

201237005A

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 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成 25 年 (2013 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 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成 25 年（2013 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. 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-----9
分担研究者 加藤 寛

2. 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討----- 17
分担研究者 鈴木 友理子
研究協力者 黒澤 美枝、小原 聡子、畑 哲信、林 みづ穂、
大塚 耕太郎、松本 和紀、丹羽 真一、深澤 舞子、
中島 聡美、成澤 知美、浅野 敬子
(資料) 別添1. 第1ラウンド調査票
別添2. 東日本大震災後デルフィ第1ラウンド フィードバック資料
別添3. 東日本大震災後デルフィ第2ラウンド フィードバック資料

3. 災害精神保健体制に関する行政評価研究-----111
分担研究者 伊藤 弘人
研究協力者 鈴木 友理子、畑 哲信、深澤 舞子

4. 災害後の精神保健体制に関する行政評価研究-----117
分担研究者 黒澤 美枝
研究協力者 鈴木 友理子、中島 聡美

III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----125

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）

平成 24 年総括研究報告書

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

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長

研究要旨

【目的】本研究の目的は、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を構築するために、地域危機発生時の精神保健対応のあり方を検討することである。【方法】(研究1) 東日本大震災後の心のケアチームによる支援のあり方を系統的に検証し、時相ごとに求められた治療・ケアに関する合意形成を行った。(研究2) 震災の発生から1年3か月後、福島県精神保健福祉センター所長へ聞き取りを行い、それをもとに整理した。(研究3) 東日本大震災被災時において、H22年に作成したクリティカルパス案を参考に、岩手県精神保健福祉センターで精神保健福祉活動の調整業務を実際に行った。(研究4) 災害後の精神科医療および精神保健活動に関するシステム整備に向けて、求められる体制と準備(ロジスティック)と、研修のあり方を検討した。【結果】(研究1) 東日本大震災における「心のケアチーム」の発災から3か月間の活動の内容として、1) 直後期には、精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、相談窓口の周知、急性期では、精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、避難所等を巡回しての相談活動、心理教育・普及啓発活動、中期では、仮設住宅等を巡回しての相談活動、心理教育・普及啓発活動の合意率が高かった。(研究2) 福島県における1) 発災後の行政内の役割分担、2) 外部からの支援の受け入れ、3) 精神保健福祉センターからの情報提供、4) 放射線への不安への対応、5) 精神科医療の再建、6) 今回の東日本大震災における課題、7) 行政職員の業務の増加などが明らかになった。(研究3) クリティカルパスは、災害初期から中期の混乱した調整場面において、多様な心のケアチームやボランティア団体、メディア間の「心のケア」の共有化の簡便なツールとして多用された。各フェーズにおけるターゲットの症状は、不眠不安が初期から継続して多く、アルコール問題や抑うつはフェーズ2以降に増加した。フェーズ3復興期以降は、精神保健福祉センターの、多領域への精神保健技術支援のニーズや外部への報告機会、支援者・救済者へのケア機会の増加があり、こうした点が従来業務やプロジェクトの再開と継続に影響した。(研究4) DMAT や JMAT などの状況を検討するとともに、試行的に行われた研修の参加者の達成度や感想を集め、望まれる研修内容を提案した。【考察】地域危機発生時の精神保健対応のあり方を検証するために、時相別の対応、心のケアチーム、地元支援者、精神保健福祉センター、被災地外支援者といった多角的な視点で課題を検証した。東日本大震災における精

神保健支援に携わった支援者、行政の対応、課題について、参考資料を提示することができたと考える。

分担研究者氏名

加藤寛

兵庫県こころのケアセンター センター長

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 室長

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長

黒澤美枝

岩手県精神保健福祉センター 所長

A. 研究目的

本研究の目的は、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を構築するために、地域危機発生時の精神保健対応のあり方および研修体制を検討することである。

平成 24 年度には、東日本大震災後の心のケアチームによる支援のあり方を系統的に検証し、時相ごとの効果的な治療・ケアを保証する精神保健医療体制について、心のケアチーム、地元支援者、精神保健福祉センター、被災地外支援者といった多角的な視点で課題を検証することを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究 1

東日本大震災における「心のケアチーム」の発災から 3 か月間の活動について、各段階における効果的な治療・ケアを保証するための精神保健医療の課題を、被災地内精

神保健従事者および被災地外からの派遣支援者を対象としたデルフィ法を通じて明らかにし、災害時の精神保健医療のモデルを呈示した。これには、初期（発災から約 1-3 か月）の精神保健支援を担った心のケアチームのメンバー、被災した東北 3 県における地元の支援者、および、災害精神保健の専門家の約 100 名を目安としてリクルートして、意見集約および対応法の合意形成を行った。

2) 研究 2

福島県の精神保健福祉領域における東日本大震災後の動きについて、震災の発生から 1 年 3 か月が経過した 2012 年 6 月 14 日に、福島県精神保健福祉センターの畑哲信所長へ聞き取りを行い、それをもとに整理した。

3) 研究 3

東日本大震災において、H22 年に作成した郡部版クリティカルパスを参考に、東日本大震災において岩手県精神保健福祉センターで精神保健福祉活動の調整業務を実際に行った。その対応結果と、当時の心のケアチームの診療録の集計解析、報告書や日誌等の資料レビューに基づいて、クリティカルパスの修正をおこなった。

4) 研究 4

まず、DMAT および JMAT の研修内容を検討し、分担研究者が試行的に行った研修

の参加者の達成度を検討した。

C. 結果

1) 研究1

「心のケア」の定義として、IASC が示している精神保健福祉サービスと心理社会的支援を適切としていたものは多かったが実際に現地で求められる活動は、時期、場所、立場によって異なる点を強調すべきという意見が多かった。また、精神保健医療福祉と心理社会的支援の区別を強調するよりも、連続性や相補性を強調したほうがよいという指摘もあった。

時相ごとに求められる活動としては、直後期には、A. スカウティング（情報収集）として、いち早い現地の状況把握、関係構築、B. 身体医療との連携として身体医療チームと組んで、救急対応、C. 精神科救急として、急性発症、増悪例への対応、広域的な入院対応、D. 精神医療として、医療継続、服薬中断による再発防止、E. 医療機関支援が挙げられた。特にこの時期には、災害支援経験者や、多職種チームが有用であるという意見が多かった。

急性期は、A. 医療との連携、リエゾン、B. 精神科救急として、急性発症、増悪例への対応、広域的な入院対応、C. 精神医療保健として、既往のある人への医療継続、精神医学的評価、相談、避難所生活での不適応対応、要支援者対応、環境調整、啓発、D. 精神保健医療福祉として、平常時に行われる幅広い精神保健医療福祉活動、E. 医療機関支援として、地元医療機能の補完が求められた。特に、地元医療機関が復旧するまで、長期的視点を持ったチーム活動が有

用といった指摘が多かった。

中期に求められた活動は、A. 精神保健活動として、保健師と連携してのアウトリーチ、集団アプローチ、B. 精神保健福祉活動と心理社会的支援として、幅広い対応、身体ケア、生活支援、経済支援、公衆衛生活動の一環としての支援、C. 支援者支援として、地元支援者が住民に関われるようにその後方支援、D. 長期支援の検討として、支援の終結の仕方、長期的支援の仕組みづくり、移行が挙げられた。また、多職種によるチーム活動の重要性、地元支援者との連携、つなぎ戻しの必要性が指摘された。

2) 研究2

福島県精神保健福祉センターは、東日本大震災後の対応において、マネジメント業務すなわち、心のケアのニーズの把握と心のケアチームの派遣、関係機関や被災住民への情報提供を主に担った。以下についてまとめた。

- 1) 行政内の役割分担
- 2) 外部からの支援の受け入れ
- 3) 震災関連の情報提供
- 4) 放射線への不安への対応
- 5) 精神科医療の再建
- 6) 今回の東日本大震災において課題となった点

1. 被害の規模が大きく、フェーズ 0-1 にあたる期間、すなわち、発災直後から数日間、救出・救助・救急医療が優先され、落ち着きが得られない時期が長期化した点

2. 精神保健に携わる保健所の保健師が、原子力発電所の事故による放射線のスクリーニングに対応することとなり、地域の精神保健に対応する職員が不足した点

7) 支援者のストレス、業務過多

詳細については、分担報告書を参照されたい。

3) 研究 3

岩手県精神保健福祉センターにおける東日本大震災の対応について、以下の点についてまとめた。

I 岩手県の精神保健課題と東日本大震災による被害の概要

II 調整の実際

1) フェーズ 0～1

2) フェーズ 2

3) フェーズ 3

(1) 心のケアチームから被災地への活動の引き継ぎ

(2) 精神保健活動の事業再開と継続

III. クリティカルパスの利用の実際

IV. 心のケアチーム診療記録の集計結果

クリティカルパスの各フェーズにおけるターゲットの症状と今回の結果を比較すると、不眠不安の訴えが初期から継続して多かった。アルコール問題や抑うつはこれまでの経験同様、フェーズ 2以降に増加した。希死念慮、自責感、喪失感の訴えは初盆の 2011 年 8 月と 2012 年 3 月に増加が見られた。

詳細については、分担報告書を参照されたい。

4) 研究 4

DMAT、JMAT とともに東日本大震災の経験を踏まえて、内容が見直される可能性はあるが、DMAT では、高度で特殊性の高い災害現場での救急医療と、JMAT では日常の医療行為の延長である避難所での医療活

動という違いから、研修内容も大きく異なっていた。災害後の心のケアチームが担う役割は、初期の精神科医療の補完と、それに引き続く被災地での精神保健活動であるので、その特色を踏まえた研修計画が必要となる。

心のケアに関する研修を試行的に行った結果、研修を受ける前から受講者が相対的によく知識やスキルをもっていると感じていた項目は、「支援者のストレス、その対処法」、「被災者の心理」、「災害時の心理的反応」、「時間の経過による被災地のニーズの変化」の 4 項目であった。一方、受講者が知識やスキルをあまりもっていないと感じていた項目は、「災害時の行政の動き、システム、法律等」、「避難所、仮設住宅などでのアウトリーチ活動」の 2 項目であった。受講後アンケートでは、すべての項目において知識やスキルをもっていると感じる割合が増していた。

受講者から「役に立った」との回答があったなかで最も多かったのは、「被災者への対応の基本的姿勢：サイコロジカル・ファーストエイドを中心に」で、7 割以上の参加者から回答があった。次に回答が多かったのはグループワークであった。今回の研修会では、課題解決に加えて、KJ 法を使ったグループワークを取り入れ、「実際に自分で考えることで、自分のスキルの程度を確認することができた」「他の人の意見を知ることによって知識や大切なことの認識が高まった」「KJ 法は交流促進にもなり、思考も刺激されるのでいいと感じた」などの意見があった。

D. 考察

東日本大震災における時相ごとに求められた活動については、デルフィ法で被災地の地元支援者、および心のケアチームの参加者から詳細な意見が収集できた。直後期には急性の精神症状の増悪、薬剤中断の症状への対応、入院・移送業務、医療中断による再発を予防するための医療活動や、避難所での不適応への対応、保護、地元医療機関が機能していない場合には、通常の間精神医療全般の補完が求められた。これは、一般の人々がイメージする「心のケア」よりも、精神医学的な危機介入が多いので、「精神科救護活動」としたほうが、一般市民も、精神保健専門家にもわかり易いのではないかと、といった示唆があった。

また、福島県精神保健福祉センターの立場から、東日本大震災の経験を記述した。精神保健福祉センターからの積極的な情報提供、精神保健に関する知識、対応法などの発信は、被災住民のみならず、支援者への支援として、また、支援者間で対応の方針を共有するうえで、非常に有効であると考えられた。放射線への不安についても、このようなかたちでの情報提供や対応の方針の共有が行われたことは、どのように対応することが適切かわからない状況において、非常に有効であったと考えられた。

原子力発電所の事故の影響としては、放射線の影響により、県外からの支援者が入りにくかったということや、住民の避難による移動が長期にわたったこと、それに伴って被災住民の生活状況の把握も支援者の采配も難しく、支援体制を確立して落ち着きを得るまでに時間を要したことが明らかにされた。

また、行政職員の業務の増加、特に、原子力発電所の事故による放射線のスクリーニングに保健所の保健師が対応することとなり、地域の精神保健に対応する職員が不足する事態となったことや、市町村の職員が、地域住民と同じ避難所で生活し、休息がとれないという状況などもあり、災害対応時の行政職員の労務管理について、精神保健福祉領域だけでなく、災害対応全体を把握する視点で検討を要する課題が明らかにされた。

岩手県の経験からは、クリティカルパスは、想定外の被災状況でも最低限必要な視点を提供しうるが、平時の精神保健活動の基盤が、イニシアティブモデルではなく、PDCA モデルにおけるプロセスの継続と繰り返しという視点を持つような行政体制においては、被災地域の平時の各精神保健医療プロジェクトの再建のために現実的に作成され、より定着し展開すると思われた。当然、元々精神保健福祉活動が殆ど行われていない地域においては、フェーズ3の「事業再開」も検討する必要はなく、あまり意味をなさないだろう。さらに、災害は、一つとして全く同じ状況はありえないからこそ、モデルとしての理解と蓄積は、今後の被災現場で現実的な調整機関や介入方法を考える上でのたたき台になるものと思われた。

研修のあり方については、災害後の精神科医療および精神保健活動は、DMATのような高度な専門性を求められる活動ではなく、JMATのような日常臨床の延長として位置づけられる活動でもない。時系列で見ると、当初は精神障害者の症状増悪への対応、被災した精神科病院への支援、通院患

者への投薬継続などの医療的活動もあるが、その後は、避難所へのアウトリーチ、保健師などへのコンサルテーション、啓発活動などの地域保健活動が主体となる。しかもその活動は、精神医学的問題を抱えた被災者を見つけ出し介入するようなものではなく、被災者が自らの心理的苦悩を理解し自分で対処できるように支援するヘルスプロモーション的活動といえよう。こうした基本的理念に立つと、精神科医療関係者は災害後の地域保健活動について十分に知っておく必要があるし、コーディネーターやロジスティックについて理解しておかなければならない。今後、活動経験者や被災地内部の保健関係者からのヒヤリングを行いながら、研修内容を検討していくことが必要であろう。

E. 結論

時相別の精神保健支援のあり方（災害精神保健クリティカルパスの作成）については、被災県における課題と実際の対応について大きな内容の齟齬はなかった。時相別に求められる支援内容については、東日本大震災における心のケアチームの活動経験者らによって、主に医療保健的支援については、合意が得られた項目が多かった。一方で、心理療法的なアプローチ、スクリーニングについては、合意は得られなかった。また、東日本大震災における心のケアチームの具体的な体験談を集積することができ、今後の災害対応の判断を支える資料を作成できたと考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yuriko Suzuki, Maiko Fukasawa, Satomi Nakajima, Tomomi Narisawa and Yoshiharu Kim. Development of disaster mental health guidelines through the Delphi process in Japan. International Journal of Mental Health Systems 2012, 6:7 doi:10.1186/1752-4458-6-7.
- 2) Maiko Fukasawa, Yuriko Suzuki, Satomi Nakajima, Tomomi Narisawa and Yoshiharu Kim. Similarities and differences of systematic consensus on disaster mental health services between Japanese and European experts. Journal of Traumatic Stress, in press.
- 3) 成澤知美、鈴木友理子、深澤舞子、中島聡美、金吉晴. Delphi 法を用いた災害支援者のストレス対応ガイドラインの作成に向けて. トラウマティック・ストレス. 印刷中
- 4) Yuriko Suzuki. Psychological consequence of Nuclear Power Plant Accident among Clean-up Workers. Journal of UOEH, 34(supplement), 41-43. 2012.
- 5) 鈴木友理子. 災害後のこころのケア. 公衆衛生, 76(5): 340-341.
- 6) 鈴木友理子. 震災被災者への精神保健医療支援. 被害者学研究 22:59-66, 2012.
- 7) 金吉晴, 鈴木友理子, 伊藤正哉. PTSD - その概念と有用性. 精神医学, 54(6) 552-562.
- 8) 鈴木友理子, 伊藤弘人, 小原聡子, 深澤舞子, 金吉晴. 災害精神保健対応におけるクリティカルパスの有用性の検討. トラウマティック・ストレス, 10(1):22-31, 2012.

- 9) 鈴木友理子. 東日本大震災後のメンタルヘルス. 青健シリーズ②東日本大震災後のメンタルヘルス. 特例民法法人青少年健康センター, 東京, 2012.3
- 10) 黒澤美枝: 東日本大震災と精神保健福祉活動の継続. 精神障害とリハビリテーション 32号 (16巻2号): 114-118, 2012.
- 11) 伊藤弘人, 黒澤美枝, 加藤寛, 他: 分担研究者報告: 災害メンタルヘルス体制について. 循環器病研究の進歩「東日本大震災支援」特別号: 90-97, 2012.
- 12) 黒澤美枝: 東日本大震災における心のケア活動の調整ー岩手県精神保健福祉センターの視点から. 日本社会精神医学雑誌 21(3): 367-373, 2012.
- 13) 黒澤美枝: 災害時精神保健医療活動における臨床倫理. 治療の聲 13(1): 55-60, 2012.
- 14) 黒澤美枝: 震災1年後の現状と課題: 岩手県. 精神保健福祉白書編集委員会 (編): 精神保健福祉白書 2013年版, 中央法規出版, 東京, pp28, 2012.
- 3) Yuriko Suzuki. Mental health consequences after the Great East Japan Earthquake. 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. Symposium: Helping Survivors from Disaster; Tsunami, Fire and War. October 25-27, 2012, Seoul, Korea.
- 4) 鈴木友理子. 被災地の心の健康とストレス科学. 第28回日本ストレス学会学術総会シンポジウム: 地域社会がストレス科学に求めるもの平成24年11月30日ー平成24年12月2日, 札幌市
- 5) 黒澤美枝, 亀岡智美 (シンポジウム座長): 被災住民のメンタルヘルスをめぐって. 第11回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウムC-4, 福岡, 2012.6.10.

2. 学会発表

- 1) Yuriko Suzuki. Development of Community Mental Health System after The Great East Japan Earthquake. World Psychiatric Association Regional Meeting Plenary Symposium-1, Mental Health System Development after Disaster . September 13-15, 2012, Nusa Dua-Bali, Indonesia.
- 2) Yuriko Suzuki. Fostering network and capacity to build better community mental health system after the Great East Japan

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

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）

平成 24 年度分担研究報告書

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

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) ひょうご震災記念 21 世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンターセンター長

災害後の精神科医療および精神保健活動について、東日本大震災を契機にシステム作りが急がれている。具体的なシステム整備に向けて重要なのは、どのような体制と準備が必要なのか（ロジスティック）の検討と、どのような訓練を行うかという点であろう。本研究では、後者について、DMAT や JMAT などの状況を検討するとともに、試行的に行われた研修参加者の達成度や感想を集めることをとおして、望まれる研修内容を提案した。

I はじめに

東日本大震災を契機に、医療や公衆衛生の領域でこれまでの枠組みとは異なる活動を実践、あるいは近い将来に新たなシステムを作ろうという動きが活発である。たとえば、日本医師会は震災の直前にとりまとめられつつあった JMAT（Japan Medical Association Team）を、急遽稼働させた。これは、発災直後の救急医療を目的とする DMAT とは異なり、避難所での医療活動、被災した医療機関の日常診療の支援などを行うもので、平成 23 年 7 月中旬までに約 1400 チームを被災三県に派遣した。また、公衆衛生の領域では支援活動や情報をコーディネートする機能が脆弱であったこと、県保健所と市町村との連携や役割分担が不明確で混乱を招いたこと、などの反省から、公衆衛生版 DMAT である DPAT（Disaster

Public health Assistance Team）の設置が検討されている。これは、発災直後から被災地に入り、公衆衛生上のニーズ評価、外部からの支援チームの派遣調整などの機能を担うことを目的として、今後の大災害時に稼働できるよう検討が加えられている。

精神科医療および精神保健の分野でも、阪神・淡路大震災や新潟県中越地震などの反省から、支援・コーディネート体制整備の必要性が、東日本大震災の前から提言されてきた。筆者は、全国をいくつかのブロックに分けチームを作り、日常から連携を図るための仕組みとして DPAS（Disaster Psychological Assistance System）の必要性を以前から指摘していたが、その検討の最中に東日本大震災は発生した。今回の反省から、精神科版 DMAT 構想の実現に向けた動きは加速しており、その実現に向けて、

厚生労働省は災害時こころの情報センターを、国立精神・神経センター内に設置し、計画立案、活動中に使用するデータ管理システムなどの整備を行っている。さらに平成25年2月28日に厚生労働副大臣が記者会見で、災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team : DPAT)を設置運用することを発表した。今後、具体的なシステム整備が進められるが、その際に重要なのは、ロジスティックの確立と、どのような訓練を行うかという点であろう。本研究では、後者について、DMATやJMATなどの状況を検討するとともに、試行的に行った研修で参加者から達成度や感想を集めることをとおして、望まれる研修内容を提案する。

II 研修内容の検討

1. DMAT および JMAT の研修内容

DMATは災害直後の緊急医療を担う高度に専門化された医療チームであるので、研修内容も高度な内容が多く含まれている。DMATへの参加資格を得るための「日本DMAT 隊員養成研修」では、4日間に28項目の講義と4つの実戦訓練が課されており、筆記試験と実技試験を経て認証される。講義内容としては、DMATの4つの活動内容である、広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動を網羅し、ロジスティックやシステム運用、トリアージなどの技術訓

練、シミュレーションなどの実践的なものが主体となっている。実践訓練は災害現場活動を想定して、がれきの下の医療(Confined Space Medicine)、救護所での現場活動、傷病者の状態に合わせて搬送や治療を行う基地(Staging Care Unit : SCU)の運用とシミュレーション、などが行われる。また、DMATチームのコーディネートを行う医師に対しては「統括DMAT研修」を、別に受ける必要がある。これは2日間に16コマの講義と演習を行う。一方、JMATの研修として表のようなモデル案が提示されている。JMATの活動目的が、避難所での医療活動と、被災した医療機関の日常診療の支援であるので、実技やシミュレーションは余り含まれておらず、コーディネートや他チームとの連携、あるいは制度面に関する内容がほとんどである。

両者ともに東日本大震災の経験を踏まえて、内容が見直される可能性はあるが、高度で特殊性の高い災害現場での救急医療と、日常の医療行為の延長である避難所での医療活動という違いから、研修内容も大きく異なることが分かる。災害後の心のケアチームが担う役割は、初期の精神科医療の補完と、それに引き続く被災地での精神保健活動であるので、その特色を踏まえた研修計画が必要となる。

表1. DMAT 隊員養成研修カリキュラム (抜粋)

1 日目

- 講義 1 「災害医療概論」
- 講義 2 「DMAT の意義」
- 講義 3 「CSCA について」
- 講義 4 「TTT について」
- 講義 5 「実習 災害現場での情報通信」
- 講義 6 「シミュレーション 局地災害」
- 講義 7 「トリアージ」
- 講義 8-1 「実習 災害現場での傷病者観察手順とトリアージ」(医師・看護師)
- 講義 8-2 「クラッシュ症候群の病態」
- 講義 8-3 「ロジの基本、通信確保と衛星電話実習」
- 講義 9 「広域災害時における DMAT 活動と広域災害救急医療情報システム」
- 講義 10 「広域災害救急医療情報システム 実習」

2 日目

- 講義 11 「災害時の診療指針」
- 講義 12-1 現場救護所における標準診療手順」(医師・看護師)
- 講義 12-2 「実習 現場救護所での診療 (現場救護所模擬診療)」(医師)
- 講義 12-3 「災害時の看護師の役割」(看護師)
- 講義 12-4 「チームのロジスティックス」(遠隔地派遣シミュレーションⅡ)(業務調整員)
- 講義 13 「シミュレーション 大地震発生/DMAT 派遣」
- 講義 14 「シミュレーション 広域災害時の DMAT 活動」
- 講義 15 「広域医療搬送における DMAT 活動」
- 講義 16 「航空機内での医療」
- 講義 17-1 「実習 災害拠点病院・SCU での診療」(医師・看護師)
- 講義 17-2 「広域医療搬送における業務調整員の役割」(業務調整員)
- 講義 18 「消防組織」
- 講義 19 「大規模震災発生時の広域医療搬送計画について」
- 講義 20 「日本 DMAT 活動要領について」

3 日目

- 講義 21 「JR 福知山線列車脱線事故で行われた医療」
- 講義 22 「ストレスケア」
- 講義 23 「CSM について」
- 講義 24 「シミュレーション SCU」

表 2. JMAT 教育研修プログラム (モデル案)

- ・ JMAT 総論
- ・ 人道支援と医療提供者の責務
- ・ 災害時における初期評価
- ・ 避難所における公衆衛生活動
- ・ DMAT と JMAT の役割分担
- ・ 緊急被ばく医療
- ・ 災害時における遺体検案
- ・ 特殊災害と国民保護法
- ・ パンデミック対策
- ・ 協議、まとめ

2. 試行的に行われた研修参加者の達成度

兵庫県は、平成 16 年台風 23 号、平成 21 年台風 9 号などの県内の広域災害、および新潟県中越地震などの他地域の大災害では、阪神・淡路大震災での活動経験者を中心に、こころのケアチームを派遣してきた。同様に、東日本大震災でも仙台市に平成 23 年 6 月末まで 16 チーム、その後福島県の要請を受けて相双地区に 1 ヶ月間 4 チームを派遣した。しかし、今後は阪神・淡路大震災後の活動を経験した者が現役を退くことが予想されるため、活動できる要員を増やし事前にトレーニングしておく必要性が指摘された。こうした背景から、筆者の所属する組織では、将来の災害発生時に兵庫県チームとして派遣するメンバーとなるための研修を平成 23 年度から実施している。

研修内容は、国立精神・神経医療研究センターで作成された「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」、「災害時の地域精神保健医療活動ロードマップ」、および筆者らが翻訳した「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第 2 版」等を参照しながら素案をつくり、各講義を担当する講師

と内容を検討しながら内容を取捨選択した。

研修は 2 日間とし、1 日目を基礎編、2 日目を応用編と位置づけた。基礎編の目的は、災害時にこころのケアチームの一員として被災地で活動を行うための、基礎となる知識を身につけることである。まず精神科医が概論を、次いで阪神・淡路大震災で精神保健活動のコーディネートをを行った PSW が、行政の動き、ロジスティクスなどについて講義した。その上で臨床心理士が、サイコロジカル・ファーストエイドを元に、被災者への対応の基本的姿勢について講義した。2 日目の応用編では、ロールプレイや事例の紹介などを盛り込みながら、復興・回復期のこころのケア、子どものこころのケアに関する講義を行った。

研修内容を検証し、今後より適切なプログラムにしていくための資料とするために、受講者へのアンケートを行った。評価の対象については、研修効果測定を目的を整理する際にしばしば用いられる「カークパトリックの 4 段階モデル」を参照した。

表3 評価の4レベル

- ① リアクション（反応）：参加者はそのプログラムを気に入っていたか？
- ② ラーニング（学習）：参加者はプログラムにおいて何を学習したか？
- ③ ビヘイビア（行動）：参加者は学習したことに基づいて彼らの行動を変化させたか？
- ④ リザルト（結果）：参加者の行動変容は組織に良い影響をもたらしたか？

①の反応は、研修終了後に満足度を問うアンケートのことであり、もっとも簡便にできる効果測定の手法である。②の学習は、理解度のテストなどによって修得度を測る方法である。③は研修終了後、職場に戻ってから研修の内容をどの程度活用できたかを測るもので、アンケート、インタビュー、観察などの方法が用いられる。④はその研修を行うことによって組織にどれだけの影響を与えたか（生産性の向上など）を測るものである。今回の研修会では①と②に関する評価を行うこととした。ただし②については、テストによって客観的な知識の量を問う方法は採用せず、「十分な知識やスキルをもっている」と感じる主観的度合いを0から10までのアナログスケールを用いて尋ねた。

その結果、研修を受ける前から受講者が相対的によく知識やスキルをもっていると感じていた項目は、「支援者のストレス、その対処法」、「被災者の心理」、「災害時の心理的反応」、「時間の経過による被災地のニーズの変化」の4項目であった。これらは災害時のこころのケアに関する講演や出版

物、マスコミなどで取りあげられる頻度が高いものである。一方、受講者が知識やスキルをあまりもっていないと感じていた項目は、「災害時の行政の動き、システム、法律等」、「避難所、仮設住宅などでのアウトリーチ活動」の2項目であった。受講後アンケートでは、すべての項目において知識やスキルをもっていると感じる度合いが増している。この結果はただちに今回のプログラムの内容の適切さを保証するものではないが、受講者の災害時のこころのケア活動に対する自信の向上にいくらかの寄与をしたとはいえよう。

受講者が「役に立った、あるいは有意義だったと感じた内容」を尋ねた質問には、すべての内容に対して、「役に立った」との回答があった。なかでももっとも回答が多かったのは、「被災者への対応の基本的姿勢：サイコロジカル・ファーストエイドを中心に」で、7割以上の参加者から回答があった。次に回答が多かったのはグループワークである。今回の研修会では、課題解決に加えて、KJ法を使ったグループワークという新しい試みを取り入れた。「実際に自分で考えることで、自分のスキルの程度を確認することができた」「他の人の意見を知ることによって知識や大切なことの認識が高まった」「KJ法は交流促進にもなり、思考も刺激されるのでいいと感じた」などの意見があった。通常のグループ・ディスカッションとは違い、KJ法ではすべてのメンバーのアイデアが活かされるため、より全員参加の雰囲気が高まる。また、それぞれの知恵と意見を持ちより、それを一枚の概念図におさめることで、共同作業の達成感も得られる。初めての試みであったため進行に

対する不安もあったが、受講者の積極的な参加に助けられ、有意義な時間となったのではないかと思われる。

Ⅲ 研修内容のモデル案

災害後の精神科医療および精神保健活動は、DMATのような高度な専門性を求められる活動ではないし、JMATのような日常臨床の延長として位置づけられる活動でもない。時系列で見ると、当初は精神障害者の症状増悪への対応、被災した精神科病院への支援、通院患者への投薬継続などの医療的活動もあるが、その後は、避難所へのアウトリーチ、保健師などへのコンサルテーション、啓発活動などの地域保健活動が

主体となる。しかもその活動は、精神医学的問題を抱えた被災者を見つけ出し介入するようなものではなく、被災者が自らの心理的苦悩を理解し自分で対処できるように支援するヘルスプロモーション的活動といえよう。こうした基本的理念に立つと、精神科医療関係者は災害後の地域保健活動について十分に知っておく必要があるし、値ムノコーディネートやロジスティックについて理解しておかなければならない。以下に研修項目のモデル案を提示する。今後、活動経験者や被災地内部の保健関係者からのヒヤリングを行いながら、研修内容を検討していきたい。

表4 災害後の精神保健チーム研修内容案

1. 災害急性期の精神科救急医療
 - ① 精神科病院の機能補完
 - ② 外来通院者の対応
 - ③ 向精神薬の管理
2. 災害後の医療活動について（DMAT、日赤などの医療チームの活動）
3. 災害時の行政の動き
 - ① システム、法律等
 - ② 避難所運営について
3. 災害時の地域保健活動
 - ① 保健師の活動
 - ② 支援者を受け入れる側（被災地）のニーズ
 - ③ 他機関、職種間の連携
 - ④ 避難所、仮設住宅などでのアウトリーチ活動の方法
4. 派遣およびその活動のロジスティック
5. 被災者の心理的反応
 - ① 時間の経過による被災地のニーズの変化
 - ② 被災者に接する際の基本的姿勢（やるべきこと、やってはいけないことなど）
 - ③ 遺族の心理とケア
 - ④ 復興・回復期の生活ストレスとその影響
 - ⑤ 子どもの心理的反応とケア
6. 支援者のストレスと対処法
7. 事例検討
 - ① 阪神・淡路大震災
 - ② 新潟県中越地震
 - ③ 東日本大震災
 - ④ 局地災害：台風など
 - ⑤ 新たな災害：口蹄疫、新型インフルエンザ
8. シミュレーション