

て、翌 12 日から調整が開始された。これまでの経験から、こころのケアチームの救急医療活動が終わったところから始まると予測できたため、被災後 1 週間経過した時期から派遣することとした。これまでの災害では、被災県からの要請を受けることが多かったが、今回は 3 月 13 日に厚生労働省からのチーム派遣の可否についての照会があった。地方自治体の連合組織である関西広域連合の方針として、関西 7 府県はそれぞれ担当地域が決められたため、兵庫県は当初から宮城県への支援を始めており、保健師チームが既に仙台市で活動を行っていたことから、厚生労働省にこれと合流したい旨を伝え、仙台市への派遣が決まった。3 月 18 日に、神戸大学医学部精神科の田中究准教授をリーダーとする第 1 陣が出発した。メンバーは精神科医 2 名、看護師 2 名、精神保健福祉士 1 名、および運転手で構成されていた。

③物資の確保

派遣開始にあたって、まず苦心したのは必要物資、交通手段の確保であった。これまでの災害と異なり、被災地外でも物資は不足し、飲料水、乾電池、インスタント食品などは入手困難であった。また、交通手段は陸路しかなく、多くの物資を携行するためには、大型ワゴン車を確保する必要があったが、これも困難であった。

兵庫県は活動経験は豊かだったが、調整業務（ロジスティック）に関する決めやマニュアルは存在していなかったため、障害福祉課の担当者が急いで必要物資をリストアップし、あらゆる人脈を活用しながら調達した。たとえば、関東以北ではガソ

リン確保ができないと報道されていたため、携行缶を入手し約 80 リッターを積み込んでいくことにした。こうした生活関連物資に比べれば、向精神薬などはむしろ確保が容易であった。なお、仙台市は沿岸 2 区以外の被害は限定的だったので、宿泊施設を確保できたのは派遣チームにとっては幸いであった。

④活動方針の修正と活動状況

活動内容は当初は、避難所を巡回し精神科医療の必要な事例に対応し、第 1 陣では 391 例の相談を受けた。しかし次第に避難所数、避難者数も減っていったために、事例数は第 3 陣以降、激減していった。そのため、仙台市精神保健福祉センター（はーとポート仙台）と協議し、地域の主な避難所で常駐し、保健師や他の医療チームなどから上がってくるケースに対応する形に変化させ、コンサルテーションや研修を積極的に引き受けるようにした。

5 月中旬以降はほとんど相談のない状況になったため、撤収、あるいは仙台市以外への地域変更も考慮されたが、仙台市からは継続が強く要望されたため、6 月 1 ヶ月は滞在を 2 泊 3 日に短縮し、6 月 28 日までの派遣を続けた。結局、16 チーム延 78 名を派遣し、685 件の相談、16 回の研修・講演を行った。

2. 課題

① トレーニングの不足

今回の派遣をとおして、いくつかの課題が明らかになった。まず、挙げられるのは事前トレーニングの不足である。「こころのケア」という言葉で総称される災害後の精

神保健活動であるが、災害発生直後と復興期とでは活動の方向性は異なる。外部支援チームが活動する時期においては、ほとんどが精神科医療の補完であり「こころのケア」というソフトな言葉でイメージされるものとは違うのが現実である。活動方向性の時系列による変化は、昨年度の本研究班がまとめたクリティカルパスに示されているが、まだ十分に周知されていない。また、派遣直前のミーティングは当然必要だが、全員が参加できないことも多いのが実情であろう。今後は、事前に研修を受けることを義務づけ、派遣可能なメンバーを登録しておくことが望まれる。兵庫県では、遅まきながら今年度から養成および登録を始めている。

② 調整業務の重要性

第2の課題は、調整業務（ロジスティック）についてである。災害後の救急医療を担うために阪神・淡路大震災後に制度化された日本DMATでは、調整業務について詳細な取り決めがある。想定されている大規模災害でどの物資をどこから調達し移送するのかについて、具体的に計画されているし、派遣チームには必ず調整員が入ることも決められている。物資の管理だけでなく情報管理、記録、隊員の安全管理など、調整業務が担う役割は重要で、活動の正否を握るといっても過言ではない。今後のシステム構築および事前研修の計画にあたっては、調整担当者の確保と養成を盛り込むことはきわめて重要だと思われる。

③ 情報管理

今回の震災では、情報の扱い方に関して、

多くの問題が提起された。たとえば、被災地内でも情報は入手しにくく、限られた情報がインターネット上で無防備に流されたり、真偽不明の内容に変わっていくなどの問題が指摘された。支援チームを派遣した立場から言えば、派遣地域の情報を共有するために、チーム交代時は必ず現地で申し送りをするように工夫したが、派遣後のアンケートでは、チーム内での情報共有が上手くいかなかったり、事前に流した情報が伝達されていないなどの、問題が指摘されていた。また、個人情報の一部が、ネット上に書き込まれるなどの問題も散見され、今後、事前の研修を行う上では、情報管理についての項目が盛り込まれる必要があるだろう。なお、被災地からの情報が不足していたとしても、被災地内の関係者に情報発信を求めるのは、負担を増やすだけなので、情報収集の役割を担った専門チームを、国ないし全体をコーディネートする立場から派遣する必要性を指摘しておきたい。

④ 安全確保と身分保障

派遣スタッフの安全面への配慮も重要な課題である。今回の震災では余震が相次ぎ、その中で最大のものは平成23年4月7日に発生しており、震度6強を観測した。兵庫県チームは仙台市中心部に宿泊していたため、深夜の発生であったにもかかわらず直後に連絡がついたが、緊急連絡網が考慮されていなかったのは大きな反省点であると後日指摘された。消防、警察、DMATのような直後に派遣される救援チームは、衛星電話などの緊急用の連絡手段を確保している。一方、発災後しばらくしてから活動を始めるこころのケアチームは、通常の携帯

電話だけを連絡方法としており、安全面の配慮が不足しているのは明らかであろう。また、活動中の事故を労災とできないような、民間からの参加者に対する保証をどうするかも検討すべき課題である。今回は、派遣が進んだ時期に、ボランティア保険への加入が議論されたが、事前計画にその手続きを盛り込んでおく必要があるだろう。さらに、今回は都道府県からの派遣チームの費用に関して、国からの補填が行われたのは画期的であったが、支弁される範囲、期間などの目安を示しておく必要もあると思われる。

F. 広域災害に対する精神保健活動システムの必要性

これまで述べたように、阪神・淡路大震災以後は、幸いにも複数の都道府県に跨る大規模災害が発生しておらず、一つの自治体がイニシアティブを握り、精神保健センターや被災地の保健所を中心として精神保健活動を提供することが可能であった。また、これまで厚生労働省を中心に、地域保健担当者に対して数多くの研修機会が提供されており、基本的知識が普及していたことも、標準的な活動がほとんどの災害で行われてきたことに寄与しているだろう。

しかし、政府が想定している首都直下型地震、東海地震などの大規模な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。DMATは、平成13年度からシステム構築のための研究が本格的に行われ、

平成15年度から研修が試行された。その後、改訂が重ねられ現在の研修は、「日本DMAT隊員養成研修」（4日間）と、現場管理者になる医師のための「統括DMAT研修」（2日間）が提供されている。平成22年3月時点で、養成研修を受けて日本DMATに登録されているのは387施設、703チーム、隊員数は約4300名に上っており、わずか7年間で大きな発展を遂げている。この間、平成17年のJR福知山線脱線事故では、ブロック内のDMATが機動的な現場活動と傷病者の搬送を行い大きな成果を挙げた。

DMATの運用はまず、災害対策基本法に基づく防災基本計画に以下のような規定がなされている。

- ・国は、災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム（DMAT）に参加する、医師、看護師等に対する教育研修を推進するものとする。（16ページ）

- ・国〔厚生労働省、文部科学省〕、日本赤十字社及び被災地域外の地方公共団体は、医師を確保し救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）を編成するとともに、必要に応じて、公的医療機関・民間医療機関からの救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣を要請するものとする。（35ページ）

その上で、具体的な運用方針を「日本DMAT活動要領」として定めており、実際の活動状況を検討して、この要領は随時改正されている（最近の改正は「平成22年3月」）。

この要領では、身分やブロック分けなどの運用の基本方針、研修や装備などの事前準備の内容、初動体制、現場活動の内容などについて、細かく記載されている。たとえば、災害規模に応じて派遣される派遣要

請の範囲が定められている。また、後方支援活動（ロジスティック）についても細部まで記載されており、たとえば費用支弁については、災害救助法が適応された場合とそうでない場合に分けて、それぞれ定められている。こうした要領をもとに行われるDMATの活動は、阪神・淡路大震災後の救急医療の大きな達成といえよう。精神保健に関しては、国の防災基本計画には何ら記載がなく、また地方自治体間で防災計画における取り上げ方やガイドラインの整備状況は大きな差がある。今後、DMATに準じた体制を整備していく必要がある。

F. 災害後の精神科医療および精神保健活動に関する研修内容の検討

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

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、コーディネーター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。

2. 試行的に行われた研修の評価

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行った PSW が、行政の動き、ロジスティッ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。

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。

3. 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。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く必要がある。

表 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

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

災害時の精神保健対応のあり方に関する検討

分担研究者	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
研究協力者	黒澤美枝	岩手県精神保健福祉センター 所長
	小原聡子	宮城県精神保健福祉センター 技術次長
	畑哲信	福島県精神保健福祉センター 所長
	林みづ穂	仙台市精神保健福祉総合センター 所長
	大塚耕太郎	岩手医科大学医学部 災害・地域精神医学講座 教授/神経精神医学講座
	松本和紀	東北大学大学院医学系研究科 予防精神医学寄附講座 准教授
	丹羽真一	福島県立医科大学 会津医療センター準備室 教授
	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
	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 室長
	成澤知美	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
	浅野敬子	武蔵野大学大学院人間社会研究科

研究要旨

【目的】東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から3か月間の活動、時相別の精神保健医療の支援法について、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において系統的な意見の集約と合意形成を行う。【方法】東日本大震災における「こころのケアチーム」の発災から3か月間の活動の時相別の精神保健医療対応について、デルフィ法を通じて意見集約および対応法の合意形成を行った。対象者は、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であり、こころ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、災害精神保健の専門家（115名）を対象とした。【結果】東日本大震災における「こころのケアチーム」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、相談窓口の周知に関する

合意率が高かった。急性期では、ここでも精神科救急対応、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・普及啓発活動の合意率が高かった。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。また、こころのケアチームの活動内容として、(1) 精神科救護支援、(2) 精神保健福祉支援、(3) 支援者支援に整理することについて合意が得られた。支援者への支援としては(1) 労務管理、(2) ストレス対応、(3) スキル取得のための支援に整理され、具体的な活動内容について意見を得た。【考察】東日本大震災におけるこころのケアチームの活動について、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こころ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。

A. 研究目的

本研究の目的は、東日本大震災における「こころのケアチーム」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・ケアを保证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、適切な対応に関して合意を形成することである。

B. 研究方法

平成23年3月11日に発生した東日本大震災において初期(発災から約1-3か月)の精神保健支援を担ったこころ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をリクルートして、意見集約および対応法の合意形成をデルフィ法を用いて行った。

1) 対象者のリクルート

調査参加者のリクルートについては、岩手県、宮城県、福島県、仙台市、岩手医科大学、東北大学、福島県立医科大学の研究

協力者へ依頼し、各研究協力者から被災地域の支援者、および他県から派遣された支援チームへ、本研究への参加を依頼した。

調査への参加を依頼するこころのケアチームのメンバーとしては、3月11日の震災の発生後の2011年3月中から、遅くとも4月中旬に支援を開始したチームのチームリーダーやコーディネートを担ったスタッフなど、医師の他、多様な職種とした。地元の支援者としては、精神保健福祉センターの職員、保健所、市町村の職員など、現地にこころのケアチームの受け入れを担った職員などとした。災害精神保健の専門家としては、日本トラウマティック・ストレス学会の東日本大震災特別委員会のメンバー、地元の医療機関の医師等とした。

2) 災害後の時相の定義

ここでは、災害後を3つの時相に分け、以下の定義で検討した。

1. 直後期：情報が錯そうし、被災の全貌がまだ明らかとならず、混乱している時期で、被災の規模にもよるが、発災後数時間から数日間を指す。

2. 急性期：被災地の精神科医療機関や交

通機関の被災により、通常精神科医療の提供が継続できなくなっていると想定され、住民の多くが避難所で生活し、集団への対応が求められる時期である。被災の規模にもよるが、発災から数日から数カ月程度を想定している。

3. 中期：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、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ていく時期を指す。時期的に先の急性期と厳密な区別は難しいが、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る。

3) デルフィ法

デルフィ法とは、エビデンスの蓄積が十分でない事案について、専門家による合意形成を図るためのプロセスである。こころのケアチームが行う災害対応として提示した行動や方針の適切さを、非常に適切=5、どちらでもない=3、全く不適切=1の5段階、および、分からない=0で評価を求めた。また、項目ごとに自由記述の欄も設け、経験に基づく意見を積極的に求めた。上記の調査対象者の間で、各時相でのこころのケアチームが行う災害対応の適切性を問うインターネット調査を3回繰り返した。

合意基準は80%以上の調査回答者が適切(4点)以上と評価したこととした。また、否定的な合意基準として、第1ラウンド、第2ラウンドの調査で、適切(4点)以上と評価した調査回答者が50%以下の場合には、2回の調査で自由コメントは飽和し、再度質問しても先の合意基準を越える可能性は少ないと考え、第3ラウンドの質問か

らは除外した。また、第2ラウンドで新たに加えた項目で、適切(4点)以上と回答したものの割合が80%以下の項目は、再度評価と意見を求めるために、第3ラウンドに含めた。

4) 倫理的配慮

本研究計画は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会で承認を受け、各参加者から調査同意を書面で得てから行った。

C. 結果

1) 調査参加者の特徴

上記のリクルート方法を経て、131名から調査参加への書面同意を得た。第1ラウンドの回答者は115名(回答率87.8%)だった。第1回調査参加者の基本属性、職種、過去の災害経験、東日本大震災での活動形態、活動時期について表に示す。

2) 調査項目数の推移

先述の合意基準、質問の除外基準に従った質問項目数の推移を図に示した。

3) 各項目の合意割合とコメントのまとめ

各項目の合意割合とコメントのまとめについては、平成24年度分担研究報告書を参照されたい。

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、デルフィ法を通じて詳細な意見を収集し、合意を形成することができた。

1) こころのケアの定義

こころのケアの定義として、国際的な災害時の精神保健および心理社会的支援ガイドラインの記載をもとにその適切性を尋ねた。この定義に対して、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や、こころのケアの内容は活動の性質によって区別され、専門家による支援か否かによるものではないという指摘が多かった。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声もあった。

また、一般の人は「こころのケア」として専門家からボランティアまで幅広い人びとによる心理社会的支援を期待しているので、一般の人が期待している「こころのケア」と「精神保健医療福祉」活動は異なる点を理解して、言葉を使い分けたり、対応する必要があることが示唆された。

心理社会的支援については、「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった言葉について、わかり易い日本語で伝えたり、具体的な東日本大震災での事例を集積することで、両者の相違点や相補性を提示することが、支援現場での混乱の軽減に役立つと考えられた。

2) 直後期の対応として

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、相談窓口の周知に関する合意率が高かった。一方で、精神医療や心理専門職による心理療法、心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先させる対応（例、サイコロジカル・ファーストエイド）、一般住民への相談活動、心理教育の対応については意

見が分かれた。

直後期には、精神科医療に注力し、精神保健、そして心理的対応については、積極的に行うよりもその基盤整備に徹するという方針が示唆された。精神科医が医療機関の外（例、避難所など）で活動することは、参加者間で合意には達しなかったものの、不適切と回答したものは10.1%に留まり、被災地の精神科医療機関の機能が損なわれていない場合でも、被災地外部からの支援の必要性を支持する意見は多かった。理由として、医療機関が被災していなくてもスタッフが被災しており、休養や自らの生活再建にあてる時間が必要であること、被災により精神科医療のニーズ自体が増加すること、特に災害拠点病院や総合病院、避難所へ支援に入る必要がある、といった指摘が多かった。また、「余力」「安心感」を得るために、直後期に外部から支援に入ることに對しては、肯定的であった。

反対に、直後期に一般住民に対するスクリーニングは、不適切、非常に不適切と回答したものが過半数であり、直後期には、具体的な被災に対する支援、精神科医療に注力するといった方針が見いだされた。

3) 急性期の対応

急性期においても、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や心理教育、普及啓発活動の合意率が高かった。

心理療法については急性期の対応としても評価が分かれたが、「心理療法」に対する回答者がもつイメージの違いによる点が大きいことが、コメントから示唆された。心

理療法としては、治療を目的とした心理療法や精神病理に焦点をおいたものを想定して質問したが、回答者が「心理療法」に対して多様なイメージを持っていることが自由記載欄のコメントから示唆された。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）は合意基準を満たさなかったが、概ね支持された。またサイコロジカル・ファーストエイドの定義やイメージについても、回答者によって多様であることがコメント欄から伺われ、この理解、対応の標準化をはかる研修の充実が必要であると考えられた。

また、避難所を巡回しての相談活動は第1ラウンドで支持されたが、さらに、避難所を巡回する保健師や身体医療チームからあげられる相談をフォローする方が適切といった意見もあった。この指摘を受けて、こころのケアチーム自らが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、チームとしてはコンサルテーションや訪問などを行うことの適切性を第2ラウンドで質問したが、これは合意基準に満たず、「どちらでもない」という回答が最も多かった。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。こころのケアチームの活動は、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臨機応変な対応が、特に急性期においては求められていると考えられた。

急性期におけるスクリーニングについても、合意は得られなかった。この項目も「どちらでもない」という回答が半数を越えた。

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、精神保健医療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) 中期の対応

中期では、仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の合意率が高かった。

しかし、こころのケアチームによる心理療法の提供については、合意は得られなかった。どちらでもない、と回答したものが多かったが、その背景には、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考えがあり、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、という意見がみられた。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、こころのケアチームによる丁寧な対応は必要であり、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といった側方からの支援を適切とする意見があった。

災害中期にサイコロジカル・ファーストエイドを適切としたものは60%を越えたが、「どちらでもない」と評価したのも32.1%と多かった。適切と評価した背景には、サイコロジカル・ファーストエイドは、疾患に対する専門治療ではなく、対人支援に関する対応の基本的な心構えであるからでどの時期にも必要であるといった指摘があった。一方で、状況が落ち着いた中期には、明らかに病理化したケースが多いだろうから、より専門的な対応が求められるといった視点も重要であろう。

中期においても、巡回相談の適切性には合意がみられ、外部からの支援者の役割をコンサルテーションに限定することについては、肯定的な評価が多かったものの、どちらでもないという回答も多かった。早期と同じく、マンパワーが不足している場合はこころのケアチームも自ら巡回する必要があり、また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なくてはコンサルテーションはできないといった指摘があった。資源、ニーズ把握を念頭に置き、柔軟な対応が望まれる。

中期にスクリーニングを行うことに肯定的な意見は多かったが合意は得られなかった。ここでも、どちらでもない、と態度を留保するものが多く、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、といった条件のもとで、慎重に実施することが求められていると考えられた。

4) こころのケアの活動内容

こころのケアチームの活動内容として、(1)精神科救護支援、(2)精神保健福祉支援、(3)支援者支援に整理することについて合意が得られた。既存のこころのケアチームマニュアル(自然災害発生時における医療支援活動マニュアル)と異なるのは、精神科救護支援として被災地の精神科医療の機能補完をする医療活動が明記された点である。これは直後期、急性期の対応として、精神科救急や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、を支持する意見が多かったために、精神保健医療活動のなかでも、より精神科医療の必要性を明確に表現した結果である。精神保健福祉支援としても、災害後に生じる一般住民の反応は多様であった経験から、ストレス反応へのリラクゼーションといった対応から、アルコール依存症等への予防啓発などの今回の東日本大震災で実施された支援活動が記載された。また、支援者への支援として、かつては、消防関係者、警察関係者といった惨事対応支援者への支援に焦点が置かれていたが、今回は被災をしながらも現地で業務にあたらなといけない行政職員、医療関係者、福祉施設・行政関係者、教育関係者といった地元支援者のストレス対応の重要性が大きな関心を集め(精神神経学会)、この点が明記された。

5) 支援者支援の整理

支援者への支援としては(1)労務管理、(2)ストレス対応、(3)スキル取得のための支援に整理され、具体的な活動内容について意見を得た。(1)労務管理として、過重労働を防ぎ、休養を確保

する重要性を管理監督者が認識する必要性からはじまり、事業継続計画の策定や、業務のローテーション化などの具体的な対応が挙げられた。(2) ストレス対応としては、惨事ストレス対応に加え、震災対応業務によるストレス反応に対して、セルフケアや労務管理としてのスクリーニングや個別カウンセリングの実施が挙げられた。スクリーニングの実施については、住民を対象とする場合には慎重な意見が多かったが、支援者に対しては肯定的な意見が多かった。支援が必要な人を把握して労務管理体制を組む資料にすることが必要であることや、その後の支援者支援の体制を具体的に組むことが重要であるなど、実施後にフォロー体制を組むことが必要であるとする意見が複数あり、これは住民に対しても当てはまることであるが、職域ではより実施しやすい条件がそろっているからかもしれない。

3) スキル取得のための支援としては、平時より、災害時の被災者対応について研修を行うことが挙げられ、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ことが記載された。支援者が自分の業務の価値を再認識したり、スキル取得や、業務上の相談をできるようなスーパービジョン体制を整えることで、対応に自信をもつことができるような工夫が挙げられた。

限界

第1に、本研究ではこころのケアチームの対応のうち、初期の3か月に限定しており、長期的な精神保健支援については触れ

ていない。特に、被災地域における地域精神保健医療福祉体制の再構築が各所で行われているが、それらの取り組みについては別途検討が必要である。

第2に、こころのケアの定義として、精神保健医療福祉活動と心理社会的支援のふたつの側目が挙げられているが (IASC, 2007)、本研究では、心理社会的支援のあり方については扱っていない。災害の支援で多くの支援者が行うのが心理社会的支援であり、住民もこころのケアとしては、こちらを期待している、という指摘があった。日本の文化に則した心理社会的支援のあり方や、ウェルビーイングを促進するとは日本語で表現するとどのようなことなのか、今回の被災の経験から明らかにする必要がある。

第3に、本研究はこころのケアのあり方に焦点をあてており、身体医療チームや保健師チームとの連携のあり方については言及していない。多くのこころのケア従事者がその連携の必要性を指摘したが、有効な連携のあり方の明確化、そしてこのシステム化にはさらなる取り組みが望まれる。特に、災害直後の救急対応や、服薬や処方状況の確認は、医療チームとの連携や情報共有は必須であり、その連携のあり方の整理、具体的なシステムづくりが求められる。災害後に新設されたこころのケア情報支援センターに期待される業務である。

最後に、災害はそれぞれ別の顔があるといわれるように、人為災害、都市部における大型災害では今回の対応は適応できない点である。現場のニーズを正確に捉え、利用できる資源を勘案し速やかな対応が求められるが、その参照点として東日本大地震

での体験を集約したことには意義があると
考えられる。

E. 結論

東日本大震災におけるこころのケアチ
ームの活動について、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、合意は得られなかつ
た。また、東日本大震災におけるこころの
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た。

【参考文献】

自然災害発生時における 医療支援活動マ
ニュアル.平成 16 年度厚生労働科学研究費
補助金特別研究事業 .
<http://www.imcj.go.jp/shizen/index.html>

IASC Guidelines on Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings.

IASC, 2007.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

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

表. 第 1 ラウンド調査回答者の職種、災害
対応経験

図. 質問項目数の推移

表. 第1ラウンド調査回答者の職種、災害対応経験(n=115)			
年齢			
	平均、標準偏差	45.1	9.5
	範囲	24-70	
性別, 人(%)			
	男性	47	(45.6)
	女性	56	(54.4)
職種(複数回答), 人			
	精神科医	36	
	精神科以外の医師	1	
	保健師	29	
	看護師	13	
	精神保健福祉士	23	
	臨床心理士	12	
	事務	4	
	その他	4	
東日本大震災以前の災害支援の経験, 人(%)			
	なし	69	
	1回	16	
	2回	10	
	3回以上	8	
東日本大震災での活動場所(複数回答), 人			
	岩手県	25	
	宮城県	53	
	福島県	22	
	仙台市	17	
	その他	2	
東日本大震災での支援立場(複数回答), 人			
	地元支援者として通常業務の延長で	25	
	地元支援者として特別な支援活動	22	
	外部支援者として	65	
東日本大震災での活動時期(複数回答), 人			
	2011年3月	29	
	2011年4月上旬	22	
	2011年4月下旬	14	
	2011年5月上旬	15	
	2011年5月下旬	7	
	2011年6月上旬	10	
	2011年6月下旬	9	
	2011年7月上旬	10	
	2011年7月下旬	8	
	2011年8月以降	23	

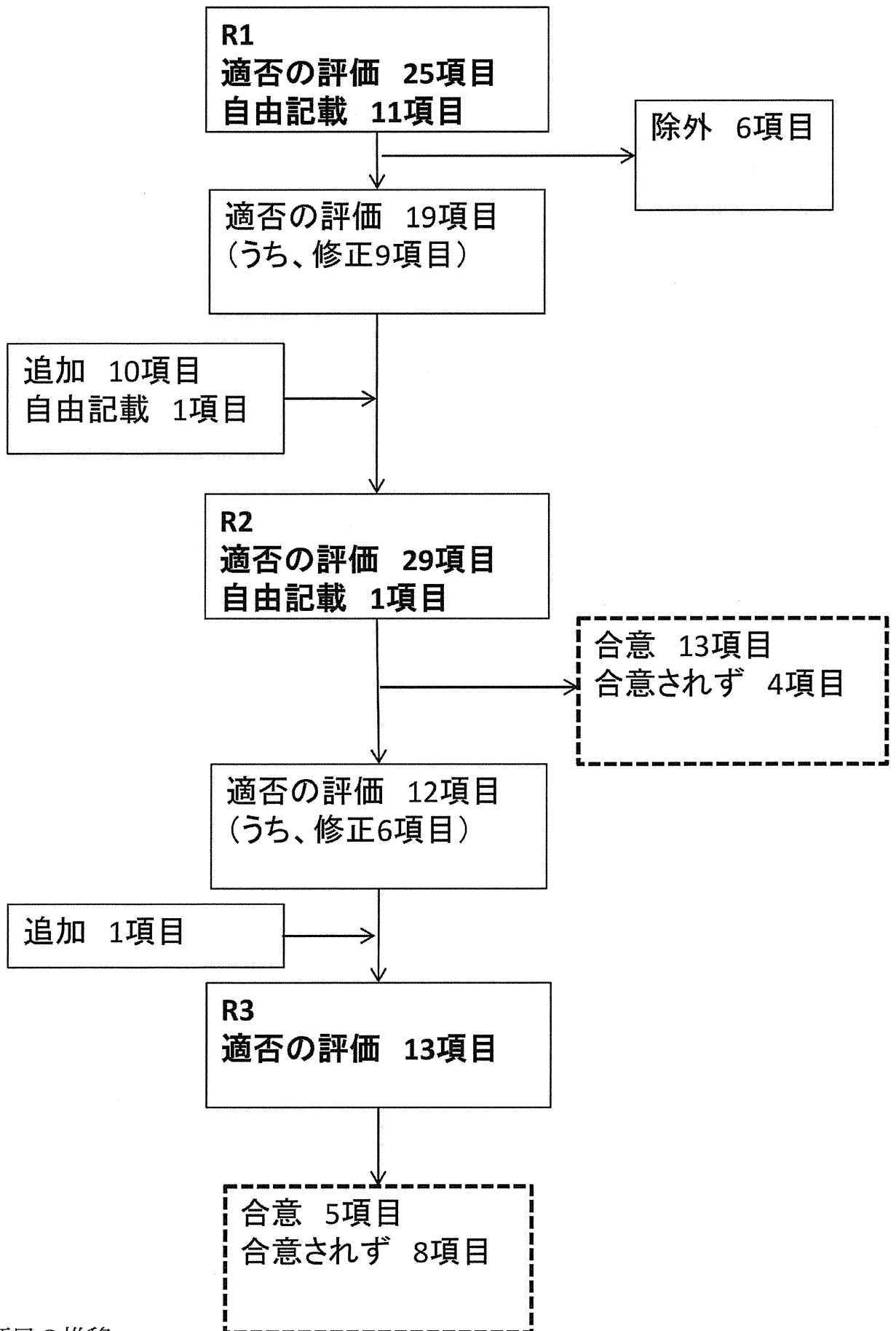


図. 質問項目の推移

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

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

分担研究者 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

研究協力者 黒澤 美枝 岩手県精神保健福祉センター 所長

研究協力者 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】災害精神保健に関する研修体制を構築することを目的とした。平成 22 年度には、研修のためのツールを開発し、研修の効果を評価するための方法について検討した。平成 23 年度には、平成 22 年度に開発したツールをもとに研修プログラムを開発し、実際に研修を試行し、その評価を行った。【方法】平成 22 年度には、災害精神保健医療マニュアル改訂版を普及するために、保健・福祉に携わる行政職員を対象とした研修のためのツールを開発した。また、研修プログラムを評価するための評価デザインおよび測定指標を検討した。はじめに、地域精神保健および災害精神保健領域の初期対応に関する研修プログラムの開発法および効果評価法を、先行研究や公開されている資料をもとに検討した。次に、わが国の保健行政で実施可能な形での研修様式を検討し、研修体制を構築した。そして、プログラム評価の指標を選定するために、研修理論を整理して、評価方法およびデザイン、評価指標について検討した。平成 23 年度には、平成 22 年度に作成した研修のためのツールを改定したうえでホームページに掲載した。また、研修会を試行しその評価を予備的に検討するために、岩手県において研修プログラムを試行し、参加者よりフィードバックを得た。【結果】平成 22 年度には、災害精神保健医療マニュアル改訂版の内容に基づいた研修ツールを開発し、研修会方式、e-learning 方式の二つの様式を整備した。研修プログラムの評価のための測定指標について検討するため、先行研究等を検討したところ、災害精神保健や平常時の精神保健に関する対応の研修法について、科学的に効果を検証した研究は非常に限定されていた。そこで、研修プログラムの評価のための測定指標として、わが国で行われた先行研究を参考にして、健康危機発生時の精神保健対応に関する知識 4 項目、自己効力感 3 項目を選定した。また、研修理論を整理し、プログラム評価では量的分析に

加えて質的分析を行い、研修プログラムを洗練していくことが妥当であるとの結論を得た。平成 23 年度には、研修体制の準備を行い、平成 22 年度に作成したツールを改訂、整理し、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。そのうえで岩手県において研修プログラムを試行した結果、本研修プログラムの内容は東日本大震災後の対応においても使用可能な場面設定であるとの評価を得た一方で、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であることが指摘された。【考察】災害精神保健医療マニュアル改訂版に則した研修体制を構築し、量的、質的両面から評価を行った。本プログラムは、災害対応の初期研修に活用し、初期対応法の普及、底上げを目的とした研修で利用することが有用であると考えられた。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、地域危機発生時の精神保健対応の研修体制を構築することである。平成 22 年度には、研修のためのツールを開発し、研修の効果を実証的に検討するためのプログラム評価のデザインを検討した。平成 23 年度には、平成 22 年度に開発したツールをもとに研修プログラムを開発し、実際に研修を試行し、その評価を行った。

B. 研究方法

1. 平成 22 年度

1) 災害時の精神保健対応に関する研修体制の構築

災害精神保健および地域精神保健領域の初期対応に関する研修体制について、先行研究や公開されている資料をもとに検討した。先行する代表的なプログラムとして、Psychological First Aid、Skills for Psychological Recovery (<http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>)、Mental Health First Aid (<http://www.mhfa.com.au>)について、研修様

式、研修体制を検討した。

また、わが国の保健行政で活用、普及できるように、岩手県精神保健福祉センター所長、黒澤美枝医師にヒアリングを行い、岩手県における研修プログラムの実行可能性を探り、研修提供体制を検討した。

2) プログラム評価の指標の選定

研修プログラムを評価するために、研修プログラムの理論について整理した。健康教育で多用される KAB（知識-態度-行動）モデルと、専門研修の理論的基盤として活用される成人学習理論を検討し、我われのプログラムについて研修理論を整理した。そのうえで、プログラムの評価方法や測定指標について検討した。

2. 平成 23 年度

1) 改訂マニュアルに準拠した研修プログラムの開発

平成 22 年度に作成した、研修ツール（マニュアル、スライド資料、対応法のデモンストラーションビデオ等）をまとめ、事前の準備性を高めるための研修会形式と、災害派遣前などに活用できる e-learning 形式

の二つの研修パッケージを作成した。

2) 研修会の試行とその評価(予備的検討)

我が国の保健行政での活用、普及のあり方を検討するために、東日本大震災で甚大な被害をうけた岩手県において研修会を試行し、研修の効果について予備的に検討した。

C. 結果

1. 平成 22 年度

1) 災害時の精神保健対応に関する研修体制の構築

(1) 先行研究のレビュー

災害時における保健医療従事者の専門能力(Competency)を対象にした論文は、一般的な地域保健活動についてはいくつか散見されるものの(奥田, 2008; Tachibana, 2005)、精神保健に限定したものはあまりない。災害時の精神保健対応に関しては、わが国においては、都道府県・政令指定都市の担当部局における組織的な準備性(深澤ら, 2010)、保健師の準備性(鈴木ら, 2010)についての記述があり、その必要性は認識されているものの、知識・態度において必ずしも十分備わっていないという現状が報告されている。これらの専門能力を高めるために、災害精神保健に関する研修が求められる。欧米では地域精神保健および災害精神保健の領域では、代表的な研修プログラムとして以下のものが知られている。

i) Psychological First Aid (PFA)

かつて災害後の対応は、緊急事態ストレスマネジメント(Critical Incident Stress management: CISM) デブリーフィングという、出来事の体験や情動を積極的に語らせる手法が主流であった(Everly GS, 1999)。し

かし現在では、コクランレビューでその有効性が実証されていないことが指摘(Rose S, 2003)、国際的な災害対応ガイドラインでもこのアプローチは勧められていない(IASC, 2007)。それに代わって推奨されているのが心理的初期対応(Psychological First Aid)モデルである。米国の National PTSD Center のチームは、これを研修パッケージとして、災害対応従事者向けに研修を提供している。2 日程度の研修会を開催して実施するプログラムと e-learning 研修(<http://learn.nctsn.org/>)の二つの様式で展開されている。この PFA は、「心理的初期対応」と銘打っているが、特別な心理的技法を活用するのではなく、被災者の安全・安心を確保することを大原則として、具体的な支援を提供したり社会的なつながりを重視しつつ、心理的な側面に配慮するアプローチである。現在、PFA のプログラム評価が実施されており(Allen B, 2010)、効果評価研究も行われているというが(Personal communication)、今のところはこの効果に関する実証的な研究は発表されていない。

エビデンスの蓄積は十分でないものの、「害を与えない」原則を強調し、対人支援に関する常識的な対応をモジュール化して伝達するものなので、災害現場では受け入れられており、実際に最近の災害場面では多用されている。このマニュアルの日本語版は兵庫県こころのケアセンターから公開されている

(<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>)。また、WHO のメンタルヘルスギャップアクションプログラムのガイドライン委員会(2009)においても心理的デブリーフィングより、PFA を提供するべきという見解