

災害精神保健の視点に立った心身の健康回復

大塚耕太郎・酒井明夫

被災からの健康の回復として目指すもの

WHOは、「健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的によい（安寧な）状態であることを意味し、単に病気でないとか、虚弱でないということではない」と定義している。心身の精神、そして社会的な健康が重要である。被災者の健康は個人ではどうにもできない状況に左右されていることはいうまでもない。一九

用させる。

被災者へのここでのケアとは、このような災害状況と関連した疾病的発生頻度や医療へのアクセス、医療の質等において、健康格差を可能な限り減らしていくという観点が必要である。当然、私たちは個人の健康を向上できるか考える場合にも、被災地全体の社会的な健康に対する取組み、つまり健康づくり（Health promotion）として考える側面も必要である。被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。単一の領域の取り組みとしてすみのではなく、地域のさまざまな領域がネットワークや重層化した支援体制の中で協働して活動していくことが求められる。

このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。いまだ地域は復興の真っただ中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させな

八六年にWHOにより作成された健康づくりのためのオタワ憲章（Ottawa charter for health promotion）では健康の前提条件として、平和、住居、教育、食糧、収入、安定した環境、持続可能な資源、社会的公正と公平を挙げている。一九九八年以後、WHOは健康の社会的決定要因として、ソリッドファクトとして社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、社会的支援、薬物依存、食品、交通を公表している。¹⁾ 災害はこれらの社会的決定要因となる指標を悪化の方向へ作

おおか・こうたろう
岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座
特命教授。医学博士。専門は精神科救急、自殺対策、災害医療。著書に『精神医学の思想』（共著、中山書店、二〇一二年）など。
さかい・あきお
岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授。
医学博士。専門は精神医学史と医学哲学。著書に『このころの科学の誕生』（編・共著、日本評論社、二〇〇三年）、「逸脱の精神史」（日本評論社、二〇〇七年）、「生命倫理事典（新版増補版）」（共編著、太陽出版、二〇一〇年）など。

被災地住民のメンタルヘルス

わが国は四方を海に囲まれ、地震も多く、これまで大規模な災害が繰り返されてきた。災害のストレスは、災害そのものの生命の危機を感じさせる大きな衝撃としての外傷体験（トラウマ）、家族を失つたり、住んでいた家や財産などを失うなどさまざまな喪失体験、そしてその後の被災生活によるストレス過重が連鎖的に持続していく。

災害が発生した地域住民は、外傷体験、喪失体験、二次的生活変化などによる複合的なストレスを経験す

制としての相談所の開設も必要である。さらに、ハイリスク者は複合的問題を抱えているため、ここでのケアだけでなく、生活相談や手続き窓口などハイリスク者が利用するであろう機関とのネットワークを構築して、支援していく体制も求められる。

仮設住宅で暮らす住民たちにとつては、話す場がない、聴き役がないなどの問題を抱えており、語りの場としてのサロン活動も重要な支援である。一方、被災地全体に広く働きかけるポピュレーションアプローチの目標は、地域住民のメンタルヘルス・リテラシーの向上である。知識や意識を高めるためには普及啓発活動が重要である。さらに、広く対象に働きかける場として健診や地域の保健事業でこれらの健康だけなく、身体的な健康面も対象にしてここでのケアを働きかけることも必要である。

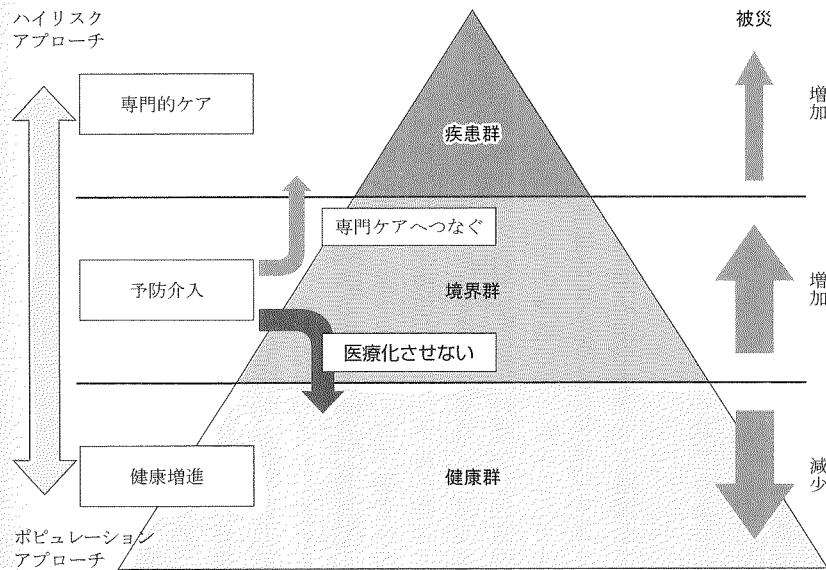
このような地域全体としての事業構築を行う上では、地域の従事者の数を増やすことや、従事者の教育が重要となる。地域でのこころのケアが充実していくためには、関わる従事者を確保することが必須となり、支援者の確保、地域の人材の養成、従事者の教育が急務となっている。

● ● 中長期的なこのこののケアのモデル

ここでのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通した被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである（図2）。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すこととの基盤を支援していくことが求められる。

第一に、仮設住宅入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回・訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第二として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉的介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第三として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれま

図1 災害による地域住民のメンタルヘルスの変化と介入



るため、正常なストレス反応としても精神健康度が低下することはいうまでもない。被災地域の住民の精神健康度は、健全なレベルに保たれている健康群、健康に留意すべき境界群、重篤度の高い疾患群に大きく区分される（図1）。

時に急性ストレス性障害やPTSD、うつ病など精神障害に至る場合もあり、災害により健康群は減少し、境界群、疾患群が増大している。このこののケアではハイリスク者ケアへのアプローチだけでなく、健康群へのポピュレーションアプローチも必要である。また、境界群に対して専門的ケアにつなぐだけでなく、医療化させない予防的介入も必要であり、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

地域でのこのこののケアの事業を構築する上では、

地域のリスク区分を設定し、ハイリスク者選定を行う必要がある。また、ハイリスク者アプローチとしては、このこののケアチームや保健師巡回、社会福祉協議会の生活相談員などによる訪問、つまりアウトリーチ活動が必要となる。そればかりでなく、訪問非該当者や相談希望者など地域住民の援助希求行動を受け止める体

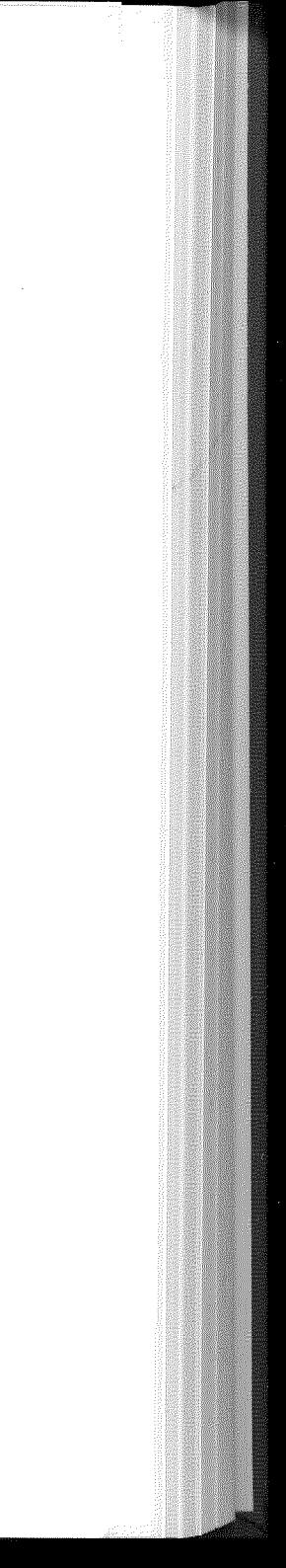
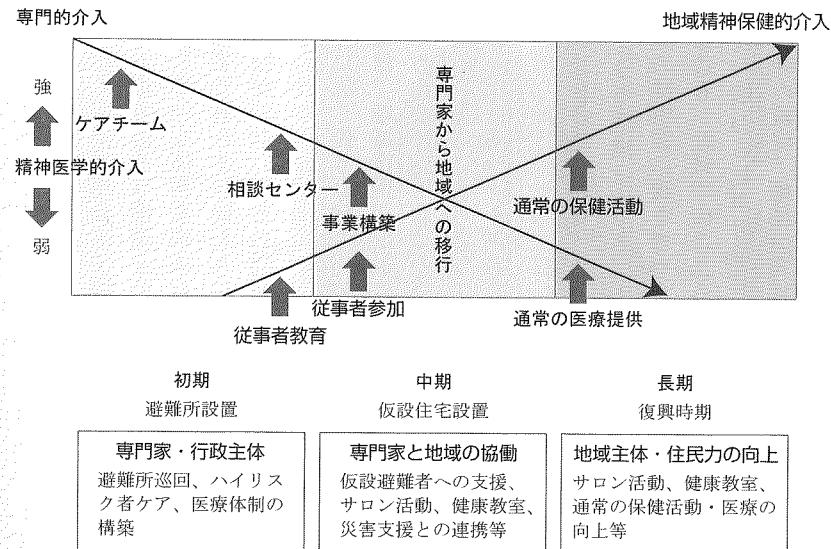


図2 こころのケアのモデル—初動から中長期的支援まで—



での精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことが目標となる。⁴⁾

加えて、中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成二十四年八月に改正が閣議決定された「自殺総合対策大綱」では、「第3 自殺を予防するための当面の重点施策」の中の「4・心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4) 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。自殺対策と災害支援は、それぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。

● 地域のこころのケアの三領域

被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」「保健」「福祉」の三領域に区分される。

医療では、主に医療機関等による専門的ケアが実施されている。具体的にあげると、うつ病、PTSDをはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療等を行っている。また、すでに精神障害に

あつたものが被災によるストレスに影響され、調子を崩し、その対処を行つてている。

保健領域では、主に保健師たちによる予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健診相談、健診、スクリーニング等で震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修等を通じた人材養成が行われている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会等による生活支援や見守り活動を実施したり、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行つている。たとえば、こころのケアとして、生活支援相談員（社会福祉協議会）や民生委員等による訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

● 支援の階層を充実化させるアプローチ… ゲートキーパー養成

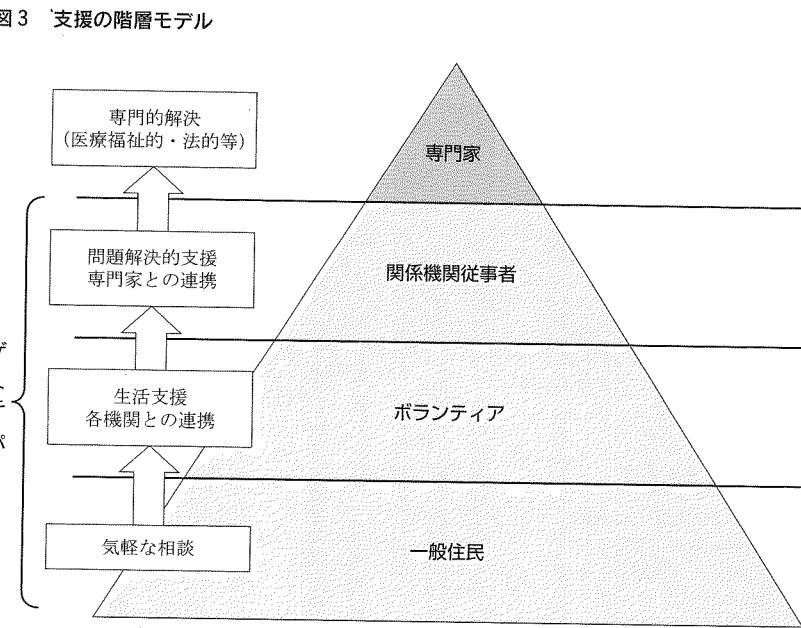
精神医療・保健・福祉領域について、地域における支援は、一般的な解決から専門性の高い解決まで、専門

性の強弱によって段階づけられる階層モデルとしてとらえることができる。（図3）。

住民相互の相談は気軽な相談であり、ボランティアや民生委員、保健推進委員など住民組織による活動は、生活に根差した相談であり、必要により関係機関との連携が必要となる。また、行政機関や各窓口の対応は、ある程度の問題を整理して、必要であればより専門性の高い機関へ連携したり、制度を紹介することが求められる。そして、医療福祉関係者や弁護士、司法書士などの専門性の高い機関では専門的支援が求められる。地域においては、それぞれの支援の次元が地域に存在することが重要であり、それぞれの段階を設定しているフィルターが多いほど、地域のケアは充実しているといえる。住民の多様なニーズにもこたえられる。階層が重層構造になることは、ステイグマ（stigma 偏見）対策にもつながる。

自殺対策における「ゲートキーパー」（gatekeeper門番）とは、精神科医療機関や法律的機関など専門性のある機関よりも専門性の強度の低いレベルの階層の支援で、自殺の危険性がある者への対応を行う役割を担っている。WHOでも、自殺対策としてゲートキーパー

パー対象の研修プログラムを提供することは、自殺の危険性がある者や未遂者、殺人の被害者等に関わるような最前線の医師や他の専門家（保健医療従事者、一般医、軍隊、メディア、教師など）の知識やスキルのレベルアップに必要不可欠である。⁶⁾



ラムが提供されており、地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

災害後のメンタルヘルス対策として、メンタルヘルス不調者の増加に対し、ゲートキーパーの養成をはじめとする地域への教育により、住民の身近な関わりややまやかな接点でつながる人々からの心理社会的支援の提供が可能となり、健康新規差を生む支援へのアクセスの問題や支援の質を向上させる方法論の一つである。人が人を支えるのがメンタルヘルス対策では避けではない原則であり、人こそ宝であるといえる。地域には宝が存在し、教育を通して地域が育つことが災害復興において何よりも重要であると考えられる。

【文献】

①WHO (eds. By Wilkinson R and Marmot M) Social determinants of health: Solid facts 2nd edition, 2003.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81324.pdf

②大塚耕太郎・酒井明夫・中村光ほか「災害メンタルヘルスの中長期的課題と支援のあり方」、『Pharma Medica』 第30巻12号、110

○11年、二五一一八頁

③) 大塚耕太郎・酒井明夫「東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(1)・岩手医科大学における初動期から初期の支援」、「こころの科学」159号、二〇一年、二一九頁

④) 大塚耕太郎・酒井明夫「東日本大震災に対するこころのケア活動・岩手の最前線から(2)・中長期的なこころのケアの対策」、「こころの科学」160号、一〇一年、一一一五頁

⑤) 大塚耕太郎・酒井明夫・工藤薰「危機介入——社会資源活用ための連携」、張賢徳（責任編集）『自殺予防の基本戦略』中山書店、一〇一年、四八一一五七頁

⑥) キッチナー・B、ジョーム・A（メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン訳）『専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド——こころの応急処置マニュアル』創元社、二〇一一年

⑦) 大塚耕太郎（主任研究者）「厚生労働平成二十二年度科学研究費補助金基盤C「医療、精神保健、および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」」、一〇一一年

⑧) 内閣府「ゲートキーパー養成研修用テキスト」
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukkagekkan/gatekeeper_text.html