

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び
質の高い活動内容に関する研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 太刀川 弘和

令和5年（2023年）5月

目 次

I. 総括研究報告		
災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究	-----	1
太刀川弘和		
II. 分担研究報告		
1. 研究支援活動報告	-----	12
太刀川弘和、矢口知絵		
2. 災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究	-----	18
五明佐也香、福生泰久、河嶋讓、高橋晶、高尾碧、池田美樹、荒川亮介、		
余田悠介、吉田航、大竹正道、小見めぐみ、尾崎光紗、泉川公一		
（資料1）DPAT活動の開始基準及び終結基準に係る調査用紙・結果	----	22
（資料2）DPAT活動の開始基準及び終結基準に係るWebアンケート調査	--	28
3. 自治体からみた活動開始・終了基準、先遣隊以外のDPAT隊員の役割検討		
に関する研究	-----	31
辻本哲士、福島昇、矢田部裕介 他		
（資料3）DPAT活動の開始基準及び終結基準に係る資料	-----	38
4. 活動データからみたDPAT活動基準の検討	-----	43
高橋晶、久保達彦、高木善史、福生泰久		
（資料4）精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED簡易ユーザーガイド	----	57
（資料5）J-SPEED 精神版 英語表記	----	58
5. DMAT、日赤からみたDPATの活動開始、終了基準、Local DPATの役割に関する研究	-----	59
丸山嘉一、池田美樹、原田菜穂子、小早川義貴、赤坂美幸		
（資料6）つなぎマップ作成に係る資料	-----	64
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	70

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」
総括研究報告書

研究代表者 太刀川 弘和
筑波大学・医学医療系 災害・地域精神医学

研究要旨

【目的】DPATの活動は要領やマニュアルに即して行われているが、一方で活動開始や活動終了時期についての基準は明確でない。このため、被災県と支援を行うDPAT事務局の間で活動開始の判断にしばしば意見の相違が生じた。本研究は、DPAT活動の開始・終了基準の提案、先遣隊以外のDPATの役割を明確化し、災害時のDPATの活動期間及び質の高い活動内容を定めることを目的とする。また、新型コロナウイルス感染症におけるDPATの活動実績の調査を実施し、DPATの位置づけのための課題を明確化させる基礎資料として用いることを目的とする。

【方法】今年度は以下の研究を実施した。

1. DPAT活動開始・終了基準案を検討するためのシミュレーション研修、インタビュー調査
2. 先遣隊以外のDPATの活動を検討するためのインタビュー調査
3. 「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」の作成

【結果】各分担班研究の結果から、昨年度作成をしたDPAT活動開始・終了基準案に対して実際にDPATが基準案を用いて活動を開始し、終結することができるといった意見が多く認められた。一方で、特に大雨洪水等の特別警報が発令された際にDPAT調整本部を立ち上げることに對し、違和感をもった都道府県もあった。これは自治体が特別警報に対しての想定が今までなかったことが要因として挙げられた。

また、先遣隊以外のDPATの活動に関しては、被災地での精神科医療の提供、困難ケース対応への助言、被災した医療機関への専門的支援、支援者支援等の多様なニーズに対応できることが望まれていることが示唆された。

【結論】今年度の活動によって、昨年度作成をしたDPAT活動開始・終了基準案が現場での判断基準として使用できることが示唆された。今回提案された基準案を共有したうえで、自治体ごとに特色を持った基準を作成することも重要であると考え。また、今回作成をし

た J-SPEED 簡易ユーザーガイドを使用し、正しい情報入力・蓄積をすることで今後更なる解析を行い、精神保健医療ニーズを的確に捉えることができると考える。

研究分担者氏名

五明 佐也香

DPAT 事務局、獨協医科大学埼玉医療
センター

辻本 哲士

滋賀県立精神保健福祉センター 所長

高橋 晶

筑波大学医学医療系災害・地域精神医学
准教授

丸山嘉一

日本赤十字社医療センター国際医療救援
部・国内医療救援部 部長

府県が養成してその後の活動を展開する地域の DPAT (Local DPAT、先遣隊以外の DPAT) があるが、後者の定義や役割は不明確である。そこで今回、DPAT、活動連携機関、自治体それぞれの立場から、DPAT による精神医療活動の開始・終了基準、ならびに Local DPAT (先遣隊以外の DPAT) の役割を明確化し、災害時の DPAT の活動期間及び質の高い活動内容を定めることを目的に研究を行った。

また、今般の新型コロナウイルス感染症に対して、2021 年の年明け以降、変異株の流行などもありこれまでの想定を上回る規模・スピードで感染拡大が生じ、病院や介護施設等でのクラスター等も発生し、その対応として DPAT の活動が行われた。「新型コロナウイルス感染症感染制御等における体制整備等に係る DPAT の活用等について (依頼)」(令和 3 年 3 月 30 日事務連絡) 等でも DPAT の活用について示されているが、第 8 次医療計画の新興感染症対応体制における DPAT の位置づけのための課題を明確化させる基礎資料として用いることを目的として分担研究班 (獨協医科大学埼玉医療センター 五明佐也香) を新たに設置し、新型コロナウイルス感染症における DPAT の活動実績の調査を行った。各分担研究班の研究目的は以下の通りである。

【太刀川班】研究統括としての立場から DPAT 活動開始・終了基準案 (以下「基準案」という) 開発に向けて各分担班の研究支援と基礎資料作成を行う。

【五明班】昨年度作成をした基準案が、実災

A. 研究目的

2013 年に、災害急性期からの精神科医療ニーズに組織的に対応するために設立された災害派遣精神医療チーム (DPAT) は、全国的に整備され、2014 年以降、2016 年熊本地震、2019 年台風 15 号、19 号、2020 年にはダイヤモンド・プリンセス号の支援など多くの支援活動実績をあげてきた。一方 DPAT の活動は要領やマニュアルに即して行われているが、活動開始や活動終了時期についての基準は明確でない。このため、被災県と支援を行う DPAT 事務局の間で活動開始の判断にしばしば意見の相違が生じた。また活動終了時期は、被災県と DPAT により、都度判断されることになっている。さらに、DPAT は国が訓練・養成を行い発災直後より活動を展開する先遣隊と、主に都道

害時に適用できるかを検討することを目的として、DPAT 研修時に以下のシミュレーション訓練を試行する。

【辻本班】災害支援を経験した精神保健福祉センターを中心として聞き取り調査を実施し、自治体からみた基準案、災害時における精神保健医療福祉支援に関し、DPAT 活動を中心に量的・質的な検討をすすめる。

【高橋班】DPAT の活動を J-SPEED のデータから抽出し災害別の開始基準並びに活動終了の基準について分析を行い、DPAT の開始・終了時期に関するエビデンスを検討する。

【丸山班】DPAT の終了時、精神保健心理社会的支援（Mental health and Psychosocial Support ; MHPSS）のうち、特に PSS（心理社会的支援）活動に対する DPAT 活動の実態と課題を明確する。また MHPSS 活動の可視化を促進するために、コーディングの質問項目、入力方法、表示方法の改善を検討する。

B. 研究方法

【太刀川班】①研究支援：基準案作成に向け、基礎的な資料作成と各班の研究結果のとりまとめを実施した。

②解析支援：高橋分担研究班の「ダイヤモンド・プリンセス号のデータ」に関して解析支援・論文作成を行った。

【五明班】①シミュレーション訓練：令和 3 年 9 月 9 日に行われた DPAT 統括者・事務担当者研修の受講者 54 名のうち、本シミュレーション訓練への参加に同意が得られた DPAT 統括者、都道府県担当者、計 39 名を 10 グループに分け、3 つの観点から、基準案が実災害時に適用できるものであるかに

ついて検討した。

②Web アンケート調査：令和 3 年 9 月 9 日に行われた DPAT 統括者・事務担当者研修受講者 54 名に対して、Web アンケート調査にて、基準案の項目ごとに、判断の可否の選択し、各項目を適用できない場合はその理由について、自由記述形式で回答を求めた。

【辻本班】令和 5 年 1 月 4 日から 16 日にかけて、被災経験のある精神保健福祉センター所長 6 人にインタビュー調査（1 人約 1 時間）を実施、調査内容を分析した。聞き取り項目は、DPAT 活動開始・終了について、先遣隊以外の DPAT の活動について、である。

【高橋班】①DPAT が入力した一般診療版及び精神保健医療版 J-SPEED のデータを集積し、災害別の開始基準ならびに活動終了基準のデータ解析を行った。

②J-SPEED データ解析における課題を踏まえて災害対応時も参照可能な簡易ユーザーガイドの作成を行った。

【丸山班】

①インタビュー調査：令和 4 年 7 月～令和 5 年 1 月の間に、DPAT 統括者、精神保健福祉センター長等の立場で、地元の DPAT の実質的な活動および全体のマネジメントに携わったことがある医師 5 名を対象とした。ガイディングクエスションは、令和 3 年度分担班研究で実施したパイロット・インタビューの結果、抽出された以下の項目である。

1. MH から PSS への移行のタイミング、クリティカルポイントは何か。
2. 被災県から見て、DPAT は PSS を担っていたのか。
3. どこまで DPAT が担い、現地の担い手・引継ぎはどのような状況だったか。

4. DPAT として被災者支援調整会議（NGO 地域会議等）との連携はどのようなだったか。

②MHPSS 活動コード(4Ws)の質問項目、入力方法、表示方法に関して、簡便性、即時性、汎用性が必要条件と考えられ、それぞれの検討を行った。簡便性として、簡単な入力方法、わかりやすい表現を用いるなど入力内容の改善を検討した。即時性についてはスマートフォンからの入力や PC での集計など電子媒体を使用することで可視化の即時性を検討した。汎用性として、受援・支援双方にとり有用な情報表示方法を検討した。

C. 研究結果

【太刀川班】①研究の方向性や各分担班における役割分担などの整理・検討を目的に、全研究班員による会議を計 3 回開催した。新型コロナウイルスの影響で、一か所に集まる機会を設けることができず令和四年度はオンラインでの全体班会議を計 3 回実施した。

・2022 年 4 月 22 日：第一回全体班会議（オンライン）を実施。研究開始に当たり、分担班における研究内容及び役割分担の整理・検討を行った。（参加者 14 名）

・2022 年 10 月 20 日：第二回全体班会議（オンライン）を実施。各分担班の進捗状況の確認を実施した。（参加者 14 名）

・2023 年 2 月 14 日：第三回全体班会議（オンライン）を実施。各班から研究成果の報告があった。（参加者 14 名）

②高橋分担研究班の「ダイヤモンド・プリンセス号のデータ」に関して解析支援・論文作成を行った。

◎調査期間：2020 年 2 月 9 日～2020 年 2 月 21 日

◎調査対象：新型コロナウイルス感染症の

パンデミックによって横浜に停泊したダイヤモンド・プリンセス号に乗船していた乗客、乗組員を対象とした。

◎データ総数：333 例のデータ（J-SPEED 身体版 206 例、精神保健版 127 例）

解析結果から以下のことがわかった。

・精神保健版は、身体版に比べて有意に女性が多く、平均年齢が低かった。

・相談者の約 1 割が乗員であった。

・症状は、発熱が最も多く、次いで災害ストレス関連症状、急性呼吸器感染症の順であった。発熱は男性で有意に頻度が高く、災害ストレス関連症状は、女性で頻度が高くなった。精神症状の内訳は、「不安」の頻度が最も多く、次いで「不眠」、「その他の症状」、「抑うつ」、「怒り」、「自殺念慮」の順となっていた。乗員は不眠、抑うつなどの症状が、乗客よりも多く認められた。

・ストレス内容では、COVID-19 よりも「検疫」のストレスが強く、女性と乗員で顕著にみられた。

・最頻の診断は、「重度ストレス反応および適応障害」であった。

・支援内容で最も多かったのは相談・助言からなるカウンセリングであり、およそ 7 割の人は、単回のカウンセリング後、精神症状が改善し、支援終了となった。

【五明班】①第一の災害想定（自都道府県発災）では、基準案に対しては、「特別警報が発令された場合は DPAT 調整本部を立ち上げるべき」といった活動開始に前向きな意見が複数みられた。一方、「大雨特別警報が出てすぐというのは被害が出るかどうかわからないため立ち上げづらい」「自県のマニュアルは地震想定のみで、地震以外の想定はない」といった活動開始に消極的な意見も散在した。自都道府県の体制に対して

は、「未経験でどうしたらいいかわからないため訓練をしたい」「DMAT 調整本部が立ち上がると同時に DPAT 調整本部も立ち上げるべきである」といった意見もみられた。

第二の災害想定（隣接する都道府県発災時）では、基準案に対しては、「隣接する都道府県の EMIS が災害モードに切り替わった場合は DPAT も調整本部を立ち上げるべき」「近隣県で DPAT 調整本部が立ち上がったと同時に自都道府県でも立ち上がるようにするべきだ」といった早期の DPAT 調整本部の立ち上げに積極的な意見がある一方、「自都道府県の体制も整っていないので、隣県への対応は厳しい」「隊が少ないから無理」といった消極的な意見も認められた。自都道府県の体制に対しては、「初動のマニュアルの共有を近隣県と出来ていない」「近隣県 DPAT との交流が無いので訓練をしていきたい」といった DPAT 体制整備についての反省を述べる意見もあった。また、「DPAT 事務局から言われたら考える」「国からの依頼があればやる」といった意見もあり、都道府県によって DPAT 体制整備状況にばらつきを認めた。

第三の災害想定は活動終了基準案に関する内容とした。基準案に対しては、「全ての条件を踏まえて活動を終了すべきである」といった、基準案に対する肯定的な意見が大半で、「活動終了時は、『DPAT がいたら安心だから帰らないでください』と言われて活動を終了できないことがよくあるので、基準があることは大切だ」という意見も認められた。一方、基準案に対する意見ではないが、「基準だけで撤収することは難しい」といった意見もあった。また、自都道府県の体制に対しては、「現在はマニュアルもないし検討もしていないの

で協議が必要」「職能団体等と協定を結んでおくべきかもしれない」「平時から精神医療が充実していないと長期化する」「特に体制が脆弱な地域の撤収は段階的に行うべきではないか」といった意見が認められた。

②回答率は 81.5% (N=44) であった。活動開始基準案の 6 項目についての回答は、「震度 6 弱以上の地震が発生した」や「その他自都道府県の知事が必要と認めた」については「調整本部の設置が必要と判断できる」との回答が大半であった活動終了基準案の 4 項目を全て満たせば、DPAT 活動終了と判断できるか否かの質問を行ったところ、回答者 44 名中 42 名 (95.5%) が活動終了と判断できると回答した。

【辻本班】基準案に対しては、「よい～ややよい」の評価が多かった。また、「基準がはっきりしなかった時期はどこで判断するか悩んだ。明確に整理された、これを基準に具体案を各自治体で考えなければならぬ」という意見があった。他にも、DPAT 先遣隊の派遣、参集における課題として「平時からの意思疎通、準備が重要。定期的に DPAT に関する連絡会議を開催する」等があげられた。

活動終了基準案に対しては、「よい～ややよい」の評価が多かった。また、「目安がないと終わりにくい、終わるための根拠は大事」「具体的に書いてあるので、これを参考に自治体でどのように現実化するかが大切」という意見があった。他に「市町村が健康調査等を行い、保健所・精神保健福祉センターが把握、その動向をもとに検討する」「平時の支援に落とし込んでいく。継続させる支援、終結させていく支援を整理する」等があげられた。

先遣隊以外の DPAT の活動については、

被災地での精神科医療提供、被災地での精神保健活動への専門的支援、自治体が DPAT に望む精神保健活動への支援、DPAT から被災地の機関への引継ぎにおける課題、等の様々な意見があげられた。

【高橋班】①災害別の J-SPEED データでは、水害関連では、精神保健医療ニーズが発災から 1 週以内に発生するが、2 週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。被災の程度にも影響している可能性があることが想定された。比較的軽度であれば、初期の対応後、比較的スムーズに減少し、安定する事がある。一方、水害の場合、徐々に水位があがり、被害が拡大していくと、後半に影響が出現して、対応ケースが出現する事もあった。地震と比較して、ピークが変動しやすい可能性も考察された。

②より正確なデータ入力のために、入力ミスの防止が必要であった。二重回答、入力漏れ、質問紙の不理解の防止の為にアナウンスが必要であると考えられた。例えば、対応した場所として「避難所」と「その他」の重複などが認められた。また、災害と精神的健康状態の関連においては「直接的関連」と「間接的関連」の重複、「間接的関連」と「関連なし」の重複が存在した。実際に検証するために、DPAT インストラクター研修の中で隊員に J-SPEED 入力訓練を行ってもらいその結果を研修会でフィードバックしてもらい、特に理解の深まった事項として下記があげられた。

・ J-SPEED データはカルテ（災害診療記録）から抽出されるデータであり、入力対象となるのはカルテを作成した被災傷病者である。（当該被災傷病者を通じて直接、診察をしていない家族の状態について相談

にのった場合、別途カルテを作成しないのであれば基本的には J-SPEED 入力対象とされない）

・ J-SPEED データは活動の実績を示す貴重なデータエビデンスであり、すなわち入力漏れは DPAT 活動の過少報告になってしまう。被災傷病者に対する多様な支援を示していくために、より積極的な入力が行われるべきである。この際には医学的な正確性というより災害医療現場活動の実践性を踏まえた観点からの入力が許容される。

【丸山班】①被災地精保センター、こころのケアセンターから見た MHPSS 全体から見た DPAT 終結（撤収）の課題として、急性期では被災者支援調整に係る医療系・非医療系の会議は別開催であること、中長期では MHPSS 活動に関する NPO・NGO 等との繋ぎは地域・個人によってまちまちであることがあげられる。DPAT へのニーズは、災害時に活動する PSS 組織（ピースボード災害支援センターなど被災地内外の市民団体や災害支援を専門とする組織）からは、活動における専門的アドバイスや専門科介入に係るコンサルテーションの希望があった。

② 機関間常設委員会（Inter-Agency Standing Committee ; IASC）の「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援の連携・調整のための活動コード・マニュアル～誰が、いつ、どこで、何をしているのか～」の入力において簡便性を重視した。そして電子媒体を利用することで即時性を高め、入力後直ちに受援、支援ともにその情報を共有できるように努めた。今後、一般化に向けては研修等に取り入れ、入力方法を習熟するなど周知に向けての取り組みが必要である。

運用に関しては、特定のアプリ、IT ベンダ

一を必要とせず、ランニング・コストがかからない利点を有している。また、質問→分類→可視化という手法は汎用性があり、今後、MHPSS 支援組織だけでなく、災害支援ボランティア団体、災害時支援組織・団体の活動調整、情報共有にも応用できる手法である。

D. 考察

各班の研究結果をまとめると、次のようになった。

1. DPAT 活動の開始・終了基準案の検証について

・本研究班の活動・終了基準案について、実際に DPAT が基準案を用いて活動を開始し、終結することができるといった意見が多く認められた。

・災害対応経験の有無により、都道府県によって DPAT の体制整備状況に差があることは当然であり、未経験の都道府県からは、「国や DPAT 事務局からの基準がないと動けない」といった意見が大半であったため、様々な災害支援チームからの意見を統合した基準案が明示されることには一定の効果があると示唆された。

2. 先遣隊以外の DPAT の役割検討について

・被災地での精神科医療の提供、困難ケース対応への助言、被災した医療機関への専門的支援、支援者支援等の多様なニーズに対応できることが望まれていることが示唆された。

3. 「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」の作成について

・J-SPEED データ解析における課題としては、より正確なデータ入力の為に、入力ミスの防止が必要であった。そのため簡易ユーザーガイドを作成し、より正確な情報を入力できるよう示した。

・J-SPEED 情報提供サイトにも掲載していき、これからの実災害においても J-SPEED を使用していく災害派遣医療チームが有効活用できるようにしていく。

(<https://www.jspeedplus.net/ma/>)

E. 結論

1. 昨年度作成をした基準案の課題を明らかにするため、調査研究を行った。

2. 基準案が明示されることは、DPAT 活動に資するということが明らかになった。

4. 今後、様々な想定 of 災害訓練や実働経験を踏まえて、基準案を改訂していく余地がある。また、この基準案を参考に各自自治体で具体的な案を考えていく必要がある。

5. 先遣隊以外の DPAT の役割については、多様なニーズに対応することが求められていることが示唆された。

6. 「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」を支援者が使用し、正確な情報を入力・蓄積・解析することで、災害対応日数を予測する事が可能になるか今後の解析を要する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【太刀川班】

1. Tachikawa H, Kubo T, Gomei S, Takahashi S, Kawashima Y, Manaka

- K, Mori A, Kondo H, Koido Y, Ishikawa H, Otsuru T, Nogi W. Mental health needs associated with COVID-19 on the diamond princess cruise ship: A case series recorded by the disaster psychiatric assistance team. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022 Oct 15;81:103250. doi: 10.1016/j.ijdr.2022.103250. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36032696; PMCID: PMC9391089.
2. Yumiya Y, Chimed-Ochir O, Taji A, Kishita E, Akahoshi K, Kondo H, Wakai A, Chishima K, Toyokuni Y, Koido Y, Tachikawa H, Takahashi S, Gomei S, Kawashima Y, Kubo T. Prevalence of Mental Health Problems among Patients Treated by Emergency Medical Teams: Findings from J-SPEED Data Regarding the West Japan Heavy Rain 2018. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 12;19(18):11454. doi: 10.3390/ijerph191811454. PMID: 36141727; PMCID: PMC9517656.
 3. 太刀川 弘和: 災害精神医療の観点から 別冊医学のあゆみ 自殺の予防と危機・救急対応:24-28, 2022.8
 4. 翠川 晴彦, 太刀川 弘和: 新型コロナウイルス感染症に関連する不安や恐怖 臨床精神医学 51(9):981-988, 2022.9
 5. 氏原 将奈, 太刀川 弘和: コロナ禍で戦う支援者の心理的支援ーモラルの視点を踏まえて 地域保健 53(6): 30-33, 2022. 11
- 【五明班】 なし
【辻本班】 なし
- 【高橋班】
1. Kawakami I, Iga JI, Takahashi S, Lin YT, Fujishiro H. Towards an understanding of the pathological basis of senile depression and incident dementia: Implications for treatment. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Dec;76(12):620-632. doi: 10.1111/pcn.13485. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36183356.
 2. Tachikawa H, Kubo T, Gomei S, Takahashi S, Kawashima Y, Manaka K, Mori A, Kondo H, Koido Y, Ishikawa H, Otsuru T, Nogi W. Mental health needs associated with COVID-19 on the diamond princess cruise ship: A case series recorded by the disaster psychiatric assistance team. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022 Oct 15;81:103250. doi: 10.1016/j.ijdr.2022.103250. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36032696; PMCID: PMC9391089.
 3. Sodeyama N, Takahashi S, Aiba M, Haraguchi Y, Arai T, Tachikawa H. A Comparison of Mental Health among Earthquake, Tsunami, and Nuclear Power Plant Accident Survivors in the Long Term after the Great East Japan Earthquake. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 28;19(21):14072. doi: 10.3390/ijerph192114072. PMID: 36360954; PMCID: PMC9659037.
 4. Yumiya Y, Chimed-Ochir O, Taji A, Kishita E, Akahoshi K, Kondo H, Wakai A, Chishima K, Toyokuni Y, Koido Y, Tachikawa H, Takahashi S,

- Gomei S, Kawashima Y, Kubo T. Prevalence of Mental Health Problems among Patients Treated by Emergency Medical Teams: Findings from J-SPEED Data Regarding the West Japan Heavy Rain 2018. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 12;19(18):11454. doi: 10.3390/ijerph191811454. PMID: 36141727; PMCID: PMC9517656.
5. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T. Changes in home visit utilization during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Res Notes*. 2022 Jul 7;15(1):238. doi: 10.1186/s13104-022-06128-7. PMID: 35799212; PMCID: PMC9261221.
 6. Shigemura J, Takahashi S, Komuro H, Suda T, Kurosawa M. Mental health consequences of individuals affected by the 2022 invasion of Ukraine: Target populations in Japanese mental healthcare settings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Jul;76(7):342-343. doi: 10.1111/pcn.13369. Epub 2022 May 10. PMID: 35452567.
 7. Sodeyama N, Tachikawa H, Takahashi S, Aiba M, Haraguchi Y, Arai T. The Mental Health of Long-Term Evacuees outside Fukushima Prefecture after the Great East Japan Earthquake. *Tohoku J Exp Med*. 2022 Jul 9;257(3):261-271. doi: 10.1620/tjem.2022.J038. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35491126.
 8. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T. Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Prim Care*. 2022 May 26;23(1):129. doi: 10.1186/s12875-022-01745-4. PMID: 35619098; PMCID: PMC9134976.
 9. Kunii Y, Usukura H, Otsuka K, Maeda M, Yabe H, Takahashi S, Tachikawa H, Tomita H. Lessons learned from psychosocial support and mental health surveys during the 10 years since the Great East Japan Earthquake: Establishing evidence-based disaster psychiatry. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Jun;76(6):212-221. doi: 10.1111/pcn.13339. Epub 2022 Mar 1. PMID: 35137504; PMCID: PMC9314661.
 10. 高橋 晶.さまざまな対応 災害時支援 精神科 Resident(2435-8762)3 巻 4 号 Page282-283(2022.11)
 11. 高橋 晶.多発する災害・コロナ禍において総合病院精神科に求められることと人材・リーダーシップ.総合病院精神医学(0915-5872)34 巻 4 号 Page342-347(2022.10)
 12. 高橋 晶. 医療者への対応・リモート 総合病院での新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関わるこころのケア. 精神療法(0916-8710)48 巻 4 号

Page466-472(2022.08)

13. 高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)蔓延下で高齢者に起きていることと認知症予防.
総合病院精神医学(0915-5872)34巻2号
Page136-146(2022.04)
14. 高橋 晶.局所・広域の自然災害に対する精神医療保健福祉支援体制の現状と展望.
精神神経学雑誌(0033-2658)124巻3号
Page176-183(2022.03)
15. 高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症とメンタルヘルス あれから2年を過ごして今必要な事.東京の精神保健福祉(1343-3830)41巻2号 Page1-3(2022.03)
16. 前田正治、松本和紀、八木淳子、高橋 晶
東日本大震災から10年、支援者として走り続けた経験から.トラウマティック・ストレス 19(2) 71(159) -79(167) (2022.01)

【丸山班】なし

2. 学会発表

【太刀川班】

1. 太刀川弘和: COVID-19 がもたらしたメンタルヘルスの問題 招待シンポジウム「COVID-19の心理的影響、そして今後の方向性」第14回日本不安症学会学術集会(東京)2022. 5.22
2. 太刀川弘和:コロナ禍の災害精神支援と自殺対策へのヒント シンポジウム1 災害と自殺予防第46回日本自殺予防学会総会(熊本)2022. 9.9
3. 太刀川弘和, 矢口知絵, 高橋晶, 辻本哲士, 丸山嘉一, 五明佐也: 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動開

始・終了基準の検討. 第30回日本精神科救急学会学術総会(埼玉)

2022. 10.1

【五明班】

1. 五明佐也香: 新型コロナウイルス感染症のクラスター対応に関する DPAT 活動.第30回日本精神科救急学会・学術集会、2022.10.1
2. 余田悠介: 新型コロナウイルス感染症対応における災害派遣精神医療チーム活用の有効性.第81回日本公衆衛生学会総会、2022.10.9
3. 余田悠介: 実働における都道府県 DPAT の現状と課題～都道府県 DPAT 隊員へのアンケート調査より～.第28回日本災害医学会総会・学術集会、令2023.3.9
4. 福生泰久: 都道府県 DPAT が担う役割と活動における不安 ～都道府県 DPAT 隊員へのアンケート調査結果から～.第28回日本災害医学会総会・学術集会、2023.3.11

【辻本班】なし

【高橋班】

1. 高橋 晶、太刀川弘和.ダイヤモンドプリンセス号で支援活動を行った救済者のメンタルヘルス.第28回災害医学会(青森) 2023.3
2. 高橋 晶.新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後精神症状に対する漢方薬の使用経験とその可能性.東洋心身医学研究会(東京) 2023.3
3. 高橋 晶.総合病院精神科におき BCP について.第35回日本総合病院精神医学会(東京) 2022.10
4. 高橋 晶,田口高也,高橋あすみ,笹原信一朗,川島義高,新井哲明,太刀川弘和.ダ

イヤモンドプリンセス号で支援活動を行った救援者のメンタルヘルス. 第30回日本精神科救急学会 (埼玉) 2022.10

5. 高橋 晶.新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後症状と女性の生活環境・就労. 第50回日本女性心身医学会 (東京) 2022.8
6. 高橋 晶.長期化した新型コロナウイルス感染症対応における医療従事者のメンタルヘルス.第21回トラウマティックストレス学会 (東京) 2022.7
7. 高橋 晶.新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後の精神症状への理解と対応.第118回日本精神神経学会学術大会 (福岡) 2022.6
8. 高橋 晶.水害後の中長期的フォローアップとその課題. 第118回日本精神神経学会学術大会 (福岡) 2022.6
9. 高橋 晶. 急性期から中長期にかけての災害精神医学的対応の例 教育講演 24 災害医療システム委員会企画 「災害時のメンタルヘルス・ケア」 第13回日本プライマリ・ケア連合学会 学術大会.2022.6

【丸山班】

1. 一般演題「精神保健・心理社会的支援活動の見える化」第28回日本災害医学会総会・学術集会 (青森) 2023.3

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：特記すべきことなし

令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」
分担研究報告 研究支援活動報告

太刀川弘和¹⁾、矢口知絵¹⁾

1) 筑波大学・医学医療系 災害・地域精神医学

研究要旨

今年度は DPAT 活動開始・終了基準案を実際に DPAT 隊員や自治体職員等に提示し、実際に運用できるかの検討を班全体で実施した。研究支援では、全体班会議の開催、高橋班のダイヤモンド・プリンセス号の解析支援並びに研究結果の論文発表を行った。

結果としては、DPAT 統括研修並びに精神科救急学会学術総会で DPAT 活動開始・終了基準案を提示し、一定の支持を得ることができた。開始・終了基準という一定の目安があることで、各自治体は災害等に備えることができ平時の準備へとつなぐことができると考える。また、この基準案はあくまでも目安であり、基準案を土台とし自治体ごとに独自の基準を作成することも必要と考える。

A. 研究目的

2013 年に、災害急性期からの精神科医療ニーズに組織的に対応するために設立された災害派遣精神医療チーム（DPAT）は、全国的に整備され、2014 年以降、2016 年熊本地震、2019 年台風 15 号、19 号、2020 年にはダイヤモンド・プリンセス号の支援など多くの支援活動実績をあげてきた。一方 DPAT の活動は要領やマニュアルに即して行われているが、活動開始や活動終了時期についての基準は明確でない。このため、被災県と支援を行う DPAT 事務局の間で活動開始の判断にしばしば意見の相違が生じた。また活動終了時期は、被災県と DPAT により、都度判断されることになっている。さらに、DPAT は国が訓練・養成を行い発災直後より活動を展開する先遣隊と、主に都道

府県が養成してその後の活動を展開する地域の DPAT（Local DPAT、先遣隊以外の DPAT）があるが、後者の定義や役割は不明確である。そこで今回、DPAT、活動連携機関、自治体それぞれの立場から、DPAT による精神医療活動の開始・終了基準、ならびに Local DPAT（先遣隊以外の DPAT）の役割を明確化し、災害時の DPAT の活動期間及び質の高い活動内容を定めることを目的に研究を行った。太刀川分担班においては研究統括の立場から今年度も各分担班の研究支援を実施した。

B. 研究方法

1. 全体班会議の開催：研究の方向性や各分担班における役割分担などの整理・検討を目的に、全研究班員による会議を計 3 回

開催した。

2. 分担班研究の支援：高橋分担研究班の「ダイヤモンド・プリンセス号のデータ」に関して解析支援・論文作成を行った。

◎調査期間：2020年2月9日～2020年2月21日

◎調査対象：新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって横浜に停泊したダイヤモンド・プリンセス号に乗船していた乗客、乗組員を対象とした。

◎調査内容・目的：港で検疫を受け、56か国3,711人の乗客・乗員が船内に14日間隔離された。その間、DPATが乗船し、彼らのメンタルヘルスの支援活動を行った。これまで、検疫船のメンタルヘルス問題については、十分に検証された事例がなく、サポートの在り方も確立されていないため、DPATが入力をした一般診療版及び精神保健医療版 J-SPEED を活用し、船内でメンタルヘルスのニーズを持つ人々の臨床的特徴やケア内容を評価した。

◎データ総数：333例のデータ（J-SPEED身体版206例、精神保健版127例）

3. 学会発表：2022年9月30日～10月1日 第30回日本精神科救急学会学術総会にて「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動開始・終了基準の検討」と題して、昨年度作成をした基準案の発表を行った。

◎DPAT活動開始基準案

下記のいずれかの状況が生じた場合、調整本部を設置し活動を開始することが望ましい。

- ・自都道府県で、震度6弱以上（東京都の場合は23区内において震度5強以上、その他の地域において震度6弱以上）の地震が発生した。

- ・自都道府県で大津波警報が発表された。

- ・自都道府県に特別警報（大雨洪水等）が発令された。

- ・自都道府県に災害対策本部や保健医療調整本部等の上位本部が設置された。

- ・自都道府県にDMAT調整本部が設置された。

- ・隣接する都道府県がEMIS災害モードに切り替わった。

- ・その他 自都道府県の知事が必要と認めた。

◎DPAT活動終了基準案

下記の全ての条件を踏まえ、DPAT活動の引継ぎ先を明確に決定し、DPAT活動の終結並びに調整本部撤収を検討すること。

- ・EMIS内の被災圏域の精神病床を有する医療機関等が緊急時入力項目において「支援不要」となる。

- ・避難者数やDPAT活動における処方数、相談件数から精神保健活動や支援者支援のニーズの減少を総合的に推定できる*。

- ・被災地の精神保健医療福祉に関わる機関（行政、保健所、精神保健福祉センター、被災地の精神科医療機関等）による対応が可能となる。

- ・保健医療調整本部等の合同会議において、災害医療コーディネーター、精神保健福祉センター長の他、被災地の精神保健医療福祉に関わる機関や他の保健医療福祉支援チーム等から終了の同意が得られている**。

*なお、以下の予測式は終了日推定の参考となる。

厚労科研 保健医療活動チームの活動日数予測式¹⁾

$y = 0.0002x + 29.797$ （y：活動日数、x：最大避難者数）

**合同会議参加者については、各自治体の

判断に応じて当該災害対応を行っている機関やチーム等を収集すること。

1) Sho Takahashi, “Acute Mental Health Needs Duration during Major Disasters: A Phenomenological Experience of Disaster Psychiatric Assistance Teams (DPATs) in Japan” International journal of environmental research and public health/17(5), 2020-04

C. 研究結果

1. **全体班会議の開催**：新型コロナウイルスの影響で、一か所に集まる機会を設けることができず令和四年度はオンラインでの全体班会議を計3回実施した。

・2022年4月22日：第一回全体班会議（オンライン）を実施。研究開始に当たり、分担班における研究内容及び役割分担の整理・検討を行った。（参加者14名）

・2022年10月20日：第二回全体班会議（オンライン）を実施。各分担班の進捗状況の確認を実施した。（参加者14名）

・2023年2月14日：第三回全体班会議（オンライン）を実施。各班から研究成果の報告があった。（参加者14名）

2. **分担班研究の支援**：高橋分担研究班の新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって横浜に停泊したダイヤモンド・プリンセス号に乗船していた乗客、乗組員のデータを解析・解析支援を行った。

◎年代グループ

年代グループ	一般診療版		精神健康診療版	
	男性	女性	男性	女性
01-14歳	1	0	1	0
15-64歳	41	59	13	50
65歳以上	51	42	19	33
不明	6	6	6	5
総数	99	107	39	88

J-SPEEDの入力システムでは、0-14歳、15-64歳、65歳以上の3段階にしか入力ができないため、このような結果であったが、外国の豪華客船であり、全体的には中高年の夫婦が多い印象であったのでそれを反映していると考えられた。

◎健康不調の内容

健康不調の内容	N	発生率(%)
発熱	83	40.3
災害ストレス関連諸症状	68	33
急性呼吸器感染症	48	23.3
緊急のメンタル・ケアニーズ	22	10.7
高血圧	8	3.9
その他の疾病	7	3.4
緊急の感染症対応ニーズ	3	1.5
消化器感染症、食中毒	2	1
感染症以外の緊急医療ニーズ	2	1
頭部外傷	1	0.5

健康不調としては、発熱、急性呼吸器感染症症状が当然高値であり、身体的な不調は高かった。また、災害ストレス関連諸症状は33%、緊急のメンタルケアニーズは10.7%と高値であった。今回、身体的のみならず精神的なストレスが高く、それに伴った精神的な不調が高かった事が示された。

◎精神心理症状

精神心理症状	性		年齢					乗客・乗員		総計						
	女性		男性		15-64歳		65歳以上		不明		乗客		乗員			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
不眠	29	15.3	8	14.3	23	18.0	13	12.6	1	6.7	27	12.6	10	31.3	37	15.0
不安	62	32.6	19	33.9	33	25.8	42	40.8	6	40.0	79	36.9	2	6.3	81	32.9
フラッシュバック	1	0.5	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.1	1	0.4
抑うつ	19	10.0	5	8.9	15	11.7	9	8.7	0	0.0	21	9.8	3	9.4	24	9.8
身体愁訴	11	5.8	0	0.0	2	1.6	9	8.7	0	0.0	11	5.1	0	0.0	11	4.5
希死念慮	13	6.8	1	1.8	4	3.1	9	8.7	1	6.7	14	6.5	0	0.0	14	5.7
被害意識	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
物忘れ	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
話がまとまらない	4	2.1	0	0.0	4	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	12.5	4	1.6
怒っている	14	7.4	4	7.1	13	10.2	4	3.9	1	6.7	14	6.5	4	12.5	18	7.3
興奮している	9	4.7	2	3.6	6	4.7	4	3.9	1	6.7	11	5.1	0	0.0	11	4.5
話さずさる	5	2.6	0	0.0	5	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	12.5	5	2.0
応答できない	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
自覚していない	1	0.5	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
その他	21	11.1	15	26.8	21	16.4	10	9.7	5	33.3	32	15.0	4	12.5	36	14.6

精神心理症状としては、不眠は男性、女性ともほぼ同率で存在した。また乗組員の不眠が31.3%と高値であった。不安に関しては、男女問わず30%以上の高値であった。また65歳以上の乗客はそれ以下の年齢層と比較して、不安が高かった。高齢者の死亡のリスクがあり、それに相関したものと推測される。抑うつに関しては、乗客で8-10%存在した。

希死念慮は女性が高値であった。また65歳以上に比較的多く存在した。易怒性に関しては15-64歳群で高値であり、また乗組員に高かった。比較的若い層に怒りが前面に出ていた印象であった。

◎ストレス要因、診断、支援内容、転帰

ストレス要因	性別		年齢					乗客・乗員		総計						
	女性		男性		15-64歳		65歳以上		不明		乗客		乗員			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
感染症	15	25.0	8	36.4	14	34.1	7	18.9	2	50.0	17	24.6	6	46.2	24	28.2
検査環境	45	75.0	13	59.1	27	65.9	29	78.4	2	50.0	51	73.9	7	53.8	60	70.6
その他	0	0.0	1	4.5	0	0.0	1	2.7	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	1.2
診断																
認知症等	1	2.5	1	11.1	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	5.9	0	0.0	2	4.1
気分障害	5	12.5	0	0.0	2	6.7	3	15.8	0	0.0	4	11.8	1	6.7	5	10.2
ストレス関連障害	33	82.5	8	88.9	28	93.3	13	68.4	0	0.0	27	79.4	14	93.3	41	83.7
心身症	1	2.5	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.0
支援内容																
傾聴・助言等	80	86.0	35	92.1	53	81.5	53	94.6	9	90.0	106	92.2	9	56.3	115	87.8
処方	10	10.8	3	7.9	10	15.4	2	3.6	1	10.0	6	5.2	7	43.8	13	9.9
ケースワーク	3	3.2	0	0.0	2	3.1	1	1.8	0	0.0	3	2.6	0	0.0	3	2.3
転帰																
支援継続	31	33.0	15	48.4	17	26.6	28	47.5	1	8.3	38	30.9	8	66.7	46	34.1
支援終了	63	67.0	16	51.6	47	73.4	31	52.5	11	91.7	85	69.1	4	33.3	89	65.9

ストレス要因に関しては感染症のストレスは当然高値であるが、乗組員の方が割合は高値であった。感染管理において、乗客は配慮されていたが、混乱した状況の中で、

乗組員への感染制御はまだ十分といえない事も影響していた事が推測された。診断に関しては男性が多かった。気分障害は女性、65歳以上の群に高値の傾向があった。支援内容に関しては、傾聴・助言等が大半を占めていた。一方、乗組員は処方の割合が高かった。転帰は男性、65歳以上群が支援の継続例が多かった。また乗組員は継続例が多く、これは精神的ストレスや自身がいつ感染するかわからない環境下で、支援者としても勤務している二重の高いストレスがあることと関連している可能性があった。

D. 考察

研究統括の立場から各分担班の研究支援、並びにDPAT活動開始・終了基準案の検討を行いその成果を学会、論文発表した。

基準案はDPAT、大学、自治体、日赤など複数の視点から総合的に検討の上、作成したものである。DPAT事務局・五明班が実施したDPAT統括研修内における調査でも参加隊員からの反応はおおむね良好であり、精神科救急学会学術総会でも同様の反応であったことから、この基準案が実際の使用に耐えうると考えている。

ダイヤモンド・プリンセス号の解析データは333例のデータ（J-SPEED身体版206例、精神保健版127例）であった。精神保健版は、身体版に比べて有意に女性が多く、平均年齢が低かった。相談者の約1割が乗員であった。症状は、発熱が最も多く、次いで災害ストレス関連症状、急性呼吸器感染症の順であった。発熱は男性で有意に頻度が高く、災害ストレス関連症状は、女性で頻度が高くなった。精神症状の

内訳は、「不安」の頻度が最も多く、次いで「不眠」、「その他の症状」、「抑うつ」、「怒り」、「自殺念慮」の順となっていた。乗員は不眠、抑うつなどの症状が、乗客よりも多く認められた。ストレス内容では、COVID-19 よりも「検疫」のストレスが強く、女性と乗員で顕著にみられた。最頻の診断は、「重度ストレス反応および適応障害」であった。支援内容で最も多かったのは相談・助言からなるカウンセリングであり、およそ7割の人は、単回のカウンセリング後、直ちに精神症状が改善し、支援終了となった。

E. 結論

1. DPAT 活動開始・終了基準案を作成し、DPAT 統括研修並びに精神科救急学会学術総会で一定の支持を得られた。
2. ダイヤモンド・プリンセス号の J-SPEED 解析データをまとめ、論文発表を行った。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) Tachikawa H, Kubo T, Gomei S, Takahashi S, Kawashima Y, Manaka K, Mori A, Kondo H, Koido Y, Ishikawa H, Otsuru T, Nogi W. Mental health needs associated with COVID-19 on the diamond princess cruise ship: A case series recorded by the disaster psychiatric assistance team. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022 Oct 15;81:103250. doi: 10.1016/j.ijdr.2022.103250. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36032696; PMCID: PMC9391089.

2) Yumiya Y, Chimed-Ochir O, Taji A, Kishita E, Akahoshi K, Kondo H, Wakai A, Chishima K, Toyokuni Y, Koido Y, Tachikawa H, Takahashi S, Gomei S, Kawashima Y, Kubo T. Prevalence of Mental Health Problems among Patients Treated by Emergency Medical Teams: Findings from J-SPEED Data Regarding the West Japan Heavy Rain 2018. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 12;19(18):11454. doi: 10.3390/ijerph191811454. PMID: 36141727; PMCID: PMC9517656.

3) 太刀川 弘和 : 災害精神医療の観点から 別冊医学のあゆみ 自殺の予防と危機・救急対応 : 24-28, 2022.8

4) 翠川 晴彦, 太刀川 弘和 : 新型コロナウイルス感染症に関連する不安や恐怖 臨床精神医学 51 (9) : 981-988, 2022.9

5) 氏原 将奈, 太刀川 弘和 : コロナ禍で戦う支援者の心理的支援—モラルの視点を踏まえて 地域保健 53 (6) : 30-33, 2022. 11

2. 学会発表

1) 太刀川弘和: COVID-19 がもたらしたメンタルヘルスの問題 招待シンポジウム「COVID-19の心理的影響、そして今後の方向性」第14回日本不安症学会学術集会, 東京, 2022. 5.22

2) 太刀川弘和: コロナ禍の災害精神支援と自殺対策へのヒント シンポジウム1 災害と自殺予防第46回日本自殺予防学会総会(熊本)2022. 9.9

3) 太刀川弘和, 矢口知絵, 高橋晶, 辻本哲士, 丸山嘉一, 五明佐也: 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動開始・終了基準の検

討. 第 30 回日本精神科救急学会学術総会
(埼玉) 2022. 10.1

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：特記すべきことなし。

令和4年度厚生労働科学研究費
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」
分担研究報告書

DPATの活動開始・終結基準の検討

研究分担者：五明 佐也香（DPAT事務局、獨協医科大学埼玉医療センター）

研究協力者：福生泰久（DPAT事務局、神経科浜松病院、藤田医科大学）、河嶋讓（DPAT事務局、DMAT事務局）、高橋晶（DPAT事務局、筑波大学）、高尾碧（DPAT事務局、島根県立こころの医療センター）、池田美樹（DPAT事務局、桜美林大学）、荒川亮介（日本医科大学）、余田悠介（千葉県香取保健所）、吉田航（医療法人社団貴山会柏駅前なかやまメンタルクリニック）、大竹正道（日本精神科病院協会、DPAT事務局）、小見めぐみ（日本精神科病院協会、DPAT事務局）、尾崎光紗（日本精神科病院協会、DPAT事務局）、泉川公一（長崎大学）

研究要旨

DPATの活動開始・終結基準を統一化する目的で、我々は令和3年度に都道府県のDPAT担当課と、DPAT隊員に対してDPAT活動の開始基準と終結基準に関する認識を調査した。その結果、DPAT活動開始基準については、令和元年度に行った厚生労働科学研究におけるDPAT都道府県調整本部の立ち上げ基準（案）を参考にしている都道府県が多かった。一方で、DPAT活動終結基準については、引継先については考えているものの、DPAT都道府県調整本部の撤収基準は、「ない」と回答した都道府県が72.7%であった。

DPATのみならず、様々な災害支援チームからも了解の得られる基準を作成すべく、各研究分担班から出された開始・終結基準を統合し、「DPATの活動開始・終結基準案（以下「基準案」という）」として、令和4年度のDPAT事務局が主催するDPAT研修において、基準案の検証を行った。研修受講者に対して3つの災害想定（資料1図1、図2、図3）を提示し、基準案が実災害時に適用できるものであるかを確認したところ、基準案は効果的であり、DPATが基準案を用いて活動を開始し、終結することができると結論づけられた。

本研究から得られた知見により、基準案は実災害で用いることが可能と考えられ、DPAT活動マニュアルに反映させることを提案する。

A. 研究目的

DPATの活動開始基準に関して、DPAT活動要領に明確に記載されていない。また、終結基準に関しては、目安の記載はあるが、

いずれも都道府県の判断となっている。

そのため、DPAT研修や実災害の振り返り等において、DPAT活動開始・終結基準に係る指針を示して欲しい等といった意見

が多くあり、令和元年度及び2年度の厚生労働科学研究「災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」においてDPAT都道府県調整本部設置基準（案）が提示された。

令和3年度は、現状を把握することを目的とし、都道府県におけるDPAT活動の開始基準と終結基準に関する認識を調査した。その調査結果と各研究分担班から出された活動開始・終結基準を統合し、DPATのみならず、様々な災害支援チームからも了解の得られるDPATの活動開始・終結基準案（以下「基準案」という）を作成した。令和4年度は、基準案が、実災害時に適用できるかを検討することを目的として、DPAT研修時に以下のシミュレーション訓練を試行した。

B. 研究方法

研究1：令和3年9月9日に行われたDPAT統括者・事務担当者研修の受講者54名のうち、本シミュレーション訓練への参加に同意が得られたDPAT統括者、都道府県担当者、計39名を10グループに分け、以下の3つの観点から、基準案が実災害時に適用できるものであるかについて検討した。なお、訓練では以下の3つの観点に応じて、資料1図1～3に示す災害想定を設けた。

- 1.活動開始基準（案）—自都道府県発災時（資料1図1）
- 2.活動開始基準（案）—隣接する都道府県発災時（資料1図2）
- 3.活動終了基準（案）（資料1図3）

研究2：令和3年9月9日に行われたDPAT統括者・事務担当者研修受講者54名に対して、Webアンケート調査にて、基準案の項目ごとに、判断の可否の選択し、各項目を適用できない場合はその理由について、自由記述形式で回答を求めた。調査項目は、質問票の通りである（資料2）。

C. 研究結果

研究1：各グループで集約を行った意見データについて、質的に統合した結果、「基準案に対して」、「自都道府具体制に対して」、「その他」に分類された（資料1 図4～6）。

第一の災害想定（資料1図1）は、①大雨特別警報が発令され、②災害対策本部が立ち上がっており、③災害医療の中核システムとなっている広域災害救急医療情報システム（EMIS）も災害モードになっているといった①～③の要素を含め、近年の災害で一番多い大雨の災害に関する想定とした。

基準案に対しては、「特別警報が発令された場合はDPAT調整本部を立ち上げるべき」といった活動開始に前向きな意見が複数みられた一方、「大雨特別警報が出てすぐにとるのは被害が出るかどうかかわからないため立ち上げづらい」「自県のマニュアルは地震想定のみで、地震以外の想定はない」といった活動開始に消極的な意見も散在した。

自都道府県の体制に対しては、「未経験でどうしたらいいかわからないため訓練をしたい」「DMAT調整本部が立ち上がると同時にDPAT調整本部も立ち上げるべきである」といった意見もみられた。

第二の災害想定（資料1図2）は、基準案の「自都道府県及び隣接する都道府県がEMIS災害モードに切り替わった」に関す

る内容を踏まえ、「隣接する都道府県で大規模災害が発生しており、自都道府県においても DMAT 調整本部が立ち上がっている」というポイントを入れた想定とした。

基準案に対しては、「隣接する都道府県の EMIS が災害モードに切り替わった場合は DPAT も調整本部を立ち上げるべき」「近隣県で DPAT 調整本部が立ち上がったと同時に自都道府県でも立ち上がるようにすべきだ」といった早期の DPAT 調整本部の立ち上げに積極的な意見がある一方、「自都道府県の体制も整っていないので、隣県への対応は厳しい」「隊が少ないから無理」といった消極的な意見も認められた。

自都道府県の体制に対しては、「初動のマニュアルの共有を近隣県と出来ていない」「近隣県 DPAT との交流が無いので訓練をしていきたい」といった DPAT 体制整備についての反省を述べる意見もあった。また、「DPAT 事務局から言われたら考える」「国からの依頼があればやる」といった意見もあり、都道府県によって DPAT 体制整備状況にばらつきを認めた。

第三の災害想定（資料 1 図 3）は活動終結基準案に関する内容とした。基準案に対しては、「全ての条件を踏まえて活動を終了すべきである」といった、基準案に対する肯定的な意見が大半で、「活動終了時は、『DPAT がいたら安心だから帰らないください』と言われて活動を終了できないことがよくあるので、基準があることは大切だ」という意見も認められた。一方、基準案に対する意見ではないが、「基準だけで撤収することは難しい」といった意見もあった。

また、自都道府県の体制に対しては、「現在はマニュアルもないし検討もしていない

ので協議が必要」「職能団体等と協定を結んでおくべきかもしれない」「平時から精神医療が充実していないと長期化する」「特に体制が脆弱な地域の撤収は段階的に行うべきではないか」といった意見が認められた。

研究 2：回答率は 81.5%（N=44）であった。回答者の属性を資料 1 表 1 に示す。

活動開始基準案の 6 項目についての回答は以下の通りであった（資料 1 図 7）。「震度 6 弱以上の地震が発生した」や「その他自都道府県の知事が必要と認めた」については「調整本部の設置が必要と判断できる」との回答が大半であったが、それ以外の「特別警報が発令された」、「災害対策本部等の上位本部が設置された」、「DMAT 調整本部が設置された」、「自都道府県が EMIS 災害モードになった」は、資料 1 図 8～11 の理由で「調整本部の設置が必要と判断できない」と考える回答者もいた。それらの共通意見として、「本県の設置基準と異なるため」「本職に判断の権限がないため」「被災状況を把握し、統括者に確認の上、対応を検討するため」といった個々の都道府県職員による判断が困難であるといった意見が大半であり、項目そのものに対する意見はなかった。また、「DPAT 調整本部を立ち上げる前に情報を収集して被害状況から DPAT 活動を要する状況であることを確認し、保健医療調整本部の上位本部が設置されることが前提となります。また、被害状況から平時の体制で対応可能なことも想定されます。」といった、基準案だけではなく実際の被災状況を鑑みる必要性を示唆する意見も認められた。

活動終結基準案の 4 項目を全て満たせば、DPAT 活動終結と判断できるか否かの質問

を行ったところ（資料 1 図 12）、回答者 44 名中 42 名（95.5%）が活動終結と判断できると回答した。一方、判断できないと回答したその理由は「本職に判断の権限がないため」であり、項目そのものに対する意見ではなかった。

D. 考察

基準案に対して、実災害時に適用できるものであるか検証を行った。結果、実際に DPAT が基準案を用いて活動を開始し、終結することができるといった意見が多く認められた一方、特に特別警報が発令された際に DPAT 調整本部を立ち上げることに對し、違和感をもった都道府県も散見された。それ以外の基準案に対する否定的な意見は認められなかったが、基準案に比して自都道府県での対応能力の低さや、DPAT 体制の整備不足等に不安を覚える DPAT 統括者、都道府県担当者が認められた。

災害対応経験の有無により、都道府県によって DPAT の体制整備状況に差があることは当然であり、未経験の都道府県からは、「国や DPAT 事務局からの基準がないと動けない」といった意見が大半であったため、様々な災害支援チームからの意見を統合した基準案が明示されることには一定の効果があると示唆された。

また、災害対応経験の有無にかかわらず、多くの都道府県に共通して、訓練の必要性を訴える意見がみられた。内閣府主催の大規模地震時医療活動訓練や、DMAT 地方ブロック訓練等、複数の都道府県や複数の災害支援チームが参加する訓練に参加する機会を増やしていくべきであると考えられる。

E. 結論

基準案が明示されることは、DPAT 活動に資することが期待される。一方で、未経験の災害に対しては、現段階で基準案の是非を判断することは困難である。今後、様々な想定 of 災害訓練や実働経験を踏まえて、改訂していく余地がある。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表
 - 1) 五明佐也香：新型コロナウイルス感染症のクラスター対応に関する DPAT 活動.第 30 回日本精神科救急学会災・学術集会、2022.10.1
 - 2) 余田悠介：新型コロナウイルス感染症対応における災害派遣精神医療チーム活用の有効性.第 81 回日本公衆衛生学会総会、2022.10.9
 - 3) 余田悠介：実働における都道府県 DPAT の現状と課題～都道府県 DPAT 隊員へのアンケート調査より～.第 28 回日本災害医学会総会・学術集会、2023.3.9
 - 4) 福生泰久：都道府県 DPAT が担う役割と活動における不安 ～都道府県 DPAT 隊員へのアンケート調査結果から～.第 28 回日本災害医学会総会・学術集会、2023.3.11

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：特記すべきことなし

令和 4 年度厚生労働科学研究費

「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」 分担研究報告書

自治体からみた活動開始・終了基準、Local DPAT の役割検討

研究分担者：辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）

研究協力者：福島昇（新潟市こころの健康センター）、矢田部裕介（医療法人信愛会玉名病院、公益社団法人熊本県精神科協会熊本こころのケアセンター）、
全国精神保健福祉センター：災害時等こころのケア推進委員会

研究要旨

自治体からみた活動開始・終了基準、災害時における精神保健医療福祉支援に関し、DPAT 活動を中心とした量的・質的な検討をすすめるため、被災経験のある精神保健福祉センター所長 6 人にインタビュー調査を行った。DPAT 活動開始・終了について、自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル、DPAT 活動開始・終了基準（最終案）の実際の体制や活動に照らして実用性等の評価は、両方「よい～ややよい」の評価が多かった。DPAT 活動を中心とした災害支援の量的・質的な検討では ①事前の準備 ②災害支援の普及啓発 ③情報収集、情報共有、情報発信 ④災害支援の基本的な考え方 ⑤被災のフェーズの違い ⑥人材や保健医療福祉資源 ⑦身体医療支援との連携 ⑧医療と行政との連携 ⑨日頃の支援機関の顔の見える関係性 が重要であった。

A. 研究目的

令和 R3 年度の研究では、全国の精神保健福祉センターを対象にした災害時精神保健医療活動調査（メーリングリストを利用した質問紙）を行った。その結果を踏まえ、令和 4 年度は、災害支援を経験した精神保健福祉センターを中心として聞き取り調査を実施し、自治体からみた活動開始・終了基準、災害時における精神保健医療福祉支援に関し、DPAT 活動を中心に量的・質的な検討をすすめる。

B. 研究方法

過去に災害支援を経験した精神保健福祉センター長会災害時等こころのケア推進委員会の委員、オブザーバーに、R3 年度に行った災害時精神保健医療活動調査をもとに聞き取り項目を選定し、資料を配布後にオンラインによるインタビュー調査を実施、調査内容を分析した。聞き取り項目は、以下の通りである。

1. DPAT 活動開始について

①自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル（以下、マニュアルと表記）（資料 3-1、資料 3 表 1）、DPAT 活動開始基準（最

終案) (資料 3 表 2) について ②活動開始時における意思決定の仕組みについて ③ DPAT 派遣要請の意思決定について

2. DPAT 活動終了について

①マニュアル、DPAT 活動終了基準 (最終案) (資料 3 表 3) について ②過去の災害における終了の判断について ③DPAT や心のケアチームの活動終了後について

3. 先遣隊以外の DPAT の活動について ①被災者・支援者等に対する精神保健医療活動ー特にマニュアルのステージ 2 における活動について ②中長期活動への移行について

4. その他

倫理面への配慮として、インタビュー対象者には人権擁護上に配慮し、研究に関して十分に説明し、同意 (インフォームド・コンセント) を得ている。

C. 研究結果

R5 年 1 月 4 日から 16 日にかけて、被災経験のある精神保健福祉センター所長 6 人にインタビュー調査 (1 人約 1 時間) を行った。

1. DPAT 活動開始について

①自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル (以下、マニュアルと表記)、DPAT 活動開始基準 (最終案) について

a. マニュアルについて、実際の体制や活動に照らして実用性等の評価

- ・「よい～ややよい」の評価が多かった
- ・よく整理されている。全国的にこのマニュアルに沿った同じ基準で要請して動いていくことが望まれる

b. DPAT 活動開始基準 (最終案) について、実際の体制や活動に照らして実用性等の評

価

- ・「よい～ややよい」の評価が多かった
- ・基準がはっきりしなかった時期は、どこで判断するか悩んだ。明確に整理された、これを基準に具体案を各自治体で考えなければならぬ

c. DPAT 活動調整本部立ち上げにおける課題や問題

- ・本庁、災害コーディネーター、DMAT・DPAT 統括、精神保健福祉センターとの連携、連絡体制・調整、意思疎通

- ・情報収集・共有のしかた。EMIS、電話・ファックス、LINE 等。アウトリーチ活動も重要

- ・平時からの支援機関の関係性、準備・シミュレーション

②活動開始時における意思決定の仕組みについて

a. DPAT 先遣隊の派遣、参集における課題

- ・実際に発災したとき、DPAT 先遣隊の派遣元となる病院等に派遣の協力を得られるか。参集・即応の意識付け、実動力

- ・地震と降雨等の局地災害 (被害がない地域の存在) の違い

- ・統括が複数人になった場合に備えた共通した参集・立ち上げ基準

- ・平時からの意思疎通、準備が重要。定期的に DPAT に関する連絡会議を開催する

b. 先遣隊以外の関係者 (自治体職員等) の体制

- ・行政事務職員等の知識・技量・体制の維持、年 1 回程度の災害対策に係る研修、課長・担当者へのレクチャー、国の DPAT 研修の継続的な受講

- ・平時から災害に際して行政・組織を動か

す根拠(通知やマニュアル)の準備をしておく

③DPAT 派遣要請の意思決定について

a.派遣決定の体制や派遣要請に関する課題

・要請すべきかの決断はできる。派遣のタイミング、必要な支援チーム数等の判断が難しい。DPAT 事務局と話し合いながら調整する方法は有用

・平時からの連携・情報交換、被災時シミュレーションが必要。地域偏在なく多くの医療機関の DPAT 登録—精神科医療機関への普及啓発・意識付けが重要

・被災地域の依頼・ニーズ把握が難しい

b.過去の活動における課題や問題

・事前の訓練が大切

・情報収集・共有・発信。早め早めの判断は、情報がどれだけ上がってくるかによる。複数ルートからの収集が重要。情報の全体把握が難しく、錯綜もする。現場ニーズがあっても受け取る手段がないこともある。様々な会議に参加するなど積極的に情報を得るようにすべき。フェーズによって状況も変わっていく

・被災地支援に対する考え方の整理—過度に「支援したい」「やるべし」論があると調整が難しくなる。災害支援は「やりがいを求める」のではなく「自己完結」が基本

2.DPAT 活動終了について

①マニュアル、DPAT 活動終了基準(最終案)について

a.マニュアルについて、実際の体制や活動に照らして実用性等の評価

・「よい～ややよい」の評価が多かった

b.DPAT 活動終了基準(最終案)について、

実際の体制や活動に照らして実用性等の評価

・「よい～ややよい」の評価が多かった

・目安がないと終わりにくい、終わるための根拠は大事

・具体的に書いてあるので、これを参考に自治体でどのように現実化するかが大切

c.活動終了基準における「被災地の精神保健医療福祉に関わる機関による対応が可能」とは

・医療の部分では、精神科医療機関がおおむね平時の状況(元々の外来・入院の機能がはたせる)までの復旧。精神保健の部分では、地域の精神保健ニーズに、①立ち上がった場合は心のケアセンター、②精神保健福祉センター、保健所、市町村が対応・連携できる状態

・元通りは難しいので、整理ができればいい—避難所・仮設住宅等の数、保健所・市町・精神保健センターの相談機能、医療機関の稼働状況—支援者がイメージできる

②過去の災害における終了の判断について

a.活動終了の意思決定における課題

・支援側と受援側の間に終了判断のずれが生じると調整に難航する

・活動終了後に何が控えているかで変わってくる。心のケアセンターができる等、安心感があれば、そのタイミング合わせて終了

・終了の決定は災害救助法の適用期間、経済的側面等の外部要因等が関わってくる。地域の政治的了解・納得が必要

③DPAT や心のケアチームの活動終了後について

a.DPAT 活動終了後の企画、活動、計画や指

針

・災害時の精神保健に関する外部支援の例
(資料 3 図 1)

・市町村が健康調査等を行い、保健所・精神保健福祉センターが把握、その動向をもとに検討する

・平時の支援に落とし込んでいく。継続させる支援、終結させていく支援を整理する

・精神保健福祉センターの本来業務（普及啓発・人材育成・技術支援等）と重なってくる。調整できないところは、関係団体に依頼する

・支援継続のためには、行政としての計画・指針等を作っておく

b.心のケアセンター等の立ち上げ

・心のケアセンターは災害規模が大きく、従来の体制だけでは対応ができず、長期的なリソースが必要という状況で立ち上げられる。「お役所的な組織」にならないように理念・目的をもってタイミング、場所、人員、財源、地域の要望・ニーズ、マイナス面、組織図等を考えて作る

・新しい組織として認知してもらい、どう役立ち活用してもらうかを地域や支援者にイメージにしてもらうのに苦勞する

・職員集めの課題—元々資源が少ないところに立ち上げる場合、復興支援そのものに従事する職員等も必要になり、保健所・市町村が関わるのは難しい

・最初は各市町のニーズを掘り起こす形で、時間をかけて関わるのが重要。地域ごとにニーズ、援助のしかたは異なる

・活動期間は短いほうがいい。有限組織であるがゆえに撤収・平時に戻すのが大変

・心のケアセンターの立ち上げはなくてもよいという視点

・「心のケアチーム」「心のケア相談室」として活動した自治体もある

c.NPO 団体等との連携

・被災時にいろいろな団体・組織が集まり、把握しきれなくなる。平時から打ち合わせ、意思疎通ができた方がいい。研修会等での顔合わせが望ましい

・NPO 活動が地域にフィットするか—善かれと思ってやっているので評価が難しい

・地域からの発信力—どういふ支援・NPO が必要か

3.先遣隊以外の DPAT の活動について

①被災者・支援者等に対する精神保健医療活動—特にマニュアルのステージ 2 における活動について

a.被災地での精神科医療の提供

・精神科以外の医療が行われている救護所での活動、自宅訪問や診療、短期間の向精神薬処方・薬剤管理。身体支援のチームとの連携は大事

・平時の精神科医療が機能していれば、精神科救急は多くならない—通常精神科救急や心のケアで対応できる

・避難所配置の保健師・現場支援者と連絡を取って助言・スーパーバイズする

b.被災地での精神保健活動への専門的支援、自治体が DPAT に望む精神保健活動への支援について

・県保健所・市町村スタッフに対する困難ケース対応への助言—専門医療が必要（外来受診・入院適応）か、相談レベルで対応できるか—実際の面接なしでの見極め

・医療支援者のからの相談—医療チーム・医療救護班等は（例えば不眠があれば）多くを精神科診療に回してくる

・昼間の活動時期に、訪問宅に住民が、避難所に避難者がいない場合もある、地域支援者の情報に基づく臨機応変のアドバイス

・被災者・支援者、市町村へのメンタルヘルスに関する健康教育・知識教授。DPAT 研修プログラムの中での健康教育役割の意識付けが必要

・DPAT には動いてもらわないわけにはいかないムードがある...中長期をイメージした質・考え方、支援者支援、後援・後方支援的活動にも期待したい

・DPAT と保健師との連携が重要。DHEAT や DWAT とも連携する

c.被災した医療機関への専門的支援

・医療機関側に、DPAT にできることを知ってもらう。DPAT の役割は災害に基づく患者搬送、全体マネジメント等の業務。できない支援は出勤できない職員の補完等、平時から継続している医療行為一仕分け、考え方の普及が必要

・DPAT は公助であり、互助・共助ではない。民間病院か公的病院か、個々の医療機関か医療機関群か一対象によって支援のあり方は異なってくる

・患者搬送に関しては、病院の考え方によるところが大きい一判断はその病院のニーズ、DPAT の力量による

・病院自体が被災した、災害時態勢がとれない、指揮命令系統が混乱したとき一 DPAT 先遣隊の事務・ロジ等を含め、専門職が災害対策本部を病院内に設置する支援もある

・病院機能が保たれていれば、マンパワーを補充し本部機能をサポートする。拠点機関となることで避難所避難が不要となる

d.支援者支援

・DPAT や外部支援チームの支援者支援でできることは、重症例(外来治療・入院の必要例)の対応。専門的な助言として行政職員に対する支援は難しい

・既存の組織の中での相談を利用する。支援者支援の相談窓口は大切であるが、被災時にはあまり利用されない(顔も知らない人が突然行っても利用しづらい)

・人事部関連の窓口との連携等で、早めの助言・人員配置の配慮、相談しやすい体制が望まれる。産業医とのコンタクトも必要

・一部の人に負担・しわ寄せがいかないように、自治体トップが組織として職員に休養をとらず配慮が必要

・専門的な視点で正しい知識を伝えることが大事。支援者の今時点の状態を評価した上で、関わりは有限であり、自分たちが何をできるかという視点でのアドバイス

②中長期活動への移行について

a.DPAT から被災地の機関への引継ぎにおける課題

・本庁中心に保健所・市町村へ引き継いだ。被災後 1 カ月ぐらいから整理し、役割を分担した

・精神保健福祉センター長が統括である場合、DPAT の活動内容を知っている、記録を確認しやすい等のため、中長期移行に対応しやすい

・もともと自治体がつ支援力は変わらない一被災前に力があつたところは被災後も力を保っている

b.「掘り起こし」問題など

・掘り起こしを悪いと見るか一これまで見えなかったものが見え、潜在的に問題を抱えていた人にとっては支援につながるきつ

かけになる

・掘り起こしは被災地の支援者が行うべき
一県内支援者の中では問題は少ない。県外
派遣の支援者は、掘り起こしをしないよう
意識する

・早急に医療・保健・相談につなぐ必要のな
い人を掘り起こし過ぎると、その地域のリ
ソースを消費させてしまう。支援できる量
と掘り起こされる問題・人数とのバランス
に関係してくる

4.その他

・この10年で心のケアという言葉は広がっ
た。今一度、どういう形であるべきか定義し
ていくことが重要

・平時の準備に尽きる。訓練しておかない
と動けない

・地域によって災害支援体制・医療体制・精
神医療のリソースは様々。全国的にある程
度の方針を示しながら、地域の特性に合わ
せて柔軟に変えられる活動マニュアル・資
料等が必要。各自治体が自分たちで考える
(でないとは本番では役に立たない)

・医療機関側に行政の中に入っていく意識
をもってもらおうこと自体が難しい

・日頃の都道府県・政令市・市町村・保健所・
精神保健福祉センターとの関係性、大学、専
門病院、診療所、各種団体との人脈が重要

D・E. 考察・結論

自治体からみた活動開始・終了基準、災害時
における精神保健医療福祉支援に関し、
DPAT 活動を中心とした量的・質的な検討
をすすめるため、被災経験のある精神保健
福祉センター所長 6 人にインタビュー調査
を行った。

DPAT 活動開始・終了について、自治体の
災害時精神保健医療福祉活動マニュアル、
DPAT 活動開始・終了基準(最終案)の実際
の体制や活動に照らして実用性等の評価は、
両方「よい～ややよい」の評価が多かった。
適切な基準であることが確認された。全国
的にマニュアル・基準を参考に具体案を各
自治体で考えていく必要がある。

1.DPAT 活動開始、2.DPAT 活動終了、
3.先遣隊以外の DPAT の活動、4.その他 どの
項目においても ①事前の準備、シミュ
レーション、訓練の重要性 ②DPAT 活動
等、災害支援の普及啓発・意識付けの重要性
③情報収集(現場ニーズをどう拾い上げる
か)、関係機関内での情報共有、被災地域か
ら情報発信の課題 ④支援側と受援側、自
都道府県と他都道府県の立場の違い等、被
災地支援に対する基本的な考え方 ⑤被災
のフェーズの違い、移行を踏まえての支援
のつながりの検討 ⑥量的質的な人材サポ
ート(支援者支援を含めて)、ハード面とし
ての保健医療福祉資源の確保 ⑦DMAT 等
の身体医療支援者との連携の必要性 ⑧医
療と行政との「文化の壁」を打ち壊し、被災
者支援として協働していく方向性の共有
⑨日頃の都道府県・政令市、市町村、保健所、
精神保健福祉センターの関係性や大学、病
院、診療所、各団体との人脈・信頼感が重要
で、日常の顔の見える連携、意思疎通・意見
交換が大切、が共通していた。

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

- 1.特許取得：なし
- 2.実用新案登録：なし
- 3.その他：なし

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」
分担研究報告

活動データからみたDPAT活動基準の検討

高橋 晶 筑波大学 医学医療系 災害・地域精神医学
久保 達彦 広島大学 大学院医系科学研究科 公衆衛生学
高木善史 岩手県立大学 社会福祉学部
福生泰久 藤田医科大学 精神神経学講座/神経科浜松病院

研究要旨

DPAT の活動を J-SPEED のデータから抽出し、災害別の開始基準ならびに活動終了の基準について、分析し、DPAT の開始・終了時期に関するエビデンスを検討した。2018年6月28日～2021年7月31日の間に起きた災害でDPATが活動した災害データを解析した。データからDPAT調整本部立ち上げ日、終了日を活動の開始・終了とした。活動は各DPAT調整本部立ち上げから14日にピークがあった。水害関連では、発災から1週以内に対応事例がでるが、2週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。災害の規模、種類によってバリエーションが認められた。ダイヤモンド・プリンセス号でのCOVID-19対応では、ストレス要因に関しては乗客のストレスは高値であるが、乗組員の方が割合は高値であった。気分障害は女性、65歳以上の群に高値の傾向があった。支援内容に関しては、傾聴・助言等が大半を占めていた。一方、乗組員は処方薬の割合が高かった。転帰は男性、65歳以上群が支援の継続例が多かった。また、J-SPEEDデータから情報解析、それによる適切なリアルタイムの災害対応に繋がるため、より正確なJ-SPEED入力が必要であり、使用者に対しての、補助的案内が必要であり、J-SPEED入力研修を行い、そのフィードバックを含めた「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED簡易ユーザーガイドを作成した。

A. 研究目的

DPAT の活動を J-SPEED のデータから抽出し、災害別の開始基準ならびに活動終了の基準について、統計分析し、DPAT の開始・終了時期に関するエビデンスを検討する。

B. 研究方法

研究1

DPATが入力した一般診療版及び精神保健医療版J-SPEEDのデータを集積し、災害別の開始基準ならびに活動終了基準のデータ解析を行った。

・調査期間①：2018年6月28日～2021

年 7 月 31 日

・対象災害①：平成 30 年 7 月豪雨、北海道胆振東地震、令和元年 8 月豪雨、令和元年台風 15・19 号、令和 2 年 7 月豪雨、令和 3 年 7 月伊豆山土砂災害、新型コロナウイルス感染症対応事業※

※新型コロナウイルス関連はダイヤモンド・プリンセス号、医療機関クラスター感染による病院支援を除外

・調査期間②：2020 年 2 月 9 日～2020 年 2 月 21 日

・対象災害②：ダイヤモンド・プリンセス号内での新型コロナウイルス感染症

研究 2

J-SPEED データ解析における課題を踏まえて災害対応時も参照可能な簡易ユーザーガイドの作成を行った。

研究 1 の研究データ解析から課題抽出とそれを 2023 年 1 月の DPAT インストラクター・プレインストラクター研修において、検証し、その結果から簡易ユーザーガイドの作成を行った。

(倫理面への配慮)

J-SPEED データの研究利用については広島大学倫理審査委員会で審査を受け承認を得ている。

C. 研究結果

研究 1

分析の起算日の課題および設定

1. 分析起算日の課題

起算日の課題として、水系災害で発災日がはっきりしない事が課題としてあった。また発災日に診療は発生しないことが多いことや、J-SPEED データは診療実績ベースでの評価となる事があった。

2. 分析起算日の設定方法

2-1. 起算日の選択肢

・発災日、調整本部立ち上げ日、診療開始日 (J-SPEED 入力開始日)

・調整本部撤収日、診療終了日 (J-SPEED 入力終了日)

2-2. 起算日の設定

【開始点】 DPAT 調整本部立ち上げ日

【終了点】 DPAT 調整本部撤収日

・調整本部の開始・終了を起算日とし、分析を行うなかで他の選択肢も検討していく。

・災害ごとに開始・終了日を決定する。

J-SPEED 開始後の開始日、終了日の一覧

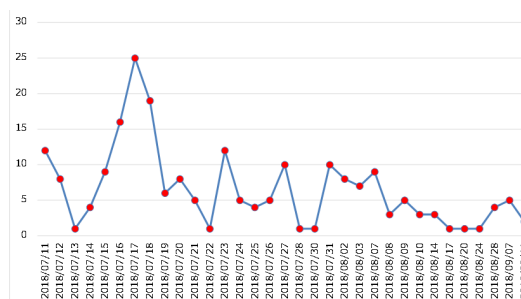
災害	発災日	調整本部		J-SPEED		被災地評価
平成30年7月豪雨	H30.6.28	H30.7.7		H30.7.11	H30.9.7	
令和元年8月豪雨	R1.8.27	R1.9.10		R1.9.12	R1.9.12	
15号	R1.9.9	R1.9.11	R1.9.12	—	—	
19号	R1.10.12	R1.10.12	R1.11.20	R1.10.15	R1.11.12	
令和2年7月豪雨	R2.7.3	R2.7.4	R2.7.28	R2.7.6	R2.7.17	
胆振東部地震	H30.9.6	H30.9.6	H30.9.14	H30.9.8	H30.9.14	
伊豆山土砂災害	R3.7.1	R3.7.3	R3.7.20	R3.7.5	R3.7.31	
コロナ(武漢)				R2.2.22	R2.2.25	

発災後、J-SPEED データが入力されるまでの期間は近年、短縮傾向にあり標準手法としての J-SPEED の普及浸透傾向がうかがわれた。

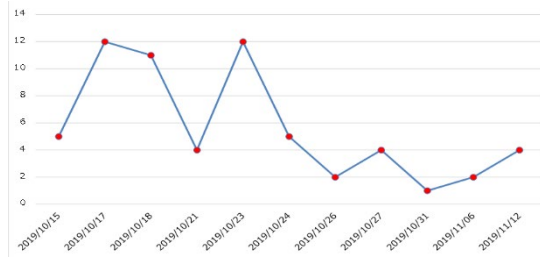
・災害別の対応件数の推移

豪雨 (災害別)

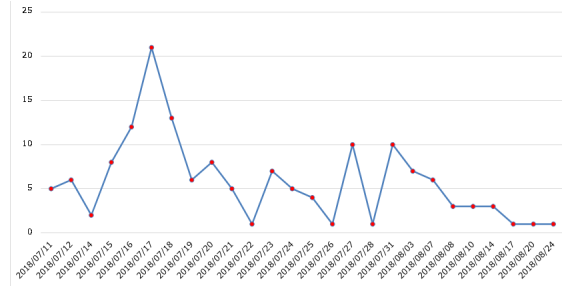
平成 30 年 7 月豪雨



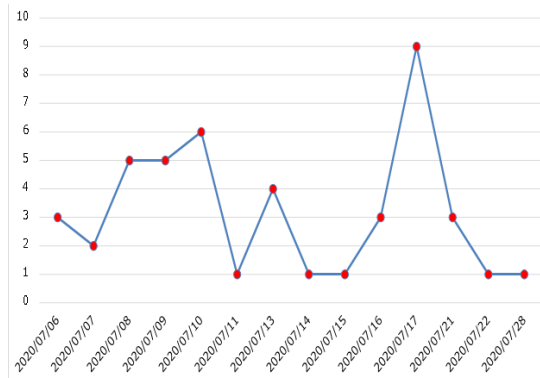
台風 19 号



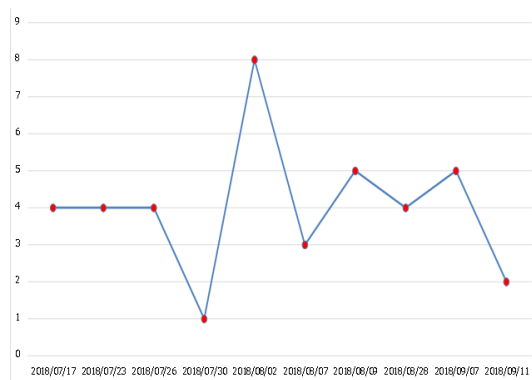
平成 30 年 7 月豪雨・広島県



令和 2 年 7 月豪雨・熊本県

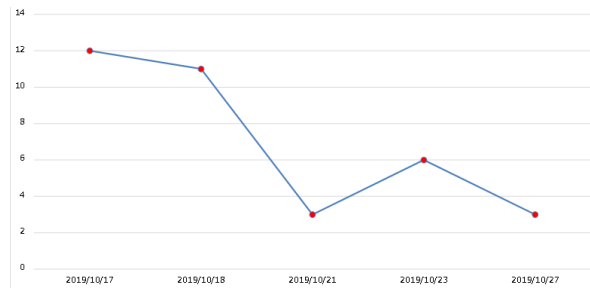


平成 30 年 7 月豪雨・愛媛県

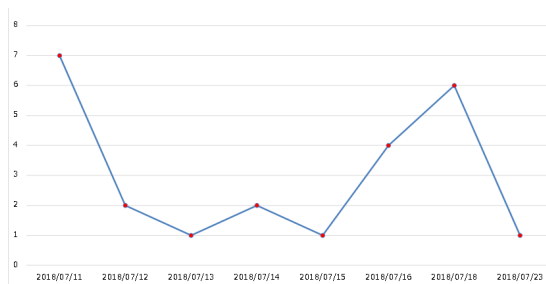


各調整本部立ち上げから 10-14 日に対応件数のピークがあった。水害関連では、発災から 1 週以内に対応事例がでるが、2 週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。

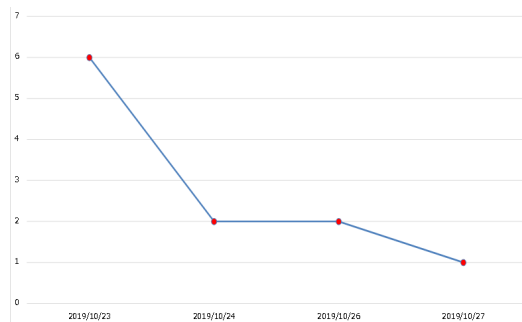
台風 19 号・茨城県



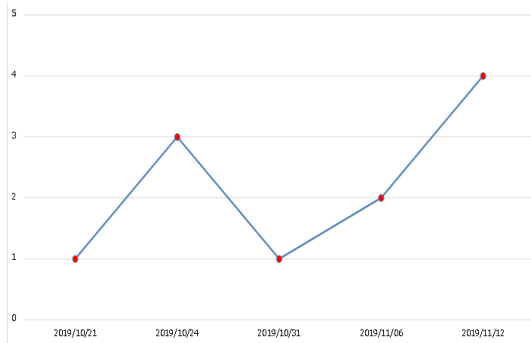
平成 30 年 7 月豪雨・岡山県



台風 19 号・福島県

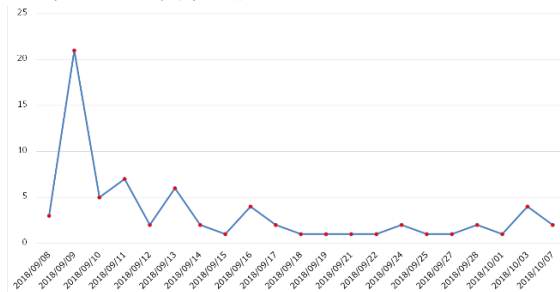


台風 19 号・宮城県



水害関連では、発災から 1 週以内に対応事例がでるが、2 週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。このことから被災の程度にも影響している可能性があることが想定される。比較的軽度であれば、初期の対応後、比較的スムーズに減少し、安定する事がある。一方、水害の場合、徐々に水位があがり、被害が拡大していくと、後半に影響が出現して、対応ケースが出現する事もあった。

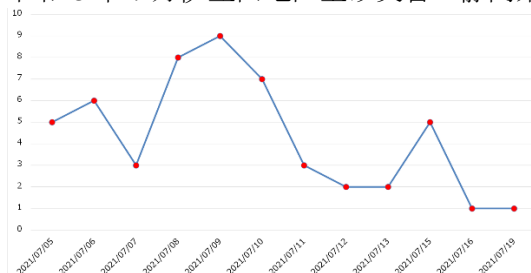
北海道胆振東部地震



9/6DPAT 調整本部立ち上げから 3 日までにピークがあった。比較する対象として熊本地震では発災から 2 週間までにピークがあった。(福生,2018)

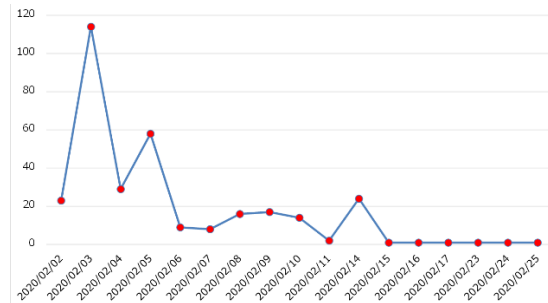
土砂災害

令和 3 年 7 月伊豆山地区土砂災害・静岡県



7/3DPAT 調整本部立ち上げから 6 日までにピークがあった。

新型コロナウイルス感染症対応 (武漢帰国者対応)



活動開始から 2 日までにピークがあった。一方、本対応では、全国の DPAT 先遣隊の派遣活動であり、また被災自治体がないことから、DPAT 調整本部が立ち上がっておらず、起算日は明確にわからなかった。感染症対応時は、自然災害時とはちがう活動の方向性があるので、今後の検討課題と考えられた。

・数理モデルを用いた解析

データに基づく撤収判断の実現するために J-SPEED 精神保健医療版データの累積診療件数を、一定減衰仮説に基づく数理モデルを用いて予測したところ、80~90%の精度で予測可能な可能性が示された。今後、数理モデルをチューニングして予測精度と実用性の向上を図っていく。

	災害	累計患者数	推定累積患者数	一致率
2018	西日本豪雨	341	281.6224673	82.6%
	北海道胆振東部地震	271	273.9834364	101.1%
2019	台風19号	254	230.8860904	90.9%
2020	熊本豪雨	81	74.0950332	91.5%
2021	長野	67	66.82472877	99.7%
	熱海市伊豆山土石災害	124	145.0807958	117.0%

・J-SPEED ダイヤモンド・プリンセス号 対応結果の分析

支援期間：2020 年 2 月 9 日～2020 年 2 月 21 日

データ総数：206 件（一般診療版）、127 件（精神保健医療版）

新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって横浜に停泊したダイヤモンド・プ

リンセス号に乗船していた乗客、乗組員のデータを解析した。

・年代グループ

年代グループ	一般診療版		精神健康診療版	
	男性	女性	男性	女性
01-14歳	1	0	1	0
15-64歳	41	59	13	50
65歳以上	51	42	19	33
不明	6	6	6	5
総数	99	107	39	88

J-SPEEDの入力システムでは、0-14歳、15-64歳、65歳以上の3段階にしか入力できないため、このような結果であったが、外国の豪華客船であり、全体的には中高年の夫婦が多い印象であったのでそれを反映していると考えられた。

・健康不調の内容

健康不調の内容	N	発生率(%)
発熱	83	40.3
災害ストレス関連諸症状	68	33
急性呼吸器感染症	48	23.3
緊急のメンタルケアニーズ	22	10.7
高血圧	8	3.9
その他の疾病	7	3.4
緊急の感染症対応ニーズ	3	1.5
消化器感染症、食中毒	2	1
感染症以外の緊急医療ニーズ	2	1
頭部外傷	1	0.5

健康不調としては、発熱、急性呼吸器感染症が当然高値であり、身体的な不調は高かった。また、災害ストレス関連諸症状は33%、緊急のメンタルケアニーズは10.7%と高値であった。今回、身体的のみならず精神的なストレスが高く、それに伴った精神的な不調が高かった事が示された。

・精神心理症状

精神心理症状	性別		年齢				乗客・乗員				総計					
			15-64歳		65歳以上		不明		乗客			乗員				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%			
不眠	29	15.3	8	14.3	23	18.0	13	12.6	1	6.7	27	12.6	10	31.3	37	15.0
不安	62	32.6	19	33.9	33	25.8	42	40.8	6	40.0	79	36.9	2	6.3	81	32.9
フラッシュバック	1	0.5	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.1	1	0.4
抑うつ	19	10.0	5	8.9	15	11.7	9	8.7	0	0.0	21	9.8	3	9.4	24	9.8
身体愁訴	11	5.8	0	0.0	2	1.6	9	8.7	0	0.0	11	5.1	0	0.0	11	4.5
希死念慮	13	6.8	1	1.8	4	3.1	9	8.7	1	6.7	14	6.5	0	0.0	14	5.7
被害意識	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
物忘れ	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
路がまとまらない	4	2.1	0	0.0	4	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	12.5	4	1.6
怒っている	14	7.4	4	7.1	13	10.2	4	3.9	1	6.7	14	6.5	4	12.5	18	7.3
興奮している	9	4.7	2	3.6	6	4.7	4	3.9	1	6.7	11	5.1	0	0.0	11	4.5
話さざる	5	2.6	0	0.0	5	3.9	0	0.0	0	0.0	1	0.5	4	12.5	5	2.0
応答できない	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
自傷している	1	0.5	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.4
その他	21	11.1	15	26.8	21	16.4	10	9.7	5	33.3	32	15.0	4	12.5	36	14.6

精神心理症状としては、不眠は男性、女性ともほぼ同率で存在した。また乗組員の不眠が31.3%と高値であった。不安に関しては、男女問わず30%以上の高値であった。また65歳以上の乗客はそれ以下の年齢層と比較して、不安が高かった。高齢者の死亡のリスクがあり、それに相関したものと推測される。抑うつに関しては、乗客で8-10%存在した。希死念慮は女性が高値であった。また65歳以上に比較的多く存在した。易怒性に関しては15-64歳群で高値であり、また乗組員に高かった。比較的若い層に怒りが前面に出ていた印象であった。

・ストレス要因、診断、支援内容、転帰

ストレス要因	性別		年齢				乗客・乗員				総計					
			15-64歳		65歳以上		不明		乗客			乗員				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%			
感染症	15	25.0	8	36.4	14	34.1	7	18.9	2	50.0	17	24.6	6	46.2	24	28.2
検査環境	45	75.0	13	59.1	27	65.9	29	78.4	2	50.0	51	73.9	7	53.8	60	70.6
その他	0	0.0	1	4.5	0	0.0	1	2.7	0	0.0	1	1.4	0	0.0	1	1.2
認知症等	1	2.5	1	11.1	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	5.9	0	0.0	2	4.1
気分障害	5	12.5	0	0.0	2	6.7	3	15.8	0	0.0	4	11.8	1	6.7	5	10.2
ストレス関連障害	33	62.5	6	28.9	28	93.3	13	68.4	0	0.0	27	79.4	14	93.3	41	83.7
心身症	1	2.5	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	2.0
支援内容	80	86.0	35	92.1	53	81.5	53	94.6	9	90.0	106	92.2	9	56.3	115	87.8
傾聴・助言等	10	10.8	3	7.9	10	15.4	2	3.6	1	10.0	6	5.2	7	43.8	13	9.9
ケースワーク	3	3.2	0	0.0	2	3.1	1	1.8	0	0.0	3	2.6	0	0.0	3	2.3
転帰	31	33.0	15	48.4	17	26.6	28	47.5	1	8.3	38	30.9	8	66.7	46	34.1
支援継続	63	67.0	16	51.6	47	73.4	31	52.5	11	91.7	85	69.1	4	33.3	89	65.9

ストレス要因に関しては感染症のストレスは当然高値であるが、乗組員の方が割合は高値であった。感染管理において、乗客は配慮されていたが、混乱した状況の中で、乗組員への感染制御はまだ十分といえない事も影響していた事が推測された。診断に関しては男性が多かった。気分障害は女性、65歳以上の群に高値の傾向があった。支援内容に関しては、傾聴・助言等が大半を占めていた。一方、乗組員は処方割合が高かった。転帰は男性、65歳以上群が支援の継続例が多かった。また乗組員は継続例が多く、これは精神的ストレスや自身がいつ感染するかわからない環境下で、支援者としても勤務している二重の高いストレスがあることと関連している可能性があった。

研究 2

・ J-SPEED データ解析における課題解析と簡易ユーザーガイドの作成

研究 1 のデータ集積と解析により課題が示された。

・ 正確なデータ入力と解析の為に、入力ミスの防止が必要である。二重回答の防止が必要である。例えば、対応した場所として「避難所」と「その他」の重複などが認められた。

また、災害と精神的健康状態の関連においては「直接的関連」と「間接的関連」の重複、「間接的関連」と「関連なし」の重複が存在した。未入力の防止の為に、入力者に対してアナウンスが必要であると考えられた。

またデータ入力に対して、躊躇することがある可能性が考えられた。

・ これを実際に検証するために、J-SPEED 入力を DPAT インストラクター研修の中で隊員に入力訓練を行ってもらった。

訓練としては、事前に個人で課題入力を行い、その結果を研修会でフィードバックし、課題について意見を集積した。

・ 災害想定は冬のある日、朝 9 時千葉県北東部を震源とする M7.5 の地震が発生し、県内各地で震度 6 弱から震度 7 を観測したと想定した。

精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイドに関する研修とフィードバックを反映したユーザーガイドの作成を行った。

・ 隊員、入力対象者は、被災地域に DPAT として派遣され、以下の 5 症例の対応を提示して、それに対して回答を回収し、解析した。

作業内容としては、個人練習モードで、以下の 5 症例を入力を依頼した。以前からの課題である医師でないが入力が困難な設問に対して、医師の確認とそれ以外の職種の代理入力を推奨し、全体の入力数を増加させることを試験的に行った。また入力対象者が、実際の対応者であったり、その相談者と相談内容対象が異なっている場合に入力に葛藤を来したり判断を迷うことがあるので、その点を配慮した。

入力に関して仮想症例を作成して、DPAT

インストラクターに入力し、検証した。以下、仮想症例を示す。

仮想症例 1

対応場所：A 避難所

氏名：〇〇 〇〇 女性

生年月日：1958 年 8 月 5 日 (65 歳)

状況：夫は他界している。娘ときょうだいのような関係であり、もともと他県に住んでいた娘夫婦を実家近くに無理言って住んでもらった。地震が起き、娘は死亡。婿は入院中。孫 (5 歳) の世話を一人で行っている。避難所スタッフからの依頼。

本人の訴え：「私が娘たちをこっちに呼ばなければ、娘たちは死ぬことはなかった」「今は孫のことがあるから死ねないけど、娘に申し訳ない」

診察の状況：ここ数日不眠。診察の最中も涙を流す場面あり、疲弊しきっている。声に力なく、ぼそりぼそりと話す。孫の面倒があるから死ねないといいつつも、婿が退院したら、わからないといわれる。

回答案 1

精神保健医療版 J-SPEED 入力済みのみで OK		相談対応日	西暦・平成	年	月	日
年齢	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-14歳 <input type="checkbox"/> 15-44歳 <input checked="" type="checkbox"/> 45歳-	相談者氏名	(フリガナ)			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日
属性	<input type="checkbox"/> 実務者 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 病院・救護所 <input type="checkbox"/> その他	住所				
対応した場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	避難所・救護所名				
本人の訴え	<input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 不安だ <input type="checkbox"/> 災害現場が目に浮かぶ <input type="checkbox"/> 思い出が辛い <input type="checkbox"/> 体の痛みが強い <input type="checkbox"/> 死にたい <input type="checkbox"/> 涙りから喉を哽かしている <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> その他	(携帯)電話番号				
	<input type="checkbox"/> 目がまよらない <input type="checkbox"/> 怒っている <input type="checkbox"/> 興奮している <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 泣き止まない <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 睡眠していない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 集中力がなくなる <input type="checkbox"/> 涙をやめられない <input type="checkbox"/> その他	既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症関連障害 <input type="checkbox"/> 気分障害 <input type="checkbox"/> 不安障害 <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> 解離性障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 心身症 <input type="checkbox"/> 人格・行動の障害 <input type="checkbox"/> 知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/> 心理的発達障害 <input type="checkbox"/> 学習・読書・算数の障害 <input type="checkbox"/> 知的・運動・感覚 <input type="checkbox"/> その他	内服薬				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 認知・感情・心障 <input type="checkbox"/> 情報・聴覚・覚醒等での対応 <input type="checkbox"/> 他方	生活歴	現状状況 <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家業の継承または没収 家 族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症関連障害 <input type="checkbox"/> 気分障害 <input type="checkbox"/> 不安障害 <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> 解離性障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 心身症 <input type="checkbox"/> 人格・行動の障害 <input type="checkbox"/> 知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/> 心理的発達障害 <input type="checkbox"/> 学習・読書・算数の障害 <input type="checkbox"/> 知的・運動・感覚 <input type="checkbox"/> その他	病状				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 認知・感情・心障 <input type="checkbox"/> 情報・聴覚・覚醒等での対応 <input type="checkbox"/> 他方	対応	対応・引継 (他方内容含む)			
	<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 認知・感情・心障 <input type="checkbox"/> 情報・聴覚・覚醒等での対応 <input type="checkbox"/> 他方	転送				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 認知・感情・心障 <input type="checkbox"/> 情報・聴覚・覚醒等での対応 <input type="checkbox"/> 他方	対応	対応・引継 (他方内容含む)			
	<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 認知・感情・心障 <input type="checkbox"/> 情報・聴覚・覚醒等での対応 <input type="checkbox"/> 他方	精神的顕色性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

仮想症例 2

対応場所：A 市役所

氏名：〇〇 〇〇 男性

生年月日：1975 年 10 月 29 日（48 歳）

状況：市の職員。地震が起き、業務量が増加。休みなく働いている。仲の良かった同僚が一昨日自死し、その現場を見てしまっている。市役所職員からの依頼。

本人の訴え：「本当に忙しくて、ここで話をしている時間もないんです」「同僚が亡くなったことにショックはうけていますが、とりあえず今の業務をやらないといけませんので、自分ではしませんから大丈夫です」

診察の状況：寝れてはいるが、業務多忙のため、睡眠時間は毎日 3 時間程度。早口で話され、イライラしている印象を受ける。

回答案 2

精神保健医療版 J-SPEED あてはまるものを全てに◎		相談対応日	西暦・平成	年	月	日
年齢	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-14歳 <input checked="" type="checkbox"/> 15-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上	相談者氏名	(ツリガナ)			
性別	1 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日
属性	2 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 関係者	住所				
対応した場所	3 <input type="checkbox"/> 相談・救護所	避難所・救護所名				
	4 <input type="checkbox"/> 自宅					
	5 <input type="checkbox"/> その他					
	6 <input type="checkbox"/> 視れない					
	7 <input type="checkbox"/> 視れない					
	8 <input type="checkbox"/> 視れない					
	9 <input type="checkbox"/> 災害現場が目に浮かぶ		既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
本人の訴え	10 <input type="checkbox"/> ゆらうつだ	内服薬				
	11 <input type="checkbox"/> 体の震りが悪い					
	12 <input type="checkbox"/> 眠りにくくなる					
	13 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	14 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	15 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	16 <input type="checkbox"/> その他					
	17 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない					
	18 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	19 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	20 <input type="checkbox"/> 怒っている					
行動の問題	21 <input type="checkbox"/> 怒っている	生活歴	被災状況： <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家屋の焼損または浸水 家 族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	22 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	23 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	24 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	25 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	26 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	27 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	28 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	29 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	30 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	31 <input type="checkbox"/> 怒っている					
ICD-10 分類 (医師による診断)	32 <input type="checkbox"/> 怒っている	精神状態				
	33 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	34 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	35 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	36 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	37 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	38 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	39 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	40 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	41 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	42 <input type="checkbox"/> 怒っている					
必要な支援	43 <input type="checkbox"/> 怒っている	対応				
	44 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	45 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	46 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	47 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	48 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	49 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	50 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	51 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	52 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	53 <input type="checkbox"/> 怒っている					
災害と精神的健康 (医師による診断)	54 <input type="checkbox"/> 怒っている	転帰				
	55 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	56 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	57 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	58 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	59 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	60 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	61 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	62 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	63 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	64 <input type="checkbox"/> 怒っている					

仮想症例 3

対応場所：自宅

氏名：〇〇 〇〇 女性

生年月日：1987 年 6 月 9 日（36 歳）

状況：専業主婦。地震が起き、自宅は被災を免れたが、夫（〇〇 〇〇（1984 年 4 月 20 日 39 歳）が経営している会社が被災し、倒産。その後より、夫の飲酒量が増え、自宅での暴言暴力行為が出現して、困っていると

DPAT に相談。4 歳の娘がいる。市役所職員からの依頼。

本人の訴え：「本当は穏やかな人なんです。お酒もほとんど飲まない人だったのに・・・」
「最近仕事を探すこともせずに、イライラして昼から酒を飲んでしまっていて、私たちが口をだすと大声を出してたたいてくるんです」「どうしたらよいのでしょうか？」
診察の状況：夫の行動におびえている。自分の問題より、夫に対してどのように対応すればよいか知りたがっている。

回答例 3

精神保健医療版 J-SPEED あてはまるものを全てに◎		相談対応日	西暦・平成	年	月	日
年齢	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-14歳 <input checked="" type="checkbox"/> 15-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上	相談者氏名	(ツリガナ)			
性別	1 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日
属性	2 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 関係者	住所				
対応した場所	3 <input type="checkbox"/> 相談・救護所	避難所・救護所名				
	4 <input type="checkbox"/> 自宅					
	5 <input type="checkbox"/> その他					
	6 <input type="checkbox"/> 視れない					
	7 <input type="checkbox"/> 視れない					
	8 <input type="checkbox"/> 視れない					
	9 <input type="checkbox"/> 災害現場が目に浮かぶ		既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
本人の訴え	10 <input type="checkbox"/> ゆらうつだ	内服薬				
	11 <input type="checkbox"/> 体の震りが悪い					
	12 <input type="checkbox"/> 眠りにくくなる					
	13 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	14 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	15 <input type="checkbox"/> 集中力が落ちる					
	16 <input type="checkbox"/> その他					
	17 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない					
	18 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	19 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	20 <input type="checkbox"/> 怒っている					
行動の問題	21 <input type="checkbox"/> 怒っている	生活歴	被災状況： <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家屋の焼損または浸水 家 族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	22 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	23 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	24 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	25 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	26 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	27 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	28 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	29 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	30 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	31 <input type="checkbox"/> 怒っている					
ICD-10 分類 (医師による診断)	32 <input type="checkbox"/> 怒っている	精神状態				
	33 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	34 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	35 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	36 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	37 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	38 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	39 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	40 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	41 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	42 <input type="checkbox"/> 怒っている					
必要な支援	43 <input type="checkbox"/> 怒っている	対応				
	44 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	45 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	46 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	47 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	48 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	49 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	50 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	51 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	52 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	53 <input type="checkbox"/> 怒っている					
災害と精神的健康 (医師による診断)	54 <input type="checkbox"/> 怒っている	転帰				
	55 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	56 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	57 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	58 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	59 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	60 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	61 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	62 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	63 <input type="checkbox"/> 怒っている					
	64 <input type="checkbox"/> 怒っている					

仮想症例 4

対応場所：A 避難所

氏名：〇〇 〇〇 女性

生年月日：2007 年 3 月 29 日（16 歳）

状況：母親と二人暮らし。母のネグレクトから平時より児童相談所がかかわっている。普段から自傷行為あり。自宅が被災したため避難していたが、母は彼氏とともにどこかに行ってしまう、一人で避難所で生活している。他者との交流はない。リストカットを行ったことから、避難所スタッフより依頼。

本人の訴え：「どうせ一人だし、生きていてもしょうがないし・・・」

診察の状況：診察当初はほぼ無言であったが、少しずつ小声でたんと返事をしてくれるようになった。リストカット痕は多数あり、一部は深い創傷もあった。

回答例 4

災害診療記録2018(精神保健医療版)

精神保健医療版-J-SPEED あてはまるものを全てに○		相談対応日	西暦・平成	年	月	日
年齢	1 <input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-14歳 <input checked="" type="checkbox"/> 15-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上	相談者氏名	(フリガナ)			
性別	2 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日
属性	3 <input type="checkbox"/> 失業者	住所				
対応した場所	4 <input type="checkbox"/> 相談・救護所 5 <input type="checkbox"/> 自宅 6 <input type="checkbox"/> 病院 7 <input type="checkbox"/> その他	避難所・救護所名				
本人の訴え	8 <input type="checkbox"/> 聴かせない	(携帯)電話番号				
	9 <input type="checkbox"/> 不安だ	既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	10 <input type="checkbox"/> 災害現場が目に浮かぶ	内職業				
	11 <input type="checkbox"/> 思うように					
	12 <input type="checkbox"/> 体の震りが悪い					
	13 <input type="checkbox"/> 眠りにたくなる					
	14 <input type="checkbox"/> 物から被害を受けている					
	15 <input type="checkbox"/> 忘れられる					
	16 <input type="checkbox"/> その他					
	17 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない					
	18 <input type="checkbox"/> 眠れない					
	19 <input type="checkbox"/> 悔しい					
	20 <input type="checkbox"/> 思ひすぎる					
	21 <input type="checkbox"/> 言葉がでない		被災状況: <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家屋の破壊または浸水 家 族: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
22 <input type="checkbox"/> 悔しい						
23 <input type="checkbox"/> 後悔している						
24 <input type="checkbox"/> 後悔を繰り返す						
25 <input type="checkbox"/> 被害・暴力をふるう						
26 <input type="checkbox"/> 被害を止められない						
27 <input type="checkbox"/> その他						
28 <input type="checkbox"/> ① 認知症、器質性精神障害	障害種別					
29 <input type="checkbox"/> ② F1: 物質性精神障害						
30 <input type="checkbox"/> ③ F2: 統合失調症関連障害						
31 <input type="checkbox"/> ④ F3: 気分障害						
32 <input type="checkbox"/> ⑤ F4: 神経症、ストレス関連障害						
33 <input type="checkbox"/> ⑥ F5: 心身症						
34 <input type="checkbox"/> ⑦ ⑧ ⑨: 人格・行動の障害						
35 <input type="checkbox"/> ⑩ ⑪: 知的障害(精神遅滞)						
36 <input type="checkbox"/> ⑫: 心の病(発達障害)						
37 <input type="checkbox"/> ⑬: ⑭: 発達障害(自閉症)						
38 <input type="checkbox"/> ⑮: ⑯: 発達障害(知的障害)						
39 <input type="checkbox"/> ⑰: ⑱: てんかん						
40 <input type="checkbox"/> ⑲: 精神障害						
41 <input type="checkbox"/> ⑳: 身体障害						
42 <input type="checkbox"/> ㉑: 保健・福祉・介護						
43 <input type="checkbox"/> ㉒: 地域・福祉・家庭等での対応						
44 <input type="checkbox"/> ㉓: 地方						
45 <input type="checkbox"/> ㉔: 高齢・高齢者の支援						
46 <input type="checkbox"/> ㉕: 高齢・高齢者の支援						
47 <input type="checkbox"/> ㉖: 高齢・高齢者の支援						
48 <input type="checkbox"/> ㉗: 高齢・高齢者の支援						
49 <input type="checkbox"/> ㉘: 高齢・高齢者の支援						
50 <input type="checkbox"/> ㉙: 高齢・高齢者の支援						
51 <input type="checkbox"/> ㉚: 高齢・高齢者の支援						
52 <input type="checkbox"/> ㉛: 高齢・高齢者の支援						
53 <input type="checkbox"/> ㉜: 高齢・高齢者の支援						
54 <input type="checkbox"/> ㉝: 高齢・高齢者の支援						
55 <input type="checkbox"/> ㉞: 高齢・高齢者の支援						
56 <input type="checkbox"/> ㉟: 高齢・高齢者の支援						
57 <input type="checkbox"/> ㊱: 高齢・高齢者の支援						
58 <input type="checkbox"/> ㊲: 高齢・高齢者の支援						
59 <input type="checkbox"/> ㊳: 高齢・高齢者の支援						
60 <input type="checkbox"/> ㊴: 高齢・高齢者の支援						
61 <input type="checkbox"/> ㊵: 高齢・高齢者の支援						
62 <input type="checkbox"/> ㊶: 高齢・高齢者の支援						
63 <input type="checkbox"/> ㊷: 高齢・高齢者の支援						
64 <input type="checkbox"/> ㊸: 高齢・高齢者の支援						
65 <input type="checkbox"/> ㊹: 高齢・高齢者の支援						
66 <input type="checkbox"/> ㊺: 高齢・高齢者の支援						
67 <input type="checkbox"/> ㊻: 高齢・高齢者の支援						
68 <input type="checkbox"/> ㊼: 高齢・高齢者の支援						
69 <input type="checkbox"/> ㊽: 高齢・高齢者の支援						
70 <input type="checkbox"/> ㊾: 高齢・高齢者の支援						
71 <input type="checkbox"/> ㊿: 高齢・高齢者の支援						
72 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
73 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
74 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
75 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
76 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
77 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
78 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
79 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
80 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
81 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
82 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
83 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
84 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
85 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
86 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
87 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
88 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
89 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
90 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
91 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
92 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
93 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
94 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
95 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
96 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
97 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
98 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
99 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
100 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
101 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
102 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
103 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
104 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
105 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
106 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
107 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
108 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
109 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
110 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
111 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
112 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
113 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
114 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
115 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
116 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
117 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
118 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
119 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
120 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
121 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
122 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
123 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
124 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
125 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
126 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
127 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
128 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
129 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
130 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
131 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
132 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
133 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
134 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
135 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
136 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
137 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
138 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
139 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
140 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
141 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
142 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
143 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
144 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
145 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
146 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
147 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
148 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
149 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
150 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
151 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
152 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
153 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
154 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
155 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
156 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
157 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
158 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
159 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
160 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
161 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
162 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
163 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
164 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
165 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
166 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
167 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
168 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
169 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
170 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
171 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
172 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
173 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
174 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
175 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
176 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
177 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
178 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
179 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
180 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
181 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
182 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
183 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
184 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
185 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
186 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
187 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
188 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
189 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
190 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
191 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
192 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
193 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
194 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
195 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
196 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
197 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
198 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
199 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
200 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
201 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
202 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
203 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
204 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
205 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
206 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
207 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
208 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
209 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
210 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
211 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
212 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
213 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
214 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
215 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
216 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
217 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
218 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
219 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
220 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
221 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
222 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
223 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
224 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
225 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
226 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
227 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
228 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
229 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
230 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
231 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
232 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
233 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
234 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
235 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
236 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
237 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
238 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
239 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
240 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
241 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
242 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
243 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
244 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
245 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
246 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
247 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
248 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
249 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
250 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
251 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
252 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
253 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
254 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
255 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
256 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
257 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
258 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
259 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
260 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
261 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
262 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
263 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
264 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
265 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
266 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
267 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
268 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
269 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
270 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
271 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
272 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
273 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
274 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
275 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
276 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
277 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
278 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
279 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
280 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
281 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
282 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
283 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
284 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
285 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
286 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
287 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
288 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
289 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
290 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
291 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
292 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
293 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
294 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
295 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
296 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
297 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
298 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
299 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
300 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
301 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
302 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
303 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
304 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
305 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
306 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
307 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
308 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
309 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
310 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
311 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
312 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
313 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
314 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
315 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
316 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
317 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
318 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
319 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
320 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
321 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
322 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
323 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
324 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
325 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
326 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
327 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
328 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						
329 <input type="checkbox"/> 精神科の緊急対応						

トレンドとしての全体の傾向がわかる事が重要である。入力がないとなにも活動していないことになってしまい、わからないため積極的な入力をお願いします。

⑤ 搬送を記入するところがない
→基本は避難所対応になっている。そこは課題である。記入を右側の欄に記入いただく。

研修会でのディスカッションを通じて特に理解が深まった事項としては以下があった。

・J-SPEED データはカルテ（災害診療記録）から抽出されるデータであり、入力対象となるのはカルテを作成した被災傷病者である。（当該被災傷病者を通じて直接、診察をしていない家族の状態について相談にのった場合、別途カルテを作成しないのであれば基本的には J-SPEED 入力対象とならない）

・J-SPEED データは活動の実績を示す貴重なデータエビデンスであり、すなわち入力漏れは DPAT 活動の過少報告になってしまう。被災傷病者に対する多様な支援を示していくために、より積極的な入力が行われるべきである。この際には医学的な正確性というより災害医療現場活動の実践性を踏まえた観点からの入力が許容される。

以下に、完成した

「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」を示す。（資料4）にも提示する。

DPAT 等精神保健医療支援活動を行う救護班各位

1.避難所等での被災者救護における診療情報管理の手順

○【記録】（医師）が災害診療記録 2018（一般診療版＋精神保健医療版）を記載

（目的）継続診療の実現

災害診療記録（一般診療版/精神保健医療版）を派遣元から持参（医師が記載）

夜間保管場所は最寄り調整本部の指示に従う（本部に持ち帰り引継ぐ等）

可能な限り一般診療版との一体管理を目指して診療情報の分散を防ぐ。

○【報告】（ロジスティクス）が J-SPEED+ スマートフォンアプリに入力し本部報告
（目的）診療実績の即日可視化による本部指揮支援

ロジスティクスはスマートフォンアプリを予めインストールして出動（操作手順書←動画リンクあり）

診療地点（避難所等）ごとに J-SPEED データを入力

また活動状況の共有や安全確認等のためにチームクロノロジーを適宜入力

*追加症候群（災害毎に設定）（○月○日現在・項目は調整本部が指定）

*J-SPEED 電子システム[J-SPEED+]アクセス情報

スマートフォンライセンスナンバー：

○○○○○○○（訓練時は右記利用→All japan（半角英字））

ウェブサイト（本部用）（災害モードのみ）

※取り扱い注意

<https://www.jspeedplus.net/ma/>

ID ○○○○○○ PW ○○○○○○

2.活用のポイント

●医師は災害診療記録に記載後、J-SPEED 項目の“当てはまるもの全て”に☑

●☑を打てば打つほど、調整本部においては精神保健医療活動が可視化される。☑は支援実績であり、☑しないと精神保健医療の支援活動が実績として見えなくなってしまう。J-SPEED では現場実務的な判断☑が許容される。災害関連性など含めて積極的に☑し、全災害医療関係者から可視化することが重要。

●J-SPEED はカルテ（災害診療記録）を作成した対象について☑入力するのが原則

●一般診療版は、性別・健康事象・医療フォロー要否・災害関連性に必ず☑が入る（症例ごとに少なくとも4つの☑が発生）

●追加症候群は災害の特性に応じて調整本部が設定

●精神保健医療版☑3番__支援者は、行政職員等支援者を支援した場合に☑

●患者の同日再受診があれば二回ともカウント（必要とされた医療資源総量を計測）

●2つの避難所を巡回診療した場合は、避難所毎にそれぞれ入力

- 特記事項には、個人情報配慮した上で可能な限り詳細に記載
- 隊員の健康チェックも忘れず入力（長期間の支援では特に重要）
- 最新の対応指針（追加症候群の設定等）は J-SPEED 情報提供サイトで入手

補足：JSPEED 精神保健医療版の英語版例を作成した（資料 5）

D. 考察

災害別のデータでは、水害関連では、精神保健医療ニーズが発災から 1 週以内に発生するが、2 週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。被災の程度にも影響している可能性があることが想定された。比較的軽度であれば、初期の対応後、比較的スムーズに減少し、安定する事がある。一方、水害の場合、徐々に水位があがり、被害が拡大していくと、後半に影響が出現して、対応ケースが出現する事もあった。地震と比較して、ピークが変動しやすい可能性も考察された。より多くの災害対応のデータを蓄積していきたい。

J-SPEED データ等から開始すべき基準と終了基準について、今後さらにデータを解析し、またより整合性の高い災害精神保健医療モデルの構築も必要に考えられた。

災害種類や被害の大きさによって、想定される日数を計算し、それによって災害対応日数を予測する事が可能になるか今後の解析を要する。

精神心理症状としては、不眠、不安に関しては、男女問わず高値であった。また 65 歳以上の乗客はそれ以下の年齢層と比較して、不安が高く、死亡のリスクがあり、それに相関したものと推測された。希死念慮は女性が高値であった。また 65 歳以上に比較的多く存在した。船舶での対

応では船舶独自のルールがあり、希死念慮はそのまま船外退去を求められる事があり、また外国籍の船であり、対応に関しては国際的な状況を配慮する必要があった。易怒性に関しては 15-64 歳群で高値であり、また乗組員に高い傾向があった。ストレスに関しては乗客の感染症のストレスは当然高値であるが、乗組員の方が割合は高値であった。感染管理において、乗客は配慮されていたが、混乱した状況の中で、乗組員への感染制御はまだ十分といえない事も影響していた可能性があった。支援内容に関しては、傾聴・助言等が大半を占めていた。一方処方が必要なケースには船内で処方がされており、乗組員は処方の割合が高かった。転帰は男性、65 歳以上群が支援の継続例が多かった。また乗組員は継続例が多く、これは精神的ストレスや自身がいつ感染するかわからない環境下で、支援者としても勤務している二重の高いストレスがあることと関連している可能性があった。この点は今後もデータ集積が必要である。

J-SPEED データ解析における課題としては、より正確なデータ入力の為に、入力ミスの防止が必要であった。二重回答、入力漏れ、質問紙の不理解の防止の為にアナウンスが必要であると考えられた。

J-SPEED 入力をより効率的にするために「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」の作成を行った。また J-SPEED の精神医療版に関する DPAT 隊員への研修を開催し、J-SPEED 精神保健医療版への課題とフィードバックの意見を抽出した。正確なデータ入力と、トレンドの作成、単純な入力ミスの防止、二重回答、入力漏れ、質問紙の不理解の改善が課

題としてあげられ、実際の入力に躊躇してしまう点が挙げられた。データとして入力数が実際の精神的な対応に関する活動指数、トレンドとして認識できるため、入力しやすくなるよう、入力に葛藤しないよう、「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」のバージョンアップを行い、完成させた。

ここでの変更点は、WHO-EMT MDS(Emergency Medical Team Minimum Data Set)として世界の実災害に使用されている経験からもフィードバックされた。

同ガイドは J-SPEED 情報提供サイトにも掲載していき、これからの実災害においても J-SPEED を使用していく災害派遣医療チームが有効活用できるようにしていく。

E. 結論

DPAT の活動を J-SPEED のデータから抽出し、災害別の開始基準ならびに活動終了の基準について、分析し、DPAT の開始・終了時期に関するエビデンスを検討した。2018年6月28日～2021年7月31日の間に起きた災害で DPAT が活動した災害データを解析した。データから DPAT 調整本部立ち上げ日、終了日を活動の開始・終了とした。活動は各 DPAT 調整本部立ち上げから 14 日にピークがあった。水害関連では、発災から 1 週以内に対応案件がでるが、2 週目においても、相談対応件数が維持される例もあった。災害の規模、種類によってバリエーションが認められた。ダイヤモンド・プリンセス号での COVID-19 対応では、ストレス要因に関しては乗客のストレスは高値であるが、乗組員の方が割合は高値であった。気分障害は女性、65

歳以上の群に高値の傾向があった。支援内容に関しては、傾聴・助言等が大半を占めていた。一方、乗組員は処方割合が高かった。転帰は男性、65 歳以上群が支援の継続例が多かった。

また J-SPEED 各災害の解析からの初動と終了時期の基礎データを作成した。

また、より正確で、効率的な J-SPEED 入力をより効率的にするために「精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED 簡易ユーザーガイド」を作成した。また J-SPEED ダイヤモンド・プリンセス号対応結果の分析を行った。

この結果から DPAT 活動の終了クライテリア基準の作成を想定し、太刀川班での統合的な基準作成に貢献した。今回のデータを太刀川班に提供し、活動開始と終了の基準を作成する事に貢献した。

F. 研究発表

論文発表

1. Kawakami I, Iga JI, Takahashi S, Lin YT, Fujishiro H. Towards an understanding of the pathological basis of senile depression and incident dementia: Implications for treatment. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Dec;76(12):620-632. doi: 10.1111/pcn.13485. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36183356.
2. Tachikawa H, Kubo T, Gomei S, Takahashi S, Kawashima Y, Manaka K, Mori A, Kondo H, Koido Y, Ishikawa H, Otsuru T, Nogi W. Mental health needs associated with COVID-19 on the diamond princess cruise ship: A case series recorded by

- the disaster psychiatric assistance team. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2022 Oct 15;81:103250. doi: 10.1016/j.ijdrr.2022.103250. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36032696; PMCID: PMC9391089.
3. Sodeyama N, Takahashi S, Aiba M, Haraguchi Y, Arai T, Tachikawa H. A Comparison of Mental Health among Earthquake, Tsunami, and Nuclear Power Plant Accident Survivors in the Long Term after the Great East Japan Earthquake. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 28;19(21):14072. doi: 10.3390/ijerph192114072. PMID: 36360954; PMCID: PMC9659037.
 4. Yumiya Y, Chimed-Ochir O, Taji A, Kishita E, Akahoshi K, Kondo H, Wakai A, Chishima K, Toyokuni Y, Koido Y, Tachikawa H, Takahashi S, Gomei S, Kawashima Y, Kubo T. Prevalence of Mental Health Problems among Patients Treated by Emergency Medical Teams: Findings from J-SPEED Data Regarding the West Japan Heavy Rain 2018. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 12;19(18):11454. doi: 10.3390/ijerph191811454. PMID: 36141727; PMCID: PMC9517656.
 5. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T. Changes in home visit utilization during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Res Notes.* 2022 Jul 7;15(1):238. doi: 10.1186/s13104-022-06128-7. PMID: 35799212; PMCID: PMC9261221.
 6. Shigemura J, Takahashi S, Komuro H, Suda T, Kurosawa M. Mental health consequences of individuals affected by the 2022 invasion of Ukraine: Target populations in Japanese mental healthcare settings. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Jul;76(7):342-343. doi: 10.1111/pcn.13369. Epub 2022 May 10. PMID: 35452567.
 7. Sodeyama N, Tachikawa H, Takahashi S, Aiba M, Haraguchi Y, Arai T. The Mental Health of Long-Term Evacuees outside Fukushima Prefecture after the Great East Japan Earthquake. *Tohoku J Exp Med.* 2022 Jul 9;257(3):261-271. doi: 10.1620/tjem.2022.J038. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35491126.
 8. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T. Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Prim Care.* 2022 May 26;23(1):129. doi: 10.1186/s12875-022-01745-4. PMID: 35619098; PMCID: PMC9134976.
 9. 高橋晶.さまざまな対応 災害時支援

精神科 Resident(2435-8762)3 巻 4 号
Page282-283(2022.11)

10. 高橋晶.多発する災害・コロナ禍において総合病院精神科に求められることと人材・リーダーシップ.総合病院精神医学(0915-5872)34 巻 4 号
Page342-347(2022.10)
11. 高橋晶. 医療者への対応・リモート総合病院での新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関わるこころのケア.精神療法(0916-8710)48 巻 4 号
Page466-472(2022.08)
12. 高橋晶. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)蔓延下で高齢者に起きていることと認知症予防.
総合病院精神医学(0915-5872)34 巻 2 号 Page136-146(2022.04)

学会発表

1. 高橋 晶、太刀川弘和.ダイヤモンドプリンセス号で支援活動を行った救済者のメンタルヘルス.第 28 回災害医学会 (青森) 2023.3
2. 高橋 晶.新型コロナウイルス感染症(COVID-19)罹患後精神症状に対する漢方薬の使用経験とその可能性.東洋心身医学研究会 (東京) 2023.3
3. 高橋 晶.総合病院精神科における BCP について.第 35 回日本総合病院精神医学会 (東京) 2022.10
4. 高橋 晶,田口高也,高橋あすみ,笹原信一朗,川島義高,新井哲明,太刀川弘和.ダイヤモンドプリンセス号で支援活動を行った救済者のメンタルヘルス. 第 30 回日本精神科救急学会 (埼玉) 2022.10
5. 高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症

(COVID-19)罹患後症状と女性の生活環境・就労. 第 50 回日本女性心身医学会 (東京) 2022.8

6. 高橋 晶.長期化した新型コロナウイルス感染症対応における医療従事者のメンタルヘルス.第 21 回トラウマティックストレス学会 (東京) 2022.7
7. 高橋 晶.新型コロナウイルス感染症(COVID-19)罹患後の精神症状への理解と対応.
第 118 回日本精神神経学会学術大会 (福岡) 2022.6
8. 高橋 晶.水害後の中長期的フォローアップとその課題. 第 118 回日本精神神経学会学術大会 (福岡) 2022.6
9. 高橋 晶. 急性期から中長期にかけての災害精神医学的対応の例 教育講演 24 災害医療システム委員会企画 「災害時のメンタルヘルス・ケア」
第 13 回日本プライマリ・ケア連合学会 学術大会 2022.6

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：特記すべきことなし。

令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究」
分担研究報告

DMAT、日赤からみた DPAT の活動開始、終了基準、Local DPAT の役割に関する研究

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・国内医療救援部 部長）

研究協力者 池田 美樹（桜美林大学/DPAT 事務局）

原田 菜穂子（宮崎大学）

小早川 義貴（国立病院機構本部 DMAT 事務局・福島復興支援室）

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

本分担班の目的は「DMAT、日赤からみた DPAT の開始・終了基準・local DPAT の役割の提言」である。令和 4 年度の研究では、DPAT 活動の終了時には、DPAT 活動としての PSS の全体像を把握することが困難であるが、MHPSS の連続性を維持するために、DPAT は協働する NGO 等を調整する役割が期待されることを提言した。

研究 1 令和 3 年度分担班研究で示された DPAT の終了時、特に PSS 活動に対する DPAT 活動の実情と課題を明確にすることを目的とした。令和 3 年度調査に基づいてインタビューガイドを作成し、新たに実災害での支援を行った統括レベルの DPAT 医師 5 名を対象に 1 対 1 の半構造化されたオンラインインタビュー調査を実施した。逐語データの内容分析の結果、DPAT の終了時期は、精神科医療ニーズの対応が終わるまでであるが、MH と PSS を担う組織の繋ぎ役（調整者）、および PSS を担う組織のリエゾンとしての役割が期待されていることが示唆された。

研究 2 MHPSS において支援側・受援側ともに「いつ、どこで、誰が、何を支援している（4Ws）」を知ることは大切である。これまでの分担研究においても IASC コーディング、つながりマップを用いた可視化を検討してきた。令和 4 年度の研究では、可視化するにあたり「簡便性、即時性、汎用性」が必要と考え、電子媒体を用いたつながりマップ、クラスター分類、付箋、ガントチャートへの可視化を検討した。

A. 研究目的

本研究分担班の目的は、精神科医療チーム（DPAT）の活動時期に重なりのある

DMAT、及び日本赤十字社（以下、日赤）からみた活動開始、および活動終了基準について検討を行い、いわゆる Local DPAT の

役割について提案を行うことである。

研究 1

DPAT の終了時、精神保健心理社会的支援 (Mental health and Psychosocial Support ; MHPSS) のうち、特に PSS 活動に対する DPAT 活動の実態と課題を明確にすることである。

研究 2

活動の状況や終了の指標として支援・受援側双方、とりわけ受援側にとり「いつ、どこで、誰が、どんな支援をしているか(4Ws)」を知ることは大変重要である。令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業)「災害派遣精神医療チーム (DAPT)と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」筑波大学・太刀川班の丸山分担班研究「精神医療・精神保健に係る受援体制のあり方」において 2019 年台風 15 号・19 号により被災した千葉県安房保健所圏域における精神保健・心理社会的支援活動に係る調査を行った。保健医療調整本部の職員 (被災地保健所職員等) へのインタビューの結果、1) 全体の把握、俯瞰が出来なかった、2) 支援組織の記録はあるが、「いつ、どこで、何をしているか」がわからないという結果を得た。

同災害に参集した支援組織に対して、平成 30 年度厚生労働科学研究 障害者政策総合研究事業 「災害派遣精神医療チーム (DPAT)の機能強化に関する研究において日本語訳を作成した「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援の連携・調整のための活動コード・マニュアル～誰が、いつ、どこで、何をしているのか～(フィールド・テスト版)」を用いてつなぎマップへの可視化を行った。その結果、支援側は

自組織の立ち位置や周りの組織が明らかになり、受援側はいつ、誰が、何をしているかが容易に確認できることが示された。しかし、活動内容の捉え方に違いが見られ、コーディング内容にズレが生じた。本ツールの項目が難解であることが原因であり、回答者が答えやすいように改訂することが望まれた。研究 2 では MHPSS 活動の可視化を促進するために、コーディングの質問項目、入力方法、表示方法の改善を検討した。

B. 研究方法

研究 1

- ・調査時期：令和 4 年 7 月～令和 5 年 1 月
- ・対象者 (研究協力者)：選定条件は、DPAT 統括者、精神保健福祉センター長等の立場で、地元の DPAT の実質的な活動および全体のマネジメントに携わったことがある医師とした。
- ・調査手続き：研究協力者に対して、個別に 1 対 1 の 1 時間程度の半構造化されたオンラインインタビュー調査を実施した。逐語データについて内容分析を行った。
- ・調査内容：ガイディングクwestions は、令和 3 年度分担班研究で実施したパイロット・インタビューの結果、抽出された以下の項目である。
 1. MH から PSS への移行のタイミング、クリティカルポイントは何か
 2. 被災県から見て、DPAT は PSS を担っていたのか
 3. どこまで DPAT が担い、現地の担い手・引継ぎはどのような状況だったか
 4. DPAT として被災者支援調整会議 (NGO 地域会議等) との連携はどのようなだったか (倫理面への配慮) 日赤医療センター研究

倫理審査の承認（承認番号：1316）後に実施した。

研究2

MHPSS 活動コード(4Ws)の質問項目、入力方法、表示方法に関して、簡便性、即時性、汎用性が必要条件と考えられ、それぞれの検討を行った。簡便性として、簡単な入力方法、わかりやすい表現を用いるなど入力内容の改善を検討した。即時性についてはスマートフォンからの入力や PC での集計など電子媒体使用することで可視化の即時性を検討した。汎用性として、受援・支援双方にとり有用な情報表示方法を検討した。

（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

I. 研究1：選定基準を満たした5名の対象者の属性を表1に示す。

表1 対象者（研究協力者）の属性

ID	所属	災害の種別
1	A 大学・地域医療センター	局所災害 水害
2	B 県精神保健福祉センター	局所災害 水害
3	C 県精神医療センター	局所災害 水害
4	D 県精神保健福祉センター	大規模災害 地震
5	E 県精神医療センター	局所災害 水害

得られたインタビュー逐語データについて、内容分析を行った結果の概要は以下の通りである。

MHPSS の範囲

- ・MHPSS は生活支援を始めとした幅広い活動も含み、潜在的なリスクを持つ人たちとの接点である*
- ・MHPSS 組織は、医療以外の地域の支援組織や災害支援 NGO・NPO が含まれる*
- ・DPAT と MHPSS との繋ぎ・連携の実態
- ・災害時の MHPSS 各組織と行政・精神保健福祉センターを繋いだのは心のケアセンターだった
- ・精神科医療については保健医療福祉調整会議の確立で連携ができるようになった*
- ・MHPSS 組織が調整会議を行っていることを知らなかった*
- ・外部の MHPSS 組織を被災地域の担当組織へ引き継ぐ際には、丁寧な引継ぎが必要であった

MHPSS 活動との繋ぎ・連携に対する提案・意見

- ・DPAT として被災者支援調整会議（MHPSS 組織の調整会議等）にリエゾンのような形で参加する連携への提案
- ・ハイリスク者等の情報収集・避難所等の生活の場で行える配慮などについての助言を行うことで、支援全体の調整・協働につながるのではないかと*
- ・MHPSS は、災害初期から地域の支援者が主体となるよう活動すべきである
- ・外部支援 DPAT は、あくまでも一時的支援であることを念頭に置いて活動すべきである
- ・平時から有事の際の MHPSS について計

画しておく、支援の際に混乱が少ない
その他

・災害の種類（地震・津波災害、風水害・土砂災害等）により、必要とされる支援ニーズは異なるだろう*

II 研究2：質問票から可視化の第一段階として、質問票に支援組織、支援者がスマホ等で入力する方法を選択した。

具体的には、

google フォームを使用して入力

↓

(IASC コード分類、活動レベルが決定)

↓

つなぎマップ（ピラミッド）のレベル分類。クラスター・アプローチに分類。詳細は付箋（個票）で確認。ガントチャートで日別活動組織一覧表示とした。

コーディング質問（1.1～10.3）については、質問と活動レベルが連動しており、支援者はイエス、ノーで回答し、コーディングについての質問が終了すると、その支援組織の IASC コード分類と活動レベルが決定するように作成した（質問1、2）。

◎イエスであればチェックする

◎イエス→イエスに対応レベルひとつ
→レベル決定

◎イエスに対応するレベルが複数ある場合は補助質問へジャンプ→補助質問

→イエスにチェック→レベル決定

→イエスにチェックなし→別のレベル決定

このように回答者はイエスか否かをチェックするだけで自組織の活動レベルがわかることになる。

結果の表示、可視化としては汎用性を考え、以下の4通りの方法を選択した。

1) MHPSS 活動レベル：つなぎマップ表示

2) クラスター分類（活動領域）

3) 詳細は付箋（個票）に表示

4) ガントチャートに日別活動組織一覧を表示

そして、試行版を災害時保健医療福祉活動支援システム(Disaster/Digital

information system for Health and well-being : D24H)の研究にて作成した。

資料6 図1 Google フォーム 試行版

資料6 図2 つなぎマップ 試行版

資料6 図3 付箋（個票） 試行版

資料6 図4 クラスター分類

（活動領域） 試行版

資料6 図5 ガントチャート 試行版

D. 考察

研究1

被災地精保センター、こころのケアセンターから見た MHPSS 全体から見た DPAT 終結（撤収）の課題として、急性期では被災者支援調整に係る医療系・非医療系の会議は別開催であること、中長期では MHPSS 活動に関する NPO・NGO 等との繋ぎは地域・個人によってまちまちであることがあげられる。

DPAT へのニーズは、災害時に活動する PSS 組織（ピースボード災害支援センターなど被災地内外の市民団体や災害支援を専門とする組織）からは、活動における専門的アドバイスや専門科介入に係るコンサルテーションの希望があった。

以上のことから、DPAT 先遣隊は緊急度の高い支援だけではなく、MHPSS の繋ぎ役

(調整者) やリエゾンとして期待されていることが明らかになった。これらを実現するための一方策として、本分担班では以下の提言を行う。

1) リエゾン：急性期は派遣 DPAT として、派遣 DPAT 活動終了後は地域の状況・実情に応じて、ローカル DPAT 等が担うなど被災地域の精保センター・こころのケアセンターの復旧までの活動を行う。

2) MHPSS 活動の調整：DPAT 本部は、被災地域が MHPSS に対応できない時期は、派遣 DPAT や外部組織への依頼調整を行う。本活動を行うためには、MHPSS ニーズの把握、後述する「つなぎマップ」(研究 2) のレベル 1-3 とレベル 4 の連携の強化が課題となるであろう。

研究 2

本研究では、IASC の「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援の連携・調整のための活動コード・マニュアル～誰が、いつ、どこで、何をしているのか～」の入力において簡便性を重視した。そして電子媒体を利用することで即時性を高め、入力後直ちに受援、支援ともにその情報を共有できるように努めた。今後、一般化に向けては研修等に取り入れ、入力方法を習熟するなど周知に向けての取り組みが必要である。

運用に関しては、特定のアプリ、IT ベンダーを必要とせず、ランニング・コストがかからない利点を有している。

また、質問→分類→可視化という手法は汎用性があり、今後、MHPSS 支援組織だけでなく、災害支援ボランティア団体、災害時支援組織・団体の活動調整、情報共有にも応用できる手法である。

E. 結論

研究 1

被災地精保センター、こころのケアセンターから見た MHPSS 全体から見た DPAT 終結（撤収）の実態と課題を明らかにした。その結果、DPAT は急性期の精神利用活動のみならず、中長期に向けてリエゾンとして、MHPSS の調整役としてのニーズがあることが示唆された。

研究 2

支援側・受援側ともに「いつ、どこで、誰が、何を支援している (4Ws)」を知ることが大切である。IASC コーディングについて「簡便性、即時性、汎用性」を考慮した可視化を検討した。可視化にあたっては、電子媒体を用いた MHPSS 支援組織をつなぎマップ、クラスター分類、ガントチャートの有用性が示唆された。

F. 研究発表

論文発表：該当なし

学会発表

1. 一般演題「精神保健・心理社会的支援活動の見える化」第 28 回日本災害医学学会総会・学術集会（青森）2023.3

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 April 2022)

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
Tachikawa H, Kubo T, Gomei S, Takahashi S, Kawashima Y, Manaka K, Mori A, Kondo H, Koido Y, Ishikawa H, Otsuru T, Nogi W.	Mental health needs associated with COVID-19 on the diamond princess cruise ship: A case series reported by the disaster psychiatric assistance team.	Int J Disaster Risk Reduct.	15;81:103-105	doi: 10.1016/j.ijdr.2022.100000	2022
Kawakami I, Igata JI, Takahashi S, Lin YT, Fujishiro H.	Towards an understanding of the pathological basis of senile depression and incident dementia: Implications for treatment.	Psychiatry Clin Neurosci.	76(12):620-632	doi: 10.1111/pcn.13485	2022
Sodeyama N, Takahashi S, Aiba M, Haraguchi Y, Arai T, Tachikawa H.	A Comparison of Mental Health among Earthquake, Tsunami, and Nuclear Power Plant Accident Survivors in the Long Term after the Great East Japan Earthquake.	Int J Environ Res Public Health.	28;19(21):14072	doi: 10.3390/ijerph192114072	2022
Yumiya Y, Chimed-Ochir O, Taji A, Kishita E, Akahoshi K, Kondo H, Wakai A, Chishima K, Toyokuni Y, Koido Y, Tachikawa H, Takahashi S, Gomei S, Kawashima Y, Kubo T.	Prevalence of Mental Health Problems among Patients Treated by Emergency Medical Teams: Findings from J-SPEED Data Regarding the West Japan Heavy Rain 2018.	Int J Environ Res Public Health.	12;19(18):11454	doi: 10.3390/ijerph191811454	2022
Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T.	Changes in home visit utilization during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional web-based survey.	BMC Res Notes	7;15(1):238	doi: 10.1186/s13104-022-06128-7	2022

Shigemura J, Takahashi S, Kojima H, Sudano T, Kurosawa M.	Mental health consequences of individuals affected by the 2022 invasion of Ukraine: Target populations in Japanese mental healthcare settings.	Psychiatry Clin Neurosci.	76(7):342-343	doi: 10.1111/pcn.13369.	2022
Sodeyama N, Tachikawa H, Takahashi S, Aibama M, Haraguchi Y, Arai T.	The Mental Health of Long-Term Evacuees outside Fukushima Prefecture after the Great East Japan Earthquake.	Tohoku J Exp Med.	9;257(3):261-271	doi: 10.1620/tjem.	2022
Hamano J, Takahikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S, Masumoto S, Hosoi T, Arai T.	Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey	BMC Prim Care	26;23(1):129	doi: 10.1186/s12875-022-01745-4	2022
Kunii Y, Usukura H, Otsuka K, Maeda M, Yabe H, Takahashi S, Tachikawa H, Tomita H.	Lessons learned from psychosocial support and mental health surveys during the 10 years since the Great East Japan Earthquake: Establishing evidence-based disaster psychiatry	Psychiatry Clin Neurosci	76(6):212-221	doi: 10.1111/pcn.13339	2022
太刀川 弘和	災害精神医療の観点から	別冊医学のあゆみ 自殺の予防と危機・救急対応	51(9)	981-988	2022
翠川 晴彦, 太刀川 弘和	新型コロナウイルス感染症に関連する不安や恐怖	臨床精神医学	51(9)	981-988	2022
氏原 将奈, 太刀川 弘和	コロナ禍で戦う支援者の心理的支援—モラルの視点を踏まえて	地域保健	53(6)	30-33	2022
高橋 晶	さまざまな対応 災害時支援	精神科Resident	(2435-8762)3巻4号	Page282-283	2022
高橋 晶	多発する災害・コロナ禍において総合病院精神科に求められることと人材・リーダーシップ	総合病院精神医学	34巻4号	Page342-347	2022
高橋 晶	医療者への対応・リモート 総合病院での新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関わるこころのケア	精神療法	48巻4号	Page466-472	2022
高橋 晶	新型コロナウイルス感染症(COVID-19)蔓延下で高齢者に起きていることと認知症予防	総合病院精神医学	34巻2号	Page136-146	2022

図 1 災害想定 1：自都道府県発災

問 1

災害想定

- ・ 皆さんはA県に在住しています。
- ・ 昨日夕方より、A県で線状降水帯による大雨が降り続けており、気象庁は本日午後9時、A県に対して大雨特別警報を発表しました。
- ・ 上記を受けて、A県では本日午後10時に災害対策本部を立ち上げました。
- ・ 現在午後11時半です。EMISは1時間前に災害モードに切り替わりました。

→A県統括者・A県のDPAT担当者として、以下の「DPAT活動開始基準」を参考にしながらDPAT調整本部の立ち上げの検討を行い、課題となることを具体的に挙げてください。

図 2 災害想定 2：隣接した都道府県発災

問 2

災害想定

- ・ 皆さんはA県に在住しています。
- ・ 本日早朝、隣県であるB県に震度7の地震が発生し、EMISは災害モードに切り替わりました。
- ・ B県ではDPAT調整本部が立ち上がっており、複数の精神科病院が被災しているといった情報が入っています。
- ・ 同じブロック地域であるA県に対して、DPAT派遣要請をされています。
- ・ A県では本日昼よりDMAT調整本部が立ち上がりました。

→A県統括者・A県のDPAT担当者として、「DPAT活動開始基準」を参考にしながらDPAT調整本部の立ち上げの検討を行い、課題となることを具体的に挙げてください。

図 3 想定 3：終結基準における想定

問 3

現状想定

- ・ 現在、発災より約1か月が過ぎました。
- ・ A県外のDPATは活動を終了しています。
- ・ A県全ての精神科病院は通常通り業務を行っています。
- ・ 避難所の精神科医療対応は、心理士会や看護協会の下、A県精神保健福祉センターを中心として行われています。
- ・ DMATロジスティクスチームやJMAT、日赤医療班は、地域医療機関に引き継いでいく準備をしています。
- ・ 本日午後、保健医療調整本部の合同会議が行われる予定です。

→統括者・県のDPAT担当者として、以下の基準を参考にしながらDPAT調整本部の終了の検討を行い、課題となることを具体的に挙げてください。

図4 想定1を用いた立ち上げ基準（案）に対する意見

基準案に対して	自都道府県県の体制に対して
この想定であればDPAT調整本部を立ち上げるべき (複数意見)	自県のマニュアルは地震想定のみで、地震以外の想定はない (複数意見)
「大雨特別警報が出てすぐに」というのは被害が出るかどうかわからないため立ち上げづらい	本部立ち上げはハードルが高い はっきりと決まっていない
	スイッチを入れる人が決まっていない
	自県では実務者LINEグループがありそれで調整している
<その他の意見>	
未経験でどうしたらいいかわからない	
訓練をしたい DMAT調整本部が立ち上がると同時に立ち上げるべき	

図5 想定2を用いた立ち上げ基準（案）に対する意見

基準案に対して	自都道府県の体制に対して
この想定であればDPATも調整本部を立ち上げるべき (複数意見)	自県の体制も整っていないので、隣県への対応は厳しい 隊が少ないから無理
近隣県でDPAT調整本部が立ち上がったと同時に自県でも立ち上がるようにするべきだ	初動のマニュアルの共有を近隣県と出来ていない
特別警報ですぐに立上げは難しいのでは	
<その他の意見>	
近隣県DPATとの交流が無いので訓練をしていきたい	
DPAT事務局から言われたら考える 国からの依頼があればやる	

図6 想定3を用いた終結基準（案）に対する意見

基準案に対して	自都道府県の体制に対して
全て満たせば終了すべき (複数意見)	現在はマニュアルもないし検討もしていないので協議が必要
去り際は「いたら安心だから居続けてください」と言われることがよくあるからマニュアルは必要	職能団体とかと協定を結んでおくべきかもしれない
最初にDPAT関係者で合意を得てから県の災対本部にあげるといい	
基準のみで撤収は難しい	
<その他の意見>	
平時から精神医療が充実していないと長期化する 特に体制が脆弱な地域の撤収は段階的に行うべき	

表1 回答者の属性

		N人 (%)			
性別	男性	24 (54.5%)			
	女性	18 (40.9%)			
	無回答	2 (4.5%)			
	計	44 (100.0%)			
年齢	20代	7 (15.9%)			
	30代	12 (27.3%)			
	40代	8 (18.2%)			
	50代	12 (27.3%)			
	60代	3 (6.8%)			
	無回答	2 (4.5%)			
	計	44 (100.0%)			
所属機関	医療機関	5 (11.4%)			
	精神保健福祉センター	13 (29.5%)			
	都道府県庁	24 (54.5%)			
	無回答	2 (4.5%)			
	計	44 (100.0%)			
職種	医師	10 (22.7%)			
	看護師	0 (0.0%)			
	保健師	5 (11.4%)			
	事務職	21 (47.7%)			
	精神保健福祉士	1 (2.3%)			
	公認心理師	3 (6.8%)			
	その他	2 (4.5%)			
	無回答	2 (4.5%)			
	計	44 (100.0%)			
DPAT関連研修の参加回数	0回	1回	2回以上	計	
	DPAT先遣隊研修	41(93.2%)	3(6.8%)	0(0.0%)	44(100.0%)
	DPAT統括者・事務担当者研修	22(50.0%)	20(45.4%)	2(4.5%)	44(100.0%)
	都道府県DPAT研修	31(22.8%)	10(22.7%)	3(6.8%)	44(100.0%)
	大規模地震時医療活動訓練	43(97.7%)	0(0.0%)	1(2.2%)	44(100.0%)
DPATとしての災害時の活動回数	0回	1回	2回	3回	計
	36(81.8%)	7(15.9%)	0(0.0%)	1(2.2%)	44(100.0%)
DPAT以外での災害時の活動回数	0回	1回	2回	3回以上	計
	29(65.9%)	10(22.7%)	2(4.5%)	3(6.8%)	44(100.0%)

図7 DPAT活動開始基準案に対する回答

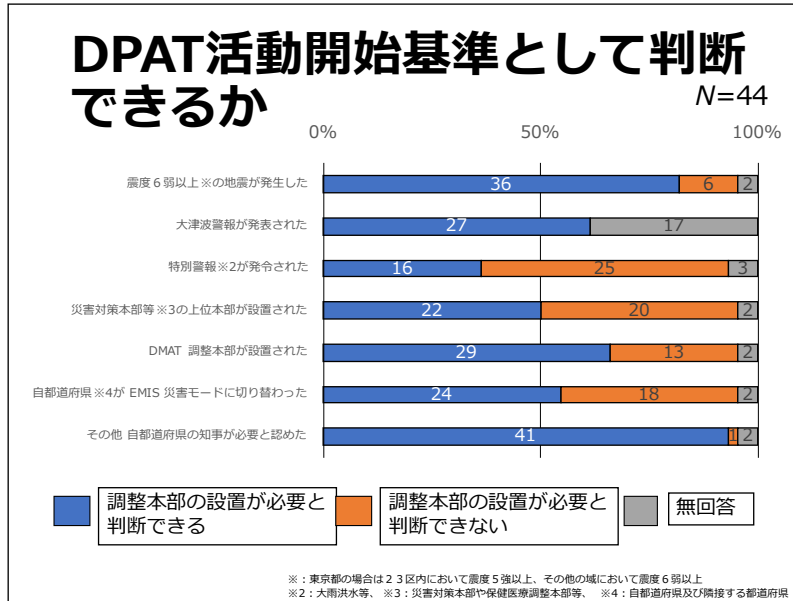


図8 特別警報が発令された場合活動開始できない理由（複数回答）

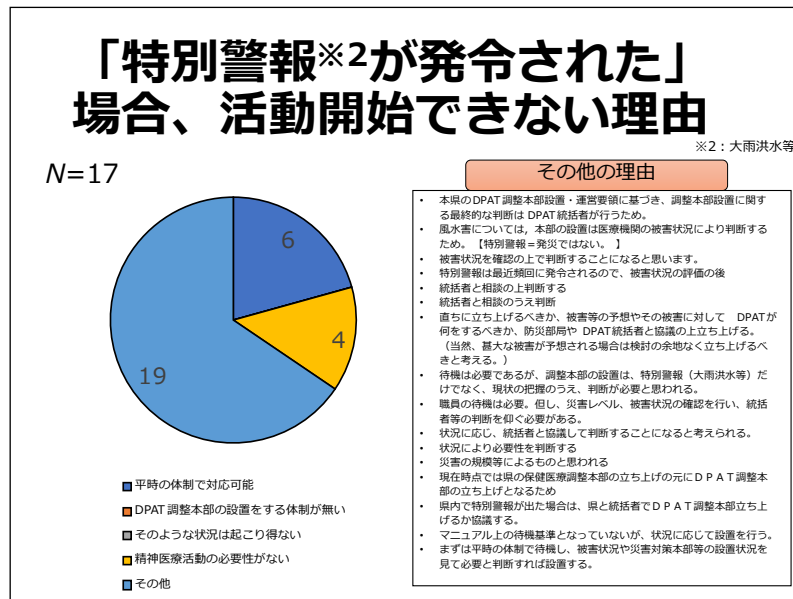


図9 災害対策等の上位本部が設置された場合活動できない理由

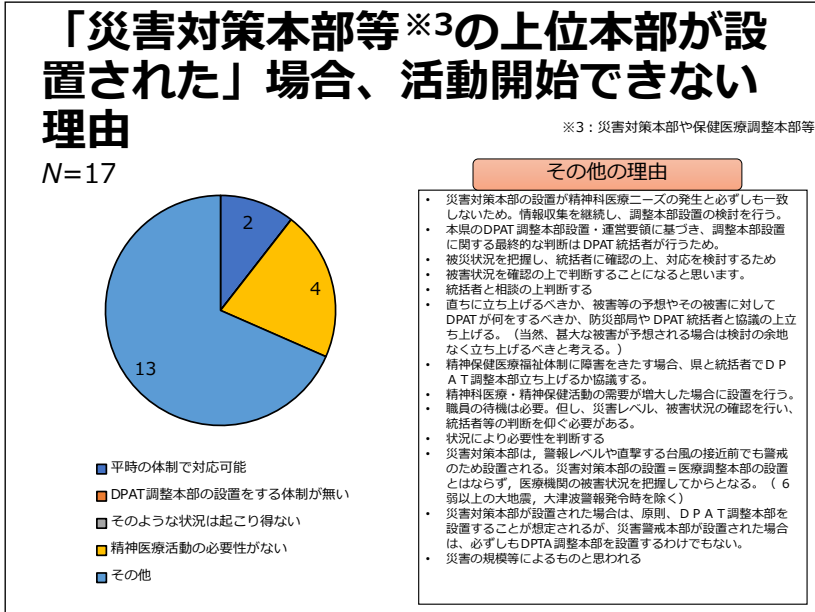


図10 DMAT調整本部が設置された場合活動開始できない理由

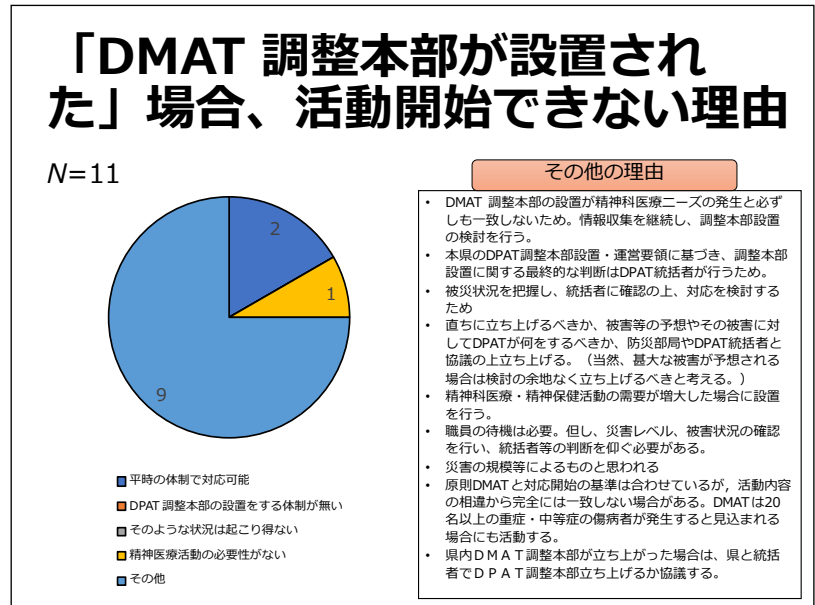


図 11 自都道府県等が EMIS 災害モードに切り替わった場合活動開始できない理由

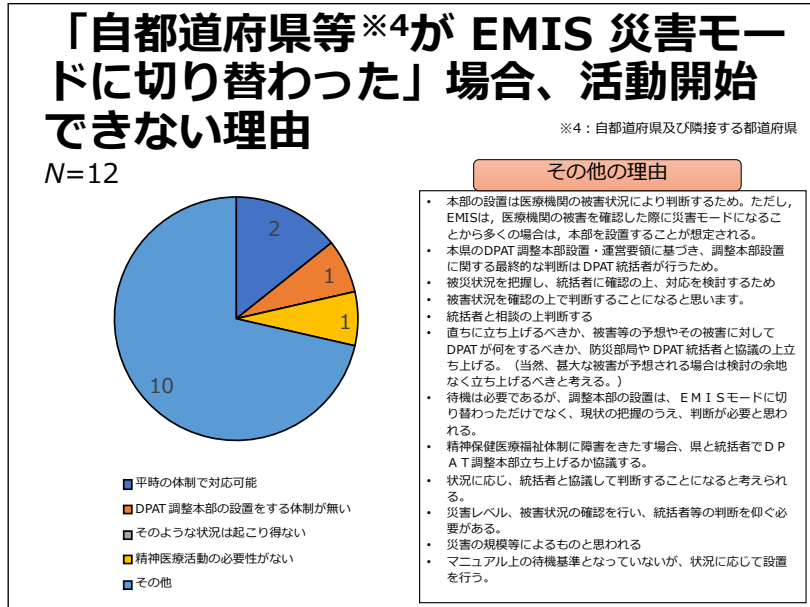
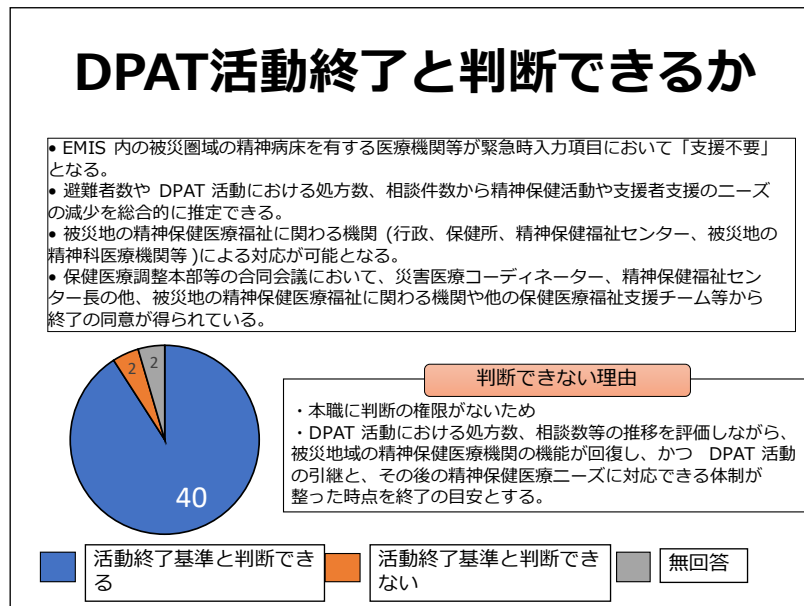


図 12 DPAT 活動終結基準案に対する回答



2. DPAT活動開始基準についてお尋ねします。以下のいずれの基準で、DPAT調整本部を立ち上げ、DPAT活動を開始しますか。

1) 自都道府県で、震度6弱以上（東京都の場合は23区内において震度5強以上、その他の域において震度6弱以上）の地震が発生した。

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

1-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きます。設置されない理由は以下の内どれですか。（複数回答可）

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

1-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

2) 自都道府県で大津波警報が発表された。

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

2-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きます。設置されない理由は以下の内どれですか。（複数回答可）

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

2-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

3) 自都道府県に特別警報（大雨洪水等）が発令された。

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

3-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きます。設置されない理由は以下の内どれですか。（複数回答可）

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

3-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

4) 自都道府県に災害対策本部や保健医療調整本部等の上位本部が設置された

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

4-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きます。設置されない理由は以下の内どれですか。（複数回答可）

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

4-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

5) 自都道府県に DMAT 調整本部が設置された

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

5-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きます。設置されない理由は以下の内どれですか。（複数回答可）

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

5-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

6) 自都道府県及び隣接する都道府県が EMIS 災害モードに切り替わった

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

（次ページへ続く）

6-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きします。設置されない理由は以下の内どれですか。(複数回答可)

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

6-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

7) その他 自都道府県の知事が必要と認めた

- 調整本部の設置が必要と判断できる 調整本部の設置が必要と判断できない

7-1) 調整本部を設置しないと回答された方にお聞きします。設置されない理由は以下の内どれですか。(複数回答可)

- 平時の体制で対応可能 DPAT調整本部の設置をする体制が無い そのような状況は起こり得ない
- 精神医療活動の必要性がない その他

7-2) その他を選んだ方は、その内容を以下に記載してください。

3. DPAT活動終了基準についてお尋ねします。

以下のすべての基準を満たすことでDPAT調整本部を撤収し、DPAT活動を終結することができますか。

- EMIS内の被災圏域の精神病床を有する医療機関等が緊急時入力項目において「支援不要」となる。
- 避難者数やDPAT活動における処方数、相談件数から精神保健活動や支援者支援のニーズの減少を総合的に推定できる。
- 被災地の精神保健医療福祉に関わる機関(行政、保健所、精神保健福祉センター、被災地の精神科医療機関等)による対応が可能となる。
- 保健医療調整本部等の合同会議において、災害医療コーディネーター、精神保健福祉センター長の他、被災地の精神保健医療福祉に関わる機関や他の保健医療福祉支援チーム等から終了の同意が得られている。

- 活動終了判断基準とできる 活動終了判断基準とできない

1) 活動終了判断基準とできないと回答された場合、その理由。

以上でアンケートは終了となります。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

資料3-1



厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
災害派遣精神医療チーム(DPAT)と地域精神保健システムの連携手法に関する研究



厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
災害派遣精神医療チーム(DPAT)と地域精神保健システムの連携手法に関する研究

表1

表2. 災害支援時期における各組織の動きの全体像

	準備期 (Preparedness) (ステージ0: 発災前)	立ち上げ期 (Activation) (ステージ1: 発災から概ね3日後まで)	活動期 (Operations) (ステージ2: 概ね発災4日後から3週間目まで)	移行期 (Transition) (ステージ3: 概ね発災3週間から1か月目まで)	中期 (MidTime) (ステージ4: 概ね2か月目以降)	長期 (Longterm) (ステージ5: 概ね1年以降)
都道府県 主管課 (主に精神 保健福祉 担当課)	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県地域防災計画への保健医療調整本部、DHEAT等外部支援団体(DPATを含む)の位置づけ 都道府県等の平時における精神保健医療福祉体制の課題を整理 DPAT派遣一支援を受ける体制についての会議の開催 都道府県DPAT研修会の企画、運営 保健医療調整本部の構成員としての体制整備 地域防災計画より想定される災害の規模や被害状況の把握 都道府県等DPAT活動マニュアルの策定 広域災害医療情報システム(EMIS)入力等の訓練 災害医療コーディネーターの確認 市町村へのDPATの周知 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県災害対策本部、保健医療調整本部の立ち上げ 保健医療調整本部と地域保健医療調整本部(保健所)との連携体制の構築 災害医療コーディネーターや外部支援団体との連携体制の構築 被災状況の確認と情報の共有化(保健医療調整本部、外部支援団体) 外部支援団体(DPATを含む)の派遣要請 DPATを含む外部支援団体の派遣調整 DPAT調整本部、活動拠点本部の立ち上げ 	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療調整本部と地域保健医療調整本部(保健所)との連携体制による活動 外部支援団体の派遣調整(都道府県等DPATを含む) 地域保健医療調整本部との情報の共有化、連携 他都道府県の担当課との調整 精神保健福祉センターと連携 精神保健医療福祉の状況について情報発信(地域、関係機関との共有化) 	<ul style="list-style-type: none"> 移行時期の検討 撤収プランの計画 撤収会議体の主催 中期、長期に行う支援活動内容の計画 	<ul style="list-style-type: none"> 中期、長期に行う支援活動内容の計画 	<ul style="list-style-type: none"> 平時の業務への移行 フォローアップ事業の把握 災害関連の精神保健案件をデータ化 災害対応のまとめ、報告
精神 保健福祉 センター	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県等の平時における精神保健医療福祉体制の課題を整理 DPAT統括研修、訓練を受講 DPAT等外部支援を受けるための方法を計画(災害時のメンタルヘルスについての研修を行い支援者のスキルアップを図る等) 災害時の精神保健医療福祉に関する研修(災害時の精神保健医療対策やメンタルヘルスに関する全体的な研修等) 	<ul style="list-style-type: none"> DPAT調整本部、活動拠点本部の立ち上げもしくは支援 DPAT統括として保健医療調整本部との連携確認 精神科医療機関の被災状況のとりまとめ 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県主管課(主に精神保健福祉担当課)と連携 調整本部の支援や都道府県内の精神保健医療の被災状況に関する情報収集 被災住民へのこころの相談電話の開設、こころのケアのリーフレット等資料の提供や普及啓発活動の展開 支援者支援 	<ul style="list-style-type: none"> 移行時期の検討 撤収会議体への参加 撤収プランの計画 支援者支援 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉に関する相談、助言 被災者支援に関する統括 支援者支援 支援者スキルアップのための研修 被災者支援に関する統括 被災地における現状を把握 	<ul style="list-style-type: none"> 平時の業務への移行 精神保健福祉に関する相談・助言 支援者支援 被災者支援に関する統括 被災地における現状を把握
保健所	<ul style="list-style-type: none"> 保健所管内(あるいは2次医療圏内)における平時の精神保健医療福祉体制の課題を整理 精神障害者台帳、相談記録票、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律事務処理要領等の整備 DPATを含む外部支援団体の支援を受け入れる体制の整備・訓練。それらを含めた有事の体制の整備 保健所管内(あるいは2次医療圏内)の市町村や医療機関等関係機関とのネットワーク整備、強化 関係機関との連携、連絡会議の開催 市町村、医師会を含む関係機関団体との教育研修及び訓練 保健所管内(あるいは2次医療圏内)の、精神保健福祉支援体制の課題を整理 管内のDPATのない精神科病院と、DPATのある精神科病院との訓練 PFA(Psychological First Aid)の理解と普及 精神障害者自身が自分自身を守る力を向上させる働きかけ 地域防災計画の確認 保健所の災害時精神医療供給体制の確認 所内における各担当の役割分担の明確化 住民に対する災害時のメンタルヘルス知識の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 庁舎参集(庁舎の被災状況確認、職員の安否確認) 地域の保健医療活動の拠点(地域保健医療調整本部)の設置 地域災害医療連絡調整会議との連携 市町村の医療救護活動、避難所運営支援 被災状況、精神保健ニーズ、市町村の活動状況の把握 医療機関の状況把握 情報収集、発信、共有の仕組みの確立 管内市町村や精神科医療機関等の被災状況の確認 措置入院患者の状況把握、対応 DHEATの支援を受けて外部支援団体(DPATを含む)の受け入れ調整 人的支援の要請及び調整 避難所住民に係る情報収集 医療機関の被災状況の情報収集 必要に応じた圏域内の精神科病院の転院調整 	<ul style="list-style-type: none"> 被災状況、精神保健医療ニーズの把握 都道府県保健医療調整本部、市町村、DPATを含む外部支援団体の活動の調整や支援(情報共有化、活動支援) DPAT調整本部へのDPAT派遣要請報告 DPAT活動のコーディネート 支援者支援 市町村の関連団体の活動状況の把握 精神障害者の治療継続支援 精神科救急の当番病院の再調整 措置入院対応 アルコール依存症者への断酒継続支援 被災状況、精神保健医療ニーズの把握と対応 住民に対するこころの健康に係る普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 移行時期の検討 撤収プランの計画 撤収会議体への参加 地域保健医療福祉体制のアセスメント 支援者支援 医療機関の再稼働状況の確認 こころのケアの応援体制の検討 管内関係機関との連携(連絡会議等の開催等) 精神科医療機関や精神保健福祉施設等の復旧状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップ体制の確立 災害時の診療記録の管理と保存 支援者支援 管内市町村でのこころのケア状況把握及び支援計画 平時の業務の再開及び再構築 DPAT支援終了の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 平時の業務への移行 災害関連の精神保健案件への対応についての市町村担当課への支援 支援者支援 中長期的な対応が必要となる地域課題の抽出とその対応策の検討
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 災害メンタルヘルスについての理解 地域防災計画へのDPATの記載 災害派遣に関わる域内精神科病院との共同訓練を検討する 外部支援チームの派遣依頼、支援受け入れに関する方法を計画 研修等に参加し、こころのケアについての知識と技術の取得 住民に対する災害時のメンタルヘルス知識の普及啓発 避難行動要支援者台帳の整理 	<ul style="list-style-type: none"> 庁舎参集(庁舎の被災状況確認、職員の安否確認) 市町村災害対策本部の立ち上げ 地域保健医療調整本部との連携体制の構築 避難所及び医療救護所の設置 障害者施設、医療関係施設等の被災状況の情報収集 外部支援団体(DPATを含む)の受け入れ調整は保健所と協議 医療救護所、避難所の設置・運営の開始 	<ul style="list-style-type: none"> 避難所の管理、運営 支援ニーズの把握 保健所、精神保健福祉センターと連携 他の支援チームとの調整 避難所の健康相談及びメンタルヘルス不調者のスクリーニングの実施 精神障害者、独居高齢者、生活困窮者の現状把握 DPATの必要性の検討、保健所への派遣要請 住民に対するこころの健康の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> 移行時期の検討 撤収プランの計画 避難所縮小計画 避難所数、避難人数、支援ニーズのアセスメント 仮設住宅の巡回相談及び仮設住宅サロンなどの交流の場の提供 	<ul style="list-style-type: none"> DPATから連携を受けたケースのフォローアップ 平時の業務の再開及び再構築 DPAT支援終了の検討 障害者、独居高齢者、母子、児童等へのアウトリーチ活動 	<ul style="list-style-type: none"> 平時の業務への移行 災害関連の精神保健案件への対応 DPAT活動以降の要長期支援ケースのフォローアップ 精神保健福祉の補完 アウトリーチチームを発足し支援活動を継続 被災者の精神保健福祉ニーズに関する調査
DPAT	<ul style="list-style-type: none"> 隊員のトレーニング(統括者・都道府県等担当者研修会、先遣隊研修会等) 都道府県等、精神科医療機関の情報集約 都道府県等の平時の精神保健医療体制の課題を整理 DPAT都道府県調整本部、DPAT活動拠点本部の設置について検討 本部、隊の資器材の確保 	<ul style="list-style-type: none"> DPAT調整本部、活動拠点本部の立ち上げ支援 都道府県主管課(主に精神保健福祉担当課)と連携開始 精神科医療機関の被災情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> 活動拠点本部にて担当者に挨拶 当日の活動内容について避難所の担当者や保健師に確認 被災地での精神科医療の提供(トリートメント:診察、処方) 被災地での精神医療活動(トリアージ、ケースワーク) 被災した医療機関への専門的支援(個別搬送や病院避難への対応) 	<ul style="list-style-type: none"> 移行時期の検討 撤収プランの計画 支援ニーズのアセスメント 支援者支援に関する助言 	<ul style="list-style-type: none"> カルテの情報共有、申し送り、電子診療記録等のデータ引き継ぎ、患者の引き渡し 被災地域の支援者に対して、支援活動と事例についての検討や連携を段階的に行う 現地のニーズに合わせて終結後のフォローアップ体制も検討 支援者支援に関する助言 	<ul style="list-style-type: none"> 被災地から依頼があれば助言を行う 支援者支援に関する助言 災害対応のレビューと教訓化
その他	<ul style="list-style-type: none"> 災害拠点病院:活動拠点本部の設置に協力 精神科病院協会:精神科病院被災状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> DMAT、JMAT、JRAT、日赤、DHEAT、その他の職能団体 	<ul style="list-style-type: none"> DHEAT、日赤、その他の職能団体 	<ul style="list-style-type: none"> 地域精神医療機関:DPAT対応患者の対応・連携 	<ul style="list-style-type: none"> こころのケアセンター、地域支え合いセンター 	

表2 DPAT活動開始基準(最終案)

下記のいずれかの状況が生じた場合、DPAT活動調整本部を設置し活動を開始することが望ましい。

- 自都道府県で、震度6弱以上(東京都の場合は23区内において震度5強以上、その他の地域において震度6弱以上)の地震が発生した。
- 自都道府県で大津波警報が発表された。
- 自都道府県に特別警報(大雨洪水等)が発令された。
- 自都道府県に災害対策本部や保健医療調整本部等の上位本部が設置された。
- 自都道府県にDMAT調整本部が設置された。
- 隣接する都道府県がEMIS災害モードに切り替わった。
- その他 自都道府県の知事が必要と認めた。

表3 DPAT活動終了基準(最終案)

下記の全ての条件を踏まえ、DPAT活動の引継ぎ先を明確に決定し、DPAT活動の終結並びに調整本部撤収を検討すること。

- EMIS内の被災圏域の精神病床を有する医療機関等が緊急時入力項目において「支援不要」となる。
- 避難者数やDPAT活動における処方数、相談件数から精神保健活動や支援者支援のニーズの減少を総合的に推定できる*。
- 被災地の精神保健医療福祉に関わる機関(行政、保健所、精神保健福祉センター、被災地の精神科医療機関等)による対応が可能となる。
- 保健医療調整本部等の合同会議において、災害医療コーディネーター、精神保健福祉センター長その他、被災地の精神保健医療福祉に関わる機関や他の保健医療福祉支援チーム等から終了の同意が得られている**。

*なお、以下の予測式は終了日推定の参考となる。

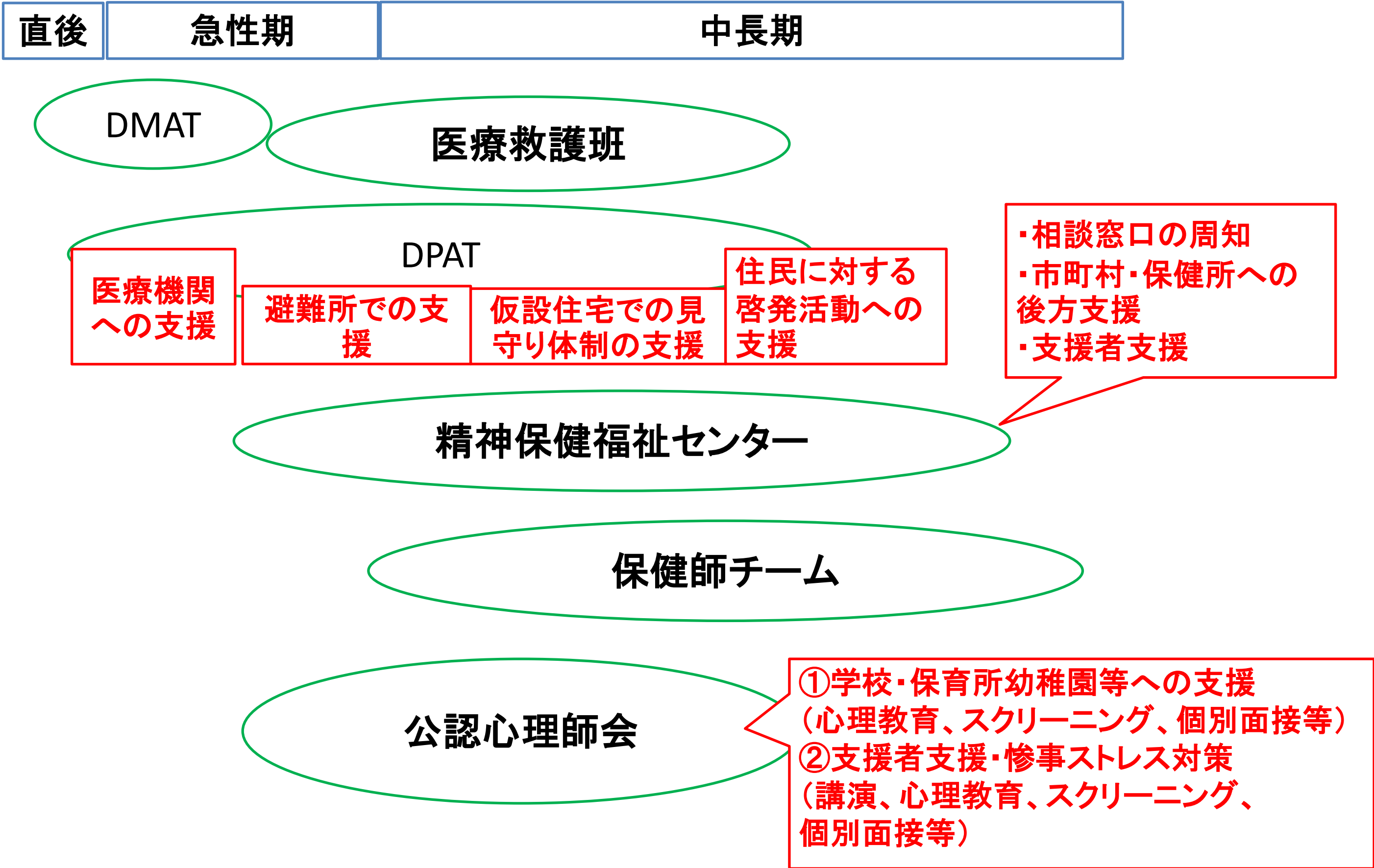
厚労科研 保健医療活動チームの活動日数予測式¹⁾

$$y = 0.0002x + 29.797 \quad (y: \text{活動日数}, x: \text{最大避難者数})$$

** 合同会議参加者については、各自治体の判断に応じて当該災害対応を行っている機関やチーム等を収集すること。

1) Sho Takahashi, "Acute Mental Health Needs Duration during Major Disasters: A Phenomenological Experience of Disaster Psychiatric Assistance Teams (DPATs) in Japan" International journal of environmental research and public health/17(5), 2020-04

図1 災害時の精神保健に関する外部支援





精神保健医療版 災害診療記録/J-SPEED簡易ユーザーガイド

DPAT等精神保健医療支援活動を行う救護班各位

1. 避難所等での被災者救護における診療情報管理の手順

- **【記録】（医師）**が災害診療記録2018（[一般診療版](#) + [精神保健医療版](#)）を記載
（目的）継続診療の実現

災害診療記録（一般診療版/精神保健医療版）を派遣元から持参（医師が記載）
 夜間保管場所は最寄り調整本部の指示に従う（本部に持ち帰り引継ぐ等）
 可能な限り一般診療版との一体管理を目指して診療情報の分散を防ぐ。

- **【報告】（ロジ）**がJ-SPEED+スマホアプリに入力し本部報告
（目的）診療実績の即日可視化による本部指揮支援
 ロジはスマホアプリを予めインストールして出動（[操作手順書](#) ←動画リンクあり）
 診療地点（避難所等）ごとにJ-SPEEDデータを入力
 また活動状況の共有や安全確認等のためにチームクロノロジーを適宜入力

*追加症候群（災害毎に設定）（○月○日現在-項目は調整本部が指定）

58 未設定

59 未設定

60 未設定

*J-SPEED電子システム[J-SPEED+]アクセス情報

スマホライセンスナンバー：

○○○○○○○（訓練時は右記利用→[Alljapan](#)（半角英字））

ウェブサイト（本部用）（災害モードのみ） ※取り扱い注意

<https://www.jspeedplus.net/ma/>

ID ○○○○○○ PW ○○○○○○

2. 活用のポイント

- 医師は災害診療記録に記載後、J-SPEED項目の“当てはまるもの全て”に☑
- ☑を打てば打つほど、調整本部においては精神保健医療活動が可視化される。☑は支援実績であり、☑しないと精神保健医療の支援活動が実績として見えなくなってしまう。J-SPEEDでは現場実務的な判断☑が許容される。災害関連性など含めて積極的に☑し、全災害医療関係者から見える化することが重要。
- J-SPEEDはカルテ（災害診療記録）を作成した対象について☑入力するのが原則
- 一般診療版は、性別・健康事象・医療フォロー要否・災害関連性に必ず☑が入る（症例ごとに少なくとも4つの☑が発生）
- 追加症候群は災害の特性に応じて調整本部が設定
- 精神保健医療版☑3番__支援者は、行政職員等支援者を支援をした場合に☑
- 患者の同日再受診があれば二回ともカウント（必要とされた医療資源総量を計測）
- 2つの避難所を巡回診療した場合は、各避難所毎にそれぞれ入力
- 特記事項には、個人情報配慮した上で可能な限り詳細に記載
- 隊員の健康チェックも忘れず入力（長期間の支援では特に重要）
- 最新の対応指針（追加症候群の設定等）は[J-SPEED情報提供サイト](#)で入手

J-SPEED 精神版 英語表記例

Disaster Medical Record (Mental Health Edition) J-		Date of consultation
Please check all that apply		XXXXXX year XXXX month XXXX day
Age	<input type="checkbox"/> 0 years old <input type="checkbox"/> 1-14 years old <input type="checkbox"/> 15-64	Name of Consultant
Gender	1 <input type="checkbox"/> Male	
	2 <input type="checkbox"/> Female	
Attribute	3 <input type="checkbox"/> Supporter	Date of birth
Responded to Location	4 <input type="checkbox"/> Shelter	Address
	5 <input type="checkbox"/> Hospitals and first aid centers	
	6 <input type="checkbox"/> Home	
	7 <input type="checkbox"/> Other locations	Name of shelter/rescue center
Mental health		Telephone number
Complaint of the person	8 <input type="checkbox"/> Cannot sleep	Pre-existing mental illness
	9 <input type="checkbox"/> I am anxious	<input type="checkbox"/> Yes
	10 <input type="checkbox"/> Disasters come to mind.	Name of medication
	11 <input type="checkbox"/> I'm depressed.	
	12 <input type="checkbox"/> I feel sick.	Life History
	13 <input type="checkbox"/> I feel like dying	
	14 <input type="checkbox"/> I am being victimized by people	
	15 <input type="checkbox"/> I have memory loss	
	16 <input type="checkbox"/> Other	
Behavioral problems	17 <input type="checkbox"/> Difficulty in understanding what you are saying	
	18 <input type="checkbox"/> Angry person	
	19 <input type="checkbox"/> Excited	
	20 <input type="checkbox"/>	
	21 <input type="checkbox"/> Unresponsive	
	22 <input type="checkbox"/> Wandering	
	23 <input type="checkbox"/> Self-harming	
	24 <input type="checkbox"/> Attempting suicide	
	25 <input type="checkbox"/> Is verbally abusive or violent	
	26 <input type="checkbox"/> Cannot quit drinking alcohol	
	27 <input type="checkbox"/> Other	
ICD Classification	28 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Death or missing family/friends
	29 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Injuries
	30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Damage to or flooding of house
	31 <input type="checkbox"/>	Family members <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> None
	32 <input type="checkbox"/>	Current medical history
	33 <input type="checkbox"/>	
	34 <input type="checkbox"/>	
	35 <input type="checkbox"/>	
	36 <input type="checkbox"/>	
	37 <input type="checkbox"/>	
	38 <input type="checkbox"/>	
	39 <input type="checkbox"/>	present illness
Support needed	40 <input type="checkbox"/> Psychiatric treatment	
	41 <input type="checkbox"/> Physical Medicine	
	42 <input type="checkbox"/> Health and welfare care	
	43 <input type="checkbox"/> Community, workplace, home, etc.	
Response	44 <input type="checkbox"/> Prescription	Response, Psychiatric urgency Yes/No
	45 <input type="checkbox"/> Hospitalization/residential care	
	46 <input type="checkbox"/> Referral to local health care facilities	
	47 <input type="checkbox"/> Listening, advice, etc.	
Outcome	48 <input type="checkbox"/> Continuation of support	
	49 <input type="checkbox"/> Termination of support	
	50 <input type="checkbox"/> Directly related	
	51 <input type="checkbox"/> Indirectly related	
	52 <input type="checkbox"/> No relation	

質問1

【つなぎマップ入力フォーム】

- 1) 組織・団体名 全角 漢字、かな、カタカナ、アルファベット
母団体がある場合はその組織名 (例えば こころのケア 日本赤十字社)
フリガナ
- 2) 担当者/報告者名 全角 漢字、かな、カタカナ、アルファベット
フリガナ
- 3) 連絡先 電話 メールアドレス 半角
- 4) メンバー人数
数字
- 5) メンバー構成 チェックボックス
 医療従事者
 医師 看護師 心理士 SW PT,OT 事務職 その他
 非医療従事者
 行政職員 保健師 ボランティア その他
- 6) 支援対象
 要配慮者
 それ以外の人々
- 7) 活動領域 クラスター分類 11項目から選択 (複数選択可)
 輸送 栄養 食料確保 避難所 仮設住宅運営
 保健 保護 通信 早期復旧 教育 水と衛生

注)

輸送 : 大量のものや人を運ぶ仕組みです。クロネコヤマトや、飛行機会社やJR、日本郵政など。

栄養・食料確保 : 食料確保はその国の主食を、非常に大人数に対して確保する領域です。栄養は、必要なカロリーがとれているのか、必要な栄養素がとれているのか支援する領域です。子どものミルクなどの支援も、栄養の領域が担当します。

避難所・仮設住宅運営 : もともと英語では避難所は「Shelter (一時避難所)」、仮設住宅運営「Camp Management (難民キャンプ運営)」と記載されていますが、日本人に馴染みやすい言葉に書き換えています。

保健 : 医療・保健・福祉・公衆衛生すべて含まれます。

保護 : 災害が起きて、起きたあとでも、被災された方たちの身体的、心理的、社会的、宗教的、政治的なあらゆる被害から保護される権利を持っています。消防や警察なども含まれます。

通信 : あらゆる通信手段の再構築やより良いシステムの構築。

早期復旧 : 電気やガスなど、普段生活するときに欠かせないインフラストラクチャーを指します。

教育 : 日本では、避難所に学校が指定されていることが多く、避難所が開設されているあいだ、子どもの学ぶ権利、遊ぶ権利が著しく損なわれてしまいます。心理的応急処置 (PFA) の視点でも、この教育は大事な領域です。子ども広場 (Child Friendly Space) は、子どもにとって遊び場ともに学びの場を確保する大事な支援になります。

水と衛生 : 日本では飲水と生活用水の区別がありません。日本は、インフラストラクチャーでトイレに上水道が通っていて、飲水でおしりを毎回ウォシュレットで洗っているのは日本くらいです。他の国の人々が感激して自国に持って帰ってもウォシュレットが使えないことが多いです。し尿処理・排泄物処理も含まれます。

注) こころのかまえ 香田、原田 2020 より引用

- 8) 活動場所
記載orチェックボックス
 避難所
 仮設住宅
 各戸訪問
 救護所
 保健所
 医療施設
 その他 → 記載

- 9) 活動期間
西暦 20××.×.×～20××.×.×

- 10) 活動の受益者数を教えてください。
記載

- 11) (活動に際してMHPSSサポートの有無)
支援活動を行うにあたり精神・心理の専門家が関わりましたか。
イエス → 11).1 11).2

- 11).1 専門家はどのような方ですか 複数選択可
 精神科医師
 精神科以外の医師
 精神科看護師
 精神科以外の看護師
 心理士
 精神保健福祉士 PSW

- 11).2 その専門家は支援のどの時期に関わりましたか
 計画時
 実施時
 実施後

質問2 4Wsコーディング用

<災害の影響を受けた地域を対象とした支援活動についての質問>

1. 被災地域への情報提供

1.1 被害状況、救援活動、生活支援（罹災証明、被災者生活再建支援制度、弔慰金等も含まれるか？）に関する情報提供をしましたか。

※例えば、組織や団体等によるちらし配布、
テレビ、新聞、ラジオによる情報発信
SNS、Webサイト、ホームページなどによる情報発信など。

イエスにチェック → レベル1へ振り分け

1.2 精神保健・心理社会的支援に対する啓発活動をしましたか。

※例えば、ストレス対処法などの情報提供や利用できる精神保健サービス・心理社会的支援（精保センターから発出される災害時のこころのケアに関するリーフレット等）に関するメッセージなど。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

1.3 その他 上記の情報提供を特定の人々に向けて行いましたか。

特定の人々： 災害時要配慮者（高齢者、乳幼児妊産婦、障害を持つ人、外国人等）

イエスにチェック → レベル3に振り分け

2. 被災地域の人たちの主体的な活動

2.1 地域が主導で行う緊急支援活動へ協力をしましたか。

※例えば被災地域の組織（消防、警察、医療救護班、自治体、市民団体など）が主導して行う支援活動に対して計画段階から協力、支援。

イエスにチェック → レベル1に振り分け

2.2 地域の方々が参加する支援調整会議などの場を作ることへ協力をしましたか。

※例えば緊急事態に対応するための議論、問題解決、および活動計画策定をするための会議体づくり等への協力。

イエスにチェック → レベル1に振り分け

3. 地域および家庭支援の強化

3.1. 地域が主体・中心となって行う社会的支援活動へ協力をしましたか。

※例えば、被災地域の住民が自主的に始めた炊き出し、がれき処理や屋内の片付け、高齢者の給水支援、子どもの預かりなどの社会的支援活動へのサポート。

イエスにチェック → 3.1.1の質問へ

3.1.1 在宅避難、車中泊、仮設住宅等で孤立した人々に対する参加を促しましたか。

イエスにチェック → レベル3に振り分け

イエスにチェックなし → レベル2に振り分け

3.2. 育児支援や家庭支援を強化するための活動を行いましたか。

※例えば、離れ離れになった親子の再会支援、代替ケアの支援、健康管理支援、授乳・アレルギー食など栄養支援、入浴・沐浴サポート、家事サポート、育児相談、育児交流、父子家庭支援、避難所巡回相談など。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

3.3. 災害時要配慮者（傷病者、妊産婦、高齢者、乳幼児、日本語を母国語としない人、障害を持つ人）に対する地域支援の調整をしましたか。

※例えば、要配慮者のニーズに対応するための避難所運営サポート。医療支援活動であれば、JRAT（日本語）、透析ネットワーク、帝人酸素などによるサポートなど。

イエスにチェック → レベル3に振り分け

3.4. 予め内容・場所・時間が設定された健康・生活の支援活動を行いましたか。

※例えば、住民参加のラジオ体操、ノルディックウォークなどの活動支援。移動手段がなくなった被災者への車やバスの手配。若者に対するリスク（アルコール、たばこ、薬物等）軽減のためのグループ活動支援など

イエスにチェック → レベル2に振り分け

3.5. 予め内容・場所・時間が設定された娯楽活動や創造的な活動を行いましたか

※例えば、芸術活動（音楽コンサート、アートや楽器、演劇ワークショップ、郷土芸能など）、ものづくりなどの共同活動、被災地の課題解決のための交流会など。

4.1のチャイルド・フレンドリー・スペース（キッズ・スペース）は含みません。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

3.6. 乳幼児期の子どもの発達支援（0～8歳）

※例えば、音楽に合わせた歌やリズム遊び、言葉遊び、積み木や工作活動、読み聞かせ、体操など、心身の健全な発達を支えるための発達段階に合わせた遊びや学びの支援。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

3.7. 祭りなど地域に根ざした伝統的な活動や行事を地域の人々が円滑に行えるように支援しましたか。

※例えば、地域伝統の祭り、盆踊り、花火大会等の行事。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

4. 安全な場の提供

4.1 チャイルド・フレンドリー・スペースを開設・運営しましたか。

※例えば、子ども・子育て支援団体などが避難所の一角などで子どもが安心して安全に遊べる場所を支援。「キッズスペース」や「こどもひろば」、「子どもにやさしい空間」など呼び名は多様。

イエスにチェック → レベル3に振り分け

4.2 その他安全の場を提供する活動を行いましたか。

※例えば、日本語を母国語としない方、妊産婦、障害を持つ方、ペットを持つ方への安全な場所提供など。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

5. 教育分野における心理社会的支援

5.1 学校/学習の場における教師/その他のスタッフに対する心理社会的支援を行いましたか。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

5.2 学校/学習の場における子どものクラス/グループへの心理社会的支援を行いましたか。

イエスにチェック → 5.2.1へジャンプ

5.2.1

5.2.1.1 緊急支援スクールカウンセラーによる巡回や相談などを行いましたか。

イエスにチェック → レベル3に振り分け

5.2.1.2 小中高校生を対象としてストレス対処や「心のサポート授業」などを行いましたか。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

5.3 学習支援、復学支援、学用品支援、課外活動支援などを行いましたか。

イエスにチェック → レベル1に振り分け

6. 様々な側面から適切な社会的・心理社会的配慮を取り入れるための支援

6.1 支援組織や支援者に対して、その活動プログラムにおける社会的・心理社会的配慮に関するオリエンテーションや啓発を行いましたか。

※例えば、個人や組織を対象とした支援者支援、「こころのケア」に関するセミナーやオリエンテーション、リーフレット配布による啓発活動。

イエスにチェック → レベル1に振り分け

<災害の影響を受けた人々を対象とした支援活動についての質問>

7. (個人に焦点をあてた) 心理社会的支援活動

7.1 心理的応急処置 (Psychological First Aid : PFA) を用いましたか。

イエスにチェック → 7.1.1へジャンプ

7.1.1

7.1.1.1 地域社会全体に対して行いましたか。

イエスにチェック → レベル3に振り分け

7.1.1.2 特別なニーズのある方に個人的に行いましたか。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

7.2 脆弱な個人・家族に対して、保健医療サービス、生計支援、地域資源など地域の支援サービスに結びつけ、支援が提供されているかどうかの確認をしましたか。

※例えば、民生委員、保健師、ソーシャルワーカーなどによる巡回相談や、それら支援のサポートなど。

イエスにチェック → レベル2に振り分け

8. 心理的介入

8.1 個人に対する基本的な相談を行いましたか
イエスにチェック → 8.1.1へジャンプ

8.1.1 予め時間・場所を指定した相談ですか
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3振り分け

8.2 グループ・家族に対する基本的な相談を行いましたか
イエスにチェック → 8.2.1へジャンプ

8.2.1 予め時間・場所を指定した相談ですか
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3に振り分け

8.3 アルコール・薬物使用問題への介入をしましたか
イエスにチェック → 8.3.1へジャンプ

8.3.1 予め時間・場所を指定した活動ですか
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3に振り分け

8.4 心理療法を行いましたか
イエスにチェック → 8.4.1へジャンプ

8.4.1 予め時間・場所を指定した活動ですか
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3に振り分け

8.5 個人・グループに対する心理的デブリーフィングを行いましたか
イエスにチェック → 8.5.1へジャンプ

8.5.1 予め時間・場所を指定した活動ですか
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3に振り分け

8.6 そのほかの心理的介入を行いましたか
イエスにチェック → 8.6.1へジャンプ

8.6.1 予め時間・場所を指定した活動ですか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け
チェックなし → レベル3に振り分け

9. 精神保健を専門としない保健医療従事者（プライマリ・ヘルスケア、術後病棟担当者など）による精神疾患に対する臨床的支援活動

9.1 精神保健を専門としない保健医療従事者が、精神疾患に対して薬物を用いない支援活動を行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

イエスの場合

9.1.1 あてはまる活動内容にチェックしてください。

1. (個人に焦点を当てた) 心理社会的支援活動

心理的応急処置 (Psychological First Aid : PFA)

脆弱な個人/家族を地域の支援サービス (例えば保健医療サービス、生計支援、地域資源など) に結びつけ、支援が提供されているかどうかを確認。

※例えば、民生委員、保健師、ソーシャルワーカーなどによる巡回相談や、それら支援のサポートなど。

その他の活動

2.心理的介入

- 個人に対する基本的な相談
- グループ・家族に対する基本的な相談
- アルコール/物質使用問題への介入
- 心理療法
- 個人・グループに対する心理的デブリーフィング
- その他の介入

活動の具体的な内容（回答を入力）

9.2. 精神保健を専門としない保健医療従事者が、精神疾患に対して薬物を用いた支援活動を行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

9.3. 地域の保健医療従事者が、精神疾患を有する人々を認識し、専門家につなぎ、治療継続の見守りを行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

10. 精神保健を専門とする保健医療従事者（プライマリ・ヘルスケアや一般保健ケア施設、精神保健ケア施設等で働く精神科医、精神科看護師、心理士など）による精神疾患に対する支援・管理

10.1. 精神保健を専門とする保健医療従事者が、精神疾患に対して薬剤を用いない支援活動を行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

イエスの場合

10.1.1あてはまる活動内容にチェックしてください。

1.（個人に焦点をあてた）心理社会的支援活動

- 心理的応急処置（Psychological First Aid：PFA）
- 脆弱な個人/家族を地域の支援サービス（例えば保健医療サービス、生計支援、地域資源など）に結びつけ、支援が提供されているかどうかを確認。※例えば、民生委員、保健師、ソーシャルワーカーなどによる巡回相談や、それら支援のサポートなど。
- その他の活動

2. 心理的介入

- 個人に対する基本的な相談
- グループ・家族に対する基本的な相談
- アルコール/物質使用問題への介入
- 心理療法
- 個人・グループに対する心理的デブリーフィング
- その他の介入

活動の具体的な内容（回答を入力）

10.2. 専門医療者による精神疾患に対する薬物を用いた支援活動を行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

10.3. 入院患者の精神保健ケアを行いましたか。
イエスにチェック → レベル4に振り分け

図1 質問票 Googleフォーム 試行版

組織・団体名
母団体がある場合はその組織名（例えば こころのケア 日本赤十字社）

回答を入力

担当者/報告者名

回答を入力

電話番号
ハイフンを入れて入力をお願いします。

回答を入力

メールアドレス

回答を入力

メンバー人数

回答を入力

質問

活動領域で該当するものに回答をお願いします。

「輸送」
大量のものや人を運ぶ仕組みです。クロネコヤマトや、飛行機会社やJR、日本郵政など。

該当

「栄養・食料確保」
食料確保はその国の主食を、非常に大人数に対して確保する領域です。栄養は、必要なカロリーがとれているのか、必要な栄養素がとれているのか支援する領域です。子どものミルクなどの支援も、栄養の領域が担当します。

該当

「避難所・仮設住宅運営」
もともと英語では避難所は「Shelter（一時避難所）」、仮設住宅運営「Camp Management（難民キャンプ運営）」と記載されていますが、日本人に馴染みやすい言葉に書き換えています。

該当

「保健」
医療・保健・福祉・公衆衛生すべて含まれます。

該当

質問

活動していた県

選択

活動していた市町村

回答を入力

活動場所

避難所
 仮設住宅
 各戸訪問
 救護所
 保健所
 医療施設
 その他: _____

質問

活動の受益者数

回答を入力

活動に際してMHPSSサポートの有無

有
 無

災害の影響を受けた地域を対象とした支援活動についての質問

1.被災地域への情報提供

被害状況、救援活動、生活支援（罹災証明、被災者生活再建支援制度、弔慰金等も含まれるか？）に関する情報提供をしましたか。
※例えば、組織や団体等によるチラシ配布、テレビ、新聞、ラジオによる情報発信、SNS、Webサイト、ホームページなどによる情報発信など。

はい
 いいえ

精神保健・心理社会的支援に対する啓発活動をしましたか。
※例えば、ストレス対処法などの情報提供や利用できる精神保健サービス・心理社会的支援（精保センターから発出される災害時のこころのケアに関するリーフレット等）に関するメッセージなど。

はい
 いいえ

その他 上記の情報提供を特定の人々に向けて行いましたか。
特定の人々： 災害時要配慮者（高齢者、乳幼児妊産婦、障害を持つ人、外国人等）

はい
 いいえ

図2 つなぎマップ 試行版

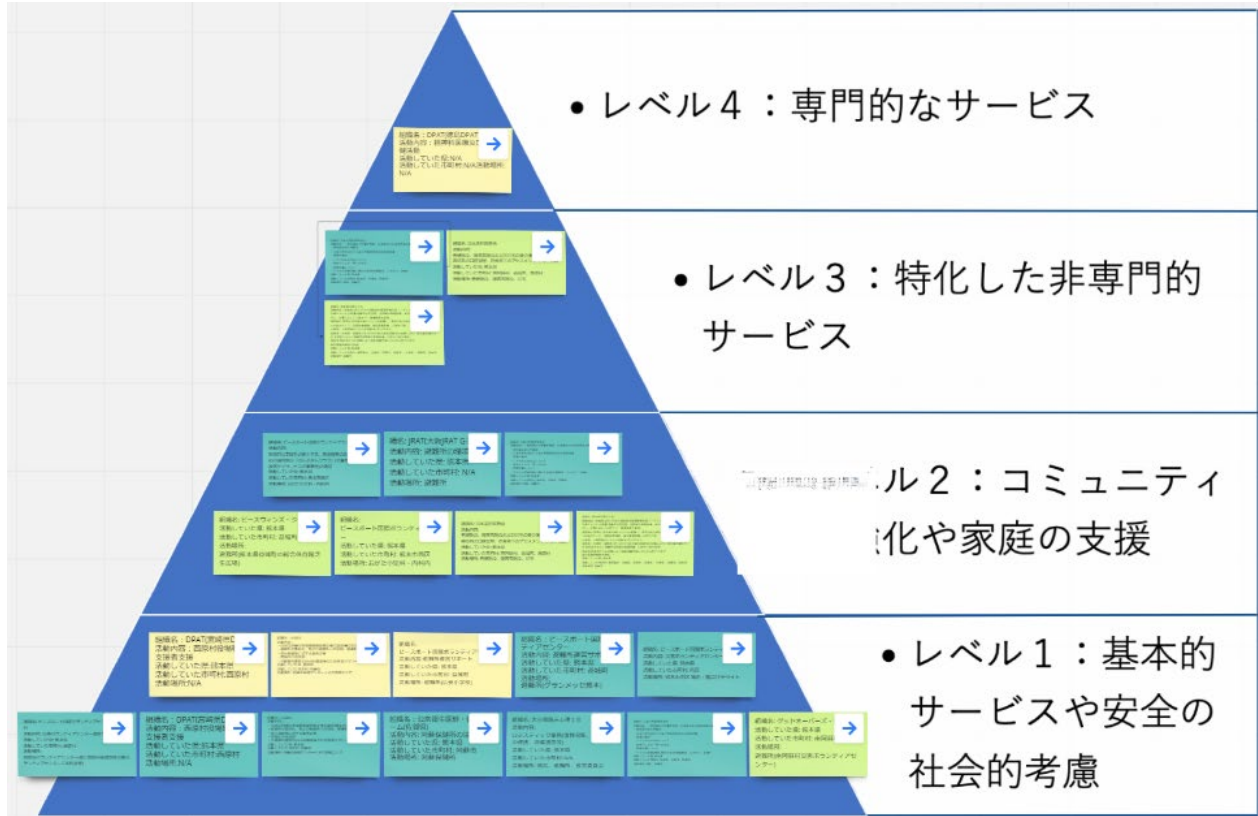


図3 付箋（個票） 試行版

クラスター：保健
 組織カテゴリー：DPAT
 組織名：DPAT(徳島DPAT先遣隊)
 この支援活動を協働した組織名：N/A
 報告書の担当者名：N/A
 電話番号：N/A
 担当者のメールアドレス：N/A
 活動していた県：N/A
 活動していた市町村：N/A
 活動内容精神科医療及び精神保健活動
 支援対象グループ：N/A
 この活動の受益者数：N/A
 この活動は現在も継続中であるか(はい・いいえ) いいえ
 活動期間：2016年4月15日～4月22日(1週間)
 支援従事者数：医師1、看護師2、PSW1、ロジ1
 支援従事者がMHPSS関連の研修を受講しているか：N/A
 活動時間：N/A
 活動場所：N/A
 活動やサービスは無料、もしくは有料で提供されていたか：無料

図4 クラスター分類（活動領域） 試行版

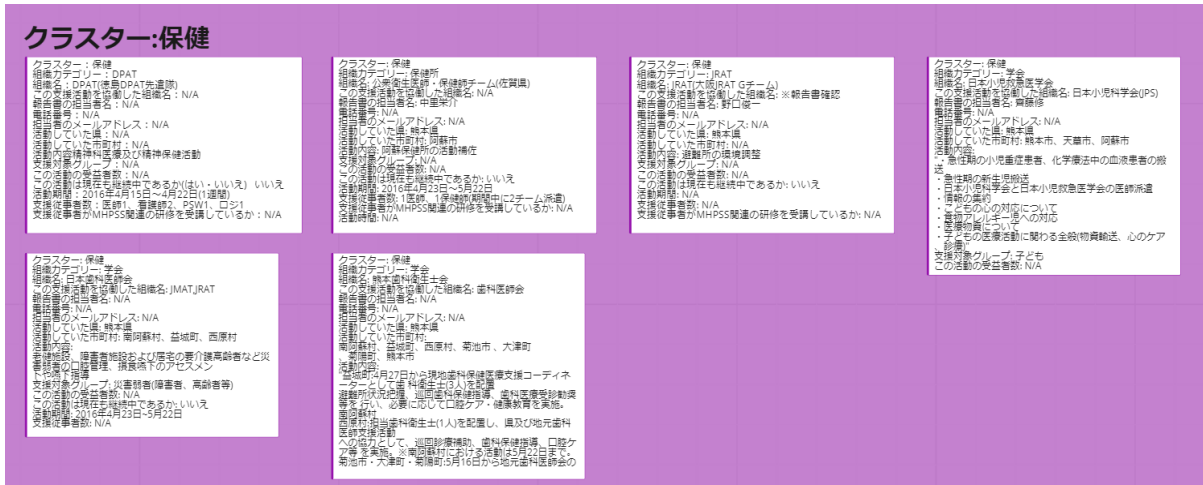


図5 ガントチャート 試行版



令和5年3月20日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・教授
(氏名・フリガナ) 太刀川 弘和 (タチカワ ヒロカズ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学 医の倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・准教授
(氏名・フリガナ) 高橋 晶 (タカハシ ショウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学 医の倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉田 謙一郎

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・講師
(氏名・フリガナ) 五明佐也香・ゴメイサヤカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月28日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 日本赤十字社医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 本間 之夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 日本赤十字社医療センター 国際医療救護部・国内医療救護部 部長
(氏名・フリガナ) 丸山 嘉一 (マルヤマ ヨシカズ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本赤十字社医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 3月 24日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 滋賀県立精神保健福祉センター

所属研究機関長 職名 所長

氏名 辻本 哲士

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 滋賀県立精神保健福祉センター・所長
(氏名・フリガナ) 辻本 哲士 (ツジモト テツシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学 医の倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 当機関は行政機関であり、研究機関ではないため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立大学法人筑波大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。