

図1. 日本の自然災害後のPTSD有症状者の頻度

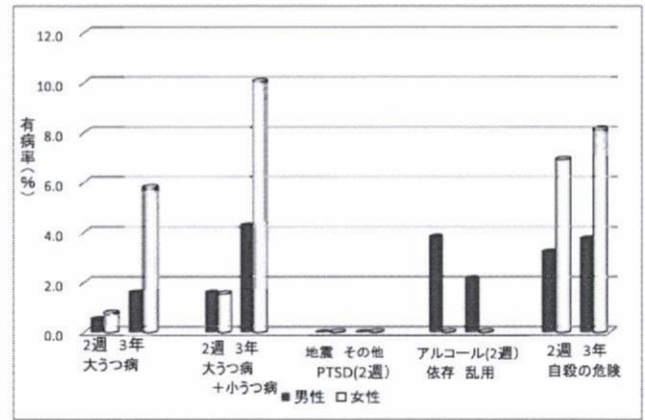


図2. 新潟県中越地震に関する性別ごとの地域在住高齢者における時点および震災後3年間の精神障害有病率 (n=447)

をとることが、有効な公衆衛生活動になることは平常時と同じであろう。

2) 近年の大規模自然災害時における精神保健活動の現状

災害時の保健活動の課題は派遣支援者によって指摘されており¹⁰⁾、地域保健活動のなかでこのケアの重要性が認識されているものの、現場の保健師らには対応に自信を持っていないことが報告されている¹¹⁾。さらに、災害時の効果的な精神保健支援法を検討するために、筆者は2007年に発生した能登半島地震あるいは中越沖地震を経験した県の精神保健福祉担当者や派遣された精神保健専門家に、それぞれの経験に基づく災害時精神保健活動の課題について聴取した¹²⁾。以下はそこで集約された課題の一部である。

連携、調整の課題として、救護本部の定例ミーティングはあったが、連携・連絡において効率の悪い場面があった。たとえば、各チームの活動場所、内容などの把握が不足しており、精神保健のみならず、児童などの関連領域の対応を含めて、統括する役割が必要である。また、それぞれ派遣チームが、独自のマニュアルに拠って活動しており、全体的な方針を出すことが困難だった。また、県と市町村の役割分担や連携が明確でない点が指摘された。

精神保健の臨床的支援に関する課題として、こころの救護所を設置したが、被災後数日間受診したものはほとんどなく、積極的なアウトリーチが必要であった。しかし、避難所へ訪問したが、被災者は日中外出して相談につながらない、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散見された。また、救護本部、避難所担当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、情報伝達が遅く、対象者が既に避難所から退所していた例や、同一患者に対して他(種)チームによる診察があり、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という報告があった。対応を確実なものとするためには、避難所担当の保健師との緊密な連携や情報交換が必要である。

またこころのケアチーム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おく必要がある。長期的に、支援の場が避難所から在宅になった際には、市町村保健師とこころのケアチームの一層の連携が必要である。

個別のケースへの対応以外にも、市民向けの心理教育が依頼されPTSDや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こない様子であった、という報告も聞かれた。一般住民を対象とした場合、生活のストレスや不眠・不安、集団生活でのストレス解消の仕方などを中心に構成したほうがニーズに揃っていたのかもしれない。これらの市民向けの教育活動に加えて、保健師など現場で直接対応する支援者向けの資料や研修会の必要性も指摘された。

3) 関係者間の役割分担

こころのケアの必要性はいまや広く認識され、全年齢層、様々な場で提供することが求められている。しかし、現状では、役割分担や連携のありかたの曖昧さから、試行錯誤が続いているといえる。これはわが国に限ったことではなく、近年の大型災害ではどこでも見られる問題であり、このような状況に解決策を見出すべく、国際機関や大型の人道支援団体は精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドラインを2007年に発行した¹³⁾。このなかでは、限られた精神保健資源で幅広い住民のこころのケアのニーズに応えるために、多層的な支援体制が提唱されている(図3)。まず第1層として、基本的な生活(食糧、避難所、ライフライン)および身体健康(基本的な保健医療、伝染性疾患の制御)のニーズを満たすことである。これらの安全・安心を保障するための具体的な支援を提供する過程で、支援者が精神保健に配慮した関わりをもつことが重要である。その次に第2層として、家族関係や地域社会の安定化を通じて、自助・共助を促進することが求められる。第3層は、精神保健以外の専門的支援であり、プライマリーヘルスケアや保健活動従事者による基本的なこ

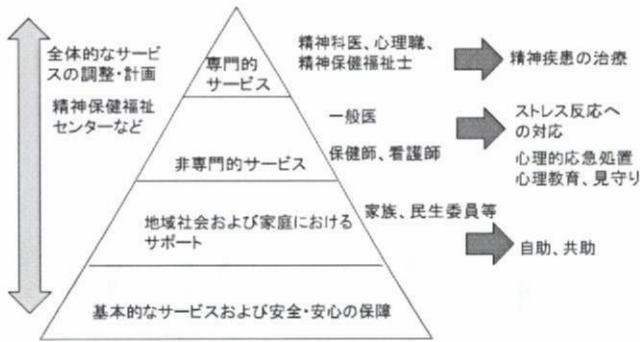


図3. 災害精神保健活動における多層的なサービス提供のモデル図

ろのケアが望まれる。通常の保健活動や一般医療の中の精神面と生活面に配慮した関わりによって、精神保健のニーズも明らかになりやすい。そして、第4層として、精神保健専門家による治療があり、この紹介体制の整備が必要である。専門的サービスが必要とされる住民の割合は限定的であるとはいえ、非常事態時には、この数が急増することも考えられる。このような支援の多層構造を参考に、以下にわが国における精神保健支援体制の役割分担を提案したい。

i) 市町村保健師

基本的な住民サービスは、住民に最も身近な市町村で行うのが望ましいとされ、精神保健行政も従来の都道府県および保健所から市町村に移行されてきている。そこで、災害直後に、安否確認、保健・衛生面での安全・安心の確保のために、いち早く地域で住民に対応し、信頼関係を得ている保健師の精神保健上の役割は大きい。住民の身近な窓口として、災害後の住民の動揺や大きなトラウマ体験に遭遇することも想定される。例えば、災害で身近な人の突然の死別を体験した遺族、動揺が激しく、取り乱したり、茫然自失したり、怒りを向ける住民へ対応することも予想される。これらの精神保健面での危機状態にある人に接した場合には、精神保健専門家につなげるべきか評価をしつつ、応急的な対応を行うことが望まれる。この対応法は古くから心理的応急処置 (Psychological First Aid) と言われていたが、近年では National Center for PTSD によって、精神保健の非専門家に向けた支援技法の研修パッケージが開発されており¹⁴⁾、これらを参考にすることは効果的な支援の一助になるだろう。併せて、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の情報提供が有用である。

また、中長期的には、継続的な要支援者の訪問活動がある。災害前に問題を抱えていた住民が、災害による大きなストレスが加わり事例化することもある。また、特定健康診査の実施等にあわせて簡便な精神健康評価を行うことは、災害からの回復のみならず、地域の精神保健の実態の把握にもつながる。

ii) 県および政令指定都市精神保健福祉所管課、精神保健福祉センター

県および政令指定都市における精神保健福祉行政および活動は精神保健福祉センターが担当している。センターの業務は、適切な精神医療の推進、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防といった保健活動、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助といった福祉活動と広範囲にわたっている。そして、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるために、技術指導及び技術援助を行ない、関係機関と連携をはかる役割を担う。災害時の対応の責務は明記されていないが、平常時同様の役割は期待されよう。

これらの活動の円滑な実施のために、平常時から県の防災計画に精神保健活動を盛り込み、計画を立案する必要がある。大規模災害が発生したならば、県域での精神保健計画立案のために、現地にはいり、精神保健関連資源の確認と、外部からのこのころのケアチームの受け入れ要否、要請規模の判断 (県内、近隣県、全国レベル)、そして保健所や市町村をはじめとした現地の支援者の調整役が期待される。精神保健福祉センター所在地と被災地が離れている事例もあるが、発災直後から、現地で情報収集し、このころのケア会議を開催して、関係者間で方針を共有することが重要である。

災害初期の精神保健業務としては、1) 精神医療体制の確保、および外部からの支援チーム受け入れ要否の判断、2) ハイリスク・アプローチとして、精神障害をもつ人の要援護者の把握、電話相談などの窓口の設置、保健師とこのころのケアチームの連携によるケースへの対応、3) ポピュレーション・アプローチとして、市民向けのこのころのケアに関する啓発活動、4) マスコミ対応などがある。

中長期的な支援としては、上記の1) ハイリスク・アプローチ、2) ポピュレーション・アプローチに加えて、3) 精神健康面の調査も含んだ健康調査の実施、4) 支援者のストレス対策、研修体制、などが挙げられる。災害現場の精神保健活動を円滑に実施するためには、市町村と県の連携が必須であるが、地理的な遠さ、コミュニケーション不足などの課題も多い。また災害時には、県、市、派遣精神保健チーム、医療・保健・福祉機関、その他関係者など多くの関係者がはいるので、これらの臨床家を支える全体的な統括およびきめ細かな連絡調整が必要である。

最近の災害では、県やセンターの職員が数日間単位で災害精神保健コーディネーターとして現地のこのころのケア救護所にはいり、1) 臨床活動の調整 (ケースの調整)、および2) 行政、保健活動の支援 (システムの調整) を行った取り組みがある。臨床活動の調整として、臨床家、保健師らとの連絡調整、これらを促すためのチームミーティングの運営を行い、行政、保健活動の支援として、県、市、他の支援領域などの行政的な連絡調整、避難所、葉の状況の情報収集および報告書類の整理、住民向けの心理教育、健康調査などの企画や活動の調整を行った。このような調整や事務作業の後方支援に入ることによって、臨床家や保健師が現地で活動しやすい体制を作り、平常時から気になってい

たケースが災害時に事例化した際に時機を逃さずに介入し、継続的に関与できるような現地の活動を支える体制が望まれる。

iii) 国の役割

災害時の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、具体的な防災計画の中での位置づけは明確でない。各地方自治体や職能団体における災害時精神保健マニュアルを検討したところ、精神科医らによる臨床的情報、支援のあり方に関する記述は比較的充実していたが、具体的な初期対応やこれらの支援体制の構築に関する記述は限定的であった。今後は、精神保健の専門支援に加えて、より広く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し、公衆衛生的視点で災害時の精神保健活動を進めることが望まれる。

国としては、2002年に災害時地域精神保健医療活動ガイドラインおよび、2005年に自然災害発生時における医療支援活動マニュアルを発行している。その後も各自治体や職能団体においてこころのケアに関するマニュアルが作成されているが、関係者が共有できる統一したガイドラインやマニュアルの整備と周知の徹底が必要である。また、市町村保健師、精神保健福祉センターそれぞれに対する期待を述べたが、これらを可能とする研修プログラムおよび資料の開発、そして技術支援体制を整える必要がある。

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。また、なかなか精神的問題を語らない住民のニーズを見定めるには、こころのケアが他の保健医療活動と併せて提供されたり、医学モデルより保健の枠組みでのアプローチが適切である。そこで、市町村保健師をはじめとした、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、事前研修や災害時のオリエンテーションなどで心理的応急対応に関する研修を実施することで、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。このことは、対応の質の向上とともに支援者のメンタルヘルスにも役立つだろう。同時に災害時に即時に活用できる評価シートや教育資料などを整備して、すぐに使用できる状態に準備しておくことが望まれる。

災害時の精神保健問題の初期対応の質を高める取り組みと同時に、的確に医療・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、一般の医療・保健の従事者が使用できる精神健康アセスメント法の標準化も必要である。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¹⁵⁾、精神保健の専門家以外でも使用可能な簡便かつ精度の高い評価方法の開発や、ハイリスク者の紹介体制の整備も同時に望まれる。

同時に、過去の災害対応経験者や派遣チームの経験を活用するために、支援ネットワークを構築して、有機的な活

用体制を整備することが望まれる。また、近年の災害の経験を経て、モデルとなる関係機関の指揮系統、組織図、時相に応じた実施手順、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などの蓄積があるので、こころのケアに関する統一的なガイドラインやマニュアルも更新する時期であると思われる。

4) 支援者のストレス

最後に、被災者のみならず支援者にもかかわる精神保健上の問題として、支援者のストレスについて触れたい。災害における支援者のストレスは、1) 外傷的ストレス、2) 累積的ストレス、3) 基礎的ストレスに分類される¹⁶⁾。外傷的ストレスの例として、災害などの悲惨な出来事の実験や、死体や悲惨な状況の目撃、危険な状況下での活動、責任の重い決断などが挙げられる。累積的ストレスは、緊急時の支援活動に起因するもので、長時間の支援活動、困難と重圧を伴う仕事、などがそのストレス源となる。基礎的ストレスは、災害に非特異的な、支援活動下の人間関係から生じるストレスなどである。さらに広域自然災害などでは、支援者自らが被災し、被災当事者としてのストレスが加わる。被災後の家の片づけ、生活の再建などの当事者としての災害体験が、上記の3ストレスに加わっている。これらのストレスに対する反応の仕方は、様々な要因によって修飾される。個人的な要因としては、性格（楽天的か否か）、既往歴（身体、精神いずれも）、過去の経験（災害の経験、個人的なトラウマ経験など）、それぞれの持つストレス対処法があり、対人関係における要因としては、家族、職場の人間関係、ソーシャルサポートの質や量、周囲の状況的要因として、職場などの組織的対応状況が、ストレスに対する反応の仕方に影響を及ぼすと考えられる。個人的な対処方法としては、規則正しい生活を心がけたり、自分にあったストレス解消法を活用する、飲酒、喫煙などの好ましくない対処方法を避ける、周囲の人からの支援を求める、などが考えられる。最近では、関連学会によって、支援者を対象とした電話相談なども被災地外に開設されている。

保健医療従事者に対しては、上記の個人的努力のみならず、組織レベルにおける積極的な労務管理が求められる。例えば、災害への曝露や業務の強度が偏らないように、定期的な休暇をとる、一定期間で現場から離れ、負担の少ない業務に配置するなどのローテーション体制をとる配慮が求められる。また、精神保健に従事するものへの心理的負担を軽減し、技術的な支援を提供するための体制として、スーパービジョン、事例検討の時間の確保、複数およびチーム体制、業務以外でもグループの形で配慮しあうピアサポート体制、そして一定期間の業務の振り返りと記念日に合わせた慰労会などが考えられる。何よりも重要なのが、支援者自身が職場のなかで孤立無援に感じないような職場からの支援であり、非常事態の業務についての肯定

的な意味付けであろう。

また、広域災害の場合には、市町村の保健師や支援者の身体および精神健康管理の一環として、災害後一定期間後に健康チェックを実施する例も見られる。このような場合には、企画の段階から精神保健専門家を交え、精神健康評価法やその後のフォロー体制を検討しておくことも重要なストレス対策といえよう。災害は不幸なことであるが、これをきっかけに地域精神保健活動を見直し、活動の底上げをすることは、平時の精神保健活動の質の向上の機会にもなる。

引用文献

- 1) 内閣府. 平成20年版防災白書. 東京: 内閣; 2008.
- 2) 金吉晴. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン, 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精神的支援に関する研究」(主任研究者: 金吉晴) 平成13年度研究報告書. 市川: 2002. p. 1-28.
- 3) 金吉晴. 精神保健医療活動マニュアル, 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」(主任研究者: 近藤達也) 平成16年度「自然災害発生時における医療支援活動マニュアル」. 東京: 2005. p. 96-104.
- 4) Bleich A, Bleich A, Gelkopf M, Melamed Y, Solomon Z. Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample. *BMC Med* 2006;4:21.
- 5) Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *J Urban Health* 2002; 79(3):340-53.
- 6) Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002; 288(10):1235-44.
- 7) Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, et al. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol* 2003; 158(6):514-24.
- 8) 飛鳥井望. PTSDの疫学. *臨床精神医学* 2005; 34(7): 893-98.
- 9) 鈴木友理子, 本間寛子, 下間千加子, 堤敦朗, 深澤舞子, 金吉晴. 自然災害時の精神健康の評価方法, 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「社会的問題による, 精神疾患や引きこもり, 自殺等の精神健康危機の実態と回復に関する研究」(主任研究者: 金吉晴) 平成19年度総括・分担研究報告書. 小平; 2008. p. 46-58.
- 10) 金吉晴, 中島聡美, 福島昇, 染谷俊幸, 塩入俊樹, 村武辰之, 他. 新潟県中越地震における地域精神保健医療対応に関する調査研究, 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」(主任研究者: 近藤達也) 平成16年度総合・分担研究報告書. 東京; 2004. p. 34-217.
- 11) 地域における健康危機管理のあり方検討小委員会. 地域における健康危機管理のあり方—行政組織の中での健康危機管理に保健師の専門性を発揮するため—, 平成17年度地域における健康危機管理のあり方検討小委員会報告. 東京: 社団法人日本看護協会; 2007. p.1-20.
- 12) 鈴木友理子. 災害時の精神保健支援の円滑な実施法に関する検討, 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」(主任研究者: 鈴木友理子) 平成19年度総括・分担研究報告書. 東京; 2008. p.39-44.
- 13) Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC;2007.
- 14) National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.
- 15) McNally R, Bryant RA, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest* 2003; 4:45-79.
- 16) International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World Disasters Report. 1998, Oxford, England: Oxford University Press.

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
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・20 年度総合研究報告書

発行日 平成 21 (2009) 年 3 月
発行者 主任研究者 鈴木友理子
発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
