



〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室818番地2

- ・埼玉県立精神保健福祉センター TEL 048-723-3333 (代表) FAX 048-723-1550
ホームページ <http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/b0606/index.html>
- ・埼玉県立精神医療センター TEL 048-723-1111 (代表) FAX 048-723-1550
ホームページ <http://www.pref.saitama.lg.jp/seishin-c/>

CONTENTS

- 1 埼玉県災害派遣精神医療チーム (DPAT)について 1
(1) 埼玉県災害派遣精神医療チーム(DPAT)について
埼玉県障害者福祉推進課
(2) 熊本地震に係るDPAT活動報告
埼玉県DPAT (埼玉県立精神医療センター・埼玉県立精神保健福祉センター)
- 2 刑の一部の執行猶予制度の概要及びその取組について 6
さいたま保護観察所 薬物・特別処遇班 小出、磯網、山田、岸、本庄
- 3 改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度について ... 8
企画広報担当

No.89
平成28年8月

※当機関誌は、埼玉県立精神保健福祉センターのホームページから、全文ダウンロードできます。
是非、ご利用ください。(http://www.pref.saitama.lg.jp/b0606/tayori/index.html)

1 (1) 埼玉県災害派遣精神医療チーム (DPAT) について

埼玉県福祉部障害者福祉推進課

1 DPATの定義

DPATとは、災害派遣精神医療チームの英訳 (Disaster Psychiatric Assistance Team) の頭文字から命名されたもので、災害発生時において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動を行うチームとして定義されています。国等が実施する専門的な研修や訓練を受けた精神科医、看護師、業務調整員 (ロジスティクス) 等で構成され、都道府県や政令市 (以下「都道府県等」という。) が被災地からの要請を受けて DPAT チーム (以下「チーム」という。) を編成し派遣を行います。

なお、活動対象は、自然災害のほか犯罪事件、航空機・列車事故等の集団災害も想定しています。

2 DPATの必要性

東日本大震災では、本県を含む多くの都道府県等が「心のケアチーム」を被災地に派遣しましたが、組織化された活動ではなかったため、

現場での活動に課題も残されました。国 (厚生労働省) では、平成25年4月1日付けで「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」を策定し、都道府県等に対して、災害発生等の緊急時において、精神科医療や精神保健活動の支援を行うDPATを編成・派遣する体制の整備を求めました。この要領では、DPATの必要性を次のとおりとしています。

災害等が発生した場合は、被災地の精神保健医療機能の一時的な低下や被災者の災害ストレス等による新たな精神的問題が発生し、精神保健医療の需要が拡大する。精神科医療機関の被災状況や避難所での診療の必要性などを踏まえて、被災地の精神保健医療のニーズを専門的知見により速やかに把握した上で、そのニーズに応えるための専門性が高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援が求められる。その状況によっては、被災都道府県等だけでは対応できないケースも想定される。

3 DPATの特色

DPATは発災当日から72時間以内に派遣するチームを先遣隊として明確化したほか、都道府県等にDPATを統括する本部を設置すること、また、インターネットを介して情報をやり取りする災害精神保健医療情報支援システム(DMHSS:ディーミス)を整備することにより、効率的な活動体制を確保しています。

なお、災害時の類似チームとして、災害派遣医療チーム(DMAT)がありますが、これは、救急救命の医療チームで災害発生と同時に派遣され、概ね48時間以内の活動を行います。一方、DPATは、チーム派遣後の活動期間に明確な定めはなく、必要に応じて数週間から数か月間活動を行います。

4 DPATの活動体制

(1) 構成員

原則として精神科医、看護師、業務調整員^(※)を含む数名でチームを構成しますが、被災地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等の専門職種を含める場合があります。

(※) ロジスティクスとして、連絡調整、自動車運転等の後方支援全般の業務を担当

(2) 活動期間

1チーム当たり1週間(移動日2日・活動日5日)を標準として活動します。

(3) 資機材の準備

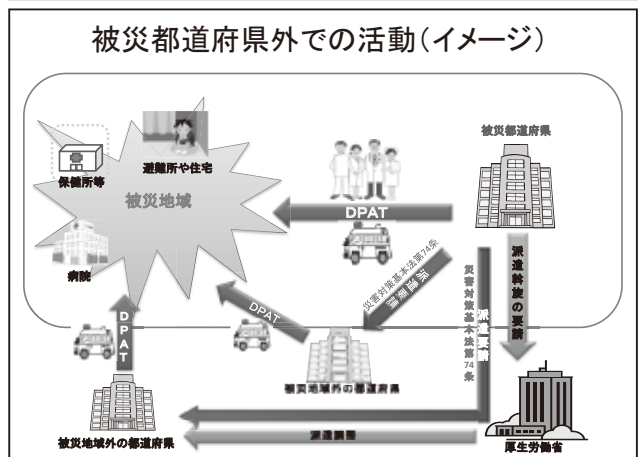
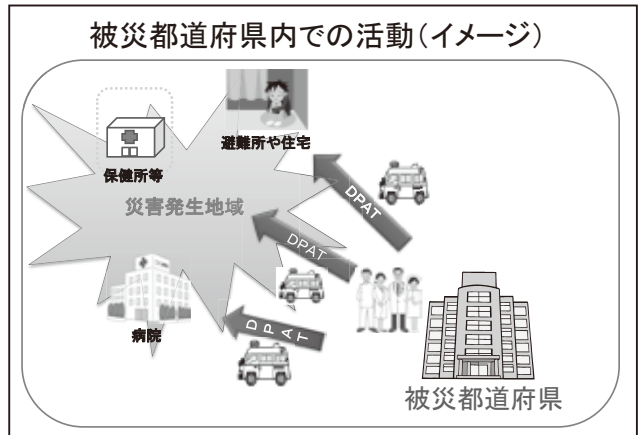
被災地には、交通事情が悪い地域、水・電気・ガス等のライフラインが通じていない地域、通信手段が確保できない地域、宿泊所がない地域、日常生活品が不足している地域等があるため、自立した活動が可能となるよう準備を行います。

(4) 活動内容

- 被災情報収集とアセスメント、情報発信
- 被災した地域精神保健医療機関の支援
外来・入院診療の支援業務、入院患者の搬送の補助等

- 避難所や在宅の精神疾患を持つ被災者の支援
症状の悪化や急性反応への対応、薬が入手困難な患者への投薬業務等
- 災害ストレスにより精神的問題を新たに抱えた一般住民への支援
- 被災者支援を行っている行政職員等への支援

(5) 活動イメージ図(厚生労働省資料より抜粋)



(6) 先遣隊

本県では、県立精神医療センター職員が先遣隊を組織することになっています。

(7) 関係機関との連携

災害時の精神医療活動を適切に進めるためには、被災地に参集するDMATなどの各医療チームとの有機的な連携が必要となります。

5 DPATの活動実績

平成26年8月20日未明に発生した広島市豪雨土砂災害において、初めてチーム派遣が行われ、続いて平成26年9月27日に発生した長野県御嶽山噴火災害において、2例目のチーム派遣が行われました。本年4月16日に震度7の本震を記

録した熊本地震では、3例目のチーム派遣が行われましたが、被災地県外のチームが派遣された全国初の事例となり、本県も2チームの派遣を行いました。

6 埼玉県のDPAT体制整備の状況

(1) 派遣体制

平成27年2月に関係機関（県内の精神保健福祉関係団体、医療関係団体、大学病院、さいたま市及び県）の代表者による連絡調整会議を設置し、体制整備に向けた協議を続けています。県内、県外が被災した場合のチーム派遣の主な流れは次のとおりです。

【県内で災害が発生した場合】

- ①県災害対策本部及び県医療救急部の指揮の下、県DPAT調整本部を設置する。
- ②県DPAT調整本部はDPAT統括者（埼玉県立精神保健福祉センター長）の指揮の下、被災情報の収集、関係機関との連絡調整、現地活動拠点の設置などを行う。
- ③災害規模に応じ、厚生労働省を通じて他県先遣隊チーム及び他県チームの派遣を要請する。
- ④現地活動拠点に埼玉先遣隊チーム、続いて埼玉チームを派遣する。
- ⑤現地拠点に他県先遣隊チーム及び他県チームが派遣される。

【県外で災害が発生した場合】

- ①災害規模に応じ、厚生労働省から埼玉先遣隊チーム及び埼玉チームの派遣要請を受ける。
- ②DPAT統括者との協議を経て、対応方針を決定する。
- ③対応方針を踏まえて、埼玉先遣隊チーム、続いて埼玉チームを他県現地拠点へ派遣する。

(2) 人材の育成・確保

平成26年度及び27年度は、県内医療機関で精神科医療や精神保健活動に携わる医師、看護師、精神保健福祉士等チーム構成員として想定される方を対象として、DPATの役割や意義・災害

時におけるメンタルヘルス支援についての理解を深める研修を実施しました。

平成28年度以降は、チーム構成員予定者を対象として、具体的な災害発生を想定して支援の手順を学ぶ実践的研修の実施を予定しています。

(3) 資機材の確保

自立した活動を一定期間継続的に行うため、平時から必要となる衛星携帯電話等の通信機器やユニフォーム等の装備品を順次整備しています。

(4) 検討課題

県内が被災した場合は、複数のチームを同時かつ長期に渡り派遣する必要がありますが、県機関のみでは対応に限界があるため、平時から民間医療機関との協力体制を確保しておく必要があります。

7 終わりに

平成28年熊本地震では、本県から2チームを熊本県へ派遣しました。初めての事例でもあり、必ずしも万全な体制を確保した上での派遣（派遣時の詳細な活動内容は別稿で報告）とはなりませんでした。我が国は地震国であるため、同様の災害がいつどこで発生してもおかしくありません。

今回の教訓を踏まえ、いざという時に万全の体制で対応できるよう、平時からの準備の大切さを認識し体制整備を進める必要があります。



1 (2) 熊本地震における埼玉県DPATの活動報告

埼玉県DPAT（埼玉県立精神医療センター・埼玉県立精神保健福祉センター）

この度の熊本地震で犠牲となられた方々、ご家族に心からお悔やみを申し上げます。また、今も不自由な生活を強いられている方々が、一日も早く平時の生活に戻れることをお祈りいたします。

1 熊本地震の概要について

4月14日（木）21時26分、マグニチュード6.5の前震が発生し、益城（ましき）町にて震度7を観測しました。次いで4月16日（土）1時25分、マグニチュード7.3の本震が発生し、益城町、西原村で震度7を観測し、被害が拡大しました。

8月1日現在の被害は、以下のような状況です。

【地震回数】1,751回【人的被害】死亡:49人、重症:604人、軽傷:1,450人【住宅被害】全壊:8,549棟、半壊:27,728棟、一部破損:131,163棟【避難所】避難所数68カ所・避難者数3,229人（最大:855カ所・183,882人）

東日本大震災との違いとしては、①深夜発生した本震で物的被害（現行の建築基準法では2度の震度7の地震は想定されていない）や心理的被害が深刻化し、そのため余震を恐れて車中泊が長期化したこと、②インターネット環境が維持（速やかに回復）されていたことで、情報の収集・伝達・指示が比較的スムーズに行えたこと、③地域医療機関（身体科・精神科）の診療機能が一部地域を除いて維持されていたこと、が挙げられます。

2 熊本地震に係る埼玉県DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team）の活動について

DPATは、東日本大震災後から全国で整備が進められてきました。熊本地震は国が発災地外の都道府県にDPATの派遣要請を行った初の災

害となりました。

埼玉県では先遣隊（4月18日～24日）と第2陣（4月24日～30日）の2隊の派遣が行われました。各隊の構成は、埼玉県立精神医療センターの医師・看護師・精神保健福祉士に加え、県庁障害者福祉推進課の業務調整員の計4名です。

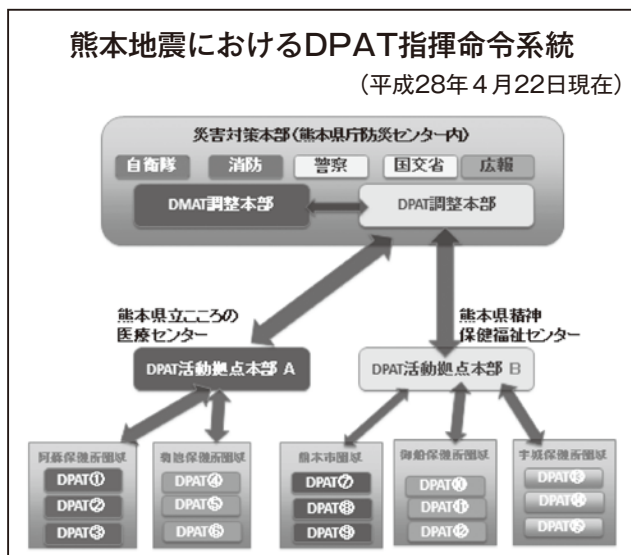
先遣隊は、空路にて鹿児島に到着後、レンタカーを調達して熊本県に入りました。熊本県庁に設置されたDPAT調整本部、熊本赤十字病院及び熊本県立こころの医療センターに設置されたDPAT活動拠点本部において、情報収集及びニーズ把握のためのアセスメント、他自治体から派遣されているDPATへの連絡指示、翌日のDPAT配置等を行いました。また、美里町及び御船町の避難所、消防署等を訪問し、被災者や支援者への支援活動を行いました。

第2陣は、御船町保健センターを拠点に、避難所や住宅などへ訪問活動を行いました。「埼玉県DPAT」と書かれた青いユニフォームを着用していましたが、ユニフォームを着ていることで、被災者から「支援者である」と理解いただきやすく、信頼が得やすいという実感がありました。ユニフォームを着用していなかった他の自治体の職員は、訪問時に疑われてしまったそうです。ケアが必要な住民は高齢の方が多く、地域包括支援センターと情報を共有しながら活動しました。地の利のない私たちにとっては、訪問時にグーグルマップが大変役立ちました。

訪問した住民の中には、精神疾患のために避難所に居ることができず、避難勧告が出されている自宅に戻らざるを得なかった方もいらっしゃいました。避難勧告が出されている場所には支援物資が届かず、公的な福祉サービスも受けることができません。そのような方に対し、新たな避難先の調整を行いました。発災後半月が経ち、避難所内での住民間の対立が生じ（従前の対立の顕在化やフリーライダーに対する反

発)、その対応も求められました。活動の後半では、ボランティアの方々が被災地支援のため活動する様子が多く見受けられました。

5月以降は、熊本県内の各DPATの活動を地域の医療活動に引き継いでいき、6月には九州地方と沖縄県のDPATを残して他自治体のDPATは撤収しました。7月現在では、熊本県DPATのみが熊本県内で活動しています。



DPATの役割

- 発災後3日間：被災精神科病院の状況調査・報告・転院。
急性増悪患者への対応（緊急入院等）。
- 発災後1週間：被災精神障害者の調査・対応・処方。
避難所における増悪患者の対応（病状評価・指示）。
- 発災後1～3カ月：避難所でのストレス反応・アルコール問題への対応。
市町村職員のストレス反応への対応。

3 災害時の支援について

災害時の対応は特別と思われがちですが、通常の相談業務と基本は同じです。被災者が「何に困っているか」を把握し、「自分ならどうして欲しいか」を考え対応することが、基本的なスタンスです。

心理的応急処置：PFA (Psychological First Aid)

- ▶実際に役立つケアや支援を提供する。ただし押し付けない。
- ▶ニーズや心配事を確認する。
- ▶生きていく上での基本的ニーズ（食料・水・情報など）を満たす手助けをする。
- ▶話を聞く、ただし話すことを無理強いしない。
- ▶安心させ、心を落ち着けるように手助けする。
- ▶その人が情報やサービス、社会的支援を得るための手助けをする（例えば被災証明書の申請）。
- ▶それ以上の危害を受けないように守る。

4 「防災」から「備災」へ

今回、DPATとして初めて被災地に出動しましたが、その活動で痛感したことは「備えることの大切さ」でした。

東日本大震災後、DPATの整備が進められてきました。課題は残るものの、熊本地震において被災地に各自自治体のDPATが支援に入り機能できたことは、まさに「備え」が実を結んだものと思われれます。

- 熊本地震での教訓をもとに、「備える」ことを列挙するならば、
- ▶生命維持のために必要な物品の備蓄。
 - ▶避難、搬送、被災医療機関・施設からの受入等の訓練。
 - ▶モバイル通信機器（タブレットやモバイルWi-Fi）の常備。
 - ▶危機管理マニュアルや業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定。
 - ▶福祉避難所の円滑な開設、運営、維持のために必要な準備。
 - ▶精神科病院においてはEMIS（広域災害救急医療情報システム）への登録。
- などが挙げられます。



2 刑の一部の執行猶予制度の概要及びその取組について

さいたま保護観察所 薬物・特別処遇班 小出、磯網、山田、岸、本庄

1 刑の一部の執行猶予制度

(1) 刑の一部の執行猶予とは

これまでの刑法のもとでは、懲役刑等の言渡しをする場合、その判決は、刑の全部を実刑とするか、又は、刑の全部を執行猶予とするかの選択肢しかありませんでした。そこで、今回の「刑法等の一部を改正する法律」により、刑の言渡しについて新たな選択肢を設け、裁判所が懲役刑等の判決を言い渡す段階で、刑の一部については、実際に刑務所において執行することとし、残りの一部については1～5年間その執行を猶予することができるものとし、その猶予の期間中は、必要に応じて保護観察を付すことを可能としました。図のように、例えば、「懲役2年に処する。実刑は1年6月とし、残る6月は2年間刑の執行を猶予する。」という判決であれば、1年6月の実刑（実刑部分について仮釈放は可能。）の後に釈放され、2年間執行

猶予の期間を過ごすこととなります。

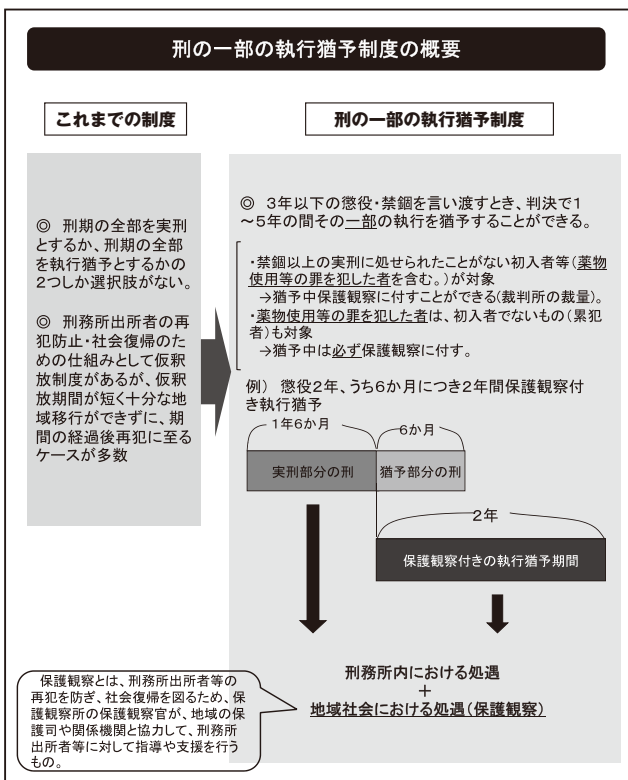
(2) 対象となる者等は

3年以下の懲役刑等が言い渡される場合で、初入者及び薬物使用者が対象となります（図参照）。薬物自己使用等の罪を犯した者は、一般に「薬物への親和性が高く常習性を有する者が多い。」ので、これらの者の再犯を防ぐためには、刑務所での施設内処遇に加えて薬物の誘惑のある社会内においても十分な期間その処遇の効果を維持強化できるような処遇を実施することが必要であると考えられるため、「初入者」以外のいわゆる「累犯者」であっても、情状を考慮し、再犯を防ぐために必要かつ相当であると認められる時は、刑の一部の執行猶予の言渡しをすることができ、この場合には、猶予の期間中必ず保護観察に付されることとなります。

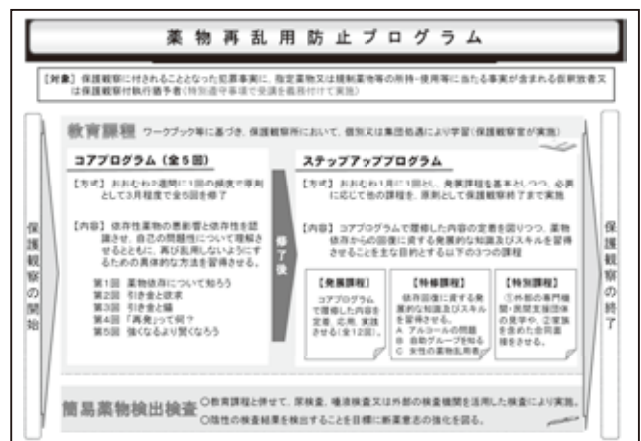
2 薬物再乱用防止プログラム

刑の一部の執行猶予制度が施行された本年6月からは、本件が覚せい剤以外の規制薬物等（大麻、麻薬、シンナーなど）の所持・使用事案である場合においても、遵守事項（約束事）による義務付けの対象とすることになりました。同プログラムは認知行動療法に基づく法務省版スマープであり、全5回のコアプログラム（おお

図



図



むね2週間に1回の頻度で実施。)及び全12回のステップアッププログラム(コアプログラム修了後、おおむね1か月に1回の頻度で実施。)で構成されており、刑の一部の執行猶予制度の施行に伴う薬物事犯者の保護観察期間の長期化に対応したものとなっています。

3 地域連携ガイドライン

薬物依存という疾患を抱えた人は、保護観察期間終了後も、地域の中で、長期的な治療や支援を受け続けていく必要があります。そのためには、地域の医療、保健、福祉等の関係機関・団体と基本的な認識、相互の役割分担、対応方法等を共有することが重要です。そこで、受刑中から保護観察終了後までを見据えて、切れ目なく指導・支援することが可能となるよう、平成27年11月に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」を法務省と厚生労働省とで共同策定し、全国の自治体等に通知しました(平成28年4月から実施。。「規制薬物等の乱用は、犯罪行為であると同時に、しばしば薬物依存の一症状でもあるため、関係機関は、薬物依存者が薬物依存という精神症状に苦しむ1人の地域生活者であるということ」を改めて認識し、刑事処分の対象者となったことに伴う偏見や先入観を排して支援対象者の薬物依存からの回復と社会復帰を支援する。」という共通認識を基本方針としています。

4 さいたま保護観察所における現状の主な取組

(1) 薬物再乱用防止プログラムにおける一部集団処遇の実施

1回の集団処遇で対象者が10名から12名程度参加し、実施の中心はさいたま保護観察所の保護観察官です。外部講師やスーパーバイザーとして、さいたま市こころの健康センター、埼玉ダルクなどを招へいしています。平成27年度は延べ188名の対象者に実施しました。本年度から、埼玉県立精神保健福祉センターの協力がなされ、

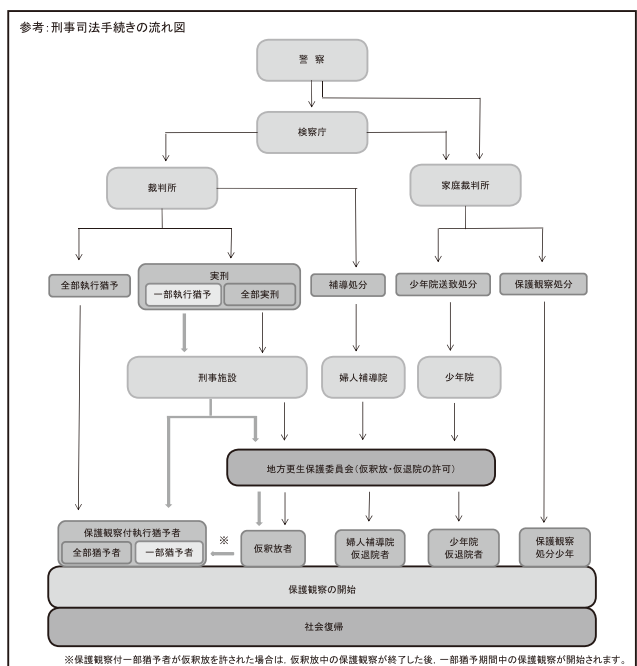
より効果的な集団処遇が実施されています。

(2) 覚せい剤事犯者を始めとする薬物問題を抱えている引受人に対する家族会の実施

3回で1クールとし、年間2クール実施しており、1クール目を6月から7月頃、2クール目を11月から12月頃に実施しています。講師として、埼玉県立精神医療センター、埼玉県立精神保健福祉センター、埼玉ダルク、さいたま市こころの健康センターなどを招へいしています。平成27年度は延べ91名の引受人が参加しました。本年度から、川口保健所の参加もなされています。

5 さいごに

本年6月から刑の一部の執行猶予制度がスタートしましたが、本制度の導入によってさいたま保護観察所においても体制整備に努めているところです。本制度は上述しましたように保護観察所のみで対応することが決してできるものではなく、特に地域連携ガイドラインに則った各関係機関・団体との強靱な連携があってこそ発揮できる制度です。引き続き各関係機関・団体との連携に努めて参りますのでお力添えをよろしくお願ひします。



3 改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度について

企画広報担当

精神障害の労災認定件数の増加等の理由から、労働者の安全と健康の確保対策を一層充実するため、「労働安全衛生法の一部を改正する法律（労働安全衛生法）」が平成26年6月25日に公布され、常時使用する労働者に対して、医師、保健師の他、一定の研修を受けた看護師、精神保健福祉士による心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）を実施することが事業者の義務となりました（労働者数50人未満の事業所は当分の間は努力義務。平成27年12月1日から施行）。

メンタルヘルス不調の未然防止のためには、①職場環境の改善等により心理的負担を軽減させること（職場環境改善）②労働者のストレスマネジメントの向上を促すこと（セルフケア）が重要です。このため、ストレスチェック制度を設け、労働者の心理的な負担の程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、セルフケアや、職場環境の改善につなげ、メンタルヘルス不調の未然防止のための取組（一次予防）を強化することとしたのです。したがって「ストレスチェック制度」は、精神疾患の早期発見を行うことを一義的な目的とし

た制度ではないことに留意してください。

検査結果は、検査を実施した医師、保健師等から直接本人に通知され、本人の同意なく事業者を提供することは禁止されています。検査の結果、高ストレスと判定された労働者から申出があった場合には、医師による面接指導を実施することが事業者の義務となります。面談の申し出を行った場合には、その労働者が会社側にストレスチェックの結果を提供することに同意したものとみなされます。なお、申出を理由とする不利益な取扱い（解雇、減給、降格、不利益な配置の転換等）は禁止されています。

面接指導の結果に基づき、医師の意見を聴き、必要に応じ就業上の措置（労働者の実情を考慮し、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等）を講じることも事業者の義務となりました。

ストレスチェック制度を効果的なものにするためには、事業者及び産業保健スタッフが、本制度の趣旨を正しく理解し、労働者が安心してストレスチェックを受験できる環境づくりや、安心して面接指導の申出ができる環境づくりに努める必要があります。

「ストレスチェック制度」については、以下もご参照ください。

厚生労働省『ストレスチェック制度導入マニュアル』

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150709-1.pdf>

厚生労働省『労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル』（平成28年4月改訂）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>

