

A. 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、複数の都道府県にまたがる広域なものあると同時に、地震だけでなく津波、放射能汚染、火災という複合した災害であり、そのため被災状況も非常に複雑なものとなった。このような未曾有の自然災害に対してどのように精神医療・保健活動を行っていくかということについては国および地方公共団体もおおよそ予測していなかった事態であろうと思われる。Raphael³⁾は、「災害の衝撃に対する地域会の反応は、個人の場合と同様にまずショックと無力感である」と述べているように、災害は、個人だけでなく行政を含む地域社会全体に強い衝撃を与え、仮に行政組織が障害を受けていなくても、通常に機能することが困難になる。まして今回は行政の被災も著しい中で、地方自治体の精神保健関連機関は、想像を絶する数の被災者のケアと破壊された精神保健・医療のシステムの再建に立ちむかわなくてはならなくなった。被災者に対しては、全国から「こころのケアチーム」が可能な限り迅速に派遣されるようになったが、被災地外からの支援は、必要である一方、その調整という面で受け入れる被災地の担当機関に多大な負担をもたらす***。被災者に支援が必要なように、被災地域の精神保健行政を担う組織への支援もまた重要なであると考えられる。

これまで災害精神医学は“被災者への直接的なメンタルヘルスサービス”が重視されてきたが、それを実際に現場で提供している精神保健行政をどのように支えるかという視点は乏しかったと思われる。そこで、本研究では、大規模災害時における被災地

の精神保健担当行政機関への支援のあり方について検討を行なった。

B. 方法

本研究は以下の3つの方法によって行なった。

- 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

C. 結果

(1) 災害時における行政機関による精神保健活動の意義

災害による精神的影響は、個々に異なり、最終的には個別の対応や、治療というレベルに帰結するものである。しかし、災害そのものは個人単位ではなく、広くコミュニティを襲うものであり、個人の機能回復はコミュニティの回復に大きく影響を受ける。したがって、災害時の精神保健活動は、コミュニティレベルの介入をもとに、そこから個人へ対応するという活動が必要になると考えられる。Norris²⁾は、“Community resilience”という概念を提唱し、これを高めていくことが個人の回復にもつながるとしている。

平時における日本の精神保健活動は、自殺予防活動など一部において、地域全体のメンタルヘルスという視点で行われているものもあるが、基本的には個々の精神障害に対しては、個々の医療機関ベースの介入

が中心となっている。ところが、災害時では、医療機関の被災、一般被災者の反応性の精神的問題への対応、予防活動等、コミュニティレベルの精神保健活動が主流となるため、平時では決して多く割り当てられているとはいえない地域精神保健活動従事者一主に行政機関に所属する保健師、精神保健福祉相談員、精神保健福祉センター等一の活動が突出して増加することになる。

これらの行政機関が災害時に活動を円滑に行うためには、防災計画等に精神保健活動の実施があらかじめ規定されている必要があるが、国の災害対策基本法、防災計画、災害救助法のいずれにおいても災害時の精神保健活動がはっきり規定されていない。国レベルでの規定がないため、被災地の精神保健活動を行う行政機関をどのように支援するかについては、災害の都度検討されることになっているのが現状である。

(2) 新潟県中越地震における新潟県の精神保健活動および行政への支援活動

2004年10月23日に発生した新潟県中越地震では、以下の活動を県が行った¹⁾。

- ① こころのケア対策会議の設置
- ② こころのケアホットライン
- ③ 災害時精神医療の確保
- ④ こころのケアチームの派遣・調整
- ⑤ 被災時のこころの健康に関する知識・情報の普及啓発
- ⑥ 援助者への教育研修

これらの行政活動は、新潟県健康対策課と精神保健福祉センターが中心となって実施されたが、このような活動は、2004年7月に発生した水害を機に策定された「災害時におけるこころのケア対策会議実施要綱」

に基づいていたことから、災害直後より比較的円滑に行政機関が活動できたと考えられる。

しかし、災害が広域であったことから、県内の精神保健・医療資源で対応することが困難であったため、県外への「こころのケアチーム」の要請が行われ、10月26日から1月22日まで14市町村の避難所等へ派遣39団体からの派遣が行われた。このような県外からのチームに対し遣の調整を健康対策課に一元化し、県外チームなどの活動を支援するため、保健所及び精神保健福祉センターの精神保健相談員をコーディネーターとして配置し、さらに活動の指針として、こころのケアチームマニュアルを策定し、各チームに配布した。こころのケアチームがニーズのある被災地域で円滑に活動するためには、このような調整が不可欠であり、このように組織的に行政機関が行ったのは初めての試みであったと考えられる。しかし、これらの調整は、被災地の資源を知っている被災地域の行政機関が負わなくてはならないため、被災地行政機関の新たな負担となることが考えられる。

新潟県中越地震の際に、国立精神・神経医療研究センターでは、新潟県精神保健対策課を中心に支援を行ったが、こころのケアチーム派遣調整への支援として、こころのケアチーム活動マニュアルの策定に関わった。我々が行ったその他の行政への支援としては、以下があげられる

- 災直後（10月25日～11月）から被災地を巡回し、被害の実態や現場の状況の把握
- 新潟県保健福祉部健康対策課および、県精神保健福祉センターの初期対応案

の策定への協力

- 長期的な情報提供と心のケア対策会議への参加
- 厚生労働省の研究班として被災地域でのこころのケアの実際、被災者の心理の実態、こころのケアチーム派遣の有効性を検証

これらの活動の有用性および、行政への必要な支援について、聞き取りを実施した。その結果、新潟県中越地震においては、兵庫県こころのケアセンター等が行ったような、被災地での情報収集やこころのケアチームの調整の指針の策定、被災地外の専門家からの視点などが有用であったが、これらの特に、専門的な助言等については、災害時精神保健対応について地方自治体が知見を増やしていく中で、重要性は減じていくと考えられた、

今後の行政への支援として、県担当課、精神保健福祉センター、保健所それぞれに対する支援が必要であることが挙げられた。

県担当課に対しては、個々の地方公共団体の状況によって異なるが、精神保健の専門家がいないところでは専門的な助言を要する場合もある。今後の課題としては一般医療との連携であり、この点については国レベルが縦割りの問題を解決していくことが重要であると考えられる。また、県外のこころのケアチームへの要請が必要な災害である場合、被災地のニーズに合わせて時期やチーム数を調整する必要がある。このような調整を県が直接行うのではなく、派遣団体あるいは国が間に入ることで被災地の行政の負担が軽減することが考えられる。

精神保健福祉センターに対しては、通常業務に加え、災害時メンタルヘルス業務が

加わるため、平時の人員では対応困難なことが多い。特に災害時では、被災地に直接出向いて、情報収集や調整、市町村の業務の支援などを行うことが重要であり、多くのスタッフを必要とする。そのような人員の支援は必要であり、被災地ではなく、精神保健福祉センターや保健所に対するこころのケアチームのようなチーム支援も有用であると考えられる。そのような支援では精神保健業務に熟知しているスタッフが有用であることから、被災地隣県の精神保健センター同志の事前の協定などが有用であることが考えられる。しかし、広域の災害では隣県が被災することも考えられ、関東島ブロック毎での支援体制がより有用であるかもしれない。精神保健福祉センターへの支援としては、通常業務の支援だけでなく、データの整理や新たに設置される震災相談のホットラインの支援なども重要である。

被災地の保健所に対しては、現地での様々な調整活動への支援が重要である。被災地では、こころのケアチームだけでなく、医療チームなど様々な支援が入ってきており、これら医療チームとの連携などは、最終的には被災地市町村の保健師との連携がなければ実施できない。県の保健所では、市町村のサポートを行う必要があるが、ここでも人員の不足があり、市町村だけでなく、県の保健所への人員の支援が必要である。

専門家の支援については、急性期での被災地での精神保健活動より、今後は、中長期的な支援体制の構築に対する助言などの支援がより必要ではないかということであった。

(3) 東日本大震災における被災地行政機関への支援

東日本大震災は被災規模が著しく、また、いずれの被災地方公共団体も決して精神医療・保健資源が豊富でないことから、被災地外部から多くのこころのケアチームが支援を行った。被災地が複数の県にまたがっていたことから、これらのこころのケアチームの調整を厚生労働省が行ったことが一つの行政支援と考えられる。

国立精神・神経医療研究センター成人精神保健研究部では、過去の震災での支援活動を踏まえ、各被災地の行政に対する支援を行った。研究者らは、岩手県のアドバイザーとして、精神保健福祉センターへの支援を中心に以下のような支援活動を実施した。

- 被災のひどい市町村での被災者の精神的問題の把握や現地での精神保健活動の状況などの情報収集の補助
 - 被災のひどい市町村における保健師等へのメンタルヘルスに関する情報の提供、研修、サポート
 - PTSD、悲嘆等トラウマ反応についての研修活動への協力
 - 精神保健対策の策定への専門的助言
- これらの活動の多くは、精神保健福祉センターの職員が行っているものであるが、医療を含めたより専門的な対応の補助として行われた。

このような支援活動がどの程度有用であるかについては、今後の検討が必要であるが、外部からの支援の中には、被災地の行政職員の精神的なサポートという側面もある。災害時のメンタルヘルス活動は、それ

がどのように有効か目に見えるものでないだけでなく、多くのニーズにこたえなくてはならず、またそれに応えられないという無力感も抱きやすくなる。このような業務に対する有力化や支援者のメンタルヘルスに対する配慮などは外部支援者の大きな役割の一つであると考えられる。

D. まとめ

大規模災害時の被災地の精神保健を担当する行政機関への支援の必要性とその在り方について検討を行った。

現在では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。

過去の大規模災害の文献研究からは、県の精神保健担当課や精神保健福祉センター、保健所などが被災地の精神保健活動の中心を担っていた。一方これらの行政機関は通常的人员で新たに増加する震災への精神保健活動を担わなくてはならないことから、通常業務も含めた人員の補充などの支援は必要であると考えられる。

新潟県中越地震での被災地の行政支援の実践および聞き取りから、県担当課、精神保健福祉センターなどのそれぞれの機関レベルの支援が必要であることが明らかにされた。

東日本大震災の際にも、精神保健福祉センターを中心とした行政への支援を行った経験も踏まえて、まず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。

これらの行政支援の有効性について、今後保健所も含めた被災地行政機関への聞き取り等によって検証し、災害時に具体的な支援活動が行えるような体制をつくる必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

1)中島聡美：大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援. 精神保健研究 58 (印刷中).

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれもなし

<引用文献>

1)石上和夫, 篠田和博他：新潟県中越地震におけるこころのケア対策について. 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究. 平成 16 年度総合・分担研究報告書 分担研究課題「精神保健医療」(分担研究者 金吉晴) 分担研究報告 3. 主任研究者近藤達也, 2005..

2)Norris, F. H., Stevens S. P., et al.: Community

resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. American journal of community psychology 41(1-2): 127-150, 2008..

3)Raphael, B.: When disaster strikes. Basic Books, Inc., New York,1986.

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

災害精神保健体制に関する行政評価研究

研究分担者 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
社会精神保健研究部 部長

研究協力者 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
成人精神保健研究部 災害等支援研究室 室長

小原聡子 宮城県精神保健福祉センター

深澤舞子 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 協力研究員

研究要旨

【目的】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する。【方法】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った。【結果】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。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。【考察】当クリティカルパスは提示するだけでなく、現地の状況で必要なことや優先順位を見極めたり、行政の判断や行動を支援するといった行政支援も併せて提供する必要があると考えられた。

A. 研究目的

昨年度に作成した「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、東日本大震災での災害対応に基づいてその有用性を評価した。

B. 研究方法

昨年度の本研究事業で、兵庫県および岩手県の震災対応の経験に基づき「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」を作成

した（伊藤，他，2011）（表1）。2011年3月11日に東日本大震災が発生したが、研究協力者の鈴木が災害アドバイザーとして、2011年3月25日に宮城県の精神保健福祉課に対して行政的な支援を行った。同4月25日に、宮城県精神保健福祉センターによって作成されたクリティカルパス（資料2、3）をもとに、昨年度作成していた「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」の有用性、改善点を検討した。

C. 結果

宮城県では、発災早期に研究協力者が行政支援に入り、その中で、当クリティカルパスを提示し、宮城県保健福祉部障害福祉課や宮城県精神保健福祉センター担当者と今後の対応を検討する上で、本パスが活用された。同4月25日には、宮城県精神保健福祉センターから、宮城県全体の精神保健福祉活動の流れを示す全県版パスと、各地域の状況や資源を勘案して作成された地域別パスが作成され、中長期的な対応の見通しを示すのに活用された。

発災から約1か月後に提示されたこの宮城県版パスでは、「大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス」をもとに、今回の災害の実情に即した、そして詳細な対応プランを提示している。例えば、先述のパスのフェーズ0と1に相当する時期を第一期とし、被災直後からのこころのケア救急支援体制の時期としている。この時期には、精神科医療救急対応、精神科医療ニーズへの対応、一般住民のこころのケアを行うとして、県内外からの「こころのケアチーム」および精神保健福祉センターによる「災害時心の健康相談電話(ホットライン)」等の活用と役割分担が明記されている。

その後、先のパスのフェーズ1、2に相当する時期を第二期として、被災後から再建期への移行期の心のケア支援体制の構築が活動目標として提示されている。この時期の活動としては、地域精神保健医療福祉システムへの移行として、医療活動の地元の精神科医療への移行、精神保健福祉センターの体制強化が戦略として掲げられている。この時期には、一般住民の PTSD 対策も活動目標として提示され、これには、保健所精神保健福祉活動の

再建・強化、市町村精神保健福祉活動の再建、精神保健福祉相談支援機関等の再建、活用が時系列に沿って示されている。

先のパス中のフェーズ3に相当する第三期、再建期のこころのケア支援体制としては、地域精神保健医療福祉の再興、および、新たなシステムの立ち上げとして、こころのケアセンターの設立が見込まれている。この時点では予算措置などが全く不透明な状態であったが、再建期の支援のあり方も見越して、震災1か月後にこのような計画が提示されていたことは特筆すべきことであると思われる。なお、これらの活動を実施するのに、災害時のためのシステム、既存のシステムの活用、新たなシステムの導入の3つの視点で役割分担が提示されている(資料2)。

さらに詳細に、第二期における人材、精神医療保健福祉資源、地域との連携の在り方を記したものが、資料3である。ここでは、資料2のプランで示した項目に沿って、各地域におけるこころのケアチームの配置状況、地元医療機関の機能の回復状況、再建の見込み、その他アクセスに関わる課題等を地域別に診断し、それぞれ必要な外部からの支援チームの見積もり、新たなストレス外来の設置の検討、かかりつけ医との連携体制、これらを長期的に維持するために、こころのケアセンターで求められるスタッフの必要量の見積もりなどが記載されている。

また、既存の地域精神保健体制への市町村の関わり、連携体制のあり方、人的支援の必要性等の課題を洗い出し、地域ネットワーク会議の開催や、専門相談機関の設置、精神保健福祉相談体制の強化等が提案されている。

震災から10か月が経過した2012年1月30日に、宮城県精神保健福祉センターの担当者

から時相別の反省点、改善点に関するヒアリングを行った。以下がその時に指摘された課題である。

1) フェーズ0

県精神保健福祉センター職員が現地の状況を把握し、関係者との関係構築、方針の共有をする活動が必要であった。また生存、救命、救急医療が優先され、災害拠点病院に精神科が設置されていないという状況もあり、いくつかのDMATチームに精神科医がいると精神科救急への対応も円滑になると考えられる場面があった。精神保健に特化したチームのニーズは少なかった。さらに精神科病院の状況把握、連絡体制が脆弱であった。DMATや総合病院とは別に、精神科病院の支援体制を整える必要がある。

今回の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出てくることが明らかになった。さまざまな事態を想定した準備とともに、発生時に状況に応じた柔軟な対応ができる工夫をしておく必要があると考えられる。

2) フェーズ1~2

服薬中断の防止など、精神科医療の提供の継続が重要な課題であった。通常の実態としてのストレス反応は多かったが、精神科対応が求められたものの多くは、既往精神疾患の増悪、再発であった。

3) フェーズ2~3

住民、そして自治体職員を対象とした健康調査が行われたが、これらは市町村が主体となって行い、現地に支援に入っている

団体（大学、こころのケアチーム等）に、調査設計、フォローを相談する形で行われた。スタッフのストレスや健康問題が課題となったが、市町村職員の健康管理よりも、住民対応が優先され、落ち着いて調査を開始する体制が整ったのは、6か月後以降であった。

D. 考察

1) 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」の改善を検討する点

・フェーズの区切り

東日本大震災は、パスを作成する際に参考とした阪神・淡路大震災やその他の災害よりも被害地域、程度が甚大であり、また複合災害ということもあり、先のパスで区分した日程は当てはまらなかった。特に発災直後には、電気、通信、交通といった情報収集の手段が絶たれたうえに、被害が地理的に広範囲であったために、被害の全容の把握に時間がかかり、その他の災害救援活動、DMAT等の医療活動の時期も長期化した。しかし、宮城県が作成したパスでも示されたように、フェーズごとに支援の焦点は確実に変わり、これらはその時期の出来事（ゴールデンウィーク後にこころのケアチームの数が減少した、お盆ごろに仮設住宅への入居が進み、避難所での支援ニーズが減ったなど）と関連して、意識されたということであった。先のパスは、この手順に従って実施すべき、というマニュアルではなく経験知の集積であり、過去の経験を参考にしつつ、現場で修正し、活用されたことは、意図された使用方法であった。

・医療チームとの連携

発災直後の精神科ニーズおよび精神医療対応は現場で対応した専門家からの報告が断片的に伝えられているが（樹神, 2011; 佐久間, 2011）、その全容は明らかでない。また、救急救命が優先される初期の2-3日は、DMAT等の救急医療が中心になって医療が提供される体制となっているが、そこでの精神科ニーズは、筆者の知る限りでは明らかにされていない。おそらく、生存、救急救命が優先され、災害時の情報が不足したり混乱する状況ではメンタルヘルスのニーズは顕在化しないのかも知れない。このような時期に、こころのケアに特化したチームを送るものの必要性については、医療チームからの情報収集、対応に関する協議が必要である。また、今回甚大な被害を受けた東北地方の沿岸部には、精神科が設置されていない総合病院が多く、災害拠点病院であっても精神科医療体制は不足していた。発災直後の精神科ケースは、医療との連携の必要性からも、災害拠点病院で精神医療に対処できるよう、精神科の設置についても検討されるべきであると考えられる。

今回の東日本大震災では、救急医療を専門とするDMATと、より長期的な地域医療の視点で支援する日本医師会災害医療チーム（JMAT）、その他様々なチームが活動を行った。超急性期における精神科医療は、DMATとの連携が必要であるが、より長期的な支援、また地域医療との連携という視点からは、JMATとこころのケアチームの連携の在り方が今後検討をすすめるべき方向であると考えられる。実際に、今回の東日本大震災では、日本精神病院協会は、JMATチームへの登録協力を依頼したので、このチームの一員として活動にあった精神科医も少なくないと考え

られる（山崎, 2011）。先述のパスでは、JMATのような地域医療チームの存在は想定されていなかったため、今後はより具体的な協力と役割分担について検討が必要である。

・精神科病院への支援体制

精神科病院は、地域の精神医療および多くの精神医療専門家を抱える重要な資源である。しかし、これまでに災害時の精神科病院の役割、非常時の電気、水道、通信、医薬品、食料の確保などに関して、一定の方針は定まっていない。しかし、非常時には、自助努力で患者、職員の安全を確保し、地域住民のニーズに応える場となっていた（樹神, 2011; 伴, 2011）。また、今回の災害ではさまざまな所属機関から「こころのケアチーム」が参集したが、これまでの行政が調整した支援のほかにも、地元精神科病院が地域の支援の調整を行った例などもある（佐久間, 2011）。

また、精神科病院には慢性の精神科患者や認知症等を有する高齢者などが多数入院しているという現状がある。今回は、厚生労働省や精神科病院のネットワークで800人という規模での入院患者の搬送が行われた（中谷, 2011、本田, 2011）。また、DMATによる広域搬送も行われた（奥村, 2011）。災害に脆弱である精神科患者や高齢者を抱える精神科病院への非常時の支援のあり方は、精神科病院の自助努力によるものではなく、精神医療体制として整備すべき問題であると考えられる。

・災害時の精神科医療ニーズ

災害時の精神科医療ニーズは、パスでは、フェーズ0には精神的不穏（パニック）、フェーズ1には精神科疾患の症状悪化、急性ストレス障害（ASD）、悲嘆反応、三次ストレスに

よる急性反応、フェーズ2には、適応障害、不安障害、PTSD等、アルコール関連問題、スタッフの疲労の顕在化、そしてフェーズ3ではうつ病、自殺、と一例をあげている。被災者の反応のあり方は様々であるが、傾向としては今回も同様の問題が報告された。

しかし、詳細には、フェーズ0でいう精神不穏（パニック）とは、精神医学のいうパニック症状とは別の、被害の全容がわからず、先が見通せないことでの不安や、衣食住すら十分でないところでの苦痛であり、今回の災害では社会的な混乱が起こらなかったことは、海外のメディアからも称賛の対象となったところである。急性期の精神科ケースの報告は先述のように散見されるが、このような災害後急性期の精神的反応については、DSM（精神障害の診断と統計の手引き）の急性ストレス障害、ICD（国際疾病分類）の急性ストレス反応、そして近年では災害精神保健でよく使われている「異常な事態に対する通常の心理的反応」といった用語や概念の混乱がみられるので、定義を明らかにしてから実態を検討する必要がある。また急性反応の中には、既往疾患の急性増悪と震災ストレスによる新規発症もあるが、これらも区別する必要がある。それによって、医療対応、心理的支援と対応方法も大きく異なるからである。

フェーズ1では悲嘆反応をターゲットとして提示したが、この時期においては必ずしも病理性を伴わない死別反応が課題であり、これも我が国では激しい感情表出を伴う形では表現されなかったことを伝聞している。近年注目されている、病理的な悲嘆反応、つまり大切な人との死別後の悲嘆が長期間、そして日常生活に支障がでる程度生じるような複雑性悲嘆は、今回の災害の状況および我が国の

文化、弔いの習慣を考慮すると、災害から1年以上経ってからターゲットとなる問題であると考えられる。

・支援者ストレス対応

支援者のストレス対応として、健康管理室の設置および調査体制を、フェーズ2の保健所および市町村の業務として位置付けた。今回の震災では、市町村職員の健康管理や労務管理は、それぞれの市町村およびそこに支援に入った様々なチーム（こころのケア、保健師、保健所支援等）が調査、フォロー体制を支援する形で行われた例が多かった。被災自治体の職員のストレスや過労は、発災後からの課題であったが、休養する場所がない、住民の健康やニーズを優先させる、休みがあっても避難所内では落ち着かないといった声があった。支援者のストレスは、メンタルヘルスの問題というよりも、災害時の業務体制といった労務管理上の問題、時期、派遣支援者の人数といった応援支援のあり方からも検討されるべき問題である。また、平常時から自治体における福利・厚生のあるあり方の中で検討される課題であろう。

2) クリティカルパスの改善に加えて検討を要する点

今回は前年度のクリティカルパスの作成に関わった研究協力者が、東日本大震災後に宮城県の災害アドバイザーとして支援に入ったために、当パスを活用した災害後の精神保健福祉計画の作成につながった。パスの提示だけでは十分に活用されない可能性がある。県や政令指定都市の精神保健担当部署において、災害対応の重要性は認識されているが、対応については自信を持ってない箇所が多いことが

明らかになっている(深澤, 他, 2010)。また、フェーズ0の課題としても指摘されたように、災害対応の経験のある専門家が災害後早期に現地に入り、災害規模、現地のニーズ、優先順位を見極めたり、行政の判断、行動を支援する、行政支援も併せて提供することが必要である。このような支援者には、専門的知識、経験、ネットワークに加え、現地で判断、指示をするある程度の権限も備わっていることで、効果的な災害対応の判断と執行が可能となるであろう。また、平常時から精神保健担当者がこのようなクリティカルパスを用いて災害時における体制整備の考え方や進め方に関する研修を受けておくことは、災害時により効果的で迅速な支援体制の構築の一助になると考えられる。

E. 結論

昨年度から開発してきた大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパスは、東日本大震災の対応において、宮城県で実際に活用された。災害の急性期には、タイムリーに、漏らさず対応するために、ある程度詳細な活動の記述を準備することは有用であると考えられた。ただし個別の状況に柔軟に対応できる工夫が必要であった。一方で、災害後中長期における活用にあたっては、現地の医療資源、人的資源等の条件で適応できるように、大枠を示す程度のほうが、活用が進むと考えられた。

クリティカルパスは、それぞれの活動を制限するものではなく、最低基準を示したものであり、現地で修正、活用できるように、事前の研修、そして災害後には定期的な継続支援を提供することで、有意義な活用が進むものと考えられた。

【参考文献】

- 1) 伊藤弘人、加藤寛、黒澤美枝、深澤舞子. 災害精神保健体制に関する行政評価研究.平成 22 年度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(研究代表者、金吉晴). 研究報告書、2011.
- 2) 樹神學. 佐藤宗一郎. 高橋玄. 永田真一. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 953-969. 2011.
- 3) 佐久間啓. 東日本大震災における避難者の心のケア. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 986-985. 2011.
- 4) 山崎學. 東日本大震災を経験して. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 942-944. 2011.
- 5) 伴亨. 東日本大震災における日精協岩手県支部の初期対応. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 979-990. 2011.
- 6) 中谷祐貴子. 東日本大震災と精神科病院. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 951-956. 2011.
- 7) 本田教. 東日本大震災による津波被害と原発事故による影響からの復旧. 福島県浜通り地区にある当院の場合. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 970-978. 2011.
- 8) 奥村徹. 知らされる広域医療搬送調整. 日本集団災害医学会誌. 第 17 回日本集団災害医学会総会・学術集会 プログラム・抄録集. 16(41): 340. 2011.
- 9) 深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴: 都道府県及び政令指定都市を対象とした災

害時精神保健活動に関するニーズ調査.
日本社会精神医学会雑誌 19(1): 16-26,
2010

F. 研究発表

1. 論文発表 準備中
2. 学会発表 準備中

G. 知的所有権の取得状況

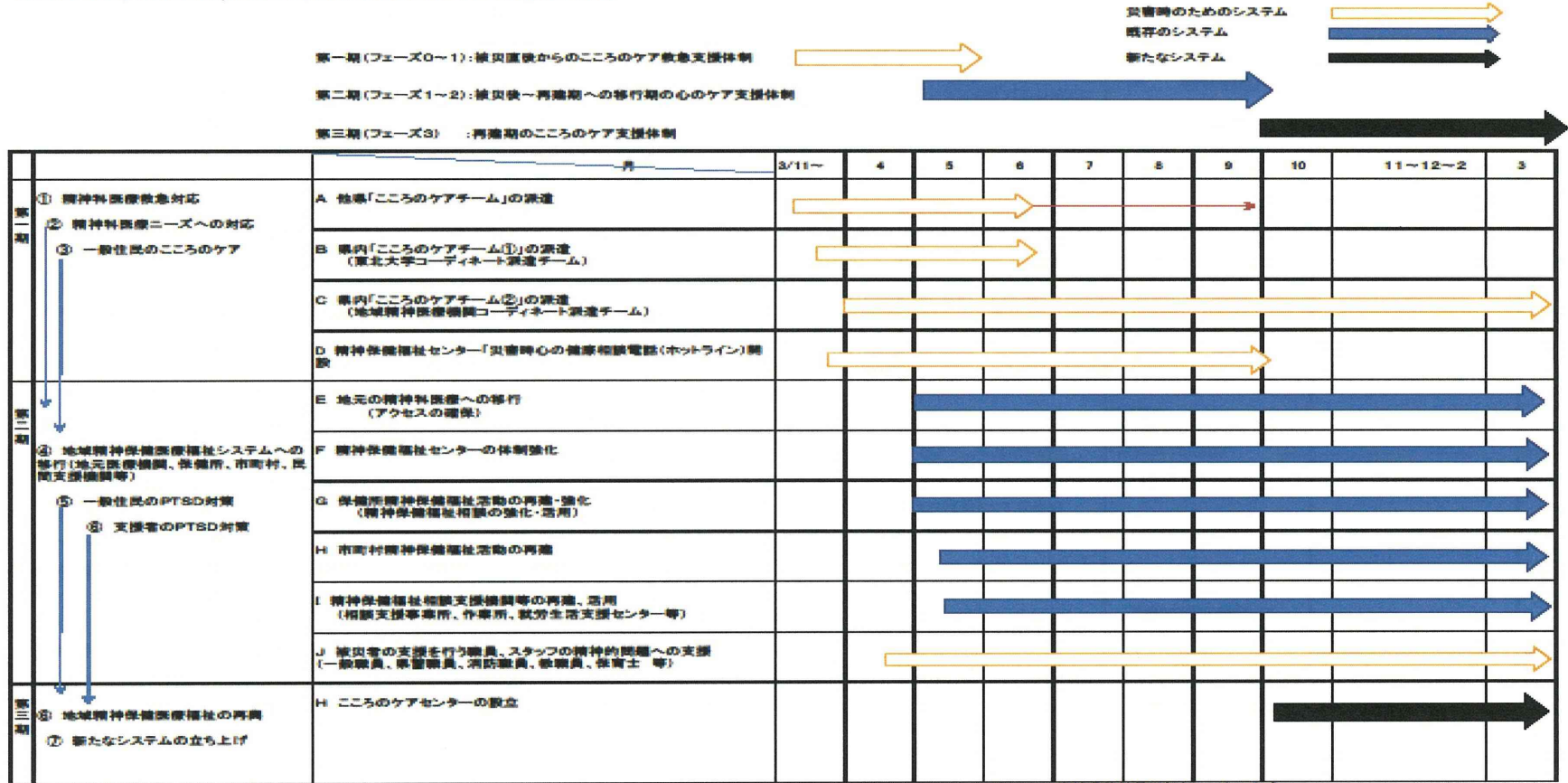
1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 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」

フェーズ	フェーズ 0 (救助がくるまで：数時間、数日)	フェーズ 1 (救出・救助・救急：数日)	フェーズ 2 (保健医療：数週間)	フェーズ 3 (福祉：数か月)
	各現場	救護所、遺体安置所	避難所、自宅、医療機関	仮設住宅
ターゲット(またはおこりうること)	・精神不穏 (パニック)	・精神障害者の症状悪化 ・ASD ・悲嘆反応 ・スタッフの惨事ストレスによる急性反応	・服薬中断 ・適応障害、不安障害、PTSD 等 ・アルコール関連障害 ・スタッフの疲労の問題の顕在化	・うつ病、自殺
ゴール	自助・互助による静穏化	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療
本部 (本庁、精神保健福祉センター等)	・情報収集と発信 ・精神保健活動方針の決定 (精神科救急システム調整、精神科救護所設置の要否、ケアプランの確認等) ・人的支援 (外部・内部) の派遣要請と調整			・活動の評価、継続支援内容の検討、活動報告会の開催
保健所	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
市町村	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者、要援護者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
医療機関	・各機関における情報収集、連絡、精神保健活動方針の決定		・精神医療の実施 ・連携会議への参加 ・スタッフの心のケアの検討	
医療チームまたは心のケアチーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供、精神科救急業務	・精神保健相談 (訪問、窓口)、医療や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	
保健チーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供	・精神保健相談 (訪問、窓口)、健康教育や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	

資料2 宮城県で作成されたクリティカルパス

宮城県 大規模災害時精神保健医療福祉対応プラン(中・長期的プラン)



資料3 宮城県で作成されたクリティカルパス（第二期）

宮城県 大型災害時精神保健医療福祉対応プラン（中・長期的プラン）

第二期（フェーズ1～2）：被災後～再建期への移行期の心のケア支援体制

		現 状		中・長期的プラン			スタッフの必要数		
		4月末	5月～	5月～	6月～	7月～			
② 精神科医療ニーズへ 精神障害者の 医療の確保	A 他県「こころのケアチーム」の派遣	①岩沼管内：1チーム ②石巻市：5チーム ③女川町：1チーム ④気仙沼市：4チーム ⑤南三陸町：1チーム 計12チーム	「地元(地元)精神科医療への移行」 ・避難所生活の長期化が見込まれ、継続的な支援は必要 ・自宅帰宅や仮設住宅等への移転により、避難所以外の支援ニーズが高まることが予想される。	「精神障害者への支援」 県外派遣チームによる地域精神科医療の補完的役割の継続	「精神障害者への支援」 県外派遣チームによる地域精神科医療の補完的役割は終受診のための送迎バス	「精神障害者への支援」 ●地域精神科医療の支援システム ・精神科医支援事業 ・医師等確保	医師		
	③ 被災者のPTSD対策 (こころのケア、医療)	B 県内「こころのケアチーム①」の派遣 (東北大学コーディネート派遣チーム)	①道台管内：1チーム ②石巻市：2チーム ③東松島市：1チーム ④気仙沼市：3チーム ⑤南三陸町：1チーム 計8チーム	・地元精神科医療機関の復興に伴い、医療を中心としたこころのケアチーム活動をかけつけ医の受診に移行させていくことが必要 受診のためのアクセスの問題 アウトリーチ支援 精神科医師はじめスタッフの確保	「被災者のPTSD対策」 県外派遣チームの活用	「被災者のPTSD対策」 ●新たなシステム必要 ・震災ストレスクリニック (地元医療機関で開設)		医師 心理士 医師 心理士 PSW	
		C 県内「こころのケアチーム②」の派遣 (地域精神医療機関コーディネート派遣チーム)		・今後増加が予想されるストレス性の精神障害について、新たな体制が必要である。 ストレス外来等の開設 心理士、精神保健福祉士等による相	スクリーニングにより支援が必要な人への支援を強化	・震災ストレス相談 心理士、精神保健福祉士を中心とした県外派遣チームによる相談等	(仮設住宅巡回)		
		E 地元の精神科医療への移行 (アクセスの確保)	・精神科病院の外来診療再開 (通常診療へ) ・オーバーベッドで入院受け入れ →急性期入院患者が安定し退院						
		D 避難所 仮設住宅 自宅 他市町村、他県等転居							
④ 地域精神保健医療 福祉システムへの移行 (地元医療機関、保健 所、市町村、民間支援機 関) ⑤ 支援者のPTSD対策	F 精神保健福祉センターの体制強化	・情報収集、課題の整理等 ・保健所をサポートするPSWの派遣を検討	「地域精神保健福祉活動の再開」 ・保健所の体制を強化するための人的支援が必要である。	「地域精神保健福祉活動の再開」	「地域精神保健福祉活動」	「地域精神保健福祉活動」	医師 心理士		
	G 保健所精神保健福祉活動の再開・強化 (精神保健福祉相談の強化・活用)	・県内外のこころのケアチームをコーディネートしながら活動を展開	・既存の精神保健福祉相談だけでは今後増加が予想されるストレス性の精神障害への相談体制の整備が必要	・中・長期的プランの作成		・中・長期プランの見直し			
	H 市町村精神保健福祉活動の再開	・被災状況により市町村活動にも差が生じている。 ・市町村及び自治体派遣保健師が「心」のケアチームと連携し活動	・地域により被災状況が異なるため、地域ごとの中・長期的なプランを検討し、地域の医療機関、相談支援事業所、福祉サービス事業等の関係機関と連携した地域精神保健福祉活動を展開する必要がある。	・地域ネットワーク会議の開催 (地域の医療機関、相談支援事業所、福祉サービス事業所、市町村、保健所等参画) ・精神保健福祉相談の再開に向けた準備	精神保健福祉相談(相談回数増)				
	I 精神保健福祉相談支援機関等の再開、活用 (相談支援事業所、作業所、就労支援センター等)	・震災により、被災した相談支援事業所等も多い。	・退院調整が必要なケース相談が上がって来始めた。	「被災者のPTSD対策」 ・既存の精神保健福祉相談での対応は難しい。より専門的な相談日の設置が必要	「被災者のPTSD対策」 ・震災ストレス相談				
	J 被災者の支援を行う職員、スタッフの精神的問題への支援	・こころのケアチームにより、啓発、スクリーニング、個別相談を実施している。	・市町村保健師等行政職員、消防団、保育士、教員、警察官等のメンタルケアが必要 個別フォローが必要な職員も出ている。	「支援者のPTSD対策」 県外派遣チームの活用	「支援者のPTSD対策」 ・震災ストレス相談(職員向け)				

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

総説

中島聡美：大規模災害における行政の地域精神保健活動への支援. 精神保健研究 58 (印刷中), 2012.

著書

加藤寛, 最相葉月：「心のケア-阪神・淡路大震災から東北へ」. 講談社現代新書, 東京, 2011.

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

発行日 平成24(2012)年3月

発行者 研究代表者 金 吉晴

発行所 独立行政法人

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

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
