

新興感染症パンデミックにおける精神科的危機介入

— COVID-19パンデミックがもたらす教訓—

富田 博秋¹⁻³⁾ 國井 泰人²⁾ 白倉 瞳²⁾
 瀬戸 萌³⁾ 佐藤 博俊⁴⁾ 角藤 芳久⁵⁾

抄録：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）によるパンデミックは社会に広範で深刻な影響を長期にわたって及ぼしており，潜在的に精神科的危機介入を要する場面も多層的，広範に及ぶ。COVID-19罹患者・検疫対象者や医療従事者，介護従事者，感染症対策従事者とその家族・関係者，子どもと保護者，高齢者，女性，学生，精神疾患・身体疾患罹患者，生活困窮者，外国人等のハイリスク者や地域住民一般に対して普及啓発，生活状況の把握や改善に向けた取り組み，情報・相談窓口・支援の提供を行えることが望ましい。緊急事態に対応する医療・保健・行政の現場については，労働環境の改善や社会に向けた認識改善の働きかけが必要である。新興感染症等の緊急事態が発生した際に，地域社会の精神保健に関する実態を把握し，効果的な精神科的危機介入を行うために，普段から地域住民の精神的健康の状態を把握する体制を構築しておくことが重要と考えられる。

精神科治療学 37(2) ; 171-176, 2022

Key words : COVID-19, pandemic, emergency, disaster, CBRNE

I. はじめに

2019年12月8日に中華人民共和国湖北省武漢市で集団発症した新型コロナウイルス感染症は，全世界に蔓延し，2020年2月1日，本邦においても法令において「新型コロナウイルス感染症」と定められ，同年2月11日，世界保健機関（WHO）に

より COVID-19と命名された。COVID-19によるパンデミックは社会全体に広範で深刻な影響を長期にわたって及ぼしており，潜在的に精神科的危機介入を要する場面も多層的，広範に及ぶ。COVID-19は新株毎に性格を変えて流行を繰り返し，本稿執筆時点でも未だ渦中にあるが，COVID-19流行に関連する精神科的危機介入の留意点について

Psychiatric crisis intervention necessary for communities prevailed by emerging infectious diseases : Lessons from the COVID-19 pandemic.

¹⁾ 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野
 [〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1]

Hiroaki Tomita, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Tohoku University, 1-1, Seiryō-machi, Aoba-ku, Sendai-shi, Miyagi, 980-8574 Japan.

²⁾ 東北大学災害科学国際研究所災害精神医学分野

Hiroaki Tomita, M.D., Ph.D., Yasuto Kunii, M.D., Ph.D., Hi-

tomi Usukura, Ph.D. : Department of Disaster Psychiatry, International Research Institute of Disaster Science, Tohoku University.

³⁾ 東北大学病院精神科

Hiroaki Tomita, M.D., Ph.D., Moe Seto, Ph.D. : Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital.

⁴⁾ 仙台市立病院精神科

Hirotooshi Sato, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Sendai City Hospital.

⁵⁾ 宮城県立精神医療センター

Yoshihisa Kakuto, M.D., Ph.D. : Miyagi Psychiatric Center.

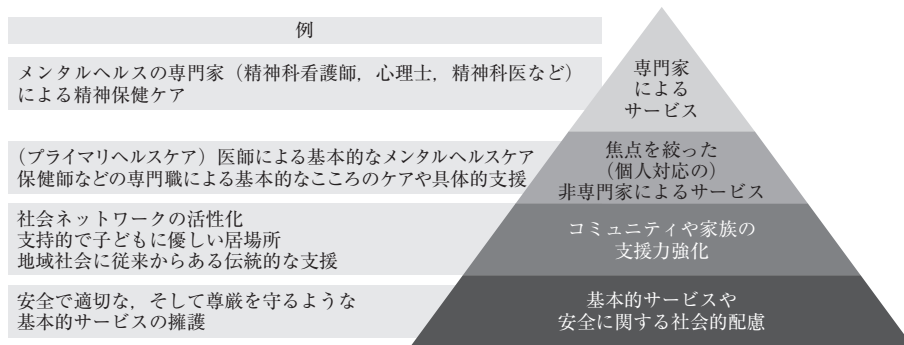


図1 メンタルヘルスと心理社会的支援の介入ピラミッド

緊急時のメンタルヘルスと心理社会的サポート（MHPSS）に関する機関間常設委員会（IASC）リファレンス・グループによる「新型コロナウイルス流行時のこころのケア」Version 1.5（2020年3月）、p.4より抜粋。

これまでに集積されている知見を概観し、新興感染症パンデミックにおける精神科的危機介入の体制のあり方について論考を試みる。

II. COVID-19流行下の地域住民への精神科的危機介入ニーズの把握

COVID-19感染症がもたらす恐怖や不安、就労、就学や経済状況、生活習慣の影響と事態の進展予測の困難さは人々にきわめて強いストレスをもたらす。加えてこの感染症特有の性質により社会的、身体的接触の自粛が要求される生活はメンタルヘルスの維持にとって重要な対人交流を阻害し、強い孤立感、孤独感を生むとともに、種々のストレスへの対処の機会を奪う。国内外で、不安、抑うつ、ストレス関連症状、不眠、自傷、自殺企図等メンタルヘルスへの影響が多数報告されている。危機介入の必要性を端的に示すデータとして、リーマン・ショック後の2009年以来10年連続で減少していた本邦の自殺者数、ならびに、人口10万人当たりの自殺者数（自殺死亡率）が、2020年度、若年女性を中心に増加に転じたことが報告されている^{2,3,7)}。

COVID-19がメンタルヘルスに与える影響は深刻で、精神科医や心理士、保健師、精神保健福祉士等のメンタルヘルスに携わる職種への需要は大きく、連携して一次予防から二次予防、三次予防まで担うことが求められる。また、メンタルヘル

ス対策に沿って適切な社会的支援が行われるよう、教育や福祉など人々の日常生活や社会生活を支える支援者等と連携することが大切である。緊急時のメンタルヘルスと心理社会的サポート（MHPSS）に関する機関間常設委員会（IASC）リファレンス・グループによる「新型コロナウイルス流行時のこころのケア」に示されている「メンタルヘルスと心理社会的支援の介入ピラミッド」（図1）のような多層の支援の取り組みを進めることが重要である⁷⁾。

後述する通り、COVID-19流行に関連して、特に精神科的危機介入を要する可能性の高い集団がいる一方、上記に示すような要因は一般の地域住民全体に及んでおり、潜在的に精神科的危機介入の必要性がある人が多くいると考えられるが、それらの人を特定することは困難である。COVID-19が精神的健康に及ぼす影響の特徴と一般的な対策に関する普及啓発や相談窓口の設置と利用促進を図ることがベースラインの取り組みとして重要と考えられる。中尾らによる令和3年度厚生労働科学特別研究事業では、全国の精神保健福祉センターをはじめとする精神保健行政機関や精神科医療機関を対象とする調査で、これらの組織の多くが、COVID-19が精神的健康に及ぼす影響に関する普及啓発活動を行い、相談窓口を設けて、電話相談を中心に相談を受ける体制をとってきていることが報告されている。健康相談、パンフレット、

勉強会、個人カウンセリング、集団カウンセリング等による介入が行われている。また、行政機関の大半でリモート相談を導入し、ホームページ、広報誌、ポスター等で周知している。精神科医療機関でも自らの医療機関を受診する患者を中心にCOVID-19が精神的健康に及ぼす影響に関する注意喚起、対応を行ってきていると思われる。これらの窓口への相談内容としては、不安、抑うつ、対人関係、心身不調、不眠、いらいら、飲酒量増加などに関する相談が多く、一定数、緊急性を要する相談も含まれていた⁵⁾。

自然災害の被災地域の精神科的危機介入の場合、被災住民対象の調査や聞き取りなどによる対象地域全体のアセスメントを行い全体の概況を把握した上で対策を立案・検討し、ハイリスク者の支援にあたることができるが、COVID-19流行による影響は社会全体に及んでいて、範囲が広範過ぎ、また、自然災害による被害と異なり、その直接の影響を把握することも困難であるため、社会の被害の全貌を捉えることが困難で、対策の立案・検討も困難となる。筆者らは東日本大震災以降、毎年継続していたメンタルヘルス調査について、COVID-19流行下の2020年度中も10回目の調査として郵送で実施することができた。これらの調査は行政や被災住民の方とコミュニケーションを重ねて計画・立案し実施してきたもので、新興感染症のようにコミュニケーションが阻害される環境において、新たにこのような調査を実施することは困難と思われる。新興感染症のようなメンタルヘルスに甚大な影響を及ぼす緊急事態の際に地域社会の精神保健に関する実態を把握するためには、普段から地域住民の精神的健康の状態を把握する体制を構築しておくことが重要かもしれない⁹⁾。

Ⅲ. 緊急事態下の精神科的危機介入の基本的姿勢

令和3年度厚生労働科学特別研究事業で取りまとめられた「新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題への対応マニュアル」ではジョンズホプキンス大学により開発された心理的応急処置介入方法であるRAPID-*Psychological First Aid* (PFA) を危機対応に有益なプロトコルとして

紹介している。PFAは、精神科的危機介入ニーズが高まる緊急事態下で救援等の活動をするプライマリケア分野の医療従事者や市民が身につける心理的応急処置介入スキルとしてWHO、および、米国立PTSDセンターと米国子どもトラウマティックストレス・ネットワークにより、各々開発され、普及してきているものである。RAPID-PFAは、精神保健分野の専門家が提供する認知行動療法と従来のPFAの中間に位置する形で、より介入の強度と専門性を上げたものとして提唱されたものとなっている。RAPIDはラポールの確立・聞き返し(Rapport・Reflective listening)、評価(Assessment)、心理的トリアージ・優先順位づけ(Psychological triage・Prioritization)、介入(Intervention)、締めくくり(Disposition)の頭文字をとったもので、これらは、個々の危機介入で精神保健分野の専門家がとるべき対応手順を指し示すものといえる⁵⁾。緊急事態の危機介入を行う際にラポール形成や評価を行うことの重要性、また、平時の介入と異なって長期にわたる関係の中での介入、支援、治療となることから、介入開始時点から締めくくりを念頭に置いておくことの重要性は従来から指摘されている姿勢と共通する⁸⁾。

危機介入全体のプロセスの最初の段階としてラポール形成が重要で、ラポール形成のために支援者が身につけるとよい能力として、Reflective listeningが挙げられている。対象者の経験を共感をもって聞き、うなずきなどの非言語的なコミュニケーションや短い返答、発話内容の言い換えや要約を効果的に行うことで、理解されていることが伝わり、混乱が軽減し、自らの感情を受け入れ、希望を持つことを促すことが期待される。

評価としては、まず適応的な機能や能力が失われていないか、さらに詳細な評価や援助が必要かどうかを見極めるスクリーニングを行い、必要があれば吟味のステップに移る。吟味の段階では、認知・感情・行動・精神・身体の状態、苦痛や機能不全の有無や程度の評価を行う。危機介入場面での評価にあたっては、相手の反応を過度に正常なものだと判定しやすくなっていないか、逆に、過度に病理的なものと捉えていないか、内省することが勧められている。

心理的トリアージは評価と並行して行う必要がある。危機介入の現場では、影響を受けた人の数や状況と提供できる支援のリソースのバランスに基づき、緊急性・重要性の優先順位をつけて対応する必要がある。救急医療の必要性、水・食料・安全の確保など基本的ニーズの確認に続き、衝動性、解離の有無や程度、自身の行動が引き起こす結果が理解できているか、心的外傷への暴露の程度、罪悪感、無力感、抑うつ症状、身体の状態、今後や未来への見通し等から支援の優先順位の判断を行う。

介入にあたっては、レジリエンス（自然に回復する力）を妨害しないようにすることの重要性が強調されており、守れない約束はしないこと、人により反応の仕方が異なることに留意すること、などが注意点として挙げられている。ストレスマネジメントとして、7～9時間の睡眠をとること、バランスの良い食事をとり、カフェインの過剰摂取を避けること、呼吸法などのリラクゼーションを実践すること、週5日30分以上の運動をすることが紹介されている。また、何が起きたのか、一般的なストレス反応はどのようなものか等を説明する「解説的ガイダンス」や、苦痛な体験に伴い非合理的な思い込みを持ち、不正確な判断や非現実的な解釈に至っている場合に、その判断や解釈という認知のリフレーミング（再構築）を促す「認知的リフレーミング」等が適宜、活用する介入技法として含まれている。

締めくくりとして、それまでの面談の要点をまとめ、今の状態を確認し、フォローアップや友人・家族からのサポートの計画など次のステップの計画を立て、希望が持てる形で終える。利用できるリソースを把握し、必要があれば高次のケアへのアクセスを躊躇しないように促す⁹⁾。

IV. COVID-19流行下においてメンタルヘルスへの影響を受けやすいハイリスク集団への配慮

日本精神神経学会、日本児童青年精神医学会、日本災害医学会、日本総合病院精神医学会、日本トラウマティック・ストレス学会が、2020年6月25日に公開した「新型コロナウイルス感染症（CO-

VID-19）流行下におけるメンタルヘルス対策指針」では、メンタルヘルスへの影響を受けやすいハイリスク者として、（1）罹患者・検疫対象者、（2）罹患者・検疫対象者の家族・友人・恋人・同僚等といった関係者、（3）医療従事者、介護従事者、感染症対策従事者（特に罹患者に直接対応する看護師・医師）、（4）子どもと保護者、（5）高齢者、（6）女性（特に妊産婦）、（7）学生、（8）既存の精神疾患を有する人、（9）既存の身体疾患を有する人、（10）低所得者、ホームレス、（11）収入減が著しい人、（12）外国人、特定の集団を挙げている。これらの集団に関わる精神保健医療従事者は、可能な限り、その集団に対する普及啓発、生活・就労・就学状況の把握や改善に向けた取り組み、情報・相談窓口・支援の提供を行えることが望ましい。精神保健医療従事者は、地域社会、行政、福祉、産業、教育など幅広い領域や様々な職種の関係者と連携して取り組むことが有効で、そのためにも普段から関係づくりを行っておくことが望まれる⁷⁾。

罹患者に直接接する機会が多い医療従事者は強いストレス下にあることは国内外で広く指摘されるところで、医療機関毎に状況により様々な取り組みがなされてきているものと思われる^{1,5)}。隔絶された環境下で感染のリスクを伴う状況での激務はそれだけできわめて高ストレスであるが、加えて代理受傷（vicarious traumatization）や道徳的負傷（moral injury）、燃え尽き症候群（burnout）の問題も指摘される。さらには、罹患者と同様、医療従事者本人のみならずその家族までも世間からのスティグマを受ける。特に、COVID-19がクラスター発生した施設の職員は、突然、激しいストレスに曝されることになり、事前の検討、準備や発生後の対応が重要となる⁴⁾。また、COVID-19感染対策に当たる保健所職員を含む行政職員についても、高ストレスながらメンタルヘルス対策を講じることが難しい状況にあると考えられる¹⁰⁾。以上の医療・保健の現場については、労働環境の改善や社会に向けた認識改善の働きかけに加え、前章に記載された介入が有効に行われる体制づくりがなされることが望まれる。

表1 新興感染症パンデミック・大規模自然災害と本邦における精神科的危機介入体制

発生年	新興感染症名	発生年	自然災害名
1918-19年	スペインインフルエンザ (A/H1N1亜型)	1923年	関東大震災
1957-58年	アジアインフルエンザ (A/H2N2亜型)	1959年	伊勢湾台風
1968-69年	香港インフルエンザ (A/H3N2亜型)	1995年	阪神・淡路大震災
2003年	Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)	2007年	新潟県中越沖地震
2009年	新型インフルエンザ (H1N1)	2011年	東日本大震災
2012年	Middle East Respiratory Syndrome (MERS)	2016年	熊本地震
2020年	COVID-19		

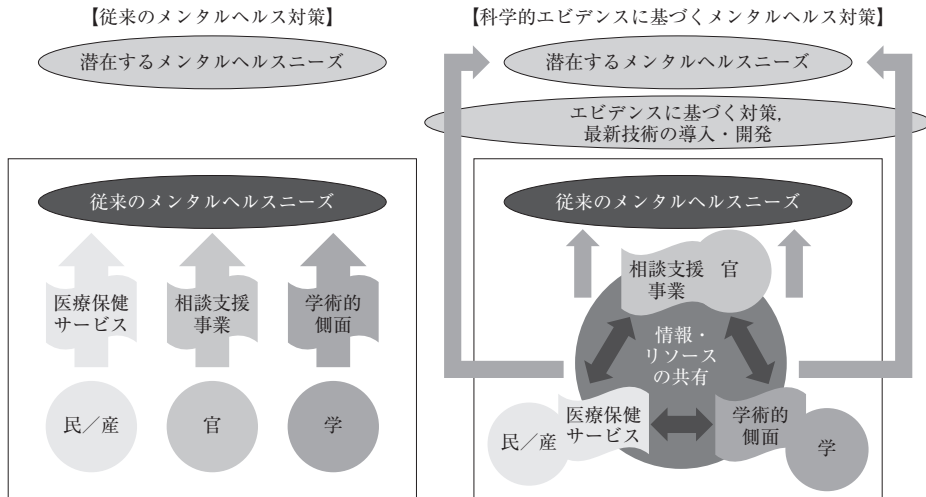


図2 今後求められるメンタルヘルス支援体制のあり方 (文献6より引用, 一部改変)

V. COVID-19パンデミックの教訓に基づいた精神医療・保健システムの緊急対応体制の構築

COVID-19パンデミックはCBRNE (chemical, biological, radiological, nuclear, high-yield explosives: 化学・生物・放射性物質・核・高性能爆発物) に起因する緊急事態を総称する特殊災害に分類される。本邦において、1918年にスペイン風邪が猛威をふるったことがあるものの、当時は災害やパンデミック等の緊急事態がメンタルヘル스에及ぼす影響についてさしたる関心が払われて

いなかったものと考えられる。本邦において、緊急事態後のメンタルヘルスの重要性についての認識が高まり、対応がなされるようになったのは、1995年の阪神・淡路大震災以降と考えられる。その後も、2003年の重症急性呼吸器症候群 (severe acute respiratory syndrome: SARS), 2009年のH1N1 (新型) インフルエンザパンデミック, 2012年の中東呼吸器症候群 (middle east respiratory syndrome: MERS) 等は発生したが、COVID-19ほど、本邦の国民の心身に大きな影響を及ぼすには至らなかった。従来より、メンタルヘルスの側面からもパンデミックへの備えが必要であること

は示唆されていたものの、今回のようなパンデミックに対して具体的な備えができていたとは言い難い(表1)。

しかしながら、病原体の性格や発生経緯によって、影響を及ぼす対象、影響の様態、対策が大きく異なるため、未知の特性を有する新たな病原体によるパンデミックに具体的に備えることはきわめて困難である。できるだけ様々な緊急事態を想定して備えを進めることも必要であるが、新興感染症パンデミックにしても他の災害にしても、予想し難い形で発生し、想定していた備えではほとんど対応ができないということが生じ得ることは避けられない。

精神科医療機関は、一般の医療機関に比べて緊急時において脆弱な側面を有し、また、緊急時への備えや対応において特別な考慮しておく必要がある。緊急事態発生前から医療圏の精神保健医療従事者が、緊急時対応に向けた対策について情報・意見の交換を行いながら備えておくことは、備えの構築に繋がるだけでなく、精神保健医療従事者の顔の見える関係ができていないことは、予測できなかった事態が発生した際に円滑に対策を進める上で有益であると考えられる。さらに、精神保健医療従事者だけでなく、医療圏の災害医療コーディネーターを中心とする災害医療体制、他の診療領域、医療以外の関係者や取引企業、行政などとの連携関係を密にしておくことは有益であると考えられる。

また、日本脳科学関連学会連合の緊急提言⁹⁾が示唆する通り、従来、本邦のメンタルヘルス対策は、自治体、大学などの研究教育機関、公私の医療保健福祉機関、企業、NPO等が個々独自に行っている。東日本大震災後の時限組織である心のケアセンターを中心とするメンタルヘルス対策にしても、精神保健に関わる既存の大学などの研究教育機関、公私の医療保健福祉機関、企業、NPO等などとの連携が不十分で地域の精神保健への波及効果や連続性に欠けるところがある。そのため、科学的エビデンスに基づく精神保健対策の立案・実施も十分になされてきていない。COVID-19パンデミックは、緊急時に備える意味でも、平時か

ら、産官学が一体化して、地域とメンタルヘルスに関連する提供団体で連携し、地域の現状やニーズ、科学的な情報の集積・分析、最新の技術開発と実装化を結びつけてメンタルヘルスに取り組むという体制を構築し、科学的エビデンスに基づくメンタルヘルス対策を展開する必要性を改めて認識させるものといえる(図2)。

文 献

- 1) Kotera, Y., Ozaki, A., Miyatake, H. et al.: Mental health of medical workers in Japan during COVID-19: Relationships with loneliness, hope and self-compassion. *Curr. Psychol.* 2021. (doi:10.1007/s12144-021-01514-z)
- 2) 厚生労働省自殺対策推進室, 警察庁生活安全局生活安全企画課: 令和2年中における自殺の状況, 令和3年3月16日 (https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R03/R02_jisatuno_joukyou.pdf)
- 3) 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査 インターネット調査報告書, 令和3年3月 (<https://www.mhlw.go.jp/content/1220000/000769899.pdf>)
- 4) 牧徳彦: 新型コロナウイルス感染症に伴う労務管理問題—院内クラスター発生の経験から—。日本精神科病院協会雑誌, 39: 847-853, 2020.
- 5) 中尾智博: 厚生労働科学特別研究事業(課題番号20CA2074), 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)(課題番号JP21dk0307099)「新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題への対応マニュアル」, 2021年9月30日
- 6) 日本脳科学関連学会連合: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係るメンタルヘルス危機とその脳科学に基づく対策の必要性(2020年6月25日公開) (<http://www.brainscience-union.jp/wp/wp-content/uploads/2020/06/55efa57a57fa6425faecee99e9a7527.pdf>)
- 7) 日本精神神経学会, 日本児童青年精神医学会, 日本災害医学会ほか: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行下におけるメンタルヘルス対策指針第1版(2020年6月25日公開) (https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/COVID-19_20200625r.pdf)
- 8) スタッガード, F.J., パンディヤ, A., カッツ, C.L. (富田博秋, 高橋祥友, 丹羽真一訳): 災害精神医学. 星和書店, 東京, 2015.
- 9) 富田博秋: はまの保健だより「東日本大震災後10年間の七ヶ浜被災者健康診査を振り返って」. 広報しちがはま, 594: 6-7, 2021. (https://www.shi-chigahama.com/benricho/joho/assets/koho_202104.pdf)
- 10) Usukura, H., Seto, M., Kunii, Y. et al.: The mental health problems of public health center staff during the COVID-19 pandemic in Japan. *Asian J. Psychiatr.* 61: 102676, 2021. (doi:10.1016/j.ajp.2021.102676)