

こころの健康

第 62 号

令和 2 年 1 月

愛知県精神保健福祉協会
(愛知県東大手庁舎)

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号
電話 (052) 962-5377 内線 550

■ 卷頭言 ■

医療におけるコミュニケーションの大切さ

愛知県精神保健福祉協会常務理事

明智 龍男

(名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学教授)

名古屋市立大学病院こころの医療センター、緩和ケア部長)

• そもそも医療におけるコミュニケーションに定義はあるのでしょうか？

医療におけるコミュニケーションとは、医療者と患者との間で行われる、双方向性の言語的、非言語的なやりとりを指します。コミュニケーションというと言語的なやりとりを想像しがちですが、言葉そのものに加え、言葉に伴う声の調子や伝える際の表情や姿勢など非言語的な構成要素も含んでおり、実際には、非言語的な情報のほうが重要性が高いことが示されています。従って、私たちは言葉以外の多くの要素をもって他者とコミュニケーションをしているのであり、何も言葉を話さないでも、実は多くのことを相手に伝えていることに留意しておく必要があります。

良好なコミュニケーションは、患者さんとの信頼関係を築いていくうえで不可欠です。それ以外にも、医療者の患者さんに対する理解を深め、適切な対応を提供するきっかけとなるのみならず、患者さんの治療アドヒアランス（医師に指示されたようにきちんと薬を飲むなど、必要なことを守り実施することを指します）を高めることができます。また配慮の行き届

いた良質なコミュニケーションであれば、患者さんの心理的苦痛の軽減や医療への満足感の改善にもつながります。また、適切なコミュニケーションスキルを身につけている医療者はバーンアウトが少なく、専門職として高い充実感を持つことができるともいわれています。従って、医療者としてコミュニケーションスキルを身につけることは患者さんのケアのうえで必須であるのみならず、自身の精神的健康にもよい側面を有していると考えられます。

• コミュニケーションの実際

次に、より具体的なコミュニケーションの在り方について考えてみたいと思います。前述のコミュニケーションの定義から、通常の診療場面に際しても医療者は絶えず患者さんとコミュニケーションしているといえます。これがまず基本的なコミュニケーションとなります。具体的には、内容や状況に応じて患者さんのプライバシーに配慮し、患者さんが話しやすいような空間を作るなどの「場の設定」、アイコンタクトやうなづきやあいづちなどを適宜用いたりするなどの「聴く技術」、そしてオープンクエスチョン（相手に対して、はい、いいえでの回

答を求めず、自由に回答ができる質問。例：ご気分はいかがですか？）から開始して徐々に焦点をしぼったクローズドクエスチョンに移行していくような「質問する技術」などが重要であることが知られています。このような基本的なコミュニケーションはすべてのコミュニケーションの土台ともなるものであり、この基本ができていないと患者さんとの基本的な信頼関係を構築することすら難しくなります。

また痛みなどの主観的な症状に対して治療を行う際には、プラセボ効果を含めて、その治療効果を最大に高めるうえで医療者との関係が重要であることが知られています。すなわち、患者さんの症状やそれが患者にもたらしている影響についてよく聴き、暖かく共感的な態度で治療を提供することで治療やケアの効果を高める可能性が示唆されているのです。

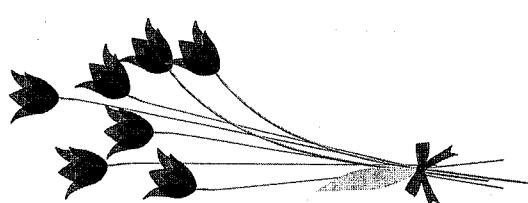
・現代医療とコミュニケーション：精神科医の役割という側面から

最近「診療ガイドライン」といった言葉を耳にすることが多くなってきました。これは医療者間の治療のばらつきを減らすために、効果が実証されている治療法や検査などについて、最新の知見をまとめて、診療上の指針になるよう作成されたものです。国が推進していることもあり、各学会でさかんにガイドラインが作成されるようになってきています。これはもちろん喜ばしいことではありますが、一方では、このように提供される医療技術が標準化されればされるほど、医療者のコミュニケーションが重要なになってきます。

私はよく医学生や研修医に「受けられる治療が医師AとBで同じだった場合に、自分自身や家族が深刻な病気や命の危険を侵される可能性のある病気にかかったとき、どんな先生に診てほしいと思いますか？」と尋ねます。ほとんどの医学生や研修医は「話をよく聴いてくれる先生」、「親身になってくれる先生」、「寄り添ってくれる先生」といいます。そして、これらはすべてコミュニケーションの重要性を示しているように思います。

精神医療においても良好なコミュニケーションが何よりも重要な要素の一つであることは特に説明の必要はないかと思います。手前味噌ですが、私の身の周りにいる精神科医はとてもコミュニケーションが上手な医師が多いように思いますが、一般的に、精神疾患の患者さんに一生懸命によい医療を提供しようとする医師は、自然と良好なコミュニケーションスキルを身につけていくのかもしれません。

前述したように、一般の身体医療の領域に関しても、コミュニケーションに関する技術が医療の根幹にかかわる重要な領域になってくることはおそらく間違いありませんので、医学生や研修医のコミュニケーション教育に精神科医が関わることの責任の重さを痛感しています。くしくも、来年度から医師の初期研修において精神科の研修が必修化されます。私たち精神科医もこのことの重要性を理解し、重く受けとめる必要があるのではないかと感じる今日この頃です。



■ 愛知県精神保健福祉協会総会記念講演 ■

『大規模災害におけるメンタルケア～熊本地震とこころのケア～』

日時：令和元年5月30日

場所：ウィルあいち

講師：公益社団法人熊本県精神科協会

熊本こころのケアセンター長

矢田部 裕介 先生

こんにちは。熊本からまいりました矢田部といいます。

今紹介いただいたように、ちょうど3年前に熊本で大きな地震があったのですが、今日はその経験を踏まえて、災害におけるこころのケア、メンタルヘルスケアについての話をさせていただこうと思います。



災害の話って、正直に申し上げますとあまり面白くないというか、私も熊本で地震があるまでは、災害支援関係の講演会とか勉強会とかには正直興味がございませんでした。災害が実際起きないと、本当に役に立つ知識なのかどうかというのもよく分からないというのが本音で、学会で災害関係のシンポジウムがあっても、100人入る会場に5人ぐらいしか聞きに来られる方がいなかつたりすることもあります。ただ、近年日本各地で局所災害が相次いでいる状況もあります。「南海トラフ地震防災対策推進地域指定市町村」というものがありますが、愛知県は全市町村が指定されています。ということで、少なくともいろいろな備えはしておく必要があ

るのだろうと思います。今日の話の内容が、その準備をしていく中で、少しでもお役に立てればいいかなと考えております。

では、早速始めたいと思います。3年前の2016年4月14日に熊本地震が発災いたしました。益城町という、熊本市のすぐ横にありますベッドタウンが震度7で大きな被害を受けました。さらに、次の日に今度はもっと大きな揺れがきました。

これは一番揺れが激しかった益城町の建物ですけれども、古い木造の建築物はぐしゃっと潰れるような感じで崩れていきました。亡くなられた方もおられましたが、前震で1回揺れて、その後の本震で倒壊したというパターンが多かつたので、前震の段階で避難された方は命が助かったということもありました。さらに、阿蘇大橋がここにかかっていたと思うのですが、土砂崩れで橋が崩れて、阿蘇が陸の孤島みたいになってしまいました。

これは阿蘇神社というかなり歴史の古い神社ですけれども、ここもぐしゃっと潰れて。神社仏閣は、地震があると崩れやすいなという印象があります。熊本のシンボルの熊本城も、このように瓦が剥げ落ちて石垣が崩れて、復旧にはどのぐらいかかるかもよく分からぬという状況です。

避難所に避難した方ですが、カウントできる人数で18万人でした。熊本県の人口が180万人なので、10人に1人は避難所に避難をしたとい

うことです。また、避難所以外に避難した方が、多分これよりも多い数おられました。一番多かったのは車中泊です。車の中に何日も避難されていた方が結構おられました。そういう方は避難者数にカウントされないので、実際はもっと多くの方が避難されていたのだと思います。

避難所のよくある光景ですけれども、これだけの数の人が避難生活を送ると、やはり体調を崩したりとか、医療的な支援が必要になつたりという状況になりますが、有名なのはやはり「DMAT」です。皆さんもDMATという言葉は聞いたことがあるのではないかなと思いますけれども、今日お話をさせていただくのは「DPAT」です。「ディーパット」ですね。

DPATの話は災害急性期の精神医療支援というくくりになります。ただ、こころのケアといった場合には、そういう急性期、災害直後の支援だけではなくて、その後、災害から復旧・復興していく長い期間、中・長期にかけて精神保健医療支援が必要になってきます。この部分に関しては、今私自身が仕事をしております熊本こころのケアセンターでどういう事例に対応しているかというご紹介を通して、ご説明にかえたいと思っています。

まず前半部分の急性期精神医療支援についてですが、そもそもDPATは平成25年にできました。その前に東日本大震災がありました。平成23年ですね。東日本大震災のときはまだDPATはございません。そのときは「こころのケアチーム」というものがありました。厳密には違うのですけれども、DPATの前身のようなチームと考えていただいていいかと思います。

東日本大震災のときに被災地に精神医療支援が必要だということで、厚生労働省が各自治体にこころのケアチームの派遣を要請して、全国から東日本の被災地でこころのケアチームが活動をしました。一定の成果は上げたのですが、その後の課題検証会議で、大きく3つの課題が提唱されました。まず、被災地に入るのがちょっと

と遅かったのではないか、もっと早く入っていれば、助かった命ももっとあるのではないかということです。二つめは、統括がいなかった、こころのケアチームが各都道府県から来ても、それを取りまとめる人がいなかったという課題。三つめは、普段から災害支援の準備、トレーニングをしてきたチームではないので、いわば急造のチームが被災地にやってきて、そのため有効な活動に至らなかつた、そういうチームもあったという課題です。大きくこの3つの課題が挙げられて、これを解消する目的でDPATが設置された。これが平成25年です。

DPATの構造と役割ですが、まず先遣隊と呼ばれるトレーニングを積んだチームが発災後48時間以内に活動を開始する。これは熊本地震の前までは72時間以内、3日以内だったのですが、熊本地震後に48時間以内と改定されています。この先遣隊の主な役割は、被災した地域の精神科医療機関の機能の補完や増強です。その後必要に応じて、大体1週間単位で後続のチームがやってくる。それで、避難所や在宅の精神疾患をもともと持っている方で、医療機関が被災しているので薬がもらえなかつたり、治療が受けられないといった方への医療的支援。あるいは、災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える住民への対応。さらに、被災地の支援者の支援というものを目的に活動をします。チームの構成メンバーとしては、精神科医と看護師は必須で、あと業務調整員、事務職の方とかです。精神科ならではと言えるのは、精神保健福祉士の方とか臨床心理士の方とかが、必要に応じてチームに組み込まれことがあります。大体3名から5名のチームで、代わる代わる被災地に派遣される。こういう構造をしています。

平成25年にDPATが設置されて、これまでに8回DPAT派遣要請がなされています。まず最初が広島土砂災害のときです。2回目が御嶽山の噴火災害のとき。3回目が関東・東北豪

雨災害で、鬼怒川が氾濫した大雨がこの年にありましたけれども、そのときにも派遣要請がなされています。

熊本地震は4回目のDPAT派遣要請だったのですけれども、前の3回の派遣要請は、被災した都道府県内のDPATで対応が可能でした。熊本地震は、被災した都道府県外、他県からDPATを受け入れた初めての災害でした。熊本地震の後も、那須スキー場雪崩事故、九州北部豪雨災害、西日本豪雨災害、北海道胆振東部地震と、毎年のようにDPATの派遣要請がなされています。ただ、これまでに全国規模でDPATが活動したのは熊本地震だけなので、まだまだ参考になるかなと思っています。

熊本地震におけるDPAT活動の流れを話していきたいと思いますが、まず4月14日の夜9時26分に発災です。前震があって、日をまたいで2時20分、約5時間後に県庁からDPAT事務局にDPAT派遣要請がなされました。その後も大きな余震があつたりしましたが、5時15分には県庁の災害対策本部内に、DPAT調整本部が設置されて、8時にはDPAT活動拠点本部が熊本赤十字病院内に設置されました。調整本部が、全体を見渡して指示を出し、活動拠点本部が幾つか置かれて、そこにチームが集まって、活動拠点本部の指示で実際の支援活動を行うという体制です。

発災から24時間以内に、佐賀・宮崎・沖縄・岡山・広島・山口の6県のDPAT先遣隊が熊本入りしました。

熊本県は46ヶ所の精神科病院があります。小規模の精神科病院がたくさんある感じです。そのうち31ヶ所で何らかの人的・物的被害を受けました。

これはあおば病院という、患者さん全員の転院を要した精神科病院ですけれども、入院病棟でこのように天井が崩れていったりとか、壁が崩れていったりとか、もちろんライフラインも止まっています。このように、入院を続けられる状況

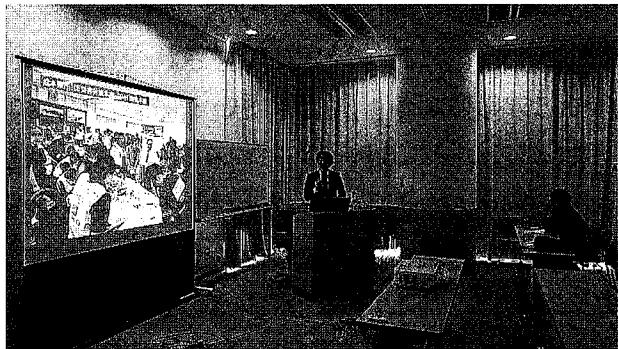
にない幾つかの精神科病院からの患者さんの転院搬送が行われました。

赤が前震の時点で全員の入院患者さんの転院搬送を要した病院ですが、前震の時点でこの2つの病院から合計319名の方が、他の被害の少なかった県内の精神科病院に移されました。それでほぼ県内の精神科病床がいっぱいになってしまった。中にはオーバーベッドで、病床を越えて患者さんを引き受けてくださった病院もあります。その後本震がきて、さらに4ヶ所の病院から全員、あるいは一部の入院患者さんの転院搬送が必要になりました。県内の病床が飽和状態だったので、阿蘇やまなみ病院というところは宮崎県の精神科病院に分散して患者さんを受け入れてもらったり、小柳病院というところは佐賀県とか、ここはさつき写真でお見せしたあおば病院というところですけれども、ここは鹿児島県と一部は福岡県、近隣の県外に272名の患者さんの搬送を要しました。例えば、阿蘇やまなみ病院は、前震の後に益城病院から20名ぐらいの患者さんを受け入れました。20名受け入れたのに、今度は本震で自分のところの病院から患者さんを外に出さないといけないという状況になって、受け入れた患者さんは残して、それ以外の患者さんを宮崎に搬送したということもありました。

患者さんの搬送というのは結構大変な作業です。昨今の精神科病院は、寝たきりの方が多いと思われます。その場合、50人とか100人単位で搬送するときに、寝たきりの方は救急車だとせいぜい2人までです。救急車を何台も何台も用意をするわけにもいかないので、そういうときにこの自衛隊の救急車だとストレッチャーが4台入るというのです。寝たきりの方も4人搬送できるということで、かなりこの車両が重宝されました。あと、座位が保てる人で割と精神的に落ち着いている人は、観光バスを借りて、一度に搬送するという手段が取られていました。

発災してから1週間ぐらいは、精神科病院か

らの患者さんの搬送支援に手を取られました。その作業が落ち着いたぐらいに、避難所で避難されている方の精神保健医療支援ということになっていました。



避難されている方はいろいろな形で避難されていました。体育館のロビーに段ボールベッドを敷いて、そこで避難生活を送られている方とか、これは畳の武道場ですけれども、こういったところでは雑魚寝のような感じです。よく見る避難風景です。あと、これは登山家の野口健さんが寄付してくださったテントですけれども、ペットと一緒に避難されている方とか、小さなお子さんと一緒に避難されている方とかが、運動場に張られたテントの中で避難生活を送られていました。ただ、雨が降ると浸水の恐れがあるということで、早めに撤去はされました。

この写真は益城町という一番被害が激しかったところの保健センターです。益城町の職員の方が仕事をされているのですけれども、この向こうに避難されている方がいるのです。片やこちらでは被災者支援の行政的な業務をして、その向こう側に住民の方が避難して来られている。何か、とても異様な光景でした。

それで、実際にどういったケースが挙がっていたのか。

〈60代男性、適応障害の事例紹介〉

〈70代女性、急性ストレス反応の事例紹介〉

災害があると、よく子どものこころのケアということが言われますけれども、子どもさんへの影響というのは出やすいと思いました。例えば4歳の女の子で、お母さんが見えなくなると

泣くとか。4歳の男の子で、一人でトイレや部屋に行けない、両手がふさがることを嫌がる、癪癩を起こしやすくなったりとか。2歳の男の子で、こここの家も大丈夫だったのですけれども、この男の子が怖がって車で寝たいと言って、お母さんがその車中泊に付き合わざるを得ないので、お母さんにストレスがかかって、面接のとき涙を流されるとか。

5歳の女の子で地震ごっこ、地震ごっこ 자체は悪いことではないのですけれども。怖かった記憶を処理するため、子どもがそういうことをするのはいいことと言われています。東日本大震災のときに津波ごっこが子どもたちの間で流行ったと聞いています。熊本地震の後には地震ごっこが流行っていました。どんなかというと、例えばレゴなんかで建物を作って、地震がきたと言ってわっと壊すとか、緊急地震速報の音まねをするとか、そういうのが子どもさんたちの間で流行っていました。

12歳の男の子で、この子は4月に引っ越ししてきて、4月中旬に被災した。半壊の自宅を改修して、7月にはその家に帰ろうとしたのですけれども、この子にとっては全然慣れていない家で怖い思いをして、修理をしたからと言って、その家に帰って安心するかと言えばそうじやなくて、やはり家では眠れないとお母さんに打ち明けて。お母さんとしてはもう避難所から出られると思っていて避難所の閉鎖時期も迫っていたのですが、子どもがこういう状態で途方に暮れている、ということがありました。

あと、トイレのドアを閉められない子どもさんとか、一人でお風呂に入られなくなったりとか、今でもぽつぽつとこういう相談が挙がってくることがあります。

DPATで個別対応をしたケースの診断の内訳です。延べ2,125件、4月14日から6月30日の間、2カ月半でこれだけの数の個別対応がDPATでなされています。一番多いのがF4、神経症性障害です。例えば急性ストレス反応と

か、適応障害がここに入ります。やはり地震の恐怖で急性ストレス反応を呈したりとか、避難所でのいろいろな出来事が原因で適応障害を来たしたりという方が多いのかなと思います。

ただ、こういう病名がつく方よりも、むしろ診断がつかないぐらいの方のほうは実際は圧倒的に多く、1,100件ぐらいは診断がつかない。考えてみれば、地震がくるはずがないと思っていて、ああいう地震に遭って避難所で寝泊まりをする。眠れないのは当たり前なのです。異常な事態に対して眠れないのは正常な反応、不安に思うのも正常な反応。そういう不眠や不安を呈してはいるけれども、病的というよりは異常な事態に対する正常な反応レベルの方が多かったような気がします。

このように避難所のこころのケア、メンタルヘルスケアをしていて、ニーズ自体は急峻に低減していったように思います。避難されている方への支援というのは、割とさーと少なくなつていったのですけれども、その代わり目立ってきたのが支援者の支援です。支援者の疲弊がとても目立ちました。

〈40代男性、行政職員の事例紹介〉

災害急性期の行政職員は、日常業務に加えて、復旧作業・住民対応・外部支援の受け入れなどから、すべからくオーバーワークになります。公務員というのは、やはり使命感がありますので無理をするのですが、現実的にはうまくいかないことが多いです。その結果、罪悪感を生じてしまう。被災住民からの怒りの感情にさらされる。職務外でも顔なじみの住民さんからは公務員、支援者として見られて気が休まらない。そういう行政職員の方も被災者なのですが、それでもやはり住民優先で、自分や自分の家族のことは後回しにせざるを得ないという状況です。住民や上司、部下、あるいは外部支援者、家族との間で多面的な板ばさみ状態に陥ってしまう。災害があると、市町村や県の職員さんは大変だと思います。消防士の方とか、警察、自

衛隊も公務員ですけれども、これは僕の偏見かもしれません、そういう職種の方々というのは、どちらかというと持ち上げられるというか、ヒーロー扱いをされるのです。ただ、市とか県職員が災害対応でどんなに頑張っても、ヒーロー扱いされることはない、とても不遇な感じがしてしまいます。

熊本地震だけじゃなく、東日本大震災のときから実は言わっていたらしいのですが、災害があると外部から支援者がどっと入ってきます。この支援者の対応が、地元の行政職員にとっては、とてもストレスになることがあるようです。

こちらは熊本地震で実際に活動した医療支援団体を挙げていますけれども、DMAT、DPATもそうですし、日赤の救護班とか、JMAT、これは医師会のものです。TMAT、徳洲会病院のチームとか、HuMAとか、JRATは聞いたことがありますか。JRATはリハビリの支援チームです。それからPCAT、これは総合診療科のチームですね。それとAMDA、これは海外への支援もされている団体です。あとJDA-DAT、何だと思いますか。これは栄養士さんたちの支援チームです。本当にいろいろな領域のチームがだーっと入ってきます。

これは南阿蘇村という、割と被災の激しかった村なのですけれども、ここにおられるのは全部医療支援団体です。ここにぽつんと写っているこの方が、この村の保健師さんです。ほぼこの方が、この方々のコーディネートをするというのです。自分が同じ立場に置かれたら、できるかなと想像しながらこの写真を見ていただきたいのです。もちろんこの人をサポートする体制も後々はできてきたのですけれども、急性期はお一人でこれだけの数の人たちをコーディネートするという状況もございました。

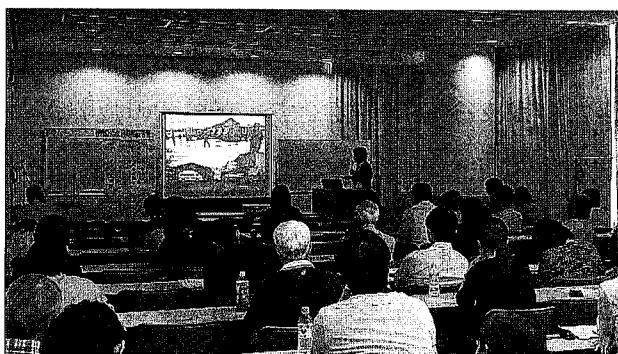
熊本地震から半年ぐらい経って、被災地の保健師さんたちを回って、我々の支援はどうでしたか、ほかの外部支援はどうでしたかというような感じでヒアリングをしたときに聞かれた声

なのですが、「一番忙しく混乱しているときに、次から次へやってきて状況を話さなければならなかつた」とか、「支援の申し出を断ると自治体を否定されるような発言をされて悲しかつた」「何かあつたら言ってくださいと言つていただいたけれども、すぐにいなくなり孤独感を抱いた」「完璧を求められて困つた」「指摘だけして解決策を教えてもらえずに困つた」。ほか、「アドバイスの内容が抽象的で結局どうすればいいのか分からぬことがあつた」「いろいろして当たられることがあつた」とか。保健師さんだけではないですけれども、医療支援チームだけではなく、とにかく外部からたくさん支援が入ってきて、それをさばく被災地の自治体の職員さんは、とても大変な状況に置かれます。そういう支援者の支援が必要になってくるということです。

DPATでいろいろなことを考えました。パンフレットを配布したり、県庁舎とか保健所とか役場とかのトイレに、「大丈夫ですか」という内容のチラシを貼つて、こころが疲れてきたらここに連絡してください、みたいなことをやつたり。管理職対象の啓発講話をしたり、全職員対象の啓発講話をしたこともあります。地元の新聞社、熊本だったら熊本日日新聞があるのですけれども、お願いして、支援者の疲弊とか支援者のケアが必要だということを載せてもらつたりとか。あとメンタルチェックやストレスチェックをしたり。相談窓口を各役場に設置したり。これは1ヶ所しかできなかつたのですけれども、もう全員に面接をする、とか。相談窓口を開いても、なかなか周りの目が気になつて皆さん相談に来られないで、全職員を対象に面接を行う、と。これは多分、愛知DPATの方が提案してくださつた活動じゃなかつたかなと記憶しています。西原村というところは職員さん60人ぐらいの小さな村ですけれども、その全職員に面接をしたところ、3~4人精神科受診が必要だという人がピックアップされたとい

うようなこともありました。

熊本地震でのDPAT活動を振り返りますと、まず先遣隊がやってきて本部を立ち上げて、精神科病院の入院患者の搬送支援を1週間ぐらいで行つた。その後、全国のいろいろな都道府県からチームを派遣していただいて、避難所の精神保健医療支援、あるいは支援者のメンタルヘルスケアをしていただいた。ニーズが減つてくるとともに、チームを絞るため、九州と沖縄のDPATチームだけの活動に縮小した。その後は県内の精神科病院にお願いして、十何チーム、十何病院かの協力が得られて、熊本DPATを立ち上げて、県外のDPATの活動を引き継ぐようなことをしました。最終的に、今現在も続いているけれども、熊本こころのケアセンターにその活動を引き継いでいる。中長期の被災者全般、被災地全域のこころのケアが、こちらで行われているというのが今の状況です。



後半、中長期精神保健医療支援の話に移りたいと思います。

熊本こころのケアセンターというところに勤めておりますけれども、規模の大きい災害の後に、もともとの地域資源、言うなれば市町村の保健センター・保健所・精神保健福祉センター、そういう平時のメンタルヘルスケアを行う地域資源のみで災害後のメンタルヘルスの課題に対応していくことが難しい場合、国からの財源で「こころのケアセンター」というものが設置されます。熊本地震の後に、全国で6番目の「こころのケアセンター」が開設されました。

最初が、阪神淡路大震災の後に兵庫県こころ

のケアセンターです。その次が、新潟中越地震の後に新潟県こころのケアセンター。そして、東日本大震災の後に宮城と福島と岩手、東北3県にこころのケアセンターができて、熊本が6番目。その後西日本豪雨災害の後に、広島県にこころのケアセンターではなく「こころのケアチーム」という名前になっていますが、設置されています。

熊本こころのケアセンターでどういうことを行っているのかをお話します。地域支え合いセンターという仮設住宅に入っておられる方を見守る機関が災害後に立ち上がります。市町村の保健師や地域支え合いセンターのスタッフと協働しながら、県内の被災者のケアをしていく、大雑把に言うとそういうことです。電話相談や来所相談、あるいはアウトリーチとか、市町村の保健師さんや地域支え合いセンターの職員さんに対して困難なケースの助言をするとか、健康調査をするとか、研修会を開いて人材育成をするとか、普及啓発をするとか、こころのケアに関するいろいろなことを行っています。

熊本地震から3年経ちますが、まだこころのケアが必要なのかと言われると、やはり必要です。今、熊本で仮設住宅に何人の方が入っておられるかという数字を、ちょっとイメージしていただきたいのですが、まだ15,000人ぐらいの方が仮設暮らしをしている状況です。さすがにそれだけの方がまだ生活再建していない状況では、こころのケアは欠かせないかなと思います。例えば地震で農地がやられて、収入が激減して回復の見込みがないとか、自宅は全壊、工場は半壊、仮設暮らしをしていて、そこにお父さんが亡くなったりお母さんの介護が必要になったり、いろいろなことが重なって先が見えないと。介護や経済的困窮で悩みが尽きない、それで飲酒量が増えたとか。地震後仮設に入って、難病も発症してしまった、生きる望みがない。仮設を出ないといけないけれども住む家が決まってない。義理の父親の死去で相続問題も起

こった、折り合いの悪い母親から手続きをいろいろ頼まれるけれどもお礼もなく苦言ばかりとか。逆にみなし仮設に入って折り合いの悪い母親と離れられたけれども、退去したらまた一緒に暮らさないといけない。仮設を6月で退去しなくてはいけないけれども行き先がまだ見つからない。不動産業者にだまされて自宅再建が進まない。等々。

被災者の方はいろいろな問題を多重複合的に抱えてしまうという状況が続いています。こころのケアセンターでアウトリーチを行って、なおかつ地震と関連したものだと判断された303名の方の診断の内訳を多い順に並べています。やはり、いろいろなストレスの結果、うつ病に陥ってしまうという方が一番多くみられます。49名、303分の49です。

〈50代男性、うつ病の事例紹介〉

こういう多重ストレスでうつ病になっておられる方が一番多いのですが、その次に多いのが、意外とアルコール依存症の方です。災害の後に、アルコール依存症の方が掘り起こされるという状況がございます。

〈50代男性、アルコール依存症の事例紹介〉

アルコール依存症であれば、必要なのは「節酒」ではなくて「断酒」です。ただし、メンタルヘルスの課題の中でアルコール依存症に関係する部分だけは、被災者と被災者じゃない人では、対応を変える必要があるというところは知っておいていただくといいかなと思います。アルコール問題がある被災者へのケアとしては、断酒を持ちかけると関係づくりが難しくなります。なので、連續飲酒が認められない被災者の方には、とりあえず節酒です。「やめましょう」ではなくて「減らしましょう」ということで関わっていきましょう、と。底つきを待たずに、とにかく支えて死を回避するということを、訪問、アウトリーチを生かした支援でやっていきましょうというのが、アルコール問題を抱えた被災者へのやり方となっています。

兵庫県のアルコール依存症専門の野田哲郎先生が言われていることですけれども、阪神淡路大震災のときに、孤独死がすごく注目されたかと思います。阪神淡路大震災のとき孤独死された方の多くが、アルコール依存症だったとも言われています。阪神淡路大震災のときの、仮設住宅に入ったアルコール依存症の方へのアプローチは、やはり断酒だったんです。支援者がアルコール依存症のある方に断酒を持ちかけると、それがもう支援拒否につながってしまって、その支援拒否が孤独死につながってしまったという反省から、東日本大震災の後に野田先生がこういうやり方を提唱されて、東日本では実際に断酒ではなく被災者への節酒というアプローチを試みてうまくいっている。それを熊本でも同じように取り入れています。

災害後にアルコール依存症の方がどっと増えてくるのですが、被災したからお酒を飲むようになって、アルコール依存症の方が増えたというわけではありません。災害復興期に地域のメンタルヘルス課題として、大きく二つあります。災害の恐怖体験や喪失体験、仮設暮らし、生活再建困難から新たにメンタルヘルス不調を生じる方と、もう一つは災害前から抱えていた精神疾患が顕在化するパターンです。災害前からアルコール依存症があった、ただ、いろいろな支持基盤、持家にずっと住んでいたとか家族がサポートしていたとか地域でなんとなく見守っていたとか、そういう支持基盤が災害によって破綻することによって顕在化する。あるいは、災害後は地域支え合いセンターができたり、我々のようなこころのケアセンターができたり、見守り支援がどうしても強化されるので、そういうケースが掘り起こされやすい状況になります。それで、災害前から抱えていた精神疾患が顕在化する、と。少なくとも熊本で、我々が災害後にアルコール依存症として対応したケースのはほとんどはこっちです。災害前からお酒の飲み方に問題があったという人が、掘り起こされてつ

ながるというパターンがほとんどでした。

他にも、妄想性障害がある方。妄想性障害の方は買物や家事は普通にできますので、それまでは一軒家で、あまり周囲ともかかわりを持たずに特に問題なく生活できていたのが、仮設住宅に入ると、隣の住人への被害妄想からトラブルに発展するとか。

また、もともと自閉症スペクトラム障害、発達障害を抱えていたであろう、割と高齢のひきこもっておられる方とかが掘りおこされて、ケースとして挙がってくることが多いです。

〈60代男性、自閉症スペクトラム障害疑いの事例紹介〉

最後に、災害といえばPTSDを取りあげられますけれども、PTSD自体は上から数えてこのぐらいです。7件、303名中7件しか、うちには相談にあがってきていないです。多いか少ないかといえば、少ないんじゃないかなという気はします。ただ、不全型のPTSDみたいな方も結構おられて、この特定不能の不安障害と診断をつけていますので、合計すると12例ぐらいはトラウマ系の方々です。

PTSDは、約8割は自然に回復すると言われています。残り2割が専門治療や薬物治療が必要だということです。災害後のPTSDに関して最も重要なことは、やはり潜在している方が多いということです。相談に至らない方が多いと思います。

〈60代女性、PTSDの事例紹介〉

急性期と同じように、こころのケアセンターに相談があるケースの大部分は、病気ではないその一步手前ぐらいの方が多いです。健康な状態からストレス等でこころの不健康状態になって、そのこころの不健康状態を放置すると、うつ病などこころの病に発展する。このこころの不健康状態で相談に至る方というのが結構多いと感じています。こころの不健康の段階で気付くことができて適切な対処ができるればまた健康な状態に戻れるので、一番重要なこころのケア

は、ここで気付いて適切な対処を助言するということを考えています。適切な対処法と言っても特別なことをしているわけではなくて、すごく一般的なことを助言しているだけです。規則正しい生活とか、呼吸法や筋弛緩法などのリラクゼーションの指導とか。あと、その方の方が役割感を感じられるような環境の調整をしたり。また、コミュニティというのはそれ自体がこころの回復力を高める、レジリエンスを高める作用があると言われていますが、地域づくりに関してゲートキーパー的に、気付きと声かけを啓発したり。

「絆」が災害後によく強調されるんですけども、どうも絆は強ければいいというものでもないみたいです。一番いいのは、ゆるいけれども確実に周囲とつながっていることが、コミュニティの関係性としては一番健康的であると言われているようなので、あまり強固な絆、関係性というよりも、ゆるく確実につながるような人間関係の構築が重要ですという啓発をしております。

最後ですけれども、これは、サッカー日本代表の元監督のハリルホジッチ監督です。有名人の方が災害後に被災地に来られますよね。これは決してこころのケアと無関係ではなくて、PTSDの専門の先生から聞きましたが、なんで芸能人の方が被災地に来るかというと、例えば、芸能人を見たらわっと驚きますよね。それは地震とかがあって、わっと驚いて怖かったという思いを、こういう有名人が来て、わっと驚いて嬉しかったという思いに変えるためにこの人々は来る、と。感情をネガティブなものからポジティブなものに切り替えるために来ているということを言っていました。本当かどうかは分かりませんけれども、ああ、なるほどなと思ったので。芸能人の方が被災地を訪れるとき、よく売名行為だとか、最近ではネットでたたかれちゃうこともありますけれども、とてもいいことだと思うので、そういう目で見ていただいてもいいかなと思います。

以上です。どうもご清聴ありがとうございました。

■ 愛知県精神保健福祉協会奨励賞受賞 団体紹介 ■

生き方サポートネット

「障害者だから……」「〇〇だから……」。やってみたいことがあっても、自分の思いを語ることもできず、胸に秘めた経験はありませんか。また、無理せざるを得ず、ただ必死に頑張って耐える日々を過ごしている人もいるかもしれません。私自身もそんな日々を過ごしていました時期がありました。

当団体は精神・発達障害、生きづらさを抱えている方等が、自分で納得ができる生活（生きる）と、力を発揮できる環境（生きる）を実現できるように考えていきたいとの思いから2017

年4月に任意団体として活動を開始しました。

現在は交流や意見交換の場として名古屋市北区でサロン「ピアサポート大曾根」を開催しています。当事者、福祉・医療関係者のチームで運営しており、これまでに延べ124名の方にご参加いただいているます。

ピアサポート大曾根では、病気・障害に関する話だけではなく、仕事や人間関係など誰もが抱えるような悩みや葛藤、時には趣味や楽しみ等、その場の全員が対等な関係の中で、人生経験を活かしながら話をしています。

様々な方との交流を通して、自分で納得ができる生活（生き方）と力を発揮できる環境（生き方）を実現するためには何が必要なのかを考え、今後の活動を広げていきたいと思っています。何か答えが見つかるわけではないかもしれません、仲間とともに考えてみませんか。

ご興味のある方は、ぜひ一度足をお運びください。

ピアサポート大曾根

(開催場所) ゾネットば呼ばれ

(名古屋市北区大曾根)

(開催時間) 第一木曜日

19時30分～21時00分

第三日曜日

13時30分～15時30分

(参加費) 100円 ※お茶、お菓子代

うの花家族会

うの花家族会は、平成24年5月、半田保健所、東浦町福祉課、社会福祉協議会、愛知県精神障害者家族会連合会（愛家連）、共同募金会、豊明家族会…のご指導・ご協力を得て、ここ東浦町に発足しました。

発足後は、月1回集まり、他所では話せないような、この病をかかる家族特有の悩みや日常生活の様子…等について話し合い、メンバー間で分かち合ってきました。このような語り合いの場を町内に作ることができ、本当に良かったと思います。会に参加して心の中を打ち明け気持ちを共有するうちに、最初は深刻だった皆さんの表情が次第に明るくなっていくのを実感することが、私たちの一番の喜びです。

今までの主な活動として、発足当初、7回にわたって愛家連から講師を派遣していただき、この病に関わる基本的な知識を皆で学びまし

た。また、精神障害者の医療費全科無料化に向け、町議会の議員さんに働きかけて実現にこぎつけることができたのは、会として大きな成果と自負しております。

今後の課題としては、まず新しいメンバーがなかなか入ってこないことです。特にまだ現役としてフルタイムで働いておられるような世代の家族の方々にどうやったら参加していただけるか…が工夫のしどころと考えています。またメンバーの高齢化に伴い、「親亡き後」の心配が現実の問題として次第に心に重くのしかかってきていていることも見逃せません。

これからもこの貴重な語り合いの場を維持し、まだつながりのない多くのご家族をメンバーとして受け入れ互いに助け合っていくことを目指して頑張りたいと思います。

一宮市地域精神障がい者家族会「びわの会」

「びわの会」は、平成22年3月に会員10名で発足し、現在45名となりました。

立上げ動機は医療費全科無料化で、その年の10月に実現でき当时感無量でした。

「びわの会」は、新しい法律が出来てからの家族会で、作業所はなく家族の為の家族会です。

「びわの会」の活動は、大きなものは三つです。

一つ目は定例会で毎月第3土曜日に開催し、勉強、情報交換、近況報告相談、活動計画などを話し合っております。同じような立場の人達の語らいの結果、皆精神的に救われています。

二つ目は、一宮市精神障害者家族相談事業で

平成28年7月より一宮市からの委託で一宮市思いやり会館で実施しています。毎週月・水曜日で家族・当事者が対象で平成30年度は相談件数が電話71件、面談104件ありました。相談者は、話せてよかったです、人や福祉と繋がるなど、喜びを語られます。又相談担当者にとっては生きがいにもなっています。

三つ目は、精神障がいの普及啓発活動で、毎年12月に「こころの健康セミナー」を開催してきました。多くの人に来ていただきため、向谷地生良氏、松本ハウスさん、夏莉郁子先生など有名な方をお呼びし講演して頂きました。令和

元年度は12月8日に尾張一宮駅前ビル（iビル）7階で「こころの健康フェスティバル」としてその実行委員会の皆様と共に開催で普及啓発活動を行います。更に発展を期しております。

今後一宮市が令和3年から中核市となり、保健所機能を一宮市が担うことになります。これを機に「市行政との協働関係を一層発展させること」が地域の精神保健・福祉向上に貢献できる道だと確信できるようになりました。これまで指導して頂きました多くの皆様のおかげと感謝しております。

べてるの理念に魅せられて-名古屋当事者研究会主宰者

「べてるの家」との邂逅をしてみたいと思う。出会いはNHK【ETV特集】「生きづらさと向き合って」だった。

発症して3年あまり、飲む薬は効いていない実感は少なく、根拠のない不安に苛まれて日常生活もままならず社会に戻れない絶望感が心身に満載していた時に偶然見たその番組は、今までの常識と違う障害者と支援者の相互的関係性に驚かされた。

「札幌なかまの杜クリニック」でのユーモアと笑いに満ちた診察風景、障害者同士が主体的に開催されているデイケア、支援をする人がある時は受ける側にシフトチェンジすることは痛快さを感じる。

番組後半「浦河べてるの家」が登場、症状に苦しみながらもミーティングで笑顔を忘れず自立的共同生活を送っていた。

自力更生に躍起になっていた私にとって、自立の持つ意味を考え直すきっかけとなりました。人は社会から孤立しては生きられない。誰もが相互に支援を受けている。

べてるの番組や本は「見るクスリ」であり、「読むクスリ」でした。

悩みや苦労を抱える当事者同士のフランクな姿は「土のニオイ」がして私には効き目があった。

当事者会は3年前から毎月1回午後0時から3時間、名古屋市の公共施設を借りて開催しています。べてるの理念を分かち合える当事者との出会いの場を作りたいと願ったことが始めたキッカケです。

参加者による当事者研究理念集の輪読から自己病名の発表、ホワイトボードに悩みや苦労を書き込み共感できる場が出来てきました。

その様子はTwitter（べてるの楽園から）に掲示して参加できなかった方にもシェアしていただけるように心がけています。

詳しくはHP (<https://nagoya-touzisyajimdofree.com>)を参照して下さればありがとうございます。

生きづらさを抱えている方なら、どなたでもご参加いただけます。

今日がそして明日が素晴らしい一日であるように。

■令和元年度「定期総会」報告■

令和元年度定期総会が5月30日（木）に開催されました。協会諸事業、平成30年度決算報告及び令和元年度予算（案）について協議され、それぞれ承認されました。

なお、新役員は次のように承認されました。

<顧問>

海野 稔博 名古屋市健康福祉局長

長谷川 洋 愛知県教育委員会教育長

吉田 宏 愛知県保健医療局長

<常務理事>

安井 祐名古屋市精神保健福祉センター所長

小林 整二 愛知県教育委員会学習教育部長

<理事>

安藤 稔 名古屋市教育委員指導部長

武田 晃 愛知県県民文化局社会活動推進課長

吉村 健 愛知県臨床心理士会常任理事

原沢 和茂 名古屋市保護観察所長

浅井 清文 名古屋市健康福祉局医監（保健所長）

幾田 純代 愛知県保健医療局こころの健康推進室長

河野ともえ 愛知県婦人団体連絡協議会長

大藤 文代 愛知県看護協会常務理事

平成30年度収支決算

(単位千円)

| 収入の部 | 支出の部 |
|-----------|-----------|
| 会 費 1,142 | 一般管理費 948 |
| 県委託料 206 | 事 業 費 546 |
| 市委託料 103 | 予 備 費 0 |
| 繰 越 金 542 | 繰 越 金 498 |
| 雑 収 入 0.7 | |
| 計 1,993 | 計 1,993 |

令和元年度収支予算

(単位千円)

| 収入の部 | 支出の部 |
|-----------|-------------|
| 会 費 1,144 | 一般管理費 1,100 |
| 県委託料 206 | 事 業 費 747 |
| 市委託料 103 | 予 備 費 104 |
| 繰 越 金 498 | |
| 雑 収 入 1 | |
| 計 1,952 | 計 1,952 |

事務局 ☎ 460-0001

名古屋市中区三の丸3-2-1

愛知県東大手庁舎

愛知県精神保健福祉協会

TEL 052-962-5377 (内550)

FAX 052-962-5375

精神保健福祉基金のご案内

当協会では、篤志家からの寄付による「愛知県精神保健福祉協会精神保健福祉基金」を設置し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業を行なっています。

1 貸付事業

精神障害者を対象とする障害福祉サービス事業所等を運営する者に対して、必要な資金を無利子で貸し付けています。

*貸付の対象者……主として精神障害者を対象とするグループホーム、小規模作業所等を運営する者

*貸付の種類……①運営資金 — 施設の運営に要する費用

②整備資金 — 施設の創設、改造、修理等に要する費用

*貸付額……1口10万円で、限度額は15口（150万円）まで

*貸付利子……無利子

*償還方法……1年据え置きで、以後4年以内に一時償還または分割償還

*受付期間……毎年度8月末日までに協議書を提出

2 奨励賞事業

精神障害者の自立や社会参加に向けた活動をしている個人やグループ等に対して奨励金を交付しています。

*対象者……愛知県内で、精神障害者の自立や社会参加に向けて1年以上10年未満の活動を行っている個人、グループ及び団体

*賞金額……10万円

*応募期間……9月1日から12月27日まで

*応募方法……所定の応募申込書、参考資料を協会事務局に提出

*授賞式……総会記念講演（6月予定）に併せ実施

お問合せは愛知県精神保健福祉協会事務局へ 電話：(052) 962-5377 内線 550