

# 精神保健研究

第25号(通巻58号) 平成24年(2012年)

## 巻頭言

加我牧子(精神保健研究所所長) ..... 1

## 特集 東日本大震災とメンタルヘルス

東日本大震災後の精神医療初期対応について

金吉晴, 秋山剛, 大沼麻実 ..... 15

東日本大震災後の地域精神保健医療

鈴木友理子 ..... 21

大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援

中島聡美 ..... 27

自殺予防の枠組みと被災地の地域精神保健

川野健治, 竹島正, 白神敬介, 的場由木 ..... 35

東日本大震災における児童・思春期精神医学的支援活動について

高橋秀俊, 長尾圭造, 神尾陽子 ..... 43

## 原著論文

循環器、糖尿病及びがんの専門医が有する精神疾患への認識と治療

—精神科病床を有する一般病院における全国横断調査—

池野敬, 奥村泰之, 桑原和江, 伊藤弘人 ..... 49

## 資料論文

千葉県障害者条例の施行にともなう相談活動の変化

堀口寿広, 高梨憲司, 佐藤彰一 ..... 57

投稿規定 ..... 69

編集後記 ..... 70

## 巻 頭 言

精神保健研究 25 号（通巻 58 号）をお届けします。本誌は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の official journal であり、研究所創立の翌年から定期的に刊行されている機関誌です。当初は所員の研究成果の公表を目的に企画された雑誌ですが、最近では精神保健に関わる課題を概観できる特集と、投稿論文で構成するようにして参りました。

本号の特集は「東日本大震災とメンタルヘルス」としております。震災直後に始まった当研究所職員の活動記録も一部分ではありますが、年表として掲載しましたので、ご覧ください。

2011 年 3 月 11 日金曜日午後 2 時 46 分、東日本一帯を揺るがした大震災は地震自体のエネルギーの巨大さ、このエネルギーに併発された大津波、そして地震と大津波が引き起こした福島原子力発電所の大事故という、どれをとっても大変な歴史的な大惨事となりました。私個人は小平キャンパスを移動中、渡り廊下で大きな揺れを感じ、経験したことのない地面のうねりを感じた瞬間、関東近郊で発生した大地震であると確信しました。研究所前庭には、すでに職員が多数建物から出ておまして、避難が始まっておりました。所内だけでなく、出張先のさまざまな場所でそれぞれ異なった経験をした職員もおりましたが、幸い怪我人もなくて、ありがたいことでした。

三陸沖を震源とした国内最大 M9.0 の地震が発生したということが、即座に理解できたわけではありませんでした。そして数分後には東日本一帯の海岸に「大津波」警報がでたことが、テレビ画面上方にスーパーインポーズされました。まもなく本当に津波が来襲したことが報じられ、続いて大津波が港を、浜を、陸を飲み込んでいくさまが映し出されました。家が、車が、木々が押し流されていく映像を見ながら、この大波の下で亡くなっているであろう人々を思い、暗澹たる気持ちになったことはいまも忘れられません。

精神保健研究所では以前から、成人精神保健研究部を中心に地震などの自然災害や犯罪による被害にあった方々の精神健康を守るための研究を行ってきておりました。長期間にわたる研究体制は着実に成果を上げており、現場で使用しやすいマニュアルは当センターホームページに掲載されているところです。

精神保健研究所では公式行事を取りやめて急遽、3 月 14 日（月曜日）に震災対応緊急集会を開催しました。集会では、成人精神保健研究部金吉晴部長が災害時メンタルヘルスについてのショートレクチャーを行い、早急に大地震対応メンタルヘルスサイトの立ち上げを行うことを参加者一同で決議し、コンテンツ作成に各研究部が協力することを申し合わせました。その際、①メンタルヘルスの問題が大きくなるのは震災直後よりは半年から 1 年を過ぎてからであること、②支援は継続的であるべきであり、1 回限りの支援行動はかえって当事者の不安を招く可能性が高いこと、③調査や研究は当事者の不信感や不安を増す心配もあるため、実施する場合には、一定期間の後に、細心の注意を払って行うこと、④特に急性期には拙速な調査を行うことは避け、被災者や支援者への支援を第一に考えた対応を行う事を確認したところです。

そして 3 月 16 日には金部長、鈴木友理子室長を中心に、東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイトを国立精神・神経医療研究センターのホームページ上に立ちあげることができました。時間の経過とともに必要となる事象について、最新情報を随時アップして提供し、各研究部の研究者が直接的・間接的に協力を果たしました。その後も多くの研究者が長期的な支援計画を想定した、様々な活動を続けています。

上記活動はこれまでの当研究所の取り組み、すなわちペルー大使館人質事件、新潟県中越沖地震、大阪教育大付属池田小学校児童殺傷事件、秋葉原殺傷事件、宮城県口蹄疫事件など、自然災害だけではな

く人災に際しての長期的メンタルヘルスサポートの経験をふまえて実施してきた心理的評価や精神医学的対応に関する研究成果や支援手法のノウハウの蓄積に基づいて行われたことと思います。

吉村昭の「三陸海岸大津波」という書にも述べられているとおり、歴史の中には今回とほとんど同じ状況が何回も出現したようです。歴史を学んでいれば「めったにないことは起こらない」というオプティミスティックな原発建設の際の安全基準の立て方はなかったかもしれません。最先端の技術開発、知識の集積に目の色を変えざるを得ない現代において、研究者として真理の追究に携わる立場の人々は、単に歴史を学ぶだけでなく、先人が歴史から学んだことを伝えていくこと、そして自らが見出した真実や、経験を次の世代に伝えて歴史として伝えられるよう、書き残す義務を負うと感じられます。すなわち、過去を知り、現在から学び、ひとびとの未来に役立てうる研究を行うことが私たちの日常の指針と

なるのではないかと、思います。

本書の特集は、「東日本大震災後の精神医療初期対応について（金吉晴ほか）」、「東日本大震災後の地域精神保健医療（鈴木友理子）」、「大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援（中島聡美）」、「自殺予防の枠組みと被災地の地域精神保健（川野健治ほか）」、「東日本大震災における児童・思春期精神医学的支援活動について（高橋和俊）」の5編で構成されています。このほか原著論文1編と資料論文1編を掲載してあります。

本特集号をご一読いただき、忌憚のないご意見やご感想をお寄せいただきますよう、よろしくご願ひ申し上げます。

2012年3月

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所所長  
加我牧子

## 東日本大震災に関する精研の支援活動（平成23年3月～平成24年1月）

\* 1 JSPN= 日本精神神経学会

\* 2 NCNP= 国立精神・神経医療研究センター

日付	担当者	内容	場所
平成23年 3月14日		東北地方太平洋沖地震の被災者支援に関わる緊急職員集会開催	
3月14日		東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト開設	インターネット
3月17日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN（*1）災害対策委員会立ち上げ準備会議	東京都
3月20日	和田清	千葉県旭市の被災状況把握と、旭中央病院精神神経科病棟損傷とその対応について現地視察	千葉県旭市
3月23日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第1回会議	東京都
3月24日	金吉晴	岩手県精神保健福祉センター視察	岩手県盛岡市
3月24日	伊藤順一郎	千葉県旭中央病院精神神経科にて被災者への心のケア支援者研修と実施訪問指導	千葉県旭市
3月25日	金吉晴	宮城県視察	宮城県
3月25日～ 4月2日	鈴木友理子	宮城県障害福祉課における行政支援、視察	宮城県仙台市
3月26日～ 27日	井上祐紀	福島県鏡石町の避難所にて診療支援活動	福島県鏡石町
3月30日～ 4月2日	竹島正・川野健治	被災者支援の情報収集のため陸前高田、大船渡を訪問。岩手県精神保健福祉センター、岩手県福祉総合相談センター等を訪問	岩手県陸前高田市、大船渡市、盛岡市
4月1日	鈴木友理子	「こころのケアチーム」会議に参加（石巻日赤病院）	岩手県石巻市
4月2日	中島聡美	「いのちの電話」相談員への震災被災者対応研修	東京都
4月2日	鈴木友理子	岩手県南三陸町を視察	岩手県南三陸町
4月4日	自殺予防総合対策センター	自殺予防総合対策センター HP 内に「いきる・ささえる災害支援情報」掲載開始	インターネット
4月5日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第2回会議	東京都
4月6日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	NCNP（*2）病院が福島県いわき市に派遣する医療チームの事前研修にて講義	東京都
4月10日～ 17日	中島聡美	岩手県精神保健福祉センターにおける行政支援	岩手県盛岡市
4月11日～ 7月1日	NCNP 病院	福島県いわき市に一週交替での医療チーム派遣を開始	福島県いわき市
4月11日	自殺予防総合対策センター	自殺予防総合対策センター HP のトピックスに「避難所への支援物資にアルコールを入れないで」掲載	インターネット
4月12日～ 14日	川野健治	岩手県釜石市および大槌町にて、震災被災者のための保健師とのミーティング	岩手県釜石市、大槌町
4月12日～ 13日	松本俊彦	福島県立医大「心のケアチーム」の一員として公立相馬総合病院臨時精神科外来で診療	福島県相馬市
4月13日～ 15日	鈴木友理子	宮城県精神保健福祉センターにおける行政支援	宮城県大崎市
4月13日	中島聡美	陸前高田市の避難所で「心のケアチーム」ミーティングに参加	岩手県陸前高田市
4月13日	中島聡美	御遺体の搬送に関わる行政職員に対するメンタルケア研修の実施	岩手県気仙郡住田町
4月14日～ 16日	竹島正・立森久照	被災者支援の情報収集のため、宮城県庁、石巻市、南三陸町を訪問	宮城県仙台市、石巻市、南三陸町
4月14日	中島聡美	保健師および市職員に対するメンタルケア研修（釜石保健所）	岩手県釜石市
4月14日	中島聡美	大槌町にて市職員のリラクゼーション講座に参加	岩手県上閉伊郡大槌町

日付	担当者	内容	場所
4月15日	中島聡美	岩手県障害福祉部を訪問し、メンタルヘルス施策への助言と医療ミーティングへの参加	岩手県盛岡市
4月16日	中島聡美	保健師に向けてのメンタルケア研修及び相談（宮古保健所）	岩手県宮古市
4月23日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第3回会議	東京都
4月24日	小牧元	日本心身医学会関東甲信越支部「東日本大震災被災者支援に関する講習会」司会	東京都
4月24日	鈴木友理子	日本心身医学会関東甲信越支部「東日本大震災被災者支援に関する講習会」講師	東京都
4月27日	竹島正・金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	自殺予防総合対策センター、第1回メディアカンファレンスを開催（全国町村会館）。講演「災害後の心のケアと回復力」ほか、メディア報道に関するディスカッション	東京都
4月28日	鈴木友理子	支援者メンタルヘルスケア打ち合わせ（宮城県庁、精神保健福祉センター）	宮城県仙台市
5月1日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）（任期～H24.3.31）	福島県郡山市
5月6日～7日	竹島正・川野健治	岩手県司法書士会館、および世界の医療団にて被災者支援のための意見交換会	岩手県盛岡市
5月8日	中島聡美・鈴木友理子	日本心身医学会関東甲信越支部「東日本大震災被災者支援に関する講習会」講師	東京都
5月9日～12日	栗山健一	NCNP 病院医療チームスタッフとして医療支援	福島県いわき市
5月10日（～継続）	金吉晴	東日本大震災における精神医療対策の打ち合わせ	東京都
5月11日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第4回会議	東京都
5月11日～12日	鈴木友理子	宮城県気仙沼・岩沼・仙南保健所管内の職員向け講話	宮城県
5月13日	鈴木友理子	福島県立医科大学公衆衛生学講座にて、「災害時の地域保健およびこころのケア支援のあり方」について講義	福島県福島市
5月16日	伊藤順一郎・鈴木友理子	東日本大震災後の中長期支援に係る検討会にて講義（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
5月19日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
5月21日	金吉晴・鈴木友理子	JSPN 東日本大震災に対するこころのケア支援と復興支援対策ワークショップ	東京都港区
5月21日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 災害対策本部会議（精神神経学会会場にて）	東京都港区
5月22日	鈴木友理子	日本若手精神科医の会、講義および会議	東京都新宿区
5月24日	稲垣正敏	奥州市まごころ病院にて、自殺・うつ予防の調査・研究会議出席	岩手県奥州市
5月24日～29日	中島聡美	岩手県精神保健福祉センターへの支援業務	岩手県盛岡市
5月25日～28日	竹島正・川野健治・白神敬介	震災支援ならびに多職種連携の準備のため、宮城県および岩手県の関係機関・被災地を訪問（宮城県庁、気仙沼保健所ほか）	宮城県仙台市、気仙沼市
5月25日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第5回会議	東京都
5月26日～27日	金吉晴	厚生科学特別研究・被災地の健康調査ワーキンググループの班会議	兵庫県神戸市
5月26日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
5月29日～6月1日	鈴木友理子	オーストラリア・ニュージーランド精神医学会における精神神経学会との合同シンポジウムで、災害に関する発表	オーストラリア

日付	担当者	内容	場所
5月30日～ 6月3日	三島和夫	NCNP 病院医療チームスタッフとして医療支援	福島県いわき市
6月3日～ 6日	鈴木友理子	支援者ストレス対応に関する会議（宮城県精神保健福祉センター）	宮城県大崎市
6月6日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第6回会議	東京都
6月11日～ 12日	伊藤順一郎	「相双地区の新しい精神科医療サービスシステムの構築を考える会」出席	福島県相馬市
6月12日	鈴木友理子	福島県民健康管理調査会議	福島県福島市
6月16日～ 17日	金吉晴	震災における心のケアの研修における技術支援（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
6月16日～ 17日	中島聡美	東北精神神経学会：平成23年度第1回障害教育研修会講師「災害と心のケア」	宮城県仙台市
6月19日	竹島正・川野健治	第3回宗教者災害支援連絡会に出席	東京都
6月22日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第7回会議	東京都
6月22日	金吉晴・中島聡美	東日本大震災トラウマ対策技能研修（主催：精神保健研究所）にて講師（国立がん研究センター）	東京都
6月23日～ 24日	金吉晴	災害時こころのケアに関するかかりつけ医等研修会にて講義	宮城県大船渡市
6月27日～ 29日	中島聡美・鈴木友理子・ 深澤舞子	岩手県精神保健福祉センターへの助言と業務支援	岩手県盛岡市
6月27日～ 7月1日	高橋秀俊	NCNP 病院医療チームスタッフとして医療支援	福島県いわき市
6月29日～ 7月3日	竹島正・川野健治・ 白神敬介・的場由木	震災支援ならびに多職種連携の準備として宮城県および岩手県の関係機関・被災地を訪問（宮城県庁、気仙沼保健所ほか）	宮城県仙台市・ 気仙沼市
7月4日	鈴木友理子	県民健康管理調査「こころの健康度」第1回専門委員会出席（福島県立医科大学）	福島県福島市
7月4日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第8回会議	東京都
7月5日～ 6日	鈴木友理子・深澤舞子	岩手県「こころのケアチーム」活動のまとめに関する会議（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
7月7日	川野健治	中長期的な自殺予防のための意見交換会（宮城県精神保健福祉センター、はあとぽーと仙台、仙台市障害者支援課）	宮城県仙台市
7月7日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
7月11日	鈴木友理子	宮城県職員ストレス対応についての助言（宮城県精神保健福祉センター）	宮城県大崎市
7月12日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	岩手県こころのケアに関するアドバイザーに就任（任期～H24.3.31）	岩手県
7月14日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
7月18日	竹島正・川野健治	「東日本大震災被災者のいのちをまもるフォーラム」出席（東北大学長陵会館）	宮城県仙台市
7月20日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	JSPN 対策本部第9回会議	東京都
7月22日	鈴木友理子	第60回東北公衆衛生学会における特別講義（福島県立医科大学）	福島県福島市
7月24日	鈴木友理子・深澤舞子	岩手県「こころのケアチーム」活動のまとめに関する会議（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
7月25日～ 27日	鈴木友理子	岩手県精神保健福祉センターにおけるデータ整理	岩手県盛岡市
7月27日～ 29日	竹島正・川野健治・ 白神敬介	中長期的な自殺予防のための意見交換会（釜石保健所、宮城県大槌町役場仮庁舎、気仙沼保健所、気仙沼市役所ほか）	宮城県釜石市・ 大槌町、気仙沼市
7月26日	中島聡美	被災地での支援活動に関する技術支援（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市

日付	担当者	内容	場所
7月27日	金吉晴	東日本大震災心のケア支援プロジェクト「トラウマケア講演会」講師	岩手県釜石市
7月27日～28日	中島聡美	山田町・大船渡市・陸前高田市の保健師、三陸病院医療関係者、心のケアチームを対象とした「悲嘆と喪失の理解とケア」の研修	岩手県
8月4日	鈴木友理子	福島県民健康管理調査（詳細調査）における「こころの健康度」専門委員会	福島県福島市
8月9日	鈴木友理子	福島県民健康管理調査（詳細調査）における「こころの健康度」専門委員会	福島県福島市
8月11日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
8月17日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第10回会議	東京都
8月18日	竹島正・川野健治・勝又陽太郎	中長期的な自殺予防のための意見交換会（石巻赤十字病院）	岩手県石巻市
8月18日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
8月22日～23日	鈴木友理子	宮城県心のケア対応支援・職員健康調査と支援者ケアについて（宮城県精神保健福祉センター）	宮城県大崎市
8月23日	鈴木友理子	宮城県教育庁と職員健康調査について打ち合わせ、県支援関係者と支援者ケアについて打ち合わせ	宮城県仙台市
8月31日	金吉晴	被災者健康調査の中間報告会	東京都
9月	金吉晴	東日本大震災トラウマ対策技能研修（6.22）のWeb視聴システム開始（～2月）	インターネット
9月1日	金吉晴	秋田県精神保健福祉協会研修会にて大震災と心のケアについて講演	秋田県秋田市
9月8日	鈴木友理子	仙台市にて児童生徒の心の健康調査に関する打ち合わせ	宮城県仙台市
9月8日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
9月9日	鈴木友理子	福島県健康診査専門委員会に出席	福島県福島市
9月11日～12日	鈴木友理子	国際専門家会議「放射線と健康リスク-世界の英知を結集して福島を考える」参加	福島県福島市
9月13日～15日	鈴木友理子	岩手県精神保健福祉センターにおけるデータ整理	岩手県盛岡市
9月14日	鈴木友理子	岩手県気仙沼地域精神福祉担当者等連絡会に出席	岩手県気仙沼市
9月15日	鈴木友理子	岩手県こころのケアチームの相談記録票（全国統一版）の作成開始	岩手県盛岡市
9月15日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 第11回対策本部会議	東京都
9月18日～23日	金吉晴・鈴木友理子	15th World Congress of Psychiatry 参加	アルゼンチン
9月23日	金吉晴	東日本大震災におけるメンタルヘルス対策について討論	パリ（フランス）
9月26日	鈴木友理子	宮城県教育庁福利課にて健康調査打ち合わせ	宮城県仙台市
9月26日～28日	中島聡美	東日本大震災後のこころのケアにかかる技術支援（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
9月29日	金吉晴	福島県自殺対策推進行動計画担当者研修会にて、災害時の心のケアと自殺対策について講義（福島県県北保健福祉事務所）	福島県福島市
9月29日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
10月6日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
10月10日	中島聡美	第10回日本トラウマティック・ストレス学会にて、シンポジウム「災害による遺族のメンタルヘルスとケア」のコーディネーター（神戸国際会議場）	兵庫県神戸市
10月10日	鈴木友理子	第10回日本トラウマティック・ストレス学会にて講演（神戸国際会議場）	兵庫県神戸市

日付	担当者	内容	場所
10月11日	鈴木友理子	カナダ大使館にて震災シンポジウムに関する打ち合わせ	東京都
10月12日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第12回会議	東京都
10月13日	鈴木友理子	仙台市教育局にて児童生徒の心の健康調査検討委員会に出席	宮城県仙台市
10月18日～21日	鈴木友理子	岩手県精神保健福祉センターにて、岩手県こころのケア活動相談記録の整理と解析支援	岩手県盛岡市
10月20日	金吉晴	和歌山県御坊保健所「災害時の地域精神保健活動とメンタルヘルス」にて「災害とこころのケアについて」講演	和歌山市御坊市
10月21日	金吉晴	江東区 福島県からの被災避難者のメンタルケアについて打ち合わせ	東京都
10月24日	鈴木友理子	宮城県庁にて、宮城県支援者調査打ち合わせ	宮城県仙台市
10月26日	金吉晴	シンポジウム「東日本大震災の復興計画と中長期的支援」司会	東京都
10月27日	金吉晴	江東区保健所長と打ち合わせ	東京都
10月27日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
11月3日	金吉晴	第27回 ISTSS（国際トラウマティック・ストレス学会）にて、「福島第一原発事故による心理的影響について」「日本における大災害時の精神的サポート：神戸と東北の経験から」について講演	ボルチモア（アメリカ）
11月9日	金吉晴	2011UOEH（産業医科大学）国際シンポジウム「原子力災害対応労働者の産業保健」について講演	福岡県北九州市
11月9日	金吉晴・中島聡美・鈴木友理子	JSPN 対策本部第13回会議	東京都
11月10日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
11月17日～18日	鈴木友理子	岩手県精神保健福祉センターにて、岩手県におけるこころのケア活動のまとめに関する打ち合わせ及びデータ整理	岩手県盛岡市
11月20日	中島聡美	岩手県精神保健福祉センターへの支援活動（トラウマ技能研修会講師）	岩手県盛岡市
11月22日	金吉晴	「大震災と災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援における IASC ガイドライン」について講演	パリ（フランス）
11月23日	鈴木友理子	岩手県平成23年度地域自殺対策研修会にて「トラウマ・気分障害」について講演	岩手県盛岡市
11月24日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
11月27日	金吉晴	日本行動療法学会第37回大会・第35回研修会にて、企画シンポジウム「東日本大震災後に求められるケア」講演	東京都
12月1日	金吉晴	「災害後のメンタルケア（PTSD）-製薬会社が貢献できる情報提供活動とは-」講演（ファイザー社）	東京都
12月1日	鈴木友理子	第47回宮城県公衆衛生学会学術総会にて講演「災害後のメンタルヘルス：中長期の課題と対応」	宮城県仙台市
12月2日	鈴木友理子	山形県にて精神保健科学研修会（23年度特別講義）「災害後のメンタルヘルス～危機から回復に向けて～」	山形県山形市
12月8日	金吉晴	第20回心の健康フォーラムにて「災害時における心のケア」について講演	鳥取県鳥取市
12月8日	鈴木友理子	カナダ大使館にて東日本大震災後の精神衛生についての討議会	東京都
12月13日～14日	鈴木友理子	岩手県こころのケア相談分析（岩手県精神保健福祉センター）	岩手県盛岡市
12月14日～15日	金吉晴	第2回東日本大震災トラウマワークショップ IN みやぎ「トラウマと悲嘆について」講演	宮城県気仙沼市、石巻市
12月16日	鈴木友理子	宮城県の公立学校教職員のストレス対応に関する助言（宮城県庁）	宮城県仙台市

日付	担当者	内容	場所
12月18日 ～19日	中島聡美	岩手県精神保健福祉センターへの支援活動	岩手県盛岡市
12月21日	金吉晴	被災地のこころのケア（主催：内閣府）連携会議出席	東京都
12月22日	安藤久美子	東日本大震災による地域患者の心理的支援および診療支援（郡山市針生ヶ丘病院）	福島県郡山市
平成24年 1月13日	金吉晴・中島聡美・ 鈴木友理子	WHO（世界保健機関）関係者（サクシーナ部長ほか）と災害関係の打ち合わせ	東京都
1月22日	中島聡美	岩手県精神保健福祉センターへの支援活動	岩手県盛岡市
1月22日	金吉晴	第27回こころの県民講座にて「災害時のこころのケア～いま、一人ひとりができること～」について講演	群馬県前橋市
1月27日	金吉晴	都内城東地区学術講演会にて「自然災害と精神医療対応：東日本大震災から」について講演	東京都
1月30日	鈴木友理子	宮城県行政職員支援会議に出席	宮城県仙台市
1月31日	鈴木友理子	管理監督者メンタルヘルス研修会にて「健康調査を踏まえた管理監督者の役割とメンタルヘルス対策」を講義	宮城県仙台市

■担当者の所属（50音順）

安藤久美子：司法精神医学研究部  
伊藤順一郎：社会復帰研究部  
稲垣 正敏：自殺予防総合対策センター  
井上 祐紀：知的障害研究部  
勝又陽太郎：自殺予防総合対策センター  
川野 健治：自殺予防総合対策センター  
金 吉晴：成人精神保健研究部  
栗山 健一：成人精神保健研究部  
小牧 元：心身医学研究部  
白神 敬介：自殺予防総合対策センター  
鈴木友理子：成人精神保健研究部  
高橋 秀俊：児童・思春期精神保健研究部  
竹島 正：自殺予防総合対策センター／精神保健計画研究部  
立森 久照：精神保健計画研究部  
中島 聡美：成人精神保健研究部  
深澤 舞子：成人精神保健研究部  
松本 俊彦：薬物依存研究部／自殺予防総合対策センター  
的場 由木：精神保健計画研究部  
三島 和夫：精神生理研究部  
和田 清：薬物依存研究部

## 震災関連の取材記録（平成23年3月～平成24年1月）より一部抜粋

取材日	担当者	取材・撮影内容	番組名・掲載紙
平成23年3月	金吉晴	震災特集	朝日新聞
	金吉晴	避難所などでの心のケア	朝日新聞岩手支社
	栗山健一	災害時の睡眠のケア	朝日新聞社／週刊朝日4/12号
	栗山健一	東日本大震災における不眠について	毎日新聞社
	金吉晴	震災に対するトラウマ、心のケアについて	産経新聞
	栗山健一	被災者の不眠症対策	産経新聞
	金吉晴	PTSD 恐怖体験で心に傷	東京新聞
	中島聡美	「被災者の心、回復は安全・安心から」	岩手日報
	金吉晴	ラジオ放送 ワイドステーション（被災者向け番組）	岩手放送
	金吉晴	震災時におけるトラウマが子どもに及ぼす影響	教育医事新聞
4月	金吉晴	「ニュースがわかる AtoZ『PTSD』」取材	東京新聞・中日新聞
	金吉晴	災害精神保健医療マニュアル：被災地における運用の在り方、被災地の現状を踏まえた心のケアの在り方に関する展望	Medical Tribune
	鈴木友理子	特集「震災のストレスとどうつきあうか」の取材	ヘルス&ビューティーレビュー／講談社
	金吉晴	東日本大震災被災者の心のケアについて	共同通信社 釧路支局
	金吉晴	震災時における遺族へのメンタルケアについて	毎日新聞東京本社本紙
	金吉晴	被災地の心のケアについて	朝日新聞本紙「社説」
	川野健治	グリーンケアについて（震災遺族）	日経新聞日曜版
5月	竹島正	震災で被災された方々に対するの対策	BBC Brasilweb site
	中島聡美	悲嘆のケアについて（震災遺族）	産経新聞朝刊
	金吉晴	デブリーフィングについて	朝日新聞
	中島聡美	特集記事「PTSD とは何か」について	「ストレス&ヘルスケア」夏号／パブリックヘルスリサーチセンター
	鈴木友理子	特集記事「震災後の心のケア」について	「ストレス&ヘルスケア」夏号／パブリックヘルスリサーチセンター
6月	中島聡美	東日本大震災の被災者への取材についての意見	NHK 総合
	竹島正	農業従事者の自殺問題について	日本農業新聞
7月	金吉晴	東日本大震災の被災地住民が直面する心身の影響	読売新聞「医療ルネサンス」
	金吉晴	東日本大震災被災者のケアに関する取材	NHK スペシャル
	鈴木友理子	被災地支援に関わる読者への参考情報	月刊誌「公衆衛生情報」／ライフ出版社
11月	鈴木友理子	被災地の自治体職員、ボランティアに対する心のケアについて	月刊誌『連合』／日本労働組合総連合会
	金吉晴	津波災害後の精神保健について	The World Today／シドニー ABC ラジオ
12月	鈴木友理子	東日本大震災に関する心のケア問題	新聞・テレビなど／時事通信社仙台支社

## ■担当者の所属（50音順）

安藤久美子：司法精神医学研究部

伊藤順一郎：社会復帰研究部

稲垣 正敏：自殺予防総合対策センター

井上 祐紀：知的障害研究部

勝又陽太郎：自殺予防総合対策センター

川野 健治：自殺予防総合対策センター  
金吉 晴：成人精神保健研究部  
栗山 健一：成人精神保健研究部  
小牧 元：心身医学研究部  
白神 敬介：自殺予防総合対策センター  
鈴木友理子：成人精神保健研究部  
高橋 秀俊：児童・思春期精神保健研究部  
竹島 正：自殺予防総合対策センター／精神保健計画研究部  
立森 久照：精神保健計画研究部  
中島 聡美：成人精神保健研究部  
深澤 舞子：成人精神保健研究部  
松本 俊彦：薬物依存研究部／自殺予防総合対策センター  
的場 由木：精神保健計画研究部  
三島 和夫：精神生理研究部  
和田 清：薬物依存研究部

## 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト



サイト内検索

検索



ホーム &gt; 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト

## 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト

## 東北地方太平洋沖地震に係るセンターの対応について

この度の大地震による被害につきまして、心よりお見舞いとお悔やみを申し上げます。

この未曾有の災害による犠牲の大きさは私たちの想像を遙かに超えるものでした。この被害に遭われた方々の心痛と生活を奪われた悲しみに接する時、私たちは言葉を無くします。と同時に私たちは、被災者並びに支援者の方々が不眠不休の努力を重ね、この試練を乗り越えようとしている姿を目の当たりにする時、大きな感動を覚えます。

私たちは、この筆舌に尽くしがたい災害がもたらす健康被害に対して、被災者の方々に備わっている回復力をご信頼申し上げると同時に、その歩みにどのように寄り添うべきか、どのように支援すべきか、ということを考えております。

急性期に生じる多くの症状の回復には個人差があり、様々な回復の経過を示します。私たちはその歩みを見守りながら、必要な時に手をさしのべることが出来るような支援を行いたいと考えています。また被災者を支えている地元の医療、援助関係者が、中長期的な「心のケア」を提供できるように支援していきたいと思います。

そのためには適切な情報を提供し、復旧、援助、医療にあたられている方々が被災者のお気持ちを十分にくみ取って活動できるような基盤を作ることが必要です。

そこで私たちは、精神・神経分野のナショナルセンターとしての使命を果たすべく、ここに支援医療関係者向けのメンタルヘルスに関する情報サイトを開設する予定です。この内容は、ペルー大使公邸人質事件、和歌山カレー毒物混入事件、新潟中越大地震、などの様々な自然及び人的災害に専門家を派遣してきた経験を反映したものです。

最後に一日も早い災害からの復興を心より祈念いたします。

平成23年3月14日

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター総長  
樋口 輝彦

理事長ご挨拶

センター概要 →

医療活動 →

研究活動 →

研修活動 →

産官学連携 →

治験等について →

各種研究等申請書 →

図書館

イベント情報

広報資料 →

センター内マップ

交通のご案内

調達情報

職員募集

レジデント・専門修練医募集

看護師募集

ご寄付のお願い

個人情報取り扱いについて

携帯サイトはこちら

ケイタイサイトが  
できました。  
詳しくはこちら

当センター敷地内は  
禁煙です

治験等の  
相談・案内  
治験や臨床研究に  
協力して下さる方へ

レジデント・  
専門修練医募集

看護師  
募集

よくあるご質問  
(Q&A)

東北地方太平洋沖地震  
メンタルヘルス  
情報サイト

自殺予防  
対策支援  
ページ

病院パンフレット  
ダウンロードはこちら

外部リンク  
東北関東大震災  
研究復興支援  
情報掲示板

## 医療関係者向け

- 急性期のこころのケアについて (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害救援者メンタルヘルス・マニュアル (2011.3.31更新) (PDF・HTML)
- 死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケアダイジェスト (2011.3.30更新) (PDF・HTML)
- 心のケアチームマニュアル (2011.4.25更新) (PDF)
- 災害時地域精神保健医療活動のガイドライン (2011.3.16更新) (PDF)
- 災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 (2011.3.16更新) (PDF)
- マニュアル解説スライド(医療関係者用) (2011.3.16更新) (PDF)
- 原子力災害の心のケア (原子力安全協会より提供) (2011.3.17更新) (PDF)

特 集

「東日本大震災とメンタルヘルス」

## 【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

## 東日本大震災後の精神医療初期対応について

Initial mental health response after the 311 Great Eastern Earthquake in Japan

金吉晴<sup>a) .c)</sup>、秋山剛<sup>b) .c)</sup>、大沼麻実<sup>a)</sup>

Yoshiharu Kim, Tsuyoshi Akiyama, Asami Ohnuma

## 【抄録】

東日本大震災は被災規模が広汎であり、津波、原子力発電所事故が重複したという点でかつてない規模であった。そのため、精神保健医療対応については現地の自治体、関係者だけではなく、厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター、日本精神神経学会において、対策立案、連携の推進、情報の共有が図られた。被災地と県庁、政令市庁所在地との距離が遠く、初期には実態がなかなか把握できなかったが、厚生労働省においていわゆる心のケアチームの一元スケジュール化などが試みられ、最終的には60チーム弱が同一の被災地をチームローテーションなどの形で担当する体制が形成された。当初の精神医療対応の課題は震災前からの通院患者への医療の保証、損壊した精神科病院からの患者の移送、不足した精神科薬剤の供給であった。国立精神神経医療研究センターでは発災後3日目に情報支援サイトを開設し、精神医療対応の基本方針、資料等を提示した。急性期にトラウマ的体験を聞き出すような対応は国際的にもはや認められていないが、一部の支援者になおその傾向が見られるなど、今回も情報支援の重要性が明らかとなった。また支援と調査の境界が曖昧となり、適正な倫理的手続を経ない調査が企画されるなどの混乱も見られ、これについて情報発信も重要であった。

## 【Abstracts】

The Great East Japan Earthquake affected several prefectures, including mainly Iwate, Miyagi and Fukushima, in addition to one subordinate designated city of Sendai, so that the overall countermeasures were planned by the Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. The National Center of Neurology and Psychiatry played a role of information provision by establishing the information web site, which uploaded more than 20 guidelines, documents and materials within a week after the disaster. The Japanese Society of Psychiatry and Neurology launched a disaster response headquarter to assemble a number of affiliated academic and professional organizations. The initial and urgent tasks were to continue treatment of those who had been with mental disorders prior to the disaster, transport inpatients from collapsed psychiatric hospitals and supplying psychiatric drugs that came to be deficient in the affected sites. The information provision was particularly important to provide unanimous mental health care by different professions and teams, based upon the national guideline for local mental health care activities after the disaster, published in 2003. The research ethics after the disaster was also important, because the line between the support and data collection tended to be obscure.

## 【Key Words】

災害、情報、精神医療

disaster, information, mental

- a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
成人精神保健研究部  
Department of Adult Mental Health, National Institute of  
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan
- b) NTT 関東病院精神科  
Department of Psychiatry, NTT Medical Center Tokyo
- c) 日本精神神経学会災害対策本部  
The Japanese Society of Psychiatry and Neurology  
Tohoku-Pacific Ocean Earthquake Disaster Response  
Operations Center (JSPN TEDROC)

## 1. はじめに

2011年3月11日に東北太平洋地域を襲った地震被害はそれ自体がマグニチュード9という近來まれに見る程度の災害であっただけでなく、地域によって10mを超える津波を生じ、また福島県では原子力発電所のメルトダウンを生じるといった複合的な自然災害として未曾有の被害をもたらした。同地域では古くは貞観地震(869)に始まり、2万人以上の死者・行方不明者を出した明治三陸地震(1896)、

同じく3千人以上の昭和三陸地震(1933)を生じ、いずれも巨大津波を生じていたことから防波堤建設などの対策が取られていたが、今回の震災ならびに津波の規模はその想定を遙かに上回るものであった。

これまでも震災の度に、既存の風景が一変するような被害の光景はしばしば報じられてきたが、今回のように、町や住んでいた人々がその土地ごと一気に津波被害にあうという事態が経験されることは、少なくとも日本においては多くはなかった。大規模災害では必ず「集団的根こそぎ体験」が生じるが、この震災ではその経験が極度に増幅されたと考えて良いであろう。それに伴う喪失感は、急性期には回復へのいわば使命感によって意識されることが少ないが、本稿を執筆している時点で、被災地に留まっている地域の方々は、避難所などで慌ただしく過ぎた急性期を経て中長期に入り、一部では復興疲労が蓄積されつつあると思われ、喪失感が全景に出る可能性がある。加えて多数の犠牲者が出ており、コミュニティレベルでの喪失体験に加えて、遺族としての悲嘆、喪失が、重積する場合もあろう。その時期の精神保健対応はさらに今後の課題であるが、本稿ではそうした次段階のケアを考える上の準備という意味もかねて、震災直後の精神保健医療対応がどのように行われたかを振り返りたい<sup>5)</sup>。

## 2. 初期対応

今回の災害の特徴は甚大な被災地域が3県1政令指定都市にまたがり、さらにその隣接県にも被害が及んだことである。そのため、従来の自然災害では精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が下記の課題等に関して積極的な統括的役割を担った。また日本精神神経学会にも対策本部、委員会が置かれ、さらに国立精神・神経医療研究センターでは震災後週明けの月曜日に情報支援サイト<sup>7)</sup>が開設され、一週間ほどで20件以上のガイドライン、マニュアル、資料が上梓された。

今回の震災での支援活動を考える上で重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊である。被災地域は沿岸部に多く、そのほとんどは県庁所在地から遠く、場合によっては山間部を越えて数時間かかる地域も含まれていた。また地震、津波による

交通網の寸断だけではなく、周辺の基幹道路、鉄道なども破壊されたことと、度重なる余震による二次被害への懸念、福島では原子力発電所事故による放射線汚染への不安などから、生活物質の搬入が著しく困難となった。そのことは直ちにガソリンの不足をもたらし、道路事情に加えて燃料事情もまた、交通手段を著しく劣化させた。その結果、精神医療においては患者が通院不能となり、また必要な精神科薬が不足した。他方で原子力発電所事故の近辺では精神科病院の閉鎖、機能縮小が起り、そうした病院からの患者の移送が大きな問題となった。

また住民の精神健康を悪化させるストレス要因としては、トラウマとなる災害の影響が即座の厳しい苦悩を引き起こし、急性ストレス障害、パニック、やや遅れて外傷後ストレス障害(PTSD)、悲嘆喪失反応の症状を引き起こすという系列と、プライバシーがほとんどない避難所(大部分は地元の学校の体育館)生活ならびに将来の不確定さによる持続的な現実的不安が懸念された。

## 3. 精神医療の継続

震災によって外来通院が中断した患者への治療継続が問題となった。被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかったが、上記の交通事情のため、それが一層困難となった。

精神科だけではないが、閉鎖された、あるいは機能を喪失、縮小した医療施設からの患者の搬送が緊急の課題であった。精神科に限ると、宮城県の3箇所、福島件では2箇所の精神病院が地震と津波により機能を失った。そして、福島の原子力発電所近くの5つの精神病院が放射線被ばくへのおそれから機能停止となった。災害の後2日目の3月14日には、厚生労働省は移送の必要のある患者の人数調査と、東北周辺の非被災県ならびに東京等の周辺県の精神科病院での受け入れ可能ベッド調査を始め、ほぼ一週間で移送を終えた。

次に精神科治療薬の供給が必要とされた。特に不足が問題となったのは抗うつ薬と抗てんかん薬である。厚生労働省、講座担当者会議、精神神経学会、日本精神科病院協会、国立精神・神経医療研究センターなどが連携して、一部地域での処方可能日数に制限をかけるなどして必要薬剤を調達し、現地に搬送した。

#### 4. こころのケアチーム

阪神淡路大震災(1995)、新潟県中越地震(2004)等の従来の大震災ではいわゆる心のケアチームが組織され、自発的あるいは被災県の県知事要請を受けて被災地に派遣され、住民の精神保健医療対応にあたってきた。通常、チームは医師、看護師、時に精神保健福祉士および／または臨床心理士、事務員から構成され、基本的には自給自足で現地入りすることが常であった。今回の震災では上述したように被災規模が広大であったことから、心のケアチームの派遣スケジュールの調整は厚労省が主導して行った。すなわち都道府県、政令市は、可能な場合には心のケアチームを組織して厚労省に登録し、厚労省が被災地の実態に応じて派遣先地域、派遣スケジュールを調整することとなった。実際にはこうしたスケジュールリング体制が機能する以前から、様々な母体の心のケアチームが独自の判断によって、あるいは被災地医療機関からの個別の連絡を受けて現地に入っていた。

当初は被災地と県庁所在地の距離が遠いことや、電波通信手段が途絶えていたことなどのために、心のケアチーム活動の実態が県庁や地元精神保健福祉センターにおいても十分に把握できていないこともあったが、1、2週間の後には派遣スキームが円滑に進行するようになり、最終的に60前後のチームが現地での活動を続けるに至った。なおこのスキームに依らずに独自の派遣を続けたチームも一部には見られている。

急性期を過ぎると、多くのチームは被災地入りする前に精神保健医療福祉センターに立ち寄って資料、被災情報、ガイドライン、日報等の報告書式を受け取って現地入りすることが多くなった。そのような場合には、被災地での活動中は記録を日報、週報の形でまとめ、資料を県、政令市に提出されることとなっていた。各県で用意された災害時の精神医療ガイドラインは、新潟県中越地震(2004)で作成されたガイドラインなどを經由しつつも、基本的には災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(2003)<sup>3,4)</sup>に準拠していたと考えられる。

救急医療を基盤とした災害派遣医療チーム(DMAT)とは異なり、いわゆる心のケア活動においては継続性が重視されるが、多くの心のケアチ

ームは本来の臨床活動を離れて参加するメンバーから構成されていたために、1、2週間のみの滞在となることが多かった。当初はチームのローテーションを上述のスケジュールリングのスキームの中に入れていたが、実際にはほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、チームをローテーションさせながら3ヶ月以上にわたって継続的な活動を展開した。

#### 5. 情報発信

阪神淡路大震災以来、心のケアにおいて常に一貫して問題となってきたのは、急性期にトラウマ体験をどの程度聞くべきか、聞くことにどのような効果と有害作用があるのか、ということである。以前は心理的デブリーフィングと呼ばれたこの技法は、早期に恐怖体験を強い感情表出とともに聞き出して語らせることが将来のPTSDを予防するという仮定に経っていた。しかしその後の研究でその効果が否定されたばかりか、かえってPTSDを悪化させかねないということが明らかとなり<sup>13)</sup>、現在はどのような国際ガイドラインにおいても採用されていない<sup>1, 2, 10)</sup>。

この点についての基本的な考え方は付表に示したとおりであるが、それ以外でも、本来、協調して支援に当たるべき医師あるいは多くの職種の間で方針について意見が食い違うことは珍しくない。そこで情報と指針、エビデンスの共有が非常に重要となる。先にも述べた災害時地域精神保健医療活動ガイドラインは、池田小学校児童殺傷事件の際に、対策本部に駆けつけた様々な職種の支援者の間での見解の相違を踏まえて作られたものである。

こうした方針を発展させて、国立精神・神経医療研究センターのHP上に震災の情報支援webを掲載したことは上に述べたとおりである。このwebは精神神経学会にもリンクを張り、厚労省からも周知をして頂き、今回災害後にもっとも信頼すべきデータソースとして機能したと考えている。

また上記ガイドライン策定以来、厚生労働省よりの委託あるいは補助金事業として、日本精神科病院協会等を実施母体としたトラウマ研修、保健医療科学院における保健所長危機管理研修を毎年継続し、また機会を得て保健師ブロック研修、精神保健福祉センター長会議等でも講習を行うなど、ガイドラインの基

表 急性期こころのケアについて<sup>7)</sup>

被害に遭われた全ての皆様に心よりのお見舞い、お悔やみを申し上げます。

このような災害に接したとき、誰も被害者の役に立ち、その不安や苦しみを少しでも和らげたいという願いを持ちます。そのような意味で、こころのケアということは、誰でも自然に行っていることといえます。親身になって支援をしていったり、励まし合う中で、体験を話したり、強い感情が出てきてしまうことは、ごく自然なことです。そのときに大切なことは、そうした話ができるような信頼関係、支え合うネットワークが作られているということです。

これに対して、専門的なこころのケアのために、体験の話をしたり、感情を出してもらったりするという方法があります。実際に慢性のPTSDの治療のためには、こういう方法が用いられており、効果を上げています。しかし被害にあった直後の方に、緊急の援助としてこの方法を用いることは、今では国際的にも認められていません。

被害の直後に感じている不安や苦しみは人間として自然な感情であることが多く、ほとんどの人はその状態から数ヶ月かけて自力で立ち直ることが知られています。その間のつらいお気持ちは基本的には「治す」ものではなく、「支え合う」べきものと考えられています。

またこうした方法は、必ずしも気持ちを和らげるわけではなく、かえってPTSDを誘発することがあります。長く治療関係を続けることが出来る人ならばともかく、外部から来て数日間しか滞在しない人が行うべきではありません。慢性のPTSDの治療としてこの方法を用いる場合でも、症状が悪化する場合について万全の備えをし、日常生活が十分に安定しているなどの条件を満たした上で、3ヶ月ほどの時間をかけて慎重に実施しております。

以前には、こうした方法(デブリーフィング)を36時間以内に行うことで将来のPTSDが予防できるという主張がありましたが、その後、国際的に否定されており、それを主張していた米国のエバリー教授は2005年のトラウマティックストレス学会で自分の説が誤りであったことを認めています。また米国心理学会は、911テロの後で、被害の直後にこの方法を行うことへの警告の声明を出しています。

被害にあったことへの心のささえ、ケアということは、人間であれば誰も行うことです。しかしそのことと、PTSDのような疾病の一次予防、二次予防とは別のことです。専門家であれば、意図的に話をさせたり感情を出させたりすることには、思いがけない副作用としての状態の悪化もあることを認識する必要があります。

各国のガイドラインでも、早期のうちは温かく見守り、支え合うことが大切であって、治療や介入を急ぐべきではないとされています。急性期には様々な現実の問題や不安が多くありますので、それらを含めた幅広いケアを提供する必要があります。被害を受けて間もない時期には、生活や復旧に関する現実の心配が数多くあります。そうした問題の相談に乗りながら、ご本人の手の届くところにいて気持ちをくみ取って差し上げるような関係作りこそが、急性期のこころのケアには求められております。

文責

国立精神・神経医療研究センター 部長 金 吉晴

本理念の普及に努めてきた。その成果が浸透したためか、今回の震災において少なくとも心のケアチームを通じての精神医療支援を見る限り、侵襲的な介入、住民の不安を増強するような働きかけはほとんど見られなかったと聞いている。ただし心のケアという言葉の意味は広く、医療以外でも行われることもあり、その場合は人道的行為と医療行為の境界が曖昧となり、結果として医療としては不適切な介入が行われることも見られた。こうした弊害が目立ったのは、外部から数日間のみ現地に入り、継続性のないその場限りの支援を行い、自分が目にした印象だけで一般的な結論を下そうとする人々である。

今回も、医学誌として権威のあるLancetに「日

本は震災後の精神医療対応ができていない」と決めつけ、被害に遭った子どもの感情を引き出す介入を賞賛するかのよう記事が載った<sup>8)</sup>。それに対しては精神神経学会対策本部でも話題になり、著者ら、およびSuzukiらによる反論のcorrespondenceを同誌に投稿し、掲載された<sup>6), 11)</sup>。同時に本稿でも取り上げている初期対応について、精神神経学会の英文医学雑誌であるPsychiatry and Clinical Neuroscience誌にeditorialを寄稿した<sup>5)</sup>。

## 6. 研究倫理

今回の震災後、多くの人々が精神を含む住民の健

康状態に関心を抱き、それ自体には意義が認められるとしても、一部では精神医療を専門としない研究者が倫理指針<sup>9)</sup>の遵守が疑わしいようなかたちで住民の精神状態についての質問紙調査を行うという事例も見られた。そのようなことが重なったために住民からは保健師らが訪問をしても精神についての質問を拒否するという事例が見られた。また一般医学の分野でも、倫理手続、説明同意が不明確なまま調査が企画されるという動きもあった。これを受けて精神神経学会では研究倫理に関する緊急声明を発表した<sup>12)</sup>。一部の雑誌では倫理手続に問題のある投稿論文は受け付けないという声明を出したところもある。

災害時に調査倫理が特に問題になるのは支援活動と調査のためのデータ収集の区別が曖昧となるためである。被災者は基本的に支援者の善意を疑わないので、集められたデータの使用目的などを問いただすことができない。なお被災住民の疫学調査は、厚生労働省の特別研究費により進行中である。その中の精神の部分は著者(金)が、睡眠の部分は国立精神・神経医療研究センターの三島部長らが担当して作成している。一部集計結果が発表されているが、今後対象地域を増やしつつ追跡を行うことが予定されている。

## 7. 終わりに

本稿執筆時点で、被災県には心のケアセンターの設置が予定されており、今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策が進展するものと思われる。災害後の地域の心理的变化は高揚期、幻滅期、回復期の3相を経て進展すると言われているが、今後はまさしく真の回復に向けての取り組みが現地で行われていくものと思われる。筆者らはガイドラインの紹介等、被災地の精神医療支援に関わっては来たが、今後の復興については現地の支援者、とりわけ被災者自身から学ぶことの方が遙かに大きいであろう。そのような段階を経て、災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待している。

## 文 献

1) Foa EB, Keane T, Friedman MJ, Cohen JA : Effective treatments for PTSD. 2nd edition,

Guilford Press, 2008.

- 2) Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007. ([http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf))
- 3) Kim Y, Abe Y, Araki H, Fujita M, Iwai K, Kato H, et al : Guideline for local mental health care activities after a disaster. National Institute of Mental Health. National Center of Psychiatry and Neurology, Japan, 2004.
- 4) 金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 岩井圭司, 加藤寛, 永井尚子, et al : 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. ([http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/saigai\\_guideline.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/saigai_guideline.pdf))
- 5) Kim Y, Akiyama T : Editorial : Great East Japan Earthquake and Early Mental-health-care Response. Psychiatry Clinical Neurosci, 65 (6) : 539-48, 2011.
- 6) Kim Y, Akiyama T : Post-disaster mental health care in Japan. Lancet. 23:378 (9788) : 317-8, 2011.
- 7) 国立精神・神経医療研究センター. 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト. ([http://www.ncnp.go.jp/mental\\_info/index.html](http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html))
- 8) McCurray J : Japan : the aftermath. Lancet. 377 : 1061-2.
- 9) 文部科学省, 厚生労働省, 疫学研究に関する倫理指針. ([http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37\\_139.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37_139.pdf))
- 10) National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder : the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London : Royal College of Psychiatrists. 2005.
- 11) Suzuki Y, Weissbecker I : Post-disaster mental health care in Japan. Lancet. 23 : 378 (9788) : 317, 2011.
- 12) 日本精神神経学会. 東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文. 2011. (<http://www.jspn.or.jp/english/>)

- info/2011\_03\_11info/es\_inve\_statement\_kashima.html)
- 13) Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) . 2009 [cited 2011 Oct 26]. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000560/abstract>)

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

## 東日本大震災後の地域精神保健医療

Community Mental health service after the Great East Japan Earthquake

鈴木友理子<sup>a)</sup>

Yuriko Suzuki

### 【抄録】

本稿では、東日本大震災発災初期と中長期の精神保健医療活動の課題について概説し、震災後の体制の充実の可能性について論じた。発災初期には、精神科救急のニーズと予防的精神保健活動が見られた。中長期には、遷延化する精神的問題への対応が求められ、初期に築いたところのケアへの期待に依っていけるか、その真価が問われる。最後に、災害を契機に地域精神保健サービスの拡充に成功したスリランカの事例を紹介した。

### 【Abstract】

In this article, author overviewed the issues around mental health service in the aftermath and long-term of the Great East Japan Earthquake, and discussed the possibility to enhance community mental health service in the affected area. In early phase, psychiatric emergency cases were observed, and in the long-term phase, cases with prolonged psychological reactions/problems should be appropriately supported. The expectation to the mental health activities which were built in the early phase is challenged. Finally, a case of Sri Lanka was discussed, that is community mental health services were enhanced with taking the disaster opportunity for improvement.

### 【Key Words】

Disasters, mental health, community mental health services, outreach services, capacity building

## 1. はじめに

わが国では自然災害を多く経験しており、多くのところのケアの対応経験を持っている。特に阪神・淡路大震災以降、「ところのケア」は一般的な言葉になった。ただし、「ところのケア」の意味するところは話し手によって大きく異なり、定義のあいまいさゆえに、ところのケアに関する活動方針や内容について関係者間で齟齬が生じている場面にたび

たび遭遇する。2007年に世界保健機関や大型国際NGOらによって発行されたIASCガイドラインでは、「ところのケア」にあたる内容は「精神保健・心理社会的支援」(Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)という用語で表現されている<sup>2)</sup>。つまり、わが国で定義があいまいなままに使われている「ところのケア」は、本ガイドラインの中では、精神障害を予防または治療することを目的とする精神保健医療福祉支援と、人びとの心理社会的なウェルビーイングを求める様々な支援とを指すと明確化されている。本稿では、特に精神保健医療活動のあり方について、発災初期と中長期の対応の課題について概説し、加えて震災後の精神保健医療福祉体制の充実の可能性について論じたい。

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
成人精神保健研究部 災害等支援研究室長  
National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute  
of Mental Health, Department of Adult Mental Health  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

## 2. 初期対応

東日本大震災ではこれまでの経験を超える被災規模となり、精神保健医療サービスも壊滅的な被害を受け、発災初期には保健医療活動の機能は著しく低下した。特に被害の大きかった医療機関では入院患者の県内外への移送が行われた。被災地では、浸水やライフラインの途絶、また職員の被災などによって医療の継続には多くの困難が伴ったが、地元医療機関に限られた資源の中でサービスの提供に努めた。これらの医療機関は、従来の患者への医療の継続に加え、他医療機関からの新規患者への対応で忙殺された。また今回の東日本大震災では、災害救助法に基づき、厚生労働省が被災県以外からの「心のケアチーム」の派遣調整をおこなった。このほかにも、大学、国立病院機構、系列病院からの支援チームや、身体医療チームのメンバーとして、またボランティアとして、精神科医師が被災地の保健医療活動に携わった。

発災初期には精神科救急のニーズが見られた。多くは震災以前から精神疾患の既往があった人の再発などの精神科救急事例であったと聞いている。非自発的入院が必要な状態でありながらも、その地域の医療機関も被災しており入院対応ができず、県内で広域的な搬送となるケースもあったという。また、避難所での生活で不調を呈した慢性精神疾患患者への対応は、多忙な避難所運営にさらにストレスを加え、心のケアチームにはこれらのケースへの対応がまず求められた。

避難所においては、初期は巡回型のサービスが提供された。東日本大震災後に、災害後の心のケアマニュアル<sup>7)</sup>やサイコロジカル・ファーストエイド<sup>3)</sup>などが精神保健福祉センター等の関係機関のウェブ、支援者メーリングリストで共有された。阪神淡路大震災後には心理的デブリーフィングが主流であったが、その効果が否定された現在<sup>5)</sup>、今回はサイコロジカル・ファーストエイドモデルが一般的な対応としてとられていたようである。サイコロジカル・ファーストエイドは、「サイコロジカル」という言葉は誤解を招きかねない、と開発者も指摘する通り、特別な心理的技法を用いるものではなく、被災者の安全と安心を第一として、具体的な生活上の支援、人とのつながりをすすめつつ、被災者の心理的側面にも

配慮するものである。筆者は、世界精神医学会と世界保健機関による災害支援の研修会に参加したことがあるが、そこでサイコロジカル・ファーストエイドについて議論になった。災害後の初期介入法として、その後の精神科的予後に効果をもたらすことが実証されたプログラムは今のところない。そのような状況で、「無害原則 (Do no harm)」に基づき、災害支援経験者間で「おそらく害は与えないだろう」という支援要素を集めたものがサイコロジカル・ファーストエイドであるが、パッケージの構造を外して構成要素を見ると、一つ一つは対人サービスにあたる者にとって基本的な姿勢や対応手順である。議論のポイントは、サイコロジカル・ファーストエイドはパッケージ化されたプログラムに値するものか、ということであった。最終的な結論は出なかったが、「専門家よりも、初期対応者の指針としては有用であろう」、「何らかのプログラムモデルがないと、心理的デブリーフィングの代替として提示することができない、その点でプログラムパッケージとして示されていることは戦略的に有用」といった議論が興味深かった。この介入の有効性を示す必要があるという議論もあったが、災害で初期対応が求められる時期に介入研究を行うことの倫理的問題、実行可能性は厳しく検討されるべきであろうと筆者は考える。

心のケアチームは、被災地では多くの場合、保健師からの紹介をもとに被災者へのコンタクトを始め、傾聴、精神医学的評価、そして見守りや必要に応じて処方を行った。また、個別の医療対応だけではなく、集団に対する心理教育的な精神保健の取り組みも行われた。岩手県精神保健福祉センターのまとめ(暫定値)によると、心のケアチームの相談のうち、約半数が精神科医による診察につながり、そのうち35%に薬剤の処方が行われた。他の臨床報告からも、心のケアチームは震災後のストレス反応を過剰に病理化せず、傾聴、見守り、そして必要な時に専門家に紹介する基盤となる臨床的な関係づくりが丁寧に行われていた印象を筆者は持っている。

被災地での支援活動を終えた後に、「自分たちの活動は本当に役立ったのだろうか」と自らの活動の意義に疑問を持ったり、不全感を持ち、通常の業務に戻るのに時間がかかったという派遣支援者の体験談を、筆者は個人的によく聞いた。通常の医療の場

面では、一度の診察で終結することはあまりなく、継続的にみていくことで、状態の変化や回復を確認していくことが多い。しかし、派遣された心のケアチームによる震災後の支援は、たいていの場合、支援は1、2回の臨床的な出会いであり、複数回であったとしても2-3日のスパンでフォローするという、通常の臨床ではあまりない状況での臨床的対面が多い。つまり、時間の経過を味方にして、フォローすることができずに、被災地を去らなくてはならないのである。筆者は、そのような臨床的な出会いや診察といった行為は一切行っていないが、相談記録の系統的な整理や振り返りを通じたマクロ的な視点からは、一つ一つの臨床的コンタクトがチーム間で引き継がれ、多くの場合、過剰に抱え込まれることなく、自然な回復とともにケースは終結し、また治療が必要と思われるケースは、(いくつかの難しい面接はあったが)最終的には地元の医療機関や保健師につながっていったと把握している。

災害時には多くの人々がストレスを感じたり、トラウマ的ストレスを経験したり、ストレス状況下で生活することにより、様々な精神的問題や疾患の再発のリスクが高まる。こころのケアとして、精神保健医療福祉活動が行われ、既存の精神疾患を持っている人びとには精神医療や福祉的な対応が求められるが、被災者全般に関わる際には、疾病の予防や健康増進を目指す精神保健的な対応が求められる。近年、平常時において精神保健活動は自殺対策等では見られるが、精神保健医療福祉行政の取り組みとしては医療・福祉に重点が置かれているように思われる。しかし被災地では、精神医療者にも保健的な対応が大いに求められることで、職業的なアイデンティティの揺らぎを感じる人も多かったのではないかと、筆者は思っている。

### 3. 中長期対応

災害精神保健の草分けとなった「災害が襲う時」に記載されているとおり<sup>4)</sup>、災害初期の呆然自失期、英雄期を経て、災害の中長期対応としては幻滅期を支えていく取り組みが必要となってくる。支援チームの減少、震災対応に対する士気の低下、社会・経済的問題(特に地域固有の問題)、復興の過程での格差の顕在化、政治や行政に対する不信、等がみられる時期である。特に、震災以前から精神医療資源

が必ずしも十分でなかった東北地方の沿岸部では、県外からの「こころのケアチーム」等の縮小、撤退、それに伴う地元医療保健福祉システムへの移行は、深刻な問題であった。初期対応と同じく、見守り・声掛け、精神医学的評価、心理教育的な対応等は求められるが、災害から半年以上たっても精神的問題が継続したり、この時期に顕在化している場合には、専門的支援への紹介、ケアが求められる。しかし、災害初期に「こころのケア」は、ノーマライズされたが中長期の「精神科の問題」「精神医療への受診」は必ずしも被災者に抵抗感なく受け入れられるものではなかった。精神的問題や精神医療に対するスティグマは依然として残っており、初期に築いたこころのケアへの信頼、期待に込めていけるか、その真価が問われる時期と言える。

過去の災害後の精神科疫学研究から、災害によって精神障害(気分障害およびPTSDを含む不安障害や物質使用障害など)の発症率が上がることは明らかである<sup>9)</sup>。災害後にはPTSDに関心が向けられがちであるが、特定の疾患だけではなく、精神科的問題の有病率が全般的に高まる。よって持続可能な地域精神保健サービスを構築する必要性は明らかである。また、災害後には人びとのメンタルヘルスの問題は、平常時よりもスティグマが少なく議論されるということもある。既存および災害関連の精神科的問題に対して、精神保健ケアへのアクセスの確保をすることが重要である。東日本大震災では、いくつかの医療機関が甚大な被害を受け、その医療機関、また地域医療体制の再構築が検討されている。中長期の対応の目標として1)地域精神医療保健福祉体制の再構築、と2)震災関連の精神的問題への対応体制整備がある。私案であるが、これらの目的に向けて必要なプログラムや対応策をまとめた(図1、2)<sup>8)</sup>(文献8を改編)。

震災前から導入が検討されていた精神障害者アウトリーチ推進事業については、岩手県、宮城県、福島県については震災対応型が追加され、被災した精神障害者や医療的支援が必要な被災者を対象に、被災病院等の専門職によるアウトリーチを実施するために、病床削減は必ずしも行わなくてもよいような弾力的運用が可能となった。今後、より本格的な精神保健事業の展開が期待される場所である。

#### 4. 海外での取り組み

災害は「惨事」であるが、精神保健医療福祉システムを構築する機会にもなり得る。これは楽観論を展開しているわけではなく、過去の災害経験から言える事実である<sup>6)</sup>。多くの場合には災害後、災害に特化したサービスというよりも、包括的な地域精神保健福祉システム構築のための努力が注がれた。災害をきっかけに、長期的支援のもとに基本的で持続可能な形で精神保健サービスが拡充された例は、アルバニア、インドネシア、コソボ、マケドニア、パレスチナ、スリランカ、東ティモール等、枚挙にいとまがない。これらの地域サービスの展開は、災害後に特別の技法が用いられたわけではなく、平常時の地域ケアの取り組みと同じであるが、災害後に精神保健ニーズが上がること、またこのことを政策決定者が理解し、政治的意思のもとにその取り組みが確かなものとなったことによるところが大きい。

一例として、インドネシア・スマトラ島沖地震、津波後のスリランカ国の対応を紹介したい<sup>6)</sup>。スリランカは精神保健医療は主に大規模な精神科病院や施設で提供されており、これは特に首都コロomboの周辺に偏在していた。スリランカでは自殺率が高く、精神保健関係者は、精神保健医療サービスの拡充を政府に訴えていたが、あまり大きな展開はみられていなかった。2004年にインドネシア・スマトラ島沖地震、津波が発生し、スリランカでは35,000人以上が死亡し、100万人以上が避難、転居を余儀なくされた。災害直後には、海外からの精神保健や心理社会支援団体が流入したが、多くの場合は短期間の活動で撤退し、地域での連携は不十分であった。世界保健機関はスリランカ国に支援し、関係者間で国家的な精神保健政策の策定に取りかかった。この政策では、精神保健サービスのガバナンス、管理、執行の強化が強調されており、地方においてもサービスが行き届くようなサービス提供組織の再構成が行われた。特に、精神保健に携わる人材育成の促進、多職種のスタッフによる入院治療の提供、拠点型、およびアウトリーチ型外来の設置が進められた。

しかし、課題も残っている。ひとつは、精神保健専門家の不足であり、これに対して、保健省が一般医を対象とした精神科研修制度を導入し、証明書を発行して人材育成を進めている。これは、災害以前

から行われていた、3か月間の医官－精神保健専門家研修制度の拡大版であり、既存の制度を修正することで、広く医師に受け入れられたという。

もう一つの課題として、伝統的な施設型医療の形態が挙げられる。大型の精神科入院施設はコロombo市周辺に偏在しており、長期入院患者の多くは適切な住まいと支援があれば退院が可能な患者であった。病院スタッフの地域ケアへの意識付けおよび技法獲得のために、ある病院の病棟看護師がインドの精神科リハビリテーションに関する先駆的地域へ研修を受けに行くといった取り組みもある。

このように病院等の三次医療から、二次医療、プライマリケアサービスへと転換する取り組みが進められ、医師、看護師、保健師、その他支援者、ボランティア等の人材育成に注力された。その一方で、災害後の地域ケアを展開するためには、逆説的であるが、しっかりと急性期医療、入院対応を備えることが必須の条件であることが指摘されていること<sup>2)</sup>も申し添えたい。

#### 5. 最後に

今回の東日本大震災の精神保健医療界の対応は、今後の災害対応に向けて取り組むべき課題は残されたものの、それぞれの関係者の発意、行動、専門性かなりの部分において共有され、調整された形で進められたものと筆者は考えている。しかし、被災者の回復、そして被災した地域全体の復興や精神保健サービスの拡充には、これからも継続的な支援が必要である。引き続き、精神保健医療関係者に期待されている仕事、支援は残っていると思われ、災害後の人びとの回復を支え、より良い精神保健医療体制を構築するための専門家のモーメンタムが今後も持続することに期待したい。

#### 文 献

- 1) IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?, Geneva, 2010. (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研

- 究部訳：災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援：保健分野の人道支援に携わる者は何を知っておくべきか？）（[http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_iasc\\_s.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc_s.pdf)）
- 2) Inter-Agency Standing Committee (IASC) : IASC Guidelines on Mental health and Psychosocial support in emergency settings, Geneva, 2007. (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部訳：災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン) ([http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_iasc.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc.pdf))
  - 3) National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD : Psychological First Aid : Field Operations Guide 2nd Edition, 2006. (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.) (<http://www.j-hits.org/>)
  - 4) Raphael B : When disaster strikes. Basic Books, New York, 1986.
  - 5) Rose S, Bisson J, Churchill R et al : Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) . Cochrane Database Syst Rev 2, CD000560, 2002.
  - 6) Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al : Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 370 : 1164-1174, 2007.
  - 7) 鈴木友理子、深澤舞子、中島聡美他：災害精神保健医療マニュアル。平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究（主任研究者：金吉晴），2011.
  - 8) 鈴木友理子. : 東日本大震災後の被災地における精神保健医療活動. 日本精神科病院協会雑誌 30 : 21-27, 2011.
  - 9) van Ommeren M : Aid after disasters : Needs a long term public mental health perspective. BMJ 330 : 1160-1161, 2005.

目的1. 地域精神医療保健福祉体制の再構築

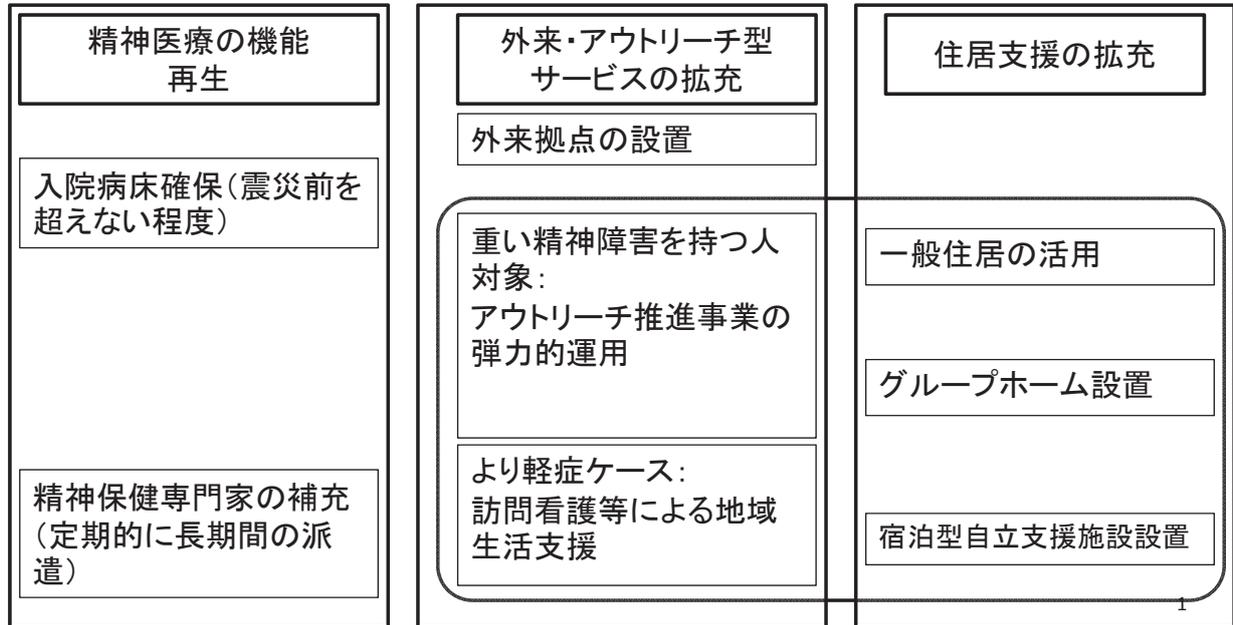


図1. 震災後に求められる精神保健精神保健問題への対応策(1)

目的2. 震災関連の精神的問題への対応体制整備

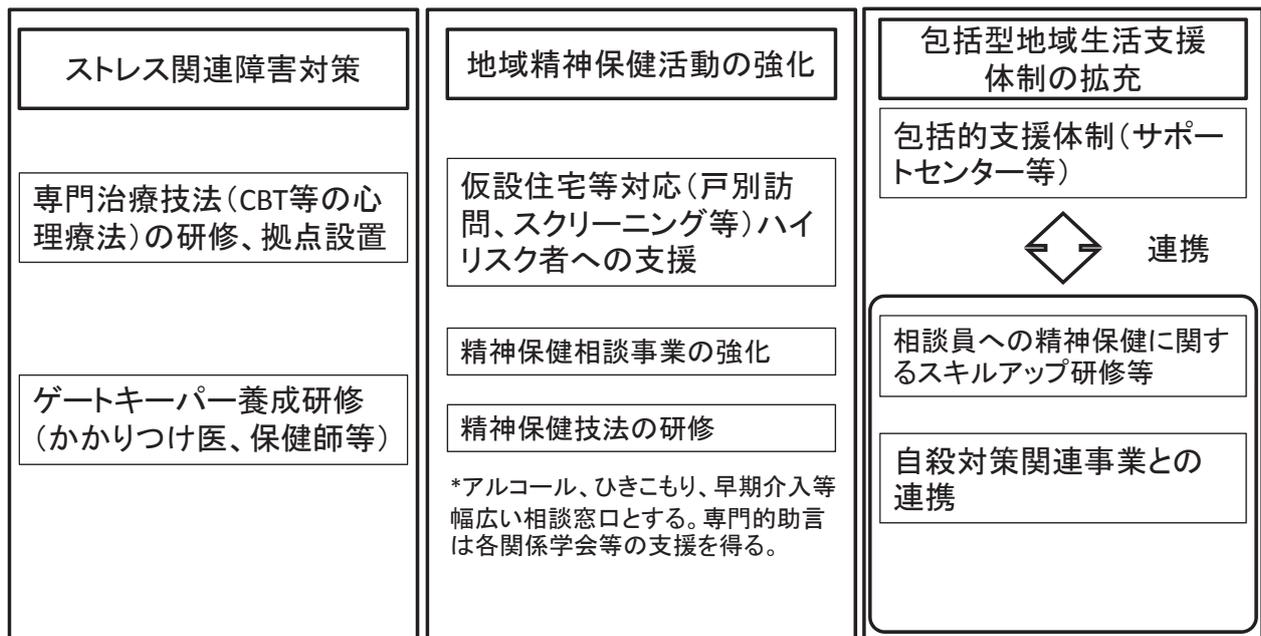


図2. 震災後に求められる精神保健精神保健問題への対応策(2)

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

## 大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援

An administrative support for mental health activities by local governments at the wide scale disasters

中島聡美<sup>a)</sup>

Satomi Nakajima

### 1. はじめに

地震、津波などの大規模な自然災害では、「個人」だけでなく「地域」そのものが被災する。災害は、地域の精神医療機関をはじめとする精神医療・保健活動そのものに影響を与えるため、被災者個人のケアだけでなく、地域全体の精神医療の回復と、集団である被災者へのケアを検討する必要がある、地域精神保健活動として取り組む部分が大規模<sup>16)</sup>。被災地域が小規模である場合には、被災地域内の精神科医療機関で対応することが可能であるが、被災者数が多い場合には、また被災地域内の精神科医療機関や保健所、場合によっては、都道府県の行政機関まで被災するような大規模の災害であった場合には、被災地外部からの支援が必要となる。

日本でこのような被災地への外部からの精神的支援が大規模にはじめられるようになったのは、1995年の阪神・淡路大震災がはじめてだったと言われている<sup>9)</sup>。それ以降、大規模の災害時には「こころのケアチーム」が被災地外で組織され、被災者の精神的なケアにあたるようになった。

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、一つの都道府県に留まらない、甚大な人とインフラの破壊をもたらす広域被害であった。かつ、地震だけでなく津波、放射能汚染、火災という複合した災害であり、被災状況も非常に複雑なものとなった。沿岸部の市町村では、市庁舎が飲み込まれ、

行政機関そのものが機能できなくなるという今まで予想されなかった事態も発生した。このような大規模の自然災害に対してどのように精神医療・保健活動を行っていくかということについてはおそらく、いかなる地方公共団体も予測していなかった事態であり、それは国も同様である。Raphael<sup>16)</sup>は、その著書の中で、「災害の衝撃に対する地域社会の反応は、個人の場合と同様にまずショックと無力感である」と述べているが、まさにこのときの被災地の反応はそうであったと思われる。この呆然自失の中で、被災地の精神保健を担う行政あるいは団体は、想像を絶する数の被災者のケアと破壊された精神保健・医療のシステムの再建に立ちむかわなくてはならなくなった。被災者に対しては、全国から「こころのケアチーム」が組織され、その不安と混乱に介入するべく可能な限り迅速に派遣されるようになったが、被災者個人と同様に、被災地行政機関もまた、ショックを受け、不安を抱えていたであろうと思われる。被災地外からの支援は、必要である一方、その調整という面で受け入れる被災地の担当機関に多大な負担をもたらすことから、課題も残っている<sup>1, 9, 2)</sup>。被災者に支援が必要なように、被災地域の精神保健行政を担う組織への支援もまた重要なことである。

これまで災害精神医学は“被災者への直接的なメンタルヘルスサービス”という視点で語られてきたが、それを実際に現場で提供している精神保健行政をどのように支えるかという視点は乏しかった。本稿では筆者が、新潟県中越地震と今回の東日本大震災の2つの大規模地震にあたって、被災地都道府県の精神保健担当行政機関を支援した経験を踏まえて、災害時の行政支援の在り方について検討を行った。

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
成人精神保健研究部  
Division Chief, Department of Adult Mental Health,  
National Institute of Mental Health, National Center of  
Neurology and Psychiatry,  
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

## 2. 災害時の地域精神保健活動における行政の役割

### (1) 災害時地域精神保健活動の法律上の位置づけ

災害時に行政が円滑に活動するためには、災害以前の計画－防災計画－にあらかじめ精神保健活動が組み込まれていることが必要である。しかし、国の災害対策基本法、防災計画、災害救助法のいずれにおいても災害時の精神保健施策は独立した形ではとりあげられていない。現在のところ、国の防災基本計画では、医療活動についての規定があり、精神保健も医療活動の一部として考えることができる。その中で、被災地外では、国（厚生労働省、文部科学省、防衛省）、日本赤十字社および、救護班・災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）が被災地内管轄医療機関における医療活動を自立して行うことができるとされている。しかし、「こころのケアチーム」のような精神保健・医療チームの派遣は法律で義務づけられていないため、被災地外からのこころのケアチームは、被災地地方公共団体が判断し、応援を要請した場合にのみ派遣がなされる。そのため、標準化された研修や装備、ネットワークの準備などがなく、活動開始に時間がかかったり、提供される医療・保健サービスの質にばらつきがあることは否めない。加藤ら<sup>10)</sup>は阪神・淡路大震災時では、精神保健・医療活動の法律上の位置づけがなかったことで、初動と体制作りの遅れがあったと述べているが、残念ながらこの課題は、東日本大震災まで解決できてはいなかった。

一方、国の計画を待たず、地方公共団体の中には、その地域の防災計画に最初から精神保健活動を取り入れているところもある。大規模の震災を経験した兵庫県<sup>7)</sup>では、地域防災計画の災害応急対策計画の中に、「被災者の精神医療対策の実施」という項目が含まれており、県及び神戸市における精神科救護所の設置や、精神保健福祉センターがコーディネートを行う事など具体的な業務と分掌について記されている。新潟県の防災計画でも、医療救護活動計画および保健衛生対策として、被災者への精神医療の提供や巡回による健康相談などを保健所を中心に実施することが記載されている。今回の東日本大震災の被災地でもあった仙台市では、「仙台市地域防災計画」および「仙台市弱者支援マニュアル」の中に、災害時のメンタルケアの必要性が記されてお

り、「仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン」が策定されており、震災後の活動に生かされた。

災害時のメンタルヘルスにおける地方公共団体の役割においては、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（二次改正）」においても、地域における健康危機管理体制の確保として「健康危機に際して生じる地域住民への精神的な影響に配慮する必要がある」とされており、保健所を健康危機管理の拠点として位置づけている。しかし、東日本大震災では、市町村および保健所自体が壊滅的な被害を受け機能できなくなってしまった地区が存在した。地域保健対策の指針は、あくまでも平時の保健業務を中心に定められているため、被災市町村の司令塔そのものが被災した場合に近隣市町村、県、国などがどのように動くのかまではカバーされておらず、防災計画の中に定めておく必要があると言える。

### (2) 阪神・淡路大震災の際の地域精神保健活動

1995年に発生した阪神・淡路大震災では、厚生労働省から都道府県に被災地の精神医療確保のための協力依頼がなされたことで、全国から精神科医療関係者が救援にかけつけることとなり、全国レベルでの精神保健活動の支援が行われたのは初めての災害であったと言える。被災地では、兵庫県精神保健福祉センターがこれらの精神科医療班の調整や情報管理・指揮をつとめたが、これらの医療班の活動以外にも、日本精神神経学会による阪神大震災対策特別委員会による医療チーム派遣など様々な団体が被災地で支援活動をおこなったため、全体としての指揮系統をまとめることが困難であったと報告されている<sup>15)</sup>。

また、精神保健医療の支援者は、精神科救護所を中心に被災した精神科医療機関の診療補助や避難所の巡回を行ったが、外部からの支援者が単独で活動することは困難であり、実際には保健所が被災地の状況やニーズを把握し、その後支援者の調整を行っていたことから、被災地の保健所が通常の業務および震災業務に加えてコーディネートの業務を行わなくてはならなかった<sup>10)</sup>。兵庫県では、その後「兵庫こころのケアセンター」が設立され、復興期における被災住民の精神保健サービスを提供することとなったが、加藤<sup>9)</sup>は、ここでの活動も、一般住民には精神保健への抵抗感があることから、地域保健活動の一環として保健所と連携して行うことが必須

であったと述べており、災害の初期から復興期に至るまで、保健所の役割が極めて大きいことが示された。また、精神保健の施策を担当する上では、精神保健福祉センターの役割が重要であることも報告されている。阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会では、災害時におけるメンタルヘルスのあり方を以下のように述べている：「災害時においては身体に対する医療が注目されるが、精神科医療も同様に重要であることは当然である。精神保健施策に関しては、地域の技術的な中核機関として設置されている精神保健福祉センターが、その機能を発揮することが期待される。」<sup>3)</sup>

### (3) 新潟県中越地震

2004年に発生した新潟県中越地震では、被災初期から県として「こころのケア対策」が実施された。災害発生3日目には、新潟県知事より全国へ精神科医療チームを含む救援依頼が発せられており、震災後約3か月の間平均13チームが活動した<sup>1)</sup>。新潟県は精神保健主管課と精神保健福祉センターが中心となり、県内の精神保健福祉関連団体、専門家を招集し「災害時こころのケア対策会議」を開催し、こころのケア対策はこの対策会議の合意のもとに行うことで、各団体の連携や情報の共有、様々な外部支援においても、窓口の統一を図ることができたと考えられる。

このこころのケア対策会議のもとで、新潟県がおこなったこころのケア対策は、①「こころのケアチーム」の派遣調整、②災害専用相談電話「こころのケアホットライン」の開設、③精神科入院医療の確保、④一般住民に対する広報普及、⑤支援者に対する研修の5つであった<sup>1)</sup>。また、実際には困難であったが、被災市町村行政職員や支援者の負担を軽減するため、報道機関への対応をできる限り県が一本化し、県庁で対応したことも新しい取組であった。新潟県の活動はその後の災害時の都道府県の活動のひな形になっていったと考えられる。

新潟県中越地震では、阪神・淡路大震災に比べて、外部支援がより組織的に行われたと言われている<sup>9)</sup>。このような早期の組織的対応を可能にした理由は、震災の数か月前に発生した新潟・福島豪雨の際にこころのケア対策が実施され、そこでつくられた県内の連携組織や電話相談等のケア事業がそのまま震災に生かされたことがあげられる。また、精神保健活

動を県が統括し、県の精神保健担当局と精神保健福祉センター、新潟大学が共同して精神保健施策を検討するうえで、中心的役割を果たしたこと、こころのケアチームをはじめ、様々な支援機関の調整を県が行ったことも組織的な活動に寄与したと考えられる。福島<sup>1)</sup>は、チームの派遣受け入れと調整を県が行うことで、被災地域の保健師の負担を軽減するとともに、「こころのケア」というなじみのない活動を被災地の住民に安心感を与えるという効果があったと述べている。

一般被災者への支援のほかに、精神科医療への支援も初期の重要な行政活動であった。精神科病院が被災し、入院患者全員を転院させる必要が生じたため、受け入れ先の確保や搬送について新潟県が仲介を行った<sup>1)</sup>。市町村では、精神科医療機関の被災や、道路交通網の被災によって診療が受けられなくなった通院患者に対して市町村の保健師が、地元精神科医療機関やこころのケアチームと連携して薬を届ける活動を行った<sup>5)</sup>。新潟県の震災後の精神保健活動の円滑な推進には、既存の精神保健活動が活用できたことも大きいと考えられる。福島<sup>1)</sup>が指摘しているように、長期的な震災後の精神保健を支えたのは、既存の地域精神保健福祉体制である。新潟県では、県保健所に精神保健福祉相談員が配置されていたことで、こころのケアチームのコーディネーターの役割を担うことができていた<sup>13)</sup>ことや、自殺対策の推進により市町村の保健師がメンタルヘルス活動に習熟していたことがあげられる。

しかし、いくつかの課題も指摘されている。こころのケアチームと身体医療チーム、教育機関との連携の不足や、多くの外部支援が入ったことで、保健師をはじめ被災地の行政職員がコーディネートの業務に追われ、支援者への直接的な介入や通常の業務に支障が生じたこと、外部支援者と被災地支援者の役割、こころのケアチームの支援の在り方や事前の研修の必要性などである<sup>1, 2, 9)</sup>。筆者らは、震災後、こころのケアチームの活動の検証を行ったが、外部からの支援が数日間と短期である場合、引き継ぎが頻繁になり被災地の保健師等の負担が大きくなることなどから、最低でも1週間の支援期間が求められることを提言した<sup>12, 17)</sup>。被災地の状況を把握して、必要な地域に適切に支援を提供するには、被災地の情報を集約し、支援機関の連絡調整を行うコーディネーターが必要であり、災害時のコーディネートの

できる専門家を養成することの必要性が多く、研究者から指摘された<sup>1, 2, 9, 17)</sup>。

#### (4) 東日本大震災

東日本大震災における支援活動は現在も続いており、その活動を振り返るにはまだ時期尚早であると言えるかもしれない。震災後、厚生労働省及び文部科学省は、各関係団体や大学に対して医療従事者等の派遣に係る協力を依頼し、保健・医療・福祉サービスが必要な被災者に対して、医療従事者・介護職員等を13,000名以上の派遣が行われた。また、2011年5月の時点では、こころのケアチームとして延べ2,049名が派遣され、保健師の活動等と連携を取って、避難所の巡回、被災者の自宅への訪問支援、行政職員等の支援等の心のケアを行ったことが報告されている<sup>11)</sup>。

東日本大震災は直接の津波被害にあうなど精神科医療機関の被災も深刻であったことから、直後より被災医療機関の支援が必要であった。また、津波により地域そのものが喪失し、2万人近くの死者・行方不明者を出す深刻な被災であったことから、被災者の精神健康が悪化することが懸念された。特に被災の深刻であった岩手県、宮城県、福島県では被災市町村の支援を都道府県でカバーすることは困難であったため、被災地に多くの精神的な外部支援が投入されることとなった。東日本大震災では、被災地方自治体の負担の軽減と、被災都道府県が複数にわたることから、必要な地域に支援を配分するため、厚生労働省においてこころのケアチームの調整を行ったことが新しい取組であった。このこころのケアチームがどのように活動するかについては、各都道府県が活動のマニュアルや記録票を事前に渡し、活動が円滑に行われ、記録の散逸を防ぐことが行われたが、これらのマニュアルや記録は、新潟県中越地震の際に新潟県が作成したものなどが参考にされ、過去の震災の経験が生かされていたものと思われる。福島県では放射能汚染の問題も重なるなど被災状況や、それぞれの自治体の地域精神保健体制が異なるため、その後の活動も各自治体によって異なっている面もあるが、県の精神保健福祉担当部局と、精神保健福祉センターおよび大学精神科が連携して被災地の精神保健活動を推進していったことは共通していたと思われる。

しかし、東日本大震災では、行政機関も多くの困

難を抱えていた。県庁所在地の被災と、また沿岸部被災地までの道路交通網の遮断、ガソリンの不足などのため、被害の大きい沿岸部の情報が中々入手できず、支援体制の検討や実際の支援の提供自体が困難であったことである。身体医療においては、自衛隊、DMAT、日赤などが国の判断により、直後から自立して被災地に支援活動に入ることができたが、精神医療についてはそのようなシステムがなかったため、被災直後に外部の支援を投入することはできなかった。今後は、被災が甚大な場合は、被災地内の支援チームのほうが情報入手が困難であったり、また交通網の遮断やガソリン不足などから被害の大きい地域に赴くことが困難な事態を想定し、DMATに精神科医療スタッフを含めることや、精神科の救急介入チームの養成などを検討していく必要があるだろう。

### 3. 災害後精神保健活動における行政支援活動の実践

阪神・淡路大震災時にも厚生労働省は医療チームの派遣を行っているが、自然災害時に心的外傷への対応などを含む専門家の派遣を行ったのは、新潟県中越地震がはじめてである。このような専門家派遣は、被災者にケアを提供することではなく、被災地の精神保健担当者の活動の支援を目的として行われたものであったが、これを受け入れる側も提供する側もどのようなことができるのかについてノウハウがあったわけではないので、実践しながらその必要性についてあらためて検討することとなった。ここでは、筆者がかかわった新潟県中越地震および東日本大震災の際に行った行政支援活動を概括した。

#### (1) 新潟県中越地震における支援活動

新潟県中越地震は2004年10月23日に発生したが、新潟県保健福祉部より厚生労働省に専門家派遣の依頼があったことを受けて、10月26日には、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部より筆者が派遣された。その際、国府台病院院長および、厚生労働省社会・社会援護局障害保健福祉部精神健康福祉課担当官と同行して新潟県福祉部保健部健康対策課を訪問し、県の精神保健計画の立案にかかわることとなった。新潟県では、すでに、緊急の問題として被災精神病院からの入院

患者の搬送手続きの検討、心のケアホットラインによる電話相談を開設しており、こころのケアチームの受け入れをどのように行うかが検討されている段階であった。しかし、この時点では、被災中心地の状況が不明であるため、チームがどのように活動できるかについて検討することもできない状況であった。筆者らは県職員とともに、被災地に赴き、現地の状況を確認するとともに、県の精神保健福祉相談員、市町村の福祉担当者、保健師から聞き取りを行い、こころのケアチームの派遣について検討を行った。現場の状況を確認したことによって、土地の状況がわからないこころのケアチームによる単独の支援活動は困難であり、一方市町村の保健師は避難所での対応で余裕がないため、現地の窓口としては県の精神保健福祉相談員が適切であることなどが確認された。

筆者らはこころのケアチームの活動マニュアルの作成に協力したが、事前に被災地で聞き取りを行ったことで、保健所での身体医療チームのミーティングに出席すること、相談記録を統一したものを使用し、保健師に受け渡すことなど現場の意見を反映することができた。その後、新潟県こころのケア対策会議に参加し、精神保健研究所では兵庫県こころのケアセンターとともに新潟大学とも連携しながら専門的助言を行うこととなった。

成人精神保健部では、被災が甚大であることと、精神的支援が長期に渡ることを予想し、新潟県の必要に応じるほか、定期的に訪問し、継続した支援を行うこととなった。その後、新潟県では「新潟こころのケアセンター」が設立されたことから、アドバイザーとして現在も継続して関わっている。成人精神保健部が新潟県に対して行ったこころのケア事業への協力は、具体的には、こころのケア対策の立案への協力、メディア対応やボランティアの受け入れに対する助言、被災地の行政職員やかかりつけ医、精神医療関係者を対象とした研修の講師など啓もう活動、支援者のストレス対応、被災者の健康調査への専門的協力などであり、このような支援は、被災直後から長期に継続して行われた。

## (2) 東日本大震災における支援活動

東日本大震災では、岩手県は、2008年に発生した岩手・宮城内陸沖地震の際の支援活動をもとに、「岩手県災害時こころのケアマニュアル」<sup>8)</sup>が作成

されていたことから、ケアマニュアルやその時の支援経験を生かした支援活動が行われた。また、他の被災自治体もそうであるが、岩手県では、精神保健福祉センターが調整役を果たし、数多くの外部からの支援をできるだけ組織的に受け入れるようにした。その際に、こころのケアチームにマニュアルや統一した記録用紙を渡すこと、支援者の被災地での支援情報の集約やコーディネート役割を果たしてきている。

成人精神保健研究部は、2011年4月から県のアドバイザーとして、岩手県障がい保健福祉課および精神保健福祉センターの支援を行ってきた。岩手県には、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所から、成人精神保健部以外にも、自殺予防総合対策センターや社会復帰研究部が自殺予防や地域精神保健の再建に支援を行っている。成人精神保健研究部では、沿岸地域の被災地に精神保健福祉センターの職員とともに巡回し、現地の被災者の精神的問題の把握を行うとともに、県および市町村の保健師の精神保健活動への支援やこころのケアチーム活動の調整への協力、県の精神保健対策やPTSD・悲嘆などのトラウマ反応への介入等の専門的助言を行ってきた。時間の経過とともに被災地では、既存の精神医療の機能体制が回復していき、また市町村保健師を中心とする地域保健の一環として精神保健が提供されていくことにあわせ、被災地の精神科医療機関、保健師などに対するこころのケアに対する研修やコンサルテーションなどの活動が増えてきている。

現在、被災地は、急性期をすぎ、中長期のメンタルヘルス課題に直面していくことが予想される。阪神・淡路大震災や新潟県中越地震では、中長期の被災者支援として、スクリーニングによるハイリスク者の把握とフォローアップ、支援者のストレス軽減および精神健康問題への介入、特に仮設住宅における高齢者の孤独死の予防などが行われてきた<sup>1, 2, 10)</sup>。東日本大震災では、津波被害や放射能被害のために被災者の居住や就労の困難が著しく、これらの問題から被災地からの転出者も多い。したがって、コミュニティの再建が大きな課題となっている。生活の再建の困難は、精神健康悪化の危険因子であり<sup>14)</sup>、長期的なメンタルヘルス施策が必要であると考えられる。

長期的なメンタルヘルスを行う上で、被災地の抱える大きな問題は、精神保健医療の資源の不足であろう。岩手県は、もともと沿岸部に精神科医療機関が乏しい

ため、増えることが予想される被災者の精神健康問題に対応するために、沿岸地域に相談の拠点を整備したり、被災者のアクセスしやすいかかりつけ医が対応できるようにすることが求められている。また、PTSDや複雑性悲嘆などのトラウマによる精神障害の専門治療が行える治療者の育成なども必要である。これらの課題に対して、被災地都道府県では「こころのケアセンター」の設立を検討しているが、支援活動には多くの人員が必要とされることから、今後も継続的支援が必要であると考えられる。

#### 4. 災害の精神保健活動における行政機関の役割と行政への支援

##### (1) 災害の精神保健活動における行政機関の役割

災害は地域を破壊し、多くの人々に被害を与えることから、被災者への精神的支援は地域の精神保健活動として提供されることになる。また、身体医療が地域の医療機関が再建するまでの比較的短期の支援に限定されるのに比べ、精神保健は、生活再建の問題など二次的ストレスによる精神健康の悪化の問題があることから、長期的な対策が必要になる。このような地域を対象とした長期的な支援を行うためには、地方自治体の精神保健にかかわる行政機関が中心的役割を担わなくてはならない。

被災直後で最も緊急な業務は、被災地における精神科医療保健機能の回復であろう。被災した精神科病院の患者の移転や、被災地域における通院患者の医療の確保のため、広く被災都道府県内外の医療機関での受け入れの調整が必要である。

更に、早期に精神保健対策の計画を立案することが重要である。そのためには、新潟県で行われたような「こころのケア対策会議」を開催し、ここが対策本部として機能することが必要である。この会議では、被災地の精神保健医療、福祉、教育などの関係者と外部支援者を招集し、お互いの活動情報を共有し、共通の目的と方向性をもつことで、それぞれの役割が有機的に連携して行われるようになる。

情報の収集も適切な支援を行うための重要な行政の役割である。被災者のケアを直後から行わなくてはならない被災地市町村の保健師や医療スタッフは情報収集を行う余裕がないため、精神保健福祉センターや県庁の担当課がその役割を果たすことが多いと思われる。被災直後では電話やメールなどの通信

手段が途絶えることもあるので、実際に被災地に赴いて情報収集を行うことが必要である。また、実際に被災地を訪れることで、被災地の支援者を力づけ、安心感を与えることにもつながるであろう。近年、インターネットの普及により、メールによる情報が莫大に増えているが、信頼できる情報として行政機関が集約したものを公表することも重要である。

精神保健サービスを単独で提供することは、被災者の抵抗感が大きいことから、地域保健の一環として提供される必要がある。そのため、日本では市町村の保健所や保健センターが被災者に接する第一線となることが多い。災害時における保健師の役割は極めて重要である。保健師は災害前から地域の保健活動のエキスパートであり、被災者個々人の障害や身体疾患など以前からの脆弱性も把握しており、ハイリスク者を容易に特定できる。被災者もまた、顔を知っている保健師が外部からの支援者と同行することで安心して支援を受け入れられるようになる。また保健師は、地域資源を熟知していることから、外部支援者を被災地域の精神科医療機関と連携させる要の役割を果たす。しかし、様々な保健活動が保健師に集中してしまうため、市町村の保健師を県の保健師が支え、さらに精神保健の専門的なコンサルタントとして精神保健福祉センターが機能することが有用である。

大規模の災害では、外部からのこころのケアチームのような支援が必要になるが、これまでの震災では、被災地へのチームの振り分けやオリエンテーション、相談記録の管理、またチームの使用する医薬品や処方箋の管理などは県が行ってきた。このことは有資格者による安全な支援活動を適正に提供することや、支援の調整にかかわる雑務を被災地に負担をかけないために重要である。また、派遣費用が災害救助法でまかなわれることが多いことから、都道府県行政が調整役をする必要がある。

その他にも、大規模な被災者の健康調査、市町村や県職員、消防や警察などの支援者の精神健康対策、メディアへの情報発信、行政職員やかかりつけ医など被災者にかかわる関係者への啓もう活動など多岐にわたる支援活動なども行政機関の役割となると考えられる。

##### (2) 行政支援の役割と意義

前述したように災害時精神保健活動における地方

公共団体の行政機関の役割はきわめて重要であり、かつ多岐にわたる。しかし、平時においてもこれらの期間の職員の数不足していることが多い。災害時には通常業務に加えて、災害対応を行う必要があるため、過剰な負担が生じるにもかかわらず、直接の被災地でない限り中々、人員の補充は行われないことが多い。実際に新潟県中越地震で、災害対応を行った職員では震災後1年前後経過した時点においても血圧や血清脂質値、トランスアミラーゼ値など様々な健診検査所見が、本人の被災の有無によらず悪化していることが報告<sup>4)</sup>されており、ストレスが多いことが推測された。その一方で、被災者への精神的支援に対する学術団体や社会の関心が高まっており、各種学会、民間団体等支援の申し出は増える傾向にあるため、これらの支援の調整業務は膨大なものになることが予測される。このような増え続ける被災業務に対応するため、市町村の行政職員に対しては都道府県の支援が必要であり、都道府県に対しては国や他の地域からの行政支援が必要であると思われる。

行政支援には以下の3種類の支援が重要である。一つは、被災関連あるいは通常の業務を直接支援することである。他の地方自治体の職員や精神保健福祉センターの職員の支援がこれにあたる。通常業務の支援を行うことで、被災地の行政職員が災害支援業務を行えるようにすることも重要である。もう一つは、心的トラウマや災害メンタルヘルスの専門家による支援である。これらの専門家は、被災地の精神保健対策の立案の助言や、専門的情報の提供、支援のコンサルタントあるいはスーパーヴァイザーとして機能することで、被災地の行政職員の不安の軽減などストレスの軽減にも役に立つと思われる。米国ではFEMA（連邦危機管理局）からの専門家派遣がルーチンに行われるが、日本では、新潟県中越地震以降、被災地の要請に応じて国立精神・神経医療研究センターや兵庫県こころのケアセンターが専門家として被災地行政の支援を行うようになったものの、このような支援には法的な定めや派遣元機関としての業務として組み込まれていないために、個人のノウハウのレベルにとどまっている。また、米国のNIMH（National Institute of Mental Health）では、被災地での精神健康調査の実施や分析への協力、研究資金の提供など研究的な支援が行われている<sup>6)</sup>が、このような専門的支援を行える研究者は

まだ少なく、今後は災害時メンタルヘルスの専門家の養成も必要な課題である。3つ目は、情報収集と外部からの支援等の調整を行うコーディネーターによる支援である。東日本大震災では、厚生労働省がこころのケアチームの受付と被災都道府県への割り振りの役割を行ったが、被災地の現場にこのようなチームを割り振り、被災地の支援者となぐ業務は県の精神保健福祉センターなどが行っていた。時間によって変化する被災地の状況に合わせて支援を提供するためには、現地の支援者ときめ細かい連携を行えるコーディネーターが必要である。現在このような役割を外部支援者が行うことは想定されていないが、機能するようになると、被災地行政機関の負担はかなり軽減されると思われる。

## 5. まとめ

従来、災害の精神保健支援活動は、こころのケアチームに代表される直接的に被災者や被災地医療機関を支援することに焦点があてられてきた。しかし、外部からの支援チームが適切に被災地で活動するためには、被災地行政機関の調整が不可欠である。このような調整だけでなく、災害精神保健対策の立案や、情報収集、支援者ケアなど、被災地の精神保健行政の役割は多岐にわたっている。被災地の行政職員は、自身も被災していることが少なくない中で、支援を行うために心身の健康が悪化する危険性も指摘されている。長期にわたる精神保健活動にあたって、被災地行政機関への支援が必要であるが、今までは、少数の専門家による支援が、災害の都度、被災地都道府県の要請によって検討され、提供されてきたため、その実践が累積されないまま経過してきた。残念ながら、日本では、気候の変動による洪水の発生など、自然災害がやむことなく、続いている。今後は、災害時の精神保健活動を国の防災計画などに規定し、平時から活動できる体制を作るとともに、災害コーディネーターや災害メンタルヘルスの専門家の養成を行うことの検討が必要である。

## 引用文献

- 1) 福島昇：【新潟県中越地震】新潟県中越地震における被災者支援について．トラウマティック・ストレス4（2）：105-114, 2006.

- 2) 後藤雅博, 福島昇: 【災害精神医学の10年 経験から学ぶ】 自然災害 新潟県中越地震における災害時精神保健医療対策. 精神医学 48 (3): 255-261, 2006.
- 3) 阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会: 平成7年度厚生科学研究費補助金(健康政策調査研究事業) 阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会 研究報告書(概要版). 1996.
- 4) 東智子, 小川佳子, 星野恵美子他: 災害対応業務が自治体職員の身体的健康に及ぼす影響 新潟県中越地震前後における健康診断検査値の変化に注目して. 新潟医学会雑誌 124(12): 671-681, 2010.
- 5) 本間道雄: 震災後の川口町での精神保健医療対策. 新潟県精神医療機関協議会会報 5: 4-5, 2006.
- 6) Hutner, M. and C. Windle: NIMH support of rural mental health. Am Psychol 46 (3): 240-243, 1991.
- 7) 兵庫県: 兵庫県地域防災計画 地震災害対策計画 平成19年修正. [http://web.pref.hyogo.jp/pa18/pa18\\_000000054.html](http://web.pref.hyogo.jp/pa18/pa18_000000054.html), 2007.
- 8) 岩手県精神保健福祉センター: 岩手県災害時こころのケアマニュアル. <http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?nd=3012&of=1&ik=3&pnp=17&pnp=61&pnp=422&pnp=3012&cd=6116>, 2010.
- 9) 加藤寛: 【災害精神医学の10年 経験から学ぶ】 日本における災害精神医学の進展 阪神・淡路大震災後の10年間をふり返って. 精神医学 48 (3): 231-239, 2006.
- 10) 加藤寛, 麻生克郎: 阪神・淡路大震災以降に行われた精神科救護所活動とPTSD. 中根充文, 飛鳥井望編: 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害(PTSD). 東京, 中山書店, 131-138, 2000.
- 11) 内閣府: 平成23年版防災白書, <http://www.bousai.go.jp/hakusho/h23/index.htm>, 2011.
- 12) 中島聡美, 金吉晴, 福島昇他: 新潟県中越地震における各地域の精神保健医療チームの活動内容の実態調査: 第二部 こころのケアチーム活動についてのアンケート調査と被災地市町村の聞き取り調査から. 主任研究者 近藤達也: 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究 平成16年度 総合・分担研究報告書, 143-192, 2005.
- 13) 新潟県精神保健福祉相談員会: 新潟県中越沖地震におけるこころのケア活動報告書. 2008.
- 14) Norris, F. H., M. J. Friedman, et al.: 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry 65 (3): 207-239, 2002.
- 15) 太田保之編著: 災害ストレスとこころのケア - 雲仙・普賢岳噴火災害を起点に. 医歯薬出版株式会社, 東京, 1996.
- 16) Raphael, B.: When disaster strikes. Basic Books, Inc., New York, 1986. (ビヴァリー・ラファエル著, 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, 東京, 1995.)
- 17) 中島聡美, 金吉晴, 福島昇他: 【新潟県中越地震】 新潟県中越地震における精神保健医療チームの活動の実態 こころのケアチームのアンケート調査から. 4 (2): 135-144, 2006.

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

## 自殺予防の枠組みと被災地の地域精神保健

A framework of suicide prevention and support reconstruction of community mental health  
in the disaster area

川野健治<sup>a)</sup>、竹島正<sup>a)</sup>、白神敬介<sup>a)</sup>、的場由木<sup>a)</sup>

Kenji Kawano, Tadashi Takeshima, Keisuke Shiraga, Yuki Matoba

### I. はじめに

東日本大震災以降、自殺予防総合対策センターでは、月一回程度のペースで岩手県釜石市・大槌町、宮城県気仙沼市、また両県の諸機関を訪問している。その目的は第一に、震災後の中長期的な課題である自殺予防に現地が取り組むうえで、有効な情報提供と意見交換を行い、経緯を観察することにある。しかし、自殺予防だけに特化した取り組みは、必ずしも現地の状況に即すとは限らない。むしろ、自殺予防の「枠組み」を被災地の支援、あるいは地域精神保健活動に援用することで、結果的に自殺が予防されることを期待して、活動を続けている。

本稿の目的は、自殺予防の枠組みの援用という考え方を紹介しつつ、被災地の中長期的な精神保健の課題を整理することである。

### II. 自殺予防の枠組み－ハイリスク者へのアプローチ

図1には、平時の自殺予防の考え方を示した。自殺予防の目標をシンプルに表現すれば、図1の下半分に示したように、自殺念慮に囚われている人に、それ以外の行動を選択してもらうことにある。その方法は大きく3つに分けられる。自殺の手段を遠ざけること、たとえば入院患者の荷物から刃物や縄状

のものを病院側が預かるといった介入方法は、自殺行動をしないという行動変容を媒介する。一方、精神疾患の治療や借金などの問題の解決によって、危険因子を減らすアプローチは、医療・法律などの専門的な支援機関が提供している直接的な介入方法である。そして、知識や情報の提供、社会資源との結びつきによって当人の強みを増やしていくこと、そして何より、頻回の対人接触によりインフォーマルネットワークを育て、孤立を解消するなどの保護因子の強化も欠くことのできないアプローチである。

しかし、よく知られているように、自殺念慮者は孤立無援感、絶望感に苛まれることが多く、「自分など助けてもらえない」「他に苦しみから抜け出す手段はない」として援助希求が乏しくなる傾向がある。そして、その背景には、複数の問題が絡まり合いながら現在の状況に追い込まれた個人の生活史がある。このような場合、ハイリスク者とのように接点を持つか、あるいは当人の支援への動機づけをどうやって高め、支援利用のハードルを下げるのが課題となる。情報提供や普及啓発の方法として語り合いのサロンを開催したり、周囲でハイリスク者に注意を向けるゲートキーパーを養成したり、すでにハイリスク者が集まりやすい機関・場所と支援者の連携などの方法が各地で試みられている。

ただし、一般に自殺対策の取り組みでは、自殺のリスクが高まるほど、ハイリスク者との接触も行動変容への介入も困難になる。そこで、図1の中ではより左に近い位置、つまり未だ問題が複雑に絡み合っておらず自殺のリスクがあまり高くない状態も取り組みの視野にいれて、効果と実施可能性のバランス、利用可能な地域資源など、地域の条件に即した自殺予防対策を計画していくことが肝要となる。

その計画の仕方は一通りではないが、例えば次の

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター  
Center for suicide prevention, National Institute of  
Mental Health, National Center of Neurology and  
Psychiatry,  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

ように進めてもよいだろう。1. 地域のニーズへの気づき、2. 実態の把握（地域診断）、3. 目標の設定、4. 具体的なプログラムと評価指標の準備、5. プログラムの実施、6. 評価と新たなニーズへの気づき。以下では自殺予防の枠組みを被災地支援に援用することについて、この流れに沿って整理していく。

### Ⅲ. 被災地における自殺予防のニーズ

地域のニーズに気づくことは、対策の計画というより、その前提である。しかし、多領域・多職種が連携して息長く取り組む必要がある自殺対策においては、関係者がニーズを共有しておくことはその礎となる。では、現在被災地において、自殺予防のニーズがあると考えてよいだろうか。大型災害時の精神保健対応クリティカルパスでは、発災後数ヶ月を過ぎると、新たなターゲットとしてうつ病や自殺が入ってくるとされている<sup>5)</sup>。今回、現地の支援者は、急性期の段階から一部の被災者の「死にたい」という訴えに気づいて注意を喚起しており、マスコミも早くから注目して報道していたようである。

ところが、海外の研究からみれば、自然災害の自殺に与える影響は意外にも不明確である。たとえば、Chou et al. (2003) では、1999年の台湾地震による自殺のオッズ比が1.46に過ぎないという結果を示した<sup>2)</sup>。これについてLu (2004) は、地域によって発災後の支援の程度が均一ではなかったこと、地震以前の自殺率の変動と発災後の変動を合わせて考慮する必要性、また「ある個人が自殺し、別の個人がしなかったこと」と「ある地域で自殺が多く、別の地域で少なかったこと」は異なる間であり、別様の検討が可能であることなどを指摘し、「地震の影響は小さい」という直截な結論の一例の適用には留保を求めている<sup>8)</sup>。

一方、警察庁の自殺統計において、全国の5月の自殺者数が過去数年と比べて多くなったこともあり、内閣府では急遽、6月の震災関連の自殺統計を公表した<sup>11)</sup>。調査は、警察庁のデータを基に内閣府が遺体発見地、発見日ベースで集計している。(1) 遺体の発見地が避難所や仮設住宅など(2) 避難所や仮設住宅に居住していた(3) 被災地から避難してきた(4) 住居や職場が地震や津波で甚大な被害を受けた(5) 原因や動機が震災の影響だと遺書などで判明-のいずれかで震災関連自殺と定義した。

それによると、都道府県別の最多は宮城の8人で、6月の宮城の自殺者(45人)の17・8%を占めた。次いで岩手3人、福島2人、茨城、埼玉、東京がそれぞれ1人。年齢別では60代が最も多く6人で、50代5人、20代2人が続いた。70代、80歳以上、20歳未満はそれぞれ1人だった。一方、警察庁が同日発表した自殺者の月別統計(速報値)によると、7月の自殺者は2769人で、前年同月比3・6%(104人)減となった。被災地は岩手37人(前年同月比15人減)、宮城46人(同13人減)、福島48人(同1人減)だった。

つまり、被災地における自殺予防のニーズは伝えられているが、必ずしも今回の震災により自殺者数が顕著に増加したためではない。それはむしろ、被災地や支援者の現状において、関連する自殺の発生を避けたいという人々の憂慮を反映したものである。例えば、不幸にして応急仮設住宅で自殺が起こった場合、居住者、近隣、他所で暮らす親族、また支援者へのポストベンションの準備は整っていない点で、平時より心配は大きいかもしれない。

ただし、この憂慮は自殺予防への積極性を伴うものではないことに注意したい。被災地では取り組むべき課題は未だ山積している。メンタルヘルス以外の地域保健の課題、たとえば発災後に悪化した栄養状況、慢性疾患の把握・管理があり、あるいは特定検診や予防接種など震災対応で後回しにされてきた通常の業務も進めなくてはならない。そのような状況で、さらに自殺予防に取り組むことへの提案は、むしろ負担感や不安や喚起することを、これまでの現地との情報交換の中で感じてきた。そこで先に述べたように、自殺対策を正面に据えるのではなく、関連要因から推定されるハイリスク者への対応に焦点を当てることで、地域のニーズを共有していく作業が必要であると考えている。

### Ⅳ. 被災地における実態把握－孤独死とアルコール

実態把握は、ハイリスク者への接触と介入の方法を選択するために必要な作業である。現在、被災地でのメンタルヘルスに関連する問題として捉えられているのは、うつ、自殺のほか、アルコール問題、トラウマ体験、それに孤立などがある。特に、孤立に関しては実態把握の準備が整いつつある。

被災地の応急仮設住宅での孤独死については、阪神淡路大震災や中越沖地震などの反省もあり注目されている。たとえば、一定以上の規模の仮設住宅に併設された集会所活用が進んでいないという指摘や地域によっては「支えあいセンター」や「お茶飲み会」などの孤立防止の取り組みがなされているという報告もある<sup>3)6)</sup>。これらの活動の核となっているのは、各種民間ボランティアと、社会福祉協議会から派遣されている生活支援相談員、あるいは高齢福祉課から派遣されている友愛訪問等の人々で、直接応急仮設住宅を訪問して、相談などにのっているという。さらに、例えば大植町では、生活支援相談員によって支援が必要と判断されたケースの情報が町の保健師に提供され、再訪問する仕組みなどの工夫が始まっている。また、仮設住宅における要支援者会議などを開催し、効率の良い支援体制を整えようとしており、これらの蓄積が地域の実態把握の機会となっている。ただし、より構造化された実態調査が行われることが期待される。

ところで、これまで自殺予防総合対策センターと被災地との情報交換では、自殺や孤独死に繋がり得る課題として、アルコール問題がしばしば取り上げられていた。特に、発災直後の急性期を過ぎてから、各地のこころのケアチームへの相談内容が急性ストレスからアルコール問題へと中心を移してきたという印象がある。一方、「阪神・淡路大震災教訓情報資料集」によると、地震発生後の6ヶ月以降も続く課題として挙げられる「仮設住宅の生活と支援」における教訓情報として、50代と60代の男性が孤独死のハイリスクグループであるとされ、自宅への閉じこもり、対人関係の断絶により、過度のアルコール摂取、不十分な栄養、慢性疾患の放置などの結果が孤独死につながったことなどが報告されている<sup>10)</sup>。さらに、仮設住宅で目撃者がいない状態でなくなっていた方217名のうち、45名の死因は肝疾患であり、そのうち42名が男性であったという報告もある<sup>15)</sup>。

つまり、被災地における孤立・孤独死の背景に、アルコールを始めとする、多重な健康問題が併存している可能性にも注意が必要である。とはいえ、中高年男性が応急仮設住宅に閉じこもり、アルコール問題を抱えていた場合、上記の「お茶のみ会」や訪問によって接触することは難しいだろう。あるいはスクリーニング調査等へ応じることもあまり期待できない。このようなケースへの介入については、後に述べるように、生活困窮者支援の取り組みが生かせるのではないかと私

たちは考えている。そのためには、「どのような要支援者がどのくらいいるのか」についてだけではなく、当人の周囲に「どのような社会資源や対人ネットワークが潜在しているのか」についての、実態把握が必要となる。言い換えると、保護因子の「タネ」を見つけ、育てていくための地区診断の実施と地域への働きかけが求められるのである。

## V. 被災地における地域精神保健の目標設定

目標設定は実態把握を踏まえてニーズをより具体的に表現したものであり、地域の課題に対して、適切なプログラムの選択、実施、評価の基準となるものである。したがって、対策を進める前に明確にすることが望ましい。ここまで整理してきたように、私たちは、メンタルヘルス問題を含む多重な背景で閉じこもりがちな人への支援を目標とし、結果的に自殺予防につなげることが、中長期的な被災地の精神保健問題にとって重要であると考えている。このような観点から、これまで情報提供と意見交換を行ってきた。

しかし、単に目標だけを伝えても、地域で既にスタートしている様々な取り組みと競合し、あるいは負担が増すように受け取られかねない。先に述べた地区診断、この後述べる介入方法とともに提示することで実施可能性を示そうとしてきたが、これまで必ずしも十分にコミュニケーションできたわけではない。外部の研究者と被災地が十分なコミュニケーションの下で目標を設定していくためには、目標と実施内容をまとめた簡便な「ツール」としてプログラムを呈示する必要があり、加えて、現地の活動を制約するのではなく、可能性を示すように提案していきたい。

## VI. プログラム－生活困窮者支援の知恵を援用する

上記の目標に即したプログラムとして我々が提案しているのは、閉じこもりの人をも包含しうる多層的な対人ネットワーク育成の仕掛け作りである。現在、応急仮設住宅での自治会作りが促進されているのも同様の狙いであろう。しかし、自治会長などのなり手がいない場合もあり、平成23年10月時点、890団地のうち、自治会が成立しているのは418に過ぎないという。仮の住まいで役を担う必要性への

疑問、十分に顔を知らない近隣との助け合いの負担感などが、二の足を踏ませているのかも知れない。このような外部の都合で、団地内に自治会を成立させるやり方だけでは、おのずと限界がある。

これに対し、たとえば浅野(2011)は、近年の若者たちの社会参加の形式として「趣味縁」という概念を提案している<sup>1)</sup>。これは公的な人間関係や空間的近接性ではなく、インターネットなどに媒介された同じ趣味、同じ志向をもつものの集まりのことである。オタクとよばれる文化現象から、アラブの春といった政治的現象にいたるまで、統治側の都合としての公的關係性を越えた地点でこそ、若者は社会性を発揮しているのかも知れない。現在被災地においても、支援者ネットワークにtwitterが重要な役割を果たしているようである。しかし高齢者についても、筆者らは現地では次のようなエピソードを聞いている。「集会所で開催される催しなどは、女性や子どもは喜ぶかも知れないが、成人男性の出やすいものではない。もと漁師であるその老人は、たまに昔の地域の知り合いが訪ねてくる以外に話し相手がなく、休日に家人に海へ連れて行ってもらうことが唯一の楽しみであるが、それ以外は足が悪いこともあり、部屋にいるしかない」というのである。

つまり潜在するネットワークを活用する工夫が有効なのだが、そこには若干の視点の転換が必要である。つまり、支援側の都合から自治会の育成をしたり、趣味縁を提案していただくだけではなく、多重な背景があって閉じこもりがちな人々を中心に、その人が生きていくための支援として、有効な関係性による支えを多面的・多層的に探っていくのである。

制約・防止から生きるための支援への展開。この点について、自殺予防総合対策センターが、平時の自殺予防の取り組みから連携をもつNPO法人自立支援センターふるさとの会の取り組みを援用できないかと考えているので、以下に紹介したい<sup>12)</sup>。

同会で支援する人のうち、アパート等の恒久住宅での安定した生活への移行が困難であったり、移行するまでに数年単位の期間を要するのは、軽度の知的障害や発達障害、認知症を含む精神疾患を抱えた人たち、単身生活が困難な要介護高齢者である。独居が困難な単身者が地域の恒久住宅へ移行していくためには、地域の在宅医療・介護の体制に加え、24時間の見守りを含めた日常生活支援(通常は同居の家族が担っている場合が多い)が必要であり、24時間365日の包

括的な地域支援体制が求められている。

同会では、2011年9月現在1128名の利用者(60代以上が40%)を支援するために129名(常勤50名、非常勤79名)のスタッフが働いている。スタッフのほとんどが非専門職であり、前職までの職歴に福祉や介護の経験のない人も多い。そのため日常生活支援に必要な基礎知識の研修(ケア研修)と日常的な報告・相談体制をとることによって、地域の専門機関と連携しながら、支援を行っている。生活支援員を対象としたケア研修は介護保険や障害者自立支援法などの制度について、多重債務、個人情報取り扱い、アルコール問題の考え方や認知症への対応などのメンタルヘルスの理解について、衛生管理、介助方法などが含まれ、「幅広い基礎的な知識の修得」と「保健・医療・介護・法律の専門機関へつなぐまでの初期的な対応ができること」を目的として実施されている。図1に戻るなら、ハイリスク者との接触方法として、まず地域内でその人につながるネットワークを育て、その上で非専門的なケアに限定した互助関係へと展開させることで保護因子を増やすのである。たとえば、先のエピソードで紹介したもと漁師の老人にとって、近隣にもと漁師がいることがわかれば、支援関係の端緒となるのではないだろうか。

このような、非専門的な、生活者のニーズに即したサポートがあることで、被災地の仮設住宅や恒久住宅で生活する高齢・障害者は安心して地域生活を継続することができる。必要なときにはこのサポートを介して、専門機関の支援を得ることができる。さらに重要なこととして、このような日常生活支援の仕事が地域の雇用機会の創出となり得るとすれば、被災地で仕事を失ってしまった人たちの長期的な就労先の選択肢のひとつとなる可能性がある。実はふるさとの会で働く非常勤職員の中には、利用者から支援者に転じた者が少なくない。先に示したようなケア研修を被災地で開催することによって、生活支援に関わる人たちが地域の中で増えていくことが、結果としてまちづくりを含めた精神保健活動の土台を支えるものになるのではないだろうか。

## Ⅶ. 評価－今後の支援のために

対策のためのプログラムは、目標にそって設定し、また評価の仕組みを入れることで実施プロセスを修

正したり、結果をもとに改善できるように構造化されていることが求められる。残念ながら、これまで被災地支援では緊急性が重視され、活動のモニタリングやフィードバックはなおざりにされてきた。もちろん、先に述べたように被災地の状況はまだまだ厳しく、「研究」に類する「データの収集」には地域の反発が予想され、慎重な協議が必要になるだろう。

図2には、今後被災地で必要とされる、地域精神保健サービスの構造を示した。たとえば、高齢者介護を例にとると、図の右に示したように、生活は医療による専門的支援ばかりではなく、食事介助といった特化した非専門的な支援、あるいは排泄時の移動介助のように、コミュニティの隣人や家族によって提供されるサービスによって生活は支えられている。こころのケアについても、ともすると専門的なサービスの提供によって問題は解決されると考えがちだが、ここまで述べてきたように、今後応急仮設住宅や、被災した自宅等に避難している人にとって、非専門的サービスや家族的サービスの不足が問題となる可能性は高い。医療機関に行くときの介助、家族による服薬の管理を例に考えるとわかるように、専門的サービスはピラミッドの頂上にあり、それを支える土台を欠くことはできない。

阪神淡路大震災では、居住地と住宅形式の変更が大きかった住民は、近隣との交流機会が減少し、引きこもりがちとなったことが報告されている<sup>13)</sup>。今回の震災では、9月の段階で全国74,900人の避難者の内、避難所(公民館、学校等)に3,439人、旅館・ホテルに6,411人、その他(親族・知人宅等)に17,681人、住宅等(公営、仮設、民間、病院含む)に47,369人が避難していると報告されていた<sup>10)</sup>。避難所から仮設住宅への移行が進み、その内訳は日々変化しているが、多くの人たちが今後も長期に亘り「自宅ではない居所」での生活を余儀なくされている状況にある。これが、先に述べたような複数の問題を抱えた人にとって、非専門的サービスや家族的サービスの欠如につながるものが心配されるのである。

本稿で提案しているようなプログラムが実施される場合には、図2のようなモデルからいくつかの評価指標が準備できるだろう。被災地におけるネットワーク数の増加、中高年男性の参加(不参加)率、ネットワーク間の連携による医療等の専門サービスの利用率の増加、閉じこもり者率の変化、などである。これらを適宜評価しながら地域づくりを進めていくことで、結

果的に孤独死や自殺を防ぐことにつなげていきたい。ただし、これらはあくまで提案であり、冒頭で述べたように現地での協議のなかで、修正や取り下げ、あらたな提案を繰り返しながら、より実際的な協働を探っていくことがわれわれの方針である。

東日本大震災は未曾有の出来事であり、多数の不幸な経験を生み出している。だからこそ、この経験を後の社会に生かしていく努力も貴重であり、現地との協力のもと評価・研究・記録していく必要もあるだろう。自殺予防総合対策センターによる被災地支援の活動は、いくつかの課題のバランスの上に成り立っているといえるかも知れない。

## 文献

- 1) 浅野智彦 趣味縁からはじまる社会参加 岩波書店 2011
- 2) Chou, et al. Suicides after the 1999 Taiwan earthquake. *International Journal of Epidemiology*, 32, 1007-1014, 2003
- 3) 医療介護 CB ニュース「使われない集会所、孤立する仮設入居者 - 震災半年・宮城 (3) 医療介護 CB ニュース 9月13日(火) 16時21分配信」(2011.9) <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20110913-00000005-cbn-soci>
- 4) 岩井圭司; 災害と精神医療—災害前と災害後の精神保健活動. *最新精神医学* 第7巻4号 324-325, 2002.
- 5) 岩手県: 「大型災害時の精神保健対応クリティカルパス」(2011.10) <http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=6116>
- 6) 福島毎日新聞社: 「東日本大震災: 全村避難の葛尾村、支え合いセンター開設 三春の仮設住宅に」/福島 毎日新聞 9月16日(金) 13時8分配信」(2011.9) <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20110916-00000187-mailo-107>
- 7) 国立精神・神経医療研究センター「災害時の地域精神保健医療活動ロードマップ」(2011.9) [http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_map.pdf#search='地域精神医療ロードマップ'](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_map.pdf#search='地域精神医療ロードマップ')
- 8) Lu, T.H. Earthquake and suicide: bringing context back into disaster epidemiological

- studies.Journal : International Journal of Epidemiology, vol. 33, 1406-1409, 2004
- 9) 的場由木・川野健治 困窮者支援と被災地支援 社会精神医学会雑誌 印刷中
  - 10) 内閣府：「阪神・淡路大震災教訓情報資料集」(2011.9) [http://www.bousai.go.jp/1info/kyoukun/hanshin\\_awaji/data/detail/4-1-1.pdf](http://www.bousai.go.jp/1info/kyoukun/hanshin_awaji/data/detail/4-1-1.pdf)
  - 11) 内閣府緊急災害対策本部：「平成23年(2011年)東北地方太平洋沖地震(東日本大震災)について 平成23年9月20日(17:00)」(2011.9)
  - 12) NPO法人ふるさとの会：「ふるさとの会事業概要 2011/9/14」(2011.9) <http://www.d5.dion.ne.jp/~hurusato/PDF/jigyougaiyou.pdf>
  - 13) サンケイニュース：6月の震災3県自殺 震災関連が1割 内閣府調査(2011.10) <http://sankei.jp.msn.com/affairs/news/110805/dst11080521330024-n1.htm>
  - 14) 塩崎賢明：住宅復興とコミュニティ, 日本経済評論社, 2009 <http://www.kantei.go.jp/saigai/pdf/201109201700jisin.pdf>
  - 15) 田中正人・高橋 知香子・上野 易弘：応急仮設住宅における「孤独死」の発生実態とその背景 - 阪神・淡路大震災の事例を通して. 日本建築学会計画系論文集 75 (654), 1815-1823, 2010.

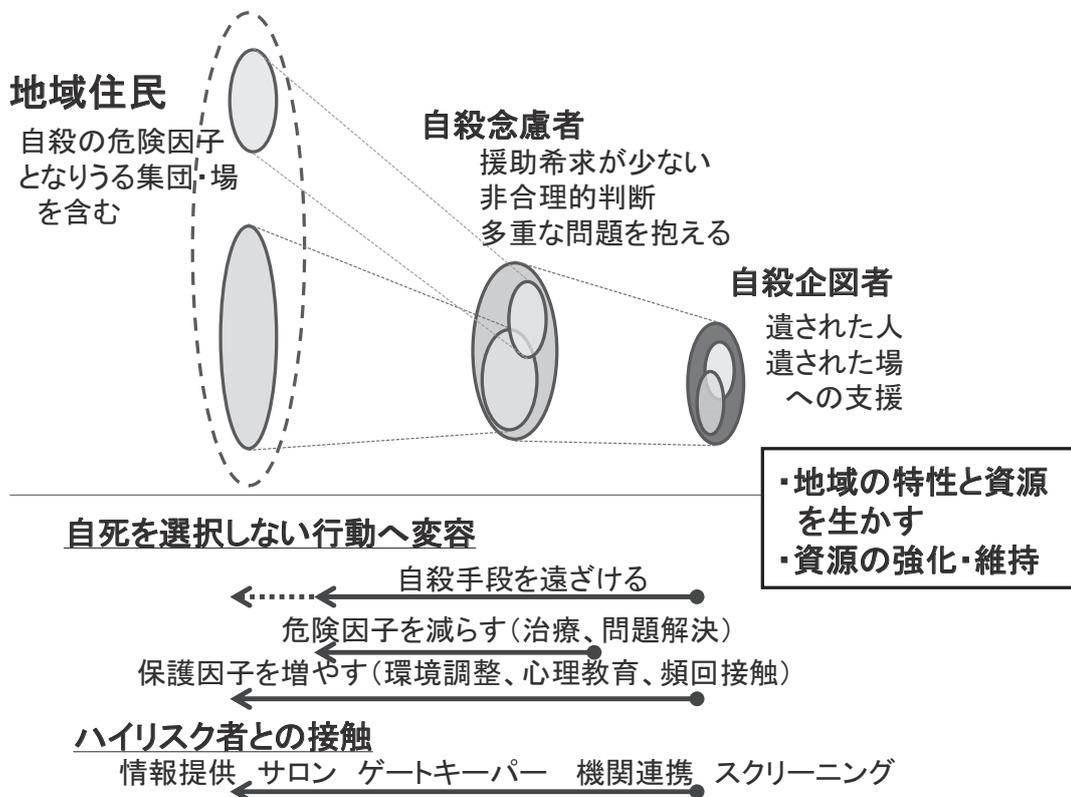
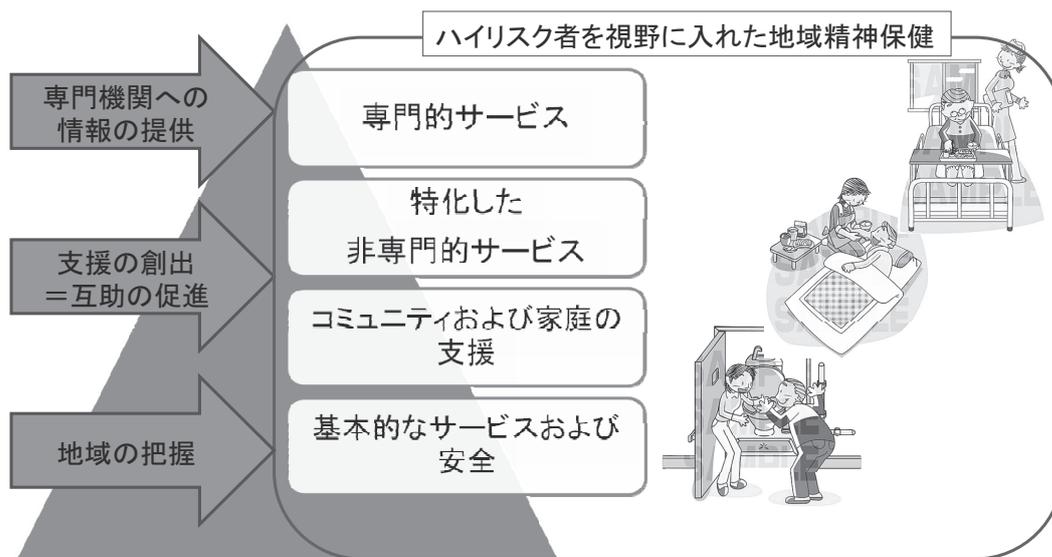


図1 自殺予防の考え方



Inter agency standing committee ガイドラインを参考に作成

図2 被災地における地域精神保健と支援（中長期）

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

# 東日本大震災における児童・思春期精神医学的支援活動 について

Child and adolescent psychiatric support in the Great East Japan Earthquake

高橋秀俊<sup>a)</sup>、長尾圭造<sup>b)</sup>、神尾陽子<sup>a)</sup>

Hidetoshi Takahashi, Keizo Nagao, Yoko Kamio

## I. はじめに

2011年3月11日14時46分に三陸沖で発生した東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）は、モーメントマグニチュード9.0という地震の規模の大きさだけでなく、岩手・宮城・福島を中心に北海道から高知県まで我が国の太平洋沿岸の広域にわたる津波被害、さらには福島第一原子力発電所問題も併発し、多方面にわたる複雑で甚大な被害をもたらした。人的被害は死者15,989人・行方不明者3,917人、住家被害は全壊117,652戸・半壊178,200戸にのぼり、避難者数は66,844人で、その多くは県外への避難者であるとされている（いずれも同年9月26日時点<sup>8)</sup>）。強い余震も続発し半年以上経過した同年9月29日にもマグニチュード5を超える余震が発生した。ライフラインは、同年8月26日時点、岩手・宮城・福島の3県で少なくとも4.5万戸で断水被害が生じている<sup>3)</sup>など、いわゆる災害「急性期」状態が長期化しており、復興・復旧にかなり時間がかかっていることは、テレビなどでもよく報道されている。

被災者の多くは、人・家・住みなれた環境など、多重で複雑な喪失体験を経験した。さらに、行方不明者も多く、気持ちの区切りがつきにくい状況がある。悲嘆プロセスは複雑化しており、遺族ケアの必

要性は高いにもかかわらず、自分のことに関してあまり表現しない東北地方の文化的特徴や、同様の喪失体験を有する周囲の被災者への配慮からくる自己抑制などから、悲しみを表現していない被災者も多いといわれている。被災地の支援者の多くは自らもまた被災者で、ゆとりに限度があることは懸念される。精神医学的支援の果たす役割は、今後ますます重要になるであろうが、未曾有の大震災の中、どのように対応していくのが最も適切であるのか、今後も高度な専門的判断が求められると考えられる。

特に子どもは、障害者や高齢者などとともに、災害時要援護者（災害弱者）として災害時に特別な配慮が必要である。その理由は、子どもは自立能力が不十分であり、また将来への見通しが立てにくいことから、災害後の生活の変化に適應する際のストレスの度合いが高いためである。精神医学的観点からは発達障害や精神障害を有する子どもは、同じ発達水準の子どもと比べてさらに適應能力に問題があるため、本人だけでなく家族に対してもより多くの支援を要する。

今回、独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター（National Center of Neurology and Psychiatry, NCNP）は、地震発生の5日後の2011年3月16日に、医療関係者等の支援者向けに、東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト<sup>11)</sup>を開設した。これまで被災地支援のために派遣された医療チームは、累計12,115人（2,589チーム）で、心のケアチームも累計3,218人（57チーム）とされている（2011年9月30日時点<sup>3)</sup>）。当センターもまた、同年4月11日より7月1日まで、福島県立医科大学のこころのケアチームの一員として福島県いわき市で精神医学的支援を行った。著者らの所属する精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部はNCNPの一員として、これらの活動に加わり、主に児童・思春期精神医学的支援を

a) 独) 国立精神・神経医療センター精神保健研究所  
児童・思春期精神保健研究部  
National Center of Neurology and Psychiatry, National  
Institute of Mental Health, Department of Child and  
Adolescent Mental Health  
187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

b) 長尾こころのクリニック  
Nagao Mental Clinic

行ってきた<sup>10,11)</sup>。支援は今後も継続的に行う必要があると考えられるが、今回、震災発生から半年が経過し、特集論文として掲載の機会を得ることができたため、これまでの活動を報告する。

## II. 児童・思春期精神医学的支援に関する情報提供

NCNP での上記情報サイト<sup>11)</sup>の開設に伴い、我々は被災地で児童・思春期の精神医学的支援を担う支援者向けに、とくに災害急性期の対応に関する情報提供を行った。その際、災害急性期の精神医学的対応について、児童および成人に共通する内容と、児童に特有の内容に分けて情報提供した。前者に関しては、「災害トラウマの急性期対応の5つの原則」として、サイトに掲示した。後者に関しては、「災害時の子どものこころのケア」として、地域で子どもの支援に関わっている方を対象として、主に急性期に知っておいてほしい災害時子どものこころのケアについての重要項目をピックアップしてまとめ、さらに個々の項目に関して詳しい情報が掲示されているサイトに関する情報を提供した。

今回、被災した地域は震災前から医師不足の地域であり、児童精神科医に関しては絶対的不足があり、児童期精神科医療の空白地帯と言える地域がほとんどであった。児童のメンタルヘルスの専門家が少ないことを考えると、これまで児童患者に対する精神科的対応の経験のない医療関係者あるいは非医療の支援者も相談を受ける可能性が十分に予想された。そして、当面、現地が必要とされる情報は、重篤な継続的支援が必要な病理ケースへの専門治療の知識よりも、むしろ災害後に予想される、正常範囲の反応も含む子どもたちの心の動揺や行動の変化についての基礎的な知識とケアの原則であろうと考えた。災害支援に関する有用なガイドラインやマニュアルは、NCNP 精神保健研究所 成人精神保健研究部が中心となってすでに作成されており<sup>1,2,9)</sup>、NCNP のメンタルヘルス情報サイト開設当初より掲示され、被災地支援にあたる精神科医を始めとする支援者の多くはこれらのマニュアルに目を通して現地へ向かうものと考えられた。そこで、災害支援の経験のない支援者全般を対象に、被災児童への支援に関して最低限知っておいてほしいエッセンスを、抽出して提供することとした。できるだけ急性期の対応

にあたる支援者に広く読んでもらえるように、震災1週間後の3月18日には上記サイトに掲載することができた。

「災害トラウマの急性期対応の5つの原則」は、著者の一人が阪神・淡路大震災、O-157 集団食中毒、また大阪教育大付属池田小児童殺傷事件などの自然および人災による災害トラウマ対応に深く関わってきた経験<sup>4,7)</sup>を踏まえて、コンパクトにまとめた実践的なものである。概略は以下のとおりである。

第1原則は、問題の焦点化、すなわち、まず、その被災者の今の最大関心事を丁寧に、しっかりと受け止め、話を拡散させないことである。第2原則は、急性期のストレス軽減を念頭に置き、これまでの個人的な病理に関連づけないことである。相手が訴える問題に関して、その人の個人病理と関連づけて説明するとわかりやすいかもしれないが、急性期には、その人が訴えるその内容のみを、今、しっかり聞くということである。第3原則は、理屈よりも感情を察して対応し、「今、ここ」の感情に耳を傾けることである。混乱した状況では、誰でも理不尽なことや筋道の通らないことを訴えることもありえるが、いったんは感情を察して、受け止めることである。第4原則は、即、対応できることを見つけること、すなわち、相手の要求のなかですぐに対応できそうなものを見つけて小さなことでも早い対応をすることによって不安軽減効果が期待される、ということである。少しでも不安が軽減されたら、信頼感や将来への希望につながる。第5原則は、復活への希望と再生の気持ちをもつこと、すなわち、今よりも、今までよりも、良い未来がきっと来ると、ともに信じる気持を持って接することである。

被災地で災害時の子どものこころのケアに関わる支援者向けの情報（「災害時の子どものこころのケア」）としては、急性期対応において重要と考えられる項目を中心に紹介した。紹介した項目について、以下に述べる。

子どものこころのケアと周囲の大人への対応については、学童と幼児に分けて説明した。学校での学童に対するケアは、県の教育委員会と、スクールカウンセラーや養護教諭、担任教師など学校現場、そして児童相談所、地域の臨床心理士会などの機関と連携して取り組むとよいこと、幼児の場合は、保護者が安定して子どもに関わることができるよう保護者の不安に対応することが大変重要で、保護者に

対して子どもへの対応について丁寧に説明し、助言を行ない、生活や育児上の具体的な支援をしていくことを強調した。

また、避難生活で気をつけなくてはいけない留意点として、生活リズムの乱れ、および子どもが不安を表現する際の特徴とそれへの対応について説明した。避難生活は生活リズムが乱れやすいので、日課のようなものを作り、可能な範囲で子どもと一緒に日課に従った過ごし方をするとよいこと、睡眠問題、例えば、夜寝ないで奇声・徘徊などが現れた場合には、不安のサインと解釈して、子どもが落ち着けそうな別の場所に移動させたり、一緒に散歩したり、好きな活動をして過ごさせたり、生活のリズムが規則的となるようさまざまな工夫をして見守ることなどである。子どもは大きな不安に圧倒されると、言葉で不安を伝えることが十分できないので、普段とは違う行動や身体反応として現れやすい。そして、その多くは生活状況の回復とともに改善する。不安が高いときには、しばしば退行がみられるが、通常は長く続かないので、甘えさせるのがよい。多動・興奮・パニック・奇声・独り言などといった目立った行動が現れるときには、避難生活という状況では周囲は普段よりも抑えようとしてしまうかもしれないが、逆効果となりやすく、むしろ本人の気持ちをなだめるような言葉かけを行いながら、安全な別の場所に移動し、落ち着くまで見守るのがよい。また落ち着いたなら、「よく落ち着いたね」とほめてあげること、できるだけ日中よく身体を動かして過ごさせ、子どもの安心感を促すような言葉かけやスキンシップを行うことなどが推奨される。

特に支援者の見守り・介入が必要となるケースに、障害のある子ども（精神、発達、身体など）や、保護者のいない子どもが挙げられる。このようなケースでは、支援者（保健師や心理相談員等）による専門的な見極め・見守り・介入が必要となるので、対応の要点について述べた。

発達障害のある子どものこころのケアに関しては、障害のある子どもを抱えての避難生活は、その世話や目が離せないこともあり、困難を極める。支援としては、保護者が食料をもらいに行ったり、自宅の片づけに行くなどの用事を行っている間、子どもを見守ったり、家族の代わりに支援物資を取りに行くなどの親代わり支援も有効であることを指摘した。周囲も避難所生活中であり、障害のある子ども

の特性を理解してもらうことは容易ではないかもしれないが、保護者の理解が得られたら、可能な範囲でその子どもの特性を説明し、理解を求める働きかけをすることが望ましい。その結果、一人でもその子どもと家族の理解者ができれば、それだけ家族の心理的負担を軽くすることができる。そうした環境全体のストレスを軽減する試みが、ひいては子どものストレスを軽減させ、子どものこころを安定させることにつながる。定期的に保護者の思いを傾聴し、その大変さへの共感性を示す心理的支援も有効であろう。自閉症には、知的障害のある場合とない場合があるが、知的障害がなく理解力があるように見えるケースでも、コミュニケーションや対人関係、生活上の困難さを認め、危険がわからない、いつもと違う状況で不安になる、想像力が弱い、困っていることが伝えられない、痛みを感じにくく怪我や体調不良を訴えない、などの自閉的特徴から、災害時には特にその子どもの特性に合った適切な支援が不可欠である。自閉症児に対する災害時の支援の要点は、以下のように要約される。①一斉に伝えても伝わらないので、その児に対して声かけをする、②指示や予定の伝達はわかりやすく行う、③否定的な表現を用いないように、肯定的な表現を用いる、④大声で叱るのは逆効果となるので、叱る必要があるときは、淡々と、しかし毅然とした態度をとる、⑤興奮したときは、その場から離して気持ちが鎮まるのを待つ。

最後に、保護者のいない子どものこころのケアに関しても説明した。保護者は、子どもの安全と安心感のために、なくてはならない存在である。保護者と離ればなれになっている子どもを見かけたら、必要な情報（名前、保護者・兄弟姉妹の名前、住所、学校など）を聞き出し、適切な専門職に連絡する。「すぐに保護者に会えるよ」など、果たせないかもしれない約束はしない。安全で、人の出入りが少なく、救助活動からは離れた一角や一室などを子どものためのスペースとして用意するとよいであろう。常に子ども達のそばに責任のとれるスタッフがいるように注意して、このスペースに出入りする人をチェックする。状況に応じて年長の子どもや思春期の若者に入ってもらい、幼い子ども達のお兄さん、お姉さんの役割をしてもらう。思春期の若者のためには、悩みを語りあったり、年齢に適した活動に取り組んだりできる時間を作る。保護者の死が子どもに与える影響は、年齢によって異なる。就学前の子どもに

は、できるだけ早く安定した世話と、いつも通りの生活習慣をさせることが必要である。彼らは、ちょっとした変化によって動揺しやすいので、子どもの世話をする人は、普段と同様の習慣を続けているかどうか子どもに確認するのがよいであろう。学童期の子どもは、身の回りの世話をしてくれる人を失うだけでなく、通常ならそばにいて元気づけたり、日常的な活動を手伝ってくれたりする人をも失うことになる。亡くなった人に代わって子どもの世話をする人は、それらの役割を、できるだけ引き継ぐよう努める。叱られたときなどには、特に子どもは代わりの保護者に腹を立てるかもしれない。子どもの世話をする人は、子どもが保護者を失ったのだということを十分に理解し、かれらの痛みをやわらげるような特別な配慮をする。思春期の若者は、激しい不公平感を持ち、死に対して抗議することがある。保護者の死によって、かれらが家族内で大きな責任を負わされることもある。それによって自由に行動できなくなったり、多くの若者がやることができなくなったりすることに腹を立てるかもしれない。折をみて、様々な要求にどのようなバランスをとることができるか、話しあうとよい。途方に暮れる、悲しそうにする、怒りをぶつけてくるなど、子どもの感情が急に変わることがある。そういうときには、一人で悲しむための時間をつくってやることや、静かに寄り添う、抱きしめてあげることなどもよいであろう。子どもや思春期の若者が、自分が生き残ったことに対して罪悪感をもつことがある。家族の死になんらかの責任を感じていることもある。それについては誰のせいでもないのだということを教え、自責感を払拭できるよう手助けが必要である。

上記以外に、より詳しい関連情報が得られるサイトとして、3月16日時点で利用可能であった日本小児科学会、国立障害者リハビリテーションセンター・発達障害情報センター、社団法人 日本自閉症協会、日本発達障害ネットワークなどのサイトを紹介した。また、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課が新設した相談専用メールアドレスを紹介した。

### Ⅲ. 被災地支援活動

福島県いわき市における NCNP の被災者支援活動グループの一員として、著者の一人である高橋は、

震災後3ヵ月経った2011年6月27日より同年7月1日まで被災地支援活動を行い、短期間ではあるが主に児童・思春期精神医学的対応を担当した。このときの支援グループは、NCNP から派遣された精神科医師2名と看護師1名、さらに現地の保健福祉センターの精神保健福祉士3名の計6名から構成された。

この時期、被災地では、避難所の縮小・統合が進んでいた。そのため、支援は、避難所での活動よりも、地域へのアウトリーチ活動として行われ、NCNP から派遣された3名はそれぞれ現地の精神保健福祉士とペアを組んで、ほぼ毎日、別個に支援活動を行った。具体的には、公民館などで開催された乳幼児健診やいわき市総合保健福祉センターで行われている住民の自主的な子育てサークルなどに同行し、講話を行ったり、参加する母子の健康相談などを個別に行った。相談内容としては、放射能についての不安を強く訴える母親が多くみられた。また余震が起るたびに母親の不安が増強し、子どもも親の不安に敏感に反応し、落ち着かなくなると話す保護者も多くいた。保護者の中に著明なうつ状態を認める方がいたため、フォローケースとし、その後、現地の精神保健福祉士に継続してもらうこととなった。また、個別対応を要すると判断されていたケースも増加しており、保健福祉センターでの個別相談の希望や自宅や幼稚園などへ個別訪問の依頼も多かった。

いわき市総合保健福祉センターで行った児童・思春期関連の個別相談内容は多岐にわたった。今回の派遣では、初期対応しか行えず、継続的なフォローアップに関わっていないため、個々のケースの詳細な報告は行わないが、たとえば、心因性頻尿の小学生男児、不登園の幼稚園女児、心気症の大学生男性、引きこもりの大学生男性の母親からの相談、選択性緘黙の中学生男児、抜毛の小学生女児のスクールカウンセラーからの相談、幼稚園児の息子が発達障害ではないかと心配する母親、などである。母親に精神疾患の既往があり、震災を契機に再燃したのに伴い、子どもの不安が増強し、退行を認めたケースもあった。被災地では復旧に時間がかかっており、災害急性期の生活困難状態が長期化しており、また子どもにみられた退行も持続していた。初回面接後の対応に関しては、保健福祉センターの精神保健福祉士に指示した。母親や子どもの不安あるいは抑うつが著しいケースについては、いわき市内の精神科診

療所あるいは児童精神科専門外来などへの受診を指示した。

個々のケースによって内容は異なるが、保護者がかもともと有していた精神疾患が震災前には寛解状態に至り安定していたところ、保護者自身の避難生活、父親の職場環境の変化、避難した親戚を受け入れた慣れない生活、子どもの転校など、震災後一変した新しい環境に適応しきれずに再燃したと考えられるケースのうち、それに付随して起きた子どもの問題を主訴として相談に至ったケースを多々経験した。子どもの問題が主のように一見見えるが、保護者の精神医療が優先されるべきケースであり、精神医療支援チームにつなぐよう指示を行った。また子どもに落ち着きのない状態や退行が長期的に見られることが通常の子どもの反応ではなく、発達障害のためではないかと心配して、親や幼稚園の先生が来談したケースも数件あった。中には、明らかに子ども特有の正常範囲の反応と考えられるケースも存在したため、周囲が安心して子どもを見守るように助言を行った。いずれのケースも、余震の回数が減少し、生活が安定するのに伴い、子ども達は落ち着いてきているとのことであったので、特別な対応を行わず、子どもの反応の特徴を説明して、決して異常なことではないので安心させてあげて周囲がいてねいに見守りを行うことを助言した。

#### IV. 今後の課題

今回の被災地派遣では、短期間であり、支援を行った地域も限定的ではあるが、これまで災害急性期の症状と考えられていた症状が長期化していることや原発問題をはじめ震災後の劇的な環境変化などのために不安を訴える方が多く、継続的な支援を要すると考えられる被災者の方々が少なくない、という印象を受けた。今回の支援活動で行動を共にした被災地の保健師の中にも、面接終了後、自身の不眠や不安を漏らす方もおり、支援者の方々の疲弊が懸念される。かれらが消耗してしまわないような、効率的な中長期の支援計画のもとで地域全体の復興に向けて、今後も継続的な支援が続くことが期待される。

厚生労働省は岩手・宮城・福島の前被災3県の3万人を今後10年間追跡する被災者健康調査を計画しており、9月22日、先行して実施した宮城県石巻市沿岸部雄勝・牡鹿地区の調査結果を発表した。そ

れによると、対象の成人住民3,009人のうち、健康診断やアンケートに応じた1,399人のうち、43%が睡眠障害を疑われ、約3割の人々が震災の記憶について、「思い出してしまう、夢にみる」、「思い出すと動揺する」と回答した。治療が必要と疑われる人には家庭訪問や医療機関への紹介を行い、フォローにつなげる対策が講じられるという。今後、公表される予定の乳幼児から青年までの未成年の住民を対象とした調査に関しては、対象の約7割から回答が得られるなど住民の高い関心が窺われたという。現状では、こうした健康調査の対象は住民票を有する人たちに限定されており、被災者の中には原発周辺の避難地域から転居したものの、自分が長く暮らしてきた自治体からの情報が得られなくなるのではないかと心配し、転居先の自治体に住民票を移さずにいるといった多くの方々はこの健康調査には含まれていない。今後、こうした被災者の状況への調査もすすみ、個別対応を必要とする方々全員を把握して、必要とするすべての方々に対するメンタルケアが講じられる必要がある。

今後、大規模な災害対策という特殊な枠組みの中で、迅速で効率良い支援の支障となる様々なバリアが取り除かれ、多角的な協同作業がすすむことが期待される。被災地においては今後子どものメンタルヘルスの問題が優先的に取り組まれようとしていることは喜ばしいことである。的確な実態把握に応じた心と身体の総合的なケアがスムーズに実施できる地域ネットワークの整備は、他の地域においても、また平常時においても有用なモデルとなるにちがいない。そして、子どもから成人までのライフスパンを通じた長期的なメンタルヘルス対策の要として構築されることが期待される。そのためには、今後、国主導の支援体制も必要である。NCNP精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部が今後そうした国主導の支援体制の構築に何をどのように貢献できるか、検討していきたい。

#### 文 献

- 1) 金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 他. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 2003. [http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_guide.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_guide.pdf)
- 2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健部: 東日本大震災 被災

- 地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2, 2011. [http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_careteam.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_careteam.pdf)
- 3) 厚生労働省：平成23年東日本大震災の被害状況及び対応について（第101報：平成23年9月30日），2011. <http://www.mhlw.go.jp/jishin/joukyoutaiou.html>
- 4) 長尾圭造：学校におけるメンタルヘルスの危機管理，安全医学1：55-59, 2004.
- 5) 長尾圭造：Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)，児童青年精神医学とその近接領域50：Suppl 193-198, 2009.
- 6) 長尾圭造，奥野正景，進藤英次，他：学童期の精神疾患をめぐって 小学生におけるPTSD症状 腸管出血性大腸菌 O-157 集団発症のアンケート調査を中心として，児童青年精神医学とその近接領域39：176-190, 1998.
- 7) 長尾圭造，上好あつ子：子どもにとっての阪神・淡路大震災 メンタルケア・メンタルヘルスを中心に，児童青年精神医学とその近接領域38：293-303, 1997.
- 8) 総務省消防庁：平成23年（2011年）東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）被害報（第139報：平成23年9月26日），2011. <http://www.fdma.go.jp/bn/higaihou.html>
- 9) 鈴木友理子，深澤舞子，中島聡美，他：災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 エキスパートコンセンサスを踏まえて 臨床家調査の結果から，平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究（主任研究者：金吉晴），2011. [http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_manual.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf)
- 10) 高橋秀俊，神尾陽子，長尾圭造：思春期の子どもの災害反応，藤森和美，前田正治（編者）：大災害と子どものストレス ―子どものこころのケアに向けて―，誠信書房，東京，21-23, 2011.
- 11) 東北地方太平洋沖地震メンタルヘルス情報サイト [http://www.ncnp.go.jp/mental\\_info/index.html](http://www.ncnp.go.jp/mental_info/index.html)

## 【原著論文】

## 循環器、糖尿病及びがんの専門医が有する精神疾患への認識と治療 —精神科病床を有する一般病院における全国横断調査—

Differences in knowledge and practices with respect to mental disorders among cardiologists, diabetologists and oncologists in general hospital psychiatry. – A cross-sectional study in Japan. –

池野敬<sup>a)</sup>、奥村泰之<sup>a)</sup>、桑原和江<sup>a)</sup>、伊藤弘人<sup>a)</sup>

Takashi Ikeno, Yasuyuki Okumura, Kazue Kuwahara, Hiroto Ito

## 【抄録】

わが国の一般病院における、循環器疾患、糖尿病、がんの治療を専門とする医師を対象に、精神科的支援の現状を検討するため、横断調査を実施した。過去1年間における精神科的支援の経験を比較した結果、循環器医および糖尿病医はがん専門医と比べ、カウンセリングの実施経験、向精神薬の処方経験が有意に低かった。本研究は、経験差の要因を明らかにすると同時に、適切な実施・処方を支援する方法の開発の必要性を示唆している。

## 【Abstract】

Objective : This study was to investigate psychiatric support for cardiologist, diabetologist, and oncologist.

Design : A cross-sectional questionnaire study.

Setting : The 330 general hospitals in Japan between Aug. 15, 2008 to Aug. 31, 2008.

Participants : The chief physicians at 103 cardiologists, 107 diabetologists and 111 oncologists in general hospitals with psychiatric beds in Japan.

Measurements : We evaluated experience of the psychiatric support and necessity by comparing a cardiologist, diabetologist and oncologist.

Results : Our study compared the experience of psychiatric support for the past one year. As a result of comparison between cardiologist and oncologist, the cardiologists were little experience of psychiatric support. That is the counseling (OR, 0.46 ; CI, 0.26-0.80) , prescription of hypnotic (OR, 0.53 ; CI, 0.30-0.92) , prescription of antidepressant (OR, 0.55 ; CI, 0.31-0.97) and prescription of antipsychotic (OR, 0.20 ; CI, 0.06-0.57) . On the other hand, as a result of comparison between diabetologist and oncologist, the diabetologists were little experience of psychiatric support. That is the counseling (OR, 0.52 ; CI, 0.30-0.89) , prescription of hypnotic (OR, 0.47 ; CI, 0.27-0.81) , prescription of antianxiety (OR, 0.38 ; CI, 0.21-0.65) , prescription of antidepressant (OR, 0.55 ; CI, 0.31-0.95) , and prescription of antipsychotic (OR, 0.15 ; CI, 0.03-0.45) . Conclusions : This study suggests that the need of the development of the method to support appropriate enforcement, prescription.

## 【Key Words】

depression, psychiatry, complication

## I. はじめに

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
社会精神保健研究部  
Organization Department of Social Psychiatry, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology  
and Psychiatry  
187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

わが国では2000年より、21世紀において、日本に住む人ひとりひとりの健康を実現するため、2010年度を目途とし、疾病による死亡、罹患、生活習慣上の危険因子など健康に関わる具体的な目標などを示した、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」

が全国で展開されている<sup>15)</sup>。健康日本21では、食生活・栄養、休養・こころの健康、糖尿病、循環器病、がんを含む9分野について目標設定されている。がんはわが国最大の死亡原因であり<sup>16)</sup>、循環器疾患はがんに次ぐわが国の主要な死亡原因の一つである<sup>16)</sup>。また、わが国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している<sup>17)</sup>。

一般に、循環器疾患や糖尿病などの慢性疾患を有すると、うつや不安障害などの精神疾患を合併することが知られている<sup>27)</sup>。うつの有病率は、循環器疾患では20%<sup>30)</sup>、糖尿病11.4-17.6%<sup>1-3)</sup>、がん22-29%<sup>12)</sup>であり、不安障害の有病率は、循環器疾患では21.8%<sup>32)</sup>、糖尿病13.5%<sup>10)</sup>、がん4.7%<sup>19)</sup>である。慢性疾患に精神疾患を合併した際の問題点として、医療費の増加が懸念される。例えば、糖尿病にうつを合併すると、治療に対する意欲が低下することで血糖値のコントロールが不安定となり<sup>5, 20, 24)</sup>、その結果、医療費が増加するとの報告がある<sup>6)</sup>。そこで、精神医学的介入を行うことで、患者の治療に対する意欲の改善や医療費の減少につながることを期待される<sup>9, 11)</sup>。また、身体科疾患を有する患者が精神疾患を合併することにより、治療アドヒアランスが悪くなり、その結果としてQOLの低下につながることも危惧される。つまり、医療費の増加の抑制やQOLの向上等を目的とした、精神科的支援の実施が求められる<sup>13, 23)</sup>。この様な観点より、海外では、ガイドライン等により、慢性疾患に精神疾患を合併した患者に対する診断や治療の基準の策定がわが国より進展しており、精神科的支援の必要性を推奨している<sup>7, 22, 25)</sup>。しかし、わが国において、慢性疾患に精神疾患を合併した患者へのスクリーニングが確立しているとの報告はなく、日常診療のなかでこれらの患者を見落とししている可能性がある。

我々は、慢性疾患患者におけるうつをはじめとする精神疾患の有病率が高く<sup>1-3, 10, 12, 19, 30, 32)</sup>、精神疾患を併発した患者が見逃されやすいという観点より<sup>21, 29)</sup>、精神疾患を併発した患者へ十分な医療サービスを提供できていない可能性があると考えた。そこで本研究では、わが国でのがん医療における精神科医療の位置づけが進展していると言えるがん専門医<sup>18, 28)</sup>に着眼し、精神科医療の位置づけが進んでいないと考えられる循環器医と糖尿病医をがん専門医と比較することにより、診療科間における身体科医師による精神科的支援の態度の違いを把握することを目的とした。

## II. 対象と方法

### 1. 調査方法および調査対象

2008年8月15日から8月31日にかけて、郵送調査による横断研究を実施し、本調査期間内に、調査対象施設の病院長へ調査依頼状および質問票を郵送した。調査対象者は、わが国の精神科病床を有する1,681病院のうち、精神科病床が全病床の50%未満の330病院に勤務する、循環器内科(循環器医)、糖尿病や内分泌代謝内科(糖尿病医)、および各病院においてがんを最も多く診察している科(がん専門医)の医長である。本研究では、身体科医師による精神科的支援の現状を検討することを目的とした。同時に、身体科医師と精神科医による医療の連携に関しても調査を実施したため、精神科病床が全病床の50%未満の一般病院とした。質問票は病院長により、調査対象である診療科の医長へ配布した。

### 2. 調査内容

調査票には、過去1年間に各診療科の医師が実際に患者に対して行った内容を、(1)精神科的支援(薬物療法やカウンセリング)の必要性を感じた患者がいたか否か、(2)精神科的支援に対する経験の有無(1. カウンセリングの実施の経験、2. 抗不安薬処方経験、3. 睡眠薬処方経験、4. 抗うつ薬処方経験、5. 抗精神病薬処方経験、6. 精神科医師との連携の経験)、および(3)医師の年齢、性別、臨床経験年数(1. 10年以下、2. 11年から20年、3. 21年以上)に関し回答を求めた。

### 3. 統計解析

本研究では、精神科的支援の必要性および経験の違いに関し循環器医および糖尿病医とがん専門医を比較するため、オッズ比(OR)およびORの95%信頼区間(CI)を計算した。二次的に精神科的支援の実態を記述するために全体および循環器医、糖尿病医ならびにがん専門医それぞれの群についての比率を計算した。また、調査対象者が所属する一般病院での精神科病床数が、本調査に影響があるか解析するため、点双列相関係数を算出した。

本調査の分析には、統計解析ソフトウェアR(ver. 2.13.2)<sup>31)</sup>を用いた。

#### 4. 倫理的配慮

調査依頼書に本研究の意義、目的、方法、研究機関名を記載し、調査対象者は自由意志に基づく無記名調査である等の倫理的配慮を施し、研究者宛てに質問票の返信をもって、医師の調査協力の同意が得られたものとした。本研究は、疫学研究に関する倫理指針に従うとともに、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得たのち、調査を実施した。

### III. 結果

#### 1. 調査協力施設および医師の概要

表1および図1に示すように、3診療科のうち、いずれかでも質問票の返送のあった156病院を分析対象とした。回収率は、循環器医、糖尿病医、がん専門医の順に、31.2% (n = 103)、32.4% (n = 107)、33.3% (n = 111)であった。ただし、回収した質問票のうち、1名のがん専門医が未回答であったため、分析の対象より除外した。したがって、分析対象は循環器医103名、糖尿病医107名、およびがん専門医110名の総計320名であった。

#### 2. 調査対象者の属性

表1に示すように、性別を比較した結果、回答者の多くは男性医師によるものであった。年齢階級別にみると、医長に対して調査をしたため、40歳代および50歳代の医師による回答が多かった。さらに臨床経験別にみると、臨床経験の長い医師による回答が多かった。

#### 3. 調査対象施設の特性

表2に示すように、精神病床数が10%未満である病院は調査対象施設全体の43.4%と多く、精神科病床数が40-49.9%である病院は6.3%と少なかった。

#### 4. 精神科的支援の必要性について

表3に示すように、過去1年間に精神科的支援の必要性を感じた患者がいたと回答した医師は、68.2-77.2%であった。また、調査対象とした医師が所属する一般病院の全病床に対する精神科病床の割合と調査対象者が認識する精神科的支援が必要である患者の認識との間の点双列相関係数を求めた結果、循環器医 (r = 0.040)、糖尿病医 (r = 0.140)、

がん専門医 (r=0.004) であり、いずれも有意な差異はなかった。

#### 5. 向精神薬処方経験の比較

表3に示すように、循環器医はがん専門医と比べ、睡眠薬 (OR, 0.53 [CI, 0.30-0.92])、抗うつ薬 (OR, 0.55 [CI, 0.31-0.97])、抗精神病薬 (OR, 0.20 [CI, 0.06-0.57]) の処方経験が有意に少なかった。また、循環器医はがん専門医と比べ、抗不安薬 (OR, 1.07 [CI, 0.60-1.94]) の処方経験は同程度であった。糖尿病医は、がん専門医と比べ、抗不安薬 (OR, 0.38 [CI, 0.21-0.65])、睡眠薬 (OR, 0.47 [CI, 0.27-0.81])、抗うつ薬 (OR, 0.55 [CI, 0.31-0.95])、抗精神病薬 (OR, 0.15 [CI, 0.03-0.45]) の処方経験が有意に少なかった。また、調査対象とした医師が所属する一般病院の全病床に対する精神科病床の割合と向精神薬処方の経験との間の点双列相関係数を求めた結果、循環器医では抗不安薬 (r = - 0.02)、睡眠薬 (r = 0.03)、抗うつ薬 (r = 0.04)、抗精神病薬 (r = - 0.04)、糖尿病医では抗不安薬 (r = - 0.10)、睡眠薬 (r = - 0.08)、抗うつ薬 (r = - 0.14)、抗精神病薬 (r = - 0.02)、がん専門医では抗不安薬 (r = - 0.06)、睡眠薬 (r = 0.04)、抗うつ薬 (r = 0.02)、抗精神病薬 (r = 0.04) であり、いずれも有意な差異はなかった。

### IV. 考察

本研究では、わが国の一般病院における、循環器医、糖尿病医、およびがん専門医がどの程度、薬物療法をはじめとする精神科的支援を経験しているか比較し、精神科的支援の現状を把握することを目的とした。分析の結果、過去1年間に精神科的支援の必要性を感じた患者が存在したと回答した医師は、68.2-77.7%であった。また、過去1年間の精神科的支援の経験について、糖尿病医はがん専門医と比べ、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の処方経験が有意に少なかった。循環器医はがん専門医と比較して、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の処方経験が有意に少なく、抗不安薬の処方経験は同程度であることが明らかとなった。

循環器疾患、糖尿病およびがん、精神疾患を合併する割合は4 - 29%程度であることが知られている<sup>1-3, 10, 12, 19, 30, 32</sup>)。この合併症例の割合を考慮すると、過去1年間に多くの身体科医師が診察の際に精

神疾患を合併した患者を診察していると推定される。以上の推定より我々は、「過去1年間に精神科的支援の必要性を感じた患者が存在した」と調査対象者全員が回答すると予測した。しかし、過去1年間に精神科的支援の必要性を感じた医師は全員ではなかった(68.2-77.7%)。その理由として、本研究では精神科が併設されている一般病院の身体科医師に限定しており、身体科医師が診察を行った患者の一部には、既に精神科医によって精神科的支援を受けている可能性がある。

本研究では、精神科的支援の必要性に関して糖尿病医の認識はがん専門医と比べ有意な差はない。その要因として、表3に示すように治療を始める前から連携をとった経験のある医師ががん専門医と比べ有意に多く、糖尿病医はがん専門医と比べ抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の処方経験が有意に少なかったことがあげられる。これは、糖尿病を合併した患者を、精神科医は糖尿病医へ紹介する機会が多くなると推察される。わが国における糖尿病医は、過去1年間に精神科医により紹介を受けた患者を診察する機会が多く、既に精神科医によって精神科的支援を受けている患者が多数存在することが示唆された。

精神科的支援の必要性に関して、循環器医の認識はがん専門医と比べ有意な差がなく、糖尿病医とは異なる要因が考えられる。表3に示すように、治療を始める前または始めてから連携をとった経験のある医師はがん専門医と比べ有意な差はない。このことから推察するに、循環器医とがん専門医は精神疾患を併発した患者を見落とししている可能性を示唆している。精神疾患を併発した患者の見落としを改善するには、日常の診察において精神科医との連携の実施が求められる。

わが国でのがん医療における精神科医療の位置づけは他科より進展していると言えよう。平成19年のがん対策基本が制定され、「がん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」<sup>18)</sup>に資するために、がん患者の精神科的支援の重要性が位置づけられた。サイコオンコロジー学会が1980年代に設立され、また日本総合病院精神医学会からは精神腫瘍学クイックリファレンスが出版されている<sup>28)</sup>。精神療養や薬物療法についての指針がわが国の専門家によってまとめられ<sup>28)</sup>、がん専門医にも専門情報が容易に得られる環境が整備されている。し

かし、循環器医と糖尿病医はがん専門医のように精神療養や薬物療法についての指針がまとめられてなく、精神科的支援の体制は改善されていない。

なお向精神薬処方の経験に関し、抗不安薬処方の経験はがん専門医と、循環器医との間に、ほぼ違いはなかった。わが国における抗不安薬処方件数は欧米と比べ、突出していることが知られている<sup>26)</sup>。ベンゾジアゼピン系医薬品には、薬物依存や高齢者による転倒、骨折等の副作用が知られているため<sup>4, 8, 14, 22)</sup>、身体科医師がベンゾジアゼピン系医薬品を処方する際は、精神科医へ十分な相談を行うことが求められる。

## V. 本研究の限界

本研究における限界は、第1に、精神科を有さない一般病院と精神科病床が全病床の50%を超える一般病院を除外していることより、わが国の医療機関全体を反映している調査結果とは言い難い。また、医長に対してアンケート調査を実施しているため、診療および治療を日常の業務としている医師の実態を、反映しているとは限らない。

第2に、調査対象者へアンケートのみ回答を求めたが、今後同様な研究を実施する際は、調査対象者へインタビューを実施し、患者特性や診療実態を把握することが求められる。

第3に、本研究を実施するにあたり、精神科病床を有さない一般病院をリストアップすることができなかった。精神科病床を有する一般病院を対象とすることで、数名の精神科医が在職していることが示唆され、精神科医が在職していない一般病院と比べ、精神科的支援の改善の可能性が高いことが期待される。また、身体科医師は精神疾患を合併した患者を診た場合、精神科病床を有する一般病院では院内に在職する精神科医に相談や紹介を直ちにできるが、精神科病床を有さない一般病院では精神科医が在職する他院へ紹介することが求められ迅速に対応できないなどが考えられ、精神科病床を有する一般病院の身体科医師と精神科病床を有さない一般病院の身体科医師では、精神科的支援に対する役割に違いがある可能性がある。今後は、役割の違いについても調査、検討の実施が求められる。

第4に、精神科的支援の実施状況に差が生じている理由は本研究では把握できない。例えば、精神疾患の診断や治療・対処方法に関する技術的問題等が

あげられる。これら理由を把握するためにも、さらに調査検討すべき課題である。

## VI. 結語

本研究により、身体科医師による精神科的支援の実施経験に差が認められた。本研究は、経験差の要因を明らかにすると同時に、適切な実施・処方支援する方法の開発の必要性を示唆している。

## 謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金（H18 - ところ - 一般 - 009：自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究）の助成を受けた。

## 文 献

- 1) Ali S, Stone MA, Peters JL et al : The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes : a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 23 : 1165-1173, 2006.
- 2) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al : The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes : a meta-analysis. *Diabetes Care* 24 : 1069-1078, 2001.
- 3) Clarke DM, Currie KC : Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases : a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 190 : S54-60, 2009.
- 4) Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS et al : Risk factors for hip fracture in white women. *Study of Osteoporotic Fractures Research Group. N Engl J Med* 332 : 767-773, 1995.
- 5) de Groot M, Anderson R, Freedland KE et al : Association of depression and diabetes complications : a meta-analysis. *Psychosom Med* 63 : 619-630, 2001.
- 6) Egede LE, Ellis C : Diabetes and depression : global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract* 87 : 302-312, 2010.
- 7) Excellence. NIfHaC : The treatment and management of depression in adults with chronic physical health problems (partial update of CG23) . . 2009.
- 8) Fujiwara S, Kasagi F, Yamada M et al : Risk factors for hip fracture in a Japanese cohort. *J Bone Miner Res* 12 : 998-1004, 1997.
- 9) Goldberg RJ, Stoudemire A : The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatric units in the era of managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 17 : 268-277, 1995.
- 10) Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE et al : Prevalence of anxiety in adults with diabetes : a systematic review. *J Psychosom Res* 53 : 1053-1060, 2002.
- 11) Hall RC, Frankel BL : The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatr Serv* 47 : 418-420, 1996.
- 12) Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J et al : Depression in advanced disease : a systematic review Part I. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 16 : 81-97, 2002.
- 13) Ito H, Kishi Y, Kurosawa H : A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 21 : 57-61, 1999.
- 14) Khong E, Sim MG, Hulse G : Benzodiazepine dependence. *Aust Fam Physician* 33 : 923-926, 2004.
- 15) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 : 「健康日本 21」中間評価報告書 . 東京 , 2008.
- 16) 厚生労働省 : 平成 21 年 (2009) 人口動態統計 (確定数) の概況 . 東京 , 2010.
- 17) 厚生労働省 : 平成 21 年 国民健康・栄養調査結果の概要 . 東京 , 2010.
- 18) 厚生労働省 : がん対策推進基本計画 . 東京 , 2007.
- 19) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T et al : Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 88 : 2817-2823, 2000.
- 20) Le TK, Able SL, Lage MJ : Resource use among patients with diabetes, diabetic neu-

- ropathy, or diabetes with depression. *Cost Eff Resour Alloc* 4 : 18-26, 2006.
- 21) Li C, Ford ES, Zhao G et al : Undertreatment of mental health problems in adults with diagnosed diabetes and serious psychological distress : the behavioral risk factor surveillance system, 2007. *Diabetes Care* 33 : 1061-1064, 2010.
- 22) Lichtman JH, Bigger JT, Jr., Blumenthal JA et al : Depression and coronary heart disease : recommendations for screening, referral, and treatment : a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research : endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 118 : 1768-1775, 2008.
- 23) Lin EH, Katon W, Von Korff M et al : Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27 : 2154-2160, 2004.
- 24) McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al : The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 348 : 2635-2645, 2003.
- 25) Mitka M : Routine depression screening advised for patients with coronary heart disease. *JAMA* 300 : 2356-2357, 2008.
- 26) 村崎光邦 : わが国における向精神薬の現状と展望 -21世紀を目指して. *臨床精神薬理* 4 : 3-27, 東京, 2001.
- 27) Niti M, Ng TP, Kua EH et al : Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults : the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 22 : 1087-1094, 2007.
- 28) 小川朝生, 内富庸介 : 精神腫瘍学クイックリファレンス. 創造出版, 東京, 2009.
- 29) Passik SD, Dugan W, McDonald MV et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 : 1594-1600, 1998.
- 30) Rutledge T, Reis VA, Linke SE et al : Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 48 : 1527-1537, 2006.
- 31) Team R : R : A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing Vienna Austria ISBN 3, 2008.
- 32) Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT et al : Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 125 : 241-248, 2010.

表 1. 回答者の属性の比較

		全回答者 (n=320)		循環器医 (n=103)		糖尿病医 (n=107)		がん専門医 (n=110)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
性別	男性	304	95.0	102	99.0	96	89.7	106	96.4
	女性	16	5.0	1	1.0	11	10.3	4	3.6
年齢	29歳以下	2	0.6	0	0	1	0.9	1	0.9
	30-39歳	46	14.4	13	12.6	16	15.0	17	15.5
	40-49歳	158	49.4	62	60.2	40	37.4	56	50.9
	50-59歳	102	31.9	24	23.3	46	43.0	32	29.1
	60-69歳	8	2.5	2	1.9	3	2.8	3	2.7
	70-79歳	1	0.3	0	0	1	0.9	0	0
	未記入	3	0.9	2	1.9	0	0	1	0.9
臨床経験	10年以下	10	3.1	2	1.9	5	4.7	3	2.7
	11年から20年	125	39.1	50	48.5	37	34.6	38	34.5
	21年以上	185	57.8	51	49.5	65	60.7	69	62.7

表 2. 調査施設の特徴

精神科病床割合	n	%
10%以下	144	43.4
10-19%	61	18.4
20-29%	72	21.7
30-39%	34	10.2
40-49.9%	21	6.3

表 3. 3科の回答分布の比較

	循環器医	糖尿病医	がん専門医	循環器医 vs がん専門医	糖尿病医 vs がん専門医
	%	%	%	OR (95% CI)	OR (95%CI)
精神的支援の必要性	77.7	68.2	76.6	1.06 (0.56-2.03)	0.66 (0.36-1.20)
カウンセリング経験	30.1	32.7	48.6	0.46 (0.26-0.80) *	0.52 (0.30-0.89) *
抗不安薬の利用経験	70.9	45.8	69.4	1.07 (0.60-1.94)	0.38 (0.21-0.65) *
睡眠薬の利用経験	55.3	52.3	70.3	0.53 (0.30-0.92) *	0.47 (0.27-0.81) *
抗うつ薬の利用経験	31.1	30.8	45.0	0.55 (0.31-0.97) *	0.55 (0.31-0.95) *
抗精神薬の利用経験	3.9	2.8	17.1	0.20 (0.06-0.57) *	0.15 (0.03-0.45) *
治療をはじめてから連携	59.2	31.8	67.6	0.70 (0.40-1.22)	0.23 (0.13-0.40) *
治療をはじめる前から連携	35.9	52.3	32.4	1.17 (0.66-2.06)	2.28 (1.32-3.97) *

\* P &lt; 0.05

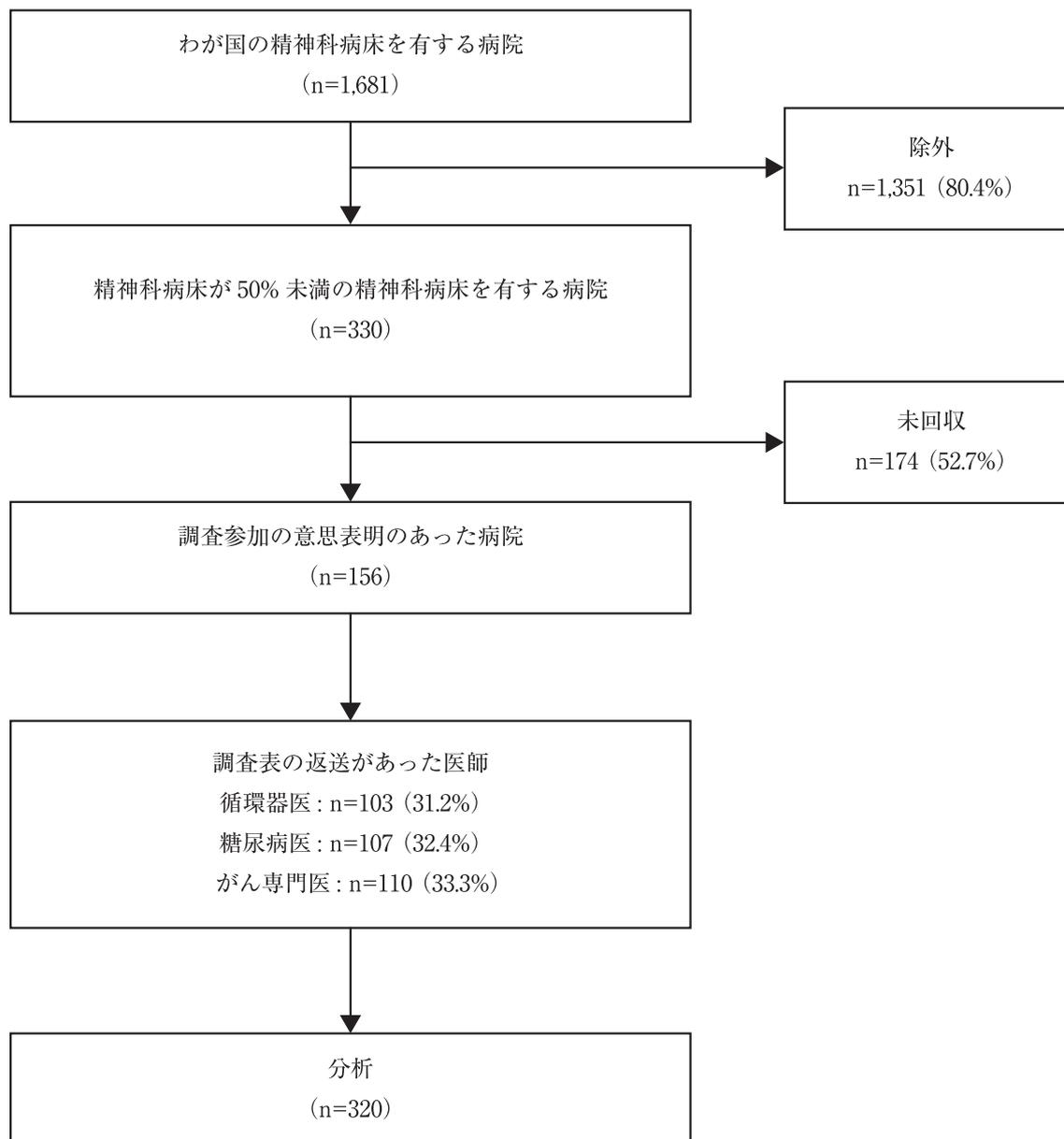


図1. 調査対象

## 【資料論文】

## 千葉県障害者条例の施行にともなう相談活動の変化

Changes in the caseloads of counseling systems after the enactment of the Advocacy Law for Persons with Disabilities in Chiba Prefecture

堀口寿広<sup>a)</sup>、高梨憲司<sup>b)</sup>、佐藤彰一<sup>c)</sup>

Toshihiro Horiguchi, Kenji Takanashi, Shouichi Sato

## 【抄録】

わが国が国連障害者条約に批准し「障害を理由とする差別」を禁止する法制度を施行したとき社会に生じる変化を予測できる資料を得ることを目的として、国内初の障害者の権利擁護を目的とした条例を施行した千葉県において、「障害を理由とする差別」の関わる相談の頻度と特徴を調査した。平成19年から21年の毎年同時期に県内のすべての相談機関を対象として、すべての相談件数と、そのうち「障害を理由とする差別」の関わる相談件数をたずねるアンケート調査を実施した。相談の特徴として、内容では18年と19年の調査では福祉サービスの利用に関するものが多く、相談者の障害種別では肢体不自由者からの相談が多かった。3回の調査に回答した機関において相談件数の年次差を見ると、専門機関15箇所における変化率は、すべての相談が1.11、差別の相談が0.60であった。同様に、その他の機関119箇所では、すべての相談が1.06、差別の相談が1.00であった。差別の相談件数が条例の施行後に変化することはなかった。千葉県での調査結果から、国が差別禁止法を施行した場合でも権利擁護を求める相談件数が増加することはなく、法の施行により社会に変化が生じても現行の相談体制で対応できると考えた。

## 【Abstract】

We researched the frequencies and features of discrimination cases against persons with disabilities in Chiba Prefecture, where the first local law for the advocacy of disabled persons was established in Japan, as we hypothesized that the changes observed in Chiba may predict those for all of Japanese society if Japan were to ratify the "U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities" and constitute a national law to ban discrimination against disabled persons. Every year from 2007 - 2009, we mailed questionnaires to all the counseling offices in Chiba Prefecture to collect information regarding the numbers of consultation cases and visits related to discrimination against persons with disabilities. The questionnaires sent to the counseling centers for advocacy also asked for additional information regarding the case profiles, including the types of handicaps of the visitors, the contents of their complaints, and the solutions that were provided. In 2006 and 2007, consultations regarding the social welfare system were frequently made by persons with physical handicaps. We compared the numbers reported by the offices that answered all of the questions on the questionnaires. For 15 advocacy centers, the average increase for the three-year period was 1.11 overall and 0.60 for discrimination cases. For 119 other offices, the average increase was 1.06 overall and 1.00 for discrimination cases. Consequently, the caseload related to discrimination did not differ significantly after the initiation of the law. Based on these findings for Chiba Prefecture, we assumed that the number of requests for advocacy consultation would not increase and that the demands of social changes could be met by the present counseling system even if a special law were to be initiated nationwide.

## 【Key Words】

権利擁護, 国連障害者条約, 差別, 障害, 条例  
advocacy, disabilities, discrimination, law, the U.N. Convention

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
社会精神保健研究部  
Department of Social Psychiatry, National Institute of  
Mental Health, National Center of Neurology and Psy-  
chiatry  
187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

b) 社会福祉法人 愛光

c) 法政大学大学院 法務研究科

## I. はじめに

「障害者の権利擁護」の定義として、「障害者の日常生活における権利侵害に対して求められるもの」とする立場<sup>5)</sup>があり、権利擁護を実施する方法として法制度を用いた救済を行うことをあげている。「障害を理由とする差別」を禁止するとともに差別事例の救済方法を定めることで権利擁護を目的とし

た法律は、海外ではアメリカのADA（障害のあるアメリカ人法）をはじめ、これまでに40カ国以上で制定されている。加えて、国連では「障害者の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的総合的な国際条約」（以下、国連障害者条約）が平成20（2008）年5月に発効し、平成24年2月時点で110カ国が批准している。

わが国では障害者基本法や障害者自立支援法において障害者の権利を擁護すること、障害者への差別を禁止することなどを条文に記す一方で、どのような場合に差別に当たるのか、また、具体的にどのように権利擁護を実施するのかが明示してこなかった<sup>7)</sup>。平成19年9月に国連障害者条約に署名したが、批准に当たり差別禁止を定めた国内法<sup>註</sup>の制定が求められていることから、政府は「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成22年6月29日閣議決定）において「障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等」を課題と定め、今後検討の必要な課題について各省庁へ整理を指示するとともに、障がい者制度改革推進会議の下に差別禁止部会（部会長：棟居快行 大阪大学教授）を設置（同年11月1日付決定）して具体的な議論を行っている。

どのようなことが「障害を理由とする差別」に当たるのか検討するにあたり、現状においてわが国で関連する事例がどの程度発生しているのか。具体的な統計として法務局において扱われる人権審判事件<sup>2) 3)</sup>をみると、障害者への差別待遇は、平成19年の1年間に全国で248件、20年に214件が報告され、すべての人権侵犯事件の1.11%、0.98%であった。また、障害者への差別待遇に関する人権相談件数は、19年に1,174件、20年に1,167件あり、すべての人権相談件数のそれぞれ0.45%、0.43%であった。「障害を理由とする差別」について明確な定義を持たない現行の法制度の下で法務局への相談や救済の申し立てが行われた事例はごく一部と考えられ、実情に即した形で同様の事例の全体数を推測する必要があった。

千葉県（平成23年3月31日現在 人口6,214,641人、各種障害者手帳所持者総数225,444人）は、第三次障害者計画（計画期間16年度～20年度）の中で障害者の生活のしづらさに対応するしくみの一つとして障害者に対する差別をなくすための制度的な対応を提案し、国の動向に先行する形で「障害の

ある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」（以下、千葉県障害者条例）を制定、平成19年7月1日に施行した（条例本文は文献6）および千葉県ホームページ <http://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jourei/index.html> に掲載）。同条例は、「障害があることを理由とした差別」について国連障害者条約をもとに定義し、相談、助言、調停、斡旋など話し合いによる解決を指向している。千葉県の例を参考にすることで、現在までに北海道（平成22年4月1日全条項施行）、岩手県（平成23年7月1日施行）、熊本県（平成24年4月1日全条項施行）、さいたま市（平成24年4月1日全条項施行）で同様の目的を持つ条例がそれぞれ制定されている。さらにそのほかの地域（長野県ほか）でも条例の制定を目指した研究が進んでいる。

千葉県障害者条例については行政と県民とが参加した条例作りの過程が詳細な記録として公表されているが、そのような条例を制定すると相談が急増し現場が混乱するのではないかといった声のあったことが記されており<sup>6)</sup>、障害者の権利擁護について法制度を設けると救済に対する潜在的なニーズが賦活され、相談の結果として訴訟が増加する等して地域社会に混乱が生じることを懸念する人たちの存在が示唆される。国が「障害を理由とする差別の禁止に関する法律」を制定したときにどのような変化が社会に生じるのか予測するとともに、どのような法制度とすることが最適か検討する上で、先行事例である各地の状況を評価することは有意義である。とくに最初の事例である千葉県で観察される変化は、全国規模で観察される変化を予測する際に大いに参考になると考えられる。

## II. 対象と方法

本研究では、障害を理由とする差別事例の発生頻度について基礎的なデータを得ることを目的として千葉県内で実施された各種相談について千葉県障害者条例の施行前後3年度間にわたり調査を行った。

### 1. 対象

生活の様々な場面で発生し得る「障害を理由とする差別」の事例をより広範囲に収集できるよう、千葉県内のすべての相談機関（県のホームページ等で相談機関として掲載があるもの、もしくは実施する

業務内容に相談が含まれると推測されるものを基準として選定)を調査対象とした。大別すると行政機関は、県庁各課および児童相談所7箇所、保健所・健康福祉センター16箇所、更生相談所(障害者センター)2箇所、県警察本部および警察署等46箇所、法務局(出張所含む)19箇所、児童相談所5箇所、ハローワーク5箇所、消費生活センター14箇所、全54市町村(36市17町1村)の障害福祉課、児童家庭課等、保健センター、教育委員会(教育相談所等)等(19年の調査で合計636箇所)である。高齢者福祉施設は、デイサービスセンター72箇所、在宅介護支援センター35箇所、特別養護老人ホーム27箇所等(同401箇所)である。障害者福祉施設は、(旧)知的障害者更生施設24箇所をはじめ身体、知的、精神障害の各種施設、発達障害支援センター等(同622箇所)である。児童福祉施設は、通園施設、児童養護施設、子育て支援センター等である。平成20年、21年に実施した調査では、子育て支援に関する相談活動を調査する目的で保育所732箇所を新たに対象とした。教育機関は、公立小中学校1,273箇所、特別支援学校39箇所をはじめ県内に所在する高校、大学、一部の専門学校等(1,503箇所)とした。医療機関は、精神保健福祉センター、国公立病院および基幹病院等(同105箇所)である。その他、各社会福祉協議会、各種障害当事者団体、裁判所や弁護士会、医師会、歯科医師会、看護師会等の職能団体等である。

## 2. 方法

本研究では調査対象をつぎの2つに分けた。まず、①専門機関として中核地域生活支援センター等15箇所(中核市に開設されたもの2箇所を含む)と、広域専門指導員16人の合計31箇所・人である。中核地域生活支援センターは地域の総合福祉コーディネーターを行うことを目的とした千葉県独自の事業で、県内の各種法人に事業委託され、事業目的に権利擁護を含む相談機関として障害福祉圏域ごとに設置されたものである。中核市においても同様の機能を有する機関があることからあわせて対象とした。また、広域専門指導員は千葉県障害者条例にもとづき県が新たに設置した専門の相談員であり、圏域ごとに1人が配され健康福祉センター(保健所)等で相談を実施している。担当者が条例について知悉していることに加えてこれらの専門機関は相談事例

について件数だけでなく相談者の特性や相談内容について定期的に県へ事業報告を実施していることから、調査において相談件数以外の情報を収集し得た。なお、平成20年に実施した調査については、柏市が中核市に移行し調査時点で広域専門指導員が定まっていなかったことから、調査は30箇所・人について調査を実施した。

つぎに、①以外の機関は②としてまとめた。とくに福祉施設は事業ごとに名簿を参照したことから所在地から同一の施設内で複数の窓口があると考えられるものがあつたが、原則として窓口単位で発送したため、名簿上の機関数と発送数とが同一ではない。回答時に機関の種類を提示した選択肢から回答してもらったが、著者らと異なる判断基準で回答したもの(例:保育所が官公庁と回答する等)、種別の異なる窓口の回答を一括して回答したものがあつた。最終的に、発送数ベースで平成19年に実施した調査では合計3,308箇所、20年に実施した調査では6,065箇所、21年に実施した調査では6,015箇所を調査対象とした。

質問項目は、①の専門機関については、相談活動の実施状況として、(1)受付の方法、(2)広報の方法、(3)相談マニュアルの有無、(4)件数の集計方法、(5)調査期間内の件数、(6)事例の分野別に利用者の特徴・連携先・相談の経過、(7)地域連携に関する自由回答をたずねた。

②の機関については、上記(1)～(5)、(7)に加え、(8)相談の実施の有無、(9)条例の認知度、(10)条例に関連した相談員制度の認知度をたずねた。

質問項目のうち、(5)の件数に関する質問は、実績として、調査を実施した年をx年としたとき、つぎの(ア)から(カ)の6つの数値をたずねた。

(ア)平成x-1年度(平成x-1年4月1日～平成x年3月31日)の相談件数

(イ)そのうち、「障害があることを理由とした差別」に当たると思われる事例の相談件数

(ウ)平成x-1年7月～10月の相談件数

(エ)そのうち、「障害があることを理由とした差別」に当たると思われる事例の相談件数

(オ)平成x年の7月～10月の相談件数

(カ)そのうち、「障害があることを理由とした差別」に当たると思われる事例の相談件数

なお、(イ)(エ)(カ)については、すべての回答者が千葉県障害者条例を知悉しているとは限らな

いことから、「障害があることを理由とした差別」と千葉県障害者条例における文言を使用しつつも条例の定義に当てはまる事例とはせず「『障害があることを理由とした差別』に当たると思われる事例」と表記して質問した。また、条例施行直後の短期的な変化を見ること、直近の数値を得ること、この期間の数値が年間の相談件数の1/3となるか確認することができるため、(ウ)～(カ)において7月～10月という期間を設けた。(ア)～(カ)の6つの数値について、年度ごとに集計した数値を機関種別、16の圏域間で比較した。

対象となる各機関には、機関名を宛名として調査の主旨を説明し協力を依頼する文書と共に、相談活動の実施状況をたずねる記名式の質問紙を発送し、郵送で回収した。調査時期は平成19、20、21年の各10月下旬から12月末である。各年度の調査の実施にあたり条例に関する窓口となっている県健康福祉部障害福祉課障害者計画推進室と相談し、①の専門機関については調査用紙の発送に先立ち各年度の定例連絡会議に出席し、担当職員に調査の主旨を文書と口頭で説明して協力を依頼した。

しかしながら、回答することが任意の質問紙調査であったため同一の対象に依頼してもすべての機関から3回とも回答が得られることはなかった。また、前述の通り対象とした機関はすべての調査で同数ではなかった。そこで、相談件数の年次変化を見るために3回の調査すべてに回答した機関の回答を用いた。件数の増減を表す値として相談件数の前年度比(例： $x$ 年(ア)/ $x-1$ 年(ア))を算出し平均(相乗平均)値を算出した。対象①の機関のうち、中核地域生活支援センター等は平成16年から活動していることから4年間の増減について、条例により19年度途中に設置された広域専門指導員は、18年度の実績を回答することができないため3年間の増減について求めた。

### 3. 倫理的配慮

本研究は相談件数という機関の実績を質問したものであり、具体的な個々の相談内容、相談利用者個人を特定しえる情報を一切扱っていない。各年度の調査にあたり、国立精神・神経センター倫理委員会から実施の承認を得た。(承認番号：19-7-事3、20-6-事2、21-6-6)

## Ⅲ. 結果

### 1. 専門機関の調査結果

平成19年に実施した調査で25箇所(発送31箇所に対する回収率80.65%)、20年に実施した調査で23箇所(発送30箇所に対する76.67%)、21年に実施した調査で19箇所(31発送箇所に対する61.29%)から回答を得た。

回答から確認できた各年の相談件数はつぎの通りである。なお、相談件数の単位については、「実人数を集計」が最も多かった(21年に実施した調査で8箇所、回答のあった19箇所の42.11%)が、対象②の各種相談機関の集計方法に合わせるため、回答に複数の単位の異なる数値が記されている場合はのべ件数を集計した。また、件数について記入のなかった回答は、記入しなかった理由がさまざま考えられたが回答ごとに理由を確認しなかったため、本調査では数値に置き換えず空欄のままとした。

「すべての相談」件数は、18年度(18年4月1日～19年3月31日)は全25箇所の回答の合計50,914件(のべ数、以下同じ)、19年度は23箇所の合計75,976件、20年度は19箇所の合計44,373件あった。「障害があることを理由とした差別」の相談件数は、18年度は全回答の合計477件、19年度は合計510件、20年度は合計226件あった。年間の相談件数に占める比率を機関ごとに求めたときの平均値はそれぞれ、18年度は0.02、19年度は0.23、20年度は0.38であった

各年の7月～10月の「すべての相談」について、内容を条例で規定された分野別に見ると、18年はのべ318件(回答した25箇所の合計件数、分野を明示した337件の94.36%)、19年はのべ2,106件(回答した23箇所の合計件数、分野を明示した6,524件の32.28%)と福祉サービスに関する相談が最も多く、20年は不動産の取引に関する相談がのべ54件(回答した19箇所の合計件数、分野を明示した136件の39.71%)、21年は虐待に関する相談がのべ21件(回答した19機関の合計件数、分野を明示した103件の20.39%)とそれぞれ最も多かった。

相談の特徴として、主たる障害種別の特徴は19年がのべ18件(回答した23機関の合計件数、障害種別を明示した58件の31.03%)、20年がのべ11件(回答した19機関の合計件数、障害種別を明示した42件の26.19%)と肢体不自由者が最も多く、

21年にはのべ31件（回答した19機関の合計件数、障害種別を明示した57件の54.39%）と精神障害者が多かった。

相談に当たり連携した機関（複数回答）について、連携した機関のうちで最も多かった県障害福祉課が占める割合は、19年は38.67%、20年は23.38%、21年は21.67%であった。次に多かった市町村の担当課の占める割合は、19年は10.67%、20年は12.99%、21年は20.00%であった。

相談の経過は、19年は「継続して相談に応じているもの」がのべ4,120件（回答した23機関の合計件数、経過を明示した4,322件の95.33%）と最も多く、20年および21年は「情報提供、助言等により終結したもの」が、各々のべ29件（回答した19機関の合計件数、経過を明示した63件の46.03%）、のべ39件（回答した19機関の合計件数、経過を明示した65件の60.00%）と最も多かった。

つづいて、3回の調査全てに回答した15箇所について、条例施行前の18年度を含む3年度間の相談件数を比較し、前年度に比べた増減率の平均値を求めた。

15箇所の年間の「すべての相談」件数は、18年度は合計26,185件、19年度は合計43,560件、20年度は合計44,061件であった。「障害があることを理由とした差別」の相談件数は、18年度は合計398件、19年度は合計408件、20年度は合計225件あった（表1）。相談件数を3年度間で比較したところ、有意な差を認めなかった（Friedman検定）。

年度内の「すべての相談」件数、年度内の「障害があることを理由とした差別」の件数、7月～10月の「すべての相談」件数、同時期の「障害があることを理由とした差別」の相談件数について、前年度比の値の平均を求めたところ、年間の「すべての相談」件数の1.11（中央値）、「障害があることを理由とした差別」の相談件数は0.60であった。7月～10月の「すべての相談」件数は0.82、同時期の「障害があることを理由とした差別」の相談件数は0.58であった。7月～10月の「すべての相談」件数について、相談内容の分野別に増減率の平均を求めたところ、中央値が1.00を超えたものは「その他の分野」の相談のみであった（表2）。

## 2. 各種機関の調査結果

平成19年に実施した調査で1,281箇所（発送3,308

箇所に対する回収率38.72%）、20年に実施した調査で1,574箇所（6,065箇所に対する25.95%）、21年に実施した調査で1,573箇所（6,015箇所に対する26.15%）から回答を得た。

相談を「実施している」と回答したのは、19年に実施した調査では681箇所（全回答1,281箇所の53.16%）、20年に実施した調査では1,005箇所（同1,574箇所の63.9%）、21年に実施した調査では967箇所（同1,573箇所の61.47%）あった。

相談件数の集計方法は、「のべ件数として集計」が最も多く、19年に実施した調査では332箇所（相談を実施している681箇所の48.75%）、20年に実施した調査では341箇所（同1,005箇所の33.93%）、21年に実施した調査では318箇所（同967箇所の32.89%）あった。次いで多かったのは「のべ件数による集計と、実人数による集計の併用」で、19年に実施した調査では191箇所（相談を実施している681箇所の28.05%）、20年に実施した調査では220箇所（同1,005箇所の21.89%）、21年に実施した調査では195箇所（同967箇所の20.17%）あった。「集計を実施していない」という回答は、19年に実施した調査では54箇所（相談を実施している681箇所の7.93%）、20年に実施した調査では338箇所（同1,005箇所の33.63%）、21年に実施した調査では364箇所（同967箇所の37.64%）あった。

相談マニュアルを用意しているかについては、「用意していない」という回答が最も多く、19年に実施した調査では348箇所（相談を実施している681箇所の51.10%）、20年に実施した調査では530箇所（同1,005箇所の52.74%）、21年に実施した調査では536箇所（同967箇所の55.43%）あった。次いで多かった回答は「独自のマニュアルがある」で、19年に実施した調査では130箇所（相談を実施している681箇所の19.09%）、20年に実施した調査では214箇所（同1,005箇所の21.29%）、21年に実施した調査では211箇所（同967箇所の21.82%）あった。

条例について「知っている」という回答は、19年に実施した調査では642箇所（全回答1,281箇所の50.12%）、20年に実施した調査では613箇所（同1,574箇所の38.95%）、21年に実施した調査では610箇所（同1,573箇所の38.78%）あった。「よく知っている」という回答と合わせると、19年に実施した調査では782箇所（61.05%）、20年に実施した調査では744箇所（47.27%）、21年に実施した調

査では735箇所(46.73%)あった。「初めて名前を聞いた」という回答は、19年に実施した調査では126箇所(9.84%)、20年に実施した調査では236箇所(14.99%)、21年に実施した調査では231箇所(14.69%)あった。

回答から確認できた各年度の相談件数はつぎの通りである。なお、相談件数の単位については、行政機関を中心として業務量を表す単位である「のべ件数」による集計を実施している回答が最も多かったことから、回答に記された数値のうちのべ件数を優先して採用してまとめた。

「すべての相談」件数は、回答のあった機関の数値を合計すると平成18年度(平成18年4月1日～19年3月31日)はのべ679,480件、19年度は912,602件、20年度は634,392件であった。「障害があることを理由とした差別」の相談件数は、18年度は512件、19年度は1,765件、20年度は1,770件あった。回答のあった機関ごとに求めた、「すべての相談」件数に占める比率は、平均値で18年度は0.004、19年度は0.01、20年度は0.01であった。

つぎに、3回の調査に回答した119の機関について、条例施行前の18年度を含む3年度間の相談件数を比較し、前年度に比べた増減率の平均値を求めた。各年の調査で前年度の数値をたずねたため一部の数値は再度たずねた形となるが、その場合はより新しい数値を採用した。119箇所の年間の「すべての相談」件数の合計(表3)は、18年度は200,534件、19年度は297,173件、20年度は213,497件であった。「障害があることを理由とした差別」の相談件数は、18年度は71件、19年度は1,343件、20年度は1,288件あった(表4)。相談件数を3年度間で比較したところ、「すべての相談」件数について差を認めた(Friedman  $\chi^2$  (df=2) =10.80, p=0.005)が、「障害があることを理由とした差別」に関する相談の件数については差を認めなかった。また、圏域による相談件数の差は3回の調査で認めなかった(Kruskal-Wallis検定)。

つづいて、前年度比の値の平均を求めた(表5)ところ、年間の「すべての相談」件数は1.06(中央値)、「障害があることを理由とした差別」の件数は1.00、7月～10月の「すべての相談」件数は1.04であった。7月～10月の「障害があることを理由とした差別」の件数については、3回の調査とも回答欄を満たした機関は県庁の1機関のみで、2.05であった。

#### IV. 考察

池原<sup>4)</sup>は、各国の障害者差別禁止法を、規定する内容の特徴をもとに、①社会保障給付を中心に定めているもの(社会保障型)、②一定の政策目標を定めてそれに向けた努力義務を規定するもの(プログラム型)、③障害のある人に権利を認めるもの(権利保障型)と名付けて分類している。池原の分類に照らすと、これまでのわが国の障害福祉に関する法制度は、国(市)民の役割には触れず行政自らの役割を規定するものは制定が容易であることからプログラム型が主であった。しかし、千葉県障害者条例を嚆矢として近年各地で制定の取り組みが広がっている条例(案)は、プログラム型から、国連障害者条例を代表とする権利保障型の特徴を含むものへと移行しているようである。さらに、各地の条例は、「障害を理由とする差別」の定義の仕方によって、生活の領域ごとに具体的な例示をもって規定したもの(千葉県、熊本県、さいたま市、愛知県(案)など)と差別の範囲の具体的な例示を本文に含めないもの(北海道、岩手県)に分けることができ、相談窓口の設定の仕方によって、県・圏域・市町村を並立させたもの(千葉県、熊本県)と一次的な相談窓口として市町村の社会福祉協議会を設定し調整を主とする二次的な役割を県としたもの(岩手県)に分けることができる。さらに、内容の特徴として、障害者雇用機会の創出に向けた具体的な規定を設け施策の計画と実施の義務を自治体に課すことに力点を置いたもの(北海道)をあげることができる。それぞれの条例は地域の事情に応じて制定されたものであることを考慮する必要があるが、わが国で「障害を理由とする差別」を禁止する法律を制定するときのような制度とすることが最も適当であるか、検討を行う上で各条例の運用状況は大いに資するものである。

本研究は、「障害を理由とする差別」を禁止し障害者の権利擁護を目的にもつ条例を全国で初めて施行した千葉県を対象地域として、「障害を理由とする差別」に関する相談の現況を調査し同事例の発生頻度について基礎的なデータを得、条例の施行前後で相談件数に変化があるか検討した。「障害を理由とする差別」の起る要因を解明するためには、個別の相談事例を収集し内容を詳細に分析する必要がある。しかし、相談には様々な個人情報が含まれることから調査で収集することはきわめて困難であった。そこで、本研究では①の専門機関にのみ相談利

用者の障害種別と相談内容の分野をたずねた。なお、件数の単位を「のべ件数」としたことから、相談担当者の業務量を推計することのできる利点の一方で、実際に相談を利用した人数より多く見え、機関ごとの数値にばらつきが生じやすいという不利な点があることを考慮する必要がある。

まず、①の専門機関について相談件数の変化を見るため、3回の調査すべてに回答した15箇所の件数で比較したところ、年度間の相談件数の合計値が18年度から19年度にかけ増加していたが、これは18年度の数値を記載していない回答があったことによるものであり、個別の機関内で対応した数値を比較すると差を認めなかった。

つぎに、②の機関について、3回の調査すべてに回答した119箇所の回答から相談件数の変化を見たところ、年間の「すべての相談」件数に差を認めた。19年度に「すべての相談」の件数が多かったことについては、条例の施行によって潜在していたニーズが一時的に掘り起こされたという可能性も否定できないが、①の専門機関について同様の傾向を認めなかったことと、分野別に見ると18年および19年（ともに7月から10月）には福祉サービスに関する相談が最も多かったことから、障害者自立支援法の本格的な施行（18年10月）に伴い障害福祉サービスの利用に関して全体的に相談が増加したものとみられる。一方、「障害があることを理由とした差別」に関する相談の件数には差はなかった。本調査の結果は、千葉県障害者条例を施行直後に県内で「障害を理由とする差別」に関して相談件数が増加し、条例制定前に一部で懸念されていたような各種機関の業務に混乱が生じるといった事態が認められなかったことを示すものと考えられる。今回の調査結果を、既存の相談機関を活用する相談体制を規定した千葉県障害者条例が「障害を理由とする差別」の相談に対応できたことを示すものと解釈してさらに敷衍すると、「障害を理由とする差別の禁止に関する法律」が既存の相談機関を活用する対応を定めれば、相談件数が急増することがなく現行の相談体制で対応できるのではないかと考える。

ただし、千葉県がまとめた相談事例集<sup>1)</sup>は、相談したことがわかってしまうのを心配して匿名を希望して相談を行った事例を紹介している。条例施行後にも障害者が社会をはばかる現実は、「障害のある人となない人とが対等な関係でない」ことを改めて

示しているのではないか。このことは、障害者の権利擁護を目的とした活動において、相談活動を規定する条例の制定は重要な要素であるが、条例施行後の活動がいかにあるべきか常に検証し改善を図っていく必要があることを示している。マニュアルをさらに整備し「障害を理由とした差別」について認識を共有し権利擁護の意識をさらに高める活動が引き続き必要である。そして、本研究の調査方法をもとに、同様の条例を施行している地域、あるいは今後条例の制定を目指す地域において調査を実施し、それぞれの結果を比較検討することにより、「障害を理由とした差別」の起きる要因を明らかにするとともに地域特性に対応した法制度のあり方について検討することが可能になると期待される。

## 附記

本研究は平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「地域相談ネットワークによる障害者の権利擁護の可能性」（研究代表者：堀口寿広）により実施した。調査にご協力をいただいた多くの団体ならびに個人の皆様に深謝申し上げます。本調査の結果の一部は平成22年度国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所研究報告会（平成23年5月23日）にて発表した。

## 註

平成23年6月に障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（通称：障害者虐待防止法）が制定された（平成24年10月より施行）が、同法の対象とする範囲は「養護者による障害者虐待、障害者福祉施設従事者等による障害者虐待及び使用者による障害者虐待」と定義（第2条）されている。障害者への虐待は、「障害を理由とする差別」の一つの類型として包含されることもあるが、後者はより広い事象を指す概念であり、また、虐待は差別意識を必須としない。

## 文献

- 1) 千葉県健康福祉部障害福祉課：平成20年度「障害のある人もない人もともに暮らしやすい千葉県づくり条例」による相談活動実施状況報告書、2009。
- 2) 法務省大臣官房司法法制部司法法制課：平成

- 19年人権侵犯事件統計, 2008.
- 3) 法務省大臣官房司法法制部司法法制課: 平成20年人権侵犯事件統計, 2009.
- 4) 池原毅和: アジアにおける差別禁止法. ノーマライゼーション: 障害者の福祉 29 (11): 30-33, 2009.
- 5) 井上牧子, 大瀧敦子, 原久美子: 精神障害を有する当事者の視点から見た生活レベルでの権利擁護—精神科医療場面における「権利侵害」の体験—. 目白大学総合科学研究 3: 59-71, 2007.
- 6) 野沢和弘: 条例のある街—障害のある人もない人も暮らしやすい時代—. 東京: ぶどう社, 2007.

表1. 専門機関における相談件数

(単位: のべ件)

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値	回答無記入	合計	中央値
すべての相談件数									
20年度	3,671.8	6,768.9	1,954.0	12	7	23,116	3	44,061	25
19年度	5,445.0	7,872.5	2,783.3	8	14	23,058	7	43,560	2,714
18年度	4,364.2	2,522.0	1,029.6	6	0	7,221	9	26,185	4,222.5
そのうち「障害があることを理由とした差別」 <sup>a</sup> が関連した相談件数									
20年度	18.8	22.6	6.5	12	0	81	3	225	11
19年度	68.0	79.0	32.3	6	3	200	9	408	35.5
18年度	79.6	85.8	38.4	5	0	226	10	398	61
7月-10月の全ての相談件数									
21年	1,014.8	2,010.9	519.2	15	4	7,376	0	15,222	8
20年	1,053.2	2,327.2	622.0	14	3	8,477	1	14,745	6
19年	632.4	1,030.1	285.7	13	5	2,983	2	8,221	14
18年	1,448.4	531.2	237.6	5	716	2,177	10	7,242	1,358
そのうち「障害があることを理由とした差別」が関連した相談件数									
21年	8.0	12.5	3.2	15	0	43	0	120	3
20年	10.4	14.4	3.8	14	1	44	1	146	4
19年	26.0	39.6	11.0	13	0	149	2	338	14
18年	43.2	52.5	23.5	5	0	132	10	216	38

注: 3回の調査すべてに回答した機関15箇所の回答による。広域専門指導員は19年度に設置されたため18年度の活動実績はない。

<sup>a</sup> 千葉県障害者条例における表記を用いた

表2. 専門機関における前年(度)に比べての増減率(相乗平均)

	例数	最小値	最大値	欠測値の数	中央値	四分位間の範囲
すべての相談件数	5	0.66	1.79	10	1.11	0.45
年度内の差別事例件数	3	0.54	0.9	12	0.6	0.27
7-10月の相談件数	13	0.12	1.18	2	0.82	0.5
7-10月の差別事例件数	11	0	1.1	4	0.58	0.46
相談の分野 <sup>b</sup> 別						
福祉サービス	6	0	1	9	0	0.87
医療	3	0	1	12	0	0.75
商品・サービス	5	0	1	10	1	1
労働者の雇用	4	0	2	11	0.5	1.5
教育	5	0	1.41	10	0	1.1
建物・交通機関	4	0	1	11	0.29	0.79
不動産の取引	5	0	1	10	1	0.25
情報の提供	5	0	2	10	1	0.5
虐待	4	0	1	11	0	0.5
その他	2	1	1.28	13	1.14	0.28

注: 3回の調査すべてに回答した機関15箇所の回答による。中核地域生活支援センター等については4年間の増減率を、広域専門指導員は19年度に設置されたため18年度の活動実績はないため、3年間の増減率を求めた。

<sup>b</sup> 相談の分野は条例の規定によった。

表3：その他の機関におけるすべての相談件数

(単位：のべ件)

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値	回答無記入	合計	中央値
20年度									
社会福祉協議会	265.3	562.4	177.8	10	13	1,839	0	2,653	62
医療機関	3,976.5	3,139.6	1,569.8	4	61	7,711	0	15,906	4067
官公庁	2,451.1	2,733.4	386.6	50	24	12,233	0	122,555	1,360.5
高齢者福祉施設	584.6	657.7	208.0	10	28	1,894	0	5,846	265
児童福祉施設	3,166.1	4,241.9	1,279.0	11	109	12,518	0	34,827	585
障害者福祉施設	2,027.0	3,980.9	1,200.3	11	3	12,106	0	22,297	344
当事者団体	295.5	365.6	258.5	2	37	554	0	591	295.5
学校教育機関	420.1	581.3	126.8	21	16	2,623	0	8,822	213
合計	1,794.1	2,749.1	252.0	119	3	12,518	0	213,497	554
19年度									
社会福祉協議会	209.5	369.3	116.8	10	8	1,227	0	2,095	96.5
医療機関	3,024.0	2,414.5	1,207.2	4	70	5,954	0	12,096	3036
官公庁	3,867.4	6,987.2	988.1	50	56	47,234	0	193,368	1,525.5
高齢者福祉施設	834.5	862.4	272.7	10	28	2,490	0	8,345	553.5
児童福祉施設	2,823.0	3,476.6	1,048.2	11	153	10,848	0	31,053	941
障害者福祉施設	4,017.4	10,533.7	3,176.0	11	3	35,208	0	44,191	305
当事者団体	166.0	185.3	131.0	2	35	297	0	332	166
学校教育機関	271.1	360.3	78.6	21	57	1,773	0	5,693	189
合計	2,497.3	5,798.3	531.5	119	3	47,234	0	297,173	724
18年度									
社会福祉協議会	223.5	398.2	125.9	10	15	1,314	0	2,235	63.5
医療機関	2,256.8	1,505.8	752.9	4	47	3,330	0	9,027	2825
官公庁	2,679.5	2,967.5	419.7	50	39	11,468	0	133,975	1,306.5
高齢者福祉施設	1,080.6	1,709.0	540.4	10	25	5,585	0	10,806	360.5
児童福祉施設	2,527.8	3,076.4	927.6	11	96	9,109	0	27,806	651
障害者福祉施設	710.4	1,138.3	343.2	11	0	3,381	0	7,814	210
当事者団体	137.0	134.4	95.0	2	42	232	0	274	137
学校教育機関	409.4	624.4	136.2	21	21	1,877	0	8,597	132
合計	1,685.2	2,460.6	225.6	119	0	11,468	0	200,534	476

註：3回の調査すべてに回答した機関119箇所の回答による。機関の分類は回答者の記載によったが、本文中に例示（保育所が官公庁と回答したもの）したように誤った回答と思われたものについては、著者が機関の名称を参考に再度分類を行った。

表4：その他の機関における「障害があることを理由とした差別」の相談件数

(単位：のべ件)

	平均	標準偏差	標準誤差	例数	最小値	最大値	回答無記入	合計	中央値
20年度									
社会福祉協議会	0.2	0.4	0.2	6	0	1	4	1	0
医療機関	0	0	0	4	0	0	0	0	0
官公庁	0.2	1	0.2	35	0	6	15	6	0
高齢者福祉施設	0.2	0.7	0.2	9	0	2	1	2	0
児童福祉施設	0	0	0	8	0	0	3	0	0
障害者福祉施設	182	481.5	182	7	0	1,274	4	1,274	0
当事者団体	1.5	2.1	1.5	2	0	3	0	3	1.5
学校教育機関	0.1	0.5	0.1	19	0	2	2	2	0
合計	14.3	134.3	14.2	90	0	1,274	29	1,288	0
19年度									
社会福祉協議会	0	0	0	8	0	0	2	0	0
医療機関	0	0	0	2	0	0	2	0	0
官公庁	39.4	225.1	38.6	34	0	1,313	16	1,340	0
高齢者福祉施設	0	0	0	9	0	0	1	0	0
児童福祉施設	0	0	0	9	0	0	2	0	0
障害者福祉施設	0.1	0.4	0.1	8	0	1	3	1	0
当事者団体	0	0	0	2	0	0	0	0	0
学校教育機関	0.1	0.3	0.1	18	0	1	3	2	0
合計	14.9	138.4	14.6	90	0	1,313	29	1,343	0
18年度									
社会福祉協議会	0	0	0	9	0	0	1	0	0
医療機関	0	0	0	3	0	0	1	0	0
官公庁	2	6.7	1.1	35	0	34	15	71	0
高齢者福祉施設	0	0	0	10	0	0	0	0	0
児童福祉施設	0	0	0	6	0	0	5	0	0
障害者福祉施設	0	0	0	7	0	0	4	0	0
当事者団体	0	0	0	2	0	0	0	0	0
学校教育機関	0	0	0	19	0	0	2	0	0
合計	0.8	4.2	0.4	91	0	34	28	71	0

注：3回の調査すべてに回答した機関119箇所の回答による。

表5：前年（度）に比べての増減率（相乗平均）

	例数	最小値	最大値	欠測値の数	中央値	四分位間の範囲
すべての相談件数	(平成 18-20 年度の 3 年度間)					
社会福祉協議会	10	0.47	1.77	0	1.00	0.26
医療機関	4	1.05	1.73	0	1.17	0.37
官公庁	50	0.11	4.16	0	1.02	0.41
高齢者福祉施設	10	0.18	2.91	0	1.06	0.9
児童福祉施設	11	0.41	1.59	0	1.19	0.19
障害者福祉施設	10	0.22	2.83	1	1.13	1.03
当事者団体	2	0.94	1.55	0	1.24	0.61
学校教育機関	21	0.29	3.98	0	1.31	1.1
合計	118	0.11	4.16	1	1.06	0.51
年度内の差別事例の件数	(18-20 年度の 3 年度間)					
社会福祉協議会	5	1.00	1.00	5	1.00	0
医療機関	2	1.00	1.00	2	1.00	0
官公庁	25	0	1.00	25	1.00	0
高齢者福祉施設	7	1.00	1.00	3	1.00	0
児童福祉施設	5	1.00	1.00	6	1.00	0
障害者福祉施設	4	1.00	1.00	7	1.00	0
当事者団体	1	1.00	1.00	1	1.00	0
学校教育機関	12	1.00	1.00	9	1.00	0
合計	61	0	1.00	58	1.00	0
7-10 月のすべての相談件数	(18-21 年の 4 年間)					
社会福祉協議会	7	0.75	1.45	3	1.10	0.43
医療機関	3	0.89	1.64	1	1.18	0.57
官公庁	35	0.26	4.47	15	0.99	0.32
高齢者福祉施設	9	0.26	1.93	1	0.94	0.85
児童福祉施設	6	0.75	1.17	5	1.01	0.21
障害者福祉施設	8	0	2.74	3	1.33	0.82
当事者団体	1	0.73	0.73	1	0.73	0
学校教育機関	10	0.72	2.15	11	1.18	0.99
合計	79	0	4.47	40	1.04	0.43
7-10 月の差別事例の件数	(18-21 年の 4 年間)					
合計	1	2.05	2.05	118	2.05	0

## 投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の[III. 結果]の節[III. 症例（事例）]などとし、他の部分は上記に準じて下さい。  
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。  
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。  
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。  
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey words はつけません。
3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
  - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
  - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
  - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（et al）と省略して下さい。
  - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（编者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。

### 記載例

- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteris from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳：DSM-III-R、精神障害の分類と診断の手引改訂3版、医学書院、東京、1988.）
  - 2) 藤縄昭：精神療法とエロス。弘文堂、東京、1987.
  - 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
  - 4) 高橋徹、藍沢鎮雄、武内龍雄他：不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり。精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
  7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
  8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
  9. 論文投稿先：  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
国立精神・神経センター 精神保健研究所内  
「精神保健研究」編集委員会  
(2006. 3. 27改訂)

## 精神保健研究編集委員会

編集委員長 加我 牧子

編集委員 岡田 幸之 嶋根 卓也

### 編集後記

精神保健研究第25号(通巻58号)をお届けいたします。2011年3月11日は、冷たい風が吹く日でした。午後2時46分、私自身は、埼玉県内のビルにいました。年度末の研究成果報告会に参加するためです。これまでに経験したことのない揺れが発生し、会場の天井から釣り下げられた蛍光灯は、今にも落下しそうな勢いで激しく揺れ、参加者は廊下へ避難し、揺れがおさまるのをただ待つばかりでした。途方もない巨大な地震が発生したことは本能的に感じましたが、テレビやラジオにアクセスできない外出先であったため、当時詳しい状況はわかりませんでした。巨大地震そして大津波によって、東北地方を中心とする東日本の広範な地域に甚大な被害をもたらしたことを知るのには、もう少し後のことでした。

この未曾有の自然災害により、多くの尊い命が奪われ、残された家族の心や体にも深い傷を残しました。現在でも多くの方が慣れない仮設住宅での生活を余儀なくされています。精神保健研究所では地震発生後直ちに、NCNPメンタルヘルス情報サイトを立ち上げに協力し、成人精神保健研究部をはじめとする各研究部の職員が直接的・間接的に対応してきました。本号では「東日本大震災とメンタルヘルス」と題し、自然災害発生後の被災者への対応や、地域精神保健行政、児童・思春期、自殺予防など、さまざまな支援対象に応じた対応を特集として組みました。

ご多忙にも関わらず、快く特集原稿をお引き受けいただき、ご寄稿いただいた先生方、貴重な研究成果を投稿論文としてお寄せいただいた先生方、そして編集作業にご協力いただいた全ての皆様に心より御礼申し上げます。未曾有の自然災害をテーマにした本号の編集に携われたことを深く心に刻みながら編集を終えたいと思います。

2012年3月 紀要編集委員 嶋根卓也(薬物依存研究部 研究員)

## 精神保健研究 第58号

(2012年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——加我 牧子  
発行者——独立行政法人  
国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所  
〒187-8553 小平市小川東町4-1-1  
Tel: 042-341-2711  
Fax: 042-346-1944  
<http://www.ncnp.go.jp/>

# Journal of Mental Health

## Number 58,2012

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

#### FOREWORD

Makiko Kaga Director General ..... 1

#### SPECIAL TOPICS : The Great East Japan Earthquake and Mental Health

Initial mental health response after the 311 Great Eastern Earthquake in Japan

Yoshiharu Kim, Tsuyoshi Akiyama, Asami Ohnuma ..... 15

Community Mental health service after the Great East Japan Earthquake

Yuriko Suzuki ..... 21

An administrative support for mental health activities by local governments at the wide scale disasters

Satomi Nakajima ..... 27

A framework of suicide prevention and support reconstruction of community mental health in the disaster area

Kenji Kawano, Tadashi Takeshima, Keisuke Shiraga, Yuki Matoba ..... 35

Child and adolescent psychiatric support in the Great East Japan Earthquake

Hidetoshi Takahashi, Keizo Nagao, Yoko Kamio ..... 43

#### ORIGINAL ARTICLES

Differences in knowledge and practices with respect to mental disorders among cardiologists, diabetologists and oncologists in general hospital psychiatry —A cross-sectional study in Japan—

Takashi Ikeno, Yasuyuki Okumura, Kazue Kuwahara, Hiroto Ito ..... 49

#### MATERIALS

Changes in the caseloads of counseling systems after the enactment of the Advocacy Law for Persons with Disabilities in Chiba Prefecture

Toshihiro Horiguchi, Kenji Takanashi, Shouichi Sato ..... 57

**Instruction to Authors** ..... 69

**Editorial Note** ..... 70