

時系列に沿った事象と支援

時間軸の設定

- 最初期(発災から1週間)
- 初期(1週間から1ヶ月)
- 中期(1ヶ月から半年)
- 長期(発災から半年以降)

災害の規模や態様
被災者の心の変化
支援体制の整備状況

} の3要素を勘案して
目的志向で設定

支援体制の整備状況①

最初期

- 生存の最低限の基盤の確保が中心
- 発災直後は専門家不存在の状態
- 行政機関の機能も大きく損なわれている
- 誠意ある一般人が中心になって対応

初期

- 生活環境の改善に着手
- 外部からの専門的応援
- 地元機関の復旧開始
- 内外専門家のチームプレイによる対応

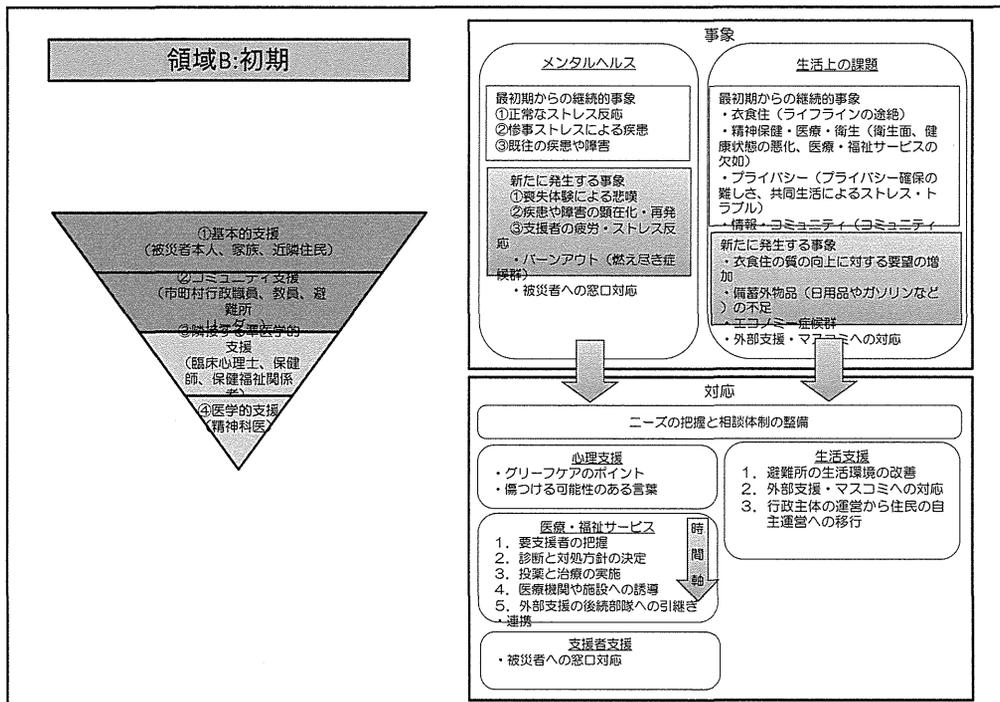
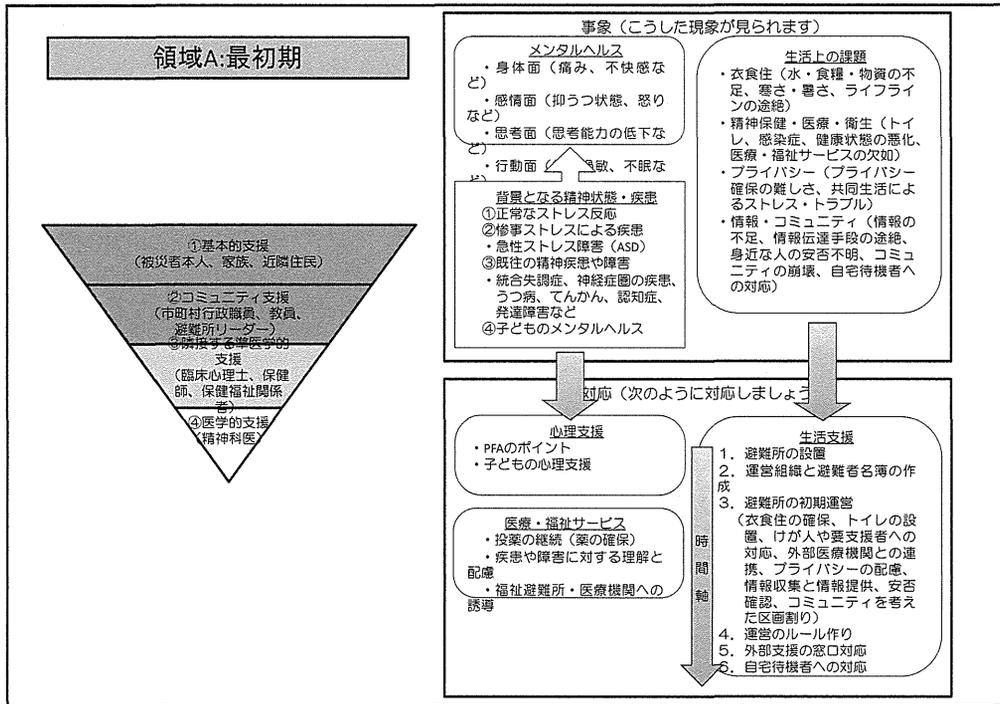
支援体制の整備状況②

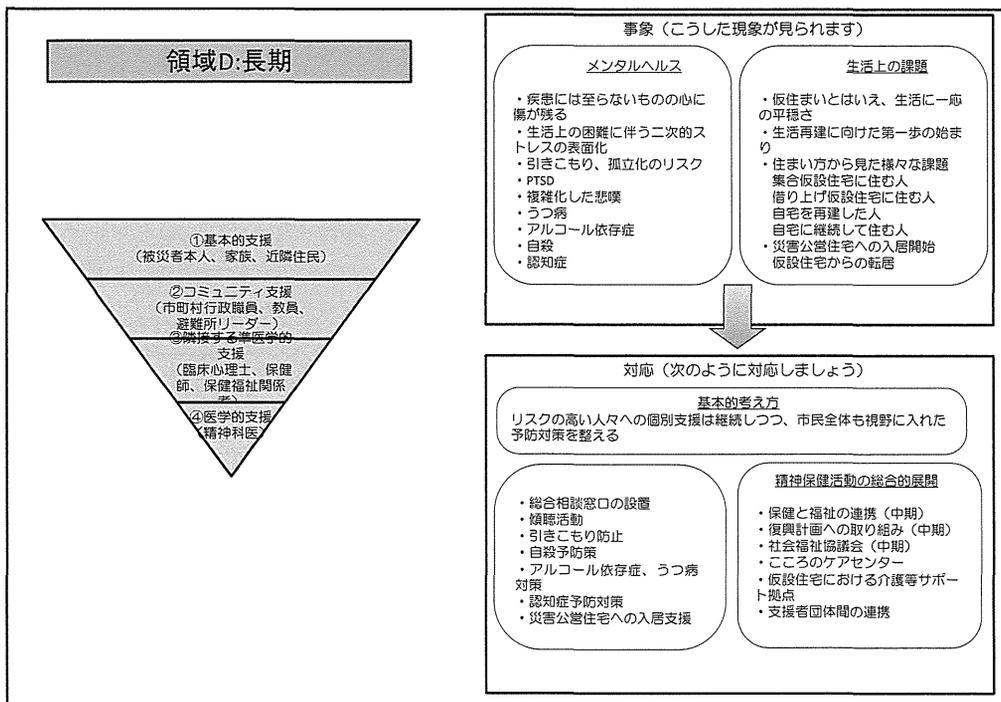
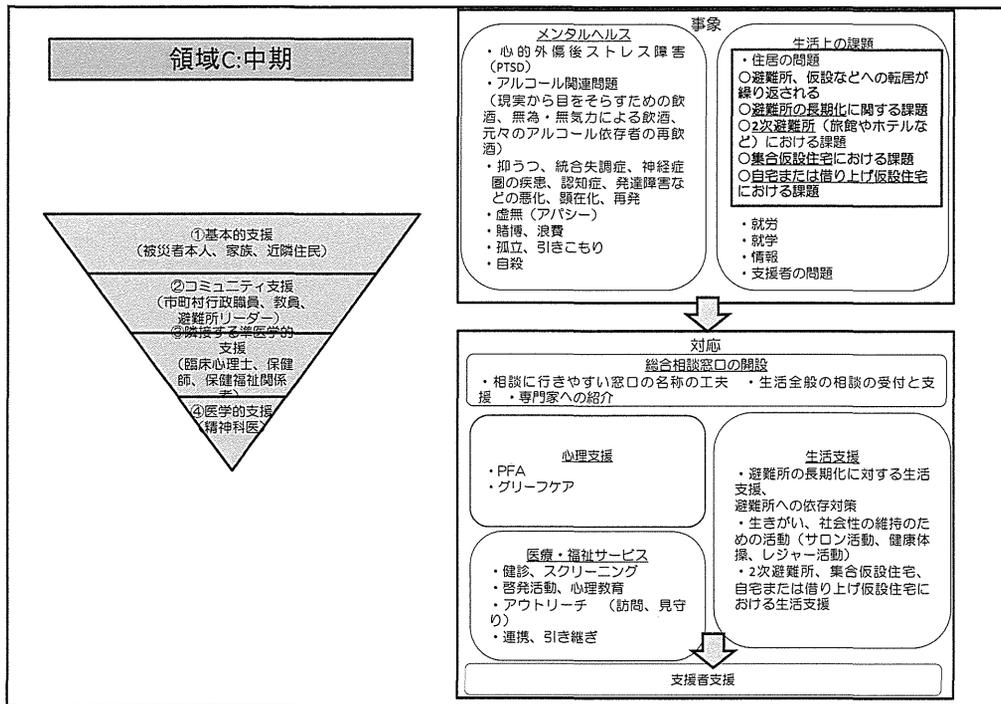
中期

- 避難生活の長期化に伴う心身の健康問題
- 自宅に戻れる人、仮設住宅に移る人、避難所に取り残される人
- 地元機関が復旧する一方、外部支援は徐々に減少
- 避難所に集中した支援からアウトリーチ支援へと拡大

長期

- 仮住まいの中から本格的な生活再建に向けたスタート
- 孤立、引きこもりのリスク
- 住民相互が支え合う地域社会づくり
- 一般住民サービスの展開と被災者の包摂





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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の保健医療圏別の変化

分担研究者 大塚耕太郎1) 2)
研究協力者 赤平美津子1)、中村光1)、遠藤仁2)、志賀優2)

- 1) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座
2) 同学部神経精神科学講座

研究要旨

震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio: SMR）について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に自殺 SMR は低下していた。これら自殺 SMR の変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

A 研究目的

震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio: SMR）について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

調査期間は 2008 年から 2013 年までの 6 年間で、2011 年の震災発生年を境に、前半 3 年を震災前、後半 3 年を震災後と定義した。岩手県は 9 保健医療圏から構成されており、震災前後について、医療圏毎に総 SMR、男性 SMR、女性 SMR を算出した。

（倫理面への配慮）

なお、本研究は資料は公表されている指

標を用い、個人情報に関わる情報は活用しない。

C. 研究結果

各保健医療圏別の自殺 SMR は全体、男性、女性別で示すと、以下の通りである。

1) 全体

保健医療圏	震災前	震災後
盛岡	125.6	123.2
岩手中部	154.4	136.2
胆江	134.5	116.3
両磐	151.4	111.7
気仙	117.5	102.8
釜石	147.9	100.9
宮古	142.7	109.0
久慈	157.6	122.2
二戸	181.5	197.2

2) 男性

保健医療圏	震災前	震災後
盛岡	125.2	130.5
岩手中部	151.9	138.9
胆江	138.4	116.8
両磐	149.8	120.2
気仙	119.9	86.0
釜石	144.6	113.1
宮古	137.6	124.2
久慈	135.1	163.5
二戸	177.4	196.4

3) 女性

保健医療圏	震災前	震災後
盛岡	131.4	111.4
岩手中部	160.7	130.4
胆江	123.6	113.9
両磐	152.8	91.2
気仙	114.8	138.7
釜石	159.5	76.0
宮古	156.0	76.1
久慈	215.2	39.6
二戸	192.2	199.5

D. 考察

震災前後における、医療圏別の自殺 SMR の推移では、二戸地域は全期間を通じて他地域より SMR が高く、震災後で上昇傾向にあった。その他の地域では横ばい～減少傾向にあった。

男性では、二戸、久慈地域で震災後で上昇傾向あり、その他の地域では震災後低下傾向にあり、震災前後とも二戸地域が最も高く、気仙地域が最も低い結果であった。

女性では、女性の自殺 SMR は、震災前は久慈地域が最も高く、気仙地域が最も低かく、二戸、気仙地域で震災後で上昇傾向あり、その他の地域では震災後低下傾向にあり、震災後は二戸地域が最も高く、久慈地域が最も低かった。

E. 結論

東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に、自殺 SMR は低下していた。これら自殺 SMR の変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Shiga Y, Otsuka K, Endo J, et al. Relationship between the suicide standardized mortality ratio and local community indices before and after the Great East Japan Earthquake in Iwate prefecture. JIMA 68 (in press)

2. 学会発表

志賀優, 大塚耕太郎, 遠藤仁, ほか. 岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の変化と社会指標との関連. 第35回日本社会精神医学会. 2016. 岡山.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記なし

2. 実用新案登録

特記なし

3. その他

特記なし

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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

災害時の精神保健医療：国際精神保健の視点から

分担研究者 井筒 節¹⁾
研究協力者 堤 敦朗²⁾、伊東亜紀子³⁾

- 1) 東京大学教養学部教養教育高度化機構国際連携部門
- 2) 国連大学グローバルヘルス研究所
- 3) 国連経済社会局障害者権利条約事務局

研究要旨

災害時の精神保健医療については、国連システムを始めとする国際機関の動向が、現場の政策・実施に大きな影響を与える。2015年には、国連「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標（SDGs）」が採択され、これらに精神保健・障害が初めて包括的に含まれた。今後、これらを実施するためのシステム作りが求められる。これに関連し、国連システムを中心として、機関間調整、治療介入、レジリエンス向上等につき、様々なガイドラインが作成されつつある。今後、災害時の精神保健医療において世界をリードする知見を有する日本は、これを世界に発信することで、国際的意思決定に更に貢献し、各国への技術協力を促進することが求められている。

インにつき研究した。

A 研究目的

災害時の精神保健医療をめぐるのは、国連や世界保健機関（World Health Organization: WHO）を始めとする国際機関の動向が現場の政策・実施に大きな影響を与える。同時に、日本における災害精神保健をめぐる知見を国際的意思決定に反映させ、更に、諸外国への技術協力をを行う等の国際貢献が益々求められている。

2015年には、防災と開発双方の分野において、2030年までの国際社会の方向性を決める大きな意思決定がなされた。これらには、精神保健・ウェルビーイング及び心理社会的サービスが初めて包括的に含まれ、日本を含む世界の災害時の精神保健医療に顕著な影響を与えるものと思われる。よって、これらの動向及び実施に有用な国際機関によるガイドラ

B. 研究方法

文献検索を通じ、国連システムをはじめ、様々な国際機関の防災及び精神保健に関連する文献・政策を調査・分析した。更に、これらの作成に携わった担当官や研究者に直接聞き取りを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、国際機関による政策やガイドラインをめぐる文献調査及び国際機関関係者への聞き取りを行ったものであり、これに際し必要な倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

国際精神保健の現状

WHOによると、世界の4人に1人が一生のうちに一度以上何らかの精神疾患を罹患するが、開発途上国では

そのうちの 80% が適切な治療を受けられずにいる。中でも、自殺の問題は大きく、1 年間の自殺による死亡者数は約 80 万人にのぼり、これは戦争と殺人による死亡者数を合わせたものよりも多い。特に、青年女子において、自殺は死因の 1 位である。精神科医を始めとする精神保健医療人材は世界的に不足しており、精神科医がいない国が 40 カ国もある。多くの国において、精神医療に使われる予算は大変少なく、低所得国においては、平均すると、保健予算の 0.5% 程度しか割り当てられていない。また、精神障害や知的障害に対するスティグマ・差別は根強く、重篤な人権侵害が見られる国も見受けられ、基本的人権の侵害の他、障害を理由に殺害されるケースもある (Izutsu et al., 2015)。経済協力開発機構

(Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) は、これら精神保健上の問題に起因する経済的コストは、世界の国内総生産の 4% を超えると警告している (OECD, 2015)。

災害時には、これらの状況はより厳しいものとなり、精神医療や地域支援を含む精神保健・心理社会的支援へのアクセス困難や、精神障害者・知的障害者への物理的・心理的・情報面での障壁が増大することが多い。

国際の新しい枠組：「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標」

一方で、国際社会においては、精神保健は国連「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)」(国連、2000) に含まれず、政策・実施双方の側面において、周辺化されがちであった。2005 年に兵庫で開催された第 2 回国連防災世界会議の成果文書である「兵庫防災枠組」では一部心理社会的支援につき言及がなされたものの、その範囲は限定的であった。一方で、現場でのニーズの高まりに対応する形で、2007 年には、国連人道問題調整事務所が事務局をつとめ、国連機関と国

際 NGO の間で調整をするために作られた機関間調整委員会

(Inter-agency Standing Committee: IASC) が「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」を作成した (IASC, 2007)。

その後、国連経済社会局と WHO が、国連「精神保健と MDGs パネル・ディスカッション」(ニューヨーク) にて共同発表した「MDGs 達成のための精神保健と開発政策分析」(国連・WHO, 2009) を契機に、精神保健を国際の優先事項とするための動きが本格化した。2013 年には、国連大学、国連経済社会局、東京大学の共催で「精神的ウェルビーイング、障害及び開発に関する国連専門家会議」がクアラルンプールで開催され、成果文書が発表された。続いて、2014 年には、国連大学、国連経済社会局、世界銀行、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の共催で「精神的ウェルビーイング、障害及び防災に関する国連専門家会議」が東京で開催された。ここで採択された成果文書は、2015 年に仙台で開かれた「第 3 回国連防災世界会議」の成果文書交渉に向けて世界中で配布・参照された。

これらを経て、この「第 3 回国連防災世界会議」では「仙台防災枠組」(国連、2015) が採択され、「優先事項 4: 効果的な応急対応に向けた準備の強化と「より良い復興」において、「33 (o) 必要とするすべての人々に心理社会的支援及び精神保健サービスを提供するための復興スキームを強化する」との文言が入り、初めて精神保健・心理社会的支援が総合的に明記されることとなった。これは、2030 年までの防災をめぐる最重要な国際枠組となるため、本文書により、今後の防災施策・プログラムには、様々な国と地域において、精神保健・心理社会的支援が統合されていくことが期待されている。

更に、同年 9 月には、国連ニューヨーク本部にて「国連持続可能な開発サミット」が開かれ、2015 年をゴ

ールとする MDGs の後継となる「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」(国連、2015) が加盟 193 カ国のトップ・レベルの合意のもと採択された。8 つの目標からなる MDGs に対し、SDGs には 17 の目標が含まれ、その内の一つである「ゴール 3: 全ての年齢の人々の健康な生活とウェルビーイングを促進する」に、「ターゲット 4: 非感染症対策および精神保健・ウェルビーイングの促進」及び「ターゲット 5: 物質乱用の予防と治療」が初めて含まれた。同時に、防災についても、いくつかの目標、ターゲットに含まれることとなり、精神保健と防災は、国際の優先事項となった。「仙台防災枠組」と同様、2030 年をゴール年としており、現在、モニタリングのための具体的な指標を作成中である。

国際のガイドライン

このような世界の流れの中で、災害時の精神保健医療をめぐる様々なガイドラインが国際機関により作成され、現場でも広く使用されるようになってきている。

代表的なものとして、緊急時の人道支援アクター及び地域が、精神保健をめぐる計画を策定し、様々なステークホルダー間の調整をすることで、精神保健・心理社会的支援を適切に提供できるようにすることを目指す、前述の「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」がある。これは、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所を中心とするチームにより、日本語訳も作成されており、インターネット上で入手可能である。

また、精神保健医療における治療介入ガイドラインとして、WHO「mhGAP 人道介入ガイド」(WHO、2015) が発表された。これは、WHO「mhGAP 介入ガイド」(WHO、2010) を元に、人道危機時によく見られる精神疾患等に対する治療・支援介入についてまとめたものである。「mhGAP 介入ガイド」は、長崎大学を中心とするチームに

より、邦訳が発表されている。

更に、より広く誰もが心理社会的支援を提供できるようにするために作られた「心理的応急処置 (PFA) フィールド・ガイド」(WHO、2011) もあり、国立精神・神経医療研究センター等による邦訳がある。

更に、人道危機時の対応について原則をまとめた「スフィア・ハンドブック」(The Sphere Project、2011) にも精神保健・心理社会的支援が含まれており、邦訳もある。

(国際の枠組及びガイドラインの詳細については、Izutsu, et al. 2015 を参照されたい。)

D. 考察

仙台防災枠組と SDGs に精神保健が含まれたことにより、災害時に精神保健医療を提供するための重要な国際的政策的基盤ができた。災害時の精神障害・知的障害をめぐる人権保護・促進については、2006 年に国連総会で採択された「障害者権利条約」があり、これは、批准国において法的義務を生じるため、この有効活用が期待される。更に、2016 年 5 月には、初めての「世界人道サミット」がイスタンブールで予定されており、ここにおいても精神保健・心理社会的支援を含める動きがあり、既存の枠組を更に強化するものとして期待されている。これに向けては、2016 年 1 月、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所と東京大学教養教育高度化機構が WHO や国連と協力して「精神的ウェルビーイング、障害及び人道に関する専門家会議」を WHO 西太平洋地域事務局 (マニラ) において開催し、日本をはじめとするアジアの知見を共有すると共に、「世界人道サミット」に向けた提言を議論した。

これらを受けて、今後、実施に向けた資金確保、人員の育成と能力開発、政策策定支援、政策実施・プログラム実施支援、グッドプラクティスや教訓の共有とその拠点作り、害がなく質の高いサービス提供のための研究・開発、多分野に渡る多機関

協働のためのシステム作り、精神障害・知的障害をめぐるアクセシビリティと包摂性の確保・促進が必要である。中でも、仙台防災枠組には、その進展をモニターするための指標がなく、これを確実に実施していくためのシステム作りが課題である。

日本は、阪神・淡路大震災や東日本大震災をはじめとする様々な災害対応において、精神保健医療をめぐる世界有数の知見を有している。これらを国連等を通し世界に発信することで、世界の枠組作り及び実施に貢献することが求められている。

E. 結論

災害時の精神保健医療に関し、国連システムを始めとする国際機関の政策・ガイドライン等を概観した。これらの実施に際し、日本の知見を世界に発信し、開発途上国を含む世界の意思決定・実施への貢献が益々求められている。

文献

1. 国連, 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/disabilities/default.asp?id=259>
2. 国連 & WHO, 2010. United Nations-WHO Policy Analysis on Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1545>
3. 国連, 2013. The UN Expert Group Meeting on Mental Well-being, Disability and Development: Conclusions and recommendations for inclusion of mental well-being and disability into key goals and outcomes of upcoming international conferences. http://www.un.org/disabilities/documents/hlmd/UNU_EGM_MWDD_2013.pdf
4. 国連, 2014. The UN Expert Group Meeting on Mental Well-being,

Disability and Disaster Risk Reduction: Outcome document. http://www.un.org/disabilities/documents/egms/egm_tokyo_drr.docx

5. IASC, 2006. IASC Guidelines for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
6. Izutsu T., Tsutsumi A., Ito A., 2015. Mental Health, Well-being and Disability: A New Global Priority: Key United Nations Resolutions and Documents. The University of Tokyo. <http://i.unu.edu/media/iigh.unu.edu/news/3735/UN-MHWD-Book-2015.pdf>
7. OECD, 2014. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>
8. The Sphere Project, 2011. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian. <http://www.sphereproject.org/handbook/>
9. WHO, 2010. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/
10. WHO, 2011. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
11. WHO, 2015. mhGAP Humanitarian Intervention Guide.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162960/1/9789241548922_eng.pdf?ua=1

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- i. Harry Minas, Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Ritsuko Kakuma, Alan D Lopez. Asia-Pacific is Ready to Act on a Mental Health Target in the SDGs. *Lancet Psychiatry*. 2:199-201, 2015.
- ii. Harry Minas, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Kathryn Goetzke, Graham Thornicroft. Comprehensive SDG Goal and Targets for Non-communicable Diseases and Mental Health. *International Journal of Mental Health Systems*. 10:12, 2015.
- iii. Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Akiko Ito, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Harry Minas. Mental Health Mainstreamed in New UN Disaster Framework. *Lancet Psychiatry*. 2:679-80, 2015.
- iv. Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Harry Minas, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Akiko Ito. Inclusion of Mental Health in the Sustainable Development Goals. *Lancet Psychiatry*. 2: 1052-1054, 2015.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

特になし。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Masaharu Maeda*, Misari Oe	The Great East Japan Earthquake: Tsunami and Nuclear Disaster	Katie E. Cherry	Traumatic Stress and Long-Term Recovery Coping with Disasters and Other Negative Life Events	Springer	New York	2015	71-90

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
前田正治, 植田由紀子, 昼田源四郎	こころのケアセンターが果たすべき役割とは：ある方部の苦闘から	トラウマティック・ストレス	12巻1号	5-12	2014
前田正治	福島における心理社会的問題と支援ネットワーク	トラウマティック・ストレス	12巻2号	129-139	2014
前田正治	東日本大震災後の自殺対策を考える—当事者の就労問題、支援者の労働環境も考えて—	自殺予防と危機介入	35巻1号	20	2015
中島聡美	女性における複雑性悲嘆—愛着と養育の視点から—	武蔵野大学人間科学研究所年報	5	未定(印刷中)	2016
Harry Minas, Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Ritsuko Kakuma, Alan D Lopez	Asia-Pacific is Ready to Act on a Mental Health Target in the SDGs.	Lancet Psychiatry	2	199-201	2015
Harry Minas, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Kathryn Goetzke, Graham Thornicroft	Comprehensive SDG Goals and Targets for Non-communicable Diseases and Mental Health.	International Journal of Mental Health Systems	10	12	2015

Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Akiko Ito, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Harry Minas	Mental Health Mainstreamed in New UN Disaster Framework.	Lancet Psychiatry	2	679-80	2015
Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Harry Minas, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Akiko Ito	Inclusion of Mental Health in the Sustainable Development Goals.	Lancet Psychiatry	2	1052-1054	2015

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）））

災害時の精神保健医療に関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成28（2016）年3月

発行者 研究代表者 金 吉晴

発行所 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター・
成人精神保健研究部

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
