

が、これら文献は多少なりともそれらの問題点を示すものであると思われた。

(3) 諸外国の文献

今回の研究では文献収集作業が不十分であったが、下記にいくつかの文献を紹介する。

Barros RE, et al は、ブラジルにおける、総合病院精神科病棟（22床）、精神病院（80）、精神科緊急ユニット（6）において、精神科緊急入院を特徴付け比較する調査を行っている。1998年から2004年の精神科緊急入院について、人口統計、診断、入院期間といった変数の比率と占有率を調査した。11208件の入院において、47.8%の患者は精神病院へ、14.1%は総合病院へ入院した。精神科緊急ユニットは、収容能力と病床の回転率についての高い変動性により、この期間において全ての入院の38.1%を数えた。およそ80%の入院は20日以内であり、ほぼ半分のケースで患者は2日で退院していた。しかし入院の総数は何年かの間変わらないままであり、2004年においては、2003年より30%の増加がみられた。2004年において、精神科緊急ユニットの収容能力と病床の回転率は増加した。2004年の精神科入院の増加は、1998年から始まった地域密着型サービスが欠如したことが原因としており（他に要因が見当たらない）、健康管理ネットワークの変化は精神科救急サービスには作用せず、地域密着型ネットワークの限界が精神科入院率に影響したと考えられると考察している¹⁴⁴⁾。地域での精神障害者を支える仕組みと精神科救急はセットで考えるべきであることは我が国でも言われている。

De Girolamo G, et al は、イタリアにおける精神科救急と地域サービスとの関連での全国調査研究を行っている。イタリアでは1978年の立法により、精神科病院を、救急入院患者の治療のための設備を含む地域に密着したサービスに、段階的に置き換えていった。イタリア全体（シチリア島を除く）で、319施設に4108の公的な入院ベッド（住民10000人あたり0.78ベッド）、54の民間入院施設に4862ベッド（住民10000人あたり0.94ベッド）がある。2001年の住民10000人あたりの精神科入院率と入院患者は、それぞれ26.7と17.8である。同年の非自発的入院率は12.9%であるが、地域差がある。多くの入院施設で構造上および論理上、明らかに限界があること、スタッフ数は施設によりかなりばらつきがあることが示され、また、地域によって公的病院より民間病院が主の地域もあった。民間病院では担当区域が定められていないので、地域外からの入院患者も多かった一方、その地域では非自発的入院率が高かった。住民10000人あたりの救急ベッドの総数は、ヨーロッパの中で最も少ない国の一つであるが、公的および民間の入院治療が十分に相互に交換（interchangeable）できていないということを示していた¹⁴⁵⁾。地域で患者を支えるシステムが構築されているイタリアにおいても、入院治療体制には地域差があるようである。

精神科救急で働く看護師の理念として、Rosalina F. Chiovitti は、カナダの3つの精神救急病院における看護ケア理論を述べている（カナダには、3つの都市型精神科救急病院が設置されている。2つは総合病院であり、1つは精神科病院）。保護的な公的権限（protective empowering）は基本的な社会精神医学的手順であり、精神救急病院で患者のケアを行う看護師を象徴している。看護師は6つの主なカテゴリーを通じて、protective empoweringを成し遂げる。(1)患者を尊重すること、(2)患者の振る舞いを個人的に取り上げないこと、(3)患者の安全を保つこと、(4)患者の健康を促進すること、(5)信頼関係を築くこと、(6)相互指導を行うこ

と。この6つの主なカテゴリーは、27のサブカテゴリーを通じて成し遂げられる。protective empoweringの理論は、解決策、患者の健康状態記録システム、看護師の指導および教育、看護師の役割の記述に役立つ。そして、共同学際的な背景の中で、患者を中心に据えた組織の価値体系において指導的役割を果たす議論に用いられるという¹³¹⁾。

(4) まとめ

精神科救急医療においては、それを担う医療施設などハード面においても、運用するシステムにおいても地域差がある中、一定のガイドラインが出されたことは、今後の我が国の精神科救急医療の標準化に大きく影響するものと思われる。また、各論文では精神科救急医療、一般身体救急医療の双方において精神科と身体科の連携の必要性が述べられており、また精神科医療機関の間での機能に応じた連携の重要性も述べられていた。また、精神科救急医療では、三次医療（緊急措置入院や措置入院レベルの医療）以外の一次・二次精神科救急医療、および身体合併症対応における既存システムにおける困難さを述べたものもある。医療計画においては求められる医療機能とそれを担う医療機関の設定、各機能を担う医療機関の連携が必要であり、そこに精神科救急医療の対策を盛り込むにあたっては、地域における需要とそれに応じる既存システムの検証、自殺対策や身体合併症と関連した一般身体救急医療との連携について、十分に考慮した上で、地域住民に利用しやすいシステム構築が望まれるであろう。

F. 小児医療と精神科医療

小児科領域における精神科医療の関与については、疾患ごとの対応に加え、小児救急場面における精神科領域を含む問題への対応、小児精神科救急医療（日本においては未整備）、虐待問題、親の精神疾患、当事者と親の障害受容、さらには療育医療、学校保健、母子保健、これらに関わる専門家同士の連携といった、幅広い領域に渡る分野である。医療計画においてはこれらのほとんどが網羅されているが、実際の精神保健医療福祉の関わり方についての言及は少なく、今後必要に応じた方策を検討するうえで、今回は特に小児医療（救急含む）における精神科医療の関与、児童思春期精神科医療、小児救急医療における精神保健上の問題についての文献を紹介することとした。

(1) 小児医療（小児救急を含む）における精神保健医療福祉の関与について

Santiago LI, et al は、都市部の小児救急部門を受診した18歳未満の患者で精神科コンサルトが実施された210人を分析している。71.9%に精神科受診歴があり、39.0%に精神科入院歴があり、40.5%に精神科治療薬を投与中であつた。49.5%が入院となつた。救急部への滞在時間の中央値は5.7時間であつた。51.9%が病院警察の監視を要した。45人の患者が91の危険行為があり、これらの患者は攻撃性、過去の精神科受診歴および入院歴を有意に認めたと報告している⁴²⁾。

Grupp-Phelan J, et al は、精神科的問題で、4ヶ所の小児救急部門を受診した患者462人を無作為に抽出し、後方視的調査を行っている。単独もしくは組合せにおいて、最も一般的な主

訴は、自殺傾向（47%）、攻撃性/動揺（42%）と不安/落ち込み（27%）であった。90%パーセントの患者に、メンタルヘルス（精神科と思われる）へのコンサルトを行ったところ、52%が入院となった（93%が精神科病床に入院）。35%が検査を施行されたこと、滞在時間の中央値は5.1時間ということなどより、精神医学的な関連で受診した子供たちは、相当な救急資源を必要とするようであり、特に希死念慮のある若者のために、精神保健サービスとの連携を強化することにより、救急部門の負担を減らすための介入が必要であると論じている⁴⁴⁾。

これらの事情と関連すると思われるが、米国小児科学会では、³⁴⁾にて次のような声明・提言を行っている。「米国の小児精神疾患の管理においては、救急医療の現場がメンタルヘルス全般のインフラ不備を補うセイフティー・ネットの意味合いとして重要な役割を担っている。そのため、救急医療に従事する者は、精神疾患患者も管理できなければならない。小児精神疾患には、精神遅滞、発達障害、自閉症、注意欠陥多動性障害、行為障害、希死念慮、抑うつ状態、攻撃的行動のエスカレート、薬物乱用、心的外傷後ストレス障害、虐待、暴力や予期せぬ死に遭遇した人などを含む。救急医療では患者の身体的だけでなく精神的なニーズに対処する必要がある。米国小児科学会および救急救命医学会は、小児精神疾患のリソースを充実させることを支援する。小児精神疾患を救急医療で診るためのツール、精神疾患のための保険適用範囲の拡大、小児メディカル・ホームの重要性の認知度上昇、救急医療におけるメンタルヘルスについての教育と研究の促進を支援する。」また、Hoyle JD Jr, et al による総説³⁵⁾では、米国の児童思春期の10%に精神疾患が認められ、そのまま成人になって何らかの疾患の原因となったり、または思春期の間に死亡するという結果が報告されていること、小児期の精神疾患が深刻な結果をもたらすこと、初期段階での治療がこのような最悪の結果を改善またはコントロールできることが知られているが、適切な努力がなされていないこと、救急医療の現場がセイフティー・ネットの代わりに役割をなし、精神疾患を持つ小児が救急医療の現場で見つかることから、小児救急と米国救急救命医学会の協力で5年計画を立てたこと、そのなどについて論じている。

以上より、米国においても小児の精神疾患についての一般医療サービスが不足していることを背景に、小児科医や救急医が積極的にこの分野に参画しているようである。

日本においても、救急場面ではないが、小児科医の側からの取り組みが重要な役割を担っている報告がある。児童思春期精神科医が不足していることで小児科医が心の問題を扱うことが求められていることを背景とした、小児科診療所内の「子ども相談室」の取り組みについての報告⁷⁵⁾である。利用者218人のうち、児童精神科と連携のあったのは63人（男43人、女20人）で、年齢平均：8.3（±3.4）歳、自閉症を含む広汎性発達障害（PDD）28人、アスペルガー障害8人、精神遅滞6人、精神遅滞を伴うPDD6人であった。このことにより、小児科診療所内に開設した「子ども相談室」と児童精神科との連携が重要であり、連携により児童精神科への紹介や、中断事例の把握など、広い利用者ニーズに対応できることを述べている。児童精神科医は不足しており、通常の外來予約に数ヶ月待ちというところも珍しくない現状から、小児科医側からの取り組みも非常に重要であることを示す報告であると考えられた。

さらに、米国小児科学会では、小児の精神疾患や薬物乱用などの問題に対処し、予防することが仕事の一部となっている小児プライマリケア医に対して、これらの問題対処に必要な不可欠

な能力をつけること、その実現にむけて具体的な提案をしている³⁸⁾。すなわち、小児患者の精神疾患や薬物乱用などの問題を直接取り扱うことが多いかかりつけ医に、これらの問題の予防や対処をするための適切なトレーニングがなされていなかった現状に対して、教育の強化および予算の配分をすることを提言しており、プライマリケア医の研修項目には、小児患者の回復力のサポート、健全な生活スタイルの促進、精神疾患および薬物乱用問題の予防または軽減、リスク要因の検出と小児およびその家族の精神疾患と薬物乱用の察知、判断と治療計画における患者の家族・学校・行政・精神医療の専門家との協力が含まれるとしている。また、患者や家族が精神疾患や薬物乱用の問題を相談した際のコミュニケーションの重要性とそのスキルについても教育対象とするとしている。米国においては、上記の問題意識から、小児科プライマリケア医に対して非常に高度な取り組みが要求されていることが分かる。

一方、それを補完する職種として、Falsafi N は、小児救急医療における精神疾患（家庭内暴力・性的虐待・薬物やアルコール依存症を含む）の判定は、救急医療に携わる者がすべてを引き受けることは困難であることから、psychiatric nurse consultant を置き、救急において精神疾患が疑われる患者の情報収集をし、救急医や看護師の医療判断の支援や必要なケアの提案、外部の福祉部署やケースワーカーとの情報交換などを行うことの重要性を経験から述べている³⁶⁾。日本においても救急医療場面においては、トリアージの観点から情報収集と振り分けをする看護師を設けている施設もあり、それを精神疾患にまで広げることは有用かと思われる。

また、米国においては小児救急医療を受ける、または緊急入院する患者の中に、小児外来を適切に受けていれば本来救急医療・入院の利用につながらないのではないかと考えられる数が増加していることを背景として、Logan JE, et al は、被保険者（プライベート保険を2年間適用されていた患者）で両親ともが働いていて金銭面では比較的生活が安定している患者（0—17歳）およびその親（親権者）に対する調査を行った。結果、精神疾患（特にうつ病）と痛みを伴う疾患（関節炎リウマチ、腰痛、片頭痛など）を持っている親（特に母親）の健康状態が子供の救急医療・入院の利用と深く関係していること、特にうつ病を患っている母親の子供は外来ですむはずの健康状態にもかかわらず、救急医療を利用していること、さらに、親の精神疾患（うつ病、広場恐怖、対人恐怖症、統合失調症）は不適切な子供の健康管理（健康診断を受けさせないなど）と関係していること、精神疾患を有する親の子供は、精神疾患を有しない親の子供が救急医療を利用する2倍の回数を利用していたことを明らかにした³³⁾。現行の米国医療システムでは、成人と小児の診療に相互補助の関係がなく、小児科が家族の健康状態を把握することはないが、成人診療と小児診療に近い場所にあることで、お互いに連絡しあい、効果的なコミュニケーションが取れること、また小児科医は患者の親の健康状態も把握する必要がある（親の合意と署名が必要）こと、この対策は子供が外来診療でよい状態で救急医療・入院を利用しないようための対策となることを述べている。日本においても同様の問題があると思われる。

また、慢性疾患を抱える子供は感情および行動の障害を有する率を20%以上増加させるといわれている背景をもとに、Ríos Pelati M, et al はプエルトリコの大学小児病院にて精神科コンサルトを受けた患者241人を調査した⁴¹⁾。ほとんどのケースは救急部からのコンサルテ-

ションであり、悪性疾患、神経疾患、内分泌疾患の患者が多く、最も多いコンサルト理由は気分変調で、診断で多いのはうつ病と適応障害であったと報告している。

これらの研究は、精神科対応へのアクセスが比較的容易である施設での研究と思われる。日本においてはそのような施設は限定されていることから、集約化なども含め、児童思春期精神科医療機能をどこの医療機関に持たせるかといった議論も必要となる可能性があるが、小児医療現場においての需要が高い分野であることは間違いないであろう。

小児救急という枠組みではないが、日本医科大学付属病院高度救命救急センターにて、2006年1月～2009年6月の42ヶ月間に自殺企図で搬送された、思春期症例22名について分析しており、精神疾患に罹患しているというだけで、受け入れを断られたりすること、精神科・他科・他機関・他職種の連携が重要であること、連携の円滑化には臨床心理士、精神科医、看護師がチームを作り最も適した職種が介入していくことの重要性、今後の課題として専門的治療施設や地域資源を紹介する早期介入プログラムの導入の必要性から、臨床心理士の役割も重要であることを述べている⁷⁴⁾。

向野らは、小児科病棟における精神科医の役割についての論説の中で、精神科と小児科の連携による子どもの心のクリニック（精神科医4名、小児科医2名、臨床心理士常勤2名・非常勤6名、ソーシャルワーカーは欠員）の試みの報告をしている。精神科からみた連携の有用性として、①発達の設定がきちんとなされ、②小児身体領域の問題も同時に考えていくことができ、③患者や家族にとって小児科医の存在は非常に安心感をもたらす。④小児科領域がもつ治療ネットワークや社会資源を利用でき、⑤場合によっては小児科入院環境を利用できるとしており、一方、小児科からみた連携の有用性として、①精神疾患概念や治療に関する情報を得ることができ、臨床心理士、ソーシャルワーカーらコメディカルスタッフチームとの連携を学び、彼らとともに活動できる。③思春期に入ったケースをスムーズに精神医療に移行することができる。④精神科領域のネットワークや境資源を利用でき、⑤衝動性が強い、あるいは自殺の恐れがあるケースなどについて、精神科病棟での治療を利用できることをあげている。また、子どもの病状把握と同時に母親に対する心理社会的サポートが必要なケースが多いことにも言及している⁷³⁾。

また、20-35歳の成人先天性心疾患患者17名の調査において、小児期から成人期への移行期に、精神面をサポートする体制の充実を求める声があり、この分野においても精神科医や臨床心理士を含めたチーム医療体制の整備が望まれると論じられている⁷⁰⁾。

成田らは、1998～2007年の10年間に埼玉県立小児医療センター保健発達部の心理外来を受診した3782例のうち、心理相談を行った886例（男児478例、女児408例）の障害内容についての報告をしている。発達障害に加え二次的問題を持っているものが25%あり、二次的問題の内訳としては、行動の問題（45%）、身体症状（15%）、対人関係の問題（14%）、不登校（12%）、被虐待（6%）、排泄の問題（3%）、摂食の問題（2%）、抑うつ・不安（2%）などであった。また、子供に障害がある場合、養育者にはかなりのストレスがかかり心身ともに疲労していることが多く、子供との関係が悪循環に陥り易いという悪循環を指摘している。支援は学童期の二次的な問題が顕著になってからでは問題に対処することに追われてしまうため、幼児期からの介入が必要であること、関与する機関が代わっても、途切れることなく発達相談や支援を受け

られるような体制作りが必要であると論じている⁷¹⁾。発達障害に伴う二次的問題は児童思春期、成人において不適応や問題行動を主訴に精神科受診することも多いため、早期からの介入システムの必要性についても今後検討されることが期待される。

星野らによる、⁷¹⁾と同じ埼玉県立小児医療センターにおける、精神科リエゾンの対象患者についての報告³⁹⁾もある。なお、同院は精神科病棟は有していない(同院HPより)。H12年12月～H15年3月までに依頼のあった院内入院患者23例のうち、うつ状態4割、被虐待児2割などであり、発達障害が12例に疑われた。これらの対応については、身体疾患の把握に追われ、発達歴の確認が見見過されがちであること、即時対応が必要な小児病棟の時間的感覚と、ゆっくりとした心理的反応の推移との差を生める作業が大切であること、入院期間の短縮化の影響で、精神的な問題の解決に必ずしも十分な時間が与えられずに退院となる場合、外来加療の計画を考慮して介入していくこともあること、必要に応じて臨床心理士、ケースワーカー、学校教諭などの職種とチームを組んで多方面から対応すること、治療方針決定上の医療従事者のストレス等に対してもメンタルサポートを行うことなどが論じられている。

なお、さらにさかのぼって乳幼児精神医学についての原状と展望を述べた論説⁷⁶⁾がある。診断分類上は発達障害圏以外のものに関してはまともでないこと、妊娠期や産褥期の母親の精神障害(うつ病、不安障害など)が子どもとの関係形成に問題となること、子どもの情緒障害、虐待の問題、親のアルコール・薬物依存症の問題など幅広く言及しており、医療計画における母子保健、周産期、小児医療などに関係する部分である。

なお、医療従事者のストレスについては⁷¹⁾でも言及されていたが、米国では小児救急医療従事者のストレスとその対策についての提言がなされている。Lipton H, Everly GS Jr は、2000年10月3日にワシントンDCの米国心理学学会における小児救急医療従事者のメンタルヘルスのニーズについてのパネルディスカッションにおいて、救急医療従事者への緊急の支援の必要性、救急医療従事者にとって特にストレスとなりうる要因、医療システムの中でのストレスの要因、や可能な介入戦略の検証について議論されたことについて述べている³⁷⁾。日本でも小児医療は非常に医療従事者が疲弊しやすい分野であり、議論されていく可能性があると思われる。

(2) 医療機関以外での取り組みについて

教育現場における取り組みとして、塩川らは、教育相談嘱託医として診察を依頼された132例(男児107例、女児25例)について検討したところ、特定不能の広汎性障害が66%、注意欠陥他動性障害が18%であったという。少数であるが、幻聴などが疑われ精神科受診を要した者が3例あった。教育との連携の中で医療に求められているものとして、①軽度発達障害に対する適切な診断、②多動や乱暴など行動面での問題については、診断だけでなく具体的にどのようなかわりを学校または家庭で行えばいいのかという直接的、具体意的な対応があること、学校・家庭・地域の教育センター・医療機関が連携するシステムが必要であることを論じている⁷²⁾。現在は児童思春期の精神障害の早期発見も重要であり、教育現場における嘱託医や相談員の活動と、各機関の連携が重要となってくるであろう。

(3) 児童思春期精神科における救急医療

我が国では精神科救急医療体制の中で運用されていることがほとんどであると思われ、欧米のような児童思春期精神科としての救急を行っている施設は少ないと思われるが、受診者の特性についての研究を参考として紹介する。

Kennedy A, et al は、2005～2006年にカナダの救急部を受診したメンタルヘルスの関与を要する8～17歳の患者に対し、抑うつ状態、不安、行動についての自己評価を実施した。臨床医は、彼らの評価に基づき、精神医学的な緊急性を評価した。93.1%が中等度もしくは重度の臨床症状を1つ以上有しており、入院率は17.9%（低リスク入院5.8%;高リスク入院9%）であった。また、12-17歳の女性は、同年代の男性に比して、抑うつ症状、希死念慮とそぶり、自傷行為を認め、12-17歳の男性は、同年齢の女性より、人や物に対する攻撃性を認め、12歳未満の男児は、同年代の女児より高い活動性を認めた⁴³⁾。メンタルヘルスの問題を持つ児童思春期の患者が救急部門を受診した際の入院率はそれほど高くないようである。

Soto EC, et al は、小児精神科救急部門の利用が増加しているにも関わらず、利用者の特性と適切さに関してのデータが不足していることを背景に、後向きコホート研究を行った。2002年の1年間に受診した18歳未満の患者において、小児精神科救急部門利用の適切さ、重症度、緊急性、他害の可能性などを評価した。1062人のうち305人（28.7%）は、入院となった。大部分の患者（68.7%）が外来治療中だったが、救急部門を受診する前に、外来で精査中だったのは21.9%で、外来で評価を完了されていたのは11.5%にすぎなかった。34.4%は、いくぶんもしくは非常に不適切な受診で、26.6%は適切もしくはどちらともいえず、完全に適切な受診と評価されたのはわずか39.0%であった。不適切な受診の主要な理由は、学校や精神保健提供者からの直接の緊急治療要請、以前に受診した精神科医にアポが取れない、といったものであった。不適切な受診を予測する因子としては、現在のGAFscoreが48点以上（この値が高いほど、精神症状への対応の緊急性は低くなる）、希死念慮や自殺企図の欠如、他害の危険が低い、重症度が低い、非精神病であった。受診者の3分の1以上が不適切な受診であり、高い精神機能、低い他害危険性、低い重症度、希死念慮がないこと、非精神病で特徴付けられたことから、地域における緊急時の児童思春期精神科外来サービスへのアクセスの発展と改善や、教育プログラムが、不適切な受診を最小化するかもしれないと論じている⁴⁰⁾。

国や地域の施設によって求められる機能は異なるであろうが、日本においても一般医療においては必ずしも三次救急対象ではない患者が三次救急施設に搬送されているという指摘も多く、小児精神科救急医療においても、そのようなこととならないためには、低リスクの患者を受け入れる機能を持った施設の体制整備が求められるであろう。

今回は論文収集がやや不十分な感もあるが、米国を中心とした諸外国での取り組みについて文献で触れることができ、日本でもすでに一般救急医療や、精神科救急医療システムで行われている取り組みと共通する部分もあることが分かった。

G. 周産期医療と精神科医療

周産期は、ホルモン動態の変化などを背景に産後うつ病をはじめとした精神症状が発現しやすい時期であることのみならず、胎児・新生児の健康状態や育児などにまつわる母子保健上のメンタルヘルスの問題、親の精神疾患による育児上の問題など、精神保健医療福祉が密接に関与する場面が多い分野である。

有名な Martin Prince , et al の Lancet でのレビュー¹³⁰⁾においては、周産期における精神疾患についての検討もなされているので、紹介する。「周産期の精神疾患は、児の成長と生存に影響を及ぼす。周産期の統合失調症は早産および出生時の低体重に関連している報告 (Bennedsen BE ら ; 1999、Nilsson E ら ; 2002、Jablensky AV ら ; 2005) があり、児の生存における周産期精神疾患の影響を調査したメタ分析では、周産期精神疾患の存在は、死産または乳児死亡率を二倍に増加させるという関連がある (Webb R ら ; 2005)。先進諸国では産後うつ病は、10%~15%の女性が罹患し (O' Hara MW ; 1997)、それにより初期の母子関係や子供の心理的発達に悪影響を及ぼす (Murray L ら ; 2003)。低所得国および中所得国においては、先進国よりいくらか産後うつ病が多いであろう (Cooper PJ ら ; 1999、Patel V ら ; 2003)。また、アジアでは児の身体的発達との関連において問題となっている。出産前の精神疾患と児の出生時低体重は、独立して相関することが、2つの前向き研究によって示されており、パキスタンの研究では RR=1.9 (Rahman A ら ; 2007)、インドの研究では OR=1.4 (Patel V ら ; 2006) であった。高所得国においてはいくつかの否定的な結果の研究もあり、はっきりしていないが、周産期のうつ病と予定日前の出産、そして、社会心理的ストレスと出生時低体重の間の関係は、不利な条件に置かれたアフリカ系アメリカ人コミュニティの調査で報告されている (Orr ST ら ; 1996、2002)。南アジアでは、2つのケースコントロールスタディーと、2つのコホート研究にて、出産前の精神疾患と、児の6か月時の低栄養が相関していた (Patel V ら ; 2003、2004、Rahman A ら ; 2004、Anoop S ら ; 2004)。しかし、これらの研究では出産前と後の精神疾患での相対的な比較は評価しておらず、1つの研究 (Rahman A ら ; 2004) だけは妊娠中の栄養状態についてコントロールした研究である。パキスタンのコホート研究では、出生時体重、社会経済的状況、下痢といった因子を調整した上で、出産前の母親から出生した児の6か月時の低体重 (RR=4.0) と、発育不全 (RR=4.4) を見出した (Rahman A ら ; 2004)。同じ研究において、出産前のうつ病の母から出生した児は、出生後1年間で5回以上の下痢をするリスクが高かった (RR=2.3) ことも報告された (Rahman A ら ; 2007)。南アフリカの研究 (Tomlinson M ら ; 2006) でも出産前のうつ病は児の2か月時の発育に相関していたが、18か月時において、両者に相関はないという結果であり、これは研究サイズが小さい。多国調査 (Harpham T ら ; 2005) においては、エチオピアの断面調査では、母の精神衛生状態と、6-18か月の子供の栄養失調の間に相関はなく、インでは母の精神疾患は子の発育不全と相関し、ベトナムでは低体重と相関したと報告している。周産期の精神衛生のより長期的な児の成長や死亡率に及ぼす影響については、低所得国および中所得国においてはまだ研究されていない。ランセットのレビュー (Walker SP ら ; 2007) では、周産期のうつ病が子供の認知機能の発育において影響するかにについては、先進国に比して低所得国および中所得国における研究はあまり広まっていないと報告している。周産期のうつ病が、子供の健康促進へのアドヒアランス (予防接種を受けさせる、

児の訪問を受け入れる、睡眠時に仰臥位をとらせる、など)を低下させることについても、確立していないが強いエビデンスがある (Turner Cら ; 2003、Minkovitz CSら ; 2005、Chung EKら ; 2004、Paulson JFら ; 2006)。母親の精神疾患と子供の健康促進についてさらなるエビデンスが必要である。」というように、周産期のうつ病をはじめとした精神疾患は common disease であり、これらは児の生育に影響するため、周産期のメンタルヘルスの充実が必要であることを述べている。

Smith MV, et al は、387 人の妊婦検診を受診した女性に対して、うつ病、不安障害、PTSD のスクリーニングを行ったところ、うち 99 人がスクリーニング陽性であったが、そのうち彼女らの主治医によって感情障害または不安障害と診断されているのはわずか 26% であり、希死念慮を有する患者の 12% のみが精神疾患と診断されていた。内訳では、不安障害や、過去にドメスティックバイオレンスを受けた経験のある女性は妊娠前および妊娠中に精神疾患があると気付かれる傾向にあり、不安障害のスクリーニング陽性であった患者は妊婦検診以外の医療機関で治療を受けていた一方、うつ病のスクリーニング陽性であった患者では、治療を受けているのはわずか 26% であったという。以上より、周産期における抑うつ状態は妊婦検診では発見されにくく、治療を受けないまま多くの女性が苦しんでいること、早期発見・治療のためのスクリーニングと専門医との連携が必要であることを述べている⁹⁶⁾。

また、前述のレビューでも触れられていた社会的弱者に周産期のうつ病が多い可能性と関連するが、Ley CE, et al は、アフリカ系アメリカ女性のうつ病のリスク因子は多様であり、特に健康行動への無関心さがリスクを悪化させることについての調査報告をしており、新生児死亡率や低出生体重児を減らすためのうつ病対策の重要性について述べている⁹⁹⁾。

Yelland JS, の総説では、周産期うつ病は、母親、子ども、家族に対する影響が大きい重要な公衆衛生的問題であること、また不安等のメンタルヘルスや精神社会学的問題とも関連していること、オーストラリアでは、The National Perinatal Depression Plan (NPDP) が、うつ病のリスクのある女性に、妊娠、出産後の期間の支援、スクリーニング、専門医療受診や、家族の支援に関する研究開発、評価をしていることを紹介している⁹⁸⁾。

Currid TJ の総説では、妊娠、産褥期は情緒的、精神的、社会的変化を女性と配偶者、家族へも及ぼすこと、妊娠、新しい家族の誕生などの変化を前向きにとらえられず精神的苦痛となるケースもあること、その場合は母親やその家族の精神疾患などを起こすだけでなく、幼児殺人、自殺を引き起こすこともあること、よって周産期のメンタルヘルスサービスにより強固な学際的なアプローチが必要であることを述べている⁹⁵⁾。

Pearlstein T. は、周産期のうつ病についてのレビューで、妊娠中の抗うつ薬による治療は、胎児の発育の安全性について問題があり、未治療であることとのリスクと薬物治療による胎児リスクのジレンマについて述べている⁹⁷⁾。山下らの総説¹⁰⁸⁾でも、妊娠中の母親の精神障害、その際に投与される薬物の双方が胎内環境を変化させ、器官形成や発育、出産の転帰や出生後の児の情緒行動の発達に否定的な影響を与える可能性があること、薬物使用の問題点について解説している。

薬物療法を必要最小限にするための、認知療法など補完的治療法についてエビデンスの蓄積も今後必要であろう。

このように世界各国で母親の周産期のうつ病をはじめとする精神障害、およびそれにとともなう子供の発育の問題など母子保健に関わる研究が盛んであるが、日本においても産後うつ病への取り組みを中心として、研究報告が散見される。有病率についての研究としては、北村ら¹⁰⁴⁾、¹⁴⁶⁾による、多施設共同研究にて初産女性 290 人を産後 1 年まで追跡調査した報告がある。妊娠中（出産前）のうつ病は 5.6%、出産後 3 カ月以内に発症したうつ病が 5.0%であり、つまり合計 10%以上が妊娠・出産に関するうつ病を発症し、また産前のうつ病の発症危険因子として配偶者サポートの有無、本人の子供時代の体験、産後うつ病の発症危険因子としては、過去のうつ病既往、産前の抑うつ状態を見出した。今後は発症機構のモデル構築に至るための詳細な疫学的研究が必要であることを述べている。

岡野らは、スクリーニングに EPDS（エディンバラ産後うつ病自己評価票）を用いた周産期のヘルス・サービス・モデルの構築を提唱している⁹²⁾。同じく岡野らは、総説において、周産期の精神疾患に対する日本のヘルスケアシステムは従来の母子保健と精神保健という縦割り行政のなかで十分機能しているとは言い難く適正な社会支援を得ることが困難な状況であること、産後 1 年を経過しても未治療の産後うつ病女性が少なくないこと、日本のインターネット利用は急増しており、ネットを用いた専門的支援は費用、即効性、アクセスの利便性という点で利点があること、産後うつ病に関する情報提供とネットコンサルタントをウェブサイト上に公開し、ユーザーの背景、相談内容、ネットコンサルタントという介入の試みについて紹介している¹⁰⁹⁾。

山下らは、虐待発生防止の観点から、産後うつ病の山下らは、全国の保健福祉機関に依頼し、初回母子訪問時にエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）、ボンディング質問票、虐待リスク自己質問票を実施し、回答が得られた 3370 名の分析において、産後うつ病スクリーニングの区分点 EPDS 9 点以上の母親は 13.9%であったこと、虐待リスクの有無に最も寄与したのはボンディング質問票得点であったことを報告している⁸⁷⁾。藤田らは、大学病院において、1 カ月健診時にエジンバラ産後うつ病自己評価票を用いてスクリーニングを行ったところ、平成 14 年に産後うつ病疑いの母親は 21.4%であったこと、平成 15 年より母親学級での産後うつ病についての説明および医療スタッフの研修会により早期発見を行う取り組みを開始し、平成 18 年の産後うつ病疑いの母親は 8.3%になったことを報告している⁸⁸⁾。また、神田らは、NICU 入院による母子分離を経験する母親 412 名を対象に、産後 4 週間の EPDS 得点の分析を行った。出生体重が 1,500g 未満の児を産んだ母親は、2,500g 以上で産んだ母親より EPDS 得点が有意に高かったこと、入院期間が 31 日以上の子をもつ母親は、入院期間が 7 日以内の母親に比べ有意に高かったこと、母体搬送後すぐ緊急帝王切開術になった母親は、EPDS 得点が有意に高かったことから、これらの母親に対して継続したメンタルヘルスケアが重要であることを論じている¹⁰⁰⁾。

海老根らは、周産期センター管理の症例で産後うつ病や児童虐待をしばしば経験していること、母子支援の一環として虐待の可能性のある母親を早期に見つけだし、適切な支援を行い、児童虐待を予防することが重要であること、埼玉県「周産期からの虐待予防強化事業」について、などを報告している⁹³⁾。一方、本澤らによる養育困難家庭への支援と介入の試みという観点からの調査⁹⁰⁾では、新生児病棟に入院した 355 名のうち、7 名が養育困難例と判断さ

れ、うち母の精神疾患が2例あったという。特に精神疾患に絞った言及の仕方ではないが、虐待や経済的問題なども含め、妊娠中からの家庭養育機能の評価が必要と述べている。

このように支援や介入の必要性があるケースの背景にある因子の一つとして、母親の精神疾患が挙げられており、地域でのネットワークが重要である。

いくつかの周産期精神医学に関する日本語の総説においても各時期におけるスクリーニングと専門医療機関との連携が重要であることが述べられている。島悟ら¹⁰¹⁾は、女性において産褥期は精神障害をきたしやすい時期とされること、母子相互作用を通じて子供の心身の発達に重大な影響を与える可能性があり、また父親にとっても重大なことであること、臨床医はこの問題に十分な関心を抱く必要があることが述べられている。久保¹⁰²⁾は、月経は生殖年齢に達し女性に性と生殖機能の象徴として存在する一方、月経周期に関連して精神身体活動が変化すること、様々な精神身体症状が現れる月経関連症候群が起きることがあること、女性の生殖に関するパラダイムシフトを心理学的ジェネオロジーの面から追求することで月経関連症候群に関する女性の潜在的な心理的要因が見えてくるであろうことを述べている。吉田¹⁰³⁾は、周産期精神医学は産褥精神病や産後うつ病の研究を中心に発展した比較的新しい研究領域であること、神経内分泌学などの生物学的アプローチ、養育環境や母子相互作用などの遺伝・環境相互作用モデルに基づく発達論的アプローチ、産後精神障害の発症危険因子についての免疫学的アプローチなどを導入した研究が行われていること、これらの研究は母子保健活動や行政システムとも関連しており、出生率低下をたどる我が国において、妊娠出産にどのような支援が望まれているの答えが早急に求められていることが述べている。Vivette Glover ら¹⁰⁵⁾は、母親の妊娠中のストレスが子供の発達に長期的な影響を与えることが動物実験の研究を通して豊富なエビデンスが出てきたこと、子宮内のホルモン環境が原因となって子供に長期に渡る影響もありそうだということ、妊娠中の母親のストレスや不安が子供に否定的な影響を及ぼすエビデンスも出てきていることから、妊娠中の母親のストレスや不安を軽減する有効な介入を見出すことが今後必要になると述べている。金子ら¹⁰⁶⁾は、周産期は家族にとって最も変化の激しい時期であり、特に母親は身体的変化等さまざまな変化を体験すること、母親のメンタルヘルスが乳児に与える影響について述べている。また、網野ら¹⁰⁷⁾は、妊娠、出産時のホルモン動態変化との関連から、精神障害も含めて、これまで潜在的に隠れていた病態が増悪し疾病として表面に出てくる可能性があること、今後は医師、看護師、助産師らが協力して産後女性のトータルヘルスケアシステムの構築を構築していかなければならないことを述べている。

その他、周産期から精神保健医療福祉が関わるのが想定される分野としては、新生児の将来の精神保健医療福祉の関与可能性についてであろう。児の発育状態は親の心理社会的状態と相互的に関わると思われ、母子保健上の問題として言及しておく。

上谷らは、1990年、1995年出生超低出生体重児6歳時予後全国調査で解析対象となった548例、394例のうち、在胎28週未満の超早産児387例、271例を対象に長期予後を検討しているが、1995年出生超低出生体重児は、6歳時の段階で精神発達遅滞と判定されている児が20.3%であると報告している⁸⁹⁾。

金澤らは、1990年から11年間、超低出生体重児229名を対象にWISC-R(III)知能検査と児童評価尺度(PRS)による学齢期検診を行った結果にて、精神遅滞31名、境界知能19名、学習障害

57名、発達上問題のない児 119名で、出生体重と全領域IQ、動作性IQに有意な正の相関を認めたこと、超低出生体重児の多くに行動問題がみられたことなどを報告している⁹¹⁾。

超低出生体重児は精神遅滞など将来の療育医療や精神科医療、教育上の配慮が必要となることもあるため、段階的に家族への心理的負荷を少しでも緩和させるような対応が必要であろう。もちろん、これらの全てが精神科医療にアクセスすることになる訳ではないが（正確なデータは見つからなかった）、精神遅滞や発達障害は、小児期、思春期、場合によっては成人になって不適応や行動障害を主訴として精神科医療を利用することもあるのも現実である。症状と受療行動についてのデータや、対応方法および地域ネットワークについての経験の蓄積が望まれる。

また、Burr CK, et al は、妊娠女性における HIV について、知識の増加、習慣の変化、HIV 検査数を増加させるなど、HIV の管理、予防を改善させる必要性について述べている中で、カウンセリングの重要性についても触れている⁹⁴⁾。諸外国では違法薬物の静脈注射や、性交渉などによる感染が問題となっており、ハームリダクションの概念からも、妊婦への教育的アプローチ、さらには HIV に伴って生じる様々な精神症状への対応も含め、対応がなされているようである。我が国でも HIV は稀な疾患ではなくなりつつあることから、今後さらに重要視されていく分野であると考えられる。

H. 災害医療と精神科医療

災害時における精神保健医療福祉の関与については、災害地における心のケアチームなど、現地医療支援の一員としての機能について、災害によって生じる精神衛生上の問題（PTSD など）とその対策について、また災害時における既存の精神科医療機関における対策についての論文が散見された。

(1) 災害によってもたらされる精神的不調と、対応について

PTSD などの被災後の精神症状がどのような要因によって規定されるのかについての報告が散見された。また、PTSD 対策など、災害時救援活動が終了後も引き続き心のケアを実施していく必要性についての報告が多かった。

(我が国における報告)

直井¹⁵⁾ は、長岡市小国町の中学生以上を対象として、各種特性と、新潟中越地震の3ヵ月後と13ヵ月後のIES-R (Impact of Event Scale ; 出来事インパクト尺度 改訂版) 調査を実施した。IES-R は PTSD の侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の3症状の度合いを評価する22項目から構成されており、災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など、ほとんどの外傷的出来事について使用可能な自記式の心的外傷性ストレス症状尺度とされている。日本語版は東京都精神医学総合研究所が作成し、24/25 のカットポイントで心的外傷性ストレス症状の高危険者がスクリーニングできるとされている尺度である。震災3ヵ月後の調査では、各種特性にて「家屋の被害が大きい、仮設住宅、女性、高齢、同居家族が少ない、治療中の病気がある、体調が悪い、酒量・タバコの量に変化した、外出頻度が少ない、抑うつ症状がある」等が PTSD のリス

ク要因とされ、その結果に基づいて予防とケア活動を実施したところ、13ヶ月後の再調査では「10台と30-50台の女性、3人以上の家族、病気が無い、健康について相談したいことがない」と回答した者のPTSDリスクが低下するなどの効果が見られたと報告している。震災の際に、リスクに応じた効率的な対策を実施できるよう、どのような被災者にPTSDリスクがあるのかを調査することは大切であると考えられる。

宇佐美ら¹⁷⁾は、新潟県中越地震後の被災者児童には「分離不安、不眠、不穏」が高率で認められたことを報告し、余震の大きさ・頻度・期間や地域の復興状況等を踏まえた相談活動が必要との提言をしている。

一方、長江ら³²⁾は、PTSD発症を未然に抑える急性期介入につき検討しているが、心理的デブリーフィング(PD)はPTSD予防に役立たない場合があること、一般被災者へのPD適用は控え、被災者の自然な回復力支援が効果的と述べている。予防的介入についてはその方法と対象について、今後の検討課題であると思われる。

Kuwabara H, et al²²⁾は、新潟県中越地震発生後における仮設住宅住民の成人3026名を対象として精神的苦悩の出現と回復についての要因を分析した。震災直後の出現率は59.3%で、5ヵ月後には21.8%に低下していた。震災直後のインパクト要因は、女性、強い恐怖感、震災地域に居住又は勤務、震災による負傷・身体的不調であり、震災5ヵ月後のインパクト要因は、見知らぬ人との寝泊り、家屋の損傷、仮設住宅での生活、震災後の身体的不調、に変化していた。これらの結果を踏まえた上での長期的ケアへの貢献が期待されるとしている。

後藤ら²⁶⁾は、仮設住宅住民の約半数7065名を対象に、阪神淡路大震災の4年後の被災者の喫煙習慣を調査したが、その中で、いつも運動している人、喫煙習慣のない被災者は比較的心身の症状が少なく、健康であったことから、喫煙量や運動量そのものより、習慣の変化が心身症状に関連していることが示唆されたとしている。

同じく後藤ら²³⁾は、阪神淡路大震災の11年後の神戸市民の心理的影響を分析している。無作為抽出による20-70歳の対象者818例(内8割が震災経験者)について検討したところ、精神面での健康及びアルコール依存は、11年経過時点で震災経験者と未経験者で差はなく、PTSD症状は一部残存するも重篤度は低く、専門家を訪れていない被災者の中に、PTSD症状がやや重篤な人が存在していること、震災経験者は、その他のトラウマ経験頻度も高いという結果であった。長期にわたる定期的なアセスメントの必要性と、大震災後等の精神保健活動につき提言している。

中島ら²⁴⁾は、新潟県中越地震に派遣された「こころのケア」チームの活動実態調査を実施(86チームが回答)し、活動時間全体の7割は避難所や在宅被災者の循環訪問に費やしたこと、震災後4週間以内に派遣されたチームは派遣日数が長期化し、相談件数も多かったことを明らかにした。被災地外部からの精神保健医療活動については、被災後の時期に合わせた柔軟な対応が必要と提言している。

廣常ら²⁵⁾は、JR福知山線脱線事故の全乗客を対象とした調査(243名が有効回答)では、全体の精神健康度は一般人口に比して悪く、PTSD症状を強く示すものが44.3%。特に女性の方が高く認められたこと、PTSD症状の強さは、乗車位置や入院期間とは相関が見られず、身体的問題(痛み)や生活上の支障の有無と強い相関が見られた。事故そのものが非常に大きな衝撃

となり、乗客全員の長期にわたる支援が必要なことが示唆されたとしている。

(海外の報告)

Chou FH, et al¹⁸⁾ は、台湾 921 大地震 (chi-chi 地震) の 6 ヶ月後、2 年後、3 年後の被災者の PTSD 及び大うつ病の発症率に関するコホート調査を実施した。PTSD および大うつ病の評価には、Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST) および Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) が用いられた。調査が全期間に渡って実施できた 216 人の被災者中、大うつ病有病率は 6 ヶ月後 11.6%、2 年後 6.9%、3 年後 6.5% と低下し、PTSD 有病率は 6 ヶ月後 8.3%、2 年後 9.7%、3 年後 4.2% と、一度増加した後に低下した。一方、希死念慮を有する率は 6 ヶ月後に 4.2%、2 年後に 5.6%、3 年後に 6.0%、というように増加した。薬物乱用/薬物依存については 6 ヶ月後の 2.3% から、3 年後には 5.1% に増加した。震災後の期間による PTSD 発症の危険因子については、6 ヶ月後が経済的損失、家族との死別の悲しみ、2 年後が家族との死別の悲しみ、睡眠障害、3 年後が社会的ネットワークの変化 (住居の場所が変わったり、知り合いや親族と離れ離れになるなど)、家族との死別の悲しみが、それぞれの時期において有病率に有意に影響していた。大うつ病発症の危険因子については、6 ヶ月後は有意な項目なし、2 年後および 3 年後は睡眠障害であった。これらの結果から、震災後の PTSD 及び大うつ病対策に関して、それぞれの時期における危険因子に着目した対応が必要であると述べている。

Rodriguez JJ, Kohn R³¹⁾ は、被災者 (対象はオランダの花火工場火災、米国 9.11 同時テロ、ハリケーンカトリーナ) によるメンタルヘルスサービスの利用に関して、多くの被災者はメンタルヘルスサービスの利用に障壁を感じていること、重篤な精神障害者でも治療を受けている者は少数であること、更にその半数は治療を直ぐにやめてしまうことから、災害後のメンタルヘルスサービスの利便性は、診察のかかり易さ、利用のしやすさ、必要性などに依存することを述べている。

Brandenburg MA, et al²⁹⁾ は、発展途上国における、小児医療の災害対応についてガイドラインの必要性を提言しているが、その中で、医療資源不足時におけるトリアージとの関連で小児医療とトラウマ対処法が検討された例が少ないこと、精神医療の重要性についても触れている。

Gold JJ, et al²⁷⁾ は、ロサンゼルスでの専門家による、小児災害救急と精神医療の統合に関する議論の中で推奨された事項について報告しており、災害時には、身体的障害のみならず、精神的障害も発生すること、災害対策の一環として精神健康面のニーズも考慮する必要があること、災害トリアージへの精神ケアの統合、子供親善大使モデルの適用、成長段階に応じた適切な介入の実施、(知人の) 死亡告知、家族の再統合などについて述べている。

Stamell EF, et al²⁸⁾ は、米国同時テロにおいての小児医療の災害対応についての問題点と課題を論じているが、その中で、PTSD 対策の必要性についても含め、小児医療施設において災害時シナリオと訓練を実施する必要性を論じている。

(救助にあたる側のメンタルヘルスの問題)

一方、震災にあたっての救助した側におけるメンタルヘルスの問題の重要性も指摘されてい

る。澤村ら²¹⁾は、スマトラ沖大地震、インド洋津波に派遣された国際緊急援助隊員 580 人を対象にメンタルヘルスのアフターケア活動を実施し、隊員の IES-R を評価した。IES-R 平均値は、自殺事故に対するアフターケア活動の平均値より高く、特に遺体収容、遺体処理を担当した者に高かったという。また、2 ヶ月後に面接を行った所、ストレス症状は概ね軽減もしくは消失したとのことである。震災の現場で救助にあたる者も精神的不調を来しやすいことを示した調査であり、これらの人々への対応も重要であると思われる。

以上より、災害によって引き起こされる心の問題に対して、精神保健医療福祉は、災害後も継続して関与する必要があるということ、また災害に備えた準備として、精神科医療の関与も行っておくべきであるというのが、共通した見解のようである。

(2) 災害時における既存の精神科医療機関における対策

なお、災害時においては急性ストレス反応や PTSD 対策に加え、従来からの精神障害を有する人々への支援対策も重要であろう。

熊谷ら²⁰⁾は、新潟県中越地震発生後 1 ヶ月半経過時に「日本精神科病院協会」が実施した「こころのケア」個別相談活動の経験を報告している。精神科への外来通院やデイケア参加ができなくなり、通院患者は大きな痛手を蒙ったこと、福祉サービス利用が不十分なケースについては「こころのケア」チームが応急措置を行う一方、地元組織による再評価・検討を依頼したことなどが述べられている。当然、元々精神科通院をしていた患者においても、震災前に比して病状悪化の危険があるため、対策を日ごろから検討しておく必要があるであろう。

久保ら¹⁶⁾は、精神科病棟における火災避難訓練に参加したスタッフを対象に、質問紙調査を実施したところ、精神科病棟における災害時対応の特殊性として、1. 閉鎖的な構造、2. 避難誘導の優先付けが困難、3. 身体拘束や隔離などの問題、4. パニック発生の可能性、などが挙げられた。スタッフ間の円滑な情報伝達、手段の選択等を可能にするため、日ごろから災害マニュアルの周知徹底を図り、体験的な防災訓練を定期的実施することが有効との提言をしている。

河内ら¹⁹⁾は、静岡県精神障害当事者および家族らに対し実施した質問紙調査(当事者 413 名、家族 116 名、精神障害者の支援者 283 名から回答)にて、災害時における対策として、支援者においては「患者や家族への指導」の実践率が低いこと、当事者及び家族においては「服薬継続」の検討が不足していることを指摘している。その上で、支援者向けには災害時教育に関するプログラムの整備が、当事者・家族に対しては服薬継続支援の必要性を述べている。

Jones L, et al³⁰⁾は、複合災害の現場においては、重篤な精神障害者は弱者として無視され、放置されていることを指摘しており、この問題に対して人道主義的立場から、①実践的トレーニング法の提供、②医薬品提供、③社会心理学的補助療法等の対応策を提言している。

I. へき地医療と精神科医療

(1) へき地における精神疾患の合併について

へき地における精神疾患の合併については、具体的な合併率等を示す論文は多くはなかったが、統合失調症、気分障害については、以下の研究が存在する。

小田⁴⁵⁾は、長崎県五島の総合病院（五島で唯一の入院施設を有する精神科が属する）において、2008年一年間に、精神科救急外来を受診した154名の患者の調査を行ったところ、統合失調症が50.0%と半数を占め、ついで気分障害、神経症、パーソナリティ障害と続いていた。

山家ら⁴⁶⁾は、山間部へき地の住民192名に対し、PHQ(Patient Health Questionnaire)を用いた調査を行った。1つ以上の診断がついた者は18.8%であり、気分障害は3.1%と低く、アルコール乱用は10.4%と高い割合を示した。理由として、気分障害は、コミュニティ内での関わり合い等により、喪失感を払しょくしている傾向が背景にあること、アルコール乱用は、他の娯楽の少なさ、交通取り締まりといった社会的制約が少ないことをあげている。

浜田ら⁴⁷⁾によると、長崎県対馬での1998～1996年にかけて行われた統合失調症の疫学調査の結果、人口10000人に対する年齢調整発生率は2.4、人口1000人に対する年齢調整有病率は6.2であり、男女とも症例数、有病率は年々高くなる傾向にあった。発症危険率は0.95%であり、統合失調症の発生率、有病率、発症危険率ともに先行研究と大差は認められなかった。

(2) へき地における精神疾患により生じる問題点、関わり方について

へき地においては、医療資源の少なさが第一の問題点となり、少ないリソースの中で、いかに精神保健を支えていくかの対策が重要となろう。

(コミュニティに根ざしたケア体制)

特に community-based care の有効性を評価する海外研究が多くみられた。Exley⁴⁸⁾は、500英語論文を対象としたシステマティックレビューにより、特に中・低所得国における、うつ病、統合失調症、パニック障害、双極性障害を有する成人の精神保健アウトカムに対する、(institutional care とは対照的な) community-based model の有効性について示している。結果として、14カ国で行われた17の介入研究において、community-based model は精神保健アウトカムを向上させること、また幾つかのコスト分析において、同 model がコスト削減につながりうることを示唆された。Exley はこれらの結果は高所得国でも同様と評価している。ただし、その他疾患や小児、青少年を対象とした研究、英語以外の言語で執筆された研究を含めてのレビューがさらに必要である。

また、その他の研究でも、Hauenstein⁴⁹⁾は、システマティックレビューにより、米国のへき地でのコミュニティをベースとした rural mental health system の構築が、今後の精神保健研究、そして患者のアウトカム向上に向けて効果的としている。Boyd⁵⁰⁾は、オーストラリアにおけるへき地での青少年の精神保健において、ソーシャルキャピタル(地域社会資本)をベースとした(asset-based) community development が重要としている。

日本においては、新井ら^{51) 52)}は離島における精神科医療の確保について、実際の医療提供体制の把握から医療看護分野を中心に論じている。新井によると、日本の離島統計850あまりのうち、島民100名以上が居住している65島を抽出し、管轄保健所に対しアンケート調査を実施したところ、精神科専門医療機関は、人口規模10,000人以上の13島にあった。一方、精神科はもとより全く医療機関がない島は12島あり、いずれも人口規模1000未満の小離島であ

った。人口規模と精神科医療機関の整備状況には明らかな有意差があった。また、保健師が離島に確保を望む社会資源の上位は「集いの場」「作業所」「精神科専門医療」であり、個別支援活動における留意点は「地域関係機関との連携」「秘密保持」「訪問指導」「治療継続への支援」であった。

システマティックレビューをはじめとする以上の研究を踏まえると、様々な地域社会資本等を利用した、地域に根ざした精神保健活動が重要であることは、世界的に学問的支持がなされているといえるであろう。これは、昨今の精神疾患を有する者の退院支援、地域での受け皿整備の促進といった政策の方向性にも合致するところである。

（医療体制の確保）

離島においては、いくらコミュニティ内のその他条件が整ったとしても、緊急時を中心とした医療体制の確保は絶対的に欠かせないものといえよう。上記の新井の研究でも、コミュニティベースのケア体制の確立とともに、精神科医の不在を補うシステムの構築、とりわけ精神科医による診断と専門医から保健師に対する助言の必要性が強調されている。小村⁵³⁾は、離島における救急医療体制の確保手段として、防災ヘリコプター搬送の実際を取り上げ、医療職種同士のネットワークの重要性をあげている。島根県隠岐諸島の総合病院は精神科開放病棟を44床有しており、病棟構造の整備不足から、約7年間で10人（精神運動興奮4人、頻回の暴力6人）が防災ヘリコプターで約1時間半かけ本土の中核病院に搬送された。防災ヘリという限られた空間・態勢の中、適度な鎮静と安全な搬送を維持する必要がある、特に、薬物鎮静により呼吸器・循環器系への深刻な影響も発生しうるとは十分な注意が必要である。小村は、無事故での防災ヘリ搬送を可能としたのは、医師同士の間で円滑な連携が保てたことであり、信頼を基盤としたヒューマンネットワークが大きな機能を果たしているとしている。ただし、この例は医師同士の医局が共通であったという事情が背景にあり（派遣先・派遣元という関係）、本来は、医局に関係なく、各地域で必要に応じた医療機関毎の連携体制、ヒューマンネットワークが確保されること望ましいであろう。

また、日本でもテレメディスンの導入が徐々に進んでいるところであるが、Antonacci⁵⁴⁾は、システマティックレビューにより、へき地におけるビデオカンファレンスによるtelepsychiatryが、精神保健従事者不足の解決策の1つとして非常に有効であると結論付けている。

（家族支援）

精神保健資源が少なく、外部とのアクセスも乏しいへき地では、患者と密接にかかわる家族の支援もより重要である。Hamadaら⁵⁵⁾は、長崎県対馬において、統合失調症患者の家族に対する支援の有効性を評価している。100数名の患者と家族に対し質問票調査を行った結果、統合失調症患者の症状は家族の精神状態やQOLと有意な相関を示した。また、家族支援体制の強化が、患者の症状とともに、家族の精神状態の安定化にも関係することが示唆された。離島においては、家族への支援体制を強化することが、統合失調症患者の状態の改善や社会適応を促進するだけでなく、家族自身のストレスを軽減することは興味深い。また、体制整備においては、離島における資源の少なさを補うため、公的機関の適切な介入も重要な要素となるであろう。

(疾病の早期発見、早期介入)

八森^{5,6)}は、認知症に特化して、社会環境も含めた総合的な機能評価による早期発見の必要性を論じている。へき地の一般的な傾向として、高い高齢化率、特に後期高齢者の割合の高さ、それに伴う要介護度の増加、認知症の増加がある。さらに、独居高齢者、高齢者世帯の割合が高く、閉じこもり、うつ、生活機能の低下等が起りやすい状況にある。八森は、高齢者の認知症早期発見には総合機能評価(日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作(IADL)、認知機能、情緒傾向、コミュニケーション、社会的環境等からなる総合的評価)が有用であり、様々な角度からの評価が、適切な支援につなげるうえで有用性に富むとしている。

Kelly ら^{5,7)}は、へき地における精神疾患を有する者に対する早期介入の必要性を、過去文献を引用しつつ総論的に論じている。患者に早期介入することはチャレンジングであり、いかにサービスを作り出すかということと、いかに患者に提供するかということはそれぞれ異なるものとして考えるべきとしている。特に後者に関しては慎重になるべきであり、サービス提供者の選定にあたっては、地域住民から尊敬を得るような者、または当該コミュニティに実際に暮らす者を選ぶことが望ましいとする。そして、早期介入にかかわる提供者は、精神社会的介入等の基本的技術のトレーニングを受け、ネットワークの中で、効果的に指導をされる必要があると論じている。サービスについて、その創設と提供を別物として考える点は、興味深いものといえよう。

【引用文献】

- 1) Mezuk B, et al : Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12) ; 2383-2390, 2008
- 2) 伊藤弘人: 身体疾患とうつ病: これからの取り組み. *精神科治療学* 24(12) ; 1529-1533, 2009
- 3) 西田朗ら : 【高齢者のうつ病とその周辺】 うつ病がリスクファクターとなる身体疾患—No Health without Mental Health—. *老年精神医学雑誌* 19(4) ; 409-413, 2008
- 4) 大川貴子ら : 入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析. *日本精神保健看護学会誌* 13(1) ; 63-71, 2004
- 5) Julie A. Wagner, et al : Depressive symptoms and diabetes control in African Americans. *J Immigrant Minority Health* (2009) 11 ; 66-70
- 6) Goldberg RW, et al : Quality of diabetes care among adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*.58(4) ; 536-543, 2007
- 7) Ciechanowski PS, et al : Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 160(21) ; 3278-3285, 2000
- 8) Frankenburg FR, et al : The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*.65(12) ; 1660-1665, 2004
- 9) Andersohn F, et al : Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *Am J Psychiatry*.166(5) ; 591-598, 2009
- 10) Banta JE, et al : Retrospective analysis of diabetes care in California Medicaid patients

- with mental illness. *J Gen Intern Med.*24(7) ; 802-808, 2009
- 11) Morden NE, et al : Quality of care for cardiometabolic disease: associations with mental disorder and rurality. *Med Care.*48(1) ; 72-8, 2010
 - 12) Krein SL, et al : Diabetes treatment among VA patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatric Services* 57(7) ; 1016-1021, 2006
 - 13) 川添文子ら : 【精神科と他科・他職種との連携】 糖尿病指導外来における心理社会的アプローチ. *臨床精神医学* 38(9) ; 1329-1334, 2009
 - 14) *Medical Tribune* 2009年9月3日号 ; p30
 - 15) 直井孝二 : 新潟県中越地震後の地域メンタルヘルス活動 震災3ヵ月半後及び13ヵ月後調査結果とPTSDリスク要因の分析. *日本社会精神医学会雑誌* 18(1) ; 52-62, 2009
 - 16) 久保祐子ら : 精神科病棟における災害時対策の特殊性. *日本精神科看護学会誌* 51(3) ; 562-566, 2008
 - 17) 宇佐美政英ら : 新潟県中越地震後における子どものこころのケア活動. *児童青年精神医学とその近接領域* 49(3) ; 354-366, 2008
 - 18) Chou FH, et al : Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*61(4) ; 370-378, 2007
 - 19) 河内俊二ら : 静岡県下における大規模災害発生時の在宅精神障害者支援システムづくりのための基礎的研究. *病院・地域精神医学* 49(2) ; 152-162, 2007
 - 20) 熊谷亜紀子ら : 新潟中越地震発生後1ヵ月半経過時におけるこころのケア活動. *臨床精神医学* 35(4) ; 433-441, 2006
 - 21) 澤村岳人ら : 海上自衛隊におけるスマトラ沖大地震及びインド洋津波への国際緊急援助隊のメンタルヘルスとアフターケア活動. *防衛衛生* 53(5) ; 79-88, 2006
 - 22) Kuwabara H, et al : Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan: Community-based study. *Psychiatry Clin Neurosci*62(5) ; 503-507, 2008
 - 23) 後藤豊実ら : 大災害が地域社会の精神保健に及ぼす影響 震災11年後における神戸市民の精神的健康、受療行動、および外傷体験. *心的トラウマ研究* 3号 ; 1-24, 2007
 - 24) 中島聡美ら : 【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. *トラウマティック・ストレス* 4(2) ; 135-144, 2006
 - 25) 廣常秀人ら : 大規模輸送災害が被害者のその後の心身に与える影響. *心的トラウマ研究* 2号 ; 85-93, 2006
 - 26) 後藤豊実ら : 運動と喫煙状況から見た被災者の心身の健康 阪神淡路大震災後四年目のデータから. *心的トラウマ研究* 2号 ; 1-17, 2006
 - 27) Gold JI, et al : Pediatric disaster preparedness in the medical setting: integrating mental health. *Am J Disaster Med*4(3) ; 137-146, 2009
 - 28) Stamell EF, et al : Lessons learned for pediatric disaster preparedness from September

- 11, 2001: New York City trauma centers. *J Trauma*67(2 Suppl) ; S84-87, 2009
- 29) Brandenburg MA, et al : Pediatric disaster response in developed countries: ten guiding principles. *Am J Disaster Med*2(3) ; 151-162, 2007
- 30) Jones L, et al : Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet*. 374 ; 654-661, 2009
- 31) Rodriguez JJ, Kohn R : Use of mental health services among disaster survivors. *Curr Opin Psychiatry*.21(4) ; 370-8, 2008
- 32) 長江信和ら : 災害時を想定した外傷後ストレス障害の一次予防について. *精神保健研究* 51 ; 81-90, 2005
- 33) Logan JE, et al : Parental mental and pain-related health and pediatric ambulatory care sensitive emergency department visits and hospitalizations. *Health Serv Res*.43(2) ; 656-674, 2008
- 34) American Academy of Pediatrics : Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*.118(4) ; 1764-1767, 2006
- 35) Hoyle JD Jr, et al : Treatment of pediatric and adolescent mental health emergencies in the United States: current practices, models, barriers, and potential solutions. *Prehosp Emerg Care*.7(1) ; 66-73, 2003
- 36) Falsafi N : Pediatric psychiatric emergencies. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*.14(2) ; 81-88, 2001
- 37) Lipton H, Everly GS Jr. : Mental health needs for providers of emergency medical services for children (EMSC): a report of a consensus panel. *Prehosp Emerg Care*. 6(1) ; 15-21, 2002
- 38) Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. : Policy statement--The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*. 124(1) ; 410-421, 2009
- 39) 星野崇啓ら : 院内入院患者のコンサルテーション・リエゾンの実績. *埼玉小児医療センター医学誌* 20(1) ; 72-77, 2003
- 40) Soto EC, et al : Frequency and correlates of inappropriate pediatric psychiatric emergency room visits. *J Clin Psychiatry*. 70(8) ; 1164-1177, 2009
- 41) Ríos Pelati M, et al : Epidemiological profile of psychiatry consultations at the University Pediatric Hospital. *Bol Asoc Med P R*.101(1) ; 13-17, 2009
- 42) Santiago LI, et al : Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications.. *Pediatr Emerg Care*.22(2) ; 85-89, 2006
- 43) Kennedy A, et al : Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care*.25(6) ; 380-386, 2009
- 44) Grupp-Phelan J, et al : Referral and resource use patterns for psychiatric-related visits