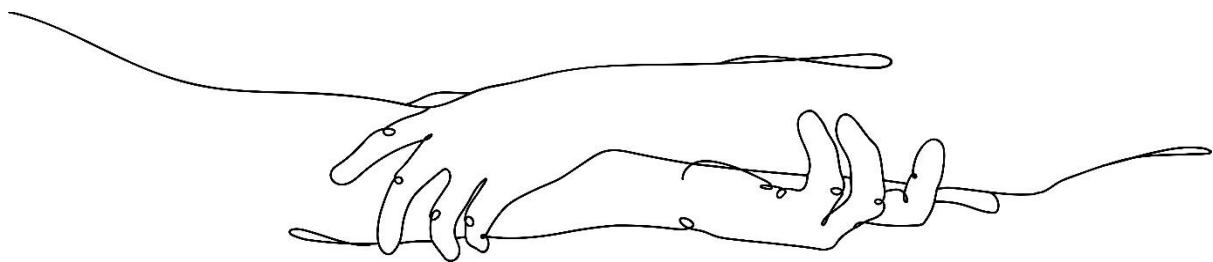


日本における災害時のメンタルヘルス支援の
これまでとこれから
～1995年から2020年までの地域における災害対応から考える～



2022年10月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）
メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

目次

| | |
|---|-----------|
| はじめに..... | 2 |
| 1. 日本における災害と健康危機..... | 4 |
| 1) 日本での災害の特徴..... | 4 |
| 2) 災害対応の変遷..... | 4 |
| 3) 災害による健康危機..... | 4 |
| 2. 災害中長期におけるメンタルヘルス支援の実態調査..... | 6 |
| 1) 調査結果の概要..... | 6 |
| 2) 包括的災害時精神保健医療活動ガイドラインに資するコンテンツ・マトリックスに基づく 分類 7 | |
| ① システム・原理..... | 7 |
| ② 心理反応+ハイリスク者対応..... | 11 |
| ③ アセスメント..... | 12 |
| ④ リスクコミュニケーション..... | 14 |
| ⑤ 準備+訓練..... | 15 |
| ⑥ 機関連携..... | 18 |
| ⑦ その他..... | 21 |
| 3) 当事者の視点..... | 23 |
| 3. 考察と提言..... | 24 |
| 1) 自治体間および自治体内部署間連携..... | 24 |
| 2) 地域資源の活用..... | 24 |
| 4. 参考文献..... | 26 |
| 5. おわりに..... | 28 |

はじめに

日本医療政策機構の活動および本事例集について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利・独立の医療政策シンクタンクである。日本でもこうした組織は珍しく、「市民主体の医療政策の実現」を掲げ、医療政策の様々なテーマに関して調査・政策提言・アドボカシー活動を行っている。その中でも、メンタルヘルス政策プロジェクトは2019年にスタートし、HGPIの中でも比較的新しいプロジェクトである。精神障害の当事者の生活の質（QOL: Quality of Life）の向上を目指して、日々重要性を増すメンタルヘルス政策の変革に向けた取り組みを行っている。

日本において精神疾患を持つ患者数は年々上昇傾向にある。厚生労働省による2017年の「患者調査」によれば、419.3万人で、その数はいわゆる4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況である。特に外来患者数は年々増加傾向にあり、2017年には約389.1万人に上っている。入院患者数においても約30.2万人と減少傾向にはあるが、日本は人口当たり世界最大の精神病床数を有し、2022年の病院報告によれば、最新の精神病床平均在院日数は297日にのぼり、一般病床の17.4日と比較すると、その日数は極端に長い。またメンタルヘルス不調・精神疾患の原因は多岐にわたる。これまでも阪神・淡路大震災や東日本大震災のような大規模自然災害や新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）のようなパンデミックに伴う社会不安、さらには経済状況の悪化に伴う雇用不安、家庭環境など、社会・経済的要因も大きいとも言われており、ヘルスケア領域に留まらず、社会課題として取り組むことが求められている。近年では、厚生労働省は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を掲げ、精神保健医療福祉体制の抜本的な改革を目指している。

上述の通りメンタルヘルス政策は、特定の疾病に対する一時的な対策ではなく、私たちの人生と常に関わるものであり、シームレスかつ重層的なメンタルヘルスケアの仕組み作り、まさしく「ライフコースアプローチ」が必要とされている。こうしたライフコースアプローチによるメンタルヘルス政策を考えるうえで、災害の多い日本が避けて通れない課題として「災害メンタルヘルス」がある。HGPIでは、東日本大震災から10年が経過したのを機に、再び災害メンタルヘルスを議論するモメンタムを高めるべく、本テーマへの取り組みを開始した。本事例集は、2021年度に当機構が実施した厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業「自治体の災害時の精神保健医療福祉対策にかかる実態把握および取り組みのあり方の検討」において行った事例調査を基に、一部加筆・修正をし、作成したものである。そのため本事例集は、日本の災害事例に関する、精神保健、医療、福祉活動の事例を提供し、日本の自治体における災害時精神保健医療福祉に関する計画・対応等をより具体的かつ実効性のあるものとすることを目的としているため、メンタルヘルス当事者に参画してもらい、当事者からの意見を織り込むことで、メンタルヘルス当事者が未来の災害に備えることにつながることを期待して作成した。

グローバルな活動を掲げる当機構にとって、日本の教訓を社会に発信することは重要な取り組みである。今回英語、中国語（繁体字）、タイ語、ウクライナ語と、複数の言語でこの事例集を展開することで、日本の教訓と取り組みが世界各国のメンタルヘルスの当事者を含む広く市民社会の一人一人に届き、将来の政策に生かされることを期待している。

紙幅の都合上、おひとりおひとりのお名前を挙げることはできないが、改めて本事業にご参画いただいた有識者の皆様、また本事例調査にご協力・お力添え頂いた行政職員・各種団体の皆様に心より御礼申し上げたい。また本事例集の多言語化の趣旨に賛同し、ご支援くださった武田薬品工業株式会社にも深く御礼申し上げる。

本事例集における「災害」の定義

災害とはある事象（ハザード）が人間の生活環境に被害をもたらすことにより発生する。ハザードには、地震や津波といった自然災害に加えて原子力災害といった人為災害、COVID-19 のようなパンデミックがあり、その性質は多種多様である。災害による被害には、ハザードそのものによる被害と、生活再建の長期化や心身への影響等による継続的な被害の2種類がある（金吉春, 2012）。

そのため、災害は発生から時間が経過するとともに、被害や対応の性質は変化するという特徴があり、その時期を表す言葉である災害サイクルについては、支援分野横断的に一致した見解は得られていない（太刀川ら, 2020）。また、ハザードや被害の規模によりその定義は異なる（浦田ら, 2015）。したがって、本事例集では、災害を「自然災害・人為災害・パンデミック等、一度に多数の人々が危機的状況に直面する事象」と定義する。加えて、災害中長期を対象とした調査報告ではあるが、それらを分けた議論はせず、概ね急性期と呼ばれる発災後 72 時間以降を焦点に、継続的な被害への対応を検討の中心としている。

1. 日本における災害と健康危機

1) 日本の災害の特徴

日本はアジア太平洋に位置する島国であり、概ね温帯に位置し四季が明瞭に現れる。その四季の移り変わり時は特に台風、大雨などの豪雨が発生する。また、地球を形成する海洋プレートと大陸プレートの上に位置していることから、火山が多くその地形は急峻である。そのため、河川は著しく急こう配であり、豪雨による洪水が頻発している。さらに、その特徴的な位置関係により、地震の発生や地震に起因する津波が発生した過去もあり、このような自然由来の災害が多く発生する国である（内閣府, 2006）。加えて、列車事故や原子力発電所事故など人の手によって引き起こされたとされる大規模な事故や、感染症パンデミックなど、日本では種々の原因により人々の健康は脅かされることから、災害大国とされている（国土交通省, 2022）。このように災害は、上記多くの出来事（ハザード）と被害の大きさによって定義されているが、なかでも被害の大きさ、つまり脅かされる人々の健康危機に対して、日本では多くの対策・対応が検討、実行されてきた。

2) 災害対応の変遷

災害大国である日本は、1959年の伊勢湾台風を契機に、総合的かつ計画的な防災行政の整備および推進を目的に、1961年に災害対策基本法を制定した（内閣府, 2012）。その後も火山噴火や地震、豪雨などの災害により、人命被害、住家被害などを受けてきた日本は、それぞれに対応すべく、応急対策、復旧・復興対策、被災者支援、各種災害対策という項目で、約 18 に及ぶ関連法規を制定してきた（内閣府, 2022）。このような法整備により、日本は災害に対してインフラの整備、企業や市町村間の協定締結、生活物品の備蓄、防災訓練の実施、保険の整備、企業による社会貢献活動、自主防災組織の発足などの備えを行ってきた（内閣府, 2013）。しかし、いくら災害への備えを進めても、災害は前兆もなく突如として発生し、人々の想像を凌ぐ。日本は、「思いもしなかった」被害を忘れずに法整備・制度改革を繰り返し、日進月歩次なる災害への備えを進め、被害の縮小に力を注いでいる。

3) 災害による健康危機

災害は、上述したように人々への被害が起きて初めて成立する。その被害の一部として、人々の健康面に直接被害を与えるケガや病気など身体的なもの、社会復帰の遅れや近親者との離別などによる精神的なものがある。このような健康危機に対する備えとして、日本では国・都道府県・市町村の3つに管轄レベルが分けられ、それぞれのレベルで防災計画による応急対策の実施が義務づけられ、都道府県及び政令指定都市においては、その舵取りが任せられている（内閣府, 2021）。この枠組みにおいて、身体的危機に関しては、医療従事者をはじめとし、多くの医療支援団体が発災直後から時に長期にわたって、多くの組織と連携しながら被災地内外で支援活動を行う（DMAT 事務局, 2022; 東京都, 2019; 日本看護協会, 2021）。他方、精神的支援に関しては、前述の防災計画でも「被災者の心のケア対策」としてメンタルヘルス対策は項目化されており、発災直後は災害派遣精神医療チーム（DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team）のような組織が活動し、専門的支援を提供している（DPAT 事務局, 2022）。しかし、精神的支援の領域においては、他の支援組織との協働、要支援期間、実際の支援内容など、その実態は明確ではない（太刀川ら, 2020）。加えて、災害支援を行う支援者自身も災害

や支援活動により精神的危機に陥ることが指摘され（日本赤十字社, 2004）ており、災害支援を長期的に行うためにも、支援者を含めた災害に起因する精神的危機へ対処するための課題抽出および解決策の検討は急務であるといえる。

（日本医療政策機構 滋野 界）

2. 災害中長期におけるメンタルヘルス支援の実態調査

1) 調査結果の概要

本事例集作成にあたって、日本の自治体に対して災害中長期に渡る精神保健医療福祉体制に関するアンケート調査、ヒアリング調査を実施した。加えて、災害、メンタルヘルスの分野を中心に産官学民のマルチステークホルダーによる議論や会合を計4回実施した。

◆ アンケート調査の主な結果

- ・ 調査時期：2021年9月8日（水）～11月12日（金）
- ・ 対象者：47都道府県および20政令指定都市の精神保健担当部署 計67箇所
- ・ 回答率：65.6%（都道府県：72.3%、政令指定都市50.0%）

◆ ヒアリング調査の主な結果

- ・ 調査時期：2021年11月～12月
- ・ 対象者：都道府県および政令指定都市の精神保健担当部署、災害時精神保健福祉活動を行う施設で過去に災害時メンタルヘルス支援に携わった有識者等8組織

都道府県および政令指定都市の各自治体は、災害中長期の被災地支援として、主に被災者支援の枠組みの決定、市町村自治体の職員に対する研修開催、市町村自治体へ出向いての実態調査等の、被災後の支援ニーズの把握と後方支援を担っていた。他方、市町村自治体が、ハイリスク者への継続的な支援、健康に関するイベントの開催等の被災者への直接的な支援を担っており、これらの活動をNPO団体と協働している事例が確認された。

アンケート調査から、「災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルを準備している」と回答したのは39%であり、「保健衛生活動」または「こころのケア」に関連するマニュアルを活用していたことがわかった。また、自治体で準備した計画・マニュアルを活用し、災害時にメンタルヘルス対応を行ったのは32%であり、準備していた自治体のうち約80%は実際に計画・マニュアルを運用していた。自治体のマニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルスに関する取り組みについては、COVID-19に関連する取り組みが90%以上を占めた。COVID-19への取り組みの中では、電話相談が約70%と最も多かった。各基礎自治体との連携等について、ほとんどの自治体が災害対応・対策を検討する定期的な場で、体制の見直しを行っていたことがわかった。

ヒアリング調査から、災害中長期には、うつ、アルコール依存、自殺への対策は、生活支援全般の一部として、平時のメンタルヘルス対策と共通した課題として表面化してくることがわかった。平成28年熊本地震では、自治体が把握した上記のハイリスク者は、はじめから地域包括支援センターや民生委員につなぐことで、災害時から平時への支援の移行をスムーズに行えるようにしていた。ただし、全てを地域包括支援センターや民生委員に任せるのではなく両者で関わっていき、徐々に地域の支援の比重が大きくなるよう進めることをしていた。発災数週間経つと市町村は災害支援業務（ニーズ調査、個別支援、集団支援）を、専門職が多くいるこ

ろのケアセンター¹は市町村のサポートを、県の精神保健センターは全体のバックアップを行っていた。加えて、規模の小さい自治体は、災害時の外部支援の受け入れ方を計画に入れておくことが効率的なメンタルヘルス支援につながるとの意見が得られた。

以後、アンケートおよびヒアリング調査で得られた、災害中長期における都道府県および政令指定都市、人口3-6万人規模の自治体、またはNPO団体の精神保健医療福祉活動の事例を、金ら（2017）の包括的災害時精神保健医療活動ガイドラインに資するコンテンツ・マトリックスに基づく分類を参考に6項目に分類したので下記に示す。尚、本調査結果で6項目に分類できない項目を「その他」とした。また、当事者の声は本事例集の特徴でもあるため別項目として記載してある。

2) 包括的災害時精神保健医療活動ガイドラインに資するコンテンツ・マトリックスに基づく分類

① システム・原理

<サマリー>

- ◆ 41%の自治体が、災害発生時にメンタルヘルスに関する新たな相談窓口設置および住民への周知を計画していた。
- ◆ 過去の災害対応を活かして、支援対象者ごとに担当組織を分担する取り組みがされていた。
- ◆ 被災者の健康支援の中心は市町村保健師が担当していた。
- ◆ 自治体は「受援体制」と「撤退時の基準」を決めておく必要がある。
- ◆ 個別支援の一部は災害中長期になると、災害対応としてメンタルヘルス支援ではなく、地域保健の一部としてメンタルヘルス支援対応をすると継続しやすい。
- ◆ 新たにメンタルヘルス支援の組織を立上げるより、既存のセンターの機能の充実が望まれる。仮に設置する場合には閉鎖までの計画を立てることが重要である。

【災害時のメンタルヘルスに対する考え方・原理】

メンタルヘルス支援そのものに対して優先度が低いと感じている意見が多かった。なかでも、被災前から地域に潜在していたメンタルヘルス問題は、被災により顕在化することが多く、災害を一つの機会と捉えて対応の優先度を上げていく取り組みが見られた。また、過去の災害対応を活かして、支援対象ごとに担当組織を分担する取り組みなどがされていた。災害対応を通常業務の延長として対応することの重要性は有識者からの指摘にもあった。また、自治体には定期的な異動があり、ある部署で災害対応を学んだ人が別の部署に異動することで、部署を超えた災害対応意識の向上に寄与する可能性があることも示唆された。

東日本大震災（2011年）

- 平時から地域のなかでメンタルヘルスを取り扱い対策していくことで、災害時、被災直後からメンタルヘルス支援にマンパワーを割り、健康調査やハイリスク者ピックアップなど

¹ ところのケアセンターとは、災害時精神保健に関する研究や研修、相談・診療などところのケアに関する多様な機能を有する拠点施設であり、大規模災害発生後、国が基金を組んで設立される（兵庫県ところのケアセンター、2004）。

の現状把握を通常の公衆衛生活動の延長としてできると良い。そして、中長期に移行するとき、集まったマンパワーをどれだけ残せるかで住民のメンタルヘルスは変わってくると感じている。

- 自治体のなかでメンタルヘルス対応への優先度は高くない。ここ最近、自殺対策がメンタルヘルス課題へと関連してきているため、これを機に優先度を上げていきたい。
- 平時に市町村がどれだけ健康問題に力を入れているかによって、災害時に支援が必要な人の数が変わってくる。

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨（2015 年）

- 防災計画メンタルヘルスは重きが置かれていないと感じる。行政職の内部を変えていくのは時間がかかるため、支援組織に入ってもらった方が効率的である。そのため、自治体としては受援体制と撤退時の基準は決めておく必要がある。また、自治体によりメンタルヘルスを担当する部署は異なるため、外部に向けた指揮命令系統のアピールが必要と感じている。

平成 28 年熊本地震（2016 年）

- 災害時に創設した施設はいずれ閉鎖されてしまうため、長期的に支援が必要な人は、既存の組織につなぐことが必要だと考えている。みなし仮設²でも、区役所ごとに支援者同士の交流の機会を年に数回設けたが、参加者は固定化してしまうため、個別支援も必要である。

令和 2 年 7 月豪雨（2020 年）

- ポピュレーションアプローチまでは外部支援や災害対応部長が中心となって行ったが、その後のハイリスク者への長期的な支援は既存の福祉組織が中心となって対応した。

-有識者アドバイス-

災害中長期以降になると災害が起因となり、潜在していたメンタルヘルス問題が顕在化してくる。DV やネグレクトに加え、ひきこもりやトラウマなどが代表的なものとなる。これらは今後地域のなかで標準的支援の対象となるため、災害チームとしてではなく、日常的に起こりうる課題として、日常的な支援体制の整備が必要となる。

自治体における精神保健医療福祉にかかる災害対応を一担当者が実践し続けることは、担当職員の定期的な異動がある自治体の特徴を踏まえると困難である。しかし、担当者の育成、活動経験は、異動後の部署間連携に発展する可能性がある。部署毎に災害対策を進めるだけでなく、組織全体として連携を図りながら地域の災害対策に関する知識・技術・備えの底上げができることが望ましいことを踏まえると、継続的な教育は重要な取り組みとなる。

² 災害時応急仮設住宅として、建築型仮設住宅（プレハブ仮設住宅）と賃貸型応急住宅（みなし仮設）の 2 種類がある。プレハブ仮設住宅は、主に災害時空き地等に応急で建設され、一種の集落のようなものができあがる。一方みなし仮設は、既存の空き家となっているアパートの 1 室を行政が借り上げて被災者に提供するシステムのことをいう（宮城県, 2021）。

【こころのケアセンターの運用】

災害発生時、国の臨時的予算に基づき、専従組織（こころのケアセンター）の設立が検討される。多くの場合、発災後1年くらい経ってから活動が始まる。また、スタッフは外部から雇用された後に被災地に入るため、まず現地の支援組織と信頼関係を築く必要があり、活動が軌道に乗るまでには2-3年かかることになる。一方で、軌道に乗っても国の予算が継続されない場合には、活動期間が短くなる可能性がある。そのため、新たなセンターの立ち上げよりも、既存のセンターの機能充実が望まれ、設置する場合には閉鎖までの計画も必要となる。

阪神・淡路大震災（1995年）

- こころのケアセンターのスタッフは、外部雇用後に被災地に入るため、まず現地の支援体制のなかで円滑な関係を築くことから始まる。
- こころのケアセンターとしての活動内容は災害により異なるため、創設時に役割を考慮して実践していかなければならない。

平成16年新潟県中越地震（2004年）

- こころのケアセンターが軌道に乗るまでに2-3年かかった。こころのケアセンターには、現場の保健師、市町村保健師へのリフレッシュや現場のエンパワメントを目的とした教育研修の実施や一般市民を対象とした自殺対策、うつ対策啓発活動を担ってもらい、中期以降は、市町村保健師とのケースカンファレンスや助言をしてもらうこともあった。

東日本大震災（2011年）

- こころのケアセンター発足に際し、専門職の雇用に苦労した。大学、養成機関などを活用し、あの手この手で雇用していたが、急性期の増員は見込めないと考えた方が良かった。
- こころのケアセンターが長い年月にわたって被災者支援業務を担ってくれたこと、精神保健福祉士や保健師といった専門性の高い人が多かったことがよかった。こころのケアセンターの支所が自治体内にできたため、市町村と保健所の間のような存在となってもらった。
- 健康調査をこころのケアセンターと一緒にやったことで、任せられる仕事内容がわかってよかった。
- こころのケアセンター閉所に向けては、各圏域でこころのケアセンターが担ってきた業務が違うため、閉所まで5年間かけて県や市町村と引き継ぎを進めている。また、県は各圏域の保健師をマネージャーとしてサポートし、マンパワーをみながら収束させる事業、残す事業を話し合っている。

令和2年7月豪雨（2020年）

- 病名のつかないような判断が難しいケースは、こころのケアセンターに訪問依頼をし、アドバイスを受けていた。

-有識者アドバイス-

こころのケアセンターについては、新たなセンターの立ち上げよりも既存のセンターを充実させることが望ましく、仮に設置する場合は閉鎖までの計画も必要となる。

【通常業務と災害時派生業務】

41%の自治体が、災害発生時にメンタルヘルスに関する新たな相談窓口設置および住民への周知を計画していた。設置時期については開始、終了ともに被災状況やニーズに応じた対応をするとしていた。加えて、こころのケアセンター立ち上げに関する追加業務や、災害時でも継続する通常業務に関する内容がヒアリング調査により得られた。

平成 16 年新潟県中越地震（2004 年）

- 2004 年の震災では、避難所や応急仮設住宅の健康支援をしていたのは市町村保健師であった。
- 災害中長期になると、うつ、アルコール依存、自殺対策といった内容は、生活支援全般のなかの一部として共通化してくる。そのため、被災者支援をベースにこころのケアを行うのではなく、メンタルヘルス支援をベースに、地域で事業化していく。
- 災害による派生業務として、外部支援の受け入れ管理があるが、数ヶ月で撤退するため、その後は通常の教育研修業務が再開できた。しかし、発災直後から支援団体のマネジメント業務は始まるため、法律で決められた業務以外は、一時的に止めざるを得なかった。

平成 28 年熊本地震（2016 年）

- 被災により機能停止した市民病院職員に臨時職員となってもらい、各区役所内に地域支え合いセンター³を作った。
- 被災者の生活再建が遅れ、応急仮設住宅の入居期間が延長されるなか、地域支え合いセンターにおいて生活再建に向けたきめ細やかな支援の継続が必要であった。その期間については、国からの補助金もあり、支援を行う期間としてちょうどよかった。

【パンデミック対応】

2020 年より世界的に流行している COVID-19 パンデミック下においては、人流が制限され、同時期に起きた豪雨災害への支援に対応する人員不足が起きた。自然災害とパンデミックを同時に対応した自治体職員からは、パンデミックは発災の起点が不明瞭であり資源調整の困難さや、それに伴い自然災害からの復旧復興の遅れがメンタルヘルスに影響を与えていることを実感していた。

令和 2 年 7 月豪雨（2020 年）

- 自治体保健師の派遣は COVID-19 パンデミックにより県内に制限されたが、要請に対し十分に入っていただけだと思う。しかし、個人ボランティアも県内の人に制限されており、住民は人手不足からか、被災した家の片付けが思うように進まずいらだちが募っていたときいている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で家族や外部の人々からの支援も制限されるなかで、不眠を訴える人もいて、血圧上昇といった身体症状に影響を及ぼす人もいた。

³ 地域支え合いセンターとは、平成 28 年熊本地震後に作られた福祉施設であり、被災者が安心して日常生活を送れるよう、見守りや健康づくり・生活の支援、地域交流の促進などの総合的な支援が行われている（熊本県, 2022）。

② 心理反応+ハイリスク者対応

<サマリー>

- ◆ 自治体は、高齢者や障がい者など避難行動要支援者と呼ばれる人々に対して災害支援の計画を立てている。
- ◆ 介護保険法の適用でない高齢者、アルコール依存などは「孤立」しやすく、支援につながりにくいため、支援者の対応力が求められる。
- ◆ 女性やLGBTQの人々などマイノリティーと言われる人々が、災害により受ける影響を想定し、留意することが必要である。

【個別対応】

自治体は、高齢者や障がい者などの避難行動要支援者（災害時要援護者）への対応だけでなく、被災状況やニーズにより住民への支援を行う計画を立てていたが、その数は少数であった。アルコール依存症や引きこもりは災害中長期に顕在化してくることが多い一方で、あまり外に出てこないため、地域のなかで見過ごされやすい。またこのような課題は長期化しやすく、既存の組織と連携することが重要であることが示された。

阪神・淡路大震災（1995年）

- 阪神・淡路大震災の被災者のなかには、東日本大震災の激しい報道をみているうちに自身の体験がフラッシュバックし、心的外傷後ストレス障害（PTSD: Post Traumatic Stress Disorder）を発症し治療を必要とする人が多かった。被害を受けた災害に関連することは自分でなんとか折り合いをつけて生きていても、別の要因で発症してしまうことを支援者は認識する必要がある。

東日本大震災（2011年）

- 家族や支援団体から相談のあった不安定な人々や元々保健センターで支援していた人たちは、「未治療」「治療中」「発達障害」「引きこもり」「アルコール依存」など様々なケースがあった。「トラウマ」「PTSD」は受診するほどの重傷者はいなかった。
- アルコール依存症は、危険行動がなければ入院の機会があるまで待つ、という支援もある。支援対象者の人生全体を捉えて、その人が変わる適切なタイミングを待つことも必要である。
- 仮設住宅においてアルコール依存の人は厄介な存在とみられやすい傾向にある。事前にその人が抱える生きにくさなどの情報収集を行い、適切な機関につなぐという支援者の対応力が求められる。
- 介護保険法におけるサービス等の利用実績がない高齢者、アルコール依存の人、治療を中断する人、人に感心をもたない人、このような人達は「孤立」しやすく、支援につながりにくい。「引きこもり」は、思春期の不登校や就労がきっかけになることが多く「孤立」しやすいため、災害時の要援護者になる。
- 認知症の初期は、家族が認知症を受け入れられずに自分たちでどうにか世話をしようとする人が多い。そのため制度上の支援を受けておらず、災害時、支援の枠から漏れやすい。また、軽度の認知症では支援の枠にないが、環境の変化から避難所にいることができず、急にいなくなるなどのケースもあった。

平成 28 年熊本地震（2016 年）

- 取り残され感を持つ人へのケアとして、その人の話をしっかり聞き、高齢者であれば地域包括支援センターにつないだり、介護予防サービスや民生委員さんにつなぐなど、とにかく災害対応のスタッフだけで抱え込むのではなく、できるだけ地域につなぐ。

令和 2 年 7 月豪雨（2020 年）

- 訪問した際、被災による先の見えない悲壮感、経済的な不安によって「メンタルが落ちこむ」「人と話したい」という声があった。

-有識者からのアドバイス-

メンタルヘルス支援において、女性や LGBTQ の人々等は災害から受ける影響が異なることを考慮する必要がある。一方で支援策を検討する自治体職員の大半は男性でありその点に気づきにくい。内閣府男女共同参画局は、平常時から男女参画によるまちづくり、防災計画の立案や、災害の各段階での検討ポイントを提示している。

③ アセスメント

<サマリー>

- ◆ 41%の自治体が計画している、災害中長期における住民のメンタルヘルス支援に関する啓発活動は、被災住民へのこころのケア、健康相談に関する内容であった。
- ◆ 50%の自治体が、災害中長期の住民のメンタルヘルス支援を目的としたアウトリーチ活動を計画していた。
- ◆ 避難所での健康調査は、被災地の保健師と支援に来た保健師で手分けして実施した。
- ◆ 災害中長期、被災者の課題は時間経過とともに変化し、居住形態もメンタルヘルスに影響する。生活再建の遅れは、取り残され感、閉じこもり、抑うつ傾向などを引き起こし、地域コミュニティ分散による、被災生活の共有の困難さが生じる。

【集団対応】

41%の自治体が、「災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に関する啓発活動を計画している」と回答した。活動内容としては被災住民へのこころのケアや健康相談であり、それらを行う相談窓口に関する広報、周知活動が挙げられた。これらの活動主体は、平時から自殺やうつ病を業務として行っている保健所などが挙げられた。50%の自治体が、災害中長期のメンタルヘルス支援を目的としたアウトリーチ活動を計画していた。その活動内容については、相談支援、メンタルヘルス課題の調査や支援活動などであった。また、これらの活動は平時から住民のメンタルヘルスに関する業務を実施している専門職（保健師や精神保健福祉士）が、啓発活動の主体であることが示された。被災経験のある自治体は、被災者の実態把握として、避難場所（小学校、在宅、仮設住宅等）単位で郵送式アンケート調査や全戸訪問などを行っていた。いずれも、メンタルヘルス支援に関しては、被災者が積極的に調査に参加しない傾向があり、他の健康調査と一緒にすることや地域の集まりの際に活動するなど、黒子としての支援が重要であることが示された。

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨（2015 年）

- 大学からの発案で発災直後から大学が支援に入ってくれ、健康診断と共に、精神保健福祉士、保健師、大学生がチェックリストを用いて被災者に一般的な生活の困り事を聞いてくれた。同時に市として PTSD チェックを行い点数の高かった人を後日保健師とともに訪問していた。
- 市から在宅避難者に向けて、生活全般で困っていることに対するチェックリスト式のアンケートを郵送した。アンケートにて訪問希望のある人には、生活相談員が訪問し、生活上の困り事からメンタルヘルスに関することをきいた。
- メンタルヘルス支援の一貫で、郵送やアンケートによるニーズ調査を行っていたためか、業務が長引くことはなかった。しかし、訪問など直接話をしたほうが、メンタルヘルスに関する内容は多く聞いた。
- 県が行った相談窓口活動は、避難所へ行ったり入浴施設に行ったりと、足で動いて住民の相談にのっていた。住民が役所に訴えにくることはお金のことや保証のこと、不満などのため、メンタルヘルスについては住民の方に出向いて相談を聞くというのは効果があったと思う。

平成 28 年熊本地震（2016 年）

- 市の保健師と全国から応援にきた保健師で手分けして、指定避難所や福祉避難所を回って聞き取り調査を実施した。
- 被災者は、発災 2 ヶ月過ぎから仮設住宅やみなし仮設に移り住むようになり、仮設住宅、みなし仮設、公営住宅入居の計 1 万 2 千人の全戸訪問を地域支え合いセンター職員とともにに行った。
- みなし仮設は、被災者が分散するため、さまざまな思いの共有が困難であり、主観的な住みにくさがある。そのためプレハブの仮設住宅に比べてストレスが大きく、精神症状の出ている人が多いという結果がアンケート調査より出ている。みなし仮設は、すぐに入居可能で自治体としてのコストも低く抑えられるが、点在化・分散化するためコミュニティの構築が難しくボランティア団体の活動対象になりにくいことから支援が受けにくくなることが示されている。
- 全戸訪問の調査内容は、家族構成、被災家屋の状況、収入状況、生活再建の見通しや今後の家屋の希望、義援金の申請状況などを聞きながら健康状態（不眠、うつ、不安症状、既往歴や治療中の病気、障がいの有無など）、精神的困りごとなどを聞き取った。訪問する度に意向が変わっていないか確認した。その際、障がい者や高齢者などは定期的に訪問した。病院職員が入ったことで心身の健康に関する専門的な助言が得られた。しかし、当該地域は、家の築年数が古く、地震による家屋の被害が多く、また高齢者が多かったため、全員が応急仮設住宅に入居できるまでに 2 年かかった。そのため、全戸訪問は、時間を要し何度も足を運び、会えない場合は調査票の投函、電話をかけるなど地道な作業を行った。その甲斐あって、調査率はほぼ 100%を達成した。
- 2017 年と 2018 年に県が「こころと体の健康調査」を実施した。K6 を調査し、その結果抽出された支援を要する人に対して、各地域の地域支え合いセンターの看護師がフォローを行った。

- 半年後、2年後といった時間経過のなかで被災者の属性は変わり、課題も変化していく。仮設住宅に入って1年も経つと、住まい再建が順調な人とそうでない人の差が生じてくる。取り残され感、閉じこもり、抑うつ、身体機能が徐々に低下する人もいる。取り残され感は、みなし仮設にもプレハブの仮設住宅にもみられた。プレハブの仮設住宅入居者は、集団生活のなかで、住まいを再建した人たちが次々と退去していく状況を目の当たりにするため、再建の目途が立っていない人は焦り、孤立につながってしまう条件もあったと思う。みなし住宅は、そのような情報が入りにくいため、普段からそういった感情を持ちやすい傾向があると思われる。

令和2年7月豪雨（2020年）

- 避難所において、県が作成している調査票をもとに健康調査を実施し、夜間は災害支援ナースにより健康観察を実施した。外部の支援チームにフォローを要する人々の巡回と経過観察をしてもらい、必要時専門機関につないだ。また、DPATが入ることで、閉じこもりや対人関係が難しいなど、今まで潜在化していた問題が顕在化し、自殺企図疑いのケースも把握された。
- 発災3週間以降、全戸訪問とは別に県の精神保健福祉センターと協力して「こころのアンケート」を郵送にて実施し、要注意者を特定した。
- 避難所閉所後、市により全戸訪問を実施し、変化を追った。家族を亡くしたことによる心的ストレスを抱えた人や、被災者を受け入れている家族がストレスを訴えていたケースをこころのケアチームにつないだ。

④ リスクコミュニケーション

<サマリー>

- ◆ 発災後は、保健所が平時より開催していた既存の会議体を応用し、大学の精神科教授、精神科病院協会会長、職能団体、精神保健福祉士、臨床心理士、県の主な医療機関代表などが集まって災害対策会議を形成した。
- ◆ 多団体・多職種が集まる機会を活用し、災害急性期から中長期に至るメンタルヘルス支援の運営体制などを平時に検討し、計画しておくことが望ましい。

平成16年新潟県中越地震（2004年）

- 数ヶ月前に発生した豪雨災害時に、基礎となる会議体が存在しており、それをもってこころのケア対策会議が立ち上がった。大学の精神科教授、精神科病院協会会長、職能団体、精神保健福祉士、臨床心理士、国公立の中核病院長などの県の主な医療機関代表、職能団体の長が参加していた。開催頻度は、最初の1年間は3ヶ月に1回、以降年に1-2回で実施し、時折国立精神・神経センターや兵庫こころのケアセンターの先生に会議や県庁、被災地に入ってもらい助言をもらっていた。会議では、参加者は各首長級の人々が主だったため、支援の方向性や合意形成をメインで行い、具体的なことは現場レベルで決めていた。

東日本大震災（2011年）

- 2008年度に沖合地震を想定して市のガイドラインが作成された。その後、東日本大震災を受けて、2014年度に内部指針として、震災後、「市民のメンタルヘルスが向上する」「被災したすべての人々が、震災によるストレスから生じる日常生活への障がいや予防もしくは

最小限に留めることができる」を目標に、心のケア行動指針が作成された。これは、作成時点で3年ごとに評価することを定めて、2019年を終了年度としていた。しかし、被災者の回復が当初の想定ほど進んでいない現状を踏まえ、今後も支援を継続していくために5年間の追加指針（継続版）を作成した。行動指針の検討には、基礎自治体行政区に加え、精神保健福祉センターや各支所、子ども課、復興支援課、健康増進課等が参加した。

- 発災直後は、職員全員の思考がストップしてしまった。そのとき地域の精神医療の中心でもあった医師がイニシアチブをとってくれ、県庁、精神医療機関、行政で医療支援や精神保健、メンタルヘルス支援の会議をする話が持ち上がった。最初の3ヶ月は少なくとも1週間1回のペースで開催し、災害支援として入ってくる外部支援チームの采配と情報共有をメインに話した。地域毎に現場のニーズは異なることがわかってくると、それぞれのチームに具体的指示が出せるようになってきた。災害時、自治体が住民のメンタルヘルス支援を行うのは既存のマンパワーだけでは足りない。当該地域の場合は、こころのケアセンターを早期に立ち上げ、業務の分担ができたことがよかった。

平成27年9月関東・東北豪雨（2015年）

- 平時から保健所が地域保健・精神保健の会議を主宰しており、災害時はこの会議を災害支援に特化した内容で開催していた。

-有識者アドバイス-

災害中長期メンタルヘルス支援に関する情報共有は、平時から精神科救急システム調整会議等の各自治体で多団体・多職種が集まる機会を活用して、災害急性期から中長期に至るメンタルヘルス支援を進めるためにどのような運営体制を組織するかを検討し、計画しておくことが望ましい。

⑤ 準備+訓練

<サマリー>

- ◆ 73%の自治体が、メンタルヘルス支援者に対する教育・研修の実施・計画をしていた。
- ◆ 災害時メンタルヘルス支援の最前線は市町村の保健師であるため、市町村の保健師の活動を中心とした計画が必要である。
- ◆ 災害中長期に関する知見の蓄積は、被災経験者による体験・経験を共有することが有用である。
- ◆ 災害時、市民同士の助け合いを促すためにも、平時から自治体を中心となって、地域住民のつながりを促進させる取り組みが重要である。

73%の自治体が、住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修の実施・計画をした。研修の対象者としては、保健医療福祉の専門職だけでなく行政一般職員や、警察・消防などの公安職員、学生や児童生徒に関わる職員など、実際に支援の実施や、支援対象者に関与する可能性がある職種が挙げられた。研修内容は、住民のメンタルヘルス支援、精神保健福祉行政に関係する職員等の知識・技術の向上関連、DPAT研修であった。また、41%の自治体が、支援

者のメンタルヘルスに対する支援を計画しており、その内容は、自治体職員への面談、DPAT による支援者のストレスチェックと支援、支援者へのメンタルヘルスに関する研修実施であった。被災経験のある自治体からは、教育・研修の他に都道府県職員が市町村や、保健所に出向き直接の事業サポート、ケースに対するスーパーバイズも行っていることが確認できた。県職員が圏域の問題を肌で感じる事が、有効な研修の立案につながるといった内容が示された。また課題としては、メンタルヘルス支援に携わる市町村職員の定期的な配置転換、NPO/NGO 団体における定期的な新規職員の加入など、知識・経験の継承・蓄積が不十分という意見が得られた。また、災害中長期に関する知見の蓄積には、被災経験者による体験・経験の共有を多く行うことが有用との意見があった。

平成 16 年新潟県中越地震（2004 年）

- メンタルヘルスの最前線は市町村保健師であり、市町村保健師が地域の精神保健を守ることを前提とした計画を作成することが現実的である。

東日本大震災（2011 年）

- 保健福祉を含めた広い会議体が必要だと感じていたが、災害時に改めて会議体を立ち上げるのは現実的に厳しく、平時の精神保健福祉の会議体の応用くらいのものであれば良いと思う。
- 市精神保健福祉センターが主宰して、「震災後こころのケア従事者研修会」を実施している。区保健福祉センター職員を対象として、隔月で曜日を固定し実施。講話や事例検討などを通して被災者支援のノウハウやアセスメント、方針決定などについて学んでいる。能力向上、風化予防だけでなく市町村区に配置されている嘱託職員が各区で孤立しないよう職員同士のつながりを作ることも研修の意義の一つである。それもあってか、職員がすぐに辞めてしまうことは少ないと感じる。被災者支援をルーティン化させないためにも、研修内容をよく吟味し、伝えるポイントをはっきりとさせることが重要と感じている。企画は保健師や心理職等の専門職（現在も支援活動を行っている人など）が中心となって進めている。現場の状況と国・県の動向を踏まえた内容を研修としている。
- 福祉職員の被災者支援に関わる能力向上を目的として年 1 回「災害時メンタルヘルス研修」を実施している。内容として、最新の被災者支援の動向などの講演会やグループワークを行っている。
- メンタルヘルス支援とは別だが、支援者である自治体職員一人一人の質を上げるために、研修が必要だと感じる。コンテンツは、病名のつくような精神疾患に加えて、自殺企図、多問題家庭、アルコール問題、ひきこもりといった病名がつく一歩手前の段階に関する知識の取得が必要である。特に保健師は、担当部署にかかわらず、これらの研修を積んでいくことが必要である。市町村の保健師がレベルアップすることで、庁内全体の研修につながり、住民への啓発等波及効果を期待し、地域のなかで被災者対応をできるようにするのが望ましい。
- 病名のつかない方へのケアや簡単な心理教育も含め、自治体職員が、心理的応急処置

(PFA: Psychological First Aid)⁴のような基本的な心理的対応を身につけていくことに取り組み始めている。

- 被災者でもある支援者は早い段階で一度被災地から出ることが支援者へのメンタルケアになる。外部で研修を受けてくることで、客観的に支援者としての立場を認識することができる。しかし、既存の精神障害者支援プログラムは、欧米の重傷者向けの内容であり、災害メンタルヘルスとは異なる。新たにつくる必要はあると感じている。

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨（2015 年）

- 災害に伴い開所した避難所運営を社会福祉課の職員のみで行ったため、社会福祉課の通常業務がストップした。現在では計画上、全庁的に運営に携わることになっており、その後の台風による避難所開所では、社会福祉課の業務がストップすることはなかった。

平成 28 年熊本地震（2016 年）

- 平成 30 年 7 月豪雨時に支援者を派遣した。被災経験からマニュアルや啓発に必要な資材の備蓄があった。派遣時にすぐに担当課が準備できるように訓練していた。
- 令和 2 年 7 月豪雨時に隣接市に職員を派遣した。派遣職員は PFA、サイコロジカル・リカバリー・スキル（SPR: Skills for Psychological Recovery）の研修を受けており、支援先から良かったとの声があがっていた。職員派遣時に派遣職員からこころのケアに使えるパンフレットを持って行きたいとの申し出があり、パンフレットを持参して支援に行った。

令和 2 年 7 月豪雨（2020 年）

- 市内の学校から、「被災後に生徒が登校できなくなっているが保護者は無関心であり、本人は未成年で自分から相談にはこない」という相談があり支援に入った。担当であった福祉課の保健師と校長先生が、日頃から家庭支援として連携しており、今回の支援につながった。
- 当該災害時の外部支援は自己完結型が基本だったため、市としては休憩室を兼ねた会議室の確保しかなかった。被災経験のある隣接市は、住民啓発用のチラシや消耗品、救急用品などすべて持参してくれた。
- 職員の疲弊に対して、県の精神保健福祉センターや DPAT、こころのケアセンターの医師に相談した。

⁴心理的応急処置（PFA: Psychological First Aid）とは、支援者が被災者や犯罪の被害を受けた方などと関わる時、どのように声をかけたり、何に気をつけて接したらよいのでしょうか。そのような疑問に応えるための心理的応急処置です。今まで世界中でいくつかの PFA が開発されてきましたが、WHO が中心となって開発したものは、もっとも広く用いられています（災害時こころの情報センター, 2012）。

-有識者アドバイス-

地域の災害対応能力を上げるために、被災者支援を直接実施する人全員を対象とした研修の実施や、基礎自治体・NPO/NGO等の活用方法を計画に盛り込んでいくことが望ましい。また、地域の人材活用の一つとして、福祉専門職の活用は未だ法整備まで至っておらず、強化できる側面と言える。例えば、平時の福祉専門職養成時に、災害時の役割を期待して教育・備えることができるのではないか。教育・研修内容として、ゲートキーパー研修、管理職のメンタルヘルス、PFAが挙げられる。専門職が知っておくべき知識の普及啓発と、地域住民等が知っておくべき地域の支え合いレベルの普及啓発があり、それぞれに取り組む必要がある。

災害時、地域力の活用として住民同士の助け合いを自治体が促していくことも重要である。普段から地域の人々が利用する場所やそこで働く人、また、自治会役員や民生委員などを中心に、住民同士の繋がりを強め、有事の際に地域住民同士が助け合う環境作りが平時の取り組みとして有用である。例えば、平時から国民一人一人が災害時のこころの変化についても事前に理解してもらう取組み（心のサポーター養成事業：厚生労働省主宰）があり、地域力をあげるきっかけの一つとできる。加えて、地域の学校において災害を取り扱うことで、地域をよく知る地元学生の活用が期待できる。

⑥ 機関連携

<サマリー>

- ◆ 59%の自治体が、災害メンタルヘルス対応のために多組織との連携を計画していた。その連携先として医療機関、精神科職能団体、行政機関、教育機関、保健医療福祉系団体などが挙げられた。
- ◆ 平時から組織内（部署間）や自治体間で顔の見える関係を作ることは支援の円滑化につながる。
- ◆ メンタルヘルスに関する課題は、1つの部署では解決できないことが多い。福祉や保健の関係職が参加する定期的な会合が必要である。
- ◆ メンタルヘルスの問題は、地域外の医療機関、支援機関に通う人もいることから、地域・組織横断的な連携会議の定期開催および情報共有が不可欠である。

多くの自治体が、災害時メンタルヘルス支援について、多組織との連携を計画しており、その連携先として、医療機関（精神科デイケア等を含む）、精神・医療に関わる職能団体、行政機関（周辺自治体も含む）、学校（教育機関）、複数の保健医療福祉系団体などが挙げられた。このうち65%の自治体は、平時から上記組織と災害時の役割分担や人材育成、組織間協定などによりすでに連携を図っていた。

平成16年新潟県中越地震（2004年）

- 県が主導して被災市町村と連絡をとり、外部支援のニーズがあるか調査を行った。発災後まもなく冬となり雪の懸念があった。支援団体にとっては不慣れな環境下での活動と

なるため、雪が降る前まで（2ヶ月を目処）に撤退する方針と最初から決めて支援を要請した。判断材料として、市町村の窓口、支援の実働部隊である保健師の活動や感触を大事にした。

- 外部支援要請時、被害の少なかった（行政機能が維持できていた）隣接市を通して被災地に入ってもらうようにしたことで、支援団体の数や詳細等、情報の集約と発信の統制がとりやすかった。

東日本大震災（2011年）

- 県の精神保健福祉センターは、通常業務として、こころのケアセンターのバックアップを担った。
- 災害時、市町村はニーズ調査・個別支援・集団支援を中心に担い、こころのケアセンターは、専門職が入ることで市町村のサポートを担った。そして、県精神保健センターが全体のバックアップを行うという構図で、地域のメンタルヘルス支援を行ってきた。
- 被災により地域の精神科病院が機能しなくなった。普段精神科患者を受け入れていない病院が臨時の精神科外来を設置したが、入院はかなり消極的であり、こころのケアチームでサポートした。
- 県職員が市町村や保健所に出向いて、直接の事業サポート、ケースに対するスーパーバイズをしていくことで、県職員が圏域の問題を肌で感じ、有効な研修内容を考えていけると同時に、市町村・保健所職員との関係性構築や精神的負担の軽減につながった。

平成27年9月関東・東北豪雨（2015年）

- 災害時に連携を円滑にするためにも、平時から内部部署間や自治体間での顔の見える関係性を作ることが大事だと感じる。県や保健所が3ヶ月に1回くらいの頻度で会議を開催いただけるといざというときの連携ができると感じる。
- 大学のこころのケアチーム（医師、精神保健福祉士、臨床心理士等）が支援に入ってくれた。市の保健推進課が窓口となって受け入れ、発災初日から3ヶ月ほど避難所で、それ以降は高齢福祉部のほうで在宅支援の手伝いをしてもらった。大学にメンタルヘルス活動を先導してもらい、市としては活動場所の提供や調査協力など補助的なことを行った。
- 総務課人事が担当になり、大学に協力してもらって、メンタルヘルスチェックや講演を開催した。県主宰の職員向け災害支援研修に参加した。市で主宰することはマンパワー的にも不可能なので、県に主宰してもらえるとありがたい。

平成28年熊本地震（2016年）

- 地域支え合いセンターは各区役所内に設置した。通常業務のなかで関係機関のつながりがあり、業務進行の見通しがつきやすかった。
- 発災半年後にこころのケアセンターが開設し、県と市の各精神保健福祉センター間での会議にこころのケアセンターも入り、3者会議を年に4回実施している。内容は、開催初期はDPATの支援が撤退したことによる市町村の現状報告から始まり、その1ヶ月後よりこころのケアセンターの体制、地震によるメンタルヘルスケア体制、災害時のこころのケア研修会の企画が話し合われた。発災1年後よりこどもの震災関連死に関する研修の開催、アルコール依存症・トラウマを負っている人への支援体制、普及啓発活動、支援

- 者への研修などができるようになった。
- 全戸調査により、専門的支援が必要と判断した人には、こころのケアセンターの精神科医や看護職に訪問を依頼した。年2回各区を回ってもらい、支え合いセンターが困っているケースへの助言をもらっていた。
 - 県と市の精神保健福祉センターとこころのケアセンターの3者会議で議題にあがった支援者への教育研修として、PFA、SPRの研修を現在も年1回3者共催で実施している。
 - 県が発災直後からこころのケアチームを派遣してくれて、継続的に関わってくれた。被災者への「こころのアンケート」を手伝ってもらい、結果37名の要注意者を特定でき、市の福祉施設が継続支援を行っている。
 - 自市の保健師を、避難所を巡回する班と受援を担当する班に分け、市の職員が支援内容に関して困ったときに受援を担当する保健師につなげば何かしらの対応をしてくれるという認識を共有し、窓口の統一が成された。また、各避難所には一般職員が24時間常駐し、保健師が巡回することで情報の共有と課題解決を地域全体で行えるようにした。この体制により朝夕のミーティングに保健師が参加すればだいたいの事例を共有することができた。
 - 外部支援団体の役割は、市の方でリストアップし振り分けを決め、朝のミーティング時に各団体と共有した。しかし、各団体の役割は、過去の支援実績よりすでに周知の事実になっていたようで、0から役割の割り振りを考えることはしていなかった。
 - 被災経験のある隣接市が対口支援⁵として保健師の支援を行ってくれて、イニシアチブをとってくれた。率先して管理栄養士や歯科衛生士の派遣も開始してくれ、それを追うように自市からも管理栄養士を出すようになった。内部は混乱を来しているため、外部の被災経験者が積極的にアイデアを出してくれるのは、心強かった。
 - 発災初期のアンケート調査により要注意者と特定された人のうち、仮設住宅に入居している人を対象に訪問を実施した。訪問により、継続的な支援が必要な人は、福祉施設や区の保健師が引き継ぎ、緊急性が高いと判断した場合は、県の精神保健福祉センターにつないでいた。

⁵対口支援とは、災害時、迅速かつ確実に人員を確保するために、被災市区町村ごとに都道府県又は政令指定都市を原則として1対1でカウンターパートを割り当て、支援を行う方式である。対口支援団体は基本的に自ら完結して応援職員を派遣する。(総務省, 2021)

-有識者アドバイス-

災害対策を日常的に取り組むためにも、DPAT 研修等に医療機関、保健所、市の保健センターが参加することで、行政は受援についても認識してもらう機会となる。 DPAT は地域に入って活動するという実態を踏まえ、日頃から保健所や保健センターと連携することを重視している。

メンタルヘルスに関する課題は、1つの部署では解決できないことが多い。福祉や保健を含めた広範かつ定期的な会合の場を形成する必要がある。しかし、災害時に新たに立ち上げるのは現実的ではないことから、平時の精神保健福祉の会議等に災害時の運用方法を規定し、顔の見える関係性を災害時で活用できるよう計画することが望ましい。

メンタルヘルスの問題は地元地域では「隠したい」「周囲に知られたくない」という思いを抱く人も多く、結果として地域外の医療機関や支援機関に通う人も存在する。この現状から、特に災害時は地元地域から都道府県あるいは都道府県を越えた広い範囲の自治体が連携する会議を定期的に開催し、当該市民への対応方法に関する情報共有、広域支援を行うことが望ましい。

災害中長期のアウトリーチ活動にはマンパワーが必要となる。被災し活動ができなくなっている保健医療福祉専門職者の確保を計画することが望ましい。

⑦ その他

<サマリー>

- ◆ 仮設住宅の最後の住民や、復興公営住宅に住む失業した人・アルコール依存の住民など、被災者が「孤立」するケースが多く、長期的な支援が必要となる。
- ◆ メンタルヘルスの不調を抱える人は自分から希求行動をとらないため、仮設住宅等の集会所に参加しやすい環境をつくることが重要である。
- ◆ NPO 団体は機動力があるため現場の生の声を吸い上げ、すぐに災害支援にいかすことができる。

【災害中長期支援・被災者の特徴】

災害中長期における支援の特徴は、「ひきこもり」「アルコール依存症」の方への支援、その家族へのサポートなどがある。また、被災地では、コミュニティの活性化や集まれる場所の提供、地元イベントを活用した啓発活動など、「被災者同士の助け合いを促す地域力の活用」がされている。このような活動は支援団体や行政によって一般的に行われるようになっており、災害発生後にメディア等でも注目される。この中で、精神保健医療福祉分野における活動とは、黒子的な存在として問題を探り被災者同士の支え合いを促すという、当該分野ならではの地域力を活用した見守る支援がある。

阪神・淡路大震災（1995年）

- 仮設住宅の集会所で、マッサージやお茶のみ、ヨガ、気功などを通してコミュニティの活性化に取り組んだ。

東日本大震災（2011年）

- 東京都で定年退職した保健師が支援に来てくれ、困難なケースを積極的にこころのケアセンターに紹介するという体制ができあがった。その方は、県が市に対して健康問題を解決するためのサポートが必要だと認識してくれ、市への保健師サポートの募集で来てくれた人だった。
- アルコール依存症の人は改善と悪化を繰り返すため、現在でも支援（見守り）をしているケースが多い。また、家族をなくした子どもを就労まで見守ったというケースもある。
- 父親が障がい者手帳を持っており、当時中学2年生で引きこもりだった娘は、災害により周辺の住民が避難していることも知らなかったということがあった。娘は得た情報をよく理解できない状況にあり、20歳まで支援（見守りや生活支援）を続けた。
- 障がい者といわれる人たちは支援に結びつくが、世間に認知しづらい問題を抱える人達は支援につながりにくく、NPO/NGO等が柔軟な支援を行っている。仮設住宅の最後の住民や、復興公営住宅にいて仕事を辞めてしまった人がアルコール依存になるなど、「孤立」するケースで長期の支援が必要となった。
- こころの問題を抱える人は自分から希求行動をとらないため、仮設住宅等の集会所に参加しやすい環境を作った。

【NPO/NGO 団体等災害支援団体との協働】

災害支援を専門にする NPO 団体は、啓発活動のような集団対応、ハイリスク者への個別対応を機動的に実施していた。平成 28 年熊本地震では、災害支援を行う団体を対象とした連携会議を発足し、NPO の特性を活かして自治体と協働する活動をしていた。

東日本大震災（2011年）

- NPO は機動力があるため、災害支援にうまく活用できるとよい。自治体はその舵取り役を担ってもらえると、活動がしやすいため、コーディネートをしてもらえると良い。
- NPO として、メンタルヘルス啓発に関するパンフレット配布やキャンペーン活動を、当事者（高齢者、アルコール、メンタルヘルスなど）と一緒にやった。ホームページの活用や口コミも有効であった。事前にテレビなどの取材を受けることで、団体の活動を理解してもらいやすく、関係性の構築としてとても有効的だった。支援者として、見られている意識がつくため、良い活動をちゃんとやろうという意識になる。
- 啓発活動は、地元の人達が信頼を置いている機関と協働することで、地元の人達の信頼、参加が得やすい。パンフレットは、日用品などとセットで渡すことも効果的であった。花火大会や盆踊りなど地域文化に根ざしたイベントと併せて啓発することも有意義であった。
- アルコール依存のなかでも男性はとくに孤立しやすいため、2016年より男性のみの集いを作り、現在も孤立予防のために活動を継続している。

平成 28 年熊本地震（2016年）

- 発災直後から NPO 団体が事務局となって会議体が発足した。NPO 団体が主宰のため、現場や被災者と直接接するスタッフの生の声があがりやすいという特徴がある。参加者は、県

と市、またそれぞれの社会福祉協議会、避難所運営の区役所の部長、災害ボランティアセンター管轄の本庁の地域活動推進課、市の復興部（2ヶ月頃より）である。会議内容は、（初期）避難所の運営やボランティアの受け入れに関する情報共有、（2ヶ月以降）仮設住宅での被災者の困りごとや状況に関する情報共有の実施が行われた。各組織はこれらの情報を自分たちの活動に生かすという側面があったが、個人情報保護の観点から、直接的な被災者支援を行政からボランティア・NPO 団体に依頼することはできなかった。しかし、ボランティア団体主催の企画に協力することはでき、NPO 団体もその点の理解があったため、お互いに折衷案を見つけて取り組んでいた。

-有識者アドバイス-

支援者のメンタルヘルスケアの観点から、支援団体を集めたシンポジウムは有用である。実際、平成30年7月豪雨後に広島県と広島市の精神保健福祉センターの協働により、豪雨災害時のこころのケアのあり方を振り返るシンポジウムが開催されており、豪雨にて被災した人々へのこころの支援を目的として、多領域間で協力、連携し、支援者が災害時の心理的支援やその対応の理解を深め、継続的に支援を行うための学びの場となった。

3) 当事者の視点

日本医療政策機構では、「市民主体の医療政策を実現」を掲げ、各疾患領域の患者・当事者と共に、社会に政策の選択肢を提供すべく、活動している。本事例集のベースとなった事業においても、メンタルヘルス当事者の方々にも参画いただき、地域におけるメンタルヘルス対策の課題や今後の展望について様々な意見を頂戴した。

- ・ 「こころのケア」「メンタル」「精神科」という言葉を前面に出すと、被災者にケアが受け入れられにくい。身体面での「健康づくり」とセットにし、地元の保健師や訪問看護チームと黒子としてのメンタルヘルスの専門職が協働で活動することが受け入れにつながる。住民のメンタルヘルスへの抵抗感を払拭する工夫が必要である。
- ・ 地域社会全体に「自分が生きていける方法があると思えること」「社会のつながりの中で楽しみや喜びを感じられること」がメンタルヘルス不調の予防、回復において重要であり、そのためには、社会の中に楽しみを感じられる自分の居場所の存在、寄り添ってくれる人の存在が必要となる。
- ・ 大規模災害を経験したメンタルヘルス当事者にとって有用であった自治体の取り組みやサービスを集積し、自治体間で共有することや、当事者同士がサポートし専門職とつなぐ役割も果たすピアサポート等を積極的に活用して情報発信することは重要である。
- ・ メンタルヘルス当事者にとっては、災害という出来事は心身への影響を特に受けやすい。そのため、災害による症状の悪化や進行を予防しながら発災後も発災前と変わらない社会生活を可能な限り送れるよう、平時からの体制を整備することが重要となる。

3. 考察と提言

1) 自治体間および自治体内部署間連携

【災害対応経験の共有から得られる連携強化】

アンケート結果より、他の自治体や周辺自治体との連携を想定している自治体は少なく、特に全体の約9割が災害中長期におけるメンタルヘルス支援において自治体間連携を想定していなかった。しかし、ヒアリング結果より都道府県および政令指定都市は、災害中長期の役割として市町村自治体の職員に対する研修開催、市町村自治体へ出向いての実態調査等の後方支援を担っていた。このことから、被災経験のある自治体は積極的に基礎自治体と連携して支援活動を行うことで、地域全体で支援力の強化に取り組んでいることが推察される。特に、勉強会などを定期的で開催することは知識の共有向上のみでなく、思いを共有する機会となり、支援者自身のメンタルヘルスをケアしていくことにつながっている。加えて、被災経験を貴重な社会的記憶として保存・継承していくことで、今後起こりうる災害への備えになる（矢守, 2009）ことから、災害を経験した者がそのときの出来事や対応、また思いや学んだことなどを共有していくことは、次世代につながる貴重な記憶ともなり得る。本事業内の有識者会議でも、災害中長期は十分なエビデンスが蓄積されていないからこそ、中長期メンタルヘルス支援経験者の生の声を共有する、そのような場を設けることが重要と述べられている。

【顔が見える関係の構築】

事業結果より、自治体においてメンタルヘルス支援そのものに対して優先度が低いと感じている意見が多く聞かれた。他方で、被災前から地域に潜在化していたメンタルヘルス課題は、被災により顕在化することが多く、災害を一つの機会と捉えて対応の優先度を上げていく必要があるという意見も聞かれた。しかし、災害時に顕在化した課題を自治体が通常業務として対応していくのは、担当部署が異なるということのみならず多くの課題がある。この課題に対して専門会合のなかでは、2021年災害対策基本法の改正にともない、福祉専門職が災害時ケアプラン作成時に業務として参画している、大分県別府市のケースを例に取り上げ、平時の取り組みの中にシステムとして災害時対応を備えることに国としての取り組みが始まっていることが挙げられた。この平時の取り組みを他部署間で実施していくことは、ヒアリングでも多く意見のあった「顔が見える関係」を作ることにつながる。「顔が見える関係」とは、顔がわかるだけでなく信頼できる関係であり（森田, 2012）、災害支援に向けて効果的に備えるためにも、平時から部署を超えた会議の開催や、定期異動を活用し、組織全体で災害というテーマのもと顔が見える信頼できる関係作りを進めて行くことが有用であると示された。

2) 地域資源の活用

行政組織において、内部（組織）編成を変えていくのは時間がかかる。そのため、1分1秒が争われる災害時は、機動力のある外部支援組織に入ってもらうことは効率的であり有用である。これらを実現するために自治体は、受援体制と撤退時の基準を予め決めておく必要がある。有識者からは、こころのケアセンターを新たに立ち上げるよりも、既存の機能の充実が望まれ、設置する場合には閉鎖までの計画も必要となることが指摘された。さらに現在、各自治体が対応している COVID-19 パンデミック状況で、自治体は資源調整の困難さや、それに伴う復旧復興

の遅れがメンタルヘルスに影響を与えていることを体感している。今後も新興感染症や広域災害などにより、広域から支援を受けることに困難が生じることも想定される。そのため、災害中長期に住民へのメンタルヘルス支援を行うためには、自治体はその地域で支援可能な人材や組織との関係づくりだけでなく、支援に関する教育が必要となる。

教育・研修の対象者として、保健医療福祉の専門職だけでなく行政一般職員や、警察・消防などの公安職員、学生や児童生徒に関わる職員など、普段から地域で活動し、災害時支援対象者に関与する可能性のある職種が示された。加えて、有識者からは、普段から地域の人々が利用する場所やそこで働く人、また、自治会役員や民生委員などを中心に、住民同士のつながりを強め、有事の際に地域住民同士が助け合う環境作りが平時の取り組みとして有用であることが示唆され、このような市民同士の助け合いを自治体が促していくことの重要性が述べられた。

災害時支援の連携については、約6割の自治体が様々な精神科職能団体、行政機関、学校、複数の保健医療福祉系団体などその地域で住民に関わる組織との連携を計画しており、その大半の自治体が、実際に平時から実施している会議や研修などで役割分担や人材育成、組織間協定などにより平時から連携を図っていることが示された。加えて、自治体が支援を受ける際の具体的手順や、災害中長期メンタルヘルス支援の会議体のあり方やその構成メンバー、会議内容に関する詳細も示された。地域住民に密着した様々な分野の組織が、平時からメンタルヘルスに係る会議や研修などを定期的 to 実施するだけでなく、大規模災害を経験したメンタルヘルス当事者にとって有用であった自治体の取り組みやサービスを集積し、自治体間で共有することや、当事者同士がサポートし専門職とつなぐ役割も果たすピアサポート等を積極的に活用して情報発信することは重要である。災害中長期では自治体での通常業務を維持しつつも、すでにある人的ネットワークや組織と連携し、支援が必要な人に支援ができる体制を検討していくことが望まれる。

4. 参考文献

DMAT 事務局（2022）. DMAT とは. 厚生労働省 DMAT.

<http://www.dmat.jp/dmat/dmat.html> [2022/6/13 閲覧]

DPAT 事務局（2022）. DPAT とは. DPAT 事務局 <https://www.dpat.jp/about.php> [2022/6/13 閲覧]

兵庫こころのケアセンター（2004）. 兵庫県こころのケアセンターとは. センター紹介.

<https://www.j-hits.org/outline/> [2022/6/30 閲覧]

浦田喜久子・小原真理子（2015）. 系統看護学講座 統合分野 災害看護学・国際看護学. 第 3 版. 医学書院.

金吉春・國井修（2012）. 災害時の公衆衛生. 南山堂.

金吉春・荒井秀典・井筒節・神尾陽子・加藤寛・前田正治・松下幸生・松本和紀・大塚耕太郎・鈴木友里子・富田博秋（2017）. 災害時の精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と新たな包括的ガイドライン作成にむけての構想. 厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野） 災害時の精神保健医療に関する研究, 厚生労働省.

熊本県（2022）. 「地域支え合いセンター」の活動について.

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/4744.html> [2022/6/30 閲覧]

国土交通省（2022）. 自然の驚異を乗り越え、豊かな社会経済活動の礎を築く.

<https://www.mlit.go.jp/saiyojoho/manifesto/manifesto10.html> [2022/6/13 閲覧]

宮城県（2021）. 応急仮設住宅について.

<https://www.pref.miyagi.jp/site/ej-earthquake/kasetsujutaku.html> [2022/6/30 閲覧]

森田達也・井村千鶴・野末よし子（2012）. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？ Palliative Care Research.

内閣府（2006）. 平成 18 年版 防災白書. 防災情報のページ.

<https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h18/bousai2006/html/honmon/hm01010101.htm> [2022/6/13 閲覧]

内閣府（2012）. 平成 24 年版 防災白書. 防災情報のページ.

https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h24/bousai2012/html/honbun/1b_0h_0s_00_00.htm [2022/6/13 閲覧]

内閣府（2013）. 平成 25 年版 防災白書. 防災情報のページ.

<https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h25/index.htm> [2022/6/13 閲覧]

内閣府（2021）. 防災基本計画. 中央防災会議.

https://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/pdf/kihon_basicplan.pdf [2022/6/13 閲覧]

内閣府（2022）. 関連法規等. 防災情報のページ.

<https://www.bousai.go.jp/hourei/index.html> [2022/6/13 閲覧]

日本看護協会（2021）. 看護実践情報 災害看護.

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html> [2022/6/13 閲覧]

日本赤十字社（2004）. 災害時こころのケア. https://www.jrc.or.jp/vcms_lf/care2.pdf [2022/6/13 閲覧]

総務省（2021）. 応急対策職員派遣制度に関する運用マニュアル<第 4 版>.

https://www.soumu.go.jp/main_content/000734711.pdf [2022/7/5 閲覧]

- ストレス・災害時こころの情報支援センター（2012）. 心理的応急処理（Psychological First Aid : PFA）とは. <https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pfa.html> [2022/6/13 閲覧]
- 太刀川弘和・五明佐也香・辻本哲士・丸山嘉一・高橋晶・宇田英典. (2020). 自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル. 厚生労働科学研究補助金（障害者政策総合研究事業）災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究. 東京都（2019）. 災害時の医療救護体制. 東京都防災ホームページ. <https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/bousai/1000027/1000344.html> [2022/6/13 閲覧]
- 矢守克也. (2009). 防災人間科学. 東京大学出版会.
- 全国社会福祉協議会（2022）. 災害時の支援. 全国社会福祉協議会. <https://www.shakyo.or.jp/bunya/saigai/index.html> [2022/6/13 閲覧]

5. おわりに

事例調査を通じて、日本では過去の災害対応経験が、その後の災害におけるメンタルヘルス支援において活かされていることが確認された。日本は、世界屈指の災害大国であり、多種多様な災害を経験してきた。それらに対応してきた事例、そこから考える備えの実態を集積した本事例集は、既存のマニュアルやガイドラインをより具体的・実用的に運用するための一助となることが期待できる。特に、本事例集の特徴でもある「当事者の声」は、専門家のなかでも支援を具体化するために非常に有用であることが示され、加えてマニュアル・ガイドライン作成だけが備えではないことが議論される発端となった。本事例集は災害時のメンタルヘルス支援を考えることが目的であったが、災害における当事者とは、身体的な被害を受けた方、精神的な被害を受けた方、社会的な被害を受けた方と多種多様であり、情報入手が容易になった今日では、被災地にいなかった人でさえ当事者になりうる。このような、様々な「当事者の声」をこれからも聞き続け、集約・公表するは災害支援関連領域において、より具体的より実効性のある支援を考えることにつながる。国・地域により災害につながるハザードに違いはあるかもしれない。そのような中でも日本における災害対応経験の蓄積が、他国の災害支援に役立つことを願っている。災害が未知なる脅威であっても、一人でも多くの人のメンタルヘルス課題解決に本事例集が役立ってくれば幸いである。

2022年10月

日本医療政策機構（HGPI）

メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

日本医療政策機構 メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

滋野 界 日本医療政策機構 アソシエイト

栗田 駿一郎 日本医療政策機構 マネージャー

牧野 ひろこ 日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト

藤本 莉央奈 日本医療政策機構 インターン

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

ミッションへの賛同

日本医療政策機構は「フェアで健やかな社会を実現するために、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となる」ことをミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

本プロジェクト協力企業：
武田薬品工業株式会社



本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3
階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/>

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/en/>

不許複製