

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡 路子

平成 29 年（2017 年）3 月

目 次

. 総括研究報告	
災害派遣精神医療チーム(DPAT)の機能強化に関する研究 -----	1
研究代表者 渡 路子	
. 分担研究報告	
1. 過去4災害のDPAT活動の分析研究 -----	5
分担研究者 太刀川 弘和	
2. 熊本地震DPAT隊員へのアンケート分析 -----	15
分担研究者 大鶴 卓	
3. DPATと地域精神保健医療機関の連携体制の検討 -----	25
分担研究者 山口 喜久雄	
4. 「支援者支援マニュアル作成」に関する研究 -----	27
分担研究者 丸山 嘉一	
5. 各都道府県等のDPAT体制整備状況調査 精神科病院における災害拠点病院機能の検討 -----	35
分担代表者 渡 路子	
6. DPAT活動に必要な情報支援ツールの実用化 -----	47
分担研究者 石峯 康浩	
7. 「DPAT活動マニュアルの改訂」に関する研究 -----	53
分担研究者 来住 由樹	

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」

総括研究報告書

研究代表者 渡 路子

DPAT 事務局

研究要旨

DPAT の設立に伴い、災害時の精神科医療体制は着実に定着しつつあるが、その経時的な評価や、DPAT と既存の地域精神保健体制との連携の議論はなされていない。また、それに基づく政策へのフィードバックも着手されていない。

本研究では、

1. 「DPAT 活動マニュアル」の改訂に資するエビデンスの構築
2. DPAT 活動の実態に即した情報支援ツールの実用化
3. DPAT 活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや各機関のフェイズごとの役割と連携のあり方の明確化

を行い、DPAT 活動マニュアルに反映し、DPAT 事務局で実施している全国レベルの DPAT 研修で周知を行い、DPAT の機能強化につなげることを目的とする。

今年度の研究計画・方法は以下の通りである。

・過去の災害において DMHISS に蓄積されている個票データを解析し、今後の DPAT の活動の指標について検証を行った。

・熊本地震について、活動した全国の DPAT 隊員へのアンケート調査の結果を解析し、DPAT 活動の実態と課題を抽出した。また、熊本県精神保健福祉センターにおいて受援側の実態を調査した。

・医療と心理社会的支援の連携について、日赤こころのケアチームとの連携モデルを検証した。

・全自治体に対し、災害時の精神科医療体制の現状を調査し、精神科病院における災害拠点病院機能についての検討を開始した。

・現行の DPAT 活動マニュアル、および DPAT が活用する情報支援システムの課題について整理した。

今年度の研究から、熊本地震での DPAT 活動実態では 6 割の隊員が支援経験や研修受講経験がなく、かつ受援側の DPAT に関する知識が乏しい状況下が明確となった。また、精神科医療機関の被災において、精神科独自の搬送、病床確保を要していた。全自治体への調査によると、DPAT 体制は自治体での整備が進んでいる一方、人材育成に関するソフト面での支援の必要性が示唆された。また、全災害拠点病院における精神科病床は 10806 床で全精神科病床の 3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことがわかったため、精神科医療機関における災害拠点病院機能の明確化を図る必要があった。この災害拠点精神科病院機能の必要性については、厚生労働省医政局地域医療計画課長発の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発 0331 第 3 号）における「災害時における医療体制の構築に係る指針」改訂の基礎資料となり、発出された。また、DPAT が主に活用する情報支援システムである DMHISS については、災害発生直後の初動体制を確立するための情報を集約する機能が脆弱であり、かつ、DPAT 活動に関する情報について他医療救護班と情報共有することが出来ない点が課題として挙げられ、今後、EMIS や医療機関マップ、J-SPEED の枠組みを積極的に活用し、DMHISS の機能の整理と再構築を行う必要があることが示唆された。

来年度は上記を踏まえ、DPAT 活動マニュアルの改訂、情報支援システムのプロトタイプの開発・運用を行う予定である。

研究分担者氏名

太刀川弘和

筑波大学 医学医療系臨床医学域精神医学
准教授

大鶴 卓

国立病院機構 琉球病院 副院長

山口喜久雄

熊本県精神保健福祉センター 所長

丸山嘉一

日本赤十字社医療センター 国際医療救援
部・国内医療救護部 部長

石峯康浩

国立保健医療科学院 健康危機管理研究部
上席主任研究官

来住由樹

岡山県精神科医療センター 院長

A . 研究目的

【太刀川班】過去の4災害(御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震)のDPAT活動を評価することを目的に、DMHISSに蓄積されている個票データを分析した。

【大鶴班】熊本地震で活動した全国のDPAT隊員のアンケート結果を分析し、支援者側から見たDPAT活動の現状と課題を整理した。

【山口班】熊本県精神保健福祉センターにおいて受援側から見たDPATの課題を整理するため、今年度は被災した精神科医療機関の調査を実施した。

【丸山班】医療と保健・心理社会的支援との連携の在り方を検討するため、平成27年関東・東北豪雨災害における日赤こころのケアチームとDPATの連携体制の好事例について検証した。

【渡班】災害時における精神科医療資源の評価およびDPATと災害拠点精神科病院の体制整備に係る基礎資料とするため、全自治体に対し、

災害時の精神科医療体制の現状(DPAT体制整備状況)精神科医療機関における災害拠点病院機能を調査した。

【石峯班】DPATが活用している複数の情報支援システムの課題を整理し、今後必要となる機能を抽出し、プロトタイプとなるシステムの開発を開始した。

【来住班】過去の4災害におけるDPAT活動や各種訓練等での実態を踏まえ、現行のDPAT活動マニュアルの課題を抽出、整理した。

B . 研究方法

【太刀川班】4災害のDMHISSデータを抽出し、個票のデータセットを作成した。次に個票から複数回支援を受けている同一ケースを抽出した。得られたデータセットから、記述統計を実施し、災害別の被災者特性、支援特性を研究班員で比較・検討した。

【大鶴班】DPAT事務局が実施した熊本地震で活動した全国のDPAT隊員(42自治体1018名)へのアンケート調査(基本情報、災害関連の経験、熊本地震への派遣内容、DPATや災害医療に関する理解度)を集計、解析した。

【山口班】平成28年熊本地震に於いて、超急性期の患者搬送を行った精神科病院および一時集積場所となった施設を有する精神科病院の活動実態を把握した。

【丸山班】日赤こころのケアチームとDPATの連携体制の好事例として、平成27年関東・東北豪雨災害、平成28年熊本地震災害の2つの事例についてワークショップ形式で検討を行った。

【渡班】全67都道府県・政令指定都市担当課を対象とし、地域防災計画へのDPATの記載有無、DPAT先遣隊を除くDPAT班数、都道府県等におけるDPAT研修の開催有無と内容、DPAT運営委員会の開催有無、資機材準備の有

無、災害拠点病院における精神医療機能、精神科病院における災害拠点病院機能の有無について調査した。

【石峯班】災害時に DMAT が利用する情報支援システムである EMIS や、医療救護班における診療状況の情報収集体制等についての現状を調査し、その特徴や課題を DHMISS と比較しながら検討し、DPAT の活動をより円滑に行うための情報支援システムのプロトタイプの開発を開始した。

【来住班】DPAT 事務局が設置した DPAT 運営協議会内で検討された DPAT 活動要領改訂への提言内容等を参考に、DPAT 活動マニュアルの改訂項目を抽出した。

C . 研究結果

【太刀川班】御嶽山 12 件、広島 106 件、常総 139 件、熊本地震 2,125 件の個票データが得られ、これを集計し、データベース化した。DPAT の支援対象、活動内容、活動期間は、大きく被災地域の特性（人口構成、精神医療状況）

被災の規模・内容（人的被害、建物等被害、避難者数） 活動能力の 3 つの要素に影響されることがわかった。相談件数は発災数日後がピークであり、急性期からの DPAT 活動の重要性が確認された。また終結の目安となる相談件数の時間的推移は、災害規模・内容からある程度予想でき、局所災害は 1 か月、広域災害は 2 か月以上が目安となる可能性が示唆された。

【大鶴班】熊本地震で活動した DPAT 隊員は 42 自治体 1018 名であり、回収率は 79.3%であった。過去に災害の支援経験があった者は 41%、DPAT 関連の研修の受講歴があるものは 35%と 4 割程度であり、約 6 割の DPAT 隊員は支援経験がなく、研修未受講の状態であったことが分かった。

【山口班】熊本地震においては、DPAT の認知

度が高くなかったため、被災地の精神科医療機関と DPAT でどのように業務を分担するかを十分に議論できなかった。一時集積場所の選定を実施したり、医療観察法病棟や重症心身障害児（者）病棟など、特殊性の高い病棟からの避難を検討したりする状況があった場合には、現在の DPAT 整備状況を勘案すると、DPAT のチーム数が十分ではなくなる可能性があることが示唆された。

【丸山班】平成 27 年関東・東北豪雨災害では、医療本部撤収後、精神保健活動へ移行するフェーズにおいて、DPAT と心理社会的支援を主体とする「日赤こころのケアチーム」の間で、初の試みとして両組織が本部を共有し「合同本部」を設けての活動を展開した。また、DPAT は避難所巡回を担当、日赤こころのケアチームは、市役所内の職員のケアを担当しながら連携し、医療と保健・心理社会支援の協働を行っていた。

【渡班】記載予定を含めると 81%の自治体が地域防災計画へ DPAT を位置付けていた。しかしながら、都道府県等における DPAT 研修については、研修開催自治体が全体自治体の半数にとどまり、そのうちの 7 割は DPAT 事務局が定める研修要件を満たしていなかった。また、全災害拠点病院における精神病床は 10806 床で全精神病床の 3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことがわかった。一方で、既存の精神科病院において災害拠点病院機能を担える可能性が示唆された。

【石峯班】DMHISS は地域支援時に利用することを主眼として開発されていたため、災害発生直後の初動体制を確立するための情報を集約する機能が脆弱であり、かつ、DPAT 活動に関する情報について他医療救護班と情報共有することが出来なかった。そのため、熊本地震時には EMIS や既存の医療機関マップを使用

する等で補完したが、EMIS に登録されていない精神科病院が多かった点や、避難所情報の中から精神科ニーズを抽出する方策を検討していなかったために情報を活用できなかった。上記のことから、EMIS を利用しながらも精神科病院の機能を抽出した医療機関マップの機能強化を図る必要性があり、改良作業を実施した。また、地域での支援については、今後、他の医療救護班と情報を共有するためには J-SPEED の枠組みを積極的に活用し、DMHISS の機能の整理と再構築を行う必要があることが示唆された。

【来住班】現行のマニュアルは、活動要領と同様の内容に留まり、具体的な記載には至っていなかった。特に DPAT の定義（先遣隊と後続隊の機能）、統括（現場隊の役割）、情報支援システム、平時の準備、活動内容（病院避難・避難所アセスメント・支援者支援）において、改定をする必要があると考えられた。

D．考察

熊本地震の DPAT の活動においては、支援側・受援側ともに DPAT に関する知識の普及や人材育成が不十分な実態が明確となった。全自治体の調査においては、DPAT 体制自体は進んでいるものの、研修の実施状況は不十分で、その内容にはばらつきが大きいことがわかっており、今後は自治体レベルで DPAT の質の担保のため、特にソフト面での支援が必要である。同時に、全災害拠点病院における精神病床は 10806 床で全精神病床の 3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことがわかったため、精神科医療機関における災害拠点病院機能の明確化を図る必要があった。この災害拠点精神科病院機能の必要性については、厚生労働省医政局地域医療計画課長発の「疾病・事業

及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発 0331 第 3 号）における「災害時における医療体制の構築に係る指針」改訂の基礎資料となり、発出された。また、現行の DPAT が利用する情報支援システムや DPAT 活動マニュアルで必要とされる改訂項目が抽出された。特に既存の DMHISS の課題については、EMIS、J-SPEED の機能の活用が期待された。来年度以降、特に中長期の地域精神保健医療機関とのつなぎや DPAT の活動の指標について検討を加えた上で、改訂につなげる必要がある。

E．結論

全国レベルでの DPAT 活動の実態および体制整備状況、現行の活動マニュアル、情報支援システムの課題の抽出を行った。DPAT 体制は自治体での整備が進んでいるものの、特に人材育成に関するソフト面での支援、精神科医療機関における災害拠点病院機能の明確化を図る必要がある。来年度は上記を踏まえ、DPAT 活動マニュアルの改訂、情報支援システムのプロトタイプの開発・運用を行う予定である。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

大鶴卓：熊本地震における DPAT と多機関連携の実際と課題.第 22 回集団災害医学会, 愛知,2017.2 . 13 なし

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

分担研究課題名 過去4災害のDPAT活動の分析研究

研究分担者 太刀川弘和 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 准教授

研究協力者 高橋 晶 筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 准教授
福生泰久 DPAT事務局
高木善史 神奈川県立精神医療センター
新井哲明 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 教授

研究要旨

（目的）過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）のDPAT活動を評価することを目的に、DMHISSに蓄積されている個票データを分析した。

（方法）4災害のDMHISSデータを抽出し、個票のデータセットを作成した。次に個票から複数回支援を受けている同一ケースを抽出した。得られたデータセットから、記述統計を実施し、災害別の被災者特性、支援特性を研究班員で比較・検討した。

（結果）御嶽山12件、広島106件、常総139件、熊本地震2,125件の個票データが得られ、これを集計し、データベース化した。このうち性別・年齢・診断名・居住区から推定された継続事例は御嶽山1人、広島21人、常総12人、熊本234人であった。記述統計から、DPATの支援対象、活動内容、活動期間は、大きく被災地域の特性（人口構成、精神医療状況）、被災の規模・内容（人的被害、建物等被害、避難者数）、活動能力の3つの要素に影響されることがわかった。相談件数は発災数日後がピークであり、急性期からのDPAT活動の重要性が確認された。また終結の目安となる相談件数の時間的推移は、災害規模・内容からある程度予想でき、局所災害は1か月、広域災害は2か月以上が目安となる可能性が示唆された。

（結論）次年度は、今回の結果を統計解析し、災害時精神保健医療活動に必要な避難所トリアージ項目、DPAT活動終結の目安等のDPAT活動に関する指標について検討する。

A．研究目的

DPATが活動を行った過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）の支援対象者と活動内容の特徴を分析することを目的に、4災害の個票データを解析し、「DPAT活動マニュアル」の改訂に資するエビデンスを構築する。

B．研究方法

（対象）DPATが活動を実施した2016年12月現在までの4災害について、災害時精神保健

医療情報支援システム（Disaster mental health information support system: DMHISS）に蓄積された個票データである。

（方法）研究班で2回の班会議を実施して研究方針を決定の上、以下の手順で研究を実施した。

4災害のDMHISSデータを抽出し、個票、日報それぞれのデータセットを作成する。

個票から複数回支援を受けている同一ケースを抽出する。

得られたデータセットから、4災害をデ

ータ項目ごとに比較する記述統計を実施する。

記述統計の結果から、災害別の被災者特性、支援特性を研究班員で比較・検討する。（倫理面への配慮）解析には連結不可能匿名化された集計データを用いた。また本研究は日本精神科病院協会倫理委員会にて承認されている。

C．研究結果

1．対象者属性

常総：139名（男性58、女性70、不明11）、熊本：2,125名（男性717、女性1,357、不明51）広島：106名（男性43、女性63）、御嶽山：12名（男性5、女性7）であった。性別には4災害とも女性が多かった。年代は常総では中高年、広島では若年、御嶽山では若年成人の比率が多かった。熊本では成年から中高年まで幅広く分布していた（表1）。

2．相談者と本人の関係

広島、御嶽山では本人からの相談割合が多く、熊本、常総では本人、または支援者からの相談割合が多かった（表2）

3．相談経過

日報では、広島、御嶽山の3~4割が継続相談であり、熊本、常総の2割に比して多かった（表3）。

個票から、「性別・年齢・居住市区町村・主病名」で検索し、同一対象リストを作成した結果は次の通りであった。

常総：新規102人（102件）、継続12人（男性5、女性7件）、

熊本：新規1782人（1782件）、継続180人（男性60、女性119、不明1）

御嶽山：新規10人（12件）、継続1人（女性1件）

広島：新規46人（46件）、継続21人（男性9、女性12件）。

継続支援は平均3回、最大6回実施していた。なお、日報から得られた継続支援件数は熊本で459件、個票から抽出した支援件数は343件と116件の差があった。

4．相談方法

常総、熊本、広島は訪問活動での相談が多かったが広島は来所も多く、御嶽山は来所、その他の方法が多かった。また熊本は集団活動の中での相談も多かった（表4）。

5．相談場所

御嶽山は相談場所その他が多かった。他の災害は避難所での相談がほとんどであったが、常総、熊本は自宅へのアウトリーチ活動も10~15%にみられた（表5）。

6．同席した他機関・チーム

6~8割が不明であったが、わかっているものでは保健師チームの割合が多かった。熊本では他機関・チームその他の割合も多かった（表6）。

7．被災状況

御嶽山は親族・知人の死亡が多かった。広島は家屋の倒壊、次いで親族・知人の死亡が多かった。常総、熊本は家屋の倒壊が最も多かった（表7）

8．相談の背景

常総、熊本、御嶽山では健康上の問題が多かった。広島では居住環境の変化が最も多かったが、他の3災害でも居住環境の変化が健康上の問題に次いで多い傾向にあった（表8）。

9．相談の契機

常総、熊本は他の保健医療関係者からの紹介が多かった。広島は本人、家族・親族からの依頼が多かった。御嶽山は行政機関からの依頼、本人からの相談・依頼の順に多かった（表9）。

10．病名の有無

4災害とも不明が多かったが、常総は病名あり、広島は病名なしが多かった。熊本は病名あり、なしが同程度であった（表10）。

11．病名の発症時期

災害発生前より存在していたものが7~8割であったが、5~20%は災害発生後の発症であった（表11）。

12．現在の治療状況

病名があるもののうち5~8割は治療継続

中であった(表12)

13. これまでの処方の有無

御嶽山は処方がなく、他の災害は処方ありが2~4割、なしが2~4割、不明が3~4割であった(表13)。

14. 現在の処方薬の種類(処方あり群のみ・延べ数)

常総は抗精神病薬の割合が最も多く、次いで睡眠薬、身体治療薬(感冒・血圧等)の順に多かった。熊本は睡眠薬、身体治療薬、抗不安薬の順に多かった。広島は、睡眠薬、抗不安薬が同率で最も多かった(表14)。

15. 今回の処方の有無(延べ数)

処方不明が多かったが、処方ありは1~2割程度と少なかった(表15)。

16. 今回の処方薬の種類(処方あり群のみ・延べ数)

常総では、処方薬その他、抗精神病薬、次身体治療薬の順に処方割合が多く、熊本では、睡眠薬、身体治療薬、抗不安薬の順に処方割合が多かった。広島では、抗不安薬、睡眠薬のみが処方されていた。

17. 主症状(症状1大項目)

常総、広島では最も多いのは睡眠の問題で、次に多いのは身体症状であった。熊本では睡眠の問題、身体症状、不安がほぼ同率で多かった。御嶽山では不安症状が多かった。また常総では、幻覚・妄想症状、行動上の問題がそれぞれ1割程度にみられた(表17)。

18. 精神科医による診察の有無

常総、熊本、広島で6~8割が精神科医により診察があった。御嶽山では6割で精神科医による診察はなかった(表18)

19. 今回の診察による主病名

常総はF2(精神病圏)の割合が多く、次いでF4(神経症圏)、F0(認知症圏)の順に多かった。熊本では、F4、F2、F3(気分障害圏)、F0の順に多かった。広島、御嶽山ではほぼF4の診断であった。しかし、診断不明の割合がどの災害でも最も多く5~7割であった(表19)。

20. 相談件数の時系列推移

常総は発災2日後、熊本は7日後、広島は5日後、御嶽山は1日後に相談件数が最大となった。1日最大相談件数は熊本が101件と最も多く、次いで常総27件、広島13件、御嶽山4件の順に多かった。相談件数が0になった日数は御嶽山が4日後と最も早く、次いで広島が19日後、常総が25日後、熊本が71日後の順に早かった。

また時系列の形は、御嶽山が1日後と7日後、広島が5日後と14日後に各ピークのある二峰性である一方、常総は3日後に概ね一峰性のピークで期間が長く、さらに熊本は7日後にピークをとるも、その後期間がより長く、多峰性の時系列であった(図1、2)。

D. 考察

1. 被災地域特性の影響について

相談者の性別は災害を問わず女性の方が多かったが、年齢、既往歴、相談の背景、診断は災害によって異なっていた。例えば常総では地域の高齢者比率が多く、既往歴あり、統合失調症、認知症の比率が多かった。広島は被災地の一部の安佐南区が文教地区で若者比率が多かった。これらの地域特性は相談者の属性に反映していると考えられる。

2. 被災規模・内容の影響について

相談者が本人か、相談の種類(継続となるか)、被災状況、ならびに相談件数推移は災害によって異なっていた。結果を解釈するうえで4災害の被災状況を端的にまとめると次の通りである。

平成26年8月豪雨による広島土砂災害

発生日:2014年8月20日

人的被害:死者77人、負傷者44人

建物等被害:全壊133棟、半壊122棟、床上浸水1301棟、床下浸水2828棟

避難者:最大2354人

御嶽山噴火災害

発生日:2014年9月27日

人的被害：死者 57 人、行方不明者 6 人、負傷者 69 人。避難者 190 人（登山者）

建物等被害：明確な被害報告なし

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨による常総市水害被害

発生日：2015 年 9 月 9～11 日

人的被害：死者 2 人、負傷者 54 人

建物等被害：全壊 53 棟、半壊 5072 棟、床上浸水 150 棟、床下浸水 3066 棟

避難者：最大 6223 人

熊本地震

発生日：2016 年 4 月 14～16 日

人的被害：死者 204 人（うち直接死 50 人）、負傷者 2727 人

建物等被害：全壊 8,424 棟、半壊 33,212 棟、一部損壊 149,963 棟

避難者：最大 183,882 人

被災状況を比較すると、人的被害は大きい順に熊本>広島>御嶽山>常総であるが、このうち直接死者数は広島>御嶽山>熊本>常総である。また避難者は熊本>常総>広島>御嶽山、建物等被害は熊本>常総>広島>御嶽山である。すなわち、御嶽山、広島は災害範囲がある程度限局的であるが直接死者数は多いため、相談件数減少までの期間は短い（特に御嶽山は被災者の多くが県外からの登山客であるため活動期間は数日にとどまっている）、心的外傷体験の影響は大きく、件数推移も二峰性で、継続相談や直接相談が多くなっていることが推察される。

一方常総は、死傷者は少なく済んだが広域の大規模災害で避難者数も多かったため、初期に相談件数がピークとなり、単発の相談が多いが相談件数が減少するまでに 1 か月程度かかった。実際は DMHISS に登録した活動終了後も市の要請でさらに 1 か月間こころのケアチーム活動を続けたことが報告されている。熊本はいうまでもなく人的被害の規模、建物被害の規模、避難者数とも他の 3 災害に比してはるかに大きい。このため、相談件数も多峰性に推移し、相談件数の収束まで 2 か月半

以上かかっている。つまり、相談件数のニーズと内容は、被災の規模と内容に大きく依存し、その影響を受けることが確認された。DPAT の活動期間は、活動要項においては地域の精神保健医療システムが復興することを目安としているが、少なくともこの 4 災害のデータでニーズがなくなる時期から推察するとすれば、DPAT の活動期間は、局所災害の場合最大 1 か月、広域災害の場合 2 か月以上とわけて考えた方がよいかもしれない。

なお、相談件数のピークはどの災害でも 2～7 日の超急性期から急性期にあることから、この時期に DPAT 活動が必要かつ重要であることも、今回の結果から裏付けられた。

3. 活動能力の影響について

次に相談方法、相談場所など活動の実際に関わる指標では、2014 年の広島、御嶽山では来所した相談者に対応していたものが、2015 年の常総では被災者宅へのアウトリーチ、2016 年の熊本では被災者への集団活動など、年を経るごとに活動の種類や範囲が広がっていた。また処方率は 1 割程度にとどめることができしており、東日本大震災のこころのケアにおける平均処方率 3 割に比して抑えられている。これらは被災状況に伴う活動の様態とともに、DPAT 活動の意義がより理解され、災害精神支援における活動能力が向上していることが考えられる。なお、処方薬はどの災害も概ね身体治療薬、睡眠薬、抗不安薬の割合が多いが、常総のみ抗精神病薬の割合が多かった。これらの傾向は、現在被災者が処方されている内容に合致しており、被災者の処方切れに対応したケースが多かったことが考えられる。処方比率は、今後の活動の際の持参薬の参考となるだろう。

4. DMHISS の問題

同一相談事例の抽出を試みたが、DMHISS では ID が異なるため、個票の性別、年齢、居住地域から抽出した同一事例と日報の継続事例に大きな差が生じた。同一事例の紐づけができるような改良が必要である。また、同一事

例が複数の症状を持つ場合の集計に困難さがあり、今回症状の統計は第1大項目にとどまった。これも症状が延べ数で算出できるように DMHISS の改良が必要と考える。

5. まとめと今後の展開

以上をまとめると、DPAT の支援対象、活動内容、活動期間は、大きく 被災地域の特性（人口構成、精神医療状況）、被災の規模・内容（人的被害、建物等被害、避難者数）、活動能力の3つの要素に影響されることがわかった。相談件数は発災数日後がピークであることから、急性期からの DPAT 活動の重要性が確認された。また終結の目安となる相談件数の時間的推移は、災害規模・内容からある程度予想でき、局所災害は1か月、広域災害は2か月以上が目安となる可能性が示唆された。

しかし今回の検討では統計解析を実施しておらず、また症状の総体把握と時間的推移を検討していないため、明確な活動指針の提言には至らなかった。

次年度は、今回の結果を統計解析し、日報その他のデータも参照し、災害時精神保健医療活動に必要な避難所トリアージ項目、DPAT 活動終結の目安等の DPAT 活動に関する指標について検討する。

E. 結論

1. 過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）の DPAT 活動を評価することを目的に、DMHISS に蓄積されている個票データを分析した。

2. DPAT の支援対象、活動内容、活動期間は、大きく 被災地域の特性、被災の規模・内容、DPAT の活動能力の3つの要素に影響されることがわかった。

3. DPAT の活動期間は局所災害で1か月以内、広域災害は2か月以上が目安と推察された。

4. 次年度は、今回の結果を統計解析し、災害時精神保健医療活動に必要な避難所トリ

アージ項目、DPAT 活動終結の目安等の DPAT 活動に関する指標について検討する。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1．相談者の年齢

	常総	%	熊本	%	広島	%	御嶽山	%
10歳未満	0	0%	106	5%	17	16%	0	0%
10代	4	3%	75	4%	24	23%	0	0%
20代	2	1%	96	5%	2	2%	5	42%
30代	3	2%	175	8%	22	21%	1	8%
40代	8	6%	206	10%	6	6%	0	0%
50代	21	15%	265	12%	4	4%	0	0%
60代	23	17%	289	14%	18	17%	2	17%
70代	30	22%	314	15%	8	8%	0	0%
80代	20	14%	267	13%	3	3%	0	0%
90代	2	1%	52	2%	0	0%	0	0%
不明	26	19%	280	13%	2	2%	4	33%
合計	139		2125		106		12	

表2．相談者と本人の関係

	常総	熊本	広島	御嶽山
本人	24 17.3%	1318 62.0%	80 75.5%	9 75.0%
家族	3 2.2%	185 8.7%	8 7.5%	0 0.0%
友人・知人	0 0.0%	2 0.1%	0 0.0%	0 0.0%
支援者	23 16.5%	297 14.0%	3 2.8%	0 0.0%
相談者との関係その他	1 0.7%	66 3.1%	0 0.0%	0 0.0%
不明	88 63.3%	257 12.1%	15 14.2%	3 25.0%

表3．相談経過

	常総	熊本	広島	御嶽山
新規	87 62.6%	1593 75.0%	64 60.4%	9 75.0%
継続	18 12.9%	459 21.6%	42 39.6%	3 25.0%
不明	34 24.5%	73 3.4%	0 0.0%	0 0.0%

表4．相談方法

	常総	熊本	広島	御嶽山
訪問	82 59.0%	1574 74.1%	52 49.1%	0 0.0%
来所	7 5.0%	151 7.1%	33 31.1%	4 33.3%
電話	3 2.2%	21 1.0%	0 0.0%	0 0.0%
集団活動の中での相談	2 1.4%	274 12.9%	8 7.5%	0 0.0%
相談方法その他	3 2.2%	65 3.1%	0 0.0%	8 66.7%
不明	42 30.2%	40 1.9%	13 12.3%	0 0.0%

表5．相談場所

	常総	熊本	広島	御嶽山
自宅	14 10.1%	325 15.3%	2 1.9%	0 0.0%
避難所	114 82.0%	1489 70.1%	88 83.0%	0 0.0%
仮設住宅	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
民間賃貸借上住宅	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
相談拠点	4 2.9%	55 2.6%	4 3.8%	4 33.3%
相談場所その他	4 2.9%	238 11.2%	12 11.3%	8 66.7%
不明	3 2.2%	16 0.8%	0 0.0%	0 0.0%

表6．同席した他機関・チーム

	常総		熊本		広島		御嶽山	
被災地の県・市町村担当	3	2.2%	209	9.8%	3	2.8%	0	0.0%
保健師チーム	11	7.9%	255	12.0%	29	27.4%	0	0.0%
精神科以外の医療チーム	2	1.4%	56	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
他機関・チームその他	2	1.4%	229	10.8%	7	6.6%	4	33.3%
不明	121	87.1%	1376	64.8%	67	63.2%	8	66.7%

表7．被災状況（延べ数）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
家族の死亡・行方不明	2	3.6%	14	0.6%	19	15.0%	1	6.7%
親族・知人等の死亡・行方不明	1	1.8%	24	1.1%	26	20.5%	7	46.7%
自身の負傷	0	0.0%	39	1.8%	1	0.8%	2	13.3%
家族の負傷	0	0.0%	26	1.2%	2	1.6%	0	0.0%
親族・知人の負傷	0	0.0%	13	0.6%	0	0.0%	1	6.7%
家屋の倒壊	16	29.1%	864	39.8%	36	28.3%	0	0.0%
自宅からの強制的退去	3	5.5%	129	5.9%	12	9.4%	0	0.0%
家屋以外の財産等の喪失	8	14.5%	158	7.3%	6	4.7%	0	0.0%
仕事の喪失	0	0.0%	33	1.5%	1	0.8%	0	0.0%
被災状況その他	14	25.5%	552	25.4%	21	16.5%	4	26.7%
被災状況不明	11	20.0%	318	14.7%	3	2.4%	0	0.0%

表8．相談の背景（延べ数）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
近親者喪失	2	4.7%	35	1.4%	22	18.8%	1	2.8%
居住環境の変化	4	9.3%	722	28.3%	32	27.4%	7	19.4%
経済生活再建問題	1	2.3%	113	4.4%	10	8.5%	2	5.6%
失業・就労問題	1	2.3%	33	1.3%	2	1.7%	0	0.0%
人間関係	3	7.0%	119	4.7%	7	6.0%	1	2.8%
家族・家庭問題	6	14.0%	224	8.8%	19	16.2%	0	0.0%
教育・育児・転校	3	7.0%	119	4.7%	0	0.0%	0	0.0%
放射能	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
健康上の問題	9	20.9%	798	31.3%	20	17.1%	20	55.6%
相談の背景その他	8	18.6%	319	12.5%	4	3.4%	4	11.1%
相談の背景不明	6	14.0%	67	2.6%	1	0.9%	1	2.8%

表9．相談の契機（延べ数）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
本人からの相談・依頼	4	7.8%	474	25.2%	45	52.3%	3	25.0%
家族・親族からの依頼	4	7.8%	150	8.0%	32	37.2%	1	8.3%
近隣・職場からの依頼	2	3.9%	62	3.3%	1	1.2%	0	0.0%
健康調査・全戸訪問等によるピックアップ	7	13.7%	111	5.9%	3	3.5%	0	0.0%
他の保健医療関係者からの紹介	18	35.3%	527	28.1%	2	2.3%	0	0.0%
行政機関からの依頼	10	19.6%	374	19.9%	3	3.5%	4	33.3%
相談の契機その他	6	11.8%	180	9.6%	0	0.0%	4	33.3%

表 10. 病名の有無

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病名あり	60	43.2%	768	36.1%	27	25.5%	1	8.3%
病名なし	20	14.4%	680	32.0%	43	40.6%	1	8.3%
病名不明	59	42.4%	677	31.9%	36	34.0%	10	83.3%

表 11. 病名の発症時期（病名有り群のみ）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
災害発生前より存在	42	70.0%	605	78.8%	20	74.1%	0	0%
災害発症後に発症	3	5.0%	78	10.2%	6	22.2%	1	100%
発症時期不明	15	25.0%	85	11.1%	1	3.7%	0	0%

表 12. 現在の治療状況（病名有り群のみ）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
継続中	32	53.3%	518	67.4%	22	81.5%	1	100%
中断	0	0.0%	25	3.3%	0	0.0%	0	0%
治療状況不明	18	30.0%	113	14.7%	3	11.1%	0	0%
終了	8	13.3%	66	8.6%	0	0.0%	0	0%
未治療	2	3.3%	46	6.0%	2	7.4%	0	0%

表 13. これまでの処方の有無

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
処方あり	54	38.8%	878	41.3%	25	23.6%	0	0.0%
処方なし	24	17.3%	591	27.8%	45	42.5%	4	33.3%
処方不明	61	43.9%	656	30.9%	36	34.0%	8	66.7%

表 14. 現在の処方薬の種類（処方有り群のみ・延べ数）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
抗精神病薬	20	32.8%	223	14.4%	6	15.0%	0	
抗うつ薬	3	4.9%	131	8.5%	4	10.0%	0	
抗不安薬	6	9.8%	251	16.2%	12	30.0%	0	
睡眠薬	12	19.7%	375	24.2%	12	30.0%	0	
抗てんかん薬	0	0.0%	46	3.0%	4	10.0%	0	
気分安定薬	1	1.6%	59	3.8%	0	0.0%	0	
抗認知症薬	2	3.3%	20	1.3%	0	0.0%	0	
身体治療薬(感冒・血圧等)	10	16.4%	326	21.0%	1	2.5%	0	
処方薬その他	7	11.5%	118	7.6%	1	2.5%	0	

表 15. 今回の処方の有無

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
処方あり	20	14.4%	878	41.3%	10	9.4%	0	0.0%
処方なし	39	28.1%	591	27.8%	43	40.6%	4	33.3%
処方不明	80	57.6%	656	30.9%	53	50.0%	8	66.7%

表 16. 今回の処方薬の種類（延べ数）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
抗精神病薬	5	8.2%	223	14.4%	0	0.0%	0	
抗うつ薬	1	1.6%	131	8.5%	0	0.0%	0	
抗不安薬	3	4.9%	251	16.2%	6	15.0%	0	
睡眠薬	3	4.9%	375	24.2%	5	12.5%	0	
抗てんかん薬	0	0.0%	46	3.0%	0	0.0%	0	
気分安定薬	2	3.3%	59	3.8%	0	0.0%	0	
抗認知症薬	0	0.0%	20	1.3%	0	0.0%	0	
身体治療薬(感冒・血圧等)	4	6.6%	326	21.0%	0	0.0%	0	
処方薬その他	6	9.8%	118	7.6%	0	0.0%	0	

表 17. 主症状（症状 1 大項目）

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
身体症状	17	27.9%	363	23.4%	18	45.0%	3	25.0%
睡眠の問題	28	45.9%	361	23.3%	32	80.0%	0	0.0%
不安症状	3	4.9%	358	23.1%	14	35.0%	6	50.0%
気分・情動に関する症状	6	9.8%	183	11.8%	8	20.0%	1	8.3%
解離・転換症状	0	0.0%	12	0.8%	1	2.5%	0	0.0%
強迫症状	0	0.0%	3	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
幻覚・妄想症状	5	8.2%	56	3.6%	0	0.0%	0	0.0%
行動上の問題	7	11.5%	78	5.0%	1	2.5%	0	0.0%
てんかん・けいれん発作	0	0.0%	2	0.1%	1	2.5%	0	0.0%
飲酒の問題	0	0.0%	22	1.4%	0	0.0%	0	0.0%
意識障害	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%
小児に特有の症状	0	0.0%	24	1.5%	1	2.5%	0	0.0%
その他の症状	9	14.8%	70	4.5%	2	5.0%	0	0.0%
不明	64	104.9%	591	38.2%	28	70.0%	0	0.0%

表 18. 精神科医による診察の有無

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
診察有	88	63.3%	1409	66.3%	89	84.0%	5	41.7%
診察無	16	11.5%	365	17.2%	9	8.5%	7	58.3%
不明	35	25.2%	351	16.5%	8	7.5%	0	0.0%

表 19. 今回の診察による主病名

	常総		熊本		広島		御嶽山	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
F0	11	7.9%	82	3.9%	1	0.7%	0	0.0%
F1	1	0.7%	19	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
F2	27	19.4%	132	6.2%	1	0.7%	0	0.0%
F3	4	2.9%	100	4.7%	2	1.4%	0	0.0%
F4	13	9.4%	427	20.1%	23	16.5%	3	25.0%
F5	3	2.2%	38	1.8%	5	3.6%	0	0.0%
F6	0	0.0%	8	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
F7	0	0.0%	23	1.1%	0	0.0%	0	0.0%
F8	1	0.7%	24	1.1%	4	2.9%	0	0.0%
F9	0	0.0%	8	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
G4	0	0.0%	16	0.8%	1	0.7%	0	0.0%
その他	1	0.7%	13	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
不明	78	56.1%	1235	58.1%	69	49.6%	9	75.0%

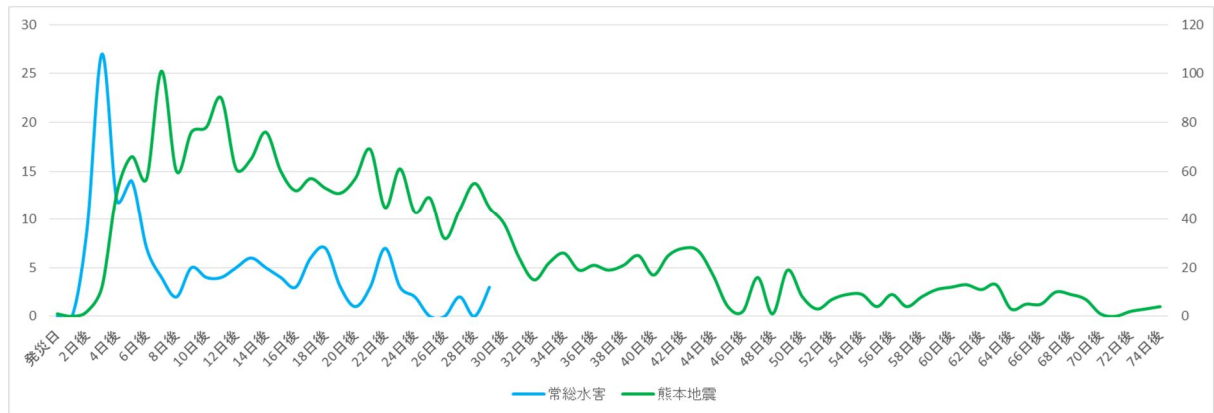


図1．常総水害、熊本地震における相談件数の時系列推移

グラフは判読を容易にするため、平滑化している。熊本は1日あたりの件数が大きいため、二軸に配置している。



図2．御嶽山噴火、広島土砂災害における相談件数の時系列推移

グラフは判読を容易にするため、平滑化している。

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 熊本地震DPAT隊員へのアンケート分析

研究分担者 大鶴 卓 （国立病院機構 琉球病院 副院長）

研究協力者 吉田 航 （DPAT事務局）
小見 めぐみ（DPAT事務局）
知花 浩也 （国立病院機構 琉球病院）
高江洲 慶 （国立病院機構 琉球病院）
奥浜 伸一 （国立病院機構 榊原病院）
高尾 碧 （島根県立こころの医療センター）

研究要旨：

本研究は、熊本地震で活動したDPAT隊員のアンケート結果を分析することで、DPAT活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや関係する機関のフェイズごとの役割と連携のあり方を明確化することを目的とする。

本分担研究により熊本地震では、様々な精神科関連機関より派遣されたDPAT隊が発災直後から中長期のフェイズに渡り、本部機能から現地活動まで幅広いDPAT活動を行ったが、約6割のDPAT隊員は過去に支援経験がなく、研修未受講の状態であったことが分かった。

本分担研究で、DPATや災害医療に関する認識・知識は、DPATに関連する研修受講歴がある群が高く、支援経験の有無は関係しないことが分かった。DPATは発災直後より中長期的に幅広い活動を行う組織化された災害時の精神科医療チームである。そのため、災害関連の他の医療団、被災地の行政・医療機関、NPOなどのボランティアなどとの連携は必須であり、DPAT関連の研修を受講しDPATや災害医療の知識を備えておくことが非常に重要と考えられた。

A．研究目的

DPATの設立に伴い、災害時の精神科医療体制は着実に定着しつつあるが、その経時的な評価や、DPATと既存の地域精神保健体制との連携のあり方、政策へのフィードバックについて検討が不十分な現状がある。

本分担研究班は、熊本地震で活動したDPAT隊員のアンケート結果を分析することで、DPAT活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや関係する機関のフェイズごとの役割と連携のあり方を明確化すること、得られた研究成果をDPATマニュアル等の各種マニュアルやDPATに関連する研修会等に反映させることを目的とする。

B．研究方法

1. 対象および方法

熊本地震で活動した全国のDPAT隊員（42自治体1018名）を対象とし、以下の～の項目で構成された調査票を用いてアンケート調査を行った（調査票の詳細は表1を参照）。その調査票を集計し、当分担研究班員で解析を行った。

基本情報

・職種・所属

災害関連の経験

・過去の災害支援経験の有無

・DPAT関連研修受講の有無

熊本地震への派遣について

・活動時期・活動場所

・DPAT活動の際に困ったこと（自由記載）

DPATや災害医療に関する認識についての確認

・DPATの概要・構造及び活動

- ・DPATの指揮命令系統
- ・DPATの連携
- ・災害対応の原則「CSCA」
- ・情報関連システム

2. 倫理面への配慮

当分担研究班は日本精神科病院協会及び琉球病院倫理委員会の承認を得て行った。倫理面への配慮として、疫学研究指針および人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従い研究を行った。調査票には個人名などの個人情報に記載されないよう配慮し、同意については調査票の回答をもって同意とした。

C. 研究結果

アンケート調査時に熊本地震で活動したDPAT隊員は42自治体1018名であり、そのうち807名から回答を得ており、回収率は79.3%であった。

アンケート回答者の職種(図1)は、医師26%、看護師35%、業務調整員39%であった。業務調整員の職種(図2)は精神保健福祉士37%、事務職員35%であり、業務調整員はこの2職種で7割強を占めていた。派遣元機関種別(図3)は、民間(精神科)病院31%、自治体病院25%、行政機関13%、国立病院機構10%、精神保健福祉センターと大学がそれぞれ9%であり、多様な精神科関連の機関元より派遣されていた。

熊本地震の活動時期(図4)は発災～1週間が13%、1週間～1ヵ月が43%、1ヵ月以降が44%であった。熊本地震の活動場所(図5)は調整本部12%、活動拠点本部17%、病院6%、避難所62%であった。

過去の災害支援経験(図6)はある41%、ない58%であった。DPAT関連の研修受講の有無(図7)はある35%、ない64%であり、研修受講がある者のDPAT関連研修の形態(図8)は都道府県DPAT研修のみが51%を占めていた。

DPATや災害医療の認識・知識(図9)は、DPAT概要、指揮命令系統、連携、CSCA、情報関連システムの5項目について質問し、項目～は最高3点、項目～は最高4点であり、～の正答の合計点の平均は12.7点であった。職種ごとの合計点の平均(図10)は医師は13.1点と平均点を上回っていたが、看護師・保健師は12.5点、業務調整員は12.6点で、どちらも平均点を下回っていた。DPAT関連の研修参加の有無による合計点の平均(図11)は、研修受講ありは13.5点と平均点

を上回っていたが、受講歴なしは12.2点と平均点を下回っていた。研修受講者の職種別の合計点の平均(図12)は医師13.8点、看護師・保健師13.3点、業務調整員13.6点とすべての職種で平均点を上回っていた。研修形態と平均点との関連(図13)は、先遣隊研修+都道府県研修が14.8点、DPAT研修+都道府県研修が14.5点、3研修すべて受講が14.3点であり、全国研修と都道府県研修の両方ともに受講している群が最も平均点が高かった。

過去の支援経験と平均点との関連(図14)は、支援経験ありが13点、なしは12.5点で支援経験がある群が平均点を上回っていた。支援経験と研修受講歴と平均点との関連(図15)は、支援経験があり、かつ研修受講歴がある群が13.9点、支援経験はないが研修受講歴がある群が13.2点でこの2つの群は平均点を上回っていた。支援経験はあるが、研修受講歴がない群は12.3点、支援経験と研修受講歴の両方ともない群は12.1点であり、研修受講歴がない群は支援経験の有無に関係なく平均点を下回っていた。支援経験の有無と研修受講歴の職種ごとの平均点(図16)は、研修受講歴がある群は支援経験の有無に関わらず3職種共に平均点を上回っており、研修受講歴がない群は支援経験の有無に関係なく全ての職種で平均点を下回っていた。

D. 考察

熊本地震で活動したDPAT隊員へのアンケート調査より、医師・看護師・業務調整員の多職種で構成されたDPAT隊は、様々な精神科関連機関より派遣され、発災直後から中長期のフェイズに渡り本部機能から現地活動まで幅広いDPAT活動を行ったことが分かった。また、過去に災害の支援経験があった者は41%、DPAT関連の研修の受講歴があるものは35%と4割程度であり、約6割のDPAT隊員は支援経験がなく、研修未受講の状態でも活動したことも分かった。

今回のアンケート調査では、DPATや災害医療に関する認識・知識は、DPATに関連する研修受講歴がある群が高く、支援経験の有無は関係しないことが分かった。DPATは発災直後より中長期的に幅広い活動を行う組織化された災害時の精神科医療チームである。そのため、災害関連の他の医療団、被災地の行政・医療機関、NPOなどのボランティアなどとの連携は必須であり、DPAT関連の研修を受講しDPATや災害医療の知識を備えておくことは非

常に重要と考えられる。

今回のアンケート調査ではDPAT活動前・中・後の自由記載項目も収集している。それをカテゴリー化し分析することで、より詳細な活動実態や課題が抽出できると考えられ、平成29年度は調査票の自由記載項目の解析を行う計画である。

E．結論

本分担研究により熊本地震では、様々な精神科関連機関より派遣されたDPAT隊が発災直後から中長期のフェイズに渡り、本部機能から現地活動まで幅広いDPAT活動を行ったが、約6割のDPAT隊員は過去に支援経験がなく、研修未受講の状態であったことが分かった。

本分担研究で、DPATや災害医療に関する認識・知識は、DPATに関連する研修受講歴がある群が高く、支援経験の有無は関係しないことが分かった。DPATは発災直後より中長期的に幅広い活動を行う組織化された災害時の精神科医療チームである。そのため、災害関連の他の医療団、被災地の行政・医療機関、NPOなどのボランティアなどとの連携は必須であり、DPAT関連の研修を受講しDPATや災害医療の知識を備えておくことが非常に重要と考えられた。

F．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

1) 大鶴卓：熊本地震におけるDPATと多機関連携の実際と課題. 第22回集団災害医学会, 愛知, 2017.2.13

G．知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

参考文献

1) 厚生労働省 災害時こころの情報支援センター事業：DPAT活動マニュアルVer.1.1

平成28年熊本地震で活動したDPAT隊員へのアンケート調査

全ての項目において、ご自身のことについて、ご回答ください。

<回答欄の種類について>

青色部分・・・青色部分をクリックしてリストから1つ選択

オレンジ部分・・・自由記述

ピンク部分・・・チェックボックスに☑ (チェック) を入れる (複数回答可)

<回答対象について>

回答していただく対象者を1列に記載していますので、よく読んでご回答ください。

※尚、本調査のデータは研究報告に使うことがあります (倫理委員会で承認済み)。回答の提出を持って、研究協力への同意をしたとみなさせていただきます。

※自由記述欄においては、個人名の記載はお控えください。

1、基本情報

1) 職種

①医師 ②看護師・保健師 ③業務調整員

a. 薬剤師 b. 精神保健福祉士 c. 作業療法士 d. 臨床心理士 e. 事務職 f. その他

2) 現在主に従事している場所

①自治体病院 ②国立病院 ③民間病院 ④大学 ⑤精神保健福祉センター ⑥行政機関 ⑦その他

2、災害関連の経験

1) 平成28年熊本地震以前の災害支援活動の従事経験

①ある ②ない

a. 被災地外の支援者として b. 被災地内の支援者(受援者)として c. 両方

2) 平成28年熊本地震以前のDPAT関連研修の受講経験

①ある ②ない

①国が実施するDPAT研修 (DPAT統括者、都道府県等の災害精神保健医療担当者対象)

②国が実施するDPAT先遣隊研修

③都道府県が実施するDPAT研修

--

3、熊本地震への派遣について 複数回派遣に行った方は、1回目の派遣についてご回答ください。

1)熊本地震への派遣について

(1)主な活動時期 活動時期が2つの選択肢にまたがる場合は、より現地での滞在期間が長い方を選択してください。

発災～1週間(4月14日～21日) 1週間～1ヶ月(4月22日～5月14日)
1ヶ月以降(5月15日～6月30日)

(2)主な活動場所

調整本部 活動拠点本部 病院 避難所

2)DPAT活動に際して、困ったことについて具体的にご記入ください。

(1)派遣前

(2)活動中

(3)派遣後

4、DPATや災害医療に関する認識についての確認

これは個人を特定して評価するものではありませんので、マニュアル等資料を見ずにご回答ください。

以下の記述のうち、正しいと思う項目には○を、誤っていると思う項目には×を選択してください。

1) DPATの概要、構造および活動

- (1) DPAT1チームは、医師、看護師、業務調整員の3～5人から構成される。
- (2) DPATは被災地域の都道府県からの派遣要請に基づき派遣される。
- (3) DPAT活動の終結は被災都道府県がDPAT都道府県調整本部の助言を踏まえて決定する。

2) DPATの指揮命令系統

- (1) DPATは被災都道府県の指揮下で活動する。
- (2) DPAT統括者は、当該都道府県管内で活動するすべてのDPATの指揮および調整を行う。
- (3) DPAT活動拠点本部は、DPAT調整本部に対し、被災地域の保健所圏域、市町村でのDPAT活動を統括するよう指示する。

3) DPATの連携

- (1) 災害医療コーディネータは、人命救助・緊急医療体制の確保に関する調整を行うため、DPATの医療連携とは関わらない。
- (2) 日本赤十字社は、赤十字病院の医師、看護師などを中心に構成された医療救護班による救護活動を行い、こころのケアは行わない。
- (3) DMAT (Disaster Medical Assistance Team) は、発災後48時間以内に撤退できるよう訓練を受けている。

4) 災害医療対応の原則「CSCA」

- (1) 災害時における指揮調整体制の確立は、実際の医療支援活動より優先される。
- (2) DPAT活動は、絶対安全な地域で行う。
- (3) 情報伝達の失敗が現場活動の失敗につながる。
- (4) 災害時に収集すべき情報「METHANE」レポートの「A(Access)」で到達経路を検討し、常に被災地までの最短距離の経路を選択すべきである。

5) 情報関連システム

- (1) DMHISSには医療機関に振り分けられたIDとパスワードを使用してログインする。
- (2) EMIS (Emergency Medical Information System) とは広域災害救急医療情報システムのことで、入力はDMAT隊員に限られている。
- (3) 所属医療機関に被害がなければ、EMISの緊急時入力は不要である。
- (4) DPAT事務局ホームページの医療機関マップから、災害拠点病院および精神科病院の詳細を閲覧することができる。

アンケートは以上です。もう一度記入漏れがないかご確認ください。ご協力、誠にありがとうございました。

医師	211
看護師	280
業務調整員	313
不明	3
計	807

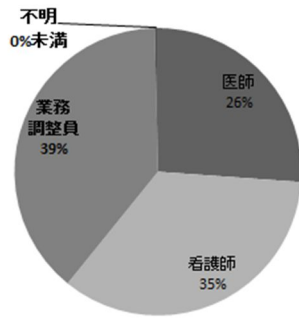


図1: アンケート回答者の職種

薬剤師	5
精神保健福祉士	116
作業療法士	22
臨床心理士	40
事務職	109
その他	21
計	313

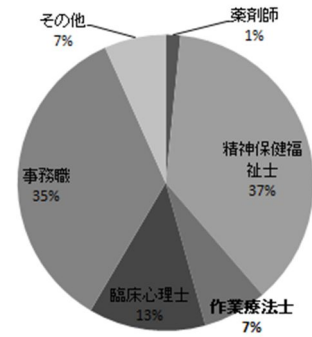


図2: 業務調整員の職種

自治体病院	203
国立病院	77
民間病院	253
大学	74
精神保健福祉センター	73
行政機関	107
その他	20
計	807

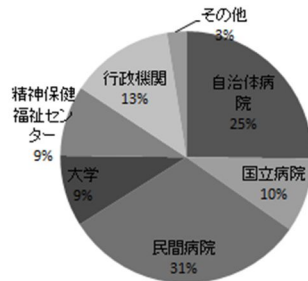


図3: 派遣元機関種別

発災～1週間	102
1週間～1ヶ月	343
1ヶ月以降	359
未回答	3
計	807

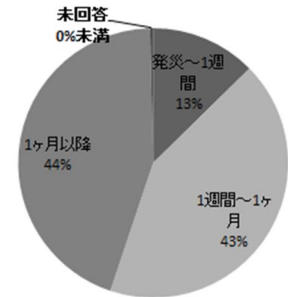


図4: 熊本地震の活動時期

調整本部	96
活動拠点本部	133
病院	51
避難所	503
未回答	24
計	807

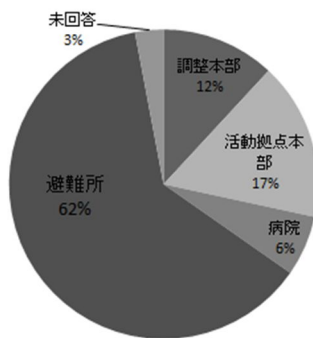


図5: 熊本地震の活動場所

ある	330
ない	472
未回答	5
計	807

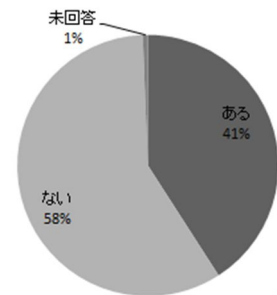


図6: 過去の災害支援経験

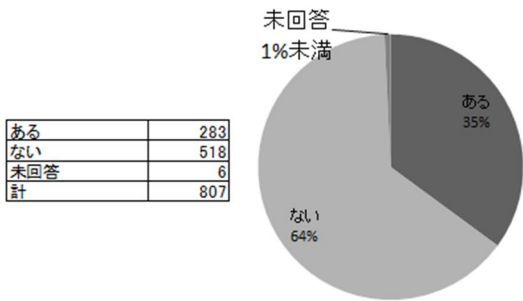


図7: DPAT関連の研修受講の有無

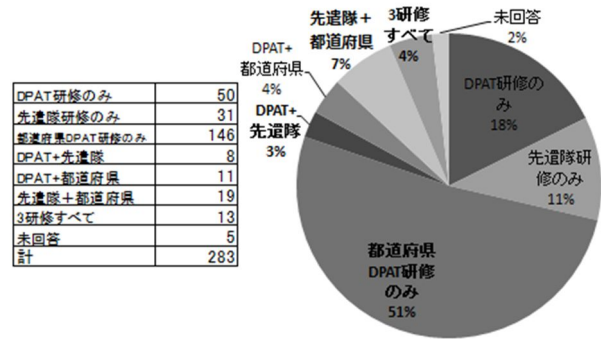
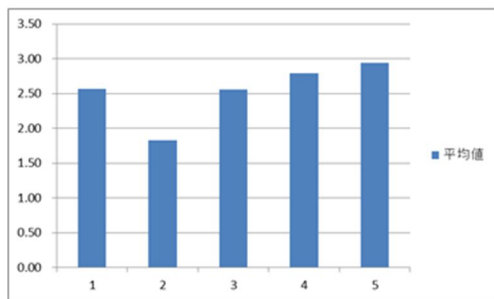


図8: DPAT関連の研修形態

正答の合計点の平均 = 12.7点 (N=802 未回答5)



項目①DPAT概要 ②指揮命令系統 ③連携 ④CSCA ⑤情報関連システム
項目①～③は最高3点、項目④⑤は最高4点

図9: DPATや災害医療の認識・知識

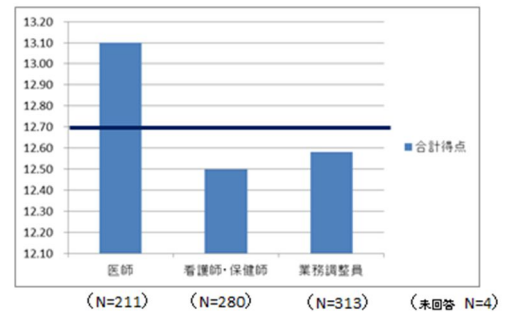


図10: 職種ごとの合計点の平均

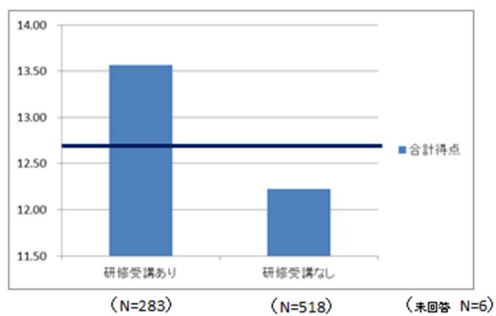


図11: 研修受講の有無による平均点

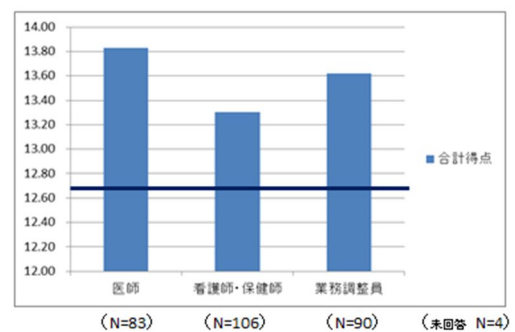


図12: 研修受講者の職種別の平均点

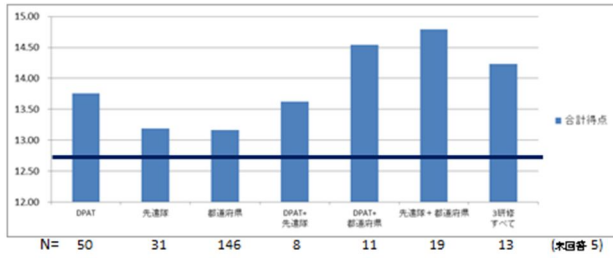


図13:研修形態と平均点との関連

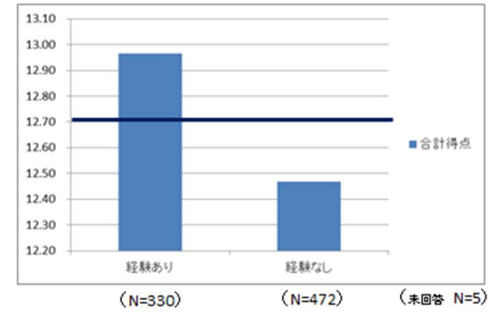


図14:支援経験と平均点の関連

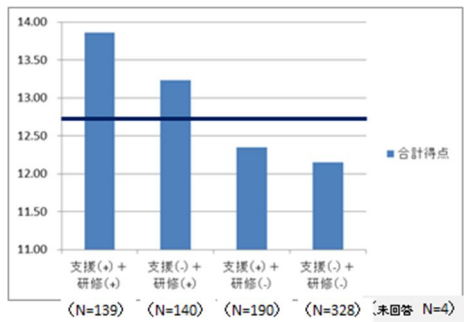


図15:支援×研修と平均点との関連

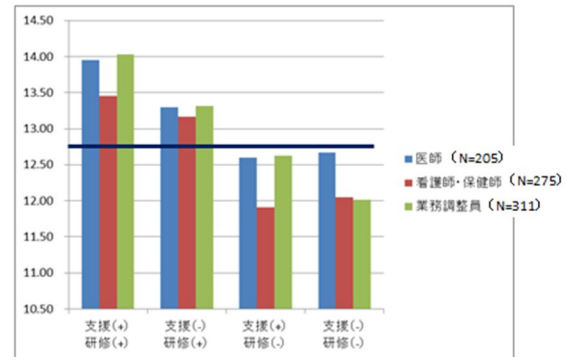


図16:支援×研修×職種の平均点

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 DPATと地域精神保健医療機関の連携体制の検討

研究分担者 山口 喜久雄（熊本県精神保健福祉センター 所長）

研究協力者 矢田部 裕介（熊本県こころのケアセンター 所長）
鈴木 友理子（国立精神・神経医療研究センター）
高尾 碧（島根県立こころの医療センター）

研究要旨：

本研究は、平成28年熊本地震における超急性期から中長期に掛けてのDPAT活動を検証し、被災地外からのDPAT隊を主体とした超急性期対応から、被災県内のDPAT隊、こころのケアセンター等を主体とした中長期対応への移行の指標を明確化させることを目的とする。

今年度、本分担研究により、平成28年熊本地震の超急性期においては、患者搬送時、一時集積場所設置の必要性や、特殊性の高い病棟からの患者避難が想定される場合には一定数のDPAT隊が必要となる可能性が示唆された。

A. 研究目的

平成25年にDPAT活動要領が厚労省から発出され、DPATが設立されたが、DPATが実働した災害は、平成26年広島土砂災害、平成26年御嶽山噴火、平成27年関東・東北豪雨災害など、局地災害での活動が主体だった。平成28年熊本地震において、初めてDPATが全国規模で活動を展開することとなり、被災県外から派遣されるDPATと、元々被災地内で機能していた地域精神保健医療機関との協働が必要となった。

DPAT活動に関しては、災害のフェイズごとにその活動内容が異なり、協働する医療チームも異なることが示唆されているが、実際にDPAT活動をフェイズに合わせてどのように移行させていくかについての指標がなく、元来機能していた地域精神保健医療機関との棲み分けやDPATの活動移行の目安等についての指標がないことが課題である。

本分担研究班は、熊本地震における超急性期から中長期に掛けてのDPAT活動を検証し、被災地外からのDPATが主として活動する超急性期対応から、徐々に被災県内のDPAT、そして、こころのケアセンターを主体とした中長期対応への移行の指標を明確化すること、得られた研究成果をDPAT活動

マニュアル等の各種マニュアルやDPATに関する研修会等に反映させ、より被災地域にとって望ましいDPAT活動の具体的行動の基礎資料となることを目的とする。

B. 研究方法

平成28年熊本地震に於いて、超急性期の患者搬送を行った精神科病院および一時集積場所となった施設を有する精神科病院の活動実態を把握した。具体的には以下の項目について、関係者からの情報提供を元に実態把握を行った。

- ・ 転院（受援）決定
- ・ 転院調整
- ・ 転院後（受援後）の管理
- ・ DPAT調整本部あるいは活動拠点本部からの連絡
- ・ 活動後のフォロー体制
- ・ 発災後の職員に関するフォロー体制
- ・ その他（自由項目）

（倫理面への配慮）

本研究においては、関係者情報からの実態把握を主体としているため、個人名等の個人情報記録紙に記載されないよう配慮した。また、情報提供内容の取り扱いについては、各病院の承諾を得た上で掲載している。以上

の理由から、倫理面における問題はないと判断した。

C. 研究結果

< 転院（受援）決定 >

転院については、DPATが現地医療機関に支援に入った際に、多くの患者が他病棟へ避難せざるを得ないほど病院施設の損壊が激しいという実態を確認して、転院という選択肢をDPATが提示し、それを病院側が受け入れたことで転院に至っていた。避難患者の一時集積場所となった医療機関については、病棟では転院患者も受け入れつつ、翌日以降の転院先が決まっている患者の一時集積場所として体育館を提供していた。

< 転院（受援）調整 >

患者を搬出する医療機関側にDPATが関わっていない場合は、被災した医療機関が転院搬送のマネジメントを全て行うことになり、職員の負担が大きくなることが示唆された。医療機関の病棟以外の施設を一時集積場所として利用した場合は、一時避難患者の管理に関しては、主に搬送元の病院職員が行ったが、現場では搬送元の職員と一時避難施設の職員との間で、患者支援のためのやりとりも行われていた。

< DPAT調整本部あるいは活動拠点本部からの連絡 >

転院について一度決定され、搬送手段等が調整された後は、フォロー体制については支援に入った医療機関によって違いがあった。一時集積場所として利用していた際は、現場の管理を支援する役割として最後までDPATが関与していたため、被災病院とDPATの上位本部との情報交換は行われていた。

< 活動後のフォロー体制 >

転院あるいは受援が終了した後は、特別なフォロー体制がある訳ではなかった。一施設ではなかったが、いわゆる「逆搬送」の問題も示唆されていた。平時の精神科医療の延長と考えるか、特殊な状況下であることを考慮した災害医療の延長と考えるかは、今後、他の調査項目等も加味した上で検討していく必要があると考えられた。

< 発災後の職員に関するフォロー体制 >

DPATの支援者支援としては、医療機関よりも行政職員等に主たる対象が向けられたため、医療機関従事者については、あまり十分なフォロー体制の構築には至っていなかった。

< その他（自由項目） >

避難搬送の対象となる患者のプロフィールによっては、DPATの同行が望ましい場合もあったように考えられた。また一時集積場所を提供する場合には、セキュリティ管理の問題や食事を含むライフラインの問題を事前に検討しておく必要があることが示唆された。

D. 考察

平成28年熊本地震においては、自施設からの避難が必要になったか、受け入れる側の施設になったかで、同じ被災県内といえども、支援に際して、DPATの活動の方向性は大きく異なっていた。また精神科医療においては、熊本地震では、DPATを含む災害医療の認知度もあまり高くなかったため、被災地の精神科医療機関とDPATでどのように業務を分担するかを十分に議論できない場面がいくらかみられた。一時集積場所の選定を実施したり、精神科の中でも、医療観察法病棟や重症心身障害児（者）病棟など、特殊性の高い病棟からの避難を検討したりする状況があった場合には、現在のDPAT整備状況を勘案すると、DPATのチーム数が十分ではなくなる可能性があることが示唆された。

E. 結論

熊本地震では、超急性期対応をしているフェイズにおいて、一時集積場所の設置を検討するような多数避難が必要な状況の発生や、受け入れ先の限られた特殊性の高い病棟において一時的病院避難や患者搬送が必要な状況が発生したため、本分担研究により、DPATはそれらの事態も想定して支援活動すべきであることが示唆された。

F. 研究発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

参考文献

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 「支援者支援マニュアル作成」に関する研究

研究分担者 丸山 嘉一
（日本赤十字社医療センター国際医療救援部・国内医療救護部 部長）

研究協力者 池田 美樹（桜美林大学/DPAT事務局）
高橋 晶（国立大学法人 筑波大学）
平澤 克己（愛知県精神医療センター）
板垣 知佳子（日本赤十字社医療センター）
武口 真里花（日赤十字社 事業局 幹部看護師研修センター）
森光 玲雄（諏訪赤十字病院）
村上 典子（神戸赤十字病院）
斎賀 孝久（成田赤十字病院）
谷田 健吾（日本赤十字社 新潟県支部）
山田 勇介（日本赤十字社 事業局）
赤坂 美幸（公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン ジャパン）

研究要旨 災害支援者は、救助・救援活動に従事する中で、さまざまな心的外傷的出来事や業務に関わるストレスを体験する。帰還後、あるいは中長期的な経過の中で、メンタルヘルスの問題を生じる事例についても多数の報告がなされており、支援者支援は考慮すべき重要な問題である。しかしながら、支援者支援については、一般的な指針としてのガイドライン（IASC, 2007）やマニュアル（WHO, 2011）は存在するものの、具体的な支援方略については明らかにされているとは言い難い。そこで、本分担研究では、支援者支援における組織的な体制、および具体的な活動方略を明らかにし、支援者支援マニュアルを作成することを目的とした。本年度（平成28年度）は、近年の自然災害における支援者支援活動を取り上げ、平成27年関東・東北豪雨災害、平成28年熊本地震災害の2つの事例についてワークショップ形式で検討を行った。その結果、平成27年関東豪雨災害は、支援者支援における好事例として整理することができた。さらに、両事例から、支援者のメンタルヘルスの問題に対する最終的な責任所在は、支援者の属性によって多様であることがわかった。したがって、支援者の属性ごとに、メンタルヘルスの問題を含む補償の責任所在を整理した上で、支援者支援としての組織連携体制の枠組みを提案することが必要であると考えられた。これらの課題については、次年度（平成29年度）研究として、引き続き調査を行う。

A．研究目的

本研究分担班の目的は、支援者支援の具体的方略を明らかにし、最終的に支援者支援マニュアルを作成することである。支援者支援マニュアル作成に先立ち、過去の災害事例、および災害時における精神保健・心理社会的支援における組織間連携のあり方について検討を行い、課題の抽出を行うことが必要であると考えられる。

災害支援活動において、主としてDPATは、精神科医を含む精神科専門医療チームとしての活動を担い、一方、日赤「こころのケア」は、看護師を主体とする非専門家チームとしての心理社会的支援活動を担う。DPATと日赤こころのケアは、過去の災害実働において、各組織の特性を踏まえ、組織間連携を行いながら、支援活動を行ってきた。

そこで、本年度は、過去の災害活動事例が

ら、支援者支援の現状について概観し、支援者支援における課題を抽出することを目的とした。

B．研究方法

(1) 対象：近年の災害において、DPATが活動した災害である()平成27年関東・東北豪雨災害、()平成28年熊本地震災害の2つを対象とした。

(2) 方法：対象とする災害において、実際に行われた支援者支援活動について、ワークショップ形式で事例検討を行った。具体的には、活動組織、支援の対象者、活動内容、活動時期・期間、組織間連携等から多角的に検証を行った。事例検討の構成員(本分担研究の研究協力者)は、DPAT活動の経験、および専門的な知識を有するDPAT関係者(DPAT事務局員、DPATアドバイザー精神科医師)、日本赤十字社の災害救護の経験、および専門的な知識を持つ日本赤十字社関係者(日本赤十字社災害医療コーディネーター、日赤こころのケア指導者、日赤本社災害救護担当者等)、国内外における心理社会的支援活動の多数の経験を持ち、かつ専門的な知識を持つ者(公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン ジャパン)の計12名である。

なお、本研究における「支援者」の定義は、災害救護・救援に関わる全ての者を指すこととする。

(倫理面への配慮)

本研究においては、個人情報に相当する内容は扱っていない。また、資料として掲載している研究データの取り扱いについては、データを保持・保有する所属機関の承諾を得た上で掲載している。以上の理由から、倫理面における問題はないと判断した。

C．研究結果

・平成27年関東・東北豪雨災害：

(1) 災害概要：平成27年9月10日未明、台風18号による記録的な大雨により鬼怒川が氾濫・決壊し、洪水が発生した。茨城県常総市内中心に甚大な被害(人的被害：死者3名、負傷者47名、住宅被害：床上浸水4,832件、床下浸水7,253件(茨城県9月18日調べ))が生じ、災害救助法、被災者生活再建支援法が適用された。

(2) 医療機関の被災概要：

・DMAT、自衛隊、消防が9月11日にきぬ医師会病院から72名、また11日～12日に水海道さくら病院から73名(うち透析患者33名)の入院患者を搬送。

・県精神医療チームがJMAT、日赤等と連携して活動。9月13日活動開始、10月13日活動終了。以上のフェーズごとの主な保健医療活動と連携・引継ぎ(つなぎ)の概要を資料1に示す。

(3) 支援者支援

○ 現地本部立ち上げ支援：発災時、茨城県としては、DPATの体制整備ができていなかったため、県の精神科医療チーム(つくば大学精神科、県立こころの医療センター、県精神障害支援課)で活動を開始した。精神科医療チームの本部立ち上げ支援について、県よりDPAT事務局へ支援要請があり、それに応じる形でつくば保健所内に設けられた現地医療対策本部へDPAT事務局が要員派遣を行った。

○ 支援者支援：医療本部撤収後、精神保健活動へ移行するフェーズにおいて、本部の設置場所として、常総市役所が選択された。本事例では、県精神科医療チームと心理社会的支援を主体とする「日赤こころのケアチーム」の間で、初の試みとして両組織が本部を共有し「合同本部」を設けての活動を展開した。

以下、合同本部での取り組みの工夫を記す。

・両組織の役割分担を明確にした。

- 地域特性を把握している県精神科医療チームは、避難所巡回を担当。外部支援組織である「日赤こころのケアチーム」は、市役所内の職員のケアを担当。

・本部内での情報共有を、定例ミーティング以外でも適宜行った。

・活動記録として、両組織で共通の書式を用いた。

さらに、外部支援組織である日赤こころのケアチーム撤収後の支援の継続性については、以下のように行われた。

・日赤こころのケアチームの引き継ぎ先は、地域の通常診療を担う県精神科医療チームであった。

・中長期的には、県精神科医療チームは、県認知症疾患センターと連携を図り、支援を継続している(資料2、資料3)。

・平成28年4月熊本地震災害

(1) 災害概要

・4月14日21:26頃、熊本県熊本地方を震源とするM6.5の地震(最大震度7)が発生。4月16日1:25頃、同地方を震源とするM7.3の地震(最大震度7)が発生。激甚災害指定。

・災害救助法、被災者生活再建支援法が適用。
・人的被害：死者49名、負傷者：1,498名。住宅被害：全壊2,111棟、半壊2,414棟、一部破損9,593棟(警察庁4月28日調べ)
・避難者数：最大約18万人(6月5日現在；6,958人)

(2) 医療機関の被災とDPATの支援の概要

・5医療機関(精神科以外)約820名の入院患者を搬送(4月16・17・20日、DMAT約300隊・消防)
・精神科病院協会等の協力のもと、7精神科医療機関計591名(県内319名、県外272名)の入院患者を搬送(4月15・16・17日、DPAT・DMAT・自衛隊)。

資料4に「平成28年熊本地震災害におけるフェイズごとのDPAT活動内容と活動隊」を示す。資料5に、「DPATのフェイズごとの連携体制」を示す。

(3) 支援者支援

○DPAT:資料6に、熊本災害におけるDPATの支援者支援の対象と件数を示す。

・4/27～保健所、保育園、小学校等へ、DPAT隊が啓発活動、個別の相談対応を行った。
・なお、個別のストレス調査については、調査実施後の支援体制が整備されていない状態で調査実施はできないと判断し、調査形式ではなく、啓蒙・セルフチェックにとどめるという方針を立てて、精神保健福祉センター(DPAT調整本部)へつなぐ仕組みを周知しながら、下記の支援を行った。
・支援者のメンタルヘルスに関する啓蒙用チラシを作成、配布。
・町長等の管理者へ、精神保健福祉センターを通じて、メンタルヘルスに留意するよう働きかけを行った。

○日赤こころのケア班：資料7に、日赤こころのケアの活動対象と数を示す。

活動拠点として、益城町と西原町の2カ所を設け、下記の支援活動を行った。

・益城町役場内に、役場職員の休憩所を整備。具体的には、リラクゼーションの場の提供と健康相談、傾聴

・西原村役場職員専用「健康・よろず相談室」の開設とストレス調査実施後の個別面談を行った。

-「DPATが担当するはずだったが・・・」現場DPAT隊に拒否されたとして、町保健師の要望に応じた。なお、後続するDPAT隊とは、協働して支援活動を行った。

○DMAT：

・特定の行政(益城町)職員を対象として、地域の大学病院、被災地外の国立病院機構災害医療センター、PCAT(Japan Primary Care Association-Disaster Relief Project日本プライマリ・ケア連合学会震災支援プロジェクト災害支援チーム)が協働して、ストレス調査を実施した。その後のフォローアップ体制については、平成29年2月時点では、地域の大学病院外来が主体となり、被災地外の国立病院機構災害医療センター、PCATが後方支援を継続している。他の市町村からの同様の支援要請には、マンパワーの問題から対応することはできなかった。

D. 考察

2つの災害活動事例における被災地の支援者支援に焦点を当てて概観を行った。関東豪雨災害事例では、さまざまな医療、精神保健医療チームが支援活動を行う中で、好事例として整理することができる。すなわち、フェイズごとの縦の連携において、救急・一般医療 精神医療 保健・公衆衛生へのつながりがスムーズに展開されたこと、さらに各フェイズで同時期に活動する横の組織間連携では、本部を共有することにより情報共有、役割分担が明確化されていたことから、支援の継続性が保たれていたと考えられる。外部支援が撤収した後の被災地の支援者支援にかかわるメンタルヘルスの問題は、被災からの回復過程において、中長期的な問題として継続、あるいは新たに発生する可能性がある。本事例では、地域の精神科医療と認知症疾患センターとの連携が構築されたことも、新たな地域における被災後の支援体制として注目に値する。

一方、熊本地震災害では、医療本部や多数の支援組織から、被災地の行政や病院職員の

メンタルヘルスの問題を懸念する声が上がリ、DPATへ対応が求められた。しかしながら、個別のストレスチェック等については、その後のフォローアップ体制が整備されていない状態で実施することのリスクを考え、啓蒙活動、および個別の事例への対応を行ったことは、前述の通りである。「支援者支援は、DPATの仕事ではないか」という期待と共に「DPATは何もしてくれない」等、DPATに対する批判的な指摘があったことも事実である。結果的に、熊本災害の事例からは、各支援組織が、実施できる範囲での支援をばらばらに行っていた。そのため、ストレスチェック後の支援体制が組み立てられていないままに実施し、その後の対応に苦慮するケースが複数生じていたと考えられる。

以上のことから、支援者支援では、どの組織が、どの時期にどのような支援を行うのかを明確にし、組織間で共有し、継続した支援が行えるようにすることが必須の課題である。さらに、災害後のメンタルヘルスは、中長期に渡る問題であることを踏まえ、支援の継続性を考慮する際には、つなぎ先となる支援者の保障の責任所在を把握した上で支援を行うことが必要であろう。

E．結論

支援者支援においては、時系列、および同時期に活動する組織間での連携を適切に行うための情報共有や役割分担のための工夫を講じることが重要である。さらに、多岐に渡る属性を持つ支援者支援を行うにあたり、支援者の属性ごとの保障体制を把握することが必要であり、次年度以降の課題である。

F．研究発表

該当なし。

G．知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

参考文献

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

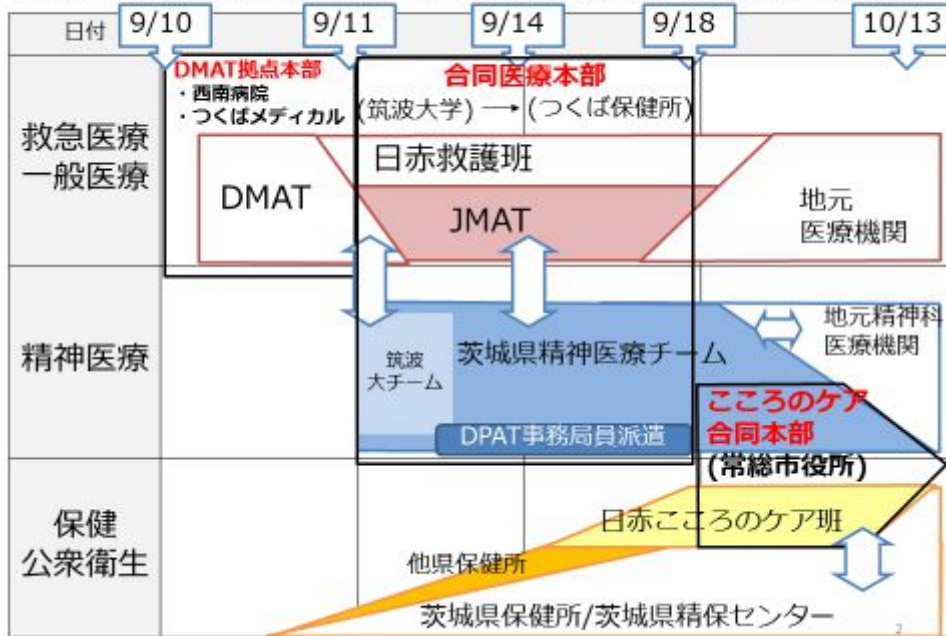
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf (Accessed 1 March 2017)

social_june_2007.pdf (Accessed 1 March 2017)

日本赤十字社「こころのケア研修マニュアル（救護員指導用）」平成24年6月改訂

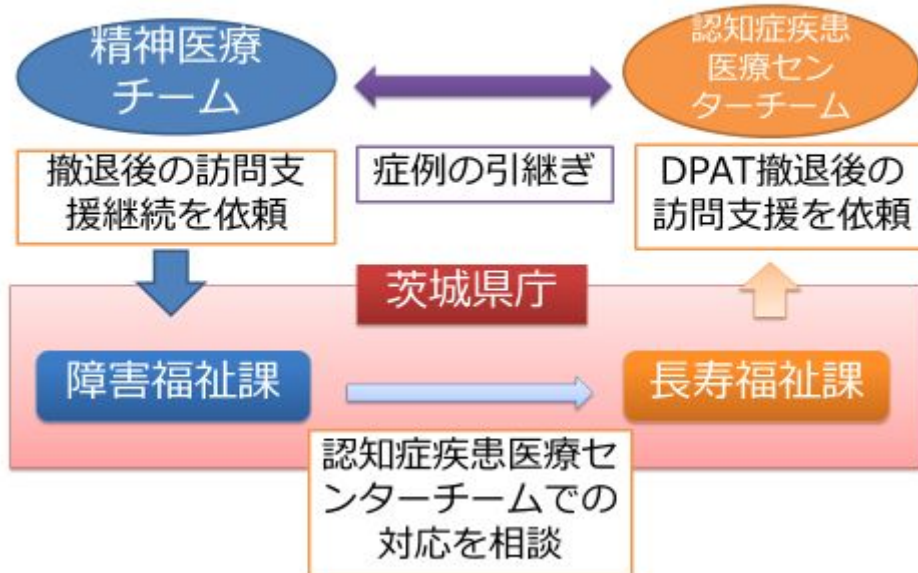
World Health organization, War trauma Foundation and World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳:(独)国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン(2012). 心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)フィールド・ガイド.)

平成27年9月関東・東北豪雨各フェーズにおける主な保健医療活動



資料1 平成27年9月関東・東北豪雨各フェーズにおける主な保健医療活動

平成27年9月関東豪雨災害における
DPATと茨城県認知症疾患医療センターの連携



資料2 平成27年9月関東豪雨災害における県災害医療チームと茨城県認知症疾患医療センターの連携

平成27年9月関東豪雨災害における
茨城県認知症疾患医療センターによる災害支援活動

平成27年11月以降も常総市地域包括支援センターからの要請により月1回、Dr+PSWの2名でフォローアップ訪問活動継続中

- 【チーム体制】 精神科医+精神保健福祉士の2名体制
- 【訪問件数】 1回3～4件
- 【主な事例】
 - ・背景に精神疾患を患っているケース
 - ・家族も精神疾患(未受診)が疑われるケース
 - ・震災後の環境変化で、不穏行動となったケース
- 【連携体制】
 - ・かかりつけ医、地域包括支援センター(高齢福祉課)
 - ・障害福祉課、保健所、ケアマネジャー、民生委員等



筑波大学付属病院認知症疾患医療センター提供資料を基に作成

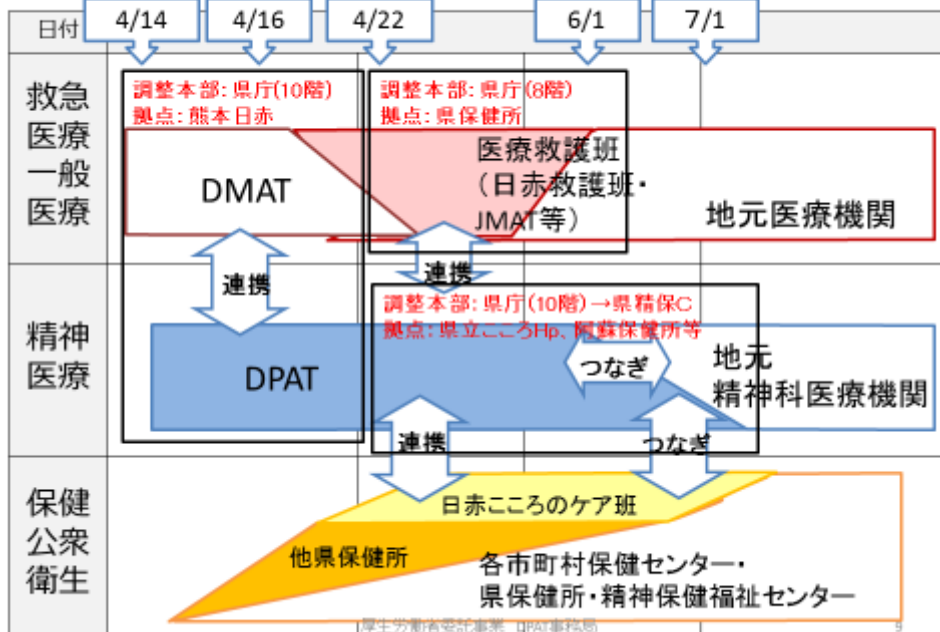
資料3 平成27年9月関東豪雨災害における茨城県認知症疾患医療センターにおける災害支援活動

フェイズごとのDPATの活動内容と活動隊

フェーズ/ 活動	発災～ 6時間	～72時 間	～1週間 程度	～1ヶ月程 度	～3ヶ月程 度	3ヶ月 程度～
活動隊等	熊本県統括・副統括・県外DPAT			九州・沖縄 DPAT	熊本 DPAT	
精神科医療 支援機関	調整本部 立上げ	入院患者の 搬送支援		被災病院 復旧支援		
地域精神医療 活動			避難所での診療/医療機関 へのつなぎ 対象: 災害前より精神疾患を 持つ避難者			
				避難所での診療/医療機関へのつなぎ 対象: 災害後に新たに精神的問題を 生じた避難者		
				支援者への支援		

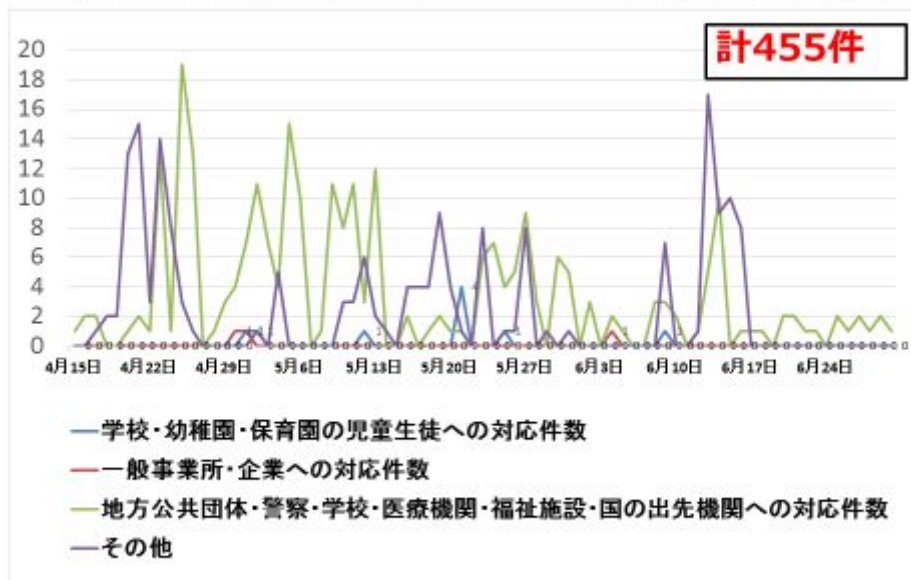
資料4 平成28年熊本地震災害におけるフェイズごとのDPATの活動内容と活動隊

DPATのフェイズごとの連携体制



資料5 平成28年熊本地震災害におけるDPATのフェイズごとの連携体制

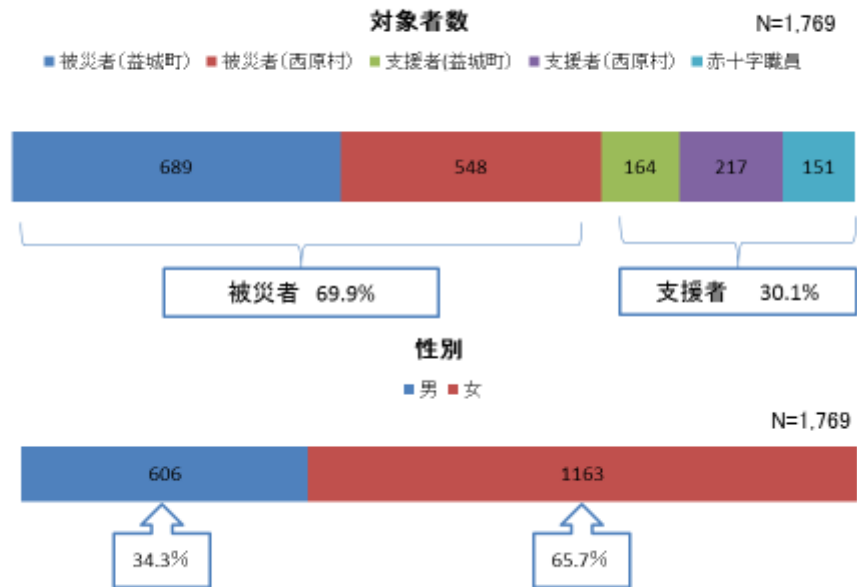
熊本地震におけるDPATの支援者支援



出典: DMHISS(4月15日～6月30日)

資料6 熊本地震におけるDPATの支援者支援の件数・内訳

こころのケア対応者(全体)



資料7 熊本災害における「日赤こころのケア」対応者(全体)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 各都道府県等の DPAT 体制整備状況調査
精神科病院における災害拠点病院機能の検討

研究分担者	渡 路子	1)
研究協力者	吉田 航	1)
	小見 めぐみ	1)
	小菅 清香	1)

1) DPAT 事務局

研究要旨

【目的】

全自治体に対し、災害時の精神科医療体制の現状（DPAT 体制整備状況（研究 1））精神科医療機関における災害拠点病院機能（研究 2））を調査することで、災害時における精神科医療資源の評価および DPAT と災害拠点精神科病院の体制整備に係る基礎資料とする。

研究 1.平成 28 年度 DPAT 体制整備状況調査；各自治体の DPAT 体制整備状況を把握する。

研究 2.平成 28 年度 精神科病院における災害拠点病院機能の検討；初期救急医療の要となる災害拠点病院における精神科医療機能（研究 2-1）、精神科病院における災害拠点病院機能（研究 2-2）について把握する。

【方法】

平成 28 年 12 月 28 日～平成 29 年 1 月 18 日の間に、全 67 都道府県・政令指定都市担当課を対象とし、メールでの回答を求めた。

研究 1. 地域防災計画への DPAT の記載有無、DPAT 先遣隊を除く DPAT 班数、都道府県等における DPAT 研修の開催有無と内容、DPAT 運営委員会の開催有無、薬剤、通信機器、個人装備等の資機材準備の有無を尋ねた。

研究 2-1. 災害拠点病院、その内の精神病床の有無、精神科外来の有無、精神科医師数（常勤精神科医師、非常勤精神科医師）を尋ねた。

研究 2-2. 災害拠点病院機能（DPAT の派遣機能を有する、DPAT の参集拠点となる、一度に多くの患者集積が可能な場所が確保できる、集積された患者の安定化、医療の提供、転院先の搬送調整が可能である）を有しているもしくは今後有する可能性のある管内の精神科病院数を尋ねた。調査時点で当該機能を有する精神科病院がある場合、病院名を明記させた（複数記入可）。

【結果】

回収率は 100%（全 67 自治体中 67 自治体）であった。

研究 1 地域防災計画への DPAT の記載状況については、DPAT の記載有りが 29 自治体（H28 年 4 月時点；21 自治体）、記載予定有が 25 自治体であった。DPAT 登録状況については、平成 29 年 1 月時点では DPAT 先遣隊を除いた DPAT 登録班数が 374 であり、前年度に比して 1.6 倍に増加した。都道府県等における DPAT 研修については、平成 29 年 1 月時点では開催が有るのは 31 自治体（46%）、無いのは 36 自治体（54%）であった。開催をしている自治体のうち、DPAT 研修要件を満たしているのは 9 自治体（開催自治体のうち 29%）、満たしていないのは 22 自治体（開催自治体のうち 71%）であった。

研究 -1. 災害拠点病院数は 700 箇所、そのうち精神病床を有しているのは 210 箇所であった（全災害拠点病院の 30%（前年度 26%））。また、精神病床を有する病院の合計精神病床数は 10806 床であった。

研究 -2. 災害拠点病院機能を担える精神科病院について、今後担えると回答した自治体は、都道府県で 23 自治体、政令市で 4 自治体の計 27 自治体（40%）であった。

【考察・結論】

研究 . 記載予定を含めると 81%の自治体が地域防災計画へ DPAT を位置付けていた。また DPAT 登録状況も大幅に進んでおり、地域での DPAT 体制整備が進んでいることが分かる。しかしながら、都道府県等における DPAT 研修については、研修開催自治体が全自治体の半数にとどまる点、また、開催をしていてもそのうちの 7 割の自治体は DPAT 事務局が定める研修要件を満たしておらず、人材育成は進んでいない。今後、自治体における研修、運営協議会の企画など、ソフト面における支援の強化が必要である。

研究 . 全災害拠点病院における精神医療機能について調査した。災害拠点病院における精神病床は 10806 床で全精神病床の 3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できない。一方で、既存の精神科病院において災害拠点病院機能を担える可能性が示唆された。本調査から得られた災害拠点精神科病院機能の必要性については、厚生労働省医政局地域医療計画課長発の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発 0331 第 3 号）における「災害時における医療体制の構築に係る指針」改訂の基礎資料となり、発出された。来年度は、現在医療計画の改訂の中で議論されている精神科病院における災害拠点病院機能について、実働訓練等を検証し、具体的な機能を提言する。

研究 .平成 28 年度 DPAT 体制整備状況調査

A . 研究目的

平成 25 年 4 月 1 日に厚生労働省より「災害派遣精神医療チーム（Disaster psychiatric assistance team: DPAT）活動要領」が発出されて以来（障精発 0401 第 1 号）、平成 26 年 8 月の広島県大雨災害、平成 26 年 9 月の長野県御嶽山噴火、平成 27 年 9 月関東・東北豪雨、平成 28 年熊本震災と、DPAT は実働を重ねてきた。近年では体制整備も進んできており、直近では平成 28 年 4 月 14 日に発生した熊本地震において、制度創設以来初の県外 DPAT への派遣要請を行うこととなり、その派遣自治体および派遣隊数は 41 都道府県、1,091 隊にのぼった（6 月 30 日時点）。しかし、当該災害では、被災自治体、支援自治体ともに平時の整備体制が確立されていないことによる課題が見受け

られたため（平成 28 年度災害時こころの情報支援センター事業（DPAT 事務局機能）事業実績報告書）引き続き平時から DPAT 体制整備状況を把握し、整備を拡充することが重要であると思われる。また、資機材等を含む平時での準備、発災時の活動内容等について記載した DPAT 活動マニュアル（平成 27 年 1 月）についても、より現状に則した内容に改訂する必要があるため、全国規模での把握は急務である。

以上から、DPAT 活動マニュアルの改訂の基礎資料とすることを目的に、全都道府県等に対し、現状の DPAT 整備状況についてアンケート調査を行った。

B . 研究方法

平成 28 年 12 月 28 日～平成 29 年 1 月 18 日の間に、全 67 都道府県・政令市災害精神保健医療担当者に対し、メールもしくは FAX

で回答を求めた。調査項目は、(ア)地域防災計画への DPAT の記載状況 (DPAT の記載、DPAT の記載予定)、(イ)DPAT 登録状況 (先遣隊を除いた DPAT 登録班数)、(ウ)都道府県等における DPAT 研修開催の有無とその内容 (DPAT 研修要件を満たすか否か)、(エ) DPAT 運営委員会の開催有無、そのうちの災害医療コーディネーターの参加の有無、(オ)資機材準備の有無 (薬剤・医療器材、通信機器などの標準ロジスティクス関連機材、個人装備) について尋ねた。

なお、(イ)の DPAT 班数について、個人登録のみの場合は、登録人数を DPAT の最低構成人数 (3 名) で割り、班数を算出した。

(倫理面への配慮)

個人情報 は取り扱っていない。

C. 研究結果

回収率は 100% (全 67 自治体中 67 自治体) であったため、すべてを分析対象とした。(ア)地域防災計画への DPAT の記載状況については、DPAT の記載有りが 29 自治体 (H28 年 4 月時点; 21 自治体)、記載予定有りが 25 自治体であった (図 1)。

(イ)DPAT 登録状況については、平成 29 年 1 月時点では DPAT 先遣隊を除いた DPAT 登録班数が 374 であった (平成 28 年 3 月における当該班数; 230)。前年度に比して、今年度は当該班数が 1.6 倍となっており、地域での DPAT 体制整備が進んでいることが分かる (図 2)。

(ウ)都道府県等における DPAT 研修については、平成 29 年 1 月時点では開催が有るのは 31 自治体 (46%)、無いのは 36 自治体 (54%) であった。開催をしている自治体のうち、DPAT 研修要件を満たしているのは 9 自治体

(開催自治体のうち 29%)、満たしていないのは 22 自治体 (開催自治体のうち 71%) であった。研修開催自治体が全自治体の半数にとどまる点、また、開催をしていてもそのうちの 7 割の自治体が研修要件を満たしていない点が課題であると思われた (図 3)。

(エ)DPAT 運営委員会の開催有無については、開催が有るのは 25 自治体 (37%)、無いのは 42 自治体 (63%) であった。開催自治体のうち、災害医療コーディネーターの参加が有るのは 10 自治体 (開催自治体中 40%)、無いのは 15 自治体 (開催自治体中 60%) であった (図 4)。

(オ)資機材準備については、薬剤・医療器材、通信機器などの標準ロジスティクス関連機材、個人装備の順に述べる。なお、大阪市についてはすべての回答で未回答であったため、不明として算出した。

薬剤・医療器材 (標準薬剤 (精神)、標準薬剤 (その他)、医療資機材) について、標準薬剤 (精神) の準備が有るのは 18 自治体 (27%)、一部あるのは 6 自治体 (9%)、無いのは 42 自治体 (63%)、不明は 1 自治体 (1%) であった。標準薬剤 (その他) の準備が有るのは 14 自治体 (21%)、一部あるのは 8 自治体 (12%)、無いのは 44 自治体 (66%)、不明は 1 自治体 (1%) であった。医療資機材の準備が有るのは 26 自治体 (39%)、一部あるのは 15 自治体 (22%)、無いのは 25 自治体 (37%)、不明は 1 自治体 (1%) であった (図 5-1)。

標準ロジスティクス関連機材 (通信機器・記録機器、生活用品・雑品、非常食、調理器具) について、通信機器・記録機器の準備が有るのは 10 自治体 (15%)、一部あるのは 30 自治体 (45%)、無いのは 26 自治体 (39%)、不明は 1 自治体 (1%) であった。生活用品・雑品の準備が有るのは 10 自治体 (15%)、一部あるの

は 29 自治体 (43%)、無いのは 27 自治体 (40%)、不明は 1 自治体 (1%) であった。非常食の準備が有るのは 12 自治体 (18%)、一部あるのは 8 自治体 (12%)、無いのは 46 自治体 (69%)、不明は 1 自治体 (1%) であった。調理器具の準備が有るのは 11 自治体 (16%)、一部あるのは 12 自治体 (18%)、無いのは 43 自治体 (64%)、不明は 1 自治体 (1%) であった (図 5 - 2)。

個人装備の準備が有るのは 18 自治体 (27%)、一部あるのは 26 自治体 (39%)、無いのは 22 自治体 (33%)、不明は 1 自治体 (1%) であった (図 5 - 3)。

D. 考察

記載予定を含めると 81% の自治体が地域防災計画へ DPAT を位置付けていた。また DPAT 登録状況も大幅に進んでおり、地域での DPAT 体制整備が進んでいることが分かる。しかしながら、都道府県等における DPAT 研修については、研修開催自治体が全自治体の半数にとどまる点、また、開催をしてもそのうちの 7 割の自治体は DPAT 事務局が定める研修要件を満たしておらず、人材育成は進んでいない。今後、自治体における研修、運営協議会の企画など、ソフト面における支援の強化が必要である。

E. 結論

全 67 都道府県・政令市の DPAT 体制整備状況について調査を行った。経年での評価で DPAT 体制は進んでいるが、自治体での研修や運営協議会の企画は進んでおらず、今後は人材育成や運営協議会の企画など、ソフト面での支援の強化が必要である。なお、本研究の結果については平成 28 年度 DPAT 研修において全自治体、DPAT 統括者へフィードバックを行った。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業 ((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分担研究報告書」
- 2) 厚生労働省 災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html 平成 27 年 2 月 18 日参照
- 3) 広島県公式ホームページ 平成 26 年広島県大雨災害への被災者支援について <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/136209.pdf> 2015 年 2 月 18 日参照
- 4) 災害時こころの情報支援センターホームページ 9 月 27 日に発生した御嶽山噴火により被災した登山者及び遺族の対応について <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/141001.pdf> 2015 年 2 月 18 日参照
- 5) 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部 東日本大震災被災地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2 http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_careteam.pdf 2015 年 2 月 18 日参照
- 8) 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) 大規模災害時に向けた公衆衛生情報基盤の構築に関する研究分担研究報告書「災害時における要援護者情報の把握 - DPAT の活動と DMHISS の活用について」

	DPATの記載	「災害派遣精神医療チーム」もしくは「DPAT」記載予定の有無
北海道		
青森県		有
岩手県		有
宮城県		有
秋田県		
山形県		
福島県		
茨城県		有
栃木県		
群馬県		
埼玉県		有
千葉県		
東京都		有
神奈川県		有
新潟県		無
富山県		
石川県		
福井県		
山梨県		有
長野県		有
岐阜県		
静岡県		
愛知県		
三重県		有
滋賀県		無
京都府		無
大阪府		
兵庫県		
奈良県		検討中
和歌山県		有
鳥取県		有
島根県		
岡山県		
広島県		

山口県		有
徳島県		
香川県		
愛媛県		
高知県		有
福岡県		
佐賀県		有
長崎県		有
熊本県		有
大分県		
宮崎県		
鹿児島県		有
沖縄県		
札幌市		
仙台市		無
さいたま市		有
千葉市		無
横浜市		無
川崎市		有
相模原市		無
新潟市		有
静岡市		
浜松市		無
名古屋市		無
京都市		無
大阪市		検討中
堺市		無
神戸市		有
岡山市		有
広島市		
北九州市		無
福岡市		有
熊本市		有

図1. 都道府県・政令市地域防災計画における DPAT の記載状況

先遣隊を除く DPAT 班数

計: **374班** (平成29年1月時点)

cf. 151班 (平成27年10月時点)

自治体名	班数(前年度)
青森県	3(1)
宮城県	1(1)
山形県	15(8)
福島県	1(0)
茨城県	25(0)
栃木県	1(1)
埼玉県	4(0)
神奈川県※	9(3)
新潟県	1(0)
富山県	9(0)
福井県	4(0)
岐阜県	4(0)
静岡県	9(9)
愛知県	5(0)
三重県	20(0)

自治体名	班数(前年度)
大阪府	1(0)
兵庫県	46(46)
岡山県	0(2)
山口県	1(1)
徳島県	38(36)
愛媛県	43(28)
福岡県	12(0)
佐賀県	15(0)
大分県	16(1)
宮崎県	42(2)
沖縄県	25(12)
新潟市	1(0)
浜松市	1(0)
名古屋市	1(0)
熊本市	1(0)

人員登録の場合
登録総数÷3 (最低構成人数) で班数を算出

※ 横浜市・川崎市・相模原市と台同で整備

図2. DPAT 先遣隊を除いた DPAT 登録班数

平成28年度 都道府県等で開催されたDPAT研修において
DPAT研修要件を満たしている自治体数
(平成29年1月時点)

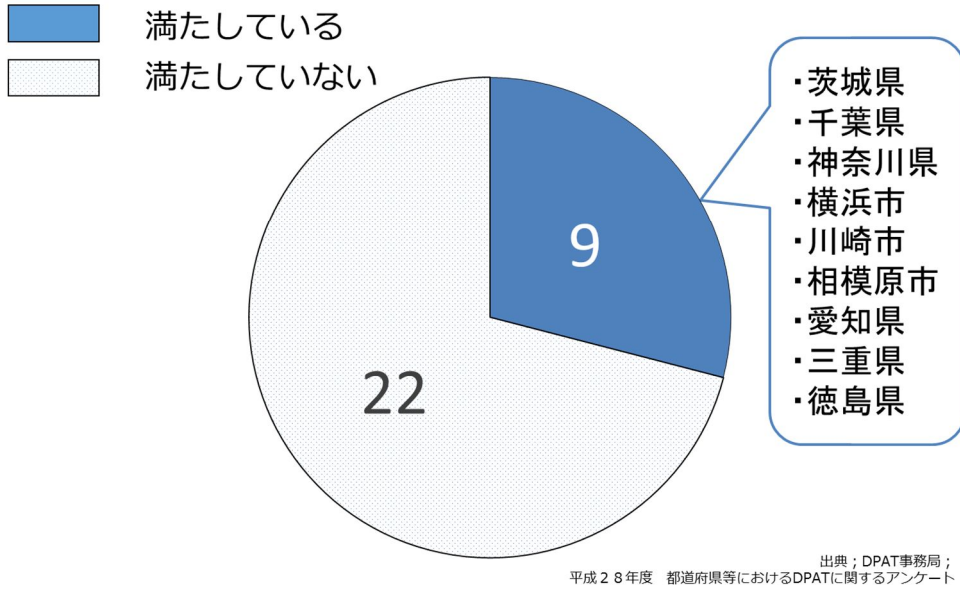


図3．DPAT 研修要件を満たしている自治体数

都道府県等におけるDPAT運営委員会について

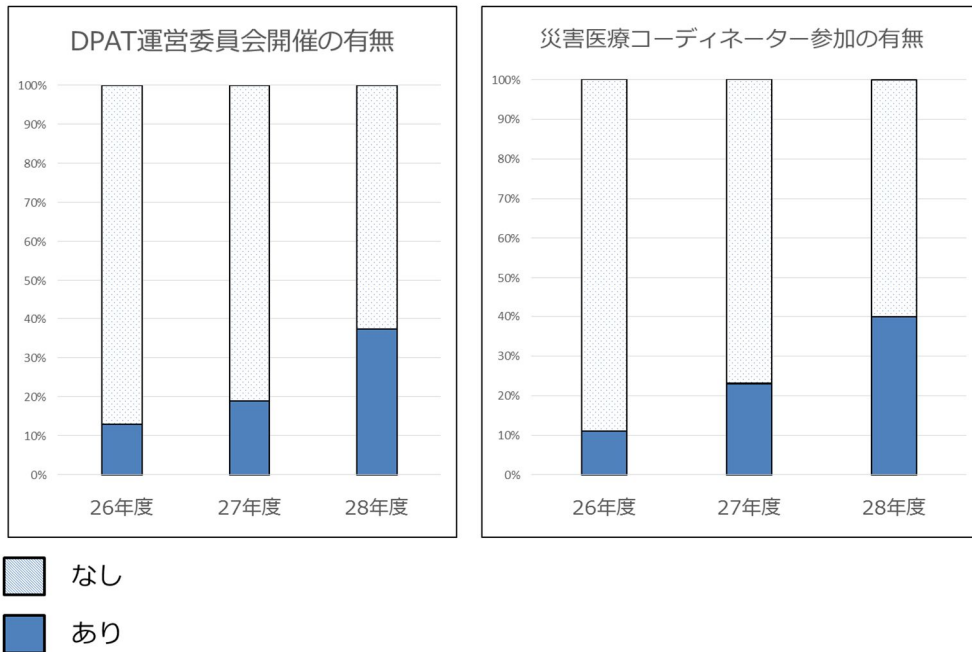


図4．都道府県等における DPAT 運営委員会の開催状況

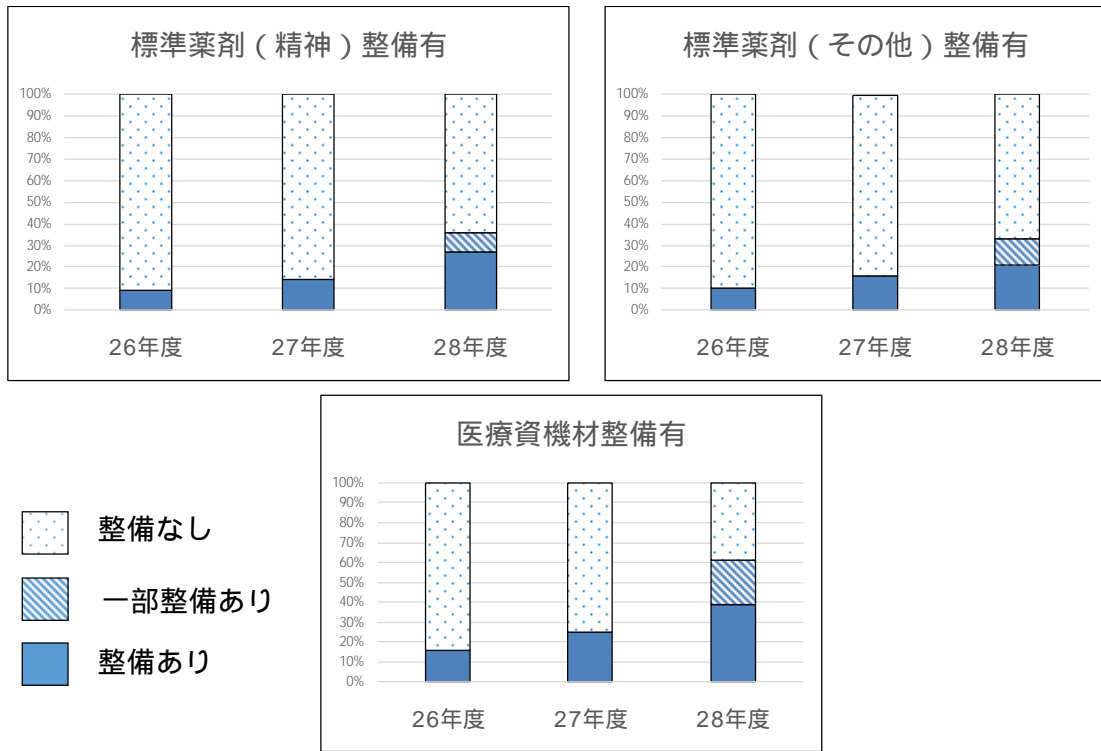


図 5 - 1 . 都道府県等における資機材準備の有無の割合（薬剤・医療器材）

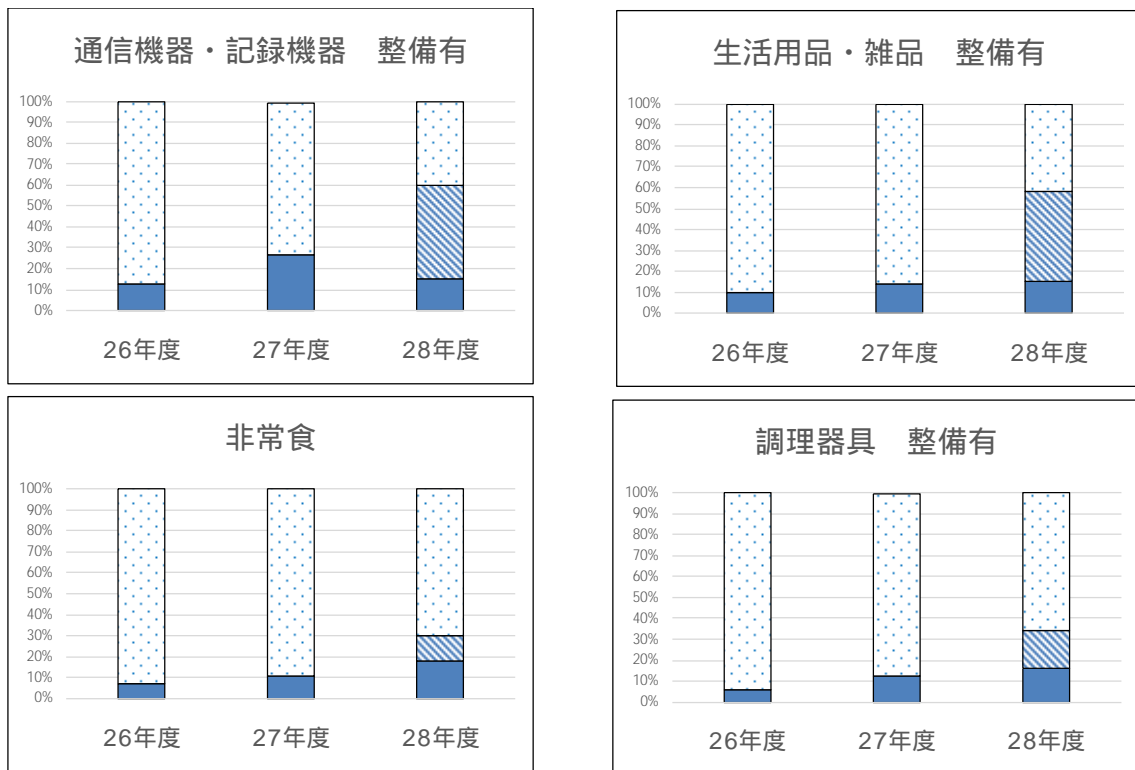


図 5 - 2 . 都道府県等における資機材準備の有無の割合（ロジスティクス関連機材）

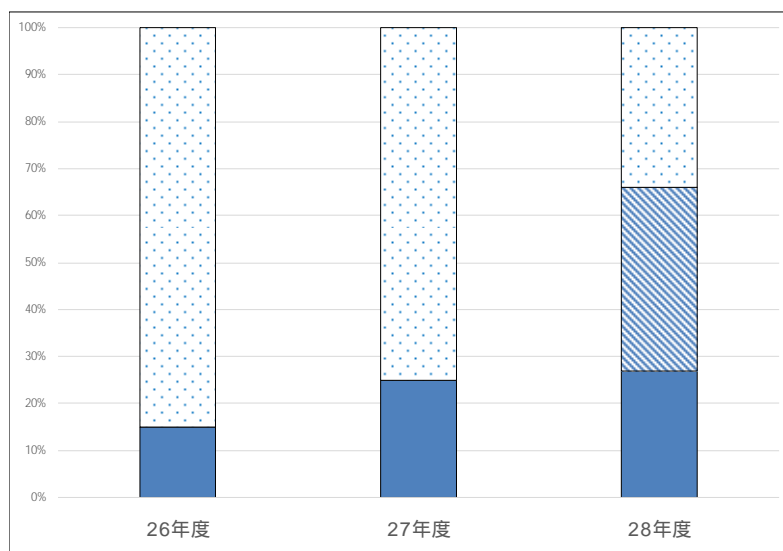


図 5 - 3 . 都道府県等における資機材準備の有無の割合（個人装備；服装）

研究 :精神科病院における災害拠点病院機能の検討

A . 研究目的

DPAT 活動にあたり「DPAT の各班は、原則として、被災地域内の災害拠点病院、精神科の基幹病院、保健所、避難所等に設置される DPAT 活動拠点本部に参集し、その調整下で被災地域での活動を行う。」とされており、急性期における災害拠点病院機能は、初期救急医療の要となる点で重要な意義をもつ。

近年の DPAT 活動の事例において、平成 28 年 4 月 14 日に発生した熊本地震では「今回の精神科病院からの患者搬送では、受け入れる数十か所の単科精神科病院と個別のベッドコントロールをしなければならず、情報も錯綜、結果として、搬送調整に多大な時間を要してしまった。DMAT は災害拠点病院を中心に活動する。さらには、必要に応じて SCU (Staging Care Unit) を立ち上げ、患者を一旦集約、状態の安定化を図りながら搬送手段を確保し、域外への搬送を行う。しかし、精神科には患者や支援チームを集約できる災害時の施設がない。

そして災害拠点病院には精神病床はほとんどない。(平成 28 年度災害時こころの情報支援センター事業(DPAT 事務局機能) 事業実績報告書)」との報告にあるように、精神科病院における搬送・受け入れ、すなわち災害拠点病院機能が課題となった。また、当課題は平成 28 年 12 月 26 日に厚生労働省より行われた医療計画の見直し等に関する検討会でも言及され、災害時の医療提供体制について「災害拠点精神科病院(仮称)」を設置するなど、精神科の整備を進める方針が示されている。これらの現状を鑑み、被災地の基幹的な精神科病院の災害拠点病院機能を把握することは意義あることと考えられる。したがって、災害拠点病院における精神医療機能、また、精神科病院における災害拠点病院機能を把握し、災害時における DPAT 活動拠点の検討のための基礎資料とすることを目的に、全都道府県等に対し、災害拠点病院の精神医療機能についてアンケート調査を行った。

B . 研究方法

平成 28 年 12 月 28 日～平成 29 年 1 月 18

日の間に、全 67 都道府県・政令市担当課を対象とし、調査が行われた。

研究 1：調査項目は、(ア)災害拠点病院内の精神病床数、(イ)精神科外来の有無、(ウ)精神科医師数(常勤精神科医師、非常勤精神科医師)についてであった。

研究 2：調査項目は、(エ)災害拠点病院機能(DPATの派遣機能を有する、DPATの参集拠点となる、一度に多くの患者集積が可能な場所が確保できる、集積された患者の安定化、医療の提供、転院先の搬送調整が可能である)を担える精神科病院を有している、もしくは今後有する可能性のある管内の精神科病院数について尋ねた。調査時点で当該機能を有する精神科病院がある場合、病院名を明記させた(複数記入可)。

(倫理面への配慮)

個人情報を取り扱っていない。

C. 研究結果

回収率は 100% (全 67 自治体中 67 自治体)であったため、すべてを分析対象とした。研究 1：災害拠点病院数は 700 箇所、そのうち精神病床を有しているのは 210 箇所であった(全災害拠点病院の 30%(前年度 26%))。また、精神病床を有する病院の合計精神病床数は 10806 床であった。災害拠点病院のうち、精神科外来を有しているのは 395 箇所(全災害拠点病院の 56%)であった。精神科医師の有無において、常勤医師を有しているのは 328 箇所、無しは 365 箇所、不明は 7 箇所であった。非常勤医師を有しているのは 284 箇所であった。非常勤医師を有している病院の中で、常勤医師無しは 84 箇所であった(図 6)。

さらに、県ごとの人口に対する精神病床数を算出するため、総務省統計局による人口推計

(平成 29 年 1 月時点)を用いて分析を行った。その結果、1 万人に対する災害拠点病院における精神病床数は 0.53 床と各都道府県で異なっており、全国平均は 1.0 床であった。京都府、山口県においては有する精神病床数は 0 であった(図 7)。

研究 2：災害拠点病院機能を担える精神科病院について、今後担えると回答した自治体は、都道府県で 23 自治体、政令市で 4 自治体の計 27 自治体(40%)であり、担えないと回答した自治体は 40 自治体(60%)であった。当該機能を有する精神科病院について記載があった病院を分類した結果、国立病院が 1、自治体病院が 17、大学病院が 2、民間病院が 11 であった(図 8)。

D. 考察

全災害拠点病院 700 箇所における精神医療機能について調査した。全災害拠点病院の 30%が入院機能を有しており、前年度よりもその割合は増加していた。しかし総数は全精神病床の 3%しかなく、災害拠点病院に精神病床を持たない自治体もあった。災害時には身体合併症の問題が課題となるため、災害拠点病院精神病床をどのように機能させるか、または他にどのような医療機関で災害拠点病院精神医療機能を担保するのかが、地域ごとに平時に計画を立案しておく必要があると考えられた。

災害拠点病院機能を担える精神科病院について、今後担えると回答した自治体は、全自治体中 4 割であった。現時点で精神科病院における災害拠点病院機能が明確にはなっていないため、あくまでも参考値となるが、災害拠点病院機能を担うことのできる精神科病院が潜在的には存在していることが示唆された。上記から得られた災害拠点精神科病院機能の必要性については、厚生労働省医政局地域医療計画課

長発の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(医政地発 0331 第 3 号)における「災害時における医療体制の構築に係る指針」改訂の基礎資料となり、発出された。今後、地域の基幹的な精神科病院における災害拠点病院機能を具体化し、必要な体制整備を提言したい。

E . 結論

全災害拠点病院における精神医療機能について調査した。精神病床は 10806 床で全精神病床の 3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できない。一方で、既存の精神科病院において災害拠点病院機能を担える可能性が示唆された。この災害拠点精神科病院機能の必要性については、厚生労働省医政局地域医療計画課長発の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(医政地発 0331 第 3 号)における「災害時における医療体制の構築に係る指針」改訂の基礎資料となり、発出された。

来年度は、現在医療計画の改訂の中で議論されている精神科病院における災害拠点病院機能について、実働訓練等を検証し、具体的否機能を提言する。

F 研究発表

なし

G . 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1)平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業((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分

担研究報告書」

- 2)国立精神・神経医療研究センター (厚生労働省 災害時こころの情報支援センター事業) DPAT 活動マニュアル ver.1.1 (平成 27 年 1 月)
- 3)総務省統計局 人口推計 (平成 25 年 10 月 1 日現在) 全国:年齢(各歳) 男女別人口・都道府県:年齢(5 歳階級) 男女別人口 <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201701.pdf> 2017 年 4 月 21 日参照
- 4)鈴木貴博(2010). 災害拠点病院編. 日本内科学会雑誌, 99 (11), 2872-2875.
- 5)厚生労働省医政局指導課 災害医療について http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-4.pdf 平成 27 年 2 月 18 日参照
- 6)厚生労働省医政局指導課 医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000146953.pdf> 平成 29 年 4 月 21 日参照
- 7)今後の精神科救急医療に向けた提言 http://www.jaep.jp/teigen16/teigen_2012.pdf 平成 29 年 4 月 21 日参照

	平成28年度	平成27年度
回収率	100% (全67自治体)	100% (全67自治体)
災害拠点病院数	700箇所	688箇所
災害拠点病院 精神病床有無	有210箇所 (全災害拠点病院の30%)	有180箇所 (全災害拠点病院の26%)
災害拠点病院 精神病床数	10806床 (全精神病床の3.2%)	10639床 (全精神病床の3.1%)
うち精神科外来	有395箇所 (全災害拠点病院の56%)	有386箇所 (全災害拠点病院の56%)
精神科医師数 (常勤、非常勤)	2736人 (常勤1720人、 非常勤1016人)	2639人 (常勤1673人、 非常勤966人)
常勤医師有無	有328箇所、 無365箇所、 不明7箇所	有295箇所、 無392箇所、 不明1箇所
非常勤医師有無	有284箇所、 有&常勤なし84箇所	有247箇所、 有&常勤なし82箇所

図6. 災害拠点病院における精神医療機能調査結果

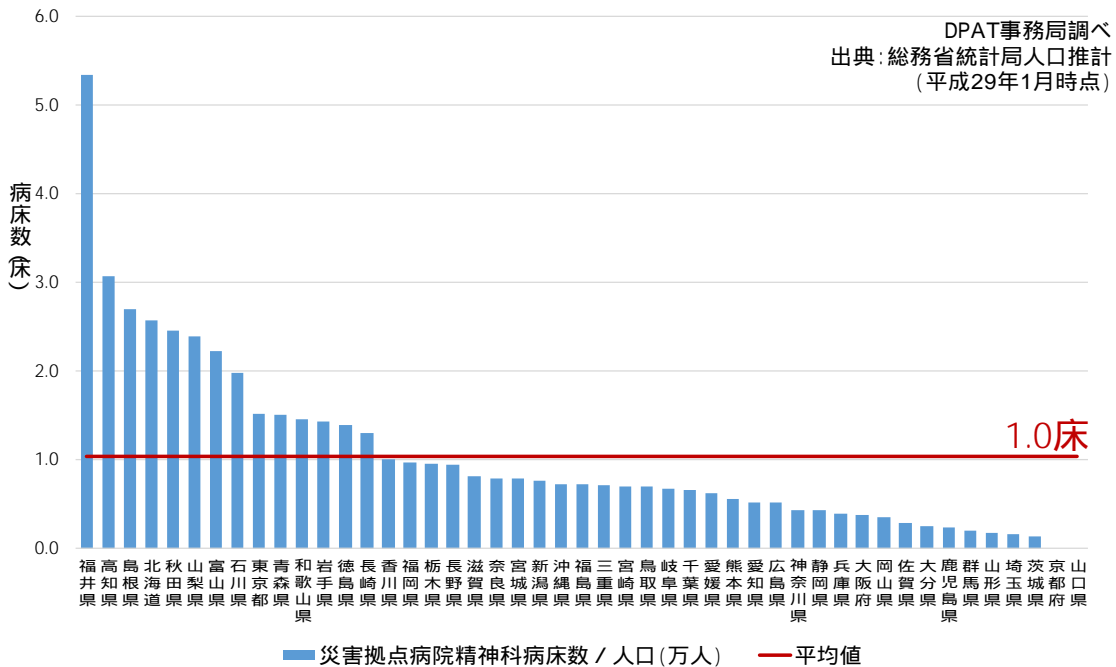


図7. 都道府県別人口に対する災害拠点病院の精神病床数

今後担える病院有と回答した自治体数：23（都道府県）、4（政令市）

平成29年1月時点

自治体名	今後担える精神科病院数
北海道	0
青森県	0
岩手県	1
宮城県	1
秋田県	0
山形県	3
福島県	5
茨城県	2
栃木県	0
群馬県	1
埼玉県	1
千葉県	1
東京都	0
神奈川県	0
新潟県	0
富山県	0
石川県	0
福井県	0
山梨県	0
長野県	0
岐阜県	0
静岡県	6

自治体名	今後担える精神科病院数
愛知県	0
三重県	1
滋賀県	0
京都府	1
大阪府	1
兵庫県	0
奈良県	0
和歌山県	1
鳥取県	0
島根県	1
岡山県	1
広島県	1
山口県	1
徳島県	1
香川県	1
愛媛県	0
高知県	0
福岡県	1
佐賀県	1
長崎県	1
熊本県	0
大分県	0
宮崎県	1
鹿児島県	0
沖縄県	0

自治体名	今後、担える精神科病院数
札幌市	6
仙台市	0
さいたま市	0
千葉市	2
横浜市	0
川崎市	0
相模原市	0
新潟市	0
静岡市	1
浜松市	0
名古屋市	0
京都市	0
大阪市	0
堺市	0
神戸市	0
岡山市	1
広島市	0
北九州市	0
福岡市	0
熊本市	0

既に機能を有している精神科病院の分類

国立病院	自治体病院	大学病院	民間病院
1	17	2	11

出典：DPAT事務局；平成28年度 都道府県等におけるDPATに関するアンケート

図8. 災害拠点病院機能を担える精神科病院について

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 DPAT 活動に必要な情報支援ツールの実用化

研究分担者 石峯 康浩 国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官

研究協力者 久保 達彦 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 講師
吉田 航 DPAT 事務局
知花 浩也 国立病院機構 琉球病院
小見 めぐみ DPAT 事務局

研究要旨

災害時にDPATが利用可能な情報支援システムの現状を把握し、DPATの活動をより円滑に行うための情報支援システムの在り方を検討した。各システムを比較した結果、DPATが主に活用する情報支援システムであるDMHISSについては、災害発生直後の初動体制を確立するための情報を集約する機能が脆弱であり、かつ、DPAT活動に関する情報に関して他医療救護班と情報共有することが出来なかった。上記から、今後はEMISや医療機関マップ、J-SPEEDの枠組みを積極的に活用し、DMHISSの機能の整理と再構築を行う必要性があることが示唆された。来年度は上記を踏まえ、情報支援システムのプロトタイプの開発・運用を行う予定である。また、平成28年熊本地震において病院避難を実施した精神科病院の位置と震度の相関を調査し、今後の大規模地震時に迅速に病院ごとの震度情報を把握する重要性を確認し、情報システムに組み込む作業を進めた。

A. 研究目的

DPATによる災害支援をより効果的に実施するため、DPATの活動方針の決定に資する情報をDPAT関係者が迅速に共有できる体制の構築を目指す。この目的を実現するため、災害医療関連の情報支援システムの現状を把握した上で、DPATの支援が必要な地域を災害発生直後に推定する作業に有用な情報を一元的に提供する情報支援ツールをDPATの活動実態に即した形で実用化する。

B. 研究方法

災害時に保健医療関連の支援チームが利用している情報支援システムについて現状を調査し、その特徴や課題をDMHISSと比較しながら検討する。これらを踏まえ、DPAT活動の高度化に資する情報支援システムの在り方を検討する。

平成28年熊本地震における精神科病院の被災状況と対応状況についても調査し、地震発生直後に入手しうる情報を用いて精神科病院の

入院患者の避難の要否等、DPATによる支援の必要性に関する見通しを適切に見積もることが可能な指標を見出す。

上で検討した被災情報を迅速かつ効率的にDPAT関係者で共有するための情報発信の仕方を検討し、DPAT事務局ホームページに組み込む情報支援ツールを開発する。

C. 研究結果

1. 各システムの比較とDMHISSの課題

災害精神保健医療活動の支援ツールとして開発されたDMHISS、精神科病院ならびに災害拠点病院の位置を把握するためにDPAT事務局で独自に開発した医療機関マップ、病院の被災/支援状況、DMATの活動状況、避難所状況を一元的に集約するEMISならびに救護班における診療情報を集約するJ-SPEEDについて、その機能や目的、主な利用フェーズや利用者等に関する情報を収集した上で、その課題について検討した。主な結果をまとめたものが表1である。

DPAT が使用する情報支援システムの 1 つとして DMHISS が挙げられ、DPAT 活動要領（障精発 0107 第 1 号）には「DPAT の活動に関する各種報告は、災害精神保健医療情報支援システム（DisasterMental Health Information Support System : DMHISS）を用いて行う。」とされている。しかし、DPAT 活動に必要な保健医療資源状況や精神科医療ニーズ情報等は他システム等からの入手が必要となる。また、熊本地震時に DMHISS を使用した結果、DMHISS では DPAT 活動が反映できず、かつ、他の医療救護班との共有ができないことから、急遽様々なツールを使用する事となった。以下に DPAT 活動における DMHISS 使用の課題を示す。

DMHISS では医療機関の情報（被災・稼働状況・患者搬送等）が把握できない。

DMHISS では避難所の情報（避難所数、要支援者数、他のチームの活動状況等）が把握できない。

DMHISS では他の医療救護チームと DPAT の活動状況を共有できない。尚、DMAT や医療救護チームからは DPAT の活動状況をリアルタイムに共有したいとの声が多く挙がった。

DMHISS では同一災害における複数回の派遣調整や活動地域の変更を行うことができない。別途、DPAT 事務局でエクセルシートを作成し、全ての都道府県・政令市と複数回の調整を行った。

DMHISS では各隊の連絡先、詳細な活動スケジュールまでは共有できない。別途、チーム登録用紙を作成し対応した。

に関して、平成 28 年熊本地震では避難が必要な精神科病院ならびに受け入れ可能な精神科病院の位置の特定や情報入手をすることが困難だった点が大きな課題とされた。

上の課題に関しては熊本地震前から懸念されていたため、DMHISS の補完機能として医療機関マップが開発され、供用されていた。同マップは病院避難での受け入れ先を検討する際に病院どうしの位置関係を把握するという当初の主目的に関しては十分に威力を発揮したものの、災害発生直後の初動体制を確立するためには病院の被災レベルの予測が必要となった。この点に関しては今年度医療機関マップの機能強化を行い、上記が可能となった（詳細後述）。各病院のライフライン等の被災状況に

関しては EMIS 等からの情報を別途参照したが、EMIS に登録されていない精神科病院が多かったことについては課題として挙げられた。

に関して、DMHISS には避難所支援のニーズを集約する機能も組み込まれてなかったため、優先的に支援を派遣する避難所を特定することができなかった点も大きな反省点として挙げられた。さらには、数少ない DPAT チームだけでは「見守り」や「寄り添い」等への対応が十分にはできなかったにも関わらず、地元の保健師や避難所スタッフと情報を体系的に共有する機能がない点も課題として挙げられた。

避難所の位置情報や避難者数は DMAT から EMIS に情報が上げられるが、DMAT の活動期間は発災初期と限られるため、その情報が中長期的には更新されず、そこから精神科医療ニーズを拾い上げることは困難であった。その点、避難所の診療情報に関しては、熊本地震では医療救護班から J-SPEED に情報が集約されていた。J-SPEED ではメンタルヘルスに関する 2 項目の情報も集約されるが、少なくとも 4 件の自殺企図が災害医療チームとの連携により覚知され、即日 DPAT による専門的介入が実施された（図 1）。さらに J-SPEED は他医療救護班等や調整本部、都道府県等の担当者等、広く閲覧・入力が可能となっているため、得られた情報が効率的に共有でき、効果的な災害医療活動を実現できることが考えられた。このような熊本地震における利用実績や機能を検討した結果、今後は、救護班や JRAT, JDA-DAT 等、類似する属性の被災者を対応する支援者と情報を共有するためには J-SPEED の枠組みを積極的に活用することが有用であることが示唆された。

に関しては、DMHISS は ID・PW を各都道府県等に割り振っており、使用が DPAT のみに限られ、他医療救護班が DPAT 活動状況を把握することができなかった。この課題に関して、各 DPAT 隊がどこで活動しているかということについては EMIS または EMIS 機能を補う下部システムの位置づけとして J-SPEED アプリが開発中であり、それを用いることによって把握可能と考えられた。DPAT の相談診療活動情報については既存の災害診療記録に DPAT が使用する精神医療版の紙個票を 1 枚追加する形で進めており（太刀川分担班にて個票項目検討中）最終年度には個票情報の集計機能を開発する予定である。

に関しては、広域災害では全国規模の派遣調整が必要となり、派遣元自治体との複数回のやり取りが発生し、現地ニーズも刻々と変化する。このニーズに対応するための派遣調整についてはシステム上での管理は困難であると考えられた。このため熊本地震時には DPAT 事務局で別途調整を行った。

に関しては、EMIS または前述の J-SPEED 内での検討が行われており、DPAT においても協働するべきと考えられた。

また、DMHISS の掲示板機能は活用されたが、ファイル添付機能がないため情報発信において利便性に欠けた。

2. 医療機関マップの機能強化

前述した医療機関マップの機能強化について、詳細を下記に示す。

熊本地震における精神科病院の被災状況ならびに対応状況を調査した結果からは、全入院患者の避難を実施した病院が位置する地域のほとんどが震度 6 強以上の強い揺れに見舞われていた事実が確認できた。すなわち、病院周辺の震度が入院患者の避難実施に大きな影響を与えることが示唆された。

上の結果を受け、地震発生直後に入手可能な震度データを利用して各精神科病院の震度を自動的に配信するシステムを構築する方向で検討を進めた。この点に関しては DPAT 関係者より意見を聴取し、情報としての利用価値の高さを確認した上で、医療機関マップの機能強化という方向で改良作業に着手し、プロトタイプを作成した(図 2)。

上のプロトタイプが実際の災害時に利用する環境で十分に動作するかに関して、衛星通信を用いた検証試験も行った。DPAT 隊員が利用する状況を想定し、DPAT 事務局ウェブサイトのトップページからテストサイトを読み込み、実際に利用を開始するまでに必要な時間を計測したところ、約 10 分を要した。

D. 考察

災害時に保健医療関連の支援チームが利用している情報支援システムについて課題をまとめた結果、現段階では DPAT が主に使用している DMHISS について改良すべき点が多く含まれることが明らかになった。

一方で、EMIS や J-SPEED からは他の DMAT 等の医療救護班と情報共有をしながら精神科関連のニーズを効率的に抽出すること

が可能であるため、それらの情報支援システムに関して DPAT が平時より十分に習熟するとともに、これらのシステムを管理・運用する組織との連携と協議が必要であると考えられた。なお、J-SPEED に関しては来年度から具体的に精神科関連の情報集約に関する協議・作業を進める予定である。

医療機関マップの改良に関しては、研究分担者自身が参画している戦略的イノベーション創造プログラム(SIP)の「レジリエントな防災・減災機能の強化」において作成・提供されているデータを利用することを前提に震度情報を表示する機能の強化を行った。このことは、本厚生労働科学研究と SIP 双方の研究成果を有機的に接合させる点では極めて有意義であると考えられる一方、情報ソース自体が研究開発段階の取り組みであるため、地震発生時に震度情報を確実に取得できる体制が確立されていないことも意味しており、持続的な配信体制としては不安定な要素ともみなされる。来年度以降は、DPAT が必要とする情報を確実かつ持続的に配信できるよう代替的なデータの入手方法を検討することが必要だと考えられる。

また、本研究で作成した情報支援システムはインターネット回線を用いるが、災害時には通常の通信環境が確保できるとは限らない。衛星通信等の環境においても利用できるよう配慮する必要がある。本研究におけるテストサイトの利用に関しては、震度分布の画像データの読み込みに時間を要した可能性があるため、今後の開発に反映させる必要がある。

本年度は限られた時間内でプロトタイプの震度情報配信システムを作成することを目指したため、データ加工の一部を手作業で処理する手順を採用した。平成 29 年度以降、研修等において本年度作成した情報システムに関する実証試験を実施し、改良点を抽出した上で、手作業の行程を排除した情報システムの開発を検討していく予定である。

E. 結論

当初予定通り、各システムの比較と DMHISS の課題を明確化し、大規模地震発生直後に DPAT 事務局が迅速に支援方針を決定するための判断材料を提供する情報支援ツールの開発に着手した。

表1. 主な災害情報支援システムの概要

	DMHISS	医療機関 マップ	EMIS	J-SPEED
目的	DPATの活動状況把握、被災者の精神科医療対応状況把握	精神科病院・災害拠点病院の位置情報・震度情報の把握	病院の被災/支援状況・DMATの活動状況・避難所状況の把握	救護所での診療状況把握
使用対象者	DPAT、都道府県の精神保健福祉担当	DPAT、都道府県の精神保健福祉担当	病院、DMAT、救護班、都道府県保健福祉担当、保健所	救護所担当の救護班
使用フェーズ	DPAT派遣期間（地域支援時）	DPAT派遣期間（病院支援時）	原則、DMAT派遣期間	救護所開設期間
課題等	他の災害保健医療チーム等との情報共有が困難	現在機能強化中	病院の種類ごとの情報把握が困難	産業医科大学と国病災害医療センターで共同開発中。

主に地域支援用 主に病院支援時に使用 主に地域支援用

メンタルヘルスケアニーズ覚知

20	災害ストレス関連諸症状	不眠、頭痛、めまい、食欲不振、胃痛、便秘等
21	緊急のメンタルケアニーズ	自殺企図、問題行動、不穏

◆ DPAT河島譲先生による東日本大震災の経験を踏まえた2段構えの設計

- 【緊急のメンタルヘルスケアニーズ】(アラート)
 - 少なくとも4件の自殺企図が覚知されDPATが即日介入
 - 累計61件の報告
- 【災害ストレス関連諸症状】(概況把握)
 - 災害ストレス関連諸症状での受診者割合は徐々に減少

期間	災害ストレス関連諸症状
4/16~4/24	16.5%
4/25~5/1	11.3%
5/2~5/8	10.7%
5/9~5/15	9.9%
5/16~5/22	10.0%
5/23~6/1	9.3%

勝因
健康事象アイテムと
支援組織の事前同定

図1. J-SPEED におけるメンタルヘルスに関する項目と使用実績

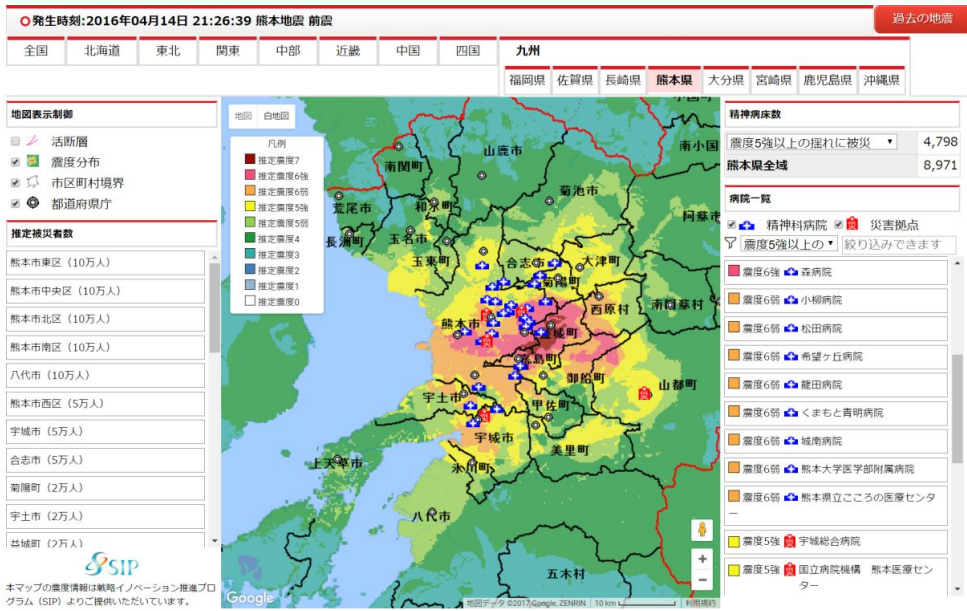


図2. 平成28年度に開発した情報支援ツールのプロトタイプ表示例
 (震度の大きな精神科病院と災害拠点病院の一覧を地震発生直後に即的に表示可能となる)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 「DPAT活動マニュアルの改訂」に関する研究

研究分担者 来住 由樹（岡山県精神科医療センター 院長）

研究協力者 吉田 航（DPAT事務局）
知花 浩也（国立病院機構 琉球病院）
奥浜 伸一（国立病院機構 榊原病院）
小坂 靖和（岡山県精神科医療センター）
高尾 碧（島根県立こころの医療センター）
大鶴 卓（国立病院機構 琉球病院）

研究要旨 平成26年1月のDPAT活動マニュアルの発出以降、平成26年8月豪雨、御嶽山噴火、平成27年9月関東・東北豪雨では各県のDPATが活動を行い、平成28年熊本地震ではDPAT活動要領発出後初の全国規模での派遣が行われた。DPAT活動マニュアルについては、上記の災害におけるDPAT活動の課題や都道府県等におけるDPAT体制整備を踏まえた改訂はなされていない。そこで、本年度は過去のDPAT活動時の課題、現在の都道府県等のDPAT体制整備状況を踏まえ、DPAT活動マニュアルの改訂項目を抽出することを目的とし、DPAT運営協議会等でまとめられた意見を参考に、改訂項目の抽出を行った。その結果、DPATの定義（先遣隊と後続隊の機能）、統括（現場隊の役割）、情報支援システム、平時の準備、活動内容（病院避難・避難所アセスメント・支援者支援）において、改定をする必要があると考えられた。現行のマニュアルの記載内容は、活動要領と同様の内容に留まり、具体的な記載には至っていない部分もあった。次年度の改訂内容の提言にあたっては、DPAT活動要領との整合性に配慮をしつつ、他の分担研究班の結果を踏まえ、具体的な記載を検討する必要があると考えられた。

A．研究目的

本研究分担班の目的は、都道府県・政令指定都市（以下；都道府県等）のDPAT体制整備、DPAT発足後の局所災害、大規模災害におけるDPAT活動の課題を踏まえ、最終的にDPAT活動マニュアル改訂内容の提言をすることである。

1）DPAT活動マニュアル発出の経緯

平成25年4月1日に厚生労働省が「災害派遣精神医療チーム活動要領」を発出したが（障精発0401第1号）、現場で支援を行うための具体的なマニュアルは作成されていなかった。また過去のこころのケアチーム活動の経験から、都道府県等におけるDPAT体制整備について様々な課題が挙げられていたが、意見の集約はされていなかった。そこで、国立精神・神経医療研究センター災害時こころの情報支援センター（厚生労働省の委託事業）では、

阪神・淡路大震災・新潟県中越沖地震・東日本大震災において受援・支援活動等を行った精神保健医療関係者を招き、DPAT活動指針検討会を行った。

そこで、東日本大震災でのこころのケアチームの活動の課題について意見集約がなされたが、急性期支援の必要性、統括の必要性、平時の準備の必要性の三点が挙げられた。それらの意見を踏まえ、平成26年1月、DPAT活動要領を補填する具体的な支援マニュアルとして、DPAT活動マニュアルが発出された。尚、DPAT活動要領については、平成26年1月7日、DPAT活動マニュアルを参考に改訂された（障精発0107第1号）。

2）本研究の目的

DPAT活動マニュアルの発出以降、平成26年8月豪雨、御嶽山噴火、平成27年9月関東・東北

豪雨では各県のDPATが活動を行い、平成28年熊本地震ではDPAT活動要領発出後初の全国規模での派遣が行われた。またDPAT運営委員会の設置、研修会の開催等、都道府県等におけるDPAT体制整備も進んできている。DPAT活動マニュアルについては、平成27年1月に一部改訂(主に薬剤リストの追加)があったものの、上記の災害におけるDPAT活動の課題や都道府県等におけるDPAT体制整備を踏まえた改訂はなされていない。

そこで、本年度は過去のDPAT活動時の課題、現在の都道府県等のDPAT体制整備状況を踏まえ、DPAT活動マニュアルの改訂項目を抽出することを目的とした。

B．研究方法

DPAT事務局が設置したDPAT運営協議会では、平成27年度より、各災害でのDPAT活動における課題、都道府県等でのDPAT体制整備状況を踏まえ、DPAT活動手法、平時の体制整備の体制等の検討が行われている。平成28年度においては、上記の検討内容を基に、厚生労働省に対しDPAT活動要領の改訂内容の提言が行われた。

本研究では、上記の提言内容、DPAT構成員、都道府県等、関連団体からDPAT事務局へ挙げられた意見を参考に、改訂項目の抽出を行った。

(倫理面への配慮)

本研究においては、個人情報に相当する内容は扱っていない。また、資料として掲載している研究データの取り扱いについては、データを保持・保有する所属機関の承諾を得た上で掲載している。以上の理由から、倫理面における問題はないと判断した。

C．研究結果

(1) 先遣隊の活動開始時間と活動期間

現行のDPAT活動マニュアルにおいては、72時間以内に被災地域で活動できる班を先遣隊としているが、平成28年熊本地震では発災直後より精神科病院の病院避難が必要となった。熊本県DPAT調整本部を担った隊員からは「病院避難を支援するには72時間以内では遅い。DMATと同じスピードで開始しなければ支援が遅れてしまう」との意見がDPAT事務局へ挙げられた。それらの意見を踏まえ、DPAT運営協議会では先遣隊の活動開始期間をDMATと同時

期にする必要があるのではないかという意見が挙げられている。

また先遣隊の活動期間は1週間が基本とされているが、発災直後から活動する場合は、インフラ・宿泊環境等が整っていない状況での活動も想定されるため、状況に応じて活動期間を調整する必要があるだろう。

(2) 先遣隊と後続隊の役割

平成27年度のDPAT運営協議会においては、都道府県等において急性期に重装備で活動するDPAT先遣隊要件のイメージが先行しており、地域精神科医療機関の参画が進まないとの意見が挙げられている。また、過去のDPAT活動においては、時期によって活動内容や連携先も変わっている。

先遣隊と後続隊の具体的な役割の違いを明記する等、時期による活動内容や連携先の違いについて明記する必要がある。

(3) 統括

DMAT調整本部や派遣調整本部との連携については明記されているものの、近年整備されてきている災害医療コーディネーターとの連携は明記されていない。尚、災害医療コーディネーターは平成28年3月時点、38都道府県で整備されている。

また、統括に関しては、DPAT活動要領と同等の内容が書かれているのみで、具体的な内容は書かれていない。山口分担班で検討される、超急性期から中長期への連続した災害精神保健医療体制も踏まえ、具体的に記載をする必要があるだろう。

(4) 情報支援システム

現行のマニュアルでは、災害精神保健医療情報支援システム(Disaster Mental Health Information Support System; DMHISS)の機能が掲載されているが、DMHISSは平成28年熊本地震において、多くの場面で課題が生じている。課題は以下の通りである。

医療機関情報の取得・発信

避難所情報の取得・発信

他の医療救護チームとの活動状況、連絡先等の情報共有

ファイル共有

これらの機能については、広域災害救急医療情報システム(Emergency Medical Information System; EMIS)において使用可能であることから、EMISの使用について明記する必要があるだろう。

また、災害時健康情報の実践的集計報告シ

システム（Development of the Health Status Reporting System during Disaster：J-SPEED）等との連携を踏まえ、石峯分担任で検討される情報支援ツールの使用方法についても追記する必要がある。

上記のように、情報支援システムについては、現状複数のシステムを使う必要があるため、それぞれのシステムの、どの機能を使用するのかを整理して記載する必要があるだろう。

（５）派遣の流れ

現行のマニュアルでは、DMHISSを基に派遣調整を行う流れが掲載されているが、現状のDMHISSの機能では、同一災害における複数回の派遣調整や活動地域の変更を行うことができない。平成28年熊本地震では、そのため別途エクセル等を使用し派遣調整が行われた所である。それらを踏まえ、修正を行う必要があるだろう。

（６）平時の準備

人材の育成・確保

DPAT運営協議会では、都道府県での人材育成が進まないこと、研修内容が統一されていないことから、都道府県でのDPAT研修の実施体制、研修内容等をDPAT事務局が評価、認定する仕組みに関して提言がなされた。DPAT活動マニュアルへは都道府県等が研修を実施しやすいよう、規定された内容について、より詳細な説明やプログラム例等を掲載する必要があるだろう。

資機材の確保

大鶴分担任では、平成28年熊本地震で活動したDPAT隊員に対し、DPAT活動前、派遣中に困ったことについて自由記述形式のアンケートを実施しているが、全体の21%が資機材の確保について困難が生じたと回答している（有効回答数612名のうち131名が回答）。特に、通信機器（モバイルルーター等）を確保していなかったことが回答として目立った。現行のマニュアルには資機材リストが掲載されているが、時間軸はなく、一元的に多数の資機材が羅列されている。先述したように、DPAT活動は時期によって活動内容が変わっていくため、時期ごとの資機材リストが必要であるだろう。

また、DPAT活動マニュアルへ掲載されている薬剤リストについて、てんかん学会から「学会推奨のレベチラセタム、アルピプラゾールを掲載して欲しい。」との要望があった。薬

剤については、現在の医療機関等での使用状況が反映できるような形で、活動マニュアルへ記載する必要があるだろう。

（７）活動内容

病院避難時の搬送患者情報

平成28年熊本地震では、DMAT、自衛隊、日本精神科病院協会等の協力を得て、7病院から計595名（県内30病院に321名、県外35病院に274名）の搬送が行われた。搬送時には訓練で使用していた患者リストを用いたが、搬送手段を決めるための情報である救護区分が抜けており、病院からの搬出に多大な時間を要した。それらの課題も含め、病院避難時の患者情報リストは一定の様式を定め、活動マニュアルへ記載する必要があるだろう。

避難所アセスメント、活動終結の指標

平成28年熊本地震では、18万人の避難者に対しDPATの数は10班と、効率的に避難所活動を行わなければならない状況が生じた。また、活動終了時期のアセスメントが困難であったとの意見も上がっている。太刀川分担任で検討される災害時精神保健医療活動に必要な避難所トリアージ項目、DPAT活動終結の目安等についても活動マニュアルへ記載する必要があるだろう。

支援者支援

平成28年熊本地震では、標準的な手法を示しておらず、各隊の判断にバラツキが生じた。丸山分担任で作成される支援者支援マニュアルの内容について、DPAT活動マニュアルへ反映させる必要があるだろう。

D．考察

活動マニュアルを策定する目的は、各DPATがある程度の統一した見解を持って活動を行うことにある。そのためにDPAT活動要領に準じ、活動内容や体制について具体的に記載をする必要があるが、現行のマニュアルの記載内容は、活動要領と同様の内容に留まり、具体的な記載には至っていない部分もある。次年度の改訂にあたっては、DPAT活動要領との整合性に配慮をしつつ、具体的な記載を検討する必要がある。

特に統括の部分については、都道府県調整本部、活動拠点本部の役割については記載されてあるものの、現場隊の役割について記載されていない。平成28年熊本地震においては、一部のDPATから「本部の指示がないのでできない」と支援要請に応えることを躊躇する意

見が聞かれていたが、全体の統括体制において現場隊の役割が明記されていないこと、「調整下で活動する」等の表現がこのような誤解を招いた可能性もある。統括体制が組織されていなかった東日本大震災や阪神淡路・大震災での活動の工夫も踏まえ、記載内容を検討する必要があるだろう。

一方で、DPATに必要とされる活動や体制は、被災地域の精神保健医療体制や被災状況等の影響を受ける。画一的・限定的なものとならぬよう記載内容に配慮をする必要があるだろう。

E．結論

東日本大震災のこころのケアチームの活動・課題を基に作成されたDPAT活動マニュアルは、DPATの活動事例、各都道府県等の体制整備状況を踏まえ、多くの項目で改定をする必要が生じている。画一的・限定的なものとならぬように配慮をしつつ、現場でのDPAT活動の支えとなるよう、具体的に記載をする必要があるだろう。

F．健康危険情報

報告すべき事象は、特に生じていない。

G．研究発表

該当なし。

H．知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

参考文献

平成27年度災害時こころの情報支援センター事業（DPAT事務局機能）報告書

平成28年度災害時こころの情報支援センター事業（DPAT事務局機能）報告書

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					