

201036023A

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な
精神保健医療体制の構築に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成23年(2011年)3月

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な
精神保健医療体制の構築に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成23年（2011年）3月

目次

I. 総括研究報告書

- 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の
構築に関する研究-----1
研究代表者 金 吉晴

II. 分担研究報告書

1. 広域災害に対応する精神保健サービス提供システムの構築に関する研究-----5
研究分担者 加藤 寛
(資料) 阪神・淡路大震災後の主な自然災害と精神保健活動の方法
2. 災害精神保健に関する研修体制の構築および効果評価研究の予備的検討-----17
研究分担者 鈴木 友理子
(資料) 災害時精神保健 e-learning プログラム サンプル画像
災害時の支援・こころのケア (総論・組織的対応)
災害時の支援・こころのケア (初期対応)
3. 災害精神保健医療研修プログラムの開発-----71
研究分担者 中島 聡美
研究協力者 黒澤 美枝
(資料) 大切な人を失った方への初期対応編シナリオ
遺族対応編ナレーション
復興期の電話相談シナリオ
復興期の電話相談ナレーション
映像、解説スライドのサンプル
4. 災害精神保健体制に関する行政評価研究-----97
研究分担者 伊藤 弘人
研究協力者 黒澤 美枝、加藤 寛、深澤 舞子
(資料) 大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス案 (岩手版)
大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス案 (都市部版)

- | | | |
|------|----------------|----|
| III. | 研究成果の刊行に関する一覧表 | なし |
| IV. | 研究成果の刊行物 | なし |

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金 (健康安全・危機管理対策総合研究事業)
(総括) 研究報告書

健康危機発生時における地域健康安全に係る
効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究

研究代表者 金吉晴

国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

分担研究者

加藤寛

兵庫県こころのケアセンター

鈴木友理子

国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所

中島聡美

国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所

伊藤弘人

国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所

国連等の関係機関が共同で「緊急時精神保健および心理的支援のガイドライン」を発行して、統一的な方針のもとで進めるようになった (Inter-Agency Standing Committee: IASC, 2007)。わが国においては、阪神淡路大震災等の経験に基づき、災害時地域精神保健医療活動ガイドライン (厚生労働省, 平成 13 年度) が発行され、主に行政対応に関する指針が示されているが、わが国の事情を考慮しつつ上記 IASC ガイドラインなども参考にした上での更新が求められている。

研究代表者らのこれまでの研究によれば、第一線で住民に対応する保健師には、災害精神保健に関する知識、準備性、自己効力感について十分備わっているとはいえず、研修プログラムの提供が求められている。最近では、米国で開発された心理的応急処置 (Psychological first aid) プログラムの日本語版が公開されたが (<http://www.j-hits.org/PFA.htm>)、日米では支援体制や文化などの相違があり、日本で使用するにあたって検討すべき課題は残っている。

また、申請者らが、災害対応者を対象とした郵送法による調査、フォーカスグル

1 はじめに

本研究は、健康危機発生時に、効果的かつ効率的な精神保健サービス提供を目指し、事前の研修プログラムの開発、災害時精神保健システムの構築を行い、この効果を実証的に検討することを目的とする。近年、災害時の精神保健対応は、2007 年には

ープ等を実施した結果、災害精神保健対応には支援者の技法のみならず、精神保健のサービス体制の整理が重要な課題であることが明らかになった。精神保健と、地域保健の密接な連携は必須であるが、国、県（精神保健福祉センター、県保健所）、市町村（保健センター等）の役割分担は必ずしも明確ではないのが現状である。

本研究班では、1) 地域危機発生時の精神保健対応の具体的な方法論を検討し、これらの手法が保健師らによって実施されるように研修プログラムを開発し、2) 災害精神保健ガイドライン等を実際に運用し、その問題点を改善するとともに、現場で活用できるようツールを作成し、3) 健康危機発生フェーズの各段階における効果的な治療・ケアを保障する精神保健医療体制を明らかにして、精神保健医療のモデルを提示することを目的とする。

2 研究紹介

加藤は阪神・淡路大震災以降、各種水害、地震等の支援経験を踏まえ、自然災害後に精神保健活動を提供する必要性について検討を加えた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されている一方で、都道府県を跨ぐ災害や、政府が想定している大規模災害などの広域災害への準備はあきらかに不足している。救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT（Disaster Medical Assistance Team）として包括的なシステムを整備していることと比較すると、脆弱なのは明らかである。DMATは、平成13年度からシステム構築のための研究が本格的に

行われ、平成15年度から研修が試行された。その後、改訂が重ねられ現在の研修は、「日本DMAT 隊員養成研修」（4日間）と、現場管理者になる医師のための「統括DMAT研修」（2日間）が提供されている。平成22年3月時点で、養成研修を受けて日本DMATに登録されているのは387施設、703チーム、隊員数は約4300名に上っており、わずか7年間で大きな発展を遂げている。この間、平成17年のJR福知山線脱線事故では、ブロック内のDMATが機動的な現場活動と傷病者の搬送を行い大きな成果を挙げた。DMATの活動は、阪神・淡路大震災後の救急医療の大きな達成といえる。これと比較すると、精神保険医療対応が脆弱なのは明らかである。こうした現状を踏まえ、広域災害に対応するためのシステムを提言し、全国をいくつかのブロックに分け、コーディネーターを配置し、関係者に事前にトレーニング機会を提供し認証を与える制度として整備される必要を訴えている。精神保健に関しては、国の防災基本計画には何ら記載がなく、また地方自治体間で防災計画における取り上げ方やガイドラインの整備状況は大きな差があるため、制度的な対応を検討する必要が指摘される。

鈴木は災害精神保健医療マニュアル改訂版を普及するために、保健・福祉をはじめとした行政職員を対象とした研修体制の開発に着手した。地域精神保健および災害精神保健領域の初期対応に関する研修プログラムの開発法および効果評価法を先行研究や公開されている資料をもとに検討し、わが国の保健行政で、実施可能な形での研修様式を検討し、研修体制を構築した。プログラム評価の指標を選定するために、研修

理論を整理して、評価方法およびデザイン、そして評価指標について検討を加え、災害精神保健医療マニュアル改訂版の内容に基づき、研修体制の準備を行い、研修会方式、e-learning の二つの様式を整備した。研修のプログラム評価の測定指標について検討したところ、災害精神保健や平常時の精神保健に関する対応の研修法について科学的に効果を検証した研究は非常に限定されていた。日本の先行研究を参考にして、健康危機時の精神保健対応に関する知識 4 項目、自己効力感 3 項目を選定した。研修理論を整理して、次年度のプログラム評価では量的分析に加えて質的分析を行った結果を踏まえ、研修プログラムを洗練化していくことが妥当であると考えられた。災害精神保健マニュアル改訂版に則した研修体制を構築し、その評価には量的、質的両面のアプローチをとることが妥当であり、次年度はこれらの研修およびプログラム評価を実施する予定である。プログラム評価の指標を選定するために、研修プログラムの理論について整理した。健康教育で多用される KAB（知識-態度-行動）モデルと、専門研修の開発で活用される、成人学習理論について検討した。

中島は改訂された災害精神保健医療マニュアルの普及をすすめるために、研修プログラムを開発した。まず研修内容の優先順位について検討するために、災害対応経験のある精神保健医療専門家および地域保健専門家(n=96)を対象にインターネット調査を行った。そのうえで、保健医療従事者のこれらの場面への対応の準備性を高めるために映像資材の開発を行った。その結果として、研修内容については、特に「初期対

応」、「支援者のストレス対応」領域の研修ニーズが高かった。しかし、「災害精神保健体制の構築」については管理者向けに研修を行う優先度は高く、直接支援者がこれについて理解することも役割分担を理解するうえで重要であると考えられた。これらを考慮して、モジュール形式で研修内容を構成した。また、特に精神保健的対応が必要な場面として、1) 遺族対応、2) 自殺リスクの高いひとへの対応が挙げられ、精神保健福祉センターや保健所などの行政職員らの準備性を高めるために、これらの場面での初期対応法について、デモンストレーションビデオを作成した。これらを通じて、研修プログラムでは、対象者のニーズに合わせて焦点を当てる構成にした方が望ましいことが明らかになった。直接支援者らには、「初期対応」、「支援者ストレス対応」を中心に、管理者には「災害精神保健体制の構築」、「支援者のストレス対応」について重点的に取り扱うことが必要と考えられた。遺族対応および自殺リスクの高いひとへの対応の研修映像資材の提示によって画一的な対応方法を押し付けることにならないように、研修参加者から意見収集を行ったり、研修場面でも、この映像資材を議論の素材として活用するような使用上の工夫が求められると考えられる。

伊藤は健康危機発生の各フェーズにおいて、効果的な精神保健医療・ケアを保証する体制のモデルを提示した。そのために災害対応の経験豊富な精神保健専門家から情報収集を行い、災害の種類を大型自然災害に設定し、郡部と都市部における対応の 2 つのパターンでクリティカルパスを作成した。災害発生のフェーズは、数時間、数日

間、数週間、数ヶ月の4つに区分し、各フェーズにおけるターゲットとゴール、災害対応を行う各組織の役割を整理した。郡部版のクリティカルパスは、岩手宮城内陸地震の経験を基に作成された。フェーズ0における精神保健活動方針の決定や人的支援の派遣調整、フェーズ1における医療機関従事者や行政職員への初期対応に関する研修、フェーズ2における医療機関へのアクセスに関する地理的問題、フェーズ3におけるスクリーニング等に、課題が見出された。都市部のクリティカルパスは郡部版をもとに作成され、都市部の課題として、体制構築上の問題、精神科医療供給の問題、外部からの支援者の統制の問題が明確になった。これらを通じて、大型自然災害発生時の支援の流れについて、各フェーズにおける各関係組織の役割のポイントを整理し、課題を整理した。今後は、今年度作成した初案に、災害対応において大きな役割を果たしているDMATや日本赤十字社、さらにメディアの対応を加えて、より災害対応の全体像の中における精神保健支援の位置づけや各組織の役割を明確にしていく必要がある

と考えられた。また、今年度作成したクリティカルパスの初案を他の都道府県に提示し、汎用性があるかについてフィードバックを求めることで、これらの初案の標準化を進める必要がある。

3 次年度以降の研究

保健師、行政職員、精神保健関係者らを対象として、今回開発した研修プログラムの効果評価研究を行うとともに、災害対応体制の構築に関して、特に外部からのこころのケア派遣チームの在り方、および判断に関するアルゴリズム案を作成し、この内容の適切性について合意形成を行う。また行政評価としてはウェブ等を活用したガイドラインや情報提供を行うことによる行政対応の変化の測定を行う予定である。

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な

精神保健医療体制の構築に関する研究

平成 22 年度 分担研究報告書

広域災害に対応する精神保健サービス提供システムの構築に関する研究

分担研究者 加藤 寛 公財）兵庫震災記念 21 世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンター 副センター長

研究要旨

阪神・淡路大震災以降、自然災害後に精神保健活動を提供する必要性は広く認知されてきた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的 戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されているといえよう。しかし、都道府県を跨ぐ災害や、政府が想定している大規模 災害などの広域災害への準備はあきらかに不足している。これは、救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT として包括的なシステムを整備していることと比較すると、脆弱なのは明らかである。本分担研究では、この 10 年間の災害時の精神保健活動の内容を検討するとともに、広域災害に対応するためのシステムとして DPAS (Disaster Psychological Assistance System) の整備を提言する。これは、全国をいくつかのブロックに分け、コーディネーターを配置し、関係者に事前にトレーニング機会を提供し認証を与える制度として整備される必要がある。このシステムによって、行政単位を超えた連携と協力がスムーズに行えるようになり、大規模災害への対応が可能となることが期待できる。

A. はじめに

阪神・淡路大震災以降、自然災害後に精神保健活動を提供する必要性は広く認知されてきた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されているといえよう。しかし、都道府県を跨ぐ災害や、政府が想定している大規模災害などの広域災害への準備はあきらかに不足している。これは、救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT

(Disaster Medical Assistance Team) として包括的なシステムを整備していることと比較すると、脆弱なのは明らかである。本研究では、阪神・淡路大震災およびそれ以後の主な災害時の精神保健活動の内容を検討し、特にコーディネート上の問題点について検討する。

その上で、広域災害に対応するためのシステムとして、DPAS (Disaster Psychological Assistance System) の整備を提言したい。これは、全国をいくつかの

ブロックに分け、コーディネーターを配置し、関係者に事前にトレーニング機会を提供し認証を与える制度として整備されるものである。このシステムによって、行政単位を超えた連携と協力がスムーズに行えるようになり、大規模災害への対応が可能となることが期待できる。

B. 阪神・淡路大震災後の活動：精神科救護所とこころのケアセンター

①精神科救護所

阪神・淡路大震災後の精神保健活動を振り返ると、二つの時期に別のモデルで活動が行われたことが指摘できる。一つは、震災直後から数ヶ月間に行われた「精神科救護所」活動である。この活動は、大都市が破壊され地域内の精神科医療資源が大きな被害を受けた状況において、何の準備もないままに行われたものである。これは当初、被災した外来診療所の機能を補完することを目的として行われた活動であった。被災地が都市部であったため、精神科医療機関の被災は外来診療所に集中していた。麻生によれば、震災後比較的早期に診療再開できた診療所は約半数で、移転などによってすべての診療所が復旧したのは、3月に入ってからであった。また、交通機関の乱れも通院の障害となり、服薬が中断した患者は少なくなかった。これらに対応すべく、まず神戸市長田区保健所（当時）と区内の開業医が、保健所内で投薬可能な窓口を提供した。その後、神戸市沿海6区と芦屋、西宮、伊丹、および津名（淡路島）の計10保健所に「精神科救護所」が開設された。その後の活動は、被災状況や応援態勢などによって方向性を異にしていった。診療所

の再開が遅れた神戸市長田区のように診療投薬を継続したところもあれば、医療機関の復旧が早く外部からの支援も得やすかった西宮市のように、保健師による訪問活動を主体にしたところもあった。

精神科救護所と並行して必要性が高かったのは、夜間の精神科救急医療であった。避難所では夜間に被災者の数が増えるために、精神障害者の問題行動が表面化する事例が多発した。夜間の緊急入院は震災後2ヶ月経っても、通常の2倍以上に高止まったままであった。当時、兵庫県内の精神科救急システムは、全県を一つの民間精神科病院が輪番でカバーしており、急増したニーズにはとても応えられなかった。そのため、行政と病院協会などが協議し、まず県立単科精神病院の長期入院患者を民間病院に転院させて空床を確保し、多くの救急ケースを受け入れることになった。また、民間病院の中で被災地の周辺に位置していた3病院を臨時の救急窓口病院に指定し、ここでも積極的に入院を受け入れた。これに加えて、夜間に往診と必要時の搬送を行う選任チームを設置し、外部からの支援チームに地元関係者がナビゲーター役をする形で対応した。この往診チームは約80日間に26回往診したが、搬送入院は5回のみで、安易な入院を避けることができたと評価されている。

救護所活動は現場からのニーズに応える形で展開されていたが、最大の問題はコーディネートや組織化が遅れたということだった。ほとんどの地域では、現場の判断で活動を開始した後で、入院病床の確保や押し寄せる応援者の振り分けなどの必要性に迫られ、追従する形でコーディネートが

行われた。その際、行政担当者との軋轢や、誰がどのようにコーディネートし情報を発信するかなどの点で多くの混乱を来した。結局、県立精神保健センター（当時）の医師、および神戸大学精神科医局に所属する医師が中心となり、ニュースレターを頻りにファックスで配信することなどをおして全体の調整が行われたが、すべての精神保健活動を掌握することはできず、多くの課題を残した。

②こころのケアセンター

阪神・淡路大震災後に提供された、もう一つの精神保健活動は復興期の「こころのケアセンター」活動である。これは、公的財源によって、わが国で始めて組織的に提供された災害後の精神保健サービスである。復興期の精神保健活動について、関係者の多くは保健所にマンパワーを増やすことを望んだが、財源となった基金（阪神・淡路大震災復興基金）は、民間事業のみに使途が限られていたために、精神保健センターや保健所などの公的機関が資金を得ることは叶わなかった。苦肉の策として精神科医療に関係する民間団体が、受託して活動を始めることが検討された。当初は、精神科病院協会や診療所協会など、関係法人に委託することが考えられたが、結局、精神保健協会という任意団体が受託することとなった。この団体は、精神科医療機関や行政、民間企業の精神保健担当者などで構成される組織で、通常はニュースレターの発行や講演会開催を年に数回する程度の活動をしていた。年間予算は数百万円で専従職員さえいない任意団体に、突然年間3億円もの事業が舞い込んだのである。準備期間はわ

ずか1ヶ月しかなく、組織の構成も全くの白紙だった。急遽、兵庫県の精神保健担当課からベテランのPSWが出向することが決められ、関係機関を招集して検討が重ねられた。そして、本部の他に広域の被災地に12カ所の出先機関（地域センター）を置くこと、当初は各地域の保健所が兼務で地域センターの運営を行うこと、スタッフは公募することなどが決定された。

当時の社会的関心の高さを反映して、定員の数十倍の応募があったが、多くは地域保健活動経験をほとんど持たない者であった。各地域に2名から4名ほどのスタッフを配置し、保健所の一角を間借りしての活動が始まった。基本的知識の研修が急いで行われたが、実際には保健所の保健師やPSWから指導を受けながら、地域保健活動のイロハを習得しなければならなかった。また、地域によっては保健所との連携が上手くいかず、スタッフが短期間で去ってしまう所も少なくなかった。その後、阪神・淡路大震災復興記念切手の収益の一部が寄付され、各地域センターは独立したプレハブの建物に移動し、組織としても保健所職員の兼務が外され独立することになったが、実際の活動ではいかに保健所と密な連携を保つかが重要であった。

全体の運営で困難だったのは、県と政令指定都市、あるいは保健所中核市との関係だった。それぞれが細部の運用システムが異なるため、指示や決裁プロセスが複雑になるなどの問題に直面することが多かった。特に、復興基金を拠出していた神戸市は独自運営を主張することが多く、県と市の担当者間で繰り返し協議をしなければならなかった。しかし、民間団体が受託したこと

のメリットもあった。それは、活動の柔軟性や独立性を確保できたという点である。たとえば、兵庫県外に作られた仮設住宅住民や、自発的に県外に避難した被災者に対しても、この組織は支援を行ったが、純粋に行政組織の中での活動であったなら、こうした圏域を超えたサービスは不可能であっただろう。

実際の活動そのものは、基本的に仮設住宅住民を主なターゲットとした地域保健活動であり、保健所との連携が必須であった。特に、地域に密着し、住民にも受け入れやすい存在である保健師と行動をともにすることがきわめて重要であった。なぜなら、災害後の精神保健活動の必要性がいくら強調されようとも、一般住民にとって抵抗感がなくなるものではないからである。ことに生活再建が主な課題となり、多くの二次的ストレスに曝される復興期にあっては、精神保健活動をそれだけで提供しようとしても、ほとんど受け入れられることはない。また、少ないマンパワーで効率的にサービスを提供するためには対象を絞る必要も出てくる。したがって、

- 被災程度も大きく、生活再建の遅れた仮設住宅住民を主な対象とする
- アウトリーチを重視する
- 保健や福祉を担当する他の機関やボランティアと可能な限り連携する
- 心理教育とスクリーニングを主に行う
- コンサルテーションの重視

などが基本的な活動方針となった。こうした復興期におけるサービス提供上の工夫の必要性は、過去の災害時に行われた精神保健活動でも重要な点として、指摘されているところであり、国情や文化の違いなどに

よらず、普遍的な戦略である。

この組織は、調査研究もいくつか行っているが、その中で、災害救援者の受ける心理的影響に関する研究や、PTSD症状のスクリーニングに関する検討は、日本ではそれまで行われたことのない分野のものであった。

C. 阪神・淡路大震災以後の自然災害と精神保健活動

別に報告したように阪神・淡路大震災から平成14年までに発生した自然災害後の精神保健活動の実態を調査したことがある。これは、平成14年版までの防災白書に記載されている自然災害を対象として、関係者に聞き取りを行ったものである。被災地域を含む都道府県の子精神保健福祉センター、および最も近い保健所などに問い合わせ、災害の概要、被害状況、精神保健活動の有無、活動の概要、その他の情報を収集した。その結果から、精神保健活動のモデルについて検討すると、いくつかのパターンに分類できることが分かった。まず、阪神・淡路大震災のように被災地外から支援者が多数訪れ、それが活動を支える場合で、「地域外支援型」と呼べるものがあつた。また、外部専門家をスーパーバイザーとして迎えて支援活動自体は地域内のスタッフで対応するモデルや、地域内の精神保健福祉センター等が中心となって活動する形態、そして、メンタルヘルス活動として独立した形では行われなかったものの通常の保健業務形態の中にメンタルヘルスの要素を取り入れた形態などが見られた。これらについては、支援モデルを「スーパーバイズ型」「地

域内協同型」「一般支援型」とそれぞれ分類した。

調査で情報を得ることができ、何らかの精神保健活動が実施されていた10災害(13災害中)に、平成14年以降の主な災害のうち9災害を加えたのが表1である。14年度以降の災害に関しては、文献や関係者からの聞き取りによって情報が得られたもののみを加えている。

これを見ると、阪神・淡路大震災以降の自然災害では、精神保健活動が展開されることが着実に増えていることが分かる。そして、最近の災害では外部の専門家をスーパーバイザーとして活用しながら、保健所と精神保健センター、市町村の保健センターなどが、早い時期から活動を始めている。その際、精神的症状に関するスクリーニングも次第に行われるようになっており、より効率的な活動の展開が指向されている。以下に具体例を示す。

①新潟・福島水害(平成16年7月12日～13日)

新潟県は直後から、精神保健担当課が情報を収集し、19日に最初の会議を開催した。そこで精神保健や医療に関係する県内の機関で構成される「こころのケア対策会議」の設置が決定された。具体的な活動としては、三条健康福祉環境事務所に拠点を置き、専門家の派遣、啓発のための配布物作成、および精神健康に関するスクリーニングの実施を取り組むこととなった。さらに、新潟市の新潟県精神保健福祉センター内にホットラインを設置することも決定された。なお、この会議には兵庫県こころのケアセンターから医師と保健師が招聘され、阪

神・淡路大震災後の体験をもとにアドバイスをを行ったほか、啓発パンフレットの作成の援助をした。活動は7月23日から開始され、当初の2週間は地元の保健所、県立精神保健センター、および県立精神医療センターがアウトリーチを展開した。2週目以降は被災した市町からの依頼を受けて、PTSDおよびうつ症状のスクリーニングも行った。この時期からは民間の精神病院が協力する体制も取られるようになり、2か月間で46名の個別相談を受理している。また、被災者支援の重要な担い手である保育士、ケアマネージャー、老健施設職員、民生委員などを対象とした研修会が数多く行われた(平成16年度中に計12回)。

②福井豪雨(平成16年7月17日～18日)

福井県は早い時期から精神保健活動の必要性を認知し、事業の必要性を国に要望した。そして、補助を受けることができたため、『こころの元気』回復応援事業』として、活動は展開された。その内容は、巡回診察、ホットラインの設置、講演会開催やパンフレット作成などであった。巡回相談には、地元の保健所、市町保健センター、民間精神病院、そして精神保健センターなどのスタッフが従事し、延べ175件件の相談を受けている。ホットラインは、福井県臨床心理士会が担当し7月22日から10月31日の間に59件の相談を受けたと報告されている。被災世帯向けにパンフレットが作成され公民館や自治会を通して配布された。

③平成16年台風10号(平成16年7月25日～18日)

上那賀町と木沢村を管轄する徳島県阿南保健所は、被災者の健康管理を行う立場から精神保健上の問題に対しても早い時期から関心を持っていた。避難所の状況から感染症の予防とともにストレス対策が必要と判断していた。そして、8月12、13日の両日に保健師が聞き取りの健康調査を実施した。用いたのは加藤らが開発した簡易な問診によるスクリーニング質問票（SQD）である。調査が出来た120名の中で、「イライラする」と訴えていたのが40%、気分の落ち込みが28%、災害のことが頭から離れないが28%などの結果から、長期的な対策の必要性を確認し、保健師による訪問活動の継続、関係者への研修会などが実施された。さらに、災害から4ヶ月後の11月末から12月上旬にかけて、上那賀町、木沢村の住民に対して健康調査が再度行われた。

④平成16年台風23号（平成16年10月19日～20日）

兵庫県洲本市では、洲本健康福祉事務所（洲本保健所）が翌21日から被災世帯の健康調査と訪問相談を行った。調査は、県内他保健所からの応援保健師を得て、9日間で2231世帯を対象とした。この調査は、被災者の健康全般にわたるもので、慢性疾患の管理、要介護の確認、およびメンタルヘルスに関する項目が含まれていた。6日後には、兵庫県こころのケアセンターから精神科医および精神保健福祉士が派遣され、避難所や自宅でのケース対応、今後の精神保健活動に関する企画、啓発パンフレットの作成などに助言した。その後、地元の精神科病院医師、および臨床心理士会を交えて定期的に支援会議が開催された。個別ケ

ースについては、要フォロー者をリストアップして、在宅介護支援センターとの連携の中で、保健師が定期的に訪問した。また、被災地域ごとに「こころのケア座談会」と銘打った住民向けの講演会を計8回開催し、啓発を行った。

一方、兵庫県北部の豊岡市とその周辺地域では、豊岡健康福祉事務所および被災の激しかった豊岡市、出石町、但東町の保健師が、直後から健康調査を行い、精神保健上のニーズを抽出した。また、各避難所には市町職員が張り付き、必要な場合には保健師がケアする体制が当初より取られた。

1週間からは、県立精神保健福祉センターおよび兵庫県こころのケアセンターの精神科医とPSWが、3回にわたり現地入りし、必要な助言とケース対応を行った。また、住民向けおよび担当者向けのパンフレットは早い段階で配布し、避難所でのメンタルヘルス講演会なども開催された。

⑤新潟県中越地震（平成16年10月23日）

阪神・淡路大震災以後に発生した最大の自然災害であり、精神保健活動も活発に行われた。その詳細については、コーディネートをを行った新潟県関係者が報告しているので、ここでは阪神・淡路大震災との比較から見える特徴を指摘したい。まず、コーディネートが早期から行われた点である。上述したように阪神・淡路大震災では、被災後の混乱の中で現場主導の活動に追従する形で、コーディネートが始められた。その機能が発揮されるようになるまでに数週間を要したが、中越地震の場合は、発生から数日以内に新潟県は活動方針を明確に呈示した。この背景には、地震の3ヶ月前に

発生していた水害で発足していた「こころのケア対策会議」が、そのまま活動を拡大できたこと、とりまとめ役であった新潟県庁や新潟大学が被災していなかったことなどが大きく貢献した。また、国立精神保健センターや兵庫県こころのケアセンターなどが、対策会議にスーパーバイザーとして参画し、必要な助言を行っただけでなく、活動ガイドラインや啓発資料などを提供したことも、活動の効率化に寄与したといえるだろう。その結果、計36にも上った外部支援チームは、新潟県庁の指示に従い機能的に動くことができた。降雪を前にした同年の12月には外部からの支援は不要となり、災害後早期の精神保健活動はほぼ完了した。

その後、復興期の体制として「こころのケアセンター」が作られたのは、阪神・淡路大震災と同じく復興基金を財源とする以上、他に選択肢がなかったためと理解できるだろう。その活動は現在も続けられているので検証を待たなければならないが、都市部と異なり活動に参加する専門職の確保が難しかったこと、仮設住宅へのアウトリーチは保健所や市町に属する保健師が担い、センターは啓発活動を中心業務にしたことなどの、違いがある。いずれにしても、復興基金を財源とした場合、既存の保健システムを直接強化することが難しいという点は、再考すべきと考えられる。

なお、平成19年7月には中越地震の被災地と一部重なった地域で、新たな地震が発生しており、最大の被害があった柏崎市には新たに地域こころのケアセンターが設置された。この時には地元の精神科病院が職員を出向させ、マンパワーの不足を補って

いる。

⑥平成21年台風9号（平成21年8月9日～11日）

兵庫県の西端、佐用町と宍粟市を襲った台風9号では、県内の死者18名、行方不明2名、および全壊163棟、床上浸水337棟などの住宅被害、20億円以上の農地・農業用施設被害を出した。全国での死者は25名に上っており、阪神・淡路大震災以後、三指に入る被害となった。被害の集中した佐用町では、町役場も浸水したために、被害や必要な支援に関する情報が外部に伝わりにくかった。この地域には精神科医療機関が皆無であるために、精神保健に関する情報もなかなか確認できなかったが、町の嘱託医であった隣接地域の精神科病院医師が2日目から現地に入り、被害の深刻さと現地の混乱を県の関係者に伝達したことをきっかけに、支援体制が急いで整備された。8月14日には、県の関係者、県から派遣された精神科医師が現地を訪れ、地元担当者と協議した。もともと欠如していた精神科医療を提供するために、8月中は精神科救護所を佐用町に設置することに決定した。大学病院、県立病院、および精神科病院協会からの支援を得て、精神科医を含む医療チームが活動することになった。これに先だって佐用町では、防疫・健康調査を8月12日から15日の期間に実施し、要支援者を抽出した結果、精神面での要フォロー者は73名あることが、報告された。以上の情報を集約し、長期的な支援計画を策定するために、8月26日に連絡協議会が被災地で招集され、9月以降も週1、2回の頻度で医療チームが継続して派遣されることとなった。

平成 21 年 12 月まで継続され、187 名の相談に応じ、訪問回数は役 250 回に上った。その後も、精神保健福祉センターとこころのケアセンターに所属する精神科医が毎月定期的にコンサルテーションに応じたほか、被災者を対象としたスクリーニング調査、および町職員を対象としたメンタルヘルス調査も実施し、現在に至っている。平成 23 年度も継続される予定である。

D. 災害精神保健活動の課題

これまでに述べたように、最近の自然災害においては、被災者を対象とした精神保健活動が行われ、保健所と精神保健センターを主体とした活動モデルで実践されることが増えており、阪神・淡路大震災以前と比べると明らかに進展したといえるだろう。しかし、いくつかの課題も挙げられる。

第 1 の課題は、その地域にとって日常的に発生する災害に対する取り組みが、いまだ不十分な点である。地震や津波のように突然発生し衝撃の強い災害では、被害程度の大きさにかかわらず大きな社会的関心を集めやすく、精神保健活動も早い段階から始められることが多い。一方、台風などの日常的に発生する災害では、被害が予想を超えて大きくならなければ、積極的な精神保健サービスは提供されない。これは、災害の違いによって社会の受容態度が異なることの反映と思われる。しかし、平成 21 年台風 9 号で経験されたように、風水害でも直接的な恐怖体験を伴うこともある。また、災害後の生活への影響は深刻なことが多く、慢性的なストレス要因から精神保健上の問題をきたす被災者も少なくない。また、新

型インフルエンザなどの感染症、口蹄疫などの家畜伝染病は、狭義の意味では自然災害とは言えないが、地域社会に大きなダメージを与え、保健活動を手厚く長期間にわたって行わなければならない、その中では精神保健分野での関わりも重要となる。

第 2 の課題は、精神医療関係者がどのように関与するかという点である。最初に述べたように、災害精神医学の主なテーマは、被災者を対象とした精神保健活動に取り組むことである。それは、医療というより地域保健活動であるため、医療関係者が活動に参加することは少ないのが現実である。活動の主な担い手は、多くの場合は保健師であり、精神保健センターの精神科医や PSW が状況に応じて関与することはあっても、医療現場の精神科医や看護師が参加することはむしろ稀である。しかし、新潟県中越地震のように、大規模な支援活動が必要になった際には、精神科医療関係者も支援チームに参加することが求められる。その場合、一般の被災者にどのように接するか、心理教育をどのように行うかなど、通常の医療活動とは異なるスキルが求められるため、事前に研修しておくことが必要である。同時に、日常的な災害から関与する機会を作っておくことも重要で、地域ごとに登録しておき、訓練やシミュレーションを行っておく必要があるだろう。

第 3 の課題は、活動の質を高めることと、スーパーバイズやコーディネートを行う専門家を効果的に使えるようなシステムを整備することであろう。災害はそれぞれが個々の特徴を有し、地域保健活動もそれぞれの地域の特徴によって展開する方向性が異なる。しかし、災害が発生すると多くの

場合、過去の災害の情報を得て、精神保健活動の内容を検討する。例えば、被災者向けの啓発資料（パンフレットなど）を作成する際には、何らかのひな形を参考にして作ることが多い。したがって、過去の災害に関する情報が効率的に入手でき、適切な助言が得られるようなシステムが整備できれば、効果的な活動を開始することに寄与できるだろう。また、システム作りやその後の運営に関与するコーディネーターやスーパーバイザーを、適切な時期に要請できる体制があればさらに効率的となる。わが国では、現場の要請を得て、ごく限られた専門家が動き出すというのが現状である。したがって、今後は、コーディネーターを各地域に養成し確保しておくことと、スーパーバイザーが国などの指示によって現地に行き、協力して活動を展開する体制を整えておくことが、ますます重要となるだろう。

E. 広域災害に対する精神保健活動システムの必要性

これまで述べたように、阪神・淡路大震災以後は、幸いにも複数の都道府県に跨る大規模災害が発生しておらず、一つの自治体がイニシアティブを握り、精神保健センターや被災地の保健所を中心として精神保健活動を提供することが可能であった。また、これまで厚生労働省を中心に、地域保健担当者に対して数多くの研修機会が提供されており、基本的知識が普及していたことも、標準的な活動がほとんどの災害で行われてきたことに寄与しているだろう。

しかし、政府が想定している首都直下型

地震、東海地震などの大規模な広域災害への準備はあきらかに不足している。これは、救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT（Disaster Medical Assistance Team）として包括的なシステムを整備していることと比較すると、脆弱なのは明らかである。DMATは、平成13年度からシステム構築のための研究が本格的に行われ、平成15年度から研修が試行された。その後、改訂が重ねられ現在の研修は、「日本DMAT隊員養成研修」（4日間）と、現場管理者になる医師のための「統括DMAT研修」（2日間）が提供されている。平成22年3月時点で、養成研修を受けて日本DMATに登録されているのは387施設、703チーム、隊員数は約4300名に上っており、わずか7年間で大きな発展を遂げている。この間、平成17年のJR福知山線脱線事故では、ブロック内のDMATが機動的な現場活動と傷病者の搬送を行い大きな成果を挙げた。

DMATの運用はまず、災害対策基本法に基づき防災基本計画に以下のような規定がなされている。

・国は、災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム（DMAT）に参加する、医師、看護師等に対する教育研修を推進するものとする。（16ページ）

・国〔厚生労働省、文部科学省〕、日本赤十字社及び被災地域外の地方公共団体は、医師を確保し救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）を編成するとともに、必要に応じて、公的医療機関・民間医療機関からの救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣を要請するものとする。（35ページ）

その上で、具体的な運用方針を「日本DMAT活動要領」として定めており、実際の活動

状況を検討して、この要領は随時改正されている（最近の改正は「平成 22 年 3 月」）。

この要領では、身分やブロック分けなどの運用の基本方針、研修や装備などの事前準備の内容、初動体制、現場活動の内容などについて、細かく記載されている。たとえば、災害規模に応じて派遣される派遣要請の範囲は表 2 のように定められている。

表 2 ; DMAT の派遣要請範囲（日本 DMAT 活動要領から）

被災地域の都道府県は、以下の基準に基づき、管下の統括 DMAT 登録者等の意見を聴いて、必要に応じて速やかに DMAT の派遣要請を行う。

① 震度 6 弱の地震又は死者数が 2 人以上 50 人未満若しくは傷病者数が 20 名以上見込まれる災害の場合：管内の指定医療機関に対して派遣要請

② 震度 6 強の地震又は死者数が 50 人以上 100 人未満見込まれる災害の場合

管内の指定医療機関並びに被災地域の都道府県に隣接する都道府県及び被災地域の都道府県が属する地方ブロックに属する都道府県に対しての派遣を要請

③ 震度 7 の地震又は死者数が 100 人以上見込まれる災害の場合

管内の指定医療機関並びに被災地域の都道府県に隣接する都道府県、被災地域の都道府県が属する地方ブロックに属する都道府県及び被災地域の都道府県が属する地方ブロックに隣接する地方ブロックに属する都道府県に対して DMAT の派遣を要請

④ 東海地震、東南海・南海地震又は首都直下型地震の場合

管内の指定医療機関及び全国の都道府県に

対して派遣を要請

また、後方支援活動（ロジスティック）についても細部まで記載されており、たとえば費用支弁については、災害救助法が適応された場合とそうでない場合に分けて、それぞれ定められている。こうした要領をもとに行われる DMAT の活動は、阪神・淡路大震災後の救急医療の大きな達成といえよう。精神保健に関しては、国の防災基本計画には何ら記載がなく、また地方自治体間で防災計画における取り上げ方やガイドラインの整備状況は大きな差がある。今後、DMAT に準じた体制を整備していく必要がある。

本研究では、今後、災害後の広域精神保健活動システムについて、その骨格、研修内容、運用方法などについて、検討していく予定である。そのシステムは、現段階では DPAS（Disaster Psychological Assistance System）と称し、図のように全国を 5 ないし 6 のブロックに分け、ブロックごとにコーディネーターを配置する。さらに、行政単位を超えた連携と協力関係・役割、研修と認証、後方支援、費用支弁などに関して議論を重ね、整備することを目指すこととしたい。

F. おわりに

阪神・淡路大震災およびそれ以降の主な自然災害における精神保健活動を検討した。阪神・淡路大震災以後は、それに匹敵する大規模災害が発生しておらず、一つの自治体内で精神保健センターや被災地管内の保健所を中心として、精神保健活動を提供することが可能であったことが分かった。一