

20112211A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業(精神障害分野)

大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成24年(2012年)3月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作表・評価に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成24年（2012年）3月

目 次

I. 総括研究報告書

大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの 作成・評価に関する研究-----	1
研究代表者	金 吉晴

II. 分担研究報告書

1. 東日本大震災後の精神医療初期対応の概要-----	5
分担研究者	金 吉晴
研究協力者	秋山 剛、大沼 麻実
2. 自然災害のメンタルヘルスに関する研修の効果について-予備的調査-----	13
分担研究者	金 吉晴
研究協力者	大沼 麻実
3. DV被害母子に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy:PCIT) の効果に関する研究 —DV被害母子フォローアップ研究との比較 -----	21
分担研究者	加茂 登志子、金 吉晴
研究協力者	氏家 由里、伊藤 史エ、丹羽 まどか、中山 未知、 廣野 方子、柳田 多美
4. 犯罪被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究-----	39
分担研究者	中島 聡美、加茂 登志子、鈴木 友理子、金 吉晴、 小西 聖子
研究協力者	中澤 直子、成澤 知美、浅野 敬子、深澤 舞子
(資料) 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン-----	45
5. 心的外傷後ストレス障害のスクリーニングおよび症状評価のための 自記式調査票の開発、尺度特性の検討-----	87
分担研究者	鈴木 友理子
研究協力者	深澤 舞子、金 吉晴

6.	総合病院のための虐待対応マニュアルと虐待防止教育用テキストの 開発に関する研究-----	93
	分担研究者	石郷岡 純
	研究協力者	加茂 登志子、内出 容子
7.	自然災害時の精神保健医療対応と多文化対応-----	97
	分担研究者	秋山 剛
	研究協力者	阿部 裕、飯田 敏晴、五十嵐善雄、石塚昌保、磯野真穂、 鷓川 晃、桂川 修一、倉林るみい、駒橋 徹、篠原 慶朗、 鈴木 満、高橋 智美、田中 ネリ、田中 良幸、野田 文隆、 ピーター・バーニック、藤岡 勲、松丸 未来、村上 尚美、 村上 裕子、山内 浩美、渡辺 暁里、荻原かおり、 小林絵理子、谷口 万稚、澤 智恵、石井千賀子、 大滝 涼子、佐藤麻衣子、Linda Semlitz、Vickie Skorji、 Jason Chare
8.	口蹄疫被災における畜産農家・防疫従事者・地域住民の継続的健康調査-----	121
	分担研究者	渡 路子
	研究協力者	堤 敦朗、蒔田 浩平、辻 厚史、重黒木 真由美、 小野 美奈子、松尾 祐子、野上 朋子
9.	海外において災害被災や犯罪被害等により精神不調をきたした邦人の 実態把握と対応ガイドラインの作成 -外務省在外公館における被援護事例の調査より-----	135
	分担研究者	鈴木 満
III.	研究成果の刊行に関する一覧表-----	141
IV.	研究成果の刊行物	
	Great East Japan Earthquake and Early Mental-health-care Response. Psychiatry Clinical Neurosciences65(6)539-48, 2011-----	143
	Kim Y, Akiyama T.	
	Post-disaster mental health care in Japan.	

- Lancet, 378(9788) 317-318, 2011. -----153
Suzuki Y, Weissbecker I, Kim Y, Akiyama T.
- The Great East Japan Earthquake in 2011; Toward sustainable mental health care system. Epidemiology and Psychiatric Science 7-11, 2011. -----155
Kim Y, Suzuki Y.
- 配偶者間暴力. 心的外傷後ストレス障害 (PTSD),
最新医学社, pp150-158, 2011. -----160
加茂 登志子
- 女性のライフサイクルに関連する精神医療と臨床心理士への期待.
精神医療の最前線と心理職への期待, 誠信書房, pp133-144, 2011-----169
加茂 登志子
- 異国でこころを病んだとき. 弘文堂, 2011-----176
鈴木 満
- 海外在留邦人 100 万人時代のメンタルヘルス対策
-第 2 報: 東南アジア地域における邦人メンタルヘルス専門家の連携-.
こころと文化, 10(2)pp167-174, 2011-----183
鈴木 満、井村倫子、山中浩嗣 他
- Mental Health, Suicidal Ideation, and Related Factors among
Workers from Medium-sized Business Establishments in Northern Japan:
Comparative Study of Sex Differences.
Industrial health, 49pp452-463, 2011-----192
Eri Takusari, Mitsuru Suzuki, Hikaru Nakamura and Kotaro Otsuka
- 口蹄疫の全被災農家を対象とした電話スクリーニングの意義.
保健ジャーナル, 68 (3) pp220-225, 2012-----204
渡 路子

2010年に宮崎県で発生した口蹄疫により被災畜産農家が受けた
精神的ストレス. 畜産の研究, 66 (1) pp151-155, 2012-----207
蒔田浩平、辻厚史、大和田孝二、壺岐佳浩、吉原啓介、掛水由洋、
出口祐一郎、榎本豊、河野宏、黒木啓光、由地裕之

2010年口蹄疫発生からこれまで—宮崎県養牛農家の「気持ち」を振り返る.
特集「口蹄疫被害を再検証」. 養豚界, 1 pp52-55, 2012-----212
蒔田浩平、辻厚史

2010年口蹄疫発生からこれまで—宮崎県養牛農家の「気持ち」を振り返る.
特集「口蹄疫被害を再検証」. 養牛の友, 2 pp18-21, 2012-----216
蒔田浩平、壺岐佳浩

I. 総括研究報告

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの
作成・評価に関する研究 総括研究報告書

研究代表者 金吉晴

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部

分担研究者氏名

加茂 登志子

東京女子医科大学付属
女性生涯健康センター

中島 聡美

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所

鈴木 友理子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所

石郷岡 純

東京女子医科大学精神医学教室

秋山 剛

NTT東日本関東病院精神神経科

渡 路子

宮崎県精神保健福祉センター

鈴木 満

岩手医科大学神経精神科学講座
外務省メンタルヘルス対策上席専門官

同法第十四条で定めるように被害者の心的外傷への対策は国の重要課題である。しかし自然災害においてはガイドラインは整備されてきたものの、その使用可能性は今後の課題であり、他方で犯罪被害者の多くは医療につながらないという実態がある。こうした課題に対して、primary care、から高度医療機関までのトラウマ医療ネットワークを構築し、そのfeasibilityと問題点を検討し、より効果的なネットワークモデルを形成するためのガイドラインを作成する。また早期の被害者の特性の研究は対象者確保の困難から世界的にもほとんど行われていないので、その実態を調査し、その後の受療行動、転帰との関連を検討する。慢性化したPTSD患者の治療は高度専門機関として最も重要であるが、特に人材育成方法の研究を行う。PTSDに対して認知行動療法（持続エクスポージャー療法）は国際的にもっとも強いエビデンスが出ているが、治療者の負担も大きく、十分医普及していない。そこで同療法の効果的な研修、訓練方法・教材のガイドラインを作成する。自然災害の被災者に対しては、その規模の大きさから地域としての行政対応が重要であるが、そのためのガイドラインを日本赤十字社、内科医などの多職種チーム、また外務省関係者等によっ

A. はじめに

東北地方太平洋沖大震災を受け、災害との精神医療対応への国民的関心は非常に高まっている。また犯罪被害者等基本法の成立以降、

でも検証し、問題点を検討して改良し、災害時に多職種、多文化的な要因を越えた統一的な対応のネットワークが出来るようにする。さらに害直後の精神保健的な疫学調査の方法論を整備するとともに、宮崎県口蹄疫被害による住民の精神健康への影響調査を行う。国際課を反映して多文化対応にも留意する。また犯罪、災害後の代表的な疾患であるPTSDについて有効な治療対応の指針を作成する。犯罪被害者を中心とする医療ネットワーク研究は、primary care 医から、東京女子医科大学、国立精神・神経医療研究センターが連携し、徐々に高強度のケア、治療を提供する。特に後者では高度専門機関としての使命から、慢性 PTSD への治療法の開発、普及研究に取り組む。

B. 研究結果

金は東日本大震災後の精神保健医療対応の実態を展望した。被災規模が広汎であり、津波、原子力発電所事故が重複したという点でかつてない規模であった。そのため、精神保健医療対応については現地の自治体、関係者だけではなく、厚生労働省、国立精神神経医療研究センター、日本精神神経学科愛において、対策立案、連携の推進、情報の共有が図られた。被災地と県庁、政令市庁所在地との距離が遠く、初期には実態がなかなか把握できなかったが、厚労省においていわゆる心のケアチームの一元スケジュール化などが試みられ、最終的には 60 チーム弱が同一の被災地をチームローテーションなどの形で担当する体制が形成された。当初の精神医療対応の課題は震災前からの通院患者への医療の保証、損壊した精神科病院からの患者の移送、不足した精神科薬剤の供給であった。国立精神神経医

療研究センターでは発災後 3 日目に情報支援サイトを開設し、精神医療対応の基本方針、資料等を提示した。急性期にトラウマ的体験を聞き出すような対応は国際的にもはや認められていないが、一部の支援者になおその傾向が見られるなど、今回も情報支援の重要性が明らかとなった。また支援と調査の境界が曖昧となり、適正な倫理的手続を経ない調査が企画されるなどの混乱も見られ、これについて情報発信も重要であった。また同じく金は研修効果についての検討を行った。自然災害のメンタルヘルスに関する研修の効果を調査・分析したところ、「分かりやすさ」と「理解度」の高さに比べると、「実践スキル（有用性）」は低い値を示しており講義によって理解は深められたものの、それを実践するための自信やスキルの獲得にまでは及んでいないという課題が明らかとなった。

加茂は DV 被害を受けた母子に対し PCIT を導入し、その効果に関して通常治療を受けた DV 被害母子を対照群として比較検討を行い、PCIT の我が国への導入の意義について検討した。PCIT を導入した DV 被害母子（子ども 2-8 歳）10 組のうち 7 組が治療を完遂した。セッション数は通算約 17 回であり、終結まで 234 日を要した。PCIT の前後で子どもの問題行動は有意に軽快し、親のスキル獲得も概ね良好であったが、行うスキルのうち「具体的賞賛」スキルの獲得数はやや不十分であった。DV 被害母子の通常治療群 (TAU 群、DV 母子フォローアップ調査 9 ヶ月時) 17 組との比較では、治療前後で TAU 群はもぐら一正答率のみ改善していたが、PCIT 群は CBCL 外向 T 尺度と ADHD-RS 注意欠陥尺度、合計尺度が改善しており、行動面の問題が全般的に改善していた。母の育児ストレスでは、PCIT 群における親子

の非機能的相互関係が改善していた。PCITは大きな変更なく本邦への導入が可能だが、今後も、子育ての文化差や日本語と英語の文法上の相違と文意・文脈の伝達様式の相違などに留意しながら、検討を重ねる必要があると考えられた。中島は犯罪被害者に対し支援者が急性期にどのように心理的側面に配慮したケアを行うべきかについて系統的に専門家の意見を集約し、「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン」の開発と有用性の評価を目的とした。本年度は、昨年度に作成したガイドライン（案）について、急性期の犯罪被害者の支援経験が豊富である民間犯罪被害者支援団体相談員、警察の犯罪被害者支援室に所属する臨床心理士、精神科医師、臨床心理士等の専門家の他、自助グループに所属する犯罪被害者遺族にガイドラインを利用することが想定される支援者の最終的な意見を求め、内容の洗練を行うとともに、研修教材としてどの部分を利用すべきかについて意見を求めた。ガイドライン開発時の調査協力者 88 名に調査依頼し、72 名からの意見を得た（回収率 81.8%）。その結果、全 11 項目（100%）について研修に取り上げるべきという合意が得られた。鈴木（友理子）は心的外傷後ストレス障害のスクリーニングおよび症状評価のための自記式調査票の開発、尺度特性の検討を行っている。PTSD のスクリーニング尺度 Trauma Screening Questionnaire (TSQ)、PTSD Checklist (PCL) の日本語版、および、K6 の PTSD 用モジュールとして独自に作成した 3 項目尺度の信頼性と妥当性を検討しており、データ収集中である。秋山は自然災害時の精神保健医療対応と多文化対応について検討を行った。外国人は災害弱者であり、東北地方太平洋沖大震災において、外国

人の精神保健支援について、どのような状況がみられたかについて、聞き取り調査、情報収集を行った。また、外国人支援に関わる支援者を対象に、サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid) 研修を行ない、研修の効果や参加者の評価について調査を行った。鈴木（満）は海外に 3 ヶ月以上滞在する在留邦人がこの 30 年間で 2.5 倍に増え、2009 年には 113 万人を超え今なお増加を続けていることを踏まえ、また年間海外渡航邦人数はここ数年 1,700 万人を推移している。これに伴い、海外で災害被災や犯罪被害等により精神不調をきたす邦人事例も増加しているが、その実態については十分に明らかにされていない。世界約 200 カ所に設置された外務省在外公館では、邦人援護業務として精神障害者の保護を行っているが、その集計である邦人援護統計にトラウマ関連事例の記載は設定されておらず、また初期対応は非専門家である領事担当者の経験智に委ねられている。本研究では、外務省在外公館における被援護事例を対象として、災害被災や犯罪被害等により精神不調をきたした邦人の実態把握を行い、合わせて対応ガイドラインを作成に取り組んだ。渡は口蹄疫被災における畜産農家、防疫従事者、地域住民の継続的健康調査を行った。国内最大の口蹄疫感染地域において、被災した畜産農家 1,248 戸を対象とした被災 1 年後の対面による健康調査を行い、K6 を用いた精神医学的評価、および健康状態や復興状況に与える背景因子等について分析した。又、防疫従事者（宮崎県 J A 関連団体）16,500 人、地域住民（食品衛生協会高鍋支部内被災市町飲食業）約 1,200 件を対象としたアンケート式の健康調査を行うことにより、口蹄疫という特殊な災害が与える健康影響について

継続的に評価を行った。石郷岡は総合病院のための虐待対応マニュアルと虐待防止教育用テキストの開発に関する研究として総合病院での運用を想定したすべての虐待（児童、DV関連、高齢者、障害者）に対応するための虐待防止マニュアルと、教育用テキスト、研修プログラムを開発する。児童、DV、高齢者、さらに障害者虐待までを含んだ、対応のツールを検討した。

C. 健康危険情報

なし

II. 分担研究報告

東日本大震災後の精神医療初期対応の概要

分担研究者	金吉晴	1)、3)
研究協力者	秋山剛	2)、3)
	大沼麻実	1)

- 1) 国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部
- 2) NTT 関東病院精神科
- 3) 日本精神神経学会災害対策本部

研究要旨

東日本大震災は被災規模が広汎であり、津波、原子力発電所事故が重複したという点でかつてない規模であった。そのため、精神保健医療対応については現地の自治体、関係者だけではなく、厚生労働省、国立精神神経医療研究センター、日本精神神経学科愛において、対策立案、連携の推進、情報の共有が図られた。被災地と県庁、政令市庁所在地との距離が遠く、初期には実態がなかなか把握できなかったが、厚労省においていわゆる心のケアチームの一元スケジュール化などが試みられ、最終的には 60 チーム弱が同一の被災地をチームローテーションなどの形で担当する体制が形成された。当初の精神医療対応の課題は震災前からの通院患者への医療の保証、損壊した精神科病院からの患者の移送、不足した精神科薬剤の供給であった。国立精神神経医療研究センターでは発災後 3 日目に情報支援サイトを開設し、精神医療対応の基本方針、資料等を提示した。急性期にトラウマの体験を聞き出すような対応は国際的にもはや認められていないが、一部の支援者になおその傾向が見られるなど、今回も情報支援の重要性が明らかとなった。また支援と調査の境界が曖昧となり、適正な倫理的手続を経ない調査が企画されるなどの混乱も見られ、これについて情報発信も重要であった。

Keywords 災害、情報、精神医療、

A. はじめに

2011 年 3 月 11 日に東北太平洋地域を追った地震被害はそれ自体がマグニチュード 9 という近來まれに見る程度の災害であっただけでなく、地域によって 10m を超える津波を生じ、また福島県では原子力発電所のメルトダウンを生じるといった複合的な自然災害として未曾有の被害をもたらした。同地域では古くは貞観地震（869）に始まり、2 万人以上の死者・行方不明者を出した明治三陸地震（1896）、同じ

く 3 千人以上の昭和三陸地震（1933）を生じ、いずれも巨大津波を生じていたことから防波堤建設などの対策が取られていたが、今回の震災ならびに津波の規模はその想定を遙かに上回るものであった。

これまでも震災の度に、既存の風景が一変するような被害の光景はしばしば報じられてきたが、今回のように、町や住んでいた人々がその土地ごと一気に津波被害にあうという事態が経験されることは、少なくとも日本においては多くはなかった。大規模災

害では必ず「集団的根こそぎ体験」が生じるが、この震災ではその経験が極度に増幅されたと考えて良いであろう。それに伴う喪失感は、急性期には回復へのいわば使命感によって意識されることが少ないが、本稿を執筆している時点で、被災地に留まっている域の方々は、避難所などで慌ただしく過ぎた急性期を経て中長期に入り、一部では復興疲労が蓄積されつつあると思われ、喪失感が全景に出る可能性がある。加えて多数の犠牲者が出ており、コミュニティレベルでの喪失体験に加えて、遺族としての悲嘆、喪失が、重積する場合もあろう。その時期の精神保健対応はさらに今後の課題であるが、本稿ではそうした次段階のケアを考える上の準備という意味もかねて、震災直後の精神保健医療対応がどのように行われたかを振り返りたい(1)。

B. 初期対応

今回の災害の特徴は甚大な被災地域が3県1政令指定都市にまたがり、さらにその隣接県にも被害が及んだことである。そのため、従来の自然災害では精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が下記の課題等に関して積極的な統括的役割を担った。また日本精神神経学会にも対策本部、委員会が置かれ、さらに国立精神・神経医療研究センターでは発災後週明けの月曜日に情報支援サイト(2)が開設され、一週間ほどで20件以上のガイドライン、マニュアル、資料が上辞された。

今回の震災での支援活動を考える上で重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊である。被災地域は沿岸部に多く、そのほとんどは県庁所在地から遠く、場合によっては山間部を越えて数時間かかる地域も含まれていた。また地震、津波による交通網の寸断だけではなく、周辺の基幹道路、鉄道なども破壊されたことと、度重なる余震による二次被害への懸念、福島では原子力発電所事故による放射線汚染への不安などから、生活物質の搬入が著しく困難となった。そのことは直ちにガソリンの不足をもたらし、道路事情に加えて燃料事情もまた、交通手段を著しく劣化させた。その結果、精神医療においては患者が通院不能となり、また必要な精神科薬が不足した。他方で原子力発電所事故の近辺では精神科病院の閉鎖、機能縮小が起り、そうした病院からの患者の移送が大きな問題となった。

また住民の精神健康を悪化させるストレス要因と

しては、トラウマとなる災害の影響が即座の厳しい苦悩を引き起こし、急性ストレス障害、パニック、やや遅れて外傷後ストレス障害(PTSD)、悲嘆喪失反応の症状を引き起こすという系列と、プライバシーがほとんどない避難所(大部分は地元の学校の体育館)生活ならびに招来の不確定さによる持続的な現実的不安が懸念された。

C. 精神医療の継続

震災によって外来通院が中断した患者への治療継続が問題となって。被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかったが、上記の交通事情のため、それが一層困難となった。

精神科だけではないが、閉鎖された、あるいは機能を喪失、縮小した医療施設からの患者の搬送が緊急の課題であった。精神科に限ると、宮城県の3箇所、福島県では2箇所の精神病院が地震と津波により機能を失った。そして、福島の原子力発電所近くの5つの精神病院が放射線被ばくへのおそれから機能停止となった。災害の後2日目の3月14日には、厚生労働省は移送の必要のある患者の人数調査と、東北周辺の非被災県ならびに東京等の周辺県の精神科病院での受け入れ可能ベッド調査を始め、ほぼ一週間で移送を終えた。

次に精神科治療薬の供給が必要とされた。特に不足が問題となったのは抗うつ薬と抗てんかん薬である。厚生労働省、講座担当者会議、精神神経学会、日本精神科病院協会、国立精神・神経医療研究センターなどが連携して、一部地域での処方可能日数に制限をかけるなどして必要薬剤を調達し、現地に搬送した。

D. こころのケアチーム

阪神淡路大震災(1995)、新潟県中越大震災(2004)等の従来の大震災ではいわゆる心のケアチームが組織され、自発的にあるいは被災県の県知事要請を受けて被災地に派遣され、住民の精神保健医療対応にあたってきた。通常、チームは医師、看護師、時に精神保健福祉士および/または臨床心理士、事務員から構成され、基本的には自給自足で現地入りすることが常であった。今回の震災では上述したように被災規模が広大であったことから、心のケアチームの派遣スケジュールの調整は厚労省が主導して行った。すなわち都道府県、政令市は、可能な場合には心のケアチームを組織して厚労省に登録し、厚労省

が被災地に実体に応じて派遣先地域、派遣スケジュールを調整することとなった。実際にはこうしたスケジューリング体制が機能する以前から、様々な母胎の心のケアチームが独自の判断によって、あるいは被災地医療機関からの個別の連絡を受けて現地に入っていた。

当初は被災地と県庁所在地の距離が遠いことや、電波通信手段が途絶えていたことなどのために、心のケアチーム活動の実態が県庁や地元精神保健福祉センターにおいても十分に把握できていないこともあったが、1, 2 週間の後には派遣スキームが円滑に進行するようになり、最終的に 60 前後のチームが現地での活動を続けるに至った。なおこのスキームに依らずに独自の派遣を続けたチームも一部には見られている。

急性期を過ぎると、多くのチームは被災地入りする前に精神保健医療福祉センターに立ち寄って資料、被災情報、ガイドライン、日報等の報告書式を受け取って現地入りすることが多くなった。そのような場合には、被災地での活動中は記録を日報、週報の形でまとめ、資料を県、政令市に提出されることとなっていた。各県で用意された災害時の精神医療ガイドラインは、新潟県中越大地震(2004)で作成されたガイドラインなどを経由しつつも、基本的には災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(2003)に準拠していたと考えられる。

救急医療を基盤とした DMAT とは異なり、いわゆる心のケア活動においては継続性が重視されるが、多くの心のケアチームは本来の臨床活動を離れた参加するメンバーから構成されていたために、1, 2 週間のみの滞在となることが多かった。当初はチームのローテーションを上述のスケジューリングのスキームの中に入れていたが、実際にはほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、チームをローテーションさせながら 3 ヶ月以上にわたって継続的な活動を展開した。

E. 情報発信

阪神淡路大震災以来、心のケアにおいて常に一貫して問題となってきたのは、急性期にトラウマ体験をどの程度聞くべきか、聞くことにどのような効果と有害作用があるのか、ということである。以前は心理的デブリーフィングと呼ばれたこの技法は、早期に恐怖体験を強い感情表出とともに聞き出して語らせることが将来の PTSD を予防するという仮定に

経っていた。しかしその後の研究でその効果が否定されたばかりか、かえって PTSD を悪化させかねないということが明らかとなり(3)、現在はどのような国際ガイドラインにおいても採用されていない(4)(5)(6)。

(表)

この点についての基本的な考え方は付表に示したとおりであるが、それ以外でも、本来、強調して支援に当たるべき医師あるいは多くの職種の間の方針について意見が食い違うことは珍しくない。そこで情報と指針、エビデンスの共有が非常に重要となる。先にも述べた災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(7)(8)は、池田小学校児童殺傷事件の際に、対策本部に駆けつけた様々な職種の支援者の間での見解の相違を踏まえて作られたものである。

こうした方針を発展させて、国立精神・神経医療研究センターの HP 上に審査委の情報支援 web を掲載したことは上に述べたとおりである。この web は精神神経学会にもリンクを張り、厚生労働省からも周知をして頂き、今回災害後にもっとも信頼すべきデータベースとして機能したと考えている。

また上記ガイドライン策定以来、厚生労働省よりの委託あるいは補助金事業として、日本精神科病院協会等を実施母体としたトラウマ研修、保健医療科学院における保健所長危機管理研修を毎年継続し、また機会を得て保健師ブロック研修、精神保健福祉センター長会議等でも講習を行うなど、ガイドラインの基本理念の普及に努めてきた。その成果が浸透したためか、今回の震災において少なくとも心のケアチームを通じての精神医療支援を見る限り、侵襲的な介入、住民の不安を増強するような働きかけはほとんど見られなかったと聞いている。ただし心のケアという言葉の意味は広く、医療以外でも行われることもあり、その場合は人道的行為と医療行為の境界が曖昧となり、結果として医療としては不適切な介入が行われることも見られた。こうした弊害が目立ったのは、外部から数日間のみ現地に入り、継続性のないその場限りの支援を行い、自分が目にした印象だけで一般的な結論を下そうとする人々である。

今回も、医学誌として権威のある Lancet に「日本は震災後の精神医療対応ができていない」と決めつけ、被害に遭った子どもの感情を引き出す介入を賞

賛するかのような記事が載った(9)。それに対しては精神神経学会対策本部でも話題になり、著者ら、および Suzuki らによる反論の correspondence を同誌に投稿し、掲載された(10)(11)。同時に本稿でも取り上げている初期対応について、精神神経学会の英文医学雑誌である *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 誌に editorial を寄稿した(1)。

F. 研究倫理

今回の震災後、多くの人々が精神を含む住民の健康状態に関心を抱き、それ自体には意義が認められるとしても、一部では精神医療を専門としない研究者が倫理指針(12)の遵守が疑わしいようなかたちで住民の精神状態についての質問紙調査を行うという事例も見られた。そのようなことが重なったために住民からは保健師らが訪問をしても精神についての質問を拒否するという事例が見られた。また一般医学の分野でも、倫理手続、説明同意が不明確なまま調査が企画されるという動きもあった。これを受けて精神神経学会では研究倫理に関する緊急声明を発表した(13)。一部の雑誌では倫理手続に問題のある投稿論文は受け付けないという声明を出したところもある。

災害時に調査倫理が特に問題になるのは支援活動と調査のためのデータ収集の区別が曖昧となるためである。被災者は基本的に支援者の善意を疑わないので、集められたデータの使用目的などを問いただすことができない。なお被災住民の疫学調査は、厚生労働省の特別研究費により進行中である。その中の精神の部分は著者(金)が、睡眠の部分は国立精神神経医療研究センターの三島部長らが担当して作成している。一部集計結果が発表されているが、今後対象地域を増やしつつ追跡を行うことが予定されている。

G. 終わりに

本稿執筆時点で、被災県には心のケアセンターの設置が予定されており、今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策が進展するものと思われる。災害後の地域の心理的变化は高揚期、幻滅期、回復期の3相を経て進展すると言われているが、今後はまさしく真の回復に向けての取り組みが現地で行われていくものと思われる。筆者らはガイドラインの紹介等、被災地の精神医療支援に関わっては来たが、今後の復興については現地の支援者、とりわけ被災

者自身から学ぶことの方が遙かに大きいであろう。そのような段階を経て、災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待している。

文献

1. Kim Y, Akiyama T. Editorial: Great East Japan Earthquake and Early Mental-health-care Response. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011 Oct;65(6):539-48.
2. 国立精神・神経医療研究センター. 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト [Internet]. Available from: http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html
3. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). 2009 [cited 2011 Oct 26]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000560/abstract>
4. Foa EB, Keane T, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD*, 2nd edition. Guilford Press; 2008.
5. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Internet]. 2007; Available from: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
6. National Institute for Clinical Excellence. *Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
7. Kim Y, Abe Y, Araki H, Fujita M, Iwai K, Kato H, et al. Guideline for local mental health care activities after a disaster. National Institute of Mental Health, National Center

- of Psychiatry and Neurology, Japan. 2004;
8. 金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 岩井圭司, 加藤寛, 永井尚子, et al. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン [Internet]. Available from:
http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/saigai_guideline.pdf
 9. McCurray J. Japan: the aftermath. Lancet. 377:1061-2.
 10. Kim Y, Akiyama T. Post-disaster mental health care in Japan. Lancet. 2011 Jul 23;378(9788):317-8.
 11. Suzuki Y, Weissbecker I. Post-disaster mental health care in Japan. Lancet. 2011 Jul 23;378(9788):317.
 12. 文部科学省, 厚生労働省. 疫学研究に関する倫理指針 [Internet]. Available from:
http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37_139.pdf#search=%27%E7%96%AB%E5%AD%A6%E7%A0%94%E7%A9%B6%E6%8C%87%E9%87%9D%27
 13. 日本精神神経学会. 東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文 [Internet]. 2011; Available from:
http://www.jspn.or.jp/english/info/2011_03_11info/es_inve_statement_kashima.html

(表) (2)

急性期のこころのケアについて

被害に遭われた全ての皆様に心よりのお見舞い、お悔やみを申し上げます。

このような災害に接したとき、誰しも被害者の役に立ち、その不安や苦しみを少しでも和らげたいという願いを持ちます。そのような意味で、こころのケアということは、誰でも自然に行っていることといえます。親身になって支援をしていったり、励まし合う中で、体験を話したり、強い感情が出てきてしまうことは、ごく自然なことです。そのときに大切なことは、そうした話ができるような信頼関係、支え合うネットワークが作られているということです。

これに対して、専門的なこころのケアのために、体験の話をしたり、感情を出してもらったりするという方法があります。実際に慢性の PTSD の治療のためには、こういう方法が用いられており、効果を上げています。しかし被害にあった直後の方に、緊急の援助としてこの方法を用いることは、今では国際的にも認められていません。

被害の直後に感じている不安や苦しみは人間として自然な感情であることが多く、ほとんどの人はその状態から数ヶ月かけて自力で立ち直ることが知られています。その間のつらいお気持ちは基本的には「治す」ものではなく、「支え合う」べきものと考えられています。

またこうした方法は、必ずしも気持ちを和らげるわけではなく、かえって PTSD を誘発することがあります。長く治療関係を続けることが出来る人ならばともかく、外部から来て数日間しか滞在しない人が行うべきではありません。慢性の PTSD の治療としてこの方法を用いる場合でも、症状が悪化する場合について万全の備えをし、日常生活が十分に安定しているなどの条件を満たした上で、3ヶ月ほどの時間をかけて慎重に実施しております。

以前には、こうした方法（デブリーフィング）を36時間以内に行うことで将来の PTSD が予防できるという主張がありましたが、その後、国際的に否定されており、それを主張していた米国のエバリー教授は2005年のトラウマティックストレス学会で自分の説が誤りであったことを認めています。また米国心理学会は、911テロの後で、被害の直後にこの方法を行うことへの警告の声明を出しています。

被害にあったことへの心のささえ、ケアということは、人間であれば誰しも行うことです。しかしそのことと、PTSD のような疾病の一次予防、二次予防とは別のことです。専門家であれば、意図的に話をさせたり感情を出させたりすることには、思いがけない副作用としての状態の悪化もあることを認識する必要があります。

各国のガイドラインでも、早期のうちは温かく見守り、支え合うことが大切であって、治療や介入を急ぐべきではないとされています。急性期には様々な現実の問題や不安が多くありますので、それらを含めた幅広いケアを提供する必要があります。被害を受けて間もない時期には、生活や復旧に関する現実の心配が数多くあります。そうした問題の相談に乗りながら、ご本人の手の届くところにいて気持ちをくみ取って差し上げるような関係作りこそが、急性期のこころのケアには求められております。

文責 国立精神神経医療研究センター 部長 金吉晴

Abstracts

The Great East Japan Earthquake affected several prefectures, including mainly Iwate, Miyagi and Fukushima, in addition to one subordinate designated city of Sendai, so that the overall countermeasures were planned by the Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. The National Center of Neurology and Psychiatry played a role of information provision by establishing the information web site, which uploaded more than 20 guidelines, documents and materials within a week after the disaster. The Japanese Society of Psychiatry and Neurology launched a disaster response headquarter to assemble a number of affiliated academic and professional organizations. The initial and urgent tasks were to continue treatment of those who had been with mental disorders prior to the disaster, transport inpatients from collapsed psychiatric hospitals and supplying psychiatric drugs that came to deficient in the affected sites. The information provision was particularly important to provide unanimous mental health care by different professions and teams, based upon the national guideline for local mental health care activities after the disaster, published in 2003. The research ethics after the disaster was also important, because the line between the support and data collection tended to be obscure.

Keywords disaster, information, mental

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの
作成・評価に関する研究 分担研究報告書

自然災害のメンタルヘルスに関する研修の効果について

-予備的調査-

分担研究者 金吉晴 1)

研究協力者 大沼麻実 1)

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所□成人精神保健研究部

研究要旨

【目的】自然災害のメンタルヘルスに関する研修の効果进行调查・分析することで、今後の研修の効果をより高める。【方法】受講者のアンケート結果を、素集計および多変量解析する。【結果】「分かりやすさ」と「理解度」の高さに比べると、「実践スキル（有用性）」は低い値を示した。【考察】講義の理解は認められるものの、それを実践するための自信やスキルの獲得にまでは及んでいない。

A. はじめに

去る平成23年6月22日、築地のがんセンターにて、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所は厚生労働省と日本トラウマティックストレス学会との共催により、「東日本大震災トラウマ対策技能研修」を実施した。本研修会は、3月11日に発生した東日本大震災を受け、当震災の被災者に対するこころのケアができる人材を育成するために行われた。対象者は、主に精神保健医療福祉業務に従事し、東日本大震災の被災者への対応を行う可能性のある医師、心理士、看護師、保健師、精神保健福祉士等である。当震災の被災者は、被災地だけでなく日本各地へ避難して生活されており、被災者を受け入れた各自治体にお

いても被災者への支援が行われている。よって、被災地で支援を続ける支援者、各地から被災地へ支援に赴く支援者だけでなく、地元各自治体で支援にあたる支援者に対しても、被災者に対するこころのケアに関する研修を提供したいと考えて実施する運びとなった。

研修の主題は、災害被災者の心理的トラウマや悲嘆、子どもの反応に関する理解を深め、PTSD等の治療の知識を得、基本的対応スキルを習得するというものである。講師は講演順に、武蔵野大学：小西聖子、国立精神・神経医療研究センター：中島聡美、同センター：金吉晴、静岡県立こども病院：山崎透である。小西は、「トラウマを受けた被災者への対応」というテーマで、慢性期のトラウマ反応のひ