

東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会

議題2 「連携をどのように進めるか」

A グループ

○身体科チームと精神科チームの連携

- ・ 被災地の病院は損壊。仮設診療所で診療。こころのケア外来、リエゾンを実施。身体疾患からのニーズを拾い上げることや内科医への助言も実施。
- ・ 医師会が発信となり、こころのケアチームの存在をアピール。連携が急務とされることはあまりなかった。
- ・ 保健所に身体チームとこころのケアチームが集い、チームの活動状況について情報共有・整理がなされた。(派遣先とは別の身体チームがリーダーであったが運用はよかったと考えられる)
- ・ 保健所が中心となって、保健師がコーディネーターとなり、県や保健所等と連絡を取り、その結果を情報集約・発信した。ニーズによっては市町村によって異なっていた。
- ・ チームで入ったチームは訪問が中心となった。チームの役割分担は地元の保健師がうまくコーディネートしていたと思われる。
- ・ 避難所周りをした際、他の身体科チームとの情報が共有できておらず、避難者に別々のチームが何度も血圧を測定するということがあった。
- ・ 連携の内容については、時期的な問題もあるかと思われる。5月ごろになれば、身体科とこころのケアチームの連携はほとんどない。地元の医師が診療を再開しようとする時期である。それを側面から支援するというのが活動の中心となる。
- ・ 受入(身体・精神)避難所と地域の医療のつながりがポイントであった。地元の医師会を通じて、身体科への提供。保健師からの紹介ルートもあった。
- ・ 派遣された医師は医療活動を十分にできないという不満もあった。保健所の活動は津波の影響で初動が遅れた。市の保健所の指示で動いた。県外から保健師チームは入っていなかったため、こころのケアチームが4箇所程度の避難所を回った。
- ・ 身体科チームがなされた医療行為(薬の処方)などがこころのケアチームに伝達されていなかった。協会ごとの横の連携ができておらず、他から派遣されたチームの活動を理解することはできなかった。(社協を含む)
- ・ 派遣体制。厚労省、全国知事会、医師会ルートがあった。それぞれが契約をして独自に動いていたため、統制を取ることが極めて難しい。今後の課題であり、平常時に整理すべきと考えられる。ただし、とりまとめは難しいのではないかと思われる。

○行政対行政、官民、チーム間、地元保健師やPSWとの連携

- ・ 市や県によって情報交換がうまくなされたところとなされなかったところがあった。
- ・ 現地の保健師が頑張り、保健師チームとこころのケアチームについて連携や情報共有ができた。
- ・ 災害時のガイドラインがある市では、外部から入るチームも目を通していただいた。
- ・ チーム間の引継ぎが重要。継続的な支援が求められる。コーディネートをするための人員（支援）があることが重要。チームで引継ぎが完結すること。
- ・ 職種間同士で引継ぎをすることも重要。ただし、現地での他県からのチームとの情報の引継ぎは難しい。
- ・ こころのケアチームとは何かといったことについて地域の医師や保健師にきちんと説明できることが重要。

○かかりつけ医との連携

- ・ 被災しなかった医療機関は早くから診療を再開できた。かかりつけ医がいる場合はつなぎとして2～3日間くらいの処方とした。
- ・ かかりつけ医がいない地域は、避難先の中でニーズがあった。その場合には、社協と連携してかかりつけ医を探すという活動を行った。
- ・ 地元の精神科病院も崩壊し、一部の医療機関に患者が集中。こころのケアチームと医療機関との連携は十分にできなかった。

B グループ

○ 身体科チームと精神科チームの連携

- ・ 身体科チームからこころのケアチームへの連携、情報交換ができておらず、患者が自殺したケースがあった。
- ・ 平時でも連携不足が問題視されてきたが、災害時に露呈した。
- ・ 「つなげ票」という連絡票を作成し、連携ができた事例もあった。

○ 行政対行政、官民、チーム間、対日赤チーム、市町村ごとの保健師やPSWとの連携

【災害発生時の団体間調整】

- ・ 現地入り当初は様々なチームが混在することになるが、最初に関係団体のリーダー、指揮命令系統を決めることが重要。
- ・ 全体の活動を俯瞰する情報交換会と、実務的なすり合わせを行う情報交換会の2段階構成になっているとよいのではないかと。

【災害発生前の団体間調整】

- ・ 災害発生時に地域の実情・方針を早急に把握し、それに合わせた活動を展開するためには、災害前から指揮命令系統を明確にしておくことが重要。
- ・ 都道府県、市町村、民間等、階層別に指揮命令系統を検討しておく必要があるのではないか。

【行政対行政】

- ・ 行政間の連携が難しく、自治体規模によっても運営の円滑さが違う。行政同士（派遣先、派遣元）の連携・理解が重要ではないか。
- ・ 現地の医療資源の実情を知らずに支援に入る場合があるため、連携の前提として情報が必要ではないか。
- ・ 能登地震を経験しており、派遣はすぐに決定した。事前に保健師が視察に入り、状況を把握したうえでチーム編成を行うことができた。

【官民】

- ・ 現地保健師、学校、医療機関、福祉避難所、災害対策本部等との連携。
- ・ 災害対策本部にこころのケアはどの程度含まれるのか。守備範囲も考慮する必要あり。
- ・ DMATの精神科チームとは調整をし切れなかったため、当初は活動内容が重複していたが、のちに指揮系統の一元化により解消された。
- ・ 本庁担当者がチーム入りし、受け入れ先の行政担当者と調整。
- ・ 指揮命令系統がはっきりしていたため、現場での連携のやりにくさは感じなかったという例もあった。
- ・ もともと精神科がない病院に、精神科外来の開設を進めたが、県の医療局が反対して実現しなかったという、派遣先行政との調整の難しさを示した例もあった。

【チーム間】

- ・ 現地活動団体の情報交換、被災地ニーズの把握が重要。しかし、多人数を集めても何も決まらないため、決定の仕組みも重要。
- ・ 同じ派遣元からのチーム同士でも連携がうまくいかないことがあった。チーム間の連携、情報の行き来、引き上げチームと引き継ぎチーム間の申し送りなど調整がうまくできておらず、打ち切りになったチームもある。
- ・ 都道府県のこころのケアチームとの連携は比較的できていたという話もあった。
- ・ 日赤病院で毎日反省会を実施していたが、チーム間での情報、内容の一本化が必要。様々なチームが被災地入りしているため、各者話しっ放しになり、報告情報の重複が頻発。疲労で情報整理まではできず。

【対日赤チーム】

- ・ 日赤チーム（災害救助法）との連携、日赤チームの位置づけが難しい。

【市町村ごとの保健師やPSW】

- ・ 医師とコメディカルの役割分担が難しかったのは、それぞれの役割イメージに違いがあるためではないか。

- ・ ころのケアチームと保健師のチームといっても、チームのメンバーは頻繁に入れ替わり、当初は調整がうまくできなかったが、同じ部屋で活動が続けるうちに連絡交換がスムーズにできるようになった。
 - ・ 序々に現地医療者に引き継ぎいでいった。時期ごとにあり方が変わっていき、連携の仕方が変わっていった。
- かかりつけ医との連携
- ・ 地域の診療所が被災したために、主治医がいなくなった患者をケアしたケースがあった。

C グループ

- 身体科チームと精神科チームの連携
- ・ 身体科から紹介されるケースと、保健師から紹介されるケースでは質が異なる場合がある。
 - ・ 精神科チームに要請があった場合は、元締めに確認した後対応するようにした。
 - ・ 大抵の地域は保健所が中心となってミーティングを実施。身体科と精神科の情報交換の場となった。
 - ・ 行政の機能がダメージを受けていた場合コーディネートのためのスタッフが不足することになる。地元の医科大学がコーディネート機能を担っていたケースもあった。
 - ・ 身体科の先生には相談せず、精神科に直接相談に来る患者もいた。
 - ・ DMAT に精神科チームも入れるような形が理想。
 - ・ 身体科チームと精神科チームが毎日顔を合わせて情報交換していた。すべての被災地に両チームが配置されていた。お互いの携帯電話番号（チーム専用携帯電話）を交換していたため、連携がスムーズにできた。
 - ・ 活動は時期によって異なったが、被災地に常駐している保健師から情報を得ながら巡回していた。精神科チームの連絡先（チーム専用携帯電話番号）を載せたビラを配布しつつ、対象者の情報を収集した。
 - ・ 保健師から要支援の対象者として現地の職員を紹介されるケースもあった。現地の保健師や医療チームと連携しながらころのケアにあたることが重要。
 - ・ 行政主導のミーティングがないと、身体科との連携は難しかった。行政主導の合同ミーティングでは、身体科チームとも連携が図られていた。チラシも活用していた。合同ミーティングにより身体科チーム、精神科チーム、保健チームとの情報交換が可能であった。
 - ・ 身体科チームとの関わりがなくとも困ることはなかったが、これは地域のコーディネート役がいるかないかで変わってくる。
 - ・ 避難所の保健師がしっかりしていれば身体科と精神科の連携がうまく機能する。

- ・ 精神科チームから積極的にアプローチしていかないと連携は難しい。
 - ・ 保健師としっかりつながりをもつか、あるいは身体科にこちらからアプローチすべきか自分たちで判断する必要がある。
 - ・ 引継ぎ書なども活用していたが、妊婦などの継続相談が難しかった。
- 行政対行政、官民、チーム間、対日赤チーム、市町村の保健師やPSW との連携
- ・ 現地のコーディネーターが被災していた、あるいはコーディネーターの質が担保できていない場合など、コーディネーター機能も県外から支援できるようなしくみが必要。
 - ・ 初期（災害後1ヶ月）に入るチームはより自律性が求められる。コーディネートもできると思っているチームでないといけない。地元のコーディネート機能が復旧するまではチーム自前でコーディネートできることが重要ではないか。
 - ・ 避難所など狭い範囲でのコーディネートは個々のチームが自律的に行うことが大切だが、より広いエリアをカバーするコーディネート役（中枢的機能）が早い段階で必要な地域もあるので、そうした機能を担う人材を派遣できるとよい。
 - ・ 県によっては、避難所が遠距離に分散しており、チーム間の支援にばらつきがあった。コーディネートのマンパワーが不足していたためと思われるので、コーディネートに対する支援があるとよい。
 - ・ 外部から入った人がコーディネート機能を担えるのか。長期的に滞在してくれる人でないと難しい。同じ県の職員であればある程度土地感もあり、保健師との連携もしやすいが、他県に長期間滞在するとなるとなかなか難しい。
 - ・ 医療機関がダメージを受けて医療面での支援が中心だったので、医大や本庁が中心となってコーディネートをしていた。県によって事情が異なる面もある。
 - ・ 保健所が中心となってコーディネートしていたので、センターとの連携があまりうまく機能していなかった。保健師の力量にもよる。
 - ・ チームのコーディネートをバックアップする人材・機能も必要だった。
 - ・ 申し送り機能を強化するなど、情報を集約するしくみが必要。
 - ・ 災害初期には薬の処方の問題が課題。この時期に薬を供給できるような支援が必要。
- かかりつけ医との連携
- ・ 特に連携はなかった。
 - ・ いままでかかっていた医療機関がなくなってしまう、どのような医療を受けていたかわからないということもあった。

D グループ

- 身体科チームと精神科チームの連携
- ・ 市立病院等に精神科がなくコーディネート役がいなかった。

- ・ 身体科チームは病院、こころのケアチームは保健所を拠点にしていた。身体科チームにも精神科医が含まれていた。小さい避難所にどう行ってもらうかが難しかった。
 - ・ 地元各部署の偉い人同士の「仲」が課題であった。精神科の設置には地元医師会、病院との調整がたいへんだった。
 - ・ 身体科のチームにも保健所に来てもらうようにして、それをクリアしていった。
 - ・ 身体科にある災害コーディネータが精神にも必要（行政の壁を越えるコーディネータ）
 - ・ 震災当初はJMATとミーティングを持っていた。派遣先に臨時の精神科において、これはうまくいったが、入院の必要な方で総合病院に入院できるはずの人（てんかん、アルコール依存等）が入院できなかった。
 - ・ 避難所、仮設に避難している方を誰がケアして、どう情報交換するかが難しかった。
 - ・ 福祉の作業所・グループホームとの連携も難しい。困難事例は作業所・グループホームで見きれない等の課題が出てしまった。→事例検討会を開催。
 - ・ 災害の顔が地域によって違う。精神科病院の喪失、総合病院の喪失、役場の喪失等、ダメージには違いがある。ただ、災害拠点病院は必要。精神科病院においても災害拠点病院が必要。
 - ・ 最初の1か月くらいは精神科救急ニーズがあるので、精神科、精神科病院への支援を早く入れること、精神科救護所（身体救護所の1/30か所くらいで良いので）を設置することが望まれる。
 - ・ こころのケアチームは一般の住民のケアが中心となったが、医療がやられてしまった場所では精神科医療の支援が重要。
- 行政対行政、官民、チーム間、対日赤チーム、市町村ごとの保健師やPSWとの連携
- ・ 県市間&合併前の区割り間での情報連携がなかった。そこで重複や無駄が生じていた。
 - ・ 保健所は県の管轄で、保健所に連絡しても市に情報が伝わっていないケース等。
 - ・ いろいろなところへの根回しが必要となった。
 - ・ 派遣元行政との間の壁が障害（「お作法」：様々な手続きが緊急時でも必要とされた→災害時の“お作法”を新たに作る必要。ex.薬の手配がされていなかった・・・行政事務は薬の必要性に思い至らなかった）

→精神疾患もDMATのように行政任せではなく、災害が起きたら災害本部に押しかけていくようにマニュアルでアピールしている県もある。こうした普段のインフォームが必要
 - ・ 行政は現地の状況について話しても、理解はするが対応が遅い。→行政官は最初に派遣される必要あり。
 - ・ 車椅子の重度の精神疾患患者が県内で入院できず、他県に入院したケース：主治医を飛び越えて、いきなり日赤病院に来た。医療はすべて日赤病院という感じだった：日赤病院では最初の2.5日で医療保護入院の必要がありそうな方を10数人みている。

・・・県内精神科を支援する体制ができていなかったため、県外転送が多くなった。
→精神科にも災害拠点病院が必要。

- ・ 普段の保健所と市役所の関係によって、災害時の連携が影響される。保健所と市庁の連携がとりにくかった。地域で活動している市庁の方と連携したかった。
- ・ 震災後 60 日時点で、保健所と避難所の連携はとれていなかったため独自の動きをせざるを得なかった。

避難所では毎日現地スタッフと情報交換を行い、場合によっては医師が避難所の住民を診てくれたのが心強かった。

○ かかりつけ医との連携

- ・ それほど苦労はしなかったが、全国から名だたる先生方が入ってきて、一方患者は飲んでる薬や病名を知らないケースもあり、患者に「この薬は変えない」と言ったりしてることもあった。
- ・ 現実的には診療所も喪失したので、薬をきちんと出せることは重要だった。
- ・ 診療報酬をもらうのかが課題であった。病院が復活し、他方で無料診療をやっているのは問題。
- ・ 地域に“仁義”をどう切るかが課題。緊急医療に入るときは“土足”で入らざるを得ないこともある。一方、被災地の病院は“自責感”もある（自分たちがやらなければならないことを他のチームがやっていることについて）。なので地元の感情に配慮（あいさつ、結果報告等）しながら活動することが必要。

人災の要素があった地域では、人間関係がいびつになっていて、「何しに来るんだ」と言われたりもした。が、保健師からは 2 次スクリーニングの手伝いをしてほしいとの要望があった。地元調整には、情報の受け渡しをきちんとやることが重要。

- ・ 「自分たちが誰を支援しているのか」を意識する必要。発災直後は被災者の支援だが、しばらくして現地の状況が普通に帰っていく過程では、支援対象が関係機関（行政、医療機関）に移行していく。その時点では現地のお作法に則った支援の仕方があるはず。

E グループ

○ 身体科チームと精神科チームの連携

- ・ 身体科と会議を持つことで、精神科チームの存在を示すことが大事。これにより一般医療、公衆衛生チームとの連携ができた。
- ・ 医師会との連携が有効であった。DMAT などとの連携は薄かった。
- ・ 医師会主催の身体的チームとの連携会議に出席。連携はスムーズだった。地元保健師の日頃の活動が重要。

- ・ 現地にバスを共同使用。身体科チームでの精神科対応の必要性を判断し、心のケアチームへ引き継ぎ。共同で住民所在配置図を作成でき効率化。アウトリーチの際、身体科チームにサポートを頼めた。
- ・ 二次避難所（7～800人の被災者。電源インフラなどは確保されていた）で拠点を配備。町役場とともにデータベースを整備。データをもとに民間、日赤など様々な団体との連携においてコーディネータの役割。
- ・ 時期によって異なる。DMAT とケアチームが異なる地域に派遣されていた。ベースキャンプは同じだが、管轄が異なることで、支援がスムーズにできなかった。物理的に距離が離れていることで情報の共有はできていても、連携が取りにくい状況が発生。
- ・ 小さな避難所と比較して、大きな避難所ではつながりが難しい。大規模地域で、急性期は強力なリーダーシップが必要。日赤はコーディネーター多く、今後のモデルになりうる。チームの活動を情報提供する場が必要。かかりつけ医に戻すための、引き際の判断が重要。
- ・ 大学の身体科混合チームで活動。初期は身体科の先生が対応。この時期に精神科を現場に配備することが重要。医師会との連携があるとよかった。ワンストップでの対応が必要。
- ・ 100～200人規模の避難所。身体科チームがトリアージしてくれた。鍼灸師からの情報提供も有効だった。職員へのスクリーニング、身体科と精神科共同でチェックシートを作成。3月末時点の活動。外部からの身体科と地元の精神科の連携により可能だった。
- ・ 医療救護班の中に精神科医師が1人入って活動。スムーズな連携が可能だった。公衆衛生チームが別の地区に派遣されており、連携はとれなかった。
- ・ 身体科チームとの連携の必要性があったか不明。身体科と合同でチームを作った例も過去にはあり。
- ・ 大学病院の役割。超急性期において、精神科医も合同チームを形成できる。コーディネータが存在していた地域では、心のケアチームとしてのGMの役割を担った。平時からの準備が必要。他職種共同のマインド教育を平時から準備する必要がある。
- ・ 広域への対応は精神保健福祉センターでサポートしきれない可能性高い
- ・ 医療過疎地域での従来からの課題が鮮明になった。コーディネート機能の専門集団があってもよい。
- ・ 保健師による業務検討会を定例実施、日頃のつながりを密にする。人材の確保、退職者との連携、行政機関への働きかけ。
- ・ 4月コーディネータ皆無の地域では、多様な団体が並行活動。リーダーが不明確な状態。保健センターが権限の委譲を明確にして貰ったほうが活動しやすい。
- ・ マネージメント：コーディネートより広義な概念として災害医療マネージメント。人材育成につなげる必要。

- ・ DMAT 相当の、精神のリエゾンチームの設立を平時にて行う必要あり。
 - ・ 3～5月、支援チームが集中し供給過多。長く細い支援を希望する。また担当者が短期間で頻繁に変わるのではなく、長期間同じスタッフであると助かる。
 - ・ 精神保健福祉センターが、決定権を有していないため、現在の仕組みではマネージメントの機能を全うすることが難しい状況。災害対策本部のメンバに組み込まれていないなど、行政的な仕組みの変更が必要。
 - ・ 行政の上部組織に精神科医師が入り、医師の立場からの提言が必要。
 - ・ 阪神での経験から、災害時に超急性期での対応が必要。精神面での DMAT に相当する組織が必要。
 - ・ 公と民の合同チームの派遣が可能な仕組みを作る必要がある。現状は大学病院が最も自由な活動が可能。
 - ・ 中長期の支援をできる機関が無い状況をどうカバーするか？
 - ・ いつまで派遣するかが課題。行政の継続的なサポートが必要。いつまでも支援していると地元の再建が進まない。
 - ・ 恒常的な機関を新設することは困難だろう。
 - ・ 連携と役割分担明確化が重要。
- 行政対行政 官民、チーム間、対日赤チーム、市町村ごとの保健師や PSW との連携
 - かかりつけ医との連携