

令和 2 年度厚生労働科学研究費
「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」
分担研究報告書

DPAT 活動支援内容課題の検討

(研究者名) 高橋 晶^{1) 2)} 高木 善史^{1) 3)} 福生 泰久^{4) 5)}

(所属) 1) 筑波大学医学医療系災害地域精神医学、2) 茨城県立こころの医療センター、
3) 東京家政大学
4) 神経科浜松病院 5) 藤田医科大学医学部精神神経科学講座

研究要旨

DPAT 等外部支援団体を受援した自治体の体制と、支援団体の活動終了後の各被災地域での対応について、課題を検証することを目的とし、インタビュー形式で調査した。今年度は千葉県、災害派遣福祉チーム (DWAT) のインタビューを追加実施し、前年度の結果とあわせて 2 年間の調査結果をまとめた。各災害に対して、準備期、立ち上げ期、活動期、運用移行期、終了期の各期で課題があり、特に初動の時点で、DPAT 等外部支援団体へ依頼の判断への課題が明らかになった。また、課題に対して、各地域において実践的な対応が行われ、次の災害に対する解決策やモデルとなり得ると考えられた。外部の応援をどう依頼するか、依頼する自治体側の整備がすすめられてきていることなど、各地域での課題を集約し、報告する。

A. 研究目的

自治体の災害時精神保健医療福祉マニュアル・ガイドライン作製の資料となるデータ、インタビューの集積・解析を行い、DPAT 等活動支援団体の活動支援内容の課題について検証することを目的とする。

B. 研究方法

令和 1 年度は、DPAT 支援を受け入れた被災地自治体 (熊本県、北海道、広島県、岡山県、札幌市、広島市、岡山市)・保健所、関係者に対面および Zoom を用いて半構造化インタビューを行い、連携する際の課題を前回の太刀川班で作成した分類を用いた準備期、立ち上げ期、活動期、運用移行期、終了期毎に抽出し、ベストプラクティスを検討した。令和 2 年度は、千葉県、災害派遣福祉チーム (DWAT、以下 DWAT) などの新規のインタ

ビューを追加し、また昨年インタビューを整理、修正をして、追加情報を入れ、検討を行った。

C. 研究結果

本研究で得られた熊本県、北海道、広島県、岡山県、千葉県、DWAT のインタビュー結果は以下の通りである。なお、熊本県、北海道、広島県、岡山県については、昨年のインタビュー結果をインタビュー内容に関しては、インタビュー後各担当責任者に再度事実確認をお願いした。このため、結果は昨年度報告書の再掲、重複部分がある点を了承いただきたい。

【令和元年度調査：令和元年調査結果を修正・再掲】

1. 熊本県

対象災害：平成 28 年 (2016) 熊本地震 (2016 年 4 月 14 日)

回答者：熊本こころのケアセンター長

方 法：半構造化インタビュー調査

内 容：DPAT 等活動支援団体を受け入れた被災地自治体の精神保健医療体制および連携する際の課題

(1) 準備期（平時）の役割と課題

1) 県主管課、精神保健福祉センター

・ DPAT 事務局主催の DPAT 研修には参加していたが、先遣隊は設置されておらず、準備不足であった。熊本地震における DPAT の活動の成果は大きく、DPAT 体制がなければ対応できなかった部分もあると思われる。九州ブロック DPAT 研修に参加していたことにより、九州管内関係者との横のつながりはできていた。一方で、熊本地震以前は、外部支援に行くことを念頭に研修参加しており、「他組織と連携を図る準備」については頭になかった。

・ 都道府県 DPAT マニュアル等は整備されていなかった。現在は、県レベルで総合的な自治体の災害時精神保健医療福祉マニュアル・ガイドライン等が策定されているが、DPAT に特化したマニュアル類はない。

・ 主管課の担当者が 4 月に異動してきたばかりであったため、DPAT のことを把握できていなかった。主管課担当者の異動を考慮した体制作りが必要である。

・ 精神保健福祉センターは、DPAT 以外の精神保健医療支援を受ける窓口となったり、DPAT 撤退後の精神保健医療支援を引き継いだりすることがある。DPAT と連携を図る体制の整理だけではなく、精神保健医療支援全般における応援を依頼する体制の整理が必要である。

2) 市町村

・ 災害時精神保健医療体制はほとんど準備されていなかったと思われる。

・ 平時の地域精神保健ネットワークは比較的充実していると思われる。毎年、市町村保健師を含め

た地域精神保健担当者の新任者向け研修が精神保健福祉センター主催で行われている。困難事例のケース会議等で精神保健福祉センターや保健所、市町村、精神科医療機関等の担当者が顔を合わせる機会も多い。

・ 市町村-保健所連携に関しては、圏域によって上手くいっているところもあれば、そうではないところもある。

・ DPAT と連携を図った経験がない市町村に DPAT の啓発をしてもなかなか活動イメージが伝わりにくいのではないかと思う。やはり実際に被災を経験していないと難しい。

(2) 立ち上げ期の役割と課題

1) 県主管課

・ 発災時、DPAT 統括者が県外出張中であり、出張先から熊本の状況を聞いたところ、前震の時点では DPAT 派遣要請は必要ないと判断した。その後、DPAT 事務局から派遣要請するよう助言があり要請した。結果的に本震があり、DPAT 派遣要請をしてよかったと考える。遠隔地から DPAT 派遣要請の是非を判断するには情報収集の観点から限界があり、統括者は最低でも 3 人以上必要と考える。

・ DPAT 派遣要請に関する判断に迷った要因としては、実際の DPAT 活動のイメージがなかったことや、EMIS や DHMISS を使わずに派遣要請を判断する情報が不足していたこと、災害時の外部支援は受けたら受けたで大変なので、出来るだけ被災県のみで対応できた方がいいという考えがあったこと、が挙げられる。

・ DPAT 派遣要請の判断は DPAT 統括者と主管課長でなされたが、災害規模によって判断の難しさは異なるだろう。熊本地震は局所災害と大規模災害の中間規模であり、判断が難しかったのではないかとと思われる。

・ 隣県の DPAT アドバイザー（当時）が緊急支援に入り、調整本部の立ち上げをしてくれた。本部

立ち上げの際には、事務局のサポートはあったほうが良いと考える。その後も切れ目なく事務局スタッフが調整本部に入ってくれたが大変助かった。

2) 保健所

・保健所は、保健医療支援全般に関しての他組織との連携対応で相当圧迫されていた。何をしていたのかわからず、コントロール不能だった保健所もあったと思う。

3) 市町村

・災害対応は県主導で進められるが、政令市が絡むと複雑になる。熊本市は政令市であり、精神保健福祉センターが設置されているが、理想としては DPAT 調整本部に熊本市の精神保健福祉センター職員が入っていた方が良かったと考える。

・熊本地震の時は阿蘇保健所が ADRO という組織を立ち上げて、他組織との連携を含めた保健医療支援全般の調整を担い、良いモデルとなった。このように保健所単位でシステマティックに対応できると良い。

(3) 活動期の役割と課題

1) 県主管課、精神保健福祉センター

・県主管課と精神保健福祉センターは調整本部業務を行っていた。平時の精神保健福祉センターの業務として精神医療審査会や手帳判定会などの法廷業務はストップできない。災害支援と平行して通常業務を行わなければならない、自殺対策や依存症対策、ひきこもり支援等の事業を休止しつつ対応した。

・大学病院や各種学会、協会、個人の精神科医など DPAT 以外の精神保健医療支援を受けつける窓口はなく、大体、医療救護班本部へ行かれる。そこから DPAT 調整本部に回されるが、DPAT 業務ではないので、最終的に精神保健福祉センターが精神保健医療支援全般の連携を調整する窓口化することになる。特に被災地の大学精神医学講座の役割は明確にする必要があると感じた。

・災害時の精神保健医療支援の中でも支援者のメ

ンタルヘルスケアは特に必要と感じた。

・県外 DPAT は活動に切れ目なく派遣されると思っていたが、同じ都道府県の際でも 1・2 日あいて、次のチームが来るということもあった。発災後 1 ヶ月くらいは切れ目なく来てほしい。

2) 保健所

・阿蘇保健所の ADRO は好事例であるが、他の保健所では同様の体制はとれなかったようである。急性期から中長期にかけて、前線である市町村と、それをバックアップする保健所という平時のメンタルヘルス体制に戻していかなければならない。災害急性期から ADRO のような保健所単位の支援体制ができていると、スムーズにいくと考える。

3) 市町村

・災害時には、NPO や NGO、ボランティアなど様々な支援団体が救援にくる。しかし、急性期に支援に入り、ケースを掘り起こしてリストだけを残すような団体もあり、被災地としては長期的に支援に入ってくれる公的なチームの方が有り難い。DPAT を受け入れることで、市町村にとっては困る支援を断ることができたという見方もできる。

・市町村の立場からも、公的なチームのほうが安心できるという話も聞いた。

・ひとつの避難所に色々な市町村の住民が避難すると難しい。避難所の管理は市町村であり、他の市町村民の対応については責任の所在が問題となる。

・熊本地震では、各市町村に可能な限り同一都道府県のチームに張り付けてもらって、市町村保健師との関係を築きつつ活動してもらった。保健師ミーティングで主に精神保健ニーズを吸い上げ、益城町などでは日赤こころのケア班と活動区域のすみ分けをするなど、体制の工夫をしていた。

・どこの市町村でも保健師ミーティングと医療チームミーティングの 2 層構造の様な体制であったが、DPAT は両方のミーティングに参加していた。

(4) 運用移行期の役割と課題

1) 県主管課、精神保健福祉センター

・DPAT 活動の縮小・撤退を考えるのが一番大変だった。我々の立場としては、どうしても県外支援者と地元支援者との間で板挟みになってしまうところもあった。県外支援よりも気心の知れた地元の精神科医療機関に協力してもらったほうが気楽という気持ちであった。しかし、現実的には県外 DPAT の活動が終了した後、誰がメンタルヘルス対応するのかという問題があった。最終的に強引ではあったが熊本 DPAT を立ち上げて、精神科病院に協力を仰いだ。

・こころのケアセンターを 10 月に立ち上げることが早い段階で決まった。このため、10 月までどのように体制をつなぐか、途中で体制が切れるのではなく、まずは九州・沖縄ブロックの DPAT 体制に縮小して、次に熊本 DPAT の体制、最終的にこころのケアセンターにつながることにした。

・DPAT 撤退の判断材料は、「対応件数」、「避難者数」など。県外チームの活動終了期には、医療ニーズよりも保健ニーズのほうが多かったため医療資源の不足はあまり考えなかった。

・熊本 DPAT の立ち上げに関しては、DPAT 研修が必要で大変だった。DPAT 事務局主催の DPAT 研修会と主管課主催の DPAT 講習会を開催した。県内の精神科医療機関は支援を望んでおり、県外 DPAT 支援に遠慮していた節がある。最近の潮流として、いつでも誰でも支援に入ることが難しくなっている。

(5) 終了期以降の課題

1) こころのケアセンターの現況

・人員体制は精神科医（センター長）1 名、保健師 3 名、精神保健福祉士 1 名、臨床心理士 1 名、作業療法士 1 名（非常勤）、相談支援員 2 名。

・仮設住宅入居者数が 5,000 人を切った。災害公営住宅等へ移行していつている。こころのケアの個別相談対応件数も減っている。仮設入居者から

の相談が半分程度。

・仮設団地でのサロン活動は、地域支え合いセンターがあるため、そこがサロン活動を含めたコミュニティづくりを担当している。

・県でこころのケアセンターをいつ終了するかのロードマップを作成中。

(6) 災害時の DPAT 等活動支援団体との連携に関するマニュアルや指針

なし

2. 北海道

対象災害：平成 30 年（2018）北海道胆振東部地震（2018 年 9 月 6 日）

調査日：2019 年 11 月 18 日

回答者①：北海道立精神保健福祉センター所長

回答者②：札幌市精神保健福祉センター所長

方 法：半構造化インタビュー調査

内 容：DPAT 等活動支援団体を受け入れた被災地自治体の精神保健医療体制および受け入れた際の課題

(1) 災害対応全般について

・今回の災害は、北海道全域で停電となったが、それを除く大きな被害があった地域は北海道の一部であったため、電気が再開された後は、通常業務を行えないほどの精神科医療機関の被害はなく、精神保健福祉センターも比較的早期に通常業務を再開できた。しかし、精神保健福祉センター医師職が少ない中、DPAT 統括者として道庁主管課「保健福祉部障がい者保健福祉課」との連携や被災地の支援活動を集中的に行っていた時期は大変であった。

・北海道は広いため、一部で被災を受けても道内の他の地域は電気が再開した後は平時状態であった。道内であっても被災地との災害の温度差が大きいため、DPAT 活動期であっても精神保健福祉センターの法定業務など通常業務を止めることは

困難であった。

(2) 精神保健医療の体制について

1) 準備期(平時)の役割と課題

①都道府県主管課、道立精神保健福祉センター

- ・DPAT 統括者はいるが DPAT は構成されておらず平時の準備体制はなかった。

- ・当時の DPAT 統括者は、精神保健福祉センター所長のみ。

- ・DPAT マニュアルを作成している途中であった。会議 1 回目平成 30 年 5 月、2 回目を 9 月 7 日(震災翌日)に開催予定であった。

- ・災害対応のガイドラインは、2011 年に「こころのケアハンドブック」を『心的トラウマの理解とケア、じほう』を参考に作成したが、DPAT に関して記載がないため改訂する予定としている。

②札幌市精神保健福祉センター

- ・道の組織に入る。道に判断を仰ぐ。

2) 立ち上げ期の役割と課題

①都道府県主管課

- ・DPAT 調整本部は、保健福祉部障がい者保健福祉課で行うことが決まっていた。

(3) DPAT 等活動支援団体と連携を図る側の課題について

- ・北海道は南西沖地震、有珠山噴火などでの支援経験があり、北海道精神保健福祉センターが「こころのケア」を行うという理解であった。DPAT は精神医療だが、北海道では「災害精神医療」の考えが浸透していなかった。

1) 準備期(平時)の役割と課題

①都道府県主管課、道立精神保健福祉センター

- ・災害時の本庁、精神保健福祉センター、保健所などそれぞれの具体的な役割が考えられていなかった。

- ・精神保健福祉センターとしての「被災時の業務継続マニュアル」は作成されていたが、精神保健福祉センターが災害で大きな被害を受けたどうか

に関わらず、北海道内の被災地支援をする内容が含まれていなかった(「人員が限られている中で通常業務をどのように再開するか」、に限定された内容であった)。10月から改訂準備が始まった。

②札幌市精神保健福祉センター

- ・「外国人労働者、外国人旅行者の避難所対応をどうするか?」、「避難所で受け入れるのか?」など検討しておく必要がある。

- ・情報の集約方法が統一されていなかった。医療機関から札幌市に問い合わせがあれば北海道の主管課に一旦確認してから回答していたが、直接医療機関から道に確認するところもあり、直接連絡を取られると、市内の全容がつかみにくかった。

- ・原発避難者、SOS を出せない人など、個別ケースの対応について検討しておく必要がある。

2) 立ち上げ期の役割と課題

①都道府県主管課、道立精神保健福祉センター

- ・主管課と精神保健福祉センター、DPAT 統括者等の緊急時の連絡方法の検討がされていなかった。このため、お互いに連絡先を把握していなかった。

- ・発災当日、本庁から 6 時台に個人の携帯電話に連絡が入り、DPAT 調整本部の立ち上げを聞き、統括者として本庁へ向かうと話したが、本庁の判断はまずはこちらで対応する、という内容であった。このため、DPAT 統括者として調整本部へ行ったのは、発災翌日の 9 月 7 日となった。本庁から要請があるまで待機と判断した。しかし、今振り返ると、この判断はミスであったと考える。本庁とは、6 時台の連絡の時点で、医療機関の被災状況もまだわからないため、状況把握してから DPAT 要請の判断をしようと話していた。

- ・県外 DPAT の受け入れについては、DPAT 事務局より県外 DPAT を受けるのか、受けないのかの判断は先にしてもいいので、まずは要請だけ出してほしいと連絡が入った、と聞いている。

- ・被害の全容は 9 月 6 日の夜になって把握でき、「医療機関の被災もないため、県外 DPAT はやはり必要ない。」、「支援に来てもらっても役割がない

と考えた。)、と聞いている。

- ・岩手、秋田の DPAT はフェリーに乗って向かっていただけのため、2 チームのみ受け入れることになった。

- ・結果的には来てもらってよかったと考えている。
- ・当時は被害の全容をつかんでから何チームの応援を要請したほうがいいと考えていたが、結果的に見切り発車という形で県外 DPAT に支援に入ってもらったが、今は、見切り発車でも災害の規模によって、何チーム要請と早い段階でしたほうがいいと考えている。

- ・県外 DPAT から「準備しているので支援にいきます」と直接連絡をもらうこともあったが、最終的に断ったことについて、申し訳なかったと思っている。

- ・日頃から本庁と DPAT 統括者との関係構築は必要だと感じた。

3) 活動期の役割と課題

①道精神保健福祉センター

- ・被害の大きかった DMAT 等は厚真町に拠点本部を設置していたが、拠点本部には DPAT を配置していなかったため、調整本部と DPAT や保健所等との連携があまりうまくいっていなかった。

- ・保健所は、精神保健福祉センターが DPAT やこころのケアを行うものだと考えていたようで、「どうしてこないのかと思われていた」、と聞いている。

- ・平時は、北海道は広いため、精神保健福祉センターが直接市町村等への支援を行う事はなく、地域の保健所が支援を行うことになっている。このため、保健所は地元と密着した支援を行い、精神保健福祉センターは保健所が企画した講演会などの講師を行うなどで連携をとっている。しかし、保健所では DPAT はあまり浸透しておらず、こころのケアの考えのほうが強印象である。

②札幌市精神保健福祉センター

- ・クリニック難民問題があった。停電のためクリニックがある建物の中に入ることができないところがあり、診察を行いたくてもできず止む無く休

診するところが多かった。このため、休診を知らず外来日に通院するとクリニックが閉まっており、「薬がなくなるのでどうしたらいいか?」といった相談が多かった。停電していない精神科病院に相談し、処方してもらった。平時の段階から対応方法の検討が必要で、例えば、電子カルテ化している医療機関では、自宅のパソコン等にバックアップがある場合など、停電していない場所で、臨時に診療所を開設できるような仕組み等があれば、継続的な診療が可能かもしれない。

4) 運用移行期の役割と課題

- ・9月11日医療参事が厚真町の被災地の状況を確認し、県外 DPAT の支援が必要か、道内のこころのケアで対応が可能か判断しにいった。

- ・DPAT 事務局からは県外 DPAT を継続するか、活動と並行して DPAT 研修をすることも方法として提案された。しかし、道内で研修となると、広い札幌市一箇所での研修は現実的でないと考えた。

- ・最終的に本庁で DPAT は終了すると判断された。9月15日計10日間で DPAT 活動終了となった。

5) 終了期の課題

- ・9月15日から道内で「こころのケア」活動となり、10月8日までは毎日、11月2日までは週2回、11月30日までは週1回の活動を行った。頻度などは本庁で考えられた。

- ・DPAT マニュアルを作成している。マニュアル上では、「保健福祉部長」が調整本部設置の判断となっている。DPAT 統括者は進言することになっている。

- ・DPAT マニュアルでは、医療機関が平時の状態となったら DPAT は終了としている。精神保健の段階となるため、こころのケアへ移行となる。こころのケアは、精神保健福祉センターが担当する事になると想定している。

- ・DPAT は「医療」という認識をもっている

(4) 災害時の DPAT 等活動支援団体との連携に

関するマニュアルや指針の有無
なし

3. 広島県

対象災害:平成 30 年 7 月豪雨(2018 年 7 月 6 日)

回答者①: 広島県立総合精神保健福祉センター所
長

回答者②: 広島市精神保健福祉センター所長、次
長

方 法: 半構造化インタビュー調査

内 容: DPAT 等活動支援団体を受け入れた被災
地自治体の精神保健医療体制および受け入れた際
の課題

今回の災害について、前回(平成 26 年 8 月豪雨)
の災害と大きく異なることは、県外 DPAT が入っ
たこと、DPAT 事務局が調整本部支援に入ったこ
と、広島 DPAT の先遣隊病院が被災を受けて初動
の活動を行えなかったことが挙げられる。

(1) 準備期(平時)の役割と課題

1) 平時からの連携や横のつながりが課題

・県保健所や市町の保健センターと災害を想定し
た平時よりの連携の準備はできていなかった。

・災害が起これば一緒に活動してくれることにと
なっている

・広島県 DPAT マニュアルでは、二次医療圏毎に
立ち上げられる保健医療関連の災害対策支部の中
で動くこととしていたが、実際はその仕組みで動
いていなかった。

2) 「広島 DPAT 運営委員会」、「災害時における精 神科医療体制検討委員会」

・平成 26 年の前回の災害後、広島 DPAT 運営委
員会を県の健康対策課主催で開催した。またワー
キンググループも立ち上げ、DPAT 活動マニ
ュアルも作成した。県内 DPAT の養成研修前に発災し
たため、先遣隊病院以外とは協定を締結していな
かった。

・また、県が主催で「災害時における精神科医療
体制検討委員会」も平成 30 年度より開催し平成
31 年度で一旦終了予定。

・会議のメンバーは、医療関係として精神科病院
協会・医師会・精神科神経科診療所協会・広島大学
精神科・国立賀茂精神医療センター(災害拠点精
神科病院候補)・県立広島病院精神科・精神科救急
担当病院から圏域(東西 2 圏域)ごとの代表機関、
危機管理・消防関係として広島県危機管理監危機
管理課・広島県危機管理監消防保安課、行政とし
て広島県と広島市の担当課、広島県立総合精神保
健福祉センターであった。

・令和元年度は共助と公助のワーキンググルー
プに分かれ、公助では主に災害拠点精神科病院の選
定について、共助では各精神科病院の自助の取組
みを共有する仕組み、災害時の情報の共有・伝達
の仕組み作りなどが話し合われた

3) 平時の精神保健活動

・各区の保健センターは、DPAT とは別で支援活
動を行っていたため調整本部との情報共有は行っ
た。

・平時より精神保健福祉相談は、市保健センター
の保健師が行っているため、精神障害者に対する
知識や経験がある。このことは、非常に大きく、精
神障害者を敬遠するということはない。

・DPAT は投入されるが平時の体制のまま、災害
支援も行うため、連携がスムーズでシームレスに
支援が継続できる。そのため、今回も終了したと
いう感覚がない。前回の災害以降、毎月各区へ出
向いているので、平時の延長線上という感覚で行
えている。

(2) 立ち上げ期の役割と課題

・今回の災害の調整本部は、DPAT 統括者研修を
受けた 3 名による複数統括体制で、調整本部長は
県精神保健福祉センター長が行った。広島市も含
めた県内 DPAT として活動。

・大きな被害を受けた広島市内の病院の院長より

DPAT 統括者に直接応援の要請が入り、最初に統括者、県、市の職員で DPAT を編成し支援に入った。その病院は土砂災害により交通遮断され、警察、消防から支援を断られていたため、県に連絡し自衛隊派遣要請を出してもらった。

1) 県外 DPAT との連携をするかどうかの判断が困難

- ・県外 DPAT へ応援を依頼する際に、「何をしてもらえばいいのか、イメージがつかなかった。」ため、判断に迷ったが、DPAT 事務局のアドバイスなどがあり応援を依頼することになった。

- ・局所災害と大規模災害の動き方が違って、局所災害だと、日常業務を行いながら調整していくのは想定しておかなければいけないと感じた。

- ・DPAT 事務局、県外からの DPAT の本部運営支援は非常に助かった。また、初期には自由に動ける隊が少なく、県外 DPAT に動いていただいた。

- ・DPAT 事務局が本部運営の支援を行ってくれたのは非常に大きかった。

- ・応援を依頼する側としては、立ち上げは代わりに行うまたは今回のように支援するのがベストと考える。

- ・外部支援 DPAT は以下の活動を行った。県外 DPAT : 島根 DPAT (2 隊) →調整本部支援、山口 DPAT (1 隊) →病院支援、被災者支援、DPAT 事務局 : 調整本部支援

2) 中長期の活動を視野にいれた活動の調整

- ・調整本部の中に「広島市を担当する活動拠点本部」を設置した

- ・前回の反省として、調整本部を全て対応した結果、市精保センターの職員が疲弊してしまったため、活動に支障があった。今回は、中長期時に活動できるよう配慮した。

(3) 活動期の役割と課題

1) 他の支援チームとの連携の課題

- ・DPAT 以外の医療チームと日々のニーズの情報交換は行ったが、基本的には個別の活動となった。

2) 災害時の通常業務の指示命令の課題

- ・県精神保健福祉センターは、被災は免れたが、交通遮断に近い状態で多くの職員・利用者のアクセスが非常に悪くなり、発災後 1 週間は通常業務を縮小し、災害対応も行った。

- ・所長は、交通機能が麻痺していたため、DPAT 調整本部のある県庁からセンターへしばらく向かうことができず、センター内の状況が直接把握できなかった。応援を依頼する側の立場として内部職員への指示がうまくできなかった。

- ・平時から災害が起これば県庁に行くことは伝えていたが、起きた時の具体的な動きを決めておらず、混乱が生じた。

- ・今回の反省を活かし、平時より指示系統の確認(所長不在時の命令権者)、マニュアルの読み合わせなどを行うようになった。

3) DPAT 等活動支援団体への派遣調整の課題

- ・本来の DPAT の派遣の形態、指示命令系統を意識して、派遣の調整を行った。

- ・応援を依頼した市町からは、毎日違う支援者がきて大変という意見があった

- ・都道府県等 DPAT として、支援に入れると手をあげてくれたチームは多かった。しかし、調整本部が 1 日数チームずつ待機を割り当て、地域からのニーズに応じて派遣したため、結果的に全チームに活動していただけなかった。

- ・1 地域に 1 チーム (1 病院) が理想と思うが、派遣調整を行ったので毎日違うチームが入るようになった。

- ・避難所、地域から上がってくるニーズに対してのみ対応し、避難所を巡回でピックアップしていない。

- ・DPAT に支援の要請を行うのは、現地の保健師が行うのが望ましい。

- ・今回の災害では、ほとんど掘り起こしを行っていない。

- ・地元の状況をよく把握し、つながりもある保健師が派遣調整をすることが機能的である。

・また治療中の方が避難所に避難している場合は、一度はみておいて欲しいという要望があり、それに応えることは避難所を運営する側の安心感にもつながる。

・前回の災害では、県内の保健師や県外からの保健師が広島市へ支援をし、今回の災害では県外からの保健師チームが、広島市以外の市町へ支援を行った。広島市は保健師が潤沢なため、県内の保健師が手薄になっているところへ支援に入っていた。

県外からの保健師チームは市内に入らないため、区保健センターで調整して、支援活動を行った。この結果、市の保健師は他業務も行いながら支援に入ったので、毎日違う職員が避難所などの支援を行うことになり、連続性がなく、被災者に繰り返し同じ話を聞いてしまったり、被災者のニーズを適切に取り上げることができなかった。前回のようチームを常駐させ、市の保健師とペアで活動を行えばよかったと反省。

4) 各被災エリアへの DPAT 等活動支援団体の常駐

・呉市は交通網が遮断され、行き来が困難だった。避難所からの要望に応じた DPAT 派遣はしたが、移動時間の負担が大きかった。DPAT を常駐させて、リエゾン的にどこかのチームについてまわるなどの工夫はできたと反省した。

5) DPAT 等活動支援団体のマネジメントの課題

・DPAT に避難所など現地の動き方を調整するのが課題と考える。

・避難所でどんな活動を行ってもらうかなど、どうマネジメントするかが課題

6) 情報集約・情報収集

・市の主管課、市保健所が、市内ケースの情報集約を行った。

・一人の情報が複数チームから挙がった場合、一つに集約する作業を行った。

7) 県内の支援者の思いと調整本部の対応のジレンマ

・都道府県等 DPAT の調整として、「地元のために協力する」と声をあげてくれていたが、調整本部として現地の混乱を減らすために調整した結果、すべてのチームに活動してもらえなかった。この支援者の思いと現地の調整のギャップ、ジレンマがあった。

(4) 運用移行期の役割と課題

1) DPAT 等活動支援団体の活動終了の基準

・終了の基準は「保健師チームが減少・撤退する時期」「避難所が減少する時期」「地域の医療資源と交通機能が改善された時期」

・今回の DPAT の終了は8月末。実際には8/24 が最終派遣。

(5) 終了期以降の課題

1) 広島こころのケアチーム

・今回の災害を受けて県の委託事業として広島県立総合精神保健福祉センター内に設置した。

・被災者の生活再建等全般的な支援は、県内の13市町で社会福祉協議会や地域包括支援センターが受託して「地域支え合いセンター」事業を行っている。

広島こころのケアチーム（保健師3名、看護師1名、事務1名）に加えて、精神科病院協会・臨床心理士会等からニーズに応じて専門職を派遣してもらう。3年間の有期事業地域支え合いセンターや市町の保健センターと連携し、こころのケアを行っている。

・期限付きのため、どのように終わらせていくかが課題となっている。

2) 健康調査

・県は被災15市町と共同して、令和元年7~8月にかけて、健康調査を実施している

熊本こころのケアセンターが作成された健康調査票を参考にし、K6と4つのリスクファクターで評価している

健康調査の対象者は市町に委ねたため、市町によ

って対象者の被災状況にバラツキがあるが2万世帯におくって40%の回収率であった

- ・市は全戸調査を行っている

3) 情報管理の課題

・対象者の個人情報に記載された災害時診療記録の管理が課題となっている。

・DPATの診察を受けた人に説明をしていないため、市町への提供が難しいと考えている。

・市町から依頼があった方に対して支援に入っているが、診察の結果がその場で市町と共有できれば、市町にその情報は残っているだろうが、全ケースではない。医療の継続の必要なケースは医療機関に繋いだ。

・現在は県庁に保管されているが、個人情報の取扱い、記録を取った後の管理、用途などは課題である。

4) 平時の人間関係

・システムや枠組みが整備されていても、最終的には人と人との関係性によって変わる

- ・担当者が変わると対応も変わる可能性は大きい

5) 統括者の資質

・広島県内には医学部が一つだけで顔なじみの方が多い。今回の災害では、知っている方が多く、コーディネートもやりやすかった

- ・オールラウンドに動けること。

・他の保健医療チームとの連携が必要なためリエゾンは大切でスキルとして備えておく必要がある。

6) 職員のメンタルヘルス(支援者支援)

・市精神保健福祉センターでは、毎月各区へ足を運び、困っていることがないか、と御用聞き役を担っている。

・区保健センターの保健師は遺族への訪問も行うため、支援者支援の一環としても実施している。

・出向かず、「何か困っていることは？」と聞いても「ない」と答えるが、実際に足を運ぶことによって、相談がでてくるため、必要な役割と考えている。

- ・広島こころのケアチーム及び県精神保健福祉セ

ンターでは、支援者の必要としているスキルや支援者のセルフケアに関する研修を行っている。

- ・広島こころのケアチームでは市町ごとの担当スタッフを決めており、きめ細かく継続的に支援している

(6) 災害時のDPAT等活動支援団体との連携に関するマニュアルや指針

必要と考えるが現在はなし

4. 岡山県

対象災害：平成30年7月豪雨

調査日：2019年11月25日

回答者①：岡山県精神保健福祉センター所長、こころのケア対応医師、副参事

回答者②：岡山市こころの健康センター所長

方法：半構造化インタビュー調査

内容：DPAT等活動支援団体を受け入れた被災地自治体の精神保健医療体制および受け入れた際の課題

(1) 精神保健医療の体制について

1) 準備期(平時)の役割と課題

①都道府県主管課

- ・平時の準備体制はなかった。

・岡山県のDPAT状況として、所長、センター医師が統括研修を修了した頃だったため、DPAT協議会を立ち上げるところであった。

②岡山市こころの健康センター、市主管課

・県の組織に市が入ることになる。今回は市内で大きな被害がなかったこともあり市内は市の方で対応した。

・市としては県の判断がどうなるか？所長にも普段から県の組織下に入ることを伝えている。

・県のラインと市の災害対策本部のラインがあるため、市に残り、県の情報を得ながら、DPATの拠点本部を設置することになる。

- ・BCPの策定は危機管理室で取りまとめており、

まだ完成していない。医療は可能だが保健の BCP は困難ではないか。

2) 立ち上げ期の役割と課題

①都道府県主管課

・県の健康推進課が DPAT 統括者と協議の上 DPAT 調整本部の立ち上げ判断の役割を担う。調整本部は基本的に健康推進課と精神保健福祉センターが中心に構成される。

また健康推進課はアウトリーチの関係で保健所との連携が取れていることもある。

・DMAT は医療推進課が管轄となる。DMAT の統括は日赤の医師。

・健康推進課は、DPAT 統括者の意見を聞いて立ち上げ、県外 DPAT の派遣要請を行う。

・DPAT 統括者は、県精神医療センター院長、県精神保健福祉センター所長、市精神保健福祉センター所長、慈圭病院長の順で対応することが決まっている。

(2) 応援を依頼した側の課題について

1) 準備期(平時)の役割と課題

①岡山市こころの健康センター

・今回の水害までは、他組織からの応援はあまり考えられていなかった。

・保健師にかかっている。

・通常業務で何をしているかがすべて。平時のときに気になるケースがあれば訪問して直接会うことをしているか。

・災害によって外部からの支援を受けて、災害時だけでなく平時からこのような活動が必要と感じる保健師もいる。

・岡山市で各部署の役割が明確になっているわけではなく、災害時はとにかく参集することで合意されている。

2) 立ち上げ期の役割と課題

・立ち上げのときは、DPAT 事務局からアドバイザーという立場できてほしい。被災地内の DPAT インストラクターでなく、県外の利害関係のない

方がいいのではないか。

・広島では、顔を合わせたことでお互いに不安も解消され、連絡もスムーズとなると聞いた。

・今回 DPAT は県外からの応援を受けていない。しかし、本当に県外派遣要請が必要なかったかという判断は難しい。予測が難しいため、あとから必要と要請すると指摘を受けることになる。このことから、早い段階で DPAT 事務局からの応援があるといい。

①都道府県主管課

・7/7(土)午前中に EMIS 入力の完了していない医療機関へ直接電話連絡を取り、医療機関の被災状況の把握を行った。岡山県では誰が対応するなど事前に決めていないが、自主的に行われた。

②県精神保健福祉センター

・災害対応だけではなく、通常業務もこなさないといけない。今回の災害は調整本部の立ち上げを土日で行ったため、土日(7~8)の間に副参事が業務調整を行った。

③岡山市主管課

・保健管理課は、岡山市こころの健康センターと相談しながら、県精神保健福祉センターとも連絡を取り、EMIS 対応や活動を検討する。

3) 活動期の役割と課題

・県外 DPAT が支援に入ると、「ケースを掘り起こす」、「仕事を探す」ことがどうしても出てくるため、被災地の支援者は、県内のみの対応となったときに大変になる。

①県精神保健福祉センター

・DPAT 事務局、厚労省から、同じ内容の問い合わせが多く、その対応が大変であった。

・DPAT 事務局から早めに支援者支援を行ったほうが良いといわれたが、それどころではなく対応ができなかった。結果的に県の心理士会へ依頼することができた。

・7月14日、DPAT から「県こころのケアチーム」へ移行した。こころのケアチームは、精神保健福祉センター、精神科医療センターで構成した。こ

のため、県内の医療機関からは「参加しなかった」という声も聞かれた。精神科医会で構成してもよかったと課題となった。

・被災病院の看護師の心のケアを DPAT に要請された。日赤との相談の結果、日赤病院の心のケアチームに対応してもらった。DPAT も限られた人数であるため、まずは避難所の巡回を優先した。

・今回被害の大きかった倉敷市は中核市で保健所政令市である。KuraDRO という保健医療関係者の集まりを設置することになり、倉敷市保健所は大変であった。

・KuraDRO では、夜間診療所の必要性が指摘されていた。

4) 運用移行期の役割と課題

・7月14日、DPAT から「県こころのケアチーム」へ移行した。名称は変わったが DPAT 事務局への報告は求められ、診療日報の入力も継続したため、DPAT とあまり変わりはない。

・「日赤のこころのケアもあるため紛らわしい」と問題になった。

5) 終了期以降の課題

・「こころのケア相談室」を県精神保健福祉センターに設置した。

・こころのケアチーム活動の終了となったときは、保健所等から心配の声もあったため、「なにかあれば支援に入る」と伝えて、相談室を立ち上げた。

・定点調査(3年間予定)を実施している。約2100世帯が対象。K6の高い方をフォローしている。

・水害は地震とは違った被災者の心の変化や課題がある。

・「DPAT」と「こころのケア」の違いがはっきりしない。しかし、移行するときは関係者にきちんと伝える必要がある。

・応援を受ける側の立場としては、いつまでが DPAT の活動期間とするのかなど、国がはっきりと決めてほしい。

① 県精神保健福祉センター

・「どこまでやるのか?」、「やったほうがいいのか?

か?」が不明確であった。精神保健福祉センターには、被災地の相談や被災地のボランティアなど、多大となる。

(3) 災害時の DPAT 等活動支援団体との連携に関するマニュアルや指針の有無
なし

【令和2年度調査】

5. 千葉県

1. インタビュー概要

対象災害：令和元年房総半島台風(15号/2019年9月)

令和元年東日本台風(19号/2019年10月)

調査日：2020年10月5日

回答者：千葉県健康福祉部障害者福祉推進課副課長・班長・副主幹

調査者：高橋、高木

方法：Zoomによるインタビュー調査

内容：DPAT 等を受け入れた被災地自治体の精神保健医療体制および受援の課題

1) 準備期(平時)の役割と課題

1) オールハザードを想定した課題

・今回の災害前に県として地震を想定した準備はしていたが、風水害等に対する準備はなかった。

・県の防災計画には地震も風水害も記載はある。このため、DPAT についても地震と同じように記載している。しかし、実際の活動としては想定や認識ができていなかった。最初に予定していたものとは実際に違うことを求められることがあった。

・災害時のBCPについて、県全体でのいわゆる事業継続の計画はあるので、それに則った対応になる。

2) 保健行政機関の共通認識および活動について

・災害対応は DPAT として考えると、精神保健福祉センターはセンター長が統括者のため、初期か

ら対応することを認識している。しかし、精神保健福祉センターの機能全体として、認識や体制があるかということは別問題。

- ・台風 15 号のとき統括者はすぐに登庁した。
- ・保健所には災害直後、県庁障害者福祉推進課から精神科病院の被災状況の確認を保健所通して行ってもらった。このとき、市町村とはつながっていない。

- ・市町村は災害直後の動きは不明。主な活動期は中長期。

- ・台風 19 号のときは、台風直撃の前日には、県庁内の全職員が災害対応の体制で、全管理職は 3 日間交代で対応が決まっていた。この体制に DPAT も合わせて台風直撃の前日には先遣隊に調整本部を立ててもらった。

- ・DPAT の受援に関するマニュアルはない。DPAT 活動の対象が明確でなく、とどのよに活用方法が決まっていなかった問題があった。

- ・自治体が、自分たちが被災したときの本部の立て方の整理や調整本部のマニュアルを作成するなど、きちんとしないといけない。被災したときの経験の共有は既に行っているが、実際に調整本部を立てる事、情報発信の仕方、県内で運用する方法をまとめた統括したマニュアルは必要である。

3) 平時の保健所、市町保健センターとの連携について

- ・県としては市町の精神保健については把握していない。また災害時の役割分担、活動ルールのようなものはない。市町にまかせて、依頼があれば対応する。

- ・長期的な関わりが必要になった地域で、県から市町への介入の際、拒否ではないが抵抗された。支援の必要性について確認され、スムーズな連携とはならなかった。県の方で考える支援の必要性を市町のほうで認識されていないことがあった。

- ・県の組織的には、保健所までは体制も概ね把握できているが、市町村と一緒に災害体制や連携というのはできていない。

- ・県と市町村は全部つながっていたほうがいいか、現在のように分かれていたほうがいいのか、良し悪しの判断はできないが、現実的には別立てになっている。したがって、市町村が必要性を認識しないと県としても支援することはできない。

- ・県は市町村側のニーズに応じて介入できるというスタンスである。

4) 新型コロナウイルスなど感染症下の災害支援について

- ・まだ特別な準備はできていない。

(2) 立ち上げ期の役割と課題

- ・県外 DPAT 派遣要請の判断は、県の要綱により DPAT 統括者に意見は伺うが、最終決定は障害者福祉推進課長となる。

- ・DPAT の安全や先遣隊に来てもらう予算などを自治体間でお願いするため、県としての責任があるので、要綱に入れている。

- ・DPAT 事務局から県外要請などの連絡は、調整本部に入り、今回台風 15 号のときも入っていた。

- ・台風 15 号では当初から千葉県 DPAT 事務局員が県の本部に連絡調整員的な位置づけで入っていた。その連絡調整員が常にいて、県の本部長と調整し、本部長が県の連絡調整員を経て障害者福祉推進課長と調整をする流れになっていた。

- ・本部を立ち上げる担当レベルで DPAT について理解できていた。このため、県外 DPAT に入ってもらって、何をしてもらえという想定があった。また阿吽の呼吸のように、細かい説明や打ち合わせを行わなくても各自ですぐ動いていた。加えて、この動き自体を本部のほうでもキャッチできる連携はスムーズだった。

- ・台風 19 号は、台風 15 号で DPAT を終結させて再度立ち上げたが、統括者、先遣隊がすぐ参集し調整本部機能を立てた。

- ・都道府県等 DPAT は台風 15 号では可能かどうかの声は掛けていたが実際に出動は依頼していない。

(3) 活動期の役割と課題

- ・先遣隊が積極的に災害現場へ向かってくれたためサポート感があった。
- ・普段から DPAT 活動について理解できていたため、本部を立ち上げる担当者が県外 DPAT に何をしてもらえるとという想定があった。従って細かい打ち合わせなどしなくても動きがすぐ取れていた。またこの動きについても DPAT 事務局も情報把握、共有はスムーズであった。
- ・しかし DPAT によって記録の残し方などに波があり、しっかりと残す隊とそうでない隊というバラつきがあった。
- ・記録の保管は公文書管理と同じく 5 年間。記録は課で管理しており、課以外や市町村で活用するという場面はない。
- ・県外 DPAT の滞在ホテル等の確保など事務的な手配は県外 DPAT 側の大変な面だと考える。災害時は情報が滞るため、受援自治体がどこまで先遣隊に情報を提供できるかという課題もある。
- ・台風 15 号のとき、DPAT に市町村へ出向いて DPAT がどのような活動ができるか、避難所での相談対応などについて説明をしに行ってもらった。精神的な面での支援をどのように援助を求めるとことや、それを相談することに困難を感じる市町村に対しての間接的なサービスはできるということなどを伝えた。しかし、今は住民のブルーシートの手配など現実的な支給物質の手配でいっぱいという反応だった。
- ・先遣隊で災害直後の患者搬送活動と、中長期での市町村の役割の部分は変わる。このため中長期になってくると、しっかりとカウンターパートである部・課署に、積極的な災害精神支援が出来る事をアピールして、対応していくことが、課題であり今回の活動でも実際に行ってきた。

(4) 移行期の役割と課題

- ・平時と同様に市町村とのつながり、連携が取れ

ていない。

- ・中長期のカウンターパート、医療・保健のカウンターパートは保健所になる。全保健所に精神保健福祉相談員を配置しているの、各保健所管内の問題は各所で機能している。特段、改めて立てなくても千葉県は回っていく。
- ・台風 15 号の終わり頃、館山方面で中長期的な支援が必要と判断された。このため県内の DPAT 先遣隊 2 隊がサポートに入り、その後、保健所の精神保健福祉相談員につないだことがあった。先遣隊が引き上げた後も、精神保健福祉センターは DPAT として、しばらくの間この保健所に駐在していた。このようにして、県の体制があることを市町村に認識してもらっている。
- ・市町保健センターとの連携は、災害によってメンタルヘルス不調となった被災者の中長期的に支援を継続する場合、保健所の通常業務に落としこむことになり、各保健所の判断となる。また、市町の保健機能を上げていくことも必要なため、県としてバックアップ体制があることを伝えながら市町に働きかけていく。

(5) 終了期の活動と課題

- ・精神保健の増減について何を基準に判断するかというインジケータは、保健所が取っている相談件数、通報件数、措置入院件数である。
- ・DPAT 活動を終結させるか、次のフェーズに移行するかについては、本来あった保健医療の機能が回復したかどうか、災害前の状態に近づいているかなどを基準に総合的に判断している。
- ・台風 15 号のときは、精神科病院の診療機能が回復し、保健所も機能しており、相談件数も減少していると判断し、当初 3 日間で終結している。しかし、その後県内広域の停電の期間が延長されると発表を受けて、DPAT を再始動した。
- ・一方で実際には、この数字になったから終結とは言い切れない、割り切れない部分もある。災害前の状況とはどの程度で、災害によって相当疲弊

している中で難しい。また、相談件数が多いからといって、そのすべてを DPAT の後発隊が担うことや、市町村が保健所任せになることは問題である。「いつまで続けたらいいのか？」という課題もでてくるので、結局は総合的な判断ということになってしまう。

・台風 15 号では、精神保健福祉センターが中長期の事務局、統括本部を担うとなっていることから、精神保健福祉センター長に相談し、市町村の対応力がついてきて、保健所で通常業務と合わせて対応できるようになったという判断を受け、終結を担当課長が千葉県 DPAT 本部長として判断した。

・終結に関して特別な合議体・会議体を設けてはいない。

・県外 DPAT の終結についても総合的な判断となるが、一つは災害の状況による判断のものさしがある。また広域災害だと DPAT 事務局側で、全国から集めた派遣隊があと何隊出せるかという判断も関係してくる。

・台風 15 号のときは、まず何隊事務局の方で千葉県に出せるかという相談の中で、5 隊ぐらい入ってもらったが、その後の後続隊をまた出してもらえるかどうかの判断の部分は、これまでの説明の通り災害自体が終わりだと判断し、5 隊以上の要請はしなかった。

・台風 19 号の場合は、恐らく自県からしか出す余裕は他県に要請しても入れないだろうという考えもあった。こうなると、まずは県内の DPAT への派遣要請に変わってくるため、オーダーの仕方が、災害の状況と他県の状況や関係性になってくる。

・県内の DPAT のスキルの育成には限界がある。このため、より被害が大きい災害の場合は県外 DPAT に何隊も支援を中長期含めて依頼したいと考える。DPAT のレベル・質によっても異なる。

・現在も精神保健福祉センターは、災害の心のケア活動、事業を継続しており、被害の多かった地域へのヒアリングを継続している。また、講演会など啓発活動も行っている。

・市町職員、特に保健担当の職員のメンタルヘルスケアとして、メール相談を継続している。

・国の被災地心のケア事業の国庫補助を利用して、嘱託、非常勤職員を採用し、メールや講演等の活動を行っている。事業は、令和 3 年度までの予定。

6. ぐんま DWAT

1. インタビュー概要

調査日 : 2020 年 10 月 28 日

回答者 : 群馬県災害福祉支援ネットワーク事務局 / ぐんま DWAT 事務局

調査者 : 高橋、高木

方法 : Zoom によるインタビュー調査

内容 : DWAT の概要及びぐんま DWAT の活動について

質問事項は以下の通り

- DWAT の組織、活動内容、全国の DWAT の実態など
- DWAT はいつまで、どこまで、活動する組織か (活動内容や活動期間の範囲など)
- 予算
- 研修内容、育成システム
- 統括について、総括の有無
- 地域差
- 課題
- 今後の方針

(名称表記について)

DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team : 災害派遣精神医療チーム)

DWAT (Disaster Welfare Assistance Team : 災害派遣福祉チーム)

DCAT (Disaster Care Assistance Team : 災害派遣福祉チーム)

DHEAT (Disaster Health Emergency Assistance Team : 災害時健康危機管理支援チーム)

2. DWAT の背景・設立経緯

・東日本大震災時、福祉的な支援があれば救えた要配慮者が多数いることがわかった。このため、平成 24 年に岩手県が発起人になり厚生労働省に、災害時の医療ではなくて、福祉を動かす仕組みを作りたいという要望を出した。

・厚生労働省からは、「大規模災害時における広域的な福祉・介護分野の人材派遣のための体制づくり・広域的な福祉支援ネットワークの構築」についての通知（協力依頼）等が発出され、各都道府県段階で整備について検討を行う運びになった。一方で、統一したガイドラインが示されたのは、平成 30 年 5 月 31 日となっている。

・また、熊本県は、過去の支援活動の経験から医療の後を引き継ぐ、ケアチームの必要性から、高齢・障害系の介護職員などを中心に福祉の専門職チームを編成し、熊本 DCAT を組成していった（平成 24 年 12 月 7 日）。

・平成 30 年 5 月 31 日発出のガイドラインにより、正式名称は災害派遣福祉チームとし、略称・呼称は各県判断（DWAT、DCAT のどちらの名称を使用するかは都道府県の判断）となった。

※本報告書では基本的に「DWAT」表記とする。

3. DWAT の組織、活動内容、全国の DWAT の実態など

・令和 2 年 7 月豪雨のときは、熊本 DCAT と介護福祉士会の合同で、避難所の支援に入っている。福祉全般を見るということではなく、ケアが必要な方のためのサポートという動きを取っていた。

・熊本 DCAT の所属構成は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、障害者支援施設などを中心に編成されている。

・現状、国で統一した動きにはなっていない。平成 29 年度に標準化に向けたワーキングが行われ、平成 30 年 5 月「災害時の福祉支援体制の整備に向けたガイドライン」が厚生労働省から示され、一定の方向性が示された。

・DWAT は、全国共通の事務局がまだ整備されて

いない。各自治体の裁量によるため、行政が担うところ、社会福祉協議会が担うところ、行政と社会福祉協議会が共同で担うところ等、異なり、宮崎は社会福祉士協議会が担っている。

・DWAT の全国の整備状況は、33 府県で整備されている。

・必ず「立ち上げ研修」（導入研修）を行うようになっている。

・支援の対象は、要配慮者を中心に、高齢、障害、児童を含む被災者全員（誰もが要配慮者となり得るため）。

・実際、子どもの支援を、対応できる県と対応できない県はある。各都道府県に任せられている。

・DWAT に精神保健福祉士が入ることについて、ぐんま DWAT では参画している。

・東日本大震災時、群馬県精神保健福祉士会と司法書士会が協力して、群馬県に避難されてきた福島県の方々の避難所支援にあたった。そのとき、県社協の立場で避難所に関わっていたが、両団体から直接支援よりは、コーディネート側として、どこの避難所で、どういう困り事があるから、司法書士に関わって欲しいとか、精神保健福祉士に関わって欲しい等の調整役をやって欲しいとオーダーを受けた。

・精神保健福祉士会は、心のケアチームという形態で派遣されていたので、福祉のチームを派遣するときには、必要なスキームになると考えた。群馬県の災害福祉支援ネットワークの立ち上げのときに、元々精神保健福祉士会は構成団体の枠組みに入っていなかったが、東日本大震災での活動経験から関わっていただくようになった。なお、支援の対象として精神障害者も含まれている。

・ぐんま DWAT は、2 度の派遣経験を持っているが、被災地の保健師と一緒に巡回する場面には、精神保健福祉士 1 人が関わられるようにしている。ストレス等のかかる環境下でもあるため、専門領域の専門職の関わりは必要だと思う。

・群馬の DPAT と一緒に組んで活動はした経験は

ないが、昨年の長野県の支援では、長野県 DPAT と活動をした。

4. ぐんま DWAT について

・1 回目は「平成 30 年 7 月豪雨」のときに岡山県の支援に入った。

→先遣で京都が入り、地元・岡山 DWAT を支えていた。

発災から約一月、8 月 4 日から 14 日まで大体、発災一月目（避難者のストレスケア等が更に心配される時期）というビジョンで関わっていた。

・2 回目は「令和元年東日本台風」のときに、長野県の支援に入った。

<1 回目の活動の内容（平成 30 年 7 月豪雨）>

編成の条件として、精神保健福祉士の配置、保育士の配置、女性支援者を必ず 1 名配置で、この 3 要件を、チーム編成で壊れないように設置した。

・チームの活動人数は、避難所内の活動班として、1 カ所の現場で 4 名程度となっている。

他の職種は、岡山派遣の編成では社会福祉士、ケアマネ保持者、理学療法士、臨床心理技術者等であった。

保健師は、DHEAT 等、他の仕組みがあるため、DWAT 編成時に連携することを前提に対象職種とはしなかった。

チームの構成に、事務職員の配置は認めているが、DMAT や DPAT、DHEAT 等の業務調整員のような形態を想定したフレームとはなっていない。

業務調整員としての動きは、チーム員の誰でもできるように体制整備を進めている。

直接処遇よりは、つなぐ、調整する役割が大きく、例えば、保育園の保育士でも高齢者虐待等の対応について、どこにつなぐかを知っていれば相談は受けられるように、平時からの研修や訓練を行っている。

また、子どもの遊び場とかが必要な場合、対応できる団体等があれば、そこにつないでいく。

研修を通して、避難所内でどんなことが起こるのかの見立てをするトレーニングをしていれば、ある程度の職種編成で、対応可能な領域は広げられると思う。

・DMAT や DPAT のような統括というポジションはなく、統括の立ち位置の代替的な立場として、コーディネーターというポジションを配置している。ただし、複数の避難所へチームを派遣することになった場合は、コーディネーターを統括するコーディネーターの配置も必要ではないかとの意見もチームの中では出されている。

→コーディネーターは、被災地の保健所の調整会議に出たり、避難所内で学校長とかを中心にしたミーティング、多様な支援者が集まる情報共有会議等の調整会議に出席したりする。

また、ボランティアグループとかとの調整など。実際に、岡山の活動では、ボランティアグループや NPO と連携して、子どもの遊び場プロジェクトを立ち上げた他、長野の活動でも、保健・医療分野だけでなく、地元の福祉関係団体やボランティア等と連携して、避難者の生活ニーズに向き合う体制を整える役を担っていた。

現場の活動チームでは時間的にも厳しいため、支援全体を俯瞰する調整班という形でコーディネーターを置いている。

・実際の活動部隊と、コーディネーター班の、コーディネーターが、どこかで待機しながら、外部、内部と調整したり、会議に参加したり、活動部隊とは別の動きをする。

・チーム員の登録と情報共有と、さまざまな連絡ツールとしては、「Facebook」と「Messenger」を使っている。

・支援に入っているメンバーだけの Messenger で、避難所情報やタイムスケジュール、こういうツールがあったほうが良い等を発信してもらっている。

・日報に代わるものとして、専用 Facebook ページ（プライベートグループ）上にその日の活動状況を公開する。

・DPAT、DMATのような、クロノロジー、J-SPEEDといった記録の様式とは異なるが、Facebook ページを活用しての情報発信を基本としている。

・Facebook を活用した情報共有は群馬県のやり方で長野県も取り入れた。情報共有の方法は県によって異なる。

・中長期や長期の想定については、活動期間は大体1か月ぐらい。基本的には、最大、避難所や福祉避難所の閉所までとなっている。これ以降は、DWAT 外の活動となる。

・最大限で1か月半から2か月程度（医療ニーズより、生活ニーズの方が長い）。災害の規模によって変わる。

・基本の活動費については、災害救助法での救助費で請求できるものは、請求する。

・一般避難所に要配慮者がいる場合は、福祉避難所として扱うことが可能との一文から救助費での対応となっている。

（根拠）

「令和元年台風第19号による福祉避難所等に対する福祉関係職員等の派遣に係る費用の取扱いについて」（令和元年10月21日付）

1-（1）のア

福祉避難所等への福祉関係職員等の派遣に要する人件費は、概ね要配慮者（原則として、身体等の状況が社会福祉施設等へ入所に適する程度の者（要介護者等）は除く。）10人につき1人の相談等に当たる相談員等の配置に要する経費として、災害救助費から支弁されます。要配慮者の状況等に応じて相談員等の配置数については、柔軟に対応して差し支えありません。なお、支弁対象となる避難所は、あらかじめ福祉避難所として指定されている避難所に限らず、当該要配慮者が避難している場合でも、福祉避難所として扱うことが可能です。

・保険は救助費の対象外のため、ぐんま DWAT は、

傷害保険として、労災の上乗せに相当するものを、24時間プランで掛けている。

・また避難所の物を壊したとか、避難者の方、誰かにけがをさせてしまったっていうときの賠償保険も掛けている。

・保険料は群馬県の補正予算で対応となっている。

・予算の窓口は、健康福祉部の健康福祉課。

・ただ、災害福祉支援ネットワークの構成団体で見たときには、健康福祉課以外にも、介護高齢課、障害政策課、私学・子育て支援課と、児童福祉・青少年課。福祉関係を所管する5つの課と、危機管理課など合わせて6つの課が、災害福祉支援ネットワーク上は、群馬県として、参加団体になっている。

・精神疾患、精神疾患の既往のある方、避難所で抑うつ症状が出現した等の場合、基本的にはDPAT、地元の医療機関につなぐ。このことは、その時のDWATの構成に、精神保健福祉士が入っていたとしても、後続部隊に入っていなければ継続した支援ができないため、調整や配慮が必要となる大切な視点であると思う。

・地元でやれることは、地元につないでいく。社会資源で活用できるものは、活用していくというスタンス。DWATは、直接支援よりもソーシャルワーク視点のほうを求められていると感じている。

・直接対応よりは、コーディネートや全体評価をして、その時に、一番望ましい所につないでいく。

・DMAT 撤退後の医療ニーズについては、日赤の医療チーム等、比較的長く活動しているチーム等につないだりする。

・被災地の保健師が、健康危機管理の観点で、基本的には、避難所の避難者のアセスメントを3つ「保健衛生課題」、「介護・福祉課題」、「生活環境課題」に分けて全面的に行う。介護・福祉課題は、DWATの方が、福祉の視点だからこそ気付いて、手も入れられるものもあつたりするので、保健師と連携して、その活動を補ったりする。また生活環境として、例えば、手すりを設置した方が良い

とか、シャワーチェアの確保、あとは、自衛隊のお風呂の手すり等、福祉・介護の視点で介入している。

- ・2回目の長野への支援の際も、長野県 DWAT からシャワー介助の協力要請があったが、地元の介護福祉士会や老協協でできる人はいないか確認すると、地元の介護福祉士会で対応できることとなったので、お任せした。

- ・福祉の何が必要かを的確にアセスメントしてつなぐことが一番大切と考えている。

- ・DWAT だけで考えるのではなく、被災地の行政の方も含めて一緒に考えるようにすると、被災地の情報がわかり、判断できる。

- ・DPAT は医療ニーズへの関わりであること、DWAT は医療ニーズよりも長い生活ニーズに寄り添うチームであり、活動特性の違い等から、考え方や活動スタイルにも相違が出てくる。避難所に対して、人権的なものも含めて、配慮することが重要。

- ・派遣の基本として、まず自分の所属する事業所が被災しておらず、自身や家族等も大丈夫であることが大前提。

- ・ぐんま DWAT では、県内を大きく4つのエリアに分けてチームを構成している。令和元年東日本台風のときは、チーム員から、本人・家族の安否、事業所の被害の有無等、4 エリアごとの **Messenger** で報告をもらっていた。同時に地域の被害状況をもらっていたため、どこの道路が被害を受けているなどの情報も写真付きで得られるため、本部で活動を計画する際の判断材料となる。

5. DWAT の研修内容・育成システム

※ぐんま DWAT の研修例を資料1として掲載

- ・研修は、基本県域で行う。1期の登録研修後の養成研修の1日目だけは、エリア単位で4回に分けて実施した。

- ・ただ、1期目以降は、受講人数の関係から、県全

体で行った。なお、保健所圏域では12圏域に分かれるため、地域差を考慮して、保健所圏域の人数バランス、職種のバランス等を取りながら実施を計画しているが、今年度の4期の登録研修は行わず、次年度に繰り越す予定。4 エリアのバランス、12保健所圏域でのバランス等を見て、対象職種を限定し、補充を行っていく。

- ・研修内容は、避難所で起こる生活課題、どんなことに困るのか。このことを要配慮者に当てはめたら、どういうことが起こるだろうか、などを考えたり、それに対して意見を出し合ったりし、イメージが具体化できるように切り替えている。なるべく、自分たちで考えて、出し合ったもののほうが経験として残ると考えている。できるだけチーム員のモチベーション維持につながるような研修を行うように、時間もかけて実施している。

- ・京都 DWAT を立ち上げた、華頂短期大学の武田先生の研修手法は、群馬でも取り入れており、避難所の生活ニーズ、福祉ニーズには、どのようなものがあるかを想像し、捉え、自分たちはどんな支援や協力ができるのか、ということ、なるべく自分たちで考え、消化し、判断してもらうことを研修の中では大事にしている。

- ・登録研修1日、養成研修2日が基本。

- ・災害時、いざというときに、派遣できないチーム、登録だけになっても困る。このため昨年度、全社協で富士通総研とタイアップしながら標準化に向けた導入研修用モデルカリキュラムを作った。

6. DWAT の課題および今後の動き

- ・現在、47都道府県の全てに災害派遣福祉チームの設置を進める他、登録時研修の標準化等の動きを含め、体制整備を図っている。

- ・令和元年東日本台風の長野県での支援に、ぐんま DWAT が関わった。このとき、初めて厚労省のマッチングシステムで、介護職員の応援派遣と同様に、応援を求めている被災県に対して、応援可能な県ということでマッチングされての派遣とな

った。

- ・ぐんま DWAT は、群馬県のオフィシャルチームであるため、命令権者は、群馬県知事となる。そのため、県社協宛に派遣要請や先遣の調査依頼があったとき、群馬県庁に確認を取るようになっている。

- ・災害ボランティアセンターであれば、社協の応援協定等のスキームで動けるが、DWAT は、行政オフィシャルチームであるため、社協単体のスキームでは動けないことあるので、注意していただきたい。

- ・DWAT の事務局や統括者の配置、活動方法など全国で統一したものがなく、各都道府県に裁量が委ねられているため、予算なども異なる。

- ・予算については、厚生労働省社会局の予算として「災害福祉支援ネットワーク構築の推進」として、基本事業に加えて、体制強化事業、連携体制充実事業等、一定の予算が確保されている。

- ・課題は大きく分けて三点あると考えている。

一点目は、DWAT や他の災害支援チームの認知度と理解向上とあわせて、被災自治体市町村の受援体制づくり。

二点目は、保健所圏域での活動となるため、災害時保健医療調整本部（保健医療福祉調整本部）で活動チームの配置を割り当てる訓練を DHEAT や保健所等と一緒にやること。保健医療と福祉の連携が体制化されていかないと DWAT 単発で避難所に入ることになり、連携が図りづらくなる。

三点目は、各県の DWAT によって職種の構成等が異なるため（精神保健福祉士や保育士等がない等）、支援の層や支援内容が変わってきてしまう。例えば、医療チームから見たときに、DWAT が入ってくれたから福祉や介護は大丈夫だと思ったら、今回の DWAT メンバーでは対応できない領域があるということも起こる可能性があり、DWAT につないで良いのかどうか分らなくなり、結果、支援も滞ることになる。基本は「オール福祉」で、最低このラインまでは支援可能であるということが整理されることが望ましい。

- ・福祉避難所について、指定率はだいぶ上がってきている。しかし、自治体によってバラツキはあり、発災と同時に立ち上がるか否かといった判断も変わってくる。福祉避難所に、DWAT としてどんな職種が派遣するといいいのか、DWAT のスキームができたことによって、できるようになっている部分もある。

- ・福祉避難所を指定する市町村で、どのエリアにどのような施設があり、どこを指定し、受入人数を何人までお願いするのか等、整理が必要である。

- ・例えば、デイサービスのスペースを活用して福祉避難所として受け入れを行った場合、地域の一般の方が避難されてくると、事業所の介護保険事業がストップしてしまうケースもある。そうなる場合、デイサービス事業が稼働せず、赤字となった場合にスタッフの雇用等にも影響が出てくるため、事前に細かな調整が必要になると思われる。

7. 公認心理師、精神保健福祉士への期待

「公認心理士や精神保健福祉士などに、中長期の支援が行える研修を行い、中長期の支援として、動ける職種を養成するとなった場合、DWAT 的にはどうなのか？」

- ・公認心理士や精神保健福祉士等の専門性だからこそ、被災者と向き合った時に見えるもの、感じるものはあると思うので、避難所支援には DPAT や DWAT 以外にも関わられるスキームがあると良いと思う（※東日本大震災時の群馬県精神保健福祉士会の活動（前述）を参照）。

- ・基本スタンスとして、全避難者の健康危機管理の責任上、保健師が、聞き取りのベースを行う。保健師が何故、巡回（ラウンド）での聞き取りを行うのか等、避難所支援活動のルール等を理解した上で、関わる支援者でないと現場を混乱させてしまうことにつながるので注意して欲しい。

- ・派遣チームのバックアップチームとして、精神保健福祉士を配置することで、支援者支援も行える。

D. 考察

2年間の調査結果から、準備期（平時）の役割と課題、立ち上げ期の役割と課題としては、想定外の時期、または想定していても完全に対応が出来るわけではなく、それぞれの組織で出来る範囲での対応から、情報を収集し、自組織での平時の組織の運用を行い、そして、必要時に DPAT 等活動支援団体への派遣依頼を行っていた。しかし、DPAT 等活動支援団体の派遣を正式に依頼する事には統括者の中でも中心的な各精神保健福祉センター長の判断の負担が大きいことは明示された。実際にはその役割はあるが、各組織、県においても、県独自の指示命令系統がある中で、精神保健福祉センター長に権限がどれくらい付与されているかは各地域によって異なる。またいつ依頼するかにも、判断が難しい事もあり、依頼をかけたい場合でも、各自治体の内部組織との調整が難しい事も散見された。この時にはアドバイザーのような形で経験者が入る事が望まれた。そして、各都道府県の平時の指示命令系統とは別の組織、例えば県外から客観的視点を持って専門家などのアドバイザーが入る事は有用であったとの意見があった。

この点からは DPAT 等活動支援団体へ応援を依頼するかどうかを決定する人をサポートする体制作りが必要と考えられた。

各フェーズをみても、初動の判断と対応に労力がかかる事が見受けられた。見切り発車でも県外 DPAT を依頼して良いのか、に対して葛藤が多くの組織で見受けられた。

なぜなら、初動では情報があがりきらない中で先を見越した判断を求められる事や、仮に依頼をしないと判断した後、被害が拡大した場合、多大な影響を与える事になるからである。過去の災害を振り返ると大規模災害時には精神的な問題が遅かれ早かれ出現するため、そのパターンからは早期から精神的対応を始めて問題がない事が多いが、

正常化バイアスが働き、これくらいであれば、県内での対応で行えると思うところもある。実際には自県内のみで対応が収束する事が県としてはありがたいことではある。ただ、初動の時期では各県で対応者が被災して県庁や拠点病院に集まらない事も多い。そこで、県外 DPAT に初動の手伝いをしてもらい、その後、先が見えるあたりで早期に自県での対応に変換するケースもあった。これはそれぞれの組織の事情や、災害規模、災害種類などで、一つの答えがあるわけではない。臨機応変に対応が必要であるが、初動に関しては被災県以外の力があつた方が良い事は明確であった。

千葉県は平時から DPAT や災害精神に関する行政レベルでの理解が高い様に思われ、実際の災害対応でも、本部を立ち上げる担当レベルで DPAT について理解できていた。このため、県外 DPAT に入ってもらって、何をしてもらえるとという想定があり、阿吽の呼吸のように、細かい説明や打ち合わせを行わなくても各自ですぐ動け、活動を本部のほうでもキャッチできる連携はスムーズであったとあり、平時からの理解が実災害で有用に機能している事が明確であった。

活動期の役割と課題としては、各関係機関の連携、調整本部、活動拠点本部などの連携、他機関との連携の課題があった。

運用移行期の課題としては、いつまで DPAT 等活動支援団体が活動するか、また、DPAT 等活動支援団体の支援終了後のこころのケアセンターのような新たな体制に移行するか、それとも平時の体制につながるか、討議があった。被災県の中には、そのまま県の都道府県等 DPAT のような被災県内の支援チームが継続して対応していく例もあった。つまり、平時の地域の災害支援チームや人員の育成がそのまま、災害対応に反映する印象があった。

また北海道に関しては、地理的な規模が他の都府県とは圧倒的に違うため、他県の災害精神システムだけでは対応が困難な可能性もあり、地理的な、交通網の違いを考慮してその範囲での対応が

行われる可能性が示唆された。例えば移動が車では全道から集まらない事もあるので、飛行機などの他の交通網の利用や、集合場所の選定などを配慮する必要があった。

DPAT 等活動支援団体の活動終了の基準は自治体によって、また災害によって様々であった。その中では「保健師チームが減少・撤退する時期」「避難所が減少する時期」「地域の医療資源と交通機能が改善された時期」「対応件数」、「避難者数」などの要因があり、基準に影響している事が示された。

DPAT 等活動支援団体の活動終了後の課題としては、終了後の体制がどのような団体で対応するか事前に決まっているところもあれば、対応の中で自然発生的に決定していくことがあった。事前に準備がある事が望ましいが、結果的に、それぞれ自治体の規模や対応人数などに左右されている印象であった。

終了期以降は、県の精神保健福祉センターが中心的役割を果たしている県や、その後は各地域の精神支援対応に任せている場所など地域によって様々であった。これは一概に決められるものではなく、もともとの地域の精神保健システムの規模によって行われる可能性があった。ただ今後はこの点のある程度の標準化をしないと、平時の脆弱性が災害時にそのまま脆弱性につながる点は危惧され、その整備が急がれる。

そして準備期、立ち上げ期、活動期、運用移行期、終了期と災害対応のサイクルはまわり、また災害の準備期に戻ってきて、次の災害への準備を行う。災害対応は準備が大きなウエイトを占める。被災体験は大きな経験、レガシーとなり、次の災害への準備を高める要素となっている。

DPAT 等活動支援団体との連携に関するマニュアルは作成しているところはなく、これから準備していくところがほとんどであった。実際に作成するには様々な部署との協働、連携が必要で、この点も事前の連携の課題と考えられた。

DWAT という福祉・介護分野の人材派遣のための体制、広域的な福祉支援ネットワークとしての、チームが設置されており、DPAT は DWAT との連携も重要な課題になる。平時からの双方の利点と限界点を把握、理解し、連携体制を準備しておくことによって、以前から問題になっている介護が必要な対象者への相互的なケア、対応をすることができるため、各地域での平時からの精神保健・医療・福祉・介護体制と DPAT、DWAT の連携を強化することが必要である。

E. 結論

DPAT 等活動支援団体との連携した際の体制と DPAT 等活動支援団体の活動終了後の、各被災地域での対応をインタビュー形式で調査した。各災害に対して、準備期、立ち上げ期、活動期、運用移行期、終了期の各期で課題があり、特に初動の時点で、DPAT 等活動支援団体への依頼を判断する際の葛藤が見いだされた。また、課題に対して、各地域での対応が見られ、これは次の災害に対する解決のためのレガシーとなり、応援を依頼した側の整備がすすめられてきている。

今回のインタビューからは DPAT 等活動支援団体の活動を含めた災害精神医療対応の開始時期に人的にも業務的にも判断にも労力があることが示された。初動に対応する対応者へのサポート体制、システムが事前にできている自治体では、スムーズな対応が行われており、今後各自治体においてこの準備は必要に思われた。また平時からの準備が必要であるが、準備している段階で被災している事が多く、一度被災した後は、災害精神の対応システムが強化されていた。このような被災地のノウハウを元に、他の被災していない地域と共有し、事前の災害精神対応の準備フォーマットを作ることも重要な地域のレジリエンスを強化することの一助になると考えられた。

最後にご協力いただいた各自治体さま及び、インタビューにご協力いただいた関係者の皆様に御

礼申し上げる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

1. Morimura N, Mizobata Y, Sugita M, Takeda S, Kiyozumi T, Shoko T, Inoue Y, Otomo Y, Sakurai A, Koido Y, Tanabe S, Okumura T, Yamasawa F, Tanaka H, Kinoshi T, Kaku K, Matsuda K, Kitamura N, Hayakawa T, Kuroda Y, Kuroki Y, Sasaki J, Oda J, Inokuchi M, Kakuta T, Arai S, Sato N, Matsuura H, Nozawa M, Osamura T, Yamashita K, Okudera H, Kawana A, Koshinaga T, Hirano S, Sugawara E, Kamata M, Tajiri Y, Kohno M, Suzuki M, Nakase H, Suehiro E, Yamase H, Otake H, Morisaki H, Ozawa A, Takahashi S, Otsuka K, Harikae K, Kishi K, Mizuno H, Nakajima H, Ueta H, Nagayama M, Kikuchi M, Yokota H, Shimazu T, Yukioka T; Joint Committee of the Academic Consortium on Emergency Medical Services, Disaster Medical Response Plan during the Tokyo Olympic and Paralympic Games in 2020 (AC2020). *Medicine at mass gatherings: current progress of preparedness of emergency medical services and disaster medical response during 2020 Tokyo Olympic and Paralympic Games from the perspective of the Academic Consortium (AC2020)*. *Acute Med Surg*. 2021 Feb 2;8(1):e626. doi: 10.1002/ams2.626.
2. 太刀川弘和, 高橋晶: 被災者・支援者・医療者のメンタルヘルスケアの10年(特集: 災害医療それぞれの10年を振り返って). *救急医学* 45(1): 302-308, 2021.
3. 高橋晶: コロナが変える社会とこころ総論 新型コロナウイルス感染症が社会に与える影響とストレス: こころの科学(0912-0734) 215号 Page16-23(2021.01).
4. Shiratori Y, Tachikawa H, Nemoto K, Ide M, Sodeyama N, Tamura M, Takahashi S, Hori T and Arai T: Visualizing the Process of Disaster Mental Health Services in the Joso Flood by Network Analyses of Emails. *Tohoku J. Exp. Med.*, 252, 121-131, 2020.
5. Takahashi S, Manaka K, Hori T, Arai T, Tachikawa H. An Experience of the Ibaraki Disaster Psychiatric Assistance Team on the Diamond Princess Cruise Ship: Mental Health Issues Induced by COVID-19. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020, 12:1-2. doi: 10.1017/dmp.2020.305.
6. Takahashi S, Takagi Y, Fukuo Y, Arai T, Watari M, Tachikawa H. Acute Mental Health Needs Duration during Major Disasters: A Phenomenological Experience of Disaster Psychiatric Assistance Teams (DPATs) in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, 27;17(5). pii: E1530. doi: 10.3390/ijerph17051530.
7. 高橋晶: 【大災害時に精神科医は何をしたらよいか】災害精神医学保健領域において、支援を活かすために必要なこと: 精神科(1347-4790)37巻5号 Page503-510, 2020.
8. 高木 善史, 太刀川 弘和, 高橋 晶, 福生 泰久, 新井 哲明, 渡 路子: 災害急性期に継続的な支援を要する精神障害の特徴 熊本地震における災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動データから: 精神科救急(1345-7837)23巻 Page68-76, 2020.
9. 重村 淳, 高橋 晶, 大江 美佐里, 黒澤 美枝: COVID-19(新型コロナウイルス感染症)が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて: トラウマティック・ストレス(1348-0944)18巻1号 Page71-79, 2020.
10. 高橋 晶: 新型コロナウイルスへの精神面の対応に向けて COVID-19 感染症に伴う精神, 心理, 公衆衛生・産業衛生的対応について: 精神医学(0488-1281) 62巻6号 Page897-910, 2020.
11. 高橋 晶: 【災害の精神医学】災害とボランティア: 最新精神医学(1342-4300)25巻1号 Page29-37, 2020.

学会発表

1. 高橋 晶: 特別講演 新型コロナウイルスへの精神的対応、今まで、そして、これから起こること～感染症と災害精神医学～. 第1回 DPAT Area Meeting. 2021年3月5日. Web開催
2. 高橋 晶: シンポジウム COVID-19 から我々が学んだこと. COVID-19の前と後、感染症が及ぼす社会、精神面への変化について. 総合精神病院医学会. 2020年11月20日 Web開催
3. 高橋 晶: シンポジウム 新型コロナウイルス感染症の世界的大流行や人為災害への精

神的な支援とその課題. 総合精神病院医学会. 2020年11月20日. Web開催

4. 高橋 晶: シンポジウム 2019年台風15号、19号における水害支援 茨城県の対応と課題、他県支援と自県支援について. 総合精神病院医学会. 2020年11月20日. Web開催
5. 高橋 晶、太刀川弘和: 災害時の精神保健医療福祉活動マニュアル試案について. シンポジウム「今後の災害精神保健医療福祉活動のあり方」, 第79回日本公衆衛生学会総会 Web開催 2020年10月20日-22日
6. 高橋 晶: シンポジウム自然災害への備えと対応~BCPと受援・支援~. 局地~広域の自然災害への精神支援体制の現状と展望. 日本精神神経学会. Web開催. 2020年9月28日~30日
7. 高橋 晶: シンポジウム 人為災害における精神保健医療上の課題: 東京オリンピック・パラリンピックに向けて. 東京オリンピックを控えて、精神科に求められる事. 日本精神神経学会 Web開催. 2020年9月28日~30日
8. 高橋 晶: 指定発言 災害時・後の多職種連携教育の例. シンポジウム 災害時の多職種連携とこころのトラウマ対応. 第19回日本トラウマティックストレス学会. Web開催 2020年9月21日.
9. 高橋 晶: 災害領域におけるトラウマ関連

疾患のアセスメント. シンポジウム 現場での実践を目指したトラウマ関連疾患のアセスメント. 第19回日本トラウマティックストレス学会.

Web開催. 2020年9月21日

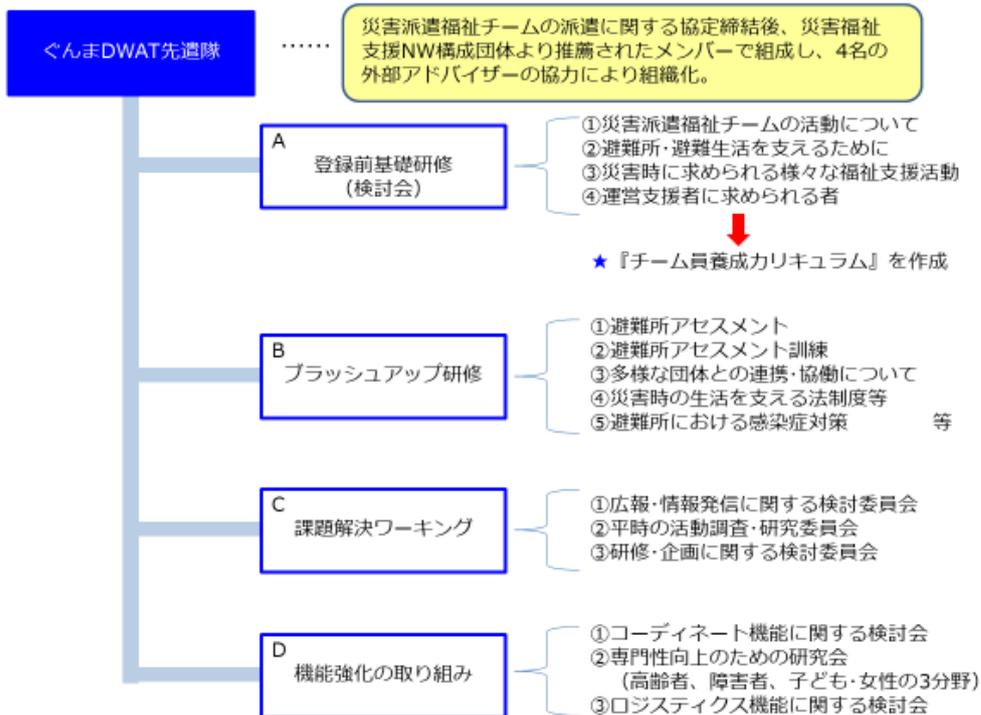
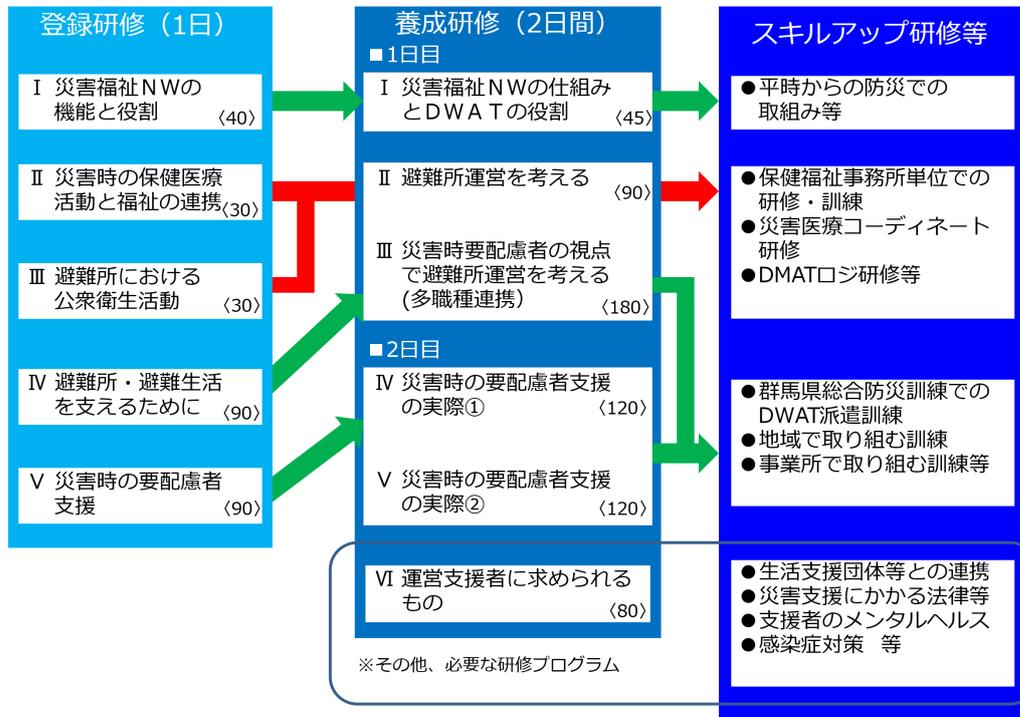
10. 高橋 晶. 総合病院精神科のこれからの災害対策は? 人為災害時における総合病院精神科の対応について 総合病院精神医学会 岡山 2019. 11
11. 高木善史: 平成28年(2016年)熊本地震における継続的なDPAT支援を要する精神障害の特徴. 第8回日本精神保健福祉学会. 2019年6月1日
12. 高木善史, 太刀川弘和, 高橋晶, 福生泰久, 新井哲明, 渡路子: DPAT活動における継続支援事例の特性-4災害のDMHISSデータから-. 第38回日本社会精神医学会. 2019年3月1日

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

資料 1

ぐんま DWAT の研修例



ぐんまDWAT
機能強化の取り組み

西日本豪雨（岡山県）、令和元年東日本台風（長野県）での活動経験を基に、チーム機能強化のために、実際の活動者を中心に検討会や研究会を組成。

I
コーディネート機能に関する検討会

- ①保健・医療分野との連携体制整備
 - ②ボランティア・NPO等の多様な団体との連携
 - ③社協を中心とした地元組織との連携
 - ④土業等との連携・協働体制の整備
- ★調整班での活動経験者を中心に組成

II
専門性向上のための研究会

- ①高齢者支援
 - ②障害者支援
 - ③子ども・女性支援
- ★先遣隊+活動派遣者で構成

III
ロジスティクス機能に関する検討会

- ①情報発信に関するスキルの標準化
- ②避難所MAPの作成・更新スキルの標準化
- ③後方支援チームの役割検討 等