

「精神保健医療従事者による、新型コロナウイルス感染症や自然災害等に起因した心のケアに対する心理的アセスメント及び応急処置介入方法の適切な提供体制の構築と、それに伴うメンタルヘルスの維持向上に資する研究」

研究責任者 中尾智博（九州大学病院 教授）
分担研究者 村山桂太郎（九州大学病院 助教）
分担研究者 西大輔（東京大学大学院 教授）
分担研究者 堀之内徹（北海道大学病院 助教）

研究要旨

本研究の目的は、①マニュアル令和2年度版を使用するための研修会（以下、「web研修会」と略す）の受講者において、心理的応急処置の知識ならびに相談者への対応に関する自己効力感が変化したかどうかの調査すること②研修会の受講者を対象にマニュアル令和2年度版の問題点について調査することであった。全国の精神保健医療機関でメンタルヘルス相談を実施している者を対象者として、「マニュアル令和2年度版を使用するための研修会」を実施し、その研修会前、研修会后、研修会から6ヶ月後にアンケートを実施した。研修会により、相談員における相談に対する自信が上昇することが示唆された。また、COVID-19の感染者数の増加と重症者の減少により、マニュアル令和2年度版の心理的トリアージによる対応の項目は、現状とは一致しなくなっていることが示唆された。

A. 研究目的

我々の研究組織は令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金を得て、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のケア（心理的アセスメントや心理的介入技法）の実態把握と課題抽出を実施し、本邦の状況に対応した「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」（以下、「マニュアル令和2年度版」と略）を作成した。

本研究の目的は以下の二つであった。

- ①マニュアル令和2年度版を使用するための研修会（以下、「web研修会」と略す）の受講者において、心理的応急処置の知識ならびに相談者への対応に関する自己効力感が変化したかどうかの調査
- ②研修会の受講者を対象にマニュアル令和2年度版の問題点について調査。

B. 研究方法

以下のB.1., B.2.による方法について実施した。

B.1. 新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的初期介入技法の効果検証

『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』使用するための研修会」の受講者を対象者とし、研修会の直前、直後、6ヶ月後に電気通信回線を通じたテレビ電話（Zoom）上でアンケートによる調査を行った。

Web講習前とWeb講習後におけるアンケートの質問内容は、①心理学的応急処置に関する知識、②事例に対する対処法の選択の設問とその対処法をどの程度自信をもって選択しているのか、とした（資料1および2）。また6ヶ月後のアンケートでは、上記項目に加えて、「マニュアル」を使用した際の問題点を研究参加者が自由記載する項目を追加した（資料3）。

評価方法は①心理学的応急処置に関する知識については正誤問題への正解数、②事例への対処法に対する自信については参加者の自己評価で点数（10点満点が非常に自信がある、0点が全く自信がない、とする）をつけてもらい、その点数をもって評価した。

B.2. 国内外における新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的応急処置介入方法の調査

新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的応急処置介入方法について、海外の文献的調査を行い国内の

現状と比較した。

C. 研究結果

1. 新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的初期介入技法の効果検証について

令和3年度～令和4年度において計3回の研修会を開催した（令和4年度は一回開催）。受講者は、「オンラインメンタルヘルスケア KOKOROBO」において相談業務にあたっている心理士と精神科医、全国の精神保健福祉センターにおいてメンタルヘルス相談の相談業務を実施している職員、

「看護職のメンタルヘルス web 事業」の相談員であった。計3回の研修会への参加者の総数は77名であり、マニュアルの効果検証研究に参加した者は48名であった。以下に48名を対象に実施したアンケート調査の結果を示した。

精神保健福祉センター勤務の者は25名、相談業務専属の者は8名、非常勤の者が9名であった。相談業務でリモート相談を受けている者は22名であり、もっとも使用頻度が高い媒体は、電子メールが15名、Zoomが3名、Skypeが1名、その他・不明が2名であった。

心理学的応急処置（Psychological First Aid: PFA）がどのようなものかを知っていると回答した者が33名で、そのうちPFAの研修を受けたことがある者が13名、PFAを必要時に使用していると回答した者が15名、PFAをどれくらい自信をもって実行できるかという問いに対して10点満点で平均5.86点であった（0点：自信が全くない～10点：非常に自信がある）。

RAPID-PFAについて知っているという回答した者が14名であり、そのうちRAPID-PFAの研修を受けたことがあると回答した者が4名、RAPID-PFAを必要時に使用していると回答した者が4名、RAPID-PFAをどれくらい自信をもって実行できるかという問いに対して10点満点で平均2.36点（0点：自信が全くない～10点：非常に自信がある）であった。

災害に関するメンタルヘルスの問題とその対応に関する知識の設問（100点満点）は、研修会前

の平均点が46.75±1.3点、研修会後が45.95±0.98点であり差は認めなかった（ $t = 0.594$, $p = 0.556$ ）。事例問題二件に対する設問は、心理的トリアージの正解率は研修会前は事例1が48%、事例2が65%だったのに対して、研修会後には、それぞれ56%と88%と上昇していた。また、事例への対応に対する自信の高さは事例1が研修会前では4.4点、研修会後が5.5点と有意に上昇していた（ $t = 4.137$, $p = 0.000$ ）。事例2では研修会前が4.5点、研修会後が5.7点と有意に上昇していた（ $t = -3.922$, $p = 0.000$ ）。

6ヶ月後のアンケートへの回答は34名であった。

直接対面以外（オンラインによる相談）を実施している者は34名中20名であった。研修会以降にマニュアルを使用して相談業務をおこなった者は34名中12名であった。マニュアルの項目で最も参考頻度が高かった項目は、「メンタルヘルストリアージ」であり（7名）、次いで、「メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組み」が4名であった。

マニュアルの改善すべき点（自由記載）では、「トリアージ」において「COVID-19 関連の病気を本人・家族が罹患した」という項目は、「精神保健機関に依頼が望ましい」となっているが、罹患人数が著しく多いため、本トリアージは当てはまらない、という意見、ならびにCOVID-19による直接的な身体的侵襲よりも、罹患者の増加による職場の多忙さ、転職がうまくいかない、といった副次的な影響がメンタルヘルスに影響を及ぼしている、との意見があった。

事例1および2への対応の正確さは、研修会直前と6ヶ月後、研修会直後と6ヶ月後で有意差を認めなかった。事例1～2に対する上記対応への自信の強さは、研修会直前と比較して有意に上昇を認めていた（事例1-1, $t = -3.376$, $p = 0.002$; 事例1-3, $t = 3.595$, $p = 0.001$, 事例2-1, $t = 3.164$, $p = 0.004$; 事例2-3, $t = 3.792$, $p = 0.001$ 。）研修会直後との比較では有意差を認めなかった（事例1-1, $t = 0.858$, $p = 0.398$;

事例 1-3, $t = 0.579$, $p = 0.567$; 事例 2-1, $t = 0.52$, $p = 0.607$, 事例 2-3, $t = 1.235$, $p = 0.227$)。

C.2. 国内外における新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的応急処置介入方法の調査

自然災害に対応した PFA の研究について文献調査を実施したところ、以下の研究報告が明らかになった。

フィリピン、モンゴル、ネパール等の 5 カ国 10 件の災害で生じた 158 箇所の避難所において計 16768 人の子供を対象に実施した、PFA の要素を含む 5 日間にわたる急性期の心理的介入プログラムを実施したところ、子供たちの外傷に関連した機能や幸福が改善したほか、自然災害に対する介入に限ると、発災後から介入開始までの期間による効果の差はなく、どの段階でもよい効果をもたらしたとの結果であった (Simonds EA, 2022)。また、中国・廬山地震 (2013) で被災した 304 人の子供 (9-17 歳) を 4 年間追跡調査したところ、被災直後に学校で心理的介入を受けたり、定期的にメンタルヘルスに関する授業を受けたり、個別にカウンセリングを受ける機会を得た結果、子供らの PTSD 症状は時間経過とともに低下傾向を認め、レジリエンスを得られたと判断される者が半数以上を示した (Cheng J, 2019)。さらに、スマトラ沖地震の津波に被災した直後にノルウェーに避難した家族を対象とした質的研究では、被災のショックによって子供の精神症状を十分に観察することができなかった親が多かったことを示し、保護者をサポートすることが、ひいては災害後の子どもたちの支援につながるという、PFA における早期介入の必要性が裏付けられた (Hafstad GS, 2012)。

いずれの研究も、発災直後から長期にわたって被災者のメンタルヘルスの回復をサポートする際に必要とされている、安全・安心感を与える、落ち着かせる、自己効力感の回復を促す、つながりを保つ、希望が持てるように支援する、といったポイントを押さえた内容となっていた (Hobfoll SE, 2007)。

D. 考察

本研究により、マニュアル令和 2 年度版についての研修会に参加することで心理的トリアージの正確さや相談者に対する対応への自信が増すこと

が示唆された。その効果は 6 ヶ月経過した後も維持されていることが示唆された。

令和 2 年度マニュアルの項目内では、心理的トリアージの項目がもっとも相談業務で使用されていた。COVID-19 の感染者数の増加と重篤化の割合が減少するに従い、心理的トリアージの項目では一部変更をした方がよいことが示唆された。

本邦では、感染症パンデミックが生じたのは 1918 年から 1920 年にかけての新型インフルエンザウイルス (「スペイン風邪」) 以来である。COVID-19 によるパンデミックが世界保健機構により宣言された令和 2 年 3 月の時点は、本感染症が未知のものであったことから、国民は非常に大きな心理的ストレスを受けた。マニュアル令和 2 年度版はそのような状況で作成されたものであった。科学技術の発展により、直接人と人とが会わなくても話すことが技術的に可能となっていたため、インターネットを介した業務の需要が飛躍的に増加した年ともいえる。

未知の感染症パンデミックによる人々の心理的負荷により、精神保健機関に対する相談は不安や抑うつ、睡眠障害といった内容の相談が発生したが、これまで相談員はその対応についての標準的マニュアルが実装されていない状況であった。マニュアル令和 2 年度版は、そのような新興感染症パンデミック下で使用されることを想定して作成された。本研究による研修会にてマニュアル令和 2 年度版の使用方法を相談員に普及させたことは、相談員自身が自身の対応に対しての自信の上昇につながった。このことは相談員自身のメンタルヘルスの維持にも寄与する可能性が推測された。

本研究からは、令和 2 年度版を作成してから 2 年が経過し、COVID-19 の病態が軽症化したことから、心理的トリアージの項目は一部変更を行った方がよいことが考えられた。

本研究の限界点は、1 番目として、研修会参加者との比較対象となるコントロール群が無いことであった。仮にコントロール群をおいた場合、同群は、研修会を受けずに半年間相談業務を行うことになるため、時間的な制約と倫理的な問題により、コントロール群を置くことは困難であった。2 番目として、研究参加者の人数の少なさが挙げられる。研修会への参加者は 77 名であったが、研究参加者数は 48 名、6 ヶ月後のアンケート回答

者が34名と当初の計画よりも少なかった。研究の参加は任意であるために仕方がなかったが、研究参加者には謝礼を渡すといった工夫が必要であったかもしれない。

本研究結果を令和4年度版マニュアルの改訂に反映させた。(資料4)。

E. 結論

マニュアル令和2年度版を使用するための研修会を受講することで、相談員が相談者への対処について自信をもって対処できるようになったことが示唆された。

F. 健康危険情報

無し。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

中尾智博：COVID-19によって生じたメンタルヘルス問題の現状と対応. 第118回日本精神神経学会学術総会委員会シンポジウム23(精神医学研究推進委員会)「COVID-19パンデミックがもたらしたものー感染拡大最前線および長期的展望」, 2022.6.17, 福岡.

村山桂太郎, 「COVID-19は感染者の精神面にどのような影響を与えたか」. 第118回日本精神神経学会学術大会,シンポジウム31. 2022年6月16日

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

無し。

2 実用新案登録

無し。

3. その他

無し。

(資料1) 『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』を使用するための研修会」受講者における心理的応急処置の知識と自己効力感の変化に関する調査のアンケート調査用紙

【研修会直前のアンケート】

1.
 - 1.1 あなたの所属先を選択してください
精神保健福祉センター その他
 - 1.2 あなたがお持ちの資格について選択してください（複数回答可能）
保健師 看護師 医師 精神保健福祉士 公認心理士 その他
 - 1.3 あなたが現在行っている相談業務は専属ですか、それとも他の業務との併任ですか？
専属 併任
 - 1.4 あなたの相談業務の経験年数（過去の職場での経験を含む）を教えてください。
（ ）年
 - 1.5 あなたの勤務形態は非常勤ですか？常勤ですか？
常勤 非常勤
 - 1.6 あなたは電話やメール、zoom といった映像を伴った遠隔相談のようなりモート相談（「直接対面相談」以外の相談業務を指します）を現在していますか？
はい いいえ

「はい」を選んだ方は 1.7.1 以降の質問にご回答ください。
「いいえ」を選んだ方は 2. 以降の質問にすすんでください。
 - 1.7.1 「電話」を除くリモート相談で最も使用頻度が高いものをご記入ください
（自由記載）
例：電子メール
 - 1.7.2 ご自身が 1.7.1 に記載した相談方法が「対面相談」と「電話相談」と比較して良い点、悪い点を教えてください。
（自由記載）
例 1）メールだと自分のペースで回答できる。
例 2）メールだと文章を打ち込むのに時間がかかり、電話と比べて相談者とのやりとりに時間がかかる。
2.
 - 2.1 心理的な不調に対する対処（介入）方法をどのように学んできましたか？（複数回答可能）
 - a. 書籍
 - b. 研修会やワークショップ
 - c. 同僚や上司からの指導
 - d. インターネットからの情報
 - e. その他（自由記載）
 - 2.2 サイコロジカルファーストエイド（psychological first aid、以下 PFA と略します）がどのような

ものか知っていますか？

はい いいえ

はいの方は 2.2.1 に進んでください いいえの方は 2.3 に進んでください。

2.2.1 PFA の研修を受けたことがありますか？ はい いいえ

2.2.2 PFA を必要時には使用していますか？ はい いいえ

2.2.3 PFA をどれくらい自信をもって実行できますか？

0 (自信が全くない) ~10 点 (非常に自信がある) で () 点

引き続き 2.3 に進んでください

2.3 RAPID-PFA について知っていますか？

はい いいえ

はいの方は 2.3.1 に進んでください。いいえの方は 3. に進んでください。

2.3.1 RAPID-PFA の研修を受けたことがありますか？ はい いいえ

2.3.2 RAPID-PFA を必要時に使用していますか？ はい いいえ

2.3.3 RAPID-PFA をどれくらい自信をもって実行できますか？

0 (自信が全くない) ~10 点 (非常に自信がある) で () 点

3. 以下の文章の正誤について○ (正) または× (誤) でご回答ください。

3.1 精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るために全国 47 都道府県に 1 ヶ所ずつ、国内に計 47 ヶ所設置されている。()

3.2 日本における年間自殺者数は、COVID-19 流行前の 10 年間は減少傾向をたどり、現在約 2 万人程度である。()

3.3 精神保健福祉センターに COVID-19 に関するメンタルヘルス相談を行った者の種別は、感染者 > 感染者の家族 > 一般住民 > 医療者の順に多かった。()

3.4 従来型の PFA は一般人が用いることを前提にしていたのに対して、RAPID PFA は主に精神保健医療従事者が用いることを想定している。()

3.5 精神保健福祉センターに寄せられた相談内容が精神症状 (うつ、不安、不眠など) に該当する場合、その程度によらず原則ただちに医療機関に紹介する。()

3.6 RAPID PFA を実施する際には、1 人 1 人にかかる時間を短縮するため、相談者との関係構築より症状評価を優先する。()

3.7 RAPID PFA を実施した後は、フォローのため必ず医療機関に紹介すべきである。()

3.8 RAPID PFA は心理的介入を主たる内容とするが、まず食料や水、そして安全が確保されていることを確認する必要がある。()

3.9 RAPID PFA には、非合理的な思い込みを持った相談者に対する判断や解釈などといった認知再構築の実践も含まれる。()

3.10 支援者は、たとえ自身が支援に疲れていても、まず相談者との約束を優先すべきである。()

3.11 トリアージでは、一度判断したらその後は判断しなおさない方がよい。()

3.12 感染症に罹患していなくても、その対応や治療に関わった人は不安や、気分の落ち込み、焦りなどの症状が出現する事がある。()

- 3.13 トリアージをおこなった本人に責任が生じる可能性がある。()
- 3.14 トリアージは担当者ひとりで行い、担当者以外の者には原則として相談はしない方がよい。()
- 3.15 「将来どうしたらいいかわからない」と極度の混乱があれば、トリアージは「赤」(可能であれば精神医療機関に依頼、相談する対応が望ましい)である。()
- 3.16 オンライン相談では、現実的でないと思われるような内容でも、大変な状況にあることやつらい気持ちを受け止めて、ねぎらいを伝えるよう心がける。()
- 3.17 メール相談やSNS相談では、インターネットのリンク情報を送ることができるため、関連する情報はできるだけ多く伝えるようにする。()
- 3.18 相談や質問が明確な場合には、情報や回答を端的に返信するよう心がける。()
- 3.19 相談者の困っていることを中心に話を聞きながら、身体的健康や安全、心理的な苦痛、認知機能、感情、対人的・物質的資源などについてアセスメントを行う。()
- 3.20 相談員自身が自分のセルフケアを保てるよう、ミーティングやスーパーバイズの機会を設けることが大切である。()
- 3.21 リラクゼーション法のひとつである漸進的筋弛緩法とは、瞑想をすることで筋肉をリラックスさせる方法である。()
- 3.22 抑うつ気分に対して取り入れられる介入のうち「行動活性化」とは、軽度の有酸素運動プログラムを生活に取り入れることを指す。()
- 3.23 入眠困難が続いていても、日中に眠気が生じていなければ「不眠症」ではない。()
- 3.24 男性にとってビール 500ml とワイングラス 2 杯の飲酒量は「生活習慣病のリスクを高める量」となる。()
- 3.25 就寝直前に入浴を行うとリラックス効果が期待でき、入眠もスムーズとなる。()

4. 次の事例を読んで 4.1.1 以降を御回答ください。

【事例 1】 A さん 40 歳代 女性 夫と子供一人の三人暮らし。事務職を 20 年。

電話での相談。声の様子は緊張があるようだがしっかりとした口調。相談内容は、この一ヶ月の間、眠れないことと、なんとなく気持ちが落ち着かない感じが続いており、どのように対応したら良いか、ということであった。

元来の睡眠時間は 7 時間。三ヶ月前に同僚が新型コロナウイルス陽性となり、ホテルで隔離となった。微熱は出たものの数日で解熱し、検査陰性になり隔離は終了となった。A さんは検査陰性であったが、濃厚接触者として自宅待機となっていた時期があった。

A さんの睡眠は、一ヶ月ほど前から 4 時間ほどになったという。布団に入ってもなかなか眠れず、ゴロゴ

口しながら、音楽を聴いたり、スマートフォンを見て過ごしているという。日中は昼食後に眠気が強まるため、仕事の昼休みに眠るようにしている。仕事をしているときは問題ないが、帰宅後はなんとなく落ち着かない感じがするので、今まで以上に家事をして対応している。家事をしているとそのような感じは忘れているという。仕事や家事はこれまでと同様にできていて問題はない。休日は、スポーツジムに通って充実感を感じることはできている。食欲は問題無し。便通も問題無し。

4.1.1 Aさんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

4.1.2 Aさんの相談に対して、あなたは以下のどの対応を選びますか？

- 精神科医療機関を早急に受診するようにAさんに伝える（必要に応じて精神科医療機関を紹介する）
- 精神科医療機関を受診した方がよいとAさんに伝える。
- 精神保健福祉センターで定期的に相談対応を行う旨をAさんに伝える
- 経過観察として、何かあれば再度電話するようにAさんに伝える。

4.1.3 あなたは上記の対応にどの程度自信をもっていますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10点（非常に自信がある）で（ ）点

【事例2】 Bさん 30歳代 女性

Bさんはうつ病の既往（20歳代）がある方です。うつ病は寛解となり医療機関での治療は10年以上前に終了しています。新型コロナウイルス感染症流行により緊急事態宣言が発出されて以降、Bさんは「なんとなく不安な感じ」を自覚したため、地元の精神保健福祉センターに相談の電話をかけてきました。相談員の判断でしばらく精神保健福祉センターにてサポートしていくことになりました。

ここ数回の相談では、睡眠障害や抑うつ気分はなく、週に数回のパートも問題なくでき、これまでの趣味である海外ドラマの視聴も相応に楽しめています。

Bさんは「ふとした時になんとなく不安な気持ちになることがあります。そんな時に不安を少しでも軽減できればいいのですが・・・。」と話されます。

4.2.1 Bさんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

4.2.2 Bさんの相談に対して、あなたは以下のどの対応を選びますか？

- Bさんの話を支持的な対応で静かに聞き、積極的な助言は行わない。
- Bさんが楽しめている海外ドラマを見るように勧めてみる。
- センターでのサポートは困難と判断し、精神科医療機関の受診を勧める。
- 不安に関する心理教育を行ってみる。

4.2.3 あなたは上記で選択した回答にどの程度自信をもっていますか？

0（自信が全く無い）～10（非常に自信がある）で（ ）点

5. あなたのお名前と連絡先となるメールアドレスをご記入ください。

（6ヶ月後に実施するアンケートの案内をさせていただくためです）

アンケートは終了です。

研修会が始まるまで、お待ちください。

(資料2) 『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』を使用するための研修会」受講者における心理的応急処置の知識と自己効力感の変化に関する調査のアンケート調査用紙【研修会直後のアンケート】

1. 以下の文章の正誤について○（正）または×（誤）でご回答ください。

- 1.1 精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るために全国 47 都道府県に 1ヶ所ずつ、国内に計 47ヶ所設置されている。
- 1.2 日本における年間自殺者数は、COVID-19 流行前の 10 年間は減少傾向をたどり、現在約 2 万人程度である。
- 1.3 精神保健福祉センターに COVID-19 に関するメンタルヘルス相談を行った者の種別は、感染者>感染者の家族>一般住民>医療者の順に多かった。
- 1.4 従来型の PFA は一般人が用いることを前提にしていたのに対して、RAPID PFA は主に精神保健医療従事者が用いることを想定している。
- 1.5 精神保健福祉センターに寄せられた相談内容が精神症状（うつ、不安、不眠など）に該当する場合、その程度によらず原則ただちに医療機関に紹介する。
- 1.6 RAPID PFA を実施する際には、1 人 1 人にかかる時間を短縮するため、相談者との関係構築より症状評価を優先する。
- 1.7 RAPID PFA を実施した後は、フォローのため必ず医療機関に紹介すべきである。
- 1.8 RAPID PFA は心理的介入を主たる内容とするが、まず食料や水、そして安全が確保されていることを確認する必要がある。
- 1.9 RAPID PFA には、非合理的な思い込みを持った相談者に対する判断や解釈などといった認知再構築の実践も含まれる。
- 1.10 支援者は、たとえ自身が支援に疲れていても、まず相談者との約束を優先すべきである。
- 1.11 トリアージでは、一度判断したらその後は判断しなおさない方がよい。
- 1.12 感染症に罹患していなくても、その対応や治療に関わった人は不安や、気分の落ち込み、焦りなどの症状が出現する事がある。
- 1.13 トリアージをおこなった本人に責任が生じる可能性がある。
- 1.14 トリアージは担当者ひとりで行い、担当者以外の者には原則として相談はしない方がよい。
- 1.15 「将来どうしたらいいかわからない」と極度の混乱があれば、トリアージは「赤」（可能であれば精神医療機関に依頼、相談する対応が望ましい）である。
- 1.16 オンライン相談では、現実的でないと思われるような内容でも、大変な状況にあることやつらい気持ちを受け止めて、ねぎらいを伝えるよう心がける。
- 1.17 メール相談や SNS 相談では、インターネットのリンク情報を送ることができるため、関連する情報はできるだけ多く伝えるようにする。

- 1.18 相談や質問が明確な場合には、情報や回答を端的に返信するよう心がける。
- 1.19 相談者の困っていることを中心に話を聞きながら、身体的健康や安全、心理的な苦痛、認知機能、感情、対人的・物質的資源などについてアセスメントを行う。
- 1.20 相談員自身が自分のセルフケアを保てるよう、ミーティングやスーパーバイズの機会を設けることが大切である。
- 1.21 リラクゼーション法のひとつである漸進的筋弛緩法とは、瞑想をすることで筋肉をリラックスさせる方法である。
- 1.22 抑うつ気分に対して取り入れられる介入のうち「行動活性化」とは、軽度の有酸素運動プログラムを生活に取り入れることを指す。
- 1.23 入眠困難が続いていても、日中に眠気が生じていなければ「不眠症」ではない。
- 1.24 男性にとってビール 500ml とワイングラス 2 杯の飲酒量は「生活習慣病のリスクを高める量」となる。
- 1.25 就寝直前に入浴を行うとリラックス効果が期待でき、入眠もスムーズとなる。

3. 次の事例を読んで 3.1.1 以降を御回答ください。

【事例 1】 A さん 40 歳代 女性 夫と子供一人の三人暮らし。事務職を 20 年。

電話での相談。声の様子は緊張があるようだがしっかりとした口調。相談内容は、この一ヶ月の間、眠れないことと、なんとなく気持ちが落ち着かない感じが続いており、どのように対応したら良いか、ということであった。

元来の睡眠時間は 7 時間。三ヶ月前に同僚が新型コロナウイルス陽性となり、ホテルで隔離となった。微熱は出たものの数日で解熱し、検査陰性になり隔離は終了となった。A さんは検査陰性であったが、濃厚接触者として自宅待機となっていた時期があった。

A さんの睡眠は、一ヶ月ほど前から 4 時間ほどになったという。布団に入ってもなかなか眠れず、ゴロゴロしながら、音楽を聴いたり、スマートフォンを見て過ごしているという。日中は昼食後に眠気が強まるため、仕事の昼休みに眠るようにしている。仕事をしているときは問題ないが、帰宅後はなんとなく落ち着かない感じがするので、今まで以上に家事をして対応している。家事をしているとそのような感じは忘れているという。仕事や家事はこれまでと同様にできていて問題はない。休日は、スポーツジムに通って充実感を感じることはできている。食欲は問題無し。便通も問題無し。

3.1.1 A さんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0～10 点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10 点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

3.1.2 A さんの相談に対して、あなたは以下のどの対応を選びますか？

- a. 精神科医療機関を早急に受診するように A さんに伝える（必要に応じて精神科医療機関を紹介する）
- b. 精神科医療機関を受診した方がよいと A さんに伝える。
- c. 精神保健福祉センターで定期的に相談対応を行う旨を A さんに伝える
- d. 経過観察として、何かあれば再度電話するように A さんに伝える。

3.1.3 あなたは上記の対応にどの程度自信をもっていますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全くない）～10点（非常に自信がある）で（ ）点

【事例2】 Bさん 30歳代 女性

Bさんはうつ病の既往（20歳代）がある方です。うつ病は寛解となり医療機関での治療は10年以上前に終了しています。新型コロナウイルス感染症流行により緊急事態宣言が発出されて以降、Bさんは「なんとなく不安な感じ」を自覚したため、地元の精神保健福祉センターに相談の電話をかけてきました。相談員の判断でしばらく精神保健福祉センターにてサポートしていくことになりました。

ここ数回の相談では、睡眠障害や抑うつ気分はなく、週に数回のパートも問題なくでき、これまでの趣味である海外ドラマの視聴も相応に楽しめています。

Bさんは「ふとした時になんとなく不安な気持ちになることがあります。そんな時に不安を少しでも軽減できればいいのですが・・・。」と話されます。

3.2.1 Bさんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

3.2.2 Bさんに対してあなたは以下のどの対応を行いますか？

- e. Bさんの話を支持的な対応で静かに聞き、積極的な助言は行わない。
- f. Bさんが楽しめている海外ドラマを見るように勧めてみる。
- g. センターでのサポートは困難と判断し、精神科医療機関の受診を勧める。
- h. 不安に関する心理教育を行ってみる。

3.2.3 あなたは上記で選択した回答にどの程度自信をもっていますか？

0（自身が全く無い）～10（非常に自信がある）で（ ）点

4. あなたのお名前をご記入ください

アンケートは終了です。

六ヶ月後にアンケートのご案内をさせていただきます。
その際は回答のご協力をどうぞよろしくお願いします。

(資料3) 『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』を使用するための研修会」受講者における心理的応急処置の知識と自己効力感の変化に関する調査のアンケート調査用紙【研修会から6ヶ月後のアンケート】

- 1.
- 1.1 現在、電話やメール、zoomといった映像を伴った遠隔相談のような「直接対面相談」以外の面接を現在していますか？
はい いいえ

2. 「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(以下「マニュアル」と略)」について

- 2.1 6ヶ月前に開催された研修会以降、「マニュアル」を使用して相談業務を行いましたか？
はい いいえ

はいの方は2.2.1に進んでください。 いいえの方は2.3.に進んでください。

2.2.1 「マニュアル」で最も参考した頻度が高かった項目は以下のどれですか？

- a. 心理的応急処置(PFA)について
- b. オンラインによるメンタルヘルス相談
- c. メンタルヘルス・トリアージ(スクリーニング)
- d. メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組み
- e. 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

2.2.2 上記で回答した項目は実際にどれくらい役に立ちましたか？

- 0(全く役に立たなかった)~5(まあまあ役に立った)~10(非常に役に立った)
()点

2.2.3 「マニュアル」の内容について、改善するべき点がありましたらご記載ください(自由記載)

終わりましたら3.に進んでください。

2.3 「マニュアル」を使用しなかった方への質問です。

2.3.1 マニュアルを使用しなかった理由であてはまるものを下記から選択してください。

- a. マニュアルの内容が現場の実状と合わないから。
 - a. を選択した方は、どのような点が実情と合わないか教えてください。
(自由記載)
 - b. マニュアルの内容が煩雑過ぎるから。
 - b. を選択した方は、マニュアルのどの点が煩雑か、教えてください。
(自由記載)
- c. これまでの行なってきた対応で特に問題が発生しておらず、マニュアルの必要性を感じないから。
 - c. を選択した方は、以下の質問に御回答ください。

2.3.1.1 研修会前から行っていたあなたの対応は心理学的応急処置(Psychological First Aid, PFA)に基づいた対応ですか？

- はい いいえ
- d. その他
- d. を選択した方は理由を教えてください。
(自由記載)

終わりましたら 3. にお進みください。

3. 以下の文章の正誤について○（正）または×（誤）でご回答ください。

- 3.1 精神保健福祉センターは、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るために全国 47 都道府県に 1ヶ所ずつ、国内に計 47ヶ所設置されている。（ ）
- 3.2 日本における年間自殺者数は、COVID-19 流行前の 10 年間は減少傾向をたどり、現在約 2 万人程度である。（ ）
- 3.3 精神保健福祉センターに COVID-19 に関するメンタルヘルス相談を行った者の種別は、感染者＞感染者の家族＞一般住民＞医療者の順に多かった。（ ）
- 3.4 従来型の PFA は一般人が用いることを前提にしていたのに対して、RAPID PFA は主に精神保健医療従事者が用いることを想定している。（ ）
- 3.5 精神保健福祉センターに寄せられた相談内容が精神症状（うつ、不安、不眠など）に該当する場合、その程度によらず原則ただちに医療機関に紹介する。（ ）
- 3.6 RAPID PFA を実施する際には、1 人 1 人にかかる時間を短縮するため、相談者との関係構築より症状評価を優先する。（ ）
- 3.7 RAPID PFA を実施した後は、フォローのため必ず医療機関に紹介すべきである。（ ）
- 3.8 RAPID PFA は心理的介入を主たる内容とするが、まず食料や水、そして安全が確保されていることを確認する必要がある。（ ）
- 3.9 RAPID PFA には、非合理的な思い込みを持った相談者に対する判断や解釈などといった認知再構築の実践も含まれる。（ ）
- 3.10 支援者は、たとえ自身が支援に疲れていても、まず相談者との約束を優先すべきである。（ ）
- 3.11 トリアージでは、一度判断したらその後は判断しなおさない方がよい。（ ）
- 3.12 感染症に罹患していなくても、その対応や治療に関わった人は不安や、気分の落ち込み、焦りなどの症状が出現する事がある。（ ）
- 3.13 トリアージをおこなった本人に責任が生じる可能性がある。（ ）
- 3.14 トリアージは担当者ひとりで行い、担当者以外の者には原則として相談はしない方がよい。（ ）
- 3.15 「将来どうしたらいいかわからない」と極度の混乱があれば、トリアージは「赤」（可能であれば精神医療機関に依頼、相談する対応が望ましい）である。（ ）
- 3.16 オンライン相談では、現実的でないと思われるような内容でも、大変な状況にあることやつらい気持ちを受け止めて、ねぎらいを伝えるよう心がける。（ ）
- 3.17 メール相談や SNS 相談では、インターネットのリンク情報を送ることができるため、関連する情報はできるだけ多く伝えるようにする。（ ）

- 3.18 相談や質問が明確な場合には、情報や回答を端的に返信するよう心がける。()
- 3.19 相談者の困っていることを中心に話を聞きながら、身体的健康や安全、心理的な苦痛、認知機能、感情、対人的・物質的資源などについてアセスメントを行う。()
- 3.20 相談員自身が自分のセルフケアを保てるよう、ミーティングやスーパーバイズの機会を設けることが大切である。()
- 3.21 リラクゼーション法のひとつである漸進的筋弛緩法とは、瞑想をすることで筋肉をリラックスさせる方法である。()
- 3.22 抑うつ気分に対して取り入れられる介入のうち「行動活性化」とは、軽度の有酸素運動プログラムを生活に取り入れることを指す。()
- 3.23 入眠困難が続いていても、日中に眠気が生じていなければ「不眠症」ではない。()
- 3.24 男性にとってビール 500ml とワイングラス 2 杯の飲酒量は「生活習慣病のリスクを高める量」となる。()
- 3.25 就寝直前に入浴を行うとリラックス効果が期待でき、入眠もスムーズとなる。()

4. 次の事例を読んで設問に御回答ください。

4.1 【事例1】 Aさん 40歳代 女性 夫と子供一人の三人暮らし。事務職を20年。

電話での相談。声の様子は緊張があるようだがしっかりとした口調。この一ヶ月の間、眠れないことと、なんとなく気持ちが落ち着かない感じがあって、どのように対応したら良いか相談してきた。

元来の睡眠時間は7時間。三ヶ月前に同僚が新型コロナウイルス陽性となり、ホテルで隔離となった。微熱は出たものの数日で解熱し、検査陰性になり隔離は終了となった。Aさんは検査陰性であったが、濃厚接触者として自宅待機となっていた時期があった。

Aさんの睡眠は、一ヶ月ほど前から4時間ほどになったという。布団に入ってもなかなか眠れず、ゴロゴロしながら、音楽を聴いたり、スマートフォンを見て過ごしているという。日中は昼食後に眠気が強まるため、仕事の昼休みに眠るようにしている。仕事をしているときは問題ないが、帰宅後はなんとなく落ち着かない感じがするので、今まで以上に家事をして対応している。家事をしているとそのような感じは忘れているという。仕事や家事はこれまでと同様にできていて問題はない。休日は、スポーツジムに通って充実感を感じることはできている。食欲は問題無し。通勤も問題無し。

4.1.1 Aさんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0~10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）~10点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

4.1.2 Aさんの相談に対して、どのような対応を選びますか？

- 精神科医療機関を早急に受診するようにAさんに伝える（必要に応じて精神科医療機関を紹介する）
- 精神科医療機関を受診した方がよいとAさんに伝える。
- 精神保健福祉センターで定期的に相談対応を行う旨をAさんに伝える
- 経過観察として、何かあれば再度電話するようにAさんに伝える。

4.1.3 あなたは上記の対応をどの程度自信をもって行えますか？

0（自信が全くない）～10点（非常に自信がある）で（ ）点

4.2【事例2】 Bさん 30歳代 女性

Bさんはうつ病の既往（20歳代）がある方です。うつ病は寛解となり医療機関での治療は10年以上前に終了しています。新型コロナウイルス感染症流行により緊急事態宣言が発出されて以降、Bさんは「なんとなく不安な感じ」を自覚したため、地元の精神保健福祉センターに相談の電話をかけてきました。相談員の判断でしばらく精神保健福祉センターにてサポートしていくことになりました。

ここ数回の相談では、睡眠障害や抑うつ気分はなく、週に数回のパートも問題なくでき、これまでの趣味である海外ドラマの視聴も相応に楽しめています。

Bさんは「ふとした時になんとなく不安な気持ちになることがあります。そんな時に少しでも軽減できればいいのですが・・・。」と話されます。

4.2.1 Bさんに対して、あなたはどの程度自信をもって対応できますか？

0～10点で最もあてはまる点数を選んでください。

0（自信が全く無い）～10点（非常に自信をもって対応できる）で（ ）点

4.2.2 Bさんに対してあなたはどのような対応を行いますか？

- i. Bさんの話を支持的な対応で静かに聞き、積極的な助言は行わない。
- j. Bさんが楽しめている海外ドラマを見るように勧めてみる。
- k. センターでのサポートは困難と判断し、精神科医療機関の受診を勧める。
- l. 不安に関する心理教育を行ってみる。

4.2.3 あなたは上記で選択した回答にどの程度自信がありますか？

0（自信が全く無い）～10（非常に自信がある）

ご回答いただき、ありがとうございました。

第1章

1. 研究対象施設に対するアンケート調査の結果

私たちは今回マニュアルを作成するにあたり、まず今どのような相談が精神保健福祉センターや精神科医療機関に寄せられているかの調査研究を実施しました。2020年10月から12月にかけて全国1000箇所の精神保健福祉センター、大学病院精神科、総合病院精神科、精神科クリニック、精神科病院にアンケートを送付し、寄せられている相談の内容や相談に対してどのような対応を行っているかについて回答してもらいました。この研究の実施にあたっては九州大学の研究倫理審査委員会の承認（許可番号：2020-452）を得ています。

1.1 基本情報

回答が得られた施設は、計249施設（回収率24.9%）、内訳は精神保健福祉センター55カ所、大学病院・総合病院67カ所、精神科クリニック84カ所、単科精神科病院43カ所でした。以後のデータは、精神保健福祉センター55カ所（MH群）とそれ以外の精神科医療機関計194カ所（PU群）を対比する形で呈示します。

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わかります。MH群は電話での相談を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ていました。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、電話相談への対応が主体でした。一方のPU群は電話相談は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ることがわかります。

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日本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りました。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/月となっています（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件程度です。

相談者の年代別では、40代と50代からの相談が多くみられており、相談者の性別では、MH群は女性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ました。

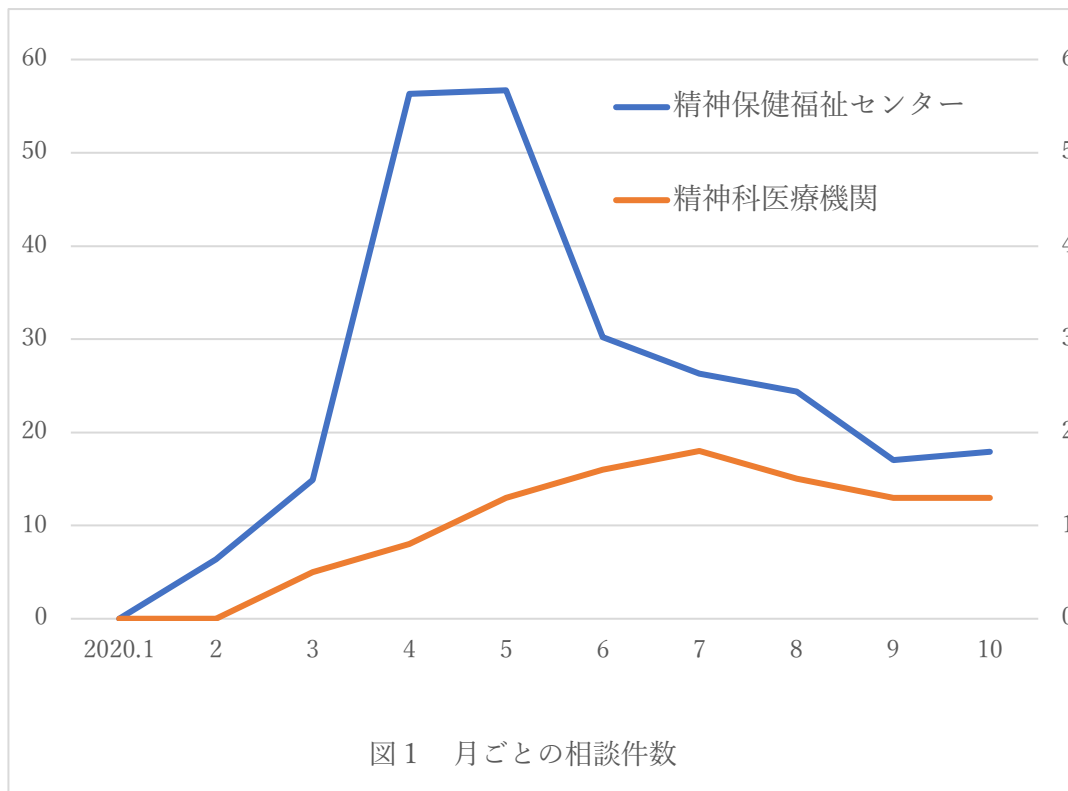


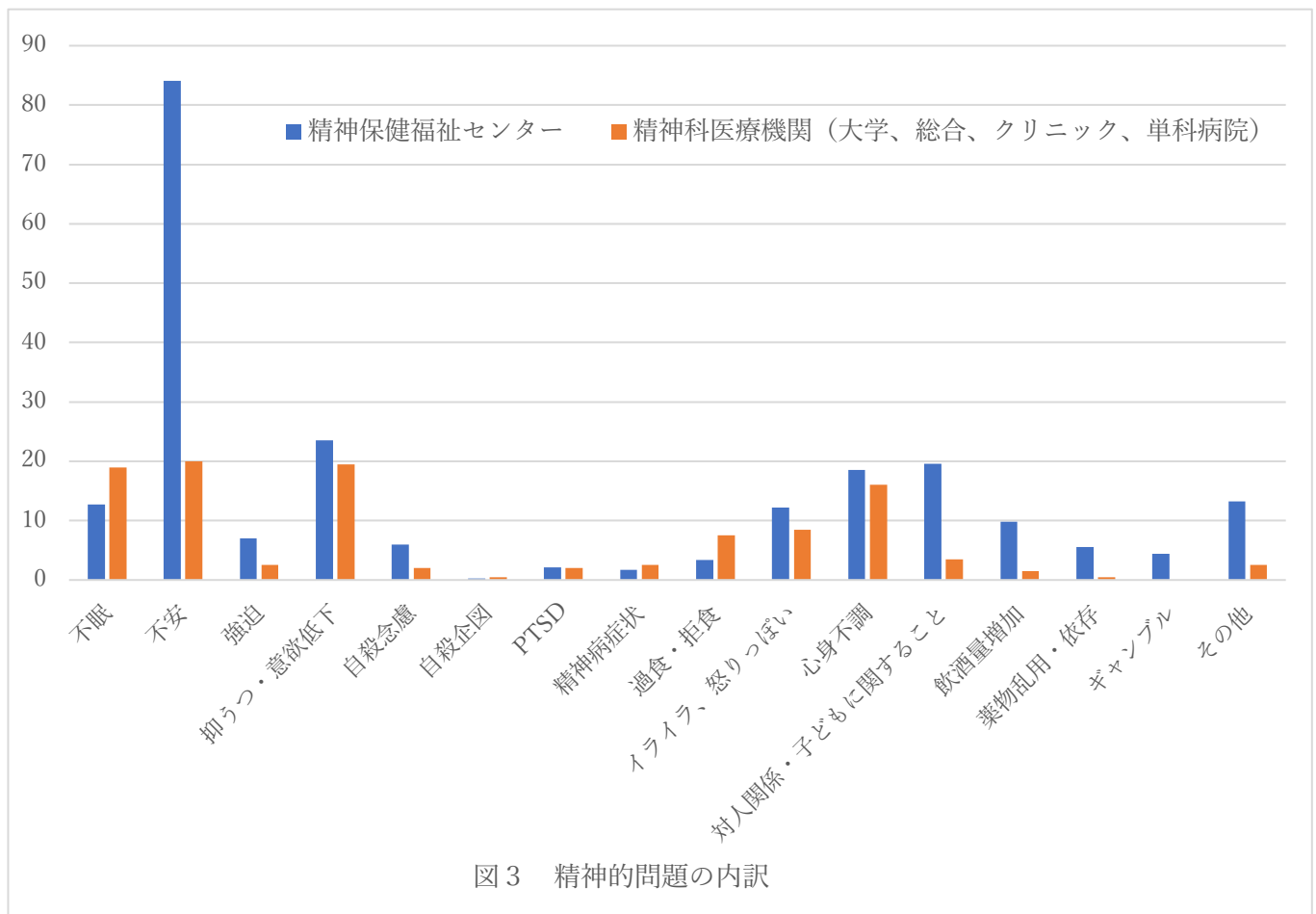
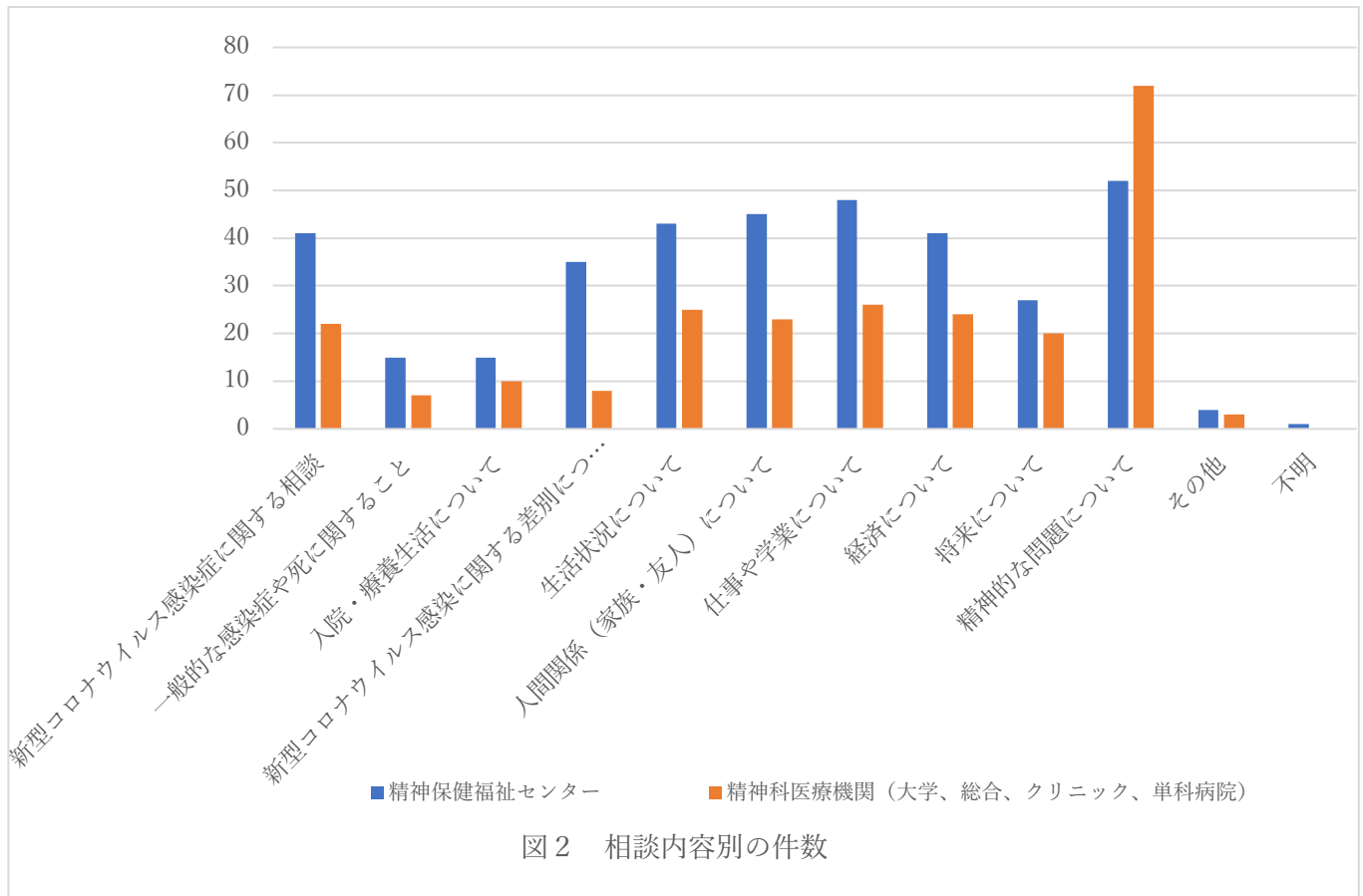
図1 月ごとの相談件数

1.2. 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ました。一方、PU 群は精神的な問題に集中していました。そして両群ともに、精神的な問題の相談は8～9割の施設が経験しており、顕著なものでした（図2）。

精神的問題の内訳は、多い順に不安（MH：84件、PU:5件）、抑うつ気分・意欲低下（MH：24件、PU:4件）、対人関係・子ども関係（MH：20件、PU:1件）、心身不調（MH：19件、PU:3件）、不眠（MH：13件、PU：4件）、イライラ感・怒りっぽい（MH：12件、PU:2件）、飲酒量増加（MH：10件、PU:0.3件）、と続きました（図3）。

緊急性が高いと判断される相談は、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件でした。決して数は多くありませんが、より専門的な精神科治療を必要とするケースが一定数発生していることがわかります。このことから、既存の災害時のメンタルヘルストリアージシステムを、COVID-19の状況に対応したものとして構築する必要があると思われます。



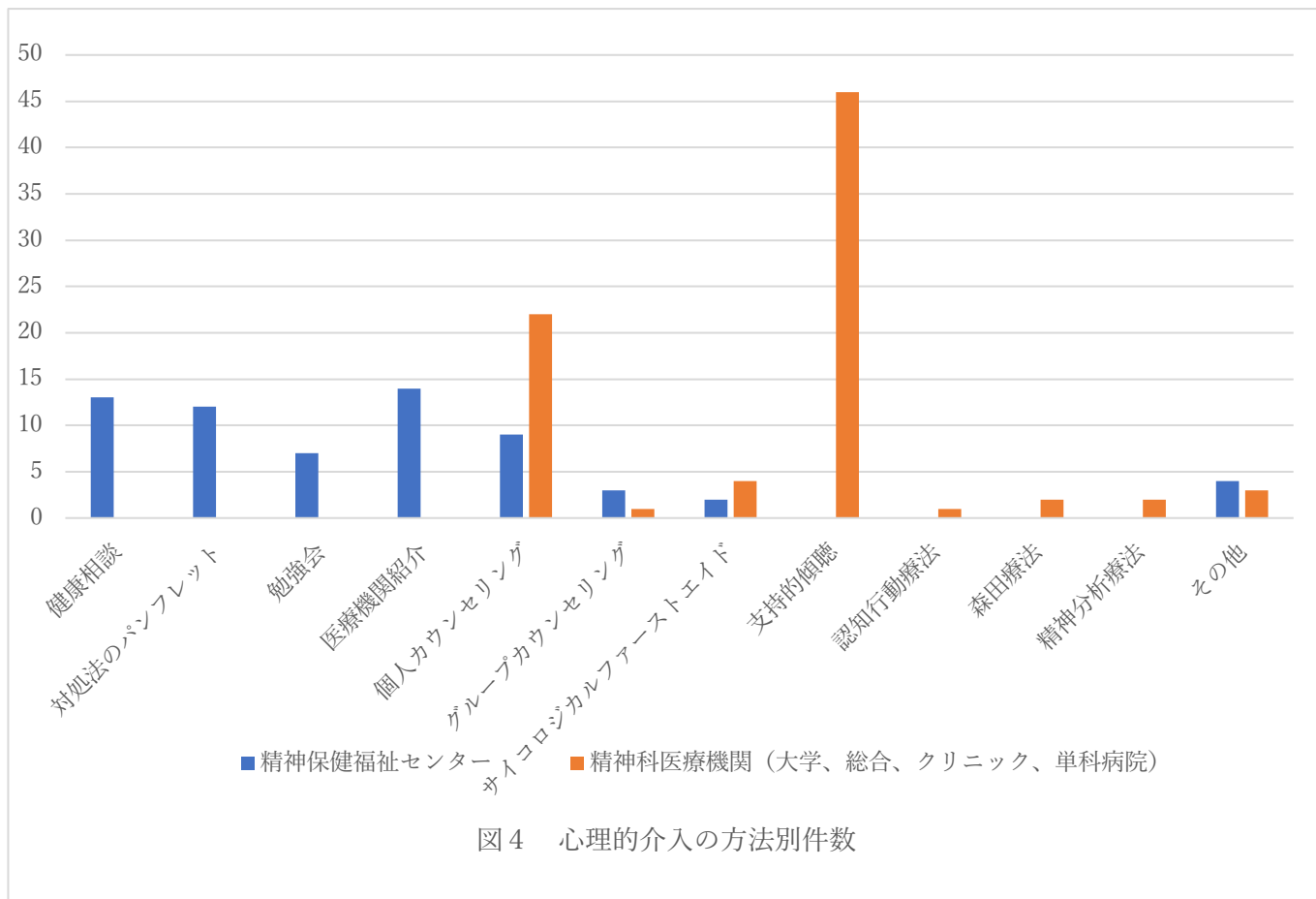
1.3. 心理的介入に関する情報

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%）が実施していました。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ました。一方 PU 群では不安、不眠、うつの順に介入が行われていました。

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%）も多くみられました。少数ですがサイコロジカルファーストエイド（同 9%）も実施されていました。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、一部の施設がサイコロジカルファーストエイド（同 7%）を実施していました（図 4）。

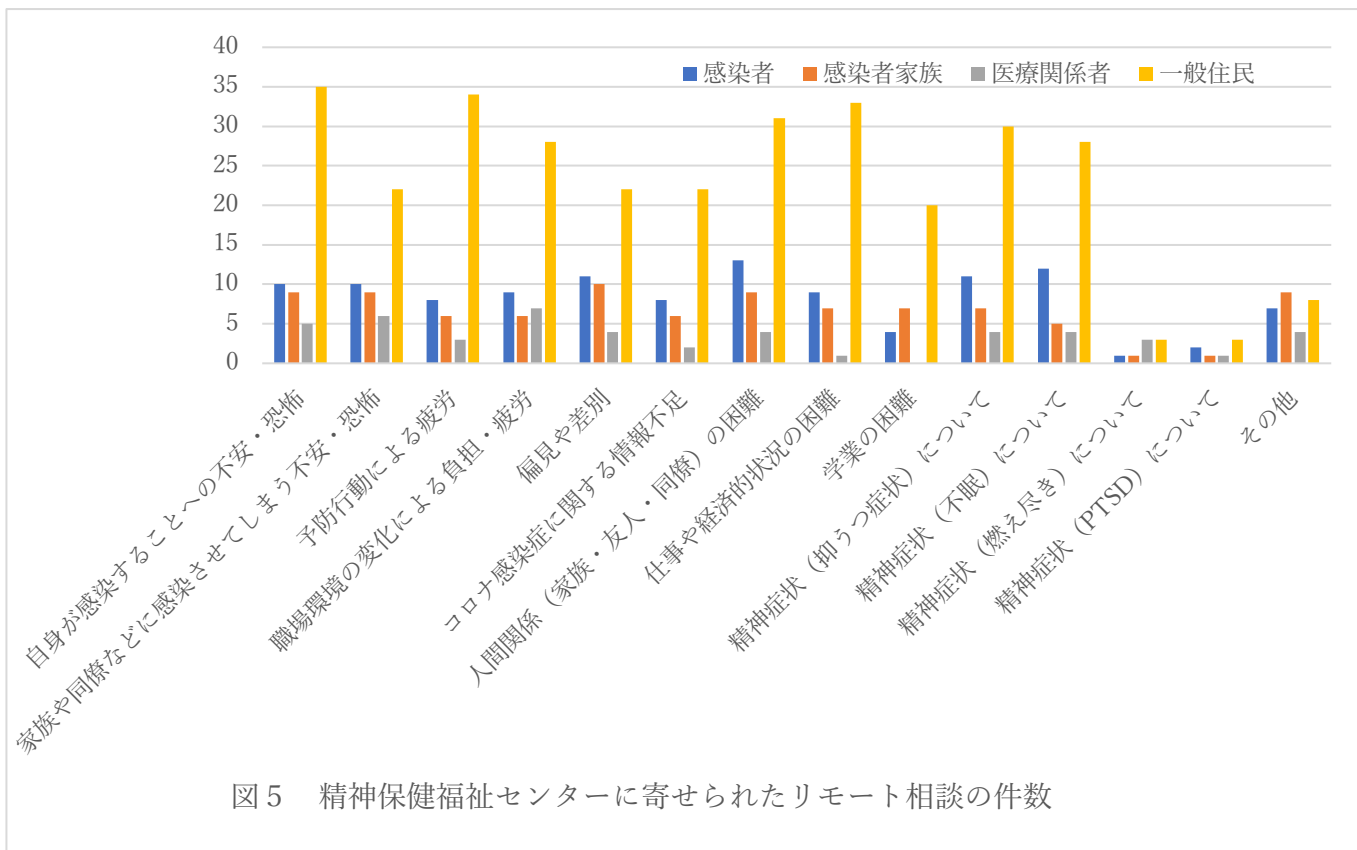
介入回数と期間については施設によってバラツキが大きく、MH 群では 1 回のみが 5 ヶ所（介入あり 22 ヶ所のうち 23%）ある一方、10 回以上または 3 ヶ月以上行った施設も 7 ヶ所（同 32%）ありました。PU 群に関しては 1 回のケースは 2 ヶ所（介入あり 61 ヶ所のうち 3%）と少なく、2~4 回または 1 ヶ月未満 13 件（同 21%）、5~9 回または 3 ヶ月未満 23 件（同 38%）、10 回以上または 3 ヶ月以上 16 件（同 26%）、と状況に応じて幅広い対応が行われているようでした。

災害時の応急的心理介入として有効とされるサイコロジカルファーストエイド（PFA）を導入している施設もありましたが少数にとどまり、これは自然災害とは異なる要素が大きいことや、従来型の PFA は一般人が用いることを前提にしたものであることも影響していることが考えられます。今後、精神医療従事者による、より専門的な介入を考慮に入れた rapid-PFA をベースに、COVID-19 に特化した PFA の構築が必要と考えられました。



1.4. 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ました。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%) など多様でしたが、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ました。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ました。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%) と続きます。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ました。この結果を見ると、COVID-19 の影響は直接的なものにとどまらず、我が国における社会システムそのものにも大きな影響を与えていることがわかります。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します (図5)。



第2章

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（岡山大学）、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）

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

1-1. 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況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、その後に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。

1-2. 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、様々な仮設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ます、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 4-1 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。

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。

2-1. 第一部 科学的な背景

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、多くの人は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べきです。

PFA の介入を実践するとき重要なのは、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面における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、ストレッサーや精神疾患の有無などの要因が関わるという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。

2-2. 第二部 PFA の実践

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。そしてラポールを形成するときには、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を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

この章では心理的トリアージについて説明しています。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、それらに優先順位を付ける必要があります。優先順位付けには、危機反応の3徴を知っておくことが役立ちます。これは、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、の3つからなっていて、これらによって日々の責任を果たす能力が損なわれることがあるというのが重要です。また具体的なニーズとして、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、という最も基本的なニーズを第一に満たす必要があります。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。これらの項目は、精神疾患の発症や機能不全の予測因子として知られているため特に注意を向ける必要があります。

これらの観点から心理的トリアージを行い、緊急性も重要性も高くない人には介入は不要と判定します。緊急性と重要性のどちらかだけ高い人にはその人の自然な回復力（レジリエンス）に期待しながら経過観察し、状態が悪くなれば介入に移ります。そして緊急性も重要性も高い場合には直ちに PFA を提供する、ということになります。

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。

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。認知的リフレーミングは強力な手法ですが、適切でないタイミングで実施すると、言い争いになってしまうことがあるので注意が必要です。

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を、バランスの良い食事でも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るべきです。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ること、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受ける、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。

(改訂はここから★)

3. PFA は流行感染症や自然災害の際にどのように用いられてきたか

3-1. 流行感染症下での PFA

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かどうか、オーバービューという手法を用いて調べました。

災害時に心理的苦痛を受けている人に対して研究に参加してもらうことへの倫理的配慮から、PFA の効果を直接調べた研究は非常に限られます。ただし、PFA の提供者が PFA のトレーニングを受けたことでどのような良い変化があったか、という点についてはいくつかの報告があります。

まず、PFA のトレーニングを一日受けた医療従事者は、トレーニングを受けていない群に比べて、自己効力感、コーピングスキル、レジリエンス、生活満足度、ソーシャルサポートが高まるということが分かっています (Cheung, 2014)。また、PFA のトレーニングによって医療従事者自身が、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、といったポジティブな変化を実感できるようになることも分かっています (De Jong, 2019)。その他に、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す (Waterman et al. 2018)。ただし、単発の PFA トレーニングより、高頻度・長期間継続する介入の方がより効果的であるとする研究があることも知っておきましょう (Ottisova et al. 2022)。

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。

3-2. 自然災害下での PFA

台風、豪雨、洪水、土砂災害、津波などの重大な災害に遭遇すると、恐怖、フラッシュバック、不安、抑うつなどの苦痛を生じやすく、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は災害後のトラウマに直接関与していると言われていました。

災害発災直後の PFA 実施が、被災者に対して十分に効果があるということを、対照群の設定により示した研究は倫理的観点から実施されていませんが、災害発災後に心理的介入を行った研究はいくつかあり、この場にて紹介します。

フィリピン、モンゴル、ネパール等の 5 カ国 10 件の災害で生じた 158 箇所の避難所において計 16768 人の子供を対象に実施した、PFA の要素を含むような 5 日間にわたる急性期の心理的介入プログラムを実施したところ、子供たちの外傷に関連した機能や幸福が改善したほか、自然災害に対する介入に限ると、発災後から介入開始までの期間による効果の差はなく、どの段階でもよい効果をもたらしたとの結果でした (Simonds EA, 2022)。また、中国・廬山地震 (2013) で被災した 304 人の子供 (9-17 歳) を 4 年間追跡調査したところ、被災直後に学校で心理的介入を受けたり、定期的にメンタルヘルスに関する授業を受けたり、個別にカウンセリングを受ける機会を得た結果、子供らの PTSD 症状は時間経過とともに低下傾向を認め、レジリエンスを得られたと判断される者が半数以上を示しました (Cheng J, 2019)。さらに、スマトラ沖地震の津波に被災した直後にノルウェーに避難した家族を対象とした質的研究では、被災のショックによって子供の精神症状を十分に観察することができなかった親が多かったことを示し、保護者をサポートすることが、ひいては災害後の子どもたちの支援につながるという、PFA における早期介入の必要性が裏付けられることとなりました (Hafstad GS, 2012)。

いずれの研究も、発災直後から長期にわたって被災者のメンタルヘルスの回復をサポートする際に必要とされている、安全・安心感を与える、落ち着かせる、自己効力感の回復を促す、つながりを保つ、希望が持てるように支援する、といったポイントを押さえた内容となっています (Hobfoll SE, 2007)。

日本は、世界中で起きたマグニチュード 6 以上の地震の 20.8% が発生するなど、世界有数の災害大国であることは周知の事実であり、いつ自分たちの住む街に災害が発生してもおかしくありません。そして、自然災害の発災後に被災地に赴いて救援にあたる職種は、消防・警察・自治体職員・医療従事者・福祉従事者など幅広く、その人たち自身も被災者でありながら支援にあたることも珍しくありません。日本に住む精神医療従事者として、災害時に被災者の方に必要な支援を受けてもらえるように、日頃から PFA の訓練や啓発など、準備につとめておく必要があるといえるのではないのでしょうか。

3-3. まとめ

流行感染症や自然災害のもとで PFA がどのように用いられてきたのかを確認し、また心理的苦痛を受けている人や PFA 提供者において一定の効果が報告されていることを確認しました。近年では、ロシアによるウクライナへの侵攻という戦争状態における PFA の活用として、Friend. first aid というチャットボットを用いたメンタルヘルスケアが 4 万人以上に利用されたという事例が報告されました (Frankova, 2022)。このように、倫理的に十分配慮しつつも、様々な状況での PFA の活用事例を集積することが PFA の有効性を明らかにする上で今後も重要と考えられます。

4. PFA の実践にあたって

4-1. 提供者が PFA の実践時に気をつけるべきこと

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。

4-2. 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ます。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し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、他の災害などと比べて強く出現する可能性があることも意識しておいたほうが良いかもしれません。

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。咳の苦しさや今後の不安を傾聴し、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、必要以上に自分を責めるなど介入が必要な根拠が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。衝動的な行動として、過量服薬、手首自傷などがあれば極めて緊急性も重要性も高いため、即座に病院受診を検討しましょう。また、投げやりになったり自暴自棄になったりする言動があれば、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。ある程度優先順位が高い場合は、介入（I）の段階に移ります。

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きだろ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るべきです。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。

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*.
- Cheng J, Liang YM, Zhou YY, Eli B, Liu ZK. Trajectories of PTSD symptoms among children who survived the Lushan earthquake: A four-year longitudinal study. *J Affect Disord*. 2019 Jun 1;252:421-427.
- Cheung YL. (2014). Psychological first aid as a public health disaster response preparedness strategy for responders in critical incidents and disasters [dissertation on the Internet]. Hong Kong: The Chinese University of Hong Kong. <https://search.proquest.com/docview/1691127433/abstract/F18583B127484126PQ/1>
- 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.
- Frankova I, Vermetten E, Shalev AY, et al. Digital psychological first aid for Ukraine. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(7):e33. doi:10.1016/S2215-0366(22)00147-X
- Hafstad GS, Haavind H, Jensen TK. Parenting After a Natural Disaster: A Qualitative Study of Norwegian Families Surviving the 2004 Tsunami in Southeast Asia. *J Child Fam Stud*. 2012 Apr;21(2):293-302.
- Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007 Winter;70(4):283-315; discussion 316-69.
- 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).
- Ottisova L, Gillard JA, Wood M, et al. (2022). Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster-exposed health care workers: A systematic review. *J Trauma Stress*. 35(2):746-758.
- Simonds EA, Gobenciong KAP, Wilson JE, Jiroutek MR, Nugent NR, van Tilburg MAL. Trauma Functioning and Well-Being in Children Who Receive Mental Health Aid after Natural Disaster or War. *Children (Basel)*. 2022 Jun 25;9(7):951.
- 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.

第5章

1. 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ばこころの不調を来さないで済むのでしょうか。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。

1.1. 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、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がります。

1.2. 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。

1.3. 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良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も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。

1.4. 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べきです。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けましょう。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けましょう。
- ・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。

1.5. 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ど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。

第6章

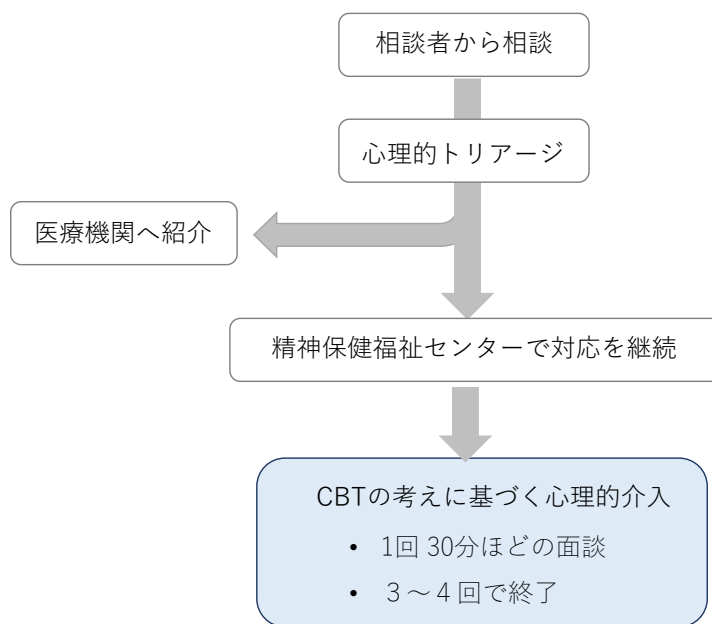
6. メンタルヘルスに不調が生じた際の「認知行動療法(CBT)の考えに基づく対応方法」(以下、「CBTに基づく対応方法」)

6.1 このセクションについて

6.3に記載されている「CBTに基づく対応方法」は、CBTの高度なスキルを持った専門家ではなくても実施することができるように作られています。

メンタルヘルス・トリアージで医療機関を受診する状態ではないと判断された相談者に対して精神保健福祉センターの相談業務の範囲で使用される事を想定して、1回あたり15~20分程度、3~4回でひとつの問題に対応できるように作られています。

図1



6.2 相談者への接し方の基本～具体的な問題に対処していく前に～

まずは相談者のつらさ・苦しさ共感することが大切です。その後そのようなつらい気持ちの背景にある相談者の「物事のとらえ方（認知）」や「行動」に対して相談者自身が向き合えるように援助者が手助けをしていきます。

- 「なぜ」ではなく「どのように」
相談者の悩みに対して、援助者はつい「なぜ～」「どうして～」と質問しがちです。しかし、そのような質問が続くと相談者は自分が責められているように感じる事があります。そのような質問に代わって「どのような状況でその問題が起きたのでしょうか」「どのように対処していけばよいか一緒に考えて行きましょう」と話が具体的な内容になるように質問しつつ、問題に対して相談者が主体性をもって向き合えるように相談をすすめることが大切です。
- 「わかりました」の伝え方
援助者はあいづちのつもりで「わかりました」と自然に言いがちです。しかし相談をしている立場からすると、聴いてもらっている相手から「わかりました」と言われると、それ以上話しにくくなるものです。分かったことを伝えたい時は、「～という理解でよろしいですか」と伝え、相談者からのフィードバックを得ることができ、より相談内容の理解が進むでしょう。
- 「相談者の気づきを助けるような質問」
上記項目の内容からの続きになりますが、相談者の話に対して、援助者が自分の理解を伝えるために「〇〇なんですね」とシンプルに伝えることがあるでしょう。しかし、「私は〇〇と考えた（理解した）のですが、どうでしょうか？（どう思いますか？）」と相談者が話した内容に対して相談者自身が考えることを促すきっかけになるような伝え方をするとさらに良いでしょう。このような関わり方は相談者自身が自分の問題に対して主体的に関わるための助けになります。

参考文献：簡易型認知行動療法実践マニュアル、大野裕 田中克俊 ストレスマネジメントネットワーク。

6.3 具体的な問題への「CBTに基づく対応方法」

このセクションでは相談の内容が 1.不安、2.抑うつ気分、3.睡眠障害、4.アルコール飲料の多飲、であった場合に、援助者が具体的にどのように「CBTに基づく対応方法」を進めていけばよいか述べていきます。なお、それぞれの項目に記載されている技法は医療現場において有効性が報告されている技法ですが、このマニュアルでは使用しやすいように簡略化しています。

6.3-1 不安

このセクションでは相談の内容が主として「不安」であった場合に、「CBTに基づく対応方法」を用いながら援助者がどのように対応していけばよいかを説明します。

このセクションは二つのステップから構成されています。第一ステップは「不安」とはどのような場面で強まるものなのかを相談者に説明します。第二ステップは、不安を低減させるためのリラクゼーション法について説明し、相談者が実践できるように促していきます。

挿入図 2

第一ステップ)

「不安」についての説明

不安は①身体の緊張、②将来起こるかもしれない危険や最悪の状況に注意が向いた考え、によって強まります。

①の「身体の緊張」は、人間が動物として本来もっている「脅威に対する反応」です。動物は生命の危険を察知すると交感神経が興奮します。その結果、脈拍や呼吸がはやくなるといった身体の変化が生じます。

②の「将来起こるかもしれない危険や最悪の状況に注意が向いた思考」とは、「もし~だったら」と考えてしまうことです。この考えによって、その人にとって嫌な場面や苦しい場面のイメージが次々と生じて不安が高まります。さらに、そのようなイメージによって「身体の緊張」が生じ、より不安が強まることとなります。つまり、“出来事そのもの”ではなく、その人がその出来事をどのように考えるのか（解釈するのか）、そしてその考えに身体が反応することによって、不安が強まってしまうといえるでしょう。

不安を軽減する方法として、「CBTに基づく対応」では「身体の緊張」をリラクゼーションで軽減する方略をとります。一方で不安は正常心理のひとつであり、誰もが普通に感じる感情です。相談者に対して、不安を“完全に”無くしてしまうような治療法はないということは伝えておくことも重要です。

第二ステップ)

リラクゼーション法を伝える：呼吸法と筋弛緩法

不安を完全には取り去ることはできませんが、リラクゼーション法を取り入れることによって、不安を低減させることはできます。ステップ1で述べたように、不安が高まる一つの要因として身体の緊張、つまり「交感神経の興奮」があります。この交感神経の興奮を緩和させることで不安を低減させることができます。リラクゼーション法は多くの方法がありますが、最も簡便な方法は「呼吸法」です。この呼吸法は、簡単にいうと「深呼吸」を行うのですが、ここではより適切と考えられている方法を示します。

【呼吸法について】

ポイント：10秒に一回の腹式深呼吸

*大きな呼吸（腹式呼吸）を行うことで、肺にある受容体が普段の呼吸よりもより大きな肺の体積変化を感知し、そのシグナルを脳におくことで交感神経の興奮を低減させます。

*10秒に一回の深呼吸のリズムは、その他のリズムの深呼吸よりもリラクゼーション効果が高いといわれています。

1. まずは息を吐きます。

肺の中の空気を全て出し切るイメージです。手をお腹に触れてお腹が凹むかどうか確かめてみると腹式呼吸ができているが、分かるでしょう。

2. 鼻から息を吸い込みます。

「1・・2・・3・・4」と数えながら息を鼻からゆっくり吸い込みます。

3. 一秒おいて、ゆっくり息を口から吐き出します。

息を吐き出しながら「1・・2・・3・・4・・5」と数えます。

この10秒に一回の呼吸法を一回ではなく、何回か行う事が必要です。

呼吸法以外のリラクゼーション法は「漸進的筋弛緩法」があります。

【漸進的（ぜんしんてき）筋弛緩法について】

筋肉のリラックスがこころのリラックスに繋がるのが分かっています。全身の筋肉を決まった順番で「緊張させて緩める」という練習を行うことで、こころをリラックスさせることができるのです。その方法を以下に示します。

(練習を始める前の導入)

椅子に座って、右手で椅子の座面の端を思いっきりギュッと握ってみて下さい。その時に座面に触れている手のひらの感覚に注意をむけるのではなく、前腕(手首から肘までの部分)に力が入っていることに注意を向けてみましょう。そしてゆっくりと腕の力を抜きます。その時に前腕に感じる感覚、つまり筋肉が弛緩していく感覚を感じてみて下さい。このような感覚を意図的に全身の筋肉(骨格筋)で練習していきます。

(漸進的筋弛緩法簡易版の練習)

- 力を入れるときは100%の力を入れるのではなく、60~70%くらいで行います。
- 10秒力をいれて、10秒力を抜くという練習を行います。
- それをひとつの動作ごとに二回繰り返します。
- ポイントは脱力のときの弛緩していく感覚を感じることに。
 1. 両こぶしを握り、腕を曲げる。
 2. 1.の動作に加えて、肩甲骨を背骨にくっつくように寄せる。
 3. 両肩を耳に引き寄せる。
 4. 両目をかたく閉じて、目と口を鼻に近づけ、口をすぼめる。
 5. 4.の動作に加えて、舌で口の上を押しながら、歯を噛みしめる。
 6. 片手のこぶしを両膝で挟み、こぶしを左右から押しつぶすように膝に力を入れる。
 7. 両手を左右の膝に当て、手は膝がくっつくように力を入れ、膝は手の力を押し返すように、足を広げようように力を入れる。

図 筋弛緩法(簡易型)



図 筋弛緩法(簡易型)

日本心身医学会発行「心身医学」vol57.10号 2017.より転載

〈参考文献〉

- 30分でできる不安のセルフコントロール. マシュー・マッケイラ(堀越勝ら訳). 金剛出版.
- リラクゼーション法. 富岡光直. 心身医学, 57巻10号 p1025-1031.

6-3-1-2 感染不安からくる潔癖症

このセクションでは感染症に対する不安から、過剰に手洗いや消毒といった行動を行ってしまう方に対して、どのような対処を行うかを説明します。

このセクションでは三つのステップからなっています。第一ステップは「新型コロナウイルスの感染経路に関する教育」、第二ステップは「なぜ過剰な手洗いや消毒をおこなってしまうのかの心理教育」、第三ステップは「過度にそのような行動を行わないためのルールづくり」です。

第一ステップ)

「新型コロナウイルスの感染経路に関する心理教育」

新型コロナウイルスは、一般的に「飛沫感染」と「接触感染」で感染するといわれています。

「飛沫感染」とは、感染した人のくしゃみや咳、つばなどと一緒にウイルスが放出され、それを口や鼻から吸い込んで感染することをいいます。閉鎖した空間で、近距離で多くの人と会話するような場面では、咳やくしゃみをしていなくても、感染する可能性があります。世界保健機構(WHO)によると5分間の会話で一回

の咳と同じ飛沫（約 3000 個）が飛ぶといわれています。

「接触感染」とは、感染者が咳やくしゃみを手で押さえた後に、その手で周囲の物に触れるとそこにウイルスがつかます。他の人がそれを触るとウイルスが手につき、その手で口や鼻を触ることにより、感染することをいいます。WHO のよると、新型コロナウイルスは、プラスチックの表面で最大 72 時間、ボール紙では最大 24 時間生存できると報告しています。

最近の研究 (Harvey AP, medRxiv 2020) では、新型コロナウイルスの感染経路は飛沫感染が主体であり、公共物に触れたりすることによる接触感染のリスクはこれまでに考えられていたよりもずっと低いことが指摘されており、感染予防にはなにを置いてもまずマスク着用と、多人数での会食やカラオケといった飛沫が多く飛散する状況を避けることが大事であるといえます。

たしかに感染予防のためには手洗いや身の回りの物の消毒が有効ですが、自分や家族の日常生活に不便さが伴うほど頻回に手洗いや身の回りの物への消毒を行う必要があるのでしょうか？ 石けんやハンドソープで 10 秒間洗った後、流水で 15 秒すすぐ手洗いを一度行うだけで、手洗いしない場合の 0.01% にウイルスは減少するといわれています。つまり日常生活の中で一度の手洗いにつき手洗いそのものを繰り返す必要はないといえるでしょう。なお、手洗いを行った後はアルコール消毒を使用する必要はありません。

【参考】手洗いによるウイルスの減少 厚生労働省のホームページより

<https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200626013/20200626013-2.pdf>

第二ステップ)

「なぜ過剰な手洗いや消毒をおこなってしまうのか」に対する心理教育

手洗いや消毒を行うことで、本当に新型コロナウイルス（“コロナ”と略）は消滅したのでしょうか？ 第一段階でも述べたように、大部分のウイルスは消滅していますが、正確に言えば、感染リスクがない程度のウイルスは残存している可能性はあるでしょう。このわずかな可能性を私達の脳が過大にとらえてしまうことが時にあります。このような時は、「もしコロナが手についていたら感染して迷惑かけるかも」「これにコロナがついていたら、感染するかも」といった考えが浮かびやすく、その結果「不安」が生じます。人は誰でも不安を感じる事は嫌なものです。そのため不安を無くすために私達はなにかしらの対処行動をとるでしょう。もし「手にコロナがついていて自分が感染したら・・・」という考えが浮かぶと、皆さんはどのような対処をとるでしょうか？ 当然、手を洗ったり、手を消毒するでしょう。その後はどのような気持ちになっているのでしょうか？ 恐らく手を洗う前にあった不安は無くなっていると思います。

わずかな可能性を過大にとらえてしまう時は、ちょっとした出来事でもすぐに不安になってしまうので、私達は次々と浮かんでくる不安にすぐに対処行動をとります。しかし、そのような対処行動を繰り返しているとわずかな不安に対してすぐに対処をおこなないと気が済まなくなってしまう。

第三ステップ)

「過剰な手洗いや消毒を行わないためのルールづくり」

では、頻回に手洗いや消毒を行ってしまう状態にどのように対応すればよいのでしょうか？ 今は少しの不安でも手洗いや消毒を過剰にしてしまっていると思いますが、それらの行動をグッと我慢して、必要以上にそれらの行動を行わずに過ごすことが必要です。

我慢している間、不安は続くと思いますが、そのような過剰な手洗いや消毒をやめてしまっても実際は感染することなく経過している、という経験を相談者が体験をすることが必要です。もし相談者がそのような過剰な手洗いを我慢して過ごすようにしていれば、過剰な手洗いをしなくても感染していないという客観的事実を援助者から相談者に伝えてフィードバックすることも重要です。

加えて相談者の生活スタイルに合わせてルールづくりを行い、守れたかどうかを相談者自身にモニター（その日 1 日守れたらカレンダーに○をつける etc）してもらいます。

〈ルールの例〉

例 1) 基本的に手洗いは一回で済ませる（一度の手洗いで何回も繰り返し洗わない）。

- ・ 厚生労働省推奨の手洗いの手順

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000593494.pdf>

例 2) 手を洗うタイミングを決める（例：外出からの帰宅時、調理の前後、食事前）

例 3) 家庭内の消毒は直接手が触れる手すりやドアノブ、リモコンだけにする。

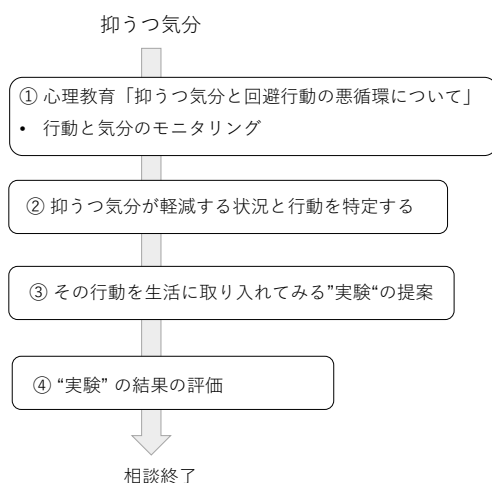
6.3-2 抑うつ気分

抑うつ気分には次のような様々な表現があります。「気が滅入る感じ」「憂うつな気持ち」「悲しい気持ち」「むなしい気持ち」等です。このような気分によって、これまで楽しめていたことが楽しめなくなったりしているかもしれません。

このセクションでは、相談内容が「抑うつ気分」である場合に、CBTの技法のひとつである「行動活性化」に基づいた助言を援助者が行えるように説明していきます。

「行動活性化」は相談者の行動パターンを変えることで抑うつ気分を軽減していく方法です。誰でも簡単に取り組みやすく、そのわりに抑うつ気分の改善に効果があります。

このセクションは以下の三つのステップで構成されています。第一ステップは相談者に対する心理教育です。第二ステップは「抑うつ気分が軽くなる状況と行動を特定し、その行動を生活に計画的に取り入れてみること」を相談者に提案します。第三ステップは、その行動を取り入れたことで抑うつ気分に変化があったかどうかの評価を行います。



第一ステップ)

「心理教育：抑うつ気分と回避行動の悪循環について」

まずは相談者の生活状況を聴き取ります。相談者はどのような生活を送っているのでしょうか？抑うつ気分が生じる前の生活と現在の生活ではどのようなことが違っているのでしょうか？そのような生活の変化の中で、相談者が「気分が落ち込んでいるから、やめてしまった」と考えている活動があるかもしれません。

ところが実際は、「気持ちが落ち込んでいるから」という理由で活動をやめてしまうこと（これを「回避行動」といいます）自体が長期的にみれば抑うつ気分を悪化させる悪循環を引き起こしていることが分かっています。

☒

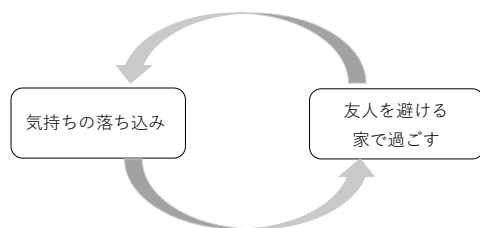


図 回避による抑うつが悪循環

気持ちの落ち込みがあるので、家で過ごす短期的には気持ち楽になるかもしれない。
しかし、長期的には家で過ごすことが気持ちの落ち込みを悪化させる。

この悪循環を断って抑うつ気分を軽減するためには、何もする気持ちになれなくても今できる範囲で少しでも楽しい気持ちになる活動や達成感を感じられる活動を増やすことが大切であることを相談者に伝えます。気分を変えようとじっとしながら念じても気分を変えることはできませんが、自分で行動をおこすことはできるのです！

時には意識せずに行っている行動が、抑うつ気分を悪化させていることもあります。そのため、相談者が一日の中でどのような活動を行っているのかを気分とともにセルフモニタリングを行い、相談者自身がそのような行動に気づくように援助していきます。

第二ステップ)

「抑うつ気分が軽減する状況と行動を特定する・その行動を生活に取り入れてみる、やって良かったと思う行動を取り入れる」

抑うつ気分が軽減する状況や行動を相談者に気付いてもらうために、一週間の活動と気分のモニタリングを行ってもらいます。活動記録表（後述）に一日の中で「どのような行動を行ったか」と「その活動をしていた時にどのくらい楽しく感じたか（達成感があったか・嬉しく感じたか・温かさを感じたか・すがすがしく感じたか）」を点数化して記録してきてもらいます。

なぜこのようなモニタリングをする必要があるのでしょうか？それは人間の行動の多くはひとつひとつ意識的に行われているわけではないので、相談時にまとめて思い出そうとしても、どのような活動をしたのか、その時の気分はどうだったかということ思い出せないからです。その旨を相談者に伝えて、ホームワークとして「活動記録表」を記載してもらいましょう。

活動記録表は付属資料の「活動記録表」を使用してもよいですし、相談者が自分で作ってもよいです（活動表の書き方の例は付属資料2にあります）。

次の面接では相談者が記載してきた活動記録表をもとに話を進めていきます。活動記録表の「楽しさ、喜び、達成感」の点数が記載されている中で点数が比較的高かった活動はどのような活動なのかを相談者と見つけていきましょう。そのような点数が高かった活動を生活の中に計画的に入れていきます。

ここで問題になるのが、新型コロナウイルス感染予防のために、「友人や家族と会うこと」や「外出すること」を控えたりと、相談者がこれまで楽しみだった活動ができないことがあります。そのような場合は、「今までしたことはないけれどやってみたいと思っている活動」、「最近はやっていないがこれまで人生でやりがいを感じた活動」、「相談者が得意なこと」を書き出してみるように相談者に促します。それらの中から、現実的にとりかかれそうな活動を取り入れる計画してみるとよいでしょう。

さらに活動を細かく分けてみるという方法もあります。例えば今まで「友人と会食をする」という活動を楽しみにしていたのであれば「インターネットを利用して遠隔通信で話す、電話で話す」、「SNSで連絡をとる」、「その友人と今後したいことをリストに挙げる」、「外出が可能になれば行ってみたいレストランやお店を調べる」、「その友人と会うときに着る洋服を選ぶ」といった具合です。このように細かく分けた活動を相談者に実行してもらい、その時の気分の点数をつけてもらいましょう。

活動を計画に取り入れるコツとして、「活動してみて気分が変わるかどうかを“実験してみる・試してみる”というスタンスで取り組んでみる」ということが挙げられます。前述のように「活動」を細かく分けて、その活動を行った時にどのような気分になるかを相談者自身がモニターを行っていくことで、日常生活の中でどの

ような活動を計画して取り入れていけばよいか、相談者自身が気付くことができるように促していきましょう。

第三ステップ)

「『活動』を取り入れてみて気分に変化があったかどうかを評価する」

計画して取り入れた「活動」が実際ではどうであったかを評価します。もしかすると、楽しくなると考えて取り入れた活動が、実際のところはそれほど楽しいものではなかったかもしれません。しかし、それでも良いのです（あくまでも“実験・お試し”というスタンスです）。行動記録表を参考にしながら、「気分が乗らないから”気分がまいちだから”と活動しないこと」をやめて、点数が高い「活動」を日常生活の中に取り入れていくことが抑うつ気分を改善するために重要です。あきらめることなく「“お試し”の活動」を日常生活の中に取り入れていきましょう。

参照：こころのスキルアップトレーニング. 大野裕監修. cbtjp.net.

6.3-3 睡眠障害

健康維持のためには、適切な睡眠がとても大事であることを前章（第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）に述べました。

このセクションでは、相談が主として「眠れない」であった場合に「CBTに基づく対応方法」を説明します。

このセクションは三つのステップで進みます。第一ステップは、「相談者の睡眠状態の把握」、第二ステップは「睡眠に関する心理教育」、第三ステップは「リラックス法の練習」です。

第一ステップ)

「相談者の睡眠障害の把握」

以下の点を相談者から聴取します。

- 現在困っている睡眠障害がどのような状況なのか（入眠困難、中途覚醒が多い、中途覚醒し、その後入眠できない等々）
- 睡眠を妨害している環境要因・行動の有無
（カフェインの摂取、寝室の環境、就寝前に携帯電話の画面のような覚醒を促すものを見ている等）
→是正できることがあるでしょうか？
- 睡眠の問題による日中の支障の程度（疲労感、集中力低下による仕事への支障等）
→日中の活動に支障がなければ、経過観察でもよい。
◇ 加齢によって睡眠時間が短くなったり、睡眠が浅くなるので、相談者が高齢者の場合は特に日中活動に支障がなければ経過観察でよいことを伝える。

第二ステップ)

「睡眠に関する心理教育」

a.)日中の生活に支障を来していなければ「不眠症」ではない。

成人のおおよそ4人に1人が不眠で悩んでいるといわれています。特に中年以降から急増します。ただし、日中に支障を来していなければ（例えば日中の眠気、集中力の低下、倦怠感、意欲の低下などで日中の活動に支障をきたしている）、不眠症とは考えなくてよいことを相談者に説明しましょう。

b.)不眠の慢性化について（条件づけ）

ストレスを感じると一時的に眠れなくなることは誰でもあります。しかし、眠れないまま寝床で過ごすことを繰り返していると、次第に脳が「寝床は眠れない場所である（目を覚ましておく場所）」と学習してしまいます。よって、いくら寝床で眠ろうと努力しても眠れなくなり不眠が慢性化してしまいます。

寝付きが悪い時には一般的に早く寝床に入りがちですが、眠気を催してから寝床に入るという習慣に切り替えて、寝床に入る時刻と入眠までの時刻をなるべく短くすることが大事です。眠気を催すまでは、リビングといった普段起きている場所で過ごしてみましょう。

c.)深部体温リズムと眠気の関係について

深部体温は普段体温計で測定する体温と異なり、心臓に近い体の中心部の温度のことです。この深部体温が高いときは眠気が弱く、深部体温が下がると眠気を催してきます。寝床に入る直前に入浴を行うと、深部体温が下がりにくくなり、眠りづらくなりますので避けた方がよいでしょう。また、日中に運動を行うと、深部体温の頂点から底点までの落差が大きくなり、眠気を催します（ただ運動で疲れたか

ら眠気がくるだけではなく、深部体温の変化も関係している！)。屋外に出ることができなくても、家の中で体を動かす工夫ができないか考えてみましょう。

d.)光と体内時計の関係について

体には体内時計が備わっています。この体内時計の働きで睡眠や覚醒を繰り返す体内リズムが生まれます。この体内時計の周期は24時間よりも長くなっているため、何もしていないと睡眠覚醒リズムにズレが生じてしまいます。それを修正するのが「光」です。朝の時間帯に光を浴びると夜早い時間に眠くなり、朝早く目覚めやすくなります。一方、夜の時間帯に光を浴びると夜眠る時間も朝起きる時間も遅くなります。

寝る前に、テレビやパソコンモニター、タブレットやスマートフォンの画面を見るとそのような理由で体内時計の睡眠相がより遅くなってしまい、眠気を催す時間が遅くなってしまいます。午前中にしっかりと光を取り入れること（目を軽くつぶって空を見あげる）、夜間は極力モニター類を見ないことを意識して習慣化させましょう。

第三ステップ)

「就寝前にリラクゼーション法を取り入れる」

就寝前に身体をリラックスさせるためにリラクゼーション法を取り入れます。リラクゼーション法としては漸進的筋弛緩法を取り入れてみましょう。5.3-1 「不安」の項目の【漸進的筋弛緩法】を参照に練習を行います。不眠症の方は夜間だけではなく、日中も身体が過覚醒状態になっていることが多いので、昼間に一回、就寝前に一回、実行してもらおうとよいでしょう。相談者から「時間がかかって面倒だ」という意見があるかもしれません。しかし、この漸進的筋弛緩法は、「手術や身体の病気による不安に対しても有効である」¹⁾²⁾という根拠があるリラクゼーション法であることを説明し、このリラクゼーション法を練習することは長期的な視点から相談者のメリットになることを伝えてみましょう。

〈参考文献〉

- ・ 不眠症に対する認知行動療法マニュアル。日本睡眠学会教育委員会編。金剛出版。
- 1) A. Hasanpour-Dehkordi et al. Effect progressive muscle relaxation with analgesic on anxiety status and pain in surgical patients. British Journal of Nursing. 2019.
- 2) L. Zhao et al. Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2012

6.3-4 アルコール飲料の多飲

健康維持の項で、アルコールとは適切に付きあうことが大事であることを説明しました。相談がアルコール飲料の多飲に関する内容であった場合、「超」簡易減酒支援(Ultra-brief Intervention)による支援が有用です。資料はインターネットで簡単に手に入り、だれでも自由に利用が可能です。

資料のダウンロードは、検索またはQRコードから！

依存症対策全国センター 簡易介入

検索



参考としてダウンロードした資料を次のページ以降に提示しています。

図 「超」簡易減酒支援

多忙な「医療スタッフ、産業保健スタッフ」向け ver.1.1
 30秒「超」簡易減酒支援
 Ultra-brief Intervention

対象 飲酒量に問題がありそうな人 **方法** リーフレットを渡して、内容を短く伝えるだけ

フィードバック ○○さん、どうやら飲酒量が多いようです。
アドバイス ぜひご自身で飲酒量を計算してみてください。
効果を保証 このリーフレットは、さんに必ず役に立つはず！ 読むだけで飲酒量が減った人がいます。
できることを保証 今日からでもすぐにできる内容です！
約束により動機づけ 次に会った時にぜひ感想を聞かせてください。

POINT 1 効果が期待できる人
 ●信頼関係ができている患者さん（外来でも入院でも）
 ●同じ職場で何度も会える人

POINT 2 努力している場合
 次診、様子を見て努力している場合などには、「頑張っていますね」と一緒に喜びましょう。

POINT 3 反論された場合
 「飲み過ぎてしまったけれど、そうでもなかったよ」などと反論されたら、返得せず声をかけ。
 ●「よかったですね！」
 ●「今後のためにも用心してくださいね」

とまどいつつも診察後や会計前などの待ち時間にリーフレットに目を通す
 ↓
 実際に行動が変わる

これだけで終了です！
この手法で飲酒量が倍増するドリンク（ビール500ml相当）減少することが臨床研究（RCT）により示されました。

図 「超」簡易減酒支援

図 参考資料「超」簡易減酒支援

参考資料

1 より効果的な声かけは？

1. 具体的に飲酒量をフィードバック

○○さんの飲酒量は8ドリンクです（一緒に計算）。

8ドリンクは6ドリンクを超えているので多量飲酒です。赤信号ですね。

2. 具体的な目標をたてる

（リーフレットの3ページを一緒に見ながら）
 まずは無理せずできそうな目標を立ててみましょう。

3. 具体的な対処法

（リーフレットの3・4ページを一緒に見ながら）
 何か生活に取り入れられそうな工夫はありますか。

- できるだけ具体的に話すことがポイントです。
- 支援者が目標や対処法を決めるのではなく、自分自身で決めてもらうことにより、さらに効果的になります。
- 実際にリーフレットに記入してもらいましょう！
- 目標を立てたら、記録を勧めましょう！

2 より具体的な飲酒問題の評価法

対象 ▶ 飲酒量に問題がありそうな人

飲酒問題があるかどうかの指標として AUDIT-C があります。AUDIT-C は、飲酒頻度・1 回飲酒量・多量飲酒頻度の 3 項目を聞くだけなので、簡便で実践的です。

3 5分以上の時間が確保できる場合

より効果的な減酒支援の方法として、ABCD プログラムや HAPPY プログラムといった双方向のやりとりによる「簡易介入 Brief Intervention」があります。ぜひ実践してみましょう。

4 介入しても減酒できない or 増える場合

アルコール依存症の可能性があります。AUDIT (10 項目) によるスクリーニングやアルコール依存症の診断基準 (ICD-10) を参考にしてください。依存症を疑う場合は、専門医療機関への紹介をご検討ください。専門医療機関以外でもできることとして、ABCDE プログラムがあります。

お酒との上手な付き合い方

ver. 1.1
令和2年3月作成

このリーフレットは、減酒が望ましいと思われる方向けのものです。きつと役立つ内容ですので、ぜひお読みください。食事には、「カロリー」という、共通の物差しがあるように、お酒にも、「ドリンク」という、共通の物差しがあります。ドリンクを覚えると、自分がどれだけのアルコールを飲んでいるかが分かりやすくなります。

ドリンク換算表

ビール (5%)	日本酒 (15%)	缶チューハイ (7%)	泡盛・焼酎 (30%)	ワイン (12%)	ウイスキー (40%)
500ml	1合	350ml	1合	グラス1杯	ダブル1杯
					
2ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	4ドリンク	1ドリンク	2ドリンク

例えば 缶ビール (500ml) を1本飲んで、そのあとに日本酒を1合飲むと……



となります。あなたのいつものお酒は何ドリンクでしょうか？
ぜひ計算してみてください！

あなたのいつものお酒は ドリンク

1

飲酒量「ドリンク」の目安(1日あたり)



適度な飲酒量

今の習慣を続けましょう。女性は1ドリンクが目安です。休肝日を週に3日以上つくりましょう。



生活習慣病のリスクを高める量

糖尿病、高血圧、脂質異常症、痛風、肥満になるリスクが高まります。すでに病気がある人は、飲酒による悪影響が……!?



多量飲酒

数年で肝硬変やアルコール依存症などにかかる危険があります。

3 & 4 の方は お酒を減らすことをオススメします!

このまま
お酒の飲みすぎが続くと……

お酒を楽しめない生活に
なってしまいます

こんな病気の危険が!

- 脳出血
- 脳梗塞
- 心筋梗塞
- 肝硬変
- 痛風
- アルコール依存症
- など



ここで
お酒を減らすことで……

健康的な生活を続けて
お酒も楽しめます

こんな健康効果が!

- 血圧が下がる
- 体重が減る
- 肝機能が改善する
- 血糖値が下がる
- 尿酸値が下がる
- など、ほかにも色々
よいことがあります



2

お酒を楽に減らすには

1 自分のドリンク数を、毎日記録する

日記、手帳、カレンダーなど毎日、目にするものに記録するのがオススメです。つぎのページの2つのアプリは手軽で便利です。

2 減酒目標を立てる

まずは「1日1ドリンク減らす」か「休肝日を1日増やす」など、できるところから始めてみましょう。無理はしないで。

3 目標達成できたかチェックする

うまくできた：○ まあまあ：△ できなかった：× などで自己評価します。



わたしの目標は です。

さあ、今日から目標達成に向かって始めましょう！

お酒を飲みすぎない対処法

1 まず、お腹を満たす



2 お酒を飲む曜日を決めておく



3 ノンアルコール飲料を上手に活用する



4 寝酒は止める(酔いが浅くなる)



5 1口飲むたびにコップをテーブルに置く



6 1日3時間以上飲まない



7 酒席ではコップを空にしない(注がれないため)



8 上手な断り方を身につける



9 お酒を飲みすぎてしまう相手や場所を避ける



10 お酒を飲むと検査値が悪くなることを思い浮かべる



11 お酒を減らすと健康になることを思い浮かべる



12 お酒以外の楽しみや趣味を増やす



13 周りの人に目標を宣言して協力してもらおう



14 家族や友人と楽しく過ごす



ドリンク数の記録のために、以下のサイト・アプリもオススメです！

飲酒チェックツール

SNAPPY-CAT

あなたのお酒の飲み方について、約3分間で振り返りができます。

また、あなたの飲酒量を簡単に調べることができます。

検索サイトで

SNAPPY-CAT 検索 と検索！



https://www.udb.jp/snappy_test/

どの都道府県の方にもオススメ！



お酒と上手に付き合って、楽しく健康的な生活をおくりましょう！

AMED「アルコール依存症予防のための脳介入プログラム開発と効果評価に関する研究」(研究代表者：紅谷文) 本資料に関する問い合わせ先：国立病院機構琉球病院 手塚幸雄 / ubi.alcohol@gmail.com
*本テキストは著作権を放棄しており、複製、公衆送信、翻訳等の翻案等、自由にご利用いただけます。使用にあたっての連絡は必要ありません。