令和６年度
【短期研究１】

大災害後における中長期の精神保健活動のあり方

兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛

（要旨）

災害後の中長期の精神保健活動を提供する体制は、災害規模によって大きく異なる。局所災害では、市町村保健師が避難所などへのアウトリーチを行い、必要に応じて都道府県保健所の支援を受けることになる。災害規模が大きく被災者数が多い場合には保健所の関与がより求められ、精神保健福祉センターが支援することもある。さらに被害が甚大な災害では、新たな専従組織である心のケアセンターが立ち上げられることが多い。活動方針としては、健康リスクの高い被災者を調査などで見いだし重点的に支援する活動と、健康増進や住民の交流促進などを目的とした予防的な活動が挙げられる。最近では、前者はハイリスクアプローチ、後者はポピュレーションアプローチと呼ばれている。

本研究では1990年代以降の代表的な災害での活動内容をレビューした。体制整備については急性期の活動としてDPATを中心とした体制が確立しているのに比べると、災害規模や地域特性に応じて検討されるためタイムラグが生じてしまう課題がある。また、ハイリスクアプローチでは調査データの活用が現場に委ねられていることが多く、効率的に活用が難しいことがある。ポピュレーションアプローチでは現場の創意工夫によって興味深い活動が展開されているが、その実効性をどのように評価するか検討する必要があると思われた。

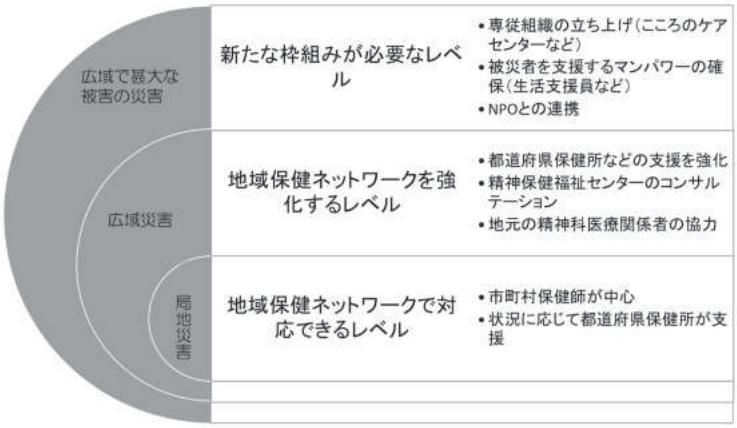
研究体制：加藤 寛、大澤智子

Ⅰ　中長期の精神保健活動の枠組み

復興期の精神保健活動の基本は、既存のネットワークを活用し、それを強化することである。市町村保健センター、都道府県保健所などが行う地域保健活動の中で、訪問による見守り、相談機会の提供、メンタルヘルスに関するスクリーニング、そして心理教育や啓発活動を行うこと、などが基盤になる。図に示したように、災害の規模や被災状況に合わせて、活動の担い手や組織体制は異なる。

精神保健に関する業務は、かつては都道府県および指定都市の保健所（以下、保健所と記載）がほとんどを担当していたが、この四半世紀の間に市町村の役割が大きくなっている。平時における精神保健業務の役割分担について、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（2012 年 3 月 30 日一部改正）では、保健所の役割は「市町村における一次的な相談では対応が困難なケースに対して専門的な支援を行うこと。具体的には、相談の結果に基づき、医療機関、障害福祉サービス事業所、その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク、家族支援等を行う」とされている。つまり、多くの地域では精神保健に関する相談や訪問の多くは市町保健師が担っており、災害後も同様である。したがって、規模が小さく被災地域が局所的な場合は市町村保健師が避難所などへのアウトリーチを行い、入院などの介入が必要な時に保健所の支援を受けることになる。災害規模や被災者数が多い場合には、保健所の関与がより求められるし、状況によっては外部から入った保健師チームや精神保健福祉センターが支援することになる。その際、保健師を中心とする活動の担い手が、災害がもたらす心理的影響についての知識を十分に持っておくことと、専門的知識や経験を持つ精神科医などからの指導が受けられる体制を作っておくことが必要になるだろう。

図　災害規模と精神保健活動の枠組み



Ⅱ　保健活動の方法

１．ハイリスクアプローチ

地域保健活動を基盤に据え、その中に精神保健活動を織り込むことには、いくつかの意義がある。その一つは、活動の主な担い手である保健師は被災者に受け入れられやすい職種であることが挙げられる。たとえ、被災による精神的影響を自覚していたとしても、それを主訴として相談や受診を自発的に行う被災者は限定的である。健康や環境に目を配り、予防的な活動をする保健師は、さまざまな問題を相談しやすい支援者であり、精神的苦悩を自然な形で吐露することができる。また、地域を熟知し、普段から訪問活動に手慣れていることも、有利に働く。活動の基本は、被災者のもとに足を運び、健康上の問題を見いだし、必要な支援をすることである。これを効率的に行うために、規模の大きな災害ではスクリーニングが行われる。身体面の健康状態とともにうつ症状や PTSD 症状のスクリーニングが行われてきた。スクリーニングを活用して、要支援者を特定し介入する方法はハイリスクアプローチと呼ばれている。

①　先駆的活動

1991 年の雲仙普賢岳噴火災害では、地元の保健師と長崎大学の精神科医が、地域保健活動の一環として精神的問題の把握と啓発に努めた。しかし当初は、長崎県や地元の保健関係者、そして医師会も精神保健活動の必要性への認識は乏しかったという。そこで、調査を実施し実態を示すことを活動の足がかりにしようとした。しかし、調査に対しては批判的な意見が多く、住民に結果を還元する、同意がない限り発表しない、などの条件を確認して、避難生活開始から半年後に調査が行われた。その結果、避難住民では精神健康に問題があると考えられる割合が、極めて高いことが示された。また、同時期に被災者の自殺が発生し、関係者もようやく精神保健活動の重要性を理解したという。その後の活動は、保健師による訪問活動と健康相談が主軸に据えられた。訪問に際しては、健康調査で用いた尺度(GHQ-30)でスクリーニングを行い、高得点者を保健師が訪問した。また、健康相談は、仮設住宅で定期的に開催し、単なる健康相談ではなく、講話、レクレーション、復興情報の伝達などと組み合わせて実施された。こうした保健師を中心とした活動を、長崎大学などの精神科医が助言指導し、被災後、約 5 年間にわたって継続した[1)]。

一方、1993 年 7 月に発生した北海道南西沖地震では、心理学者たちが北海道と奥尻町の災害対策本部に対して、心理的支援の必要性について提唱した。当時、北海道教育大にいた藤森らによれば[2)]、パンフレット配布、講演会の実施、巡回相談の実施などを提案し、もともと関係のあった児童相談所や、奥尻町教育委員会などはこの提案を積極的に受け入れ、藤森らが作成したパンフレットを、教職員や保護者に配布した。さらに、被災から 10 ヶ月目には GHQ-28 を用いた調査を、最も被災の激しかった奥尻島青苗地区の被災者を対象に実施し、影響の深刻さを関係者に伝えている。一方、奥尻町は被災後 2 ヶ月に実施した住民

基本健康診査の問診に、精神面の調査項目を入れ、フォローが必要と判断した約 1 割の住民に対して、個別支援を提供している。その後、島外の精神科医の支援を受けながら、保健師の訪問は長期に継続された。

② 阪神・淡路大震災

阪神・淡路大震災では、初年度である平成 7 年から被災者の健康調査が行われた。県保健所が管轄する地域の仮設住宅住民と対照群として典型的な被災地域から抽出した一般家庭および災害復興公営住宅への入居後はその住民も加えて実施された。初年度は自覚的な健康状態の認識、持病の有無と治療状況に加えて、被災の心理的影響について簡単な質問項目が入った調査票が使われた。その後、妥当性のある尺度を用いる必要性が指摘され、2 年目からはトラウマ反応についてヨーロッパの先行研究で使われていた PTSS-10 という尺度が使用され、さらに 4 年目には 1980 年代から欧米で広く使われ、その日本語版が標準化された出来事インパクト度尺度改訂版（IES-R）が導入された [2)]。また、栄養状況に関する項目なども数年後から加えられたため、質問票としては項目がかなり多いものになった。そのため高齢者の多い仮設住宅住民にとっては、記入が難しく回収率が低くなる可能性が高かったため、実施する上では保健師が聞き取るなどの工夫をしなければならなかった。

また、健康リスクの高い被災者に対する支援をどのように行うかも難問であった。平成 10 年度の調査で IES-R による PTSD 症状のハイリスク者の割合は、仮設住宅で 35.9%であったのに対して、災害復興公営住宅では 26.0%となっており、被災から 4 年目の時点で生活再建が進んだ者の方が、ハイリスク者の割合が低下しているという結果であった。問題は 4 年後になっても依然として 2 割から 3 割ものハイリスク者が存在していることであった。保健師や専従組織であるこころのケアセンター職員が重点的に訪問したが、関与すべき被災者の数に対して支援者のマンパワーは絶対的に不足していた。また、実際に訪問してみると被災者の主訴はそれほど深刻でないことが多かったし、訴えられる問題の多くは対人関係上の問題や、気分の落ち込み、体調不良などで、被災体験によるトラウマ症状であることは少なかった。したがって、調査で示された PTSD の問題をどのように理解すればいいか疑問を感じる支援者も多かった。

PTSD の特異的な症状は再体験と回避である。そのうち回避症状とは、トラウマ体験に関する考えや話題、想起させる状況などを避けることである。回避傾向によって、相談や受診を避けるなど、トラウマ体験の記憶に触れようとしないことはよく見られる。筆者らは震災から 3 年後に構造化面接を用いた調査を行い、PTSD の有病率を検討したことがある。それによると、調査時点で PTSD と診断できる割合は 9.3%、被災から現在までに PTSD と診断可能だった時期があった人の割合は 22.1%であった [3)]。この調査で特に印象的だったのは、PTSD と診断された被災者で、関与していた支援者が PTSD の可能性を認識していたのは 4 分の 1 に過ぎなかったという点であった。換言すれば PTSD は看過されることが多いということが理解できる。この調査を踏まえて、トラウマ反応に注目して関与するよう

にしたところ、主訴分類ではそれまで 2,3%であった PTSD 症状の割合が 10%にまで高まったことが報告されている[4)]。

③ 東日本大震災

東日本大震災後に宮城県ではプレハブ仮設と民間賃貸住宅を活用したいわゆる「みなし仮設住宅」の住民を対象とした健康調査が、H30 年度まで実施された。調査項目は属性、健診の受診状況、持病の有無と内容、自覚的な体調、食欲と体重変化などに加えて、K6、不眠、飲酒状況などのメンタルヘルスに関する項目が採用されている。K6 は総得点を 4 段階に区分し 13 点以上が気分障害または不安障害の可能性が高いとされており、国民生活基礎調査などでは全国平均として 4%前後が 13 点以上になることが多い。宮城県の健康調査で 13 点以上の高得点であった人の割合は、プレハブ仮設では H24 年の 9.5%から H28 年には 7.0%に低下したが、H29 年には 8.4&に上昇している。みなし仮設住宅では H23 年の 9.6%から H28 年には 5.8%に漸減している[5)]。この調査結果は県が集計解析した上で、市町に要フォロー者リストが還元され、それを元に訪問活動を強化することとした。この流れは合理的だが、現場の市町にとっては思わぬ負担をかけることになった。というのは、復興期の多忙な業務の中で、新たにハイリスク者の訪問を行うのはマンパワーが足りず困難だったからである。筆者は、調査結果をどのように活用するかについて宮城県南三陸町で助言してきた。当初は、K6 が 13 点以上となる住民の実数が 500 名を超えており、保健師だけではこなせる数ではないことが分かった。そのためハイリスクの基準を総得点 16 点に上げ、現実的に対応可能な人数に絞り込んで訪問することにし、並行してみやぎ心のケアセンターのスタッフと県保健所の保健師も協力する体制を作り対応した。その後、町保健師にも余裕が出来たので、数年後からは K6 総得点 13 点に引き下げて訪問を拡張することとなり、健康調査は有効に活用することができた。

２．ポピュレーションアプローチ

一方、健康増進や啓発を目的とする活動は、ポピュレーションアプローチと称される。災害後の心理的影響に関してパンフレットやウェブでの啓発資料の作成、講演会の開催、仮設住宅などに出向いて行う健康相談、住民同士の交流を深めるための行事の開催、など、幅広い活動が含まれる。以下に阪神・淡路大震災と東日本大震災での例を示す。

① 阪神・淡路大震災

阪神・淡路大震災当時は介護保険制度がなかったこともあり、健康管理や介護、生活支援を担うために、多くの試みがなされた。たとえば、生活援助員（LSA)、高齢世帯生活援助員、見守り推進員、交番相談員などの名称で、仮設住宅で大きな割合を占めた高齢者を支えるためのマンパワーが確保された。仮設住宅は郊外に作られることが多く、入居は抽選で決められた。したがって、知らない者同士が軒を連ねることとなり、新たなコミュニティをど

のように作っていくかが課題となった。行政は50戸以上の仮設住宅には集会場を作り、さまざまな催しをとおして住民同士が知り合い、共同体が熟成されていくことを期待した。この集会場は「ふれあいセンター」と呼ばれた。実際に、健康相談会やボランティアが主催する茶話会などの催しが数多く開催され、マッサージ器などが設置されて住民同士の交流が促進されたところもある。しかし、集会場に来るのは活発な女性が多く、姿を見せない住民にどのように接近するかが課題として指摘されていた。

② 東日本大震災

岩手県陸前高田市では、被災前に9名いた保健師が被災により6名が亡くなったために、地域保健活動は危機的な状況に陥っていた。被災前から事業に協力していた公衆衛生の専門家や市で勤務経験のある保健師OBの大学教員などが中心となって、対策を協議する「保健医療福祉未来図会議」が結成された。その中で、地域コミュニティにおける人々の結びつきを強化する、つまりソーシャルキャピタルを強化する取り組みが必要という提案があり、「はまかだ運動」と称されたキャンペーンを展開することになった。これは集まるを意味する「はまる」と、話すを意味する「かだる」という方言を用いた造語で、市の色々な場所と機会に、住民同士が語り合える場所を提供しようという活動である。たとえば、住民健診や3歳児健診などの傍らに交流スペースを設けて、住民同士の交流を促進するという試みである。仮設住宅など被災者が集まっている場所で、茶話会など住民同士の交流を図る催しは、多くの地域で行われるが、地域社会のさまざまな場所と機会を利用した活動は非常にユニークである[6)]。

Ⅲ　専従組織の設置

被災程度が甚大で地域内のマンパワーでは対応できない場合や、社会的関心が高く何らかの象徴的な事業展開が求められる場合には、新たな専従組織を立ち上げることになる。自然災害の中で特に地震は、強い衝撃を個々の被災者だけでなく社会全体に与える。報道をとおして、高い社会的関心が寄せられるため、心理的支援の必要性が同じ規模の風水害などと比較すると、強調される傾向がある。こうした要請に応える形で、阪神・淡路大震災以降の四つの震災で「こころのケアセンター」が設置されてきた。

1. 阪神・淡路大震災後のこころのケアセンター

その嚆矢となったのは阪神・淡路大震災で、被災から数ヶ月後にはすでに構想が始まり被災から5ヶ月後の1995年6月に開設された。財源は阪神・淡路大震災復興基金であり、年間3億円の資金が投入されたのは画期的な試みであった。復興基金は民間団体による活動

への助成が原則であり、県や市が直接執行する事業には資金が拠出されないという規定があったため、運営を委託する民間団体が検討されたが、候補となった団体の多くから断られ、結局、兵庫県精神保健協会（当時）に委託されることになった。この団体は、啓発活動を目的として設立されていた任意団体で、年数回の講演会を開くだけの活動がその実態であり、精神保健センターの職員が細々と運営していた。そこに大事業が委託されることになったのである。組織を強化するため、県の精神保健担当課からベテランの精神保健相談員が出向し、全体のコーディネート役を担うこととなった。スタッフは公募され、心理士を中心に約40名が新たに雇用され、5年間の期間限定で活動した。

この枠組みをモデルにして新潟県中越地震および中越沖地震、東日本大震災、熊本地震の復興期には、それぞれセンターが設置された。

2.東日本大震災での専従組織

東日本大震災でも専従組織が各県に設置された。国は、従前からあった障害者自立支援対策臨時特例交付金を積み増し、「東日本大震災に係る障害福祉サービス等の復興を図る措置」の一環として、各県が実施主体となって心のケア事業を行うこととした。当初の予算は各県とも約9億3千万円であり、交付された県が取り崩し型の基金を設置し事業の運営にあたった。これは、こころのケアセンターの財源が運用型基金であった阪神・淡路大震災や中越地震とは異なる点である。平成23年12月に宮城県が基幹センターを仙台に開設したのを皮切りに、各県ともに被災地に地域センターを設置している。宮城県、福島県では前例と同じく精神保健福祉協会が受託し、岩手県では自殺対策などの精神保健施策を県とともに推進してきた岩手医科大学が運営主体となった。その後、財源は東日本大震災復興特別会計に移り、厚生労働省所管の「被災者の心のケア支援事業」として国から交付されている（平成25および26年度は全体で18億円）。なお、この事業以外に心のケアに関連する事業として、被災の影響を受けている子どもに対する支援事業（厚生労働省、平成26年度40億円）、被災地健康支援事業（厚生労働省、平成26年度10億円）、学びを通じた被災地の地域コミュニティ再生支援事業（文部科学省、平成26年度12億円）、緊急スクールカウンセラー等派遣事業（文部科学省、平成26年度37億円）など、重層的な事業が展開され、類を見ない多額の公的資金が投入されている。　今回の心のケアセンター設立の際、過去の災害と異なる試みとして次のような工夫がなされている。まず、東北地方はもともと精神保健に関わる専門職が少なく、マンパワー確保に困難が予想されため、厚生労働省が各職能団体に依頼し全国から広く募集した。待遇面でも経験に応じた給与水準にするなど、応募しやすい環境を整えた。また、県保健所の中に地域センターを設置し密接な連携を取っている場合がほとんどで、地域によっては被災市町に職員を派遣し通常業務を支援するなど、行政組織との関係が強い。そして、事業の方向性として支援者の支援と啓発活動を重視していることや、自殺予防などの被災前から地域が抱える精神保健の課題に取り組もうとしているのも、特徴といっていいだろう。さらに、各県の大学医学部に寄付講座を設置し、研究やスタッフ教育に取

り組ませているのも、これまでにない方法である。

宮城県では、すでに 4 月の時点で復興期の対策として心のケアセンター設置が議論され、情報収集や国との折衝を重ねながら、8 月に県議会で承認、9 月には委託先を先例に倣って宮城県精神保健福祉協会に決めた。12 月には県庁近くに基幹センターを開設し準備を加速し、翌年 4 月には石巻と気仙沼に地域センターを設置し、実際の業務を開始した。職員は県内から入職した者が 8 割を超えており、職種としては精神保健福祉士が最も多い。センターは被災者支援組織としては、最も遅く活動を始めたために、市町の保健部門や先行組織との信頼関係を築くのも大きな課題であったという。

事業の柱は①訪問活動、②支援者支援、③普及啓発、④人材育成などが挙げられている。訪問については、平日日中の活動であるため女性と高齢者に偏る傾向があり、介護予防などの認知症対策を含む高齢者特有の問題に関するスキルが必要であったと指摘されている。また、宮城県が経年的に行ってきた健康調査で K6 によって精神的問題についてスクリーニングがされており、そのハイリスク者のフォローを引き受けたことで、訪問機会が増えるとともに、関係機関とのつながりも強化された。

みやぎ心のケアセンターの一つの特徴は、雇用した職員の一部を被災自治体に出向させたことである。出向職員は研修などは他のセンター職員と同様だが、日常活動は出向先の指示に従う形で勤務した。希望のあった自治体に派遣しており、令和 2 年度まで東松島市、石巻市、女川町、南三陸町、気仙沼市などに出向した。出向職員の訪問活動は、基幹センターや二つの地域センターが行った訪問より圧倒的に多く、その役割の重要性を明示している。

その後、被災地の復興状況と復興庁の方針に沿って、令和 7 年度に活動終了することとし、発災から 10 年経過した令和 3 年度からは事業を徐々に縮小し、各種事業の関係機関へ緩やかに移行・継承していくこととしている。しかし、もともと精神保健のリソースが少ない地域であり、センターが 10 年余りの期間で行ってきた活動をスムーズに継承できるかが大きな課題となっている

3.専従組織が直面する課題

こころのケアセンターは、被災後の心理的問題に対応する象徴的な存在に確かになるだろう。しかし、新たな組織をまったく準備がない状況から設置するためには、大変な調整が必要になる。県の精神保健担当課や精神保健福祉センターの職員が尽力して、求人、資金確保と予算作成を行う。最大の障壁になるのは関係機関との調整で、委託先の選定、保健所や市町との調整などに奔走して開設にこぎ着けなければならないし、また、運営の核となる人材を捜すのもとても難しい。

実際の活動では、現実と理想の大きなギャップに直面することが報告されている。阪神・淡路大震災後に作られたこころのケアセンターの職員は、当初から高い壁に苦悩した。社会からの期待は大きいのに、関係機関には受け入れられず、何から手をつけていいか分からない日々の活動をとおして感じたストレスは大きかった。また、待遇が満足のいくものではな

かったことや、期間限定の事業だったことなどから、職員の定着率は悪く 5 年間継続できた者は約 2 割だった。同様に新潟県中越地震や東日本大震災で作られたセンターでも、高い障壁にぶつかりながら、地道に地域に浸透しようと努めてきたことが、報告されている。その大きな理由はセンターが設置されるのは概ね 1 年後であり、いわば最も遅れて被災者支援活動に参入した組織となるからである。そのため地域のネットワークで認知されるためには、時間が必要となる。また、職員の職種や経験によっては、アウトリーチ活動に不慣れであったり、行政組織のやり方に馴染めなかったりすることも多く、組織として活動が軌道に乗るまでには数年を要することが多い。過去の反省を踏まえて、東日本大震災ではスタッフの雇用条件を見直したほか、地域活動に馴染みやすい精神保健福祉士を多く雇用し、被災自治体に出向させるなどの工夫がなされているが、完全に困難を避けることは難しかったのが現実である。さらに、有期限の組織であるため、活動が軌道に乗った後は終結に向けた準備を始めなければならず、対応したケースや拡大した事業をどう継承するか、職員の就労場所の確保などの問題に、直面することになる。

Ⅳ　おわりに

大災害後の精神科医療および精神保健活動においては、DPAT が整備され、指揮命令系統、情報管理の方法などが確立されたことによって、急性期の活動は円滑に行われるようになった。中長期の活動も、ある程度は類型化出来るが、被災状況と被災地内のリソースによって、方向性を調整する必要がある。長期に外部支援を期待することは難しいので、地元の関係者が主役となるが、自身が被災していることも多く、十分な活動が展開できないことも多い。また、専従組織を作ったとしても活動が軌道に乗るまでには年単位の時間が必要となることが多い。こうした課題を認識しながら、中長期の活動について議論を重ねていく必要がある。

■参考文献

1. 太田保之：自己評価尺度にみる避難住民の精神医学的問題-GHQ30 項目版の得点を指標として．大田保之編著：災害ストレスと心のケア-雲仙・普賢岳噴火災害を起点に　医歯薬出版，東京，　p113-131, 1996
2. 兵庫県健康福祉部：平成 10 年度　被災世帯健康調査報告書，兵庫県, 1999.
3. 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害-構造化面接による評価,加藤寛,岩井圭司,神戸大学医学部紀要,60,1-9,1999
4. 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター：こころのケアセンター活動報告書平成 11 年度-5 年間の活動を終えて.神戸、2001
5. 宮城県：東日本大震災災害公営住宅等入居者健康調査検証事業報告書：https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kensui/oukyuukasetsujyutaku.html (2024.7.31)

6.　陸前高田市保健課：はまってけらいん、かだってけらいん（はまかだ）運動推進事業
https://www.niph.go.jp/soshiki/11kokusai/hc-renkei/wp-content/uploads/files/03210.pdf
（2024.7.31）