



第23回 多文化間精神医学会学術総会



プログラム・抄録集

『多文化共生を目指した精神科医療とは?』

会期 2016年**10月1日**(土)・**2日**(日)

会場 栃木県総合文化センター

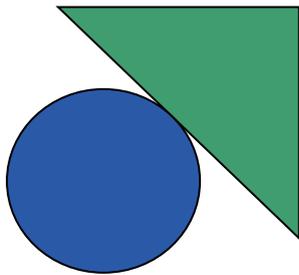
会長 下田 和孝 獨協医科大学精神神経医学講座 主任教授

副会長 駒橋 徹 特定医療法人 清和会 鹿沼病院 理事長

事務局長 石川 高明 獨協医科大学精神神経医学講座 講師



人生を豊かにする病院



SATO HOSPITAL

【診療時間】

月曜日～金曜日

9:00～12:00 13:30～17:00

土曜日

9:00～12:00

(休診日 日・祝祭日)

精神科・内科・皮膚科

医療法人社団 緑会

佐藤病院

〒329-2131 栃木県矢板市土屋 18 番地

☎ 0287-43-0758

FAX 0287-43-4570

理事長・院長 佐藤 勇人

副院長 秋山 正則

副院長 山下 晃弘



託児所完備・医療スタッフ募集中

第23回 多文化間精神医学会学術総会

The 23rd Annual Conference of the Japanese Society of Transcultural Psychiatry

プログラム・抄録集

テーマ

「多文化共生を目指した精神科医療とは？」

会 期 2016年10月1日(土)・2日(日)

会 場 栃木県総合文化センター
〒320-0033 栃木県宇都宮市本町1-8

会 長 下田 和孝 (獨協医科大学精神神経医学講座 主任教授)

副 会 長 駒橋 徹 (特定医療法人 清和会 鹿沼病院 理事長)

事務局長 石川 高明 (獨協医科大学精神神経医学講座 講師)

ご挨拶



第23回 多文化間精神医学会学術総会

会 長 **下田 和孝** (獨協医科大学精神神経医学講座 主任教授)

2016年10月1日(土)、2日(日)の2日間、栃木県総合文化センターにて、第23回多文化間精神医学会を開催させていただきます。

本学会は1993年に発足し、多くの文化の間に生じる精神医学的問題を扱う、文化と文化を跨ぐ(trans-cultural)精神医学を扱っており、人類学(文化人類学、医療人類学)、民族学、社会学なども学際的な連携をしています。

第23回年会のテーマは「多文化共生を目指した精神医療とは？」といたしました。年々、グローバル化が急速に進む我が国で、多文化共生に役立つ英知を蓄積できる年会にいたしたく、皆様方のご協力をお願いする次第です。

特別講演としてProfessor Leif Bertilsson (Karolinska Institutet, Sweden) には“Variation in the polymorphic metabolism of psychotropic drugs - Importance for transcultural psychiatry”というタイトルで人種差を考慮に入れた精神科薬物療法に関するお話しをしていただく予定です。またProfessor Soma Ganesan (University of British Columbia, Canada) には“Cross cultural psychiatry formulation - How it can help to better understand your patient and offer better treatment”というタイトルで文化の壁を超えた精神科医療に関するお話しをしていただく予定です。

懇親会では餃子やカクテルをはじめとする栃木の名物で楽しんでいただく予定ですが、加えて、ロックという異文化を日本語直訳という手法で我が国にロックを伝道して20年！の「直訳ロックの王様」をお迎えして、楽しんでいただく予定です。

ふるって、ご参加ください。

第23回多文化間精神医学会学術総会 大会組織

□ 会長

下田 和孝 獨協医科大学精神神経医学講座・主任教授

□ 副会長

駒橋 徹 特定医療法人 清和会 鹿沼病院 理事長

□ 事務局長

石川 高明 獨協医科大学精神神経医学講座・講師

□ プログラム委員会

秋山 剛 NTT東日本関東病院精神神経科

阿部 裕 明治学院大学心理学部

井上 孝代 明治学院大学 名誉教授

鷗川 晃 大正大学人間学部人間環境学科

江川 緑 東京工業大学大学院社会理工学研究科

鈴木 満 外務省診療所

大西 守 公益社団法人日本精神保健福祉連盟

岡田 和史 海辺の杜ホスピタル

桂川 修一 東邦大学医療センター佐倉病院

倉本 英彦 北の丸クリニック

倉林るみい リコーグループ健康管理事業部

駒橋 徹 特定医療法人清和会鹿沼病院

手塚千鶴子 慶應義塾大学日本語・日本文化教育センター

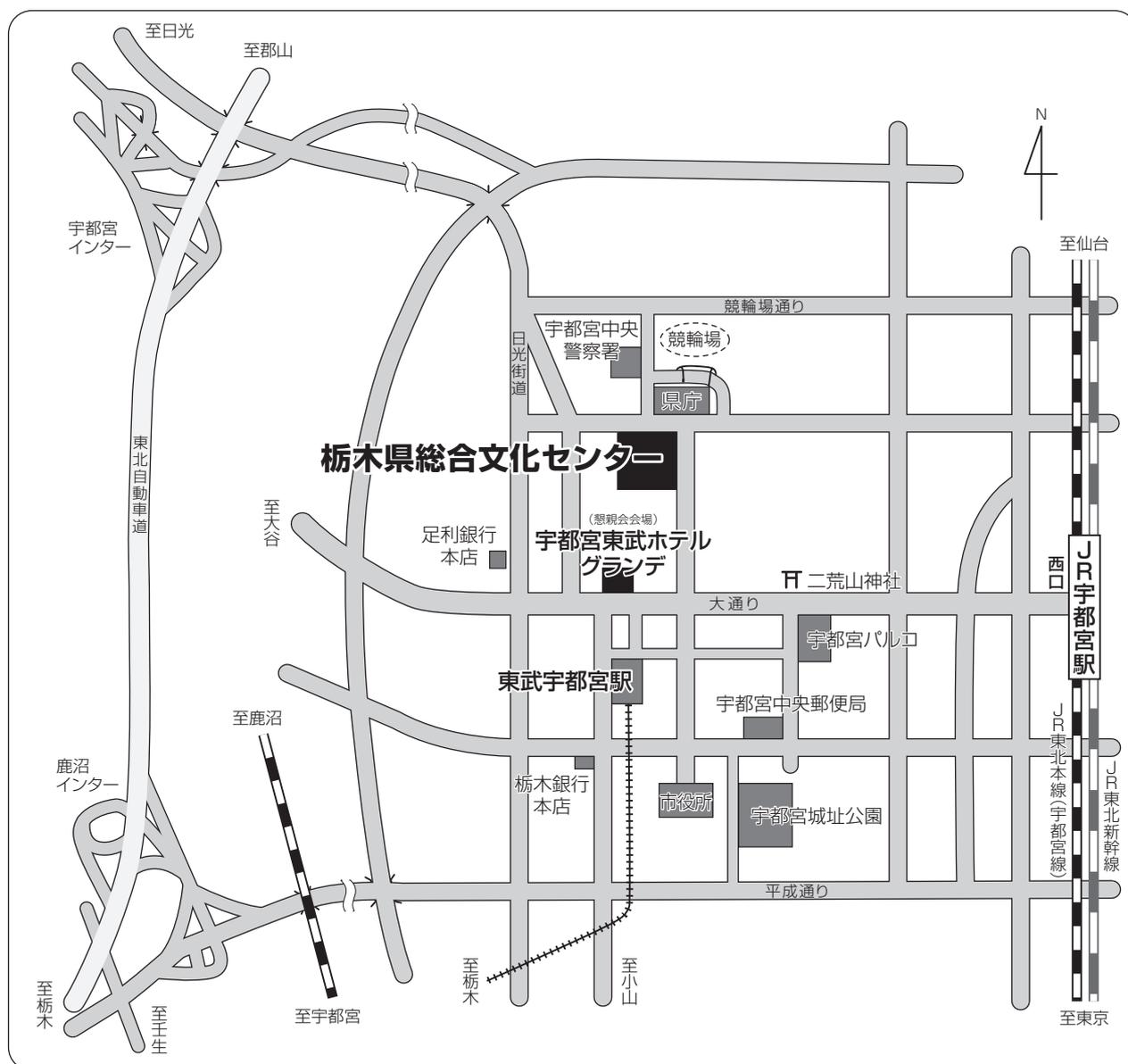
中村 敬 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

野田 文隆 めじろそらクリニック精神科

村上 裕子 東京海上日動メディカルサービス株式会社 健康プロモーション事業部EAP室

山内 浩美 立教大学人権・ハラスメント対策センター

会場案内図



栃木県総合文化センター

〒320-0033 栃木県宇都宮市本町1-8

TEL : 028-643-1000

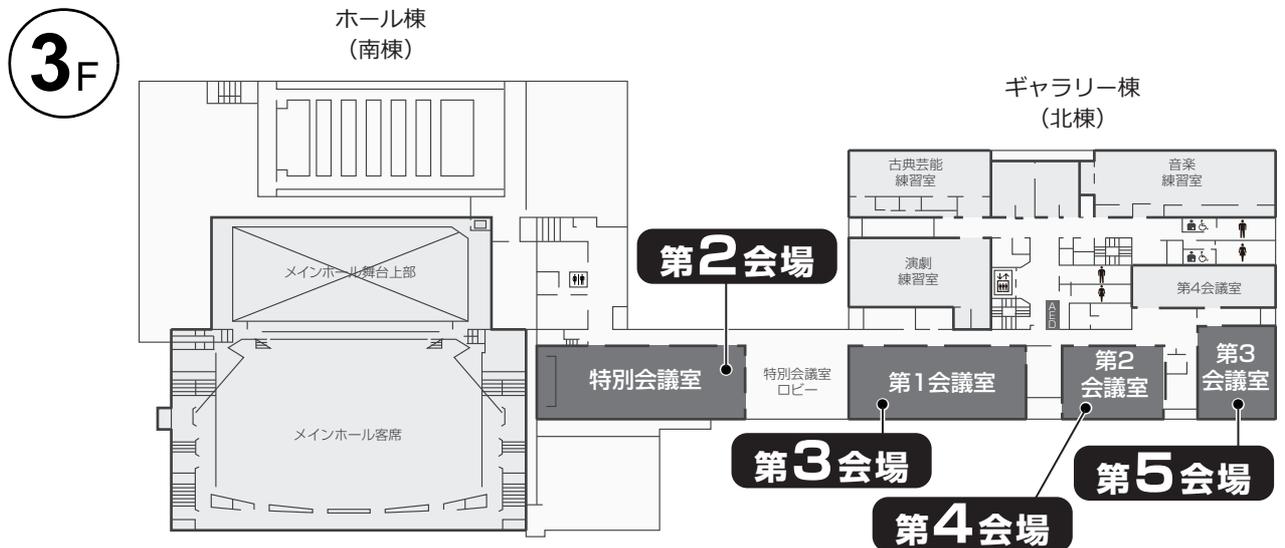
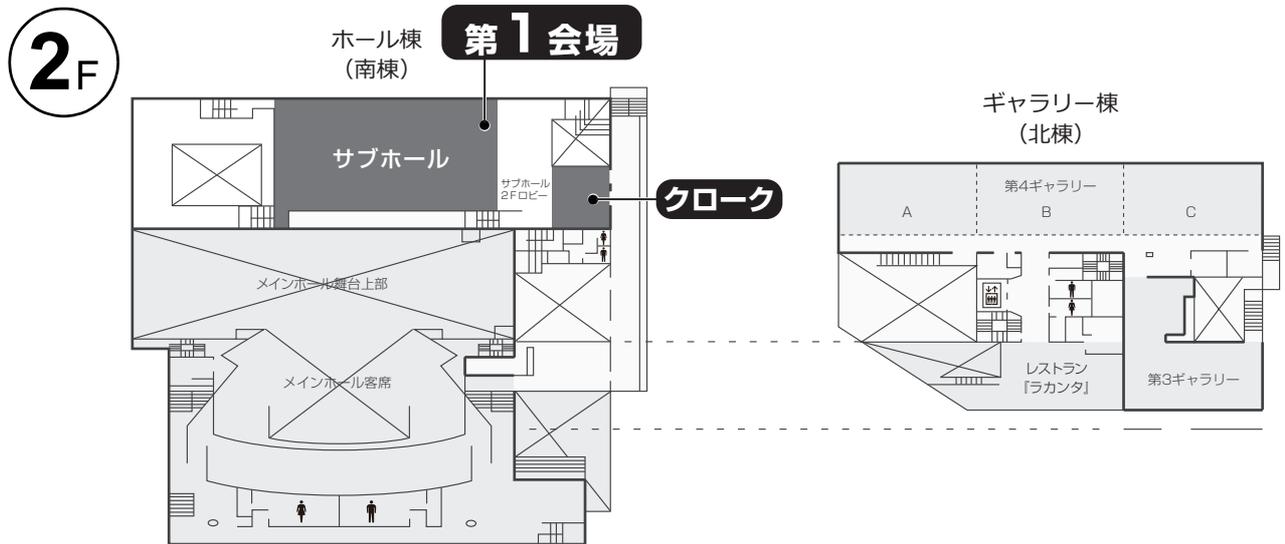
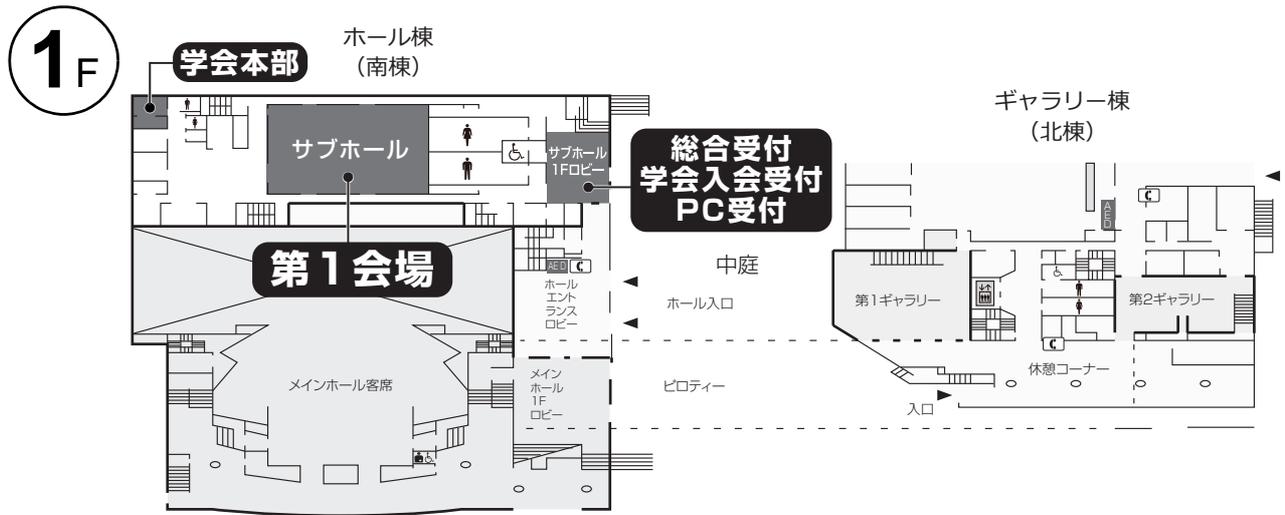
【電車をご利用の場合】

- JR宇都宮線『JR宇都宮駅(西口)』下車……バスで『県庁前』下車～徒歩で約3分
または、タクシーで約5分(約1,600m)
- 東武宇都宮線『東武宇都宮駅』下車……徒歩で約10分(約700m)

【バスをご利用の場合】

- 『県庁前』『東武駅前』停留所下車……徒歩で約3分
(関東バス) 作新学院、戸祭、江曾島行きなど
(JRバス関東) 作新学院、駒生行き

フロア案内図



第23回多文化間精神医学会学術総会 日程表

※日本精神神経学会専門医制度
単位取得対象講演

学会1日目 10月1日(土)				
	第1会場 [サブホール] 1・2F	第2会場 [特別会議室] 3F	第3会場 [第1会議室] 3F	第4会場 [第2会議室] 3F
9:00	開会の辞 9:00~10:30 シンポジウム1 「海外で心理学を学んで」 座長：駒橋 徹・桂川修一 演者：中村友美・橋本 祐 山内浩美・高田夏子	9:00~10:30 シンポジウム2 「都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルススクーリングの現状と援助について」 座長：西園マーハ文 演者：西園マーハ文・今井紗緒 長澤文子・宮戸美樹	9:00~10:30 シンポジウム3 「こころのグローバル化と支援ネットワークづくり」 座長：阿部 裕・田中ネリ 演者：島田直子・松野勝民 岩田久美・蜂矢百合子 指定討論：阿部 裕	9:00~10:30 シンポジウム4 「病の語りMINI」 座長：三脇康生 演者：阿部又一郎 Nicolas Tajan 吉田尚史
10:00				
11:00	10:40~11:40 会長講演※ 「個体差・人種差を見据えた精神科薬物療法」 座長：阿部 裕 演者：下田和孝			
12:00	11:45~12:45 ランチョンセミナー1 「不眠症治療の最前線～ガイドラインを踏まえて～」 座長：須田史郎 演者：宮本雅之 共催：エーザイ(株)	11:45~12:45 ランチョンセミナー2 「アルコール依存症の診断と治療をめぐって」 座長：尾関祐二 演者：齋藤利和 共催：田辺三菱製薬(株) 吉富薬品(株)		
13:00	12:55~13:55 総会 学会賞・奨励賞授与式			
14:00				
15:00	14:05~15:05 特別講演1※ 座長：下田和孝 演者：Leif Bertisson 【同時通訳付き】	テーマ “Variation in the polymorphic metabolism of psychotropic drugs - Importance for transcultural psychiatry”		
16:00	15:15~16:45 一般演題1 「在外邦人、在日外国人支援」 座長：野口正行 演者：濱田伊沙名・青柳美樹 田中ネリ・益田 充	15:15~16:45 一般演題2 「診察関連」 座長：大塚公一郎 演者：青山 洋・李 亨 白井 優・須田史郎	15:15~16:45 一般演題3 「多文化」 座長：北中淳子 演者：湯浅 紋・長澤想宇 石田まりこ・山内浩美	15:15~16:45 一般演題4 「症例報告」 座長：藤井久彌子 演者：石川高明・越智紳一郎 鶴田みさ・長谷川千絵
17:00	16:55~18:35 シンポジウム5 「医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響」 座長：齊尾武郎・栗原千絵子 演者：Yen Kuang Yang Hanson Park Bernardino A. Vicente Ames Dhai	16:55~18:35 シンポジウム6 「高齢者の医療におけるターミナルケア」 座長：駒橋 徹・桂川修一 演者：角川由香・北田志郎 進藤彦二・吉田恵子	16:55~18:35 シンポジウム7 「共生のための精神医学とは」 座長：三脇康生・吉田尚史 演者：三脇康生・村井俊哉 古橋忠晃・梅田夕奈	16:55~18:35 シンポジウム8 「在外在留邦人支援」 座長：勝田吉彰 演者：松永優子・仲本光一 勝田吉彰
18:00				
19:00~20:30	懇親会 宇都宮東武ホテルグランデ 4F【松柏】			

第23回多文化間精神医学会学術総会 日程表

※日本精神神経学会専門医制度
単位取得対象講演

学会2日目 10月2日⑧

	第1会場 [サブホール] 1・2F	第2会場 [特別会議室] 3F	第3会場 [第1会議室] 3F	第4会場 [第2会議室] 3F
9:00	8:40~10:10 シンポジウム9 「国際協力とメンタルヘルス」 座長：阿部 裕・鈴木 満 演者：桑山紀彦・村内重夫 矢永由里子・手林佳正	8:40~10:10 シンポジウム10 「オープンダイアログと ハウジングファーストの 日本での実践方法の検討」 座長：森川すいめい 演者：斎藤 環・三ツ井直子 中村あずさ	8:40~10:10 一般演題5 「留学生関連」 座長：加賀美常美代 演者：上里彰仁・李 亭 橋上愛子・安納恵子	8:40~10:10 一般演題6 「国内の多文化」 座長：須田史郎 演者：野口正行・田村雄志 飯田敏晴・桂川修一
10:00				
11:00	10:20~11:20 教育講演1※ 「あなたにもできる 外国人へのこころの支援」 座長：野田文隆 演者：野田文隆・秋山 剛 鷗川 晃・阿部 裕			
12:00	11:30~12:30 教育講演2※ 座長：尾関祐二 演者：Katja Kölkebeck 【同時通訳付き】	テーマ “How cross-cultural research can help understand and treat patients with mental disorders”		
13:00	12:40~13:40 ランチョンセミナー3 「不眠症の診断と治療 ～オレキシン受容体拮抗薬を 用いた治療戦略～」 座長：尾関祐二 演者：内田 直 共催：MSD(株)	12:40~13:40 ランチョンセミナー4 「うつ病の回復過程に沿った 養生指導と薬物治療」 座長：下田和孝 演者：中村 敬 共催：MeijiSeikaファルマ(株)		
14:00	13:50~14:50 特別講演2※ 座長：駒橋 徹 演者：Soma Ganesan 【同時通訳付き】	テーマ “Cross cultural psychiatry formulation - How it can help to better understand your patient and offer better treatment”		
15:00	15:00~16:30 シンポジウム11 「移住者・難民の受け入れを 問う—こころ・政策・ コミュニティの視点より」 座長：野田文隆・加賀美常美代 演者：野田文隆・近藤 敦・ 増田ユリヤ・鷗川 晃	15:00~16:30 シンポジウム12 「災害者支援」 座長：秋山 剛・堀 有伸 演者：田子久夫・須藤康宏 青田由幸・新妻直恵	15:00~16:30 シンポジウム13 「LGBT特有の医療ニーズ、 精神科医療の現場で 工夫できること」 座長：山内浩美 演者：針間克己・岩川ありさ 遠藤まめた	15:00~16:30 シンポジウム14 「東洋の文化とこころ 第二報」 座長：倉林るみい・大滝涼子 演者：船水隆広・本橋京子 大滝涼子
16:00	次期会長あいさつ 閉会の辞			

第5会場 [第3会議室] 3F

9:00	8:40~11:20 多文化間精神保健 専門アドバイザー 資格認定研修会
------	--

参加者へのご案内

1. 参加受付

日 時：10月1日(土) 8：00～19：00
10月2日(日) 8：00～16：30

場 所：栃木県総合文化センター 1F サブホール前ホワイエ

2. 学会参加費

学会当日、受付にて参加申込書をご記入の上、下記参加費をお支払いください。

ネームカードに所属・氏名をご記入の上、会期中は必ず胸に明示してください。

なお、ネームカードをお持ちでない方、参加登録をお済みでない方の会場への立ち入りは固くお断りいたします。

<参加費>

医 師10,000円

非医師 5,000円

学 生 1,000円 (学生証の提示をお願いいたします)

3. プログラム・抄録集

会員の皆様には事前にプログラム・抄録集をご送付いたしております。

別途、プログラム・抄録集をご希望の方には1冊1,000円で販売いたします。尚、数には限りがございますので予めご了承ください。

4. 懇親会について

日 時：2016年10月1日(土)

会 場：宇都宮東武ホテルグランデ 4F 『松柏』

〒320-0033 栃木県宇都宮市本町5-12 TEL：028-627-0111

(学会会場より徒歩5分)

ゲスト：直訳ロックの「王様」

次々頁をご参照ください。

参加費無料としました。ふるってご参加ください。

5. ランチョンセミナーのお知らせ

両日ランチョンセミナーを開催いたします。会場前にてお弁当をお受け取りください。

セミナー内容は、プログラムをご参照ください。

*当日ランチョンセミナーチケットの事前配布を行います。

6. 学会行事

1) 編集委員会 9月30日(金) 17：00～18：00 第5会場 (第3会議室)

2) 評議員会 9月30日(金) 18：00～20：00 第5会場 (第3会議室)

3) 総会・学術賞授賞式 10月1日(土) 12：55～13：55 第1会場 (サブホール)

4) 第20回多文化間精神保健専門アドバイザー 資格認定研修会
..... 10月2日(日) 8：40～11：20 第5会場 (第3会議室)

7. 日本精神神経学会専門医制度の単位取得について

下記の会長講演、特別講演、教育講演は日本精神神経学会の専門医制度における単位取得対象講演として認められました。

一講演あたり1単位、会期中を通して計3単位まで取得が可能となります。

日本精神神経学会イベントカレンダー <https://www.jspn.or.jp/modules/evtCal/>

- 10月1日(土) 10:40～11:40 会長講演
- 10月1日(土) 14:05～15:05 特別講演1
- 10月2日(日) 10:20～11:20 教育講演1
- 10月2日(日) 11:30～12:30 教育講演2
- 10月2日(日) 13:50～14:50 特別講演2

各講演開始前に日本精神神経学会会員カードをご提示いただき、受講登録をしていただく必要があります。

8. その他

- 1) 会場での呼び出しや館内放送による一斉案内等はいたしかねます。
- 2) 会場内は全館禁煙ですので、ご協力をお願いいたします。
- 3) 会場にはコピー機はございませんので、各自にて近隣のコンビニ等をご利用ください。

第23回 多文化間精神医学会 懇親会

SPECIAL GUEST

特別ゲスト

直訳ロックの
「王様」

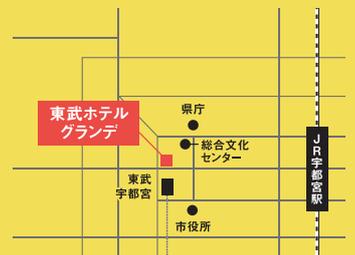


2016年10月1日

19:00
より

場所 宇都宮東武ホテルグランデ“松柏の間”

会費 ~~3,000~~円 → **無料** (学会参加登録をされた方のみ参加可能です)



第20回多文化間精神保健専門アドバイザー 資格認定研修会

日 時：平成28(2016)年10月2日(日)

会 場：第5会場(第3会議室)

プログラム：

8:40~9:00 受 付

9:00~9:05 開会挨拶 阿部 裕 理事長

9:05~10:05 事例検討

「言葉の壁から疾患教育が十分にできず治療中断と入院を繰り返した双極性障害の一例」

コーディネーター：駒橋 徹(鹿沼病院)

事例提供者：長谷川千絵(獨協医科大学精神神経医学講座/鹿沼病院)

10:05~10:15 休 憩

10:15~11:15 事例検討

「文化への不適合から抑うつ気分を呈した北欧人の一例」

コーディネーター：村上 裕子(東京海上日動メディカルサービス)

事例提供者：鈴木 航太(慶應義塾大学精神・神経科学教室/四谷ゆいクリニック)

湯浅 紋(明治学院大学大学院 心理学研究科)

11:15~11:20 修了証配布

*会員の方は自由に参加できます。

*専門アドバイザーの新規資格取得あるいは資格更新を希望される会員は、事前申し込みが必要です。

参加申込先：多文化間精神医学会事務センター「専門アドバイザー資格認定委員会」

詳細は学会誌または学会ホームページをごらんください。

座長・発表者へのご案内

【座長の先生方へ】

セッション開始10分前までに、セッション会場前方右手の次座長席にご着席の上、進行係にお声をお掛けください。

【演者の先生方へ】

1. 発表方法

- (1) 本学会での発表はすべてPC発表となっております。
- (2) 発表データは、CD-R、USBメモリー（ともにWindows限定）をご用意ください。
Macintosh PCのご使用を希望される場合は、パソコン本体と接続ケーブルをご自身で必ずお持ちいただくようお願いいたします。
- (3) セッション開始30分前までにサブホール（1F）ホワイエの「PC受付」にて、発表用のデータ受付・動作確認をお済ませください。
- (4) 発表は、演題上のキーボード・マウスを用いて演者ご自身にて操作していただきます。

2. 発表時間

- (1) 一般演題：1演題につき発表15分＋質疑応答7分
- (2) シンポジウム：個々の発表時間を含め進行は座長の先生にご一任いたします。

※いずれも時間厳守をお願いいたします。

3. 発表データ作成方法

- (1) 事務局では、OS：Windows (Windows7)、ソフトウェア：Microsoft社PowerPoint (2010, 2013) を用意させていただきます。
- (2) 記憶媒体：USBフラッシュメモリーのみ
- (3) 動画：動画をご利用の場合はできるだけご自身のPCをご持参ください。
- (4) フォント：Windows7標準フォントのみ
* それ以外のフォントを使用されますと、画面に表示されなかったり文字位置がずれたりする可能性があります。

プログラム

テーマ「多文化共生を目指した精神科医療とは？」

2016年10月1日(土)・2日(日)

会長講演

特別講演

教育講演

シンポジウム

ランチョンセミナー

第20回多文化間精神保健専門アドバイザー
資格認定研修会

会長講演※

10月1日⊕ 10:40~11:40 第1会場 [サブホール]

座長：阿部 裕 (明治学院大学 心理学部)

「**個体差・人種差を見据えた精神科薬物療法**」

下田 和孝 獨協医科大学精神神経医学講座

特別講演 1※

10月1日⊕ 14:05~15:05 第1会場 [サブホール]

座長：下田 和孝 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

「**Variation in the polymorphic metabolism of psychotropic drugs - Importance for transcultural psychiatry**」

Leif Bertilsson

Clinical Pharmacology at Karolinska Institutet, Karolinska University Hospital, Sweden

特別講演 2※

10月2日⊕ 13:50~14:50 第1会場 [サブホール]

座長：駒橋 徹 (特定医療法人清和会 鹿沼病院)

「**Cross cultural psychiatry formulation - How it can help to better understand your patient and offer better treatment**」

Soma Ganesan

University of British Columbia, Canada

教育講演 1※

10月2日⊕ 10:20~11:20 第1会場 [サブホール]

座長：野田 文隆 (めじろそらクリニック 精神科)

「**あなたにもできる 外国人へのこころの支援**」

野田 文隆 めじろそらクリニック 精神科

秋山 剛 NTT 東日本関東病院 精神神経科

鷓川 晃 大正大学 人間学部人間環境学科

阿部 裕 明治学院大学 心理学部

教育講演 2※

10月2日⊕ 11:30~12:30 第1会場 [サブホール]

座長：尾関 祐二 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

「**How cross-cultural research can help understand and treat patients with mental disorders**」

Katja Kölkebeck

Universitätsklinikum Münster, Deutschland

※日本精神神経学会専門医制度単位取得対象講演

シンポジウム 1

10月1日㊥ 9:00～10:30 第1会場 [サブホール]

『海外で心理学を学んで』

座長：駒橋 徹（特定医療法人清和会 鹿沼病院）

桂川 修一（東邦大学医療センター佐倉病院 メンタルヘルスクリニック）

S1-1 多文化主義カナダでの留学から 異文化への適応について

中村 友美 カウンセリングルーム テラスビューこかげ

S1-2 青年期におけるハワイ留学の実際

橋本 祐 とちぎリハビリテーションセンター 相談支援部

S1-3 フィリピンで心理学を学んで

山内 浩美 立教大学 人権・ハラスメント対策センター

S1-4 ユング研究所への留学 一ゲニウス・ロキに出会うこと

高田 夏子 専修大学 人間科学部

シンポジウム 2

10月1日㊥ 9:00～10:30 第2会場 [特別会議室]

『都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルスクーリングの現状と援助について』

座長：西園マーハ文（白梅学園大学子ども学部 発達臨床学科）

S2-1 地域における産後メンタルヘルス問題の発見と援助

～日本人と共通の課題と特に外国人に必要な援助～

西園マーハ文 白梅学園大学子ども学部 発達臨床学科

S2-2 都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルスクーリングの現状と援助について

今井 紗緒 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護分野

S2-3 支援が必要な在日外国人母子への支援 ～地域保健の立場から～

長澤 文子 新宿区東新宿保健センター 保健師

S2-4 外国人妊産婦のメンタルヘルス援助における臨床心理士の役割

宮戸 美樹 横浜国立大学 教育人間科学部

シンポジウム 3

10月1日(土) 9:00~10:30 第3会場 [第1会議室]

『こころのグローバル化と支援ネットワークづくり』

座長：阿部 裕 (明治学院大学 心理学部)

田中 ネリ (四谷ゆいクリニック)

S3-1 外国につながる子どもたちの心理アセスメント：言語を使用しない知能検査 Universal Nonverbal Intelligence Testを利用したアセスメント

島田 直子 立正大学 障がい学生支援室

S3-2 外国人医療の現状と課題

松野 勝民 特定非営利活動法人 多言語社会リソースかながわ (MICかながわ)

S3-3 精神科医療における相談通訳の役割

岩田 久美 NPO法人 国際活動市民中心 (CINGA)

S3-4 精神科医療と教育・行政の連携

蜂矢百合子 四谷ゆいクリニック、よこはま発達クリニック

指定討論 阿部 裕 明治学院大学 心理学部

シンポジウム 4

10月1日(土) 9:00~10:30 第4会場 [第2会議室]

『病の語り MINI』

座長：三脇 康生 (仁愛大学人間学部 心理学科)

S4-1 MINIを利用した大学病院精神科における臨床・教育の試み

阿部又一郎 東京医科歯科大学 精神科

S4-2 フランスにおけるひきこもり当事者の「病の語り」

タジャン・ニコラ 京都大学 人文科学研究所

S4-3 ト라우マ体験と語り -カンボジアにおけるMINI使用の経験から

吉田 尚史 東京武蔵野病院 第一診療部

『医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響』

座長：栗原千絵子（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 放射線医学総合研究所 信頼性保証・監査室）
齊尾 武郎（フジ虎ノ門整形外科病院 精神科）

S5-1 The experience of great traumatic events in Taiwan based on culture perspectives

Yen Kuang Yang
National Cheng Kung University & Hospital, Taiwan

S5-2 Cultural Ecological Consideration of the Social Response on the Technological Disaster: The Collective Experiences about the MV Sewol Disaster

Hanson Park
St. Andrew's Hospital, Icheon, Korea
Dept. of Anthropology, Seoul National University, Seoul, Korea
College of Art and Social Science, Australian National University, ACT, Australia

S5-3 Psychiatric Care in Times of Disaster: The Philippine Experience

Bernardino A. Vicente
Medical Center Chief II
National Center for Mental Health, Philippines

S5-4 The influence and impact of global attitudes on mental health in South Africa during colonization, apartheid and constitutional democracy: ethical, legal and social considerations

Ames Dhai
Director - Steve Biko Centre for Bioethics
Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

シンポジウム 6

10月1日⊕ 16:55～18:35 第2会場 [特別会議室]

『高齢者の医療におけるターミナルケア』

座長：駒橋 徹（特定医療法人清和会 鹿沼病院）

桂川 修一（東邦大学医療センター佐倉病院 メンタルヘルスクリニック）

S6-1 「時々入院、ほぼ在宅」に向けて

～急性期病院に入院した高齢者に対する退院支援を通しての一考察～

角川 由香 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野

S6-2 在宅エンド・オブ・ライフケアを精神科サービスモデルに位置づける

～「GP - 精神科医 - 他職種訪問チームモデル」とその展開

北田 志郎 自治医科大学 看護学部／あおぞら診療所

S6-3 高齢者のターミナルケア ～療養型病院の役割

進藤 彦二 俊陽会 古川病院

S6-4 精神科病院における長期療養により高齢化した患者様の終末期看護への取り組み

吉田 恵子 特定医療法人清和会 鹿沼病院 看護部

シンポジウム 7

10月1日⊕ 16:55～18:35 第3会場 [第1会議室]

『共生のための精神医学とは』

座長：三脇 康生（仁愛大学人間学部 心理学科）

吉田 尚史（東京武蔵野病院 第一診療部）

S7-1 今日の共生のためのTranscultural Psychiatry

三脇 康生 仁愛大学人間学部 心理学科

S7-2 イスラム教徒のスカーフ着用が表情認知に与える影響

村井 俊哉 京都大学・医学研究科・精神医学

S7-3 いわゆるごみ屋敷問題から見た精神医学と社会

古橋 忠晃 名古屋大学大学院医学系研究科 精神健康医学・学生相談総合センター

S7-4 精神科医になることから見た今日の社会における共生

梅田 夕奈 東京都立松沢病院 精神科

シンポジウム 8

10月1日(土) 16:55～18:35 第4会場 [第2会議室]

『在外在留邦人支援』

座長：勝田 吉彰（関西福祉大学 社会福祉学部）

S8-1 海外勤務とメンタルヘルス ～企業における対策と課題～

松永 優子 東京医科大学病院 渡航者医療センター

S8-2 在留邦人のテロ対策，外務省医務官の経験から

仲本 光一 外務省診療所長

S8-3 日系企業の新たな進出ブームで起こる変化

～ミャンマー在留邦人をとりまくメンタルヘルス環境の変化を例に～

勝田 吉彰 関西福祉大学 社会福祉学部

シンポジウム 9

10月2日(日) 8:40～10:10 第1会場 [サブホール]

『国際協力とメンタルヘルス』

座長：阿部 裕（明治学院大学 心理学部）

鈴木 満（外務省診療所）

S9-1 国際協力における心理社会的ケアの有用性について

桑山 紀彦 海老名こころのクリニック 院長、認定NPO法人「地球のステージ」代表理事
心療内科医、精神科医、医学博士

S9-2 ペルーのメンタルヘルスの実情と国際協力における課題

～JICA国際協力事業への参加の経験から～

村内 重夫 医療法人社団光友会 逸見病院

S9-3 エイズ支援プロジェクトにおけるメンタルヘルス支援の実際について

矢永由里子 慶應義塾大学医学部 感染制御センター

S9-4 カンボジア地域精神保健支援と国際精神保健協力の20年

手林 佳正 西八王子カウンセリングルーム、多摩草むらの会 相談支援センター待夢、
SUMH途上国の精神保健を支えるネットワーク

シンポジウム 10

10月2日② 8:40~10:10 第2会場 [特別会議室]

『オープンダイアログとハウジングファーストの日本での実践方法の検討』

座長：森川すいめい (みどりの杜クリニック)

S10-1 日常臨床で使えるオープンダイアログ

斎藤 環 筑波大学医学医療系 社会精神保健学

S10-2 精神科訪問看護で取り組むオープンダイアログ

三ツ井直子 訪問看護ステーションKAZOC

S10-3 ハウジングファーストとは何か

中村あずさ 認定NPO法人 世界の医療団

シンポジウム 11

10月2日② 15:00~16:30 第1会場 [サブホール]

『移住者・難民の受け入れを問うーこころ・政策・コミュニティの視点より』

座長：野田 文隆 (めじろそらクリニック 精神科)

加賀美常美代 (お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科)

S11-1 移住者・難民のこころ

野田 文隆 めじろそらクリニック 精神科

S11-2 日本の入国政策・多文化共生政策の現状と課題

近藤 敦 名城大学 法学部

S11-3 フランスの移民・難民政策と彼らへの支援

増田ユリヤ フリーランス・ジャーナリスト

S11-4 韓国の移民・難民政策と支援について

鵜川 晃 大正大学人間学部 人間環境学科

シンポジウム 12

10月2日④ 15:00～16:30 第2会場 [特別会議室]

『災害者支援』

座長：秋山 剛 (NTT 東日本関東病院 精神神経科)
堀 有伸 (ほりメンタルクリニック)

S12-1 東日本大震災と原子力発電所事故がもたらした高齢者への影響 ーいわき市居住者の状況ー

田子 久夫 公益財団法人磐城済世会 舞子浜病院

S12-2 発災後の福島県相双地区における精神科医療保健福祉の活動 ～東日本大震災と原発事故から見えてきた課題～

須藤 康宏 医療法人社団 メンタルクリニックなごみ

S12-3 被災地の障がい者たち ～南相馬～

青田 由幸 特定非営利活動法人 さぽーとセンターびあ

S12-4 東日本大震災による発達に心配のあるお子さんへの支援

新妻 直恵 特定非営利活動法人きぼう じゅにあサポート「かのん」

シンポジウム 13

10月2日④ 15:00～16:30 第3会場 [第1会議室]

『LGBT 特有の医療ニーズ、精神科医療の現場で工夫できること』

座長：山内 浩美 (立教大学 人権・ハラスメント対策センター)

S13-1 精神医学とLGBT ～概念の歴史的変遷～

針間 克己 はりまメンタルクリニック

S13-2 「ようこそ、診察室へ」ー異性愛中心主義と性別二元論を超えて

岩川ありさ 東京大学総合文化研究科・教養学部附属教養教育高度化機構
リベラルアーツ・プログラム

S13-3 私の性別は、ワタシが決める。本当に？

ー性同一性障害の「脱病理化」と、幸せの自己決定

遠藤まめた やっぱ愛ダホ！ idaho-net. 代表

シンポジウム 14

10月2日④ 15:00～16:30 第4会場 [第2会議室]

『東洋の文化とこころ（第二報）より健康でその人らしい生き方をめざして』

座長：倉林るみい（リコーグループ健康管理事業部）

大滝 涼子（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）

S14-1 日本伝統鍼灸とこころの病

船水 隆広 学校法人呉竹学園 東京医療専門学校 鍼灸マッサージ科

S14-2 中国伝統医学と漢方のこころ ～「変化」の臨界点につながる生き方

本橋 京子 Columbia Clinic（中国・上海）内科・心療内科

S14-3 ヨガのこころ ～ヨガの智慧を活かした生き方～

大滝 涼子 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

ランチョンセミナー 1 10月1日Ⓟ 11:45～12:45 第1会場 [サブホール]

共催：エーザイ株式会社

座長：須田 史郎（自治医科大学 精神医学講座 教授）

『不眠症治療の最前線 ～ガイドラインを踏まえて～』

宮本 雅之 獨協医科大学看護学部 看護医科学（病態治療）領域 教授
獨協医科大学病院 睡眠医療センター

ランチョンセミナー 2 10月1日Ⓟ 11:45～12:45 第2会場 [特別会議室]

共催：田辺三菱製薬株式会社／吉富薬品株式会社

座長：尾関 祐二（獨協医科大学 精神神経医学講座）

『アルコール依存症の診断と治療をめぐる』

齋藤 利和 医療法人北仁会 幹メンタルクリニック

ランチョンセミナー 3 10月2日Ⓟ 12:40～13:40 第1会場 [サブホール]

共催：MSD 株式会社

座長：尾関 祐二（獨協医科大学 精神神経医学講座）

『不眠症の診断と治療 ～オレキシン受容体拮抗薬を用いた治療戦略～』

内田 直 早稲田大学 スポーツ科学学術院

ランチョンセミナー 4 10月2日Ⓟ 12:40～13:40 第2会場 [特別会議室]

共催：MeijiSeika ファルマ株式会社

座長：下田 和孝（獨協医科大学 精神神経医学講座 主任教授）

『うつ病の回復過程に沿った養生指導と薬物治療』

中村 敬 東京慈恵会医科大学附属第三病院 精神神経科 院長

第20回多文化間精神保健専門アドバイザー資格認定研修会

10月2日⑥ 8:40～11:20 第5会場 [第3会議室]

事例検討 1

コーディネーター：駒橋 徹（特定医療法人清和会 鹿沼病院）

「言葉の壁から疾患教育が十分にできず治療中断と入院を繰り返した双極性障害の一例」

長谷川千絵 獨協医科大学 精神神経医学講座/鹿沼病院

事例検討 2

コーディネーター：村上 裕子（東京海上日動メディカルサービス株式会社）

「文化への不適合から抑うつ気分を呈した北欧人の一例」

鈴木 航太 慶應義塾大学 精神・神経科学教室/四谷ゆいクリニック

湯浅 紋 明治学院大学大学院 心理学研究科

プログラム

テーマ「多文化共生を目指した精神科医療とは？」

2016年10月1日(土)・2日(日)

一般演題

一般演題 1

10月1日⊕ 15:15～16:45 第1会場 [サブホール]

『在外邦人、在日外国人支援』

座長：野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）

- 一般 1-1 アダルトサードカルチャーキッズ（ATCK）の異文化体験とストレス
濱田伊沙名 千葉大学医学部附属病院 看護部
- 一般 1-2 海外派遣労働者の配偶者における生活適応への心理的プロセス
青柳 美樹 国際医療福祉大学小田原保健医療学部 看護学科
- 一般 1-3 ラテンアメリカ人コミュニティへの心理支援から見られる最近の動向と課題
田中 ネリ 四谷ゆいクリニック
- 一般 1-4 熊本における外国人のこころのケア活動
益田 充 日赤和歌山医療センター 外科医/国際医療救援登録要員、
JMEDRA-HAP（日本EMDR学会人道支援プログラム）委員

一般演題 2

10月1日⊕ 15:15～16:45 第2会場 [特別会議室]

『診察関連』

座長：大塚公一郎（自治医科大学 看護学部）

- 一般 2-1 アジア系外国人患者の診療でできなかったこと、できること
青山 洋 青空精神科・心療内科
- 一般 2-2 精神障害をもつ在日中国人における「生活のしづらさ」
－中国人医師による精神科外来での質的調査から－
李 亭 東京福祉大学大学院 社会福祉学研究科
- 一般 2-3 精神科救急病棟における外国人事例の問題点
白井 優 千葉県精神科医療センター
- 一般 2-4 労災後に解雇されたことで症状が遷延化した日系ブラジル人のPTSD症例
須田 史朗 自治医科大学精神医学教室

一般演題 3

10月1日(土) 15:15~16:45 第3会場 [第1会議室]

『多文化』

座長：北中 淳子（慶応義塾大学文学部 人文社会学科）

- 一般3-1 日本、アメリカの大学院心理臨床家教育プログラムにおける多文化教育の比較と考察
湯浅 紋 明治学院大学大学院 心理学研究科、四谷ゆいクリニック
- 一般3-2 日本、スペインの大学院心理臨床家教育プログラムにおける多文化教育の比較と考察
長澤 想宇 四谷ゆいクリニック、臨床心理士
- 一般3-3 共生社会と障碍：多文化間アドバイザーとして
—インター校特別支援学級の日本人生徒と親への支援を通して
石田まりこ ベルギーインターナショナルスクール
- 一般3-4 多文化の職場環境の改善を目的とした "Work Ethics and Harassment Prevention" FDワークショップの試み
山内 浩美 立教大学 人権・ハラスメント対策センター

一般演題 4

10月1日(土) 15:15~16:45 第4会場 [第2会議室]

『症例報告』

座長：藤井久彌子（獨協医科大学 精神神経科）

- 一般4-1 言語的コミュニケーションの困難さによって、診断および治療に難渋した統合失調症の1例
石川 高明 獨協医科大学 精神神経医学講座
- 一般4-2 宗教的文化的背景により、治療に難渋した一症例
越智紳一郎 愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学
- 一般4-3 日本の「スピリチュアル」と臨床：2つの臨床例と1つのナラティブ
鶴田 みさ ナチュラルリソース
- 一般4-4 狐憑きの憑依妄想を呈した統合失調症の一例
長谷川千絵 鹿沼病院、獨協医科大学 精神神経医学講座

一般演題 5

10月2日㊿ 8:40~10:10 第3会場 [第1会議室]

『留学生関連』

座長：加賀美常美代（お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科）

- 一般5-1 東京医科歯科大学における留学生の国際医療（精神）外来受診体制
上里 彰仁 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神神経科
- 一般5-2 日本人大学生と中国人留学生における対人ストレスとその対処
－「配慮の文化」と「面子の文化」－
李 亭 東京福祉大学大学院 社会福祉学研究科
- 一般5-3 「留学準備教育スケール」の併存的妥当性
～留学の成功仮説の検討とNEO-FFIとの関連～
橋上 愛子 東京海上日動メディカルサービス株式会社
- 一般5-4 文化交流による学習意欲の相乗効果
－アメリカの日本語学習者と日本人留学生の協働プログラム－
安納 恵子 ディポール大学 外国語学科

一般演題 6

10月2日㊿ 8:40~10:10 第4会場 [第2会議室]

『国内の多文化』

座長：須田 史郎（自治医科大学 精神科）

- 一般6-1 住民組織の声かけと抑うつとの関連について：
岡山県における高齢者こころの健康調査からの結果から。
野口 正行 岡山県精神保健福祉センター
- 一般6-2 がん患者の心理支援における関係性の文化と、支援者の臨床態度
－関わりに拒否がみられた1事例の考察から－
田村 雄志 佐野厚生総合病院 精神神経科
- 一般6-3 日本人のエイズ相談・検査に対する認知について：尺度開発を通じた検討
飯田 敏晴 山梨英和大学 人間文化学部
- 一般6-4 地域高齢者の生活支援に関する調査
桂川 修一 東邦大学医療センター 佐倉病院

抄 録

会長講演

特別講演

教育講演

シンポジウム

会長講演

個体差・人種差を見据えた精神科薬物療法

下田 和孝

獨協医科大学 精神神経医学講座

特定の個体である種の外来物質 (xenobiotics) を摂取すると激しい反応が起こることは古来から知られていた。例えば、favismと呼ばれるglucose-6-phosphate dehydrogenaseが欠損している個体がそら豆を食べると溶血性貧血を起こすというものである。これは特定尾の個体がある物質に対して尋常で無い反応が見られるという観点から考えれば、「個体差」とみることができる。薬物というxenobioticsに対する反応の多様性(個体差・人種差)のメカニズムを遺伝子に求めて解明しようとしたのが薬理遺伝学(pharmacogenetics)という学問分野である。Pharmacogeneticsという用語はVogelが1959年に用いた(1)のが最初とされているが、現在でも薬理学、生化学の教科書に紹介され、薬理遺伝学のlandmarkといえるような素晴らしい研究が1950年代にいくつかおこなわれた。例えば、筋弛緩薬であるsuccinylcholineの効果が遷延する個体ではbutyrylcholinesteraseの親和性が低く、dibucaineを用いた簡便なin vitro試験法によってsuccinylcholineの効果が遷延する個体を判別できる方法を開発した研究(2)があげられよう。精神医学の分野では向精神薬の血中濃度を決定する因子として個体間の代謝能にばらつきがあることは1960年代後半に報告されていた。各個体の三環系抗うつ薬(TCA)代謝能が遺伝的に決定されることはKarolinska Instituteの研究グループによる一連の研究で明らかにされた。1980年代に入り、同研究グループは各個体のnortriptyline, desipramineといった各個体の2級アミンTCAの水酸化能とdebrisoquine水酸化能(つまりCYP2D6活性)との間に有意な相関が存在することを報告した。つまり、debrisoquine水酸化活性の非常に低い個体(poor metabolizer of debrisoquine)はnortriptyline, desipramineといった2級アミンTCAの血中濃度が極端に高くなるという向精神薬代謝の個体差解明の糸口をつかんだのである。1980年代後半からのCYP2D6をはじめとする酵素群の分子生物学的解析により、薬物代謝の個体差・人種差のメカニズムが明らかとなってきたのである。本講演ではこういった一連の研究の流れを背景にした向精神薬の効果・代謝の個体差・人種差の理解について概説したい。

1. Vogel F. Moderne Probleme der Humangenetik. *Ergeb Inn Med Kinderheilk* 1959;12:52-125.
2. Kalow W, Genest K. A method for the detection of atypical forms of human serum cholineesterase. Determination of dibucaine numbers. *Can J Biochem physiol* 1957;35:339-46.

特別講演 1

Variation in the polymorphic metabolism of psychotropic drugs - Importance for transcultural psychiatry

Leif Bertilsson

Clinical Pharmacology at Karolinska Institutet,
Karolinska University Hospital, Sweden



Drugs, which have their effect in the brain, need to be lipophilic to be able to pass the blood-brain barrier. Such drugs need to be metabolised mainly in the liver to hydrophilic metabolites before excretion in urine. The most important drug metabolizing system is the cytochrome P450 (CYP) family. The CYP2D6 enzyme catalyses many drugs e.g. antidepressants and neuroleptics (see review ref 1).

The CYP2D6 polymorphism was discovered in the 1970ies in the UK for the drug debrisoquine and for sparteine in Germany with about 7 % of Europeans being poor metabolisers (PMs) of these two probe drugs (cf 1). Today more than 100 drugs have been shown to be substrates of CYP2D6. Europeans with the PM phenotype are homozygous for two mutated alleles mainly the SNP *4. Early studies together with professor Ya-Ching Lou in Beijing showed that different nationalities of Chinese have only 1 % PM of debrisoquine (a debrisoquine metabolic ratio > 12) (2). Asians almost lack *4 and the most abundant mutated allele in Asians is *5 (gene deletion) at an allele frequency of 5 %, similar to that in Africans and Europeans. Thus *5 is a very old mutated allele. In Asians we could identify a very frequent allele *10 (50 %), which encodes a CYP2D6 enzyme with decreased activity compared with the wild type *1. We identified *10 initially in Chinese, but it is present in a similar high frequency in Japanese and Koreans (cf 1). In Zimbabwe in Africa, we identified the CYP2D6*17 allele, which also encodes an enzyme with decreased activity. Thus, globally there are three CYP2D6 population specific alleles *4, *10 and *17 in Europe, Asia, and Africa (see review ref 1).

In 1985, we described a patient, who was phenotypically an ultrarapid metaboliser of nortriptyline, a tricyclic antidepressant being a substrate of CYP2D6 (3). To treat her depression, she needed as high doses as 500 mg daily, which is much higher than the normal dose of 100 mg. The ultrarapid metabolism in this patient was due to a duplication of an active CYP2D6 gene (4). In a Swedish family, we identified a father, a daughter and a son with 13 active genes and an extremely high CYP2D6 activity (5). In Northern Europeans the frequency of subjects with a duplication is about one % and in Spain about 10 %. Among Asians also about one % has a gene duplication. Carriers of a gene duplication in the above populations have an increased CYP2D6 activity. The highest frequency of subjects carrying a CYP2D6 gene duplication is 29 % in black Ethiopians (6). They had, however, not a high CYP2D6 activity as was found in other populations. Recently, we identified a most probable explanation for this absence of increased activity (7). Most Ethiopians chew the psychostimulant Khat, which inhibits CYP2D6 activity. Khat chewing is very common in the region of Ethiopia and surroundings. We thus have two phenomena, which vary globally: gene duplication to increase CYP2D6 activity and another to inhibit CYP2D6 activity, Khat chewing (7).

The highly polymorphic CYP2D6 metabolises most antidepressants e.g. clomipramine,

nortriptyline and paroxetine and also most antipsychotics e.g. haloperidol and risperidone. Due to the pronounced variation between populations in the activity of CYP2D6 doses of such drugs should vary between Africans, Asians and Europeans and also within populations.

Another highly polymorphic enzyme is CYP2C19 with 3 % PM of omeprazole (*2) in Europe and as much as 20 % PM (*2 and *3) in Asia (2). N-demethylation of citalopram and clomipramine is catalyzed by CYP2C19 and show great variation between populations (8). We have studied the two atypical neuroleptics clozapine and olanzapine and found that they are metabolized by CYP1A2 and UGT1A4 (9), respectively. Plasma concentrations of these drugs are dependent on both genetic as well as environmental factors, which both vary extensively between populations. To overcome this variation, patients have different dose requirements.

References:

1. Teh LK, Bertilsson L. *Drug Metab Pharmacokin* 2012; 27:55-67.
2. Bertilsson L et al *Clin Pharmacol Ther* 1992; 51:388-97.
3. Bertilsson L et al. *Therap Drug Monit* 1985; 7:478-80.
4. Bertilsson L et al. *Lancet* 1993; 341:63.
5. Johansson I et al. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993; 90:11825-9.
6. Aklillu E et al. *J Pharmacol Exp Ther* 1996; 278:441-6.
7. Bedada W et al. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35:1-6.
8. Shimoda K et al. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:393-400.
9. Haslemo T et al. *Clin Pharmacol Ther* 2012; 92:221-7.

CV

Professor emeritus, Clinical Pharmacology at Karolinska Institutet, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden.

PhD in Pharmacology at Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden 1974.

Postdoc at National Institute of Mental Health at St Elizabeths Hospital, Washington DC, USA, 1974-76.

Guest professor at Faculty of Pharmacy, UiTM, Puncak Alam, Malaysia, 2013-16.

Published 380 papers, which have been cited more than 20 000 times, h-index about 90.

Has tutored 32 PhD students to dissertation. Today in 2016, active as tutor for two PhD students, both MD.

Trained about 50 postdocs of whom 14 are Japanese MD, PhD, the first one was professor Koichi Otani.

Has been principle investigator for grants from the Swedish Research Council, EU, NIH, EDCTP and others.

特別講演 2

Cross cultural psychiatry formulation – How it can help to better understand your patient and offer better treatment

Soma Ganesan

University of British Columbia, Canada



The world is getting smaller with all the progress in communication, travel, and business. People migrating around the world, either because of permanent settlement, temporary settlement, or work placement, is happening every day and that creates new challenges to the approach to population health. The cultural concept of providing health care services appears to be less prominent for physical health; however, it is more challenging in mental health.

In general, to understand a person presenting with mental-health issues, one should put together four major components of the formulation – biological issues, psychological issues, social issues, and spiritual issues. Unless all of those are combined together in a formulation, the understanding of the patients/clients and families we serve may not be reflecting what they are presenting for and what kind of help that the service providers can offer.

The language seems to be identified as the major factors in overcoming the barrier of understanding the population not sharing the same values and philosophy in life. However, the issue of accessing care and providing care go beyond the language as a barrier.

The presentation will focus on giving clinicians the skills on how to overcome the cultural barrier on top of the language barrier to provide appropriate and needed services. I will focus on the model of assessment and formulation and also how to negotiate on mutually-agreeable goals of treatment.

The presentation also identifies the major issue that care providers should keep in mind before the interview, during the interview, and after the interview.

CV

Dr. Soma Ganesan is a Psychiatry Fellow in the Royal College of Physicians of Canada. He was born in Vietnam, where he lived through the war and left his country in 1976. He came to Vancouver as a refugee in 1981 and trained at the University of British Columbia from 1984 to 1988. He has been a practicing psychiatrist in Canada since 1988.

Dr. Ganesan is the founder and Director of the Vancouver General Hospital Cross Cultural Clinic, which provides mental health services to individuals from a broad array of cultural backgrounds, including refugees from around the world. He is also a founding member of the Vancouver Association for the Survivors of Torture (VAST) – a non-profit group dedicated to serving and treating refugees and immigrants who suffer from psychological and physical injuries as a result of political violence and torture.

He is a Clinical Professor of Psychiatry at the University of British Columbia and Head and Medical Director for the Department of Psychiatry Vancouver Acute, Vancouver Community & Tertiary Mental Health in addition to being the Director of the VGH Cross Cultural Program. Along with serving in a variety of capacities for local, provincial, national, and international programs, Dr. Ganesan's own research focuses on immigrant mental health, cross-cultural psychiatry, and spirituality.

Past & Current Appointments

- Vice-president, Pacific Rim College of Psychiatrists
- Member of the Forensic Service Commission
- Director of the Cross Cultural Program, University of British Columbia
- Fellow, Royal College of Physicians and Surgeons, Canada
- Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia
- Adjunct Professor for the Faculty of Health Services, SFU
- Reviewer, Asia Pacific Psychiatry & International Archives of Medicine
- Member of the Canadian Task Force on Mental Health Issues affecting Immigrants and Refugees (1986-1988)
- Member, Board of Directors for Greater Vancouver Mental Health Services, Canadian Mental Health Association BC Division, and Mosaic
- Founding member of Vancouver Association for Survivors of Torture
- Member of Minister's Mental Health Advisory Committee for the BC Ministry of Health (1992-2005)
- Medical Director Burnaby Mental Health and Addiction Centre (2010-2014)
- Medical Director Operational Stress Injury Program (2008-present)

教育講演 1

あなたにもできる 外国人へのこころの支援

座長：野田 文隆

めじろそらクリニック 精神科

演者：野田 文隆

めじろそらクリニック 精神科

秋山 剛

NTT東日本関東病院 精神神経科

鵜川 晃

大正大学人間学部 人間環境学科

阿部 裕

明治学院大学 心理学部

2020年の東京オリンピック・パラリンピックに向かって、人々の眼差しが日本にやってくる外国人に向けられています。一方、日本にすでに在住している200万人を超える外国人が、いろいろな地域で生活に困り、支援を求めていることはほとんど忘れられているといっても過言ではありません。それは医療、カウンセリング、教育、定着支援など、どの領域でも同様です。

しかし、文化的な背景を異にする外国人が、安定した生活を日本で送るためには、こころの支援が大切です。多文化間精神医学会としては、日本に住む移民、難民、国際結婚者、外国人労働者、留学生などに、こころの支援ができる体制を整えることが、焦眉の課題であると考えています。

これまで、外国人のこころの支援に関する実践的な書物はほぼ皆無でした。そこで、外国人のこころの支援に力を入れ始めている方々に利用していただき、より幅広く支援の輪が広がるように、学会監修として『あなたにもできる外国人こころの支援』を上梓致しました。

外国人へのこころの支援には、いろいろな職種、立場の人が関わります。医療ひとつをとっても、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、医療事務といった人たちと医師との協働が不可欠です。カウンセリング的な支援は、スクールカウンセリング、家族カウンセリング、留学生へのカウンセラーなど様々な分野で行われます。また、外国人の日本での生活定着を支援している関係者との連携も欠かせません。

現在、自治体職員、保健師、国際交流協会、NPO、教育機関、医療機関など様々な場で外国人支援に関わっている方が多数存在すると思います。「あなたにもできる、外国人へのこころの支援」は、時には四苦八苦しながら外国人のこころの支援に取り組んできた、われわれの実践的経験に基づいて、支援のためのマニュアル的として作成されており、臨場感あふれた読み物になっていると思います。

全体は、六部から構成されています。まず外国人診療の基礎、二番目に利用者別のこころの問題点、三番目にそれぞれの領域の支援者が外国人を支援するときのコツ、四番目にさまざまな支援者や団体を利用するコツ、五番目に医療現場で起こり得る困りごと、そして最後に利用者の持つ文化社会的背景の知っておくべきことからなっており、それらが分かりやすく、かつ、具体的な事例を取り上げながら書かれています。

教育講演では、これらの要点をみなさまに説明致します。教育講演を聴いていただき、「あなたにもできる、外国人へのこころの支援」を購入していただき、ぜひ実践に役立てていただければと思います。

教育講演 2

How cross-cultural research can help understand and treat patients with mental disorders

Katja Kölkebeck

Universitätsklinikum Münster, Deutschland



Social cognitive skills are needed to establish a successful communication with other humans. In neuropsychiatric disorders, a vast body of literature describes deficits in social cognition, specifically regarding emotion decoding and perspective-taking, leading to problems in interaction. Differences in social cognition development and performance have also been described over different cultures. According to the social-cultural background, individual symptom patterns vary in neuropsychiatric disorders. Studies in cultural neuroscience might thus help explain underlying (biological) mechanisms and factors that influence behavior in health and disease. Moreover, neuroscience research might be advanced by the application of well-established paradigms over different cultures or novel ones that address cultural differences. In the talk, the author will give an overview on findings of cross-cultural research in the field of social cognition in health and in mental disorders, with a specific focus on psychotic and affective disorders. Also, neurobiological findings of imaging studies will be presented and their impact on future research will be outlined. Lastly implications for clinical practice will be summarized.

CV

Dr. Koelkebeck is an attending psychiatrist at the Department of Psychiatry and Psychotherapy at the University of Muenster, Germany. In the department, she leads a ward with a psychotherapeutic approach as well as the outpatient unit for adult autism spectrum disorders. She is the leader of the research group "Social Neuroscience" that investigates social cognition in neuropsychiatric disorders and in a culture-comparing approach. Her main areas of expertise are behavioral and brain-imaging methods.

Professional Career

1996-2003 Medical school in Leipzig, Essen and Muenster, Germany, M.D.

2004 Doctoral degree (Dr. med.)

2003-2010 Resident at the Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Muenster, School of Medicine

2009-2010 Resident at the Department of Neurology, University of Muenster, School of Medicine

2011 Board examination as a psychiatrist

2012 Attending psychiatrist at the Department of Psychiatry, University of Muenster, School of Medicine

2007-2016 regular collaboration and research stays at the Department of Neuropsychiatry, University of Kyoto, Japan

2012 Research visit at the Department of Linguistic, Cognitive and Psychological Sciences, Brown University, Providence, USA

2014 venia legendi (habilitation)

Scientific Interests

- Social and visual cognition in schizophrenia
- Functional and structural neuroimaging in schizophrenia
- Cross-cultural studies on social cognition

Memberships

- The Schizophrenia International Research Society (SIRS)
- German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Disease (DGPPN)
- German Society for Biological Psychiatry (DGBP)
- European Psychiatric Association (EPA)
- German JSPS Fellows Alumni Association

Other activities

- Editorial board member of "Social Neuroscience"
- Chair of Task Force "Research": Early Career Psychiatrists (ECP) of the European Psychiatric Association (EPA)

シンポジウム 1

『海外で心理学を学んで』

S1-1

多文化主義カナダでの留学から —異文化への適応について—

中村 友美

カウンセリングルーム テラスビューこかげ

歴史的に、カナダは先住民族が居住する地で、英仏両国の植民地連合体として始まったとされている。1982年にカナダとしてイギリスから独立を果たすまでの間、各地域で戦争や植民地化が繰り返された。また、先住民のカナダ文化への同化を目的とした、子供たちのレジデンシャル・スクールへの収容など、長い間異文化間の争いが続いた背景がある。

このレジデンシャル・スクール問題は、先住民族への文化的・言語的影響と人権侵害が認識され、2008年には正式な謝罪がなされた。その後5年間追悼のセレモニーが行われたことで、カナダ国民は広く事実を共有することになる。このような歴史的背景により、現在カナダはマイノリティー文化の保護に努めるとともに、二言語多文化主義国家として文化的多様性が共存する道を歩み続けている。

演者がビクトリア大学大学院へ留学し、カウンセリング心理学を学んだ期間中(2005-2007)には、度々先住民族の文化との歴史的問題に関する話が取り上げられ、文化的マイノリティーへの配慮と理解の重要性が意識化されている印象を強く受けた。また、その受容的態度は障がい者や性的マイノリティーはもとより、留学等により一時的に滞在している異文化出身者に対しても浸透しており、日本にはない共生社会の体験が得られたと実感している。

本発表では、ビクトリア大学院カウンセリング心理学プログラムでの学びから、多文化社会における他者への共感性を育む教育について考察すると共に、同大学内イングリッシュ・ランゲージ・センター(ELC)でのカウンセリング相談や観察をもとに、留学をきっかけとした異文化への適応プロセスについても述べていきたい。また、我が国でも外国からの労働者や旅行者が今後更に見込まれることなどから、日本に暮らす外国人の日本文化への適応という観点からも検討する。

シンポジウム 1

『海外で心理学を学んで』

S1-2

青年期におけるハワイ留学の実際

橋本 祐

とちぎリハビリテーションセンター 相談支援部

現代の若者が内向き志向であると指摘されるようになって久しい。経済的な背景や就職における新卒の優位性など、様々な原因が指摘されているが、未知の体験に対する不安も理由の1つではないだろうか。そこで本発表では、ハワイに留学し心理学部で学ぶ機会を得た筆者の体験を記すことで、留学の持つ魅力の一端でも紹介できたらと思う。

ハワイへの留学は、これまでの生活様式を一変させるものであった。それは例えば、英語での交流や、外国人ルームメイトとの生活などある程度想定していたステレオタイプの困難さだけではない。実際に生活してみるまでは想像もしなかった、例えばバスの乗り方や、スーパーマーケットの利用法、インターネットの環境など枚挙に暇がない。またESLクラスでは、指導教員は学生達に友達のように話しかけ、冗談と褒め言葉に溢れたクラスはいかにもアメリカ式で、こちらも日本式の授業に慣れていて自分にはショックであった。

学部に進学すると、住む場所も学生寮から自身で探したアパートに移り、現地で知り合った日本人家族との交流が深まるなど、様々なリソースを得て生活は落ち着いていった。アメリカの大学教員は非常に熱心で、親身であった。学期の終わりに学生が教員を評価するので、そうならざるを得ない面もあるだろうが、全員が心理学という学問に傾倒し、その気持ちを学生と共有したいという強烈な熱意があった。当時お世話になった先生方の姿勢は、今でも自分のロールモデルとなっている。英語を話せないが故の自尊心の低下や孤立感など、留学生のイニシエーションとして体験はしたものの、卒業の時期になると、自分の体験が帰国してからは誰とも共有できないのではないかと再適応への不安の方が強かった。

こうして当時を振り返ると、異文化での経験は自分のレジリエンスを成長させ、マイノリティを対象とする現職に大いに生きる体験であったと思う。アメリカではサイコロジストは州認定の資格であり、博士号が必要とされる。一方で日本の公認心理士は、アメリカ程厳しい条件は不要のようだ。若者達にも色々と言いはあろうが、ぜひ海外で自信とユーモアに満ちた魅力的なサイコロジスト達と会ってもらえたらと思う。そして自分の目標に近づくために、どう努力したら良いのかを考える一助にってもらえたらと思うのだ。

シンポジウム 1

『海外で心理学を学んで』

S1-3

フィリピンで心理学を学んで

山内 浩美

立教大学 人権・ハラスメント対策センター

将来、紛争被災者などの国際支援活動に携わりたいと考え、上智大学文学部心理学科に入学し、専門の勉強よりも熱心に、搾取の構造(南北問題)、発展途上国の開発問題、国内外の人権問題について、授業やゼミで学びつつ、フィリピンの農村での井戸掘り、都市スラムにおける公衆衛生、反アパルトヘイトなどの課外活動に取り組んだ。卒業後は、フィリピンで暮らしてみたいと思い、1993年、アテネオ・デ・マニラ大学大学院心理学研究科カウンセリング専攻に進学した。

心理学教育はアメリカの影響が大きく、同期で入学した同級生は100人ほどいたが、2年間で修士号を取得できたのは私ひとりだった。授業の言語は、論理的な話は英語、感情表現はタガログ語で、アメリカから直輸入という印象の授業から、フィリピン文化に適応する心理療法として超能力に近い催眠療法の授業まで幅広かった。国立精神衛生センターで実習をしたが、病棟には鉄格子、患者たちは私服や私物の所有は許されず、薬の副作用の症状が目立っていた。マニラのスラムでは、精神障害者が軟禁されている「座敷牢」に案内され、知り合いの若者は麻薬売買トラブルで殺されて海に捨てられ、知り合いの女の子は若くして結婚した相手が刑務所に入ってしまう毎日夕方になると“悪霊が乗り移って”失神を繰り返していた。下宿先の父親は、毎週末アルコールを飲み続けていた。修論は、フィリピンに心理学科を創設したハイメ・ブラタオ神父の指導を受け、フィリピン人建設実習生の日本への適応について書いた。

フィリピン社会は、厳しい生活の現実がある一方で、多様性をおおらかに受け入れていた。空気を読むことや場の雰囲気に合わせていることを求められないのはとても楽だった。フィリピンは言語・文化・宗教・性・経済基盤において多様な社会である。また、少なくとも都市部のエリート階層においては、ジェンダー平等で、大学教員や医師などの高度専門職は女性が多く、クラスにひとりLGBTらしき学生がいた。経済的に中流以上の家庭では住込みの子守りや家事使用人が育児や家事を担い、下町や田舎では子どもは地域や大家族のなかで育てていくものだとして認識されているので、母親ひとりが子育てや家事の全責任を負って疲弊することもなく、母親が外で働いて収入を得、父親が主に育児家事を担う家庭も多い。

私にとって、価値観が形成される大学院時代に、フィリピン社会を経験した影響は大きく、異なる社会の多様な価値観を体験したからこそ、人間関係トラブルの多くはお互いの常識や考え方の違いに起因するのだということに気づくことができた。現在「人権・ハラスメント相談」に携わっているが、人権規範や何がハラスメントとみなされるかは社会や時代によって常に変化していく。人権・ハラスメント問題の解決をサポートする仕事において、フィリピン留学の中で得た多文化の視点はとても役に立っている。

シンポジウム 1

『海外で心理学を学んで』

S1-4

ユング研究所への留学 ―ゲニウス・ロキに出会うこと―

高田 夏子

専修大学 人間科学部

【留学のかたち】 以前は、日本のユング派分析家の方は、スイスに4年ぐらい留学していました。それが日本でユング研究所ができることになり、それはスイスのユング研究所と提携した訓練制度でした。その内容は、日本の研究所で基礎資格を取り、スイスの研究所で2セメスター在学して、その間個人分析を80時間以上受け、訓練の前半最後の中間試験を受けるというものでした。訓練の後半は日本で主に臨床の訓練が中心に行われます。この制度だと、海外で過ごすことが1年となり、大学の研修制度が使えるようになります。私の留学も、このような大学の研修制度を使い、スイスに1年の滞在というものでした。仕事を一旦止めて留学するのは一大決心がいるものですが、このような制度ができたことで、夢のまた夢のようなスイスがぐっと近くなりました。しかし、捨てるものが多ければ得るものも多いということは言えるのかもしれませんが、その意味ではあまり捨てずに行ってしまったのかもしれない。

【土地の雰囲気に出会うこと】 日本の研究所で決められているスイスでのノルマは、80時間の分析と中間試験だけで、ユング研究所のさまざまな講義は取りたいものに自由に参加する形でした。民俗学や宗教学は日本の研究所ではあまり勉強できる機会がないので、興味深く思っていました。ノルマが少ないので、スイスに行って引きこもりのような生活になってしまうかとも考えていました。私の場合、訓練の前半なので、患者さんに会うことはなく、自分の分析に集中できるものでした。どうしてこんなに自由なのだろうと思ったのですが、大切なのは、その土地の雰囲気に触れることなのではないかと今では思っています。ラッキーなことに、ユングが住んでいた家の4軒とりの家の一部屋を借りることができ、ユングがどのようなところで分析をし、どのように講義をしていたのかを感じることは少しできたのではないかと思います。わけあって私が所属した研究所自体はチューリッヒの町の中心の方に移っていましたので、なおのこと、この立地で暮らすことができたのは、幸運でした。今まで本で読んでいたことが、ああこれかという体験になります。河合隼雄先生も書かれていることですが、チューリッヒ湖を船で町に向かっていているときに、ふと振り向くとアルプスの山々が厳しく聳え立っているのに出会うことがあります。いつもではないのですが、ハッと身が引き締まるような気持ちになります。こうした厳しさがあの時代たくさんの精神医学者を育てたという河合先生の考えもなるほどとうなずけるものがありました。その他、ユングが自分で建てたボーリンゲンの塔も見ることができ、ユング派的にいうなら、ゲニウス・ロキ出会うということでしょうか。

【日本の臨床に】 分析は夢の分析が中心です。日本で忙しくしていると、夢はだんだん消え、現実的なことに押されるようです。忙しいはこころをなくすと書きますが、内的には貧しくなるのだと思います。留学前のすごく忙しいときには夢は見なくなり、こんなので夢分析をうけられるだろうかと心配になりました。ところが、チューリッヒに到着したその日に4つの夢を得て、それも4つとも意味深いものでした。スイス人の分析家との最初の4セッションは、この4つの夢をていねいに一つずつ見ていくことに費やされました。これもまたゲニウス・ロキの仕業ではないかと思っています。日本の臨床に戻り忙しくしていますが、面接室の中ではこの精霊が働くような、そんな空間を作れたらと思っています。もちろんクライアントの目的や状況を大切に考えていくのですが、その人のこころがどこに向かっているのかを双方が考えていくときには、この精霊が働いているような空間が必要なのではないかと感じます。

シンポジウム 2

『都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルススクリーニングの現状と援助について』

S2-1

地域における産後メンタルヘルス問題の発見と援助 ～日本人と共通の課題と特に外国人に必要な援助～

西園 マーハ文

白梅学園大学子ども学部 発達臨床学科

出産後は、メンタルヘルスの問題が生じやすい時期である。この背景には、ホルモンの変化など身体的なものもあるが、心理面、生活面の要因も大きい。産後の不調は、自分ではメンタルな問題とは気付かなかつたり、気付いても専門家に相談する余裕がなく、放置したまま悪化することもある。都心の孤立した子育て環境では、周囲が不調に気付いて対応してくれることもなかなか期待できない。このように、産後は、日本人の母親でも、さまざまな生活上の困難を抱える時期であるが、外国人の場合は、さらに、言語の問題、医療機関受診の敷居の高さ、生活上の不安などが重なる場合が多い。

これらを背景に、都心のA区では、日本人外国人を問わず、エジンバラ産後うつ病質問票Edinburgh Postnatal Depression Test (EPDS)を活用した、不調を抱える母親を見逃さないシステムを作り、援助を行っている。EPDSのいくつかの外国語版も使用し、区内の4保健センターで実施される乳児健診時に配布し、得点を参考に保健師が面接している。さらに専門的な面接が必要な対象には、月に1度、外部から精神科医1名と臨床心理士2名が参加して「親と子の相談室」を実施している。この日は、来所には至らないが各センターの保健師が援助が必要と判断する母親についても多職種で援助法を検討している。

乳児健診の高得点者の中で「言語や文化の問題」を挙げるのは約2割だが、この中から相談室の面接にまで至るケースは多くはない。このハードルについては検討が必要である。面接ケースでは、夫婦共に外国人の場合は、言語やビザの問題があったり、夫が日本人の場合は、夫の家族との関係の難しさ、意見が対立すると「文化が違う」と言われ、それ以上の話し合いができないことなどが語られた。家庭内暴力などの深刻な状況については、日本人母以上に孤立しがちで、解決への道りには困難が多いように思われる。一方、日本人の母親で夫が外国人という場合も、言語の問題や、夫が仕事を求めていつ他の国へ行くかわからないなどの不安を抱えていた。

永住の意志があるケースでは、保健師、助産師の力を借りながら出産や子育てを経験することが、その後の日本の生活への適応には大きな力となる。母親の健康は、子どもの安定した成長のためにも重要である。日本人にとっても、産後の時期は、それまで見ないようにしてきた夫や実家との問題、未治療のままの精神症状などが大きく顕在化する時期である。外国人の場合は、日本人以上に、さらに大きく問題化することがあるだろう。日本人母の場合、それまで放置してきた問題に産後対応することが、その後の生活の質に大きく役に立つ場合がある。外国人の場合もそのような展開ができるのが理想であるが、生活の基盤に不安があると、大きすぎる課題は生活を崩壊させかねない。関係者の連携が望まれる。

シンポジウム 2

『都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルススクーリングの現状と援助について』

S2-2

都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルススクーリングの現状と援助について

今井 紗緒

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護分野

本邦の国際化に伴い、在留資格を持って日本に中長期滞在する外国人は、現在212万人を超え、国籍（出身国）は192か国である。そのうち女性は53%と半数を超えており、それらの女性人口の年齢構成は20-30歳代が全体の46%で約半数を占めている。在日外国人の増加に伴い、親が外国人の子どもの出生も増え、母親が外国人の子どもの全出生の2.2%であり、特に都市部ではその出生率が高い。このように在日外国人の急激な人口増加や年齢・性別分布から、在日外国人女性に対する母子保健ニーズが高まっていることが示唆される。

母子保健の中でも、産後うつは、厚生労働省が進める国民行動計画「健やか親子21」の中で、その発生率を減少させることが重要課題として取り上げられている。産後うつは罹患した本人だけでなく、配偶者や他の家族にも影響を与え、さらに、ボンディング形成不全や世話が億劫（ネグレクト）といった子育て機能不全が生じやすく、児の認知や情緒発達の遅れにも繋がることから明らかになっている。そのため、産後うつの早期発見や予防的介入は喫緊の課題である。

そこで、産後3-4か月の在日外国人母親の産後うつ症状の実態を日本人と比較し、さらに在日外国人母親の産後うつ症状に影響を与える要因を明らかにすることを目的とし、以下の通り調査を行った。特にソーシャルサポートとの関連に注目し、具体的なソーシャルサポートとの関連を明らかにした。

【方法】 首都圏にある2か所の保健センターにおいて、平成27年8月～12月に3-4か月児健診に来所した母親を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。産後うつ症状はエジンバラ産後うつ病自己質問（EPDS）を用い、ソーシャルサポートはサポートの種類別とサポート提供者別に評価をした。産後うつ症状とその関連要因は、重回帰分析を用いて解析した。

【結果】 68人の在日外国人母親と97人の日本人母親を分析対象者とした。在日外国人母親のEPDS得点（ \pm SD）は7.5（ \pm 5.1）であり、日本人母親の4.2（ \pm 3.8）より有意に高かった。在日外国人母親の産後うつ症状に関連のある要因は、暮らし向き（ $\beta = -0.355$ ）、配偶者・パートナーの情緒的サポート（ $\beta = -0.254$ ）、配偶者を除く家族の情動的サポート（ $\beta = -0.269$ ）であった。

【結論】 産後3-4か月の在日外国人母親は、日本人母親より産後うつ症状が強いことが分かった。医療者は、在日外国人母親は産後うつ症状が高い集団であることを認識し、在日外国人母親が配偶者・パートナーとその他の家族からのソーシャルサポートをより得られるような支援をしていく必要がある。

シンポジウム 2

『都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルスクーリングの現状と援助について』

S2-3

支援が必要な在日外国人母子への支援 ～地域保健の立場から～

長澤 文子

新宿区東新宿保健センター 保健師

新宿区は東京都23区のほぼ中央に位置し、面積約18km²、人口(平成28年7月現在)約33万7000人、オフィスビルや大型商業施設、大規模ターミナルである新宿駅を抱え、昼夜間人口比率200以上、転入・転出率約1割を超える人口流動性の高い地域である。また外国人住民割合は12%、約120か国、39,000人を超える外国人が暮らす、多様な文化・生活形態が共存する街でもある。外国人住民の7割は韓国・朝鮮、中国系だが、近年はベトナム・ネパール・ミャンマー等の東南アジア系住民の人口増加が大きい。また、外国人人口では20代が突出して多く、新宿区の20代の住民の、4人に1人は外国人である。

新宿区では保健師65名のうち40名が保健所と区内4か所の保健センターに所属し、保健師一人当たり人口1万人程度の担当地区を持ち、地域住民の健康相談をうけている。相談内訳では精神保健福祉関係が多く、全体の6割を占める。しかし近年、出産・子育て応援事業(妊娠届出時の看護職による全数面接での妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援)の開始、乳幼児健診未受診者に対する受診勧奨対応などにより、妊産婦を含めた母子保健の相談件数も増えている。その中で外国人母子の相談件数も増加しているが、これは若い世代の外国人増加により、日本で就労、出産、子育てをしようとする外国人世帯も増加しているためと考えられる。

外国人の母子保健相談の現場で課題となるのは、第一に言語・コミュニケーションの問題である。新宿区ではこれまで、主要な区政情報を英語・中国語・ハングル語で外国人住民に提供するほか、3・4か月児健診会場での通訳常駐や、外国語版母子手帳の配布、EPDS質問票等、問診や資料の外国語版作成などで対応してきた。近年、英・中・韓以外の言語圏の住民増加に伴い、コミュニケーション手段が不足し、情報提供や相談継続に困難が生じるケースが散見される。第二に文化・習慣の違いによる対応の限界である。出身国、更には配偶者のもつ文化、宗教、教育などにより、多様な価値観、問題の対処についてのイメージの違いがある。配偶者など、身近な家族との価値観の違いは、メンタルヘルスに与える影響が大きい。更に経済的困窮がある場合は、支援につながる社会資源の利用が制限されることから、健康問題解決の大きな障害となる。

要支援外国人母子を把握するきっかけは、直接相談は少なく、区の保健事業や産科医療機関からの連絡が多い。健康課題の種類は様々だが、生活不安、オーバーステイや経済問題が合併する場合は、福祉を含めた行政サービスを利用するための支援も必要であり、関係機関との連携が欠かせない。新宿区での母子保健活動の内容と外国人母子への支援事例を紹介し、在日外国人母子の支援について現状と課題を整理する。

シンポジウム 2

『都心の地域保健の場における外国人妊産婦のメンタルヘルススクリーニングの現状と援助について』

S2-4

外国人妊産婦のメンタルヘルス援助における臨床心理士の役割

宮戸 美樹

横浜国立大学 教育人間科学部

大塚 由希

あざみ野心理オフィス・辻堂心とからだのクリニック

臨床心理士の役割は、相談に来られる方のさまざまな「訴え」（顕在的主訴）を聴きながら、その「訴え」の背景にあると考えられる『本当に訴えられていること』（潜在的な主訴）を理解することから始まる。

これは産後のメンタルヘルス支援においても同様である。子どもを出産し、日々の子育てにおいて母親（養育者）は、生まれてきた赤ちゃんの発育の心配、子育ての不安、他（上）の子の「子ども返り」などへの対応の難しさ、夫婦・家族関係の変化からくる困惑や混乱など、体力的にも精神的にも疲労を蓄積させることが多い。また、子どもを生み育てることにより、それまでは表面化していなかった親自身の親子関係や夫婦関係の問題が顕在化することも少なくない。そのような生活の中で、不安や心配事、うまくいかないこと等を抱えきれなくなったとき助けを求めて来談される。来談された母親の話（訴え）に耳を傾けながら、現在起きている問題（症状やトラブル）について、①その問題を引き起こした理由やきっかけである「直接的な要因」、②直接は関係していないが、間接的には関係していると本人が感じている要因、③本人には意識されていないが、問題の根底に潜在していると理解される要因、という3つの視点から整理し、問題の理解を深める。その上で、少しでも現状の困難から抜け出すために必要と思われる援助を判断し、分かりやすい言葉で伝え、そのときに必要な、選択可能な援助方法を相談しながら選んでいく。

このような臨床心理士の役割は、相談に来られる方が日本人であっても外国人であっても基本は同じであるが、外国人の場合は、気軽に相談したり助けてもらえる親しい人がいないケースも多く、言語や文化・生活習慣が異なり慣れない生活で孤立しがちであること、必要な情報や援助を求めることが難しいことなど、問題の背景にある要因が多様で複雑であることが多い。また、言語の問題や生活上の困難が大きいため、上述した「直接的な要因」だけ訴えられることが多く、問題の背景にあると考えられる「間接的な要因」や「根底に潜在している要因」は語られず、見過ごされることも少なくない。しかし、多様で複雑な要因を踏まえながら、上述した3つの視点から問題を理解し、支援・援助の方向性や具体的な手立てを、他職種との連携の中で選択し提案することが、日本人来談者の場合以上に求められる。

当日は、A区の「親と子の相談室」における外国人来談者事例を紹介し、臨床心理士として外国人妊産婦の産後のメンタルヘルス援助にどのように関わることが望まれるか、その機能と意義について検討したい。

シンポジウム 3

『こころのグローバル化と支援ネットワークづくり』

S3-1

外国につながる子どもたちの心理アセスメント：言語を使用しない知能検査 Universal Nonverbal Intelligence Testを利用したアセスメント

島田 直子

立正大学 障がい学生支援室

近年、グローバル化が進み、多文化背景の影響を受ける子どもたちが増加している。それに伴い、彼らの心理的支援に関わるニーズも報告されており(吉田・高橋, 2006)、文化や言語の違う子どもたちに対する心理アセスメントの必要性が高まっている。日本における心理アセスメントでは、知能検査が用いられることが一般的であるが、日本人を対象に標準化された検査を、そのまま外国につながる子どもたちのアセスメントに利用することは適切とは言えない。本シンポジウムでは、まず、多文化背景の子どものアセスメント方法が報告されている米国の近年の文献から、なぜ、通常のアセスメント方法が適切ではないのかという点について、言語や文化背景の違いによる検査得点への影響、検査実施に通訳を利用することに関する検査環境への影響、などを整理する(島田, 2016)。

また、多文化背景を持つ米国での多文化心理教育アセスメントの実際と、そこで使われている認知検査、Universal Nonverbal Intelligence Test (Bracken & McCallum, 1997) について紹介する。UNITは、米国のスクールサイコロジストによって、文化・言語マイノリティの子どもたちのアセスメントに、一番よく使用される認知検査として報告されている (Sotelo-Dynega & Dixson, 2014)。UNITは、検査内容への文化的影響が低減され、検査教示がジェスチャーで行われる点が特徴で、検査実施に言語コミュニケーションを必要とせず、検査者と全く言葉の通じない子供たちのアセスメントにも使用することができる。検査時間は45-60分程度で、6つの下位検査が含まれ、4つの下位指標と全検査IQが算出できる。

本シンポジウムでは、UNITを日本で使用した場合の信頼性と妥当性について検証するために、日本に在住する子どもたちのUNITの検査得点について (n=150)、日本人、及び、中国、韓国、ブラジル、フィリピンにつながりのある子どもたちの得点を文化背景ごとに比較し、グループ間のUNIT得点に有意な差異がないかを検証した結果を報告する (平成25~28年度 科学研究費補助金:若手 (B):非言語性知能検査UNITを利用した多文化心理教育アセスメントモデルの開発)。また、2016年1月に米国で発売されたUNITの改訂版 (Universal Nonverbal Intelligence Test-Second Edition:UNIT2 (Bracken & McCallum, 2016) についても概略を紹介する。

シンポジウム 3

『こころのグローバル化と支援ネットワークづくり』

S3-2

外国人医療の現状と課題

松野 勝民

特定非営利活動法人 多言語社会リソースかながわ (MICかながわ)

1990年10月の厚生省(当時)口頭通達により、在留資格のない外国人の生活保護受給ができなくなった。これが発端となり各地で外国人の「医療費」問題がおき、新聞・テレビ等のマスコミも社会問題として取り上げた。その結果、一部では起きてはならない「診療拒否」が起こり始めた。医療は生きる権利の最後の砦ともいえる。しかし、お金がなくても治療はできるが、言葉がわからなくては治療にならないことは明白である。

地域では正式な資格もルールもない中で、「友人・知人だから」「頼まれたから」ということで医療機関について行かざるを得ない通訳ボランティアの中から、「医療通訳は怖い」「できれば行きたくない」「ストレスがすごい」等のネガティブな声が多く聞かれた。そのため、かながわボランティアセンターで医療に特化した研修を行い、毎回60名ほどの参加者があった。ここでの大きな成果は「医療通訳ガイドライン」を作成したことである。これは、現在もMICかながわの研修の中心に位置づけられている。一方で、神奈川県では元々「通訳バンク」はあったが、要綱の中では「...医療・司法の場には派遣しない...」となっている。2000年10月に外国籍県民が主体となっている「外国籍県民かながわ会議」の中で「医療通訳派遣システムの構築」が提言された。これを受けて神奈川県では2001年4月に「神奈川県医療通訳派遣システム事業検討委員会」を発足させた。

2002年8月からモデル事業として派遣をスタートし、年々派遣件数は増加している。派遣依頼方法はコーディネーターを置き、医療機関から電話で依頼してもらうというシンプルな方法である。又、同時に検討委員会の中では事業を進めながら、問題点を検討していく作業が行われていったが、費用の問題が最後まで残った。通訳スタッフに支払う報酬と事業を動かす運転資金である。結果的には固定費用は県・市町村が負担し、通訳スタッフへの報酬は医療機関が負担することとなった。(一部患者負担がある医療機関あり)又、通訳に安心して活動してもらうために、万が一の事故時にいかに保護するかも検討した。医療機関は医療事故に備えて損害賠償責任保険に加入しており、それを活用すべく調整した。

今後の課題としては在留外国人が増えている中、乳幼児を抱えた親への支援と高齢化も心配されている。医療という狭い範囲だけでなく、広く「生活支援」へと視野を広げていく必要がある。又、日本社会として外国籍住民との共生社会をどのように考えていくのか、2020年の東京オリンピック・パラリンピックが控えているが、一時的な策ではなく、恒久的な生活支援を見据えての方策を考えていかねばならない。

シンポジウム 3

『こころのグローバル化と支援ネットワークづくり』

S3-3

精神科医療における相談通訳の役割

岩田 久美

NPO法人 国際活動市民中心 (CINGA)

日々の暮らしの中で在留外国人が直面する問題解決のために、地域では外国語で対応できる相談会が実施されているが、関や阿部によると、法律相談やこころの医療においても言葉が大きな壁になっているとの報告があり、このような専門分野においても、アドバイスをしてくれる専門家と相談者間のコミュニケーションが円滑に進むための役割を果たす通訳者が必要とされている。

こうした役割を担う通訳者を「相談通訳」と位置づけて、「司法通訳」「医療通訳」「コミュニティ通訳」と比較し、その専門職のありようを確認する。

「相談通訳」とは外国人のための専門家相談会などにおいて、まず相談内容を聴き取り、専門家に適切につなぎ、つなげた先の専門家と相談者の二者間の通訳を行うことができる人材の活動を意味する。医療通訳、司法通訳のように特定の分野のみに特化した通訳活動とは異なり、複雑で多様化する相談に広い視野で対応し、内容に応じて専門分野を横に橋渡しし、専門家とともに問題解決に取り組むという力量が求められる。

最初に相談の内容をききとる役割を通訳者が担うが、これは母語で言いたいことがいえる環境が、相談者の抱える問題を把握するのに役立ち、またこの「ヒアリング」を通じて、通訳者も問題の概要を理解し相談者の話し方の特徴をつかめるからである。

相談通訳が精神医療を扱うという理由は、杉澤が述べているように、身体的な問題であれば行くべき先は病院であると相談者自身が判断できるが、こころの問題については本人が自覚しにくいことから、自ら医療機関を訪れることは少なく、地域の専門家相談会において問題が発覚するケースが増えているからである。阿部によれば、外国人には「異文化ストレス」といった負荷がかかることによって、こころの問題への対応の重要性が指摘されており、そうした知識を持つ相談通訳が外国人相談の現場に配置されることによってこそ、こころの医療につなぐことができると考えられる。さらに外国人がこころの医療を受診した際にも、外国人の問題を包括的に理解している相談通訳が対応することによって、福祉や保険、教育などに関する制度や機関、地域の支援ネットワークなどへのつなぎ役として機能することが期待される。

しかしながら、相談会などで専門家に対応した相談の比率をみると多くが法律相談であり、教育、行政、精神医療をあわせても全体の3割程度にすぎない。したがって必要性が指摘されているこころの医療における相談通訳の実績は十分とはいえない。また専門家相談会以外の相談通訳活動においては、こころの医療の専門家へつなぐすべがない。今後精神医療を中心に、診察時における医療通訳の研修や実践経験を積む必要性がある。

シンポジウム 3

『こころのグローバル化と支援ネットワークづくり』

S3-4

精神科医療と教育・行政の連携

蜂矢 百合子

四谷ゆいクリニック、よこはま発達クリニック

阿部 裕

四谷ゆいクリニック、明治学院大学 心理学部

平成26年の文科省の調査によると、義務教育諸学校において「特別の教育課程」による日本語指導を受けている子どもは約7000人で、近年やや減少傾向にある。その一方で、日本語指導が必要な生徒の在籍人数は、5人未満の少数在籍校が8～9割を占め、日本語指導の必要な子どもたちの在籍する学校数は増え続けている。

また、教育現場では、発達障害とよばれる自閉症、ADHDや学習障害への教育制度の見直しが行われ、特別支援級在籍はこの二十年間で約2.5倍に、通級指導利用はこの十年間で約10倍に増えている。

新宿区のクリニックである当院に来院する外国語文化を背景とする子どもたちには、診断や治療のみならず、学校や保育園、市区町村との連携が必要と考えられることが少なくない。遠方から来院するケースが少なくないことから、直接のやりとりは難しく、医療情報提供書の作成だけでは子どもや保護者の困難と不安を説明することが難しい。このため、診断や評価の報告書を二カ国語で作成したり、学校や保育園への手紙、担任や校長・園長への電話、市区町村の担当保健師や担当ワーカーへの連絡、特別児童扶養手当のための診断書作成などが必要となる。一人ひとりそのニーズは異なり、限られた日常臨床の中で手探りでやってきた結果を報告する。

シンポジウム4

『病の語りMINI』

S4-1

MINIを利用した大学病院精神科における臨床・教育の試み

阿部 又一郎

東京医科歯科大学 精神科

上田 優

東京医科歯科大学 精神科

病いの語りをめぐって、YoungはKleinmanの説明モデル(1980)を批判的に発展させて、説明モデル、プロトタイプ、連鎖的複合という3つの推論モデルを導入した。この流れを受けて、近年、カナダのMcGill大学Transcultural Psychiatry部門のGroleauらは、5つのセクションで構成された病いの語りMINI (McGill Illness Narrative Interview) 質問紙を考案した (Groleau, Young & Kirmayer, 2006)。MINIは原著発表後、すでに数多くの言語に翻訳され、臨床や研究領域で利用されている。本邦でGroleauによって2013年に改定された仏語版をもとにMiwaki、Tajanらが2014年に日本語版を作成している。

我々は、大学病院精神科での臨床実地においてMINIを利用し、主にフランス滞在という異文化体験をもつ若年患者の語りを通じて、病いに関連する苦悩について医療人類学的な聴き取りを試みてきた (阿部ら、2015)。本発表では、実際の使用経験に基づいた大学病院精神科における臨床と教育実践について報告する。尚、紹介する臨床ケースは、すべて使用目的について同意を得た上で、発表にあたっては匿名性を確保しつつ内容を損なわない範囲で適宜変更を加えている。MINIの臨床使用にあたっては、患者の現症や治療関係性なども考慮に入れる必要があった。いまだ予備的な利用段階であるが、本邦の臨床実地においても、通常診察では把握しきれない患者の病いの語りを構成する認知や感情の軌跡を辿る上での理解の一助となりうる。Groleauらも、医学教育における啓発ツールとしての有用性を指摘する。患者の苦悩を理解して主体性を支持する点で、MINIは今後PCM (Person-Centered Medicine) 領域における貢献が期待されている (Groleau, 2013)。

MINIの臨床応用にあたって、面接実施時間の長さや、前提とされる推論モデルに基づいて把握する上での困難さに直面する。研究応用にあたって、質的データ解釈における方法論上の問題がある。それでも、MINIを用いた医療人類学的面接は、臨床的にも医学教育的にも、また質的研究を行う上でも今後有用な手法のひとつになると考えられた。

シンポジウム4

『病の語りMINI』

S4-2

フランスにおけるひきこもり当事者の「病の語り」

タジャン・ニコラ

京都大学 人文科学研究所

「病いの語り。慢性の病いをめぐる臨床人類学」(The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition)の著者、アーサー・クラインマン。彼が1988年に発表した、この有名な本から、多くの病の語りの研究が行われています。それに導かれた「マギル大学の病の語りのアンケート」(McGill Illness Narrative Interview-MINI)は重要な方法論的な貢献と考えられています。ダニエル・グロローとアラン・ヤングとローレンス・J. カーマイヤーは2006年に英語バージョンを出版しました。また、ダニエルグロローのフランス語バージョンは、2013年に出版されました。2014年8月に、三協康生とタジャンニコラはMINIの最初の日本語バージョンを確定して、2016年8月に修正されたバージョンを出版しました¹。

本発表の目的はMINIと文化的定式化面接(CFI)とNVIVOデータ分析ソフトの関連性を論じることにあります。フランスに住んでいる女性(20歳)のケースにフォーカスを当てています。この病の語りの調査は、次のテーマを明らかにします。すなわち、このケースで問題となった、健康問題に関係する一連の出来事、その典型(プロトタイプ)の語り、語りに持ちられている説明モデル、治療サービスと治療への同意の語り、生活への影響、文化の影響。総体的には、このケースを、定性手法を用いて、分析を行いたいと思います。その結果、多文化間研究の枠組みの中でMINIとCFIとNVIVOの貢献と限界を議論します。

本発表は、病の経験とひきこもり当事者に興味を持ってすべての人々に開かれています：精神科医、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー、当事者等の方々のどなたでもお聞きいただきたいと思います。

¹以下のウェブサイトダウンロード可能：<https://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/min>

シンポジウム 4

『病の語りMINI』

S4-3

トラウマ経験と語り –カンボジアにおけるMINI使用の経験から

吉田 尚史

東京武蔵野病院 第一診療部

発表者は、特定の時代と文化圏における精神疾患概念と例えばそれに基づくケアのあり方が、今やグローバルに展開する精神医学という概念の枠組み、社会経済技術的な環境と相互影響関係に成立するという観点から研究を進めている。フィールドはカンボジアである。周知のように米国精神医学会が編纂したDSM-III (APA 1980) を嚆矢とする精神医学の標準化、先進国や国際機関から途上国へ向けて普及活動が展開するグローバルメンタルヘルス (GMH: Global Mental Health) の潮流等がある。

さて本発表では、MINIを用いてカンボジアにおけるトラウマ経験と語りに焦点をあてる。MINI (The McGill Narrative Interview) とはTranscultural Psychiatry誌に登場した半構造化された質問紙である (Groleau, Young, and Kirmayer 2006)。MINIのクメール語バージョンを使用して調査を行った。

カンボジアにおいては1970年から20余年に渡り内戦とジェノサイドが国内で続いた。とりわけポル・ポト時代 (1975-1979) には、病気や飢餓、殺害等で約170万人が死去した。カンボジア移民と難民を対象とした調査研究にて、彼らにはトラウマ経験およびうつ病やPTSD等といった精神疾患が高率に認められると報告されている。その一方で国内の調査研究からは「内戦とジェノサイド」に関わるトラウマ経験をした精神疾患患者は先述の調査報告と比べて多くはない。本研究では、トラウマ経験があつて精神疾患を患ったカンボジア国内の患者をインタビュー対象者として、MINIを用いてトラウマ経験と語りを聴き取った。

発表当日には、語りのデータに基づき若干の考察を加えたい。

シンポジウム5

『医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響』

S5-1

The experience of great traumatic events in Taiwan based on culture perspectives

Yen Kuang Yang

National Cheng Kung University & Hospital, Taiwan

The use of medication treatment is a well-established response for individuals with mental disorders. However, before applying the traditional intervention strategies for prescribing medication, different modalities with regard to the explanatory model (EM) of patients and their caregivers should be considered. The EM of patient is high plasticity which could be influenced by either background culture or treatment response. The pattern of help-seeking behaviors would be determined by the dynamic changes of EM of patients. If the health care professionals (HCPs) could be more familiar with the dynamic process of EM, the adherence and treatment response will be better. Our previous results showed that in addition to developing a sensitive community survey (two-stage intervention), aftermath implementing a program that mobilizes the local mental health resources is critical in the aftermath of great earthquake. Moreover, to apply shared decision making (SDM) for each patient and their caregivers before recommending any treatment modality is essential. The main elements of SDM are empathy, expanding role of patients, introduction of prevention strategy and paradoxical approach. In this context, considering the patients' attitudes and background knowledge/culture of their disease and medication are important, because, in addition to prescribing medication, combining various different modalities can be more effective for treating different patient groups. The huge discrepancy of concept of mental disorder between patients and HCPs could reduce the treatment outcome which high relapse rate of schizophrenia after discharged from acute wards was confirmed this speculation. However, the educational program for understanding patients' EM and SDM training for Taiwanese HCPs is not enough in clinical settings. More related programs are needed in the future.

シンポジウム5

『医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響』

S5-2

Cultural Ecological Consideration of the Social Response on the Technological Disaster: The Collective Experiences about the MV Sewol Disaster

Hanson Park

St. Andrew's Hospital, Icheon, Korea

Dept. of Anthropology, Seoul National University, Seoul, Korea

College of Art and Social Science, Australian National University, ACT, Australia

Bomoon Choi

National Medical Center, Seoul, Korea

Professor of Psychiatry, Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Two years after the MV Sewol disaster, Korean society, once having been united as 'a community of sorrow', is now quietly distancing themselves away from the voices of bereaved and from the suffering of the survivors.

The MV Sewol accident occurred on the morning of 16 April, 2014. Around the time of the tragedy, most of Korean people had watched the incredible tragedy live on TV. In spite of the desperate rescue attempts by maritime police and private divers for several days, total 304 passengers or crew members, include 261 high school students on the excursion died or were missing.

Vivid images of drowned kids trapped in the cabins being filled with cold seawater haunted most of Korean society for several months. A vice principal of the school hanged himself under a huge weight of guilty feeling, and a fair number of survivors suffered complicated bereavement reactions include suicidal attempts, uncontrolled anger, deep sadness and helplessness. In addition, the public showed the similar psychological symptoms like mass psychogenic illness (MPI).

Overall social response to the accident was unparalleled in the recent history of Korea, although political conflicts were matters of course facing the man generated disasters. Sharp tension around a matter of responsibility split the society, and civic society has been changed to be maladapted ecologically from that day, apparently.

Members of Korean Disaster & Trauma Mental Health Committee, include me, has done voluntary work for primary, secondary and tertiary victims. Through the painful experiences of interviewing them, we have got close to the pearl of disaster as a subjective, socially constructed process mentioned by Oliver-Smith. We observed the importance of general public beliefs about world, fairness of civic society and health political system to deal with a disaster, rather than individual psychopathology of PTSD.

In psychiatry, PTSD is regarded as a universal diagnosis, though, the ways of suffering and meaning-related struggles in the process of recovery differ according to circumstances. So social and cultural contexts around the disaster should be carefully considered, along with the deep understanding of collective memories of the people.

シンポジウム5

『医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響』

S5-3

Psychiatric Care in Times of Disaster: The Philippine Experience

Bernardino A. Vicente

Medical Center Chief II

National Center for Mental Health, Philippines

The Philippines is a disaster prone area – visited by an average of 20 storms per year and located within the Pacific Ring of Fire. Year in and year out, the country has to deal with numerous calamities and the various health issues accompanying such unfortunate event.

This presentation will discuss the current mental health and psychosocial support (MHPSS) practice in the country which adopts the IASC (UN Inter Agency Standing Committee) principles. It will describe examples of best practices and some uniqueness in the Philippine setting.

A brief history on the provision of mental health services in the country in times of disaster will be presented. It will trace its development - from its roots in the provision of psychosocial services to refugees in the Philippine Refugee Processing Camps to its early application in calamities that struck the country, namely the killer earthquake of 1990 and the Mt. Pinatubo eruption in 1991 up to its present form as a basic component of health response in times disaster, in line with medical and surgical services and public health.

It has evolved to integrate more responsive approaches and increased sensitivity to local settings, incorporating cultural nuances such as religious burial practices and addressing concerns of specific groups, especially the most vulnerable population namely the children, women and the elderly.

Though its mental health response to disaster has progressed significantly, the provision of other mental health service in the Philippines has not been effectively integrated into the community health programs. It is a continuing challenge that faces the mental health service providers in the Philippines.

シンポジウム5

『医療のグローバル化と文化・宗教・社会的多様性が精神医療に及ぼす影響』

S5-4

The influence and impact of global attitudes on mental health in South Africa during colonization, apartheid and constitutional democracy: ethical, legal and social considerations

Ames Dhai

Director - Steve Biko Centre for Bioethics

Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

Early on, in the development of the new science of anthropology which Europeans used to study non-European peoples, the native peoples of Africa, the Americas and Asia were described as being of inferior intelligence and ability and hence in need of paternalistic rule by European powers or immigrants. Their anthropological findings were based on the category of race. Discrimination and prejudice were based on skin color and on the perceived inability of some people to provide for themselves, follow social norms, and be productive member of a community. The Eurocentric view around the African's primitive personality was pivotal in how treatment modalities developed in South Africa and the African's 'primitive mind' was compared to that of the European insane community. These attitudes influenced laws in which the mentally ill were referred to as "idiots" and "imbeciles". With white control of health policies and services, there was a general neglect of health needs of blacks, and a racially disparate distribution and quality of health services, including psychiatric services. The Constitution of South Africa's new democracy underscores the importance of social justice and respect of fundamental human rights and human dignity. This presentation will consider the influence of globalization on mental health from the historical perspective to current day South Africa, the ethico-legal evolution during this period and the effect on the general mental health of blacks in the country as a result of the practice of "apartheid medicine". The proposed plans for mental health care practitioners in South Africa's trajectory towards National Health Insurance and universal health coverage will also be discussed.

シンポジウム6

『高齢者の医療におけるターミナルケア』

S6-1

「時々入院、ほぼ在宅」に向けて

～急性期病院に入院した高齢者に対する退院支援を通しての一考察～

角川 由香

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野

1992年の第2次医療法改正によって「居宅」が医療提供の場と認められてから、20年以上が経過した。さらに、近年の病床機能分化促進、DPC導入、これらに伴う在院日数短縮化の流れをうけ、継続的な医療処置、あるいは介護ケアを要する患者が、安心して病院から在宅に移行するための支援、そして移行後も、その療養を安定的に継続させるための支援に注目が集まっている。

急性期病院の退院支援においては、限られた入院日数の中、原疾患の治療だけでなく、環境変化に伴う認知症の進行、術後の不穏やせん妄、精神症状の悪化、ADLの低下、さらには老老介護や独居世帯の増加などによる介護力低下などさまざまな課題を有する患者が非常に多いのが現状である。

入院患者の約7割を65歳以上の高齢者が占めるなか、このように複雑で多重な課題を有する患者への対応は必須であり、医療と介護、両側面からのアプローチが可能な退院支援看護師の活躍が期待されている。2014年の全国調査によると、退院支援部門を設置している病院はこの時点ですでに約7割にのぼっており、この割合はその後の診療報酬改定などにより、さらに増加しているものと予測される。

一方、欧米に目を転じてみると、すでに1980年代から退院支援システムの構築がはじまり、現在は、「入院から退院まで」という病院内の枠にとどまらず、「退院後まで」を一貫してケアしていく **Transitional care** が着目されている。**Transitional care** については、さまざまなプログラムが開発されており、その効果として退院後の死亡率・再入院率・救急受診率、医療費の減少や患者・家族のQOLおよび満足度の向上などに効果がみられている。

日本においても退院支援に対する注目は高まっているが、まだまだ開発・発展途中の分野であるといえるだろう。

本日は、必要なときに必要な医療を受け、そしてまた地域へ戻っていく際の継続的な支援体制について議論を深めるとともに、なぜ、このような支援が必要なのかについて、私が経験した急性期総合病院における退院支援の実際を交えながら、共に考える機会としたい。

シンポジウム6

『高齢者の医療におけるターミナルケア』

S6-2

在宅エンド・オブ・ライフケアを精神科サービスモデルに位置づける ～「GP - 精神科医 - 他職種訪問チームモデル」とその展開

北田 志郎

自治医科大学 看護学部／あおぞら診療所

演者は訪問診療・訪問看護を営みの中心とする内科診療所に勤務している。GP general practitionerとしての志向性と能力を有する内科系医師、訪問看護師などと協働し、訪問を必要とする主病名が身体疾患・精神疾患にかかわらず通院困難な状態にある慢性疾患患者の在宅主治医として機能し、その多くを在宅または住まいとしての機能を有する施設で看取ってきた。こうした営みについては、在宅医療に伝統医学と多文化間精神医学を接合する試みとして当学会2013年のシンポジウム「コミュニティケアと多文化間精神医学」で発表、論文化させていただいた。そこでは主たる論点の一つとして、病む人本人・家族とケアの送り手(医療者、職業的介護者など)における合意形成の、多文化間精神医学的側面について論じた。

演者らは自らの営みを「GP・精神科医・多職種訪問チームモデル」と呼んでいる。高齢者をはじめとした在宅医療の対象者は心身の隔てを超えた多重の疾患・障害を負っており、精神科医単独では勿論、GP単独でも最期まで診療することは容易でない。ただし現在の演者が教職の傍ら在宅主治医を続けているように、多職種チーム医療及び医療・介護連携が成立している状況下においては、在宅ケアにおける精神科医は必ずしも常勤医でなくとも同モデルは成立する。近年精神科アウトリーチ活動におけるサービスモデルとして一事業体が多職種を擁する「垂直統合」モデルが注目を集めているが、「水平統合」もしくは「水平連結」(武田)モデルとも呼びうる「GP・精神科医・多職種訪問チームモデル」は、事業体の垣根を超えた柔軟で不定形な、かつ当事者オリエンテッドなモデルであり、精神科医にとっては参入障壁の低い、新たなキャリアパスとなりうるものであるとも言える。

当日は精神病を有する人、認知症を有する人、がん・難病を有する人それぞれについて、在宅エンド・オブ・ライフケアの実例をご紹介します。

シンポジウム 6

『高齢者の医療におけるターミナルケア』

S6-3

高齢者のターミナルケア ～療養型病院の役割

進藤 彦二

俊陽会 古川病院

桂川 修一

東邦大学医療センター 佐倉病院

古川 健太郎

俊陽会 古川病院

当院は神奈川県横浜市神奈川区に位置する全98床の地域支援病院で、内科、小児科、皮膚科、整形外科の4科から成っている。創立は昭和12年2月で、横浜市の中でも人口が増えている神奈川区約23万4千人の地域で約80年の歴史がある。1日外来患者数が約60-70人、病棟は一般病床と療養病床の2棟で構成されており、演者はこの療養型病棟49床を担当している。入院患者の主な病名は、脳血管障害、認知症、骨折であり、ほぼ寝たきりの状態の高齢者の診療を行っている。病院としての退院数は1ヶ月10数名あるが、この病棟からの退院は数名にしかすぎない。当院に入院依頼を行う主な病院は、当院に隣接した区にある済生会横浜市東部病院、横浜労災病院、横浜市立市民病院といった三次救急指定医療機関である。これらはいずれも600床前後の大規模病院であるが、急性期の治療が終了しても引き続き入院医療が必要な患者を当院の療養型病棟が引き受けている。当院ではリハビリテーションの機能はあるが、上記の疾患を持つ患者の回復は順調とは言えず、長期の入院により生活機能が衰えて結局はそのまま終末期を迎えることが多くなってしまっている。演者は高齢で寝たきりとなった患者の合併症の予防と治療に病棟スタッフと共に日夜診療を行うことがその役割であるが、回復することがない患者と向かいあい、一方では家族へ病状説明を尽くして、その終末期に立ち会うことが求められている。急性期病院ではその後の人生に希望を持って患者は退院することができるが、ここにはほぼそれがない。終末期を迎えた高齢者とその家族のウェルビーイングについて、演者の語りがヒントとなれば幸いである。

シンポジウム 6

『高齢者の医療におけるターミナルケア』

S6-4

精神科病院における長期療養により高齢化した患者様の終末期看護への取り組み

吉田 恵子

特定医療法人清和会 鹿沼病院 看護部

駒橋 徹

特定医療法人清和会 鹿沼病院 院長

日本の人口は高齢化しており特に後期高齢者の増加が著しい。2025年には2010年と比較して、後期高齢者が1.6倍に増加するとも言われている。高齢者ほど疾病を抱え医療機関を受診するケースが増加するため医療や介護の必要度が高まっている。しかし、それらの方々を治療したり介護したりする社会保障費は不足しがちで、消費税増税が延期となったことから深刻さは増している。

当院は、昭和39年に開院し今年で創立53周年を迎える。開院当初は100床からスタートし精神科病院大増設を迎えた精神衛生法の時代に約10年で286床まで増床した。その頃に入院した患者様も在院している。つまり慢性期の精神疾患患者様も多く、その方々は院内で高齢化している。また、最近は高齢の認知症を患った患者様の新規入院が増えている。

一人あたりの自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療・介護資源量を抑制し『その人の人生のQOLを下げずに』人生終末期を迎えることが必須であると言われている昨今、私達精神科看護師は看護ケアのみにとどまらず、その患者様の人生において何ができるのかを考える必要がある。従来の問題思考型看護診断による看護ケアの実践では、患者様がどのような生活を送りたいのか見えてこない短所がある。長期療養の患者様とは日頃からコンセンサスを図り、阿吽の呼吸で接することが可能な状況下にある。その状況を利用しない手はないと考え昨年からは概ね65歳以上の入院患者様対照に【人となりシート】を活用することとした。この活用により、高齢入院患者様が、今後どうしたいのか？ということをより具体的に知ることができるようになった。

また、入院患者様の高齢化に伴い様々な身体疾患を合併する方も増え、その方がどのような治療を望んでいるか把握が難しいケースが発生している。厚生労働省が発表した【人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン】は、「長期療養入院患者の日頃の言葉を聞き、患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい人生の最終段階における医療だと考えられる」と記されているので、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、医療や看護を柔軟な姿勢で実践している。

当日は精神科病院の立場から長期療養により高齢化した患者様の終末期に看護を中心とした医療スタッフがどのように関わっているのかについて2症例を提示しながら発表する予定である。

※人となりシート：東洋大学准教授柴田範子監修

シンポジウム7

『共生のための精神医学とは』

S7-1

今日の共生のためのTranscultural Psychiatry

三協 康生

仁愛大学人間学部 心理学科

1975年の段階で荻野恒一らは、transcultural psychiatryの必要性が増していることを次のように述べている。（『精神医学』・1975年・増刊「わが国におけるTranscultural Psychiatric Researchの動向」）

1. 1930年以降の新フロイト派の学者たちの社会学的精神分析理論の帰結として、文化環境が個人の精神病理に与える影響を研究対象とする必要が出てきた。
2. 内因性精神病に特徴的な古典症状の変化に伴い欧米の精神科医たちが、非欧米圏での精神医学の事象について興味を持ち始めたこと
3. 日々刻々と変化する今日の文化的状況の中で、政党精神医学を欧米に求めることなく、精神科医たちの自らが投げ込まれている文化社会現象の中で観察しつつ、治療的に関与するべきことを自覚し始めたこと。

荻野によれば、もともとWittokwerらが1959年、社会精神医学という領域があまりに広いため、特定の文化内での疾患と文化の関係を見るためにつくられた用語transcultural psychiatryだが、これはKraepelinの比較精神医学とさほど変わらなかった感がある。それで荻野や木村敏は、transという接頭語に、文化を超えた精神医学、という観点もたらすことにした。

このような流れには別に、さらには、土居の甘え理論のように日本語から普遍的な精神病理の問題に触れる試みも数えることができると、荻野はしている。

荻野は、後者2者を、狭義のtranscultural psychiatryとしている。文化的な状況が生み出す精神病理が、逆に普遍性へと論を進めることができる可能性が歌われている。

このような議論を下敷きにして、我々は、さまざまな社会現象や文化的な背景を問題に持つ精神病理から普遍的考察を行うことができるだろう。しかし、医者としてのフォーメーション自体を、文化現象として捉えることを、このシンポジウムでは要求するなど、演者としては、多文化の諸相を、上から超える視座だけでなく、下に抜ける（土居の視野はそちらがわにあったのかもしれない）という視野について、議論したい。

荻野が、狭義と名付けた、荻野、木村の視野と土居の視野を峻別することが可能ならやってみたい。

シンポジウム7

『共生のための精神医学とは』

S7-2

イスラム教徒のスカーフ着用が表情認知に与える影響

村井 俊哉

京都大学・医学研究科・精神医学

他者の表情から人の感情を理解するとき、私たちは、顔の物理的情報以外にも様々な手がかりを利用して、特定の文化的背景を象徴するような衣類も、そのような手がかりの一つである。オランダ人被験者を対象とした先行研究では、イスラム教徒のスカーフを着用したモデルの表情は、実際よりも陰性の感情を示していると知覚されることが示されていた (Kret et al., 2012)。今回、われわれは、イスラム教徒との接触機会の少ない日本人被験者を対象として、Kretらの先行研究と同じ刺激を用いた実験を行った。24名の日本人大学生が研究に参加した。実験に用いた刺激は、女性モデルが、怒り、羞恥、幸福、あるいは中立のそれぞれの感情要素を帯びた話を話す際の表情を写した動画(無声)である。この動画を見て、被験者は、女性モデルの感情にどの程度、怒り、羞恥、幸福の感情が含まれているかを点数化した。刺激動画は、モデルの顔が完全に見えるヴァージョン、イスラム教徒のスカーフ(ニカブ)で目の周囲以外が覆われたヴァージョン、画像処理によって目の周囲以外を黒で塗りつぶしたヴァージョンの3種類を用意した。結果、被験者は、スカーフ着用条件で、怒りを表現する動画の怒り感情を低く見積もる傾向が示された。この結果は、オランダ人を対象とした先行研究とは逆方向の結果となっている。文化と関連した偏見は、グローバル化が進む現代社会の喫緊の問題であるが、この研究結果は、文化的偏見の基盤となる心理学的メカニズム、およびその克服方法に対して示唆を与えるものである。

シンポジウム7

『共生のための精神医学とは』

S7-3

いわゆるごみ屋敷問題から見た精神医学と社会

古橋 忠晃

名古屋大学大学院医学系研究科 精神健康医学・学生相談総合センター

シンポジストは名古屋大学の大学生のメンタルヘルスに従事する精神科医である。臨床においては、社会関係を絶って自室にこもりインターネットやゲームの世界に没入している学生と多く関わってきた。その中で、フランスにおいても、同様に社会から退却する青年が出現しているという報告が2008年頃からなされはじめ、このことについて学際的に議論する必要性が生じ、日本側はシンポジストが中心となり「日仏ひきこもり共同研究プロジェクト」を立ち上げた。現在、日仏の約25名の研究者（精神医学、教育学、心理学、哲学、歴史学、社会学、医療人類学など）が本プロジェクトに参加している。

日仏共同研究を進めていく中で、シンポジストがフランスで「ひきこもり」について講演をしていると、2011年頃から「ひきこもり」はいわゆる「ディオゲネス症候群 (syndrome de Diogène)」ではないかという質問を受ける機会が増えてきた。「ディオゲネス症候群」とは、客観的には、DSM-5に強迫性障害とは区別される形で新しく出現した「溜め込み障害 (Hoarding Disorder)」に相当する概念である。フランスにおいては、老年期の堆積行為が社会から主体的に退却するあり方と結びついていたのである。

さて、再び日本に目を向けてみると、老年期の堆積行為はいわゆる日本の「ごみ屋敷」の概念に相当する。ごみ屋敷問題は、精神医学の（医療の内と外という意味での）境界領域に現れつつあるだけでなく、法律の境界領域にも現れている（行政という公的機関が老年期の堆積行為を管理する条例が日本の各自治体で出現しつつある）。そのために、シンポジストは行政法学や社会学の専門家と共同で、2015年にごみ屋敷問題研究チームを立ち上げ、いくつかの自治体の聞き取り調査を行っている。

例えば、日本の人口約280万のある自治体では95例の「ごみ屋敷」が行政側によって把握されていた。そのうち63.2% (60例) が独居生活で親戚や近所から孤立しており、複数の人物で「ごみ屋敷」を作っているケースは16.8% (16例) のみであった。また、堆積行為以外の何らかの精神疾患が認められたのは9.4% (9例) で、さらに認知症も6.3% (6例) のみであった。つまり、「ごみ屋敷」においても青年期の「ひきこもり」と同様に明確な精神疾患の認められないケースが大多数であったわけである。

老年期の堆積行為を「ごみ屋敷」として捉えている社会とはどのような社会なのか。アメリカでは精神障害としての「溜め込み障害 (Hoarding Disorder)」と、フランスではある種の主体的な生き方としての「ディオゲネス症候群」として、ドイツでは片付けのできないことを問題の原因と考える「メッシー症候群 (Messie Syndrome)」(「乱雑」という意味の英語の名詞messを語源とする)として捉えられているが、その捉えられ方にそれぞれの社会が反映されているのではないだろうか。日本ではごみ屋敷問題を通してどのような社会が見えてくるのかを本発表で考察してみたい。

シンポジウム7

『共生のための精神医学とは』

S7-4

精神科医になることから見た今日の社会における共生

梅田 夕奈

東京都立松沢病院 精神科

文化/医療人類学においては、病いに対する生物医学的解釈や、医療制度そのものを、ありうる「医療のよなもの」の可能性の一つに過ぎないとする。例えば、人間が病いの状態にあると思われるとき、それを精神疾患に因るとする解釈は、「彼の魂はハゲワシに盗まれた」といった解釈に価値的に優越するわけではないと考える。発表者は、このような文化人類学の訓練を受けた後に、現在、精神科医として修練途上の身となっている。そのため、上記のような極度に相対主義的な見方を自然な習慣として持ちながらも、一方で精神医学を正しい方法として身につけ、実践できるようにならなければならない。このとき、どのような参与観察が可能になるだろうか。

病棟では、私は駆け出しの精神科医として患者さんに対して、例えば「霊の声」になったかもしれない体験を「幻聴」として語るように働きかけ、リカバリーロードマップを広げ、「あなたの問題は脳の神経伝達物質のバランスに起因しています」ともっともらしく語っている。このような営為は、人類学の用語を使えば「医療化」と呼ぶことができる。地域や時代が異なれば必ずしもそうではない可能性もありうる問題を医療の枠組みで定義づけ、治療できる対象に変え、医療制度のなかで解決していこうとすることである。社会科学的な研究においては、集合的事象の分析に際して使われる用語であるが(例えば「近代におけるお産の医療化」)、精神医療の現場では、日常の微視的な実践において、その都度医療化が生起していると言えるだろう。精神科医になるとは、医療化の担い手になることに他ならない。

シンポジウム 8

『在外在留邦人支援』

S8-1

海外勤務とメンタルヘルス ～企業における対策と課題～

松永 優子

東京医科大学病院 渡航者医療センター

濱田 篤郎

東京医科大学病院 渡航者医療センター

当センターは、海外渡航者の健康問題を総合的に扱う外来として、2010年9月に西新宿の東京医科大学病院内に開設された。大学病院という総合的な医療環境のもと、成人から小児まで全ての方を対象に健康指導、予防接種、健康診断などを提供している。海外へ出張したり、赴任したりする前に、当センターで予防接種を受けるよう、企業から紹介されて来院される方も多い。

近年、精神障害を事由とした労災認定件数は増加の一途を辿っており、国内では、2015年12月から従業員50人以上の企業で、ストレスチェックテストが義務づけられることになった。しかし、言語・文化・習慣の異なる海外で業務をこなし、相当程度のストレス因に曝されることが予想される海外赴任者に対しては、国として何らかの方策が打ち出されているわけではなく、各企業の裁量にまかされているのが現状である。ストレスが心身にもたらす影響が、パフォーマンスを左右することも考えると、海外勤務者のメンタルケアは、本人のみならず企業にとっても重要な課題であるが、未だ確立されたガイドラインはなく、各企業の担当者が手探りで携わっている。

海外赴任者が心身共に健やかに過ごし、その能力を十分に発揮できるよう、当センターでは去年の10月から「レジリエンス外来」を新たに設けることになった。開設に先立ち、海外赴任者向けメンタルヘルス対策の状況を把握し、企業のニーズを知ることを目的に、数社でヒアリング調査を行っている。この調査で得られた事例を紹介しながら、事例化の背景について考察を加える。また、企業担当者のナマの声も届けたいと考えている。

2015年11月には、この声をベースにアンケートを作成し、都内の海外進出企業を対象に調査を行っているので、こちらの結果も合わせて報告したい。

企業担当者が試行錯誤で海外勤務者メンタルヘルス対策を進めている現状、中小企業と大企業の対策格差、海外勤務者のメンタル不調時は誰が社内のキーパーソンになっているのか、等々に触れることで、我々が専門職として今後何を企業に提案できるのか、会場の皆さんと共に考えていくきっかけになれば、幸いである。

シンポジウム 8

『在外在留邦人支援』

S8-2

在留邦人のテロ対策，外務省医務官の経験から

仲本 光一

外務省診療所長

近年ISを中心としたテロが世界中で発生しており，在留邦人や邦人渡航者も被害に遭うケースが続いている。当方は20年以上外務省医務官として在外公館（ミャンマー，インドネシア，インド，ニューヨーク，タンザニア，カナダ）に在勤し，他多くの地域に出張している。医務官は日常的には職員・家族の健康管理を行っているところであるが，テロや災害発生時には，領事職員と共に邦人支援活動にも積極的に参加している。当方自身，過去，インドネシア暴動対応，えひめ丸事故ご家族対応，北朝鮮拉致被害者対応などを経験した。またこの7月1日に発生したダッカでのテロ事案ではERT (Emergency Response Team) として現地に派遣され，ご家族対応を行っている。こうした事例での経験，さらに外務省のテロ事案対策についてお話をさせていただきます。

シンポジウム 8

『在外在留邦人支援』

S8-3

日系企業の新たな進出ブームで起こる変化

～ミャンマー在留邦人をとりまくメンタルヘルス環境の変化を例に～

勝田 吉彰

関西福祉大学 社会福祉学部

グローバル化とともに日本企業の進出は地域的に多様化がすすんでいる。

進出先の主流は、かつての欧米から中国へ、そして近年ではチャイナリスクを背景としたチャイナ・プラス・ワンの潮流に乗りベトナム・インドネシア・タイなどに移ってきている。今後はアジアの後発国～カンボジア・ミャンマー・ラオス・バングラデッシュなど～やアフリカなど経済誌紙で「最後のフロンティア」と囃されている国々へと拡大してゆくことが予想される。この動きは、これまで在留邦人がほとんどいなかった国々に新たな邦人社会コミュニティが出現し、あるいは小規模邦人コミュニティが大きく成長するという現象が世界中で新たに発生することを意味する。

筆者は前職外務省医務官時代に、邦人数40人規模(1994年当時のスーダン)、200人規模(セネガル)から中国に至る様々な邦人コミュニティを経験してきたが、それぞれ、経済発展規模や邦人社会の構成員や規模によりストレス要因は異なり、メンタルヘルスで支援すべきことは異なると思われた。そこで演者は、「これまで日本企業進出が盛んでなかったところへ新たな進出が増えてゆくとき、どのようなストレス要因が発生し、それに対してどのような支援が必要であるのか明らかにし提言に結びつけること」を目標に、変化率の大きな国をモデルに定点観測をおこなっている。

ミャンマーは2011年まで軍事政権下にあり、人権問題で西側諸国からの投資・進出が抑えられるという不自然な重しがあったが、民政移管とともに重しを取り除かれて以降、官民あげての進出ブームにある。従来500人規模であった邦人数が、毎年連続して+50%前後の急激な増加率を示し、インフラ関連ははじめ変化も著しい。この「短期間での変化率の大きさ」に注目して年2回現地に通り定点観測として邦人対象のアンケート調査や医療事情調査を継続しているので、その中から2014年から2015年にかけての変化を中心に報告をおこなう。

ストレス要因として高水準を維持しているのがインフラ関連で、日本国内での生活環境と比較して各種のインフラがきわめて貧困な状態は改善が将来見込まれるものの、現時点ではストレス要因の上位を占めている。一方で「ミャンマー人」をストレス要因に挙げる割合が減少した。これは、ミャンマーに進出した当初には、現地人の思考・行動様式についてミャンマー好きの研究者の手による過去の成書に書かれた「勤勉・正直・真面目」といった一面的情報しか得られず、現実に目の前で発生する事象に戸惑いつつも、経験値の蓄積により改善してきたものと思われる。具体的には、現地の人々が酒を飲んで投石の喧嘩を始める。日本人に対して家賃請求額を倍につり上げる。といった日本国内では起こりにくい状況に対して、あらかじめ想定して対応できる知識が共有されたものと考えられる。このことから、今後の新しく開拓されゆく進出先においては、進出企業関係者に対して、文化人類学的知見を提供するシステムの構築も望まれる。

ストレス解消手段については、ミャンマーで生活する中でインターネットに貼りつくしか楽しみがない「インターネット依存型」の状況が緩和される一方で、独り酒を含めた飲酒関連が依然として高水準を維持し、将来のアルコール関連問題の発生が危惧される。さらに、現時点では上位ではないものの、「日本の本社」をストレス要因として挙げる割合が増えつつあり、日本本社からの期待値上昇と現地の実情との乖離、本社側の理解不足が今後ストレス要因として目立ってくるのが危惧される。

シンポジウム 9

『国際協力とメンタルヘルス』

S9-1

国際協力における心理社会的ケアの有用性について

桑山 紀彦

海老名こころのクリニック 院長
認定NPO法人「地球のステージ」代表理事
心療内科医、精神科医、医学博士

心理社会的ケアは国際協力における「こころのケア」の代表的なアプローチである。心的外傷へのケアやPTSDへの予防に有効であり、欧米諸国では既に長年にわたって標準的な手法として認知されているが、日本国内における認知度は著しく低いといわざるを得ない点が残念である。

筆者はノルウェーのオスロ大学でこの手法を学んだが、1990年代半ばには旧ユーゴスラビア紛争で、2000年代には世界で頻発した大災害の現場で、そして2011年に発生した東日本大震災では、自ら被災者となるも現場で心理社会的ケアを展開し、その体系化と「心理社会的ケアマニュアル」の制作を完了した。昨年英語版の制作が完了し現在アラビア語版の制作を開始している。

心理社会的ケアはエリクソンが1979年に初めてその理念を提示した歴史の深いケアモデルであるが、参加者の相互作用 (Interaction) を基礎として、内的な心の動きを形にし、それを外界に向かって表出していくことを基礎としている。それは参加者の表現力の発展のレベルに沿って、「二次元表現」～写真言語、描画。「三次元表現」～粘土細工、ジオラマ制作。「四次元表現」～音楽ワークショップ、映画制作ワークショップ、演劇ワークショップと高められていく。そしてその「作品化」という活動は見るものの心を動かし、二次的副次的な効果も期待できる幅の広いケアモデルである。

筆者は2011年の津波の被災者として時とも宮城県名取市の子どもたちと3年にわたって心理社会的ケアに取り組み、その演目の中で映画「ふしぎな石～閑上の海」を制作した。それは、津波で被災した閑上に五つの石のかけらが転がっており、それを壊滅した母校「閑上小学校」のグラウンドで見つけた不思議な暗号文を読み解きながら集めてまわる冒険活劇である。それが最後に一つの石になると光り出し、津波で亡くなった人の声が天から聞こえてくると言うフィクションである。ここであえてフィクションをベースに津波による「死」をテーマに映画を制作した。

そして2015年夏、13年間活動を続けるパレスチナ自治区ガザ地区ラファ市において、心理社会的ケアの演目として映画「ふしぎな石～ガザの空」を制作した。これは空爆で荒れ野になった子どもたちの住む街ラファに五つの石のかけらが転がっており、それを被弾した母校「サナブリ校」の木の根っこで見つけた不思議な暗号文を読み解きながら集めてまわる冒険活劇である。それが最後に一つの石になると光り出し、戦争で亡くなった人の声が天から聞こえてくると言うフィクションである。ここでもあえてフィクションベースに戦争による「死」をテーマに映画を制作した。

この同じシナリオに基づきながらも片方は「津波」「仏教」、もう片方は「戦争」「イスラム教」という違いがある環境の中で「死」を取り扱った。そこで見えてきた多文化的な差異や同位を当日検討しながら、文化的な側面における「死」へのアプローチの可能性について議論を深めていきたいと考えている。

シンポジウム 9

『国際協力とメンタルヘルス』

S9-2

ペルーのメンタルヘルスの実情と国際協力における課題
～JICA国際協力事業への参加の経験から～

村内 重夫

医療法人社団光友会 逸見病院

国際統計格付けセンターによるペルーのメンタルヘルス統計を見ると、人口10万人当たりのメンタルヘルス施設数は2.47(日本2.31)、精神科病床数3.62(日本204.40)、精神科病院数0.01(日本0.84)、精神科医師数0.57(日本10.10)、心理士数1.71(日本3.99)などのデータが出てくる。このデータが示すところは、ペルーでのメンタルヘルスの場の中心は精神科医療機関でなく一般診療所や保健所であり、精神科専門医療機関及び医師数の少なさである。ペルーにはヴィクトル・ラルコ・エレラ病院(約1200症)とエルミリオ・ヴァルティザン病院(約400症)の二つの歴史ある精神科病院があったが、1982年に日本のODAで設立された国立精神衛生研究所(オノリオ・デルガード=ヒデオ ノグチ研究所)も含め精神科入院施設はペルー人口の3分の1を占める首都リマ市内にしかない。したがって人口の3分の2を占める地方における精神科医療の担い手は一般医である。一方、演者が初めて滞在したテロと経済危機を背景とする混沌の90年初頭には、心理士は既にリマ市内の学校や予備校にも配置され、大学には7年制の心理学部があった。またソーシャルワーカーも既に活発な役割を担っていた。また1年間研修させて頂いた国立精神衛生研究所での精神科診断及び疾病分類の基準化、独創的な薬物依存治療への取り組みや地域精神保健部門によるマルチセクターを巻き込んだ熱心な活動も印象的であった。

演者は2006～2012年にかけてJICA(独立行政法人国際協力機構)によるペルーとの協力プロジェクト「ペルー・人権侵害及び暴力被害住民への包括的ケア強化プロジェクト」に精神保健専門家として参加する機会を得た。同プロジェクトは主として1980～2000年にかけてテロなどの政治的暴力の被害住民が多く居住する地方で現職保健医療従事者及び非保健医療従事者が連携しながら包括的なケアを可能にするための人材開発プロジェクトであった。ペルー保健省とサン・マルコス大学をカウンターパートナーとして上記3つの主要精神科医療機関、国立周産期医療センターの専門家の協力のもとで初期5地域(対象人口25万人)、後期11州(対象人口1100万人)において約800名の現地保健医療従事者への研修が行われ、カスケード方式で研修修了者による現地スタッフへの伝達研修が行われた。プロジェクトではその継続性について議論がなされたが、プロジェクト終了後数年を経た現在どのようなインパクトを残したのか振り返り、今後の精神保健分野における国際協力の可能性を考えたい。

シンポジウム 9

『国際協力とメンタルヘルス』

S9-3

エイズ支援プロジェクトにおけるメンタルヘルス支援の実際について

矢永 由里子

慶應義塾大学医学部 感染制御センター

『エイズと国際協力』

日本国際協力機構 (JICA) は、2000年代前半から約10年間、積極的にエイズの支援事業を展開した (現在は保健医療のなかにエイズ支援は組み込まれている)。エイズ対策では、治療の定着と同時に、治療につなげることと感染予防を目的としたHIV抗体検査の普及が重要であるため、検査時の受検者への情報提供 (HIVの基礎情報、予防の知識、検査説明)、検査でHIV感染が判明した受検者への対応は特に力を入れて整備が進められた。

今回、HIV検査体制の整備を目的としたアフリカと中国でのカウンセリング導入の支援の経験を中心に、メンタルヘルスの支援について検討を加えたい。

過去12年間厚生労働研究費補助事業 (エイズ対策研究事業) にて、HIV検査の相談体制の促進を目的に相談員育成の全国的な研修制度を整備していった経験を元に、JICAによるHIV検査相談推進プログラムの策定および中間評価、最終評価に短期専門家として関わった。HIV感染が蔓延しているサハラ砂漠以南の国のタンザニア、今後の蔓延予防の早期介入を目的としたマダガスカル、中国の甘粛省の保健医療分野においてHIV検査相談の整備検討や研修を実施した。

当時のJICAの方針は、相手国のニーズを正確に把握し、その上で支援側が具体的に何を提供できるかを国レベルの担当者を共に検討し、プロジェクトの具体的プログラムと評価指針を創るというもので、発表者も相手国の益を優先する姿勢に賛同し数年に渡る専門家支援に携わった。

『あえて「カウンセリング」を強調せず』

HIV検査相談において「カウンセリング」が、国連合同計画 (UNAIDS) や世界保健機構 (WHO) でも強調され、検査時にカウンセラーの設置が推奨されていた。一方で、現地では「カウンセリング」のコンセプト自体が新しく、検査相談のプログラムでも形・条件から入るという現状だった。取りあえず国連が提示するカウンセリング室の設置条件に見合う部屋の準備などを進めたいが、なぜそのような部屋が必要であるかの理解も乏しく、また検査相談時の担当者はその多くが心理教育の背景を持っていなかった。そのような状態のなかで保健医療関係者に向けた「カウンセリング理解」の研修や人材育成のプログラム作成に関わったが、実際の活動で留意したことは、抽象的な言葉の羅列を避け、なぜHIVの検査時に受検者のメンタル面に対し支援が必要か、検査のどの場面でどのような支援やアプローチが重要かを具体的に説明し、その視点で人材育成のプログラム作成にも協力した。現場のニーズを踏まえ、現場で受検者を支援できる人材の資質とその資質に合った育成という対応の重要性を、JICAの現地派遣の職員とも共有しながら研修整備について第三者的な支援を実施した。現場中心の国際協力のあり方を発表者はHIV/エイズの支援を通し学ぶことができたように思う。

このように提言とされた指針を現場の落とし込む際の現地の実態とその現場に応じた支援

○実態 「カウンセリング」「カウンセラー」まだ新しい用語 (ケニアでようやく社会サービスとしてカウンセリングが定着しつつあるという時期)

○実際 国際協力として、やったこと

『あえて「カウンセリング」を強調せず』

○留意点 相手国の理解のなかの「メンタルヘルス」「カウンセリング」を土壌として、そこから出発する。彼らにとって、HIV検査相談での「カウンセリング」は、国連のエイズ (UNAIDS) や世界保健機構 (WHO) の指導や支援で使われている言葉をそのまま受け売りで使っていて、その内容の理解はかなり乏しいものだという印象があった。その一つの例が、検査室の設営である。国連からのマニュアルをもとに、机、椅子の配置をするが、その配置がなぜ重要かについては理解が乏しかった。

実際の研修や実地視察での関係者とのやり取りでは、「カウンセリング」の言葉を敢えて使わず、受検者対応のポイントとそのポイントがなぜ大切かを中心に議論や研修を行っていった。

また、支援者としての戸惑い、患者を亡くす悲しみなど 万国共通のところはしっかりと押さえ、HI/エイズの領域は、長年かかわってきたが、不思議な領域であると感じている。文化、言語が違い、HIV感染の拡大の経路、その広がりには各国異なるが、は万国共通である。社会からの疎外、差別・偏見の厳しさとその差別を患者が内在化し、それが孤立感を一層深めるというてしまう流れ

シンポジウム 9

『国際協力とメンタルヘルス』

S9-4

カンボジア地域精神保健支援と国際精神保健協力の20年

手林 佳正

西八王子カウンセリングルーム

多摩草むらの会 相談支援センター待夢

SUMH途上国の精神保健を支えるネットワーク

I. カンボジア精神保健の特徴

1. 内戦で従事者も施設も崩壊したが、1990年代から復興の歩みが続いている
2. 2016年現在の状況と課題
3. 私たちの支援
人材育成、地域精神保健活動モデル、受容文化を促進するキーパーソンミーティングなど
4. 現地の要望
政府側、NGO側、地域精神保健という視点、高い専門性など

II. 精神保健分野で、現地に役立つ国際協力は如何にしたら可能なのか？

1. 文化、社会制度、言語などの拘束程度が強く、他分野の協力に比して困難が多い
2. 現地に在る伝統医療や共同社会、また高等教育のありようなどを把握し、それを生かした人材養成や制度創りを、政府やNGOらと共働して進めるための広範な知識や視点が必要
3. ロジャーリアンの対人支援技法は多文化的に有効
4. 常勤職を持たず、NGOとODAで食いつなぐ方法

III. 今、ネパール震災心理支援 = 開発途上国における大規模自然災害後の心理支援

1. 村落開発と災害被災者心理支援の統合
2. 開発NGOスタッフや素人ができる心理支援と評価
3. 現地精神保健専門家との共働など

シンポジウム 10

『オープンダイアログとハウジングファーストの日本での実践方法の検討』

S10-1

日常臨床で使えるオープンダイアログ

斎藤 環

筑波大学医学医療系 社会精神保健学

フィンランドで開発された介入技法である「オープンダイアログ」は、近年急速に注目を集めつつある統合失調症急性期の治療手段である。1980年代から実践されており、ほとんど入院治療や薬物治療を行わずに、きわめて良好な治療成績を上げているとの報告がある。

オープンダイアログ（開かれた対話）とは、フィンランド・西ラップランド地方のケロプダス病院のスタッフたちを中心に、1980年代から開発と実践が続けられてきた治療的介入の一手法である。ほとんど薬物治療や入院治療を行わずに、きわめて良好な治療成績を上げており、国際的にも注目されつつある。

その基本的手法は以下の通りである。発症直後の急性期、患者や家族からの依頼があつてから24時間以内に、「専門家チーム」が結成され、患者の自宅を訪問する。本人や家族、そのほか関係者が車座になって座り「開かれた対話」を行う。この対話は、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。この対話にあつては、保運人同席のスタッフが意思決定をしたり、本人の評価や治療方針については「リフレクティング」という形で話し合われたりする。

オープンダイアログの主たる治療対象は、急性期の統合失調症である。しかし実際には、統合失調症に限らず、うつ病や依存症、ひきこもりに至るまで、その適用範囲は多岐にわたる。以下に、その成果の一部を紹介しておく。

薬物を含む通常の治療を受けた統合失調症患者群との比較において、ODAPによる治療では、服薬を必要とした患者は全体の35%、2年間の予後調査で82%は症状の再発がないか、ごく軽微なものに留まり（対照群では50%）、障害者手当を受給していたのは23%（対照群では57%）、再発率は24%（対照群では71%）に抑えられていた。

現在、演者らは臨床場面でオープンダイアログの導入を試みており、一定の成果を挙げつつある。演者らの実感としては「治療チーム」で、本人の苦痛や葛藤を「共有」し、可能な限り「安心」を目指すことで改善が起これると考えている。当日は事例を中心として、セッションの進め方などについても触れていきたい。

シンポジウム 10

『オープンダイアログとハウジングファーストの日本での実践方法の検討』

S10-2

精神科訪問看護で取り組むオープンダイアログ

三ツ井 直子

訪問看護ステーションKAZOC

フィンランドの西ラップランド地方のトルニオにある精神科病院で1980年代から、臨床実践のなかで発展してきた精神科治療システムであるオープンダイアログ。「精神病」は、人と人の間で起きるという考えから、ソーシャルネットワークの中で、参加者全員の声を聴くという対話的な「治療ミーティング」が行われ、本人の目の前で、治療の方向性が決定されてきた。

30年間積み重ねてきた臨床実践の中で、オープンダイアログ治療ミーティングをより良いものにするために、現地のチームが大切にしてきたことが『7つの原則』として紹介されている。

1. 即、援助を (Immediate Help)
2. ソーシャルネットワークの視点から (Social Network Perspective)
3. 柔軟かつ機動的に (Flexibility and Mobility)
4. 責任の所在の明確化 (Responsibility)
5. 心理的な連続性をもって (Psychological Continuity)
6. 不確かさに耐えて (Tolerance of Uncertainty)
7. 対話主義 (Dialogism)

これらの原則を、まず自分たちの活動場面に取り入れ、チーム全員の思いを反映させた同意形成を丁寧に行ない、言葉の持つ意味を共有していく必要がある。

実際に、日本において医療現場でオープンダイアログを実践しようとした場合、診察時間や診察の間隔、費用の面、また24時間以内に即、援助可能なのか、など課題は多い。平成28年4月1日時点では、全国に9070か所の訪問看護ステーションが存在し、その約6割の事業所が精神疾患患者に訪問看護を提供している。

所属する訪問看護ステーションでは、複数名で訪問可能な時は、積極的にオープンダイアログ治療ミーティングを取り入れ、従来型の問題解決による介入ではなく、居心地よく、安心して全員が対話できる場を提供できるよう心掛けている。

生活に密着した支援を行う精神科訪問看護は、病院の医師や看護師、PSW、地域で活動する保健師や福祉担当者、作業所やデイケアスタッフなど、常に様々な支援者と連携をしている。訪問看護がオープンダイアログ実践を行なっていくことは、ソーシャルネットワークの視点からみても大きな可能性を秘めていると考える。

シンポジウム 10

『オープンダイアログとハウジングファーストの日本での実践方法の検討』

S10-3

ハウジングファーストとは何か

中村 あずさ

認定NPO法人 世界の医療団

ハウジングファーストは、1980年代初期にアメリカで、慣習的に行われてきた慢性的にホームレス状態にある人々への支援の失敗への対応として生み出され、現在ではカナダ、フランスをはじめヨーロッパ諸国、オーストラリアなど先進国で広がりつつある支援モデルである。

その方法は、旧来の支援在り方を180度転換するものと言われ、支援者が指定する治療課題をクリアし最終的に地域生活へとたどり着く医療モデルに基づいた支援ではなく、すぐに恒久的な住まいへ移行する権利と、それと同時にホームレス状態を経験した人々へ柔軟でコミュニティに根差した支援を提供する支援である。支援における管理、パターンリズムは排除され、利用者と支援者はリカバリーを実現する対等なパートナーシップと捉え、利用者本人の決定が重要視される。

ハウジングファーストではいままで支援困難・不可能と言われてきたホームレスで重度の精神障がい者がある者、ホームレスで薬物依存がある者などがあり、長期的に路上生活から抜け出せずにいた人たちの住宅維持率が8割～9割であると諸国の調査により成果が示されている。

このシンポジウムでは、西ラップランドにて実践され同様に回復率で高い成果を上げているオープンダイアログに通底する支援の核となるものを探索し、諸外国で行われ高い成果を上げている支援の日本での実践に示唆を得る。

シンポジウム 11

『移住者・難民の受け入れを問う－こころ・政策・コミュニティの視点より』

S11-1

移住者・難民のこころ

野田 文隆

めじろそらクリニック 精神科

移住者・難民は、移住国に定着するまでおおむねいくつかの精神的困難を経験している。

それは

- (1) 移住に伴って、社会的地位が低下したり、経済的に苦しくなること
- (2) 移住した国の言葉が話せないこと
- (3) 家族の分かれてやってきている人も多い
- (4) 受け入れ国側の友好的態度がうけられない。具体的には差別や偏見の対象となること
- (5) 同じ文化圏の人々に接触できないこと。それゆえ、自分の苦勞を母国語で話す相手が少ない
- (6) 移住に先立つ心傷体験、もしくは持続したストレス

などである。そういう体験が遷延するといろいろな精神的疾患をもつ。それはうつ、PTSD、統合失調症など様々である。私たちは、これらの知見をもとに地域で暮らす、移住者・難民のメンタルヘルス上の危険因子を知る必要がある。移住者・難民であればメンタルヘルスの失調を起こすとか、移住者・難民に特有な精神疾患があるというのは誤りである。かれらが移住国できちんと遇され、ソーシャルワークが行われれば、いたずらに心配することはない。しかし、難民、特に難民申請認定者のメンタルヘルスは危機因子が多く、特別のケアが必要である。また、移住者では思春期世代と高齢者が危機因子を有している。当日はこれらの点について論述したい。

シンポジウム 11

『移住者・難民の受け入れを問う－こころ・政策・コミュニティの視点より』

S11-2

日本の入国政策・多文化共生政策の現状と課題

近藤 敦

名城大学 法学部

従来の日本の入管政策は、どのような条件でどのような外国人に入国を認めるのかを問題とする「入国政策」と外国人の在留管理を含む入管政策だけが問題とされた。新たな「多文化共生政策」は、外国にルーツをもつ人々の文化の多様性を尊重しつつ、平等な社会参加を促進し、共生社会を形成する政策を意味する。諸外国では、後者は「統合政策」と呼ばれ、入国政策と統合政策を合わせて「移民政策」と呼ぶ。日本政府は「移民」という言葉を「永住型の移民」の意味でのみ使うものとする立場から、「外国人」という用語を中心に使う。日本では、自発的な移民と、強制的な移民としての「難民」を区別し、難民以外の庇護の規定がないこともあって、「庇護希望者」を「難民申請者」と呼び、条約難民以外で人道上の保護が必要な場合には「在留特別許可」を認めているが、国際的には、これらは「人道移民」と総称される。

日本に入国する「移民」の割合は、諸外国と比べ、「労働移民」が多く、「人道移民」が極端に少ない。「家族移民」は平均的であり、「その他」に類型される「日系人」が多い。在留資格別に外国人の態様をみると、永住者等（永住者・特別永住者・日本人の配偶者等・永住者の配偶者等・定住者）の在留活動に制限のない外国人住民が62%を構成している。いわゆる「単純労働」以外の複数の在留活動が可能な新設の「高度専門職」は、まだ少ない。日本の大学の理系出身者と文系出身者を新たに統合した「技術・人文知識・国際業務」は多い。他方、「技能」の割合は少なく、名目は教育的な途上国への技術移転だが、実際は安価な労働力のローテーション制度となっている「技能実習」の割合が大き（「技能」の規制緩和が課題の1つであろう）。

他の先進諸国と違い、高度経済成長期に外国人労働者の受け入れを回避できた日本の要因として、「人口過密」、農村から都市への「大規模な国内移動」、「長時間労働」が指摘されてきたが、人口減少社会の到来をはじめ、これらの要因は消失した。他方、依然として、「単一民族」志向、「オートメーション化」、主婦と学生（と近年は高齢者）といった「外部労働市場への依存」の要因が残っている。

外国人住民の権利保障の状況を国際的に比較する研究プロジェクトとして、移民統合政策指数 (Migrant Integration Policy Index: MIPEX) がある。そこでは、欧米韓日の38カ国について、労働市場、家族結合、教育、政治参加、永住許可、国籍取得、差別禁止、および医療・保健の8分野について数量評価している。日本は、国籍取得と政治参加はかなり低く、教育と差別禁止が極めて低い。

最後に、将来の課題として、グローバル化・少子高齢化・人道移民の増大に対応した規制緩和の必要性を指摘し、家族呼び寄せの体系化、教育の多様性、外国人地方参政権、永住許可要件の見直し、複数国籍、差別禁止法、医療通訳などの問題を検討する。

シンポジウム 11

『移住者・難民の受け入れを問う－こころ・政策・コミュニティの視点より』

S11-3

フランスの移民・難民政策と彼らへの支援

増田 コリヤ

フリーランス・ジャーナリスト

シリア内戦とISの台頭により、欧州をはじめ世界中がテロの脅威にさらされている。とりわけフランスでは、2015年1月に起きたシャルリーエブド襲撃事件に始まり、同年11月の同時多発テロ、2016年7月14日の革命記念日には南部のリゾート地ニースで開催された花火大会のさなかに無差別殺人事件が起こり、非常事態宣言の延長に次ぐ延長という事態だ。

こうした事件の容疑者とされる人物は、移民や移民2世・3世であったり、過激な思想に影響を受けたイスラム教徒であったりする場合がほとんどであるため、フランスのみならず、世界各国で難民・移民の排斥と右傾化の動きが目立つようになってきている。もちろん、テロの衝撃と恐怖に支配される中、そうした声が高まってくるのはやむをえないことだろう。しかし、難民や移民の人たちのほとんどは、自国での生活が立ちいかず、命からがら逃げてきたような人たちだ。そうした人たちを助けて、一緒に生きて行こうと草の根の活動を続ける人たちもまた存在する。とかく負の面しか報道されない難民・移民の問題だが、革命によって自分たちの生きる権利を勝ち取ったフランスの人たちの支援活動を通して、難民・移民の受け入れと共生の道を考える。

シンポジウム 11

『移住者・難民の受け入れを問う－こころ・政策・コミュニティの視点より』

S11-4

韓国の移民・難民政策と支援について

鵜川 晃

大正大学人間学部 人間環境学科

1. 韓国の移住者・難民の受け入れ状況

韓国における移住者の割合は3%であり、「異文化適応問題を抱える人々」には、脱北者、結婚移民（国際結婚による移住者）、外国人労働者、難民が挙げられる。脱北者は2015年には2万8千人を超え、韓国人は「脱北者は同じ民族であり支援を提供するのが当然」と考えている。また結婚移民は14万7,382名（長期滞在の外国人の10.7%）と急増しており、「韓国人の配偶者であるならば支援を提供するのが当然、子どもたちは将来、韓国を支える人材となる」と考えており、2008年に制定された多文化家族支援法（2011年改定）に基づき定着支援、外国につながる子どもへの教育支援、家庭内の文化葛藤への介入、結婚移民への自立支援、韓国国内のクセノフォビアに対するアプローチなどが行われている。

しかしながら外国人労働者に対しては「韓国を発展させる人材であるが、支援の必要はあるのか？」といった意識もあり、特に英語圏の移住者に対する支援は薄い。さらに難民であるが「韓国に難民はいない」と答える人も多く、難民の置かれている現状については知られていない。

2. 韓国の難民支援の状況

韓国では2013年7月に難民法が制定され施行されている。2015年の韓国での難民申請者は5,711名、認定者は105名（認定率1.8%）である。審査期間は6ヶ月から1年以内であり、申請から6ヶ月を過ぎると就労許可が下りる。韓国では難民審査期間中、支援施設の利用、そして生活費支給（支援施設非利用者：一家族4万円程度/月）、健康問題を抱えた者には医療サービス支援、未成年者に対しては国民と同等の初・中等教育支援を「行わなければならない」のではなく「行うことができる」。また「認定の可能性のある難民」に対するメンタルヘルスや生活支援はNGO Pnanが担っており、カウンセリングの提供、医療機関への紹介、言語・文化教育、住居支援、就労支援などを行っている。

3. 大韓民国の移民・難民政策の特徴のまとめ

- 1) 韓国では「異文化適応問題を抱える人々」のなかでも脱北者、結婚移民を積極的に受け入れている。
- 2) 韓国は同化主義に基づいた定住支援がなされているが、多文化家族の葛藤やトラブルについての詳細な報告は見られず、これらへの対策についても論じられていない（金愛慶，2016）。
- 3) 韓国における難民認定申請率は日本と同様であるが、難民審査機関の短さ、申請日から6ヶ月が経過した場合、就業が許可されることが日本とは異なる。

4. 韓国の移住者・難民政策から学ぶこと

韓国の多文化家族支援法および外国人受け入れの明確な枠組みなど、学ぶべきところは多い。しかし、移住者・難民の異文化適応問題への関心、定住に向けたメンタルヘルス支援の現状を見る限り、日本と同様であると思われる。当日は、韓国の移民・難民政策の提示と、彼らへの支援の現状について報告する。

シンポジウム 12

『災害者支援』

S12-1

東日本大震災と原子力発電所事故がもたらした高齢者への影響

—いわき市居住者の状況—

田子 久夫

公益財団法人警成済世会 舞子浜病院

先の東日本大震災（大震災）と東京電力福島第一原子力発電所の事故（原発事故）は、それまで予想もしなかった出来事でもあった。被災住民のほぼ全員が想定すらしていなかったといえる。災害の少ない土地として知られていた福島県では、大きな地震はなく原発は事故を起こさない安全なものという固定観念もあった。地震の揺れはそれまで経験したこともない規模と強さで、内陸まで及び、多くの住居や建築物を破壊した。沿岸部の津波は過去の記録にもない大規模なもので、いままで馴染んできた海辺の町や住宅を広範囲にわたり破壊した。原発事故の放射能被害に至っては未知の出来事であり、何が起こったのかこれからどうなるのかさえわからない不安との格闘でもあり、解決への道筋さえ見出せないままでもあった。放射能についての予備知識を持っていなかったことが、問題をさらに複雑にした原因でもあった。これらの事態は、日本全国そして近隣諸国からの風評を招いた。その結果、妊婦や子供の大量長期移住を引き起こし、食料品を中心とした製品の消費が落ち込み、復興どころか生産者の離職や廃業が目立ち、故郷の誇りを失った人も多い。

このような背景では、高齢者はその影響をとりわけ強く受けたといえる。災害や事故で自宅に居住できなくなった人々は、代わりの住居がなければ、避難所から仮設住宅に移り、災害公営住宅へと転々とするようになる。疾病や障害を有するために初期の避難ができず福祉避難所が求められた例もある。原発事故で避難の途中で衰弱死したのも、そのほとんどが高齢者であった。避難や転居の過程で5回以上の引っ越しをした人も多い。うつ病やアルコール依存、認知症などを発症した人もいる。3世代4世代と同居していた家族は転居を繰り返すうちにばらばらになり、住み慣れた我が家から狭く窮屈な住居に移り住むことになる。結果として、高齢者の夫婦二人暮らしや独居が促進している。原発事故では長年つきあいのあった仲間とは離ればなれになり、代々伝わってきた催しは行われなくなり、故郷の我が家での日常の活動ができなくなった。当たり前になされてきた活動が中断されることで、コミュニティーが失われていったのである。地域の活動や人間関係は長年の積み重ねでできあがったものであり、いったん崩壊すると再建するのは容易ではない。

このようにして、高齢被災者は震災後苦難を強いられてきている。しかし、転居先での新しい生活に慣れることで、徐々にではあるが新規のコミュニティーも形成されてきている。元通りになることは不可能かも知れないが、新たな生活の中から生きる目標を見いだすことで災害を乗り越えることができるのかも知れない。

シンポジウム 12

『災害者支援』

S12-2

発災後の福島県相双地区における精神科医療保健福祉の活動 ～東日本大震災と原発事故から見えてきた課題～

須藤 康宏

医療法人社団 メンタルクリニックなごみ

平成23年3月11日午後2時46分、マグニチュード9.0の地震と大津波が発生した。それに続く福島第一原子力発電所の事故により、福島県相双地区には避難指示あるいは屋内退避指示が出された。当時、30キロ圏内にあった双葉厚生病院、双葉病院、小高赤坂病院、雲雀ヶ丘病院の4病院が閉鎖され、約840名の入院患者が県内外の病院に搬送された。30キロ圏外の外来患者には通院する精神科医療機関が一時的に無くなってしまった。福祉事業所も同様であり、とくに屋内退避区域であった南相馬市では、精神障害や発達障害の当事者がいるにもかかわらず、事業所を開くことができない事態となった。地元に残された当事者には行き場が無くなってしまったのである。

医療に関しては、福島県立医科大学の働きかけにより、相馬市の公立相馬総合病院に臨時の精神科外来が開設された。県立医大と県外からの支援医師による診療体制が23年末まで続き、2時間の臨時外来に一日15～20名の患者が訪れた。ほとんどが慢性精神疾患の方であったが、震災後2ヶ月が経過した頃から、潜在化していた児童虐待やDV、アルコール依存等の問題が増加してきた。

外来診療と併行して、県立医大の看護学部がコーディネートしていた心のケアチームの活動も、刻々と変化するフェイズへの対応を検討しなければならなかった。具体的には、発災から3ヶ月後には市町村の避難所が閉鎖されたため、仮設住宅への個別訪問や集会場を利用したのサロン活動等のプランを新たに練る必要が生じていた。

臨時外来や保健活動を続けるうちにいくつか課題が浮かんできた。1) 固定した医師とスタッフによる精神科医療の提供が不可欠であること、2) 仮設住宅や在宅の方に働きかけるアウトリーチ活動が必要であること、3) 切れてしまった福祉事業所のネットワークを再強化すること、4) 市町村や県の保健所との連携を構築し協働することである。これらの課題は、震災前の支援対象だった精神障害者だけでなく、被災者全体に当てはまるため、多種多様な対象者を受け入れる可能性が想定された。まさに、包括的かつ集中的な地域精神保健・医療・福祉のシステムが求められていた。

シンポジウム当日は、相双地区における精神障害者の被災当時を振り返り、当地域において実践してきた精神科医療・保健・福祉の諸活動について報告したい。

シンポジウム 12

『災害者支援』

S12-3

被災地の障がい者たち ～南相馬～

青田 由幸

特定非営利活動法人 さぼーとセンターぴあ

I. 発災時

南相馬市では震度6弱の大きな揺れが襲い10mを超える津波が到達した。津波による死者数は636人、避難を余儀なくされての災害関連死486人は県内最大の人的被害である。

原発事故からの避難は人口71,000人の内60,000人以上が避難し、10,000人が残った。

第一原発から20km、30km地点に警察、自衛隊の検問が出来、中への出入りが禁止された。外からの支援物資、人的支援が途絶えた。店舗は全て休業となり、病院、福祉施設も閉鎖された。食糧、薬が無くなり、支援者も避難してしまった。市内に残った人たちは本来優先的に避難しなければならない、高齢者、障害児者、そしてその家族だった。

II. 支援活動

利用者10名が残っていたため支援を継続することを決定し30km圏内に止まることとした。市内に多くの障がい者が残っているが、誰が残っているのか状況が見えないため、市に障害者手帳情報を開示請求して、65才以下の知的、身体障がい者全員の安否確認及びさらなる避難へのための調査、支援活動を開始した。JDF(日本障害者フォーラム)の支援を受けて全国から専門家スタッフの応援を受けた。調査結果、1,139人の障害手帳所持者の内492人は市内に残っていた。(個人情報開示が出来たのは市町村では南相馬市唯一である。)

III. 調査結果

南相馬市に残っていた手帳所持者：身体障害者343名(69.7%)、知的障害者149名(29.9%)で身体障害者の避難選択は困難だった。在宅者のうち346人が一度避難を経験しており、避難経験者の50%を超える171人が県外避難をしている。さらに避難経験者のうち159人は避難場所が避難所のみであったため、避難所生活に耐えられなく、3週間以内に市内に戻っている。

IV. さらなる災害に向けて

①災害時要援護者名簿の作成と個人情報の開示

発災時の支援に対しては地域での支援が最重要である。そのために災害時前から地域で支援の必要な人たちが、どこにどのように暮らしているのかの情報を知っていなければならない。そして多くの支援者とその情報を共有する必要がある。各市町村の個人情報保護条例には特記条項として個人情報開示が出来る記載があったが、狭義の解釈で開示されなかった。法律はあっても運用が適切にできなかった。災害対策基本法改正によって、積極的に開示して支援につながる様明記された。

②避難所、福祉避難所の見直し

指定避難所は高齢者、障がい者が避難生活をするうえでは配慮が出来ていない。福祉エリアを設置し災害弱者の特性に配慮した場所を確保しなければならない。福祉避難所は2次避難所となるため1次避難所で対応が困難な人たちの場所となる。しかし、指定を受ける事業所も避難者となるため十分な支援が困難である。広域的に設置を指定する必要がある。

長期にわたり全国からの多くの支援者にこころから感謝いたします。

シンポジウム 12

『災害者支援』

S12-4

東日本大震災による発達に心配のあるお子さんへの支援

新妻 直恵

特定非営利活動法人きぼう じゅにあサポート「かのん」

2011年の東日本大震災後に、障害を持つ児童を取り巻く環境が大きく変化した。東京電力福島第一原子力発電所があった双葉郡と、その北隣に位置する南相馬市の一部に至っては、居住地が立ち入り禁止区内に位置し、既存の学校や児童デイサービスなどが機能停止状態になった。多くの市民が市外に避難したなかで、市内では公共施設が避難所となり騒然とした環境の中、特に自閉症児などは不応行動が生じ、やむを得ず自宅へ戻るケースもあった。南相馬市内においても、障害を持つ児童のための当法人のデイサービスが一時休園となった。被災地支援団体の協力をえて支援を再開したが、療育機関の機能は大きく損なわれたままで、避難先から戻った職員を確保することでサービスの提供が可能となった。

2011年9月末に原発から30km圏内の緊急時避難準備区域の指定が解除されると、学校や保育園が再開され、児童も帰還するようになった。未就学児童の帰還は少なかったことと比べて学童の帰還が多かった背景には、養護学校に通う学童が避難先で適応することが難しかった事情も影響していた。しかし帰還後にも、地域の子どもを受け入れるキャパシティが狭いために落ち着かなくなる子どもが多く、そのために保護者の行動が制限されて就職できない状態となった。そしてさらに、保護者の日常的ストレスが子供に悪影響を与える事態となった。

当法人は2012年3月に、地域へのサービスを安定して継続して行うために、児童福祉法（開園当初は障害者自立支援法に位置付けられていた）に則った、障害児通所支援事業として児童デイサービスの事業所を開設した。開所当時は、①震災中の学習の遅れ、②震災の記憶がフラッシュバックすることによるパニック発作の頻発、③原発避難による運動機能の深刻な低下が目立った。各療育機関は専門職の確保に困難が生じており、全体的に社会資源が不足するなかで、どの事業所も定員オーバーの状況が続いていたが、当法人では市の別事業の委託を受けるなどの工夫を重ねて受け入れ枠拡大の対応を行った。長期的な運営に欠かせない若い職員の確保は、震災直後から現在まで困難な状況が続いている。

現在では、養護学校への児童の送迎支援のニーズが高くなっている。震災後の療育環境の影響による「発達障害もどき」の増加も目立っている。一方で、少しずつ支援員の確保は行われている一方で、「医療専門職」の確保が困難な状況が続いている。地域一般の障害への理解・受容は不十分であり、普通学校の教員にスキルが不足している場合もあり、二次障害につながってしまうケースも多い。

現時点では、発達障害の診断の有無にかかわらず、困り感のあるお子さんに対する発達支援への取り組み・家庭生活しやすい環境調整へのアプローチ・保護者支援・関係機関との連携の強化などに取り組んでいる。若い世代の働き手の確保は、継続した課題である。

シンポジウム 13

『LGBT特有の医療ニーズ、精神科医療の現場で工夫できること』

S13-1

精神医学とLGBT ～概念の歴史的変遷～

針間 克己

はりまメンタルクリニック

LGBTとは「Lesbian レズビアン」「Gay ゲイ」「Bisexual バイセクシュアル」「Transgender トランスジェンダー」のそれぞれの頭文字をまとめたもので、性指向と性自認に関する性的少数者の総称である。それぞれの精神医学的概念の変遷を見る。

同性愛者であるゲイ、レズビアンに対しては「生殖に結びつかない性行為は異常だ」との考えから、かつては精神疾患と見なされ、その性指向を異性愛に無理に変更させようとする精神医学的治療の試みがなされた時代もあった。しかし、それらの治療は失敗に終わり、性指向を変更させるのは困難であった。さらに当事者を中心に、そもそも同性愛を異常と見なすことへの疑問が高まり、1973年、米国精神医学会の理事会はDSM-II（精神障害のための診断と統計の手引き第2版）から同性愛を削除することを承認した。WHO（世界保健機構）も、1994年ICD-10（国際疾病分類第10版）において「同性愛はいかなる意味でも治療の対象とはならない」という宣言を行った。これらの経過を経て、同性愛は現在では一つの性指向のあり方として認められ、医学的治療対象とはされていない。また、このような過程の中、当事者たちは、自らを「ゲイ、レズビアン」と医学用語のhomosexualではない言葉で、アイデンティティを持つようになった。

身体的性別と性自認が一致しないものに対しても、同性愛に対してと同様にかつてその性自認を無理に変更しようとの治療が試みられたことがあった。しかし、ここでも同様にその変更は困難であり、その逆に「身体的性別を性自認に合わせる」という指針に基づいた治療が行われるようになった。これらの外科的療法実施には、当事者自身の強い要望があると同時に、「体と心が一致することで正常になる」という医学的思想もその背景にはあったことは否定できない。こういった思想に対して、「体と心の性別が一致しなくていいではないか。人の性自認や身体的性別はさまざまであっていいではないか」という新たな考えが当事者達を中心に起こってきた。このような考えに基づき、1980年代、脱精神病理概念として、「トランスジェンダー」という用語が用いられるようになった。同性愛と同様に、性同一性障害も脱精神病理化すべきだとの議論も盛り上がった。そのような中、2013年にアメリカ精神医学会の発表したDSM-5（精神疾患の診断統計マニュアル第5版）では、これまでの「gender identity disorder性同一性障害」という名称から、より病理性の薄い「gender dysphoria（性別違和）」という疾患名で継続となった。また、今後、改定が予定されているWHO（世界保健機関）の発行するICD-11でも、その扱いの変更が検討されている。「gender incongruence（性別不一致）」という病名変更や、また、ICD-11の中で、精神疾患でも身体疾患でもなく、第3の分類として位置づけられることが検討されている。

シンポジウム 13

『LGBT特有の医療ニーズ、精神科医療の現場で工夫できること』

S13-2

「ようこそ、診察室へ」—異性愛中心主義と性別二元論を超えて

岩川 ありさ

東京大学総合文化研究科・教養学部附属教養教育高度化機構リベラルアーツ・プログラム

本発表では、クィア・スタディーズという視座から、精神科医療の現場でできることについて考える。クィア・スタディーズとは、性、身体、欲望をめぐる、様々な約束事や規範を問いなおすための学問領域であり、特定の生が不当な扱いにさらされていることを問題にしてきた。

たいていの場合、診察の現場を変えてゆくには、「LGBT」への「特別な配慮」を目指そうとすることが多い。しかし、医療にかかわる人々は、異性愛中心主義や性別二元論といった、自分自身の認識こそ問い直す必要があるのではないだろうか。たとえば、医療に携わる人が、生まれた時に法的・医学的に付与された性から別の性へとトランスした女性に、「男性にはよくあることですけどね」と話しかけたとする。この一言は、特定の患者が辛い思いをすることはもちろんのこと、その病院に性別二元論という規範を打ち立てることに繋がる。何も言わなければ、誰もが、シスジェンダーであり、異性愛者であり、結婚して、子どもを産み、それが正しいという前提が共有された病院は、トランスジェンダーや異性愛者ではない患者、子どもを産むのではない人生を歩もうとする患者にとってはいたたまれない空間だろう。

そうすると、今回のテーマである「LGBT特有の医療ニーズ、精神科医療の現場で工夫できること」についても問わなければならない。「LGBT特有の医療ニーズ」を満たすことは必須であるが、同時に、異性愛中心主義や性別二元論を許し、それに基づいて作り上げてしまった「構造的な不備」については是正することが急務である。暫定的な措置や「恩恵」ではなく、継続的な構造の変化がなければ、この問いは解かれない。「当事者」のニーズを知ることは大事なことだ。しかし、医療従事者であるあなたが当事者と非当事者、マイノリティとマジョリティという分割線を引く実践に日々加担しているということを忘れてはならない。「当事者」のニーズが真に理解されるのは、「当事者」に手を差し伸べていると思込んでいる側が、決定的にこれまでに作り上げてきた「あたりまえ」を疑い、壊し尽くし、その上で「当事者」と同じテーブルにつくことでしかなしえない。

この発表は、「LGBT特有の医療ニーズ」の話でもなければ、「医療現場での工夫」の話でもない。医療に従事する側であるあなた自身の異性愛中心主義や性別二元論を決定的に問うた中から現れてくる、新たな診察室の可能性を探求するものである。

シンポジウム 13

『LGBT特有の医療ニーズ、精神科医療の現場で工夫できること』

S13-3

私の性別は、ワタシが決める。本当に？

ー性同一性障害の「脱病理化」と、幸せの自己決定

遠藤 まめた

やっぱ愛ダホ！ idaho-net. 代表

著者は、生物学的には女性で、自分のことを男性だと思っているトランスジェンダーの当事者だ。10年ほど前に、とある精神科で「性同一性障害」の診断を受けた。診察室に入ると、医師にすぐ、きみはFTM（女性から男性へのトランスジェンダー）なのかねと尋ねられた。ボーイッシュな外見で、足を広げて席に座った、というだけの理由で。

診断をもらったのは、女性的な体を変えたいからだだった。はやく胸をとりたい。ホルモン注射をして、男性的な外見になりたい。そこで、車の免許をとるための教習所のように、専門家のいるクリニックに通った。主治医も、「きみがそうだと言うなら、そうだろう」とあっさり言った。私の性別を変えるための運転免許は、こうして診断書という形で手に入った。日本では、外見の性別を変えるための方法をさだめたガイドラインがあり、診断書があることは、とにかく必要だったのだ。

「性同一性障害」というネーミングには、胸がざわつくところがある。

ひとつは、自分の性別をどう捉えるのかという、個人のアイデンティティにとって非常に重要なものが、障害と目されることへの抵抗感。だれだって、国籍や髪の色を、障害と呼ばれたくない。それと同じくらいには、性別をめぐるアイデンティティを障害などと呼ばれたくない。かつて同性愛が精神疾患とみなされ、それが間違いであったと現在では定義されているように、トランスジェンダーの人々もまた精神疾患とみなすべきではないという議論は、国際的なものとなっている。こちらの議論は、やがて国際疾病分類の改訂時期にあわせて、国内でも広く語られることになるだろう。

しかし、「性同一性障害」というネーミング、あるいは医療システムに対して、私が心ざわつかせるのは、もうひとつ理由がある。それは、結局のところ、このマイノリティ現象を生きる人々にとって問題となるのは「心と体の性別を、かぎりなく一致させること」では必ずしもなく、「幸せに生きること」そのものだ、ということだ。幸せなんて本人以外にわかりようがない。そして、ときに、本人ひとりだけでわかることでもないのだ。

「性同一性障害は、唯一、自己診断が可能な障害だ」と語る専門医もいる。これまでも、これからも、あくまでも「私の性別は何か」を決めるのは当事者本人だ。医療は、運転席にすわった当事者のサポートをすることしかできない。とはいえ、性同一性障害が今後「脱病理化」を迎えていく中で、当事者本人の力だけでは、うまく「自己決定」できない場合もあり得るのではないか。

シンポジウムでは、「性同一性障害」をめぐる、患者とされる人々の「自己決定」とは結局どのようなものかを、当事者の立場から発題したい。

シンポジウム 14

『東洋の文化とこころ（第二報）より健康でその人らしい生き方をめざして』

S14-1

日本伝統鍼灸とこころの病

船水 隆広

学校法人呉竹学園 東京医療専門学校 鍼灸マッサージ科

東洋医学では、東洋医学的でいう五臓（肝・心・脾・肺・腎）に感情（怒り・喜び・思い・憂い・悲しみ・驚き・怖れ）が配当され、病になると、その臓に配当されている感情が病的に過度に露出する。また、逆にある感情が過度になると、その感情を貯蔵している五臓に障害が起こり病が発現することになる。

そこで日本伝統的鍼灸医学の術式の一つである「経絡治療」では、感情障害に対し五臓の治療を中心に行う。更に身体も同時に治療を行うことで、東洋哲学でいう心身一如を実践していく。

使用鍼は鍼治療に対する恐怖心や刺激の過多に配慮し、最も細い鍼（0.12m）を使用し、障害されている五臓と関係のある経絡上の経穴に1～3mm程度、無痛で刺鍼する。同時に肩こりや腰痛、頭痛、だるさなどの症状の治療を行う。

またこころの病の患者に特有の刺激に敏感で恐怖感を伴うような方には、最も刺激の少ない「ささない鍼（鍔鍼（ていしん））」を用いて頭部や障害されている五臓と関係する経脈の治療をする。また鍔鍼術は、通常施術に対して効果の増幅を促すことも可能である。

今発表では、経絡治療理論を用いた「こころ」の病の診察、治療方法などを症例を挙げて報告する。

シンポジウム 14

『東洋の文化とこころ（第二報）より健康でその人らしい生き方をめざして』

S14-2

中国伝統医学と漢方のこころ ～「変化」の臨界点につながる生き方

本橋 京子

Columbia Clinic（中国・上海）内科・心療内科

日常診療の中で、被治療者が「変わる瞬間」、「緩む瞬間」に遭遇することがある。それは、意図的、非意図的に投げかけた一言、漢方の一服、一針の響きがきっかけとなって起こる反応である。演者はそれを「変化の臨界点」と呼んでいる。臨界点に達すると、起こるべき治癒が起きるか、あるいは治癒ではないが被治療者に必要な「何か」がもたらされる。そこには予定調和はない。すべてが共時的に起こる過程である。

ある意味、その「瞬間」を被治療者と共に迎えるために、治療者である演者自身も研鑽を積んでいるとも言えるし、それこそが、漢方的な生き方に繋がっているとも言える。しかしながら、それを目標にしすぎてもいけない。なぜなら、漢方のこころとは、無作、無為の世界に逍遥し、そこで出会う一切を享受する生き方だからである。

これこそが「求死即生」的な生き方である。日本的な解釈をすると武士道精神であり、葉隠的な在り方、生き方ということである。葉隠とは、究極的な美としての「死」の瞬間がクライマックスであり、その瞬間のために、毎瞬、一刹那の積分としての日常が存在している。日常だからと惰性或習慣として、こなしたり、やり過ごすのではなく、どの瞬間を微分しても、そこには「美しき究極の死」に向けての「瞬間」が存在しているのである。そのような、凜とした自律的な旋律に満たされた緊張感が、却って深い安心感や永遠性を生み出している。それが「変化の臨界点」に繋がる生き方であり、演者自身の目指す漢方的な生き方でもある。

本発表では、中国哲学、中国伝統医学の理論的な観点から「変化の臨界点」がもたらされるメカニズムを検証し、臨界点を単なる「病気治し」の手段ではなく、日本の葉隠精神や武道を通じての鍛錬にも通ずる真の養生のあり方としてアプローチを試みてみたい。

シンポジウム 14

『東洋の文化とこころ（第二報）より健康でその人らしい生き方をめざして』

S14-3

ヨガのこころ ～ヨガの智慧を活かした生き方～

大滝 涼子

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

「ヨガ」といったときに一般的にイメージされるのは、体の柔軟性が強調された難しいポーズをとることや、両足を蓮華座に組んで静かに瞑想をする姿かもしれない。しかしヨガは本来、体を通じたエクササイズだけではなく、ヨガ哲学に基づいて発展した心・体・魂の幸福を得るための智慧であり手法である。聖者パタンジャリによって編纂されたと言われるヨガ・スートラによれば、ヨガの八支則には、**1. Yama** (ヤマ) と **2. Niyama** (ニヤマ) と呼ばれる道徳的基本や倫理、**3. Asana** (アーサナ) という体位・ポーズ、**4. Pranayama** (プラナヤーマ) 呼吸・気の調整、**5. Pratyahara** (プラティヤーハラ) 感覚の制御、**6. Dharana** (ダーラナ) 集中、**7. Dhyana** (ディーヤナ) 瞑想、と言う段階が含まれ、最終的な至福の喜びである **8. Samadi** (サマディー) に達すると言われている。これらの8つを柱としてヨガの様々な手法は構成されている。

特に、根底にあるヤマとニヤマに注目してみると、ヤマという五つの禁戒には、①非暴力、②嘘をつかない、③盗まない、④邪欲を持たない、⑤執着しない、の五項目、また、ニヤマと呼ばれる靈性を高め自然性と共鳴するための勸戒としては、①心身を清浄に保つ、②満足を知る、③精進、努力、④学びを深め精神向上、⑤祈念、といった五項目が記されている。

ヨガの本質とは、これらのヨガの智慧を日常から意識し、実践することであり、それがヨガの学びを生かした生き方であると言えるだろう。一見単純で、常識のように見える禁戒・勸戒も、私たちの日常生活の中、周囲の人間関係の間で常に実践するのは簡単なことではないと多くの人が感じるのではないだろうか。一つ一つの呼吸を通して生かされている中で、自らの心身の動き・変化を観察し、集中し、ヨガの智慧をふまえた上で意識的に在ることが、ヨガの本質であると考えられる。

本発表では、ヨガと出会い、障害を持つ自身の体との向き合い方に変化が見られた症例や、ヨガの練習を通じた呼吸への気づきから、重度の障害を持つ家族との接し方、心の持ち方に変化が現れた症例を挙げて、ヨガをマット上での一過性の訓練と捉えずに、ヨガの哲学や智慧を日常の場面で活かした「生き方」としてアプローチする。

2016年度 多文化間精神医学会賞

[学会賞受賞者]

野田 文隆

めじろそらクリニック 精神科

[奨励賞受賞者]

磯野 真穂

国際医療福祉大学大学院 保健医療学看護学分野

2016年度多文化間精神医学会賞

マイノリティの精神医学

野田 文隆

めじろそらクリニック 精神科



私は1993年の多文化間精神医学会の発足とともに深くこの学会にかかわってきた。

それは1985年－89年にかけて留学していたカナダのブリティッシュ・コロンビア大学の時代に目覚めた多文化間精神医学の重要さの認識によるものである。日本の精神保健専門家になんとか文化と精神医学のかかわりを認知してほしいと願い、23年間活動してきた。私は研究者というより実践者としての道を選んだ。それゆえ、国際救援センター（ベトナム難民定住施設）の顧問医を10年以上つづけ日本に暮らす難民のメンタルヘルスの問題を知った。また、在外邦人の問題にもカナダ在住以来関心を持ち続け、バンクーバー総合病院の中に「日本人外来」を創設した。その人材が足りなくなり、1996年より20年、年に4、5回アウトリーチして在外邦人の問題に取り組んだ。その際、国際結婚をした日本人妻たちが孤立している問題を知り、国際結婚ワークショップという会を国際カップルのために15年以上続けた。日本では多文化間精神医学会の創設を仲間とともにやり、日本に暮らす外国人、移住者、難民、海外に暮らす日本人のメンタルヘルスの問題に組織としてサポートする活動を継続した。2011年の東日本大震災の時は多文化災害支援委員会を立ち上げ情報弱者となった外国人への支援を行った。

私がカナダで知った多文化間精神医学の醍醐味をひとりでも多くの人に知ってほしいと、多文化間精神医学会と海外の学会とのジョイントの国際学会も2002年戸塚で2007年葉山で行った。

臨床面では、外国人を積極的に診るクリニックが少なく、underserveされがちな彼らを支援しようと、2006年から阿部裕現理事長が立ち上げた多文化間精神医学クリニック「四谷ゆいクリニック」を手助けし、2014年には大正大学を退任し、自らめじろそらクリニックを創設して、外国人、難民・移住者を積極的に診ている。

私が今回多文化間精神医学会賞という荣誉に浴せるのは、私の個々の営為というより、こういう半生を通じて日本ではまだなじみのない「マイノリティの精神医学」という精神医学を実践してきたことを評価してくださったのではないかと考えている。

略 歴

1948年宮崎生まれ。

東京大学文学部卒業。広告コピーライターを経た後、千葉大学医学部に進み、精神科医となる。

1985年－1989年カナダ、ブリティッシュ・コロンビア大学で卒後研修を受けた後、1989年より東京武蔵野病院精神科に勤務。1999年－2014年大正大学人間学部教授。ブリティッシュ・コロンビア大学精神科Adjunct Professorを兼任した。2013年までは、3ヶ月毎にバンクーバー総合病院で診療をしていた。前多文化間精神医学会理事長、世界精神医学会多文化間精神医学セクション副会長。現在はめじろそらクリニック院長

主な著作：「マイノリティの精神医学」（大正大学出版会）

「間違いだらけのメンタルヘルス」（大正大学まんだらライブラリー）

「精神科リハビリテーション・ケースブック」（医学書院）

「誰にでもできる精神科リハビリテーション」（星和書店）

2016年度多文化間精神医学会奨励賞

文化人類学ってなんですか？

磯野 真穂

国際医療福祉大学大学院 保健医療学看護学分野



この質問にさえ慣れてしまえば、人類学者とはなんて気楽なのだろうと思う。私が人類学者である以上、病気を患う人からも、医療従事者からも、「治す」ことを期待されることは一切ない。「この人なんだろうという疑問」を持たれたとしても（というかだいたい持たれるのだが）、人類学者はただそこにいることが許される。

人はどんな場においても、何らかの役目を背負わされ、その制約を受けてしまうものである。しかしフィールドの人類学者にはこれといった役目がない。この役に立たなさ加減は、実はすごい強みではないのだろうか、と最近思う。

拒食・過食の当事者への4年間にわたるフィールドワークをもとに描かれた拙著、『なぜふつうに食べられないのか－拒食と過食の文化人類学』（春秋社）は、そんな人類学者の気楽な立ち位置から描かれた作品である。

「治す」ことを期待されない人類学者のポジションを生かし、この作品において私は、病気を連想させる言葉、たとえば「摂食障害」「症状」「患者」を使って、この作品に登場する6名の女性を表現することの一切を避けた。「拒食・過食＝治すべきもの」という倫理観を含んだ立場を離れ、拒食・過食という現象を彼女たちの経験を起点に描きたかったからである。

「キャベツではなぜ過食ができないのか？」といったいっけんふざけているかのように見える質問を、しごく真剣に問い続ける中で見えてきたのは、生物学的異常、認知のゆがみ、さらには生物心理社会モデルといった摂食障害の従来の原因論を離れた、いっけんふつうでないような食の中にみえる彼女たちの人間らしさ、ふつうに食べられることの不思議さ、そして人間にとっての食の本質であった。意識をしていたわけではないものの、「一見風変わりな人々の中にこそ、人間とは何かを伝えるエッセンスがあるかもしれない」と文化人類学者のクリフォード・ギアツが述べ人類学の本質に、フィールドワークと執筆作業を通じて、私は少しだけふれることができたのかもしれない。

略 歴

国際医療福祉大学大学院講師（博士【文学】）。

1999年早稲田大学人間科学部スポーツ科学科卒業後、アスレチックトレーナーの資格取得を目指して渡米するが、留学先のオレゴン州立大学にて文化人類学の面白さに目覚め専攻を変更。選考変更後は、シンガポール国立精神病院摂食障害クリニックの協力を得て現地の摂食障害に関する修士論文を仕上げ、2003年に同大学応用人類学修士号を取得。帰国後、早稲田大学文学研究科博士後期課程に進学し、2010年に博士号（文学）を取得。早稲田大学アジア太平洋研究科助手、早稲田大学文化構想学部助教を経て現職。

主な著書に『なぜふつうに食べられないのか拒食と過食の文化人類学』（2015、春秋社）"The Emergence of Body Image Disturbance in Singapore" In *Dissonant Disabilities: Women with Chronic Illnesses Theorize Their Lives* M.Owen and D. Driedger. Toronto, CSPI/Women's Press (2008)。

抄 録

第20回多文化間精神保健専門アドバイザー
資格認定研修会

第20回多文化間精神保健専門アドバイザー資格認定研修会

事例検討 1

言葉の壁から疾患教育が十分にできず治療中断と入院を繰り返した
双極性障害の一例

長谷川 千絵

獨協医科大学 精神神経医学講座/鹿沼病院

【症例】 40歳女性。A国にて出生。大学卒業後営業職に就いていたが28歳時同国人で会社経営者の現夫と結婚、直後に来日し以降専業主婦。日本語の勉強は来日後に始めた。挙児3名。X-3年、夫に無断でA国の不動産を2軒購入しその後業者とトラブルを起こした。X-2年、A国の精神科を受診したが通院せず、その後日本のB病院を受診するも2回で中断した。X年9月、夫の会社に行き女性社員を殴った。翌10月、同じ女性に暴言を吐いた。頻繁に110番通報したり出先で子供を置き去りにしたりした。同年11月5日、C病院を初診したが診療を拒否し「夫を入院させろ」と訴えた。同年11月9日、本人が暴れて恐怖を感じた長男が包丁を手に取り本人が110番通報した。本人が保護され措置診察が行われたが措置にならず、精神保健医療課からの依頼で同年11月10日同院1回目の入院となった。入院時、嫉妬妄想、易怒性、多弁、過活動、大量飲酒などが認められた。バルプロ酸（以降VPA）とオランザピンを主剤とした治療で躁状態は改善したが病識は欠如していた。退院に向けて夫同席で話し合いをした際も話題と合わないことを一方的に訴えていた。外泊中暴力行為や濫費はなかったが、子供より自分の都合を優先させ自己中心的な行動が目立った。X+1年1月5日に退院後同院に外来通院していたが、退院直後から飲酒するようになり怠薬もしていた。同年3月、躁状態となり入院予約を入れたが1ヶ月後「落ち着いたから」と夫がキャンセルし同年5月以降通院中断した。その後、頻繁に110番通報する、長男と衝突を繰り返す、学校の教師とトラブルを起こすなどして保健所と児童相談所の知るところとなり、X+2年4月に保健師が来院し入院予約したが、「落ち着いたから」と夫がキャンセルした。同年9月頃からまた家族との衝突、易怒性、濫費、多弁などが続き、同年11月14日同院に2回目の入院となった。「夫は嘘を吐いている。夫が会社の女性と浮気するため私を騙して入院させた」等述べ病識は欠如し、家族に対する不満が強かった。VPAとアリピプラゾール（以降ARP）を主剤として治療を行った。初回外泊で帰宅後すぐに濫費や飲酒が始まった。夜中に音を立てて掃除し、夫が注意すると逆上して家出し、以降帰宅も帰院もせず、同年12月12日に退院となった。退院後は同院に外来通院していたがX+3年1月末以降中断した。同年2月頃からまた夫の会社に行くようになり、社員に指図をしたり女性社員に暴力をふるったりした。同年8月、また夫の会社での暴言等が激しくなり、同年8月28日、同院に3回目の入院となった。入院直後「私は悪くない、夫が入院するべきだ」と騒ぎ、退院要求が強かった。また易怒的で夫への暴言が見られた。VPAとARPを主剤として治療を行い徐々に易怒性は治まった。同年9月13日、初回外泊に行く予定の日、無断離院した。本人は帰院する気はなく夫が退院を了解し同日退院となって以降未治療だった。X+4年4月、躁状態になったので入院させたいと夫から同院に連絡があり入院予約となったが、入院当日に本人が自宅から逃げて見つからずキャンセルとなった。以降の消息は不明である。

第20回多文化間精神保健専門アドバイザー資格認定研修会

事例検討 2

文化への不適合から抑うつ気分を呈した北欧人の一例

鈴木 航太

慶應義塾大学 精神・神経科学教室/四谷ゆいクリニック

湯浅 紋

明治学院大学大学院 心理学研究科

【症例】 29歳男性。北欧A国にて出生生育。同胞3名中第2子。成長発達で特記事項無し。最終学歴は、A国の4年制大学。平成17年（当時大学生）に10歳年上の日本人女性と知り合った。その女性は、当時既婚だったが、X-10年に日本へ帰国している間に離婚。同年、その女性がA国へ来て本人と結婚した。当時、本人が24歳以下であったためA国では住めず、一緒に隣国のB国へと移住し、3年間暮らしていた。大学を卒業したX-7年に来日し、同年からC大学の研究室で研究を開始した。X-6年、同大学の修士課程への進学を希望し試験を受けたが、不合格だった。X-4年4月からは、D大学大学院修士課程へと進学し、コンピューターサイエンスの研究を続けていた。自分自身では色々やりたいという思いがあったが、教授の方針に従って研究をしなくてはならないことにフラストレーションを感じていた。X-3年7月、自分の研究がうまく進まなくなったために精神的疲労を感じ、近医精神科を受診したところ、ADHDであると指摘され、セルトラリン、メチルフェニデート、アトモキセチンなどを処方された。しかし薬の効果は乏しく、副作用が出現したことや、医師の診断を信頼できなかったため、同年9月には自己中断してしまった。

X-2年4月、コンピューター関係の会社へ入社し、コンピューターエンジニアとして勤務を始めた。しかし、あまり仕事を与えられず、自分のチームの人たちは暇を持って余していることが多かった。本人としてはやりがいを感じられず、現状に不満を持っていた。

X-1年秋には息子が生まれた。それ自体は喜ばしいことだったが、育児のことなどで妻とのいさかが増えてきたことにストレスを感じていた。X年3月頃より新しいプロジェクトに携わるようになってから、集中力低下、意欲低下、抑うつ気分、不眠が出現するようになった。精神的不調や前医での診断に納得いかなかったため、X年4月4日、当院初診。これまでの経過から抑うつ状態と診断され、エスシタロプラム10mgを中心とした薬物療法を開始した。徐々に症状は改善を認めたが、4月末に受診した際には、仕事で発表をしなくてはいけないプレッシャーで抑うつ気分が強くなったとの訴えがあり、エスシタロプラムを20mgへ増量した。診察の中で、言語についてはディスカッションの時以外は大きく困ることはないが、あいまいな表現や社内での指揮系統など、日本の会社での独特な文化になじめず戸惑うことがあると語られた。その後は概ね2週毎のペースで受診を続けており、6月6日からは当院心理士も介入し、カウンセリングを行っている。妻とのあまり関係は良くないが、子供が小さいために離婚は考えておらず、また、今後も当面日本で生活していく予定である。

抄 録

一般演題

一般演題 1 『在外邦人、在日外国人支援』

座長：野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）

一般1-1 アダルトサードカルチャーキッズ（ATCK）の異文化体験とストレス

濱田 伊沙名¹⁾、野崎 章子²⁾

1) 千葉大学医学部附属病院 看護部、2) 千葉大学大学院 看護学研究科

1. 研究の背景、目的

グローバル化に伴い、2015年には29万人強の未成年の邦人が海外在留し、日本においても28万人強の未成年外国人が在留している。このように両親の属する文化圏の外で、発達段階のかなりの年数を過ごす子ども達は、サードカルチャーキッズ（Third Culture Kids以下TCK）と呼ばれ、文化的多様性への感受性の醸成等の機会を得ると同時にメンタルヘルスならびに社会生活の維持という点では脆弱性を有すると言われている（Pollock & Reken, 1999）。本研究の目的は、かつてTCKであった成人のアダルトサードカルチャーキッズ（Adult third culture kids以下ATCK）の異文化体験およびそのストレス状況を明らかにし、支援法について示唆を得ることである。

2. 研究方法

便宜的サンプリングにより、ATCKである大学生を対象とした。半構造化面接を行い、日本以外の滞在国での生活状況、ストレスの内容、ストレスへの対処方法や支援、支援ニーズ、母国への帰国時以降のストレス、TCKとなつてのメリット等について聴取した。同時に、自記式質問紙を用いて、人口学的属性、これまでの滞在国とその期間・年齢、両親の出身国等について回答を得た。語られた内容については質的帰納的に分析を行った。

3. 結果

対象者6名は20代前半であり、女性5、男性1名であった。両親の出身国は全員日本であり、滞在国は、ブラジル、イギリス、アメリカの3カ国であった。ATCKの認識する異文化体験およびストレス状況として、【ストレス】【TCKの認知・理解】【TCKの行動】【TCKの情動】【ストレス反応】【TCKの言語能力】【渡航時の年齢】【家族】【友達や仲間】【外国語や思い出の品】【学校や外部の支援】【環境】の12のカテゴリーを析出した。【ストレス】では、自己の理解されなさや、言語障壁、帰国以降の外国語能力喪失への不安などが語られた。自分のように違和感を持ち、同様に苦勞している【友達や仲間】の他、【家族】の行動のみならず存在自体がストレス軽減因子として認識されていた。その結果【ストレス反応】は、日本や海外への順応や、世界観の拡大など、肯定的な体験となっていた。全員が【学校や外部の支援】を受けていた。

4. 考察

Pollockらは、TCKの特性として、“根無し草”という同一性の問題や、未解決の悲嘆等をストレス反応の結果として報告しているが、本研究結果ではいずれもこうした状況はみとめられず、親や学校、外部からの支援等によりレジリエンスを発揮したと考えられる。親の心理的サポート、教育の多様性や公的サービスの充実のみならず、それらについての情報提供を行い、アクセシビリティを高めることも必要である。

一般1-2 海外派遣労働者の配偶者における生活適応への心理的プロセス

青柳 美樹、高山 裕子、藤田 千春

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 看護学科

【研究背景と目的】日本の経済活動を担う民間企業の海外派遣労働者に伴い海外生活を選択、または余儀なくされている配偶者は約9万人と推計され、毎年約2～3万人が新たに派遣に同行していると考えられる。精神的健康については、海外派遣労働者よりも帯同配偶者は異文化への適応が困難であるといわれ、うつ病、疲労感や睡眠不足等の自覚症状を有することも少なくない。異文化での適応は、時間とともに、多幸期、カルチャーショック、文化変容、安定した状態の4つの段階を経る文化変容カーブを示すとされているが、その様相は明らかにはなっていない。

よって本研究では、配偶者の生活適応における心理的变化を明らかにし、支援の方向性について検討することを目的とした。

【方法】日本国内に本社を有する1年以上の長期海外派遣労働者の配偶者にインタビュー調査を行った。調査期間は2012年10月～2014年2月である。インタビューの内容は、心理的变化とそれに伴う行動に関連する文節を抽出してコード化し、類似したコードを集めてカテゴリーを生成した。

【倫理的配慮】研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】カテゴリーを《 》、コードを 〈 〉、対象者の語りの要

約を「」で示した。渡航前は、〈不安の中にもわくわくした気持ち〉があり、「楽しみにしている様子」もあった。渡航直後では、夫や夫の会社関係者の配偶者から情報を得て〈ほっとした〉が、数か月すると「頑張ってるね」「ここまでねと突き放され」て〈見放された感〉を生じていた。「一人でやらなければいけない」「人に何かしてもらうのでは成り立たない」と〈覚悟を決めた〉一方で、〈不安感でいっぱい〉になり「会ったこともない夫の会社関係者からの電話で大泣きをした」様子が見られた。また、「誰々の奥さんでしかない」「夫の立場イコール妻の立場」という〈一人の個として見られない違和感〉があった。渡航当時は「何かを学んで帰りたい」という〈自己の生涯キャリアへの焦り〉があったが、「家族の健康を守ることが私の役割」「夢のようなこの生活を楽しもう」と〈自己の思考を変えようとする試み〉が〈自己肯定〉につながっていた。そして、「ここはそうだと思うないとやっていけない」と〈現地の文化や生活状況を受け止める〉ことで〈肯定的な受け止め〉ができるようになっていった。

【考察】海外生活では、自分自身で覚悟を決め、考えを転換させて自己肯定感を得ることが重要であることが推察された。配偶者のエンパワメントを推進するための支援のあり方を検討する必要があると考える。

一般1-3 ラテンアメリカ人コミュニティへの心理支援から見られる最近の動向と課題

田中 ネリ¹⁾、阿部 裕²⁾

1) 四谷ゆいクリニック、2) 明治学院大学

ラテンアメリカ人への心理支援の一つとして、外国につながる子どもの学習支援を実施しているNPO団体やラテンアメリカ人コミュニティと連携をしてカウンセリングのアウトリーチ活動を実施している。

外国人が集中する地域に向かうことによって、特に子どもや働く相談者が学校や職場を休まずにすむので、アウトリーチを開始したが、継続していく中で、最近見受けられる問題と課題がいくつか見られたのでケースの紹介を通して検討していく予定である。

相談に来ている子どもはスペイン語圏、親がラテンアメリカの国から来日、第2世代である。日本で生まれたのが60%であっても、一時祖父母や親と戚に育てられており、51%が親との別離を経験しており、親子の橋渡しとつながりを育くむ買い介入が大事であると思われる。

最近増えたのは自閉症スペクトラム障害 (ASD) をうたがうケースの増加であり、このような相談は最近かなり増加し

ているようである。学習支援教室における53例のうち、8名がASDの疑い、あるいは診断を受けていた。ちなみにブラジル人が多い地域の学校の特別支援学級生徒12人のうち、10人が外国人である、という報告もあり(中川郷子、2016)、その背景にどのような要因があるのかをみていくのが課題である。

ケースを通して、言語の問題であるか、あるいは障害の可能性があるかを判断していく難しさを提示する。

子どもが日本語がメインになり、母語しか話さない親とのコミュニケーションの困難が以前から指摘されていたが、特に親子の葛藤が強い時、その傾向が堅調になるのが観察された。

次に、ケースはそんなに多くないが、インターネットでのセクハラ被害にあったケース、さらに触法行為を行ったケースも見られ、警察や法律の介入が必要であったケースも見られ、今後のサポートのあり方や予防が重要であると思われる。

一般1-4 熊本における外国人のこころのケア活動

益田 充

日赤和歌山医療センター 外科医/国際医療救援登録要員、
JMEDRA-HAP (日本EMDR学会人道支援プログラム) 委員

【目的】 発表者は2015年まで、国立病院機構熊本医療センターにて外国人診療コーディネーターとして医療通訳養成などに取り組みつつ、外科勤務の傍らEMDRセラピストとしてこころのケア活動に従事していた。現在は日赤病院に勤務し、紛争や災害地域での治療経験を生かした外国人診療活動、こころのケアに関する活動をしており、同時に日本EMDR学会人道支援プログラム (JMEDRA-HAP) の災害支援担当委員として、EMDRを集団に用いるG-TEPという方法をトレーニングしている。そんな中で4月に熊本地震が発生し、外国人支援及びこころのケア活動につき、熊本の医療機関や外国人支援団体等より支援要請があり、それを受けて現地で活動した。本発表では今回の活動報告をするとともに、外国人のこころのケア活動関係者が、今後の支援に向けてどのような体制を構築していくのが望ましいかを検討する。

【活動概要など】 2016年4月14日以降頻発する、熊本地方を中心とする地震被害は、その規模や余震の多さなどから、住民に心身ともに大きな負担を与えている。発表者はJMEDRA-HAP (上記) 委員として平時より災害時のトラウマ治療体制づくりを担当していたが、今回は国立病院機構熊本医療センターの精神科/こころのケアチームより支援者ケアにつき応援依頼を受け、同院の支援体制づくりのサポートを開始した。

また、同センターと医療通訳派遣契約を締結している (*発表者がその契約を担当)、熊本市国際交流振興事業団より、同様の依頼が外国人のこころのケア活動にも活用できないか、という相談があった。そこで、同センターおよびHAPと、国際交流振興事業団が連携することで、一般市民へのこころのケアシステムに外国人も加わるようにした。またそのような取り組みに入れない外国人については、同事業団のイベントにこころのケアの取り組みを付加することで、フォローアップできるようにした。

【今後の課題など】 今後トラウマ症状が顕在化し、重症化していくことが見込まれる中、既存の外国人診療システムを応用して、どこまで他の一般市民と同様のケアを提供できるのか。また外国人特有の問題 (言語、文化、制度等) につき、災害下でどこまで対応できるのか。EMDRをはじめとするトラウマ治療にのせる場合の課題とは。等、多くのことが発展途上である。

しかし同時に、この「熊本モデル」は、他地域における平時及び災害時の外国人のこころのケア体制づくりに向け、貴重な試金石となるはずである。

今後の展望も含め、現時点での状況を報告したい。

一般演題 2 『診察関連』

座長：大塚 公一郎（自治医科大学 看護学部）

一般2-1 アジア系外国人患者の診療でできなかったこと、できること

青山 洋

青空精神科・心療内科

【はじめに】一般の精神科臨床で、ごく一部の外国人患者の診療は、言葉の問題に加え、労力と課題が多くなることがあり、多くの病院や診療所が敬遠する理由になると思われる。主に最近の事例を通じて、初歩的な報告をさせていただきたい。

【症例】

1. 28歳、男性。中国人、無職。

故国で18歳頃から統合失調症とされて服薬していた。母親が日本人男性と再婚して先に来日。夫の死後も日本にとどまり、その後本人が日本に移住。総合病院から紹介受診されるが、定期的な通院が難しかった。薬物処方他、生活支援が必要になった。

2. 27歳、女性。インドネシア人、看護師研修生。

EPA協定で来日。日本語研修開始後間もなく心身が不調に。研修施設職員に伴われ受診。適応障害によるうつ状態として処方。休養目的の診断書を発行した後、施設で帰国手続きがとられた。

3. 26歳、男性。中国人、大学3年生。

就学生を経て入学。1年前から引きこもり状態に。大学保健センターから紹介受診。鬱状態が見られたが、故国で双極性障害といわれたことがあった。一時的な幻覚体験も告白。診断書発行と処方開始。光トポグラフィ検査も希望。休学・下宿退去後、一時帰国した。

4. 35歳、女性。フィリピン人（セブ島出身）、無職。

結婚し二女出産。離婚後、10年前に日本人男性と出会い交

際。8年前から日比を往復。5年前に一女を儲けた。男性は妻と別居状態。連れ子と来日し同居したが、男性の離婚調停が進まず、気分不安定が強まり受診。II型双極性障害として対応。その後男性の離婚が決まり、徐々に落ち着き通院中断。なおこの間、中学で不登校気味の連れ子の長女も受診。適応障害として少量の抗うつ薬を処方。長女は帰国することになった。

5. 26歳、男性。台湾人、大学院生。

2年前、博士後期課程入学のため来日。研究室では英語で過ごせる。同伴した妻は日本語能力を得て就労し、一女を儲け育児休暇中。最近、会議の席や買物先スーパー等、不特定の場所で、呼吸苦、めまいなど「パニック」がおこった。不安障害として対応。抗うつ薬増量後、認知行動療法的関与もした。日本語習得も望ましい旨を伝えている。

【今後への考察】外国人患者は、受診の背景としての生活状況が様々で、疾病性以上に事例性を考えさせられる場合が多く、問題解決上、診断書発行や社会福祉サービス告知が必要になり、患者側の自助努力に頼ることも少なくない。環境の変化にともなう適応の問題が大きく、宗教生活（上記患者のうち4人が活動的信徒）も参考になる。言葉の問題は、日本語を一定理解する家族がいたり、付き添い者が来たりすることがあり、必ずしも障壁とはならないが、日本語母語の話者でのような微細なニュアンスを理解した診療ができない。できなかったことを中心に、今後何ができればいいかを考えたい。

一般2-2 精神障害をもつ在日中国人における「生活のしづらさ」

— 中国人医師による精神科外来での質的調査から —

李 亭

東京福祉大学大学院 社会福祉学研究所

【背景と目的】日本政府は、地域における多文化共生の推進に積極的に取り組んでいる。しかし、現行の各種制度や体制整備には、これに十分対応し切れてはいない。こうした状況のなかで、在日中国人における異文化適応など、様々な研究がなされている。けれども、精神障害をもつ在日中国人に焦点を当てた調査は殆ど行われていない。本発表では、彼らの日常生活における「生活のしづらさ」（谷中輝雄）に注目し、その形成諸要因について検討を試みる。

【対象】東京都内にある私立総合病院で、中国人医師による精神科専門外来に通院中の精神障害をもつ在日中国人30名（男性9名・女性21名）である。DSM-IV・ICD-10による診断では、統合失調症13名、うつ病6名、躁うつ病4名、神経症2名、認知症2名、適応障害1名、知的障害1名、パニック障害1名である。

【方法】調査は2014年5～7月にかけて、中国人医師による診察のあと、演者が別室で中国語によるインタビューを行った。医師、調査者、対象者はみな中国語のネイティブであり、きめ細かな質的データを収集できる。分析にあたっては、木下（2007）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。

【結果】逐語化したデータの集積から、20個の概念が生成され、継続的比較分析に基づく7対の対極概念を見出すことができ

た。最終的に、9個のサブ・カテゴリー（「来日前の発症」・「来日後の発症」・「主観的不幸福感」・「否定的感情の醸成」・「社会参加の制約」・「客観的幸福感」・「肯定的感情の醸成」・「ストレス要因」・「リカバリーへの道」）、および4個のカテゴリー（「精神疾患の発症」・「生活のしづらさ」・「生活のしやすさ」・「『生活のしづらさ』から『生活のしやすさ』へ」）からなる結果図が作成された。

【考察】本調査では、精神障害をもつ在日中国人における「生活のしづらさ」の形成諸要因が多々見出された。他方、彼らは日本での「生活のしやすさ」も実感していることも明らかとなった。「生活のしづらさ」の形成諸要因は主に、言語の不自由による受診の困難さ、精神疾患がもたらす生活への影響、孤立された生活環境での孤独感、異文化適応ストレスなどであった。「生活のしやすさ」の形成諸要因は主に、現在の中国と比べ、日本の医療や食品に対する安心感、生活保護・自立支援・年金の給付、ヒューマンサービス、高い生活水準、成熟した社会環境などであった。そこから、今後、精神障害をもつ在日中国人への支援では、「生活のしやすさ」を強化することで、「生活のしづらさ」の改善、再発の予防、ケアマネジメントの進め方、ストレス視点の活用、問題の解決や軽減、さらにはリカバリーのプロセスへの重要な手がかりを得ることが期待される。

一般2-3 精神科救急病棟における外国人事例の問題点

白井 優、山中 浩嗣

千葉県精神科医療センター

世界的な人口流動性の増加傾向、出生率低下というわが国の人口動態等の理由から、わが国は今後さらなる多文化社会化へシフトする可能性が論じられて久しい。多文化間問題に関するリテラシーを必要とする外国人事例のマネジメントは、独特の問題と困難を有しており、これまでも本学会を含め数多く報告されてきた。

近年、日本も文化外交、いわゆる「ソフト・パワー」が外交手段の重要なひとつとなり、2020年に開催される東京オリンピックに向けて、外国人の外国人への利便性に配慮した社

会への変化を実際に肌で感ずるようになってきている。来日、在日外国人のさらなる増加が予測されることは、精神科救急における外国人事例の増加予測とほぼ等しいことであり、これら事例に対しより円滑なマネジメントが必要とされるのが特殊ではなくなるであろう。

本発表では、成田国際空港を有する千葉県にある当院の外国人事例を解析し、近年の傾向と問題点を、抽出することを試みたため、ここで報告する。

一般2-4 労災後に解雇されたことで症状が遷延化した日系ブラジル人のPTSD症例

須田 史朗

自治医科大学精神医学教室

【はじめに】わが国では1990年に入国管理法が改正され、日系ブラジル人の受け入れが加速した。彼らの多くは工場などで単純労働に従事し、わが国の労働力の不足を補うことで経済発展にも貢献した。しかし、リーマンショック以後は人材の余剰が生じ、大量解雇が社会問題化している。彼らには日本語や法律知識の不足から労働者としての権利が守られず、弱い立場に追い込まれやすい現実がある。今回、労災後に解雇されたことで症状が遷延化した日系ブラジル人のPTSD症例を経験したのでここに報告し、問題提起を行いたい。

【症例】30代女性。12年前に夫と来日。A市に在住し、工場労働者として働いていた。X-1年9月、作業中にローラーに右手を巻き込まれ中指掌側にデグロービング損傷を受傷。受傷時、近くに監督がいたが、助けをよぶ患者の声は届かず激しい苦痛を体験したという。B病院に搬送されたが皮膚は一部壊死しており、植皮手術が行われた。受傷二週間後より事故に関連した悪夢を見るのが連日続くようになった。創部は癒着拘縮を生じ、形成術とリハビリのため継続通院が必要となり、労災が適応された。しかしその後、職場からは事故の原因は患者の勤務態度にあると責められ、一方的に解雇を通告された。退職金も支払われなかった。X年3月、運動障害が改善したためリハビリは終了となったが、不安、抑うつが強いとの

ことで担当医より紹介となり、精神科を初診した。受診時、抑うつ気分、不眠、悪夢に加え、事故に関連した侵入的想起、対人関係を避けるといった回避行動が認められ、PTSDと診断した。特に、助けを呼ぶ声が届かず皮膚が引きちぎられた時の恐怖感を想起するとパニックになってしまうとの訴えが強かったため、パロキセチンによる治療を開始した。薬物療法により抑うつ気分は3ヶ月程度で改善傾向となったが、侵入的想起は持続した。また、解雇され退職金も支払われなかったことにより、生活苦が顕著となったことへの不満が繰り返し聴取された。X+1年3月、再就職先が決まったことを契機に侵入的想起、不眠は大きく改善した。しかし悪夢は持続しており、慰謝料の請求を巡って調停が行われているが法的手続きは遅々として進んでいない。

【考察】業務中にデグロービング損傷を受傷したことによるPTSDの症例。再就職先が決まったことを契機に症状は軽快しており、事故後に一方的に解雇されたことで生活の困窮を来したことが症状遷延化の要因となった可能性が否定できない。患者は日系ブラジル人であり、日本語や法律知識の不足から苦情を訴えることができず結果的に不利益を被ったと考えられ、今後の対策が望まれる。

一般演題 3 『多文化』

座長：北中 淳子（慶応義塾大学文学部 人文社会学科）

一般3-1 日本，アメリカの大学院心理臨床家教育プログラムにおける多文化教育の比較と考察

湯浅 紋、岩崎 優里

明治学院大学大学院 心理学研究科、四谷ゆいクリニック

【背景と目的】2015年9月、「公認心理師法」が参議院本会議で可決し成立したことを受け、心理臨床家の専門性・独自性に注目が集まっている。臨床心理士法の条文に目を通すと、その受験資格は臨床心理士のそれとほぼ同じであり、現在のところ「臨床心理士」という資格が発展的に「公認心理師」となると広く予想されている。同年9月2日に衆議院文部科学委員会が今回の法案に関して「公認心理師が臨床心理学をはじめとする専門的な知識・技術を有した資格となるよう、公認心理師試験の受験資格を得るために必要な大学及び大学院における履修科目や試験の内容を定めること」と附帯決議したように、事実上の国家資格化に向けて、その教育プログラムにさらなる注目が集まっている。

一方で、急速に多様化する社会の中、文化的な差異はさまざまな分野において慎重に取り扱われるべきトピックであるにも関わらず、日本の臨床心理学分野においては、未だその概念が教育課程や実践トレーニングに積極的に取り入れられていない現状があり、直接的な先行研究も散見するに留まっ

ている。

このような背景の中、現臨床心理士指定大学院のプログラムを他国の類似プログラムと比較分析することは、日本の心理臨床家育成プログラムにおける多文化教育の払底や可能性を検討するに役立つと確信する。本研究では多様化する日本社会のニーズに応える心理臨床家の育成に一助を与えることを学問的、社会的貢献意義とする。

【研究方法】東京都内の某私立大学に存在する公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士の大学院のプログラム概要と、アメリカ合衆国のニューヨーク州がState Boardとして認定するMental Health Counselingの資格を取得するための資格認定部門が認定する大学院プログラム概要を比較検討し、多文化教育の有無、その割合や重要性について分析し考察する。本研究では、北米の中ではその人口、地域発展性について東京都と類似性を見るニューヨーク州中心部の私立大学を選択し、ニューヨーク州の教育プログラムを採用する。

一般3-2 日本，スペインの大学院心理臨床家教育プログラムにおける多文化教育の比較と考察

長澤 想宇¹⁾、湯浅 紋²⁾

1) 四谷ゆいクリニック、臨床心理士、2) 明治学院大学大学院心理学研究科 心理学専攻 博士後期課程

【背景と目的】リーマンショックや震災の影響で多少の減少を見た時期もありながら、日本における外国人登録者数は年々増加の傾向を辿っている。その数はここ200万人以上を超過しており、すでに日本の総人口の1.6%を占めている。さまざまな分野でグローバリズムが叫ばれ、多言語や多文化の対応はもはや必須となりつつある現状の中、医療や心理臨床分野においてもその重要性に注目が集まっている。

これまで医療や心理臨床分野の多文化の研究は、その対象者、すなわち不適応を起こした留学生や外国人労働者に焦点が当てられることが一般的で、その支援者を対象にした研究は散見するに留まっている。しかし文化的概念から見て、ホストである社会や支援者の多文化適応無くしては、真の意味でのグローバル化は成し得ないと言えよう。

一方で、移民や難民の受け入れが多く、地理的にもさまざまな文化が常に隣り合わせである欧州においては、多文化研究もその歴史が長く、心理臨床分野においても研究が盛んである。そのような背景の中で日々行われる心理臨床、そしてその専門家育成プログラムは文化的概念を多く含むことが推

察され、それを分析することは、多様化する日本の、心理臨床家育成プログラムの多文化教育の発展のために一助を担うことが期待される。

2015年9月、「公認心理士法」の成立に伴い、日本の心理臨床家の専門性・独自性に注目が集まる中、心理臨床家として初の国家資格化に向けて、その教育プログラムの設立が急務となっている。このような現状の中、本研究では欧州と日本の心理臨床家育成プログラムを比較し、その将来的な多文化教育の在り方を検討することは学問的、社会貢献的意義があると考える。

【研究方法】東京都内の某私立大学に存在する公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士の大学院プログラム概要と、欧州スペインのマドリッドが認定するClinical Psychologistの資格を取得するための資格認定部門が認定する大学院プログラム概要を比較検討し、多文化教育の有無、その割合や重要性について分析し、考察する。現在、両プログラムを比較し、統計処理中であり、当日はその結果と考察を発表する。

一般3-3 共生社会と障碍：多文化間アドバイザーとして —インター校特別支援学級の日本人生徒と親への支援を通して

石田 まりこ

ベルギーインターナショナルスクール

【はじめに】国籍や民族などの異なる人々が、文化的差異を認め合いながら、地域社会の構成員として共に生きていく多文化共生社会の概念は、グローバルになっているからこそ重要なものである。また、障害文化が障害者の主体化を促し多様性を喚起するためにも(津田2000¹)、「年齢、障害の有無、性別などの属性だけで排除や別扱いされない社会²」(内閣府)や「これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会³」(文部科学省)の実現も求められている。

本発表では、保護者の転勤に伴い、インター校の特別支援学級に転入した日本人生徒が、他者と共生しながら新たな一歩を踏み出していく際に、多文化間アドバイザーとしての保護者と生徒への支援を報告する。また、今後の支援について、フロアからのアドバイスを頂戴できれば幸甚である。

1. 教育環境 本校には幼稚園から高校まで、通常のクラスと特別支援学級がある。「教育を受ける権利」をすべての子供が享有・行使することを確保するために、支援のレベルを、mild support, moderate support, intensive supportの3段階に分け、子供の障碍に応じて通常クラスと支援クラスのバランスをとっている点で、multi-track方式といえる。

インター校での教育は主に英語で行われるため、英語が第一言語ではない生徒を受け入れる際には慎重に討議する。さらに、特別支援生徒数の割合も学校全体で15%、学年で17%以下の基準を設定している。

2. 障碍とアイデンティティ 4領域の統合を論じたJill (1997)のアイデンティティ獲得論だけでなく、特別支援クラスの一員として、学校の一員としての英語での活動を通してだけでなく、母語による意味体系化を通じた活動もアイデンティティ形成に寄与する。

3. 事例検討

3.1. 保護者への支援

3.2. 生徒への支援

【おわりに】本発表では、多文化間アドバイザーとしての支援として、生徒だけでなく保護者へも支援をおこなっていることを報告した。

異文化環境に身を置いて勉強することには正負の両側面がある。正の側面としては、違うことが日常の環境にいるからこそ、マイノリティの自文化を意識したり、新たな他文化への興味をもつことにもつながる。負の側面としては、マジョリティの文化に対して自文化を劣ったものとして考えてしまうことである。

多文化・多言語の接触を大切にすることで、アイデンティティ獲得に繋がる支援をすることが、「弱い靱帯の強み」としての多文化間カウンセラーの役割と言えるのではないだろうか。

1. 津田英二 2000 「(障害文化) 概念の意義と課題」

2. 内閣府の共生社会政策「(共に生きる新たな結び合い) の提唱」

3. 文部科学相「共生社会の形成に向けて」

一般3-4 多文化の職場環境の改善を目的とした "Work Ethics and Harassment Prevention" FDワークショップの試み

山内 浩美

立教大学 人権・ハラスメント対策センター

立教大学では、2010年から英語教育を充実させ、1年次必修科目として、統一シラバスの「英語ディスカッション(D)」クラスを設置した。D講師たちが所属する英語ディスカッション教育センター(Dセンター)では、日本を含めて10か国出身の、4名のプログラムマネージャー(PM)と42名のD講師が、プライバシーを十分に保つこともできない共有スペースにて、毎日、終日勤務を共にする環境の中、一部の講師より、職場・執務環境の改善を求める声が上がった。共有スペースである講師室(12名1部屋)で、国籍・文化・宗教等の違いに対する問題発言、セクハラ的言動、個人的感情等を過度に表す態度、職業倫理上不適切な姿勢・考え方など、様々なケースにより、職場環境への悪影響が生じ、一時的に勤務ができない精神状態になった講師も出た。Dセンターは、早期かつ組織的な対応を検討し、人権・ハラスメント対策センターに、職場・執務環境改善につながる特別FD実施を依頼した。

依頼を受けた発表者は、DセンターのPM、事務職員と話し合いの上、90分のワークショップ形式のFDを企画、実施した。FDのタイトルは、「Work Ethics and Harassment Prevention」とした。前半は講義形式とし、ハラスメントとはマナーの問題であり、マナーや善悪の判断、社会の常識は文化・社会・時代によって異なるので、自分と異なる人とのコミュニケーションの中で意図せず起こる場合があること、

他人の言動に傷ついたときの対応、学内での相談機関について説明した。後半は、「全ての人にとって良い職場環境とは」「安全で心地よい職場環境にするには」という職業倫理のテーマについて、グループディスカッションを行い、出された意見を全員でシェアした。

後日実施されたFD参加者アンケートでは、FDは役に立つ内容だったが、90分の時間枠は長すぎたという意見が多かった。また、このFDは2016年4月に実施されたが、入職直後のD講師は、前年度の職場環境の問題を知らない上に、数日前に新入教員研修においてハラスメント研修を受けた直後だったため、FDでこのテーマを再度取り上げたことに否定的な意見が出された。時間枠と実施時期について、今後、再検討の必要がある。

FD実施の約1か月後に、PM、英語D事務職員と、FDの目的である、講師室の職場・執務環境改善についてのアフターミーティングを行った。PMによると、FD実施後、問題発言を繰り返していた複数の講師が、講師室で同僚と雑談中に、自分の発言がまずかったことに会話途中で自ら気づいて修正する行動が何度か見受けられたことから、職場環境を悪化させないという意識の向上が見られ、このFDは、現在のところ、多文化の職場環境の改善において、一定の効果があつたと考えられる。

一般演題4 『症例報告』

座長：藤井 久彌子（獨協医科大学 精神神経科）

一般4-1 言語的コミュニケーションの困難さによって、診断および治療に難渋した統合失調症の1例

石川 高明、竹内 祥貴、藤平 明広、下田 和孝

獨協医科大学 精神神経医学講座

【症例】38歳、女性

【生活歴・臨床経過】フィリピンにて同胞5名の第4子として出生した。母国語はタガログ語である。元来真面目で、社交的な性格であった。フィリピンの大学に進学するも、経済的な理由で中退した。X-17年に日本人の夫と結婚し、T県に在住。幼稚園で英語教師のアシスタントをしていたが、仕事の負担を契機にX-1年から気分変動がみられ、不安、不眠が出現した。X年4月、タクシーに乗車するも目的地が定まらず、患者が裸足であり、所持金も無かったことから、運転手が通報し警察に保護された。X年5月、精査加療目的で当院に入院となった。入院中はまとまりを欠いた言動や情動の不安定さが目立ったが、明らかな幻覚や妄想は確認できなかった。治療者は英語および日本語でコミュニケーションを試みたが、治療関係の構築は困難であった。統合失調症圏を疑い抗精神病

薬を処方したが、患者は病識が欠如しており、服薬アドヒアランスは不良であった。情動は安定せず、無断離棟したため、患者の安全を確保するには行動制限が必要と判断されたが、夫の同意が得られず、第8病日に退院となった。X年8月、フィリピンに渡航した際には独語、まとまりのない言動がみられ、同国の精神科病院を受診し、統合失調症様障害と診断された。同院で1か月間の入院治療を行い、その後日本に戻った。現在は当院の外来に通院しており、薬物療法を継続するとともに患者と夫に対して疾病教育を行っている。

【結語】患者は英語、日本語ともに流暢に話すことができず、そのため精神症状の評価に苦慮した。言語的コミュニケーションの困難さ、さらに幻覚や妄想などの統合失調症の典型的症状を欠いていたことが診断および治療に難渋した要因として挙げられる。

一般4-2 宗教的文化的背景により、治療に難渋した一症例

越智 紳一郎、伊賀 淳一、上野 修一

愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学

症例は26歳男性。中東のA国にて出生。敬虔なムスリムである。14歳頃から文化的に許されないことは理解していたが、ポルノを見ることがやめられなかったという。X-3年留学生として、来日し、B大学にて大学院生として研究に従事していた。X-2年、ラマダン（断食月）の時に神に不潔な行為をやることを誓った。しかし、なかなか欲求を制御することが難しく、精神的に安定を図るため、インターネットでハーブやサプリメントを購入して服用するようになった。X-1年12月頃より、不眠が出現。突然のほてりや血圧の上昇など、体調不良を自覚するようになった。徐々に増悪したため、X年4月21日近医を受診し、エチゾラム、ゾルピデム、ピソプロロールが処方されたが、改善を認めなかった。そのため精査加療目的で、同年6月18日当院を紹介され受診した。

初診時、イライラして周囲の人に当たってしまうことを訴えた。不眠や性欲の減退、自律神経症状を認めた。以前から、感情が昂ぶり過食となる、感情の波が数ヶ月続く事があったことから、双極性障害を疑い、フルニトラゼパムとバルプロ酸を追加処方し、治療を開始した。バルプロ酸内服後、自覚的に感情の波が落ち着く感じはあった。しかし、ラマダンが始まると、摂食制限と夜間の祈禱を行わなければいけないため、午前2時に起き、5時半まで礼拝するようになると、不眠

薬が服用できなくなった。また、夕方まで食事が摂れないため、定期的な内服が困難となった。内服タイミングを変更し、夜間のみまとり、礼拝の後、午前中休養を取れる時に睡眠をとることを支持し、出来る限り安静休養が取れるように努めた。その結果、抑うつ症状は改善し、不眠も徐々になくなってきた。治療途中には、性的なことに対して、自分はホルモン異常があるのではないかと、心氣的に訴えるようになることがあったが、泌尿器科や内分泌内科を紹介し、明らかな異常がないことを確認し、納得するまで説明も行った。バルプロ酸、フルニトラゼパムを中心に薬物治療を継続したところ、心氣的なところもなくなり、精神症状も徐々に落ち着いてきた。その後、X+2年に無事学位を取得でき、帰国することとなった。本人の希望もあり、少しずつ薬物は漸減中止したが、大きな症状の悪化はなく、何かあれば母国で精神科を受診することを勧め、当院は終診とし、同年4月に帰国している。

本症例のように、本人の宗教的、文化的背景によっては、必要である定期的な内服や十分な休養を取ることが困難なこともある。他文化の背景を持つ患者を診察、加療する際には、これらの背景を十分理解し、内服薬の選択や、服薬のタイミング、睡眠時間の確保の仕方など、十分に考慮する必要があると考えられた。

一般4-3 日本の「スピリチュアル」と臨床：2つの臨床例と1つのナラティブ

鶴田 みさ

ナチュラルリソース

死生観等「スピリチュアル」な部分は、その国の文化・風土・宗教的背景と切り離せないものである。日本では風土と密接な関わりのある多神教に、外来宗教である仏教が時代の要請や政治・経済状況等によって混交されたり分離されたりということが行われてきた。同時に様々な土着の信仰も現代に至るまで存続していると言える。

元来精神科疾患等を含む人間の苦しみと宗教観・スピリチュアル観には密接な関係があるが、現代日本人の一般的な宗教・スピリチュアルな土台はむしろ脆弱であり、ためか占いや疑似スピリチュアル的介入、いわゆる「霊」に関する処方などが一般に多用されていることは周知のことである。

こうした傾向が臨床にとって助けとなる場合もあるだろうが、障害となる場合も多いことは否めない。本論では、演者のこれまでの臨床経験等から3例を挙げる。

1) 「霊」に充ちた小学校低学年女子の例

その小学校低学年の女の子は、過剰適応気味の姉に比べ、妹である本人は母親に理解される場所が少なかったようだった。ややADHD的傾向があるものの、むしろクリエイティブな面は好感を与えた。

彼女が悩まされていることのひとつが、霊のことであり、実際親子の町では首つり自殺のあった公園のことが語られたり、母親もまた、家内に何かそうした存在がいることを示唆したりしていた。彼女に霊能力があったわけではなく、周囲からのそうした示唆・教唆により、本人の得体の知れない不

安が増長され、集中力を欠いていたように見えた。

2) 占いをカウンセリングに代用した40代女性の例

二十歳の頃より摂食障害等で治療。入院歴、自殺未遂歴あり。14年間に渡るカウンセリングが頓挫し、次のカウンセラーから占いを言うよう言われた。結果、対象は分散され、カウンセリングのように定期的でなく衝動のままに占い師という対象を使うことが可能となり、経済的な破綻を迎えた。

とりわけある劇団のスターとツインソウルであると言われ、自分の仕事を犠牲にするほど時間的にも金銭的にも捧げる結果となってしまった。

3) 東日本大震災に於ける死んだ恋人との邂逅

女性は3.11の当日、自宅に助けに来てくれた婚約者と手を取り合って逃げたが、津波に巻き込まれ、気がつくと彼はいず、波に浮いた家の上に打ち上げられ助かった。

何度も生きる勇気を失いそうになったが、1周年なので供養をしようと、地元のATMに並んでいると、並んだ人の大半が霊であり、その彼も、お金を下ろして戻ってきた。2人は会話を交わし、その後彼女はそこに泣き崩れた。通りかかった仏僧に助けられ、供養の場にも送ってもらった。

この女性が、仮に治療を受けていたら、この体験はあったであろうか。故人の霊を見る、故人に会うといった体験は十分に個人的であり、土地の精神風土にも左右されるだろう。神秘的体験の方が心理的治療より本人や周囲にとって受け入れやすい形態であったということだろうか。

一般4-4 狐憑きの憑依妄想を呈した統合失調症の一例

長谷川 千絵^{1,2)}、下田 和孝²⁾

1) 鹿沼病院、2) 獨協医科大学 精神神経医学講座

【はじめに】狐が憑いたという憑依妄想を呈した統合失調症の一例を経験したので報告する。

【症例】57歳女性。同胞2人中第1子。栃木県東部で生まれ育った。父はアルコール依存症で酒を飲んで家人に暴力をふるうことがあり、そのため悩んだ患者は18歳で新宗教に入会した。X-5年(40歳)12月頃より、「黒い車に追いかけている」「女子高校生に悪口を言われている」という妄想を認めるようになった。心配した家人に精神科受診を勧められたが受診には至らなかった。その後身体的な訴えは認めていたものの特に問題なく過ごしていたが、X年7月頃から「近所にエイズだと噂されている」「盗聴器が仕掛けられている」などの妄想により不穏状態となったため、同年8月30日当院精神神経科初診となり、妄想性障害と診断された。外来でペロスピロン(以下PER)等を処方されたが、病識は不十分で服薬は不規則であった。その後「きつね様」の幻聴が出現したため除霊師を呼んで除霊してもらったが症状は改善せず、X+1年1月頃より幻聴、不眠が増悪した。そのためリスペリドン(以下RIS)に変更されたものの症状は改善しなかったため、同年7月1日、当院当科入院となった。入院時、態度は落ち着いていたが表情は呆然としており、「きつね様に取り付かれた」などと訴えた。幻聴、妄想を認め、「お経を読むと症状が

軽くなる」と述べるなど病識は欠如していた。入院後、ハロペリドール(以下HPD)、オランザピン、クエチアピン(以下QTP)、PER、RISを使用した精神症状に改善を認めなかった。薬物抵抗性の統合失調症であったことと、修正電気けいれん療法(以下m-ECT)での治療を患者が強く希望したため、HPDとQTPへ変更し、X+2年1月31日よりm-ECTを計10回施行した。m-ECTを5回行った時点で幻聴が消失するようになり、その後も徐々に幻聴が改善していったため、同年3月5日、退院した。その後は当院外来に通院している。

【考察】今の世の中では憑依が稀なものになっているにも関わらず、症例が憑依妄想を呈した理由を考察した。栃木県では狐が最もよく憑き、むじなや蛇の憑いた話は少ない。栃木県東部はかつて農耕地帯であり稲荷信仰はさかんであったと思われる。症例は「茨城の山に行ってお稲荷さんのお守りを買ったときに老人に憑いていた狐が私に憑いた」と述べていた。栃木県東部は茨城県と接しており茨城県では明治5年に廃止になるまで山伏が多くいた。このような地域特性や、症例が18歳時に新宗教に入会していたこと、家族が除霊師を呼んで除霊してもらったことを許容したことなどから憑依妄想を呈するに至ったと思われる。

一般演題5 『留学生関連』

座長：加賀美 常美代（お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科）

一般5-1 東京医科歯科大学における留学生の国際医療（精神）外来受診体制

上里 彰仁¹⁾、平井 伸英²⁾

1) 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神神経科、2) 東京医科歯科大学 保健管理センター

東京医科歯科大学は、文部科学省「スーパーグローバル大学創成支援」のタイプA（トップ型、世界大学ランキングトップ100を目指す力のある、世界レベルの教育研究を行うトップ大学）対象機関に採択され、高等教育の国際競争力を強化することに取り組んでいる。本学は医学部・歯学部その他、医療分野の多岐に渡る分野に関する研究機関を擁しており、アジアを中心とした国々の医療機関と提携し、多くの留学生を受け入れている。

日本滞在中の留学生に健康問題が生じた場合、留学生はまず本学保健管理センターの医師を受診することが推奨されている。感冒等の軽症症例は当センターで対応するが、精密検査や専門医による診察が必要な場合には附属病院の各科に紹介される。

ほとんどの留学生にとっては単身で母国を離れ外国に住む経験は初めてのことであり、異文化環境への適応にストレスを感じることは想像に難くない。彼らは配属された研究室の日本人教官の指導の下、双方にとって完全に自由とは言えない英語でのコミュニケーションにより研究を行わなければならない。更に、決まった年限内に研究成果を挙げ論文を出さないといけないというプレッシャーがかかる。このような環

境により精神的不調をきたし、保健管理センターを受診する留学生は少なくない。

このような留学生は精神科国際医療（精神）外来に紹介され、ここでは米国で臨床研修し、米国医師資格および精神科専門医を取得した日本人医師が留学生の診療に当たる。ほとんどの留学生は日本語である程度の症状を伝えることができるが、英語の方がより得意な場合が多いため診察は英語で行われる。

現在のところ、本担当医に紹介された留学生患者はすべてアジア人女性である。そのほとんどが適応障害と診断されるが、反復性うつ病や双極性障害と診断される症例もある。この保健管理センターからの紹介による精神科受診という経路は以前より存在したが、本担当医が国際医療（精神）外来を整え始めた2016年より紹介数が急激に増加した。留学生同士はネットワークを持ち、留学生患者自身が他の精神的に不調な留学生に保健管理センター受診を勧め、精神科受診につながる例が出てきており、最近の急激な紹介数の増加は、精神科受診を必要としている者が留学生の間に潜在的に多数存在している可能性を示唆している。

一般5-2 日本人大学生と中国人留学生における対人ストレスとその対処
— 「配慮の文化」と「面子の文化」 —

李 亭

東京福祉大学大学院 社会福祉学研究科

【背景と目的】日本人は対人場面で、親切であり、世間を配慮しながら生活し、感情をあまり表に出さないとされている。それに対して、中国人はより自らの面子を重視したり、物事を自己中心的に考えたり、自己主張が強いなどの傾向があると指摘される。そこで、本調査では、日本人大学生と中国人留学生の対人ストレス（研究1）とその対処（研究2）についてそれぞれ調査を行い、文化的背景からその相違点を比較・検討することを試みた。

【方法】研究1では、橋本（1997）が作成した「対人ストレスイベント尺度」を用いて、A大学に在籍している学生48名（日本人27名・中国人21名）を対象にして調査を実施した。研究2では、尾関（1993）が作成した「コーピング尺度」を用いて、A大学に在籍している学生68名（日本人41名・中国人27名）を対象にして調査を実施した。分析方法は、各項目と因子ごとに、平均値の差の検定を行い、有意差を検討した。

【結果】研究1では、日本人大学生と中国人留学生の対人ストレスの因子別平均と平均値の差の検定において、「対人葛藤」、「対人劣等」、「対人摩擦」といった3つの因子に有意差は見られなかった。各項目平均の差の検定において、「7. 知人に嫌な顔をされた」（ $p < .05$ ）、「10. 知人のストレス発散に付き合わされた」（ $p < .05$ ）、「22. 知人に嫌な思いをさせた」（ $p < .05$ ）に有意差が見られた。

研究2では、日本人大学生と中国人留学生のコーピングの因子別平均と平均値の差の検定において、「問題焦点型」（ $p < .01$ ）と「情動焦点型」（ $p < .01$ ）に有意差が見られた。各項目平均と差の検定において、「1. 現在の状況を変えるよう努力する」（ $p < .01$ ）、「3. 自分で自分を励ます」（ $p < .01$ ）、「5. 物事の明るい面を見ようとする」（ $p < .05$ ）、「9. 問題の原因を見つけようとする」（ $p < .01$ ）に有意差が見られた。

【考察】調査結果から、日本人大学生と中国人留学生における対人ストレスとその対処について相違点を明らかにすることができた。対人ストレスにおいては、「対人葛藤」の起因は「日本人の“集団主義”」対「中国人の“個人主義”」；「対人劣等」の起因は「日本人の“相手への配慮”」対「中国人の“面子への重視”」；「対人摩擦」の起因は「日本人の“他人に迷惑をかけた”」対「中国人の“人不為己、天誅地滅”」によると推察される。また、コーピングにおいては、「問題焦点型」の違いは「日本人の“考えてから走る”」対「中国人の“走ってから考える”」；「情動焦点型」の違いは「日本人の“曖昧さ”」対「中国人の“率直さ”」；「回避・逃避型」の違いは「日本人の“自然の成り行きに任せる”」対「中国人の“人間は必ず大自然に勝てる”」といった日中両国の国民性及び文化の違いによると推測される。

一般5-3 「留学準備教育スケール」の併存的妥当性 ～留学の成功仮説の検討とNEO-FFIとの関連～

橋上 愛子¹⁾、村上 裕子¹⁾、竹内 康子¹⁾、井上 孝代²⁾、外島 裕³⁾

1) 東京海上日動メディカルサービス株式会社、2) 明治学院大学、3) 日本大学

【問題と目的】 政府の「グローバル人材育成」に応え、X大学では学生が海外で学べる機会を積極的に作っている。しかしながら留学する学生の中には、海外生活に適応できず心身のバランスを崩し帰国するケースも少なくない。X大学の要請により、大学生が海外で適応するために必要な力を事前に身につけるための一助となるスケールの開発を試みた。2013年～現在に至るまでX大学にて数回のグループインタビューとアンケート調査を実施した結果、96問から成る留学準備教育スケール（以下：SRSA）を作成した。SRSAは、気質的側面であると仮定する基本的性格と、社会生活の中で身に付ける社会的能力の二つの軸から海外留学の適応力を捉えた。これまでにGHQ-12との相関は確認されているが、その結果だけでは本スケールの妥当性を十分に検証したとは言えない。また、X大学の求めるグローバル人材となるための留学は「留学を満期で終える」という客観的な成功の他、「自己成長できた」等、主観的にも成功を実感できる留学であることが必要とされる。そこで本研究の目的は、留学の「①目的の達成度」「②満足度」「③充実度」「④成長度」「⑤再留学への希望度」の5つの変数を留学の成功と捉え、SRSAと「留学の成功」の関係性を多面的に検討することとNEO-FFIとの関連を確認することである。

【方法】 2015年5月～7月X大学においてSRSAを実施したところ539名からの有効回答を得た。その内留学経験者（124名）に対して留学の成功を表すと捉えている上記①～⑤の変数についてもアンケート調査にて回答を求めた。一方、2015年6月

Y大学にてSRSAとNEO-FFIを実施したところ241名からの有効回答を得た。

【結果】 SRSAの22の下位尺度を説明変数、上記①～⑤の変数を従属変数にした重回帰分析を行った結果、「①留学目的の達成度」へは「多様性の受容 ($\beta=.23^{**}$)」「depression ($\beta=-.21^*$)」、「②満足度」へは「気候への感受性 ($\beta=-.24^{**}$)」「多様性の受容 ($\beta=.23^{**}$)」、「③充実度」へは「適応する自信 ($\beta=.34^{**}$)」「気候への感受性 ($\beta=-.18^*$)」、「④成長度」へは「ヘルプシーキング ($\beta=.19^+$)」「精神的タフネス ($\beta=.30^{**}$)」「自己肯定感 ($\beta=.23^*$)」、「⑤再留学への希望度」へは「積極的認知対処力 ($\beta=.29^{**}$)」「多様性の受容 ($\beta=.22^*$)」が、それぞれ影響を与えていることが明らかとなった。一方、SRSAとNEO-FFIとの相関分析の結果、病前性格の下位尺度 (paranoia, depression, schizophrenia, 神経質) と神経症傾向 (N) との間に $r=0.5$ 以上の強い相関関係が確認された。また、基本的性格の内「自己肯定感」と社会的能力の内「ヘルプシーキング」「自己主張力」「対人調整力」「達成動機」、異文化への適応力の内「適応する自信」と外向性 (E) との間にそれぞれ $r=0.4$ 以上の相関関係が確認された。

【考察】 今回の調査によりSRSAの更なる併存的妥当性が確認された。またSRSAの下位尺度と「留学の成功」との関係を検討したところ留学を成功に導くための要因が推測された。今後はSRSAの予測的妥当性についての検証が必要であると考える。

一般5-4 文化交流による学習意欲の相乗効果 —アメリカの日本語学習者と日本人留学生の協働プログラム—

安納 恵子

ディポール大学 外国語学科

A. この研究プロジェクトに取り組んだ目的

第一に海外における日本語学習者の言語環境の改善のためである。第二に日本から来る交換留学生たちが英語ネイティブとの交流を望んでいるためである。第三に日本語学習者と留学生の協働プログラムの効果をテストするためである。

B. 上の3者（日本語学習者、留学生、大学）の現状分析

第1に、海外における日本語学習者の困難のひとつに日本語環境の欠如があげられる。これは外国語環境のなかの日本語学習であるから容易に予想される。これを克服するためにITの発達によって本の勉強から日本に近い言語環境を作り出すと努力が続けられているが日本語ネイティブのゲスト・スピーカーのような「生の日本語」に比べると、臨場感が劣ることは否定できない。筆者は大学のジャパニーズ・テーブルを主催してきたが、日本語ネイティブのゲスト・スピーカーをある期間ジャパニーズ・テーブルに維持することは難しい。彼らの年齢、経験、教養などもボランティアの資質として必要である。

第2に、そこで目を付けたのが日本から交換留学生として一年間の期限付きでやって来る留学生達である。彼らは英語に堪能であるが、英語ネイティブのスラングについて行くのはかなりの時間が必要であり、そのために英語環境のなかで疎外感を感じている。簡単にいえば英語ネイティブの友人がなかなか出来ずに悩み落ち込んでくる。そんな日々の中で日本

人留学生が日本語学習者と日本語を話し友達になると、日本語学習者とキャンパス内や共通のクラスでも英語で話す時に緊張感が半減する。両者がコラボレートできるなら相乗効果が期待できる。

C. 対策としての3者の協働理解

そこで教師（筆者）が日本人留学生と内容について検討し、2014秋学期から2016年春学期の2年間、ジャパニーズ・テーブルのプロジェクトのプログラムを創造し、実践した。数人の留学生に協力してもらい、日本語学習者はジャパニーズ・テーブルに毎週金曜日集まり、参加者は準備されているプログラムを通して日本語を使用し、日本の理解を深めた。留学生はクラスのような堅苦しい雰囲気ではなく、自由な交流を通して「生の英語ネイティブの意外な側面」を見ることができ、英語環境での経験を拡大した。評判を聞きつけて新しい参加者が増えた。つまり日本語学習に関心を持つ学生が増え、日本語クラスの潜在的な学生が増えたことになり、次の学期の日本語クラス学生の増加につながることも期待できる。このペーパーは、参加して来る日本人留学生が大学生活の中で、具体的にどんな援助を必要としているか等を、インタビューを通してまとめた実践発表である。また、将来留学を考えている日本人学生の助けになる情報提供を期待している。

一般演題 6 『国内の多文化』

座長：須田 史郎（自治医科大学 精神科）

一般6-1 住民組織の声かけと抑うつとの関連について：
岡山県における高齢者こころの健康調査からの結果から。野口 正行¹⁾、岩瀬 俊秀²⁾、鈴木 越治³⁾、高尾 総司³⁾

1) 岡山県精神保健福祉センター、2) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座、

3) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学分野

【目的】 地域の高齢者にとって、ソーシャルサポートが抑うつへの保護因子であることが知られている。市町村や保健所では、地域の住民組織の声かけが高齢者のこころの健康に関係していることを経験している。われわれは住民組織による声かけの有無が高齢者のこころの健康と関連するかどうかを検討した。なお、本調査は岡山大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会による承認を得て行われ、住民のプライバシー保護を配慮して行われた。

【方法】 2010年8月に岡山県の3市町の65歳以上の住民21,232名に対して質問紙を郵送し、13,929名より返送された（回収率65.6%）。主要変数の欠損値を除き、最終対象数は11,312名であった。住民組織による声かけを曝露とし、抑うつ（psychological distress, Kessler Psychological Distress Scale: K6 > 5点）と重度の抑うつ（K6 > 13点）をアウトカムとし、年齢、性別、教育歴、婚姻状況、要介護度の有無を調整因子として、ロジスティック回帰分析を行い、アウトカム

のオッズ比と95%信頼区間を算出した。

【結果】 対象者の41.4%が抑うつを、6.5%が重度の抑うつを呈した。住民組織による声かけは心理的苦悩の低下と有意な関連を有していた（オッズ比0.71、95%信頼区間0.65-0.77）。声かけは重度の抑うつ低下とも有意に関連していた（オッズ比0.52、95%信頼区間0.44-0.62）。

【考察】 住民組織による声かけは抑うつ低下との関連が見られた。関連は重度の抑うつの方が軽度の場合に比べて強い傾向があった。ここで取り上げた住民組織は、途上国などでcommunity health workerとしてその重要性が認識されている。わが国でも戦前から戦後まで、まだ経済的発展を迎えていなかった時代にこれらの組織は形成され、現在もメンタルヘルスに対する意義を有している可能性がある。高齢化と人口減少という時代を迎えるこれからの時代に、インフォーマルな地域資源を活用することが重要となると考えられる。

一般6-2 がん患者の心理支援における関係性の文化と、支援者の臨床態度
— 関わりに拒否がみられた1事例の考察から —

田村 雄志

佐野厚生総合病院 精神神経科

【問題と目的】 がん緩和ケアの日常臨床では治療を拒否する患者に出会う事は多いが、そうした拒否の背景には患者自身の問題だけでなく、患者-医療者の関係性の問題がある場合も多いとされる（稲垣, 2011）。また、患者の拒否は関わる医療者にとって、自身の感情を大きく揺さぶられる事態でもある。そうした関わりをなかでは、患者だけでなく医療者自身も含め、それぞれが否応なく持っている役割や文化的背景、その「多文化な状況」としての関係性における個々の心理的葛藤について目を向けていく事が必要であると考えられる（田村, 2014）。また、支援者自身には自らが動かされている文化的背景について積極的に知る態度が必要であろう。

本発表では、関わりに対し拒否がみられたがん患者の事例を提示し、患者-医療者の関係性の文化という視点から、支援者として必要な臨床態度について考察したい。

【事例】 A氏 60歳代男性 診断：S状結腸癌

X年y-1月に体調不良と体重減少がみられたことからB病院を受診。入院精査の結果、上記がんと診断され、治療を目的としてX年y月に実家近くのC総合病院に転院となった。Aは主治医より勧められた抗がん剤治療について頑なに拒否し、その事を契機に演者へ心理支援依頼となった。Aは演者の訪問には予め応じていたものの、治療拒否に話題が及ぶと硬い表情をして「治療をしても仕方ない」と怒りを交えて応答し

た。また、演者がその背景に触れようとすると「どうでもいい」と遮った。一方、体が動けるようにリハビリは望んでいることや、入院生活上の不満等についてはある程度話す様子があった。ただし、概ね語りたがらず、演者に背を向け「もう来なくていい」と拒否した。Aの拒否に演者は困惑したが、訪室は演者自身の役割であると半ば苦し紛れに伝えたとAは了解した。その後、演者が訪室の際にはAは不貞腐れた態度で「来なくていい」と述べ、その怒りをぶつけながらも、一方で自身の背景、特に初診から転院までの1か月間に何の治療もなく自分が放置されたと感じていた怒りについて話題とするようになっていった。一か月後に亡くなるまで、Aは拒否的態度をずっと取りながらも、そうして演者に気にかけている事を望んでいるようでもあり、関わりの後半期には演者の訪問に感謝を述べる事もあった。

【考察】 事例では、患者の病状への否認と怒りの感情があった事が見てとれるが、それが「治療拒否」として医療者との関係性に投げ入れられると、医療者は自身の文化的葛藤に身を置かざるを得ず「困惑」する。それは医療者にとって役割が不確かな事態でもあるが、その不確かさに身を置くことにidentifyできるかどうか、医療者自身の文化を見据えた臨床態度と考えられる。

一般6-3 日本人のエイズ相談・検査に対する認知について： 尺度開発を通じた検討

飯田 敏晴

山梨英和大学 人間文化学部

○はじめに

日本における新規HIV陽性者・AIDS発症者数に占めるAIDS発症者の割合は、約3割を占める。早期発見の促進は、個人においては早期治療、社会においては感染の拡大防止に結びつく重要課題である。一方で、日本人成人男女における生涯でのエイズ相談・検査利用率は、海外での報告と比べると低いのが現状である。こうした背景を踏まえ、本研究では「エイズ相談の利用を促進する予防的介入方法の開発と評価(JSPS科研費26780403)」の一部の調査結果を報告することで、日本人の認識に基づいた効果的なエイズ相談・検査体制の利用促進策について議論したい。

○エイズ相談・検査利用の利益性・障がい性認知の概念整理と尺度開発過程

はじめに、青年を対象とした調査結果に対して質的分析を用いて、エイズ相談利用の利益性・障がい性認知の概念を検討した(飯田・佐柳, 2014)。さらに、A県内全域の保健所の協力の元、エイズ検査利用者を対象とした調査を行い、利用者と未利用者の調査結果の比較を行った(飯田, 2015)。これらの成果に基づいて、2016年2月、日本人成人男女 250名(30代~60代)対象としたアンケート調査を行い、暫定版の尺度を開発した。統計的解析からは、尺度は「利益性認知」「障がい性」認知の2因子が見出された。当日は、本尺度の詳細やその他の変数(生物学的性別や性的志向ごとの比較や、利用経験の有無等)との関連について報告する。それらの結果を、社会的・文化的文脈に基づいた観点から考察を深め、今後必要とされる取り組みについて議論したい。

一般6-4 地域高齢者の生活支援に関する調査

桂川 修一¹⁾、鈴木 恵子¹⁾、會田 友里佳¹⁾、林 果林¹⁾、加藤 祐樹¹⁾、山本 喜久¹⁾、小川 勝^{1,2)}

1) 東邦大学医療センター 佐倉病院、2) 小川クリニック

我が国の高齢者人口は増えてきており、65歳以上の高齢者は2025年には3,657万人となり、2042年には3,878万人となってピークを迎えると予測されている。2015年における上記人口は3,395万人で全人口の26.8%を占めていて、世帯主が高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯が全世帯の23.1%となっているが、さらに増加していくことも予想されている。今後認知症高齢者の増加とともに生活自立度の低下の懸念についても課題として挙げられている。

演者らが勤務する病院のある千葉県S市は人口17万6千人で、65歳以上の高齢者は5万人で高齢化率が28.6%となっている。高齢世帯は確かに増加しており、単身あるいは高齢者のみの世帯が増えている。このうち要介護認定者は6,352人であり、同市では5カ所の包括支援センターで介護サービスを行っている。平成26年に同市は一般高齢者と介護保険サービス利用者を対象にアンケート調査を実施しており、その中で明らかとなった生活支援に関する事項は次のようであった。自宅暮らし続けるために必要な事柄は、住み続けられる住まいがあること、家族が同居または近くにいることが挙げら

れた。日常生活の助けに必要な事柄は、一般高齢者では特にないと回答したが、介護保険利用者では病院への送迎を多く挙げていた。

共同演者の小川が勤務する診療所がある東京都E区は人口68万人の大都市であり、高齢者人口は13万7千人で高齢化率は20.2%である。高齢世帯の割合は52.6%あって、このうち単身者は16.9%、夫婦は35.7%であった。介護保険利用者はおよそ2万人で、区内26カ所の地域包括支援センターが介護サービスを担当している。同区の持ち家率は60.7%で住み続けられる住まいは確保されているようである。同区でも高齢者の介護予防のための様々な取り組みを発表しているが、S市のような住民に対するアンケート結果は公開されていない。国は総合事業・整備事業のガイドラインを示し、介護予防と生活支援を総合的に推進するよう市町村に求めている。

今回演者らは地域で生活する高齢者への相談支援事業を行っているS市、E区の担当者にアンケート調査を行い、高齢者の生活支援に必要なと思われる要素を探った。調査結果は考察を含めて当日発表する予定である。

第23回多文化間精神医学会学術総会 協賛団体

第23回多文化間精神医学会学術総会の開催にあたり、多くの学術団体、医療関係者の皆様からのご後援、ご支援をいただきました。ご厚情に深く感謝申し上げます。

第23回多文化間精神医学会学術総会

会長 下田 和孝

□ 寄 付

多文化間精神医学会 (予定)
獨協医科大学
獨協医科大学同窓会
一般財団法人 栃木県精神衛生協会
特定医療法人清和会 鹿沼病院
医療法人社団緑会 佐藤病院
医療法人朝日会 朝日病院
医療法人誠之会 氏家病院
医療法人秀明会 大澤台病院
医療法人栄仁会 大平下病院
医療法人桂慈会 菊池病院
医療法人仁和会 埼玉江南病院
医療法人至誠会 滝澤病院
医療法人圭愛会 日立梅ヶ丘病院
医療法人藍生会 不動ヶ岡病院
医療法人大田原厚生会 室井病院
医療法人生々堂厚生会 森病院
医療法人恵愛会 青木病院
医療法人根岸会 足利富士見台病院
大塚製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
ファイザー株式会社
日本イーライリリー株式会社 (申請中)

□ 共催セミナー

エーザイ株式会社
MeijiSeikaファルマ株式会社
MSD株式会社
田辺三菱製薬株式会社／吉富薬品株式会社

□ 抄録集広告掲載

医療法人社団緑会 佐藤病院
グラクソ・スミスクライン株式会社
ファイザー株式会社
アステラス製薬株式会社
クラシエ薬品株式会社
武田薬品工業株式会社
日本イーライリリー株式会社

□ 出 展

認定NPO法人 世界の医療団

(順不同)

2016年8月31日現在

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



明日は変えられる。

 **astellas**
Leading Light for Life
アステラス製薬

www.astellas.com/jp/

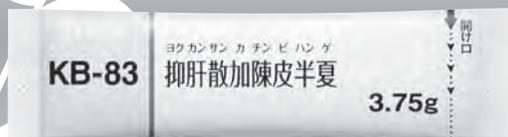
Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ

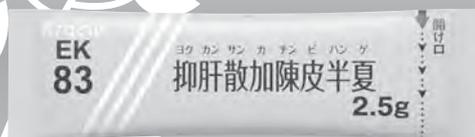
漢方製剤 ヨクカンサン カチン ピハンゲ 薬価基準収載

クラシエ 抑肝散加陳皮半夏 エキス細粒

KB-83



EK-83



効能・効果 虚弱な体質で神経がたかぶるものの次の諸症：
神経症、不眠症、小児夜なき、小児疳症

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

医療用医薬品ウェブサイト 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに 대응していくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

www.takeda.co.jp

武田薬品工業株式会社

Lilly

人と社会をつなぐ。



NEUROSCIENCE

精神疾患をもつ人が、社会の中で自分らしく生きていくために必要なのは、画期的な医薬品だけではありません。病気・治療を理解するための情報、病気と向きあい、社会の中で生きるための勇気や励み、周りの人々からの理解やサポート...このような支援も病気に対する「こたえ」の一つだと、イーライリリーは考えています。

リリーの情報はインターネットでご覧になれます。 <http://www.lilly.co.jp/>

日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号



セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI) 薬価基準収載

イフェクサー[®]SR カプセル 37.5mg・75mg

EFFEXOR[®] SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

注意—医師等の処方箋により使用すること

劇薬 処方箋医薬品

新発売

●効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先：製品情報センター

2016年2月作成
EFX72F022B



抗てんかん剤 / 双極性障害治療薬 薬価基準収載

劇薬

処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

ラミクタール[®]錠 25mg
100mg

Lamictal[®] Tablets ラモトリギン錠

※「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。