

Policy outcomes and payment system

Policy and outcomes

The fact that private, not public, hospitals are the major suppliers of psychiatric beds available in Japan, has its roots in the nation's unique mental health care policies. Because private hospitals are operated independently, even when an amendment is introduced to mental health and welfare policy at national level, it is up to individual hospitals to decide whether they adopt the amendment. In other words, central and local governments have limited control over private hospitals (Figure 2.3). As it is difficult to bring about drastic changes, a trial-and-error approach has been used to determine which policies effect favourable changes in psychiatric care. Let us review the positive and negative effects of past policies:

- In the 1950s to 1960s, because the development of prefectural hospitals did not progress as anticipated, the government allowed and provided financial aid for private hospitals with a reduced number of staff to be established and granted them the role of public hospitals. As a result, a large proportion of existing inpatient psychiatric beds in Japan has been owned by private psychiatric hospitals. When the staffing requirements for psychiatric care units were down-regulated, it soon became clear that it would be difficult to upgrade the new standard. Moreover, because of the policy – which focused on the improvement of private psychiatric hospitals – the increase in the number of psychiatric beds in general hospitals has either been halted or shows a decreasing trend due to low health insurance reimbursements.
- The increase in the number of psychiatric beds came to an end in 1985 when the Mental Hygiene Act was revised to limit the number of psychiatric beds available in each prefecture and to prevent a prefecture with an excess of beds from owning even more. The policy effectively stopped the number of beds from increasing, but did not reduce the number of existing beds. This is because, to a hospital, the number of beds it owns directly translates into the amount of profit it generates.
- In the 1990s, a health insurance reimbursement system for community care was developed by increasing the reimbursements for outpatient treatment and establishing a reimbursement system for day care. This policy also led to the establishment of psychiatric clinics and thus dramatically increased the number of outpatients. This policy contributed little to reducing the number of psychiatric beds, because psychiatric hospitals responded to the policy by only enhancing outpatient capabilities without downsizing the number of beds.
- In general, the government initiates a pilot project that reflects a prospective mental health policy for a limited period of time and provides financial incentives before officially implementing the entire policy. If the pilot project is successfully completed within a few years, it is converted into policy by standardising and scaling up the reimbursement system to meet the national level. Then, private hospitals begin a new insurance reimbursement service with the hope that the reform will have a successful outcome.

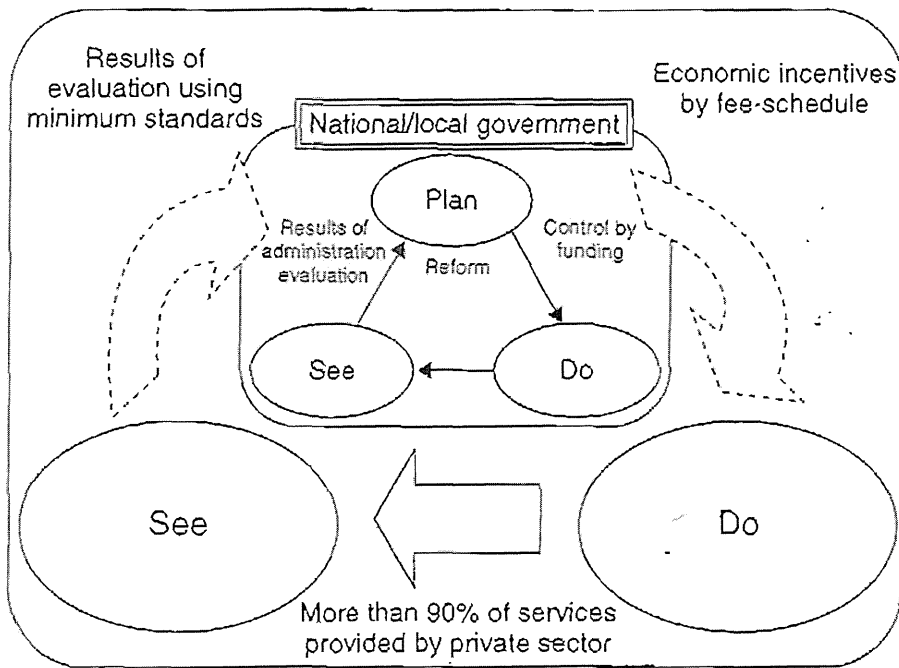


Figure 2.3 Mental health services in Japan.

- Interestingly, insurance reimbursement for psychiatric care at national/public and private hospitals is handled under the same system, and consequently similar behaviours are observed in these hospitals. Actually, the roles of national/public and private hospitals are not very different.

Insurance system

Japan has a universal health care insurance system, and residents are required to enrol in some kind of insurance plan. Health care insurances are classified as three types: employers' insurance including government-managed societies and mutual-aid associations for employees; national health insurance for the self-employed and unemployed; and insurance for the elderly. The cost of health insurance differs depending on the income of the insured. Although an individual needs to pay 10–30 per cent of the medical expenses incurred, there is a monthly upper limit to co-payment, and any payment above the limit will be taken from public funds. Public funds also cover all medical expenses incurred by a family receiving public assistance. Although the medical expenses of persons with intractable illness are covered entirely through the publicly insured programme, mental illness is not included under intractable diseases.

Even though several insurance providers are available, when health insurance is used to receive medical care, the service fee is reimbursed based on the price authorised for the service under the Health Insurance Act. In the case of hospitalisation, basic inpatient charges per diem are set at certain values and include essential hospital fees. The total cost for a single admission is calculated by multiplying the basic inpatient charge by the total number of hospital days and then adding treatment costs that are not included in the basic inpatient charge (e.g. costs for

prescription drugs and specialised psychiatric treatment). Outpatient services are covered on a fee-for-service basis. Authorised fees for health care services are revised every two years.

In 2003, the Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System (DPC/PDPS) was introduced as a payment plan for acute inpatient care.¹⁷ This system sets official per-diem payments for a combination of diagnosis and treatment and covers part of the treatment provided to inpatients at general hospitals. However, the system does not cover most psychiatric care. The reimbursements for the treatment of persons with mental illness are mainly covered by the following two methods.

Per-diem payment system for psychiatric inpatient care

Basic per-diem payments for psychiatric inpatient care differ depending on the type of unit they enter. Although a fee-for-services may be added to the basic payment, the basic inpatient charge accounts for most of inpatient medical expenses paid for by health insurance. The basic inpatient charge is relatively high for the use of an acute care unit or a unit specialising in complications, but small for a chronic care unit. Although dementia patients are admitted to special units, this is not the case with other kinds of mental illness. If persons with mental illness – whether that be schizophrenia or depression – are admitted to the same unit, they are charged the same inpatient fee.

Institutional standards are determined by the types of units operated. In 1994, long-term care units were established to improve inpatient care for patients with long-term mental illness. The establishment of acute care units in 1996 is particularly noteworthy. To be authorised as an acute unit, 40 per cent or more of inpatients must have stayed in the community for more than three months before admission, and another 40 per cent or more of the inpatients must have stayed in the community for more than three months after discharge. This requirement became a huge incentive to promote acute psychiatric care and shorter hospitalisations, and changed the insurance reimbursement evaluation system for psychiatric inpatient care into an evaluation system based on comprehensive units. In addition, emergency care units were established in 2002 with even higher insurance reimbursements and with the specific requirement that they cover more than 25 per cent of compulsory admitted persons with mental illness who are at a high risk of harming themselves or others in each medical district. In 2008, emergency care units for patients with comorbidity were newly established to treat the physical complications of psychiatric patients.

Fee-for-service system for psychiatric outpatient care

Outpatient care is basically provided on the basis of fee-for-services and is not classified by psychiatric diagnosis. From the standpoint of promoting community-oriented care rather than inpatient care, the reimbursements for outpatient care have been prioritised over those for long-term care. In addition to outpatient services,

psychiatric day care services aimed to improve social functioning were introduced into the system in 1974. A combination of outpatient care and day care services sometimes costs more than comprehensive long-term inpatient care. Given the evidence that acute day care treatment is effective,¹⁸ the reimbursements for day care treatment within one year of discharge were increased in 2010. For a facility to receive insurance reimbursements for day care services, it is necessary for it to fulfil the personnel requirements stipulated for such facilities. However, it is up to individual facilities to decide the specifics of the programmes and services they provide. Day care service reimbursement covers return-to-work programmes for individuals with depression and early intervention for individuals with schizophrenia. In addition, the visiting nurse service has been operating since 1986, and a special programme was introduced in 2008 to prevent medication interruptions and minimise readmissions by examining patients' adherence to treatment and the presence of medication side-effects. Although medical reimbursement for psychotherapy has been available for some time, the reimbursement for cognitive behavioural therapy was introduced into the system only recently, in 2010.

Strategic directions for mental health

Liaison consultation psychiatry

Integrating the mental health system into the general health system is a challenge for Japan. Until now, psychiatric care has been regulated under the Disability Policy. This is because mental health and welfare is managed by the Department of Health and Welfare in the Ministry of Health, Labour and Welfare, which also functions as a branch for the Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities. Following physical and intellectual disabilities, mental disabilities were first introduced into law in 1993 with the promulgation of the Disabled Persons' Fundamental Act.

The development of 'psychiatric care' has been historically independent from that of general health care, and consequently psychiatric hospitals outnumber general hospital psychiatric departments. Because psychiatry does not have a strong voice in the general health care system, the number of general hospital psychiatric departments, which generally have low revenues, is continuing to decrease. Integrating the mental health system into the general health system is therefore a major challenge, and the position of psychiatric care in the field of general medical care needs to be strengthened.

Since most psychiatric beds were historically provided by individual psychiatric hospitals, only a small proportion of psychiatric beds are owned by general hospital psychiatric departments. In addition, compared with other clinical departments, the medical reimbursements for psychiatric care are relatively low, which has led to the closure of some psychiatric departments in general hospitals.

Several attempts have been made to improve the medical reimbursement status for psychiatric care. The involvement of psychiatrists in palliative care was mandated in 2002, while additional fees were provided to the reimbursement for

treatment provided by designated psychiatrists to persons who attempt suicide transported to general emergency departments in 2008. Also in the same year, additional fees were provided to the reimbursement for referrals by primary care physicians to psychiatrists of patients with depression.

From the standpoint of positioning in a general care system, it is a huge step forward to have mental illness ranked as a high-priority disease in prefectural medical care plans. Starting in April 2013, each prefecture will plan future health care for mental illness as a high priority in addition to cancer, acute myocardial infarction, stroke and diabetes.

Identification of those who need care

According to a study conducted in the United States, 28.5 per cent of the total population has been diagnosed with some type of mental illness.¹⁹ As it is impractical to publicly support mental health services for nearly 30 per cent of the population, it is inevitable that the need for public support must be prioritised. For example, groups of individuals who require more intensive care packages, such as outreach services or home visits, need to be recognised. If this does not happen, intensive services might go to individuals who do not actually need them, rather than to those who do. Thornicroft and Tansella also pointed out and explained this issue using a clear model.²⁰

As shown in Figure 2.1, the prevalence of mental illness has been increasing since 1999 and has now surpassed that of diabetes. With no change in the number of inpatient psychiatric beds, this rise is attributable to increases in the number of outpatients. Some of the related developments are as follows:

- The proportion of outpatient psychiatric care costs among all outpatient medical expenses has increased for all age groups. In particular, the increase was pronounced in the 15–44 age group, accounting for 10 per cent of all outpatient medical expenses.
- A home-visit care service is an essential community care service for the prevention of medication interruptions and to enable readmissions for persons with mental illness. Because Japan has long been promoting home-visit nursing services, the number of home visits to persons with mental illness has been climbing, from 4,427 visits in 2000 to 12,777 visits in 2007. In contrast, the number of home visits made by public health centres decreased from 405,966 visits made by 594 public health centres in 2000 to 332,810 visits made by 518 public health centres in 2007.²¹
- Among the different types of clinics operating, the number of outpatient psychiatric clinics without inpatient beds has increased substantially since the 1990s, from 4.3 per cent in 1987 to 8.2 per cent in 2005. Along with this change, the number of outpatients has shown a steady increase. Day care and night care services developed for persons with mental illness in the community have also increased.

The question is whether such increases in mental health services and clinics have actually brought uninterrupted care to persons with mental illness in need of continuous care. To answer this, a detailed analysis needs to be conducted because an adequate national database to analyse the characteristics and patterns of outpatients is currently not available. To improve services, it is necessary to clarify whether limited resources are being utilised for mentally ill persons in the order of highest to lowest priority.

Because of Japan's free-access health care system, which allows people to use health insurance at any medical facility, it is difficult to adjust medical reimbursements based on the severity of illness or to establish the role of medical facilities according to the needs of the community or the priority of target diseases. In that sense, it is particularly noteworthy that the health reimbursement policy was revised in 2010 to include severity of the illness in the reimbursement requirements for inpatient care. To move towards strengthening support for community life, a system is needed that can respond to an exacerbation in patients' conditions and provide the intensive mental health care they need. At the same time, a systematic framework for evaluating the system and facilities from a third party's perspective should be developed to certify the facilities. We should also consider developing outpatient policies.

A flexible catchment system

Japan's health care system has two characteristics: it is a universal national health insurance system as well as a free practice system. There is no general practitioner system in Japan. As a result, people in Japan are able to receive any type of health care service from any provider with minimal co-payment. Although this is an advantage, it also poses a problem: awareness of catchment areas is weak. Psychiatrists and mental health care professionals are simply required to treat patients who visit their clinics and hospitals, and under the current system, it is difficult to assess whether all residents in need of care in the community are accessing health care services. In addition, the policy does not offer strong incentives for preventing treatment interruptions. It is necessary, therefore, to strengthen support for groups with severe and persistent mental illness.

How to set up catchment areas is a major issue to be faced when developing a system to promote community care. Essentially, it falls to the public organisations responsible for the particular catchment area – the public health department, municipal government, mental health and welfare centres and so forth – to strengthen support for community life support and provide outreach services. In Japan, a catchment area system should be functioning under the initiative of the public health department, however, local governments face the financial difficulties to provide community health services. As the number of home-visit nurses and mental health counsellors continues to fall at public health centres, the concept of the catchment area is diminishing in local government.

Consequently, currently available private services should be used to supplement publicly provided care in the community. In the case of outpatient services, which

are provided on a fee-for-services basis, it is simpler, highly efficient and more profitable to provide services to a large number of visiting patients than to prevent some persons with severe mental illness in the community from discontinuing treatment. It is certainly not profitable – and therefore is rarely done – to visit and provide services to patients who refuse treatment.

At the same time, the free access to health care guaranteed by Japan's health care system does not make it easy for medical facilities to foster responsibility towards the community in which they operate. The following characterises the health care services of countries that implement a catchment system:

- Residents visit their primary care physician.
- Patients are referred by their primary care physician to a specialist as necessary.
- Primary care physicians are aware of residents who are in need of medical care.
- Primary care physicians are responsible for following their patients after discharge.

None of the above currently applies in Japan's system, where it is possible to visit any medical facility or specialised hospital using national health insurance. This, unfortunately, makes it difficult to develop a continuous care system and this is a major issue associated with a free-access system. Therefore, a flexible catchment area system needs to be established in Japan that ensures patients with severe and persistent mental disorders are treated.

Long-term inpatients

Psychiatric beds in Japan fall mainly into two distinct categories: beds in acute inpatient care units that meet international standards, and beds in chronic care units for patients with long-term or severe mental disorders. The challenge that Japan faces today is the future of chronic inpatient care units for long-stay patients and those with severe mental disorders.

As one of the visions of the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2004, to shift from hospital-based care to community care, it was deemed necessary to transfer current expenditure for inpatient care to community services. This means that existing resources must be re-allocated as it is difficult to increase the national budget drastically. It is unlikely that private medical facilities will willingly reduce their profits or welcome radical change because they are generally conservative in nature. Therefore, it will be necessary to develop economic incentives that bring maximum profits to private psychiatric hospitals if they have to re-allocate some existing inpatient care staff to cover community care services.

The Ministry of Health, Labour and Welfare announced in 2009 that the number of patients with schizophrenia in inpatient care would be likely to decrease. The number of inpatients with schizophrenia was 215,000 in 1996 and 196,000 in 2005. According to the estimate, the number will decrease to 172,000 in 2014, 149,000 in 2020 and 124,000 in 2026. It is not difficult to see that the money generated

from eliminating excessive beds due to a decrease in the number of inpatients with schizophrenia could be used for community care.

Monitoring quality

Although the Japanese insurance reimbursement system predetermines health care prices, it is up to health care providers to decide (1) the types of patients they treat and (2) the types of treatments they provide, as long as they fulfil institutional requirements. The health insurance payments are not directly linked with the types of patients they treat, for example, the patient with a severe and persistent disorder, which is an upcoming challenge for Japan. Patient characteristics and treatment types need to be incorporated with the health insurance payment system.

Academics, including professors in psychiatry and professional groups, have developed guidelines and algorithms for schizophrenia and mood disorders. The Japanese versions of major guidelines for diagnosis and treatment, such as those of the American Psychiatric Association and Maudsley Hospital in London, are also available. Accurate diagnosis and appropriate practice guidelines are important for delivering high-quality care. For diagnosis, both the International Classification of Diseases 10 (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) are used in clinical practice.

The quality of medical care is evaluated based on a system in which standard medical care is (1) developed by health care providers; (2) assessed by a third party; and (3) selected by patients.²² Hospital care has been evaluated by a third party since 1997,²³ with the results being made public since 2007. This system of third-party evaluation and release of the results is rather novel even by international standards.²⁴ Some hospitals have been participating in the development of an international framework for evaluating psychiatric care performance and outcomes.²⁵ Starting in 2013 in Japan, prefectures will evaluate their own psychiatric care system as well as develop and implement health care plans. The evaluation of health care services by the individual prefecture responsible for the community will be an important initiative for Japan. If information on the aspects of health care evaluated by each prefecture is made publicly available, people will be able to obtain better treatment as they are free to visit hospitals of their choice.

The schematic diagram in Figure 2.4 showing the direction for optimal services was generated based on a model figure recommended by WHO.²⁶ While specialised care might not be needed often, the demand for psychiatric care provided by a primary care system might be high. Moreover, it is essential that social services such as those promoting and implementing suicide prevention measures are enhanced in order to improve public mental health. When developing user-centred services, it is important to include self-care tips for patients at every level.

Recommendations and conclusions

Japan has continuously changed psychiatric care services in decades. The Japanese psychiatric care system reflects both the strengths and weaknesses of Japan's health

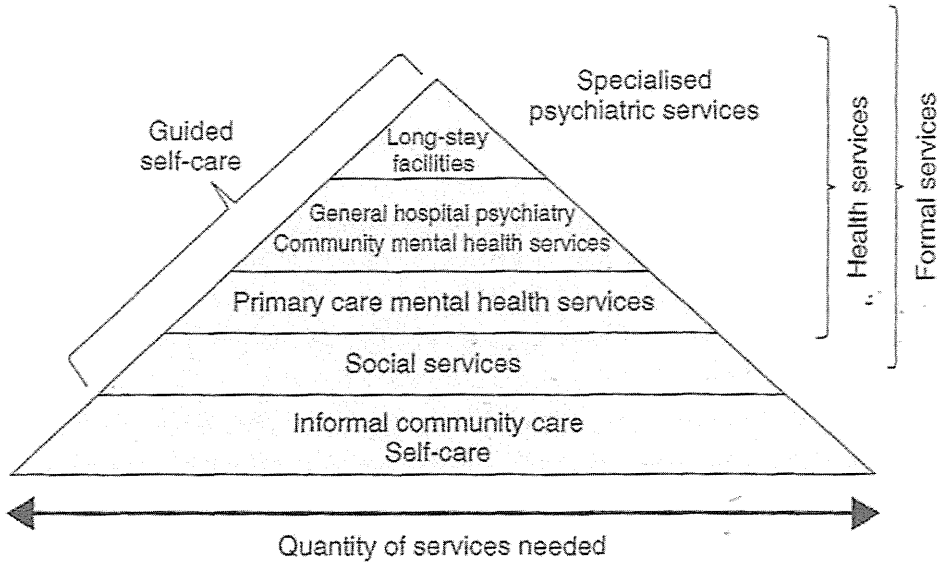


Figure 2.4 Direction for optimal services.

Source: Modified from the WHO Service Organisation Pyramid.

care system, and the country has made various attempts to address the weaknesses while maintaining the strengths. Below, some helpful points are summarised, derived from Japan's own experiences.

Legislation

- Institutional requirements, such as patient and staff ratio, should not be downgraded at any time in order to ensure the quality of care.
- It is effective to develop acute care units with a provision that limits length of stay.
- A regulation (ceiling) on the total number of beds per prefecture effectively prevents psychiatric beds from increasing.

Integration with the general health system

- Psychiatric care should be placed within general medical care.

Support for those who are most in need

- With a highly accessible health care system, it is necessary to establish a system to identify and support persons with severe mental illness.

Policy making

- It is necessary to incorporate the viewpoint of users in every aspect of policy making and daily clinical practice.
- It is necessary to reduce the burden of family responsibility, especially in regard to the treatment of mental illness.

- As policy, the issues of 'illness that can affect anyone (anti-stigma)' and 'measures for severe mental illness' need to be addressed.
- In countries with an ageing society, to prevent the current psychiatric care costs from being converted into medical care expenses for the elderly, general mental health care needs to be separated from the care provided to the elderly with mental illness or dementia.
- In a country with a highly accessible health care system, a flexible catchment area system should be developed.

Funding and economic incentives

- Deciding what types of financial assistance and incentives should supplement the services provided is a major challenge. Financial incentives should be developed to improve the quality of care (creating academic guidelines, a third-party evaluation system and patient selection of medical facilities through disclosure of information).

Notes

- 1 Editorial. 'Japan: universal health care at 50 years'. *Lancet* 378: 1049, 2011.
- 2 Ito, H. 'Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan'. *Current Opinion in Psychiatry* 22: 619–22, 2009.
- 3 Ito, H. and Sederer, L.I. 'Mental health services reform in Japan'. *Harvard Review of Psychiatry* 7: 208–15, 1999.
- 4 Japan Cabinet Office. *White Paper on Suicide Prevention*. Government of Japan, 2011.
- 5 Ito, J., Oshima, I., Nishio, M. et al. 'Initiative to build a community-based mental health system including assertive community treatment for people with severe mental illness in Japan'. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 12: 247–60, 2009.
- 6 Ito, op. cit., 2009.
- 7 Japan Minister of Health, Labour and Welfare. *A Vision for Reform of the Mental Healthcare System* [in Japanese], 2004. Available at <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html> (accessed on 30 December 2011).
- 8 Kuno, E. and Asukai, N. 'Efforts toward building a community-based mental health system in Japan'. *International Journal of Law and Psychiatry* 23: 361–73, 2000.
- 9 Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H. et al. 'Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan'. *BMC Psychiatry* 6: 21, 2006.
- 10 Nakane, Y., Jorm, A.F., Yoshioka, K. et al. 'Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia'. *BMC Psychiatry* 5: 33, 2005.
- 11 Ono, Y., Satsumi, Y., Kim, Y. et al. 'Schizophrenia: is it time to replace the term?' *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 53: 335–3.
- 12 Kim, Y. and Berrios, G.E. 'Impact of the term schizophrenia on the culture of ideograph: the Japanese experience'. *Schizophrenia Bulletin* 27: 181–5, 2001.
- 13 Tsuchiya, K.J. and Takei, N. 'Focus on psychiatry in Japan'. *British Journal of Psychiatry* 184: 88–92, 2004.
- 14 Kim, Y. 'Committee of Renaming the Term Schizophrenia of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology. Renaming the term schizophrenia in Japan'. *Lancet* 360: 879, 2002.
- 15 Chen, E. and Chen, C. 'The impact of renamed schizophrenia in psychiatric practice in Hong Kong'. The second world congress of Asian psychiatry, 7–10 November 2009. Taipei, Taiwan.

- 16 Sato, M. 'Renaming schizophrenia: a Japanese perspective'. *World Psychiatry* 5: 53–5, 2006.
- 17 Matsuda, S. 'Diagnosis procedure combination: the Japanese approach to casemix'. In Kimberly, J.R., de Pouvourville, G. and D'Aunno, T (eds), *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008, pp. 254–72.
- 18 Marshall, M., Crowther, R., Almarz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, G.R., Huxley, P. and Tyrer, P. 'Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care'. *Health Technology Assessment* 5: 1–75, 2001.
- 19 Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G. et al. 'Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003'. *New England Journal of Medicine* 352: 2515–23, 2005.
- 20 Thornicroft, G. and Tansella, M. *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- 21 Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. *Community Health/Health Promotion Report* [In Japanese]. Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. Available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html> (accessed on 30 December 2011).
- 22 Ito, op. cit., 2009.
- 23 Ito, H., Iwasaki, S., Nakano, Y. et al. 'Directions of quality improvement activities of health care organizations in Japan'. *International Journal for Quality in Health Care* 10: 361–3, 1998.
- 24 Ito, H. and Sugawara, H. 'Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study'. *Quality and Safety in Health Care* 14: 87–92, 2005.
- 25 Spaeth-Ruble, B., Pincus, H.A., Huynh, P.T. et al. 'Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries'. *Canadian Journal of Psychiatry* 55: 539–48, 2010.
- 26 WHO. *Quality Improvement for Mental Health* (mental health policy and service guidance package), 2003. Available at http://www.who.int/mental_health/resources/en/Quality.pdf (accessed on 30 December 2011).

Further reading

- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (1996, 1999, 2002, 2005, 2008) *Patient Survey* [in Japanese]. Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. Available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> (accessed on 30 December 2011).
- Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H. et al. (2005) 'Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan'. *BMC Medicine* 3: 12.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R. et al. (2010) 'WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care'. *World Psychiatry* 9: 67–77.
- Thornicroft, G., Semrau, M., Alem, A., Drake, R.E., Ito, H., Mari, J., McGeorge, P. and Thara, R. (2011) *Community Mental Health: Putting Policy into Practice Globally*. Chichester: John Wiley & Sons.

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

東日本大震災後の地域精神保健医療

Community Mental health service after the Great East Japan Earthquake

鈴木友理子^{a)}

Yuriko Suzuki

【抄録】

本稿では、東日本大震災発災初期と中長期の精神保健医療活動の課題について概説し、震災後の体制の充実の可能性について論じた。発災初期には、精神科救急のニーズと予防的精神保健活動が見られた。中長期には、遷延化する精神的問題への対応が求められ、初期に築いたところのケアへの期待に込めていけるか、その真価が問われる。最後に、災害を契機に地域精神保健サービスの拡充に成功したスリランカの事例を紹介した。

【Abstract】

In this article, author overviewed the issues around mental health service in the aftermath and long-term of the Great East Japan Earthquake, and discussed the possibility to enhance community mental health service in the affected area. In early phase, psychiatric emergency cases were observed, and in the long-term phase, cases with prolonged psychological reactions/problems should be appropriately supported. The expectation to the mental health activities which were built in the early phase is challenged. Finally, a case of Sri Lanka was discussed, that is community mental health services were enhanced with taking the disaster opportunity for improvement.

【Key Words】

Disasters, mental health, community mental health services, outreach services, capacity building

1. はじめに

わが国では自然災害を多く経験しており、多くのところのケアの対応経験を持っている。特に阪神・淡路大震災以降、「ところのケア」は一般的な言葉になった。ただし、「ところのケア」の意味するところは話し手によって大きく異なり、定義のあいまいさゆえに、ところのケアに関する活動方針や内容について関係者間で齟齬が生じている場面にたび

たび遭遇する。2007年に世界保健機関や大型国際NGOらによって発行されたIASCガイドラインでは、「ところのケア」にあたる内容は「精神保健・心理社会的支援」(Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)という用語で表現されている²⁾。つまり、わが国で定義があいまいなままに使われている「ところのケア」は、本ガイドラインの中では、精神障害を予防または治療することを目的とする精神保健医療福祉支援と、人びとの心理社会的なウェルビーイングを求める様々な支援とを指すと明確化されている。本稿では、特に精神保健医療活動のあり方について、発災初期と中長期の対応の課題について概説し、加えて震災後の精神保健医療福祉体制の充実の可能性について論じたい。

a) 独) 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 災害等支援研究室長
National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute
of Mental Health, Department of Adult Mental Health
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

2. 初期対応

東日本大震災ではこれまでの経験を超える被災規模となり、精神保健医療サービスも壊滅的な被害を受け、発災初期には保健医療活動の機能は著しく低下した。特に被害の大きかった医療機関では入院患者の県内外への移送が行われた。被災地では、浸水やライフラインの途絶、また職員の被災などによって医療の継続には多くの困難が伴ったが、地元医療機関に限られた資源の中でサービスの提供に努めた。これらの医療機関は、従来の患者への医療の継続に加え、他医療機関からの新規患者への対応で忙殺された。また今回の東日本大震災では、災害救助法に基づき、厚生労働省が被災県以外からの「心のケアチーム」の派遣調整をおこなった。このほかにも、大学、国立病院機構、系列病院からの支援チームや、身体医療チームのメンバーとして、またボランティアとして、精神科医師が被災地の保健医療活動に携わった。

発災初期には精神科救急のニーズが見られた。多くは震災以前から精神疾患の既往があった人の再発などの精神科救急事例であったと聞いている。非自発的入院が必要な状態でありながらも、その地域の医療機関も被災しており入院対応ができず、県内で広域的な搬送となるケースもあったという。また、避難所での生活で不調を呈した慢性精神疾患患者への対応は、多忙な避難所運営にさらにストレスを加え、心のケアチームにはこれらのケースへの対応がまず求められた。

避難所においては、初期は巡回型のサービスが提供された。東日本大震災後に、災害後の心のケアマニュアル⁷⁾やサイコロジカル・ファーストエイド³⁾などが精神保健福祉センター等の関係機関のウェブ、支援者メーリングリストで共有された。阪神淡路大震災後には心理的デブリーフィングが主流であったが、その効果が否定された現在⁵⁾、今回はサイコロジカル・ファーストエイドモデルが一般的な対応としてとられていたようである。サイコロジカル・ファーストエイドは、「サイコロジカル」という言葉は誤解を招きかねない、と開発者も指摘する通り、特別な心理的技法を用いるものではなく、被災者の安全と安心を第一として、具体的な生活上の支援、人とのつながりをすすめつつ、被災者の心理的側面にも

配慮するものである。筆者は、世界精神医学会と世界保健機関による災害支援の研修会に参加したことがあるが、そこでサイコロジカル・ファーストエイドについて議論になった。災害後の初期介入法として、その後の精神的予後に効果をもたらすことが実証されたプログラムは今のところない。そのような状況で、「無害原則 (Do no harm)」に基づき、災害支援経験者間で「おそらく害は与えないだろう」という支援要素を集めたものがサイコロジカル・ファーストエイドであるが、パッケージの構造を外して構成要素を見ると、一つ一つは対人サービスにあたる者にとって基本的な姿勢や対応手順である。議論のポイントは、サイコロジカル・ファーストエイドはパッケージ化されたプログラムに値するものか、ということであった。最終的な結論は出なかったが、「専門家よりも、初期対応者の指針としては有用であろう」、「何らかのプログラムモデルがないと、心理的デブリーフィングの代替として提示することができない、その点でプログラムパッケージとして示されていることは戦略的に有用」といった議論が興味深かった。この介入の有効性を示す必要があるという議論もあったが、災害で初期対応が求められる時期に介入研究を行うことの倫理的問題、実行可能性は厳しく検討されるべきであろうと筆者は考える。

心のケアチームは、被災地では多くの場合、保健師からの紹介をもとに被災者へのコンタクトを始め、傾聴、精神医学的評価、そして見守りや必要に応じて処方を行った。また、個別の医療対応だけではなく、集団に対する心理教育的な精神保健の取り組みも行われた。岩手県精神保健福祉センターのまとめ(暫定値)によると、心のケアチームの相談のうち、約半数が精神科医による診察につながり、そのうち35%に薬剤の処方が行われた。他の臨床報告からも、心のケアチームは震災後のストレス反応を過剰に病理化せず、傾聴、見守り、そして必要な時に専門家に紹介する基盤となる臨床的な関係づくりが丁寧に行われていた印象を筆者は持っている。

被災地での支援活動を終えた後に、「自分たちの活動は本当に役立ったのだろうか」と自らの活動の意義に疑問を持ったり、不安全感を持ち、通常の業務に戻るのに時間がかかったという派遣支援者の体験談を、筆者は個人的によく聞いた。通常の医療の場

面では、一度の診察で終結することはあまりなく、継続的にみていくことで、状態の変化や回復を確認していくことが多い。しかし、派遣された心のケアチームによる震災後の支援は、たいていの場合、支援は1、2回の臨床的な出会いであり、複数回であったとしても2-3日のスパンでフォローするという、通常の臨床ではあまりない状況での臨床的対面が多い。つまり、時間の経過を味方にして、フォローすることができずに、被災地を去らなくてはならないのである。筆者は、そのような臨床的な出会いや診察といった行為は一切行っていないが、相談記録の系統的な整理や振り返りを通じたマクロ的な視点からは、一つ一つの臨床的コンタクトがチーム間で引き継がれ、多くの場合、過剰に抱え込まれることなく、自然な回復とともにケースは終結し、また治療が必要と思われるケースは、(いくつかの難しい面接はあったが)最終的には地元の医療機関や保健師につながっていったと把握している。

災害時には多くの人々がストレスを感じたり、トラウマ的ストレスを経験したり、ストレス状況下で生活することにより、様々な精神的問題や疾患の再発のリスクが高まる。こころのケアとして、精神保健医療福祉活動が行われ、既存の精神疾患を持っている人びとには精神医療や福祉的な対応が求められるが、被災者全般に関わる際には、疾病の予防や健康増進を目指す精神保健的な対応が求められる。近年、平常時において精神保健活動は自殺対策等では見られるが、精神保健医療福祉行政の取り組みとしては医療・福祉に重点が置かれているように思われる。しかし被災地では、精神医療者にも保健的な対応が大いに求められることで、職業的なアイデンティティの揺らぎを感じる人も多かったのではないかと、筆者は思っている。

3. 中長期対応

災害精神保健の草分けとなった「災害が襲う時」に記載されているとおり⁴⁾、災害初期の呆然自失期、英雄期を経て、災害の中長期対応としては幻滅期を支えていく取り組みが必要となってくる。支援チームの減少、震災対応に対する士気の低下、社会・経済的問題(特に地域固有の問題)、復興の過程での格差の顕在化、政治や行政に対する不信、等がみられる時期である。特に、震災以前から精神医療資源

が必ずしも十分でなかった東北地方の沿岸部では、県外からの「こころのケアチーム」等の縮小、撤退、それに伴う地元医療保健福祉システムへの移行は、深刻な問題であった。初期対応と同じく、見守り・声掛け、精神医学的評価、心理教育的な対応等は求められるが、災害から半年以上たっても精神的問題が継続したり、この時期に顕在化している場合には、専門的支援への紹介、ケアが求められる。しかし、災害初期に「こころのケア」は、ノーマライズされたが中長期の「精神科的問題」「精神医療への受診」は必ずしも被災者に抵抗感なく受け入れられるものではなかった。精神的問題や精神医療に対するスティグマは依然として残っており、初期に築いたこころのケアへの信頼、期待に添えていけるか、その真価が問われる時期と言える。

過去の災害後の精神科疫学研究から、災害によって精神障害(気分障害およびPTSDを含む不安障害や物質使用障害など)の発症率が上がることは明らかである⁹⁾。災害後にはPTSDに関心が向けられがちであるが、特定の疾患だけではなく、精神科的問題の有病率が全般的に高まる。よって持続可能な地域精神保健サービスを構築する必要性は明らかである。また、災害後には人びとのメンタルヘルスの問題は、平常時よりもスティグマが少なく議論されるということもある。既存および災害関連の精神科的問題に対して、精神保健ケアへのアクセスの確保をすることが重要である。東日本大震災では、いくつかの医療機関が甚大な被害を受け、その医療機関、また地域医療体制の再構築が検討されている。中長期の対応の目標として1)地域精神医療保健福祉体制の再構築、と2)震災関連の精神的問題への対応体制整備がある。私案であるが、これら目的に向けて必要なプログラムや対応策をまとめた(図1、2)⁸⁾(文献8を改編)。

震災前から導入が検討されていた精神障害者アウトリーチ推進事業については、岩手県、宮城県、福島県については震災対応型が追加され、被災した精神障害者や医療的支援が必要な被災者を対象に、被災病院等の専門職によるアウトリーチを実施するために、病床削減は必ずしも行わなくてもよいような弾力的運用が可能となった。今後、より本格的な精神保健事業の展開が期待される場所である。

4. 海外での取り組み

災害は「惨事」であるが、精神保健医療福祉システムを構築する機会にもなり得る。これは楽観論を展開しているわけではなく、過去の災害経験から言える事実である⁶⁾。多くの場合には災害後、災害に特化したサービスというよりも、包括的な地域精神保健福祉システム構築のための努力が注がれた。災害をきっかけに、長期的支援のもとに基本的で持続可能な形で精神保健サービスが拡充された例は、アルバニア、インドネシア、コソボ、マケドニア、パレスチナ、スリランカ、東ティモール等、枚挙にいとまがない。これらの地域サービスの展開は、災害後に特別な技法が用いられたわけではなく、平常時の地域ケアの取り組みと同じであるが、災害後に精神保健ニーズが上がること、またこのことを政策決定者が理解し、政治的意思のもとにその取り組みが確かなものとなったことによるところが大きい。

一例として、インドネシア・スマトラ島沖地震、津波後のスリランカ国の対応を紹介したい⁶⁾。スリランカの精神保健医療は主に大規模な精神科病院や施設で提供されており、これは特に首都コロomboの周辺に偏在していた。スリランカでは自殺率が高く、精神保健関係者は、精神保健医療サービスの拡充を政府に訴えていたが、あまり大きな展開はみられていなかった。2004年にインドネシア・スマトラ島沖地震、津波が発生し、スリランカでは35,000人以上が死亡し、100万人以上が避難、転居を余儀なくされた。災害直後には、海外からの精神保健や心理社会支援団体が流入したが、多くの場合は短期間の活動で撤退し、地域での連携は不十分であった。世界保健機関はスリランカ国に支援し、関係者間で国家的な精神保健政策の策定に取りかかった。この政策では、精神保健サービスのガバナンス、管理、執行の強化が強調されており、地方においてもサービスが行き届くようなサービス提供組織の再構成が行われた。特に、精神保健に携わる人材育成の促進、多職種のスタッフによる入院治療の提供、拠点型、およびアウトリーチ型外来の設置が進められた。

しかし、課題も残っている。ひとつは、精神保健専門家の不足であり、これに対して、保健省が一般医を対象とした精神科研修制度を導入し、証明書を発行して人材育成を進めている。これは、災害以前

から行われていた、3か月間の医官－精神保健専門家研修制度の拡大版であり、既存の制度を修正することで、広く医師に受け入れられたという。

もう一つの課題として、伝統的な施設型医療の形態が挙げられる。大型の精神科入院施設はコロombo市周辺に偏在しており、長期入院患者の多くは適切な住まいと支援があれば退院が可能な患者であった。病院スタッフの地域ケアへの意識付けおよび技法獲得のために、ある病院の病棟看護師がインドの精神科リハビリテーションに関する先駆的地域へ研修を受けに行くといった取り組みもある。

このように病院等の三次医療から、二次医療、プライマリケアサービスへと転換する取り組みが進められ、医師、看護師、保健師、その他支援者、ボランティア等の人材育成に注力された。その一方で、災害後の地域ケアを展開するためには、逆説的であるが、しっかりと急性期医療、入院対応を備えることが必須の条件であることが指摘されていること²⁾も申し添えたい。

5. 最後に

今回の東日本大震災の精神保健医療界の対応は、今後の災害対応に向けて取り組むべき課題は残されたものの、それぞれの関係者の発意、行動、専門性がかなりの部分において共有され、調整された形で進められたものと筆者は考えている。しかし、被災者の回復、そして被災した地域全体の復興や精神保健サービスの拡充には、これからも継続的な支援が必要である。引き続き、精神保健医療関係者に期待されている仕事、支援は残っていると思われ、災害後の人びとの回復を支え、より良い精神保健医療体制を構築するための専門家のモーメンタムが今後も持続することに期待したい。

文 献

- 1) IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings : Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies : What Should Humanitarian Health Actors Know?, Geneva, 2010. (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

- 究部訳：災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援：保健分野の人道支援に携わる者は何を知っておくべきか？）（http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc_s.pdf）
- 2) Inter-Agency Standing Committee (IASC) : IASC Guidelines on Mental health and Psychosocial support in emergency settings, Geneva, 2007. (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訳：災害・紛争等緊急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) (http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc.pdf)
 - 3) National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD : Psychological First Aid : Field Operations Guide 2nd Edition, 2006. (兵庫県こころのケアセンター訳：サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版, 2009.) (<http://www.j-hits.org/>)
 - 4) Raphael B : When disaster strikes. Basic Books, New York, 1986.
 - 5) Rose S, Bisson J, Churchill R et al : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) . Cochrane Database Syst Rev 2, CD000560, 2002.
 - 6) Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al : Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 370 : 1164-1174, 2007.
 - 7) 鈴木友理子、深澤舞子、中島聡美他：災害精神保健医療マニュアル。平成22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科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究（主任研究者：金吉晴），2011.
 - 8) 鈴木友理子：東日本大震災後の被災地における精神保健医療活動。日本精神科病院協会雑誌 30 : 21-27, 2011.
 - 9) van Ommeren M : Aid after disasters : Needs a long term public mental health perspective. BMJ 330 : 1160-1161, 2005.

震災被災者への精神保健医療支援

鈴木友理子

〔Abstract〕

Japan has amassed experience in disaster management and disaster mental health care. The need of the mental health care after a disaster has been recognized among the health care practitioners and also in the public after the Great Hanshin Earthquake occurred in Japan. However, the Japanese term “Kokoro-no Kea” has different definitions and meanings by different speakers, thus caused confusion in disaster affected place. This confusion is not only the problem in Japan but worldwide. This Great East Japan Earthquake was not the exception of the confusion. In this article, author discusses 1) mental health care aftermath of the Great East Japan Earthquake, 2) international guidelines in time of disaster, IASC guidelines, 3) mental health issues in recovery phase, and 4) nuclear power plant accident and mental health.

I はじめに

わが国では自然災害を多く経験しており、これまでの多くのこころのケアの対応経験を持っている。特に阪神・淡路大震災以降、「こころのケア」は一般的な言葉になった。ただし、「こころのケア」の意味するところは、話し手によって大きく異なり、定義のあいまいさゆえにこころのケアに関する活動方針や内容について関係者の間で齟齬が生じている場面にたびたび遭遇する。このような混乱はわが国だけに限ったことではなく、被災各地で見られた。そこで本稿では、1) 東日本大震災での精神保健活動の実際、2) 国際的な災害精神保健の動向とIASCガイドラインについて、3) 回復に向けての中長期の課題、4) 原子力発電所事故とメンタルヘルスについて概説し、国内における経験と国際的な動向について考察を加えたい。

II 東日本大震災における精神保健活動の実際

2011年3月11日に発生した東日本大震災の特徴として、被害が甚大かつ広域であったこと、複合災害で死者・行方不明者が多かったこと、コミュニティそのものが喪失したり機能していないところがあり、遠方への避難者が多いことなどが挙げられる。「こころのケア」が比較的広く認識されるようになったのは阪神・淡路大震災以降であるが、その後の災害においては、わが国では早い段階からこころのケアが提供されるようになってきている。災害対応ではフェーズ別に目標が設定されており、ここではまず、災害初期の精神保健医療活動について述べたい。

災害直後から約1週間は、ライフラインと通信の断絶に加えて、今回の災害では深刻なガソリン不足があり、ほとんどのコミュニケーションが途

SUZUKI Yuriko

(独) 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 災害等支援研究室長
Section Chief of Disaster Mental Health
Department of Adult Mental Health
National Institute of Mental Health
National Center of Neurology and Psychiatry

絶えた。現地の医療機関や行政機関も甚大な被害を受け、機能することが非常に困難な状態であった。この時期に、精神保健医療の領域で問題になっていたのは、病院の機能が停止した病院の入院患者への医療の継続的な提供であり、まず行政では、地域の精神科医療機関の被災状況の把握を行い、機能していない病院については県内外の医療機関へ入院患者を搬送した。完了には1カ月程度を要したが、これだけでも一大事業といえよう。機能している医療機関では、医療サービスの提供が求められた。急性のストレス障害などの新規のケースよりも、慢性の統合失調症のような既往歴のある患者の急性増悪や再燃のケースが目立ち、措置入院や非自発的入院が必要な状態のケースについても、広域的な精神科救急対応が行われた。

1週間程度経過すると、避難所の巡回やさまざまな心理教育がこころのケアチームによって展開されはじめた。最初は先に述べたコミュニケーション、交通の途絶やニーズの見極めが非常に難しい状態にあり、他県からのこころのケアチーム支援が本格化したのは震災2週間後からであった。福島県や岩手県では、3月24日から、こころのケアチームによる活動が始まり、数カ月に及んでいる。この時期の被災状況としては、ライフラインや通信が部分的に回復し、医療や行政の機能が徐々に復帰し、災害ストレスに対する追加的な業務や対応が求められた。この時期のこころのケアチームには、初期から引き続き医療機関における精神科医療サービスの提供が求められていた。いくつかの医療機関では機能が停止し、外来患者が機能している病院に転院したため、受け入れ先医療機関では新患数が増加した。また、継続的に外来治療をしていた人びとに関しても、処方記録を参照できずに新たに処方を出す状況にあり、これらのケースは1人1人新患のように詳細に情報を聞かなければならず、受け入れ先医療機関では非常に多忙を極めた。この時期は地域の避難者数がピークを迎えた時期であり、各避難所にこころのケアチームが派遣された。こころのケアチームに

は様々な派遣母体があったが、最も主要な派遣体制として、厚生労働省と非被災県による「心のケアチーム」が挙げられる。これは厚生労働省が各県に呼びかけて「心のケアチーム」の出動意向を取りまとめ、被災各県からの依頼をうけて派遣調整した仕組みである。多くの場合、チームの編成は精神科医を含む3～4名の多職種チームで、担当市町村の避難所を中心にアウトリーチをしてニーズのある住民に対応するという取り組みが行われた。この心のケアチームは、精神科臨床活動だけではなく、地域保健活動についても幅広く対応した。例えば、住民のみならず、保健師や保育士などゲートキーパーになる人びとに対して、被災後のこころの反応に関する見通しを伝えるといった心理教育を行ったり、また、過重業務や惨事対応によって非常にストレスがかかっている支援者に対して個別面接をしたり、さまざまな精神保健活動が展開された。5月の連休のころには、多くの自治体で保健師による全戸訪問が行われたが、そこで心のケアチームは、メンタルヘルスに関するハイリスク者の紹介を保健師から受け、より専門的なアセスメントや支援、見守りなどを提供した。

岩手県では今回の東日本大震災以前から、県の精神保健福祉センターが主導して災害対策を行っており、今回の活動記録についても系統的に集約している。こころのケアチームが活動を開始した3月24日から5月11日までの暫定的な集計結果として、この期間で約3,000件のコンタクトがあり、相談者は女性のほうが多かったこと、各年齢層の人びとからさまざまな相談を受けた実態が明らかになっている。対応としては、精神科医による診察が51%と過半数を占め、この診察のうち約35%において、薬が処方されていた。これは、筆者の予想よりは低く、他の臨床記録を併せて振り返ると、こころのケアチームは被災者の心理的問題を過剰に医療的な問題とみなさずに、よく傾聴して、支えとなるような対応をしていたように思われる。次に多かった対応法は相談支援(29%)で

あり、これは必ずしも精神科医による対応ではなく、心理的デブリーフィングのような特別の技法によらないカウンセリングや相談を意味している。先ほどと同じ震災初期における約5,400件の主訴を検討したところ、圧倒的に不眠と不安が多かった。この時期のこれらの症状の多くは、災害領域でよく言われる「異常な事態に対する通常の反応」としての不眠症や不安感であり、何回かフォローしていくと回復していく経過も臨床記録からみて取れた。震災初期の不眠については、ほかの精神症状や情緒的な問題を伴わない、非器質性不眠症の診断が多かった。これは震災1カ月後、また2カ月後においても同様のパターンを示していたが、中長期においては非特異的な反応は相対的に減ることが予想されるので、傾向を注視する必要があると思われる。次に多かったのが身体症状であり、こころのケアと言っても、やはり身体面もあわせて相談を受けたり、身体的不調が診察のきっかけにもなっていたこともある。以上のように東日本大震災後の精神保健医療支援は提供されたが、次節でこの初期の「こころのケア」のあり方について国際的な動向から考察を加えたい。

III 災害精神保健の国際的な動向： IASC ガイドライン

災害時のこころのケアは、近年ではメディアでもよく取り上げられ、その重要性は広く知れ渡るようになった。しかし、「こころのケア」という言葉の意味するところは、話者によって異なり、混乱している側面もある。日本語の「こころのケア」の定義があいまいであったり、こころのケアというなじみのいい言葉がゆえに実態がよくわからなくなってしまっているところが問題であるが、実は海外の被災地においても同様の混乱は繰り返し経験されている。例えば、アメリカのニューヨークのテロやハリケーン・カトリーナ、アジアではインドネシア・スマトラ島沖地震・津波などで、災害後のメンタルヘルスへの関心が高まり、多くの支援者が流入したが、結果として、こ

ころのケアというよりも、混乱をきたしたという反省すらあった。このような背景から、2007年に「災害・紛争等緊急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」が作成された²⁾。これは、WHO やユニセフといった国際機関、そして大型国際 NGO などが数年間の検討を経て作成した災害時や紛争時における精神保健・心理社会的な支援に関するガイドラインである。世界精神医学会 (WPA) は、災害に対して精神科医がより積極的な役割を負うように本ガイドラインに関するワークショップなどを開催しており、筆者は2009年に WHO と WPA による研修に参加する機会を得た。最近ではこのようなガイドラインのもとに支援が行われているが、必ずしも専門家の間で周知が進んでいるとは言い難い状況もある³⁾。

こころのケアの定義であるが、この IASC ガイドラインではメンタルヘルスと心理社会的支援に分けて考えている。メンタルヘルスとは精神保健医療福祉を指し、精神疾患の予防や治療、リハビリテーションを担当する取り組みである。心理社会的支援は、よりひろい意味で人びとのウェルビーイングを高めるための支援であり、心理・教育領域での支援や社会的な取り組み、さらに広くは心のこもった対応や励ましなどが含まれる。これらは両方必要であり、両者含めてこころのケアなのであるが、自分がどこを担当しているのかを理解した上でそれぞれ補っていく必要性をガイドラインは示唆している。実際、今回の東日本大震災においてもさまざまな支援が入り、精神保健医療福祉での対応として、こころのケアチームや医療チーム内で精神科医師や精神保健専門家の活動が行われ、心理・社会・教育の領域では、より広い意味でのこころのケアが、東日本大地震心理支援センターや日赤のこころのケア班、ボランティアの方などによって提供された。

災害時には、トラウマ反応や心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に注目が集まる傾向があるが、本ガイドラインではこの点に注意を喚起してい

る。災害時の心理的側面の問題として、まず、精神疾患の既往がある人々が一定の割合で存在するので、そういった既往歴のある人々への対応が求められる。また、災害に由来する問題、PTSD、アルコール乱用、うつ病、あるいは自殺関連行動などといった問題がある。加えて災害支援に関連する問題があり、災害時の心理的側面の問題はこの3つに分けることができる。平常時の精神障害の頻度の推計としては、重篤な精神障害、例えば統合失調症や重いうつ病などの1年間の有病率は2-3%、不安障害や軽いうつ状態を含めると10%、さらに通常のストレス反応はかなり多くの人を経験していると推計されている⁹⁾。災害後にさまざまな疫学調査が行われており、これらに基づく災害後のWHOの有病率の推定では、これらの割合がそれぞれ2倍程度になると報告されている。重要な点は、特定の疾患だけが問題になるのではなく、幅広くメンタルヘルスのニーズが増えるという点である。また、災害後の精神的反応として、病的な面に注目しがちであるが、最近の疫学調査などでは、住民の回復する力、つまりレジリエンスに関心が持たれている⁹⁾。実際のところ一般住民の反応としては、「異常な事態に対する通常みられる反応」としての一過性の症状が圧倒的に多く、これらの多くは時間の経過とともに回復する。このことを実証的に示した縦断研究として、メキシコにおける洪水とニューヨークのテロ、この2つの災害後に被災者たちの回復の過程を追った観察研究が挙げられる。これによると、災害後に心理的な反応はあまりないグループ、一過性の反応はあるものの、ゆくゆくは回復し予後良好とみられるグループが、合わせて住民全体の約4分の3を占めていた。ただし、やはり一定の割合で問題が続く人々や、特にニューヨークのテロ以降では当初は問題がなくても、遅れて機能低下が出てくる一群が存在するということが報告されている。公衆衛生の立場としては、一過性の集団に対するアプローチとリスクを持っている個人へのアプローチを分けて考える必要がある。

災害後のメンタルヘルスのリスク要因には、主に災害前の要因や災害自体の要因、様々な要因が挙げられるが、災害後の要因は今後の支援のあり方に多くの示唆を与える。社会経済的な要因として生活、経済面での安定などが精神健康に対して保護的に影響することが報告されている⁹⁾。一方で、転居や仮設住宅の使用はリスクを高めることも明らかになっている。仮設住宅入居者や住まいが安定しない人びとには重点的に対応していく必要がある。また、日々の持続的なストレスもその後の予後に影響を与える⁷⁾。ソーシャルサポートについては、どのような研究を見ても一貫して保護的に働くという結果が出ている⁹⁾。現在、絆を大切に作る機運があるが、長期間継続してこのような人々の絆を保つことが非常に重要である。

PTSDだけが災害時の精神健康上の問題ではないことを指摘したが、やはりPTSDは災害というイベントがあつて発症する病態なので注意は必要である。生命の危険を感じるような状況を体験した後に、フラッシュバックのような形で再体験が起こる、関連する出来事避けるようになる回避症状、また、眠れない、いらいら、ぴりぴりしたり、ちょっとしたことでビクッと驚愕反応を起こすなどの過覚醒症状、これらが日常生活に差し障りが出てくるレベルの症状が1カ月続くとPTSDという診断に該当する。ここで強調したいのは、PTSDという疾患と個々のトラウマ反応は区別して見る必要があるという点である。個々のトラウマ反応は誰にでも起こる症状であり、先述の症状群を満たしたものが疾患としてのPTSDの治療の対象になるが、こういったPTSD診断の有病率は日本では低値である。トラウマ的な出来事が起こると、マスコミはPTSD対策を重点的に報道しがちであるが、それはメッセージとして偏っているというのがIASCガイドラインでも表明されている懸念である。ちなみに、平常時のPTSDの頻度は、厳密な方法論をとって行われたWHO主導の地域の疫学調査によると、日本では平常時の1年間の有