

イベント参加者・関係者のメンタルヘルス対策

研究分担者 高橋 晶（筑波大学 医学医療系 災害・地域精神医学・准教授）

研究要旨：

大規模イベントにおいては、多数傷病者事故、テロその他多くの事象が起こり、それによって精神的な問題が出現する。海外の災害精神保健医療対応・体制について、聞き取り調査や文献調査から知見を得た。世界の災害精神保健医療対応の基本的構造はトラウマティックストレス対応と中長期支援である事が認識された。急性期～中長期の精神的対応への配慮が必要である。各地域での災害精神保健医療に対応する人材の育成は必要である。

中長期の地域の復興、もしくは地域の文化を再度、そして新たに創造し、作り直すデザインをする力が災害精神保健医療担当者には必要である。地域のレジリエンスを活かして、活発に行う事が求められる。過去の災害、海外の災害、テロ、海外の戦争の経験、日本の戦争の経験、データを解析し、精神的対応を構築していくことが求められている。

A. 研究目的

1. はじめに

日本において、大規模イベント時の公衆衛生・医療に関するリスクアセスメント及び対応の標準化が求められている。精神的な課題についても、同様に影響がある。一般的な災害においても、急性期の対応からメンタルヘルスの課題や精神医学保健福祉の課題があがっている。多数傷病者が出るテロやイベント時の事故でも、その観客、参加者、スタッフ、地域住民においても同様のメンタルヘルスの問題が出現する。

昨今、自然災害のみならず、人為災害が増えている。多数傷病者が出る事件がニュースを騒がせることも少なくない。海外ではイスラエル、ウクライナを始め、多くの地域で戦争、紛争が起こっている。日本にとっても決して対岸の火事ではない。他国から発射されたミサイルが日本の上空を越えていく事も少なくない。韓国イテウォンのハロウィーンでの群衆雪崩が事件としてクローズアップされ、2001年明石花火大会

歩道橋事故での群衆雪崩が以前日本で起こった事が再度注目された。2008年の秋葉原通り魔事件では7人が死亡、10人が重軽傷を負った。日本の首相が銃撃・襲撃される事があった。2001年の大阪府池田市の大阪教育大学附属池田小学校で発生した無差別殺傷事件では多くの小学生が亡くなった。地下鉄サリン事件では多くの被害者が出て、その後遺症に今も苦しんでいる人がいる。これらの事件、災害の後には精神的な影響が被害者、被災者、その家族などに起こる。それだけではなく、社会にも強い影響を示す。

その時のメンタルヘルス保持の体制を考慮する必要がある。

B. 研究方法

日本の過去の大規模災害の精神保健医療領域でのリスクマネジメントについての情報を集積し、また海外の同領域についての経験を報告書、論文、実際の担当者に聞き取りを行う。そこから出てきた課題を検討

し、今後の日本の同領域の体制を想定する。

(倫理面への配慮)

本研究は政策研究であり、倫理面での特段の配慮は必要としない。

C. 研究結果

1. 現時点での体制

現時点では地域が限局した事件が起こった場合、精神的な対応は、その地域の精神科、心療内科、プライマリケアの診療科、内科などの地域医療体制によって対応される事が多い。また各地域の精神保健福祉センターが対応する事もある。学校で起きた事件であれば、学校のカウンセラーや外部委託された精神心理専門職が対応する事がある。池田小学校ではその時の小学生が成長するまでフォローアップ体制が取られていた。

このような事態を事前に想定して体制整備を作成しているところは決して多くはない。一方、事業継続計画（BCP）として、含めている施設もあれば、基本的には自然災害をベースにしたものが多い。日本では、海外に比較して人為災害の想定が様々あるので想定しづらい事もあるとは考える。

ただ海外の体制から学習して体制整備をすることは可能である。

一方、その精神的支援の継続期間は、行政の判断や、金銭的な問題で終結せざるを得ない現状もある。地下鉄サリン事件では、地下鉄利用者は、東京都民のみならず、関東各地など広範なところの利用者がいた。都道府県単位での支援がしにくい点もあった。このため、NPO がその支援をして、現在も継続しているが、寄附などによってまかなわれており、事業継続は行政ベースでないで、安定しにくい。

2. 課題

前章で述べたように、精神心理的支援は、広域の自然災害であれば、行政、災害救助法に基づいた支援などを受けやすい。一方、人為災害、多数傷病者が出る事件・事故では安定した支援体制は取りにくい課題がある。

①サポート体制の母体をどこにするか？

②資金源は？

③人的資源は？

④専門家や対応スタッフの育成はされているのか？

⑤対象者は？

⑥対応期限は？

このような事が事前に準備されておらず、場当たりの対応になりやすい。また、対応されずに、経過することもある。

3. 海外の対応

視察した視点から報告する。

① イスラエル

イスラエルでは、地中海の方面以外は、敵国であるといわれ、実際に紛争が持続的に継続しており、テロ、戦争で多くの犠牲者を出している。この中でメンタルヘルスの専門家も多く、その対応、啓発をしている。

イスラエルのムーリ・ラハド氏 (Mooli Lahad, PhD) はテル・ハイ大学の心理学教授であるが、作成した BASIC Ph が日本ではよく知られて研修も行われている。イスラエルで市民のストレスケアと予防に取り組んできた中で生まれた援助モデルが「BASIC Ph」である。

人は危機に直面した時、様々な対処(コーピング)方法を用いており、それは、Belief(価値・信念)、Affect(感情・情動)、Social(社会的)、Imagination(想像)、Cognition(認知)、Physiology(身体)の6つのチャンネルに分類できる。どの対処チャンネルが主に用いられるかは危機にある人々の置かれた状況や彼らが属する文

化、あるいは個人の特質や好みによって異なるとされる。BASIC Ph アプローチとは、主に用いている対処チャンネルを知り、それに合わせて援助を行うことで、彼らのレジリエンスを引き出す援助モデルである。支援者支援などに幅広く活用できるとされており、日本で研修が行われている。

イスラエルのテルアビブ大学の Rony Breger 氏が「Dealing with stressful and traumatic situations: Basic intervention skills」というプログラムを作成し、トラウマティックストレスへの対応教育をしている。戦争が継続的に行われている地域であり、他にも様々な専門家が存在している。

保健省の中に、トラウマ対応の精神保健の分野がある。教育・啓発も幼児から始まり、高齢者まで行われる。動画などの作成やプログラムが作成されている。また災害時 戦争時には電話などの相談先がまず立ち上がり、不安に対して対処をする。

PE、CPT、EMDR ソマティックエクスペリエンス、TFT その他多くのトラウマティックストレスに対する技法を持つ専門家も多く存在する。

また COVID-19 時もイスラエルの対応はワクチン接種を含め、迅速であったが、これはテロ、戦争、紛争を国難とすぐに判断し、国力が低下しないよう、列強から侵略されないよう、最善の判断をする人材が育っていて、そのリーダーシップによって迅速に動いている。

日本に比べて小さい国であり、また国防と、行政が近いこともあり、国民の安全を守ることに對して、多くの税金が遣われているところも差があると思う。

② 韓国

韓国は戦争の影響や事件・事故に対しての対応がある。徴兵制があるため、トラウマティックストレスに対する関心は高い。

精神領域のトラウマセンターも存在している。

2024 年 1 月に韓国のナショナルトラウマセンター（National Center for Disaster and Trauma）に見学に行く機会を得た。MINYOUNG SIM 医師等から、韓国の災害精神対応について話を聞いた。韓国に K-DPAT という組織はある。日本のように急性期に派遣されるチームではなく、中長期のトラウマティックストレスへの対応ができる専門家集団である。

韓国では個々人のトラウマティックストレスへの対応を考えている。そのため韓国トラウマティックストレス学会（KSTSS）では、トラウマティックストレスの専門家が多く入って介入している。イテウォンのハロウィーン群衆雪崩、セウォル号事件などで活動している。セウォル号事件が転換期で、そこで KSTSS が立ち上がり、トラウマティックストレスへの対応が一気に進んだ。メンバーは単純に精神科、心理職というだけでなく、トラウマティックストレスの専門が多い。また精神保健福祉士、心理士、精神科医が中心である。持続暴露療法（PE）、認知処理療法（CPT）、EMDR、ソマティックエクスペリエンシング（SE）などのトラウマティックストレス対応の技法を習得している人が存在し、被災者への対応をしている。自然災害に多く入るというわけではない。

ナショナルトラウマセンターと KSTSS との密接な関係があり、相互的な協力体制ができていて専門家が派遣しやすい環境がある。

また韓国では精神心理の専門家は、基本的には、被災の急性期に派遣されるわけではない。ある程度状況が落ち着き、各地の保健センター（精神関連の保健所に当たる地域組織）からの依頼があってから災害精神バスの派遣や安全な場所でのカウンセリング、EMDR などの精神心理療法を行う。災害精神バスは、

中にカウンセリングルームや、自律神経の測定器など、精神心理支援が出来るシステムが搭載されており、そのバス自体がカウンセリングルームとなり、対応出来るようにセッティングされている。リラクゼーション、呼吸法、ヴァーチャルリアリティ（VR）でのトラウマリリースの装置等を積載している。HDR心拍変動の測定器もある。全国のセンター、日本で言うメンタル保健所があり、依頼があればこの一台で全国を回る。ニーズがあればその場所に長期にとどまる事もある。ナショナルメンタルヘルスセンターが保有している。その後ハイリスク者、投薬が必要な人は精神科医に繋いでいく。また基本的な対応は、サイコロジカルファーストエイド（PFA）が中心的に教育されており、基礎を担っている。

③ フランス

フランスには Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) という精神心理のシステムがある。医療心理救急室 (CUMP) は、フランスにおいて、壊滅的な事故、災害、さらには攻撃などの集団的な緊急事態に精神的に損傷を負った人を早期に治療するための特定の医療システムを構成している。CUMP は SAMU の枠組み内に介入し、地域保健機関 (ARS) の責任下に置かれている。CUMP は部門別に分かれており、全国的な医療心理緊急ネットワークとして組織されている。

実装として、CUMP は、パリの RER B 線からセントポール駅への攻撃を受けて、共和国大統領ジャック・シラク大統領の指示を受けて、緊急人道活動担当国務長官ザビエル・エマヌエリが精神科医ルイ・クロックと協力して創設した。

・組織と運営

CUMP は、SAMU の主導により、CUMP を調整する精神科医の同意を得て発動される。これにより、適切な介入システムが設定される。これには、CUMP チームが SAMU と

もに災害現場に行くことができる即時介入が含まれる場合もあれば、延期された介入が組織される場合もある。ちなみに SAMU は Service d'Aide Médicale Urgente (緊急医療援助組織のこと) である。

目標は、集団災害の際に「精神的に損傷を受け、極度のストレス状態にあり、ショックを受けた人々」をケアすることである。CUMP は特に、パニックなどによって自分自身に危険が及ぶ人々を特定し、治療する。CUMP は、必要な人々を長期間監視することを目的としたものではない。これらはその後、彼らの世話をしてくれそうな専門家に向けられる。CUMP は、国民保護局やフランス赤十字社の社会心理学的救助隊員など、他の救助部隊と緊密に連携している。

CUMP はさまざまな地理的レベル（地方から全国まで）で組織されており、さまざまなレベル間の調整が確保されており、災害の重要性に応じて十分な数のボランティアを確実に動員することが可能である。

(<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>)

・CUMP 部門

この種の緊急事態のために特別に訓練を受けた心理ケアの専門家（精神科医、心理学者、介護士、精神科の経験を持つ看護師）のボランティアで構成されている。部門ごとにボランティアのリストが作成され、地域保健局が管理する。勤務先の病院によって提供される公共サービス（公共サービスの使命を遂行する公立または私立病院）のために働く職員である。

基本的に、各部門の CUMP は、要求に応じて動員されるボランティアのみに依存しており、常駐のスタッフはいない。ただし、特定のリスクが存在する部門では、地域の CUMP と同じ人員リソースを持つ「強化 CUMP」を設立することができる。

たとえば、アルプ・マリティーム地方では、交通量の多い国際空港（フランスでは2つの空港に次いで3番目に大きい）の存在により、以前から（2016年7月14日の攻撃のかなり前から）CUMPが強化されてきた。（パリ地方）。

- ・CUMP 地域

各地域には、ARSによって任命された調整精神科医によって管理される常設のCUMPがある。それは地域の首都を収容する部門に拠点を置いている。つまり、すべての地方首都には常設のCUMPが設置されており常設のCUMPには、精神科医1名（調整精神科医用）＋医療秘書1名という専任スタッフが割り当てられている。調整精神科医は、管轄下にある部門のボランティアリストを最新の状態に保ち、これらの部門への介入要請に応じ、当局や部門および地域の救急サービスと連携してこれらを組織する責任を負う。この地域の強化されたCUMPの場合、独自の調整精神科医がおり、これらのタスクが割り当てられる。地域コーディネーターは、地域の援軍を組織する。

- ・ゾーン CUMP

防衛安全ゾーンの本部として機能する地域の調整精神科医も、ゾーンレベルでのCUMPの調整をする。その結果、防衛ゾーン本部を調整する精神科医は必然的に部門、地域、ゾーンのコーディネーターという3つの役割を持つ。

- ・国家コーディネーター

国家調整官は保健大臣の命令によって任命される。地域外の増援が必要な例外的な事態が発生した場合の調整が確保される。たとえば、2016年7月14日にニースで起きた攻撃の後、システムを数週間維持する必要がある、定期的な更新を確実にするためにかなりの数のスタッフ調整が必要になった。

- ・他の計画との調整

大惨事の場合では、CUMPは通常、災害自体を管理する緊急計画と並行して実施される。ホワイトプラン、ノビプラン（犠牲者向け）、特別介入計画、ピラトックスプラン、被害者はCUMPに紹介され、医療トリアージ後被害者がこの構造によってケアされ、負傷した被害者は医療チェーンによってケアされる。

- ・評価

これらの介入は体系的に提供されるため、心理学者や精神科医の存在が、望ましく有用であるかどうかを被害者に尋ねることができる。これは、2004年12月26日のインド洋地震の危機の間にロワシーで世話された生存者を対象に実施された論文研究で行われた。6か月後に再び面会した生存者を対象としたこの研究によると、最初の面談には重大な（15%）または部分的な（59%）の救済効果があり、97%が注意深く話を聞いてくれて対応できると判断し、65%が適切な時間があつたと回答した。

Didier Cremniter 教授が議長を務める作業グループによると、中規模の災害は重度の解離性症状の20～30%を引き起こすとのことであった。2015年11月13日の攻撃では、70～80%に急性の精神的トラウマ症状が出現した。攻撃後の3週間で5000人～6000人が治療を受け、1年後も600人が追跡調査を受け続けた。

2015年6月1日から10月30日まで、2015年1月のテロの影響を測定するため、IMPACT（攻撃後の外傷性症状の調査と治療・支援ケアの調査）と呼ばれる疫学調査を立ち上げている。ケアとサポートのルートを保っている。

攻撃（テロ）による心理的影響は深刻で、事件の20%で精神活性物質（アルコール、タバコ、大麻）の摂取量が増加し、32%の人が仕事を中止し、11%がその後職業活動に戻れなくなった。20%が心的外傷後障害（PTSD）、20%がうつ病、30%が不安障

害に苦しんだ。早期（攻撃後の 1 週間）に治療を受けた人々は、他の人々に比べて問題の数が半分ですんだ。

2015 年 11 月のテロ攻撃の後、CNRS、Inserm、HeSam 大学によって、2015 年 11 月 13 日のテロ攻撃によって直接的または間接的に影響を受けた 1,000 人の人々を 10 年間追跡する「11 月 13 日」と呼ばれる研究プログラムが開始された。「11 月 13 日」プログラムの構成要素の 1 つは、サンテ・パブリック・フランスがパリ大学と協力して実施した「ESPA 11 月 13 日」疫学研究 1 であり、この研究は、直接直面している人々の健康への影響とケア経路を長期的に調査することを目的としている。

- ・他のアプローチ

他のヨーロッパ諸国（ベルギー、スペイン）では、被害者への支援は医学的でも心理的でもなく、地域社会に基づいている。これは心理社会的サポートの訓練を受けたボランティアによって実施される。

- ・CUMP の介入例

-2001 年

トゥールーズの AZF 工場での災害時の住民支援。すぐにくいつかのセル（市庁舎、企業セル、病院内）が設置され、その後 SAMU の CUMP によって設立された。

-2004 年

シャルム・エル・シェイク航空事故の犠牲者の家族への支援。

コートジボワール危機：フランスでの介入（生存者の受け入れ）とコートジボワールでの介入。

2004 年 12 月 26 日にインド洋で発生した地震：フランス（生存者の受け入れ）、タイ、スリランカでの介入。

-2005 年

西カリブ航空 708 便の犠牲者の家族への支援。

-2006 年

イスラエル・レバノン紛争中のロワシー・シャルル・ド・ゴール空港でのレバノンからの帰国者の受け入れ。

-2015 年

2015 年 11 月 13 日にフランスで起きた襲撃事件

まとめると CUMP は欧州テロに対応し、大統領がテロへの身体のみならず精神的な負担に対して、作成を指示している。

特に都市（テロが起きやすい）で発動出来るような体制があり、フランス全土をカバーできるようになっている。1 ユニットは精神科医、看護師、心理士から成り立つ。

④ アメリカ

災害後の精神的なサポートが必要な場合の相談システムとして、災害遭難ヘルプライン（DDH）があり、生存者、対応者、その他自然災害、人為災害に関連する苦痛やその他の精神的健康上の懸念に苦しむ米国内のすべての人を対象とした、24 時間年中無休、多言語による危機カウンセリングおよび精神的サポートのリソースがある。800-985-5990 に電話またはテキストメッセージを送信して、訓練を受けたメンタルヘルス専門家に連絡することができる。

アメリカ手話（ASL）ユーザーは、テレビ電話を通じて 800-985-5990 に電話して、ASL の訓練を受けた DDH カウンセラーに接続したり、次の DDH Web サイトから「ASL Now」オプションにアクセスしたりすることもできる（<https://www.samhsa.gov/find-help/disaster-distress-helpline>）

薬物乱用・精神保健サービス局（SAMHSA）は、Disaster App があり、災害後の影響に対処するために利用できるリソースについて学ぶことができる。

- ・アメリカの災害システムを紹介する。

FEMA（連邦緊急事態管理局）は大規模災害発生時の中心的調整機関で、民間防衛、自然災害、技術災害のすべてを統一的

にあつまっている。主な任務は、軍への給水車の手配や赤十字、救世軍などへの避難所設置依頼などの連絡、調整である。最大の特徴は、被災者個人に直接、小切手を配る経済支援活動である。

NDMS（国家災害医療システム）は戦争、原発事故などあらゆる災害を想定したもので、これを支える実働組織がDMAT（災害医療支援チーム）である。DMATは救急処置をするだけだが、現場で手術などが必要とされる場合は、移動式緊急手術病院がNDMSによって用意される。医療機関同士の広域的な連携態勢も確立されていて、勤務する病院が壊れた場合、医師らはどこの病院にいった手伝うかなども決められている。精神ニーズがある場合は、専門家がこれらシステムに追加され、必要がなくなると終了する。

DMORT（デモート）とは Disaster Mortuary Operational Response Team の略で「災害死亡者家族支援チーム」。米国では災害時に派遣されて個人識別、身元確認などを主な業務としている。日本では災害直後から死亡者の家族支援を行うことを目的としている組織。

米国には DMAT、DMORT はあるが、DPAT はない（DPAT は日本のオリジナルである）。DMAT に精神医療が必要であれば追加される。またサポートは連邦政府や、各州などで行われる。民間レベルの避難所では、メンタルヘルストリアージをして、ハイリスク者はつないで対応する。ボランティアベースのメンタルヘルスサポーターも多い。アメリカ赤十字もメンタルヘルスの連携が強固である。

⑤ タイ

タイでも災害精神対応がある。

Psychological Thailand と名付けられ、以下の ABCD に沿った対応がされる。
Agression

B (suicidal Behavior)

Confusion

Depression

に対して対応がされる。これらに対して、それぞれ重症、中等度、軽度、問題なしと 4 つにわけて評価をする。またそれぞれにあわせて対処をする。

ある意味心理的トリアージ法であり、自殺企図において、入院や相談、評価を行う。怒り、混乱、抑うつに対しても、尺度を利用し、評価が偏らないようにする工夫をしている。また支援者支援に関しても注意が払われている。サイコロジカルトリアージ、サイコロジカルファーストエイド、支援者支援が必要と考えられている。

⑥ 海外の対応と日本の対応

日本との比較では、日本は自然災害対応がメインである。新興感染症も入ってきているが、テロなど多数被害者が発生する事態に対して、実際の各地域の整備体制にはまだ格差があり、十分ではない。

テロや緊急時などの多数傷病者が出る事件、事象において、日本では平時から想定がしにくい点がある。またこれに関する訓練も決して多くない。イスラエルや米国、その他、紛争などに関与している国や軍がある国では、緊張感を持ってこの点は想定しており、平時からの訓練を繰り返している。

災害精神保健医療対応をする人材の育成は、海外では軍の内部で主体的に行われている事やトラウマティックストレスの専門家が平時からの教育体制がそのまま人材育成になっている事がある。またサイコロジカルファーストエイド（PFA）の考え方がベースになっており、この教育普及は、海外では基本教育事項になっており、一般市民、それを支援するボランティア、公的支援者、審理支援者などが教育を受けている。ただ海外でもこれは全ての人にまだ十

分に広がっていないが、日本に比べると、広がりが進んでいる印象が強い。また、DPAT は DMAT がベースになっていて、多くの被災者への均一、取りこぼしのない対応があるように見受けられる。一方、教育体制は、普段精神科では学習する事の少ない救急医療、災害医療に関連したハード面、システム面での教育が多く、個々の疾患群に対する対応は教育面では少なく、平時からの精神医療スタッフの力量に依存する。この点も今後教育内容や教育体制を強化していく必要があると考える。

日本のトラウマティックストレスへの対応は、格差があり、日本において、トラウマティックストレスへの啓発は海外ほど盛んではない。諸外国で、テロが日常的にある国では、日本のうつ病対策のように、トラウマティックストレスに対して Common disease として考えられており、関心も高く、児童から高齢者まで、啓発・対応が行われている国もある。

D. 考察

諸外国対応の聞き取り、文献による前述の事項から、日本においても、諸外国の災害精神保健医療体制から学習すべきことも多いと考えられる。

自然災害において、日本の災害精神の対応はかなり先進的であると考ええる。EMIS、J-SPEED といった電子デバイスを利用した、情報共有や情報管理のシステムは先進的と考える。これを人為災害時にも応用出来る事が望ましい。システムの管理が企業サイドであることもあるので、個人情報の管理や、システムの柔軟な変更更新に対応出来るよう今後は公的な日本全体のシステムに進化していくことが望ましい。そのための資金獲得やステークホルダー間の意見調整が必要である。

この中に精神的支援の項目もさらに追加して個人情報の保護の観点で安全な情報共

有と効率的な情報活用が必要である。J-SPEED においては精神保健医療に関しての項目が DPAT や関係機関の調整の結果、すでに含有されており実災害で稼動している。

・望まれる精神保健医療体制

① 東京オリンピックの経験の活用

2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催中の、熱中症、電撃傷を始めとした大型スポーツイベント関連の事象の発生の可能性と対応、また緊急事態時の多数傷病者が発生した時の対応が協議され、その実際の対応が為された。2020 年東京オリンピック・パラリンピック開催中の救急災害医療体制に係る学術連合体（コンソーシアム）（AC2020）が、対応者の教育、対応を行った。この中に、精神医療の中心的な学会である日本精神神経学会がメンバーとして入り、検討を重ねた。以前は、精神科がこのような連合体に入ることはなかったので、一つの進化である。この中で、精神的な面で啓発や学会での教育講演・シンポジウムなどを行った。この経験や連携体制を今後の緊急事態においても継続して体制が維持されている。このシステムは今後の有事の際にも機能すると考えられている。

② 事件・テロ時の体制

事件・テロ時の体制としては、緊急時に事件の現地での対応というよりは、精神的な対応の依頼があった時に対応できるシステムを構築しておく事が重要である。

テロ時に、対応装備が無い状態で対応員が現地に行って対応するということが危険な可能性も多く、新しい被害者が出る可能性もある。海外ではそのような事態において、病院や医療者が攻撃のターゲットになることが見られている。安全の保たれたグリーンゾーンに搬送された被害者に対して、支援、対応する事がまずは望ましいと考える。安全性の担保と二次被害を最小限に抑えることも、体制としては重要であ

る。感情的にならず、危機管理とバランスのとれた冷静なシステム稼働が求められる。また病院でのバックアップ体制としての精神科の対応が現実的である。地域リエゾン体制を作ることも望ましい。また被災者、被害者、その家族、市民、メディアから医療者が怒りを向けられたり、誹謗中傷を受けることもある。新型コロナウイルス感染症対応における初期の医療者への強い感情が向けられ医療者が強く疲弊したことが実際に日本各地で起こったが、それに近い事が起こり得る。その対応のために、支援者支援という、医療者および関係者のメンタルヘルスを守る対応システムを事前に各地域で体制整備しておくことが望ましい。すでに、災害精神の領域で DPAT の教育や、実際の災害対応においてもこの支援者支援はかなり重要な対応案件として挙がっており、実際に多くの対応が行われている。これをこのような緊急事態においてもその延長線上で行われる事が望ましい。一方で課題もあり、災害なのか、国防に関することなのかなど、災害対策基本法や国民保護法など法律での解釈や対応の基礎となる法律が何にベースとされているかによっても対応が困難になることもあり得る。対応にかかった費用支弁に関してもこの点の配慮は大切である。

災害派遣精神医療チーム（DPAT）はテロ対策の研修が現在のところ存在しない。一方、新型コロナウイルス感染症に関しては、2020 年のダイヤモンド・プリンセス号派遣、その後の精神科病院などのクラスター対応の必要性から、DPAT が実派遣されている。DPAT の教育に感染症対応が入っている。想定外の緊急事態には、公的に対応出来るチームは限られているので、DPAT においても想定される事態に十分に備えて、隊員を危険なリスクから回避させることも戦略的に配慮し、体制整備、教育体制整備が望まれる。

2022 年知床遊覧船沈没事故は、多くの犠牲者を出した事故であった。韓国のセウォル号事件でも対応において、様々な批判が出て、その後の災害精神保健医療対応が変化したことは前述したとおりである。この事件においても後日精神面での支援が必要であったのではないかという報道があり、議論があった。京都アニメーション放火殺人事件では 70 名の死傷者が出た。地域の精神保健福祉センターや地域の精神・心理専門職が対応したが、明確な体制は報道されなかった。規模や事件の種類にもよると考えられるが、各地域で可能な限り対応はされているが、今後はある程度調整された対応が求められてくるであろう。

精神・心理対応団体、対応者としては、その地域の都道府県精神保健福祉センター、政令指定都市の精神保健福祉センター、精神科病院、総合病院精神科、精神科・心療内科クリニック、そのほか精神・心理系の支援者、ボランティアなどが対応する。事前に協定がないと、緊急事態にすぐに体制整備をすることは難しい。また多くの団体や個人が支援に名乗りをあげたとしても、その登録や活動の把握がされないこともある。多くの支援は、大変有用であるが、災害時には、普段とは違い、支援の質のチェックが緩くなることもあり、傷ついた人々がこれ以上傷つかない・傷つけないような配慮・調整をされた支援が行われるようにする必要がある。

精神科救急医療としては、不安障害、適応障害、急性ストレス障害、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、不眠、焦燥などに対する対応が必要になる。医学的に説明出来ない症候群（MUS）への対応も必要である。原因が明確でないが症状が出現する身体症状症への対応を学習しておく事も重要である。避難所では統合失調症、認知症、アルコール関連障害、自殺企図などの対応も求められる。急性の自傷他害の案件で

は、措置入院、医療保護入院の必要性やその入院体制も必要である。

前述の調査結果からテロ時の教育内容・体制としては、トラウマティックストレス、急性ストレス障害、PTSD、悲嘆への教育・啓発が必要である、

診療所、大学病院、総合病院精神科、精神科病院、介護施設、学校、大学などの教育機関、行政に対しても、災害精神の事前教育は重要である。

3つの重要な点として、

1. 大規模イベント等開催機会中に、平時の救急医療を圧排しないこと（平時の体制整備を守り、イベント対応によって、平時の医療体制が損なわれないようにすること）
2. 大規模イベント等に参加・観戦などで集まってくる大規模の人への医療体制をどう提供するか？（比較的身体リスクの低い緑タグと判断された人、パニック、不安、易怒的などの精神的な反応をする人への対応、救急病院に緑タグと判断された人が集まる事への対応策）
3. 多数傷病者受け入れ(MCI:Mass Casualty Incident)がおきたときになにをするか？（テロ、群衆雪崩などにおいて、急性期、中長期の精神的なサポートのプログラムを作成して啓発する）

以上を考慮する必要がある。

精神的な対応としては、これに呼応して

1. 平時の精神科医療を圧排しないこと、圧排させないように事前に調整・準備・想定・人的物的配備をしておくこと
2. 痛みや緊急事態において、パニック、不安になる人が増えて、医療者への過度のアクセス・妨害が起こる可能性があるもので、その対応
3. 多数傷病者対応において、救急医療スタッフを始め、すべての病院職員への負担が増大し、メンタルヘルスの問題が急増する。その際に急性期～中長期への支援

者支援の準備と対応。また精神心理スタッフの負担が増えるのでそのラインケアとセルフケアの準備・体制整備と実働対応。

・テロ時等緊急事態での精神的課題

パニック、不安、焦燥、抑うつ、自殺問題、経済的困窮などがおき、集団パニックにも注意が必要である。マスコミの報道の影響も受けやすいので、ルーモアコントロールが重要になる。日本全土が抑うつ、怒り、不安に巻き込まれることがある。

COVID-19 パンデミックでの混乱があったが、その状況に近い事態も想定される。

トラウマティックストレスの問題、急性ストレス反応（ASR）、急性ストレス障害、心的外傷後ストレス反応（PTSR）、PTSDの問題が出現する。

それに対して、平時からのトラウマ対応も考慮に入れたトラウマインフォームドケア（TIC）を含めた、災害時のトラウマ、こころの傷への教育が求められる。

また発災後の、教育、啓発、マスコミへの対応、協働が必要である。報道に対しては、事前に啓発の記事や番組を作成する事もあるが、多くは、何か事件があった後に、取材、報道が一気に増える。良い点も多いが、時に不安をあおってしまうこともある。反応しすぎずに、現状を冷静に判断し、集団パニックをあおらないことも重要である。

E. 結論

・日本に求められる体制

平時からの感染症対策のように、緊急事態が起こってからでは対応では後手後手にまわり、対応が遅延するので、緊急事態におけるメンタルヘルスを守る事ができるような、組織体の持続的な維持が必要である。またせっかく育てた人材が、数年の経過で、他部署に異動になったり、対応経験のある人材が退職する事が災害対応の現場

でよく見受けられる。災害精神対応人材は、各年代ごとに複数人育成すべきであり、その経験を次世代に継承する資料のアーカイブ化、継承プログラムの作成と、継承を行う必要がある。過去の災害対応においてもあれほど大きな災害を体験してもその経験者がいなくなり、経験がゼロに近くなることがよく見受けられる。

DPAT は現在、災害の急性期に対して中心的に対応している。状況によって変化もあるとは考える。世界の災害精神対応の基本的構造はトラウマティックストレス対応と中長期支援である事が改めて認識された。

中長期の対応への配慮も必要であると考ええる。ただ基本的には中長期の対応は、各被災地自治体、医療機関が中心に行う事は、過去の災害対応でも明らかであるので、各地域での災害精神リーダーを含む、若い人材の育成は必要であり、またそれを理解する、各地域の管理職の災害精神リーダーの育成も必要である。

中長期の地域の復興、もしくは地域の文化を再度、そして新たに創造し、作り直すデザインをする力が災害精神担当者には必要である。地域のレジリエンスを活かして、活発に行う事が求められる。

COVID-19 罹患後精神症状の対応でも難渋していたが、平時から身体症状への対応を学習しておくの良いと考える。また新薬がすぐにでない場合、安全な補完的治療を知っておく事も重要でコロナ禍で試された。東洋医学、西洋医学両面での教育・学習、エビデンスのないところでの国民への事件初期の安全な精神的な心理対応、精神医学、心身医学アプローチの専門性を持った人材を育成する必要がある。過去の災害、海外の災害、テロ、海外の戦争の経験、日本の戦争の経験、データを解析し、精神的対応を構築していくことが求められている。

F. 研究発表

1. 論文発表

Midorikawa H, Tachikawa H, Kushibiki N, Wataya K, Takahashi S, Shiratori Y, Nemoto K, Sasahara S, Doki S, Hori D, Matsuzaki I, Arai T, Yamagata K. Association of fear of COVID-19 and resilience with psychological distress among health care workers in hospitals responding to COVID-19: analysis of a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 14:1150374. doi:10.3389/fpsyt.2023.1150374. eCollection 2023. (2023. 4)

高橋 晶. 特集 災害時の保健・医療・福祉-連携と調整 災害精神保健・福祉・医療活動の中の災害精神関連チームの活動と今後の展望. 公衆衛生 87 巻 7 号 p. 641-649. (2023. 4)

高橋 晶. 精神科領域における新型コロナウイルス罹患後症状のマネジメント(罹患後精神症状). 心と社会 / 日本精神衛生会 編 54 巻 2 号 p. 70-74. (2023. 12)

高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後の精神症状に対する漢方薬の使用経験と可能性 . 日本東洋心身医学研究. 37 巻 p. 16-22. (2024. 2)

書籍

高橋 晶, 喜多村祐里, 辻本哲士. 7 精神症状へのアプローチ. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き第 3.0 版. p. 40-45. 厚生労働省 (2023. 10)

高橋 晶. 13 災害とメンタルケア. ER・救急で役立つ 精神科救急 A to Z. 日本医事新報社. 東京 (2024. 3)

2. 学会発表

Takahashi S. Post-Disaster Mental Health and Post Mass Casualty. the 24th Annual International Congress of Korean Society of Acute Care Surgery, and the 9th Symposium of Korean Association of Trauma Nurse. 2023 年 4 月. Gwanjyu, South Korea

原田奈穂子, 大橋博樹, 小幡 篤, 服部希世子, 福生泰久, 佐藤浩之, 加古まゆみ, 江川孝, 吉本 尚, 鷺崎彰吾, 高橋 晶, 國永直樹, 齊藤稔哲, 鈴木 諭, 香田将英. 日本プライマリ・ケア連合学会災害医療支援チームキックオフシンポジウム: DMAT・DPAT・DHEATからの期待. 第14回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会. 2023年5月. 名古屋

Takahashi S. Cognitive deficits in COVID-19 outpatient clinic (Mental health care for healthcare workers and practical use of Kampo medicines for sequelae). The International Association of Gerontology and Geriatrics Asia Oceania Regional Congress 2023. 2023年6月. Yokohama

高橋 晶. 人為災害とこれから. 委員会シンポジウム16「ウクライナ侵攻に関するメンタルヘルス上の諸問題」. 第119回日本精神神経学会学術総会. 2023年6月. 横浜

高橋 晶. 精神科臨床における柴胡桂枝乾姜湯の活用 シンポジウム精神科臨床の幅を広げるために知っておきたい漢方薬～漢方専門医でなくても上手に漢方薬を使うコツ～. 第119回日本精神神経学会学術総会. 2023年6月. 横浜

高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後精神症状の現在までの文献からの考察・シンポジウム新型コロナウイルス (COVID-19) 感染後の遷延する精神・神経症状への理解と対応. 第119回日本精神神経学会学術総会. 2023年6月. 横浜

高橋 晶. 災害精神医学入門 . 全国自治体病院協議会 精神科特別部会 第60回総会・研修会. 2023年7月. 静岡

高橋 晶. 日本トラウマティックストレス学会 (JSTSS) PTSD 治療ガイドラインの作成概観. 第22回日本トラウマティックストレス学会総会. 2023年8月. 東京

高橋 晶. 様々な災害とトラウマを考える. 第23回日本トラウマティックストレス学会. 2023年8月. 東京

松浦麻子, 笹原信一郎, 綿谷恵子, 氏原将奈, 川島 義高, 高橋 晶, 太刀川弘和, 林田稔也, 内田 聡, Maral Soronzonbold, 金井宣茂, 塚田武尊, 三垣 和歌子, Reem AL Assaad, 石塚真美, 室井 慧, 高橋 司, 堀 大介, 道喜将太郎, 松崎一葉. COVID-19 対応病棟で勤務する看護師の業務遂行上のジレンマの様相. 第31回体力・栄養・免疫学会大会. 2023年8月. 東京

Takahashi S. Japan's Disaster Mental Health Response. 2023 Chonnam National University Hospital Psychiatric international conference. 2023年8月. Gwanji, South Korea

高橋 晶. COVID-19 罹患後精神症状の外来対応と医療従事者のメンタルヘルスケア. 第53回日本神経精神薬理学会. 2023年9月. 東京

氏原将奈, 川島義高, 笹原信一郎, 綿谷恵子, 松浦麻子, 高橋 晶, 太刀川弘和. 自殺予防支援者のモラルを護る心理的支援プログラムの開発と検証. 第47回日本自殺予防学会総会. 2023年9月. 大分

高橋 晶. Disaster Medical Care and Psychosocial Care Activities. JICA Training on Improvement of Mental Health and Psychosocial Support System (kokoro-no-care) in Disaster Situation. 2023年9月. Kobe

高橋 晶. 精神神経関連の COVID-19 罹患後症状. 第一回秋田県新型コロナウイルス感染症罹患後症状 (後遺症) に係る 医療機関向け研修会. 2023年9月. 秋田

高橋 晶. アフターコロナの看護職のメンタルヘルス 交流集会1「看護職のバーンアウトや離職を防ぐメンタルヘルスケア～個人への効果的なセルフケアサポートと組織によるラインケアを考える～」. 第54回日本看護学会. 2023年11月. 横浜

高橋 晶. 災害精神医学の普及啓発. 第 36 回日本総合病院精神科医学会. 2023 年 11 月. 仙台

高橋 晶. 研修施設の申請と認定について. 第 36 回日本総合病院精神科医学会. 2023 年 11 月. 仙台

Takahashi S. Disaster Psychiatric system in Japan. Disaster Health Management in ASEAN countries. 2023 年 12 月. Osaka

Takahashi S. Psychological support system in Japan and Climate disaster support cases. 2024 Disaster Mental Health International Seminar. 2024 年 1 月. Seoul, South Korea

鷺坂彰吾, 原田奈穂子, 香田将英, 江川 孝, 加古まゆみ, 國永直樹, 鈴木 諭, 高橋 晶, 吉本 尚, 小幡 篤. 日本プライマリ・ケア連合学会が考える、急性期医療対応との連携への方略. 第 29 回日本災害医学会総会・学術集会. 2024 年 2 月. 京都

伊藤結加里, 翠川晴彦, 高橋 晶, 太刀川弘和. 自然災害における支援者（救援者）のメンタルヘルスに関するスコーピングレビュー. 第 29 回日本災害医学会総会学術集会. 2024 年 2 月. 京都

太刀川弘和, 矢口知絵, 高橋 晶, 高木善史, 久保達彦, 福生泰久. 南海トラフ地震における DPAT 必要数を東日本大震災こころのケア活動から推計する. 第 30 回日本災害医学会総会・学術集会. 2024 年 2 月. 京都

矢口知絵, 太刀川弘和, 高橋 晶, 高木善史, 久保達彦, 福生泰久. 日本の地震災害における精神症状のシステムティックレビュー. 第 29 回日本災害医学会総会学術集会. 2024 年 2 月. 京都

高橋 晶. 支援者支援概論 救援者・支援者のメンタルヘルスサポート. 第 29 回日本災害医学会総会学術総会. 2024 年 2 月. 京都

高橋 晶. 災害時のトラウマティックストレスとその対応. 第 29 回日本災害医学会総会学術総会. 2024 年 2 月. 京都

高橋 晶. 災害医療概論・DPAT の活動理念. 令和 5 年度愛媛県 DPAT（災害派遣精神医療チーム）研修会. 2024 年 3 月. 愛媛 web

高橋 晶. コロナ禍、そして人々の絆. 第 15 回日本不安症学会学術大会. 2024 年 5 月. 東京

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし