

201516034A

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)）

災害時の精神保健医療に関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成28年（2016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（障害者政策総合研究事業

（精神障害分野）

災害時の精神保健医療に関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成28年（2016年）3月

目 次

I. 総括研究報告書

災害時の精神保健医療に関する研究-----	3
研究代表者 金吉晴	

II. 分担研究報告書

1. 災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と新たな包括的 ガイドライン作成にむけての構想-----	13
分担研究者 金吉晴	
研究協力者 島津恵子、小林真綾	
2. 東日本大震災被災地における精神保健疫学調査-----	77
分担研究者 川上憲人	
研究協力者 坂田清美、鈴木るり子、富田博秋、根本晴美、安村誠司、 矢部博興、秋山 剛、堀越直子、梅田麻希、下田陽樹、 立森久照	
3. 中長期の災害精神保健活動 —専従組織を置かなかった仙台市の状況について—-----	83
分担研究者 加藤 寛	
4. 地域住民にとっての個人の災害への備えとソーシャル・キャピタルとの 関連-----	89
分担研究者 荒井秀典	
研究協力者 大倉美佳、橋本 明弓	
5. みやぎ心のケアセンターの活動分析-----	95
分担研究者 松本和紀	
研究協力者 福地 成、瀬戸 萌、渡部裕一、片柳光昭、東海林渉 長尾愛美、高橋葉子	
6. 原発事故が引き起こした福島県住民への心理社会的影響に関する報告-----	107
分担研究者 前田正治	
研究協力者 植田由紀子、昼田源四郎	

7. 災害による遺族の複雑性悲嘆に対するケア・治療の普及に関する研究 -----	109
分担研究者	中島聡美
8. 広域自然災害の精神医療保健体制の備えのあり方の検討 -----	115
分担研究者	富田博秋
9. 外部支援者による中長期的な支援者支援のあり方に関する研究 -----	119
分担研究者	鈴木友理子
研究協力者	深澤舞子、種田綾乃
10. 東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの 影響 -----	157
分担研究者	神尾陽子、金 吉晴
研究協力者	大沼麻実
11. 被災地の飲酒問題に関するアンケート調査 -----	163
分担研究者	松下幸生
12. 災害時の心のケアに関する研究と提案 -----	179
分担研究者	朝田 隆
13. 岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の 保健医療圏別の変化 -----	191
分担研究者	大塚耕太郎
研究協力者	赤平美津子、中村 光、遠藤 仁、志賀 優
14. 災害時の精神保健医療：国際精神保健の視点から -----	193
分担研究者	井筒 節
研究協力者	堤 敦朗、伊東亜紀子
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	201

I. 総括研究報告

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））

災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度 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 災害時こころの情報支援センター
センター長・成人精神保健研究部 部長

分担研究者氏名

川上憲人

東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野 教授

加藤 寛

ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター
センター長

荒井秀典

国立長寿医療研究センター 副院長

松本和紀

東北大学大学院医学系研究科精神神経
学分野 准教授
宮城県精神保健福祉協会 みやぎ心の
ケアセンター 副センター長

前田正治

福島県立医科大学医学部災害こころの
医学講座 教授
福島県精神保健福祉協会 ふくしま心
のケアセンター 副所長

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 成人精神保健研究部

富田博秋

東北大学災害科学国際研究所
災害精神医学分野 教授

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 成人精神保健研究部

神尾陽子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 児童・思春期精神
保健研究部 部長

松下幸生

国立病院機構久里浜医療センター
副院長

朝田 隆

東京医科歯科大学 特任教授

大塚耕太郎

岩手医科大学医学部岩手医科大学医学
部災害・地域精神医学講座 特命教授

井筒 節

東京大学教養学部教養教育高度化機構
特任准教授

A. はじめに

東日本大震災被災者への長期的な精神保健
医療対応は継続しており、阪神淡路大震災
(1995)などの例を見ても、長期的なトラウマ、
悲嘆反応、生活ストレスへの対応には困難が
予想される。他方で現地の支援者には疲弊も
見られ、より効果的な支援に向けての専門家

からの助言ならびに支援者支援が必要である。東日本大震災以降、いくつかの研究班が調査、支援研究を行ってきたが、それらの成果を統合し、長期的支援の課題に向けてデータに基づいた課題整理と対策を助言するとともに、現地での支援システムについての研究ベースでの提言が望まれている。またこの経験、知見を今後の災害への対応に活用する必要がある、事前の準備性の向上、急性期の対応、中長期の支援、また PTSD や複雑性悲嘆（遺族）への治療的対応などをシームレスに展望し、包括的なガイドラインにまとめる必要がある。阪神淡路大震災(1995)当時は専門家の対応も統一されていなかったが、その後の厚生労働行政ならびに研究成果によって精神医療専門家の対応はほぼ一元化されてきたものの、その後の震災の経験、エビデンスによって常に補完、更新する必要がある、また多職種との連携を踏まえ、避難所の設営や睡眠・飲酒問題、小児や高齢者の保護、身体健康なども視野に入れた包括的な指針が求められる。また PTSD、複雑性悲嘆については認知行動療法の有効性が国際的にも支持され、PTSD については国内でも RCT が終了していることから、これらを効果的に普及させる必要がある。また評価尺度を標準化し、自記式質問紙の特性の相違による統計データの不安定さを克服するとともに、その他の指標の実施可能性も検討する。これらの知見を統合し、災害時の精神健康の安定と回復の促進、そのための DPAT を初めとする医療支援リソースの効果的な運用に貢献することを通じて、厚生労働行政の円滑な実施が促進される。被災者、患者からのデータの取得には倫理委員会の指示を踏まえ、適切に行う。班員は、東日本大震災後、厚生労働科学研究班の主任、分担研究者として研究を

行っており、初年度はその成果を照合し、整合性を検討し、課題を整理する。また包括ガイドラインの枠組みを設定する。本研究班を通じて、被災地での長期的精神保健医療支援が向上すること、将来の災害への準備性が更新し、対応が促進されること、重症のトラウマ性疾患への治療が向上すること、またガイドラインについては更新可能な、持続的な運用体制が整備されることを目指している。

B. 研究総括

金らはこれまでの災害時精神保健医療対応のガイドラインがその作成目的などによって内容に統一がなく、真の意味での包括的なガイドラインが国内外において存在していないことを踏まえ、既存のガイドライン、教科書類を網羅的に検討し、項目の整理を行うとともに、各項目の中に含まれている内容項目を詳細に整理した。これに基づき、各項目に該当するエビデンス、エキスパートコンセンサスを収集し、包括的災害対応ガイドラインを作成する。実際にガイドライン、教科書による内容の相違は大きく、これらに移入して日本での災害対応に応用することには慎重な配慮が求められると考えられた。

川上らは 2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにし、精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。そのために岩手県、宮城県、福島県の 3 県から、協力の得られた東日本大震災の被災地自治体を選択し、これらの自治体の仮設住宅に居住する 20 歳以上住民に対して、WHO 統合国際診断面接による訪問

面接調査を実施した。ほぼ同時期に、東日本（関東を除く）の一般住民の調査が実施されており、このデータを比較対照とした。震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民 1,010 人および東日本一般住民 695 人のデータを分析した。東日本大震災における仮設住宅在位の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後 3 年目で 5.6% であり、東日本一般住民の約 2 倍であった。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSD の新規罹患が一般住民にくらべて増加していた。本人の負傷は精神疾患罹患の危険因子だった。仮設住宅在位の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民にくらべて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在位の被災者で一般住民にくらべて高かった。被災の程度の大きな住民では 18 人に 1 人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は 2 年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示している。精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅住民では一般住民よりも高く、心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものと考えられる。

加藤らは、阪神・淡路大震災などの過去の大災害、および東日本大震災後の活動状況について、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関の役割、「こころのケアセンター」と称されることが多い専従組織の果たす役割と課題、さらに東日本大震災での新たな展開として NPO の活動状況、などをまとめてきた。本年度は、東日本大震災後の特筆すべき活動として、専従機関を設置しなかった仙台市で

の取り組みについて検討した。これは、被災した自治体が従前からの精神保健活動を強化するための取り組みであり、新たな組織を作るよりも保健師活動などと連携しやすいという利点があり、必要なマンパワーを得るための工夫をしている。今回の取り組みは、被災後のこころのケア活動を日常の精神保健活動にシームレスに繋いでいく上で、意義のある方法と考えられる。

荒井らは地域住民を対象とした調査により、個人の災害への備えとソーシャルキャピタル(SC)との関連を明らかにし、災害の備えを促進する対策を考察することを目的とした。某自治体の全世帯の成人を対象に、全戸配布の広報へ自記式質問紙調査票を折り込み、郵送による返送を依頼した。調査項目は、基本属性、家族構成、個人の災害への備え(避難場所の知識、ハザードマップの知識、発災時の行動についての家族との話し合い、食料飲料水の準備、住宅の耐震対策)、SC(互助と信頼、社会の責任感、帰属意識、インフォーマルなつながり、地域の優しさ)、実際の周囲の人々とのつきあいの度合い(近所、友人・知人、親戚、職場外での職場の同僚)とした。本分析に用いた有効回答 1001 名(17.6%)を用いて、多変量ロジスティック回帰分析(性別・年齢を調整)を行った。分析の結果、周囲の人々とのつきあいを深め、SC を高めることが、個人の災害への備えを促進することが示唆された。特に高齢者に対しては、独居や障がい者・障がい児がいる世帯への支援強化が重要だと考えられた。

松本らはみやぎ心のケアセンターの活動分析について、同センターの活動についての分析と(パート1)、同センターと共同で支援、活動を行っている東北大学予防精神医学寄附

講座を中心として行った研究（パート2）に分けて報告した。活動分析では、みやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析し、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討した。この報告では、2012年4月に開設されてから2014年3月までの同センターの設置状況、その後の事業概要、実情と課題についてまとめ、さらに、同センターの活動内容を分析し、それぞれのフェーズで各地域で必要とされている支援について検討した。地域住民への支援活動のうち約6割が家庭訪問を占め、男女ともに高齢者層への支援が多かった。ICD-10による疾患分類では、F2（統合失調症など）およびF3（気分障害）が多くを占め、災害前に発症していた事例への支援が多く、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが含まれていた。震災から約4年が経過し、各種健康調査の返信率も下がり、ハイリスク者も減少する中、今後の支援の在り方を見直していく必要性は高いと考えられる。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であり、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要がある。一方、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があると考えられた。宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査では、職員は復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられた。職場要因としては、住民からの非難の経験が精神症状と関連していた。一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころ

のエクササイズ研修」による介入研究と災害復興期における不健康者への個別介入プログラム「サイコロジカル・リカバリー・スキル」を用いた介入研究については、被災地住民を対象とした介入研究を現在も継続中である。

前田らは震災後4年を経過し、現在の福島が抱える複雑な心理社会的問題を5つに分けてまとめた。原発事故による外傷反応、放射線被ばくに対する慢性不安、あいまいな喪失状況、コミュニティの分断、スティグマにまつわる問題である。いずれも過去の自然災害では類例を見なかった現象であり、今後も息の長い精神保健上の取り組みが必要であると考えられた。中島らは災害による死別は、被災者に深刻な精神的影響を与え、災害遺族では、うつ病やPTSD、複雑性悲嘆などの精神障害の高い有病率が報告されており、複雑性悲嘆は、通常の悲嘆の区別しにくく、QOLや対人関係の障害があっても見逃されやすいことを踏まえ、複雑性悲嘆の病態や近年の治療の動向を文献から検討し、災害による遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療の在り方と普及について検討を行った。

富田らは本年度は昨年度から継続している岩手、宮城、福島県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等を分析し、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に宮城県22病院、岩手県5、福島県11病院（昨年度より6病院増）からの回答の集計・分析を進めた。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病

院協会担当者とも協議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る方針を確定した。また、発災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、前年度までに、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織 164、教育機関 314、NPO 法人 2786 を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から回答を得ているが、本年度は集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

鈴木らは東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてのインタビュー調査を行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難など、3) 震災 4 年後の状況について質的に分析し、望ましい外部支援の在り方を検討した。2015 年 11 月から 12 月にかけて調査員が対象の 3 機関に訪問し、現地支援者 10 名に個別対面式のインタビュー調査を実施した。【結果】1. 外部からの支援内容として、1) 役に立った支援としては、研修、コンサルテーション、同行訪問、他地域の見学、医師の見立て、外来の診療の手伝い、支援者へのカウンセリングが挙げられた。2) あればよかったと思う支援としては、法人やクリニックの立ち上げの支援、活動の記録のまとめ、支援者のための相談窓口、病気でない人への予防的な関わり方が挙げられた。2. 外部から支援者が入ることの意義としては、

新しい情報、長期的な視点、刺激、フラットな視点、相談しやすさ、風化させない、があり、困難としては、専門性や職種へのこだわり、外部支援の集中、継続性のなさ、気遣い、地域のことが分からない、配慮に欠ける言動、調査が挙げられた。3) 震災 4 年後の状況としては、資金の減少・財源確保、活動主体の模索、外部支援者との関係性の維持、新しいスタッフへの引き継ぎ、地域様相・ニーズの変化、事業体の提供するサービスの変化・拡充、地域におけるネットワーク・連携の強化、地域における障害理解・リカバリーの促進が挙げられた。これらの結果から、外部支援者の心得集を作成した。

神尾らは東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももおり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかという不安の声が上がったことを踏まえ、またメディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆していること、また災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状を踏まえて行った調査結果の解析を続行した。東日本大震災後のメディアへの暴露

が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とし、メディアへの暴露とプレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のため方策を検討した。これまでの研究班で行った調査データを二次解析し以下の結果を得た。震災から2年後については、子どもの情緒と行動の問題(SDQ)の下位分類である情緒に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響していた。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもでもあるほど、1年後の情緒に影響が認められた。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは1年後も影響が持続していたといえる。しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。

松下らは岩手県、宮城県、福島県において被災者を支援している保健師、生活支援相談員等の支援者756名を対象としてアルコール関連問題に関するアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、①アルコール関連問題の増減・問題の内容、②飲酒問題への対応で困った経験の有無、③アルコール以外の精神的な問題、④避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、⑤仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、⑥アルコール関連問題の介入、予防に役立ったことである。アルコール関連問題の増減は、震災からの時期によって異なり、震災発生から避難所閉鎖までの期間は変わらないとする回答が多かったが、避難所閉鎖以降の期間では増えたとする意見が多

くなった。増えた理由としては、震災による生活や住環境の変化を挙げた者が多かった。地域別にアルコール関連問題の増減をみると、岩手県では変わらないとする意見が多い一方、宮城県では増えたとする意見が多かった。増えた理由については震災による生活や住環境の変化を挙げるものが3県とも多いが、福島県では補償金などの収入を理由に挙げるものが他の2県より多かった。アルコール関連問題の内容としては、朝や昼間からの飲酒、飲酒による健康への影響、酔って他人とケンカなどの問題を挙げた者が多かった。アルコール以外の精神的問題については、震災発生から避難所閉鎖および避難所閉鎖から震災1年後までの期間は、不眠、不安、うつ、持病の悪化が増えたとする意見が多いが、震災1年後から調査時点までの期間では、うつ、不眠に次いで、認知症を挙げるものが多かった。避難所での飲酒に関する意見としては、避難所では飲酒すべきではないとする意見が過半数であり、避難所へアルコール飲料を持ち込むことについても支援物資としては持ち込むべきではないとする意見が半数以上であった。仮設住宅でのアルコール問題については、全体では約60%の支援者が経験しており、朝や昼間からの飲酒や飲酒による健康被害を相談されたものの割合が高かった。仮設住宅でのアルコール問題の相談で困った経験は全体で約50%が認めており、関わり方がわからない、地域住民の苦情への対応をその具体的な内容として挙げる者の割合が高かった。支援者の意見としては、アルコール問題が増えたという印象が少なくない。また、その対応については、アルコール問題に対応した経験が乏しいことから困難に感じられていると考えられた。これらの結果を災害後のアルコール関連

問題への対応や予防について検討すべきと考えられた。

朝田はこれまでの災害ガイドラインの資料を提出し、今後の課題について検討を行った。

大塚らは震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比 (Standardized Mortality Ratio : SMR) について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に自殺 SMR は低下していた。これら自殺 SMR の変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

井筒らは災害時の精神保健医療については、国連システムを始めとする国際機関の動向が、現場の政策・実施に大きな影響を与える。2015年には、国連「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標 (SDGs)」が採択され、これらに精神保健・障害が初めて包括的に含まれた。今後、これらを実施するためのシステム作りが求められる。これに関連し、国連システムを中心として、機関間調整、治療介入、レジリアンス向上等につき、様々なガイドラインが作成されつつある。今後、災害時の精神保健医療において世界をリードする知見を有する日本は、これを世界に発信することで、国際的意思決定に更に貢献し、各国への技術協力を促進することが求められている。

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

C. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

II. 分担研究報告

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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と
新たな包括的ガイドライン作成にむけての構想

分担研究者 金 吉晴 1) 2)
研究協力者 島津恵子 1)、小林真綾 1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 2) 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：災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からであり、その歴史は浅い。災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに重要な影響を与え、また、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な介入・支援方針のもとで活動をするうえで、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインの重要性は否めない。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。国内におけるこころのケアに関する最初のマニュアルとなった 2003 年に制定された災害時精神保健医療活動ガイドラインは、2001 年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、以降被災者のメンタルヘルスケアの充実のために当センターは 20 点以上のガイドライン・マニュアルを作成、国内に普及してきた。これら過去に日本で蓄積された知識を近い将来国内においては精神保健に携わる専門家らが被災支援の経験をもとに適宜獲得した新しい知識を反映することのできる「生きた」ガイドラインとし、また、対国外においては災害大国日本で培われたノウハウを共有することによる国際精神保健機構への貢献の可能性を視野に入れたうえで、体系的にガイドラインを整理し、内容の充実と今後のより幅広い普及にむけて包括的に再構成・最新化することは意義があると考えられる。

方法：2000 年から 2015 年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の 12 点にわたる(1) 書籍、(2) ガイドライン、(3) 研究報告書を収集、これらの対象文献で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを (1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め、手順に沿って作成した。上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリックスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では「心理反応・精神疾患」、「トラウマ対応」、「初期対応」の категорияに焦点を置き、今後のガ

イドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

結論：本研究課題は進行過程にあり、現時点で結論を述べることは可能ではない。しかし、本研究報告においては結果として現時点における成果を記すこととした。

A. 研究目的

災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からである（加藤, 2016a）。加藤(2016b)と富永(2014)は、1995年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、精神保健医療福祉的支援や心理社会的支援が本格化し、災害と心理的問題の関連性が着目され始めたという。後に、被災者の心理状態に応じた精神保健活動の必要性がマスメディアを通じて強調され、「こころのケア」という名称を用いて世間一般に幅広く浸透した（富永, 2014）。

被災者の心理的問題や悪化リスクを軽減するために様々な精神保健活動が展開されてきたが、こころのケアに携わる専門家間で意見が対立することは決して珍しくない。阪神・淡路大震災を期に米国より推奨された心理的デブリーフィング（Psychological Debriefing: PD）または緊急事態ストレスデブリーフィング（Critical Incident Stress Debriefing: CISD）がその一つの例である（金, 2016）。当時、デブリーフィングを介して災害発生直後に詳細な被災体験を聴取することは適切な心のケアとして多くの専門家から支持されていたが、中にはそういった早期介入法を不適切と考えリラックス動作法などを被災者に適用する支援者もいた（富永, 2014）。この頃、我が国で初めて災害支援対策の中にメンタルヘルスキューアが位置づけられたことから、具体的な精神保健活動の方針は存在せず、専門家は独自に自己完結的な心のケアを行わざるを得なかった（加藤, 岩井, 飛鳥, & 三宅, 1992）。その後の研究や検証で、心理的デブリー

フィングの効果は認められず、災害による PTSD などの心理的影響を防げないことが明らかとなった。しかし、阪神・淡路大震災時に、多くの支援者がその技法を優先的に実施すべきであると万能視したため、その後の自然災害や人為災害の初期対応において相当な混乱を生じさせた。（金, 2016; Kantor & Beckert, 2011; 金 & 中谷, 2014）。実際に、2001年に発生した付属池田小事件に際して支援に駆けつけた専門家間で急性期対応の方針についてコンセンサスを得ることは困難な状況であった（金 & 中谷, 2014）。

災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに影響を与えることから、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインが必要となる。これは、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な方針のもとで活動をするうえで最も重要なことである（Inter-Agency Standing Committee, 2007）。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。なかでも、2003年に制定された災害時精神保健医療活動ガイドライン（金, 2003）は、2001年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、国内におけるこころのケアに関するマニュアル作成の端緒となったといわれている（金, 2012; 金 & 中谷, 2014）。また、メンタルヘルスキューアが適切に実施されるように、国立精神・神経医療研究センターでは東日本大震災発生から1週間後に20点以上のガイドラインやマニュアルをホームページに掲載し、支援者向けの資料だけでなく、一般市民を対象とした情報も公開している（金, 2012）。

本報告書では、災害時精神保健活動に関する国内外の文献を比較したうえで、構成内容の全体像を把握し、新たなガイドラインの作成に向けて、相違点や類似点、留意点等を検討し報告する。

B. 研究方法

I. 対象文献

2000年から2015年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の12点にわたる(1)書籍、(2)ガイドライン、(3)研究報告書を収集した。

(1) 書籍：

- ・ 災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-心理的対応(高橋 & 高橋, 2015)
- ・ 災害・事件後の子どもの心理支援-システムの構築と実践の指針- (富永, 2014)
- ・ 巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え (Ritchie, Watson, & Friedman, 2006)
- ・ 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- ・ 危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ (日本心理臨床学会, 2010)
- ・ 災害時の公衆衛生-私たちにできること- (國井, 2012)

(2) ガイドライン：

- ・ 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(金ら, 2003)
- ・ 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 (Inter-Agency Standing Committee, 2007)
- ・ 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金、2011)

(3) 研究報告書

- ・ 大規模災害や犯罪被害者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 (鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010)
- ・ 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 (鈴木ら、2012)
- ・ 被災地における精神障害など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 (金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.)

II. コンテンツ・マトリックスの作成

「対象文献」で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを次の手順に沿って作成した:(1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め。

(1) 目次・見出し埋め

取り扱う全文の内容を集約するために、個々の文献から、題名、著者名、ならびに目次や見出しを抽出し、エクセルシート上に表を作成した。また、これらの文献を容易に識別するために、抜き出した情報を縦一列のセルに入力し、文献別に色分けした(付録Aを参照)。

(2) カテゴリー化

(1)の段階で集約した文献の目次や見出しをカラー印刷し、項目別(書籍とガイドラインは章別、報告書は知見別)に区切り、整理用のカードを作成した。これらのカードを検討し、類似した内容の項目をグループ化するために、1) 概論、2) 歴史、3) システム、4) 心理反応・精神疾患、5) トラウマ反応、6) アセスメント、7) 初期対応、8) 中長期対応、9) 心理療法、10) リスクコミュニケーション、11) 準備と訓練、12) 子ども、13) 高齢者、14) 支援者、15) マイノリティ、16) 遠隔、17) 報道、18) 特殊事例、19) 倫理と法規、20) 機関連携、21) その他、21にわたるカテゴリーが設けられた。

全文献の項目をカテゴリ別に分類した後、エクセルシートを用いて新たに表を作成した。この際に、縦軸に各文献の題名と著者、横軸に各カテゴリ一名を入力し、それぞれに該当するマス目に各項目を配置した。なお、どのカテゴリにも属さない項目は、「その他」のカテゴリに分類された（付録 B を参照）。

(3) 接合作業

(2)の段階でカテゴリ別ならびに文献別に項目を整理したが、本段階では各カテゴリ内すべての項目を接合する作業を行った。また、それぞれのカテゴリの中で相似の項目が見られる場合は、小見出しを作り項目の配置を変えるなどして、さらに細かくグループ分けをした（付録 C を参照）。

(4) 内容整理

カテゴリ別に分類された各項目の内容を要約した。縦一列に羅列した見出しや目次の隣に、その項目の概要をセルに入力した。この際に、著者がエビデンスを用いているのであれば隣に“Ev.”を、著者の個人的な考えや意見であれば“Op.”を記述した（付録 D, E, F を参照）。

III. 文献レビュー

上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリクスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では、「心理反応・精神疾患」、「トラウマ対応」、「初期対応」のカテゴリに焦点を置き、今後のガイドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

C. 結果

表参照のこと（表 1,2,3,4）

D. 考察

【心理反応・精神疾患】

1. 「トラウマ」の定義が著者によって異なる。
 - Stoddard, Pandya, and Kats (2011): 「個人の対処能力を圧倒するストレスに満ちた、あるいは生命を脅かす状況を一般には示している。」
 - 久留(2010): 「外的な力によって受けた身体的外傷でなく、そのときに引き起こされた激しい驚愕の感情」
2. トラウマ反応とストレス反応の違いについて明確に述べている著者はこのカテゴリ内にはいない。また、何が正常で何が異常かを明瞭に区別している著者もいない。この点を明確にすることによって、どのタイミングで被災者を専門的介入・治療に繋げるべきか特定することが出来るし、心理教育にも有望である。
3. 複雑性悲嘆と遷延性悲嘆
 - Stoddard, Pandya, and Kats (2011)は、複雑性悲嘆と遷延性悲嘆を同じ症状として取り扱っていて、DSM-5には遷延性悲嘆が記述される可能性が高いと述べている。しかし、2013年に出版されたDSM-5では、「持続性複雑性死別障害」として記述されていて、死別による反応と限定している。
 - ✧ 悲嘆反応は死別のみから生じるものではない。
4. あいまいな喪失
 - 海外の文献において「あいまいな喪失」に対するメンタルヘルスケアが取り扱われていないのは、遺体が見つからない状況でも「亡くなった」事実を受け入れるが、日本では遺体が見つかるまでは行方不明者として扱う傾向があるのが理由かもしれない。それにしても、東日本大震

災で 2000 人以上が行方不明になったにもかかわらず、どの文献でも取り上げられていないのは残念である。

5. 日本における震災後の自殺傾向

- ▶ Stoddard, Pandya, and Kats (2011)によると災害と自殺に関する研究調査結果はさまざまに明確な関係性はないと提示しているが、東日本大震災では震災後の被災地において自殺率が全国の平均値より低いことが判明した。

6. 急性期におけるトラウマに関する質問（トラウマにおける患者の経験の詳細な履歴を聴取）

- ▶ Stoddard, Pandya, and Kats (2011)は、Cusack et al. (2007)の研究結果を根拠に、「トラウマについて質問すると、その個人の...SMI の代償不全をもたらすだろうと推測するのは間違いである」と断言している。これは心理的デブリーフィングの効果を否定する研究者の意見と矛盾している。

【トラウマ対応】

1. 外傷性ストレスへの介入を複雑にしている原因についての明確な言及（Ritchie, Watson, and Friedman, 2006）

- ▶ 「トラウマティック・ストレス」という用語がストレスとトラウマの密接な関連性を示すように、外傷ストレスを理解するにはストレス理論と心理的トラウマ理論の両見地より理解することが必須である。両理論ともホメオスタシス法則に準ずるが、前者は患者はストレス要因に対して防御、ホメオスタシスの均衡に常なる変化が認められるのに対し、後者はホメオスタシスの崩壊・断絶を示す。
- ▶ トラウマの起因となる出来事の発生直後

の急性期は以上両理論に基づいた対応が必要とされることから、ストレス対策と PTSD 予防の混同が支援の現場で生じている。

- ▶ 個人的要因の差異（認知的現実、トラウマの既往、生活環境、社会的コンテクスト、以前のトラウマへの対処法、周囲との絆等）が刻々と移りゆくストレス要因（第一次～第三次）と結びつくことで介入を複雑化する。

2. 外傷性ストレスを有する被災者の位置づけの差異

- ▶ 日本語文献においては外傷性ストレスを負った被災者は消極的な被害や援助の受給者とみなされているが、海外文献においては災害という状況は被災者のうちに反応を引き起こし、結果、現場環境に存在する資源と需要を消費あるいは生み出すという災難に積極的に影響を及ぼし、対処する参加者、クライアントととらえられる（Ritchie, Watson, and Friedman, 2006）。すなわち、支援者は外傷性ストレスを負う被災者をこれら三つの次元より評価しなければならない。

3. 治療の焦点の差異

- ▶ 海外文献によると早期介入においては、ストレス対策とトラウマ反応の治療においては大部分の治療法が負の側面に焦点を当てているが、被災者が希望を取り戻し、生きる活動の焦点をトラウマから生きることそのもの、生きることを好くことに移すべきである、としている（Ritchie ら、2006）のに対し、藤代（2010）は外傷後成長とは被災者が自らの経験の肯定的側面と否定的側面両方を感じることであり、それによっておこる変化（多

くの場合、社会的昇華を司る行動に反映される)である、と言及している。加えて、外傷後成長を患者に無理に見出そうとするのは控えるべきであり、なぜならば外傷後成長経験は保障されず、苦痛・苦悩の不在ならびに喪失の楽天的理解と同義語ではないからだ、と述べている。

4. 精神保健専門家のための災害時介入教育

- ▶ テロや災害現場で活動する精神科医は現場において内科・外科医と効率よく連携・共同するため ATLS (Advanced Trauma Life Saving) および ACLS (Advanced Cardiac Life Support) の認定を取得することが推薦されている (Rundell, 2000)。これらは米国外科医師会によって認定されているプログラムであり、医師としてのライセンス継続のための教育の一環として履修単位に数えることができる。
- ▶ 日本における同様のコースに JATEC がある (JATEC online)。ATLS を参考に日本の外傷初期診療ガイドラインに準じた内容であり、どのように ATLS と異なるのか、またその理由は何であるのかを検証することで日本独自のトラウマ介入への理解への一助となると考える。

【初期対応】

1. サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)の評価と課題

- ▶ サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)は災害急性期・初段階における精神保健対策として有益とみなされ、国内外の多くの援助組織、教育団体で推奨されている。海外、日本語文献とも精神科医等の精神保健の専門家でなくとも誰でも使うことができ、多くの支援者にも学びや

すく、早期支援の担い手を専門家から地域コミュニティに広げることにも貢献するという PFA の有用性について同意している。その中で Ritchie, Watson, and Friedman (2006)は有害要素のエビデンスが無い、治療等の強制をしないことから安全と考えられている、と述べており、加えて、PFA は災害時に限りある支援物資の効率的運用に貢献し、過剰支援を回避し、自力依存リソースを奪わない、すなわち急性期アセスメントツールとして有用だと言及しており、特異である。

- ▶ PFA の使用時期としては災害発生後より一か月とするとの見方が一般的である (鈴木、深澤、中島、成澤、金、2010; Ritchie, Watson, and Friedman, 2006)が、『災害急性期』の具体的な時期は著者によって若干異なる。
- ▶ 大部分の被災者が危機的状況後に急性ストレス反応から自然に回復してゆくならば (金、阿部、荒木、岩井、加藤ら、2011)、PFA が最も適する人々とは一体誰であるのか、という問いに対し、Ritchie ら(2006)は顕著な急性ストレス反応を示している人、メンタルヘルス有害転帰につながるような高いリスクをもつ個人としている。専門性を強調しない PFA としては、前者は考慮できるが、後者についてはどれほど有益であるのかについては疑問であり、検証が必要である。PFA は実験によってその効果証明がなされてはおらず、実際被災者の精神状態の悪化を防止、予防するのかどうかについては研究が必要 (Ritchie ら、2006) とされているが、災害発生直後ならびに急性期の切迫した現場において科学的実験を行うことは実際的に、そして倫理的にはほぼ不可能である。しかし、PFA が広範囲に採用・普及され

ることその介入の有用性について具体的データを蓄積し、それを早期介入における PFA の実績として検証することは可能であり (Stoddard, Anand, and Katz, 2011)、PFA 支援者から精神保健専門家への「つなぎ」、引き継ぎにより一層の具体的な評価、診断、治療介入としてアセスメントデータの構築に寄与することは可能であると考えられる。

- ▶ PFA が一般市民を対象としているのに対し、日本では学校の児童を対象とした CRT (緊急支援チーム: Crisis Response Team) が大阪・池田小学校事件をきっかけに 2004 年に発足、事件発生後初期 3 日の支援を行うことに特化している (日本心理臨床学会、2010)。災害緊急時における CRT と他関連機関との連携・協働は模索されている過程であり、PFA との関連性、連携については記述がない。スクールカウンセラーでない学校職員の PFA 研修参加奨励の可能性は、学童のこころのケアも地域全体の緊急対策の一環として考慮され、積極的に模索されるべきである。
- ▶ PFA が適応される地域の文化・言語・習慣に対する正しい理解とその知識に基づいた支援の実践は WHO 機関間常設委員会(2007)が西洋圏外への援助を考慮しているメンタルヘルス専門家に向けたガイドラインにて明瞭にされたが、国際化が進んでいるとはいえ単一民族国家の色彩が強い日本において災害緊急時に日本語が通じない被災者を支援する機会はどれほどあるだろうか。PFA ではいかなる状況においても被災者の文化背景ならびに人権が尊重されるべきと原則の一つとしてうたわれているが、西洋社会における「人権」という定義が日本において、日

本人のなかで同様に、均一に、正しく理解されているか、そのニュアンスが伝わっているかは疑問である。Stoddard ら (2011)によると、これらの概念を適切な支援・介入の実践に移し替えてゆける技能と態度を育ててゆくことが重要である、としているが、まさにそれこそが欠けてはならない要素であり、障害をもった人を含めた特別な支援を必要とする人々を適切な態度をもって支援することができることにつながる至って重要な技能だと考える。

2. 初期対応における災害精神保健専門家による被災者に対するアプローチの特徴とその内なる課題

- ▶ 日本における災害時における精神保健専門家による初期対応でまず必須事項として強調されるのは、被災者に安心・安堵感を与え、落ち着きをもたらし、共感的態度で被災者と「寄り添う」ことである (鈴木、黒澤、小原、畑、林、大塚ほか、2012; 鈴木、中島、金、2011; 鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、金、2011)。よって、初対面で唐突に精神的な面について質問するのはタブーとされ、現時点での身体の状態や心配事などを問うことを奨励されている。むろん、一般住民に対するスクリーニングも行われぬ。これはまさに PFA が行動原則として説くメソッドと酷似している。自身の感情を表にあまり出さず、逐一心情を言語化しない日本文化を考慮にいれるとしても、非専門家が使用することに特化した PFA のメソッドが精神保健専門家に適用されていることで、現場における精神保健専門家の効率的な活動・支援を妨げ、緊急時に真に専門的精神支援を求める人を見逃