

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に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长

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	
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	
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	
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	
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	
2. 初期対応（災害後1ヶ月まで）	
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라우マからの自然回復
 - 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
 - 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
 - 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
7. 援助者の精神健康
 - 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、住民個々人だけではなく、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しが中心となる。(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、かつ記憶が充進して、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はなく、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实际的と思われる。

(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な苦痛である。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。