

東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会 全体まとめ
日時：平成 24 年 3 月 7 日（水）9:00～17:00 於ベルサール八重洲

議題 1 「こころのケアとは何か」

(1) 「こころのケアの概念」

①問題提起

＜「こころのケア」という用語は適切か？＞

- ・ こころのケアという用語を正式なものとして使っていくのかどうか。正式な名称は何らかのものを定義してほしい。ケアという言葉を使うことによって、被災者はケアを受けるべきというニュアンスを与えてしまう。しかし、メンタルヘルスケア、サービスでは医療のイメージが強い。幅広い活動をしているため、メンタルヘルスサポートが一番フィットする。
- ・ 英語にすると mental health care, service, support と精神科疾患になってしまうが、被災地に提供する活動内容はもっと広範なものであり、何か違うのでは。

＜こころのケアの内容は時期・立場によって変わることに注意が必要＞

- ・ 被災地入り初期から、時間が経ち、体制が整うにしたがい、求められるこころのケアの内容が変わっていくため、そのときそのときに必要なケアを提供できればよいのではないか。
- ・ 大学、行政、ボランティアなど立場によりこころのケアの内容が変わる。
- ・ 初期は医療中心。それ以降は公衆衛生が中心となるべき。
- ・ 初期は不穏対応、普及啓発、中期は保健福祉活動、支援者への支援が必要。

＜被災地ニーズを受け止めたこころのケア活動が必要＞

- ・ 現地のニーズに従ってチームは動くべき。
- ・ 地域特性にあったアプローチからニーズを拾うべき。
- ・ 地域（被災地）の方がうけとめたこころのケアの概念と提供側のケアとの間で乖離がなかったか。振り返りが必要。
- ・ こころのケアには色々なレベルがある。避難所では巡回や個別面談でのケアだけでなく、さまざまな生活場面でのケアが必要とされる。

②こころのケアの概念

＜生活を支えることが重要＞

- ・ 生活全般を支え、住民の安全・安心を確保することが何よりのこころのケアである。
- ・ 安全安心がないところでいかにこころの健康を保持し、こころの健康被害を最小化することがこころのケアである。
- ・ 保健師による支援等、様々なことを行う必要があった。まちの人たちの信頼（家族、避難所リーダー、町役場の人たち等）を得るために様々な住民サービスを実施。そうした予防的な支援が必要。
- ・ 予測がつかない事態が多く、一筋縄ではいかないので、臨機応変にご用聞き的な活動が前提

として必要だった。

- ・ ころのケアの専門家という看板を掲げるのではなく、適切なコミュニケーション方法を熟知したケアギバーとして地元の方に接することがころのケアである。

<医療・公衆衛生の観点>

- ・ 初期は医療中心。それ以降は公衆衛生が中心となるべき。
- ・ 一義的には精神疾患の患者、病院が被災したことによる治療中断者への処方等を仮設、避難所、家庭を訪問しながら実施した。これが災害時における緊急保健活動である。
- ・ 一般診療も行わないと難しい。

<支援者への支援が必要>

- ・ ころのケアには、職員のころのケアも含まれる。
- ・ 支援者への支援：研修的なものと個別ケアも必要。
- ・ 行政職員、地区の代表など第一線で支援している人をもっと支えられなかったか。

<地域の精神保健との連携により、精神疾患患者を地域社会につなぎ止める>

- ・ 最終的には地域の精神保健につなげることが重要。精神疾患患者を地域社会参加から断絶させないようにしっかりつなぎ医療をすることが重要。

(2) これまで何をしてきたのか/派遣されたチームは「ころのケア」として何をすべきか

①時期による活動の違い

<急性期/発災直後は医療的ケアに加えて、「何でも屋」的活動も必要。長期的にはケースマネジメントが必要>

- ・ 急性期はつなぎ医療しっかりとやって、最終的には地域保健につながる戦略で動く必要がある。
- ・ 急性期は精神科医療、中長期では公衆衛生、さらに長期的にはケースマネジメントの手法を用いるなど、時期に合わせて、あるいは同時に提供できることがころのケア。
- ・ 急性期は医療が中心。ころのケアチームは身体チームと一緒に活動する方が効率的。初期については、住民はころのケアは求めていると考えられる。
- ・ 当初1週間は身体科が中心で、精神面の課題はあまりなかった。
- ・ 急性期はころのケアのニーズが見えにくい、段階を経てニーズをみつけていくことが重要。
- ・ 急性期以降の活動としては、チームは地域の手足となり、マンパワーの不足を補うことが望まれる。
- ・ 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。
- ・ 初期は現地のスタッフは初期多忙であり、現地スタッフの手が回らない部分をサポートした。落ち着いたあとからころのケアとしての活動を開始。

- ・ 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。
- ・ 災害発生時はこころのケアに限らず、個別の被災者や避難所・行政との調整など、求められるままに必要なことをしていた。保健活動としては、最初は健康調査、災害ストレスへの対応、医療補助、身体ケアを含めたケアなどをしていたが、体制が整ってくるにしたがい、健康教育、PTSD、アウトリーチ活動、こころのケア自体の避難所への周知、現地職員のこころのケアなど本来のこころのケアに移行していった。
- ・ 初期対応が終わった後は避難所で不穏になる方の対応を実施した。
- ・ 職員の健康調査に基づきハイリスクの職員を希望により面接。対象者は家族の死亡、資産の喪失等がなくても、震災直後は変調がなかったが、しばらくして心労が出てくるようになったり、子どもの夜泣きを心配したり、次の震災の心配等、震災後 3 か月後は裾野が予想以上に広がっていた。
- ・ 初期の段階では精神疾患の患者に処方等は実施。また被災地では保健師がローラー作戦をやって、その中からケアが必要な対象者を抽出し、ケアを実施。その後悲嘆反応等でやってくる人が来た。

②活動における課題

＜「こころのケア」を前面に押し出すことの難しさ：身体科チームの一員として入る/よろず相談を受け入れるのも一案＞

- ・ 家族に「こころのケアの相談に行く」と言ったら“泣かれた”ケースがあった。こころのケアの位置づけは微妙な問題
- ・ 医療スタッフの基本姿勢としてはこころのケアを全面に出さずに、体調管理や心配事への傾聴から対応していくべき。雑談の中からでも、こころの問題の予兆などを見出すことも大事だと思われる。
- ・ 身体科のチームがある程度は対応（抗不安薬の処方等）している中でこころのケアチームは何をするのか。看板を掲げても人はこないの、血圧計を持って、血圧測定をしながら細やかなケアを心がけた。
- ・ 「こころのケアチーム」であると正直に住民に伝えてよいのか迷った。住民にどうこころのケアを理解してもらうかが課題。F 医大のワッペンをつけることで住民から相談してくれるようになった。
- ・ こころのケアチームについて説明する際、住民にどのような言葉で伝えればよいのか迷った。こころのケアというと身構える住民もいる。身体科チームとして現場に入っていくのもひとつの方法である。
- ・ 住民は患者ではない。寄り添って話を聞く姿勢が重要。
- ・ こころのケアチームの看板を掲げてもなかなか話してもらえないので、何かお困りのことは、というアプローチをした。大方は好意的に受け入れてくれた。また、臨床心理士によるストレッチ指導や子どもとの遊び、グループでの話し合い等が効果的であった。
- ・ 現地ではサービス提供者の意識で狭い定義のこころのケアを提供するのではなく、被災者のニーズに基づいて求められる広い定義のこころのケアを提供する方がよいのではないか。

<医療面での課題：地元精神科医療機関への支援が必要だった>

- ・ 今回の災害発生地域は、もともと医療過疎地域であったため、精神科領域においても医療資源が少なく、災害発生前から提供できていたケアは限られていた。
- ・ 地域の精神科医療機関への支援がほとんどなかったのではないかな。
- ・ 急性期は地元の医療機関が壊滅状態だったので、精神医療難民が増え、それらの患者をつなぐ仕事が多かった。
- ・ 診療所としての急性期精神科診療所が必要。
- ・ M 県南部は県の精神医療センターや T 大が行って、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。
- ・ 薬の保管、払い出しについて、保健所が中心となることで、スムーズな供給がなされず運用上の問題が生じた。(薬が余った)

③活動のポイント

<地域資源の活用・地域を支える取組がポイント>

- ・ 地元のニーズに敏感でなければならない。地元の精神保健活動を補完、継承するものでなければならない。地元の資源をうまく活用する形で地域の精神保健活動を強化することが重要。
- ・ 普段から家庭での問題がある方など、初期の段階である程度こころのケアが必要なことが予測される方を地域保健にどうつなげていくかが重要。
- ・ 急性期医療以降のこころのケアについて、少しでも住民の安全安心につなげるようにするには、個別面談だけではなく、地域を支える取り組みをすることが重要である。
- ・ 保健師チームのスクリーニングの後、保健師が気になる方に対する相談を実施。

<情報整理が重要>

- ・ 話を聞くことが重要だが、情報が伝わっていないことがさらに住民を不安に追いやるので、情報を整理し、きちんと伝えることも大切。
- ・ 現場では情報の混乱があった。行政からの情報が各避難所に伝わっていなかった。精神科チームは市の保健センターの指示で動いていたので、行政の情報を伝えたり、避難所の情報・住民の要望を行政に伝えるなどの役割を担った。
- ・ こころのケアはさまざまなケアの1つのパートとして考えている。保健活動の一環として取り組んでいくべきもの。

<普及啓発活動の必要性>

- ・ 悲嘆反応は普通であることの普及啓発が重要だった。

<ロジスティクスが重要>

- ・ ロジスティクスをきちんと入れることが、チームのパフォーマンスを上げるにあたって必要。
- ・ 事務としては車の運転、情報収集、マニュアル準備、持ち物チェック等のロジスティクスを

実施。現地では医師の記録作成手伝い、時系列での記録整理も行った。

- ・ 事務方の裏方の仕事が活動の大半を占めている。医師の相談記録作成も時間がかかる。様式の統一が現地での効率的活動に必要（途中で様々な様式を追加していったが最初からあれば良かった）。
- ・ ロジスティクスの位置づけを明確にする必要がある。
- ・ 急性期は特にロジスティクス面の情報収集が重要。特に初期には災害派遣経験が豊富で、事務能力にたけた人材を派遣する必要がある。

（４）チームの中でのコメディカルの役割についての理解の促進をどのように進めるべきか

＜公衆衛生活動・相談活動では看護師・保健師が中心となるべき＞

- ・ 発災当初は医療（医師中心）であるが、その後の公衆衛生活動では、看護師・保健師が中心となるべき
- ・ こころのケアの中でも、こどもについての相談は両親から受け入れやすい。医療が全面に出るのではなく、活動するにあたっては看護師と一緒に活動をする、住民から受け入れやすい。
- ・ 災害発生時の混沌としている状態では、守備範囲の広さから、保健師が最も活躍した。しかし、何かあったときには医師も必要である。
- ・ 保健師、看護師は身体的な不調を訴える避難者の血圧測定等を行いながら話を聞き出した。

＜地域との連携の下で活動する必要＞

- ・ 現地のコメディカルの方とどう連携するか。保健師、心理士、作業療法士それぞれが得意なところで活躍していた。看護師は少し戸惑っていた印象もあった。
- ・ 常駐の保健師チームとこころのケアチームは連携しながら活動をすべき。同じ自治体からの派遣ではそのあたりがうまくいきやすいと考えられる。

＜PSW はアウトリーチ活動で力を発揮＞

- ・ PSW は地域とのコーディネートが重要。アウトリーチに強いコメディカルが活動のポイントである。
- ・ PSW は行政との調整（現地行政職員の仕事の受け手）を行うのに重要な存在であった。阪神淡路大震災のときは PSW が忙しかった。
- ・ 精神科、精神看護をやっていた看護師は戸惑わなかった。急性期は身体ケアから入るので、保健師、看護師が一番活躍できる場であった。急性期は心理士に戸惑いがあったようだ。精神保健福祉士はアウトリーチに慣れているため色々な場面で活躍していた。時期によってコメディカルの配置、役割も異なる。

<薬剤師にも重要な役割がある>

- ・ 避難所の中できちんと薬の管理ができる必要がある。そこに薬剤師は必要ではないか。今回の派遣要請には薬剤師が含まれていなかった。看護師では難しい面も多々あるのではないか。

<臨床心理士の役割>

- ・ 臨床心理士はリラクゼーション法の指導等の中から話を聞き出していた。

<教育の必要性>

- ・ プライマリケアの保健師に教育、指導が必要。感染症対策と同じように、精神保健についても普及啓発していくべき。
- ・ 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。

議題2「連携をどのように進めるか」

(1) 身体科チームと精神科チームの連携

①連携の方法

<身体科チームとのミーティングが有効>

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ チーム連携カード（携帯電話番号を記載）をつくり、各チームに渡して連携を図った。身体科チームから連絡をもらい精神科チームで対応したケースもあった。
- ・ 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）
- ・ 「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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 市の職員がコーディネート機能を担っており、精神科、身体科のミーティングの場が設けられていた。
- ・ Tからは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連携が取りにくい状況が発生していた。
- ・ 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活動を効率化した。アウトリーチの際、身体科チームにサポートを頼めた。

<リエゾン医療の実施>

- ・ T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。

②情報連携・コーディネータの必要性

<情報連携・コーディネータが必要>

- ・被災状況を把握できないとコーディネートもできない。情報が集約する場所はどこかといえ、やはり本庁に情報が集約されやすいのではないかと。精神保健センターとしても情報収集のしくみを検討する必要がある。
- ・リーダーシップをどこがとるか。初期の段階のコーディネートは難しく考えず、チームリーダーを担うという考え方で臨むべき。本来はずっと常駐している人がコーディネータを担うべきだが、実際は被災されていてそれどころではない。とはいえ、短期で撤退するチームがリーダーをずっと続けるわけにはいかないのが難しい。
- ・I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なかった。
- ・身体科にある災害コーディネータが精神科領域にも必要（行政の壁を越えるコーディネータ）。その方の判断で動けるようなしくみづくりが重要。
- ・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。
- ・派遣元は厚労省、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と思われる。
- ・T県は県内での受入（身体・精神）を行ったが、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。
- ・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把握することはできなかった（社協を含む）。
- ・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。
- ・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いないかで変わってくる。
- ・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。
- ・超急性期において、精神科医も合同チームを形成できる。Iでは、コーディネータが存在していた。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。
- ・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が多く、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。

<保健師がコーディネータとして役割を果たしていた>

- ・ 保健師がコーディネータとなり、県や保健所等と連絡を取り、その結果を情報集約した。ニーズによっては市町村によって異なっていた。
- ・ 会津については保健所が中心となって、スケジュールの調整、コーディネート、情報発信がなされた。
- ・ D 大からは身体科が S 市に入り、そこへこころのケアチームも入った。業務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。
- ・ 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ころのケアにあたることが重要。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 市のセンターがコーディネートしていたため、あまり身体科チームとの直接的な連携はなかった。保健師からの情報を得ながら精神科チームとして対応していた。
- ・ 身体科チームとの連携はあまりなかった。I 市ではエリア制をとっていたため、地元の保健師と連携して進めていた。

③その他

<時期によっては身体科チームとの連携は少なくて済むようにもなる>

- ・ S 市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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 前半と後半（1 ヶ月後）分けて考えるべき。特に前半は情報を収集して本庁に伝える役割を担うチームが派遣されるべき。

<精神科チームから身体科チームへのアプローチが必要>

- ・ 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。
- ・ DMAT に精神科チームも入れるような形が理想。
- ・ 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。
- ・ 医師会との連携が有効であった。
- ・ 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。

<福祉との連携も必要>

- ・ 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・GHで見きれない等の課題が出てしまった。→事例検討会を開催して対応した。

(2) 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

①派遣先の拠点の構造的課題を解決する必要がある。

- ・ 派遣先別の政令市保健師がリーダーで、日赤の看護師チーム、ボランティア、他の自治体のこころのケアチームも入っていた。スタッフも頻繁に入れ替わるその中で引き継ぎがデリケートで難しかった。また初めて会うスタッフとの協働が難しかった。
- ・ 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。
- ・ T病院にはもともと精神科がなく、精神科外来の開設を進めたかが、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。
- ・ こ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、同じ部屋で活動を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。
- ・ 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”を新たに作る必要がある。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）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。→行政官は最初に現地に行く必要あり。
- ・ 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ジメントの機能を全うすることが難しい状況。センターが災害対策本部のメンバー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。
- ・ 県と政令市の間や市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政令市に情報が伝わっていないケース等が発生した。

②各都道府県で用意するマニュアルは有効

- ・ I 県がマニュアルを持っていた。派遣時期、希望を調整できた。
- ・ S 市は災害時のガイドラインがあり、外部から入るチームも目を通していただいた。

③指揮命令系統を予め決めておくことが重要

- ・ 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。
- ・ 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と。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

④全体を統括するコーディネータが必要（チームが自前でコーディネートできることも望まれる）

- ・ 現地のコーディネータが被災していた、あるいはコーディネータの質が担保できていない場合など、コーディネータ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と。
- ・ 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。
- ・ 精神保健センターが業務としてコーディネート機能を担うべき。
- ・ 保健所が中心となってコーディネートしていたので、精神保健福祉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。
- ・ F 県で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勘もあり、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。

⑤同じ派遣元からのチーム間連携には、引き継ぎ期間の重複が有効

- ・ 時期を重ねることで、チーム間の引き継ぎがスムーズに行われた。
- ・ 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。

⑥日赤チームとの連携には課題が残った

- ・ 災害救助法の下、独自に動く日赤チームとの連携が難しかった。
- ・ 日赤の救護活動は別の法律で動く。現地の活動と日赤の活動がうまくバランス（連携）が取れていない場合は問題となる。

(3) かかりつけ医との連携

①喪失した医療機能の補完が活動のかかりつけ医支援の中心

- ・ S市内の医療機関は被災せず。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。
- ・ Fには、震災・原発によりかかりつけ医がいない。避難所の中で医療ニーズがあった場合には、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て一部の医療機関に患者が集中した。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。
- ・ 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。
- ・ 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。

②地元への配慮が必要

- ・ 「自分たちが誰を支援しているのか」を意識する必要がある。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。その時点では現地事情に配慮した支援の方法を考える必要がある。
- ・ かかりつけ医との連携では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。
- ・ 診療報酬をもらうのかどうかが課題であった。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）。→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。

議題3 「情報・ルール・その他」

(1) 法的問題

①事故等の場合の補償の問題

- ・ ころのケアチームの派遣にあたって、費用負担や事故が起こった場合の補償などが不明確である。
- ・ 自治体の要請なら良いが、万一何かあった場合の補償が必要。
- ・ 何かあったとき労災になるかなどの疑問。
- ・ 派遣者が災害にあったときの補償については曖昧なままのところが多い。
- ・ 責任者の観点では、組織から人を出すということを考えると簡単には出すわけにはいかない。派遣者の安全を考慮し、現地に寝泊まりをさせないために、近隣の被災地を選択した。

②身分保障・医療行為に関する問題：DMATと同様の法的位置づけが求められる

- ・ 前線ミッションとしての精神科救急も一般科と同様に初期から必要ではないか。他の身体科と同様に初動対応をしてもよいのではないか。リエゾン、急性期の精神科医療を担う役割は、身体科と同程度に活動してもよいのではないか。そのためには、DPAT (Disaster Psychiatric Assistant Team) などとして、ころのケアの法的位置付けが明確になっている必要がある。
- ・ 災害対策基本法のもとでしか動けないのが現状だが、DMATのように事前に指定されていれば独自に動ける必要があるか。
- ・ DMATは急性期で活動が完了するが、精神面は中長期のケアが必要なため、状況が異なる面の考慮が必要。
- ・ ころのケアチームは保険医療機関でもないのに、医療行為を行う（向精神薬の処方など）。活動を早期に行う上でも法的な根拠が必要。
- ・ 精神保健福祉法の問題。医療保護入院など対応してよいか。
- ・ 派遣者の身分保障を行うことで、現地で動きやすくなるのではないか。
- ・ 行政として派遣されるのか、学会からの派遣、保健所との派遣によっても法的な根拠が異なる。
- ・ 出動の要請元をはっきりさせておく必要がある。災害救助法に基づく派遣要請がないと動けないケースがあり、初動が遅れた。
- ・ なぜチームが派遣されるのか、法的な裏づけや根拠があるとよい。
- ・ 日赤チームは独自に動ける。支援チームの権限が明確にされていると支援しやすい。
- ・ 今回は必要性に迫られ派遣されたが、法的な根拠までは整備されていない。
- ・ 法的根拠がないため混乱が生じ、初動が遅れる原因にもなる。
- ・ そもそも法的根拠がないことに気付いていなかった。O市が厚労省との話し合いで決めたS市に行く医療チームに“もぐり込んだ”。その後は大都市間連携の中で行った。初期は何らかの根拠が必要。
- ・ 地元発信型の掲示板があると良いが、地元のスタッフが行うのは困難。外部支援者でそれに類する業務を担当できると良い。

③費用負担の問題

- ・ 費用負担が当初どうなるかわからなかったため、補正で予算を組んで対応した。
- ・ 資金は災害救助法で一部返ってくるが、初期の一時的な拠出をどう賄うか。

④診療報酬の問題

- ・ 災救法が延長・延長となった場合に期限と訪問活動がどうなるのかが問題となった（先が見えない）。
- ・ 相談業務の一環として無償で医療活動を行った。T 病院の中で一般の診療を提供してもらえないかという打診があったが災害救助法により無料なのか、保険診療なのかが不明確なままだった。

(2) 報告・連絡体制

①メールリングリスト（ML）等電子情報が有効であったが、一方でうまい使い方や情報インフラが課題として残る

- ・ 非公式な ML をつくって、現地で情報共有した。ただし ML に書き込む内容もきちんと管理される必要がある。
- ・ 阪神大震災の時と異なり、メールリングリスト、電子機器等が活用できた。国として統一した情報提供ツールがあるとよい。
- ・ メールに頼りすぎて失敗した面もあった。ニュアンスが伝わらずいらぬ衝突のもとになる可能性があり、有事こそ対面対話が重要。
- ・ 情報提供ツールについて事前に準備しておくことが重要。電子機器による新たな方法だけでなく、情報の質を担保できるような方法を検討すべき。
- ・ M 県では地域間の引継ぎのために情報を ML で流していたため、広範囲には流していなかった。チーム間での情報伝達も重要。
- ・ 本庁にはメールで報告し、次のチームが派遣準備に入る。
- ・ 公務に関しては、セキュリティーへの懸念から ML の設置が難しい。また、ML を作成しても、様々な人から大量の情報が発信されたため、現地での情報の振り分け・整理が課題となり、いかに必要な情報を効率的に中央に伝達するかも課題となった。
- ・ 現地 3 日間 / 1 チームの活動を複数のチームで引き継ぎ。ML を開設したが、概要の控えめな報告にとどまり以後の活動への具体的な指針を共有するツールにはならなかった。初期の医療活動から、精神保健活動に移行していく。
- ・ 電子化については電気が使用可能であることが前提である。保健師は紙を中心に活動されることが一般的に多いので、カルチャーの理解も必要である。
- ・ 電源インフラの問題がある。携帯すら繋がらない状況下では、R で活動し I に戻って送信などを行った。紙ベースで活動し、スキャンするのが現実的。
- ・ 情報システムがあれば良かった。紙で膨大に残っても検索できない状況である。現在やっと電子化作業を進めている。システム化しておいて、可能であれば入力してもらえる状況を整

える必要がある。

- ・ 1 か月後の活動では、パソコン、プリンタが稼動している状態であった。情報を無駄にせず
に集計検索するためには、デジタル化、フォーマット化が必要。さらにリアルタイムな活用
ができれば、コーディネータにとっても有用。

②情報取得方法

- ・ 正確な情報がどこから取れるか。現地の情報は現地の行政機関から取得する。これが一番役
に立った。
- ・ ミーティングの持ち方が重要。当初は必要な情報がなかなか手に入らなかったが、その後は
逆に情報があふれた。必要な情報を整理しておくことが重要。
- ・ 集約が必要だが、現地に行ってみないとわからない。
- ・ 担当範囲に限定して情報を得れば良いのではないか。
- ・ チーム間で日報を情報共有した。五泊六日で、一泊二日を重ねて情報共有。
- ・ 写真などを入れたレポートを独自に作成したり、支援者同士の連絡帳を使って様々なやりと
りを行った。
- ・ 現地での活動においては、事務をいかに短縮し、効率的に行うかが重要。
- ・ 現地情報の確認のために電話で被災自治体担当者を煩わせるのは気の毒なため、情報伝達の
一本化が必要。I 県 HP の情報が逐次更新されて助かった。

③マスコミ対応・デマ等への対応も必要

- ・ マスコミ対応についてのルールも事前に明確化しておくことが大切。I+県は全て県を通して
いた。
- ・ 情報発信の専門家が必要かもしれない。個人発信の情報が一般的なものと誤解されないよう
にするためにも必要。
- ・ デマへの対応は必要

(3) 調査上のルール

①地元・被災者に負担をかけないことが重要

- ・ 調査研究は地元負担をかけないことが大前提である。還元ができて、かつ簡易なものが望
まれる。コンセンサスが必要である。
- ・ 簡単な質問をしたかったが、コーディネータからとめられた。避難所ではニーズの把握が難
しく、住民の負担となるため。
- ・ 市の職員の健康相談や調査をしていた際、こころのケアチームにつなごうとしたところ断ら
れた。その理由は以前の調査で悪い印象を与えていたためだった。
- ・ 県の健康調査の一環として精神科の調査項目があるとやりやすい。県主導で調査をしてもら
えるとよい。
- ・ 保健所に渡す診療録については、同じものをコピーして派遣元に戻った。これを元に活動の
調査研究をまとめるということも考えられる。しかしながら現地の診療録のコピー・持ち出

しについては原則的には慎重な考えと対応が必要。国レベルでの見解が求められる。

②調査は国・県等が一元管理することが望まれる

- ・ 放っておくと調査を行う人・学会等がでてくる。国や県が早めにコーディネートすべき。
- ・ 急性期の活動に課題。勝手な調査を行い、メディアへ提供するなどの問題があった。→身分チェックのフィルタをすり抜けて入る者もあり、対策は立てづらい。

③調査の影響への配慮、きちんとしたフォローアップが不可欠

- ・ 調査行為自体が影響を及ぼすことを教育する必要がある。
- ・ 調査自体の倫理感を確立すべき
- ・ 調査後の活動まで踏まえた調査が必要。調査しただけで終わらないことが重要。

(4) 記録、カルテの問題

①都道府県が用意した書式を活用したケースが多い

- ・ M 県のセンター書式を活用。自由記載で書けることは活用しやすい。チェックシートで作られると聞かなければならないのでは時間がかかって大変ではないか。
- ・ I 県はマニュアル、報告書式があり、それに準拠して活動を行った。大変よかった。ただし現地ではすぐに報告書が受け取れる環境にない。
- ・ I 県はデータを整理して公表している。このようにしてもらえるとデータを活用できる。
- ・ I 県はカルテや記録様式も整理されていて支援しやすかった。書式は HP からダウンロードできるようになっている。
- ・ M 県の書式を使わずに、T 大学の書式で記録した。被災地では電気がなく、ネット環境がとれなかった。
- ・ 報告書は長崎県を参考にして記録用紙をつくった。
- ・ 薬剤の出し方、処方の方もきちんとしたマニュアルがあったのでそれに従って行った。
- ・ 町によって様式が異なるが、町の様式に合わせて使っていた。
- ・ パソコン、プリンタを持ち込んだにも関わらず、相談記録が一日完結型→膨大な情報量になる。連続性がなく、中断状態などが見えない。再利用のしやすさを検討する必要がある。
- ・ 今後自治体においても現地で使い勝手のよいノート PC を準備しておく必要がある。今後同じようなことがあっても迅速に動ける体制を作っていくことが重要。

(5) 活動記録の統一、記録の所属

①様式統一の必要性については意見が分かれたが、地域内では統一が必要

- ・ 各種様式の統一が必要。可能であれば国立精神・神経医療研究センターのHPからダウンロードできるとよい。
- ・ 用意された記録様式に保健師が記載していた。厚労省による提出要請が時間的に厳しかった。負担がない程度に統一様式があるとよい。
- ・ 正確な被災者数など、各団体共通の情報源として、確固たるものが必要。その調査・集計ル

ールの統一、結果の記載形式をエクセルで統一してほしい。

- ・ 地域の精神保健福祉活動の再建であることから、原則は地元である書式を使うべき。全国的な共通化は必要ないのではないか。
- ・ 様式を持っていなかったチームは他チームの様式を活用した。また、復興の段階により、求められる様式が変わっていくのではないか。
- ・ 保健師の活動に加わって健康調査を実施していたため、現地のもので使いづらいものはなかった。一番使い勝手のよいものを提示して今後活用していくことは有効である。
- ・ 地元の保健センターの被害を受けて残っていない状況もあり、全統一的なフォーマットの配備も必要かもしれない。
- ・ 地域の実情に応じた様式と、国レベルで最低限必要な情報について統一化した様式の使い分けが重要。
- ・ 事前に用意していないと、その場でフォーマット、情報欄などを拡張していた状況。
- ・ 継続性の問題からも情報管理は重要（統一の情報フォーマットなど）。

②最終的な情報管理は地元が行うべきとの考えが多い。また、記録のコピーを持ち帰るケースが多い

- ・ 処方箋、記録、活動用紙は地元の保健所に、最後に集約してまとめて報告した。
- ・ 記録をどこに保管するのかが問題はある。原本は残し、コピーを持ち帰る。
- ・ カルテの所属は現地ではないか。調査のために大学で使用するときは匿名化を実施した。
- ・ 一方で、医療の継続性という観点からは原本は派遣先に置き、コピーを持ち帰った例もあった。
- ・ 本庁への報告は事務員。地元の保健所が2号用紙のコピーを保管。原本は持ち帰り。
- ・ 後で地元の保健師が追えるように記録は現地に保管した。
- ・ 診療録の複写の問題。原則診療録は保健所に返した。1回で終わらない方が半数以上なので、複写に基づいて連続性のあるケアを実施していた。また、その複写を持ち帰り分析したが、これは問題か。
- ・ 複数の自治体・機関が入っている場合、どこが記録を責任もって保管するかが難しい。ルールが必要。
- ・ 当初は個人情報を返す想定でやっていたが、継続医療のために複写を用いていた。複写を持ち帰り、データを整理したものを保健所や市町に提供したところ感謝された。

③ケアの継続性と個人情報保護のバランスが課題

- ・ 個人情報の管理：しかるべき公的機関が管理する必要があるが、ケアの継続性をいかに確保するかも重要。
- ・ 個人情報は持ち出せないが、どのような人がいるか、どのようなニーズが必要かをチーム内で引継ぎすることは必要である。
- ・ 個人情報は持たないようにしていたが、個人を特定できる内容を書いてしまうこともあり、書き込む情報はどの程度までが必要なのか。

- 各保健所で記録用紙は統一されていた。情報の持ち出しは禁止された。患者の記録は地元に残していったが、引継ぎの際もその記録しかないのでどのように伝わったかがわからない。
- カルテは全部置いてきたが、集計データは持ち帰った。情報がないとチームメンバーのスキルも上がらない。
- 移動の際に診療録が紛失してしまうことも。責任の所在を明確化することが重要。明確な方向性をトップが指令をした上で情報共有していくべき。

以上