

201134010A

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 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成 24 年（2012 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 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成 24 年 (2012 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. 災害時の精神保健医療対応の課題について-----5
研究分担者 金 吉晴
研究協力者 大沼 麻実
2. 東日本大震災後の精神科医療活動の課題：支援チームを派遣した立場から----11
研究分担者 加藤 寛
(資料) 兵庫県が派遣したところのケアチームの活動状況
3. 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-----27
研究分担者 鈴木 友理子
研究分担者 黒澤 美枝
研究協力者 深澤 舞子
(資料) 災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル類ツール集
災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル集 (1)
災害時精神保健 e-learning プログラム マニュアル集 (2)
災害時精神保健 e-learning プログラム 研修スライドツール集
4. 大規模災害時精神保健活動における被災地行政支援の在り方についての検討---35
研究分担者 中島 聡美
5. 災害精神保健体制に関する行政評価研究-----41
研究分担者 伊藤 弘人
研究協力者 鈴木 友理子、小原 聡子、深澤 舞子

(資料) 昨年度作成した「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」
宮城県で作成されたクリティカルパス
宮城県で作成されたクリティカルパス (第二期)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----51

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

主任研究者 金 吉晴

(独)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

(独)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

(独)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

(独)国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所

黒澤美枝

岩手県精神保健福祉センター

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)が発行されたが、その後の経験を踏まえた更新が求められている。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、準備性が十分備わっているとはいえない (鈴木、深澤、金、2010)。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、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。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 (深澤ら、2010)。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

1 はじめに

本研究では、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、この効果を検

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。そこで本研究では、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、保健師らを対象とした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・ケアを保証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した。

平成23年3月11日に発生した東日本大震災の影響を受け、上記の研究計画は多少の修正を余儀なくされ、将来の震災に備えた研修プログラムの開発よりは、平成22年度の等研究班の研究成果が実際の震災の後でどのように有効に活用されたかの検証が含められた。

2 研究成果

金は災害後の精神医療の概要を展望し、災害後の精神保健医療対応の目標は一義的には地域の精神疾患の有病率を災害前に水準に照らして同程度に保つことと、災害というストレスによって生じた新たな精神疾患、社会不適応等の社会行動上の問題を低減させることを指摘した。また東日本大震災の発生を受け、医療、保健、福祉活動に従事する職員に対して研修を行う機会が増加し、その中で災害の精神保健医療対応に関して重要と思われる点を考察した。ストレス要因の区別、自然回復の尊重、介入と支援活動の区別、時系列的な症状経過の観察が重要と考えられた。加藤は東日本大震災における外部支援チームのコーディネー

トに関する検討を行った。事前準備のない状況で発生した本災害では、大きく分けて4つの系列から支援チームが現地入りした。各系列間の連絡は必ずしも十分でなく、受け入れ側の調整が機能するまでは、混乱を来した。また、派遣する側の問題について兵庫県チームの状況から検討した。人員、装備、スケジュール管理、連絡体制の整備などのロジスティック機能を誰が担うか、および派遣チームの事前トレーニングの必要性などが、問題点として指摘された。鈴木と黒澤は災害精神保健医療マニュアル改訂版の普及のために、行政職員を対象とした研修プログラムを開発し、前年度に作成した研修資材を改定したうえで、研修のためのツールをホームページへ掲載し、1. マニュアル類（災害精神保健医療マニュアル改訂版、災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン等）、2. 研修スライド、3. 災害時の対応についてのビデオ（遺族対応編、電話相談編）等の研修ツールをパッケージ化した。また、研修会の試行とその評価を予備的に検討するために、岩手県においてプログラムを試行し、参加者よりフィードバックを得て、プログラムの改善を行った。その結果、本研修プログラムの内容は、東日本大震災でも使用可能な場面設定であるという評価を得た一方で、多様かつ複雑化したケースへの対応が現場で従事する支援者の課題として挙げられた。中島は被災地の精神保健を担当する行政機関への支援の有用性およびその在り方について検討した。そのために1)国内外の文献による大規模災害における被災地の精神保健行政活動および、その支援活動の分析、2) 新潟県中

越地震における行政支援のあり方について当時の行政担当者からの聞き取り、3)東日本大震災における行政機関への支援の検討を行い、現在、国の防災計画や災害救助法の中に災害時の精神保健活動に対する規定がないことから、国として被災地の精神保健行政をどのように支援するかについては、その都度検討されなくてはならない状況にあることを見いだした。今後は被災地の行政機関が十分に活動できるような人員の補充と、行政職員のメンタルヘルスへの支援が重要であると考えられる。また、特に災害メンタルヘルスの専門家には中長期にわたる精神保健活動への助言を災害急性期から継続して行うことが有用であると思われる。伊藤は前年度に作成した「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」について、実際の災害対応に基づき評価を行った。東日本大震災への対応を経験した宮城県精神保健福祉センター職員に聞き取り調査を行い、研究協力者が東日本大震災への対応の支援にあたって、宮城県精神保健福祉センターへ当クリティカルパスを提示したこともあり、当クリティカルパスは宮城県で東日本大震災の対応において実際に活用されたことを見いだした。また宮城県精神保健福祉センター職員への聞き取りの結果、当クリティカルパスに示された活動方針は理解されたが、東日本大震災は被害が甚大であったため、フェーズ0に相当する部分が2~3週間にわたり、特にこの時期に被災状況や保健体制に関する情報収集をはじめ様々な課題が指摘された。

3 終わりに

等研究班は半全体の研究規模も小さく、

包括的な災害時精神医療対応を十分に論じることが出来ないが、研修用教材、災害後の支援のあり方とその評価方法について有意義な結果を提示できたものと考えている。

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 23 年度 分担研究報告書

災害時の精神保健医療対応の課題について

分担研究者 金 吉晴 独) 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

研究協力者 大沼麻実 独) 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

抄録

災害後の精神保健医療対応の目標は一義的には地域の精神疾患の有病率を災害前に水準に照らして同程度に保つことと、災害というストレスによって生じた新たな精神疾患、社会不適応等の社会行動上の問題を低減させることである。東日本大震災の発生を受け、医療、保健、福祉活動に従事する職員に対して研修を行う機会が増加し、その中で災害の精神保健医療対応に関して重要と思われる点を考察した。ストレス要因の区別、自然回復の尊重、介入と支援活動の区別、時系列的な症状経過の観察が重要である。

1. トラウマとなる出来事の多様性

被災者のトラウマとなる出来事は、多様であり、3つの系列に大別することができる。第1は、中核的な「トラウマ」の系列に属する出来事である。この系列の出来事には、自分が生きるか死ぬかといった死を確信するような出来事への遭遇や、実際に痛みや火災の熱といった被害の実体験、あるいは死傷者を目撃するなどがある。

第2の系列に属する出来事は、「死別と喪失」である。家族や友人との死別だけでは

なく、自身の身体機能や共同体の喪失のほか、経済的なダメージや失業といったこともここに含めることができる。

そして第3の系列には、「現実的ストレス」が含まれる。そもそも生活環境の変化で日常生活を普通に送ることができないことは、被災者にとって大きなストレスである。くわえて避難・転宅によって、様々な情報に接触しなければならないことは、さらに大きな負担となる。被災者は、どのような物的・人的支援がどこで受けられるのか、そ

の手続きのためにはどうすればよいのかといった情報に触れ続けなければならない。今回の震災では、福島原子力発電所の事故による避難住民は金銭的に補償されることになったが、その補償をもらうためには100ページ以上もの用紙に必要事項を記入しなければならないことも言われていた。このように様々な情報を処理しなければならないことは、それ事態が多大なストレス要因であり、被災者の負担となる恐れがある。

そのほかにも、援助を受けることに係わる新たな対人関係による緊張がある。支援を受けるということは依頼や御礼、時には辞退を申し出るためにその都度相手に謝辞を述べなくてはならないという負担を生じる。同時に、被災者として注目され、同情や好奇の対象になっているのではないかと感じることによるストレスがある。加えて避難所での生活にはプライバシーが保たれないこともストレス要因となる。プライバシーの無い避難所での共同生活では、被災者は自分の感情や苦痛を率直に話すことができないため、ストレス状態であっても平気であるかのように自分を装いがちである。このような事情を理解していないと、支援者は被災者が実際の気持ちを理解することが出来ず、あたかも問題が無いかのように表面的に誤解をしやすい。

トラウマとなる出来事によって生じる「症状」のうち最も重要なものは感情である。第一の系列のトラウマに伴って恐怖感が生じることはよく知られているが、それ

だけではなく罪責感も重要である。罪責感には、自分だけ生き残ってしまったとこと、犠牲者を救出できなかったことによる悲哀や自責 *survivor's guilt* があるが、このように文脈を理解しやすい場合だけではなく、犯罪等の純粋な被害者であるにもかかわらず、なぜ自分はあのようなところを歩いていたのだろう等と自分を責めてしまうことも少なくない。そうした感情のゆえに、自分には元気になる値打ちがないとか、助けてもらう資格がないと思ってしまうこともしばしばである。その反面、なぜ自分がそのような出来事に巻き込まれたのかが理解できなかったり、周囲の人間が自分の気持ちや状況を理解してくれないことへの怒りが生じることもあり、そうした怒りはしばしば向けるべき対象を明確に定めることが難しい。

被災した東北地域の人々は辛抱強いといわれているが、行動の上では十分に抑制がなされているものの、内心にはこうした感情がないとまでは言い切れない。飲酒量の増加や、家族に向けられた怒りなどが事例報告的に指摘されていることが懸念される。忍耐強い人びとであっても生活上のストレスが高まっていることには留意すべきであろう。

またこうした罪責感や怒りの背景には、社会的なスティグマが関係していることもある。被害者であるにもかかわらず、「不吉」などのイメージが付与されたり、過覚醒などの症状に対して周囲から理解されないことも多い。あるいは性暴力の被害者の場合

には、本人に警戒心が足りなかったからではないか、不適切な行動を取っていたからではないかといった、責任の所在がまるで被害者本人にあるかのような議論も一部に見られる。加えて、もともとあった社会的疎外が災害によって強化されたり、社会経済的な困難による生活像の変化もスティグマの対象になりうる。

2. トラウマ体験による症状

様々なストレスによる感情的な反応が生じるなかで、被災者の状態像を精神医療の非専門家にも理解が容易なように類型化すると次のようである。

第一の類型は「現実不安型」である。生活の見通しや避難情報への懸念がその内容のほとんどであり、常識的に理解可能であることが多い。また行動面での目立った症状は伴わない。

第二は「取り乱し型」である。読んで字のごとく取り乱しており、パニックや、過呼吸、焦燥、動悸、発汗などを特徴とする。なおこの類型は過覚醒を本態としており、交感神経系の過緊張が疑われることから、カフェインを与えないことが肝要である。

第三は「茫然自失型」である。「茫然自失型」の被災者は、「取り乱し型」に比べて周囲にその苦痛が伝達されることが少なく、また周囲が困惑することも少ないため、援助を適切にうけられず放置されてしまう恐れがある。

いずれの類型についても、災害時に不安になるのは自然なことでもあり、異常な状

況に対する正常な反応というべきであって、必ずしも医学的な疾患として扱う必要はない。多くの場合は時間とともに、とりわけ3ヶ月程度で軽快する。

3. PTSDの発症と慢性化の問題

トラウマの記憶は、本人に意思とは無関係に想起され、再体験される。それに対して被災者は、できるだけ記憶に蓋をし、忘れたいと望むことが多いが、そのような心理的行動を回避と呼ぶ。PTSDではトラウマ記憶に触れて恐怖を体験した者が、その記憶を遮断して回避を行い、ときには解離を生じさせるが、その防衛機制が不完全であるために再度記憶を想起しては恐怖を体験するという構造を持っている。恐怖を体験するが故に回避が強化され、回避のために想起が亢進するという悪循環が形成されていると考えられる。

PTSDが発症したとしても、必ずしもその全てが医療的介入を必要とするわけではない。National Institute for Health and Clinical Excellenceによって2005年に発行されたPTSDに対する臨床ガイドラインによれば、多くの人は治療せずともトラウマ体験から数ヶ月ないし数年で回復し、2年で50%が自然寛解するとされる。今日ではPTSDの問題は発症ではなく慢性化にあると考えられている。その理由としては、本人の脆弱性が考えられるが、最も重要なことはトラウマに暴露された「強度」である。心理的要因としては回避によって症状が固定化され、維持されると考えられる。

4. PTSD の発症率

ではトラウマ体験によって、PTSD になる割合はどれくらいなのか。川上らが中国・九州地方で行った調査では、DSM-IV 診断 (ICD-10) での PTSD の生涯有病率は、男性 0.4% (1.1%)、女性 1.6% (1.9%)、合計 1.1% (1.6%) であり、最近 12 ヶ月では、男性 0.1% (ICD では 0.7%)、女性 0.5% (0.8%)、合計 0.4% (0.7%) であるⁱ。アメリカにおけるトラウマと PTSD の有病率は、Kessler らの研究によれば一般社会の中で男性の場合は 60%、女性の場合は 50% が一生の間に一度は生きるか死ぬかという場面に遭遇している。そのうち PTSD を発症するのは、男性 8.1%、女性 20.4%であるⁱⁱ。

PTSD の発症率は、先に挙げたような脆弱性、トラウマ体験の回数や強度に加えて、トラウマの性質にも影響を受けている。Kessler らによれば米国では災害が少ないため災害の体験者は 20%弱で、そのうち PTSD を発症するのはほんの数%であるが、レイプの場合には体験者数こそ数%であるものの、PTSD の発症率は 60%近くあり非常に高い。その理由はいくつか考えられるが、災害の場合には被災者の定義が非常に広く、軽い被災者であってもその中に入ってしまうために発症率が低くなると考えられる。他方でレイプの場合は、定義的に軽いレイプというのはありえず、どのレイプも重い体験になるため発症率は高くならざるをえない。また、災害のほうは支援を受

けやすいが、レイプは他人にはなかなか言えないという事情があるために、上記で述べたような断片化された記憶の悪循環に対して適切な整理が進まないということが考えられる。

5. 災害後のこころの回復とケアの時期について

災害後のこころの回復は、単純に時間の経過と比例するとは限らない。オーストラリアの精神科医であり、University of Western Sydney 大学の教授でもある Beverly Raphael によれば、被災者は災害直後の「茫然自失期」を過ぎた後、積極的に復興活動や他の被災者の支援に励む「英雄期・ハネムーン期」と呼ばれる時期を迎える。あらゆる国や日本中が協力をしてきて、社会の構成員すべてが力を合わせて活動し、あたかもハネムーンをしているような気持ちになる。だが少し経つと限界を感じ、疲労と絶望を生じやすくなり、いわゆる「幻滅期」に入ることになる。それを過ぎて現実的な再建への意欲が高まると、次第に「再建期」に向かっていくとされる。

災害後のこころのケアにおいて最も大事な時期は、この「再建期」である。東日本大震災の被災者は、秋から冬にかけて、現在この「幻滅期」から「再建期」への過渡期にあり、この時期にどのような対応ができるのかが問われている。災害が起きると、急性期にはこころのケアの必要性が比較的に叫ばれるが、半年〜1年ほど経つと忘れられてしまうことが少なくない。社会的関

心が「こころのケア」に向かっているときには、多くの方は「英雄期・ハネムーン期」あたりを見ているため、こころのケアが必要な時期は過ぎ去ったかのように思われてしまうからである。しかし実際には、復興への盛り上がりを見せるそういった時期への関心が消え去っていく頃から、こころのケアが本当に必要な時期が始まるのである。

6. 災害時の精神保健の一般指針

災害時の精神保健の一般指針としては、ほとんどの被災者は急性期の症状から自然に回復するため、多数対応としては、自然の治療経過や回復力を尊重したり、回復の促進要因の強化や阻害要因の除去が重要である。大多数の方は自分の力で元気になる回復力を有しているため、立ち直っていくようにポジティブなメッセージを発信する必要がある。他方では個別対応として、初期症状からハイリスク者を同定するためのスクリーニングやアウトリーチ活動に加え、被災者が受診や相談をするための動機づけを行うことが求められる。特に、昼間は仕事を探しに行っているため避難所にはおらず、夜に帰って寝るだけという人は、じっくりと誰かと話をしたり、ケアに関する情報をもらうということが意外に少ないため、個別の対応が必要になる。

7. 「たすける」ことと「ささえる」ことの違い―「見守る」ことの必要性

こころのケアはという概念は非常に広い意味で使われているので、便宜的に二つに

分けて考えてみるのが有益である。ひとつには介入的なケアであり、本人の力の及ばないところをたすけるための治療や福祉がある。もう一方には本人の立ち直る力をささえ、手助けをするような人道的支援がある。

「たすける」介入の方は、精神だけではなく身体も含めての治療や、福祉・行政的な介入などを意味する。自分の力ではどうすることもできない側面であるため、アウトリーチ活動といったこちらからの積極的な働きかけが時には必要となる。ゆえに「たすける」活動には、支援者側に相当の専門性やエビデンスがなければならないし、支援者が自分の行為に対する結果を見守っていくこともそこには含まれている。

これに対して「ささえる」という活動は、本人に立ち直る力があるのだが、あともう少しの支援が必要だというときに社会・心理的な側面から援助の手を差し伸べることである。相談や励ましといった「ささえる」行為は、医学や心理学的な介入ではなく、困った人を放っておけないということの起点にするような極めて人道的な行為である。

この「たすける」と「ささえる」は、相手のためを思って支援する活動だという点で似ているために、こころのケアの際に混同されがちである。たとえば、効果が否定されているにもかかわらず被災者に苦しい気持ちを吐き出してもらおうとするデブリーフィングや、専門性やエビデンスがないにもかかわらず子どもたちに震災の絵を描かせてこころのケアや苦難を乗り越えさせ

ようとする行為は、「たすける」という活動領域に踏み込みながらも、「たすける」ための手段にはなりえていない。

支援の際に、被災者にとって必要なのが「ささえる」なのか「たすける」なのかを知るには、まず何よりも「見守る」ことから始まるといえる。「見守る」ことから相手のニーズは見えてくるのであり、それもこころのケアのひとつのかたちなのである。

i 川上ほか、地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3地区の総合解析結果、平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究分担研究報告書、2003.

ii Kessler, Ronald C. et al., Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of general psychiatry*, 1995, Vol.52, pp.1048-1060.

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 23 年度分担研究報告書

東日本大震災後の精神科医療活動の課題：支援チームを派遣した立場から

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

東日本大震災における外部支援チームのコーディネートに関する検討を行った。事前準備のない状況で発生した本災害では、大きく分けて 4 つの系列から支援チームが現地入りした。各系列間の連絡は必ずしも十分でなく、受け入れ側の調整が機能するまでは、混乱を来した。また、派遣する側の問題について兵庫県チームの状況から検討した。人員、装備、スケジュール管理、連絡体制の整備などのロジスティック機能を誰が担うか、および派遣チームの事前トレーニングの必要性などが、問題点として指摘された。

I はじめに

本災害では精神科領域でも多くの支援チームが外部から入った。被災地が広範囲で、情報が入手しにくく、交通手段が限定されている状況の中での派遣は、送る側も多くの困難に直面した。受け入れた側のコーディネートの難しさは、これまで報告されているが、派遣した側の問題点は十分に検討されていないので、ここでは兵庫県として派遣した際の状況と課題について、検討する。

II 派遣の実際

1) 派遣決定とチーム構成

阪神・淡路大震災を経験した兵庫県は、

その後も多数の災害や事故に見舞われてきた。2001 年以降の主なものを列挙すると、明石歩道橋事故(2001)、台風 23 号(2004)、JR 福知山線脱線事故(2005)、台風 9 号(2009)などがある。これらの事例では、被害規模、被災者の住む地域状況などに応じて精神保健活動を行っており、県庁の担当課(障害福祉課)、県立精神保健福祉センター、およびトラウマ関連障害の専門機関である兵庫県こころのケアセンターが、地元保健所と協力して活動してきた。マンパワーが不足する場合は、神戸大学医学部精神神経学教室、県立光風病院、および県精神科病院協会などに要請し、人員確保に努めた。また、他地域の災害支援にも積極的に取り組んでおり、新潟・福井水害(2004)、

新潟県中越地震（2004）、能登半島地震（2007）、新潟県中越沖地震（2007）で、支援チームを現地入りさせている。これまでの事例では、まず県庁担当課とところのケアセンターの職員が先遣隊として現地入りし、ニーズを確認した上で、派遣の規模や期間を決定し調整していた。

2) 初動

今回の東日本大震災では、過去の事例とは比較できないほどの大規模災害であり、長期に支援チームを派遣しなければならないことは自明であった。しかし、情報は絶対的に不足しており、断片的な情報しか入手できず、遠隔地でしかも被災によって交通アクセスが遮断されたことから、先遣隊を送ることも叶わなかった。この状況下での初動としては、発生当日に県障害福祉課から、表に示した関係機関に対して協力要請を行った。いずれの組織からも内諾を得て、翌12日から調整が開始された。これまでの経験から、ところのケアチームの救急医療活動が終わったところから始まると予測できたため、被災後1週間経過した時期から派遣することとした。これまでの災害では、被災県からの要請を受けることが多かったが、今回は3月13日に厚生労働省からのチーム派遣の可否についての照会があった。地方自治体の連合組織である関西広域連合の方針として、関西7府県はそれぞれ担当地域が決められたため、兵庫県は当初から宮城県への支援を始めており、保健師チームが既に仙台市で活動を行っていたことから、厚生労働省にこれと合流したい旨を伝え、仙台市への派遣が決まった。3月18日に、神戸大学医学部精神科の田中究准

教授をリーダーとする第1陣が出発した。メンバーは精神科医2名、看護師2名、精神保健福祉士1名、および運転手で構成されていた。

3) 物資の確保

派遣開始にあたって、まず苦心したのは必要物資、交通手段の確保であった。これまでの災害と異なり、被災地外でも物資は不足し、飲料水、乾電池、インスタント食品などは入手困難であった。また、交通手段は陸路しかなく、多くの物資を携行するためには、大型ワゴン車を確保する必要があったが、これも困難であった。

兵庫県は活動経験は豊かだったが、調整業務（ロジスティック）に関しての取り決めやマニュアルは存在していなかったため、障害福祉課の担当者が急いで必要物資をリストアップし、あらゆる人脈を活用しながら調達した。たとえば、関東以北ではガソリン確保ができないと報道されていたため、携行缶を入手し約80リッターを積み込んでいくことにした。こうした生活関連物資に比べれば、向精神薬などはむしろ確保が容易であった。なお、仙台市は沿岸2区以外の被害は限定的だったので、宿泊施設を確保できたのは派遣チームにとっては幸いであった。

4) 活動方針の修正と活動状況

活動内容は当初は、避難所を巡回し精神科医療の必要な事例に対応し、第1陣では391例の相談を受けた。しかし次第に避難所数、避難者数も減っていったために、事例数は第3陣以降、激減していった。そのため、仙台市精神保健福祉センター（は一

とポート仙台)と協議し、地域の主な避難所で常駐し、保健師や他の医療チームなどから上がってくるケースに対応する形に変化させ、コンサルテーションや研修を積極的に引き受けるようにした。

5月中旬以降はほとんど相談のない状況になったため、撤収、あるいは仙台市以外への地域変更も考慮されたが、仙台市からは継続が強く要望されたため、6月1ヶ月は滞在を2泊3日に短縮し、6月28日までの派遣を続けた。結局、16チーム延78名を派遣し、685件の相談、16回の研修・講演を行った。

Ⅲ 課題

1) トレーニングの不足

今回の派遣をとおして、いくつかの課題が明らかになった。まず、挙げられるのは事前トレーニングの不足である。「こころのケア」という言葉で総称される災害後の精神保健活動であるが、災害発生直後と復興期とでは活動の方向性は異なる。外部支援チームが活動する時期においては、ほとんどが精神科医療の補完であり「こころのケア」というソフトな言葉でイメージされるものとは違うのが現実である。活動方向性の時系列による変化は、昨年度の本研究班がまとめたクリティカルパスに示されているが、まだ十分に周知されていない。また、派遣直前のミーティングは当然必要だが、全員が参加できないことも多いのが実情であろう。今後は、事前に研修を受けることを義務づけ、派遣可能なメンバーを登録しておくことが望まれる。兵庫県では、遅まきながら今年度から養成および登録を始めている。

2) 調整業務の重要性

第2の課題は、調整業務（ロジスティック）についてである。災害後の救急医療を担うために阪神・淡路大震災後に制度化された日本DMATでは、調整業務について詳細な取り決めがある。想定されている大規模災害でどの物資をどこから調達し移送するのかについて、具体的に計画されているし、派遣チームには必ず調整員が入ることも決められている。物資の管理だけでなく情報管理、記録、隊員の安全管理など、調整業務が担う役割は重要で、活動の正否を握るといっても過言ではない。今後のシステム構築および事前研修の計画にあたっては、調整担当者の確保と養成を盛り込むことはきわめて重要だと思われる。

3) 情報管理

今回の震災では、情報の扱い方に関して、多くの問題が提起された。たとえば、被災地内でも情報は入手しにくく、限られた情報がインターネット上で無防備に流されたり、真偽不明の内容に変わっていくなどの問題が指摘された。支援チームを派遣した立場から言えば、派遣地域の情報を共有するために、チーム交代時は必ず現地で申し送りをするように工夫したが、派遣後のアンケートでは、チーム内での情報共有が上手くいかなかったり、事前に流した情報が伝達されていないなどの、問題が指摘されていた。また、個人情報の一部が、ネット上に書き込まれるなどの問題も散見され、今後、事前の研修を行う上では、情報管理についての項目が盛りこまれる必要があるだろう。なお、被災地からの情報が不足し

ていたとしても、被災地内の関係者に情報発信を求めるのは、負担を増やすだけなので、情報収集の役割を担った専門チームを、国ないし全体をコーディネートする立場から派遣する必要性を指摘しておきたい。

4) 安全確保と身分保障

派遣スタッフの安全面への配慮も重要な課題である。今回の震災では余震が相次ぎ、その中で最大のもは平成23年4月7日に発生しており、震度6強を観測した。兵庫県チームは仙台市中心部に宿泊していたため、深夜の発生であったにもかかわらず直後に連絡がしたが、緊急連絡網が考慮されていなかったのは大きな反省点であると後日指摘された。消防、警察、DMATのような直後に派遣される救援チームは、衛星電話などの緊急用の連絡手段を確保している。一方、発災後しばらくしてから活動を始めるころのケアチームは、通常の携帯電話だけを連絡方法としており、安全面の配慮が不足しているのは明らかであろう。また、活動中の事故を労災とできないような、民間からの参加者に対する保証をどうするかも検討すべき課題である。今回は、派遣が進んだ時期に、ボランティア保険への加入が議論されたが、事前計画にその手続きを盛り込んでおく必要があるだろう。さらに、今回は都道府県からの派遣チームの費用に関して、国からの補填が行われたのは画期的であったが、支弁される範囲、期間などの目安を示しておく必要もあると思われる。

兵庫県が派遣した こころのケアチームの活動状況

兵庫県障害福祉課 松田一生
兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛

1

協力要請した組織（3月11日）

- 兵庫県精神科病院協会
- 神戸大学医学部精神神経科
- 兵庫県こころのケアセンター
- 県立光風病院
- 県立精神保健福祉センター

現地派遣の可能性について協力要請し、
各機関より内諾を得る