

# 活 動 報 告 書

報告日時 平成 年 月 日 時 分現在

活動月日	平成 年 月 日 ( ) 天気																																			
担当活動場所	市・町・村 地区・避難所																																			
活動従事者	活動班名 心のケアチーム名 所属（都道府県・市町村名） 班の代表者名 活動人数 名																																			
相談実施状況	相談件数票（期間平成 年 月 日～平成 年 月 日）																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">相談者状況</th> <th style="width: 5%;">乳幼児</th> <th style="width: 5%;">児童</th> <th style="width: 5%;">成人</th> <th style="width: 5%;">高齢者</th> <th style="width: 5%;">合計</th> <th style="width: 5%;">妊産婦</th> <th style="width: 5%;">精神障害</th> <th style="width: 5%;">身体障害</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>相談件数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>継続件数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									相談者状況	乳幼児	児童	成人	高齢者	合計	妊産婦	精神障害	身体障害	相談件数									継続件数								
相談者状況	乳幼児	児童	成人	高齢者	合計	妊産婦	精神障害	身体障害																												
相談件数																																				
継続件数																																				
	その他特記事項																																			
主な活動内容	活動開始時刻 : ~ 活動終了時刻 : 【AM】  【PM】																																			
要望																																				
連絡事項 引き継ぎ事項																																				

# 活 動 完 了 書

(送信先) F A X 0 2 4 - 5 3 3 - 2 4 0 8

〇〇第 号  
平成 年 月 日

福島県精神保健福祉センター長 様

保健福祉事務所長  
市 町 村 長

## 災害時のこころのケア活動完了書について

災害時におけるこころのケア対策に関するこころのケア活動については、下記のとおり終了しました。

### 記

1. こころのケア活動開始日 平成 年 月 日 ( ) 午前・午後
2. チーム名・代表者氏名
3. 活動日数 日間
4. 活動地域
5. 主な活動内容
6. その他

\* 活動日誌等、活動結果について記載されているものを添付して報告して下さい。

照会・連絡先 ○ ○課 ( 係) TEL

## 災害後の見守り必要性チェックシート

地区	日時
氏名	
男・女      年齢（      才）	
連絡先	記入者氏名
	記入者所属

チェック項目（あてはまる項目に○を記入する。）

	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				

- ① 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・2 いいえ
- ② 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・2 いいえ
- ③ 治療が中断し、薬がなくなっている（病名      薬品名      ）
- ④ 災害弱者（高齢者、乳幼児、障がい者、傷病者、日本語が通じにくい）である      1 はい・2 いいえ
- ⑤ 家族に災害弱者がいる      1 はい・2 いいえ

事後処理	備考
------	----

## スクリーニング質問票 (SQD)

実施日： 年 月 日

氏名： 年齢： 歳（男・女）

【質問】大災害後は生活の変化が大きく、色々な負担（ストレス）を感じる事が、長く続くものです。最近1月間に今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

1. 食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい いいえ
2. いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい いいえ
3. 睡眠はどうですか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4. 災害に関する不快な夢を、見ることがありますか。	はい いいえ
5. ゆううつで、気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6. イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7. 些細な音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8. 災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことはありますか。	はい いいえ
9. 思いだしたくないのに災害のことを思い出すことはありますか。	はい いいえ
10. 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11. 何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい いいえ
12. 災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

# スクリーニング質問票 (SQD)について

被災した住民を対象とした、訪問や検診の時に、精神的問題がないかスクリーニングするためのものです。

いきなり質問をするのではなく、挨拶を交わし、来意を告げ、世間話をするなど自然な流れの中で、使用すべきものです。

災害後に発生する精神的問題は多岐にわたりますが、この質問項目では「うつ状態」と「PTSD（外傷後ストレス障害）症状」に焦点をあてて、そのハイリスク者を見分けられるような内容にしています。

判定基準が示されていますが、診断を意味するのではなく、ハイリスク者を見分けるための基準です。この基準を満たす場合はかなりリスクが高く、継続した関与、あるいは専門スタッフへの紹介が必要であることを示します。しかし、質問にきちんと答えていなかったり、抵抗や否認が強い場合などは、必ずしも基準に満たない場合があります。答えるときの態度や会話の内容などから、問題を感じたときは、専門スタッフと検討するべきでしょう。

項目数は多く感じるかもしれませんが、実際に施行してみると10分以内で終わることができます。

なお、質問の内容は分りやすい言葉遣いにしてありますが、相手の理解しやすいように、言い回しを変えても問題ありません。

## 【判定基準】

### ● PTSD

3、4、6、7、8、9、10、11、12のうち5個以上が存在し、その中に4、9、11のどれか一つは必ず含まれている。

### ● うつ状態

1、2、3、5、6、10のうち4個以上が存在し、その中に5、10のどちらか一方が必ず含まれる。

## 【備考】

PTSDの3大症状及びうつ症状に対応するのは、それぞれ次の項目である。

●再体験症状 : 4、9、11

●回避症状 : 8、10、12、

●過覚醒症状 : 3、6、7

●うつ症状 : 1、2、3、5、6、10

## PTSDチェックリスト (IES-R: 改訂 出来事インパクト尺度)

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女 歳) 記入日H. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることがあるものです。 \_\_\_\_\_ に関して、本日を含む最近の1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけて下さい。(なお答えに迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

(最近の1週間の状態についてお答えください。)		0.全くなし	1.少し	2.中くらい	3.かなり	4.非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。					
2	睡眠の途中で目が覚めてしまう。					
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。					
4	イライラして、怒りっぽくなって来る。					
5	そのことについて考えたり思い出す時は、なんとか気を落ち着かせようとしている。					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。					
7	そのことは、実際に起きなかったとか、現実のことでなかったような気がする。					
8	そのことを思い出させるものには近よらない。					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう。					
11	そのことは考えないようにしている。					
12	そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている。					
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。					
14	気がつくとも、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。					
15	寝つきが悪い。					
16	そのことについて、感情が強くこみ上げてくることがある。					
17	そのことをなんとか忘れようとしている。					
18	ものごとに集中できない。					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。					
20	そのことについての夢を見る。					
21	警戒して用心深くなっている気がする。					
22	そのことについては話さないようにしている。					

\* 使用法: 「教示」の空欄部分(下線部)に当該の外傷の出来事(例:地震、事件被害、事故)を記入し配付する。

\* 採点法: 各選択肢の得点0~4点を合計し、尺度全体ないし下位尺度ごとの得点とする。

\* 下位尺度構成は次のとおりである。

侵入症状Intrusion(8項目): 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20 回避症状Avoidance(8項目): 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

過覚醒症状Hyperarousal(6項目): 4, 10, 15, 18, 19, 21

\* カットオフ-合計得点24/25(PTSD+partial PTSDのスクリーニング目的)

《ただしカットオフはあくまでもスクリーニングの目安であり、診断に代わるものではない》

引用: 『臨床精神医学』編集委員会編『精神臨床評価検査法マニュアル(改訂版)』アークメディア, p288, 2010

## 心の健康チェック： K6 日本語版

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。

	0点	1点	2点	3点	4点
1 神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
2 絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
3 そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
4 気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
5 何をするのも骨折りだと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
6 自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも

引用：大野裕他「一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究」(平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

合計得点 点

合計得点が9点以上であれば、うつ病や不安障害の可能性が高いと言えます。