

【短期研究 4】

被災時のこころのケアに関する地域支援活動従事者の養成 及び活用方策に関する実践的研究

(研究要旨)

大規模災害後の精神保健活動を効率的に供給する際に大きな困難を伴うことは、阪神・淡路大震災の経験だけでなく、2011年の東日本大震災によってあらためて示された。本研究では、阪神・淡路大震災とその後が発生した自然災害後の精神保健活動を俯瞰したのちに、精神保健活動を効率的に運用する際の、プロセスを6段階に分けて説明した。医療と地域保健の観点から考えると、大災害後のこころのケアは、短期的には精神科医療を供給することが、長期的には保健所機能を基盤とした地道な地域活動である。これらを効率的に提供するためには、事前の準備と状況に応じた柔軟な運用が重要である。

(研究体制)

加藤 寛、大澤智子

1. はじめに

自然災害や大事故後に精神保健活動を提供する必要性は、阪神・淡路大震災以降、広く認知されてきた。アウトリーチの重要性やスクリーニング方法などの基本的戦略は普及し、地域内で対応可能な災害では、効率的な活動が提供されているといえよう。兵庫県は、阪神・淡路大震災以降も多くの災害や大事故に見舞われており、その都度、現場のニーズに即した活動が行われてきた。それらの活動の中心に阪神・淡路大震災を経験した専門職がいたことが幸いして、効果的なサービスが提供できたが、今後 10 年以内に彼らのほとんどは第一線を退く。これまでの活動の内容を伝え、解決すべき問題を抽出することによって、新しい世代が大災害や事故に備える必要がある。

折しも、本研究をまとめている最中の 2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、被害の大きさ、多県に跨る被災地の広域さ、死者の圧倒的な数、原発事故の併発などの点で、過去に例を見ない大災害である。精神保健に関する問題としては、複数の精神科病院が壊滅し多くの入院患者を転院させなければならなかったこと、もともと医療資源の乏しい地域にあって精神障害者への医療継続をどのように確保するか、全国から押し寄せた精神科医療チームをどのようにコーディネートするか、などの精神科医療に係わる初期の問題への対応が急務の課題になった。各県ともに行政担当者や精神保健福祉センター、大学病院、精神科病院協会などが、状況を把握し連携して調整できるまでには、数週間を有したが、後述するように阪神・淡路大震災の状況と比較すると、短期間で調整機能が発揮された。厚生労働省や大学病院担当者会議なども早い時期から動き、外部からの支援チームの派遣先を調整した。また、各精神保健福祉センターは、事前に準備していた活動マニュアルを早期からインターネットで公開しており、仙台市のように外部からの派遣チーム向けに用意されたマニュアルさえ有している所もあった。これらの状況から、現場での混乱はあったものの、被災から 1 ヶ月過ぎた頃には、チームの配置や活動の方向性は共有され、精神科医療活動の収束と復興期に向けての準備が始まっている。

この地域では宮城岩手内陸地震などいくつかの地震を近年経験していたこと、大規模な宮城県沖地震が近い将来に予想されていたことなどから、各県とも準備性は高められており、これが幸いしてコーディネート機能が発揮されていった。このことから、事前のシミュレーションと準備が重要であることは、疑問の余地がないといえよう。本研究では、阪神・淡路大震災とそれ以降の災害に関して、精神保健活動がどのように展開され、その際の問題点は何かを抽出するとともに、現在の準備状況を俯瞰しながら、今後どのような点を整備していく必要があるか検討したい。

2. 阪神・淡路大震災後の活動：精神科救護所とこころのケアセンター

①精神科救護所

阪神・淡路大震災後の精神保健活動をふり返ると、二つの時期に別のモデルで活動が行われたことが指摘できる。一つは、震災直後から数ヶ月間に行われた「精神科救護所」活

動である。この活動は、大都市が破壊され地域内の精神科医療資源が大きな被害を受けた状況において、何の準備もないままに行われたものである。これは当初、被災した外来診療所の機能を補完することを目的として行われた活動であった。被災地が都市部であったため、精神科医療機関の被災は外来診療所に集中していた。麻生によれば、震災後比較的早期に診療再開できた診療所は約半数で、移転などによってすべての診療所が復旧したのは、3月に入ってからであった。また、交通機関の乱れも通院の障害となり、服薬が中断した患者は少なくなかった。これらに対応すべく、まず神戸市長田区保健所（当時）と区内の開業医が、保健所内で投薬可能な窓口を提供した。その後、神戸市沿海6区と芦屋、西宮、伊丹、および津名（淡路島）の計10保健所に「精神科救護所」が開設された。その後の活動は、被災状況や応援態勢などによって方向性を異にしていった。診療所の再開が遅れた神戸市長田区のように診療投薬を継続したところもあれば、医療機関の復旧が早く外部からの支援も得やすかった西宮市のように、保健師による訪問活動を主体にしたところもあった。

精神科救護所と並行して必要性が高かったのは、夜間の精神科救急医療であった。避難所では夜間に被災者の数が増えるために、精神障害者の問題行動が表面化する事例が多発した。夜間の緊急入院は震災後2ヶ月経っても、通常の2倍以上に高止まったままであった。当時、兵庫県内の精神科救急システムは、全県を一つの民間精神科病院が輪番でカバーしており、急増したニーズにはとても応えられなかった。そのため、行政と病院協会などが協議し、まず県立単科精神病院の長期入院患者を民間病院に転院させて空床を確保し、多くの救急ケースを受け入れることになった。また、民間病院の中で被災地の周辺に位置していた3病院を臨時的救急窓口病院に指定し、ここでも積極的に入院を受け入れた。これに加えて、夜間に往診と必要時の搬送を行う選任チームを設置し、外部からの支援チームに地元関係者がナビゲーター役をする形で対応した。この往診チームは約80日間に26回往診したが、搬送入院は5回のみで、安易な入院を避けることができたと評価されている。救護所活動は現場からのニーズに応える形で展開されていったが、最大の問題はコーディネートや組織化が遅れたということだった。ほとんどの地域では、現場の判断で活動を開始した後で、入院病床の確保や押し寄せる応援者の振り分けなどの必要性に迫られ、追従する形でコーディネートが行われた。その際、行政担当者との軋轢や、誰がどのようにコーディネートし情報を発信するかなどの点で混乱を来した。結局、県立精神保健センターの医師、および神戸大学精神科医局に所属する医師が中心となり、ニュースレターを頻繁にファックスで配信することなどをとおして全体の調整が行われたが、すべての精神保健活動を掌握することはできず、多くの課題を残した。

②こころのケアセンター

阪神・淡路大震災後に提供された、もう一つの精神保健活動は復興期の「こころのケアセンター」活動である。これは、公的財源によって、わが国で始めて組織的に提供された

災害後の精神保健サービスである。復興期の精神保健活動について、関係者の多くは保健所にマンパワーを増やすことを望んだが、財源となった基金（阪神・淡路大震災復興基金）は、民間事業のみに使途が限られていたために、精神保健センターや保健所などの公的機関が資金を得ることは叶わなかった。苦肉の策として精神科医療に関係する民間団体が、受託して活動を始めることが検討された。当初は、精神科病院協会や診療所協会など、関係法人に委託することが考えられたが、結局、精神保健協会という任意団体が受託することとなった。この団体は、精神科医療機関や行政、民間企業の精神保健担当者などで構成される組織で、通常はニュースレターの発行や講演会開催を年に数回する程度の活動をしていた。年間予算は数百万円で専従職員さえいない任意団体に、突然年間 3 億円もの事業が舞い込んだのである。準備期間はわずか 1 ヶ月しかなく、組織の構成も全くの白紙だった。急遽、兵庫県の精神保健担当課からベテランの PSW が出向することが決められ、関係機関を招集して検討が重ねられた。そして、本部の他に広域の被災地に 12 カ所の出先機関（地域センター）を置くこと、当初は各地域の保健所が兼務で地域センターの運営を行うこと、スタッフは公募することなどが決定された。

当時の社会的関心の高さを反映して、定員の数十倍の応募があったが、多くは地域保健活動経験をほとんど持たない者であった。各地域に 2 名から 4 名ほどのスタッフを配置し、保健所の一角を間借りしての活動が始まった。基本的知識の研修が急いで行われたが、実際には保健所の保健師や PSW から指導を受けながら、地域保健活動のイロハを習得しなければならなかった。また、地域によっては保健所との連携が上手くいかず、スタッフが短期間で去ってしまう所も少なくなかった。その後、阪神・淡路大震災復興記念切手の収益の一部が寄付され、各地域センターは独立したプレハブの建物に移動し、組織としても保健所職員の兼務が外され独立することになったが、実際の活動ではいかに保健所と密な連携を保つかが重要であった。

全体の運営で困難だったのは、県と政令指定都市、あるいは保健所中核市との関係だった。それぞれが細部の運用システムが異なるため、指示や決裁プロセスが複雑になるなどの問題に直面することが多かった。特に、復興基金を拠出していた神戸市は独自運営を主張することが多く、県と市の担当者間で繰り返し協議をしなければならなかった。しかし、民間団体が受託したことのメリットもあった。それは、活動の柔軟性や独立性を確保できたという点である。たとえば、兵庫県外に作られた仮設住宅住民や、自発的に県外に避難した被災者に対しても、この組織は支援を行ったが、純粹に行政組織の中での活動であったなら、こうした圏域を超えたサービスは不可能であっただろう。

実際の活動そのものは、基本的に仮設住宅住民を主なターゲットとした地域保健活動であり、保健所との連携が必須であった。特に、地域に密着し、住民にも受け入れやすい存在である保健師と行動をともにすることがきわめて重要であった。なぜなら、災害後の精神保健活動の必要性がいくら強調されようとも、一般住民にとって抵抗感がなくなるものではないからである。ことに生活再建が主な課題となり、多くの二次的ストレスに曝され

る復興期にあっては、精神保健活動をそれだけで提供しようとしても、ほとんど受け入れられることはない。また、少ないマンパワーで効率的にサービスを提供するためには対象を絞る必要も出てくる。したがって、

- ・ 被災程度も大きく、生活再建の遅れた仮設住宅住民を主な対象とする
- ・ アウトリーチを重視する
- ・ 保健や福祉を担当する他の機関やボランティアと可能な限り連携する
- ・ 心理教育とスクリーニングを主に行う
- ・ コンサルテーションの重視

などが基本的な活動方針となった。こうした復興期におけるサービス提供上の工夫の必要性は、過去の災害時に行われた精神保健活動でも重要な点として、指摘されているところであり、国情や文化の違いなどによらず、普遍的な戦略である。

この組織は、調査研究もいくつか行っているが、その中で、災害救援者の受ける心理的影響に関する研究や、PTSD 症状のスクリーニングに関する検討は、日本ではそれまで行われたことのない分野のものであった。

3. 阪神・淡路大震災以後の自然災害と精神保健活動

(精神保健活動のモデル)

すでに報告したように、阪神・淡路大震災から平成 14 年までに発生した自然災害後の精神保健活動の実態を調査したことがある。これは、平成 14 年版までの防災白書に記載されている自然災害を対象として、関係者に聞き取りを行ったものである。被災地域を含む都道府県の精神保健福祉センター、および最も近い保健所などに問い合わせ、災害の概要、被害状況、精神保健活動の有無、活動の概要、その他の情報を収集した。その結果から、精神保健活動のモデルについて検討すると、いくつかのパターンに分類できることが分かった。まず、阪神・淡路大震災のように被災地外から支援者が多数訪れ、それが活動を支える場合で、「地域外支援型」と呼べるものがあつた。また、外部専門家をスーパーバイザーとして迎えて支援活動自体は地域内のスタッフで対応するモデルや、地域内の精神保健福祉センター等が中心となって活動する形態、そして、メンタルヘルス活動として独立した形では行われなかったものの通常の保健業務形態の中にメンタルヘルスの要素を取り入れた形態などが見られた。これらについては、支援モデルを「スーパーバイズ型」「地域内協同型」「一般支援型」とそれぞれ分類した。

調査で情報を得ることができ、何らかの精神保健活動が実施されていた 10 災害 (13 災害中) に、平成 14 年以降の主な災害のうち 9 災害を加えたのが表 1 である。14 年度以降の災害に関しては、文献や関係者からの聞き取りによって情報が得られたもののみを加えている。

これを見ると、阪神・淡路大震災以降の自然災害では、精神保健活動が展開されることが着実に増えていることが分かる。そして、最近の災害では外部の専門家をスーパーバイ

ザイとして活用しながら、保健所と精神保健センター、市町村の保健センターなどが、早い時期から活動を始めている。その際、精神的症状に関するスクリーニングも次第に行われるようになっており、より効率的な活動の展開が指向されている。以下に具体例を示す。

①新潟・福島水害（平成 16 年 7 月 12 日～13 日）

新潟県は直後から、精神保健担当課が情報を収集し、19 日に最初の会議を開催した。そこで精神保健や医療に関係する県内の機関で構成される「こころのケア対策会議」の設置が決定された。具体的な活動としては、三条健康福祉環境事務所に拠点を置き、専門家の派遣、啓発のための配布物作成、および精神健康に関するスクリーニングの実施を取り組むこととなった。さらに、新潟市の新潟県精神保健福祉センター内にホットラインを設置することも決定された。なお、この会議には兵庫県こころのケアセンターから医師と保健師が招聘され、阪神・淡路大震災後の体験をもとにアドバイスを行ったほか、啓発パンフレットの作成の援助をした。活動は 7 月 23 日から開始され、当初の 2 週間は地元の保健所、県立精神保健センター、および県立精神医療センターがアウトリーチを展開した。2 週目以降は被災した市町からの依頼を受けて、PTSD およびうつ症状のスクリーニングも行った。この時期からは民間の精神病院が協力する体制も取られるようになり、2 か月間で 46 名の個別相談を受理している。また、被災者支援の重要な担い手である保育士、ケアマネージャー、老健施設職員、民生委員などを対象とした研修会が数多く行われた（平成 16 年度中に計 12 回）。

②福井豪雨（平成 16 年 7 月 17 日～18 日）

福井県は早い時期から精神保健活動の必要性を認知し、事業の必要性を国に要望した。そして、補助を受けることができたため、『こころの元気』回復応援事業』として、活動は展開された。その内容は、巡回診察、ホットラインの設置、講演会開催やパンフレット作成などであった。巡回相談には、地元の保健所、市町保健センター、民間精神病院、そして精神保健センターなどのスタッフが従事し、延べ 175 件の相談を受けている。ホットラインは、福井県臨床心理士会が担当し 7 月 22 日から 10 月 31 日の間に 59 件の相談を受けたと報告されている。被災世帯向けにパンフレットが作成され公民館や自治会を通して配布された。

③平成 16 年台風 10 号（平成 16 年 7 月 25 日～18 日）

上那賀町と木沢村を管轄する徳島県阿南保健所は、被災者の健康管理を行う立場から精神保健上の問題に対しても早い時期から関心を持っていた。避難所の状況から感染症の予防とともにストレス対策が必要と判断していた。そして、8 月 12,13 日の両日に保健師が聞き取りの健康調査を実施した。用いたのは加藤らが開発した簡易な問診によるスクリーニング質問票（SQD）である。調査が出来た 120 名の中で、「イライラする」と訴えていたの

が40%、気分の落ち込みが28%、災害のことが頭から離れないが28%などの結果から、長期的な対策の必要性を確認し、保健師による訪問活動の継続、関係者への研修会などが実施された。さらに、災害から4ヶ月後の11月末から12月上旬にかけて、上那賀町、木沢村の住民に対して健康調査が再度行われた。

④平成16年台風23号（平成16年10月19日～20日）

兵庫県洲本市では、洲本健康福祉事務所（洲本保健所）が翌21日から被災世帯の健康調査と訪問相談を行った。調査は、県内他保健所からの応援保健師を得て、9日間で2231世帯を対象とした。この調査は、被災者の健康全般にわたるもので、慢性疾患の管理、要介護の確認、およびメンタルヘルスに関する項目が含まれていた。6日後には、兵庫県こころのケアセンターから精神科医および精神保健福祉士が派遣され、避難所や自宅でのケース対応、今後の精神保健活動に関する企画、啓発パンフレットの作成などを助言した。その後、地元の精神科病院医師、および臨床心理士会を交えて定期的に支援会議が開催された。個別ケースについては、要フォロー者をリストアップして、在宅介護支援センターとの連携の中で、保健師が定期的に訪問した。また、被災地域ごとに「こころのケア座談会」と銘打った住民向けの講演会を計8回開催し、啓発を行った。

一方、兵庫県北部の豊岡市とその周辺地域では、豊岡健康福祉事務所および被災の激しかった豊岡市、出石町、但東町の保健師が、直後から健康調査を行い、精神保健上のニーズを抽出した。また、各避難所には市町職員が張り付き、必要な場合には保健師がケアする体制が当初より取られた。1週間からは、県立精神保健福祉センターおよび兵庫県こころのケアセンターの精神科医とPSWが、3回にわたり現地入りし、必要な助言とケース対応を行った。また、住民向けおよび担当者向けのパンフレットは早い段階で配布し、避難所でのメンタルヘルス講演会なども開催された。

⑤新潟県中越地震（平成16年10月）

阪神・淡路大震災以後に発生した最大の自然災害であり、精神保健活動も活発に行われた。その詳細については、コーディネートを行った新潟県関係者が報告しているので、ここでは阪神・淡路大震災との比較から見える特徴を指摘したい。まず、コーディネートが早期から行われた点である。上述したように阪神・淡路大震災では、被災後の混乱の中で現場主導の活動に追従する形で、コーディネートが始められた。その機能が発揮されるようになるまでに数週間を要したが、中越地震の場合は、発生から数日以内に新潟県は活動方針を明確に呈示した。この背景には、地震の3ヶ月前に発生していた水害で発足していた「こころのケア対策会議」が、そのまま活動を拡大できたこと、とりまとめ役であった新潟県庁や新潟大学が被災していなかったことなどが大きく貢献した。また、国立精神保健センターや兵庫県こころのケアセンターなどが、対策会議にスーパーバイザーとして参画し、必要な助言を行っただけでなく、活動ガイドラインや啓発資料などを提供したこと

も、活動の効率化に寄与したといえるだろう。その結果、計 36 にも上った外部支援チームは、新潟県庁の指示に従い機能的に動くことができた。降雪を前にした同年の 12 月には外部からの支援は不要となり、災害後早期の精神保健活動はほぼ完了した。

その後、復興期の体制として「こころのケアセンター」が作られたのは、阪神・淡路大震災と同じく復興基金を財源とする以上、他に選択肢がなかったためと理解できるだろう。その活動は現在も続けられているので検証を待たなければならないが、都市部と異なり活動に参加する専門職の確保が難しかったこと、仮設住宅へのアウトリーチは保健所や市町に属する保健師が担い、センターは啓発活動を中心業務にしたことなどの、違いがある。いずれにしても、復興基金を財源とした場合、既存の保健システムを直接強化することが難しいという点は、再考すべきと考えられる。

なお、平成 19 年 7 月には中越地震の被災地と一部重なった地域で、新たな地震が発生しており、最大の被害があった柏崎市には新たに地域こころのケアセンターが設置された。この際には地元の精神科病院が職員を外向させ、マンパワーの不足を補っている。

⑥平成 21 年台風 9 号（平成 21 年 8 月 9 日～11 日）

兵庫県の西端、佐用町と宍粟市を襲った台風 9 号では、県内の死者 18 名、行方不明 2 名、および全壊 163 棟、床上浸水 337 棟などの住宅被害、20 億円以上の農地・農業用施設被害を出した。全国での死者は 25 名に上っており、阪神・淡路大震災以後、三指に入る被害となった。被害の集中した佐用町では、町役場も浸水したために、被害や必要な支援に関する情報が外部に伝わりにくかった。この地域には精神科医療機関が皆無であるために、精神保健に関する情報もなかなか確認できなかったが、町の嘱託医であった隣接地域の精神科病院医師が 2 日目から現地に入り、被害の深刻さと現地の混乱を県の関係者に伝達したことをきっかけに、支援体制が急いで整備された。8 月 14 日には、県の関係者、県から派遣された精神科医師が現地を訪れ、地元担当者と協議した。もともと欠如していた精神科医療を提供するために、8 月中は精神科救護所を佐用町に設置することに決定した。大学病院、県立病院、および精神科病院協会からの支援を得て、精神科医を含む医療チームが活動することになった。これに先だって佐用町では、防疫・健康調査を 8 月 12 日から 15 日の期間に実施し、要支援者を抽出した結果、精神面での要フォロー者は 73 名あることが、報告された。以上の情報を集約し、長期的な支援計画を策定するために、8 月 26 日に連絡協議会が被災地で招集され、9 月以降も週 1, 2 回の頻度で医療チームが継続して派遣されることとなった。平成 21 年 12 月まで継続され、187 名の相談に応じ、訪問回数は約 250 回に上った。その後も、精神保健福祉センターとこころのケアセンターに所属する精神科医が毎月定期的にコンサルテーションに応じたほか、被災者を対象としたスクリーニング調査、および町職員を対象としたメンタルヘルス調査も実施し、現在に至っている。平成 23 年度も継続される予定である。

4. 災害後の精神保健活動を効率的に提供するプロセス

精神保健活動を展開していくためには、マニュアルやガイドラインが必要で、わが国では、阪神・淡路大震災や有珠山噴火災害、和歌山毒物カレー事件などの経験を踏まえて、平成 13 年に厚生労働省研究班によって作られたガイドラインがよく知られている。また、厚生労働科学研究で検討され最近公開された災害精神保健医療マニュアルは、日本国内の精神保健関係者で災害対応を行ったことのある専門家の意見を集約した内容（エキスパート・コンセンサス）で、現段階におけるわが国における標準的な活動指針を示している。さらに、地方自治体レベルで独自の情報を収載したマニュアルを整備しているところもある。一方、国際的には、自然災害だけでなく地域紛争や戦争において被災者や難民を支援してきた政府機関や NPO が集まり、作成されたガイドラインもある（IASC ガイドライン）。

こうしたガイドライン・マニュアルの共通した特徴は、災害後の精神保健活動をいくつかのプロセスに分けて考えているところである。たとえば、上述した IASC ガイドラインでは、他の領域の支援との関連性も含めて精神保健・心理社会的支援のマトリックスと、最低限必要な項目に関するアクションシートを示している。アクションシートでは 11 項目の達成目標を上げており、このガイドラインが地域精神保健の発達していない途上国での活動を主に想定しているとはいえ、日本においても、有益な情報が含まれている。

日本の状況に基づいて、精神保健活動を効率的に運用するという視点で考えると、そのプロセスは次のように分類すると分かりやすい。

- ①システムの準備（Preparation）
- ②災害に関する情報収集（Information）
- ③コーディネート（Coordination）
- ④スタッフの訓練（Training）
- ⑤被災地におけるニーズの把握と活動の評価（Assessment）
- ⑥復興期への体制移行に関する計画（Planning）

①システムの準備（Preparation）

まず、準備段階として大災害が発生した場合を想定し、どのような命令系統でどの機関を動かすのかというシステムを作っておく必要がある。日本の場合、保健所という長い歴史を持ち地域に根ざした地域保健システムがあり、それが活動の拠点となることは明らかだが、一つの保健所の管轄地域を越えるような場合や、東日本大震災のように保健所自体が被災することも想定して、指示命令系統を準備しておく必要がある。また、最近の行政改革の流れの中で保健所機能が集約され、保健活動の担い手が市町村の保健センターに移行していることも考えると、都道府県、市町村レベルを貫くようなシステムが考えられるべきだろう。その際、関係機関を招集するのはどここの部署の責任で行うべきか（例：県の担当課か精神保健センターか）、関係機関としてどこまで含めるか、誰が窓口になるか、などの情報が集約されている必要があるし、平時から連絡会議などを開催しておくことも有

益となる。

②災害に関する情報収集 (Information)

災害の被害情報は、メディアをとおして伝わることが多いが、医療機関や保健機関の被災状況の詳細は、把握することが難しい。特に、保健所や市町村の保健センターが被災している場合は、情報の集約と伝達が遅れてしまい活動の方向性が示されず、メディアとりわけ最近の傾向としてインターネット上の情報によって、外部の関係者が統制の取れない活動を始めてしまうという状況が起こる可能性がある。逆に、情報が伝わらないことで被災状況が過小評価されてしまい、必要な外部からの支援が届かないこともある（平成 21 年台風 9 号など）。情報を公的なシステムを運用する者が把握するためには、関係者が被災地に入り必要な情報を収集することが望ましいが、危険を避けるための準備を整えて入ることが必要である。兵庫県では、台風 9 号被害を踏まえて平成 22 年 8 月に「ひょうご災害緊急支援隊」が発足し、先遣隊として兵庫県の防災部局および県民局職員が派遣されることが明記されており、その後、各専門部署の担当者や外部の専門家を派遣し情報を収集するシステムが作られた。その中の分野として「こころのケア」も掲げられており、県庁障害福祉課が担当することになっている。

③コーディネート (Coordination)

入手した可能な限り正確な情報に基づいて、精神保健活動は始められるが、多くの大災害でまず問題になるのは、既存の精神障害者への医療提供に関してである。中越地震や東日本大震災のように地域内の精神科病院が被災した場合には、入院患者を転院させる必要性が発生するし、阪神・淡路大震災のように精神科診療所が機能停止すると、外来患者に対して投薬を維持することが、喫緊の課題になる。また、避難所などで発生する精神障害者の増悪や顕在化に対しては、精神科救急システムの増強が必要で、空床の確保、往診チームの設置などが求められることもある。こうした医療ニーズをとりまとめ、適切な補完をするためには、平時から地域への指導助言を行っている精神保健福祉センターが積極的に動く必要がある。しかし、センターの機能が縮小されている自治体も多く、たとえば東日本大震災の被災地である 3 県ともに、常勤の精神科医師は 1 人しか配置されていない。特に、外部との交渉、費用面の手続き、などの事務的な業務は、他の災害対策との関連も深いために、県庁や県民局などの事務部局の担当者と連携して行う必要がある。多くの災害では、既存の精神障害者への医療提供がまず求められるので、災害から数週間から数ヶ月は精神科の医療チームが、活動の担い手になる。地域内の医療資源で賄える場合もあるが、外部から派遣する場合には、マンパワー確保のための調整を行う必要があり、派遣費用や身分保障、業務中の事故への補償、向精神薬の確保などを、明確にしなければならない。この点に関しては、救急医療を行う DMAT 制度のようなシステムが確立されておらず、今後、検討すべき大きな課題である。さらに、被害が甚大で外部からの支援チームが必要

な場合には、窓口を可能な限り一本化することが望ましいので、調整を行うための人員を増やし対応しなければならない。

④スタッフの訓練 (Training)

災害によっては、相談室や精神科救護所が整備される場合もあるが、通常は避難所訪問をしながら、医療ニーズを拾っていく必要がある。多くの医療関係者は、避難所訪問などの経験は持たないし、精神疾患に対する社会的偏見は大きいので、被災地で活動する精神科医療関係者が留意すべき点も多い。また、精神障害者への医療対応ニーズは徐々に収束していき、それに代わってもともと精神科的問題のなかった被災者が呈する、不眠や不安、恐怖などの反応に対処してことが求められる状況に変化していく。その際、薬物を安易に使わない、心理教育を重視するなどの、予防的対応が重要になる。こうした、変化に柔軟に対応するためにも、被災地で活動する医療関係者への研修機会を提供しなければならない。可能であれば事前に研修しておき、派遣予定者をリストアップしておくことが望まれるが、現段階では実現していない。

また、精神保健に特化していない活動を行う保健師は、被災者にとって最も受け入れやすい専門職であり、自然な形で心理的支援を提供できる貴重な職種である。彼らに対して、被災者が呈する心理的反応の理解を促進し、必要に応じて専門家に繋げるための知識を提供する研修も重要になる。

⑤被災地におけるニーズの把握と活動の評価 (Assessment)

被災地の状況と精神保健ニーズは、刻々と変化するので、情報を集約しておく必要がある。そのためには、ケース記録や日報などの書式を整え、報告を行う方法を確立しておく。その際、避難所の状況、他領域の支援チームの情報、被災地内の医療保健関係者の状況なども、具体的に報告することも、活動の方向性を考えていく上で重要な情報となる。可能であれば、対応した精神的問題を分類するか、スクリーニングすることが、後に有益な情報を提供するが、十分な準備と関係機関との調整を行った上で、実施されなければ、倫理的問題を生むことになるので、注意が必要である。

⑥復興期への体制移行に関する計画 (Planning)

医療ニーズの収束にほぼ一致して、避難所から仮設住宅への移行、自宅再建や就労再開などの生活再建が本格化する。この時期は、数ヶ月から数年以上にわたるので、どのような体制で、精神保健サービスを提供できるか、検討する必要がある。既存の医療保健システム内で十分に対応できる場合もあれば、マンパワーを増やすか、場合によっては新たな枠組みを作る必要が生じることもある。いずれにしても、継続可能な地元のマンパワーを活かす活動をしていくことが重要で、地域の特性に合わせた計画をしなければならない。

5. おわりに

この度の東日本大震災は、こころのケアへの社会的関心の高さを示した一方で、その内容に関する理解が拡散しすぎており、様々な活動を統制することの困難さをあらためて認識させた。医療と地域保健の観点から考えると、大災害後のこころのケアは、短期的には精神科医療を供給することが、長期的には保健所機能を基盤とした地道な地域活動が、それぞれ重要である。これらを効率的に提供するためには、事前の準備と状況に応じた柔軟な運用が重要である。阪神・淡路大震災を経験した兵庫県は、これまでその際の経験を参照することによって、いくつかの大きな災害やJR 福知山線脱線事故などの危機を克服してきた。しかし、経験に委ねすぎたために、成文化された準備が必ずしも十分でないことが危惧されている。今後、虚心坦懐に準備状況を確認し、将来に向けた準備を整えることが、重要である。

【参考文献】

1. 加藤 寛、麻生克郎：阪神・淡路大震災後に行われた精神科救護諸活動と PTSD. 飛鳥井望編 臨床精神医学講座 S6 巻「外傷後ストレス障害 (PTSD)」.pp131-138, 中山書店, 2000, 東京
2. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン
http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_guide.pdf
3. 災害精神保健医療マニュアル http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf
4. IASC ガイドライン http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_iasc.pdf

表1 阪神・淡路大震災後の主な自然災害と精神保健活動の方法

（時期）	（災害）	（死者数）	（活動の主体）
・ 平成9年 7月	出水土石流災害	21	精保C、保健所、SV
・ 平成10年8月	那須水害（栃木）	6	保健所、SV
・ 平成10年10月	台風10号（中国地方）	10	保健所
・ 平成11年6月	6.29広島豪雨	12	精保C、保健所、SV
・ 平成12年3月	有珠山噴火	0	精保C、保健所、SV
・ 平成12年6月	三宅島噴火	1	精保C、保健所
・ 平成12年9月	東海豪雨	7	保健所
・ 平成12年10月	鳥取県西部地震	0	精保C、保健所
・ 平成13年3月	芸予地震	0	精保C、保健所
・ 平成16年8月	新潟、福井水害	16	精保C、保健所
・ 平成16年10月	新潟県中越地震	46	精保C、保健所、専従機関
・ 平成16年10月	台風23号	98	精保C、保健所
・ 平成17年3月	福岡西方沖地震	1	精保C、保健所
・ 平成19年3月	熊登半島地震	1	精保C、保健所
・ 平成19年7月	新潟県中越沖地震	15	精保C、保健所、専従機関
・ 平成20年6月	岩手・宮城内陸地震	1	精保C、保健所
・ 平成21年8月	台風9号	25	精保C、保健所