

(精神保健分野対応機能)

対応部門	必要機能	平時	反応的対応期	事態対応期	復興期
情報収集・発信機能	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関・障害者福祉施設等の被災状況把握システム整備 在宅精神障害者の被災状況把握 福祉避難所の把握 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・施設との連絡会議 在宅精神障害者のリスト作成 福祉避難所のリスト作成 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関障害者福祉施設等の被災状況把握 在宅精神障害者の被災状況把握 福祉避難所への障害者の避難状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関障害者福祉施設等の被災状況把握 在宅精神障害者の被災状況把握 福祉避難所への障害者の避難状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関障害者福祉施設等の復興状況把握
直接支援機能	<ul style="list-style-type: none"> なんでも相談窓口設置 在宅精神患者等への医薬品確保等の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 相談ホットラインの確保 在宅精神障害者要援護者リスト作成 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口開設 在宅精神障害者要援護者の状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口開設 在宅精神障害者要援護者への医薬品確保等支援 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口継続設置 通常業務への移行
こころのケア	<ul style="list-style-type: none"> こころのケア拠点整備(巡回診療相談システム) こころのケアチーム調整・支援 こころのケア相談窓口設置 	<ul style="list-style-type: none"> ライフラインの整備 設置場所調整 精神保健福祉センター等と調整 関係者連携会議の設置 チーム編成案の作成 他都道府県精神科救護班との連携 運用に係る医薬品等の確保 設置場所確保 相談要員確保 	<ul style="list-style-type: none"> ライフラインの確保 備蓄食品の放出 精神保健福祉センター等と調整 支援要請の判断 要員の派遣要請 電話回線の設置要請 相談要員の確保 こころの相談の開始 	<ul style="list-style-type: none"> 保健所等に拠点の設置 拠点運営会議(関係係者連携会議)の運営 支援システムに基づく支援開始 備蓄医薬品放出 精神科救護所での診療 管内外の派遣要員による実施 こころの相談の継続実施 	<ul style="list-style-type: none"> こころのケア拠点の縮小し通常業務への移行 支援者へのこころのケア 通常業務への移行 こころのケア相談継続 通常業務への移行
精神科医療確保	<ul style="list-style-type: none"> 緊急精神科医療体制の整備 精神科診療確保 入院医療確保 入院前避難所の確保(福祉救護所) 精神科救護所の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急精神科医療体制の構築 地域医療関係者の役割確認 精神科病院の耐震化 連携病院確保 搬出システム整備(特殊病態患者搬送方法等) 搬出要請方法の確認訓練 搬出拠点設定 福祉避難所リスト作成 精神障害者への初期救護の教育 精神科救護所リスト作成 精神科救護班と連携確認 精神科救護班の編成案作成 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急精神科医療稼働状況の把握 外部支援の必要性の判断 外部支援の必要性の判断 在宅障害者把握 病院の稼働状況の把握 入院患者の搬出必要性判断 避難所要支援者人数把握 入院前医療状況の判断 必要性の判断 必要物品の把握 外部支援の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急精神科医療稼働支援(ライフライン確保、医薬品の確保等) 外部支援の要請 搬出要請 搬出システムの稼働 避難所要支援者人数把握 精神科救護班の派遣 精神科救護班撤退後の医療確保 必要物品の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 通常緊急精神科医療体制への移行 被災精神科医療機関の復興支援 通常医療体制に移行 福祉避難所の解消 精神科救護所の閉鎖
市町村支援	<ul style="list-style-type: none"> 支援チーム派遣 被災障害者相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> 支援チーム編成案の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 支援要請の確認 支援チーム編成 相談窓口対応要員の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 支援チーム派遣 窓口要員の派遣 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員へのこころのケア 通常の連携体制に移行
地域精神保健福祉対策	<ul style="list-style-type: none"> 【精神保健福祉法準拠支援】 24条通報等への対応 精神障害疑い者への対応 38条の2定期病状報告受理 38条の6実地審査 	<ul style="list-style-type: none"> 通報受理体制 面接訪問調査 27条診察実施 応急入院病院の確保 移送・臨場要請 精神疾患患者への告知 地域相談窓口 地域の見守り体制 医療連携作り 入院に係る定期病状報告受理 精神保健指定医師による診察 	<ul style="list-style-type: none"> なんでも相談窓口で対応【反応的対応期には災害対応を優先し地域精神保健福祉対策の必要性は低い】 	<ul style="list-style-type: none"> 通報受理体制 面接訪問調査 27条診察実施 応急入院病院の確保 移送・臨場要請 精神疾患患者への告知 訪問調査 調整会議 診察の実施 移送・臨場要請 告知・継続訪問 措置入院及び医療保護 	<ul style="list-style-type: none"> 通常体制に移行
			<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療機関の被災状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 入院に係る定期病状報告受理 精神保健指定医師による診察 	

<ul style="list-style-type: none"> ・45 条手帳交付指導 ・46 条正しい知識の普及 ・47 条相談指導 ・実地指導（局長通知） 【心神喪失者医療観察法準拠の支援】 ・鑑定留置入院 ・地域処遇等 【障害者総合支援法準拠の支援】 ・通院医療費負担 ・支援給付及び地域生活支援事業 【その他施策】 ・地域移行事業 ・認知症対策 ・アルコール対策 ・うつ・自殺対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・手帳交付指導 ・正しい知識の普及推進体制づくり ・精神保健相談窓口設置 ・専門相談精神科医師の確保 ・相談指導体制整備 ・実地指導体制の整備 ・鑑定留置入院への協力体制 ・地域処遇等会議への参画 ・通院医療費負担事務指導 ・支援給付及び地域生活支援事業支援体制整備 ・地域移行事業・認知症対策支援 ・精神科医療ネットワークの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援施設の被災状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・手帳交付指導 ・正しい知識の普及推進 ・精神保健相談窓口設置 ・専門相談精神科医師の確保 ・相談指導体制整備 ・実地指導の実施 ・鑑定留置入院への協力 ・地域処遇等への支援 ・支援給付及び地域生活支援事業支援 ・地域移行事業・認知症対策支援 ・精神科医療ネットワークの構築支援 	
--	--	--	---	--

Ⅱ、東日本大震災における精神保健対策に関する調査報告

1. 目的

東日本大震災における精神保健対策の実施状況の把握とともに、対策の実施における課題等について被災保健所から自由に意見をもとめ、今後の自然災害時における精神保健福祉業務推進の資料とすることを目的として調査を実施した。

2. 方法

東日本大震災被災東北3県の保健所を対象に、平成24年8月1日から31日までの期間に電子メールによるアンケート調査を実施した。

3. 結果

(1)回答率など

表1-① 回答率など

	岩手県	宮城県	福島県	計
対象保健所数	10	12	8	30
回答保健所数	4	8	6	18
回答率 (%)	40.0	66.7	75.0	60.0

- ・調査票は岩手県、宮城県、福島県の全30保健所に送付した。
- ・回答が得られた保健所は全体で18か所(60.0%)であった。
- ・回答保健所の中には2か所の政令指定都市の保健所と2か所の中核市保健所が含まれる。
- ・岩手県からの回答が少なく、回答は内陸部に位置する5保健所中の2か所と沿岸部に位置する5保健所中の2か所であり、回答の有無と管轄区域の被災状況等とは関係がないように思われた。

(2)保健所の属性など

1) 問1-② 所管人口

表1-② 所管人口の分布

所管人口(千人)	～50	51～100	101～200	201～300	301～400	401～	計
保健所数	1	5	5	3	2	2	18
率 (%)	5.6	27.8	27.8	16.7	11.1	11.1	100

- ・所管人口は約3万人から約48万人の開きがあり、ほぼ半数(10か所)の保健所の所管人口は5万人から20万人の間にあった。

2) 問1-③ 常勤職員数の規模(保健福祉事務所など統合事務所では全体の職員数)

表1-③-1 常勤職員数総計

職員数(人)	～50	51～75	76～100	101～	計
保健所数	8	4	4	2	18
率 (%)	44.4	22.2	22.2	11.1	100

表1-③-2 常勤医師数

職員数(人)	0	1	2	3～	計
保健所数	1	16	1	0	18
率 (%)	5.6	88.9	5.6	0	100

表1-③-3 常勤保健師数

職員数(人)	0	1～5	6～10	11～20	21～	計
保健所数	0	2	6	7	3	18
率(%)	0.0	11.1	33.3	38.9	16.7	100

表1-③-4 常勤放射線技師数

職員数(人)	0	1	2	3	計
保健所数	11	6	0	1	18
率(%)	61.1	33.3	0	5.6	100

表1-③-5 常勤精神保健福祉士

	0	1～	計
保健所数	18	0	18
率(%)	100	0	100

- ・保健所により常勤職員数において27人から224人の大きな開きがあった。50人以下が8か所、51人以上～100人以下が8か所で、平均人数は66人、中央値は63人であった。
- ・専門職の常勤配置人数は、医師ではおそらく保健所長の兼務のため常勤医師がいないと回答した保健所が1か所あり、1人配置が16か所、2人配置は1か所であった。保健師では、4人から24人の幅があった(平均は12人、中央値は11人)。放射線技師については、配置のない保健所が11か所、1人配置が6か所、3人配置が1か所あった。常勤の精神保健福祉士が配置されている保健所はなかった。
- ・県毎に専門職の常勤配置数をみると、保健師は岩手県が4人から6人、宮城県が仙台市の2つの保健所はそれぞれ22人、24人、県の保健所は6人から13人、福島県が中核市の2つの保健所はいずれも20人、県の保健所は6人から22人であった。放射線技師が常勤配置されている保健所は岩手県が4か所中2か所、宮城県が仙台市の2保健所のみで県の6保健所には配置されておらず、福島県が2つの中核市のうち1か所、県の保健所4か所中2か所であった。

3) 問2-①② 精神保健部門の体制

表2-① 精神保健部門の体制

	課制	係制	担当制	その他		計
				班制	グループ制	
保健所数	1	4	8	4	1	18

表2-② 常勤職員数の規模別保健所数

	0人	1人	2人	3～4人	5～9人	計
医師	17	1	0	0	0	18
保健師	0	1	4	7	6	18
精神保健福祉士	17	1:注1)	0	0	0	18
臨床心理士	16	0	2	0	0	18
事務系職員	8	5	4	1	0	18
その他	17	1	0	0	0	18

*注1) : 1保健所が、職員全数の間(問1-③)では「0」、個々では「1」と回答している

- ・保健所の精神保健部門が課体制をとっているのは1か所、係制は4か所であり、精神保健部門のみである程度独立した体制をとりうる保健所は多くないと考えられた。なお、課体制と答えた保健所は、所管人口が約14万人、全職員数は30人、精神保健部門の職員数は3人であった。
- ・当該部門の職員数は、ほぼ半数の10か所で5人以上10人未満であった。
- ・医師、精神保健福祉士、臨床心理士などの専門職の常勤配置は少なかったが、保健師は13か所で3人以上10人未満が配置されていた。

4) 問2-③ 管内の精神科入院患者数など

表2-③-1 管内の精神科入院患者数などの規模別にみた保健所数

		0件	1件～ 25件	26件～ 50件	51件～ 100件	101件～	未記入
通報種別							
23条通報	平成22年度	10	3	0	0	0	5
	平成23年度	9	4	0	0	0	5
24条通報	平成22年度	0	13	2	3	0	0
	平成23年度	0	14	2	2	0	0
25条通報	平成22年度	4	11	0	0	0	3
	平成23年度	3	10	0	0	0	5
26条通報	平成22年度	7	6	0	0	0	5
	平成23年度	3	10	0	0	0	5
他の通報	平成22年度	11	1	0	0	0	6
	平成23年度	10	4	0	0	0	4
通報合計	平成22年度	0	11	5	1	0	1
	平成23年度	0	12	2	3	0	1
34条移送	平成22年度	8	6	1	0	0	3
	平成23年度	8	5	1	0	0	4
入院種別							
措置入院	平成22年度	1	16	1	0	0	0
	平成23年度	0	17	1	0	0	0
医療保護 入院	平成22年度	0	3	2	3	7	3
	平成23年度	0	3	2	4	7	2
任意入院 :注2)	平成22年度	0	2	0	0	3	13
	平成23年度	0	3	0	0	3	11

*注2) : 任意入院について、平成22年度で1~25件の2保健所の回答はそれぞれ1例、2例であり、一方、100件以上の3保健所は200例から600例という数字をあげている。多くの保健所で正確な数値が把握できていないと考えられる。

表2-②-2 通報、移送、入院件数の年度比較

	通報種別					
	23条通報	24条通報	25条通報	26条通報	その他	合計
平成22年度	4	373	32	37	1	443
平成23年度	4	382	23	28	10	456
	34条移送	入院種別				合計
		措置入院		医療保護入院		
平成22年度	70	131		2268		
平成23年度	69	143		2499		

- ・ 通報の種別によっては未記入の保健所も多いが、回答があった保健所の範囲では、通報の合計数は5件から81件の幅があり、25件までの保健所がほぼ半数の11か所であった。
- ・ 措置入院は1件から36件の間で、25件までの保健所が16か所であった。医療保護入院の件数は3件から約300件まで大きな差があり、平均は151件、中央値が75件であった。
- ・ 通報や法的入院の対応は保健所によっても異なる面もあるが、この数字からみても平常時の精神保健関連業務の量は保健所により大きく異なると考えられる。
- ・ 平常時と考えられる22年度と災害後の23年度を比較すると、通報件数と34条移送には大きな変化はなく（ただし、内容は不明であるが「その他」の通報件数が1件から10件に増加している）、措置入院と医療保護入院件数はいずれも10%程度増加している。個々の保健所毎にみても、これらの傾向にかわりはなかった。数字のみでは保健所の対応の詳細は不明であるが、少なくとも災害後も平時と同様かそれ以上の活動がなされていたと考えられる。

(3)災害などを想定した平時における事前対応

1) 問3～問6 こころのケアなどを含むマニュアルやガイドライン

表3 こころのケアなどを含むマニュアルやガイドラインの策定の有無

	作成済み	作成予定	未作成	計
保健所数	14	2	2	18
率 (%)	77.8	11.1	11.1	100

表4-① マニュアル等の作成の中心となった組織（複数回答あり）

	保健所	本庁所管部局	精神保健福祉センター	その他
回答数	0	3	14	0

表4-② マニュアル等の作成の時期

	～H16年	H17年～H22年	H23年～
保健所数	0	7	9

表5 マニュアル等の作成のきっかけ（複数回答）

	地震等の災害	大規模事故	政策的課題	その他*
保健所数	13	0	1	3

その他：・いずれ発生すると考えられる宮城県沖地震を想定して作成。

- ・平成23年3月には政策的課題としてマニュアル案を作成し、その後震災を経て完成した。
- ・全国の災害発生状況を鑑み、平成23年度中に作成予定であった。

表6 原子力事故を想定した放射線被曝の不安へのケアについての記載の有無

	記載あり	記載なし	その他*	計
保健所数	4	10	2	16

その他：・今年度の作成に向け精神保健福祉センターで内容を検討中（宮城県）。

・今年度中に作成予定。

- ・マニュアル等は14の保健所で作成済み、予定が2か所、未作成は中核市の2保健所であった。
- ・マニュアル等は予定も含め精神保健センターか本庁の所管部局が中心となって作成されていた。
- ・作成の時期は、平成17年から作成されはじめ、今回の震災前には7か所、24年度までに16か所で作成されている予定である。なお、今回の震災前の平成17、18年度に作成されていたのは岩手県の保健所と、宮城県の保健所の一部と仙台市の保健所であった。
- ・ほとんどの保健所が地震などの災害をきっかけに、あるいは、これらの発生を想定してマニュアル等が作成あるいは予定されていた。
- ・放射線被曝の不安へのケアに関してすでに記載があるマニュアル等を作成している保健所は4か所（福島県の県保健所4か所、作成時期は今回の震災後）あったが、記載がない所も10か所あった（その他と回答した保健所を含めると11か所）。

2) 問7 東日本大震災以前に保健所で取り組んでいた事項

表7 東日本大震災以前に取り組んでいた事項（複数回答）

	連携体制作り	マニュアル整備	要援護者リスト作成	災害時療養支援計画作成	研修実施
保健所数	11	5	6	1	1
率 (%)	61.0	27.8	33.3	5.6	5.6
	実地訓練	過去の経験を活かす伝承	こころのケアに関する研修	住民に対する健康危機対応	その他*
保健所数	5	5	4	2	4
率 (%)	27.8	27.8	22.2	11.2	22.2

*）その他：自殺防止対策（民生委員などへの啓発）、非常時優先業務一覧作成、こころのケア研修。

- ・約60%の保健所で「連携作り」に取り組まれており、次いで「要援護者リスト作成」、「マニュアル整備」、「実地訓練」、「過去の伝承」などが約30%の保健所で取り組まれていた。

(4)問8 東日本大震災発生時の精神保健対策に関する連携機関

表8 東日本大震災発生時に精神保健対策に関して連携した機関

	医師会 (精神科医 会含む)	薬剤師会	管内 医療機関	精神科診 療所協会・ 病院協会	看護協会	臨床 心理士会	精神保健 福祉士会
保健所数	7	2	12	2	1	3	1
率 (%)	38.9	11.2	66.7	11.2	5.6	16.7	5.6
	精神保健福 祉センター	教育機関	市町村	社会福祉 協議会	地域 自治会	民生児童 委員協議会	その他*
保健所数	12	1	10	0	0	1	5
率 (%)	66.7	5.6	55.6	0	0	5.6	27.8

*) その他：管外医療機関、県立医科大学、児童相談所、地域障害相談支援事業所、地域包括支援センター。

・70% 近くの保健所が管内医療機関、精神保健福祉センターと連携をとっていた。次いで、市町村、医師会（精神科医会を含む）の順であった。政令市保健所の一つは「その他」として地域包括支援センターなどと直接連携したと答えていた。

(5)東日本大震災発生後3日以内の対応

1) 問9 保健所における精神保健対策

表9 取り組み事項

	医療機関被災状況等の情報収集	要援護者の状況把握	巡回健康相談・訪問指導	こころのケアに関する拠点の設置	関係機関連絡会議の開催	こころのケアに関する相談	メンタルヘルスを含む健康調査
保健所数	14	6	3	0	0	5	0
率 (%)	77.8	33.3	16.7	0	0	27.8	0
	精神科救護所の設置	相談窓口の設置	ケアチームの編成派遣調整	その他*	特別な対応できず		
保健所数	0	3	2	3	4		
率 (%)	0	16.7	11.2	16.7	22.2		

*) その他：・保健師チームの受入調整。

・市町村担当者への情報提供。

・避難してきた精神科入院患者の転院調整、移送。

・全く特別な対応を実施できなかったと回答した保健所が4か所あった。うち3か所は沿岸部に位置する保健所であった。

・「情報収集」は約80%の保健所で行われており、次いで「要援護者の状況把握」や「こころのケアに関する相談」が約30%で実施されていた。しかし、その他の対応が行われたのは少数の保健所のみであり、発生3日以内では十分な対応を行うことが困難であったと考えられる。

2) 問10 保健所内における精神保健対策の体制

表10 保健所内の新たな体制整備の有無

	整備した*	整備無し（既存の庁舎行動指針等で対応）	その他**	計
保健所数	2	14	2	18

何に基づいて整備したか：・「災害時保健師活動マニュアル」「災害時メンタルヘルス支援マニュアル」。

・保健所内における上司の判断指示。

**）その他：精神保健に特化したものではないが、保健活動チームを整備（2保健所）。

・「災害時保健師活動マニュアル」や「災害時メンタルヘルス支援マニュアル」に基づいた体制整備、上司の指示による体制整備を行ったと回答した保健所が2か所、精神保健対応に特化はしていないが種々の保健活動を行う体制を組んだ保健所が2か所あった。

・大半の14か所の保健所では新たな体制の整備は行われていなかった。

3) 問 11 関係機関・団体との連携方策

表 11 連携方策の種類（複数回答）、（無回答の保健所が1か所、率の分母は17か所で計算）

	現地精神保健対策本部員として活動	精神保健対策コーディネータと役割調整	市町村との支援調整	精神保健福祉センターと派遣調整	こころのケアセンターと派遣調整	避難所管理者と訪問調整	本庁所管部局と派遣調整
保健所数	0	2	7	2	0	5	3
率 (%)	0	11.8	41.2	11.8	0	29.4	17.6
	未実施	その他*					
保健所数	6	1					
率 (%)	35.3	5.9					

*）その他：記載なし（1か所）。

- ・「市町村との支援調整」、「避難所管理者との訪問調整」を実施した保健所がそれぞれ約40%、約30%あった。
- ・「市町村との支援調整」は、マニュアル策定済み保健所の実施率が、未策定保健所に比べ高い傾向にあった。（p=0.058）
- ・「連携方策を実施できず」の中には、津波警報発令や保健所の浸水により連携活動が実施できなかったと回答した所が各々1か所、残りの4か所は問9において「特別な対応は実施できなかった」保健所であった。

4) 問 12 保健所外の情報収集

表 12 情報収集の種類（複数回答）、（無回答の保健所が1か所、率の分母は17か所で計算）

	精神科医療機関の被災情報	精神科救護所の設置情報	精神科救急対応医療機関の情報	こころのケアチームの派遣情報	在宅精神障害者の被災情報	実施できず	その他*
保健所数	12	0	4	2	2	3	4
率 (%)	70.6	0	23.5	11.8	11.8	17.6	23.5

*）その他：・避難所における精神的ニーズ。

- ・福祉施設等の被災状況。
- ・前4事項は精神保健センターが、最後の1事項は障害者相談支援事業所が実施。

5) 問 13 被災者・被災機関への直接的な支援内容

表 13 直接的支援の内容（複数回答）、（無回答の保健所が1か所、率の分母は17か所で計算）

	在宅精神障害者の医薬品の確保	市町村への訪問巡回人員の派遣	精神科医療機関への調査要員派遣	市町村への相談窓口・健康チェック職員派遣	実施できず	その他*	特になし
保健所数	1	4	2	0	3	8	1
率 (%)	5.9	23.5	11.8	0	17.6	47.1	5.9

*）その他：・避難所巡回。

- ・患者移送・被曝スクリーニング。
- ・精神科医療機関の診療情報提供。

- ・回答の中では「市町村への訪問巡回人員の派遣」が4か所で最も多かったが、選択肢にはない支援も実施されていた。
- ・しかし、保健所自身が被災したなどの理由から系統だった支援は十分に行うことが難しい状況であったことも伺われた。

6) 問 14 相談窓口等の設置

表 14 相談窓口の形態

	相談 ホットライン	こころのケア 相談窓口	実施できず	その他*	無回答
保健所数	0	0	2	12	4
率 (%)	0	0	11.1	66.7	22.2

- *) その他：
- ・電話不通のためホットライン設置は不可。
 - ・必要時に対応する体制を取った。
 - ・既存の窓口で対応した(5か所)。
 - ・通常の電話相談と巡回相談。
 - ・避難してきた住民に対して個別の相談に対応した。
 - ・新たな窓口は設置せず、通常の相談窓口につながった際に携帯電話番号を教える等で対応した。
 - ・係直通電話で対応。
 - ・窓口の設置はなし。
- ・発災後3日以内にホットラインや相談窓口を設置した保健所はなかった。「その他」としての回答からは、通信手段自体が機能しない状況であったことや精神保健に特化した窓口の設置が可能か、また、特化させるべきかななどの問題も伺われる。

7) 問 15 発災後3日以内で取り組むべき事項、または取り組めなかった事項(自由記載)

- ・通信が途絶え、津波警報が解除されない中、初期対応である情報収集も困難を極め、相談窓口の設置や避難所での健康相談等の対応を実施することはできなかった。
- ・発災直後は通信手段が失われ、道路も損壊したり、瓦礫等が山積み状態となって交通手段も失われた。被害の大きかった地域に入ること自体に相当な日数が必要であった。
- ・保健所自体が津波被害を受け、災害活動は津波警報が解除された4日目(3月14日)からとなった。電気、水道のライフラインは断たれ、通信手段は所内で2台の携帯電話。公用車は半数が流され、ガソリンの入手も困難、道路も一部寸断され、県庁主幹課との連絡も取れない状況であった。震災直後は、人命救済、安否確認、避難所での食事確保等が優先であり、精神保健活動は緊急対応以外は数日後になると思う。災害直後は保健活動チームを編成し、業務別ではなく精神保健を含め感染症や要介護者など全体的な把握、対応となると思われる。
- ・外部との通信が繋がらなかつたり、事務所が被災したこと等から、外の情報が掴めず大変であった。本来なら医療機関情報を早期に確認し、市町村に情報を流したり、患者の対応に向けた調整を図ったり、外部からの応援を求める等、保健所の役割は多々あったが、何もできなかった。
- ・管内の市町も被災し混乱状況にある中で、地域、関係機関等の現状把握からして大変な状況にあった。状況把握以外の次のような動きは2日以内ではできていなかった。(相談窓口の設置・精神保健福祉センターと派遣調整・本庁所管部局と派遣調整・精神科救急対応医療機関の情報把握・在宅精神障害者の被災情報把握・相談ホットラインの設置)。
- ・1週間近くインフラが寸断された状況で避難所での救護活動を中心に活動を実施していた。政令市

であり、問いにある役割や調整は本庁や精神保健福祉センターが担当した。当保健所に派遣されたケアチームは、当市の精神保健福祉センターからで、発災後4日目であった。

- ・ 原発事故に伴う避難情報が不十分であり、避難所担当者等への相談窓口の周知や、職員の派遣が3日以内には出来なかった。また、患者の移送にあたり原発事故に伴う被曝スクリーニングとの調整がスムーズでなく移送に時間を要した。
- ・ 広範な被災で避難所数も避難者数も膨大で、取り組むべきことは多かったと思うが、3日以内と限定した場合、求めのあったものへの対応しかできていなかった。精神障害者のための避難所の環境調整は必要であったと思う。
- ・ 直接的な被害なし。沿岸被災地へ支援実施した。
- ・ 管内の各地域毎に被災状況の情報収集を行い、精神保健対策に必要なニーズの把握。必要に応じ所内の体制整備と本庁、精神保健福祉センターへの発信など。
- ・ 管内医療機関、社会復帰施設の被災状況把握。
- ・ 精神科救護所の設置、相談窓口の設置、災害発生直後のこころのケアチームの編成・派遣。
- ・ 要援護者の状況把握
- ・ 市民からの問い合わせも多く、医療機関情報（診察可能かどうか）が早期に得られることが重要だと思われる。
- ・ 直接的に被害、被災者もなく、また避難者もいなかったことから何も取り組みはしなかった。

(6)災害発生後4日以降の対応

1) 問16 保健所の精神保健対策に関する取り組み

表16 取り組み事項（複数回答）、（無回答の保健所が1か所、率の分母は17か所で計算）

	情報収集 (医療機関被災/救急 対応状況等)	要援護者の 状況把握	巡回健康相 談訪問指導	こころのケ アに関する 拠点の設置	関係機関 連絡会議の 開催	こころの ケアに関す る相談	メンタル ヘルスを含 む健康調査
保健所数	14	9	12	4	6	12	6
率 (%)	82.4	52.9	70.6	23.5	35.3	70.6	35.3
	精神科救 護所の設 置	相談窓口 の設置	巡回チー ムのここ ろのケア	精神科医 療の確保	医療関係 者との情 報交換	市町村対 策本部と の連携	精神保健 対策コー ディネー タ支援
保健所数	0	7	10	3	10	9	1
率 (%)	0.0	50.0	58.8	17.6	58.8	52.9	5.9

- ・ 震災発生後3日以内の対応に比べ、非常に多様な対応が多くの保健所で実施されるようになった（問9、表9参照）。
- ・ 「情報収集」は80%強の保健所で、「巡回・訪問」、「こころのケア相談」等は約70%で、次いで、「精神科医療関係者との情報交換」、「巡回チームによるこころのケア」、「要援護者の状況把握」、「相談窓口の設置」、また「市町村（対策本部）との連携」も半数以上の保健所で実施された。

2) 問 17 こころのケアに関する対応

表 17 こころのケア関連事項（複数回答）、（無回答保健所が1か所、率の分母は17か所で計算）

	こころの ケアチーム 所内編成調整	精神保健福祉 センターと 派遣調整	本庁所管部局 と受入調整	こころのケア チームの受 入・活動調整	医療救護班/ 健康巡回チーム との情報共有	その他*
保健所数	2	9	7	12	13	3
率 (%)	11.8	52.9	50.0	70.6	76.5	17.6

*）その他：・沿岸被災地への支援実施。

- ・こころのケアに関する意見交換会の開催などにより、地元中心の体制への移行支援。
- ・管内市町で地区担当制をとり、市町ごとのこころのケア体制の再構築を支援。

- ・「医療救護班・健康巡回チームとの情報共有」が13か所で実施されており、また、「こころのケアチームの受入・活動調整」をはじめとする精神保健福祉センターや本庁所管部局とのチームの受入調整が多くの保健所で行われていた。
- ・保健所内でこころのケアチームを編成した所は2か所であった。

3) 問 18 精神科医療の確保方策

表 18 精神科医療の確保関連事項

	精神科緊急 医療状況の 把握	医療機関障 害者施設へ の関連物資 の確保支援	障害者施設 等の被災 状況把握	在宅精神障 害者の医療 提供状況 把握	避難所巡回 チームによ る要治療 者の把握・紹 介	精神科医療 機関の被災 状況把握	精神科救護 所の設置 調整
保健所数	7	4	9	3	13	12	0
率 (%)	38.9	22.2	50.0	16.7	72.2	66.7	0
	患者等入 院・転院 等の調整	医療機関/ 障害者施設 支援調整 (水・電気・ ガス等)	その他*				
保健所数	8	3	4				
率 (%)	44.4	16.7	22.2				

*）その他：・沿岸被災地への支援実施。

- ・震災直後に薬を失った精神障害者への薬の提供（市町村、支援チーム保健師、保健所保健師、精神科医療機関の連携による対応）。
- ・治療の必要な患者の受診支援。
- ・避難所巡回チームによる診療と要治療者への薬剤処方への提供。

- ・「避難所巡回チームによる要治療者の把握・紹介」や「患者等の入院・転院等の調整」等の個別の患者支援、また、「精神科医療機関の被災状況把握」や「精神科緊急医療状況の把握」等の情報把握に関しても実施されていた。
- ・「医療機関・障害者施設への医療関連物資の確保支援」や「医療機関・障害者施設への支援調整（水・電気・ガス等）」という直接的な支援も行われていた。

4) 問 19 県型保健所における市町村（対策本部）との連携方策

表 19 市町村支援関連事項（複数回答）、（13 の県型保健所からの回答）

	人材派遣	支援チームの活動調整	市町村対策本部への参画	巡回相談・健康状況把握	市町村職員へのこころのケア	その他*
保健所数	7	8	0	9	6	2
率 (%)	53.8	61.5	0	69.2	46.2	15.4

*）その他：・こころのケアチームによる市町村職員等の惨事ストレス対応の調整。

・地方振興事務所長が市町対策本部にでており、そこから保健所長等に伝わってきた、間接的だったこともあり、うまく連携が図れなかった。

- ・選択肢の内「市町村対策本部への参画」を除く事項については半数以上の保健所で実施されていた。
- ・直接「市町村対策本部への参画」した保健所はなかった。

5) 問 20 発災後 4 日以降で取り組むべき事項、または取り組めなかった事項（自由記載）

- ・沿岸被災地へ支援を実施した。
- ・在宅精神障害者への医療提供状況の把握。
- ・発災後、県内外の多くのこころのケアチーム、保健師チームの支援が入り、精神障がい者に対する医療や被災者へのこころのケアの対応は、地元医療機関や市町村等との連携の下で概ね実施できたと考えている。地元中心の精神保健医療体制に移行していくことを目標に必要な取り組みを進めることが重要。その際、市町村の保健師のこころのケアへの対応力を向上させる取り組みを併行する必要がある。
- ・精神科救急医療については、地元精神科病院が稼働したので連携しての速やかな対応が可能だった。こころのケアについても、岩手医大こころのケアチームが常駐に近い形で対応し協同で対応にあたった。
- ・障害者施設の状態把握を本庁で行ったが、交通手段が許せば保健所で出向き聞き取りをすることで実態がより把握でき支援の検討に繋がったと思う。被災医療機関の把握は担当である企画総務班が行ったが、精神科医療機関に関しては人的余裕があれば精神担当班も一緒に行くのと良かった。
- ・市町等の関係機関に対し、こころのケア対策について国や県の動き、新たな情報を提供していくこと、他機関の取り組みについて情報交換できる場面を提供していくこと。
- ・外部からの支援団体や関係機関の役割調整。
- ・市町の災害対策本部との協働、健康巡回チームとの情報共有、精神科救護所の設置調整、在宅精神障害者へ医療提供状況の把握。
- ・こころのケアの拠点に関する設置では、管内の避難所 2ヶ所に相談室を設置した。問 16 の「12、精神科医療関係者との情報交換会」は実施できなかったが、管内の精神科診療所の医師（保健所の指導医）との何かしらの情報交換会は必須であったと反省している。問 18 「4、在宅精神障害者への医療提供状況の把握」では死亡を含む安否確認も十分に出来ずにいた。仙台市で実施できなかったのは、マンパワー不足があったことが大きな理由ではあったが、比較的早期に地域の診療所で診察が再開されていたこともある。
- ・避難所に一気に多くの人が入り、環境に適応できない精神科疾患を持つ患者は、精神科医療機関に入院せざるを得ない状況であった。障がい者がゆっくり休める環境整備とケアにあたる人材が必要であった。
- ・精神科救護所の設置、相談窓口の設置、管内関係機関との連絡調整、在宅精神障害者への医療提供状況の把握、福祉避難所の設置に関する調整。

- ・支援者のこころのケア、被災者に対する生活支援・健康支援の継続。
- ・在宅精神障がい者の安否確認について、要援護者の名簿については65歳以上の独居高齢者や身体障害者、療育手帳所持者の一部となっている。精神障害者名簿の整備はこれからであり、個人情報取り扱い等の困難な点もあるが、障害者を取り巻く近隣地区で障害者の安否が確認できるよう自立支援協議会等で名簿の作成及び情報開示について検討していく予定となっている。
- ・市全域が被災して、水や食料やガソリン、薬剤の確保、人員不足に対し自分のところは自分で守るという状況であった。状況を把握しても直接支援できる状況になかった。

(7)問 21～問 22 東日本大震災発生時の精神保健に関する課題

1) 問 21 精神保健対策を実施する際の各分野での問題点【自由記載】

①地域精神保健対策：精神保健福祉法に基づく通報等への対応

- ・法に基づく通報はなく、精神障がい者への対応では、服薬支援、受診支援、避難所の変更等を実施したが、関係機関との連携、調整等が円滑に行われ、大きな問題なく対応できた。
- ・精神科救急患者（急激に不穏状態を呈した患者）への対応。
- ・被災直後の精神症状が悪化した患者への対応（特に入院受入先の確保）。
- ・実際、6月に震災後初めて通報があった。宮城県警は行方不明者の捜索に追われており、精神障害者発見通報は控えていたと聞く。
- ・他圏域から避難してきた障害者についての事前情報がなかったことから、問題行動が見られた場合の対応に苦慮した。
- ・震災後4日目に警察官通報が入ったが、通信も途絶え、関係書類も公用車も流され、何もなくなった状況での対応は大変だった。この様な時は例外的に被災が少なかった保健所や精神保健福祉センターなどが対応してくれる体制整備が必要である。
- ・マンパワーの不足、医療機関の不足、地域（地理）的不利、電話の不通やガソリン不足により関係諸機関と連絡が十分取れなかった。警察署の被災、電話や電気の不通から情報が行き届かなかった事を背景に、警察から当初、通報時の連絡先の確認や、入院できる医療機関等に関する相談があり、県庁等で対応した。
- ・震災発生後6日目に警察官通報1件あり。保健所への連絡が取れず本庁を通しての通報連絡であった。対応困難な状態であり本庁を通じ近隣の他管内保健所での対応を依頼し、他管内保健所が対応した。
- ・診察のための医師や入院可能な医療機関の確保が平常時にまして困難となった。
- ・当所管内の精神科医療機関は、避難区域に指定された医療機関の入院患者の転院を受け入れたため病床超過となり、通報や相談業務の中で、入院が必要と判断されても受入れ医療機関の調整が困難な状況であった。←避難区域の近隣区域で通報等から医師が必要になった場合、避難区域近隣には応急指定病院がないため、当所管内の応急指定病院に移送となり、上記の転院者対応に加えて、新たな入院が重なり、通報等で特に保護室対応を要する患者の受入が困難な状態であった。
- ・管内の医療機関に被災地からの殺到、または病院内救急病棟の震災により建物損壊等により医療機関の入院受入ができなくなり、遠方までの受け入れ調整が必要となった。ガソリンの不足により移送業務や保健所職員が警察や病院に向かう移手段が難しかった。震災対応等にも職員が取られ、また職員が事務所に来れない状況も重なり、通報できる担当職員数を確保するのが大変であった。
- ・県内の多くの精神科病院においてライフラインの停止、建物被害があったことにより、入院受入れが困難な状況に陥った。
- ・地域全体が被災した中で、診察のための精神保健指定医の確保、入院先の確保が困難であった。

②こころのケア：被災者・支援者へのメンタルサポート

- ・県内外の多くのこころのケアチーム、保健師チームの支援が入り、被災者へのこころのケアの対応は、市町村等との連携の下で概ね実施できたと考えている。
- ・被災者の状況に沿ったメンタルサポートのあり方。
- ・こころのケアチーム派遣により対応したが、通信手段、交通手段が十分でない時期のニーズ把握は難しかった。
- ・うつ病やアルコール問題での受診者が増加。住民のセルフケア能力を高める必要が生じた。
- ・外部から様々な団体やボランティア等が応援に入ってくれて助かる面も多いが、よく分からない団体が勝手に避難所に入り活動したり、関係者のミーティングに参加し無責任な情報を流す等、市町毎に調整を図り体制をつくりながら活動しても、かき回されて、その対応に労力を費やした。医療救護チームやこころのケアチームが多く入ってきて、その調整を図るのが大変だった。県外からの応援チームから、活動方針を示して欲しいと言われたが、方針を立てるまでの地域の情報や考え方が整理されないと出来ない。今回のような大震災では地元の職員は疲弊し混乱している状況なので、そのプロセスの支援が必要である。
- ・当初県で想定していた「こころのケアチーム」の活動では、保健（予防）活動を主としていたところがあり、想定外の事へ対処しきれなかった面や事前に十分な情報提供ができなかった面があり、現場等を混乱させてしまったところもあった。
- ・避難所では、当保健所の保健師及び全国派遣保健師が毎日巡回で健康観察・相談を実施しており、その活動で精神的支援が必要と把握された方にこころのケアチームによる面接を実施した。巡回チームは日替わり、週替わりでメンバーが入れ替わることから、継続した関係性の相談がされにくく、また被災者の中には周囲から「こころが病んでる人」と見られることを嫌がり、自ら相談に来る事を躊躇する方が多く見受けられたことから、通常健康相談を通じて把握し、繋げるように心掛けた。支援者の精神的ケアについては当初から意識して対応することが出来た。但し、保健所職員を含む行政職員に対するこころのケアは十分と言えず、セルフケアで凌いでいたように思われる。そのことに気付ける余裕もなく、また巡回のこころのケアチームからも配慮されることはなかったと感じる。支援する側の支援が確立されていない。
- ・被災者へのメンタルサポートを行うために、他県のこころのケアチームの派遣を受け、避難所の巡回相談を行った。精神科病院毎の多職種チームであったが、3日毎にチーム交代となるため、派遣調整、活動後の引き継ぎ等に時間を要した。また、派遣される職員の全てが災害時のこころのケアに関して十分な知識があるわけではないので、専門機関の一定の研修受講等の必要性を感じた。支援者のメンタルサポートについては、予防的な働きかけやセルフケアについての啓発はしていたが、事業主体が明確でなく、具体的な支援を始めたのは今年度からであり取り組みも遅かったと思われる。
- ・ガソリン不足により管内へ出張等の制限が加わり避難所へ出向くことが困難な状態であった。県外からのこころのケアの派遣チームが福島県に来たのは、災害後10日以上経過してからであり、また管内の医療機関でも混乱が続き被災者・支援者へのメンタルサポート体制ができたのも10日以上経過した後であったため、災害直後の緊急対応ができなかった。
- ・「こころのケア」のためという介入では相手から拒否されることがあるため、生活支援・健康支援を中心に、併せて心の支援についても配慮するという事で関わっている。
- ・被災者支援が優先され、支援者のメンタルサポートは後回しになりがちである。同時にサポートを行うことが必要でも、人員やメディカルスタッフの不足等の問題もあり、困難な点が多い。
- ・被災者・支援者ともにメンタルサポートのPRが行き渡らず、ケアの必要な人の把握もスムーズでなかったと思われた。効果的な支援活動の構築である。

③精神科医療の確保：精神科救急・精神科救護所の調整

- ・精神科医療機関（病院2、診療所1）は被災しなかったことから、緊急度の低い患者の受診制限や薬の処方期間の短縮はあったものの、救急患者の受診、入院等の医療については確保されていた。なお、発災後、不安定になった認知症高齢者や、もともとメンタル面で脆弱性を有しストレスによる不調となった者による一時的な入院需要が増加したものの、国の定員超過を緩和する方針を踏まえて精神科医療機関が対応した。
- ・医療機関の被災状況や病院機能の状況の速やかな把握。
- ・避難所において治療の必要なケースは病院への受け入れ調整をし、受診（移送）支援を行なった。また、避難所等のあるところのケアチームによる巡回相談を4月初めまで行った。ところのケアチームによる薬の処方、患者の今後の受診行動を鈍らせたり、地元医療機関との関係もあり何らかのルール化が必要だと思う。
- ・通信が遮断されたことにより情報収集が困難となった。
- ・県内の精神科病院が長期にわたりオーバーベッドの状態となり、緊急対応時に受入してもらえぬ病院が見つかりにくかった。
- ・管内の入院ベッドのある主要な医療機関が流された為、入院ベッドが不足し、調整が大変だった。
- ・「ところのケアチーム」と医療機関との連絡調整についてアウトリーチで引き受けた（DMAT含む）。今回の震災時は、被災した精神科医療機関も多かったことを背景に、精神科救急にしても県外等のあるところのケアチームに多くを担っていただいた。そのため敢えて救護所は開設しなかった。
- ・県内の多くの精神科診療所や病院が被災し、患者受け入れ調整に苦慮していたと思う。そのような状況の中でも、入院調整に問題が生じたことはなく、各医療機関の努力のお陰と思う。
- ・精神科救護所の設置はなかったが、ところのケアチームの調整で広く避難所を廻り、診察・処方を実施した。避難所以外の方は3月23日以降の浸水地域訪問調査後に把握されることとなり対応が遅れた。マンパワー的に早期の在宅精神障害者への対応は困難であった。
- ・被災直後の精神症状が悪化した患者への対応（特に入院受入先の確保）。
- ・原発事故の避難で、精神科医療機関や老健施設から医療機関に移送された患者の中には、名前や生年月日、病名、これまでの治療歴など基本的な情報が一切わからない患者が多数含まれており、医療機関における救急対応は困難を極めた。透析が必要な精神疾患患者について、一定時間内に透析をしなければならない状況であるにも拘わらず対応可能な医療機関を探すのに苦慮した。身体合併症のある方の救急受入先等も定めておく必要があると思われた。
- ・今回の大規模災害では、福島県への支援が届くと期待したが、原子力災害という特殊性の中で、その派遣が中断され、混乱した管内の精神科医療状況の中では、現地の体制整備もできず、精神科救急体制はもぐら叩きの様に対応に追われてしまった。その反省からも、県外からの応援が届くまでの間の早い時期は、身近な管内の関係機関で対応ができるように、日頃の身近なネットワークの中で医療や薬の確保ができる体制として、精神科救護所の設置や、災害時の救急体制を具体的（に）かつ実現可能な状態で検討し、災害前から常時シミュレーションをしていることが大事であったと痛感した。
- ・県内の多くの精神科病院においてライフラインの停止、建物被害があったことにより、入院受入れが困難な状況に陥った。
- ・予想外の規模の災害で、多数の避難所が開設され、精神疾患を持っている方が落ち着いて過ごせる環境調整は困難であったが、必要性は実感した。今後に向けて検討したい。

④市町村対策本部との連携

- ・当初、各支援チーム、市町村、保健所、関係機関の連絡調整の取りまとめは、保健所が中心とな

って実施し、6月頃からは各市町村が担当したが、連携は概ね確保されたと考える。

- ・精神保健に関して市町村対策本部との連携は取らなかった（市町村担当部署との連携はあり）。
- ・「保健所」として市対策本部に組み入れられておらず、間接的連携に終始した。（宮城県では地域復興事務所が対策本部に組み入れられていた。宮城県内には町対策本部が立ち上がらないほどの深刻な被災をしていた自治体もあった。）
- ・災害発生後間もない時期は、市町村対策本部から県の対策本部に入る内容や対策本部・当該市町村保健師・避難所担当者から直接精神保健担当に連絡がある事項に食い違いも多く、情報の共有が困難であった。市町村、県の相談等の窓口を明確にしておく必要があった。
- ・生活支援・健康支援の活動の中で、市町村保健師や保健福祉部門との連携は図っているが、市町村対策本部との連携は十分とは言えない。
- ・今回本部機能が発揮されるまでに時間を要したため、初動時においてはそれぞれが判断して行動せざるを得なかった。今後の課題と思われる。

2) 問 22 今後の情報通信等の基盤として必要な事項【自由記載内容】

- ・被害状況等の情報収集の担当者、役割分担を決めて訓練しておくことが必要と考えられる。
- ・通信手段の確保、関係機関との情報共有・そのためのネットワークづくり。
- ・固定電話、携帯電話は使用不能となり、衛星携帯電話や職員の移動による伝達が通信の手段となった。基盤整備としては、衛星携帯電話を必要数確保することが、非常に重要と考える。一方で、情報通信手段が全く利用できない場合の情報連絡体制について地域の実情に応じて検討すべきである。
- ・主要な関係機関の間でできる通信手段の確保。役所関係の建物も自家発電設備が整っておらず、停電に対応できない所もあるので、活動拠点として稼働するための震災に強い施設整備。
- ・東日本大震災では、発生直後は生きることに精一杯で、もともと精神疾患があった人かストレスに対し脆弱な人が変調をきたしやすかったように思う。直後は不眠や不安を訴える人が多かったが、正面切って精神保健と銘打っての活動は敬遠され、身体的な問題から係わりを持ち精神的なものも確認していく作業だった。派遣いただいたところのケアチームは、その辺は十分に理解し、幅広く対応いただいた。また保健所職員への啓発、遺体を発見した学生ボランティアへの対応なども快く引き受けていただき感謝しております。地域の医療機関は患者の治療で精一杯状態であり、災害直後は心のケアチームに頼るところは大きかった。（本所、支所間で情報が十分に共有できたわけではないので、回答は、回答者の理解している範囲での本所活動についての回答になっている部分もあります。）
- ・電話が不通になった場合に市町村、医療機関等の関係機関と早期から連絡がとれるようメーリングリストの準備が必要。
- ・無線機、衛星電話。
- ・衛星携帯の常備。非常電源の確保。NTTなどの通信会社と事前に契約し、災害時に電源車や移動基地局車の配備を依頼することが必要と思われる。
- ・衛星回線の確保、ライフライン・ロジスティックの確保。
- ・通信手段が途絶えた今回の災害では、仙台市の多くの部署で情報伝達に支障を来しており、迅速かつ的確に情報収集し伝達することの必要性を痛切に実感した。今後は広範囲で検討がなされるところであり、保健所レベルでの回答は困難である。その上で、「情報通信の基盤整備に何が必要か」の回答とは違うが、今回の災害対応を通じ、民生児童委員、自治会、地域包括支援センター、訪問看護センターなど障害・高齢福祉関係者との日頃の連携の重要性を実感した。これらの関係者からの情報で、地域の精神障害者をはじめところのケアを必要とする方を多く把握することが出来た。「避難所に行けば保健師がいる」この情報で、相談を受けることが出来たように思う。

- ・無線による情報通信網（非常電源等による）の整備。
- ・精神科救急の窓口について災害時も利用できる通信手段の確保。電話が不通の時期に、比較的メールが繋がったので、関係機関のメールアドレスの情報整理。
- ・緊急時のガソリンの確保、災害時優先電話の確保（公衆電話、防災無線等）。衛星回線／衛星通信の公共施設への設置（災害時優先利用として）。災害時にアクセスし、診療情報、処方情報を電子媒体で参照、共有できる仕組み。テレビ局、ラジオ局と連携（公共無線システム）。アマチュア無線機の設置。
- ・県内の精神科医療機関の診療情報や入院情報（現在の入院数、受入れ可能数等）が毎日更新され、保健所等で把握できると良い。
- ・診療可能な精神科を含む医療機関、及び相談窓口等の情報が必要であることはもちろん、精神保健分野のみでなく、迅速なライフラインを含めた関連情報が早期に得られることが重要だと思われる。

4. 考 察

調査対象とした岩手、宮城、福島の合計 30 か所の保健所のうち、回答は 18 か所からとなり回答率がやや低く、特に岩手県は回答率が 40% であった。今回の東日本大震災により、これら 3 県の保健所が被った被害は地震、津波、放射線などにより、その様態が大きく異なり、また程度も異なる。このため、この調査により自然災害後の保健所における精神保健対応の状況を定型的に示すことは難しいと考えられる。しかし、今回の調査により東日本大震災に対する精神保健対応の状況がかなりの程度明らかにできたのではないかと考えられる。

平時における事前対応としては、災害時におけるこころのケアに関するマニュアル等の整備は今回の震災以前に策定されていた保健所は 18 保健所中 7 か所であり、特に、原子力発電所の事故の影響を想定した準備は充分ではなかったと思われる。平時からの連携づくりは約 60% の保健所で行われていたが、自然災害を強く意識した体制づくりかどうかは今回の調査では明確にできていない。

震災発生後 3 日以内の対応については、保健所自体が被災し、精神保健対策として特別な取り組みが出来なかったところが 4 保健所あった。自由意見として多くの保健所が記載しているように、被災した保健所では、新たな体制を素早く構築して組織的な精神保健対応を取ることができた保健所は多くはなかったと考えられる。津波による流出・浸水を含む建物自体の損壊や交通及び通信手段の喪失などの被害があり、多くの保健所では精神保健対応のみに特化した対策を取るとは非常に困難であり、臨機応変に可能な対応が取られていたことがうかがわれた。しかし、この時期においても、マニュアル等に基づき精神保健対策を行う活動チームを整備した保健所も存在した。また保健所が精神保健対策に関して連携した組織は、精神保健福祉センター（67%）、市町村（56%）、医師会（39%）であった。

約 80% の保健所では情報収集が行われており、要援護者の状況把握やこころのケアに関する相談も約 30% で実施されていた。この時期では、巡回相談・訪問指導やこころのケアチームの編成・派遣調整などは 2、3 か所の保健所で行われていたが、保健所外へ出た直接的な支援を行うことは難しかった状況がうかがわれた。また、精神保健対応としての新たな相談窓口やホットラインを開設しえた保健所はなく、既存の電話や窓口を活用し対応が行われていた。得られた情報から必要な対応の優先順位を決め、既存あるいは残された人員・体制・設備などを活用して活動を開始することが重要と考えられた。一方、患者搬送や精神科医療機関の診療情報の提供を行ったと回答した保健所もあった。

震災発生後 4 日以降になると、表 16 に示したように種々の精神保健対策を講じることができるようになっていた。被災者などへのメンタルサポートの観点からは、3 日以内にも行われていた情報収集などに加えて、要援護者の状況把握やこころのケアに関する相談、巡回チームによるこころのケアなど被災者へのメンタルサポートに焦点を当てた対応も多くの保健所で実施されるようになっていた。

こころのケアチームの受入・活動調整（約 70%）や医療救護班等との情報共有（約 80%）のような他機関との調整機能も発揮できるようになっていた。精神科医療の確保方策として、精神科医療機関や障害者

施設の被災状況の把握、避難所における要治療者の把握・紹介や患者の入院・転院調整も半数以上の保健所で行われていた。在宅精神障害者の状況把握や医療機関・障害者施設へのライフラインに関する支援調整を実施できる保健所が現れていた。市町村との連携・支援では、表 19 に示すように人材派遣（約 55%）や巡回相談（約 70%）等の被災者支援と市町村職員の心のケア（約 50%）を行うという直接的な支援に加え、支援チームの調整（約 60%）も多くの保健所で実施されていた。

なお、問 9、問 11 から問 19 については、選択肢にあげた対応事項の実施の有無がこころのケアに関するマニュアル等の策定の有無に関係するかどうかを統計的に検討したが、系統だった関連はなかった。ただ、問 11「市町村との支援調整」のみ $p=0.058$ と $p<0.1$ で傾向性がみられた。選択肢にあげた対応事項の実施状況はマニュアル等の存在以外に、保健所自体の被災状況が異なること、管轄区域の被災状況も津波・地震・原発事故関係など種々の様相を呈しており、地域により支援ニーズも異なっていたことなどが大きく影響すると考えられる。一方、今回の震災後には、ほとんどの保健所でマニュアル等が策定されているが、複合的な自然災害に対応が可能なマニュアルであるかどうかの検討が必要である。

今回の東日本大震災発生時の精神保健対策に関する課題を整理すると、精神保健福祉法に基づく通報等への対応については、通常通り実施された地域もあるが、通報の受入体制そのものが機能しにくくなったことや指定医の確保、入院調整（受け入れ先の確定、搬送）に関する問題が生じた地域も多かった。通報や措置・医療保護入院件数に関して、数字のみでみると平成 22 年度と平成 23 年度において大きな差はなかったが、今回のように交通及び通信手段に甚大な障害が発生した場合の法的手続き等を継続させる方策を検討する必要がある。

被災者及び支援者へのメンタルサポートに関する課題として、交通・通信手段の制限などによりニーズの把握が十分にできなかったこと、支援受入側として来援団体の調整の困難さ、支援する側として想定していた活動と現場のニーズとの齟齬、そして、早期から職員へのメンタルケアを効果的に実施することの難しさが明確になった。また、被災者に対し、はじめからメンタルヘルスサポートとしては接しにくく、健康・生活相談をきっかけにして状況の把握に努める姿勢が必要であり、健康巡回チームとの連携が求められた。

精神科医療の確保に関する課題は、災害発生初期には医療機関・障害者施設の被災状況や在宅精神障害者の状況把握が困難な点がまず上げられる。精神科病院の多くが被災した場合、精神科救急、その他の入院調整、避難としての転院時の情報共有を含めて、受療・入院体制の確保も大きな問題である。また、今回の調査では精神科救護所を設置した保健所はなかったが、ある程度の医療機能を備えた精神科救護所のあり方も具体化させる必要があると考えられる。

市町対策本部との連携に関する課題については、今回の調査では組織的な連携体制が保健所と市町対策本部に存在したという回答はなく、状況に応じた情報交換や支援等がなされたと考えられる。県型保健所の場合は、少なくとも保健所が所管する事項については市町村対策本部と常に情報共有しうる体制も検討する必要がある。

自由意見に多く述べられている情報通信等の基盤として必要な事項として、ハード面では衛星電話やインターネットの活用など通信手段を自治体レベルで整備することが必要である。一方、ソフト面では、保健所は地域団体等が災害発生時には自ら自発的に活動しうるように育成する観点をもって、日頃からこれらの様々な地域団体とのネットワークを構築しておくことが非常に重要と考えられる。

精神保健部門の体制に関しては、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」1) に精神保健福祉士や精神保健福祉相談員等を含めた職員配置等が記載されているが、今回の調査では表 1-③-5 に示したように精神保健福祉士を配置している保健所はなく、精神保健部門の体制も 5 人以上 10 人未満の保健所が約 6 割であり、常勤専門職員の配置が十分でないことがうかがえる。今後の精神保健福祉業務の市町村や精神保健福祉センター等との役割分担を踏まえた保健所の精神保健部門の充実強化が望まれる。

5. まとめ

自然災害時における精神保健福祉業務に関しては、平時の地域精神保健福祉業務を定めた「保健所及び

市町村における精神保健福祉業務運営要領」1) に準じた「災害時等における精神保健福祉業務手引き」の作成が望まれる。「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドライン」2) の作成が検討されているが、災害時等の精神保健福祉対策の記載が不十分であり、また平時と危機時の体制・業務は連動していることから「業務運営要領」の見直しにおいても、自然災害時における精神保健福祉対策の記載が必要である。

また都道府県内あるいはそれ以上の広域に及ぶ危機時への対応は、単独あるいは少数の組織では困難であり、精神保健福祉業務に関しても同様である。このため、平時から政令市保健所を含めた都道府県内の保健所が連携・協働しうる保健所同士の連携体制の整備を基本としながら、災害等の健康危機の規模に応じて、さらに、都道府県外の保健所から被災地域への支援・受け入れが可能な体制を早急に整備していく必要がある。

そのためには、分散化し多様化している、保健所間の支援を円滑に行うための共通の考え方や指示系統、手順等の方法を整理・成文化し共有しておくことが望ましく、有効な標準化の一つと考えられる日本版 ICS (incident command system) を、現在保健所長会で作成中であり、各々の保健所・自治体で共有化・活用することも有効な手段の一つであると考えられる。

参考：

1. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について：
<http://www.whoirei.mhlw.go.jp/hoirei/doc/tsuchi/170815au.pdf#search='保健所及び市町村の精神保健福祉業務運営要領'>
2. 「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」報告書：厚生労働省平成 23 年度障害総合福祉推進事業，社団法人日本精神保健福祉連盟，2012.3

別添

東日本大震災における精神保健対策に関する調査票

都道府県名： _____

回答者氏名		所属・職名	
電話番号		Emil アドレス	

【保健所基本属性】

問1 保健所全般についてお聞きします。

- ①保健所名称： _____、②所管人口： _____人
 ③勤職員数^{※1)}： _____人（うち医師 _____人、保健師 _____人、放射線技師 _____人、精神保健福祉士 _____人、その他 _____人）

※1) 保健福祉事務所等の統合事務所の職員数を記載

問2 保健所精神保健部門についてお聞きします。

- ①精神保健部門はどのような体制ですか
 ア、課制 イ、係り制 ウ、担当制
 エ、その他（ _____）
- ②精神保健部門の常勤の職員数^{※2)}： _____人
 （うち医師 _____人、保健師 _____人、精神保健福祉士 _____人、臨床心理士 _____人、事務 _____人、その他 _____人）
- ※2) 他の部門との兼務を含む