

(別添 4)

厚生労働行政推進調査事業費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業） 分担研究報告書

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：大規模イベント等においては、多数傷病者事故、テロその他多くの事象が起こり、それによって不安、うつ、PTSD など精神・心理的な問題が出現する。海外の災害精神対応・体制について、聞き取り調査等から知見を得た。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認識された。急性期～中長期の精神的対応への配慮、各地域での災害精神対応する人材の育成は必要である。日本におけるマスギャザリング災害時の精神保健体制の現状の聞き取りでは、まだ想定が明確でない場合、対策が十分とは言えず課題も多かった。一方、地域ごとの適切な平時の対応があり、その延長線上での災害時の対応ができる工夫や今後の体制整備への応用可能性が見受けられた。急性期対応と、中長期の地域の復興、災害精神保健医療をデザインする力が災害精神担当者には求められる。地域のレジリエンスを生かし、過去の日本の災害、海外の災害、テロ、国外等の戦争の経験から、精神的対応を構築していくことが必要である。

A. 研究目的

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保健医療福祉の課題があがっている。多数傷病者が発生するテロや大規模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。多数傷病者が発生する事件がニュースを騒がせることが多くなり、またCOVID-19 パンデミック後の世界の変化と、経済的な不安定があり、世界全体が不安定となっている。海外ではイスラエル、ウクライナをはじめ、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く、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。日本の元首相・現首相が銃撃・襲撃される事件もあった。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。

今後、日本においても、人為災害、マスギャザリング災害が起こる可能性があり、その時の被災者・支援者のメンタルヘルス

保持の体制を想定・考慮・準備する必要がある、これを研究目的とする。

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。令和6年度は下記の研究を実施した。

1. 日本国内での地方自治体でのマスギャザリング対応の都道府県対応のインタビュー調査

先行する研究班の研究結果から、日本国内でのマスギャザリング災害、人為災害時の精神保健福祉体制がどうあるべきか、現状を把握する必要性が認識された。また、マスギャザリング時の災害精神対応は、それぞれの行政における想定されている地域と、実際に起こってからの対応になる可能性があると考えられた。このため、各都道府県での状況を知る精神保健福祉センター長にインタビューを行った。精神保健福祉センター長会の協力を得て、全国でも災害精神保健対応に関連の深いエリア、また、インタビューに回答の許可が得られた5都道府県から情報を得た。方法は、構造化された質問に対して、オンラインでインタビューを行った。結果については概略を提示し、そこから、体制を推測することとした。

2. 海外のマスギャザリング時の精神保健医療対応

フランスのCellule d' Urgence Médico-Psychologique (CUMP) の職員（下記）を対象として、オンラインインタビューを通して情報収集した。

パリ SAMU（救急医療サービス）パリ救急医療心理支援班 副担当精神科医

(Psychiatre référente adjointe Cellule d' Urgence Médico-Psychologique de Paris SAMU de Paris) Elise NEFF 医師。

（倫理面への配慮）

本研究は政策研究であり、人を対象とする生命科学・医学系研究には該当しない。インタビューにより得られた情報の公表にあたっては、個人が特定できないように配慮した。

C. 研究結果

1. 日本国内での地方自治体でのマスギャザリング対応の都道府県対応のインタビュー調査

5つの都道府県の精神保健福祉センター長にインタビューを行った。

a) 北方のエリア

① マスギャザリング・戦争リスクへのメンタルヘルス

備えとして、他国から攻撃の可能性がある。攻められやすい場所の想定はあるが、明言しづらい。戦争を想定したくない風潮があり、現場では言い出しにくい現状がある。市と都道府県の役割分担が未整理である。また明文化されていない支援体制や責任分担の課題がある。

② トラウマティックストレス（TS）対応の現状

現時点では、支援体制は十分ではない。TSの専門家（精神科医師、心理職）が少ない。対応可能な施設が不明確で、TSの対応でどこに受診したらいいか不明である。リスト化も必要である。トラウマインフォームドケア（TIC）を普及中である。医療支援に対しては精神保健福祉センター（センター）が関与しにくい状況がある。

③ 地域支援の原則と困難さ

各地域での支援が基本である。エリアが広大であるため広域支援は難しい。移動距離や時間的制約がある。大規模被害なら広域支援も検討をする。保健所や市町村からの情報収集が重要である。

④ 災害・事故対応時の支援体制の課題

緊急派遣体制の整備不足がある。本庁・センター間の連絡体制に課題がある。認識して連携の準備はしていたが、実際の連携は少なかった。リーフレットは作成済、センターでは支援方針も共有されている。

⑤ 特定事件の支援事例

犠牲者が出た事件・事故での対応では、死者がでると警察が被害者・家族の対応を行う。センターは外からの支援であった。地元企業関係者が被害者家族に協力していた。精神症状で受診した家族もいた。DPATの関与が求められた。支援のタイミングが遅く、満足できる支援にならなかった。警察との連携が普段から出来ていないと困難である。マスコミの接触から家族を守っていた。

⑥ 制度的な限界と課題

支援が「外側」からしかできない構造であり、犯罪被害者支援に似た制約がある。都道府県庁・国交省・自治体の連携がより必要である。加害者や運営責任の所在が不明瞭である。小規模な企業では支援が届きにくい可能性もある。

b) 海沿いで都市部を含むエリア

① 被災地支援における施設・人材の対応力

他県の地震支援の経験がある施設は対応に慣れていた。DPAT 統括の医師は非常に多忙であった。ロジスティクスの支援がしっかりしていれば、対応は可能である。能登半島地震対応にも参加した。能登では全体の状況を俯瞰して見ることができたことが新たな発見であり、その視点が重要と認識した。

② 支援体制・組織構造

今は災害時プランが存在しない。政令市は精神保健センターを有しているが、それ以外の市町村に関してはバックアップやサポートが必要である。基地との連携も今後は必要かもしれない。各保健所が対応するが、キャパシティを超過した時は支援が必要になる。「暮らしの安全を守る防災部署」や「医療に対する危機対策部署」がある。有事には備えている。DMAT、DPAT が並列で災害医療対応している。以前は DPAT の所属部署によって、派遣や対応の差があった。病院協会や診療所協会と連携し、精神保健センターが調整役となる。海外組織との直接的な関係はない。行政主導から病院主導へと支援構造が変化してきた。医療機能が地域で維持できるかが支援派遣の基準である。

③ 地域の DPAT・先遣隊（日本 DPAT）に関する運用・課題

DPAT 技能維持研修は 5 年以内に必要で、資格を失効することがある。統括者が先遣隊研修を受けるのは負担が大きい。技能維持研修と先遣隊研修の内容が類似している。両方受講する必要に関して懸念と負担がある。先遣隊の動きは広域で、看護職も転勤が多く、人材確保が難しい。

④ 災害対応時の実践・悩み・気づき

能登半島地震対応では中長期的支援の視点が不可欠であった。様々な理由で被災地に入れないこともあった。災害時の「作法」をわきまえる教育が必要である。災害精神支援において「どのピース、どの役割に当てはまるか」知ること、適応出来ることが重要である。災害後、心的外傷後成長（PTG）も含めた支援視点が必要である。東日本大震災での慢性期・認知症ケアの経験が活かしている。支援初期は「何をしたらよいか分からない」状態もあった。DPAT が増えたことで支援対応は可能になってきた。TTT（トリアージ、治療、搬送）の意識、医

療・福祉・時間軸を含めた「考え方」の刷新が必要である。

⑤ 教育・研修に関する視点

災害精神保健医療に関する研修は、コロナ禍の Web 形式から対面型に回帰している。参加者の負担は高いが、現地研修の意義は高い。各地域の災害想定などの状況を踏まえたローカル DPAT 研修が重要である。二極化（経験者と未経験者）の教育対策が求められている。惨事ストレス、PTG（心的外傷後成長）など災害特有の心理テーマを教育に盛り込む必要がある。

⑥ 支援現場の人との関わり

支援現場での何気ない作業を通して自然なコミュニケーションが生まれた。小さなやりとりが、支援者・被災者双方の支えとなる。

c) 連携のよい好事例が多かった近畿エリア

① 新聞報道をされる規模の重大事故・事件への対応

新聞等で報道されるような事故では、現場に出向くことが多い。センターではクライシスインターベンションチーム（CIT）が対応することがあり、その経験が十分に発揮される。現在は DPAT との連携で体制を組むことが増えてきた。事件対応では、警察・対応会社・被害のあった会社等の関係性により介入が制限されることがあるがやむを得ないことがある。

② センターの人材と役割と連携

犯罪被害者支援と災害支援を兼務している職員が多い。自殺関連対応や未遂の支援もある。臨床心理士会と連携することもある。保健医療福祉調整本部が立ち上げられ、都道府県のポジションとして参画することがある。

③ センター長の位・権限・文化

センター長の階級は様々である（技官・次長級である場合や、そうでない場合もある）。

20 年以上の勤務でポジションが上がっている例もある。医師ではないセンター長がいる施設も全国で存在する。医師でない保健所長が主導する地域では構造が異なることがある。

④ センターの立て付けと公衆衛生的視点

センターはもともと予防・公衆衛生の視点から設立されている。精神保健所機能・障害者手帳審査会の機能がある。精神保健の分野における医師の数が減少している事は大きな課題である。

⑤ 行政・医療機関との連携構造

関連する医師が都道府県庁内の産業医として、活動している例もある。危機管理局との平時からの良好な関係が作られていることは重要である。平時も災害時も「誰に相談し、実行する」関係性、それを理解できている構造が重要である。

都道府県の精神科病院の医師が役職に就いている例もある。大学病院の影響を受けることもある。精神医療と関わる保健福祉部と平時からの信頼関係構築が重要である。

⑥ 地域との関係と平時の体制づくり

地域の保健所長とは顔見知りで、顔の見える関係が平時から出来ていることが重要である。平時からの精神科救急対応では輪番制（日、週単位）で対応している。災害時も類似の構造で対応し、派遣に関してもある意味、輪番制のように週単位での対応を行っている例もある。これであれば、平時からの当道府県からの人的・物質的なサポートがあるので、各病院においても派遣に対する葛藤も少なくなる。このような平時から災害時に対応出来る事は好事例と考える。

公的・自治体病院と民間病院との関係も良好で、メディカルスタッフ、パラメディカル職（精神保健福祉士（PSW）・看護師など）も災害時の対応に協力的である。保健

所スタッフも支援の応援に来る文化がある。

⑦ 精神保健医療の柔軟性と平時からの継続可能な準備

精神保健医療の中で、医師が目立ちすぎない文化が必要である。（医師にとって謙虚さが大切である）。精神保健医療福祉の価値を高めるブランディングを意識し、公務員文化を尊重し、公的に支援している人の支援を忘れない配慮がある。平等・協働を重んじ、古の商人の経営哲学で、売り手、買い手、世間の三方が満足している状態である、三方よしの精神を重視して、実現している。圧倒的な権限をもつ機関がないことがむしろ強みである。

⑧ 専門医制度・研修制度との連動

都道府県立病院との連携を行っている地域もある。研修医制度とプログラムへの災害精神医療の導入と働きかけ。医療観察制度とのつながりがある。自殺予防対策・ひきこもり対策・自殺未遂者対応も含めた包括的支援体制が形成されている。

⑨ DPAT の課題と反省

DPAT 事務局からの被災地への出動依頼があり、病院被災がなかったため、準備が解除されたことに対して不満がある。「病院が倒壊のリスクがない、壊れていない＝支援終了」は納得できないケースもある。

「待機→出動→解除」プロセスの中身の改善が必要と考える。

⑩ マスギャザリング対策としての提言

平時の精神科・精神医療保健等の対応力の強化が最優先と考える。精神科救急システムを日常的に関連施設・病院で平等に負担し、実働する文化づくりが重要である。災害時にも同じ構造で対応可能にする。精神福祉センターにクライシスインターベンションチーム（CIT）を明確に設置して対応できるようにする。センター長または県の精神保健部署が指示できる体制の整備が必要である。

d) 南部のエリア

① 災害対応の経験と継続的関与

阪神淡路大震災から災害支援に関与している。その経験の蓄積がある。被災精神科病院の当直経験も豊富にある。多数の DPAT 隊を派遣し、その取りまとめを行った。以前の「こころのケア班」の研究主導型支援とは異なり、DPAT は実践的支援に進化したと考えている。

② コロナ禍における精神保健対応

センターDPAT 隊と心理師協会が連携して支援開始していた。Zoom による面談などオンラインシステムを含めた新しい支援形態を導入している。約 2 年間にわたり新型コロナウイルス感染症に関わるメンタルヘルス対応を継続した。センターから助言し、予算も獲得できた。「Zoom 相談室」を開設し、迅速な相談体制を構築した。電話・Zoom・現地での相談が可能になった。このようなシステムはマスギャザリング災害でも有用かもしれない。

③ DPAT と心理師協会との役割分担と課題

DPAT の活動から「こころのケア」が薄れてきたことに懸念がある。現在は心理師協会等が「こころのケア」を担当している。心理的応急処置（PFA）は一部導入されているが不十分との意見がある。DPAT は「こころのケア」も担うべきか議論が必要と考える。今まで重要視されてきたこころのケアよりも、緊急対応が優先され、こころのケアの教育が少ない。

④ マスギャザリング・多数傷病者発生時の対応体制

明確な対応計画はまだ存在していない。ミサイル攻撃等の緊急事態におけるメンタル面への備えは不十分である。ただし、相談窓口は即時開設が可能である体制である。必要に応じて人員増員、Zoom や電話など柔軟な対応手段が整備されている。

⑤ 地域行政との連携と限界

行政は人員の異動が多く、継続性に課題がある。習熟した途端に異動になり、行政内での災害保健精神福祉のスキルや経験が十分に継承されにくい構造があり、継続した課題である。市町村が後ろ向きな姿勢もあり、都道府県が主導する構造である。市町村は「先頭を切りたくない」「責任を取りたくない」など対応に慎重な姿勢があるところも存在する。平時から都道府県が自殺問題への対策・ひきこもり支援なども主導して整備している。

⑥ センターの位置づけと信頼性

センターは10年以上の実績があり、行政内でも高い信頼を受けている。大学病院の教授や精神科医とも連携し、地域に出向く体制がある。病院協会とも関係良好であり、他の医療関係者からの支援や理解もある。

⑦ 被災経験と精神的理解

被災経験を持つ専門職はスティグマへの理解があり、被災者を傷つけないで有効な対応を行える傾向がある。災害への文化的な畏怖の念や祈りの重要性も共有されている。

⑧ メンタルヘルス対応の今後の課題と提言

被災者へのメンタルヘルスのトリアージの導入が必要である。長期間の支援活動にはスクリーニングと適切な支援先につなぐ体制が不可欠である。心理支援の「つなぐルート」を明確にすることが重要である。

“こころのケア”の主担当は誰か、改めて議論の必要がある。DPATと心理師協会の機能分担と連携強化が求められる。

e) 中規模の自治体

① 国防・都道府県の防衛に関する考え方と限界

「国をどれくらい守れるか」については、国の責任とされている。都道府県としては、防衛や有事対応について主体的には考えていない。県の防災計画においても、

「心のケア」は極めて限定的・優先度が低い傾向がある。

② 群衆雪崩・ミサイル等想定されるマスメディア災害の想定時の初動と体制

提示した仮の想定例：群衆雪崩で児童10人、若年・高齢計40人が圧死したと仮定した時の対応。初動では、県内住民は県内で対応が基本である。県外観光客に対しては、精神保健センターから各都道府県に依頼を出し、各都道府県に戻り次第、経過のフォロー体制を依頼する。警察との連携が不可欠。加害・被害関係がある場合は警察との調整が必要になる。

③ 地域のメンタルサポート体制（イベント・災害後）

相談窓口の開設が行われる場合がある（コロナ禍時も同様）。必要に応じて臨時職員を雇用して対応する。普段から以下のような支援を行っているが、本人にアプローチが困難な場合は、家族支援が中心となる傾向がある（依存症支援、自殺予防、児童支援、過量服薬の支援等）。

④ 精神保健福祉センターと保健所の役割分担と課題

保健所は精神支援スキルに強い地域と乏しい地域がある。現場での対応が難しい保健所では、精神保健福祉センターが代行的に対応することがある。地域によっては精神保健支援の分野から保健所が離れてしまった現状がある。

⑤ 近隣県との連携の課題

近隣都道府県の精神科病院や支援機関との連携はほぼない。近隣県では事件後対応が整っているケースもあるが、当該エリアでは体制が弱い。地域ごとの差が大きく、横断的な支援連携の整備が急務である。

⑥ 医療体制の準備

精神疾患を持ち、身体疾患の治療が可能なメディカルサイキアトリー病床の確保が必要である。メンタルヘルス支援だけでなく、入院医療（精神科救急病床）確保の必

要性も高い。一時的な入院受け入れが可能な医療サイキアトリーベッドの設計が重要になる。

f) 小規模の自治体の対応

① 国防・人為災害（ミサイル・原発事故）への備えと初動対応

自然災害では自衛隊・国の支援体制が整っているが、人為災害（戦争・ミサイル攻撃）は想定・準備が十分ではない。初動は身体的ケアが優先され、次に地域保健師による支援が始まる可能性がある。精神的問題が表面化してから精神保健福祉センターが動く可能性がある。地域の保健師のメンタルヘルス対応力には地域差・個人差が大きい。DPAT が動かない災害時には、センター主導での支援が現実的と考える。県・政令市・市町村の役割と連携の在り方が不明確な場合がある。

② 事件・事故・特殊災害（例：群衆事故・船舶事故）への全国の対応例について

全国で過去に起こった歩道橋事故、大規模火災、船舶事故などで、振り返ると DPAT が出動しなかったことに批判があった。精神保健福祉センターが代替的に支援した例があると聞いている。観光地などでは警察との連携が重要である。連携の有無で対応の可否が変わる。御嶽山では全国からの避難者に対し、警察被害者支援との協働が有効であった。連携は制度ではなく、関係性に左右される（例：政令市との関係に影響されるなど）。

③ 災害時の支援体制の実際

災害初期には警察・消防・自衛隊等が入る。3 日後あたりから地域住民の安全が確保され、精神保健の支援が本格化し始める。避難所が多く立ち上がるなど、広範囲支援に地域の支援力が問われる。

④ マスギャザリング想定への対応（想定例：大規模花火大会での群衆雪崩）への対

応（想定例：児童 10 名・若者 20 名・高齢者 20 名が圧死。）

人命救助・医療・消防とともに、精神面へのケアも必要である。祭り等は市レベルの運営であり、県と市の連携体制構築が課題である。市の方が柔軟性（こまわり）が効きやすい。

⑤ トラウマティックストレス・TIC の現状と課題

災害後のストレスやうつに対する対応が主体である。PTSD 単独でのニーズは少なめである。トラウマインフォームドケア

(TIC) の浸透が進んでいるが、十分ではない。被災者・被害者に対して医療者の支持的な対応の中で、自然とトラウマティックストレスにも対応している可能性がある。

⑥ 保健師の役割と課題

保健師にもメンタルヘルス対応の得意・不得意がある。保健師の数自体が減っており、地域差も大きい。障害福祉職の採用によってメンタルヘルス支援をカバーしている例もある。県保健師は身体保健等が主業務であり、精神保健と距離がある。医療との距離感も地域で異なる。

⑦ センター長・医療職の関与のばらつき

精神科医でないセンター長もあり、精神疾患対応に消極的な場合もある。DPAT とは別系統で精神保健福祉センターが支援していることもある。経験・理解の差によって、災害時の判断・関与の質にばらつきがある。

⑧ 「にも包括」：精神障害にも対応した地域包括ケアの現状

地域包括ケアシステムに精神障害も取り入れる・精神障害にも対応した地域包括ケアシステム「にも包括」への配慮も必要である。情報源・アセスメント・支援体制の構築が必要である。応援保健師の活用も視野にいれていく。

⑨ 教育と組織文化の課題

保健師・PSW に対して災害対応・精神支援の教育が必要である。精神保健福祉相談委員会などを通じて横断的に人材育成を行うべきである。精神保健に関心のない担当者も存在するが、関心を持つ人がいることが希望である。

⑩ 急性期から中長期支援への連携体制

災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）との連携が重要である。急性期に DPAT、その後の中長期対応では地域 DPAT と保健師の連携が鍵になる。熊本地震は、この構造がうまく機能していた好事例であった。

2 海外のマスギャザリング時の精神保健医療対応

フランスの災害時の精神心理対応を行う CUMP Paris の担当者にインタビューを行った。

a) 概略

精神科医、心理師、看護師などで構成される CUMP は、フランス内の緊急事態後の精神的な対応が必要なときに、活動が行われている。CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) とは、フランス語で「医療心理学的緊急ユニット」を意味し、自然災害やテロ攻撃、大事故などのトラウマ的出来事の被害者に緊急の医療的および心理的サポートを提供するフランスの医療システムである。1995 年に発生した RER サン＝ミッシェル駅爆破事件をきっかけに設立された。CUMP は、事件発生現場、医療施設、家族や関係者のための受付センターで利用できる。CUMP の起源は、臨床医による災害時の臨床に関する考察と、被害者からの身体的治療に加えて精神的苦痛のケアを求める声の両方にある。CUMP は、自然災害や、多数の犠牲者が出る事故や、その性質上重大な心理的影響を与える可能性のある出来事（事故、攻撃、災害など）の犠牲者を対象としている。CUMP の主な役割は、トラウマ的出来事の心理的影響を軽減すること、そ

して、トラウマに起因する長期的な心理的問題を防ぐことである。トラウマ後の不安、落ち着きのなさ、不安感、気分の落ち込み、不眠症、うつ病などの問題に対し、即時ケアと事後のケアを提供する。

CUMP は、被害者の身体的および心理的ニーズの両方を考慮しており、包括的なアプローチでケアを提供する。緊急医療サービス、特に SAMU と密接に連携している。これは、CUMP がより広範な緊急対応システムに統合されていることを示している。

b) 教育体制

トレーニングに関して、指定された国のプログラムがある。内容としては心的外傷後ストレス症（PTSD）などのトラウマティックストレスへの対応が多い。2 日間が基本研修である。研修では、心的トラウマに対して CUMP は何をするのか、また今までの CUMP の活動についての説明が行われる。ロールプレイング、デブリーフィング、デフュージングなどで、心的負担を軽減させるなど、精神的ショックを受けた後の対応を教育している。地域や事件で標準教育とある程度の柔軟性があるトラウマティックストレスに対して、CUMP はどのように対応するのかを教育している。回数は不明だが毎年研修の機会が設けられている。2 つの基礎のユニットがあり、1 日用のユニットも作っているとのことである。児童へのケアや、外国での対応も学習に入っている。アドバンスコースもあり、セオリーだけでなく、実働もあり実践的である。SAMU の活動にも参加する研修がある。支援者自身を守るセルフケアについても説明している。チームに対するデブリーフィングも行われている。実働している救急医療者も精神科からケアを受ける。

c) CUMP Paris の特徴

電話 CUMP (CUMP telephonic) では、電話をかけて対応することがある。遠隔での対応も可能なので、外国で事件が起きた時の支援対応ができる。60 名近い精神支援のプロフェッショナルの精神科医師がいる。彼らは外国でなにかあったら派遣されることがある。COVID-19 パンデミック時には遠隔地、イタリア等にも派遣した他、モロッコの地震やテロ事件でも派遣した。隊員は高いレベルの教育を受けており、フランス人に対して、フランス外務省の要請を受けて派遣される。各 SAMU の中にも配置され、隊員へはすぐ連絡できるようになっている。CUMP の車両があり、それに乗車して派遣される。車、タクシーなどのバリエーションもある。

d) 指示命令系統や組織内容

活動の開始の指示は、セキュリティを担保した上で、警察、消防で確認された場所に行く。外国では大使館が安全を確保する。現地に派遣される場合、大規模な火災や事件現場からは離れた安全な場所に行く。事務局が調整し、ケアする人が安心出来る環境を構築する。開始のスイッチは複雑で SAMU が要請する場合もあるが、ケースによっては企業の幹部から依頼される場合もある。リスク評価がとても重要である。個人ではなく、団体からの要請を受けて動くが、トラウマティックストレスが確実にあるかを確認する。毎日、24 時間準備体制をとっている。また活動後には活動を振り返る作業を行う。政治からのリクエストには対応する。隊員が危険な目に遭ったときの補償は、フルタイムは労働災害の保険があり、ボランティアは契約によって定められる。また、企業間の労災補償がある。

自然災害、テロや戦争時も活動し、洪水や火災でも多く対応している。SAMU の中に精神科 SAMU も設置され事件を評価して活動する。認知症、自殺予防でのサポート、

3114 へのコールは電話対応がある。自殺リスクが大きいときは 3114 の方で対応する。SAMU に連絡が行き、対応が行われる。

医療心理救急ユニットは、SAMU93 と協力して、大規模な心理的緊急事態、つまり犠牲者を伴う壊滅的な出来事や強い心理的影響を伴う事故に対応する。緊急支援は、被害者や心に傷を負った人たちだけでなく、周囲の成人や児童の犠牲者の家族や関連する人にも提供される。ミッションとして、精神科医、心理学者、看護師で構成される CUMP93 は、知事の権限の下、通報や県の緊急計画によって 24 時間介入することができる。この目的は、以下の主要なミッションを中心に構成されている。1) アドバイス、2) 直後の介入、3) 必要に応じて、トラウマティックストレス相談への紹介。

治療・介入の目的は、日常生活への影響を最小限に抑えるために、人々にできるだけ早くトラウマを認識してもらうことである。オンラインインタビューでは詳細情報が得られない部分もあったため、今後、現地調査を行う方向である。

次年度の予定

1) マスギャザリング時の日本の精神保健医療体制の調査の継続、2) CUMP、米国など諸外国の災害精神対応の調査、を行い、これらを通じて日本のマスギャザリングの課題と対応と諸外国とのギャップを埋める方策を検討していく。本年の成果をブラッシュアップし、フランス、米国への実地調査、日本での課題対応の計画を考慮する。

D. 考察

1. マスギャザリング災害時に求められる精神保健福祉領域のシステムにおける課題

マスギャザリング時の災害精神保健対応は、それぞれの行政において想定されている地域と、実際に起こってからの対応になる可能性があると考えられた。ただ、実際

には初動でどのように動くか、各行政の平時のシステムの違い、指示命令系統の違い、また各地域の災害派遣精神医療チーム（DPAT）との協力の違いなど、様々な体制の違いがあった。

諸外国に近接しているエリア、またそれ以外の地域でも、まだ明確な災害想定はされていないので、マスギャザリング時の災害精神保健医療の準備はされていない点があった。これは想定外を想定することが必要で、今後の課題と考える。

また多くの死傷者が出る事件では、警察の対応が中心になり被災者支援の対応がなされるため、精神保健福祉センターの介入が困難であった例があった。事件において県外からの対象者は、住所のある県での対応になるので、その調整が行われていた。その中で好事例として、平時からのクライシスインターベンションチームが精神保健福祉センターに設置されている県があり、行政として地域の危機や緊急事態に対応できる体制になっていた。また、平時から救急精神システムを動かしている中で、各精神科病院との連携ができており、平時のシステムがそのまま災害時、緊急時にも動くことが大変優れたシステムである。ただすべての県がそうではない。今後は、緊急事態に対しての、体制整備が平時からのシステム構築の延長線上になるように提案する。

2. 海外のシステムから日本のマスギャザリング災害への応用

マスギャザリング時の精神保健福祉の教育体制は、日本では見かけることが少ない。このため、諸外国の教育、プログラムから学べることは多い。内容としては心的外傷後ストレス症（PTSD）などのトラウマティックストレスへの対応は基本的な構造の中に入っている。またロールプレイング、デブリーフィング、デフュージングな

どで、日本のトラウマティックストレス対応とは、違いもある。一方、警察、消防、自衛隊などの専門職種において、平時からブリーフィング、デブリーフィングをしている職種では、この対応がされることがある。一方、一般的な人を対象とした領域では、デブリーフィングのネガティブな影響も指摘されているので、注意が必要である。全体として、被災者・支援者の心的負担を軽減させ、その効果が継続することが望ましい。また地域や事件で標準教育とある程度の柔軟性があることも望ましい。また、児童へのケアも有用であり、親への教育も必要となるであろう。また外国での対応についても学習に含まれていることも特徴的で、日本では海外対応は別の教育課程に入られると思われるが、基礎学習の中に、海外にいる自国の国民へのサポートも入っていることは、今後の諸外国との関係性の中でも、有用であり、取り入れたい点である。またアドバンスコースも用意されている点も、より専門性の高いスタッフの育成に繋がるため望ましい。

支援者自身を守るセルフケアも説明している事も重要である。他の災害派遣チームに対してのケアが含まれ、実働している救急医療者も精神科からケアを受ける事が明示されている点も日本でも含まれるべきであろう。

電話や遠隔での対応にも予算をかけており、遠隔での対応も可能なので、外国で事件が起きた時や、アクセスが悪い地域での災害においても支援対応ができる。災害精神支援のプロフェッショナルの精神科医師が多く教育されていることも望ましい。COVID-19 パンデミック時には遠隔地、隣国への派遣、関連国での地震、テロ事件でも派遣している。また CUMP の車両が用意されていることも望ましい。指示命令系統や組織内容においても、活動の開始の指示、セキュリティを担保した上で、警察、消防で

確認されたところに派遣されるなど、安全の保証がある点も連携がとれている。事務局が調整し、ケアする人が安心出来る環境を構築している。また活動後には活動を振り返る作業が徹底している。これによって対応の反省点も明示され、次の対応に生かされる。隊員が危険な目に遭ったときの補償は、フルタイムは労働災害の保険があり、ボランティアは契約がある。企業間の労災補償がある。このような補償が定義されていることも有用である。実際の対応や治療に関しては、まだ不明な点もあるが、より効率的な支援を意識していることは学ぶ必要があるであろう。

E. 結論

- ・日本に求められる体制

平時から、災害時にシームレスに繋がる精神保健医療福祉体制が望ましい。一般的に想定外になりやすい、マスギャザリング災害に対して、想定内として、対応して準備が必要になってきている。諸外国も同様のメンタルヘルスの重要性を認識して、対応している国があるので、その経験を日本にも生かしていく必要がある。

調査からは、平時からの行政システム、教育体制、人材の確保と持続可能な体制整備、財源の確保、指示命令系統、補償などは事前に準備が必要であると考えられた。

人材育成の点では、災害精神保健医療対応人材を、年代毎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。またトラウマティックストレスについての知識はまだ少ないと考えられる。この点の強化は求められている。

DPAT は現在、災害の急性期に対して中心に対応している。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する。中長期の対応は、各被災地自治体、医療機関が中心に行うため、各地域での災害精神保健医療のリーダーを含む体制整備が必要である。

マスギャザリング時の災害精神保健医療対応は、それぞれの行政における想定されている地域と、実際に起こってからに対応になる可能性があると考えられた。ただ、実際には初動でどのように動くか、各行政の平時のシステムの違い、指示命令系統の違い、また各地域の DPAT との協力の違いなど、様々な体制の違いがあった。

諸外国に近接しているエリア、またそれ以外の地域でも、まだ明確な災害想定はされていないので、マスギャザリング時の災害精神保健医療の準備はされていない点があった。これは想定外を想定することが必要で想定に基づいた訓練、研修が重要である。また多くの死傷者が出る事件では、警察の対応が中心になり、被災者支援の対応がなされるため、精神保健のセンターの介入が困難であった例があり、普段から警察等との連携が持てるよう平時からの関係性が必要に思われる。事件において県外からの対象者は、住所のある県での対応になるので、その全国でのサポートの継続体制・調整が行われていた。平時からの精神救急医療対応が、延長、応用される仕組みを作成している自治体があることがわかった。まだ準備されていない地域も、学習して組織化することが望まれる。

また、平時から救急精神システムを動かしている中で、各精神科病院との連携ができており、平時のシステムがそのまま災害時、緊急時にも動くことが大変優れたシステムである。ただすべての都道府県がそのようであるわけではないので、他の都道府県を参考にしながら、緊急事態に対しての体制整備が平時からのシステム構築の延長線上になるように提案する。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Wataya, K, Ujihara, M, Kawashima, Y, Sasahara, S, Takahashi, S, Matsuura, A, Lebowitz, A, Tachikawa, H. Development of the Japanese Version of Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) for Healthcare Professionals: Assessing Reliability and Validity, Journal of Nursing Management, 2024, 7683163, 14 pages, 2024.
<https://doi.org/10.1155/2024/7683163>
- Sekine A, Tachikawa H, Ecoyama S, Nemoto K, Takahashi S, Sasaki M, Hori T, Sato S, Arai T. Online consortium managing COVID-19-related mental health problems. PCN Rep. 2024 Sep 3;3(3):e70006. doi: 10.1002/pcn5.70006. PMID: 39233747; PMCID: PMC11372234.
- Chiba S, Honaga T, Konno Y, Anegawa E, Takahashi S. Pathophysiology and treatment of young patients with prolonged nocturnal sleep after COVID-19 infection, JOURNAL OF SLEEP RESEARCH/33(1), 2024.
- 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(1) 16-22, 2024.
- 高橋晶. 能登半島地震や過去の災害, 海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望. 日本精神科病院協会雑誌 43(9) 899-904, 2024.
- 高橋晶. 総合病院精神医学領域の研究とその発展について. 総合病院精神医学 36 (2), 124-129, 2024.

- 高橋晶, 池田美樹, 大江美佐里, 千葉比呂美. 2024 年能登半島地震における精神的支援と課題. 日本トラウマティック・ストレス学会誌 22 (1), 76-86, 2024.
- 高橋晶. 能登半島地震や過去の災害, 海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望, 日本精神科病院協会雑誌, 43(9), 899-904, 2024.

2. 学会発表

- Sho Takahashi, Chie Yaguchi, Yoshifumi Takagi, Tatsuhiko Kubo, Yasuhisa Fukuo, Hirokazu Tachikawa. Estimating Number of DPATs in the Nankai Trough Earthquake from data of 'cocoro-no-care' in the Great East Japan Earthquake. (The 15th Asian Pacific Conference on Disaster Medicine : APCDM 2024) Seoul 2024-11-25-26
- 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 (東京). 2024 年 5 月.
- 江川孝, 小幡 篤, 原田奈穂子, 國永 直樹, 吉本尚, 齊藤 稔哲, 加古まゆみ, 高橋晶. 災害時医療体制の法的背景と医薬品供給. 第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2024 年 6 月 7-9 日
- 高橋晶. これからの災害精神支援の課題と発展 災害派遣精神医療チーム DPAT 発足から 10 年、これからの災害精神支援の課題と展望. 第 120 回日本精神神経学会学術総会 (札幌). 2024 年 6 月 20-22 日
- 高橋晶. 災害やパンデミック時の医療従事者のメンタルヘルス支援 医療従事者のメンタルケアに向けたさまざまな取り組み. 第 120 回日本精神神経学会学術総会 (札幌). 2024 年 6 月 20-22 日

- 高橋晶．災害時に心身医学・心療内科・精神科が関わるメンタルヘルスと能登半島地震での対応（心療内科学会災害支援プロジェクト合同企画）．第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京）．2024年6月30日
- 高橋晶．心療内科・精神科リエゾンチームで用いる漢方薬の使用経験について 緩和ケア・精神科リエゾンチームに役立つ薬物療法のコツ．第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京）．2024年6月29日
- 高橋晶．災害時の被災者支援と支援者支援～能登半島地震等の経験から 災害対応におけるトラウマティックストレス～能登半島地震等の経験を踏まえて～．第23回日本トラウマティックストレス学会（京都）．2024年8月11日
- 高橋晶．能登半島地震対応から、南海トラフ地震、首都直下地震に備えての課題と対応～DPATの立場から．第48回 茨城県救急医学会 茨城県メディカルセンター（ハイブリッド開催）（水戸）．2024年9月7日
- 高橋晶．災害精神医療の概要と医師の役割 第1会場「災害現場における医療提供」．第8回日本精神薬学会（東京）．2024年9月21日
- 高橋晶．心と体を診る医師になりたかった人が災害精神医療にたどりついたキャリアパスの一例 知りたい！あの先生のキャリアパス2024．第37回日本総合病院精神医学会（熊本）．2024年11月29日
- 高橋晶．災害支援企画 「災害時の支援者支援と産業衛生」 心療内科・心身医学に期待される事、対応が求められる事．第28回日本心療内科学会（東京）．2024年12月7日
- 高橋晶．多職種のための社会精神医学セミナー 「DPAT 活動の立場から」（災害時精神保健医療に関わる多職種の視点能登半島地震を踏まえて）．日本社会精神医学会（東京）．2025年2月16日
- 櫛引 夏歩、菅原 大地、矢口 知絵、石塚 里沙、高木 善史、齋藤 真衣子、青木 ケイ、米澤 慎二郎、柳 百合子、八斗 啓悟、高橋 晶、相羽 美幸、白鳥 裕貴、川上 直秋、太刀川 弘和．中学生を対象とする社会的孤立・孤独の一次予防のための心理教育プログラムの有用性の検討．第43回日本社会精神医学会（東京）．2025年3月14日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし