

Ⅵ 書式・チェックリスト

面接・聞き取りを効率的に行うための書式・チェックリスト類です。これらを使用して面接・聞き取りを行う場合には、対象者に目的を伝え、了解を得てから行ってください。またプライバシーの保護に留意し、支援者間の共有時など、適切に管理をしてください。

なお、これらのチェックリストのみでは診断ができるわけではありませんので、必要に応じて専門機関につないでください。

	ページ
相談記録票	42
心身の状況を把握する相談記録（表紙）の簡易版と継続用紙。	
医療・福祉支援アセスメント票（ニーズ把握）	44
医療の必要性のまとめのリスト。	
被災・避難直後見守り必要性のチェックリスト	45
見守りの必要性について、体系的にチェックをする。	
改訂 出来事インパクト尺度（IES-R）	46
PTSD に移行する可能性のあるストレス状況（出来事）を把握するチェックリスト。 PTSD の3つの症候群である、再体験、回避、過覚醒の有無を尋ねる22項目からなる。 基本的には自分で記入してもらうが、面接者が読み上げて実施してもよい。 これのみで、安易にPTSDと判断してはならない。	
スクリーニング質問票（SQD）	47
被災者のストレス状況を、PTSD及びうつ状態の観点から把握するチェックリスト。 基本的には聞き取りで実施する。	
こころの健康チェック表 K6/K10 日本語版	48
K6はアメリカのKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。	
新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）	49
アルコール依存症の新チェックリスト。 旧テストで煩雑であった重みづけ点数を排し、より精度を高めるために男女別になっている。	
支援者のメンタルヘルスチェック	50
支援者自身の心理的変化の状態を自ら把握するためのチェックリスト。 「災害救援者のチェックリスト」は、警察、消防等で救援活動を行う職員に向いている。 「援助者のためのチェックリスト」は、援助者全般に利用可能なリスト。	

相 談 記 録 票

部外秘

番号 _____

相談日時	平成 年 月 日() 時 分	担当者	
相談場所	自宅 避難所(名称:) 仮設 電話 その他()		
住 所	本人属性 職業: 乳幼児 妊産婦 高齢者 子ども(小・中・高)・成人		その他()
連絡先 Tel:			
フリガナ	性別	被災状況:	
本人氏名	男 女		
(M・T・S・H 年 月 日生 満 歳)			
相談依頼者	本人との関係:		
相談内容			
自覚症状	体調	・発熱 (°C) 血圧() ・頭痛 ・腹痛 ・嘔吐 ・吐き気 ・下痢 ・便秘 ・食欲がない ・よく眠れない ・手足や体のふるえがある ・疲れやすい ・アルコール関連問題 ・その他()	
	気分	・イライラ ・不安 ・ゆううつ ・こわい夢をみる ・自分を責める ・やる気がでない ・落ち着きがない ・その他()	
既往症	・心疾患 ・脳血管疾患 ・高血圧 ・糖尿病 ・肝臓疾患 ・腎臓病 ・呼吸器疾患 ・結核 ・身体障がい (障がい名: 身体障害者手帳 級) ・精神疾患 (疾患名: 精神障害者保健福祉手帳 級)		
現病歴	病名()		
	医療機関(病院 科通院中) 主治医()		
	現在の服薬/治療	1日の服薬回数	備 考
		朝/昼/夕/頓服	
	朝/昼/夕/頓服		
	朝/昼/夕/頓服		
処遇内容	処 ①カウンセリング, 助言指導 ②情報提供 ③心理検査 ④薬物療法 遇 ⑤他機関紹介(機関名) ⑥その他()		
	今後の計画	①終了 ②継続相談 ③機関紹介(機関名:)	
	関係機関との連携 連絡先: 連絡内容:		
その他	【特記事項等】		

部外秘

医療・福祉支援
アセスメント票
(ニーズ把握)

地域	
日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分
記入者	所属: 氏名:

対象者	氏名		生活の場	自宅・避難所・仮設住宅・その他 ()
	性別・年齢	男・女(歳)	電話番号	
	住所			

病気の治療状況

病名	医療機関・診療科・主治医	治療内容・通院頻度 服薬内容(薬の残量)
	病院 科 医師	朝/昼/夕/頓服 回 錠・包(残)
	病院 科 医師	朝/昼/夕/頓服 回 錠・包(残)
	病院 科 医師	朝/昼/夕/頓服 回 錠・包(残)

手帳制度の適用状況

手帳区分	障がい等級	特記事項
身体障害者 手帳	級	表記内容: の機能障がい
	補装具	電動車いす/手動車いす/歩行器/杖/上肢装具/下肢装具/補聴器 その他()
療育手帳 (知的)	A1・A2 B1・B2	コミュニケーションの方法: 言語(やさしい・普通)/絵カード等(具体物) その他必要な配慮:
精神障害者 保健福祉手帳	級	疾患内容:

その他必要な配慮

発達障がい者(児)	コミュニケーションの方法: 言語(やさしい・普通) /絵カード等(具体物) その他必要な配慮:
高齢者	健康面の配慮: 心理面の配慮:

医療・福祉支援の必要性

部外秘
被災・避難直後
見守り必要性の
チェックリスト

地 域	
日 時	年 月 日 () 午前・午後 時 分
記入者	所属: _____ 氏名: _____

対象者	氏 名		生活の場	自宅・避難所・仮設住宅・その他 (_____)
	性別・年齢	男 ・ 女 (_____ 歳)	電話番号	
	特記事項			

気になる状態	程度				内容など
	非常に	明らか	多少	少し	
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・心配している					
動悸・息が苦しい・震えがある					
興奮している・声大きい					
被災・避難以降、眠れていない					

その他:

<input type="checkbox"/> 以前に何らかの大きな被害があった	内容:
<input type="checkbox"/> 今回、家族に不明・死亡・重傷者が出ている	内容:
<input type="checkbox"/> 治療が中断・薬が無くなっている	
病名:	医療機関: _____ 病院
	主治医: _____ 医師
薬品名:	必要な医学処置:
<input type="checkbox"/> 特別な配慮を必要とする方 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 傷病者 <input type="checkbox"/> アルコールの問題 <input type="checkbox"/> 日本語を母国語としない方	
<input type="checkbox"/> 家族に上記の方(特別な配慮を必要とする方)がいる	

参考:平成 13 年度 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』を改変

改訂 出来事インパクト尺度(IES-R) 部外秘

氏名 _____ (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のあるものです。 _____ に関して、**この1週間**ではそれぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まれましたか。あてはまる欄に○をつけてください。

(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。)

質問項目(最近の1週間の状態についてお答えください。)		0	1	2	3	4
		全くなし	少し	中くらい	かなり	非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶりかえしてくる。					
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。					
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、怒りっぽくなっている。					
5	そのことについて考えたり思い出したりするときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている。					
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、実際には起きなかったとか、現実のことでは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、いきなり頭に浮かんでくる。					
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、麻痺したようである。					
14	気がつくつと、まるでその時に戻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、感情が強くこみあげてくることがある。					
17	そのことを何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。					

注)この調査はあくまでもストレス症状を調べるものであり、診断をするものではありません。診断及び治療が必要な場合は、精神科医療機関を紹介してください。PTSD 症状の高い人をスクリーニングする目的では、25点以上を要援護者とします。

(オリジナルを改変してあります)

スクリーニング質問票(SQD) 部外秘

お名前 _____ (男・女 歳) 記入日 _____ 年 月 日

【質問】

被災後は生活の変化が大きく、さまざまな負担(ストレス)を感じるものが長く続くものです。
最近1カ月間に今からお聞きするようなことがありましたか。

質問項目(最近の1カ月の状態についてお答えください。)		回答		採点	
		はい	いいえ	P	D
1	食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。				○
2	いつも疲れやすく、身体がだるいですか。				○
3	睡眠はどうか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。			○	○
4	災害に関する不快な夢を、見ることはありますか。			◎	
5	憂うつで気分が沈みがちですか。				◎
6	イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。			○	○
7	ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。			○	
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がありますか。			○	
9	思い出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。			◎	
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。			○	◎
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。			◎	
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。			○	
				◎	
				:	
				○	
				:	

(採点方法)

「はい」と回答した場合に、右の採点欄の◎または○のついている欄に印を付けます。

(判定)

P 欄の◎と○が5以上、◎が1以上→PTSDを疑う

D 欄の◎と○が4以上、◎が1以上→うつ状態を疑う

再体験: 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

こころの健康チェック表 K6/K10 日本語版

質問 「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。あてはまるところに○をつけてください。」

	質 問	回 答 欄					得点欄	
		全 く な い	少 し だ け	時 々	た い て い	い つ も	K6	K10
1	理由もなく疲れ切ったように感じましたか	0	1	2	3	4		
2	神経過敏に感じましたか	0	1	2	3	4		
3	どうしても落ち着けないうらいに、神経過敏に感じましたか	0	1	2	3	4		
4	絶望的だと感じましたか	0	1	2	3	4		
5	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	0	1	2	3	4		
6	じっと座ってられないほど、落ち着かなく感じましたか	0	1	2	3	4		
7	ゆううつに感じましたか	0	1	2	3	4		
8	気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか	0	1	2	3	4		
9	何をするのも骨折りだと感じましたか	0	1	2	3	4		
10	自分は価値のない人間だと感じましたか	0	1	2	3	4		
集計								

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究/研究協力報告書
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

新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST) 部外秘

氏名 _____ (男・女 _____ 歳) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問について、「はい」か「いいえ」の当てはまる方に○を付けてください。

【男性用】 KAST-M 「最近6か月の間に以下のようなことがありましたか」		回答	
		はい	いいえ
1	食事は1日3回、ほぼ規則的にとっている		1点
2	糖尿病、肝臓病、または心臓病と診断されその治療を受けたことがある	1点	
3	酒を飲まないで寝付けないことが多い	1点	
4	二日酔いで仕事を休んだり、大事な約束を守らなかったりしたことが時々ある	1点	
5	酒をやめる必要性を感じたことがある	1点	
6	酒を飲まなければ良い人だとよく言われる	1点	
7	家族に隠すようにして酒を飲むことがある	1点	
8	酒が切れた時に、汗が出たり、手が震えたり、イライラや不眠など苦しいことがある	1点	
9	朝酒や昼酒の経験が何度かある	1点	
10	飲まない方が良い生活をおくれそうだと思う	1点	
合計点			
合計点 4 点以上: アルコール依存症の疑いがある群 合計点 1～3 点: 要注意群(ただし、質問1番のみの1点は正常群) 合計点 0 点: 正常群			

以下の質問について、「はい」か「いいえ」の当てはまる方に○を付けてください。

【女性用】 KAST-F 「最近6か月の間に以下のようなことがありましたか」		回答	
		はい	いいえ
1	酒を飲まないで寝付けないことが多い	1点	
2	医師からアルコールを控えるようにと言われたことがある	1点	
3	せめて、今日だけは酒を飲むまいと思っけていても、つい飲んでしまうことが多い	1点	
4	酒の量を減らそうとしたり、酒をやめようと試みたことがある	1点	
5	飲酒をしながら、仕事、家事、育児をすることがある	1点	
6	私のしていた仕事をまわりの人がするようになった	1点	
7	酒を飲まなければ良い人だとよく言われる	1点	
8	自分の飲酒についてうしろめたさを感じることもある	1点	
合計点			
合計点3点以上: アルコール依存症の疑いがある群 合計点1～2点: 要注意群(ただし、質問6番のみの1点は正常群) 合計点0点: 正常群			

アルコール依存症の疑いがある群・・・専門医の受診を勧めます。

要注意群・・・飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒する必要があります。

(オリジナルを一部改変してあります)

支援者のメンタルヘルスチェック

災害救援者のチェックリスト

A 活動状況

- 通常では考えられない活動状況であった
- 悲惨な光景や状況に遭遇した
- ひどい状態の遺体を目にした、あるいは扱った
- 自分の子どもと同じ年齢の子どもの遺体を扱った
- 被害者が知り合いだった
- 自分自身あるいは家族が被災した
- 支援活動をとおして殉職者やけが人が出た
- 支援活動をとおして命の危険を感じた
- 支援を断念せざるを得なかった
- 十分な活動ができなかった
- 住民やマスコミと対立したり、非難されたりした

2個以上は、心理的影響が生じる可能性の高い活動と考えられる。

B 活動状況後の気持ちの変化

- 動揺した、とてもショックを受けた
- 精神的にとても疲れた
- 被害者の状況を、自分の事のように感じてしまった
- 誰にも体験や気持ちを話せなかった、話しても仕方ないと思った
- 上司や同僚あるいは組織に対して怒り、不信感を抱いた
- この仕事に就いたことを後悔した
- 仕事に対するやる気をなくした、辞めようと思っている
- 投げやりになり皮肉な考え方をしがちである
- あの時ああすれば良かったと自分を責めてしまう
- 自分は何も出来ない、役に立たないという無力感を抱いている
- なんとなく身体の調子が悪い

3個以上あるときには、支援活動による心理的影響が強く出ており、何らかの対処が必要と考えられる。

加藤寛(2001):金吉晴編「心的トラウマの理解とケア」じほうを改変

援助者のためのチェックリスト

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 疲れているのに夜よく眠れない | <input type="checkbox"/> 自分のがんばりを人は分かっていないと思う |
| <input type="checkbox"/> いつもより食欲がない | <input type="checkbox"/> 私の気持ちは誤解されている |
| <input type="checkbox"/> 体が動かない | <input type="checkbox"/> 被災の体験談が頭から離れない |
| <input type="checkbox"/> 朝起きるのが辛い | <input type="checkbox"/> 被災の話聴くのが辛い |
| <input type="checkbox"/> 酒量が増えた | <input type="checkbox"/> 被災者の話を聴くのが怖い |
| <input type="checkbox"/> 自分の身だしなみに関心が持てない | <input type="checkbox"/> 自分も被災したような気持ちになってしまう |
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 自分の人生が変わった気がする |
| <input type="checkbox"/> 人と口論することが多くなった | |

小西聖子(2004.12.24):「援助者のストレス」から