

「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」報告  
(平成24年3月7日、東京)

## 2. 「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」報告（平成24年3月7日、東京）

### 1. はじめに

阪神淡路大震災(1995)の前後より、いわゆるこころのケア活動に関しては多くの報告がなされてきた。東日本大震災が起こった2011年から2012年にかけては特にその数が増加し、医中誌論文(会議録含む)に限っても「こころのケア」「災害」「東日本」というキーワードで検索すると、82本が該当した(検索日平成24年5月9日)。これらの文献の多くはこころのケア活動に従事した当事者からの体験に基づいたものであり、チームならびに個人の視点からこころのケアチーム活動を捉える上では非常に有用な情報源である。しかし、わが国のこころのケアチーム活動を総体的に捉えた報告、こころのケアチームとして活動に従事した者の体験を体系的に展望し、体験や認識の共有を目的とした報告は乏しく、こころのケア活動を俯瞰的に振り返ることには困難が多い。共通体験および共通認識の上に立って今後の災害時における精神科医療のあり方を検討し、方向性を見出すことは、今後起こるべき不測の事態に備えるためにも、重要なことだと考えられる。(独)国立精神・神経医療研究センター災害時こころの情報支援センターでは、東日本大震災におけるこころのケア活動従事者の意見交換会を実施したので、その内容を踏まえ、こころのケア活動の体験および認識を整理し、今後の課題を抽出することを試みた。

### 2. 方法

東日本大震災こころケア活動において派遣を行い、また自身も活動に従事するなど、中心的な役割を担った精神保健福祉センター長および彼らが推薦する活動従事者に、「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」への参加を依頼し、意見交換会を2012年3月7日に実施した。一連の流れについては、以下〈1〉～〈5〉の通りである。

#### 1) 意見交換会への参加依頼

2012年1月に、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター内災害時こころの情報支援センターから、全国の都道府県、政令指定都市の精神保健福祉センター長らに向けて、意見交換会参加への依頼文を発送し、郵送、メール、FAXにて参加の有無について回答を得た。尚、センター長に限らず、実際にこころのケア活動に従事した医師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士ら様々な職種の参加も可能とし、参加者の人選はセンター長に一任した。

#### 2) 事前ヒアリングの実施によるディスカッションテーマの抽出

意見交換会に先立ち、東日本大震災こころのケア活動に関わった精神保健福祉センター長など6名に依頼し、東日本大震災におけるこころのケア活動における体験を尋ね、また従事者・派遣者のディスカッションにおいてどのようなテーマで話し合うべきかについて示唆を得た。主な質問項目は、「派遣準備としてどのような情報を得て派遣時期・派遣場所を設定したか」「準備はどのように行ったか(人員体制、活動指針)」「現地での活動として、

活動内容・活動で工夫した点／苦労した点」「連絡・報告体制について：どのような書式・方法で行ったか／活動記録の統一は必要かどうか」などであった。また、次の災害に向けて必要な準備、研究調査のあり方、メディア対応のあり方について体験を踏まえた提言を得た。これらヒアリング内容から共通する重要テーマを抽出し、「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」における最終的なディスカッションテーマ（表1）を決定し、事前に参加希望者に郵送した。

### 3) 「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」の実施

2012年3月7日に参加者を募って「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」を行った。ディスカッションテーマ（表1）に基づき、全体を5つの小グループに分けて、1時間の討論を行い、全体でのグループ毎の発表と討論を50分行った。この、小グループと全体での討論（計1時間50分）を3度繰り返した後、最後に全員で今後のこころのケア活動に関して意見を交換した。尚、小グループディスカッションの際は、多角度からの議論を深めるため、様々な地域、様々な職種からグループが構成されるようメンバーを選択し、ディスカッションテーマ毎に小グループの構成員を入れ替えた。

### 4) こころのケア活動従事者・派遣者へのフィードバック

こころのケア活動従事者の共通認識を高めるため、「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」における小グループディスカッションの逐語録、議事録（全体のまとめ）を作成し、両者を収録したCDを後日、参加者及び当日参加できなかった精神福祉センター長らに郵送した。

### 5) データ分析

逐語録・議事録全てを対象とし、3つの議題とより細分化されたテーマの中で、どのような共通体験/認識がみられたのかを抽出し、その中で度々使用されたキーワードを中心に、今後の課題としてどのようなことが求められているのかを検討した。

**表1 ディスカッションテーマ**

---

1. 「こころのケアとは何か」
1) 「こころのケア」とは何か、概念についての共通認識
2) これまで何をしてきたのか
3) 派遣されたチームは「こころのケア」として何をすべきか
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 (看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等のそれぞれの強みや専門性をいかに他職種に理解してもらうか)
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
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 (現地保健師、PSW等のリソースが不足する中で、どのように活動を行い、どのように現地に引き継ぐか)
3) かかりつけ医との連携(かかりつけ医がいる場合には直接的なケアはトラブルの元となる可能性)
3. 「情報・ルール・その他」
1) 法的問題(災害対策基本法、災害救助法に位置付けられていない点について)
2) 報告連絡体制(情報伝達の体制、こころのケアメーリングリスト作成など)、正しい情報の伝え方の習得(情報伝達のスキルなど)
3) 調査上のルール(国レベルでの調査全体のグランドデザイン、県を通した調査など)
4) 記録、カルテの問題(フォーマット化と自由記載の併用、災害時電子カルテ・情報システムの導入、急性期、慢性期など患者ニーズに合った相談記録票、ボリュームを最低限にするなどの均一化、国レベルでの共通カルテなど)
5) 活動記録の統一、記録の所属

---

### 3. 結果

「東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会」の参加者は65名であり、職種では精神保健福祉センターのセンター長その他センター長以外の医師、精神保健福祉士、大学教員、看護師/保健師、事務、臨床心理士、社会福祉職、保健管理官が参加した。以下、3つの議題とテーマごとに、得られた共通体験/認識と課題を詳述する。

#### 議題1 「こころのケアとは何か」

##### 1) 「こころのケア」とは何か

このテーマにおいてはまず、(1) **こころのケアの共通認識を明確にすることが第一の課題**であることが明確になった。参加者らは、「こころのケアの概念」を〈生活の支え〉〈広く医療・公衆衛生を含むもの〉〈支援者への支援を含むもの〉〈精神疾患患者を地域社会につなぎ止める役割〉などにとらえていた。具体的には、「生活全般を支え、住民の安全・安心を確保すること」「安全安心がないところで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」「災害時における緊急保健活動(一義的には精神疾患の患者、治療中断者への処方、仮設・避難所・家庭への訪問)」「研修的なものと個別ケア」「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とつなぎ医療をすることが重要(な役割)」と考えられており、非常に広範で多様な活動として認識されていることが明らかになった。

反面、(2) **用語の使用と活動における注意点を明らかにすることも課題**とされ、多くの参加者から〈「こころのケア」という用語の適切性への疑問〉が提示された。これは、「被災者はケアを受けるべきというニュアンス」「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」のように、「ケア」ということばの適性を問うものがほとんどであった。

また、〈時期・立場によって内容が変わることを心に留める〉ようにしていた参加者も多かった。例えば、「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」「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」のように、現場で学んだことを心に留め置き、次の活動につなげようという姿勢がみられた。〈被災地ニーズを受け止めた活動が必要〉という認識についても同様で、「現地のニーズに従ってチームは動くべき」「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」のようにあくまでも地域に合わせ、求められる支援を提供したいという思いが表出された。

## 2) これまで何をしてきたのか

これまでの活動を振り返る中で、**(1) 時期や役割に適した活動の検討**が課題とされた。参加者らは、〈広範で多様な活動〉を行ってきており、実際に「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た」など、柔軟な対応を心掛けていた。また、〈リエゾン医療としての役割〉も、多くの参加者たちが担っていた重要な役割であった。これまでにこうした体験をしてきたからこそ、前述の1)「こころのケア」とは何か、という問いに対し、広範で多様な活動、という共通認識が生まれていたのであろう。こうしたことを踏まえた上で、どの時期にどのような活動を行うべきか、より詳細に検討を重ねてゆく必要がある。

## 3) 派遣されたチームは「こころのケア」として何をすべきか

このテーマも、参加者が“こころのケアをどうとらえるか”、どんなことを実践してきたのか、ということに強く関連しているものであった。すなわち**(1) 急性期と中長期で異なったアプローチを行う**、ことが、参加者が現場で学んできたことであり、かつ今後も引き実施して行かなくてはならないと考えている課題であった。具体的には、「急性期はつなぎ医療、最終的には地域保健につながる戦略が必要」「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」などといった体験が語られ、〈つなぎ医療と地域保健への支援が重要〉という共通認識が示された。そして、今後も継続、発展してゆくことが重要であると考えられた。

**(2) 「こころのケア」を標榜しない活動を考える**、というのもこれまでに実践され、かつ今後も引き続き検討してゆくべき課題であった。参加者らは〈住民に寄り添う姿勢が重要〉という認識をもっていたが、その根底には、「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」「住民は患者ではない。寄り添っ

て話を聞く姿勢が重要」といった現場での体験や思いがあった。また〈住民に理解を得ることが難しい〉という厳しい現実認識もあり、「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。」「“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。」といった苦渋も語られた。

また、**(3) 地域医療への貢献**、という課題は、〈地元精神科医療機関への支援が不十分〉〈薬の供給が不十分〉であったという共通体験、〈地域資源の活用・地域を支える取組が必要〉という共通認識から抽出されたものである。特に、「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」「診療所としての急性期精神科診療所が必要」との意見が多くみられた。

#### 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

このテーマに関しては、まず個々の職種のもつ特色をとらえ、どのような場で最も力が発揮されるのかを中心に話し合われた。そして、今後の課題として**(1) 専門性の強みを活かす****(2) スムーズに現地のコメディカルと連携する方法を検討する**、必要性が提示された。専門性の強みという点では、保健師・看護師は「守備範囲が広く、公衆衛生/相談活動で住民に受け入れられやすい」、PSW は「アウトリーチに慣れ、コーディネートも可能」、薬剤師は「薬の管理ができる」、心理士は「指導や遊びを通じて被災者と交流可能」と考えられており、こうした点を生かした支援が必要との認識がみられた。現地のコメディカルに対しては〈活動を行う上では現地との連携が重要〉と、共に活動することが重要であるとの認識がみられた。

議題1「こころのケアとは何か」

テーマ	今後の課題	共通体験・認識	意見
1)「こころのケア」とは何か、概念についての共通認識	(1)こころのケアの共通認識を明確にする	〈生活の支え〉	「生活全般を支え、住民の安全・安心を確保すること」「安全安心がないところで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」「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」「臨機応変にご用聞き的な活動」
		〈広く医療・公衆衛生を含むもの〉	「災害時における緊急保健活動(一義的には精神疾患の患者、治療中断者への処方、仮設・避難所・家庭への訪問)」「初期は医療中心、それ以降は公衆衛生が中心となるべき活動」
		〈支援者への支援を含むもの〉	「研修的なものと個別ケア」「職員のこころのケアも含まれる」
		〈精神疾患患者を地域社会につなぎ止める役割〉	「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と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	(1)時期や役割に適した活動の検討	〈「こころのケア」という用語の適切性への疑問〉	「被災者はケアを受けるべきというニュアンス」「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」「メンタルヘルスサポートが一番フィットする」
		〈時期・立場によって内容が変わることを心に留める〉	「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」「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」
		〈被災地ニーズを受け止めた活動が必要〉	「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」
		〈広範で多様な活動〉	「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きたが、体制が整ってくるにしがたい、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。」
3)派遣されたチームは「こころのケア」として何をすべきか	(1)急性期中長期中で異なったアプローチを行う	〈リエゾン医療としての役割〉	「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。」
		〈住民に寄り添う姿勢が重要〉	「急性期はつなぎ医療、最終的には地域保健につながる戦略が必要」「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。」
		〈住民に理解を得ることが難しい〉	「看板を掲げて人もはこないで、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。」「住民は患者ではない。寄り添って話を聞く姿勢が重要。」
		〈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。」「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。」「身体科のチームがある程度対応(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。」	
(2)「こころのケア」を標榜しない活動を考える	〈地元精神科医療機関への支援が不十分〉	「診療所としての急性期精神科診療所が必要」「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」	
	〈薬の供給が不十分〉	「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)」「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。」	
	〈地域資源の活用・地域を支える取組が必要〉	「地元のニーズに敏感で、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。」「個別面談だけでなく、地域を支える取り組みをすることが重要。」	
4)チームの中でのコメディカル役割についての理解の促進をどのように進めべきか	(1)専門性の強みを活かす	〈保健師・看護師:守備範囲が広く、公衆衛生/相談活動で住民に受け入れられやすい〉	「発災当初は医療(医師中心)、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」「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。」「ライマリア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。」
		〈PSW:アウトリーチに慣れ、コーディネートも可能〉	「PSWは地域とのコーディネーターが重要。アウトリーチに強いコメディカルが活動のポイント。」「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。」
		〈薬剤師:薬の管理ができる〉	「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。」
		〈心理士:指導や遊びを通じて被災者と交流可能〉	「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」「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」
(2)スムーズに現地のコメディカルと連携する方法を検討する	〈活動を行う上では現地との連携が重要〉	「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。」	

## 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

まず、対身体科チームとの間では、実際に被災地において実施され、また今後も望まれる**(1) 多様な連携への取り組み**が課題であった。多くの参加者の共通体験として、〈ミーティングその他の方法による情報共有〉があげられたが、現場においては実にさまざまな方法がとられていた。例えば、「チーム連携カード」(携帯電話番号を記載)、「つなげ票」という連絡票「住民所在配置図」などを作成し、連携に役立てるなどといったことが行われており、今後の支援への具体的な示唆となるものであった。一方、〈現場における連携の難しさ〉も多くの参加者が体験しており、「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。」「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。」「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)。」といった事態がみられたことから、こうした点について今後の対処が必要であることが確認された。

**(2) 取りまとめを行う存在の確保**も多くの参加者が指摘した重要課題であり、〈リーダーシップとコーディネーターが必要〉との共通認識が多くの参加者にみられた。しかしその一方で、〈チームが自前でコーディネートすることも重要〉との思いもみられ、「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。」といった意見が交わされた。ただし現実には、「外部から入った人がコーディネート機能を担えるのか。」といった指摘もあることから、さまざまな状況を考慮した上での検討が必要と考えられた。また、実際には派遣された地域で〈自治体・保健師/保健所によるコーディネート〉が行われていたという参加者も多かった。

**(3) 精神科チームからのアプローチ**も〈身体科チームへの参加〉〈医師会の協力を求める〉〈福祉との情報共有〉といった共通体験から導き出された課題であり、「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」といった思いが根底にみられた。また、「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していたため、連携が急務とされることはあまりなかった。」のように、医師会が仲介役を果たしていた場では積極的に連携を求める必要がなかったという事例もみられた。

### 2) 行政対行政、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

ここでは、**(1) 多職種で活動することの難しさへの対処**が課題となっており、そのために〈行政間での連携・理解を求める〉必要があるという認識が示された。実際、「派遣元行政との間の壁が障害となっており、いわゆる“お作法”として、様々な手続きが緊急時で



も必要とされた。実際に、行政事務は薬の必要性に思い至らず、薬の手配がされていなかったという例もある。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ため、行政官は最初に現地に行く必要がある。」「県と政令指定都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」といった困難体験が示された。また、〈引継ぎによりチーム間の連携を図る〉ことも有用な共通体験であり、「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」といった成功体験が語られた。一方、〈独自に活動できる日赤チームと連携を図る〉中では、「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」「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」のように、システム・活動の異なるチームとの連携の難しさが示された。その他、〈多職種間と協働し、情報共有を図る〉ことの必要性を認識した参加者も多く、「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。」など、人間関係の難しさが示されたが、「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。」など、よりよい人間関係へと発展して行く例もみられた。そして、〈制度の構造上の問題を検討する〉ことも大半の参加者から強く求められていた。すなわち、「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」「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。」など、構造上の問題、しくみの問題が連携を阻んでいる現状が訴えられ、行政レベルで検討されてゆく必要性について確認された。

**(2) 指揮命令系統の明確化**は非常時の混乱回避のために不可欠な課題であると考えられた。そのためには、〈平時より指揮命令系統を決めておく〉ことが「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」重要だということと考えられ、「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」といった具体的な指摘もあった。また、「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。」という声もみられ、実際に指揮命令系統の明確化が連携に強く影響していることが示された。

**(3) 情報交換における工夫**は、〈情報交換の方法を再検討することが必要〉との認識のもとで抽出された課題であり、「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段階構えになっているとよいのではないか。」のように、より無駄なく実践的な情報交換の工夫を求める声もみられた。

議題2「連携をどのように進めるか」

テーマ	今後の課題	共通体験・認識	意見
1) 身体科チームと精神科チームの連携	(1) 多様な連携への取り組み	<p>〈ミーティングその他の方法による情報共有〉</p> <p>〈現場における連携の難しさ〉</p>	<p>「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。」「身体科と毎日顔を合わせて情報交換していた。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。」「<b>“チーム連携カード”</b>(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。」「<b>“つなぎ票”</b>という連絡票を作成し、連携ができた事例もあった。」「現地に<b>パスを共同使用</b>。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<b>住民所在配置図を作成</b>で活動効率化した。」</p> <p>「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。」「様々なチームが被災地入りしているため、各者話し放題になり、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。」「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。」「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。」</p>
	(2) 取りまとめを行う存在の確保	<p>〈リーダーシップとコーディネーターが必要〉</p> <p>〈チームが自前でコーディネートすることも重要〉</p> <p>〈自治体・保健師/保健所によるコーディネート〉</p>	<p>「大規模地域で、急性期は強力なリーダーシップが必要。」「身体科にある災害コーディネーター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ー)。その方の判断で動けるようなくみづくりが重要。」「日赤はコーディネーターが多く、今後のモデルになりうる。」</p> <p>「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。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。」「広いエリアをカバーするコーディネーター役(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。」「コーディネートに対する支援があるとよい。しかし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。」</p> <p>「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した」「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。」「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。」</p>
	(3) 精神科チームからのアプローチ	<p>〈身体科チームへの参加〉</p> <p>〈医師会の協力を求める〉</p> <p>〈福祉との情報共有〉</p>	<p>「精神科チームから積極的にアプローチしていかな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」「初期に精神科を現場に配備することが重要。」「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。」</p> <p>「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していたため、連携が急務とされることはあまりなかった。」「医師会との連携が有効であった」</p> <p>「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。これに対しては事例検討会を開催して対応した。」</p>
2) 行政対行政、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) 多職種で活動することの難しさへの対処	<p>〈行政間での連携・理解を求める〉</p> <p>〈独自に活動できる日赤チームと連携を図る〉</p> <p>〈多職種間と協働し、情報共有を図る〉</p> <p>〈制度の構造上の問題を検討する〉</p>	<p>「派遣元行政との間の壁が障害となっており、いわゆる“お作法”として、様々な手続きが緊急時でも必要とされた。実際に、行政事務は薬の必要性に思い至らず、薬の手配がされていない例もあったという。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ため、行政官は最初現場に行く必要がある。」「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」「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。」</p> <p>「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」「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」</p> <p>「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」「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」</p> <p>「(多職種の人が入り)スタッフも頻繁に入れ替わる中での、引き継ぎ、協働が難しかった。」「同じ部屋で活動を続けるうちに(保健師、こころのケアチームの)連絡交換がスムーズにできるようになった。」</p> <p>「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」「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。」</p>
	(2) 指揮命令系統の明確化	<p>〈平時より指揮命令系統を決めておくことが重要〉</p>	<p>「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」</p>
	(3) 情報交換における工夫	<p>〈情報交換の方法を再検討することが必要〉</p>	<p>「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のではないか。」</p>
3) かかりつけ医との連携	(1) 地元への配慮	<p>〈時期を考えた支援を行う〉</p> <p>〈被災地域の医療機関の代替・つなぎとしての役割〉</p> <p>〈道義的な側面での難しさ〉</p>	<p>「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戻っていく過程では、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。」「5月頃になれば、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のが活動の中心となる。」</p> <p>「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」「震災・原発によりかかりつけ医がいらない。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るという活動を行った。」「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」</p> <p>「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”もあるため、地元の感情に配慮、例えばあいさつ、結果報告等しながら活動することが必要。」「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”と言ったりすることもあった。」</p>

### 3) かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携に際しては、(1) 地元への配慮が一番の課題であった。具体的には、〈時期を考えた支援を行う〉ことが重要だと受け止められており、「5月頃になれば、身体科とと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のが活動の中心となる。」のように、現地事情に配慮した支援の方法を考えることが大事であるとの考えが示された。そして、〈被災地域の医療機関の代替・つなぎとしての役割〉がところのケアチームに求められているのだという認識も共通してみられるものであった。さらに〈道義的な側面での難しさ〉を体験した参加者も少なくなく、「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”もあるため、地元の感情に配慮、例えばあいさつ、結果報告等をしながら活動することが必要。」といった意見も聞かれた。

### 議題3「情報・ルール・その他」

#### 1) 法的問題

法的問題に対しては、まず(1) 補償の明確化、が重要課題であった。〈何かあった時の補償が不明瞭〉という認識・体験も多く語られ、「何かあったとき労災になるかなどの疑問」をもちながら派遣を行わなければならなかったり、「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。」といった困難が示された。

また、同時に検討して行く必要のある課題として、(2) 身分・医療行為における法的位置づけの明確化があげられた。参加者らは、自らを〈身体科とは異なるあいまいな位置づけ〉ととらえており、「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、と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。」「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。」「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。」「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」「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。」といった意見がみられた。

(3) 活動費用負担の明確化も派遣元においては重要な課題であった。「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」など、〈活動費用の捻出に苦慮〉した体験が語られており、その明確化が求められていた。

議題3「情報・ルール・その他」

テーマ	今後の課題	共通体験・認識	意見
1) 法的問題	(1) 補償の明確化	〈何かあった時の補償が不明慮〉	「何かあったとき労災になるかなどの疑問」「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。」「この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」
	(2) 身分・医療行為における法的位置づけの明確化	〈身体科とは異なるあいまいな位置づけ〉	「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と。そのためには、DPAT (Disaster Psychiatric Assistant Team) などとして、この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。」「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と。」「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」「このころのケアチームは保健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のか。」
	(3) 活動費用負担の明確化	〈活動費用の捻出に苦慮〉	「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) 診療における費用負担の問題についての検討	〈無料診療継続への疑問〉	「診療報酬をもらうのかどうかで課題であった。病院が復活し、他方で無料診療をやっているのは問題。」「相談業務の一環として無償で医療活動を行った。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、保険診療なのか不明確なままだった。」
2) 報告・連絡体制	(1) 電子情報のよりよい活用	〈eメールは便利ではあるが注意が必要〉  〈電子化・情報システムは必要不可欠だが紙媒体の使用も時に必要〉	「公務に関しては、セキュリティへの懸念からメールリスト(以下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。」「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に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。」  「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。」「情報を無駄にせず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。」「(情報を)システム化しておいて、可能であれば入力してもらえらる状況を整える必要がある。」「国として統一した情報提供ツールがあるとよい」
	(2) 正しい情報の取得・伝達方法の検討	〈正確な情報が入手できる状況が重要〉  〈マスコミ対応におけるルールが必要〉	「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。」「現地情報の確認のために電話で被災自治体担当者をつなげるのは気の毒なため、情報伝達の本質化が必要。県HPの情報が逐次更新されて助かった。」  「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。全て県を通したマスコミ対策を行っていたところもあった。」「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必要。」「デマへの対応は必要」
	(3) 調査・支援上のルール	〈許される調査は負担少なく還元できるもの〉  〈一元管理された調査が必要〉  〈支援活動におけるルールづくり〉	「市の職員の健康相談や調査をしていた際、この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。」「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」「調査研究は地元負担をかける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。」  「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。県主導で調査してもらえとよい。」「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。」  「子どもに絵を描かせようとするボランティアをどうにかしないと(ボランティアにも何らかのお世話が必要)」
4) 記録、カルテの問題	(1) 被災地の提供資料・情報の有効活用	〈マニュアル・ガイドライン・HPが有用〉	「(被災) 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。」「薬剤の出し方、処方の仕方もしっかりとしたマニュアルがあったのでそれに従って行った。」「(被災) 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とデータを活用できる。」「(被災) 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。」「(被災) 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。」
5) 活動記録の統一、記録の所属	(1) 各種様式の統一、記録の所属の検討	〈様式統一・不統一における方向性の明確化が必要〉	「正確な被災者数など、各団体共通の情報源として、確固たるものが重要。その調査・集計ルールの統一、結果の収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と。」「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と。」「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した様式の使い分けが重要。」
	(2) 記録・責任の所在の明確化	〈記録・責任の所在を明らかにすべき〉	「情報の持ち出しは禁止された」「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。」「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。」
	(3) 個人情報の取扱いに関する検討	〈ケア継続のためにはある程度の個人情報も必要〉	「個人情報の管理においては、し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。」

(4) 診療における費用負担の問題についての検討、もこころのケアチーム並びに地元の医療機関において重要な課題となった。〈無料診療継続への疑問〉は、もこころのケアチームの活動が逆に被災地域の立ち直りを遅らせる要因になっているのではないかという思いから生じたものである。「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。」というように、どの時点でどのような転換を図ればいいのか、現地の医療機関の復活を妨げない活動方法を考える必要性が示された。

## 2) 報告・連絡体制

本テーマに関しては、さまざまな意見が示され、時に見解が大きく分かれた部分でもある。今後の方向性として、(1) 電子情報のよりよい活用を否定する声はみられなかったが、その使用方法については注意が必要という姿勢であった。例えば、〈eメールは便利ではあるが注意が必要〉との共通認識は、「公務に関しては、セキュリティーへの懸念からメーリングリスト（以下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。」「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。」など、実際に多くの困難が生じていることから喚起されたものだと考えられる。〈電子化・情報システムは必要不可欠だが紙媒体の使用も時に必要〉との共通認識も同様で、「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。」という意見や、「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。」など、電子化と紙媒体それぞれの利点を活かし、欠点を補う方法が求められた。また、「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。」「(情報を)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。」「国として統一した情報提供ツールがあるとよい」など、いざという時に備えた情報システムの確立も求められていた。

(2) 正しい情報の取得・伝達方法の検討という課題は、〈正確な情報が入手できる状況が重要〉であるとの共通認識から得られたものである。自らの体験を踏まえた上で、「現地の情報は現地の行政機関から取得する」のが最も正確であるとする参加者の声が多くみられた。しかし一方で「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。県HPの情報が逐次更新されて助かった。」といった意見もあり、自治体職員の負担を軽減するためにも、各自治体のホームページを通じた積極的な情報提供が求められた。そして、〈マスコミ対応におけるルールが必要〉という声も非常に多く聞かれた。「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。全て県を通したマスコミ対策を行っていたところもあった。」「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」など、混乱を避けるための具体的な対策が望まれていた。

### 3) 調査・支援上のルール

調査に関しては、(1) 調査による負担への配慮が求められ、〈許される調査は負担少なく還元できるもの〉が望ましいとされた。こうした配慮がないために、「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。」のように活動自体に悪影響を及ぼしていた例もあった。またこうした体験が、「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」「調査自体の倫理観を確立すべき」という意見につながっていると考えられる。

より具体的には、) 国・県などが主体となる調査の必要性が示唆され、〈一元管理された調査が必要〉との共通認識がみられた。さらに、善意ではあっても専門家から見て好ましくない支援もみられたようで、特に「子どもに絵を描かせようとするボランティアをどうにかしないと(ボランティアにも何らかのお世話が必要)」など、〈危惧される支援の質〉を述べた参加者も多かった。このため、3) 支援活動におけるルールづくりも早急に検討して行かなくてはならない課題であると考えられた。

### 4) 記録、カルテの問題

このテーマに関しては、(1) 被災地の提供資料・情報の有効活用、をいかに進めてゆくか、ということが課題であった。特に被災地自治体が作成していた〈マニュアル・ガイドライン・HP が有用〉との認識が多くみられ、これらがこころのケアチームの活動をスムーズに進めてゆくためにも重宝なものだということが確認された。そして、「(被災県)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。」「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。」など、平時からの備えが被災県だけでなくこころのケアチームの活動にも非常に役立っていたことが明らかになった。

### 5) 活動記録の統一、記録の所属

(1) 各種様式の統一化の検討という課題に関しては、〈様式統一・不統一における方向性の明確化が必要〉との共通認識がみられたが、方向性としては「統一すべき」「統一すべきでない」「柔軟な対応が必要」のように参加者によって意見が分かれる部分でもあった。すなわち、「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」「各種様式の統一が必要」「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、結果の収載形式をエクセルで統一してほしい。」「負担がない程度に統一様式があるとよい」「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」「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」など、

さまざまな意見を集約した上で、どこまでを統一し、どこまで柔軟に対応するのか、検討してゆくことが望まれていた。

また、大半の参加者が〈記録・責任の所在を明らかにすべき〉という認識をもっており、**(2) 記録・責任の所在の明確化**が課題となっていた。記録に関しては、「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。」のように、原本を派遣先に置き、コピーを持ち帰ったチームが多かったようだが、これに対する疑問もみられた。また、「情報の持ち出しは禁止された」というケースもあり、さらに「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。」「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。」という意見もみられ、記録・責任の所在を明らかにしてゆくことが、非常に重要であることが確認された。

**(3) 個人情報の取扱いに関する検討**も早期に実施してゆくべき課題である。個人情報は管理に注意が必要と考えられていたが、一方では〈ケア継続のためにはある程度の個人情報も必要〉ではないか、という共通認識がみられた。実際、現地では「個人情報は持たないようにはしていたが、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。」といった疑問が上がり、また「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」「個人情報の管理は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」のように被災者・患者のためにある程度の情報は必要という意見が大半を占めていた。

#### 4. 考察

東日本大震災におけるこころのケア活動従事者・派遣者によって3つの議題「こころのケアとは何か」、「連携をどのように進めるか」、「情報・ルール・その他」について話し合われたが、抽出された課題をその内容により分類すると、「明確化」「多様性・柔軟性」「体系化」「連携」の4点が求められていると考えられる。すなわち、国、県・市レベルからこころのケア参加者個人レベルに至るまで様々な段階で、上記4つの課題を検討、改善し、今後の活動へとつなげてゆくことが今後の課題といえよう。

##### 1) 明確化

まず、「こころのケア」について、「こころのケアの共通認識を明確にする」「用語の使用と活動における注意点を明らかにする」ことが課題となったが、「ケア」ということばが適切ではないという意見も多くみられること、またこころのケアの定義や概念の捉え方も参加者によってさまざまであったため、今回の話し合いで統一の見解に至ったとはいえない。従って今回は、あくまでも多様な意見を交換し、方向性を見出してゆくための第一段階で

あったと考えられる。しかし、「こころのケアとは何か」と住民に説明を求められた時に、答えに窮したり、人によって説明が大きく異なってしまうことは問題であるため、今後もこころのケア活動の従事者を対象とした研修会、勉強会などを通じ、話し合いを深め、こころのケアチーム内で統一した説明を行えるようにしてゆく必要がある。実際、こうした用語のあいまいさ、わかりにくさは、住民にとって障壁となっているようで、阪神・淡路大震災においても、避難所で精神科医療を行おうとしても誰一人訪れる者がいなかったという事例が報告されている<sup>1)</sup>。今回の東日本大震災においても、「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」「こころのケアチームの看板を掲げてもなかなか話してもらえない」というように、16年という年月が経過しても尚、「こころのケア」に対する壁は厚いことが示される事例が語られている。しかしこれは日本に限ったことではなく、自然災害で生き残った人たちが精神的な支援を求めようとしたがらないということは、多くの国々で報告されていることでもある<sup>2)</sup>。従って、活動従事者がまず、この用語の共通認識を高め、一般住民に対してわかりやすく伝えてゆくことが必要であると考えられる。

「補償の明確化」「身分・医療行為における法的位置づけの明確化」「活動費用負担の明確化」など法的問題の課題に関していえば、こころのケア活動の制度的な位置づけがあいまいであるとか、法的根拠がない、という指摘が多くみられたが、正確な情報が活動従事者に伝えられていない可能性も示唆された。

すなわち、被災県は災害対策基本法第三十条二項<sup>3)</sup>により「都道府県知事等又は市町村長等は、災害応急対策又は災害復旧のため必要があるときは、政令で定めるところにより、内閣総理大臣又は都道府県知事に対し、地方自治法第二百五十二条の十七の規定による職員の出遣についてあつせんを求めることができる。」とされている。そして、災害救助法第三十一条には、「厚生労働大臣は、都道府県知事が行う救助につき、他都道府県知事に対して、応援をなすべきことを指示することができる。」<sup>4)</sup>とあり、これによって各都道府県に応援要請が行われ、被災県にこころのケアチームが派遣されるということになっていた。また、費用についても災害救助法で規定されているが(23条の医療に相当)<sup>4)</sup>。このような法的側面や流れが活動を行っている者に伝えられていたのかどうか、疑問である。ちなみに、災害救助法は岩手県、宮城県、福島県の全市町村、その他7都県113市町村に適用されている<sup>5)</sup>。従ってこのような法的側面に関して、まずは活動従事者に周知・理解されるよう、情報提供を徹底しておく必要があるだろう。

その他詳細な面に関しては、確かに法令に記されているわけではなく、「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」という現場の「先見えなさ」も示されたことから、どのような場合にどのような活動を行ったら良いのか、具体的で明確な指針が必要と考えられる。そして、拠出金・診療費等資金的な側面に関しても、より詳細な情報がこころのケア活動従事者にも伝えられることが望ましいのではないだろうか。



また「診療における費用負担の問題についての検討」では、無料診療の提供が、立ち上がろうとする被災地の病院経営に却ってマイナスな結果をもたらすことも指摘されており、どの時期まで無料診療を継続すべきなのか、具体的な時期をこころのケア活動従事者に伝える必要があるだろう。

そして、「指揮命令系統の明確化」の必要性も非常に多く指摘され、課題となったものがあるが、これが現場での連携をスムーズにした事例もあるため、国・地方自治体レベルで整理、検討し、公開される必要があるであろう。

ちなみに、指揮命令系統ということとは少し離れるが、オーストラリアなどでは、災害時の健康に関する広範囲なガイドラインが作成されており<sup>6)</sup>、どういう部署がどのような役割をもち、どこに位置しているか、精神健康をはじめどのような分野でどのような活躍がなされるべきか、非常に明確に示されている。このように、縦のつながり、横のつながり、全体像が示され、他分野の活動と自身の活動を把握しながら現地に赴くのと、そうしたことを全く知らずに現地に入るのでは、不安感が大きく異なってくると考えられるため、こうした全体像を平時より示しておくことが重要ではないだろうか。

## 2) 多様性・柔軟性

多様性・柔軟性という点においては、「時期や役割に適した活動の検討」「急性期と中長期で異なったアプローチを行う」「“こころのケア”を標榜しない活動を考える」ことが重要課題とされていた。特に多くの参加者は、〈時期・立場によって活動内容が変わることを意識する〉ことが必要だと考えており、実際にこれまでの活動から、〈広範で多様な活動が求められる〉ことは周知されていた。また、“リエゾン医療”“つなぎ医療”が求められていること、自身もそのように活動してきたことが語られており、自らの経験から、多様性・柔軟性をもって活動にあたらうと努めている様子が見えてくる。実際、派遣時期によってこころのケアの活動内容に違いがあることは、新潟県中越地震後の調査によっても明らかになっており、被災後の時期に合わせた柔軟な対応を行うことが必要であることはその際も指摘<sup>7)</sup>されていた。東日本大震災においてこうした柔軟性を重視する考えが、こころのケア活動従事者の中にさらに広く浸透したとみられるが、緊急時でも様々な手続きが必要とされたり、現地に行っていない行政職員は対応が遅いなど、被災地に赴く活動従事者と派遣元の自治体との間では、残念ながらギャップが生じていた。こころのケア活動従事者が、現地の状況に応じた対応を素早く行うために、各自治体にも状況に合わせた柔軟な対応が必要であり、両者のギャップを埋めることもまた、今後検討して行かなくてはならない点であろう。そして、1995年に発生した阪神・淡路大震災の教訓から、災害時の精神保健福祉対策が大きく前進したといえるだろうが、その後に発生した新潟県中越地震において指摘されたこころのケアチーム活動のコーディネーターや支援者のメンタルヘルスの問題<sup>8)</sup>に関しては、今回も解決されないままであった。これらは是非とも改善して行かなくてはならない課題であろう。

また、「電子情報のよりよい活用」「正しい情報の取得・伝達方法の検討」においては、限られた資源の中で活動従事者がいかに情報を得、発信、記録、報告するのに苦慮したかが如実にされており、非常時において個人のレベルでも適応性が求められることが示唆された。しかし、個人レベルでは限界があることから、「国」「地方自治体」レベルの体系化が求められる。以下、具体的な方向性については、次で述べる。

### 3) 体系化

体系化に関しては、上記の課題（明確化、多様性・柔軟性）と重複している部分もあるが、主にルール、体制づくりへのニーズとあってよいであろう。無論これには、国・地方自治体レベルでの対応・改善が不可欠である。先にあげたように、多くの活動従事者が情報の取得・伝達に苦慮し、努力を行ってきたが、時に情報が錯綜したり、被災の全体像が得られず、どこでどのような支援が求められているのか、わからないまま活動していたという声も多かった。したがって、どこでどのような被災者がおり、どこにこころのケアチームへのニーズがあるのか、派遣される地域はどのような状態で、何が足りており、何が不足しているか、といった状況が把握できるよう、県と国が一緒になって正確な情報を共有し、提供しうるシステムの構築が急務である。また、記録をこうしたシステムに一元化し、事務的な作業の軽減も必要である。但し、記録・情報を電子化すべきか、紙ベースで保存するか、については見解の分かれるところでもあった。すなわち、「電子化については電気が使用可能であることが前提」「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」という意見や、「情報を無駄にせず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、コーディネーターにとっても有用」といった意見も聞かれている。したがって、双方の利点を活かして、状況に応じたツールの選択を行うことができるように「柔軟性」を残すことも重要であろう。

また、国レベルでは、「調査上のルール」を平時より進めておく必要があり、倫理的な配慮に欠いた調査が実施されないような対策が求められる。そして「活動記録の統一、記録の所属」を明らかにし、個人情報の取扱いに関して、統一された見解を示すことも必要である。そして、災害対策の中に精神医療を位置づけるなど、災害時に精神保健福祉センターが対応しやすい法的な位置づけというものも、検討されても良いのではないだろうか。そして、支援上のルールもまた、軽視できないものであるといえよう。例えば子どもたちに絵を描かせるといったことは、必ずしも有益な結果をもたらさない。こうした点を鑑みて、行うべき支援、行うべきでない支援というものを、精神科医らの意見も聞きながら、検討し、ボランティアを始めとするさまざまな支援者に広げてゆく必要があるのではないだろうか。

#### 4) 連携

連携に関しては、個人レベルでは様々な職種の間と様々な状況において協働することが求められ、厳しい面もみられた反面、各自アイデアを出し合い、連携に努めていた。こうした個人の体験を生かしながらも、それだけではカバーし切れない点、例えば〈行政間での連携・理解を求める〉という声は是非とも検討しなくてはならない点であり、速やかなところのケア活動の実施のために必要不可欠なことである。さらに多くの参加者がその重要性を述べていたコーディネーターについて、その人材をどのように確保するか、国や県レベルで検討してゆく必要があると考えられる。さらに連携という観点では、今回持ち上がった薬剤師など、より広範囲な専門職との連携も必要とされよう。また前述の支援上のルールの箇所でも述べたが、ボランティア、教師、精神科医など、共通の意識をもって支援にあたらないと、逆効果になってしまう可能性もある。特に、災害時の子どもの精神健康を考える上で、これは非常に重要なことである。大人よりも思春期の子どもの方が PTSD には脆弱であるとも言われており<sup>9-10</sup>、スマトラ島沖地震による津波被害においても、避難が遅れたり、自身や家族の命が危険にさらされたという思いを抱いていたり、激しいパニックや恐怖を体験した子どもほど PTSD 症状やうつ症状がみられたという報告がある<sup>11</sup>。従って、子どもの支援には一層の注意が必要である。

また、阪神・淡路大震災後にも、子どもたちに多くの混乱がみられたというが、実際に診療をうけるケースは少なかったとされ<sup>12</sup>、新潟県中越地震でも、子の保護者がカウンセリングを受けることを拒否するため面接ができないといった報告<sup>13</sup>がみられる。こうした点から、こころのケア活動には、学校、親などとの連携が不可欠ではないかと思われる。災害時には、個人、家族やコミュニティ全体を考慮する心理社会的介入へのマルチレベルのアプローチが必要である<sup>14</sup>ともいわれることから、いかに多くの人と連携を図るか、が今後の活動の1つの鍵となろう。こころのケアを積極的に求めようとしない住民に対しては、アウトリーチの方法を考え、計画してゆくことが重要であるとされており<sup>2</sup>、事実、今回も同様の声が多く聞かれた。しかしながら元々精神医療施設が少ない地域であったり、広域で目が行き届かないなどの地域特有の障壁が存在する場合は、理想通りにはなかなか行かない可能性の方が高いであろう。従って、わが国の精神医療システムにはあまり馴染みのないような、新たな挑戦も期待される。例えば非常時の精神医療に関しては、オーストラリアのニューサウスウェールズ州において、ビデオ会議用の装置を利用し、24 時間体制で精神分野の専門家にアクセスできるようなサービスが提供されており、患者たちの多く(81%)が満足しているという報告<sup>15</sup>もある。このように、限られた資源で広範囲をカバーできるような災害時の精神医療システムの有無も、今後のこころのケアチーム活動のあり方と大きく関わってくるのではないだろうか。

以上、4つの観点から、課題に取り組んでゆくことが早急に求められる。わが国は常に巨大地震発生という危険に対峙しており、そうした事態が発生した場合の精神健康への影

響も懸念される。阪神・淡路大震災では、PTSD と仮設住宅での暮らしによるライフスタイルの変化<sup>16)</sup>、地震に関連したライフイベント<sup>17)</sup>に関連がみられ、新潟県中越地震では、①地震の後、見知らぬ人と夜を明かした、②重大な被害をこうむった、③仮設住宅や親戚宅に身を寄せている、④身体的な病に侵されている、といったことが地震発生 5 か月後の精神的回復を妨げる要因と報告されている<sup>18)</sup>。また、2004 年のスマトラ島沖地震による津波被害をこうむった地域においても、こうした災害後の生活環境の変化と精神健康悪化の関連が報告され<sup>19)</sup>、初期に比べ発生率こそ減少するものの、精神健康度は必ずしも改善しないことが指摘されている<sup>20)</sup>。これらの報告に示されるように、地震の発生が直接・間接的に精神健康に及ぼす影響は計り知れないものであり、特にわが国のように地震の多い国では、その対策が急がれる。今回抽出された課題は、体験を踏まえた上での実践的なものであるため、こうした声を取り入れ、今後のこころのケア活動に最大限に活かしてゆくことが求められる。

## 文献

- 1) Shinfuku, N. Disaster mental health: lessons learned from the Hanshin Awaji earthquake, *World Psychiatry*, 1(3), 158–159, 2002.
- 2) Edited by Joseph O. Prewitt Diaz et.al. *Advances in Disaster Mental Health and Psychological Support*, American Red Cross, India Delegation, 2006.  
[www.emro.who.int/eha/pdf/adv\\_dmh\\_ps\\_2006.pdf](http://www.emro.who.int/eha/pdf/adv_dmh_ps_2006.pdf)
- 3) 総務省. 災害対策基本法（昭和二十二年十月十八日法律第百十八号、最終改正：平成二十三年一二月一四日法律第一二四号）.  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S36/S36HO223.html>
- 4) 総務省. 災害救助法（昭和二十二年十月十八日法律第百十八号、号最終改正：平成二二年一二月三日法律第六五号）.  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO118.html>
- 5) 厚生労働省. 平成23年(2011年)（東日本大震災の被害状況及び対応について(第116報).  
<http://www.mhlw.go.jp/jishin/joukyoutaiou.html>
- 6) Australian Government, Attorney-General's Department. *Australian Emergency Management Handbook Series, Disaster Health Handbook 1*, 2011.  
<http://www.em.gov.au/Publications/Australianemergencymanualseries/Documents/Australian%20Emergency%20Handbook%20-%20Disaster%20Health%20-%20Handbook%201.DOC>
- 7) 中島聡美, 金吉晴, 福島昇, 島田恭子. (2006). 新潟県中越地震における精神保健医療チームの活動の実態—こころのケアチームのアンケート調査から—. *トラウマティック・ストレス*, 4(2), 135-144.
- 8) 福島昇. 新潟県中越地震における被災者支援について. *トラウマティック・ストレス*, 4(2), 105-114, 2006.
- 9) Su, CY, Tsai, KY, Chou, FH, et al. A three-year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic stress disorder in Taiwan Chi-Chi earthquake survivors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(3), 239-248, 2010.
- 10) Maeda, M., Kato, H., Maruoka., T. Adolescent vulnerability to PTSD and effects of community-based intervention: Longitudinal study among adolescent survivors of the Ehime Maru sea accident. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 63(6), 747-53, 2009.
- 11) Thienkrua, W., Cardozo, B.L., Chakkraband, M.L., et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *The Journal of the American Medical Association*, 2, 296(5), 549-559, 2006.
- 12) Nagao, K., Okuyama, M., Miyamoto, S. Treating early mental health and post-traumatic symptoms of children in the Hanshin-Awaji earthquake, *Acta Paediatrica Japonica; Overseas Edition*, 37(6), 745-754, 1995.
- 13) 神村栄一, 藤田悠紀子, 五十嵐透子他. 新潟県中越地震における学校現場での臨床心理

- 士によるこころのケア活動. *トラウマティック・ストレス*, 4(2), 115-125, 2006.
- 14) Silove, D., Steel, Z., Psychol, M. Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services, *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2), 121-125, 2006.
  - 15) Saurman, E., Perkins, D., Roberts, R., et al. Responding to mental health emergencies: implementation of an innovative telehealth service in rural and remote new South Wales, Australia. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), 453-459, 2011.
  - 16) Fukuda, S., Morimoto, K., Mure, K., et al. Posttraumatic stress and change in lifestyle among the Hanshin-Awaji earthquake victims. *Preventive Medicine* 29, 147-151, 1999.
  - 17) Kwon, Y. S., Maruyama, S., Morimoto, K. Life events and posttraumatic stress in Hanshin-Awaji earthquake victims, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 6(2), 97-103, 2001.
  - 18) Kuwabara, H., Shioiri, T., Toyabe, S., et al. Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan: community-based study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 503-507, 2008.
  - 19) Irmansyah, I., Dharmono, S., Maramis, A., et al. Determinants of psychological morbidity in survivors of the earthquake and tsunami in Aceh and Nias. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 8.
  - 20) van Griensven, F., Chakkraband, M. L. S., Thienkrua, W., et al. (2006). Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 296(5), 537-548.