

東日本大震災こころのケア活動に係る意見交換会 事前聞き取り要点

1. 派遣準備

(1) どのような情報を得て派遣時期・派遣場所を設定したか

－時期・期間、派遣場所

- 行政間の要請（県対県）により派遣することで、現地の保健所等との連携がうまくいく。
- こころのケアチームにはロジスティクス担当として事務職員を含めることが重要。

(2) 準備はどのように行ったか

－人員体制（招集方法・人選方法）

- 人選に苦勞（初期の活動機運が盛り上がっているときは良いが、落ち着いてからは民間病院からの派遣が難しい）
- チーム編成は同じ病院内のスタッフで固めると活動がしやすい。

－活動指針

- 災害時のこころのケアマニュアルは詳細を決めるのではなく、現地の状況や被災者ニーズに対応して柔軟に運用できるようなものが望まれる。
- 東日本大震災のような広域災害を考慮したマニュアルが必要である。

2. 現地での活動

(1) 活動内容：時期による変化はあったか。それにどう対応したか

－発災後1～2週間とそれ以降（患者／被災者像、被災者ニーズの変化）

- 岩手県沿岸部はそもそも医療過疎地域であり、メンタルヘルスニーズに応えにくい状況があった。また地元の医療機関・保健師が大きなダメージを負っていた。よって活動は①地元の保健医療システムの立て直しと、②震災に起因するこころの傷に対するケアの2つの側面があった。
- 被災者に対するこころのケアの活動は、ASD、PTSDよりも悲嘆反応、適応障害への対応がメイン。また心のケアに関する正しい情報を伝達することも重要であった。
- 地域の内科、外科等身体科の医師からいかにメンタルヘルスニーズを収集するかが重要である。
- 1か月以内の時期では、身体的なケアが活動の中心となり、そこから傾聴によりニーズを引き出すという形をとった。
「精神科の旗をあえておろして活動する」ことが重要。
- 発災後1か月以降はうつ病やPTSD症例が顕在化。

(2) 活動で工夫した点／苦労した点

－工夫した点・有効であった活動

- 身体科のチーム、保健師、県職員、市保健センター関係者との日次のミーティングが重要。
- 公民館の一角に相談診療スペースを設けた他、小学校の体育館に別室で相談室を設け、そこで複雑困難な事例に対応。
- こころのケアチームのメーリングリスト（派遣元ベース）により、派遣元県担当に状況報告を行うことで、訪問前から現地の状況や資材の状況についてある程度把握可能であった。

－苦労した点・その解決策

- 被災者は異口同音に「大丈夫です」と答える傾向があり、じっくり時間をかけないと、本当のところはなかなか答えてもらえない。
- プライバシーの確保が課題であり、車の中で相談を受ける等せざるを得なかった。
- 不眠不休で働く行政職員や避難所リーダーへのケアが不十分であった。
- 地元への引き継ぎが課題（PTSD の発症リスクが高い人や精神科の専門的フォローが必要な人は地元精神科医療機関に紹介。それ以外の支援が必要な人は保健所にフォローを依頼）。特に地元医師会とは時間がないことから顔合わせがないまま紹介状のみで紹介することとなった。

(3) 連絡・報告体制：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

－対組織（対被災県／対保健所／対派遣元）

－対医療者・チーム（対近隣のこころのケアチーム／対地元精神科医／内科医／外科医／地元保健師・精神保健福祉士等）

- 基本的には派遣先の書式を利用していた。
- 他のこころのケアチームとのミーティングは日次で行われていたが、身体科のチームとのミーティングが行われていなかった点が課題である。

3. 次の災害に向けて必要な準備

－共通カルテの作成

- 統一書式があると便利ではあるが、標準化はフェイスシートにとどめ、それ以外は自由に記載できる方がよいのではないか。
- 情報化（電子化）を進めていくことが必要と思われる。

－個人レベルでの準備（講習受講等）

- 民間ボランティアも含めて心のケアに関するコンセプトの共通理解、意識合わせが重

要。

ー組織レベルでの準備／事前に設置したところのケアチームとしての準備（机上演習等）

- DMAT と同種の事前の連絡調整機関が必要。

ー全国レベルで準備すべきこと（派遣チームの調整方法等）

4. 研究調査のあり方

（1）現地調査のあり方

ー被災者の負担にならない形での研究調査のあり方

- 研究者が被災地にはいるためのルール作り（必ず県を通す等）が必要（まずは支援者からの聞き取り調査で代替するのが良いのではないか）。
- 地域の保健師の活動を妨げないこと、被災者の負担にならないことが重要。

（2）活動記録等に基づく研究（行政データの2次利用による研究）

ー活動記録の統一の必要性

- 活動記録については統一（均てん化）が必要。
- 診断名コードを ICD とするか DSM とするかも要検討。

ー研究に役立つ活動記録のあり方

- 研究に活用するには活動記録が誰のものかをはっきりさせる必要がある。

5. メディア対応のあり方

ーメディアとのつきあい方／メディア対応における課題

ー統一窓口の必要性等

- 必ず都道府県を通して取材を受けるか、統一窓口を設けてそこがすべてに答えることが必要（人によって言うことが変わらないようにするため）。
- 一方で日頃からプレゼンテーション能力を高め、良好なリスクコミュニケーションを行うことも必要とされる。

6. その他

- こころのケアチームを医療救護と同様に災害対策基本法、災害救助法に位置づけることが求められる（民間病院職員派遣の際の事故への対応等）

ディスカッションテーマについて

<こころのケアについての概念・コンセプトの共通認識、現地での活動>

- ・「こころのケア」とは何か（統合失調症等既に精神科疾患を持っている方への対応、一般の被災者の悲嘆反応等への対応、ASD・PTSDへの対応、生活支援・・・）
- ・派遣されたチームは「こころのケア」として何をすべきか
 - ー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）
 - ーどのように身体科チームの空き時間を確保してメンタル面での健康診査等を実施すべきか

<チームの中でのコメディカルの役割>

- ・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。

<連携体制>

- ・身体科チームと精神科チームの連携の必要性
- ・官民連携、日赤チームとの連携等
- ・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

<心のケアチームの受け入れ・派遣調整のあり方>

- ・どのように効率的に被災地に配置するか（どのように空き時間を確保してメンタル面での健康診査等を実施すべきか。1ヶ所に複数のチームが派遣され、現地で非効率に時間が過ぎること等がないような活動方針や配置等はどのようにあるべきか）

<自治体職員・消防隊への災害時こころのケアの周知・啓発>

- ・ファーストコンタクトを行う自治体職員・消防隊に対する心のケアの周知・啓発について

<情報>

- ・ケーススタディーの情報の共有化が望ましいがどうすべきか
- ・正しい情報の伝え方の習得（トレーニングの必要性、情報伝達のスキル、他者への指導のあり方など）が必要ではないか
- ・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）が必要

<次の派遣に向けた準備の検討事項>

- ・現地での支援者の支援のあり方について—災害対策基本法、災害救助法に位置付けられていないという問題をどうするか（D-MAT ならぬ P-MAT のように、活動の根拠を明確にし、トラブルに備えるべき）

<記録や診断の統一・調査ルールについて>

- ・調査には県を通すなどのルールが求められるのではないか（国レベルでの調査全体のグランドデザインも必要では？）
- ・用語、診断の統一はどうすべきか（ICD vs DSM など）
- ・カルテはどうすべきか（フォーマット化する部分と自由記載要、災害時電子カルテ・情報システムなどの導入が望ましい、急性期、慢性期と患者ニーズは異なるため、相談記録票のようなものが望ましい、ボリュームを最低限にすることが望ましい、国レベルでの共通カルテが有用ではないか、など）。
- ・活動記録を統一する、記録の所属を決める必要があるのではないか