

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=108)

1	2	3	4	5	0
非常に 不適切	不適切	どちらでも ない	適切	非常に 適切	わからない
0.00	0.93	0.93	84.26	12.96	0.93

2 回目調査の平均: 4.06

コメントのまとめ

急性期においても、服薬継続支援の重要性に合意は得られた。ここでも、重複処方や過剰処方を防ぐ管理システムや身体医療チームなどの関係者との情報共有の重要性が指摘された。急性期には直後期よりも支援者数が増えるので、情報共有は一層必要であるという意見もあった。

c24_1 急性期のこころのケアチームの活動としては、精神医療や心理の専門職による、治療を目的とした心理療法が重要である

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に 不適切	不適切	どちらでも ない	適切	非常に 適切	わからない
0.00	8.49	41.51	48.11	0.94	0.94

2 回目調査の平均: 3.39

コメントのまとめ

急性期に外部支援者が治療を目的とした心理療法を行えるとよいケースは少数だが確実に存在するが、治療環境や継続性に課題があるので、心理療法は地元機関が担当するほうが適切であるといった指摘があった。他にも、外部支援者の関わりは限定的にしたほうがよい、非特異的な支援のほうが有効、といった意見もあった。治療を目的としたものではないが、サイコロジカル・リカバリースキル (SPR) のような単回でも行える侵襲度の少ない心理療法は可能かもしれない、という声もあった。ここでも、治療を目的とした心理療法の捉え方の多様性が大きな課題であると考えられた。

以上の意見を反映して、第 3 ラウンドの調査では、以下のように修正を行い (下線部)、お尋ねします。

(第 3 ラウンドでの項目)

c24_1_1

急性期の精神保健医療福祉活動としては、精神医療や心理の専門職による、精神病理に焦

点をおいた心理療法が重要である。

c24_2 急性期には、傾聴や心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応（例：サイコロジカル・ファーストエイド）が重要である

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=108)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	3.70	17.59	61.11	17.59	0.00

2 回目調査の平均: 3.93

コメントのまとめ

急性期においても、直後から混乱が継続していたり、寄り添う姿勢は必要なので、上記の方針を支持するといった声があった。また「こころのケアチームや身体医療チームでも、医療ニーズのみならず具体的なニーズを把握するという視点は共有しておく必要があると思う。また、非医療系の支援チームではこれらの対応が基本と考えられる」といった意見もあった。一方で、心理教育はよいが傾聴には注意が必要、治療を目的としない対応の必要性の意図が不明瞭、といった意見もあり、ここでも「サイコロジカル・ファーストエイド」の理解が多様であることが伺われた。

以上の意見を反映して、第 3 ラウンドの調査では、以下のように修正を行い（下線部）、お尋ねします。

(第 3 ラウンドでの項目)

c24_2_1

急性期には、心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、精神病理に焦点をおかない対応（例：サイコロジカル・ファーストエイド）が重要である。

②避難所対応活動

c25 急性期のこころのケアチームの活動としては、避難所等を巡回し、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）に対する相談活動を行うことが重要である

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	0.94	14.15	72.64	12.26	0.00

2 回目調査の平均: 3.96

コメントのまとめ

こころのケアチームによる避難所の巡回は、「ニーズがない」というのは効率主義に偏りすぎであり、ニーズは限定的であるが必要、有効との意見がある一方で、フォロー体制が不十分であるなかでケースを表面化させることの危険性、被災住民に逆に気を遣わせるといった弊害の指摘もあった。実際、多くのこころのケアチームが避難所の巡回に従事し、その有効性を信じたいという面はあろうが、効果の検証については慎重に行う必要があるとの指摘があった。

活動にあたって、地元の保健師らとの連携の必要性が多く指摘された。活動の形態に関しては、保健師や身体医療チームからの相談に対応する方が望ましいとの意見（限られたリソースを有効活用するため）、保健師や身体医療チームに精神保健専門家が加わる形が望ましいとの意見（こころのケアチーム単独では被災者が利用しづらいが、精神保健スタッフも自ら現地をまわるべき）、身体面の健康相談も含めて対応できることが望ましいとの意見など、様々な意見が挙げられた。

c25.2 急性期のこころのケアチームの活動としては、自ら避難所等を巡回するよりも、巡回している保健師等の相談や紹介に応じて、コンサルテーションや訪問などを行う方がよい

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=108)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
2.78	13.89	45.37	26.85	10.19	0.93

2 回目調査の平均: 3.25

コメントのまとめ

保健師等が避難所を巡回し、こころのケアチームは保健師等の相談や紹介に応じてコンサルテーションや訪問などを行う、との役割分担が適切だとする理由として、その方が侵襲的でない、効率的、被災者にとっても安心して受け入れられる、避難所にとっても負担の軽減になる、などが挙げられた。一方で、急性期にはそのような役割分担をしている時間がない、大規模災害では巡回にも支援が必要である、といった指摘もあり、保健師の活動状況やこころのケアチームのスタッフの人数など、場合によるとの意見が多かった。実際に今回の東日本大震災では、「避難所数・避難者数とも膨大であり、保健師が巡回し集約してフォローケースを繋ぐことはできなかった」「ケースを上げている余裕なんてない」というコメントも見られた。

また、こころのケアチームの役割として、巡回もコンサルテーションも両方必要であるとの意見も多かった。特に、こころのケアチームもリアリティをもって対応するために現場を見に行く必要がある、との意見が複数見られた。こころのケアチームが巡回することで、孤立しがちな精神障害者へ安心感を与える、被災者との関係づくりには避難所でのかかわりが

大きく作用するといった、巡回のメリットを指摘する意見もあった。

この項目に対しては「どちらでもない」と回答する者が多かったが、「どちらでもない」と回答した方のコメントでは、被災状況や人員等の状況により異なるという意見と、巡回もコンサルテーションも両方必要であるとの意見が多かった。前問と併せて、こころのケアチームの活動を、コンサルテーションなど裏方仕事に限定せず、地元の必要に応じて巡回も含めた活動を行うことが、特に急性期においては必要だとする意見が多かった。

この質問項目については、第3ラウンドの調査にて、再度お尋ねします。

c26_1 急性期のこころのケアチームの活動としては、避難所等を巡回し、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）への心理教育や普及啓発活動（被災後に生じることの多い症状や経過の見込み、対処法、相談窓口の情報などを伝える）を行うことが重要である

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	0.94	10.38	80.19	8.49	0.00

2回目調査の平均: 3.96

コメントのまとめ

伝える方法として、身体健康に関する情報とともに伝えたり、体操やリラクゼーション法などをやるとよいといった意見や、家族の認知症の悪化や、アルコールの問題、子どもの反応など、自分のことよりも家族のことについての情報が求められたといった意見などがあった。他に、一般的な心理教育の内容などはテレビやラジオなどメディアによる広報に期待し、こころのケアチームはもっと個別的な対応を担えるとよいといった意見があった。また、実際、多くのこころのケアチームが心理教育や普及啓発活動を行ったが、その効果の検証については慎重に行う必要があるとの意見もあった。

c27 急性期のこころのケアチームの活動としては、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）に対し、精神健康についての標準化された質問紙を用いてスクリーニングを実施することが重要である

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=108)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
1.85	12.96	60.19	22.22	1.85	0.93

2回目調査の平均: 3.06

コメントのまとめ

「どちらでもない」との回答が6割を占めたが、精神保健に特化せず、心身両面の健康を調査するようなものであればよい、被災自治体からの要請により、保健活動の一環として行うのであればよい、との意見が多かった。ただし、スクリーニングにより把握した要支援者の評価が問題であり、限られたマンパワーの中で対応できる範囲を決めてゆくことは難しく、精神医療保健の専門家の支援が必要であるとの意見があった。一方で、現場の保健師に対し、問題があるのに対応できていないというプレッシャーを与える、住民に対し、以後の調査への悪印象を与える、「精神障害者」のピックアップを行っているという偏見に基づいた誤解を生む、といった懸念も指摘された。

(3) 中期（仮設住宅や地域生活）の活動

被災地の精神科医療機関や交通機関が復旧し、住民が避難所を出て、仮設住宅、借り上げ住宅や自宅での生活を始める時期を想定しています。避難所における集団への対応から、徐々に個別への対応が求められる時期です。時期的に(2)の急性期と厳密な区別はできないこともありますが、発災から数週間から数カ月経過後から始まると考えられます。

d29_1 地元の医療機関が復旧した段階で、こころのケアチームは医療活動を終了し、必要に応じて保健活動や被災地の支援者への支援などへ移行する

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	17.92	19.81	58.49	3.77	0.00

2回目調査の平均: 3.48

コメントのまとめ

地元の医療機関の機能の回復とともに、こころのケアチームの役割を、医療活動から、地域精神保健活動や被災地の支援者の支援へ移行させていくという方針について、おおむね支持する意見が多数であった。他に、地元の医療機関の業務量の増加や、PTSD、アルコールの問題などの新たな課題については支援が必要といった意見や、地元の医療機関の機能が回復した段階というより、デマンドとリソースが釣り合った段階での終了が望ましく、それまでは地元医療機関の支援が必要といった意見、こころのケアチームも選択肢のひとつとして残ってもらえるとよいといった意見も見られた。また、地元の医療機関の機能が回復した後も、避難所や仮設住宅など、交通の便が悪いところへのアウトリーチ活動の必要性が残るとの指摘もあった。

地元の意向やニーズに沿い、こころのケアチームの医療活動終了による地元医療機関の

負担を過度に増やさないう、しかし地元医療機関の業務を奪ってしまわないようにとの配慮の必要性は指摘されたが、その一方で、ニーズがある限り支援を継続するという事では、いつまでも活動は終結せず、地元の支援者が自分たちの活動を考えられないとの指摘もあった。

この質問項目については、第3ラウンドの調査にて、再度お尋ねします。

**d29_2k 被災地からこころのケアチームが撤退する時期の目安について、いつごろ（どのよ
うな状況）が適切でしょうか。（自由記載）**

コメントのまとめ

撤退時期の目安として、様々な意見が挙げられた。多く挙げられた目安の時期としては、地元の医療機関の機能の回復と交通機関の再開、行政の機能の回復、被災地の精神保健福祉活動の再開、こころのケアセンター等地元の支援機関の開設と業務の移行、こころのケアチームの抱えているケースの引き継ぎの完了、避難所の閉鎖、仮設住宅への移行の完了、仮設住宅への全戸訪問の完了後、などであった。

地元の医療機関、行政機関、民間団体、こころのケアチーム等による定期的な話し合いの中で検討していく、地元からの要請がある限り支援を続ける、地元の支援者に余裕が出てきたら撤退する、といった意見も多かった。期間としては、半年から1年くらいとの意見が多かった。また、チームとしての支援は、避難所閉鎖後など早期に終了し、その後の仮設住宅への支援はチームとしてではなく、外部からの応援者として地元保健師と一緒に活動することも考えられる、といった意見もあった。

d30_1 中期の精神保健医療福祉活動としては、精神医療や心理の専門職による、治療を目的とした心理療法が重要である

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=105)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	2.86	30.48	65.71	0.95	0.00

2回目調査の平均: 3.65

コメントのまとめ

中期でも、外部支援者は継続的な支援はできないので、治療を目的とした心理療法は地元機関に紹介するほうがよいといった声が多く、こころのケアチームの活動としては、心理教育に主眼をおいたという経験が語られた。新設された心のケアセンター等での継続支援に期待している、という意見もある一方で、PTSD、災害後のうつ病などを対象とする心

理療法は特殊な技法を用いることが多く、地元機関だけでは対応が困難であるので、ここのケアチームによる丁寧な対応は必要である、直接治療を行うのではなく、地元支援者をバックアップするほうが適切である、といった意見もあった。

以上の意見を反映して、第 3 ラウンドの調査では、以下のように修正を行い（下線部）、お尋ねします。

(第 3 ラウンドでの項目)

d30_1_1

中期の精神保健医療福祉活動としては、精神医療や心理の専門職による、精神病理に焦点をおいた心理療法が重要である。

d30_2 中期には、傾聴や心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応（例：サイコロジカル・ファーストエイド）が重要である（中期の非治療的対応で、工夫した点、有用だった取り組みがあればお書き下さい）

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	2.83	32.08	59.43	0.94	4.72

2 回目調査の平均: 3.44

コメントのまとめ

これは対応の基本であり、どの時期でも通用し、有用である、といった指摘があった。しかし、明らかに病理化したケースでは不適切であり、特に中期ではこの見極めの重要性が指摘された。東日本大震災のような大きな災害では、遅発性の発症もあるので、長期的な関わりが必要である、といった意見がみられた。中期の対応として、心理教育やアルコール対策やスクリーニング、サイコロジカル・リカバリースキル（SPR）のような回復を促進するためのセッションやグループワーク、サロン活動といった集団対応、そして支援者支援などが挙げられた。

以上の意見を反映して、第 3 ラウンドの調査では、以下のように修正を行い（下線部）、お尋ねします。

(第 3 ラウンドでの項目)

d30_2_1

中期には、心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、精神病理に焦点をおかない対応（例：サイコロジカル・ファーストエイド）が重要である（中期の対応で、工

夫した点、有用だった取り組みがあればお書き下さい。

d31 中期の精神保健医療福祉活動としては、仮設住宅等を巡回し、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）に対する相談活動を行うことが重要である

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=105)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	1.90	14.29	74.29	7.62	1.90

2 回目調査の平均: 3.82

コメントのまとめ

巡回する際の注意点として、地元保健師との連携ができていないこと、住民の負担にならないように関係機関と調整しておくこと、精神保健に特化せず、身体健康や生活支援の相談とともに対応すること、といった意見が挙げられた。巡回するよりも、保健師等の紹介ケースのフォローやスーパーバイス、相談窓口の設置の方が有効であるとの意見もあった。

d31_2 中期のこころのケアチームの活動としては、自ら仮設住宅等を巡回するよりも、巡回している保健師等の相談や紹介に応じて、コンサルテーションや訪問などを行う方がよい

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	7.55	33.96	45.28	12.26	0.94

2 回目調査の平均: 3.59

コメントのまとめ

地元保健師等のマンパワーが十分であれば、直接住民と接する対応は地元の支援者が行うのが望ましいが、マンパワー不足の場合はこころのケアチームも自ら巡回する必要がある、といった意見が複数あった。一方で、こころのケアチームも巡回して仮設住宅の現状を見ておかなくてはコンサルテーションはできない、との意見も複数あった。地元の保健師と共に巡回することが望ましい、巡回もコンサルテーションも両方の役割が必要である、といった意見も挙げられた。

この質問項目については、第 3 ラウンドの調査にて、再度お尋ねします。

d32_1 中期の精神保健医療福祉活動としては、仮設住宅等を巡回し、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）への心理教育や普及啓発活動を行う（被災後や中期に生じることの多い症状や経過の見込み、対処法、相談窓口の情報などを伝える）ことが重要である

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=105)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	0.00	6.67	86.67	6.67	0.00

2回目調査の平均: 4.00

コメントのまとめ

心理教育や普及啓発の内容を精神保健のみに特化せず、身体健康や相談窓口の案内など、より予防的なものとする、身体健康の一環として精神保健の内容を伝える、例えば、乳幼児健診のときの母親への相談や、身体健康の講演時、自治体の管理者の研修時に、精神保健の話題も入れる等の意見があった。個別に巡回するよりも、講演会というかたちの方がよいとの意見、たとえ参加者が少なくても、「今回は行かないけど、必要が生じたら行こう」と思ってもらうことが重要、との意見もあった。

d33 中期の精神保健医療福祉活動としては、被災した一般住民（精神科の既往のない住民）に対し、精神健康についての標準化された質問紙を用いてスクリーニングを実施することが重要である

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=105)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	0.95	32.38	60.95	2.86	2.86

2回目調査の平均: 3.57

コメントのまとめ

スクリーニング後のフォローアップ体制の整備、住民へのフィードバックが必須であること、健康調査のなかで精神保健についても取り扱うこと、自治体の地域保健活動の一環として行うこと、といった条件が挙げられた。

この質問項目については、第3ラウンドの調査にて、再度お尋ねします。

II. こころのケアチームのあり方

【こころのケアチームの目的、役割】

「こころのケアチーム」の担う役割は、災害発生後の時期により変化していくものと考えられますが、大枠として、以下の3点に整理してよいかと考えられます。

(1) 精神科救護支援

被災精神科医療機関の医療補完

- ・ 避難所・在宅等における被災者の精神科的問題への対応（急性の精神症状の憎悪、薬剤中断症状への対応、入院・移送、紹介の手配、医療中断による再発防止のための医療活動、避難所での不適応問題への対応等）

(2) 精神保健福祉支援

避難所・在宅被災者の巡回による状態確認、ニーズ把握、精神保健相談

- ・ ハイリスク者や症状や問題を抱えた被災者のスクリーニングとアセスメント、専門的支援への紹介
- ・ 被災者のストレス反応への対応（傾聴、リラクゼーションなど）
- ・ 被災者・支援者への心理教育、予防啓発活動（精神的問題への理解・対応およびアルコール依存症等への予防啓発など）

(3) 支援者支援

被災地の支援者（例えば、消防関係者、警察関係者、行政職員、医療関係者、福祉施設・行政関係者、教育関係者、など）への支援

- ・ コンサルテーション、スーパーバイズ、研修などの専門的な情報の提供、助言
- ・ 支援者およびその機関への支援者のストレス軽減などのケアについての啓発
- ・ 支援者のストレスへの対応（支援者の業務支援、支持的な傾聴、リラクゼーション、カウンセリング、専門的治療等）

e35 以上のような整理は適切だと考えられますか。ご意見をお聞かせください。（自由記載）

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合（%） (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	0.00	4.72	83.02	12.26	0.00

2回目調査の平均: 4.08

コメントのまとめ

この項目について「適切である」という回答が 8 割を越え、適切ではないという回答はなかった。また平均得点も 4 点を越え、適切であるということについて高い合意が得られた。心のケアチームの活動にあたっては、「心のケアチーム、身体科チーム、保健師チームとの定期ミーティングや心のケアチーム同士の合同ミーティングを行うことが大切（共通理解のもとかかわりを持つことが重要である）であり、このコーディネートが自治体の現場で非常に大変だった。」という意見があり、活動を行う上でのコーディネートの重要性が指摘された。「(3)支援者支援」については、「支援者支援については、業務量の軽減や休養のための時間確保にもっと力を入れた方がいいのではないか。」という意見もあり、これは支援者の支援のセクションで具体的に反映した（III.支援者の支援 参照）。また、支援者支援は、精神保健福祉支援の一つである」という意見もあったが、今回の整理では、支援者への支援にコンサルテーションや研修などの学習的側面も含まれることからすべてが精神保健福祉に入らないことをふまえて、独立して扱うこととした。

【情報共有】

e37_2 現場で得た被災地での活動に関する情報は、その地域の支援者の内で必要に応じて共有するにとどめ、それらの支援者以外の者が閲覧可能なメーリングリストや掲示板などに流れないように、厳重に注意する。

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=105)

1	2	3	4	5	0
非常に不適切	不適切	どちらでもない	適切	非常に適切	わからない
0.00	2.86	8.57	50.48	37.14	0.95

2 回目調査の平均: 4.19

コメントのまとめ

この項目は「適切/非常に適切」と支持する意見が多かった。情報の錯綜が活動に影響する場合があります、避難所や被災地の状況などの必要な情報は公的文書等で発信するなど工夫を求める意見や、専門家の配置やニーズに関する情報を公式に管理してリソースを配分する組織が必要であるという意見があった。また、情報共有は現地で交代するメンバー同士が直接行うのが理想的という意見や、混乱の中での活動では情報流出を注意することが難しい場合もあり、予め流してよい情報の大枠を決めるとよいという意見もあった。

一方、少数意見として、個人情報に厳重に注意することを当然としつつも、刻々と変わる現地の状況やニーズについては、こころのケアチームを構成するメンバーが閲覧できるメーリングリストに流してもよいと考える意見や、他地域の活動についての情報が欲しかった、今後の支援活動を考える際の資料として活用してもよいとする意見があった。

III. 支援者の支援

災害時の支援者の支援については、第一に、過重労働を防ぎ、休養を確保することで、心身の健康を維持することが必要であると考えられます。これは、こころのケアの課題というよりも、産業保健の領域における労務管理の課題であると考えられます。そのうえで、追加としてこころのケアとしてどのようなことが必要か、考える必要があります。災害時の支援者の支援は、以下の3つに分けて考えることができます。

(1) 労務管理

過重労働を防ぐ。休養を確保する。

- ・ 組織の長、管理職は、惨事ストレスと災害対応業務によるストレスについて理解し、職員の心身の健康を保つための労務管理を行う
- ・ 平時から災害に備えて、被災時の職員の勤務のあり方、特に休息・休養をとることの必要性について、組織全体が把握しておくためのマニュアル作成あるいは研修を実施する
- ・ 災害対応時にも、職員に休養をとらせるためローテーションを組む
- ・ 災害対応時、職員に十分な休養をとらせることができない状況であっても、職場や避難所に、プライバシーを保つことができる職員のための休憩場所を設ける
- ・ 被災地に支援者を派遣する組織は、派遣する支援者に対して、安全な宿泊先や食料などを準備する

(2) ストレス対応

a. 惨事ストレスへの対応

b. 災害対応業務によるストレスへの対応

- ・ 平時から研修などで、セルフケアについての啓発、教育を十分に行う
- ・ 職員の災害対応によるストレス、精神健康の状態を把握するためスクリーニングを行い、必要に応じて労務管理体制に反映させたり、個別カウンセリングを行う
- ・ 職員が必要に応じて相談できる相談先を職場内または職場外に設ける
- ・ 被災地に支援者を派遣する組織は、派遣した支援者に対して、派遣前後にスクリーニングを行い、必要に応じて個別カウンセリングを行う

(3) スキル取得のための支援

- ・ 平時より、災害時の被災者対応について研修を行う

災害状況や支援者の要望にあわせて、研修、コンサルテーションやスーパーバイズを提供する

f39 以上のような整理は適切だと考えられますか。ご意見をお聞かせください。(自由記載)

2 回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=106)

1	2	3	4	5	0
非常に 不適切	不適切	どちらでも ない	適切	非常に 適切	わからない
0.94	0.00	4.72	77.36	16.98	0.00

2 回目調査の平均: 4.09

コメントのまとめ

休養については、現地の支援者が休めるような体制作りが必要であるという意見が挙げられ、仕事によっては外部支援者が現地の仕事を行えるような体制や、継続的な支援者支援が行える仕組みが必要との意見があった。その一方で、現地職員からは「休養について、理論的には理解できるが休んでも休養できない。こころのケアチーム等が活動していると思うと落ち着かない」というコメントもあった。また、管理職であるがゆえに過重労働に陥りやすい状況が多いことや、ボランティアでは労務管理という視点が当てはまらないこと、労務管理作業そのものが大変であることなど検討すべき課題も挙げられた。

支援者のストレス対応については、こころのケアチームのスタッフへの支援としては、派遣元組織が派遣チームと十分に連絡を取ってサポートすることや、被災地の支援者への支援として、支援者のストレス対処法など具体的な研修が好評であったとの意見があった。また支援者個人が、災害支援者に起こりやすい心理的反応についての知識を持つておくことの重要性も指摘された。

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 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

分担研究者 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
畑 哲信 福島県精神保健福祉センター 所長
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】行政の精神保健福祉領域における大規模災害後の対応、課題について明らかにするため、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する。【方法】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。【結果】1) 発災後の行政内の役割分担は、以前からの役割、関係性に基づいて行われた。2) 外部からの支援の受け入れに際しては、福島県精神保健福祉センターがコーディネートを担ったが、原子力発電所の事故の影響により沿岸部は支援チームが入りにくかった。よって支援者を個人単位で受け入れ、コーディネートする必要があった。3) 精神保健福祉センターからの情報提供は、支援者への支援として、対応の方針を共有するうえで非常に有効であり、ホームページ等電子媒体を利用することでより効率的に情報を伝達することができた。4) 放射線への不安への対応にあたっては、どのように対応することが適切かわからない状況のなか、不安は当然として受容すること、放射線の直接的な影響とは別に、不安を持ち続けることや、生活を制限することのストレスも健康に影響することへ注意を喚起すること、そうしたストレスへの具体的な対応法について発信した。5) 精神科医療の再建としては、新たにクリニックが作られたが、病床が不足している状況は解決に向かっていない。6) 今回の東日本大震災において課題となった点として、被害の規模が大きく、発災直後の混乱が長期化したことがある。特に福島県では、避難のための住民の移動が続き、生活状況を把握したり、支援者の采配が難しく、落ち着くまでに時間がかかった。また、地域の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。7) 行政職員の業務の増加、職員が地域住民と同じ避難所で生活し、

休息がとれない状況などがあった。【考察】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、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。

A. 研究目的

精神保健福祉領域における大規模災害後の行政の対応、課題について明らかにするため、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する。

B. 研究方法

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。

C. 結果

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。

1) 行政内の役割分担

東日本大震災の発生は2011年3月11日金曜日であったが、週末に精神保健福祉センター長（畑）が、県の本庁、保健福祉部障がい福祉課と相談し、今後の対応の分担を決めた。精神科病院の入院患者の転院については本庁が受け持ち、心のケアチームの采配については、精神保健福祉センターが担うこととなった。その後、中長期の支援においても、精神保健福祉センターが心のケアチームの采配を担った。

また福島県では、福島県立医科大学が震

災以前から医師の確保を担っており、各病院に医師を派遣していた。よって震災発生後も、いわき市や相双地区など、外部からの医師の派遣が必要となった地域は、福島県立医科大学が中心となってケアを行った。以上のように、震災発生後の役割分担は、それ以前から担っていた役割からの自然な流れで決められた。

福島県地域防災計画（平成21年度修正）では、精神保健活動として、県（保健福祉部）が実施することとして、（1）精神科医療体制の確保（精神科救護所の設置等）、（2）被災者のメンタルヘルスケア（精神科医療チームの避難所等の巡回等）、（3）精神科入院病床及び搬送体制の確保の3点が明記されているが、精神保健福祉センターの災害時の役割については特に記載されていなかった。

2) 外部からの支援の受け入れ

震災発生後の週末、福島県精神保健福祉センターはメーリングリストにて、福島県では心のケアチームの受け入れはおおよそ3月21日（春分の日）以降になると表明した（しかし実際にはそれより以前に支援に入ったチームもあった）。東京電力福島第一原子力発電所の事故が進行中であること、および被災者が県内の広域に移動を続けており状況の把握が困難だったためである。各地域では保健所・保健福祉事務所を中心に避難所巡回を始めていたが、精神保健福祉センターは、震災発生の翌週から、福島市近辺の避難所を管轄の県北保健福祉事務所

と調整しながら巡回した。とは言っても、ガソリンが手に入らず、行動は制限された。

心のケアチームの派遣については、支援希望者の受け入れ窓口を精神保健福祉センターに設け、現場を巡回する保健所や保健福祉事務所の保健師らからのニーズに応じ、調整して、チームの派遣先を決定した。しかし沿岸部は、原子力発電所の事故の影響により支援チームが入りにくく、このシステムではニーズは満たされなかった。

沿岸部のうち、いわき市には県立医科大学が早期に支援に入ったが、相双地区への支援の開始は少し遅れた。保健所から挙がるニーズを受けて支援を配置していたが、相双地区からはあまりニーズが挙がらず、まだそれほど支援は必要とされていないのかと考えていた。しかし、相馬市の市長から保健所長へ医師の派遣が要請され、保健所長から精神保健福祉センターへ要請が来た。相双地区から精神科医療資源がなくなり、相馬市にある公立相馬総合病院に患者が集中しているということであったが、この地域への派遣を希望するチームがないため、応急的に精神保健福祉センターのチームを派遣したのが3月25日であった。その翌週から、県立医科大学で確保した医師が入るようになった。

震災発生後2週間のニーズとしては、服薬の継続が主であった。ほとんどの地域では避難所巡回を中心としたケアを行ったが、相双地区では違った形を取った。すなわち、相双地区には精神科病床をもつ病院が5つ、クリニックが2つあったが、それらが機能しなくなり、患者に内科で対応していたため、その支援が必要であった。よって、外部からの支援者には、病院を拠点とする診

療と避難所巡回の2つを担ってもらう形となった。

県外からの支援は、特に相双地区へは、福島第一原子力発電所の事故についての不安の影響があり、チームとして派遣しにくかったということがあった。特に若い女性スタッフの多いコメディカルの職種を揃えることができず、チームが作れなかったと考えられる。個人レベルでの支援者がバラバラに支援する形にならざるを得ず、現場で支援の継続性を担うスタッフが必要であった。その役割を、福島県立医科大学看護学科のスタッフが担った。さらに、5月からは聖路加看護大学とNPO法人日本臨床研究支援ユニットからも支援が提供され、福島県立医科大学と協力してコーディネートを行った。

心のケアチームの活動は、7月上旬ごろまでが特に多忙であった。ただし、避難者は県内全域に分布しており、例えば南会津など過疎地では、避難所や仮設住宅の規模も小さく、余裕を持ってケアできたようである。その後、仮設住宅が10月頃から立ち始め、心のケアチームの活動も収束していった。相双地区への支援は、後述のクリニックができるまでまだしばらく継続された。

3) 震災関連の情報提供

福島県精神保健福祉センターでは、随時、関係機関や被災住民へ精神保健に関する情報を発信した。その際、センターのホームページ内にも情報を掲載することで、より効率的に情報伝達できた。心のケアマニュアルや心のケア活動に用いる様式一式を始め、震災関連の通知等もまとめて提示した。また、電話相談の案内や放射線被ばくにつ

いての基礎知識なども掲載し、一般向けのチラシと合わせて、支援者への説明資料なども充実させていった。アルコール依存症についての知識や、子ども、高齢者、障がいのある人などへの接し方を始め、放射線への不安への対応、精神疾患をもつ患者さんが薬が手に入らないときの対応、避難者を迎え入れる際の注意点、心のケアのボランティアをする際の注意点といったことに関しても、具体的な対応方法を提示した。こうした形での情報提供は、支援者への支援として、対応の方針を共有するうえで非常に有効であった。

4) 放射線への不安への対応

被災者の心のケアとして、放射線への不安に対応する際、どのように対応することが適切か、未だにわからない状況である。不安の訴えに対し、安全だと言った方がいいのか、言わない方がいいのかわからないし、いずれの対応をしても不安が消えるわけではない。子どもへの関わり方の相談でも、放射線への不安は大きかった。こうした問い合わせが増えたため、精神保健福祉センターでは、震災発生から約1か月半が経過した4月末に、保健従事者向けに、「放射線についての不安への対応のしかた」と題した資料を作成し、ホームページにも掲載して、関係職員へ対応のポイントについて説明した。具体的には、放射線の影響としてわからないことがある以上、不安は当然として受容すること、放射線の直接的な影響とは別に、不安を持ち続けることや、生活を制限することのストレスの健康への影響にも注意すること、およびそうしたストレスへの具体的な対応法を記載した。

また、家族の中で放射線への対応について意見が割れないように注意するとともに、親が神経質になり子どもに厳しく当たることがないように、子どもに安心感を与える接し方を学んでもらうようにした。

住民個人の対応としては、家族内で意見をすりあわせて、納得してどう対応するか決めるといふことでよいと思う。一方、コミュニティとしては、県外へ出ていく子どもも多く、また、残っている子どもも屋外で遊ぶことを控えている。子どもへの対応や処遇をこれからどうするのか、また福島へ呼び寄せた方がいいのか、農業や漁業の従事者は今後どうすればいいのか、といったことが今後の課題である。

5) 精神科医療の再建

上記のような公立相馬総合病院を借りての精神科の診療は長期間継続されたが、最終的に、公立相馬総合病院へ精神科を設置するという方向へは向かわず、別のクリニックを作ることとなった。こうした経緯で作られたのが、現在の「相馬広域こころのケアセンターなごみ」に併せて設けられた「メンタルクリニックなごみ」である。なごみが開設されたのは2012年の1月であり、公立相馬総合病院での診療は、それまで約1年継続された。

南相馬市にあり、福島第一原子力発電所から20km圏内の警戒区域より外側、30km圏内の緊急時避難準備区域内にあった雲雀ヶ丘病院は、原子力発電所の事故により休業していたが、2011年6月から外来の一部を再開した。2012年1月からは入院診療も再開し、震災以前は254床の精神科病床をもつ病院であったが、2012年6月現在、職

員、医師の確保ができていない状況のなか、病棟1つ、50床のみ再開している。職員の確保は震災後早期から必要であり、震災対応の初期こそなおさらマンパワーが必要なことは明らかであるが、民間の精神科病院は震災後休業に追い込まれ、職員の多くが流出してしまった。

相双地区の現在の住民は約18万人であるが、日本における入院患者の割合より人口10万人あたり約300人の入院患者がいると想定される。そうすると、現在の相双地区の精神科病床数は全く足りていない状況である。現在の相双地区の精神科医療資源としては、メンタルクリニックなごみと、雲雀ヶ丘病院の50床のみであるが、それも余裕を持って運営できる状況ではない。そのため、なかには1時間半くらいかけて福島市へ運ばれてくる急性期の患者もいる。遠方の病院へ入院すると、退院もスムーズにいかない。県内全域でみても任意入院の数は激減し、医療保護入院の数も減少し、措置入院数が増えており、どうしても入院がやむを得ない人のみにしか対応できないという無理な状況が続いている。アウトリーチ事業も行われているが、病床が不足していることは明らかであるにも関わらず、この問題に関してあまり解決に向けて話が進んでいるようには見えない。県としては新たに病床を作る予算はないというし、一方で民間で作るには原子力発電所事故の影響からリスクが大きすぎるし、雇用の確保も難しい状況だと考えられる。

6) 今回の東日本大震災において課題となった点

ひとつには、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ということがある。特に福島県においては、避難のための住民の移動が続き、被災状況や生活状況を把握したり、医療体制を確保すること、支援者の采配が難しく、落ち着くまでに時間がかかった。

もうひとつは、地域の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ということがある。災害時の精神保健への対応は、災害対応という大枠の中で考えなければならないということが顕在化した事態であった。

7) 支援者のストレス、業務過多

保健所では、上述のように被曝スクリーニングを行うこととなり業務量が増えるなか、さらに精神保健福祉法第24条に基づく警察官の通報への対応でも多忙であった。特に4月から5月にかけては全県的に通報件数が増加していた。これは震災の影響によるものかどうかは定かではない。震災以前から通報件数は増加しており、警察の対応方針による面もあるかと考えられる。

市町村に関しては、たとえば大熊町は会津へ町ごと避難したが、町の職員は避難しつつも業務を継続していた。町民と同じ避難所で生活し、緊張を緩めることのできる場所がなかった。立場上、我慢を強いられる状況であったため、京都府のチームが町の職員を代弁して文書を提出したが、それに対してどう対応できるのか、難しい問題である。これらは、心のケアというよりも、

労務管理の問題であり、根本的には新たに人を雇わなければ解決しないマンパワー不足の問題である。

保健所では、10月に、東日本大震災のための緊急雇用対策の枠を用いて、心のケアに関わる臨時の職員を雇った。相双地区の医療機関に勤めていた人材などが雇われた。

D. 考察

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。精神保健福祉領域における行政の大規模災害後の対応、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。

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。

E. 結論

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、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。

【参考文献】

- 1) 福島県地域防災計画
http://www.cms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=13690（最終アクセス日 2012/7/5）
- 2) 福島県心のケアマニュアル
http://www.pref.fukushima.jp/seisinsenta/kokoro_care/（最終アクセス日 2012/7/6）

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

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

以上、全てなし

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 年分担研究報告書

災害後の精神保健体制に関する行政評価研究

分担研究者 黒澤美枝 岩手県精神保健福祉センター所長

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 災害等支援研究室長

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
成人精神保健研究部 犯罪被害者等支援研究室長

研究要旨

【目的】健康危機発生時の各フェーズにおいて効果的な精神保健医療・ケアを保障する体制のモデルを提示する。【方法】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。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、研修実施に基づいて、クリティカルパスの修正をおこなった。【結果】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。東日本大震災以前から地域で実施してきた自殺対策プロジェクトは1年経過後、28市町村の全てが再開した。以上の実際の経験をもとに、修正作成したクリティカルパスと本災害における岩手県の精神保健福祉センターによる調整モデルを示した。【考察】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った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。