

後期から復興期まで大きな役割を担うことに関して、担当者が強い自覚を持つことが重要である。地域によっては、公立精神科病院、大学病院などもネットワークで重要な役割を担っているが、それらを含めたコーディネート機能は、行政担当者が果たすことが求められる。

・DPATの活動拠点は現場に近いところにあるべき。そして、情報を災害対策本部や災害医療コーディネーターや保健所に伝達すべき。こころのケアを考えると保健所がふさわしいが、現場からあまりにも遠いなら、支部を作るべきだろう。

・精神保健福祉センターは通常業務でもイッパイイッパイと存じます。災害が起こりその上調整機能は無理があります。東日本大震災の時は、陰でかなりの支援とやはり抜けがあったと言わざるをえません。そのところを補完する機能を作らすべきだと思います。

2. 精神医療支援について

1) 転院支援

・添付資料に「DPATの医療支援は保健活動に結びつける入り口であり、それを見越して支援していく必要がある」とあるが、的を得た指摘と思われる。DPATが医療中心と表現されるのは先遣隊の枠組が強調され過ぎているためもあると感じている。確かに被災病院への支援は重要だが、それとしても直後期・急性の初めであり、病院支援が継続してなされるという

よりは転院等への支援が中心と思われる。精神科病院への支援の遅れが指摘されているが、それを補うものは先遣隊(DPAT)のみではなく、精神科病院がEMISに加入し、情報を発信し、ネットワークにアクセスすることや平時からの行政との地域防災についての連携などの基盤整備がより重要と考えられる。これは科を問わず、医療機関の危機管理という面で重要である。「病院はEMISで把握して、あとはDMATと協力した方が良い」との指摘は基本的なスタンスとして重要と思われる。(1-1)

2) 診療支援

・先にお書きしましたように、DPATチームが駐留、などということは必要ありません。現地の精神科病院、診療所が、すべて、破壊された場合、精神科救護機関として、仮設の病院、診療所が必要になることはあるかもしれません。それでも、基本的に、もともとあった精神科医療のマンパワーの欠損を補う形で、精神科医等が現地に移動する、だけでよいと思います。それは、短期間での交代勤務になるのか、あるいは、生涯をかけて移住するのか、という悩みはあるとはおもいますが。現地に移動したら、現地の医療者や行政職員と、臨機応変に(普段、私たち精神科医が、普通にしているように)連絡をすればよいだけです。

・現在のDPATについて、DMATのような活動内容であるとの誤解が数多くある

のが現状である。災害発生時に遠隔地にすみやかに入り、被災現場で直接的な医療活動をおこなうといったイメージが、各医療機関に二の足を踏ませている。DPATの役割が被災地の医療機関の診療支援であれば、もっと抵抗なく設置してもらえるものと思われる。くりかえしになるが、遠隔の医療機関 DPAT が被災地近隣医療機関に支援活動に入り、被災地近隣医療機関の DPAT が被災地医療機関の支援活動に入る。被災地診療機関の DPAT は避難所などの被災現地の診療活動などに展開するという構造が、DPAT 活動を展開定着させるものと考えられる。現地の事は現地の医療機関が一番知っているし、他の現地の機関とも連携がしやすい。また、中長期的に被災地を支えていくのも現地の医療機関である。「DPAT と DMAT とは全く違うものである」との基盤に立って、構築を進めていくのが良い。(2-3)

・「医療支援」はこれまでは被災者への避難所等での医療継続を担保するための診療行為が中心に捉えられてきたが、DPAT になり病院支援が可能となったため、その意味するものが広がったことで議論が食い違いやすくなっている面があると思われる。(1-4)

3) 精神科病院の位置づけ

・まずは、災害拠点精神科病院を制度上の位置づけすることが、もっとも重要である。現在の災害拠点病院は身体的

な対応しか行うことができず、精神科的な対応は不能と言ってよい。それらとの連携や情報流通は必要であることはもちろんであるが、精神科医機関の支援や精神医療的な対応といった拠点は独自に必要である。国の災害医療事業の中で、まだ設定されていない災害拠点精神科病院を早急に制度上創設して、その役割を担わせることが重要な施策である。それらが DPAT の活動についての統括と情報収集などの拠点および支援物資集積といった役割と、さらには被災地からの転院について一時的収容といった機能などを備えさせて、対応することができれば、東日本大災害時のような悲惨な事態も混乱も起きない。これは急務である。全国のすべての精神科医療機関に、DPAT を設置させ保有し有事に備えさせることが、何よりも急がれるべきことである。(2-2)

・特に民間病院は公的病院と比べ、行政からの積極的な援助を受けるのは困難である。日精協が医師会等と連携しながら DPAT の統括をするのが望ましい。

3. 地域保健活動について

・災害によりもたされる精神的な混乱・動揺・不安といった感情についての初期対応は、医療的な対象とするべきではない。保健師などの傾聴・共感・信頼などによる対応が、まず行われるべきであり、特に安易な薬物治療をおこなうことは避けなければならない。真に医療的な対応が必要な人は多くはない。(特に災害発

生当初)それらの医療的な対応が必要であるか否かについてのおおよそのトリアージュが出来るようなトレーニングを平時から有事の対応に当たる保健師におこなっておく必要がある。それらの対象者について、DPATなり医療機関からの往診なりで医療的対応とすることが望ましい。まずは行政として災害有事に活動させる保健師などの養成と訓練をおこなうことが、数千人～数万人規模の避難者となった場合の最前線対応である。また、DPATではなく、こういった場合に全国から支援活動に入ることで出来る保健師チームの組織化が、DPATと並行して行われるべきである。たとえば、10万人被災地域に、保健師10人のチームが62チーム派遣されれば620人の保健師が被災地保健師活動の支援に投入される。都道府県と政令都市が1チームずつ派遣する体制を構築するだけで、簡単にこれらが実現できる。行政がそれをおこなう気があれば……。こういった保健師活動の上に、被災地でのDPATあるいは医療機関活動スタッフチームが位置づけされる構造を構築するのが最適と思われる。(メンタルケアは保健師等で対応し、医療的な対応はDPATあるいは医療機関のスタッフチーム。)要は、この両者がどのように連携していくかということであろう。(2-1)

4. その他

・1に書いたとおり、ニーズは基本的に異なりますが、もちろん、適正な体制さえ整備されれば、専門家チームはどちらに

も対応できるでしょう。ただし、受け入れ側との連携がうまくいかなければ機能しないことは自明でしょう。地元の側が統括する必要はあるということだと思います。

D. 考察

DPATのあり方について多様な意見が述べられ、地域事情、災害の特徴によって決まり、事前に全てを規定するよりも、現場のニーズの応じて柔軟に運用できる仕組みが求められていた。

一方、DPAT、先遣隊、(従来の)こころのケアチームといった名称について、共通理解がないことがうかがわれた。文脈上、どのような時期のどのような活動を想定しているのか判断可能であるが、今後、議論を進めていくうえではこれらの名称について定義が必要だと考えられた。こころのケアと精神医療、さらにDPATが担う精神医療の内容についても同様に定義が必要だと考えられた。

E. 結論

DPATのあり方については多様な意見があり、事前に全てを規定するよりも、現場のニーズの応じて柔軟に運用できる仕組みが求められていた。また、今後、議論を進めていくうえでは、DPAT、先遣隊、こころのケアチームといった名称について、共通理解を作っていくことが必要だと考えられた。こころのケアと精神医療、さらにDPATが担う精神医療の内容についても、同様に定義が必要だと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- 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
 3. その他
- いずれもなし

謝辞

検討会にご参加いただいた先生方、富田博秋氏(東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野)、福島昇氏(新潟市こころの健康センター)、松本和紀氏(みやぎ心のケアセンター)、加藤寛氏(兵庫県こころのケアセンター)、高階憲之氏(南浜中央病院附属みなみはまクリニック)、昼田源四郎氏(ふくしま心のケアセンター)、内山清一氏(ふくしま心のケアセンター)、千葉潜氏(日本精神科病院協会)、斎藤庸男氏(日本精神神経科診療所協会)、八木深氏(国立病院機構花巻病院)、中島豊爾氏(全国自治病院協議会(岡山県精神科医療センター))、木村勤氏(鹿島記念病院)、原田豊氏(鳥取県立精神保健福祉センター)、秋富慎司氏(岩手医科大学医学部救急医学講座 岩手県高度救命救急センター)、齋賀孝久氏(日本赤十字社 成田赤十字病院)、宇野裕氏(筑波大学(元厚生労働省審議

官))、丹羽真一氏(福島県立医科大学会津医療センター)、小原聡子氏(宮城県精神保健福祉センター(スカイプにて参加))、来住由樹氏(岡山県精神科医療センター(スカイプにて参加))、秋山剛氏(日本精神神経学会(電話にて参加))に感謝いたします。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

TFCBT の普及体制の確立に関する研究

分担研究者 金吉晴¹⁾

研究協力者 河瀬さやか¹⁾²⁾、中山未知¹⁾²⁾、大滝涼子¹⁾、荒川和歌子³⁾

小平雅基⁴⁾、小平かやの⁵⁾、黒田 舞⁶⁾、田中宏美²⁾

丹羽まどか¹⁾²⁾、伊東史エ¹⁾²⁾、堀弘明¹⁾、伊藤真利子¹⁾、林明明¹⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
- 2) 東京女子医科大学女性生涯健康センター
- 3) 南平岸内科クリニック
- 4) 総合母子保健センター愛育病院
- 5) 東京都児童相談センター
- 6) 埼玉県立小児医療センター

研究要旨

災害時には種々の精神疾患が生じるが、中でもトラウマによる PTSD、またその特殊型としての悲嘆反応が、慢性化しやすく、かつ日常臨床において十分な臨床経験を積むことが困難な病態として重要である。PTSD に対しては薬物を含む治療法の中なかでもっとも効果が実証されている持続エクスポージャー療法(PE)を適切に普及することが求められている。ただし通常の PE は成人に対して施行するものであり、トラウマを受けた子どもにそのまま思考することは困難である。そこで PE を応用して子ども用に開発された Trauma Focused CBT と比較検討し、年齢層を問わない、トラウマについての効果的な治療法の普及のあり方を検討した。また治療の効果指標としてのバイオマーカーの有用性についても検討した。

1 はじめに

外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）は生死に関わる強い衝撃を受けたことによって恐怖条件付け

が形成され、その体験の記憶が心理的外傷（トラウマ）となって絶えず想起されては当時の恐怖が反復体験され、動悸や筋緊張、または物音への驚愕反応を生じるとともに、

その恐怖を回避するために記憶内容やそのときの感情、時には今現在の現実感の麻痺が生じている病態である。こうした体験の後で PTSD を発症する率は、事故や災害で数%、強姦や戦闘で 60-70%程度である。一時的に PTSD を発症してもその 7 割程度が半年以内に自然寛解する。したがってこの病態の問題は発症ではなくて慢性化にある。被害者の多くは怒り、恥、罪悪感、信頼感の喪失に悩まされており、家族や友人、職場などの調整が必要なこともある。生命の危険に匹敵するような危険、被害に直面した後、その体験の情動記憶が本人の意思と関係なくフラッシュバック様に想起され、当時と同じ恐怖が再体験されるという現象を中核とし、それに伴って回避麻痺、過覚醒が生じ、これらが 1 ヶ月以上持続する病態である。

B 子どものトラウマの特徴

まず子どもにはピアジェが述べたように発達段階毎の心理的特徴があり、それを踏まえてトラウマの影響を考える必要がある。

- 感覚運動的知能の時期（誕生～言語の出現までの 2 年間）
- 前操作的表象の時期（2 歳～7,8 歳）：内面化、象徴機能、目の前にないことを考えるのは難しい。
- 具体的操作の時期（7,8 歳～11,12 歳）：長さ、距離、連続量、不連続量などのすべての領域において操作の構造が明確化するが、操作は具体的内容から分離されない。
- 形式的操作の時期（11,12 歳～14,15 歳）

この発達段階毎に、トラウマがもたらす死の恐怖の体験にされ方は異なっている。

一般的に子どもは市を次のように体験するとされる。思考が具体的内容から自由になり、仮説をたて、それをもとに一般的理論から事象の意味を推し量ることができる。

・前操作期 全ての物や人は生きていて死ぬ可能性がある。死は一時的なものである。

・具体的操作期 外部の要因が死を引き起こす。死は擬人化され、一時的なものである。

・形式的操作期 内部の生物学的過程が死を引き起こす。死は最終的なものである。

これらを勘案すると、一般に子どものトラウマの体験には以下のような特徴があると考えられる。

まず、子どもも大人と同様なトラウマ後症状を体験する。しかし言語化が困難（行動や表情で判断）であり、分離不安反応、著しい退行、暗闇恐怖（トラウマと直接関連しない場合もある）、罪悪感、身体化症状、過覚醒症状（睡眠障害、イライラ、多動、乱暴など）を通じてトラウマ性の不安が表現されることもある。と同時に特定の言葉やシンボルへのこだわり（トラウマに直接関連する場合もしない場合もある）などがみられることもある。

こうした子どものトラウマの特性を踏まえた認知行動療法である TF-CBT はすでに日本にも紹介されているが、PE に見られるようなセッション毎の個別スーパーバイズの研修体制はなお確立していない。そこで筆者らは米国の Deblinger 博士のセミナーを受講するとともに、そのスタッフによるセッション毎のスーパーバースを受けるといった体制を試験的に運用し、その feasibility

を検討し、PE と比較をした。

また子ども、成人を問わず、治療の効果指標としてのバイオマーカーの有用性を検討し、Max Plank 研究所の関係者と意見交換を行った。

2 検討結果

Deblinger 教授のセミナーには Foa 教授の教室には著者ら 4 名が参加したが、きわめて有効な研修効果を得ることが出来、本人たちの効力感、知識、スキル増大の感覚を得た。

その後著者らのうち 2 名が、患者の同意の下にスカイプを用いたセッション毎のスーパーバイズを受けている。従来、日本ではスーパーバイザーがいないため、この指導を受けることが困難であったが、近年、スカイプ等の媒体による遠隔通信が可能となり、この形式の指導を受けることが出来るようになった。しかし現時点でセッション毎のスーパーバイズを受けているのは著者らのグループのみである。英語を堪能としない治療者でも、通訳補助によって十分に海外とのスーパーバイズは可能であり、かつ指導効果もあがり、症例が著明に改善している。今後は日本でも指導者を育成して、同様にスカイプを通じてもしくは直接に指導を行うことによって、米国において求められているのと同等の指導を行うことが可能と思われる。

上記の指導方法は、実際に TF-CBT を実施していることが条件となっているが、現実には身近に指導者がいない場合には、臨床家の関心とスキルの維持と向上のために、スカイプを用いた集団での事例検討会を開催しており、これによって意欲を均一に保

つことが可能となっている。

バイオマーカーに関しては木曾病態に関してはストレス関係ホルモン、遺伝子発現などが検討されているが、治療反応性の客観指標としての有用性の検討はまだ今後の課題であると思われた。またウェアラブルな機器を用いた心電図、脈歯の持続的計測によって不安緊張度を客観的にモニターする方法も有望と思われた。

3 知的所有権の取得状況

(1) 特許取得

(2) 実用新案登録

(3) その他

いずれもなし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

分担研究者 秋山 剛 NTT 東日本関東病院精神神経科

研究要旨：外国人は災害弱者であり、平成 23 年度の聞き取り調査と情報収集によって、災害前に、日本各地において「外国人精神保健支援ネットワークづくり」を進める必要があることを明らかにした。平成 24 年度は、ネットワークづくりの基盤となる資料として、2011 年に発表された、「移住者の精神保健および精神保健ケアについての世界精神医学会のガイダンス」の翻訳を行った。また、外国人によって運営されている組織が、震災前にどのような災害への対応体制を持っていたか、災害後にどのような対応を行ったか、どのようなことが課題であったかについて、聞き取り調査を行った。外国人組織に対する調査では、心理社会的支援、情報収集が課題として指摘された。平成 25 年度は、6 つの在留大使館を対象に災害時における心理社会的支援に関する一日研修を各大使館につき 1 回、計 6 回実施し、研修を通じて災害時下の望ましい対人支援の在り方に関する知識および自己効力感が有意に改善することを検証した。平成 26 年度は、平成 23～25 年度の研究成果を踏まえて、災害時の外国人支援ガイドラインの試案を作成し、災害支援専門家と外国人支援経験者の指摘に基づいて、資料を改訂し、災害時の外国人支援ガイドライン案を作成した。

研究協力者

加藤 寛¹、須向 敏子²、久我 弘典³、伊東千絵子⁴、福生泰久⁵、福島 昇⁶、金 吉晴⁷、重村 淳⁸、
松本 和紀⁹、富田 博秋¹⁰、遠藤彩子¹¹

1 兵庫県こころのケアセンター

2 公益財団法人いわき市国際交流協会

3 独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター

4 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室

5 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室

6 新潟市こころの健康センター

7 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 成人精神保健研究部

8 防衛医科大学校

9 東北大学

10 東北大学災害科学国際研究所

11 NTT 東日本関東病院

A. 研究目的

これまでわが国においては、災害時の外国人支援として、どのような対応を行うべきかについての、包括的なガイドラインは存在していない。

法務省の統計によれば、2013年12月時点の外国人登録者は2,066,445名であり、日本の人口の1.6を占めている。

災害弱者である外国人への災害時の支援をより円滑に行うために、災害時の外国人支援ガイドライン案を作成した。

B. 研究方法

①平成23～25年度の研究成果を踏まえて、分担研究者が災害時の外国人支援ガイドラインの試案を作成した。

②この試案にたいして、10名の災害支援専門家・外国人支援経験者からフィードバックを得た。

③フィードバックに基づいて試案の改訂を行ない、災害時の外国人支援ガイドライン案を作成した。

C. 研究結果

1. 災害時の外国人支援ガイドラインの試案

下記の目次から成る試案を作成した。

【平時】

- ・在留大使館等に対する周知
- ・サイコロジカルファーストエイド研修
- ・重要情報の翻訳体制
- ・海外からの支援
- ・精神保健医療情報支援システム
- ・外国人支援担当班

【災害発生時】

- ・情報の選択と翻訳依頼・掲載
- ・外国人に関する情報の収集・伝達
- ・外国人への対応と報告

- ・DPATへの診療要請
- ・DPATの診療報告
- ・外国人支援担当班による対応

2. フィードバック

試案を10名の災害支援専門家・外国人支援経験者に送付し、フィードバックを得た。

I. 必要な対応が含まれているか

- ① はい 5名
- ② いいえ 4名
- ③ 無回答 1名

試案に含まれていなかった対応として、以下の指摘があった。

- ・中国人への対応
- ・外務省・JICAとの連携
- ・基本リーフレットの事前配布
- ・被災自治体内対応への指針
- ・一般国民への啓発

II. 不要と思われる対応が含まれているか

- ① いいえ 7名
- ② はい 1名
- ③ 無回答 2名

不要と思われる対応として、下記があげられた。

世界精神医学会加盟団体への連絡・解決要請

III. 指針の施行の容易度

- ① 容易だと思う 0名
- ② やや容易だと思う 1名
- ③ やや困難だと思う 6名
- ④ 困難だと思う 1名
- ⑤ 無回答 2名

施行については、以下について指摘があった。

- ・マンパワーの確保・組織の明確化
- ・旅行者への対応
- ・情報伝達の責任の明確化
- ・SNSの活用

- ・母国語による直接支援
- ・外国人支援全般に関する啓発
- ・地元 DPAT 対策本部と中央組織の連携
- ・DPAT 隊員への事前研修

D. 考察と結論

今回の調査・研究で得られたフィードバックに基づいて、「災害時の外国人メンタルヘルス支援ガイドライン」とタイトルを変更し、内容も改訂した。

容易度に関する回答をみると、今後、マンパワーや予算についての検討を含め、ガイドラインを施行できる体制を整えるために努力を積み重ねていくことが必要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) Tsuyoshi Akiyama: The East Japan Disaster response and future preparation. WPA Section on Epidemiology and Public Health. 10.15-18, 2014.

参考文献

なし

H. 知的財産権の出願、登録状況

該当なし

災害時の外国人メンタルヘルス支援ガイドライン改訂案

2015.1.27

秋山 剛

【災害時の外国人メンタルヘルス支援体制】

厚生労働省の担当部署が、関連組織、被災地域の DPAT 対策本部の協力のもとに、災害時の外国人メンタルヘルス支援を所管する。外国人メンタルヘルス支援にあたっては、行政組織のみならず民間組織との有機的な協力を進めることが有効である。

【平時における準備】

1. 関係機関に対する周知・協議

以下は、厚生労働省の担当部署が行うものとする。

在留大使館領事部・外国人関連団体・外国人メンタルヘルス支援団体・外務省・JICA・旅行代理店・法務省・大学等の教育・研修機関に対して、災害時における外国人への支援体制について周知し、協力を要請する。

当ガイドラインへの協力が得られる在留大使館領事部とは、事前の災害パンフレット作成への日本側機関の協力の必要性、下記のサイコロジカルファーストエイドの希望、災害時の重要情報の翻訳への協力、災害時の情報伝達体制等について協議する。

外国人関連団体（外国人学校、教会など）とは、事前の災害パンフレットの配布、下記のサイコロジカルファーストエイド、災害時の重要情報の翻訳への協力、災害時の情報伝達体制等について協議する。

外国人メンタルヘルス支援団体については、多文化精神医学会、各都道府県の精神保健福祉センター、国際交流協会などから、情報を得る。事前の災害パンフレットの配布、下記のサイコロジカルファーストエイド、災害時の重要情報の翻訳への協力、災害時の情報伝達体制等について協議する。

外務省・JICA とは、災害時に外国からの支援の申し出があった際の選択、受け入れ体制について協議する。

旅行代理店等、旅行または短期滞在する外国人に関わる機関には、災害時の情報がどのように得られるかの情報を伝達し、外国人に配布されるパンフレット等での情報の配布を依頼する。

法務省が外国人に対して労働ビザを発行する際、災害時の情報がどのように得られるかの情報の配布を依頼する。

留学生を受け入れている大学等の教育・研修機関に、災害時の情報がどのように得られるかの情報の配布を依頼する。

情報の配布については、ホームページのほか、ソーシャルネットワークサービスが活用できるかを確認する。

上記の協力機関に関する情報を保管する。

2. サイコロジカルファーストエイド研修

在留大使館・外国人関連団体・外国人メンタルヘルス支援団体の希望者に対して、災害時こころの情報支援センターの直接運営または TELL（東京英語いのちの電話）への委託によって、日本語または英語でサイコロジカルファーストエイド研修を毎年定期的に行う。

3. 各自治体の事前準備

各自治体担当課・精神保健福祉センター・保健所・DPAT 調整本部等）は、各自治体内の外国人メンタルヘルス支援団体について情報を把握し、災害時に被災した外国人についての情報収集と対応方法についての対応方法を事前に検討・準備する。

4. DPAT の事前研修

DPAT 隊員の事前研修において、災害弱者である外国人対応に関する任務について、研修を行う。

5. 災害時の海外からの通信を介した支援の確保

世界精神医学会の各国の加盟団体に、災害時日本に滞在している同国人に対し心理社会的支援、メンタルヘルス支援が必要な場合、音声またはテレビ電話などの通信手段を用いた対応を依頼できるか否かについて確認する。この件に関する情報収集は、厚生労働省の担当部署が日本精神神経学会の協力を得て行う。

6. 災害時精神保健医療情報支援システム(Disaster Mental Health Information Support System : DMHISS) の整備

災害時に、外国人の支援に関する情報が、災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team--DPAT) から報告されるように、厚生労働省が DMHISS の項目を整備する。

DMAT に対して、外国人のメンタルヘルス支援に関する情報の伝達を依頼できるか確認する。

7. 外国人メンタルヘルス支援協議会の設置

本ガイドラインあるいは類似の指針を実行に移す場合には、厚生労働省に「外国人メンタルヘルス支援協議会」を設置する必要があると思われる。この協議会の任務は、

- ① 平時における準備体制の進捗状況の確認
- ② 災害時における対応の妥当性の検討
- ③ 必要時における関係機関への連絡・要請

を行うことである。

【災害発生時】

1. 被災地との連携

災害発生時、厚生労働省は、被災地担当者（各自治体災害対策本部、担当課・精神保健福祉センター・保健所・DPAT 調整本部等）と、被災した外国人についての情報収集と対応方法についての状況を確認する。

2. 周知すべき情報の選択

厚生労働省は、災害発生時、専門家と協議の上で、外国人に周知すべき重要情報を選択する。

3. 情報の翻訳依頼

平時に確保されている「災害時の重要情報の翻訳への協力」に従って、厚生労働省は関連機関に連絡し、重要情報の翻訳を依頼する。

4. 情報の周知

利用できる情報について、関係機関に連絡し、関係機関を通じた情報の伝達を依頼する。

5. 外国人に関する情報の収集

災害時こころの情報支援センター、被災地自治体の DPAT 調整本部は、被災地の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、関係機関から、被災地の外国人に関する情報を入手し、外国人が母国語を話す専門家との会話を望んでいるかを確認する。望んでいる場合には、在留大使館、関係機関に連絡先等の情報を伝達することについて当該外国人から同意を得る。

DMAT から、外国人のメンタルヘルス支援に関する情報が入手できる場合は、得られた情報を、DMHISS を通じて DPAT に伝達する。

6. 外国人に関する情報の伝達

外国人が母国語での専門家との会話を望んでいる場合は、当該外国人の連絡先等の情報を、在留大使館、TELL（東京英語いのちの電話）等に伝達する。

7. 外国人への対応

外国人が対応を要請している言語が、英語等、TELL（東京英語いのちの電話）による対応が可能な言語である場合には、TELL（東京英語いのちの電話）が対応を行う。TELL（東京英語いのちの電話）の稼働に関する謝金については、別途検討する。TELL（東京英語い

のちの電話)が対応可能でない言語への要請がある場合には、在留大使館等が、本国の世界精神医学会加盟団体に連絡し、支援要請を行う。本国の世界精神医学会加盟団体の連絡先は、日本精神神経学会が保管している。

外国人の専門家が直接被災地を訪問できる場合は、現地の関連機関に情報を伝達する。

8. DPAT への診療要請

上記の報告において、精神科医による直接の診療が必要であると判断された場合は、非被災地自治体の DPAT 対策本部及び現場の DPAT へ情報を伝達する。対応できる地元医療機関がある場合には、情報を伝達する。通訳の必要がある場合には、現場の DPAT は、外国人メンタルヘルス支援団体、翻訳サービス、知人等に支援を要請する。

9. DPAT の診療報告

上記の診療を行った場合、DPAT は、DMHISS を通じて報告を行う。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

海外および国内の大規模緊急事態に共通する遠隔メンタルヘルス
支援の現況と課題

分担研究者 鈴木 満 岩手医科大学神経精神科学講座客員准教授
外務省メンタルヘルス・コンサルタント

研究要旨

海外邦人（海外在留邦人および海外渡航邦人）の増加とともに、海外で大規模自然災害や凶悪犯罪、大規模事故、テロ、人質事件などに巻き込まれる邦人が増えている。本調査研究では昨年度に引き続き、世界各地で邦人のメンタルヘルスケアに携わる邦人専門家や外務省在外公館医務官および邦人援護担当領事等を対象に、実態把握と対策作りのための聞き取り調査を行うとともに、専門家および非専門家の共通支援ツールとなりうる WHO 版心理的応急処置(PFA)の啓発普及とその効果評価を行った。また、海外邦人コミュニティを対象としたメンタルヘルス支援の特性である「現地在住の非専門家によるメンタルヘルス支援」、「精神科医療過疎地への遠隔支援」という二点に着目し、国内外の被災コミュニティへの支援に共通する支援者育成と遠隔支援の手法について検討した。

研究協力者（50音順）

阿部又一郎 東京医科歯科大学
伊藤武彦 和光大学
石田まりこ ブラッセル・インターナシヨナルスクール
井上孝代 明治学院大学
大川貴子 福島県立医科大学
大滝涼子 国立精神・神経医療研究センター
大沼麻実 国立精神・神経医療研究センター
小野辺美智子 上海櫻華クリニック
柏原 誠 シャリテ・ベルリン医科大学
嶋崎恵子 在ドイツ臨床心理士

鈴木貴子 在米国臨床心理士
田中英三郎 兵庫県こころのケアセンター
仲本光一 外務省診療所
原 敬造 一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ
原田奈穂子 防衛医科大学
松木秀幸 在南アフリカ日本国大使館
山中浩嗣 千葉県精神科医療センター
村上裕子 東京海上日動株式会社
吉川 潔 在マダガスカル日本国大使館
吉田常孝 在タイ日本国大使館

A. 背景と目的

海外邦人の増加に伴い海外で大規模自然災害や凶悪犯罪、大規模事故、テロ、人質事件などに巻き込まれる邦人が増えている。被害被災邦人の一部は外務省在外公館で援護されており、2013年の海外邦人援護統計によれば、年間19,796人が援護され、このうち294件が強盗被害、143件が交通事故、33件が水難事故、自殺者は62名であった。これらの数字から多くの邦人および家族・遺族がトラウマ関連障害に罹患し治療を要することが想定される。しかし、海外においては母語、母文化を共有する治療者の確保は困難であり、現地での初期対応は非専門家である外務省在外公館の邦人援護担当領事や遠隔地からの支援者に委ねられてきた。

本調査研究は、昨年度より「遠隔メンタルヘルス支援」という観点から海外のみならず国内の精神医療過疎地に暮らす被災者、被害者に共通する介入手法にも着目し、現状把握、現地支援者育成、支援者間連携、遠隔支援手法などについて検討を進めてきた。今年度は海外調査地をアフリカ中東地域まで拡大し、引き続き海外在住の邦人精神保健専門家、外務省在外公館に勤務する邦人援護担当領事および医務官等を対象に、災害被災や犯罪被害等による被援護事例や現地の地域精神医療システム、メンタルヘルス関連の人的資源について聞き取り調査を行うとともに、ケアギバーである彼らにPFA研修の機会を提供しその教育的効果を調べた。国内においては東日本大震災被災地におけるPFA研修や被災3県のメンタルヘルス支援団体間連携を試み、国内

外の被災地への遠隔支援の手法の異同について検討した。これらの調査研究活動を通して、広域医療過疎地における精神障害者への介入と遠隔メンタルヘルス手法の向上について考察することを目的とした。

B. 方法

1) 海外での災害被災や犯罪被害等による被援護事例や現地の地域精神医療システム、メンタルヘルス関連の人的資源についての実態調査：

海外在住の邦人精神保健専門家、外務省在外公館に勤務する邦人援護担当領事および医務官等を対象に上記に関する調査を行った。対象者居住地や勤務地をすべて訪問することは困難であるため、出来る限り対象者が参集する会合での聞き取り調査や海外での実態報告会を行う他、対象者の一時帰国時に合わせた実態報告会を企画運営した。

2) 海外および国内での支援者育成を対象としたPFA研修：

上記の報告会等に合わせて支援者育成のためのPFA研修を行い、PFA研修マニュアルに則り支援者としての技能や自己評価について調べた。PFA研修に参加した邦人援護担当領事および医務官については、無記名自記式のアンケートにより、邦人援護体験の程度や援護上の課題について調べた。

3) 倫理面での配慮

本調査研究では、惨事に遭った当事者との面談はしておらず、海外在住の邦人メンタル

ヘルス専門家、外務省在外公館の邦人援護担当領事および医務官といった対人援護職（支援者）からの情報聴取を行ったが、支援者支援の観点から、支援者自身が被災している場合を十分に配慮した。聞き取り調査の前に本研究の目的を説明し、調査に協力しないことによる不利益がないことを説明し、了承を得た上で調査を行った。PFA 研修は WHP 版 PFA ファシリテーターマニュアルに則り倫理的側面を十分に配慮して施行した。学習効果を判定する無記名自記式のアンケート施行に際しては、目的を説明し、回答者の特定ができぬよう配慮した。研修に先立ち研修参加によって起こりうる危険と、研修の中断が可能でありそれによる不利益がないことを説明した。研修中は研修内容が侵襲的とならぬ様細心の注意を払い、参加者全員を注意深く観察し、要すれば同席した精神科医師によるケアが可能な体制とした。その他、必要な場面においては倫理的側面を十分に配慮して調査研究を進めた。

C. 結果

1) 第4回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会の開催：

2010年10月に研究分担者が代表世話人として開催した第1回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会、2012年9月に開催した第2回連絡協議会、2013年7月に開催した第3回連絡協議会に続き、2014年8月3日に第4回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会を東京で開催した。

共通テーマを「海外惨事ストレス被災者への危機介入、長期ケア、現地支援者の育成」

とし、上海、四川、ベルリン、フィラデルフィア、デュッセルドルフ、ブラッセル、バンコク他からの海外邦人メンタルヘルスの現状報告に続き特別講演があり、45名が参加した。海外惨事ストレス被災者への早期危機介入を行うための人的資源の少なさ、ボランティア組織基盤の脆弱さ、それがゆえの連携の重要性、ITを活用した遠隔支援手法の動向、支援者育成の試みなどが議論された。発表者、演題は以下の通りである。

・小野辺美智子（上海櫻華クリニック）「上海メンタルヘルス事情 - 出張カウンセラーの視点から - 」

・田中英三郎（兵庫県こころのケアセンター）「国際精神保健の取り組み-四川 JICA プロジェクトの経験より」

・柏原 誠（シャリテ・ベルリン医科大学）「ベルリン在住邦人のメンタルヘルス支援環境」

・嶋崎恵子（臨床心理士）「デュッセルドルフ在住邦人のメンタルヘルス事情」

・石田まりこ（ブラッセル・インターナショナルスクール）「欧州在留邦人・家族への長期ケア-多文化間カウンセラーとしての寄り添い-」

・阿部又一郎（精神科医／東京医科歯科大学）「フランスから-在外邦人の多（通）文化的（transcultural）支援に向けて」

・鈴木貴子（臨床心理士）「米国、ペンシルバニア州、フィラデルフィアメンタルヘルス対策」

・原田奈穂子（防衛医科大学校、William F. Connell School of Nursing, Boston College）

「東日本大震災における 297 人の在米邦人からのサポートニーズ」

・仲本光一（外務省診療所）「ジャムズネットの活動 NY からワールドへ」

・吉田常孝（在タイ日本国大使館）「タイの精神医療事情と邦人医療支援ネットワーク・アジア」

・特別講演：井上孝代（明治学院大学）、伊藤武彦（和光大学）「東日本大震災援助活動から国際的支援活動へ - JISP 国際トラウマ/緊急支援センター(JICTER)の構想と展望」

2) 第16回環太平洋精神医学カレッジへの参加および発表：

2014年10月5日-7日にバンクーバーで開催された上記学術会合において、東日本大震災で甚大な被害を受けた岩手県大槌町における遠隔メンタルヘルス支援活動について、研究協力者である村上裕子がポスター発表を行った(Long-term community support following the Great East Japan Earthquake: The process of establishing mental health awareness and care services)。岩手県沿岸被災地域への遠隔支援における課題である住民への啓発教育、多職種メンタルヘルス専門家によるアウトリーチの効果、支援に際しての地域文化風土の尊重、支援者支援および支援者育成等について発表し、世界各地からの参加者との議論を深めた。これらの課題は海外邦人コミュニティへのみならず広大な国土を有する米国やカナダでの地域メンタルヘルスの課題と重なるものであることが確認できた。

広域精神医療過疎地における遠隔メンタルヘルス支援は世界で共通する課題であり、東日本大震災後の被災地長期支援の実践を世界に発信する意義は大きい。

3) 外務省在外領事研修会（南アフリカ共和国）、在アフリカおよび中東日本大使館（南アフリカ共和国、モザンビーク、タンザニア、ドバイ日本国大使館）における聞き取り調査および現地精神医療源の視察：

2014年10月23-24日に南アフリカ共和国で開催された外務省在外領事研修会に参加した在アフリカ14カ国日本大使館の邦人援護担当領事を対象に聞き取り調査を行った。同研修会の主題は「緊急事態対応」であり、アフリカ各地で邦人が巻き込まれた事件の報告がなされた。アルジェリアにおける邦人人質拘束事件(2013)、ケニアにおけるショッピングモールテロ事件(2013)、在コートジボアール日本国大使公邸襲撃事件(2013)、マリと南スーダンにおける政情不安による邦人退避事件(2013)、フィリピンにおける大型台風事件(2013)についての詳細な報告があり、さらにエボラウイルス感染拡大を踏まえた邦人援護対応に関する情報提供があった。筆者は精神科医として支援者支援とPFAに関する啓発教育を担当した。アフリカにおける邦人コミュニティの規模は小さいために支援基盤は脆弱で、ひとたび緊急事態が発生すると、情報遮断と主体的移動制限が起こり、邦人は災害弱者化しやすいことを確認した。

南アフリカ共和国の医師数はアフリカ全土で群を抜いて多く、ヨハネスブルグ、プレト

リアには高い医療レベルの病院が複数ある。両地病院における日本語による精神医療サービスはないが、現在のところ外務省では精神科専門の医務官をプレトリア、マダガスカル、モザンビークに配置しているため、大規模緊急事態における邦人への精神医療サービスは在外公館長の判断により可能となりうる。南アフリカ共和国は、中央アフリカや南アフリカ地域における邦人精神医療のハブとして重要である。

アラブ首長国連合のアブダビとドバイは、中東およびアフリカ在住邦人や渡航者が緊急事態に巻き込まれメンタルヘルス不調をきたした場合の帰国搬送の中継地となり、症状によってはアラブ首長国連合に入国し同地で医療的介入を要する事例が想定される。またアフリカでエボラウィルスに感染した邦人事例（疑い例含む）の中継地ともなりうる。在アラブ首長国連合日本国大使館の医務官および在ドバイ日本国総領事館の領事より、そういった事態への対応策および現地で利用可能な医療機関について聞き取り調査を行い、邦人コミュニティ内で予想される社会不安への対策方法について協議した。アラブ首長国連合の政府機関との連絡交渉には時間と労力を要する事が多く、両国間で危機対策システムを構築しておくことはたやすいことではない。また急性の心身症状を有する邦人の機内搭乗許可を得ることはあまり期待できないため、通常のフライトスケジュールによる中継が困難となることを想定し、民間の緊急移送サービスという選択肢を残しておく必要がある。一方、ドバイには Healthcare City と

いう多数の医療機関が集積した地域があり、ひとたびドバイで身体的な医療問題が発生した場合には高水準の医療サービスが受けられる。現在のところ日本語による精神科治療の場はない。

モザンビークは、アフリカで3番目の経済成長率を示しており、今後急激な経済発展とそれに伴う在留邦人および邦人渡航者の増加が予想される。主要言語がポルトガルであり英語での危機管理には限界があり、緊急事態の際には情報遮断による対処行動の遅延が起りやすい。同地で発生した邦人うつ病事例は、現地病院に短期入院後、緊急移送会社による日本帰国となった。同事例を受け入れたのは、アフリカ全土に医療ビジネスを展開しつつある Lenmed Health であり、同院内科病棟（精神科病棟はない）に約1週間入院した。同院は外国人および富裕層を対象とした病院であり、施設は新しく清潔で最新の検査機器を揃えているが、看護師数、医師数とも少なく、精神科については非常勤医師がオンコール体制で対応している。欧米人、中国人への多言語多文化的対応はある。邦人事例については、在モザンビーク日本国大使館に勤務する日本語が堪能な看護師による医療通訳が可能である。モザンビーク市内の中央病院には36床の精神科開放病棟がある、入院者の大半が統合失調症であり入院期間は数日から数ヶ月とのこと。キューバから派遣された常勤医師1名に研修医数名の体制である。国内に4つの医学部があるが精神科志望者は極めて少なくモザンビークにいる精神科医は10名程度とのことであった。病棟で処方するの

は、インド製のクロルプロマジン、ハロペリドールといった安価な定型抗精神病薬が主である。一部の患者にはオランザピンやリスペリドンを処方しているが、在庫が少なく高額であるため患者家族が入手して処方することもある。施設は前近代的であり、邦人の入院治療先としては上述の私立病院が現実的である。

タンザニアでは援護対象となった邦人事例への具体的対応について聴取し、同事例が入院した現地病院の視察を行った。この事例は渡航を促す被害的および誇大的内容の妄想により同地を頻回に訪れ、その都度奇異な言動により現地警察に保護されたり、大使館で帰国支援を受けたりしており関係者および家族が対応に苦慮している。いわゆる病的旅によるリピーター事例である。海外での精神科救急事例への対応は、個別的緊急事態といえることができる。時には他害行為、迷惑行為などにより2国間問題にも発展しうる。特にリピーターについては予防的対応を要する。同事例は今後も同様の問題行動を引き起こす可能性が高いことから、これまでの現地でのケースワーク、現地病院の受け入れ体制、日本での治療状況などについて聴取した。現地での入院先である Muhimbili 病院を訪ね、現地での入院治療状況について聴取した。平屋の精神科病棟は、男女の急性期病棟、慢性期病棟から構成され、モザンビークの中央病院よりも老朽化が顕著で人権配慮や衛生面でも課題が見られた。平均的な日本の生活水準と比較すると院内生活への適応に困難をおぼえることが多いと思われる。なお、約300名のタン

ザニア在留邦人のメンタルヘルスの現況について、在タンザニア日本国大使館領事および JICA タンザニアオフィスアドミニストレーター等からも聞き取り調査を行った。訪問当日にも邦人女性が強盗事件に遭うなど危険地区以外でも事件事故が起こりうることが報告された。

4) 外務省在外公館医務官等を対象とした心理的応急処置(PFA)指導者研修会ならびに在タイ邦人等を対象としたPFA1日研修会の開催：

2014年12月19日より21日まで在タイ日本国大使館会議室(バンコク)において、外務省在外公館医務官等を対象としたPFA指導者研修会を開催した。東京から参加した大沼、大滝研究協力者による進行のもと、海外で惨事ストレスに暴露した邦人のケアを想定して研修会が行われた。昨年度にバンコクで開催した1日研修に続き、母語、母文化を共有する支援者の育成のみならず参加者間の連携強化の場となった。参加者数は13名、その内訳は外務省在外公館医務官8名(在アラブ首長国連邦、ミャンマー、南アフリカ日本国大使館、広州、バングラデイッシュ、ラオス、フィリピン、ベトナム)、同在外公館邦人援護担当領事2名(フィリピン、マレーシア)、在東南アジア医師、心理士、スクールカウンセラー3名(シンガポール、バンコク)であった。

今回は海外邦人コミュニティにおける初めてのPFA指導者研修であった。医務官を対象に援護スキルの自己評価について調べたところ、医務官経験年数と自己評価との間に相関