

Ⅲ 子どものための場に関する 6 原則の達成状況

6 原則とは・・・災害時の避難所等では、子どもの権利が奪われたり、子どもの生活環境が整わないためこころやからだの健康に影響するリスクが高まります。そのようなときの対応方法として、国際的な指針（ガイドライン）には、「子どもの最善の利益」のための「6 つの原則」が示されています。

【6 原則】

- ① 生活、心身発達、遊び・学習等の“子どもの権利”侵害からの保護のための場の提供
- ② 保護者等が適切な育児や支援ができる場の提供
- ③ 地域文化・特性と既存の組織や対応力の尊重
- ④ 地域の参加と協働
- ⑤ 多領域の支援提供と連携
- ⑥ 子どもの多様性（発達段階・性別・障がい・国籍等）への配慮

これらの 6 つの原則があなた（回答者）とお子さんのいる場でも適切に実施されるようにするために、以下のことについて教えてください。（□にチェック）

原則		はい	いいえ	わからない
①	1. 子どもの身体の安全が確保されていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 子どもの心理的安全が確保されていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 子どものプライバシーが保護されていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 子どもに合った多様な遊び・学習や活動がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 子どもの遊び・学習や活動に必要な物品がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	6. 保護者・家族や地域の大人が、子どもの育児に参加している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. 保護者や地域の大人が子どものことや育児について相談できる窓口がある（あるいは担当者がいる）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 子どもに専門的ケア（医療・福祉・教育）が必要な場合に、相談できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 子どもたちを受け入れられる大人（スタッフ・ボランティア）の人数が揃っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. 子どものための場にいる大人（スタッフ・ボランティア）の子どもたちへの関わり方は適切である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	11. 支援や活動は、地域の文化や習慣などにあっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. 支援や活動は、地域のつながりや、もともとの住まい（地区や自治会）に配慮されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	13. 子どものための場の運営や活動に保護者自身も参加している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. 子どものための場の大人（スタッフ・ボランティア）は、子ども本人、保護者や地域の大人などからの意見やニーズを聞いてくれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑤	15. 子どものための場における活動や支援には、遊び、教育、心理、衛生、保健、福祉、医療などの多領域の内容を含んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. 子どもための場が同じ地域に集中したり、支援の届かない地域ができないように、他の支援機関とも調整しながら活動している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	17. 子どもための場はすべての子どもに開かれており、参加を拒否されたり、断られることはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. 子どもための場についての案内や情報は、積極的に公開されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. さまざまな理由（被災の程度、障がいの有無、出身、国籍、宗教、家族の理解など）があつて、参加ができない（参加を控えたほうがよい）と思つたことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. 年長の子ども（小学校高学年～中学生・高校生）のニーズにも対応した活動もある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV 避難所等におけるお子さまの生活環境や、子育てのことで、ご質問やご意見があれば自由にお書きください。（自由記述）

厚生労働科学研究費補助金

(障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)))

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究

平成 24 年度～26 年度 分担研究報告書

母親のうつ状態と子どもの問題行動について

分担研究者 加茂登志子¹⁾・金吉晴²⁾

研究協力者 氏家由里¹⁾・伊東史エ¹⁾・丹羽まどか¹⁾・中山未知¹⁾・大久保彩香¹⁾
Miranda Olf³⁾

1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

3) Department of Psychiatry, Academic Medical Center, Amsterdam
& Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen

研究要旨

うつ状態にある親は子どもの問題行動をより強く報告する傾向にあることは既存の研究からしばしば指摘されている (Gunlicks ら、2008) が、日本でのサンプル研究はほとんど行われていないため、本研究を実施する。東京と福岡をサンプル地域とし、母親のうつ病と親としての自己評価、子どもの問題行動の関連性について質問紙による横断的調査を行った。質問紙は、子どもの問題行動 (Eyberg Child Behavior Inventory)、親のうつ病 (二項目質問法)、親としての自己評価尺度から構成した。回答は 2 歳から 7 歳の子どもの持つ母親 1512 人から回答が得られた。子どもの平均年齢は 4.35 歳、男女比はほぼ 1:1 であった。11.8%の母親にうつ病がある可能性が指摘された。二項目質問法で示される母親のうつ状態スコアは ECBI 両スコアと正の相関に、また、親としての自己評価と負の相関にあった。二項目質問票得点と親としての自己評価を従属変数とした分析では、ECBI 問題数得点が最も強い予測因子であった。母親のうつ病は産後だけでなくより広く考慮されるべきである。発達障害の相談等に取り入れる必要性がある。

A. はじめに

親の精神健康障害は様々な形で子どもの養育に影響を与える。うつ状態にある親は子どもの問題行動をより強く報告する傾向

にあることは既存の研究からしばしば指摘されている (Gunlicks ら、2008) が、日本でのサンプル研究はほとんど行われていないため、本研究を実施したい。

B. 研究方法

本調査は横断研究である。調査対象となった園あるいは小学校に子どもが通っている保護者のうち、児の年齢が2歳から12歳であり、書面での研究協力同意が得られた保護者に親子の簡単なプロフィール記載を含む質問紙を配布し、回収した。本研究においては、このうち児の年齢が2歳から7歳までの事例について検討した。回収したもののうち、分析可能と判断できる事例を分析対象とし、統計学的手法を用いて検討した。

対象

東京と福岡をサンプル地域とした。それぞれの地域で事前に共著者を通じ幼稚園・保育園・小学校の園長および校長に書面にて調査説明を行い、承諾の得られた保育園、幼稚園、小学校に通っている2歳から7歳の児童を調査対象とした。質問紙回答者については「保護者」としたが、続柄の指定は行わなかった。こどもが2人以上いる家庭については、どちらか1人を任意で選んで回答してもらった。本研究では、さらにここから回答者が母親である対象を抽出した。

質問紙の内容

1) 回答者のプロフィール

回答者の年齢、性別および対象児との続柄

2) 対象児のプロフィール

対象児の性別、年齢およびきょうだい数合計

3) Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI: アイバーグ子どもの問題評価票) 日本語版

ECBI は、1978年に米国の Sheila M. Eyberg 博士らによって開発 (Eyberg ら、1978) された、36項目から成る自記式質問紙である。2歳から16歳の子どもの行動上の問題を評価するためのものであり、その子どもの養育的立場にある人が回答する。親の多種多様な懸念を取り扱う36項目²⁵⁾ (「2. 食事のときにぐずぐずしたり時間がかかる」「17. 大声を出したり、悲鳴を上げたりする」など) があげられており、回答者はそれぞれの項目に対し頻度 (以下、強度スコアとする) を1「ない」から7「いつも」まで、7件法で評定する。次にその問題行動が養育者 (回答者) からみて問題であるかどうか (以下、問題数スコアとする) を「はい」もしくは「いいえ」の2件法で評定する。強度スコアは素点をそのまま加算し、最少得点は36点、最高得点は252点である。問題数スコアは「このことはあなたにとって問題ですか」という問いに「はい」が選択された数を1、「いいえ」を0と数え、最少得点は0点、最高得点は36点となる。また、ECBIの標準的な回答時間はおよそ5分程度である。日本語版は加茂らによって作成され、内的一貫性・妥当性が確認されている。

4) うつ病診断の二項目質問票

二項目質問法 (Two-question Case-finding Instrument, Whooleyら、1997) はうつ病のスクリーニングに用いられる最も簡便な方法で、抑うつ気分と興味や喜びの喪失それぞれ1項目ずつについて質問するもので、2項目両方に該当する場合には、うつ病の90%をスクリーニングできるとされている (鈴木ら、2003)。

5) 親としての自己評価に関する質問
親としての自己評価に関する質問は、育児ストレス尺度短縮版 (Parent-Stress Index-Short Form: PSI-SF) から下記の1項目を選択して回答してもらった。

次の質問に対し、以下の1から5までのうち1つを選んでください。

私は自分を次の様に感じる：

1. 親である事があまり得意ではない
2. 親である事に何かしらの問題がある
3. 平均的な親である
4. 平均的な親よりも良い親である
5. とても良い親である

データ取得方法

同意を得られた園・小学校に、ECBI日本語版と保護者用研究説明書を1部ずつ封筒に入れた質問紙セットを郵送し、園・校内で保護者に配布し、担任を通じて、もしくは回収箱を設置し回収した。

調査は2012年6月から同年8月の間に実施した。

倫理的配慮

本調査については東京女子医科大学の倫理委員会に確認の上、実施した。筆者および共同筆者と研究協力校および協力者の間に特筆すべき利益相反はない。

データ処理法・解析法

対象児の年齢、性別の記入があり、かつ、無記入項目がECBI強度スコア、問題数スコアそれぞれで3項目以下であったものを有効回答とした。きょうだいについて尋ねている2項目 (No.25, 27) はきょうだいがいない場合記入をしない養育者が多く、欠損が多くなる傾向になると過去の論文で示唆されていることから、この2項目の強度ス

コアが無記入となっていた場合は「ない」が選ばれた場合の数値“1”に置き換え、そのほかの項目については項目の平均値を入力し統計的に解析を行った。

統計処理はSPSS-J 22.0を用いて行った。

C. 結果

分析対象データ

回答者を母親とした有効回答数の合計は1512であった。各年齢ごとのn数は以下のとおりである；2歳 (n=38)、3歳 (n=353)、4歳 (n=442)、5歳 (n=451)、6歳 (n=172) 7歳 (n=56)。

人口統計的特性をみると、性別は男児750人、女児762人、年齢は平均4.35歳 (SD 1.14) であった。きょうだい数合計は平均2.19人 (SD 0.85) であった。

質問紙の回答結果

ECBI強度スコアと問題数スコアの平均点は、それぞれ99.5 (SD 25.0) 点と 6.5 (SD 6.5) 点であった。

うつ病の二項目質問法の平均点は0.36 (SD 0.68) 点であり、一項目のみ該当したものは184人 (12.2%)。二項目両方に該当したものは178人 (11.8%) であった。すなわち、この結果から対象の母親のうち、11.8%が90%の確率でうつ病とスクリーニングされたことになる。

親としての自己評価に関する質問については、平均点は2.81 (SD 0.61) であり、それぞれの項目に関する回答とその割合は表1に示した。回答のうち1、2を占める割合、即ち自身を親として低く評価していた母親は22.1% (n=334) であった。

表1 回答者の親としての自己評価

	n	%
1. 親である事があまり得意ではない	59	3.9
2. 親である事に何かしらの問題がある	275	18.2
3. 平均的な親である	1082	71.6
4. 平均的な親よりも良い親である	91	6.0
5. とても良い親である	5	0.3

児の年齢、ECBI強度スコア、問題数スコア、二項目質問法得点、親としての自己評価得点についてスピアマンの相関係数を用いて分析した結果を表2に示した。これをみると、二項目質問法得点で示される母親のうつ状態スコアはECBI両スコアと正の相関に、また、親としての自己評価と負の相関にあった。

表2 児の年齢、ECBI強度スコア、問題数スコア、二項目質問法得点、親としての自己評価得点の相関

		児の年齢	ECBI強度スコア	ECBI問題数スコア	二項目質問法スコア
ECBI強度スコア	Pearsonの相関係数	-0.177			
	有意確率	<0.001			
ECBI問題数スコア	Pearsonの相関係数	-0.015	0.612		
	有意確率	0.561	<0.001		
二項目質問法スコア	Pearsonの相関係数	0.000	0.026	0.296	
	有意確率	0.992	<0.001	<0.001	
親としての自己評価	Pearsonの相関係数	-0.027	-0.025	-0.276	-0.312
	有意確率	0.287	<0.001	<0.001	<0.001

母親がうつ病と診断される可能性のある群と非うつ病群の子どもの問題行動と親としての自己評価

1) うつ病診断の二項目質問法において二項目とも該当し、うつ病の可能が高いと判断された母親178人をうつ病群、二項目とも

該当しなかった母親1150人(76.1%)を非うつ病群とし、両者間でECBI得点、親としての自己評価を対応のないt検定を用いて比較検討した。

結果を表3に示す。

表3 うつ病群と非うつ病群のECBI得点及び親としての自己評価の比較

	うつ病群	非うつ病群	p
n	178	1150	
ECBI頻度スコア	114.2(SD28.4)	96.0(SD23.5)	>0.001
ECBI問題数スコア	11.2(SD8.15)	5.53(SD5.80)	>0.001
親としての自己評価	2.33(SD0.83)	2.90(SD0.52)	>0.001

表2に見るように、うつ病群は非うつ病群に比べ、有意にECBI頻度スコアおよび問題数スコアが高く、親としての自己評価が低かった。

2) 次に、重回帰分析(ステップワイズ法)を用い、二項目質問法得点、親としての自己評価を従属変数、児の年齢、ECBI強度スコアと問題数スコアを独立変数とし、分析した。

その結果、二項目質問票得点を従属変数とした分析では、ECBI問題数得点が最も強い予測因子であり、($\beta = 0.219$, adjusted $R^2 = 0.098$)、その次がECBI強度スコア(順に $\beta = -0.126$)であった。親としての自己評価を従属変数とした分析でも同様に、ECBI問題数得点が最も強い予測因子であり、($\beta =$

-0.196, adjusted $R^2 = 0.085$)、その次がECBI強度スコア (順に $\beta = -0.130$) であった。

D. 考察

まず、一般人口、即ち保育園や小学校に通う子どもと母親を対象とした本研究において、幼児を養育する母親の11.8%にうつ病が疑われた。産後うつ病については地域保健の分野でも高い関心が示されており、多くの研究が行われているが、産後というカテゴリーを離れて幼児を養育する母親のうつ病はそれほど注目されていない。今回の調査からは、産後うつ病とほぼ匹敵する頻度で、幼児を養育する母親にもうつ病の可能性があることが指摘できた。

被災地などうつ病の発症リスクが高くなる地域では女性のうつ病に対し、広いスパンで目を向けていく必要がある。

うつ病が疑われる母親は親としての自己評価が低く、子どもの問題行動については、その強度も、また問題性についても、うつ病を疑われない母親よりも強く訴えることが確認された。また、重回帰分析を用いた分析では、うつ病の母親は子どもの行動を量的な評価よりも問題性があると捉える傾向にあることも確認された。

近年では子どもの発達障害が注目を浴びており、発達に関する相談も頻繁に行われているが、その評価のなかに親の抑うつが組み込まれることは比較的少ない。しかし今回の研究の結果を鑑みると、とくに母親の抑うつを子どもの行動上の問題と同時に評価することは、子どもの問題行動を客観的に評価するためにも、また、その後の介入を計画するためにも非常に重要なポイント

トになると考えられた。

E. 文献

Gunlicks, M. L., & Weissman, M. M. (2008). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 379-389.

Sheila M. Eyberg and Arthur W. Ross: Assessment of Child Behavior Problems: The Validation of a New Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, Summer; 113-116, 1978

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439-445.

鈴木竜世, 野畑綾子, 金直淑ら(2003). 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討—Two-question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. *精神医学*, 45(7), 699-708.

F. 関連業績

著作

加茂登志子：反応性アタッチメント障害/反応性愛着障害 「DSM-5を読み解く4—伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10をふまえた新時代の精神科診断 不安症群, 強迫症および関連症群, 心的外傷およびストレス因

関連障害群,解離症群,身体症状症および関連症群」中山書店、東京、2014

研究発表

Kimura, Kamo, Ito et al. The relationship among mother's depression, her self-evaluation as a mother and a child's problem behaviors, the 6th congress of international women's mental health, 2015

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

厚生労働科学研究費補助金

(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)))

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究

平成 24 年度～26 年度 分担研究報告書

災害時における調査研究の実施体制の検討

分担研究者 飯島祥彦¹⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 生命倫理統括支援室

研究要旨

【目的】災害時の調査研究(災害研究)が適正に実施されるためには地方自治体である市町村の果たす役割が重要である。市町村が災害研究の実施に関してどのような役割を担うべきか明らかにするために市町村に対して質問紙調査を行った。

【方法】東日本大震災で大きい被害を被った岩手、宮城、福島の三県の全 127 市町村の総務課、産学連携課の担当者に対して無記名質問紙調査を実施した。

【結果】回答した市町村は 60 (回答率 47.2%)であった。研究機関と共同研究をしている市町村 9 (18.4%)、研究機関と協定を締結している市町村 22 (36.7%)、市民から苦情を受けた経験がある市町村 6 (10%)であった。自由記載欄にて、事務負担の増大を懸念する記述があった。また、苦情の具体的内容として、研究の重複、研究成果の還元のないこと、研究成果が政策へ反映されていないこと、が挙げられていた。

【考察】被災地の自治体である市町村が災害研究に対してどのようなスタンスで望んだらよいか、戸惑っている現状が明らかとなった。研究者と研究参加者となる被災者(住民)とが信頼関係を構築するためには地方自治体である市町村の役割が重要である。市町村の事務負担の増大に配慮しつつ、災害研究の管理や市民への成果の還元を図っていく必要がある。

A. 研究目的

地震や台風などの自然災害やテロ(以下「災害」)が発生した直後、被災者や犠牲者(以下「被災者」)を対象として、メンタルヘルスに関する調査研究(以下「災害研究」)が行われる。このような災害研究は、災害に

よるトラウマを理解し、将来、災害が発生した際、被災者に対し適切な精神医療を実施し、被災者の被害を最小限にするためには不可欠である。また、災害後の被災者の状況を正確に調査するためには、被災直後に迅速に調査を行う必要がある¹⁾。

一方、災害により、ストレスに曝され心身ともに過酷な状況にある被災者を調査の対象とするため、研究参加者となる被災者の権利・利益の保護が要請される。災害の発生時には、内容の重複した調査研究が集中して実施されるため、研究参加者は、短期間に多数の調査研究への参加を余儀なくされ、過度な負担を強いられることになる。そのため、各々の調査研究自体には倫理的問題がなくても、多数になると深刻な問題を引き起こすことに留意する必要がある²⁾。

東日本大震災においても、被災者が同じ内容のアンケートに5回も協力を求められたケースの報告がなされている³⁾。また、緊急事態がゆえに、平常時の臨床研究の実施要件とされる疫学研究に関する倫理指針等行政指針に規定された手を踏まずに災害研究が行われている事態を懸念する声があがっている。このような状況を懸念し、日本精神神経学会は、「東日本大震災被災地における調査に関する緊急声明文」を発表し、適切に研究が実施されるよう注意を喚起している⁴⁾。また、厚生労働省は、災害時の調査研究を実施するにあたっては、当該被災地の自治体と十分に調整することを要請している⁵⁾。

平成26年11月、災害時の研究の調査研究を適切に実施するために考慮しなければならない事項⁶⁾について、被災地の地方自治体の研究を担当する者を対象として質問紙調査を行った。質問紙調査の結果から、災害時の調査研究において地方自治体である市町村がいかに関与するべきか、関与の在り方について考察を行い、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための知見を得ることを試みる。

B. 研究方法

1) 平成26年度は、災害時における調査研究の実施状況について被災地の市町村に対して、質問紙調査を行った。

(1) 質問紙調査の対象

東日本大震災で被災した福島県、宮城県、岩手県の全市町村127市町村を調査の対象とした。

(2) 調査方法と調査項目

質問紙調査は、市町村で研究に関する事務を担当している総務課、または、産学連携課宛に郵送による無記名自記式質問紙調査により行った。調査項目は、①研究機関との共同研究の有無、②研究機関との協定の有無、③研究について苦慮した経験の有無、④市民からの苦情の有無、⑤被災地の研究機関の関与の必要性、⑥研究チームの救助チームからの独立性の要否、⑦災害発生直後の調査の可否、⑧自由記載である。なお、本調査は名古屋大学医学部生命倫理委員会により審査・承認(簡易審査)されている。

C 結果

1) 回答率

福島県、宮城県、岩手県3県の全市町村127市町村のうち61市町村から回答があった(回答率:48.0%)。福島県は59市町村のうち28市町村(回答率47.5%)、宮城県35市町村のうち18市町村(回答率51.4%)、岩手県33市町村のうち15市町村(回答率45.5%)であった(図1)。

2) 各調査項目の結果

災害についての共同研究の実施については、10市町村(16.4%)がありと回答した。災害研究に関して研究機関と協定を締結しているか否かについては、22市町村(36.1%)

があると回答した（図2）。災害研究に関して対応に苦慮した経験の有無については、2市町村（3.3%）があると回答した。住民からの苦情の有無は6市町村（9.8%）があると回答した（図3）。災害研究の実施において被災地域の機関が関与するべきかについては、10市町村（16.4%）が可能と回答した。研究チームの救助・診療からの独立性については、必要と回答した自治体は5（8.2%）に留まった。災害直後の調査研究の可否については、21（34.4%）の市町村が可能であると回答した一方、不可と回答した市町村は18（39.5%）であった（図4）。自由記載欄では、住民からの苦情の内容、研究機関との関係についての記述があった。苦情としては、仮設住宅でのアンケート疲れ、繰り返し類似のアンケートの実施、意味のないワークショップの開催、研究結果の還元がない、研究が政策につながっていない、などの記述があった。また、研究機関との関係では、研究機関からの研究の申し入れを断る負担、研究機関の都合に振り回された、研究機関の実働部隊にさせられたなど、事務負担の増大に関する記述があった。

D. 考察

本研究は、災害時の調査研究に関して被災地の自治体の研究担当者を対象に質問紙調査を実施し、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための知見を得ることを試みるものである。

研究機関と共同し災害研究を実施している自治体は10市町村（16.4%）、研究機関と協定を締結している自治体は22市町村36.1%に留まっていた。研究機関は調査地域の自治体と協定などを締結することが求め

られているが、必ずしも自治体が関与している事例は多くないことが推測される。

研究の集中など、災害研究に関して対応に苦慮した自治体は2市町村（3.3%）、住民からの苦情の有無は6市町村（9.8%）に留まった。研究の集中など被災者が研究の対象となることで過度の負担を負い、自治体に苦情を述べるという状況は少数にとどまっている。質問紙の自由記載欄では同種のアンケートが重複して行われたとの報告もあり、研究の集中が実際に多発し、被災者が困難な状況に陥っていたかはさらに検証が必要である。

研究チームの救助・診療からの独立性が必要と回答した市町村は少数にとどまり、倫理審査委員会の委員長・事務局に対する調査とは異なる結果となった⁷⁾。その理由としては、市町村は被災地の現場で被災者の救助を行うなど、被災現場の近くに位置している。研究チームは救助とは独立する体制が望まれ、インフォームド・コンセントは落ち着いた場所で取得するなど、災害研究の実施に際しては、被災者の権利・利益を保護する体制が求められると一般的には考えられているが、救助や診療と調査を区別することは現実的には困難であると考えていることを挙げることができる。被災地域の機関の関与の必要性については、必要とすると回答した自治体は9市町村（15%）にとどまった。ただし、不要とする回答も15市町村（24.6%）と少なく、被災地の実情が分かっている被災地の機関が一定程度関与するべきとする余地はあるように思われる。

被災直後は被災者の生命・身体の安全を確保しなければならない。そのような状況で調査を実施することができるかが問題となる。この点、21市町村（34.4%）は可能、18市

町村（39.5%）は不可と回答した。被災直後の災害によるトラウマを理解するためには、被災直後に調査する必要がある。災害直後とは、災害による破壊が進行中である状況であるが、具体的には判断が難しい。「煙などが巻きあがっている状況」とする報告⁸⁾もあるが、このような状況においても約60%の市町村は調査研究の実施に否定的ではないことが判明した。

自由記載欄にて、「研究結果の意味のないワークショップの開催」、「研究結果の還元がない」、「研究が政策につながっていない」との報告があり、研究者は、調査対象とした研究参加者に研究の進捗状況を公開し、研究の意義・有用性を説明し、理解を求める必要があることが推測された。そのためには住民を対象とする説明会やシンポジウムなどを開催することが有効であり、市町村が共催するなどの関与が望ましい。また、自治体の事務負担の増大を懸念する回答が散見された。「研究者からの研究の申し入れを断る負担」、「研究機関の都合に振り回された」、「研究機関の実働部隊にさせられた」、「倫理の専門家がない」などの記述があり、災害研究を実際に実施する上で、被災して業務量が增大している市町村の事務負担を軽減する配慮が必要であると考えられる。少なくとも、自治体には研究倫理指針を把握した職員の配置が望まれる。

本研究は、災害時の調査研究に関して被災地の自治体を対象として実施した数少ない質問紙調査であり、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための有用な知見を得ることができたと考える。

本研究の調査の限界として、回答率が48.0%と必ずしも高くなかったため、被災地

全体の自治体を網羅しているわけではないこと、複数の担当部署が調査研究の窓口になっている場合があり、当該自治体全体としての回答と評価することができないことが、課題として残った。

E. 結論

災害時の調査研究では、迅速な研究の実施と、研究参加者となる過酷な状況にある被災者の権利・利益の保護を実現しなければならない。そのためには、研究者と研究参加者となる被災者（住民）とが信頼関係を構築することが求められる。定期的に説明会を開催し、研究参加者の苦情の窓口になるなど、被災地の自治体が果たす役割は大きい。災害研究の管理や市民への成果の還元を図っていく必要がある。

しかし、自治体の事務負担の増大に対する懸念に配慮しなければならない。被災地の自治体である市町村が災害研究に対してどのようなスタンスで望んだらよいか、戸惑っている現状が明らかとなった。研究者と自治体は、互いの立場を尊重し、協働して災害研究を実施できる体制を構築する必要がある。

【参考文献】

1. Zack N: Ethics for Disaster. Rowman & Littlefield Publishers Inc: Maryland. 2009
2. 柴田明憲: 災害時の学術調査と研究者の倫理. 建築雑誌 116 (7): 35-36, 2001
3. 黒澤美枝: 被災地域からの経過と課題

- についての報告. 精神神経学会誌 113
(8) : 750-761, 2011
4. Iijima Y et al : Necessity for Ethical Consideration of Research in the Aftermath of Disaster. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 65 : 535-536, 2011
5. 厚生労働省 : 被災地で実施される調査・研究について. 平成 23 年 5 月 16 日
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/hisaichi/jimurenraku.html> (2015/1/31)
6. 飯島祥彦 : 災害時の調査研究の倫理. *生命倫理* 24(1) : 52-59, 2014
7. 飯島祥彦 : 災害時における調査研究の倫理審査の現状に関する調査. 大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関する研究—平成 25 年度分担研究報告書 : 9171-177, 2014
8. Katz C.L. : *Psychiatric Evaluation*. in Katz C.L et al : *Disaste Psychiatry*. American Psychiatric Publishing Inc : Washington DC. 2011nc : Maryland. 2009
- F. 研究発表
1. 論文発表
飯島祥彦 : 災害時の調査研究の倫理. *生命倫理* 24(1) : 52-59, 2014
2. 学会発表
飯島祥彦 : 災害時 (被災者) の調査研究に対する倫理審査の現状に関する調査. 第 26 回日本生命倫理学会年次大会 (2014 年 10 月 25 日)
- 武藤香織、会澤久仁子、岩江荘介、飯島祥彦、鈴木美香 : 研究倫理支援の世界ようこそ ! . 第 26 回生命倫理学会年次大会公募ワークショップ (2014 年 10 月 26 日)
- G. 知的所有権の取得状況
1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
以上、全てなし

図1

		回答率	
福島県	59市町村	28市町村	(47.5%)
宮城県	35市町村	18市町村	(51.4%)
岩手県	33市町村	15市町村	(45.5%)
合計	127市町村	61市町村	(48.0%)

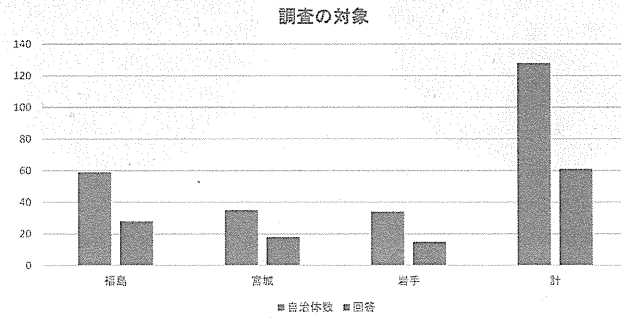


図2

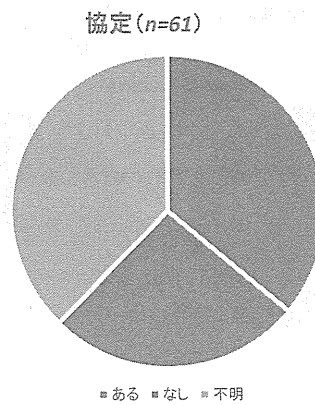
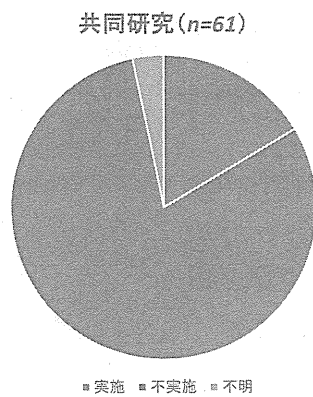


図3

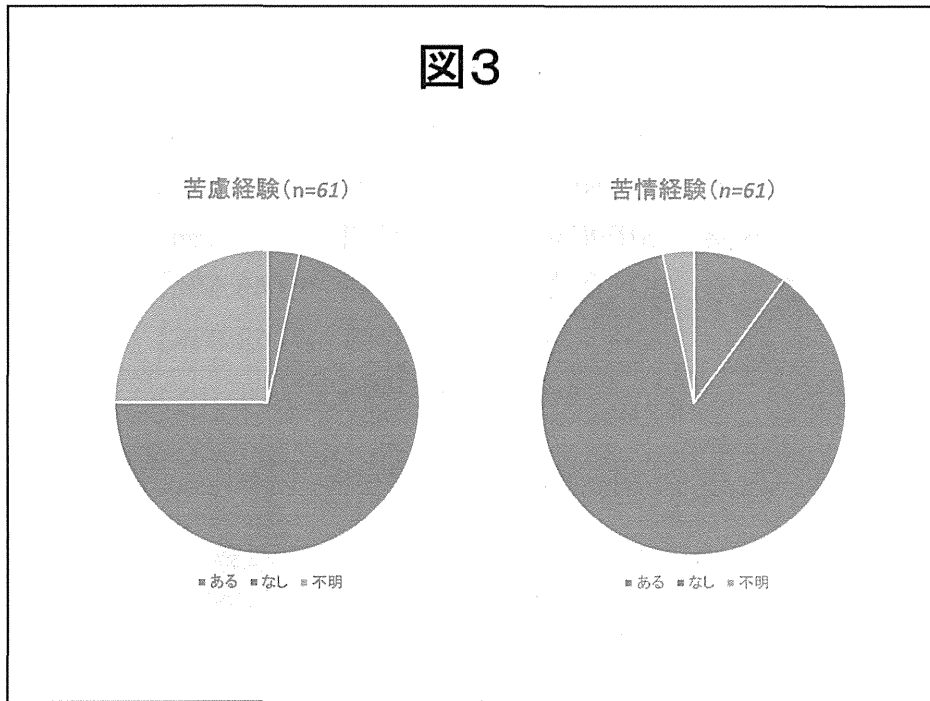
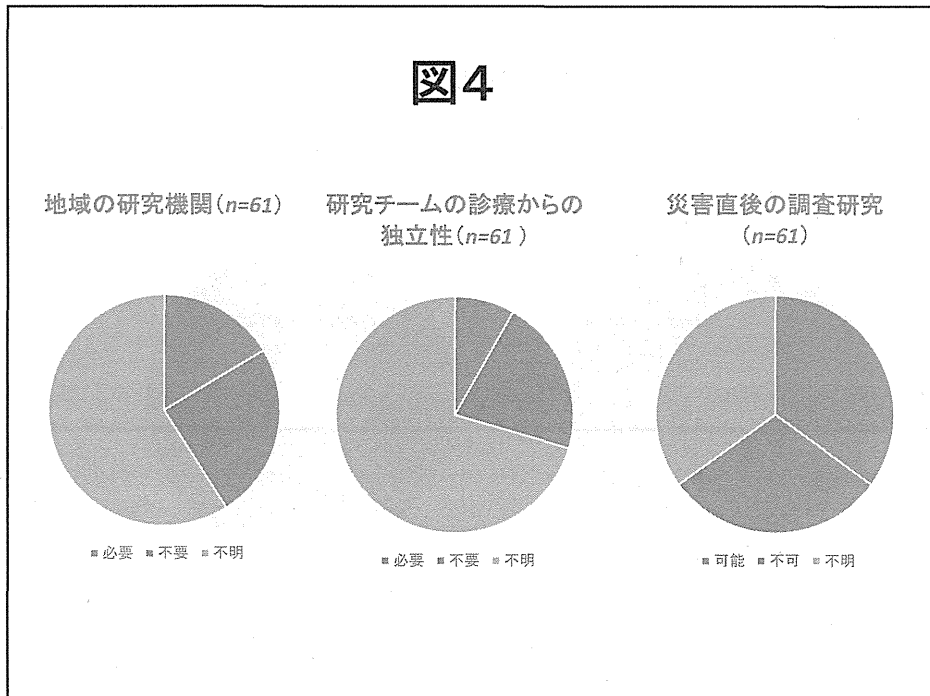


図4



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究

平成24～26年度 分担研究報告書

大災害時における精神科病院に対する支援体制についての研究

研究分担者 千葉 潜（青南病院、公益社団法人日本精神科病院協会）

研究協力者

富松 愈（三池病院） 松田 ひろし（柏崎厚生病院） 南 良武（木島病院）
林 道彦（朝倉記念病院） 森村 安史（大村病院） 伴 亨（平和台病院）
高階 憲之（南浜中央病院） 渡部 康（桜ヶ丘病院） 杉山 直也（沼津中央病院）
佐久間 啓（あさかホスピタル） 沼田 周一（安田病院）

研究要旨

2011.3.11の東日本大震災は、被災地域に多数の犠牲者と甚大な爪痕を残し、4年を経過した現在でも復興や再生が進んでいない。一方で、南海トラフ地震や首都直下型地震の到来が予測されるなど、新たな危機が迫っている状況にある。精神科病院は病床規模が大きく、担送や護送といった患者が数多く入院している。大規模災害時において、被災被害はもとよりライフラインや通信の途絶によって孤立しやすく、救援の遅延がおこりやすい。このための人的な被害も生じる可能性が高く、実際に東日本大震災では、被災時だけでなくその後の支援体制の不備により多くの入院患者の人命が失われた。悲惨な経験を再び繰り返すことを防止するために、現状の災害対応整備状況について被災3県を除く全国の民間精神科病院1141ヶ所に調査をおこない、それらの問題点を明らかにし、どのような災害対策を行うべきかを検討してマニュアルの作成ガイドを編纂し提供するとともに、医療計画の災害医療事業において「災害拠点精神科病院」の設置・位置づけが必要であることを強く求め、その備えるべき役割機能や設置基準を提言した。

A. 研究目的

1、精神科病院における災害対応整備状況についての調査を行ない、現状を把握するとともに必要な支援を検討する。

2、災害医療の拠点となる災害拠点精神科病院の機能と役割について検討し、それらの規格を取り纏める。

3、精神科病院における災害対策マニュアルの作成方法について検討し、とりまとめて、精神科病院が対策を強化するための支援をおこなう。

B. 研究方法

1、東日本大震災の被災3県（岩手県・宮城県・福島県）を除く全国の民間精神科病院（日本精神科病院加盟病院：1141 病院）に対して、災害対応整備状況の調査をおこない、結果を精査する。（被災3県は別の分担研究で行うこととなっている。）

2、災害拠点精神科病院の機能・役割とそれらが有すべき規格について協議し、とりまとめをおこなう。

3、精神科病院の災害対策マニュアルの作成方法について協議し、とりまとめて、作成ガイドラインとして提供する。

C. 研究結果

1、公社)日本精神科病院加盟の1141 病院を対象に調査を行った。回答は 474 病院で回答率は 41.5%であった。調査内容および結果については、別添の調査結果報告書を参照のこと。

2、災害拠点精神科病院の機能・役割・設置基準については、別添の災害拠点精神科病院の検討報告を参照のこと。

3、精神科病院における災害対策マニュアルの作成ガイドについては別添の制作した冊子を参照のこと。

D. 考察

1、災害対応整備状況の調査について

東日本大震災(2011. 3)を機に、防災訓練の実施や防災対応マニュアルの作成などが

行われた病院はそれ以前に比して年々増加している。災害時の協力連携体制については総合病院と精神科病院の連携を締結している状況にあり、転院・物資・職員の確保といった内容で、災害時に精神科病院患者の転院の問題は危機感を有している。一方で、特に連携について体制構築を行う予定がないとする病院が半数あり、大災害時には連携していても個々の病院間では支援が得られないと判断されているものと思われる。緊急時の業者による物資供給等の契約については、やはり大震災を機に締結を行うようにした病院が多くなっており、その内容は東日本大震災で問題となった燃料供給についての契約が一番多かった。

診療録のバックアップについては、電子カルテ・紙媒体ともにあまり行われていない状況がある。停電や流出などによって診療録の確認が出来ず混乱する事態について、危機感を持ち対策を講じる必要がある。電子カルテのデータを退避させても、それらを災害時に呼び出せることについても対応がなされなければならない。

ライフラインの断絶時対応について、給水設備として井水を利用できる病院が7割弱あり、給水について半数の病院で飲用できる状態にある井水を備えている。水質検査の定期的実施などで飲水可能な井水とする管理が行われることで、断水への対応が強化されると考える。自家発電設備を有する病院が7割を超えているが、その電力供給時間については中央値で6時間と災害時には短すぎることから、発電のための燃料備蓄量を増やす等の対応が望まれる。多くは照明設備やコンセントに電力提供されている。暖房設備への供給はわずかであるが、

これらは動力電源であることから電気消費量も大きく、自家発電対応が難しいことがわかれる。燃料確保については、広域災害の場合に極度に供給低下をした車両燃料（ガソリン）についての危機感によるものか、備蓄をおこなう病院が見られている。医薬品備蓄は1週間分あるいは3日間分という病院が多かった。食料備蓄は3日間分（9食分）が標準的であった。備蓄場所の大半が地下や1階となっていたことは、津波や洪水災害において、これらが消滅したり使用不能になってしまう懸念が大きい結果となっている。

通信設備については、多くの病院において災害時に有効な通信手段を有しておらず、脆弱な状況が明らかになった。停電時には使用できなくなる光電話等の普及に対応する等の対策が必要であるとともに、電話が使えない場合の緊急連絡方法についても構築が必要である。

建物の耐震化については、使用中の建築物が旧耐震基準であり、かつ耐震診断を受けていない部分を有している3割の病院があった。早急な耐震診断実施と満たしていない場合の耐震化あるいは建替えを進めなければならないと考える。

被災時の移送（転院や避難）について有効な移送手段を有していない状況が明らかとなった。護送・担送が必要な患者は入院の4割弱も存在し、長時間の移送に耐えられないと予想される患者数も、1病院あたり30人(中央値)に及ぶことがわかった。東日本大震災時においても、精神科病院の入院患者は広域避難の活動において対象から欠落させられ、避難対応が大幅に遅れたあげく移送中に多くの死者を出したことは痛

恨の事例として残っている。しかし、この状況は一向に改善が為されていないことがはっきりした。早急な体制の構築をおこなう必要がある。また、避難所などの避難先については、専用でなければ避難しない方が良いという結果となっていて、精神科病院入院患者の特殊性が浮き彫りにされた。避難命令を発する側も、これらの状況を十分に配慮して柔軟な対応をする必要がある。災害時の被災病院からの患者転院受入れについては、受入可能人数は中央値で10人・平均値で33人となっており、各々の病院の状況により受入人数について差があることから、平時において各病院の災害時転院受入れ可能の状況について把握する必要がある。一時的に許可病床を超過しても、人員基準や空間として医療法基準を順守することができるとした受入可能人数は、中央値で10人・平均値で25人だった。

精神科緊急医療チーム(DPAT)の常設については、難しいとした病院が6割を超えた。人員確保と経費捻出の問題が困難な理由として挙げられている。遠方の支援ではなく、近隣(日帰り可能な地域)の支援といった限定業務であれば、配備が進むと考えられる。これらについては、構造のあり方や役割機能について検討が必要である。半数の病院において、災害時の拠点支援機能に協力出来るとしており、特に物資の集積スペースや物資の搬送車両、支援スタッフの使用する部屋等についてはそれらの殆どの病院で提供可能としている。

2、災害拠点精神科病院の機能・役割・規格について

以下の機能・役割・設置基準を検討した。

1) 災害拠点精神科病院の必要性とその機

能・役割

i. 災害発生時の災害地への精神科医療サービスの直接的提供

- ①発生時初期における 24 時間の診療応需対応。
- ②避難所や被災家庭における精神疾患患者の増悪あるいは発生に対する緊急収容受入れ。
- ③被災病院からの転院患者の一時的受け入れ。
- ④被災地への精神科医療チーム (DPAT) の即時的派遣。

ii. 災害発生地の被災精神科病院等への診療および運営支援

- ①被災精神科病院への人材支援派遣 (初期対応支援に限る)。

iii. 災害時緊急精神科医療チーム (DPAT) の受け入れと派遣地調整

- ①各地からの災害緊急精神科医療チーム (DPAT) の派遣配置場所・日程の調整。
- ②各々の精神科医療チームの情報集結と共有のためのスペース等の提供

iv. 支援物資の一次集結と被災地精神科病院等への物資配送

- ①必要な支援物資の要求・物資の受け入れ・集結
- ②状況に応じた物資の配送
- ③業者との協調による医薬品の供給等

v. 被災地状況の情報収集と集約および関係機関との連絡調整

- ①災害対策本部や市町村、消防隊など関係団体との連絡調整・情報交流
- ②地域の医療機関、医師会等との連絡調整と協調。
- ③その他の関係団体などとの連絡調整

vi. 後方支援の精神科病院等の支援要請および患者搬送手配の支援

- ①全国的な精神科医療機関団体との緊密な連携による後方支援体制の確立。

- ②災害対策本部等との連絡、搬送などの支援要請。

2) 災害拠点精神科病院の設置基準

i. 災害拠点精神科病院として、下記の運営が可能なものであること。

- ①災害発生後すみやかに、24 時間緊急対応し被災地内の精神科診療を必要とする傷病者等の受入および搬出を行うことが可能な体制を、2 週間以上保持すること。

- ②災害発生時に、被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること。なお、「広域災害・救急医療情報システム(EMIS)」が機能していない場合には、とりあえずの精神疾患重症患者の搬送先として重症患者を受け入れること。

- ③精神保健指定医を含む災害派遣精神科医療チーム (DPAT) を保有し、その派遣体制があること。また、災害発生時に他の医療機関の災害派遣精神科医療チーム (DPAT) などの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えていること。

- ④応急入院指定施設および精神保健福祉法による指定病院であること。

- ⑤地域の関係機関とともに定期的な訓練を実施し、災害時に医療機関を含む地域の関係機関への支援体制を整えていること。

- ⑥常勤の精神保健指定医が 2 名以上、従事されていること。

- ⑦医療法上 3 : 1 以上の看護配置体制の病棟を有していること。

- ⑧全国的な精神科医療機関団体 (日本精神科病院協会・全国自治体病院協議会) に所属し、災害発生時にそれらの後方支援を受

けることが出来る体制を整えていること。
および都道府県医師会および区郡市医師会
に所属し、災害医療の連携がとれる体制を
有していること。

ii. 施設および設備

【医療施設】

ア、施設

災害拠点精神科病院として、以下の診療
施設等を有すること。

①病棟および診療部門等において、精神科
救急診療に必要な管理体制を設けるととも
に、災害時における患者診療の増加時に対
応可能なスペースおよびベット（簡易でも
可）等の備蓄スペースを有することが望ま
しい。

②診療機能を有する施設は耐震構造（ある
いは新耐震基準に合致）を有することとし、
病院機能を維持するために必要な全ての施
設が耐震構造であることが望ましい。

③診療機能など、病院の基本的な機能を維
持するために必要な設備に支障をきたさな
い、適切な発電能力のある自家発電機等か
ら電源の確保が行われていることとし、3
日分程度の燃料を確保しておくこと。なお、
自家発電機等の設置場所については、地域
のハザードマップ等を参考にして検討する
ことが望ましい。

④適切な容量の受水槽の保有、停電時にも
使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水
協定の締結等により、災害診療に必要な水
を確保すること。

イ、設備

災害拠点精神科病院として、以下の診療
設備等を有すること。

①衛星電話を保有し、衛星回線インターネ
ットが利用できる環境を整備すること。ま

た複数の通信手段を有していることが望ま
しい。

②広域災害・救急医療情報システム(EMIS)
に参加し、災害時に情報を入力する体制を
整備しておくこと。すなわち、入力する複数
の担当者を事前に定めておき、入力内容や
操作方法などの研修・訓練をおこなってお
くこと。

③患者多数収容時の、病棟における病床転
用スペースとベッド等(簡易ベットやマッ
ト可)を、許可病床の10%以上有すること。

④被災地における自己完結型の精神科医療
に対応できる携行式の応急用医療資器材、
応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、
食糧、生活用品 等

ウ、その他

災害拠点精神科病院の立地場所は、地域
の各種ハザードマップにおいて出来る限り
被災を受けない地域に位置していること。

食料・飲料水・医薬品等について、流通
を通じて適切に供給されるまでに必要な量
として、3日分程度を備蓄しておくこと。
その際、災害時に多数の患者が来院するこ
とや職員が帰宅困難になることを想定して
おくことが望ましい。

また、食料・飲料水・医薬品等について、
地域の関係団体・業者との協定の締結によ
り、災害時に優先的に供給される体制を整
えておくこと（ただし、医薬品等について
は、都道府県・関係団体間の協定等におい
て、災害拠点精神科病院への対応が含まれ
ている場合は除く。）。

【搬送等の車両関係】

①災害派遣精神科医療チーム(DPAT)の派
遣に必要な緊急車両を原則として有するこ
と。その車両には、応急用医療資器材、テ