

平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン

序

近年、阪神・淡路大震災（平成7年1月17日発生）をはじめとする各種自然災害ならびに犯罪、事故などの人為災害において、いわゆる「心のケア」の必要性が一般社会においても、また精神保健医療関係者においても強く認識され、これまでに様々な実践が行われてきた。そうした経験を通じて明らかになったことを広く共有し、今後のよりよい活動につなげていくために、今回、「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」を作成することとなった。こうした災害時には、PTSDを初めとする様々な心理的な反応が生じるが、特定の診断だけにこだわらずに、広く精神保健医療活動を続けることが重要である。

本ガイドラインでは、様々な活動を統合していくための考え方を示すとともに、災害時の混乱の中で実現可能と思われる提言を行った。ファーストコンタクト、トラウマからの自然回復の重視、多文化対応、ボランティアや報道機関との連携など、これまでの実践の中から学ばれたことを、できるだけ具体的に盛り込んだつもりである。

本ガイドラインが現場において広く使用されるとともに、多くの方の経験を踏まえてより良いもの書き改められていくことを期待している。

平成15年1月17日

平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）
「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」
主任研究者：国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部部長
金 吉晴

（作成協力者：五十音順）

阿部幸弘	北海道立精神保健福祉センター 相談部長
荒木均	茨城県保健福祉部保健予防課長
岩井圭司	兵庫教育大学 学校教育学部教育臨床講座 助教授
加藤寛	兵庫県ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所 研究部長
永井尚子	和歌山市保健所保健対策室長 参事補
藤田昌子	兵庫県立精神保健福祉センター 精神保健福祉専門員
山本耕平	和歌山市保健所保健対策室主査 精神保健福祉相談員
綿引一裕	茨城県保健福祉部障害福祉課 主査

目 次

はじめに	1
I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性	1
1. 災害体験と地域精神保健医療活動	1
2. 災害時の地域精神保健医療活動	2
1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針	
2) 災害時の地域精神保健医療における焦り	
II. 災害時における心理的な反応	4
1. どのような心理的な負荷が生じるのか	4
1) 心的トラウマ	
2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責	
3) 社会・生活ストレス	
2. どのような心理的な反応が生じるのか	5
1) 初期（災害後1ヶ月まで） 付）災害直後数日間	
2) 中長期（災害後1ヶ月以降）	
III. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開	8
1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ	8
2. 初期対応（災害後1ヶ月まで）	9
1) 現実対応と精神保健	
2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト	
3) 見守りを要する者のスクリーニング	
4) 心理的応急処置	
5) 医学的スクリーニング	
6) 情報提供	
7) 「心の相談」ホットライン	
8) 「PTSD」をどのように扱うか	

3.	トラウマからの自然回復	15
1)	自然回復を促進する条件	
2)	自然回復を阻害する要因	
4.	外部ボランティアとの連携	17
1)	援助の方針は災害対策本部が定めるべきである	
2)	住民との接触は災害対策本部がコントロールすべきである	
3)	外部からの調査活動は災害対策本部がコントロールすべきである	
5.	報道機関との協力・対応	18
1)	報道による情報援助の意義	
2)	取材活動によるPTSD誘発の危険	
3)	報道機関との対応	
6.	多文化対応	19
7.	援助者の精神健康	20
1)	背景	
2)	援助者のストレス要因	
3)	援助者に生じる心理的な反応	
4)	対策	
IV	平常時から行うべきこと	22
1)	災害時の精神保健医療活動についての住民教育	
2)	災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション	
3)	精神保健医療の援助資源の確保	
4)	日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進	
5)	精神保健医療従事者への研修活動	
	災害直後 見守り必要性のチェックリスト	24
	用語解説	25

はじめに

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

なお、本ガイドラインでいう災害とは、住民個人だけではなく、地域全体が被害を受けたと感じられるような出来事、もしくは地域の生活機能自体が障害されるような出来事である。言葉を換えれば、被害を受けた特定個人への個別の対策だけではなく、地域住民全体への対策が必要となるような出来事ということである。具体的には地震、洪水などの自然災害、火災、事故、環境汚染、犯罪などで対象が広範囲に渡るものなどである。近年の例で言えば、「地下鉄サリン事件」、「阪神・淡路大震災」、「和歌山カレー毒物混入事件」、「JCO臨界事故」などがそれにあたる。

I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性

1. 災害体験と地域精神保健医療活動

災害は多くの住民にとって予期しない出来事であり、大きな心理的な負担を与える。家族に犠牲が出たり、家財を失うことのつらさ、悲しみがある（喪失、悲嘆反応）。加えて、災害後の生活の大きな変化や、将来の生活への不安は、現実生活の上でのストレスをもたらす。とりわけ、災害弱者と呼ばれる高齢者、乳幼児、傷病者・障害者などは、災害後の生活に適応することが難しく、ストレスの度合いが高い。そのために、従来からの心身の疾患が悪化したり、新たに生じることもある。特に、災害後に治療が中断した場合には、精神疾患の場合はもちろんのこと、身体の疾患であっても、精神的な健康に悪影響を与える。また災害によっては、人の死傷の現場を目撃したり、地震や火災を体を感じることによって、そのショックがいつまでも刻み込まれ、フラッシュバックのようによみがえることもある。

上記による精神的な変化としてよく見られるものは、気持ちの落ち込み、意欲の低下、不眠、食欲不振、涙もろさ、苛立ちやすさ、集中力の低下、記憶力の低下、茫然自失などである。その多くは一時的なもので自然に回復するが、ストレスが長引くと長期化することもある。症状の程度、持続期間によっては、うつ病、パニック発作、PTSD（用語解説参照）などの精神疾患の診断が付

くこともある。また、こうした症状に伴って、自殺や事故、飲酒と喫煙の増加、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活の再建の遅れ、一部には社会的な逸脱行為などが生じることが報告されている。一例として、せっかく援助に来てくれた人との間でトラブルが起きたり、次第に社会から引きこもっていくこともある。

こうした変化は、災害でなくても、日常的な個別の事故や犯罪においても生じるが、災害の場合には、同じような被害が家族や地域に広がり、町並みの破壊や火災、日常生活の混乱が生じるため、個人の心理的な反応が拡大されてしまう。また、災害時には多数の人が被害を受け、また医療機関等も被災するため、通常の保健・医療のシステムでは対応しにくい。保健医療システムを自分から利用するような余裕が失われることもあるし、時にはシステム自体が混乱することもある。また、住民や周囲の関心は、一般的には現実の生活の再建の方に向かうので、目に見えないストレスや精神の症状を自覚しにくい。

災害時に地域精神保健医療活動を行う際には、こうした事情を踏まえて取り組みを工夫する必要がある。その際には、住民の心的ストレスの原因、生じた症状や疾患の区別を念頭に置きながら、災害後の時間経過に従って効率的に進めていく必要がある。

2. 災害時の地域精神保健医療活動

1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針

災害時の地域精神保健医療活動は次の二点に大別される。

- (1) 一般の援助活動の一環として、地域全体(集団)の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマ(P 4に説明)を減少させるための活動
- (2) 個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動

(1) は、一般援助者や地域精神保健医療従事者が被災地域へ出かけていくアウトリーチ活動(用語解説参照)と、災害情報の提供、一般的な心理教育(用語解説参照)、比較的簡単な相談活動が中心となる。また、災害復旧や生活支援などの現実的な援助は、それ自体が集団の精神健康を高める効果を持つ。(2) は、疾患のある個人をスクリーニングし、受診への動機付け、個別的な心理教育(用語解説参照)、専門医への引き渡し为中心となる。(1)を十分に行うことが、(2)における精神疾患の予防という意味も持っている。

特に、災害直後に現場に入る援助者の多くは、そもそも医療従事者ではない。医療従事者の中でも、災害時の地域精神保健医療活動や、PTSDなどの患者

を受け持った経験のある者は少ないと思われる。しかし、少なくとも最初の1、2週間の活動は(1)が中心となるので、PTSDなどの疾患対応の十分な知識は必ずしも必要ではない。この時期に住民の健康度を高めるのは、援助者が現地に入って被災住民と顔を合わせ、声をかけ、現実のニーズに対応することである。同時に災害の規模、程度や復旧に関する情報を十分に与える必要がある。この時期にはまだ精神状態が変化しやすいので、疾患についての診断を下すことは難しい。したがって災害直後における(2)の立場からの援助は、診断名ではなく、錯乱、興奮、茫然自失などの状態像に対して行うことになる。医療従事者ではない援助者(以下、一般援助者)に対して、こうした状態像の把握についての知識と簡単な対応、専門家に依頼するための方法を教育することが望ましい。精神保健医療のスタッフが住民と接した場合には、こうした状態像のうち、重症感のある者を見分けることはさほど困難ではない。災害ということにとらわれず、ごく当たり前の精神保健医療活動やケースワーク、相談業務を行えば十分である。

2) 災害時の地域精神保健医療における焦り

一時は、災害直後にデブリーフィング(用語解説参照)という特殊な技法を行わなくてはならない、という主張があったが、現在では否定されている。むしろ、こうした余計な「治療」を行うことは、予後を悪化させかねないことは国際的にも常識となっている。自信を持って、日頃と同じ精神保健医療活動を行えばよい。ひとつだけ重要なことは活動の継続性である。今日の精神保健医療の提供者が明日からは居なくなっている、ということは避けなくてはならない。地元に近い人間が、対応の中心を担う必要がある。

ただし、災害という特殊な状況の中で、ごく当たり前の精神保健医療活動を行うことは非常に難しい。被災者の中で、誰がどの程度の援助を必要としているのかが、まず分からない。また、様々な職種の者、場合によっては精神保健医療の専門家でない者と連携して、住民の状態を把握したり、相談を処理しなくてはならない。時には、災害現場に出て行って、活動をしなくてはならないし、精神保健医療の援助者のあいだでも、急に押し寄せた多くの援助者と現地の援助者との連絡、調整が必要である。こう考えると、「対策」が必要なのは被災者と言うよりは、むしろ精神保健医療の援助者に対する方である。通常とは異なった状況の中で、どのようにして精神保健医療を実行していったらよいのか、というところに工夫が必要である。実際に精神保健医療を必要としている被災者と出会うことができれば、そこから先の対応は、その地域に根を張った精神保健医療従事者であれば、ほとんど迷うことはないはずである。

Ⅱ. 災害時における心理的な反応

1. どのような心理的な負荷が生じるのか

1) 心的トラウマ

- (1) 災害の体感（地震の揺れや音、火災の炎や熱、爆発の音や熱風など）
- (2) 災害による被害（負傷、近親者の死傷、自宅の被害など）
- (3) 災害の目撃（死体、火災、家屋の倒壊、人々の混乱など）

2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責

- (4) 死別、負傷、家財の喪失などによる悲嘆
- (5) 罪責（自分だけが生き残ったこと、適切に振る舞えなかったこと）
- (6) 周囲に対する怒り（援助の遅れ、情報の混乱など）
- (7) 過失による災害の場合の過失責任機関・責任者に対する怒り、犯罪が関与する場合の犯人に対する怒り

3) 社会・生活ストレス

- (8) 避難・転宅（新しい居住環境でのストレス、集団生活など）
- (9) 日常生活の破綻（学校、仕事、地域生活、これまでの疾病の治療、乳幼児や老人・障害者のケアなど）
- (10) 新たな対人関係や情報の負担（情報や援助を受けるための対人接触、情報内容の処理）
- (11) 被災者として注目されることの負担（人目に付くことのストレス、同情や好奇の対象になっているのではないかとの不安など）

(解説)

- 1) 心的トラウマ（災害体験それ自体による衝撃）：災害時の強い刺激に直面したときには、交感神経系が過覚醒状態となり、そのために不安、恐怖が高まり、目の前の光景の全体像がつかめず、もっとも怖いと思われる刺激に注意が集中し、かつ記憶が亢進して、その場の情景や恐怖感が強く脳裏に刻み込まれる。そのような記憶はフラッシュバックのように勝手に何度も思い出され、自分では制御することができず、思い出すたびに当時と同様の苦痛がある。このような状態を心的トラウマと呼ぶ（以下、トラウマと記載）。原因となる出来事は、自分自身が感じた地震の揺れ、痛み、火災の光や熱などに加えて、他人の被害の目撃も含まれる。特に近親者の死傷、家屋の倒壊、死体（とくに損傷のひどいもの、離断したもの）の目撃など

が、強い衝撃をもたらす。フラッシュバックにまで至らないとしても、こうした体験のために意欲が失われ、気分が抑うつ的になり、不安、不眠、食欲の低下、不注意による事故などが生じやすくなる。

2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責：災害直後は、あまりに強い衝撃や混乱の中で現実的な判断が麻痺しているが、次第に死傷や家財の喪失、将来への不安などが現実的な問題として考えられるようになる。当初の茫然自失や気持ちの高ぶりが収まった後、深刻な喪失感、悲哀感を感じることもある。本来は被害者であるにもかかわらず、何か自分に落ち度があるように感じる。特に犠牲者が出たときには、自分だけが生き残ったことへの負い目の気持ち（サバイバーズ・ギルト：生存者の罪責）や、自分が適切に対応できなかったことなどで自分を責める。と同時に、自分がそのような運命に陥ったことへの憤りが、援助者や周囲の者への怒りとなることもある。

3) 社会・生活ストレス：これは新しい生活環境によるストレスである。具体的には、種々の心身の不調、不定愁訴、不眠、苛立ちなどが増加する。特に体育館などでの集団生活が長期化した場合には、プライバシーの確保、生活環境の整備（飲食、トイレ設備、ゴミ、各種当番作業の分担）、子どもや老人、傷病者などへのケア、避難所での感染症対策などが問題となる。報道取材からの保護も重要な課題である。

2. どのような心理的な反応が生じるのか

1) 初期（災害後から1ヶ月まで）

災害に特有な反応としてはフラッシュバックを中心としたPTSDがあるが、この診断が付くのは少なくとも一ヶ月以降のことである。初期には、症状も不安定なので、そもそも精神医学的な診断自体が難しい。したがって初期の住民の様子はストレス反応として大局的にとらえ、基本的には現実的な不安を解消するための情報や具体的な援助を与え、自然の回復を待ち、個別の重症例には不眠や不安などの症状に対して、投薬や相談などの対症的な対応をするのが实际的である。ただし回復の過程で、不安や不注意のために思わぬ事故や二次被害が生じることがあるので、心理的な変化と回復の見通しについては、広報などを通じて、初期から十分な住民への心理教育を行う必要がある。初期から心理的な情報提供、援助を行うことは、その場での不安を軽減させるだけでなく、長期的なアルコール依存などの問題を軽減する効果もある。

ストレス反応の程度が強かったり、特に強い心理的負担が生じた場合や、

本人に脆弱性（用語解説参照）があった場合には、うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症などの一般的な精神疾患が新しく発症したり、再発することもある。また、それまで気づかれなかった痴呆が、夜間せん妄を新たに生じることで明らかになることもある。すでに精神疾患の治療を受けている場合にも、災害の衝撃や、治療薬の中断による悪化が見られる。特に抗てんかん薬が急激に中断した場合には、患者によっては48時間後に重積発作が発症する可能性がある。しかし、これらの一般的な精神疾患については、精神保健医療従事者であれば、日常的な業務の延長上で対応が可能である。

付) 災害の直後数日間

この時期には、住民の示す症状も多彩であり、かつ、多くは一過性であるので、厳密な診断を下す意義は乏しい。また、精神保健医療従事者がこの時期の住民と面接する機会を得ることは難しく、多くの場合は一般援助者が住民と接することになる。したがって、以下のような区分が実際的と思われる。

(1) 現実不安型

災害被害の原因、規模、程度、援助の内容がわからないことによる現実的な不安。家族の救助や消火活動、避難所への誘導の遅れなどによって悪化する。必ずしも、他人にわかる症状を示すことは無く、内心で耐えていることも多い。この現実不安をできるだけ鎮めることが、その後の心理的な反応を予防する上で最も重要である。対応としては、各住民が、具体的にどのような被害にあい、何を必要としているのかを確認することが重要である。

(2) 取り乱し型

強い不安のために、落ち着きが無くなり、じっとしていることができない。話し方や行動にまとまりが無くなる。自分のやりかけていたことを忘れてたり、関係の無いことを始めることもある。動悸、息切れ、発汗が見られることもある。時には興奮して怒ったり、急に泣くなどの、感情的な乱れも見られる。対応としては、安静、安眠の確保が最も重要である。不安の理由となる現実的な問題があれば速やかに対応する。

(3) 茫然自失型

予期しなかった恐怖、衝撃のために、一見すると思考や感情が麻痺または停止したかのように思われる状態。発話や行動が減り、質問に答えず、目の前の必要なことが手につかない。周囲の状況が理解できなかつたり、人の名前や顔がわからなくなることもある。本人としては、現実感が失われたり、言葉を言おうと思っても口から出てこないなどの感覚を持っている。「落ち着いている」などと誤解され、援助が与えられないことがあるが、内心では強

い悲しみや恐怖を抱いていることがある。「反応が無い」「あまりにも落ち着いている」場合には、この状態を考慮すべきである。

2) 中長期（災害後1ヶ月以降）

中長期的には、一部の住民の症状が慢性化し、PTSDを初めとする心理的な不調が長引く恐れがある。これまでの災害、広域犯罪の事例では、特に被災程度の激しい地域で、半年以内にPTSDに罹患する率は、部分PTSD（用語解説参照）を含めると30-40%程度である。この中から半数程度は自然に回復するが、残りの半数は慢性化する。「阪神・淡路大震災」の仮設住宅居住者など、いくつかの事例を見ると、一年後のPTSDの有病率は10-20%である。PTSD以外の中長期的な問題としては、慢性的な集中力の低下、社会的な不適応、アルコール依存の増加などがある。

基本的にこの時期には、集団全体へのストレス、トラウマの軽減のための活動と並んで、症状のある個人に対する専門的な治療援助の比重が増加する。枠組みとしては、通常の医療体制に移行することになるが、避難所が残っている場合などは、それを考慮した援助体制もしくは対応チームが必要な場合もある。

災害からの時間が経過するにつれて、住民全体としては心の健康を回復し、また、地域の復興が進められていくが、特に心理的負荷の大きかった住民などの回復が遅れ、取り残されていくことがある。個人の回復には、それぞれの速度があり、海外の報告では、森林火災の後の住民のPTSDは数年間かけて回復するとされており、一部には数年を経た後もさらに遷延化する場合もある。こうした住民にとって、災害の記憶が薄れ、被害が忘れ去られることは非常に苦痛である。地域において、被害を記憶にとどめ、被害を受けた住民への援助を提供し続けることが必要である。少なくとも地域精神保健医療従事者は、年余を経た後での住民からの心的被害の訴えに接した場合に、それが意外なことであるかのような言動を示してはならない。

最後に援助者自身の問題がある。援助者のストレスを軽減し、疲労を最小限に防ぐことは、常に最良の援助を提供するために必要である。また援助者自身もしくはその家族が被災者であったり、遠方からの派遣援助者の場合には、派遣生活の長期化によるストレスが生じる。援助者の件は、末尾に稿を改めて述べることにする。

Ⅲ. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開

1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ

災害対策本部の立ち上げ当初から、その中に精神保健福祉センター長など地域精神保健医療活動に通じた精神科医を加えることが重要である。これまで、精神保健医療活動が成功した事例では、災害・事件後、一両日以内に精神保健医療活動を行うことが、対策本部において宣言されており、担当者が動き出している。逆に、必要が生じてから精神科医を呼ぶという方針をとった事例では、必要性の認識それ自体が遅れてしまい、精神科医が加わったときには、すでに問題が山積していたということになりがちである。

災害対策本部における精神科医の役割は、

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

また、災害後の地域精神保健医療を有効に実施するためには、現場における精神保健医療の担当者（保健所、精神保健福祉センターなどの保健医療従事者）に、ある程度の裁量権を与えることが必要である。特に住民の精神状態は、報道や、新たな事故、二次的災害などによって急激に変化することがあり、即応できる体制が望まれる。具体的には、地域訪問の組織化、訪問対象地域の選定、訪問頻度、訪問中止の決定、外部の精神保健医療援助者との連携や専門家への助言指導の依頼などについて、できるだけ現場の判断に応じて即応できる体制が必要である。過去の事例では、避難所の住民がほとんど自宅に引き上げたにもかかわらず、避難所への巡回活動の中止の決定が遅れ、そのために自宅を訪問すべき人員の確保に支障が出たということもある。

このうち、特に重要なことは、災害時に臨時に立ち上げた、避難所巡回や相談所の開設、ホットラインなどの特別な精神保健医療活動をどのように終結させ、通常の地域精神保健医療業務に、円滑に移行させるのかということである。その際、災害に対する精神保健医療活動そのものが後退したと思われることの無いように、広報等を通じて十分に情報提供をすることが望ましい。特別の相談窓口や臨時に開設した電話回線が無くなっても、通常の相談の枠の中で、ある

いは通常の電話回線を通じて災害に関する相談が出来ることなどを伝える必要がある。このように通常業務の枠組みに戻ったとしても、災害に関連した住民への援助活動が続くうちは、予算、人員などへの配慮が必要な場合が多い。

2. 初期対応（災害後1ヵ月間）

対応についてガイドラインが必要とされるのは、とりあえずは初期の4週間である。それ以降になれば、必要な情報がそろっており、専門家による援助チームも結成され、外部からの助言も得られるはずであり、また地域や災害の内容による差異が大きくなるので、現場の事情に即して工夫をする必要がある。以下では、初期の対応について、共通して心得るべきことを述べる。

1) 現実対応と精神保健

災害直後の住民は、現実的な被害としての死傷や、家財の被害などによる苦痛を感じていると同時に、このような突然の運命に見舞われたことによる、言いようのない恐怖や不安をも感じている。現実の被害に基づいた苦痛に対しては、当然のことながらそれに適切に対応することが、最良の対策である。不安などの心理的な反応に対応するためには、まず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提となる。しかしそれだけで心理的反応としての恐怖や不安のすべてが解消されるわけではなく、精神的な問題を念頭に置いた対策が必要となる。

例えば「JCO臨界事故」の時には、被曝の不安を持った住民に対して、放射能の計測が、事故後数日の内に個別に行われた。このように生命・身体への対応が迅速に行われたことによって、住民の不安は大いに和らげられたのである。

2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト（First contact: 初回接触）

ファースト・コンタクトとは、災害後、出来るだけ早い時期に、援助者が、被災現場や避難所に向いて、被災者と顔を合わせ、言葉を交わすことである。

この場合の援助者は、その時々住民のニーズに応じた者が駆けつけることが原則である。災害直後には、当然、救命救急や鎮火、ライフラインの確保などが優先されるから、それに対応する援助者が現地にはいるべきであって、住民への声かけなども、できるだけそのような援助者が担当する方がよい。

ファーストコンタクトの際には、可能な限り、後述の見守りチェックと心理的応急処置を参照し、心理的に不安定な者の同定と、そうした者について簡単な心理教育（心理学的情報提供）を行うことが望ましい。

ファースト・コンタクトは、災害後出来るだけ早い時期に実現することに意

義がある。それが遅れると、住民は不安、絶望、混乱の中に取り残されることになる。また、援助者が、被災者の場所に赴いて援助の意志を伝えるということが重要であり、そのことによって住民は、今後の援助活動についても信頼感を持つ。急性期にはさまざまな援助者が現場にはいるが、その中で一部の地域住民がファーストコンタクトから取り残されることがあるかもしれない。また、援助者が現場に入ったとしても、本来業務が多忙なために、住民にたいするファーストコンタクトが行えていないことがある。災害対策本部において、どの程度ファーストコンタクトが実現できているか、またその結果として、どの程度に住民が不安定となっているかの情報を一元的に把握すべきである。そのためには、災害前からの、多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定、打ち合わせを行う必要がある。

3) 見守りを要する者のスクリーニング

特に重症感があり、精神保健医療上の援助を必要とする住民を適切にスクリーニングすることが必要となるが、初期に現場に入る者は一般援助者であることが多いので、専門的な診断は出来ない。しかしながら、そうした一般援助者であっても、付録の見守り必要性のチェックリストを用いることによってある程度のスクリーニングを行ったり、次項に述べられている心理的応急処置を行うことは可能である。一般援助者に対して、こうした対応方法を、出来るだけ早い時期に伝達し、見守り必要性のチェックリストを配布することが望ましい。併せて、プライバシーへの十分な配慮を指導する必要がある。実際には災害直後にこうした伝達を行うことは難しいので、防災訓練などを通じて、あらかじめ伝達をしておくことが实际的である。また、こうした見守り必要性のチェックの結果について、一般援助者が必要と感じた時には、地域精神保健医療の担当機関に助言を仰ぎ、状況に応じて地域精神保健医療従事者にその後の対応を依頼できるような、連絡体制の確立が望ましい。適切な見守り必要性のチェックを行うためには、一般援助者が、あらかじめ防災訓練時などにチェックリストを用い、経験を積んでおく必要がある。

4) 心理的応急処置

前項と同様に、災害直後に現地に入るのは一般援助者であるが、そうした者でも心理的な応急処置（米国PTSDセンター：Dr Gray, Dr Litzによる）を実行することは可能である。ただしそのためには、見守り必要性のチェックリストの場合と同様、災害が発生する以前から、訓練時などに経験を積んでおく必要がある。

この時期の精神的な変化の多くは急性期のストレス反応であり、症状も多彩であり、かつ速やかに変化する。したがって、医学的な症状を正確に記述するとか、診断を考えることはあまり意味がない。ある程度の重症感があったり、苦痛を感じている人が同定できればよい。そのためには顔を合わせて言葉を交わすことが最良の方法である。体の病気にたとえて言えば、頭痛や吐き気で苦しいことを知るためには、特に医学的な知識が無くとも、本人と直接話をしたり様子を見ればよいのと同じことである。また逆に、そのようにして住民一人一人と援助者が接すること自体が、住民全体についての不安を軽減し、安心感をもたらすことになる。もちろん、こうした接触だけですべての症状を見つけることは不可能であるが、災害直後に、住民全体に対して行う方法としては、妥当なものと思われる。住民と接するときには、もし苦しいときにはホットラインなどで相談ができることや、相談所の開設について伝えるようにする。

実際に不安定になっている住民を見つけた場合の対応としては、もちろん、アウトリーチの現場で、直ちに医学的な処置はできない。ただちに医療や援助につなげることができるかどうかは、災害の規模によって異なってくる。その場での対応としては、基本的には、以下のことを伝えるようにする。災害の後で新たに生じた不安、落ち込み、苛立ち、焦りなどは、一時的な、誰にでもあることなので落ち着いて様子を見ること、しかし、程度がひどくなった場合には、迷わずにホットラインや相談所などを利用することを伝え、また今後も、精神的な援助が続けられることを確認する。

不眠、パニック、興奮、放心などが強い場合には、できるだけ早期の医療につなげるようにする。こうした場合には、災害だけが原因ではなく、災害の前に別の強い衝撃があったり(家族の事故など)、何らかの精神疾患があったり、あるいは始まりかけていた場合があるからである。こうした重症感の非常に強い事例は、身体医療の担当者によっても発見される率が高いので、身体医療の救急治療、搬送の対象とする場合もある。これとは別に注意すべきことは、これまでの投薬治療が中断することによる増悪である。特に、てんかんで治療を受けていた者が、服薬が中断されることによって発作を起こすことは注意を要する。重積発作の場合は命に関わることもあり、中断後、最短で2日後に起こる可能性がある。それ以外にも、パニックや不安発作、統合失調症の悪化などがあり得る。しかし、精神科疾患で治療を受けているのかどうかということを、ほかの住民の前で、聞くことは難しい。従ってこの部分については、身体疾患と併せて、これまでの治療が中断したり、薬が手に入らなくて困ることはないか、と聞くことが良いと思われる。

5) 医学的スクリーニング

災害後3週目以降になると症状が半ば固定するので、現場の必要性に応じて、医学的スクリーニングを行うことが望ましい。スクリーニングの時期としては災害後1ヶ月程度が目安となるが、個別の現場の事情によって遅くなることもやむをえない。災害発生時以来の精神医学的な診断を下すことが出来ることが望ましいが、全住民に対してそれができる精神科医の確保は困難であることが多い。診断ができなくとも、精神的な症状の重篤度や、家族、地域的な背景からのハイリスク者を特定し、必要な援助を重点的に与えるための情報が得られれば良い。そのためであれば、質問紙を用いて、精神科医でなくとも他の医療従事者が担当することも可能である。実際には、まず包括的な精神健康に関する質問紙や面接によって簡単なスクリーニングを行い、その後、精神科医が診断面接を行うという方法が勧められる。また、住民の受診率を高めるためには、「ストレス健診」といった受け入れられやすい名称を用いたり、一般的な身体健康についての健診と合同で行うことが実際的である。

この時期にスクリーニングを行うことは、その後の精神保健医療活動の計画ならびに継続的な援助の評価をする際の基礎資料となる。ただ、3-4週の時点で、たとえば、急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder: ASD) (用語解説参照) の診断がついたとしても、1-2ヶ月のうちには半数程度は自然に回復すると言われている。

6) 情報提供

住民への情報提供は、災害直後から一貫して重要である。

(1) 現実情報の提供

災害の規模、家族の安否、今後の見通し、援助や医療についての情報を、報道機関との連携の元に迅速、適切に与えることが、住民の不安を鎮め、孤独感を和らげ、無用の混乱やパニックを未然に防ぐことになる。またニュースレターの形で活字配布物とすることも、住民にとって認識しやすい情報となる。

(2) 心理情報の提供

これに加えて地域精神保健医療の立場からできる情報提供は、災害に伴う一般的な心理的な変化と、それへの対応方法、そして精神的な援助体制に関するものである。特に心理的な変化は本人からも周囲からも否定されやすいので、そうした変化が生じ得ると言うことを知らせることは意味がある。また、ホットラインなどの相談窓口についてもできるだけ早期に周知徹底する。現実の救助活動はすぐに住民の元には届かないかもしれない。また、災

害情報にも曖昧なところがあるかもしれない。そのようなときに、いたずらに動揺をしないように、また、流言飛語に惑わされないように助言することも重要な役割となる。

7) 「心の相談」ホットライン

情報の提供によって住民の全般的な不安は軽減するとしても、個別にはやはり不安や精神的な課題を抱えた住民が存在する。そうした住民からの自発的な心の相談の窓口として電話によるホットラインを開設することは非常に有効である。実はこれまでの事例では、必ずしも心の相談ホットラインの利用率は高くない。しかしそのことは、ニーズがないということではなく、「心の相談」ということのイメージがつかみにくいためであることが多い。そのため、災害の一般情報や、身体、生活全般に関する相談のためのホットラインに寄せられた相談の中から、心の相談として対応することがふさわしいと思われたものについて、「心の相談」ホットラインや精神保健医療の専門家を紹介することが望ましい。

8) 「PTSD」をどのように扱うか

(1) PTSDの位置づけ

マスコミ報道ではPTSDがとかく注目されがちであるが、災害といえれば必ずPTSDが生じるわけではなく、またPTSD以外にも、これまで述べたように、さまざまな心理的な問題が生じてくる。北海道有珠山の噴火では、死傷者や大火災が生じる寸前で住民避難が行われたために、PTSDの原因となるようなトラウマはほとんど生じておらず、住民の心理的問題の多くは生活不安と、避難所での生活ストレスであった。「JCO臨界事故」においても、地域住民に生じた反応の多くは、目に見えない放射能への不安と、情報不足による混乱に起因するものであった。他方で、「阪神・淡路大震災」の仮設住宅居住者、消防士、「和歌山カレー毒物混入事件」の地域住民にはPTSDが生じている。このように、PTSDが生じるか否かは、その災害の性質によって相当に異なっている。また、同じ災害の中でも、そこで何を体験したかということは、個人によって大きく異なることは言うまでもない。

一般に、PTSDを生じることのある体験は、本人もしくは身近な人間の生死に関わるような危険を生じるものとされている。災害の場合は、火災や洪水、家屋倒壊などの体験、身近な人の死傷、死体の目撃などが、もっともよく見られる原因である。

PTSDの危険が予測されたとしても、精神保健医療活動の中心を、PT

SDの早期発見、治療だけにおくべきではない。PTSD以外にも多彩な心理反応が生じるからであるし、また、PTSDの症状が軽快した後でも、トラウマ反応の一種の後遺症として、社会からの引きこもりや、不適応などが生じるからである。あくまでも、心理的な変化を幅広く捉え、必要に応じた診断、評価、援助を行っていくという基本姿勢が重要である。

(2) トラウマとPTSDへの対応

それでは、PTSDが特に心配される場合には、具体的にどのようなことをしたらよいだろうか。実は、通常の援助活動を入念に行うということが最善の方法である。被災者の現実的な不安に対応し、その原因となっている生活上の困難をできるだけ軽減するような援助を行う。特に、老人、乳幼児などの災害弱者のケアの負担や、発生した傷病による入院家族の見舞いや通院、生活上の雑事などの負担はできるだけ減らすように援助を行う。そうしたことによって、安全、安心、安眠をできるだけ早く実現することである。安全とは、もう災害などの害が及ばないような場所に保護をすることであり、安心というのは、被害者の孤立感を和らげ、援助のネットワークによって守られているという感覚を与えることである。実際には家族に死傷者が出た場合など、こうした状態が実現できないこともあるが、できるだけそれを目指した条件を整えていく。初期には睡眠を確保することが重要であり、安眠できるような環境を早急に確保する必要がある。

後述の見守りチェックリストを活用し、症状の重篤な者、悪化傾向にある者、リスクの高いと思われる者、二日以上の強い睡眠障害や悪夢が見られた者については、精神科医の意見を求めることが望ましい。

PTSDについてのハイリスク者を見分ける方法はまだ確立していない。しかし、先に述べたようなトラウマ体験に強く曝された者、家族に死者が出た者、生活基盤の破壊が強かった者、災害の前に事故で家族を失うなどのトラウマ体験があった者などについては、注意が必要である。もちろん、こうした情報はなかなか適切に得ることはできないが、近隣の話や、これまでの地域保健活動を通じて得られた地域住民の情報などが参考となる。

実際にPTSDが発症した場合には、上記の安全、安心、安眠の環境を再確認する必要がある。また、本人の不安が特に強かったり、悪化の傾向にある時には、その後の対応を精神科医と相談することが必要である。

一般に、体験の内容や感情を聞きただすような災害直後のカウンセリングは有害であるので、行ってはならない。これまでは、早い時期にそうした形のカウンセリング（心理的デブリーフィング）を行うことで、将来のPTSDが予防できるという考え方があった。しかしその効果は現在では否定され

ており、国際学会や米国の国立PTSDセンターのガイドラインでも行うべきでない」と明記されている。心理的デブリーフィングを行うと、そのときには良くなった感じが得られるのだが、将来的にはかえってPTSD症状が悪化する場合さえある。現在でも、こうした古い考えに基づいた援助が提案されることがあるが、行ってはならない。

重要なことは、被害者の周りに、理解者のネットワークを作ることであり、災害の現実的な被害や、生活上の困難を話し合うことである。しかし、それは、友人あるいは隣人としての配慮によるべきであり、体験の細部を聞き出したり、感情をはき出させるようなことはすべきではない。援助者との良好な関係が築けた場合には、長期的なアルコール依存が減少するという報告がある。

3. ト라우マからの自然回復

被災者の多くは、たとえ一時的に精神が不安定になったとしても自然に軽快する。「阪神・淡路大震災」の仮設住宅居住者ならびに消防隊員、「和歌山カレー毒物混入事件」の地域住民、「某工場火災事故」の従業員においては、1年以上を経過した後のPTSDの有病率は狭く見て10%よりやや少なく、部分PTSDを含めれば20%前後であった。この数値は、犠牲者が住民の数%であつて、体験の衝撃を共有している集団に事件の1年後に生じるPTSDの率として、一応の目安となる。もちろん、母集団の定義や、災害の衝撃度によって、この数値は変動する。また災害後3ヶ月時点では、「和歌山カレー毒物混入事件」での調査によるとPTSDが18%、部分PTSDが20%であり、半年後にはそれぞれ8%、10%となり、1年後も同じ数値であった。

すなわち、上記のように住民を定義した場合には：

- 1) 住民の約20%に、広い意味でのPTSDが生じる
- 2) 約80%は自然回復が見られる
- 3) 体験後、半年から1年以降は、自然回復はほとんど見られないと推測できる。

したがって、地域全体に対する精神保健医療の対策としては、自然回復が多数の者に見られることを前提として、そのプロセスを支援することが実際的である。そのためには：

- 1) 自然回復を促進する条件を整える
- 2) 自然回復を妨げる要因を減らす

の2点が必要である。こうした配慮は、身体疾患の治療において、安静、清潔、

栄養を確保することに似ている。言うまでもなく、症状の強い住民や、リスクの高い住民に対しては、特定するためのスクリーニングや自発的相談の促進などを通じて同定し、個別の援助が必要となる。

1) 自然回復を促進する条件

通常的身体的外傷であれば、それが治癒するためには、清潔、安静な環境で、十分に休養と栄養を与えることが必要となる。トラウマについてもそれと同様であり、そうした条件のないところで、専門的な治療を行う必要はない。回復を促進する条件とは、以下のとおりである。

<現実面>

- (1) 身体的安全の確保
- (2) 二次的災害からの保護（地震の後の火災、有毒物質等の汚染など）
- (3) 住環境の保全
- (4) 日常生活の継続（学校、仕事、日常的な家事など）
- (5) 経済的な生活再建への展望（経済的基盤、職業の確保、家屋の復旧など）
- (6) 生活ストレスからの保護（避難先での生活上のストレス、取材など）

<一般的サポート>

- (6) 災害、援助に関する情報
- (7) 援助者による現地の巡回
- (8) 住民から見て援助が「手の届くもの」と感じられること
- (9) 住民からの要望、質問に迅速に回答が得られること

<心理的ケア>

- (10) 心理的な変化に対する情報・教育（症状だけではなく、健全な状態や回復時の状態についても情報を与えること）
- (11) 必要時の相談先の明示（ホットライン、相談窓口）

2) 自然回復を阻害する要因

逆に自然回復を阻害する要因とは、二次的なトラウマを与え、日常生活の安定を脅かすような刺激である。災害によっては、現場の検証や、補償のための事実確認（保険会社による聞き取りなど）が行われることもあり、こうした手続きが心理的には相当の負担を与えることに留意すべきである。ただし、こうした手続きの可否を精神保健医療の面だけから論じることには限界もあり、現場において総合的な判断が求められる。少なくとも、手続きの前後の住民の心理的な変化については留意をすべきである。

回復を阻害する要因は多種多様であり、すべてを列挙することはできないが、現場において比較的多く遭遇するものだけを述べる。

<現実的援助の遅れ>

- (1) 生活再建の遅れ
- (2) 避難先での生活環境の悪化、プライバシー確保の困難
- (3) 家族・知人の死傷、消息不明

<災害弱者（自分がそうである。家族にそのような者がいる）>

- (4) 乳幼児
- (5) 高齢者
- (6) 障害者
- (7) 傷病者
- (8) 日本語を母国語としない者

<社会機能>

- (9) 単身者
- (10) 家族以外に話し相手がない

<その他>

- (11) 本人の意に反した取材活動
- (12) 警察、行政、保険会社などによる事情調査

4. 外部ボランティアとの連携

1) 援助の方針は災害対策本部が定めるべきである

災害時には非常に多様な職種のボランティアが駆けつけてくるが、災害時の精神保健医療について体系的な知識や、国際的に標準となっている知識を持っている者は少ない。特に、上記の心理的デブリーフィングは、効果が実証される前に組織作りが先行したこともあり、現在でもこの方法を用いて介入しようとする申し出がなされることがある。また、ボランティアの多くは数日間で立ち去ってしまうので、その後の継続的な活動への受け渡しが出来ない。したがって、援助の全体的な方針を外部からの助言にのみ従って定めることは、後に問題を残しかねない。こうした多様な職種からの協力の申し出については、それぞれの職務に応じて、必要なときに必要な役割を依頼することが望ましく、援助の全体的な方針は、あくまで現地の災害対策本部の責任において定めるべきである。

2) 住民との接触は災害対策本部がコントロールすべきである

外部から駆けつけたボランティアが直接に被災住民と接する時には、必ず災害対策本部を通すように指示をするなど情報を一元化の方がよい。そうでないと、住民の受け取る情報や知識、方針に混乱が生じてしまう。災害規模が大きい場合には、ボランティアによる現地活動を十分にコントロールすることは難しいこともあるが、極力そのように努力をする。

特にボランティアによっては、すでに効果が否定された急性期の心理的デブリーフィングなどの技法を現地の住民相手に独自に行ったり、投棄を否定するなどの対応を行うことがあり、住民に不利益をもたらすことがあるので注意が必要である。

3) 外部からの調査活動は災害対策本部がコントロールすべきである

過去の災害などでは、外部からの調査チームが住民にアンケート調査などを行い、結果を還元しないままに立ち去ると言うことがあった。不用意な調査活動は質問内容によっては住民の不安をかき立てかねない。また、調査に当たっての説明、同意の手続きにも疑問のあることが多い。調査活動についても、災害対策本部としてこれをコントロールするように務め、どうしても必要と思われるときには、継続的な援助活動に参加することを条件に検討すべきである。

5. 報道機関との協力・対応

1) 報道による情報援助の意義

迅速、公正な報道が行われることは、災害の事実関係の情報のみならず、援助に関する情報をも提供する上で非常に有益である。また報道によって被災地域がその他の地域、住民と結びついているように感じられることは、一種の治療的ネットワークを形成し、トラウマからの立ち直りを助ける。また、風評被害、スティグマなどの軽減にも有効である。

2) 取材活動によるPTSD誘発の危険

取材活動における予告のないフラッシュの使用、多数の取材者によるインタビュー、自宅・避難所生活の撮影などは、住民の精神不安を悪化させる。特にPTSDの症状の中には、光や音刺激への過敏性(過覚醒)が含まれるので、行き過ぎた取材はこうした症状を悪化させる。

3) 報道機関との対応

対策本部としては報道の肯定的な意義を認識し、必要な情報は積極的に開示するとともに、特定の被災者に取材活動が集中したり、本人の意思が確認できない状態での取材が過剰とならないように、理解を求める必要がある。特に、取材に伴う精神状態の悪化の可能性を適切に伝えるべきである。報道への対応は、基本的に援助の現場ではなく、災害対策本部において報道対応を一元化するのがよい。

6. 多文化対応

国際化に伴い、日本語を母国語としない居住者の数が増えている。一部は一時的な渡航者であり、あるいは修学、就労のための滞在者であるが、日本の言語理解に困難があるという点で、災害弱者であると見なされる。一般に、情報が十分に行き届かず、二次的な情報不安に陥りやすい。また、必要な医療、援助を受けることが難しいことが多い。

対応に当たるスタッフは、日本人が言葉や生活習慣の違う海外で被災した場合にどのような困難に陥るのかを想定し、日本における外国人もそれと同様の困難に陥ったものと考え、適切な情報や援助の提供を行う必要がある。特に言語の問題については、関係機関と連携の上、速やかに各国語による情報提供を行うことが望ましい。

また母体となる文化によって、災害時の反応の様式が異なることがある。そのために、被災時の集団行動や避難所での生活に葛藤を生じることが想定されるが、精神保健医療担当者がそうした点を理解した上で調整に当たる必要がある。

当該住民の母国語を話すボランティアなどを確保することは有益であるが、実際には必要な人数をそろえることは難しい。その場合には地域外の専門家に依頼して、広報に多国語によるメッセージを掲載したり、メディアによる放送（災害情報）の際に、多文化対応が必要であることを要請するなどの対応が求められる。多国語による情報提供は内容的には不十分になりがちであるが、母国語で情報提供がなされること自体が、当該住民にとっては安心感を与えると思われる。

ただし永住権を持つ外国人の場合は、ほとんどが日本で成育しており、本稿で述べるような意思疎通上の問題は無い。過去には、災害時の群集心理の中で外国人への加害が生じたことがあるが、「阪神・淡路大震災」では復興活動への友好的な協力関係が見られており、適切な情報提供と、行政による誘導が効果的であると考えられる。情報提供や避難所での処遇など、特に多文化対応の対象に含める必要は少なく、あえてそのように扱うことはかえって現場に混乱を招

くことも予想される。

7. 援助者の精神健康

1) 背景

援助者は、災害時に際しては当然の事ながら被災住民の援助を任務とするが、そのためにかえって自分自身の健康の問題を自覚しにくく、また自覚したとしても使命感のために休息、治療が後手に回りやすい。しかしながら、援助者には被災者とは違った形のストレスが生じており、また援助活動後の原職場への再適応についても問題が生じることがある。自身の健康問題に忍従を強いることは、業務の円滑な遂行にも支障を生じることにもなりかねない。援助者は十分な健康管理の下に初めて業務を遂行できるとの認識の元に、援助者についても適切なケアを行うことが必要である。

2) 援助者のストレス要因

(1) 急性期における業務形態が慢性化することによる疲労

災害の直後には不眠不休で援助活動に当たることができるとしても、そうした業務形態が中長期化した場合には疲労の蓄積などの問題が生じ得る。また急性期には仕事の枠組みを考えずに活動をしたとしても、中長期的には各自の役割分担を明確にする必要があり、そうでないと責任を過剰に引き受け、疲弊・混乱する。その結果、いわゆる「燃え尽き」症候群の発生も考えられる。

(2) 使命感と現実の制約とのあいだで葛藤を生じやすいこと

多くの援助者は、被害者援助の純粋な使命感に駆られているが、現実には例えば消防活動における水の不足などの制約があり、理想とする援助活動が出来ないことがある。その場合に、使命感と現実の制約とのあいだで心理的な葛藤が生じ、罪悪感や無力感が生じることがある。

(3) 住民との直接の接触により、心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがあること

一般に強い被害を受けた場合には、怒りや罪責などの感情的な反応が周辺住民に生じるが、人為災害の場合には特に怒りが強くなる。しかし直接に有責任者に怒りを向ける機会は得られないために、身近な援助者に怒りを向けることが少なくない。援助者がその怒りを自分個人に向けられたものと感じたときには、援助者にとって非常なストレスとなる。前項で述べたように、業務の遂行に制約があると感じたときには、いっそうの罪悪感を持ったり、業務への忌避感情が生じることがある。

(4) 災害現場の目撃によるトラウマ反応を生じること

援助者は一般住民よりも、災害の悲惨な光景や犠牲者の遺体などを目撃する可能性が高く、そのことによってPTSDなどのトラウマ反応が生じる可能性がある。

(5) 同一地域からの援助者は自分自身や家族も被災者、あるいはそのおそれがあること

特に家族、知人に被災者が出た場合、そのケアを犠牲にして住民の援助活動に当たることになり、心理的な緊張・疲労感をもたらす。

(6) 他地域からの援助者は、出向に伴う生活の不規則化、ストレス対処法の困難、残された家族の問題が生じ得ること

他地域からの出向者の場合、睡眠、食事などに不適応を生じたり、日常的に行っているストレスへの対処行動(趣味、運動など)が不可能になるため、ストレスが蓄積しやすい。また、災害とは関係のない家族の問題などを持っている場合もあり、出向が長期化した場合には、それが顕在化することもある。特に出向の期限が不明確な場合には、このストレスが大きくなる。

3) 援助者に生じる心理的な反応

災害時に援助者に生じると考えられる心理的な反応は、以下のとおりである。

- (1) 急性ストレス反応 (ASD)
- (2) PTSD
- (3) 適応障害
- (4) 恐怖症
- (5) 従来 of 精神疾患の増悪
- (6) その他

4) 対策

(1) 業務ローテーションと役割分担の明確化

災害直後はやむ得ないとしても、出来るだけ早期に、動員された援助者の活動期間、交替時期、責任・業務内容を明確にする必要がある。

(2) 援助者のストレスについての教育

援助者に生じ得るストレスについて、それが恥じるべきことではなく、適切に対処すべきことであることを教育しておくことが有効である。

(3) 心身のチェックと相談体制

心身の変調についてチェックリストを援助者本人に手渡すなどし、必要があれば健康相談を受けられることが重要である。

(4) 住民の心理的な反応についての教育

援助活動において、住民から心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがあることについて教育を行い、可能であれば、研修などの機会に、住民とのやりとりについてロールプレイなどを取り入れておくことが有効であると考えられる。

(5) 被災現場のシミュレーション

各種災害が生じた場合の情景、死傷者の光景などについて、スライド体験などのシミュレーションを行っておくことも有効である。

(6) 業務の価値付け

援助業務について、それに従事した個々人が組織の中で評価され、報いられることは意外に少ない。援助業務の意義、効果については、公の広報などでその価値を明確に記載し、また組織の中ではしかるべき担当者が、援助活動の価値を明確に認め、労をねぎらうことが重要である。

IV. 平常時から行うべきこと

1) 災害時の精神保健医療活動についての住民教育

日常の精神保健医療活動の中で、住民に対して災害時に生じ得る精神的な反応とそれへの対策について、本マニュアルの第Ⅱ項を参考として、広報活動を通じて教育を進める必要がある。特にPTSDについてはメディア等から不正確な知識が入ることが多いので、それを修正することが必要である。特に強調すべき点としては以下のものがある。

- (1) 災害後の心理的な変調は過半数に生じ得るが、その多くは正常反応である。
- (2) PTSDは、症状が生じてから1ヶ月以上経過しなければ診断しない。
- (3) PTSDの診断が付いた場合でも、多くの人には回復力が備わっており、二次的な被害を避け、適切な支援を受けることで、自然回復が促進される。そのために、地元の人間による支援のネットワークを作ることは重要である。
- (4) 体験直後に心理的デブリーフィングを行うことには、PTSDの予防効果はない。
- (5) 強い体験をした人の1、2割はPTSDの症状が長期化することがあるので、なかなか楽にならないと感じた場合には、気軽に専門家に相談すること。

2) 災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション

防災訓練等において、身体的な救護活動のシミュレーションは行われているが、精神保健医療の援助活動のシミュレーションは行われていない。模擬対策本部での討論の中に、精神保健医療の対策を含め、救護班が災害の現場で簡単な心理教育を住民に行い、相談窓口を住民が不眠や不安などで受診するなどのシミュレーションを訓練時から行っておく必要がある。特に、不安を訴えて相談に訪れる住民の役割を、地元の首長などの名士に依頼することは、住民の受診に対するためらいを取り除く上で効果的である。

3) 精神保健医療の援助資源の確保

災害時に援助を求めるべき人的資源についても整理をしておく必要がある。職種ごとの連携先の確保、助言を求める先の確保などである。また、多文化対応としての対象住民が想定される場合には、外国人ボランティアの確保をしておくことが有益である。

4) 日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進

災害以外にも、虐待、事故、家庭内暴力 (Domestic Violence: DV)、犯罪被害などにおいて、心的トラウマが問題となる事例は日常的に生じている。これらの事例において生じる精神的な症状は、災害時の住民に生じるものほとんど変わらない。こうした事例への取り組みを日頃から積極的に行ったり、こうした事例の集まりやすい女性相談センターや児童相談所などと情報交換の機会を設けたりすることにより、精神保健医療従事者が、心的トラウマへの対応の経験を積む必要がある。

5) 精神保健医療従事者への研修活動

災害時等の心的トラウマ対策の担当者の技能を向上させるために、専門家研修などの機会を積極的に活用すべきである。なお、技術系の職員だけではなく、災害時に対策本部の担当となるべき行政の担当職員も研修を受けることが望ましい。特に行政の中に医師の資格を有する職員がいる場合には、積極的に研修を受け、災害時の精神保健医療対策に関して、行政と臨床の連携を計るべきである。

付) 研修としては、平成14年度には日本精神科病院協会によるこころの健康づくり対策の研修会が行われている。年度ごとに異なった研修が行われていると思われるので、その都度情報を確認されたい。

災害直後 見守り必要性のチェックリスト

記入者氏名	地区			
記入者所属	日時	月	日	午前・午後 時
	氏名			
(携帯)電話番号	年齢			
	性別			
	非常に	明らかに	多少	なし
落ち着かない・じっとできない				
話しがまとまらない・行動がちぐはぐ				
ぼんやりしている・反応がない				
怖がっている・おびえている				
泣いている・悲しんでいる				
不安そうである・おびえている				
動悸・息が苦しい・震えがある				
興奮している・声大きい				
災害発生以降、眠れていない				

今回の災害前に、何らかの大きな事故・災害の被害があった 1 はい 0 いいえ

今回の災害によって、家族に不明・死亡・重傷者が出ている 1 はい 0 いいえ

治療が中断し、薬が無くなっている（身体の病気を含む） 1 はい 0 いいえ

病名

薬品名

災害弱者（高齢者、乳幼児、障害者、傷病者、日本語の通じにくい者）である

1 はい 0 いいえ ()

家族に災害弱者がいる 1 はい 0 いいえ

用語解説

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害) : 生命の危険を伴うか、それに匹敵するような強い恐怖をもたらす体験の記憶が心的トラウマとなり、それによって生じるトラウマ反応の一つ。体験のありありとした光景と恐怖などの感情がフラッシュバックのように想起され(侵入症状)、これに交感神経系の亢進を伴う強い不安(過覚醒症状)、現在の出来事や過去の体験についての現実感の失われる麻痺症状、出来事を思い出させる刺激を避けようとする回避症状などが生じ、1ヶ月以上持続したもの。診断基準は27ページ参照。治療としては、抗うつ剤の一種であるSSRIなどの薬物療法、認知行動療法が有効とされている。治療の前提として、二次的トラウマの防止、社会的、心理的援助の提供が必要であり、こうした援助だけで軽快する場合もある。

アウトリーチ : 援助者が、援助を求める者を自分の施設やデスクの前で待ち受けるのではなく、相手のいる場所(地域、職場など)に赴いて援助を提供すること。特に、援助のニーズが不明確な場合には、ニーズの掘り起こしから始めなくてはならない。災害後の住民の多くは、仮に援助を要する心理的な反応があったとしても、それ以外の現実的対応に追われていたり「心のケア」それ自体をためらう気持ちが強いために、自分自身から精神保健医療を求めることは希である。従ってアウトリーチ活動によって、潜在的なニーズに応えることは重要である。

心理教育 : 災害などのあとで、どのような心理的な変化が生じるのか、その原因は何か、どのような対応が必要なのか、どのような援助を受けることができるのか、という点についての教育。通常は広報、保健師などの援助者による訪問、相談所などを通じて行われる。一般に災害に遭遇した住民は、自分に生じた心理的な変化を適切に理解することが出来ず、平常とは違った心理状態になったことでさらに不安になることが多く、またどのような援助を求めたらよいのかも分からないため、心理教育によって適切な情報を与え、援助を受けることへの動機付けを強めることは重要である。また、反応が生じた本人だけでなく、地域の周辺住民にも心理教育を行うことによって、本人が心理的反応を自覚し、援助を求める際に、周囲からのサポートを受けやすくさせるという目的もある。

デブリーフィング (心理的デブリーフィング) : 災害直後の数日から数週間後に行われる急性期介入であり、ストレス反応の悪化と PTSD を予防するための方法であると主張され、各国に広められたが、PTSDへの予防効果は現在では否定されており、かえって悪化する場合も報告されている。トラウマ的体験を話すように促し、トラウマ対処の心理教育を行うものだが、有害な刺激を与え、自然の回復過程を阻害する場合がある。欧米では、消

防士や警察官、軍人などに対して頻繁に行われている。急性期に援助的な配慮で被害者を包むことは必要であるが、体験の内容に踏み込んで感情の表出を促す必要は無い。

脆弱性：同じ体験をしても、PTSDになる者とならない者がおり、また重症度や回復の程度にも個人差がある。このために、外的なトラウマ体験だけではなく、個人の要因（脆弱性）も関係するのではないかと考えられた。しかし多くの場合では、同一の体験と思われても、実際の体験内容は個人差が大きい。また統計的に見れば、体験の衝撃の強さとその後のPTSDの発症率、症状の程度は相関する。次に関与するのは、ソーシャルサポートである。こうした要因を考慮した後で、個人の脆弱性を考慮することになる。脆弱性の研究はまた途上であるが、本人や家族に精神障害の既往があること、自尊心や知能が低いこと、過去のトラウマ体験、内向的な性格、自己や世界に対する否定的な認知の存在、女性であること、などがあげられている。

部分PTSD：外傷後のストレス反応には、必ずしもすべてのPTSD反応が見られるわけではない。PTSDの診断基準を満たすには、再体験症状（フラッシュバックや悪夢など）、回避・麻痺症状（社会的孤立や記憶の障害など）、過覚醒症状（睡眠障害や気持ちの不安定など）が、それぞれ特定の数以上存在しなければならない。部分PTSDとは、診断基準を十分には満たさないが、PTSD反応が部分的に示されている場合の呼び名である。

ASD（急性ストレス障害）：大きな災害の直後には、一過性の過剰なストレス反応が生じることがある。ASDは、PTSDに類似した症候群であるが、診断では、PTSDの3徴候に加えて解離症状が重視される。また、PTSDが出来事から1ヶ月以上経過してはじめて診断可能となるのに対して、被災後の2日後から4週間後以内に見られる症候群である。ASDは自然回復の可能性が高いと指摘される一方で、PTSDの発症を十分に予測するという議論もある。

外傷後ストレス障害 Posttraumatic Stress Disorder

(DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院より)

- A. その人は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。
 - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。
- 注** 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。
- B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。
- (1) 出来事の反復的で侵襲的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。
- 注** 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。
- 注** 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐しい夢であることがある。
- (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。
- 注** 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。
- (4) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。
 - (5) 外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。
- (1) 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力。
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能。
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。
 - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。
 - (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。
 - (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。
- D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難

- (2) 易刺激性または怒りの爆発
- (3) 集中困難
- (4) 過度の警戒心
- (5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準B、C、およびDの症状）の持続期間が1ヵ月以上.

F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている.

▶該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3ヵ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヵ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヵ月の場合