

を出し、低・中所得の国においても使用できるPFA マニュアルを公表している(2011)
(英語版 Web :

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf、日本語版

http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf)。

ii) Skills for Psychological Recovery (SPR)

上記の PFA は災害後早期の対応に焦点をあてている。これに対して、SPR は、災害復興期において、中長期的に精神疾患の診断がつくほどではないが、災害によるストレスによって生活に支障が出ている人びとへ対応するプログラムである。精神保健専門家による精神医療的な治療的介入ではなく、地域保健従事者がこのような住民に接するうえで、心理療法的技法(認知の再構成など)を適宜活用して対応できるようにするための研修プログラムである。以下の6モジュールで構成されおり、実際には相談者のニーズに応じて、各モジュールを単独で提供することもできる。モジュールの内容は、1. 情報収集と支援の優先度を定める、2. 問題解決技法を身につける、3. 前向きな行動を勧める、4. 反応に対処する、5. 役に立つ考え方をする、6. 健全な社会のつながりを再構築する、である。

本プログラムも PFA と同じく米国の National PTSD Center で開発された。2009年のオーストラリア ビクトリア州で発生した大規模山火事後には、米国のオリジナルプログラムに修正が加えられて、ビクトリア州のプログラムとして実施されている(Forbus, 2010)。これについても、研修プ

ログラムの評価は行われているが、臨床的なアウトカムを検討した実証研究はまだ出版されていない。

iii) Mental Health First Aid (MHFA)

これは災害時の対応ではなく、平常時の精神的危機状態(例、自殺関連行動、精神病様態、パニック発作などの不安障害、物質使用障害)にある人への初期対応法に関する研修プログラムである。本プログラムは、研修会での指導者研修(Training of Trainer: ToT)という様式と、e-learningでの自習と指導者による補講という様式で展開されている。そして研修修了者を指導者として認定し、指導者はそれぞれの地域や職域にて一般市民向けに初期対応法に関する研修を提供することができるようになる。本プログラムはオーストラリアで開発されたが、最近ではオーストラリア国内はもとより、英国、米国、カナダ、アジア諸国にも普及しており、日本語版も開発されている(Kato, 2010)。

(2) 日本における研修体制の検討

わが国において、災害時に精神保健活動を地域保健活動と連動させて実施していくためには、県の精神保健福祉センターを通じて、保健や福祉に携わる職員に技術支援を提供することが重要である。そこで、我われは、本プログラムを岩手県精神保健福祉センターでの研修として来年度試行することを想定して、研修プログラムの構成、内容、提供形式について検討した。

研修会場による提供形式として、保健専門職を含む行政職員を対象とした研修会を想定して、半日間の最大80名程度の集団研

修を計画した。先行する研修プログラムの内容を参考にして、災害精神保健医療マニュアル改訂版の内容を反映させた研修プログラムを作成した。

また、平常時に災害を想定した事前研修を行っても、災害に対する意識や研修に対するモチベーションが必ずしも高くないこともある。さらに、災害対応時にこのような研修機会にアクセスできると良いという意見から、災害派遣前などに活用できる e-learning 形式を開発した。この e-learning プログラムは、保健・医療・福祉の専門職員を対象として、先述の研修プログラムの簡略版として、視覚教材による自己学習とデモンストレーションビデオ視聴により、災害対応場面への対応例を短時間で学べる形に編集した。また、このプログラムの閲覧は事前登録制として開始し、受講者の反応や意見を取り入れて修正しながら展開することとした。

2) プログラム評価の指標の選定

行動科学や健康教育の領域では、研修等の介入の効果を説明するモデルとして、KAB モデルが用いられることが多い。これは、知識 (Knowledge) を習得し、態度 (Attitude) を形成することによって、行動 (Behavior) の変化をもたらすと説明するものである。しかし実際には、知識を獲得しても、態度、行動は線形に変化するものではなく、現在では様々は概念や変数を介在させた説明モデルが社会心理学領域では提唱されている。なかでも自己効力感を介在させるモデル (Bandura, 1997) は健康教育でよく用いられている。先の MHFA プログラムの効果評価には、前後比較、無作為化比

較試験、質的評価、実際に市民向けに研修会を開催した際のプログラム評価など多角的な検討が行われている。効果に関する量的な検討では、基本的にこのような KAB モデルに基づいて効果が検討されている。具体的には、研修後のメンタルヘルス・リテラシーを測定するために、ある症例の記述を提示して、精神疾患の問題やその介入法に関する知識や支援への自信を尋ね、これらで好ましい効果を得ている (Jorm, 2010)。

災害時の対応に特化した研修プログラムとして、PFA では、ハリケーン・グスタフやイケの災害後に、支援者を対象とする研修会を行い、受講者の支援に関する自信やプログラムの適切性、満足度といった研修受講者の認識を尋ね、好ましい結果を得ている (Allen, 2010)。

SPR については、指導者研修のプログラム評価が行われている (Forbes, 2010)。被災者の支援にマニュアル形式の介入を実際に行うことはできると思うか、実施上のためらいなどプログラムに対する認識や支援への自信、プログラムの有用性の認識を前後比較のデザインで尋ねている。

一方で、専門職を対象とした教育理論として代表的なものに、成人学習理論がある。成人や専門職の学習では、学習者は既に実地での経験を持っているのでこれらを資源として活用し、学習者が教育資材の開発や実施にも関与し、学習したことを実際に適応し、研修内容へ学習者らの意見が取り入れられることを期待している。このような状況で研修を有益なものとするためには、研修受講者が能動的に参加できるような、双方向的な議論と事例検討、ロールプレイ、

視覚教材の活用、参加型にするといった工夫が勧められている(Knowles, 1990)。日本でもこのようなアプローチで研修を提供しており成功を収めている取り組みもある(The PEACE Project, <http://www.jspm-peace.jp/about.html>)。

以上のような理論に基づき、我われの研修は、講義形式に加えて視聴覚教材を提示し、議論や討論の時間をとることによって、学習効果が高まることが考えられた。またそれぞれの職場における災害時精神保健体制や各機関との連携を具体的に考えるために、災害時クリティカルパスを作成するといった演習を加え、能動的な研修とするとよいと考えられた。

2. 平成 23 年度

1) 改訂マニュアルに準拠した研修プログラムの開発

近年の災害精神保健に関する最新知見や、わが国における災害対応の経験をもとに作成した、災害精神保健医療マニュアル改訂版の普及のために、保健・福祉をはじめとした行政職員を対象とした研修プログラムを開発した。

(1) 災害精神保健医療マニュアル改訂版を作成

平成 22 年度に実施したデルフィ法の調査結果に基づき、マニュアルを作成した。災害対応時の必須情報と、参考情報を異なった階層に分けて構成することで、優先順位を明確化し、読みやすさを求めた。内容は以下の通りである。

1. 災害時の精神保健活動の枠組み

1) 平時からの準備

- (1) 地域防災計画への位置づけ

- (2) 災害時の業務継続計画の作成、役割分担、法的根拠の理解

- (3) 初期対応の方針の決定

- (4) 情報集約・管理

- (5) 地域保健活動との連動

- (6) 研修

- ・災害対応に関わる全ての支援者を対象とした研修

- ・精神保健および地域保健関係者への研修

- ・精神保健を専門としない対人援助職への研修

- 2) こころのケア対策本部

- 3) 災害精神保健計画

- 4) メディアへの対応

- 5) 研修

2. こころのケアチームのあり方

- 1) 被災地での受け入れ体制

- 2) こころのケアチームの派遣

- (1) 組織的なこと

- (2) 業務

- (3) 活動方針、心構え

- 3) こころのケアチーム以外の支援のあり方

3. 災害時こころのケアのあり方

- 1) 基本的心構え(方針)

- 2) 具体的な対応方法

- 3) 心理教育

- 4) 災害時要支援者について(子ども含む)

- 5) 初期対応における精神保健専門家の役割

- 6) スクリーニング

- 7) ホットライン

4. 支援者自身のケア

- 1) 平時からの準備

- 2) 被災地の職員のケア

- 3) 被災地へ派遣された職員のケア

(2) 研修ツールの e-learning 化

健康危機場面において即時に参照できるような e-learning 版の整備を行った。近年の災害精神保健に関するガイドライン (IASC ガイドライン (IASC, 2007)、IASC 保健医療関係者向けガイドライン (IASC, 2010)) の日本語版や、わが国における阪神淡路大震災や、中越地震、中越沖地震、岩手宮城内陸地震といった大型自然災害の経験から得られた対応方針について、デルファイ法で合意形成を行い作成したマニュアル、および注意すべきポイントに関するスライド集、そして対応ロールプレイビデオといった要素から構成された研修パッケージを作成し、ホームページにて公開した。(資料 1)。内容は以下の通りである。

1. マニュアル類

- ・ 災害精神保健医療マニュアル改訂版 (資料 2)
- ・ 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 (資料 3)
- ・ 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 (保健医療版)

2. 研修スライド (資料 4)

3. 災害時の対応についてのビデオ

- ・ 遺族対応編
- ・ 電話相談編

2) 研修会の試行とその評価(予備的検討)

東日本大震災を経験した岩手県において、平成 23 年 11 月 23 日にプログラムの一部を試行し、参加者よりフィードバックを得た。

特に災害後の中長期に生じる問題の典型例として作成した、抑うつ感やトラウマ反

応のある住民への電話対応ビデオを供覧し、対応方法の検討および、今回の東日本大震災での地域保健上の課題について、参加者 (約 100 名) に自由に議論を促した。

動画で示したシナリオ設定は、地域保健活動のなかで起こりうる現実的な設定であるという評価が多かった。

そして、東日本大震災から 8 か月が経過した時点における地域精神保健上の問題としては、以下のような意見が挙げられた。

・ うつ状態、トラウマ症状が主体の適応障害のケースはあるが、典型的でない訴えが多い。具体的には、不眠、不安、意欲低下、抑うつ、攻撃性亢進などがある。

・ 電話相談では、放射線への不安、自己臭の相談等があり、来所を促すのが課題である。

・ 疾患や症状が顕著でなくても、傾聴でリスクを下げられるような場合もある。

・ 地域精神保健の問題となつて長期的に残るのは、シンプルな災害ストレス反応ではなく、統合失調症、認知症周辺症状、夫の飲酒問題などといった精神疾患/問題が背景にあるケースで、医療・保健以外にも多面的なアプローチが求められる。

・ 対応に困難を感じるのは、高齢者、アルコール関連の問題をもつ本人/家族、その他の精神疾患、生活保護受給本人/家族、パーソナリティ障害など、問題を複合的に抱えている人である。

・ 今後の生活、自殺・借金について、自死遺族、認知症などの相談が増えている。

・ 家族内の一人に症状があると、多くの場合、家族の他メンバーにも症状があり、家族全体に臨床的配慮が求められる。

・ 問題の複雑化 (合併症)、家族内の対応力

の低下等が背景にあり、高齢・母子家庭は多面的支援が必要である。

・複数の施設に相談がある場合、連携しているが、ケースマネジメントが課題である。

D. 考察

1. 平成 22 年度

1) 災害時の精神保健対応に関する研修体制の構築

先行する災害精神保健および平常時の精神保健に関する研修プログラムを検討した結果、集団を対象とした研修会形式と e-learning 形式を整備することが望ましいと考えられた。平常時における災害精神保健研修は、その必要性は認識されているものの、他の業務との関係で研修としての優先順位は高くないと考えられる。しかし、ひとたび危機が発生すれば災害精神保健体制の整備やスキルが求められるので、健康危機場面において即時に参照できるような e-learning 版も準備しておくことは必須であると考えられた。

2) プログラム評価の指標の選定

プログラム評価の指標の選定にあたって先行研究を検討したところ、災害精神保健に関する研修プログラムは災害後の実施上の難しさから、効果評価研究というよりもプログラム評価という形での実証的な検討は緒についたばかりであることが明らかになった。このような状況を鑑み、我われのプログラムにおいても、研修プログラムの洗練化、実用化を目的としてプログラム評価および予備的な効果の検証を行うことから始めることが妥当であると考えられた。

研修に関する教育理論を検討したところ、

KAB モデルは行動科学や健康教育領域にて多く用いられているが、今回我われの研修の対象者は保健領域の専門職であり、受講者はそれぞれ知識や経験の蓄積があるので、成人学習理論に沿って、単純な知識伝達型ではなく、彼らからの知識や経験を取り込む形にしたほうが、研修受講者、提供者ともに得るものは多いと考えられた。

これらを総合して考えると、本研修プログラムの評価は、研修前、研修直後、研修 1 カ月後の 3 時点において、災害精神保健に関する知識、特に映像教材を作成した遺族対応、災害後の二次的ストレスやこれに基づく自殺関連行動やトラウマ反応に関する知識や対応への自信(自己効力感)等を、筆者らの先行研究と比較できる形で量的に検討することから始めることが現実的であると考えられた。そこで、わが国で行われた先行研究を参考にして、健康危機時の精神保健対応に関する知識 4 項目、自己効力感 3 項目を選定した。

しかし、このような研修の効果は知識や態度のみで測定できるものではない。また研修受講者の意見によって研修内容の改善が期待される部分もある。そこで、研修参加者からの意見を自由記載で求めたり、少人数でのフォーカスグループ・インタビューなどの質的検討を行う必要があると考えられた。特に映像教材視聴、ワークショップの効果に関しては、参加者らの現状認識、課題に関する半構造化アンケートや面接を実施し、質的分析を加え、さらにプログラムに修正を加え、参加者らの経験、ニーズを反映させる必要があると考えられた。

2. 平成 23 年度

研修プログラムの一部を実施し、東日本大震災でも使用可能な場面設定であるという評価を得た。一方で、多様かつ複雑化したケースへの対応が現場で従事する支援者の課題であることが明らかとなった。本プログラムは、災害対応の初期研修に活用し、初期対応法の普及、底上げを目的とした研修で利用することが有用であると考えられた。

また、上記の研修プログラムは、支援者個人のスキルアップを目指すものであるが、災害の際には、支援者個人だけでは十分な支援活動は行えず、被災地および被災地外の地方自治体等行政の活動が重要である。しかし、現在、国の防災計画や災害救助法の中に災害時の精神保健活動に対する規定がないことから、国として被災地の精神保健行政をどのように支援するかについては、その都度検討されなくてはならない状況にある。そこで、行政への支援の在り方を検討するため、災害に関連した文献と新潟県中越地震の際に中心となって活動した元県精神保健福祉センター職員に聞き取りを行った。過去の大規模災害の文献研究からは、県の精神保健担当課や精神保健福祉センター、保健所などが被災地の精神保健活動の中心を担っていた。一方これらの行政機関は通常的人员で新たに増加する震災への精神保健活動を担わなくてはならないことから、通常業務も含めた人員の補充などの支援は必要であると考えられた。新潟県中越地震での被災地の行政支援の実践および聞き取りから、県担当課、精神保健福祉センターなどのそれぞれの機関レベルの支援が必要であることが明らかにされた。

E. 結論

災害精神保健マニュアル改訂版に則した研修プログラムを開発するにあたり、研修会方式、e-learning の二つの様式を整備した。また、プログラム評価の指標を選定するために、研修プログラムの理論について整理した。健康教育で多用される KAB（知識-態度-行動）モデルと、専門研修の開発で活用される、成人学習理論を検討し、これらをもとに研修理論を整理して、測定すべき指標や方法について検討した。その結果、従来の精神保健領域の研修プログラムで用いられている効果評価研究の量的な検討に加え、質的分析を加えるなどの多角的アプローチをとることが妥当と考えられた。

実際に本研修プログラムを試行した結果、本研修プログラムの内容は、東日本大震災でも使用可能な場面設定であるという評価を得た一方で、多様かつ複雑化したケースへの対応が現場で従事する支援者の課題として挙げられた。このような理由から、本プログラムは、災害対応の初期研修に活用し、初期対応法の普及、底上げを目的とした研修で利用することが有用であると考えられた。

【参考文献】

Allen B, Brymer MJ, Steinberg AM, Vernberg EM, Jacobs A, Speier AH, Pynoos RS. Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *J Trauma Stress*. 2010 Aug;23(4):509-13.

Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. W.H. Freeman, 1997

Bryant RA. Practitioner perceptions of Skills

for Psychological Recovery: a training programme for health practitioners in the aftermath of the Victorian bushfires. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Dec;44(12):1105-11.

Everly GS, Mitchell JT. *Critical Incident Stress Management (Cism): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention (Innovations in Disaster and Trauma Psychology, V. 2)* Chevron Pub Corp. 1999.

Forbes D, Fletcher S, Wolfgang B, Varker T, Creamer M, Brymer MJ, Ruzek JI, Watson P,

深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴. 都道府県及び政令指定都市を対象とした災害時精神保健活動に関するニーズ調査. *日本社会精神医学会雑誌*. 2010;19:16-26.

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

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?* 2010.
http://www.unicef.org/protection/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. *Mental health first aid training*

by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Dec;44(12):1072-81.

Kato N. Competences necessary for Japanese public health center directors in responding health emergencies. *日本公衆衛生雑誌*. 2005;52:943-56.

Knowles, M.S. 1990 *The Adult Learner: a Neglected Species* 4th edition, Houston: Gulf Publishing Company, Book Division

奥田博子. 【災害時に保健医療従事者は何をすべきか 期待と現実の Gap】自然災害時における保健師の役割. *保健医療科学*. 2008;57:213-9.

Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560. Review.

鈴木友理子, 深澤舞子, 金吉晴. 保健師における災害精神保健支援に関する準備状況. *トラウマティック・ストレス*. 2010;8:45-53.

Tachibana T, Takemura S, Sone T, Segami K, Kato N. Competences necessary for Japanese public health center directors in responding health emergencies. *日本公衆衛生雑誌*. 2005;52:943-56.

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision

International (2011). Psychological first aid. Guide for field workers. WHO, Geneva .(訳：(独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012). 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファースト・エイド PFA) フィールド・ガイド.

3. その他
いずれもなし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中島聡美：災害時のこころのケアについて. 日本看護協会出版会編集部, :ルポ・そのとき看護は ナース発東日大震災レポート. 日本看護協会出版会, 東京, 2011, pp576-580.
- 2) 大澤智子, 中島聡美, 村上典子, 小西聖子：〔座談会〕東日本大震災における悲嘆反応と支援者ストレス -3 ヶ月後の現状都これから. トラウマティック・ストレス 9 (2), 158-164, 2011.
- 3) 中島聡美；大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援. 精神保健研究 58, 27-34, 2012.

2. 学会発表

- 1) 成澤知美, 鈴木友理子, 深澤舞子, 中島聡美), 金吉晴：Delphi 法を用いた災害支援者のストレス対応ガイドラインの作成 (ポスター), 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会, 福岡, 2012.6.9.

いずれもなし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録

資料1 災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル類ツール集

ココロケア | 災害/犯罪被害時こころのケアのあり方 - Mozilla Firefox

cocorocare.jp

cocorocare -ココロケア-

災害/犯罪被害時こころのケアのあり方

IASC

Standing Committee

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

複合的な災害・紛争等や自然災害に対する関係機関間の意思決定を円滑にするための主要な機構としてIASCを定めている。IASCは、国連や...

はじめに

- 災害時こころのケア
- 犯罪被害時こころのケア

マニュアル類

- 災害精神保健医療マニュアル

研修スライド

- IASCガイドライン

ビデオ

- IASCガイドライン(保健医療版)

Tweet 0

+1 0

いいね!

「いいね!」と言っている友達はまだいません。

資料2 災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル集 (1)

災害精神保健医療マニュアル | ココロケア - Mozilla Firefox

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) 履歴(S) ブックマーク(B) ツール(I) ヘルプ(H)

災害精神保健医療マニュアル | ココロ... +

cocorocare.jp/n/manual/manual/

よく見るページ Gmail MSN Japan iGoogle Yahoo! ジョルダン えきねっと 英辞郎 Pubmed@NCNP >>

災害時のこころのケアのあり方

はじめに 災害時こころのケア 犯罪被害時こころのケア

TOP > 災害時こころのケア > マニュアル類 > 災害精神保健医療マニュアル

災害精神保健医療マニュアル

HTML版の目次

- はじめに
- 本マニュアルの位置づけ
- 用語の定義
- I. 災害時の精神保健活動の枠組み
 - 1. 平時からの準備
 - 2. こころのケア対策本部
 - 3. 災害精神保健計画
 - 4. メディアへの対応
 - 5. 研修
- II. こころのケアチームのあり方
 - 1. 被災地での受け入れ体制
 - 2. こころのケアチームの派遣
 - 3. こころのケアチーム以外の支援のあり方
- III. 災害時こころのケアのあり方
 - 1. 基本的な構え(方針)
 - 2. 具体的な対応方法
 - 3. 心理教育
 - 4. 災害時要支援者(子ども含む)
 - 5. 初期対応における精神保健専門家役割
 - 6. スクリーニング
 - 7. ホットライン
- IV. 支援者のケア
 - 1. 平時からの準備
 - 2. 被災地の職員のケア
 - 3. 被災地へ派遣された職員のケア

文献、資料、奥付

PDF版

- PDF版はこちらです → cocorocare.jp/n/manual/manual/pdf/

資料3 災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル集 (2)

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 | ココロケア - Mozilla Firefox

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) 履歴(S) ブックマーク(B) ツール(I) ヘルプ(H)

災害・紛争等緊急時における精神保健... +

cocorocare.jp/n/manual/iasc/

よく見るページ Gmail MSN Japan iGoogle Yahoo! ジョルダン えきねっと 英経部

災害時のこころのケアのあり方

はじめに 災害時こころのケア 犯罪被害時こころのケア

TOP > 災害時こころのケア > マニュアル集 > 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

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



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



Scribd Fullscreen Share 1 of 97

資料4 災害時精神保健 e-learning プログラム 研修スライドツール集

災害時の支援・こころのケアに関する研修スライド資料 | ココロケア - Mozilla Firefox

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) 履歴(S) ブックマーク(B) ツール(I) ヘルプ(H)

災害時の支援・こころのケアに関する...

cocorocare.jp/n/slide/2-2/ cocorocare

よく見るページ Gmail MSN Japan iGoogle Yahoo! ジョルダン えきねっと 英辞郎 Pubmed@NCNP Desknets

災害時のこころのケアのあり方

はじめに 災害時こころのケア 犯罪被害時こころのケア

TOP > 災害時こころのケア > 研修スライド > 災害時の支援・こころのケアに関する研修スライド資料

災害時の支援・こころのケアに関する研修スライド資料

総論・組織的対応



▶

災害時の支援・こころのケア 総論・組織的対応

(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

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）

分担研究総合報告書

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な
精神保健医療体制の構築に関する研究

災害精神保健体制に関する行政評価研究

分担研究者 伊藤弘人 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長

研究協力者 鈴木友理子 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 室長

黒澤美枝 岩手県精神保健福祉センター 所長

加藤寛 兵庫県こころのケアセンター センター長

小原聡子 宮城県精神保健福祉センター

畑哲信 福島県精神保健福祉センター 所長

深澤舞子 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 協力研究員

研究要旨

【目的】健康危機発生の各フェーズにおいて、効果的な精神保健医療・ケアを保証する体制を明らかにすることを目的とした。平成 22 年度は、各フェーズにおいて効果的な精神保健医療・ケアを保証するモデルを提示するため、クリティカルパスを作成し、災害対応における課題を整理した。平成 23、24 年度は、実際の災害対応に基づいて、作成したクリティカルパスの有用性等を評価するとともに、災害対応の課題を検討した。

【方法】平成 22 年度は、災害対応の経験豊富な精神保健専門家から情報収集を行い、災害の種類を大型自然災害に設定し、精神保健対応クリティカルパスを作成した。災害発生のフェーズは、数時間、数日間、数週間、数ヶ月の 4 つに区分し、各フェーズにおけるターゲットとゴール、災害対応を行う各組織の役割を整理した。また、郡部と都市部における対応の課題を整理した。平成 23 年度は、東日本大震災への対応にあたり、本クリティカルパスを活用した宮城県の精神保健福祉センター職員から情報収集を行ない、作成したクリティカルパスの妥当性、有用性、課題等について実際の災害対応に基づいて評価するとともに、災害対応の課題を検討した。平成 24 年度は、行政の精神保健福祉領域における大規模災害後の対応、課題について明らかにするため、福島県精神保健福祉センターの立場から、東日本大震災の経験を記述した。

【結果】平成 22 年度には、岩手宮城内陸地震の経験を基に、岩手版クリティカルパスを作成した。それをもとに、都市部版クリティカルパスも作成した。郡部では、フェーズ 0 における精

神保健活動の方針の決定や人的支援の派遣調整、フェーズ 1 における医療機関や行政の職員への初期対応に関する研修、フェーズ 2 における医療機関へのアクセスに関する地理的問題、フェーズ 3 におけるスクリーニング等に、課題が見出された。都市部の課題としては、体制構築上の問題、精神科医療供給の問題、外部からの支援者の統制の問題が提起された。平成 23 年度に行った宮城県精神保健福祉センター職員への聞き取りでは、東日本大震災への対応にあたり、本クリティカルパスに示された活動方針は理解されたが、災害の規模が甚大であったため、フェーズ 0 に相当する期間が 2~3 週間におよんだこともあり、特にこの時期に被災状況や保健体制に関する情報収集をはじめ、様々な課題が指摘された。また、平成 24 年度に行った福島県精神保健福祉センター所長への聞き取りでは、東日本大震災発生後の行政内の役割分担、外部からの支援の受け入れとコーディネート、精神保健福祉センターからの情報提供の重要性、放射線への不安への対応、精神科医療の再建と病床不足の問題、東日本大震災において特に福島県で課題となった点、行政職員の業務の増加とストレスなどについて、明らかとなった。

【考察】「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」を作成することで、災害発生時の支援の流れについて、各フェーズにおける関係組織の役割のポイントと課題を整理することができた。そして、実際に災害対応にあたった視点から、行政の対応、課題について、参考資料を提示することができたと考える。また、本クリティカルパスは提示するだけでなく、現地の状況で必要なことや優先順位を見極めたり、行政の判断や行動を支援するといった行政支援も併せて提供する必要があると考えられた。

A. 研究目的

災害時の精神保健対応に関して、各組織が実施した対応について報告した文献は多数見られるが (1-9)、災害への対応全体のなかにおける各組織の動きや、組織間の連携、時間経過とともに変化する役割等について、概要をまとめたものは不足している。災害時の精神保健対応については、災害対応にあたる全ての組織において共通認識を作り、連携をとることの重要性が、これまでの災害対応への反省から強調されてきているところであるが (10)、各自治体において必ずしも災害対応への準備が整えられているとは言いがたく (11)、平時においても多忙な業務のなか、なかなか災害対応への準備、他の組織との調整に労力や時間を割けないというのが現状であろう。

このような現状において、各自治体の災害時の精神保健対応への準備性を高めるため、災害対応の全体と各組織の動きをまとめ、これを各組織で共有可能なものとするのがまず必要だと考えられる。これにより、平時における災害対応への準備、また災害時の混乱のなかで各組織の役割を整理し、組織間での連携を促進できると考えられる。

そこで本分担研究においては、健康危機発生の各フェーズにおいて、効果的な精神保健医療・ケアを保証する精神保健医療体制を整理して、そのモデルを提示することを目的とした。平成 22 年度ではそのはじめとして、多様な災害のうち日本において頻度が高く、よって経験の蓄積のある大型自然災害を選び、災害対応全体のなかの精神

保健対応に焦点をしばって、郡部版および都市部版のクリティカルパスを作成した。また、災害対応における課題についても整理した。

平成 22 年度の研究成果についてまとめ終わった直後の平成 23 年 3 月 11 日に東日本大震災が発生し、研究協力者の鈴木が災害アドバイザーとして、同 3 月 25 日から宮城県の精神保健福祉課に対して行政的な支援を開始した。そのなかで、平成 22 年度に作成した「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」が提示され、宮城県保健福祉部障害福祉課や宮城県精神保健福祉センター担当者と今後の対応を検討する上で、本クリティカルパスが活用された。同 4 月 25 日には、宮城県精神保健福祉センターから、宮城県全体の精神保健福祉活動の流れを示す全県版パスと、各地域の状況や資源を勘案して作成された地域別パスが作成され、中長期的な対応の見通しを示すのに活用された。以上のような経緯のもと、平成 23 年度には、平成 22 年度に作成した「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」について、宮城県の東日本大震災での災害対応に基づいてその有用性を評価するとともに、災害対応の課題を検討した。さらに平成 24 年度には、精神保健福祉領域における大規模災害後の行政の対応、課題について明らかにするため、福島県精神保健福祉センターの立場から、東日本大震災の経験を記述した。

B. 研究方法

1. 平成 22 年度

災害対応の経験豊富な精神保健専門家からの情報収集という方法をとった。郡部版

のクリティカルパスの作成には、岩手県精神保健福祉センターの黒澤美枝所長から、都市部版のクリティカルパスの作成には、兵庫県こころのケアセンターの加藤寛副センター長から、協力を得た。

(1) 調査票の作成

災害の種類を大型自然災害とし、郡部における対応と都市部における対応の 2 つのパターンを想定した。

災害発生フェーズは、重点が置かれる対応の種類により、災害発生から救助がくるまでの数時間、救出・救助・救急が中心となる数日間、保健医療が中心となる数週間、福祉が中心となる数ヶ月の 4 つに区分した。各フェーズにおける、ターゲット（起こりうる事態）とゴール、災害対応を行う組織として、精神保健対策本部（本庁、精神保健福祉センター）、保健所、市町村、医療機関、医療チーム、こころのケアチームの役割を明記することとした。

(2) 精神保健専門家からの情報収集

まず、郡部における災害対応の経験のある、岩手県精神保健福祉センターの黒澤美枝所長へ、上記の調査票をもとに、各フェーズにおけるターゲットとゴール、各組織の役割の記述を依頼し、郡部版クリティカルパス案を作成した。加えて、岩手県精神保健福祉センターの経験をもとに、県の精神保健福祉センターの視点から、災害時の精神保健対応に関わった各組織の役割と問題点、課題を提起した。

次いで、先に作成した郡部版クリティカルパス案をもとに、都市部において災害対応の経験のある、兵庫県こころのケアセンターの加藤寛副センター長へ、都市部版の災害対応について記述を依頼し、クリティ

カルパス案を作成した。加えて、兵庫県こちらのケアセンターの経験に基づき、都市部における災害対応の課題を提起した。

2. 平成 23 年度

東日本大震災への対応にあたり本クリティカルパス（資料 1）を活用した宮城県の精神保健福祉センター職員小原聡子医師から、震災から 10 か月が経過した 2012 年 1 月 30 日に情報収集を行った。東日本大震災への対応にあたって宮城県精神保健福祉センターによって作成されたクリティカルパス（資料 3、4）およびこの情報収集をもとに、平成 22 年度に作成した「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」の妥当性、有用性、課題等について評価するとともに、災害対応の課題を検討した。

3. 平成 24 年度

福島県の精神保健福祉領域における東日本大震災後の動きについて、震災の発生から 1 年 3 か月が経過した 2012 年 6 月 14 日に、福島県精神保健福祉センターの畑哲信所長へ聞き取りを行い、それをもとに整理した。

C. 結果

1. 平成 22 年度

郡部版と都市部版の大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス案が作成された（資料 1、2）。また、災害対応にあたって、郡部における課題、都市部における課題が整理された。

（1）郡部版クリティカルパス案の作成と災害対応の課題

i) 災害経験について

2008 年 6 月 14 日、マグニチュード 7.2 の岩手宮城内陸地震が発生した。この地震に

より、岩手県内では南部地域が被害を受けた。本災害の特徴は、同規模の地震と比較して、建物被害が少なく土砂被害が多大な点であった。この災害への対応として、岩手県精神保健福祉センターは、保健所や保健センターが実施する精神保健活動の調整や後方支援にあたった。「災害時地域精神保健医療ガイドライン」（12）と、岩手県精神保健福祉センターが作成した「岩手県災害時こちらのケアマニュアル」（13）に基づき、支援が行われた（14）。郡部版のクリティカルパス案は、この災害当時の岩手県の精神保健活動に関する報告書（15,16）や日誌等の資料レビューに基づいて作成された。

作成された郡部版のクリティカルパス案（岩手版クリティカルパス）を資料 1 に示す。また、岩手県精神保健福祉センターの視点から、岩手宮城内陸地震へ対応した際の問題点や課題点を、フェーズごとに示す。

ii) フェーズ 0

救助がくるまでの数時間から数日の間、各現場において起こりうると想定されるのは、精神不穏（パニック）である。

この時期には、精神保健活動の方針の決定と人的支援の派遣調整に関して、問題が見られた。具体的には、県内において現場アウトリーチや情報収集がなされない段階で、県外からの人的支援派遣の打診を断ったこと等である。現場との円滑な連絡調整のためには、情報の報告様式の準備や、訓練への参加をさらに要すると考えられた。また災害発生時、精神保健活動の方針を決定するための知識や経験の不足もみられ、平時から関係機関に対し、精神保健に関する研修を継続する必要性も明らかとなった。

iii) フェーズ 1

救出・救助・救急が主となる数日の間、精神保健対応の主な実施場所は救護所や遺体安置所となる。この間に起こりうることとしては、精神障害者の症状の悪化に加え、ASD (Acute Stress Disorder)、悲嘆反応、またスタッフの惨事ストレスによる急性反応がある。

岩手宮城内陸地震発生後のこの期間、岩手県では、保健所の保健師が、事故で負傷した2団体に関して情報収集を行い、岩手県精神保健福祉センターは事例の後方支援にあたった。これらの活動を通じて、医療機関から患者が転出する前に、心理面を含めたアセスメントや情報提供がなされていれば、地域によるハイリスク者の同定やその後のフォローがスムーズになると考えられた。そのためにはまず、医療機関の職員が、ASD やサイコロジカルファーストエイド等の知識を学ぶ機会が必要であろう。また阪神淡路大震災等の経験より、行政職員が遺体や遺族に対応することを求められる事態も想定されるため、日常的にこのような経験のない行政職員へ、初期対応のシミュレーションの機会を提供することが求められると考えられた。

iv) フェーズ2

保健医療が中心となる数週間において、精神保健対応の主な活動場所は、避難所、自宅、医療機関となる。この期間は、精神障害者の服薬中断の問題に加え、避難所や相談窓口での適応障害、PTSD (Posttraumatic Stress Disorder)を含む不安障害、アルコールの問題などの事例が顕在化する時期である。また、スタッフの疲労の問題も顕在化してくる。

この期間、岩手県精神保健福祉センター

は、多くの関係機関と共に、様々なシチュエーションへアウトリーチを行ったり、その調整を行ったりした。活動の中で、ケアアクセスの確保や地理的移動の困難を再確認した。

まず、避難所等における精神保健活動は、感染症や栄養管理などの一般保健活動の現場レベルの調整主体が確立して初めて可能になる。岩手宮城内陸地震における活動では、地域毎にその主体が異なっていたため、精神保健福祉センターによる后方支援の進め方も多様となった。

次に、医療機関へのアクセスの問題があった。岩手宮城内陸地震の際には、医療機能は保持されていたものの、多くの区域には精神医療資源がなかった。このため混乱の中、医療保護入院の対象者を、100km 離れた病院へ搬送する調整を行った事例があった。また、PTSD 患者の治療は、内科医により行われた。このような地域では、普段から保健活動に従事する地元の行政の支援者と、都市部から応援にきた支援者の間に、精神科医療機関へ紹介する対象者やそのタイミング、連携というイメージの共有化が難しい場合があった。

またこの時期、複数の支援者の精神不調が明らかになり、心のケア班が対応した。この同定と連携については、心のケア班よりむしろ産業保健スタッフによる関わりが、長期的なフォローや労務管理の観点からも効率的だと考えられた。

v) フェーズ3

福祉が主となる数か月以降は、精神保健対応の主な活動場所は仮設住宅等に移る。フェーズ3に入ると、うつ病や自殺等も活動のターゲットになる。

岩手県では岩手宮城内陸地震の際、地域単位で精神医学的スクリーニングを実施した。しかしながら、被災現場で調査管理をすることは難しく、地区によっては、十分に回収を得ることができなかった。スクリーニングは、住民健康診査や各種公的調査に、平時の段階から組み込まれている方が効率的だと考えられた。

また岩手県は、被災前から自殺率が高く、医療従事者が少ないという地域特性を有している。したがって精神医療機関へ紹介する対象者は、不眠等の軽症者ではなく、自殺の危険性が高い重症者が主となる。この振り分けを可能にするには、支援者が、自殺リスクの評価と、見守りを継続するのか専門治療へつなぐ必要があるのかを見極めるスキルを持つことが必要である。しかし、平時において、精神保健スクリーニングのフォロー事例や自殺未遂事例を扱うケア会議やモニタリングをする習慣のない地域も少なくない。このような地域が被災した場合、支援者が心のケア介入を行ったとしても、適切にフォローすることは容易ではないと考えられた。

vi) 災害時の地域精神保健医療活動に関するアンケート調査から

岩手県精神保健福祉センターは、岩手宮城内陸地震から7カ月後の平成21年1月に、支援活動に関わった保健・福祉関係12機関92人を対象に、活動の評価を目的としたアンケート調査を実施した(15)。調査内容は、「精神保健医療活動の体制」、「精神保健医療活動の連携」、「被災住民への精神保健医療活動」、「今後の課題」の4項目16問と自由記載であった。

この調査で指摘された点は、以下の通り

であった。支援者が「円滑に活動ができた」と評価した項目は「安否確認・健康調査」が最も多く53%であった。「できなかった」または「どちらでもない」と回答した上位3項目は、「外国人への心理教育的情報提供(65%)」、「災害時精神保健に関する職員研修(63%)」、「他部署との連携(62%)」であった。また、「課題があり今後の対策として最も重要である」と指摘されたのは、「組織内の役割分担(55%)」、「組織間の連絡調整(55%)」で、過半数を超えた。

自由記載には、「引き継ぎがうまくいかなかった」、「人員が不足した」など、従来の災害活動でも指摘されてきた内容がみられた。また、岩手県らしいコメントとしては、「三陸沖津波を想定するイメージが強く、内陸地震の対応イメージがわかなかった」、「避難所では不満の訴えが少なかった」、「健康教育の集まりが悪かった」、「地域の中で「ゆい」の精神があるため、行政と民間団体との連携は支障をきたすことはない」、「県外から来た支援者の口調(早口)や文化的背景が異なったため、協議が難しく心理的に疲れた」などがあつた。

このアンケート調査は、限られた支援者を対象としたものであり、地域活動の全体像を捉えたものではない。疲弊や混乱などの困難な状況の中で、地域単位で意味のある精神保健を含めた評価が可能なのか、今後工夫の必要があると考えられた。

vii) 総合活動報告会から

岩手県精神保健福祉センターは、被災から8カ月後、「災害時の支援活動及び心のケアに関するシンポジウム(総合活動報告会)」を開催した(16)。報告会には、阪神淡路大震災や新潟中越沖地震で実際に活動したア

ドバイザーを招いた。参加者 78 人のうち 40 人から、災害時の支援活動や報告会に関する、86 件の意見や感想を得ることができた。

肯定的記載内容としては、「平時の準備をする上で実際の体験の話を知ることができ、とても伝わった」、「リアリティがあった」、「思いが伝わった」等が 24 件みられた。一方、「自分だけではない」、「初めて知った自分が恥ずかしい、申し訳ない」や、「活動の話を知り、涙がでそうになった」、「胸がいっぱいで涙がでた」、「ショックだった」という記述も見られた。

災害後の報告会や会議は、継続支援や活動の検証のために不可欠である。また、現場からのメッセージをダイレクトに伝え、他地域の職員の災害準備性を高める可能性も有する。しかしながら、検証内容が実行力をもつには、被災活動で生じた支援者の葛藤や不良になった人間関係が修復され、支援者のコンセンサスが得られる状況になることが前提である。こうした点から考え、報告会等の主催者は、グループ対応的な進行（転移、普遍化、カタルシス、トラウマ反応等）や、支援者のメンタルヘルスをふまえた会の持ち方を、事前に検討しておく必要があると考えられた。

viii) まとめ

岩手宮城内陸地震における精神保健活動の経験、記録に基づいて岩手版クリティカルパスを作成するとともに、主に岩手県精神保健福祉センターの視点から、災害対応の課題を検討した。

災害時に、ケアを要する者の同定とそのアクセスを確保するためには、被災地内部および外部の専門従事者や現場の意見をふ

まえながら、早期の段階からケア方針を検討することが必要である。クリティカルパスは、自己目的化すると非効率的になるが、混乱した状況における連携や共有化のための一つのツールとなりうる。地域の実情に応じた検討をするためには、さらに、当地域における活動の前提となる状況を確認するオリエンテーションの準備をしておかなければならない。例えば、地域分析の情報（被災前の、地域資源の連携状況や支援スキル等）、公衆衛生に関する情報（地域特性、岩手県の例では、四国に匹敵するほどの県土、冬期の寒冷環境下での集中力の保持や体調管理のコツ等）の確認である。

災害は、地域ケアの弱点に多くの人が直面する機会であり、住民の助け合いや精神的結束が高まる機会でもある。このような経験やエネルギーを日常の精神保健活動にどのように生かすことができるかという視点も必要であると考えられた。

(2) 都市部における課題

都市部における大型自然災害発生時の精神保健対応に関するクリティカルパス案は、岩手版クリティカルパスを基にして、都市部における災害対応の経験豊富な専門家により作成された（資料 2）。また、これに加えて、都市部における課題が提出された。都市部で大型自然災害が発生した場合に問題となる点として、i) 体制構築上の問題、ii) 精神科医療供給の問題、iii) 外部から流入する支援者の統制の問題、の 3 点が指摘された。

i) 体制構築上の問題

体制構築上の問題は、本部機能を担う組織が被災した場合の問題、政令指定都市や

保健所政令市が存在する場合の問題、都道府県をまたぐ広域的な災害の場合の問題の3点に整理できる。

まず一つめの問題として、本部機能を担うべき都道府県庁が被災した場合、どの組織がどのような権限で災害対応の全体をコントロールするのか、という問題が整理されていないということがある。例として、阪神淡路大震災の際、兵庫県庁も神戸市役所も被災しており、これらが機能を回復するまでは現場がそれぞれ独自に対応しており、その後、県精神保健センター（当時）と大学病院医師がコーディネートを始めたという経験がある。

次に、被災都道府県内に、政令指定都市や保健所政令市が含まれている場合、システムが複雑になるという問題がある。例えば阪神淡路大震災の際には、神戸市は独自のやり方を継続し、兵庫県との関係調整が非常に困難であったという経験がある。

三つめとして、都道府県をまたがる広域的な災害が起こった場合に、各都道府県における災害対応の全体をまとめる機能をもつ組織やその仕組みについての議論がなされていないという問題がある。

ii) 精神科医療供給の問題

統合失調症などの狭義の精神障害者が、災害により治療中断となった場合や、避難所などのストレスの多い環境下における不適応をおこした場合など、精神科医療による対応が必要となるケースが発生してくる。そのため、精神科救急システムを強化した上での運用や、投薬を継続するための精神科救護所の設置などの対応が必要になる。

iii) 外部から流入する支援者の統制の問題 管理体制の整備が後手に回る場合、郡部と

比較するとアクセスのしやすい都市部には、外部から多数の支援者が独自に入る可能性がある。外部から大量の支援者が被災地へ入り、各支援の調整がなされないままに独自に支援が始められた場合、本部が支援の全体を把握し統制することは非常に困難となる。これを統制するためには、被災地外に情報を集約し、発信する体制を作っておく必要がある。

2. 平成23年度

東日本大震災への対応にあたって宮城県精神保健福祉センターによって作成されたクリティカルパス（資料3、4）および災害対応の課題を示す。

東日本大震災の発生から約1か月後に提示された宮城県版クリティカルパス「宮城県 大規模災害時精神保健医療福祉対応プラン（中・長期的プラン）」（資料3）では、「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」（資料1）をもとに、東日本大震災の実情に即した、そして詳細な対応プランを提示している。例えば、クリティカルパスのフェーズ0と1に相当する時期を、宮城県のプランでは第一期とし、被災直後からのこころのケア救急支援体制の時期としている。この時期には、精神科医療救急対応、精神科医療ニーズへの対応、一般住民のこころのケアを行うとして、県内外からの「こころのケアチーム」および精神保健福祉センターによる「災害時心の健康相談電話（ホットライン）」等の活用と役割分担が明記されている。

その後、クリティカルパスのフェーズ1、2に相当する時期を第二期として、被災後から再建期への移行期の心のケア支援体制