

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究

平成29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡 路子

平成 30 年（2018 年）3 月

## 目 次

・ 総括研究報告	
災害派遣精神医療チーム（ <b>DPAT</b> ）の機能強化に関する研究 -----	<b>1</b>
研究代表者 渡 路子	
・ 分担研究報告	
<b>1.</b> 過去4災害の <b>DPAT</b> 活動の分析研究 -----	<b>7</b>
分担研究者 太刀川 弘和	
<b>2.</b> 熊本地震 <b>DPAT</b> 隊員へのアンケート分析 -----	<b>17</b>
分担研究者 大鶴 卓	
<b>3.</b> <b>DPAT</b> と地域精神保健医療機関の連携体制の検討 -----	<b>27</b>
分担研究者 山口 喜久雄	
<b>4.</b> 「支援者支援マニュアル作成」に関する研究 -----	<b>33</b>
分担研究者 丸山 嘉一	
<b>5.</b> 精神科病院における災害拠点病院機能の検討 -----	<b>41</b>
分担代表者 渡 路子	
<b>6.</b> <b>DPAT</b> 活動に必要な情報支援ツールの実用化 -----	<b>53</b>
分担研究者 久保 達彦	
<b>7.</b> 「 <b>DPAT</b> 活動マニュアルの改訂」に関する研究 -----	<b>59</b>
分担研究者 来住 由樹	
・ 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	<b>63</b>

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」

総括研究報告書

研究代表者 渡 路子

DPAT 事務局

## 研究要旨

DPAT の設立に伴い、災害時の精神科医療体制は着実に定着しつつあるが、その経時的な評価や、DPAT と既存の地域精神保健体制との連携の議論はなされていない。また、それに基づく政策へのフィードバックも着手されていない。

本研究班は、超急性期から中長期にかけての連続性のある支援体制や、医療と保健などの幅広い分野との連携を目的に、過去の災害での DPAT 活動の実態を検証し、エビデンスに基づいた DPAT 活動手法の開発を行うとともに、国・自治体および関係機関における現状を踏まえた災害時の精神科医療体制に対する提言を行う。

本研究の成果は以下 3 点とする。

1. 「DPAT 活動マニュアル」の改訂に資するエビデンスの構築
2. DPAT 活動の実態に即した情報支援ツールの実用化
3. DPAT 活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや各機関のフェイズごとの役割と連携のあり方を明確化し、DPAT 活動マニュアルに反映、DPAT 研修で周知

今年度の研究計画・方法・結果は以下の通りである。

DMHISS に蓄積されている個票データから 1) 被災者の精神症状、精神科診断、2) 被災地で実施した個別対応の特性を分析し、DPAT 活動に即した個票データセットを開発した。熊本地震で活動した DPAT 隊員へのアンケート調査の結果を解析し、DPAT 活動の課題を解決するための対策を提示した。また、熊本県における中長期の活動を検証し、超急性期から中長期への連続した災害精神保健医療体制を検討した。一方、医療と心理社会的支援の連携については日赤こころのケアチームとの連携モデルを検証した上で、支援者支援に関するマニュアル作成を進めた。さらに、全自治体に対し、災害時の精神科医療体制の現状を調査し、平成 30 年度より医療計画に盛り込まれた災害拠点病院機能の現状を分析した。上記の結果を踏まえ、本研究班として、現行の DPAT 活動マニュアルの改訂案と、DPAT 活動に必要な情報支援システムの実用案を提示した。

この結果を踏まえ、平成 30 年 3 月末に厚生労働省による DPAT 活動要領の改訂、および DPAT 事務局による DPAT 活動マニュアルの改定が行われた。また、同年 4 月には DPAT が活用する情報支援システム J - SPEED の運用が開始された。

#### 研究分担者氏名

太刀川弘和

筑波大学 医学医療系臨床医学域精神  
医学 准教授

大鶴 卓

国立病院機構 琉球病院 副院長

山口喜久雄

熊本県精神保健福祉センター 所長

丸山嘉一

日本赤十字社医療センター

国際医療救護部・国内医療救護部 部長

久保達彦

産業医科大学医学部公衆衛生学 准教授

来住由樹

岡山県精神科医療センター 院長

の検討から得られた知見を元に支援の実際を検討し、実際にマニュアルを作成・配布する上での問題整理、項目整理を目標とした。

【渡班】全自治体に対し、災害時の精神科医療体制の現状を調査することで、災害時における精神科医療資源の評価および **DPAT** と災害拠点精神科病院の体制整備に係る基礎資料とすることを目的とした。

【久保班】**DHMISS** の課題を克服する情報支援ツールを同定し **DPAT** に実装することを目的として検討を実施した。

【来住班】**DPAT** 体制整備以降における **DPAT** 活動の課題と、**DPAT** 体制整備以前の知見を反映させた **DPAT** 活動マニュアル改定項目を提言することを目的とした。

#### A. 研究目的

【太刀川班】過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）における **DPAT** 活動のうち、症状・診断・対応を評価することを目的に、**DMHISS** の個票データセットを分析した。

【大鶴班】熊本地震は **DPAT** が全国規模で派遣された初めての活動であった。本分担研究班では熊本地震で活動した **DPAT** 隊員のアンケート結果を分析することで、**DPAT** 活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや関係する機関のフェイズごとの役割と連携のあり方を明確化することを目的とした。

【山口班】平成28年4月の熊本地震における、**DPAT** と地域精神保健医療機関との連携を検証し、超急性期から中長期への連続した災害精神保健医療体制を検討した。

【丸山班】支援者支援の目的、定義、対象を明らかにした上で、平成28年度本研究班

#### B. 研究方法

【太刀川班】個票データの備考欄を参照して不備を修正するとともに、個別対応をカテゴリー化して、最終的な4災害のデータセットを確定した。同時に同データセットを分析し、1)被災者の精神症状、精神科診断、2)被災地で実施した個別対応の特性を分析した。

【大鶴班】**DPAT** 活動の際に困ったこと of 自由記載（派遣前、活動中、派遣後）を3職種に分け、災害医療対応の原則（**CSCATTT**）・**DPAT** 活動の3原則（**3S**）・他に分類・解析し、課題を抽出した。

【山口班】熊本地震で災害時精神保健に携わった保健師に対して、熊本地震 **DPAT** 活動に関するヒアリングを実施すると共に、**L-DPAT** の活動を立ち上げから、熊本こころのケアセンターへの移行までを、活動実績を元に検証した。また、**DMHISS** データ

より熊本地震における圏域ごとの相談件数から精神医療ニーズの収束時期を検証した。

【丸山班】マニュアル作成に向けて支援者支援の目的、定義、対象を明確にするとともに、情報共有、役割分担、補償等の支援に係る具体的検討が必要であると考えられた。

【渡班】全 67 都道府県・政令指定都市担当課および管下の精神科病院を対象とし、当該都道府県等の災害拠点病院における精神科医療機能調査と精神科病院における災害拠点病院機能調査を行った。

【久保班】**J-SPEED** については電子システムの採用前に実施すべき環境整備として、まず精神保健医療版 **J-SPEED** の紙様式を開発し、**J-SPEED** の提唱母体である「災害時に診療録のあり方に関する合同委員会」による採択を得た。

【来住班】被災都道府県等の精神保健福祉センター長等対し、現行の **DPAT** 活動マニュアルの改善点についてヒアリングを実施した。また、他の分担研究班の結果から **DPAT** 体制整備後の **DPAT** 活動の課題をまとめ、**DPAT** 活動マニュアルの改定内容の提言を行った。

## C. 研究結果

【太刀川班】1) 症状・診断について：精神症状は、不安・不眠・気分・情動・身体症状が、頻度の多い中核症状であった。精神疾患の診断者のうち約 3-7 割は、既往診断のない新規ケースであった。診断別には、ストレス関連障害が著増する一方で、問題行動は主に統合失調症圏、器質性精神障害圏によって生じており、既存障害への対応も重要であることが確認された。継続ケー

スは全支援者の約 1 割だが、死亡が多い災害では 3 割に達した。幻覚・妄想、問題行動、てんかん症状は継続ケースが多かった。2) 個別対応について：東日本大震災と熊本地震では、対応事例の症状経過が類似していたが、処方例は減少していた。4 災害をあわせて、対応は傾聴・助言・診断・受診勧奨・つなぎが多かった。相談ニーズは発災 2 週間後までに最大となり、急性期支援は重要であることが確認された。過去に心のケアが行われた災害も加えると、支援期間は局所災害で 1 か月であり、広域災害でも避難者数から活動終結の目安が推測できる可能性が示唆された。

【大鶴班】熊本地震 **DPAT** 活動の派遣前・活動中・派遣後に困ったことを分類・解析した結果、3 職種でその結果は大きな違いがなかった。**DPAT** 活動の課題を解決するための対策は、**DPAT** 活動マニュアル改定、全国及び各自治体の研修・訓練のさらなる充実、災害時支援システムの整備、報告書等の様式統一、**DPAT** 間および他団体との連携・情報共有の強化、派遣元の準備・支援体制の強化にまとめることができた。

【山口班】熊本県における中長期の活動を検証し、発災後 2 か月から、精神保健医療分野でのニーズは減少していくため、フレキシブルに動くことができる地域の医療機関中心の **L-DPAT** から市町村・保健所へのつなぎが重要であり、熊本県精神保健福祉センターとその主管課である障がい者支援課が主体となってその役割を担っていることがわかった。

【丸山班】昨年度の事例検討を受けて支援者支援の定義等を明らかにし、支援の実際を検討した。これらを元にマニュアルの概

要・骨子を定め、日本集団災害学会や本研究他班との調整を行った。

【渡班】今回得られた全災害拠点病院の27%が精神病床を有しているが、総数は全精神病床の3%しかなく、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことがわかった。また、今回得られた精神科病院の災害時入院患者受入可能合計数から、南海トラフ地震の際には自ブロックのみでの受入は不可能であり、**DPAT**の派遣機能18%に留まっていることから、大量患者の一時避難を含む広域搬送と**DPAT**体制整備を両輪で進める必要性が明らかになった。

【久保班】精神科医療機関マップについて、病院ごとの震度を地図上に表示するシステムを開発し、2017年9月より**DPAT**事務局ホームページでの配信を開始した。また、**DMHISS**更新としては、太刀川分担班が開発した精神保健医療版の災害診療記録及び**J-SPEED**を「災害時の診療録のあり方に関する合同委員会」に提案し、我が国の標準様式としての採択を得るとともに、同様式を収載する**J-SPEED**電子システムを**DPAT**が地域支援時に活用するシステムとして採用することが決定した。

【来住班】ヒアリングと他の分担研究班の結果から現行の**DPAT**活動マニュアルの改定項目を抽出した。各分担研究班から挙げられた課題には、現行の**DPAT**活動マニュアルに記載されてあるものも多くあったことから、マニュアルは作成するだけでなく、研修等を用いて周知を行うことが重要であることが再認識された。また、災害時に必要となる**DPAT**活動は、災害の状況や被災地域の精神保健医療の状況を踏まえる

必要があることから、各都道府県等は被災時に備え、被災地域の状況を鑑みながら判断できる医師等を任命しておく等、受援体制を準備しておく必要があると考えられた。

## D. 考察

**DMHISS**に蓄積されている過去の**DPAT**活動実績を分析し、精神症状は、不安・不眠・気分・情動・身体症状が、頻度の多い中核症状であること、一方で問題行動は主に統合失調症圏、器質性精神障害圏によって生じており、既存障害への対応も重要であることが確認された。さらにこれまでの災害での相談ニーズは発災2週間後までに最大となるため、急性期支援は重要であることが確認された。これを踏まえ、**DPAT**活動に即した個票データセットを開発した。熊本地震で活動した**DPAT**隊員へのアンケート調査では、報告書等の様式統一、**DPAT**間および他団体との連携・情報共有の手法、派遣元の準備・支援体制の強化等の課題を抽出、**DPAT**活動マニュアルの具体的な改定項目案を提示した。また、熊本県における中長期の活動を検証し、発災後2か月から、精神保健医療分野でのニーズは減少していくため、フレキシブルに動くことができる地域の医療機関中心の**L-DPAT**から市町村・保健所へのつながりが重要であり、熊本県精神保健福祉センターとその主管課である障がい者支援課が主体となってその役割を担っていることがわかった。一方、医療と心理社会的支援の連携については日赤こころのケアチームとの連携モデルを検証した上で、支援者支援に関するマニュアル作成を進めた。また、平成30年度医療計画に盛り込まれた災害拠点精神科病院機能の

現状を分析したところ、既存の災害拠点病院にある精神病床は全精神病床の**3%**しかなく、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことが明らかであった。さらに既存の精神科病院における災害時入院患者受入可能数からは、南海トラフ地震の際には自ブロックのみでの受入は不可能であること、さらに**DPAT**の派遣機能を有する病院が**18%**に留まっていることから、大量患者の一時避難を含む広域搬送と**DPAT**体制整備の更なる必要性が示唆された。上記の結果を踏まえ、本研究班として、現行の**DPAT**活動マニュアルの改訂案と、**DPAT**活動に必要な情報支援システムの実用案を提示した。

## E. 結論

今年度の結果を踏まえ、平成**30**年**3**月末に厚生労働省による**DPAT**活動要領の改訂、および**DPAT**事務局による**DPAT**活動マニュアルの改定が行われた。また、同年**4**月には**DPAT**が活用する情報支援システム**J-SPEED**の運用が開始された。

## F. 研究発表

### 【太刀川班】

1. 福生泰久, 太刀川弘和, 高木善史, 高橋晶, 新井哲明, 渡路子: 被災地における精神科医療チーム活動の比較検討～東日本大震災こころのケアチームと熊本地震**DPAT**～. 第**25**回日本精神科救急学会, 金沢, **2017.11.2-3**
2. 高橋 晶, 太刀川弘和, 福生泰久, 高木善史, 新井哲明, 渡 路子: **DPAT**活動における派遣数のピークと予後予測について. 第**25**回日本精神科救急学会, 金沢, **2017.11.2-3**

3. 太刀川弘和, 高橋 晶, 福生泰久, 高木善史, 新井哲明, 渡 路子: **DPAT**活動における災害急性期の精神症状の特徴-過去**4**災害の**DMHISS**データから-. 第**25**回日本精神科救急学会, 金沢, **2017.11.2-3**

4. 高橋 晶: 最近の災害精神医学の動向について. シンポジウム「被災地と精神医療 - これまでとこれから - », 第**30**回総合病院精神医学会, 富山, **2017.11.17**.

### 【大鶴班】

1. 知花浩也, 高江洲 慶, 吉田 航, 小見めぐみ, 小菅清香, 大鶴卓, 渡 路子: 平成**28**年熊本地震における**DPAT**隊員へのアンケート調査 - **DPAT**研修の有効性について -. 第**25**回日本精神科救急学会学術総会, 金沢, **2017.11.3**

2. 知花浩也, 高江洲 慶, 高尾 碧, 奥浜伸一, 吉田 航, 小見めぐみ, 小菅清香, 大鶴 卓, 渡 路子: 平成**28**年熊本地震における**DPAT**隊員へのアンケート調査結果報告 - **DPAT**活動における課題抽出と今後の展望 -. 第**25**回日本精神科救急学会学術総会, 金沢, **2017.11.3**

3. 石田正人, 奥浜伸一, 吉岡美智子, 小菅清香, 大鶴 卓, 知花浩也, 吉田 航, 小見めぐみ, 渡 路子: 平成**28**年度熊本地震から見えてきた**DPAT**の看護師の役割 (第**2**報). 第**25**回日本精神科救急学会学術総会, 金沢, **2017.11.3**

### 【山口班】

(文献)

1. 山口喜久雄: 熊本地震から一年を振り返って. 東京都こころの健康だより **119**: **6-7**, **2017**

2. 山口喜久雄: **DPAT**の受け入れと災害時のこころのケア支援. 公衆衛生情報 **5**:

**14-15, 2017**

**3.山口喜久雄:** 熊本県精神保健福祉センターの動き. 連盟だより (日本精神保健福祉連盟) **60: 3, 2017**

(講演)

**1.山口喜久雄:** 熊本地震における **DPAT** 活動. 第 **112** 回日本精神神経学会, 幕張メッセ, 千葉, **6月2日, 2016**

**2.山口喜久雄:** 熊本地震における **DPAT** 活動. 平成 **28** 年度全国精神保健福祉センター長会総会, アジュール竹芝, 東京, **7月15日, 2016**

**3.山口喜久雄:** 熊本地震の経験から. **PTSD** 対策専門研修大規模災害対策コース (平成 **28** 年度こころの健康作り対策事業), 国立精神・神経医療研究センター, 東京, **2月14日, 2017**

**4.山口喜久雄:** 熊本地震での経験:**DPAT** の導入をふまえて. 災害に係るこころのケア支援研修 (災害等におけるストレス関連疾患対策情報支援センター事業), 国立精神・神経医療研究センター, 東京, **10月19日, 2017**

【丸山班】なし

【渡班】

(講演)

**1) 渡 路子:** 災害支援報告会. 第 **25** 回日本精神科救急学会学術総会, 金沢ニューグランドホテル, 石川県, **11月3日, 2017**

**2) 渡 路子:** **DPAT** の活動と精神科における災害拠点病院機能について. 第 **70** 回九州精神神経学会・第 **63** 回九州精神医療学会, **JA AZM** ホール, 宮崎県, **1月26日, 2018**

**3) 渡 路子:** これからの災害支援. 第 **37** 回日本社会精神医学会, 京都テルサ, 京都府, **3月1日, 2018**

【久保班】久保達彦: 災害時診療概況報告システム **J-SPEED** の運用が被災地行政官の健康に寄与するメカニズム 労働の科学. **72(3) P132-136. 2017.**

【来住班】なし

**G. 知的財産権の出願・登録状況**

なし



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 過去4災害のDPAT活動の分析研究

研究分担者	太刀川弘和	筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学	准教授
研究協力者	高橋 晶	筑波大学医学医療系災害・地域精神医学	准教授
研究協力者	福生泰久	神奈川県立精神医療センター	医長
研究協力者	高木善史	日本福祉大学福祉経営学部	助教
研究協力者	新井哲明	筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学	教授

### 研究要旨

（目的）過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）におけるDPAT活動のうち、症状・診断・対応を評価することを目的に、DMHISSの個票データセットを分析した。

（方法）個票データの備考欄を参照して不備を修正するとともに、個別対応をカテゴリー化して、最終的な4災害のデータセットを確定した。同時に同データセットを分析し、1）被災者の精神症状、精神科診断、2）被災地で実施した個別対応の特性を分析した。

（結果）1）症状・診断について：精神症状は、不安・不眠・気分・情動・身体症状が、頻度の多い中核症状であった。精神疾患の診断者のうち約3-7割は、既往診断のない新規ケースであった。診断別には、ストレス関連障害が著増する一方で、問題行動は主に統合失調症圏、器質性精神障害圏によって生じており、既存障害への対応も重要であることが確認された。継続ケースは全支援者の約1割だが、死亡が多い災害では3割に達した。幻覚・妄想、問題行動、てんかん症状は継続ケースが多かった。2）個別対応について：東日本大震災と熊本地震では、対応事例の症状経過が類似していたが、処方例は減少していた。4災害をあわせて、対応は傾聴・助言・診断・受診勧奨・つながりが多かった。相談ニーズは発災2週間後までに最大となり、急性期支援は重要であることが確認された。過去に心のケアが行われた災害も加えると、支援期間は局所災害で1か月であり、広域災害でも避難者数から活動終結の目安が推測できる可能性が示唆された。

（結論）今年度の解析により、災害後急性期の症状・診断、対応の特性を得ることができた。成果は、DPATマニュアルの改訂、DPAT災害精神支援カルテ作成に寄与し、今後活用される予定である。

### A．研究目的

DPAT が活動を行った過去の4災害（御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震）におけるDPAT活動のうち、症状・診断・個別対応を評価することを目的に、DMHISSの個票データセットを分析する。

### B．研究方法

（対象）DPAT が活動を実施した2016年12月現在までの4災害について、災害時精神保健医療情報支援システム（Disaster mental health information support system: DMHISS）に蓄積された個票データである。前年度作成したデータセットは、

備考欄に記載があるにも関わらず、症状・診断に記載漏れが多く、さらに個別対応の記載欄は個票になかった。このため、今年度は次の方法で解析を実施した。

(方法) 研究班で毎月班会議を実施して研究方針を決定の上、以下の手順で研究を実施した。

データセットを全て見直し、備考欄、生活歴を参照して、症状、診断をカウントし直すデータのデバッグを行った。備考欄から、個別対応を抽出し、KJ法を用いて対応類型をカテゴリー化した後、ケースごとの主な対応を生成したカテゴリーに沿ってカウントした。得られたデータセットを用いて、症状、診断の詳細分析、TTTの分類集計、東日本大震災と熊本地震との比較、継続相談事例の特性分析、相談件数の時系列分析を実施した。

の結果を踏まえて、DPAT - MDS案を作成した。

の結果を踏まえて、DPATの活動期間の指標を検討した。

(倫理面への配慮) 解析には連結不可能匿名化された集計データを用いた。また本研究は日本精神科病院協会倫理委員会にて承認されている。

## C. 研究結果

### 1. 4 災害の症状比率の比較 (図 1)

13の大症状分類のうち、御嶽山噴火では、不安症状、気分・情動症状の比率が高かった。広島土砂災害では、睡眠障害、気分・情動症状、不安症状の比率が高かった。常総水害では、身体症状、睡眠の問題、不安症状の比率が高かった。熊本地震では、不安症状、睡眠の問題、身体症状、気分・情動の症状の比率が高かった。4災害を通して、身体症状、睡眠の問題、不安症状、気分・情動症状が多く、これらが災害後の中核的な精神症状と考えられた。幻覚・妄想

症状、行動上の問題は、常総水害、熊本地震の二つの大規模災害で出現していた。

### 2. 4 災害の災害前後の診断者数比較 (図 2)

DPATが診察した中で、災害別に既往診断者数と災害支援時の診断者数(延べ件数)を比較したところ、御嶽山では1件が3件に、広島では26件が43件に、常総では71件が113件に、熊本では775件が1006件にそれぞれ診断件数が増加していた。すなわち、精神疾患の診断者のうち約3-7割は、既往診断のない新規ケースであった。診断別にはF4(ストレス関連障害圏)が災害前に比し、災害後2-8倍に著増していた。

### 3. 診断と症状の関係 (表 1)

4災害を合算し、診断と症状のクロス表を作成して、関係を検討した。身体症状、睡眠の問題、不安症状、気分・情動の症状の4つの頻発・中核症状は主にF3(気分障害圏)、F4(神経症圏)で出現していた。一方、問題行動はF2(統合失調症圏)、F0(認知症・器質性精神病圏)で出現していた。

### 4. 継続ケースの特性 (表 2、表 3)

継続相談が必要であったケースは、御嶽山が3人(33.3%)、広島が21人(31.3%)、常総が12人(9.8%)、熊本が171人(9.4%)であった。継続回数は平均2-2.7回であったが、最大12回の継続支援を要したケースもあった。

新規ケースと継続ケースで症状の出現比率を比較すると、睡眠の問題、気分・情動に関する症状、幻覚・妄想症状、行動上の問題、てんかん・けいれん発作が継続ケースに有意に多かった。

### 5. 東日本大震災と熊本地震の比較

両震災の類似点：性別は、両震災とも相談者の約6~7割が女性であった。年齢別には、思春期~成人が約5割、高齢者が約3~4割、小児が1割であった。症状別には、不安(約2.5割)、不眠(2~3割)、気分・

情動（1.5～2割）、身体症状（約2割）であった。診断別には、F4が約5割、F2、F3が約2割であった。

両震災の相違点：相談件数における処方箋発行件数の割合は、東日本大震災が約3割だが、熊本地震においては約1割弱と少なかった。処方箋の発行期間は、熊本地震で、発災後約1か月弱と短かった。

## 6．個別対応の種類と頻度（表4）

KJ法でカテゴリー化した個別対応は、助言、経過観察、傾聴、診断、精神科受診勧奨、身体科受診勧奨、精神科入院、身体診察、身体処置、処方、心理教育、服薬指導、家族への指導、生活指導、支援者支援、病院支援、自宅訪問、保健師等へのつなぎ、DMAT等他チームへのつなぎ、避難所の環境調整の計20種類であった。このうち、御嶽山では傾聴、生活指導、支援者支援、広島では診断、精神科受診勧奨、傾聴、家族への指導、常総では経過観察、傾聴、診断、処方、熊本では傾聴、保健師へのつなぎ、助言の対応件数が多かった。

## 7．相談件数の時系列推移（図3）

相談件数を発災後週単位で集計し、その時系列推移を分析したところ、御嶽山、広島、常総は発災1週間後、熊本は2週間後に相談件数がピークとなっていた。また相談件数が0件になったのは、御嶽山が2週間後、広島が5週後、常総が6週後、熊本が11週後であった。

## 8．最大避難者数と支援活動日数の相関（図4）

DPATが活動した4災害に、佐用町水害、新潟中越地震、阪神淡路大震災、東日本大震災の5災害を加え、最大避難者数と支援活動日数を散布図でプロットしたところ、約30日を切片として、避難者数が多いほど精神支援活動の活動期間が長くなり、避難者数をX、活動期間日数をY、係数をaとして、 $Y = aX + 30$ の近似一次直線を引くことができた。

## 9．DMHISSから災害支援カルテへの変更案作成（図5）

分析の過程で、DMHISSの問題点として、地震以外の災害に対応していない、PTSDなどに詳しく、認知症等の症状項目なし、記載項目が多く煩雑、支援内容記載項目が備考しかない、などが明らかとなった。そこでWHOが使用中の災害カルテであるMDSを参照し、今回見出した中核症状などから避難所トリアージ項目を作成し、DPAT診療記録（個票）案を作成した。

## D．考察

### 1．災害による精神症状と診断の特性

4災害の検討により、災害後の中核的な精神症状は、身体症状、睡眠の問題、不安症状、気分・情動症状であることがわかった。大規模災害では幻覚・妄想・行動上の問題が出現し、これらは主に統合失調症と認知症に起因していた。また、どの災害でも精神疾患は災害前後で1.5～3倍に増加することがわかった。

従来報告は、災害後に住民調査を行って、災害後の精神障害として急性ストレス障害、外傷後ストレス障害、うつ病に焦点を当てるものがほとんどである。今回の知見は、従来報告に比して幅広い中核症状が出現し、それらはPTSDとうつ病に限るものではないこと、幻覚妄想や問題行動など精神医学的対応が必要な症状・診断を含めて災害早期から災害前の数倍に発生することを示した点に新規性がある。

この知見は、いわゆる「こころのケア」といった精神保健的対応を超えて、急性期精神医療としてのDPATの重要性を確認するものである。また、今回の知見を参照して、避難所トリアージ項目を作成し、新たに災害精神支援カルテを作成することができた。今後のDPAT活動に使用され、指揮運用面においても、個別支援対応面においても有効に活用されることが望まれる。

一方、継続ケースも1から3割存在し、これらは新規単発ケースと症状が異なることから、今後支援方法等について申し送りの強化などの検討を要すると考える。

## 2. DPAT 活動における個別対応 (TTT)

今回の検討により、東日本大震災に比して、熊本地震では処方箋発行数が著名に減少していることがわかった。また、DPAT が被災者に行う主な対応は傾聴・助言・診断・受診勧奨・つなぎであることがわかった。処方箋が減少したことは、DPAT の組織的活動によって不要な処方を抑制できたものと評価できる。また、従来報告では不明確であった個別対応の類型を明確化できたことから、今後の研修で個別の支援・対応を充実させることができよう。

## 3. DPAT の活動期間と終結指標

時系列分析の結果、どの災害も1~2週がピークであったことから、DPAT の戦力最大投入時期は発災直後から2週間であることが明らかとなった。また、支援活動期間は避難者数に比例し、局所災害で約1か月、広域災害で  $Y = aX + 30$  日で推定できることがわかった。これにより、DPAT 活動の終結時期の推定指標を作成するという、本分担研究班の当初目的は達成できたと考える。他の災害医療支援活動も含めて活動終結時期を推定する客観的指標は見当たらず、今回の知見は災害時医療資源の配分戦略に大きく寄与すると期待される。

## 4. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は主にサンプルバイアスにある。4災害の支援件数は大きく異なり、熊本地震が圧倒的に多い。したがって、4災害を並列に論じることには慎重でなければならない。また DMHISS データセットは、すでに指摘したように個別対応の集計欄がなく、活動班によって症状、診断など重要項目がきちんと入力されていない。したがって、本研究は、データセットのデバッグに大きな労力を割いたが、なお改善の余地

があり、結果の解釈に慎重さを要する。今後新たに作成された DPAT 災害支援カルテの運用について、正確な入力を研修で徹底するとともに、より多くの災害で用いてデータが集積することによって、新たな知見が得られるだろう。

また、活動終結指標の作成に用いた災害は7サンプルに過ぎず、推定精度が高いとはいえない。阪神淡路大震災以降災害精神支援活動が行われた他の災害についても活動期間を調査し、できるだけサンプルを増やして推測精度をあげる必要がある。これは、次年度研究の課題である。

## E. 結論

1. 過去の4災害(御嶽山噴火、広島水害、常総水害、熊本地震)の DPAT 活動を評価することを目的に、DMHISS に蓄積されている個票データを分析した。

2. 災害後の症状・診断について、中核症状、頻度の高い診断、問題行動にかかわる診断、継続ケースの特性を見出した。

3. 頻出症状・診断からトリアージ項目を抽出して、DPAT 災害支援カルテ案を作成した。

4. 個別対応について、頻度の高い対応類型を見出した。

5. 相談ニーズは発災2週間後までに最大となり、支援期間は局所災害で1か月であり、広域災害でも避難者数から活動終結の目安が推測できることを見出した。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表

1. 福生泰久, 太刀川弘和, 高木善史, 高橋晶, 新井哲明, 渡路子: 被災地における精神科医療チーム活動の比較検討~東日本大震災こころのケアチームと熊本地震 D

PAT～ . 第 25 回日本精神科救急学会 , 金  
沢, 2017. 11. 2-3

2. 高橋 晶, 太刀川弘和, 福生泰久, 高  
木善史, 新井哲明, 渡 路子: DPAT 活動  
における派遣数のピークと予後予測に  
ついて. 第 25 回日本精神科救急学会 ,  
金沢, 2017. 11. 2-3
3. 太刀川弘和, 高橋 晶, 福生泰久, 高木  
善史, 新井哲明, 渡 路子: DPAT 活動  
における災害急性期の精神症状の特徴-  
過去 4 災害の DMHISS データから-. 第 2  
5 回日本精神科救急学会, 金沢, 2017. 1  
1. 2-3
4. 高橋 晶: 最近の災害精神医学の動向に  
ついて. シンポジウム「被災地と精神医  
療 - これまでとこれから - 」, 第 30 回  
総合病院精神医学会, 富山, 2017. 11. 17.

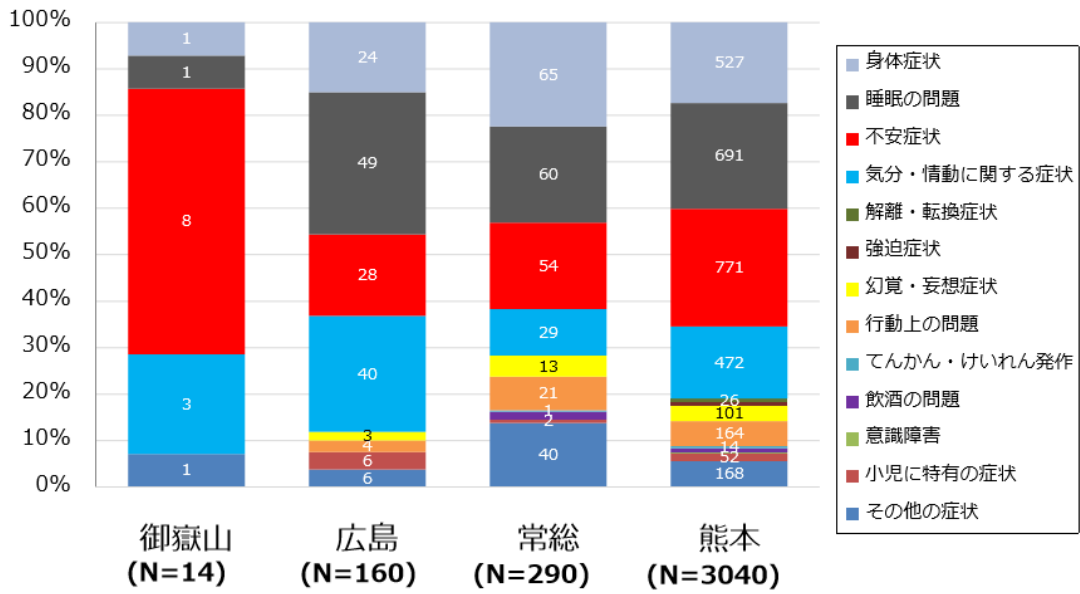
#### **G . 知的財産権の出願・登録状況（予定を 含む）**

1 . 特許取得  
なし

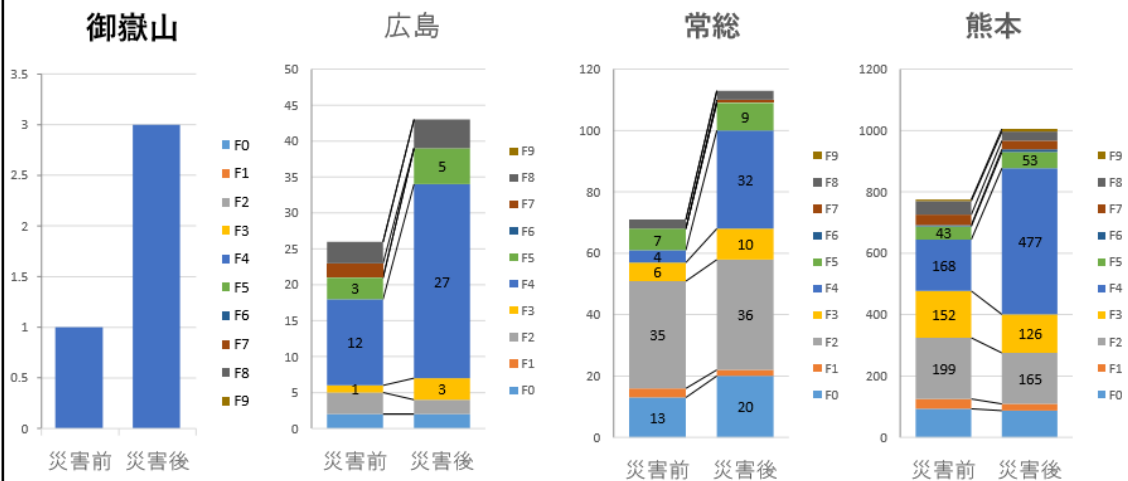
2 . 実用新案登録  
なし

3 . その他  
なし

### 図1. 4災害の症状比率の比較



### 図2. 4災害の災害前後の診断者数比較



### 表 1. 診断と症状の関係クロス表

	身体	睡眠	不安	気分	解離	強迫	幻覚妄想	問題行動	てんかん	飲酒	意識	子供特有
F0	25	34	18	23	0	0	3	27	0	1	4	0
F1	8	12	4	7	0	0	1	4	0	9	0	0
F2	29	57	59	31	1	1	80	45	2	5	0	1
F3	49	69	70	84	3	0	1	10	1	2	0	1
F4	187	294	352	189	19	7	5	16	1	6	0	20
F5	17	56	18	11	0	0	0	3	1	1	0	0
F6	0	4	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0
F7	9	7	15	5	0	1	0	10	2	0	0	0
F8	7	5	11	12	0	4	2	17	0	0	0	2
F9	0	0	4	6	0	0	0	1	0	0	0	5

### 表 2. 4災害継続事例概況

	新規 (単発)	継続	不明	継続回数 (平均)	継続回数 (最大)
広島豪雨	46人 (68.7%) 46件 (43.4%)	21人 (31.3%) 60件 (56.6%)	0人 (0%) 0件 (0%)	2.9回	5回
御嶽山噴火	6人 (66.7%) 6件 (50.0%)	3人 (33.3%) 6件 (50.0%)	0人 (0%) 0件 (0%)	2.0回	2回
関東・東北豪雨	103人 (83.7%) 103件 (74.6%)	12人 (9.8%) 27件 (19.6%)	8人 (6.5%) 8件 (5.8%)	2.3回	3回
熊本地震	1499人 (82.0%) 1499件 (70.5%)	171人 (9.4%) 469件 (22.1%)	157人 (8.6%) 157件 (7.4%)	2.7回	12回

継続ケースは約10%。死亡者が多いと約30%。

### 表3. 新規・継続の症状比較【4災害】

	身体症状		*睡眠の問題		不安症状		*気分・情動に関する症状		解離・転換症状		強迫症状		*幻覚・妄想症状		*行動上の問題		*てんかん・けいれん発作		飲酒の問題		意識障害		小児に特有の症状	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
新規(単発)	28.3	71.7	32.3	67.7	35.8	64.2	21.7	78.3	1.1	98.9	0.9	99.1	3.7	96.3	6.8	93.2	0.5	99.5	1.2	98.8	0.2	99.8	3.2	96.8
継続	22.3	77.7	44.1*	55.9	39.4	60.6	31.9*	68.1	2.1	97.9	1.6	98.4	8.0*	92.0	12.8*	87.2	2.1*	97.9	1.6	98.4	0.5	99.5	2.1	97.9
不明	23.2	76.8	38.0	62.0	35.2	64.8	21.8	78.2	0.0	100.0	1.4	98.6	7.0	93.0	4.2	95.8	0.0	100.0	2.1	97.9	0.0	100.0	1.4	98.6

\*p<.05

新規と継続の症状を比較して、「睡眠の問題」、「気分・情動に関する症状」、「幻覚・妄想症状」、「行動上の問題」、「てんかん・けいれん発作」において、有意差あり。

### 表4. 個別対応の種類別出現頻度

	御嶽山	広島	常総	熊本	計
助言	0	11	1	184	196
経過観察	0	4	61	120	185
傾聴	5	12	46	292	355
診断	0	22	15	32	69
精神科受診勧奨	0	18	13	169	200
身体科受診勧奨	0	1	3	52	56
入院(精神科)	0	0	3	9	12
身体診察	0	0	0	33	33
身体処置	0	0	1	9	10
処方	0	6	15	68	89
心理教育	1	1	0	54	56
服薬指導	0	2	3	74	79
家族への指導	1	12	6	61	80
生活指導	2	5	4	72	83
支援者支援	2	0	0	10	12
病院支援	0	0	0	15	15
自宅訪問	0	0	0	11	11
保健師等つなぎ	0	4	10	235	249
他チームつなぎ	0	1	2	28	31
避難所環境調整	0	1	3	30	34



図3. 相談の時系列推移 (週単位)

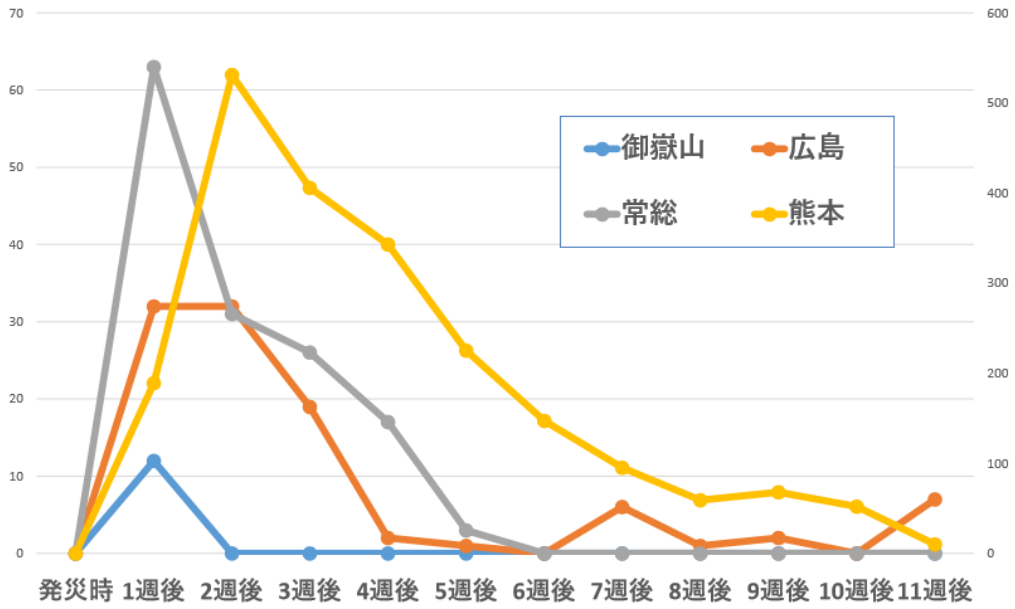
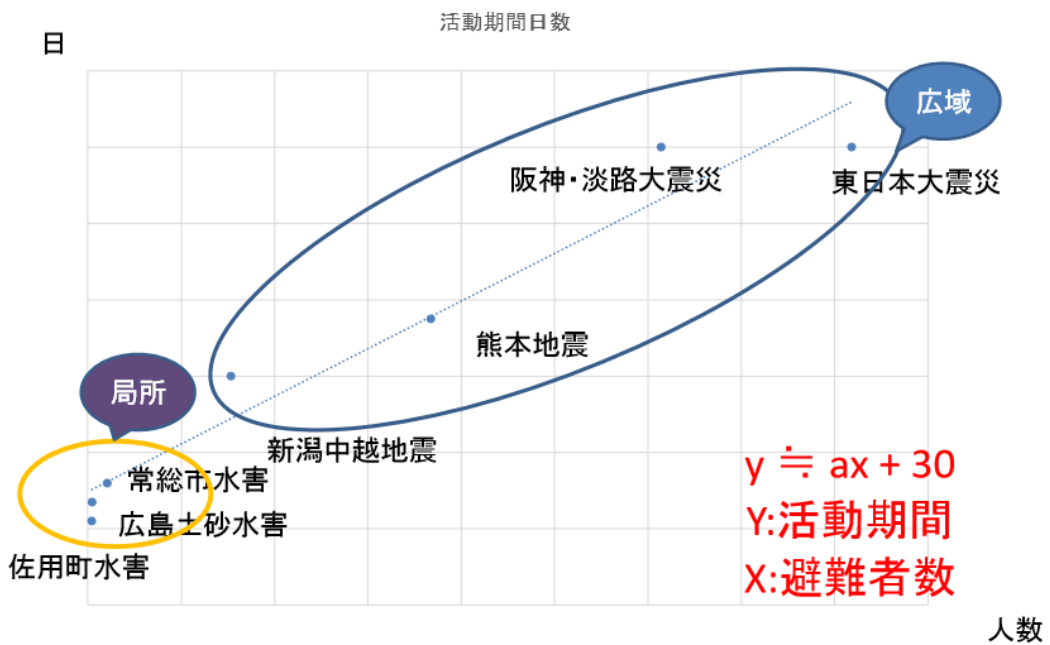
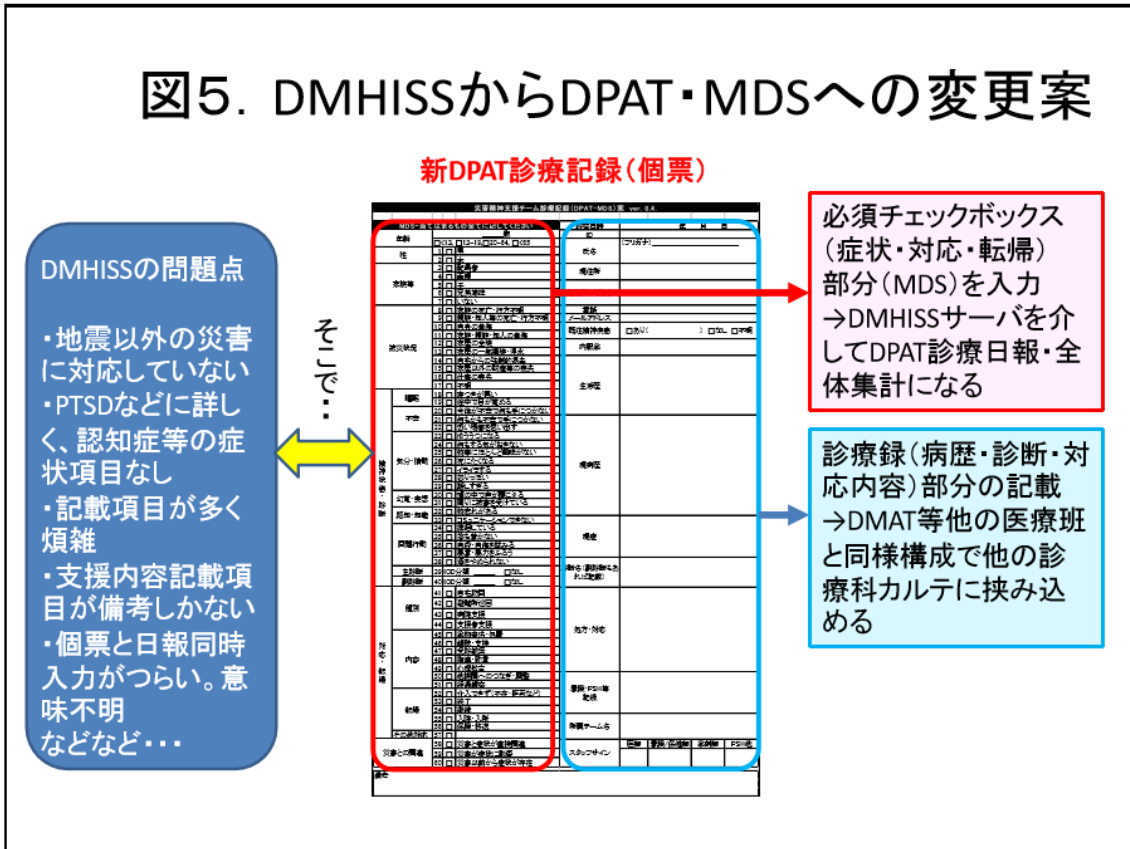


図4. 最大避難者数と支援活動日数の相関



## 図5. DMHISSからDPAT・MDSへの変更案



厚生労働省科学研究補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 熊本地震DPAT隊員アンケート分析

研究分担者 大鶴 卓 （国立病院機構 琉球病院 副院長）

研究協力者 吉田 航 （厚生労働省委託事業 DPAT事務局）  
小見 めぐみ（厚生労働省委託事業 DPAT事務局）  
知花 浩也 （国立病院機構 琉球病院）  
奥浜 伸一 （国立病院機構 榊原病院）  
高尾 碧 （島根県立こころの医療センター）  
石田 正人 （神奈川県立精神医療センター）  
吉岡 美智子（国立病院機構肥前精神医療センター）  
福田 貴博 （佐賀県医療センター 好生館）

研究要旨：

熊本地震で活動したDPAT隊員42自治体1018名にDPAT活動に関するアンケート調査を実施し、807名から回答を得た（回収率79.3%）。

平成29年度は熊本地震DPAT活動の派遣前・活動中・派遣後に困ったことの自由記載項目を分類・解析した。その結果、派遣前に困ったことは、準備や資機材不足、宿確保、DPAT活動のイメージが持てないこと、活動中に困ったことは、他支援チームや保健師との連携・情報共有不足、DPAT間の情報共有・引継ぎ不足、DMHISS改善希望と報告書作成、派遣後に困ったことは、活動後の休養が確保できていないこと、研修や振り返りの機会を希望することに集約された。また、医師・看護師・業務調整員の3職種でその結果は大きな違いがなかった。

DPAT活動の課題を解決するための対策は、DPAT活動マニュアル改定、全国および各自治体の研修・訓練のさらなる充実、災害時支援システムの整備、報告書等の様式統一、DPAT間および他団体との連携・情報共有の強化、派遣元の準備・支援体制の強化にまとめることができる。今後、DPAT活動マニュアル改定とともに上記対策を国、自治体、派遣元機関が確実に実施することが必要である。

**A．研究目的**

DPATの設立に伴い、災害時の精神科医療体制は着実に定着しつつあるが、その経時的な評価や、DPATと既存の地域精神保健体制との連携のあり方、政策へのフィードバックについては検討が不十分な現状がある。

本分担研究班は、熊本地震で活動したDPAT隊員のアンケート結果を分析することで、DPAT活動に必要な精神保健医療機関のネットワークや関係する機関のフェイズごとの役割と連携のあり方を明確化すること、得られた研究成果をDPATマニュアル等の各種マニュアルやDPATに関連する研修会等に反映させることを目的とする。

**B．研究方法**

1. 対象および方法

熊本地震で活動した全国のDPAT隊員（42自治体1018名）を対象とし、以下の～の項目で構成された調査票を用いてアンケート調査を行った（調査票の詳細は表1を参照）。

その調査票を集計し、当分担研究班で解析を行った。

基本情報

・職種・所属

災害関連の経験

・過去の災害支援経験の有無

・DPAT関連研修受講の有無

熊本地震への派遣について

・活動時期・活動場所

・DPAT活動の際に困ったこと(自由記載)

DPATや災害医療に関する認識についての確認

・DPATの概要・構造及び活動

- ・ DPATの指揮命令系統
- ・ DPATの連携
- ・ 災害対応の原則「CSCA」
- ・ 情報関連システム

平成28年度は～の自由記載以外の解析を行ったため、平成29年度はのDPAT活動の際に困ったことの自由記載(派遣前、活動中、派遣後)を3職種に分け、災害医療対応の原則(CSCATTT)・DPAT活動の3原則(3S)・他に分類・解析し、課題を抽出した。

## 2. 倫理面への配慮

当分担研究班は日本精神科病院協会及び琉球病院倫理委員会の承認を得て行った。倫理面への配慮として、疫学研究指針および人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従い研究を行った。調査票には個人名などの個人情報に記載されないよう配慮し、同意については調査票の回答をもって同意とした。

## C. 研究結果

アンケート調査時に熊本地震で活動したDPAT隊員は42自治体1018名であり、そのうち807名から回答を得ており、回収率は79.3%であった。

まずはアンケート回答者の属性を示す。アンケート回答者の職種(図1)は、医師26%、看護師35%、業務調整員39%であった。業務調整員の職種(図2)は精神保健福祉士37%、事務職員35%であり、業務調整員はこの2職種で7割強を占めていた。派遣元機関種別(図3)は、民間(精神科)病院31%、自治体病院25%、行政機関13%、国立病院機構10%、精神保健福祉センターと大学がそれぞれ9%であり、多様な精神科関連機関より派遣されていた。

熊本地震の活動時期(図4)は発災～1週間が13%、1週間～1ヵ月が43%、1ヵ月以降が44%であった。熊本地震の活動場所(図5)は調整本部12%、活動拠点本部17%、病院6%、避難所62%であった。

過去の災害支援経験(図6)はある41%、ない58%であった。DPAT関連の研修受講の有無(図7)はある35%、ない64%であり、研修受講がある者のDPAT関連研修の形態(図8)は都道府県DPAT研修のみが51%を占めていた。

次に、DPAT活動の際に困ったことの自由記載の解析結果を示す。なお、今回の解析では、熊本地震DPAT活動全体の課題を抽出するために、意見が多かった回答を中心に解析した。

派遣前に困ったこと(表2)で3職種ともに共通していた点は、3Sのカテゴリーの資機材

等の事前準備不足、宿確保や移動が困難、その他のカテゴリーのDPAT活動のイメージが持てない、研修未受講の不安、通常業務の調整困難との意見であった。看護師と業務調整員からは、Cのカテゴリーの現地の情報不足、引継ぎの不足、連絡や通信の不足の意見が上がった。

活動中に困ったこと(表3)で3職種ともに共通していた点は、Cのカテゴリーの他支援チーム・保健師との情報共有・連携の不足、DMHISSの機能不足、DPAT内での情報共有の不足、記録や報告書が過多との意見であった。医師と業務調整員からは、CのカテゴリーのDPATの指揮系統が不明確、DPAT隊の配置が不明確との意見が上がった。

派遣後に困ったこと(表4)で3職種ともに共通していた点は、Sのカテゴリーの派遣後に休みなく通常勤務に戻った点、疲労の蓄積、心身ともに不調をきたした点、メンタルサポートの不足であった。医師からは、その他のカテゴリーの活動後に振り返りが点、DPAT研修の希望、経験を活かしたいとの意見が上がった。看護師と業務調整員からは、Cのカテゴリーの活動後も現地DPAT活動の情報を得たい点、DPATが使用するシステムの不備、引継ぎの不足の意見が上がった。

## D. 考察

熊本地震DPAT活動の派遣前・活動中・派遣後に困ったことを分類・解析した結果、3職種でその結果は大きな違いがなかった。その分類と対策を表5にまとめた。

派遣前に困ったことは、準備や資機材不足、宿確保、DPAT活動のイメージが持てないことの3点に集約される。準備や資機材不足の課題の対策は、熊本地震DPAT活動を振り返り、DPAT活動マニュアル資機材リストを整備すること、派遣元の自治体や機関が事前に資機材を準備しておくことが必要である。宿確保の課題の対策は、派遣DPAT隊の負担軽減のために、派遣元の自治体や機関元が宿確保も含めた後方支援を行う体制が必要である。DPAT活動のイメージが持てない課題の対策は、DPAT研修受講や訓練参加が必要である。平成28年度の当分担研究班の研究結果でも、DPATに関する研修受講者は過去の支援経験のみに比べてDPAT活動の理解度が高いこと、DPATに関する研修を複数受講した者はDPAT活動の理解度が高いことが示されている。全国や各自治体でのDPAT研修受講と訓練参加をくり返すことが最も有効な対策である。

活動中に困ったことは、他支援チームや保健師との連携・情報共有不足、DPAT間の情報共有・引継ぎ不足、DMHISS改善希望と報告書作成の3点に集約される。DPAT活動では他支援チームや保健師との協働は必須である。他支援チームや保健師との連携・情報共有の不足の課題の対策は、DPAT研修や訓練で、その連携や情報共有の重要性をくり返し確認し、理解や認識を強化し続ける必要がある。熊本地震が初めての全国規模でのDPAT派遣であったこともあり、活動時のDPAT間の情報共有・引継ぎ不足の課題が上がった。その対策として現地で引継ぎを行えるようDPAT派遣体制を見直すこと、活動中のDPAT間での連携を強化するための情報システムも含めた体制整備が必要である。DMHISSの課題はDPATしか利用できないシステムであることに由来しており、その対策として既存の他災害支援システムをできる限り利用し、DPAT間だけでなく他支援チームとも情報共有を図る体制整備が必要である。報告書作成が過多の課題に対する対策は、DPAT活動に関する報告書等の様式を統一することが必要である。

派遣後に困ったことは、活動後の休養が確保できていないこと、研修や振り返りの機会を希望することの2点に集約される。活動後の休養の課題の対策は、派遣元の自治体や機関がDPAT派遣後に休養が確保できるようサポート体制の整備をさらに強化する必要がある。研修や振り返りの課題に対する対策は、派遣元の自治体や機関で研修や振り返りの機会を作る体制整備が必要である。

当分担研究班の熊本地震DPAT活動のアンケート調査解析により、平成28年度はDPAT研修の有効性、平成29年度はDPAT活動前・中・後の課題とその対策を明らかにすることができた。平成30年度は、アンケート調査の少数意見も含めた解析を行い、その結果を熊本地震の現地支援者と協議することで課題と対策をさらに明らかにする計画である。

## E．結論

熊本地震DPAT活動の派遣前・活動中・派遣後に困ったことを分類・解析した結果、3職種でその結果は大きな違いがなかった。

DPAT活動の課題を解決するための対策は、DPAT活動マニュアル改定、全国及び各自治体の研修・訓練のさらなる充実、災害時支援シ

ステムの整備、報告書等の様式統一、DPAT間および他団体との連携・情報共有の強化、派遣元の準備・支援体制の強化にまとめることができる。

今後、DPAT活動マニュアル改定とともに上記対策を国、自治体、派遣元機関が確実に実施することが必要である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

- 1) 知花浩也,高江洲 慶,吉田 航,小見めぐみ,小菅清香,大鶴卓,渡 路子:平成28年熊本地震におけるDPAT 隊員へのアンケート調査 - DPAT 研修の有効性について - .第25回日本精神科救急学会学術総会,金沢,2017.11.3
- 2) 知花浩也,高江洲 慶,高尾 碧,奥浜伸一,吉田 航,小見めぐみ,小菅清香,大鶴 卓,渡 路子:平成28年熊本地震におけるDPAT 隊員へのアンケート調査結果報告 - DPAT 活動における課題抽出と今後の展望 - .第25回日本精神科救急学会学術総会,金沢,2017.11.3
- 3) 石田正人,奥浜伸一,吉岡美智子,小菅清香,大鶴 卓,知花浩也,吉田 航,小見めぐみ,渡 路子:平成28年度熊本地震から見えてきたDPATの看護師の役割(第2報).第25回日本精神科救急学会学術総会,金沢,2017.11.3

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

### 3．その他

なし

## 参考文献

- 1) 厚生労働省 災害時こころの情報支援センター事業:DPAT 活動マニュアル Ver.1.1
- 2) DPAT 事務局:DPAT 活動要領

## 平成28年熊本地震で活動したDPAT隊員へのアンケート調査

**全ての項目において、ご自身のことについて、ご回答ください。**

<回答方法について>

- ・「複数回答可」の記載がある問い以外は、あてはまる回答1つを選択し、その数字（選択肢によってはアルファベットにも）に○をつけてください。
- ・「※」で注意書きしてあるものについては、よく読んでご回答ください。
- ・3、の2）については自由記述、4、については○×を記入してください。

※尚、本調査のデータは研究報告に使うことがあります（倫理委員会で承認済み）。回答の提出を持って、研究協力への同意をしたとみなさせていただきます。

※自由記述欄においては、個人名の記載はお控えください。

### 1. 基本情報

#### 1) 職種

※③を選択した方は平時の職種について、a. ~f. からあてはまるものに○をつけてください。

f. を選択した方は( )内にご記入ください。

①医師

②看護師・保健師

③業務調整員



a. 薬剤師

b. 精神保健福祉士

c. 作業療法士

d. 臨床心理士

e. 事務職

f. その他( )

#### 2) 現在主に従事している場所

※のを選択した方は( )内にご記入ください。

①自治体病院

②国立病院

③民間病院

④大学

⑤精神保健福祉センター

⑥行政機関

⑦その他( )

### 2. 災害関連の経験

#### 1) 平成28年熊本地震以前の災害支援活動の従事経験

※①を選択した方は支援の詳細について、

a. ~c. からあてはまるものに○をつけてください。

①ある



a. 被災地外の支援者として

b. 被災地内の支援者(受援者)として

c. 両方

②ない

2) 平成28年熊本地震以前のDPAT関連研修の受講経験

※①を選択した方は受講した研修について、a. ～c. からあてはまるものに○をつけてください（複数回答可）。

①ある



- a. 国が実施するDPAT研修(DPAT統括者、都道府県等の災害精神保健医療担当者対象)  
b. 国が実施するDPAT先遣隊研修      c. 都道府県が実施するDPAT研修

②ない

**3. 熊本地震への派遣について** ※複数回派遣に行った方は、1回目の派遣についてご回答ください。

1) 熊本地震への派遣について

(1) 主な活動時期 ※活動時期が2つの選択肢にまたがる場合は、より現地での滞在期間が長い方を選択してください。

- ①発災～1週間(4月14日～21日)      ②1週間～1ヶ月(4月22日～5月14日)  
③1ヶ月以降(5月15日～6月30日)

(2) 主な活動場所

- ①調整本部      ②活動拠点本部      ③病院      ④避難所

2) DPAT活動に際して、困ったことについて具体的にご記入ください。

(1) 派遣前

(2) 活動中

### (3)派遣後

--

## 4. DPATや災害医療に関する認識についての確認

※これは個人を特定して評価するものではありませんので、マニュアル等資料を見ずにご回答ください。

以下の記述のうち、正しいと思う項目に○を、誤っていると思う項目に×をつけてください。

回答欄は各記述の頭部分（色付きのところ）です。

### 1)DPATの概要、構造および活動


(1)DPAT1チームは、医師、看護師、業務調整員の3～5人から構成される。

(2)DPATは被災地域の都道府県からの派遣要請に基づき派遣される。

(3)DPAT活動の終結は被災都道府県がDPAT都道府県調整本部の助言を踏まえて決定する。

### 2)DPATの指揮命令系統


(1)DPATは被災都道府県の指揮下で活動する。

(2)DPAT統括者は、当該都道府県管内で活動するすべてのDPATの指揮および調整を行う。

(3)DPAT活動拠点本部は、DPAT調整本部に対し、被災地域の保健所圏域、市町村でのDPAT活動を統括するよう指示する。

### 3)DPATの連携


(1)災害医療コーディネータは、人命救助・緊急医療体制の確保に関する調整を行うため、DPATの医療連携とは関わらない。

(2)日本赤十字社は、赤十字病院の医師、看護師などを中心に構成された医療救護班による救護活動を行い、こころのケアは行わない。

(3)DMAT(Disaster Medical Assistance Team)は、発災後48時間以内に撤退できるよう訓練を受けている。



#### 4) 災害医療対応の原則「CSCA」

- (1) 災害時における指揮調整体制の確立は、実際の医療支援活動より優先される。
- (2) DPAT活動は、絶対安全な地域で行う。
- (3) 情報伝達の失敗が現場活動の失敗につながる。
- (4) 災害時に収集すべき情報「METHANE」レポートの「A(Access)」で到達経路を検討し、常に被災地までの最短距離の経路を選択すべきである。

#### 5) 情報関連システム

- (1) DMHISSには医療機関に振り分けられたIDとパスワードを使用してログインする。
- (2) EMIS (Emergency Medical Information System)とは広域災害救急医療情報システムのことで、入力はDMAT隊員に限られている。
- (3) 所属医療機関に被害がなければ、EMISの緊急時入力是不要である。
- (4) DPAT事務局ホームページの医療機関マップから、災害拠点病院および精神科病院の詳細を閲覧することができる。

アンケートは以上です。もう一度記入漏れがないかご確認ください。ご協力、誠にありがとうございました。

図1: アンケート回答者の職種

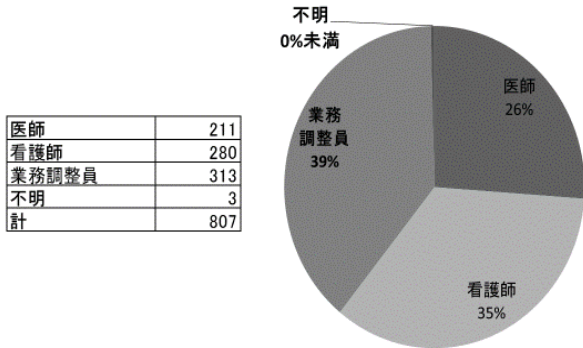


図2: 業務調整員の職種

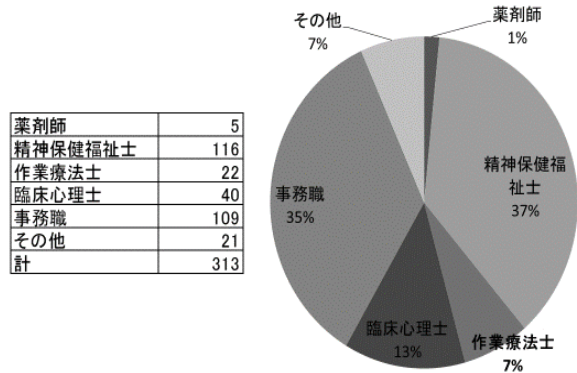


図3: 派遣元機関種別

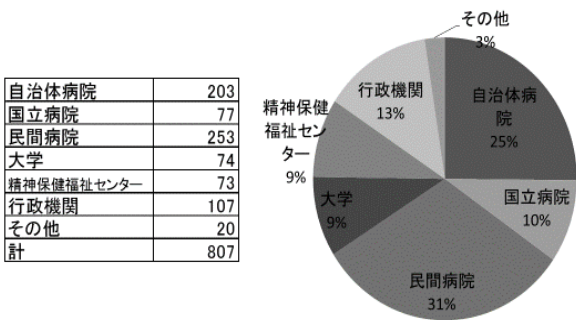


図4: 熊本地震の活動時期

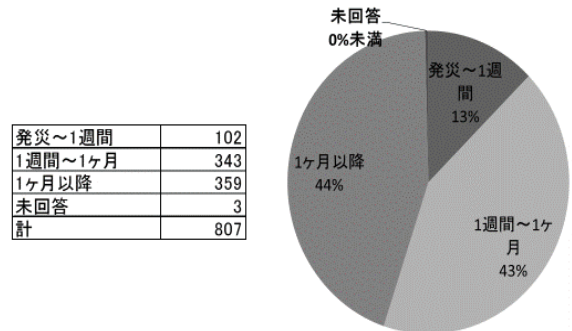


図5: 熊本地震の活動場所

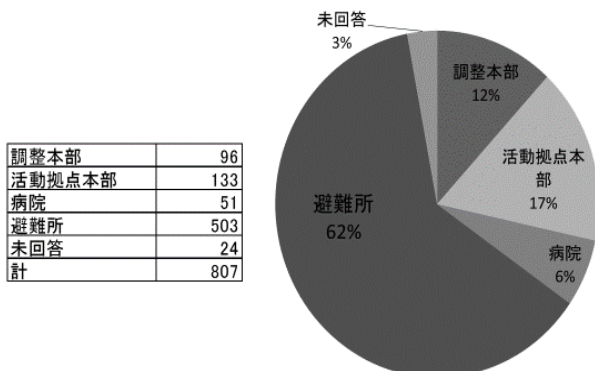


図6: 過去の災害支援経験

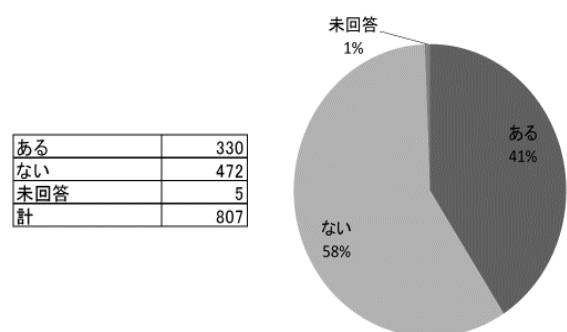


図7: DPAT関連の研修受講の有無

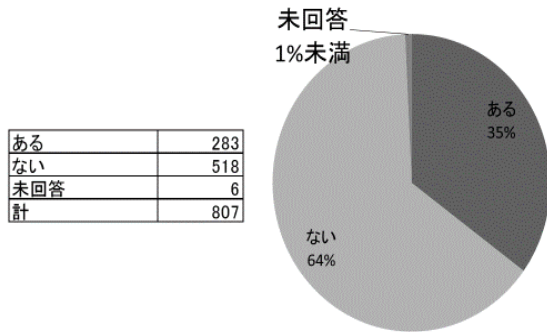


図8: DPAT関連の研修形態

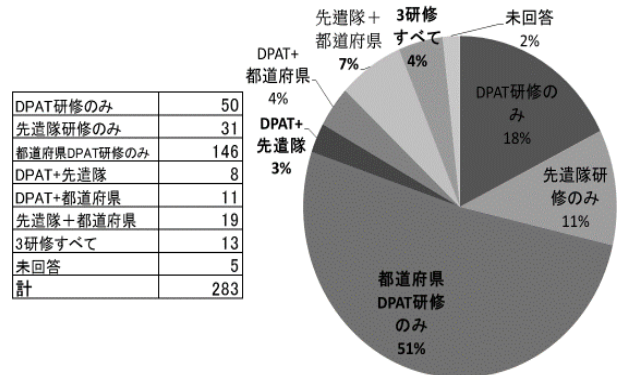


表2 派遣前に困ったこと

回答者 214名	派遣前に困ったこと: 143件 主な意見(件数)	
医師	3S	43件 ・資機材の準備不足、必要物品の多寡(23) ・宿泊先の確保と移動に苦慮(6)
	他	51件 ・DPATの活動イメージがわからない(18) ・通常業務の調整が大変(10) ・研修未受講による不安(6)
回答者 285名	派遣前に困ったこと: 218件 主な意見(件数)	
看護師	C	38件 ・現地の情報が不明(18) ・DMHISSの活用できなかった(9) ・前隊の情報不足、引継ぎ不足(6)
	3S	38件 ・宿、食料、資機材の準備(26) ・平時から装備品、医薬品等の準備が不足(11)
	他	74件 ・活動のイメージが持てない(30) ・勤務調整(10) ・研修未受講や災害支援未経験による不安や知識不足(26)
回答者 322名	派遣前に困ったこと: 267件 主な意見(件数)	
業務調整員	C	64件 ・現地の情報が不足していた(37) ・引き継ぎが不十分(10) ・通信機器が不足(2) ・県職員と連絡が取れなかった(2)
	3S	67件 ・資機材準備不足、準備に時間を要した(43) ・宿の確保と移動に苦慮(17)
	他	102件 ・研修未受講、災害支援未経験による不安(49) ・自身の活動イメージが持てなかった(21) ・通常業務の調整が大変(4)

表3 活動中に困ったこと

回答者 214名	活動中に困ったこと: 164件 主な意見(件数)	
医師	C	29件 ・指揮系統が不安定、役割が曖昧で混乱、判断に苦労(18) ・本部人員の不足(2)
	C	79件 ・他団体との情報共有、連携ができていない、不十分(20) ・DMHISSに添付機能、個別連絡機能等が必要(12) ・他DPATの活動状況が不明(12)
回答者 285名	活動中に困ったこと: 223件 主な意見(件数)	
看護師	C	74件 ・DMHISS使用に不慣れ、入力が大変(24) ・他支援チーム、保健師との情報共有不足(24) ・記録や報告書が多い(15) ・他DPATチームとの連携(役割分担等)(8) ・ニーズ把握と引継ぎ不足(5)
	3S	42件 ・宿泊先の確保と移動に苦慮(12) ・食事や入浴の確保(5) ・装備品の不備(4) ・やることなく暇(2)
回答者 322名	活動中に困ったこと: 311件 主な意見(件数)	
業務調整員	C	54件 ・各本部と現場の指揮系統が不明確、指示に一貫性がない(22) ・DPAT隊の配置(5)
	C	141件 ・DMHISSの個別連絡機能や添付機能が必要(33) ・他団体との連携ができていなかった。不十分だった(21) ・報告書類が多く苦労した(20) ・通信機器の不足(11) ・情報収集等に使用するツールが多い(10)

表4 派遣後に困ったこと

回答者 214名	派遣後に困ったこと: 79件 主な意見(件数)	
医師	S	11件 ・翌日から通常業務となった(2) ・軽躁状態、疲労の蓄積(6) ・活動後に代休が取れない(2)
	他	17件 ・派遣活動の振り返りを行いたい(4) ・研修受講希望(5) ・今回の経験を生かしたい(2)
回答者 285名	派遣後に困ったこと: 122件 主な意見(件数)	
看護師	S	32件 ・体調管理、疲労感(23) ・代休・メンタルサポート(4) ・活動の不全感(2) ・活動の保障(1)
	C	52件 ・報告、振り返り(15) ・活動後の現地の状況を知りたい(2) ・前隊から引継ぎがない、不足(5)
回答者 322名	派遣後に困ったこと: 149件 主な意見(件数)	
業務調整員	S	48件 ・活動後に休みがなかった(4) ・疲労感、高揚感があった。体調を崩した(22) ・隊員のメンタルケアについて組織的なバックアップ体制が必要(8) ・活動の不全感(10)
	C	48件 ・活動後の現地の情報が不明(10) ・活動後にDMHISSでは振り返りができない(3) ・DPATが使用するシステムの整備が必要(2) ・引き継ぎが不十分(4)

表5 困ったことの種類と対策

困った事について、職種毎に大きな違いはなかった。

分類	対応案
派遣前	
・準備に時間を要した	・DPAT活動マニュアル、資機材の整備
・資機材不足	・DPAT活動マニュアル、資機材の整備
・宿確保に苦慮	・派遣元の後方支援体制の強化
・活動のイメージが持てない	・研修、訓練の実施
活動中	
・他支援チーム、保健師との連携、情報共有不足	・研修、訓練の実施 ・他団体との連携の必要性について認識を強化
・DPAT間の情報共有、引継ぎ不足	・DPAT間の連携、引継ぎの強化 ・DPAT隊の派遣体制の見直し
・DMHISSの改善希望	・既存の他災害時支援システムと併用して活用
・報告書作成に苦慮	・報告書等様式の統一
派遣後	
・休養できていない	・派遣元(所属、自治体)のサポート体制の強化
・研修、振り返り希望	・研修希望、活動後の振り返りを機会を求めるとの声が多くあがっている



厚生労働省科学研究補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 DPATと地域精神保健医療機関の連携体制の検討

研究分担者 山口 喜久雄（熊本県精神保健福祉センター 所長）

研究協力者 矢田部 裕介（熊本県こころのケアセンター 所長）  
高尾 碧（島根県立こころの医療センター）

**研究要旨：**

本研究は、平成28年熊本地震における超急性期から中長期に掛けてのDPAT活動を検証し、被災地外からのDPATを主体とした超急性期対応から、被災県内のDPAT、こころのケアセンター等を主体とした中長期対応への移行の指標を明確化させることを目的とする。本年度、本分担研究により、平成28年熊本地震においては、市町村の保健師からの聞き取り調査、L-DPAT（Local-DPAT）の活動の活動報告の検証、DPATが対応した件数や疾患別の統計などをもとに、被災地の負担軽減のためのDPATと被災地の保健師との関わり方、DPATの適正なチーム数、活動時期の検討の必要性が示唆された。また、DPATから被災地保健師、L-DPATから市町村・保健所へのつなぎは、熊本県精神保健福祉センターとその主管課である障がい者支援課が主体となって行っており、DPAT活動から中長期対応への移行にあたっては、これらの部署が重要な役割を担っていることがわかった。

**A．研究目的**

平成25年にDPAT活動要領が厚労省から発出され、DPATが設立されたが、DPATが実働した災害は、平成26年広島土砂災害、平成26年御嶽山噴火、平成27年関東・東北豪雨災害など、局地災害での活動が主体だった。平成28年熊本地震において、初めてDPATが全国規模で活動を展開することとなり、被災県外から派遣されるDPATと、元々被災地内で機能していた地域精神保健医療機関との協働が必要となった。

DPAT活動に関しては、災害のフェイズごとにその活動内容が異なり、協働する医療チームも異なることが示唆されているが、実際にDPAT活動をフェイズに合わせてどのように移行させていくかについての指標がなく、元来機能していた地域精神保健医療機関との住み分けやDPATの活動移行の目安等についての指標がないことが課題である。

本分担研究班は、熊本地震における超急性期から中長期に掛けてのDPAT活動を検証し、被災地外からのDPATが主として活動する超急性期対応から、徐々に被災県内のDPAT、そして、こころのケアセンターを主体とした中長期対応への移行の指標を明確化すること、得られた研究成果をDPAT活動マニュアル等の各種マニュアルやDPATに関する研修会等に反映させ、より被災地域にとって望ま

しいDPAT活動の具体的行動の基礎資料となることを目的とする。

**B．研究方法**

1．DPATと被災地保健師との連携の在り方の検証

熊本地震で災害時精神保健に携わった保健師31名に対して、熊本地震DPAT活動に関するヒアリングを実施した。

2．熊本地震におけるLocal-DPAT活動の検証

L-DPATの活動を立ち上げから、熊本こころのケアセンターへの移行までを、活動実績を元に検証した。

3．精神科医療ニーズの検証

DMHISSで集積されたデータ（対応件数、圏域、疾患、年齢等）を用いて、活動時期におけるDPAT活動の傾向を調べ、熊本地震における圏域ごとの相談件数から精神医療ニーズの収束時期を検証した。

**C．研究結果**

1．DPATと被災地保健師との連携の在り方の検証

被災地の保健師31名から聞き取った結果は下記のものであった。

#### DPATの有用性

- ・熊本地震前からDPATを知っていた  
13名（42%）
- ・DPAT活動は被災者に有益だった  
29名（94%）
- ・DPAT活動は支援者に有益だった  
28名（90%）

#### DPATの活動時期

- ・DPAT派遣開始時期は概ね適切  
30名（97%）
- ・県外DPAT撤退時期は概ね適切  
28名（90%）

#### 県外DPAT撤退に伴う不安について

- ・非常に不安だった  
0名（0%）
- ・やや不安だった  
19名（61%）
- ・まったく不安はなかった  
12名（39%）

#### DPAT活動に関して（自由回答）

- ・良かった点
  - 「何でも安心して相談できた」
  - 「自己完結がありがたかった」
  - 「支援者にも声をかけてくれた」
  - 「ミーティングを減らす提案がありがたかった」
- ・良くなかった点
  - 「チームが入れ替わる情報が市町村に入らなかった」
  - 「支援者支援が受けにくかった」
  - 「担当チームの連絡先が頻繁に変わるので日程調整が難しかった」
  - 「報告書の様式が頻繁に変わった」
  - 「気になる住民の情報を伝えても報告がないこともあった」

## 2. 熊本地震におけるLocal-DPAT活動の検証

熊本地震の中期以降に熊本県内の精神科病院で編成したLocal-DPAT（以下L-DPAT）の活動は下記のような活動であった。

県外DPATが活動期間中（4月15日～6月30日）に、L-DPATの立ち上げのために、熊本県庁の障がい者支援課と精神保健福祉センターが主体となり、チーム登録、研修会、講習会を行い、さらに活動マニュアルを作成し、L-DPATの整備を行った。

そして、県外派遣チームの縮小（全国 九

州・沖縄 熊本）とともに、カウンターパートである被災市町村に対する体制変更の周知を行った。

L-DPATの運用は、調整本部業務としては、シフト作成、活動日修正、ミーティング開催、緊急対応等を行った。現地活動は、計123件の個別ケース対応、市町村と連携して対応困難ケースに対するケース会議、情報収集、ミーティング等を行った。

平成28年6月21日にL-DPATは活動を開始し、6、7月は週3～4日の活動、8月は週2日、9月以降は週1日の活動というように、10月17日の熊本こころのケアセンター開所に向けて、徐々に活動規模を縮小していき、平成28年10月28日、約6か月に及ぶ熊本地震における県外DPATからL-DPATへとつながるすべてのDPAT活動は終結した（図1）。L-DPATの活動時期になると、DPATのようなアウトリーチを必要とする対象者は2割に留まり、保健対応、見守り、終了が6割を占めた（図2）。なお、これらの調整、つなぎは熊本県精神保健福祉センターとその主管課である障がい者支援課が主体となって行っていた。

## 3. 精神科医療ニーズの検証

対応延べ人数は、概ね発災から2か月でDPAT1班あたり3名以下になっていた（図3）。疾患別内訳をみると、発災から一貫して多いのは、F4（神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害）であった。またF0（症状性を含む器質性精神障害）、F2（症状性を含む器質性精神障害）、F5（生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群）が発災後1か月は多い傾向にあり、F3（気分〔感情〕障害）は発災後2か月より増加する傾向にあった。

圏域ごとの対応延べ人数は、東日本大震災と比較すると、熊本地震では圏域ごとの差は明瞭ではなかった。

## D. 考察

### 1. DPATと被災地保健師との連携の在り方の検証

熊本地震におけるDPAT活動は被災地保健師との連携体制を構築できたと考えられ、活動内容、活動開始・撤退時期の妥当性も確認された。また、被災地では県外自治体から派遣された保健師やボランティアなど多様な支援活動が重層的に存在しており、DPATはときに橋渡し役になったり、自治体職員の不安に配慮した支援枠組みを作ったりなど、多様

な活動が期待されていることもわかった。

被災地保健師との連携にあたっての課題としては、DPAT活動における支援者支援は整理が必要であり、報告書の様式・用途の統一、被災地保健師との連絡手段の工夫が必要であると思われた。

## 2. 熊本地震におけるLocal-DPAT活動の検証

実際の活動記録を検証していくと、L-DPATは大規模～中規模災害におけるシームレスな支援枠組み移行のモデルとなり得ることが分かった。

さらに、L-DPATの活動をより効率的に行うために、平時からの準備として、災害時のブロック連携体制の構築、市町村・保健所のDPATへの理解を深めていくための研修会の開催等を行っていくことで、災害の中期以降の支援としての、より効果的なL-DPATの運用につなげていくことが可能になると思われる。

## 3. 精神科医療ニーズの検証

対応延べ人数は、県外DPATからL-DPATに活動を移行した時期から、DPAT1班あたりほぼ3名以下になっており、L-DPATへの移行時期は適正であったと考えられたものの、災害規模に応じたDPATの適正なチーム数、活動時期の検討の必要性が示唆された

疾患別内訳をみると、発災から一貫して多いのは、F4（神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害）であり、過去の大震災同様、F3（気分〔感情〕障害）は発災2か月より増加傾向にあった。F0（症状性を含む器質性精神障害）、F2（症状性を含む器質性精神障害）、F5（生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群）が発災後1ヶ月は多い傾向にあったが、避難所での生活など、環境の変化により、症状が顕在化した可能性もある。

圏域ごとの対応延べ人数は、東日本大震災と比較すると、対応人数がそれほど多くなかったためか、熊本地震では圏域ごとの差は明らかではなかった。

## E. 結論

災害支援において、効率的な支援を行うためには、被災地保健師との連携が最も重要であり、保健師との連絡手段の確立、情報共有可能な統一した報告書等を整理する必要がある。

連続した災害精神保健医療体制の構築に

向けて、熊本地震におけるローカルDPAT活動報告書を検証することで、DPAT縮小撤退のひとつのモデルを提示することができ、また、今後も頻発すると思われる局所災害におけるL-DPAT活動の参考ともなりうる。

熊本地震の規模では、発災後2か月くらいから、精神保健分野でのニーズは減少していくため、中長期における支援では、フレキシブルに動くことができる地元の医療機関中心のL-DPATの活動が現実的である。また災害規模に応じて、DPATの適正なチーム数をコントロールしていく必要性も示唆された。DPATから被災地保健師、L-DPATから市町村・保健所へのつなぎは、熊本県精神保健福祉センターとその主管課である障がい者支援課が主体となって行っており、DPAT活動から中長期対応への移行にあたっては、これらの部署が重要な役割を担っていることがわかった。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

（文献）

山口喜久雄：熊本地震から一年を振り返って．東京都こころの健康だより 119： 6-7， 2017

山口喜久雄：DPATの受け入れと災害時のこころのケア支援．公衆衛生情報 5： 14-15， 2017

山口喜久雄：熊本県精神保健福祉センターの動き．連盟だより（日本精神保健福祉連盟） 60： 3， 2017

（講演）

山口喜久雄：熊本地震におけるDPAT活動．第112回日本精神神経学会，幕張メッセ，千葉，6月2日，2016

山口喜久雄：熊本地震におけるDPAT活動．平成28年度全国精神保健福祉センター長会総会，アジュール竹芝，東京，7月15日，2016

山口喜久雄：熊本地震の経験から．PTSD対策専門研修大規模災害対策コース（平成28年度こころの健康作り対策事業），国立精神・神経医療研究センター，東京，2月14日，2017

山口喜久雄：熊本地震での経験：DPATの導入をふまえて．災害に係るこころのケア支援

研修（災害等におけるストレス関連疾患対策  
情報支援センター事業），国立精神・神経医  
療研究センター，東京，10月19日，2017

#### **H . 知的財産権の出願・登録状況**

該当なし。

参考文献

なし



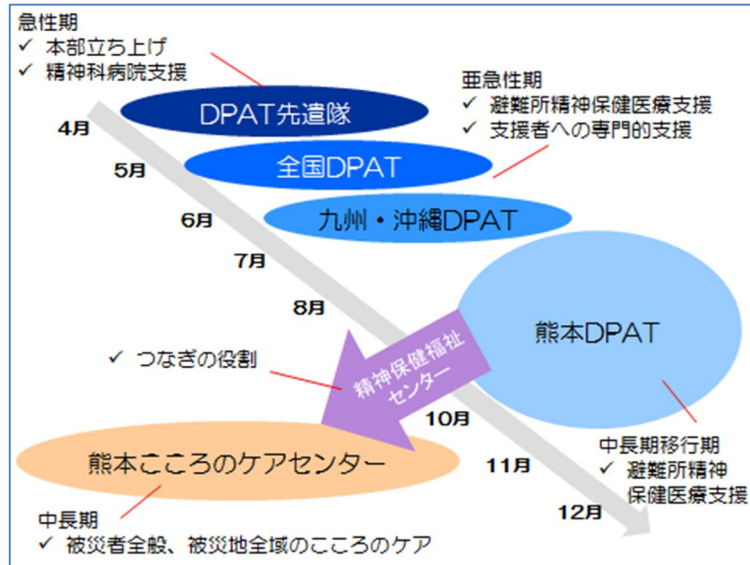


図1. 熊本地震における支援枠組みの推移

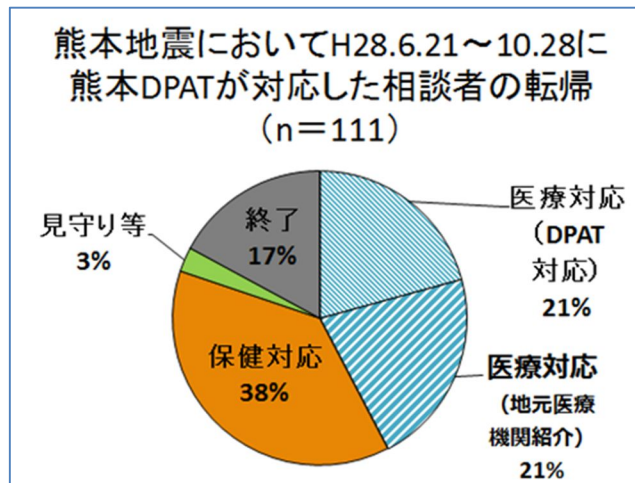


図2. 熊本地震において熊本 DPAT が対応した相談者の転帰

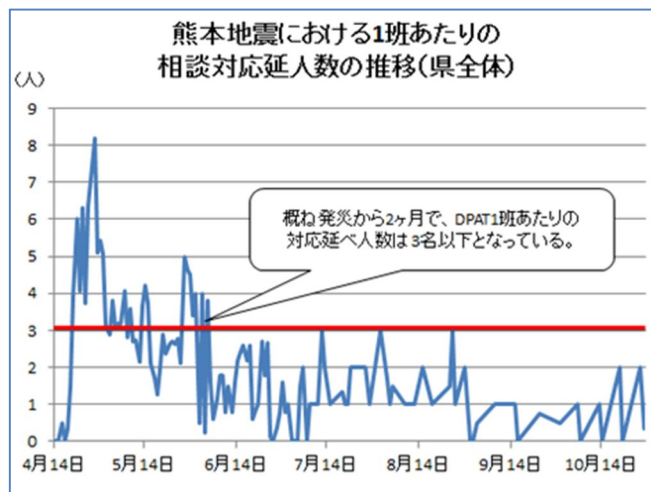


図3. 熊本地震における1班あたりの相談対応延べ人数の推移(県全体)



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 「支援者支援マニュアル作成」に関する研究

研究分担者 丸山 嘉一  
（日本赤十字社医療センター国際医療救援部・国内医療救護部 部長）

研究協力者 池田 美樹（桜美林大学/DPAT事務局）  
高橋 晶（筑波大学）  
平澤 克己（愛知県精神医療センター）  
板垣 知佳子（日本赤十字社医療センター）  
武口 真里花（日本赤十字社 事業局）  
森光 玲雄（諏訪赤十字病院）  
村上 典子（神戸赤十字病院）  
斎賀 孝久（成田赤十字病院）  
谷田 健吾（日本赤十字社 新潟県支部）  
山田 勇介（日本赤十字社 事業局）  
赤坂 美幸（公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン ジャパン）  
原田 奈穂子（宮崎大学）  
久保 達彦（産業医科大学）

研究要旨 災害支援者は、救助・救援活動に従事する中で、さまざまな心的外傷的出来事や業務に関わるストレスを体験する。帰還後、あるいは中長期的な経過の中で、メンタルヘルスの問題を生じる事例についても多数の報告がなされており、支援者支援は考慮すべき重要な問題である。しかしながら、支援者支援については、一般的な指針としてのガイドライン（IASC, 2007）やマニュアル（WHO, 2011）は存在するものの、具体的な支援方略については明らかにされているとは言い難い。そこで、本分担研究では、支援者支援における組織的な体制、および具体的な活動方略を明らかにし、支援者支援マニュアルを作成することを目的とした。本年度（平成29年度）は、平成28年度本研究で行った過去の災害事例における支援者支援の検討から得られた現状の把握と課題についての整理を基に以下の点を検討した。

- 1) 支援者支援の目的、定義、対象を明確化。
  - 2) 支援者支援の実際を介入、連携、撤収、引継に分けて検討。
  - 3) 支援者支援に有用なツール、評価法を検討
  - 4) 特殊例としてご遺体、ご遺族の対応を検討
  - 5) 国際ガイドライン "IASC Who is Where, When doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support" の翻訳
- これらを元に、次年度（平成30年度）はマニュアルを作成・配布する。

## A．研究目的

本研究分担班の目的は、支援者支援の具体的方略を明らかにし、最終的に支援者支援マニュアルを作成することである。平成29年度は支援者支援の目的、定義、対象を明らかにした上で、平成28年度本研究班の検討から得られた知見を基に支援の実際を検討し、実際にマニュアルを作成・配布する上での問題整理、項目整理を目標とした。

## B．研究方法

平成28年度は過去の災害事例、および災害時における精神保健・心理社会的支援における組織間

連携のあり方について事例検討を行い、課題の抽出を行うことが必要であると考え、実際に行われた支援者活動（平成27年関東・東北豪雨災害、平成28年4月熊本地震災害）について、ワークショップ形式で検討を行った。その結果、1)支援者支援においては、時系列、および同時期に活動する組織間での連携を適切に行うための情報共有や役割分担のための工夫を講じることが重要である。2) さらに、多岐に渡る属性を持つ支援者支援を行うにあたり、支援者の属性ごとの保障体制を把握することが必要であることが確認された。

平成29年度は、マニュアル作成に向けて支援者

支援の目的、定義、対象を明確にするとともに、情報共有、役割分担、補償等の支援に係る具体的検討が必要であると考えられた。

本研究班の構成員（本分担研究の研究協力者）は、**DPAT**活動の経験、および専門的な知識を有する**DPAT**関係者（**DPAT**事務局員、**DPAT**アドバイザー精神科医師）、日本赤十字社の災害救護の経験、および専門的な知識を持つ日本赤十字社関係者（日本赤十字社災害医療コーディネーター、日赤こころのケア指導者、日赤本社災害救護担当者等）、国内外における心理社会的支援活動の多数の経験を持ち、かつ専門的な知識を持つ者（公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン ジャパン、宮崎大学）、既に産業医療において精神保健実践の経験を有する者（産業医科大学）の計**14**名である。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報に相当する内容は扱っていない。また、資料として掲載している研究データの取り扱いについては、データを保持・保有する所属機関の承諾を得た上で掲載している。以上の理由から、倫理面における問題はないと判断した。

## C. 研究結果

・支援者支援の目的・ポイント（資料1）：

目的

1. 被災地の支援者に対するストレス軽減・メンタルヘルスケア
2. DPAT活動を行う隊員自身が支援活動に従事する上でのストレス管理・メンタルヘルスケア

対象

被災地内の支援者・被災地外からの救援者  
被災地内にいる全ての被災者は支援者になる可能性がある  
支援者の家族、支援者の派遣元職員も含む

支援者支援のポイント

- 1) 立ち位置を知り、周りを見る
- 2) イライラは感染する
- 3) スイッチを入れてCSCALLL

C: command & control

S: safety

C: communication

A: assessment

L: look

L: listen

L: link

管理者がスイッチをいれ、組織として対応する

・支援者支援の概念図（資料2）

対象者を中心として、専門家集団（DPAT等）、保健師・救護班（こころのケア班等）だけでなく事業者が連携、協働しなければならない。各団体組織で情報共有するためのツールが必要である。

DPATで使用する個票の共用とデータ化（MDS:mini-mum date set）を推進した。

さらにPsySTART、Sprint-E等新たな評価法を導入に向けて検討、評価した（資料3）。

・評価法（資料3.4）

PsySTART(Psychological Simple Triage and Rapid Treatment)とは米国で開発された心理的簡易トリアージと一次対応のためのツールである。2分でデータを収集でき、ケアの決定をサポートする精神トリアージタグである。

- 1) 個人的なトリアージ
- 2) 疫学調査
- 3) 多数傷病者の評価
- 4) コミュニティへの災害時のケア

を目的とし、リアルタイムにメンタルヘルスにつなぎ、クラウド・電話を使用した情報集積・提供も可能である。具体的には、地域・病院・避難所を評価し、精神・心理社会的重症度の割合を計算し、これから精神不安定になる人の割合を表し、アウトブレイクの危険性を示す事が可能である。トレンドを明らかにすることで、今後の対策を考えることが出来る。

評価法の位置づけは以下の通りである。

状況からの評価・トリアージ PsySTART

精神、行動からの評価・トリアージ MDS

（Sprint-E等）

・マニュアル概要（資料4）

名称：「災害時の支援者支援マニュアル」  
メンタルヘルス保持のための基本原則は、

- 1) 正確な情報収集  
被災状況  
支援者自身 ハイリスク支援者
- 2) 適切な休養  
自分の背中には自分では見えない
- 3) 早期の問題認識  
事前の教育  
一人で抱え込まない
- 4) 適切な援助希求  
支援をシステム化

であり、マニュアルを作成する上で考慮する必要がある。

・支援の実際

1) 介入（資料5）

平成28年度の研究から介入の困難さが指摘されていた。過去事例検討から介入前に、災害であるというスイッチを入れる。心のマップ（PsySTART等）を作成して可視化した上で優先順位をつける。

関連団体、組織による会議等で情報共有を行い、方針を確認する。が必要である。

2) つなぐ（資料6）

国際ガイドライン "IASC Who is Where, When

doing What (4Ws) in Mental Health and Psycho-social Support" の翻訳と併せて、被災地でmental health, psycho-social support (MHPSS) に参画する団体、組織を可視化するツールとして Actor's Mapping Pyramidを作成した。

同Mapを使用することで活動組織自体の立ち位置や周囲の状況を理解できるとともに、救護活動を調整する行政職、コーディネーターらの助けにもなる。平時から準備しておくことで災害中長期における地域の引継先選定の参考となる。

### 3) 補償 (資料7)

各団体組織の補償状況を調査した。

引き続き他団体の状況も調査しマニュアルに反映させる予定である。

### J-SPEEDセルフチェック (資料8)

被災地疾病サーベイランスであるJ-SPEEDがアプリ化されるに伴い、救護班へのねぎらいと健康への注意喚起のためのセルフチェックを追加した。日々の報告を入力する際、初めの画面に支援者である救護班員の身体・精神的状況を入力する画面を挿入することで注意を喚起するとともに、具合が悪くなった班員への早期介入が出来るようになる。今後は支援者全体に広げる方策を検討する。

## D. 考察

本邦初、世界的に見ても例を見ない「支援者支援マニュアル」作成に向けて、平成28年度の本研究班の結果を踏まえて実際的な検討を行った。

支援者とは上記の「支援」を行う者、すなわち災害時に力を貸して助けてくれる者と定義した。救援者は困難な状況や危険に陥っている人を助ける人(例えば警察官、消防士、救急救命士、自衛官、救護班員など)である。救援者は自身も被害に遭う。また凄惨な現場を目撃する可能性のある状況で、危険な状況の中に飛び込んで救助するイメージがある。一方、支援者は、災害時に被災者を支援するすべての職種が当てはまる。したがって前述の救援者に加えて、医療職、行政職、教職員、ボランティアなどが含まれる。さらに被災地内で活動するだけでなく、被災地外にいる派遣元職員や支援者の家族らも「広義の支援者」と考える。

支援者支援の目的は、支援者自身の苦しみを和らげるとともに、自身にその行為の意味を問い、対人援助の専門性を習得し、支援者としての資質の向上を図ることである。

これまで災害時における支援者の「心の健康」に関して十分な注意が払われてきておらず、注目されるようになってからまだ日が浅い。消防、自衛隊などのように積極的に取り組んでいる業種はわずかである。近年DMAT、DPAT、JMAT、日本赤十字社救護班をはじめ様々な医療チームが被災地支援に参画するようになった。被災地では凄惨な場面を体験することも多く、心に傷が残ることがある。医

療チームだけでなく、ボランティアも含めて被災地支援を行う者たちは、個人的にも組織的にも行動規範を遵守し、惨事ストレスを学んでおく必要がある。

また、最近問題になっているのは、被災地の行政職員に疲労度が高いことである。関東東北豪雨による常総市水害、熊本地震では、災害地域の行政職員は自らも被災しながら、市民の生活再建に尽力しており、被災者と支援者の二重のストレスを受け、燃え尽きなど精神・身体の不調を来すことが明らかになった。被災地の行政職員は、通常業務を行いながら、非常時対応のため平時を遙かに超える業務量を扱わなければならない。そして彼ら自身も被災者なのである。

支援者は、被災地復興支援のキーパーソンであり、彼らが一人でも倒れるとその影響は大きく、復興遅延の原因にもなり得る。その意味において、支援者支援は被災者支援につながることもいえる。被災者・被災地を支援している人すべてを支えるシステムが支援者支援であり、本マニュアルはその必要性、意義、方法の理解を目的に作成している。

平成28年度の研究で示された課題は、1) 支援者支援では、どの組織が、どの時期にどのような支援を行うのかを明確にし、組織間で共有し、継続した支援が行えるようにする点と、2) 災害後のメンタルヘルスは、中長期に渡る問題であることを踏まえ、支援の継続性を考慮する際には、つなぎ先となる支援者の保障の責任所在を把握した上で支援を行う必要がある点であった。

前述したように、メンタルヘルス保持のための基本原則は、正確な情報収集、適切な休養、早期の問題認識、適切な援助希求である。この原則を踏まえ、ふたつの課題を解決できるマニュアルの作成が求められる。

情報収集、共有のツールとして、PsySTART、Sprint-E等の評価法を検討した。PsySTARTは質問法ではなく事象から客観的に個人、コミュニティ、地域を評価し、介入の優先順位をも共有できる有用なツールである。専門家でなくとも評価できる点も優れている。繰り返しの評価や地域間の比較を行うことも可能である。現在は米国のみで使用されており、日本版に改訂する必要がある。一方、Sprint-E等は専門家が個人の状況を評価し、治療に結びつけ、さらに効果判定を行うことが出来る。

ただし、いかに評価法を提示しても、早期の問題認識と適切な援助希求のためには、これら支援をシステム化する事が肝要と思われる。本マニュアルが組織の管理者に支援者支援の必要性を認識させる一助になればと考える。また、問題認識のために、J-SPEED報告アプリに救護班員の健康調査を行う項目を組み込む工夫を行った。このアプリを使用する救護班員を対象に実証研究を行う予定である。

支援者支援は、急性期に参入する様々な組織団体の調整はもちろんであるが、中長期に及びとりわけ被災地の組織への引継が問題となる。"IASC Who is Where, When doing What (4Ws) in Mental

Health and Psychosocial Support" と、mental health, psycho-social support (MHPSS) に参画する団体組織を MHPSS ピラミッドに当てはめていく Actor's Mapping Pyramid は被災地に展開する組織を可視化するツールとして有用と考える。今後、過去の災害に参集した組織団体をフェーズごとにマッピングし、マップの有用性と使用法の検証が必要である。

## E . 結論

「支援者支援マニュアル」の目的は、支援者の良好なメンタルヘルス保持とレジリエンス強化であり、対象は被災地内外で支援にあたるすべての人である。

マニュアル作成にあたり以下の課題が明らかになった。

- 1) 組織管理者への説明と理解
- 2) 連携可視化のために Actor's Mapping Pyramid の普及・評価
- 3) 情報共有ツールとしての個票、PsySTART、Sprint-E 等評価法の検討と標準化
- 4) 個人情報の取り扱いと補償

## F . 健康危険情報

報告すべき事象は、特に生じていない。

## G . 研究発表

該当なし。

## H . 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

## 参考文献

- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf) (Accessed 1 March 2017)
- 日本赤十字社「こころのケア研修マニュアル(救護員指導用)」平成 24 年 6 月改訂
- World Health organization, War trauma Foundation and World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Genova. (訳: (独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012)). 心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)フィールド・ガイド.)

## 支援者支援とは

### 目的

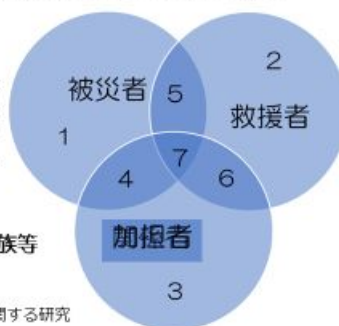
- 1.被災地の支援者に対するストレス軽減・メンタルヘルスケア
- 2.DPAT活動を行う隊員自身が支援活動に従事する上での  
ストレス管理・メンタルヘルスケア

### 対象

被災地内の支援者・被災地外からの救援者  
被災地内にいる全ての被災者は支援者になる可能性がある

### リスク評価

低リスク	2、3	Look	パンフレット配布
中リスク	1、6	Listen	傾聴、支持、共感
高リスク	4、5、7	Lead	積極的導き・介入 気付き



\*「関係者」：事故の契機となった個人や会社、およびその家族等  
例) 原発事故を起こした会社や社員、家族等

平成29年度厚労科研 災害派遣精神医療チーム (DPAT) の機能強化に関する研究  
「支援者支援マニュアル作成部会 (分担班長：丸山嘉一)」作成資料

## 支援者支援の概念図



### 情報共有のためのツール

対象者情報：個人情報への守秘

### 診療記録等

災害時診療記録・J-SPEED  
DPAT個票→MDS化  
避難所アセスメントシート

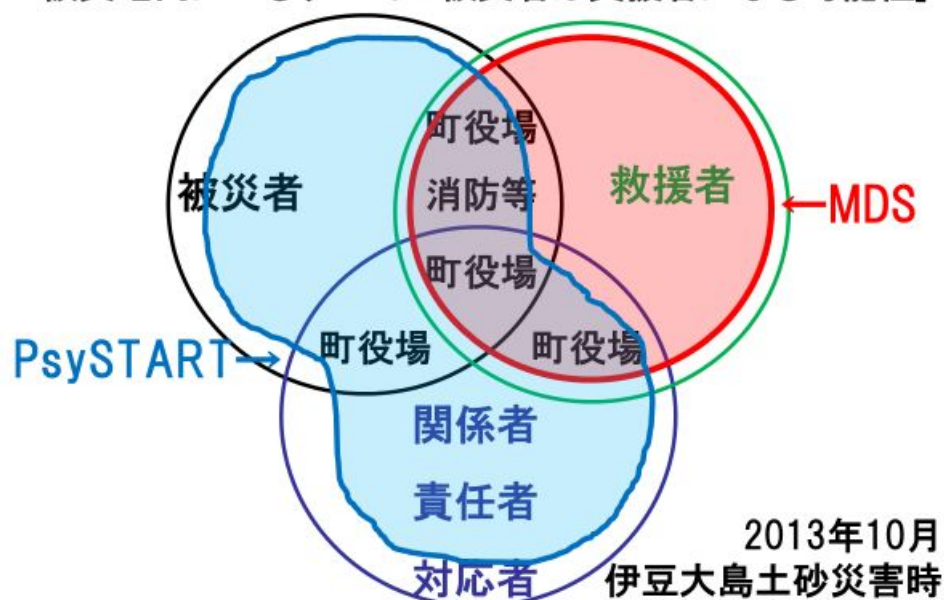
### 新たな評価法

「こころのトリアージタッグ」  
アメリカ赤十字社 PsySTART  
→日本版PsySTART作成

K6, IES-R, GHQ, Sprint-E

資料3 支援者支援評価法の検討

「被災地内にいるすべての被災者は支援者になる可能性」



資料4 支援者支援マニュアルの概要

名称:「災害時の支援者支援マニュアル」

A5サイズ  
カラー 40ページ程度

添付資料

DPAT個票(MDS)  
こころのトリアージタグ  
評価表  
評価方法

目次  
はじめに  
支援者支援のポイント  
対象  
ツール  
PFAの基礎知識  
支援の実際  
介入  
連携  
撤収・引継  
ご遺体・ご遺族対応

“IASC Who is Where, When doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support” 翻訳  
(2012年刊行、20ページ)

PFA関連  
相談窓口・関連団体リスト  
行動規範



## 支援の実際 介入



### 介入 Intervention

まず、管理監督者(市長、院長、所長、署長等)から  
必要性を知ってもらう

精神医療、こころのケアを前面に出さない工夫  
リフレッシュルーム、健康相談 等  
内容はPFA 3L(Look, Listen, Link)

Core principals of interventions(MHPSS)

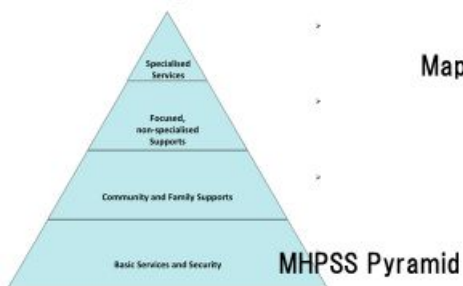
- 1) Notice
- 2) Human rights and equity
- 3) Participation
- 4) Do no harm
- 5) Building on available resources and capacities
- 6) Integrated support systems
- 7) Multi-layered supports

## 支援の実際 つなぐ



MHPSS Pyramid × Actor's Grid = Actor's Mapping Pyramid

Classification & Visualization  
Mapping various support teams to each layer



ACTOR'S GRID (Chabga)	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area
Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area	Area

Actor's Grid



Actor's Mapping Pyramid

## 支援の実際 補償



## 各支援組織の補償

組織	補償内容	備考
DMAT	派遣元の自治体と所属医療機関の協定による [DMAT事務局回答]	怪我、死亡等は補償有（一般の保険のため、各自治体でバラバラ） ※精神障害は基本的に含まれていない
日赤	支部の派遣要請→ 所属機関	日赤の業務の一環として従事 [日本赤十字社救護規則]
JMAT	医師会の保険	一般の保険
消防職員	職員：地方公務員公務災害基金 * 緊急消防援助隊：国の公務災害の補償に該当	
消防団	市長村が補償 消防団員等公務災害補償等共済基金 任意保険：日本消防協会福祉共済	[消防組織法第15条の7] [消防団員等公務災害補償等責任共済に関する法律第13条] 精神障害を含む全ての範囲をカバー。歴史も長く、ほとんどの団員が公金で加入している
災害ボランティア	任意のボランティア保険に加入	

## 資料8 J-SPEEDセルフチェック



## J-SPEED記載時のセルフチェック

J-SPEEDアプリを開いた時に、チームのセルフチェックをしていただくようソフトを開発

被災者・被災地支援には、チームの皆様も健康であることが必要です。

体調を崩している方は、いませんか。チーム内に以下に該当する方がいる場合は、チェックをいれてください。

1. 食事・休憩がとれていない
2. 眠れていない
3. イライラしている
4. コミュニケーションがとれていない
5. 活動に支障がある

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 精神科病院における災害拠点病院機能の検討

研究分担者	渡 路子	1)
研究協力者	小見 めぐみ	1)
	知花 浩也	2)
	小菅 清香	1)
	高品 登美子	3)

- 1) DPAT 事務局
- 2) 国立病院機構 琉球病院
- 3) 千葉県健康福祉部障害者福祉推進課

研究要旨

【目的】

全自治体に対し、災害時の精神科医療体制の現状を調査（下記研究 および ）することで、災害時における精神科医療資源の評価および DPAT と災害拠点精神科病院の体制整備に係る基礎資料とする。

研究 . 災害拠点病院における精神科医療機能調査

研究 . 精神科病院における災害拠点病院機能調査

【方法】

研究 . 平成 29 年 10 月 11 日～平成 30 年 3 月 30 日の間に、全 67 都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等）担当課を対象とし、当該都道府県等の災害拠点病院、その内の精神病床の有無、精神科外来の有無、精神科医師数（常勤精神科医師、非常勤精神科医師）を尋ね、メールで回答を求めた。

研究 . 平成 29 年 10 月 11 日～平成 30 年 3 月 30 日の間に、全 67 都道府県等担当課経由で、当該都道府県等の精神病床を有する病院を対象とし、災害拠点精神科病院機能、災害拠点病院機能、災害時支援中心病院機能を尋ね、メールで回答を求めた。

【結果】

研究 . 回収率は 99%であった（栃木県未回答）。今回得られた災害拠点病院数は 726 箇所、そのうち精神病床を有しているのは 195 箇所であった（今回得られた全災害拠点病院の 27%）。また、精神病床を有する病院の合計精神病床数は 10,873 床であった。

研究 . 回収率は 71%であった（香川県未回答）。南海トラフ地震指定市町村内の精神病床数（計 149,846 床）と災害時入院患者受入可能合計数（計 7,279 床）の差から、自ブロックのみでの受入が可能なブロックは北海道地方と東北地方だけであった。また、DPAT を保有し、その派遣体制がある病院の割合は 18%であり、平成 30 年度中に整備する予定ありと回答した病院の割合は 6%であった。

【考察・結論】

災害拠点病院における精神科医療機能について調査した。今回得られた全災害拠点病院の 27%が精神病床を有しているが、総数は全精神病床の 3%しかなく、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できないことがわかった。また、精神科病院における災害拠点病院機能について調査したところ、既存の精神科病院における災害時入院患者受入可能数からは、南海トラフ地震の際には自ブロックのみでの受入は不可能であること、さらに DPAT の派遣機能を有する病院が 18%に留まっていることから、大量患者の一時避難を含む広域搬送および DPAT 体制整備の更なる必要性が示唆された。来年度は、災害拠点精神科病院に必要な具体的な機能や準備項目を提示するため、災害拠点精神科病院調査の解析および東日本大震災と熊本地震における精神科病院が被災した際の対応の課題や好事例をレビューする。

## A. 研究目的

DPAT 活動にあたり「**DPAT** は、原則として、被災地域内の災害拠点病院、災害拠点精神科病院、保健所、避難所等に設置される **DPAT** 活動拠点本部に参集し、その調整下で被災地域での活動を行うこと。」とされており、急性期における災害拠点病院機能は、初期救急医療の要となる点で重要な意義をもつ。

近年の DPAT 活動の事例において、平成 28 年 4 月 14 日に発生した熊本地震では「今回の精神科病院からの患者搬送では、受け入れる数十か所の単科精神科病院と個別のベッドコントロールをしなければならず、情報も錯綜、結果として、搬送調整に多大な時間を要してしまった。**DMAT** は災害拠点病院を中心に活動する。さらには、必要に応じて **SCU (Staging Care Unit)** を立ち上げ、患者を一旦集約、状態の安定化を図りながら搬送手段を確保し、域外への搬送を行う。しかし、精神科には患者や支援チームを集約できる災害時の施設がない。そして災害拠点病院には精神病床はほとんどない。(平成 28 年度災害時こころの情報支援センター事業(**DPAT** 事務局機能)事業実績報告書)」との報告にあるように、精神科病院における搬送・受け入れ、すなわち災害拠点病院機能が課題となった。また、当課題を踏まえ、平成 30 年度医療計画改定においても災害拠点精神科病院を含む精神科の災害医療体制が位置づけられた(医政地発 0331 第 3 号 医療計画課課長通知)。これらの現状を鑑み、被災地の基幹的な精神科病院の災害拠点病院機能を把握することは意義あることと考えられる。したがって、災害拠点病院における精神医療機能、また、精神科病院における災害拠点病院機能を把握し、災害時における DPAT 活動拠点の検討および災害拠点精神科病院の具体的な要件の検討のための基礎資料とすることを目的に、全都道府県等に対し、アンケート調査を行った。

## B. 研究方法

研究 1. 災害拠点病院における精神科医療機能調査

平成 29 年 10 月 11 日～平成 30 年 3 月 30 日の間に、全 67 都道府県・政令市担当課を対象とし、(ア)災害拠点病院内の精神病床数、(イ)精神科外来の有無、(ウ)精神科医師数(常勤精神科医師、非常勤精神科医師)について尋ね、メールで回答を求めた。

研究 2. 精神科病院における災害拠点病院機能調査

平成 29 年 10 月 11 日～平成 30 年 3 月 30 日の間に、全 67 都道府県等担当課経由で、当該都道府県等の精神科病床を有する病院を対象とし、(ア)基本情報(病院名、病院の分類、精神病床数等)(イ)病院機能、(ウ)災害時の院内体制や組織図の資料について、メール等で回答を求めた。別途、日本精神科病院会員病院には日精協会長名で調査協力依頼を行った。(イ)病院機能の項目は下記 3 種から構成し、内容が重複する項目については、より詳細な内容が記載されている項目を採用し、必要があれば精神科医療用に文言を変更した。また、一項目に複数の内容が含まれている場合は、全てに当てはまる場合に「はい」を選択するよう記載した。

災害拠点病院の指定要件:災害拠点病院指定要件の一部改正について(医政発 0331 第 33 号 平成 29 年 3 月 31 日医政局通知)別紙

災害拠点精神科病院の目標および医療機関に求められる事項:疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(医政地発 0331 第 3 号 平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

災害時支援中心病院の具備条件:  
「災害時支援中心病院」選出のお願いについて(日精協発第 16164 号 平成 29 年 3 月 1 日)  
なお、具体的な調査項目は資料 1 の通りであった。(ウ)については、当該資料がある場合に添付を依頼した。

(倫理面への配慮)

個人情報には取り扱っていない。

## C. 研究結果

研究 : 回収率は **99%** (全 **67** 都道府県等中 **66** 都道府県等 ; 栃木県未回答) であった。今回得られた災害拠点病院数は **726** 箇所、そのうち精神病床を有しているのは **195** 箇所であった (今回得られた全災害拠点病院の **27%**)。また、精神病床を有する病院の合計精神病床数は **10873** 床であった。災害拠点病院のうち、精神科外来を有しているのは **425** 箇所 (今回得られた全災害拠点病院の **59%**) であった。精神科医師の有無において、常勤医師を有しているのは **331** 箇所、無しは **395** 箇所、不明は **7** 箇所であった。非常勤医師を有しているのは **289** 箇所であった。非常勤医師を有している病院の中で、常勤医師無しは **97** 箇所であった (図 1)。

さらに、県ごとの人口に対する精神病床数を算出するため、総務省統計局による人口推計 (平成 **30** 年 **3** 月時点) を用いて分析を行った。その結果、**1** 万人に対する災害拠点病院における精神病床数は **0.53** 床と各都道府県で異なっており、全国平均は **1.0** 床であった。京都府、山口県においては有する精神病床数は **0** であった (図 2)。

研究 : 回収率は **71%** であった (1,626 精神科病院中 1,158 病院 ; 香川県未回答)。

(ア) 基本情報

### 1) 病院の分類

回答病院の病院分類は 自治体病院 105 病院 (9%)、国立病院 29 病院 (3%)、民間病院 962 病院 (84%)、大学病院 56 病院 (5%) であった (括弧内は回答病院において当該分類が占める割合)。

### 2) 精神病床数

回答病院の合計精神病床数は 230,084 床であり、全国の精神病床数 (331,342 床) の **69%** であった。

(イ) 病院機能

### 1) 運営関連

(1) 「災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和 25 年法律第 123 号) に基づく精神科医療を行うための診療機能を有している。」という問いに対して「はい」と回答した割合は **63%** であった。

(2) 「災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有している。」という問いに対して「はい」と回答した割合は **48%** であった。また、「はい」と回答した場合、

「何名程度、入院患者を受け入れられますか (オーバーベッド含む)。」という問いに対して全国の入院患者受入可能合計数は 7,279 人であった。

さらに、南海トラフ地震指定市町村<sup>1</sup>内の精神病床数<sup>2</sup> (計 149,846 床) と災害時入院患者受入可能数<sup>3</sup> (計 7,279 床) の差を算出した。その結果、自ブロックのみでの受入が可能なブロックは北海道地方と東北地方だけであった。

また、「何名程度、一時的避難場所で受け入れられますか。」という問いに対して、全国の一時避難場所受入可能合計数は 11,815 人であった。

(3) 「24 時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神疾患を有する患者の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は **22%** であった。

(4) 「災害発生時に、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ拠点にもなることができる。なお、「広域災害・救急医療情報システム (EMIS)」が機能していない場合には、被災地からとりあえずの重症の精神疾患を有する患者の搬送先として患者を受け入れることができる。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は **28%** であった。

(5) 「DPAT の調整本部との情報交流を緊密におこない連携するとともに、必要であれば活動拠点としての機能を果たすことができる。」と

いう問いに対して、「はい」と回答した割合は21%であった。

(6)「災害派遣精神医療チーム(DPAT)を保有し、その派遣体制がある。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は18%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は6%であった。

(7)「災害発生時に他の医療機関のDPATや医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えている。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は15%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は15%であった。

(8)「被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っている。」という問いに対して「はい」と回答した割合は、21%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか?」とい問いに対して、「ある」と回答した割合は30%であった。

(9)「整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は13%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に実施する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は25%であった。

(10)「災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成(都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む)の役割を担っている。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は9%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に役割を担う予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は5%であった。

(11)「災害急性期を脱した後も継続的に必要

な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとっている。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は6%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に実施する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は5%であった。

## 2) 施設関連

(1)「診療機能を有する施設は耐震構造を有しており、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は71%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「診療機能を有する施設は耐震構造を有していますか?」という問いに対して、「はい」と回答した割合は55%であった。

(2)「重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は87%であった。

(3)「災害精神医療の研修に必要な研修室を有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は31%であった。

(4)「通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保している。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われており、非常時に使用可能なことを検証している。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は34%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は7%であった。

(5)「災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保ができる。」という問いに対して、「はい」と回答

した割合は57%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は7%であった。

(6)「被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能である。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は37%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は7%であった。

(7)「津波・洪水・土砂災害・原発近隣などの被害予想地区ではない立地である。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は59%であった。

### 3) 設備関連

(1)「被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有できる。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は67%であった。また「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は8%であった。

(2)「EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めており、訓練を行うことでその使用方法に精通している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は49%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は22%であった。

(3)「衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は19%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は15%であった。

(4)「複数の通信手段を保有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は

47%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は7%であった。

(5)「患者の多数発生時用の簡易ベッドを有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は19%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は4%であった。

(6)「被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等を有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は28%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は8%であった。

(7)「トリアージ・タグを有している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は23%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は10%であった。

(8)「DPATや医療チームの派遣に必要な緊急車輛を原則として有している。その車輛には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能である。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は18%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合は2%であった。

### 4) 備蓄供給関連

(1)「食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄している。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は82%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか？」という問いに対して、「ある」と回答した割合

は24%であった。

(2)「飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしている。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は28%であった。また、「いいえ」と回答した場合、「平成30年度中に整備する予定はありますか?」という問いに対して、「ある」と回答した割合は12%であった。

(3)被災病院に向けての救援物資の一時集積所としての役割と被災精神科病院への配送の手配をおこない、被災程度の軽い近隣精神科病院と協力して被災病院への救援物資供給をおこなうことができる。」という問いに対して、「はい」と回答した割合は26%であった。

1 南海トラフ地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法に基づき内閣総理大臣が指定

2 出典：DPAT事務局 精神科病院リスト (H28.4.1時点)(630調査を参考に作成、各自治体担当課が確認済)

## D. 考察

災害拠点病院 726 箇所における精神医療機能について調査した。今回得られた全災害拠点病院の27%が入院機能を有しているが、総数は全精神病床の3%しかなく、災害拠点病院に精神病床を持たない自治体もあった。災害時には身体合併症の問題が課題となるため、災害拠点病院精神病床をどのように機能させるか、または他にどのような医療機関で災害拠点病院精神医療機能を担保するのかは、地域ごとに平時に計画を立案しておく必要があると考えられた。

また、精神科病院 1,158 箇所における災害拠点病院機能について調査した。南海トラフ地震指定市町村内の精神病床数(計149,846床)と災害時入院患者受入可能数(計7,279床)の差から、自ブロックのみでの受入が可能なブロックは北海道地方と東北地方だけであったことから、南海トラフ地震の際には大量患者の一時避難を含む広域搬送の必要性が示唆された。上

記に伴い、大量患者の受入等を効果的に行うための災害拠点精神科病院機能について、具体的な機能を提示していくことが必要と考えられた。また、DPATを保有し、その派遣体制がある病院の割合は18%であった。災害時にDPATを有効活用するためにも、DPATの受入・派遣機能について強化していく必要性が考えられた。

## E. 結論

災害拠点病院における精神医療機能について調査した。今回得られた災害拠点病院の精神病床は10873床で全精神病床の3%のみとなっており、今後想定される大規模地震等における精神科医療ニーズには対応できない。一方で、既存の精神科病院における災害拠点病院機能の現状を調査したところ、災害時における患者受入機能を担える可能性が示唆されたが、患者やDPATの受入等を効果的に行うための災害拠点精神科病院機能について、具体的な機能の提示の必要性があると考えられた。

来年度は、災害拠点精神科病院に必要となる具体的な機能や準備項目を提示するため、災害拠点精神科病院調査の解析および東日本大震災と熊本地震における精神科病院が被災した際の対応の課題や好事例をレビューする。

## F 研究発表

なし

## G. 研究発表

(講演)

- 1) 渡 路子: 災害支援報告会. 第25回日本精神科救急学会学術総会, 金沢ニューグランドホテル, 石川県, 11月3日, 2017
- 2) 渡 路子: DPATの活動と精神科における災害拠点病院機能について. 第70回九州精神神経学会・第63回九州精神医療学会, JA AZM ホール, 宮崎県, 1月26日, 2018
- 3) 渡 路子: これからの災害支援. 第37回日本社会精神医学会, 京都テルサ, 京都府, 3



月 1 日, 2018

## H . 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 参考文献

- 1)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知(障精発0502第1号) DPAT 活動要領
- 2) 総務省統計局 人口推計(平成 30 年 1 月 22 日現在) 全国:年齢(各歳) 男女別人口・都道府県:年齢(5 歳階級) 男女別人口  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201801.pdf> 2018 年 3 月 21 日参照

	平成29年度	平成28年度	平成27年度
回収率	99% (全67自治体)	100% (全67自治体)	100% (全67自治体)
災害拠点病院数	726箇所	700箇所	688箇所
災害拠点病院 精神病床	有195箇所 (全災害拠点病院の27%)	有210箇所 (全災害拠点病院の30%)	有180箇所 (全災害拠点病院の26%)
災害拠点病院 精神病床数	10873床 (全精神病床の3.2%)	10806床 (全精神病床の3.2%)	10639床 (全精神病床の3.1%)
うち精神科外来	有425箇所 (全災害拠点病院の59%)	有395箇所 (全災害拠点病院の56%)	有386箇所 (全災害拠点病院の56%)
精神科医師数 (常勤、非常勤)	2889人 (常勤1823人 非常勤1066人)	2736人 (常勤1720人、 非常勤1016人)	2639人 (常勤1673人、 非常勤966人)
常勤医師	有331箇所 無395箇所 不明7箇所	有328箇所、 無365箇所、 不明7箇所	有295箇所、 無392箇所、 不明1箇所
非常勤医師	有289箇所 有&常勤なし97箇所	有284箇所、 有&常勤なし84箇所	有247箇所、 有&常勤なし82箇所

図1. 災害拠点病院における精神医療機能調査結果

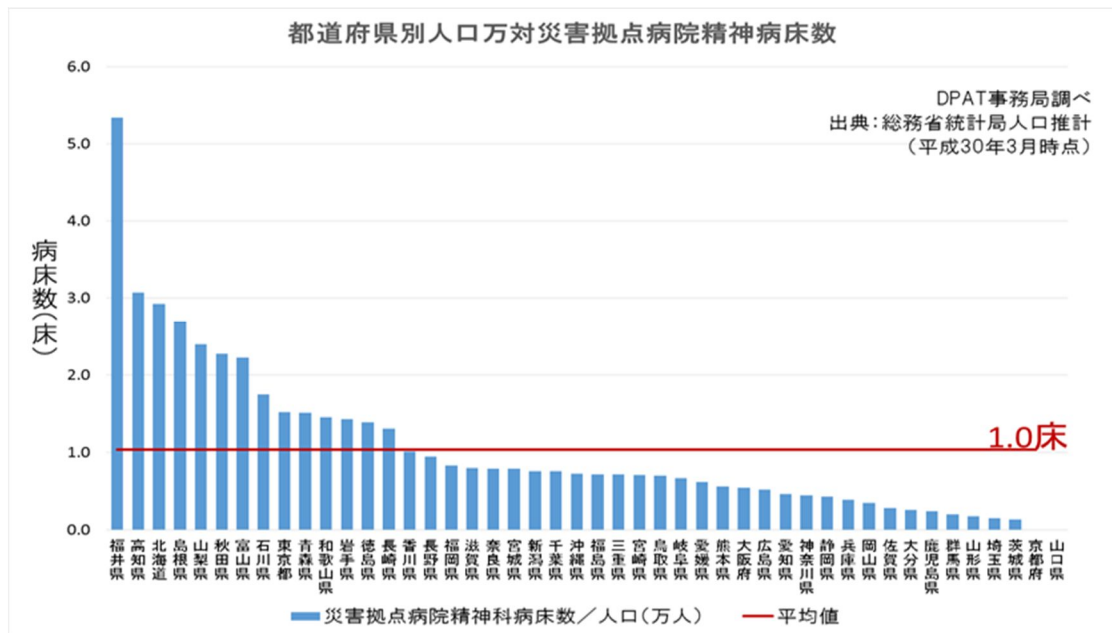


図2. 都道府県別人口に対する災害拠点病院の精神病床数

資料 1 . 精神科病院における災害拠点精神科病院機能調査 (「イ . 病院機能」抜粋)

1) 運営関連

(%)

項目	はい or ある	いいえ or ない
(1) 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)に基づく精神科医療を行うための診療機能を有している。	63	37
(2) 災害時においても、精神疾患を有する患者の受け入れや、一時的避難場所としての機能を有している。	48	52
「はい」と回答した場合、下記 についてもご回答ください。		
何名程度、入院患者を受け入れられますか(オーバーベッド含む)。	入院患者受入可能合计数 7,279	
何名程度、一時的避難場所で受け入れられますか。	一時避難場所受入可能合计数 11,815	
(3) 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神疾患を有する患者の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有している。	22	78
(4) 災害発生時に、被災地からの精神疾患を有する患者の受け入れ拠点にもなることができる。なお、「広域災害・救急医療情報システム(EMIS)」が機能していない場合には、被災地からとりあえずの重症の精神疾患を有する患者の搬送先として患者を受け入れることができる。	28	72
(5) DPATの調整本部との情報交流を緊密におこない連携するとともに、必要であれば活動拠点としての機能を果たすことができる。	21	79
(6) 災害派遣精神医療チーム(DPAT)を保有し、その派遣体制がある。	18	82
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	6	94
(7) 災害発生時に他の医療機関のDPATや医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えている。	15	85
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	15	85
(8) 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っている。	21	79
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	30	70
(9) 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している。	13	87
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に実施する予定はありますか？	25	75
(10) 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成(都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む)の役割を担っている。	9	91
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に役割を担う予定はありますか？	5	95
(11) 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとっている。	6	94
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に実施する予定はありますか？	5	95

## 2) 施設関連

項目	はい or ある	いいえ or ない
(1) 診療機能を有する施設は耐震構造を有しており、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有している。	71	29
「いいえ」と回答した場合、下記 についてもご回答ください。		
診療機能を有する施設は耐震構造を有していますか。	55	45
(2) 重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有している。	87	13
(3) 災害精神医療の研修に必要な研修室を有している。	31	69
(4) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保している。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われており、非常時に使用可能なことを検証している。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討している。	34	66
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	7	93
(5) 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保ができる。	57	43
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	7	93
(6) 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能である。	37	63
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	7	93
(7) 津波・洪水・土砂災害・原発近隣などの被害予想地区ではない立地である。	59	41

## 3) 設備関連

項目	はい or ある	いいえ or ない
(1) 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有できる。	67	33
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	8	92
(2) EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めており、訓練を行うことでその使用方法に精通している。	49	51
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	22	78
(3) 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備している。	19	81
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	5	95
(4) 複数の通信手段を保有している。	47	53
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	7	93
(5) 患者の多数発生時用の簡易ベッドを有している。	19	81
「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	4	96

(6)	被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等を有している。	28	72
	「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	8	92
(7)	トリアージ・タグを有している。	23	77
	「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	10	90
(8)	DPATや医療チームの派遣に必要な緊急車両を原則として有している。その車両には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能である。	18	82
	「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	2	98

#### 4) 備蓄・供給関連

	項目	はい or ある	いいえ or ない
(1)	食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄している。	82	18
	「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	24	76
(2)	飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしている。	28	72
	「いいえ」と回答した場合、平成30年度中に整備する予定はありますか？	12	88
(3)	被災病院に向けての救援物資の一時集積所としての役割と被災精神科病院への配送の手配をおこない、被災程度の軽い近隣精神科病院と協力して被災病院への救援物資供給をおこなうことができる。	26	74



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名：DPAT 活動に必要な情報支援ツールの実用化

研究分担者 久保達彦 産業医科大学医学部公衆衛生学 准教授  
研究分担者 石峯康浩 鹿児島大学地震火山地域防災センター 特任准教授  
小見めぐみ DPAT 事務局  
知花浩也 国立病院機構 琉球病院 DPAT 事務局  
吉田 航 DPAT 事務局

研究要旨：DPAT活動に必要な情報支援ツールとして、全国の精神科病院ならびに災害拠点病院の位置情報とリアルタイム推定震度データをマッチングさせ、病院ごとの震度を地図上に表示するシステム（精神科医療機関マップ）を開発し、2017年9月よりDPAT事務局ホームページでの配信を開始した。また、昨年度実施した関係システムの有効性評価に基づき、今後は病院支援時の主力ツールとしてEMISを、また地域支援用の主力ツールとしてJ-SPEEDを利用することとした。J-SPEEDについては電子システムの採用前に実施すべき環境整備として、まず精神保健医療版J-SPEEDの紙様式を開発し、J-SPEEDの提唱母体である「災害時に診療録のあり方に関する合同委員会」による採択を得た。これにより同様式は被災地で精神保健医療支援活動にあたるDPAT以外のチームも利用する我が国の標準様式としての位置づけを得た。またJ-SPEED電子システムにも精神保健医療機能が追加され、今後はJ-SPEED電子システムから出力され、調整本部の本部長等に日報される様式には常に精神保健医療支援課題が含まれることとなった。今後は訓練や実災害を通して各システムの有用性を検証し、継続的に最適化を図っていく。

## A．研究目的

目的は以下の2つである。

### 【精神科医療機関マップ更新】

昨年度までの検討を踏まえ、地震災害への対応に係る精神科医療機関マップの機能強化を図ること。

### 【DMHISS 更新】

DPAT の活動に必要な情報支援ツールとして、病院支援時に利用する EMIS 及び精神科医療機関マップと対をなして、DPAT が地域

支援時に利用してきた DHMISS の課題を克服する情報支援ツールの体系を熊本地震の教訓並びに災害医療情報管理に係る最新関係動向も踏まえて検討し、同体系に移行するための道筋を具体的に示すこと。

## B．研究方法

### 【精神科医療機関マップ】

日本全国の地震観測網を利用して地震発生直後に生成される250mメッシュの推定震

度データをダウンロードし、あらかじめDPAT事務局で集計した全国の精神科病院(約1600件)と災害拠点病院(約700件)の緯度経度とマッチングさせてWebマップを自動生成し、既存の精神科医療機関マップに組み込むソフトを開発する。

震度データは、DPAT事務局が研究協力機関として参画している総合科学技術・イノベーション会議のSIP(戦略的イノベーション創造プログラム)「レジリエントな防災・減災機能の強化」(管理法人:JST)で取りまとめられ、関係機関に試験的に配信されているものを利用する。

#### 【DMHISS更新】

DPATが地域支援時に用いる情報支援ツールとして昨年度、実施された関係システムの有効性評価に基づき、DMHISS機能の移行先として、「災害時の診療録のあり方に関する合同委員会」(東日本大震災を契機に設置され、派遣元団体の垣根を越えて全災害医療関係者が利用する標準様式を開発・提唱している。日本医師会・日本集団災害医学会・日本病院会・日本診療情報管理学会・日本救急医学会・国際協力機構(JICA)によって構成)が提唱するJ-SPEEDのポテンシャルを検討し、熊本地震の教訓並びに災害医療情報管理に係る最新関係動向も踏まえて検討した。なお、「災害時の診療録のあり方に関する合同委員会」が提唱するJ-SPEEDを搭載した災害診療記録は、今年度、厚生労働省が全国都道府県に向けて発出した通知(「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」(2017年7月5日))のなかで都道府県が災害に向けて整備すべき標準様式として示されている。

(倫理面への配慮)

システム整備に係る研究であり、倫理審査を必要とする課題はない。

## C. 研究結果

### 【精神科医療機関マップ】

全国の精神科病院ならびに災害拠点病院の位置情報とリアルタイム推定震度データをマッチングさせ、病院ごとの震度を地図上に表示するシステムを開発し、2017年9月よりDPAT事務局ホームページでの配信を開始した。

### 【DMHISS更新】

熊本地震における活動を通じてDPATが情報支援ツールの観点から得た重要な教訓は、「DPAT専用情報支援ツールの利用は、調整本部やDMAT等の関係組織からDPAT活動を見えにくくしてしまう側面があり、すなわち災害保健医療活動の全体像のなかで精神保健医療課題を潜在化させてしまうリスクがある。逆にいえば、他の災害保健医療チームが標準的に利用するツールをDPATも採用して精神保健医療支援活動を展開することによって、災害保健医療活動の全体像のなかで精神保健医療課題をハイライトできるようになる」ということであった。

この教訓、ないし戦略を踏まえて、地域支援時に用いるシステムを比較検討した結果、昨年度の有効性評価によって他の災害保健医療チーム等との情報共有が困難とされたDMHISSの利用継続よりも、「災害時の診療録のあり方に合同委員会」によって提唱され、熊本地震においてはDMAT・JMAT・日本赤十字・国立病院機構はもとより、自衛隊やNGO含めほぼ全ての医療チームが利用したJ-SPEEDを、今後はDPAT活動においても採用することが全体的かつ長期的展望も



含め適当と判断された。

J-SPEEDは熊本地震においては標準様式（紙）を用いて運用され、累計8,089人分診療概況の可視化を実現し、対策本部による医療調整に貢献した。一方、本部におけるデータ処理作業の増大が課題となり、この点を熊本地震からの教訓として電子システムが開発された経緯がある。重要な点としてJ-SPEEDは標準様式（紙）の整備が前提となっており、電子システムが開発されているという点にある。

この経緯を踏まえて、DPAT活動におけるJ-SPEED採用の準備として、今年度研究においてはまず紙様式に遡って検討を行った。この紙様式は本研究班内の太刀川分担班によって開発が主導され、精神保健医療版J-SPEED（同J-SPEEDを搭載する精神保健医療版災害診療記録を含む）としてとりまとめられた。そして重要なこととして、同様式は2017年5月30日に開催された、第12回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会に提案され、災害時の精神保健医療支援活動に係る我が国の標準様式として満場一致で採択された。今後は被災地で精神保健医療活動にあたるチームは、DPAT以外の団体も含めて同様式を利用して診療記録と活動日報を行うことを求められるようになる。

この紙様式の採択・整備を前提として、続いて検討したのが電子システムであった。J-SPEED電子システム（名称：J-SPEED+）は、合同委員会推奨システムとして開発されてきている。合同委員会による精神保健医療版J-SPEEDの採択に伴い電子システムにも精神保健医療版機能が追加されることとなった。今後、DPATがJ-SPEED電子システムを利用することで、DPATの活動情報はDMAT等

の他の災害医療チームの活動と同じ情報体系のなかで集計・可視化されることとなる。すなわち、J-SPEED電子システムから出力され、調整本部の本部長に日報される様式には常に精神保健医療支援課題が含まれることとなった。

## D．考察

### 【精神科医療機関マップ】

震度表示ツールに関して、訓練等の試験利用で意見が出された下の3項目を中心に、さらに改良を進める必要がある。

- 震度情報マップのトップ画面で都道府県ごとの精神病床数の総計を表示できるようにする。
- 活断層名の表示を見やすくする。
- SIPからの震度データ取得が困難な場合の代替策を検討する。

### 【DMHISS 更新】

今年度の検討により、次年度よりDPATは地域支援時の情報システムとしてはJ-SPEEDを利用する。重要なことに、J-SPEEDは紙様式と電子システムの2つから成り立っている。

被災地活動に用いる情報支援ツールのゴールデンスタンダードは、その頑健性と汎用性から、未だ紙様式である。今年度の研究においては、この原則を忘れることなく紙様式に遡って開発が行われた。そして本研究班（太刀川分担班）が開発した様式は「災害時の診療録のあり方に関する合同委員会」によって採択された。研究成果がDPATの枠組みを超えて全国標準様式となったことで今後は他のチームと現場診療活動の協同がよりしやすい環境が整えられること

となった。この成果は、特に被災者への継続的支援の提供を実現する観点から、大変、重要かつ画期的な研究成果である。

加えて、J-SPEED電子システムの採用によって、今後はシステムからA4用紙一枚の情報量に要約されて出力される日報の範囲に、DPATの活動実績が、DMAT等の活動実績とともに災害医療コーディネーター等の指揮者に遅滞なく報告されることとなる。これによって今後、指揮者は、圧倒的なチーム数を誇る身体医療チームからの報告を受ける際に、必ず精神保健医療チームの活動実績を目にすることとなる。重要なことにたとえDPAT関係者が同席できない環境でも、日報にDPATの活動実績として精神保健課題が含まれるようになるのである。すなわち、本研究班の研究成果を通じて、災害保健医療活動の全体像のなかで精神保健医療課題が常に明示され続ける標準的な情報体系が我が国において完成することとなったのである。

立ち返るべきは熊本地震、更には東日本大震災の教訓である。東日本大震災では精神病院への支援の手が遅れた。精神保健医療課題は常に潜在化しやすい。DPATはその課題に光を与えることを期待され設立されたと言える。そして、熊本地震においてDPATは被災地で精神保健医療課題に専門的に対処し、大きな活動実績を残した。一方で、専門的な対処は、「DPAT活動、すなわち精神保健医療課題の潜在化につながるリスクがある」という教訓を得た。そして「他の災害保健医療チームとの標準的な情報ツールの利活用を極力、推進すべきである」との理解に基づき、今回、DPATはJ-SPEED採用することで、現場活動に用いる紙様式から、

災害医療コーディネーターへの日報様式に至るまでの情報経路に精神保健医療課題を身体課題と並列に組み込むことに成功したのである。精神保健医療課題を潜在化させてはならないという東日本大震災の教訓は、今年度の検討において、情報支援ツールの側面からまた一步、顕著な進歩を得たと言える。

今後は、様々な訓練機会を通じて、新しいシステム・情報体系に習熟するとともに、そのなかでDPATのみならず関係組織との情報連携にも着目したキャパシティビルディングがなされていく必要がある。

明記しておくべき関係事項として、実は今年度太刀川分担班が開発した精神保健医療版J-SPEEDは、WHO国際標準であるEmergency Medical Team Minimum Data Set (MDS)のフォーマットに基づいて設計されている。その観点から、災害対応先進国である我が国の最新知見としてのDPATの取組みが、他国でも参照されていく可能性が高まっており、そのような幅広い知見交流のなかでDPATの情報管理体系がブラッシュアップされていくことが期待されている。

## E . 結論

- 精神科病院等における推定震度を準リアルタイムに共有するシステムを構築し、DPAT事務局ホームページ上でのデータ配信の実運用を開始した。
- 精神保健医療版 J-SPEED を開発し、「災害時に診療録のあり方に関する合同委員会」による採択を得た。次年度より、電子システムを含めて J-SPEED を活用した情報管理体制を稼働させる。

- 今後は訓練や実災害を通して各システムの有用性を検証し、継続的に最適化を図っていく。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1. 論文発表

久保達彦：災害時診療概況報告システム J-SPEED の運用が被災地行政官の健康に与するメカニズム 労働の科学. 72(3) P132-136. 2017.

### 2. 学会発表

石峯康浩：DPAT 支援からみた病院・避難所等の情報共有の在り方, 第 22 回日本集団災害医学会総会・学術集会, 愛知, 2017 年 2 月

石峯康浩, 久保達彦, 小見めぐみ, 渡路子：災害派遣精神医療チーム (DPAT) 向けの準リアルタイム震度情報提供システムの開発. 日本災害情報学会研究発表大会, 京都, 2017 年 10 月

石峯康浩, 久保達彦, 小見めぐみ, 渡路子：DPAT 向け精神科病院リアルタイム震度情報システムの開発, 第 23 回日本集団災害医学会総会・学術集会, 神奈川, 2018 年 2 月

久保達彦 第 65 回日本職業災害医学会学術大会シンポジウム 災害診療記録及び J-SPEED のマスギャザリング応用- 2017 年 11 月 26 日

久保達彦 第 27 回日本産業衛生学会全国協議会・第 61 回中国四国合同産業衛生学会メインシンポジウム 災害産業保健 (レスポンス健康) の発展経緯とその展望

2017 年 11 月 24 日

久保達彦 平成 29 年度日本診療情報管理士会 全国研修会シンポジウム WHO 国際標準を踏まえた災害医療チーム診療情報管理の発展方向性 2017 年 7 月 23 日

久保達彦 第 21 回日本救急医学会九州地方会シンポジウム 災害時医療概況報告システム J-SPEED-熊本地震初運用における成果と WHO 国際標準化を踏まえた今後の展望 2017 年 6 月 17 日

Kubo T. The 5th International Conference on Preparedness & Response to Emergencies & Disasters. Health data collection during emergency - The WHO EMT Minimum Data Set. Israel, 15 Jan 2018.

Kubo T. The iSPEED Training of Trainer hosted by the Philippines Department of Health. Emergency Medical Data Analysis - Past, Present, Future. Philippines, 25 Aug 2017.

Kubo T., Fujino Y, Kondo H, Koido Y. International Epidemiology Association - World congress of Epidemiology 2017. Break Through on Data Collection during Acute Phase of Disaster. Japan, 20 Aug 2017.

Kubo T. The 1st Drill of the ARCH Project (Project for Strengthening the ASEAN Regional Capacity on Disaster Health Management). The EMT Minimum Data Set. Thailand, 18 July 2017.

Kubo T. The WHO Emergency Medical Team Coordination Cell Training Course, The WHO EMT Minimum Data Set - Assumed Indicators available. Italy, 28 June 2017.

Kubo T., Benin-Goren O, Norton I. WADEM Congress on Disaster and Emergency Medicine 2017. Emergency Medical Team Working Group for Minimum Data Set. Canada, 27 April 2017.

Kubo T., Kondo H, Koido Y. WADEM Congress on Disaster and Emergency Medicine 2017. The J-SPEED: A Medical Relief Activities Reporting System for Emergency Medical Teams in Japan. Canada, 25 April 2017.

#### **H . 知的財産権の出願・登録状況**

( 予定を含む。 )

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

厚生労働省科学研究補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究課題名 「DPAT活動マニュアルの改訂」に関する研究

研究分担者 来住 由樹 （岡山県精神科医療センター院長）

研究協力者 吉田 航 （厚生労働省委託事業DPAT事務局）  
知花 浩也 （国立病院機構 琉球病院）  
小見 めぐみ （厚生労働省委託事業DPAT事務局）  
辛島 昌秀 （茨城県立こころの医療センター）  
野口 正行 （岡山県精神保健福祉センター長）  
林 みづ穂 （仙台市精神保健福祉総合センター長）  
福島 昇 （新潟県精神保健福祉センター長）  
小原 聡子 （宮城県精神保健福祉センター長）  
畑 哲信 （福島県精神保健福祉センター長）  
山口 喜久雄 （熊本県精神保健福祉センター長）

研究要旨 昨年度の研究においては、DPAT 運営協議会から厚生労働省に対して行われた DPAT 活動要領の改定内容の提言等を参考に、改定項目の抽出を行った。その提言は、DPAT 体制整備以降の DPAT 活動の課題を踏まえて行われたが、災害精神医療活動自体は DPAT 体制整備以前より行われており、それらの活動において得られた知見も反映させる必要がある。また上記の提言の他にも、DPAT 体制整備以降の DPAT 活動について更に研究が進められており、その内容についても反映させる必要がある。本年度は、阪神・淡路大震災、新潟県中越沖地震、東日本大震災における被災都道府県等の精神保健福祉センター長等計 6 名に対し、災害時に受援者となる立場から、現行の DPAT 活動マニュアルの改善点についてヒアリングを実施し、また他の分担研究班の研究結果も合わせ、現行の DPAT 活動マニュアルの改定項目を抽出した。各分担研究班から挙げられた課題には、現行の DPAT 活動マニュアルに記載されてあるものも多くあったことから、マニュアルは作成するだけでなく、研修等を用いて周知を行うことが重要であることが再認識された。また、災害時に必要となる DPAT 活動は、災害の状況や被災地域の精神保健医療の状況を踏まえる必要があることから、各都道府県等は被災時に備え、被災地域の状況を鑑みながら判断できる医師等を任命しておく等、受援体制を準備しておく必要があると考えられた。

## A．研究目的

本分担研究班の目的は、都道府県・政令指定都市（以下；都道府県等）のDPAT体制整備、DPAT発足後の局所災害、大規模災害におけるDPAT活動の課題を踏まえ、最終的にDPAT活動マニュアル改訂項目の提言をすることである。

昨年度の研究においては、DPAT運営協議会から厚生労働省に対して行われたDPAT活動要領の改定内容の提言等を参考に、改定項目の抽出を行った。その提言は、DPAT体制整備以降のDPAT活動の課題を踏まえて行われたが、災害精神医療活動自体はDPAT体制整備以前より行われており、それらの活動において得られた知見も反映させる必要がある。また上記の提言の他にも、DPAT体制整備以降のDPAT活動について更に研究が進められており、その内容についても反映させる必要がある。

そこで本年度は、DPAT体制整備以降におけるDPAT活動の課題と、DPAT体制整備以前の知見を反映させたDPAT活動マニュアル改定項目を提言することを目的とした。

## B．研究方法

（1）DPAT体制整備以前の知見の反映

阪神・淡路大震災、新潟県中越沖地震、東日本大震災における被災都道府県等の精神保健福祉センター長等計6名に対し、災害時に受援者となる立場から、現行のDPAT活動マニュアルの改善点についてヒアリングを実施した。

（2）DPAT体制整備以降の課題の抽出

平成29年11月22日の本研究班の全体班会議にて報告された他の分担研究班の研究結果から、現行のDPAT活動マニュアルの改定項目を抽出した。

（3）DPAT活動マニュアル改定項目案の作成

また（1）、（2）及び昨年度の研究（DPAT活動要領改訂の反映）において抽出した改定項目案を平成30年3月4日の全体班会議にて報告し、再度意見を抽出した上で、最終的な改定項目案をDPAT事務局へ提出した。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報に相当する内容は扱っていない。また、資料として掲載している研究デ

一夕の取り扱いについては、データを保持・保有する所属機関の承諾を得た上で掲載している。以上の理由から、倫理面における問題はないと判断した。

## C. 研究結果

### (1) DPAT体制整備以前の知見の抽出

被災を経験した災害精神保健医療関係者の意見は以下の3つに要約された。

支援体制整備が必要

災害規模、精神科病院、精神科診療所等の被害状況、保健活動体制の事情に応じて多様な形態での支援活動が行えるよう、過去の活動事例も踏まえ、様々な活動手法を列挙すべき

中長期的な地域精神保健活動との連続性を意識した活動が必要

特に については、どの災害においても強調されてきたことであるが、現行のマニュアルでも明記されていないため、追記が必要であると考えられた。

### (2) DPAT体制整備以降の課題の抽出

各分担研究班から挙げられた主なDPAT活動の課題については以下の通りである。

自己完結型の活動(宿の確保、資機材の携行等)ができていない(大鶴分担班)

休養等が取れず、体調不良(疲労感、高揚感等)

や不全感があった(大鶴分担班)

本部の設置場所が異なる等、他の災害医療チーム等との連携がうまくいかなかった(大鶴分担班)

DMHISSはDPATの活動内容を反映できていない(大鶴分担班、久保分担班、太刀川分担班)

DMATに比べ、初動体制を立ち上げるのに時間がかかる(大鶴分担班)

DPAT調整本部・DPAT活動拠点本部、被災現場における役割と活動が理解できていない(大鶴分担班)

支援者支援の内容が曖昧(丸山分担班)

DPAT間での引継ぎができておらず、現地の保健師との連携が非効率となることがあった(大鶴分担班、山口分担班)

### (3) DPAT活動マニュアル改定項目案の作成

昨年度の研究成果および(1)(2)を踏まえたDPAT活動マニュアルの改定項目案を作成した(表1)。全体班会議において、章の順序に関する指摘が多くあったため、平時の準備については、活動内容の後とした。また活動内容においては、精神科病院の支援や地域での精神医療活動等の現地での精神保健医療活動について、本部活動と対比する形で「被災者・支援者等への直接的な精神保健医療活動」と表記することとした。

## D. 考察

本研究においてDPAT体制整備以降のDPAT活動の課題を抽出したことは、DPAT活動マニュアルをより実態に即したものにすると考えられる。一方で、各分担研究班から挙げられたDPAT活動の課題

については、現行のDPAT活動マニュアルにも記載されている内容も多いことから、活動マニュアルを作成・修正するだけでは、一定程度の質が担保されたDPAT活動とはなり得ないことが分かる。

これまでの災害で活動を行ったDPAT班員は、研修を未受講、つまりDPAT活動が具体的にイメージできないまま活動を行っていることから見ても、活動マニュアルに基づいた研修・訓練をあらかじめ受けておくことが効率的なDPAT活動につながると考えられる。

一方で、支援が必要となる内容は、災害ごとに異なり、地域ごとの精神保健医療の状況によって異なるため、統一された方法のみではなく、災害ごと、地域ごとに柔軟に対応をしていく必要がある。そのためには、被災都道府県等の事情を踏まえた上で想定された場所(本部等)で、被災都道府県等の事情を把握している人間が活動立案に関わる必要がある。これらについては、災害後に迅速に活動を行っていくために事前の計画が必要である。平成29年3月に内閣府より「地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン」が発出されたことから、都道府県等は事前にDPAT活動の受援をするための体制や計画を練っておく必要があるだろう。

## E. 結論

各分担研究班から挙げられた課題には、現行のDPAT活動マニュアルに記載されてあるものも多くあったことから、マニュアルは作成するだけでなく、研修等を用いて周知を行うことが重要であることが再認識された。また、災害時に必要となるDPAT活動は、災害の状況や被災地域の精神保健医療の状況を踏まえる必要があることから、各都道府県等は被災時に備え、被災地域の状況を鑑みながら判断できる医師等を任命しておく等、受援体制を準備しておく必要があると考えられた。

## F. 健康危険情報

報告すべき事象は、特に生じていない。

## G. 研究発表

該当なし。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

表1 DPAT活動マニュアル改訂項目案

改定案 下線；改訂内容（）；改訂理由	現行
<p>活動理念</p> <p>1. DPAT とは</p> <p>2. DPAT 活動 3 原則</p> <p>・ <u>Self Sufficiency を文頭へ変更（大鶴分担班による）</u></p>	<p>活動理念</p> <p>1. DPAT とは</p> <p>2. DPAT 活動 3 原則</p>
<p>活動の枠組み</p> <p>1. DPAT の構造</p> <p>・ <u>先遣隊と後続隊の役割を追記（活動要領改訂による）</u></p> <p>・ <u>先遣隊の活動開始時間を修正（活動要領改訂による）</u></p> <p>2. DPAT の統括</p> <p>・ <u>調整本部/活動拠点本部/現場の各役割を具体的に明記（大鶴分担班による）</u></p> <p>・ <u>災害医療コーディネーターとの連携について追記（山口分担班、活動要領改訂による）</u></p> <p>・ <u>派遣調整本部の名称を保健医療調整本部に修正（平成 29 年 7 月 5 日厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」による）</u></p> <p>3. 情報支援システム</p> <p>・ <u>EMIS/J-SPEED/精神科医療機関マップについて追記（活動要領改訂・久保分担班による）</u></p> <p>4. 派遣の流れ</p> <p>・ <u>DMHISS を削除（大鶴分担班、久保分担班による）</u></p> <p>・ <u>DPAT の待機・派遣基準を追記（大鶴分担班による）</u></p> <p>5. 安全管理</p> <p>・ <u>隊員の健康管理について追記（大鶴分担班による）</u></p>	<p>活動の枠組み</p> <p>1. DPAT の構造</p> <p>2. DPAT の統括</p> <p>3. 情報支援システム</p> <p>4. 派遣の流れ</p>
	<p>平時の準備</p> <p>1. 災害想定</p> <p>2. 人材の育成・確保</p> <p>3. 資機材の確保</p>
<p>活動内容</p> <p>1. <u>本部活動（活動要領改訂による）</u></p> <p>2. <u>被災者・支援者等への直接的な精神保健医療活動（全体班会議による）</u></p> <p>2.1 <u>被災地での精神科医療の提供（活動要領改訂による）</u></p> <p>2.2 <u>被災地での精神保健活動の支援（活動要領改訂による）</u></p> <p>2.3 <u>被災した医療機関への専門的支援（活動要領改訂による）</u></p>	<p>活動内容</p> <p>1. 情報収集とアセスメント</p> <p>2. 情報発信</p> <p>3. 災害によって障害さ</p>

<p>2.4 支援者の支援  <u>・DPATの支援者支援の具体的な内容について追記(丸山分担班による)</u></p> <p>2.5 精神保健医療に関する普及啓発  <u>・過去の災害における活動手法の例を追記(来住分担班による)</u></p> <p>3. 情報収集とアセスメント</p> <p>4. 情報発信</p> <p>5. 活動記録と処方箋  <u>・災害診療記録(災害精神保健医療)の使用について追記(久保分担班による)</u></p> <p>6. 活動情報の引き継ぎ</p> <p>7. 活動の終結  <u>・終結の基準を追記(活動要領改訂による)</u></p>	<p>れた既存の精神医療システムの支援</p> <p>4. 災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民への対応</p> <p>5. 支援者の支援</p> <p>6. 普及啓発</p> <p>7. 活動記録と処方箋</p> <p>8. 活動情報の引き継ぎ</p> <p>9. 活動の終結</p>
<p>平時の準備  <u>都道府県等における検討会議等の実施、DPAT統括者、DPAT先遣隊隊員の体制整備への参画について追記(大鶴分担班、来住分担班による)</u></p> <p>1 人材の育成・確保  <u>・「DPAT先遣隊研修」への参加を追記(活動要領改訂による)</u>  <u>・都道府県等でのDPAT研修の内容、講師等について追記(活動要領改訂による)</u></p> <p>2. 受援体制の整備(来住分担班による)</p> <p>2.1 災害想定  <u>・地域ごとの精神保健医療体制を踏まえた上で、被害状況や災害時の対応を想定するよう追記(来住分担班による)</u></p> <p>2.2 DPATの統括体制の整備  <u>・DPAT都道府県調整本部・DPAT活動拠点本部の設置場所の検討について追記(来住分担班による)</u></p> <p>2.3 本部資機材の確保  <u>・DPATを円滑に受け入れるためのDPAT都道府県調整本部・DPAT活動拠点本部の活動に関する資機材について追記(来住分担班による)</u></p>	<p>(再掲) 平時の準備</p> <p>1. 災害想定</p> <p>2. 人材の育成・確保</p> <p>3. 資機材の確保</p>
<p>費用等  <u>・DPAT活動の補償について、災害救助法での補償を削除し、都道府県等と医療機関の事前の取り決めを結ぶよう追記(活動要領改訂による)</u></p>	<p>費用と保障</p> <p>1. 費用</p> <p>2. 保障</p>



. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
久保達彦	災害時診療概況報告システムJ-SPEEDの運用が被災地行政官の健康に寄与するメカニズム	労働の科学	72(3)	P132-136	<b>2017</b>