

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）活動における機能強化と激甚災害（南海トラフ地震等）
への対応検討のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福生 泰久

令和8年 5月

目 次

I. 総括研究報告	
災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動における機能強化と激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究	
福生 泰久	1
II. 分担研究報告	
1. 南海トラフ地震時の急性期における DPAT の隊数および役割の検討	7
福生泰久	
（資料 1、図 1～4、表 1～10）	14～25
2. 南海トラフ地震の災害メンタルヘルスヘルスニーズ推定及びJ-SPEED等のデータ解析	
太刀川弘和	26
3. 災害産業保健チーム（DOHAT）とDPATの協働促進	
—動画教材による普及啓発の取り組み—	
立石清一郎	31
4. 災害時におけるDPATインストラクターの役割	
五明佐也香	37
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	42

厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
（総括）研究報告書

「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動における機能強化と激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究」

研究代表者 福生 泰久
DPAT事務局 参与

研究要旨

【目的】平成 23 年に災害発生直後より精神科医療ニーズに対応できるチーム（災害派遣精神医療チーム：DPAT）が発足され、以降各自治体において着実に整備されてきている一方で、被災自治体や DPAT 派遣元の自治体、ほかの支援チームからの客観的な評価は十分であるとは言い難い。さらに、今後想定される南海トラフ地震を考慮すると、現在の DPAT 体制は脆弱であると言わざるを得ない。

今年度の本研究班では、南海トラフ地震等の巨大地震時における被災想定や過去の災害時のデータの解析から、必要な DPAT 隊数を推計したほか、DPAT の新たな機能や連携体制を構築することを目的とした。さらに、今後質の高い研修や訓練を実施するうえで中核的な存在となりうる、DPAT インストラクターの役割等について明確化した。

なお、令和 7 年 3 月 31 日に改正された DPAT 活動要領では、「DPAT 先遣隊」の名称が「日本 DPAT」に変更となったため、本研究報告書から「日本 DPAT」を採用しているが、令和 6 年度までの研究における「DPAT 先遣隊」のことであることを留意いただきたい。

【方法】本研究では、以下の研究を行った。

- ・DMAT 隊員へのアンケート調査により、被災地域において精神科を標榜しない総合病院でも精神科医療ニーズが一定数存在することを確認した。
- ・内閣府が公表している南海トラフ地震等の巨大地震における被災想定と EMIS を用いて、耐震性・津波リスクを踏まえた被災精神科病院数と避難想定入院患者数を推計した。
- ・過去の大規模地震時医療活動訓練の総括からの課題抽出のほか、令和 6 年度の大規模地震時医療活動訓練において、災害拠点精神科病院における課題の整理を行った。
- ・南海トラフ地震のメンタルヘルスケアニーズ推定では、東日本大震災・熊本地震のデータによるメタ解析で PTSS・抑うつの有症率を算出し、必要 DPAT 隊数を推計した。
- ・能登半島地震の J-SPEED 記録を熊本・胆振東部地震と比較し、地域特性による症状傾向の違いを分析した。
- ・DOHAT・DPAT 連携を強化する動画教材を作成し、インストラクター・統括者へのインタビュー調査も実施した。

【結果】研究の結果、以下の点が示された。

- ・DMAT 隊員へのアンケート調査では、被災地域における、精神科の標榜がない総合病院で精神科対応に苦慮した例が 1 割あり、抑うつ・不安・自殺念慮対応が主な困難点。DPAT 支援への期待は高いが、指揮系統や役割不明瞭さへの懸念も示された。
- ・南海トラフ地震想定では、耐震性・津波リスクを踏まえると最大約 1 万人の精神科入院患者が避難を要する可能性があり、非自発的入院者や行動制限を要する患者も多数発生すると推計された。
- ・過去の大規模地震訓練では、情報分析・調整・DMAT 連携不足、被災病院の搬送調整、受入病院の体制整備などの課題が毎年継続し、構造的問題が示唆された。令和 6 年度訓練では指揮系統の重複や避難運営の混乱、法的扱いの不明瞭さが新たな課題として浮上した。
- ・南海トラフ地震のメンタルヘルスニーズ推定では PTSS・抑うつの有症率から必要 DPAT 隊数を算出した。能登半島地震では高齢者比率が高く、抑うつ・希死念慮・フラッシュバックなどが熊本地震より多かった。
- ・DOHAT と DPAT 連携強化のため、支援者支援モデルや J-SPEED 運用、実践知をまとめた動画教材を作成した。
- ・DPAT インストラクター調査では、初動体制構築や調整業務支援などの利点がある一方、指揮系統混乱、地域理解不足、負担増などの課題が明らかとなった。

研究分担者氏名

太刀川弘和

筑波大学 医学医療系臨床医学域精神医学 教授

立石 清一郎

産業医科大学・産業生態科学研究所・災害産業保健センター・教授

五明 佐也香

DPAT 事務局 次長

獨協医科大学埼玉医療センター 講師

A. 研究目的

【福生班】令和5・6年度の知見を踏まえ、日本DPATのリエゾン機能に関する需要を把握し、南海トラフ地震等で被災が想定される精神科病院数と避難が想定される患者数、および必要DPAT隊数を推計することを目的とした。また、過去の大規模地震時医療活動訓練および令和6年度の災害拠点精神科病院の機能検証訓練から課題を抽出し、今後のDPAT活動の方向性を提案することを目指した。

【太刀川班】DPATは2013年に発足し、熊本地震などを経て全国で体制整備が進んだが、自治体間の格差や外部評価の不足が課題となっている。南海トラフ地震への対応力を検証するため、本研究班は①世界の災害時メンタルヘルス研究の体系化と南海トラフ地震でのニーズ推定、②J-SPEED実働データの分析を実施した。最終年度は必要DPAT隊数の推計と、能登半島地震と熊本地震の比較から地域特性によるメンタルヘルスニーズの違いを検討する。

【立石班】本研究班では、災害時の自治体職員など支援者の健康支援体制構築を目的に、DOHATとDPAT等の連携モデルを3年間で検討してきた。令和7年度は、これまでの研究成果を実践に移すため、DOHATとDPATが円滑に連携できるよう、DPAT隊員や自治体職員向けの動画教材（資料・読み原稿）を開発することを目的とした。概念的だった連携モデルを研修で使える形にし、平時からの連携体制づくりを促進することを狙いとしている。

【五明班】過去2年間の研究から、大規模災害に備え近隣自治体との連携強化にはDPATのDMAT地方ブロック訓練参加が有効と判明したが、予算や職員負担が課題となった。本年度は、平時に研修や訓練の主で担うDPATインストラクターが実災害時に果たすべき役割を検討した。

B. 研究方法

【福生班】DMAT隊員へのアンケート調査を実施し、精神科を標榜しない総合病院への精神科医療ニーズを調査した。また、内閣府の地震想定地域データとEMISの情報を用いて、耐震性や津波・

洪水リスクを踏まえた被災想定精神科病院数と入院患者数を推計した。さらに、平成27～令和6年度の大規模地震時医療活動訓練の課題を整理し、令和6年度には災害拠点精神科病院の機能検証訓練を実施して、指揮系統や避難運営などの課題を抽出した。

【太刀川班】本年度は、研究班内および全体班会議を通じて研究方針や進捗を共有し、必要に応じて研究手法や結果解釈の検討会を実施した。

南海トラフ地震のメンタルヘルスケアニーズ推定では、当初予定していたAIによる機械学習は、過去災害の精神症状データが不足していたため断念し、東日本大震災・熊本地震の研究を対象としたメタ解析に切り替えた。Post-traumatic stress syndrome（以下PTSS）と抑うつ症状の有症率を統合し、国の南海トラフ地震避難者想定を基に相談者数を推計、1隊1日10名対応と仮定して必要DPAT隊数を算出した。

また、令和6年能登半島地震のDPAT診療記録（J-SPEED）を収集し、熊本地震（DMHISSデータ）および北海道胆振東部地震の記録と比較した。年齢・性別・相談時期・精神症状などを抽出し、発災後78日以内の共通期間で比較分析を実施。統計解析には記述統計とカイ二乗検定を用い、多重比較にはHolm-Bonferroni法を適用した。これにより、地域特性に基づく災害メンタルヘルスケアニーズの違いを明らかにする基盤を整えた。

【立石班】過去2年の成果を基に、DPAT隊員や自治体・産業保健関係者向けの動画教材を設計した。教材はDOHATの役割、能登半島地震での実践、支援者支援の体系、J-SPEEDの運用、実践知と教訓、職場環境改善チェックリスト、DOHAT・DPAT協働モデルなどを11スライドで構成し、読み原稿も付した。内容は短時間で連携の意義と手順を理解できるよう整理され、複数回の検討会議を経て精査された。

【五明班】平成28年熊本地震、平成30年西日本豪雨災害、令和3年熱海市伊豆山土石流災害、令和6年能登半島地震と、新型コロナウイルスによるクラスター対応において、主に都道府県DPAT調整本部で活動した統括者5名と、都道府県DPAT調整本部やDPAT活動拠点本部、病院支援指揮所等で活動したインストラクター9名を対象としてインタビュー調査を実施した。

C. 研究結果

【福生班】本研究では、災害時における精神科医療支援の必要性とDPATの役割を検討するため、DMAT隊員への調査、被災想定精神科病院の分析、大規模地震時医療活動訓練の検証を行った。

まず、DMAT隊員155名へのアンケートでは、約1割の17名が精神科医不在の病院支援で

精神医療対応に苦慮した経験を持ち、主な困難は「抑うつ・涙」「不安・焦燥」「『死にたい』と言われたときの対応」であった。17名中9名がDPATに支援を依頼し、その多くが対応を評価していた。また、今後DPATが対応可能であれば16名が依頼すると回答し、精神科専門性への期待が高い一方、指揮系統の混乱や役割の不明瞭さ、撤退後のフォロー体制などの懸念も示された。

次に、南海トラフ地震などの激甚災害を想定し、内閣府の地震想定地域データとEMIS情報を用いて精神科病院の被災リスクを分析した。耐震性の欠如や津波・洪水ハザードを踏まえ、病床利用率82.6%を適用して推計したところ、南海トラフ地震では最大約1万人の精神科入院患者が避難を要する可能性が示された。さらに、全国の措置入院0.6%、医療保護入院48.5%、隔離5.1%、拘束4.4%といった割合を基に、非自発的入院者や行動制限を要する患者数も推計し、災害時の精神科医療の複雑性が明らかとなった。

また、平成27～令和6年度の大規模地震時医療活動訓練を分析したところ、DPATの参加規模は熊本地震以降大幅に拡大したが、訓練内容は大きく変化していなかった。課題として、調整本部・活動拠点本部ではEMIS等を用いた情報分析、統括調整、DMATとの連携不足が継続し、被災病院では連携と搬送調整、受入病院では受入体制と一時集積が毎年の課題として残存していた。これらは複数年度にわたり改善されておらず、構造的な問題であることが示唆された。

さらに、令和6年度の訓練では災害拠点精神科病院の機能検証を実施し、患者誘導は計画通り可能であったものの、病院内指揮系統とDPAT活動拠点本部機能が重複し、情報伝達の齟齬等が生じ、意思決定がうまくなされなかったという問題が確認された。また、一時避難場所の運営も病院職員・DPAT双方がどのような支援体制を構築することが適当であるか判断がつかず、特に措置入院・医療保護入院患者の移動中の法的扱いが不明瞭であるという新たな課題が浮上した。

以上より、災害時には精神科医療ニーズが確実に存在し、DPATの支援が期待される一方、指揮系統や法的整理、病院間連携など多くの課題が残されていることが明らかとなった。

【太刀川班】本年度は班会議・全体班会議を通じて研究の方向性を確認した。南海トラフ地震のメンタルヘルスケアニーズ推定では、メタ解析に基づきPTSS発症者約2,780～9,390人、抑うつ発症者約3,590～11,800人と算出され、必要DPAT隊数は278～1,182隊と推計された。また、能登半島地震時のDPAT相談件数は488件と、熊本地震の2,122件より少なかったが、能登半島地震の被災者の方が高齢者の割合が58.4%と高く、「不安・不眠」が主要症状であった。熊本地震と比較

すると、能登半島地震では「抑うつ」、「希死念慮」、「フラッシュバック」、「怒り」、「興奮」、「徘徊」、「暴言」などが有意に高い一方、身体症状は熊本地震の方が多かった。相談時期の分布は類似していたが、能登では79日以降も支援が継続していた。

【立石班】本研究では、DPATとDOHATが災害時に効率的かつシームレスに連携するための動画教材「DPATとDOHATの協働—効率的かつシームレスな支援者支援のために—」を作成した。

教材は全11スライドで構成され、DOHATの役割、支援者支援の体系、J-SPEEDの運用、能登半島地震で得られた実践知、職場環境改善策、両者の協働モデルなどを整理し、現場で活用できる実践的内容とした。

まずDOHATの概要として、災害時の労働者（支援者・受援者含む）の健康被害最小化を目的とし、産業医・産業看護職・労働衛生専門家で構成されること、ハザード評価や労務管理、健康相談などの主要機能を提示した。運用面ではJ-SPEED健康チェックの解析や休息確保の助言など、産業保健的アプローチを明確化した。

支援者支援戦略マップでは、1次予防（未然防止）、2次予防（早期発見・早期介入）、3次予防（職場復帰支援等）の枠組みで支援を体系化し、産業医と臨床医の役割分担を示した。

J-SPEED健康チェックでは疲労度、不調感、身体症状を指標とし、入力からスクリーニング、DOHAT・DPATへの連携までの流れを示した。能登半島地震のデータから、本部職員の疲労の深刻さや指揮統制の不明確さがパフォーマンス障害に大きく影響することを示し、具体的な個別支援事例も紹介した。

職場環境改善チェックリストでは、能登半島地震で効果が確認された10項目（方針共有、ミーティング、感謝の声かけ、休憩環境整備、メンタルヘルスケア、休暇取得促進など）を提示し、現場の混乱軽減に寄与することを示した。

DOHAT・DPAT協働モデルは6つの柱として整理され、①役割分担の明確化、②連携ハブの設置、③情報共有ルール、④紹介基準、⑤フェーズ別連携、⑥自治体組織との一体的活動を示した。最後に、誰も取り残さない支援者支援として、三位一体の健康管理、DOHATとDPATの循環モデル、労務管理と本部体制強化、平時からの準備と連携の重要性を強調した。

この教材は、研究成果を現場で活用可能な研修コンテンツへと昇華し、平時からの連携体制構築を促進することを目的としている。

【五明班】本調査では、災害時にDPAT本部運営を支えるDPATインストラクターの役割について、DPAT統括者側とDPATインストラクター側の双方から利点・課題を整理した。まずDPAT統

括者への調査では、DPAT インストラクターの早期介入が本部運営の安定化に大きく寄与する点が強調された。発災初期の混乱期に、組織体制の立ち上げや意思決定の場面で客観的助言を得られることは、DPAT 統括者の心理的負担を軽減し、迅速な対応につながった。また、行政機関との煩雑な調整業務を DPAT インストラクターが担うことで、統括者は本来の判断業務に集中でき、交代・休息も確保しやすくなるという効果が示された。さらに、経験豊富な DPAT インストラクターの存在は心理的安全性を高め、地元への思い入れから判断が揺らぎやすい場面でも客観性を保つ助けとなることがわかった。

一方でデメリットとして、DPAT インストラクターが DPAT 統括者のように振る舞うことで指揮命令系統が曖昧になる懸念が挙げられた。また、被災地外からの派遣者は地域事情に不慣れで対応が遅れる可能性があり、被災地へのリスペクトが欠けると不信感を招く恐れがある。さらに、役割が周囲に理解されないと混乱を生むため、立ち位置を明確化し、活動要領等に明記する必要性が指摘された。

DPAT インストラクター側の調査では、早期介入のメリットが多く示された。災害初期に CSCA を整理し、他組織と交渉して活動拠点の場を確保し、情報窓口を一本化することで、支援活動を組織的に進められる点が大きい。また、平時から訓練を重ねているため、情報収集能力が高く、行政機関や DMAT 等との調整も迅速に行える。DPAT 事務局との連携もスムーズで、現地 DPAT 隊員や DPAT 統括者の精神的支えとなることが示唆された。さらに、J-SPEED や活動日報の作成等のロジ業務を担い、DPAT 統括者交代時の申し送りを補完することで情報断絶を防ぐ役割も果たすことがわかった。加えて、急性期から中長期までのフェーズを見通し、潜在的ニーズを踏まえた支援継続や拡充の判断ができる点も強みとされた。

。DPAT インストラクター介入に大きなデメリットは報告されなかったが、課題として DPAT インストラクター間での意見が異なった場合や、特にオンライン介入では意図が曖昧になりやすく、指揮命令系統の混乱が挙げられた。被災地外からの DPAT インストラクターが派遣される場合、地域事情の理解不足や役割認知の低さから現地支援者との調整が難しくなる可能性がある。また、平時の地域体制を踏まえない画一的支援は方針の乖離を招く恐れがある。さらに、派遣費用の扱いが日本 DPAT と異なるため所属機関の理解が得にくい点、長期活動による身体的・精神的負担や職場への説明責任など、インストラクター自身の負担も大きいと指摘されている。

総じて、DPAT インストラクターの早期介入は

本部運営の安定化と支援活動の質向上に大きく寄与する一方、指揮系統の混乱防止、役割の明確化、地域理解、負担軽減などの課題に対する制度的整備が求められることが明らかとなった。

D. 考察

南海トラフ地震が生じた際、全国の約 4 割の精神科病院が被災地域に含まれ、最大 1 万人規模の患者避難が必要と推計されたが、現状の DPAT 隊数では対応が困難であり、養成強化が求められる。さらに、災害拠点精神科病院は全国 51 か所で、受け入れ可能病床が約 2,000 床となっており、8,000 人程の患者が避難できない現状となっていることから、整備が急務である。訓練調査では、情報共有不足や病院間連携の不備が継続的課題であり、指揮系統の整理、具体的な連携手法の確立、法的整理などが必要とされた。

また、避難所における支援においては、南海トラフ地震の想定では、既存の DPAT 隊数では広域災害に十分対応できない可能性があり、PTSS・抑うつへの専門支援体制強化が課題と示された。さらに、能登半島地震の分析から、高齢者の多様なメンタルヘルスニーズ（抑うつ、希死念慮、トラウマ症状、徘徊・興奮など）と長期支援の必要性が明らかとなった。今後の大規模災害では、高齢化率や地理条件を踏まえた DPAT 配置計画と中長期支援体制の整備が重要であることが示唆された。

また、他の支援チームとの連携の調査については、DMAT 隊員における調査では、精神科医の標榜がない病院において精神医療ニーズに対し、対応に苦慮した隊員が約 1 割おり、災害時にも精神科医療ニーズが一定数存在することが示された。本件については、DPAT への期待は高い一方、役割の不明瞭さや指揮系統の混乱などの懸念も指摘された。また、DOHAT からは、過去 2 年の研究成果を現場で使える動画教材としてまとめ、DOHAT・DPAT 連携モデルの実装に向けた大きな前進となった。教材は能登半島地震の実証データを基に、指揮統制の重要性や支援者の疲労実態を示し、役割分担を「6 つの柱」で整理した点が特徴である。また、現場で即活用できる 10 項目の改善チェックリストも提示した。一方、教材だけでは連携体制は構築できず、研修への組み込みや効果検証など今後の課題も残る。

最後に、DPAT インストラクターに求められる役割について、災害急性期の混乱下で状況把握や初動体制構築、指揮系統の確立、関係機関連携を支える重要な役割を果たし、統括者や行政職員、DPAT 隊員の心理的負担軽減にも寄与する。一方で、主導しすぎると指揮系統が乱れ、地域事情に不慣れなため対応が遅れる懸念もある。被災地へ

の敬意や適切な距離感、役割分担が不可欠であり、DPAT インストラクター自身の負担にも配慮が必要であることが示唆された。

E. 結論

本研究によって、南海トラフ地震等の巨大地震においては、DPAT の必要隊数、災害拠点精神科病院数が少なく、今後も養成の強化と、体制整備が急務である一方で、DMAT が提唱する、いわゆる機能班をはじめとする有機的な連携を行うことで、対応することが望まれることが明確化した。そのためには、DPAT と他の支援チームともに互いの役割を理解することや、緊密な連携強化を行う必要がある。またその役割を担う中心的存在として、DPAT インストラクターが求められていることが、今回の調査で判明した。DPAT インストラクターが現地でのマネジメントを行うことのメリットを強化できるよう、さらなる発展につなげていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Takagi Y, Takahashi S, Kubo T, Fukuo Y, Gomei S, Yaguchi C, Arai T, Tachikawa H. Characteristics of mental health needs following the 2024 Noto Peninsula Earthquake: comparison with the 2016 Kumamoto Earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2026;5(2):e70336. doi: 10.1002/pcn5.70336.
- Nagata T, Sasaki Y, Chimed-Ochir O, Khaing IK, Tateishi S, Enokida N, et al. Key contributors to fatigue in disaster responders: Analysis of the 2024 Noto Peninsula earthquake. *Saf Health Work.* 2026.
- Khaing IK, Chimed-Ochir O, Rath EM, Tateishi S, Enokida N, Mori K, et al. Relationship between days of work and presenteeism, and mediation of this relationship by fatigue among disaster responders. *J Occup Health.* 2025.
- Ogawa H, Nagata T, Yoshida T, Taji A, Yumiya Y, Shiroma N, et al. Innovative occupational health system for EMT staffs implemented by the EMTCC during Noto earthquake 2024 in Japan. *Prehosp Disaster Med.* 2025.

2. 学会発表

- 福生泰久：南海トラフ地震等巨大地震時における精神科病院の被災状況について，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 21
- 吉田航：大規模地震時医療活動訓練での DPAT の訓練内容から考える精神科病院への支援の在り方と DMAT との協働方法の検証，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 21
- 余田悠介：災害拠点精神科病院に求められる機能に関する課題と対応，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 19
- Hirokazu Tachikawa, Chie Yaguchi, Sho Takahashi, Yoshifumi Takagi, Tatsuhiko Kubo, Yasuhisa Fukuo: What is the prevalence of post-traumatic stress reaction after an earthquake disaster? evidence from a meta analysis of worldwide reports. *WADDEM, Tokyo, Japan, May.2-6,2025*
- 太刀川弘和, 矢口知絵：南海トラフで生じる精神疾患の推計とこころのケアの必要性. 第 2 回日本危機管理医学会学術総会, 2026 年 2 月 (愛知県)
- 矢口知絵, 太刀川弘和, 立森久照, 高橋晶, 高木善史, 久保達彦, 福生泰久：南海トラフ地震では災害派遣精神医療チーム (DPAT) が何隊必要か? : 災害後の心的外傷後ストレス症状および抑うつ症状のメタ解析から, 第 31 回日本災害医学会, 2026 年 3 月 (新潟県)
- 立石 清一郎,【災害に対応する危機管理体制とは】「いかなる状況でも」従業員を守る 産業保健の災害時 BCP と実践体制. 産業保健 2131 巻 2 号 Page2-4(2025.10)
- 榎田奈保子, 立石清一郎, 能登半島地震から約 1 年後の自治体職員における精神的苦痛の関連要因に関する横断研究. 日本産業衛生学会全国協議会 (徳島), 2025 年 11 月
- 納橋優奈：災害派遣精神医療チーム (DPAT) のブロック体制構築における課題～DPAT 関連体制整備調査の二次分析から～. 第 31 回日本災害医学会総会・学術集会、令和 8 年 3 月 21 日

3. その他

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和7年度厚生労働科学研究費
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動における機能強化と
激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究」
分担研究報告書

分担研究課題名 南海トラフ地震時の急性期における DPAT の隊数および役割の検討

研究分担者 福生泰久（DPAT 事務局、神経科浜松病院、藤田医科大学）

研究協力者 河畠譲（DPAT 事務局、DMAT 事務局）、高橋晶（DPAT 事務局、筑波大学）、松田宏樹（DMAT 事務局）、石田正人（神奈川県立こども医療センター）、吉田航（西船ゆうなぎ診療所）、余田悠介（千葉県長生保健所）、池田美樹（桜美林大学）、尾崎光紗（品川区立教育総合支援センター）、納橋優奈（DPAT 事務局）

研究要旨

（目的）

南海トラフ地震等の激甚災害発生時に必要と考えられる災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team、以下、DPAT）隊数を推計すること、また、他の支援チームから見たDPATに求められる活動内容および現在の課題を明確化し、南海トラフ地震を想定した効果的な訓練の実施に向けた課題の抽出を目的とした研究を行った。

（方法）

DPATと他の支援チームにおける連携課題において、令和5年度、6年度の研究において行った、DMATや日赤こころのケア指導者へのアンケート結果において、DPATとしてのリエゾン機能についての言及があったことから、被災地において精神科リエゾンの需要についてDMAT隊員を対象としたアンケート調査を実施した。

また、南海トラフ地震等の激甚災害発生時に必要なDPAT隊数の把握について、内閣府が発表している地震防災対策推進地域・地震津波避難対策特別強化地域から、南海トラフ地震等巨大地震において被災が想定される精神科病院数の調査を行い、想定される避難患者数を推計した。

さらに、過去の大規模地震時医療活動訓練において、DPATの活動における課題の抽出と、令和6年度同訓練において、災害拠点精神科病院における課題の抽出を行った。

（結果）

DMAT隊員155名へのアンケート調査では、精神科病院以外の医療機関への支援時に精神科医がおらず対応に苦慮した経験がある隊員は17名（約1割）であった。困難を感じた場面としては「気分の落ち込みや流涙への対応」「不安で落ち着かない患者への対応」「『死にたい』と言われた時の対応」が多く、精神科的専門性の不足が課題として浮かび上がった。また、17名中9名がDPATへ支援を依頼し、内7名がその対応を評価した。今後DPATが対応可能であれば依頼したいと答えた隊員は16名で、専門家への相談を望む声が強かった。一方で、DPATの役割の不明瞭さや指揮系統の混乱、撤退後のフォロー体制などを懸念する意見もみられた。

被災想定精神科病院調査では、南海トラフ地震の想定地域に位置する精神科病院数と病床数を算出し、耐震性や病床利用率を踏まえると、南海トラフ地震時には最大1万人規模の精神科入院患者の避難が必要となる可能性が示された。

また、措置入院や医療保護入院、行動制限者の割合から、避難対象者の中に一定数の行動制限の対象者が含まれることも推計された。しかし、現時点でDPAT隊員数は全国で約2,200隊規模にとどまっており、能登半島地震で延べ約1,000隊が活動した実績を踏まえると、想定避難規模に対して十分とは言えず、DPAT隊員の養成のほか質の均てん化が急務である。

大規模地震時医療活動訓練の分析では、DPATの参加規模は拡大しているものの、訓練内容は大きく変化しておらず、情報分析や統括調整、DMAT等との連携不足などの課題が継続していた。被災病院・受入病院との連携不全も毎年指摘されており、これらはDPAT側と他の支援チームとがそれぞれ独立した活動を行っていることが多いことが示唆される。これらの改善には、DPATを独立した調整本部として立ち上げるのではなく、保健医療福祉本部内の機能班に分散配置するなど、組織運用の見直しが必要であると示唆された。

また、上記訓練時に、併せて災害拠点精神科病院の機能検証を行ったが、患者誘導は計画通り実施できた一方、DPAT活動拠点本部を併設したことで指揮系統が乱立し、情報伝達と意思決定が曖昧になる問題が生じた。また、一時避難場所の運営体制構築が困難であり、移動中や一時避難中の措置入院や医療保護入院患者の法的扱いが不明瞭であることも新たな課題として浮上した。今後は、災害拠点精神科病院の具体的なマニュアル整備や継続的な訓練、法的整理などの制度的後押しが求められる。さらに、上記の南海トラフ地震における避難想定者数の規模を考えると、災害拠点精神科病院の整備も急務と考えられる。

(結論)

本年度は4つの調査研究を実施した。精神科標榜のない病院でのDPATによるリエゾン機能について、DMATにおいても一定のニーズがあることが確認され、DPATによる支援の新たな役割が示された。一方、南海トラフ地震では精神科病院の約4割が被災地域に位置し、最大1万人規模の患者避難が想定され、平時から耐震化や訓練参加、EMIS情報精度向上が重要であると示唆された。災害拠点精神科病院の運用課題も明らかになっており、巨大災害時のDPAT不足を踏まえ、保健医療福祉調整本部での機能班配置や措置入院者の診察にかかる手続きや移送等といった等の精神科特有の課題を含めた制度的議論が求められる。

A. 研究目的

令和5年度及び6年度の研究において得られた知見を踏まえ、DPATによるリエゾン機能についての需要調査および、南海トラフ地震等における被災想定精神科病院数を把握し、その対応に必要と考えられるDPAT隊数の推計を行った。

さらに今年度は、過去DPATが参加した大規模地震時医療活動訓練や、令和6年度と同訓練で行った災害拠点精神科病院の機能検証訓練からDPATの活動及び災害拠点精神科病院におけ

る課題を抽出し、今後の方向性を提案したい。

なお、令和7年3月31日に改正されたDPAT活動要領において、「DPAT先遣隊」から「日本DPAT」に名称が変更となったことから、本報告書から日本DPATの名称を用いることとする。

B. 研究方法

1. 対象および方法

○DPATに求められる対応に関する調査
DMAT事務局に対し、本研究概要について文

章を用いて説明を行い、実施の承諾を得た上で、全 DMAT 隊員に対しアンケート調査（資料 1）を Microsoft forms を用いて実施し、当分担当研究班員で解析を行った（以下、DMAT 活動における精神医療ニーズに関する調査）。

○南海トラフ地震等激甚災害における DPAT 隊数に関連した調査

激甚災害時に被災が想定される精神科病院数、精神病床数、推計入院患者数の調査をそれぞれ実施した（以下、被災想定精神科病院調査）。

具体的には、内閣府が公表している、南海トラフ地震、首都直下型地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震における、地震防災対策推進地域・地震津波避難対策特別強化地域から、被災想定地域を抽出した。

そして厚生労働省が運用している Emergency Medical Information System（以下、EMIS）の情報を、厚生労働省から利用許可を取った上で、地震防災対策推進地域のうち、耐震構造がない精神科病院数、精神病床数を抽出した。同様に、地震津波避難対策特別強化地域のうち、津波・洪水ハザードマップ地域の精神科病院、精神病床数を抽出した。さらに、令和 6 年度病院報告の病床利用率をかけることで、想定される避難すべき入院患者数を推計した。なお、全患者避難が想定される被災状況については、DMAT の基準を参考とした。

○大規模地震時医療活動における課題抽出
まず、DPAT 事務局で保管されているデータの中から、平成 27 年度から令和 6 年度までの大規模地震時医療活動訓練の概要と、各自治体での DPAT コントローラー、DPAT 事務局、自治体において報告された訓練課題を年度ごとに抽出した。

尚、平成 28 年度については熊本地震、令和 2 年度、3 年度については新型コロナウイルス対応の影響で DPAT 訓練が未実施または縮小されたことから分析の対象外とした（以下、大規模地震時医療活動訓練調査）。

さらに、令和 6 年度における大規模地震時

医療活動訓練のある被災想定自治体において、災害拠点精神科病院の以下の機能検証を行った（以下、災害拠点精神科病院の機能検証訓練）。

- ①患者誘導経路と人員配置
- ②指揮命令系統
- ③一時避難場所の運営体制
- ④新たに生じた課題の抽出

2. 倫理面への配慮

いずれの調査票についても、日本精神科病院協会の倫理委員会の承認を得て行った。また、調査票には個人名などの個人情報に記載されないよう配慮し、同意については調査票の回答をもって同意とした。

C. 研究結果

1. DMAT 活動における精神医療ニーズに関する調査

DMAT 隊員に向けてアンケート調査を実施し、155 名から回答を得た。

155 名のうち、過去 DMAT 活動において、精神科病院以外の病院支援時に精神医療のニーズがあり、その病院に精神科医がおらず対応に苦慮したことがあったと回答した隊員は 17 名と約 1 割であった（図 1）。

その 17 名を対象に、どのような症状や疾患で苦慮したかを尋ねたところ、「気持ちが沈んでいる／泣いているときの対応」が 11 名（約 65%）、「不安で落ち着かないときの対応」が 7 名（約 41%）、「『死にたい』と言われたときの対応」6 名（約 35%）と続いた（図 2）。

17 名のうち、DPAT に対応を依頼した隊員は 9 名で、うち 7 名が DPAT の対応を評価したが、うち 2 名は「どちらともいえない」という回答であった（図 3、表 1）。

17 名のうち、今後 DPAT の対応が可能であった場合、DPAT に依頼するかという問いに対しては、16 名が「依頼すると思う」と回答した。（図 4、表 2）。

最後に、精神科病院以外の病院支援時における精神医療ニーズへの対応について、DPATに期待すること、およびデメリットについて質問した。DPATに期待することとしては、

「専門家としての精神疾患患者への医療の提供」、「被災者、家族、支援者へのメンタルヘルスケア」、「DMAT 等他の支援チームとの連携」が挙げられ、デメリットとしては、

「DPAT としての役割の不明瞭さ」、「DMAT や病院に加え DPAT が入ることによる指揮系統の乱立による混乱」、「DPAT による継続支援・DPAT 撤退後のフォロー体制」などが挙げられた。（表 3、表 4）

2. 被災想定精神科病院調査

内閣府が公表している、南海トラフ地震、首都直下型地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震における、地震防災対策推進地域・地震津波避難対策特別強化地域から、被災想定地域に該当する精神科病院数、精神病床数をまとめた。（表 5）

そのうち、その病院の耐震構造等を加味し、令和 6 年度の病床利用率 82.6%をかけたうえでまとめた。（表 6）

本結果から、南海トラフ地震時には、最大約 1 万人の患者避難が想定される結果となった。

さらに、令和 6 年度 630 調査を使用し想定される精神保健及び精神障害者福祉に関する法律における非自発的入院者（措置入院・医療保護入院）および隔離・拘束を要する行動制限者の推計人数を算出した。（表 6）

3. 大規模地震時医療活動訓練調査

3-1) 過去の大規模地震時医療活動訓練における課題抽出

各年度の大規模地震時医療活動訓練について、活動規模を示すために共通項目で整理したところ、平成 28 年熊本地震以降に体制整備が本格化した DPAT の訓練規模は、平成 29 年度から令和 6 年度にかけて活動拠点本部数・参加隊数が 3 倍以上に増加し、規模が拡大している。一方で訓練内容は、本部活動・籠城

支援・患者搬送・精神科病院の受入訓練など大きな変化はなかった。

訓練課題は、調整本部・活動拠点本部・被災病院・受入病院の 4 つの活動場所ごとに分類して分析した。その結果、以下のことが判明した（表 7～10）。

・本部機能では「情報分析（EMIS・クロノロジー）」「統括調整」「DMAT との連携」が主要な課題

・被災病院では「被災病院との連携」「搬送調整」が継続的な課題

・受入病院では「受入病院との連携」「一時集積」が毎年課題として残存

特に、DMAT との情報共有の不足や、被災病院・受入病院との連携不全など、複数年度にわたり改善されていない課題が多く確認された。

3-2) 令和 6 年度大規模地震時医療活動訓練における、災害拠点精神科病院の機能検証

ある被災想定自治体において、災害拠点精神科病院の機能検証訓練を実施したところ、以下の結果となった。

- ① 患者誘導経路と人員配置：事前のシミュレーション通りに運用することができた。
- ② 指揮命令系統：病院内の指揮系統だけでなく、当該病院は災害拠点精神科病院としての機能のほか、DPAT 活動拠点本部機能も有したことから、指揮系統が乱立し、災害拠点精神科病院としての情報の流れと意思決定プロセスが曖昧となる結果となった。
- ③ 一時避難場所の運営体制：災害拠点精神科病院は、一時避難場所としての役割を担うが、当該病院の職員だけでなく、派遣され現地で活動した DPAT も、当該病院内で活動を行うにあたり、病院側との指揮命令系統の調整や、支援を行っている DMAT や病院スタッフ等との連携体制といった運営体制の構築に苦慮した。

- ④ 新たに生じた課題：被災想定病院から避難してきた患者で、その移動中・一時避難中の法的な患者の取り扱いが不明瞭であることがわかった。特に措置入院や医療保護入院といった、非自発入院中の患者の法的な解釈が乏しく、外出、転院の移動中、退院後かにより、対応が異なると考えられた。

D. 考察

1. DMAT 活動における精神医療ニーズに関する調査

精神科病院以外の病院支援時における精神医療のニーズについて、精神科医が不在で対応に苦慮したと回答した DMAT 隊員が 1 割程度いることがわかった。災害時における精神科病院以外での精神科医療ニーズ調査は、きわめて珍しく、現地で活動している DMAT 隊員にとっても今後直面する課題として提示できたことに、本調査の意義があると考えられる。

一方、DPAT がリエゾン支援を行うにあたり、大きなデメリットはないという回答も認められたが、DPAT 活動に関する周知がされておらず、理解が得られていないことや、院内の指揮命令系統の混乱を招く可能性があるとの意見から、今後リエゾンとして活動する場合は、DMAT 等の他支援チームとの十分なコミュニケーションが必要と考えられた。

2. 被災想定精神科病院調査

内閣府等が公表している南海トラフ地震等の被災地域のデータ及び EMIS データから、被災想定に所在する精神科病院数および全患者避難となりうる病院数、患者数が推計された。現時点での南海トラフ地震において、被災想定地域の精神科病院数は全国で約 4 割に上り、そのうち耐震構造がない等により全入院患者の避難を想定した場合、1 万人規模の避難となりうることが想定された。

一方で、それに対応する DPAT 隊員は、令和 7 度末時点の日本 DPAT 研修修了者数が 1,438 人、都道府県 DPAT 隊員数が令和 6 年度末時点

で 5,240 人である（注：一部重複者も含む）。1 隊 3 人換算とすると、日本 DPAT は約 480 隊、都道府県 DPAT が 1,746 隊であり、令和 6 年能登半島地震での DPAT 活動隊数が延べ約 1,000 隊であることを踏まえると、更なる養成の強化が求められる。

さらに、大人数の患者避難の受け皿となる災害拠点精神科病院は令和 7 年 11 月時点で全国に 51 か所と少なく、対応が困難となると予測される。これらのことから、災害拠点精神科病院の整備が急務である。

3. 大規模地震時医療活動訓練調査

3-1) 過去の大規模地震時医療活動訓練における課題抽出

大規模地震時医療活動訓練では DPAT の参加規模が拡大し、活動拠点本部も増えている。しかし、参加隊数には限界があり、調整本部や活動拠点本部運営に人員が偏ると、被災想定現場で訓練を行う DPAT が少なくなり、現場対応力が低下する恐れがある。

また、調整本部や活動拠点本部では情報分析や統括調整、DMAT との情報共有不足が継続的な課題となっている。

これらの改善には、令和 7 年度大規模地震時医療活動訓練で実施されたように、DPAT が独立して調整本部を設置するのではなく、保健医療福祉本部内の機能班に分散配置するなど、組織運用の見直しが必要と考えられる。今後、機能班配置に関して、DPAT は実際にどのような運営が可能か、訓練を通じた検証が求められる。被災病院・受入病院では DPAT と被災病院、受入病院のスタッフとの情報の共有や支援体制の確立等の連携不足が続き、DPAT 側の意識に起因する問題も多いため、訓練や研修で、被災病院や受入病院とのどのように連携をすればよいか、より具体的な手法の確立を行う必要がある。さらに、一時避難や精神科病院入院患者搬送用紙の運用など未改善の課題も残っており、DPAT 事務局が各都道府県の課題を集約し、次年度訓練で検証する体制強化が求められる。

3—2) 令和6年度大規模地震時医療活動訓練における、災害拠点精神科病院の機能検証

災害拠点精神科病院については、まず実働的に機能を発揮できるよう、具体的なマニュアルを整備したうえで、実態に即した研修や訓練を継続的に実施していく必要がある。

また、災害時に患者が移動や一時避難に置かれる状況について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律上の入院先の扱いや外出・退院の位置づけを明確にしておくことも検討が必要である。

4. 本研究の限界

被災想定精神科病院数や想定避難患者数は、災害が起きる時間帯や季節により被災想定が異なることや、EMIS 情報は令和8年1月現在の情報をもとに作成しており、耐震構造等の未入力除いて試算しているため、今後情報が更新されれば、変更となる可能性がある。

E. 結論

今年度はDPATに求められる新たな役割として、精神科標榜のない病院へのリエゾン機能について調査した。DMAT 隊員の1割程度とはいえ、精神科医療ニーズがある以上DPATとして活動が求められることが望まれる。

一方で、南海トラフ地震における被災想定では最大約4割程度の精神科病院が被災想定地域に所在し、約1万人程度の患者避難が必要となる可能性が示唆された。今後この被災想定病院や患者を減らすためには、耐震構造や津波・洪水のハザードに対して対策を行うことや、政府主催の大規模地震時医療活動訓練、各都道府県での防災訓練やDMAT等の地域ブロック訓練への積極的参加により防災意識を高めることが求められる。また、精神科病院によって入力されるEMIS情報の精度を高めることも重要である。実際に「耐震構造」や「津波・洪水等のハザードマップ地域にあるか」の項目について入力状況は決して高いと

は言えない。EMISでの精神科病院の「耐震構造」の未診断率、未入力率はそれぞれ7%、27%、「津波・洪水のハザードマップ浸水地域にあるか」の未入力率は26%である。これらの病院の耐震構造に関する診断結果によっては、被災が想定される病院数や避難を余儀なくされる患者数が増大する可能性がある。

これらの結果から、災害拠点精神科病院に求められる役割も増していると考えられる。しかし、災害拠点精神科病院の運用について具体を議論されたことは多くはなく、令和6年度の大規模地震時医療活動訓練において、災害拠点精神科病院の運用に関する諸課題が露呈した。次年度以降はこれらの課題をどのように対策をとっていくのか積極的な議論が期待される。

以上のことから、南海トラフ地震等の巨大災害が出現した際には、DPATの隊数が乏しく十分な活動ができないことが想定される。昨年度までの大規模地震時医療活動訓練の課題抽出でも記載したが、調整本部活動に訓練に参加しているDPAT人員比重が重くなると、DPATの現地活動に支障をきたす懸念がある。

そのため、今後は、保健医療福祉調整本部のいわゆる機能班への配置などによる対応が検討されるべきである。しかし、精神科医療には、措置入院者は指定病院・指定病床にししか入院ができないことや、非自発的入院者の転院に際して都道府県知事等や家族等の同意取得が必要なこと、さらに移送の問題がある。また、新たに入院が必要となった患者に対しては、精神保健指定医の診察が必要であり、当該患者の移送には医療者のみでは行えないといった精神保健福祉法に関する課題がある。さらに、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に係わる患者の移送等は地方厚生局との連携が不可欠である。加えて、保護室の使用や身体拘束が必要な者の転院調整といった精神科病院特有の構造課題が存在する。さらに、精神科医師数は約1万6千人いる一方

で、精神保健福祉法上の判断を担う精神保健指定医に限られている点も課題である。このような精神科特有の諸課題の解決のためには、厚生労働省の DPAT 担当部局のみならず、精神医療担当部局も含め、これらの課題をいかに議論の中に組み込んでいくかが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 福生泰久：南海トラフ地震等巨大地震時における精神科病院の被災状況について，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 21
- 吉田航：大規模地震時医療活動訓練での DPAT の訓練内容から考える精神科病院への支援の在り方と DMAT との協働方法の検証，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 21
- 余田悠介：災害拠点精神科病院に求められる機能に関する課題と対応，第 31 回日本災害医学会総会・学術集会（新潟）2026. 03. 19
-

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

DMAT活動における精神医療ニーズに関する調査フォーム



セクション 1

...

過去のDMAT活動における、精神科病院以外での精神医療ニーズについて

1. 過去のDMAT活動において、精神科病院以外の病院支援時に精神医療のニーズがあり、その病院に精神科医がおらず対応に苦慮したことがありましたか？ *

- ☐ 苦慮した経験がある
- ☐ 苦慮した経験はない

2. ①「苦慮した経験がある」と回答した方にお伺いします。どういった症状または疾患でお困りになりましたか？
(複数選択可) *

- ☐ 「死にたい」と言われた時の対応
- ☐ 興奮状態、怒っている状態の対応
- ☐ 幻覚妄想状態の対応
- ☐ 気持ちが沈んでいる、泣いているときの対応
- ☐ 不安で落ち着かないときの対応
- ☐ 認知症によるBPSD対応
- ☐ 多量飲酒者の対応
- ☐ せん妄状態の対応
- ☐ その他

3. 「苦慮した経験がある」と回答した方にお伺いします。上記の際に、DPATに対応を依頼したことがありますか？ *

- ☐ ある
- ☐ ない

資料1（続き）

4. DPATが対応して良かったと思いますか？ *

- ☐ 良かった
- ☐ 良くなかった
- ☐ どちらともいえない

5. 上記の回答理由について、具体的に教えてください。

回答を入力してください

6. DPATに依頼ができるなら、しようと思いますか？ *

...

- ☐ 依頼しようと思う
- ☐ 依頼しないと思う

7. 上記の回答理由について、ご記載ください。

回答を入力してください

セクション2

...

DPATに期待すること

8. 精神科病院以外の病院支援時における精神医療ニーズ対応について、DPATに期待することを教えてください。

回答を入力してください

セクション3

...

DPATがリエゾンを行うことのデメリットについて

9. 精神科病院以外の病院支援時における精神医療ニーズ対応に、DPATが行うことのデメリットはなにかあれば教えてください。（※例：平時は精神科医療がない病院にDPATが入ることは過剰医療になる、外部支援者への対応による疲弊、なにかあったときの責任問題等）

回答を入力してください

+ 新規追加

図 1

過去のDMAT活動において、精神科病院以外の病院支援時に精神医療のニーズがあり、その病院に精神科医がおらず対応に苦慮したことがありましたか？

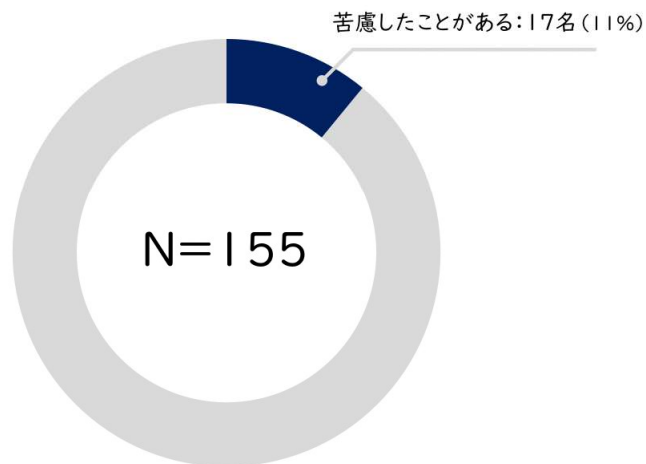
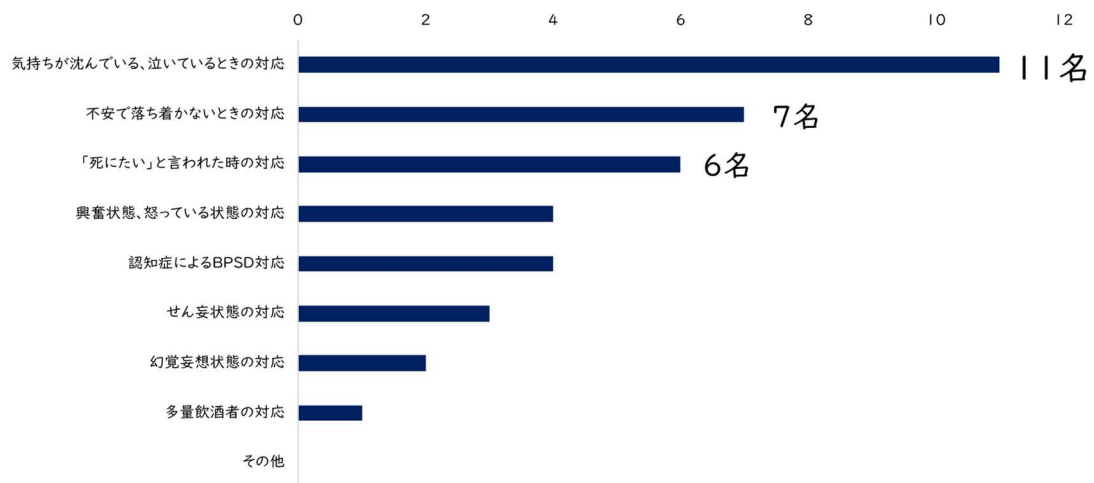


図 2

①「苦慮した経験がある」と回答した方にお伺いします。どういった症状または疾患でお困りになりましたか？(複数選択可)

N=17



「苦慮した経験がある」と回答した方にお伺いします

DPATに対応を依頼したことがありますか？

DPATが対応して良かったと思いますか？

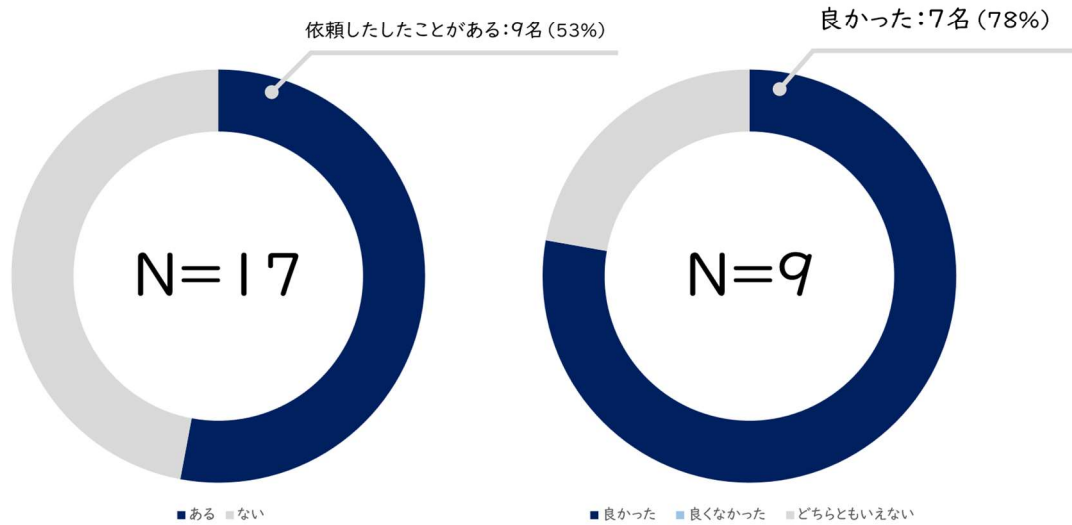


表 1

回答理由について、具体的に教えてください。

良かった	どちらともいえない
• 具体的な対応はなかったが、緊急時の対応体制を整えることができた • 時間をかけられなかったこと、対応に自信がないこと • 震災後に自殺企図した患者を診察した際に精神科フォローできた事よかった。 • 段階的に施設避難を行なっている高齢者福祉施設で発災から10日以上経っても避難が完了せず、職員の精神的な安定が保てていないと判断し、DPAT要請しました。	• 避難所での出来事であり、該当の患者は書状が悪化している上に、あと数日で常用薬が途切れてしまうという状況だったため、ちょうど巡回してきてくれたDPATに携行医薬品で処方してもらうか、または類似の薬剤を検討してほしいだったが、携行医薬品に限りがあり、他の薬を処方したとしても調剤してもらえなかった。 • 対応を依頼したが、DPATから対応後のフィードバックが無く、こういった対応がされて今後どういう方針なのか分からず、ひとまずDPATが対応したという事実だけが残ったため評価困難。

図 4

DPATに依頼が可能であれば、 依頼しようと思いますか？

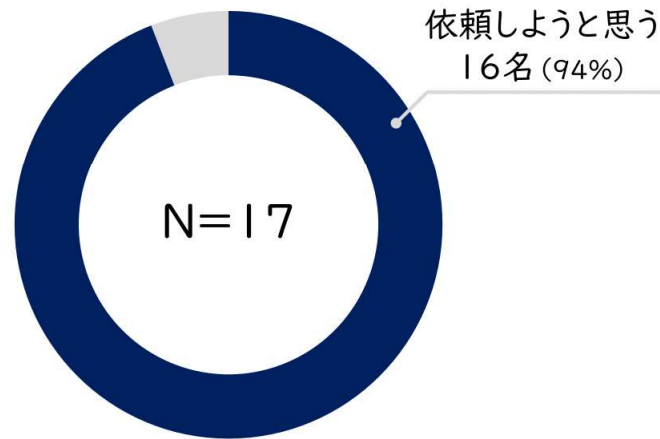


表 2

回答理由について、ご記載ください。

依頼しようと思う

- DPATがさらに患者さんを適切な相手に引継ぎ、ケアを途切れないようにして下さると考えるから。
- 災害時は多職種、多機関で対応すること、支援が充実する。
- 上記でお願いしてよかったと思っているから。
- 精神科の専門家につなげることもDMATの役目であるため。
- 精神科専門の医師や看護師に対応してもらい、診察や服薬治療、看護などを実施して頂きたいため
- 精神科的アプローチを得意とするチーム(DPAT)があるのならば、その分野の対応は任せたいと思う。ただ、どれくらいの効果があるのか正直なところ分からない。
- 精神疾患は、処方一つとっても微妙な調節が必要であり、是非専門家に介入していただきたい。
- 専門家に任せたい
- 専門診療の必要性を感じるから
- "専門性を持った対応はやっぱり助かる。メンタル対応は時間もかかるので、業務負荷が高い中に対応してくれるととても助かる"
- 東日本大震災にDMAT隊員になる前に、精神科看護師として活動しました。避難所にいらっしゃる被災者の方に、困っていることなど聞きながら巡回しましたが、なかなか被災者の方の本音を聞き出せないことに苦労した覚えがあります。
- 能登半島地震の際、DMAT隊として、一次避難所の設営及びストレスチェックを実施する中で、認知症をお持ちの避難者の担当をしていましたが、精神不安を和らげる方法や対応法を習得されているDPAT隊の方々がいらっしゃれば、心強くやれたかと思いました。

依頼しないと思う

- 緊急の対応が必要であり、緊急(数時間以内)の対応が可能なのであれば依頼するかもしれない

表 3

精神科病院以外の病院支援時における 精神医療ニーズ対応について、 DPATに期待することを教えてください。

カテゴリー	内容	N
① 精神科医療・メンタルヘルス専門支援	精神疾患対応、せん妄・不穏、薬剤調整、精神科コンサル、PTSD・うつ対応など	63
② 被災者・家族・支援者へのメンタルケア	被災者・家族・医療者・行政職員・DMAT隊員への心理支援	33
③ DMAT・医療機関との連携・情報共有	情報共有、役割明確化、指揮命令系統、協働	18
④ 搬送・転院調整	精神科病院への転院、搬送支援、受け入れ調整	14
⑤ 教育・研修・現地スタッフ支援	精神科教育、災害メンタルヘルス研修、現地職員支援	12
⑥ 避難所・地域支援	避難所でのスクリーニング、認知症・精神症状対応	17
⑦ DPATの活動体制・運用改善	プッシュ型支援、活動内容の明確化、結果共有、相談しやすさ	15
⑧ その他（不明・回答なし・戸惑い）	「わからない」「特になし」「イメージがつかない」など	7

表 4

精神科病院以外の病院支援時における 精神医療ニーズ対応に、DPATが行うことの デメリットはなにかあれば教えてください。

カテゴリー	主な内容(要点)	N
① 役割の不明確さ・線引きの曖昧さ	・DPATの役割が理解されていない ・精神的ケア／心理支援／医療行為の線引きが曖昧 ・介入タイミングが分からない ・DPATの周知不足 ・精神科に限定すると一般患者との隔たりが生じる	22
② 連携・指揮命令系統・情報共有の課題	・DMAT・病院との指揮系統混在 ・他チームとの調整負担 ・情報共有の難しさ ・コミュニケーションエラーの懸念 ・支援者増加による混乱	20
③ 継続支援の困難・撤収後のフォロー問題	・DPAT撤収後にケアが継続できない不安 ・長期介入が必要な精神科医療とのギャップ ・処方継続の問題 ・継続的なDPAT手配が困難	14
④ 資源・キャパシティ・人員不足	・精神科薬剤の不足 ・多数支援隊の流入による混乱 ・精神科対応に慣れていないスタッフの存在	10
⑤ 責任問題・リスク管理	・介入範囲の責任が不明 ・トラブル時の責任の所在 ・搬送判断の責任 ・過剰介入のリスク	8
⑥ 現場負担・混乱の可能性	・DPAT介入による現場混乱の可能性 ・地域に合わない支援方法のリスク ・外部支援者との協働による疲弊 ・スピード感の違い	12
⑦ 専門性ゆえの偏り・過集中	・精神科領域に集中しすぎる懸念／専門性が硬直化を招く可能性 ・全体対応が遅れる可能性	6
⑧ デメリットなし・不明・回答なし	・「特にない」「思いつかない」、デメリットが想像できない ・DPATはむしろ心強いという肯定的意見	37

表 5

精神科病院数および精神病床数

1. 被災地域の精神科病院数の把握

- ・ 内閣府防災情報のページより、下記災害における地震防災対策推進地域等の住所を取得
- ・ EMISデータより該当地域の精神科病院、精神病床数を抽出

南海トラフ地震	精神科病院数(1608病院)	精神病床数(約31万床)
地震防災対策推進地域※	669病院 (42%)	141,636床 (46%)
地震津波避難対策特別強化地域※	147病院 (9%)	27,219床 (9%)
首都直下型地震	精神科病院数(1608病院)	精神病床数(約31万床)
地震防災対策推進地域※	357病院 (23%)	72,908床 (23%)
地震津波避難対策特別強化地域※	0病院 (0%)	0床 (0%)
千島列島・日本海溝型地震	精神科病院数(1608病院)	精神病床数(約31万床)
地震防災対策推進地域※	209病院 (13%)	37,898床 (12%)
地震津波避難対策特別強化地域※	97病院 (6%)	15,187床 (5%)

表 6

精神科病院から避難となりうる患者数

1. 全患者避難となりうる患者数

- 全国の病床利用率: 82.9%※ (※令和5年病院報告より)

	対象病床数	推計避難患者数
南海トラフ地震	12,598床	10,193人
首都直下型地震	2,196床	1,797人
千島列島・日本海溝型地震	6,931床	5,439人

2. 内、措置入院者、医療保護入院者、行動制限者数

- 措置入院、医療保護入院の割合: 0.6%、48.5%
- 隔離、拘束者の割合: 5.1%、4.4%※2

※2: 精神保健福祉資料より

	内 措置入院者	内 医保入院者	内 隔離患者	内 拘束患者
南海トラフ地震	65人	4,944人	520人	448人
首都直下型地震	11人	872人	92人	79人
千島列島・日本海溝型地震	33人	2,638人	277人	293人

表 7. 調整本部における課題

	H27	H29	H30	R1	R4	R5	R6	合計
DMAT との連携	0	0	1	0	1	2	1	5
統括調整	0	1	2	2	1	1	1	8
情報分析	1	4	3	0	2	2	2	14
連絡調整	0	0	1	1	1	2	1	6
本部機材確保	1	2	0	1	0	2	1	7
搬送調整	0	0	2	0	0	0	0	2

表 8. 活動拠点本部における課題

	H27	H29	H30	R1	R4	R5	R6	合計
DMAT との連携	0	1	1	0	1	0	1	4
統括調整	0	0	1	0	2	3	2	8
情報分析	0	6	0	1	0	2	1	10
連絡調整	0	0	3	1	0	1	0	5
本部機材確保	0	1	1	0	1	2	1	6
搬送調整	1	0	3	0	0	0	0	4

表 9. 被災病院における課題

	H27	H29	H30	R1	R4	R5	R6	合計
DMAT との連携	0	1	0	0	0	1	0	2
被災病院との連携	0	2	3	0	1	2	2	10
DPAT 内の連携	2	2	0	0	0	0	2	6
情報分析	0	0	0	0	1	2	0	3
本部機材確保	0	0	0	0	1	3	0	4
搬送調整	0	1	6	2	1	0	1	11

表 10. 受け入れ病院における課題

	H27	H29	H30	R1	R4	R5	R6	合計
DMAT との連携	0	0	0	0	1	0	0	1
受入病院との連携	0	4	6	0	2	2	3	17
DPAT 内の連携	0	0	0	1	1	1	2	5
情報分析	0	1	2	0	0	1	1	5
本部機材確保	0	0	0	0	1	1	0	2
搬送調整	0	0	3	0	0	0	0	3
一時集積	0	1	7	0	1	0	3	12

令和 7 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）活動における機能強化と激甚災害（南海トラフ地震
等）への対応検討のための研究（23IA1004）

南海トラフ地震の災害メンタルヘルスヘルスニーズ推定及びJ-SPEED等のデータ解析

太刀川弘和¹⁾、矢口知絵¹⁾、立森久照²⁾、高橋晶¹⁾、高木善史³⁾、久保達彦⁴⁾、
福生泰久⁵⁾

- 1) 筑波大学・医学医療系 災害・地域精神医学、
2) 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室、3) 岩手県立大学 社会福祉学部、
4) 広島大学、5) DPAT 事務局

研究要旨

本年度は、これまでの研究に引き続き、能登半島地震を対象として DPAT 診療記録の分析を行ったところ、特に高齢化の進んだ地域においては、急性期の支援にとどまらず中長期的な支援体制の整備が不可欠であり、抑うつ、希死念慮、トラウマ関連症状、徘徊・興奮等の行動化症状を視野に入れた対応計画の必要性が明らかになった。

また、日本の災害精神保健論文のシステマティックレビューおよびメタ解析手法を用いて、南海トラフ地震想定下での DPAT 必要隊数の試算を行った。心的外傷後ストレス症状の推定発生率から推計した DPAT 必要隊数は 278～939 隊、抑うつ症状の発生率からの推計では 359～1,182 隊であった。避難者数、相談率、隊数あたり相談件数によって必要隊数に差がでるが、災害後の PTSS や抑うつ症状の増加に備えて、DPAT 隊数の増加や災害精神支援技術の強化が急務であることが示唆された。

A. 研究目的

2013 年に、災害発生直後より被災地の精神保健医療ニーズに対応できる災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistant Team: DPAT）が発足した。その後熊本地震などの大災害支援を経て、DPAT 先遣隊は 2023 年 4 月時点で 46 都道府県 106 医療機関が整備され、各自治体が整備する都道府県 DPAT 隊員も 2021 年末時点で、3,654 人まで整備されている。

しかし、被災自治体や DPAT 派遣元の自治体、ほかの支援チームからの客観的な評価が十分なされていないと言いき難い。全国の DPAT 体制整備は進んでいるが、自治体毎に差が大きいため、今後想定される南海トラフ地震に際して、現在の DPAT 体制で適切に対応できるのか検討が必要である。

そこで当分担研究班は、①過去の世界の災害時精

神支援に関わる研究活動報告を渉猟するシステマティックレビューを行い、各災害の種類・規模と被災地域のメンタルヘルス症状をデータベース化する。続いて南海トラフ地震の災害規模からメンタルヘルスニーズを推定する。さらに、②DPAT の被災地支援活動で災害診療記録に用いる Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters, Japan version (J-SPEED)の実働データベースを収集・分析し、被災後に生じるメンタルヘルスニーズの実態を把握することを目的とした。

本研究の最終年度である今年度は、南海トラフ地震で必要となる DPAT 隊数の推計を実施する。また、令和 6 年能登半島地震における DPAT 診療記録を用い、平成 28 年熊本地震の記録との比較を行い、地域特性を背景とした災害メンタルヘルスニーズの特徴を検討する。

B. 研究方法

1. 班会議の開催・全体班会議への参加：

研究班内の方向性の確認や進捗報告などを目的に会議を開催した。班会議以外では、研究手法、研究結果の解釈等について検討会を適宜実施した。また全体班会議では班の進捗報告や他班との研究協力などについて相談を行った。

2. 従来災害データの解析による南海トラフ地震の災害メンタルニーズ推定：

当初計画では、過去の災害時に報告された精神症状に関するデータを用いて、機械学習等により南海トラフ地震発生時のメンタルヘルスニーズを推計することを想定していた。しかしシステムティックレビューを実施した結果、機械学習による予測モデルの構築や発生率の安定した量的推計に必要なデータ数を十分に確保することが困難なことが判明した。一方で、外傷後ストレス症状（PTSS）および抑うつ症状については、災害後の精神保健アウトカムとして先行研究で比較的多く報告されており、メタ解析による有症率推計が可能であった。そのため本研究では、南海トラフ地震における災害メンタルヘルスニーズのうち、量的推計が可能なアウトカムとして PTSS および抑うつ症状に対象を限定し、これらの推定有症者数を算出したうえで、DPAT の必要隊数を推計することにした。

まず、南海トラフ地震を想定した場合の PTSS、抑うつ症状発生率の検討には、当該災害が広範囲・人口密集地・津波の被害を生じる地震災害であるため、2011 年の東日本大震災における津波被害、2016 年の熊本地震における人口密集地被害に関する論文を用いた。阪神淡路大震災は、2000 年に耐震基準が大幅に改定されたため、南海トラフ地震想定の本研究には含めなかった。昨年度作成をしたシステムティックレビューのデータを用い、なおかつ包括基準を下記の通り再設定した。

＜包括基準＞

- ・ PTSS、抑うつ症状の有無が調査され、診断または尺度のカットオフ基準で有症割合が記載されている。
- ・ 日本国内の地震災害（東日本大震災・熊本地震）である。
- ・ 調査開始日が、発災後 2 年以内である。

＜除外基準＞

- ・ 包括基準の調査が未実施
- ・ 調査対象者の居住県が特定困難
- ・ 学会抄録、会議録、解説（レター、コメンタリー）

次に、R(4.4.2)、metafor (4.8.0)を使用しメタ分析を実施した。

DPAT 必要隊数の試算には、システムティックレビューおよびメタ解析の結果である統合有症割合を使用した。まず、「災害時のこころの相談者数の推

定」を国が想定する南海トラフ地震下における避難所避難者数から試算し、次に「相談者における PTSS・抑うつ症状の有症者数の推定」について統合有症割合を用いて試算し、最後に「有症者へ対応する DPAT 隊数」は、平成 28 年熊本地震の際に、DPAT が 1 日に対応した最大数を採用し、試算した。

なお、南海トラフ地震における避難所避難者数は、「中央防災会議 防災対策実行会議 南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ（令和 7 年 3 月）」が提案している被害想定「東海地方が大きく被災するケース（地震動：基本ケース、津波ケース①、冬・深夜、平均風速）」を用いた。

3. DPAT 診療記録（J-SPEED、DMHISS）

の実働データベースの収集・分析：

令和 6 年能登半島地震における DPAT 活動記録を収集し、平成 28 年熊本地震および平成 30 年北海道胆振東部地震の DPAT 診療記録と比較分析を行った。

まず、令和 6 年能登半島地震における DPAT 診療記録として、J-SPEED に入力された匿名化データ（2024 年 1 月 2 日～5 月 26 日）を収集した。比較対象には、平成 28 年熊本地震の DPAT 記録（DMHISS、2016 年 4 月 14 日～6 月 30 日）を用いた。

次に、データから年齢区分、性別、相談時期、精神症状・行動上の問題等を抽出し、記述統計およびカイ 2 乗検定を用いたクロス集計による両災害の比較分析を行った。相談時期の比較は、両災害で共通する DPAT 活動期間（発災後 78 日以内）に限定した。症状項目の比較に際しては、多重比較の影響を考慮し、Holm-Bonferroni 法による補正を適用した。

C. 研究結果

1. 班会議の開催・全体班会議への参加：

① 班会議への参加

第一回：2025 年 5 月 28 日

*会議とは別に適宜検討会を実施した。

② 全体班会議への参加

第一回：2025 年 6 月 22 日

第二回：2025 年 9 月 21 日

第三回：2026 年 2 月 22 日

2. 従来災害データの解析による南海トラフ地震の災害メンタルニーズ推定：

推計の結果、南海トラフ地震では、避難所避難者のうち PTSS 有症者は約 2,780 名～約 9,390 名、抑うつ症状有症者は約 3,590 名～約 11,800 名と推定された。なお、これらは医師による診断・治療介入が必ず必要となる者の人数ではなく、心理教育、相談、スクリーニング、経過観察、必要時の専門機関への紹介等を含む精神保健・心理社会的支援の潜在的対象者数として解釈する必要がある。これらの推定有症者数を、DPAT 等による初期相談・トリアー

ジ対応の最大対応規模として換算した場合、1 日後・1 週間後・1 か月後時点の DPAT 必要隊数は PTSS では 278～939 隊、抑うつ症状では 359～1,182 隊であった。

隊数の算出式は以下の通りである。

① 災害時のこころの相談者数の推定

= 避難者数 × 災害時のこころの相談率 (1.2%)

想定避難者数は、「中央防災会議 防災対策実行会議 南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ (令和 7 年 3 月)」における、東海地方が大きく被災するケースの避難者数を用いた。相談率は、熊本地震および能登半島地震における DPAT の相談対応人数を、全体の避難者数で除して試算した。

② こころの相談者における PTSS・抑うつ症状有症者数の推定

= 相談者数 × 有症割合 (PTSS・抑うつ症状)

③ 有症者に対応する DPAT 必要隊数の試算

= 有症者数 ÷ 1 隊当たりの 1 日対応相談者数 (10 名)

1 隊当たりの 1 日対応相談者数は、熊本地震の活動報告を基に DPAT 事務局が試算した値を用いた。

3. DPAT 診療記録 (J-SPEED、DMHISS)

の実働データベースの収集・分析：

令和 6 年能登半島地震後の DPAT 相談件数は 488 件であり、平成 28 年熊本地震後の 2,125 件と比べて少なかった。しかし、記録された相談のうち 65 歳以上の占める割合は、能登半島地震で 58.4%であったのに対し、熊本地震では 41.4%であり、能登半島地震では高齢者の比率が顕著に高かった。症状別にみると、不安 (42.4%) および不眠 (32.8%) の 2 つが主要症状であった。熊本地震との比較では、多重比較補正後も有意差を認めた症状として、能登半島地震では抑うつ、希死念慮、フラッシュバック、怒り、興奮、思考散漫、徘徊、暴言・暴力の割合が高く、一方、身体症状は熊本地震で高い割合であった。DPAT 活動期間である発災後 78 日以内に限定した相談時期の分布には両災害で有意差を認めなかったが、能登半島地震では 79 日以降にも DPAT の派遣および相談対応が続いていた。

D. 考察

- ・ 従来災害データの解析による南海トラフ地震の災害メンタルニーズ推定：

令和 7 年 1 月現在、日本 DPAT は 47 都道府県 138 医療機関 371 隊が登録されている。DPAT は非被災地からの派遣を前提とするため、南海トラフ地震のような広域災害では全登録隊数を同時に活用することは難しい可能性がある。PTSS や抑うつ症状に対する専門的支援体制の充実についても、今後の検討が必要である。得られた結果は研究班会議および学会発表で報告しており、原著論文として現在と

りまとめている。

- ・ DPAT 診療記録 (J-SPEED、DMHISS) の実働データベースの収集・分析：

結果から、能登半島地域では高齢者への支援に加え、抑うつ、自殺関連症状、トラウマ関連症状、徘徊・興奮等の行動化症状を含む多様なメンタルヘルスニーズへの対応が必要であること、支援が長期にわたる可能性が示された。

今後想定される南海トラフ地震の被災想定地域には高齢化率や孤立化率の高い地域も含まれる。このような被災地域の精神支援に際しては、高齢化率・地理的条件・インフラ被害状況等を踏まえた精神保健医療ニーズの推定、DPAT の配置計画・継続支援体制の検討が必要である。高齢化の進んだ地域においては、急性期の支援にとどまらず中長期的な支援体制の整備が不可欠であり、抑うつ、希死念慮、トラウマ関連症状、徘徊・興奮等の行動化症状を視野に入れた対応計画の策定が課題となる。

また今回、能登半島地震の J-SPEED 実働データと熊本地震の支援データ知見とを統合することで、南海トラフ地震で必要となる精神保健医療の質的課題を抽出できたと考える。得られた結果は研究班会議および学会発表を通じて順次報告し、英文原著論文として取りまとめ、学術誌に採択された。

E. 結論

1. 災害後の PTSS および抑うつ症状の増加に備え、DPAT 体制の強化や対応技術の向上が重要である。
2. 高齢化の進んだ地域においては、急性期の支援にとどまらず中長期的な支援体制の整備が不可欠であり、抑うつ、希死念慮、トラウマ関連症状、行動化症状を視野に入れた対応計画の策定が課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・ Takagi Y, Takahashi S, Kubo T, Fukuo Y, Gomei S, Yaguchi C, Arai T, Tachikawa H. Characteristics of mental health needs following the 2024 Noto Peninsula Earthquake: comparison with the 2016 Kumamoto Earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2026;5(2):e70336. doi: 10.1002/pen5.70336.

2. 学会発表

- ・ Hirokazu Tachikawa, Chie Yaguchi, Sho Takahashi, Yoshifumi Takagi, Tatsuhiko Kubo, Yasuhisa Fukuo: What is the prevalence of post-traumatic stress reaction after an earthquake disaster? evidence from a meta analysis of worldwide reports. WADDEM, Tokyo, Japan, May.2-

6,2025

- 太刀川弘和,矢口知絵:南海トラフで生じる精神疾患の推計とこころのケアの必要性. 第2回日本危機管理医学会学術総会, 2026年2月(愛知県)
- 矢口知絵, 太刀川弘和, 立森久照,高橋晶, 高木善史, 久保達彦, 福生泰久:南海トラフ地震では災害派遣精神医療チーム(DPAT)が何隊必要か?:災害後の心的外傷後ストレス症状および抑うつ症状のメタ解析から, 第31回日本災害医学会, 2026年3月(新潟県)

3. その他

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:特記すべきことなし。

令和 7 年度厚生労働科学研究費（最終年度）
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動における機能強化と
激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究」

分担研究報告書

災害産業保健チーム（DOHAT）と DPAT の協働促進

—動画教材による普及啓発の取り組み—

研究分担者：立石 清一郎（産業医科大学 産業生態科学研究所 教授）

研究協力者：森 晃爾（産業医科大学 産業生態科学研究所 教授）

研究協力者：久保 達彦（広島大学 大学院医系科学研究科 教授）

研究協力者：榎田 奈保子（産業医科大学 保健センター 主任）

研究協力者：五明 佐也香（DPAT 事務局 次長、獨協医科大学埼玉医療センター 救急医療科
講師）

研究協力者：池田 美樹（桜美林大学 リベラルアーツ学群 准教授）

研究要旨

【目的】 本研究の最終年度として、過去 2 年間の研究成果（DOHAT と DPAT 等関連チームの合理的連携モデル、令和 6 年能登半島地震での行政職員健康管理版 J-SPEED の実装知見）を踏まえ、DOHAT と DPAT の効率的かつシームレスな連携を実現するための実践的な普及啓発ツールを開発することを目的とした。

【方法】 過去 2 年間の研究で得られた知見を統合し、DPAT 隊員、自治体職員、産業保健関係者等を主な対象とする教育動画コンテンツ（PowerPoint 資料および読み原稿）を作成した。動画は、DOHAT の概要、支援者支援戦略マップ（1 次～3 次予防）、J-SPEED 健康チェックの指標と運用、能登半島地震における実践知と教訓、職場環境改善アクションチェックリスト、DOHAT・DPAT 協働モデルの 6 つの柱、そして包括的支援者支援の方向性、の構成とした。

【結果】 全 11 スライドからなる動画教材「DPAT と DOHAT の協働—効率的かつシームレスな支援者支援のために—」を完成させた。本教材は、①DOHAT と DPAT の役割分担、②J-SPEED による早期発見と専門的介入の循環、③能登半島地震データに基づく実証的知見（指揮統制の不明確さがパフォーマンス障害に 8.8 倍の影響、休めていない前線自治体職員の 52%が強い疲労を呈する等）、④平時からの準備と連携の重要性、を視覚的・体系的に伝える構成とした。

【考察】 本動画教材は、DPAT 研修や自治体・産業保健関係者向け研修等で活用可能な実践的な普及啓発ツールであり、これまで紙媒体での提示にとどまっていた DOHAT・DPAT 協働モデルを実装段階へと進める上で、現場の理解と合意形成を促進する有用なツールとなる可能性がある。今後は研修現場での活用を通じて、平時からの連携体制構築および災害時メンタルヘルス協議会（仮称）の設置に向けた合意形成へとつなげる必要があると考えられた。

A. 研究目的

本研究班は、3年計画の研究として、災害時の自治体職員等の支援者・受援者の健康支援体制の確立を目的に、災害産業保健支援チーム（DOHAT：Disaster Occupational Health Assistance Team）とDPATをはじめとする関連支援チームとの効果的な連携モデルの構築に取り組んできた。

初年度（令和5年度）には、自治体産業保健担当者へのヒアリング調査と令和6年能登半島地震における行政職員健康管理版 J-SPEED システムの実践を通じて、DOHAT による支援が自治体の期待に応えうる可能性を示した。中間年度（令和6年度）には、過去の災害支援経験者へのヒアリングと文献調査を踏まえ、DOHAT や DPAT、精神保健福祉センター等の役割分担、連携ハブ機能、情報共有ルール、紹介基準、フェーズ別連携、自治体組織との一体的活動を主軸とする「合理的連携モデル」を提案した。

最終年度である令和7年度は、これら2年間の研究成果を実装段階につなげるべく、DPAT 隊員および自治体・産業保健関係者を対象として、DOHAT と DPAT が効率的かつシームレスに連携するための実践的な普及啓発ツールとして、動画教材（PowerPoint 資料および読み原稿）の開発を行うことを目的とした。動画教材の活用により、これまで概念的に提示されてきた連携モデルを、現場で活用可能な研修コンテンツへと昇華させ、平時からの連携体制構築の合意形成を促進することを目指した。

B. 研究方法

過去2年間の研究成果（合理的連携モデル、J-SPEED による行政職員健康管理の実践知見、能登半島地震対応のデータ等）を統合・整理し、DPAT 隊員や自治体職員、産業保健関係者等を主な対象とした動画教材のコンテンツを設計した。教材は、DPAT 事務局による研修等での活用を想定し、視聴者が短時間で DOHAT の役割と DOHAT・DPAT 協働の意義および実践的な連携手順を理解できる構成とした。

動画教材は全11スライドで構成し、各スライドの本文（テキスト）に加え、ナレーションのための読み原稿を含めた。コンテンツ構成は、以下の柱に基づき設計した。

- ・ DOHAT の目的・構成・主要機能・運用アプローチの整理
- ・ 能登半島地震における実践事例の映像的提示（医療福祉施設での実践等）
- ・ 支援者支援戦略マップ（1次予防～3次予防）の体系化

- ・ J-SPEED 健康チェックの指標と運用フローの可視化
- ・ 能登半島地震（令和6年）における実践知と教訓のデータに基づく提示
- ・ 職場環境改善アクションチェックリスト10項目の提示
- ・ DOHAT・DPAT 協働モデル「6つの柱」の整理
- ・ 「誰も取り残さない支援者支援」のビジョンと具体的アクションの提示

本動画教材の制作は、研究分担者および研究協力者による複数回の検討会議を経て、内容の精査と表現の調整を行った。

C. 研究結果

1. 動画教材の完成

「DPAT と DOHAT の協働—効率的かつシームレスな支援者支援のために—」と題する動画教材を完成させた。全11スライドから構成され、以下のメッセージを主軸とする。

2. 動画教材の主要構成と内容

（1）DOHAT の概要（スライド2）

DOHAT を「災害時の労働者（支援者・受援者を含む）の健康被害最小化」を目的とするチームとして位置づけ、産業医（統括リーダー）、産業看護職、労働衛生専門家から構成されることを示した。主要機能として、ハザード評価（化学・放射線・粉じん・感染・心理社会）、労務管理・作業環境・作業負荷アセスメント、健康相談・産業医面談による就業判定を提示した。運用面では、J-SPEED 健康チェックの実装・解析、交代制・休ませ方等の労務管理助言、衛生委員会・安全衛生体制の強化支援を主軸とすることを明示した。事務局は産業医科大学災害産業保健センターであることを明記した。

（2）支援者支援戦略マップ（スライド6）

支援者支援を1次予防（未然防止）、2次予防（早期発見・早期治療）、3次予防（傷病者対応・職場復帰支援・再発／重症化予防）の枠組みで体系化し、産業医的視点と臨床医的視点の役割分担を視覚化した。1次予防には事業継続計画（BCP）策定と、当該BCPへの健康管理項目の追加、健康管理指針の策定、ハザード（CBRNE、惨事ストレス等）の曝露防止、セルフケア・ラインケア教育を含め、2次予防にはスクリーニング戦略および個人介入／組織介入

を含めた。

(3) J-SPEED 健康チェック：指標と運用（スライド7）

健康指標として疲労度（0-10）、不調感・WFun-D（労働機能障害）、身体症状の3点を提示し、運用フローとして「日々入力 → スクリーニング → 介入・連携（DOHAT が電話 → DPAT／医療へ）」の流れを示した。能登半島地震の経験から、対面業務職員や未休息職員のリスク状況を提示し、定量データに基づく組織的介入の根拠としての活用ポイント（会議頻度の見直し、適切な休息確保・交代制導入、本部体制強化等）を明示した。

(4) 能登半島地震（令和6年）の実践知と教訓（スライド8）

実証データに基づく重要知見として以下を提示した。

- ・指揮統制の不明確さは、パフォーマンス障害（事故・退職リスク）に対し、直接的影響と疲労・フラストレーションを介した間接的影響を合わせて約8.8倍相当の影響を与える。
- ・保健医療福祉調整本部スタッフは現場活動スタッフよりも疲労度が有意に高い傾向にあり、本部機能の能力・体制強化が支援全体の鍵となる。
- ・発災後、十分な休息がとれていない自治体職員において、疲労度7以上（強い疲労）の職員の割合が52%に達した。

また、J-SPEEDによる個別対応事例として、内服中断事例（モバイルファーマシーへの連結）、家族喪失への不安事例（DPATと県保健師との連携）、急性ストレス障害事例（人事との連携による就業配慮、医療機関受診）の3事例を具体的に提示した。

(5) 職場環境改善アクションチェックリスト（スライド9）

能登半島地震（令和6年）での医療福祉施設への実践事例から、以下の10項目からなるアクションチェックリストを提示した。

- ・①今後の方針を職員全員に積極的に説明、②定期的な職場単位ミーティング、③管理者からの感謝・ねぎらいの声かけ、④同僚間で気軽に話せる雰囲気の醸成、⑤リラックスできる休憩室の整備、⑥メンタルヘルスケアの提供、⑦休暇取得しやすい体制づくり、⑧躊躇しない受援、⑨人員配置状況の検討、⑩職員が意思決定に関われる場の設置。

本リストの活用により、現場の混乱軽減と職員の

メンタルヘルス維持に一定の効果が確認されたことを提示した。

(6) DOHAT・DPAT 協働モデル：6つの柱（スライド10）

過去2年間の研究で構築した連携モデルを6つの柱に集約し、以下のとおり提示した。

【組織・連携基盤】

- ・①役割分担の明確化：DOHAT（職場環境・労務管理）とDPAT（精神医療・危機介入）の役割定義
- ・②連携ハブの設置：「職員健康支援連携会議」等を設置し、定期的な情報共有の場を確保
- ・③情報共有ルール：プライバシーに配慮しつつ、部署単位の傾向やハイリスク情報を共有

【運用・実践プロセス】

- ・④紹介・連携基準：相互リファラルの手順と判断基準を明確化し、切れ目のない支援へ
- ・⑤フェーズ別連携：急性期から復興期まで、時間経過に応じた支援内容の変化と連携を計画
- ・⑥自治体組織との一体的活動：人事部門・衛生委員会・管理職研修と連動し、組織全体の改善活動へ昇華

(7) 誰も取り残さない支援者支援へ（スライド11）

誰も取り残されない支援者支援について、以下の4つの方向性を提示した。

- ・三位一体の包括的カバー：被災住民だけでなく、受援者（自治体職員等）と支援者も含めた「三位一体」の健康管理システムを構築し、支援の空白を解消する。
- ・DOHAT×DPATの循環：J-SPEEDによる「早期発見」、DOHAT・DPATによる「専門的介入」、データに基づく「組織改善」の好循環を確立する。
- ・労務管理と本部体制強化：交代制勤務や休息確保等の労務管理的アプローチと、指揮命令系統の明確化による本部機能強化により、事故・離職を予防する。
- ・平時からの準備と連携：発災後の混乱を防ぐため、平時から連携会議の設計、情報共有ルールの策定、紹介基準の整備、合同訓練を実施・検証する。災害時メンタルヘルス協議会（仮称）の設置を提言する。

D. 考察

本年度の取り組みはDOHATとDPATが有機的な連携を行う具体的手法の検討であった。事務局レベルではすでに共通の意識が醸成されていたがこれらの啓発を行うこと男鹿必要であった。そこで、過去2年間で構築・整理した知見を、現場で実装可能な普及啓発ツールへと昇華させたことにより、DOHATとDPATの効率的かつシームレスな連携を実現につながったと考えられる。これまで合理的連携モデルは概念モデルとして文書化されてきたが、現場のDPAT隊員、自治体職員、産業保健関係者の間で十分に共有・浸透するためには、視覚的・体系的に短時間で理解できる教育コンテンツが不可欠であった。今般の動画教材の完成により、研修場面での活用を通じて、関係者間での共通認識の醸成と合意形成の促進が期待される。

動画教材の特長は以下の3点に集約される。

第一に、能登半島地震における実証データを根拠として提示している点である。指揮統制の不明確さがパフォーマンス障害に8.8倍の影響を与えるという定量的知見、保健医療福祉調整本部スタッフの疲労度が現場活動スタッフより有意に高いという知見、発災後休めていない前線自治体職員の52%が強い疲労を呈するという知見は、いずれも現場の意思決定者（自治体首長、人事担当者、災害対策本部長等）に対する強力な訴求力を持つ。エビデンスに基づく労務管理の重要性を、抽象論ではなく具体的なデータで示すことができる。

第二に、DOHATとDPATの役割分担を「6つの柱」として明確に整理した点である。組織・連携基盤（役割分担・連携ハブ・情報共有ルール）と運用・実践プロセス（紹介基準・フェーズ別連携・自治体一体活動）の2軸で構造化することにより、研修受講者が自組織での実装イメージを持ちやすい構成とした。これは、過去2年間の研究で課題として残された「実装段階への移行」を支援する具体的なフレームワークとなる。

第三に、職場環境改善アクションチェックリストとして、現場で即座に活用可能な10項目を提示した点である。これらは抽象的な提言ではなく、能登半島地震での医療福祉施設への実践事例から導かれた具体的アクションであり、平時の安全衛生委員会や災害時の災害対策本部での点検項目として機能しうる。

一方、本動画教材の限界と今後の課題として、以下の点が挙げられる。第一に、動画教材は普及啓発のためのツールであり、それ自体が連携体制を実現するものではない。実装に向けては、DPAT研修への組み込み、自治体向け研修プログラムの設計、産業保健関係団体との連携などを通じた継続的な活用が不可欠である。第二に、教材内容は能登半島地震の経験の中核としており、南海トラフ地震等のより

大規模な激甚災害への外挿には、さらなる検証と追加コンテンツの開発が必要である。第三に、視聴後の理解度や行動変容を測定する評価プロセスは未整備であり、教材の効果検証および継続的改善のための仕組みづくりが今後の課題となる。

適切な予防行動を介して支援者・対応者のメンタルヘルス不調を抑止することは、DPATの最大必要派遣数を抑制する方向に作用しうる。また、自治体が確実に機能するための支援は、受援機能を高め、結果として外部支援者全体の活動を円滑にする。本動画教材は、こうした構造を関係者間で共有するための共通言語としての役割を果たしうると考えられる。

E. 結論

本年度は、3年計画の最終年度として、過去2年間で構築したDOHATとDPATの合理的連携モデルおよびJ-SPEEDによる行政職員健康管理の実践知を統合した動画教材「DPATとDOHATの協働—効率的かつシームレスな支援者支援のために—」を完成させた。本教材は、能登半島地震での実証データに基づき、DOHATの役割、J-SPEEDの運用、職場環境改善アクションチェックリスト、DOHAT・DPAT協働モデル「6つの柱」、および「誰も取り残さない支援者支援」のビジョンを体系的に提示する内容となっている。

本教材を通じて、これまで概念的に整理されてきた連携モデルが、研修現場で活用可能な実践的ツールへと昇華された。今後はDPAT研修等での活用を通じて、平時からの連携体制構築および災害時メンタルヘルス協議会（仮称）の設置に向けた合意形成を促進し、激甚災害（南海トラフ地震等）への対応力強化に貢献していく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

立石 清一郎，【災害に対応する危機管理体制とは】「いかなる状況でも」従業員を守る 産業保健の災害時BCPと実践体制。
産業保健 2131 巻2号 Page2-4(2025.10)

立石 清一郎，【水害に強い職場づくり】水害時における従業員の心とからだを守るために(解説). 安全

五十嵐 侑, 立石 清一郎, 松岡 朱理, 澤島 智子, 原田 有理沙, 川角 美佳, 森 晃爾,
産業医に役立つ最新の研究報告 パンデミック下における産業医の役割 産業医活動の質的分析から(解説). 産業医学ジャーナル(0388-337X)48 巻 4 号
Page416-422(2025.07)

Nagata T, Sasaki Y, Chimed-Ochir O, Khaing IK, Tateishi S, Enokida N, et al. Key contributors to fatigue in disaster responders: Analysis of the 2024 Noto Peninsula earthquake. Saf Health Work. 2026.

Khaing IK, Chimed-Ochir O, Rath EM, Tateishi S, Enokida N, Mori K, et al.
Relationship between days of work and presenteeism, and mediation of this relationship by fatigue among disaster responders. J Occup Health. 2025.

Ogawa H, Nagata T, Yoshida T, Taji A, Yumiya Y, Shiroma N, et al.
Innovative occupational health system for EMT staffs implemented by the EMTCC during Noto earthquake 2024 in Japan. Prehosp Disaster Med. 2025.

2. 学会発表

榎田奈保子、立石清一郎、能登半島地震から約 1 年後の自治体職員における精神的苦痛の関連要因に関する横断研究. 日本産業衛生学会全国協議会(徳島), 2025 年 11 月

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和 7 年度厚生労働科学研究費
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動における機能強化と
激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究」
分担研究報告書

災害時における DPAT インストラクターの役割

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）、高尾碧（DPAT 事務局、島根県立こころの医療センター）、余田悠介（千葉県長生保健所）、知花浩也（琉球こころのクリニック）、平位和寛（国立病院機構 福岡病院）、納橋優奈（日本精神科病院協会、DPAT 事務局）

研究要旨

本研究を通して、平時から近隣自治体間で相互に災害派遣精神医療チーム（DPAT）に関する体制整備状況を把握し、近隣自治体との合同研修および合同訓練の実施を通じて連携を深める必要があると示唆された。また、そのために DPAT が DMAT 地方ブロック訓練に参加することのメリットは大きい、訓練内容を作成するにあたり、訓練に参加する自治体の様々な負担と予算確保の、二点が課題であると考えられた。

それらを踏まえ、今年度は、平時に研修や訓練の企画運営を行うとともに、自県の運営協議会等に参加して体制整備に寄与している DPAT インストラクター（以下、インストラクター）が、災害発生時にどのような役割を果たすかについて検討することとし、過年度に発生した災害や新型コロナウイルスによるクラスター対応をした DPAT 統括者（以下、統括者）とインストラクターに対してインタビュー調査を実施した。

結果として、インストラクターが災害（新型コロナウイルスによるクラスター対応を含める、以下同じ）時に被災地で活動することは、DPAT 活動を支えるために不可欠であるが、その立ち位置を明確にし、被災地の主体性を尊重して活動することが必要であると示唆された。

今後、より質の高い DPAT 隊員の育成に向けて、日本 DPAT 研修や DMAT 地方ブロック訓練等の合同訓練、合同研修を強化していく必要があると考えられ、そのためにはインストラクターの育成を強化するとともに、その立ち位置を明確化していく必要があると考えられる。

A. 研究目的

本研究を経て、今後予想される大規模災害等に備え、近隣自治体における DPAT の体制整備状況を把握し、DPAT が DMAT 地方ブロック訓練に参加することが、近隣自治体との連携を深めることに有効であるが、参加するための予算確保や行政職員の負担が課題であることが明らかとなった。それらを踏まえ、本年度は、平時に研修・訓練の企画運営を担うとともに、自県の運営協議会等に参加して体制整備に寄与しているインストラクターが、実災害時にはどのような役割を求められているかについて検討することとした。

B. 研究方法

平成 28 年熊本地震、平成 30 年西日本豪雨災害、令和 3 年熱海市伊豆山土石流災害、令和 6 年能登半島地震及び、新型コロナウイルスによるクラスター対応において、主に都道府県 DPAT 調整本部で活動した統括者 5 名と、都道府県 DPAT 調整本部や DPAT 活動拠点本部、病院支援指揮所等で活動したインストラクター 9 名を対象としてインタビュー調査を実施した。

なお、本研究は日本精神科病院協会倫理会議の承認を得ている。

C. 研究結果

1. 統括者を対象とした調査結果

a. インストラクターが介入したことのメリット

●本部運営

多くの統括者が、本部運営におけるインストラクター派遣は有効であると述べていた。特に発災初期から活動することで、安定した組織体制を迅速に構築することができ、DPAT 調整本部、DPAT 活動拠点本部の立ち上げや、DPAT 活動に伴う様々な意志決定に迷う時に、インストラクターが介入し助言をすることにより、客観的な判断を促す効果があった。

●厚生労働省等の行政機関や関係機関との調整

平時、その多くが臨床業務に従事しており、災害時には主に各 DPAT 本部において、被災地域における DPAT の活動を統括する統括者においては、発災

時に効率的、効果的な活動に資するよう、厚生労働省や都道府県庁、保健所等の行政機関との連絡調整等を密に行う事が求められる。一方、統括者に求められる判断等は多岐にわたるため、それらの連絡調整をインストラクターがサポートすることにより、行政機関との調整において緩衝材としての機能を呈し、統括者は意思決定や関係機関とのミーティングといった本来の重要な役割にも注力できるようになったとの意見があった。また、複数のインストラクターが介入することで、統括者が交代する際にも切れ目なく、被災地における判断機能が維持できるという側面もある。

●心理的サポート

インストラクターが助言やサポートを行うことにより、統括者の心理的安全性を保つことに繋がり、統括者の経験が浅い場合にはより有効的であったとの意見が挙げられた。

インストラクターのサポートの効果的な例として、インストラクター自身が研修や訓練等で培った高い経験値や、過去の災害における DMAT 等の他の支援チームや組織との連携の経験を踏まえた助言が参考になったと挙げられた。

●客観的な視点

統括者は、自身の地元である被災地において、主観的な判断を行う事もあるが、被災地域外から派遣されたインストラクターが介入することにより、客観的な視点から助言を得ることができた。

b. インストラクターが介入したことのデメリット

●指揮命令系統の複雑化（CSCA の維持）

インストラクターが統括者へのサポート、助言という立ち位置を逸脱することによって、指揮命令系統が曖昧になるリスクが挙げられた。また、本来 DPAT 活動における DPAT 派遣の調整や活動終了など、様々な方針決定をするべき統括者が、インストラクターの意見に依存しすぎる懸念点も挙げられた。

●被災地域の実情の理解と尊重の重要性

被災地外から派遣されたインストラクターにおいて、被災地の地理的条件や、各々の精神科医療機関の特徴、地域特有の事情等の精神保健医療福祉体制等を十分に把握できていない場合は、統括者に対す

る活動拠点本部の立上げの提言等、災害時の対応に遅れが生じる可能性がある。また、被災者や支援者への尊厳を持った行動が不可欠であるとの意見が挙げられた。

●立場の不明確さ

インストラクターの役割が、DPAT 活動で構築される組織体制の中で正しく理解されていないと、混乱の原因となることが懸念される。統括者や行政職員のサポートに徹するのか、積極的にコーディネーションを行うのか、その立ち位置を明確にする必要があり、DPAT 活動要領やマニュアル等に明記される事が望ましいという意見があった。

2.インストラクターを対象とした調査結果

a.インストラクターが活動早期から介入していたことのメリット

●組織体制の構築

災害初期の混乱した状況において、指揮命令系統（CSCA）を整理し、DMAT 等の他の支援チームと連携して活動拠点を確保し、情報の窓口を一本化することで、支援活動を一元管理できるようにする等、迅速な組織的な活動を行うことができた。

●高度な情報収集能力

被災地の状況が不透明な初期段階でも、的確に現状を把握し、上位本部や DPAT 事務局等に情報を伝えて組織を動かすといった、研修や訓練等での経験を活かした対応が出来たとの意見があった。

●関係機関との調整

都道府県庁や保健所等の行政機関との密な連絡調整に加え、災害医療コーディネーターや DMAT 等の他の支援チーム等との、速やかな連携調整に繋げることができたとの意見があった。

さらに、厚生労働省や DPAT 事務局への連携を円滑に行えるように支援することにより、被災地で活動している DPAT 隊員のみならず、統括者や行政職員の安心感や精神的な支えに繋がり、信頼関係を構築しやすくなったとの意見があった。

●技術的サポート

平時からの研修や訓練の経験を活かし、DPAT 調整本部長での支援、J-SPEED、日報作成といったロジスティクス業務のサポートを行い、それらについ

て適宜助言することができる。また、統括者の交代時にもインストラクターが継続して常駐することで、統括者間の申し送りを補完し、情報の断絶を防ぐ役割を果たすことができる。

●フェーズごとの課題抽出

インストラクターは、災害急性期のみならず、中長期的な視点で災害対応の全体像や終了までの流れをイメージできる研修や訓練に複数回参加した者が担っており、急性期対応から地域支援への移行等、次のフェーズに向けた準備や体制構築を、統括者や行政職員、関係機関等と共有しながら計画的に進めるための支援を行うことができる。

また、被災地における想定外の潜在的なニーズ（未確認の被災者や被災医療機関が相当数予想される等）を考慮し、都度、支援を継続すべきか、拡充すべきかどうかといった判断を下す際に DPAT 調整本部長、DPAT 事務局活動拠点本部長に対して適宜助言を行う事ができたという意見があった。

b.インストラクターが介入したことのデメリット

インストラクターが介入したことのデメリットは特段挙がらなかったが、引き続き検討すべき事項として、以下が挙げられた。

●指揮命令系統の混乱（CSCA の維持）

インストラクターによって意見が異なり、DPAT 本部等で指揮命令系統の混乱を招くことがあり、特に、オンライン上での関与では曖昧な介入となる可能性が挙げられた。

被災地外からインストラクターが派遣される場合、現地の支援者から「地域の実情を理解されにくい」といった認識を抱かれる可能性も挙げられた。また、インストラクターの役割の認知が低い体制に介入する場合、その立場を理解してもらうことが難しく、丁寧な説明を行う必要がある。

さらには、被災地の平時の精神保健医療福祉体制を十分に考慮せず、型どおりの支援を行うことによって、支援方針の乖離が生じるリスクが予想される。

●金銭的な負担と所属機関における理解

インストラクターは DPAT 事務局を經由して被災地へ派遣となるため、日本 DPAT 隊が被災地へ派遣される際の費用支出の経緯が異なる。また、所属自

治体において、インストラクターは日本 DPAT 隊としてのみ登録されているため、インストラクターが被災地に派遣される場合、所属する医療機関や所属自治体から、被災地への派遣について理解が得られにくい可能性も指摘されている。

●インストラクター自身への負担

支援の継続性を保つために同じインストラクターが長期間活動し続けることがあり、被災地にとっては有益となるが、インストラクターにとっては長期間の活動による身体的な負担に加えて、統括者や被災地の自治体職員等からの強いニーズと所属機関を長期不在としてしまうことの板挟みによる精神的な負担が非常に大きく、心身の不調を来すリスクがある。

D. 考察

被災地におけるインストラクターの存在は、災害急性期の混乱期において、全体像を把握して適切なアセスメントを行い、初動体制の迅速な構築や指揮命令系統の確立、関係機関や他組織との円滑な連携構築等を行う際の的確なサポートを行う事ができ、組織的な支援を支えるという点で極めて重要であると結論付けられる。また、統括者や行政職員に対してはもちろん、被災地で活動する DPAT 隊員等の心理的負担の軽減に大きく寄与する。

しかし一方で、インストラクターの立ち位置や役割が曖昧であると、被災地における指揮命令系統が混乱するという懸念や、被災地の精神保健医療福祉体制の把握の遅れが支援の遅れに繋がるといった懸念も指摘された。被災地の関係機関や関係団体を尊重した行動をとり、支援者として適切な距離感を保つこと、統括者や行政職員、DPAT 隊員等への支援を行いつつ、支援側と被災地側の適切な役割分担を行うことが、円滑な支援活動に繋がる。

さらには、被災地外から様々な支援者が派遣され、情報の共有や調整等を行う事により、現地担当者のみならずインストラクター自身の心理的負担が増加することも考えられる。

総じて、インストラクターは災害時の精神保健医療体制を構築する上で、支援として不可欠な存在であるが、その活動においては、統括者や行政職員、DPAT 隊員等をサポートしつつ、調整役としていかに機能するかを考えて介入することが大切であることがわかった。

E. 結論

平時、研修や訓練の企画運営を行っているインストラクターが、災害時に被災地に介入することは、被災地の組織的支援を支えるために不可欠であるが、その立ち位置を明確にし、支援側と被災地側の適切な役割分担を行うことが必要である。

今後、より質の高い DPAT の育成に向けて、DPAT 事務局主催の研修や、DMAT 地方ブロック訓練等の合同訓練や合同研修を強化していく必要があるが、そのためには、インストラクターの育成を強化すると共に、DPAT 活動要領上やマニュアル上で、その立ち位置や補償等を明確化する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

2.学会発表

1) 納橋優奈：災害派遣精神医療チーム (DPAT) のブロック体制構築における課題～DPAT 関連体制整備調査の二次分析から～.第 31 回日本災害医学会総会・学術集会、令和 8 年 3 月 21 日

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

別紙4

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
該当なし							

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
該当なし					

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 公益社団法人 日本精神科病院協会
 所属研究機関長 職 名 会長
 氏 名 山崎 學

次の職員の令和6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）活動における機能強化と激甚災害（南海トラフ地震等）への対応検討のための研究
- 研究者名 （所属部署・職名） DPAT 事務局・参与
 （氏名・フリガナ） 福生 泰久・フクオ ヤスヒサ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		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）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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8年 3月 17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 7 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) 活動における機能強化と激甚災害 (南海トラフ地震等) への対応検討のための研究
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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 8 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) 一

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 上田 陽一

次の職員の令和7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）活動における機能強化と激甚災害
(南海トラフ地震等) への対応検討のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 産業生態科学研究所・教授
(氏名・フリガナ) 立石 清一郎・タテイシ セイイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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8年 4月 10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 獨協医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 奥田泰久

次の職員の令和7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) 活動における機能強化と激甚災害 (南海トラフ地震等) への対応検討のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 獨協医科大学埼玉医療センター・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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。