

【特集 心理社会支援】

災害時の社会心理支援

Psychosocial support after disasters

金 吉晴^{1) 2) 3)}、篠崎康子^{1) 2)}、大沼麻実²⁾、島津恵子²⁾、大滝涼子²⁾

Yoshiharu Kim, Yasuko Shinozaki, Asami Ohnuma, Keiko Shimazu, Ryoko Ohtaki

I. はじめに

災害時の心のケアに対する社会の関心が高まった大きなきっかけとなったのは阪神淡路大震災(1995)である。それ以前にも奥尻島地震、雲仙普賢岳噴火災害などで心のケアが試みられてきたが、それが社会から強く要請され、多くの精神医療関係者がその必要性を認識し、活動を行うようになったのはこの震災を契機としてである。

その震災では兵庫県知事の派遣依頼要請に応じて多くの心のケアチームが自発的に組織され、神戸市内の避難所などで精神医療を提供した。神戸市には精神科医が多く開業しており、その通院医療が中断した患者の医療継続が主要な目的であった。そのために避難所を巡回し、精神科救護所を開設し、あるいは地域に残された患者を訪問した。このように通常医療の継続を主な目的として結成された心のケアチームであったが、いまひとつ重要な使命が社会から期待された。それは震災の衝撃によって新たに生じた心的トラウマへの対応であり、それによって引き起こされる PTSD への予防と治療である。しかもそうした期待は、精神医療の側の確立した知識、診断評価、経験、エビデンスに基づいたもので

はなかった。たとえば SARS やエボラ出血熱では、そうした疾患に関する医学の知識、治療対応の指針があり、それを社会に広めることで社会全体の対応を考えられた。SARS の流行についての社会不安は、そもそもこの感染症についての医学的情報発信によってもたらされたものであり、適切な医療対応によって沈静化されるべきものであった。災害時の心のケアに対する社会の期待ないし不安は、このような医学的情報によってもたらされたものではない。精神医療の側においても、災害のもたらす精神医学的影響についての確たる知見が共有されていたわけではなかった。災害精神医学を専門にする医師は当時ほとんどおらず、少なくとも精神医学の基本知識とはなっておらず、治療についても個々の医師が手探りで対応せざるを得ない状況であった。1980 年の DSM-III に登場した PTSD 概念は臨床のなかにはほとんど定着しておらず、その予防、治療に関する議論に精通していた医師がどれほどいただろうか。

それでは心のケアに対する期待は何によってもたらされたのであろうか。災害大国の日本において、過去にも大規模な災害は何度か生じているが、あえて心のケアについての関心がこれほどに高まったことはなかった。その直前の雲仙普賢岳災害では心のケアについて先駆的な取り組みがなされたが、必ずしも地元の多くの精神科医の理解が得られたわけではない。阪神淡路大震災で心のケアへの関心が高まった大きな背景としては、日本でも有数の近代都市における未曾有の震災によって、直接の被災者だけではなく、社会全体が衝撃を受け、不安を感じたことがあったのではないかと。19 世紀英国において、鉄道は当時の産業革命のもたらした近代文明の象徴であったが、それだけにそれが引き起こす事故の悲惨さは人々を不安にさせ、事故後の精神的後遺症が注目された。Lancet 誌に繰り返し特集が組まれ、多くの新聞でも取り上げられ、やがて鉄道脊髄症と

-
- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
ストレス・災害時こころの支援センター
National Information Center of Stress and Disaster Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 - 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
行動医学研究部
Department of Behavioral Medicine, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 - 3) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長
Director General, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

いう概念が提唱された。近代都市神戸における大震災を取り巻く心理的状況はそれに似ていたのではなかろうか。この状況に対する不安が、被災者だけではなく、メディアが代弁する形となって心のケアに対する関心、希求となって表れたものであろう。

今ひとつの背景は、海外から来日した支援者あるいはその考えを紹介する日本の研究者たちの影響である。災害がトラウマ的出来事となって多くの人々の精神健康に影響を与え、PTSDを発症しかねないこと、その予防に一刻も早い集中的なカウンセリングが必要であることが熱心に主張された。その方法は心理的デブリーフィングと呼ばれ、米国のMitchel, Everlyらによって提唱されたものだが、米軍のマニュアルにも採用されていたために、災害後の一時期、説得力を持って喧伝され、実際に何人かの日本人精神科医はこの方法を熱心に実践しようとした。36時間から48時間というごく短い時間に実施することが求められたため、心のケアがあたかも救急医療のような緊急性のある課題として強調され、それがこの主題への社会の関心を高めることになったが、同時にPTSDという得体の知れない病気に対する不安をかえって強めることにもなった。そのような不安に呼応するかのような、たとえば高齢女性が錯乱したといった事例が、あたかも被災者全体の心理的反応を代表するかのように伝えられたこともあった。

その当時、筆者は直接神戸での活動に関わってはいなかったが、その後多くの有識者によって整理された課題は主として以下の諸点であった。まずPTSD予防治療のような医学的介入と、震災による非疾患レベルの心理的動揺に対する対応が混同されていたこと、後者についてまで性急な精神医学化が行われる傾向にあり、自然の経過を考慮しない診断が下されがちであったこと、効果が証明されていないデブリーフィングのような予防介入法が強く主張されたこと、そしてその対象となるPTSDについてもまた、自然の回復経路を考慮せず、あたかも急性期に予防をせずにPTSDが発症すればもはや治療の手立てはないかのような議論が行われたことである。

この20年余りの災害精神医学の発展は、上記の心理的デブリーフィングの批判的検討を討論の軸として発達してきたと言っても過言ではない。それは災害という社会的現象の跡の人間心理を過剰に精神

医学化することへの警鐘でもあり、このような危機的状況において支援をする側の熱意のみによってエビデンスの少ない、時には有害であることが報告されている介入が行われることへの反省でもあり、言い換えれば人道主義的ニーズにエビデンスで対応することにに向けた試みでもあった。こうした流れを踏まえ、災害時の社会心理支援が今、どのように整理されているのかを振り返ることにしたい。

Ⅱ. 心のケアとは

(1) 多層的なケア

心のケアないし心理社会支援という用語は医療の中で定義、検証されたものではないので、本質的に多義的であり、多様な担い手によって提供されるべきものである。Inter-Agency Standing Committee (機関間常設委員会; IASC) によるガイドライン¹⁾では心理社会支援の担い手として、基本的な災害復旧支援者から、家族、地域、職場などのコミュニティ、一般医療、精神医療といったセクターによる心理社会支援が想定されている。また支援の領域は、被災した地域へのパブリックヘルスの対応、医療システム、時には行政システムの被災に対する対応、個々の被災者の症状への対応に分けられる。したがって支援の担い手、対象、方法は多様であり、これらを俯瞰して対策を立案し、また連携を促進する必要がある。

なお、ケアの前段階として住民の症状ないしリスク要因のアセスメントが必要となるが、通常、医療で用いている自己記入式尺度を地域住民に用いることは危険である。その理由の第一は、こうした尺度の殆どは病院に来た患者すなわち何らかの症状を持っている人々を対象として妥当性を検定しているので(事前確率)、それを症状を持たない人が多い地域住民に施行すると擬陽性を大量に生み出してしまふことがある。第二には、余震が続く場合の夜間の不眠や、災害対応に追われているときに震災のことを考えることは、合理的な反応であって、疾病としての意味は乏しい。しかし自己記入式尺度はこうした文脈を考慮せずに点数化するので、やはり擬陽性が産み出されてしまう。過去には地域住民の70%がPTSDなどと報じられたことがあったが、その意味でも点数が一人歩きしないように注意が必要である。なおPTSDに関してIES-Rという自己

記入式尺度の24.25というカットオフ値を用いて被災者のPTSDを推定することには十分な根拠がなく（英国のNICEガイドラインでは35である）、また原著者のWeissも診断スクリーニングに用いることには反対しており、推奨できない。PTSDの診断スクリーニングのためには、臨床であればPDS、地域調査であればPCLが推奨される。これらの尺度はストレス・災害時こころの情報支援センターのHP²⁾からダウンロード可能である。

(2) 被災者対応

以下では被災者の心理的反応への対応について、基本的な考えを紹介する。WHOによれば、災害時の精神医学的反応は、1) 重度の精神症状を呈する者の割合が平常時の2.3%から3.4%に増加し、2) 中等度の症状を持つ者が10%から20%に増加するとされる³⁾。3) それ以外の人々は一過性の軽度の症状を示したとしても、自然に回復することが多い。ただしこれは軽度の被災を含む人々の数値であり、生死の危険に暴露された人々における有病率は分からない。筆者らの立川災害センターでの三次救急に搬送された患者の調査からは、1) に相当する人々の割合は事故後1ヶ月の時点で30%であった⁴⁾。出来事の性質は違うが、こうした数値がある程度の参考になると思われる。ただしこの研究ではその後の追跡を十分におこなうことができず、経過については不明である。

これらに対する活動について、以下の様に分類して考えると整理しやすい。

(3) レベル1対応

心理社会的な対応であり、その目的は症状を悪化させるような有害な刺激を避けつつ、被災者が落ち着きを取り戻し、支援を受けていることを感じられるようにすることである。このレベルの対応として心理的応急処置（Psychological First Aid: PFA）が様々な組織によって提唱されており、著者らは簡便なWHO版をWHOとの契約のもとに導入している⁵⁾。なお米国版のPFAは兵庫県心のケアセンターによって導入されている。WHO版PFAの原則は、見る、聞く、つなぐであり、20～30人程度の研修会では様々な現場のシナリオに沿ったロールプレイ、グループディスカッションを通じ、4～6時間をかけて災害時の初期対応のスキルを習得する。こ

の形式の研修会はストレス・災害時こころの情報支援センターの協力で各地で開催され、自衛隊、外務省、各地の精神保健福祉センター等で取り入れられ、100人を超える指導者が養成され、1日研修会への参加者が4619名、講演会への参加者が6992名となっている。

PFAは証明された介入効果を目的としたものではなく、災害時の初期対応の共通の態度を身につけ、被災者を保護し、有害な刺激から守りつつ、必要とされる心理社会支援を届けるためのものである。緊急のニーズのある被災者のトリアージ、子どものケア、支援者のセルフサポートなども含まれている。これまで災害時の初期対応に関しては様々な説が入り乱れており、現場に混乱を招いていたという実態があるので、支援にあたる医療関係者にこうしたスキルを身につけて頂けることが望ましいと考えている。

もちろん、PFAを学んだことが、それ以外の立場の支援者とのあいだに軋轢を生んだのでは本末転倒である。そこでPFAの導入にあたっては参加者の話し合いによって倫理綱領を策定し、PFAを知らない人々の方針を尊重すること、現地でふさわしい礼節を守ること、自分の立ち位置をわきまえることなどを確認することになっている。

(4) レベル2対応

心理的リカバリーのための対応である。PFAなどの対応を行ったとしても、また多くの症状が自発的に回復するとしても、人によっては数日間を経てなお何らかの精神症状が残り、かつ軽快の傾向が認められないことがある。あるいは災害後の社会生活に適応できないことがある。そのような被災者にたいして、症状のマネジメント、症状が遷延するリスク軽減、トラウマ記憶の整理の方法、リラクゼーションなどのスキルを学び、災害後の生活における対処行動が身につけられるような数回の面接によるプログラムが行われてきた。このレベルのプログラムとしては、米国版PFAの次の段階としての「サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）」WHOによるPM+があり、それぞれ兵庫県心のケアセンター、久留米大学精神科によって紹介されている。このレベルの対応は行動ないし症状の変化を目的としており、効果検証を必要とする。国際的にはそのような研究は行われているが、日本では行われていない。筆者らはオーストラリアPTSDセンターと共

同で SOLAR (The Skills for Life Adjustment and Resilience) プログラムを導入しているが、十分な検証には1, 2年を要する見込みである。

(5) レベル3対応

精神疾患の治療対応であり、対象となる疾患の種類は問わない。ただ、災害では通常診療することの少ない、PTSD、悲嘆反応が問題となることがある。しかしこのことを突き詰めて考えると、DSM-III以来軽視されてきた、状況反応、心因反応が多く生じるということである。もちろん、通常の診断を下してライフイベントを別に評価、記載すれば困ることではないが、より直接に状況反応としての病態を示すために、現行の DSM の診断体系の中で唯一、体験との強い関連が診断基準に含められている PTSD が注目されやすいのではなかろうか。生死に関わるトラウマ体験があったからといって必ず PTSD が生じるわけではなく、生じたとしても自然寛解が半数以上に認められる⁶⁾。DSM-5では PTSD の診断基準がかなり明確に規定されており(特に出来事基準と再体験症状)、評定者間の診断の一致度も0.6を越えている。これに従えば、かつてのような診断の混乱は徐々に減少していくものと思われる。

治療としては paroxetine, sertraline が日本での保険適用となっているが、併存疾患、症状によっては、他の抗うつ剤、抗精神病薬、 β 2遮断薬などがある。なお抗うつ薬、抗精神病薬によるアクティベーション、アカシジアを PTSD の過覚醒症状と誤認しやすいので注意されたい。またカフェイン、激しい運動、貧血や心疾患、内分泌疾患の影響を除外する必要がある⁷⁾。薬物療法の効果量は0.5に満たないが、効果量の上で遙かに大きいのはトラウマ焦点化認知行動療法である。その中で保険適用となっている持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure Therapy; PE)の効果量はほぼ常に1.5を越えている⁸⁾。米国で認定を受けた指導者、スーパーバイザーによる治療者育成のシステムが機能しているが、なお人材は不足しており、今後の治療ネットワークの形成が課題である。研修情報は以下を参照されたい。

Ⅲ. おわりに

近年、国際的にも1990年代から災害等での精神保健的課題への関心が高まってきた。そうした動き

は当初は先鋭的な研究者、臨床家集団によって担われていたが、その中には上述のデブリーフィングのように不十分なエビデンスに基づいて宣伝を繰り返す動きもあった。しかし1980年にDSM-IIIにPTSD診断が取り入れられたことを機に発足した国際トラウマティックストレス学会 International Society for Traumatic Stress Studies などを中心に、PTSDが米国の退役軍人の救済を意図した政治的診断概念であるとの批判に応えるための学術的な研究が推進され、その中で災害時の精神医療対応についてもエビデンスに基づかない主張は批判を受けるようになった。

それとは別に大きな流れとなったのは、途上国支援を行っている国際機関、NGOなどの団体における、紛争や災害による精神医療的な問題への関心の高まりである。しかし国連という舞台は政治的な問題を議論する場であり、本会議ならびに付随する会議では精神医療的な問題を議題とすることができなかった。そこで関連機関の連合体である IASC が企画して紛争地域や災害時の精神保健医療対応に関する IASC ガイドラインが作成され、さらに実際に支援を行っている多くの NGO も参加して心理的応急処置(Psychological First Aid: PFA)に関するマニュアル、研修プログラム等が作成された。

また10年に1回開催される国連防災会議の第3回仙台大会では初めてメンタルヘルス対応が取り上げられ、仙台防災枠組み Sendai framework for Disaster Risk Reduction⁹⁾に明記され、国連事務総長の演説でも触れられた。このことの意義は非常に大きく、今後国際社会において防災が語られるときにはメンタルヘルスという視点が必ず取り上げられることになる。

ただし既存の災害精神医療のガイドライン、教科書類のほとんどは無傷の先進地域から被災した地域へと出かけて行くための指針であり、しかも相当部分は開発途上国に支援に出る人々を想定している。日本のように高度の医療システムを持つ国での大規模な災害は、サンフランシスコ地震、ハリケーンカトリナ、トルコ地震など、世界的にも数えるほどしかなく、このような災害を踏まえた共通の指針は存在していない。したがって国際的な指針、資料については、原理原則や個別のスキルは共有出来るとしても、具体的な支援の組み立てについては日本の制度を活用する方法を考える必要がある。また災害

のリスクの高い国々の中で日本は唯一の先進国であり、今後の災害対応についてはむしろ国際発信をして主導権を取ることが期待されている。今後の日本での災害が大都市に生じた場合には、これまでの知識では対応できない様々な事態が想定される。

特に都市部での災害は、先進国の中で唯一と言って良い災害大国である日本にとっての大きな課題である。「都市の中で生じた」通常の災害であれば大都市の豊富な支援、医療リソースを活用することができるが、「都市そのものが被災した」場合は、交通、通信、ライフラインに加えて支援、医療リソースそのものも損傷するために、前項で述べたようなサービスの系統的な提供が難しい。これに加えて生活機能の急激な低下は支援を困難にする。311震災で支援のためにアフリカから帰国した日本人の国際機関の職員は、沿岸部の避難所をみて、アフリカのキャンプの方がもっと物資があると嘆いたそうだが、都市機能が失われたときの人々の生活がいかに厳しいものになるのかの一例である。

そのような状況において、中央の指示によって整然と活動するというチームモデルだけで、住民が必要とする精神保健医療活動を行うことは難しく、各自治体あるいは地域、医療圏で自立した活動が必要となる可能性が高い。そのためにはPFAなどの研修を通じて、災害時の精神保健医療対応へのリテラシーを住民が高めていくことが最も望ましいが、やはり核となるのは地域の医療、教育、消防、警察などであろう。都市の場合にもっとも懸念されるのは、フェイクニュース、流言飛語の類いである。かつての関東大震災の時には住民の虐殺が生じている。よもやと思うが、情報はかならずその出所を確かめると共に、地域のなかで身を以て落ち着いた態度を取る存在が、不確かな情報に惑わされがちな人々に対しては有効である。その意味でも医療関係者の役割は大きい。ただ、最近の震災では、無責任な書き込みに対してはそれに反論する書き込みが増えており、ネットのフェイクニュースや扇情的な書き込みに対する市民の認識が向上してきたことが窺える。

今後には備えては、日本のような先進国家における都市型災害を想定した、急性期だけではなく、中長期も見据えた、また各地域での自律的な活動を促進するようなモデル、指針の開発と、双方向的な研修と、それを通じた地域の精神医療支援リソースの有機的交流を育てることが求められよう。

文 献

- 1) Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Geneva, 2007. Available at: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.
- 2) ストレス・災害時こころの情報支援センター. Available at: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>.
- 3) van Ommeren M, Saxena S & Saraceno B: Aid after disasters. *BMJ* 330: 1160-1161, 2005.
- 4) Matsuoka Y. et al: Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit. Care Med.* 36: 74-80, 2008.
- 5) World Health Organization : WHO 版心理的応急処置 (PFA) . Available at: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/who.html>.
- 6) Kessler, RC, Sonnega A, Bromet E et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 52: 1048-1060, 1995.
- 7) The International Psychopharmacology Algorithm Project. Available at: <http://www.ipap.org/>.
- 8) Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An assessment of the Evidence Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Washington, D. C., 2007.
- 9) United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030, Geneva, 2015. Available at: <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>.