

12) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 中村 光ほか：災害メンタルヘルスの中長期的課題と支援のあり方. *Pharma Medica*, 30 (12); 25-28, 2012

13) 高谷友希, 智田文徳, 大塚耕太郎ほか：岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討. 岩

手医学雑誌, 58 (3); 205-216, 2006

14) WHO: *Social Determinants of Health: Solid Facts*, 2nd ed.(ed. by Wilkinson, R., Marmot, M.). 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)

**After the Great East Japan Earthquake :
Suicide prevention and a gatekeeper program**

Kotaro OTSUKA^{1,2)}, Akio SAKAI²⁾, Hikaru NAKAMURA¹⁾, Mitsuko AKAHIRA¹⁾

1) *Department of Disaster and Community Psychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University*

2) *Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University*

When considering approaches to mental health in areas affected by the 2011 Great East Japan Earthquake, as well as the resulting tsunami and Fukushima nuclear power plant accident, it is not sufficient to focus interventions solely on individuals experiencing mental health issues. The situation demands a comprehensive approach that includes programs that target improvements to mental health literacy among residents in areas affected by the disaster, the rebuilding of relationships between residents themselves, collaboration with recovery and support activities, and mental health support for people participating in recovery and support efforts. From a medium- to long-term perspective, suicide prevention is an important issue. Comprehensive suicide prevention efforts are being promoted in areas of Iwate Prefecture affected by the disaster.

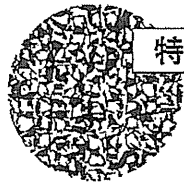
In suicide prevention programs, it is crucial to foster the development of human resources in the local community. In order to expand community supports, it is necessary to provide education on ways of supporting those affected by a disaster to local medical personnel, people staffing inquiry and consultation offices, and people in fields related to mental health. Suicide prevention and disaster relief efforts are both approaches that target people in difficulty, and they share commonalities in principles, systems, and approaches to human resource development.

“Mental health first aid” is a program developed in Australia that defines methods of early intervention by non-professionals who encounter someone experiencing a mental health problem. The mental health first aid-based gatekeeper training program of the Japanese government’s Cabinet Office, which the author’s research team helped to develop, allows participants to obtain the knowledge and skills required of gatekeepers. In 2012, a module for disaster-

affected areas was developed and added to the program, with additional content that provides program participants with the skills to respond in crisis situations encountered during advice/counseling work in evacuation centers and temporary housing facilities. In addition, since 2011 the Cabinet Office has offered a facilitator training program that was developed based on the gatekeeper training program. Program text materials may be downloaded from the Web site of the Cabinet Office, and it is hoped that they will be used in the education of those involved in caring for people affected by a disaster.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : disaster medicine, disaster psychiatry, suicide prevention, gatekeeper >



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ヒ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結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結しているか、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。

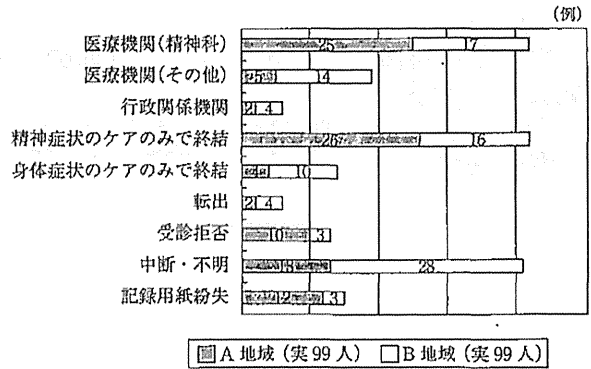


図1 岩手県こころのケアチーム終結後の相談者の転帰

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

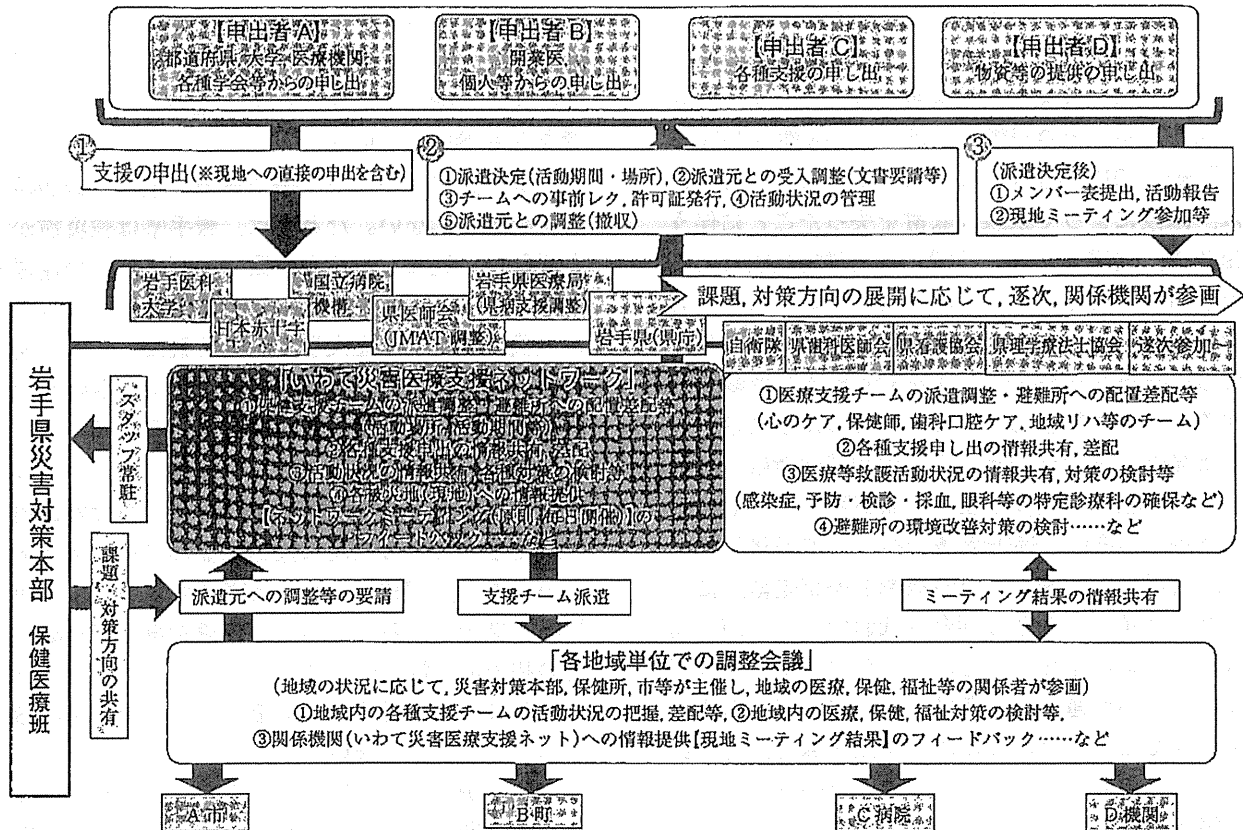


図2 医療チームの調整の仕組み【岩手県】

うかに限らず、地域で長期的に見守り続けるしくみが無いのが現状である。

□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たったが、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ラ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

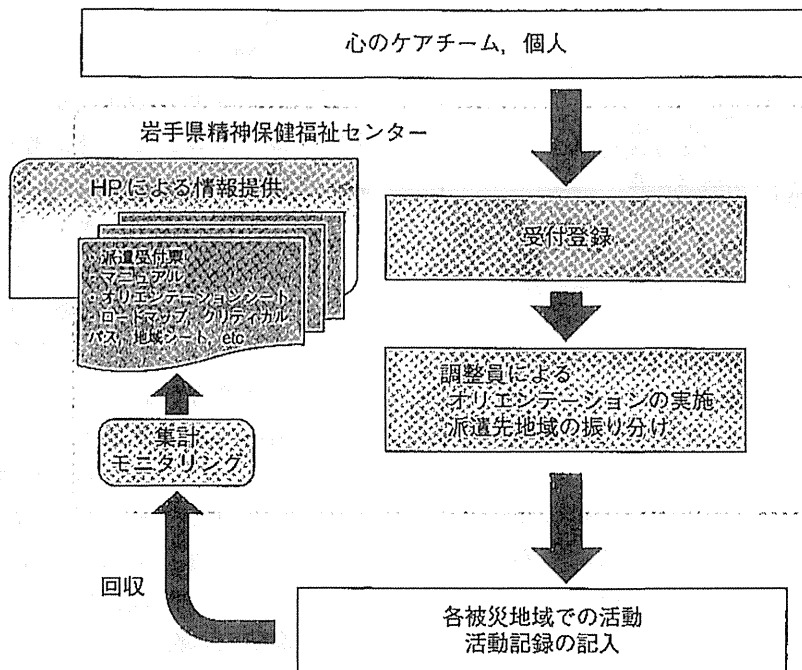


図2 調整のフロー

職員、保健医療従事者が、被災により行方不明や死亡、弱体化した。このため、だまっていたチームの前に患者が運ばれてくるわけではないため、こうした精神保健医療対応が必要な人の同定やアクセスを確保するための、現場の環境づくりもまた、ケアチームが、アウトリーチを基本として主体的に行った。例えば、精神保健相談スペースや診察拠点づくり(写真2)や、医療チームや保健師チームとの連携ミーティングへの参加(写真3)、連携カードの作成、向精神薬の管理と調達といった連携づくり、チラシやポスターの作成や配布等の精神保健活動(写真4)、被災地の救援者のメンタルヘルスへの助言や、休憩できる場所の確保や相談窓口設置(写真5)などの対応であった。

3) 調整上の問題点

初動～早期においては、自己管理、情報管理、記録管理、心のケアチームの受け入れのタイミング等の例が調整上の問題点としてあげられた。

まず、被災地はいうまでもなくストレス環境下

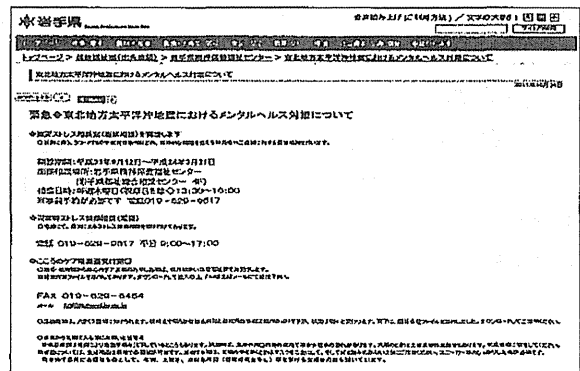


写真1

にある。また日常生活からかけ離れた破壊と苦難の現状は、覚醒や興奮状態を生み出すこともある。この時期は高い使命感から、他職種間のトラブルや口論も生じやすい。支援者の中には、不眠や体調不良を訴える者もあらわれた。また、車のガソリン不足や瓦礫によるパンクによる立往生もあった。このような健康管理や自己管理に関わる対応や調整に日々大量に直面した。

次に、情報調整は、自治体派遣の心のケアチー

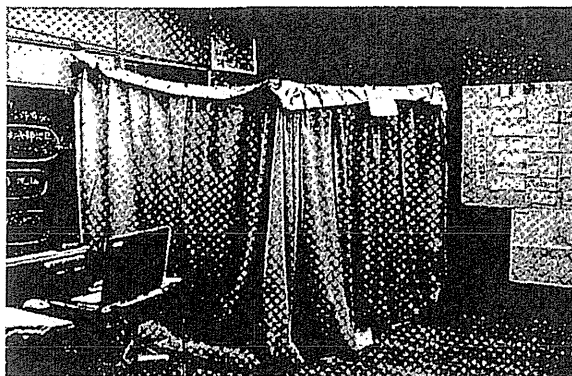


写真2



写真3

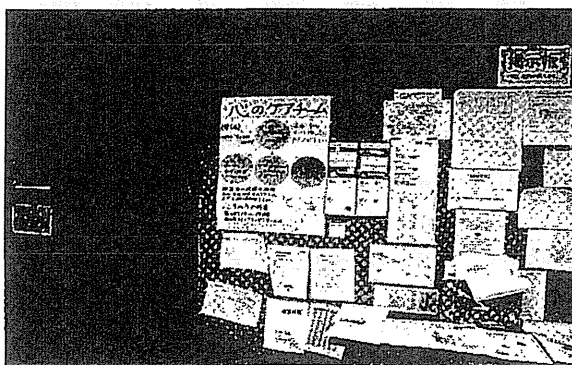


写真4

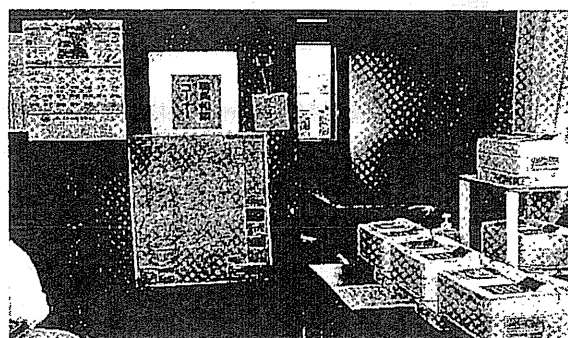


写真5

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

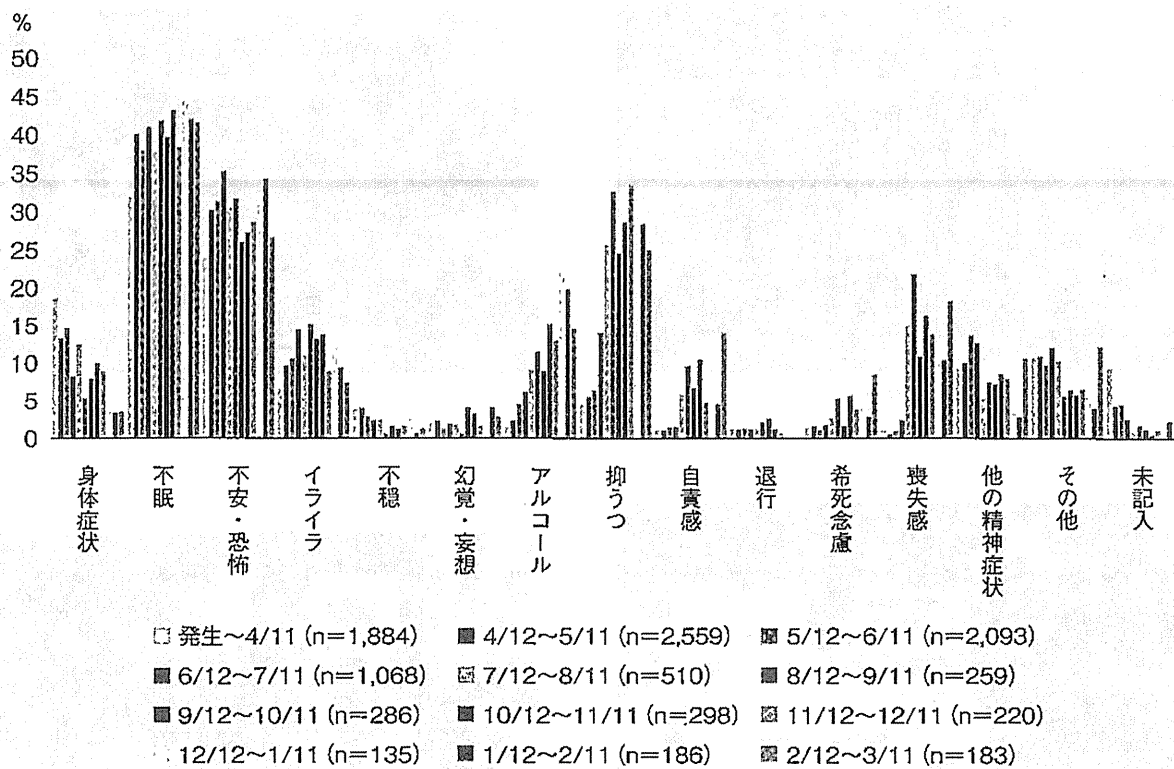


図3 主訴の内訳と経過

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は多いため、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、

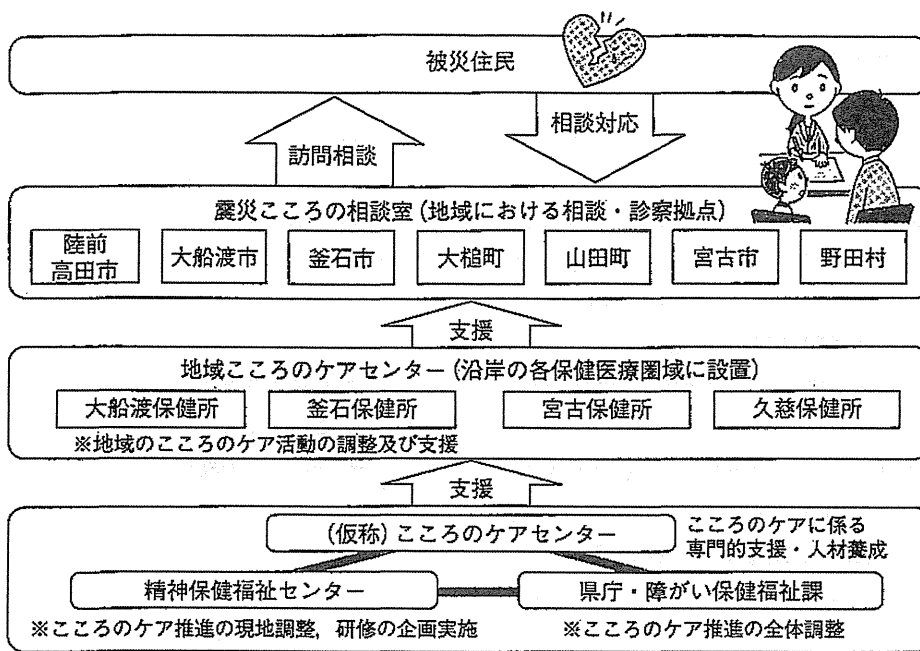


図4 岩手県こころのケア推進体制

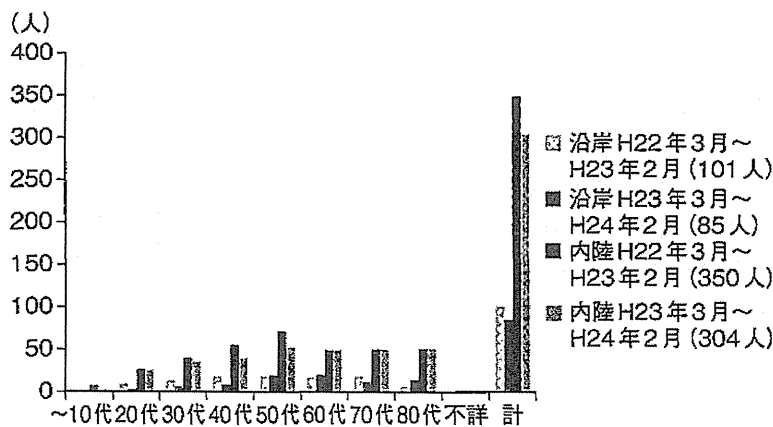


図5 岩手県における自殺者の状況

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

スク者への対応は、被災地の地域こころのケアセンターが引き続き担い、データベースもフォローする流れができてきた。

ポピュレーション対応を含めた地域保健活動は、H23年11月に再開状況を調査したが¹⁾「久慈モデル」を実施している28市町村のうち、全市町村が、再開予定または再開していると回答していた。当センターも、こうした状況から、内陸部を含めた技術支援や平常業務を再開している。

災害後1年経過したが、自殺者数の前年比(H22年3月～H23年2月とH23年3月～H24年2月)は、図5の通りである。全体で62人の減少にあるが、人口流出の問題や、心のケアチームの3月末の撤退、雇用保険のH24年6月の終了等もあるため、引き続き経過を見て、対応することが必要である。

VII. 今後に向けて

東日本大震災における心のケア活動について、岩手県の経過と調整方法を中心に報告した。今後、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。都市部における精神保健対応調整を考える上では、本内容を単純に参考にするには困難であるが、調整人員や災害規模、状況を考慮すれば、幾つかの条件のもとでは、援用できる部分もあるだろう。早期からハイリスク

者やケアが必要な者を同定し、復興期以降も地域で継続的にフォローすることは可能である。被災地のケアでは、指揮系統もさることながら、「調整」の重要性について指摘されて久しく、良し悪しは非難や自責の対象となるが、それは具体的に何に向けられているのか、今後の検討課題、問題提起としたい。

謝辞

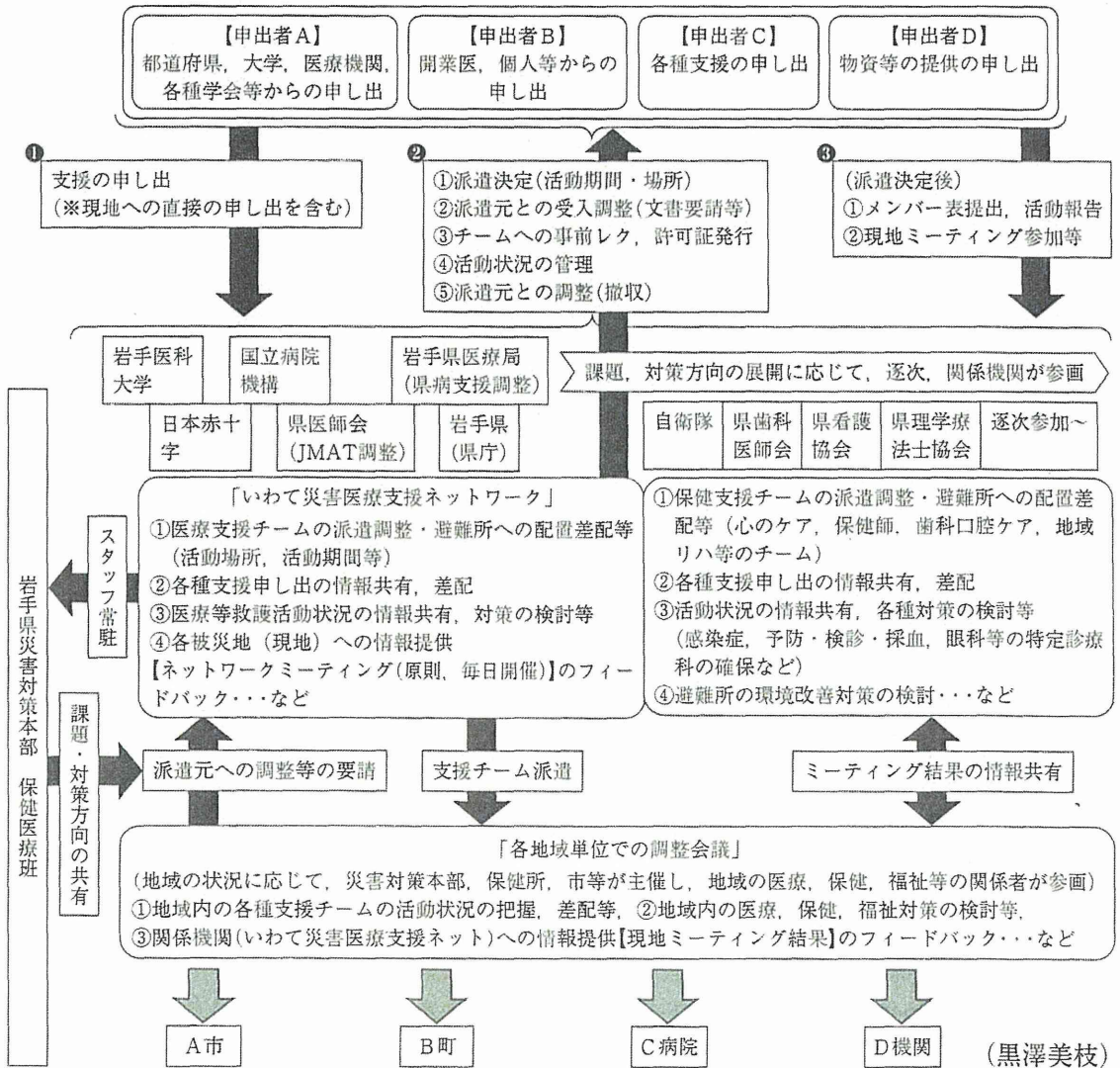
東日本大震災以降、心のケアチームの皆様や多くの関係者に多大なるご支援をいただいた。この場を借りて改めて深く御礼申し上げたい。

文 献

- 1) 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
- 2) 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。東京、2010
- 3) 黒澤美枝：自然災害(早期)。飛鳥井望編、最新医学・別冊 新しい診断と治療のABC 70、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、121-127、最新医学社、大阪、2011
- 4) 内閣府：平成23年版 防災白書。東京、2011
- 5) 日本総合病院精神医学会編集委員会：震災がもたらした精神医学問題と総合病院精神医療。総合病院精神医学 23(2)：129-142、2011

1-1-2 震災1年後の現状と課題：岩手県

東日本大震災後、心のケアチームが同定した9,681件の相談のなかで、要フォロー者への対応は、岩手県心のケアセンター（盛岡）と地域心のケアセンター4か所（釜石、大船渡、宮古、久慈）が引き継いだ。ポピュレーション対応を含めた保健活動は、震災以前に取り組んでいた自殺対策「久慈モデル」の活動が、実施28市町村すべてにおいて再開の途についた。震災後1年間の自殺者数は、警察統計で389人（前年比62人減）であるが、人口流出もあり予断は許されない。精神保健対応のニーズは依然高く、例えば、県内の2011（平成23）年度のDV相談件数は過去最多を上回るペースで推移してきた。地域の復興同様、精神保健の充実も道半ばの状況であるが、再び被災しない保証はない。現在、県では地域防災計画の見直し中であるが、要援護者支援やNPOの活動調整の方策を含め、各立場で再検討することが必要だ。被災状況にもよるが、今後の岩手県の心のケアチームの調整は、他の医療チームとともに、岩手医大が中核的な役割を担いながら、図のように行われる予定だ。不測の事態があれば、これを踏まえて御協力いただきたい。医療チームの調整の仕組み（岩手県）



「救急医療施設における自殺未遂者支援のための研究」

9月10日は、世界自殺予防デーです。

平成26年9月8日



ACTION-J

公益財団法人
精神・神経科学振興財団

独立行政法人
国立精神・神経医療研究センター
Tel: 042-341-2711 (総務部 広報係)

ACTION-J 研究グループ
事務局: 横浜市立大学医学部精神医学教室内

自殺企図の再発予防にケース・マネージメントが有効 — 6か月にわたって自殺企図を抑止 —

ポイント

- 自殺未遂者は、再び自殺を企図し、死に至るリスクが高い。
- 救急医療施設に搬送される自殺未遂者にケース・マネージメントを実施することで、自殺を再び企図することを6か月にわたって抑止できることが明らかとなった。
- 救急医療施設における本研究の成果の速やかな普及により、自殺未遂者のその後の自殺既遂の防止につながるものと期待される。

国立精神・神経医療研究センター総長 樋口輝彦を班長とする研究班により計画された「自殺対策のための戦略研究」(厚生労働科学研究費補助金)の一環として、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果: 多施設共同による無作為化比較研究」(通称 ACTION-J)が実施されました。本研究では、横浜市立大学の平安良雄教授が研究リーダーを務め、自殺未遂者に対する支援プログラム(ケース・マネージメント)が新たに開発されました。そして、救急医療部門と精神科がすでに連携関係にある17施設からなる全国規模の研究班(ACTION-Jグループ)が組織され、その効果が多施設共同無作為化比較試験により検証されました。その結果、ケース・マネージメントは、自殺未遂者の自殺再企図を長期間抑止することはできなかったものの、6か月にわたって強力に抑止することが明らかとなりました。この効果は、特に、女性、40歳未満、過去の自殺企図歴があった自殺未遂者により強く認められました。本研究の成果を日本の救急医療の現場に普及させることにより、自殺未遂者の自殺再企図を、そして自殺既遂を減らすことにつながるものと期待されます。

<研究の背景と経緯>

わが国の自殺死亡者数は平成10年に急騰し年間3万人以上という数で推移し、平成24年には3万人以下に低下したものの、自殺率(人口当たりの自殺者数)は依然として国際的に極めて高い水準を示しています。こうした状況の克服を目指し、当センターの樋口輝彦総長を班長とする研究班により計画された「自殺対策のための戦略研究(以下、戦略研究)」(厚生労働科学研究費補助金)が実施されました。戦略研究においては、当センター精神保健研究所(福田祐典所長)が、精神・神経科学振興財団(高橋清久理事長)とともに統括推進本部を組織し、科学性の高い適正な臨床研究実施のための研究基盤を確立しました。そして、この研究プラットフォームの中で、「自殺企図の再発防止に対する複

合的ケース・マネージメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」（通称 ACTION-J）が実施されました。ACTION-J では、研究リーダーを横浜市立大学の平安良雄教授（精神医学）が、研究班事務局長を同大学の河西千秋教授（健康増進科学）が、研究顧問を昭和大学の有賀徹教授（救急医学）が務めました。

ACTION-J は医薬品や医療機器の開発に加えて厚生労働省が実施すべき重要な健康科学研究の好例であり、当センターは、政策立案に直結する臨床研究実施体制の整備に大きな役割を果たすことができたと考えています。

<研究の内容>

自殺の背景には、経済・生活問題、家庭問題、職場問題などの様々な社会的・環境的要因があり、また、健康問題を含む多様なリスク因子が存在し、これらが相互に複雑に作用しますが、この中で、最も明確なものが「自殺未遂の既往」であることが知られています。そのため、自殺未遂者が自殺を再び企図し、自殺に至ることがないようにするために、これまでに多くの介入研究が世界中で試みられてきました。しかし、その有効性が質の高い研究によって科学的に検証された支援法はこれまでに報告されていませんでした。

そこで、本研究では自殺未遂者に対する支援プログラム（ケース・マネージメント）が新たに開発されました（表 1）。そして、救急医療部門と精神科がすでに連携関係にある 17 施設からなる全国規模の研究班（ACTION-J グループ）が組織され、その効果が多施設共同無作為化比較試験により検証されました。なお、国際的に見ても、本研究のような大規模な多施設共同無作為化比較試験で効果を検討した研究は限られており、本研究は研究開始当初から大きな注目を集めてきました。

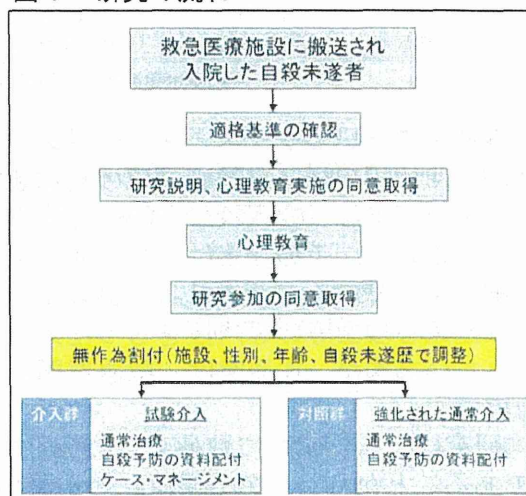
表 1 ケース・マネージメントの概要

- 1) 定期的な対象者との面接（あるいは通話）
- 2) 対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集
- 3) 精神科受療の促進
- 4) 精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整
- 5) 受療中断者への受療促進
- 6) 公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際の調整
- 7) 心理教育と情報提供
- 8) 専用ウェブサイトを利用した情報提供

具体的には、救急医療施設に搬送され救命された自殺未遂者の方々全員に対して、危機介入、精神医学的アセスメント、そして心理教育を実施するなどの高い水準の支援をまず実施し、十分な説明と同意をいただいた後に介入群と対照群とに割付けを行い、ケース・マネージメントの効果を比較検証しました（図 1）。

介入群には、最初の 6 ヶ月間に、1 週後、1 ヶ月後、2 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、と頻回なケース・マネージメントが実施されました。その後は、6 ヶ月おきに支援がなされました。対照群には、通常治療に心理教育や自殺予防の資料配付等を加えた、強化された通常介入が実施されました（図 1）。

図 1 研究の流れ



検証のための主要な評価項目は、自殺企図（自殺既遂及び未遂）の初回再発でした。対象者の登録期間は 2006 年 7 月～2009 年 12 月で、計 914 名の自殺未遂者（男性 400 名、女性 514 名）にご協力いただきました。そして、1.5 年間以上（研究参加の時期により最長で 5 年間）の追跡調査が実施されました。介入群と対照群の属性は同等であり、両群間で比較可能性が保たれていることが確認されております（表 2）。

表 2 研究に参加された自殺未遂者の方々の背景と主たる精神科診断

	介入群 (n=460)	対照群 (n=454)
性別（女性）	57%	55%
年齢（65 才以上）	9%	10%
自殺未遂歴（無）	50%	52%
主たる精神科診断		
物質関連障害	4%	6%
統合失調症関連障害	20%	19%
気分障害	47%	46%
適応障害	22%	20%
その他	7%	9%

Kawanishi et al. The Lancet Psychiatry, Volume 1, Issue 3, Pages 193 - 201, 2014. を改編

<研究の成果>

本研究により、ケース・マネージメントは自殺未遂者の自殺再企図を長期間抑止することはできなかったものの、6 か月にわたって強力に抑止することが、高い科学性をもって明らかになりました。具体的には、ケース・マネージメントを実施した場合に、対照群に比べて 1 ヶ月の時点で約 5 分の 1（リスク比 0.19）の大変強力な自殺再企図割合の減少効果が認められ、3 ヶ月の時点でもほぼ同様の効果があり（リスク比 0.22）、6 ヶ月の時点では 2 分の 1（リスク比 0.50）の有意な自殺再企図割合の減少効果が認められました（表 3）。統計学的な有意差はみとめられませんでした。12 ヶ月以降の時点でも、減少は継続していました（12 か月のリスク比 0.72、18 か月のリスク比 0.79）。そのため、適切な時期に、救急医療機関でのケース・マネージメントから、地域での直接支援へとつないでいく必要があると考えられました。また、この効果は、女性、40 歳未満、自殺未遂歴があった者により強く認められました。

表 3 自殺再企図割合の減少効果

	1 ヶ月後	3 ヶ月後	6 ヶ月後	12 ヶ月後	18 ヶ月後
リスク比 (95% 信頼区間)	0.19 (0.06-0.64)	0.22 (0.10-0.50)	0.50 (0.32-0.80)	0.72 (0.50-1.04)	0.79 (0.57-1.08)

Kawanishi et al. The Lancet Psychiatry, Volume 1, Issue 3, Pages 193 - 201, 2014. を改編

本研究においてケース・マネージメントを実施したケース・マネージャーは、医療資源に加えて地域の様々な社会資源の利用を積極的に勧奨し、そのコーディネートを行いました。本研究では、介入群の 70% の方々が当初の計画通りにケース・マネージメントを受けていました。このことは、ケース・マネージメントが、実際の医療の現場において十分に実施可能であることを示しています。ケース・マネージャーは、精神保健福祉士、あるいは臨床心理士等の専門性をもった人材でした。現在、医療現場ではチーム医療が重要視されていますが、本研究は、救急部門と精神科を軸としたチーム医療のモデルを提案するものです。

本研究は、これまでに数多く行われてきた介入研究の問題点や課題の多くを克服した研究であることから、その成果は、わが国だけでなく、国際的に重要な知見を提供するところとなります。また、わが国においては、本研究の介入法を着実に日本の救急医療の現場に導入、普及させることで、自殺未遂者の自殺再企図を確実に減らすことができるものと期待され、そして自殺既遂を減らすことにつながるものと期待されます。

<今後の展開>

ACTION-J の成果を具体的な施策として普及するためには、その介入法を現場で着実に実施していくためのケース・マネージャーの育成が不可欠ですが、現在、ACTION-J の実務に関わった多くの医療従事者の協力を得て、人材育成プログラムの準備が進められています。今後、このプログラムを事業化することで、十分な人数のケース・マネージャーが確保されることが期待されます。また、医療現場においてケース・マネジメントを実施できる環境が整備されていくことで、実効性のある自殺未遂者支援が全国で本格的に始動していくものと期待されます。

<日本自殺予防学会での成果報告>

本研究の内容と成果の詳細は、2014年9月13日午前9時より、第38回日本自殺予防学会総会シンポジウム6 (<http://jasp38.umin.jp/index.html>、会長：中村純、於：北九州国際会議場) にて詳細に報告いたします。

シンポジウム「自殺対策のための戦略研究 ACTION-J : post-ACTION-J の現状と課題」

座長：山田光彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

河西千秋（横浜市立大学医学群健康増進科学）

<研究成果論文の引用先>

本研究の成果は、国際的精神医学雑誌「The Lancet Psychiatry」に掲載されました。
Kawanishi et al., Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry, Volume 1, Issue 3, Pages 193-201, 2014. doi:10.1016/S2215-0366(14)70259-7

<研究参加施設>

横浜市立大学

日本医科大学

奈良県立医科大学

岩手医科大学

北里大学

近畿大学

国立水戸医療センター

大分大学/厚生連鶴見病院

埼玉医科大学総合医療センター

関西医科大学

国立大阪医療センター

福岡大学

藤田保健衛生大学

筑波メディカルセンター

埼玉医科大学

昭和大学

土浦協同病院

【お問い合わせ先】

<ACTION-Jに関すること>

横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門

教授 平安良雄（ヒラヤス ヨシオ）

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9

TEL : 045-787-2667 FAX : 045-783-2540

E-mail : hirayasu@yokohama-cu.ac.jp

横浜市立大学医学群健康増進科学

教授 河西千秋（カワニシ チアキ）

〒236-0027 横浜市金沢区瀬戸22-2

TEL & FAX : 045-787-2270

E-mail : chiaki.kawanishi@gmail.com

<財団に関すること>

精神・神経科学振興財団

事務局長 都所三千雄（トドコロ ミチオ）

〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-347-5266 Fax : 042-349-3078

E-mail : todokoro@jfnm.or.jp

<報道に関すること>

国立精神・神経医療研究センター

広報係 今井雅樹（イマイ マサキ）

〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-341-2711 Fax : 042-344-6745

E-mail : mimai@ncnp.go.jp