

りすることもあります。しかしながら、うつ病の鑑別や向精神薬の使用については、精神科医でも判断に迷うことがあるので、もし精神科医へのコンサルトができない状況であるならば、対症的な使用にとどめ、必要最低限度にしましょう。

また、退院後、処方した向精神薬を過量服薬する危険性もあるので、早急な精神科受診を促し、処方日数も数日以内にすることが賢

明です(家族がいる方なら、薬の管理は家族に任せる)。抗うつ薬は服用してから効果が発現するまで、1~2週間の期間を要するため、救命救急での入院が長期になる場合を除いて、同薬の処方ば、精神科医に依頼したほうが無難と思われま。また、三環系抗うつ薬は、過量服薬すると致死的な状態をひき起こすことがあるので、自殺企図した患者さんへの使用は避けま。し。

[文 献]

- 1) 河西千秋, 山田朋樹: 自殺予防のためのハイリスク者対策: 自殺未遂者のケアモデルの提示, 日本医事新報 4411: 73-77, 2008
- 2) 岸 泰宏, 黒澤 尚: 救命救急センターに収容された自殺者の実態のま, 医学のあゆみ 194: 588-590, 2000
- 3) 黒澤 尚, 岩崎康孝: 救命救急センターに収容された自殺企図者の実態: 12 施設のま, 救急医学 15: 651-653, 1991
- 4) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence, Crisis 25: 147-155, 2004
- 5) 高橋祥友: 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント, 医学書院, 2006
- 6) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 2002
- 7) 日本臨床救急医学会: 自殺未遂者への対応: 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き, 2009
<http://kokoro.mhlw.go.jp/images/pdf/07.pdf#search>

Ⅲ 救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害

Q17

自殺企図で入院した中毒性精神障害患者への対応

回答: 精神科医 大塚が太郎, 酒井明夫, 岩尾清香

point

- 中毒性精神障害者における自殺企図での対応も、自殺企図者への対応の基本を踏まえる必要がある。
- 自殺企図者への対応では、自殺のリスク評価が重要である。
- 対応ではコミュニケーションやゴール設定、精神科医療との連携などが必要となる。

Q 中毒性精神障害とは、どのような状態を指すのか教えてください

A 物質(アルコール・薬物)関連障害とは、アルコールや薬物への依存、生活上の問題を生じさせるような物質の使用により、健康障害(例:アルコール性肝障害、うつ症状や幻覚妄想など精神病症状)が出るようなレベルに至っている状態を指します。

Q 中毒性精神障害と自殺企図との関連について教えてください

A アルコール飲用下や依存性薬物使用下で自殺を企図する場合があります。一般に、アルコールの乱用や、依存、酩酊や大量飲酒は自殺のリスクを高めるといわれています。覚醒剤(アンフェタミン、メタアンフェタミン)は吸引や静注により使用され、ドパミン神経とノルアドレナリン神経の終末に作用し、ドパミン、ノルアドレナリン量を増加させる作用をもちますが、高い自殺率と関連することが報告されています¹⁾。このような患者は、自殺企図を繰り返す危険性があります。救急医療施設に入院してからも、背景にある精神症状や薬物の中毒症状、離脱症状への対応が必要になるため、最も注意を払われるべき疾患群の一つといえます。

Q 中毒性精神障害における自殺企図の注意点について教えてください

A 自殺企図者が搬送された場合、自殺企図前にアルコールや薬物を使用したかどうかについて、必ず確認する必要があります。このような患者では意識障害を合併する

ことも多く、診察時に状態を正確に把握することにも困難があるでしょう。精神作用物質による精神障害が疑われる場合には、確認漏

れがないように細心の注意を払うべき疾患であることを念頭におくことが一番重要だと思います。

Q 中毒性精神障害への初期対応について教えてください

A メンタルヘルス・ファーストエイド (Mental Health First Aid) は、メンタルヘルスの問題を有する人に対して、適切な初期支援を行うための5つのステップからなる行動計画で、オーストラリアの Kitchener BA と Jorm AF により開発されたプログラムです。筆者らの研究班 (平成 22 年度 科学研究費補助金基盤 C「医療、精神保健、および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」, 主任研究者: 大塚耕太郎) により日本への導入が進められています。このプログラムは、心理的危機に陥った方に対して、専門家の支援が提供される前に、どのような支援を提供すべきか、どのように行動すべきか、という対応法を身につけるプログラムで、下記の5つの基本ステップで構成されています。

1. 自傷・他害のリスクをチェックしましょう (り: リスク評価)

お酒は自殺の危険性を高めます。自殺念慮をもつ人がアルコールを飲んでいるなら、すぐにこれ以上飲まないようにやめさせてください。意図的にせよ意図的でないにせよ、過量摂取が生じた場合、意識障害が生ずる可能性があります。意識障害の人は早急に治療が必要です。

2. 判断・批判せずに話を聞きましょう (は: はんだん, 批評せずに話を聞く)

悪いとか不道德だと批判的にならずに耳を傾けましょう。批判的でない態度を保てば、

援助していきやすくなります。反社会的行為や危険行動を回避すること以外には、対立的にならないようにしましょう。

3. 安心と情報を与えましょう (あ: あんしん, 情報を与える)

物質関連障害は、広くみられる病気で、援助のためのプログラムがあることを伝えましょう。また、不安や抑うつが背景にある場合があり、それらに対して有効な治療が存在することを伝えましょう。

4. 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう (さ: サポートを得るように勧める)

本人が変化しようと考えている人は、自分の物質使用の良い点を上回る不利な点をわかっている人です。変化への準備ができていない人々を助ける一番の方法は、説教ではなく、自身の物質使用の不利な点について話し合いを試みることです。

5. 自分で対応できる対処法 (セルフ・ヘルプ) を勧めましょう (る: セルフヘルプ)

アルコールや薬物をやめるのに役立つ情報源が数多くあります。自助グループも有用な相互援助・情報源となります。

Q 中毒性精神障害による自殺企図症例が入院された場合、リスクについて、どのような点を確認する必要がありますか?

A リスクを評価する時でも、対立的、批判的、そして攻撃的な態度は控えましょう。偏見に基づく判断は控え、協力的な態度を示すことが大切です。

1. 自殺企図について確認する

入院してから意識障害が軽減されている状態の時に、自殺企図について確認します。自らの意志で行ったか、明確な自殺の意図があったか、致死性のある手段を用いたか、致死性の予測から客観的に判断できるか、遺書などから客観的に判断できるか、などを確認する必要があります。例えば、不自然な外傷や内出血等がある場合は、事故や犯罪の被害である可能性も疑います。

2. 自殺企図時のアルコールや薬物の使用について確認する

アルコールや薬物が自殺企図時に使用されたかを確認する必要があります。酩酊下で自殺企図に至る場合は少なくありません。また、薬物使用により判断力が失われたり、衝動性が高まって自殺企図が発生することもあります。さらに、アルコールや薬物が使用されていた場合には、急性中毒の治療を並行して行う必要があります。

3. 自殺企図以前のアルコールや薬物の使用、乱用、習慣を確認する

依存症の有無を特定するために、自殺企図以前のアルコールや薬物の使用状況や習慣を確認する必要があります。本人は飲酒量を少なく申告することも多いため、周囲からも情報を得る必要があります。

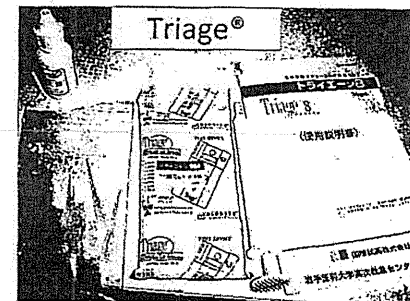


図1 スクリーニング検査キット
AMP, BAR, BZO, COC, OPI, PCP, THC,
TCA の検出が可能。

4. アルコールや薬物の使用を検査によって客観的に確認する

アルコール飲用の確認は、アルコール血中濃度の測定によって行います。また、覚醒剤の急性中毒が疑われる場合は、スクリーニング検査として Triage DOA[®] による尿検査を実施します (図1)。覚醒剤 (AMP)、バルビツール酸類 (BAR)、ベンゾジアゼピン類 (BZO)、コカイン系麻薬 (COC)、モルヒネ系麻薬 (OPI)、フェンシクリジン類 (PCP)、大麻 (THC)、三環系抗うつ剤 (TCA) の検出が可能です。陽性反応が出現する場合があります。

5. 脳器質性疾患や身体疾患による精神症状、意識障害を否定する

脳器質性疾患や身体疾患による精神症状や意識障害等が出現する場合があります。加えて、横紋筋融解症や転倒による頭部外傷や骨盤、腹部外傷を合併していることがあります。また、脱水、呼吸抑制や循環不全を認める場合もあります。特に、アルコールや薬物摂取時には身体症状をマスクしてしまう場合があ

るため、身体的検査を十分に行う必要があります。バイタルサイン、頭部CT・MRI検査、胸部単純X線検査、血液検査、心電図検査、SpO₂等の検査を実施する必要があります。さらに、例えば、酪酐下に一酸化炭素中毒による自殺を企図する場合などもあり、本人の発見状況から疑われる場合には、CO-Hbも検査します。

6. 身体所見にも注意を払う

アルコール臭や覚醒剤等の注射痕、自傷創の確認を行う必要があります。自殺企図者はDVや犯罪の被害者や加害者となっていたり、自殺企図以前に転倒や打撲による受傷がある場合もあるため、外傷等の確認も必要です。

中毒性精神障害による自殺企図症例が入院された場合に、どのような対応をすべきですか？

1. 自殺企図を行った者に対する基本的対応

依存症の患者である場合でも、例えば「本気で自殺しようとしたわけでない」と自殺のリスクを軽く判断せず、自殺企図者に対する基本的対応を実践することが大切です。

2. 適切な態度・姿勢を示す

自殺企図患者がアルコールまたは薬物の影響によって、攻撃的言動や態度が出現したり、情動不安定となることがあります。その場合、医療者は患者に対して、例えば「また繰り返すのだから、せつかく助けてやった意味がない」等と無意識に患者に対するマイナス感情（陰性の逆転移）を表出してしまう場合があります。しかし、自殺企図患者は、背景の精神症状やそれまでの体験によって、傷つき

7. 現在の自殺念慮を確認する

受診時に患者がアルコールや覚醒剤による中毒状態を呈している場合、中毒症状の改善後に自殺について再評価する必要があります。自殺念慮を確認することは、自殺企図者の再企図防止の戦略として最も重要な評価です。自殺念慮の強度、計画性の有無、具体的な計画の有無、いつから自殺念慮が存在するのか、どのような状況で自殺念慮が出現するのか等を把握する必要があります²⁾。

8. 所持物を確認する

自殺企図者が再度の自殺企図を行わないように、所持物の中に危険物がないかを確認します。また、酒瓶や薬物使用のための注射器などがなく、自殺企図に使用した他の薬剤がないか等も確認します。

やすく、医療者の態度に敏感になっています。基本的態度として、①傾聴、②受容と共感、③ねぎらい、④自殺以外の解決方法を考える、⑤患者の気持ちに焦点を当てる、を示すことが大切です。

3. 再企図の危険性を確認する

自殺企図者の救急病棟での治療では、自殺の危険性を繰返し評価し、病棟内および退院後の再企図を防ぐことが重要です。受診時点で意識障害を合併している例もあり、意識障害の改善後も自殺企図や精神症状、経緯を確認していく必要があります。依存症患者では、情動不安定傾向が強く、特に自殺の危険性に関しては、自殺念慮とその強度、持続性、および計画性を確認する必要があります。

4. 救急医療のゴールを設定する

アルコールや覚醒剤の依存を伴う自殺企図患者に対して、救急医療の終結点はおおよそ身体的治療が終結段階に至った時点と考えられます。特に依存症治療は専門性が高く、かつ継続的な精神医療を必要とする場合が多く認められます。身体的治療の必要性が減じたら、精神的治療に結びつけることを検討します。

5. 精神科治療に結びつける

退院要求を繰返す患者もいますが、退院の判断に関しては、身体的危険性と自殺再企図の危険性を検討し、本人だけでなく、家族や周囲のキーパーソンとも協議する必要があります。退院が検討される場合でも、精神科的治療の継続を第一に考えて対応すべきです。また、入院中も精神科へのコンサルテーションが可能であれば、精神科医療との連携を行います。しかし、患者に病識がなく、精神科的治療を拒否する場合があります。原則として依存症患者の治療は、本人の治療意欲に基づくものですが、自殺企図患者の場合には、この原則には当てはまらないことが多いでしょう。重篤な精神症状がある場合や、自殺の危険性が高い場合は、本人に治療の必要性を説明して説得します。さらに、家族や周囲のキーパーソンとも相談しながら対応する必要があります。緊急性が高い場合、紹介先の精神科施設や保健所と連携をとり、任意入院だけでなく、医療保護入院や措置入院など、強制的な入院対応も含めて調整を行う必要があります。

6. 衝動行為、暴力行為が出現しそうな場合は人手を集める

アルコールや薬物の影響や、妄想、背景にあるパーソナリティ障害によって、自殺企図

患者が易怒的、攻撃的な状態となる場合があります。そのため、患者の周囲の危険物は除去しておく必要があります。また、家族やキーパーソンを巻き込んで対応することが効果的な場合も多いです。

基本的に、冷静な態度で患者の話に耳を傾けることが大切です。毅然とした対応が求められる場合もありますが、挑発にのったり、高圧的になってはいけません。しかし、暴力行為に発展する可能性が高い場合には、人手を集めて対応します。その場合でも、穏やかに丁寧に対応するように心がけます。安静困難な場合には、向精神薬による鎮静や身体的抑制を検討します。患者が医療者や他患に対して脅迫したり、暴力的行為を行った場合には、医療者個人として対応せずに、病院事務も含めた病院全体としての対応が求められ、必要によっては警察との連携も視野に入れる必要があります。

7. アルコール依存に対して

様々な身体的合併症が存在することもあり、対症療法的に合併症治療を行います。入院当初は、アルコールの離脱症状の発現にも注意します。

アルコール依存では自殺企図で入院した場合、最終飲酒を確認し、これまでに離脱症状が出現した場合や、すでに小離脱症状が出現している場合、離脱症状の予防や軽減のためにベンゾジアゼピン系薬物の投与を検討します。また、大離脱ではそれに加えて、抗精神病薬投与も検討します。

離脱症状が出現しない場合や、落ち着いてきた場合には、背景に存在する抑うつ気分や幻覚妄想に対して、大部分が抗うつ薬や抗精神病薬の投与が必要となります。入院中に飲酒欲求が高まり、不快感や易刺激性が高まる場合もあり、訴えが執拗になる可能性も想定

しておく必要があります。

8. 覚醒剤依存に対して

精神運動興奮を呈している場合があり、重症な場合には抗精神病薬の投与により精神症状の鎮静、軽減を図ります。投与に際しては、torsade de pointesなどの不整脈に注意し、必要によってモニタ管理を行うことが望ましいと考えられます。

アルコール依存と同様、背景に存在する抑うつ気分や幻覚妄想に対しては、抗うつ薬や抗精神病薬の投与が必要となります。入院中に使用欲求が高まり、不快感や易刺激性が高まる場合やフラッシュバックの出現もあることを想定しておく必要があります。

また、覚醒剤は覚醒剤取締法により規制されています。警察の取調べで覚醒剤使用が明らかとなってから受診に至った場合は大きな

問題となりませんが、覚醒剤使用が救急医療の現場で初めて明らかとなった場合には、刑事訴訟法 239 条の犯罪の告発に関する規定と、刑法第 134 条の守秘義務に関する規定で、医療者が判断に迷う事態が発生します。原則的には、通報に関しては、現実的には患者および家族の同意を得て行うことが望ましいでしょう。しかし、覚醒剤反応が出た尿を医師が警察に引き渡すことについては、必要な治療や検査の過程で採取した尿から違法な薬物を検出した場合には、これを捜査機関に通報するのは正当行為として許容され、守秘義務に違反しないという最高裁判決（平成 17 年（あ）第 202 号）があります。この判決では、明らかに覚醒剤使用の根拠、証拠がある場合には、医師の守秘義務を解除するに足る理由にあたりとされています。

[文 献]

- 1) Harris EC, Baraclough B : Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 173 : 11-53, 1998
- 2) 日本臨床救急医学会：自殺未遂者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き。2009
<http://kokoro.mhlw.go.jp/images/pdf/07.pdf#search>

Ⅲ 救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害

Q18

自殺企図で入院した BPD 患者への対応

回答 国立精神・神経医療研究センター 林 直樹

point

- 自殺企図を繰り返している患者では、特に若年女性である場合、BPD の診断を考慮する必要がある。
- BPD 患者には、合併精神障害が多くみられることに留意する。
- 診断で重要なポイントは、対人関係の不安定さ、衝動行為、感情の不安定さである。
- 自殺企図の背景やそのきっかけを把握することは、対応・治療の糸口となる。
- 救急医療機関における対応では、その後の治療につなげることが重要である。そこでは、患者と家族に対する心理教育の比重が大きい。

自殺企図を呈して搬入される境界性パーソナリティ障害〔borderline personality disorder (BPD)〕の患者への対応は、今や救急医療の現場において重要な課題となっています。BPD は、自殺企図や自傷行為といった自殺関連行動 (suicidal behavior) が診断基準に含まれている唯一のパーソナリティ障害で

あり、自殺企図にとりわけ関連の深い精神障害です。救急医療における BPD 患者への精神的対応は、自殺企図の再発防止や治療において大きな意義があります。ここでは、そのような BPD 患者への対応、治療について説明をします。

Q 救急現場での精神科治療は、BPD 治療全体の中でどのような位置づけになるのでしょうか？

救急医療で BPD 患者が受ける治療は、最初の本格的な医療機関との接触であることがしばしばあります。その場合の救急治療は、治療導入および初期治療の機会として位置づけられるでしょう。すでに精神科治療を受けているケースでも、救急医療での治療を精神科治療への認識を深めるため、そして治療への動機づけを強めるためのチャンスとして利用されるべきです。BPD 患者は、治療中断などでスムーズに治療が進めら

れないことが多いので、治療では、折々に患者に治療の必要性を確認してもらうことが課題となっています。また、自殺企図には、治療の行き詰まりが反映されていることがしばしばあります。そのような場合、自殺企図をきっかけに治療の意味について患者に改めて考えてもらうことは、特に意味深いことです。そのような治療作業の蓄積は、その後の治療に活かされることになるでしょう。

I 自殺未遂者ケアの現状

ガイドラインに基づく対応

Guidelines for the management of suicide attempt

大塚耕太郎*

Kotaro Otsuka

◆key words : 自殺未遂者ケア, ガイドライン, 救急医療, 自殺対策, 精神科救急

はじめに

わが国では1998（平成10）年に自殺者が年間3万人台を超え、自殺対策が必須の課題となり、2006（平成18）年10月に自殺対策基本法が施行された。そして、自殺総合対策大綱（2007年6月閣議決定、2008年10月一部改正）¹⁾では、事前予防、自殺発生の危機対応、事後対応の段階ごとに効果的な施策を講じる必要があることが示された。

自殺対策では、この3つの領域の対策が分断されず、相互補完的、連携的に機能していく必要がある。もっともハイリスクな事例を担当し、地域の健康を守る最後の砦という点で、救急医療は中核的な機能を担っている。

Harrisら²⁾の研究では、自殺未遂者の自殺の標準化死亡比は38.36倍で最大のリスクとして報告している。このように自殺未遂者は自殺の最大リスク要因といってよい。このような観点からも、自殺総合対策大綱¹⁾では、自殺を予防するための9つの当面の重点施策の1つとして、「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」という再企図予防の必要性が示され、「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」という表現で、救急施設に精神科医が常駐もしくは緊密な連携を取る必要性が示されている。そして「精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるよう救急医療体制の整備を図る」ということが骨子となっている。加えて、「自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する」とい

うことが必要であることが指摘されている。自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成することが明記された。

ガイドラインの策定の位置づけ

自殺総合対策における重要な施策としての位置づけもあり、適切な自殺未遂者ケアを展開するための指針として「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成のための指針」が「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」（厚生労働省）で検討され、具体的なガイドラインの策定が平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」（主任研究者：伊藤弘人）を介してガイドライン策定が救急医療、精神科救急医療、地域保健福祉の3領域の団体へ委嘱された（図1）。救急医療版は日本臨床救急医学会の自殺企図者のケアに関する検討委員会、精神科救急医療版は日本精神科救急学会の医療政策委員会および筆者、地域保健福祉版は自殺未遂者だけでなく自殺のハイリスク者への対応に役立てる位置づけとして全国精神保健福祉センター長会および河西千秋先生（横浜市立大学）により作成が進められた。今回はこのなかでもとくに救急医療版である『自殺未遂患者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き』³⁾を中心に紹介する。

自殺未遂者ケアの概略

自殺企図により搬送された患者は、その後の自殺の危険性が高く、再度の自殺企図を防ぐことが重要である。自殺未遂者に対して救急治療、急性期治療、

* 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学／同神経精神科学

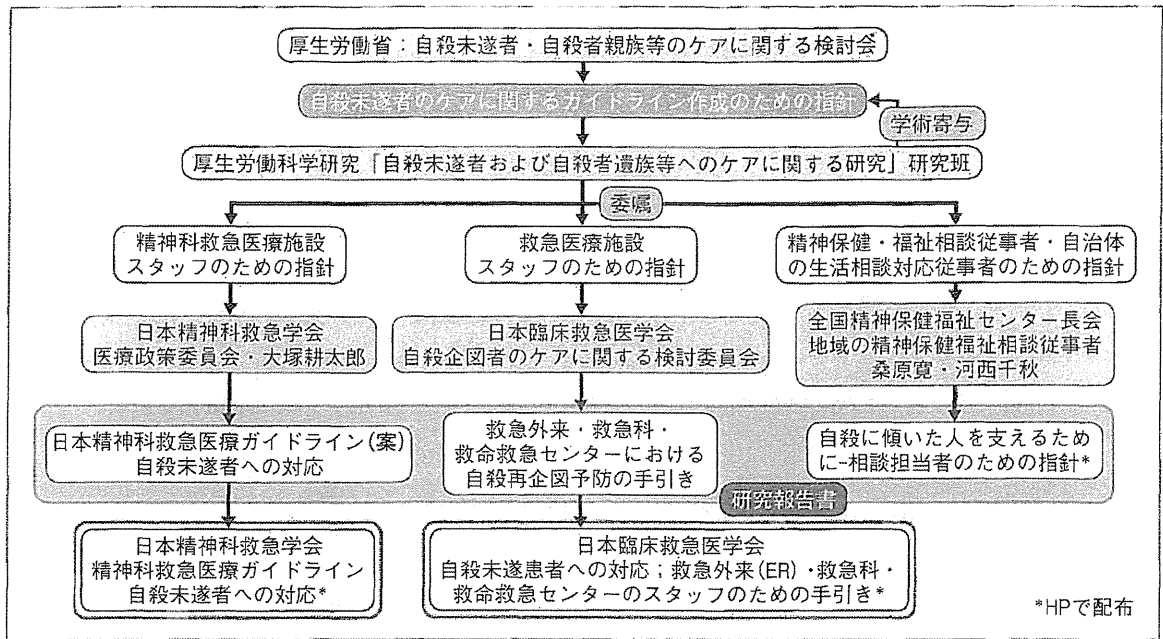


図1 ガイドライン策定までの流れ

そして地域ケアを通して、社会復帰に結びつけていくことが目標となる。自殺企図者の多くは精神的な問題を抱えており、再発の予防を含めた心のケアを実施する必要がある。医療機関では自殺企図者に対して、身体的・精神的な治療を平行して行い、また精神科医など専門医とも連携をとる体制づくりが求められる。

救急医療を受診後の急性期治療では、身体的治療に加えて、自殺企図者の背景に存在する精神障害に対する治療が行われる。薬物療法、精神療法に加え、自殺企図者や家族など支援者に対して精神障害やその治療、周囲の支援体制の構築が必要である。また、自殺企図者の社会復帰と地域でのケアとしては、継続的な医療支援や相談機関との連携が重要となる。

図2は自殺企図患者のケアのストラテジーを簡略に示している³⁾。自殺未遂者が社会生活を送るなかで、自殺の危険因子が存在することや、自殺の防御因子が十分でないことから、たとえば自殺念慮を抱くようなハイリスクの精神状態となり、自殺企図に至ると考えられる。救急医療の従事者は自殺企図患者のそれぞれの危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めるようなアプローチを行う役割を担っている。救急医療は自殺企図患者に対するケアのフロントラインであり、このストラテジーが現場で実践されていくことが重要であると考えられる。

自殺関連行動に関するこれまでのエビエンスや指針について

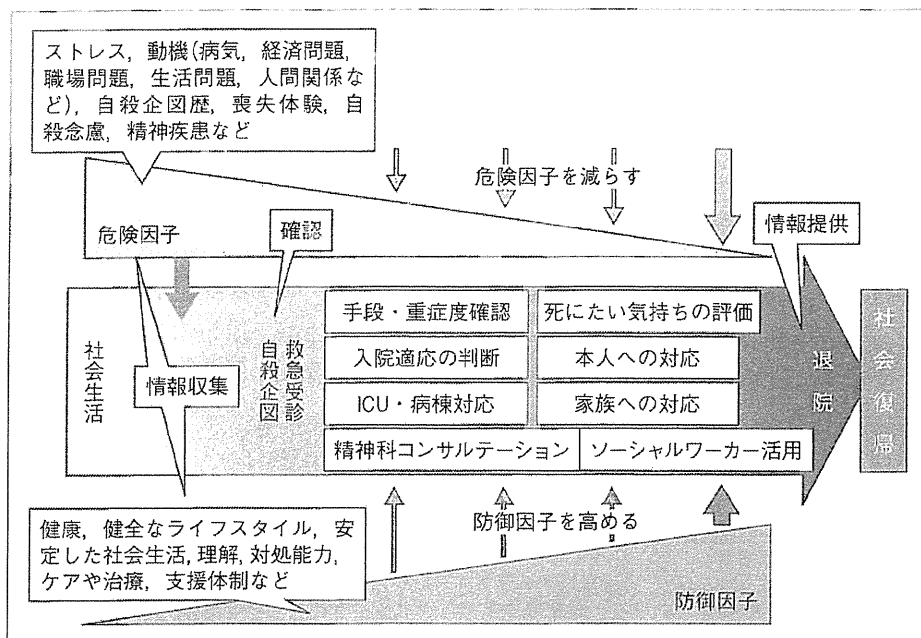
これまでの自殺関連行動へのケアのエビエンスとしては、救急医療施設で自傷行為者へのカード配布、大量服薬者への電話、家族への心理教育、自殺念慮のある者への受診勧奨や問題解決アプローチ、自殺企図者への精神分析、認知行動療法などが介入効果として報告されている。

先行的に自殺のハイリスク者対応で提唱されている指針やガイドライン^{4)~7)}での項目とわが国におけるガイドライン³⁾の項目を表1に示した。わが国におけるガイドラインや手引きについては、臨床での現場対応の流れを踏まえ、包括的な自殺未遂者ケアの戦略を提唱している。

自殺未遂者ケアとしての基本ライン

このように自殺未遂者ケアでは、救急受診時の対応、再企図防止の戦略が重要であることがわかる。救急医療を受診後に自殺の危険性がある者の支援に社会資源を上手に活用していくためには、危機介入と支援連携を組み合わせた対応が必要である。また、心理的アプローチとソーシャルワークを同時並行的に組み合わせていく必要がある。

自殺の危険性がある者に対して、自殺の危険性を



〔文献3〕より引用・改変〕

図2 救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応

表1 各ガイドラインの項目

| | APA ^{①)} | Harvard ^{②)} | Hillardら ^{③)} | WHO ^{④)} | 日本臨床救急医学会 ^{⑤)} | 日本精神科救急学会 ^{⑥)} |
|----------|-------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| 定義 | ○ | | ○ | | ○ | ○ |
| 原則 | ○ | | | | ○ | ○ |
| 情報収集 | | | | | ○ | ○ |
| 面接 | | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 自殺の同定 | | ○ | | | ○ | ○ |
| 危険因子の評価 | | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 危険性の評価 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 治療計画 | | ○ | | | ○ | ○ |
| 危険性を減らす | | ○ | | | ○ | ○ |
| 精神障害 | | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| 家族への対応 | | | | | ○ | ○ |
| 紹介・連携 | | | | ○ | ○ | ○ |
| 精神科的対応 | ○ | | | ○ | ○ | ○ |
| 心理社会的介入 | ○ | | | | ○ | ○ |
| 情報提供 | | | | | ○ | ○ |
| ポストベンション | | | | | | ○ |

減じながら支援を提供するための基本ラインが「危機介入の4 step」である。4 stepとは、①自殺の危険性のある者を支援の対象として認識し、②初期対応として適切な心理的働きかけを行い、③危険度の判断として自殺念慮や危険因子、防御因子を確認

し、④具体的支援として自殺以外の問題解決が選択されるように地域資源につなげていくことである⁹⁾。

WHOによる自殺未遂者ケアの方略であるSU-PRE-MISS¹⁰⁾では心理社会的評価、心理教育、定期的ケースマネジメントを骨子としている。本ガイ

表2 自殺未遂患者のケア

| | | |
|--------|-------------------|--|
| Line1 | 救急車から救急医療機関の事務へ連絡 | |
| Line2 | 救急車と連絡 | ①情報収集 |
| Line3 | 救急外来搬入 | |
| Line4 | バイタルサイン確認・ABC | |
| Line5 | 検査 | ②自殺企図の手段と重症度の確認 |
| Line6 | 治療・処置 | ③自殺企図の有無の確認 |
| Line7 | 身体的評価 | |
| Line8 | 精神医学的評価 | ④現在の死にたい気持ち(自殺念慮・希死念慮)の確認 ⑤自殺の危険因子の確認 |
| Line9 | 最終判断 | ⑥外来での対応と入院適応の評価 |
| Line10 | 帰宅・ICU・精神病棟 | ⑦入院後-ICU・病棟での対応 |
| Line11 | 入院継続・後方移送 | ⑧退院時までに行うこと |

[文献3]より引用・改変]

ラインにおいても、救急医療における身体的および精神医学的評価および治療と自殺の再企図防止を目標に策定されている。

医療現場ではフローチャートのような流れ(Line1~11)で自殺企図患者への診療を行う。そのなかでこの手引きでは、自殺企図者に対して特に必要と考えられる対応として、①~⑧にあげている

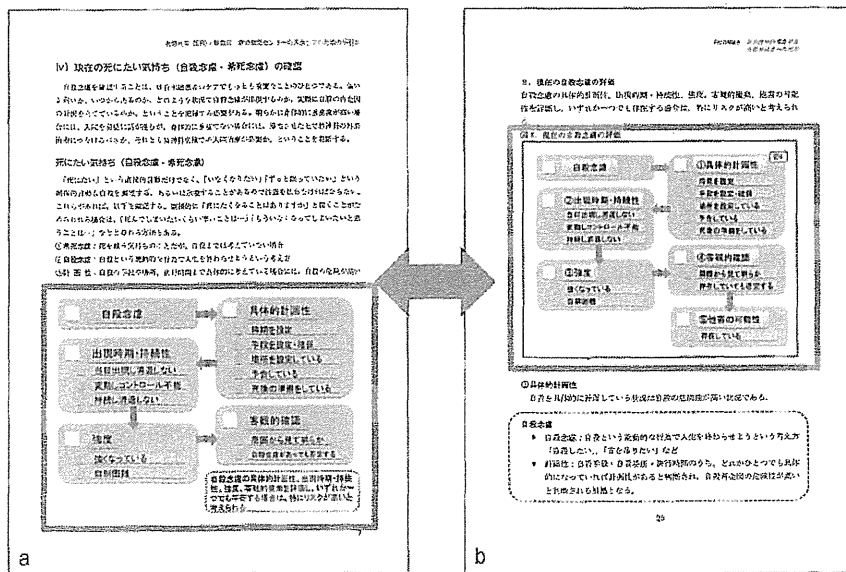
(表2)³⁾。

今後に向けて：救急医療と精神科救急医療の連携について

現在、厚生労働省主催により救急医療スタッフ向けの自殺未遂者ケア研修会が開催されている。一方、精神科救急医療スタッフ向けとして同様の自殺未遂者ケア研修会も開催されている。

自殺未遂者は大多数が身体的治療も平行して行う必要がある。その場合に、救急医療での対応か、精神科救急における対応かが検討される。また、救急医療での対応最終後に精神科医療への連携を要する場合もある。自殺未遂者ケアは救急医療と精神科医療の連携が求められる。両者の連携という課題が生じる可能性を想定し、救急医療と精神科救急医療³⁾の両ガイドラインでは共役性をもたせ、相互補完的な内容としている(図3)。たとえば、自殺念慮の確認のフローでも両者はほぼ同様の内容としている(表3)。

地域では内閣府の自殺対策緊急強化基金などで自殺対策としての未遂者ケアの研修会も積極的に開催されるようになってきた。どの地域でも、救急医療と精神科医療の協力や連携が課題としてあげられる。両者があまりにもかけ離れた内容を学習しては、課題の克服が難しくなる。両ガイドラインの共役性は現在抱えている連携、協力を進めやすくすることにつながることを期待される。



[文献3]より転載]

[文献8]より転載]

図3 日本臨床救急医学会(a)と日本精神科救急学会(b)での共役性

表3 両学会での共役性

| | 日本臨床 救急医学会 | 日本精神科 救急学会 |
|--------------------|---------------|---------------|
| 全体の流れ | ○ | ○ |
| 情報収集 | ○ | ○ |
| 自殺企図の手段と重症度の 確認 | ○ | ○ |
| 自殺企図の鑑別 | ○ | ○ |
| 現在の自殺念慮の評価 | ○ | ○ |
| 危険因子の評価 | ○ | ○ |
| 再企図の危険性の評価 | ○ | ○ |
| 看護師の対応 | ○ | ○ |
| 対応の基本 | ○ | ○ |
| 危機介入後の対応 | △(身体科) | △(精神科) |
| ケースマネジメント・地域 ケア | ○ | ○ |
| 家族周囲への支援とケア | ○ | ○ |
| ポストベンション | | ○ |

【文 献】

1) 自殺総合対策大綱.

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf> (accessed 2012-06-22)

2) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. Br J Psychiatry 170: 205-228, 1997.

3) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」自殺未遂者への対応: 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き, 日本臨床救急医学会, 2009.

4) Preventing Suicide: A Resource for General Physician. http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf (accessed 2012-06-22)

5) Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, et al: 井上新平責任訳: 自殺行動の評価と精神医学的ケア. (アメリカ精神医学会編) 米国精神医学会治療ガイドラインコンベンディウム, 医学書院, 東京, 2006, pp 769-942.

6) Risk Management Foundation of Harvard Medical Institutions: Guidelines for Identifications, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality. Jacobs DG, ed. Guide to The Harvard Medical School Suicide Assessment and Intervention. Jossey-Bass, San Francisco, 1999, pp 579-591.

7) Hillard R, Gebler B, Zitek B: Emergency Psychiatry. The McGraw-Hill Companies, New York, 2004.

8) 精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/11.pdf> (accessed 2012-06-22)

9) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 工藤薫: 危機介入: 社会資源活用のための連携. 張賢徳編. 専門医のための精神科臨床リユミエール29自殺予防の基本戦略. 中山書店, 東京, 2011, pp 48-157

10) WHO-Suicide Prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/ (accessed 2012-06-22)

救急医学

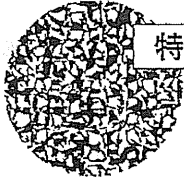
2012年

1 月号

好評発売中!

定価2,520円(税込)

特集●外傷診療における最新のエビデンス



東日本大震災後の精神保健福祉活動と事業継続

黒澤美枝

精リハ誌, 16 (2); 114-118, 2012



word

索引用語：事業継続，自然災害，精神保健医療，精神保健福祉センター

Key words : service continuity, disaster, mental health care, mental health center

□ I はじめに □

2011年3月11日，東北地方の太平洋側に位置する三陸沖を震源としたマグニチュード9.0の地震が発生し，三陸沿岸に最大16.7mの大津波が到達した。この東日本大震災は，岩手県，宮城県，福島県を中心に未曾有の被害をもたらした。岩手県の被害状況は2012年8月11日現在，死者4,671人，行方不明者1,207人，家屋倒壊数24,211棟となっている。あれから1年と5カ月が経過しているが，地域の復興は道半ばである。災害廃棄物の処理進捗率は13%であり，住民の交通手段である三陸鉄道の復旧率は34%といった状況である。また地域の中核産業は漁業であるが，水揚げ量の回復は55%，水産加工業の事業所再開率は28%である。もともと同地域は医療資源が十分ではないが，2012年7月12日現在，仮設を含めた病院，診療所，薬局等の340の医療機関の復旧率は，87%の状況にとどまっている²⁾。岩手県民5,000人を対象に実施した「岩手県の東日本大震災津波からの復興に関する意識調査」¹⁾では，復旧・復興への遅れを実感する者の割合が60%という結果

であり，安心安全の確保に向けた対応が継続して求められているといえよう。

また，岩手県の自殺率（2010年，自殺死亡率：10万対32.2）は，過去20年間，秋田県，青森県と並んでワースト上位にあり，地域の健康課題の一つとして挙げられている。このために，東日本大震災以前から自殺対策に取り組んでおり，その手法は，医師・医療資源不足を考慮して，住民活動や精神保健福祉活動によるものが中核となってきた。例としては，六つの骨子（一次予防，二次予防，三次予防，職域への取り組み，精神疾患への取り組み，ネットワークづくり）からなる郡部の自殺対策包括プログラム「久慈モデル」⁴⁾があげられる。

本稿では，岩手県精神保健福祉センターの視点から東日本大震災の復興期以降を振り返り，このような精神保健福祉活動の事業再開と継続の際の留意点について報告する。

□ II 初動から中期における活動 □

初動から早期にかけての精神保健医療活動は，DMAT（災害派遣医療チーム）等の救命救急活動や医療・保健チームによる避難所での活動が中核となる。たとえば，岩手県では，行政相談機関である精神保健福祉センターが，県内外から派遣された精神保健医療を担う30のこころのケアチームの調整およびその関連業務を行った。ケアチームへのオリエンテーション，活動記録の回収・集計を行い，支援が必要な者9,681人の同定と，ケアチームへのフィードバック，地域資源への紹介

や連携状況の把握等を行った⁵⁾。さらに中期以降は、遺族ケア、傾聴活動、研修提供、その他さまざまな精神保健関連活動に関する、寄付や助言の申し出への対応、プロジェクトの立ち上げやピアリング対応等に忙殺された。

□Ⅲ 復興期以降の活動と現状 □

1. こころのケアチームから被災地への活動の引き継ぎ

2012年2月15日、岩手県は岩手医科大学に活動の運営を委託し、県央の盛岡市にこころのケアセンターを設置した。同年3月28日には、沿岸被災地4カ所（釜石、大船渡、宮古、久慈）に地域こころのケアセンターを開所した。こころのケアチームが同定したのべ9,681件の相談の中で、フォローが必要な者やハイリスク者への管理と対応は、岩手県精神保健福祉センターから、こころのケアセンターに引き継いだ。その際に、こころのケアチームが撤退し支援が終了した後のすべての相談者の転帰を再度確認した。相談件数や地域資源状況がほぼ同等のA地域とB地域の状況を見てみると（図1）、多くの相談者は相談が終了しているか、または地元の精神医療資源や医療資源等につながり、治療の場が移されていた。診療中断や不明の者は41例（21%）あり、ケアチームによる相談記録の紛失は15例（8%）認められた。診療中断や不明、相談記録の紛失の地域差の背景について、現場担当者達は次のように振り返っている。A地域の場合、こころのケアチームが災害後1年間の長期間の支援の中で、きめ細やかに地元被災地域に引き継ぎ、主体的に患者管理をしていたが、B地域の場合、災害7カ月後の10月でチームが撤退し、引き継ぎが慌ただしく不十分な傾向にあったこと、また各チームが3日間程度の派遣ローテーションであったため、記録管理は当初から行政職員が行い逆に紛失が少なかった点などである。紛失については、復興期以降に、被災地域がケアを継続するためにも、今後ケアチームが留意したい点である。2012年6月30日現在、こころのケアセンターは、被災地全体でのべ642件の相談やアウトリーチを継続している。

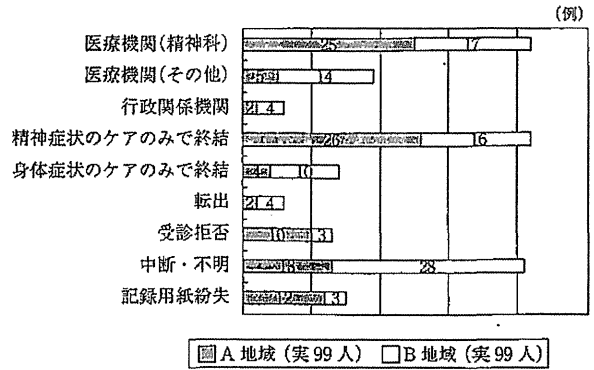


図1 岩手県こころのケアチーム終了後の相談者の転帰

2. 精神保健福祉活動の事業再開と継続

ハイリスク者への対応は上述したとおりだが、ポピュレーション対応を含めた地域精神保健活動については、2011年11月に、震災以前に取り組んでいた自殺対策「久慈モデル」の再開状況の調査を開始した³⁾。この調査の中では、実施している28市町村のうち全市町村の取り組み再開の意思を確認した。当時問題点として多くあげられたのは、研究で住民に実施した精神保健スクリーニングのフォローが被災地に任されたが、ハイリスク者にまったく対応しきれていないといった点であった。

当精神保健福祉センターの活動を振り返ると、優先業務である精神医療審査や自立支援医療審査件数は、平時と比して横ばいであり、早期以降は活動継続が可能であった。2011年の精神保健福祉相談窓口の電話件数は3,524件であり、アルコール問題の相談が若干増加した。2012年2～3月には、沿岸部にこころのケアセンターが開所したため、当センターでは4月以降は、非被災地である内陸部の市町村や関係機関への自殺対策に関する技術支援を再開した。しかしながら、通常業務の再開から5カ月（被災後1年5カ月）経過するが、それは平時と比して十分になされているとは言い難い。たとえば、これまでは久慈モデルを推進するためのワークショップは年に6回程度実施していたが、2012年以降は1回の実施に留まっている。そして各市町村や関係機関へ出向く働きかけは、地域アセスメントも十分にできていない。このこと背景について以下に述べていく。

1) 多領域への技術支援のニーズと外部への報告機会の増加

たとえば、震災後、被災者相談支援センターが開所したが、その相談対応は、10,018件（2011年7月末～2012年6月）にのぼっている。この中には、津波によって家族、家財を失ったことに伴う相続や、避難や転居を契機とした離婚相談などの家事事件の増加による相談も含まれる。岩手県の配偶者暴力相談支援センターにおける2011年度のDV関連相談件数は、1,763件と過去最多を上回るペースで推移してきた⁶⁾。このほかには、岩手県発達障害者支援センターの相談件数は、2011年は進路相談や教育相談の増加が著しく、2012年は月平均166件と過去最多のペースで推移している。新潟中越地震3年後の地域住民調査結果によると、ハイリスク者の割合は低値であったが、臨床レベルには至らないものの、自殺念慮や精神不健康状態の問題のある者は、地域に相当の割合で見られたという⁸⁾。このような点をふまえて本災害の今後を考えてみても、精神保健のみならず各機関への「相談」ニーズは高い状態が続くことが推察される。そしてこのような、身近な相談領域の充実や対応スキルの向上は、住民個々の心身状態の増悪を予防する上でも重要である。自殺率の高さが、地域の健康課題の一つである岩手県の場合は、一層の努力の継続が必要な事はいうまでもない。これまでに例がない程の多領域の支援者の相談やこころのケアへのかかわりの増加は、精神保健医療へのスティグマや医療過疎が問題視されてきた経緯を考えれば、喜ばしいことなのかもしれない。しかしながら多くの支援者とその多様な価値観の存在は、治療やケアの概念を曖昧にってしまうという状況を生みだすこともある。すなわちある同一事例の理解や対応方法が多様となり、特定の地域的、宗教的、心理的パラダイムでは正しくても、精神医学的、公衆衛生的には間違っている、またその逆という場面や問題が生じる。当センターでは、中期以降復興対応にかかわる支援者への技術支援のニーズが増加した。このため事例検討は、これまでは事例関係者の参加に限定した形で行っていたが、2012年4月以降は毎週研修形式とし、外部関係者のスキル向上の場になるよ

う工夫している。この場には、これまで連携が十分ではなかった、生活関連相談支援者や、精神保健に関わる機会がなかった事務担当者、司法関係者なども参加している。

大規模災害後の技術支援や連携調整は、個別事例に限定されない。たとえば、岩手県は被災前から高齢化が進んでいるが、県ではICT（情報通信技術）を活用した高齢者の安否確認見守りシステム（代表：岩手県立大学小川晃子教授）に取り組んできた⁷⁾。このプロジェクトは、家庭用の電話機から独居高齢者が誰かと話したい際に備え付けのボタンを24時間発信できるものであり、コミュニティにおける支援体制の開発や被災地での援用に展開されている。同じ保健福祉のプロジェクトといっても、精神保健領域と高齢者領域は視点が異なる場合もある。このため自殺対策や精神障害者の利用可能性について、等しくサービスが受けられるように検討する機会をつくり、その場に参画しなくてはならない。

このほかにも、特に県外からの、調査やヒアリングや報告の依頼が増加した。依頼元は、直接被災はしておらず、依頼内容は自身の1件のみであるが、被災地の職員は、発災以降気を休めることなく非常業務に従事しており、担当職員1人にとっての対応件数は数十～数百と膨大である。このような対応も通常業務の再開や継続に影響する。

2) 支援者・救援者へのケアの機会の増加

当センターでは、震災以降新たに、通常窓口とは別に「災害時ストレス健康相談窓口」を設置した。その利用者は、1年経過した2012年4～8月の5カ月間で85人であり、そのうち80%が支援者や救援者である。状態は遅発性のPTSDやうつ状態の者も含まれている。研修依頼も受け付けているが、その対象は、福祉機関から宗教家、自衛隊等までさまざまな支援者である。支援者のメンタルケアや健康管理が十全でなければ、円滑な被災者対応や復興支援は困難である。災害後の支援者支援の必要性は指摘されて久しいが、多くの対応は外部からの一時的な介入であり、産業保健に詳しくないスタッフが対応している場合も多い。郡部の場合、産業保健スタッフも乏しく、最も支援が必要な産業領域ほど、組織の規模や公的かど

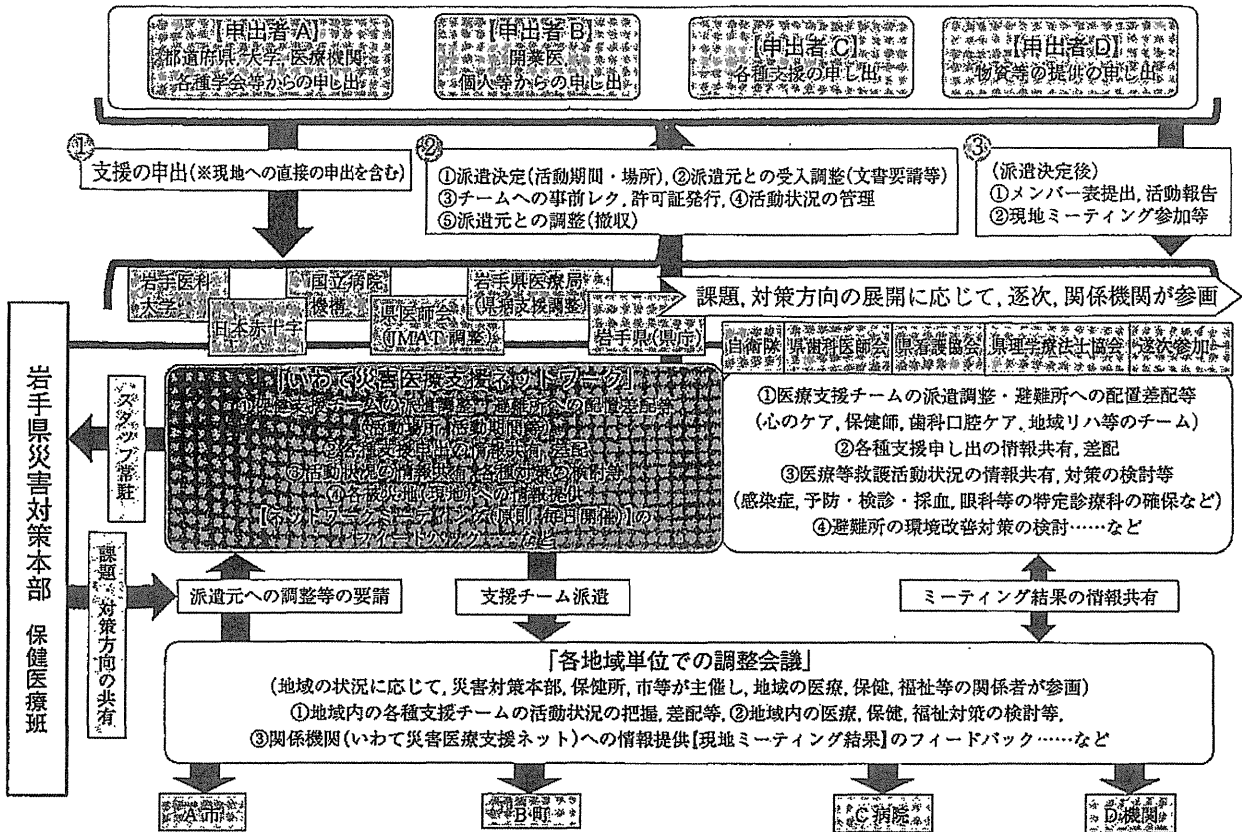


図2 医療チームの調整の仕組み【岩手県】

うかに限らず、地域で長期的に見守り続けるしくみがないのが現状である。

□Ⅳ 今後に向けて□

東日本大震災における岩手県のこころのケア活動について、精神保健福祉センターの視点から復興期以降の経過を中心に報告した。震災以降1年間の自殺者数は、警察統計で389人で前年比62人の減少である。しかしながら、2012年8月11日現在、人口は22,519人の減少があり、雇用保険の終了や各種相談の増加等もあるため、予断は許されないだろう。

地域の復興同様、精神保健医療対応の充実も道半ばの状況であるが、ふたたび被災しないという保証はない。復興期であるが、すでに防災のフェーズでもある。岩手県では東日本大震災にかかわる対応の検証と、地域防災計画の見直しを行っている。こころのケアチームの調整は、東日本大震災の場合は精神保健福祉センターが行った

が、被災レベルや場所にもよるが、医療チームやDMATとの連携を考慮し、今後被災した場合は県央に位置する岩手医科大学が中核的な役割を担いながら行う予定である(図2)。また今後も、南海地震や首都直下地震などの多くの大規模災害が想定されている。多くの地域内でこのような準備がなされ、その内容が外部も含めて共有化できていけば、支援を受ける側と出向く側の双方に役に立つ。このほかにも、通信手段の確保や広報活動方法の検討をはじめ、保健所の相互支援やNPO団体の活動調整や支援方策等、すべての領域や立場で再検討することが必要な状況である。特に市町村における災害時要援護者名簿・個人計画の整備状況については、岩手県の場合、整備更新中が36%に留まり、遅延しているのは問題である。

復興期以降の被災地の精神保健福祉サービスの要となるこころのケアセンターは、岩手の場合、9億円の予算措置がとられ50人体制となった。これは従来の地域資源と比べると規模も大きく、被

災地の同センターへの期待も開所前から大きかった。しかしながら、復興期以降の地域ケア推進の留意点としては、過去の震災後も今回も繰り返し指摘されていたことだが、新規に開設されるこころのケアセンターによる活動の体制が整うまでにはどうしても時間がかかるということだ。岩手の場合、2012年8月20日にこころのケア対策会議および第1回岩手県こころのケアセンター運営委員会がようやく開かれるにいったが、地域毎の具体的な活動内容を報告できる状態にはなっていない。職員のリクルートや配置調整等の組織作りの困難が背景にあるという。広域のために、内陸から沿岸への移動の困難もあろう。会議の中では、今後の方向性として、子どものこころのケアを含めた一元管理、内陸へ避難した者へのケア体制の充実、自殺対策の事業継続のための人的配置の必要性が指摘された。また、現在は医療計画の見直しと新たな医療体制構築の準備時期でもあり、そうした内容も見据えた調整の必要性等の問題提起もなされた。

災害が発生した場合、企業には平時の事業を守るためのBCM (Business Continuity Management) の推進という発想がある。単純に地域精神保健医療活動に当てはめるのは困難であるが、ボランティア-行政-医療機関が積み上げてきたネットワークや事業が中断するリスクをカバーするために援用できる概念であろう。

岩手県の精神保健福祉センターの復興期以降の活動を今日まで振り返ると、平時に協働してきた精神保健医療従事者のみならず多領域の復興対応従事者への技術支援や、外部への報告、そして支援者・救済者へのケアのかかわりが増加し、従来の自殺対策活動や内陸部の非被災地への技術支援業務の再開と継続に影響している。こころのケアセンターはその規模も大きいため、予算ベースで考えれば十分に被検者のこころのケア体制は整ったと理解され、それ以外の既存の精神保健医療体制へは新たに予算も人も配置されにくい。しかし、

今後同規模の災害が発生し、これまでの全国の経験と同様、新規にこころのケアセンターを平時の調整機関とは別に開設する場合は、開設後数カ月～1年の移行期間における、地域の精神保健の技術支援や調整、支援者・救済者ケアを、具体的に誰がどのように実施するのか検討する必要がある。すなわち、いずれかの残存機関の事業継続計画の中に、あらかじめ盛り込んで予算化したほうが現実的に復興期以降に増加する住民のニーズに対応でき、現場は混乱しない。また少なくとも中期までに開催される連携会議の段階でそのような点は話し合う必要がある。

文 献

- 1) 岩手県：岩手県の東日本大震災津波からの復興に関する意識調査。2012。
(<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?cd=39871&ik=0&pnp=14>)
- 2) 岩手県：東日本大震災に関わる災害対応検証報告書。2012。
(<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?cd=37172>)
- 3) 岩手県精神保健福祉センター：自殺予防対策事業報告書 (H18～H23)。岩手県、2012。
- 4) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業：自殺対策のための戦略研究：複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班編：地域における自殺対策プログラム。2010。
- 5) 黒澤美枝：東日本大震災における心のケア活動の調整：岩手県精神保健福祉センターの視点から。日本社会精神医学会雑誌, 21:2-8, 2012。
- 6) 内閣府 (男女共同参画局)：配偶者暴力相談センターにおける配偶者からの暴力が関係する相談件数等の結果について (平成23年度分)。2012
(http://www.gender.go.jp/dv/kensu/pdf/2011_soudan.pdf)
- 7) 小川晃子：ICTを活用した生活支援型コミュニティづくりプロジェクト報告書。岩手県、2012。
- 8) 鈴木友里子, 本間寛子, 堤敦朗, 他：新潟中越地震3年後の地域高齢者における精神障害の有病率調査。日本精神神経学会, 111(4):405-410, 2009。

■第31回日本社会精神医学会(東京):企画シンポジウムⅡ「東日本大震災のメンタルヘルスケアを振り返る:岩手県の経験」

東日本大震災における心のケア活動の調整 —岩手県精神保健福祉センターの視点から

黒澤美枝

I. はじめに

大規模自然災害後、初動から早期にかけては、被災者への応急処置や保健医療体制を立て直す一環として、心のケアチームの活動調整が必要になる。一方、中期以降には、震災前の平時における、その地域の保健事情はどうだったのか、活動内容が災害によってどの程度ダメージがあり、どこまで回復しているのか、新たに生じたニーズにどのように対応しているか、街の再建のペース等も評価の上で、方向性や連携を検討することはいうまでもない。

本稿では、東日本大震災発災以降の岩手県の心のケア活動の経過について、調整機関である岩手県精神保健福祉センターの観点から報告する。

II. 岩手県と精神保健課題

岩手県は本州の北東部に位置し、北海道に次ぐ面積(15,278.38km²)を有している。総人口は1,385,041人で、老年人口は24.5%(全国6位)であ

る。「2006年いわて統計白書」では、「最寄りの医療機関までの距離1,000m以上の住宅割合」は全国1位であり、「厚生労働省平成20年医師、歯科医師、薬剤師調査」の結果では、都道府県別1km²あたりの医師数は北海道に次いでワースト2位である。精神保健指定医は102人(H20)で、盛岡市や内陸部に集中している。このように本県では、広域、過疎化の進行、医療資源の不足という地域特性がある。

また、地域の精神保健課題は、自殺である。自殺率の高い県は過去20年間ほぼ一定しているが、岩手県は、秋田、青森とならんでワースト上位にあり、H22は、自殺死亡率(10万対)32.2でワースト2位であった。自殺対策の手法は、このような医師・医療資源不足を考慮して、住民活動や保健福祉活動によるものが中核となってきた。例としては、6つの骨子(一次予防、二次予防、三次予防、職域へのとりくみ、精神疾患へのとりくみ、ネットワークづくり)からなる郡部の自殺対策包括プログラム「久慈モデル²⁾」があげられる。このようなプログラムは、県内33市町村のうち28市町村が取り組んできた。自殺対策に特化したボランティアは24団体あり、今回被災した沿岸部には、ネットワーク「サンさんネット」が多様な活動を見せていた。

III. 東日本大震災と岩手県の被害の概要

2011年3月11日14:46分、東北地方の太平洋側に位置する三陸沖を震源としたマグニチュード9.0の地震が発生した。これは観測史上国内最大

英文タイトル: Coordination of Mental Health Care and Support after the Great East Japan Earthquake and Tsunami

著者連絡先: 黒澤美枝(岩手県精神保健福祉センター)
〒020-0015 岩手県盛岡市本町通3-19-1 岩手県福祉総合相談センター内
TEL: 019-629-9617 FAX: 019-629-9603
Corresponding author: Mie Kurosawa
Iwate Mental Health Center
3-19-1 Hon-cho Morioka, Iwate 020-0015, Japan

岩手県精神保健福祉センター
Mie Kurosawa: Iwate Mental Health Center

- 14:46 発災
- 14:46 岩手県災害対策本部設置(本部長:知事)
- 14:52 自衛隊派遣要請
- 14:59 緊急消防援助隊派遣要請
- 15:45 第1回災害対策本部員会議開催
- 16:29 消防庁から援護隊を派遣
- 16:30 久慈消防からDMAT要請
- 18:00 第2回災害対策本部
- 18:03 遠野消防, 大槌町の火災への対応要請
- 20:00 災害救助法の適用を発表(厚生労働省)

図1 岩手県の初動対応

(災害対策本部員会議資料より抜粋(H23.3.11 20:30現在))

規模で、岩手県内は最大震度6弱を観測した。同日14時49分以降、三陸沿岸に、最大16.7mの大津波が到達した。この地震及び津波によって、岩手県では2012年3月11日現在、死者4,671人、行方不明者1,249人、家屋倒壊数24,747棟の被害を受けた。医療機関は、全壊(19)、半壊(38)した。幸い、6か所の精神医療機関は、大きな被害を免れた。避難所などへの避難は最大54,429人となった。被害額は沿岸資産の47.3%にあたる4兆2,760億円にのぼった。

歴史的にみると、同地域は、これまでにも明治三陸地震や昭和三陸地震などに見舞われ、被害を受けている⁴⁾。しかしながら本災害は、被害の範囲やインパクトが未曾有であるばかりでなく、支援の規模も最大級となった。

IV. 初動～早期の調整活動

1) 経過と方法

岩手県精神保健福祉センターは、被災沿岸部からおおよそ100km離れた内陸部の盛岡市に位置している。全国68の精神保健福祉センターの規模や役割は様々であるが、当センターは、相談機能のみで診療所機能を有しておらず、行政業務と県の技術支援業務を担う、主に間接サービス機関として平時は機能している。今回の心のケアに関する調整活動は、精神科医、臨床心理士、保健師、事務職、非常勤職員の中から8人が担当した。「岩手県災害時こころのケアマニュアル」, 「災害時地

域精神保健医療ガイドライン」, 「IASCガイドライン」を参考に行った。

経過であるが、初動における岩手県の対応は図1のとおりであった。発災当日からDMATの活動が開始されたが、同活動は1週間延長で行われ、避難所巡回による通常診療も担った。医療チームの増加により、被災地の混乱が予想されたため、岩手医科大学の二人組のDMATが、調整にあたった。3月16日には、岩手県災害医療支援ネットワーク会議が立ち上がり、支援チームの一元管理が開始された。当センターは、3月12日～15日に、調査班による情報収集を行い、DMATやチーム活動がスムーズに流れてきたことが確認できたため、同月16日に窓口を開設し、心のケアチームの受け入れ調整を開始した。対象被災地4保健医療圏(久慈、宮古、釜石、大船渡)の中で、久慈保健医療圏については、調整も含めて全て岩手医科大学精神医学講座に対応を委ねた。他の3地域の調整対応を当センターが行うことになった。岩手医科大学チームの活動は17日に、県外心のケアチームの支援活動は23日に開始となった。

当センターの調整手法は、図2の通りである。全ての心のケアチームには、当センターのHPを確認、電話での受付を通過し、オリエンテーションを受けていただいた後、被災地ケアにあたっていただいた。HP(写真1)には、被災地の精神保健医療情報シート、アクセス情報、生活情報、岩手県災害時こころのケアマニュアル等を掲載し、6月までは毎日、7月以降は週2回、8月以降週1回を目安に更新した。この他、MLの設置、3回のメディアカンファレンスを行いながら調整にあたった。

2) 被災地におけるチーム活動

自然災害早期において、精神保健医療対応を要請されるターゲットには、不眠、トラウマ反応、精神障害者の症状悪化(てんかんの大発作や統合失調症の精神運動興奮など)、精神保健問題の顕在化(DVやひきこもりなど)があげられる³⁾。

本災害では、平時に調整に従事している、行政

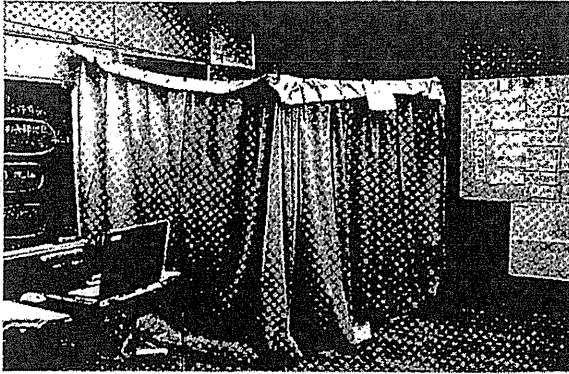


写真2



写真3

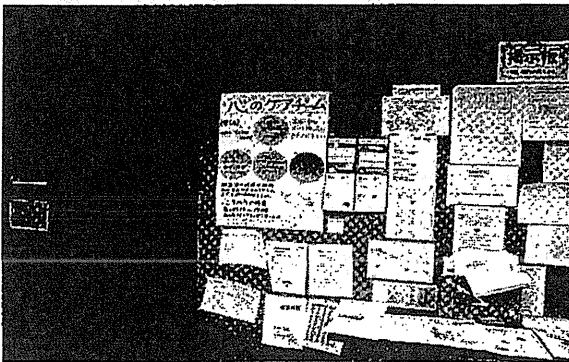


写真4

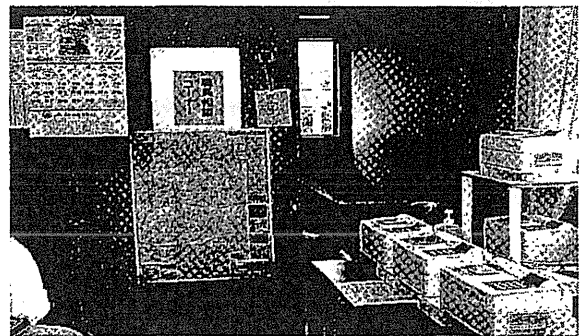


写真5

ムに対してのみならず、広範囲の対象に必要となった。例えば、この時期から、個人で3日程度の支援を希望する医師に対して、調整員が10回以上にわたり情報提供に応じなくてはならない等の、非合理的な場面があった。また、プロの精神医療救援者のみならず、「こころのケア」の提供を希望する、多くのNPO、宗教家、外人カウンセラー、遺族支援や、見学希望者、研究依頼などの問い合わせが殺到し、限られたマンパワーで、そうした対応調整を行うことは容易ではなかった。

被災地の関係者にとっては、通信時間は貴重なため、急ぎの内容でなければ、連絡は差し控える、不正確な情報や重要度の低い情報を発信しない、メールは数千字ではなく簡潔な内容を心がけるなどの、情報伝達のマナーは、今後の精神保健医療関係者の災害研修内でも取り扱が必要であろう。

続いて記録の管理調整である。活動記録は、岩手県災害時こころのケアマニュアル内の書式・様式を利用し、各チームから全て回収し、センターで入力を行った。記録内容の中には、被災地に多くの患者記録を残そうという配慮が伝わるものが数多く見られた。一部、字が解読不能、診察者の所属と名前が意図的に記載されていないためにその後のフォローが困難、記録提出を拒むチームへの対応への難渋、などの問題があった。

最後に、心のケアチームの受け入れのタイミングについてである。ケアのアプローチのタイミングには、様々な意見がある。しかしながら、被災者への精神保健医療の提供は、DMATや医療チーム、保健チーム、専門的心のケアチーム間の連携の上でなされることに間違いはない。発災直後から、DMATの即応待機や派遣体制がとられ、各チーム活動が混乱せずにスムーズに流れて、安

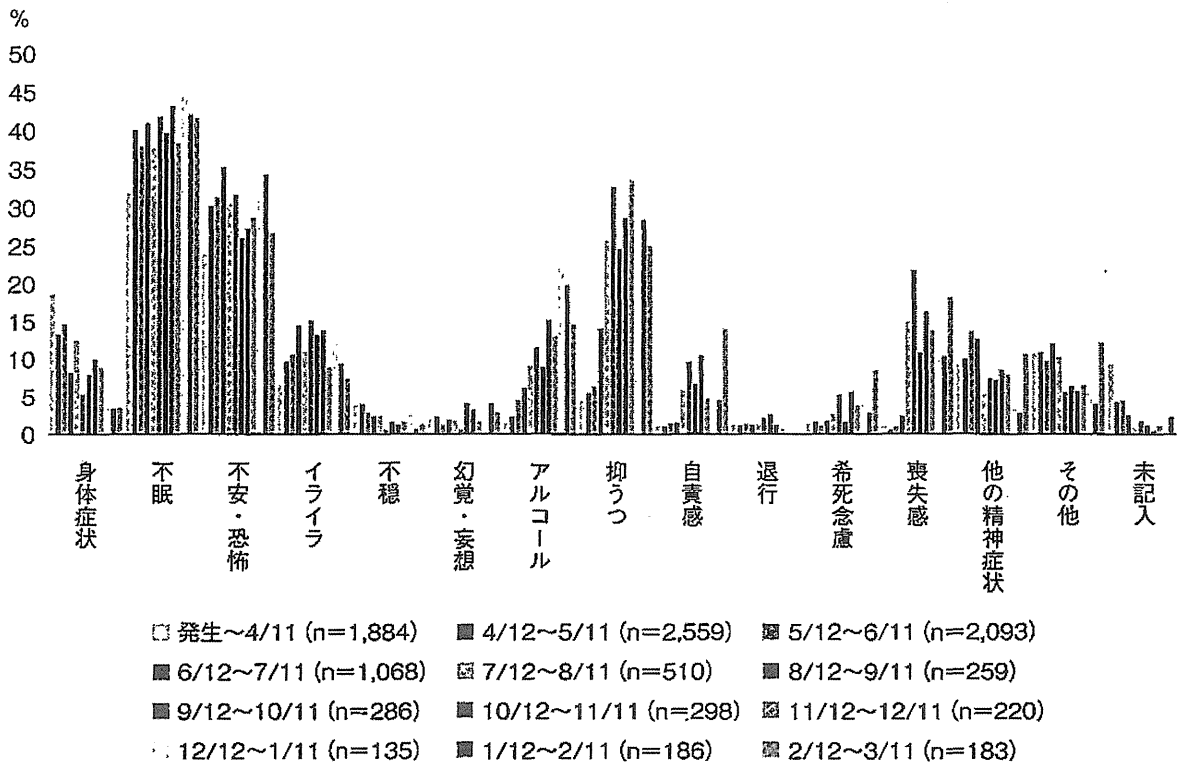


図3 主訴の内訳と経過

定した精神保健の初期対応や、専門的ケアが必要な者の同定や紹介、記録が可能になる。それがさらに、中長期以降の被災地域による見守り活動につながっていく⁵⁾。岩手県の場合、DMAT、医療チームの流れを確認の上、その後、県外の心のケアチームの活動は3月23日に受け入れ開始した。遅いという意見もあったが、もしもDMATほどに早期にアプローチするのであれば、調整側としては、こころのケアチームにも同等の災害対応スキルの準備を求めざるをえない。また、今回の早期のケア活動には、てんかんの大発作や統合失調症の幻覚妄想状態や興奮などへの対応もあり(図3)、精神科救急対応のスキルが必要なことが確認された。さらに、多職種、異業種と向き合う機会が多いため、ミーティングでは、苦悩や葛藤、沈黙、価値観の対立などの状況が見られる場合もあり、コンサルテーションリエゾンスキルを持つ精神科医は、保健師から非常に頼りにされていた。総合病院精神科の規模は地域によって縮小傾

向にあるが、受け手の調整側の立場のみならず、代理受傷と仲間のフォローという観点からみても、少なくとも早期までは、個人単位のアプローチ・受け入れよりも、チームによるアプローチ・受け入れが望ましいと考えられた。

全体を通じては、宮古、釜石、大船渡の各保健医療圏を、当センターの調整員1名で担当しなくてはならない、というマンパワーの不足、移動の負担が特に大きい問題だった。

V. 中期～復興期の調整活動

中期～復興期は、継続支援が決定した約10の心のケアチームの調整を続けた。活動記録の回収・集計も軌道にのり、被災地支援者やケアチームへのフィードバックが可能となった。

全30の心のケアチームの活動により同定された9,681人¹⁾の主訴の経過は図3のとおりである。災害当初から、不眠、不安が多く、8月以降は、

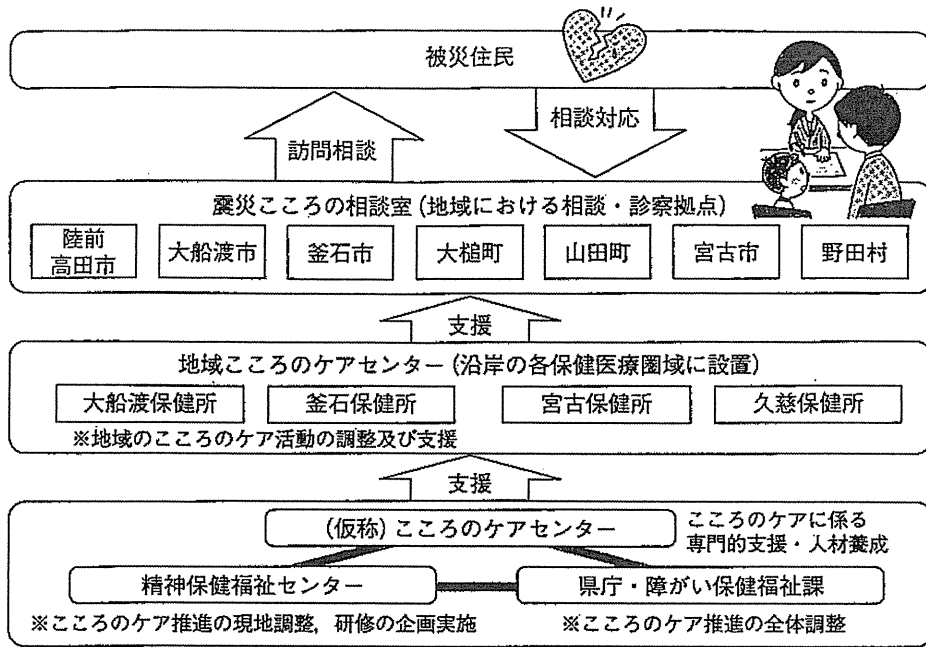


図4 岩手県こころのケア推進体制

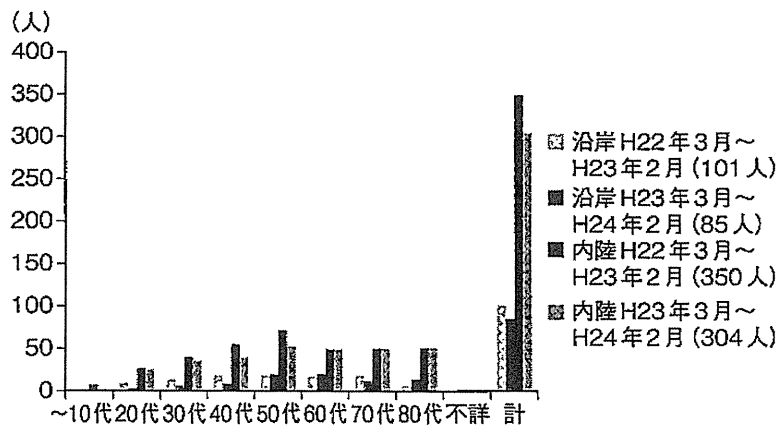


図5 岩手県における自殺者の状況

アルコール問題、自殺念慮、などの問題が増加した。

復興期以降は、遺族ケア、傾聴活動、研修提供、その他様々な精神保健関連活動に関する、助言や寄付の申し出の対応、プロジェクトの立ち上げや報告の対応の他、既存の事業と外部依頼をどのようにフィットさせるかなどの検討や調整に追われた。

VI. 被災1年後の心のケア活動の現状

図4は、岩手県におけるこころのケア体制図である。岩手県こころのケアセンターは、岩手医科大学の運営により、24年2月15日に設置された。4か所の地域こころのケアセンターは、24年3月28日に開所した。心のケアチームによって同定・対応いただいた、全ての継続フォロー者やハイリ