

厚生労働省

令和3年度（2021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  
実態把握及び取り組みのあり方の検討  
報告書

2022年3月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）



## 目次

はじめに .....	2
事業要旨 .....	5
事業の目的 .....	7
事業の実施内容 .....	8
調査等の結果 .....	10
分析・考察 .....	84
検討委員会等の実施状況.....	87
成果の公表計画 .....	87

## はじめに

### 日本医療政策機構（HGPI）とメンタルヘルス政策プロジェクトの背景

2004年に設立された日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、非営利・独立の医療政策シンクタンクとして、様々な医療政策課題に対し、政策提言・実現に向けたアクションを重ねてきた。2019年度からは「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」と題しプロジェクトを立ち上げ、当事者や既存のステークホルダーを含めた国内外の当分野における産官学民のキーオピニオンリーダーや関係団体によるアドバイザリーボードを組織し、ヒアリングを重ねるなかで、日本のメンタルヘルス政策における現状の課題や論点を抽出し、その課題に対する解決の方向性を検討してきた。

メンタルヘルスに関わる課題は、国や地域を問わず現代社会に大きな影響を与えている。日本において精神疾患を有する患者数は2017年で約419.3万人と増加傾向にあり、この患者数は、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、日本は人口あたり世界最大の精神病床数を有し、2018年の病院報告によれば、最新の精神病床平均在院日数は265.8日にのぼり、一般病床の16.1日と比較すると長く、地域格差も大きい。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災害や経済状況の悪化に伴う雇用不安、家庭環境等、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、国際保健機関（WHO: World Health Organization）が「the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020」を策定した。こうした世界各国の連携や比較研究を通じた協調により、好事例の展開等が進んでいる。日本においても、1995年の精神保健福祉法や2004年の障害者総合支援法の成立以降、医療と福祉が連携して精神障害を持つ本人や家族を支える体制構築を目指している。また2013年からの第6次医療計画においては、重点疾病のひとつとして位置づけられているほか、第7次医療計画および第5期障害福祉計画には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている。これは精神障害の人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加（就労）・地域の助け合い・教育を包括的に確保されることを目指すものであり、まさにマルチステークホルダーによる連携が必要とされている。

しかし、国際的な状況と比較すると、各精神疾患への国民理解や啓発、当事者ニーズに基づくアプローチ、当事者自身がサービス開発・提供に参画すること、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進展に向けて多職種と官民が連携した患者・当事者支援体制の構築、さらにはライフコースに沿ったメンタルヘルスケアの構築等、今後、さらに取り組みの強化が期待される政策領域も多い。国際潮流をベースとした変革が急務である一方で、既存の医療提供体制からのスムーズな移行を可能にすべく、既存のステークホルダーの変革を促すインセンティブの付与等、効果的な政策誘導も期待される。入院制度の在り方の検討や、多職種による質の高

い入院医療の提供、地域での生活への移行と退院後の地域の精神保健医療福祉体制の機能強化、従来の薬物療法に加え非薬物療法の充実による治療の選択肢拡充等、精神疾患を持つ本人の生活の質（QOL: Quality of Life）の向上に資する取り組みが求められている。またこうした体制において地域格差が是正され、医療に限らず全ての人が必要なサービスに平等にアクセスできる環境を構築することが求められている。

### **本プロジェクトにおけるこれまでの取り組みと本事業に至った経緯**

2019 年度はアドバイザーボードによる議論を通じて抽出された課題や論点と、その解決の方向性について、アドバイザーボードメンバーを中心とした国内外の有識者が意見を表明するグローバル専門家会合を開催し、メンタルヘルス政策の進展の必要性について国内外のステークホルダーに発信を行った。会合は、京都大学大学院医学研究科先端国際精神医学講座との共催、さらにはジョーンズホプキンス大学の協力により開催し、第一部「トップアカデミアが語るメンタルヘルス政策の国際潮流」第二部「マルチステークホルダーで考える日本のメンタルヘルス政策 次の打ち手」の二部構成で開催された。特にパネルディスカッションでは登壇者はもちろん、多様なステークホルダーが参加する会場とのインタラクティブな意見交換がなされ、活発な議論が交わされた。議論のポイントは下記の通りである。

#### **<2019 年グローバル専門家会合にて議論された今後のメンタルヘルス政策のポイント>**

- 1. ライフコースアプローチとマルチステークホルダーによる議論を進めること**
- 2. ライフコースに応じた多職種及び地域の関係機関の連携によるメンタルヘルスケアを実現すること**
- 3. 当事者視点の政策に向けて、当事者や医療従事者の経験を蓄積し協働を進めること**

2020 年度には、2019 年度の活動を踏まえ、2020 年 7 月に、メンタルヘルス政策プロジェクトチームとしての政策ビジョン「メンタルヘルス 2020 明日への提言」を公表した。これは、2019 年度のプロジェクトで得た知見に加え、産官学民の幅広いステークホルダーへのヒアリングや国内外の好事例の机上調査を中心として、課題や打ち手を取りまとめたものである。政策ビジョンは次の 5 つの視点をベースに構成されている。

**視点 1：当事者活動を促進し社会全体のリテラシーが向上する施策を充実させる**

**視点 2：精神疾患を持つ本人のニーズに基づいた地域生活を基本とする医療提供体制を構築する**

**視点 3：「住まい」と「就労・居場所」を両輪として地域生活基盤を整備する**

**視点 4：エビデンスに基づく政策決定・政策評価に向けて必要なデータ・情報収集体制を構築する**

**視点 5：メンタルヘルス政策においてマルチステークホルダーが継続的に議論できる環境を構築する**

（詳細は <https://hgpi.org/research/mh2020pp.html> ）

上記政策ビジョンの作成にあたり行ったヒアリングでは、患者・当事者はもちろんアカデミアや医療提供者からも、認知行動療法をはじめとした精神療法の供給拡大の重要性が指摘され、提言に盛り込むに至った。本プロジェクトでは、政策ビジョン「メンタルヘルス 2020 明日への提言」のさらなる具体化と政策の変革・実現に向けて、活動を進めており、本事業はこのような背景の中でも特に、視点 3：「住まい」と「就労・居場所」を両輪として地域生活基盤を整

備する。に焦点を絞り実施に至った。

本事業及び本報告書・提言が、今後益々の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた弾みとなり、精神疾患を持つ本人やその家族・ケアラーはもちろんのこと、この社会に生きる私たちのメンタルヘルス・ウェルビーイングの増進による QOL の向上に寄与することを強く願う。

令和 4 年（2022 年）3 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

## 事業要旨

### 事業の目的

本事業は、自治体が災害精神保健医療福祉対策をより実効性のあるものとするために、都道府県及び市町村の災害直後から中長期の精神保健医療福祉体制について実態を把握し、災害時の精神保健医療福祉のありかたの検討に資する資料を作成することを目的とする。

### 事業の実施方法

1. 47 都道府県及び 20 政令指定都市自治体の災害精神保健医療福祉分野に関するガイドライン、マニュアル等の内容分析のための机上調査
2. 災害中長期に関する精神保健医療福祉分野の実態把握のためのアンケート及びヒアリング調査の実施
3. 有識者及び災害時精神保健医療福祉に関する支援に携わっている者の視点も取り入れた、災害中長期メンタルヘルス支援体制の構築に向けた基礎資料の検討
4. 1 と 2 の調査結果及び 3 の会合等を踏まえて、課題や計画作成の方向性を整理し、今後の災害時メンタルヘルス支援への備えに向けた提言をとりまとめた。

### 事業の実施結果

1. 47 都道府県及び 20 政令指定都市自治体の災害精神保健医療福祉分野に関するガイドライン、マニュアル等の内容分析のための机上調査各自自治体のホームページ上に公表されている、地域防災計画、災害時医療救護活動マニュアル等、災害派遣精神医療チームに関する情報、災害時こころのケアマニュアル、その他関連マニュアルを集計、比較分析し、各自自治体の災害中長期精神保健医療福祉分野における支援計画の実態整理をした。それを元にアンケート調査の項目を検討した。
2. 災害中長期に関する精神保健医療福祉分野の実態把握のためのアンケート及びヒアリング調査の実施 47 都道府県及び 20 政令指定都市の精神保健・障がい福祉部門を対象に作成したアンケート票を Web 及び郵送にて実施し、災害中長期の定義、想定している支援対象者、連携・システム、支援の実際、備えている評価・記録ツールに関する現状と課題を把握した。その後、災害中長期の精神保健医療福祉に関する支援の実態を把握するために、過去日本で発生した災害のうち長期計画的に復旧が必要となる激甚災害制度が適応された災害を対象に、被災した自治体及び直接的に支援を行った団体へ、ヒアリング調査を実施した。調査内容は、アンケート結果分析では明瞭とならなかったことを中心に、災害中長期の精神保健医療福祉に関する支援体制、支援の実態とし、計 8 団体の実態と課題を把握した。
3. 有識者会議の開催産官学民の有識者を招聘し有識者会議を 3 回実施した。1 回目はアンケート調査項目の検討、2 回目はアンケート調査およびヒアリング調査（中間報告）をもとに作成した、災害中長期における自治体の精神保健福祉に係る計画等の具体的検討のための参考資料の内容等について議論した。3 回目開催の前に、より多くの専門家及び自治体職員からの意見を募るため、外部向け専門家会合を開催し、災害中長期における精神保健医療福祉支援について議論した。3 回目の有識者会議では、外部向け専門家会合を踏まえて最終成

果物への意見を募った。

4. アンケート調査及びヒアリング調査結果及び3の会議会合を踏まえて、自治体向けに災害後  
中長期の精神保健医療福祉支援に関する実例集と提言をとりまとめた。

## 事業の目的

当機構のこれまでの一連の活動からも、メンタルヘルスの課題は様々な社会課題と強く関連し、保健医療福祉領域の課題に留まらない社会全体での対策が求められることが整理されてきた。特に 2020 年は新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」）の拡大に伴い、感染症への不安、雇用不安定等の経済的課題を含む社会不安および生活様式の変化に伴う精神的苦痛が急速に広がり、メンタルヘルス課題が顕在化した。メンタルヘルスの不調・精神疾患の原因は多岐にわたり、COVID-19 のような社会的に大きな影響を与えるパンデミック、凶悪犯罪、事件・事故等に加え、自然災害もその原因となる。災害が引き金となるメンタルヘルス不調に関わる様々な課題については、2011 年に起きた東日本大震災も一つの重要な契機であり、外傷後ストレス障害（PTSD: Post Traumatic Stress Disorder）や中長期にわたるうつ病の罹患者の増加などの課題が数多く出現した。

これらの教訓として、メンタルヘルスを念頭に置いた地域づくり（一般市民におけるメンタルヘルスリテラシーの向上等）、支援者への支援、メンタルヘルスに変化が生じた市民を専門家へつなぐことの重要性等が指摘されており、発災直後から中長期にかけたシームレスなメンタルヘルス対策が必要となる。発災直後のメンタルヘルス対応についてはその専門チームとして、2013 年に災害派遣精神医療チーム（DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team）の活動要領が作成後は、全国で DPAT の設置が進められ、2016 年の平成 28 年熊本地震以降、活動が展開されてきた。一方で、中長期（復興期）にかけての被災地での心のケアに関する支援体制のありかたは確立されておらず、各自治体の発災直後から中長期の精神保健医療福祉体制・対策の実態は不明である。

以上の背景および課題認識に基づき、本事業は、「都道府県および政令指定都市等（以下、「自治体」）における災害時の精神保健医療福祉対策を実行性のあるものにするための検討」に資する基礎資料を作成することを目的として実施する。この目的を達成するために、本事業では、自治体における発災直後から中長期の精神保健医療福祉対策（以下、「災害時精神保健医療福祉対策」）にかかる実態を調査し、各自治体の地域差等を分析する。また、本事業の調査結果に対する有識者の意見を聴取し、調査分析に反映するとともに、自治体で実際に実施した事例等をまとめた資料を作成する。



# 事業の実施内容

## 実施方法と体制

### 方法

- 1) 自治体における災害時精神保健医療福祉対策にかかる実態把握のためのアンケート調査および自治体担当者へのヒアリングの実施
  - (1) 自治体が作成している発災直後から中長期の精神保健医療福祉関連計画（ガイドライン、マニュアル等を含む）についての机上調査を実施し、アンケート調査計画書案を作成した。
  - (2) アンケート調査計画書案に対する有識者の意見を確認するための第1回有識者会議を実施した上で、アンケート調査計画書の適正化した。
  - (3) アンケート調査を実施した。
  - (4) アンケート調査結果に基づき各自治体の災害時精神保健医療福祉対策の現状および地域差等を分析した。
  - (5) アンケート調査結果を踏まえ、ヒアリング調査を実施した。
  - (6) アンケート調査結果およびヒアリング調査結果の解釈の正確性を担保することを目的で、第2回有識者会議を実施した。
  - (7) アンケート調査およびヒアリング調査に基づく報告書を本事業の成果物として作成した。
- 2) 自治体の災害時精神保健福祉対策マニュアル（以下、「マニュアル」）の作成
  - (1) 有識者会議メンバーをはじめとした有識者会議および厚生労働省担当者と協議し、マニュアル案を作成した。
  - (2) アンケート調査およびヒアリング調査結果から論点を抽出し、外部専門家の意見を確認するための専門家会合を実施した。
  - (3) マニュアル案に対する有識者の意見を第3回有識者会議において確認し、適正化作業を行った結果、「自治体の災害後中長期に渡る精神保健医療福祉体制の構築に関する実例集～提言」を作成した。

### 有識者会議の設置

#### 有識者会議メンバー（五十音順）

有賀 絵理	（公益社団法人 茨城県地方自治研究センター 研究員）
小幡 恭弘	（公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会 事務局長）
神庭 重信	（公益社団法人 日本精神神経学会 参与・前理事長）
木脇 弘二	（全国保健所長会 会員（熊本県八代保健所・八代福祉事務所））
金 吉晴	（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長）
小林 圭吾	（一般企業勤務 メンタルヘルス当事者）
太刀川 弘和	（筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 教授）

- 塚本 哲司 (地方独立行政法人 埼玉県立病院機構 埼玉県立精神医療センター 部長)  
辻本 哲士 (全国精神保健福祉センター長会 会長)  
富田 博秋 (東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野 教授)  
萩原 なつ子 (立教大学大学院 21 世紀社会デザイン研究科教授  
／特定非営利活動法人日本 NPO センター 代表理事)  
原田 奈穂子 (宮崎大学医学部看護学科 精神看護学領域 教授)

#### 事務局体制

##### 日本医療政策機構

- 栗田 駿一郎 (日本医療政策機構 マネージャー)  
柴田 倫人 (日本医療政策機構 マネージャー)  
斎藤 龍太 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)  
田村 元樹 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)  
鴨田 玲子 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)  
滋野 界 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)  
乗竹 亮治 (日本医療政策機構 理事・事務局長/CEO)

## 調査等の結果

有識者会議等の開催記録 ※発言者が特定される内容は割愛しております

### ◆ 第1回有識者会議

日時：2021年8月5日（木）18:30-20:30

会場：オンライン形式（Zoom）

主な議事：1. 本事業の概要説明

2. 各委員からのコメント「災害時のメンタルヘルス支援に関して」

3. 自治体向けアンケート実施に向けた机上調査報告とアンケート案について

議事要約：

事業の概要として、自治体が災害精神保健医療福祉に係る対策等を策定する際の基礎資料の作成を目的で実態調査を実施する計画について説明した。

---

#### 議事録

#### 開会

##### 日本医療政策機構

日本医療政策機構（HGPI）は、市民、患者、当事者を中心とした医療政策の実現をモットーに活動している民間・非営利のシンクタンクである。産官学民のマルチステークホルダーが集まり、実現可能な議論をする中で政策提言につながる活動を推進している。

災害時のメンタルヘルスは、重要な課題である。私自身、国際 NGO においてグローバルヘルス分野のさまざまなプロジェクトに従事した経験から、諸外国で提供されている災害時のメンタルヘルス支援から学べる点もあると感じている。本日は、わが国に必要な災害時のメンタルヘルス支援について、多様な視点での議論をお願いしたい。

##### 日本医療政策機構（HGPI）について

##### 日本医療政策機構

日本医療政策機構は、2004年に設立された「非営利」「独立」の医療政策を専門とするシンクタンクである。患者さんや市民社会、幅広い国内外のマルチステークホルダーによる議論を喚起し、市民主体の医療政策を実現することを目指している。

メンタルヘルス政策プロジェクトは2019年度からスタートし、2020年7月には、政策提言「メンタルヘルス 2020 明日への提言～メンタルヘルス政策を考える5つの視点～」を公表した。医療提供体制から地域基盤整備などを含めた幅広い内容となっており、具体的な実現に向けた活動を展開しているところである。2021年度のメンタルヘルスプロジェクトとしては、子どものメンタルヘルス（こどもの健康プロジェクト）や災害メンタルヘルス、テクノロジーの活用による包括的なメンタルヘルスケアなどに注力している。

本事業の内容・方法として、まず、自治体における災害時精神保健医療福祉対策にかかる実態把握のためのアンケート調査（以下、「アンケート調査」）および自治体担当者へのヒアリング（以下、「ヒアリング調査」）を実施し、それらの調査報告書を本事業の成果物として作成する。さらに、自治体の災害時精神保健福祉対策マニュアル（以下、「マニュアル」）を作成する。

## 厚生労働省事業担当者

自治体の災害後中長期にわたる精神保健医療福祉体制の構築に関する調査～令和3年度障害者総合福祉推進事業～の背景として、令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）において、自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル（ロングバージョン・ショートバージョン）、を作成した。また過去には、災害精神保健医療マニュアル（平成22年度）、災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（平成13年度）を作成している。

本事業では、自治体が災害精神保健医療福祉に係る対策等を策定する際の基礎資料の作成を目的としている。まずマニュアル／計画などの地域差や未整備の状況を見える化し、次にマニュアル／計画の基本の型（ひな型）を作成する。つまり、この型をアレンジするだけで、自治体独自のマニュアル／計画を作成できるものにしていきたいと考えている。

## 委員の皆様から

### コメント「災害時のメンタルヘルス支援に関して」

- 東日本大震災後、定期的にメンタルヘルス支援に訪れているが、同じ被災地でも、立地などによって被害の状況に大きな差があり、明暗が分かれている状況に愕然とした。岩手医大による心のケアチームの一員として全戸訪問にも携わっていたが、多くの人が生活を再建している一方で、いまだに仮設住宅に住まざるを得ない人もいる。そういった人々を取り残されたままにしてはいけないと感じている。

パンデミックも一種の災害であるが、自然災害とは大きく様相が違う。被災者がどこにいるのか、私たちには見えないのである。さらに自粛生活も強いられている。そこで、今までとは方向を変えてメンタルヘルスケアに取り組んでいかなければならない。リモートだけでなく、新しいアイデアが出てくることを期待している。これからも周期的に繰り返されることが予想されているパンデミックにも備えたマニュアルが作成されれば良いと思う。

- もともと自殺予防に取り組んでいたが、東日本大震災で相馬市の支援に行った後、災害派遣精神医療チーム（DPAT）に入り、関東東北豪雨、熊本台風、ダイヤモンドプリンセス号でも支援活動を行った。

COVID-19 は、全国規模の災害である。災害時の検討を通して、平時における地域の精神保健システムを考えていければいい。

また、ガイドラインやマニュアルは、昨年度までの事業で作成されており、全国の自治体にアンケート調査も実施している。行政による精神保健福祉システムとして求められるも

のについて、災害時を含めて基本的な枠組みは調査したつもりである。ただし今回は、当事者が参加されている。より幅広い災害時の心のケアを含めた計画については、当事者の知恵を借りながら、政策として自治体に提案できればいいと思う。

- 東日本大震災の発災当時から長期にわたって被災自治体と関わってきた。  
激甚災害が起こった場合、どのようにメンタルヘルスケアを行っていくのか、いまだに具体的な体制ができていない。東南海地震といった大きな災害が想定されている中で、どういう活動をするのか、平時のうちから体制を含めた具体的な計画が必要である。時限的な取り組みでは、支援が結びつかず、経験やプロトコルも蓄積していかない。平時から、さまざまなステークホルダーとの連携を図っておくべきである。  
被災者のメンタルヘルスは個別性が高いものの、できるだけ全体像を把握しておいたほうがいい。私たちは毎年、東日本大震災の大規模半壊以上の方を対象に定点観測的に調査を継続している。それによって、コミュニティ全体を客観的に見ていくことができる。そういったオプションを考えていければいい。
- 自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル（ロングバージョン・ショートバージョン）の作成に携わった。受援の立場で、現場ですぐに役立つというコンセプトであったが、その使い勝手などが今回、評価される場になると思う。また行政の現場主体で作成したため、医療現場や当事者の意見は反映されていない。より多くの意見を取り入れ、バージョンアップできればいいと思う。  
一方、コロナ禍のため、バージョンアップによって行政への負担が大きくなるよう留意しながら検討を進めてほしい。平時からの仕組みづくり、体制づくりに関してはともかく、マニュアルを重厚にし過ぎたり、他のマニュアルを参照しなければならなかったりすると、発災直後にフットワークよく使うことができない。  
日本では、地震対策から始まって豪雨災害、さらに新型コロナウイルス感染症対策など、マニュアルのニーズが膨らんでくるため、随時バージョンアップしていける仕組みがあればいい。
- 埼玉県は大規模災害の経験が少なく、支援に行くのは慣れているものの、受援については不慣れである。そのため、多くの支援が押し寄せた時に上手く活用できる手順や心構えなどを、本事業の成果物などで示していければいいと思っている。
- 東日本大震災では南三陸町で活動し、行政として外部の者がどのようにシステムの支援をするかが、難しい課題であった。精神科医も1人帯同していたが、精神科医療の処方では手一杯だった。  
平成28年に起きた熊本地震では、発災から1カ月間、今でいう保健医療調整本部要員として県庁で活動した。専門性の高いDMAT、DPATを含む外部支援チームと県庁内部の支援チームが、どのように上手く連携できるかが、その1カ月の課題だった。  
その後、厚労科研として「DHEAT 活動ハンドブック」を作成し、平成30年にはDHEATの制度化に至った。西日本豪雨では、岡山県の保健所でDHEATの撤収、令和元年の佐賀豪雨で

は、佐賀県庁での保健医療調整本部支援に携わった。コロナ禍の令和 2 年 7 月豪雨では、DHEAT の受援という立場で活動を行った。私自身はメンタルヘルスの専門家ではないが、DHEAT の立ち上げから撤収までの全体を見ていく中で、重要なメンタルヘルス支援に注目して議論していきたいと考えている。

- 障害福祉、地域福祉をメインに研究をしている。私自身、重度の身体障害の当事者で、特殊電動車いすを使用して日々生活している。

茨城県の県北で東日本大震災を経験し、こんな状況で誰が障害者を助けに来てくれるのだろうか、避難所へ行きたくても行けない、どうすればいいのかという状況であった。1999 年には JCO 臨界事故も経験したが、どうやって避難すればいいのかと母に聞いても、「仕方がない。もう死ぬしかないのよ、最後のときは」という悲しい答えしか返ってこなかった。こうした中で、重度の障害や精神障害を持つ人たちは、災害の時にどうしているのだろうと考え、調査・研究に取り組むようになった。

障害のあるなしに関わらず、全ての人が身につけてほしいのは、「心のバリアフリー」である。災害が起きる度に支援力は上がっているものの、受援力は変わらない。とくに地方へ行くほど受援力は低い。遠慮の気持ちが強い、「大丈夫ですか?」と言われると、危険でも「大丈夫です」と答えてしまうため、受援力を高めていく必要がある。

さらに、コロナ禍の状況が 1 年半続き、ひきこもり、精神疾患、不登校などの相談件数が増加している。地域力とともに、受援力・支援力の両方を上げる必要があると感じている。メンタルは、どのような人でも、ちょっとしたきっかけで不調をきたすものである。だからこそ、日々考えていかなければならない課題である。

- 東日本大震災後、さまざまな側面から支援に入った。また日本 NPO センターとしても、災害支援の NPO と連携・協働しながら災害支援に入っていた。

令和 2 年 5 月、内閣府男女共同参画局「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」を作成した。ジェンダーの視点、「助けて」と援助を求められる求援力が重要なため、より明確に示していければいいと思う。

災害支援は行政の役割といわれるものの、行政も被災しているため、行政の人たちへのメンタルヘルスを含む支援が重要になってくる。NPO や企業、いろいろな主体と連携し、発災時から復興に向けた協力について、平時からしっかり取り組んでおく必要がある。

心身の健康という観点で、前述のガイドラインに明記したのは「食」の問題である。3・11 では、高齢者施設などにおいて、管理栄養士が重要な役割を果たしたといわれている。ぜひ、そういった視点を含めていただきたいと思う。

- 私たちは、精神障害の家族会の団体である。発災の瞬間、急性期など、時系列の中でニーズはどんどん変化していく。「福祉避難所があるのだから一般避難所には行かないで」といった誤った情報や、薬剤や通院の問題などに、コミュニティの中で連続して直面する。

また、被災者、被災地の境界線がどこなのか、何をもちいて対象者になるのか。一定の尺度が必要なことも理解できるが、人としての感情と実施との乖離をどのように埋めていくのか。そういった視点を、当事者の立場からエッセンスとして加えていければいいと考えて

いる。

私自身、各地で災害ボランティアの活動をしているが、民間の動きと行政の動きが上手く噛み合っていないと感じることが多い。自治体の裁量、担当者の裁量、市民としての裁量を、どのようにマニュアルと融合させていくか。それが重要である。

災害後は、新たに精神障害を発症しやすいため、予防や保健の視点も大切である。それを既に発症している人の問題と混在せず、整理して議論できればいいと思っている。

- 双極性障害とパニック障害をもつ当事者である。この病気とともに 24 年間過ごしてきたが、一般企業の役員として 20 年間経営に携わり、労働衛生などにもかかわってきた。

私が病気になった 24 年前は、なかなか精神疾患であることを言い出すことができず、サポートも少ない状況であった。しかし近年は、メンタルヘルスに対する取り組みが着実に進んでいることを実感している。本事業でも、メンタルヘルス対策を検討いただけることに、一当事者として心から感謝している。

実は私自身も、2011 年の東日本大震災の際、災害をきっかけに体調が悪化し、保護入院を経験した。また現在、長引くコロナ禍の影響を受け、当社内にもメンタルヘルス不調の社員が発生しており、中長期的に災害が精神衛生にもたらす影響の大きさを強く感じている。こうした中、次の 3 点を今後の課題として考えている。

1. 誰もが心の働きについて前向きに知る機会を日常から設定することが重要である。
2. 人と人が触れ合う日常のコミュニケーションの網を幾重にも巡らせ、一人ひとりが小さな居場所を作ることができる仕組み・体制を整えることが大切である。
3. 災害時から日常の生活へとつながる支援が大切である。

本事業には、一当事者、一市民という視点から参加していきたいと考えている。

## 机上調査結果の共有

### 日本医療政策機構

机上調査の概要は、以下の通りである。

目的：災害時の精神保健医療福祉対策に関してマニュアル等の公表情報を確認するため

対象：47 都道府県および 20 政令指定都市

方法：各自治体の web サイトを検索し、マニュアル等を読み込んで調査事項を抽出

主な調査項目：

- ・ 地域防災計画の有無、災害医療、DPAT、メンタルヘルス、精神保健福祉領域に関する項目
- ・ DPAT 活動マニュアルの有無、内容
- ・ 災害時医療救護活動マニュアルもしくはガイドラインの有無、内容
- ・ 災害時こころのケアマニュアルの有無、内容
- ・ その他関連マニュアルの有無内容
- ・ 各自治体における災害時の精神保健福祉領域の特徴（他県との比較によるものや地域性等）

こころのケアマニュアル・ガイドライン等の作成状況については、都道府県で 31/47、政令指定都市で 11/20 (COVID-19 に関するもの含む。うち「市民向け」として作成しているのは、都道府県 29/31、政令指定都市 10/11。「支援者向け」として作成しているのは、都道府県 22/31、政令指定都市 5/11) となっている。

DPAT 活動マニュアルの作成状況として、自治体独自の DPAT 活動マニュアルがあるのは、都道府県で 13/47。一方で、全ての都道府県の地域防災計画に DPAT は DMAT 同様に記載があった。

自然災害以外の人的危機に対する支援状況について、COVID-19 に関するメンタルヘルスの相談支援窓口は、現在のところ 44/47 の都道府県で確認できている。災害メンタルヘルスの記録ツールについては、アンケート等を通じて把握したいと考えている。

## 自治体向けアンケートについて

### －事務局から趣旨およびアンケート案について説明

#### 日本医療政策機構

自治体向けアンケート案の概要は、以下の通りである。

目的：発災直後から中長期における自治体の精神保健医療福祉対策について把握するため

対象：47 都道府県および 20 政令指定都市

期間：2021 年 8 月中旬～2021 年 9 月末

方法：担当部局への調査票郵送→オンライン or 紙での回答

委託先：アスマーク株式会社

## ディスカッション

(Q:日本医療政策機構発言内容、A:回答者発言内容(複数人の場合は発言者毎に箇条書きとする))

Q では、アンケート内容についてのご意見・コメント・ご質問をうかがっていききたい。

A

- 10 (啓発活動)、11 (アウトリーチ活動) に関連し、2 点発言したい。まず、これまで要支援者情報を個人情報保護の観点で民間団体に提供することができないという状況があった。自治体によって、要支援者名簿の登録・管理状況はバラバラのようである。災害時の避難誘導、戸別訪問などに活用できる状況になっているかどうか、どこまで開示・共有して支援していけるのか。そこで、要支援者名簿の位置付けと活用の視点を盛り込めればよいと思う。

2 点目に、支援物資などが対象者に行き渡らない量の場合、活用されず放置されてしまうことがある。平等性の観点で難しいとは思いますが、部分的に生かせる方法がないのかと感じる。そうした需要と供給が均衡していない場合の対処の仕方、特例などを設けられないものか。とりわけメンタルヘルス支援は物量に換算しにくいいため、大まかな尺度があればよいと思う。こうした点も盛り込めればよい。

- DPAT に関する質問がいくつか見られるが、質問内容が厚労省の別の研究での自治体調査と



重複している。そこで、どちらかに集約し、回答内容を共有すればいいのではないかと。自治体に、同じ内容を2回質問することだけは避けたい。

また、記録ツールは、DPATがJ-SPEEDを使うように指定している。あとは、心のケアセンターがDMHISSを使っている。既に分かっていることを、わざわざ自治体に聞く必要はない。いくつかの質問は、昨年、一昨年に調査済みの内容と重複しているため、被らないものを作ったほうが自治体の負担も少ない。調査票はお渡しする。

ほとんどの自治体が「ない」と回答することが予想される質問を入れている。結局、ゴールをどこに設定するかだと思ふ。現状として、災害対策における中長期の計画がないため、ガイドラインを作成したわけである。事前にゴールを決め、どのようなマニュアルなのかを定めなければ、無意味なアンケートになってしまう。

- 厚生労働省：重複する質問は、除外してもいいと考えている。今回は、中長期にフォーカスし、労力をかけずに自治体が見えるものを目指している。計画のひな型を作り、自治体でアレンジすれば、計画やマニュアルになり得るものを目指している。

Q では、重複する内容は除外する方向で、整理していきたい。

A

- 災害時要援護者名簿は避難行動要支援者名簿に切り替わり、災害対策基本法が改正され、民生委員や自治体役員、消防や警察、自治体職員には開示されることになった。しかし、名簿に登録できておらず、制度を使っていない在宅の障害者が数多く見落とされてしまう。未登録者のほうがメンタル不調になるケースは多く、かつ行政にもつながっていない。そこで自治体には、未登録者へのアプローチ方法、行政としての取り組みについて質問したほうがいいと思う。また、行政は異動がつきもので、担当者が代わると分からなくなってしまったため、その点も重要と考えている。

5（対象）については、現在もコロナ禍でヘルパー支援が滞り、当事者と家族のメンタルヘルスが重要になっている。そこで支援対象として、支援者の後に「家族」と入れると、なお良いと思う。

11（アウトリーチ活動）では、活動に従事する専門職の中に、相談支援専門員やメンタルケア心理士を含められれば良い。災害対策基本法にも、相談支援専門員やメンタルケア心理士の記載はないのが現状である。13（支援者支援）の教育・研修にも、含められれば良いと思う。

A

- 全体的な流れやページ数など、提言やマニュアルのイメージができてることが大事だと思う。災害時の枠組みで、どういうアンケート結果が出てくるかを考えておかなければ、総花的になってしまう。ターゲットや落としどころを絞る必要がある。
- 3（回答部署）については、これまでの経験で、メンタルヘルスの支援対象が幅広いことから、県庁内でも精神保健福祉部局以外の多部署の参画がなければ大変難しいという共通した問題意識がある。そのため健康福祉部、子ども、身体障害、生活支援などを担当する幅

広い部署に回答してもらうことで、自治体ごとの差が見えてくることが期待される。これまでは回答部署の範囲が狭かったため、どこも同じような回答で、幅広の対応につながってこなかったように思う。47 都道府県に対するアンケートならば、むしろ幅広い部署に回答してもらえる構造にできればいい。

- ただ今の意見に賛同する。中長期のマニュアルという観点で、社会福祉協議会、NPO の担当部署などに、むしろ回答してもらったほうが良いような気がする。実際に現場へ出ていく人たちである。せっかく作るのであれば、そこを工夫すべきである。
- 「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」([https://www.gender.go.jp/kaigi/danjo\\_kaigi/siryu/pdf/ka60-s-4-2.pdf](https://www.gender.go.jp/kaigi/danjo_kaigi/siryu/pdf/ka60-s-4-2.pdf))にも重要性が明記されているように、行政の男女共同参画担当部局、地域の男女共同参画センターとの連携、子どもの担当部署、NPO 担当部署、地域の NPO 支援センターとの連携状況について、アンケートで確認することが大切である。行政内部の連携がネックとなるため、意識化にもつながれば良いと思う。
- いろいろな活動マニュアルが出ると、散在して終わりになってしまうことが多い。そこで、自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアルの第2弾といったかたちにし、それを行政職で引き継いでいければ良いと思う。
- 現状のローカルな枠組みでの計画を確認することも大切だが、激甚災害が発生した場合、国から長期的なメンタルヘルス支援の予算が措置される。それを踏まえた計画を考えるためには、行政だけでなく地域の精神医療保健の関係者での意識のすり合わせが必要となる。それができているかどうかを確認し、意識を高めることも有用だと思う。また、それを想定したマニュアルを考えられるといい。  
また、県が市町村の活動を把握し、コーディネートするためには、保健所などとの調整も必要となる。そういった調整体制をどのようにしているのか、災害に合わせてより具体的に考えてもらえれば良い。  
8（外部組織との連携）では、災害時の連携について、精神保健機関・組織と平時からどの程度コミュニケーションがとれているのかを確認し、促していければ良い。  
K6 などの評価ツールについては、それをどのように活用するかを具体的に考えるには、エネルギーを要する。事前にプロトコル化などができていければ良いと思う。
- 2 点、確認しておきたい。1 点目に、この研究は、政策提言要素があるのかどうか。議論の結果に沿って、予算要求を含めた提言が可能なのか。  
2 点目は、市町村単位の保険システムとつなぐという観点で、ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）などとの関係性は、どのように考えれば良いのか。
- 調査によって、平時の保健医療福祉の課題が出てくる。そこを、どのように整理していくかが大事だと思う。これを厚労省として継続的なものにしていくのかどうか、関心のあるところである。

- 厚生労働省：今のところ、この研究の中では、政策提言まで求めていない。  
まず大きな問題として、災害医療は当課の所管ではないため、他の部局との調整が必要となってくる。ただし、現場でひずみが出ないように調整しなければならない。ReMHRAD との関係性については、情報が集約されることを踏まえ、研究班とも検討する必要があると考えている。
  - Q 厚労省と調整し、本事業終了後、独立したかたちで政策提言を出すことも視野に入れている。その際には、委員の皆様にもご意見を賜りながら取り組んでいきたい。
  - A 当事者としては、災害に直面した際、何を支援してもらえるのか、自分では何を用意しておくべきなのか、どれくらい自分たちが我慢して耐えればいいのか、そういった具体策が見えてくると動きやすい。マニュアルの中で、どのようにヒアリングすれば、実際の現状を聞き取れるのか。それが非常に分かりにくいと感じている。
  - Q では、本日のご意見を踏まえ、調整を進めていきたい。
-

## ◆ 第2回有識者会議

日時：2021年12月20日（月）15:00-16:30

会場：オンライン形式（Zoom）

主な議事：1. 自治体向けアンケート調査結果報告

2. ヒアリング調査結果

3. マニュアル骨子案の説明

4. ディスカッション

議事要約：

アンケート調査及びヒアリング調査結果を報告し、これらを基に作成した最終成果物であるマニュアル骨子案の共有を行い、各有識者から意見を募った。

---

### 議事録

#### 開会

##### 日本医療政策機構

資料をもとに、本事業の概要およびアンケート調査結果について説明が行われた。続いて、ヒアリング調査結果（中間報告）の説明が行われた。おもな内容は、次のとおり。

#### ヒアリング調査結果（中間報告）

##### 日本医療政策機構

ヒアリング対象災害

- ① 平成7年阪神・淡路大震災
- ② 平成16年新潟県中越地震
- ③ 平成23年東日本大震災
- ④ 平成27年9月関東・東北豪雨
- ⑤ 平成28年熊本地震
- ⑥ 令和2年7月豪雨
- ⑦ COVID-19 パンデミック

上記災害を対象に自治体や支援団体など計8か所14名へヒアリングを実施した。

#### 1. 災害中長期のメンタルヘルス計画

- 自治体業務のなかでメンタルヘルス事業は平時より重きが置かれていない。
  - 平時から内部及び外部（県と市、隣接する市同士）と顔の見える関係の構築が大事。
  - 外部からのメンタルヘルス支援を積極的に受け入れ得る受援計画を整備することも必要。
  - 一般的な健康調査等やコミュニティ支援等と組み合わせたメンタルヘルスケア計画が重要。
- 中長期メンタルヘルス支援は、当該支援環境の変化と捉える仕組み作りが必要。
- 市町村保健師の活動は重要であるため、市町村保健師の意見を聞くことが必要。

## 2.精神保健福祉にかかる関係機関との連携（定期的な会議体を含む）体制の構築

- 精神保健福祉のみで長期間続く会議体は多くない。平時の地域保健・精神保健の会議体を応用できる仕組みが重要。一方で、陸前高田市のように、震災をきっかけに地域でメンタルヘルス問題を広く考える会議体が結成され、現在でも続いている例もある。
- 新潟県には、年に 1-2 回開催するところのケア対策会議がある。メンバーは発足当初から変わらず、大学の精神科教授、精神科病院協会、県の主な医療機関等の代表。支援の方向性の合意形成等をおこなっていた。ここでの議論をもとに各市区町村が具体策や、ところのケアチームの運用に展開した。
- 熊本市では、長期的に KVOAD という NPO が会議を主導している。情報交換がメインの会議である。行政から要支援者等の個人情報伝えることができないというハードルはあるが、有益。

## 3.通常業務への移行

- 自治体の人員を増やすことは現実的ではないため、災害派生業務はところのケアセンターが担っている。早期にところのケアセンターが立ち上がり、災害派生業務を担ってくれたことで、自治体は早期に通常業務を再開させることができた。長期的にも、ところのケアセンターが災害派生業務を担ってくれている。現在ところのケアセンター収束に向けて、市町村保健師を中心に関連業務の引継ぎや振分けを行っている。
- 各業務の役割分担
  - 市町村：ニーズ調査、個別支援、集団支援等の災害支援業務の主体
  - ところのケアセンター：市町村のサポート
  - 県精神保健センター：全体のバックアップ・サポート
- 災害時の避難所の運営は自治体職員が担う。その運営を社会福祉課のみで行ったことで社会福祉課の通常業務が長期間停止した。全庁的に運営に携わるように計画を変更したことにより、その後の災害では当課の通常業務は継続できている。
- 外部のところのケアチームの撤退に伴い、そのマネジメント業務はなくなる。その時点で精神保健福祉センターの教育研修等の通常業務は再開可能となる。
- 避難所や、仮設住宅などに被災者が居る期間は、災害支援体制下での業務を継続することになる。仮設住宅から全員が退去した時点で通常の対応になる。

## 4.ニーズ調査とニーズアセスメント

- 中長期のニーズ調査は、被災者生活支援課が郵送するアンケート調査になる。一方で、メンタルヘルス問題はアンケートではニーズを把握し難く、訪問して明らかになるケースが多い。
- 市内に点在するみなし仮設住宅入居者に対し、約 2 年間根気強く訪問し健康調査を実施した（みなし仮設は 2 年後に入居する場合もある）。その際に潜在的なメンタルヘルス問題がないかを同時に調査した。調査内容は、うつ、不眠、既往歴、現病歴、障がいの有無、家族構成、被災状況、義援金の受取り等の受けている支援メニュー・申請状況等。メンタルヘルス上の介入が必要な場合は、嘱託の精神科医が訪問に同行。不在の場合には、置き手紙をする方法も取った。人員については、被災し機能停止した市民病院の看護職員の協力を

得た。

- 介入を行う場合は、地域包括支援センター、介護予防の民生委員等の既存の地域資源を活用した。災害時特有の対応としない方針を取ったことにより、地域での長期的なフォローが可能となった。

#### 5. 集団支援（啓蒙活動などを含む）

- 仮設住宅、避難所にいる人は、生活再建にともなう経済的不安や地域コミュニティから離れることで生じる二次的ストレスによる健康障害を負うことがある。
- 集会場などでコミュニティ支援の中で、啓発運動やお互いの見守り力の強化を図ることが重要。
- メンタルヘルス支援を掲げる庁舎など相談窓口は利用されない。避難所や入浴施設等に足を運び、声をかけることで、ニーズが拾える。

#### ディスカッション

（Q:日本医療政策機構発言内容、A:回答者発言内容（複数人の場合は発言者毎に箇条書きとする））

A

- 今後、被災経験のない自治体にもヒアリング調査を実施し、比較することによって、資料として豊かになる。それが気になった点である。

行政で働く人々も、多くの場合は被災者になる。そのことと、災害時に行政としてやらなければならない政策的な手立てとのバランスをどうとれるか。東日本大震災のような広域の災害と、同じ都道府県内で支援に入れるような局所的な災害がある。その点は、今後マニュアルを考えるうえで、影響の出るところだと思う。

また、障害当事者や市民が日常的にやることと、政策や行政が担ってやることのバランスをどのようにするのか。こうしたことは、日常的なコミュニケーションがなければ、成り立たない。それが、アンケート結果を見て感じたことである。

障害を持つ当事者の死亡率が一般市民に比べて高いようであれば、天災だけでなく人災的な影響があることも考えられる。避難所生活が長期にわたると、言葉ではない差別感や抑圧感によって留まることができず、自宅に戻ってしまうケースがある。そもそも避難所に行くこともなく「なるようになったら、それでいい」と諦めのような状況に置かれる人もいる。災害時に、日常の取り組みが本当に行き渡っていたかどうか、縮図のように現れてしまうと感じている。

今回、災害に直面した人たちや当事者をどこまで巻き込み、ヒアリング調査ができていたのか。また、要支援者名簿に関しては、そこに載ることのメリット等について、本人たちとのやりとりができていたのか。そういった視点が、本調査をさらに掘り下げるために有益であろうと感じた。

- Q 今回のヒアリング調査は、被災経験のあった自治体が対象であったが、今後は、被災経験のない自治体へと対象を広げていきたいと考えている。その他ご指摘の点についても、検討を深めていきたい。

A

- 被災経験のないところは、楽観視しがちである。この気候変動のなか、いつどこで起こるか分からないという危機意識が持てるように、そういった地域にも積極的にヒアリング調査を行ってほしいと思う。

ジェンダーの視点では、保健師、看護師、民生委員といったエッセンシャルワーカーの多くは、女性が多い。単なる研修でなくフィジカル、メンタル両面でのケアが必要となる。こうした人たちが、家事や育児、介護を担っているケースも多い。それを含めた「ケアをする人のためのケア」が必要になってくるため、その視点もぜひ入れてほしい。

NPO の立場では、災害後の支援を長期的に継続していくためには、被災した地元に NPO が立ち上がるための支援が求められる。日本 NPO センターでは、そうした支援を企業との連携・協働によって進めている。平時から考えておく必要がある。

全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）とくまもと災害ボランティア団体ネットワーク（KVOAD）は、協定なども締結している。日頃から、そういったつながりが必要になってくると思う。

- 災害時には「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」に基づいて活動し、本検討会では、平時の対策を進めてもらえるものと思っている。その整合性を明らかにしてほしい。

また、災害が発生した自治体だけでなく、そうでない自治体がどうしていくか。それが見えてくればいいと思う。

今年度も、中長期を見据えた調査研究を実施している。センター長会や DPAT でも、それぞれ進められている。そうしたものと足並みが揃わなければ、混乱してしまう。本検討会は、どこをどのように分担していくのか、整理してほしいと思う。

- 現在、DPAT が出動するタイミングの検討や DPAT のマニュアル改編に向けた研究等を進めている。また、保健師をはじめとする自治体向けの急性期から中長期にかけてのマニュアルは、すでに作成している。そうしたマニュアルとの差別化を考え、本事業の範囲、誰を対象とするのかを、明確にすることが大事だと思う。我々との研究事業との差別化について、よく検討してほしい。アンケート調査などの結果を見て、今回のマニュアルは、何をゴールや焦点にして作成していくのか。その点が少し心配である。

- Q 研究の範囲や対象、また今回のマニュアルでどこまで書くべきかを含め、太刀川先生と個別に相談させていただきたい。

A

- 今回は、県あるいは政令市への調査であり、行政には配置転換もあるため、限られた情報といえる。市町村には、また違った視点があるかもしれない。発災したら、どのようにこのころのケアセンターを立ち上げ、運営していくのかを事前に考えておかなければ、十分な対策とはいえない。

他の医療・保健従事者や当事者、さまざまなステークホルダーがどのように連携していくか。県や政令都市の方々には、そういったところまで巻き込んだ検討を事前にしてもらえ

ると、ありがたいと思う。その辺りのことをガイドラインとして示し、都道府県や政令指定都市のなかで、それぞれ音頭をとっていただきたいと思う。

- まず、何をアウトカムおよびアウトプットとして見ているのかをうかがいたい。例えば、分かりやすい指標として、被災経験をした自治体における自殺が挙げられる。また、精神保健施設へのアクセス件数などの指標があったほうがいいと思う。  
これほど自然災害が多く経験し、かつ高度な保健医療システムを有している日本であるが、グローバルにリコメンデーションを出せるグッドプラクティスを、私はまだ入手できていない。そういったことを含め、今回まとめられるといいと思っている。

Q 平常時には潜在化していた問題が、災害によって顕在化してくる。こういった問題に、地域のなかでどのように対応できるか。そういった指標を出すことが、本事業の1つのポイントになると考えている。

A

- 住民のメンタルヘルスに関する指標というよりは、ケアプロバイダーのクオリティやキャパシティ・ディベロップメントのプロセスなどが1つの指標になると理解した。

- 災害後、行政の職員は2〜3年で担当者が変わり、だんだん災害の意識が薄くなるため、住民は取り残された感が強くなる。行政と住民との意識の格差が感じられる状況になってしまうことが1つの課題だと感じる。

発災時は、医療従事者も行政の職員も多忙で手が回らなくなる。災害救助法には、福祉専門職のような文言はなく、災害時には行政や医療従事者が中心になるという問題がある。医療従事者は人数が限られているため、例えば福祉専門職、相談支援専門員などが関わってくることも重要になると考えている。また、過去に災害を経験した地域は意識が高いため、NPOや地元のお寺なども巻き込むことが大事だと思う。

要支援者名簿はどの自治体も、手上げ方式となっている。受援力の低い当事者や家族は、手が上げられないことが問題になる。若い保護者は、制度を活用しようと考えられるものであるが、60代以上の保護者は、手を上げるのは申し訳ないと考えてしまう人が多く、ジェネレーションギャップが見られる。これが今、障害者のなかでも課題になっている。60代以上の家庭に、どのように手を上げてもらうか。それが課題であることにも、具体的に言及してほしい。たとえば、外国人の住民が多いところでは、言葉が通じないという問題があり、訪問しなければ分からないことが多い。常総市に関する記述は、そのように読み取ることができる。自治体では、担当者が代わると雑駁な意見になってしまうということも課題であるため、ヒアリングでも深読みする必要があると思う。

重度の障害者は、慣れていない人に助けを求めるのは厳しい状況があるため、平時のつながりが大切である。心のバリアフリーの大切さが、災害にも重要になってくる。今回のアンケート調査からも、それを読み取ることができる。

- 災害は当事者の範囲が広く、さらに都道府県レベルのマニュアルということで、当事者としての視点の提供は難しいと感じている。そのうえで、感じたことを3つ挙げたい。



1 つ目は、被災経験知から学ぶところが大きいと感じた。メンタルヘルス当事者が被災し、どのようにサバイブしたのか。それを聞き、内容を織り込んでくることができれば、より深みあるマニュアルになると思う。

2 つ目に、今回、都道府県のマニュアルを作成することによって、一番下で恩恵を受けるのは当事者になる。都道府県のマニュアルによって、市町村や支援を必要とする人に、どう届くのか。それが見えてくるといいように思う。「こういう例が、このように市町村で解釈され、当事者にとってこういう恩恵があった」というような、効果を想像できるような具体的なストーリーを追体験できるような内容にしていくと、文字だけではないマニュアルにつながる。

3 つ目は、ヒアリング記録に、「自治体業務のなかで、メンタルヘルス事業は平時より重きが置かれていない」とあった。単体でメンタルヘルスが取り上げられると、当事者としては、申し訳ない、こんな時に助けを求めているのかと思ってしまう。それは一般の被災者も同様だと思う。そこで身体に関する支援や経済的な相談、育児の相談などとあわせて、上手にメンタルヘルスを平時から入れてもらい、優先度を少し高めていくような内容が含まれるとよい。

当事者は、障害など同じもので括られて集められるのは、病気のなかに埋もれていってしまうような気がするものである。他の人も一緒に参加できるものに参加できているということは、非常に有効だと思う。

## おわりに

### 委員の皆様からのコメント

- 東北などを含め、災害から 10 年経過して「復興したという実感」は、当事者の 6~7 割が達成できていない。一方で、行政が講じているさまざまな対策は、実感が伴って反映されているのかどうか。それは、障害の有無に関係なく市民全体として言えることだと思う。行政の担当者自身も被災者であったという感覚、曖昧な表現であるが、その部分がどのようにマニュアル化されていくなかに投下されているのか。どこかの時点で、確認することがあってもいいのではないか。

熊本地震の際、被災した益城病院（精神科病院）の入院患者は、他の病院へ移らなければならなかった。しかし、精神障害の入院患者たちは、身体のように等級などで単純にトリアージできるものではない。その時に置かれている状況で、状態が大きく変わる。そのため福祉職といった平時に直接関わっている人たちが、災害時にもケアに当たることができる環境をどのようにつくるか。逆に、それができない時は、何をもって代替的な対応ができるのか。そういうところまで、思いをはせる必要があると思う。

- 被災した精神科病院の入院患者さんの搬送において、身体科でのトリアージをされたというケースは、おそらく東日本大震災の時のほうが多かったと思う。熊本地震の際には、DPAT が直接サポートすることができた。そういった体制は少しずつ整ってきていると思う。しかし、やはり搬送された後に、ワーカーさんをはじめ多職種が関わることで、自宅・地域へ帰れるかどうかなど、本人や家族の負担がより少ない環境に移れるようになればいい

と感じている。

東日本大震災の際、福祉避難所に入った後、その次に仮設住宅に入るのか、借上げのみなし仮設住宅に入るのか、どうするのかという支援に、日本プライマリ・ケア連合学会の新プロジェクトの一部として携わったことがある。医療者ができることは少なく、ワーカーさんやケアマネージャーのほうが、行政の仕組みを使いながら、本人のやる気を引き出しつつ無理のない形で生活の場を移していく支援をされていた。

これまでの調査で分かってきたことをスキーム化し、どの地域でも応用できることが大事である。声を上げられない当事者の人たちに、平時から、どのようなサポートがあるのかを知っておいてもらう必要がある。「災害が起きても、ここへ行けば大丈夫」「この人たちにコンタクトすれば、サポートが受けられる」ということが、平時からの仕組みに組み込まれていることが大切である。

- 私自身が身体障害者であり、車いすユーザーである。災害時には、避難行動要支援者の一人である一方、支援を受けるばかりではなく、運営側のサポートなど動く側にも携われるのではないかと感じている。「当事者だから支援を受けるだけ」といった意識を改革できるような文章をマニュアルに少し盛り込んでほしいと思う。「当事者だからといって支援を受けるだけではなく、できるところでは支援する側にも回り、皆で災害復興を盛り立てていきましょう」といった文章が含まればいい。私は、福祉専門職として動き、当事者として守っていただくところは守っていただくという両方の立場を持ち、そうした状況を生かしたうえで仕事をしている。
- 地域防災の取り組みにおいて、行政による避難訓練に当事者が参加していない状況がある。
- 避難訓練に当事者を参加させない。それが日本の悪いところである。当事者は守られる側だから、わざわざ訓練に出てくる必要はないという、それが今まで作られてきた健常者の世界である。しかし板橋区（東京都）では、当事者が防災訓練や避難訓練に参加している。そういった地域の自治会の役員さんは、「地域にいる当事者は地域の住民で守る」「発災時に行政は何もできない」と考えている。やはり「当事者も一緒に参加してください」と、いろいろな形で参加を促すことが大事である。そうしなければ、受援力はますます下がってしまう。災害経験のある地域は支援力が上がっている一方、そうでない地域は、支援力も心配な状況にある。都会では、隣に誰が住んでいるのか分からない状況も多いが、「向こう三軒両隣」で助け合うのが日本の良いところである。「意識改革が大事」という認識が欠けているからこそ、行政には「やればいい」という状況が多い。
- この現状は、どうすれば打破できると思われるか。
- 私がいつも話しているのは「心のバリアフリー」である。障害のある側もない側も、お互いに「壁」をはずすことが大事だと思う。障害を持つ人は「社会的弱者」ではなく「社会的困難者」である。そして、その困難をつくっているのは、一人ひとりの「壁」なのである。一人ひとりの「心のバリアフリー」が重要である。

- JST の「SDGs の達成に向けた共創的研究開発プログラム」では、インクルーシブな防災の実現に向けたプログラムが採択されている。「誰一人取り残さない防災」は、広がりつつある。

#### **厚生労働省事業担当者**

重要なお指摘をいただいた。精神保健と障害福祉をつなげていきたいと考えているところであるが、まずは「SDGs の達成に向けた共創的研究開発プログラム」などから、徐々に取り組んでいきたい。

また、県と市町村の関係をスムーズにして、利用者が手を上げやすいようにしておくことが重要と思っている。こころのケアセンターをつくったところで、根本的な解決にはならないというご指摘が、強く印象に残っている。また、訓練には、より多くの方々が参加して「顔の見える関係」をつくることが重要と考えている。

---

## ◆ 専門家会合

日本医療政策機構（HGPI）メンタルヘルス政策プロジェクト専門家会合

～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及び取り組みのあり方の検討～

日時：2022年2月25日（火）19:00-20:30

会場：オンライン形式（Zoom）

主な議事：・発表1「災害後中長期支援」

金吉晴（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長）

・発表2「自治体の災害時精神保健福祉活動マニュアル等について」

太刀川 弘和（筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 教授）

・パネルディスカッション「本事業アンケート・ヒアリング等を踏まえた自治体における災害後中長期の精神保健福祉活動の課題と方向性」

パネリスト：

有賀 絵理（公益社団法人茨城県地方自治研究センター 研究員）

金吉晴（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長）

小林 圭吾（一般企業勤務／メンタルヘルス当事者）

太刀川 弘和（筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 教授）

立木 茂雄（同志社大学社会学部 教授）

辻本 哲士（全国精神保健福祉センター長会 会長）

議事要約：

本事業で「都道府県および政令指定都市等（以下、自治体）における災害時の精神保健医療福祉対策を実行性のあるものにするための検討」に資する基礎資料（以下、基礎資料）作成を目的とし、これまでに自治体へのアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。本会合で、本事業の成果物となる基礎資料の利用可能性を高めるために、基礎資料等に関連する専門家の意見を広く募ることを目的として実施した。

議事録

※敬称略

### 開会挨拶・趣旨説明

#### 日本医療政策機構

日本医療政策機構（HGPI）はこれまで「市民主体の医療政策の実現」を掲げ、市民や患者・当事者の声を医療政策に反映すべく活動を進めてきた。2019年度から始動したメンタルヘルス政策プロジェクトにおいても、精神疾患を持つ本人や家族・支援者等の生活の質の向上を目指している。

精神疾患を持つ本人を含めたマルチステークホルダーによる議論により、メンタルヘルス政策の包括的な課題を整理すべく、2019年12月にはグローバル専門家会合を開催した。そして専門家会合での議論や各ステークホルダーへのヒアリングを踏まえ、2020年7月には政策提言メン

タルヘルス 2020 明日への提言」を公表した。

2020 年以降、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の拡大に伴い、感染症そのものへの不安はもちろん、雇用不安等の経済的な課題を含む社会不安および生活様式の変化に伴う精神的苦痛が急速に広がり、メンタルヘルスが私たちにとって喫緊かつ身近な課題として顕在化した。

メンタルヘルスの不調・精神疾患の原因は多岐にわたり、これまでも注目されてきた自然災害に加え、COVID-19 のような社会的に大きな影響を与えるパンデミックや、凶悪犯罪、事件・事故等もその原因となる。災害が引き金となるメンタルヘルス不調に関わる様々な課題については、阪神・淡路大震災、東日本大震災、熊本地震等が重要な契機となりその教訓が議論されてきた。

HGPI メンタルヘルス政策プロジェクトでは、2021 年度は、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及び取り組みのあり方の検討」を 1 つの柱として取り組んでいる。

本事業は、「都道府県および政令指定都市等（以下、自治体）における災害時の精神保健医療福祉対策を実行性のあるものにするための検討」に資する基礎資料（以下、基礎資料）を作成することを目的とし、これまでに自治体へのアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。本会合は本事業の成果物となる基礎資料の利用可能性を高めることを目的として、基礎資料等に対する関連する専門家の意見を広く募ることを目的として実施する。

### 発表 1 「災害後中長期支援」

金 吉晴（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所所長）

災害後中長期支援は難しい課題であり、確固たるエビデンスや教科書のない領域である。そこで本日は、私なりの提案としてお話ししたいと考えている。

災害とは、ハザードによって被害がもたらされるものを指す。どんなに激しい雨が降っても、誰にも被害をもたらさなければ、災害ということはない。逆に、ハザードが過ぎ去っても、被害が続いている限り、災害は続いているといえる。

東日本大震災の後、地震の揺れは収まっているものの、住居や社会復帰の問題など、まだ多くの課題が残されている。そうした方々にとって、災害はまだ続いているのである。地震や津波といったイベントがなくなった後も、被害としての災害は残っている。時間の経過によって世間が忘れていく中で、中長期支援をどのように考えていくべきか。

中長期支援においても、リスクを考え、対応していくことが必要になる。しかし残念ながら、中長期支援に関するエビデンス、根拠となるデータや調査は、おそろしく少ないのが現状といえる。

こころのケアは、心理社会支援（レベル1）、心理マネジメント（レベル2）、治療介入（レベル3）という3つのレベルに応じた対策が必要になる。災害直後のレベル1から、時間の経過に応じてレベル2、3へと移行していく訳であるが、中長期支援では、やはり心理社会支援に戻っていくものであり、これがますます重要になっていくものと考えられる。

### 精神障害に関する長期的な影響

WHOによる一般的な有病率に関する推測によると、平常時において、一般人口のうち重篤な精神障害は2~3%、軽度・中等度の精神障害は10%に存在するが、災害時の有病率は、平常時の2倍に増加するといわれている。しかし中長期に至った場合、有病率が平常の水準に戻るのかどうかは、あまりよく分かっていない。

また、有病率が増加するからといって、通常の医療として治療するのかどうか。避難所でいきなり診察や投薬を促すというよりも、まずは、地域として回復を促すような支援から始めることが多いと思う。しかし、重篤なケースもあるため、治療をしないでいいということはなく、その辺りのバランスが難しい。

様々な精神疾患が起こると、社会的影響が大きい。災害復旧、就労・就学、転居適応、家族関係、地域参加、弱者介護、身辺自立といった社会生活を立て直すことが最終的な目標であり、それに対するリスクファクターとして、精神疾患や身体的な疾患の問題がある。

当然、災害後の社会は、住居、失職、家族離散、生活インフラ、地域コミュニティなど、様々な面で不安定化しているため、整えていかなければならない。けっして、診断・投薬さえしていればいい訳ではない。

### 多数対応と個別対応

災害が起きた後、一般的には、多数対応（自然の治療経過と回復力を尊重、ほとんどの被災者は急性期の症状から自然に回復、回復の促進要因を強化、回復の阻害要因の除去）と個別対応（スクリーニング：ハイリスク、初期症状、受診・相談への動機づけ、急性期の移送）に分かれる。

多数に対しては、力を合わせて乗り越えていこうと呼びかけ、個別に対しては、診断し医療を提供する。そのバランスが難しく、多数に対して「皆さん、こころのケアが必要です」と呼びかけてしまうと、「自分は病気なのか」という不安を与えてしまう。日本では、阪神淡路大震災や和歌山カレー事件等の支援の経験から、多数対応と個別対応を使い分けたほうがよいと考えられている。

### 中期対応

私たちは、厚労科研の障害者対策総合研究事業において、精神保健医療に関する研究（平成29年度分担研究報告書）として「災害時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」をまとめた。本研究では、それまでのガイドライン等は主に急性期を対象としており、中期・長期の区別も明確になっていないものが多いこと

が明らかになった。

あえて分けるならば、中期対応は、急性期の症状がまだ燃え残っている状況が想定され、期間についての見解は不一致で、中期と長期を区別しない文献もみられる。中期として単独で論じている場合は、災害後 1 カ月を指す。

災害直後は、多くの人々に一過性の精神症状が生じるが、そのほとんどは自然軽快する。ところが、この中期以降の精神症状の自然寛解は減少していく。地域の力、社会心理支援で軽快しなかった人をどうするかという課題が出てくるのが中期である。慢性化リスクに基づいて精神健康に関するハイリスク者を同定し、治療介入対象を選択することが最重要課題となり、PTSDをはじめとする精神疾患に対する CBT の導入が適用となる。

### 長期対応

長期に関しては、地域の回復を促進するというモデルで考えている研究者が目につく。長期になると、自分たちの目に見えた回復を実感することが難しくなり、疲労や無力感が課題となる。

長期的なメンタルヘルスサービスを提供するために、どのような資源を確保するか。日本では、一般医療との連携として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築などが求められる。住民のメンタルヘルスに対する効果的なスクリーニング、追跡調査も必要となる。

また、長期にわたって慢性化した PTSD の自然回復は困難であるため、治療を促す啓発、専門的治療者の育成が必要である。災害後の安定期では、包括的な医療保健サービスが望ましい。

### 保健師調査資料より

別の研究結果として、保健師調査資料において高一一致度 ( $sd < 1.0$ ) を示したのは、中長期支援のための研修や人材育成が必要、急性期支援と中長期支援の連続性・連携の必要性、過去の災害支援経験の継承、活動の適切なモニタリング、といった点である。

一方、あまり意見が一致していなかったのは（低一致度  $sd > 1.4$ ）、中長期の時期的定義、精神疾患の治療の重要性、急性期支援（派遣チームの活動）と中長期支援（地元の中長期支援）の分離であった。これらに対する意見は、保健師によって大きな相違がみられる。（Japanese Expert Consensus regarding Long-Term Mental Health after Crisis Granted by WHO Kobe Yasuko Shinozaki, Yoshiharu Kim, Ryoma Kayano, Minmin Lynn 現在、執筆者を追加して論文投稿中）

注目すべきは、災害支援の経験が、保健師間の意見の一致をもたらす訳ではないという点である。回答者の災害支援経験は、人によって不均一である。

中長期における精神疾患の診断治療は、あまり重視されない傾向にあるが、一致度は低く、意見のバラつきがある。回答者は災害研修を受講しているが、エビデンスやコンセンサスがあまり中長期に関しては、研修で一貫した方針を提供できないという背景もある。中長期支援に関しては、被災地域の県庁や精神保健医療センターから講師を招き、経験したことをそのまま話

していただくような「体験の継承モデル」による研修が有効と感じている。

国際的には、中長期という时期的な考え方ではなく『Build Back Better in recovery, rehabilitation and reconstruction (UNISDR 2017)』のように、災害からの回復という枠組みで論じられることが多いようである。

### 多数対応と個別対応のバランス

中長期支援についても、多数対応と個別対応の二本柱で考えることができる。多数に対しては、回復モデル (Build Back Better)、復興疲労・無力感が対象となり、地域社会全体の被害の回復促進、家族・地域・職場・教育など多数のステークホルダーとの連携が求められる。

一方で、個別対応として、一部のトラウマ性精神疾患の方は、なかなか受診されずに暗数化している現状がある。私たちは、今でも東日本大震災による PTSD の新規患者さんを診療しているが、治療すれば軽快する人が多い。ハイリスク例のスクリーニング、受診・相談への動機づけも必要である。多くの方は、スティグマによって地元の精神医療機関を受診せず、隣県や遠く離れた東京まで通院する人もいる。治療支援のルート、精神医療システムの向上が必要である。

PTSD は、3 割程度の方が慢性化するという報告もあるため、そのような人々が中長期支援を適切に受けられるようにしなければならない。

私見として、中長期支援においては、平常時に見られる PTSD の過小診断の傾向が再び生じ\*、治療によって改善する可能性のある患者\*\*が見逃される可能性が高まることが懸念される。この時期には、一般的にポピュレーションアプローチが重視されるが、それはけっして「広く薄い」サービスを意味するのではなく、ハイリスク、慢性化した重症疾患の適切な啓発、スクリーニング、専門治療の整備を伴うことが望ましい。

\*WMH 調査日本データからは、年間 70 万人の PTSD 患者の存在が推定されるが、2017 年度 NDB 調査からは、PTSD 患者は 2 万 5 千人弱 (うつ病では、それぞれ 230 万人、327 万人)。

\*\* Efficacy of prolonged exposure therapy for a patient with late-onset PTSD affected by evacuation due to the Fukushima nuclear power plant accident. Horii A, Takebayashi Y, Tsubokura M, Yoshiharu Kim. *BMJ Case Rep* 2019;12:e231960. doi:10.1136/bcr-2019-231960

### 発表 2 「自治体の災害時精神保健福祉活動マニュアル等について」

太刀川 弘和 (筑波大学医学医療系災害 地域精神医学 教授)

#### DPAT とは

災害時のこころのケアは、症状の重さにしたがってサイコロジカルファーストエイド (PFA) やアウトリーチ、スクリーニング、さらには精神科救急医療やトラウマケアが必要となる。そのような専門的サービスに関しては、DPAT (災害派遣精神医療チーム) が行っている。

DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) は、東日本大震災を契機として 2013 年に発足した。



自然災害や集団災害の後、被災地域に入り、精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門チームである。発災後 48 時間以内に活動を開始し、必要に応じて数週間から数カ月にわたって活動する。本部活動、精神保健ニーズのアセスメント、被災地での精神科医療の提供避難所巡回、被災した医療機関の専門的支援・患者避難支援、支援者（地域医療従事者、救急隊員等）への専門的支援を行う。

### DPAT と地域精神保健システムの連携課題

2018 年に発生した北海道胆振東部地震の際、北海道では DPAT が整備されておらず、発災後出動要請・本部設置について道庁と DPAT 事務局の間で、齟齬を生じた。

2015 年の関東・東北豪雨では、DPAT 終了時に常総市の精神保健システムが機能しておらず、市の要請により筑波大学が別チームを設立して対応した。

2016 年の熊本地震においては、行政の DPAT 所管課が多岐にわたり、行政における連携・情報共有が困難であった。保健師との情報共有にも混乱が生じた。

こうした経験から、DPAT 活動中、支援を受け入れる自治体側にも準備マニュアル・ガイドラインが必要であると認識されるようになった。

そこで、令和元～2 年度の厚労科研の障害者政策総合研究事業において、災害時の精神保健医療支援と地域連携体制の整備を促進するための研究として、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（研究代表者：太刀川弘和）を実施した。

研究の結果、受け入れ自治体・組織との連携について、調整本部立ち上げ期、活動期、移行期、撤収期のそれぞれにおける様々な課題が明らかになった。中長期に関して、「DPAT が活動を終結したのち、引き続き心のケアに対応するための訪問支援等が必要であるが、被災自治体の通常業務では対応が困難な場合、どのような体制が望ましいと考えますか」との問いには、心のケアの継続は、保健所が対応することが望ましいという回答が最も多く、精神保健福祉センター、こころのケアセンターの立ち上げ、市町村なども挙げられる中で、保健所や精神保健センターではマンパワーが不足しており、災害時の中長期ケアは担えないという意見もあった。

こうした調査を踏まえ、私たちは『自治体の災害時 精神保健医療福祉活動マニュアル』（<https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf>）を作成した。ロングバージョン（冊子型）とショートバージョン（パンフレット型）があり、厚労省のホームページで公開している。

本マニュアルにおける中長期の支援活動内容として、中期には、地域支え合いセンターによる仮設住宅入居者の見守り支援やトリアージ、保健所、精神保健福祉センター、こころのケアセンター等によるアウトリーチ、住民へのメンタルヘルス啓発、支援者へのセルフケア支援といったものが重要となる。

長期には、アウトリーチ活動、健康調査等によるハイリスク者抽出とフォローアップ、地域の関係づくり支援、PFA（心理的応急処置）、SPR（サイコロジカル・リカバリー・スキル）、節酒

教育、ゲートキーパー（自殺予防）訓練等の地域支援者研修、現実的問題の解決など福祉の支援、個々人の生活状況を踏まえた支援が求められる。

また、都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所、市町村、DPAT のそれぞれが、準備期（発災期）、立ち上げ期、活動期、移行期、さらに中期、長期に何をすべきかを確認するチェックリストを作成している。

さらに、これまでの自治体における災害時精神保健医療福祉体制の問題点が指摘されたことから、公認心理師・精神保健福祉士・保健師といった精神保健福祉関連の行政職が専用プログラムを実施し、各市町村や保健センターの活動を支援する体制を作るための「災害後の自治体における中長期の精神保健福祉医療体制ガイドライン」を作成した。

本日は、DPAT と自治体との連携、自治体の災害時メンタルヘルスの役割を明確にする目的で作成した自治体の災害時精神保健医療福祉マニュアル、ならびに中長期の自治体における精神保健福祉医療体制のガイドラインを紹介した。DPAT 活動終了後の中長期支援については、マニュアルのみならず人的な活動支援体制の構築が必要である。

### パネルディスカッション

「本事業アンケート・ヒアリング等を踏まえた自治体における災害後中長期の精神保健福祉活動の課題と方向性」

柴田（HGPI）：本事業のヒアリング調査では、平時の対策の重要性が強調されていた。平時に実施されている精神保健・医療・福祉関係者の定期的な会議に関する好事例があれば、うかがいたい。

辻本 哲士（全国精神保健福祉センター長会会長）：昨年、広島県と広島市のセンターの協働により、熊本こころのセンターの矢田部裕介センター長を招き、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をオンラインで実施した。太刀川先生の研究班でも取り上げているため、参照いただきたい。被災地域において、こうした活動を行っていくことで、中長期のこころのケアにもつながっていくと思う。過去の災害時の対応を振り返り、今後に生かしていくことが大事である。

日頃の連携が大事である。日頃の生活支援全般をみていく中で、災害が起きた時の備えをしていく必要がある。

サイコロジカルファーストエイド（PFA）やトラウマインフォームドケア（TIC）など、国でも、こころのサポーター養成事業を始めている。その中で、災害が起きると PTSD になり得ることを多くの住民に知ってもらい、啓発を進めるということを、現時点の軸としていいと思う。

柴田（HGPI）災害時のマンパワー不足を補うためには、福祉専門職や相談支援専門員等の活躍が大事になると思う。しかし実際、災害時における福祉専門職や相談支援専門員等の動員は難しいようであるが、その要因や改善策について、ご意見をうかがいたい。

有賀 絵理（公益社団法人茨城県地方自治研究センター研究員）：医療従事者や行政の職員は、地方によって人数が限られている。応援に駆けつけるにも時間がかかる。やはり、法的な見直しを提案したい。災害救助法第4条において、福祉専門職が明記されていないため、福祉専門職を災害時に生かしていない現状がある。

DPAT では、福祉を生かそうとしているが、DPAT 自体の認知度がまだ低い。だからこそ災害救助法の中に、福祉専門職が重要であるという文言を入れてほしい。それによってマンパワーが増え、馴染みのある専門職の方々が駆けつけてくれれば、患者、障害者、高齢者、社会的困難者の安心感につながる。

自治体職員は、異動がつきものである。災害を経験した職員が異動していくうちに、災害に対するモチベーションが薄れてしまう。そのため住民も災害のことを忘れてしまい、ゼロにリセットされてしまう。自治体職員は、災害の意識を高め、どこにでもいる避難行動要支援者をどのように救助するのか、日頃の繋がりや連携を考えておいてほしい。

現在、要支援者名簿が手上げ方式の自治体が多い。とくに高齢の保護者は、災害という大変な時に助けてもらうのは申し訳ないと思ってしまうことが多く、受援力が弱い。受援力を上げるための意識づけ、障害者理解を日頃から高めることによって、連携しておく必要がある。

行政であれ、何であれ、一人ひとりの心のバリアフリーが大事である。

柴田（HGPI）：当事者へ配慮する視点からの災害対応策について、ご意見をうかがいたい。

小林 圭吾（一般企業勤務／メンタルヘルス当事者）：せっかく当事者なので、私自身の経験からお話しさせていただく。私の病気は、双極性障害とパニック障害である。18歳で初めて精神科を受診し、24年間、この病気とともに過ごしてきた。2011年の東日本大震災をきっかけに病気が悪化し、保護室に入院し、もう生きられないと絶望していたが、そんな私を救ってくれたものが3つある。

1つ目は、作業療法士さんが、何気ない日常の会話を通して話を聞き、寄り添い、励まして続けてくれたことである。

2つ目は、一緒に入院していた仲間が、生活保護などの制度を受けながら、入退院を繰り返しながらも懸命に社会復帰していく姿を見て、勇気とロールモデルをもらえたことである。

3つ目は、社会の中で誰かと交わす何気ない会話が楽しいとか、社会のつながりの中で感じられる小さな楽しみや喜びをつなぐことであった。小さな喜びを感じられる居場所があると感ずることができた。

こうしたことは、当事者だけでなく誰にとっても大切なことだと思う。こうしたものが平時から整い、災害時に生かせるのであれば、今すでに病気を抱えている人にとっても、災害によって病気になってしまうかもしれない人にとっても、支援する側にとっても、支えにつながると思っている。

柴田（HGPI）：ご専門の立場から、ご意見をうかがいたい。

立木 茂雄（同志社大学社会学部 教授）：障害のある人の防災対策を考える上でキーワードとなるのは、生活の「全体性・連続性・衡平性」である。

東日本大震災における全体死亡率と障害者死亡率(市町村別)を3県で比較したところ、宮城県の障害者死亡率が全体の2倍弱に上るなど、地域差のあることが明らかになった。宮城県は、施設入所より在宅で生活する障害者が多かった。しかし在宅を中心とした平時の福祉部局の取り組みと、災害時の危機管理部局の取り組みが分断されていた。そこに根本的な問題の1つがある。

2016年4月より別府市では、福祉部局と危機管理部局が同じテーブルにつき、地域の人々とともに災害時の対策を考える取り組みを始めた。そのような取り組みを踏まえ、2021年5月の災害対策基本法改正では、福祉専門職が災害時ケアプラン(個別避難計画)作成に業務として参画することになった。また、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図る観点から、個別避難計画について、市町村における作成が努力義務化された。生活は「全体的」であるため、平時の保健・福祉・医療と、いざという時の危機管理は、連結されていなければならない。

東日本大震災の直後から、宮城県名取市で生活再建支援を行う中で、5回にわたって横断的調査を実施し、経時的データを作成した。そこから見えてきたのは、被災後に生活再建で困難を抱える人は、被災前から健康、職業、世帯規模において不平等な状況にあったことである。つまり、被災前の不平等と被災後の生活困難は「連続」している。

では、どうすればよいのか。宮城県の19市町村における毎月の仮設住宅入居率のデータを基に分析したところ、仙台市では、災害ケースマネジメント制度を導入した2015年4月以降、仮設住宅入居率が加速して減少していることが分かった。一人ひとりの被災者のニーズに応じて合理的配慮を提供するという「衡平性」を確保することが、被災者の生活再建にとって重要であることを物語っている。

防災の基本的な視点として、地震、津波洪水、土砂災害、ウィルスなどの災害因(ハザード)が社会の脆弱性を襲う結果として、災害は生まれる。つまり災害リスクの大小を決めるのは、ハザードではなく社会的脆弱性である。つまり災害は「社会現象」として考えられる。

ハザードは起こる前と後で非連続であるが、脆弱性は連続している。保健・医療福祉にかかわる私たちは、平時から脆弱な方々に寄り添い、被災後も引き続き同じ専門職が関与できる仕組みを連続して構築することが重要である。これこそが、防災対策における問題解決のソリューションになる。

金吉晴：有賀氏にうかがいたい。当センターでは、例えば理髪業の組合に対しても、災害時の心理的応急処置の研修を実施している。被災地で髪を切る時に、被災者と何を話せばいいのかわからないとのことで、研修を依頼された訳であるが、そのようなレベルの人々まで巻き込んでいかなければ、災害時の支援は行き届かないような気がする。自分が支援を受ける側でもあるし、人を助ける側でもある。そのように巻き込んでいくために、どのようなことをお考えか。

有賀 絵理：地域のパワーは重要である。何気ない床屋さんとの会話で元気になるなど、地域の人々の言葉は重要と考えている。専門職の出来ることは限られており、災害の規模が大きくなるほど多忙になってしまう。災害においては「向こう三軒両隣」という言葉、いわゆる地域力が重要であり、行政や専門職が出来ることは限られている。その中で、NPOや地域にあるお寺、スーパーマーケットなど、日頃の力が重要になってくる。

まだ日本では、田舎へ行くほど障害者を隠そうとする家庭がある。障害者も地域にいて当たり前であり、地域にいていいのだと受け入れられる世の中になっていくには、支援力と受援力の両方が上がっていく必要がある。障害者や家族が、助けてほしい時に、助けてほしいと言える環境をつくるには、地域の人々が「あそこに重度の人がいるから助けようね」と、お互いに助け合える関係をつくっていかなければならない。障害のある人も、自分たちが出来ることを協力しながら、困っている人たちを助け合い、地域政策や地域復興・復旧していこうという状況が大事だと考えている。地域力を上げることが大切である。

柴田（HGPI）：「災害後の自治体における中長期の精神保健福祉医療体制ガイドライン」でご説明いただいた専用の教育プログラムの作成・実施に関しては、どのような状況にあるのか。

太刀川 弘和：それが望ましいと考えているが、全く動いていない。地域における教育・研修体制について、もし進捗があれば、金先生にうかがいたい。

金 吉晴：なかなか難しい状況である。現在、YouTube を活用した e ラーニングの実施を検討しているところである。また、DPAT の隊員である専門家に、災害のない時には PFA のトレーナーを務めていただければありがたいと思っている。一定の研修を受け、WHO と契約しているため、忠実に行っていただけるよう協働して進めていければいいと思う。

柴田（HGPI）：過去の災害支援経験の継承は、自治体職員の異動がある中で、どのように行っていくべきか。ご意見をうかがいたい。

辻本 哲士：4 年経つと、災害を経験した行政職員は半減するというデータが示されている。それはある意味で、様々な関係部署に広がっている訳である。災害支援の部署だけでなく、色々な場面で行政がかかわるため、災害を経験した職員が分散し、行政全体で災害支援の質を上げていくことも重要であるため、必ずしも異動が悪いとは思わない。地域の支援の中で防災も取り入れ、全体が底上げしていけばいい。

COVID-19 ワクチンの全員接種により、これまで支援を受けて来なかった障害のある人を浮き上がらせ、支援が始まることもある。地域で困っている人を見守っていこうという意識は高まると思われるため、行政の様々な部署に災害支援を経験している人がいることによって、全体の底上げになると思う。

一方で、知識は低下していくため、「自治体の災害時 精神保健医療福祉活動マニュアル」のロングバージョンの中に、本プロジェクトの「自治体の災害後中長期にわたる精神保健医療福祉体制の構築に関する基礎資料」を位置付け、バージョンアップしながら学んでいければいいと考えている。

柴田（HGPI）：当事者にとっての自治体の意義・位置づけについて、ご意見をうかがいたい。

小林 圭吾：心のバリアフリー、当事者参加という視点は重要だと思う。私は「当事者力」と呼んでいるが、当事者だから発揮できる強さもある。当事者同士でお互いの状況を共有し、一緒に生きていこうという「当事者力」を災害支援の視点に生かしていくことも大事だと思っています。

る。当事者同士がサポートし、専門職につなぐ役割を果たすピアサポートなども、積極的に生かしていけば有効だと思う。

また、災害を体験して生き抜いた当事者の声やロールモデルは、財産である。大規模災害の中で、当事者にとって有益だった取り組みやサービスをヒアリングし、自治体による支援として形にしていくことが大事だと思う。日常の取り組みの中に、メンタルヘルスの視点を1つ1つ増やしてほしい。

太刀川 弘和：やはり当事者の声的大事である。孤立している当事者の意見を聞くためには、どのようにヒアリングをしていけばよいか。

小林 圭吾：共感力、想像力が大事である。実際に体験はしていなくても、色々なストーリーを学んでいくことができる。引きこもっている人が発信している情報を読み、見えて来るものを追体験し、少しずつ生かしていく。膝を地面につけて、目線を合わせる努力を続けることで、必ず心が通じる場所があると思う。

太刀川 弘和：では、膝を突き合わせて、かかわっていききたい。

小林 圭吾：そういう気持ちを持っていただけることに、たくさん救われている。引き続き、よろしくをお願いしたい。

## 閉会挨拶

乗竹 亮治（日本医療政策機構理事・事務局長／CEO）

メンタルヘルスは、HGPIにとって重要なテーマである。今後も、非営利・中立のシンクタンクとして、提言活動を続けていきたい。DPAT からコミュニティヘルスまで、社会的連続性の中でレジリエンスを議論する必要性を改めて感じている。ご参加いただいた皆様に、感謝を申し上げたい。

---

## ◆ 第3回有識者会議

日時：2022年3月4日（金）18:30-20:00

会場：オンライン形式（Zoom）

主な議事：1. 事業成果物（案）の説明

2. 外部向け専門家会合の開催報告

3. 外部向け専門家会合時の発言内容の確認

4. ディスカッション（①事業成果物（案）に対する意見、②本事業を通じた災害後  
中長期の精神保健医療福祉支援について）

議事要約：

外部向け専門家会合の開催報告と会合時の発言内容確認後、各有識者に事前に送付した事業成果物（案）に対する意見を募った。また、本事業を通して再度災害後中長期の精神保健医療福祉支援に関して有識者の意見を募った。

---

### 議事録

#### 開会

##### 日本医療政策機構

資料をもとに、自治体の災害後中長期にわたる精神保健医療福祉体制の構築に関する基礎資料（以下、本資料）（案）について説明をおこなった。

##### ディスカッション

（Q:日本医療政策機構発言内容、A:回答者発言内容（複数人の場合は発言者毎に箇条書きとする））

A 語句の表現について。「2.2.6 支援者への支援（研修・教育なども含む）」の中で、「中長期支援に関するエビデンスは乏しく、研修等において一貫した方針の提供ができないことが一因であり」とあるが、中長期支援に関するエビデンスが乏しいことが原因である。研修等で一貫した方針を提供できないことが一因ではない。エビデンスが乏しいため、一貫した方針の提供が困難になっている。修正をお願いしたい。

Q では、本資料（案）の内容について、ご発言の意図との相違がないか、パートごとにご確認をお願いしたい。

A

● 「3.3 当事者の視点」の記述について、大枠は問題ない。

「3.1 計画」の記述そのものは問題ないが、勉強会の名称は、「ひろしま災害後のこころの支援勉強会」ではないと思う。

「3.2 教育」の内容は問題ないが、モデル事業を具体的にどの地域で実施しているかは、正確に把握していない。厚労省に確認してほしい。たしかに「災害対応専用プログラム」があればいいと考えているが、まだ存在していない。この文章を読み、導入したいと自治体から問い合わせがあっても対応できないため、書きぶりを検討する必要がある。「プログラ

ムをつくる必要がある」ということが伝わればよいと思う。

### 地域力の活用について

Q 過日の専門家会合において、金氏より、床屋さんのような地域のマンパワーの活用に関するご発言があった。また有賀氏より、お寺やスーパーマーケット等の地域の力を活用することが重要とのご発言もいただいた。一方で、本事業の被災自治体へのヒアリングでは、個人情報の取扱い等の問題もあり、行政側から NPO 等の民間の支援を仰ぐことは困難であり、NPO 側から様々な意見を聞き、可能なものについて自治体が協力したとのことであった。こうした実情を踏まえ、地域力を活用するために自治体が出来ること、備えられることとして、どのようなことが考えられるか。ご意見をうかがいたい。

A 1つの例に過ぎないため、床屋さんだけをハイライトするのは良くないと思う。医療関係者だけでなく、市民がお互いを助け合うために役立つスキルの研修が必要ということである。「火の用心」のような住民啓発は、消防団員だけでなく市民も実施している。そういうレベルの知識を身につけるための研修・普及啓発をしようということであって、実際に介入する訳ではない。被災者の個人情報の共有などは、的外れな話である。自治体が行うべき介入や支援活動に、地域のマンパワーを動員しようという話ではない。

Q 心のサポーター養成事業といったものを活用し、「火の用心」のように市民に啓発していくことも可能と考えられるか。

A

- 既存の心のサポーター養成事業や災害対応専用プログラムを受講してもらえばいいとするのではなく、理念としてどのようなことが必要かというメッセージを明確に記述していくことが大事である。

「サイコロジカル・ファーストエイド (Psychological first aid: PFA)、サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery: SPR) が有効」と書いてあるが、介入効果を狙っているものではなく、これも助け合いのレベルの話である。そのため「有効である」よりも「国際的にも推奨されている」程度の書き方がよい。

また、PFA に続く第2段階としての SPR は、それほど世界的に広まっていない。WHO は Problem Management Plus (PM+) というプログラムをつくっている。私たちが現在、オーストラリアと共同でエビデンス研究を実施している SOLAR というプログラムもある。まだどのプログラムが推奨されるのか、十分な評価が行われていない状況のため、SPR のみを記載すると誤解を招いてしまう。そこで一般名称として、「サイコロジカル・リカバリー (心理的回復) のためのスキルを使うことが望ましい (例として SPR、PM+、SOLAR)。」のように書き、注釈として、まだエビデンスがなく研究中であることを明記する必要がある。

PFA に関する注釈 2 に「現時点では系統的な実証的裏づけが不足していますが、構成内容の多くは研究結果から導き出されたものです」とあるが、これは研究結果から導き出されたものではない。正しくは、支援者のコンセンサスによって承認されたものである。PFA にエビデンスはない。心理社会支援が大事であることにエビデンスはあるものの、1つ1つのスキルについては、支援者のコンセンサスである。よって「支援者のコンセンサスによって



導き出されたものです」という表現のほうが正確である。

注釈3については、「サイコロジカル・リカバリー・スキル (SPR)」として SPR のみを決め打ちしているため、修正が必要である。

- 行政は、障害者手帳保持者や災害時要支援者に登録している方の情報しか持っていない。一方、地域の人々は、障害者ではないけれども健常者としての生活はやや難しいような、いわゆるグレーゾーンの方の情報、引きこもりがち、1つの仕事を継続できない、といった方の情報を持っているケースが、地方へ行くほど多い。そのため、平時からのコミュニケーションやつながりが大事であり、地域の自治会役員等との連携を図っておくことにより、災害時に見落とされがちの方々にも支援の手が伸びやすくなる状況を含めた意味で発言したものであるが、なかなか上手く伝わらなかったようである。平時からのコミュニケーションや連携が重要であること、行政が保有している情報以外の情報を地域の人々が持っているため、地域力が必要であるということを付言しておきたい。  
民生委員の力が加わることも重要であるが、現在、地方へ行くほど、民生委員の高齢化が進んでいる。茨城県は平均 66 歳であるが、地方の民生委員の中には、認知症義気味の方もいるのではないかと問題になっている。民生委員や児童委員の力も書き加えたほうがいいと思うが、自治会役員等とも連携するなど、あらゆる力が必要であることも付け加えてほしい。一方、中学校における災害研修も増えている。一人ひとりの力、一人ひとりの心のバリアフリーについて、まとめの部分にでも付け加えてもらえれば嬉しい。

#### 自治体における中長期支援の備えについて

Q 自治体が災害時中長期支援を備えるとは、本資料を参考とし、各自治体にマニュアル・計画を作成してもらうことなのか、他にも何か形があるのか。そういったことを皆様のご意見から吸い上げ、本資料の中に反映したいと思っている。

A

- 新潟県こころの健康センターの報告書は、当施設の災害センターのホームページで公開している。私のイメージでは、中長期支援に関するマニュアルを作成する段階にはないと思っている。好事例集に関しては、中長期支援を経験した自治体担当者の肉声で、自分たちの経験話を話してもらったイメージであった。各自治体担当者のモチベーション向上といった様々な要素が引き出されてくるように思う。まだ、指針やマニュアルといったものは時期尚早という気がする。ただしマイクロソフトの To Do ツールといったものをいくつか用意するのは、いいかもしれない。好事例集としてまとめた文章を列挙するというよりは、Zoom を活用してもいいと思うが、直接話を聞くような場が必要だという印象である。  
HGPI の人が聞くのではなく、自治体職員である担当者たちが先輩たちの意見を直接聞ける場が必要である。すぐには実現できなくても、「担当者同士が直接対話をするような研修が必要である」という提言として記述してもいいと思う。

- 本資料は有益な内容だと思うが、さまざまなことが平坦に書かれていて、都道府県の担当者がこの書類を読んで、何か具体的な行動を起こすかという点では、実効性に欠けるように思える。自らの地域で大災害が起こった後、それからどの組織を核にして、どのように

人を組織して、そのような方針で対応にあたるのか、遠方で激甚災害が起こった時に誰がどう動くのか、ということについて、地域のステークホルダーで検討しておく必要があるが、それができていない自治体が多い。自治体が呼びかけて関係者でコミュニケーションを始めてもらうことが重要である。「早いうちに、地域の人々で具体的に話し合う機会をつくりましょう」ということをまず簡潔、明確に書くことで、都道府県が具体的にアクションを起こせるようなものにした上で、そのために参考となる考慮点として、今日挙げられた色々なことが書かれていればいいと思う。

都道府県の職員は、目の前の業務に追われてしまう。本資料を出すことで、まずはシンプルに話し合う都道府県が 10 でも 20 でも増えれば、次の災害で役立つアクションにつながる。

- 本資料には、ジェンダーや LGBTQ の配慮に関する内容が見当たらない。重要であるため、ぜひ含めてほしい。内閣府の「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」が参考になると思う。民生委員は女性が多いが、全国の自治会で会長職を務める女性は 6% しかない。そうするとジェンダーの問題が大きくなるため、ぜひ入れてほしい。

防災専門家の山村武彦氏が「近助」「互近助付き合い」「防災隣組」と提唱されているように、日頃からの地域のコミュニケーション、全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）のような災害管理のネットワークを持つ NPO との日頃の連携が大事である。県と基礎自治体の連携は、あまり上手くいかない。3.11 の際も、基礎自治体の情報が上がってこなかった。県は、常に基礎自治体との連携をしておかなければいけない。しかし、それぞれ職員は忙しいため、そこをつなぐ形で NPO が入っているところがある。日本 NPO センターでは、「くらし xoo つなぎの手帖」を作っている。色々な意味でのつながりを作っていく人たちの存在が大事だということも、どこかに書いてほしい。

千葉県では、自然災害時に高校生が大きな役割を担った。日頃から自治会活動やボランティア活動に積極的に関わり、地域の人々と顔見知りだったため、信頼関係の中で支援することができたことが調査で明らかになっている。災害に限らず、色々な所でのつながりが大事になってくる。

もう 1 つは DX である。IT 関連の視点を、どのように本資料に入れていくか。市川市は、防災と復興のために DX 推進課を設置した。精神障害を持つ人たちには、機械であれば OK という人も結構いるようである。少しでも、この視点を入れておいたほうがいいと思う。本資料を提出し、どのように活用するかが重要である。愛知県では、NPO と行政の協働に関するマニュアルを 1 枚の A4 サイズでマップのようなものとして作成し、折りたたんで胸ポケットに入れられるようにした。災害はいつどこで起こるか分からないため、常にポケットに入れておけるようなものを、本資料とともに作成すれば、自治体で使ってもらえるのではないかな。

- 災害救助法に福祉専門職が明記されていない状況にあり、「向こう三軒両隣」の地域の力が重要になってくる。一方、中長期になると広域連携も重要となる。福祉の広域連携に関しては、災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバード（東京都）という NPO は、全国のヘルパーをはじめ色々な福祉職が応援に駆けつけるネットワークをつくっている。このよ

うな情報を記載してもらえると嬉しい。

3.11 から 11 年目になるが、まだ仮住まいで生活している障害者世帯の方もいる。福祉の制度を使い始めてようやく慣れてきた 11 年目に、また地元へ戻るのがどうかと悩んでいる。

3.11 は、いまだに終わっていない状況がある。中長期にわたり、重度の精神障害で引きこもっている方のケアの問題や生活の場の問題に対し、誰が支援の手を伸ばすのかも重要であるが、サンダーバードのような組織もあることを情報提供しておきたい。

- メンタルヘルスの当事者は、それぞれの病状は様々であり、一人ひとりが異なる環境に置かれている。今後、様々な症例、場所といった区切りを設け、当事者がどんな行動を起こしたのかを災害のマニュアルの中でまとめてもらえると、より良いものになると思う。自治体と当事者との関係については、常に病気を持っている当事者は、病院やデイケア、作業所におけるケアが中心であり、自治体と直接接点を持つ機会があまりない。被災した時に、最初に頼りたいのはいつもの人、場所であるが、病院等に行けない状況の時、代わって、継続して頼れる場所をどのようにつくるのかを、当事者自身も考えていく必要がある。3.11 が近づく中で、そう考えているところである。私自身がどのように地域との関係を築いているかということ、近所に住む幼なじみの両親との交流を深め、日頃から自分の家に帰るかのように立ち寄っては、自分が緊急時にいられる居場所を作っている。また、地域の方との話す機会を作ることも大切で、今日も地域の方に話しかけたところ、「関東大震災の時に、ここから手前は地盤が固くて崩れなかったんだよ」という情報をもらうことができた。このように、当事者も緊急時にも使えるつながりを平時から自分でつくって周囲にも広げていく必要があると思う。メンタルヘルスは予防が大事である。災害では発症するリスクも高く、発症してからでは、治るまでの時間がかかってしまう。そのため幅広く様々な人に心について知る機会を日常からもっと設けてほしい。例えば、私も利用しているが、CBT を日常的に活用していくと、感情をどのように取り扱えばいいのかが分かり、予防に活用できると思う。

- 中長期支援を見据えた時、災害時に新たにメンタル不調をきたす人々が発生することについて、今回どのようにカバーするのか。対象者として見えづらい面があり、気になっている。自治体が公的機関としてのマニュアルや計画を持っていく中に、民間や NGO 等が協働して一緒に紡いでいくような位置づけをどのように担保するか。それを各自治体に任されるよりは、もう少し強く縛りがあったほうが良いと思う。思い描くだけでなく、実動できる部分がどこまであるか。一方、これがあればより良いという部分を色分け、把握した上での計画を作成できればいい。定着はしているものの、「こころの」という言い方よりも「メンタルヘルス」と言ったほうが明確になるような気もする。言葉の使い方、概念をどこかで示したほうが良いという印象を受けた。当事者も自ら支援者になっていくという立場もあるため、支援する側・される側という単純な図式ではないグラデーションのある意見を押しえておければ、より良いと思う。地域の日常の中で、顔が分かる関係性をつくることは、現代社会において難しい側面もあ

る。個人情報の兼ね合いもあり難しいと思うが、自治会があっても加入しない人たちもいる時に、地域の関係性の中でネットワークをつくり上げていくのは、自治体が計画しているだけでは、なかなか上手くいかない。地域力の及ばない人にこそ、自治体の持つ計画が効果を発揮するようなものにしてほしい。

コロナ禍で、人々の関係性をつくるのが困難になっているため、障害手帳を持っていないグレーゾーンの人や、これからそういう領域に入ってしまうような人々のカバーを考えた上で、対象者設定をしてほしい。

- 「1.4 位置づけ」にあるように、本資料は「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」の参考となるべく、都道府県および政令指定都市の実例ならびに当該分野の専門家の意見を収載した資料との位置づけで活用されることを想定している。マニュアルには、「平時に関係者が基盤をつくっておかなければならない」ことを明記しており、それを具体的に膨らませたものが、本資料と理解している。

本資料を作成する上で、当事者、支援機関、NPOといった多様な人々の意見を聞くことができた。マニュアルの作成では、このような体制を組んでいなかったため、ある意味で偏った内容といえる。発災直後はDPATやこころのケアチームが入っていく訳であるが、中長期支援となると、多様な人々の意見を聞いておく必要があると学んだ。今回は、それを補足できる非常に良い場になったと思う。行政、医療、保健、福祉だけでなく、支援団体や当事者、NPO等とも、「平時に十分意見を聞いておかなければならない」ことを明記し、マニュアルとリンクしてもらえるとありがたい。

今日のような専門家会合を各地域で実施できれば、それで良いと思う。金氏が言われるように、まだエビデンスが確立されたプログラムがないのであれば、とりあえずあるものを活用したり、議論の状況を紹介したり、種をまいていけばいい。

マニュアルと一緒に本資料を持ち出し、防災訓練を実施する自治体が少しずつ増えていけば、成功だと思う。そこで、本資料をどこにストックしておくかが大事である。マニュアルは、ショートバージョン・ロングバージョンともに精神保健福祉センターや厚労省のホームページで公開している。

- Q まさに、マニュアル（ロングバージョン）の29ページ、基盤の部分を膨らませるという位置づけで作成している。可能であれば、WEB上でロングバージョンを公開している部分に、並べられれば良いと思っている。改めてご相談させていただきたい。

A 厚労省に確認し、マニュアルと並べてもらえればありがたいと思う。

- 厚生労働省：皆様より貴重なご意見をいただいた。現在、災害医学会総会・学術総会も行われているが、本日の話を含めて省内に報告したいと思っている。個人的には、自治体職員は男女差が偏っており、女性の意見が届きにくいと感じているため、ジェンダーの視点をご指摘いただいたことに感謝している。

A ジェンダーの視点は、急性期においても重要である。急性期にLGBTの方をどのように処遇するかということは、どこかで一度考えなければいけない。最近、裁判も起きているよう

である。

国際疾病分類の第 11 回改訂版（ICD-11）において、（性同一性障害から）障害ではなくなる。そういった点を含めて、考えていかなければならない分野だと思っている。

---

## ◆ アンケート調査

### アンケート調査の実施概要

#### 1. 方法

アンケート調査を実施するにあたって机上調査を実施し、自治体の災害時の精神保健医療福祉に関する中長期の計画や対策等の実態把握として、都道府県および政令市の地域防災計画や精神保健医療福祉に関連するガイドライン・マニュアル等の内容を確認した。その結果、災害中長期やフェーズの捉え方に違いがあり、こころのケアやメンタルヘルスに関するニーズ把握方法や支援方法が具体的に記述されているものが少ないことがわかった。そのため、災害中長期の心のケアやメンタルヘルスに関する支援体制について、都道府県および政令市の災害精神保健の担当部署にアンケート調査を行った。

- 1) 調査時期：2021年9月8日（水）～11月12日（金）
- 2) 調査方法：郵送および Web
- 3) 対象者：47 都道府県および 20 政令市の精神保健担当部署 計 67 箇所
- 4) 質問項目
  - ① 自治体の災害対策（保健医療福祉分野）において、「中長期（またはそれに類似すると認識している期間）」はどのような状況を想定しているか
  - ② 自治体の災害時中長期のメンタルヘルスに関する計画・マニュアルおよびそれらを活用した災害対応について
  - ③ 災害メンタルヘルス対応に関して、自治体で連携を計画・想定している組織について
  - ④ （都道府県のみ）自治体の災害メンタルヘルスに関する支援計画と基礎自治体の受援計画等との整合性を確認する機会について
  - ⑤ 自治体の災害対策として、中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、住民のメンタルヘルス支援のための啓発活動を計画しているか
  - ⑥ 自治体の災害対策として、中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、住民のメンタルヘルス支援のためのアウトリーチ活動を計画しているか
  - ⑦ 災害発生時、メンタルヘルスに関する新たな相談窓口を設置し、住民に周知することを計画しているか
  - ⑧ 災害時中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、未成年者・高齢者・妊産婦・社会的弱者・既存の精神障害者・家族・ケアラー・支援組織の支援者等に特化したメンタルヘルス支援を実施・計画しているか
  - ⑨ 自治体で、住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修は実施・計画されているか
  - ⑩ 自治体の災害対策として、中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、被災地域で活動する支援者のメンタルヘルスに対して支援を実施・計画しているか
  - ⑪ （都道府県のみ）自治体圏内で、災害対策における中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、災害メンタルヘルス支援に関して特徴的・独自の取り組みを実施・計画している基礎自治体の有無
  - ⑫ 自治体の災害精神保健医療福祉マニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルス

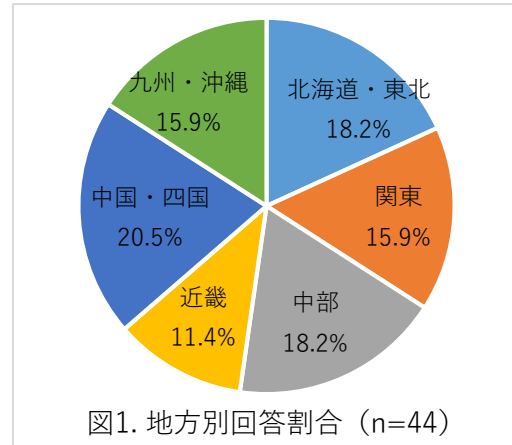
## 支援に関する取り組みについて

### 2. 結果

- 1) 有効回答数：44 自治体（34 都道府県、10 政令市）
- 2) 回答率：65.6%（都道府県：72.3%、政令市 50.0%）
- 3) 回答者内訳（回答数割合）

表 1. 地方別回答割合（n=44）

地方別	回答数	回答割合
北海道・東北	8	18.2%
関東	7	15.9%
中部	8	18.2%
近畿	5	11.4%
中国・四国	9	20.5%
九州・沖縄	7	15.9%



### 4) 質問項目に対する回答

- ① 自治体の災害対策において想定している「中長期（またはそれに類似すると認識している期間）」の状況（図 2、表 2）

回答した 44 自治体全てで、中長期として時期や状況を想定もしくは検討していた。想定している状況について、災害中期、災害長期とも「その他基準」と回答した自治体が半数を超えていた（図 2）。「その他基準」の自由記述から、時間軸を基準もしくは災害の規模や状況を基準にしている自治体が半数以上を占めた（表 2）。

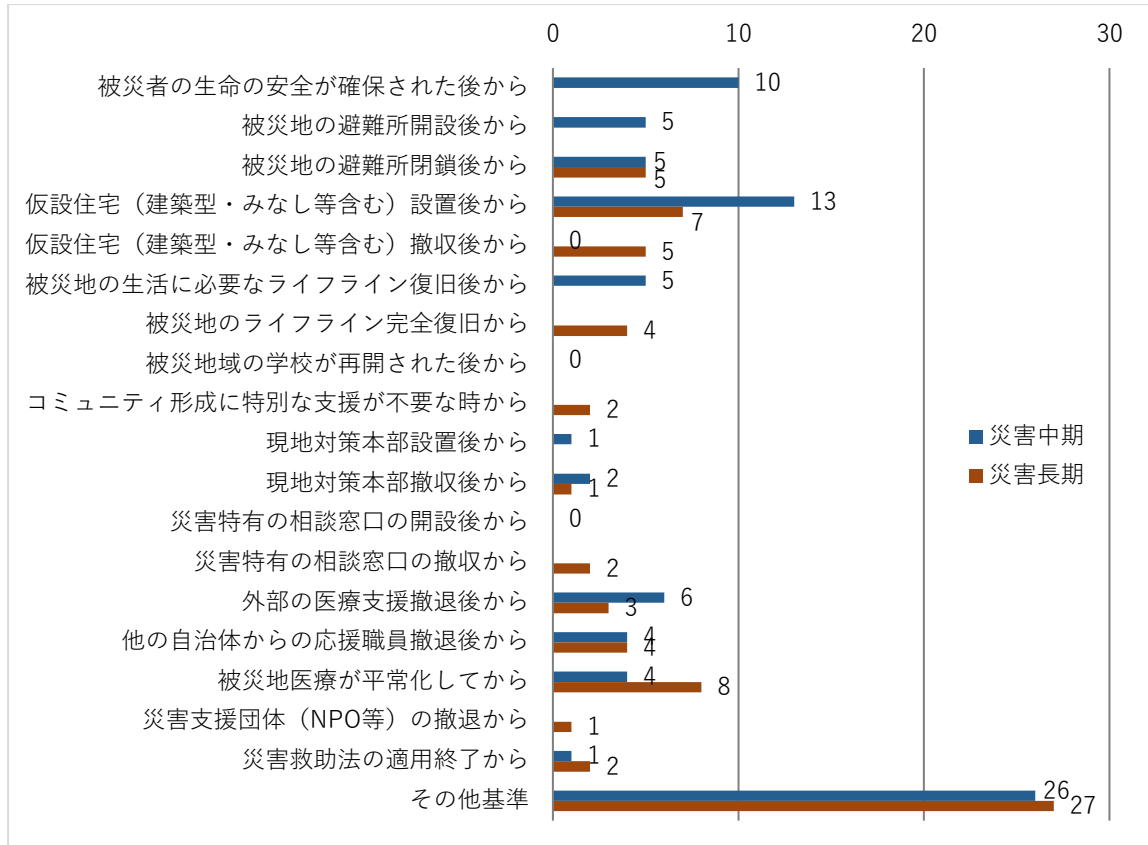


図 2. 中長期として想定している状況（n=44、複数回答）

表 2. 図 2 の回答「その他基準」のカテゴリー（n=28、複数回答）

カテゴリー	災害中期：回答内容	災害長期：回答内容
時間軸を基準	<p>（14 自治体）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発災後 72 時間～3 か月</li> <li>・ 発災 72 時間から約 1 か月後</li> <li>・ 発災後概ね 4 日目から</li> <li>・ 災害発生後 4 日から 2 ヶ月頃まで</li> <li>・ 災害発生直後 1 週間～概ね 1 ヶ月が目安</li> <li>・ 明確に基準を設けていないが、目安としては発災後、概ね 1～2 週間から 1～2 ヶ月</li> <li>・ 中長期は、発災から概ね 1 ヶ月程度経過する時期。ただし、中期と長期を明確にわけているわけではない。</li> <li>・ 災害発生後から 4 週間以降を慢性期（それ以降の区分なし）</li> </ul>	<p>（13 自治体）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害発生後から 4 週間以降を慢性期（それ以降の区分なし）</li> <li>・ 災害発生後概ね 1 ヶ月以降（2 自治体）</li> <li>・ 明確な基準を設けていないが、目安としては発災後、概ね 1～2 ヶ月以降</li> <li>・ 発災後概ね 2 か月以降（2 自治体）</li> <li>・ 発災後 3 ヶ月以降</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期（発災後1ヶ月以降）、慢性期・中長期（発災後3ヶ月以降）（当該自治体のマニュアル指針）</li> <li>・被災後数ヶ月から</li> </ul>	
災害の規模や状況を基準	(5自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な基準を定めておらず、災害の規模や状況に応じて適宜対応している</li> <li>・災害の規模によって異なる</li> <li>・災害により状況が異なるため、一律に基準は設けていない</li> </ul>	(5自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な基準を定めておらず、災害の規模や状況に応じて適宜対応している</li> <li>・平時の業務開始</li> <li>・災害により状況が異なるため、一律に基準は設けていない</li> </ul>
時期を決めていない	(4自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・開始時期は定めていない</li> </ul>	(5自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・（災害中期での回答と同一）</li> </ul>
判断が難しい	(2自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・防災計画、フェーズを定めているが、どのフェーズが該当するのか判断できない</li> <li>・地域防災計画において2か月程度までをフェーズ1～4で規定しており、中長期という想定はしていないため回答不可</li> </ul>	(3自治体) <ul style="list-style-type: none"> <li>・中期と長期にはっきりとした境目なし</li> <li>・（他2回答は、災害中期での回答と同一）</li> </ul>
記述回答なし	(1自治体)	(1自治体)

② 自治体の災害中長期のメンタルヘルスに関する計画・マニュアルおよびそれらを活用した災害対応について（図3、表3、表4、表5）

災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルの準備状況について、「ある」と回答したのは17自治体（38.6%）、「ない」と回答したのは27自治体（61.3%）だった。「ある」と回答した自治体の分布割合は図3に示した。マニュアルが「ある」自治体の回答から「保健衛生活動に関するもの」と「こころのケアに関するもの」の2つに分類され、「こころのケアに関するもの」は回答自治体の8割以上が活用を想定していた（表3）。また、計画・マニュアルが「ある」と回答された自治体のうち、計画・マニュアルを活用して災害メンタルヘルス対応を行った経験があったのは17自治体中14自治体（82.3%）であった。詳細は表4、表5に示した。

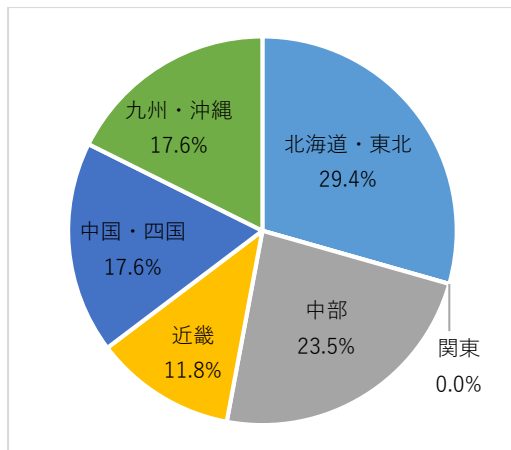


図 3. 「計画・マニュアルあり」と回答した自治体の割合 (n=17)

表 3. 自治体が活用を想定している災害時中長期のメンタルヘルスに関する計画・マニュアル (n=17、複数回答)

マニュアルの分類	計画・マニュアルの名称	自治体数
保健衛生活動 (5 自治体)	・ 県災害時保健衛生活動マニュアル	1
	・ 県災害時公衆衛生活動マニュアル	1
	・ 県災害時保健師活動マニュアル	1
	・ 市災害対策本部保健予防班活動マニュアル	1
	・ 災害時健康管理支援マニュアル	1
こころのケア (14 自治体)	・ 災害時のこころのケア活動マニュアル	3
	・ 県こころのケアチーム「県 DPAT」活動マニュアル	4
	・ 県災害時こころのケアマニュアル・手引き	5
	・ こころのケア対応マニュアル	1
	・ 市災害時地域精神保健福祉ガイドライン	1

表 4. 自治体の計画・マニュアルを活用して災害メンタルヘルス対応を行った経験 (n=14、複数回答)

災害の種類	災害名	自治体数
地震 (10 自治体)	・ 平成 20 年 6 月 (2008 年) 岩手・宮城内陸地震	1
	・ 平成 20 年 7 月 (2008 年) 岩手県北部を震源とする地震	1
	・ 平成 23 年 (2011 年) 東日本大震災	2
	・ 平成 28 年 (2016 年) 熊本地震	5
	・ 平成 30 年 (2018 年) 胆振東部地震	1
豪雨 (風水害) (10 自治体)	・ 平成 27 年 9 月 (2015 年) 関東・東北豪雨	1
	・ 平成 28 年 8 月 (2016 年) 台風第 10 号大雨による災害	1
	・ 平成 29 年 (2017 年) 九州北部豪雨	1
	・ 平成 30 年 7 月 (2018 年) 豪雨	2

	・令和元年（2019年）の前線に伴う大雨	1
	・令和元年（2019年）東日本台風（台風19号）	2
	・令和3年（2021年）熱海市伊豆山土石流災害	1
	・令和3年8月11日（2021年）からの大雨	1
新興感染症 （1自治体）	令和2年（2020年）新型コロナウイルス感染症ダイヤモンド・プリンセス号	1

表5. 災害中長期を想定したメンタルヘルスに関する計画・マニュアル作成で参考にした文献および資料（n=14、複数回答）

マニュアル名	自治体数
・災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（2003）	6
・災害精神保健医療マニュアル（2011）	3
・災害時保健活動推進マニュアル	1
・災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領	2
・DPAT活動マニュアル	4
・災害救援者・支援者メンタルヘルスマニュアル	1
・サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き（第2版）	2
・県地域防災計画、県保健医療計画、県地域災害救急医療等に係るマニュアル指針	1
・複数の都道府県のマニュアル、日赤こころのケア手引き等多数	3

③ 災害メンタルヘルス対応に関し、自治体で連携を計画・想定している組織について（図4、図5、表6、表7）

自治体で連携を計画・想定している組織について、「ある」と回答したのは26自治体（59.1%）、「ない」と回答したのは18自治体（40.9%）だった。「ある」と回答した自治体の地域分布割合は図4の通りである。計画・想定している組織の内訳については表7の通りである。

「ある」と回答した26自治体のうち、23自治体（88.5%）が連携を計画・想定している組織として「医療機関（精神科デイケア等を含む）」ほか、さまざまな精神科職能団体や行政機関（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との連携を想定していることがわかった（図5、表6）。具体的な連携方法としては、「平時からの連携：役割分担、人材育成」が17自治体（65.4%）であった。「平時からの連携：組織間協定」の3自治体を含めると、平時からの連携方法を計画・想定・実施している自治体は20自治体（76.9%）であった（表7）。

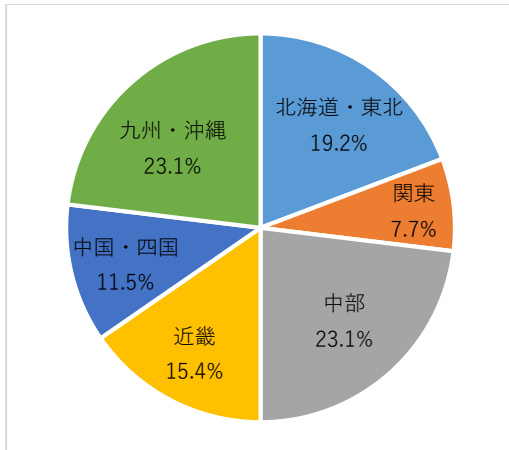


図 4. 連携を計画・想定している組織がある自治体の割合 (n=26)

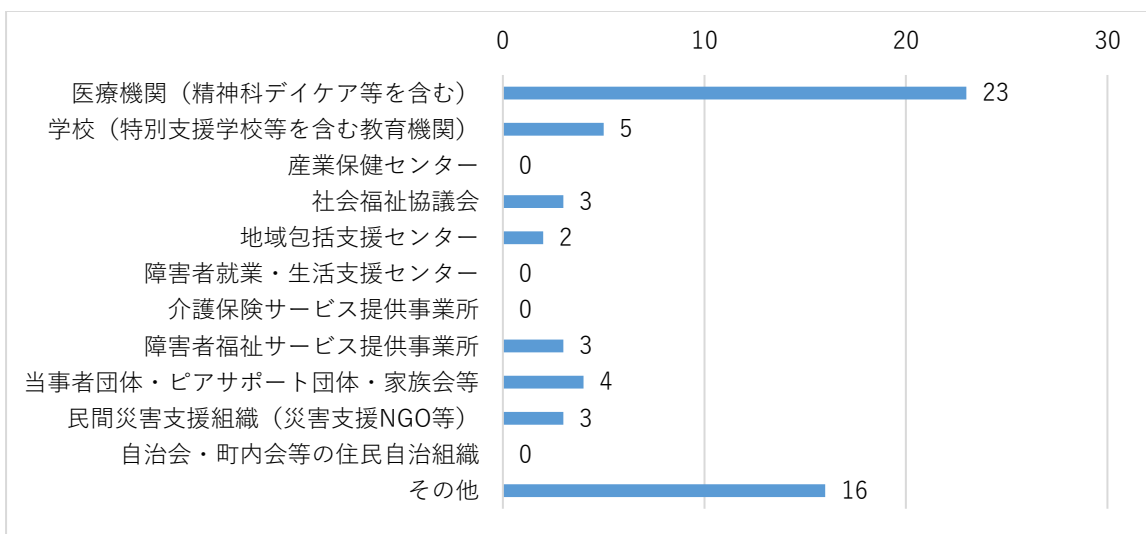


図 5. 自治体が連携を計画・想定している組織 (n=26、複数回答)

表 6. 図 5. 「その他」での自由記述内容 (n=16、複数回答)

組織名	自治体数
・ 保健医療調整本部内の各機関等	1
・ 精神保健福祉センター、保健所	2
・ 児童相談所	1
・ 周辺自治体：市町	3
・ 周辺自治体：都道府県	2
・ 周辺自治体：近隣都道府県	1
・ 行政機関：警察、消防、自衛隊	1
・ 県精神科救急医療システム	1
・ 災害拠点精神科病院	1
・ 精神科職能団体：日本精神科病院協会、精神保健福祉士会等、精神保健福祉士協会、公認心理士会、精神科看護協会	7
・ 日赤こころのケアチーム	1

・保健医療系職能団体：医師会、看護協会	2
・災害派遣チーム：DMAT、DPAT、DWAT	6
・日本赤十字社	2

表 7. 自治体が計画・想定している具体的な連携方法（n=26、複数回答）

カテゴリー	回答内容	自治体数
平時からの連携： 組織間協定 (3自治体)	・日赤こころのケアチームと市が日本赤十字社との間で協定を締結し、連携してこころのケアにあたる	1
	・中長期的なメンタルヘルス支援事業委託	1
	・地域防災計画に連携に関する事項の記載	1
平時からの連携： 役割分担、人材育成 (17自治体)	・平時から会議や研修、訓練などで役割分担や関係機関との連携、情報共有等について確認、顔の見える関係づくり	10
	・DPAT 養成研修の運営や会議への参加	5
	・災害時健康管理マニュアル検討委員として参画	1
	・(災害関連) マニュアル等への記載	1
発災時からの活動 (9自治体 ；複数回答)	・発災以降の連絡調整	4
	・EMIS 等による被災状況を県災害対策本部や DPAT 調整本部などと共有	2
	・DPAT の派遣（先遣隊含む）	4
	・支援ニーズの把握	1
想定のみ (2自治体)	・想定しているが、災害時メンタルヘルス対応に係る計画は作成していない	1
	・具体的連携方法は決めていないが、精神保健福祉センターや保健所を中心に精神科医療機関の協力を得ながら状況に合わせて必要となる関係機関と連携を図る	1

④（都道府県のみ）自治体の災害メンタルヘルスに関する支援計画と基礎自治体の受援計画等との整合性を確認する機会について（図 6、表 8）

自治体の災害メンタルヘルスに関する支援計画と、基礎自治体の受援計画等との整合性を確認するか否かについて、「確認する」と回答した自治体は 6 自治体（17.6%）、「確認しない」と回答した自治体は 28 自治体（82.4%）であった。「確認する」と回答した自治体の地域分布割合は図 6 の通りである。

「確認する」と回答した自治体では、地域防災計画の見直し時や災害時コーディネーター調整会議など災害対応や対策を検討する場で、適宜見直されていることがわかった。出席者の多くは、市町村、精神保健福祉センター、保健所など、日頃から住民のメンタルヘル

スに参与している職員であった（表 8）。

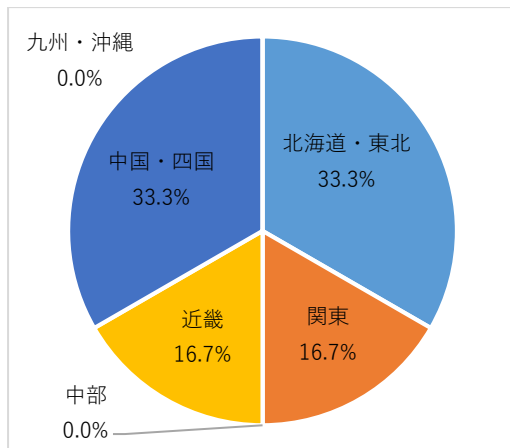


図 6. 支援計画と基礎自治体の受援計画との整合性を確認する自治体の割合 (n=6)

表 8. 自治体の災害メンタルヘルスに関する支援計画および基礎自治体の受援計画等との整合性を確認する機会の詳細 (n=6)

自治体名	会議名称	頻度	出席者
北海道	胆振東部地震災害において、道立精神保健福祉センターが定期的な話し合いの実施	随時	道立精神保健福祉センター職員、被災自治体・管轄保健所職員
宮城県	県や市町村の防災計画の見直しや公衆衛生活動マニュアル見直し等での周知など	適宜	保健福祉事務所（保健所）総括担当、および担当者
東京都	各自治体の地域防災計画修正時に、担当が確認、意見する機会がある	-	-
三重県	三重県地域防災計画の見直し	年 1 回	担当者による冊子への書き込み
広島県	ケース検討会や被災者支援連携会議等において、地域支え合いセンター（市町社協等）や市町と協議の場	適宜	こころのケアチーム、市町、地域支え合いセンター、保健所等
徳島県	災害時コーディネーター調整会議	年 1 回	市町村、精神科医療機関、精神保健福祉センター、保健所、消防等

⑤ 中長期（またはそれに類似すると認識している期間）における、住民に対するメンタルヘルス支援のための啓発活動の計画について（図 7、表 8、表 9）

災害中長期に、住民のメンタルヘルス支援のために何らかの啓発活動を「計画している」と回答したのは 18 自治体（40.9%）、「計画していない」と回答したのは 26 自治体（50.1%）であった。「計画している」と回答した自治体の地域別割合は図 7 の通りであ

る。また、「計画している」と回答した自治体での具体的活動と内容については、表 8 の通りである。活動としては、リーフレットの配布やホームページ掲載などがあり、被災住民へのこころのケアや相談窓口の周知、健康相談が主な活動内容として挙げられていた。これらの活動の主体については、表 9 で示した。

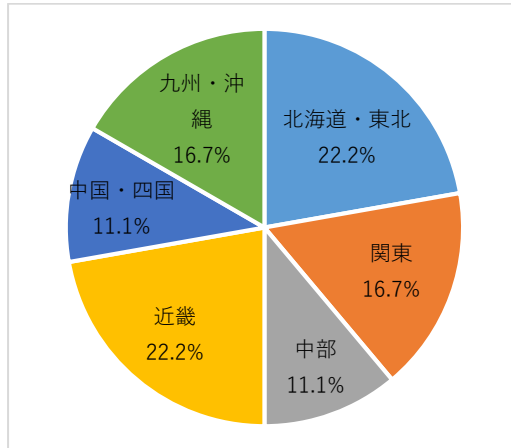


図 7. 災害中長期での住民へのメンタルヘルスに係る啓蒙活動を予定している自治体の割合 (n=18)

表 8. 災害中長期における住民のメンタルヘルス支援のための啓発活動と内容 (n=18、複数回答)

活動名称	活動内容	自治体数
こころのケア	被災状況に応じた、被災住民・支援者への心のケア	1
普及啓発	・避難所等での災害時のメンタルヘルスについて (中期)	1
	・ストレスによる心身の変化等に関する情報、相談窓口の情報等の提供	8
	・災害時のメンタルヘルスに関するパンフレット、リーフレット等の配布 (住民向け)	5
	・住民向け健康教育、研修会	3
	・講演会	5
災害時等のこころのケアの研修	保健福祉業務に携わる医療従事者等の支援者が、災害時等のメンタルヘルスについて理解を深め、被災者・被害者支援に役立てると共に、支援者自身のメンタルヘルスのケアについて学ぶ	2
災害時等のこころのケアのてびきの作成	支援活動の際に必要な「こころのケア」に関する知識や配慮すべき事項をまとめた (支援者向け)	1
災害時要援護者リスト作成		1

表 9. 災害中長期における住民のメンタルヘルス支援のための啓発活動の実施主体 (n=18、

複数回答)

実施主体		自治体数
・精神保健福祉センター		12
・保健所・保健センター		7
・都道府県の精神保健福祉担当課		5
・基礎自治体の精神保健福祉担当課		2
・その他	・DPAT	1
	・こころのケアセンター	1
	・大学病院設置法人（事業委託者）	1
	・県精神保健福祉協会へ委託	1

⑥ 中長期（またはそれに類似すると認識している期間）における、住民に対するメンタルヘルス支援のためのアウトリーチ活動の計画について（図 8、図 9、表 10、表 11）

災害中長期に、住民のメンタルヘルス支援のためのアウトリーチ活動を「計画している」と回答したのは 22 自治体（50.0%）、「計画していない」と回答したのも 22 自治体（50.0%）であった。「計画している」と回答した自治体の地域割合は図 8 に示した。「計画している」活動と内容については、表 10 の通りである。計画している活動としては、平時と同様の相談支援は 1 自治体で、それ以外の自治体は被災住民特有のメンタルヘルス課題への対応を行うための調査や支援などが計画されていた（表 10）。また、活動に従事する専門職については、保健師や精神保健福祉士が回答した自治体の過半数を占めた（図 9、表 11）。

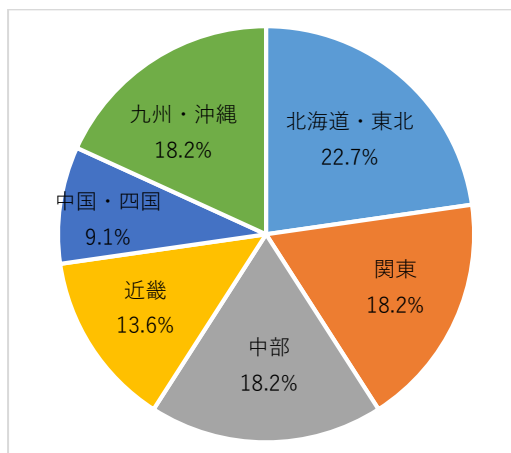


図 8. 災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に係るアウトリーチ活動を計画している自治体の割合 (n=22)

表 10. 住民に対するメンタルヘルス支援のためのアウトリーチ活動内容 (n=22、複数回答)

活動名称	活動内容	自治体数
DPAT 活動	急性期での支援を継続した上で、さらに要配慮者等に対する訪問を継続介入（保健所との連携含む）、	4



	普及啓発、見守り等	
心のケアチームの派遣	状況に応じて適切な、心のケアチームの派遣を行う	3
災害時こころのケア活動	避難所の巡回、仮設住宅や復興公営住宅等への訪問により、要援護者のサポート、ケアを必要とする市民の把握やフォローを行う	7
精神科救護施設の設置	医師等専門家で構成する巡回診療チームを編成し、各避難所等について巡回診療	1
精神障がい者アウトリーチ推進事業	震災により精神科病床が減少したことから、医療機能を補完するため、多職種チームを設置し、居宅生活をしている精神障がい者の地域生活継続のための支援を行う	1
地域ローラー作戦	地域住民全戸への訪問	1
被災者のための総合相談会	被災者の相談に、精神科医、弁護士、保健師がワンストップで対応する相談会を実施する	1
健康相談、講演会等の実施、健康調査後のフォローアップ訪問	健康相談、講演会等の実施、健康調査後のフォローアップ訪問	1
必要に応じた支援	メンタル不調者の増加が見込まれる場合、区役所の保健師等と連携しながら、避難場所、応急仮設住宅等へ出向き、面談（診察）、評価、フォロー方針の検討、精神科の応急診察等を行う	2
精神保健福祉相談	平時と同様の相談支援活動	1

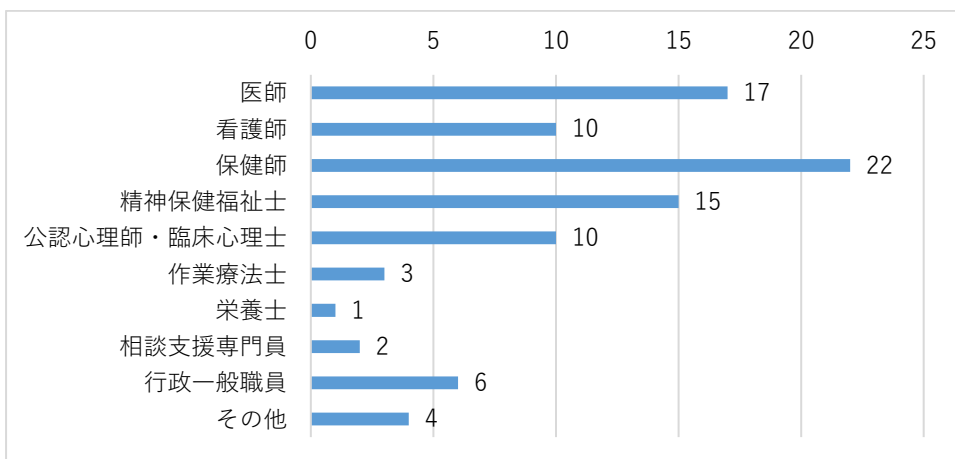


図 9. 活動に従事する専門職 (n=22、複数回答)

表 11. 図 9. 「その他」での自由記述内容 (n=4)

自由記述内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・こころのケアチーム (DPAT) として活動する精神医療機関の従事者</li> <li>・DPAT の業務調整員</li> <li>・弁護士</li> </ul>

・精神保健福祉相談員

⑦ 災害発生時、メンタルヘルスに関する新たな相談窓口の設置および住民への周知の計画について（図 10、図 11、図 12、表 12、表 13）

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について、「計画している」のは 18 自治体（40.9%）であった。計画している自治体の地域別割合は図 10 に示した。相談窓口の設置主体は精神保健福祉センターが最も多く 12 自治体（66.7%）であった（図 11、表 12）。設置時期については、設置開始、終了時期ともに「その他」が多く、被災状況やニーズによるという回答が多かった（図 12、表 13）。

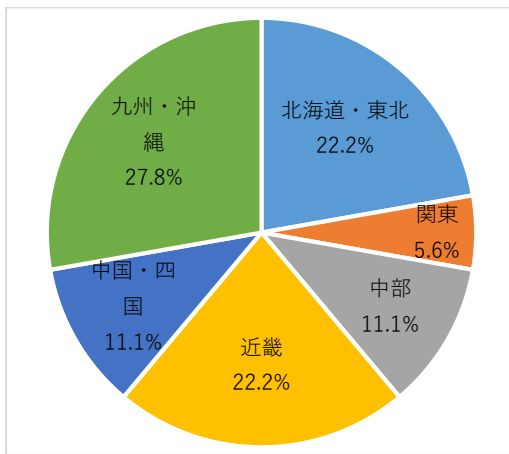


図 10. メンタルヘルスに関する新たな相談窓口を設置し周知する計画がある自治体の割合 (n=18)

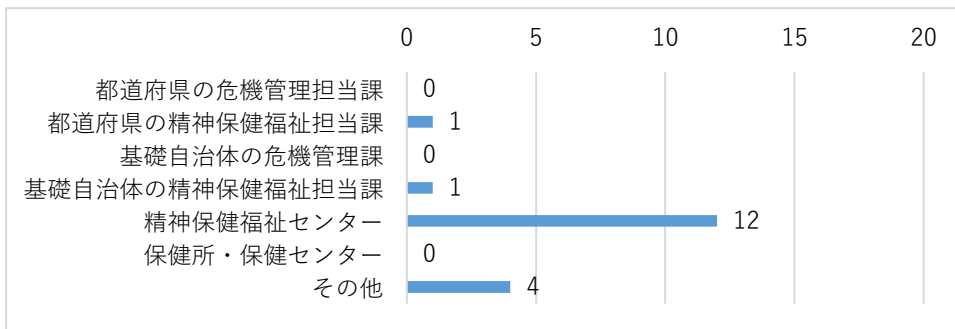


図 11. 相談窓口の設置主体 (n=18)

表 12. 図 11 「その他」での自由記述内容 (n=4)

自由記述内容
・ DPAT
・ 県精神保健福祉協会
・ 県健康福祉部健康福祉総務課
・ 状況に応じて検討する

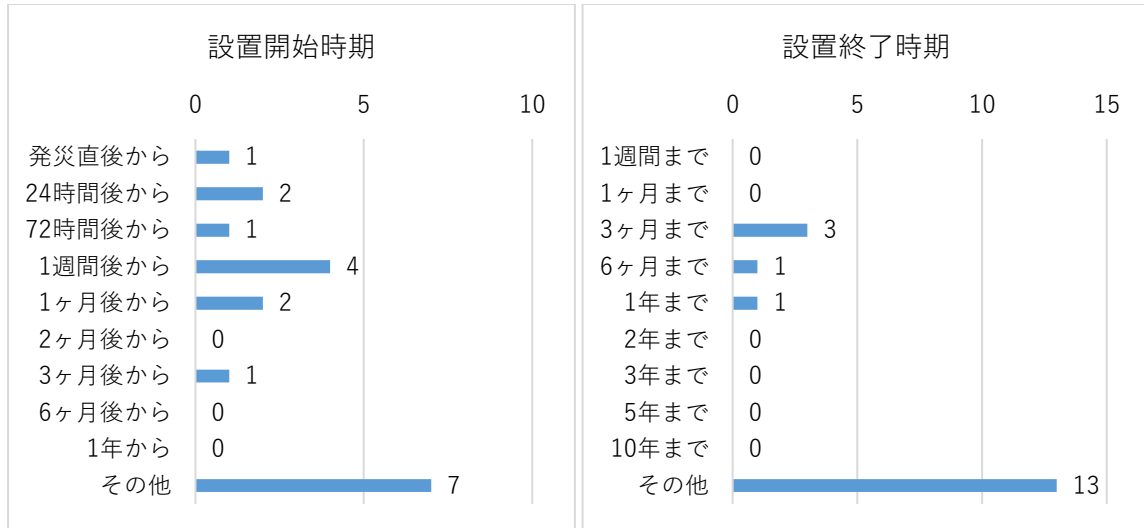


図 12. 設置時期について（開始時期および終了時期）（n=18）

表 13. 図 12 「その他」での自由記述内容

設置開始時期（7自治体、複数回答）	設置終了時期（13自治体、複数回答）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応できる職員体制が揃い次第</li> <li>・市町村によって異なる</li> <li>・被災状況・ニーズによる</li> <li>・発災（H23.3）から10か月</li> <li>・未定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害規模により精神医療が再開するまで</li> <li>・新たな相談窓口における支援の必要がなくなるまで</li> <li>・被災状況・ニーズによる</li> <li>・相談状況により対応</li> <li>・当分の間実施することとしており、終了時期は未定</li> <li>・未定</li> </ul>

⑧ 災害時中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、未成年者・高齢者・妊産婦・社会的弱者・既存の精神障害者・家族・ケアラー・支援組織の支援者等に特化したメンタルヘルス支援を実施・計画しているか（図 12、図 13、表 14）

特定の属性に係る、災害中長期でのメンタルヘルス支援の実施・計画について、「計画している」のは回答自治体のうち 10 自治体（22.7%）であった。計画している自治体の地域別割合は図 12 に示した。属性ごとの回答内容については図 13、表 14 の通りである。

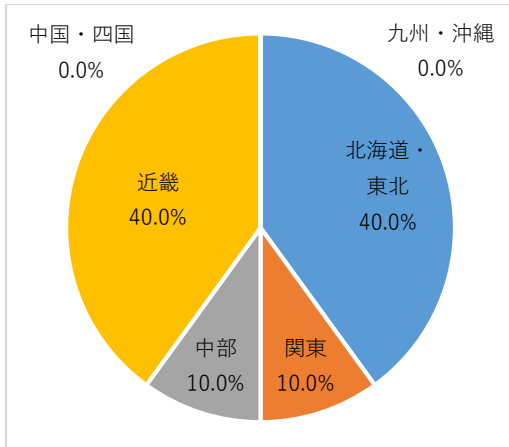


図 12. 災害中長期における、特定の属性に対するメンタルヘルス支援の実施・計画がある自治体の割合 (n=10)

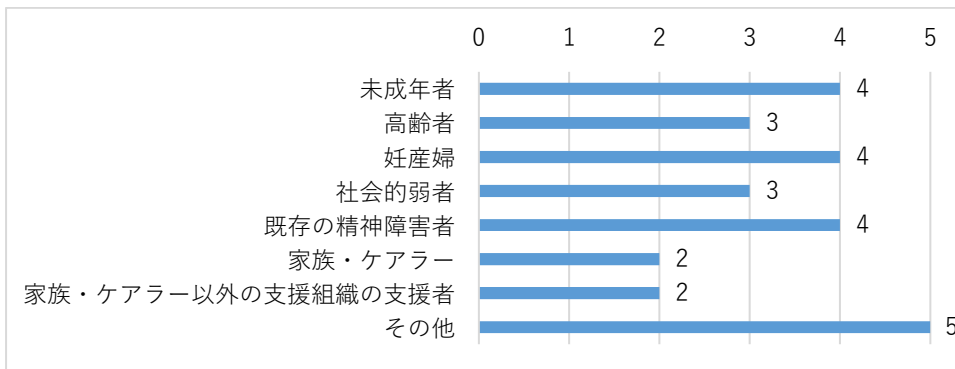


図 13. メンタルヘルス支援の実施・計画で想定している属性 (n=10、複数回答)

表 14. 図 13. 「その他」での自由記述内容 (n=5)

自由記述内容
・被災状況・ニーズによる
・地域災害保健医療対策会議において、状況に応じて検討、実施
・計画はないが、災害状況、現地保健医療調整本部の情報収集結果や被災市町村からの要請等により、関係部署と連携の上、必要な支援を行う
・都道府県民
・県立特別支援学校に在学する児童等

⑨ 自治体で、住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修は実施・計画されているか (図 14、図 15、表 15、表 16)

住民に対するメンタルヘルス支援を行う支援者への自治体での教育・研修の実施・計画について、「実施・計画している」のは 32 自治体 (72.7%) であった。計画している自治体の地域別割合は図 14 に示した。受講対象者については図 15、表 15、研修目的については表 16 に示した。研修として、住民のメンタルヘルス支援に関わることが 43.8% (14 自治体)、精神保健福祉行政に関係する職員等の本来業務に関する知識・技術の向上については

34.4%（11自治体）、DPAT研修は21.9%（7自治体）であった。

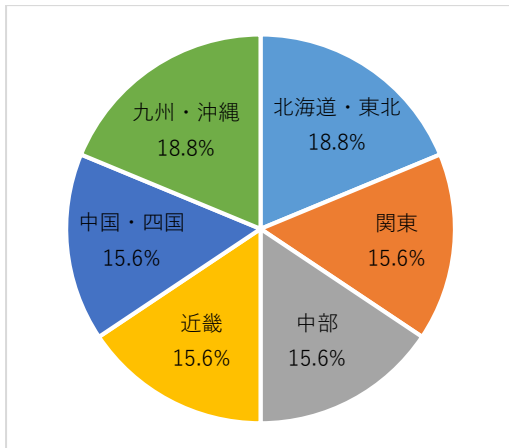


図 14. メンタルヘルス支援を行う支援者への教育・研修を計画している自治体の割合 (n=32)

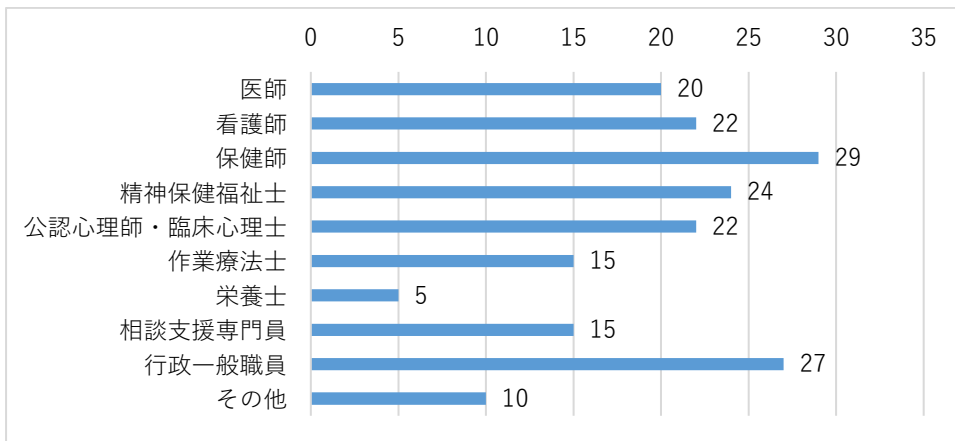


図 15. 教育・研修の受講対象者 (n=32、複数回答)

表 15. 図 15. 「その他」での自由記述内容 (n=10、複数回答)

自由記述内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、保健、福祉行政等の関係者及び被災者支援に携わる者</li> <li>・行政社会福祉職（社会福祉士等）・心理職</li> <li>・精神保健福祉業務に従事してから3年未満の職員</li> <li>・DPATの業務調整員</li> <li>・精神保健福祉ボランティア</li> <li>・警察、消防、教育関係</li> <li>・スクールソーシャルワーカー、民生・児童委員、ハローワーク職員等</li> </ul>

表 16. 研修目的と内容 (n=32)

研修目的	研修内容	自治体数
都道府県 DPAT 研修	災害時の支援、DPAT 支援活動等について理解し、DPAT として活動できる支援者を養成する	7

災害時の住民のメンタルヘルス支援に関する知識・技術の向上	メンタルヘルスファーストエイド、PTSD、サイコロジカルファーストエイド、不安や悩みを抱える人への対応、相談機関との連携等	
	- 図 15 のほぼ全ての対象者	10
	- 保健師対象	2
	- 保健師・行政職員対象	2
精神保健福祉行政に関係する職員等の精神保健福祉に関する知識や技術の習得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉対策、自殺対策、依存症対策、ひきこもり対策等</li> <li>・新人・新任職員向けの精神保健福祉に関する基礎的な内容や、行政職員と関係機関職員向けのゲートキーパー研修等</li> </ul>	11

⑩ 自治体の災害対策として、中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、被災地域で活動する支援者のメンタルヘルスに対して支援を実施・計画しているか（図 16、図 17、表 17、表 18）

災害中長期における、被災地域で活動する支援者のメンタルヘルスへの支援を「実施・計画している」のは 18 自治体（40.9%）であった。実施・計画している自治体の地域別割合は図 16 に示した。支援内容の詳細については、こころのケアチームや DPAT の派遣、自治体職員への面談、支援者へのメンタルヘルスに関する研修に分類するとそれぞれ 6 自治体となった（表 17）。支援を実施する専門職で回答の 8 割以上だったのは、保健師と医師であった（図 17、表 18）。

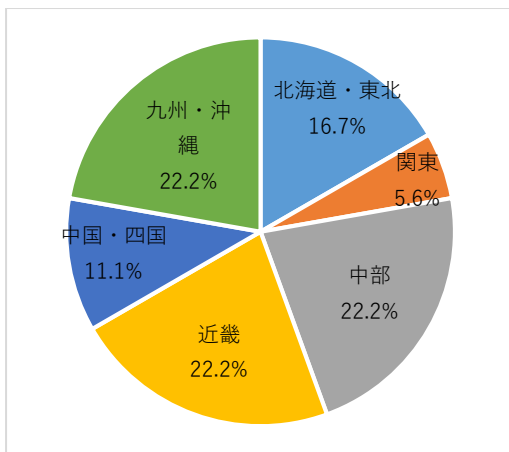


図 16. 災害中長期における支援者支援を計画している自治体の割合 (n=18)

表 17. 支援者のメンタルヘルスへの支援内容について (n=18)

支援内容	支援を実施する専門職	自治体数
こころのケアチーム派遣	医師、保健師、公認心理師・臨床心理士	2
DPAT を派遣し、支援者のストレスチェックおよび	医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士、行政一般職員、DPAT 業務	4

び精神医療の提供などの支援者支援	調整員	
被災自治体の職員や地域支え合いセンターの職員への面談等の実施	医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士、行政一般職員、地域支え合いセンター職員	6
支援者のメンタルヘルスに関する研修の企画	医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士、作業療法士、相談支援専門員、行政一般職員、行政社会福祉職・心理職	4
支援者のメンタルヘルスに関する啓発	医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士、行政一般職員、こころのケアチーム（DPAT）として活動する精神医療機関の従事者、精神保健福祉相談員	2

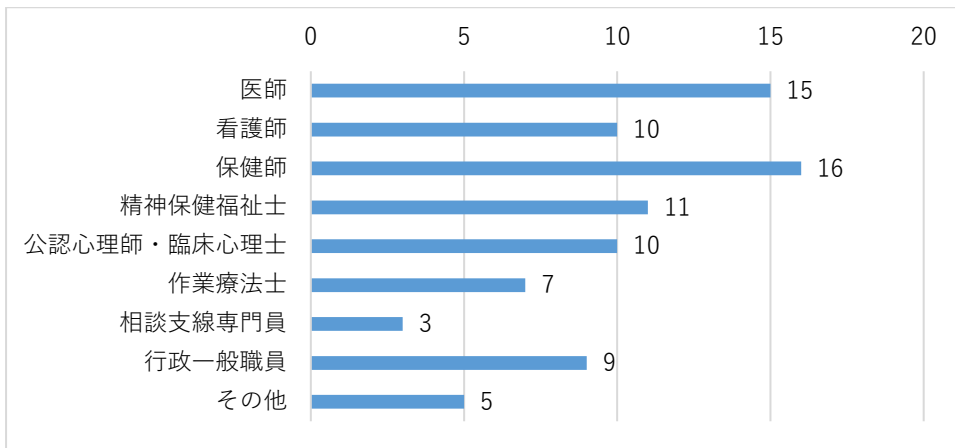


図 17. 支援を行う専門職（n=18、複数回答）

表 18. 図 17. 「その他」での自由記述内容（n=5、複数回答）

自由記述内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域支え合いセンター職員</li> <li>・ 行政社会福祉職・心理職</li> <li>・ 精神保健福祉相談員</li> <li>・ DPAT の業務調整員、チームメンバーとして活動する精神医療機関の従事者</li> </ul>

- ⑪（都道府県のみ）自治体圏内で、災害対策における中長期（またはそれに類似すると認識している期間）に、災害メンタルヘルス支援に関して特徴的・独自の取り組みを実施・計画している基礎自治体の有無

災害中長期における、災害メンタルヘルスに関して特徴的・独自の取り組みを実施・計画している基礎自治体が「ある」と回答したのは 1 自治体、宮城県のみであった。沿岸市町での取り組みで、「東日本大震災後の振り返りを生かした活動」であった。

⑫ 自治体の災害精神保健医療福祉マニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルス支援に関する取り組みについて（図 18、表 19）

「災害」を自然災害以外の事件・事故、パンデミック等も含める、と定義した場合、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、何らか実施している・していた自治体は回答自治体のうち 34 自治体であった。回答した自治体の地域別割合は図 18 に示した。新型コロナウイルス感染症関連が 32 自治体（94.1%）、平成 30 年 7 月豪雨が 1 自治体、災害全体に関しては 2 自治体であった。実施内容の詳細は表 19 に示した。新型コロナウイルス感染症への取り組みの中でも、精神保健福祉センター等でのこころの電話相談が 24 自治体（70.6%）と最も多かった。

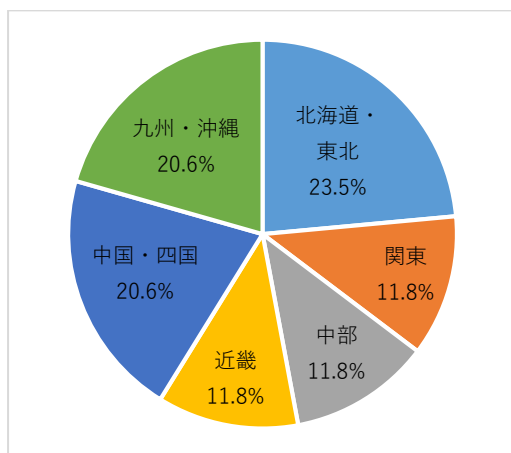


図 18. 自治体の災害精神保健医療福祉マニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルス支援に関する取り組み（n=34）

表 19. 災害メンタルヘルス支援に関する取り組みの詳細（n=34、複数回答）

災害名		自治体数
<b>新型コロナウイルス感染症</b>		<b>32</b>
実施内容	新型コロナウイルス感染症患者やその家族、クラスターの起きた事業所等に対して、電話相談や精神保健福祉センター・保健所・DPAT・公認心理師等派遣し、面談、心理教育等を実施	8
	新型コロナウイルス感染症に関する心のケア支援事業を活用した住民・支援者支援	1
	精神保健福祉センター・保健所職員による宿泊施設へのアウトリーチ	2
	COVID-19 感染者(自宅療養者、ホテル療養者、入院者)全員への HP やチラシ等での情報提供	2
	宿泊・自宅療養者向け：精神科医師によるオンライン診療	1
	COVID-19 感染者対象のこころの電話相談	2
	精神保健福祉センター等でのこころの電話相談	24
	SNS を活用した心の相談	2



	新型コロナウイルス感染症でこころの不安を抱える方へのリーフレットの作成、配布	2
	ホームページに「新型コロナウイルス感染症とこころのケア」に関する情報を掲載し、セルフケアや相談行動の啓発	5
	リスティング広告を活用した自殺に関する電話相談の啓発	1
	COVID-19 への対応をしている人たち(エッセンシャルワーカー等)に対する電話相談	5
	新型コロナウイルス感染症対応の看護職に対するメンタルサポートの支援	1
	各市町等の担当職員に対して精神科医師による技術的助言を随時実施	1
	支援者のメンタルヘルスに関する Web 研修（支援者向け）	1
	長期化するコロナ禍におけるストレスケア及びこころストレスケアの取り組み：高校生・若者や女性向けに心の相談に関する情報をチラシにまとめて提供	1
	災害時のメンタルヘルスとして、自然災害以外も災害として対応	1
	通常の精神保健福祉相談の一環として対応予定	1
<b>平成 30 年 7 月豪雨</b>		1
実施内容	こころのケア相談室による被災者支援	
<b>災害全体</b>		2
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市災害こころネットモデル事業</li> <li>・暮らし支える総合相談事業</li> <li>・SNS を活用した相談窓口（仙台いのち支える LINE 相談）</li> <li>・PFA 研修</li> </ul>	

アンケート調査のまとめ

1. 有効回答数と地方別回答数のばらつき

都道府県自治体については約 7 割、政令市自治体は 5 割が回答した。回答数向上のため、回答方法を Web もしくは郵送による提出の 2 つの方法を提示し実施した。地方別回答割合をみると、近畿地方の 11.4% から中国・四国地方の 20.5% と約 1 割程度の差があったが、大きな偏りはなかった。

2. 自治体が想定している「災害中期」「災害長期」について

アンケート実施概要の 2.-4)-①より、回答自治体の半数以上は時間軸を基準もしくは災害の規模や状況を基準にしており、その基準は様々であった。災害後の時期（災害ステージ）については、太刀川（2021）でも述べられているように、一致した見解は得られていない。このことから、災害中長期を定義するには今後も議論を要するところである。

3. 「災害」を自然災害の事件・事故、パンデミック等も含める場合

アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑫から、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、新型コロナウイルス感染症関連が回答自治体の 9 割以上 (32 自治体) であった。新型コロナウイルス感染症への取り組みの中でも、精神保健福祉センター等でのこころの電話相談が約 7 割 (24 自治体) と最も多かった。また、新型コロナウイルス感染症対応業務として行っているが、通常精神保健福祉相談の一環として対応を予定していたり、災害と捉えて対応していたりする自治体もあった。これらの対応状況から、想定していない災害に対応する場合でも、ニーズ調査とアセスメントにより平時の業務特性から対応部署を決定し、支援が必要な内容に対応していたことが読み取れた。

#### 4. 災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ②から、災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルが準備されているのは回答自治体の約 4 割 (17 自治体) であった。そのうち、活用しているマニュアルの種類は「保健衛生活動関連 (5 自治体; 複数回答)」「こころのケア関連 (14 自治体; 複数回答)」であり、こころのケアに着眼している自治体の方が多かった。

また、自治体で準備した計画・マニュアルを活用して発災した災害でのメンタルヘルス対応を行ったのは 14 自治体であり、準備していた自治体の約 8 割は実際に計画・マニュアルを運用したことがわかった。興味深い結果としては、計画・マニュアルの実運用した災害の種類は地震と風水害 (豪雨) が大半であり、そのうち地震災害では被災自治体と支援自治体が各半数であったのに対し、豪雨災害はほぼ全てが被災自治体であった点である。この点から、地震災害では受援を想定した計画・マニュアルが準備できていることが推測された。

#### 5. 精神保健福祉関連機関との連携体制について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ③から、災害メンタルヘルス対応に関して自治体で連携を計画・想定している組織があるのは回答自治体の約 6 割 (26 自治体)、そのうち連携を計画・想定している組織として、回答自治体の約 9 割 (23 自治体) が医療機関 (精神科デイケア等を含む)、さまざまな精神科職能団体や行政機関 (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との連携を想定しており、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連携を図っている回答自治体は 17 自治体と大半を占めた。このことから、平時から関係会議等で役割分担や災害時の連携に必要な情報共有などを行い、災害での連携も含めた研修等で関係構築をしていることが示唆された。

#### 6. 通常業務への移行について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑦から、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るのは約 4 割 (18 自治体) であった。相談窓口の設置主体は精神保健福祉センターが 12 自治体と最も多く、設置時期は設置開始、終了時期ともに回答が多様で、被災状況やニーズによるという回答が多かった。このことから、災害の規模や被災状況によりニーズが変化することを想定しており、対応を検討することが推測された。

#### 7. 支援方法

##### 1) 集団支援について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑤から、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のは約 4 割 (18 自治体) で、活動内容としては被災住民へのこころのケアや相談窓口に関する配布物や掲示物、ホームページによる周知のほか、健康相談が挙げられた。また、活動主体として、精神保健福祉センターと保健所・保健センターがほとんどの自治体で挙がっており、平時からの活動の中で行われている業務に災害中長期特有のメンタルヘルスの課題を包含した活動の実施を行うことが推察された。

加えて、アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑥より、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のは回答自治体の半数 (22 自治体) であり、計画している活動内容として、平時と同様の相談支援は 1 自治体、それ以外の自治体は被災住民特有のメンタルヘルス課題への対応を行うための調査や支援などであった。また、保健師や精神保健福祉士が活動に従事する自治体が過半数を占め、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は、住民のメンタルヘルス支援の啓発活動の実施主体としても、アウトリーチ活動の要員としても充てられていることが示唆された。

## 2) ハイリスク者等への個別支援について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑧から、災害中長期における特定の属性に係るメンタルヘルス支援の実施・計画があるのは回答自治体の約 1 割 (4 自治体) であった。高齢者や障害者など、災害時の避難行動や避難所などでの生活が困難であると想定している避難行動要支援者 (災害時要援護者) だけでなく、都道府県および被災市町村が保健医療調整本部で把握した情報から、被災状況やニーズにより住民支援を行うという自由記述の回答が複数あり、災害中長期では、特定の属性だけに固執することなく状況を確認しながらハイリスクアプローチが必要であることを、自治体が認識していると推察された。

## 3) 支援者への支援について

アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑨から、住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する自治体での教育・研修の実施・計画をしているのは回答自治体の約 7 割 (32 自治体) で、このうち 13 自治体は過去に被災経験があった。受講対象者としては、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がっていた。研修内容は、多い順に、住民のメンタルヘルス支援関連、精神保健福祉行政に係る職員等の本来業務に関する知識・技術の向上関連、DPAT 研修だったが、精神保健福祉行政に関わる職員等に対する本来業務の知識・技術向上に係る内容も含まれていることから、災害中長期の住民メンタルヘルス支援は、通常業務に則った業務の一つであると自治体が考えて研修内容の検討および計画をしている可能性が推察された。

また、アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑩から、被災地域で活動する支援者のメンタルヘルスに対する支援の実施・計画をしているのは回答自治体の約 4 割 (18 自治体) であった。支援内容は、多い順に、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であった。支援を実施する専門職としては、保健師と医師がそれぞれ 8 割以上であった。支援者のメンタルヘルス支援の実施・計画をしている自治体の約 4 割 (7 自治体) は激甚災害の被災経験があるため、その経験をもとに実施・計画されているこ

とも推測された。

8. 都道府県自治体と基礎自治体とのメンタルヘルス支援計画等のすり合わせについて  
アンケート実施概要の 2. - 4) - ⑪から、都道府県自治体の災害メンタルヘルスに関する支援計画と、基礎自治体の受援計画等との整合性を確認するのは、回答した都道府県自治体の約 2 割（6 自治体）で、地域防災計画の見直し時や災害時コーディネーター調整会議など、災害対応や対策を検討する場で適宜見直されていることがわかった。また、見直しなどを行う場への出席者の多くは、市町村、精神保健福祉センター、保健所など、日頃から住民のメンタルヘルスに参与している職員であった。

また、実際に災害中長期の災害メンタルヘルス支援に関して、特徴的・独自の取り組みを実施・計画している基礎自治体があるのは 1 自治体のみで、沿岸市町の「東日本大震災後の振り返りを生かした活動」の取り組みが挙げられた。広域にわたって被害の大きかった自治体では、住民のメンタルヘルス支援ニーズが中長期にも継続していることがうかがえた。

## ◆ ヒアリング調査

### ヒアリング調査の実施概要

#### 方法

ヒアリング調査を実施するにあたり、自治体の災害時の精神保健医療福祉に関する中長期の計画や対策等の実態把握として、都道府県および政令市の地域防災計画や精神保健医療福祉に関連するガイドライン・マニュアル等の内容を確認した。これをもとに、災害中長期の心のケアやメンタルヘルスに関する支援体制について、都道府県および政令市の災害精神保健の担当部署にアンケート調査を行った。しかし、ガイドライン・マニュアル等の内容確認及びアンケート調査からは、災害中長期のメンタルヘルス活動に関する具体的事例やその活動詳細を把握することが困難であった。そのため、過去の災害で甚大なる被害を受けた被災地の自治体を中心に、災害中長期の精神保健福祉活動の実態についてヒアリング調査を実施した。

- 1) **調査時期**：2021年11月～12月の2ヶ月間
- 2) **調査時間**：各約60分（説明時間含む）
- 3) **調査方法**：Web会議システムによる聞き取り
- 4) **対象者**：都道府県および政令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者

#### 5) 質問項目

各都道府県及び政令指定都市のマニュアル・ガイドライン及びアンケート調査結果より、災害中長期支援内容として具体性に欠ける項目を以下5項目抽出した。各項目について、それぞれのヒアリング対象より好事例等を聞くため、自治体毎に被害を受けた対象災害を指定して、その災害時の活動内容を中心に語ってもらった。

尚、各地域毎に受けている災害やその年代により活動内容、国からの支援状況も異なるため、下記項目はヒアリング対象毎に若干内容を修正し、かつ時間内で具体的に聞き取るために、1～2個ずつに分配している。

##### 1 災害中長期のメンタルヘルス支援計画

- 災害中長期のメンタルヘルス支援計画書全般に関することとして、会議体、外部支援との業務分配や連携・撤退等、業務内容の変遷について

##### 2 災害中長期のメンタルヘルスに関するニーズ調査

- 災害時メンタルヘルス支援に関するニーズ調査・アセスメントに関する方法や実施職種・時期、調査結果の活用について

##### 3 災害中長期のメンタルヘルスに関する集団支援

- 都道府県としての基礎自治体へのサポート、災害時に発生する特有の集団（避難所や仮設住宅等）への特徴的支援について

##### 4 災害中長期のメンタルヘルスに関する個別支援

- 個別メンタルヘルス支援ケースの対象者、内容、支援母体、継続時期について

##### 5 災害中長期における支援者へのメンタルヘルス支援

- 自治体職員及び非自治体職員を含む、災害中長期メンタルヘルス支援者への支援として、その対象者、活動・研修内容、取り組み頻度について

## 結果

- 1) **調査時期**：2021年11月4日（水）～12月8日（金）
- 2) **調査方法**：Web会議システムによる聞き取り
- 3) **対象者**：アンケート結果より事務局内の議論にて挙げられた自治体、厚生労働省からの推薦、有識者会議メンバーによる推薦により決定した8組織の災害後精神保健福祉活動に携わった者
- 4) **対象災害**：平成7年阪神・淡路大震災、平成16年新潟県中越地震、平成23年東日本大震災、平成27年9月関東・東北豪雨、平成28年熊本地震、令和2年7月豪雨及びCOVID-19パンデミック

## 5) 各ヒアリング項目に対する回答

### 1 災害中長期のメンタルヘルス支援計画

〔災害時メンタルヘルス支援への取り組み〕

平成16年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 平成16年の震災では、避難所や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。
- ・ 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。
- ・ 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センターが稼働するのではなく、メンタルヘルス支援をベースに、地域で事業化していく。

平成23年東日本大震災被災自治体

- ・ 被災直後にそのエリアに通常時以上のマンパワーをどれだけ割けるかが重要であり、一気に投入されたマンパワーをつかって、健康調査やハイリスク者ピックアップなど、現状把握を通常の公衆衛生活動と合わせてできると良い。そして、中長期に移行するとき、一気にあつまったマンパワー（量と質両方の意味合いで）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。これを実現するためには平時から地域のなかでメンタルヘルスを取り扱って、対策していくことが重要と考えている。
- ・ 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、自殺対策からメンタルヘルスの問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。
- ・ 平成20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、平成24年度に内部指針として、市の震災後心のケア行動指針が、「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、平成32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。

#### 平成23年東日本大震災被災支援団体

- ・ 災害は、大きな環境変化と捉える。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、その環境変化の大きさが、要支援者の数に影響する。
- ・ 支援団体は行政組織でない分、機動力をもって災害支援活動ができる。その舵取り役として、自治体職員には支援団体の活用に関する研修を受けてもらい、コーディネートをしてもらえると良い。
- ・ 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をかけ、来てくれた人だった。

#### 平成27年9月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 防災計画上メンタルヘルスは重きが置かれていないと感じる。行政職は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。
- ・ 災害時に内部の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。市で主宰することは困難なため、県や保健所が3ヶ月に1回くらいの頻度で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。

#### 平成28年熊本地震被災自治体

- ・ 通常業務のなかで関係機関の繋がりがあり、業務進行のイメージがつきやすかったため、災害時の地域支え合いセンターは各区役所内に設置した。
- ・ 被災者の生活再建が遅れ、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、支援をおこなう期間としてちょうどよかった。

#### 令和2年7月豪雨被災自治体

- ・ 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おこなったが、その後のハイリスク者への長期的な支援は社会福祉協議会など既存の組織が中心となって対応した
- ・ 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。
- ・ 被災経験のある隣接市が対口支援として保健師の支援を行ってくれ、被災経験をふまえてイニシアチブをとってくれた。支援2クール目から率先して管理栄養士や歯科衛生士の派遣を開始してくれ、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。

- ・ 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。
- ・ 自市の保健師は、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。

〔こころのケアセンターについて〕

平成 7 年阪神・淡路大震災被災自治体

- ・ 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はいるため、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、それぞれで役割を考えて実践していかなければならない。

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 基金を活用してこころのケアセンターを立ち上げた。自治体は基金の直接使うことはできないため、県からの職員派遣はできず、精神保健福祉センターが運営業務を受託した。事務作業は精神保健福祉センターが担ったが、県が会計、労務規則、借地などを行った。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ってもらうこともあった。

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ こころのケアセンター発足により、専門職の雇用に苦労した。ハローワーク、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よい。
- ・ 長い年月被災者支援業務を担ってくれたこと、PSW 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。
- ・ 市町村との健康調査を一緒にやったことで、こころのケアセンターに任せられる仕事が変わってよかった。
- ・ 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、閉所までの 5 年間かけて県や市町村と引き継ぎを進めている。また、県として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。



〔支援団体について〕

<外部支援団体の活動>

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 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おうようにしていたことで、支援団体の数や詳細などの情報の集約と発信の統制がとりやすかった。

平成 23 年東日本大震災被災支援団体

- ・ 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る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。

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 地域の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おこなった。

平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 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 9 月豪雨時に隣接市に職員を派遣した。派遣職員は PFA、SPR 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いった。

令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 外部支援団体の割り振りは、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、各団体の役割の大枠はすでに周知の事実になっているようで、0 から割り振りを考えていたような感じではなかった。
- ・ 県が発災直後からこころのケアチームを派遣してくれ、発災 2 週間以降は県の精神保健福祉センターからの支援とし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、市の社会福祉協議会が継続支援をおこなっている。

<外部支援団体の撤退>

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 県が主導となっ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であるため、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支援を要請した。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。

〔関連機関との連携・会議体制について〕

<他業種をまたぐ大きな会議体>

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 数ヶ月前に発生した豪雨災害により、基礎となる会議体が存在しており、それをもとに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って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。

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ 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て、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。
- ・ 災害時の精神医療保健は DPAT が軸になると思うが、DPAT だけでは医療という意味合いでの支援が強くなってしまう。福祉保健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い。平時の精神保健福祉の会議体の応用くらいのものでできれば良いと思う。

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 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、災害時のその会議を災害支援に特化した内容でおこなっていた。メンタルヘルスのみを主にした会議は開催していない。

平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 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から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。

<地域内での会議体>

平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 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、災害後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。

<連携体制>

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 災害時の情報収集として県庁チーム（健康対策課+精神保健福祉センター職員）が、支援活動団体元の組織とやりとりを行い、精神保健福祉センターチームが、現地保健所で集約した診療録データ（診療件数、相談件数、相談内容等）集めや外部こころのケアチームの受け入れ窓口を担い、それぞれの代表が会議に参加し、情報共有を行っていた。

〔業務内容の変遷〕

平成 16 年新潟県中越地震被災自治体

- ・ 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、その後から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。
- ・ こころのケアセンターの設置が決まると、その運営業務が必要となる。

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ 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。特にこころのケアセンターの支所は、自治体内にできたため、こころのケアセンターには、市町村と保健所の間のような存在となってもらった。中期あたりになると、災害業務として、被災者の健康調査等市町村とこころのケアセンターが一緒になっておこない、そこでこころのケアセンターに任せられる仕事わかり、長期的に支援者対策の仕事をすべて担ってもらうことで、県としての業務量を減らすことができた。
- ・ こころのケアセンターの閉所が決まると、今までこころのケアセンターが担ってきた業務を県や市町村が引き継ぐ必要がある。通常の住民支援業に取り込むために、現在、県・市町村・こころのケアセンターとで引き継ぎを進めている。
- ・ 災害後、市町村は災害支援業務としてニーズ調査・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。

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 災害に伴い開所した避難所運営を当初は、社会福祉課の職員のみで行ったため、人手が多く必要となり、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。
- ・ 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けた。

#### 〔パンデミック時の対応〕

#### 平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ 自然災害は、災害の起点がはっきりとしているため、その時点を基準として「できること」「できないこと」の判断がしやすかった。しかし、パンデミックはいつがピークなのかわかりづらく、さらに繰り返し起こるため部分的な調整が多い。

#### 令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 自治体保健師の派遣は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。社会福祉協議会を通じた個人ボランティアも県内に制限されており、人手が必要とされていた早期のうちに入ってもらうには人数の不足と体制が不十分だった。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いだちが募っていたときいている。

## 2 災害中長期のメンタルヘルスに関するニーズ調査

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 大学が主宰して発災直後から大学が支援に入ってくれ、健康診断を実施してくれ、精神保健福祉士、保健師、大学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。
- ・ 在宅避難者に向けて、市から被災者宅へ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。

#### 平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 被災者が避難所にいるときは、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。
- ・ 被災し機能停止した市民病院職員に臨時職員となってもらって、各区役所内に地域支え合いセンターを作った。被災者は、発災 2 ヶ月過ぎから仮設住宅やみなし仮設住宅に移り住むようになり、仮設住宅、みなし仮設住宅、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いった。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で、ある程度基準を決め、該当した人を定期的に訪問し、支援をおこなった。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。

- ・平成29年と30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。さらに専門的支援が必要な人には、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。
- ・仮設住宅退去後も郵送によるアンケート調査を実施している。

#### 令和2年7月豪雨被災自治体

- ・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。把握した後、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。
- ・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繋いだ。
- ・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、37名の要注意者を特定した。

### 3 災害中長期のメンタルヘルスに関する集団支援

#### 平成27年関東・東北豪雨被災自治体

- ・県が市役所を拠点におこな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、不満とかなので、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年熊本地震被災自治体

- ・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。時期によって、変化の仕方がそれぞれ違うと感じている。取り残され感は、みなしにもプレハブにもみられた。集団の生活のなかで、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には焦り感、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。

- ・ 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。地域支え合いセンターはいずれ閉鎖されてしまうため、早めに地域につなぐには既存の組織につなぐことが必要だと考えている。みなし仮設でも、区役所ごとに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、不参加者には個別に支援した。

#### 〔プレハブ型仮設住宅〕

平成 7 年阪神・淡路大震災被災自治体

- ・ 阪神淡路大震災では、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。

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ ある市では、保健師の「はかまだ運動」という地元方言を題名にした取り組みがあった。公衆衛生分野の人により考案され、住民健診やお茶のみながら話せる住民コミュニティの場を作り、それを仮設住宅などに出前するイメージだった。
- ・ 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集まれる「一休みの会」をつくり、参加しやすい環境をつくった。
- ・ 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等の情報収集をおこない、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。

令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 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、介入時点で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、社会福祉協議会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繋いでいた。

#### 〔民間賃貸借り上げ型みなし仮設住宅〕

平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 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。そのためプレハブ型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。

#### 〔在宅〕

令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 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「メンタル的

に落ちる」「人と話したい」という声があった。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。

〔啓発活動〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 行った啓発活動は、パンフレット配布やキャンペーンであり、当事者（高齢者、アルコール、メンタルヘルスなど）と一緒にこなった。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。実施する方として、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。
- ・ 啓発活動の周知は、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。パンフレット配布は、何か使えるもの〔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の協働啓発も効果的だった。

〔その他活動〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 週 1 回ハローワークの職員が当団体のほうに手伝いにきていたため、その人から就職前にコミュニケーションを円滑にするための補助を若者におこなっていると聞き、それを支援した。

#### 4 災害中長期のメンタルヘルスに関する個別支援

〔PTSD をもつ方への長期的ケア〕

平成 7 年阪神・淡路大震災支援団体

- ・ 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、PTSD を発症し治療を必要とする人が多かった。被害を受けた災害自体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。

〔法制度でカバーできない人達、すり抜ける人達〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 介護保険法にかからない高齢者、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「孤立化」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、災害時の要援助者になる。
- ・ 認知症の初期は、家族が認知症を受け入れられずに自分ではどうにか世話をしようという人は多い。そのため制度上の支援を受けておらず、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れず、急になくなるなどのケースもあった。

〔家族や団体からの相談が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〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ ピックアップされた人たちは、「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症者はいなかった。

〔アルコール依存〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 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。本人の人生をみて、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。
- ・ アルコール依存のなかでも男性はとくに孤立化しやすいため、平成 28 年より男性のみの集いを作り、現在も孤立化予防のために活動を継続している。

〔元々問題を抱えていた子どもたち〕

令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 小中学校で不登校だった生徒達が進学している市内の学校から、「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、こころのケアセンターが支援にはいった。市の福祉課の相談員は元々義務教育から家庭支援に入っており、日頃から校長先生と繋がりがあった。その相談員に学校から連絡があり、保健師に相談がきたという流れで支援につながった。

〔その他中長期ケアが必要な事例〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 現在でも支援（見守り）をしているケースとして、アルコール依存症の人は改善と悪化を繰り返すため多い。また、家族をなくした遺族の子も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。情報よく理解できない状況にあり、20 歳までこころのケアセンターで支援（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、「自分が受け入れたくない」「アルコール問題」など、まだ確立されていない問題を抱える人達に対し、継続的な支援を行っている状況である。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、「孤立化」するケースで長期の支援が必要となった。



## 5 災害中長期における支援者へのメンタルヘルス支援

〔自治体職員向け〕

平成 23 年東日本大震災支援団体

- ・ 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。コンテンツとして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なるのが望ましい。
- ・ 自治体の精神保健事業はリハビリ中心から、医療にひっかからない人への支援という流れになってきている。このような時代の流れにうまく合わせて災害メンタルヘルスでも病名のつかない方へのケアや簡単な心理教育も含め PFA 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。
- ・ 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ると考えている。
- ・ 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。
- ・ 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、コーディネートしてもらえると良い。

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ 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繋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かせせないためにも、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（現在もこころのケアチームとして被災者訪問を行うなどしている人）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（DPAT やアルコール依存など）。

平成 27 年関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 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（ゲートキーパー、管理職のメンタルヘルスなど）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、県に主催してもらえるとありがたい。

#### 平成 28 年熊本地震被災自治体

- ・ 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。

#### 令和 2 年 7 月豪雨被災自治体

- ・ 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。

〔非自治体職員向け〕

#### 平成 23 年東日本大震災被災自治体

- ・ 地域包括支援センターや社会福祉協議会などの被災者支援に関わる職員の能力向上を目的として年 1 回「災害自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おこなっている。講演者として、兵庫県こころのケアセンターの方、岩手こころのケアセンターの方、いわてこどもケアセンターの方など。

## ヒアリング調査のまとめ

### 1. 災害中長期のメンタルヘルス支援計画

平成 16 年新潟県中越地震から令和 2 年 7 月豪雨と、多岐にわたって被災自治体及び支援団体にヒアリングを実施し、〔災害時メンタルヘルス支援への取り組み〕〔こころのケアセンターについて〕〔支援団体について〕〔関連機関との連携・会議体制について〕〔業務内容の変遷〕〔パンデミック時の対応〕の 6 つの項目について聴取することができた。

〔災害メンタルヘルス支援の取り組み〕については、災害支援全体のなかでのメンタルヘルス支援の位置づけやそのための平時の取り組みについての回答が得られた。また平成 16 年から令和 2 年までに起きた大規模災害に対するメンタルヘルス支援の取り組み状況を聞いたため、災害時メンタルヘルス支援が時代と共に移りゆく様も認められた。特に令和 2 年 7 月豪雨被災自治体の回答にあった「～外部支援は【自己完結型】が基本だったため～」に表されているように、複数回にわたって大規模災害に対応してきた我が国が作り挙げた災害支援の基本形を聴取できた。

〔こころのケアセンターについて〕は、そのはじめとなる平成 7 年阪神・淡路大震災時の経験を経て、平成 16 年新潟県中越地震、平成 23 年東日本大震災とこころのケアセンターの立ち位置や任務、必要性の是非と踏み込んだ内容まで聴取することができた。特に平成 23 年東日本大震災被災自治体の回答では、今まさにこころのケアセンターが閉所に向けて動いているなかでの自治体内、組織間の動きを聴取することができた。

〔支援団体について〕は、これも平成 16 年新潟県中越地震から令和 2 年 7 月豪雨の際の経験を聞くことができ、【自己完結型】の詳細を聴取することができた。また、今回の対象が災害中長

期のメンタルヘルス支援だったため、その撤退に関する内容についても聴取することができた。〔関連機関との連携・会議体制について〕は、多くの自治体が平時からの取り組みが大事だと言っている一方で、自治体内の平時を変化させる事への困難さも認識していた。他方、平成 28 年熊本地震被災自治体への聴取からは、NPO 団体が中心となって会議が開始されているという特徴的な変化も認められた。

〔業務内容の変遷〕は、災害により新たに派生する業務と、中断を余儀なくされる平時の業務に関してその詳細を聴取することができた。

そして〔パンデミック時の対応〕では、平成 23 年東日本大震災被災自治体からは、東日本大震災と比較した COVID-19 対応との違いについて、令和 2 年 7 月豪雨被災自治体からは、COVID-19 によるパンデミック禍に発生する豪雨災害への対応という内容を聴取することができた。

## 2. 災害中長期のメンタルヘルスに関するニーズ調査

平成 27 年関東・東北豪雨から令和 2 年 7 月豪雨により被害を受けた 1 つの政令指定都市と 2 つの基礎自治体にヒアリングを実施し、健康調査に関する内容を主に聴取することができた。特に平成 28 年熊本地震では、調査に際して被災した施設の職員を活用した人材確保や長期にわたる全戸調査の方法など、その詳細が聴取できた。また、令和 2 年 7 月豪雨では、避難所での調査方法に具体的な支援団体の名前が出たことや、避難所閉所後の継続した調査方法に関する回答を得る事ができた。

## 3. 災害中長期のメンタルヘルスに関する集団支援

平成 7 年阪神・淡路大震災から令和 2 年 7 月豪雨により被害を受けた都道府県及び政令指定都市、基礎自治体にヒアリングを実施し、集団の対象として〔避難所〕、〔プレハブ型仮設住宅〕、〔民間賃貸借り上げ型みなし仮設住宅〕の大きく 3 箇所への支援実態が聴取された。また、支援団体へのヒアリングからは、対象を限定せずに〔啓蒙活動〕の有用性や、〔その他の活動〕と称してハローワークに通う人を対象にしたなど、具体性のある支援内容を聴取することができた。

## 4. 災害中長期のメンタルヘルスに関する個別支援

平成 7 年阪神・淡路大震災から令和 2 年 7 月豪雨への災害時支援について、自治体及び支援団体にヒアリングを実施し、〔PTSD をもつ方へのケア〕、〔法制度でカバーできない人達、すり抜ける人達〕、〔家族や団体からの相談が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〕、〔アルコール依存〕、〔元々問題を抱えていた子ども達〕、〔その他中長期ケアが必要な事例〕と、多種多様な人々がその支援の対象として挙げられた。このような具体的事例は、特に支援団体へのヒアリングより多くの結果が得られた。また、基礎自治体へのヒアリングからは平時から他組織との繋がりがあったことにより災害時支援に繋がった事例もあった。そして、〔PTSD をもつ方へのケア〕に関しては、過去の被災経験が後の大規模災害のニュースによりフラッシュバックされることで長期的にケアが必要なことが具体例として聴取できた。

## 5. 災害中長期における支援者へのメンタルヘルス支援

平成 23 年東日本大震災から令和 2 年 7 月豪雨により被災した自治体にアリングを実施し、その内容は〔自治体職員向け〕のものとボランティア等が集まる社会福祉協議会を対象とする〔非

自治体職員向け〕に分けて聴取することができた。両者とも内容としては、支援者個人へのメンタルヘルス支援ではなく、支援者という集団を対象にした研修内容やその開催方法に関することが主であった。また、支援団体へのヒアリングからは、支援者個人が災害時支援を中長期的に継続するための心構えや、受ける研修内容、そして自治体に求めることなどその具体的な内容を聴取することができた。

---

<ヒアリング記録>

※ヒアリング詳細は、Web版では割愛いたしました。

---

## 分析・考察

本事業では前述の通り、アンケート調査より災害時の精神保健医療福祉に関する中長期の計画や対策等の実態を明らかにした。また、被災地における災害中長期精神保健医療福祉支援の実態についてヒアリング調査を実施し、事例集という形で活動実態とその変遷の整理を行った。さらに、専門家会合を開催し、事業の進捗また調査により明らかとなった結果について専門家の意見を集約するとともに、メンタルヘルス当事者にも参加いただき、その記録をまとめた。本章では、これまでの調査・分析、検討の経緯を踏まえ、自治体の災害後精神保健医療福祉における中長期支援の計画・備えの考察と、普及に向けた提言を取りまとめる。ここでは、災害中長期に向けた備えとして、平時にできる取り組みに着目し、①自治体間及び自治体内部署間連携と、②地域資源の活用の2点について以下述べる。

### 分析・考察

#### 1. 自治体間及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と回答した自治体は1～3自治体と、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及び政令指定都市は、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、被災後の自治体管轄内における基礎自治体へ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の連携や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に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繋がっている。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、次世代に繋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。本事業を担当させてもらった日本医療政策機構では、様々なステークホルダーとともに公共問題に対して解決策を模索しているが、そのステークホルダーのなかに「当事者」がいることが最大の強みである。自治体間の対向支援の輪を広げる機会を設けるためにも「当事者」を交えたシンポジウムや会合等の開催は、彼らのメンタルヘルス支援のみならず、被災未経験の自治体にもその思いや対応を共有することが期待できる。

#### 顔が見える関係の構築

ヒアリング結果より、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に業務として参画した、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を紹介いただいた。この平時の取り組みを他部署間で実施していくことに対して、ヒアリングでも多く意見のあった、「顔の見える関係」を作ることは重要である。森田ら（2012）は、地域連携のための「顔の見える関係」とは、顔がわかるだけでなく、信頼できる関係である。と述べており、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の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ことが示された。

## 2. 地域資源の活用

行政は内部（組織）編成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り、その場合、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性についてはヒアリング結果から示唆されている。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、各自治体に対応している 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。今後も新興感染症などや広域災害などにより、広域からの受援が難しいことも想定される。そのため、災害中長期の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。

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・計画がある自治体では、研修対象者として、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、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アンケート結果で示された。加えて、有識者の意見では、地域力の活用として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。その例として、普段から地域の人々が利用する場所（お寺やスーパー、美容院など）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ことが示唆された。

連携の計画・想定については、アンケート結果より、約6割の自治体が様々な精神科職能団体、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その地域で住民に関わる組織との連携を計画・想定しており、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連携を図っていることが示された。ヒアリング調査では、自治体が支援を受ける際の具体的手順や、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、会議内容にする内容が得られた。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。「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル（ロングバージョン）」（2021）でも、地域精神保

健医療福祉システムにおいて、専門的支援を可能とする地域における取り組みが維持される必要性について述べられているように、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。

## \*別紙「自治体の災害後中長期に渡る精神保健医療福祉体制の構築に関する事例集～提言」参照

### 提言

本事業の結果を踏まえた、自治体の災害後中長期に渡る精神保健医療福祉体制に関する提言は以下の通り。

- ① 各自治体における被災の経験や対応の結果を、自治体間、自治体内部署間で共有し連携することが求められる。平時からの「顔の見える関係の構築」が災害後中長期の対策となる。
  - 大規模災害被災経験や知識の共有を可能とする定期的な「機会」を設ける（シンポジウムなど）。
  - 都道府県及び市区町村の精神保健の担当課に加え、精神医療、生活支援、防災危機管理等の各担当者が平時から連携し、相談できる「人」を特定する。
- ② 災害後、地域の保健師を中心として、精神科専門職をマンパワーの面からも支えられる様々な人々との協力体制の構築が必要。
  - 以下の当事者（関連団体を含む）や支援団体等との「連携」を進める（地域の防災訓練等の活用、「当事者の語り」の機会の提供など）。
    - ・ メンタルヘルス当事者／ピアサポーター<sup>1</sup>
    - ・ 社会的マイノリティー（LGBTQ<sup>2</sup>等）
    - ・ 地域の中学生・高校生／中学生・高校生のいる家庭
    - ・ 地域の自治会関係者
    - ・ 福祉専門職／その職能団体
    - ・ 関連する NPO 団体 等

<sup>1</sup>ピアサポーターは、障害や疾病などの経験を持ち、それらの経験を活かしながら、対人援助の現場などで働き、障害や疾病をもつ仲間（ピア）のために支援やサービスを提供する人。

<sup>2</sup>LGBTQ は、レズビアン（女性同性愛者）、ゲイ（男性同性愛者）、バイセクシュアル（両性愛者）、トランスジェンダー（性同一性障がい者を含む、心と出生時の性別が一致しない人）、クエスチョニング（自分自身のセクシュアリティを決められない、分からない、または決めない人）のアルファベットの頭文字をとって組み合わせた言葉で、性的少数者（セクシャルマイノリティ）を表す言葉の一つとして使われることもある。

## 検討委員会等の実施状況

上記に記載した会合以外の検討委員会は実施していない。

## 成果の公表計画

本報告書を中心とした本事業の成果は、事業報告書として印刷し、関係者に配布するほか、実施主体である日本医療政策機構の **web** サイトおよび、可能な場合、連携する機関等の **web** サイト等で公開し、広く社会一般からアクセス可能なものとする。

また今後の当機構のプロジェクトにおいても積極的に活用し、事業終了後も広く社会一般への周知を行う。





厚生労働省令和 3 年度（2021 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  
実態把握及び取り組みのあり方の検討  
報 告 書

**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](mailto: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](mailto:info@hgpi.org)

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

不許複製