

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

2022 年 3 月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）





## 目次

1	はじめに.....	3
1.1	対象および目的 .....	3
1.2	作成の背景および位置づけ .....	3
1.3	災害の定義および災害後中長期の考え方 .....	5
2	エグゼクティブサマリー .....	6
2.1	調査結果等.....	6
2.2	提言 .....	9
2.3	災害後中長期に向けた平時における備えのチェックリスト .....	10
3	災害後中長期における精神保健医療福祉活動の実例等.....	11
3.1	総論.....	11
3.2	システム・原理 .....	12
3.3	心理反応+ハイリスク者対応.....	16
3.4	アセスメント .....	18
3.5	リスクコミュニケーション .....	20
3.6	準備+訓練.....	22
3.7	機関連携 .....	26
3.8	特殊事例 .....	29
3.9	その他.....	30
4	当事者の視点 .....	32
5	おわりに.....	33
6	謝辞.....	33
7	参考情報.....	34
7.1	アンケート調査結果 .....	34
7.2	ヒアリング調査結果 .....	34
7.3	専門家会合（令和4年2月25日開催）の記録.....	34
7.4	第3回有識者会議（令和4年3月4日開催）の記録.....	34
7.5	文献.....	34

## 1 はじめに

### 1.1 対象および目的

この「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事例集～提言」（以下、本資料）は、都道府県および市町村における精神保健、医療、福祉関連部局の担当者ならびにその連携機関又は部署の関係者を利用の対象者として想定し作成している。また、本資料が、災害発生時にメンタルヘルス不調を感じられている方々（以下、当事者）、および災害後中長期にメンタルヘルス不調を生じる方々への支援につながることを願っている。

本資料は、精神保健、医療、福祉活動の実例を提供し、各自治体における精神保健医療福祉に関する計画等をより具体的かつ実効性のあるものとすることを目的として作成している。

### 1.2 作成の背景および位置づけ

災害時の危機的状況には、身体的なもののみでなく、精神的な危機も含まれ、メンタルヘルス支援が必要となる<sup>1),2)</sup>。内閣府の定める防災対策制度、災害からの復旧・復興対策に位置づけられる激甚災害制度<sup>3)</sup>に該当する災害は、近年毎年のように起き、精神保健医療福祉分野ではこのような災害が発生する度に、種々のマニュアルが作成・改編され、被災者支援が実施されてきた。都道府県および市町村における精神保健、医療、福祉関連部局の担当者ならびにその関係者の皆様には、厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「災害派遣精神医療チーム（DPAT）と地域精神保健システムの連携手法に関する研究」研究班が作成した「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」（図1）を手に取り、利用されることが期待される。



図 1.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）

精神的支援の特徴は、身体的支援より長期にわたるケアが必要とされることであり、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）のような事象でも、同様に年単位の長期的な対応が求められている。このような災害に対応するため、日本では災害対策基本法が整備され、国・都道府県・市町村の大きく3つにレベルが分けられ、防災計画による応急対策の実施が義務づけられている。その中で、「被災者の心のケア対策」としてメンタルヘルス対策は項目化されており、都道府県においては、その舵取りが任せられている<sup>4)</sup>。

本資料は、上記の「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」におけるステージ4（中期）又はステージ5（長期）に相当する概ね2か月以降若しくは概ね1年以降の期間の自治体等の活動事例に関するアンケート及びヒアリング調査結果に基づく事例集であり、提言を含む報告書である。上記マニュアルと共に活用されたい。

本資料の作成に先立ち、都道府県および政令指定都市が、災害により長期にわたって復旧・復興活動が必要な被災者やそれを支援する人に対して、どのようなメンタルヘルス支援を計画しているのかを把握するため、47都道府県および20政令指定都市にアンケート調査（以下、アンケート調査）を実施した（有効回答数：44自治体、回答率：65.6%、2021年9月8日（水）～11月12日（金））。また、アンケート調査では把握できないより詳細な情報を得るために被災経験のある自治体、団体等に対するヒアリング調査（以下、ヒアリング調査）を実施した（8自治体又は組織、2021年11月4日（水）～12月8日（金））。さらに、アンケート調査及びヒアリング調査を踏まえて自治体精神保健担当者、産業界・行政・学術関係の専門家を対象とした会合（以下、専門家会合）を開催し（2022年2月25日（金））、広く精神保健医療福祉分野の専門家

の意見を踏まえて本資料を作成した。

### 1.3 災害の定義および災害後中長期の考え方

災害はハザード（事象）が人間に被害をもたらす際に発生する。災害はハザードそのものによる被害と、生活再建の長期化や心身への影響等による継続的な被害を生じ得る。

**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。**また、浦田・小原（2015）は、「災害サイクルはハザードや規模によりその定義が異なる」と述べている<sup>5)</sup>。**実際に、実際に、アンケート調査においても、災害後中期または長期についての定義は、自治体により異なっていた。**したがって、本資料では、災害後の中期（概ね2か月以降）と長期（概ね1年以降）を分けた議論はせず、本「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」事業（以下、本事業）の焦点は上述の**継続的な被害への対応を検討の中心としている。**

課題となる災害は、地震や津波といった自然災害のみならず原子力災害といった人為災害、COVID-19による長期的なパンデミックと多種多様であるため、本資料では、**災害を「自然災害・人為災害・パンデミック等、一度に多数の人々が危機的状況に直面する事象」と定義する。**

## 2 エグゼクティブサマリー

### 2.1 調査結果等

本事業では、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して、アンケート調査（別添1）、ヒアリング調査（別添2）、専門家会合（別添3）、本事業のアドバイザーボード会合（別添4）等を実施した。主な結果を以下に示す。

#### ◆ アンケート調査の主な結果

- ・ 調査時期：2021年9月8日（水）～11月12日（金）
  - ・ 調査方法：郵送および Web
  - ・ 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
  - ・ 有効回答数：44自治体（34都道府県、10政令市）
  - ・ 回答率：65.6%（都道府県：72.3%、政令市50.0%）
  - ・ 質問項目：別紙1参照
- ✓ 17自治体が「災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルを準備している」と回答—3.1 総論
  - ✓ 6自治体が「災害メンタルヘルスに関する支援計画（都道府県）と受援計画（各基礎自治体）との整合性を確認する」と回答—3.1 総論
  - ✓ 18自治体が「災害発生時にメンタルヘルスに関する新たな相談窓口設置および住民への周知を計画している」と回答—3.2 システム・原理
  - ✓ 4自治体が「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」と回答—3.3 心理反応+ハイリスク者対応
  - ✓ 18自治体が「災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に関する啓発活動を計画している」と回答—3.4 アセスメント
  - ✓ 22自治体が「災害中長期の住民のメンタルヘルス支援を目的としたアウトリーチ活動を計画している」と回答—3.4 アセスメント
  - ✓ 32自治体が「住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修の実施・計画をしている」と回答—3.6 準備+訓練
  - ✓ 18自治体が「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」と回答—3.6 準備+訓練
  - ✓ 26自治体が「災害メンタルヘルス対応のために連携を計画・想定している組織がある」と回答—3.7 機関連携
  - ✓ 17自治体が「様々な精神科職能団体、行政機関、教育機関、保健医療福祉系団体などとの連携を想定し、平時から役割分担、人材育成、組織間協定などにより連携を図っている」と回答—3.7 機関連携

## ◆ ヒアリング調査の主な結果等

- ・ 調査時期：2021年11月～12月
  - ・ 調査時間：各約60分（説明時間含む）
  - ・ 調査方法：Web会議システムによる聞き取り
  - ・ 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有識者等8組織
  - ・ 質問項目：別紙2参照
- ✓ 災害時の**外部からの支援**を事前に計画に入れることが効率的なメンタルヘルス支援につながる—3.1 総論
  - ✓ 近年の災害対応では、**これまでの各地での災害対応の知見が活かされる**—3.2 システム・原理
  - ✓ 自治体は「**受援体制**」と「**撤退時の基準**」を決めておく必要がある—3.2 システム・原理
  - ✓ 災害中長期には、うつ、アルコール依存、自殺対策は、生活支援の一部となる。**メンタルヘルス支援を地域で事業化する**—3.2 システム・原理
  - ✓ **新たなこころのケアセンターの立上げよりも、既存のセンターの機能の充実**が望まれ、設置する場合には**閉鎖までの計画も必要**—3.2 システム・原理
  - ✓ 介護保険法の適用でない高齢者、アルコール依存などは「**孤立化**」しやすい—3.3 心理反応+ハイリスク者対応
  - ✓ **女性やLGBTQの人々等**が災害からどのような影響を受けるかへの留意がメンタルヘルス支援上必要—3.3 心理反応+ハイリスク者対応
  - ✓ **住宅の形態**もメンタルヘルスへ影響—3.4 アセスメント
  - ✓ **精神科救急システム調整会議等の多団体・多職種が集まる機会**を活用し、**災害発生後急性期から中長期に至るメンタルヘルス支援の運営体制**などを平時に検討し、計画しておく—3.5 リスクコミュニケーション
  - ✓ **被災経験者による体験・経験を共有**すること—3.6 準備+訓練
  - ✓ **研修内容**として、ゲートキーパー研修、管理職のメンタルヘルス、心理的応急処置（PFA）が挙げられる—3.6 準備+訓練
  - ✓ 支援活動の最前線にいる**市町村保健師の活動**を前提とした**計画が必要**—3.6 準備+訓練
  - ✓ 災害時は、**市民同士の助け合い**を自治体が**促していくことも重要**。そのためには、地域の人々が普段利用する場所で働く人、自治会役員、民生委員などを中心に、住民同士の繋がり（有事の際に地域住民同士が助け合える環境作り）を平時に促す取組みが重要—3.6 準備+訓練



- ✓ **平時から、組織内（部署間）や自治体間で顔の見える関係を作ることが重要**  
—3.7 機関連携
- ✓ **DPAT 研修等**に医療機関、保健所、市の保健センター関係者が参加することが重要—3.7 機関連携
- ✓ メンタルヘルスに関する課題は、1 つの部署では解決できないことが多い。  
**福祉や保健の関係職種が参加する定期的な会合が必要**—3.7 機関連携
- ✓ **保健師**の活動や感触に基づく**情報共有**が重要—3.7 機関連携
- ✓ メンタルヘルスの問題は地元地域では「隠したい」「周囲に知られたくない」という思いを抱く人も多く、結果として地域外の医療機関や支援機関に通う人も存在する。したがって、特に災害後は**地元地域から都道府県あるいは都道府県を越えるより広い範囲の自治体が連携する会議を定期的**に開催し、当該市民への対応方法に関する情報共有、広域支援を行うことが望ましい  
—3.7 機関連携
- ✓ メンタルヘルスの不調を抱える人は自分から希求行動をとらないため、**仮設住宅等の集会所に参加しやすい環境をつくる**ことが重要—3.9 その他
- ✓ **機動力のある NPO 団体**が現場の生の声を吸い上げ災害支援—3.9 その他

#### ◆ 有識者の意見等

- 災害後中長期の期間について、災害をもたらすハザード、発生する地域によりその捉え方は様々であり、定義づけはできなかった—別添1、別添3
- 災害後中長期におけるメンタルヘルス対策に関するエビデンスは十分ではないことから、当該期間における詳細な対応マニュアルの作成は困難と考えられた—3.6 準備+訓練
- 各自治体における被災の経験や対応の結果、また被災を乗り越えてきたメンタルヘルス当事者等の声を共有することが現時点では重要であり、災害後に各地で行われているシンポジウムや語り部の存在などは中長期支援を考える上でも有益—3.9 その他、別添3
- メンタルヘルス当事者の視点：災害が心身への影響を特に受けやすい事象である。症状の悪化や進行を予防しながら、発災後も発災前と変わらない社会生活を可能な限り送れるよう、自治体には平時より災害発生を見越して関連機関・部署間の連携を密に行い、地域での共同した備えが期待される —4章 当事者の視点、別添3、別添4

## 2.2 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 災害後の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。

### 2.3 災害後中長期に向けた平時における備えのチェックリスト

	確認内容	確認 済	確認 日
1	「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」における「準備期」、「中期」及び「長期」を確認している	<input type="checkbox"/>	/
2	大規模災害被災経験等を共有する定期的な「機会」がある	<input type="checkbox"/>	/
3	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定期的な会合等により連携している	<input type="checkbox"/>	/
4	相談できる「人」を特定できている	<input type="checkbox"/>	/
5	当事者（関連団体を含む）や支援団体等と「連携」している	<input type="checkbox"/>	/
6	災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルを準備している	<input type="checkbox"/>	/
7	被災地域保健師の活動を考慮した計画・マニュアルの整備している	<input type="checkbox"/>	/
8	災害メンタルヘルスに関する支援計画（都道府県）と受援計画（各基礎自治体）との整合性を確認している	<input type="checkbox"/>	/
9	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	<input type="checkbox"/>	/
10	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	<input type="checkbox"/>	/
11	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	<input type="checkbox"/>	/
12	災害中長期に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る	<input type="checkbox"/>	/
13	住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修の実施・計画をしている	<input type="checkbox"/>	/
14	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	<input type="checkbox"/>	/
15	災害メンタルヘルス対応のために連携を計画・想定している組織がある	<input type="checkbox"/>	/
16	様々な精神科職能団体、行政機関、教育機関、保健医療福祉系団体などとの連携を想定し、平時から役割分担、人材育成、組織間協定などにより連携を図っている	<input type="checkbox"/>	/
17	災害時の外部からの支援を事前に計画にいれている	<input type="checkbox"/>	/
18	これまでの各地での災害対応の知見を活かせる	<input type="checkbox"/>	/
19	「受援体制」と「撤退時の基準」を決めてある	<input type="checkbox"/>	/
20	災害中長期に向け、メンタルヘルス支援を地域で事業化している	<input type="checkbox"/>	/
21	介護保険法の適用でない高齢者、アルコール依存、女性、LGBTQ の人々等についてのメンタルヘルス支援上の配慮がある	<input type="checkbox"/>	/
22	精神科救急システム調整会議等の多団体・多職種が集まる機会を活用し、災害発生後急性期から中長期に至るメンタルヘルス支援の運営体制などを平時に検討し、計画している	<input type="checkbox"/>	/
23	DPAT 研修、ゲートキーパー研修、管理職のメンタルヘルス、心理的応急処置（PFA）などの研修を実施又は参加している	<input type="checkbox"/>	/
24	市民同士の助け合いを促す取組みを実施している	<input type="checkbox"/>	/
25	市町村と都道府県を越えるより広い範囲の自治体が連携する会議を定期的に開催し、当該市民への対応方法に関する情報共有、広域支援を行っている	<input type="checkbox"/>	/
26	仮設住宅等の集会所に参加しやすい環境をつくる計画がある	<input type="checkbox"/>	/

### 3 災害後中長期における精神保健医療福祉活動の実例等

アンケート調査およびヒアリング調査で得られた、災害後中長期における都道府県、政令指定都市、人口3-6万人規模の自治体、またはNPO団体の精神保健医療福祉活動の実例を、金（2018）「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」で示されたマトリックス項目<sup>6)</sup>を参考に、以下に示す。なお、各文末の番号は別添2のヒアリング調査結果（以下、別添2）の該当する項目を示している。

#### 3.1 総論

<サマリー>

- ◆ 17 自治体が「災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルを準備している」と回答。活用しているマニュアルは「保健衛生活動」または「こころのケア」に関連するもの。
- ◆ 6 自治体が「災害メンタルヘルスに関する支援計画（都道府県）と受援計画（各基礎自治体）との整合性を確認する」と回答。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を活用。
- ◆ 災害時の外部からの支援を事前に計画に入れることが効率的なメンタルヘルス支援につながる（市町村：ニーズ調査、個別支援、集団支援等、こころのケアセンター：市町村のサポート、都道府県の精神保健センター：全体のバックアップ）。

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

なかでもアンケート調査では、「災害中長期を想定したメンタルヘルス対策の計画・マニュアルを準備している」と回答したのは17/44自治体であり、「保健衛生活動」または「こころのケア」に関連するマニュアルを活用していた。また、自治体で準備した計画・マニュアルを活用し、災害時にメンタルヘルス対応を行ったのは14/44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ていた。自治体のマニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルスに関する取り組みについては、COVID-19に関連する取り組みが9割以上を占めた。COVID-19への取り組みの中では、精神保健福祉センター等でのこころの電話相談が約7割と最も多かった。

各基礎自治体との連携等について、「都道府県の災害メンタルヘルスに関する支援計画と、都道府県下の自治体の受援計画等との整合性を確認する」と回答したのは6/44自治体であり、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の災害時の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。当会合への参加者は、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関与している職員であった。災害中長期のメンタルヘルス支援に関する特徴的・独自の取り組みとしては、沿岸市町における「東日本

大震災後の振り返りを生かした活動」が存在した。

災害中長期のメンタルヘルス支援活動に関するヒアリング調査から、災害中長期には、うつ、アルコール依存、自殺への対策は、生活支援全般の一部として、平時のメンタルヘルス対策と共通した課題として表面化してくることが挙げられた。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災害後の支援を継続することになっていく。このような災害支援体制を経て、平成 28 年の熊本地震以降は、自治体が把握したハイリスク者は、はじめから地域包括支援センターや民生委員につないでいた。ただし、全てを地域包括支援センターや民生委員に任せるのではなく両者で関わっていき、徐々に地域の支援の比重が大きくなるよう進めていた。中長期になると市町村、こころのケアセンター、県と災害時メンタルヘルス支援に関わるアクターが揃ってくる。それぞれの役割については、市町村は災害支援業務（ニーズ調査、個別支援、集団支援）を、こころのケアセンターは専門職として市町村のサポートを、県精神保健センターは全体のバックアップを行っていた。加えて、規模の小さい自治体は、災害時の外部支援を事前の計画に入れておくことが効率的なメンタルヘルス支援につながるとの意見が得られた。

なお、本資料は以降、各項目に沿って調査結果のまとめと、ヒアリング結果を災害毎に記載することで、各項目内の備えと支援の実態を記載すると共に各項目に対して時間の経過と共に変化し得る対応を記している。最新の災害時対応と、その根幹となる蓄積された対応を併せて参照していただきたい。

### 3.2 システム・原理

#### <サマリー>

- ◆ 18 自治体が「災害発生時にメンタルヘルスに関する新たな相談窓口設置および住民への周知を計画している」と回答。相談窓口の設置主体は精神保健福祉センターが 12 自治体と最多。
- ◆ 近年の災害対応では、これまでの各地での災害対応の知見が活かされ、支援対象により担当組織を分担する取り組みなど、地域課題へも対応している。
- ◆ 被災者の健康支援の中心は市町村保健師。
- ◆ 自治体は「受援体制」と「撤退時の基準」を決めておく必要がある。
- ◆ 災害中長期には、うつ、アルコール依存、自殺対策は、生活支援の一部となる。そのため、被災者支援としてこころのケアを行うのではなく、メンタルヘルス支援を地域で事業化する。
- ◆ 新たなこころのケアセンターの立上げよりも、既存のセンター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。

(災害時のメンタルヘルスに対する考え方・原理)

実際に被災後のメンタルヘルス支援を行ってきた自治体の意見として、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。そのなかでも、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取り組みが見られた。また、近年の災害対応では、これまでの各地での災害対応の知見が活かされ、支援対象により担当組織を分担する取り組みなど、災害に特化した対応のみならず地域課題へも対応されていることが伺われた。このように、災害対応を通常業務の延長として対応することの重要性は有識者からも指摘された。また、自治体における定期的な異動については、特定の部署のみが災害対応に注力する体制から、組織全体として日頃から災害対応への意識を高めておく体制の構築に寄与する可能性があることも示唆された。

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 平時から地域のなかでメンタルヘルスを取り扱い対策していくことで、災害時、被災直後から平時以上のマンパワーを割き、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、あつまったマンパワーをどれだけ残せるかで住民のメンタルヘルスは変わってくると感じている。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 災害を大きな環境変化と捉え、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。(別添 2\_5)-1)

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 平成 28 年熊本地震

- ・ 災害時に創設した地域支え合いセンターはいずれ閉鎖されてしまうため、長期的に支援が必要な人は、既存の組織につなぐことが必要だと考えている。みなし仮設でも、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。(別添 2\_5)-3)

#### 令和 2 年 7 月豪雨

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 有識者の意見

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

る。

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

#### (こころのケアセンターの運用)

昨今、大規模広域災害等では国の予算に基づき、専従組織（こころのケアセンター）の設立が検討される。多くの場合、発災から1年くらい経ってから活動が始まる。また、スタッフは外部から雇用された後に被災地に入るため、まず現地の支援組織との関係を築く必要があり、活動が軌道に乗るまでには2-3年かかることになる。一方で、軌道に乗っても国の予算が継続されない場合には、活動期間が短くなる可能性がある。以上を踏まえた有識者としての意見として、新たなセンターの立上げよりも、既存のセンター<sup>3</sup>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。

#### 平成7年阪神・淡路大震災

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 平成16年新潟県中越地震

- ・ 基金を活用してこころのケアセンターを立ち上げた。自治体は基金を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してもらうこともあった。(別添 2\_5)-1)

#### 平成23年東日本大震災

- ・ こころのケアセンター発足に際し、専門職の雇用に苦労した。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良い。(別添 2\_5)-1)
- ・ こころのケアセンターが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。こころのケアセンターの支

<sup>3</sup>こころのケアセンターは、研究や研修、相談・診療などこころのケアに関する多様な機能を有する拠点施設。兵庫県こころのケアセンター（1995年6月開設）、新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンター（2005年8月）、みやぎ心のケアセンター（2011年12月開設）、岩手県こころのケアセンター（2012年2月開設）、ふくしま心のケアセンター（2012年2月開設）、熊本こころのケアセンター（2016年10月開設）。

所が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。(別添 2\_5)-1)

- ・ 健康調査をこころのケアセンターと一緒にやったことで、任せられる仕事内容がわかってよかった。(別添 2\_5)-1)
- ・ こころのケアセンター閉所に向けては、各圏域でこころのケアセンターが担ってきた業務が違うため、閉所まで 5 年間かけて県や市町村と引き継ぎを進めている。また、県は各圏域の保健師をマネージャーとしてサポートし、マンパワーをみながら収束させる事業、残す事業を話し合っている。(別添 2\_5)-1)

#### 令和 2 年 7 月豪雨

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 有識者の意見

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

#### (通常業務と災害時派生業務)

アンケート調査では、「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」と回答したのは 18/44 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 12/44 自治体と最も多く、設置時期については設置開始、終了時期ともに被災状況やニーズによるという回答が多かった。ヒアリング調査では、こころのケアセンター立ち上げに関する追加業務や、災害時でも継続する通常業務に関する内容が得られた。

#### 平成 16 年新潟県中越地震

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 中長期になると、うつ、アルコール依存、自殺対策といった内容は、生活支援全般のなかの一部として共通化してくる。そのため、被災者支援をベースにこころのケアを行うのではなく、メンタルヘルス支援をベースに、地域で事業化していく。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 平成 28 年熊本地震

- ・ 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。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

(パンデミック対応)

これまで日本で多く発生した災害は、地震や豪雨といった自然災害が主であった。しかし、令和 2 年より世界的に流行している COVID-19 によるパンデミックにおいては、人流の制限が人による災害支援を大きく制約した。自然災害とパンデミックを同時に対応された自治体職員からは、発災の起点が不明瞭であることに起因する資源の調整の困難さや、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被害を体感していた。有識者からは、災害対応の既存の枠組みの活用、災害対応の経験の共有の重要性が指摘された。

平成 23 年東日本大震災

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

令和 2 年 7 月豪雨

- ・ 自治体保健師の派遣は COVID-19 のパンデミックにより県内に制限されたが、要請に対し十分に入っていただけだと思う。しかし、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、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ちが募っていたときいている。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-3)

有識者の意見

- ・ パンデミック時は先の見通しが立てづらく、災害への備えの観点では、人的支援および受援の範囲が限定されることが想定されることを踏まえ、既存の枠組み（ローカル DPAT 等）を活かした計画を立てることが重要である。

### 3.3 心理反応+ハイリスク者対応

<サマリー>

- ◆ 4 自治体が「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」と回答。この属性には避難行動要支援者（高齢者や障害者など）などが含まれる。
- ◆ 介護保険法の適用でない高齢者、アルコール依存などは「孤立化」しやすく、支援につながりにくいため、支援者の対応力が求められる。
- ◆ 女性や LGBTQ の人々等が災害からどのような影響を受けるかへの留意がメンタルヘルス支援上必要。

(個別対応)

アンケート調査では、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・計画があると回答したのは4/44自治体であった。「高齢者や障害者などの、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される避難行動要支援者（災害時要援護者）だけでなく、被災状況やニーズにより住民支援を行う」との回答もあった。ヒアリング調査では、中長期ならではの、アルコール依存症や引きこもりといった、地域のなかで見過ごされやすくあまり外に出てこない人が対象として挙げられ、また長期化する課題であるからこそ、地域の既存の組織との連携が重要であることが示された。

#### 平成7年阪神・淡路大震災

- ・ 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。（別添2\_5)-4）

#### 平成23年東日本大震災

- ・ 家族や支援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たちは、「未治療」「治療中」「発達障害」「引きこもり」「アルコール依存」など様々なケースがあった。「トラウマ」「PTSD」は受診するほどの重傷者はいなかった。（別添2\_5)-4）
- ・ アルコール依存症は、危険行動がなければ入院の機会があるまで待つ、という支援もある。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。（別添2\_5)-4）
- ・ 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。（別添2\_5)-3）
- ・ 介護保険法におけるサービス等の利用実績がない高齢者、アルコール依存の人、治療を中断する人、人に感心をもたない人、このような人達は「孤立化」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。（別添2\_5)-4）
- ・ 認知症の初期は、家族が認知症を受け入れられずに自分たちでどうにか世話をしようとする人が多い。そのため制度上の支援を受けておらず、災害時、支援の枠から漏れやすい。また、軽度の認知症では支援の枠にないが、環境の変化から避難所にいれず、急にいなくなるなどのケースもあった。（別添2\_5)-4）

#### 平成28年熊本地震被災

- ・ 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。（別添2\_5)-3）

#### 令和2年7月豪雨

- ・ 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。（別添2\_5)-3）

## 有識者の意見

- ・ メンタルヘルス支援において、女性や LGBTQ の人々等は災害から受ける影響が異なることを考慮する必要がある。一方で支援策を検討する自治体職員の大半は男性でありその点に気づきにくい。内閣府男女共同参画局が作成・推進している「災害対応力を強化する女性の視点～男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン～」<sup>4</sup>には、平常時から男女参画によるまちづくり、防災計画の立案や、災害の各段階での検討ポイントが提示されている。このガイドラインとあわせて、自治体職員が取り組むべきポイントや事例が盛り込まれている「災害対応力を強化する女性の視点」実践的学習プログラム<sup>5</sup>により、自治体職員が取り組むべき災害の各段階における支援者への対応を実践的に学習することも有用であると考えられる。

### 3.4 アセスメント

#### <サマリー>

- ◆ 18 自治体が「災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に関する啓発活動を計画している」と回答。活動内容は、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、健康相談。
- ◆ 22 自治体が「災害中長期に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る」と回答。
- ◆ 避難所の聞き取り調査は、被災地の保健師と応援に来た保健師で手分けして実施した。
- ◆ 中長期の時間経過のなかで被災者の課題は変化する。住宅の形態もメンタルヘルスへ影響する。例えば、仮設住宅入居後の再建の遅れに伴う「取り残され感、閉じこもり、抑うつ傾向」、被災者が分散するみなし仮設における、「被災者の思いの共有の困難さ」などがある。

(集団対応)

アンケート調査では、「災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に関する啓発活動を計画している」と回答したのは 18/44 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、健康相談であった。また、活動主体は、ほとんどの自治体が精神保健福祉センターおよび保健所・保健センターであり、平時の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を行っていることが推察された。災害中長期のメンタルヘルス支援を目的としたアウトリーチ活動を計画していたのは、22/44 自治体であり、計画している活動内容については、平時と同様の相談支援（1 自治体）、被災住民特有のメンタルヘルス課題への対応する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と回答した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が、啓発活動の主体であると考えられた。ヒアリング調査では、集団対応の対象として建設型プレハブ仮設住宅入居者、民間賃貸借り上げ型みなし仮設住宅入居者、在宅避難者といった人々を対象に郵送式アンケート調査や全戸訪問などの実態が挙げら

<sup>4</sup> 災害対応力を強化する女性の視点～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/policy/saigai/fukkou/guideline.html>)

<sup>5</sup> 「災害対応力を強化する女性の視点」実践的学習プログラム (<https://www.gender.go.jp/policy/saigai/program/index.html>)

れた。いずれも、メンタルヘルス支援に関しては、被災者が積極的に調査に参加しない傾向があり、他の健康調査と一緒にやることや地域の集まりの際に活動するなど、黒子としての支援が重要であることが示された。

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨

- ・ 大学からの発案で発災直後から大学が支援に入ってくれ、健康診断と共に、精神保健福祉士、保健師、大学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。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-3)

#### 平成 28 年熊本地震

- ・ 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。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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。(別添 2\_5)-3)
- ・ 全戸訪問の調査内容は、家族構成、被災家屋の状況、収入状況、生活再建の見通しや今後の家屋の希望、義援金の申請状況などを聞きながら健康状態(不眠、うつ、不安症状、既往歴や治療中の病気、障がいの有無など)、精神的困りごとなどを聞き取った。訪問する度に意向が変わっていないか確認した。その際、障がい者や高齢者などで、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。(別添 2\_5)-2)

- ・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。(別添 2\_5)-2)
- ・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。(別添 2\_5)-3)

令和 2 年 7 月豪雨

- ・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。(別添 2\_5)-2)
- ・発災 3 週間以降、全戸訪問とは別に県の精神保健福祉センターと協力して「こころのアンケート」を郵送にて実施し、要注意者を特定した。(別添 2\_5)-2)
- ・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。(別添 2\_5)-2)

### 3.5 リスクコミュニケーション

<サマリー>

- ◆ 既存の会議体から、大学の精神科教授、精神科病院協会会長、職能団体、精神保健福祉士、臨床心理士、県の主な医療機関代表などが参加する「こころのケア対策会議」が立ち上がった。
- ◆ 保健所が主宰する地域保健・精神保健にかかる平時の会議が、災害時は災害支援に特化した内容を議論。
- ◆ 精神科救急システム調整会議等の多団体・多職種が集まる機会を活用し、災害発生後急性期から中長期に至るメンタルヘルス支援の運営体制などを平時に検討し、計画しておくことが望ましい。

ヒアリング調査等により、主に災害前後の情報共有方法についての聞き取りを実施した。公

式非公式の会議、ミーティングなど様々な形態の情報共有方法について、各会合の議題、実施時期、参加者等を調査した。

#### 平成 16 年新潟県中越地震

- ・ 数ヶ月前に発生した豪雨災害時に、基礎となる会議体が存在しており、それをも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い助言をもらっていた。会議では、参加者は各首長級の人が多かったため、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。 (別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 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、「市民のメンタルヘルスが向上する」「被災したすべての人々が、震災によるストレスから生じる日常生活への障がいや予防もしくは最小限に留めることができる」を目標に、心のケア行動指針が作成された。これは、作成時点で 3 年ごとに評価することを定めて、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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 発災直後は、職員全員の思考がストップしてしまった。そのとき地域の精神医療の中心でもあった医師がイニシアチブをとってくれ、県庁、精神医療機関、行政で医療支援や精神保健、メンタルヘルス支援の会議をする話が持ち上がった。最初の 3 ヶ月は少なくとも 1 週間 1 回のペースで開催し、災害支援として入ってくる外部支援チームの采配と情報共有をメインに話した。地域毎に現場のニーズは異なることがわかってくると、それぞれのチームに具体的指示が出せるようになってきた。災害時、自治体が住民のメンタルヘルス支援を行うのは既存のマンパワーだけでは足りない。当該地域の場合は、こころのケアセンターを早期に立ち上げ、業務の分担ができたことがよかった。(別添 2\_5)-1)

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨

- ・ 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かった。 (別添 2\_5)-1)

## 有識者の意見

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

### 3.6 準備＋訓練

#### <サマリー>

- ◆ 32 自治体が「住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修の実施・計画をしている」と回答。
- ◆ 18 自治体が「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」と回答。
- ◆ 災害時メンタルヘルス支援の最前線は市町村保健師であるため、市町村保健師の活動を前提とした計画が必要。
- ◆ 災害後中長期に関する知見を蓄積するためには、被災経験者による体験・経験を共有することが有用。
- ◆ 研修内容として、ゲートキーパー研修、管理職のメンタルヘルス、心理的応急処置（PFA）が挙げられる。例えば、国立精神・神経医療研究センターストレス・災害時こころの情報支援センターが PFA 研修を実施している。
- ◆ 災害時は、市民同士の助け合いを自治体が促していくことも重要。そのためには、地域の人々が普段利用する場所で働く人、自治会役員、民生委員などを中心に、住民同士の繋がり（有事の際に地域住民同士が助け合える環境作り）を平時に促す取組みが重要。

アンケート調査では、「住民のメンタルヘルス支援を行う支援者に対する教育・研修の実施・計画をしている」のは 32/44 自治体であった。このうち 13 の自治体は過去に被災経験があった。研修の対象者としては、保健医療福祉の専門職だけでなく行政一般職員や、警察・消防などの公安職員、学生や児童生徒に関わる職員など、実際に支援の実施や、支援対象者に関与する可能性がある職種が挙げられた。研修内容は、住民のメンタルヘルス支援関連（14/44 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・技術の向上関連（11/44 自治体）、DPAT 研修（7/44 自治体）であった。また、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、18/44 自治体であった。支援の内容は、自治体職員への面談（6/44 自治体）、DPAT による支援者のストレスチェックと支援（4/44 自治体）、支援者へのメンタルヘルスに関する研修（4/44 自治体）であった。支援を実施する専門職は、保健師と医師が主であった。ヒアリング調査では、教育・研修の他に都道府県職員が市町村や、保健所に出向き直接の事業サポート、ケースに対するスーパーバイズも行っていることが確認できた。県職員が圏域の問題を肌で感じることが、有効な研修の立案につながるといった内容が示された。さらに、メンタルヘルス支援に携わる市町村職員の定期的な配置転換、NPO 団体における定期的な新規職員の加入など、知識・経験の継承・蓄積に課題があるという意見が得られた。

専門家会合では、中長期支援に関するエビデンスが乏しいために研修等において一貫した方針の提供ができないことが確認された。また、中長期に関する知見の蓄積には、被災経験者によ

る体験・経験の共有を多く行うことが有用との意見があった。本資料には、本項目も含め各項目にヒアリング調査の詳細を時系列で載せており、それらを活用した体験・経験の共有が期待される。

#### 平成 16 年新潟県中越地震

- ・ 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。（別添 2\_5)-1)

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 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く、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。（別添 2\_5)-1)
- ・ 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）。（別添 2\_5)-5)
- ・ 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「災害時メンタルヘルス研修」を実施している。内容として、最新の被災者支援の動向などの講演会やグループワークをおこなっている。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。（別添 2\_5)-5)
- ・ メンタルヘルス支援とは別だが、支援者である自治体職員一人一人の質を上げるために、研修が必要だと感じる。コンテンツは、病名のつくような精神疾患に加えて、自殺企図、多問題家庭、アルコール問題、ひきこもりといった病名がつく一歩手前の段階に関する知識の取得が必要である。特に保健師は、担当部署にかかわらず、これらの研修を積んでいくことが必要である。市町村の保健師がレベルアップすることで、庁内全体の研修につながり、住民への啓発等波及効果を期待し、地域のなかで被災者対応をできるようになるのが望ましい。（別添 2\_5)-5)
- ・ 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心理的応急処置（Psychological First Aid; PFA）<sup>6</sup>のような基本的な心理的対応を身につけていくこと

<sup>6</sup>心理的応急処置（Psychological First Aid : PFA）とは：支援者が被災者や犯罪の被害を受けた方などに関わるとき、どのように声をかけたり、何に気をつけて接したらよいのでしょうか。PFA は、そのような疑問に答えるための心理的応急処置です。今



に取り組み始めている。(別添 2\_5)-5)

- ・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。(別添 2\_5)-5)

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨

- ・災害に伴い開所した避難所運営を社会福祉課の職員のみで行ったため、社会福祉課の通常業務がストップした。現在では計画上、全庁的に運営に携わるようになっており、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。(別添 2\_5)-1)

平成 28 年熊本地震

- ・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。(別添 2\_5)-1)
- ・令和 2 年 9 月豪雨時に隣接市に職員を派遣した。派遣職員は心理的応急処置 (psychological first aid; PFA)、サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery; 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。(別添 2\_5)-1)

令和 2 年 7 月豪雨

- ・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。(別添 2\_5)-4)
- ・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。(別添 2\_5)-1)
- ・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。(別添 2\_5)-5)

有識者の意見

- ・災害時、都道府県および政令指定都市が主体となって、地域の災害対応能力を上げるために、自治体職員のみでなく、被災者支援を直接実施する人全員を対象とした研修および市町村、NPO 等の活用方法を計画に盛り込んでいくことが望まし

---

まで世界中でいくつかの PFA が開発されてきましたが、WHO が中心となって開発したものは、もっとも広く用いられています。( <https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pfa.html> )

い。

- ・ 支援者のメンタルヘルスケアとして、早い段階で一度被災地から離れることが挙げられる。発災後に被災地外で受けられる研修場所、内容を災害前にピックアップしリスト化しておく。
- ・ 地域の人材活用の一つとして、福祉専門職の活用は未だ法整備まで至っておらず、強化できる側面と言える。例えば、「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」では、平時から地域において公認心理師や精神保健福祉士等の養成を強化し、都道府県の精神福祉保健行政担当者と共に災害対応専用プログラムを受講してもらうことで、災害時に活躍できる人材育成を図ることが期待できる。とされており、このように福祉専門職養成時に、災害時の役割を期待して教育・備えることは有用と考えられる。
- ・ 研修内容として、ゲートキーパー研修、管理職のメンタルヘルス、心理的応急処置（PFA）が挙げられる。専門職が知っておくべき知識の普及啓発と、地域住民等が知っておくべき地域の支えあいレベルの普及啓発があり、それぞれに取り組む必要がある。例えば、専門家においては「死にたい気持ちがあるかを聞くことはバイタルサインを測るのと同じレベルで聞く必要があること」、地域住民においては「気づき、声をかけ、必要があれば専門家につなぎ、その後フォローすること」などがある。
- ・ PFA 研修については、国立精神・神経医療研究センター（National Center of Neurology and Psychiatry; NCNP）ストレス・災害時こころの情報支援センターが世界保健機関（World Health Organization; WHO）との契約に基づき日本での普及を行っている<sup>7</sup>。また、当センターでは、COVID-19 対応の枠組みとして、非常に有用性の高い「呼吸法」等を You Tube、スライド解説動画等で提供している<sup>8</sup>。
- ・ 災害時、地域力の活用として住民同士の助け合いを自治体が促していくことも重要である。普段から地域の人々が利用する場所（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。例えば、2021 年より厚生労働省が心のサポーター養成事業<sup>9</sup>を展開している。福島県、神奈川県、埼玉県、川口市等ですでにモデル事業が開始されており、このような平時からの取り組みを発展させ、国民一人一人が災害時のこころの変化についても事前に理解してもらう取り組みであり、地域力をあげるきっかけの一つとできる。加えて、地域の学校において災害を取り扱うことで、地域をよく知る地元学生の活用が期待できる。
- ・ 中長期支援経験者による体験の共有機会を設けることは有益。

<sup>7</sup> 研修実績：ストレス・災害時こころの情報支援センターでは 311 震災の後、WHO 版 PFA を導入し、積極的に研修、普及を行っている。（<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pfa.html>）

<sup>8</sup> COVID-19 心の支援情報：コロナに負けない 不安との付き合い方（<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pfa.html>）

<sup>9</sup> 心のサポーター養成事業は、厚生労働省が進める「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向け一般市民を対象とした普及啓発事業である。2021 年よりモデル事業が開始しており、正しい知識と理解に基づき、家族や同僚など身近な人に対して、傾聴を中心とした支援を行う「こころのサポーター」を養成することを目的としている。

### 3.7 機関連携

#### <サマリー>

- ◆ 26 自治体が「災害メンタルヘルス対応のために連携を計画・想定している組織がある」と回答。23 自治体が、当該組織として、「医療機関（精神科デイケア等を含む）」と回答。
- ◆ 17 自治体が「様々な精神科職能団体、行政機関、教育機関、保健医療福祉系団体などの連携を想定し、平時から役割分担、人材育成、組織間協定などにより連携を図っている」と回答。
- ◆ 保健師の活動や感触に基づく情報共有が重要。
- ◆ 平時から、組織内（部署間）や自治体間で顔の見える関係を作ることが重要。県や保健所が3ヶ月に1回程の頻度で会合をもてると有事の連携が可能。
- ◆ DPAT 研修等に医療機関、保健所、市の保健センター関係者が参加することが重要。受援の認識にもつながる。
- ◆ メンタルヘルスに関する課題は、1つの部署では解決できないことが多い。福祉や保健の関係職が参加する定期的な会合が必要。
- ◆ メンタルヘルスの問題は地元地域では「隠したい」「周囲に知られたくない」という思いを抱く人も多く、結果として地域外の医療機関や支援機関に通う人も存在する。したがって、特に災害後は地元地域から都道府県あるいは都道府県を越えるより広い範囲の自治体が連携する会議を定期的開催し、当該市民への対応方法に関する情報共有、広域支援を行うことが望ましい。

アンケート調査では、災害メンタルヘルス対応に関して「連携を計画・想定している組織がある」と回答したのは26/44自治体であった。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）」と回答したのは23/44自治体であった。また、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の連携が想定されており、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と回答したのは17/44自治体であった。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、会議内容に関する内容が得られた。

#### 平成16年新潟県中越地震

- ・ 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。（別添2\_5)-1
- ・ 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）隣接市を通じて被災地に入ってもら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。（別添2\_5)-1

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 被災により地域の精神科病院が機能しなくなった。普段精神科患者を受け入れていない病院が臨時の精神科外来を設置したが、入院はかなり消極的であり、こころのケアチームでサポートした。(別添 2\_5)-1)
- ・ 県職員が市町村や、保健所に向いて、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。(別添 2\_5)-5)

#### 平成 27 年 9 月関東・東北豪雨

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-5)

#### 平成 28 年熊本地震

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)

- ・ 全戸調査により、専門的支援が必要が必要と判断した人には、こころのケアセンターの精神科医や看護職に訪問を依頼した。年2回各区を回ってもらい、支え合いセンターが困っているケースへの助言をもらっていた。(別添 2\_5)-2)
- ・ 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。(別添 2\_5)-5)

#### 令和2年7月豪雨

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 自市の保健師を、避難所を巡回する班と受援を担当する班に分け、市の職員が支援内容に関して困ったときに受援を担当する保健師につなげば何かしらの対応をしてくれるという認識を共有し、窓口の統一が成された。また、各避難所には一般職員が24時間常駐し、保健師が巡回することで情報の共有と課題解決を地域全体で行えるようにした。この体制により朝夕のミーティングに保健師が参加すればだいたいの事例を共有することができた。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-1)
- ・ 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。(別添 2\_5)-3)

#### 有識者の意見

- ・ 災害対策を日常的に取り組むためにも、DPAT研修等に医療機関、保健所、市の保健センターが参加することで、行政は受援についても認識してもらう機会となる。DPATは地域に入って活動するという実態を踏まえ、日頃から保健所や保健センターと連携することを重視している。さらに、すでに定期的に行っている災害を見据えた研修のため、災害を日常的に考えるのに活用できる。
- ・ メンタルヘルスに関する課題は、1つの部署では解決できないことが多い。福祉や保健を含めた広範かつ定期的な会合の場を形成する必要がある。しかし、災害時に新たに立ち上げるのは現実的ではないことから、平時の精神保健福祉の会議等

に災害時の運用方法を規定し、顔の見える関係性を災害時で活用できるよう計画することが望ましい。

- ・ メンタルヘルスの問題は地元地域では「隠したい」「周囲に知られたくない」という思いを抱く人も多く、結果として地域外の医療機関や支援機関に通う人も存在する。この現状から、特に災害後は地元地域から都道府県あるいは都道府県を越えるより広い範囲の自治体が連携する会議を定期的開催し、当該市民への対応方法に関する情報共有、広域支援を行うことが望ましい。
- ・ 中長期のアウトリーチ活動にはマンパワーが必要となる。被災し活動ができなくなっている保健医療福祉専門職者の確保を計画することが望ましい。例として、被災した病院の職員の活用や他県からの要請、各職能団体や支援団体の活用が挙げられる。

### 3.8 特殊事例

#### <サマリー>

- ◆ **仮設住宅の最後の住民、復興公営住宅の失職・アルコール依存の住民などが「孤立化」するケースで、災害後の長期的な支援が必要となった。**

災害後長期に渡って被災者支援を行ってきた団体へのヒアリング調査より、具体的かつ特徴的な事例を聞くことができた。中長期という特徴から、これまでに示したような「ひきこもり」「アルコール依存症」に加え、その家族へのサポートや外部から支援者が来てくれた時の具体的な道筋などを語ってくれた。

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 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。(別添 5)-1)
- ・ 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。(別添 5)-4)
- ・ 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歳まで支援(見守りや生活支援)を続けた。(別添 5)-4)
- ・ 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。(別添 5)-4)

### 3.9 その他

#### <サマリー>

- ◆ メンタルヘルスの不調を抱える人は自分から希求行動をとらないため、仮設住宅等の集会所に参加しやすい環境をつくることが重要（マッサージ、お茶のみ、ヨガ、気功、「一休みの会」などを通じたコミュニティの活性化）。
- ◆ 機動力のある NPO 団体が現場の生の声を吸い上げ災害支援で活躍した（平成 28 年の熊本地震発災直後、NPO 団体が事務局となる会議体が発足（参加者：県、市、関連する社会福祉協議会、避難所を運営する区役所、災害ボランティアセンターを管轄する本庁の地域活動推進課、市の復興部などの関係者））。

本事業の調査より、上記の項目に分類できないヒアリング結果を当項目に含めた。コミュニティの活性化や集まれる場所の提供、地元イベントを活用した啓発活動など、「被災者同士の助け合いを促す地域力の活用」がされている。このような活動は支援団体や行政によって一般的に行われるようになっており、災害発生後にメディア等でも注目される。これらの活動の中で、精神保健医療福祉分野における活動とは、黒子的な存在として問題を探り被災者同士の支え合いを促すという、当該分野ならではの地域力を活用した見守る支援があると考え。精神保健医療福祉支援活動における地域力の活用を検討する一助として、以下具体的な活動実例を示す。

#### 平成 7 年阪神・淡路大震災

- ・ 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。（別添 5)-3)

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ 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席するイメージだった。（別添 5)-3)
- ・ 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。（別添 5)-3)

#### 有識者の意見

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

（NPO 団体等災害支援団体との共同）

自治体に加えて災害支援 NPO 団体へもヒアリングを行った。平成 23 年東日本大震災は、NPO 団

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

#### 平成 23 年東日本大震災

- ・ NPO は機動力があるため、災害支援にうまく活用できるとよい。自治体はその舵取り役を担ってもらえると、活動がしやすいため、コーディネートをしてもらえると良い。(別添 2\_5)-5)
- ・ NPO として、メンタルヘルス啓発に関するパンフレット配布やキャンペーン活動を、当事者（高齢者、アルコール、メンタルヘルスなど）と一緒にやった。ホームページの活用や口コミも有効であった。事前にテレビなどの取材を受けることで、団体の活動を理解してもらいやすく、関係性の構築として、とても有効的だった。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。(別添 2\_5)-3)
- ・ 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。(別添 5)-3)
- ・ 週 1 回ハローワークの職員が NPO 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。(別添 5)-3)
- ・ 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。(別添 5)-4)

#### 平成 28 年熊本地震

- ・ 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。(別添 2\_5)-1)



#### 4 当事者の視点

本事業の実施主体である日本医療政策機構は、市民主体の医療政策を実現するためには、幅広いステークホルダーの意見を集め、政策の選択肢を提供することを重視している。本事業で得られた有識者としてのメンタルヘルス当事者の意見を以下に示した。

- ・ 「こころのケア」「メンタル」「精神科」という言葉を前面に出すと、被災者にケアが受け入れられづらい。身体面での「健康づくり」とセットにし、地元の保健師や訪問看護チームと黒子としてのメンタルヘルスの専門職が協働で活動することが受け入れにつながる。住民のメンタルヘルスへの抵抗感を払拭する工夫が必要である。
- ・ 地域社会全体に「自分が生きていける方法があると思えること」「社会のつながりの中で楽しみや喜びを感じられること」がメンタルヘルス不調の予防、回復において重要であり、そのためには、社会の中に楽しみを感じられる自分の居場所の存在、寄り添ってくれる人の存在が必要となる。
- ・ 大規模災害を経験したメンタルヘルス当事者にとって有用であった自治体の取組みやサービスを集積し、自治体間で共有することや、当事者同士がサポートし専門職とつなぐ役割も果たすピアサポート等を積極的に活用して情報発信することは重要である。
- ・ メンタルヘルス当事者にとっては、災害という出来事は心身への影響を特に受けやすい。そのため、災害による症状の悪化や進行を予防しながら発災後も発災前と変わらない社会生活を可能な限り送れるよう、平時からの体制を整備することが重要となる。例えば、2021年災害対策基本法改正における福祉専門職の災害時ケアプラン（個別避難計画）作成への参画等の推進は切れ目のない（連続した）支援の実現に向けた取組みと考えられる。

## 5 おわりに

今回の結果は、一部の自治体のアンケート調査およびヒアリング調査の結果に限られている。一方で、過去の大規模な災害の経験がその後の災害におけるメンタルヘルス支援において活かされていることも確認された。過去の災害対応事例を集積し、発災に備えてマニュアル・ガイドラインを整備することは有用であり、本資料は、既存のマニュアルやガイドラインをより具体的に、実用的に運用するための一助として、自治体における災害中長期メンタルヘルス支援への備えを検討する際の事例集との位置づけで作成している。「自治体の災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」を含む他の研究成果に基づいて、総合防災訓練の計画・実施や地域特性を鑑みたマニュアル作成の参考にしていただきたい。今後も災害という未知の事象に継続して備えるためにも、知識の蓄積を目的とする資料と実際の活動方法を明確にするマニュアル・ガイドライン等の資料の使い分けが重要といえる。本資料が、自治体における災害後の中長期にわたる精神保健医療福祉体制の構築を考える上での事例・知識の蓄積を目的とする資料として、各自治体にとっての参考となれば幸いである。

## 6 謝辞

本事業は、多くの自治体関係者の皆様、有識者の先生方、その他多くの皆様からの多大なるご協力とご支援をいただき、実施致しました。自治体関係者の皆様におかれましては、本事業実施期間中に発生した各地の地震や豪雨、継続する COVID-19 等へ対応されている大変お忙しい中、アンケート調査、ヒアリング調査等にご協力を賜りました。また、有識者の先生方におかれましては、調査の計画段階から事業の取りまとめまで長期間にわたり温かいご助言とご指導を賜りました。改めまして、厚く御礼申し上げます。

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

## 7 参考情報

### 7.1 アンケート調査結果

別添 1

### 7.2 ヒアリング調査結果

別添 2

### 7.3 専門家会合（令和 4 年 2 月 25 日開催）の記録

別添 3

### 7.4 第 3 回有識者会議（令和 4 年 3 月 4 日開催）の記録

別添 4

### 7.5 文献

- 1) 災害時のこころのケア（日本赤十字社（2004）、  
[https://www.jrc.or.jp/vcms\\_lf/care2.pdf](https://www.jrc.or.jp/vcms_lf/care2.pdf)）
- 2) 自治体の災害時精神保健医療福祉マニュアル-ロングバージョン-（太刀川弘和（2021）、<https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf>）
- 3) 激甚災害制度（内閣府（2016）、  
[https://www.bousai.go.jp/taisaku/gekijinhukko/pdf/index\\_01.pdf](https://www.bousai.go.jp/taisaku/gekijinhukko/pdf/index_01.pdf)）
- 4) 防災基本計画 令和 3 年 5 月 中央防災会議（内閣府（2021）,   
[https://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/pdf/kihon\\_basicplan.pdf](https://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/pdf/kihon_basicplan.pdf)）
- 5) 系統看護学講座 統合分野 災害看護学・国際看護学.第 3 版（浦田喜久子、小原真理子（2015））
- 6) 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. 厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野） 災害時の精神保健医療に関する研究（金吉晴、加藤寛、荒井秀典、松本和紀、前田正治、富田博秋、鈴木友理子、神尾陽子、松下幸生、大塚耕太郎、井筒節）

## 厚生労働省令和 3 年度（2021 年度）障害者総合福祉推進事業 アンケート調査結果

### 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

別添 1

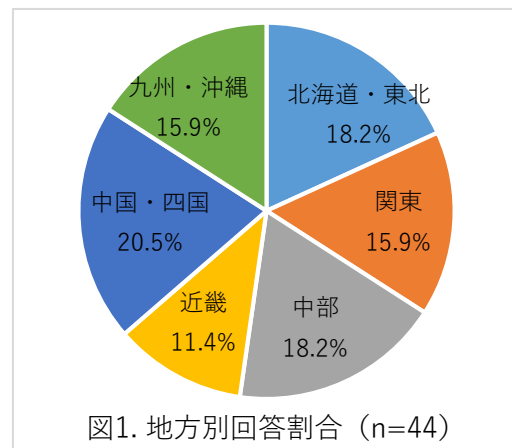
- ⑫ 自治体の災害精神保健医療福祉マニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルス支援に関する取り組みについて

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）

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）。

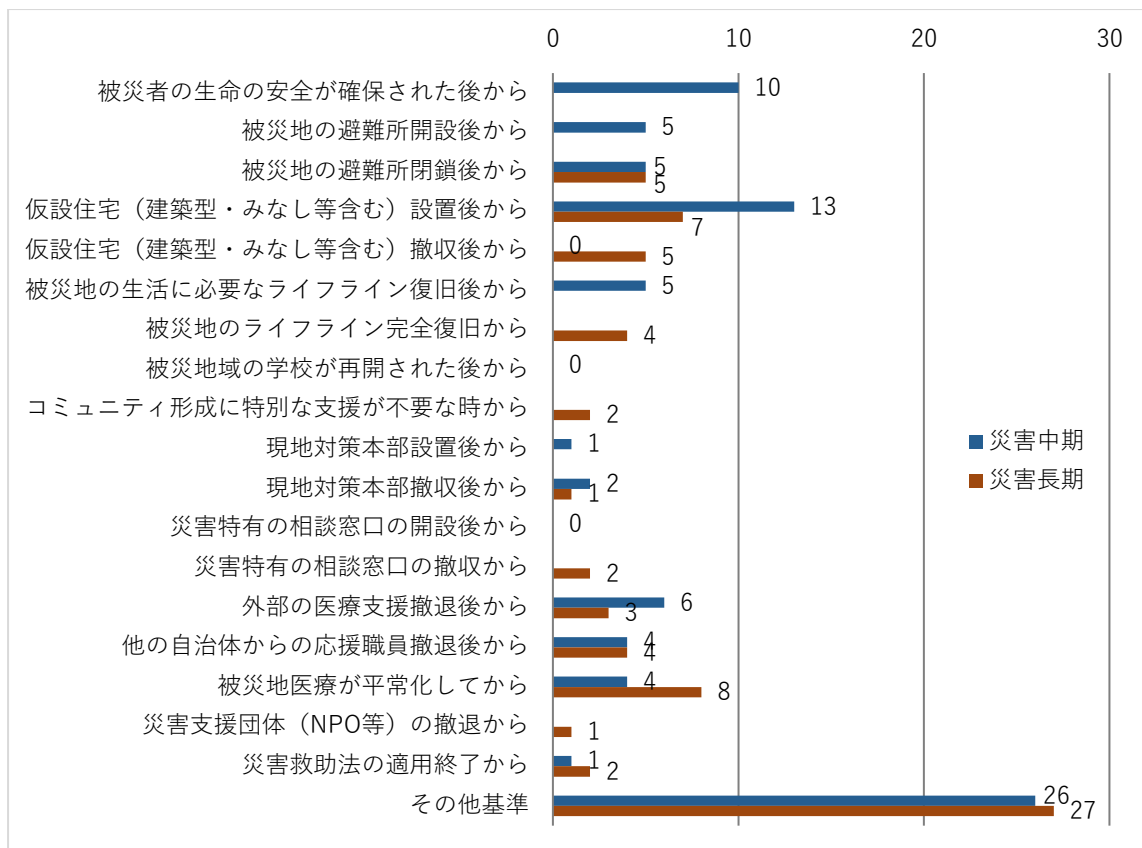


図 2. 中長期として想定している状況（n=44、複数回答）

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。

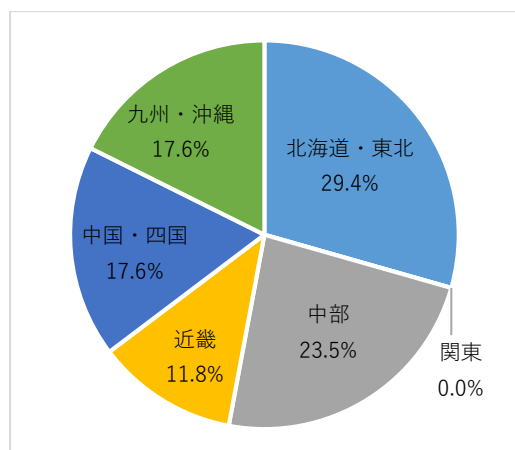


図 3. 「計画・マニュアルあり」と回答した自治体の割合 (n=17)

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 8 月（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）。

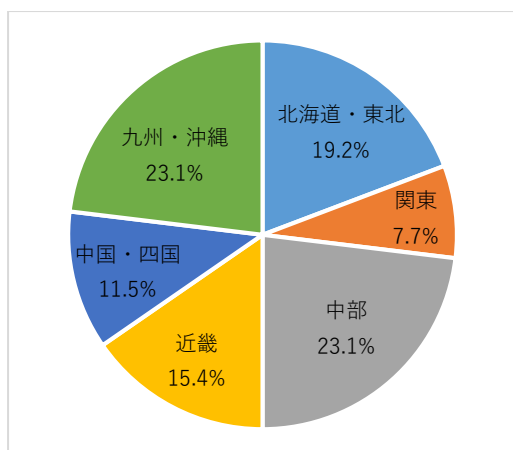


図 4. 連携を計画・想定している組織がある自治体の割合 (n=26)

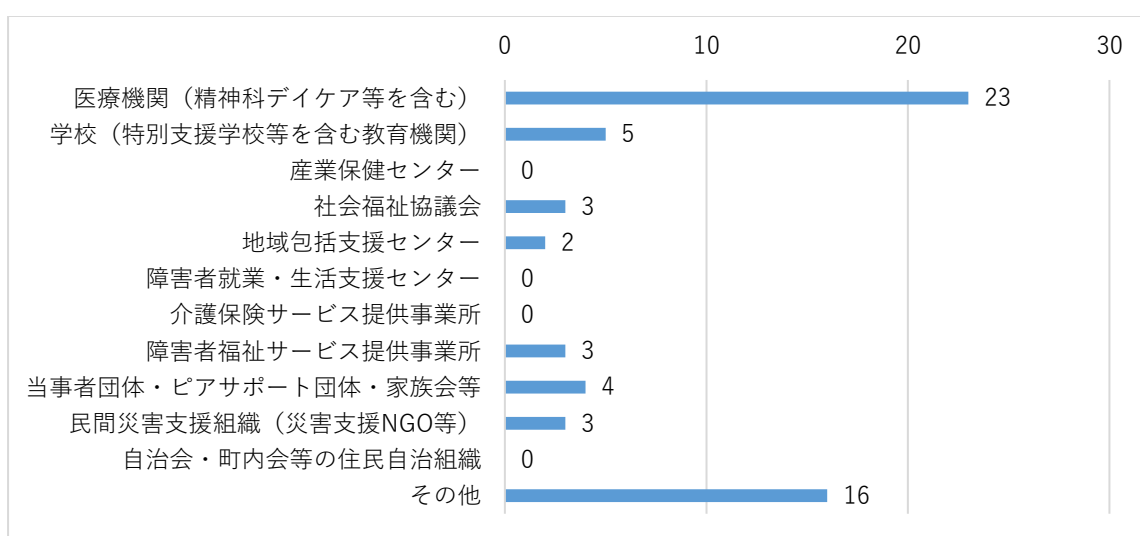


図 5. 自治体が連携を計画・想定している組織 (n=26、複数回答)

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

スに関与している職員であった（表 8）。

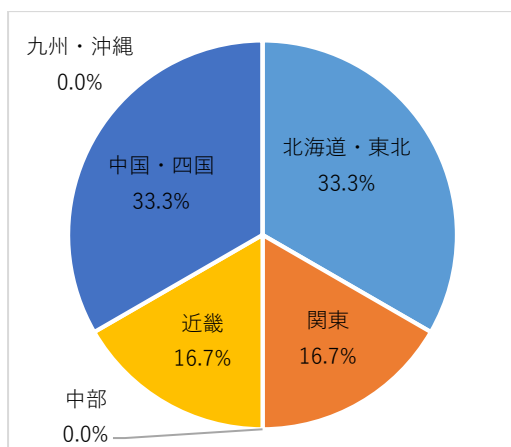


図 6. 支援計画と基礎自治体の受援計画との整合性を確認する自治体の割合 (n=6)

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。

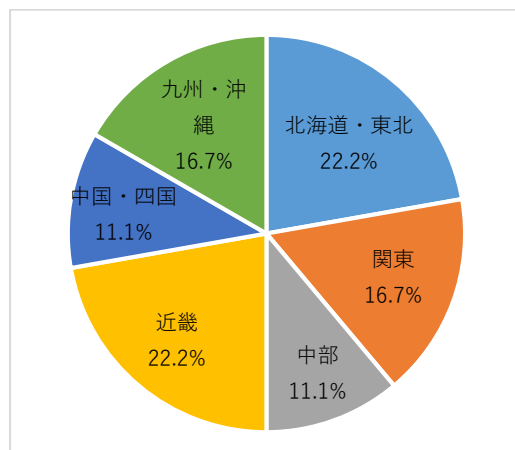


図 7. 災害中長期での住民へのメンタルヘルスに係る啓蒙活動を予定している自治体の割合 (n=18)

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）。

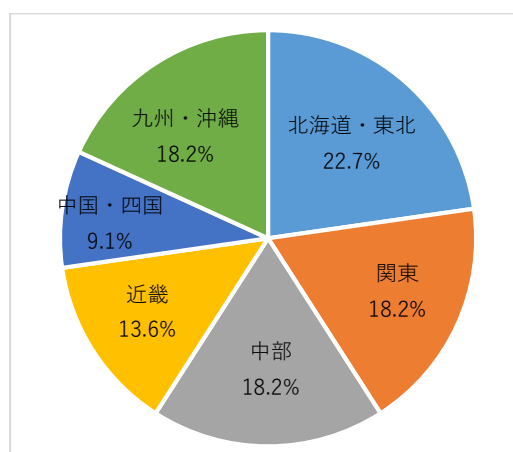


図 8. 災害中長期に住民のメンタルヘルス支援に係るアウトリーチ活動を計画している自治体の割合 (n=22)

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

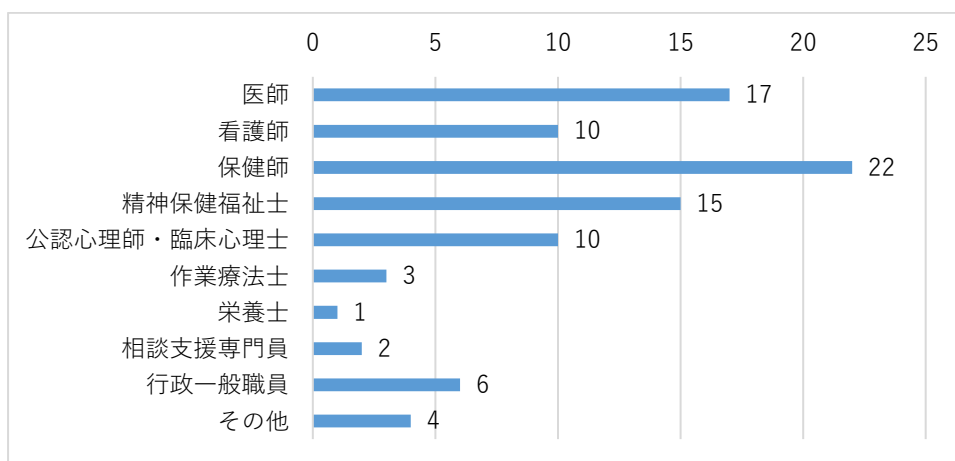


図 9. 活動に従事する専門職 (n=22、複数回答)

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）。

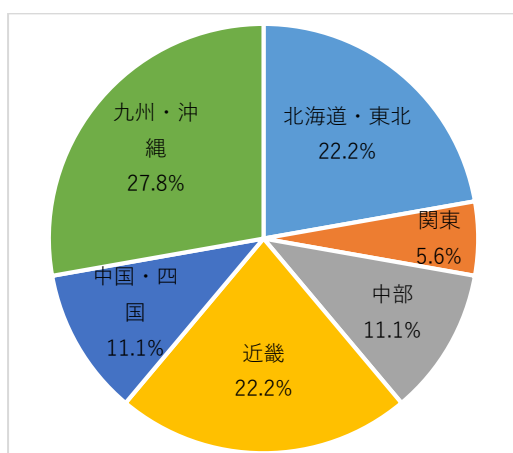


図 10. メンタルヘルスに関する新たな相談窓口を設置し周知する計画がある自治体の割合 (n=18)

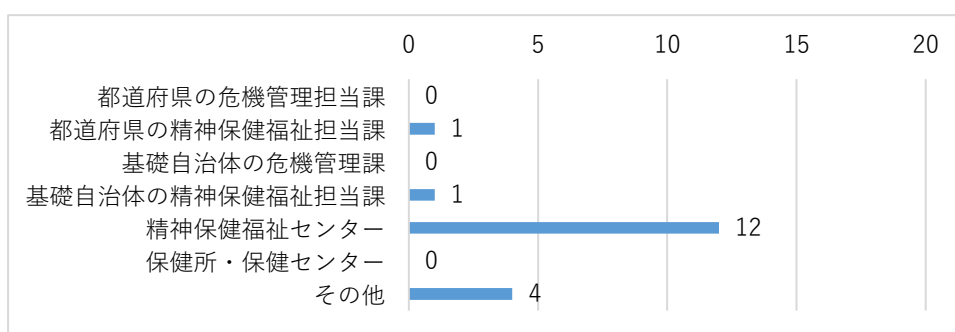


図 11. 相談窓口の設置主体 (n=18)

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



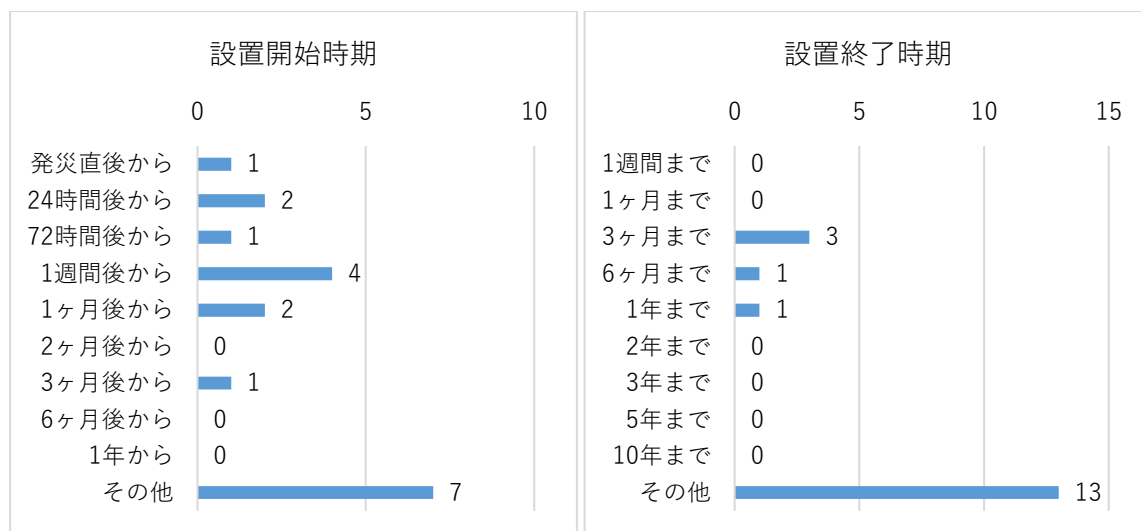


図 12. 設置時期について（開始時期および終了時期）（n=18）

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。

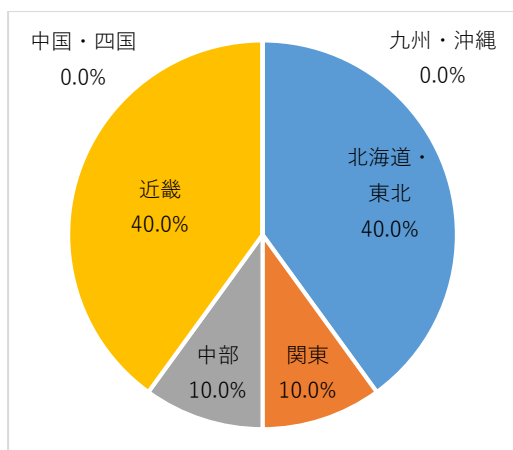


図 12. 災害中長期における、特定の属性に対するメンタルヘルス支援の実施・計画がある自治体の割合 (n=10)

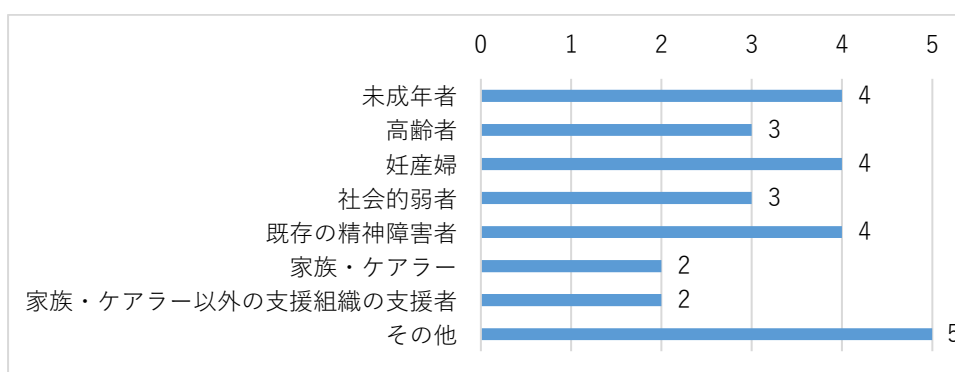


図 13. メンタルヘルス支援の実施・計画で想定している属性 (n=10、複数回答)

表 14. 図 13. 「その他」での自由記述内容 (n=5)

自由記述内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・被災状況・ニーズによる</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・都道府県民</li> <li>・県立特別支援学校に在学する児童等</li> </ul>

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。

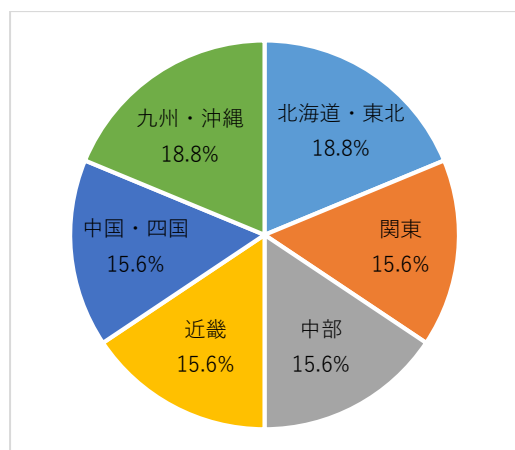


図 14. メンタルヘルス支援を行う支援者への教育・研修を計画している自治体の割合 (n=32)

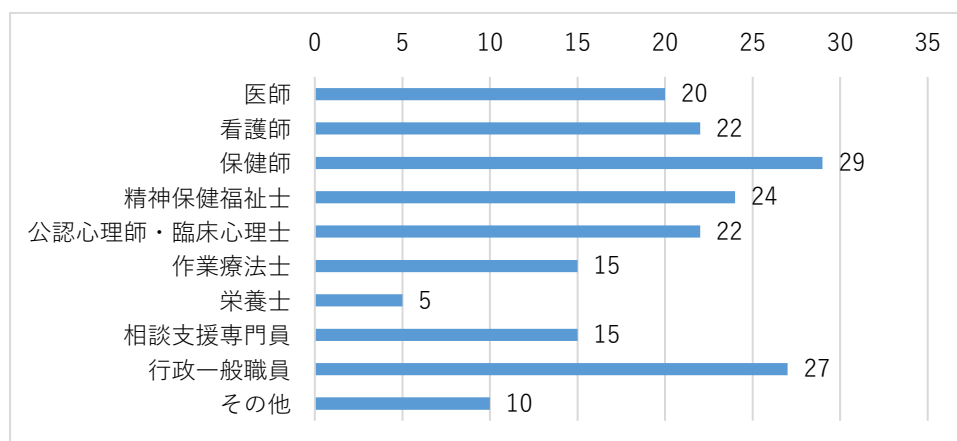


図 15. 教育・研修の受講対象者 (n=32、複数回答)

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）。

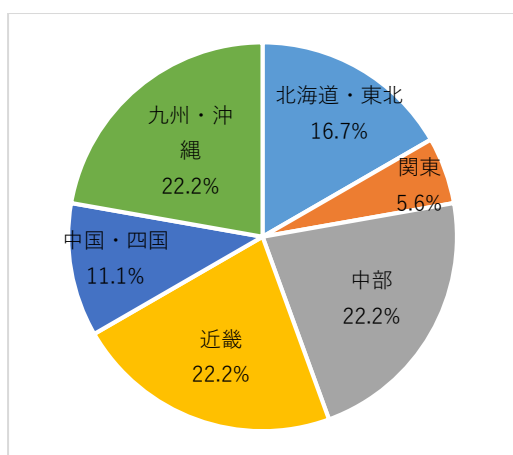


図 16. 災害中長期における支援者支援を計画している自治体の割合 (n=18)

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

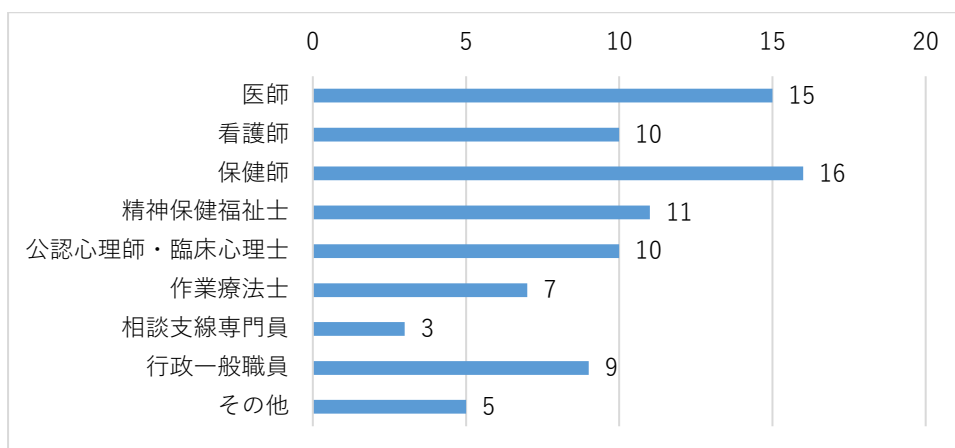


図 17. 支援を行う専門職 (n=18、複数回答)

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。

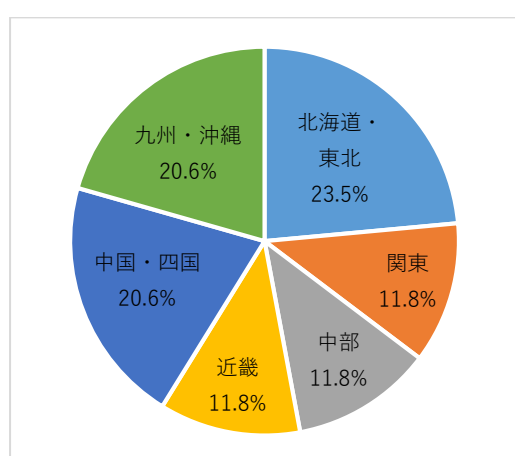


図 18. 自治体の災害精神保健医療福祉マニュアル等に記載されていない災害メンタルヘルス支援に関する取り組み（n=34）

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>	

## 厚生労働省令和 3 年度（2021 年度）障害者総合福祉推進事業 ヒアリング調査結果

### 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。－システム・原理
- 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。－11) 準備+訓練
- 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。－システム・原理

平成 23 年東日本大震災被災自治体

- 平時から地域のなかでメンタルヘルスを取り扱い対策していくことで、災害時、被災直後から平時以上のマンパワーを割き、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、あつまったマンパワーをどれだけ残せるかで住民のメンタルヘルスは変わってくると感じている。－システム・原理
- 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。－システム・原理
- 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を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。ーリスクコミュニケーション

#### 平成 23 年東日本大震災被災支援団体

- ・ 災害を大きな環境変化と捉え、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。ーシステム・原理
- ・ 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。ーシステム・原理
- ・ 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。ー特殊事例

#### 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。ーシステム・原理
- ・ 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。ー機関連携

#### 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。ー20) 機関連携
- ・ 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。ーシステム・原理

#### 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おこなったーシステム・原理

- ・ 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。－機関連携
- ・ 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。－機関連携
- ・ 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。－支援者
- ・ 自市の保健師を、避難所を巡回する班と受援を担当する班に分け、市の職員が支援内容に関して困ったときに受援を担当する保健師につなげば何かしらの対応をしてくれるという認識を共有し、窓口の統一が成された。また、各避難所には一般職員が 24 時間常駐し、保健師が巡回することで情報の共有と課題解決を地域全体で行えるようにした。この体制により朝夕のミーティングに保健師が参加すればだいたいの事例を共有することができた。－システム・原理

## 〔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。－3) システム・原理
- ・ 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。－システム・原理

## 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。自治体は基金を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してもらうこともあった。－システム・原理

## 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良い。－システム・原理
- ・ 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。－システム・原理
- ・ 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わかってよかった。－システム・原理

- ・ ころのケアセンター閉所に向けては、各圏域でころのケアセンターが担ってきた業務が違うため、閉所まで5年間かけて県や市町村と引き継ぎを進めている。また、県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。－リスクコミュニケーション

〔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）隣接市を通過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。－システム・原理

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ない病院が臨時の精神科外来を設置したが、入院はかなり消極的であり、ころのケアチームでサポートした。－機関連携

平成 27 年 9 月関東・東北豪雨被災自治体

- ・ 地域の大学のころのケアチーム（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。－機関連携

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。－準備+訓練
- ・ 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。－準備+訓練

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。－システム・原理
- ・ 県が発災直後から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。－機関連携

<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た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。－機関連携

〔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为主だったため、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。－リスクコミュニケーション

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。－リスクコミュニケーション
- ・ 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く、平時の精神保健福祉の会議体の応用くらいのものができれば良いと思う。－準備＋訓練

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。－リスクコミュニケーション

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。－機関連携

#### <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。－機関連携

#### <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。－リスクコミュニケーション

#### [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。－その他
- ・ 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。－その他

##### 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があり、長期的に支援者対策の仕事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。－機関連携
- ・ 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。－リスクコミュニケーション

- ・ 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。－機関連携

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社会福祉課の職員のみで行ったため、社会福祉課の通常業務がストップした。現在では計画上、全庁的に運営に携わることになっており、その後の台風による避難所開所では、社会福祉課の業務がストップすることはなかった。－準備+訓練
- ・ メンタルヘルス支援の一貫で、郵送やアンケートによるニーズ調査を行っていたためか、業務が長引くことはなかった。しかし、訪問など直接話をしたほうが、メンタルヘルスに関する内容は多く聞いた。－アセスメント

〔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。－システム・原理

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。－システム・原理

## 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

- ・ 大学からの発案で発災直後から支援に入ってくれ、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。－アセスメント
- ・ 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聞いた。－アセスメント

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。－アセスメント
- ・ 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。－システム・原理
  - ・ 全戸訪問の調査内容は、家族構成、被災家屋の状況、収入状況、生活再建の見通しや今後の家屋の希望、義援金の申請状況などを聞きながら健康状態（不眠、うつ、不安症状、既往歴や治療中の病気、障がいの有無など）、精神的困りごとなどを聞き取った。訪問する度に意向が変わっていないか確認した。その際、障がい者や高齢者などで、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。－アセスメント
  - ・ 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。－アセスメント
  - ・ 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。－アセスメント

#### 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。－アセスメント
- ・ 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。－トラウマ対応
- ・ 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。－アセスメント

### 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アウトして相談を聞くというのは効果があったと思う。－システム・原理



## 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、再建の目的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。－アセスメント
- ・ 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がるなど、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、早めに地域につながるには既存の組織につながる必要があると考えている。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。－トラウマ対応

## 〔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。－その他

## 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。－その他
- ・ 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。－その他
- ・ 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。－トラウマ対応

## 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。－機関連携

## 〔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。－アセスメント

〔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。－心理反応＋精神疾患

〔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）と一緒にあった。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。－支援者
- ・ 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

〔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来ていたため、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。－その他

#### 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。－心理反応＋精神疾患

〔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

- ・ 介護保険法におけるサービス等の利用実績がない高齢者、アルコール依存の人、治療を中断する人、人に感心をもたない人、このような人達は「孤立化」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。－マイノリティ
- ・ 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。－マイノリティ

〔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。－心理反応＋精神疾患

〔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。－心理反応＋精神疾患
- ・ 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。－その他

〔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。－準備＋訓練

〔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。－特殊事例
- ・ 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。－特殊事例

- ・ 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。－特殊事例

## 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。－準備＋訓練
- ・ 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。－準備＋訓練
- ・ 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。－機関連携
- ・ 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。－支援者
- ・ NPO は機動力があるため、災害支援にうまく活用できるとよい。自治体はその舵取り役を担ってもらえると、活動がしやすいため、コーディネートをしてもらえると良い。－システム・原理

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させないためにも、研修内容をよく吟味し、伝えるポイントをはっきりとさせることが重要と感じている。企画は保健師や心理職等の専門職（現在も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）。－準備＋訓練

#### 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。－機関連携

#### 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。－機関連携

#### 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。－支援者

〔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「災害時メンタルヘルス研修」を実施している。内容として、最新の被災者支援の動向などの講演会やグループワークをおこなっている。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。－準備＋訓練

## 厚生労働省令和 3 年度（2021 年度）障害者総合福祉推進事業 専門家会合（令和 4 年 2 月 25 日開催）の記録

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（金）19:00-20:30

会場：オンライン形式（Zoom）

※以下、敬称略

### 開会挨拶・趣旨説明

柴田倫人（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、おそら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、中長期という時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。多くの人は、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 割程度の人々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. Hori 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せ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。

### 別添 3

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、一緒に入院していな仲間が、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分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、視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、よろしくお願ひしたい。

**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。

（以上）



## 厚生労働省令和 3 年度（2021 年度）障害者総合福祉推進事業 第 3 回有識者会議（令和 4 年 3 月 4 日開催）の要旨

日時：2022 年 3 月 4 日（水）18:30-20:00

会場：オンライン形式（Zoom）

### 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いいと思う。

### 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な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、自分たちの経験を話してもらうイメージであった。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良いと思う。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、また地元へ戻るのか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、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せられるよりは、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さえておければ、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。個人情報と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

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。

（以上）



## 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

#### 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



