

201237005B

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 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

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 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成 25 年（2013 年）3 月

## 目次

### I. 総合研究報告書

- 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. 分担研究総合報告書

1. 広域災害に対応する精神保健サービス提供システムの構築に関する研究-----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-----23  
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、林みつ穂、  
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
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-----33  
分担研究者 中島 聡美  
研究協力者 鈴木 友理子、黒澤 美枝、深澤 舞子
4. 災害精神保健体制に関する行政評価研究-----49  
分担研究者 伊藤 弘人  
研究協力者 鈴木 友理子、黒澤 美枝、加藤 寛、小原 聡子、  
畑 哲信、深澤 舞子
5. 災害後の精神保健体制に関する行政評価研究-----73  
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-----	81
IV.	研究成果の刊行物-----	83

# I. 総合研究報告

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22年度～平成24年度 総合研究報告書

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

本研究班では、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した。そのために、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。また震災の発生から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。さらに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。また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。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。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、支援者救援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。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。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

平成22年度～平成24年度

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

平成22年度～平成24年度

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 室長

平成22年度～平成23年度

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

平成22年度～平成24年度

黒澤美枝

岩手県精神保健福祉センター 所長

平成23年度～平成24年度

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、といった課題に取り組んだ。

平成22年度には、1)研修プログラム開発、2)災害精神保健対応体制の構築：国、県、市町村、外部支援の役割分担とモデルケースの検討、3)ウェブ研修体制の開発および効果評価研究の予備的検討、4)行政評価：行政評価のデザインの検討、災害精神保健に関するクリティカルパス等の検討を行った。平成23年度には、1)上記研修プログラムの効果評価研究の実施、2)災害対応体制の構築、3)行政評価を継続して行った。平成24年度には、1)研修プログラムの効果評価研究を継続して、量的評価とさらに質的分析を加え、普及にむけた研修体制を構築する。2)行政プログラム評価として、PDCAサイクル、その他郵送調査などによる評価などによって、行政での災害精神保健支援体制の整備状況について検討を加える、といった課題に取り組んだ。

## 1 はじめに

本研究班では、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行うことができるように、研修プログラムの開発、災害時精神保健体制を構築し、この有効性を実証的に検討することを目的とした。具体的には、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、これらの手法が保健師らによって実施されるように研修プログラムを開発する。2)災害精神保健ガイドライン（厚生労働省、平成13年度）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する。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

## 2 研究成果

### 1) 平成22年度

伊藤らは健康危機発生各フェーズにおいて、効果的な精神保健医療・ケアを保証する体制を明らかにすることを目的とした研究を行った。平成22年度は、各フェーズにおいて効果的な精神保健医療・ケアを保証するモデルを提示するため、クリティカルパスを作成し、災害対応における課題を整理した。平成23、24年度は、実際の災害対応に基づいて、作成したクリティカルパスの有用性等を評価するとともに、災害対応の課題を検討した。

平成22年度は、災害対応の経験豊富な精

神保健専門家から情報収集を行い、災害の種類を大型自然災害に設定し、精神保健対応クリティカルパスを作成した。災害発生のフェーズは、数時間、数日間、数週間、数ヶ月の4つに区分し、各フェーズにおけるターゲットとゴール、災害対応を行う各組織の役割を整理した。また、郡部と都市部における対応の課題を整理した。平成23年度は、東日本大震災への対応にあたり、本クリティカルパスを活用した宮城県の精神保健福祉センター職員から情報収集を行ない、作成したクリティカルパスの妥当性、有用性、課題等について実際の災害対応に基づいて評価するとともに、災害対応の課題を検討した。平成24年度は、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した。平成22年度には、岩手宮城内陸地震の経験を基に、岩手版クリティカルパスを作成した。それをもとに、都市部版クリティカルパスも作成した。郡部では、フェーズ0における精神保健活動の方針の決定や人的支援の派遣調整、フェーズ1における医療機関や行政の職員への初期対応に関する研修、フェーズ2における医療機関へのアクセスに関する地理的問題、フェーズ3におけるスクリーニング等に、課題が見出された。都市部の課題としては、体制構築上の問題、精神科医療供給の問題、外部からの支援者の統制の問題が提起された。平成23年度に行った宮城県精神保健福祉センター職員への聞き取りでは、東日本大震災への対応にあたり、本クリティカルパスに示された活動方針は理解されたが、災害の規模が甚大であったため、フェーズ0

に相当する期間が2～3週間におよんだこともあり、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。また、平成24年度に行った福島県精神保健福祉センター所長への聞き取りでは、東日本大震災発生後の行政内の役割分担、外部からの支援の受け入れとコーディネート、精神保健福祉センターからの情報提供の重要性、放射線への不安への対応、精神科医療の再建と病床不足の問題、東日本大震災において特に福島県で課題となった点、行政職員の業務の増加とストレスなどについて、明らかとなった。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することで、災害発生時の支援の流れについて、各フェーズにおける関係組織の役割のポイントと課題を整理することができた。そして、実際に災害対応にあたった視点から、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。また、本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。

## 2) 平成23年度

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、社会不適應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) 平成24年度

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。「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。

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。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

さらに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。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

心のケアチームから被災地への活動の引き継ぎ

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。

次に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。DMAT、JMAT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。

### 3 おわりに

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。

## Ⅱ. 分担研究総合報告

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）

分担研究総合報告書

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

広域災害に対応する精神保健サービス提供システムの

構築に関する研究

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センター長

研究要旨：阪神・淡路大震災以降、自然災害後に精神保健活動を提供する必要性は広く認知されてきた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的 戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されているといえよう。しかし、都道府県を跨ぐ災害や、政府が想定している大規模 災害などの広域災害への準備はあきらかに不足している。これは、救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT として包括的なシステムを整備していることと比較すると、脆弱なのは明らかである。本分担研究では、この 10 年間の災害時の精神保健活動の内容を検討するとともに、広域災害に対応するためのシステムの整備を提言した。また、その実現に向けて必要な研修内容案を提示した。

#### A. はじめに

阪神・淡路大震災以降、自然災害後に精神保健活動を提供する必要性は広く認知されてきた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されているといえよう。しかし、都道府県を跨ぐ災害や、政府が想定している大規模災害などの広域災害への準備はあきらかに不足している。これは、救急医療が阪神・淡路大震災を教訓に、DMAT (Disaster Medical Assistance Team) として包括的なシステムを整備していること

と比較すると、脆弱なのは明らかである。

本研究では、阪神・淡路大震災およびそれ以後の主な災害時の精神保健活動の内容を検討し、特にコーディネート上の問題点について検討した。

#### B. 阪神・淡路大震災後の活動：精神科救護所とこころのケアセンター

##### ①精神科救護所

阪神・淡路大震災後の精神保健活動をふり返ると、二つの時期に別のモデルで活動が行われたことが指摘できる。一つは、震災直後から数ヶ月間に行われた「精神科救

護所」活動である。この活動は、大都市が破壊され地域内の精神科医療資源が大きな被害を受けた状況において、何の準備もないうままに行われたものである。これは当初、被災した外来診療所の機能を補完することを目的として行われた活動であった。被災地が都市部であったため、精神科医療機関の被災は外来診療所に集中していた。麻生によれば、震災後比較的早期に診療再開できた診療所は約半数で、移転などによってすべての診療所が復旧したのは、3月に入ってからであった。また、交通機関の乱れも通院の障害となり、服薬が中断した患者は少なくなかった。これらに対応すべく、まず神戸市長田区保健所（当時）と区内の開業医が、保健所内で投薬可能な窓口を提供した。その後、神戸市沿海6区と芦屋、西宮、伊丹、および津名（淡路島）の計10保健所に「精神科救護所」が開設された。その後の活動は、被災状況や応援態勢などによって方向性を異にしていた。診療所の再開が遅れた神戸市長田区のように診療投薬を継続したところもあれば、医療機関の復旧が早く外部からの支援も得やすかった西宮市のように、保健師による訪問活動を主体にしたところもあった。

精神科救護所と並行して必要性が高かったのは、夜間の精神科救急医療であった。避難所では夜間に被災者の数が増えるために、精神障害者の問題行動が表面化する事例が多発した。夜間の緊急入院は震災後2ヶ月経っても、通常の2倍以上に高止まったままであった。当時、兵庫県内の精神科救急システムは、全県を一つの民間精神科病院が輪番でカバーしており、急増したニーズにはとても応えられなかった。そのた

め、行政と病院協会などが協議し、まず県立単科精神病院の長期入院患者を民間病院に転院させて空床を確保し、多くの救急ケースを受け入れることになった。また、民間病院の中で被災地の周辺に位置していた3病院を臨時の救急窓口病院に指定し、ここでも積極的に入院を受け入れた。これに加えて、夜間に往診と必要時の搬送を行う選任チームを設置し、外部からの支援チームに地元関係者がナビゲーター役をする形で対応した。この往診チームは約80日間に26回往診したが、搬送入院は5回のみで、安易な入院を避けることができたと評価されている。

救護所活動は現場からのニーズに応える形で展開されていったが、最大の問題はコーディネートや組織化が遅れたということだった。ほとんどの地域では、現場の判断で活動を開始した後で、入院病床の確保や押し寄せる応援者の振り分けなどの必要性に迫られ、追従する形でコーディネートが行われた。その際、行政担当者との軋轢や、誰がどのようにコーディネートし情報を発信するかなどの点で多くの混乱を来した。結局、県立精神保健センター（当時）の医師、および神戸大学精神科医局に所属する医師が中心となり、ニュースレターを頻繁にファックスで配信することなどをおして全体の調整が行われたが、すべての精神保健活動を掌握することはできず、多くの課題を残した。

### C. 阪神・淡路大震災以後の自然災害と精神保健活動

別に報告したように阪神・淡路大震災から平成14年までに発生した自然災害後の

精神保健活動の実態を調査したことがある。これは、平成14年版までの防災白書に記載されている自然災害を対象として、関係者に聞き取りを行ったものである。被災地域を含む都道府県の精神保健福祉センター、および最も近い保健所などに問い合わせ、災害の概要、被害状況、精神保健活動の有無、活動の概要、その他の情報を収集した。その結果から、精神保健活動のモデルについて検討すると、いくつかのパターンに分類できることが分かった。まず、阪神・淡路大震災のように被災地外から支援者が多数訪れ、それが活動を支える場合で、「地域外支援型」と呼べるものがあつた。また、外部専門家をスーパーバイザーとして迎えて支援活動自体は地域内のスタッフで対応するモデルや、地域内の精神保健福祉センター等が中心となって活動する形態、そして、メンタルヘルス活動として独立した形では行われなかったものの通常の保健業務形態の中にメンタルヘルスの要素を取り入れた形態などが見られた。これらについては、支援モデルを「スーパーバイズ型」「地域内協同型」「一般支援型」とそれぞれ分類した。

調査で情報を得ることができ、何らかの精神保健活動が実施されていた10災害(13災害中)に、平成14年以降の主な災害のうち9災害を加えたのが表1である。14年度以降の災害に関しては、文献や関係者からの聞き取りによって情報が得られたもののみを加えている。

これを見ると、阪神・淡路大震災以降の自然災害では、精神保健活動が展開されることが着実に増えていることが分かる。そして、最近の災害では外部の専門家をスー

パーバイザーとして活用しながら、保健所と精神保健センター、市町村の保健センターなどが、早い時期から活動を始めている。その際、精神的症状に関するスクリーニングも次第に行われるようになっており、より効率的な活動の展開が指向されている。以下に具体例を示す。

#### ①新潟・福島水害（平成16年7月12日～13日）

新潟県は直後から、精神保健担当課が情報を収集し、19日に最初の会議を開催した。そこで精神保健や医療に関係する県内の機関で構成される「こころのケア対策会議」の設置が決定された。具体的な活動としては、三条健康福祉環境事務所に拠点を置き、専門家の派遣、啓発のための配布物作成、および精神健康に関するスクリーニングの実施を取り組むこととなった。さらに、新潟市の新潟県精神保健福祉センター内にホットラインを設置することも決定された。なお、この会議には兵庫県こころのケアセンターから医師と保健師が招聘され、阪神・淡路大震災後の体験をもとにアドバイスを行ったほか、啓発パンフレットの作成の援助をした。活動は7月23日から開始され、当初の2週間は地元の保健所、県立精神保健センター、および県立精神医療センターがアウトリーチを展開した。2週目以降は被災した市町からの依頼を受けて、PTSD およびうつ症状のスクリーニングも行った。この時期からは民間の精神病院が協力する体制も取られるようになり、2か月間で46名の個別相談を受理している。また、被災者支援の重要な担い手である保育士、ケアマネージャー、老健施設職員、民



生委員などを対象とした研修会が数多く行われた（平成 16 年度中に計 12 回）。

#### ②福井豪雨（平成 16 年 7 月 17 日～18 日）

福井県は早い時期から精神保健活動の必要性を認知し、事業の必要性を国に要望した。そして、補助を受けることができたため、『「こころの元気」回復応援事業』として、活動は展開された。その内容は、巡回診察、ホットラインの設置、講演会開催やパンフレット作成などであった。巡回相談には、地元の保健所、市町保健センター、民間精神病院、そして精神保健センターなどのスタッフが従事し、延べ 175 件の相談を受けている。ホットラインは、福井県臨床心理士会が担当し 7 月 22 日から 10 月 31 日の間に 59 件の相談を受けたと報告されている。被災世帯向けにパンフレットが作成され公民館や自治会を通して配布された。

#### ③平成 16 年台風 10 号（平成 16 年 7 月 25 日～18 日）

上那賀町と木沢村を管轄する徳島県阿南保健所は、被災者の健康管理を行う立場から精神保健上の問題に対しても早い時期から関心を持っていた。避難所の状況から感染症の予防とともにストレス対策が必要と判断していた。そして、8 月 12,13 日の両日に保健師が聞き取りの健康調査を実施した。用いたのは加藤らが開発した簡易な問診によるスクリーニング質問票（SQD）である。調査が出来た 120 名の中で、「イライラする」と訴えていたのが 40%、気分の落ち込みが 28%、災害のことが頭から離れないが 28%などの結果から、長期的な対策の必要性を確認し、保健師による訪問活動の

継続、関係者への研修会などが実施された。さらに、災害から 4 ヶ月後の 11 月末から 12 月上旬にかけて、上那賀町、木沢村の住民に対して健康調査が再度行われた。

#### ④平成 16 年台風 23 号（平成 16 年 10 月 19 日～20 日）

兵庫県洲本市では、洲本健康福祉事務所（洲本保健所）が翌 21 日から被災世帯の健康調査と訪問相談を行った。調査は、県内他保健所からの応援保健師を得て、9 日間で 2231 世帯を対象とした。この調査は、被災者の健康全般にわたるもので、慢性疾患の管理、要介護の確認、およびメンタルヘルスに関する項目が含まれていた。6 日後には、兵庫県こころのケアセンターから精神科医および精神保健福祉士が派遣され、避難所や自宅でのケース対応、今後の精神保健活動に関する企画、啓発パンフレットの作成などに助言した。その後、地元の精神科病院医師、および臨床心理士会を交えて定期的に支援会議が開催された。個別ケースについては、要フォロー者をリストアップして、在宅介護支援センターとの連携の中で、保健師が定期的に訪問した。また、被災地域ごとに「こころのケア座談会」と銘打った住民向けの講演会を計 8 回開催し、啓発を行った。

一方、兵庫県北部の豊岡市とその周辺地域では、豊岡健康福祉事務所および被災の激しかった豊岡市、出石町、但東町の保健師が、直後から健康調査を行い、精神保健上のニーズを抽出した。また、各避難所には市町職員が張り付き、必要な場合には保健師がケアする体制が当初より取られた。1 週間からは、県立精神保健福祉センター

および兵庫県こころのケアセンターの精神科医と PSW が、3 回にわたり現地入りし、必要な助言とケース対応を行った。また、住民向けおよび担当者向けのパンフレットは早い段階で配布し、避難所でのメンタルヘルス講演会なども開催された。

#### ⑤新潟県中越地震(平成 16 年 10 月 23 日)

阪神・淡路大震災以後に発生した最大の自然災害であり、精神保健活動も活発に行われた。その詳細については、コーディネートをを行った新潟県関係者が報告しているので、ここでは阪神・淡路大震災との比較から見える特徴を指摘したい。まず、コーディネートの早期から行われた点である。上述したように阪神・淡路大震災では、被災後の混乱の中で現場主導の活動に追従する形で、コーディネートが始められた。その機能が発揮されるようになるまでに数週間を要したが、中越地震の場合は、発生から数日以内に新潟県は活動方針を明確に提示した。この背景には、地震の 3 ヶ月前に発生していた水害で発足していた「こころのケア対策会議」が、そのまま活動を拡大できたこと、とりまとめ役であった新潟県庁や新潟大学が被災していなかったことなどが大きく貢献した。また、国立精神保健センターや兵庫県こころのケアセンターなどが、対策会議にスーパーバイザーとして参画し、必要な助言を行っただけでなく、活動ガイドラインや啓発資料などを提供したことも、活動の効率化に寄与したといえるだろう。その結果、計 36 にも上った外部支援チームは、新潟県庁の指示に従い機能的に動くことができた。降雪を前にした同年の 12 月には外部からの支援は不要とな

り、災害後早期の精神保健活動はほぼ完了した。

#### ⑥平成 21 年台風 9 号(平成 21 年 8 月 9 日～11 日)

兵庫県の西端、佐用町と宍粟市を襲った台風 9 号では、県内の死者 18 名、行方不明 2 名、および全壊 163 棟、床上浸水 337 棟などの住宅被害、20 億円以上の農地・農業用施設被害を出した。全国での死者は 25 名に上っており、阪神・淡路大震災以後、三指に入る被害となった。被害の集中した佐用町では、町役場も浸水したために、被害や必要な支援に関する情報が外部に伝わりにくかった。この地域には精神科医療機関が皆無であるために、精神保健に関する情報もなかなか確認できなかったが、町の嘱託医であった隣接地域の精神科病院医師が 2 日目から現地に入り、被害の深刻さと現地の混乱を県の関係者に伝達したことをきっかけに、支援体制が急いで整備された。8 月 14 日には、県の関係者、県から派遣された精神科医師が現地を訪れ、地元担当者と協議した。もともと欠如していた精神科医療を提供するために、8 月中は精神科救護所を佐用町に設置することに決定した。大学病院、県立病院、および精神科病院協会からの支援を得て、精神科医を含む医療チームが活動することになった。これに先だって佐用町では、防疫・健康調査を 8 月 12 日から 15 日の期間に実施し、要支援者を抽出した結果、精神面での要フォロー者は 73 名あることが、報告された。以上の情報を集約し、長期的な支援計画を策定するために、8 月 26 日に連絡協議会が被災地で招集され、9 月以降も週 1、2 回の頻度で医療チ

ームが継続して派遣されることとなった。平成 21 年 12 月まで継続され、187 名の相談に応じ、訪問回数は役 250 回に上った。その後も、精神保健福祉センターとところのケアセンターに所属する精神科医が毎月定期的にコンサルテーションに応じたほか、被災者を対象としたスクリーニング調査、および町職員を対象としたメンタルヘルス調査も実施し、現在に至っている。平成 23 年度も継続される予定である。

#### D. 災害精神保健活動の課題

これまでに述べたように、最近の自然災害においては、被災者を対象とした精神保健活動が行われ、保健所と精神保健センターを主体とした活動モデルで実践されることが増えており、阪神・淡路大震災以前と比べると明らかに進展したといえるだろう。しかし、いくつかの課題も挙げられる。

第 1 の課題は、その地域にとって日常的に発生する災害に対する取り組みが、いまだ不十分な点である。地震や津波のように突然発生し衝撃の強い災害では、被害程度の大きさにかかわらず大きな社会的関心を集めやすく、精神保健活動も早い段階から始められることが多い。一方、台風などの日常的に発生する災害では、被害が予想を超えて大きくならなければ、積極的な精神保健サービスは提供されない。これは、災害の違いによって社会の受容態度が異なることの反映と思われる。しかし、平成 21 年台風 9 号で経験されたように、風水害でも直接的な恐怖体験を伴うこともある。また、災害後の生活への影響は深刻なことが多く、慢性的なストレス要因から精神保健上の問題をきたす被災者も少なくない。また、新

型インフルエンザなどの感染症、口蹄疫などの家畜伝染病は、狭義の意味では自然災害とは言えないが、地域社会に大きなダメージを与え、保健活動を手厚く長期間にわたって行わなければならない、その中では精神保健分野での関わりも重要となる。

第 2 の課題は、精神医療関係者がどのように関与するかという点である。最初に述べたように、災害精神医学の主なテーマは、被災者を対象とした精神保健活動に取り組むことである。それは、医療というより地域保健活動であるため、医療関係者が活動に参加することは少ないのが現実である。活動の主な担い手は、多くの場合は保健師であり、精神保健センターの精神科医や PSW が状況に応じて関与することはあっても、医療現場の精神科医や看護師が参加することはむしろ稀である。しかし、新潟県中越地震のように、大規模な支援活動が必要になった際には、精神科医療関係者も支援チームに参加することが求められる。その場合、一般の被災者にどのように接するか、心理教育をどのように行うかなど、通常の医療活動とは異なるスキルが求められるため、事前に研修しておくことが必要である。同時に、日常的な災害から関与する機会を作っておくことも重要で、地域ごとに登録しておき、訓練やシミュレーションを行っておく必要があるだろう。

第 3 の課題は、活動の質を高めることと、スーパーバイズやコーディネートを行う専門家を効果的に使えるようなシステムを整備することであろう。災害はそれぞれが個々の特徴を有し、地域保健活動もそれぞれの地域の特質によって展開する方向性が異なる。しかし、災害が発生すると多くの

場合、過去の災害の情報を得て、精神保健活動の内容を検討する。例えば、被災者向けの啓発資料（パンフレットなど）を作成する際には、何らかのひな形を参考にして作ることが多い。したがって、過去の災害に関する情報が効率的に入手でき、適切な助言が得られるようなシステムが整備されれば、効果的な活動を開始することに寄与できるだろう。また、システム作りやその後の運営に関与するコーディネーターやスーパーバイザーを、適切な時期に要請できる体制があればさらに効率的となる。わが国では、現場の要請を得て、ごく限られた専門家が動き出すというのが現状である。したがって、今後は、コーディネーターを各地域に養成し確保しておくことと、スーパーバイザーが国などの指示によって現地に行き、協力して活動を展開する体制を整えておくことが、ますます重要となるだろう。

#### E. 東日本大震災における支援チーム派遣の状況

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。

##### 1. 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、まず県庁担当課とこ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