

厚生労働省「平成30年度被災3県心のケア総合支援調査研究等事業」

平成30年度  
被災3県心のケア総合支援調査研究等事業  
報告書

平成31年3月29日

株式会社日本総合研究所



# 目次

1. 調査研究の目的等	1
(1) 目的	1
(2) 背景	2
①東日本大震災における「心のケア」に関する取り組み	2
②東日本大震災以降の各地の災害における「心のケア」に関する取り組み	12
2. 調査研究の内容と手法	17
(1) 概要	17
(2) 調査研究の4領域	17
①データの収集・整理部門	17
②データの調査・分析部門	18
③研修プログラム開発・人材育成部門	19
④事業の報告書・編さん部門	19
(3) 調査研究の手法	20
①データの収集・整理部門	20
②データの調査・分析部門	20
③研修プログラム開発・人材育成部門	20
④事業の報告書・編さん部門	20
3. 調査研究の結果	21
(1) ヒアリング調査の結果	21
①ヒアリング項目	21
②ヒアリング先リスト	22
③ヒアリング結果の要約	24
④ヒアリングで得られた論点等	48
(2) DMHISS データ調査の結果	52
①データ収集の方法	52
②DMHISS データの特徴	52
③DMHISS データの分析	54
④本年度の総括と課題	58
(3) 文献調査の結果	60
①マニュアル等の整理	60
②人材研修プログラム等の整理	68
(4) 連携強化会議の開催結果	93
①日時・場所	93
②次第	93

③参加者 .....	93
④資料.....	94
⑤議事内容.....	94
(5) 実施委員会の開催結果.....	95
①日時・場所 .....	95
②次第.....	95
③参加者 .....	95
④配布資料.....	96
⑤議事内容.....	97
4. 考察と提言.....	108
(1) 被災3県における心のケア活動の再整理.....	108
①被災3県心のケアセンターの共通点について .....	108
②被災3県心のケアセンターの各自の状況について .....	112
③被災3県心のケアセンターの活動について 各論 .....	120
④本節の総括.....	121
(2) 心のケアに関する諸活動を進める上での主な課題.....	123
①データの収集・蓄積・分析・活用についての課題 .....	123
②心のケアに関する新たな組織の立上げと運用、地域への移行についての課題 .....	126
③心のケアを担う人材の確保・育成および他機関との連携についての課題.....	129
④社会全体の理解増進に向けた課題（アーカイブ化の必要性） .....	131
(3) 次年度以降の調査研究概要（案） .....	132
①データの収集・整理部門について .....	132
②データの調査・分析部門について .....	135
③研修プログラム開発・人材育成部門について .....	139
④事業の報告書・編さん部門について.....	142

# 1. 調査研究の目的等

## (1) 目的

東日本大震災の被災者を取り巻く環境については、復興施策の取組により、インフラ整備をはじめ、住宅再建など住環境のハード整備は整いつつある一方で、被災者は慣れない環境での生活や未だ被災から抜け出せない中で精神的ストレスを抱えており、心のケア支援は引き続き主要な政策課題となっており、その重要性は益々高まってきている状況である。

このため、東日本大震災からの復興の基本方針（平成23年7月29日東日本大震災復興対策本部決定）に基づき、切れ目のない心のケア提供体制構築のための課題及び解決策を明らかにするとともに、東日本大震災における心のケア支援に関する活動（科学的根拠の収集・解析、専門人材の育成など）への取り組み実態を整理分析し、心のケア支援の在り方を改めて検討しておくことが求められている。

具体的には、東日本大震災被災3県の心のケアセンターにおいて行われている被災者の心のケアに関する様々な活動を調査分析することで、被災者の心のケアに関する課題等を明らかにするとともに、心のケアセンターから報告されている様々なデータに関する調査・分析、これまでの知見を活かした研修プログラムの開発など、心のケア支援を推進するための調査研究事業を実施する。また、心のケア支援に関する成果や課題等を関係者が共有し、その質を高めていくため、被災者心のケアセンター連携強化会議を開催する。

なお、本調査研究事業は3ヶ年計画で取り組んでいくことが計画されており、内容的には現時点では次図に示す「4つの柱」を中心に進めていくことが想定されている<sup>1</sup>。

図表 1 調査研究内容（予定）<sup>2</sup>

<b>I. データの収集・整理部門</b> ・各センター等へのヒアリングにより記録データを可視化 ・心のケアに関する資料リスト作成およびレビュー ・被災3県における心のケア対策の成果と課題整理	<b>II. データの調査・分析部門</b> ・心のケア対策の主要課題の時間軸による推移 ・心のケア対策のあり方を更新する際に必要となるデータ等の定義 ・被災3県における心のケア対策の成果と課題の整理 ・国内外の心のケア対策事例等の検証
<b>III. 研修プログラム開発・人材育成部門</b> ・標準的な災害時における心のケア対策の骨格素案作成 ・被災者対策を学べる研修の骨格素案作成	<b>IV. 事業の報告書・編さん部門</b> ・成果等の活用方法の明確化 ・アーカイブ化するための諸条件の明確化
被災者心のケア連携強化会議	

	平成30年度	平成31年度	平成32年度
I	・実施事業の企画 ・実施体制の整備 ・被災者心のケアにおいて収集すべきデータの検討 ・連携強化会議の開催	・平成24年度以降のデータ整理 ・平成31年度のデータ収集・整理	・平成32年度データ収集・整理
II		・調査・分析方法の検討 ・検討に基づいたデータ分析	・分析データの考察
III		・研修プログラム開発 ・研修の実施	・研修の実施を踏まえた開発プログラムの見直し
IV		・報告書記載項目検討	・報告書作成・編さん ・成果物の周知

<sup>1</sup> 正確には、本事業は補助金により実施されることから、予算の単年度主義により毎年度公募により実施主体等が決定される。

<sup>2</sup> 出所：厚生労働省ご提供資料

## (2) 背景

### ①東日本大震災における「心のケア」に関する取り組み

「心のケアセンター」とは、大規模な災害の発生時、地域の精神医療保健福祉システムが機能不全に陥ったり、増大するニーズや災害時特有の事象への対応に困難を抱えたりという状況において、地域の精神医療保健福祉活動を補う存在として設立される機関である<sup>3</sup>。

東日本大震災においても、被災3県において「心のケアセンター」が設立され、中長期的な被災者の心のケア活動を行う体制が整えられた。本項では、まず心のケアセンターの活動の特徴を確認した上で、各県における心のケアセンターの設立経緯、体制等の事実関係を整理するとともに、被災3県の活動を集計する手法としての情報システムについて整理する。

図表 2 被災3県心のケアセンターの概況

	岩手県	宮城県	福島県
設立年月	H24年2月	H23年12月	H24年2月
委託先	岩手医科大学	宮城県精神保健福祉協会	福島県精神保健福祉協会
人員数	49名 (H30.4時点)	62名 (H30.8時点)	49名 (H30.4時点)
支部	大船渡、宮古、釜石、久慈	石巻、気仙沼	県北、県中・県南、いわき、相馬(委託)、会津出張所、ふたば出張所
相談件数(延べ)	8,338件 (H29年度)	7,121件 (H29年度)	4,222件 (H29年度)

## ア) 総論

被災3県とも、住民支援、支援者支援、人材育成をメインの柱として行っている。

住民支援においては、訪問活動(アウトリーチ)による活動を主に行う。被災者の多くは自ら精神的ケアを受けようとはせず<sup>4</sup>、更には中長期の災害支援においては支援が必要な者に支援の手が届きにくくなるという問題が指摘されている<sup>5</sup>。中長期の心のケアを行う主体として、被災3県の心のケアセンターはアウトリーチによる支援を重要な活動と位置付けている。その他、予防的な活動としての集団活動(サロン)なども積極的に実施している。

支援者支援について、災害において支援者となる人々(行政関係者、救急隊員など)の疲弊の問題およびケアの必要性については阪神・淡路大震災の頃より指摘されており<sup>6</sup>、急性期においては日本赤十字社のこころのケアチームなども積極的に支援者に対するケア活動

<sup>3</sup> これまでに設立された事例は、兵庫県(阪神・淡路大震災)、新潟県(新潟県中越地震)、岩手県、宮城県、福島県(東日本大震災)、熊本県(熊本地震)。

<sup>4</sup> 出所:加藤寛「災害時のメンタルヘルス活動の歴史と進展」:大塚耕太郎、加藤寛、金吉晴、松本和紀(編)「災害時のメンタルヘルス」(2016年) pp.6-7

<sup>5</sup> 出所:前田正治「災害と心のケア:とくに東日本大震災から学ぶこと」:千葉県自治研修センター「クリエイティブ房総 第92号」(2016年) pp.16-18

<sup>6</sup> 出所:加藤寛『「こころのケア」の四年間-残されている問題」:こころのケアセンター編「災害とトラウマ」(1999年) pp.151-172

を行っている。行政職員は、同僚である他の支援者や、民間の支援者である民生委員などには心のケアを求めるとことや精神的な相談をしにくいことが指摘されており、心のケアセンターが相談先としての機能を担っている。

また、人材育成活動として、3県とも多くの研究、講習会等を開催している。ここでいう人材育成とは、支援を担う者に対する研修から、一般住民への啓発活動を含むものである。被災地域において、支援者の災害支援スキルを向上させること、および地域住民の心のケアに対する知識や相互ケア・セルフケアの能力を向上させることは、心のケアセンターの役割の一つである。

#### イ) 被災3県心のケアセンターの設立経緯等について

被災3県の心のケアセンターでは、こうした活動を市町村、保健所、県などとの連携において行っており、その活動の在り方は他機関や地域体制との関係の仕方によって異なる。

また、心のケアセンターの役割は市町村をはじめとする地域精神医療保健福祉体制のサポートであり、地域による基本的活動を前提として、地域ニーズに応じた支援を行っている。

#### i) 岩手県<sup>7</sup>

図表 3 岩手県こころのケアセンター概要

岩手県こころのケアセンター		
委託先	学校法人岩手医科大学	
沿革	H24.2	岩手県こころのケアセンター開設
	H24.3	大船渡地域こころのケアセンター開設
		宮古地域こころのケアセンター開設
		釜石地域こころのケアセンター開設
		久慈地域こころのケアセンター開設
職員数	49人 (H30.4 現在)	
	中央：18人、大船渡：9人、宮古：5人、釜石：8人、久慈：9人	

岩手県では、平成24年2月に「岩手県こころのケアセンター」が開設され、同年3月には沿岸4市に「地域こころのケアセンター」が開設された。他2県の心のケアセンターは精神保健福祉協会への委託であるのに対し、岩手では大学（岩手医科大学）であることが特徴である<sup>8</sup>。岩手医科大学は東日本大震災においてこころのケアチームと連携した急性期対応も行っており、更には震災以前から岩手県の自殺対策において継続的な活動<sup>9</sup>を行っている

<sup>7</sup> 出所：大塚耕太郎、酒井明夫「岩手県こころのケアセンター」：大塚他編「災害時のメンタルヘルス」(2016年) pp.242-243

<sup>8</sup> 東日本大震災以外の事例では、兵庫県では兵庫県精神保健協会、新潟県では新潟県精神保健福祉協会、熊本県では熊本県精神科協会であった。

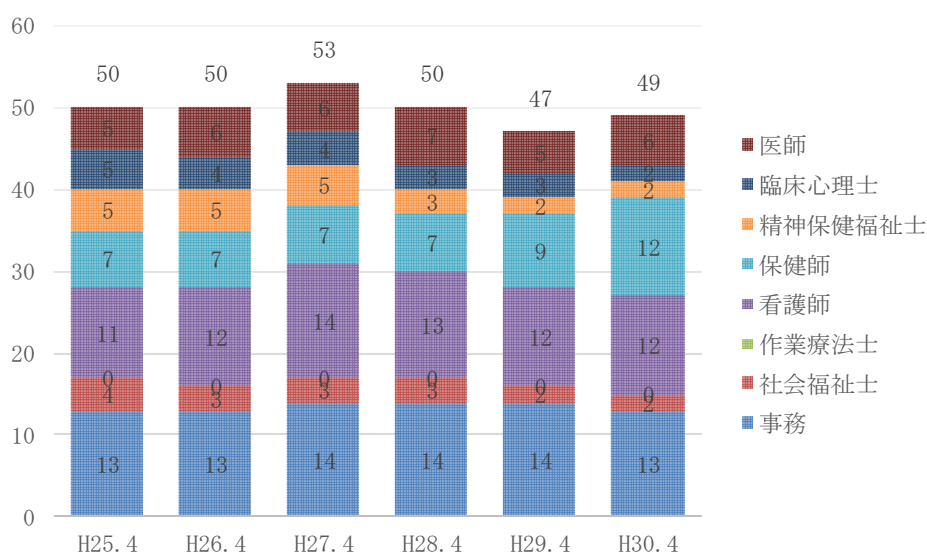
<sup>9</sup> 県内でも自殺率の高い地域であった久慈地域において、総合的な自殺対策を行った事業（「久慈モデ

た。そのため、心のケアセンターによる活動もそういった活動と一定の連続性を持った形で展開されることとなった。

岩手医科大学では、震災直後から沿岸での災害医療や、こころのケアチームと協働したケア活動を行っており、平成 23 年 4 月には野田村に相談拠点としてのこころの健康相談センターを設置している。同センターをモデルとした震災ストレス相談室は平成 23 年 8 月までに県内合計 7 か所となり、現在も地域こころのケアセンターと連携した不定期な相談室として存続している。

平成 30 年 4 月時点の職員数は 49 名。職種別の職員構成の推移は図表 4 のとおり。他県に比べると医師、看護師の数が多くことに特徴がある。また事務職員の数も多い。

図表 4 職種別 職員構成推移（岩手）<sup>10</sup>



岩手県こころのケアセンターでは、市町村や関係機関との密接な連携のもと、地域のニーズや体制に応じた様々な形態での支援をしていることが特徴である<sup>11</sup>。震災前からの自殺対策等の取り組みもあり、心のケアセンターの委託先である岩手医科大学と地域精神保健を担う関係機関との連携体制が従前から存在していたことが、密な連携構築に繋がっている。

また、県内精神科医療施設や、全国精神医学講座担当者会議による医師派遣を受けており、相談室対応や訪問などを行っている。他県に比べ、医師の活動が多いことも特徴である。

ル) など (出所: 大塚耕太郎著、酒井明夫監修 「久慈モデルによる自殺対策マニュアル」 (2010 年))

<sup>10</sup> 出所: 岩手県こころのケアセンターご提供資料

<sup>11</sup> 例えば、大槌町では町内の関係機関がケースについて話し合う会議が開催されているが、そこに釜石地域こころのケアセンターの職員が入ってスーパーバイズを行ったり、陸前高田市では健康調査でピックアップされたハイリスク者へのフォローを支援したりと、地域での取り組みに応じた支援をそれぞれの地域で行っている。



ii) 宮城県<sup>12</sup>

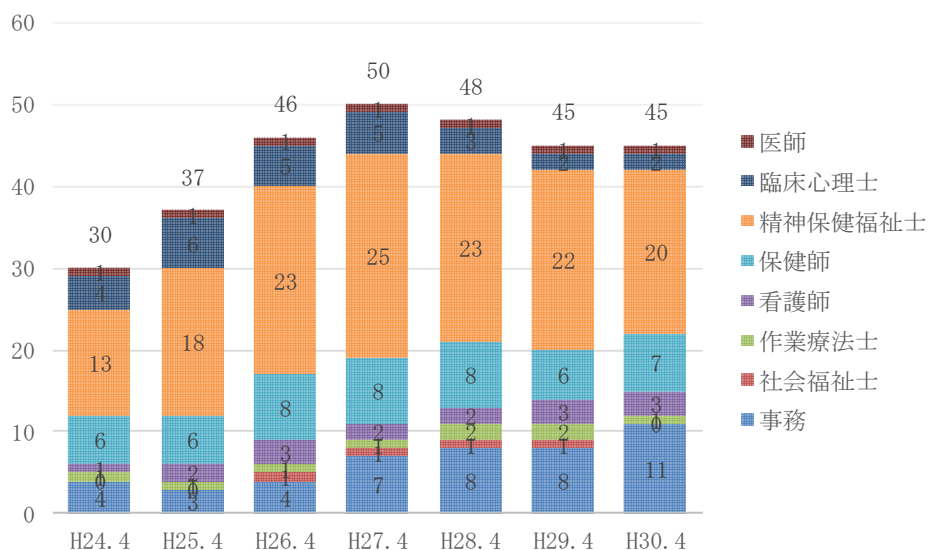
図表 5 みやぎ心のケアセンター概要

みやぎ心のケアセンター		
委託先	公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	
沿革	H23. 12	基幹センター開設
	H24. 4	石巻地域センター開所
		気仙沼地域センター開所
職員数	62名（うち常勤45名、非常勤16名）（H30. 8時点）	
	基幹センター39人、石巻地域センター10人、気仙沼地域センター13人	

宮城県では、発災直後である平成23年3月より、宮城県、仙台市、精神保健福祉センター、東北大学、精神保健福祉に関わる団体の参加により会議が開催され、以後、県の参集により「心のケア対策会議」として同年7月まで定期的開催された。平成23年4月の会議において心のケアセンターの必要性が認識され、以降精神保健福祉協会による新潟、兵庫の心のケアセンター視察等を経て、8月には宮城県議会にて「心のケアセンター運営事業」の予算が承認された。9月には精神保健福祉協会が受託を決定し、11月の準備室開設を経て、12月にはみやぎ心のケアセンター基幹センターが開設となった。

平成24年4月には石巻、気仙沼の地域センターも開設となり、本格的に心のケアセンターの活動が開始となった。

図表 6 職種別 常勤職員構成推移（宮城）<sup>13</sup>



<sup>12</sup> 出所：福地成「みやぎ心のケアセンター」：大塚他編「災害時のメンタルヘルス」（2016年）pp.244-245

<sup>13</sup> 出所：みやぎ心のケアセンターご提供資料

当初の職員は 34 名（非常勤 17 名）であったが、平成 30 年 8 月時点では 62 名（うち非常勤 17 名）となっている。職種別の常勤職員構成の推移は図表 6 のとおり。

他のケアセンターに比べると精神保健福祉士の割合が多く、臨床心理士が少なめであることが特徴。

人数の総数は平成 27 年をピークに減少するなだらかな推移であるが、内部での人員の入れ替わりは多い。また、震災直後は県外人材が多くいたが、多くは 2、3 年以内に退職。現在は 7 割程度が県内の人材となっている。

地域住民支援活動は、訪問支援を中心に来所相談や電話相談にも対応。相談の経路としては、本人からの相談を除けば、行政からの紹介及び健康調査によりピックアップされたハイリスク者へのアプローチによるものが主である。

健康調査によるピックアップとは、主には宮城県が市町と共同で実施する応急仮設住宅等健康調査<sup>14</sup>によるピックアップであり、同調査の項目には K6 指標が含まれ、13 点以上の者がハイリスク者に分類され、フォローの対象となる。

みやぎ心のケアセンターが対応する相談件数のうち、この健康調査によるピックアップによるものが多くの割合を占めている<sup>15</sup>一方、健康調査の対象者は、自宅再建の進展などにより年々減少しており、また回答率も 5 割弱<sup>16</sup>と、地域住民に対するカバー率は年々減少する傾向にある。

健康調査でピックアップされた住民への対応方法として、心のケアセンターが直接住民をフォローするケースと、市町村によるフォローのスーパーバイズを行うケースがあり、市町村による対応力の向上とともに、後者の割合が増加している。

---

<sup>14</sup> 宮城県が実施。H23 年度から、プレハブ住宅、民間借上住宅の入居者全戸を対象に、調査用紙の郵送および調査員の訪問により実施。平成 27 年からは災害公営住宅への入居者も対象となっている。

<sup>15</sup> H29 年度の延べ件数では、全相談 7,121 件のうち、相談経路が健康調査もしくは行政機関であるものが 4,676 件（65.7%）。

<sup>16</sup> H29 年調査の回答率は、民間借上入居者 47.5%、応急仮設入居者 45.5%、災害公営住宅入居者 58.2%（宮城県 HP：<http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kensui/29-1saigaikoueijyuutaku.html>より）

iii) 福島県<sup>17</sup>

図表 7 ふくしま心のケアセンター 概要

ふくしま心のケアセンター		
委託先	一般社団法人福島県精神保健福祉協会	
沿革	H24.2	基幹センター開設
	H24.4	県北方部センター開設
		県中方部センター開設
		県南方部センター開設
		会津方部センター開設
		いわき方部センター開設
		相馬方部センター（NPO 法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会に委託）
		南相馬駐在開設
		加須駐在（埼玉県） 双葉町の避難先
	県庁駐在開設	
	H27.3	南相馬、加須、県庁の3駐在撤退
	H27.4	県中方部センターと県南方部センターが統合
	H29.12	ふたば出張所開設
H30.4	会津方部センターを会津出張所に改組	
職員数	49名（H30.4時点）	
	基幹センター：17名、県北：5名、県中・県南：10名、いわき：6名、相馬：7名、会津：2名、ふたば：2名	

福島県では、心のケアセンターの発足に先立ち、平成23年6月に「相双地区の新しい精神科医療サービスシステムの構築を考える会」が発足し、同年11月にはNPO法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」に組織変更。平成24年1月に「相馬広域心のケアセンターなごみ」（以下なごみ）が開設されている。背景として、相双地域（新地町、相馬市、南相馬市、双葉郡）における深刻な精神医療システムの状況があった。同地域では震災以前から地域精神医療保健福祉の体制が弱く、加えて震災および原発被害によって地域内のすべての精神科医療拠点も避難を余儀なくされるなど、精神医療システムは壊滅的となった。震災直後は福島県立医大心のケアチームを中心とした臨時精神科外来による巡回診療を行ったが、長期的な心のケアという観点から活動を継続するため、NPO法人の立ち上げ、ケアセンターなごみの開設につながっていった。

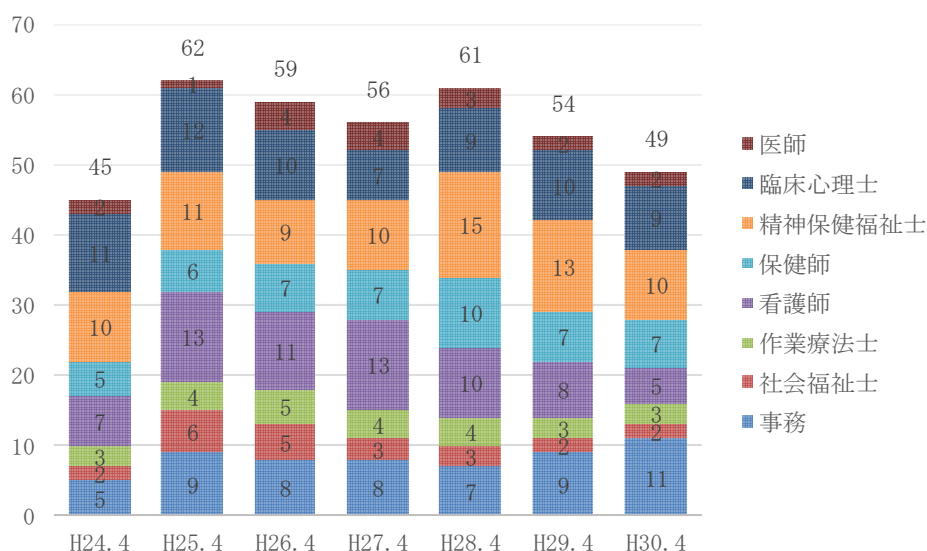
<sup>17</sup> 出所：一般社団法人福島県精神保健福祉協会 ふくしま心のケアセンター「ふくしま心のケアセンター活動記録誌 2016（平成28）年度 第5号」（2018年）

全県においても、平成 24 年 2 月にふくしま心のケアセンター基幹センターが開設され、同年 4 月に県北、県中、県南、会津、いわき、相馬の 6 方部（相馬方部センターはなごみに委託）、南相馬、埼玉県加須市、県庁の 3 駐在が開設された。

以後、平成 26 年度末の 3 駐在の撤退と県南方部センターの県中方部センターへの統合、平成 29 年 12 月のふたば出張所の開設、平成 30 年の会津方部センターの会津出張所への改組など体制の変更を経て、現在は基幹センターおよび 4 方部 2 出張所で活動を行っている。

当初基幹センターが開設された際の職員は 10 名であったが、平成 24 年 4 月には 45 名となり、平成 25 年 4 月には 62 名まで拡大した。その後、増減しつつ、平成 30 年 4 月時点では 49 名となっている。他のセンターと比べるとやや心理士の割合が高い傾向。年間の離職率は 30%弱と、人員の確保には大変苦慮している。

図表 8 職種別 職員構成（福島）<sup>18</sup>



地域住民支援の方法としては、地域方部センターでは訪問によるものが主。基幹センターでは電話相談窓口「ふくここライン」を設置しており、電話相談を行っている。

福島県では相談経路の大半が行政からの紹介。市町村の保健師の巡回などでピックアップされた震災被害に関する相談者については、原則として心のケアセンターに繋ぎ、センターで相談対応を行う体制をとっている。

また、福島県では大規模な県民健康調査<sup>19</sup>が行われており、ハイリスク者のピックアップが行われている。その情報は市町村に提供され、市町村から依頼を受けたものについて心のケアセンターでフォローを行っている。

<sup>18</sup> 出所：ふくしま心のケアセンターご提供資料

<sup>19</sup> 環境省の予算により、福島県が福島県立医科大学に委託して行う調査。H23年6月から年に1回実施。全県民が対象となる基本調査と、避難区域住民を対象とした詳細調査で構成され、詳細調査の中に「こころの健康度・生活習慣に関する調査」（郵送かオンラインによる回答）が含まれる。

### ウ) 情報システムの開発と運用

心のケアセンターにおける情報の記録は、原則として災害精神保健医療情報システム（Disaster Mental Health Information Support System : DMHISS）を利用して行われてきた。後述のとおり同システムは H29 年度をもって運用停止となっているが、その後も DMHISS の集計項目を引き継いで作成された独自のシステムでデータ集計されている。<sup>20</sup>

災害精神保健医療情報システム（DMHISS）とは、災害時に厚生労働省および各都道府県・政令指定都市が行う精神保健医療活動に関して、事前の支援体制の登録、支援のニーズや実績に関する情報共有、活動記録の分析等を目的とする web 上のシステムである<sup>21</sup>。

従来の精神保健医療活動においてはケアに携わるチーム間の集約に大変な時間を要し、効率的なリソース配分が困難であったという反省を踏まえ、活動の効率化のため厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターにより開発され、同センターの運営、管理のもと H25 年 3 月より運用が開始された。

DMHISS 構築の契機は、東日本大震災で設立された被災 3 県心のケアセンターの活動記録を収集、分析し、災害時こころの情報支援センターが被災 3 県の心のケアセンターを支援することを目的としたものであった。被災 3 県の心のケアセンターの活動記録は継続的に DMHISS の報告項目により報告されていた。

DMHISS 上の集計項目の全体像は図表 10 のとおりである。大項目として「住民支援」「支援者支援」「普及・啓発」「人材育成・研修」「職員研修」「調査・研究」「会議・コーディネート」に分かれており、うち住民支援については、「相談経過」「相談方法」「相談場所」「他機関との同席有無」などにより、様々な側面から特に細かく内訳を集計できるようになっている。各大項目の概要については図表 9 のとおり。

これらの集計項目は全て「延べ件数」での集計であり、相談対応の実人数等をデータから読み取ることはできない。また、個人情報への配慮から、DMHISS 上のデータは全て個人が特定できないものとなっていた。<sup>22</sup>

DMHISS 利用機関が活動ごとに DMHISS の個票を入力すると、データはシステム上で自動集計される。集計されたデータは、都道府県・政令市、厚生労働省および災害時こころの情報支援センターにおいては Excel データの形で出力することができ、グラフの作成なども自動で行うことが出来た。

被災 3 県の心のケアセンターの他には、広島市豪雨土砂災害（平成 26 年）、御嶽山噴火

<sup>20</sup> 独自システムの構築は各県とも DMHISS の終了に先立って行われている。

<sup>21</sup> 出所：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター「平成 28 年度災害時こころの情報支援センター事業実績報告書」（2017 年）p20

<sup>22</sup> データをネット上で取扱うため、個人情報保護法への配慮の観点からこのような仕様になっている。（H24 年に改正された個人情報保護法でも、災害時の要支援者リストの共有は本人の同意が必要と規定。）

(平成 26 年)、関東・東北豪雨(平成 27 年)、熊本地震(平成 28 年)において、DPAT の情報システムとして用いられたが、平成 29 年度末をもって運用終了となっている。

**図表 9 各大項目の概要**

項目	概要
住民支援	被災住民に対する直接支援の件数
支援者支援	自治体職員等、住民支援を行う者に対する支援(スキル面、ケアを含む)の件数
普及・啓発	心のケアセンターの周知活動、啓発資料の作成・配布などの件数
人材育成・研修	支援者向け、一般住民向けの研修、講演会などの件数
職員研修	心のケアセンター職員向けの研修の件数
調査・研究	調査研究活動(協力も含む)の件数
会議・コーディネート	他機関との連絡会議やそのコーディネートの件数

図表 10 DMHISS 集計項目<sup>23</sup>

住民支援	相談対応人数				
	相談経路別	新規 継続			
	相談方法別	訪問			
		来所 電話 集団活動の中での相談 その他			
	相談場所別	自宅			
		避難所			
		仮設住宅			
		民間賃貸借上住宅 復興住宅 相談拠点 その他			
	他機関・チーム連携別	関係あり	他機関・チーム 被災地の市町村担当 保健師チーム 精神科以外の医療チーム その他		
		関係なし			
	相談者と本人との関係別	本人			
		家族 友人・知人 支援者 その他			
	本人情報別	性別毎	男 女 不明		
		年齢層別	小児（15歳以下） 若年期～成人（16～64歳） 高齢（65歳以上） 不明		
		被災状況別	家族の死亡・行方不明		
			親族・知人等の死亡・行方不明 自身の負傷 家族の負傷 親族・知人の負傷 家屋の倒壊 自宅からの強制退去 家屋以外の財産等の喪失 仕事の喪失 その他 不明		
	相談の背景別	近親者喪失			
		居住環境の変化 経済生活再建困難 失業・就労困難 人間関係 家族・家庭問題 教育・育児・転校 放射能 健康上の問題 その他 不明			
	相談の契機別	本人からの相談・依頼			
		家族・親族からの依頼 近隣・隣地からの依頼 健康調査・全戸訪問等によるピックアップ 他の保健医療関係者からの紹介 行政機関からの依頼 その他 不明			
	これまでに診断されている、またはこれから受療が促される主病名別	病名あり	F0 器質性精神障害 F1 物質使用障害 F2 精神病的障害 F3 気分障害 F4 神経性障害、ストレス関連障害 F5 生理的・身体的要因に関連する行動異常 F6 成人の人格及び行動の障害 F7&9 発達に関連する何らかの診断 G4 てんかん		
		発症時期別	災害発生前より存在（診断歴あり） 災害発生後に発症 不明		
		現在の治療状況	継続中 終了 未治療 不明		
病名なし		不明			
処方されている内服剤別	処方あり	抗精神病薬 抗うつ薬 抗不安薬 睡眠薬 抗てんかん薬 気分安定薬 抗認知症薬 身体治療薬（感冒・血圧等） その他			
	処方なし	不明			
住民支援（続き）	症状あり	症状あり 症状大項目別 身体症状 睡眠の問題 不安症状 気分・情緒に関する症状 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 その他の症状 症状なし 不明			
	症状なし	不明			
相談対応（続き）	匿名あり	匿名あり 匿名別 F0 器質性精神障害 F1 物質使用障害 F2 精神病的障害 F3 気分障害 F4 神経性障害、ストレス関連障害 F5 生理的・身体的要因に関連する行動異常 F6 成人の人格及び行動の障害 F7&9 発達に関連する何らかの診断 G4 てんかん			
	匿名なし	匿名なし 匿名不明			
処方内容別	処方あり	抗精神病薬 抗うつ薬 抗不安薬 睡眠薬 抗てんかん薬 気分安定薬 抗認知症薬 身体治療薬（感冒・血圧等） その他			
	処方なし	不明			
住民支援（続き）	集団活動	件数 人数			
	健康調査	訪問件数 不在件数			
住民支援（続き）	ケース会議（対象者出席の場合）	件数			
	その他	件数			
住民支援（続き）	支援者支援件数	件数			
	支援者別	件数 人数			
住民支援（続き）	ケース会議（対象者出席の場合）	件数			
	健康支援	件数			
住民支援（続き）	講演会	件数 人数			
	普及啓発材料配布件数	件数			
住民支援（続き）	専門家向け講演会・研修会	件数 人数			
	一般向け講演会・研修会	件数 人数			
住民支援（続き）	事例検討会	件数 人数			
	その他	件数 人数			
住民支援（続き）	事例検討会	件数 人数			
	その他	件数 人数			
住民支援（続き）	調査・研究	調査・研究の実施 調査・研究への協力 その他			
	会議・コーディネート	チーム/心のケアセンター内の会議への参加件数 チーム/心のケアセンター外の会議への参加件数 連絡・調整件数 その他件数			

23 厚労省ご提供の DMHISS データ集計票を基に作成

## ②東日本大震災以降の各地の災害における「心のケア」に関する取り組み

### ア) 災害派遣精神医療チーム (DPAT) について

#### i) DPAT の設立経緯

前述した通り、東日本大震災において、心のケア活動が実施され、被災3県においては、「心のケアセンター」が設立された。しかし、DPAT 事務局次長である渡路子氏は、日精協 topic<sup>24</sup>において、平成23年東日本大震災における心のケアでは、①発災直後からの精神科医療ニーズへの対応、②統括体制の必要性、③平時の準備の必要性の3点が課題として残り、一部非効率な運用が見られる等の課題が明らかになったと述べている。また厚生労働省も、DPAT の構想についての会見<sup>25</sup>で、東日本大震災における心のケアについては、一部非効率な運用があり、平時から各都道府県等における心のケアチームの整備を促進するため、平成24年度から「心のケアチーム体制整備事業」を実施しているが、事業においても当該チームの定義や具体的な活動要領の作成の必要性が認められたと述べた。これらの課題等に対応するため、平成25年に災害派遣精神医療チーム (Disaster psychiatric assistance team : DPAT) は設立された。

#### ii) DPAT の構造

DPAT とは、DPAT 事務局の DPAT 活動マニュアル<sup>26</sup>によると、次のように記載されている。「自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。このような活動を行うために都道府県及び政令指定都市 (以下「都道府県等」という。) によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームが DPAT である。」

DPAT は精神科医師、看護師、業務調整員を含めた数名で構成されているチームで、地域のニーズに応じて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や臨床心理技術者を含めて適宜構成するとされている。発災当日から48時間以内に、被災した都道府県等において活動できる班を先遣隊とし、先遣隊を構成する医師は精神保健指定医でなければならず、組織は単一医療機関で組織される。先遣隊以外の班を構成する医師は精神保健指定医であることが望ましいとされ、複数機関の合同組織でも可とされている。DPAT 体制整備状況として、先遣隊は53班、先遣隊を除く DPAT は374班が整備されている<sup>27</sup>。

<sup>24</sup> 出所：公益社団法人日本精神科病院協会「日精協 topic DPAT の現状について」

<https://www.nisseikyo.or.jp/news/topic/topic.php?id=139>

<sup>25</sup> 出所：秋葉副大臣会見概要 (DPAT (災害派遣精神医療チーム) の構想について)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/0000024471.html>

<sup>26</sup> 出所：DPAT 事務局「DPAT 活動マニュアル ver.2.0」(2018年)

<sup>27</sup> 出所：渡路子「DPAT の現状および課題について」：平成29年度厚生労働省科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業)「災害派遣精神医療チーム (DPAT) の機能強化に関する研究」(2018年)



### iii) DPAT の活動内容

#### iii) - 1 災害時の活動について

DPAT 活動マニュアル<sup>28</sup>によると、「DPAT の各班は、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。但し、状況に応じ、DPAT 調整本部に参集することもある。」とされ、以下の活動を実施している。

1. 本部活動
2. 情報収集とニーズアセスメント
3. 情報発信
4. 被災地での精神科医療の提供
5. 被災地での精神保健活動への専門的支援
6. 被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む）
7. 支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援
8. 精神保健医療に関する普及啓発
9. 活動記録
10. 活動情報の引き継ぎ
11. 活動の終結

#### iii) - 2 平時の活動について

心のケア活動において災害時に円滑に活動を進めるため、DPAT では、「都道府県等は人材育成・確保、受援体制の整備、派遣体制の整備を平時より行う。そのために管下の都道府県等の精神保健医療関係者・災害医療関係者（災害コーディネーター等）を含んだ会議等を実施し、DPAT 統括者、DPAT 先遣隊隊員等とともに、進める」<sup>29</sup>として、平時より準備を行っている。

#### iv) DPAT の被災地での主な活動について

DPAT の活動実績としては、平成 26 年 8 月に広島県で発生した広島市豪雨土砂災害が初派遣となった。つぎに、同年 9 月の御嶽山噴火による災害や平成 27 年 9 月の茨城県を主とした関東・東北豪雨災害においても活動が行われた。平成 28 年熊本震災では、広域派遣調整を初めて実施し、41 都道府県（熊本県を含む）から延べ 1,242 隊が活動を行った<sup>30</sup>。その後、平成 29 年 3 月の那須雪崩事故、同年 7 月の九州北部豪雨でも活動が行われた。（平成 30 年 5 月時点）

<sup>28</sup> 出所：DPAT 事務局「DPAT 活動マニュアル ver.2.0」（2018 年）

<sup>29</sup> 出所：DPAT 事務局「DPAT 活動マニュアル ver.2.0」（2018 年）

<sup>30</sup> 出所：渡路子「DPAT の現状および課題について」：平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「災害派遣精神医療チーム（DPAT）の機能強化に関する研究」（2018 年）

平成 28 年熊本地震では、熊本県 DPAT の整備に向けて検討段階であったため、県外 DPAT より発災後 48 時間以内に被災地で活動する先遣隊が派遣され、精神保健医療に関するニーズの把握、精神科医療機関への支援が行われた。その後、熊本県 DPAT を応急的に発足させ、同年 6 月 23 日から活動を引継ぎ、10 月 28 日まで活動を行った。

#### iv) - 1 熊本地震における DPAT による支援

平成 28 年 4 月 14 日の前震後、複数の県内精神科病院が大きな被害を受けたと県より要請を受け、4 月 15 日に県災害対策本部内に DPAT 調整本部を設置し、県立こころの医療センターと県精神保健福祉センターを DPAT 活動拠点本部とした。精神科病院協会等の協力のもと、DMAT や自衛隊等と連携し、7 精神科医療機関、計 595 人（県内 30 病院に 321 人、県外 4 県 36 病院に 274 人）の入院患者を搬送した。市町村や日赤こころのケア班等と連携しながら、避難所等における被災者の心のケア、行政職員や教職員等の支援者に対する講話を行うなど、被災者の心のケアの役割を担った。

検討段階であった熊本県 DPAT を正式に発足するため、県は運営要項等の整備を行い、公益社団法人熊本県精神科協会の協力を得て、平成 29 年 5 月末に県内の精神科病院へ呼びかけた。精神科病院及び県精神保健福祉センターから登録申請があり、今後の被災地への派遣に備えて、それぞれの役割、活動内容、派遣費用の負担等についての協定を各病院と締結し、同年 6 月 23 日に熊本 DPAT が発足した。発足後、全国 DPAT、九州 DPAT の活動を引継ぎ、10 月 28 日まで、被災者の心のケアを実施した<sup>31</sup>。

#### iv) - 2 その他の地域での支援

広島市豪雨土砂災害	
発災時	平成 26 年 8 月 20 日未明
被災規模	広島市安佐南区、安佐北区
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 月 22 日に広島市から広島県へ DPAT 派遣要請。広島県・市 DPAT3 チーム活動開始（全国初出動）。</li> <li>広島県・市 DPAT 延 43 チームが活動。巡回避難所数 10 か所、合計派遣日数 28 日、延 101 件の診察・相談を行い、11 月 4 日に活動終了。</li> </ul>

御嶽山噴火	
発災時	平成 26 年 9 月 27 日 11 時 52 分頃
被災規模	長野県木曾町、王滝村
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>9 月 28 日、県立木曾病院の依頼により、長野県が県立木曾病院に</li> </ul>

<sup>31</sup> 出所：熊本県資料「災害医療の策定について」

	<p>DPAT（県立こころの医療センター駒ヶ根チーム）を1隊派遣。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 登山者、遺族等計11名の診察・相談を行い、10月3日にDPAT活動終了。</li> </ul>
--	--

平成27年9月関東・東北豪雨	
発災時	平成27年9月10日未明
被災規模	茨城県常総市内中心
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 茨城県精神医療チームがJMAT・日赤等と連携して活動。9月13日活動開始、10月13日活動終了。終了後は精保センター、筑波大等が週に数回常総市役所、避難所で相談対応。</li> <li>・ DPAT事務局が現地DPAT本部支援へ事務局員派遣。</li> </ul>

那須雪崩事故	
発災時	平成29年3月27日8時30分頃
被災規模	栃木県那須町茶臼岳南東
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DPATを1隊派遣。</li> </ul>

九州北部豪雨	
発災時	平成29年7月5日、6日
被災規模	福岡県朝倉市、東峰村、大分県日田市
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 7月9日から大分県DPAT（1隊）が大分県西部保健所（日田市・九重町・玖珠町を所管）で活動開始。</li> <li>・ 7月10日から福岡DPAT（1隊）が朝倉市で活動開始。</li> </ul>

## イ) 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）について

### い) DHEATの設立経緯

災害時には、被災地には、国、被災地外の自治体、民間企業、医療機関、ボランティア等の多くの支援チームが入り、活動を実施しようとする。しかし、東日本大震災において被災地自治体の職員も被災しているため、マネジメントが上手くいかなかったことが問題としてあげられており、熊本地震においても熊本地震にかかる初動対応検証チームにより取りまとめられた初動対応検証レポート<sup>32</sup>において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築するべきとされた。

<sup>32</sup> 出所：平成28年熊本地震に係る初動対応検証チーム「平成28年熊本地震に係る初動対応の検証レポート」（2016年）

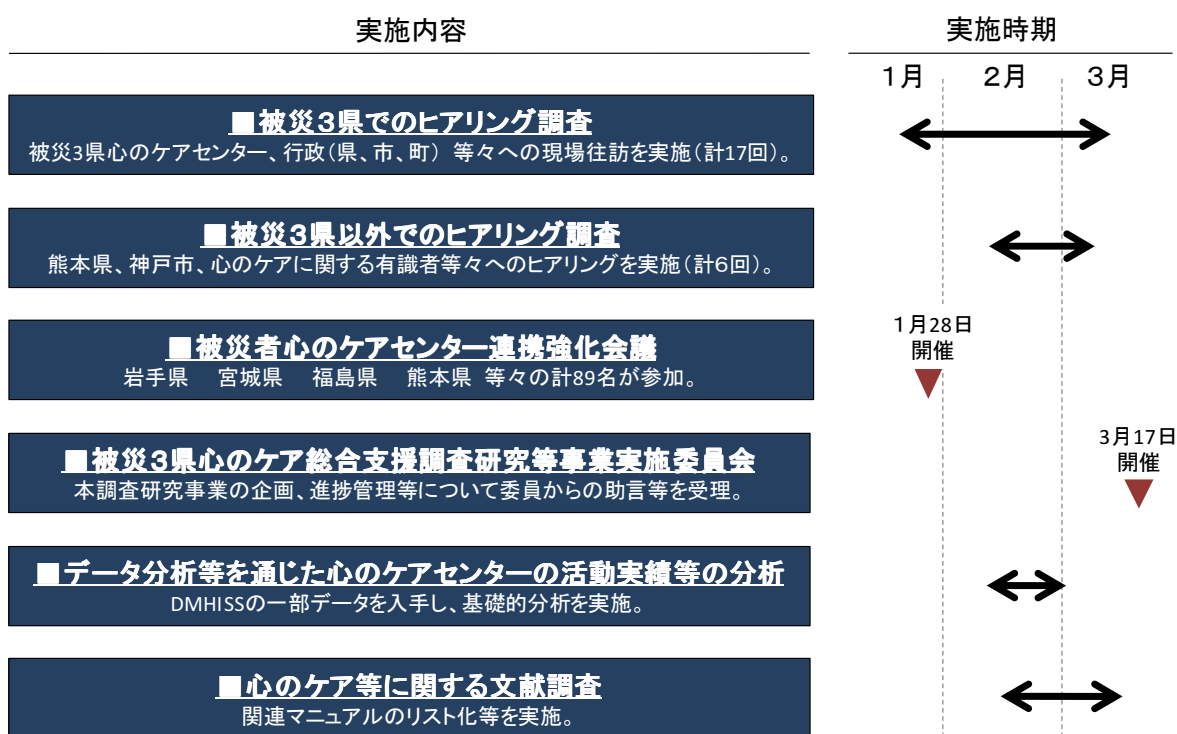
そこで厚生労働省は、平成 29 年 7 月に、大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備の推進を目的として、各都道府県の災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置するとともに、保健所において、保健医療活動チームの指揮又は連絡等を行うほか、保健医療ニーズ等の収集及び整理・分析を行うこととして、「大規模災害時の保健医療活動にかかる体制の整備について」という通知を行った後、平成 30 年 3 月に「災害時健康危機管理支援チーム活動要領について」という通知を行い、災害時に被災自治体のマネジメント機能を円滑に行うために必要があると認めるときは災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team : DHEAT）を要請することが望ましいと発信した。

## 2. 調査研究の内容と手法

### (1) 概要

上述の事業構成図の4つの柱に沿って調査の内容・手法を具体化した。個別調査においては、被災者心のケアセンター連携強化会議、被災3県心のケア総合支援調査研究等事業実施委員会における議論等を踏まえて、調査内容等を設計・実施・取り纏めを行った。

図表 11 事業の実施方法



### (2) 調査研究の4領域

#### ①データの収集・整理部門

##### ア) 取り組み目標

被災3県の各心のケアセンターにおいて記録している各種データを可視化するとともに、データの内容、取得方法、管理活用方法について各県の異同を含め実態を確認し、データの標準化等を検討する。

調査にあたり、心のケアに関する国内外の知見等(学術的なものから実践的なものまで)を本調査に活かす。

##### イ) 期待される成果

心のケアに関する情報の標準化によって、心のケア対策における他職種連携の促進、復興期以降における本来の地域精神医療保健福祉体制への引き継ぎが円滑になるとともに、発

災後、心のケア対策がいかに推移するかについてのロードマップ等をデータ等に基づきながら示していくことが可能になっていくものとする。

## ②データの調査・分析部門

### ア) 取り組み目標

被災3県における心のケア対策の成果と課題を、可能な限り科学的なエビデンスに基づいて整理するとともに、将来の災害における情報収集・活用に在り方について検討する。(既存のエビデンスで基礎づけられないものであっても、今後のエビデンス取得方法をセットで付した上で成果と課題を提示する。)

心のケア対策における主要課題の推移を発災後の時間経過に沿って整理していくとともに、具体的に必要となる心のケア対策の更新について検討する。(何を変えることで(例:心のケアチームの専門職種別構成比、地域の医療機関との連携方式など)課題の変化に対応可能なのか)その際、主要課題の変化および、ケア対策の変化について、必要となる情報、および更新していくべき「変数」について、データに基づいた分析を行うための諸条件を整理する。

### イ) 本研究調査で重視する視点～中長期の心のケア対策の有り方

本研究の主たる対象期間は被災3県の心のケアセンターの開設から現在までとし、復興期とされる当該期間では、急性期とは質的に異なる課題が潜伏しているとの仮説に基づき調査研究を行う。

具体的な復興期の特徴として、①時間の経過による被災者間の格差の発生、②被災者の散在による需要の潜在化、③社会の関心が薄れる中でのリソース確保の困難化という点を想定し、震災後の時間経過に伴って発生する社会的・心理的な「第二次被害」を視野に入れた心のケアが実践されてきているが、その難しさを本調査研究で改めて可視化した上で、今後の対策を検討していく。

### ウ) 期待される成果

データの分析及び被災3県で実施されてきた知見の総括により、被災3県の現状についての精細な把握が期待されるとともに、国内外の知見を活かすことで、被災3県における今後の取り組みの指針を示す。

復興期以降における心のケア対策の主要な課題を示すことで、被災後に再構築を図ることが迫られるはずの地域精神医療保健福祉体制の中に、心のケアに関する活動をどのように盛り込んでいくべきかの指針となることを期待する。特に、本来心のケアを必要としながらも潜在化していく被災者にどのようにアプローチしていくべきか。その点は心のケア活動とコミュニティ活動の連結点として多様な主体のしなやかな連携が不可欠となる。そのこと自体を各地域に提示していく効果は大きいと考える。

### ③研修プログラム開発・人材育成部門

#### ア) 取り組み目標

被災3県でこれまで蓄積してきた心のケア活動の知見及び活動ノウハウ等を活かし、標準的な災害時における心のケア対策（骨格素案）の検討、被災者の心のケア対策を学べる研修プログラム（骨格素案）の開発、および研修プログラムの実践計画（骨格素案）の策定に取り組む。本調査においては、事務局案として骨格素案を示し、主要な論点を関係者に投げかけた上で、次年度以降の研究調査で具体的に詰めていく基盤を作るところまで到達することを目標としたい。

#### イ) 期待される成果

心のケア対策の標準モデルが共有されることで、知の連携、実践の連携が促進されるとともに、心のケア対策の研修プログラム（骨格素案）を関係者が共有し、次年度以降の実践に繋ぐことが出来る

### ④事業の報告書・編さん部門

#### ア) 実施期間内の取り組み目標

本調査研究の成果等の活用方法を明確化し、より利用しやすい報告書、パンフレット等を作成するための方針を検討する。

本調査研究をアーカイブ化し、成果等をより広く発信し、そこから様々な知見・人材の交流が加速されるようなプラットフォームを構築運用する。被災3県を含め、それ以外の地域の行政・精神保健福祉などの心のケア対策の関係者がそれぞれの知見や課題等を共有していくことのできる仕組みを構築する。実際の構築運用はH31年度になるが、本研究調査においてはそのための基礎的な諸条件を明確化する。

#### イ) 期待される成果

プラットフォームを設置し、有用な情報が提供されること、加えて、前項の人材育成プログラム等が各地で実践されはじめること等を通じて、国内各地の自治体において、心のケア対策の理解増進が期待できるとともに、シンポジウムや各種研究の分科会等を介して形成されるネットワークから、人的交流の促進と、そこから生まれる新たな知見のフィードバックが期待できる。そうした動向やそこで生まれた知見をプラットフォーム上で発信することで、さらに新たな参加者の獲得や、多職種グループとの連携が進むような設計・運用を図る。また、心のケア対策に標準的に必要とされるスキル等を評価・認定する仕組みを作ること、いつどこで発生するか分からない災害に備えて、心のケア対策の設計実践に貢献できる人材を国内各地に「確保」していくことが可能になる。

### (3) 調査研究の手法

#### ①データの収集・整理部門

被災3県の心のケアセンター、その他機関（行政、医療機関、福祉団体、教育機関等）、他県心のケアセンターへのヒアリングを行い、各機関でのデータの集計方法、定義、管理活用状況について確認する。

また、心のケアに関する資料リストの作成およびレビューを行う。

#### ②データの調査・分析部門

心のケア対策に関する有識者へのヒアリング（心のケア（または災害）に関するデータ管理の専門家、人材育成の専門家、地域の医療保健福祉システムの専門家、日赤等を想定）を予定。

#### ③研修プログラム開発・人材育成部門

被災3県の各心のケアセンターの実践知を集約するとともに、国内外の心のケア対策、人材育成プログラム、研修プログラムをリサーチし、様々な現場・場面での心のケアに関する実践的な取り組みをレビューする。また、心のケアに関する人材育成等に関する研究結果を集約し、学術的なアプローチからの知見についても活用を検討（研究成果のみでなく、それが実践にどのように反映されたのか、その際の課題は何か、といった局面までを把握する）。

上記調査により整理された知見を元に、災害時における心のケア対策の標準形（骨格素案）、研修プログラム（骨格素案）を作成し、関係者と協議する。それにあたっては、被災者の置かれた状況が長期化・分散化・複雑化・困難化していく状況を踏まえ、心のケア対策に必要とされるマインド、スキル、経験等を整理し、それらを身に付けていただくという視点を重視する。

#### ④事業の報告書・編さん部門

成果等の活用方法について、被災3県の関係者（心のケアセンター＋行政・医療機関等）との合意を前提とする。活用可能なデータや情報、各種プログラム、団体名称、各専門人材のプロフィールなどについて、その活用ルール、アクセス可能性の調整などを検討する。その上で、必要なツール（報告書、パンフレット等）の作成方針を検討する。紙媒体のみならず、心のケアに関する理解促進のための動画制作、ネット上での心のケアに関する学習素材の提供などの検討も提案していく。

また、一方的な情報の効果にとどまらず、そこから様々な知見・人材の交流が加速されるようなプラットフォームを構築運用するとともに、本研究調査の成果共有のシンポジウムや各テーマの分科会を設置するなど、心のケアに関する全国ネットワークの構想づくりを進めていく。本年度は、各課題に対する構想・検討にとどまるが、来年度以降の調査、作業の基本的な考え方、作業工程の検討などを行う。



### 3. 調査研究の結果

#### (1) ヒアリング調査の結果

##### ①ヒアリング項目

###### 1. 総論

- ①心のケア活動の〈成果〉の見方に関する基本的考え方、およびその実績
- ②心のケア活動を効果的・効率的に進めようとする際の課題
- ③心のケアに対するニーズ（県内）の見込み

###### 2. データの収集・管理

- ①データの収集方法、ルール
- ②データの整理状況
- ③その他、データの集計、DHMISS 等への集約における問題点、改善点など

###### 3. 研修プログラムに関して

- ①人材育成の方針等について
- ②心のケア研修プログラム・マニュアル等について
- ③その他、人材育成等に関する課題認識

###### 4. その他

- ①ヒアリング先について：心のケア活動の成果や課題を考察する上で、意見等を確認しておくべき組織・人を紹介いただきたい。

(例)

- ・ 県庁担当課、市町村担当課
- ・ 精神保健福祉センター、保健所
- ・ 医療機関
- ・ 教育機関（小中学校）
- ・ 研究機関（大学等）
- ・ 地域における社会福祉の拠点（地域包括支援センター等）
- ・ 心のケアに資する活動を実践する民間団体（NPO、社会的企業、社会福祉法人、ボランティア団体等）

## ②ヒアリング先リスト

平成 31 年 1 月から 3 月にかけて、被災 3 県心のケアセンターをはじめ関係機関にヒアリング調査を実施した。ヒアリング先は図表 12 のとおり。

図表 12 ヒアリング対象一覧

実施日	所 属	お名前
1 月 24 日	みやぎ心のケアセンター	渡部裕一 様 安孫子洋実 様
	宮城県庁	畑澤彩 様
1 月 24 日	ふくしま心のケアセンター	平信二 様 渡部育子 様 岩見祐亮 様
1 月 25 日	岩手県こころのケアセンター	大塚耕太郎 様 赤平美津子 様
	岩手県庁	佐々木和哉 様 山崎伸二 様
2 月 1 日	熊本こころのケアセンター	桑村美代 様
	熊本県精神保健福祉センター	宮本靖子 様
2 月 1 日	NPO 法人くまもと災害ボランティア団体ネットワーク	樋口務 様
2 月 5 日	ふくしま心のケアセンター（2 回目）	平信二 様 渡部育子 様 岩見祐亮 様 真鍋博 様
2 月 5 日	相馬広域こころのケアセンター なごみ （NPO 法人 相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会）	米倉一磨 様
2 月 5 日	ケア宮城	畑山みさ子 様
2 月 6 日	からころステーション （（一社）震災こころのケア・ネットワークみやぎ）	高柳伸康 様 渋谷浩太 様
	（一社）震災こころのケア・ネットワークみやぎ	原敬造 様
2 月 13 日	福島県県中保健福祉センター	味戸智子 様
2 月 14 日	陸前高田市役所	遠藤綾子 様
2 月 14 日	大槌町役場	藤原純枝 様
2 月 21 日	日本赤十字社	白土直樹 様
		山本孝幸 様

		武口真里花 様 志波一颯 様
2月25日	福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座	前田正治 様
2月25日	福島県立医科大学看護学部	大川貴子 様
2月26日	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター	金吉晴 様 篠崎康子 様
2月28日	仙台市精神保健福祉総合センター (はあとぽーと仙台)	林みづ穂 様 原田修一郎 様 小堺幸 様 佐伯涼香 様
	仙台市役所 健康福祉局 障害者支援課	高橋智幸 様
3月1日	筑波大学医学医療系精神医学	太刀川弘和 様
3月6日	ふくしま心のケアセンター (3回目)	平信二 様 渡部育子 様 岩見祐亮 様
3月7日	岩手県こころのケアセンター (2回目)	大塚耕太郎 様 赤平美津子 様 工藤英貴 様
	岩手県庁	佐々木和哉 様 山崎伸二 様
	岩手県精神保健福祉センター	小泉範高 様
3月7日	みやぎ心のケアセンター (2回目)	山崎剛 様 渡部裕一 様
	宮城県庁	畑澤彩 様
3月13日	神戸市役所保健福祉局	山崎初美 様 森井文恵 様 松原雅子 様
3月13日	兵庫県こころのケアセンター	加藤寛 様
3月15日	芝浦工業大学システム理工学部環境システム学科	市川学 様

### ③ヒアリング結果の要約

みやぎ心のケアセンター、宮城県庁	
実施日	平成 31 年 1 月 24 日 10 : 00～12 : 00
心のケアセンターの役割について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアの「成果」は非常に難しい問題。先ずは件数も一つの指標。</li> <li>先ずは市町村に認知されることが重要。その上で、先方のニーズを丁寧に把握する必要がある。</li> <li>心のケアセンターの役割は時間とともに変化。当初はマンパワーを補う形で、市町村の役割を代替していたが、市町村のスキルが向上するにつれ、後方支援、スーパーバイズが主な活動となっている。</li> </ul>
データの収集・管理について	<ul style="list-style-type: none"> <li>独自のシステムを構築して集計している。DMHISS は実数での集計が出来ないが、独自システムでは可能。</li> <li>DMHISS について、修正が出来ない、フィードバックがないといった課題がある。また、震災から時間が経つ中で、項目に当てはまらないものも増えている。</li> <li>立上げの際、データの収集については各自で設計から検討してほしいといわれ、大変苦労した。予め標準的なものがあるとよい。</li> <li>データ入力担当者の判断。どの程度で 1 件とするかも同様。</li> </ul>
人材育成、マニュアルについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修会については、様々な対象向けに多数開催。</li> <li>職員向け研修について、当初はかなり頻繁に行っていたが、現在は年数回程度。</li> <li>心のケアセンター立上げのころは県外人材が多いが、2、3 年経つと帰ってしまう。重要な役割を果たしていた人材のノウハウをどう引き継ぐかは課題。</li> </ul>

ふくしま心のケアセンター 基幹センター（福島）	
実施日	平成 31 年 1 月 24 日 15 : 30～17 : 30
心のケアセンターの成果について	<ul style="list-style-type: none"> <li>成果を定量的に捉えるのは難しい問題。相談者の状況が変化したとして、要因が心のケアセンターによるものか、環境などその他の要因によるものかは判別できない。</li> <li>相談者の抱える問題が震災前からのものか、震災によるものかも判別は難しい。本来なら、震災前の地域の評価がないと、心のケアセンターの成果についても評価できない。</li> </ul>
地域の実態の把握について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアセンターで把握できる状況は、地域全体の一部。地域の実態は市町村が把握しているべきだが、福島では市町村自体が避難しており難しい。避難範囲も広く、住民の場所の把握も困難。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアセンターの支援の優先順位は被災性が高い住民（避難指示が出された地域の住民）としており、自主避難などの住民については対応しきれていない。帰還した自主避難者の中には、経済的要因によるものもあり、不安は継続している可能性が高い。</li> <li>福島県立医科大学県民健康管理センターの県民健康調査の「こころの健康度・生活習慣に関する調査」は避難区域の13市町村の全域もしくは一部の住民が対象となっている。</li> </ul>
他機関との連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>他機関との連携・情報共有は本質的な課題。</li> <li>行政や社会福祉協議会など関係機関との連携が重要。行政の保健師や生活支援相談員から、心のケアセンターに要支援者の情報が流れる仕組みを作っている。</li> <li>メンタルヘルスに関するアセスメントの要望は多い。行政担当者と連携しながら、適時、同行し実施している。</li> </ul>
データについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度からFシステムという独自システムを構築してデータを蓄積している。</li> <li>DMHISSは延べ件数だが、Fシステム導入前のデータを含め、実数での集計を検討している。</li> <li>震災から時間が経つにつれ困難ケースが増加。DMHISSの項目では対応しきれなくなっている。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>新任職員については、基本的なスキルをまとめたチェックリストを作成しており、採用後3ヶ月、6ヶ月、1年を節目に上長との面談にてスキルの習得度を評価している。</li> <li>単年度雇用であることが、人材の獲得、定着のハードルになる。</li> <li>心のケアセンターではアウトリーチの経験、多職種の連携など、貴重なスキルが身につく。経験を認定する制度があるとよい。</li> </ul>

岩手県こころのケアセンター	
実施日	平成31年1月25日 9:30~11:30
こころのケアセンターによる支援のスタンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>こころのケアセンターによる地域の支援にあたっては、地域のニーズを丁寧に把握し、実証性の高い方法論を取り入れ、それに則った支援を構築すべき。</li> <li>被災市町村は精神医療保健福祉の体制も一律ではない。地域の仕組みにうまく乗せる形で支援するべきである。</li> <li>研修等についても、地域の医療保健福祉体制の成長プロセスに応じた内容で実施すべきで、一律の内容では意義が少ない。</li> <li>こころのケア事業の標準形が作られるとして、それによって一方</li> </ul>

	<p>的な仕組みづくりがなされることに懸念。そういったものを作るのであれば、「地域の尊重」ということを明記すべきである。</p>
組織のマネジメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ころのケアセンターの運営には、精神科医療、地域精神保健福祉、行政・地域実態、組織マネジメントの総合的な知識・スキルが必要である。</li> <li>・ 岩手においては、平時より大学－自治体－精神保健福祉センターの連携が取れていた。他の地域でも、平時から連携を構築しておくという点が良いのではないかと。</li> <li>・ 4つの地域事務所があるが、中央との交流やバックアップを盛んにし、支援スタンスや情報について共有を常に図っている。</li> </ul>
データについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ データの検討においては、背後にある現実を把握する必要がある。</li> <li>・ ただデータを分析するのではなく、それを地域にどう役立てるかという視点が重要。</li> <li>・ 岩手県では、医大が独自に開発したシステムを基盤として情報を集計。</li> <li>・ 基本的に支援のやり取りは相談記録として記録しており、保健師や家族などからの相談でも記録している。</li> </ul>

熊本ころのケアセンター、熊本県精神保健福祉センター	
実施日	平成 31 年 2 月 1 日 10 : 30 ~ 12 : 30
心のケアセンターの立上げについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターの立上げは早く行うことを心がけ、半年以内の設立を目標とした。リーダーシップは精神保健福祉センター。</li> <li>・ DPATとの連携も意識。DPATの活動を避難所がある間は継続し、心のケアセンターに引き継ぐ形をとった。</li> </ul>
他機関との連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修や連携会議を県、精神保健福祉センター、市町村、心のケアセンターの合同で行い、参加しやすくした。</li> <li>・ 地域支え合いセンター（県社協、市町村社協が運営）との連携によって、地域福祉分野との連携も図っている。</li> <li>・ 保健師の動きは地域によって様々。市町村によっては地域支えあいセンターとの連携で補ってきた。</li> <li>・ 経済問題や家庭問題への対応も必要なケースがあり、そういった分野では生活再建や福祉との連携も重要になる。</li> <li>・ 平時から関係を作っておかないと、災害時も連携は出来ない。</li> </ul>
心のケアセンターの役割について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ あくまで、主体となるのは市町村であり、事業終了後も市町村が自立して支援が行えるようにすることを意識する必要がある。</li> <li>・ 災害時においては、相談件数の増加、災害特有の相談の増加があ</li> </ul>

	<p>り、通常<span>の</span>精神医療保健福祉体制での対応はマンパワー、スキル面で厳しい。これを補うのが心のケアセンターの役割と考える。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害の規模によって、どれくらいの規模、期間で支援を行うのかということは検討が必要。熊本では、東北のような大規模な心のケアセンターは必ずしも必要ではないと考え、現行の体制となった。</li> <li>・ 中長期的には、市町村の対応力を上げていくことも心のケアセンターの役割である。</li> </ul>
先行事例の活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被災3県含め、過去のセンターの資料は収集し、活用した。</li> <li>・ 今後の災害に備え、情報をアーカイブする意義は大きい。ただし、ただ情報があればよいわけではなく、必要な助言をすぐに求められる人間関係、ネットワークを持つておくことが重要だ。</li> </ul>

NPO法人 くまもと災害ボランティアネットワーク	
実施日	平成31年2月1日 15:30~16:30
民間ボランティアと行政の連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携会議等を通じて、行政、社協との情報共有は頻繁に実施。</li> <li>・ 災害対策については行政と民間の連携が非常に重要。行政は予算制約や人事異動といった弱点があり、民間が補う余地がある。民間は内部の決裁さえとれば比較的迅速・柔軟に動ける。また、「ケア」といっても社会状況に応じて、マイノリティへの配慮など、内容は変化する。そうした変化への対応は民間のほうが柔軟。</li> <li>・ 多機関連携は決して災害時のみ必要なのではなく、平時から取組んでおくべきだ。平時においては難しいのは理解しているが、とにかく書面の協定だけでも結んでおくことが有効ではないか。</li> </ul>
民間団体の特徴について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民間団体は目的がなくては機能しない。災害という目的があるから現状は活動しているが、平時にも制度化できるものではない。</li> <li>・ 必要がなくなれば縮小、撤退するのが民間団体の特徴。被災者支援が平時の社会福祉、地域福祉体制で対応すべき段階に戻ったかどうかというのが判断のポイントになる。</li> </ul>

ふくしま心のケアセンター 基幹センター（郡山）	
実施日	平成31年2月5日 10:00~11:30
DMHISSについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DMHISSは項目の定義があいまい。福島では独自に用語の定義を整理し始めている。</li> <li>・ DMHISSは対象者毎の情報を追えないので、実際の支援には使いにくい。また、情報のフィードバックがないため、活用できない。</li> <li>・ 何のためにこのデータを集めるのかということが明確でない。</li> </ul>

<p>福島の保有データについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生データで3万件程度を保有している。</li> <li>・ PTSD、アルコール依存、放射能関係など、増えることを想定していた内容の相談はあまり増えていない。ただし、実態としてないのか、リーチできていないだけなのかは不明。</li> <li>・ 相談内容に時間による変化はあまり見られない。</li> <li>・ 避難所、仮設住宅、借り上げ住宅などから復興公営住宅や自宅という場所の変化が相談内容に影響を与えるという仮説に納得感はあるが、データで実証するのは難しい。福島では市町村によって震災後の経緯がまったく異なり、変化が相殺されてしまっている。独自システム上のデータでは市町村別の集計が可能なので、検証が可能かもしれない。</li> <li>・ 心のケアセンターに来る相談のほとんどは市町村経由であり、背景には市町村との連携活動がある。</li> <li>・ 市町村の情報把握能力にはそれぞれでかなりの差がある。</li> </ul>
<p>その他情報について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報の取り扱いには苦慮。行政から心のケアセンターへの情報提供については取り扱いが一定でない。国は、災害時における情報の取り扱いについてガイドラインを示しているが、具体的な運用については自治体に任されている。</li> </ul>

<p><b>ケア宮城</b></p>	
<p>実施日</p>	<p>平成 31 年 2 月 5 日 15 : 00 ~ 16 : 30</p>
<p>ケア宮城の活動について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 宮城県教育委員会と連携し、宮城県内の小・中学校を対象に「子ども心を支援する教師と保護者の心のケア研修会」を開催。</li> <li>・ 基本的な手法は PFA。公益財団法人プラン・インターナショナル・ジャパンと共同で製作した「被災者の心の支えるために」の小冊子を基に、支援者に向けて普及活動を行っている。</li> <li>・ 東日本大震災直後は、沿岸部の学校から、被災者の心の問題の理解と対応についての研修依頼が多かったが、最近は内陸部の学校から、発達障害と震災による心の問題の区別が付き難いことから、その対応に関する研修依頼が増えている。発達障害や不登校への対応に苦慮している学校が増えていることを実感している。</li> </ul>



相馬広域こころのケアセンターなごみ (NPO法人 相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会)	
実施日	平成 31 年 2 月 5 日 15 : 10 ~ 16 : 30
「なごみ」の活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神疾患を対象とした「訪問看護」、比較的軽度の患者や、精神疾患の恐れのある者を対象とした「アウトリーチ活動」、より間口の広い相談に対応する「こころのケアセンター」と、幅広いメンタルヘルスケア活動を行っている。</li> <li>・ 健康調査の結果から、はじめに 3,000 件をピックアップし、外部保健師の協力の下 300 件に絞り、フォローを開始。現在は回復等により 120 件にまで減少。新規の相談者は南相馬市の保健センターからの紹介が主。</li> </ul>
心のケアセンターの成果について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相双地区という、精神医療体制がもともと弱く、また震災によって壊滅的な状況となった地域において、約 10 万人の精神医療ニーズを支えきれていることが一つの成果。</li> <li>・ 数値的な指標としては、保健所の措置入院の数の低さ。精神科では薬の中断（患者の勝手な判断）による問題行動が多いが、当センターでは薬の中断による再入院、再発が少ないという特長がある。</li> </ul>
地域精神福祉について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心理職で地域精神保健福祉を専門としたスタッフは少なく、そもそもそのような教育が行われていない。教育拠点が必要だ。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援者に必要なスキルは、①人の特徴を捉える能力、②ファシリテーション能力、③精神保健福祉についての一定の知識、④住民への教育の方法・スキル、⑤地域保健福祉についての知識、⑥自分自身のコントロール能力、⑦「患者」を前提としない接し方など。</li> <li>・ 急性期に対応するスキルは、既に充実した研修があり、短期育成は可能。中長期に必要なスキルは別に存在する。</li> <li>・ ハイリスク者の見極め能力に優れた人材は存在するが、その手法は言語化されていない。経験知の継承を行う工夫が必要だ。</li> <li>・ ふくしま心のケアセンターで使用されているチェックシートは活用している。あれは入門編であって、中堅の支援者向けのチェックシートも必要だ。さらに、上級者向けとして、支援者育成施設での長期の研修などがあってもよい。</li> </ul>

データについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>DMHISS は実数集計が出来ない。県庁からの依頼を受けて、平成26年からは別のシステムで記録を残している。</li> <li>年単位の変化では、支援対象者は減るものの、相談者1人あたりの訪問時間は増える傾向にある。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>なごみが独自に集計した項目</b></p> <table border="1"> <tr> <td>訪問・対応時間</td> <td>1.10m 未満、2.10m～30m 未満、3.30m～1h 未満、4.1h 以上</td> </tr> <tr> <td>訪問距離</td> <td>1.なし、2.2キロ未満、3.2キロ～5キロ未満、4.5キロ～10キロ未満、5.10キロ以上</td> </tr> <tr> <td>訴え</td> <td>1.身体症状、2.睡眠の問題、3.不安、4.気分・情動、5.幻覚・妄想、6.自責感、7.希死念慮、8.喪失感、9.意欲の減退、10.なし</td> </tr> <tr> <td>支援内容</td> <td>1.経過観察、2.身体症状管理、3.精神症状管理、4.服薬管理、5.日常生活支援、6.対人関係支援、7.就労支援、8.家族支援、9.入院中モニタリング、10.受診同行・同席</td> </tr> <tr> <td>相談対応者</td> <td>1.本人、2.家族・親族、3.支援者、4.友人・知人、5.近隣住民、6.その他、-.不在</td> </tr> <tr> <td>対応方法</td> <td>1.訪問、2.来所相談、3.電話相談、4.手紙支援、-.不在</td> </tr> <tr> <td>職種</td> <td>ph.PHN（保健師）、n.Ns（看護師）、o.OT（作業療法士）、ps.PSW（精神保健福祉士）、c.CP（臨床心理士）、d.Dr（医師）、h.保育士、ta.その他</td> </tr> <tr> <td>他機関同行</td> <td>1.保健所、2.市町村、3.包括（地域包括支援センター）、4.ボラセン（ボランティアセンター）、5.医療機関、6.相談支援事業所、7.社会福祉協議会、8.福祉事業所、9.介護事業所、10.その他</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td>1.相馬市、2.新地町、3.南相馬市、4.飯館村</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>1.男、2.女</td> </tr> </table>	訪問・対応時間	1.10m 未満、2.10m～30m 未満、3.30m～1h 未満、4.1h 以上	訪問距離	1.なし、2.2キロ未満、3.2キロ～5キロ未満、4.5キロ～10キロ未満、5.10キロ以上	訴え	1.身体症状、2.睡眠の問題、3.不安、4.気分・情動、5.幻覚・妄想、6.自責感、7.希死念慮、8.喪失感、9.意欲の減退、10.なし	支援内容	1.経過観察、2.身体症状管理、3.精神症状管理、4.服薬管理、5.日常生活支援、6.対人関係支援、7.就労支援、8.家族支援、9.入院中モニタリング、10.受診同行・同席	相談対応者	1.本人、2.家族・親族、3.支援者、4.友人・知人、5.近隣住民、6.その他、-.不在	対応方法	1.訪問、2.来所相談、3.電話相談、4.手紙支援、-.不在	職種	ph.PHN（保健師）、n.Ns（看護師）、o.OT（作業療法士）、ps.PSW（精神保健福祉士）、c.CP（臨床心理士）、d.Dr（医師）、h.保育士、ta.その他	他機関同行	1.保健所、2.市町村、3.包括（地域包括支援センター）、4.ボラセン（ボランティアセンター）、5.医療機関、6.相談支援事業所、7.社会福祉協議会、8.福祉事業所、9.介護事業所、10.その他	居住地	1.相馬市、2.新地町、3.南相馬市、4.飯館村	性別	1.男、2.女
訪問・対応時間	1.10m 未満、2.10m～30m 未満、3.30m～1h 未満、4.1h 以上																				
訪問距離	1.なし、2.2キロ未満、3.2キロ～5キロ未満、4.5キロ～10キロ未満、5.10キロ以上																				
訴え	1.身体症状、2.睡眠の問題、3.不安、4.気分・情動、5.幻覚・妄想、6.自責感、7.希死念慮、8.喪失感、9.意欲の減退、10.なし																				
支援内容	1.経過観察、2.身体症状管理、3.精神症状管理、4.服薬管理、5.日常生活支援、6.対人関係支援、7.就労支援、8.家族支援、9.入院中モニタリング、10.受診同行・同席																				
相談対応者	1.本人、2.家族・親族、3.支援者、4.友人・知人、5.近隣住民、6.その他、-.不在																				
対応方法	1.訪問、2.来所相談、3.電話相談、4.手紙支援、-.不在																				
職種	ph.PHN（保健師）、n.Ns（看護師）、o.OT（作業療法士）、ps.PSW（精神保健福祉士）、c.CP（臨床心理士）、d.Dr（医師）、h.保育士、ta.その他																				
他機関同行	1.保健所、2.市町村、3.包括（地域包括支援センター）、4.ボラセン（ボランティアセンター）、5.医療機関、6.相談支援事業所、7.社会福祉協議会、8.福祉事業所、9.介護事業所、10.その他																				
居住地	1.相馬市、2.新地町、3.南相馬市、4.飯館村																				
性別	1.男、2.女																				

<b>からころステーション</b> <b>（一般社団法人 震災こころのケア・ネットワークみやぎ）</b>	
実施日	平成31年2月6日 9:00～11:30
ステーションの概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>主に「訪問・アウトリーチ」「来所」「電話」の3つのチャンネルを通じて相談活動を行っている。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動エリアは石巻市、東松島市、女川町。スタッフは約 20 名で、対象者は 650 名程度。</li> </ul>
サロン活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>独居男性向けサロン「おじころ」や、若者向けサロン「KARANO」など、住民同士の交流を促す活動を積極的に行っている。</li> </ul>
他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政や社協、医療機関とは適宜情報をやり取りしている。</li> <li>定期的に他機関とのミーティングを実施している。 エリアミーティング：各地域（中学校区 2 つ分程度）の関係機関が集まって、具体的なケース等について情報交換を行う場。 心のケアミーティング：元はこころのケアチームのミーティングであった会合を継続しているもの。精神保健福祉における地域ケア会議のような位置づけ。</li> </ul>
データについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>独自のシステムを構築してデータを蓄積している。</li> <li>どこでも入力できるようになっており、都度入力が基本だが、実態は数件まとめて入力しているケースもあり。</li> <li>相談の数はスタッフの数に依存する面がある。もっと人手があれば、もっと相談数は増えるだろう。</li> </ul>
時間の経過について	<ul style="list-style-type: none"> <li>避難所、仮設住宅、復興公営住宅と、支援の場、被災者の生活の場が変化するに従い、起こる問題が変化。全期間を通じて、住居の移転ということ自体が負担の大きい事象。</li> <li>時間がたつにつれ、支援が必要な者にリーチするのは難しくなるが、当ステーションでは、発災後初期から活動し、心のケアチームとの情報共有や避難所での情報収集も行っていたことで、比較的早い段階で情報を集められ、その後の支援もやりやすかった。</li> </ul>

原敬造 医師（一般社団法人 震災こころのケア・ネットワークみやぎ 代表理事）	
実施日	平成 31 年 2 月 6 日 14 : 00～15 : 30
時間経過による問題の推移について	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援に当たっては、常に今後どんな問題が発生してくるかを予測しながら行動することが重要。</li> <li>災害後の問題の変化、対応の変化を画期づけるとすれば、避難所、仮設住宅、その後の住宅といった場所の変化である。住居の変化自体もストレス要因のひとつ。</li> <li>ただし、全員が同時に段階を移るわけではなく、被災の程度、状況、経済的レベルなどが要因になり、各人ごとに格差が生じる。</li> <li>ハイリスクな要因をもった者（精神疾患を持った者、高齢者、子ども、発達障害者、依存症の傾向がある者）などについては、起こりうる問題を整理しておくのも実務上役立つだろう。</li> </ul>

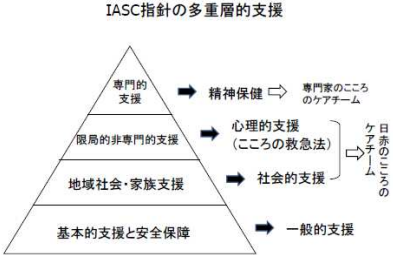
心のケアセンターの役割について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアセンターの本来の役割は、スキル面での補完であり、マンパワーは従来の地域保健体制において確保されているべき。ただし、地域精神保健の体制はおおむね弱く、それを補っていくのも実態としては役割の一つ。</li> <li>精神保健福祉センターが心のケアセンターのような役割を担うべきで、それが出来れば心のケアセンターは必ずしも必要ではない。ただ、実態は20名程度の人員で、県全域をカバーするのは困難。</li> </ul>
-----------------	---

味戸智子 保健師（福島県中保健福祉センター、県中保健所）	
実施日	平成31年2月6日 14:00~15:30
行政と心のケアセンターの関係について	<ul style="list-style-type: none"> <li>福島では、住民相談の窓口は先ずは市町村。その中で、震災関連の相談については心のケアセンターにつなぎ、一元的に対応するような仕組みになっている。</li> <li>市町村と心のケアセンターは直接繋がっており、ケースにより保健所も連携して対応を行っている。被災地域の状況は他の地域に伝わりにくく被災地域の保健所や市町村からの情報発信が重要であると感じている。</li> </ul>
地域のニーズについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談の数は被災前の水準に戻っていると聞いている。ただし、困難ケースは増えていると感じている。</li> <li>通常、地域住民には一定のまとまりがあり、その中から「地域ニーズ」が出てくるが、福島では避難によって被災者が点在していることから、地域ニーズが生まれにくく、行政としては対処しづらさを感じている。</li> </ul>
困難ケースについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>震災から時間がたち、対応が長期化している案件も多く、行政職員で全て対処するのは、マンパワーの面で厳しいと感じている。</li> <li>相談が長期化している案件の特徴として、避難している被災者が、コミュニティから孤立しているケースが多い。新たなコミュニティに自分を位置づけることで、被害者という自己認識から抜け出せるための支援が必要だと感じている。</li> </ul>

陸前高田市役所	
実施日	平成31年2月14日 10:30~12:00
ハイリスク者へのアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医大の研究事業（リアス（H23~32））で、調査に同意した住民に継続したアンケートを実施。ハイリスクな者についての情報が共有される。対象は約2,500名で、うちハイリスクなのは約70名。対象者を広げていく考えはない。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハイリスク者の数は時間経過でも減っていない。</li> </ul>
サロン活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「はまってけらいん、かだってけらいん運動」を実施。住民同士で集まったり話をしたりする場を「はまかだ運動」に位置づけるもの。活動の形、主体は様々。</li> <li>・ 活動のK P I や成果指標をどうするかは検討中。</li> </ul>
心のケアセンターとの関わりについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハイリスク者への訪問は基本的に心のケアセンターに依頼。保健師で回るとなると人手が足りない。更に、健康相談の場での心のケア相談の実施、サロン活動など、様々な面で支援してくれている。</li> <li>・ 心のケアセンターのように、外部から客観的にアドバイスや支援をくれる存在というのは大変ありがたい。マンパワーだけの問題ではなく、自治体内部で人員が増えればいいということではない。</li> <li>・ 精神科のハードルが高く、心のケアセンターの相談機能は重要。震災により地域の課題が顕在化し、震災ストレスが遷延化している状況では、相談機能の維持は引き続き必要。</li> </ul>

大槌町役場	
実施日	平成 31 年 2 月 14 日 14 : 30 ~ 16 : 00
他機関、他部門との連携について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 23 年 8 月より、関係者（行政、社協、保健師、民生委員、心のケアセンター等）の定例会議を開催。現在は月 2 回開催。町内 5 地区でそれぞれ実施。情報共有の仕方は検討を重ねてきており、情報共有のためのフォーマットを作成している。</li> <li>・ 役場内の他部署との連携も重要。直接住民と窓口等で関わる課には、ケアが必要そうな住民がいた際には繋いでもらうよう依頼している。2 年前より、情報連携のチェックリストを作成している。</li> </ul>
心のケアセンターとの関わりについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の定例会議や、健康診断の場で心のケアセンターに入ってもらい、支援を受けている。心のケアセンターのスーパーバイズを受けることでスキル向上した面はあるが、今後心のケアセンターとの連携協力により、こころのケアへの支援を継続していきたい。</li> </ul>

日本赤十字社	
実施日	平成 31 年 2 月 21 日 10 : 00 ~ 11 : 30
日本赤十字社のこころのケアについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日赤のこころのケアは IASC ガイドラインに準拠。ガイドラインでは精神科医療と心理社会的支援が併記されており、日赤は後者。</li> <li>・ ガイドラインにおける介入のピラミッドにおいて、こころのケア班は中 2 段、医療救護班は最下段を担う。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>IASC ガイドライン介入ピラミッド</b></p>  <p style="text-align: center;">日本赤十字社「日本赤十字社のこころのケアについて」より</p>
救護班派遣・撤退のタイミングについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣のタイミングは、原則地域からの要請があり次第。ただし、災害時であるので、柔軟に対応はしている。</li> <li>・ 撤退は、地元組織、特に保健師と相談し、そのニーズに配慮して決定。単独で判断して撤退ということはない。</li> </ul>
活動の記録について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 活動員が日誌を作成しており、紙ベースで各県支部が保管。</li> <li>・ 北海道地震の際は、J-SPEED を活用。精神版については完成していないが、紙ベースで記録し、DPAT 等との連携に活用した。</li> </ul>
人材の育成・研修について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2003 年より、こころのケア指導者養成を開始。これまで約 700 人が指導者として研修を受講。カリキュラムは 3 日間で、その後各支部でフォローアップも行う。</li> <li>・ 他、災害時に支援に入る人員はすべて派遣前に研修を受講。</li> <li>・ 災害対応の知見はかなり蓄積できているが、その総括は未了。</li> </ul>
中長期におけるこころのケアについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日赤は応急対応がメインの組織だが、東日本大震災以降、復興に向けた長期的な取り組みにも取り組んでいる。</li> <li>・ 浪江町、多賀城市で長期にわたるこころのケア活動を行った実績がある。現場の職員にはノウハウも蓄積しているはずだ。</li> </ul>
地域のアセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経験のあるエキスパートによるアセスメントが一つの方法。</li> <li>・ 避難所のアセスメントについては知見の蓄積があるが、地域のアセスメントの技法は未確立。研究班で心のケアについてのアセスメントシートを現在検討している。</li> </ul>
支援者支援について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被災地においては、行政職員、保健師などが休まず仕事をしまいがち。支援者のケアについても積極的に行っている。</li> </ul>

前田正治 主任教授 (福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座)	
実施日	平成 31 年 2 月 25 日 13:30~15:30
情報収集・地域アセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期と違って、復興期については地域特性や被災の深刻度がばらばらであり、画一的なアセスメント、指標は作りづらい。</li> <li>福島県では被災者に対する健康調査が継続的に実施されており、それは住民の健康状態を推し計る意味で大切な情報となっている一方で、実際の心のケアの活動への活用という点では課題が残る。</li> <li>心のケアセンターは独自にスクリーニングを行い、ハイリスクアプローチを行うような技術が乏しい。したがって健康調査による情報収集とスクリーニング、心のケアセンターによるケアは連携しているべきだが、十分とはいえない。守秘の問題等を考慮しつつも、両者の連携をもっと図るべきではないか。</li> <li>現行の法体系では、市町村が災害対応を任されているが、福島県の帰還自治体をみれば、強い疲弊、マンパワーやスキル不足などの理由で十分に対応できる市町村は少ない。</li> <li>研究倫理の面で、被災地における研究の在り方のガイドライン等を作成していくことも必要だろう。</li> </ul>
組織化・組織マネジメント問題について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアセンター創立にあたっては、とりわけ被災 3 県に作られたような大規模なセンターの場合は、その組織化、組織マネジメントが重要だが、現状では手引きもなく困難である。</li> <li>一定以上の規模のケアセンター組織では、マネジメントおよび事務方の専門人材が必要。特に、組織構築、資金管理、労務管理、コミュニケーションなど。ロジスティックの部門がきわめて重要。関連諸施策や法体制についての知識もある程度必要だ。行政から優秀な人材が入る形が望ましいのではないか。</li> <li>立上げにおいては、いきなり多人数を集めず、地元のコア人材 10 人ぐらいで素早く作って、少しずつ大きくする方がよかった。マネジメント要員も最初から必要。</li> <li>多くのケアセンターでは、専門性が高いスタッフをいつもそろえることは困難であり、就業中の研修 (OJT) を含めスタッフの教育が非常に重要となる。その場合、精神的な問題ばかりではなく身体的なことについてもある程度の知識を持つ必要がある。したがって大学、とりわけ医学部との連携がきわめて重要である。</li> <li>平時から、心のケアセンターを作るとした場合に誰がやるか、どのように運営するべきかというシミュレーションが必要だ。とくに大規模災害を念頭に置いたシミュレーションが大切である。</li> </ul>

<p>支援者支援について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害早期のみならず、復興期の支援者の疲弊というのは、大規模災害においては本質的な問題であり、その対応は被災地支援の根幹となる。</li> <li>・ 現在の状況では、自治体職員等の支援者支援を行えるのは心のケアセンターがもっとも相応しいと思われる。自治体職員が非専門職の支援者に自らの苦悩を語ることは難しく、支援者支援を何処が行うかについての現実的な選択肢は少ない。例えば現在行われているような、在京の民間カウンセリング団体（EAP）のような組織による支援では、地域特性がわからないことに加え、頻繁に会うことも困難なことから、その有効性はきわめて限られる。</li> <li>・ 心のケアセンターは自治体職員向け支援をするべきで、むしろ極めて重要な役割として位置づけられる必要がある。</li> </ul>
<p>遠隔ケアについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電話や IT を用いた遠隔ケアの重要性を主張したい。地方での災害、広域な災害においては、アウトリーチそのものが大きな負担になる。</li> <li>・ 心のケアの分野は遠隔でのケアと相性のいい分野だと考える。</li> </ul>
<p>心のケアセンターの撤退について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アウトリーチ活動については、あくまで被災後の一つの支援手法であって、最終的には被支援者が自分で相談に来られるようになる、そうした相談力や受援力を促すことも大切という認識を持つべき。そのためにも地元の医療機関等との連携は大切。</li> </ul>



大川貴子 准教授 (福島県立医科大学看護学部)	
実施日	平成 31 年 2 月 25 日 16:00~17:30
データの収集、管理、活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DMHISS は中長期の支援においては使いにくいシステム。名寄せ集計が出来ず、個々のケースについての情報抽出が出来ない。</li> <li>・ 支援主体が多くあるなかで、特に初期介入については必要なデータのとり方、連携の仕方がもっと議論されるべきだろう。</li> <li>・ 統一的な DB が検討されているという話も聞く。それがどんな DB であればいいのか、各機関で独自に持った方がいいのか、統一的なものを作った方がいいのか、議論すべきことは多くある。</li> </ul>
地域アセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の医療資源状況に関するアセスメントが必要。薬剤の調達もできない状況で個々のケアニーズを把握しても何も出来ない。</li> <li>・ 地域体制の復興状況はどれくらいか、この地域で支援をしていくにはどうしたらいいかを把握しなければならない。</li> </ul>
地域におけるケアの圏域について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村には力の弱いところも多く、ケアの主体になれといっても、うまくいくとは思わない。</li> <li>・ 国の地域包括ケアの考え方では、精神については市町村よりも広い「圏域」(概ね保健所単位)でのシステムを想定している。この場合主導は保健所や県であり、担い手になりうるだろう。</li> <li>・ 今年度から、地域包括ケアの中にアウトリーチが位置づけられる。心のケアセンター撤退後の体制として、被災地独自の仕組みを残すというのではなく、全国统一の施策の中で、被災地は通常に加えて手厚くするという考え方が出来るのではないか。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターで確保している、アウトリーチができる人材を活用すべき。圏域ごとに配置するなどを検討するとよい。</li> </ul>
心のケアの概念について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「心のケア」という活動には様々な立場、議論がある。どの領域を扱うのかという定義づけが必要。</li> <li>・ PTSD への医療的介入に特化する考えの人もいれば、中長期的に生活面等も含めた支援を行うべきとの考えもある。</li> <li>・ 心のケアは精神保健だと考えている(医療に限るものではない)。医師がリーダーシップを取るべきところもあるが、全てではない。</li> <li>・ 予防的な活動はその効果について、エビデンスを示せるような研究は難しい。</li> </ul>
心のケアセンターについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害に備え、人材のバッファを持てれば良いが、現実には難しい。災害時には心のケアセンターに雇用した職員のような追加的な人員確保が必要だ。</li> <li>・ 運営に当たっては、意思決定プロセスの整備・明確化は早期に行う</li> </ul>

	べき。職員の出身組織によって基準が異なり、混乱が生じやすい。
--	--------------------------------

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター	
実施日	平成 31 年 2 月 26 日 11:00~12:30
DMHISS について	<ul style="list-style-type: none"> <li>DMHISS は急性期の利用を想定して設計したため、慢性期の相談対応を前提とした場合、改善点は多い。</li> <li>被災 3 県によって支援の形態やサンプリングの方法が異なりすぎているので 3 県をまとめて被災者の実態を明らかにしたり、一般的な仮説の検証に使えるような性質のデータではない。あくまで行政への報告や活動記録としての数字と考えるべき。</li> <li>個人を特定できないようになっているのは個人情報保護の問題。</li> </ul>
地域アセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>被災 3 県では、健康調査、サロン、アウトリーチなどを通じて住民ニーズの確認は行なっているようだが、住民の代表サンプルに対する体系的な調査は事業の中では行っていない。</li> <li>2004 年の新潟の震災の際には、震災発生 2 年後と 5 年度のタイミングで 2 回の住民調査を心のケアセンター事業の中で実施した(ランダムサンプリング、2,000 世帯以上の訪問調査)。事業の外で行われているものも含めて、体系的・継続的な地域調査の結果を参考にすることも必要と思える。</li> <li>地域のレジリエンスを図る指標は現時点では存在しないが、個人のレジリエンスを図るための指標は存在する。使用許諾が必要であるが、アメリカの尺度を日本語で標準化したものが存在する。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害に関連する PTSD などの疾患対応の支援者として、「中核となる病院」、その病院の指導を受ける「保健所」、そして研修を受けた「地域住民」というレイヤーを想定している。</li> <li>地域の中に、一定の支援能力水準を持つ支援主体がどの程度(人数、割合)存在するかが、地域の能力の指標になりうる。</li> </ul>

仙台市精神保健福祉総合センター (はあとぼーと仙台)	
実施日	平成 31 年 2 月 28 日 11:00~12:00
精神保健福祉総合センターの活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>仙台市精神保健福祉総合センターは、平成 20 年度に「災害時地域精神保健福祉ガイドライン」を作成していた。かつ、被災直後から、各区保健福祉センターを支える形で心のケアにあたり、事実上の「こころのケアセンター」の役割を果たし続けている。</li> <li>宮城県を通じて国予算による補助を受けており、人員の増員に充</li> </ul>

	<p>てている。加配は 15 名で、嘱託職員として精神保健福祉総合センターおよび各区役所の障害高齢課に配属させている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成 24 年度に「仙台市震災後心のケア行動指針」を策定。計画期間は平成 24 年度～32 年度の 9 年間とし、3 期に区分している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>I 期（応急仮設住宅～復興住宅等への移行期）：H24-H26 年度</li> <li>II 期（復興住宅等への移行～生活再建期）：H27-H29 年度</li> <li>III 期（生活再建期～復興完了期）：H30-H32 年度</li> </ul> </li> <li>生活再建がなされた後でも心のケアのニーズはまだ高いため、上記「行動指針」の計画期間に続く平成 33 年度以降の心のケアに係る計画も策定準備中である。</li> </ul>
情報の収集・集計・活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>DMHISS のデータは、心のケア担当嘱託職員の活動件数を計上したものである。他に、精神保健福祉総合センターでは、正職員を含む被災者支援業務従事職員が対応した被災者支援に関するデータ収集をしている。また、各区役所でも関連データを収集している。</li> <li>心のケア活動自体に一概に効率化を求めるのは困難と思われる。しかし、統計データの入力・集計といった事務作業の効率化は、負担軽減のためにも重要であるため、入力する従事者自身が恩恵を受けられる、操作性の良い情報収集システムの開発を求めたい。</li> </ul>
ニーズの把握について	<ul style="list-style-type: none"> <li>統計的数字を用いて定量的に示す方法と、ヒアリング内容等から状況を示す定性的な方法を組み合わせて把握する必要がある。</li> <li>新規件数や対応延件数の変動のみでなく、支援対象者の実件数や、支援対象者一人あたりの対応延件数のデータを収集すると、支援対象者の質の変化（複合問題を抱え、より濃厚な支援を要する）等が明らかになるとと思われる。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援の質の向上と連携強化を目的に、定期的に研修を開催している。また、狭義の被災者支援のみならず、自殺やアルコール依存症など関連する諸問題に関しても、広く研修を実施している。</li> </ul>

太刀川弘和 准教授（筑波大学医学医療系精神医学）	
実施日	平成 31 年 3 月 1 日 14 : 00～15 : 30
心のケアの概念・領域について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアという概念、方法論には複数の立場がある。</li> <li>一つは救急医療という立場からとらえる立場で、もう一つはトラウマのケアという立場からとらえる立場。前者は急性期における短期間の支援で十分とし、後者は中長期にわたる長期間のケアの必要性を主張している。</li> <li>東日本大震災当時は長期的なケアを行う立場が強かったが、DPAT</li> </ul>

	<p>の整備等を経て、救急医療的な立場が主流になりつつある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 数年という中長期においては、何が「心のケア」かがあいまいになる。生活や格差の問題などが関係してくるため、「心のケア」として支援を行うのが適切かという論点もある</li> </ul>
心のケアセンターの役割、撤退について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受けた被害の大きさや、元々の精神保健体制の厚みなどは地域差があり、それにより災害後の心のケアの取り組みは変わってくる。</li> <li>・ 本来であれば、平時の体制に戻せるようになったタイミングで心のケアセンターの役割を精神保健福祉センターなどが引き継いでいければよいが、現状では人員やスキルがあまりにも不足しているため難しい。地域精神保健福祉システムの再検討が必要である。</li> <li>・ 撤退にしても、同じやり方を押し付けてしまうと、理解してもらえるところと、そうでないところが出てくる。地域の実情に合わせて、方策を考える必要がある。</li> </ul>
心のケアのあり方について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現状では、心のケア活動はボランティアリズムに頼る状況。結果として過剰な支援を招いているという危機感がある。</li> <li>・ 過剰な支援は、かえって被災者の自立を阻むことにもつながりかねない。ヒロイズムに立脚した取り組みは健全ではない。</li> </ul>
情報収集の方法について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人指標と地域指標の双方を検討し、収集していく必要がある。</li> <li>・ 地域指標については、何をを使うべきか難しい。単独指標で判断するのは難しく、複数指標を組み合わせるしかないだろう。</li> <li>・ 抑うつは、ソーシャルキャピタルや経済状況の格差と相関がみられる。間接指標として使っていくのも有効な方法ではないか。</li> <li>・ 情報収集のために用いる指標について、現場で使うという観点からは簡便性が求められる。</li> <li>・ DMHISS は現場での活用には適しておらず、分析用のデータとしても難がある。</li> </ul>

ふくしま心のケアセンター 基幹センター（福島）	
実施日	平成 31 年 3 月 5 日 13 : 55～16 : 15
データの収集・蓄積、分析、活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ収集においては、なぜ集めるのかを明確にする必要がある。</li> <li>・ 医師会を中心に、共通のカードを用いて病院・診療所・薬局で患者情報を共有するネットワークシステムの整備を進めているようだ。普及していくには、患者にとってメリットのアピールが必要だろう。</li> </ul>
心のケアに対するニーズについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住環境の変化がニーズに変化をもたらすのは確か。当初は震災直後に相談が一番多くなり、時間経過に伴い漸減すると思っていたが、実際は公営住宅に移ってからニーズが出てくるということもある。</li> </ul>
人材の育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターに求められる中・上級のスキルについても、マニュアルや統一的な記録様式作成など標準化の取り組みを進めている。スキルの定着状況も振り返りやミーティングなどで確認している。</li> <li>・ 人員の確保はやはり課題。単年度契約であり、職員自身が将来を見通せないのが要因として大きい。心のケアセンターの経験が先のキャリアパスに繋がるイメージがもっと持てるとよい。</li> <li>・ 労務管理について、各業務の業務量を把握しないと、適切な業務配分も難しい。現状では時間管理程度のことしか出来ていない。</li> </ul>
心のケアセンターの活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターの立上げについて、震災直後は県庁も人員が非常に厳しい中、心のケアセンターに優秀な人材を出してもらうのは難しい。</li> <li>・ 震災前の平時の取組が大切である。平時の時に自治体など支援機関がどれだけ住民のことを知っていたかが、震災後の支援では、大切になる。</li> <li>・ 心のケアセンターは、あくまで特例的な組織であり、予め人員を用意しておくことも出来ない。そうした組織の立上げに備え、活用可能な人材の登録制ならば可能性があるかもしれない。</li> <li>・ 被災市町村における地域精神保健の体制は十分に回復しているとは言えず、心のケアセンターの撤退について議論できる段階にはない。市町村もまだ余裕がなく、心のケアセンターと市町村が役割分担をせざるを得ない状況。</li> <li>・ 福島では住民が分散しており、住民票の所在地と、実際の居住地が乖離。支援対象を住民票でなく居住地で考える視点も必要。</li> </ul>

岩手県こころのケアセンター	
実施日	平成 31 年 3 月 5 日 8 : 10 ~ 11 : 15
DMHISS のデータの解釈について	<ul style="list-style-type: none"> <li>「発達障害」の診断がある割合が他県に比べ高いことについては、成育歴や社会適応上の問題から発達相談の疑いはないかという視点での相談もあり、また、対応のきめ細やかさや、支援が比較的長期化する問題もあり、他機関との調整を多く要してそれも件数に数えているために延べ数が多く表れている可能性がある。実態として診断を受けている人数の割合が他と比べて多いという印象はない。相談経路について「行政」が減少傾向で「健康調査」と「全戸訪問」の割合が高いが、「健康調査」は行政が行うものが中心であり、全戸訪問も行政の要望なので、基本的にはいずれも行政経由の相談が多くを占める。</li> </ul>
こころのケアに対するニーズについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンタルヘルス不調に関しては、一定期間症状が継続している人については 5,6 年で回復率が停滞し、回復しにくいという性質がある。一定のニーズは残り続ける。</li> <li>こころケアのニーズが落ち着くには、インフラだけでなく、そこでの市民の「生活の営み」が回復する必要がある。</li> <li>こころのケアセンターの活動でなんとか問題を防いでいる状態であり、支援を引き上げた際に県が同等の役割を果たすのは困難である。</li> <li>【精神保健福祉センターより】岩手では精神保健福祉センターの活動はマンパワー的にも業務内容的にも体制が十分とはいえ、沿岸の支援活動についてもこころのケアセンターに依存している状態である。</li> </ul>
人材の育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の人材育成について、地域や従事者の習得段階に応じて臨機応変に対応している。地域の人材養成の進め方や、教育対象の獲得スキルの段階に合わせた柔軟な支援を行うことが大事である。人材養成として、対象ごとに成長させていくことも重要であり、同一対象の研修でも内容を発展させていくことも行っている。</li> <li>ケアセンターのスタッフ向けの教育としては、対面相談の支援法から人材養成の研修や普及啓発での健康教育に至るまで、丁寧な教育を行い、フォローアップも行っている。また、教育内容についても専門家が指導し、質管理を行っている。</li> <li>災害支援に関しては保健所、市町村、精神保健福祉センターの教育も行っている。</li> </ul>

こころのケアセンターの活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>震災発生後当初から「岩手県災害医療ネットワーク」という、こころのケアを担当していた岩手医大、医師会、保健所長会などの関係機関がこころのケアの方向性について検討する会を設けており、県庁の障がい保健福祉課、精神保健福祉センターも参加していた。その議論の中で、こころのケアの中長期的な活動についての理解が得られていた。また、こころのケアの対策会議ではこころのケアについての体制を検討し、こころのケアセンターが中長期的な支援を担うことで合意した。</li> </ul>
岩手県災害時こころのケアマニュアルについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルは震災前に作成したもの。岩手宮城内陸地震等で活用され、その後も地域での教育が精神保健福祉センターや医大で進められ、マニュアルの内容が浸透していたことで、震災直後に地域でこころのケアについての混乱は少なかったのではないかと。</li> <li>こころのケアセンターのガイドラインについては、本マニュアルも記載事項を参照する形で緩用し、県が医大の専門家に相談しながら、大規模災害での支援の実態に即して加筆を加え、別途作成し、こころのケアセンターの役割を設定した。</li> </ul>

みやぎ心のケアセンター	
実施日	平成 31 年 3 月 7 日 10 : 00 ~ 11 : 30
個人情報の取り扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時の個人情報の取り扱いは災害前に定めておくべきだ。</li> <li>心のケアセンターの立ち位置を明確にしないと、市町村との個人情報共有にあたり不都合が生じる。心のケアセンターの法的根拠を明確にした上で、個人情報の取り扱いルールを定めるべきだ。</li> </ul>
ニーズの見方について	<ul style="list-style-type: none"> <li>心のケアセンターから見えるニーズは市町村の要請に基づくものだけであるが、地域の精神医療保健福祉全体の実態把握、今後の地域のあり方の議論などを踏まえて、撤退を考えていくべきである。</li> <li>地域ニーズを量る単位としては、重層的に考えるべきだ。市町村、保健所、県と段階的に考えていくべきだ。</li> <li>「心のケア」のイメージが人によって異なっている。ニーズアセスメントを行うにあたって、心のケアの定義を明確にする必要がある。</li> </ul>
人材の育成について	<p><b>【心のケアセンター職員の育成について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>福島で使われているチェックリストはよいものだ。これをたたき台して必要なスキルセットを整理していけばよいと思う。</li> <li>心のケアセンターは、バックグラウンドが異なる人によって構成されているということを念頭に置くべきである。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>バックグラウンドが異なると、支援方法についても考え方が異なり、それが職員同士の溝や消耗に繋がってしまう。統一的なものが整備されていると良い。</li> </ul> <p>【地域での人材育成について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域側の人材に対する育成サポートも、心のケアセンターの撤退に向けては重要である。</li> </ul>
心のケアセンターの活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>立上げの過程について、標準的なものを整備することは重要だ。</li> <li>特に、情報システムや分析の専門家を確保することの重要性も記載してほしい。</li> <li>人材の確保も重要だが、その後の人材配置も大きな課題だ。背景が異なる職員について、何が出来るかを把握することは難しい。</li> </ul>

神戸市	
実施日	平成 31 年 3 月 13 日 10 : 30 ~ 12 : 00
熊本地震での活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の震災の記録も参考にしながら、発災後この時期にはこのような健康問題が起きる可能性があるとして想定し、応急復旧期以降までの活動（災害支援業務と経常業務再開の見通し）の目安としてロードマップを作成した。</li> <li>ロードマップは、活動初期は情報の入替わりも激しく、毎日更新していた。対策の進捗とともに、見直しの頻度をへらし、具体的な対策の変更頻度が落ち着いたら、支援チームの会議間隔が空き、週 1 更新程度になった。</li> <li>ロードマップは災害地域に合わせて作るべきであり、標準形として画一的に活用するのではなく、たたき台として活用すべきだ。</li> <li>ロードマップは災害後の保健福祉活動の全体計画を示したものであり、心のケアのみに焦点を当てたものではないことに留意すべき。</li> </ul>



心のケアセンターについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タイミングとして、復興公営住宅への入居が済んだあたりで心のケアの活動は地域に戻していく方がよい。</li> <li>・ 入居1年程度は心のケアチームによる支援があってもいいが、2、3年経過したころには公営住宅を地域としてとらえ対策を講じた方がよい。</li> <li>・ 居住環境の変化を画期として、立ち上げからのロードマップを作成し、その中に心のケアチームの役割を明記してあると、立ち上げからその後の活動もスムーズに行くのではないか。</li> <li>・ 撤退のロードマップは、精神保健福祉センターと連携して作ると良いのではないか。</li> </ul>
個人情報について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報の取扱いは慎重にすべき。下手をすれば、共有ではなく拡散になりかねない。心のケアにおける個人情報は繊細な問題だ。</li> </ul>
マニュアルについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マニュアルを作成するにあたって、手法を書き切ってしまうと、マニュアルにとらわれ柔軟な対応ができなくなる恐れがある。</li> <li>・ マニュアルには、なぜこの活動をするべきなのか記載してあり、手法についてもパターンが用意してあると被災地に合わせて判断することができると思う。</li> </ul>

加藤寛 医師（兵庫県こころのケアセンター センター長）	
実施日	平成 31 年 3 月 13 日 10 : 30～12 : 00
データの収集・蓄積、分析、活用について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要最低限の項目を検討し、データセットを作ることは可能だ。みやぎ心のケアセンターのデータセットは参考になるはずだ。</li> <li>・ 現在の兵庫県こころのケアセンターでは、支援についてデルファイ法<sup>33</sup>による分析を行っている。</li> </ul>
心のケアセンターの活動について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターの立上げについて、マネジメントは重要だ。</li> <li>・ 阪神・淡路大震災後に作られた兵庫県精神保健協会こころのケアセンター<sup>34</sup>では、県庁からきた特定の職員の役割が大きかった。行政・保健業務について詳しく、専門家や市職員とも議論が出来る職員であった。</li> <li>・ 平時から、災害時の心のケアに関心を持った人材が地域に存在しているか常に確認し、準備しておくことが重要だ。</li> <li>・ 心のケアセンターの閉鎖には苦勞が多く、終わり方をきちんと示す必要がある。</li> </ul>
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 兵庫県精神保健協会こころのケアセンターでも研修はOJT中心であった。ただし、OJTの中から項目だしをして、標準的なマニュアルを作ることは可能だろう。</li> </ul>
災害時の心のケアに関する知識の普及啓発について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平時の準備といっても、多くの地域では災害に対する意識自体がまだ低い。災害対策の研修はあまり人気がない。</li> <li>・ 一方、子どものケアについての研修は人気がある。災害時の研修ということにとらわれず、心のケアの研修（特に子ども）の中に災害時のことについても入れていくという方法がいいのではないかと。</li> </ul>

市川学 准教授（芝浦工業大学 システム理工学部）	
実施日	平成 31 年 3 月 15 日 9 : 00～10 : 30
データを扱う人材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ データの収集・分析については、情報工学の専門家である科学者が行うべきだ。そうした人材の確保が必要性を示す必要もある。</li> </ul>
ニーズの把握について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去のデータや、平時におけるハイリスク者の分布データを用いて、災害時何%の割合で心のケアの相談が来るかということはわかる。加えて、病気や住居の移転などもシミュレーションに組み入れることで、ニーズ予測が可能。</li> </ul>

<sup>33</sup> デルファイ法：アンケートを行った後、その結果について再度共有し、回答者は全体の回答を見た上で2度目の回答を行う。何度か繰り返すうちに、一定の範囲に意見の収斂が見られる。

<sup>34</sup> 兵庫県精神保健協会こころのケアセンターは平成7年6月に開設し、平成12年3月に閉鎖されている。現在の兵庫県こころのケアセンターは平成16年4月に開設された。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平時において、保健師などにどれくらいまでなら対応できるかを確認しておくべき。人員によって標準的な支援キャパシティは決まるはずだ。その上で、ニーズ予測を行って、対応可能な範囲であれば支援は必要ないということ。</li> </ul>
データ収集・管理の方法について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場で用いる帳票について、記録はA4一枚が限度であると考えている。最小限の項目に絞るべきだろう。</li> <li>・ 災害時のカルテについては、支援者が保有するのではなく、被災者に紙ベースで返却して、居住場所・支援者が変化しても、そのカルテを提出すれば今までの処置がわかるようにすると良いのでは。</li> </ul>
データの収集・蓄積、分析、活用に関する今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場の支援者に対して、「理想論・アイデアベースで良いので、どういう情報があるとありがたいか」をヒアリングしていくことで、必要なデータに項目の検討をすべき。その上で、ほしいデータはどこから取れるなら探す、ないなら作るということを検討していく。</li> <li>・ ニーズシミュレーションのためのデータ活用手法を検討すべきだ。平時のニーズは診療録、健診記録などから計測できる。その上で、被災時のカルテ等を分析すれば、災害所のプラスアルファを含めたニーズがどれくらいかもわかる。</li> <li>・ 過去の災害時の経験を活用したディスカッションもいい手法だ。いま同じ災害が起きたら、どんな情報があれば最適な意思決定が出来たかを検討することで、今後の災害に生きる知見が得られる。</li> </ul>

#### ④ヒアリングで得られた論点等

##### ア) データの収集・蓄積・分析・活用について

###### データの収集・蓄積・分析・活用について

###### 【DMHISS について】

- ・ DMHISS については、中長期の相談業務における情報システムとしては不適な部分も多かった。特に、項目の問題（多すぎる、定義があいまい）、集計の問題（名寄せ集計が出来ない）、フィードバックの問題（原則としてフィードバックがない）が複数のヒアリング先から指摘されている。
- ・ 運用についても、件数カウントの基準などがあいまいであり、実態として県によって運用が異なっていた。
- ・ DMHISS データは、項目のあいまいさや各県における運用の違いが大きく、分析に適したデータではないという点では同意がある。ただし、トレンドを大きくつかむといった用途でなら活用可能という指摘もある。
- ・ DMHISS は集計の不便さやフィードバックのなさから、集計されたデータを活用した事例はなかった。

###### 【データの収集・蓄積について】

- ・ 各県心のケアセンターとも独自のシステムで情報収集していた。
- ・ 各県心のケアセンターの独自システムでは、実数での集計ができる、定性的なコメントの記入が可能など、DMHISS の内容を補う形で設計されており、独自データの分析・活用も一部検討されている。

###### 【地域に関する情報収集について】

- ・ 精神保健福祉の相談等は、市町村、保健所、精神保健福祉センターでも対応しており、心のケアセンターで把握している情報が地域ニーズの一部でしかないということは各県で共通の認識を持っている。
- ・ 地域のアセスメント（ニーズ、医療体制等）が必要であることについては同意があるが、その手法については明確なものはない。
- ・ 地域の情報を把握すべき主体は市町村であるという見解が多いが、一方で実態としてそれを行う能力があるかという点では疑問も呈されている。
- ・ 災害後の支援ニーズ、支援方法の変化の画期としては、被災者の場所移動（避難所→仮設住宅→復興公営住宅あるいは自宅など）が目安となることについては同意がある。
- ・ この画期の変化については、個人あるいは地域で格差が大きく、一律のタイミングで切り替わるものではないことが指摘されている。東日本大震災においては、心のケアセンターは概ね避難所期が終わってからの開設であったが、本来は初期における情報収集も重要である。

## イ) 心のケアに関する新たな組織の立上げと運用について

### 組織の立上げ・マネジメントに関する課題

- ・ 心のケアセンターの立上げにあたっては、スピーディに立ち上げるべきという指摘が複数からなされている。
- ・ 急性期チームとの連携、引継ぎについても留意すべきと指摘されている。
- ・ 組織のサイズは災害規模、特性に応じて検討すべき。心のケアセンターの立上げの要否についても必ずしも必要とされているわけではない。
- ・ 立上げ時において、事務方の専門人材を確保しておく必要性が指摘される。
- ・ 外部人材を入れるような大規模組織が必要な場合でも、地元人材からなる小規模組織をまず作るべきとの指摘がある。
- ・ 平時において、災害発生時の体制・オペレーションをシミュレーションすることの有効性も指摘されている。
- ・ 一定以上の規模の組織においては、意思決定プロセス、指揮系統階層の明確化が必須である。支部を持つ組織においては、基幹センターと支部との連携も重要である旨の指摘がある。

### 心のケアセンターから地域精神医療保健福祉体制への移行について

- ・ 現状をどう評価するか（平時と同様の状況に戻っているかいないか）、心のケアセンターの撤退の可否、心のケアセンターの継続・撤退の判断基準など、様々な主張があり、統一はない。
- ・ 地域の「復興」が撤退の基準であることは一定の同意が見られるが、何をもって「復興」とするかの基準は明確に示されていない。
- ・ 心のケアセンターは相当量の業務を行っており、急な撤退には自治体に対応できないという点では同意がみられる。
- ・ 将来的な心のケアセンターの撤退にあたっては、撤退後の地域精神医療保健福祉システムのビジョンと、そこに至る方策を検討しておく必要がある。

## ウ) 心のケアを担う人材の確保・育成および他機関との連携について

専門スタッフの確保・育成について
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 心のケアセンター職員における初歩のスキルについては一定の整理、標準化がなされている。中・上級のスキルについては、OJTによる習得がメインであり、明確に言語化されているとは限らない。</li><li>・ アセスメントスキルなど、一部職員の経験知・暗黙知に頼る部分も大きく、具体的な手法の整理はなされていないものも多い。</li><li>・ 人材の定着については各心のケアセンターとも苦慮している。単年度契約の弊害についても指摘されている。人の入れ替わりが避けられない中で、スキル・住民との関係性の引継ぎにも苦慮。</li></ul>
他の専門機関・部署との連携について
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 行政、社協、医療等との連携の必要性は認識されている。</li><li>・ 行政との関係について、基本的には行政を心のケアセンターがサポート・後方支援するという考え方は共通している。一方で、その関係性のあり方は各センターの方針や、行政側のキャパシティによってバリエーションがある。</li><li>・ 具体的には、大きくマンパワー補填による業務代行、スーパーバイズなどによるスキルの補填に分けられ、時間経過による役割の変化も見られる。</li><li>・ 地域によって異なる体制、ニーズに対応すべきであり、一方的な支援の押し付けは慎むべきとの指摘もある。</li><li>・ 連携会議や、エリアミーティングのような形で連携を図ることの有効性も指摘されている。</li><li>・ 災害時にスムーズな連携を行うためには、平時から関係構築を行う必要性が指摘されている。</li><li>・ 他機関の情報共有については個人情報観点から問題が指摘されている。</li></ul>

## エ) 社会全体の理解増進に向けた課題（アーカイブ化の必要性）

### アーカイブ化について

- ・ 被災3県やそれ以前の心のケアセンターの経験が熊本で活かされているなど、心のケアセンターの活動に関する記録をアーカイブ化する価値には同意がある。
- ・ ただ情報をアーカイブ化するだけでなく、その情報を活用するためには、いざというときに情報について尋ねることが出来る人的ネットワークも合わせて構築する必要があるという指摘もある。

## オ) その他

### 支援者支援について

- ・ 支援者支援の必要性については意見の一致がある。
- ・ その主体について、行政職員や保健師はその立場から、同僚や社協など民間機関には相談しにくいことから、心のケアセンターが支援者支援の担い手として積極的に実施すべきだという指摘がある。
- ・ 日赤も支援者支援の活動は積極的に行っている。

### 「心のケア」という概念について

- ・ 「心のケア」という言葉については、立場によってその使い方に若干の違いがあり、整理が必要であるという指摘もあった。

## (2) DMHISS データ調査の結果

DMHISS のデータについては、ヒアリングでの指摘もあれば分析対象としては注意すべき点の多いデータであり、慎重な検討が必要である。一方で、平成 25 年 3 月の稼働開始から平成 29 年度末の稼働停止まで、約 5 年間という長期にわたり蓄積されたデータであり、その内容について検討を加えることは重要である。

本節では、データセットとしての側面から DMHISS について整理を行ったうえで、いくつかの項目について簡易な検討を試みる。ただし、本年度においてはデータの特徴についての調査をメインに行ったものであり、その内容に関する分析は、データの収集・蓄積・分析・活用に関するその他の課題とも関連付けながら、今後行っていくべき論点である。

### ①データ収集の方法

厚生労働省が保有していた DMHISS による集計データについて分析を実施。

留意点として、本年度分析の対象としているデータは、心のケアセンターをはじめとする支援団体が月ごとに県、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターを通じて報告していた集計データのみであり、入力毎の生データについては対象としていない。

また、福島県のデータについて DMHISS の運用停止に伴い、平成 30 年 1 月までのデータでの比較である。<sup>35</sup>

### ②DMHISS データの特徴

#### ア) DMHISS の仕様における特徴

DMHISS のシステムとしての特徴は先述の通りである<sup>36</sup>。データの分析にあたり重要な点として、相談者個人に関する情報項目の少なさが指摘できる。まず個人情報保護の観点から個人が特定できないデータとされており、名寄せでの集計は不可能である。また、全て延べ件数での集計であり、実人数での集計も出来ない。

項目の面では、個人の属性についての項目は年齢と性別のみであり、分析できる内容は限られている。<sup>37</sup>一方で、相談経緯や被災状況、病名、処方など、相談にフォーカスした内容の項目は非常に多く、詳細な項目立てがなされている。

---

<sup>35</sup> 平成 30 年 2 月以降のデータもふくしま心のケアセンターの独自システムによるデータはあるが、DMHISS データとの接合の問題があるため、本稿で DMHISS データのみでの分析とする。

<sup>36</sup> (1) 1 ①のウ) 情報システムの開発と運用を参照。

<sup>37</sup> 例えば、福島では市町ごとの被災状況、復興状況が大きく異なることから、データ分析に当たっては地理的な要因（被災地、被災前住所など）による層別が重要ではないかと指摘されているが、DMHISS データにおいては層別できない。



## イ) DMHISS の運用について

### い) DMHISS の入力主体

DMHISS の入力主体は図表 13 の通りである。

**図表 13 DMHISS データの入力主体**

県	入力主体
岩手県	岩手県こころのケアセンター
宮城県	みやぎ心のケアセンター
	仙台市精神保健福祉総合センター
	からころステーション (一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ)
	医療法人くさの実会光ヶ丘保養園
福島県	ふくしま心のケアセンター

岩手県、福島県においてはDMHISS データの入力主体は心のケアセンターのみであるが、宮城県においてはそれ以外の入力主体もいることに注意が必要である<sup>38</sup>。

### ii) DMHISS データの入力について

DMHISS データの入力については、各入力主体とも「1 活動 1 入力」として、活動者自身が各項目について判断し、入力するという原則は共有していた。

一方で、被災 3 県での活動においては、何をもち「1 活動」とするか、あるいは各項目の該当有無、選択等についての判断は必ずしも統一的な基準があったわけではなかった。そのため、特に各県の比較を行う際には、入力の基準について一定の差異があることを前提におく必要がある。

### iii) DMHISS データの元となる活動、支援対象者の属性について

DMHISS データの元となっているのは心のケアセンターをはじめとした心のケアを担う組織であり、その活動の特徴として、活動時間は主に日中、支援方法はアウトリーチによる訪問活動である。支援対象は主に日中、家にいる者ということになるため、DMHISS データにおける支援対象には偏りがあることに注意が必要である。具体的には、高齢者、無職の男性による相談割合が多くなる傾向にあることが指摘されている<sup>39</sup>。

<sup>38</sup> 宮城県被災地精神保健対策事業の事業主体及び委託先である。それぞれ、仙台市が行う被災者の心のケア事業への補助事業（仙台市）、精神障害者アウトリーチ支援事業（委託先）（からころステーション、光ヶ丘保養園）によるもの。

<sup>39</sup> 被災者心のケアセンター連携強化会議におけるみやぎ心のケアセンターの報告など。

## ウ) DMHISS データの特徴の総括

以上から、データセットとしての DMHISS データの特徴をまとめたのが図表 14 である。

図表 14 DMHISS データの特徴

分類	特徴
仕様面	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 全て「延べ件数」のデータである。</li><li>・ 名寄せ集計が不可能である</li><li>・ 個人属性に関するデータ項目が少ない</li><li>・ 相談に関連した項目が多い</li></ul>
運用面	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 宮城県においてのみ心のケアセンター以外の入力主体あり</li><li>・ 項目の定義や入力基準はあいまい</li><li>・ 活動は日中の訪問が主。日中の在宅者からの相談が多い。</li></ul>

まず、データ項目の点から、分析に用いることができる要因は限られる。個人の属性による分析は難しい一方で、相談経緯や相談経路など、相談活動に関連する項目については詳細であり、こうした側面からの検討に用いる。

また、項目の定義・基準があいまいであり、対象者にもバイアスが指摘されるため、統計的な分析を通じて仮説検証のエビデンスに出来るようなデータではない。ただし、大づかみに各県心のケア活動の特徴や、時間軸による状況の推移について検討するためのデータとしては有益であろう。

### ③DMHISS データの分析

#### ア) 分析の手法

DMHISS データに前項のような留意すべき点があり、このデータをどう分析するか、このデータから何を、どの程度の信頼性でいうことができるかということについては慎重な検討が必要である。また、本年度の調査においては月ごとに集計されたデータのみを対象としており、生データの分析には至っていない。

そのため、本稿では、各県の DMHISS 集計データについて、年度ごとに再集計し、各県毎の被災後の時間によるデータ内容の推移についてグラフを作成。その上で、ヒアリングによる指摘事項等も参考にしつつ、いくつかの項目に絞り、簡単にコメントする。

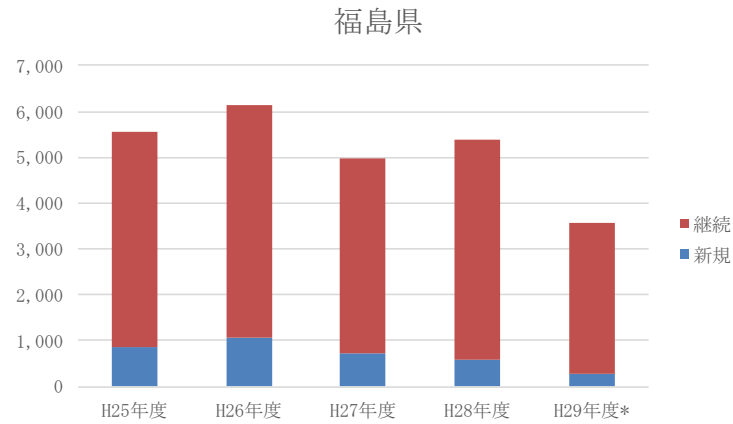
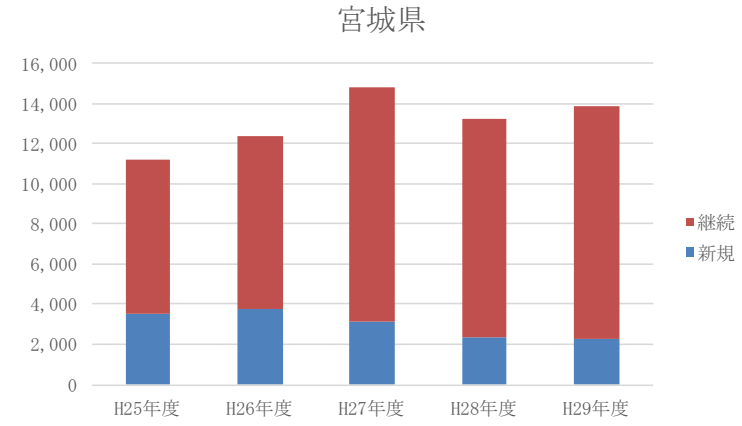
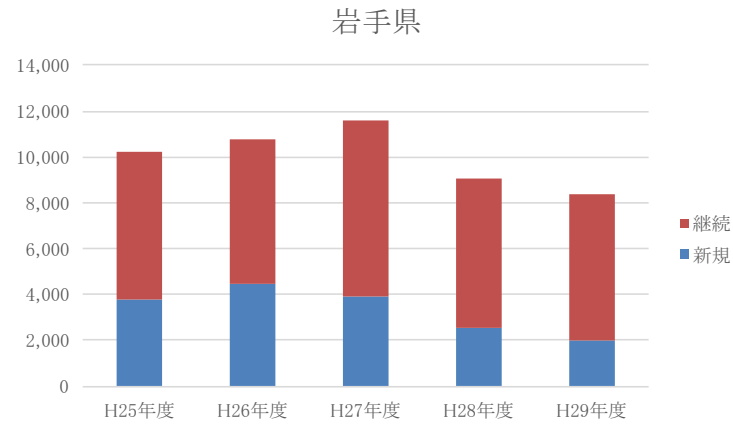
#### イ) 結果

##### i) 相談件数について<sup>40</sup>

図表 15 は、各県の相談件数（新規・継続別）について、年度ごとに集計し、比較したものである。

<sup>40</sup> 以降全てのグラフについて、福島県の H29 年度データは H29.4～H30.1（10 ヶ月）のもの。

図表 15 相談経過別 相談対応件数



まず、3 県全てにおいて新規の相談者の割合は少なく、また漸減傾向にある。一方で、継続者（複数回相談をしている者）の数は新規の数ほどは減少していない。

また、全体の相談件数については、宮城県においては横ばいから微増が見られるが、他の 2 県においては減少傾向である。

## ii) 相談経路について

次ページの図表 17 は、相談経路、つまりで心のケアセンターへの相談に至った要因、あるいは心のケアセンターを紹介した機関別に相談件数を表したものであるが、その中で最も多い相談経路に着目して作成したのが図表 16 である。

**図表 16 県別・年度別 最も多い相談経路**

	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度
岩手県	本人	健康調査による ピックアップ	健康調査による ピックアップ	健康調査による ピックアップ	健康調査による ピックアップ
宮城県	健康調査による ピックアップ	健康調査による ピックアップ	健康調査による ピックアップ	行政機関からの 紹介	行政機関からの 紹介
福島県	行政機関からの 紹介	行政機関からの 紹介	行政機関からの 紹介	行政機関からの 紹介	行政機関からの 紹介

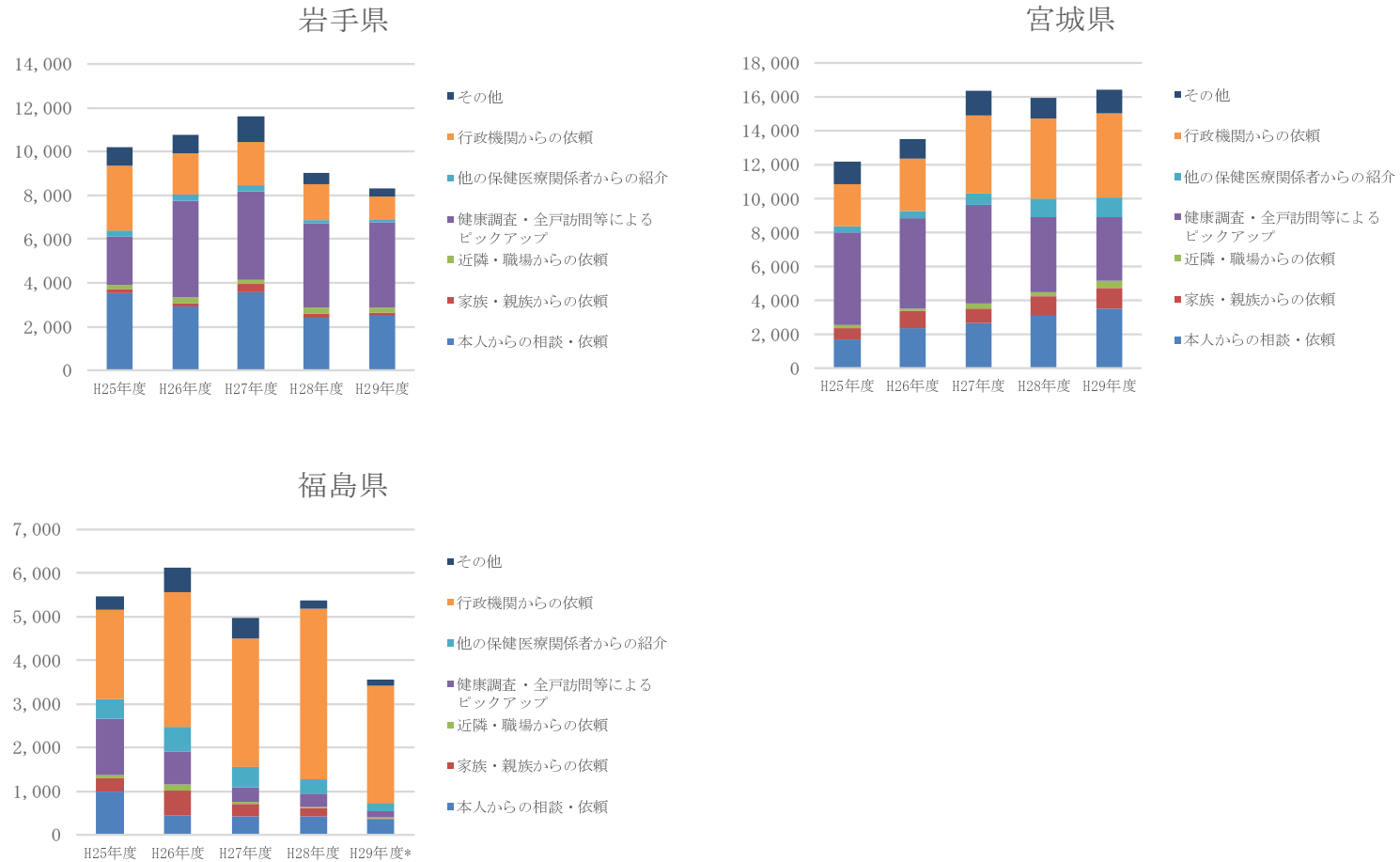
岩手県について、平成 26 年度以降は健康調査によるピックアップが最も多い。岩手県における健康調査は、岩手県立医大によるもの、市町村で行ったものなどがあるため、健康調査といっても、相談経路としての実態は変化している可能性もある。

宮城県について、当初健康調査によるピックアップが多かったが、平成 28 年度以降は行政機関からの紹介が多くなっており、逆に健康調査によるピックアップは減少している。

ヒアリングにおいて、この変化はピックアップされた住民への対応方法の変化によるものではないかと指摘されている。心のケアセンターによる直接のフォローする形から、行政機関で一次対応を行い、困難ケースについて心のケアセンターがスーパーバイズに入るといった体制に変化しつつあることがこうしたデータ上の変化に表れている可能性がある。

福島県では、一貫して行政機関からの紹介が多い。福島県でも大規模な健康調査およびそれによるスクリーニングは行われているが、その情報はまず市町村に提供され、そこから心のケアセンターに対応を依頼するという形になっているため、健康調査によるピックアップも含め行政機関からの紹介という計上になっている可能性がある。

図表 17 相談経路別 相談対応件数



### iii) 被災状況、相談の背景について

図表 18 は、相談者の被災の状況別に相談対応件数を表したものである。

岩手県、宮城県では、家屋の倒壊の割合が最も高いが、福島県では自宅からの強制退去という項目の件数が最も多くなっている。

福島県においては原発事故の影響で広い避難指示区域の設定がなされており、時間経過とともに縮小してはいるものの、現在でも帰還困難区域、居住制限区域が残されている。そうした区域では自宅の被災状況に関わらず避難を余儀なくされた住民が多くいたことがデータ上の特徴として現れている可能性がある。

### ④本年度の総括と課題

本年度においては、DMHISS データの特徴について先ず調査を行い、データ内容の分析については十分なされてはいない。

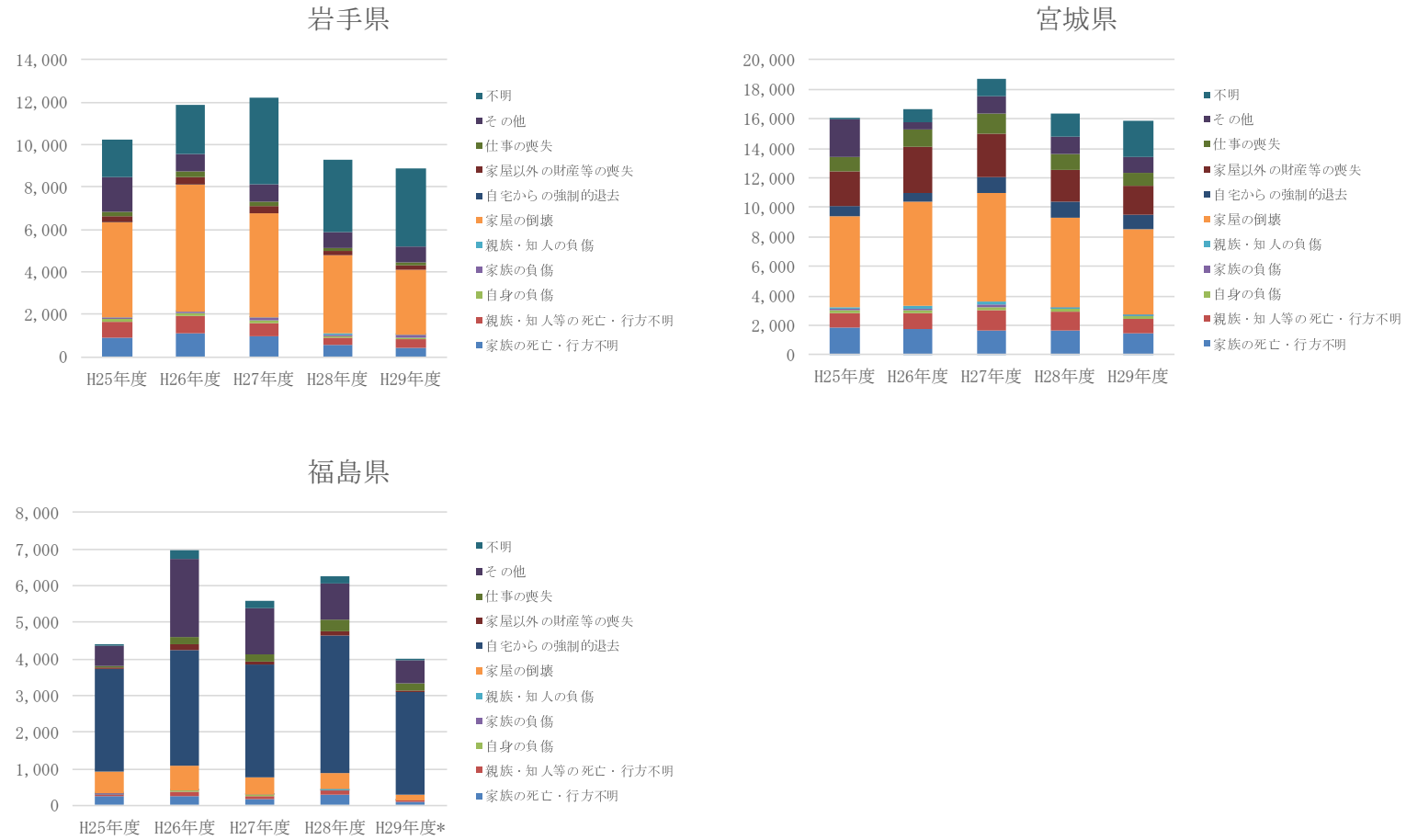
心のケア活動に関するデータについては、DMHISS だけでなく、それぞれの心のケアセンターの独自システムによるデータや、心のケア活動を受託していた機関によるデータなどが存在しており、DMHISS のデータ項目を基本としつつもそれぞれで異なったデータ収集を行っている。また、急性期における心のケアチーム、DPAT の活動記録や、東日本大震災以降の災害における活動記録などの蓄積も多く残されている。

今後の分析に当たっては、DMHISS だけでなく、心のケア活動に関する記録データの全体像を整理したうえで、そこから何が分析できるのか、あるいは何が分析できないのかということを検討すべきであり、来年度以降に残された課題である。

また、どういった分析を行うかということについても、これまでのデータを今後どう活かしていくか、今後の災害におけるデータ活用はどうあるべきかといった観点からの検討が不可欠である。

こうした、東日本大震災およびそれ以降の災害において、どのようにデータの蓄積がなされてきたのかという記述的なアプローチと、今後の災害においてどのようにデータを収集・蓄積・分析・活用すべきかという規範的なアプローチの両面から調査・検討を行うことが必要であり、今後の調査に残された課題である。

図表 18 被災状況別 相談対応件数



### (3) 文献調査の結果

#### ①マニュアル等の整理

国内の公的機関や有識者が関わる組織が作成、編集した、心のケアに関するマニュアル・ガイドライン類について web 調査を実施し、

- ・ 災害時の心のケア・精神保健を主題として扱ったもの
- ・ 心のケア・精神保健を業務として行う職種（保健師・看護師など）の災害時の活動を中心に扱ったもの

について整理を行った。

マニュアル・ガイドラインの記載内容としては、個人のスキルアップを目的とした「心のケア」そのものに関する記述に加えて、組織的な活動の助けとなる「組織・連携」に関する記述や「情報記録書式」の規格の用意の有無に着目して整理した。更に「心のケア」については、一般的な内容と、対応に特に注意を要する様々な属性を持った対象者を想定した記述に細分化して整理した。対応に特に注意を要する属性については、平成 24 年 3 月に内閣府より発行された『被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン』内の「第 3 編被災者への対応」において、章段を立てて特に説明されている「子ども」「障害を持っている方」「高齢者」「妊産婦」「日本語の読めない/話せない方」「支援者」<sup>41</sup>を参考に「子ども」「妊産婦」「高齢者」「外国人」「障がい者」「支援者」の 6 種類を抽出し、それに支援者へのヒアリング等において言及されることの多かった「飲酒」を加えた 7 種類について整理した。

整理にあたっては、**図表 19**の要素のいずれかについて

- ・ 中心的に取り上げた章段が存在する
  - ・ 対応に特に注意を要する属性について取り上げた章段内で言及されている
- のいずれかを満たすか否かを基準として判断した。なお、期間中に更新が行われるなどして複数の版が存在するものについては、確認できた中で最新の版のみを対象とした。

---

<sup>41</sup> 内閣府「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」（2012 年）



図表 19 マニュアルで取り上げられている内容について

テーマ		要素
組織・連携		<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時に心のケアを行う組織の構成方法</li> <li>・他の組織・機関との連携方法</li> </ul>
情報記録書式		<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準書式の規定</li> <li>・作成者以外との共有を想定した書式の紹介</li> </ul>
心のケアの対象者	一般	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象を限定しない心のケアについての記述</li> <li>・災害時に一般的に生じる心的反応や PTSD、不眠についての記述</li> </ul>
	子ども	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもを対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> </ul>
	妊産婦	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> <li>・乳幼児の母親を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> </ul>
	高齢者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> <li>・認知症患者を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> </ul>
	外国人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外国籍者を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> <li>・日本語を母語としない方を対象とする心のケアやその際の注意点についての記述</li> </ul>
	障がい者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障がい者を対象とする心のケアやその注意点についての記述</li> </ul>
	飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール依存症を対象とする心のケアやその注意点についての記述</li> </ul>
	支援者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の支援者を対象とする心のケアやその注意点についての記述</li> <li>・支援者の心のセルフケアやその注意点についての記述</li> </ul>

図表 20 国内でこれまでに発行された「災害時の心のケア」に関するマニュアル類

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者								URL
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒	支援者	
1	平成21年度 以前	児童相談所 災害対応マニュアル 阪神・淡路大震災の体験から(H8)	兵庫県中央・西宮・姫路・豊岡 児童相談所	○			○							<a href="http://www.lib.kobe-u.ac.jp/directory/eqb/book/8-240/html/">http://www.lib.kobe-u.ac.jp/directory/eqb/book/8-240/html/</a>
2		災害時における小児メンタルヘルスの対応マニュアル(H11)	日本小児精神医学研究会				○							<a href="http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/disaster/z00024/z0002401.html">http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/disaster/z00024/z0002401.html</a>
3		災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(H14)	国立精神・神経医療研究センター ストレス・災害時こころの情報支援センター	○			○				○			<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical_personnel05.html">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical_personnel05.html</a>
4		災害・事故時のメンタルヘルスマニュアル(H14)	静岡県健康福祉部				○	○	○		○			<a href="http://www.pref.shizuoka.jp/bousai/e-quakes/shiraberu/hondana/shiryou/index.html#y_2003">http://www.pref.shizuoka.jp/bousai/e-quakes/shiraberu/hondana/shiryou/index.html#y_2003</a>
5		職場における災害時こころのケアマニュアル(H17)	労働者健康福祉機構	○			○							<a href="https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/oshirase/pdf/kokoro_no_kea.pdf">https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/oshirase/pdf/kokoro_no_kea.pdf</a>
6		新潟県 災害時こころのケア活動マニュアル(H17)	新潟県福祉保健部	○	○		○	○						<a href="http://plaza.umin.ac.jp/~dheat/tiikibusai/pdf/F15-2-05.pdf">http://plaza.umin.ac.jp/~dheat/tiikibusai/pdf/F15-2-05.pdf</a>
7		災害看護 ユビキタス社会における災害看護拠点の形成 命を守る知識と技術の情報館～あの時を忘れないために～(H18)	兵庫県立大学大学院看護学研究科				○	○			○			<a href="http://www.coe-cnas.jp/index.html">http://www.coe-cnas.jp/index.html</a>
8		精神保健福祉総合センター災害時所内運営マニュアル(H20)	仙台市精神保健福祉総合センター(はーとぼーと仙台)	○	○									<a href="http://www.city.sendai.jp/seshinkanri/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryosodan/seishinhoken/heartport/mental/documents/saigai-mn.pdf">http://www.city.sendai.jp/seshinkanri/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryosodan/seishinhoken/heartport/mental/documents/saigai-mn.pdf</a>
9		災害時の「心のケア」の手引き(H20)	東京都福祉保健局		○		○	○			○			<a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamasou/sonota_jouhou/saigaitaisaku.files/saigai.pdf">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamasou/sonota_jouhou/saigaitaisaku.files/saigai.pdf</a>
10		災害時こころのケア【第5刷】(H20)	日本赤十字社				○	○			○			<a href="http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/pdf/care2.pdf">http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/pdf/care2.pdf</a>
11		サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版(日本語版)(H20)	兵庫県こころのケアセンター(原 版：アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立PTSDセンター)		○		○	○						<a href="http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf">http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf</a>
12		ボランティアとこころのケア【第2刷】(H21)	日本赤十字社				○							<a href="http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/pdf/care1.pdf">http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/pdf/care1.pdf</a>
13		災害時のメンタルヘルス～支援者の皆さまへ～(H21)	山口県精神保健福祉センター				○	○						<a href="https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15200/mhc/saigai-top.html">https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a15200/mhc/saigai-top.html</a>
14		災害時こころのケアマニュアル【第2版】(H21)	岩手県精神保健福祉センター	○	○		○	○	○		○			<a href="http://www.pref.iwate.jp/seishinhoken/saigai/006966.html">http://www.pref.iwate.jp/seishinhoken/saigai/006966.html</a>
15	子どもの心のケアのために 一災害や事件・事故発生時を中心に	文部科学省	○				○						<a href="http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297484.htm">http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297484.htm</a>	
16	支援者のための災害後のこころのケアハンドブック(震災前)	静岡大学防災総合センター					○						<a href="http://www.gakkoushinrishi.jp/saigai/file/care_hn_dbk.pdf">http://www.gakkoushinrishi.jp/saigai/file/care_hn_dbk.pdf</a>	
17	災害時こころのケア	岐阜県精神保健福祉センター		○		○	○			○	○		<a href="https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/kenko/kokoro/22606/support-koho.data/mentalcare.pdf">https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/kenko/kokoro/22606/support-koho.data/mentalcare.pdf</a>	

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者								URL	
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒	支援者		
18	平成22年度 (震災後)	災害時地域精神保健医療活動ロードマップ	国立精神・神経医療研究センター ストレス・災害時 時こころの情報支援センター	○		○								<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_map.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_map.pdf</a>	
19		災害時の障害児への対応のための手引き	日本児童青年精神医学会				○				○			<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_handicapped_child.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_handicapped_child.pdf</a>	
20		災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 エキスパートコンセンサスを踏まえて	国立精神・神経医療研究センター (厚生労働科学研究費補助金事業)	○		○	○						○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_manual.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_manual.pdf</a>	
21		災害・事件・事故時の「こころのケア」の手引き	川崎市健康福祉局			○	○	○	○	○	○	○	○	<a href="http://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/000017/17536/kokoronocetebiki_zentai.pdf">http://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/000017/17536/kokoronocetebiki_zentai.pdf</a>	
22		災害を体験した子どものストレスとそのケア 保護者や学校教職員の皆様へ	日本トラウマティック・ストレス学会				○							<a href="http://150.60.7.6/wp/wp-content/uploads/2012/11/fujimori0317.pdf">http://150.60.7.6/wp/wp-content/uploads/2012/11/fujimori0317.pdf</a>	
23		被災した子どもを支援する方々へ～急性期の心理的サポートについて～	日本児童青年精神医学会				○							○	<a href="https://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_childds_02.pdf">https://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_childds_02.pdf</a>
24		災害救援者のメンタルヘルス対策―被災地に職員を派遣前・派遣中・帰省後のポイント	日本トラウマティック・ストレス学会											○	<a href="http://150.60.7.6/wp/wp-content/uploads/2012/11/osawa0317.pdf">http://150.60.7.6/wp/wp-content/uploads/2012/11/osawa0317.pdf</a>
25		親を亡くした子どもへの対応（支援者向け）	子どもの心の診療中央拠点病院 (国立成育医療研究センターこころの診療部)				○								<a href="https://www.nchd.go.jp/kokoro/disaster/to_child.pdf">https://www.nchd.go.jp/kokoro/disaster/to_child.pdf</a>
26		被災した子どもの支援をする方々へ～急性期の心理的なサポートについて～	日本児童青年精神医学会				○							○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_childds_02.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_childds_02.pdf</a>
27		死亡告知・遺体確認における遺族への心理的ケア	国立精神・神経医療研究センター				○								<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_izoku_care.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_izoku_care.pdf</a>
28	災害で大切な人をなくされた方を支援するためのウェブサイト 支援をされる方へ	災害グリーフサポートプロジェクト				○	○						○	<a href="http://jdggs.jp/4supporter/index.html">http://jdggs.jp/4supporter/index.html</a>	
29	災害救援者・支援者メンタルヘルス・マニュアル	国立精神・神経医療研究センター ストレス・災害時 こころの情報支援センター				○							○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_saigai_manual.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_saigai_manual.pdf</a>	

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者								URL
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒	支援者	
30		こころのケアチームマニュアル	国立精神・神経医療研究センター ストレス・災害時こころの情報支援センター	○		○	○		○	○	○	○	○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical_personnel04.html">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical_personnel04.html</a>
31		震災後の子どもたちを支える教師のためのハンドブック～発達障害のある子どもへの対応を中心に～	国立特別支援教育総合研究所				○				○			<a href="http://www.nise.go.jp/cms/resources/content/3758/20110516-151852.pdf">http://www.nise.go.jp/cms/resources/content/3758/20110516-151852.pdf</a>
32		被災時の飲酒問題	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所									○		<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_alcohol.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_alcohol.pdf</a>
33		東日本大震災の被災幼児・児童・生徒に対するメンタルケアについて	日本医師会学校保健委員会				○							<a href="http://www.med.or.jp/doctor/school/pdf/mental_kodomo.pdf">http://www.med.or.jp/doctor/school/pdf/mental_kodomo.pdf</a>
34		災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン(日本語版)	IASC(Inter-Agency Standing Committee)	○		○	○						○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_iasc.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_iasc.pdf</a>
35		コミュニティの危機とこころのケア	日本心理臨床学会・支援活動委員会		○	○	○		○					<a href="https://www.ajcp.info/heart311/">https://www.ajcp.info/heart311/</a>
36		大切な人を失ったあとに 子どもへの悲嘆とケア(教育者、保護者向け)(日本語版)	国立精神・神経医療研究センター、PCIT(Parent Child Interaction Therapy)Japan				○							<a href="https://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_childrens_guide.pdf">https://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_childrens_guide.pdf</a>
37	平成23年度	災害・紛争等人道緊急時における精神保健・心理社会的支援：保健分野の人道支援に携わる者は何を知っておくべきか？(日本語版)	IASC(Inter-Agency Standing Committee)			○						○	○	<a href="https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_japanese.pdf">https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_japanese.pdf</a>
38		サイコロジカル・リカバリー・スキル実施の手引き(日本語版)	兵庫県こころのケアセンター(原版：アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク、アメリカ国立PTSDセンター)			○	○							<a href="http://www.j-hits.org/spr/index.html">http://www.j-hits.org/spr/index.html</a>
39		被災した子どもを支える方々へ～中長期の心理的サポートについて～	日本児童青年精神医学会			○	○							<a href="http://child-adolesc.jp/wp-content/uploads/tebiki_chuuchouki.pdf">http://child-adolesc.jp/wp-content/uploads/tebiki_chuuchouki.pdf</a>
40		長崎県災害時こころのケア活動マニュアル2011	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	○	○	○	○					○	○	<a href="https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2016/05/1464332075.pdf">https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2016/05/1464332075.pdf</a>
41		福島県心のケアマニュアル	福島県精神保健福祉センター	○	○	○	○	○		○	○	○	○	<a href="https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/50123.pdf">https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/50123.pdf</a>
42		災害・事故時こころのケアの手引き	北九州市保健福祉局精神保健福祉センター		○	○	○	○	○	○	○	○	○	<a href="http://www.ktq-kokoro.jp/data/1-8_saigai.pdf">http://www.ktq-kokoro.jp/data/1-8_saigai.pdf</a>
43		自閉症の人たちのための防災・支援ハンドブックー支援する方へー	日本自閉症協会	○		○						○		<a href="http://www.autism.or.jp/bousai/kaitei/siensyayou2012.pdf">http://www.autism.or.jp/bousai/kaitei/siensyayou2012.pdf</a>
44		被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン	内閣府	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<a href="http://www.bou.sai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/kokoro.pdf">http://www.bou.sai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/kokoro.pdf</a>

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者								URL	
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒	支援者		
45	平成24年度	災害時の「こころのケア」マニュアル	鳥取県福祉保健部 鳥取県精神保健福祉センター	○	○	○	○		○		○		○	<a href="https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/709371/saigaijinokokoronokeamanyuaru.pdf">https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/709371/saigaijinokokoronokeamanyuaru.pdf</a>	
46		こころのケア研修マニュアル【改訂版】	日本赤十字社	○		○	○		○		○		○	<a href="http://ndrc.jrc.or.jp/infolib/cont/01/G000001nrcarchive/000/070/000070821.p df">http://ndrc.jrc.or.jp/infolib/cont/01/G000001nrcarchive/000/070/000070821.p df</a>	
47		災害時こころのケア活動マニュアル	和歌山県精神保健福祉センター	○	○	○	○				○	○		○	<a href="https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040400/050301/050301/kokoronokea.html">https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040400/050301/050301/kokoronokea.html</a>
48		被災者の心を支えるために	ケア宮城 ブラン・ジャパン			○	○							○	<a href="https://www2.sed.tohoku.ac.jp/~caremiya/pdf/booklet-c.pdf">https://www2.sed.tohoku.ac.jp/~caremiya/pdf/booklet-c.pdf</a>
49		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(日本語版)	国立精神・神経医療研究センター 監訳 (原版：世界保健機関)			○	○	○	○	○	○			○	<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf</a>
50		災害時の発達障害児・者支援エッセンス 発達障害のある人に対応するみなさんへ	国立障害者リハビリテーションセンター研究所											○	<a href="http://www.rehab.go.jp/ddis/災害時の発達障害児・者支援について/?action=common_download_main&amp;upload_id=813">http://www.rehab.go.jp/ddis/災害時の発達障害児・者支援について/?action=common_download_main&amp;upload_id=813</a>
51		震災後における子どもの心のケアのために	宮城県教育委員会	○			○						○	<a href="http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/130742.pdf">http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/130742.pdf</a>	
52	平成25年度	災害時こころのケア活動マニュアル	三重県健康福祉部 三重県こころの健康センター(精神保健福祉センター)	○	○	○	○	○	○	○			○	<a href="http://www.pref.mie.lg.jp/KOKOROC/HP/62064031951.htm">http://www.pref.mie.lg.jp/KOKOROC/HP/62064031951.htm</a>	
53		大規模災害における保健師の活動マニュアル	日本公衆衛生協会、全国保健師長会	○	○	○								○	<a href="http://www.jp.ha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h25_01.pdf">http://www.jp.ha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h25_01.pdf</a>
54		宮城県災害時こころのケア活動マニュアル	宮城県精神保健福祉センター	○	○	○	○		○					○	<a href="https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/247778.pdf">https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/247778.pdf</a>
55		妊産婦・乳幼児を守る災害対策ガイドライン【改訂版】	東京都福祉保健局	○			○								<a href="http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/s_hussan/nyuyoji/saitai_guideline.files/guideline.pdf">http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/s_hussan/nyuyoji/saitai_guideline.files/guideline.pdf</a>
56		災害時におけるこころのケア 活動マニュアル	沖縄県保健医療部 精神保健福祉センター	○	○	○	○	○	○	○	○			○	<a href="https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/seishinhoken/">https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/seishinhoken/</a>
57		災害時こころのケアガイドライン【改訂版】	青森県立精神保健福祉センター	○	○	○	○	○	○	○	○			○	<a href="https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/seifuku/2014-0430-0946.pdf">https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/seifuku/2014-0430-0946.pdf</a>
58	平成26年度	災害時のこころのケア2015～支援者マニュアル～《第3版》	長野県精神保健福祉センター		○	○	○	○	○	○	○		○	<a href="https://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/tosho/documents/dcare2015_allpage.pdf">https://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/tosho/documents/dcare2015_allpage.pdf</a>	
59		「ひょうごDPAT」活動マニュアル	兵庫県こころのケアセンター	○	○	○								○	<a href="http://www.jp-hits.org/dpat/index.html">http://www.jp-hits.org/dpat/index.html</a>
60		「災害時」の「こころのケア」について	愛知県精神保健福祉センター											○	<a href="https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/260726.pdf">https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/260726.pdf</a>
61		災害時のこころのケアー心理支援、医療・福祉、生活支援一	「災害時のこころのケア」マニュアル研究班 (厚生労働省科学研究費補助金事業)	○	○	○	○							○	<a href="https://www.e-rapport.jp/ebm/tsukuba/01.html">https://www.e-rapport.jp/ebm/tsukuba/01.html</a>
62		心のケア対応マニュアル(H26年度改訂版)	愛媛県保健福祉部	○	○	○								○	<a href="https://www.pref.ehime.jp/h25500/seisin/documents/kokoro-manyuaru1.pdf">https://www.pref.ehime.jp/h25500/seisin/documents/kokoro-manyuaru1.pdf</a> <a href="https://www.pref.ehime.jp/h25500/seisin/documents/kokoro-manyuaru2.pdf">https://www.pref.ehime.jp/h25500/seisin/documents/kokoro-manyuaru2.pdf</a>
63		心のケアチーム(愛媛版DPAT)について	愛媛県保健福祉部	○	○										<a href="http://www.ehime-psw.com/pdf/H26/20150331-ehime-dpat.pdf">http://www.ehime-psw.com/pdf/H26/20150331-ehime-dpat.pdf</a>

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者							URL		
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒		支援者	
64	平成27年度	精神科病院で働く看護師のための災害時ケアハンドブック	日本精神保健看護学会	○							○	○	<a href="https://www.jpamhn.jp/doc/carehandbook.pdf">https://www.jpamhn.jp/doc/carehandbook.pdf</a>		
65		石川県災害時のこころのケア活動マニュアル【改定版】	石川県健康福祉部	○	○						○	○	<a href="http://www.pref.shikawa.lg.jp/fu_kusi/bou_sai/kokoro_kea.html">http://www.pref.shikawa.lg.jp/fu_kusi/bou_sai/kokoro_kea.html</a>		
66		災害時こころのケア活動マニュアル	宮崎県精神保健福祉センター		○	○	○	○	○	○	○	○	<a href="http://www.seihocenter-miyazaki.com/_userdata/h28_pdf/kokoro_keakatudo_manual.pdf">http://www.seihocenter-miyazaki.com/_userdata/h28_pdf/kokoro_keakatudo_manual.pdf</a>		
67		災害時の心のケア対策 手引き	静岡県健康福祉部	○	○								○	<a href="http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-330/seishin/katuyo/saigaijokokoro.html">http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-330/seishin/katuyo/saigaijokokoro.html</a>	
68	平成28年度	震災に関する子どもや学校のサポートー教師、保護者へのヒントー	日本学校心理士会 (原版：National Association of School Psychologists)				○						○	<a href="http://www.gakkoushinrishi.jp/syouri/files/Kumamoto%EF%BC%92.pdf">http://www.gakkoushinrishi.jp/syouri/files/Kumamoto%EF%BC%92.pdf</a>	
69		被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<医療用>【2版】	日本認知症学会					○						○	<a href="http://dementia.umin.jp/iryoku419.pdf">http://dementia.umin.jp/iryoku419.pdf</a>
70		被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<介護用>【2版】	日本認知症学会					○						○	<a href="http://dementia.umin.jp/kaigo419.pdf">http://dementia.umin.jp/kaigo419.pdf</a>
71		震災に関連した不眠・睡眠問題への対処について	国立精神・神経医療研究センター			○	○								<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_sleeplessness.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_sleeplessness.pdf</a>
72		地域で子どもの支援に関わっておられる方へ 災害時のこころのケア	国立精神・神経医療センター 長尾こころのクリニック				○					○			<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_chil ds2.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_chil ds2.pdf</a>
73		夜、眠れない方のために	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			○									<a href="https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_hum in taisaku.pdf">https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/pdf/mental_info_hum in taisaku.pdf</a>
74		災害支援ガイドラインVer.2	日本精神保健福祉士協会	○		○								○	<a href="http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20160630-guideline/all.pdf">http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20160630-guideline/all.pdf</a>
		神戸市災害時などのこころのケアマニュアル	神戸市保健福祉局障害福祉部 神戸市こころの健康センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		—(神戸市より直接ご提供)
75		仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン	仙台市 精神保健福祉総合センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		<a href="http://www.city.sendai.jp/seshin-kanri/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryosodan/seishinoken/heartport/mental/guidelines.html">http://www.city.sendai.jp/seshin-kanri/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryosodan/seishinoken/heartport/mental/guidelines.html</a>
76		子どもにやさしい空間ガイドブック【第3版】	日本ユニセフ協会、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター	○	○		○								<a href="https://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/pdf/cfs.pdf">https://www.unicef.or.jp/kinkyu/japan/pdf/cfs.pdf</a>
77	災害時の不安対応と心理的応急措置PFA(サイコロジカル・ファーストエイド)	一般社団法人日本内科学会			○									<a href="http://www.naika.or.jp/saigai/saigai2016/saigai2016_6/">http://www.naika.or.jp/saigai/saigai2016/saigai2016_6/</a> <a href="http://www.naika.or.jp/sim_wp/wp-content/uploads/2017/05/card_106-1.pdf">http://www.naika.or.jp/sim_wp/wp-content/uploads/2017/05/card_106-1.pdf</a>	
78	大阪府DPATガイドライン	大阪府	○											<a href="http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/29754/000000000/DPAT%20Guideline.pdf">http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/29754/000000000/DPAT%20Guideline.pdf</a>	

番号	発行年度	タイトル	作成者・発行者	組織・連携	書式	心のケアの対象者							URL		
						一般	子ども	妊産婦	高齢者	外国人	障がい者	飲酒		支援者	
79	平成29年度	茨城県災害派遣精神医療チーム(茨城DPAT)活動マニュアルVer1.1	茨城県	○	○	○	○		○		○		○	<a href="https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/seishin/documents/ibaraki_dpatkatudoumanual1_1.pdf">https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/seishin/documents/ibaraki_dpatkatudoumanual1_1.pdf</a>	
80		長崎県DPAT活動マニュアル2018	長崎県長崎こども・女性・障害者・支援センター	○	○	○	○	○		○	○		○	<a href="https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2018/08/1534293513.pdf">https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2018/08/1534293513.pdf</a>	
81		山梨県災害時心のケアマニュアル	山梨県	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	<a href="https://www.pref.yamanashi.jp/shogai-fks/saigai/mental_care_manual.html">https://www.pref.yamanashi.jp/shogai-fks/saigai/mental_care_manual.html</a>
82		高知県災害時の心のケアマニュアル（第3版）	高知県地域福祉部	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	<a href="http://www.pref.kochi.jp/soshiki/060801/files/2018032800251/file_2018465184229_2.pdf">http://www.pref.kochi.jp/soshiki/060801/files/2018032800251/file_2018465184229_2.pdf</a>
83	平成30年度	広島DPAT活動マニュアル(第1版)	広島県	○	○	○	○	○	○	○	○		○	<a href="https://www.pref.hiroshima.jp/uploaded/life/528189_1577711_misc.pdf">https://www.pref.hiroshima.jp/uploaded/life/528189_1577711_misc.pdf</a>	
84		山形県災害派遣精神医療チーム(山形DPAT)活動マニュアル【修正版】	山形県障がい福祉課	○	○	○	○	○	○	○	○		○	<a href="http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090004/yamatadp_atmanual/yamatadp_atmanual3102.pdf">http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090004/yamatadp_atmanual/yamatadp_atmanual3102.pdf</a>	
85		DPAT活動マニュアルVer2.1	DPAT事務局	○	○										<a href="https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/3.pdf">https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/3.pdf</a>

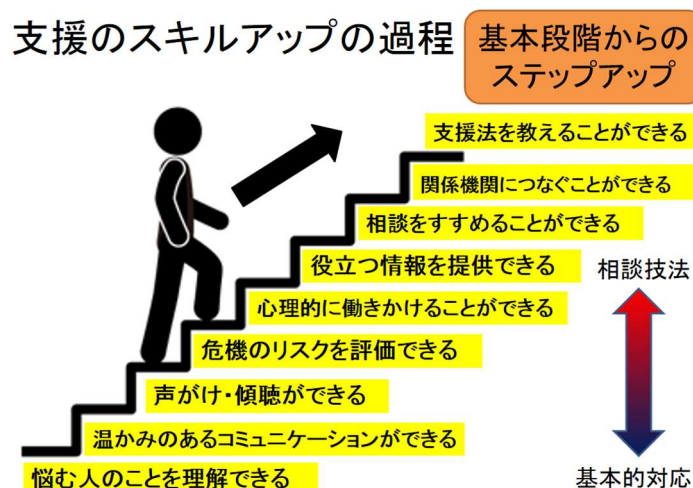
## ②人材研修プログラム等の整理

「災害時の心のケア」に関する人材研修プログラムは「内部の職員向けの研修」「外部の支援者向けの研修」に大別される。加えて、一般の市民についてもメンタルヘルスに関する知識を一定程度身につけていた方が、災害時のストレスをある程度は軽減できることから、これらに「市民向けの普及啓発活動」を含めた3つの活動について、被災3県の心のケアセンターと日本赤十字社においてどのようなプログラムが実施・提供されているのかを整理した。

### ア) 岩手県こころのケアセンターでの研修

岩手県こころのケアセンターでは、支援者のスキルについて階段状のスキルアップの過程を想定し、内外に対して研修を実施している。但し、このステップに基づいた体系的な研修プログラムが存在するというのではなく、研修に際して研修対象者のスキルやニーズ、業務、支援する地域の状況などを考慮して研修プログラムを選定、アレンジする時にこの考え方を踏襲している。

図表 21 支援のスキルアップの過程<sup>42</sup>



<sup>42</sup> 出所：岩手県こころのケアセンターご提供資料



### i) 内部の職員向けの研修

内部の職員向けの研修としては、新任時に 1 週間の研修を行ない、岩手県こころのケアセンターの活動内容や久慈モデルについて教習している。その後は OJT が中心となるが、地域支援学として、遺族支援、配偶者ケア、相談会の開催方法、ゲートキーパー教育、介護などの個別のテーマについて年 6 回ほどの研修も実施しており、一部は市町村の担当者や保健所と共催することで、協力機関との関係作りも兼ねている。個別の事業毎のスーパーバイズや内容確認、指導も行い、その都度学習するようにしている。また、健康教育では、事前演習等を行いスタッフ同士での学び合いを深めている。個別事例の対応については、ミーティング等でのスタッフのスーパーバイズ、医師など専門家による助言も含めて小レクチャー等の双方向性の教育も取り入れている。

### ii) 外部の支援者向けの研修

岩手県こころのケアセンターで実施している外部の支援者向けの研修については、図表 22 に示す内容を基に、研修対象者のスキルや支援する地域の状況などを考慮して、都度アレンジしたものを提供している。また、成人学習理論に基づき、双方向性の教育や体験型の教育プログラムも取り入れ、学習者の理解を促すようにしている。

図表 22 岩手県こころのケアセンターで実施している主な人材養成プログラムの例<sup>43</sup>

## 主な人材養成プログラム(例)

<ul style="list-style-type: none"> <li>スクリーニング研修会(保健医療従事者)</li> <li>ゲートキーパー研修(地域関係機関)</li> <li>児童生徒に係る人のためのゲートキーパー研修(児童生徒、教職員、地域関係機関)</li> <li>うつ病患者対応研修会(保健医療従事者)</li> <li>統合失調症対応研修会(保健医療従事者)</li> <li>アルコール関連障害対応研修会(保健医療従事者等)</li> <li>傾聴ボランティア養成講座(一般住民)</li> <li>積極的傾聴法(看護職)</li> <li>対面相談について(ボランティア)</li> <li>回想法研修会(ボランティア・保健師)</li> <li>アサーション・スキル・トレーニング(実務者ネットワーク・相談窓口従事者)</li> <li>自死遺族支援のための研修会(実務者ネットワーク・相談窓口従事者・ボランティア)</li> <li>問題解決法(実務者ネットワーク)</li> <li>多重債務対策の研修会(実務者ネットワーク)</li> <li>Mental Health First Aid(実務者ネットワーク・看護職)</li> <li>こころのケアナース養成事業(看護職)</li> <li>こころのヘルスアップサポーター養成事業(民生児童委員・保健推進委員等)</li> <li>介護予防等での研修会(介護職等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被災地こころのケア研修(災害関連実務者)</li> <li>認知症サポーター養成講座(民生児童委員・保健推進委員等)</li> <li>コーチング(実務者ネットワーク)</li> <li>事例検討・ケースマネジメント(実務者ネットワーク・相談窓口従事者)</li> <li>メンタルサポーター養成講座(ボランティア等)</li> <li>介護領域におけるうつ対応・スクリーニング研修会(保健医療従事者向け)</li> <li>自傷行為への対応(高校教師、実務者ネットワーク)</li> <li>自殺未遂者ケア(救急医療従事者、保健医療従事者)</li> <li>看護職等へのシュミレーション研修(災害)</li> <li>参加型健康教育研修(保健師、ボランティア)</li> <li>自殺のリスクマネジメント(保健医療従事者)</li> <li>依存症対応研修(保健医療従事者・地域関係機関)</li> <li>自殺対策計画と策定について(市町村自殺対策担当者、地域関係機関)</li> <li>問題解決アプローチとソーシャルワーク(関係機関従事者)</li> <li>従事者のセルフケアやサポート法(関係機関従事者)</li> <li>困難事例への対応方法(関係機関従事者)</li> </ul>
--	--

<sup>43</sup> 出所：岩手県こころのケアセンターご提供資料

iii) 市民向けの普及啓発活動

岩手県こころのケアセンターで実施している市民向けの普及啓発活動の研修については、図表 23 に示す内容を基に、対象者の研修対象者の知識の習得度・理解度や地域の偏見や課題の優先度の状況、行政や関係機関等のニーズ、実施時間や並行して行われている健康教育などの状況などを考慮して、都度アレンジしたものを提供している。

図表 23 岩手県こころのケアセンターで実施している主な普及啓発プログラムの例<sup>44</sup>

主な普及啓発プログラム(例)

<ul style="list-style-type: none"> <li>被災地のこころの健康(保健医療従事者、住民、その他)</li> <li>うつ病の理解(地域関係機関)</li> <li>ストレスやメンタルヘルスと生活習慣病(保健医療従事者)</li> <li>睡眠障害と睡眠習慣(一般住民)</li> <li>ストレスと自律神経(一般住民)</li> <li>精神障害関連(統合失調症・アルコール関連障害・不安障害など)(保健医療従事者)</li> <li>認知症等の高齢期のメンタルヘルス(保健医療従事者等、地域住民)</li> <li>職域のメンタルヘルス研修(自治体職員・勤労者、管理職、一般職員)</li> <li>アンガーマネジメント研修(自治体職員・勤労者、管理職、一般職員)</li> <li>ハラスメント研修(自治体管理職)</li> <li>マインドフルネス研修(自治体職員)</li> <li>保健医療従事者のメンタルヘルス研修(看護職・その他)</li> <li>健康づくり事業や健診事業での参加型健康教育(健康づくりハウス)</li> <li>病態を踏まえたうつ病の健康教育(地域住民、勤労者)</li> <li>ストレスと心身の不調、ストレスコーピング(地域住民、勤労者)</li> <li>ストレスのセルフチェックによるストレスとメンタルヘルスの健康教育(地域住民)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくりカルタを通した健康教育(地域住民・その他)</li> <li>紙芝居を通した健康教育(一般住民等)</li> <li>エプロン劇を通した健康教育(一般住民等)</li> <li>回想法によるサロンでの健康づくり(高齢者・一般住民)</li> <li>リラクゼーション研修(実務者・地域住民・勤労者等)</li> <li>メンタルヘルスと生活習慣病に関する体験型健康教育(勤労者、地域住民等)</li> <li>アルコール関連の適正飲酒教育やパッチテスト(地域住民、勤労者)</li> <li>こころの健康について(教員、実務者ネットワーク)</li> <li>自殺対策研修(救急医療従事者、保健医療従事者、地域住民)</li> <li>認知症相談プログラムを用いた健康教育(地域住民)</li> <li>児童思春期のメンタルヘルス(保健医療従事者、教員、地域住民)</li> <li>介護予防とメンタルヘルス(地域住民、高齢者)</li> <li>メディアを通した普及啓発</li> <li>普及啓発媒体作成と活用</li> <li>個別の健康づくりに向けた健康教育(地域住民)</li> <li>スタッフケアに関する啓発(保健医療従事者、関係機関従事者)</li> </ul>
--	---

<sup>44</sup> 出所：岩手県こころのケアセンターご提供資料

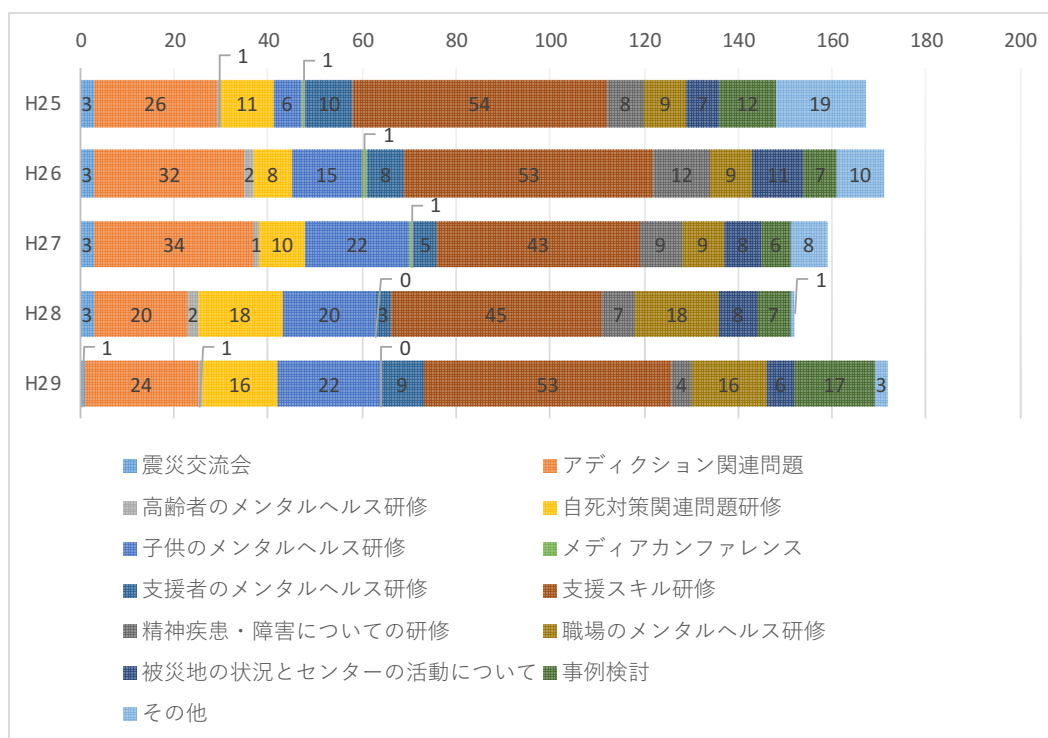
## イ) みやぎ心のケアセンター

みやぎ心のケアセンターでの活動は、「地域住民支援」「普及啓発」「支援者支援」「人材育成」「調査研究」「各種活動支援」の6種類に大きく分けられる。<sup>45</sup>このうち外部の支援者向けの研修としては「人材育成」が、市民向けの普及啓発活動としては「普及啓発」がそれぞれ該当する。

### い) 外部の支援者向けの研修

みやぎ心のケアセンターで実施している外部の支援者向けの研修は、主に行政関係者、仮設支援員、教育関係者、民生委員を対象としており<sup>46</sup>、内容としては「震災交流会」「アディクション関連問題」「高齢者のメンタルヘルス研修」「自死対策関連問題研修」「子供のメンタルヘルス研修」「メディアカンファレンス」「支援者のメンタルヘルス研修」「支援スキル研修」「精神疾患・障害についての研修」「職場のメンタルヘルス研修」「被災地の状況とセンターの活動について」「事例検討」「その他」に分類されて記録されている。

図表 24 みやぎ心のケアセンターで実施している「人材育成・研修」の内訳<sup>47</sup>



<sup>45</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「みやぎ心のケアセンター活動紹介」（2017年）

[http://miyagi-](http://miyagi-kokoro.org/media/files/%E3%81%BF%E3%82%84%E3%81%8E%E5%BF%83%E3%81%AE%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC_%E6%B4%BB%E5%8B%95%E7%B4%B9%E4%BB%8B_WEB201711%E7%89%88)

[kokoro.org/media/files/%E3%81%BF%E3%82%84%E3%81%8E%E5%BF%83%E3%81%AE%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC\\_%E6%B4%BB%E5%8B%95%E7%B4%B9%E4%BB%8B\\_WEB201711%E7%89%88](http://miyagi-kokoro.org/media/files/%E3%81%BF%E3%82%84%E3%81%8E%E5%BF%83%E3%81%AE%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%82%BB%E3%83%B3%E3%82%BF%E3%83%BC_%E6%B4%BB%E5%8B%95%E7%B4%B9%E4%BB%8B_WEB201711%E7%89%88) (7) .pdf

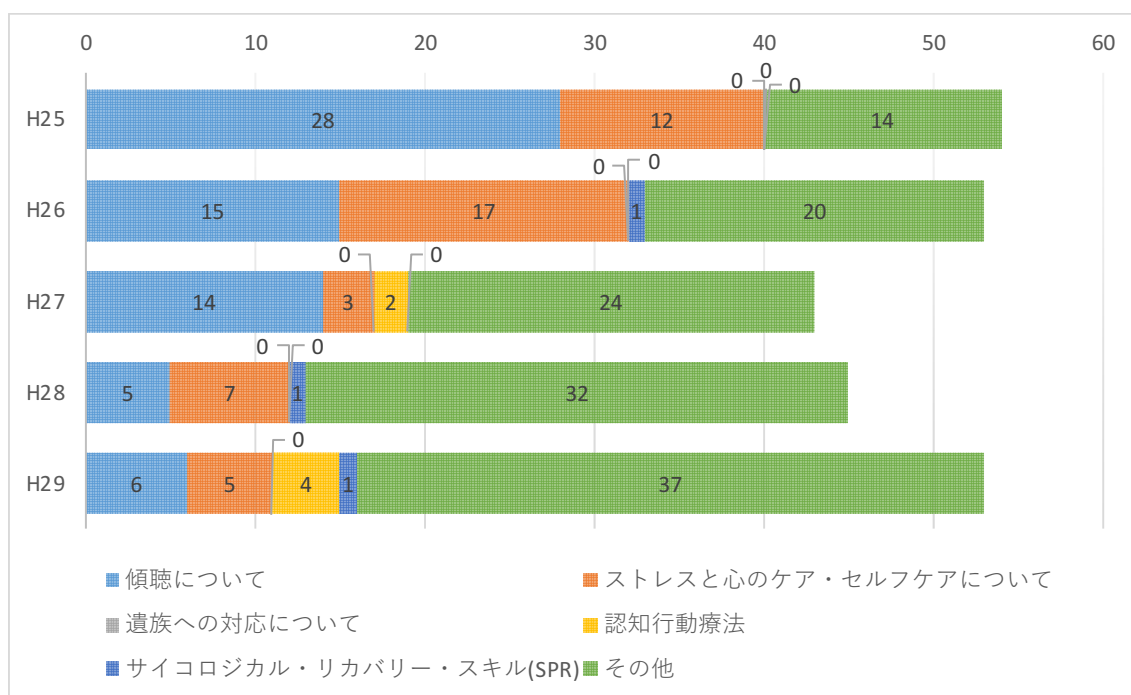
<sup>46</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「みやぎ心のケアセンター活動紹介」（2017年）

<sup>47</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「活動報告書」（2013年-2017年）を基に作成

「アディクション関連問題」は「アルコールについて」と「その他アディクションについて」に更に分かれるが、ほとんどが「アルコールについて」で「その他アディクションについて」は一回もなかった年も存在する。

「支援スキル研修」については「傾聴について」「ストレスと心のケア・セルフケアについて」「遺族への対応について」「認知行動療法」「サイコロジカル・リカバリー・スキル(SPR)」「その他」に分類されている。当初は「傾聴について」「ストレスと心のケア・セルフケアについて」の実施回数が比較的多かったが、近年では「その他」が大部分を占めるようになっている。「その他」の内訳については、例えば平成 29 年度の報告書では「児童虐待」「WHO 版 PFA 研修」「発達障害の児童」に関する研修名のものが「その他」に分類されており、地域の支援者に基本的なスキルは身に付きつつあり、より高度な技能や個別具体的な問題へ対処するニーズが高まってきていると考えられる。

図表 25 みやぎ心のケアセンターで実施している「支援スキル研修」の内訳<sup>48</sup>

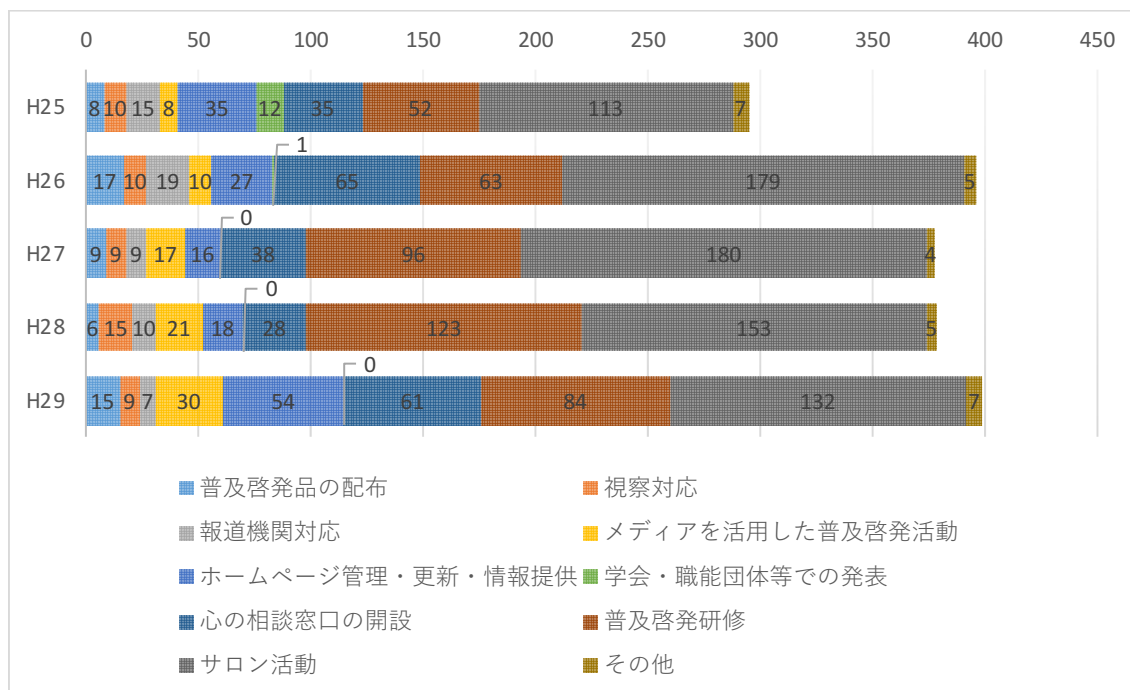


## ii) 市民向けの普及啓発活動

みやぎ心のケアセンターで実施している普及啓発活動については「普及啓発用品の配布」「視察対応」「報道機関対応」「メディアを活用した普及啓発活動」「ホームページ管理・更新・情報提供」「学会・職能団体等での発表」「心の相談窓口の開設」「普及啓発研修」「サロン活動」に分類されて記録されている。

<sup>48</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「活動報告書」（2013年-2017年）を基に作成

図表 26 みやぎ心のケアセンターで実施している「普及啓発」の内訳<sup>49</sup>



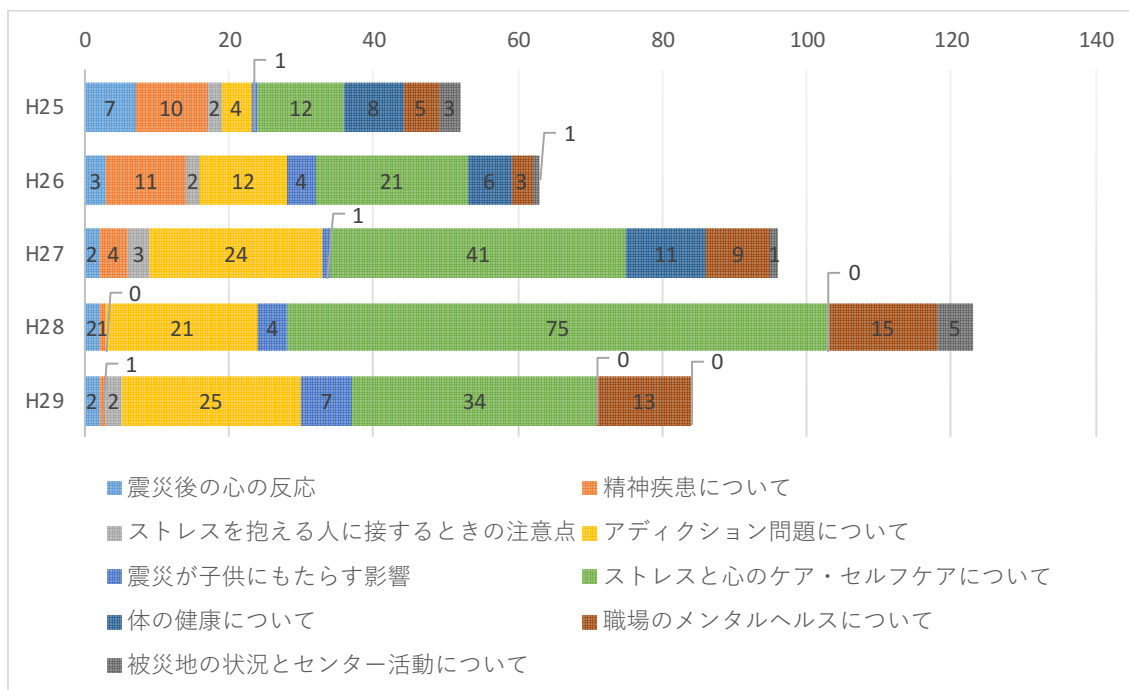
大部分を占めるのは「普及啓発研修」と「サロン活動」であるが、特に実施回数の多いサロン活動については2017年の『みやぎ心のケアセンター活動紹介』にて「サロン開催の目的が『交流促進』から断酒・節酒、孤立防止等、より『具体的』に変化している」<sup>50</sup>と紹介されている。

「普及啓発研修」については「震災後の心の反応」「精神疾患について」「ストレスを抱える人に接するときの注意点」「アディクション問題について」「震災が子供にもたらす影響」「ストレスと心のケア・セルフケアについて」「体の健康について」「職場のメンタルヘルスについて」「被災地の状況とセンター活動について」に分類されている。「ストレスを抱える人に接するときの注意点」は「話を聞く場合の基本的技術（傾聴等）」「遺族の方への対応について」に更に分かれるが、ほとんどが「話を聞く場合の基本的技術（傾聴等）」で「遺族の方への対応について」は一回もなかった年も存在する。「アディクション問題について」も同様に「アルコールについて」と「その他アディクションについて」に更に分かれるが、ほとんどが「アルコールについて」で「その他アディクションについて」は一回もなかった年も存在する。件数については、「アディクション問題について」と「ストレスと心のケア・セルフケアについて」の割合が比較的多い。

<sup>49</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「活動報告書」（2013年-2017年）を基に作成

<sup>50</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「みやぎ心のケアセンター活動紹介」（2017年）

図表 27 みやぎこころのケアセンターで実施している「普及啓発研修」の内訳<sup>51</sup>



## ウ) ふくしま心のケアセンター

### i) 内部の職員向けの研修

ふくしま心のケアセンターでは3ヶ月、6か月、1年を節目とする新任職員到達目標チェックリストを利用しており、対象者の状況に対する理解や共感といった相談業務の基本技能に加えて、自殺の危険の評価、うつ病、アルコール使用障害、認知症、PTSD、放射線などについての知識や評価方法、保健福祉事務所、医療機関、社会福祉協議会などの地域の社会資源との連携、セルフケアなどについても習得すべき技能として定めている。<sup>52</sup>

また、個別支援が統一された考え方、ケースマネジメントの過程、支援方法で行われることを目的に、「ふくしま心のケアセンター個別支援マニュアル」(以下、個別支援マニュアル)の作成に平成29年度から着手している。個別支援マニュアルでは、各専門員が持っている専門的なスペシャリストとしてのスキルを尊重しつつも、多職種連携のチームで対応することの重要性や有用性、自身の専門分野以外の領域についても一定以上の対応ができることや幅広い知識を持つジェネラリストとしての能力が必要であることを強調している。

### ii) 外部の支援者向けの研修

外部の支援者向け研修会の内容については、震災直後は「自殺予防」「ストレスケア」といった、メンタルヘルスに関わる普遍的な課題をテーマとしているものが中心であったが、「あいまいな喪失」「児童虐待」「アルコール関連問題」といった、より専門的な課題を経

<sup>51</sup> 出所：みやぎ心のケアセンター「活動報告書」(2013年-2017年)を基に作成

<sup>52</sup> 出所：ふくしま心のケアセンター「ふくしま心のケアセンター 新任職員到達目標チェックリスト」

て、近年では「マインドフルネス」「オープンダイアログ」「ゲートキーパー」といった、メンタルヘルスに関する技法や対応法をテーマとしているものを中心になっており、「メンタルヘルスの基礎的な理解」から「困難事例への対応」、「より治療的系統的な対処法の学習」へとステップアップしていることがうかがえる。また、当初は他の支援機関と共催で開催する市民向け公開講座も多かったが、近年は支援者向けに研修会を主催することがほとんどであり、直接的な支援から被災者支援を行う支援者へのスーパーバイズへと役割が転換していると考えられる。なお、アルコール関連問題については平成 26 年度から福島県の委託を受けて地域アルコール対応力強化事業を受託し、ふくしま心のケアセンター内に「アルコール・プロジェクトチーム」として別枠のプロジェクトチームを組んで研修会を開催したり、節酒支援のリーフレットを作成し、配布するなどの事業を展開しており、特に被災者のアルコール関連問題への支援を重視していることがうかがえる。

### iii) 市民向けの普及啓発活動

市民向けの普及啓発活動については「高齢者うつ」「薬物依存症」「心の不調への対応」といったメンタルヘルスに関する知識を身に付けることを主眼に置いたものと「民話と遊び」「笑い与健康」「ウォーキング講座&芋煮会」といったストレス解消を主眼に置いたものを実施している。また、外部の支援者向けの研修と同様、アルコール関連問題については、肥前精神医療センターの医師を招いて節酒支援の考えを元にした「お酒との付き合い方」、近年問題になりつつある「高齢者のアルコール依存症」などを題材に市民公開講座を開催するとともに、地域の断酒会と協力して駅前での街頭キャンペーンを行うなど幅広くアルコール関連問題への普及啓発活動を実施するなど、特に重視していることがうかがえる。

図表 28 ふくしま心のケアセンターで実施している支援者向け研修会及び市民講座一覧（H24年度～H30年度）<sup>53</sup>

年度	基幹	東北	関東	関東	会津	いわき	ふたば	福島・南相馬	アルコールプロジェクト	
H24	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援者のウェルネス,44</li> <li>● 自殺予防とセルフケア,47</li> <li>● アルコール,79</li> <li>● 自殺予防,58</li> <li>● 認知症対応,126</li> <li>● 口放置不安,54</li> <li>● 口母親不安,56</li> <li>● 心づつまフォーラム,240</li> <li>● 女性・子どものストレス解消,70</li> <li>● 高齢者うつ,88</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケア,26【榎村】</li> <li>● 震災の日を前に準備しておきたいこと,19【榎村】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 被災者支援に必要なスキル,46【宗崎】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレッチ,16【藤田】</li> <li>● 防災と遊び,24【五十井】</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 震災後生き残り,88【香山】</li> </ul>		
H25	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SPR,50【大澤】</li> <li>● 自殺対策,100</li> <li>● 思いいぬ喪失【石井、Boss】</li> <li>● 口チャイルド/イノチ研究社による健康への影響【三ツコフスカワ】</li> <li>● 心づつまフォーラム,170</li> <li>● 笑いと健康【大平】</li> <li>● 動物依存症,120【森田】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 変化に気づく身近な変遷,32【前田】</li> <li>● コミュニケーションスキル,7【後藤】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケア,39【榎村】</li> <li>● ストレスケア【内山】、分科会【方高職員】47</li> <li>● 自殺対策,18【神崎】</li> <li>● 幸せに生きるコツ,33【須賀】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● セルフケア,18</li> <li>● ワーキング講座 &amp; 学舎会,62</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケア,91【榎村】</li> <li>● ストレスケア,99【香山】</li> <li>● 生活不活発病,82【大川】</li> <li>● 依存症,48【佐藤】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケア,43【榎村】</li> <li>● 自殺対策,5【神崎】</li> </ul>		
H26	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症,41【川崎】</li> <li>● 認知症子どもへの支援【後藤】、児童虐待,71【前田】</li> <li>● ストレスケア,50</li> <li>● 思いいぬ喪失</li> <li>● 心づつまフォーラム,126</li> <li>● 今、私たちにできること,200</li> <li>● 笑いと健康,100【大平】</li> <li>● P T S D,100【藤野】</li> <li>● アディクション,105</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケア,19【榎村】</li> <li>● 分科会,33【方高職員】</li> <li>● 認知症,18【森川】</li> <li>● カラーゼミ,26【藤野】</li> <li>● 認知症,33【森川】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストレスケアと笑いと【菅野】、コミュニケーション【大川】11</li> <li>● 宮城のアルコール問題【榎地】、コミュニケーション【大川】15</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 虐待-DV,27【西野】</li> <li>● プリーフィインターベンション,38【武藤、大野】</li> <li>● SPR,40【大澤】</li> <li>● 笑いと健康,55【大平、桂】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 現状対策,55【石、石丸】</li> <li>● 家族を含めた対応,69【世田】</li> <li>● 福島県における支援のあり方,80【大野】</li> <li>● 依存症患者とその家族への対応,47【西野、中込】</li> <li>● お酒との付き合い,5【山、熊谷】</li> </ul>		
H27	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症,62【前田】</li> <li>● 子どもへのケア,70【内山、クート】</li> <li>● 口福島における今日の課題,49【前田、藤川、玉根】</li> <li>● 思いいぬ喪失【Boss】</li> <li>● 心づつまフォーラム,100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール家族教室公開,37【武藤】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 活動が前向きな振り返り,37【榎村】</li> <li>● レジリエンス,44【中野】</li> <li>● 想春期-青年期ひきこもり,129【伊藤、大森】</li> <li>● うつ病家族教室公開,57【阿部、大森、岩沢】</li> <li>● ひきこもり家族教室公開,7【前田】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 口東日本大震災から5年,20【加藤、前田】</li> <li>● ゲートキーパー,60【前田】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者メンタルヘルス,36【小林】</li> <li>● 統合失調症,25【中野】</li> <li>● 口東日本大震災復興支援シンポジウム,69【立木、加藤】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院した患者へのケア,40【関口、中込】</li> <li>● 依存症の対応,34【田】</li> <li>● 70-4 閉居への支援,78【江、藤野】</li> <li>● 地域での連携のあり方,24【田、関口、中込】</li> <li>● お酒との付き合い,5【山、熊谷】</li> </ul>		
H28	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 口放浪,45【前田】</li> <li>● 口災害後6年目の課題,109【加藤、片桐、味平、米倉、松田】</li> <li>● 思いいぬ喪失【Boss】</li> <li>● 心づつまフォーラム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ふくしまを生きる,39【須賀】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール,35【大澤】</li> <li>● アルコール,26【大澤】</li> <li>● 将来像指針的ケース検討,53【岩家】</li> <li>● 笑いと健康（県南地区）,42【大平】</li> <li>● 笑いと健康（県南地区）,69【大平】</li> <li>● ストレスケア,49【岩沢、須賀】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 思いいぬ喪失,32【山下】</li> <li>● 心の不調への対応（会津地区）,38【藤川】</li> <li>● 心の不調への対応（南会津地区）,34【榎村】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診前相談,31【榎本】</li> <li>● ゲートキーパー,50【関】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者メンタルヘルス,32【小林】</li> <li>● 成年後見人制度,17【三島】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 70-4 閉居への支援,173【江、藤野】</li> <li>● 家族への関わり,24【西野、中込】</li> <li>● 避難所での生活,22【関口、中込】</li> <li>● 地域での連携のあり方,31【田、関口、中込】</li> <li>● 依存症,150【大澤】</li> </ul>		
H29	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事例とストレス,57【松井】</li> <li>● 家族療法,91【石井】</li> <li>● 思いいぬ喪失【Boss】</li> <li>● 心づつまフォーラム,173</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ふくしまを生きる,39【須賀】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● オープンダイアログ,47【森川、三ツ井】</li> <li>● 震災後,51【水澤】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 思いいぬ喪失,25【山下】</li> <li>● お酒を楽しく飲めるために,29【早坂】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自殺予防とセルフケア,43【竹村】</li> <li>● ゲートキーパー,53【竹村】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域におけるメンタルケアのあり方,9【須賀】</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者メンタルヘルス,13【田】</li> <li>● メンタライジングアプローチ,35【榎】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健指導としての節酒支援,153【榎村】</li> <li>● 避難所での生活,16【関口、金田】</li> <li>● 70-4 依存症患者への関わり,21【西野、関口】</li> <li>● 70-4 依存症治療のあり方,24【田、神崎】</li> <li>● 高齢者のアルコール依存症,66【安部】</li> </ul>	
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マインドfulness,120【榎村】</li> <li>● 心の状態の見分け方,45【岩見】</li> <li>● アウリーチ【伊藤】</li> <li>● アサーション（仮）【保留】</li> <li>● ひきこもり【伊藤】</li> <li>● 心づつまフォーラム</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● オープンダイアログ,40【森川、三ツ井】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 笑いと,52【田】</li> <li>● 70-4 依存症,16【関口】</li> <li>● CRAFT/AUDIT,16【寺島、栗石】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ゲートキーパー,11【神崎】</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自殺リスクの評価と対応,72【榎本】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健指導としての節酒支援,153【榎村】</li> <li>● 70-4 依存症治療における「管理」,38【田】</li> <li>● 避難所での生活【金田、藤野】</li> <li>● アディクションフォーラム,140【田】</li> </ul>	

<sup>53</sup> 出所：ふくしま心のケアセンター「支援者向け研修会及び市民講座一覧（H24年度～H30年度）」



## エ) 日本赤十字社の研修

日本赤十字社では、災害時のこころのケアについて主に 3 種類の研修を実施しており、それぞれ、日本赤十字社内の救護員を対象とした「こころのケア研修」、「こころのケア研修」の実施を含む指導的役割を果たせる要員を養成するための「こころのケア指導者研修会」、日本赤十字社に登録しているボランティアを対象とした「防災ボランティアのためのこころのケア研修」である。このうち「こころのケア指導者研修会」については本社が中心となって実施されているが、「こころのケア研修」と「防災ボランティアのためのこころのケア研修」については、都道府県の各支部が主体となって実施されている。なお、一般の外部の支援者や市民を対象とするような普及啓発の要素の強い活動については、体系的には実施していないものの、要望に応じて提供されている。

### い) 内部の職員向けの研修

「こころのケア研修」の項目について<sup>54</sup>は、「日本赤十字社のこころのケア」「災害時のストレスとストレス反応」「被災者へのこころのケア」「救護員へのこころのケア」「こころのケアの実際」に分けられている。

図表 29 日本赤十字社で実施している「こころのケア研修」の項目<sup>55</sup>

研修項目	研修時間
日本赤十字社のこころのケア	30分
災害時のストレスとストレス反応	50分
被災者へのこころのケア	70分
救護員へのこころのケア	60分
こころのケアの実際	180分
合計	390分

具体的なカリキュラムについては図表 30 の通りで、「日本赤十字社のこころのケア」では、日本赤十字社としてのこころのケアの概要を紹介し、「災害時のストレスとストレス反応」では、災害時のストレス反応とその対処方法について紹介したうえで、専門家への紹介について取り上げている。「被災者のケア」では、実際のケアに際して必要な知識として、避難所という環境に対する理解や特に注意を必要とする可能性が高い支援対象として子どもや障がい者、高齢者などに対する対応、地域の支援組織との連携について扱っている。また、被災者の中には家族の遺体確認にも関わるといった性質から、グリーフケアについても特に取り上げている。「救護員のケア」では、救護員自身のストレスへの対処法について扱っている。「こころのケアの実際」では、災害時に発生する可能性のある状況についてのモデルケースが複数紹介され、グループワークやロールプレイを取り入れた内容

<sup>54</sup> 出所：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）」（2012年）  
<http://ndrc.jrc.or.jp/infolib/cont/01/G0000001nrcarchive/000/070/000070821.pdf>

<sup>55</sup> 出所：日本赤十字社ご提供資料

となっている。

図表 30 日本赤十字社で実施している「こころのケア研修」の指導展開要領<sup>56</sup>

指導展開要領 《30分》

項目	スライド No.	指導の展開要領及び注意点・方法
1 学習の概要と目標	1	この章における学習の概要と目標を説明する。
2 日本赤十字社とこころのケア		
(1) 赤十字とこころのケア	2	導入としてイタリア・ソルフェリーノの丘における救護活動に触れ、こころのケアの重要性を示す。
(2) 赤十字のこころのケアの歴史	3,4	連盟のこころのケアの歴史を踏まえ、心理的支援センターの役割と日本赤十字社のこころのケアの歴史について説明する。
(3) 災害とこころのケア		
ア こころのケアの国際基準	5-10	IASC ガイドラインに触れ、「精神保健」と「心理社会的支援」の違いについて説明する。
イ 災害時のこころのケアの必要性	11	災害時のこころのケアの必要性とその対象者を示す。
ウ 日本赤十字社のこころのケアの活動形態	12,13	一般的に、こころのケア要員と救護班要員が同一視されることから、全ての救護員に必要な知識であることを説明する。
エ 日本赤十字社のこころのケア指導者の役割	14	日本赤十字社のこころのケア指導者の役割を示す。
オ 救護員の役割		
カ 他機関との協力・連携		

<sup>56</sup> 出所：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）」（2012年）

指導展開要領 <<50分>>

項目	スライド No.	指導の展開要領及び注意点・方法
1 学習の概要と目標	1	この章における学習の概要と目標を説明する。
2 ストレス反応と災害時のストレス反応		
(1) ストレス反応とは	2	ストレス反応の現れる機序、ストレス反応により現れる状態を説明する。
(2) 災害時のストレス反応とは	3	災害時のストレスがコントロール不能になる理由を説明する。
ア ストレスの下で人々はどうなるか？	4	災害時のストレス反応が現れる根拠とその徴候を説明する。
イ 反応の4段階	5	ストレス反応に4つの段階があることを説明する。
ウ ストレス反応「急性期」	6	急性期におけるストレス反応の特徴を説明する。
エ ストレス反応「反応期」	7	反応期におけるストレス反応の特徴を説明する。
オ ストレス反応「修復期」	8	修復期におけるストレス反応の特徴を説明する。
カ ストレス反応「復興期」	9	復興期におけるストレス反応の特徴を説明する。
(3) ストレスへの対処の方法		
ア ストレスへの対処	10	ストレスに対して人間がどのような対処パターンを示すか説明する。
イ 対処の例	11	ストレス対処の例を説明する。
(4) トラウマ的ストレス反応		
ア トラウマ的ストレス反応とは	12	「トラウマ的ストレス」という言葉の意味とその症状について説明する。

イ 専門家への紹介	13-15	専門家からの助言を受けるにあたって、活動形態の違いによって、報告のスキームが異なることを説明する。
-----------	-------	---

指導展開要領 <<70分>>

項目	スライド No.	指導の展開要領及び注意点・方法
1 学習の概要と目標	1	<p>救護員として被災地に派遣された際のことをイメージしながら学習を進めるよう配慮する。</p> <p>この章における学習の概要と目標を説明する。</p>
2 避難所という環境の理解 (1) 避難所の特徴 ア 避難所での被災者の状況 イ 避難生活が及ぼす影響	2  3,4	<p>避難所の写真を例示して避難所の特徴と避難者の生活についてイメージ化を図る。</p> <p>避難所生活を余儀なくされた被災者の新たなストレスについて考える。</p>
3 救護所における心理的支援 (1) 求められる医療救護  (2) 救護所での対応の重要性	5	<p>急性期は外科的救命が求められるが、その後は風邪・胃炎等の内科的疾患が増加し、心療内科的処置へと移行してくる。この間、医療処置等にだけ専念するのではなく、一般の診療と同様、被災者への精神面への配慮も忘れてはならないことを説明する。</p> <p>救護所に訪れる被災者の内面にある不安感を受け止めながら救護にあたることが大きな心理的支援となることを説明する。</p>
4 救護員の果たすべき役割  (1) 早期発見、早期対応 (2) ストレス緩和 (3) 予防保健活動	6	<p>こころのケア要員の役割について、救護所及び巡回活動の内容と関連付けて説明する。</p>

<p>5 被災者への接し方</p> <p>(1) 基本的態度</p> <p>(2) こころのケア活動の基本</p> <p>(3) コミュニケーション技術について</p>	<p>7</p> <p>8</p> <p>9,10</p>	<p>被災者の心労を受け止めて、被災者が自分の力で立ち上がっていく過程を支援できるよう、救援者の基本的態度を説明する。</p> <p>被災者の心労を受け止めて、被災者が自分の力で立ち上がっていく過程を支援できるよう、こころのケア活動をおこなう際の留意点について説明する。</p> <p>こころのケア要員に求められる「聴き方の技術」とホットタオル等具体的なコミュニケーションツールについて説明する。</p>
<p>6 心のトリアージ</p> <p>(1) トリアージ1：即時ケア群</p> <p>(2) トリアージ2：待機ケア群</p> <p>(3) トリアージ3：維持ケア群</p>	<p>11</p>	<p>救援活動で「身体的トリアージ」と同様に実施される、心理面に焦点をあてた「心のトリアージ」の概要と重要性について説明する。</p>
<p>7 こころのケア活動の実際</p> <p>(1) 被災地に到着後の手順</p> <p>ア 被災現場状況の把握</p> <p>イ 日本赤十字社の活動状況の把握</p> <p>ウ 避難所の状況の把握</p>	<p>12</p>	<p>現状把握のポイントとして、災害全体と救護員が担当する地域・避難所等の両者の状況把握に努めるよう説明する。</p> <p>赤十字の救護班として、赤十字組織の活動状況の把握と共に、行政機関や各種団体の活動状況についても情報収集する必要性について説明する。</p> <p>単に情報集を行うだけでなく、関係諸機関に自己紹介を行うなど、緊密な連携を保つことが重要であることを説明</p>

<p>(2) 被災者との関係作り</p> <p>ア 赤十字マークの効用</p> <p>イ 自己紹介</p> <p>ウ 自然な交流からケアが始まる</p> <p>エ 状況に合わせたケアを心がける</p>	<p>13</p>	<p>する。</p> <p>赤十字の救護班として赤十字の基本原則に則り、信頼を得られる態度・行動を常時留意するよう説明する。</p> <p>できるだけ自然な関わりができるように、救護員自身が自分の心の変化にも目を向け、無理をしないよう他の救護員と協力しながら活動を進めることの重要性を説明する。</p>
<p>8 特別な配慮を要する人々へのケア</p> <p>(1) 子ども</p> <p>ア 子どものストレス反応を見極める</p> <p>イ 典型的なストレス反応</p>	<p>14</p> <p>15</p>	<p>子どもに特徴的なストレス反応について説明する。</p> <p>子どもを援助する時には、子どもだけでなく子どもの周囲にいる大人（家族等）への援助も重要であることを説明する。</p>
<p>ウ 対処方法</p> <p>(2) 高齢者</p> <p>ア 特徴的な反応</p> <p>イ 対処方法</p>	<p>16</p>	<p>参考文献の提示（参考資料No.8参照）</p> <p>高齢者を孤立させないことを説明する。</p> <p>高齢者自身を尊重し、尊厳を確保するためにも、何か役割を担っていると自覚できるようにすることの重要性を説明する。</p>
<p>(3) 特にケアを要する人</p> <p>ア 既存の医療サービスとの連携を取る</p> <p>イ 地元の専門家と連携を取る</p>	<p>17</p>	<p>医療機関に掛かっている場合は、速やかに継続した支援が受けられるよう手配する必要があることを説明する。</p> <p>社会的支援が受けられるよう、行政機関等と情報交換を密にするよう説明す</p>



9 対象喪失と悲嘆、グリーフケア		
(1) 対象喪失と悲嘆	18	対象喪失と悲嘆の意味について説明し、災害時における喪失にはどのようなものがあるかを説明する。
(2) 悲嘆のプロセス	19	悲嘆のプロセスにはどのような反応があらわれるかを説明する。順番通りに現れるのではなく、行ったりきたりするものであり個人差があることにもふれる。
(3) グリーフケアとは	20	グリーフケアは主に遺族の悲嘆援助の際に使う言葉だと説明する。
(4) 災害時のグリーフケアのポイント		災害時のグリーフケアのポイントについて説明する。特に基本は共感・傾聴であり、遺族がある種の納得を得るために、「そっと寄り添う姿勢」が重要であることと、不用意に感情表出を促さない配慮について説明する。
(5) 注意を要する悲嘆	21	悲嘆は正常な反応ではあるが、中には注意を要する悲嘆がある。早急に専門家につなげる必要のあるものについて説明する。
<参考：DMORT について>	22	
10 地元地域との連携、協力	23	
(1) 地元の支援組織の把握		地元地域との連携、協力については次の2つのことを基本に置いて説明する。
(2) 支持と支援		地元地域で救援活動を展開している人々は、救援者である前に被災者でもあること。 日本赤十字のこころのケアは災害の急性期を対象としているので、被災者が回復するまで援助することはできない。従って、当初から地元地域の人々

		<p>が主体となって活動できるような体制を整備することが重要であること。</p>
<p>(3) 地元支援組織との連携協力</p> <p>ア 初動期には支援内容について上部組織の了解を予め得ておく</p> <p>イ 具体的な支援内容を提案し選択して貰う</p> <p>ウ 地元関係機関の職員への配慮</p> <p>エ 地元関係機関の職員のストレスを緩和</p>	<p>24</p>	<p>災害の時期によって地元地域の人々と対応する場合の留意事項が異なることを説明する。</p>
<p>(4) 役割分担の引き継ぎにあたり心がけておくこと</p> <p>ア 活動開始当初から地域の人材を活用する</p> <p>イ 良好な協力関係を築く</p> <p>ウ 地域医療機関、保健師と情報の共有と連携を図る</p> <p>エ 他のところのケア専門団体との協働</p>	<p>25</p>	<p>支援を開始する当初から、撤収時期や方法等を考慮すること、また地元行政機関（特に保健師やボランティア団体）と常に情報交換、連携を保ちながら活動することを説明する。</p>

指導展開要領 <<60分>>

項目	スライド No.	指導の展開要領及び注意点・方法
1 学習の概要と目標	1	<p>この章における学習の概要と目標を説明する。</p> <p>救護員は隠れた被災者であることを強調する。</p> <p>参考資料No.11,12を引用し、活動中だけでなく帰還後も不安と緊張感が生活を驚かすことを説明する。</p>
2 救護員のストレス  (1) 危機的ストレス  (2) 累積的ストレス  (3) 基礎的ストレス	2	<p>災害現場で遭遇する様々な事態を、大別して3種のストレスで示す。</p> <p>心理的な外傷体験となる場面などの危機的な状況を説明する。トラウマ的ストレスもここに含まれる。</p> <p>(参考資料No.11,12参照)</p> <p>救護活動を続ける中で生じてくるストレスでボディブローのように徐々に増えてくるものを説明する。</p> <p>日々の生活の足元にあるストレスで、寝不足が続いた時のような疲れの元になるものを説明する。</p>
3 ストレスからくる反応  (1) 身体面に表れる反応  (2) 精神面に表れる反応	3	<p>身体面、精神面、行動面に分け、さらにそれが重症化した場合に起きる危険性がある「燃え尽き症候群」を挙げる。</p> <p>身体面に表れる多様な反応を示す。参考資料11,12に多数例。一般的には血圧の上昇、眠りが浅くなることが多いことを説明する。</p> <p>精神面に表れる反応を示す。活動初期には誰もが高揚した気分支配されやすいが徐々に沈静化していくことを説明する。</p>

<p>(3) 行動面に表れる反応</p> <p>&lt;参考：燃え尽き症候群&gt;</p>	<p>いくつかの問題行動を示している。休養が第一であり、仲間からの助言が重要であることを説明する。</p> <p>地元機関の担当者、救援者にリスクが高い。外部から入る救護員は彼らを休ませる役割がある。究極の行動化が自殺であることを説明する。</p>
<p>4 救護員のストレス対処法</p> <p>(1) 自己管理</p> <p>ア 出勤前</p> <p>イ 出勤中</p> <p>ウ 帰還後</p> <p>(2) 相互援助</p> <p>(3) リーダー管理</p> <p>(4) ミーティング</p> <p>ア 出勤前</p>	<p>4 4形式の対処法を示す。</p> <p>5 自己管理を出勤前、出勤中、帰還後に分けて説明する。</p> <p>心身の準備をすること、前向きな姿勢をもつことの重要性を説明する。</p> <p>被災者への対応に悩むことは避けられない。お互いを認め合い、寛容になり、冷静な自分を取り戻す知恵と工夫を説明する。</p> <p>参考資料 No.10 の概念を紹介する。</p> <p>感情を整理し帰還後の生活を再開するためのストレス緩和法を説明する。</p> <p>帰還後に特有の反応があることを説明する。</p> <p>参考資料 No.11 参照</p> <p>6 仲間、同僚との協力関係と連携がストレスへの抵抗力を高めることを説明する。</p> <p>自分が疲れたときの反応を同僚に話しておくこと指摘してもらうことができる。自分の背中は見えないことを説明する。</p> <p>7 チーム力を維持していくための具体的な方策を説明する。</p> <p>8 出勤前、出勤中、任務完了後に分けて説明する。</p> <p>公式の集まりを持ち、心の準備に必要な情報を共有することを説明する。</p>

イ 出勤中		感情のはけ口となる場を設けることの大切さを表している。ガス抜きを軽視しない。他機関の救援者との連帯感を育む機会にもなることを説明する。
ウ 任務完了後		心の整理を助けるための集まりであることを説明する。
5 派遣後のサポートへの取り組み	9	組織として取り組むことを説明する。また、具体的な方法についていくつか例を挙げて説明する。
(1) 派遣後のストレスへの対応	10	
(2) 日常業務の調整	11	
(3) 救護業務についての価値づけ	12	

指導展開要領 <<180分>>

項目	スライド No.	指導の展開要領及び注意点・方法
<p>グループワークとロールプレイは、参加者の理解を助けるために有意義であることから、本章に限らず各章毎の指導にあたり、グループワークやロールプレイを取り入れた展開をしてもよい。</p> <p>グループワークについては、各章の時間の範囲内で行い、参加者の経験を共有しながらディスカッションすることにより学びを深めること。</p> <p>なお、グループワークの課題、ロールプレイのシナリオは例示であるので、指導者の判断により修正や新しい課題、シナリオを準備することは差しつかえない。</p>		
<p>1 概要と学習目標</p> <p>※グループワーク</p>	<p>1</p>	<p>この項目における学習の概要と目標を説明する。</p> <p>グループワークは、参加者の動機づけを高め、その後の講義の導入としての目的もあるが、参加者同士がよく知り合う機会ともなる。グループで話し合ったことをまとめることで、グループもまとまっていく。</p> <p>話し合いが進まないグループには、指導者が積極的に介入し、ファシリテーターとなる。</p> <p>話し合った内容については、模造紙に書き出すなどしてグループ毎に代表を出して発表してもらい全体で共有する。</p> <p>話し合った内容を書いたり、発表したりする作業を通じて、参加者の能動性は高まる。</p>
<p>2 こころのケアの実際</p> <p>(1) 派遣形態によるポイント</p> <p>(2) 活動形態によるポイント</p>	<p>2-3</p> <p>4-7</p>	<p>避難所と巡回、仮設住宅の3つの形態から考えてみることを説明する。全体に問いを投げかけるように進める。</p>
<p>ア 避難所</p>	<p>8-10</p>	<p>・実際例 1-3</p>

イ 巡回 グループワーク 1 ウ 仮設住宅	11,12	・実際例 4,5
(3) 救護活動時期・対象者の違いによるポイント	13	
ア 初動期 1	14	・実際例 6
イ 初動期 2	15	・実際例 7
ウ 回復期	16-18	・実際例 8-10
エ 撤収期 グループワーク 2	19,20	・実際例 11,12 同じ救護活動でも、救護を行う時期による違いがあることを説明する。 各時期の分類は大まかな目安であり、実際にははっきりと区分できるものではないことを念頭に置くことを説明する。
(4) 地元機関との連携	21-23	・実際例 13,14
(5) こころのケアとは何か	24	・実際例 15
(6) 救護員のこころのケア グループワーク 3	25-27	・実際例 16-18 テーマはいくつかに分かれているが、実際に現場で出くわしては悩む事柄である。 特に、救護員のこころのケアについては、各人が経験する可能性のある課題となる。この例にこだわらず、いくつか時間の範囲で例を付け加えると良い。
3 ロールプレイ	28-35	シナリオ化した災害時要援護者の実際例を、必要に応じ活用する。

「こころのケア指導者研修会」の項目について<sup>57</sup>は、「こころのケア研修」の各項目に対応して、指導のポイントを教授する内容になっており、ロールプレイやグループワークを取り入れた、より時間の長いプログラムになっている。また、研修を実施する立場を想定していることから「アイスブレイキングの展開方法」についても扱っている。更に、災害発生時に同じく急性期から活動する DPAT についての紹介、他の支援組織やボランティアに対するこころのケアについても取り上げたり、これまでに発生した災害において日本赤十字社が行ってきたこころのケア活動について、実際に発生した事象、具体的な活動内容、救護員の体験、こころのケアを受けた方々からの感想などについても具体的なものを紹介したりするなど「こころのケア研修」に比べて様々な部分で充実が図られている。

**図表 31 日本赤十字社で実施している「こころのケア指導者養成研修会」の項目<sup>58</sup>**

研修項目	研修時間
アイスブレイキングの展開方法	60分
日本赤十字社のこころのケアの指導ポイント	60分
災害時のストレスとストレス反応の指導ポイント	270分
被災者へのこころのケアの指導ポイント	330分
救護員へのこころのケアの指導ポイント	180分
こころのケアの実際の指導ポイント	300分
計	1200分

## ii) 外部の支援者向けの研修

日本赤十字社での外部の支援者向けの研修としては「防災ボランティアのためのこころのケア研修」が行なわれている。内容については平成 20 年に発行された「ボランティアとこころのケア」をベースに、その後の知見を加えてアレンジされたものになっており、被災者への接し方の基礎や、ボランティア自身の健康管理とメンタルヘルスについて中心に扱っている。

<sup>57</sup> 出所：日本赤十字社『「こころのケア指導者養成研修会」研修資料』

<sup>58</sup> 出所：日本赤十字社「こころのケア指導者養成研修会実施要綱」



#### (4) 連携強化会議の開催結果

本会議では、現在活動している 4 つの心のケアセンターや、被災地で地域精神保健に携わる関係者の方々が一堂に会し、各機関の活動状況や課題について共有する機会を設け、連携をさらに深めていただいた。

##### ①日時・場所

平成 31 年 1 月 28 日 (月) 9:45～12:30

ザ・セレクトン福島 福島県福島市太田町 13-73

##### ②次第

###### 1 開催挨拶

厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室長  
復興庁参事官

###### 2 復興庁からの事業・予算説明

- 1) 被災者支援総合交付金化及び 3 センター事業について
- 2) 行政事業レビュー公開プロセスについて
- 3) 「復興・創生期間」後も対応が必要な課題の整理について

###### 3 厚生労働省からの事業・予算説明、情報提供

- 1) 被災 3 県心のケア総合支援調査研究等事業について
- 2) 国が設置した各種会議等の概要について

###### 4 岩手県、宮城県、福島県心のケア事業報告

- 1) 心のケアセンターの年次報告  
市町村支援（支援者支援）について
- 2) 県事業の報告（宮城県、福島県）

###### 5 熊本県心のケアセンターの活動について

- 1) 活動概要
- 2) 市町村支援（支援者支援）について

###### 6 心のケアセンター活動のデータ分析報告

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

###### 7 意見交換、質疑

##### ③参加者

当日は各県の心のケアセンター、被災県市町村、国立精神・神経医療研究センター、厚生労働省、復興庁等から計 89 名の方に参加いただいた。

#### ④資料

- 【資料 1】 復興庁からの事業・予算説明 <復興庁>
- 【資料 2】 厚生労働省からの事業・予算説明、情報提供 <厚生労働省>
- 【資料 3】 岩手県心のケアセンターの年次報告 <岩手県こころのケアセンター>
- 【資料 4】 宮城県心のケアセンターの年次報告 <みやぎ心のケアセンター>
- 【資料 5】 福島県心のケアセンターの年次報告 <ふくしま心のケアセンター>
- 【資料 6】 県事業の報告 宮城県被災地精神保健対策事業について <宮城県>
- 【資料 7】 県事業の報告 県外避難者の心のケアについて <福島県>
- 【資料 8】 熊本県心のケアセンターの活動について <熊本こころのケアセンター>
- 【資料 9】 心のケアセンター活動のデータ分析報告  
<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>

#### ⑤議事内容

4つの心のケアセンターからは市町村支援や支援者支援等の活動報告をいただき、宮城県は県の精神保健対策事業について、福島県は県外避難者の心のケアについて報告いただいた。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からは被災 3 県の心のケアセンター活動から集められたデータの分析報告をいただいた。

## (5) 実施委員会の開催結果

本事業の企画、進捗管理等のため、平成30年被災3県心のケア総合支援調査研究等事業実施委員会を組織した。本年度の会議では、まず事務局より調査の進捗、報告とりまとめの案について報告し、委員の皆さまよりご意見を頂戴した。

### ①日時・場所

平成31年3月17日(日) 13:00~15:15

株式会社日本総合研究所 東京本社 11F 111G 会議室

### ②次第

<b>1 開催のご挨拶</b> 厚生労働省社会・援護局保健福祉部精神・障害保健課心の健康室長 堀川春男 様
<b>2 事務局からのご報告</b> 株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門
<b>3 質疑応答</b>
<b>4 ご討議</b>

### ③参加者

#### ア) 委員一覧

ご所属	職名	お名前	ご出席
岩手県 保健福祉部 障がい保健福祉課	主幹兼こころの支援・療育担当課長	佐々木 和哉 様	ご出席
宮城県 保健福祉部 障害福祉課	精神保健専門監	大場 ゆかり 様	ご出席
福島県 保健福祉部 障がい福祉課	主幹	熊坂 雅彦 様	ご出席
福島県立医科大学 看護学部 家族看護部門 精神看護学担当	准教授	大川 貴子 様	ご出席
日本赤十字社 事業局 救護・福祉部	次長	白土 直樹 様	ご出席
国立研究開発法人 国立精神・神経医療 研究 センター 精神保健研究所	所長	金 吉晴 様	ご欠席

#### イ) 厚生労働省

厚生労働省 社会・援護局 保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康支援室	室長	堀川 春男 様	ご出席
--	----	---------	-----

#### ウ) 事務局

株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 主席研究員	柿崎 平
株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 研究員	猪尾 祥一
株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 研究員	檜原 采佳
株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 研究員補	李 鐘浩

#### ④配布資料

- 【資料1】 平成30年度被災3県心のケア総合調査研究等事業 報告書(案)
- 【資料2】 平成30年度被災3県心のケア総合調査研究等事業<中間整理>
- 【資料3】 ふくしま心のケアセンター 新任職員到達目標チェックリスト
- 【資料4】 ふくしま心のケアセンター 支援者向け研修会及び市民講座一覧
- 【資料5】 神戸市作成 災害時保健福祉活動のロードマップ(熊本地震)
- 【資料6】 大槌町 要支援者早期発見のためのチェックリスト
- 【資料7】 大槌町 小地域ケア共有シート
- 【資料8】 DMHISS データ集計
- 【資料9】 みやぎ心のケアセンター 人材育成・研修・普及啓発一覧
- 【資料10】 日本赤十字社こころのケア指導者養成研修会実施要綱・こころのケア研修実施要綱

## ⑤議事内容

### ア) 開催のご挨拶

厚生労働省社会・援護局保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室長 堀川春男 様	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日ごろの活動、本日のご参集に謝意。</li> <li>・ 震災から8年を向かえるにあたり、総理、復興大臣もインタビュー等で心のケアなどは、復興・創生期間後も重点的に取り組む考えを強調されている。</li> <li>・ 復興・創生期間も終盤を迎え、インフラ整備は整ってきて、フェーズは変化してきている。地域実態を正しく把握し、必要なものを見極めていく必要がある。</li> <li>・ 心のケアについても、成果と必要性を整理し、フェーズ変化による役割、あるべき姿の変化を考える必要がある。本事業を通じて、今後の活動のあり方を考えたい。</li> </ul>

### イ) 事務局からのご報告

資料2に基づき、これまでの調査事項及び論点について報告を実施。

資料10の日本赤十字社の研修資料については白土様より補足説明をいただいた。

- ・ 日本赤十字社のこころのケア活動については、国際赤十字・赤新月社連盟が作成したものを基に平成8年から日本にも導入し、平成12年の有珠山噴火の際に初めて現場での活動を行い、本格的な組織的活動は平成16年の中越地震から始まった。
- ・ 資料10の内容としては、現場のこころのケア要員向けの研修と、こころのケア要員を育成する指導者向けの研修について概要を示している。

### ウ) 質疑応答およびご討議の内容

総論	
大川貴子 様 (福島県立医科大学)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ まず総論として、検討すべきなのは心のケアセンターの活動についてなのか、一般的な心のケア活動についてなのか。</li> <li>・ 心のケアセンターは、震災後1年経ってからできており、急性期を対象としていない。</li> <li>・ 中長期における心のケアセンターの活動に焦点を絞って検討するのか、一般的な心のケアとして発災直後を含め検討するのか。</li> </ul>
JRI 柿崎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケア活動の全体を検討すべきと考えている。</li> </ul>
堀川春男 様 (厚生労働省)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本事業の計画は心のケアセンターの活動について記載されているが、実際には大規模災害発生時の心のケア活動全体を対象とすべきであろう。</li> <li>・ 東日本大震災の際は心のケアセンターの設立まで約1年かかっているが、現在は動きが速くなっており、今後の災害においては、心のケアセンターが作られるとすれば、より早くなることが想定される。</li> </ul>

大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後、心のケアセンターを作ることはあるという前提で検討するのか。災害時においても、既存の組織を拡充する方向で対応すべきとの意見もある。</li> <li>・ 心のケアセンターを作るのはどうするかという発想ではなく、より一般的な心のケア活動のシステム作りをどうするのかということが課題であると考えてよいか。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DPAT が派遣されるような大きな災害が発生しても、平成 30 年 7 月豪雨や北海道胆振東部地震では心のケアセンターは設置されておらず、大きな災害で心のケアセンターの設置は必須の要素ではない。既存の組織の拡充での対応が基本であり、そこで支えきれない場合に心のケアセンターがあるので、災害発生時の一般的な心のケア活動のシステム作りとして検討する必要がある。</li> <li>・ そのためには、心のケアセンター設立以前の心のケア活動のデータについても収集・分析してほしい。</li> </ul>
大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福島では、当初から、外部チームの支援活動などの日報を県庁で収集していたはずだ。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ そうしたデータも活用したい。県庁にも協力頂きたい。</li> <li>・ 岩手県では、カルテのような形で個人個人に対する対応記録が心のケアセンターに電子データとして存在していることを確認している。しかし今まで提出を受けたことがない。ぜひ活用したいので、県庁から心のケアセンターにその活用について調整してほしい。</li> </ul>

データの収集・蓄積・分析・活用について	
佐々木和哉 様 (岩手県庁)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ DMHISS については定義が曖昧で、同じ県のトレンドを見ることはできても、他県と並べて比較できるものではない。</li> <li>・ 今後データの収集手法を考えるなら、現状の問題点を踏まえた上での検討が必要だ。</li> <li>・ 岩手県こころのケアセンターで使用しているシステムは医大のもの。基本システムはカルテに近いもので、個票がまずあり、それを集計している。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全てのデータはケアセンターで集約しているはず。生データは県には来ておらず、報告用の集計のみが送られているのか。</li> </ul>
佐々木和哉 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県には DMHISS の報告内容が送られてきている。</li> <li>・ 県において、それを分析・解析ということはできていない。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ それができないと、県としても今後の心のケア対策の方向性が決</li> </ul>

	められないのではないか。今後も心のケア活動が必要だとするならば、財源をどこに求めるかはわからないが、仮に県が単独で行うことになるにしても、判断するためには、DMHISS のデータだけではなく、岩手県こころのケアセンターの活動の詳細を把握できなければ議論ができないのではないか。県庁から心のケアセンターに情報提供を求めるべきと考える。
JRI 柿崎	・ 県には平時の情報もあるはず。それを加味して検討すべきだ。
堀川春男 様	・ 岩手県には、復興関連の事業を取りまとめる部署として、復興局のような組織はあるのか。
佐々木和哉 様	・ 復興局は作っている。ただし、復興事業の全体をコントロールすることはできておらず、庁内のそれぞれの課で実施したものの取りまとめにとどまる状況。事業に関する意思決定などはできていない。
JRI 柿崎	・ 意思決定にあたり必要な情報が何かを見極めるのもこの事業の課題の一つだ。
大場ゆかり 様 (宮城県庁)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 概ね論点に異論はない。</li> <li>・ 宮城県では、独自のシステムにより実数を出したことで、震災前後の疾患の状況変化なども見えてきている。</li> <li>・ データ項目について、どのような項目をとった方がいいかは重要な課題。先行する心のケアチームの収集していたデータとは接続可能なのか。</li> </ul>
大川貴子 様	・ 福島では、心のケアチームの実践活動はカルテのようなフォーマットの記録を活用しており、DMHISS とのリンクはほとんどなかった。
大場ゆかり 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 統計処理は難しい業務。データ入力についてはミスが減ってきたが、分析ができる職員は一部。そういった職員がいるときでないとできない。</li> <li>・ 今年度、独自システムによるデータを含め、分析を試みてきた。DMHISS に加えて県独自の項目も含まれており、データ量は多かったもののどう分析するかは難しい。データ分析の専門家を含めて検討すれば、もっと有意義な分析が可能はずだ。</li> </ul>
JRI 柿崎	・ 来年度データの分析を行っていく。データ、特に原票の提供を依頼することになるだろう。
堀川春男 様	・ 岩手県も同様をお願いしたい。
大場ゆかり 様	・ ただしデータ分析においては、データの特徴を理解しておくことが必要だ。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターで相談を受けている者は、多くが健康調査によるピックアップであり、健康調査の対象者に偏る。健康調査は仮設住宅、復興公営住宅を対象にしており、在宅の被災者を対象としていない。</li> <li>・ また、心のケアセンターは土日・夜間の活動がないため、相談を受けるのは高齢者に偏る傾向がある。</li> <li>・ 住まいの変化がニーズを喚起するのはわかるが、在宅の人々をどう考えるかという問題がある。</li> <li>・ 平時のデータについて、どういったものを想定しているか。市町村レベルか、県レベルか。市町村がどれくらいデータをとっているかについてはばらつきが大きいだろう。具体的支援の在り方にもそれが影響している面は否定できない。</li> </ul>
JRI 柿崎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特にきちんとデータ収集している市町村に協力を依頼したい。紹介を依頼する。</li> <li>・ 個人情報の論点についてはどうか。外部組織との情報共有には慎重論もあるのではないか。</li> </ul>
大場ゆかり 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現状は、心のケアセンターが支援している人については、市町、保健所では把握できていない状況である。心のケアセンターだからこそ相談しているのであり、役所には伝えたくないと希望する人もおり、情報共有には課題もある。</li> <li>・ とはいえ、いずれ心のケアセンターの役割を市町、保健所に引き継いでいく必要がある中で、今後共有が必要になってくるだろう。本人の了解をどうとるかというのは今後の課題だ。</li> </ul>
熊坂雅彦 様 (福島県庁)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福島は、データに関するシステムが弱い。心のケアセンター内の職員が作った Excel であり、データの集計などには困難もあるだろう。DHMISS の項目を名寄せ可能な形式にはしたもの、それを超える機能については充実しておらず、Access などと異なり、クロス集計などは容易ではない。</li> <li>・ 活動報告書なども、単純集計にとどまっている。</li> <li>・ 福島では、原発事故の影響もあり、住民が域外に避難しているのが最大の特徴。市町村も把握できていない。県内の住民については心のケアセンターがカバーしており、市町村よりもデータを持っているかもしれないが、心のケアセンターの支援対象となった住民に限られる。</li> <li>・ 現在、社協も避難先の事務所を閉めて元の市町村に戻っていくところ。残された住民の支援を避難先の市町村やその社協に引き継</li> </ul>



	<p>げるかは避難先のスタンスによるところがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターの支援対象とならないような問題については、避難先が受け入れてくれなかった場合、その住民の支援は避難元の市町村や社協が行うが、距離の問題もあり難しい。</li> <li>・ 住民票を移していない者については、支援が難しいのが実態。地域保健の仕組みに戻していくといっても、福島は厳しい状況だ。また地域といっても、避難先か、避難元かという問題もある。</li> </ul>
JRI 柿崎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠隔ケアをもっと行うべきとの意見もあるがどうか。</li> </ul>
熊坂雅彦 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電話相談は心のケアセンターでも行っている。</li> <li>・ 今年から、県外の被災者への訪問活動を日本精神看護学会に依頼している。</li> <li>・ システム面でそういった遠隔ケアのものを導入するというのは検討もしていない。</li> <li>・ また、福島では医師がスーパーバイズ程度の関与に留まっており、すぐに遠隔診断ができる体制でもない。</li> </ul>
白土直樹 様 (日本赤十字社)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>J-SPEED</b> や <b>DMHISS</b> など、情報ツールが乱立する状況は好ましくない。</li> <li>・ どのフェーズで、どのツールを使うのかの標準化が必要だ。</li> <li>・ 情報収集、アセスメントについて、被災者にとって負担のない形にすべきだ。過去には、身体面でのアセスメント、精神面でのアセスメント、社会状況についてのアセスメントと、何度も受けて被災者が疲弊する状況もあった。それらについて同時にアセスメントできるような方法の制定が必要であり、その際に関連するデータも同時にとれるのが望ましい。</li> <li>・ 日赤でもこころのケアの対応記録を作成・保管し、地元への引き継ぎ時に内容を共有したうえで撤退している。</li> </ul>
大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ分析の専門家には是非入ってもらいたい。</li> <li>・ データといったとき、何に使うデータなのかを意識する必要がある。アセスメントといっても、個人なのか地域なのか、地域のニーズについてなのか、供給力についてなのか、といった点。</li> <li>・ 情報のツールについては、病院のカルテに近いような、個票・支援履歴が見られると言うことと、集計が出来るということが両立したものであるべき。<b>DMHISS</b> は集計機能に特化していたため、現場での利用に困難があった。</li> <li>・ 発災直後期に入る様々なチームとの情報連携を行う必要があるが、例えば <b>DMAT</b> が見るものと、心のケアセンターが見るべき</li> </ul>

	<p>情報は違う。両方をつなごうとすると、項目数の多いデータセットになってしまう懸念がある。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 個人情報については、対象者との信頼関係に傷をつけないよう配慮する必要がある。話していない情報を担当者が知っているということになればその懸念がある。</li><li>・ 遠隔ケアについては過去からたびたび検討されているが、成功した事例はあまり聞かない。例えば、大槌町の支援に入った心の架け橋いわても、当初は遠隔でのケアを検討していたものの、結局は訪問での支援を継続させている。心のケアという活動の性質上、単なる診療という性格には収まらず、対面でのケアが求められる側面がある。ただし、医療の領域であれば、一部遠隔でも出来る可能性がある。</li><li>・ データの入力に当たっては、項目名を診断名とするのは現場での入力に困難がある。主訴などで入力するようにすべき。</li></ul>
--	--

ニーズの見方について	
大場ゆかり 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域アセスメントは極めて重要だが、同時にかなり難しい課題だ。心のケアセンターで把握しているのは一部の情報であり、全体の把握をどうすべきかが課題。</li> <li>・ 被災によって生じたニーズをどう識別するかというのも難しい。国や、県内部からも示すことが問われるが、実態としては、震災によるニーズとそれ以外を切り分けることは難しい。</li> <li>・ 狭い視野で、心のケアのニーズだけを捉えようとするのではなく、広い視野で把握していく必要があるだろう。</li> <li>・ ニーズ把握の主体となるのは県、精神保健福祉センターや保健所だと考える。市町村は被災しており、その役割を担うのは困難だ。</li> <li>・ 現状は心のケアセンターがその役割を一部担う形だが、今後を見据え、次第に県や保健所と一緒にやる形に移行する必要がある。</li> </ul>
JRI 柿崎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被災のインパクトを計るためにも、平時の状況把握が必要だ。</li> </ul>
熊坂雅彦 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住居移転がニーズを見る上で重要だというのは、外から見れば正しいが、個人単位で見れば、もっと様々な要因がある。</li> <li>・ 県民健康調査について、心のケアセンターとの情報連携は十分でなかった。ハイリスクな者を抽出し、相談依頼という形での連携はあったが、調査結果についての連携はない。</li> <li>・ 県民健康調査によるスクリーニングにおいて、心のケアセンターへの相談は、本来「医大→市町村→心のケアセンター」という経路だが、実態は市町村では対応しきれず、「医大→心のケアセンター」という形になっていた。</li> </ul>

<p>白土直樹 様</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住場所の変化はニーズの発生、変化の要因の一つだ。ただし、先々の災害、例えば首都直下地震が起きた場合、在宅の被災者が多く発生することが想定される。在宅被災者のニーズをどう把握するのも重要な課題だ。</li> <li>・ 日赤は「いのち」「健康」「尊厳」を守ることを目的に掲げている。時間の推移とともに中心となる課題が移り変わっていく。</li> <li>・ ニーズの中身も「身体的ニーズ」「心理的ニーズ」「社会的ニーズ」に分類でき、時間とともに移り変わる。発災直後（「いのち」のフェーズ）は身体的ニーズが中心であり、中期（「健康」のフェーズ）では身体・心理・社会のニーズがほぼ同程度、長期（「尊厳」のフェーズ）では社会的ニーズが中心になる。</li> <li>・ (イメージ図)</li> </ul>
<p>大川貴子 様</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域のニーズを把握すると言った際、地域のかたまりをどう区切り、それを誰が把握すべきかという問題がある。</li> <li>・ 災害規模によってもことなるが、福島では市町村規模も小さく、市町村が主体となるのは難しい。ニーズの把握は精神障害にも対応した地域包括ケアと同様に圏域ごとに行うべきではないか。</li> <li>・ 時間軸に沿った出来事の標準的なモデルの必要性はある。これがあることで、業務の標準化にも繋がるだろう。</li> <li>・ 需給のバランスといったとき、どこまでを「需要」「供給」と考えるかは慎重に考えるべきだ。本来はもっと支援が必要なところを、やむを得ず回数・頻度を減らしているケースもある。そういったところを「需給がバランス」としてしまうと、必要な支援が行われないという状況にも繋がってしまいかねない。</li> </ul>

大場ゆかり 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 需要と供給の考え方は難しい。市町、保健所等への地域移行を進めて行く上でも、客観的にニーズを示していかななくてはならない。その示し方をどうするか、ニーズをどう計るかということは重要な課題だ。</li> <li>・ 支援できる人がいるから、需要が生まれるのであり、不要な掘り起こしをすべきでないという意見もある。本来必要だった支援が可視化されているのか、本当にただの掘り起こしなのか、判断は難しい。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援は、存在する限りにおいては受援側からは「支援がなくなつては困る」という声が出るものである。どの段階で撤退するか客観的に判断する必要がある。</li> <li>・ 災害救助法であれば、支援の基準は「家屋の滅失」であるが、心のケアの分野では、家屋の被害が心のケアの支援の必要性がリンクするわけではない。</li> <li>・ 在宅の被災者には支援が届きにくいという問題も大きい。避難所にいる人は避難所に行ける人であって、避難所に行きたくても行けないということも考慮する必要がある。</li> </ul>

人材の育成について	
白土直樹 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域は平時も人手が足りないところで対応しているのが現状であり、災害時には外部支援を受けることが必要。「受援」の必要性について前提としておくべきだ。</li> <li>・ 災害時の支援において重要なのは、業務を標準化することと、人材のクオリティを標準化すること。必ずしもやり切れるものではないが、例えば技能段階に応じた統一名称を設け、それぞれの職種で使う職名との対応関係を示すなど、この職階の人はこの業務が出来る、といったことについて、予め共有できれば応援・受援がスムーズになる。</li> <li>・ 外部支援者は様々な職種で構成されており、こうした標準化がないことで生じる問題もあった。</li> <li>・ 活動の標準化ということと、支援者のコンピテンシーに頼るという側面と、両面の考え方がある。当然、両方が必要であるが、調査においてどこに焦点を置くのかというのは検討が必要かも知れない。</li> </ul>

大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ふくしま心のケアセンターのチェックリストは評価できるが、人材育成については、心のケアで行なう実践活動やそれに求められる能力などについて看護学などでも研究されており、必要な技能などはそうした研究のレビューも行ったうえで、慎重に整理していくべきだ。</li> <li>・ 訪問活動は、保健師以外の職種、特に病院勤務の職種にとっては経験のない活動である。「訪問」に伴う技能、注意点をきちんと学ぶ必要がある。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「受援」は重要な概念。受援計画の策定は非常に重要だが、市町村においては災害時の業務継続計画の策定すら出来ていない状況で、現実にはまだハードルが高いだろう。</li> <li>・ 平成 31 年、32 年で災害精神の分野では、受援側に着目した研究も予定されている。</li> <li>・ 今まで DPAT などの支援側の活動については研究等で整理されてきているが、災害の現場では、支援する側の論理だけではなかなかうまくいかない側面がある。支援を受ける側、受援側の立場、活動についても整理し、支援者と調整を行っていく必要がある。</li> </ul>

心のケアセンターについて	
佐々木和哉 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成 28 年の台風 10 号災害では、医大の助言を受けながら、精神保健福祉センター、保健所、市町村が対応した。災害規模にもよるが、既存の体制で対応するのが基本だとは考えている。</li> <li>・ 心のケアセンターの撤退に当たっては、何をもって地域に戻せると判断するのが課題だ。少なくとも、地域住民が安心して暮らせる状態において検討する必要がある。</li> </ul>
JRI 柿崎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ その判断は県がするのか。</li> </ul>
佐々木和哉 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主体は委託元である県だと考えているが、単独で判断するのではなく、総合的な検討が必要である。提案にあった、心のケアセンターを閉じるための専門チームのようなものがあればよいと思う。見守り活動や身体面の健康支援なども含めた総合的な判断が必要である。</li> </ul>
熊坂雅彦 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心のケアセンターをクローズし、市町村にその役割を戻すといっても、福島の場合住民が域外に散っている現状で、果たして市町村にそれが出来るかというのは問題だ。</li> </ul>

大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福島県は以前とまったく異なる状況であり、市町村の力がダウンしているのに対し、やるべきことは増えてしまっていることは考慮すべきだ。</li> <li>・ 「クロージング」、「撤退」という言葉の使い方には慎重になる必要があり、それが一人歩きしてはいけない。それよりも、良い活動や必要な支援を適切なところに「移行」という方が適切だ。そのために移行先の地域体制を充実させるという発想も重要である。</li> </ul>
堀川春男 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意味合いはその通りである。やるべきことは地域への「移行」である。</li> </ul>

その他	
大川貴子 様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「心のケア」という言葉にファジーさがあり、議論がかみ合わないという事態も起こる。言葉の意味をきちんと整理すべきだ。</li> <li>・ 平成 24 年に内閣府から出ている都道府県向けガイドライン<sup>59</sup>では、心のケアについて『「一般の被災者」レベル、「見守り必要」レベル、「疾患」レベル』の段階が示されている。どのレベルの話をしているのかということは常に意識すべきだ。</li> </ul>

<sup>59</sup> 出所：内閣府「被災者こころのケア都道府県対応ガイドライン」（2012年）

## 4. 考察と提言

### (1) 被災3県における心のケア活動の再整理

被災3県での心のケアセンターの活動には一定の共通性がある一方で、各県には独自の要因や環境があり、実際の各県の心のケアセンターの活動に影響を与えている。

本節においては、まず被災3県心のケアセンターの共通点について整理し、心のケア活動に共通する特徴、および課題を整理したうえで、各県それぞれの状況についても考察する。また、それにあたっては、他の心のケアセンターや関係機関の活動についても適宜参照し、検討を加える。

#### ①被災3県心のケアセンターの共通点について

##### ア) 活動領域

被災3県とも、心のケアセンターの活動の中心は医療化する手前の精神保健相談であるとしている。

岩手県	「医療」「保健」「福祉」の3領域において、こころのケアセンターは「保健」領域における活動を主体として、「医療」「福祉」との連携を図りながら支援を行っていく <sup>60</sup>
宮城県	被災者に愛する精神疾患の予防やメンタルヘルスの改善を目的とした相談・支援 <sup>61</sup>
福島県	災害時の心のケアは(中略) 地域自治体の保健師や看護師など精神保健担当者が任に当たりますが、(中略) 心のケアの業務を十分に果たすことができなくなります。(中略) 業務を補完するために組織されるのが、(中略)「心のケアセンター」です <sup>62</sup>

<sup>60</sup> 出所：大塚、酒井「岩手県こころのケアセンター」：大塚他編「災害時のメンタルヘルス」(2016年)

<sup>61</sup> 出所：みやぎ心のケアセンターパンフレット『『地域住民支援』の定義』(2017年)

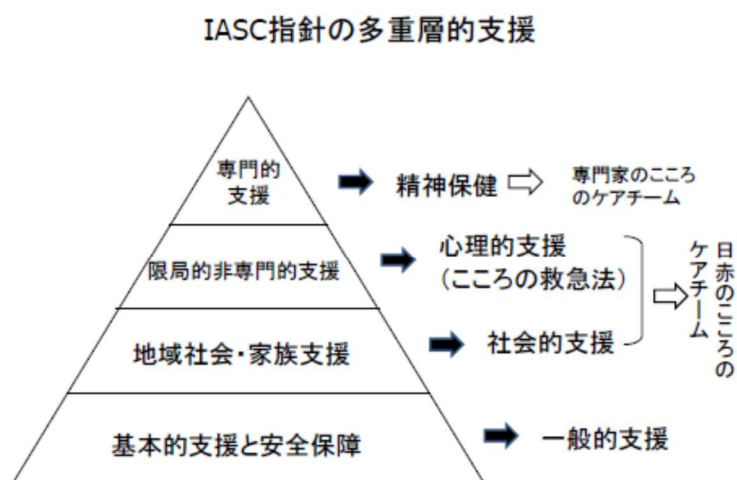
<sup>62</sup> 出所：ふくしま心のケアセンターHP「所長挨拶」

<http://kokoro-fukushima.org/syotyousaisatsu/>



これは IASC の介入ピラミッドでいう 2 段目、3 段目に該当する領域である。

図表 32 IASC ガイドライン介入ピラミッド (再掲)



これは、日本赤十字社ごころのケアチームの活動とほぼ同じ領域での活動であるが、一般に日赤の活動は急性期対応がメインである。一方で、心のケアセンターの活動は中長期における活動であり、現状では、日赤の活動と心のケアセンターの活動は時間軸上で補完的な関係にあると言ってよいだろう<sup>63</sup>。

すなわち、被災 3 県における心のケアセンターの活動領域は、「中長期における精神保健福祉活動」であった。こうした観点から言えば、心のケアセンターの活動は「急性期における救急医療」たる DMAT、DPAT とは補完関係にある。今後の災害において、発災直後から中長期にかけて連続性のある精神医療保健福祉活動を行っていくに当たっては、急性期医療チームと、中長期の保健福祉体制の連携が欠かせない。

ただし、東日本大震災の際には、心のケアセンターの開設も発災後 1 年弱を経ての開設であったことから、元より急性期の医療チームとの密接な連携があったわけではない<sup>64</sup>。

また、現在は DHEAT など新しい急性期チームが制度として整備されている。

熊本の事例では、心のケアセンターのスピーディな開設、DPAT からの円滑な引継ぎを意識した活動を行っており、示唆的である。

**心のケアセンターの円滑な立上げ、先行するチームとの連携**は今後の課題であると言ってよいだろう。

また、中長期の活動の中においても、精神保健福祉活動を行う以上は、介入ピラミッドの上部である医療と、下部である安全・生活の保障とは緊密な連携が必要である。

前者においては、医療につなぐべきハイリスク者をいかに見極めるか、ハイリスクと判断された者をいかに円滑に医療につなぐかという点が重要である。

<sup>63</sup> ただし、東日本大震災以降、日赤においても中長期の活動を展開しており、今後においては、日赤が中長期的な活動においても重要な連携先になる可能性は高い。

<sup>64</sup> ただし、一部の先行的な団体（なごみ、からごころステーションなど）においては、早期から活動を開始し、急性期チームとの連携を意識していた。

相馬広域こころのケアセンター（なごみ）で指摘されているように、ハイリスク者の見極めに関するスキルには個人差があり、高い能力を持った職員の存在は認識されているが、まだ形式知としての整理はなされていない。こうしたスキルの形式化、継承は今後の課題である。

後者においては、精神保健福祉以外の支援者との連携が重要である。大槌町では、役場内の別部署（税務課、住宅課など）と連携し、支援が必要な者のピックアップを行っている。また相談者の中には、こうした他課による支援が有効な者もいるはずであり、こうした他部門との連携は非常に有効であると思われる。

また、近縁の領域、時間軸の中で活動する他機関との連携も当然に重要である。石巻のからこころステーションでは、地域内の様々な連携会議に参加し、情報交換やケース会議を行っており、重要な場となっている。

**こうした、他機関、他部門との連携**もまた、重要な課題の一つである。

#### イ) 支援方法

支援方法としては、前に指摘したとおり、訪問活動（アウトリーチ）による支援が主体である。災害時における中長期の心のケア活動を行うにあたっては、複数の意味で訪問活動が必要になるのは間違いない。

ここで検討すべきなのは、中長期の心のケアという非常に対象者が見えにくい分野において、いかにして支援が必要な住民にリーチするのかという問題である。

一つの方策は、市町村の保健師、社会福祉協議会、民生委員など、地域保健、地域福祉の領域において住民の活動を把握している者とうまく連携し、要支援者の情報を得ることである。社協が運営する地域支えあいセンターとの連携を行っている熊本こころのケアセンターの活動は示唆的だろう。

こうした活動は、情報収集の幅を大きく広げるものであるが、一方で、継続的・体系的に地域の状況について把握する必要についても指摘されている。いわば「地域アセスメント」といえるものであり、地域のリスク、支援ニーズ（潜在的なものを含め）を把握するための活動である。例えば、福島で行われたような大規模な健康調査や<sup>65</sup>、新潟県中越地震において行われた調査<sup>66</sup>が参考になるだろう。こうした調査により、地域の現状を正しく把握することは、限られたリソースで支援を行う中で、資源投入の方策を検討するために重要である。ただし、こうした地域アセスメントにおいて、地域のニーズ・リスクを計測する指標は開発されていない。また単純な指標を開発することは困難であり、複数の間接指標を組み合わせず状況把握に活用すべきとの見解もある。

---

<sup>65</sup> 心のケアセンターとの情報共有、心のケア活動における活用は十分でなかったとの指摘はある。また、福島においては原発という特殊要因があったために行われたもので、一般に災害時においてこうした抱き簿調査が行われるとは考えにくいだろう。

<sup>66</sup> 出所：新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター「新潟県中越地震被災者のこころの健康状態～2年後調査・5年後調査の比較～報告書」（2016年）など

地域アセスメントの別側面として、地域の医療資源や支援リソースの現況を正しく把握することの必要性が指摘されている。

両側面をあわせ、**地域アセスメントをいかに行うか**という点は重要な論点の一つである。

東日本大震災における被災 3 県はどれも非常に県土が広く、訪問活動においては時間効率が非常に悪いという特徴があった。その非効率を改善する方法として、遠隔ケアの可能性についても指摘があった。

被災 3 県のこころのケアセンターにおいては、電話相談窓口の開設などは行われたものの、支援の中で占めるウェイトは大きくなかったと報告されている。

対面でのコミュニケーションを重視する立場からは遠隔でのケアを懸念する意見もあるが、電話での相談だけでも状況改善が見られる事例もあり、支援の一部を遠隔で行うことにも可能性は有るだろう。将来の災害においても、東日本大震災のように、広大な領域が被災地となることも予想されており、今後発展が見込まれる ICT 技術を災害支援に活用していくという観点からも、**遠隔でのケア**を検討していくことも対策の一つとしてありえるだろう。

#### ウ) 多職種による支援

第 1 章でも見たとおり、心のケアセンター職員の職種は多様である。既存の心のケアセンターでは、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士などが共同して支援に当たっており、こうした多職種による支援を行うことが心のケアセンターの特徴である。一方で、背景の異なる職員が共同するということが活動の課題にも繋がっている。

多職種連携における課題として、支援手法や理論、働き方など背景の異なる様々な職員が共同するにあたり、**職員同士の価値観の共有**が非常に重要であり、かつ困難であったことが報告されている<sup>67</sup>。多職種による新たな組織作りにおいては、組織としての考え方、文化を意識的に醸成していく必要があるだろう。また、**意思決定の方法**についても出自の機関によって特徴があり、早い段階での意思決定手法の整備が重要であったことが指摘されている。

#### エ) 行政の後方支援としての活動

平時において、地域の精神保健福祉を担うのは、精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター等の機関であり、心のケアセンターは災害時という特殊な状況において、そういった本来の担い手の機能を補完、サポートするための組織である。

そのため、心のケアセンターの役割は本来的には後方支援であり、本来の担い手（主には行政機関、とくに基礎自治体である市町村）の活動を支える「黒子」とであるという姿勢は各県の心のケアセンターに共通するところである。

---

<sup>67</sup> 出所：米倉一磨「なごみの活動から－震災における心の多職種チームのキセキ」：前田正治編「福島原発事故がもたらしたもの 被災地のメンタルヘルスに何が起きているのか」（2018年）pp.199-227

一方で、自治体との関係や、災害時の地域精神保健福祉体制に占める心のケアセンターの位置づけは各県で差異がある。これは、地域の精神保健福祉体制の補完という立場から当然に、元の地域体制、被災の状況等によって心のケアセンターの立ち位置や役割が異なることによるものである。次項では、心のケアセンターの活動に差異を生み出す要因に着目し、被災3県の心のケアセンターの各自の状況について考察する。

## ②被災3県心のケアセンターの各自の状況について

先述の通り、心のケアセンターの役割は災害時における地域精神医療保健福祉体制の補完である。その「補完」されるべき領域は、災害時における地域精神医療保健福祉に対する需要と供給のギャップであり、災害が需要と供給にどう影響を与えたかを検討しなくてはならない。

一方で、災害による影響を検討するためには、平時における地域の精神医療保健福祉体制の状況を確認しておく必要がある。もう一つの視点として、災害前の地域の状況についても検討することが必要だろう。

本項では、心のケアセンターの活動に影響を与える要因として、「被災前の地域体制」と「被災状況」の2つに着目し、被災3県心のケアセンター活動の背景を考察する。

### ア) 被災前の地域体制について

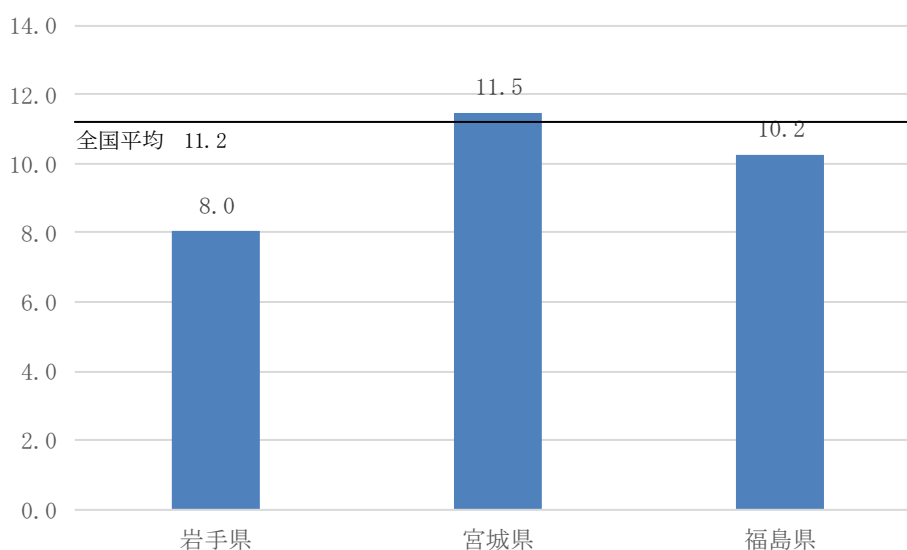
被災前の地域体制について、まず精神医療、保健福祉の各分野について、定量的に各地域の実態を明らかにする。前者については、地域内の精神科医師数、後者については地域の保健師数、精神保健相談数、精神保健福祉センターの人員数を指標とし、リソースの多寡について検討する。その上で、定性的な面で、各県の特徴について整理を行う。

i) 被災前の精神医療、精神保健福祉についての定量的検討

被災 3 県の震災前の精神医療体制について、県内の人口 10 万人あたりの精神科医師数（平成 22 年末時点）の比較は図表 33 の通りである。

宮城県については全国平均並みの医師数を確保しているのに対し、岩手県については全国平均との比較、他の 2 県との比較において精神科医の数が少ないことがわかる。

図表 33 人口 10 万人あたり精神科医師数（平成 22 年） 単位：（人/10 万人）<sup>68</sup>

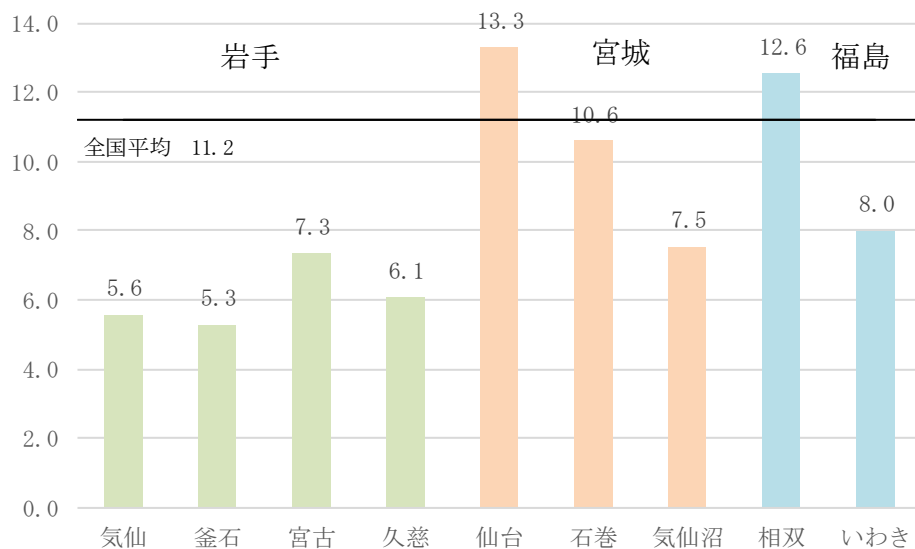


図表 34 は被災医療圏の人口 10 万人あたり精神科医師数を示したものである。ここでも、全体的な傾向として岩手<福島<宮城の順で精神科医師数が少なくなるが、特に岩手については、被災地域における医師数が全県平均よりも少なくなっている。

あくまで被災 3 県の比較における相対的なものであるが、被災前の精神医療の体制については宮城県では全国平均並みの水準であり、岩手県、福島県ではやや医師数の面で少ない状況にあったということが出来る。特に、沿岸部においては顕著であり、被災地域のみに着目した場合、この傾向は全県においてよりも強化されているといえるだろう。

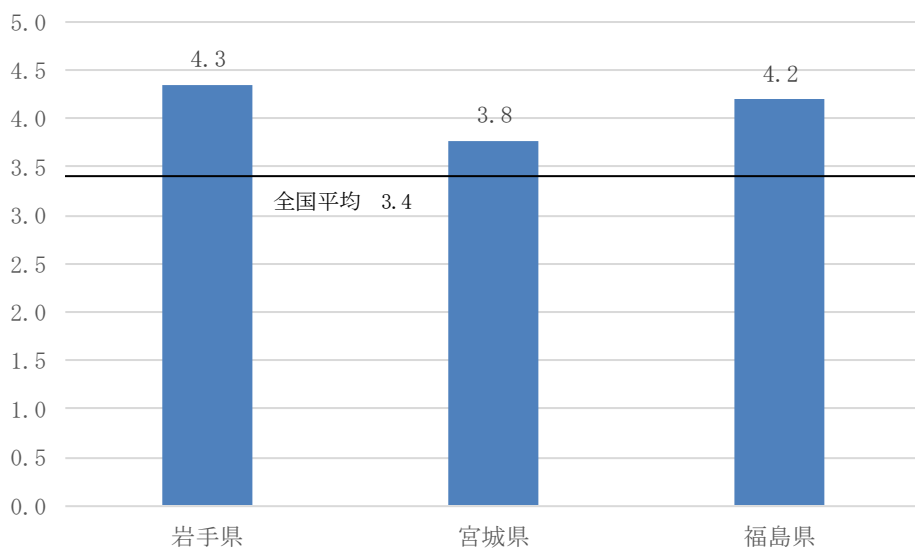
<sup>68</sup> 出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 22 年）

**図表 34 人口 10 万人あたり精神科医師数（平成 22 年、医療圏別） 単位：（人/10 万人）<sup>69</sup>**



被災 3 県の震災前における精神保健福祉体制について、県内の人口 10 万人当たりの保健師数（平成 22 年末時点）の比較は図表 35 の通りである。

**図表 35 人口 1 万人あたりの保健師数（平成 22 年） 単位：（人/万人）<sup>70</sup>**

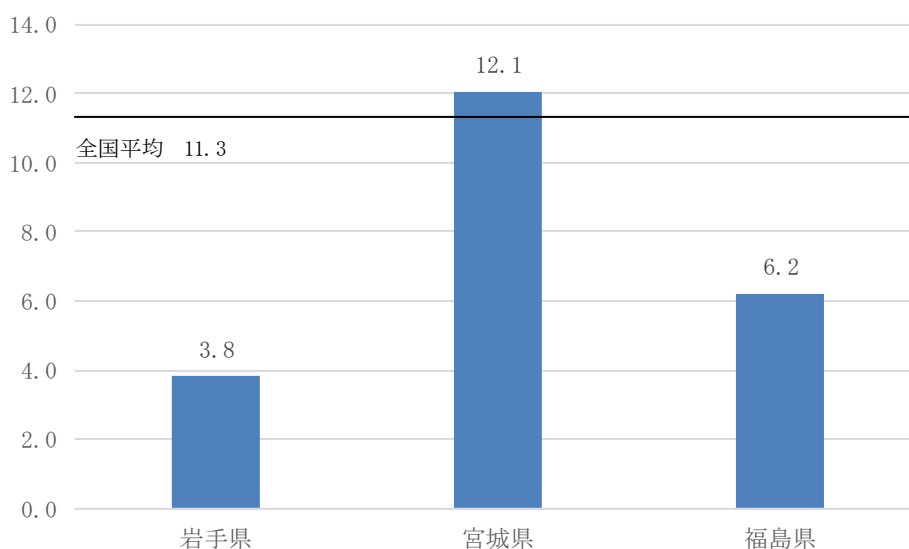


<sup>69</sup> 出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 22 年）

<sup>70</sup> 出所：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 22 年度）

全国平均の 3.4 人/万人に対して、被災 3 県はどこも上回っており、人口比の保健師数の状況は問題ないように見えるが、保健所や市町村の行う精神保健相談のうち 3 割弱は訪問による活動<sup>71</sup>であり、県の広さという要因を無視できない。図表 36 は、県の面積 100 k m<sup>2</sup>あたりの保健師数の比較である。

**図表 36 県面積 100 k m<sup>2</sup>あたりの保健師数（平成 22 年） 単位：（人/100 k m<sup>2</sup>）<sup>72</sup>**



岩手県、福島県はそれぞれ本州で 1 位、2 位の面積を持つ県であり、訪問活動の時間効率は極めて悪い。人口当たりの保健師数は全国平均を上回っているものの、こうした状況を鑑みれば、そのみをもってマンパワーの面で問題がないと言えるものではない。

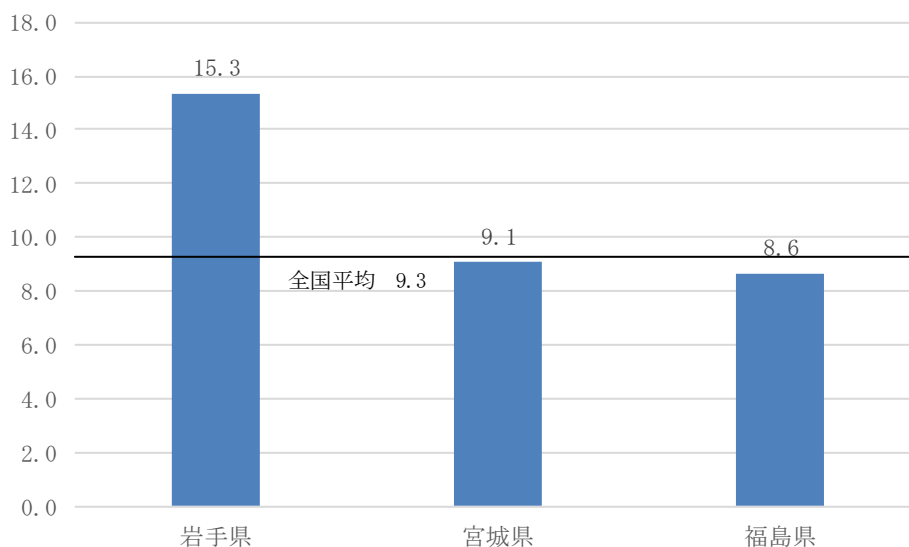
震災前の市町村および保健所が行った精神保健相談数について、保健師 1 人あたりの対応実人数は図表 37 の通りである。宮城県、福島県の対応人数は概ね全国平均並みであるのに対し、岩手県の相談対応人数が突出している。

精神保健相談業務のニーズとサービス供給体制のバランスの面から見て、宮城県、福島県においては概ね全国平均水準の需給バランスであったのに対し、岩手県においては被災前から保健師 1 名あたりの需要量は多かったといえる。

<sup>71</sup> 地域保健・老人保健事業報告（平成 21 年度）に拠ると、市町村、保健所が行う精神保健相談に占める訪問の割合（延べ件数比）は、岩手県 18%、宮城県 26%、福島県 21%で、変動あるものの概ね 20～30%は訪問による相談。

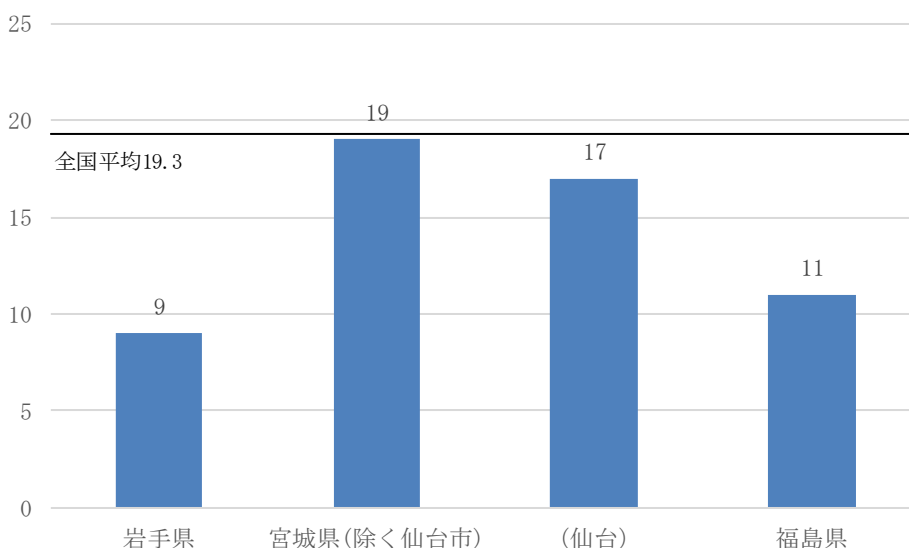
<sup>72</sup> 出所：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 22 年度）

**図表 37 保健師 1 人当たりの精神保健相談実人数（被災前 3 期平均） 単位：人/人<sup>73</sup>**



県の精神保健福祉の企画立案などを担当し、マネジメント的な立場にいるのが精神保健福祉センターである。図表 38 は、各県の精神保健福祉センターの職員数の比較である。宮城県が仙台市を除いても 19 名を擁するのに対し、他 2 県は全国平均を下回っている。

**図表 38 精神保健福祉センターの職員数（平成 21 年度末） 単位：人<sup>74</sup>**



<sup>73</sup> 出所：（相談数）厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」（平成 19 年度・平成 21 年度）  
（保健師数）厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 22 年度）  
※相談数は年ごとの変動あるため、被災前 3 年間の平均値を採用。

<sup>74</sup> 出所：厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 21 年度）※全国平均は政令市の職員数を除いて算出。



定量的な指標の比較によると、総じて岩手県では全国平均や他 2 県と比べて医師、保健師の数は少ない。一方で、宮城県については政令市である仙台市を抱えることもあり、概ね全国平均水準の体制があったといえる。福島県は両者の中間的な状況であった。

## イ) 被災の状況について

### い) 福島県における原発事故の特殊性について

被災 3 県の具体的な被災状況を比較するとき、福島における原発事故の影響を無視することは出来ない。他県における地震、津波災害も同様に甚大なものであるが、原発事故は質的に異なる側面を持っている。

中井<sup>75</sup>は、災害の具体的な内容のバリエーションを 7 つの軸で整理している (図表 39)。

図表 39 具体的災害の要因の組合せ

主な原因	襲い方	原因の持続時間	回復	規模 (直径)	地域性	後遺症
天災	唐突	秒	漸増的	一キロ以内	中心部	心的外傷
人災	漸増的	時間	紆余曲折	百キロ以内	周辺部	心身外傷
混合型	散発的予兆	日～年	予想不能	一国以上	外部	内科疾患を含む

地震、津波と原発事故を上記の整理に基づいて比較したとき、まず前者は純粋な自然災害であるのに対し、後者は人災という側面を持っている。原因の持続時間についても、地震・津波は短時間の出来事であるのに対し、原発事故の持続時間は非常に長期にわたる。また、回復の項目でも、原発事故については、事態の収束に関する明確な展望はなく、予想不能な側面を持っている。

こうした災害の特性による被災者のメンタルへの影響の違いは、具体的な相談の内容として現れることが予想される。<sup>76</sup>

原発事故の災害としての質的な差異が他県との相違を生み出している点として、避難のあり方の違いが挙げられる。避難の長期化、避難規模・範囲の大きさ、統制のなさといった特徴が、福島県独自の困難を生じさせている。

原因の持続時間の長い原発事故においては、長期にわたる避難を余儀なくされるが、東日本大震災においては住民だけでなく役場機能そのものが移転せざるを得ないケース<sup>77</sup>もあ

<sup>75</sup> 出所：中井久雄「災害と日本人」「こころのケアセンター」編『災害とトラウマ』（1999年）pp.173-192

<sup>76</sup> 直接的に放射能被害について相談する相談者が多いわけではないが、相談に至った要因としての被災状況に「住居からの強制退去」をあげる相談者は他県よりも多い。また、住民支援にあたった保健師からは、「東京電力＝加害者と自分＝被害者」という構図から長期間抜け出せず、ストレスを抱えたままのケースが見られるとの報告もある。

<sup>77</sup> 飯舘村、浪江町、葛尾村、双葉町、大熊町、富岡町、楡葉町、広野町、川内村の 9 町村が役場機能を移転。

り、災害後の住民支援に大きな支障があった。また、本来であれば住民避難は市町村ごとにまとまった形で避難することが想定されていたが、東日本大震災の際には、災害後の混乱の中、統制のないまま各自で避難を行っており、さらには、原発事故の影響の不明確さから多くの自主避難が起こった。このため、行政にとって支援すべき住民がどこにいるかの把握に大きな困難を生じることとなった。

その後、時間の経過に伴い元の土地での業務を一部再開している町村もあるが、避難指示が解除されるたびに、その地域の元住民にとっては、避難先からの帰還について意思決定を迫られることとなり、度重なる移住は大きなストレス要因であることが指摘されている。

## ii) 心のケアセンターの活動への影響

心のケアセンターの活動に影響を与えたものとしては、原発事故による役場の移転、および住民の避難先把握の困難性という要因が大きい。

先述の通り、心のケアセンターの役割は災害時における地域精神医療保健福祉体制（特に市町村）の補完であるが、東日本大震災後の福島県においては、役場機能の低下が激しく、他県に比べて心のケアセンターがその役割を代行せざるを得ないケースが多かった。未だ役場の避難が完全には終わらない状況であり、その支援の必要性が継続している。

また、避難指示解除や、役場の業務再開のタイミングはまちまちであり、福島県内でも復旧、復興の状況について格差が生じている。住民についても、様々な状況の住民が混在しており、県全体としての復興のロードマップを描く上で困難が残っている。

役場による住民の避難先把握が困難であったことは、地域アセスメントの困難も生じさせている。支援が必要な住民がどこにいるのか、対応すべきニーズがどれくらいあるのかを把握する一次的な機関としての役割を市町村が担っているが、そもそも住民がどこにいるかの把握に困難がある状況においては、そういった情報についても収集し得ない。

## iii) 災害の規模について

被災 3 県の心のケアセンターは、東日本大震災という一連の災害に対応するために設置された組織であり、災害の規模による影響をその比較から論じることは出来ないが、本来、災害後の心のケア体制を考える上では、災害の規模や範囲も重要な要素である。

東日本大震災以降の災害においては、心のケアセンターが設置されたものとされていないものがある。<sup>78</sup>災害後の心のケアは、本来的には市町村保健センター、保健所、精神保健福祉センターの役割である。災害による需給ギャップが既存の機関の体制強化という方法で対応可能な範囲であれば、原則的にそうすべきであり、心のケアセンターは、それでは対応しきれない状況においてはじめて組織されるものである。

既存機関の強化で対応すべき場合と、心のケアセンターの設置が必要になる場合とをいかなる基準で判断すべきかの整理も必要だろう。

<sup>78</sup> 心のケアセンターの設置がなされたのは熊本地震（2016年）のみ。

### ウ) 被災3県心のケアセンターの特徴について

被災3県の被災前の体制、被災状況を総括すると、図表40の通りである。

**図表 40 被災前の体制、被災状況の総括**

	被災前の体制		被災状況
岩手県	地域体制：人員少 精神保健福祉センター：人員少	岩手医科大学による取組み実績あり。	地震・津波
宮城県	地域体制：人員多 精神保健福祉センター：人員多	仙台市（政令市）があり。県庁の職員は相対的に充実	地震・津波
福島県	地域体制：人員中 精神保健福祉センター：人員少	県庁の人的余力は相対的に少。	地震・津波 原発

岩手県では、定量的な側面から言えば、被災前から精神医療保健福祉体制について、他県に比べて人員は相対的に少なかった。

震災前より、高い自殺率への対策として、岩手医科大学との連携による自殺対策プログラムに取り組んでいた。そのため、県庁と岩手医科大学との関係は従来から構築されており、精神保健福祉センター発行の岩手県における災害時のガイドライン<sup>79</sup>も、岩手医科大学の監修で作成されたものであった。（ただし実際のケア活動に医科大が中心的に関わることは想定していなかった）。

被災前より、相対的に少ない地域精神医療保健福祉体制の人員を医大との連携で補ってきたという捉え方もでき、結果として、被災後の心のケア活動も、同様の体制を引き継いでいると考えられる。被災前の地域の精神医療保健福祉体制の状況から、未だ市町村が心のケアセンターの支援に頼るところは多く、支援の規模が縮小せずに推移している。

宮城県では被災前の地域体制は総じて全国水準並みであり、相対的には充実した体制を持っていたということが出来る。県庁の体制としても、政令市である仙台市を抱えるという事情から比較的に人員には恵まれていたという指摘もある。

一方で、心のケアセンターの設立においては、当時は「心のケアセンター」というものへの認知度も低く、岩手とは異なり地域に馴染みのない組織として活動が開始された。そのため、当初は地域からの認知度も低く、関係構築には苦慮した経緯があった。活動の継続により次第に認知され、市町村が対応できない部分の心のケア活動を支援している。

被災後の状況推移をみると、自治体における平時の体制の復旧、および災害に対応する能力向上が相対的に順調に進んでおり、心のケアセンターの役割が次第にマンパワーの補填からスーパーバイズなどの後方支援に変化している。元来の体制が一定程度の水準を保つ

<sup>79</sup> 出所：岩手県「災害時こころのケアマニュアル（第2版）」（2010年）

ていたことが、こうした状況に繋がっている要因と思われる。

福島県については、地域体制において岩手県と宮城県の中間的な位置にあり、全国平均と比較するとやや人員面で少ない。また、県庁の人員も被災前から定数を割る状況であったことが指摘されており、精神保健福祉センターの職員数も全国平均に比して少なかった。

福島県においては原発災害の特殊性が他県との差異に繋がっている面が大きく、他県に比べて状況の推移が複雑である。他県に比べ、市町村機能が受けたダメージは大きく、被災後の経緯を見ても、未だ役場機能が完全には再開していない町村もあるなど、復旧にも時間を要する状況である。

心のケアセンターの立上げに当たっては、宮城県と同様、地域での認知が高まるまでには時間が必要であったものの、福島県では、当初から震災関連の相談を原則として心のケアセンターに一元的に引き継いで対応する形をとっており、現在でも市町村の心のケアセンターの役割が減じる状況には至っていない。

また、市町村を心のケアセンターが直接支援しており、保健所や県の役割が相対的に薄いという指摘もある。これも、被災前からの県庁の人的不足、および原発事故の特殊性が影響しているものと思われる。

### ③被災3県心のケアセンターの活動について 各論

#### ア) データの収集について

データの収集については、当初は各県の心のケアセンターに任される形で情報収集が行われた。心のケアセンター設立から約1年度の平成25年3月にはDMHISSの運用が始まり、報告用のデータとして、同システムの項目での情報収集が各県で行われた。

一方で、DMHISSは診療録としては活用が難しいものであったため、実務上では各県で独自のシステムを構築して情報収集を行うこととなった。平成29年度末でDMHISS稼働停止後も、各県とも独自のシステムでの情報収集を継続している、

各県とも独自にシステムを構築しているため、DMHISSの項目を基礎としつつも、収集している情報は微妙に異なっている。中長期における情報収集のあり方について、一定の整理を行うことが出来るかというのは、重要な論点である。

#### イ) 人材育成について

心のケアセンターの職員に関する人材育成についても、統一的なモデルは存在せず、各県で独自にプログラムを設計して職員の育成に取り組んできた。

特徴的なのは、ふくしま心のケアセンターにおけるチェックリスト<sup>80</sup>の取り組みである。これは、心のケアセンターの職員がまず身につけるべきスキルについてチェックリスト化し、定期的な上長との面談を通じてスキルの習得状況を管理するものである。

---

<sup>80</sup> ふくしま心のケアセンターでは、中・上級のスキルについても習得のためのプログラムを作成しているところ。

標準化されたスキルのチェックリスト化に加え、現状では経験知に頼っている、ハイリスク者の見極め等についても、形式知化、スキルの継承の重要性が指摘されており、心のケアセンター業務の更なる標準化、スキル習得の効率化は今後に向けての課題の一つである。

#### ④本節の総括

本節では、被災3県心のケアセンターの活動についてその概要の確認、再整理を行った。第1章での記述と合わせ、各県心のケアセンターの特徴を整理したのが図表41である。

図表 41 被災3県における心のケアセンターの活動の再整理

		岩手県	宮城県	福島県
共通点	活動領域	中長期における精神保健福祉		
	支援方法	訪問（アウトリーチ）を中心とした住民支援		
	行政との関係	原則として、後方支援が中心		
	職種	多職種による支援		
相違点	事業委託先	岩手医科大学	精神保健福祉協会	
		既存の自殺対策プログラムとの連続性	地域に馴染みのない組織として設立。当初は組織運営、市町村からの認知度の面で苦慮。	
	支援対象者へのリーチ・	健康調査（市町村） 行政からの紹介	健康調査（県） 行政からの紹介	行政からの紹介
	行政機関との関係性	市町村の取組みに応じた形での支援。市町村の医療保健福祉の人員は少。支援の強度変わらず推移。	市町村が対応できない部分を対応。市町村の能力向上し、心のケアセンターの役割は補助的サポートに移行。	震災関連の相談は原則として心のケアセンターで一元的に対応 保健所、県の役割が薄い。
	データの収集	独自のシステム	独自のシステム	独自のシステム
	人材育成	研修会の実施	研修会の実施	チェックリストの活用

共通点として、支援領域としての中長期の精神保健福祉、支援手法としてのアウトリーチという特殊性、行政との関係における後方支援という立ち位置、多職種による支援という特徴が被災3県心のケアセンターに見られた。

総論として、心のケアセンターは被災3県および委託先機関にその活動内容や運営について任される形で設立され、独自の工夫により運営されてきた。そのため、各県の被災前の体制や被災状況に強く影響を受けた形で心のケアセンターが設立され、それぞれの活動の特徴に結びついているものと思われる。

災害時の心のケアにおいては、地域状況に応じた活動の調整・工夫が重要であることは言

うまでもない。一方で、将来の災害に備え、一定の心のケア活動のモデルないしはロードマップ（組織の立上げ、運営、撤退等について）を予め共有し、備えておくことは、今後の災害において有効な心のケア活動を行ううえでは重要な点であるといえる。こうした、心のケアの標準モデルのようなものがどのようなものであるべきか、それをどのように普及させていくかということは本事業の重要な論点である。

また、心のケアセンターが行っているのは市町村をはじめとする地域精神医療保健福祉体制の補完であって、地域における心のケア活動のうちの一部であるということが本年度の調査で確認された。災害時の心のケア活動は地域全体で行うものであり、心のケアセンターのみで行うものではない。心のケア活動の全体像について検討するにあたっては、より広く地域全体の状況や、災害前・平時の状況などに視野を広げて検討していく必要があるだろう。そうした広い観点からの検討を行うことも、本事業において今後取り組むべき課題である。

(2) 心のケアに関する諸活動を進める上での主な課題

①データの収集・蓄積・分析・活用についての課題

データの収集・蓄積・分析・活用について検討するためには、まず「データ」とは何かを整理する必要がある。図表 42 はデータについて 3 つの軸で整理したものである。

図表 42 データの分類軸

時期 (データの時間軸)	対象 (データの主体)	内容 (データの内容)
直後・急性期	個人	ニーズ・リスク
中長期	地域	供給力

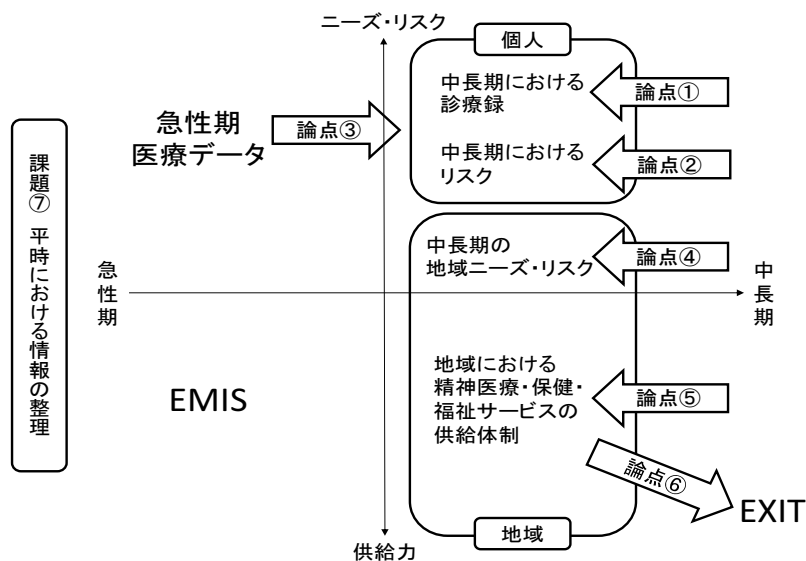
まず、データの時間軸として、直後期・急性期のデータと、中長期におけるデータに分類できる。

2 つ目の軸はどんな主体についてのデータかということであり、個人に関するデータと、地域に関するデータに分類できる。急性期の医療チームの記録や DMHISS で収集していたデータは、個人の診療録であり、前者に分類できる。後者については、本事業において収集の必要性を指摘したものの、収集の方法、主体、指標などは整理されていない。

最後の軸は、ニーズ・リスク、すなわち支援の必要性（需要）と、支援の供給力に関するデータに分類できる。診療録は前者を検討するのに用いるデータであり、EMIS で集めている病院などに関するデータは後者に分類できる。

今後のデータの収集・蓄積・分析・活用に関する課題について、概念図を示したのが図表 43 である。

図表 43 データに関する課題の概念図



具体的な論点を挙げていくと、先ず中長期における情報収集はどのような形が望ましいのかということについてである。

**論点①：中長期における個人の診療録をいかに取っていくべきなのか**という論点について、中長期にわたり支援を要する住民について、その支援の記録は、何の項目について、どんな形で、どう情報を蓄積していくべきなのかということである。

**論点②：中長期における個人のリスク**について、中長期において、個人が抱えうるリスクはどんなものなのか、どの程度のものなのか、長期においてはどのような要因のもとでどのようなリスクを抱えうるのか、それに対しどう対処すべきなのかということである。中長期における個人が抱えるリスクのモデル、ないしは災害後中長期に渡って個人が遭遇しうるリスク要因のストーリーモデルを提示することで、情報収集の方針も定まり、また支援においても、リスクの見極めに資することが出来る。

これまで、地域の状況についてのアセスメントは体系的に行われてこなかった。それに関する論点として、

**論点③：急性期の情報との連携・接続**も一つの課題である。急性期の診療録（現在、DPATや日赤ではJ-SPEEDの活用が検討されている）から中長期の支援への情報連携について、こういった形が望ましいかは未整理である。心のケアセンターの活動においても、急性期からの情報収集の重要性は指摘されている。こういった情報を引き継ぐべきか、それを制度面、システム面でどう設計するかといったことは検討していく必要がある。

地域についての情報収集ということについてはこれまでフォーカスされてこなかったが、支援リソースに限られる中で、地域のニーズ・リスクや、精神医療保健福祉サービスの供給体制をチェックし、補完すべき需給ギャップを把握することは効率的な支援を行う上で重要であり、また支援のクロージングを考える上でも必要である。

**論点④：中長期の地域ニーズ・リスク**について、まず個人と同様に、発災後のニーズ・リスクがどのように推移していくのかということについて、標準的なモデルが描けるかどうかを検討していくことが一つの課題である。さらに、地域内のニーズ・リスクの現状について、誰が、どのタイミングで、どのエリアについて、どの指標を用いて計測すべきかという点は大きな論点である。

**論点⑤：中長期における地域の精神医療保健福祉サービスの供給体制**について、地域の本来的なサービスの供給主体（市町村、保健所、精神保健福祉センター等）が、災害によってどのようなダメージを受け、現在の支援供給能力はどのような状態にあるのかということ把握する必要がある。また、それをどの指標で把握していくのかということも検討しなくてはならない。

**論点⑥：心のケアセンターの支援の終了に関する情報**について、何をもとに終了の意思決定を行うのかは課題である。原則としては、災害によって発生した地域の需給ギャップを補完することが心のケアセンターの役割であるから、このギャップが本来の精神医療保健福



社体制で対応可能な範囲になった時点で心のケアセンターによる支援は終了することになる。その判断のためには、地域のニーズ・リスクとサービス供給体制の状況を把握し、そのギャップについて正しく知る必要がある。必要な情報収集については、前掲の論点において指摘したとおりであるが、それらの情報をどう組み合わせる支援の終了を判断するのかということもまた重要な論点である。

**論点⑦：平時における情報の整理**について、災害の影響を判断するためには、平時における地域の需給について正しく把握していなければならない。平時において、どのような情報を、どのように収集しておくべきか、既存の統計などの資料をどう利用すべきかということも検討の必要がある。

その他、データの収集・蓄積・分析・活用に関する別視点からの論点としては、

**論点⑧：現場での活用を考慮したデータ収集の方法**についても検討する必要がある。被災3県における心のケアセンターでの情報収集は、まず DMHISS があり、先述の通り、これは項目数の多さ、集計の不便さ、フィードバックのなさという点で、現場にとっては負担がありかつ活用も難しいものであった。結果として、各心のケアセンターでは独自のシステムを構築してデータ管理を行ったが、現場にとって必要な情報を、負担感なく管理できるデータ管理のあり方について検討すべきだろう。

**論点⑨：個人情報の含むデータの管理**については、法律面を含めて検討していく必要がある。他機関でのデータの共有については、個人情報についての取り扱いがハードルになっている。また、取り扱いについて、明確な指針がなく、自治体や各組織それぞれの判断によっている部分が多い。災害時における支援においては、必要な情報を必要な相手と共有することが必要であるが、当然それによって住民への不利益が発生してはならない。実務と法的側面の両面から個人情報の取り扱いを整理し、指針を示すことを検討する必要がある。

## ②心のケアに関する新たな組織の立上げと運用、地域への移行についての課題

### ア) 心のケアセンターの立上げについて

心のケアセンターの立上げについて、東日本大震災の際には、先述の通り心のケアセンターというもののモデルがなく、各県に先ず任される形で心のケアセンターが設立された。ここでは、心のケアセンターの立上げおよび取るべき組織の形についての課題を検討する。

**論点①:心のケアセンターの立上げ有無の判断について**整理する必要がある。心のケアセンターは災害時において必ず設立されるものではなく、被災の状況や地域の状態からその設立有無が判断されるものである。心のケアセンター設立の判断について、誰が、いつ、何を基準として判断するのかについて十分に検討する必要がある。

**論点②:心のケアセンターの組織について**、検討すべき点を整理する必要がある。

**論点②-1:心のケアセンターの規模について**は、被災状況に応じて検討される必要がある。東日本大震災被災3県では、3県とも50~60名程度の組織を作っているが、熊本県では、常勤・非常勤含め14名<sup>81</sup>で活動している。

**論点②-2:心のケアセンターで確保すべき人員について**、心のケアの専門職だけでなく、マネジメントや、情報分析など事務・間接部門の専門職についても当初から確保すべきとの指摘がなされている。効率的な支援活動を行うにあたり、必要な人材の整理が必要である。

**論点②-3:心のケアセンターの組織形態について**、特に大規模な心のケアセンターが設立される場合、その組織の形についても予め検討しておくべきとの指摘がなされている。例えば、職制の階層構造や、意思決定の方法（誰が、いつ、何をもちいて決めるのか）については明確にしておく必要がある。

**論点②のまとめ**として、災害規模などに応じて、いくつかのサイズの心のケアセンターの標準的モデル（規模、職種構成、組織構造）を作っておくことは今後の取り組みとして有効であろう。また、論点①とも関連して、心のケアセンターを設立しない場合の地域体制強化の形についてもモデルを提示できれば、災害時における支援体制のモデルについて、連続性のある形での整理が可能であり、災害後の心のケア活動の指針として有効であろう。

**論点③:災害後の心のケア活動の初動を判断するための指標・基準の整理**も重要な論点である。心のケアセンター設立の有無、作る場合の規模などについて、何をもちいて判断するのか、一定の指針を設けることで、災害発生時の意思決定をスムーズに行うことが出来る。

また、心のケアセンターの立上げに関する検討の総括として、**論点④:災害発生後の心のケア活動の立上げに関するロードマップ**の整備を行うことも今後の課題である。熊本地震の際には、神戸市の保健師によって災害支援活動のロードマップが作成されており、活動の指針として有効であった。同様に、心のケア活動についても、災害後の動きについての標準的なロードマップを示すことが出来れば、今後の災害対策に資するところが多い。

ただし、こうしたモデルやロードマップはあくまで災害対策の標準形であり、個別の災害に対して硬直的に運用されることは避けなくてはならない。

<sup>81</sup> 2018年9月時点。

### イ) 心のケアセンターから地域精神医療保健福祉体制への移行について

その目的から言えば、地域の心のケアに対する需給ギャップが解消された時点で、心のケアセンターの役割は地域の精神医療保健福祉体制に移行されるべきである。

一方で、東日本大震災のような大規模災害において、心のケアセンターから地域体制への移行が行われた先行事例はない。今後、こうした移行が行われるのに備え、その方法や課題について整理しておく必要がある。

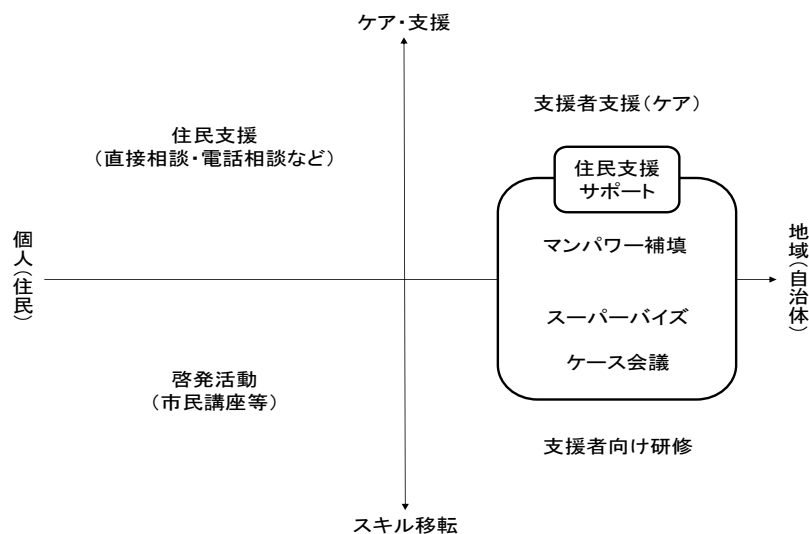
**論点①: 心のケアセンターからの移行時期をどう判断するのか**について、誰が、いつ、どのような基準をもって、心のケアセンターから地域体制への移行が可能であると判断するのかということについて検討が必要である。上述の目的から言えば、地域のニーズ、供給力を把握し、そのギャップの状況を評価するというのが一つの考え方だが、そのどちらにしても把握・推計するための手法は定まっていない。そうした指標の開発も含め、検討していく必要がある。

**論点②: 地域精神医療保健福祉体制への移行プロセス**について、現在、心のケアセンターが行っている業務を地域に移行、あるいは縮小、廃止していくことになるが、それによって地域住民の心のケアに悪影響をもたらしてはならない。また、地域の支援の担い手にとっても、業務の増加に備える必要がある。こうした問題の発生を避け、ソフトな形で心のケアセンターの業務を地域の精神医療保健福祉体制に移行していくためのロードマップの整備や、そのための体制整備について、検討を行う必要がある。

### ウ) 心のケアセンターの役割について

心のケアセンターが担うべき役割について、ヒアリング等から見えてきたことを整理したのが図表 44 である。

図表 44 心のケアセンターの役割の整理



心のケアセンターが設立される目的は、災害時における心のケア需給のギャップを埋めることであり、地域の支援者を量的・質的側面から支援することである。そのために、支援の供給を増やす主体になるという側面と、スキル移転によって地域の供給力の増強を図るという側面との両側から活動を行っていく。

本項では、心のケアセンターのケア・支援といった活動に関する論点について検討し、スキル移転に関しては、人材育成としての側面に着目し、次項にて検討を行う。

**論点①：支援者支援（ケア）について**、大規模災害において、支援者の疲弊は本質的な問題であり、またそれは災害早期のみならず、中長期においても重要な課題であると指摘されている。また、自治体職員が非専門職の支援者に自らの苦悩を語ることの困難さも指摘されており、現状では心のケアセンターが中長期の支援者のケアを担う組織としては相応しいと考えられる。その必要性を認識するとともに、どのように行っていくかを検討する必要がある。急性期においては日本赤十字社が結局的にケア活動を行っているが、中長期においても、日赤の活動を参考にしつつ、積極的に行うべきである。

**論点②：住民支援の方法について**、心のケアセンターでは訪問活動が中心であるが、移動による活動の非効率性が指摘されている。電話やIT技術を用いた遠隔ケアの一部利用など、活動の効率化についても検討する必要がある。

**論点③：自治体が行う住民支援のサポートのあり方について**、心のケアセンターによる住民支援のサポートには、マンパワー補填による支援業務の代行という有り方と、スーパーバイズやケース会議の同席によるスキル面での補完というあり方があることが指摘されており、その中でも、マンパワーの補填はより「支援」の側面、スーパーバイズやケース会議への同席はやや「スキル移転」の側面に近い活動であると性格づけられる。時間軸の中で自治体の能力が向上することで、前者から後者へと活動の重心が移っていくことも報告されている。支援方法の変化は自治体側からのニーズの変化に応じて行うものであり、心のケアセンターの側から変化を促していく性質のものではないが、心のケアセンターの地域への関わりのバリエーションとして整理しておくべきである。

### ③心のケアを担う人材の確保・育成および他機関との連携についての課題

#### ア) 心のケアセンターの職員の確保・育成について

心のケアセンターが新たに設立される際は、一般に既存の社会資源では対応が難しいと判断されている状態である。既に社会資源が逼迫している状況で、支援に携わるスタッフをどう確保・育成するのかという課題について検討する必要がある。

**論点①: 心のケアセンタースタッフの確保**について、単年度契約という仕組みや一定期間後に撤退する前提の組織であることに依るキャリアパスの不明瞭さが、就業の際の課題になっているという指摘があった。職員にとっての心のケアセンターが就業に足る魅力を備えている必要があるが、その際に個人のボランティアに頼らない仕組みを構築すべきとの指摘もあることから、心のケアセンターを地域精神医療保健福祉体制の中にどう位置づけるのかも含めて検討する必要がある。

**論点②: 心のケアセンタースタッフの育成**について、心のケアに関するスキルが経験則によるところが多く、継承が難しいという指摘があった。また、幅広い課題への対応が求められるという心のケアセンターの業務固有の性質から、既存の心理職の職能では不十分との指摘もあり、心のケアセンターでの活動に求められるスキルセットの標準化について検討していく必要がある。

#### イ) 地域に対する心のケアのスキル移転について

前項で指摘したとおり、心のケアセンターを設立する目的は、災害時における地域内の心のケアに関する需給ギャップを補填することであり、中長期的には地域に対してスキルを移転し、供給力を向上させていくことも重要な活動である。

**論点①: 地域の支援者に対する技術移転について**、上記の通り、地域の支援主体の支援供給力を高めることは心のケアセンターの重要な役割と認識されるべきである。どのような研修が行われるべきか（研修内容、方法）、時間軸に沿ってそれぞれの時期に必要な研修は何か、地域のレベルに応じた研修の仕方など、効果的なスキル移転の方策については検討が必要である。

**論点②: 一般市民向けの啓蒙活動について**、地域のレジリエンスを高めていく上では、住民の心のケアへの理解と、セルフケア能力の向上が有効である。どのようなタイミングで、どのような内容の啓蒙活動を行うべきか、またどのような形での活動を行うべきかということについて、整理する必要がある。

#### ウ) 心のケアセンターと他機関との連携について

**論点③: 心のケアセンタースタッフと多職種・機関との連携**について、心のケアセンターの活動に際して地域の関係機関との連携が不可欠という指摘があった。現実的に、災害時に必要な心のケアについて全てを心のケアセンターが担うことは不可能であり、また、最終的には地域精神医療保健福祉体制に役割を移行することから考えても地域の関係機関との連

携は必要であるが、心のケアセンターの役割が不明瞭であったことから、設立当初は連携が十分に取れていなかったという指摘もあった。地域精神医療保健福祉体制との協力体制を早期に構築するためにも、どのように連携して活動するのがイメージできることが重要であり、連携モデルの標準化とそれを関係機関に平時から普及させる方法について検討していく必要がある。

#### ④社会全体の理解増進に向けた課題（アーカイブ化の必要性）

今後新たな災害が発生した際の心のケアについて、発生後の対応も重要ながら、災害の影響を如何に抑制するかも重要となる。

**論点①：心のケアに関する地域精神医療保健福祉体制の充実**について、平時から心のケアについて関係機関が連携を取り、必要に応じて訓練等を行うことが望ましいという指摘があった。地域精神医療保健福祉体制において心のケアは後発の概念であり、これまで積極的には推進されてこなかった側面もあるが、心のケアセンターという実践活動からそのノウハウを如何に地域精神医療保健福祉体制に還元するか検討する必要がある。

**論点②：心のケアに対する社会全体の理解増進**について、論点①の前提として心のケアの必要性に対する社会全体の理解が浸透している必要がある。実際に一部の地域では精神医療を利用することそのものがスティグマになるために心のケアの提供の際の障害になっているとの指摘もあり、仕組みを整えるだけではなく、利用する側の啓発活動も同時に行う必要がある。また、地域のレジリエンス向上の観点からも市民同士の相互の見守りや助け合いは重要という指摘があり、社会全体に心のケアに関する理解を如何に普及させていくかについて検討する必要がある。

**論点③：心のケアセンターの活動のアーカイブ化**について、心のケアセンターの活動を参照可能な形でアーカイブ化することは、今後災害が発生した際に大きな助けとなると期待される。また、論点②を達成するための一助にもなることから、その内容と形式についてどのようなものが効果的であるか検討する必要がある。

**論点③-1：心のケアセンターの活動のアーカイブの内容**について、これまで3県の心のケアセンターをはじめ、関係機関で個別に記録されてきた量的なデータを集約する必要がある。また、心のケアの支援活動においては多分に現場での経験の蓄積に依存する要素があるとの意見もあったが、現在3県において支援に携わっている支援者が今後何らかの事情で現場を離れる可能性もあるため、それらの質的な経験則についても、例えば体験談の記録のような形で蓄積していく方法も有り得る。

**論点③-1：心のケアセンターの活動のアーカイブの形式**について、公開する対象や範囲を吟味したうえで、それに適した媒体で記録する必要がある。情報へのアクセスの利便性と保存の堅牢性を両立するにはどのような保存形式が適切か検討する必要があり、特にプライバシーに関わる内容については慎重な扱いを要する。報告書形式だけでなく、資料館としての保存や体験型のアーカイブも含めた幅広い可能性を検討したい。

### (3) 次年度以降の調査研究概要(案)

本年度の成果や課題等を再確認したうえで、次年度の調査研究の焦点となり得る点を整理する。

#### ①データの収集・整理部門について

##### ア) 現状(平成30年度調査において判明した事実関係および課題等)

- ・平成25年3月より災害精神保健医療情報支援システム(DMHISS)が共通システムとして運用されたが、入力情報の粒度が細かすぎる、名寄せ集計が出来ない、現場への適時的なフィードバックがない、等々の課題があったとの意見が多い。
- ・そもそも、DMHISSへの期待が立場に拠りまちまちであり、ユーザーの定義、要求事項の整理、運用方針の共有などが十分に行われていないままにシステムが開発・運用されたとの問題点も指摘されている(緊急時の対応としてやむを得ない面があることについても多くが理解しているが)。
- ・被災3県においては、DMHISSとは別に独自の情報管理システムを構築運用し、固有の情報を蓄積している。
- ・中長期における情報収集・蓄積のあり方については十分な検討がなされていない状況である。

##### イ) 平成31年度調査の取り組み目標、実現アプローチ

- ・ DMHISS、被災3県独自の情報システム等で蓄積してきたデータ項目を可視化したうえで、心のケア対策等に関する活動に関して各システム固有のデータと共通のデータを峻別しつつ、データ一覧を作成する。DMHISSについては既知だが、被災3県独自の情報システム内に存在する諸データについては各県を通じて各心のケアセンターに提供等を依頼することになる。
- ・ 各データ所有機関より(出来る限りの)心のケア対策に関する諸活動の生データを提供いただくことを目指す。特に、被災3県の県、心のケアセンター、市町村、保健所等が保有している心のケア活動に関する諸情報を把握する。各県の保健福祉部を通じて、県庁内関連部署及び市町村への調整をお願いしていくことになる。
- ・ 被災3県において、心のケアに関する支援活動を行った／行っている民間団体(NPO、医療機関、学術団体等)が管理していた／いる諸情報を把握する。被災3県の関係者へのインタビューにより対象団体を発掘し、当該団体に接触していくアプローチをとる。
- ・ 整理したデータの管理・共有・活用を促進するためのカテゴリーを開発する。例えば「①心のケアに関するニーズに関するデータ」、「②心のケア対策にあたるリソースに関するデータ」、「③心のケア対策の活動記録(支援対象者個票、支援者側の活動記録等)」、「④心のケアに関する連携先組織に関するデータ」といった分け方も一案である。現状は、心のケアの活動等を如何なる視点から整理すべきかという基礎的な検討がないため、関係者の間でも議論が噛み合わない状況にある。
- ・ 被災3県以外の自治体、公的団体、NPO等の民間団体における心のケア支援活動情報の記録・管理の実態を把握する。



- ・ 仮に個人情報を含むデータを取り扱うとした場合、心のケア活動を適切に推進していくために、個人情報のどのような部分までを、どのような範囲の関係者が共有すべきか（あるいはすべきでないか）といった点について主要な論点を整理しておく。

#### ウ) 平成 31 年度調査の主な活動内容（案）

##### ○ データ収集・整理に関する調査研究ワーキング(仮称)の設置

データ収集・整理等に関する実態を把握し、実務的課題の整理、データマネジメントの在り方等を多角的に調査研究するため、心のケアに携わる専門職、行政スタッフ、各種専門家等から成るワーキンググループを設置する。

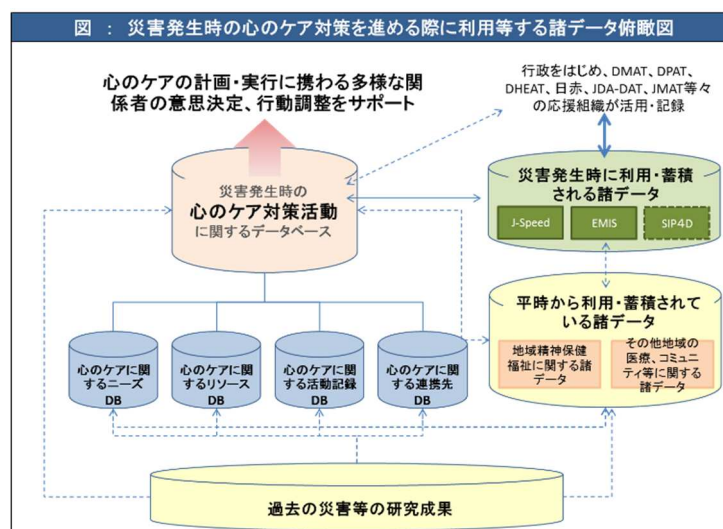
当ワーキンググループは、心のケアに関するデータ収集・整理の各種調査を方向付け、具体的な方法論を検討し、調査結果の解釈及び含意の明確化等を行う実践の場としていく。おおよそ隔月での開催(年間計6回)を予定し、以下のようなメンバー構成としていく計画である。

データ収集・整理に関する調査研究ワーキング（仮称）のメンバー構成案	
a.	心のケアに関するデータの管理に従事してきた当事者の方々(例:心のケアセンターの担当者、精神保健福祉センターの担当者等)
b.	心のケアに関するデータと、地域精神保健福祉の情報を総合的に把握する立場の方々(例:被災3県の県庁保健福祉部の担当者、市町村の保健福祉課の担当者等)
c.	心のケアに関する研究者・臨床家(例:被災3県において心のケアに携わった精神科医師、看護師、保健師、精神保健福祉士等の中でデータ分析等に通じているの方々)
d.	データマネジメントの専門家(例:データの管理・活用等の技術に精通し、かつ災害時の保健医療福祉活動等に知見を有する専門家)

##### ○ 心のケア活動に関連するデータの可視化・一覧化・分析

大規模災害発生時には、被災地の支援、自律的回復等に向けた諸活動の円滑化に向けて、様々な分野のデータが活用され、蓄積されることになる。本調査研究では、心のケアに関するデータの可視化を行うことが主眼であるが、心のケア活動は他の活動との連携・融合が極めて重要であることから、被災地の実態や諸救援活動の実績・動向等を示すデータ群の俯瞰的整理を行う(次図)。

具体的には、まずは被災3県における心のケア活動等の蓄積データ(DMHSS報告用以外の各県独自データを含む)の収集・分析を行うことで、ボトムアップ的に「大規模災害時の心のケア活動等のデータ一覧」を作成する。入手したデータは多角的に分析し、各データの記録・管理・活用可能性等について評価する。特に、各県の心のケアセンターの活動状況を示す諸データについては真っ先に入手・分析しておく必要がある。その上で他システム等にスコープを順次拡大していくことになる。



それと並行し、「災害発生時に利用・蓄積される諸データ(J-SPEED、EMIS、SIP4Dなど)の詳細を把握する。各システムで記録するデータ項目を一覧化すると共に、災害時に具体的にどのように実践されたのかのケース分析を行う。同じシステムも立場やタイミングが異なれば利用可能性や評価が異なることから、複数の立場の実務家等へのヒアリングを行い、立体的な把握を目指す。災害発生後の時間経過に伴い、被災地域・被災者の状況が刻々と変化すること、同時に支援側の主体も入れ替わっていく中で、どのようなデータがどのように引き継がれるのか、あるいは引き継がれないのか等の実態を整理することになる。

さらに、災害時の心のケア活動を方向付けするためのデータとして、「平時から利用・蓄積されている諸データ」としてどのようなものが存在し、利用されているのかを可視化する調査を行なう。これには特定地域の全面的な協力が不可欠であり、被災3県の県保健福祉部等を通じて、比較的アクティブに諸データの活用を実践している自治体を紹介いただき、当該自治体に密着したフィールドワークを行う予定である。

## ○ 災害時の医療・心のケア等の記録システム、データ管理等に関する研究実践の把握

災害時における医療保健福祉活動の記録・共有の方法については様々な研究および実践が進められている。心のケア対策のデータマネジメントの在り方を検討していく上で、関連する研究と実践を把握・分析しておく。例えば、国立病院機構大阪医療センターは、救命救急センターでER経過記録システムをベースに電子災害医療診療記録システムを構築し、熊本地震の際にDMATが現場で運用を試みた。同システムの記載項目は、日本救急医学会が2015年6月に公開した「災害診療記録」に基づいており、災害時における標準的な診療記録をつくることを目的に、日本救急医学会、日本診療情報管理学会、日本病院会、日本医師会、日本集団災害医学会の5団体で検討・作成したものだという。

また、民間企業においても災害時の情報伝達等を支援しようとする試みが実践されている。セコムは「セコム災害情報サービス」として本業の一環として取り組んでいる。NTTドコモは「通信」面から災害時の各種支援を表明している。そのような民間企業等の取組と、心のケア対策の活動が何らかの接点を持ち得るのかを検討しておくことにしたい。

## エ) 期待される成果

### ○ 心のケア対策に関するデータの標準化を促進できる

- ・ 本研究調査を通じてデータの標準化を行うことで、心のケアの実施主体、連携主体が最低限共有すべきデータとその意味が明確化され、組織運営や情報システム開発等の効果的な活動を促すことが期待できる。
- ・ 標準化されることで全国的な心のケアに関するデータマネジメントの普及が加速される。
- ・ データの標準化が進めば、情報システムの開発コストも低下し、利用しやすいものになる。

### ○ 心のケア対策の多職種連携を促進できる

- ・ 災害時には域外から多様な団体・個人の応援部隊が入るが、その間の連携が十分に取れていないとの問題があった。外からの応援部隊としての医師・看護師・保健師などが共通のデータを持つことで相互連携が円滑になることが期待できる。 ※データ共有の際の個人情報の保護の在り方について十分に検討しておくことが前提になる。

### ○ 平時における精神保健福祉活動のデータ管理が促進される

- ・ 平時において管理すべき情報・データを明確化することで、各地域での取り組みが促進される。その結果として、被災時における心のケア活動の質向上に寄与する。

## ②データの調査・分析部門について

### ア) 現状（平成30年度調査において判明した事実関係および課題等）

- ・ DMHISSの情報は、国レベルのステークホルダーへの報告が主な役割との意見があり（立場に拠り若干のずれはあるが）、被災3県においては十分な活用はなされていなかったようだ。
- ・ 被災3県の心のケアセンターでは、（程度の差はあるが）それぞれが自組織の活動結果を分析している。ただし、それらはセンターの活動を示すものであり、県内あるいは特定地域の心のケアに関する活動等の全体を現すものではない。
- ・ 地域全体の状況（ニーズ、医療体制等）をアセスメントし、実態に応じた支援体制等を検討する必要性については同意があるものの、それがある程度定式化された形で実践された事例は現時点では確認できていない。また、その手法（いかなるデータに基づきどのように見極めるのか）についての共通見解があるわけでもない。
- ・ 地域全体のアセスメントを行う主体は市町村であるとの見解もあるが、他方で、実態としてそれを行う能力・マンパワーへの疑問も呈されており、保健所の圏域が担うべきとの意見もある。
- ・ 被災3県の心のケアセンターの立上げ・日々の運用、そして今後の在り方については、地域事情を反映し、一定の違いがあるようだ。

## イ) 平成 31 年度調査の取り組み目標、実現アプローチ

- ・ 「心のケア」に関する意思決定のタイミングと内容を可視化する。だれが、いつ、何について、どのような意思決定を求められているのかを明らかにすることが、各種データの有効活用的前提になる。
- ・ 各データのユーザーおよび活用目的(だれがどのような、意思決定等にどのような頻度で用いるのか等)を定義する。それを踏まえて、各データの性格(例えば「絶対に必要なもの」または「出来ればあった方が望ましい」などといった具合に)を明確化する。
- ・ 活用目的毎に必要な標準的なデータセットを仮設定し(最終的には次年度に確定)、各データの発生源と把握方法を明確化する(県や市町村により異なることが想定される)。
- ・ 災害後、中長期において被災者等が置かれた状況の変化を見るための「標準的モデル」を作成する。ここでいう標準モデルとは関係者の行動を一意に規定するものではなく、関係者が共有し、それがあつたことで建設的な議論を可能にしていくものを指す。
- ・ 地域の「心のケアに関する需要と供給のバランスを把握し、適切な意思決定のサポートに寄与する行為(=地域アセスメント)」の方法論を検討し、一定の方向性を示す(具体的な開発は次年度)。
- ・ 大規模災害時における心のケア対策の体制構築の考え方・方法論を検討し、一定の方向性を示す。とりわけ、追加的・一時的な組織である心のケアセンターを新たに設置する際の判断基準、設立方法、組織マネジメント方法、最終的には閉じ方等についての考え方を整理する。

※大規模災害時におけるメンタルヘルスケア等に関する対策等に触れた国内外の論文をレビュー・分析しておく。

## ウ) 平成 31 年度調査の主な活動内容(案)

### ○ 調査・分析ワーキング(仮称)の設置

前述の「データ収集・整理等に関する調査・分析ワーキング(仮称)」等で収集した各種データの分析方法、活用方法を実践的に調査研究するため、心のケアに携わる専門職、行政スタッフ、各種専門家等から成るワーキンググループを設置する。

当ワーキンググループでは分析方法等を提言するのみならず、データ収集・整理等に関する調査・分析ワーキング(仮称)と共同で、各種データの分析を実際に行う。その際、データをこねくり回すことに終始するのではなく、必ず実際の政策形成や現場での判断といったデータが活かされる文脈と紐づけた分析を進めていくことが一つのポイントである。おおよそ隔月での開催(年間計6回)を予定し、以下のようなメンバー構成としていく計画である。取り扱う領域が重なることから、「データ収集・整理等に関する調査・分析ワーキング(仮称)」との共同開催も必要に応じて検討する。

### 調査・分析ワーキング（仮称）のメンバー構成案

- a. 災害時に心のケアに関する諸活動を組織化・制御していくべき立場の行政職員（例：被災3県の県庁保健福祉部の中核職員、市町村の保健福祉課の責任者等）
- b. 災害時に心のケアに関する諸活動の代表的主体になる組織の方々（例：精神保健福祉センターの幹部、心のケアセンターの幹部等）
- c. 心のケアの諸活動に精通する災害精神科医（例：被災3県において心のケアに携わった精神科医師）
- d. 心のケアに関する専門職（例：被災3県において心のケアに携わった看護師、保健師、精神保健福祉士等の中で現場と本庁等での行政経験をお持ちの方々）
- e. 組織における意思決定の専門家（例：災害時の行政組織の在り方等を研究している研究者）
- f. データ分析の専門家（例：保健医療福祉活動等にも知見を有する統計学者）
- g. 質的研究の専門家（例：保健医療福祉等の現場で臨床的研究実践を行う研究者）
- h. 地域精神保健福祉の政策に精通する専門家（例：精神障害にも対応した地域包括ケアの構築に関わっている研究者）

#### ○ 災害時の心のケア対策の意思決定ポイントの可視化等

主体別（市町村、県、国、精神福祉保健センター、保健所、保健センター、心のケアセンター、地域医療機関、地域外からの応援チーム等）、時期別（発災直後期、急性期、復興期等）に、どこでどのような判断が求められるのかについて大まかな見取り図を作成する。

まずは記述的なアプローチ、すなわち被災3県において節目節目でどのような判断を行ったのかを関係者ヒアリングと資料分析を踏まえて実態を記録する。その際、被災3県の県、市町村等の協力を得てある程度深い調査を実施させていただく。この作業を丁寧に行うことで、大規模災害時に地域としてとった（あるいはとらざるをえなかった）対応策の連鎖を可視化できる。それは現場の状況のある程度リアルに伝えることでもあり、当該地域の今後の取り組み方針の検討に役立てていただくことも出来る。被災3県以外の地域の行政担当部門においても貴重な参照資料になるはずである。そうなるためには、いわゆる「厚い記述<sup>82)</sup>」が求められることになり、相応の時間、スキルが必要になってくる。

その上で規範的なアプローチ、すなわち大規模災害時に心のケアに関する意思決定はいかにあるべきかについて既存ガイドラインや専門家の意見を踏まえて作成する。

その上で、各意思決定において必要とされる情報や判断基準等を明らかにし、そのために利用されるべきデータ群を定義し、その出生源、流通フロー、共有範囲等についての実態（＝被災3県での経験）と理想像を構築していく。つまり、意思決定（＝利用）と紐づけた形で各種データの必要性を定め、各データのマネジメント（＝収集・管理・活用促進等）の方法を本調査で明らかにしていくことになる。

<sup>82)</sup> 状況をほとんど知らない人でもそのアクション（意思決定や行動）がよく理解できるように、アクションそのものだけを記すではなく、そのアクションが置かれた文脈も含めて丁寧に説明することを意味する。もともとは文化人類学者のクリフォード・ギアーツが提唱し始めたもの。

なお、重要な意思決定ポイントの一部として「地域のアセスメント」や「心のケアセンターの立上げ／クロージング」といったイベント(事象)を位置付けていくことになる。そのような1つのイベントあるいは 이슈を独立的(孤立的)に論じるのではなく、災害時の心のケア対策の一連の取り組みの中でそれぞれの是非や改善点を議論していく基盤を創っていくことが重要であると考え。

## ○ 心のケアに関する生データの分析

被災3県の心のケアセンター、市町村等から提供を受けた一次データを加工分析し、意思決定のポイントに紐づけつつ、当該データの有用性等を吟味する。

また、本調査活動の一環として行う、心のケアに携わる専門職、行政職等の皆様へのインタビューについては全てテキスト化を行い、各種技法(テキストマイニング)による分析を行う予定である。

さらに、これは地域の現場の関係者に一定のご負担をおかけすることになるため提案は慎重にならざるを得ないが、心のケアに関する現場での実践を参与観察することを通じて、問題提起の仕方、その解決方法(利用する情報、判断基準等)、関係者会議の進め方、異種専門職間の連携の実態等々を記述していく調査方法も有り得る。例えば、今も陸前高田で実践されている心のケアに関する地域関係者会議などが候補として考えられる。ただし、本調査事業は実践的な含意を目指すものであり、研究のための研究になってはならないし、ましては研究のための地域に負荷をかけるのは本末転倒である。それを前提とした上で、ワーキンググループ等での議論を通じて有効と認められた調査研究手法は可能な限り実行し、心のケアに関する実践的知見の蓄積に寄与していく。

## エ) 期待される成果

### ○ 災害時における心のケア対策の「標準的な取り組みロードマップ」を示すことができる

- ・ 発災後、心のケアに関するニーズがどのように変化し、それに対応する形で諸対策の注力点がどのように移行していくのかを大まかに示すことができれば、行政における各地域の取り組み体制の準備(地域内での関係者間の協議、取り組み計画策定等)をサポートできる。
- ・ 各時期により、重要な意思決定事項およびその際の活用データ等を示すことで、被災時の行政等の実務をサポートできる。
- ・ 標準的なロードマップ、意思決定ポイント、必要とされるデータ等を用いて、災害に備えたシミュレーションを研修等で行うことができる。そこから自地域の課題を明確化し、災害に備えた準備を促進することが出来る。

### ○ 心のケアに対する地域のニーズを押し量る枠組み(地域アセスメント)を示すことが出来る

- ・ 平時においても、被災時においても、限られたリソースで効果的な支援活動を進めることが期待されるが、その為には何らかの形で「ニーズの見込み」を行う必要がある。もとより完全な未来予測は不可能であるが、だからといって何も出来ないわけではないことを再確認し、標準的な方法を提示していくことは、心のケアに関する諸活動の計画的や戦略性(特定分野等へのメリハリ付け)の向上に寄与することが出来る。

- ・ 「ニーズの見込み」を行う自治体は、必ず実績データの把握を丁寧に行うことになり、自ずから見込みと実績のギャップが生まれることになるが、データと経験知の蓄積がそのギャップを縮小させていくメカニズムが起動することになる。つまり実践を重ねれば重ねるほど精度が高まり、本当の意味で地域アセスメントが出来るような状況に至ることになる。
- ・ そうなれば、例えば心のケアセンターの立上げやクロージングをはじめ、時間経過とともに刻々と変化する地域の状況を踏まえて、比較的客観的な形で対策の意思決定が行われるようになっていくものと思われる。

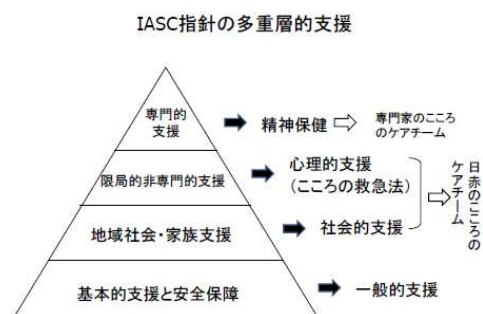
### ③研修プログラム開発・人材育成部門について

#### ア) 現状（平成 30 年度調査において判明した事実関係および課題等）

- ・ 心のケアセンター職員における初歩のスキルについては一定の整理、標準化がなされている。
- ・ 中・上級のスキルについては、OJTによる習得がメインであり、明確に言語化されているとは限らない。
- ・ アセスメントスキルなど、一部職員の経験知・暗黙知に頼る部分も大きく、具体的な手法の整理はなされていないものも多い。
- ・ 心のケアセンターにおける人材の確保・定着については各ケアセンターとも苦慮している。単年度契約の制約についての指摘もある。
- ・ 心のケアセンターという追加的・一時的な組織を立ち上げた場合、人材の入れ替わりが避けられない中で、組織としての能力を維持向上していくためのマネジメントをもっと検討していく必要があるとの意見があった。
- ・ 支援に直接携わる専門職人材だけでなく、組織の運営、事務などのいわゆるロジ関連、アドミ関連を担う事務方のエキスパートも必要だとの意見が多かった。

#### イ) 平成 31 年度調査の取り組み目標、実現アプローチ

- ・ 人材育成の前提として、「心のケア」についての見方を可視化する。災害時に被災地域においては文字通り総合的な心のケアが必要になるわけであるが、当人の専門や立場により、心のケアの内容が微妙にずれている場合がある。その違い自体悪いはわけではなく、その違いを認め合った上で建設的な連携が出来ないことが問題視されるべきである。したがって、心のケアについて議論する際の共通基盤としてのフレームワークを標準化していく作業が重要になってくるものと考え。例えば、日本赤十字社が自らの心のケア活動を説明する際にも用いている「IASC指針の多層的支援」の枠組みなどは1つのモデルとなり得る。



- ・ 心のケアに携わる人材の標準的スキルを定義する。被災3県等で運用されてきた既存のスキルチェックリスト等を参照しつつ、後述のワーキングの場で検討を加えていく。そ

の際、人材タイプの1つとして「マネジメント人材」、「データ管理分析人材」も含める。

- ・ 東日本大震災における経験を踏まえつつ、国内外の知見を適宜活用する形で、被災者の心のケア対策を学べる研修プログラム(素案)を開発する。その前提として、国内外で実践されている研修等のカリキュラムを収集・分析しておく。
- ・ 研修プログラムの実践計画を策定する。次年度以降、新たな研修プログラムの試行及び本格展開を進めるための諸条件を整理する。

ウ) 平成 31 年度調査の主な活動内容 (案)

### ○ 研修プログラム開発・人材育成に関する調査研究ワーキング(仮称)の設置

心のケアに携わる人材の育成方法等を実践的に調査研究するため、心のケアに携わる専門職、行政スタッフ、各種専門家等から成るワーキンググループを設置する。

おおよそ隔月での開催(年間計6回)を予定し、以下のようなメンバー構成を予定する。人材育成については様々な立場の専門家、実践者の意見をインプットしながら進める必要があることから、ワーキングではゲストスピーカーを適宜招聘しつつ、より広い視点から心のケアに携わる人材に求めていくスキル、コンピテンシーを議論していくことを重視したい。同時に、ワーキングメンバーだけで議論するのではなく現場の実務家の皆様の意見を丁寧に確認していくプロセスをとりたい。

#### 研修プログラム開発・人材育成に関する調査研究ワーキング(仮称)のメンバー構成案

- a. 災害時に心のケアに関する諸活動を組織化・制御していくべき立場の行政職員(例:被災3県の県庁保健福祉部の中核職員、市町村の保健福祉課の責任者等)
- b. 災害時に心のケアに関する諸活動の代表的主体になる組織の方々(例:精神保健福祉センターの幹部、心のケアセンターの幹部等)
- c. 心のケアの諸活動に精通する災害精神科医(例:被災3県において心のケアに携わった精神科医師)
- d. 心のケアに関する専門職(例:被災3県において心のケアに携わった看護師、保健師、精神保健福祉士等の中で現場と本庁等での行政経験をお持ちの方々)
- e. HRM(Human Resource Management:人的資源管理)の専門家(例:できれば精神保健福祉にも理解があり、コンピテンシーの可視化等の実績を有する研究者等)
- f. 成人向け研修の専門家(例:成人を対象とする研修の方法論を開発実践している研究者等)
- g. 必ずしも定式化できないスキルを、実践を通じて体得していくいわゆる経験学習論の専門家(例:医療従事者等の経験学習について研究・実践実績を有する専門家)
- h. 心のケアに関する研修等を実践している機関の専門家(例:NCNP、ひょうご心のケアセンター等、実績を有する機関の担当者)



## ○ 「心のケア」についての見方を可視化する

上述の「IASC指針の多層的支援」等の枠組みを示し、ワーキングでその可視化方法と活用方法を議論する。最終的には、現場で多様な専門家等の相互連携が噛み合っていくために「実践的に使えるツール(例:心のケア取り組み俯瞰図)」を作成することを予定する。

※学者的な厳密な議論を軽視するものではないが、ここでは実践に資する具体的成果物を制作することを重視したい。現場で使いながらバージョンアップしていくものを想定する。

## ○ 心のケアに携わる人材の標準的スキルの開発(専門チームによる検討)

上述ワーキングで大まかな方向性を出したうえで(人材タイプの類型など)、専門チームを設置し、具体的に開発作業を進める。専門チームは、ワーキングメンバーのHRM専門家等を主査として、被災3県または他地区の心のケアに携わった経験が豊富な専門職(精神科医、保健師、看護師など)、同行政職、人材開発や地域保健医療等を研究する若手研究者等の計5名程度で構成する。 ※心のケアに関するスキルやコンピテンシーを分析した国内外の論文をレビュー・分析しておく。

専門チームが中心になり、スキルやコンピテンシーを検討するための現場での調査等を検討し、その方針を踏まえてアンケート調査、ヒアリング調査等を弊社スタッフが外部パートナー(外注先)と共に進めることになる。

標準的スキルの定義は、その測定方法を含むものにしておくべきである。測定方法を定式化できるところまで詰めることが出来れば、例えば、各人のスキル認定を(現場の行政等が別々に行うのではなく)特定の機関が一元的に行う方式も選択肢としてあり得る。

## ○ 心のケアに関する研修プログラム案を作成し、その実装計画をつくる

国内各地の心のケアセンター、医療機関、研究機関等が実施しているプログラムをヒアリング等により把握し、そこでの成果や課題を整理分析する。日本赤十字社では、心のケア活動に関する指導層を育成し、その指導層がその他のメンバーに広く知見を伝達していく仕組みを構築しており、それを1つのリファレンスモデルとして検討していく予定である。

一定程度の具体化をみた段階で(10月頃を予定)、被災3県等の所管部署へ説明し、現場のニーズを再確認すると同時に、次年度に一部試行を実践いただく自治体を募る。

## エ) 期待される成果

### ○ 心のケアに携わる人材の標準的スキルが共有されることで、現場での人材育成等の実践が円滑化される

- ・ 被災地3県における心のケアに携わる人材の育成について1つの指針になり得る。具体的には、県、市町村、保健所、心のケアセンター等のスタッフの育成方針を検討する際の参照情報となっていく。
- ・ 個々人にとっては、心のケアに携わる上でのスキルアップ等の「目標」を意識しやすくなる。同時に、災害時に心のケアに携わった価値を、「スキルの向上」という形で表明していくことが可能になり、結果的に心のケアに関わる人材のキャリア形成に資することになる。

## ○ 心のケアに携わる人材の標準的スキルが共有されることで、それを目指す人材が増える

- ・ 新たに心のケアに携わろうとする人材にとっては、標準スキルが存在することで安心して目指すことが出来るようになる。
- ・ 各人のスキル認定を(現場の行政等が別々に行うのではなく)特定の機関が一元的に行う方式となれば、資格を取得する感覚でスキル向上を目指すというモチベーションも生まれてくる。

## ④事業の報告書・編さん部門について

### ア) 現状(平成30年度調査において判明した事実関係および課題等)

- ・ 被災3県心のケアセンターの活動報告書等をはじめとする各種レポートを収集し、一定のレビューを実施した。
- ・ 既存の報告書等の実態を把握することは必要だが、同時に、従来の報告書とは別の枠組みでの情報発信が今後は求められていくものと考えられる。報告書は報告主体の活動実績等を明らかにするものであり、その重要性はだれもが認めるところだが、今後はそれに加えて、読み手を意識したコミュニケーション活動を強化していく必要があるだろう。

### イ) 平成31年度調査の取り組み目標、実現アプローチ

- ・ 本調査研究の成果等の活用方法を明確化する。活用可能なデータや情報、各種プログラム、団体名称、各専門人材のプロフィールなどについて、その活用ルール(公表の可否を含む)を明確化する。
- ・ 本調査研究の成果物をアーカイブ化し、成果等をより広く発信し、そこから様々な知見・人材の交流が加速されるようなプラットフォームを構築運用する。実際の構築運用は次年度になるが、本研究調査においてはそのための基礎的な諸条件を明確化する。
- ・ より利用しやすい報告書、パンフレット等を作成する。実際の作成は次年度以降になるが、本研究調査においてはそのための基本的な考え方を整理する。
- ・ 被災3県における心のケアに関する支援活動の「記録」を作成する。どのような組織がいつどこでどのような支援活動を行ったのか。市町村毎にヒアリングを行い、記録を整理する。

### ウ) 平成31年度調査の主な活動内容(案)

## ○ アーカイブと情報発信ワーキング(仮称)の設置

本調査で収集した各種データ、取組事例、実践人材、研究者人材、各種ノウハウ等を被災3県および社会全体へ効果的に伝えていく方法を調査研究するため、心のケアに携わる専門職、行政スタッフ、各種専門家等から成るワーキンググループを設置する。おおよそ隔月での開催(年間計6回)を予定し、以下のようなメンバー構成としていく計画である。

### アーカイブと情報発信ワーキング（仮称）のメンバー構成案

- a. 災害時に心のケアに関する諸活動を組織化・制御していくべき立場の行政職員（例：被災3県の県庁保健福祉部の中核職員、市町村の保健福祉課の責任者等）
- b. 災害時に心のケアに関する諸活動の代表的主体になる組織の方々（例：精神保健福祉センターの幹部、心のケアセンターの幹部等）
- c. 心のケアの諸活動に精通する災害精神科医（例：被災3県において心のケアに携わった精神科医師）
- d. 心のケアに関する専門職（例：被災3県において心のケアに携わった看護師、保健師、精神保健福祉士等の中で現場と本庁等での行政経験をお持ちの方々）
- e. コミュニケーション、情報発信等の専門家（例：マスコミ関係者、広告代理店等のクリエイター等）
- f. デジタルアーカイブ、WEBコミュニケーションの専門家（例：ヤフーやグーグル等の専門家、ネット広告等のクリエイター等）

#### ○ 成果発信、人材交流のプラットフォームの設計

本調査研究の成果等（被災3県の現場での実践記録、心のケアに関するスキルマップ、研修カリキュラム等）をより広く発信し、そこから様々な知見・人材の交流が加速されるようなプラットフォームを構築運用する（実際の作業は次年度）。

今年度は、関係者とともに本研究調査の活用法を協議し、その上で必要となるツール（報告書、パンフ等）を明確化しておくところまでを行う。具体的には、紙媒体のみならず、心のケアに関する理解促進のための動画制作、ネット上での心のケアに関する学習素材の提供などの検討も提案していく。

#### ○ 心のケアに関する認知等の分析

「心のケア」という言葉が喚起するイメージは、その言葉が多義的であり、必ずしもその活動が日本社会では定着しているとは言えないため、人によりさまざまである。われわれは大規模災害が発生した際には、ケアを受ける立場にもなり、逆に何らかのケアを意識する立場にもなるわけだが、その為には平常時に一定の理解増進を図っておくことが重要になってくる。

そこで、心のケアに関する諸活動への理解増進を図っていく上で、そもそも一般の人々がどのような認識を抱いているのかを分析しておく必要があるのではないかと考える。単に心のケアに対するイメージを尋ねるのではなく、地域内での付き合い・連携の状況、災害への備えの状況、普段のメンタルヘルスへの意識などを総合的に把握することで、今後被災時における心のケア対策の周知方法等への示唆をもたらすことができるものと考えられる。

被災3県での行政や専門職へのヒアリング調査結果、一般のアンケート調査結果等を踏まえて、心のケアに関する今後のコミュニケーション戦略オプションを開発しておく。平常時には広い対象に向けた理解増進型情報発信、被災時には特定ターゲットに向けた行動喚起型情報発信等を制作する。

## エ) 期待される成果

### ○ 国内各地の自治体において、心のケア対策の理解増進が期待できる

- ・ プラットフォームを設置し、有用な情報が提供されること、加えて、前項の人材育成プログラム等が各地で実践されはじめること等を通じて、心のケアに関する理解が広く、深くなっていくことになる。

### ○ 人的交流の促進と、そこから生まれる新たな知見のフィードバック

- ・ シンポジウムや各種研究のワーキング等を介して形成されるネットワークから新たな実践や知見が生まれてくることになる。そうした動向やそこで生まれた知見をプラットフォーム上で発信することで、さらに新たな参加者の獲得や、多職種グループとの連携が進むような設計・運用を図る。

### ○ 心のケアに対する一般社会の認知を踏まえた情報発信オプションをすることができる

- ・ 心のケアに対する一般社会の認知を踏まえた情報発信オプションを開発することで、社会全体の心のケアに対する理解を広げていくことが出来る。延いては平常時、被災時の効果的なコミュニケーションが可能になる。

### ○ 心のケアに関する人材バンク的機能を作ることができる

- ・ 例えば、心のケア対策に標準的に必要とされるスキル等を評価・認定する仕組みを作ること、いどこで発生するか分からない災害に備えて、心のケア対策の設計実践に貢献できる人材を国内各地に「確保」していくことが可能になる。

以上

## ■調査研究体制

本調査研究は、株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門が以下の体制で実施した。

プロジェクトリーダー	部長／主席研究員	柿崎 平
プロジェクトメンバー	研究員	猪尾 祥一
プロジェクトメンバー	研究員	檜原 采佳
プロジェクトメンバー	研究員補	李 鐘浩

**【本調査研究に関する照会先】**

株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 担当：柿崎平

Tel. 03-6833-1057 Fax.03-6833-9480

e-mail : kakizaki.taira@jri.co.jp

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

