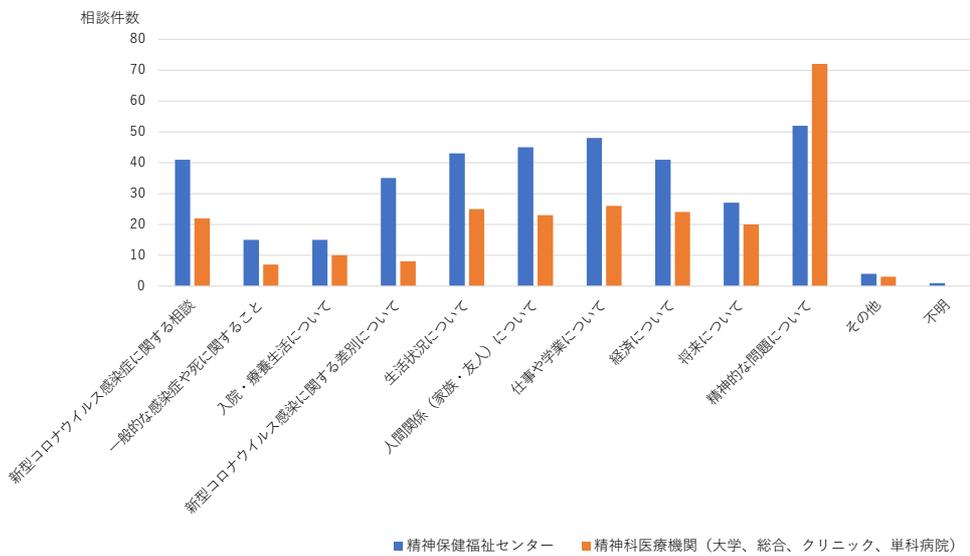
	精神保健福祉センター		精神科医療機関	
		%		%
アンケート送付	69		931	
アンケート回答あり	55	80	194	21
総合病院/大学病院精神科			67	
精神科クリニック			84	
単科精神科病院			43	
相談を受けたことがある	53	96	84	43
総合病院/大学病院精神科			33	
精神科クリニック			34	
単科精神科病院			17	
相談方法（複数回答可）				
電話	53	100	22	26
eメール	4	7.5	4	4.8
受診・対面	15	28	80	95
相談件数（1-10月総計、施設平均）				
電話	236		9	
eメール	2		2	
受診・対面	11		7	
男女別の相談件数（1-10月総計、施設平均）				
女性	152		6	
男性	87		4	
緊急性の高い相談				
あり	15	28	28	33
件数（1-10月総計、施設平均）	5.6		4.3	
心理的介入				
あり	22	41	61	72
心理的介入の回数または期間				
1回のみ	5	23	2	3
2~4回または1ヶ月未満	4	18	13	21
5~9回または3ヶ月未満	1	4	23	38
10回以上または3ヶ月以上	7	32	16	26
不明	5	23	7	12
リモート相談				
実施あり	42	79	17	20



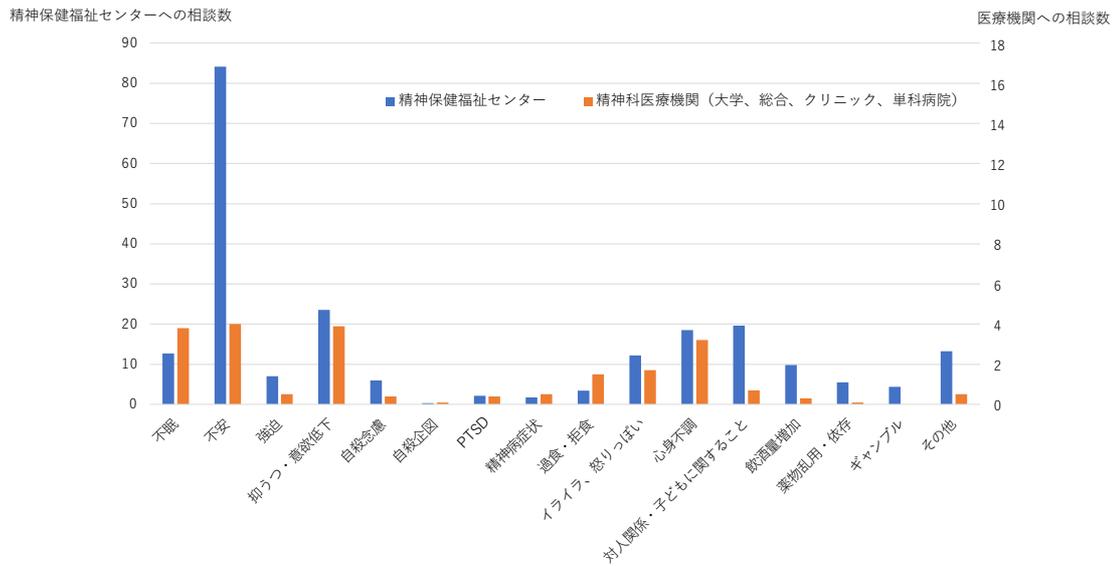
資料3 図1 月ごとの相談件数



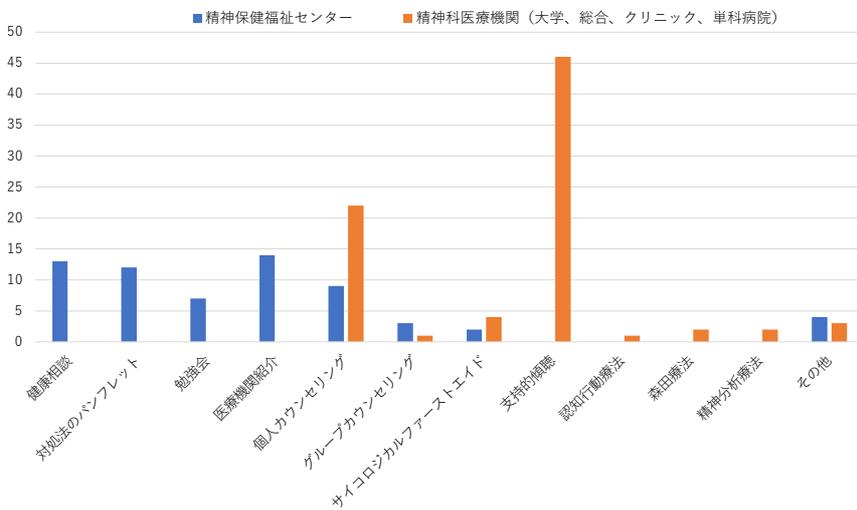
資料3 図2 年代別の相談件数



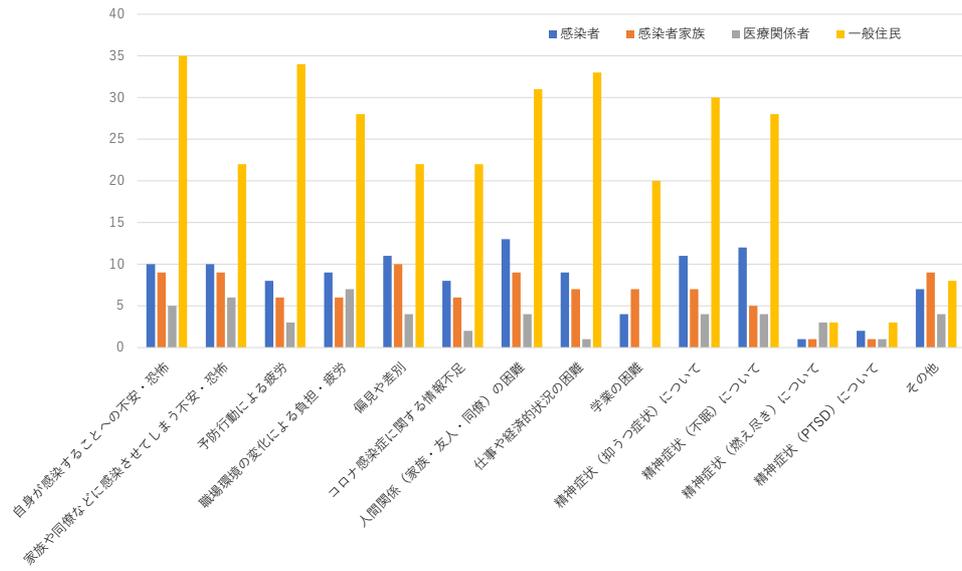
資料3 図3 相談内容別の件数



資料3 図4 精神的問題の内訳



資料3 図5 心理的介入の方法別件数



資料3 4747図6 精神保健福祉センターに寄せられたリモート相談の件数

(資料 4)

RAPID-psychological first aid (PFA)の紹介

研究分担者：堀之内徹（北海道大学）

研究協力者：大矢希（京都府立医科大学）、香田将英（宮崎大学）、安藝森央（京都大学）、入来晃久（大阪精神医療センター）、吉田和史（京都大学）、小川雄右（京都大学）

4-1. Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid について

・概要

ここでは、2017 年に出版された最新の Psychological First Aid (PFA、心理的応急処置)である John Hopkins Guide to Psychological First Aid (RAPID-PFA)の内容を紹介します。PFA は、災害などの危機的状况によって心理的苦痛を受けている人に対して、人道的、支持的、そして実際的な心理的支援を行う具体的な方法論です。PFA の歴史は古く、第一次世界大戦中の戦争神経症への治療から始まったとされ、その後起きた様々な災害や戦争において適用されていく中で徐々にブラッシュアップされてきました。そのためこれまでに複数の組織から PFA ガイドが発表されています。例えば、2006 年にアメリカ国立こどもトラウマティック・ストレスネットワークとアメリカ国立 PTSD センターが合同で発表したもの (Brymer et al. 2006) や、2011 年に世界保健機関 (World Health Organization: WHO) が発表したもの (WHO. 2011)が知られており、そのどちらの PFA ガイドも日本語に訳されています。

・RAPID-PFA の特徴

RAPID-PFA は、エビデンスに基づいて理論が構成され、その検証も行っているという点で独創的なモデルと言えます。著者らは、ストレスが人間に与える影響やストレス管理の分野における過去の文献を広くレビューし、様々な仮説や臨床的定式化を考慮した上で RAPID-PFA の理論的基盤を構成しました。そしてその効果検証として、1500 人以上が参加した研究などでレジリエンスが向上したこと (Everly et al. 2014)、またランダム化比較試験では深呼吸のみと比べて PFA の方が苦痛をより改善させることが分かっています (Everly et al. 2016)。

また、RAPID-PFA は従来の PFA と比べると、心理的トリアージを重視しています。影響を受けた人々の状態に優先順位を付け、緊急性も重要性も高い人には直ちに支援を開始する一方で、そうでない人にはレジリエンスによる回復を期待したり、不要な介入をすることによるリソースの無駄遣いを避けたりすることを明示しています。

さらに、RAPID-PFA は介入方法に認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) の要素を取り入れており、この点が従来の PFA と明確に分かれる点です。影響を受けた人々は不合理な思い込みや非現実的な判断に至る場合があり、そのような考えを持っていることでさらに機能不全が強まることがあります。このような場合に、認知リフレーミングを用いることで歪んだ思考の修正を手助けすることができます。RAPID-PFA では通常の CBT セッションのように長時間・複数回に渡って CBT を実施することはしませんが、簡易で低強度の CBT を早い段階に実施することで、不合理な思い込みが固定化する前に介入することができます。

このような特徴から、RAPID-PFA を「危機対応時における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド」(Inter-Agency Standing Committee 2007)に位置づけると、図 2-1 のようになります。認知行動療法のアプローチは、その専門性の高さから主に精神保健分野で精神科医を始めとした各専門家によって実施されており、一方で、従来の PFA はプライマリケア分野の医療従事者や訓練を受けた市民によって担われてきました。RAPID-PFA は、認知行動療法と従来の PFA のその丁度中間に位置しており、従来の PFA よりやや介入の強度を上げることができるため、より専門的な支援を提供できると考えられます。

4-2. Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid 各章の紹介

第一部 科学的な背景

第1章：PFA の定義と歴史

第2章：外傷体験における心理学的反応 現場で遭遇する状況

第3章：災害に端を発した PFA の概要

第二部 PFA の実践

(RAPID は、PFA のモデルを構成する各段階の頭文字から構成されています)

第4章：R (Rapport, Reflective listening) — ラポールの確立と聞き返し

第5章：A (Assessment) — 評価 | 話を聞くこと

第6章：P (Psychological Triage, Prioritization) — 心理的トリアージ | 優先順位付け

第7章：I (Intervention) — 苦痛の軽減のための介入戦略

第8章：D (Disposition) — 締めくくりと継続的ケアへのアクセスの促進

第9章：セルフケア | 他者のケアは自分自身のケアから始まり終わる

この本は第一部と第二部から構成されています。第一部では、まず PFA を定義し、そしてその歴史や変遷を過去の災害や戦争を参照しながら PFA の科学的背景を説明しています。そして第二部では PFA の実践方法について「R・A・P・I・D」の項目ごとに分かりやすく紹介しています。この頭文字から、この PFA は RAPID-PFA とも呼ばれます。

第二部の各章では、シナリオとして PFA 提供者のマットと、台風で被災したクレアという二人の具体的な会話が示され、これを元に詳しく解説が加えられます。さらに、同じ段階でもクレアの症状が異なる複数のパターンが用意されていたり、さらには避けるべき間違いも一緒に紹介されたりしているので、自分自身が PFA を提供するときを具体的にイメージしやすい構成になっています。そして最後に、PFA を提供する中で自分自身がネガティブな影響を受ける場合がありますが、セルフケアを実践することでその影響を受けないようにすることの重要性が語られています。

第1章 PFA の定義と歴史

この章ではまず、PFA の概念が述べられています。PFA は、強いストレス因に暴露された直後から、急性期の苦痛を軽減し、継続的なサポートやケアを行った上で、必要に応じて専門的治療に繋ぐように設計された、支持的なプログラムです。あくまで応急処置であり、診断や治療を必ず伴うものではないと強調されています。その発祥は第一次世界大戦以前にさかのぼり、これまで世界各国で支持されてきました。

PFA の骨格は、ラポールの形成と聞き返し、評価、心理学的トリアージと優先順位付け、苦痛を軽減のための介入、締めくくりと継続的ケアへのアクセスの促進、となっています。また、セルフケアおよび対人ケアは PFA における必須要素であると強調されています。

Johns Hopkins 版の RAPID PFA モデルは、理論とエビデンスによって構築されている点、その上で経験的に妥当性が検証されてきているという点で、他に類を見ないものです。

第2章 外傷体験における心理学的反応、現場で遭遇する状況

様々な現場で PFA を提供する人には、心的外傷後ストレス障害(post-traumatic stress disorder: PTSD)、大うつ病、全般性不安障害、パニック障害、物質使用障害、心身ストレス反応といった疾患や状態が起きる場合がありますが、この章ではその症候、反応の性質、一般的な有病率が説明されています。

PFA の提供によって、被災した人の 25%程度がその効果を感じることができると推定されています。災害直後には高度なケアを必要になる一方で、多くの人がその体験から立ち直っているという事実も知られています。PFA を提供する者としては、ストレスによって様々な苦痛や機能不全が生じることを念頭においたうえで、個々人が診断基準を満たすかよりも、個々人の症状が日常生活にどのような影響を及ぼしているかについてよく検討する必要があります。

PFA の介入を実践するときには重要なのは、その出来事によって影響を受けた人々に何が起きたかということではなく、人々がそれをどのように受け取るか、という点です。なぜなら起きてしまったこと自体は変えられませんが、自分自身の反応はコントロールできる可能性があるからです。この考えを意識することで、どのようにすれば症状を軽減できるかということを理解しつつ PFA を提供することに繋がります。

第3章 災害に端を発した PFA の概要

この章では、過去に人類が経験した自然災害、科学技術災害、人為的災害、戦争の 284 の報告に基づいて、米国内での出来事を中心にその心理的影響を紹介しています。自然災害としては、ハリケーン、地震、津波などの事例から、その影響の程度は災害自体の強度や人口密度、警報システムによって変わることが示されています。科学技術災害は、原子力発電所事故や原油流出事故など、危害を加える意図のなかった災害と定義され、人為的災害は、地下鉄サリン事件、9.11 アメリカ同時多発テロ事件など、危害を加える意図のある災害と定義されています。科学技術災害や人為的災害は、自然災害より PTSD の有病率が高いことが知られています。また戦争については、外傷性脳損傷や、PTSD・自殺・うつ病などの心理的影響があることがレビューされています。

これらの災害による心理的影響については、社会的なサポートや自己効力感、ストレスや精神疾患の有無などの要因が関わることが明らかになっているため、PFA を提供する際にはこれらの要素を考慮することが重要です。

第4章 R (Rapport, Reflective listening) — ラポールの確立と聞き返し

ラポールとは、相互を信頼し合い、安心して自由に振る舞ったり感情の交流を行ったりできる関係が成立している状態のことです。ラポールは、相手に寄り添うことから始まります。ラポールには、冷静さや自信に裏打ちされた平常心と、心からの思いやりという共感性が必要です。そしてラポールの形成するときには、相手のコミュニケーションのあり方が、認知的に寄っているのか、感情的に寄っているのかを認識しておく必要があります。認知的な状態の人には情報を伝えることが重要で、感情的な状態の人にはケアやサポートが必要です。

そして聞き返しの技術は、ラポールの形成に役立ちます。聞き返しの目的は、理解されているのだと相手に感じてもらうことです。その具体的な方法は様々なレベルのものがああり、例えば、うなずきなどの非言語的なものや、「はい」「なるほど」など短く返答するもの、相手が言ったことの言い換え、そして重要な部分の簡潔な要約などの方法もあります。このような方法によって、今持っている感情を認めたり、それを受け入れやすくしたり、混乱を軽減したり、希望を持てるように支援することになります。

ラポールは、苦痛を感じている人が最も必要としているものであることでもあるので非常に重要です。そして、効果的な PFA を行うためには、ラポールの確立は重要な前提条件になります。

第5章 A (Assessment) — 評価 | 話を聞くこと

評価は、ラポールの確立後に引き続いて行うもので、詳細な評価が必要かどうかふり分けるスクリーニングと、詳細な評価である吟味、という2つステップに分けられます。スクリーニングでは、相手に援助が必要だという根拠があるか、適応的な機能や能力が損なわれているか、精神症状・

行動面における適応能力を詳しく調べる必要があるか、について検討します。これらに一つでも問題がある場合、吟味のステップに移ります。

吟味のステップでは、いまの状態が、苦痛という軽度のレベルでとどまっているか、機能不全のレベルに陥っているかを判定するために、認知・感情・行動・精神・身体のそれぞれ面の徴候について確認します。機能不全かどうかを多面的に評価することで、不必要な介入をしてしまうことを避けたり、また影響を受けた人々が自然に改善するのを妨げないようにしたりできます。

また、支援者が気をつけるべき点として、解決を急ぐあまり、相手が表現した反応を正常なものだと判定しやすくなる場合があること、逆に相手の反応を病理的なものと捉えすぎてしまう場合があることが挙げられています。

第6章 P (Psychological Triage, Prioritization) — 心理的トリアージ | 優先順位付け

第6章の心理的トリアージは、第5章の「評価」の段階と分けるのではなく、継ぎ目なく統合して実施することが大切です。PFAなどの心理社会的サポートの必要性は、影響を受けた人々の数、それぞれの症状、具体的なニーズなどの相対的な緊急性によって決まるため、優先順位を付ける必要があります。優先順位付けには、身体的に救急医療が必要ないか、水や食料が足りているか、安全が確保されているか、という基本的なニーズの確認を最初に行い、その上で、トラウマに暴露された程度、罪悪感、解離反応、抑うつ症状、人の遺体をみた体験、頭部外傷などから心理社会的なニーズを考える必要があります。その際、危機反応の3徴（衝動的な行動の傾向、自身の行動の結果を理解する能力の低下、未来志向の急激な喪失や無力感）が参考になります。これらの観点から心理的トリアージを行い、緊急性と重要性に応じて、介入不要、要経過観察、要介入を決定します。

※より具体的な心理的トリアージの実践方法については、本マニュアル第4章(■具体的なページ)を参考にしてください。

第7章 I (Intervention) — 苦痛の軽減のための介入戦略

この章では、急性期の苦痛を軽減するための様々な介入方法が説明されています。まず基本的な介入としては、食料や安全などの基本的なニーズを満たすこと、感情的な表出を促すことなどがあります。何がなぜどんな風に起きたか解説したり、その状況で起きるのが一般的なストレス反応や一般的でないストレス反応を説明したり（解説的ガイダンス）、今後起きる可能性のある反応の見込みを伝えるという方法（予測的ガイダンス）もあります。

認知的リフレーミングという介入は、認知行動療法を基盤としています。影響を受けた人々は、その苦痛のせいで非合理的な思い込みを持ち、不正確な判断や非現実的な解釈に至ることがあります。こういった状況では、認知的リフレーミングを行うことによって、人々がこれらの思考があることを理解し、自分の考えがどれくらい現実的なのか評価し、歪んだ思考の修正を手助けすることができるようになります。

※より具体的な、簡易型・低強度の認知行動療法の実践方法は、本マニュアル第6章(■具体的なページ)を参考にしてください。

また、ストレスマネジメントとしては、7-9時間の睡眠を取ることで、バランスの良い食事での栄養を取りつつカフェインなどの有害物質の過剰摂取をさけること、呼吸法などでリラクゼーションを実践すること、週5日30分以上の運動をすることなどが紹介されています。

他にも、未来志向を持つこと、家族や友人の協力を得ること、重要な決断を先延ばしにすること、また信仰に基づいた介入についても触れられています。なお、介入時の全般的な注意点として、守れない約束をしないこと、人はそれぞれ反応の仕方が違うことなどが挙げられ、特に、自然な回復

力（レジリエンス）を妨害しないようにすることが重要であると強調されています。

第8章 D (Disposition) — 締めくくりと継続的ケアへのアクセスの促進

RAPID の締めくくり段階は、フォローアップやより高次のケアへの紹介を除けば最後の介入になるため非常に重要です。この段階では、苦痛や機能不全が軽減しつつある状況を、さらに補強するような介入が望まれます。具体的には、前回までの面談の要点をまとめ、いまの状態を尋ね、次のステップのための計画を立てます。次のステップとして、その人が自立できていればフォローアップだけで良いでしょうし、やや心もとない場合は友人・家族などのサポートを計画することが考えられます。希死念慮など緊急性が高い状態があれば、救急隊による病院への搬送に付き添ったり、カウンセラーへ紹介したりすることも検討すべきです。締めくくり段階の全体を通して、必要な場合は高次のケアへアクセスを躊躇しないように推奨すること、その人が利用できるリソースにはどんなものがあるか認識しておくこと、そして希望や励ましの声掛けをすることが重要です。

第9章 セルフケア | 他者のケアは自分自身のケアから始まり終わる

この章では PFA の提供者は、影響を受けた人々との交流を通して自分自身も苦痛を経験する場合があります。そして対処法としてセルフケアが重要であることが示されています。

例えば徴候として、喪失感を感じる、自分の欲求をおろそかにする、リフレッシュの時間がない、認められていないと感じる、共感できなくなる、集中力が落ちる、いらいら・疲れ・不眠がある、物質の使用が増える、人間関係が悪くなる、などが知られています。またこれらの状況によっては、燃え尽き（バーンアウト）、二次的外傷性ストレスに至る場合もあります。これらのリスクファクターとして暴露の期間・頻度・種類があり、例えば家族によく似た人が被災しているのを目撃したなど、人によって影響の受け方が異なるため自分自身の特徴をよく知っておくことが重要です。

セルフケアでは、自分自身の心理的・身体的・精神的な欲求のバランスを調整します。より健康的になり、機能的になれることを目指す一方で、セルフケアは生涯続くような長いスパンの実践であることを意識してください。具体的な方法としては、睡眠、バランスの良い食事、散歩、音楽を聞く、大笑いする、子供と遊ぶ、仕事を引き受けすぎないなど様々ですが、自分にあったセルフケアの方法を実践することが大切です。また組織的な実践方法としては、PFA 提供者の先輩からスーパーバイズをうける、お互いに心理状態をチェックし合うバディシステムを構築する、などの方法もあります。

4-3. 流行性感染症に対して PFA はどのように用いられてきたか

- ・過去の研究から分かっていること

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を始めとした流行性感染症によって様々な精神的不調をきたす可能性があります。PFA がそのような状況に対して効果があるのでしょうか。

オーバerviewという手法で過去の文献を調べたところ、実は、流行性感染症に対して PFA を提供した研究の数は実はあまり多くなく、ランダム化比較試験のようなエビデンスレベルの高い研究がほとんど確認できないことが分かりました。ただし、現状でもいくつかのことは分かっているため、過去の運用状況を理解し、より効果的な支援の仕方、支援する際に気をつけておくことをイメージしましょう。

まず、バーンアウトの測定に関して PFA のトレーニングを実施することで、医療従事者自身にポジティブな変化が出ることが分かっています（De Jong, 2019）。具体的には、人々の反応が理解できるようになる、感情をコントロールできるようになる、友人・家族・同僚との関係が良くなる、セルフケアが上手になる、という変化を実感するようになったということです。また、PFA のトレ

ーニングは看護師などの医療従事者だけでなく宗教的指導者や検疫関係の仕事を持つ人を対象としたり、対面でなく電話やビデオ通話などの手法で実施されたりするなど、幅広いセッティングで用いられていることが分かりました（UNICEF 2016, International Federation of Red Cross Red Crescent Societies 2019）。他にも PFA 単独ではなく CBT やほかの治療介入と一緒に提供された報告もありました（Waterman et al. 2018）。

過去の研究から言えることとして、流行感染症状況での PFA は有効性が少しずつ明らかになってきていますが、その実践に関しては研究が少ないため今後も知見を蓄積することが重要です。特に RAPID-PFA についてはその普及に向けて活動するとともに効果検証していくことが望まれます。また同時に、CBT や遠隔心理支援についても流行感染症状況での効果検証をしていくことが必要です。

・PFA の提供者が気をつけておくべきこと

PFA の提供にあたっては、PFA の提供者が自分自身を精神的に充足させるために必要なものを理解しておく必要があります。これは、自分自身を精神的に満たす方法をよく知らなければ、PFA の提供がスムーズに進まなくなることが分かっているためです。また、PFA をスムーズに提供するには、PFA のトレーニングのための学習環境をきちんと用意すること、PFA が地域のニーズに合っていること、関係者と十分なコミュニケーションを取ることが重要である、ということも分かっています。

そして、感染者が社会からどのように受け止められるかということも意識する必要があります。エボラ出血熱の例では、退院後に地域住民から差別された事例（Estart et al. 2017, Denis et al. 2017）もあり、スティグマの問題には敏感である必要があります。COVID-19 に感染した人についても、その感染に至った行動が非難されたり、必要以上に行動制限を課されたり、仕事やキャリアに影響が出る可能性があり、さらには本人だけでなく家族にも批判の矛先が向かう場合があります。そのため感染した人と関わる際にはこの苦しみに留意すること、そして社会に対してはスティグマが減るように働きかけることが望まれます。

・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対して、想定される PFA の使い方

ここでは RAPID に沿って、COVID-19 に感染した人に対してどのように支援をするのかを考えてみましょう。感染した人の訴えることとして、咳、発熱、筋肉痛、倦怠感、息切れ、嗅覚・味覚障害などの身体症状に加えて、不安、抑うつ気分、不眠、いらいら、飲酒量の増加などの精神的不調についても語られる可能性があり、そして二次的な影響として家族と会えない、仕事に行けないなどの社会的な問題が起きるかもしれないことに留意しておく必要があります。さらに COVID-19 は他の自然災害などと違って、感染者が他の人を感染させてしまうかもしれないという性質があります。そのため、家族やほかの人にうつってしまった罪悪感や、今後うつしてしまうかもしれない不安が強く出現する可能性があることも意識しておきましょう。

まずはラポール（R）を確立するために、相手に寄り添い、共感を持って接します。咳の苦しきや先の見えない不安を傾聴し、ときには話の内容を簡潔にまとめるなど聞き返しの技術を用いて、相手の話をきちんと理解していることを伝えるようにします。うまくいっているときはこちらの返答に対して相手が「そうなんです」と応えるなど、こちらが理解していることが伝わっているサインが出る場合があるので、これについて注意しつつラポールの確立に努めます。

評価（A）の段階としては、死にたいと口にするなど介入が必要な根拠がないか、必要以上に自分を責めるなど適応的な機能に影響が出ていないかをスクリーニングし、少しでも疑わしければ詳しく吟味します。吟味のステップでは、いまの状態が感染に伴って自然に感じるような軽度の苦痛に留まるのか、不安のあまり何の行動もできないなど機能不全に至っているのかを判定します。認知・感情・行動・精神・身体からの多面的な評価として、例えば、集中力の低下や解離症状などの認知の問題、いらいらやパニック発作などの感情の問題、食事量の変化やアルコールの多飲などの行動の問題、信仰を疑うなどの精神的な問題、性欲の低下や胃腸機能の変化などの身体的な問題が

出ていないかどうか確認します。

そして評価からの一連の流れで心理的トリアージ (P) も行います。まずは COVID-19 によって身体的な医療が必要な状態になっていないか、ということは常に念頭に置く必要があります。自宅待機の場合では、水や食料の確保も問題になるかもしれません。また安全性の確保としては連絡手段を確認しておくが重要です。その上で、精神状態の緊急性・重要性を判断することになります。自傷他害のおそれがあれば、即座に精神医療機関に相談しましょう。また、強いパニックを起こしている、投げやりになっているなどがあれば、重要性が高いといえるでしょう。優先順位がそこまで高くない場合は、一般的な情報提供にとどめて本人のレジリエンスによる自然な回復に期待するという視点も重要です。

※より具体的な心理的トリアージの実践方法については、本マニュアル第4章(■具体的なページ)を参考にしてください。

介入 (I) としては、いま置かれている精神的な状態を解説し、これがこの数日でどのように変化していくのかという見通しを伝えます。身体症状と精神症状がよく結びついている場合は、身体症状の改善傾向に合わせて今ある不安が徐々に改善していくだろうと伝えることもできます。CBT の技法として、例えば不安が強い場合は、腹式深呼吸や漸進的筋弛緩法などを提供することも検討してください。ストレスマネジメントとしては、十分な睡眠、バランスの良い食事、カフェインの過剰を避けるなども重要です。感染のリスクから家族や友人と直接交流することは難しいですが、この状態でも家族や友人とのつながりを感じられるような工夫を一緒に考えるのも良いです。また対面での介入が難しければ、テレビ電話や通話アプリなどによる介入も積極的に検討すべきです。一度の介入で問題がなくなることは少ないため、複数回で徐々に改善に導くことを意識しましょう。

※より具体的な、簡易型・低強度の認知行動療法の実践方法は、本マニュアル第6章(■具体的なページ)を参考にしてください。

そして締めくくり (D) として、励ましの声掛けをして将来への希望が持てるように働きかけます。前提情報として、紹介できる医療機関がどこか、そこではどんなケアをしてくれるのか、COVID-19 感染者を受け入れているかなど、地域の医療資源を把握しておくことが肝要です。また心構えとして、相手が紹介先へ相談することを躊躇しても、その必要性を明確に伝え、必要な医療がきちんと提供されるように関わるのが大切です。具体的には、相談者が自分の世話ができるようになっていれば数日後や1週間後などフォローアップの面談を設定しましょう。やや心もとなければ家族や友人からサポートが得られないか検討し、場合によってはカウンセラーを紹介する場合もあり得ます。死にたいという訴えや、強い思考抑制で会話が全く進まないなどの状態が発覚すれば、直ちに精神科医の受診につなげる必要があります。相手が躊躇したり、相談行動をとれないときは、率先して連絡したり場合によっては紹介先へ付き添うことも検討してください。

最後に、PFA を提供する期間全体を通して、セルフケアを忘れないようにしてください。自分自身が悪影響を受けやすい条件を前もって想像しておいたり、趣味や家族との時間を先に予定表に書き込んでおいたりすることも有効です。また、同僚の医療従事者から心理状態のチェックを受けるなどの組織的な実践方法も取り入れても良いかもしれません。

Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. *National Child Traumatic Stress Network*.

De Jong J. Strengthening evidence for the scaling of psychological first aid in humanitarian settings. www.elrha.org/project/strengthening-evidence-scaling-psychological-first-aid-humanitarian-

settings/ (accessed prior to 1 March 2021)

- Denis-Ramirez E, Sørensen KH, Skovdal M. In the midst of a 'perfect storm': Unpacking the causes and consequences of Ebola-related stigma for children orphaned by Ebola in Sierra Leone. *Child Youth Serv Rev.* 2017;73:445-453.
- Etard JF, Sow MS, Leroy S, et al. Multidisciplinary assessment of post-Ebola sequelae in Guinea (Postebogui): an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(5):545-552. doi:10.1016/S1473-3099(16)30516-3
- Everly, G. S., Jr., Lating, J. M., Sherman, M., & Goncher, I. (2016). The potential efficacy of psychological first aid on self-reported anxiety and mood: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 233–235.
- Everly, G. S., Jr., McCabe, O. L., Semon, N., Thompson, C. B., & Links, J. (2014). The development of a model of psychological first aid (PFA) for non-mental health trained public health personnel: The Johns Hopkins' RAPID-PFA. *Journal of Public Health Management and Practice*, 20, S24–S29.
- Inter-Agency Standing Committee : IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, IASC, Geneva, 2007.
- International Federation of Red Cross Red Crescent Societies, Psychosocial Support in Ebola. Lessons Learned, (2016).
- United Nations Children's Fund, Summary Evaluation of Unicef 's Response to the Ebola Outbreak in West Africa 2014–2015, (2016).
- Waterman S, Hunter ECM, Cole CL, et al. Training peers to treat Ebola centre workers with anxiety and depression in Sierra Leone. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(2):156-165.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers.* World Health Organization.

(資料5)

メンタルヘルスのトリアージ・スクリーニング

3.1 トリアージとは

トリアージ（英語: triage、フランス語: triage）とは、一般的には、重要で最初に扱うべき対象者を選別（および決定）することをいいます。語源は「選り抜く、抜粋する」を意味するフランス語 *trier* から来ているとする説があります。

身体的な救急医療の現場では、患者さんの重症度に基づいて、医療・治療の優先度を決定して選別を行うこととなります。平時には、充足している医療資源と傷病者のバランスが保たれているが、災害時にはこのバランスが崩れます。災害時などの緊急事態には増加した外傷などの患者数に対して、医療資源が足りなくなるため、やむをえず、救急事故現場において、患者の治療順位、救急搬送の順位、搬送先施設の決定などを行わざるを得ないことがあります。トリアージはまた、病院の救命救急部門受付や、救急通報電話サービスでも行われています。

今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の蔓延している状態は、まさに災害と同じように考えられます。医療に対して、多くの患者さんに対応せざるを得ないため、医療崩壊のニュースがよく聞かれています。

同様に精神的な面でも多くの一般の市民の皆様が、感染症に関して、不安を感じています。これはとても当たり前の事です。ただ、そのような、不安や、気分の落ち込みや、焦りなどの症状が、普段の生活を脅かす状態になる事もあります。

また、実際にどのような点を考慮して、ハイリスクの方を対応していったらいいかお困りの事もあるかと思えます。

その時には、このようなトリアージ・スクリーニング表を用いて、セルフチェックすることも役立つかもしれません。

3.2 トリアージの限界

トリアージは必ずしも万能ではありません。わずかな時間での問診や面談、あるいは電話相談だけでは、病態を完全に把握したり、判断することが困難な事があります。こちらの表は、診断には用いることはできません。またあくまで、補助的なものですので、ご心配の時には、各都道府県、政令指定都市の精神保健福祉センターなどに、相談窓口がありますので、そちらにご連絡する事をおすすめします。

アンダートリアージとオーバートリアージという言葉もあります。これは、実際の緊急度よりも低く緊急度を過小評価する事をアンダートリアージといい、病態悪化になる可能性があります。

逆に実際の緊急度よりも過大評価する事をオーバートリアージといいます。ただこれが多くなりますと、医療・保健資源を消耗してしまうことがあります。このように、トリアージ・スクリーニングはあくまで、補助的なもので、最終的にはそこで対応している人の判断や、対象者の状況を十分に考慮して、判断していただく事になります。

メンタルヘルスの相談員はトリアージに関しては、精神的な状況を聞いて、評価、診立てをします。心理トリアージという視点からは、気持ちの状態を診立てて、スクリーニングして、つなぎ先を作る事と考えています。緊急性に応じて、①精神医療機関に依頼する例 ② 精神保健機関に依頼する例 ③ 自分及び、周囲のサポートでメンタルヘルスを保持する例 の3つに大きく分けられると考えています。

心理的なトリアージとしては、緊急性の一番高いすぐに精神医療機関に依頼する、頼った方がいい色「紫」、今すぐにはないが、可及的速やかに精神医療機関に依頼する、頼った方がいい色「赤」、精神保健などの相談に継続的に依頼する、頼った方がいい色を「黄」、心配はあるが、自分自身や周りのサポートを得ながら経過を見ていく状態の色を「緑」としましょう。

3.3 緊急性の判断

こころが辛くなるときに、一番重症な状態は、死にたくなってしまう状態のように思われます。原因は様々あります。強いストレスがかかった時、身体・精神的な疾患にかかってしまったとき、経済的な問題や人間関係に苦しむ時などにそのようになる可能性があります。

そのような時には、精神医療・保健の専門家に相談するようにしましょう。

1人で考えていると極端な考えに偏ってしまうことがあります。注意しましょう。

「紫」

一番緊急性・危険性が高い状態です。

どのような出来事が起こったかの種類、時間なども考えてみましょう。例えば、非常に大きなショックを受ける出来事が起きて、それが解決されずに長く続く場合は注意が必要です。また、その事が頭から離れない事、自分自身を否定的に考えてしまう事、その間の記憶がなくなってしまう事、普段とは違う気分の落ち込みが2週間以上続く事、自分自身が命の危険性を感じる様な状況にあった事、他の人が大変苦しむ姿を見続けたり、支援し続けてしまった事、そのような辛い状況にもかかわらず、誰からも支援されない状況であれば、それはとても辛い状況です。

そして自分が消えてしまいたい気持ちになった時には、トリアージとしては、「紫」として考えましょう。自分自身を傷つけてしまいたい、もしくは他の人を傷つけてしまいたいと考えてしまうときは特に注意が必要です。

「赤」

二番目に緊急性・危険性が高い状態です。

上記の中で、自分自身や他人を傷つけてしまいたいというところまではいかないが、それ以外の非常に大きなショックを受ける出来事が起きて、それが解決されずに長く続く事や、その事が頭から離れない事、自分自身を否定的に考えてしまう事、その間の記憶がなくなってしまう事、普段とは違う気分の落ち込みが2週間以上続く事、普段楽しめていることが楽しめなくなってしまった事、自分自身が命の危険性を感じる様な状況にあった事、他の人が大変苦しむ姿を見続けたり、支持し続けてしまった事、そのような辛い状況にもかかわらず、誰からも支援されない状況であれば、それはとても辛い状況です。気分の落ち込みが長く続き、興味が失われ、食欲が落ちてしまったり、眠れなくて多くのお酒を飲んでしまったりしている事も注意が必要です。今回の感染症に関しては、COVID-19の感染があったか（つまり、自身が命の危険性を感じたか？）家族、大事な人が死亡したか？ 極度のパニック、恐怖を感じる、本人、家族がCOVID-19によって直接的な命の危険にさらされている、COVID-19による他人の死や重症な人を見た、聞いた、親、子ども、家族の死があったなどが当てはまります。

そのような状態は「赤」としましょう。この時にはできるだけ速やかに精神医療機関に依頼したり、頼った方がいいと考えます。

「黄」

三番目に緊急性・危険性が高い状態です。

「紫」や「赤」ほどではないが、少なからずメンタルヘルスの問題や、精神的に不安定な事が考えられる状態です。家族、大事な人が感染、入院、施設に入ったか、今回の COVID-19 関連の病気を本人または家族がした事、入院させられた 検査させられた、または発熱後対応が遅れた事、現在、家族とはなれて隔離されている事、精神疾患の既往がある事、以前に感染の既往があり、恐怖を感じていた事があるなどが当てはまります。

この時には、「黄」と考え、精神保健などの相談に継続的に依頼する、頼った方がいいでしょう。

「緑」

四番目に緊急性・危険性が高い状態です。

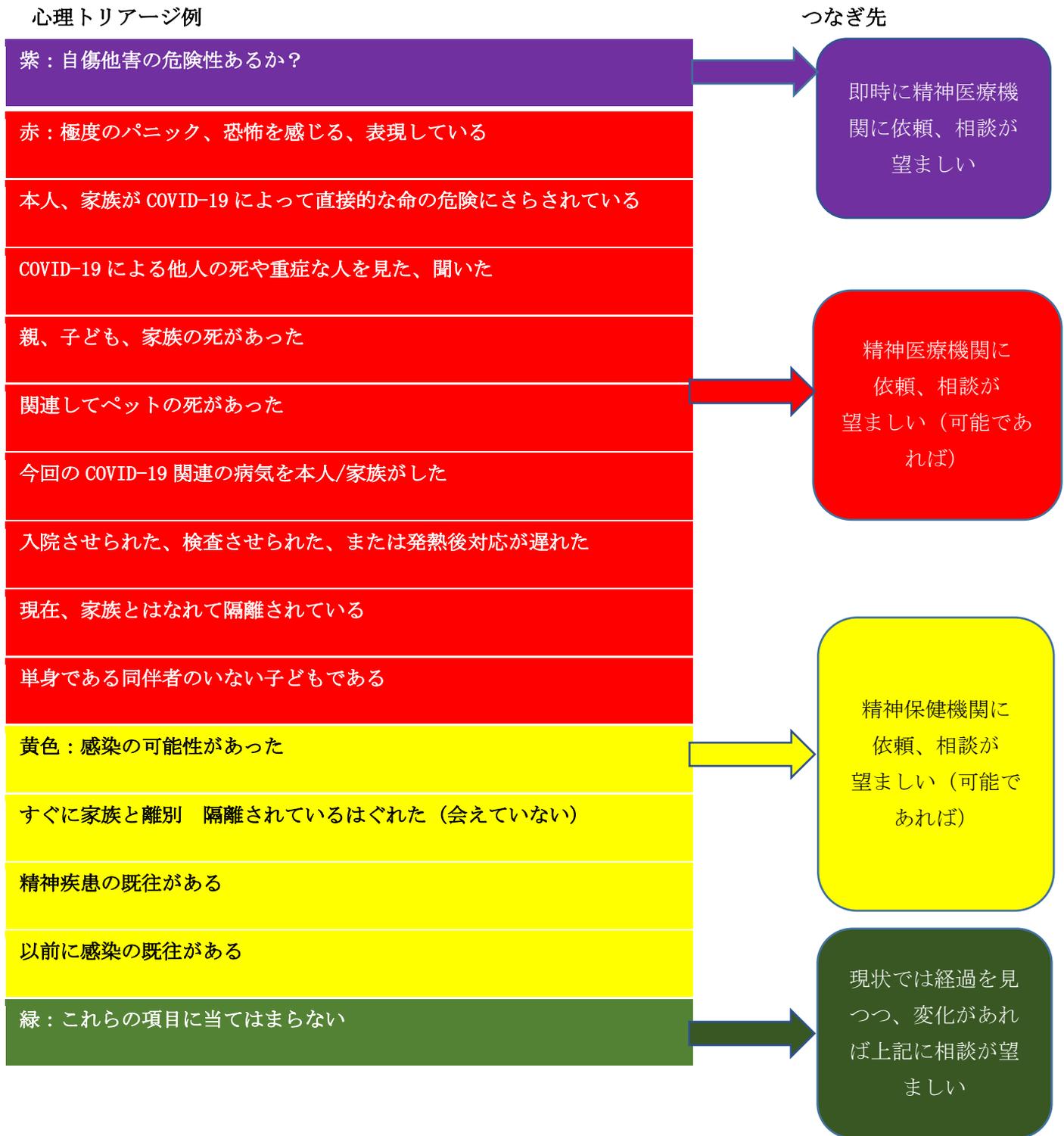
上記であげた項目に当てはまらない場合は、「緑」として、少なからず不安はある事が多いので、自分自身でのケアで経過をみていくようにしましょう。ただ、黄に変動する事もあるのでその際には黄の対応をしてください。

注意点

以下、心理トリアージ例を示します。過去の海外や日本の災害や感染症対応の指標から作成したトリアージ例です。

あくまで例ですので、現場の判断の補助にお役立てください。相談員の方がもしご使用の才に、もしあまりに多くの「赤」「黄」が出た場合は、その中でも対象相談者の置かれた状態を考慮して、相談員の上役、精神医療保健の専門性のあるアドバイザー（医師、看護師、心理職、精神保健福祉士など）などに相談して優先順位をつけて、ご判断ください。

また大きな注意点として、この心理的トリアージは、その時の心理的な状態は変動する事があるので、必要に応じて、トリアージし直してください。また、それぞれの状態、色の評価がされたとしても、疑わしい、もしくはハイリスクであると考えたときには、一つ上の色として対応してください。つまり、緑→黄、黄→赤、赤→紫 というように、オーバートリアージ気味になりますが、見逃しよりも空振りの方が安全であるという考えから、一段階上に上げる事があります。



3.4 医療者、支援者の例

現在、医療者や COVID-19 の支援者は、実際の COVID-19 患者さんへの対応に関わり、感染リスクが高く、不安などの症状が強い事が言われています。ここでいう支援者とは患者の搬送、収容業務、ボランティアの方など病院で勤務するすべての職種や、保健所、精神保健福祉センター、その他多くの保健と行政に関わる職種、警察、消防など、患者さん及び、疑いの方に関わる可能性のある職種としています。

またウイルスへの曝露のリスクもあつたり、周囲からそのように扱われる事があり、誹謗中傷や偏見、差別などに合う事が医療者とその家族で起きています。このため、医療者、支援者はハイリスクと考え、このような場合も想定してみてください。

以下に例を示します。過去の海外や日本の災害や感染症対応の指標から作成したトリアージ例です。あくまで例ですので、現場の判断の補助にお役立てください。もし多くの「赤」「黄」が出た場合は、その中でも職場の環境や対象者の置かれた状態を考慮して、管理者、産業医などに相談して優先順位をつけてください。

例： 下記の質問に「はい」の場合

「赤」

- ・痛みや恐怖で患者が叫び続けている場面に曝露されましたか？
- ・あなたがケアしている患者の死や重症な外傷を目撃しましたか？
- ・あなた自身の専門でない事をしなければいけませんでしたか？（普段の業務でなれていない作業をせざるを得ず、緊張しているなど）
- ・明らかに長期の勤務や危険な環境下での勤務を強いられましたか？
- ・同僚が重症な外傷をうける、病気になる、死亡する事がありましたか？
- ・家族や重要な人にあつたり、連絡取れない事がありましたか？
- ・危険な目に遭ったと感じましたか？
- ・患者さんの対応を、何らかの安全性の問題で中止しないといけない事がありましたか？
- ・職場や家で自身や家族が、大きな人間関係を損なうことや誹謗中傷、偏見、差別、非難の対象になりましたか？

「黄」

あなたが身体的トリアージで、助かる見込みが少ない「黒」やこれから死亡していく例をトリアージしましたか？ その時、心理的苦痛を感じましたか？

- ・薬剤や検査機械がないなどの状況下で患者に対応出来ない事がありましたか？
- ・遺族に会い、怒りをぶつけられましたか？
- ・派遣中、対応中で家を不在時に家族や大事な人やペットが危険な目に遭いましたか？
- ・派遣中、対応中で家を不在時にあなたがケガをするなどの経験がありましたか？
- ・児童患者の死亡や大けがに遭遇しましたか？
- ・圧倒的な多くの死者に遭遇しましたか？
- ・家に帰れませんでしたか？
- ・感染症の影響で自身の健康の問題がありましたか？
- ・他の人からサポートをうけていませんか？

「緑」

- ・ 上記の要素がない

どれかに当てはまりましたか？



緑：これらの項目に当てはまらない

現状では経過を見つつ、変化があれば上記に相談が望ましい

3.5 まとめ

心理的トリアージの例と、注意点を記しました。トリアージは診断ではなく、あくまで補助的な評価である事、リスクが高いと感じたら、自ら、もしくはリスクの高い人への声かけ、サポート、受診をすすめる事、相談をすすめる事に躊躇をしないでいただきたいと思っています。こころの傷は周りから見えにくいです。自分の背中は見えにくいです。ですから、自分自身のこころを見て、また大事な人、仲間の背中をみてあげてください。もし、その人のこころに、小さいとげ、大きいとげがささって、こころが傷ついていたら、教えてあげてください。そっと、やさしく声をかけてください。自分のこころを守る事ができるのはご自身です。今は、COVID-19の蔓延しているとても大変な状況です。こころが疲れたり、傷ついたり、泣きたくなったり、怒りがでたりしてもまったくおかしくありません。こんな大変な時期ですから、「つらいんです、助けてほしい」といいいいんです。

COVID-19の影響がなくなる時期が必ずきます。その時の為に、ゆっくりで構いません。休みながらで構いません。一緒にゴールを目指して自分のペースでゆっくり歩いて行きましょう。そのための一つの羅針盤と思って活用いただけるととてもうれしいです。

メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組み

アンケートの結果からも、新型コロナウイルスは私たちのメンタルにさまざまな影響をおよぼしていることがわかります。この問題が収束するのはまだしばらくかかりそうであり、私たちはストレスに立ち向かいながら、生きていかなければなりません。その際に、どういった点に気をつければこころの不調を来さないですむのでしょうか。ここでは、普段生活を送る上で、こころの健康を保つために役立つ方法を、紹介したいと思います。

2.1. 生活リズムを整える

生活リズムが乱れると、なぜ体に不調が起こるのでしょうか。その大きな理由は、概日リズム（体内時計）の持つ体への役割にあります。体内時計は「時計遺伝子」と呼ばれる遺伝子の作用によって正確なリズムを刻んでいますが、不規則な生活を続けると、体内時計も狂ってしまい、結果として種々の不調が生じてきます。体内時計を正常に動かし、健やかな体を保つためには規則正しい生活が欠かせません。「食事」「睡眠」「運動」という3大要素を意識して、生活リズムを整えましょう。そのために、いくつかの注意点を記します。

・毎日決まった時間に起きる

体内時計のずれをリセットするには、朝起きる時間を一定にすることが重要です。なるべく、6～7時頃に起きましょう。

・起床後1時間以内に朝食をとる

人の体調を整える自律神経は、コルチゾルやインスリンといった様々なホルモンバランスによって調節されています。起床後1時間以内、理想的には7時から7時半頃に朝食を取って、朝食内容に糖質とタンパク質をしっかり組み込むことでより自律神経のバランスが向上します。

・ランチは抜かずに、夕食は早め（18～19時）に

食事の間隔は約6時間が理想です。お昼を抜いてしまうと食事の間隔が空きすぎ、結果的に夕食を取り過ぎて血糖値が上がりやすくなります。血糖値が上がることでインスリン分泌量が増え、さらに遅い時間の夕食によって脂肪の蓄積も起こりやすくなり、メタボの心配も出てきます。1日3回の食事で、朝食、昼食、夕食を決まった時間にバランスよく取ることで心身の調子は上向きます。

2.2. 睡眠をしっかり取る

睡眠は心身の健康を維持するための大切な要素です。十分な睡眠が取れないと疲労が蓄積します。何時間の睡眠をとればよいのかは、個人差があり一概には言えません。大切なのは何時間寝たかではなく、質の良い睡眠を取れたかどうかです。朝すっきり目覚めて、日中に体のだるさや眠気を感じない状態を維持できる睡眠時間をしっかり確保しましょう。

睡眠衛生指導として、以下の点に注意しましょう。

- ・ 日中、軽くてよいので運動を心がける。
- ・ お昼寝をする場合、昼過ぎに15分程度を目安にとる。

- 就床前の水分補給を避ける。
- 就床の6時間前にはカフェイン摂取を避ける。
- 入眠のためにアルコールを用いない。
- 快適で睡眠を促す睡眠環境を整える。
- ベッドにスマホを持ち込まない。
- 朝はアラームを使って、起床時刻を規則正しく保つ。

2.3. 運動をする

コロナ禍において運動は不安やストレスを軽減し、メンタルヘルスを良好にする効果的な手段のひとつです。ウォーキングや筋トレなどの運動を行うと、血糖値や血圧が改善し、心血管疾患、脳卒中、2型糖尿病、肥満、腎臓病、がんなどによる死亡リスクが減少することが知られています。運動がもたらすメリットはそれだけではなく、メンタルヘルスにも良い影響があらわれます。逆に、運動不足はメンタルヘルスを悪化させる要因になります。

米国の約120万人を対象にした調査によると、運動をしている人は、運動をしていない人に比べ気分が優れないと感じる日数が、月に約1.5日少なくなったとのこと。また運動を行うと、たとえ収入が少なくても心理的な幸福感は同じレベルになることも分かりました。

運動は適度な量行うことがよいようです。具体的には、45分間の運動を週3~5回行うのがベストという調査報告があります。ウォーキングなどの有酸素運動の他、ヨガやピラティス、太極拳もメンタルによい影響をもたらすことが分かっています。コロナウイルスの流行で運動する元気が失ってしまいがちですが、適度な活動は、気分をよくする効果を持つことが明らかになっています。20~30分程度の軽い運動でよいので、取り組んでみましょう。

2.4. アルコールとのつきあい方

お酒（アルコール）は、そのものを味わうとともに、ストレス軽減や気分転換にも役立ちますし、人間関係を円滑にするのにも役立ちます。ただ、つきあい方をまちがうと心身の不調につながります。健康的な飲み方を心がけましょう。

1日の適度なアルコール量は、約20g、ビールなら中びん1本（500ml）、ウイスキーはダブルで1杯（60ml）、日本酒では1合（180ml）程度です。ただし個人差が大きく、特に日本人はアルコール分解酵素の活性が弱い人が多く（約4割の日本人）、その場合の摂取量はこれよりずっと少なくする必要があります。アルコールを適切に楽しむために以下の点に気をつけて飲みましょう。

- 空腹時のお酒は酔いやすく、胃腸にも悪いのでさげましょう。食事と一緒にゆっくり、楽しく味わってください。
- チェイサー（水）を用意して十分に水分をとるようにして、急激なアルコール濃度の上昇と脱水をさげましょう。
- 深夜に至る深酒は避け、十分な睡眠をとるように心がけましょう。万一深酒した日は翌朝の運転はしてはいけません。

- ・ 3日飲んだら1日休む、休肝日を設けて肝臓、体をいたわりましょう。
- ・ 最近流行りのストロング系チューハイ（アルコール度数9%）には特に注意が必要です。安価で飲みやすいので人気ですが、あっという間に過剰なアルコールが体内に摂取されてしまいます。

2.5. レジリエンスを高めるために

精神医学や心理学の領域で用いられる用語に、レジリエンス(resilience)やネガティブケイパビリティ(negative capability)という言葉があります。前者は、困難な状況に負けずなんとか適応し、回復するための精神的な能力のことを指し、後者は、全ての物事がすぐ解決できるものではないということを受け入れ、耐える能力のことを指します。新型コロナ禍で対人交流も豊かには行えず、移動にも制限がかかり、多くのストレスを受ける現在の生活でこれらの能力はとても大事になってきます。レジリエンスやネガティブケイパビリティと関連する心理特性として、肯定的で未来志向的な考え、感情をコントロールする能力、興味や関心の多様性、忍耐力、などが挙げられます。決して投げやりにならず、規則正しい生活を送り、適度な運動や趣味の活動を取り入れながら1日1日をていねいに過ごしていくことが大事になってきます。