

平成 21 年度

【短期研究 1】

災害後の精神保健活動に関するコンセンサス形成に向けた研究

(要旨)

災害精神保健活動に関する概念の変遷を確認しながら、現場におけるいくつかの具体的問題を題材に、のぞましい「こころのケア」のあり方について検討した。

国際的には、近年ますます治療的介入より回復力（レジリエンス）に焦点を合わせた活動が推奨されるようになってきている。災害を、病気や苦しみを生み出すものとしてとらえるだけではなく、再生や成長の機会としてもとらえようとする方向にシフトしつつあるのである。こうした流れを受け、「サイコロジカル・ファーストエイド」の概念が整備され、支援者のためのトレーニングマニュアル「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引」が開発された。さらにこの分野における大きな達成のひとつに、2007年に国際的人道支援組織の常任委員会が発表した「危機状況における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」がある。このガイドラインが目指すのは、政府と支援組織間の連携・調整による、多層的・階層的な支援態勢の構築である。

災害精神保健活動の基本方針のなかでもっとも重要なものが「害を与えない」ことであることは、多くの専門家が認めるところである。「こころのケア」の名のもとに行われる活動が被災者・被災地に負担を与えている可能性はないか、常に批判的に検証することが必要である。こうした観点から、スクリーニング・アセスメント・アンケートをめぐる問題と、外部からの支援者の役割について検討した。この問題を考える手がかりのひとつとして、医療社会学者 Antonovsky が提示した健康生成論（salutogenesis）という健康観を参照した。

災害精神保健活動の潮流がレジリエンス重視に向かいつつあるなかで、地域精神医療の問題や、長期的支援の問題を考えていくことも忘れてはならない。「こころのケア」が特別なものでなくなり、当たり前のこととして社会に根づいていくことによって、災害に強いコミュニティの実現も、障害化していく人々への持続的な支援も、可能になっていくものと思われる。

研究体制：明石加代、藤井千太、加藤寛

はじめに

1995年の阪神・淡路大震災以降、近年では、災害が起こると早い段階から地域の保健所などを中心とした精神保健活動が行われるようになってきている。国、自治体、職能団体、研究機関などによる災害時精神保健活動に関するガイドライン・マニュアル類の整備も進んできた⁸⁾。

一方、災害の心理的影響は長期的にみなければわからないことも多い。常に臨床実践と照らし合わせて既存の知見を批判的に検証し、修正を加えていく作業を欠かすことができない。2001年9月11日に発生したニューヨーク同時多発テロ事件後の苦い経験をきっかけに、米国では、災害精神保健活動の目的に対する大きなパラダイムシフトが起こり、新たな視点にもとづくガイドラインや支援マニュアルの整備が急速に進んだ。

本稿ではまず、災害精神保健分野における最新の基本方針、国際的コンセンサスを確認する。さらに、そうした方針が形成されるに至った経緯を概観しながら、近年の大きな達成であるふたつのマニュアル・ガイドラインの内容を検討する。続いて災害精神保健活動における具体的問題をいくつかとりあげ、先に取りあげた国際的コンセンサス、ガイドライン、マニュアルと照らし合わせながら、望ましい災害精神保健活動のあり方について検討する。

なお本稿では、被災地におけるこころのケア・心理的支援・心理社会的支援・精神保健医療活動を含めた総称として「災害精神保健活動」という用語を基本的に用い、明確にする必要があるときには、適宜それぞれの呼称を使い分けることとする。

I. 国際的潮流の概観

基本方針の確認

災害や紛争をはじめとする、世界各地の危機状況で医療救護活動を行ってきた歴史のある組織のひとつに、国際赤十字がある。国際赤十字は、①国際赤十字・赤新月社連盟 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; IFRC)、②赤十字国際委員会 (International Committee of the Red Cross; ICRC)、③各国赤十字・赤新月社 (世界186カ国) によって構成され、それぞれの役割と協力関係が定められている⁹⁾。

このうち自然災害 (紛争にともなうものではない惨事) の国際的支援活動を担っているのは、国際赤十字・赤新月社連盟 IFRC である (紛争地での活動は赤十字国際委員会 ICRC が行なう)。被災者に対する精神保健活動への関心の高まりをうけて、IFRC は、1991年より心理的支援プログラム (Psychological Support Program) を開始した。1994年より IFRC の心理的支援活動に携わり、2007年にアメリカ心理学会から国際人道支援賞を受賞した Gerard A. Jacobs は、自身の活動の歴史を振り返りながら、そのあいだに大きく変化

した災害時の心理的支援に関する概念を、以下のような7つの基本方針として抽出している⁽⁶⁾。

①害を与えないこと

これは使い古された自明の理のように思われがちだが、決してそうではない。専門家と呼ばれる人間は、不適切なやり方で接近するだけで被災者に脅威を与える可能性をもっていることを自覚しておかなくてはならない。効果的な介入ほど与える影響も大きく、安易に用いれば危険なものにもなりうるものである。また、「何もしないよりはしたほうがいい」と主張する人々、被災地での受け入れ態勢や十分な計画の不足した状態で先んじて活動しようとする人々も、害を与えかねない人々である。こうしたことを防ぐためには、事前のアセスメント、活動のモニタリング、事後の検証が必要である。

②コミュニティに根ざしていること

これは地域社会だけではなく、価値観、習慣、経済状況などによって特徴づけられるさまざまな社会的グループを含んでいる。それぞれのグループの関心、持てる力、ニーズにふさわしい支援活動を行わなくてはならない。

③持続可能であること

継続に無理のない支援プログラムでなければならない。しかもそれを維持することが、コミュニティにとって役立つようなものでなくてはならない。

④コミュニティの持てる力のうえに成り立つものであること

コミュニティにはそれぞれ独自の習慣や対処法がある。それらを活かした支援プログラムをつくることで、支援を受ける人々を受け身の立場におかず、自分たちが活動の主体であるという感覚を高めることができる。

⑤現地の専門家を活用すること

これは他の基本方針を実現するために必要な具体的方法である。現地の専門家の協力がなければ、持続可能な支援も、コミュニティに根ざした支援も行うことはできない。

⑥まず「異常な状況に対する正常な反応」への対応を行うこと

心理的支援は、精神疾患への対応ではなく、人生における困難に直面している人びとを支えることに重点をおかなくてはならない。そうすることによって、精神疾患に対する偏見がもたらす心理的支援への抵抗感を越えていくことができる。

⑦被災したすべての人を対象とすること

この方針には、特定の層を対象を絞るほうが現実的であるとして異を唱える専門家もいると思われる。しかし、モデルづくりをしていくにあたって最小限の目標を設定することは、適切な態度ではない。(文献6, p.934-935)

これらの基本方針は、近年における災害精神保健に対する基本的概念の大きな変革を反

映したものであり、Jacobs は、この変化を「成熟」と表現している。続いて、近年の災害精神保健活動をめぐる概念の変遷をふりかえりながら、このような基本方針が生成された経緯を確認し、どの部分がどのように変化し「成熟」したのかを明確にしてみたい。

活動方針、活動目的の変遷——疾病予防から回復支援へ

欧米では 1990 年代、トラウマ・PTSD への社会的関心が高まるなか、災害後の PTSD の予防策として心理的デブリーフィングが盛んに行われていた。心理的デブリーフィングはそもそも消防士のために開発された手法であるが、1983 年に Mitchell らによって CISD (Critical Incident Stress Debriefing) として定式化され⁽¹¹⁾、一般の被災者にもひろく行われるようになった。デブリーフィングの方法論の根幹には、できるだけ早く外傷体験や感情を語らせる (debrief=結果を報告する) ことによって、PTSD を予防するという考えがある。しかし、2000 年前後よりデブリーフィングは PTSD の予防に有効ではない、あるいはかえって悪化させることがあるという研究が相次いで発表されるようになった。現在、専門家のあいだでは、デブリーフィングを一般被災者に行うことは適切ではないという合意が成立している。デブリーフィングに対する専門家の主要な懸念は、デブリーフィングを行なうことによって、外傷体験にさらされた人を過度に体験に向き合わせる可能性があること、苦悩を医療化する風潮を促進しかねないこと、一律に性急な心理教育を行なうことによって精神症状に対する思いこみを形成する可能性があること、どんな場合にも心理的な介入が必要であるという刷り込みをしかねないこと、などにあるといわれている^{(12) (17)}。

災害は個人や社会の機能を一時的に崩壊させ、混乱と苦しみをもたらす。しかし一方で、人類は災害を乗り越えるたびに、安全に暮らすための知恵を積みあげてきた。災害の歴史は文明の歴史でもある。災害精神保健領域における国際的な潮流は、近年、災害を病気や苦しみを生み出すものと考えただけではなく、再生や成長のチャンスとしてもとらえようとする方向に、大きくシフトしつつある。

デンマークに拠点をおく国際赤十字・赤新月社連 IFRC の心理社会的支援リファレンスセンター (Reference Centre for Psychosocial Support) のニュースレター最新号には、災害精神保健活動が今後進むべき方向性が、以下のように明確に打ち出されている⁽¹⁷⁾。

(現在の災害精神保健活動に関する) 一般的な合意は、外傷体験にさらされているすべての人々に対して、成長と回復の可能性により力点をおいたモデルを使うべきであるということである。支援アプローチは、被災した人々が、外傷体験を自己の力を見出す機会にしていくための努力を支え、増進しようとするものでなくてはならず、病気や治療の必要性を生み出すものととらえることを強化するものであってはならない。

推奨されるアプローチは健康生成論 (salutogenesis) である。健康生成論とは、悪影響や症状の除去といった事柄に焦点を合わせることから、健康や回復力に注目する方向

に転換しようとするアプローチをいう。デブリーフィングに対する懸念の中心にあるのは、デブリーフィングが人々の健康を支えているものではなく、苦しみをひきだすものに光をあてている点にある。このことは、早期に行なわれる直面的介入への警鐘や、スクリーニングと危機介入のあり方への見直しの必要性をも示唆している。(文献17, p.14)

こうした流れを受け、現在、特に被災後早期には、病理より回復力（レジリエンス）に焦点を合わせた「サイコロジカル・ファーストエイド」が推奨されるようになっている。

サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid; PFA）とは、心のケガに対する応急処置のことであり、欧米では古くから共有されてきた概念である。1950年代にアメリカ精神医学会から発行されたモノグラフによると、PFAは「災害によってひきおこされる反応（一般的・特異的）を認識する能力」「対処法の基礎的知識」「精神保健の専門家だけではなく、被災地で働くすべての人が受ける必要のあるトレーニング」と説明されている⁽³⁾。

80年代に災害心理学の網羅的なテキストを発表した Raphael も、当時から PFA の重要性に触れている。Raphael は、PFA に必要な活動として以下の事柄を挙げている⁽¹⁴⁾。

- ・ 基本的・人間的な慰安を与える
- ・ 持続中の脅威や危害から保護する
- ・ 身体的・物質的なニーズに配慮する
- ・ 無意味な行動を意味のある作業の方向へ導く
- ・ 家族の所在確認、再会を手助けする（遺体の捜索を含む）
- ・ 心理的負担の大きい現実処理作業を手助けする
- ・ 自然発生的な感情の表出を認める
- ・ 安全・安心感の再確立
- ・ 支援ネットワークづくりとその活用
- ・ 医学的処置の必要な被災者への対処
- ・ のちの継続的な支援に被災者を結びつける（氏名・連絡先など基本データの収集記録）

こうしたかかわりの前提として、Raphael は、PFA とは救援者・支援者が被災者の「苦しみと持てる力の認知」を行なおうとする基本的態度のことであると述べている。しかし先述のように、90年代に入る頃から「PTSDを予防する」という考えが広がり、治療的介入、つまり「何か特別なことをする」ことが優先されるようになった。基本的態度の重要性は、認識されつつも後景に退き、大きな災害や事故が起こると、「とにかく早く介入しなくてはならない」と考える人たちが増えていった。そのような流れのなかで、2001年9月11日、ニューヨーク同時多発テロ事件が発生したのである。複数の支援チームが被災地に駆けつけ、独自の方針に沿って活動を展開し、被災地を混乱させてしまうという事態

が起こるべくして起こった。しかしその後の米国の動きは速く、翌月の10月31日には内外の災害精神保健領域のエキスパートを集め、安全で有効な災害直後の心理的介入は何かということをめぐる検討が行なわれた⁽¹⁰⁾。そこで専門家が分野を超えてその重要性を認めたのが、PFAであった。加えて、被災地の混乱という苦い経験から、大規模災害後の早期介入ガイドラインや、支援マニュアル策定の必要性が強く認識された。その後、アメリカ国立PTSDセンターと、アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークはPFA概念を整理し、分野横断的に共有できるトレーニングマニュアルの開発に着手した⁽¹⁾ ⁽¹³⁾。

このようにして、2005年、「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引 Psychological First Aid Field Operations Guide」(以下、「PFA 実施の手引」と省略)は開発された。このマニュアルの特徴は、その具体性である。支援者が遭遇する可能性のある被災地の状況が細かく設定され、想定問答などが数多く盛り込まれている。現場を経験したことのない人がトレーニングを受けるときにも、イメージが持ちやすい。

活動内容は、8つの要素に分けてまとめられている(図1)。これらは順番にすべて行なうというのではなく、必要な部分だけを現場の状況に応じて用いればよい(modular approach)とされている。この柔軟性も他の治療的介入とは違ったPFAの特徴である。その他、被災地で配布できるリーフレットや、子どもをもつ親に対する助言集などの付録も添付されている。なお、当センターは本マニュアルの日本語版を作成し、現在、ホームページ上で公開している⁽¹³⁾。

活動内容	活動の目的
被災者に近づき、活動を始める	被災者の求めに応じる。あるいは、被災者の負担にならない共感的な態度でこちらから手を差し延べる。
安全と安心感	当面の安全を確保し、被災者に心と身体を休めてもらう。
安定化	圧倒され混乱している被災者が、落ち着きを取り戻せるようにする。
情報を集める	周辺情報を集め、被災者が今必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、その人に合ったPFAを組み立てる。
現実的な問題の解決を助ける	今必要としていること、困っていることを解決するために、被災者を現実的に援助する。
周囲の人々との関わりを促進する	家族や友人など身近にいて支えてくれる人や地域の援助機関との関わりを促進し、関係が保ち続けられるよう援助する。
対処に役立つ情報	苦しみを軽減し適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう。
紹介と引き継ぎ	被災者が今必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引き継ぎを行なう。

図1 PFAの8つの要素

PFAという言葉は、災害精神保健活動の方針転換を示すキーワードともなりつつある。近年ますます多種多様な救援者・支援者が活動するようになっている災害現場では、こう

した分野横断的に共有できる普遍的な活動方針は、さらに重要なものになってくると思われる。

活動の有機的連携をめざして——心理的支援から心理社会的支援へ

災害精神保健活動の目的が、疾病予防から回復支援へと方針転換されてきたなかで、PFAの重要性が認知され、マニュアルが開発された経緯をみてきた。

さらに近年のこの分野における大きな達成のひとつが、IASC が発表した、「危機状況における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」⁽⁵⁾ である（以下、IASC ガイドラインと省略）。IASC (Inter-Agency Standing Committee) とは、人道支援に携わる複数の国際組織間の連携・調整・方針決定を行なっている常任委員会のことである。「IASC ガイドライン」の目的は、以下のように記されている。

このガイドラインの主要な目的は、危機のさなかにある人々の精神的健康と心理社会的な幸福を守るために、人道支援を行なう支援者とコミュニティが最小限の多層的な支援の計画、定着、調整を行なうことを可能にすることである。本ガイドラインの力点は、危機において可能な限り早急に実施されなければならない、もっとも重要で優先度の高い最小限の支援を実施することにある。(中略) 最小限の支援の実施を確実なものとするために、本ガイドラインでは、精神保健活動と心理社会的支援に関して行なうべき事前準備と、危機の最中に行なう支援の具体的内容とその方略を挙げていく。(文献5, p.5-6)

「IASC ガイドライン」の冒頭には、「災害後の精神保健活動は被災したすべての住民を対象に行なわれるべき優先度の高いサービスである」という理念がかかげられている。そこで、まず「IASC ガイドライン」が提唱しているのが、政府と支援組織間の連携・調整による、多層的・階層的な支援体制の構築である(図2)。このことは、支援の効率性の問題だけではなく、支援を受ける被災者の側にとっても、必要かつ重要なこととされている。つまり、災害は広範囲にわたる問題を生じるものであり、心理的な問題だけを切り離して取り扱うことは現実的ではなく、精神保健活動が他の分野の支援活動から切り離されることなく多層的に提供されることが本来の姿であるとする考え方である。

「IASC ガイドライン」がカバーしている領域は、以下の通りである。

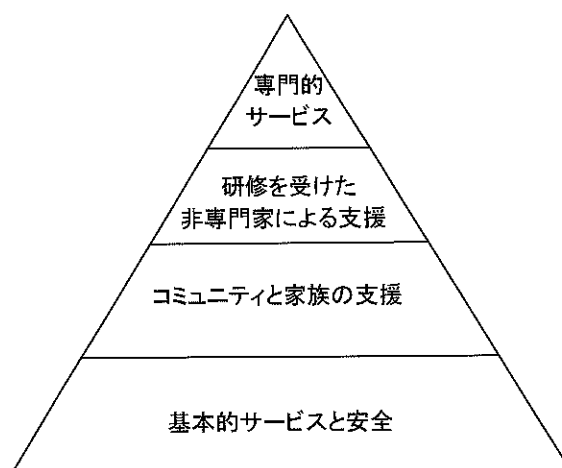


図2 危機における精神保健活動のピラミッド構造
IASC ガイドライン p.12

- ・連携・調整
- ・人権の保護
- ・コミュニティの活用とサポート
- ・教育
- ・食糧供給の安定と安全
- ・水と衛生
- ・アセスメント・モニタリング・評価
- ・人的資源
- ・保健医療サービス
- ・情報の発信
- ・避難所運営

上記の各領域における支援活動の具体的なガイダンスが、「IASC ガイドライン」の本体部分となっている。事前準備、危機の最中から行なうべき最小限の対応、中長期を視野に入れた包括的対応が、3つの時間軸に系統立てられて記載されている。いわゆる「こころのケア」としてイメージされるものより広い範囲を網羅しており、そのため、「心理的支援 psychological support」ではなく「心理社会的支援 psychosocial support」という言葉が一貫して用いられている。

「PFA 実施の手引」と「IASC ガイドライン」はいずれも、災害精神保健領域の専門家がこの20年の活動から学んできた教訓を基盤としてつくられたものである。両者の関係は、IASC ガイドラインのなかにPFAが含まれていると考えると理解しやすい。あるいは、IASC ガイドラインはPFAを展開するために必要な組織間の連携や、被災地での支援活動全体をマネジメントするための土台作りをするものと捉えることもできる。

II. 災害精神保健活動における具体的問題と今後の課題

災害精神保健活動における、疾病予防から回復支援へ、心理的支援から心理社会的支援へというフレームワークの変遷をみてきた。続いてその枠組みの内側の問題、つまり支援現場で直面するより具体的な事柄について、限られたものではあるが、いくつかの論点を挙げて検討してみたい。

スクリーニング・アセスメントあり方

スクリーニングあるいはアセスメントをいつ、どのように行なうかという問題は、いまだ専門家間でコンセンサスが得られていないことのひとつである。混同されることもあるが、アセスメントとスクリーニングは異なる役割をもっている。スクリーニング (screening) とはふるいわけ、つまり、治療や支援の必要な人とそうでない人を区別するために行なうもので、簡便かつ誰にでも理解しやすい指標が用いられる。アセスメント (assessment) とは査定あるいは評価のことであり、スクリーニングに比べてより多面的な情報収集を行うものである。ニーズ、その人のもつ力や資源など、ポジティブな要素を評価することも含まれ、より多くの時間と技術が必要となる。さらにアセスメントは、治

療・支援の有無ではなく、その質や内容を判断するために行うものであり、関わりが継続が前提とされる。

先述した Jacobs は、「まず『異常な状況に対する正常な反応』への対応を行うこと」「被災したすべての人を対象とすること」という基本方針を挙げている⁽⁶⁾。これに沿うなら、被災直後にはスクリーニングではなく、アセスメントを行うことが望ましいということになる。

「PFA 実施の手引」でも、スクリーニングは推奨されていない。アセスメントの必要性については、次のように記載されている。「PFA を行うには、柔軟な態度が必要です。目の前の人が必要としていることや、困っていることにあわせて、提供する内容を調整する必要があります。優先順位を決めるためには、十分に情報を集めなくてはなりません。情報収集やニーズの明確化は、介入の直後から始まり、援助を行っているあいだずっと続きます (文献 13, p.30)」。ここでいわれている「情報収集とニーズの明確化」が、PFA のなかに組み込まれたアセスメントである。このマニュアルでは、混乱した直後の被災地で行なうべきアセスメントのポイントが以下のように示されている。被災体験の具体的事実および緊急に対処の必要な事柄が中心となっている。

- ・被災体験の性質と激しさ
- ・大切な人の死
- ・現在の被災状況や、継続している危険への不安
- ・大切な人と離ればなれになっている、大切な人の安否確認
- ・身体的・精神的病気、服薬の必要性
- ・大事なものを失う—自宅、学校、近所、職場、個人財産、ペット
- ・強い自責の念、恥の感情
- ・自分や他人を傷つけたいという考え
- ・周囲に支えてくれる人がいるか
- ・アルコールや薬の使用歴
- ・過去のトラウマと大切な人の死
- ・人生の歩みへの影響の懸念

なお、薬物使用に関する既往、過去のトラウマや喪失、精神的な問題を明らかにしていくときには、「必要もないのに過去のことを尋ねたり、詳細な描写を求めたりすることは避けてください。なぜそれを尋ねるのか、理由を明確に述べましょう」という注意が添えられている。PFA では、このことに限らず、「何のためにこの関わりを行なうのか」という目的を明確にし、それを被災者にわかりやすく伝える姿勢が貫かれている。災害という圧倒的な出来事によって無力を感じている人々にとって、「事態を把握できること」が助けになるという考え方が通底していることが感じられる。

「IASC ガイドライン」でも、アセスメントは直後から必要であるが、適切で利用可能なサービスが整わない段階で、精神疾患をふるいわけするためのスクリーニングは行なってはならないとされている（文献5, p.15）。また、簡便な自記式アンケートによるトラウマ反応・抑うつ・不安の査定に対して、次のように注意を喚起している。「今日までに、大多数のそうした調査は、精神障害の徴候と非病理的な苦悩を区別することに失敗してきた。（中略）結果として、こうした調査は精神障害の率を過大に評価し、相当数の割合の人々が臨床心理学的あるいは精神医学的ケアを必要としているとする、誤った示唆を与えてきた（文献5, p.45）」。

以上の情報を総合すると、少なくとも被災後1カ月以内にスクリーニングを行うことは適切ではなく、アセスメントを行うことが望ましい。その際に注意すべき点は、精神疾患の兆候に焦点を合わせるのではなく、具体的事実の確認に力点をおくことである。ただし緊急に対処の必要な問題を抱えていそうな被災者に対しては、そうした問題の有無を確認することが必要である。

それでは、スクリーニングを用いるのはどの時期が適切であろうか。本来スクリーニングは埋もれている要支援者を幅広い層からすくいあげることに力を発揮するものである。とすれば、IASC ガイドラインにも触れられているように、被災地の行政機能が回復し、支援態勢が十分に整ってから、綿密なコーディネートのもとに行うべきものだろう。少なくとも態勢が整わないような時期に慌ててやるべきものではない。とりわけ、地域精神保健の基盤が整っていない地域や、被害が甚大で地元行政機関の機能が麻痺しているような場合には、導入に慎重になるべきである。その点、保健所制度があり地域精神保健のシステムが整っているわが国では、国際的なガイドラインが想定しているよりも早い時期からスクリーニングを行うことが可能であろう。厚生労働省のガイドライン⁽⁶⁾では、スクリーニングを行う適切な時期は、被災後1カ月程度とされている。さらにスクリーニング本来の機能を考えれば、半年後、1年後、あるいはもっと長期的なスパンで行うことに意味があるといえる。

これに関連して、ときに被災地で自記式のスケール等を用いたアンケートが多用されることは、憂慮すべき問題である。こうしたアンケートの目的は、アセスメントの資料を得ることであったり、疫学調査であったりなどさまざまであるが、こうした活動が統制されないままに行なわれると、被災地に過剰な負担を与えかねない。これはかなり極端な例かもしれないが、2008年5月に発生した四川大地震で、ある被災者は一日に7つのアンケートに記入させられたという。しかもその後なんの連絡もなく、結果を受け取ったこともないという。この問題を報じた中国の報道は、「避難所では心理調査アンケート用紙が雪のように舞い、被災者をおびえさせた」と痛烈に批判している⁽¹⁶⁾。近年大きな経済的発展を遂げている中国は、精神保健領域でも急発展を遂げているさなかであり、それにとまらぬ混乱という側面はある。しかし中国で起こったことはまさに90年代以降の災害精神保

健領域における問題の縮図である。阪神・淡路大震災をはじめ、わが国でも同じようなことは起こってきたし、現在でも十分に起こりうる。Jacobs がいうように⁶⁾、「害を与えない」という基本方針は使い古された自明の理などではなく、常に立ち返らなければならない定点である。「こころのケア」という看板のもとに行われる活動が被災者に負担を与えている可能性はないかどうか、常に批判的に検証することが必要である。

外部からの支援者の役割

「IASC ガイドライン」の指針のひとつに、「参加 participation」という項目が設けられており、次のように記されている。「被災地域住民が、支援活動に最大限関われるようにしなくてはならない。(中略) 精神保健活動・心理社会的支援の重要な部分は、外部支援者からではなく、被災コミュニティそのものからもたらされる。(中略) 危機状況のもっとも早い段階から、できうる限り最大の範囲で、被災地域住民がアセスメント・計画・実施・モニタリング・評価に関与できるようにしなければならない(文献5, p. 9-10)」。このことは、Jacobs の挙げている基本方針⁶⁾のうち、「コミュニティに根ざしていること」「コミュニティの持てる力のうえに成り立つものであること」「現地の専門家を使うこと」に関連している。続いて、こうした指針が必要とされる背景にはどのような問題があるのか考えてみたい。

2004年10月に発生した新潟中越地震は、阪神・淡路大震災以降もっとも多くの外部支援が入った自然災害である。国立精神・神経センター精神保健研究所(2010年4月より独立行政法人 国立精神・神経医療研究センターに名称変更)のスタッフとして復興支援に関わってきた金によると、震災3年後になって、当時住民と直接話をする機会があまりもてなかった現地の保健師から、そのことを悔いる思いが出てきたという。これに関して金は、「急性期には確かに外部からの援助は助かるのですが、辛いなりに自分たちで、住民と一緒にがんばったという経験を持つことは、おそらく中期的・長期的にはとても重要だと思います」と続けている⁷⁾。

災害とは一時的に個人や社会の機能の崩壊をもたらすものであり、当然、支援の手は差しのべられなくてはならない。しかし混乱のさなかにあっても、支援者はどの部分をどう手助けするかということ、十分に吟味しなくてはならない。そのことが、復興・回復の段階において重要な意味を帯びてくるからである。

この問題に関連して、Raphael が著書のなかで紹介している次の調査結果は興味深いものである¹⁴⁾。1974年に北オーストラリアを襲ったサイクロン被害では、すさまじい荒廃と猛暑のため、約2万5千人が2千5百キロ以上離れた他州の都市に退避したという。1979年に結果が公表されたストレスに関する面接調査によると、残留者のストレスがもっとも低く、いったん他所に避難して戻ってきた人たちはやや高く、そのまま戻ってこなかった人たちでは最高値を示したという。(文献14, p.201-204)

この結果には他の複合的な要因も影響していると思われるが、清潔で安全な場所に手厚

く迎えられたであろう退避者より、疫病の蔓延する荒廃した都市で被災の後始末にあたった人々のほうが4年を経過した頃のストレス値が低かったという結果は、人は、災害という体験を乗り越えていくときに、「辛いなりに自分たちでがんばった」という物語を必要とすることを示唆しているのかもしれない。危機介入のあり方、外部からの支援者の役割など、支援の与え手と受け手の関係については、まだまだ見直さなければならないことが多いと思われる。

災害という体験の意味づけをめぐって

ここで、先述の国際赤十字関連組織のニュースレター⁽¹⁷⁾で用いられていた、健康生成論 (salutogenesis) という概念をとりあげてみたい。健康生成論とは、ユダヤ系アメリカ人の医療社会学者、Aaron Antonovsky が提示した健康観、ストレス理論であり、欧米ではヒューマンサービス領域における基礎理論として高く評価されているものである⁽²⁾。

健康生成論は、疾病生成論 (pathogenesis) と対をなすものである。すなわち、従来の医学は疾病はいかにしてつくられるのかという観点からリスクファクターとメカニズムを明らかにしようとしてきたが、健康生成論は、健康はいかにして維持、回復、あるいは増進されるのかという観点から健康に寄与する要因とメカニズムを仮説的に示そうとする理論である。Antonovsky は、1970年代にユダヤ人強制収容所から生還した女性のデータを分析した際に、7割の女性が健康問題を抱えていたことではなく、3割の女性が、収容所での想像を絶するような恐怖を経験したにもかかわらず健康状態を維持していたことに注目した。このパラダイムシフトはまさに、レジリエンス (回復力) に着目するようになった近年の災害精神保健領域における変換と相似形をなすものといえよう。

Antonovsky は、健康をつくりだす要因として、個人がもつ首尾一貫感覚 (sense of coherence; SOC) というものを仮説的に提示している。「首尾一貫感覚 (SOC) とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界 [生活世界] 規模の志向性のことである。それは、第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信から成る (Antonovsky, p.23)」。

首尾一貫感覚 SOC とは、3つの構成要素——把握可能性 (comprehensibility)、処理可能性 (manageability)、有意味性 (meaningfulness) の感覚から成り立っているとされる。また Antonovsky は、ストレスそのものは健康にとってプラスにもマイナスにも作用するものであると考える。それがどう作用するかは、緊張処理に成功するか否かにかかっており、その成否を左右する内的資源が SOC なのである。SOC は良質の人生経験によって形成され、緊張処理の成功体験によってさらに強化されるという。近年注目を集めているナラティブにも近い概念である。

われわれが健康生成論から学ぶことは多い。ここでいわれていることを災害という状況

にあてはめるなら、次のようになる。災害そのものは健康にとってプラスにもマイナスにも作用しうるもので、それがどう作用するかは災害への対処に成功するか否かにかかっている。つまり、「もともとレジリエンスがあるからうまく対処できた」のではなく、「辛いなりに自分たちががんばった」経験をもつことによって、混沌とした出来事に秩序や意味（＝首尾一貫感覚）が生まれ、健康・レジリエンスは生成されるということである。このことは、「災害後の反応を病理的にとらえない」という近年の基本方針がもつ意味や、スクリーニングやアセスメントのあり方、外部からの支援者の役割について考えていくうえで、多くのことを示唆しているのではないだろうか。

レジリエンス重視の視点からこぼれ落ちるもの——精神医療の問題、中長期的な対応への移行

災害精神医学の第一人者であるオーストラリアの Alexander McFarlane は、2010年3月に神戸で開催された日本トラウマティック・ストレス学会第9回大会で講演を行った際に、レジリエンスだけに焦点を合わせることもまた十分ではないとして、近年の潮流に警鐘を鳴らしている。災害は地域や個人がもともと抱えていた精神医療問題をあぶりだすものであり、当然のことながら、脆弱なシステムや個人に対するバックアップは不可欠である。復興支援を行なうなかで、元からあった地域精神医療の問題に取り組んでいくという姿勢も、非常に重要なものだろう。

また、多くの人が自然回復を遂げる一方、自然回復が難しい人々が存在するという事実も忘れてはならない。藤井は、阪神淡路大震災10年後の高度被災地区で精神科診療所を訪れた初診患者に対して、震災の影響を評価した調査結果を発表している⁽⁴⁾。被災後10年という時間を経てもなお、初診患者全体の約15%が震災による心身への影響を自覚していたという。こうした人々にとって、社会が災害の痛みを忘れてしまうことは、非常に大きな苦痛となる。災害精神保健の潮流がレジリエンス重視に向かいつつあるなかで、それ一辺倒にならないよう、一般被災者への対応と、中長期的な経過のなかで浮かびあがってくる障害への対応を、複眼的に考えていくことが必要であろう。レジリエンスへの注目は、数年来のトラウマブームを補償する動きとして起こっているものであるということを認識しておくことは、ひとつの安全弁になるのではないだろうか。

おわりに

近年の災害精神保健をめぐる概念の変遷を確認しながら、現場におけるいくつかの具体的問題を題材に、のぞましい災害精神保健活動のあり方について検討してきた。

今回取りあげたことの多くは、災害後の多様な心理的問題が、トラウマ・PTSDへの注目によって偏って扱われてきたことに起因しているともいえる。災害心理学者の Reyes はこの問題について論じた論文のなかで、災害心理学とトラウマ学は異なるものであり、ト

トラウマ関連疾患の治療研究は被災地での支援に役立てられるほど十分な蓄積がないと看破している。さらに、災害精神保健活動のトレーニングにおいてトラウマ学の知識は必須ではなく、他に学ぶべきことのほうが多いとも述べている⁽¹⁶⁾。トラウマ学の系譜に身をおくものとして、真摯に耳を傾けるべき批判である。

しかし一方で、トラウマ・PTSDへの注目が、それまで置き去りにされてきた「こころの傷」を見えるものにし、災害精神保健活動の発展を押しすすめる役割を果たしてきたこともまた、事実であろう。とりわけ、災害の心理的影響がときに非常に長期間にわたって残りうることへの注目は、この分野に対するトラウマ学の大きな貢献であると思われる。一旦「こころの傷」の問題として切り離されることで積み重ねられた知見をふたたび社会に返していくことが、今後この分野が向かうべき方向性であろう。「こころのケア」が特別なものではなく、当たり前なこととして社会に根づいていくことによって、災害に強いコミュニティの実現も、障害化していく人々への持続的な支援も、可能になっていくものと思われる。

【参考文献】

- 1) 明石加代, 藤井千太, 加藤寛: 災害・大事故被災集団への早期介入―「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き」日本語版作成の試み. 心的トラウマ研究, Vol.4, 17-26, 2008.
- 2) Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers, 1987. (山崎喜比古, 吉井清子監訳: 健康の謎を解く. 有信堂高文社, 2001)
- 3) Everly, G.S., Flynn, B.W.: Principles and Practical Procedures for Acute Psychological First Aid Training for Personnel Without Mental Experience. International Journal of Emergency Mental Health, vol.8, No.2, 93-100, 2006.
- 4) 藤井千太, 二見友紀子, 福井愛ほか: 阪神淡路大震災 10 年後の高度被災地区精神科診療所初診患者における被災の心理的影響. 心的トラウマ研究, 第 5 巻, 71-78, 2009.
- 5) Inter-Agency Standing Committee (IASC): IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007.
- 6) Jacobs, G. A.: The Development and Maturation of Humanitarian Psychology. American Psychologist, 62(8), 932-941, 2007.

- 7) 加藤寛, 鈴木友理子, 金吉晴: 座談会—自然災害とメンタルケア. *トラウマティック・ストレス*, vol.6(1), 103-111, 2008.
- 8) 金吉晴: 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 2003. [<http://www.ncnp.go.jp/nimh/index.html>]
- 9) 近衛忠輝: 日本赤十字社の立場から (特集災害医療; 災害救助体制). *救急医学*, 26, 159-162, 2002.
- 10) National Institute of Mental Health: *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*, NIH Publication No.02-5138, U.S. Government Printing Office, 2002.
- 11) Mitchell, J.T., Everly, G.S.: *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services*, Third Edition. Chevron, 2001. (高橋祥友訳, 緊急事態ストレス・PTSD 対応マニュアル. 金剛出版, 2002)
- 12) 長江信和, 金吉晴: 災害時を想定した外傷後ストレス障害の一時予防について. *精神保健研究*, 18, 81-90, 2005.
- 13) National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd Edition. July, 2006. [www.nctsn.org; www.ncptsd.va.gov] (アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク, アメリカ国立 PTSD センター, 兵庫県こころのケアセンター訳: サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第 2 版. 2009. [www.j-hits.org])
- 14) Raphael, B.: *When disaster strikes: how individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books, 1986. (石丸正訳: 災害の襲うとき—カタストロフィの精神医学. みすず書房, 1989)
- 15) Reyes, G., Elhai, D.: *Psychosocial Interventions in the Early Phases of Disasters. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 399-411, 2004.

- 16) 新文化報: 灾区心理援助覆盖率 10% 志愿者缺钱缺人 (被災地での心理援助カバー率 10%—ボランティアと資金の不足) . 中国, 2009 年 5 月 10 日.
[http://news.qq.com/a/20090510/000472_3.htm]

- 17) The International Federation Reference Centre for Psychosocial Support: Coping with Crisis. 4, 2009. [psp.drk.dk; www.ifrc.org/psychosocial]