

が、金(2012)は、広汎な地域で展開される精神保健医療活動に関して、あまりに一元的な指示体制を組むことが災害によっては困難であることもある。また、限定された地域では現地の様々な診療科の協力体制が構築され、自発的に統括者が選ばれることもある。このような場合にも対応できる柔軟性が必要であると指摘している。松本(2014)も、精神科救急体制については、平時から地域ごとに事情は異なり、災害の状況に応じた対応が必要なため画一的な対策は難しいかもしれない。しかし、災害時の制止間救急体制については、災害拠点の病院との連携も含めた事前の検討が必要であると考えられると指摘している。

次に PFA に関する記述であるが、本章にはすでに PFA についての記載がある。しかし、金(2012)によると、この時点では今日のような体系化された PFA は存在していなかったため、PFA が具体的に普及、展開されることには結びつかなかった。この箇所については、新潟中越大地震(2004)、東日本大震災(2011)の経験を踏まえ、さらに実際の活動の擬態的指針を発展させ、統合すべきと言える。援助者は必ずしも専門家であるとは限らない。被災地に支援に入った際に被災者に支援を押し付けてはならない。支援活動はあくまで現場のニーズに基づいて行うものであり、押し付けの支援は倫理的・道徳的に許されない(荒木,2014)。専門家に限らずとも被災者と関わる可能性のある援助者には今日に広く普及されている PFA についての具体的な指針を明記すべきである。

最後に、調査・データに関する倫理についての記述である。大規模災害後に、調査や研究が盛んに行われることはよくあることである。しかしながら、その手法やデータの取り扱いに

よって、被災者が虹的な害を被ることがある。金(2012)は被災者の自然回復を阻害する要因として「現実的援助の遅れ」、「災害弱者」、「社会機能」、「その他」とあり、「その他」に分類されるであろう被災者に対する倫理的手続きを踏まえない調査活動に対する指針の測定が必要であると指摘している。

また、同様に加藤ら(2011)は大規模災害後に、調査や研究を実施し、被災地支援に役立てたり、科学的検討を行うことは重要であるが、一方で、科学的な妥当性や倫理性について事前の検討が不十分なまま実施された研究や調査が問題として指摘されたと報告している。さらに、松本(2014)は、災害後の調査研究の倫理については基本的な概念や制度を整理し、支援者や研究者が知っておくべき知識として事前の教育が必要であると指摘している。

#### D. 今後の災害時地域精神保健医療活動ガイドラインに必要な検討事項

- (1) DPAT を通じた派遣の枠組み  
心のケアチームがどのようにして現地に入るのか、その際の制度的な枠組み、統括 DPAT との連絡など。またロジスティクスについては新潟県中越大地震(2004)に際してのマニュアルに記されているが、より系統的な記載が必要である。
- (2) DMHISS  
活動記録を一元的に web 入力することの必要性と、DMHISS の操作、e-learning 方法についての記述が必要である。
- (3) DMAT、公衆衛生、JMAT 等との連携  
自治体の精神保健活動を越えた領域での精神医療・保健活動との連携、

特に医療救護チームとの連携についての整理が必要である(松本,2014)。

特に急性期支援を行う際にはDMATとの連携が必要であり、研修の相互化、e-radへのアクセスなどに言及する。また内科的なJMAT、公衆衛生等の医療保健チームとの連携について解説する。(金,2014)

(4) 情報不安

原子力発電所災害に見られるような情報による不安への対応についての記述が必要である。

(5) 支援者支援

業務過剰、労災、惨事ストレスなどについての解説が必要である。

(6) 研修登録制

災害対応のための研修について、組織的な登録制の必要性について言及する。

#### 参考文献

1. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援:保険分野の人道支援に携わる者は何を知っておくべきか?ジュネーブ, 2010  
[Internet]  
[http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental\\_info\\_iasc\\_s.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_iasc_s.pdf)
2. 荒木剛, 桑原斉, 安藤俊太郎, 笠井清澄:災害直後のこころのケアのあり方—東京大学医学部附属病院災害医療マネジメント部の取り組み—. 精神神経学雑誌, 116(3);189-195, 2014.
3. Inter-Agency Standing Committee (IASC). 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 ジュネーブ, 2007  
[Internet]  
[http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental\\_info\\_iasc.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_iasc.pdf)
4. 加藤寛, 鈴木友理子, 金吉晴:自然災害後の精神保健医療の対応について. トラウマティック・ストレス, 9(2); 152-157, 2011
5. 金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 岩井圭司, 加藤寛, 永井尚子, et al. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン  
[Internet]  
[http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental\\_info\\_guide.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_guide.pdf)
6. 金吉晴:災害時地域精神保健活動ガイドライン改訂に関する研究. 2012
7. 木村勤:暗闇の中での叫び—ライフラインを断たれた21日間—. 松本和紀, 松岡洋夫編:東日本大震災の精神医療における被災とその対応—宮城県の直後期から急性期を振り返る—. 東北大学大学院医学系研究科, 41-44, 2014.
8. 佐藤茂樹:石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援. 松本和紀, 松岡洋夫編:東日本大震災の精神医療における被災とその対応—宮城県の直後期から急性期を振り返る—. 東北大学大学院医学系研究科, 31-37, 2014.
9. 新階敏恭:2011年3月11日を振り返って. 松本和紀, 松岡洋夫編:東日本大

震災の精神医療における被災とその対応－宮城県の直後期から急性期を振り返る－. 東北大学大学院医学系研究科, 49-55, 2014.

10. 高階憲之:南浜中央病院、そのとき、いま、これから. 松本和紀, 松岡洋夫編: 東日本大震災の精神医療における被災とその対応－宮城県の直後期から急性期を振り返る－. 東北大学大学院医学系研究科, 45-48, 2014.
11. 松本和紀:東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健－宮城県の状況と支援活動－. 精神神経学雑誌, 116(3);175-188, 2014.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究

（資料）DPAT に関する意見の収集

研究分担者	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
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
	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

研究要旨

【目的】災害派遣精神医療チーム(DPAT)に関する活動指針について、検討会およびその後の調査を通じて意見の収集を図った。

【方法】専門家による災害派遣精神医療チーム(DPAT)に関する活動指針検討会を開催した後、そこでの議論をもとに論点を整理した。そして整理した論点について、検討会に参加したメンバーに対し、さらなる意見を求めた。

【結果】検討会には20名の参加が得られた。検討会における議論を整理した結果、論点は以下の3つに整理された。1)DPATの急性期の活動と中長期の活動の枠組みについて、2)災害の規模とDPATの派遣のあり方、3)DPATの活動、精神科医療と地域保健活動、活動の拠点や地域の資源との連携について。その後の調査では17名から回答を得た。論点1については、急性期と中長期の活動の枠組みは分けて考えた方がよいとの意見としては、急性期の活動を統括した組織がそのまま中長期の活動も担当するのは負担が大きいといった理由や、急性期と中長期では必要な活動が異なる、といった理由が挙げられていた。さらに、発災直後の先遣隊の活動を急性期とは別枠で考える必要性の指摘もあった。急性期と中長期の枠組みは同じ方がよい、急性期の枠組みをそのまま中長期へ継続した方がよいとの意見としては、分けること自体が難しいといった理由や、また、状況に応じていくつかのバリエーションがあってよいといった意見があった。ほかに、急性期と中長期といった時期で分けるのではなく、活動の内容に基づいて分けた方がいいといった意見、精神医療だけで考えるのではなく、より広く医療や保健全体の枠組みの中に精神医療を位置付ける必要性の指摘、さらにまた別の枠組みの提示などもあった。論点2については、災害の規模により必要な活動は異なるとの意見が多かったが、必要な活動は規模のみにより決定されるわけではないとの指摘もあった。また、医療機関への支援について、

必要な想定や準備、研修などについてなど、多岐にわたる意見が出された。論点3については、DPATの活動拠点としては、地域の実情や災害の特徴に応じて、拠点を設置する、しかし医療と行政の連携は欠かせないので、精神保健医療ネットワークを構築する(あるいは既存のものを活用する)、あるいはDPAT統括者が災害医療コーディネーターを兼務するといった具体的な提案があった。転院調整や中長期的な支援では行政による調整が必要となるので、行政機関の役割に期待する意見もあったが、精神保健福祉センターの機能を補完することが必要といった指摘もあった。DPATの精神科医療については、その意味するところが広がっているために、議論が混乱しているという指摘があった。精神科医療活動としては、転院調整と診療支援の二つの機能について語られ、転院支援については、これはDPAT先遣隊のみではなく、EMISによる病院の被害状況の把握、そしてDMATとの協力が基本的なスタンスとして重要という意見があった。被災病院の診療支援については、DPATチームが支援するというよりも、被災病院の診療に関するマンパワーを補うことが求められ、このような診療支援には精神科医らも関与しやすいのではないか、という意見があった。また、民間の精神科病院は行政の支援が得にくく、災害拠点精神科病院を制度上の位置づける重要性が指摘された。地域保健活動としては、災害時の精神的な動揺は医療の対象とすべきではなく、保健師チームの組織化とDPATや医療機関の連携体制の構築が必要という意見があった。

【結論】DPATのあり方については多様な意見があり、事前に全てを規定するよりも、現場のニーズに応じて柔軟に運用できる仕組みが求められていた。また、今後、議論を進めていくうえで、DPAT、先遣隊、こころのケアチームといった名称について、共通理解を作っていくことが必要だと考えられた。

## A. 目的

災害派遣精神医療チーム(DPAT)に関する活動指針について、専門家らのあいだで検討し、意見を収集することを目的とした。

## B. 方法

### 1) 検討会の開催

災害派遣精神医療チーム(DPAT)に関する活動指針検討会を、2014年9月25日に東京にて開催した。参加者氏名は末尾謝辞参照

### 2) 論点の整理

検討会での議論をもとに、論点を整

理した。

### 3) 調査による意見の収集

整理した論点について、検討会の参加者にインターネットを通じて、さらなる意見を求めた。意見の収集期間は2014年11月25日～12月9日とした。

## C. 結果

### 1) 検討会

精神医療の専門家ら20名の参加が得られた。

### 2) 論点の整理

検討会での議論をもとに、論点を以下の3つに整理した。

1. DPAT の急性期の活動と中長期の活動の枠組みについて

2. 災害の規模とDPATの派遣のあり方

3. DPATの活動、精神科医療と地域保健活動、活動の拠点や地域の資源との連携について

### 3) 調査による意見の収集

検討会の参加者にインターネットを通じた調査を依頼し、17名から回答を得た。以下に、3つの論点ごとに得られた具体的な意見を提示する。

(1) DPATの急性期の活動と中長期の活動の枠組み(特に、DPATの構造、統括)

1. 急性期と中長期の活動の枠組みは分けて考えた方がよい

1) 急性期と中長期の枠組みを同一にするのは負担が大きい

・被災県としての立場で考えると、急性期から中長期まで切れ目なく災害対応と通常業務を合わせて担うことは大変な負担となり、急性期と中長期の活動の枠組みは分けて考えた方がよいと思います。

・急性期活動により、かなり疲弊する感があります。急性期活動を統括した組織がそのまま中長期の活動をも担当するのは、いささか過酷な印象もございます。疲労により、中長期における活動の質が低下することを案じております。もし何か

違った枠組みが作れるのなら、より理想的かと思います。そうは申しましても、この二つの活動の枠組みを分けるとしたらいったいどう分けるのか、名案は思いつきません。

2) 急性期と中長期では必要な活動が異なる

・災害時の精神医療に対しては、基本的に、全く異なる2つのニーズがあります。一つは、被災者であればだれもが体験する惨事ストレスに対する対応と、既往症のある被災者への対応です。(惨事ストレスから精神疾患を発症する被災者もゼロとはいませんが、ネグリジブルです。)そこで、先遣隊が、既往症のある被災者への対応を行うのであれば、非常に有意義です。しかし、対応の基本は服薬の継続ですから、地元の医療機関が復旧すれば、派遣の必要はなくなります。一方、被災者が蒙る惨事ストレスに対応しようとするならば、派遣期間は長期にならざるを得ません。私たちの研究では、後者の場合、一チームの派遣期間は2週間で、避難所の解消までをカバーすることがベストという結論になりそうです。

・急性期と中長期は別物。急性期は地域保健ニーズのくみ上げ、地域保健組織の組み立て、精神医療機関(病院)の支援は主な仕事であり、中長期は地域精神保健の長期的・継続的支援が主な仕事と考えられます。

・全ての病院の緊急連絡網を作っておき、DPAT 都道府県調整本部は二次医療圏ごとに設けた支部を通して、大規模災害時には、直ちに被害状況を把握し、緊急を要する病院には3日以内にDMATまたはDPATを派遣する。(精神科病院の場合、精神科医師がいるので、必ずしも精神科の医師である必要はない。)被害が少ない近隣地域の病院は急性期には被災病院の患者の診療や転院の受け入れ先となる。中長期の支援はニーズに応じて精神保健福祉センターや地元の保健所、保健師チーム等と連携していく必要がある。

・DPATの急性期支援は、主として被災した精神科医療機関の診療支援とダメージの回復支援にあたるべきである。避難所への直接支援は、緊急性や重要性に欠けるし、当該地について不案内なチームの直接支援は戦力の拡散と無駄の産出になって支援効果は得られない。まずは、被災地の精神科医療機関の速やかな機能回復を支援し、その医療機関からの現地への直接支援をおこなうことができる環境を支えるバックヤードの役割を主とすることが、大切である。この点で、被災により身体的なダメージを受けた住民などの診療にあたるDMATやJMATとは、まったく異なる役割であることを認識する必要がある。実際に、急性期に避難所等の現場に出向いても、DPATの出番は少ないし、多くの場合は混乱の要因となると考えられる。DMAT等や避難所に配

置されるべき保健師等との情報経路を確保し連携を密にして、医療的な緊急介入が必要な人について、できるだけ地元の精神科医療機関から診療往診をおこなうか、あるいは避難所等から治療の場に移送することで、対応が可能であり最も効率的で効果的である。これらの地元の精神科医療機関からの診療派遣や収容対応が可能のためには、いち早く診療機能などを回復することであり、その支援にDPATが役割を果たすことができる。被災地での精神科医療機関の機能回復が難しい場合は、その近隣地域の精神科医療機関からの現地診療派遣が望ましいことから、それらの派遣医療機関へのDPATの投入が必要になる。このように、災害規模に応じて、被災地の外殻から被災地の現場に向けて、「玉衝き方式」(遠隔地の医療機関DPAT⇒近隣の医療機関DPAT⇒被災地の医療機関DPAT⇒避難所等)にて、おこなわれる支援方式がDPATの構造として最も適切である。ちなみに、被災地からの医療対象者については、この逆に移送が行われる。(避難所等⇒被災地の医療機関⇒近隣の医療機関⇒遠隔の医療機関)DPATの急性期の活動は、被災した医療機関の機能回復を如何に早め、その医療機関のスタッフが被災現場での医療活動が展開できるようにするのが、原則である。中長期的な活動については、急性期のDPAT活動とは様相を異にする。同じ組成や役割ではないことから、別なものとして構想されるべきである。チームでの派遣

は必要ではなく、被災地（被災地の医療機関）でニーズのある個々の職種の人材を、単独で中長期的に派遣することが求められている。中長期の支援に、数日間の日替わりチームの活動は意味が薄い。復興は現地の資源中心でおこなわれないと、いつまでも地域が回復できない。よって、別な形での（DPATではないもの）支援方法を考案していくべきである。

DPATが数日間という超短期で活動するという構造を有している以上、中長期的な対応には向かない。災害発生時の混乱が収まる頃から、種々の精神的な問題が発生し増加し長期に渡り遷延してくることは、今回の東日本大震災でも大きな問題としてあげられている。避難生活（避難所や仮設住宅、一時移住など）が長期化することによる様々な精神的問題が、自殺増加や孤独死などの結果につながっている。これらの対応について、地元の医療機関や保健師などの関係者が対応能力を向上させるための支援（講習や研修など）が必要であり、それらの対応に当たる人材の養成と配置がなによりも求められる。そういった支援を中心とするべきであって、DPATの果たす役割とは違うものである。また、中長期対応の問題は、精神医療・保健だけの支援では解決できない。現実的な生活支援や経済問題、保険交渉、就労援助など様々な機関や専門家との一体的なワンストップサービスが提供されなければならないことから、こういった複合的な支援構造の一部として活動することが求められる。

3) 先遣隊の活動（発災直後）を急性期とは別枠で考える

・まず、DPATの活動に関しては当面のところ急性期に特化した方が良いのではないかと考えます。というのもDPAT先遣隊が現在のところ14チームしか決まっていなくて中長期の活動について議論することは、言葉は悪いですが意味がないと思います。先の東日本大震災で被害に遭われた病院の先生が「2-3日のうちに来て欲しい」との意見を出されていましたが、そのニーズに答えられるのは現在のところDPATのみと考えられ、まさにそのあたりの急性期（発災直後）をどうすべきかが最も重要な部分と思われます。中長期になるとこれまでもそうであったように沢山の精神科チームが活動し始めるので、DPATが当面对処すべき時期は急性期に限った方が良くと思われます。主題を焦点化しないと具体的な議論に結びつかないと思います。DPATの構造に関しては精神科医師、看護師、薬剤師、事務員という構成で良いかと思えます。統括ですが、そもそもDPATのあり方がDMATとの協同で大規模災害時の被災者の身体だけでなく精神面をフォローするのが目的ではないかと思われるので統括はDMATの本部と協同で（もちろん純粹に精神科的救援の場合はDPAT単独でもよいとおもわれますが、）行う事が重要であると考えます。

・先遣隊は数も限られており、医療支



援中心として病院支援を想定している等から、急性期というよりは、先遣隊の活動を別枠にした構造で考えるのがよい。先遣隊の目的や枠組から考えてもDMATとの連携・協働をより進めていく体制にしてゆくのが実際的と思われる。DPAT本隊の活動としては実際的には先遣隊以降が中心であり、これまで通り急性期から現地のニーズに応じて活動する。その枠組としては現在検討されている方向性でよいと思われる。

2. 急性期と中長期の活動の枠組みは同じ方がよい、急性期の枠組みをそのまま中長期へ継続した方がよい

1) 急性期と中長期は連続しており、活動の枠組みを分けるのは難しい

・DPATには、3つの要素がある。ひとつは超急性期、先遣隊で情報収集し、災害医療コーディネーターなど災害対策本部に情報をあげること。2つ目急性期で、病院支援などまったなしの支援である。3つ目が、こころのケアのニーズ調査と導入で、これが急性期から中長期への橋渡しになる。DPATが、こころのケアをしなくていいとはならないだろう。各避難所をまわり、ニーズを把握して、災害対策本部や保健所に情報提供する。これをもとに、被災県は、応援要請をアレンジすることになる。これが2番目の情報提供。避難所をまわる際は、ニーズ把握と初期介入両方が考えられるが、中長期的支援が必要と考えるなら、中長期的に入れる

チームを配置する必要がある。急性期と中長期が連続しており、枠組みを変えるのは難しいように思います。

・急性期と中長期を分けるのは現実的ではないと思います。というよりも、「ずっと担うのが大変だから分ける」といっても、現実的には「分ける」ことは不可能だと思います。結局は、行政、基幹自治体病院、大学病院、病院協会(有力病院)、診療所協会(有力診療所)の合議で進み、それらの調整を行政(本庁、精神保健福祉センター、保健所、市町村)が担うことになるのだと思います。基本的な枠組みはずっと変わらず、大量の支援を長期的に受け入れるために、受け入れ体制をいかに強固にするか、負担を分担する仕組みをどうやって作るか、ロジスティックを担うセンターや保健所、市町村を支援する仕組みをどう考えるか、だと思います。たとえば、中越地震では、埼玉県チームが、地元保健所や市町保健師のコーディネート業務を支援しました。東日本大震災では相双地区において、大学の看護教官が、保健所のコーディネート業務を代替しました。そのような現地のロジスティックを支援する仕組みが必要なことを示すことができるとよいと思います。

2) 急性期と中長期の活動の枠組みを分けるかどうかは災害の規模にもよる、バリエーションがあつてよい

・急性期と中長期とでは、主となる活動の場、必要とされる職種、活動内容な

どに違いがあることが多いように思います。急性期は、スピードが重要だと思いますし、めまぐるしい状況に対応するために、現地での判断が優先されると思います。現地のニーズを集めて、全体を見渡した上で、スピーディに支援者を派遣することが必要になると思います。一方で、中長期の支援は、継続性と精神保健が重要ですので、これを重視した戦略的な対応が必要だと考えます。規模の小さい災害で、必要な活動期間が短い場合は、これを一体となって運用する形でよいと思われます。特に、局所災害で、自らの自治体内で活動するような場合は、特にそうだと思います。しかし、ある程度以上の規模の災害の場合は、急性期用の対応と中長期用の対応とで枠組みを区別して、担当者を分けてもいいのかもしれませんが。例えば、統括者の他に、急性期担当と中長期担当の責任者を指名するというやり方もあるかもしれません。その辺は、いくつかのバリエーション(オプション/シミュレーション)を用意しておいて、災害が起こった時に、災害に応じて選択できるようにしておくことができれば理想的だとは思いますが。

・急性期の活動 現地は混乱し、目の前のことで精一杯の状況となっていると思う。外部から来る人には、情報の提供も期待したい。現在何が起きているのか、これから何が起こるのか、見通しは、今後の展望は、対応策は等である。DPATであっても、正確な情報を現地に提供し、現

地からの生の情報を伝えることは、意味があると思う。既に行われている現地での活動を否定せずに尊重しながらもさらに改善をしていくという姿勢も徹底しておいた方がよいと思う。急性期には、精神的な支えの役割も大きい。同業者が支援に来ると言うことであればなおさらと思う。急性期では、現場を概観し今後の展開を予想するための情報収集、斥候の役割もあると思う。震災発生直後からの被災者への啓発活動も地元では難しい。活動の枠組みは、現場の見立てと外部からの見立てを勘案して、現実的な枠組みをその都度作るしかないのではないかと。但し、いろいろな項目でのゴールを設定しておくことは必要に思う。急性期と中長期は日数で区切れるものではないので、一概にいえないと思う。枠組みはバリエーションがあっても良いのではないかと。

### 3. より適切な枠組みの提示

1) 時期より活動内容で分けて考えるべき

・「急性期の活動の枠組みと中長期に及ぶ活動の枠組みは別に考えた方がよいのではないかと」あるが、課題となるのは、現在の DPAT が想定している(研修を見る限りでは)活動が、医療機関支援に偏っているのではないかとこの印象が強い。しかし、急性期の活動は、それぞれの避難所等でも早急な開始を必要としている。DPAT の活動を、急性期、中長期と分けるのではなく、急性期の支援の対象を、

「医療機関支援」と「避難所等の地域支援」に分けて考えていく必要があると考える。医療機関支援は、基本的に急性期が大半となり、避難所等の地域支援は、急性期→中長期と内容が変化していく（対象が、避難所→仮設住宅、在宅訪問等）。医療機関の損失がない場合は、支援は、「避難所等の地域支援」のみとなる。また、「東日本大震災において被災した精神科病院の経験としても、一刻も早い支援が必要である」と書かれているが、もう少し内容を分析すべき。急性期の対象となる患者数が増加したのか（DMATは、これを想定としていることが多い）、医療機関の損失が課題なのか（DPATの研修は、こちらが想定されている印象がある）、あるいは、医療機関の損失の場合、医療技術者をよりその医療機関に置いて求めているのか、単に医療機関が損失し転院を想定し、転院先の確保や転院のための移送手段をもとめているのか、検討する必要がある。検討会でお聞きした病院の求めていた支援は、DPATの派遣よりも、早期に情報を得たうえで、むしろ転院先の確保と移送手段の確保であったのではないかと思う。

## 2) その他

・災害後の精神保健活動は、地元の市町保健師、都道府県保健師、精神保健センターなどが中心になって、提供されるのが基本であろう。災害規模に応じて、県内あるいは外部からのチームを派遣するのがDPATで、あくまでも地域のネットワ

ークを支援し、補完することが基本的スタンスであることを確認しておく必要がある。当方では、全期間を見通してコーディネートするシステムを「こころのケアシステム（仮）」と呼び、チーム派遣が必要な場合にDPAT調整本部を立ち上げると規定する予定である。DPATが終了した後も、「こころのケアシステム」は機能し続け、復興期の活動も調整する体勢にしている。

・早期に状況を把握するために出動をするのは悪くないですが、中長期的な活動をするにあたり、全国の隊員や派遣元病院の負担が大きいと存じます。中長期的な支援は細く長くが宜しいかと存じます。その上で、保険や交通費などの免除を考えるとJMATの傘下におけるDPAT活動として位置づけると、現地の行政や医療機関も分かりやすいと思います。

## 4. その他

・DPAT、精神医療の枠組みだけで考えていると、どのような、仕組みを作っても、東日本大震災のように、精神科病院が取り残されるという事態が起こりうると思います。災害対策本部の中にDPATを位置付けましたと、いっても、通知一本では絵に描いた餅でしかありません。理想的には、精神科以外の医療支援、公衆衛生的な支援、中長期の保健対策を含めた包括的な意思決定と活動の枠組みを、地域ごとに考えていく必要があると思いま

す。そちらは全国精神保健福祉センター長会でも時間をかけて検討していきたいと思います。先日の会議では精神保健福祉センターの顔が見えないといった先生もおられました。新潟県や広島、長野ではそのようなことはありませんでした。要は地域によって違うのだと思います。頭の中で考えた枠組みを地域にあてはめるのはあまり意味がないように思います。災害のタイプによって必要となる支援の種類をある程度想定して、それをマネジメントできる仕組みを、地域ごとに考えてもらうことができると思います。

・先遣隊は地域のニーズが十分にわかる被災地で確保することが重要であり、発災当初は関係性がない機関では十分な確認などが困難であると考えられる。先遣隊は精神保健福祉センターその他保健所、市町村、医療機関などの総合体として運用していく可能性も考慮して方がよいと考えられる。急性期から中長期的活動においての活動の枠組みは、災害規模や病院やその他の被災状況によって内容は変わる可能性があると考えられる。一方、DPATはあくまで外部の支援であり、現地のニーズや指示によって動くものであり、外部の支援が急性期から中長期的な活動の規定を行うと、結果として被災地の支援が現場のニーズと解離する可能性がある。被災地のニーズによって要請され、派遣元の派遣可能な日数の調整によって支援が可能になるため、被災地のニーズによって活動内容を決

定するという原則を遵守することが重要と考えられる。

・○地元での継続的なロジは、地元で継続的におこなうことは可能と考えられます。そのためには、災害時の拠点化が地元でも必要と考えられます。※ロジをになう精神保健福祉センター等に、一時的に(2~3か月程度)、外部から人を派遣することは過去の震災でもなされたことです。ア)阪神淡路の時には神戸大学には九州大学から、県立光風病院には京都大学から、県精神保健福祉センターには岡山から、1ヶ月単位で精神科医師を派遣し、最初の2ヶ月のサポートがなされました。イ)東日本大震災 どうだったかは把握できていません。ウ)外部からの拠点の支援の方法は、機能不全を呈した精神科病院の支援同様に必要と思われます。この辺りは、神戸の中井元教授、光風病院の山口元病院長、県精神保健福祉センターの麻生元所長に確認する必要があるとおもいます。※自県で被災した時の拠点化は、あらかじめシミュレーションが必要と考えます。ア)もし岡山県で被災した時には、災害本部に医師を派遣するとともに、さらに岡山県精神科医療センターから、拠点となる機関にさらに医師を3~6ヶ月派遣し、全体を岡山県精神科医療センター、岡山大学精神科、岡山県精神保健福祉センターの3つをつないでセンター化します。これは、神戸のときにはなされていたことです。さらに、このセンター化した拠点に、外部支援のDPATが

入ると、センター機関の通常業務を担ってもらいながら、地元の常勤医が拠点業務を担います。ただしこれを実現するには、信頼の厚い外部機関に入ってもらい必要があり、選択は地元がおこなう必要があります。イ) 記ア)の通り、全ての自治体で現実的に対応可能とおもいます。ポイントは信頼できるチームが外部から入ってくること。本部に入るチームは、あうんで、被災自治体の業務に対応できるスキルが必要ということです。なお本部には、被災自治体でも拠点化して人を配属することが6ヶ月程度は必要と考えられます。

・○急性期と中長期の枠組みはわけることが必要です。分けると同時に、連動も必要です。ヘッドクォーターを2つに分けると必ず混乱するので、地元のヘッドクォーターはいくら多忙でも一つである必要があります。DMATは48時間を活動期限としながら、48時間が過ぎた後、ロジ等が、被災の前線に体を運び、必要な場所を、地元の災害対策本部および医療機関と協議しつつ、自律的に考え、避難所に救護所を設置しました。そして当初の1~2か月、地元の医療機関が立ちあがるまでの間、救護所を運営しました。ポイントは、救護所に滞在し、必要時には24時間対応を一般科はおこないました。昼間は避難所は、被災した場所に人の搜索や片付けにみな外出し、夜は人が増えます。夜にも活動することが、必ず必要です。精神科の救護所での、24時間活動したのは、私の知るところでは、岡山と鹿児島

のチームだけだったとおもいます。A-DPAT チームは、最初の1~2週間活動すると、中期チームが、1~2週間目から活動し① 救護所を設営し、避難所を巡回し、活動を開始する② 継続して被災精神科病院を支援する③ A-DPATのチームの一部が本部支援を継続するように活動が、面に広がっていくと考えられます。この時にも24時間精神科救護所を設置したチームが、保健所等とともに心のケアチームの統括を行うことが現実的を考えます。

・DPATの構想は、「災害時に、精神科医がやるべきことは何か、やれることは何か」という考えから始まったと思いますが、精神科医(供給者)の視点からではなく、当事者からの視点が大事だと思います。当事者目線で見ますと、まず、以下の順番でニーズがあると思います。1 生命 2 生活 3 ケア

1 「生命」に関しましては、災害時、早期に、何らかの形で救援者(消防、自衛隊、DMAT・・・)が現地に入ると思います。精神科医は、足手まといになるだけでしょう。

2 「生活」に関しましては、住居の損壊、ライフラインの停止、病院機能の破損、介護者・経済的支援者の消失が、発生しますが、そのような事態に、精神科医ができることは、ただ、義捐金を送ることぐらいか、あるいは、精神科医としてでなく、一ボランティアとして、現地に入ることができる程度でしょう。

3 「ケア」に関しましては、早期には、抗精神病薬等の薬剤の供給が止まらないように、薬品卸にお願いするぐらいで、精神科医が考える、いわゆる心のケア、のニーズは、ほとんどありません。

現地の精神科医たちが、死んだり、逃げたりしますので、その部分を埋めるために、1週間交代でチームを組んで(食料、生活物資持参で)現地に駐留することは必要だと思います。そして、その後も、被災地に勤務する精神科医、看護師の不足は続きますので、長期的にも、精神科医が被災地に転居して、常勤医として勤務する、そういう覚悟(支援)が必要でしょう。要するに、短期、長期と分ける必要はなく、必要なのは、都会暮らしの精神科医が、その安楽な職を投げ打ち、被災地の被災した病院に勤務し続ける、そういう支援のみが必要と思われれます。

(2) 災害の規模とDPATの派遣(特に、DPAT派遣の要請、派遣の必要性を判断する際に考慮すべき点など)

#### 1. 災害の規模による違い

・広域災害での活動でも局所災害の場合でも、どのようなところにニーズが潜んでいるかは分からない場合があると思われるのでいずれの場合にも可及的速やかに派遣されるべきと考えます。また被災した自治体の要請がなくとも派遣されるべきと思います。というのも被災した自治体が被災地のニーズを全て把握しているとは限

らないのではないかとと思われるからです。ただ、局所災害で地元医療機関の損害が無い場合は近隣の自治体からの派遣にすべきと考えます。派遣されてみて「ニーズがなかった」という場合にどのように考えるかですが「何もなくてよかった」と考えるようにしないと「来て損した」などとい意見が出るかもしれないので、いわゆるオーバートリアージのような状況になっても良いと考えるようにすべきことを周知すべきと思います。

・局所災害では、事情の分かった、同じ県の非被災地域のDPATチームが入ればスムーズだと思う。あるいは、事情の分かっている県外提携チームでもよいかもしれない。広域災害では、DPAT先遣隊がニーズ調査して、災害対策本部に伝え、幅広く、派遣要請することになる。DPATは局所災害に対応しないというのはおかしいように思う。

・局所災害の場合は基本的には県内のDPATおよび関係機関で対応すべきと思う。局所災害で医療機関の損失があった場合にも県内での対応を基本とし、状況に応じて被災県の判断で県外資源を要請する方がよい。そのための県内の災害時精神科医療体制整備はDPAT体制整備と連動したものであり、精神医療機関、行政の連携の土台となるために重要である。・広域災害の場合は被害も甚大と思われ、行政や医療機関の被害も想定される。そのような状況では先遣隊

の必要性も高い。活動しやすさや迅速性を担保するなら、より独立性が高い枠組が必要であり、派遣要請を待たずに活動する想定も必要と思う。活動目的を考えると先遣隊とDPAT本隊はそれぞれの枠組で検討した方がよいと考えられる。その中で先遣隊が対応可能な災害規模を想定しておく必要があると思われる。

・検討会でのご意見が練り上げられた経緯を充分には把握しておりませんが、共有されたご意見はごもっともではないかという印象です。局所災害であっても支援が必要なのは明白ですが、災害の規模によってDPATの活動内容も違えば、活動に参加する医療機関も異なってくると思われまます。広域災害の場合は(例えば)県外から1週間単位で被災地に支援に入るのに対し、局所災害では地元医療機関が日々交代しながら支援に入ることが多くなるように思われまます。この違いは予想以上に大きく、コーディネートのあるあり方そのものが大きく違ってくるように思われまます。DPATを広域災害に特化して局所災害には別の枠組みを設けても良いのかもしれませんが、DPATを広域型と局所型に分けても良いのかもしれませんが。

・広域災害に限るべきです。災害対応の基本として、域内≒県内の対応は域内≒県内が行うことを基本とすべきです。ただし、災害派遣に伴う病院等の後方支援として、当該病院等に域外から派遣を行うことは意義のあることだと思います。

・レベル別に検討しておくことが必要  
災害規模を、①市町村等に限局した災害(広島の土砂災害、長野の御嶽噴火、普賢岳の火砕流)、②複数の市町村にわたる限局的(上越地震)、③比較的広域だが単一県(阪神淡路)、④複数の都道府県(東日本)、⑤きわめて広域(東海・南海)等に、災害の規模をレベル分けし、かつ災害の程度もレベル分けしておくことが必要。2)地域防災計画に位置付けるDPATが、要綱で位置づけられたので、全ての都道府県の地域防災計画の改定の際に、DPATの活動内容をしっかりと位置付けておくことが必要。それによって、1)範囲と程度に応じたレベル別の対応となると考えられる。

2. 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない

・被災した場所における災害規模を検討することはいうまでもないことですが、災害規模だけでなく、被災者数、医療設定、医療機関や行政のマンパワーなどによって決定される。局地的な災害でも、現場の市町村・保健所・医療機関から県への要請を経て派遣対応を検討できる状況を確認しておくのが良いと思われる。当然、地域で対応可能であれば、要請を行わなければよいと考えられる。

・局所災害と大規模災害では何処が異なるのか、構成要素をある程度明確にしてみてもどうでしょうか。東日本大震災

でも、市町村毎に対応は異なっていた。平成の大合併を行わなかった市町村は、比較的統制がとれていたと思う。また、合併に加えて市町村の庁舎が被災した南三陸町や石巻市は地域の対立などもあり混乱をしていた。マンパワー、地域性、近隣からの支援など、チェックポイントを考えてみてはどうでしょうか。

・DPATの派遣の有無、その規模については、「医療機関の損失の程度(医療機関への交通機関の遮断も含む)」「新たな対象者の増加の有無(医療中断の可能性のある対象者の数や、新たなASDの発生の数)」等によって判断されることが必要。これまでの様々な災害支援の状況を再度分析するなどして、いろいろな想定を検討していくことも必要。

### 3. 医療機関への支援について

・この意見共有には反対である。正しくない。局所災害で災害地の医療機関が機能できている場合は、その現地の医療機関から災害者への支援活動をおこなうべきであって、その派出によって派遣元医療機関の診療体制などが手薄になることから、これらの被災現地の医療機関からのスタッフによる災害支援活動が円滑かつ濃厚に行えるように、その医療機関の診療体制の補完は、なによりも重要である。診療体制を維持できる医療機関は、患者の増加に備えなければならないし、場合によっては被災者の精神状態悪化への対応(入院診療)など、医療機関

内の業務量は増大が予想される。医療機関としての構造体の損傷は軽微でも、スタッフの被災などで人員が不足していることも予想できる。どちらの場合でも、現地医療機関の支援は最優先であり、広域であれ局所であれDPATは必要とされている。広域の場合は、近隣医療機関が被災地支援を積極的に行うべきであり、その場合は、遠隔の医療機関から派遣されるDPATが、近隣の医療機関に派遣され、それらの派遣を受けた近隣医療機関から被災地医療機関支援あるいは被災地現場活動に向かうのが適切である。広域であり災害の規模が大きければ大きいほど、その外殻の医療機関へと被災地を中心として枠組みが広がるだけである。局所的であるか広域であるかは、DPAT活動の内容に差異を与えない。派遣についての指示とコントロールは、災害拠点精神科病院を平時から設定し、それらがおこなうことが、もっとも現実的である。なぜなら、平時より周辺地域の医療機関との連携や情報交流などで、現地事情にもっとも精通しているものであるから。

・DPATの派遣要請の中に、医療機関への支援を含む場合と、そうでない場合とを区別する方法が考えられます。これは、先ほどの、急性期対応と中長期対応で区別するという考え方に重なる部分もあるかもしれない。特に、大規模/広域災害では、ある程度、役割分担を図るのがよいように思われる。このためには、医療機関支援については共助のためのグ



ループ／システムを作っておくことが大切だと考えられます。例えば、医療機関への支援は、各県の精神病院協会や自治体病院などがリーダーシップをとるのが実際的なように思えます。実際、宮城で民間病院の情報収集を行ったのは、宮城精神科病院協会の事務局長でした。各自治体は、これを役割として、精神科病院協会などに委託するなどしてもよいのではないかと思います。行政は、この各協会の自助・共助を後押しし、相互に連携することが重要だと考えます。一方、精神科病院協会や自治体病院は、総合病院とのつながりが弱い恐れもあります。この点は、各自治体の中で、総合病院、特に災害拠点病院、大学病院などとの連携も必要だと思われます。ここについても、このための共助のためのグループを事前に準備しておくことが理想的だと考えます。このためには、総合病院系の支援を行う役割と、精神科病院系を支援する役割についても、事前に担当を決めておくことも考えられます。それぞれに役割をもってもらうことで、各グループ内での情報収集を行い、これをDPAT統括者や各県の災害医療コーディネーターなどが、統括し、全体的なロジを行うというやりかたです。医療機関に被害があった場合は、DPATは、各自治体の要請に応じて派遣され、各自治体の中ではそれぞれの共助グループの支援要請に応じてロジを行うという流れです。局所災害で医療機関の損失がない場合は、各自治体の医療機関チームは、通常のDPATの役割として、精

神保健支援に従事することになると思います。

・広域災害か局所災害かではなく、医療機関の損失の有無で判断する。局所災害の場合であっても、緊急に支援を必要としている医療機関がないか緊急連絡網で確認し、要請があれば、広域災害と同様に速やかに派遣することが必要と思う。

#### 4. その他

・災害規模を想定しておくことはとても重要ですが、すべて想定しきれないわけではありません。想定から入ると、簡単なことを決めるだけで、すぐに5、6年は過ぎてしまうと思います。災害時にやるべきことは大体わかっているのですから、要は、災害が発生したときに動ける人間が、部署が、どのように連絡をとりあつて、何をすべきか、そのためにどのような準備をしておくべきか、をある程度決めておくことだと思います。広域災害も大切ですが、毎年発生する局所災害に対して、何をすべきかを決めておくことも大切です。局所災害で経験を積むことで、広域災害にもよりよく対処できると思います。都道府県をまたぐ大災害、市町村をまたぐ中規模災害、福知山線事故や御嶽山噴火災害のような局所だが広域性を持つ災害、くらいのシンプルな想定でよいのではないのでしょうか。

・被災都道府県、政令指定都市のコ

ーディネーターが、派遣の可否を判断するのが原則であろう。災害規模が大きく、地元のコーディネート機能が破綻しているときには、厚労省や DPAT 先遣隊の支援を受ける場合があるにしても、地元自治体の判断が必ず優先されるべきだと考える。

・この度の大震災では、関西広域連合など自治体による支援が行われるとともに、発災後も有事に備えて自治体間の相互応援協定が結ばれる動きも見られています。こうした状況を踏まえながら、DPAT の派遣に関しても、市町村、都道府県、ブロックレベルでの相互のペアリング支援体制を整備し、普段から共同して研修・訓練を実施し、交流しておくことが必要に思います。

・先にお書きしましたように、災害の局所、広域にかかわらず、もともと現地に居た(必要な)精神科医が、居なくなった分を、埋める形で、精神科医が移動する。それだけで良いと思います。つまり、災害発生時・後、被災者の中から、PTSD などはほとんど発症せず、また、その後の避難所、仮設住宅生活で、もともと治療を続けていた患者が薬切れで不穏状態となる、家族から切り離されて認知症が悪化する、アルコール依存が増える、ということがあがるぐらいです。だから、何か DPAT チームとしての特別な対応、というよりは、現地に精神科医が、ちゃんと居る、ということが大事だと思います。

・飛行機事故の場合では DMORT などの活動になると思われますまずは DPAT と DMORT の棲み分けをはっきりすることが重要です。

(3) DPAT の活動、精神科医療と地域保健活動、活動の拠点や地域の資源との連携

#### 1. 活動拠点

1) 地域事情に応じて設置し、医療と行政が協議できる仕組みを作る

・最終的には平時より保健所や県等で状況を把握しているため、基本的に精神医療と地域保健は連携している。災害時を想定したネットワークを構築すること(または既存のネットワークを生かすこと)を検討しておくことが基盤整備として重要であると考えます。どこに活動の拠点を置くかという点では医療機関と行政の協議も必要であること、DPAT があくまで県を通した外部支援ということから、行政の関与やコーディネートは必須と考えられる。一方で、医療機関にあったほうがよいというニーズにもこたえる必要がある。その点では、被災地において行政と医療機関が協議を行える仕組みを確保しておくことが重要と考えられる。

・医療だけ、地域保健活動だけ、ということは事実上ありえないので、それを分けて考えるのは机上の空論であろうと思います。相双地区のように、精神科医療

機関が無くなってまずは医療が必要となれば、診療拠点をどこかにつくる、それがたまたま、総合病院ということもあるでしょう。阪神淡路大震災のように、クリニックが被災し、代替診療を行う救護所を保健所に設置するということもあるでしょう。保健所に拠点を置いたチームが、保健師チームと連携することもあるでしょう。中越地震のように、山間部で場所がなく、各団体やメディアが拠点を築く場所を取り合うという事態も起こりえます。災害の種類や被害状況によって、個々のチームの拠点をどこに置くかはケースバイケースになると思いますし、地域によってもどこに拠点を置くかは変わってきます。それを一律に規定するのは意味がないと思います。地域医療と地域保健活動は、精神科領域においても不可分になってきているため、災害時においても日常の連携の延長で考えるべきことかと思えます。医療と行政の連携という意味では、DPATの統括者が災害医療コーディネーターを兼務する、あるいは統括者がコーディネーターを補佐するようなシステムが重要だと思います。

・医療機関・行政との連携について、いずれも重要だと思います。医療機関と行政が上手に連携をできればどちらも良いような気がします。地域の保健師(市町村)は排他性が強い様な感じもありますので、地域保健活動を派遣部隊が担うことは難しいのではないのでしょうか。精神的なトリアージや医療を行う上で、ど

ちらにウエイトを置いた方がやりやすいのかだと思います。

・この問題は各都道府県における県立精神科病院と県精神保健センターの関係がどのようになっているのか、ということによって大きく変わってくると思います。千葉県の場合は県精神科医療センターと県精神保健福祉センター間で人事異動がありましたので問題はあまりないのではと考えています。いわゆる急性期ではDPATの活動拠点は病院であるべきと考えます。指示を出す機関は1つに集約すべきだと思いますので保健師にも病院に参集していただくことにならうかを考えます。中長期ではやはり保健師を主体とした地域保健活動が主体となると考えますので精神保健福祉センターが活動の拠点となるかと思えます。しかしながら両者の地理的な問題やマンパワーの問題もあるので一概には言えないと思います。

・災害時の支援、活動において、精神科の活動は、ごく一部にすぎない。その活動を医療と保健とに二分すると必ず齟齬が生じる。活動のセンターが二つに分かれる地域においても、情報の共有が必要で、「報告・連絡・相談」を統括する機関が必要である。地域事情に応じて、それを医療側が行うのか、保健側が行うのかという違いがあるだけである。

・先遣隊は枠組からしてもDMATとの連携を前提としたものと思われ、活動時

間や独立性等の現実的な面からも活動拠点としては災害拠点病院に置く方が連携しやすい、また本隊は保健活動との連携が重要となるため行政に置く方がよいと思われる。一方で、DPAT全体の統括は継続性の面からもやはり一本化しておくことが望ましい。医療救護もDMATのみで完結している訳ではなく、その後の医療チームに引き継がれる。活動時期からするとDMATと先遣隊、医療救護チームとDPAT本隊が対になる。これらの流れをもっと意識した議論をすべきと思う。(1-2)

・精神科医療と行政の連携は地域によっては乏しい状況はあるが、今後に向けて連携体制を構築していく意識が大切。DMATも長い期間をかけて体制整備してきた経過がある。(1-3)

## 2) 基本的には行政に拠点を

・DPATの活動は、多くの災害では中長期支援となることや、医療機関への支援が必要な災害は少ないことを考えると、基本的には行政機関に置くことを原則とするのがよいのではないかと考えます。ただし、DMATや医療救護チームとの連携が必要な急性期では、DMATや医療救護チームと同じところに拠点を置くことも、選択肢の一つとなる場合があると考えます。別な拠点にある場合は、双方の情報共有や連携がとれる体制を構築することで、補えるかもしれません。また、一方で、東日本大震災のような特殊な大規模災害においては、少なくとも、急性期は

DMATや医療救護チームとの連携を重視し、合同の活動拠点を探す努力をするのが望ましいように思います。その後、精神保健が中心になるところで、行政機関へ拠点をシフトすると良いのではないかと思います。色々と経緯はありましたが、石巻がモデルです。大規模災害の場合は、複数のロジ担当者が役割分担をし、それを統括するという形が考えられます。例えば、精神保健担当と精神医療担当(必要に応じて、民間、総合病院それぞれ)を作り、最初の拠点はDMATと同じところにおき、その後、情勢をみて、行政機関へと拠点を移す考えです。

・統括者のまだ登録がされていない自治体に属していますが、その候補者には精神保健福祉センター、県立病院等があげられ、年度内にも決定される見込みです。その際の論点も行政と医療との連携の在り方をめぐって議論されていますが、長い目で見た場合は、地域保健活動とつながる行政機関に拠点を設置するのがよろしいのではないかと思います。

・精神科病院が被災した中越地震や東日本大震災においても、転院などのコーディネートは行政担当者が担わなければならなかった。また、診療所機能が大きく損なわれた阪神・淡路大震災の場合は、地域内の保健所が一時的に診療機能を引き受けるなど、やはり行政の関与は重要だった。都道府県の担当課、精神保健センター、そして保健所などが、直