

厚生労働行政推進調査事業費補助金 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～29年度 総合研究報告書

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（平成27年度）

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
室長（平成27年度）

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
室長

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（平成27年度）

大塚耕太郎

岩手医科大学医学部神経精神科学講座
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

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り、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、その後の厚労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、更新する必要があり、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。

研究総括

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住の被災者では、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。仮設住宅在住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住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であると考えられる。

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。

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懐石を続行した。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、

アルコール関連問題の増減・問題の内容、 飲酒問題への対応で困った経験の有無、 アルコール以外の精神的な問題、 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、 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、 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。

大塚らは震災では自殺のリスクが高まること指摘されており、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。

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。

大塚らは大規模災害では地域の自殺リスク上昇や自殺率増加の報告が認められることを受け、岩手県の自殺データを検討した。岩手県においてはこれまで自殺集積性と医療資源の乏しさ、人口密度の低さ、経済的指標などが関連してきたが、震災前3年と比較すると震災後3年での各医療圏の自殺の標準化死亡比(SMR)は減少傾向にあり、対策が奏功している。しかし、大規模災害の被災地は長期的に自殺リスクにさらされており、介入を弱めれば危険性が高まるため、長期的で高い強度の自殺対策の実践が求められた。

富田は、東日本大震災の経験から精神科医療機関が行うべき防災体制を検討し、活用することを目的として、東日本大震災の被災県である宮城県、岩手県、福島県の日本精神科病院協会に所属する計67の精神医療機関を対象に行った調査結果から、回答が得られた医療機関の防災(防災訓練と防災マニュアル)に関する情報を抽出した。本年度の調査結果から、防災訓練に関しては東日本大震災以降の防災訓練の実施状況や、実際の東日本大震災を経て防災訓練に取り入れた方が良いと考えられること等についての情報が得られた。また、防災マニュアルについて、35の医療機関のうち「策定している」と回答した医療機関は74%、そのうち震災後に策定した医療機関44%、震災後に改定した医療機関が59%という結果等が得られた。

金、加藤、荒井、松本、前田、富田、鈴木、神尾、松下、大塚、井筒らは災害や事故・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ことを踏まえ、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ことについて、包括的な災害時精神保健医療対応ガイドラインの作成を目指した。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地域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、マニュアルを作成、国内に普及してきた。これらの過去に日本で蓄積された知識を、近い将来国内において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た。そのために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。

これらの作業を通じて抽出された以下の項目について検討が加えられ、エキスパートらの意見も集約され、内容検討は終了した。

【システム・原理】

1. 災害時精神保健医療体制(システム)の差異
2. 災害時における地域精神保健医療活動のめざすところとその内なる課題
3. プログラム評価

【アセスメント】

1. 災害時精神保健医療活動において行われるアセスメント
2. 災害時におけるアセスメント、スクリーニング実施の弊害の可能性について

【初期】

1. 初期の定義
2. PFA
3. アセスメント
4. 体制
5. 教育現場

【中長期】

1. 不明確な中長期の定義
2. 中期、長期介入を行ううえでの留意点
3. 中長期にスクリーニング、モニタリングを実施・継続する重要性

【心理療法】

1. 心理的危機
2. 心理療法の説明
3. 危機介入・緊急支援
4. 悲嘆
5. 心理教育

【リスクコミュニケーション】

1. リスクコミュニケーションの定義
2. 精神保健医療活動におけるリスクコミュニケーションの役割
3. リスクコミュニケーションについての留意点

【準備・訓練】

1. 国内外における災害時精神保健活動のための準便・訓練についての方向性
2. 国海外における国家指針としての災害時メンタルヘルス訓練の体系化と専門家要請の枠組み

健康危険情報 なし

知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし