

つ・怒りなどを著しく緩和することを学習的に体験し、やり甲斐を持って臨むようになった。なお、当初危惧された住民の拒否や反発はほとんどみられず、むしろ再訪問を要請されることの方が多かった」

このような献身的な保健師の活動は、保健所の通常業務が再開されるようになると、次第に限界に近づいたため、1992年6月(大規模火砕流から1年後)に、「訪問相談員制度」という新たなマンパワー確保の方法が開始された。これは、被災

者の中で民生委員や自治会役員などに、自分の属する仮設住宅を中心に一人あたり100人世帯を担当してもらい、原則月1回受け持ち世帯を訪問するという役割を担ってもらったものである。活動に対しては担当世帯数に応じた薄謝が支払われたが、辞退するものも少なくなかったという。健康や生活再建に関する問題が、県や市町の担当者に還元され、きめ細かい支援対策に結びついていった。

雲仙普賢岳噴火災害での精神保健諸対策（荒木らを改変）

1. 啓発・普及

- ・医療・保健関係者向け講演会：92年2月～95年3月まで 計12回
- ・被災住民への講話：92年6月～95年3月まで 計32回
- ・ストレス対策のリーフレット配布：92年6月 4000部
- ・島原市・深江町の広報に掲載

2. 医師会による検診

- ・島原市：91年5月～94年6月 受診者数7402人（延べ）
- ・深江町：91年5月～93年3月 受診者数1455人（延べ）

3. 保健師の活動

- ・家庭訪問：1773人（大半は92年、93年）
- ・健康相談会開催：島原市157回、深江町197回

4. 訪問相談員制度

- ・92年6月～94年10月まで 最多時24人に委嘱
- ・世帯訪問回数：22593回（延べ）

5. 精神科医派遣制度

- ・訪問指導回数：99人

6. 電話相談

- ・92年2月～94年3月 33人

2. 阪神・淡路大震災（1995年）における「こころのケアセンター」の活動

①運営体制

阪神・淡路大震災の復興期には、専従機関「こころのケアセンター」が設置された。これは、公的財源（阪神・淡路大

震災復興基金)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システムである。急性期の精神科救護所を引き継ぐ仕組みとして、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。しかし、財源となった復興基金の規定で、民間事業のみに用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に委託して活動を始めることが検討されたが、受け入れられず、結局、兵庫県精神保健協会(現在の兵庫県精神保健福祉協会)が受託することとなった。この組織は、各都道府県に設置されており、通常はニューズレター発行や講演会開催などの啓発活動を行っている。多くの場合、精神保健福祉センターの職員が片手間に実務を担当しており、兵庫県も例外ではなかった。その任意団体に、年間3億円もの事業が突然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が外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。

こうして、保健所の一角を間借りし、保健所所長が各地域センターの所長、実務に関しては保健師やPSWから指導を受けながら、各地域に配属された2名から4名ほどのスタッフが業務を始めた。ほと

んどの地域センタースタッフは、行政機関に属した経験がなく、地域保健活動の方法も全く知らなかったため、保健所のバックアップは欠かせなかった。しかし、保健所職員が兼務することに対して、疑問の声が労働組合などから上がった。そのため、阪神・淡路大震災復興記念切手の収益の一部を使って、各地域センターはプレハブの建物に移動、保健所職員の兼務も外され、保健所からは独立することになった。とはいえ、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。

②基本的方針

阪神・淡路大震災は被災地域が広く、しかも人口の密集した都市部を襲った災害であった。被災者数は膨大で、支援活動を提供する上では、ターゲットを決める必要があった。自宅を失い、自力での再建が難しく、高齢者や障害者が多く、低所得者が多いという特徴を持つ仮設住宅は、もっとも優先すべき対象と考えられた。そのため、地域センターの多くは、大規模な仮設住宅の近くあるいは中に設置された。しかし、被災者が自発的に相談に訪れることは少なく、訪問や健康相

談会などのイベントをとおして積極的にアウトリーチしていくことが必要だった。

被災程度が軽微だった神戸市西区および北区には、地域センターは当初は設置されなかった。しかし、多数の仮設住宅が作られたため、計画を変更し1年後に、保健所内に地域センターを置いた。また、被災地ではない加古川市や姫路市にも仮設住宅は建設されたため、本部がこれらを担当し、定期的にスタッフを派遣した。さらに、大阪市淀川区や大阪府八尾市、泉佐野市には大阪府民向けの仮設住宅が作られていたが、ほとんどの入居者は兵庫県民であった。これらには、兵庫県の行政組織は関与することができなかつたため、地元の保健所や大阪府の精神保健センター（大阪府こころの健康総合センター）と協力し、専従のスタッフを配置した。このように、被災者の動向に合わせて、柔軟に活動地域や規模を変更することを、重要な方針とした。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つただろう。これは、民間団体が受託したことの一つの利点であつたといえよう。

地域の医療・保健関係者との連携も重要であつた。保健所との関係はすでに述べたが、独立したあとも個別訪問や仮設住宅内での相談会などでは保健所と共催することが多かつた。住民にとっては保健所、特に保健師はもっとも受け入れやすい支援者であり、彼らとともに活動することによって、次第にこころのケアセンターも認知されていった。保健所長などの兼務が外されてからは、地域内の精

神科病院や精神科診療所の医師にセンター長や顧問に就任してもらい、定期的にケースカンファレンスなどに参加してもらうようにした。また、年間予算の3分の1にあたる約1億円は、精神障害者の社会復帰施設の整備に充てられた。震災以前のこの地域は、作業所などの社会復帰資源が乏しかつたので、この機会に底上げすることを目指したのである。最終的に13カ所のグループホームと9カ所の小規模作業所が作られ、その運営は地域内の医療機関に委託し、5年間のこころのケアセンター事業が終了したあとも、すべての施設で運営は継承され、現在に至っている。

③活動実績

5年間の活動実績は、表1のとおりである。個別相談としては、来所よりも訪問や電話が多い。移動相談とは、仮設住宅内での集会所での健康相談会などのイベント開催時に相談コーナーを設け応じたものを指す。訪問と移動相談のほとんどは震災関連の相談であるのに対して、来所や電話相談の半数は震災とは関係のない内容であつた。初年度は活動期間が短く相談件数も少ないが、2年目からは順調に増え、個別相談だけで年間12000件以上に達している。なお、最終年度は閉鎖を考え、新規の相談を制限し、必要に応じて医療機関や保健所にケースを移行したため、減少している。地域別の個別相談件数を見ると、仮設住宅の建設戸数にほぼ比例して、神戸市西区、同北区、西宮市、神戸市東灘区の順で多い。

表 1 業務実績（阪神・淡路大震災後のこころのケアセンター）

	相談業務延件数					巡回訪問	コンサル回数	グループ活動(上段:回数 下段:延参加者数)				
	来所	訪問	移動	電話	計			講演会	講習会	語らいの場	イベント・検診	計
H7年度	772	1184	246	1407	3609	1609	1471	54	48	68	122	292
(震災関連)	56.3%	94.7%	87.8%	55.5%	70.8%			3868	1517	1003	3138	9526
H8年度	1876	3332	686	3552	9446	4533	5013	90	190	537	279	1096
(震災関連)	50.0%	96.7%	88.5%	48.7%	69.0%			5180	3681	6573	11708	27142
H9年度	2137	4641	541	4298	11617	4853	5667	68	280	606	344	1298
(震災関連)	56.1%	95.7%	76.9%	41.9%	67.7%			5717	4897	7374	11387	29375
H10年度	2606	4419	549	5048	12622	3648	5241	39	205	540	454	1238
(震災関連)	49.5%	95.3%	77.8%	48.9%	66.6%			2210	3451	7244	15732	28637
H11年度	1796	3170	497	3699	9162	2357	3588	25	126	453	286	890
(震災関連)	46.3%	92.5%	78.7%	42.0%	62.5%			2213	2271	6407	10771	21662
5年間	9187	16746	2519	18004	46456	17000	20980	276	849	2204	1485	4814
合計								19188	15817	28601	52736	116342

個別相談業務以外にも、巡回訪問、コンサルテーション、グループ活動と称される活動があった。巡回訪問とは、具体的な相談はないが、仮設住宅や復興住宅内の健康相談会などの機会に訪問し、閉じこもりがちな被災者の状況把握や関係作りのために訪問したものを指す。コンサルテーションとは、生活援助員や健康アドバイザーなどの震災後新たに設置された被災者支援関係者や、保健師、民生委員など既存の支援者からのケース相談や、彼ら自身の相談に応じたものである。コンサルテーションの数には地域差があり、神戸市北区、同灘区、宝塚市などは特にコンサルテーションの機会が多かった。これらの地域には、ベテランの心理士や PSW がスタッフが配置されており、関係者と密接な連携が築かれていったと報告されている。

グループ活動には、講演会や講習会のほかに、語らいの場と称される仮設住宅内の講話やリクレーション活動、市区の保健所が開催する住民健診や乳幼児検診の場で相談コーナーを設けた活動などが含まれている。

表 2 には、最終年度の報告書に掲載された、個別相談の主訴分類を示した。すべての年度で「不安・イライラ」「対人関係上の問題」がそれぞれ 2 割程度を占めており、次いで「身体的問題」「うつ状態」が多い。「PTSD 特有の症状」としているのは、侵入的想起、反復する夢、類似の刺激を避ける、類似刺激への過敏な反応などで、最終年度を除けば 2%前後に限られている。このことは、被災者の主訴は不安、抑うつ気分、身体的不定愁訴など、非特異的な内容になりやすいことを示している。平成 10 年に構

表2 個別相談者の主訴（阪神・淡路大震災後のこころのケアセンター）

	新規 相談者	睡眠 障害	不安 イライラ	PTSD特有 の症状	うつ 状態	その他の 気分変動	アルコール 関連	幻覚 妄想	迷惑 行為	対人関係 上の問題	身体的 問題	他の精神 的問題	他(身体・ 精神的問 題以外)	不明
H7年度	747	104	239	28	128	30	47	32	47	160	163	61	59	3
%		9.4	21.7	2.5	11.6	2.7	4.3	2.9	4.3	14.5	14.8	5.5	5.4	0.3
H8年度	1206	185	388	42	213	28	88	40	48	343	263	84	70	1
%		10.3	21.6	2.3	11.9	1.6	4.9	2.2	2.7	19.1	14.7	4.7	3.9	0.1
H9年度	1015	116	387	22	206	18	106	31	33	342	197	47	53	3
%		7.4	24.8	1.4	13.2	1.2	6.8	2.0	2.1	21.9	12.6	3.0	3.4	0.2
H10年度	860	57	267	31	147	16	89	37	22	307	168	40	56	0
%		4.6	21.6	2.5	11.9	1.3	7.2	3.0	1.8	24.8	13.6	3.2	4.5	0.0
H11年度	475	35	120	48	102	13	41	19	12	160	80	30	19	1
%		5.1	17.6	7.1	15.0	1.9	6.0	2.8	1.8	23.5	11.8	4.4	2.8	0.1

造化面接調査を行い仮設住民でのPTSDの現在診断率が1割、生涯診断率は4分の1に達していたことから、PTSDの可能性に留意するようにしたところ、相談内容の分類でも最終年度だけ「PTSD特有の症状」の割合が、7%に増加している。最終報告書では「PTSDは、PTSD症状を捉えようとする視点を援助者側が持つことによって、ようやく問題が表出されるという把握しがたい側面を持つということ、そして、ケアされない場合は、トラウマ体験からの時間経過だけでは癒されず、辛い症状を抱え続ける人々がいるという事実を認識しておかなければならない。」と指摘されている。

④調査研究活動

こころのケアセンターは被災者支援機関であったが、いくつかの調査研究にも取り組んでいる。まず、震災直後に行われた精神科救護所活動について各保健所に残されていた記録をすべて閲覧しまと

めた。これは、放置すれば散逸したであろうデータを集計しており、直後の精神科医療活動の実態を知る貴重な資料となった。また、災害救援者が活動をとおして受ける心理的影響について、消防職員を対象とした実態調査を行った。これは、災害救援者のメンタルヘルス対策の必要性について、わが国で初めて取り上げた研究となり、その後、消防や海上保安など職業的救援者組織で、対策が取られる嚆矢となった。さらに、被災住民を対象として面接調査を行い、PTSDの遷延化について報告しただけでなく、PTSDの評価方法としての自記式尺度や構造化面接の標準化にも寄与した。(表3)

⑤活動の問題点

阪神・淡路大震災後のこの活動が直面した問題点として、5年間ずっと組織のコーディネーター役をしていた藤田は最終報告書で、二つの点を指摘している。まず、関係

表3 研究一覧（阪神・淡路大震災後のこころのケアセンター）

調査研究名	調査期間	調査対象
第1回 阪神・淡路大震災後の芦屋市民への精神保健調査(実施: 芦屋こころのケアセンター)	H7.9	無作為抽出した20歳以上の芦屋市民3,000人
第2回 阪神・淡路大震災後の芦屋市民への精神保健調査(実施: 芦屋こころのケアセンター)	H9.2	無作為抽出した20歳以上の芦屋市民3,000人
阪神・淡路大震災後の精神科診療所の利用状況調査(実施: 兵庫県精神神経科診療所協会)	H7.12~	兵庫県精神神経科診療所協会に所属していた診療所
阪神・淡路大震災後で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第1次)	H8.2~3	兵庫県内33消防本部の全職員5,103名
阪神・淡路大震災後の精神科救護所の利用状況に関する調査	H9.2~6	被災地内の10保健所に開設された精神科救護所
阪神・淡路大震災後で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第2次)	H9.3	第一次調査で再調査の協力同意が得られた811名
教職員のメンタルヘルス調査	H9.3	兵庫県下の公立小・中・高等学校教職員総計266校、8,071名
阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査(第1次)	H10.9~12	兵庫県加古川市内の仮設住宅および復興住宅住民
阪神・淡路大震災後で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第3次)	H11.8~12	神戸市消防局職員
阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査(第2次)	H11.12~H12.4	第1次調査の被調査者のうち追跡可能であった26名
阪神・淡路大震災県外居住被災者のPTSDと被災地外生活の心身への影響に関する調査	H11.8~12.3	県外被災者対象の茶話会の出席者

機関との調整の難しさについて、「新たな組織で、しかも行政のルールに馴染んでいないスタッフばかりの我々との間には様々な行き違いが生じた。公平・平等を旨とする行政と、行政とボランティアの隙間を埋め、問題発見かつ早期実行を旨とする我々との間には起こって然るべきことだったのかも知れない。」と述懐している。復興期に入り、保健所などの既存組織が日常体制に戻り、被災者支援の取り組みも始められていた。それらとの連携は重要だったが、「我々が頑張ると『5年間しかないのに、その後が困るからそんなに関わらないでよ』とストップがかかり、逆に要望通りに関わらないと、『せっかく作った新しい機関のくせに何もやらないつもりか』とお叱りを受ける。」と藤田が述べているように、多くの軋轢と葛藤の中での事業展開であった。

第二の問題はスタッフの確保であった。

当初こそ、メディアで大々的に取り上げられ、関西一円から沢山の専門職が応募してきたが、上述したような葛藤状況に直面したり、アウトリーチの手法に馴染めなかったり、あるいは待遇面での不満から、途中で退職する者が多かった。なお、後述する東日本大震災後に東北三県に作られている心のケアセンターでは、待遇面は改善され経験に応じた給与体系が採用されている。

3. 新潟県中越地震・中越沖地震（2004年、および2007年）における「こころのケアセンター」の活動

①活動方針

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。活動は現在も続けられているおり、その検証を待たなければならないが、阪神・淡路大震災と大きく異なるのは、活動のフィールドとして仮設住宅が含まれなかった点である。というのも、この機関が設置されたのは、震災から10ヶ月後であったため、すでに市町村の保健師などが仮設住宅住民の健康管理を濃厚に行っていたという状況があった。その時点で、新たに関与できる余地は見いだせず、当初は市町村の要望に応える形でさまざまな啓発活動を行った。

被災地では精神保健や心理のマンパワーは確保しにくく、なかなか定着しなかったが、県を退職していたベテランの精神保健福祉士が統括部門に入り、活動の方向性を見直すことになった。方針の核となったのは、「すきま」になっている分野の活動を担うということであった。そのため被災市町村の地域保健担当者との協議を重ね、小千谷市、長岡市十日町地区、川口町などにおいて仮設住宅に入居しなかった被災者を対象とした全戸訪問を行った。その際、スクリーニングの方法として標準化されている尺度（K6 および K10）を用い、ニーズが明示できるように留意するとともに、結果を地区住民に還元するよう努めた。この活動は、小千谷市などでは住民健康調査の継続実施につながった。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た。

②普及啓発の重視

普及啓発活動は、当初からの重要な活動で、被災地域住民を対象にして「こころの健康づくり講座」「こころの健康講話」などと題した講演会が多数開催されてきた。3年目からは、うつ病や自殺予防、さらに高齢者の認知症対策などに主眼を置いたテーマも積極的に取り上げられた。つまり、地域が被災前から抱えていた自殺予防、高齢者のメンタルヘルス対策に軸足を徐々に移しており、災害後の精神保健活動を呼び水として、より普遍的な精神保健対策への拡がりを目指した活動といえるだろう。

支援者支援も重視された。地域保健や福祉関係者を対象としてさまざまな研修が提供され、平成23年までの7年間に86回行われている。これらは、時期によって内容が変化しており、当初は災害精神保健や PTSD、およびストレスマネジメント等に関する基礎的な研修が主体であったが、発災から3~4年後にはグリーンケアや惨事ストレス、あるいは PTSD の診断や治療技法に関する専門的な内容へ拡がっている。対象も当初は、地域保健関係者が主体だったが、徐々に範囲を広げ、職業的災害救援者に対する惨事ストレス対策なども含まれるようになった。

③活動実績（表4）

表4 活動実績（新潟県中越地震後のこころのケアセンター）

	教育研修		普及啓発		調査研究	相談会		訪問		うつ・自殺予防		高齢者対策	
	テーマ数	参加人数	事業数	参加人数	事業数	事業数	人数	事業数	人数	事業数	参加人数	事業数	参加人数
H17	14	1095	13	1363	5	8	954	8	612	/	/	/	/
H18	15	889	31	17606	6	12	7168	11	845	/	/	/	/
H19	18	1480	17	4660	8	13	9158	9	6456	13	2105	2	404
H20	19	1480	16	24660	11	9	1051	10	618	8	1270	1	311
H21	29	2208	15	2927	11	7	1508	7	790	11	1314	3	285
H22	29	2727	20	4668	15	8	1190	7	2054	7	1060	6	1376
H23	28	2701	18	3181	13	14	1547	8	4201	8	2071	4	1106

④活動上の課題

新潟におけるこころのケアセンターの活動の課題として、本間は以下の10点を挙げている。急造の組織が直面した基本的問題は、阪神・淡路大震災後のこころのケアセンターと同様だが、災害の規模や組織が作られた時期の違いから、阪神・淡路大震災をそのままモデルにすることも出来なかった。また、中越地震が起きた平成16年は大規模な市町村合併を翌年に控えており、自治体機能は混乱し、関係者は疲弊していた。そのため、新たな機関が果たすべき役割を見だし、関係機関と調整することは、困難を極めたという。しかし、公的財源を使っている以上、実績を上げることが求められるため、上述したように「すきま」となっている事業に取り組んだ。復興期の問題は、時間とともに変わっていくため、そのニーズを見極め、新たな企画を提案する柔軟性が、何よりも重要であった。

- 1) 業務内容が自治体と重複しており、役割が明確でない。
- 2) 被災地の実態把握が困難である。
- 3) 活動全体のマネジメント体制は脆弱。
- 4) 支援の対象者は誰なのか。
- 5) 支援の”量”が問題にされる。
- 6) 変化するニーズに対しての柔軟性、想像力、企画力が求められる。
- 7) 計画を実施するための具体的なノウハウを示す必要がある。
- 8) 関係者・関係機関との連携は難しい。
- 9) ニーズを先取りした活動や計画の作成は難しい。
- 10) 法的な根拠がない中で活動を行わなくてはならない。

4. 東日本大震災における復興期の精神保健活動の特徴

①急性期の精神保健活動

東日本大震災は、過去の事例とは比較できないほどの大規模災害であり、様々な分野での支援活動は、これまでにない困難に直面した。こころのケアに関して、厚生労働省は必要性を早くから認識し、発災から 2 日目には各都道府県に支援チームの派遣要請をしている。これに呼応して、被災県以外のほとんどの都道府県や政令指定都市から支援チームが派遣されたほか、精神科を持つ全国の大学病院や自治体病院、関連学会、精神科病院協会などの職能団体、あるいは国際的な NPO からも、続々と支援チームが現地入りした。さらに、救急医療チームに精神科医が入っている場合や、個人的なつながりで単独で支援に参加した関係者も多かった。そのほとんどは原発事故への懸念から福島県以外に入っており、岩手県 30 チーム、宮城県では 33 チームに上った。これだけの数の外部支援チームを受け入れることは、どんなに経験と準備があっても困難な作業である。その上、今回は津波によって沿岸部の市町の保健部門や県保健所の多くが被災したために、情報の集約が難しく、マンパワーも不足しており、当初の調整は難航した。しかし、次第にコーディネート体制が明確になって行くにつれて、状況は好転し、最長 1 年に及ぶ外部支援が続けられた。

一方、福島第一原子力発電所事故という、まさに未曾有の事態が発生していた福島県には、自治体派遣の外部支援がほとんど入らなかった。わずかに派遣されたチームも、浜通りから被災者が避難していた会津地区に入っており、浜通りの避難区域外であったいわき市や相双地域

は、支援の空白地帯になっていた。その後、福島県立医大が心のケアチームを派遣するようになり、いくつかの県外の医療機関や個人的に活動に参加した支援者が集まり、まずいわき市で活動を始めた。相双地区は緊急時避難準備区域内にあった 4 つの精神科病院が機能停止したために、精神科医療資源の不足をどう補っていくかが、大きな課題となった。相馬市長からの要請もあったため、福島県立医大が中心になって 3 月 29 日から公立相馬総合病院に臨時の精神科クリニックを開設し、その後、県外からの支援チームが入るようになった。さらに、長期的に医療資源を確保するために、NPO 法人を立ち上げ、新たな診療所とアウトリーチの拠点を作ったことは、注目すべき動きである。

②復興期の外部支援

各県で行われた心のケアチームの活動の全体像について、これまでにまとめられた報告から、いくつかの傾向が指摘できる。宮城県と岩手県のまとめ、大槌町で活動した大阪府チームのまとめ、および仙台市で活動した兵庫県チームのまとめなどによれば、相談内容の多くを占めるのは、不眠、不安、イライラなどであり、幻覚や不穏などは少数であった。これらは主訴ないし状態像をまとめたものなので、不眠や不安にはさまざまな病態が含まれていると思われるが、阪神・淡路大震災後の精神科救護所活動では、幻覚妄想状態や精神運動興奮などの統合失調症の状態像が 1 割から 2 割を占めていたのと比較すると、大きな違いがある。

このことは、今回の心のケアチームの活動が、当初から避難所へのアウトリーチを主体とした活動であり、被災体験によって引き起こされた新たな反応に主眼を置いていたことを示していると思われる。

第2の特徴は、活動期間が長期に及んでいる点である。最長は2012年3月末まで（岩手県陸前高田市で活動をした東京都チームなど）、約1年の活動をしており、これは過去の災害での外部支援と比較すると、きわめて長期間の活動になっている。このことは、地域内の保健システムが大きな被害を受け、深刻なマンパワー不足に陥った被災地の復興期での精神保健活動を、当初から入った支援チームが引き受けたことを意味している。また、兵庫県や大阪府チームの活動を見ると、ケースへの対応は最初の1ヶ月でピークを過ぎ、その後の活動は、研修やコンサルテーションなどに軸足を移しており、もともとの医療ネットワークが復旧した後も、柔軟に役割を見だし、復興期への体制へ移行する支援をしていたといえるだろう。

③心のケアセンターの設立

復興期の精神保健活動を行う方法として、今回の震災でも専従組織が各県に設置された。財源は、国が創設した復興基金であるが、取り崩し型基金で各県が直営で事業の運営にあたる点が、基金が運用型で、行政組織とは別に財団を設立して運営にあたった阪神・淡路大震災や中越地震とは異なる点である。直営型であるので、心のケア事業として、保健所などへの増員も可能であった筈だが、結果

的に各県ともに民間組織に委託することになった。その理由としては、過去の大災害をモデルとしたことが大きい、そもそも被災地内の保健所や市町村の保健部署の多くが被災しており、新たな大事業を展開する余裕がなかったことが大きく影響したと思われる。宮城県、福島県では阪神・淡路大震災と同様に精神保健福祉協会が受託し、岩手県では自殺対策などの精神保健施策を県とともに推進してきた岩手医科大学が運営主体となった。

平成23年12月に宮城県が基幹センターを仙台に開設したのを皮切りに、各県ともに被災地に地域センターを設置している。その活動実績については、各県からの報告を待ちたいが、設立の際、過去の災害と異なる試みとして次のような工夫がなされている。まず、東北地方はもともと精神保健に関わる専門職が少なく、マンパワー確保に困難が予想されたため、厚生労働省が各職能団体に依頼し全国から広く募集した。待遇面でも経験に応じた給与水準にするなど、応募しやすい環境を整えた。また、県保健所の中に地域センターを設置し密接な連携を取っている場合がほとんどで、地域によっては被災市町に心のケアセンター職員を派遣し通常業務を支援するなど、行政組織との関係が強い。そして、事業の方向性として支援者の支援と啓発活動を重視していることや、自殺予防などの被災前から地域が抱える精神保健の課題に取り組もうとしているのも、特徴といっていだろう。さらに、各県の大学医学部に寄付講座を設置し、研究やスタッフ教育に取り組ませているのも、これまでにない方法

である。いずれにしても、まだ活動は始まったばかりで、既存の地域ネットワークに浸透し軌道に乗るまでには、時間を要すると思われるが、今後の活動の充実に期待したい。

5. 終わりに

大災害後の復興期における精神保健サービスは、阪神・淡路大震災以降、専従組織を新設して提供されている。この方法には、マンパワーの確保と教育、行政組織との連携、活動方針の設定など、調整に時間と困難を伴うという問題がある。東日本大震災では、これらの点を克服するための工夫が行われており、その進展が期待される。本研究班では情報提供や教育の支援など、実際的な関与をしながら、今後の活動の充実に寄与したい。なお、教育資料の一つとしてアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークおよびアメリカ国立PTSDセンターが開発したサイコロジカル・ファーストエイドのタブレット用のソフトウェアを翻訳し、公開した。

■参考資料

- 1) 荒木憲一、川崎ナヲミ 被災住民に対する精神保健活動の実際-雲仙普賢岳噴火災害の経験から。太田保之編著 「災害ストレスと心のケア-雲仙・普賢岳噴火災害を起点に」 pp67-100 医歯薬出版、東京、1996
- 2) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター編 「こころのケアセンター活動報告書平成 11 年度-5 年間の活動を終えて」神戸、2001
- 3) 新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター編「事業実施報告書7年間のまとめ(平成17年度～平成23年度)」
- 4) 本間寛子 「こころのケアセンターの支援活動-新潟県における実践をとおして」2012年12月19日福島での講演

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究
分担研究報告書

全国における防災体制実態調査

分担研究者 荒井秀典 1)
研究協力者 大倉美佳 1)、廣島麻揚 1)

1) 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

研究要旨

本研究の目的は、防災体制調査を行い、全国実態を把握するとともに、防災体制・防災意識に影響を及ぼす要因分析を行うことである。

まず、1次調査として、全国自治体・災害担当部署 1742 ヲ所（平成 25 年 1 月 1 日現在）を対象とし、郵送自記式質問紙調査法により、防災組織体制（職員数、防災費など）、地域特性（高齢者単身世帯数、転入・転出者数、地域災害ハザードレベルなど）を把握する。また、総務省消防庁による全国自治体を対象にした災害時要援護者の避難支援対策の調査結果を活用し、地域防災計画の策定状況、災害時要援護者名簿の整備状況、災害時協力体制の整備状況についてデータを突合し、実態を把握する。

次に、2次調査として、モデル自治体における職員および地域住民を対象とし、郵送自記式質問紙調査法により、防災意識（公助・共助・自助意識など）、防災知識・認知度（災害時マニュアル、要援護者名簿など）

防災行動（レディネス・備え行動）を把握する。

これらの調査より収集できたデータ解析方法として、医療・ケアの質評価の理論として用いられることの多いドナベリアン・モデルを活用し、自治体規模別および地域災害ハザードレベル別の要因分析を行う。さらに、行動変容理論の 1 つである Health Belief Model を用いて、自治体における防災体制や防災活動〔組織要因〕が、職員および地域住民の防災に関する意識・知識・行動〔個人要因〕に影響を及ぼす要因を分析する。

A. 研究目的

<研究背景>

「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」¹⁾（内閣府：平成 18 年 3 月改訂）を参考に、市区町村において災害時要援護者の避難支援の取組方針等（全体計画、災害時要援護者名簿、個別計画）が策定・整備されるよう促進されている。

総務省消防庁による全国自治体を対象にした災害時要援護者の避難支援対策の調査結果²⁾³⁾（平成 24 年 4 月 1 日現在の状況）によると、全体計画は策定済み；85.3%、平成 24 年度末まで

に策定予定；14.3%であり、1年前の調査に比べ 6.7 ポイント増加しており、全国的に策定が確実に進捗し、ほぼ全体をカバーしていることが分かる。しかし、災害時要援護者名簿については、整備・更新中；64.1%、整備途中；32.5%、未着手；3.3%と整備ができたとは言い難く、さらに名簿の整備方法については、同意方式と手上げ方式の組み合わせ；25.1%、手上げ方式のみ；16.0%であり、本人の自覚と申請という行動が伴うことが前提条件となっている現状がある。また、名簿の提供先および提供時期（【】に示す）は、民生委員；94.9%【平常時 90.1%、災害

時のみ 9.9%】、町内会や自治会など自主防災組織；83.7%【平常時 73.4%、災害時のみ 26.6%】、社会福祉協議会；63.5%【平常時 65.2%、災害時のみ 34.8%】であり、平常時の情報提供が低値の地域人材にとっては災害時に即応できる情報源にはなり得にくいと考えられる。

一方、平成 24 年 5 月に「災害対策基本法」⁴⁾が一部改正されたが、その改正の主なポイントは、以下の 3 点である。

- ①大規模広域な災害に対する即応力の強化
- ②大規模広域な災害時における被災者対応の改善
- ③教訓伝承、防災教育の強化や多様な主体の参画による地域の防災力の向上

つまり、高齢者や障がい者などの災害時要援護者の避難対策については、あらかじめ市区町村と地域のコミュニティが一体となって避難支援体制を確立しておくことが重要であるにもかかわらず、各自治体により格差が生じている現状であることがうかがえる。

そこで、まず次に示す内容を明らかにする必要があるのではないかと考える。

<研究目的>

- 1) 全国自治体の防災体制に関する調査(以下、1 次調査とする)を行い、実態を把握するとともに、自治体規模別および地域災害ハザードレベル別に防災体制の充足度を記述し、その充足度に影響を及ぼす要因分析を行う。
- 2) また、モデル自治体を設定し、職員および地域住民に対し、防災に関する意識・知識・行動に関する調査(以下、2 次調査とする)を行い、それらの実態を把握するとともに、職員と地域住民で格差の認められる項目を抽出する。
- 3) さらに、1 次調査で把握する自治体における防災体制や防災活動[組織要因]が、職員および地域住民の防災に関する意識・知識・行動[個人要因]に影響を及ぼす要因を分析する。

<研究意義>

これらの分析を行う結果を通して、自治体規模および地域災害ハザードを考慮した上での、職員および地域住民に対する、防災に関する意識・知識・行動を高めるためのアプローチ方法を企画する一助となり、自治体と地域のコミュ

ニティが一体となって避難支援体制を確立していく方策の試案を得ることができると考えられる。

B. 研究方法

(1) 1 次調査

<調査方法>

郵送自記式質問紙調査法

<調査対象>

全国自治体・災害担当部署 1742 ヲ所

(平成 25 年 1 月 1 日現在)

<主な調査項目>

- ① 防災組織体制(職員数、防災費、担当部署・連絡体制の明確化など)
- ② 地域特性(高齢者数、高齢者単身世帯数、転入・転出者数、地域災害ハザードレベルなど)
- ③ 地域防災計画の策定状況
- ④ 災害時要援護者名簿の整備状況
- ⑤ 災害時協力体制の整備状況

但し、③～⑤に関して、総務省消防庁による調査結果^{2,3)}を参照できる項目は、データ解析の際に活用する予定である。

(2) 2 次調査

<調査方法>

郵送自記式質問紙調査法

<調査対象>

1 次調査で調査協力に同意のあったモデル自治体における職員および地域住民

<主な調査項目>

京都大学防災研究所・林春男らによる「阪神・淡路大震災からの生活復興 2005」⁵⁾を参照し、調査項目を作成する予定である。

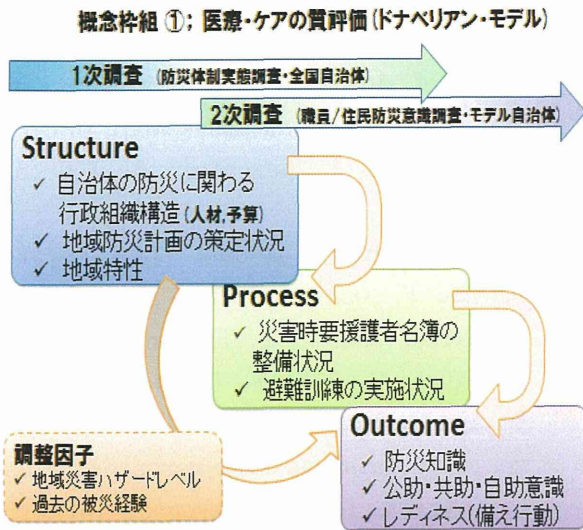
- ① 防災意識(公助・共助・自助意識⁶⁾など)
- ② 防災知識・認知度(災害ハザードマップ、災害時マニュアル、要援護者名簿など)
- ③ 防災行動(レディネス・備え行動)

C. 結果

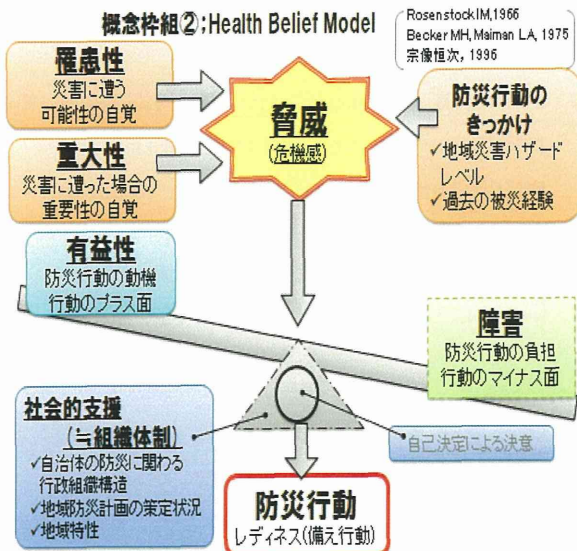
今後、以下の概念枠組みを基にデータを解析する予定である。

まず、医療・ケアの質評価の理論として用いられることの多いドナベリアン・モデル⁷⁾を活用し、以下の図に示す調査項目をそれぞれ

Structure, Process, Outcome とし、自治体規模別および地域災害ハザードレベル別の要因分析を行う。



さらに、行動変容理論の 1 つである Health Belief Model⁸⁾を用いて、自治体における防災体制や防災活動[組織要因]が、職員および地域住民の防災に関する意識・知識・行動[個人要因]に影響を及ぼす要因を分析する。



D. 考察

本研究により自治体における防災体制や防災活動が、職員および地域住民の防災に関する意識・知識・行動に影響を及ぼす要因を明らかにすることができると思う。

E. 結論

各自治体における防災体制調査を行い、全国実態を把握するとともに、防災体制・防災意識に影響を及ぼす要因分析を行い、二次調査に繋げる。

F. 研究倫理

本研究プロトコルは京都大学大学院医学研究科 医学部及び附属病院医の倫理委員会による承認後に行う。

文献

- 1) 内閣府ホームページ：災害時要援護者の避難支援ガイドライン(平成 18 年 3 月 28 日)
- 2) 総務省消防庁ホームページ：総務省消防庁による全国自治体を対象にした災害時要援護者の避難支援対策の調査結果(平成 24 年 4 月 1 日現在の状況・概要)
- 3) 総務省消防庁ホームページ：総務省消防庁による全国自治体を対象にした災害時要援護者の避難支援対策の調査結果(平成 23 年 4 月 1 日現在の状況・市町村別)(検索 2013 年 2 月 6 日)
- 4) 総務省消防庁ホームページ(国民保護・防災部防災課)：災害対策基本法の一部を改正する法律の概説
- 5) 林春男編：阪神・淡路大震災からの生活復興 2005 - 生活復興調査結果報告書 -、
- 6) 木村玲欧：統計望桜・数字から知る人々の心理と行動(東海望桜、60(4)-61(4)、2007-2008、
- 7) Avedis Donabedian(東尚弘訳)：医療の質の定義と評価方法、健康医療評価研究機構、2007
- 8) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気、メヂカルフレンド社、1996

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Sampaio R A C, Sampaio P Y S, Yamada M, Ogita M, and Arai H, Urban-rural differences in physical performance and

- health status among older Japanese community-dwelling women. *J Clin Gerontol Geriatr*, in press.
2. Yamada M, Takechi H, Mori S, Aoyama T, Arai H, Global brain atrophy is associated with physical performance and the risk of falls in older adults with cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, in press.
 3. Yamada M, Arai H, Sonoda T, and Aoyama T, Community-based exercise program is cost-effective by preventing care and disability in Japanese frail older adults. *J Am Med Dir Assoc*, 13: 507-511, 2012.
 4. Takechi H, Sugihara Y, Kokuryu A, Nishida M, Yamada H, Arai H, Hamakawa Y, Both conventional indices of cognitive function and frailty predict levels of care required in a long-term care insurance program for memory clinic patients in Japan. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 630-636, 2012.
 5. Ogita M, Takechi H, Kokuryu A, Kondoh H, hamakawa Y, Arai H, Identifying cognitive dysfunction using the nurses' rapidly clinical judgment in elderly inpatients. *J Clin Gerontol Geriatr*, 3: 21-23, 2012.
 6. Ogita M, Utsunomiya H, Akishita M, Arai H, Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 643-51, 2012.
 7. Yamada M, Aoyama T, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uemura K, Mori S, Ichihashi N, Complex obstacle negotiation exercise can prevent falls in community-dwelling elderly Japanese aged 75 years and older. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 461-7, 2012.
 8. Yamada M, Uemura K, Mori S, Nagai K, Uehara T, Arai H, Aoyama T, Faster decline of physical performance in higher levels of baseline locomotive function. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 238-46, 2012.
 9. Yamada M, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uehara T, Aoyama T, Development of a new index for fall risk assessment in older adults. *Int J Gerontol*, 6: 160-162, 2012.
 10. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, Ota K, Saito Y, Sasaki H, Tsubota K, Fukuyama H, Honda Y, Iguchi A, Toba K, Hosoi T, Kita T, Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 16-22, 2012.
 11. Arai H, Ishibashi S, Bujo H, Hayashi T, Yokoyama S, Oikawa S, Kobayashi J, Shirai K, Ota T, Yamashita S, Gotoda T, Harada-Shiba M, Sone H, Eto M, Suzuki H, Yamada N, Management of type IIb dyslipidemia. *J Atheroscler Thromb*. 19: 115-124, 2012.
 12. Yamada M, Aoyama T, Arai H, "Tailor-made programs for preventive falls that match the level of physical well-being in community-dwelling older adults.", Craig S. Atwood (Eds.), *Geriatrics, InTech*, 117-132, 2012.
2. 学会発表
 1. 荒井秀典 (シンポジウム) : 我が国における脂質異常症遺伝子変異データベースの構築 (明日へのシンポジウム 2 脂質異常症と遺伝子の変異) . 第 44 回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 福岡, 2012. 7. 19-20.
 2. 荒井秀典 : Prevalence of isolated low HDL cholesterolemia in Japanese. 第 44 回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 福岡, 2012. 7. 19-20.
 3. 荒井秀典 (教育企画) : 高齢者の診かた. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京,

2012. 6. 28-30.

4. 荒井秀典 (ワークショップ) : 老年医学教育のあり方を考える-学部教育から専門教育まで-. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.
5. 荒井秀典 (シンポジウム) : 日本老年医学会はハンドブックをどう活用するか: 学究的立場から (「健康長寿診療ハンドブック」は健康長寿に貢献できるか?) 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.
6. 小島太郎, 秋下雅弘, 荒井秀典, 神崎恒一, 葛谷雅文, 江頭正人, 荒井啓行, 高橋龍太郎, 江澤和彦, 鳥羽研二: 高齢者医療の優先順位に関する意識調査 (続報), 第 54 回日本老年医学会学術集会. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.
7. 丸山宗一郎, 井上大輔, 地家淳史, 山岡彩加, 山田実, 荒井秀典, 青山朋樹: 高齢者における熱中症の認知度の実態調査. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.
8. 山田実, 青山朋樹, 荒井秀典, 介護予防事業の効果検証-新規介護認定者数と費用対効果の側面から-. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)。

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証
及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書

岩手県こころのケアセンターの活動の分析

分担研究者 酒井明夫 1)
研究協力者 大塚耕太郎 1)、2)

- 1) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
- 2) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

研究要旨

東日本大震災津波により岩手県沿岸地域では甚大な被害を受けた。災害発生当初 1 週間目より岩手医科大学においては、各科混成の医療チームとして地域を巡回した。また、岩手県や岩手県精神病院協会などと協議しながら、こころのケアチームの窓口サービスを整備した。こころのケアの推進にあたっては、岩手県庁内で毎日開催されていた岩手県災害医療ネットワークにより災害医療の全体的な流れの中でのこころのケアについての情報共有や方法論提示等を行った。

こころのケアチームとして岩手県では約 30 チームが活動を行った。岩手医科大学こころのケアチームも岩手県北沿岸にて震災後のこころのケアのモデル構築を県、市町村、関係機関と連携しながら行った。このような多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県では、岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸 4 か所に設置された。こころのケアセンターの活動方針は、これまでこころのケアチームが担ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を出発点とし、活動当初は専門職による支援を念頭におきつつ、中長期的には地域主体になる支援への移行を目標としている。現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村等の地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。被災地域におけるこころのケアセンターで対応した相談者の主訴では身体症状、他の精神症状、不眠が多かった。身体症状は抑うつや不安を背景とした症状が考えられた。また、家族の問題、無気力などの訴えも徐々に認められる件数が増加した。背景の問題として、住居環境変化、家族・家庭問題等が目立っており、二次的生活変化によるストレス過重の問題が出現していると考えられた。住民はいまだに不自由で困難な生活を送っており、今後も被災地におけるこころのケアを推進していく必要があると考えられた。

Keywords 災害、岩手県、こころのケア、

A. はじめに

東日本大震災は、平成 23 年 3 月 11 日 14 時 46 分 18 秒、宮城県牡鹿半島沖を震源として、

マグニチュード 9.0 の規模で発生した。地震発生後の大津波も加わり、死者・行方不明者は岩手県、宮城県、福島県、茨城県沿岸部など 1 都

1道9県にもわたって発生した。警察庁によれば平成24年7月18日現在の死者は15867人にのぼる。また建造物の損壊については、全壊13万0436戸、半壊26万3950戸、全半焼279戸、床上浸水2万0544戸、床下浸水1万5583戸、一部破損72万0249戸であった。

岩手県の人的被害としては死亡者4671名、行方不明者1207名、負傷者200名にのぼり、家屋倒壊数は2万4212戸である。三陸鉄道北リアスや南リアス線の線路が流出するなど地域の交通機関も大きな被害を受けた。岩手県沿岸では一次産業の比率が大きいこと、漁業、農業被害が与える地域への影響は大きい。これまでの先行研究でも第三次産業就業率と自殺率の負の相関が認められてきた(1)。また、失業率、人口密度、医療資源、精神科医療資源、病床数、分配所得、などが自殺の集積性と連動する指標として挙げられてきた(2)。

被災により人口の減少、医療機関のダメージ、失業者の増大、産業のダメージによる所得の減少などがもたらされているのは想像に難くない。以上のことから、災害による地域の自殺のリスクが増大したことが想定される。被災後のこころのケアを中長期的に検討する上では、自殺対策の観点も必要になる。

B. 初動期の実情と初期対応

岩手県災害医療支援ネットワーク(岩手県担当各課(保健福祉部、医療局など)、岩手医科大学、岩手県医師会、日本赤十字病院、国立病院機構)においても岩手医科大学神経精神科学講座スタッフも参加し、災害医療の全体的な流れの中でのこころのケアについての情報共有や方法論提示等を行った。3月15日より3月22日まで、岩手医科大学における災害派遣医療チームにメンタルヘルス関連各科(精神科、心療内科、睡眠医療科)が加わり、岩手県沿岸での災害医療を開始した。

以下に初動期の実情について要約する

1) 患者を取り巻く環境の実態

- ・交通等のライフラインがないため受診が困難な患者がいる。
- ・通院中の医療機関処方薬がなくなった患者がいる。
- ・災害後に不調を呈した者がいる。

- ・地元の医療機関の体制は緊急体制をしいている。

- ・薬剤供給が不足しており、早急に薬剤確保が必要な状態である。

- ・一般市民も医療機関も物資配給が厳しい状況である。

- ・医療機関では患者給食の確保が困難である。

- ・医療機関では非常電源用の燃料確保の問題も深刻である。

2) 岩手県の沿岸エリアの状況

- ・携帯電話がもともと不通のエリアが多く、医療チームでは衛星電話の保持が必須。また、電話

通信もまだ十分に行えない。

- ・災害現場は非常な混乱状態にあり、そもそも一般医療の支援や保健所や市町村の把握がまだ十分ではない。

- ・岩手県は県土が広く、避難所の相互の距離が長い地域もある。

- ・避難所を回る上で、現地での燃料の供給が途絶えている(盛岡でさえ100台以上の行列をつくっているガソリンスタンドもあり、しかも10リットル給油の整理券を配布している状態)

- ・もともと漁村、山村である地域では、1本道がおおく、避難所にまわるにも交通が遮断されているエリアがある。

- ・道が狭いので大きな車は難儀する。

- ・救急搬送については、搬送先が限られている上に、搬送距離も長い。また、救急搬送出動する救急車の数も不足しており、消防車で何とか搬送させることもある。実際に、私に対応した服薬中断となっている統合失調症例では、診察時にてんかんの大発作を呈し、重積状態となり、近隣の施設に消防車で搬送した。

- ・広大なエリアで、現場状況の把握のないままに入っていくことは非常に困難がある。

3) 避難所状況

- ・避難所については、刻々とライフライン状況が変化し、それぞれの避難所や地域で事情も違うので限られた情報であった。

- ・災害発生直後は、衛生面や保健面、物資面などの質にばらつきが認められ、それぞれの避難所で状況は多少異なっていた。

- ・大きな避難所は医療チームが入っている一方

で、小さい避難所は災害直後の初動期では、全体を把握することはできない。

- ・保健所等がまだ入れていない避難所では、衛生状態全般で清潔・不潔のゾーンが不明瞭な避難所もある。

- ・看護師や元看護師がボランティアで清潔・不潔のゾーンを確保し、衛生環境を必死に整えるために対応している避難所も存在した。精神科看護スタッフの話では、災害発生後1週間で身体治療のニーズは徐々に減少した。

- ・避難所の状況については、避難所で対応しているスタッフに話を聞くとよい。

- ・かぜなどの身体症状の患者が多数存在した。

- ・既存の疾患（精神疾患も含めて）があるにもかかわらず、受診できずにいる患者の対応を要した。

- ・高齢者で環境の変化やストレス因によりせん妄を呈した患者が存在し、避難所で過ごすために家族がつきっきりで対応せざるえないため、家族が疲労困憊している状況も認められた。

- ・処方箋やお薬手帳などが流され、さらに自分が何を飲んでいたかわからないので、医療チームも服薬内容の把握に苦労した。

- ・津波に巻き込まれたことによる外傷が、化膿しはじめている住民がいた。

- ・通院先の医療機関への連絡手段が不安定（医療機関の電話が繋がらない、医療チームが携帯電話の繋がらないエリアにいるなど）

- ・衛星電話があると便利である。

- ・現場の担当スタッフの疲労がすでに蓄積している。

- ・避難者では不眠、不安を呈するものが多い。

- ・こころのケアの対象として、精神科医療機関へ通院中のものだけでなく、かかりつけ医から睡眠薬、安定剤の処方を受けていた人がそれなりにいる。

- ・ジェネリック薬品処方者もいるので、治療薬マニュアル等を持ってきた方がよい。

- ・プライマリケアのニーズが存在する。

- ・避難者のケアでは、ケア対象者が多く、診療での交通整理やトリアージが必要になる場合もあるので、チームでの対応は、それぞれにスタッフが分かれて活動せずまとまって対応した方がよい。

- ・両親が津波で流された子供も存在し、その中

では親戚等が迎えにきて、連れて行ってくれた家族もある。

4) 地域の実情

- ・岩手県沿岸の市町村の主要エリアは津波で被災した。

- ・町役場など行政の方々でもなくなった方が多数存在する。

- ・岩手県の医療圏は広いが、被災市町村の陸前高田市、大槌町、田野畑村、普代村、野田村では、もともと精神医療施設がなく、沿岸主要都市である大船渡市、釜石市、宮古市、久慈市へ通院している患者が存在する。

- ・被災以前も通院には、徒歩で行くことは距離が長くて難しく、鉄道や自動車などを利用していたが、被災により交通のインフラがダメージを受けて、医療機関へのアクセスが途絶えている。

- ・流された家族の名前を海に向かって呼びながら、泣いている人たちがいた。

- ・岩手県沿岸の精神病院では規定病床数を超える患者を何とか入院させて対応している状態の病院も存在していた。

- ・沿岸の医療機関では他地域から勤務している医師も交通手段がないため、医師確保が大変であった病院も存在する。

- ・避難所はある程度それぞれの土地でつながりのある人たちの集落で避難しているが、それぞれにつながりの薄かったいくつかの集落がまとまって避難している場所もある。

- ・地域の基幹病院でも薬剤確保が充足せず、通常の日数での処方は難しく、数日処方で対応している。

- ・病院によっては、病院自体にスタッフが泊まり込みで対応している。

5) 現場での最優先事項

- ・避難所および避難所近辺で不調の精神障害者

- ・通院中で処方切れの患者

- ・避難所で発症したせん妄患者

- ・急性ストレス障害で不調の患者

- ・不眠症等の患者

- ・その他

6) こころのケアの受入体制の整備

東日本大震災発生時より、災害医療においては、こころのケアが重要領域の一つであり、最終的にこころのケアチームに代表される多職

種による精神保健チームを被災地へ派遣することが想定された。現地では、避難所巡回、ハイリスク者訪問、保健師など地域精神保健スタッフとの連携が必要となる。たとえば、巡回や訪問にあたっては、ルート確保、避難所情報など現場情報が必要となる。保健所や市町村など行政との連携なくして、継続的な活動は困難である。加えて、現場の行政と連携や調整を行う必要がある。さまざまな支援チームを現地の行政が調整することは負担が大きい。このため、岩手県における支援チームに関しても、当初より窓口は岩手県に一本化して、現地との調整を図る方針が出された。

C. こころのケアチームの派遣

1. 発災直後から平成 24 年 3 月まで全国から 30 チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をいただき、県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療が行われた。また、仮設住宅への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援的活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた。また沿岸 7 地域に震災こころの相談室を設置し、震災ストレス関連の相談対応の拠点も整備された。

災害地におけるこころのケアは、地域における医療、保健、福祉の領域でそれぞれ展開されている。岩手県においては、こころのケアチームの活動は保健のラインに根差しながら、プライマリケアとしての医療的支援の一部を担保し、またサロン活動等へは保健活動の一環で入るなどそれぞれの領域と連携してくものである。

岩手県では被災以前より精神医療資源や社会資源の乏しさという問題を抱えており、関係機関がネットワークを構築し、それぞれの領域が支援に関わることで相対的な地域精神保健活動を推進してきた。こころのケアチームの活動とは保健の領域における活動が主体となっており、ハイリスク者への早期介入や医療化させないための予防介入が重要な役割である。

発災以来、こころのケアチーム以外にも、医療の支援として精神科医が精神病院の支援と

して常勤あるいは非常勤での勤務を行う形の支援や、臨床心理士や社会福祉士等がそれぞれの団地で地域への支援を行っており、さまざまな形でこころのケアが提供されてきた。

2. 岩手医科大学こころのケアチームの活動

1) こころのケアチームの当初の活動

3月24日より岩手県北沿岸の久慈地域において岩手県のこころのケアチームとして、岩手県立久慈病院、久慈享和病院、日本医科大学、九州大学、大分大学、順天堂大学、澤病院の協力を得て、該当 4 市町村、久慈保健所、久慈医師会と連携し、活動を開始した。当初、ケアチームの活動は避難所巡回、ハイリスク者の個別訪問、遺族支援、従事者ケアを中心として開始した。岩手医科大学での災害時のこころのケアの活動は、岩手県におけるモデル構築の位置づけとなることもあり、岩手県障がい保健福祉課や岩手県精神保健福祉センターと相互補完的な協力体制をとってきた。久慈地域（久慈市、洋野町、野田村、普代村）を担当し、災害の相談拠点である野田村こころの健康相談センターを中心に、相談、訪問、従事者教育、保健事業への協力などの支援活動を行った。

震災、津波発生当初は、避難、誘導を行い、傷病者の救命、処置、経過観察が中心であった。そして、医療者・医療資器材・薬品の状況確認と確保を目標に、医療体制の再構築が行われた。また、被災者への支援物資の適切な配布、避難所の衛生管理（新鮮な空気・暖かさ・清潔保持・食事と水分）と環境整備（感染予防・人間関係の調整・コミュニティへの配慮）が重要であった。また、震災当初より遺族支援も開始した。災害発生当初の遺族支援の目標は、ご遺族の安否や生活状況、心理状態等を確認して、見守り、支援を提供することであった。コンタクトは避難所巡回、こころのケアの相談、災害支援の一環、役場窓口を訪れた際の確認等、遺族の状況に寄り添いながら実施した。

2) 避難所への訪問活動について

特に課題としたことは、医療チームが地域に入るということであった。地域に入る上では、入り方と出方に細心の配慮が必要である。避難所は被災者にとっての生活空間であり、土足で踏み込むような態度ではいけない。避難所に入るときには避難所のリーダー的役割や世話人