

の構築が活動目標として提示されている。この時期の活動としては、地域精神保健医療福祉システムへの移行として、医療活動の地元の精神科医療への移行、精神保健福祉センターの体制強化が戦略として掲げられている。この時期には、一般住民の PTSD 対策も活動目標として提示され、保健所精神保健福祉活動の再建・強化、市町村精神保健福祉活動の再建、精神保健福祉相談支援機関等の再建、活用が明記されている。先のクリティカルパスのフェーズ 3 に相当する第三期、再建期のこころのケア支援体制としては、地域精神保健医療福祉の再興、および、新たなシステムの立ち上げとして、こころのケアセンターの設立が見込まれている。このプランの作成時点では予算措置などが全く不透明な状態であったが、再建期の支援のあり方も見越して、震災 1 か月後にこのような計画が提示されていたことは特筆すべきことであると思われる。なお、これらの活動を実施するのに、災害時のためのシステム、既存のシステムの活用、新たなシステムの導入の 3 つの視点で役割分担が提示されている。さらに詳細に、資料 3 のプランで示した項目に沿って、第二期における人材、精神医療保健福祉資源の状況を整理し、現状と課題、今後のプランを記したものが資料 4 である。

以下に、宮城県精神保健福祉センターの担当者からヒアリングを行った際に指摘された課題を時相別に示す。

i) フェーズ 0

県精神保健福祉センター職員が現地の状況を把握し、関係者との関係構築、方針の共有をする活動が必要であった。また生存、救命、救急医療が優先され、災害拠点病院

に精神科が設置されていないという状況もあり、いくつかの DMAT チームに精神科医がいると精神科救急への対応も円滑になると考えられる場面があった。精神保健に特化したチームのニーズは少なかった。さらに精神科病院の状況把握、連絡体制が脆弱であった。DMAT や総合病院とは別に、精神科病院の支援体制を整える必要がある。今回の東日本大震災は被害が甚大であったため、フェーズ 0 に相当する期間が 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、様々な課題が出てくることが明らかになった。さまざま事態を想定した準備とともに、発生時に状況に応じた柔軟な対応ができる工夫をしておく必要があると考えられる。

ii) フェーズ 1-2

精神疾患患者の服薬中断の防止など、精神科医療の提供の継続が重要な課題であった。通常の反応としてのストレス反応は多かったが、精神科対応が求められたものの多くは、既往精神疾患の増悪、再発であった。

iii) フェーズ 2-3

住民、そして自治体職員を対象とした健康調査が行われたが、これらは市町村が主体となって行い、現地に支援に入っている団体（大学、こころのケアチーム等）に、調査設計、フォローを相談する形で行われた。スタッフのストレスや健康問題が課題となったが、市町村職員の健康管理よりも住民対応が優先され、落ち着いて調査を開始する体制が整ったのは、6 か月後以降であった。

3. 平成 24 年度

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、福島県精神保健福祉センター所長からの情報収集をもとに示す。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）

(17)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

一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、震災発生の日から、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(18)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うことによいと思う。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、落ち着きを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

平成 22 年度には、大型自然災害発生時の支援の流れについて、各フェーズにおいて重点が置かれるべき対応とそれに対する各関係組織の役割のポイントを整理したクリティカルパスを作成した。また、郡部および都市部における災害対応の際の課題を明らかにすることができた。

平成 23 年度には、実際に東日本大震災にあたって本クリティカルパスを活用した経験から、平成 22 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」

の有用性、改善を要する点、さらに、クリティカルパスの改善に加えて検討を要する点として、以下が明らかとなった。

(1) フェーズの区切り

東日本大震災は、本クリティカルパスを作成する際に参考とした岩手宮城内陸地震や阪神淡路大震災、その他の災害よりも被害地域、程度が甚大であり、また複合災害ということもあり、本クリティカルパスで区分した日程は当てはまらなかった。特に発災直後には、電気、通信、交通といった情報収集の手段が絶たれたうえに、被害が地理的に広範であったために、被害の全容の把握に時間がかかり、その他の災害救援活動、DMAT 等の医療活動の時期も長期化した。しかし、宮城県が作成したクリティカルパスでも示されたように、フェーズごとに支援の焦点は確実に変わり、これらはその時期の出来事（ゴールデンウィーク後にこころのケアチームの数が減少した、お盆ごろに仮設住宅への入居が進み、避難所での支援ニーズが減ったなど）と関連して、意識されたということであった。本研究にて作成されたクリティカルパスは、この手順に従って実施すべきというマニュアルではなく、経験知の集積である。過去の経験を参考にしつつ、現場で修正し、活用されたことは、意図された使用方法であった。

(2) 医療チームとの連携

発災直後の精神科医療のニーズおよび対応に関しては、現場で対応した専門家からの報告が断片的に伝えられているが（19、20）、その全容は明らかでない。また、救急救命が優先される発災初期の 2-3 日は、DMAT 等の救急医療が中心になって医療が提供される体制となっているが、そこでの

精神科医療ニーズは、筆者の知る限りでは明らかにされていない。おそらく、生存、救急救命が優先され、災害時の情報が不足したり混乱する状況ではメンタルヘルスのニーズは顕在化しないのかも知れない。このような時期に、こころのケアに特化したチームを送ることの必要性については、医療チームからの情報収集、対応に関する協議が必要である。また、今回甚大な被害を受けた東北地方の沿岸部には、精神科が設置されていない総合病院が多く、災害拠点病院であっても精神科医療体制は不足していた。発災直後の精神科のケースは、医療との連携の必要性からも、災害拠点病院で精神医療に対処できるよう、精神科の設置についても検討されるべきであると考えられる。

今回の東日本大震災では、救急医療を専門とする DMAT と、より長期的な地域医療の視点で支援する日本医師会災害医療チーム（JMAT）、その他様々なチームが活動を行った。超急性期における精神科医療は、DMAT との連携が必要であるが、より長期的な支援、また地域医療との連携という視点からは、JMAT とこころのケアチームの連携の在り方が今後検討をすすめるべき方向であると考えられる。実際に、今回の東日本大震災では、日本精神病院協会は、JMAT チームへの登録協力を依頼したので、このチームの一員として活動にあたった精神科医も少なくないと考えられる（21）。本研究にて作成されたクリティカルパスでは、JMAT のような地域医療チームの存在は想定されていなかったため、今後はより具体的な協力と役割分担について検討が必要である。

(3) 精神科病院への支援体制

精神科病院は、地域の精神医療を担い、多くの精神医療専門家を抱える重要な資源である。しかし、これまでに災害時の精神科病院の役割、非常時の電気、水道、通信、医薬品、食料の確保などに関して、一定の方針は定まっていない。非常時には、自助努力で患者、職員の安全を確保し、地域住民のニーズに応える場となっていた(19、22)。また、今回の災害ではさまざまな所属機関から「こころのケアチーム」が参集したが、これまでのような行政が調整した支援のほかにも、地元精神科病院が地域の支援の調整を行った例などもあった(20)。また、精神科病院には慢性の精神科患者や認知症等を有する高齢者などが多数入院しているという現状がある。東日本大震災では、厚生労働省や精神科病院のネットワークで800人という規模での入院患者の搬送が行われた(23、24)。また、DMATによる広域搬送も行われた(25)。災害に脆弱である精神科患者や高齢者を抱える精神科病院への非常時の支援のあり方は、精神科病院の自助努力によるものではなく、精神医療体制として整備すべき問題であると考えられる。

(4) 災害時の精神科医療ニーズ

災害時の精神科医療ニーズは、本研究にて作成されたクリティカルパスでは、フェーズ0には精神不穏(パニック)、フェーズ1には精神科疾患の症状悪化、急性ストレス障害(ASD)、悲嘆反応、惨事ストレスによる急性反応、フェーズ2には、適応障害、不安障害、PTSD等、アルコール関連問題、スタッフの疲労の顕在化、そしてフェーズ3には、うつ病、自殺、と一例をあげてい

る。被災者の反応のあり方は様々であるが、傾向としては東日本大震災においても同様の問題が報告された。

フェーズ0で提示した精神不穏(パニック)とは、被害の全容がわからず、先が見通せないことでの不安や、衣食住すら十分でないところでの苦痛であり、東日本大震災では社会的な混乱が起こらなかったことは、海外のメディアからも称賛の対象となったところである。急性期の精神科ケースの報告は先述のように散見されるが、このような災害後急性期の精神的反応については、DSM(精神障害の診断と統計の手引き)の急性ストレス障害、ICD(国際疾病分類)の急性ストレス反応、そして近年では災害精神保健でよく使われている「異常な事態に対する通常の心理的反応」といった用語や概念の混乱がみられるので、定義を明らかにしてから実態を検討する必要がある。また急性反応の中には、既往疾患の急性増悪と震災ストレスによる新規発症もあるが、医療対応、心理的支援など、対応方法も大きく異なるため、これらも区別する必要がある。

フェーズ1では悲嘆反応をターゲットとして提示したが、この時期においては必ずしも病理性を伴わない死別反応が課題であり、これも我が国では激しい感情表出を伴う形では表現されなかったことを伝聞している。近年注目されている、病理的な悲嘆反応、つまり大切な人との死別後の悲嘆が長期間、そして日常生活に支障がでる程度生じるような複雑性悲嘆は、今回の災害の状況および我が国の文化、弔いの習慣を考慮すると、災害から1年以上経ってからターゲットとなる問題であると考えられる。

(5) 支援者ストレス対応

本研究にて作成されたクリティカルパスでは、支援者のストレス対応として、健康管理室の設置および調査体制を、フェーズ2の保健所および市町村の業務として位置付けていた。東日本大震災では、市町村職員の健康管理や労務管理は、それぞれの市町村およびそこに支援に入った様々なチーム（こころのケア、保健師、保健所支援等）が調査、フォロー体制を支援する形で行われた例が多かった。被災自治体の職員のストレスや過労は、発災後からの課題であったが、休養する場所がない、住民の健康やニーズを優先させる、休みがあっても避難所内では落ち着かないといった声があった。支援者のストレスは、メンタルヘルスの問題というよりも、災害時の業務体制といった労務管理上の問題、時期、派遣支援者の人数といった応援支援のあり方からも検討されるべき問題である。また、平常時から自治体における福利・厚生のあるあり方の中で検討される課題であろう。

(6) クリティカルパスの改善に加えて検討を要する点

宮城県では、本クリティカルパスの作成に関わった研究協力者が、東日本大震災後に災害アドバイザーとして支援に入ったために、本クリティカルパスを活用した災害後の精神保健福祉計画の作成につながった。本クリティカルパスの提示だけでは十分に活用されない可能性がある。県や政令指定都市の精神保健担当部署において、災害対応の重要性は認識されているが、対応については自信を持っていない箇所が多いことが明らかになっている(11)。また、フェーズ0の課題としても指摘されたように、災害対

応の経験のある専門家が災害後早期に現地に入り、災害規模、現地のニーズ、優先順位を見極めたり、行政の判断、行動を支援する、行政支援も併せて提供することが必要である。このような支援者には、専門的知識、経験、ネットワークに加え、現地で判断、指示をするある程度の権限も備わっていることで、効果的な災害対応の判断と執行が可能となるであろう。また、平常時から精神保健担当者がこのようなクリティカルパスを用いて災害時における体制整備の考え方や進め方に関する研修を受けておくことは、災害時により効果的で迅速な支援体制を構築うえで一助になると考えられる。

(7) まとめ

災害の急性期には、タイムリーに漏らさず対応するために、ある程度詳細な活動の記述を準備することは有用であると考えられた。ただし個別の状況に柔軟に対応できる工夫が必要であった。一方で、災害後中長期における活用にあたっては、現地の医療資源、人的資源等の条件で適応できるように、大枠を示す程度のほうが、活用が進むと考えられた。

クリティカルパスは、それぞれの活動を制限するものではなく、最低基準を示したものであり、現地で修正、活用できるように、事前の研修、そして災害後には定期的な継続支援を提供することで、有意義な活用が進むものと考えられた。

平成24年度には、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心配も難しく、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

大型自然災害発生時の精神保健対応に関するクリティカルパスの作成、および、実際の災害対応に基づく検討を行った。特に都道府県の精神保健福祉センターの立場か

ら、大規模災害発生時の行政の対応、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) 安部幸弘, 高野千代, 千徳よし子ら: 災害時のこころの問題とケア. 北海道立精神保健福祉センター年報 33, 85-98, 2001
- 2) 東美鈴, 八田純子, 岡口千恵美ら: 県・市町村の取り組み実践集 震災の教訓と日ごろの地区活動が初動対応をスムーズに 洲本市における台風 23 号水害での保健活動. 保健師ジャーナル 61(5): 395-399, 2005
- 3) 葛西健, 林チエ子, 相馬宏敏ら: 保健所の危機管理活動の課題 台風 14 号の経験から. 公衆衛生 70(6): 458-460, 2006
- 4) 加藤泉, 大上律子: えひめ丸沈没事故 心のケアに必要なのは継続した組織的な支援. 保健師ジャーナル 60(4): 328-335, 2004
- 5) 中垣真通: 静岡県こころの緊急支援チーム (CRT) 設立と今後の展開. 静岡県精神保健福祉センター所報 36: 8-10, 2006
- 6) 貫松寛晋, 松本奈々子, 大坪みどりら: 2005 福岡西方沖地震から 6 か月後. 精神医学 48(3): 263-270, 2006
- 7) 菅原誠, 福田達矢, 坂井俊之ら: 新潟県中越大震災・東京都こころのケア医療救護チームの活動と学び—災害時初期精神保健医療活動のあり方—. 日社精医誌 14: 295-305, 2006
- 8) 高岡道雄, 浅野悟郎, 高尾博幸ら: JR 福知山線列車脱線事故にかかる尼崎市保

- 健所の対応. 日本公衛誌 54(5): 325-337, 2007
- 9) 山本耕平: 小規模地域災害と地域精神保健福祉—和歌山市毒物混入事件への保健所活動を通して—. 臨床精神医学 31(8): 997-1003, 2002
- 10) Inter-Agency Standing Committee (IASC): IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, 2007.
www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support.
- 11) 深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴: 都道府県及び政令指定都市を対象とした災害時精神保健活動に関するニーズ調査. 日本社会精神医学会雑誌 19(1): 16-26, 2010
- 12) 金吉晴ら: 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 平成 13 年度厚生科学研究費補助金「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」, 2003, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/01/h0117-2.html>
- 13) 岩手県精神保健福祉センター: 岩手県災害時こころのケアマニュアル第 2 版, 2010, <http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=6116>
- 14) 黒澤美枝: 岩手宮城内陸地震におけるこころのケアへの支援報告. トラウマティックストレス 8(1): 71-73, 2010
- 15) 岩手県精神保健福祉センター: 災害時の地域精神保健医療活動に関するアンケート調査報告書, 2009
- 16) 岩手県精神保健福祉センター: 災害時の支援活動及び心のケアに関するシンポジウム報告書, 2009
- 17) 福島県地域防災計画
http://www.wcms.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)
- 18) 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)
- 19) 樹神學, 佐藤宗一郎, 高橋玄, 永田真一. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 953-969. 2011.
- 20) 佐久間啓. 東日本大震災における避難者の心のケア. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 986-985. 2011.
- 21) 山崎學. 東日本大震災を経験して. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 942-944. 2011.
- 22) 伴亨. 東日本大震災における日精協岩手県支部の初期対応. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 979-990. 2011.
- 23) 中谷祐貴子. 東日本大震災と精神科病院. 日本精神科病院協会雑誌. 30(10): 951-956. 2011.
- 24) 本田教. 東日本大震災による津波被害と原発事故による影響からの復旧. 福島県浜通り地区にある当院の場合. 日本精神科病院協会雑誌.30(10): 970-978. 2011.
- 25) 奥村徹. 知らされる広域医療搬送調整. 日本集団災害医学会誌. 第 17 回日本集団災害医学会総会・学術集会 プログラム・抄録集. 16(41): 340. 2011.
- 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

資料1 大型自然災害時の精神保健対応クリティカルパス案 【岩手版】

フェーズ	フェーズ 0 (救助がくるまで：数時間、数日) 各現場	フェーズ 1 (救出・救助・救急：数日) 救護所、遺体安置所	フェーズ 2 (保健医療：数週間) 避難所、自宅、医療機関	フェーズ 3 (福祉：数か月) 仮設住宅
ターゲット(またはおこりうること)	・精神不穏(パニック)	・精神障害者の症状悪化 ・ASD ・悲嘆反応 ・スタッフの惨事ストレスによる急性反応	・服薬中断 ・適応障害、不安障害、PTSD等 ・アルコール関連障害 ・スタッフの疲労の問題の顕在化	
ゴール	自助・互助による静穏化	ハイリスク者の同定、連携治療	ハイリスク者の同定、連携治療	・うつ病、自殺 ハイリスク者の同定、連携治療
本部(本庁、精神保健福祉センター等)	・情報収集と発信 ・精神保健活動方針の決定(精神科救急システム調整、精神科救護所設置の要否、ケアプランの確認等) ・人的支援(外部・内部)の派遣要請と調整			・活動の評価、継続支援内容の検討、活動報告会の開催
保健所	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
市町村	・精神保健福祉医療資源の被災状況や避難所などの保健体制の確認、ハイリスク者、要援護者に関する情報収集、本部への人的支援の派遣要請と調整		・ケア会議、研修会、連携会議の企画 ・スタッフの心のケアチェック、健康管理室等との調整	・人的支援の終了時期の検討 ・精神保健通常業務の再開
医療機関	・各機関における情報収集、連絡、精神保健活動方針の決定		・精神医療の実施 ・連携会議への参加 ・スタッフの心のケアの検討	
医療チームまたは心のケアチーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供、精神科救急業務	・精神保健相談(訪問、窓口)、医療や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	
保健チーム	・派遣準備	・ファーストエイドの実施、情報提供	・精神保健相談(訪問、窓口)、健康教育や情報提供の実施、ケア会議、研修会の参加	

資料2 大型災害時の精神保健対応クリティカルパス案 【都市部版】

フェーズ	フェーズ0 (発災当日) 各現場	フェーズ1 (救出・救助・救急：数日) 避難所、遺体安置所	フェーズ2 (保健医療：数週間) 避難所、自宅、医療機関	フェーズ3 (福祉：数か月) 仮設住宅
ターゲット(またはおこりうること)	<ul style="list-style-type: none"> 精神不穏(パニック) 情報の氾濫 	精神科医療に関する問題(精神障害者対策) <ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の症状悪化(服薬中断、環境への不適応) 未治療の精神障害者の顕在化 精神保健に関する問題(既往のない被災者対策) <ul style="list-style-type: none"> ASD 悲嘆反応 惨事ストレスによる急性反応(救援者) 	福祉施設(作業所など)の機能低下	<ul style="list-style-type: none"> PTSD、適応障害 うつ病、自殺 複雑性悲嘆 アルコール関連問題 身体化障害 疲弊による心身の問題顕在化(救援者)
ゴール	自助・互助による静穏化	適切な精神科医療の提供 ハイリスク者の同定、連携	適切な精神科医療の提供 ハイリスク者の同定、心理教育	ハイリスク者の同定、心理教育、専門的治療への導入 福祉施設の機能回復
本部(本庁、精神保健福祉センター)	本部機能をどこに置くかの決定	<ul style="list-style-type: none"> 連絡調整会議の招集 都道府県と政令市間の連携確認 災害対策本部との連絡調整 精神科救急システムの強化 精神科救護所設置の要否判断 人的支援(外部・内部)の派遣要請と調整 	情報収集と発信	<ul style="list-style-type: none"> 活動結果の検証 支援継続か終了かの検討 長期的体制が必要な場合はその整備
都道府県保健所 政令市保健所	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉医療資源の被災状況確認 避難所などの保健体制の確認 ハイリスク者に関する情報収集 	本部への人的支援要請と調整	<ul style="list-style-type: none"> 連携会議、研修会などの企画 情報の集約 スクリーニングの企画実施 スタッフへのサポート、ストレスチェック、健康管理室等との調整 	<ul style="list-style-type: none"> 人的支援の終了時期の検討 精神保健通常業務の再開 地域内の医療機関、関係団体(医師会など)との連携強化
市区町	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉医療資源の被災状況確認 避難所などの保健体制の確認 ハイリスク者に関する情報収集 	本部への人的支援の派遣要請と調整	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議、研修会、連携会議、事例検討会の企画 スタッフへのサポート、ストレスチェック、健康管理室等との調整 	<ul style="list-style-type: none"> 人的支援の終了時期の検討 精神保健通常業務の再開
医療機関	各機関における情報収集	所属協会(精神科病院協会など)への連絡 所属協会としての活動方針の決定	<ul style="list-style-type: none"> 連携会議への参加 スタッフへのサポート、ストレスチェック 	通常業務の再開
精神科医療チーム またはこころのケアチーム	派遣準備	<ul style="list-style-type: none"> 精神科救急業務 精神科救護所活動 一般被災者へのアウトリーチ(心理学的ファーストエイドの実施)、情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健相談(訪問、窓口) 一般被災者へのアウトリーチ(心理学的ファーストエイドの実施)、心理教育 	
保健チーム	派遣準備	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集 感染症対策などの一般的保健活動 心理学的ファーストエイドの実施、情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健相談(訪問、窓口) 心理教育や情報提供の実施 スクリーニング 	
メディア	正確な生活情報発信の検討	抑制的報道の検討	<ul style="list-style-type: none"> 心理教育的メッセージの報道 具体的取り組みの紹介 	ポジティブな報道の追加検討

資料3 宮城県で作成されたクリティカルパス

宮城県 大型災害時精神保健医療福祉対応プラン(中・長期的プラン)

第一期(フェーズ0~1):被災直後からのこころのケア救急支援体制

第二期(フェーズ1~2):被災後~再建期への移行期の心のケア支援体制

第三期(フェーズ3):再建期のこころのケア支援体制



2011.4.22 宮城県精神保健福祉センター作成

災害時のためのシステム
既存のシステム
新たなシステム

資料4 宮城県で作成されたクリティカルパス（第二期）

宮城県 大型災害時精神保健医療福祉対応プラン（中・長期的プラン）

第二期（フェーズ1～2）：被災後～再建期への移行期の心のケア支援体制

		現 状		中・長期的プラン			スタッフの必要員		
		4月末	課 題	5月～	6月～	7月～			
② 精神科医療ニーズへの精神障害者の医療の確保	A 他県「こころのケアチーム」の派遣	①岩沼管内：1チーム ②石巻市：5チーム ③女川町：1チーム ④気仙沼市：4チーム ⑤南三陸町：1チーム 計12チーム	<p>《地元(地域)精神科医療への移行》</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難所生活の長期化が見込まれ、継続的な支援は必要 自宅帰宅や仮設住宅等への移転により、避難所以外の支援ニーズが高まることが予想される。 	《精神障害者への支援》	《精神障害者への支援》	《精神障害者への支援》	医師		
	B 県内「こころのケアチーム①」の派遣（東北大学コーディネート派遣チーム）	①塩釜管内：1チーム ②石巻市：2チーム ③東松島市：1チーム ④気仙沼市：3チーム ⑤南三陸町：1チーム 計8チーム	<ul style="list-style-type: none"> 地元精神科医療機関の復興に伴い、医療を中心としたこころのケアチーム活動をかりつけ医の受診に移行させていくことが必要 	<ul style="list-style-type: none"> 県外派遣チームによる地域精神科医療の補完的役割の継続 	<ul style="list-style-type: none"> 県外派遣チームによる地域精神科医療の補完的役割は終了 受診のための送迎バス 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域精神科医療の支援システム ・精神科医支援事業 医師等確保 			
	C 避難所 仮設住宅 自宅 旭市町村、旭東移転者	①塩釜管内：1チーム ②石巻市：2チーム ③東松島市：1チーム ④気仙沼市：3チーム ⑤南三陸町：1チーム 計8チーム	<ul style="list-style-type: none"> 受診のためのアクセスの問題 アウトリーチ支援 精神科医師はじめスタッフの確保 	<ul style="list-style-type: none"> 《被災者のPTSD対策》 県外派遣チームの活用 	<ul style="list-style-type: none"> 《被災者のPTSD対策》 ●新たなシステム必要 	《被災者のPTSD対策》		医師 心理士	
	E 地元の精神科医療への移行（アクセスの確保）	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院の外來診療再開（通常診療へ） ・オーバーベッドで入院受け入れ 一急性期入院患者が安定し退院 	<ul style="list-style-type: none"> 今後増加が予想されるストレス性の精神障害者について、新たな体制が必要である。 ストレス外来等の開設 心理士、精神保健福祉士等による相談 	<ul style="list-style-type: none"> スクリーニングにより支援が必要な人への支援を強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・震災ストレスクリニック（地元医療機関で開設） ・震災ストレス相談 心理士、精神保健福祉士を中心とした県外派遣チームによる相談等 	（仮設住宅巡回）			医師 心理士 PSW
	④ 地域精神保健医療福祉システムへの移行（地元医療機関、保健所、市町村、民間支援機関等） ⑤ 支援者のPTSD対策	F 精神保健福祉センターの体制強化	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集、課題の整理等 ・保健所をサポートするPSWの派遣を検討 	<p>《地域精神保健福祉活動の再建》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所の体制を強化するための人的支援が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 《地域精神保健福祉活動の再開》 ・中・長期的プランの作成 	《地域精神保健福祉活動》		《地域精神保健福祉活動》	医師 心理士
		G 保健所精神保健福祉活動の再建・強化（精神保健福祉相談の強化・活用）	<ul style="list-style-type: none"> 県内外のこころのケアチームをコーディネートしながら活動を展開 	<ul style="list-style-type: none"> 既存の精神保健福祉相談だけでは今後増加が予想されるストレス性の精神障害への相談体制の整備が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ネットワーク会議の開催（地域の医療機関、相談支援事業所、福祉サービス事業所、市町村、保健所等参集） ・精神保健福祉相談の再開に向けた準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・震災ストレス相談 		<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期プランの見直し 	
H 市町村精神保健福祉活動の再建		<ul style="list-style-type: none"> 被災状況により市町村活動にも差が生じている。 ・市町村及び自治体派遣保健師が心のケアチームと連携し活動 	<ul style="list-style-type: none"> 地域により被災状況が異なるため、地域ごとの中・長期的なプランを検討し、地域の医療機関、相談支援事業所、福祉サービス事業等の関係機関と連携した地域精神保健福祉活動を展開する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 《被災者のPTSD対策》 	<ul style="list-style-type: none"> 《被災者のPTSD対策》 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉相談（相談回数増） 	《被災者のPTSD対策》		
I 精神保健福祉相談支援機関等の再建、活用（相談支援事業所、作業所、就労生活支援センター等）		<ul style="list-style-type: none"> 震災により、被災した相談支援事業所等も多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要なケース相談が上がって来始めた。 	<ul style="list-style-type: none"> 既存の精神保健福祉相談での対応は難しい。より専門的な相談日の設置が必要。 ・震災ストレス相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・震災ストレス相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・震災ストレス相談 	上記		
J 被災者の支援を行う職員、スタッフの精神的問題への支援	<ul style="list-style-type: none"> こころのケアチームにより、啓発、スクリーニング、個別相談を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村保健師等行政職員、消防団、保育士、教員、警察官等のメンタルケアが必要 ・個別フォローが必要な職員も出ている。 	<ul style="list-style-type: none"> 《支援者のPTSD対策》 県外派遣チームの活用 ・震災ストレス相談（職員向け） 	<ul style="list-style-type: none"> 《支援者のPTSD対策》 	<ul style="list-style-type: none"> 《支援者のPTSD対策》 	上記			

厚生労働科学研究補助金（健康安全・危機管理対策総合研究）

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。

A. 研究目的

災害時の精神保健対応に関しては、時間経過に応じた各組織の動きや、組織間の連携等についての理解や文献はこれまでに少なかった。このため、H22 度の研究では、大型自然災害の対応の中から、精神保健対応に焦点を絞り、郡部版および都市部版のクリティカルパスを作成した。本分担研究では、健康危機発生の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のモデルを提示することを目的に 22 年度に作成したクリティカルパスの修正と課題の整理をおこなった。

B. 研究方法

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、研修とヒアリングに基づいて、クリティカルパスの修正をおこなった。

C. 結果

以下の経験と結果をもとに、クリティカルパスを修正作成した（表）。

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

岩手県は、総人口は 1,385,041 人で、老年人口は 24.5%（全国 6 位）である。「厚生労働省 H20 年医師、歯科医師、薬剤師調査」の結果では、都道府県別 1km²あたりの医師数は北海道について 2 位である。精神

保健指定医は 102 人（H20）で、盛岡市や内陸部に集中しており、広域、過疎化の進行、医療資源の不足という地域特性がある。地域の精神保健課題は自殺であり、H22 は、自殺死亡率（10 万対）32.2 でワースト 2 位であった。自殺対策のプロジェクトは、このような医師・医療資源不足を考慮して、住民活動や保健福祉活動によるものが中核となってきた。例としては、6 つの骨子（一次予防、二次予防、三次予防、職域へのとりくみ、精神疾患へのとりくみ、ネットワークづくり）からなる郡部の自殺対策包括プログラム「久慈モデル¹⁾」があげられる。このプログラムは、県内 33 市町村のうち 28 市町村が実施してきた。

2011 年 3 月 11 日、東北地方の太平洋側に位置する三陸沖を震源としたマグニチュード 9.0 の地震により、岩手県内は最大震度 6 弱を観測した。この地震及び津波によって、岩手県では 2012 年 3 月 11 日現在、死者 4,671 人、行方不明者 1,249 人、家屋倒壊数 24,747 棟の被害を受けた。医療機関は、全壊（19）、半壊（38）した。避難所などへの避難は最大 54,429 人となった。被害額は沿岸資産の 47.3%にあたる 4 兆 2,760 億にのぼった。

II 調整の実際

岩手県精神保健福祉センターは、被災沿岸部からおよそ 100 km 離れた内陸部の盛岡市に位置している。全国 68 ある精神保健福祉センターの規模や役割は様々であるが、当センターは、相談機能のみで診療所機能を有しておらず、この他には行政業務と県の技術支援業務を担っている。今回の心のケアに関する調整活動は、精神科医、臨床

心理士、保健師、事務職、非常勤職員の中から8人が担当した。

1) フェーズ0～1

3月16日には、岩手県災害医療支援ネットワーク会議が立ち上がり、支援チーム全体の管理が開始された。当センターは、3月12日～15日に、調査班による情報収集を行い、DMATやチーム活動がスムーズに流れてきたことが確認できたため、同月16日に窓口を開設し、対象被災地4保健医療圏（久慈、宮古、釜石、大船渡）のこころのケアチームの受け入れ調整を開始した。岩手医科大学チームの活動は17日に、県外こころのケアチームの支援活動は23日に開始となった。

当センターの調整手法は、(図1)の通りである。全ての心のケアチームには、当センターのHPを確認、電話での受付を通過し、オリエンテーションを受けていただいた後、被災地ケアにあたっていただいた。HPには、本クリティカルパスの他、被災地の精神保健医療情報シート、アクセス情報、生活情報、岩手県心のケアマニュアル等を掲載し、6月までは毎日、7月以降は週2回、8月以降週1回を目安に更新した。この他、MLの設置、3回のメディアカンファレンスを行いながら調整にあたった。

2) フェーズ2

中期は、継続支援が決定した10の心のケアチームの調整を続けた。活動記録の回収・集計も軌道にのり、被災地支援者やケアチームへのフィードバックが可能となった。

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

24年2月15日、岩手県は県央の盛岡市に心のケアセンターを設置し、岩手医科大学に運営を委託した。同年3月28日には、沿岸被災地4か所（釜石、大船渡、宮古、久慈）に地域心のケアセンターを開所した。心のケアチームが同定した延べ9681件の相談の中で、フォローが必要な者やハイリスク者への管理と対応は、岩手県精神保健福祉センターから、心のケアセンターに引き継いだ。その際に、全ての相談者の、心のケアチームが撤退し支援が終了した後の転帰を再度確認した。多くの相談者は相談が終了しているか、または地元の精神医療資源や医療資源等につながり、治療の場が移されていた。診療中断や不明の者は地域によって差があった。2012年6月30日現在、心のケアセンターは、被災地全体で延べ642件の相談やアウトリーチを継続している。

(2) 精神保健活動の事業再開と継続

ハイリスク者への対応は上述したとおりで、ポピュレーション対応を含めた地域保健活動については、H23年11月に、震災以前に取り組んでいた自殺対策「久慈モデル」の再開状況の調査を開始した²⁾。この調査の中では、実施している28市町村のうち全市町村の取り組み再開の意思を確認した。当時問題点として多くあげられたのは、研究で住民に実施した精神保健スクリーニングのフォローが被災地に任されたが、ハイリスク者に全く対応しきれていないといった点であった。

当精神保健福祉センターの活動を振り返ると、優先業務である精神医療審査や自立支援医療審査件数は、平時と比して横ばい

であり、早期以降は活動継続が可能であった。H23年の精神保健福祉相談窓口の電話件数は、3524件であり、アルコール問題の相談が若干増加した。24年2月～3月には、沿岸部に心のケアセンターが開所したため、当センターでは4月以降は、非被災地である内陸部を中心とした市町村や関係機関への自殺対策に関する技術支援を再開した。しかしながら、通常業務の再開から5カ月（被災後1年5カ月）後も、それは平時と比して円滑になされなかった。例えば、これまでは久慈モデルを推進する為のワークショップは年に6回程度実施していたが、24年以降は1回の実施にとどまっている。そして各市町村や関係機関へ出向く働きかけは、アセスメントも十分にできていなかった。この事の背景については、①多領域の窓口における相談件数やプロジェクトの増加と、その関係者への精神保健技術支援のニーズの増加、②県外からの、調査やヒアリングや報告機会の増加、③支援者・救済者へのケアの機会の増加と産業保健領域との連携、等があげられ、従来業務やプロジェクトの再開と継続に影響した³⁾。新規に心のケアセンターは開設されたが、活動の体制が整うまでにはどうしても時間が必要となった。心のケアセンターはその規模も大きいため、予算ベースで考えれば十分に心のケア体制は整ったと理解され、それ以外の既存の精神保健医療体制へは新たに予算も人も配置されにくい。しかし、開設後数か月～1年の移行期間における、地域の精神保健の技術支援や調整、支援者・救済者ケアを、具体的に誰がどのように実施するのかが今後検討する必要がある。すなわち、いずれかの既存機関の事業継続計画

の中に、予め盛り込んでいたほうが現実的に住民のニーズに対応でき、現場は混乱しない。また少なくとも中期までの連携会議の段階でそのような点は話し合う必要がある。

III. クリティカルパスの利用の実際

クリティカルパスシートは、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した。前述したように、当精神保健福祉センターHPに貼り付け、こころのケアチームには、確認の上被災地に入ってもらった他、全てのチームに実施したオリエンテーションで改めて説明し、全体理解の共有化を図った。

また、精神保健関係者に対する研修は、パスに基づいて行った。特に最終年度は、支援者32人に加えて、住民による自殺対策の担い手である傾聴ボランティア団体311人にも行った。支援者への研修後実施したアンケート結果では、32人中29人が理解できた、役に立ったと述べている。傾聴ボランティアの研修であげられた感想としては、「時期によって相談の内容や様相が変化する点は、被災地のボランティア活動の経験上気づいていたが、知識として整理して理解できた」等があった。

IV. 心のケアチーム診療記録の集計結果

2011年3月11日から2012年3月11日までに活動した心のケアチームの診療記録は概ね全て回収にでき、まとまった情報を得られた。全30の心のケアチームの活動により同定された9,681人の主訴の経過は図

2のとおりである。

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。

D. 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。

E. 結論

東日本大震災の被災と実際の調整業務経験にもとづき、大型自然災害発生時の精神保健対応に関する郡部版のクリティカルパスの修正と作成をおこなった。今後の行政における援用上の課題を指摘した。

【参考文献】

- 1) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班編：地域における自殺対策プログラム。東京,2010
- 2) 岩手県精神保健福祉センター：自殺予防対策事業報告書 (H18~H23)。岩手県。2012
- 3) 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.

F. 研究発表

1. 論文

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.

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.

黒澤美枝：東日本大震災における心のケア活動の調整—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.

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.

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.

2. 学会

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