

厚生労働科学研究費補助金

地域健康危機管理研究事業

健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 鈴木友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成 20 (2008) 年 3 月

目次

I.	総括研究報告	
	健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究-----	7
II.	分担研究報告	
1.	健康危機管理体制における既存の精神保健支援ガイドライン等の検討-----	19
2.	わが国における心理的応急処置プログラム導入の検討-----	33
3.	災害時の精神保健支援の円滑な実施法に関する検討 -----	39
III.	参考資料	
	非常事態時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン -----	47

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）

平成 19 年度総括研究報告書

健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究

主任研究者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所災害等支援研究室室長
研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

災害時の精神保健支援の円滑な実施を目的に、心理的応急処置法のあり方について検討した。方法は、1) 既存の精神保健支援ガイドライン等のレビュー、2) 心理的応急処置 (Psychological First Aid: PFA) のわが国への導入のあり方の検討、3) 災害時の精神保健支援の円滑な実施法に関するヒアリングである。1) 既存のガイドライン等のレビューの結果、国内の精神保健ガイドラインについては、i) 精神保健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインに整理された。その内容は、国内における既存のガイドラインは内容については大きな違いはみられず、臨床的支援の記述は比較的充実していたが、全体的な位置づけやそれぞれの役割分担が明確でない状況であった。国際的には IASC (Inter-Agency Standing Committee) ガイドラインは行政、臨床支援の両面に言及しており、本指針をわが国の実情に沿うように修正して活用することが有用であると考えられた。2) 心理的応急処置法 (PFA) のわが国への導入について、PFA プログラムの翻訳、また使用者、使用される文脈などについて、プログラムの開発者である Melissa Blymer さんから 1) PFA 開発の経緯、2) 米国における PFA の現状、3) PFA の展開について詳細な聴取を行った。日本における本プログラム導入のあり方は、本プログラム日本語版の開発のみならず、精神保健を専門としない支援者の使用を想定し、その後のアセスメント、精神保健専門家への紹介や連携体制の整備も同時に必要であり、これらの根拠となる災害後の心理的反応の自然史を明らかにする研究の展開を同時に進めることが重要である。3) 災害時の精神保健支援の円滑な実施法について、近年大型災害を経験した県の精神保健福祉担当者を対象にヒアリングを行い、それぞれの事例を通じた課題や可能性のある解決法等を検討した。この結果、これらの課題を、i) 連携・調整、ii) 直接支援、iii) 行政支援体制、iv) コミュニケーションに関するものに分類し、それらに対して可能性のある解決法を整理した。

A. 研究目的

健康危機発生時の災害精神保健支援の円滑な実施を目的に、心理的応急処置

(Psychological First Aid: PFA) プログラム日本語版の開発を行い、その効果、普及のあり方について検討する。

B. 研究方法

以下の3段階に分けて行った。

1) 既存のガイドライン、マニュアルの系統的レビュー：

2007年7月から10月にかけて、災害後の精神保健活動に関するガイドラインに関して、インターネットを用いて、また専門家から、情報を収集した。そして、各々のガイドラインやマニュアルが想定している使用者、使用時期、使用場所、その概要、作成された年、分量（ページ数）、入手可能な状態（ホームページ上での閲覧、pdf形式でのダウンロード、本として出版）についてまとめ、必要に応じて補足を加えた。また、ガイドラインやマニュアル以外の資料、さらに精神保健活動に限らず災害後の対応を定めたマニュアル、計画、ガイドライン、資料等についても、災害後の対応の全体像を把握し、精神保健活動の全体の中での位置づけを考える上で有用だと考えられるものに関しては収集した。収集したガイドライン類は、日本語もしくは英語で書かれたものに限った。

2) わが国における心理的応急処置プログラムの導入の検討：

北米では心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）という支援技法パッケージが開発され、近年の災害支援者の研修で使用されている。本プログラムの翻訳、また対象者、使用される文脈などについて、プログラムの開発者である Melissa Blymer からヒアリングを行った。ヒアリングの内容としては、i) PFA 開発の経緯、ii) 米国における PFA の現状、iii) PFA の展開についてである。

3) 災害時精神保健支援の円滑な実施のあり方の検討：

災害時の効果的な精神保健支援法を検討するために、近年大規模災害を経験した県の精神保健福祉担当者にそれぞれの経験に基づく災害時精神保健活動の課題と可能性のある解決法について聴取した。

（倫理的配慮）

本研究は文献のレビューにあたって倫理的問題は生じないものと考えた。また、ヒアリングにおいて個人情報入手せず、公表の方法もそれぞれが特定されない形とした。

C. 結果

1) 既存のガイドライン、マニュアルの系統的レビュー：

既存のガイドライン、マニュアルの系統的レビューをしたところ、国内の精神保健ガイドラインについては、i) 精神保健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインに分類されて整理された。

「精神保健ガイドライン」に分類したものは、災害現場での細かな対応に関する記述ではなく、災害対策の大枠の方針が示されているものである。「精神保健専門家向きマニュアル」に分類したものは、災害後に精神保健の専門家として実施すべきことを簡潔にまとめてあり、精神保健の専門家にとってはあえて説明する必要のないと考えられる、例えば、どのような態度で接したらよいのか、といったような基本的なことは記述されていないマニュアルである。「精神保健非専門家向きマニュアル」に分類し

たものは、使用者が必ずしも精神保健の専門家ではないことを想定して書かれたマニュアルである。災害後に実施すべきことに加え、それをどのように実施したらよいか、例えば、被災者への声のかけ方といった対人援助技術の基礎のところまで記述されているマニュアルである。「こころのケアにあたる人のためのマニュアル」も、災害後の精神保健に関する詳しい解説や対応法などが記述されており、内容としては精神保健非専門家向きマニュアルとあまり変わらない。「行政関係者のマニュアル」は、災害時と保健所や県、市の職員の仕事に関して記述されているマニュアルが含まれる。「精神保健以外のガイドライン」には、災害時の精神保健活動に関するものではないが、災害時の対応や地域の資源に関して参考となるマニュアルや資料などが含まれる。以上に加え、海外で作成された災害精神保健に関するマニュアルや資料についてもまとめた。

海外では、北米ではニューヨーク同時多発テロやスマトラ島沖地震・津波の経験を受けての災害対応のガイドライン、住民への情報提供用資料、専門家向けのマニュアルなどが多くみられた。その中でも、Pynoos による PFA には具体的な対応法が記述されており、これの詳細については次項に譲る。

国際機関における合意されたガイドラインとしては、Inter-Agency Standing Committee (IASC) が 2007 年にガイドラインを公表した。本ガイドラインは国連公用語、それ以外の言語にも翻訳され、同委員会のホームページに掲載されている (<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/c>

[content/subsidi/tf_mhps/default.asp?bodyID=5&mainbodyID=2&publish=0](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_mhps/default.asp?bodyID=5&mainbodyID=2&publish=0))。担当者との交渉によると、日本語版での普及も求められており、日本語版（案）は別添資料を参照されたい。

精神保健・心理社会的支援を組織するには、それぞれの集団のニーズに見合った支援が階層的な支援体制で提供されること、そしてそれぞれの階層が相補的に展開されることが重要である。まず第 1 層において、基本的な身体的ニーズ（食糧、避難所、水、基本的な保健医療、伝染性疾患のコントロール）に対応した安全保障、十分な管理、諸サービスの確立（再確立）を通じて全ての被災者は保護されなければならない。これらの災害支援者が具体的な支援を提供する過程で精神保健に配慮した関わりをするよう働き掛けることが重要である。

第 2 層は、地域社会および家庭の支援とされており、安定的な家族関係や地域社会の活動を通じて、自助・共助を促進することである。第 3 層は、特定の非専門的支援であり、プライマリーヘルスケア従事者による心理的応急処置（PFA）および基本的な精神保健ケアである。通常の保健活動や一般医療の中での、精神面と生活面や身体疾患の管理が組み合わさった支援によって、ニーズをもつものへ接触することが可能となる。そして、第 4 層として、精神保健専門家への紹介体制が整備される必要がある。専門的サービスが必要とされる住民の割合は限定されるとはいえ、最大規模の非常事態時には、この数が急増することも考えられる。本ガイドラインには、これらの多層構造で支援を提供する上で必要な計画・調整機能、精神保健直接サービス、他領域と

の連携に関する包括的かつ詳細な記載が見られた。

2) わが国における心理的応急処置プログラムの導入の検討：

心理的応急処置 (Psychological First Aid: PFA) は、専門家による臨床的な支援というよりも、必ずしも精神保健の専門性を持たない災害支援者 (警察、救急、救護者) らによる、人道的な一般支援の心構えのあり方を伝えることを目的としている。これは、2001年のニューヨーク同時多発テロ、2003年のインド洋地震・津波後の精神保健支援が、必ずしも一定の方針に基づかず、様々な支援技法が展開されて現場が混乱した反省に基づいている。

米国の National Child Traumatic Stress Network 及び National Center for PTSD が、これらの経験、そして現在入手可能なエビデンスを最大限に活用して、精神保健の専門家以外にも適切な支援姿勢を伝えるために開発されたされたモジュール式のプログラムが、PFAプログラムである。ここでは、被災者の精神健康に対して、まず安全と安心の確保、復旧のための支援、ストレス関連反応の低減、短期的、長期的にも適応的対処法の促進、そして自然な回復力の強化を対応原則としている。

PFAにおける主要な支援要素は、1) 安全と慰め、2) 安定化、3) ニーズや懸念事項に関する情報収集、4) 実際的な支援、5) 社会的な支えとのつながり、6) 対処技法に関する情報提供、7) 必要な他のサービスとの連携、である。これらを円滑に実施するために、住民が理解しやすい形での配布資料が添付されており、災害時の反応に関する説明、精神的反応の見通し、必

要な支援の入手先リストなどがマニュアルにまとめられている。

現在米国では、PFA マニュアルは、National Center for PTSD のウェブサイト (http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc_manual_psyfirstaid.html) から入手でき、非常事態対応の研修や、大規模災害時のオリエンテーションで用いられている。

3) 災害時精神保健支援の円滑な実施のあり方の検討：

被災県の担当者からのヒアリングの結果、課題を以下の4領域に分類した。

i) 連携・調整に関する課題

- ・児童などの対応を含めて、県がイニシアチブをとって統括する必要がある。

- ・連携・連絡の面で効率の悪い場面があった。

- ・全国各地から来ているチームが、それぞれ独自のマニュアルに拠って活動している様子だった。そのチームの活動場所、内容などの把握が不足しており、全体的な方針が見出せなかった。

- ・市の職員 (支援者、事務職) への支援が必要である。

ii) 直接支援に関する課題

- ・こころのケア班だけで住民の精神保健のニーズを把握することは困難であり、「こころのケアチーム」があることを周知して、保健師らとの連携を密にしていく必要があると思われた。

- ・こころの救護所を設置したが、被災後数日間で受診したものはほとんどなく、積極的なアウトリーチを活動の中心とした。生活のストレスや不眠・不安などの訴えが多かった。

・ 確実な対応をするためには、巡回を行うよりも避難所担当の保健師との連携や情報交換が一層必要であると感じた。具体的には、避難所への訪問を行ったが被災者が外出して相談につながらない、避難所の保健師も把握できていない、すでに他の救護所へ行っていた、など、現地の保健師らとの連携を密にすべき場面がみられた。

・ 被災 1 週間後では、直接の相談件数は減っていた。また、保健師よりこころのケアに関する講話を依頼された。PTSD、うつに関する話をしたが、PTSD の症状と言ってもあまりびんとせずこない様子で、集団生活でのストレス解消の仕方などの質問が挙がっていた。

・ 通常の生活に戻ってきている場合には、一日も早く安定した生活を取り戻せるように、特に個別相談が必要なケース以外は、子どもへの直接の接触を避け、保育者らへの支援等、間接的な支援を行った。

・ 被災 2 週間後には、避難所担当の保健師によりからこころのケア相談に関する希望が集約されてこころのケアチームに連絡されるという相談経路が確立しており、活動しやすかった。今後は、在宅の被災者のニーズが挙がってくると思われ、こころの健康へのニーズを集約するシステムを確立すべきと思われる。

また、他領域との連携をめぐり以下の課題が指摘された。

・ 被災 1 週間後程度で現地に入り、救護本部の定例ミーティングに参加したが、各チームからの報告のみで指揮・連絡機能はなかった。

・ 同一患者に対して他（種）チームによる診察があったが、連携がとれておらず、継

続されたケアになっていなかった。

・ 小中学校については、教育委員会が対応することになっているが、管轄の違いから連携が必ずしも円滑ではなかった。

・ 災害後の精神的な反応を説明するリーフレットは被災者向けのものも必要だが、保健師など現場で直接対応する支援者向けのものも必要である。

iii) 行政支援体制上の課題

・ 現地で情報収集、対応の雛型を準備して被災地に助言をする災害精神保健コーディネーターがあると過去の経験を生かすことができる。

iv) コミュニケーションに関する課題

・ 救護本部、避難所担当者、保健師からこころのケアチームへの要請は数件あったが、連絡・伝達が遅く、対象者が既に避難所から退所している例がみられた。

・ マスコミの取材が本部を通して行われていなかった。

これらの課題に対する考えられる解決法として、以下が挙げられた。

i) 連携・調整に関する課題

・ 平常時から防災計画に精神保健活動を盛り込むことが重要である。

・ こころのケアの関連領域（保健、福祉、学校保健、高齢者介護）での指揮・連絡システムを発災初期から確立して、計画を立案する必要がある。特に発災後 1 週間で具体的な計画立案が必要である。

・ 被災保健所には多くの支援者が派遣される。こころのケアチームに関しても、これら支援者と地元保健所とを連携するコーディネーターが必要である。

・ 特に発災初期には、精神障害者の安否確認などの急な指示などに対応する必要がある

るので、複数人員の体制での対応がのぞましい。

- ・市町村の支援者をはじめ職員に対する健康管理の一環として、災害後1か月程度に市の健康相談を実施した。この計画の段階から、精神保健担当課も参加し、尺度の選択、スクリーニングの基準、その後の相談体制などを設ける必要がある。

ii) 直接支援に関する課題

- ・地域で重要な心のケアの担い手の保健師に事前研修を広げる必要がある。
- ・多くの職能団体や自治体でこころのケアマニュアルを出しているが、関係者が共有できる統一したマニュアルの整備と周知の徹底が必要である。

iii) 行政支援体制上の課題

- ・災害対応経験者による支援ネットワークを構築して、災害対応経験者や派遣チームの有機的な活用体制の整備をするとよい。
- ・これらのツールの活用について、あらかじめ災害対応の研修を実施し、特に支援体制の立ち上げ時期にはDMATのような専門チームの派遣があるとよい。

iv) コミュニケーションに関する課題

- ・災害時の情報集約、伝達経路は早期から確立する必要がある。他領域との連携・調整の必要性が指摘されているが、その役割分担、責任者を定めて、これらが迅速に情報伝達できるよう組織図などを設けておく必要がある。あらかじめ、統括者、臨床支援チーム、事務作業、渉外それぞれの担当者を立て、円滑に初動体制を構築できた取り組みもある。
- ・マスコミへの対応窓口を一本化したものの、その対応に追われた側面があった。災害3日目以降にこのような傾向がみられた

ため、災害発生数日後、急性期の対応から亜急性期に移行する時期に、こころのケアに関する対策と見通しを記者に対して積極的に情報提供することで、効率的に取材に対応できるかもしれない。

D. 考察

1) 既存のガイドライン、マニュアルの系統的レビュー：

今回のレビューでは、インターネットと専門家からの情報により、災害時の精神保健活動に関するマニュアルや資料の収集を行ったために、全ての災害時精神保健支援ガイドラインを網羅しているとは言えない。しかしそれでも、精神保健の専門家、非専門家である支援者が、被災者に臨床的に対応する際に使用できるマニュアルに関しては、既に多くのものが作成されているということ、またそれらの多くはインターネットを通じて容易に取得できる状態で公開されているということ、さらに、それらのマニュアルごとの内容にあまり大きな違いはないということが明らかとなった。

これらガイドラインの記述に関しては、臨床的情報、支援のあり方に関する記述は比較的充実していた。個々の支援技法に関しては、災害精神保健の研究に伴う実行可能性、倫理的課題から、効果について実証された介入法は非常に限られており、多くは専門家の経験による無害原則(Do no harm.)に基づいた支援法であった。例外的に、急性期のデブリーフィングについてはその有効性に否定的な見解が近年では得られているが、ガイドラインの中にはこのような科学的根拠に基づかない記述が一部に認められた。

精神保健のあり方については、その重要性は中央防災会議でも指摘されているところであるが、具体的には防災計画の中での位置づけは明確でない。多くの自治体や職能団体のマニュアルにおいて他領域との連携の重要性が指摘されているが、具体的な対応の記述は限定であった。

一方海外のガイドラインを検討すると、特に北米ではニューヨークの同時多発テロ後にテロリズム後の精神保健活動マニュアルが発行されていた。いずれも科学的根拠の重要性を指摘し、その研究の蓄積を望んでいるものの、現在のところは経験に基づき無害原則に則った支援の在り方を提示するものが多かった。

2007年に国際機関、国際的大型NGOが共同で発行したIASCガイドラインにおいて最も包括的記述がみられた。しかし、本ガイドラインは、紛争、内戦、難民への対応といった、わが国で想定される災害ではなじみにくい場面設定が多数みられ、これらの点を修正して、わが国で利用可能な形に修正することが求められる。本ガイドラインの根底にあるのは、精神保健の専門支援より公衆衛生的視点での精神保健活動である。精神保健の非専門家、一般の支援者や保健師らが利用しやすい形に編集することで活用が進むことが期待される。また、本ガイドラインでは多層的なサービス提供体制が提唱されているが、これらのサービスへの円滑な振り分けのためのトリアージや振り分けのアルゴリズムの開発が望まれる。

2) わが国における心理的応急処置プログラムの導入の検討：

心理的応急処置 (Psychological First

Aid: PFA) プログラム日本語版の開発にあたって、オリジナルプログラムの開発者からのヒアリングを行った。まず、本プログラムの日本語版は既に他のグループが作成中であり、資源を有効に利用するためには、本プログラムを活用する体制の検討が今後の課題と考えられた。そこで、本研究ではわが国における災害後の精神保健のケアの実施体制について検討した。

こころのケアは発災初期から中・長期まで、そして子どもから高齢者まで幅広い対象者のニーズに対応する必要がある。このためには、精神保健が一般保健や一般医療と統合されることや、精神医学モデルより公衆衛生的アプローチを促進することが望まれている。このような前提に立つと、わが国におけるPFAプログラムの効果的な展開の方法としては、本プログラムを一般保健・医療、救急医療従事者に実施して周知することで、精神保健に配慮した初期対応を広く展開することが可能になると考えられる。よって、災害時に住民サービスの対応にあたる医療・保健従事者、ボランティア、教師を対象にオリエンテーションや事前研修などでPFAプログラムに基づいた研修を実施し、対応の質の向上を図ることが効果的かもしれない。

災害時の精神健康の問題を病理化せず初期対応の質を高めるための研修としてPFAは有望であるが、一方で、医療・保健のニーズを見極めたり精神科支援が必要なケースの同定を可能としたりするような、一般の医療・保健の従事者が使用できる精神アセスメント法の標準化も必要である。PFAの原則で対応したあとも精神健康が改善しないものをタイムリーに専門家へ紹介

するために、要医療者の振り分け用のアセスメント法やアルゴリズムなどの必要性が提唱されているが、いまだ確立されていない(McNally, 2003)。これらの評価方法も、PFAを実施する初期対応者が利用可能なものとするためには、精神医学の用語を用いないアセスメント法の開発が望まれる。

しかしながら、災害後の人々の心理的反応に関する自然史が明らかになっていないので、アセスメントのタイミング、以後の病気を予測するスクリーニング法などに関する合意は得られていないのが現状である(Wessley, 2003)。災害精神保健の本質的な問題として、これらの自然史を明らかにしたうえで、アセスメント、予後の予測、適切な介入法について検討する必要がある、臨床、研究の両方の目的で実施できる尺度等を準備し、中長期的に研究を進める必要がある。

3) 災害時精神保健支援の円滑な実施のあり方の検討:

災害後の精神保健支援の円滑な実施法を検討するために、被災支援県の担当課従事者からの聞き取りを行った。特に1)現状の精神保健支援体制の課題、2)それに対する考えられる解決法について聴取した。

まず、連携・調整に関する課題として県レベルで精神保健支援に関する計画を発災1週間程度で策定することが望まれ、それには、精神保健・一般医療、高齢者介護、教育委員会を通じた学校保健など、幅広い領域の連携を促す組織づくりが必要である。これらの関係者が共通して使える精神保健支援に関するガイドラインの整理が必要である。

また、職員の労務管理という視点から、

災害1か月後程度に健康相談などの実施例がみられるが、この実施にあたっては精神保健担当課が計画の段階から参画し、その後のフォロー体制も含めて総合的に進めていくことが必要である。

第2に、直接支援に関する課題としては、精神保健専門家によるこころのケアチームが住民の心理的反応全てに応えることはできない。IASCガイドラインが提唱するように、支援を多層構造にして精神保健非専門家が精神保健支援に配慮した通常の業務を行い、また、住民が支援を求めやすい一般医や保健師との協働体制を構築することが効率的であると考えられる。

また、派遣されたこころのケアチームは住民への直接支援のみならず、健康教育や講話なども業務に位置づけ、現地のニーズにそって柔軟に活動を展開することが必要である。

第3に、行政支援体制上の課題として、精神保健の直接サービスのみならず、それをバックアップするための行政支援体制が必要であるという声があった。被災の経験がある県では、初動体制が円滑に組織的に行われることが多い。過去の被災経験を生かすためにも、行政支援チームを設置して、発災からのクリティカルパスのような時相に応じた実施要項、関係機関の指揮系統、組織図の雛型、こころのケアに関する統一したガイドラインやマニュアル、支援判定のアセスメントツール、トリアージに係るアルゴリズム、サービス提供およびその報告に関する書式、住民、そして職員を対象とした情報提供リーフレット集、必要に応じて実施できるように災害時に使用可能な心理的尺度集などのツールキットをまとめ

ておくことが望まれる。

初動活動として、DMAT が一定の成功をあげていることを参考に、災害対応経験者による支援ネットワークの構築、つまり災害対応経験者や派遣チームの有機的な活用体制を整備することにより、体制の立ち上げ時期に円滑な支援をすることができる可能性がある。

最後にコミュニケーションに関する課題として、災害時の情報集約、伝達経路を早期に確立するために、あらかじめ組織図などを設けておき、役割分担、責任者を定めておくことが必要であると思われる。

情報の発信については、マスコミへの対応窓口を一本化した場合でも、その後個別の取材対応に追われた側面があった。災害3日目以降にこのような傾向がみられ、こころのケアに関する対策と見通しを記者に対して積極的に情報提供することで効率的に取材に対応できるかもしれない。

4) 本研究の限界について

本研究のガイドラインのレビューは、専門家およびインターネットから入手できた資料に限られており、近年特に発展の目覚ましい精神保健領域の知見が十分にカバーされていない可能性がある。また、多くのガイドラインは、科学的根拠よりも専門家の合意に基づく文書であり、これらの推奨事項について更に科学的な検証を進めていく必要がある。

これまでわが国の精神保健専門家主導で精神保健支援活動が展開されてきたが、IASC ガイドラインが提唱するように、多層構造の支援体制を構築し、住民サービスを提供する方が迅速なニーズの把握、ステイグマ軽減の視点からも好ましい。そのため

には、精神保健非専門家への精神保健活動指針や研修体制の普及が求められるが、今回の研究では、これらの人びとを対象とした調査やヒアリングを実施していないので、これは来年度の研究の課題である。

E. 結論

国内外の既存の精神保健支援に関するガイドラインおよびマニュアルを系統的にレビューした。わが国では多くのマニュアルが整備されているが、大部分は精神保健専門家による臨床支援のあり方に関する記述であり、今後は行政支援や他の職種と共有できる精神保健対応法の指針の開発が望まれる。この雛形として、国際的に用いられている IASC ガイドラインが参考になるが、わが国での活用が進むように、想定される使用場面、使用者、重点項目等に修正を加える必要がある。

また、精神保健支援は、発災初期から、中・長期まで、そして対象者も子どもから高齢者まで幅広いニーズがある。これらのニーズに対応するためには、精神保健専門家以外にも、災害時の初期対応者となる、医療関係者、保健師、教師らを対象とした研修が必要であり、これには PFA が多いに参考になるところであるが、研修以外にもアセスメント法、ケースの紹介体制などの整備も同時に望まれる。

災害時の精神保健支援の円滑な実施法について、近年大型災害を経験した県の精神保健福祉担当者を対象にヒアリングを行い、それぞれの事例を通じた課題や可能性のある解決法等を検討した。この結果、これらの課題は i) 連携・調整、ii) 直接支援、iii) 行政支援体制、iv) コミュニケーショ

ンに関するものに分けられ、具体的な解決法が示唆された。

【参考文献】

McNally RJ, Bryant RA., Ehlers A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4,45-79.

Mitchell JT. (1983). When disaster strike: The critical incident stress debriefing. *Journal of Medical Emergency Services*, 8, 36-39.

Mitchell JT, and Everly GS. (2000). Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: Evolutions, effects and outcomes. In *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence*, eds. JP Wilson and B Raphael, pp. 71-90. Cambridge: Cambridge University Press.

National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd Edition. July, 2006. Available on: www.nctsn.org and www.ncptsd.va.gov.

Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, et al. (2007). Public health and disaster mental health: Preparing, responding, and recovering. In *Textbook of disaster psychiatry*. (Ed). Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, et al. pp. 311-326. New York: Cambridge press.

Wessely S. (2003). The role of screening in the prevention of psychological

disorder arising after major trauma: Pro and cons. In *Terrorism and Disaster. Individual and community mental health intervention*. Ursano et.al. (Ed). Pp. 121-145. Cambridge: Cambridge press.

新福 尚隆. (2006) 特集 災害精神医学の10年—経験から学ぶ. 自然災害: 阪神・淡路大震災被災者の長期的健康被害. 精神医学 48:247-254.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

II. 分担研究報告

1. 健康危機管理体制における既存の精神保健支援ガイドライン等の検討

主任研究者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所災害等支援研究室室長
研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

災害時の精神保健支援は、発災初期から始まり、復興期までにわたる長期的な取り組みである。また、対象者も子どもから高齢者まで多岐にわたる。これまでの大型災害の取り組みを受けて、わが国、および国外で災害時の精神保健のあり方に関するガイドラインやマニュアルが多数出版されている。それらの多くは異なった支援対象者、介入の時期、使用者を想定しており、統一的な見解を持ちにくいのが現状である。そこで本研究では、専門家からの情報や、インターネットで公開されている災害時の精神保健支援ガイドラインやマニュアルについて系統的にレビューをした。そしてその使用者、想定している介入の時期、それぞれの特徴について整理した。その結果、国内の精神保健ガイドラインについては、i) 精神保健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインに分類して整理された。国内における既存のガイドラインに関しては、内容についての大きな違いはみられず、臨床的支援の記述は比較的充実していた。しかし、こころのケアについても各行政担当機関や職能団体がそれぞれの指針を出しているものの、支援全体的における精神保健活動の位置づけやそれぞれの関係機関間の役割分担が明確でない状況であった。特に、精神保健行政支援について明確な指針の記載が不足しており、災害時の精神保健福祉に関わる全体的な計画、調整の在り方に関する記述が望まれた。国際的には IASC ガイドラインが行政、臨床支援ともに言及しており、本ガイドラインを参考にわが国で利用可能な形の修正を行うことが有用であると考えられた。

A. 研究目的

災害後の精神保健支援の効率的なあり方を検討するために、国内外における既存の災害時精神保健ガイドラインおよびマニュアルの系統的な収集を行い、使用者、内容、特徴を整理した。

B. 研究方法

2007 年 7 月から 10 月にかけて、災害後の精神保健活動に関するガイドラインについて、インターネットを用いて、また専門家から、情報を収集した。そして、各々のガイドラインやマニュアルが想定している使用者、使用時期、使用場所、その概要、

作成された年、分量（ページ数）、入手可能な状態（ホームページ上での閲覧、pdf形式でのダウンロード、本として出版）についてまとめ、必要に応じて補足を加えた。また、ガイドラインやマニュアル以外の資料、さらに精神保健活動に限らず災害後の対応を定めたマニュアル、計画、ガイドライン、資料等についても、災害後の対応の全体像を把握し、精神保健活動の全体の中での位置づけを考える上で有用だと考えられるものに関しては、収集した。収集したガイドライン類は、日本語もしくは英語で書かれたものに限った。

（倫理的配慮）

本研究は文献のレビューにあたって倫理的問題は生じないものと考えた。

C. 結果

収集したガイドライン類をまとめたものを別添の表に示す。表においては、スペースの都合上、災害精神保健と記述する際は、disaster mental health の略である DMH、精神保健と記述する際は MH、ホームページは HP と記述している。

既存のガイドライン、マニュアルの系統的レビューをしたところ、国内の精神保健ガイドラインについては、i) 精神保健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインに分類され整理された。

「精神保健ガイドライン」に分類したものは、災害現場での細かな対応に関する記述ではなく、災害対策の大枠の方針が示されているものである。「精神保健専門家向きマニュアル」に分類したものは、災害後に

精神保健の専門家として実施すべきことを簡潔にまとめてあり、精神保健の専門家にとってはあえて説明する必要のないと考えられる、例えば、どのような態度で接したらよいのか、といったような基本的なことは記述されていないマニュアルである。「精神保健非専門家向きマニュアル」に分類したものは、使用者が必ずしも精神保健の専門家ではないことを想定して書かれたマニュアルである。災害後に実施すべきことに加え、それをどのように実施したらよいのか、例えば、被災者への声のかけ方といった対人援助技術の基礎のところまで記述されているマニュアルである。災害後の精神保健に関する詳しい解説や対応法などが記述された「こころのケアにあたる人のためのマニュアル」と、保健所や県、市の職員の仕事に関して記述された「行政関係者のマニュアル」も、ここに分類できる。表の「その他」の欄には「精神保健以外のガイドライン」を掲載しており、ここには、災害時の精神保健活動に関するものではないが、災害時の対応や地域の資源に関して参考となるマニュアルや資料などが含まれた。

海外の動向では、北米ではニューヨーク同時多発テロやスマトラ島沖地震・津波の経験を受けて、災害対応のガイドライン、住民への情報提供用資料、専門家向けのマニュアルなどが多く作られていた。その中でも、Pynoos による心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）は具体的な対応法が記述されており、これの詳細については次項に譲る。

国際機関における合意されたガイドラインとしては、Inter-Agency Standing Committee が 2007 年に精神保健・心理社

会的支援ガイドラインを公表した。本ガイドラインは国連公用語、それ以外の言語にも翻訳され、同委員会のホームページに掲載されている (http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_mhps/default.asp?bodyID=5&mainbodyID=2&publish=0)。担当者との交渉によると、日本語版での普及も求められている。本ガイドラインは、精神保健支援は、多層的な支援体制によって提供されるべきであることを提唱している。非常事態による人々の心理的反応は、異常な事態に対する正常な反応から、精神疾患の再発、発症に至るまで様々である。精神保健・心理社会的支援を組織するには、それぞれの集団のニーズに見合った階層構造のなかで、各層の支援が相補的に展開されることが重要である。

まず第1層において、基本的な身体的ニーズ（食糧、避難所、水、基本的な保健医療、伝染性疾患のコントロール）に対応した安全保障、十分な管理、諸サービスの確立（再確立）を通じて、全ての被災者が保護されなければならない。これらの災害支援者が具体的な支援を提供する過程で精神保健に配慮した関わりをするよう働き掛けることが重要である。

第2層は、地域社会および家庭の支援とされており、安定的な家族関係や地域社会の活動を通じて、自助・共助を促進することである。第3層は、特定の非専門的支援であり、プライマリーヘルスケア従事者による心理的応急処置（PFA）および基本的な精神保健ケアである。通常の保健活動や一般医療の中での、精神面と生活面や身体疾患の管理が組み合わさった支援によって、

ニーズをもつものへ接触することが可能となる。そして、第4層として、精神保健専門家への紹介体制が整備される必要がある。専門的サービスが必要とされる住民の割合は限定されるとはいえ、最大規模の非常事態時には、この数が急増することも考えられる。

これらの多層構造で支援を提供する上で必要な計画・調整機能、精神保健直接サービス、他領域との連携に関する包括的な記載がみられた。本ガイドラインの詳細は III. 参考資料を参照されたい。

D. 考察

今回のレビューでは、インターネットと専門家からの情報から災害時の精神保健活動に関するガイドラインやマニュアル、資料の収集を行ったために、全ての災害時精神保健支援ガイドラインを網羅しているとは言えない。しかしそれでも、精神保健の専門家、非専門家である支援者が、被災者に臨床的に対応する際に使用できるマニュアルに関しては、既に多くのものが作成されているということ、またそれらの多くはインターネットを通じて容易に取得できる状態で公開されているということ、さらに、それらのマニュアルごとの内容にあまり大きな違いはないということが明らかとなった。

これらガイドラインの記述に関しては、臨床的情報、支援のあり方に関する記述は比較的充実していた。個々の支援技法について、災害精神保健の研究のもつ実行可能性、倫理的課題から、効果について実証された介入法は非常に限られているため、多くは専門家の経験による無害原則(Do no

harm.)に基づいた支援法であった。例外的に、急性期のデブリーフィングに関してはその有効性は否定的であるとの見解が近年では得られているが、ガイドラインの中にはこのような科学的根拠に基づかない記述が一部に認められた。

精神保健のあり方については、その重要性は中央防災会議でも指摘されているところであるが、具体的には防災計画の中での位置づけは明確でない。多くの自治体や職能団体のマニュアルにおいて他領域との連携の重要性が指摘されているが、具体的な対応の記述は限定的であった。

一方海外のガイドラインを検討すると、特に北米ではニューヨークの同時多発テロ後にテロリズム後の精神保健活動マニュアルが発行された。いずれも科学的根拠の重要性を指摘し、その研究の蓄積を望んでいるものの、現在のところは経験に基づき無害原則に則った支援の在り方を提示するものが多かった。

2007年に国際機関、国際的大型NGOが共同で発行したIASCガイドラインにおいて、最も包括的記述がみられた。しかし、本ガイドラインは、紛争、内戦、難民への対応といったわが国で想定される災害ではなじみにくい場面設定が多数みられ、これらの点を修正して、わが国で利用可能な形に修正することが求められる。本ガイドラインの根底にあるのは、精神保健の専門支援より公衆衛生的視点での精神保健活動である。精神保健の非専門家、一般の支援者や保健師らが利用しやすい形に編集することで活用が進むことが期待される。また、本ガイドラインでは多層的なサービス提供体制が提唱されているが、これらのサービ

スへの円滑な振り分けのためのトリアージや振り分けのアルゴリズムの開発が望まれる。

4) 本研究の限界について

本研究は、専門家およびインターネットから入手できた資料のレビューに限られており、近年特に発展の目覚ましい精神保健領域の知見が十分にカバーされていない可能性がある。また、多くのガイドラインは、科学的根拠よりも専門家の合意に基づく文書であり、これらの推奨事項について更に科学的な検証を進めていく必要がある。

これまで精神保健専門家主導の医学モデルでの精神保健支援活動が展開されてきたが、IASCガイドラインが提唱するように、多層構造の支援体制を構築し、住民サービスを提供するほうが迅速なニーズの把握、スティグマ軽減の視点からも好ましい。そのためには、精神保健非専門家への精神保健活動指針や研修体制の普及が求められるが、今回の研究では、これらの人びとを対象とした調査やヒアリングを実施していないので、これは来年度の研究の課題である。

E. 結論

国内外の既存の精神保健支援に関するガイドラインおよびマニュアルを系統的にレビューして、数多くのマニュアルが整備されているが、多くのものは臨床支援のあり方に関する記述であり、今後は行政支援、また精神保健非専門家を含めた指針の開発が望まれる。この雛形として、国際的に用いられているIASCガイドライン、またPFAマニュアルが参考になるが、わが国での活用が進むように、使用者、重点項目等に修正を加える必要がある。

また、精神保健支援は、発災初期から、中・長期まで、そして対象者も子どもから高齢者まで幅広いニーズがある。これらのニーズに対応するためには、精神保健専門家以外にも、災害時の初期対応者となる、医療関係者、保健師、教師らを対象としたマニュアル、および研修体制を整備し、これらの活動を調整する行政支援の拡充が必要である。

本報告書のとりまとめは、研究協力者 深澤 舞子（国立精神・神経センター精神保健研究所）が行った。

【参考文献】別添の災害精神保健ガイドライン・マニュアル一覧参照

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

ガイドライン

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン
医師、保健師、看護士、精神保健福祉士、その他の専門職、行政職員
全(準備～災害直後～復旧・復興期)
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。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。

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
all humanitarian actors, including community-based organisations, government authorities, United Nations organisations, non-government organisations (NGOs) and donors operating in emergency settings at local, national and international levels.
to enable humanitarian actors and communities to plan, establish and coordinate a set of minimum multi-sectoral responses to protect and improve people's MH and psychosocial well-being in the midst of an emergency. Reflect an emerging consensus on good practice among practitioners.

全(準備～災害直後～復旧・復興期)、焦点を当てているのは災害直後

http://www.nccp-k.go.jp/katudou/h12_bu/guideline.pdf
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines/ 2007
IASC (Inter-agency Standing Committee) is formed by the heads of a broad range of UN and non-UN humanitarian organisations

MH専門家向きマニュアル(何をするか)

自然災害発生時における医療支援活動マニュアル
保健・医療・福祉に
関連する諸機関(第5部)に関しては、被災地の精神保健行政あるいは精神保健対策本部など被災地における精神保健計画の中心となる機関、自治体、精神保健医療チーム派遣団体、精神保健医療チーム)
本マニュアルは、災害に備えて、保健・医療・福祉に
関連する諸機関が効率的かつ効果的に連携を図りながら体制を構築し、医療活動を行っていくための指針を示すものである。第1部及び第2部では急性期災害医療と亜急性期医療の災害時医療支援活動全般に関する指針、後半の第3部以降では高齢者介護予防と災害時小児医療現場の備え、精神保健医療(第5部)、地域医療活動という個別の活動に関する指針を記載した。

全(準備～災害直後～復旧・復興期)
平成16年度厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」(第5部参照)や「このケアチームと連携すること」といった程度でひとこと触れる。MHはこころのケアチームにおまかせという姿勢。第5部に関しては、各機関のチェックリストが主。

心的トラウマの理解とケア

急性期～中長期
自然災害後の急性期と中長期の対応の方針を示す。

http://www.imej.go.jp/shizen/index.html
「心的トラウマの理解とケア」(金言晴編集、株式会社じほう発行)のP75-95

MH非専門家向きマニュアル(何をするか十のようにするか)

人で探す役立ちマニュアル 看護職(精神科の臨床経験の有無に関わらず)
避難所
『避難所でできること』『避難所での対応に困ったとき』『被災地で頑張るあなたへ』の3つのテーマで簡潔にまとめられている。精神班研究代表者:近澤範子

http://www.jstss.org/info/pdf/info01_15.pdf

2007 14 HP・パンフレット
兵団立大学大学院看護学研究科21世紀COEプログラム精神班研究代表者:近澤範子