

## 特別論文

## 災害時のメンタルヘルスと自殺予防

オオリイ 大類	マサツグ 真嗣 <sup>*,2*</sup>	タ ナカエイザブロウ 田中英三郎 <sup>3*</sup>	マエダ 前田	マサハル 正治 <sup>4*</sup>	ヤギ 八木	ジュンコ 淳子 <sup>5*</sup>
コンドウ 近藤	カツノリ 克則 <sup>6*</sup>	ノムラ キョウコ 野村 恭子 <sup>7*,11*</sup>	イトウ 伊藤	ヒロト 弘人 <sup>8*,11*</sup>	オオヒラ 大平	テツヤ 哲也 <sup>9*,11*</sup>
イノウエ 井上	アキオミ 彰臣 <sup>10*</sup>	ツツミ 堤	アキズミ 明純 <sup>10*,11*</sup>			

## 要旨

大震災の支援に当たった専門家による研究成果と経験に基づき、災害時のメンタルヘルスと自殺予防に資する留意点についてまとめた。

支援の対象と支援方法の重点は、被災からの時期・段階によって変化する。とくに被災による避難時と避難指示解除時とはともに留意が必要である。対象のセグメンテーションを行い、必要な支援を必要なタイミングで届ける必要がある。

真に支援が必要な対象やテーマは表出されない場合があることに留意する。震災後に生まれた子どもや母親の被害、高齢者の認知症リスクも増えることが観察されている。被災者だけでなく、その支援を行う自治体職員や保健医療福祉職員のメンタルヘルスにも配慮する必要がある。避難地区だけでなく避難指示解除地区においても自殺率が高いという知見も得られている。

教育や就労支援、社会的役割やサポートまで、総合的・長期的な支援が必要で、保健医療関係者だけではない分野横断的なネットワークの構築が平時から必要である。

危機的な状況であるほど、なじんだ手段しか使えない。平時からの教育・訓練・ネットワーク化で被害の緩和を図っていく必要がある。

**Key words** : 支援者の支援, 社会的弱者の支援, ソーシャルキャピタル, 被災後の時間的経緯, 被災者支援, 避難所・仮設住宅

日本公衆衛生雑誌 2020; 67(2): 101-110. doi:10.11236/jph.67.2\_101

## I 緒 言

津波、原子力発電所事故を併発した複合災害となった東日本大震災は、未曾有の被害規模をもたらした。発生後8年を経過した現在も多数の避難生活者を抱え、地域住民に、心的外傷後ストレス障害

(PTSD) やアルコール乱用などの慢性的な精神障害、また自殺をはじめとする重篤かつ多様なメンタルヘルスの課題を投げかけている。単一のパターンとして発生することのない災害に伴うメンタルヘルスは、その支援対象とともに、多様な状況を想定する必要がある。女性や子ども等社会的な弱者のみならず被災者を支援する者まで、その支援の対象は多岐におよび、その解決策も一つの地域、一つのセクターのみで対応できるものではない。

日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会は、第77回日本公衆衛生学会総会(2018年、福島)において、「震災後の自殺・メンタルヘルス対策～研究成果から具体的な対策へ～」をテーマとしたシンポジウムを企画し、大震災の被災地で実際のメンタルヘルス・自殺対策に関わっている研究者および医療者に、彼らの研究成果と現状における課題を挙げていただいた。現場における経験は、今後の防災公衆衛生活動にとってたいへん示唆に富むものであ

\* 仙台市精神保健福祉総合センター

2\* 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座

3\* 兵庫県こころのケアセンター

4\* 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座

5\* 岩手医科大学神経精神科学講座

6\* 千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門

7\* 秋田大学大学院医学系研究科衛生学・公衆衛生学講座

8\* 独立行政法人労働者健康安全機構

9\* 福島県立医科大学医学部疫学講座

10\* 北里大学医学部公衆衛生学単位

11\* 日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会

責任著者連絡先: 〒324-0374 相模原市南区北里 1-15-1 北里大学医学部公衆衛生学単位 堤 明純

り、発表いただいた内容を日本公衆衛生学会誌上でまとめることにより、公衆衛生活動に携わる方々に広く役立てていただくことにした。

## II 阪神・淡路以降の震災関連の研究の進歩

災害が人々の生活や心身の健康に様々な影響を与えることは周知の事実である。わが国では1995年の阪神淡路大震災以降、被災者の精神健康が大きく注目されるようになった。被災県である兵庫は、1995年から4年間、仮設住宅や復興住宅などの被災者を対象とした健康調査を実施し、急性ストレス反応、PTSD 反応、アルコール依存などの実態を明らかにした<sup>1)</sup>。このような調査の多くは保健師により実施され、地域保健活動にも活用された。また、被災者の心のケアにあたる専従機関として、はじめて「兵庫県精神保健協会こころのケアセンター」が設置された。このセンターは時限組織であったため、その後災害復興の知見を継承する形で2004年に恒久的な機関である「兵庫県こころのケアセンター」が設立された。田中は、阪神淡路大震災から20年弱が経過した2014年8月に、この震災に関連しどのような研究がなされてきたか、とくに精神保健に関する成果について系統的な文献レビューを実施した<sup>2)</sup>。その結果を要約すると表1のようになる。

阪神淡路大震災の被災者の長期的な精神健康に関しては実証的なデータが不足していることが明らかになった。この理由としては、災害時は調査研究より被災者支援が優先されるため、ベースラインに十分なデータを取ることが困難なことや、災害による影響で人の移動が多くなり、長期的なコホート調査を行にくいことなどが考えられた。震災後の自殺率の経年推移には一貫しない傾向が観察された。そこで田中は、発災20年目（2015年）に被災者と支

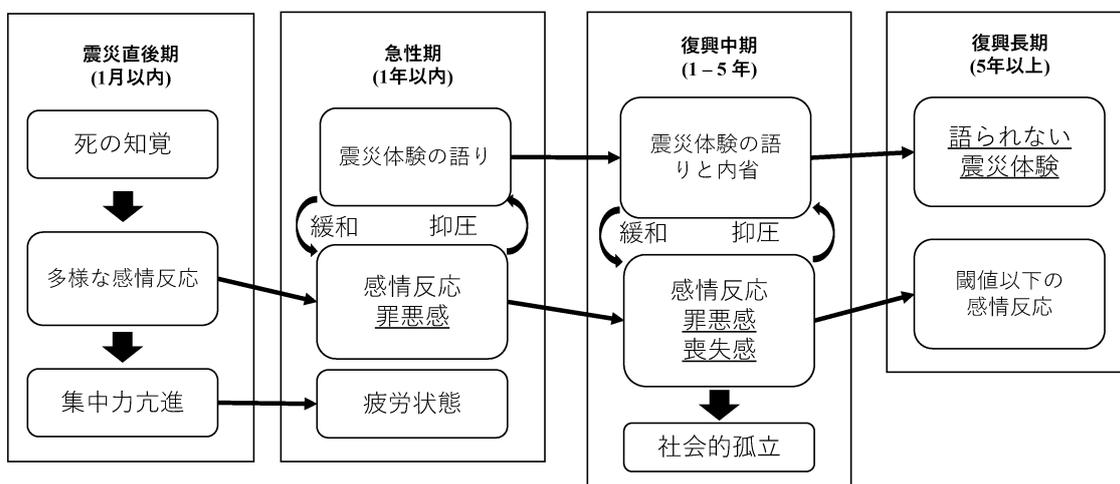
援者を対象にその心理的回復過程を明らかにするための質的インタビュー調査を実施した<sup>3)</sup>。

具体的には、合目的なサンプリング法を用いて直接の被災者、救助活動に当たった消防士、避難所巡回など保健活動にあたった保健師、震災によるPTSD から回復した方、合計20人対象として、一対一の in-depth interview を実施した。すべてのインタビュー内容は逐語録に起こし、質的データ分析支援ソフト (Nvivo11) に入力した。分析の方法論は、Charmaz の社会構成主義的グラウンデッドセオリーを採用した。分析は著者 (田中) が主導し、もう1人別の独立した coder が分析プロセスに関わっ

表1 震災に関連しどのような研究がなされてきたか、とくに精神保健に関する成果

- 半数以上の調査研究は発災2年以内のものであり、中長期の被災者の精神保健に関する情報が不足していた。
- 横断調査がほとんどで、因果関係や長期的な経過が推定できないものが多かった。
- 発災直後期の研究では、半数近い被災者が、不眠、抑うつ、イライラなど非特異的ストレス反応を示していた。
- 発災1年目頃には、被災体験の強度とトラウマ反応のリスクの関連が報告されていた。
- 発災10年目では、被災体験の心理面への影響は極めて限定的になっていた。
- 震災遺族、看護師、消防士などでは、10年目以降も震災に関連した PTSD 症状が高い割合で残存していた。
- 自殺に関しては、発災後2年目に神戸市の自殺率が全国より低下したという研究と、阪神淡路大震災など大規模災害後、被災地域の自殺率が上昇していると推定した研究があった。

図1 阪神淡路大震災の被災者の心理的回復過程モデル



た。本分析では、発災1か月以内を震災直後期、1年以内を急性期、1-5年を復興中期、5年以上を復興長期として時期に応じたテーマを抽出した。以下に質的データ分析により生成されたモデル図を示す(図1)。

被災者らは、震災直後には多彩な感情反応を示すが、時間経過とともにこれらの感情反応は軽減していった。その中でも、「罪悪感」と「喪失感」は比較的長期に渡るテーマであった。震災体験の語りと内省が感情反応の軽減を促進していた。しかし、震災後20年経っても語るができない、あるいは語られない震災体験の存在と診断閾値以下の心理的苦痛を抱えたまま適応的に生活している被災者の存在が疑われた。中長期的な被災者の心理的支援は、苦しみ声を上げられないまま一見普通に生活している方々にどのようにケアを届けるかということが課題として挙げられた。

### Ⅲ 時期・段階によって変わる対象と支援方法の重点

阪神淡路大震災16年後に発生した東日本大震災では、発災直後から、公衆衛生活動に資する情報が記録され、長期にわたって継続している。

その成果の一つとして、東日本大震災では、福島県の被災地における継続的な調査の結果、長期的・計画的な支援の必要とともに、被災後の時期に応じた対策(ニーズ)の変化があることが明らかになっている<sup>4-6)</sup>。

大類らは、東日本大震災後の福島県の被災地・避難区域内の状況の変遷と、各時期に行った自殺・メンタルヘルス対策の概要において、被災後の時期に応じて必要な対応が変化していることを報告している。彼らは、被災直後から避難所から仮設住宅への避難先が変わる被災後3-6か月後を想定した「被災直後・急性期」、災害公営住宅への入居が開始される時期(被災後5-6年後)を想定した「復興期」、その間に当たる「中長期」(被災後おおそ半年後から5-6年後まで)の期間を想定して、各フェーズで必要な支援を整理した。

震災直後・急性期の混乱した時期には、避難所で避難する方のトラウマや喪失体験へのケア、中長期には、仮設住宅中でのコミュニティ形成のサポートが求められ、また、個々人のうつやアルコール、認知症などの多様なメンタルヘルスへのニーズが把握された。復興期に入ると、仮設住宅で構築されたコミュニティが再び分離されることがイベントとして挙げられ、相談内容も、帰還などで家族との意見が相違していることや、帰還しないと決めたとして

表2 東日本大震災後、福島県の被災地における継続的調査で明らかになった被災後の時間的経緯・段階と必要な支援

震災直後・急性期 (被災直後から被災後3-6か月後)	避難所で避難する方のトラウマや喪失体験へのケア
震災中長期 (被災後おおそ半年後から5-6年後までの期間)	① 被災者のうつやアルコール、認知症などの多様なメンタルヘルスへのニーズ ② 仮設住宅中でのコミュニティ形成のサポート
震災復興期 (被災後5-6年後)	仮設住宅で構築されたコミュニティの再分離、帰還などで家族との意見が相違していることや、帰還しないと決めたとしても、元の住居の家屋や土地をどうするといった多彩な相談内容

も、元の住居の家屋や土地をどうするのか、悩んでいる被災者も多いことを経験している(表2, 図2)<sup>7)</sup>。

その他にも、岩手県における障がいを抱えた小児とその母親を対象とした調査や岩手・宮城・福島の3県における母子の調査では、時間的経緯とともに、病理性が深まっていく親子の存在や<sup>8)</sup>、震災後時間が経過すると(6年後の観察)震災に直接関連するというよりは、日常生活の不安や抑うつが多いことが確認されており<sup>9)</sup>、時間的経緯の中で埋もれてしまう支援対象がいることに留意する必要性が示されている。

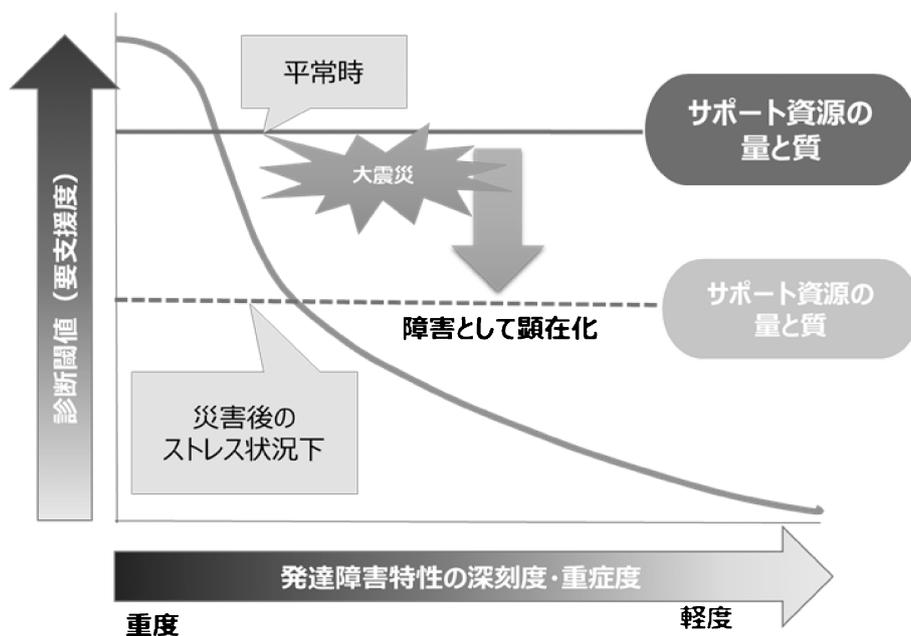
### Ⅳ 社会的弱者：とくに母子や障がいを抱えた小児等への支援の必要性

八木は、支援すべき対象者として、女性(母親や養育者)、子ども、障がいを抱えた小児等の社会的弱者への支援の重要性を強調している。コミュニティの自然なサポートによって何とか支えられていた人たちが、コミュニティの崩壊や離散によるサポート資源の目減りによって要支援者として顕在化するとともに、取り残されてしまうリスクがある(図3)。岩手・宮城・福島の3県における八木らの調査では、震災を直接体験していない幼児(震災後の1年間に出生し、非常事態下で乳児期を過ごした子ども)の発達の遅れや、保護者(支援者)のメンタルヘルス問題の深刻さが示され<sup>10)</sup>、彼らに対する長期的支援は大切で、その支援には、近隣の相互信頼(ソーシャルキャピタル)も寄与するとしてい

図2 避難区域内の自殺・メンタルヘルス対策の変遷  
(福島県の被災地における、主に一般住民を対象とした継続調査より)



図3 サポートのレベルと発達障害診断閾値の関連  
(岩手医科大学いわてこどもケアセンター等の臨床データの分析から概念化した)



る<sup>11)</sup>。また、母親のメンタルヘルスと子どもの発達の遅れに相関があり、震災後に生まれた子どもの40%が何らかの支援を要する状態であるとしている。子どもは自らヘルプを求めることは少なく、大

人しい子どもほど取り残される危険性があることに留意する必要がある<sup>12)</sup>。

前田と竹林は、復興支援者および就労者に対する広域かつ長期的な支援の必要性を指摘している。福

図4 福島被災自治体職員への精神医学的面接結果

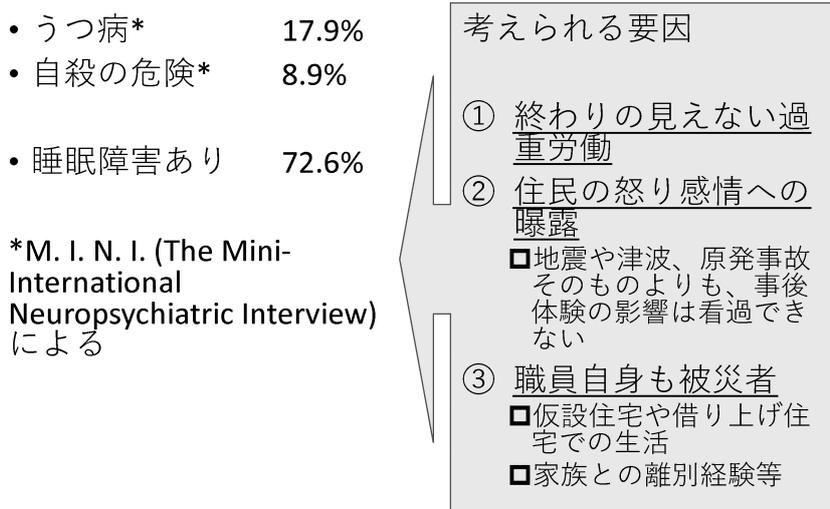
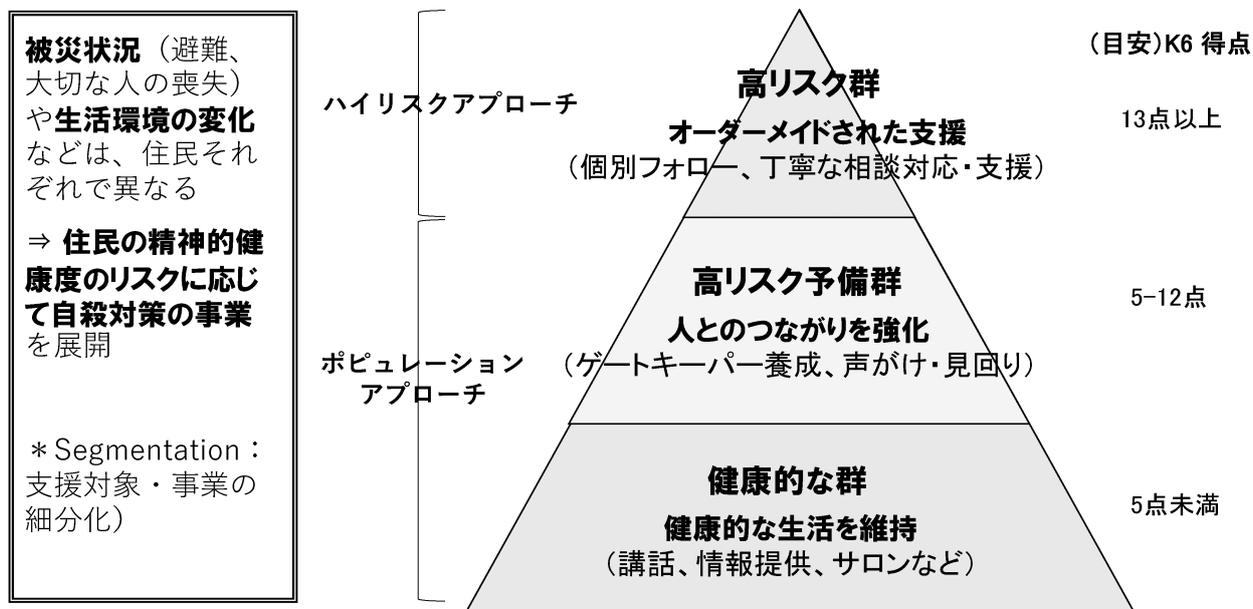


図5 被災地における自殺対策・支援方針



島では2011年の震災以降、他被災県に比しても非常に困難な復興を目指している。除染やインフラ整備はかなり進捗し、多くの避難市町村が帰還可能となった一方で、帰還率の低さや高齢化と言った問題に苦慮している。前田らは、ふくしま心のケアセンターとともに自治体職員調査・支援に当たってきたなかで、一部の市町村ではうつ病の多発といった深刻な事態が引き起こされていることを明らかにした。数多くの面接の結果から、終わりの見えない過重労働に加え、住民の怒りに暴露されたこと、あるいは職員の被災者性が非常に強いことなど複合的な要因が関わっていることが明らかとなっている(図4)<sup>13)</sup>。

### V 対象の状況や特性に応じた支援の工夫

心理的教育によりメンタルヘルスが改善していくこと<sup>14)</sup>、種々の働きかけにより全体に回復傾向が見られていることが示されており(八木;未発表データ)、介入により効果が期待できる。

大類らは、東日本大震災後の支援に当たり、リスクの程度でセグメンテーションを行い、福島県の被災地・避難区域内での自殺対策を行っている(図5)。被災状況や生活環境の変化が個人によって異なっていたため、精神的健康度に応じた自殺対策の事業を展開した。精神的健康度の把握には、比較的簡便な調査票であるK6が用いられた。

大類らは、K6が5点未満のような健康的な群へは、健康的な生活が維持できるような講話や情報提供を行い、K6が5-12点までの、高リスク予備群へは、「人とのつながりを強化するような事業」ということで、ゲートキーパー養成や、民生委員、仮設住宅の自治会長による声かけや見回りなどを依頼し、住民同士のつながりを意識して、事業を進めた。K6が13点以上のリスクの高い群へは、直接訪問するなどして状況を確認し、必要に応じて個別に丁寧な相談対応などを行った<sup>7)</sup>。

大類らは、福島県の被災者のメンタルヘルス支援に当たり、その危険因子と保護要因についても検討を行っている。東日本大震災および原子力発電所事故による避難区域内に居住していた避難者180,604人を対象とし、震災後の2012年2月に実施した自記式調査票にて「震災前の飲酒行動が『飲酒しない』と回答」し、かつ「現在の飲酒行動が『飲酒している』と回答」したものの3,569人を新規飲酒開始者と定義して、新規飲酒開始と「精神的苦痛(K6 13点以上)」「睡眠障害あり」「災害関連体験あり」「震災による失業あり」「放射線被ばくによる健康不安あり」が有意に関連していることを示し、震災による体験などにより生じた精神的苦痛や睡眠障害を『自己治療』的に改善するために飲酒行動をとった可能性を示した<sup>15)</sup>。

さらに、震災発生からの時間の経過により復興の兆し(避難指示解除、帰還や復興公営住宅への転居など)が見え、精神的健康度が保持・回復している群も少なからず存在することから、避難区域内の労働者の“精神的健康度の保持”に関連する要因を検討した。原子力発電所事故による避難区域内で事業を続けていた事業所(2社、276人対象)では、震災前と比較して、「業務負担」や「通勤時間」が増

え、生活習慣でも「睡眠時間」や「運動習慣」が減少し、「3kg以上の体重増加」や「飲酒量増加」が認められた。

勤務環境、生活環境が大変な状況下でありながら、精神的健康度を保持できていた従業員が51.9%おり、「身体活動量の保持・増加」「良好なソーシャルネットワーク」「ほぼ毎日笑う習慣」「仕事・家庭生活に満足している」ことが、精神的健康度を保持できる要因であることがわかった。平時の産業保健でも言われていること、すなわち“あたり前の生活を維持できたこと”が、結果的に精神的健康度を保持できた要因であることを見出した<sup>16)</sup>。

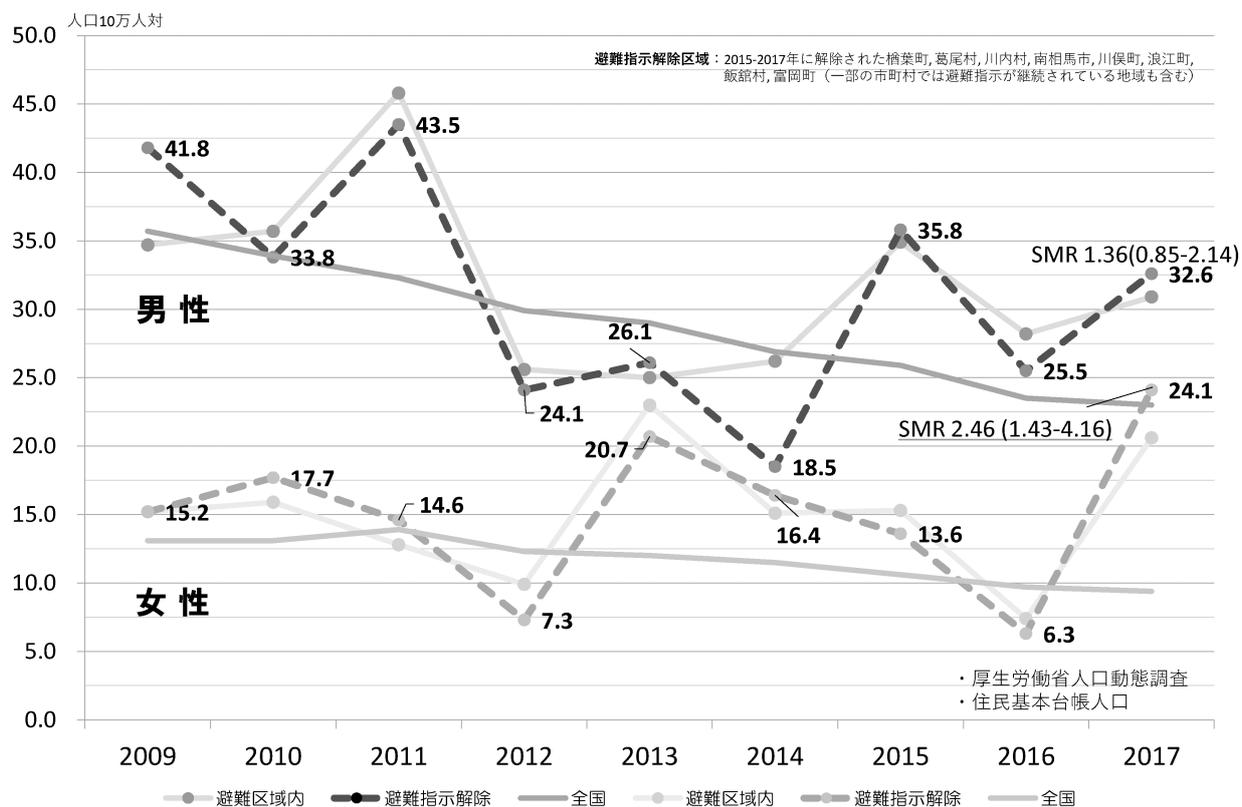
さらに、福島県内の避難区域内外の20-79歳の住民500人ずつ計1,000人を対象に、精神的健康度の回復に関連する要因を調査した。「震災前から現在に至るまでの精神的健康の変化」として最も当てはまる軌跡を選択させたところ、「身体活動量の維持・増加」「震災前からの友人の交流」「社会的役割(social role)」が、精神的健康度の回復を促進していることが明らかになり、ソーシャルネットワークの維持やサポートを受けるだけではなく、“社会的役割(social role)を担うこと”も重要であることを示した<sup>17)</sup>。

前田と竹林は、福島県の自治体職員の支援体制を念頭に、職員の支援体制として、より広域かつ組織的な支援の必要性に言及している。彼らは、今後も困難な状況が続く中どのようにして自治体職員のケアを行うかを課題としてとらえ、職員が置かれた深刻な状況を考えると、通常の上司・部下におけるケア、すなわちラインケアのみでは限界があり、専門機関に所属する臨床心理士や保健師、ソーシャルワーカーなどによるライン外ケアが非常に重要であると考えた。具体的な内容については、図6に示す

図6 被災者支援を行う自治体職員に対して考えられる専門的支援の形

組織へのケア	職員へのケア
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 管理職を対象としたメンタルヘルスに関する講演</li> <li>• 一般職員を対象としたメンタルヘルスに関する講演</li> <li>• 人事労務担当者との面談(コンサルテーション)</li> <li>• 管理職との面談(コンサルテーション)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 個別アセスメント面談</li> <li>• <u>継続的なカウンセリング</u></li> <li>• 復職(リワーク)支援</li> <li>• 身体をリラックスさせる練習</li> <li>• 考え方を柔軟にする練習</li> <li>• 節酒プログラム</li> <li>• 医療機関、相談機関、ケアセンターへの紹介</li> </ul>

図7 原子力発電所事故の避難指示区域の自殺率の推移  
(福島県における主に一般住民を対象とした調査から)



ような種々の支援プログラムが考えられている。なかでも、継続的なカウンセリングが実施できるような体制は非常に重要と考えられ、そのためのシステム作りが大きな課題となる。わが国は災害常襲国であるが、このような自治体職員支援はいまだ十分とはいえない。とりわけ自治体職員は長期的な復興の先兵であり、彼らの活躍なくしては復興も進まない。こうしたことに関する行政レベルあるいは市民レベルでの理解をいかに広めていくかが大きな課題と考えられる。

組織的な体制に加え、支援者は、自分がきついとは言えずにストレスをためてしまうため、支援者となり得る消防などでは、一般の健康教育として、セルフコントロールを学んでもらう必要もあるとしている。

### Ⅵ 平時との違い：災害時のメンタルヘルス・自殺対策に特異的なこと

大類は、災害時のメンタルヘルス・自殺対策に特異的なこととして、平時との違いを整理した。

ひとつは「避難」という要素を考慮しなければならない点で、物理的環境の変化、コミュニティの変化、役割の喪失に留意しなければならない。

避難所・仮設住宅といった平時とは異なる生活環

境の変化は大きい。一軒家から集合住宅に移ることになり、生活音が気になり睡眠障害など精神的苦痛を訴える被災者も多い<sup>18)</sup>。今まで築き上げてきたコミュニティが崩壊し、孤立・孤独（とくに民間借り上げ住宅への避難の場合、元のコミュニティでの集団での避難が不可能）となりがちである<sup>19)</sup>。また、仮設住宅の狭さや、避難後の通勤・通学の利便性などといった理由から、二世帯・三世帯同居家族での生活維持が困難となり世帯分離が進んでいることが認められている<sup>17)</sup>。

世帯分離が進んだ結果、家族内での役割が変化する。たとえば、大人数の食事の準備などの必要がなくなる、畑仕事の必要性がないまたは不可能な状況になるなどの変化がある。農業・酪農・漁業に携わっていた住民は避難のため、慣れ親しんだ仕事を継続できなくなり、土地、家、墓などを先祖代々受け継ぎ、次世代に受け渡す継承者としての役割を喪失するものもある<sup>20)</sup>。すなわち、自殺のリスク要因となりうるイベントが平時であれば「個人レベル」で発生するところ、災害時では「大きな集団」で発生する可能性があることに留意が必要である。

中長期的な視点では、震災直後のPTSDといったトラウマ反応を示す割合は徐々に低下し、中長期・復興期でのうつ・アルコールや生活問題へ問題

が変化していた。大類らは、トラウマ反応が生じている(Post-traumatic Stress Checklist: PCL 44点以上)の割合は支援が必要な方は当然いるものの被災以降減少傾向にはあるが、時間の経過により問題は問題飲酒や生活上での問題を抱えている方が顕著になっていることを確認している<sup>19,21)</sup>。

“被災”という大きな出来事だけではなく、“避難指示解除”も自殺死亡率が変動する可能性があるため、「避難指示解除」という平時へと移行する時期もメンタルヘルス・自殺対策には不可欠である。これまでの大規模災害後には被災後しばらくの時間経過の後に自殺死亡率が上昇することが認められている<sup>22~25)</sup>。一方で、避難指示解除後も上昇することも確認されている。図7は、福島県内の原子力発電所事故の避難指示区域の住民と全国の自殺率の推移をグラフ化したものである。避難指示が解除され始めた2015年以降、被災地の男性の自殺率は全国水準よりも高く推移していた。女性の自殺率は、避難指示が解除された市町村が半数以上を占めた2017年に急激に上昇し、標準化死亡比(SMR)が2.46で全国の自殺率よりも有意に高い自殺率を示した(図7)<sup>15,24)</sup>。

## Ⅶ 平時からのヘルスセクターを超えた支援体制構築の必要性

ヘルスセクターのみでない長期的な視点で支援をする必要がある。

東日本大震災では、福島県の避難指示解除区域(広野町、田村市除く)で、プレハブ仮設住宅入居者数(ピーク時20,000人超)は2016年4月の13,157人から、2017年4月には6,715人と49%の減少し、2018年4月の入居者は1,505人と前年より78%減少している。避難指示解除区域では2018年3月には精神的損害への賠償が終了し、避難指示解除区域では、2019年3月には仮設住宅の無償提供が一部の町を除き終了している。今後、(帰還・避難先への転居などによる)仮設住宅で築かれたコミュニティの再分離や(賠償金・仮設住宅の無償供与終了による)経済的支援の終了に伴うメンタルヘルスの悪化が予測される。

復興期における自殺・メンタルヘルス対策には、これまでのアプローチに加え、再分離されたコミュニティの再構築支援(住民も巻き込み、social roleを意識)や就労・生活支援も含めた“健康支援だけではない多様な支援”が必要である。

平時からのとりくみとしては、田中が所属する兵庫県こころのケアセンターが設立以降国際協力機構と共同で実施してきた災害精神保健プロジェクトの

経験が、中長期的な災害後の心のケアに関して有用かもしれない。兵庫県こころのケアセンターは、2004年のスマトラ沖地震の被災諸国を対象にした災害精神保健のトレーニングコースを皮切りに、2008年の四川大地震の被災地への長期的な精神保健支援プロジェクト、チリやマレーシアの精神保健関係者を対象にした災害精神保健のトレーニングコースなどを実施してきた。

田中は、2009-2014年の5年間、四川大地震の被災者を対象に実施された「四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクト」に短期および長期専門家として参画し、現地での人材育成、災害後の心のケアのシステム作り、調査研究などに従事した。本プロジェクトの詳細は別稿<sup>26)</sup>に譲るが、要点は保健医療関係者だけでなく、教育関係者、福祉関係者、地域住民(含む伝統治療者)など様々なステークホルダーを巻き込む分野横断的な活動を実施したことである。

具体例としては、学校で実施される防災教育に心のケアの視点を取り入れて授業設計するように話合った。精神保健の専門家以外がいかにか心のケアを提供できるかという視点で活動を行うことが重要であった。また、被災地の子どもたちの長期的な精神健康に関しても調査を実施した。結果、地震発生6年後では、被災した中高生と被災していない中高生の間での精神健康度の差は、統計的には有意だが大きくはなかった。しかし、複数種類のトラウマ体験を持つ中高生は効果量で小~中程度の精神健康の悪化を認めていた<sup>27)</sup>。また、学校で実施した心理健康教育や防災教育が長期的な精神健康度の改善と関連している可能性が示された<sup>14)</sup>。

## Ⅷ 結 論

被災者のニーズは、その時期や対象によって多様である。災害後の中長期的な精神保健を考える上で、真に支援が必要な方は表に出てこない可能性があり、心のケアを前面に出さない対象に対する支援も必要となる。公衆衛生分野のみではカバーできないため、保健医療者以外が実施する活動に精神保健を改善する要素を取り入れていくべきであろう。また、長期的なケアを支えるこころの専門職の必要性もうかがわれる。分野横断的な協働が必須のため、防災分野はもちろんのこと、影響範囲が広い教育分野なども含めた異分野とのネットワークを形成しておくことが望まれる。危機的状況であるほど、なじんだ手しか使えない。想定される支援者(候補)同士の顔つなぎをはじめ、平時からの備えが重要である(表3)。

表3 災害時のメンタルヘルスと自殺予防  
—まとめ—

1. 支援の対象と支援方法の重点は、被災からの時期・段階によって変化する
  - ▶とくに被災による避難時と避難指示解除時とはともに留意が必要である
  - ▶支援対象：喪失⇒うつ⇒生活再建へ
  - ▶支援戦略：ハイリスク⇒ポピュレーション⇒エンパワメントへ
2. 見えにくい被害，表出されない苦痛に注意
  - ▶真に支援が必要な対象やテーマは表出されない場合があることに留意する
  - ▶震災後に生まれた子どもや母親の被害，高齢者の認知症リスクも増える
  - ▶支援者の支援者（自治体職員や保健医療福祉職）のメンタルヘルスにも被害が及んでいる
  - ▶避難地区より避難指示解除地区で自殺率は高い
3. 保健医療関係者だけではない分野横断的なネットワークの構築が平時から必要である
  - ▶総合的な支援（教育や就労支援，社会的役割やサポートまで）が必要
4. 長期的で，被災者の支援者を含む支援
  - ▶ふだんからの予防が大事。ふだんできないことは非常時にはなおさらできない
  - ▶平時からの教育・訓練・ネットワーク化で被害の緩和を

本稿は，第77回日本公衆衛生学会総会（福島）において，日本公衆衛生学会メンタルヘルス・自殺対策委員会によって企画された公募シンポジウム「震災後の自殺・メンタルヘルス対策～研究成果から具体的な対策へ～」を基に執筆された。一部は，令和元年度革新的自殺研究推進プログラム委託研究の補助を受けて執筆された。本稿の執筆に当たり申告すべき利益相反はない。

（受付 2019.10.23）  
（採用 2019.12. 9）

## 文 献

- 1) 藤井千太，加藤 寛. 阪神淡路大震災が被災者のこころの健康にもたらした長期的な影響に関する研究. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書—平成25年度版 2014: 97-107.
- 2) 田中英三郎. 阪神淡路大震災後の精神保健に関する文献の系統的レビュー. 心的トラウマ研究 2014; 10: 59-66.
- 3) Tanaka E, Tennichi H, Kameoka S, et al. Longterm psychological recovery process and its associated factors among survivors of the Great Hanshin-Awaji Earthquake in Japan: a qualitative study. *BMJ Open* 2019; 9: e030250. doi:10.1136/bmjopen-2019-030250
- 4) Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, et al. Psychological

- distress after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: results of a mental health and lifestyle survey through the Fukushima Health Management Survey in FY2011 and FY2012. *Fukushima J Med Sci* 2014; 60: 57-67.
- 5) 丹羽真一. 福島第一原子力発電所事故の影響—避難者のメンタルヘルス—. *精神神経学雑誌* 2014; 116: 219-223.
  - 6) Kuroda Y, Iwasa H, Goto A, et al. Occurrence of depressive tendency and associated social factors among elderly persons forced by the Great East Japan Earthquake and nuclear disaster to live as long-term evacuees: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2017; 7: e014339. doi:10.1136/bmjopen-2016-014339.
  - 7) 大類真嗣，黒田佑次郎，安村誠司. 被災自治体と協働した福島第一原子力発電所事故による避難指示解除後の自殺・メンタルヘルス対策の実践. *日本公衆衛生雑誌* 2019; 66: 407-416.
  - 8) 八木淳子. 医療の場面から. 松浦直己，編. 被災地の子どものこころケア. 東京：中央法規. 2018; 2-59.
  - 9) 八木淳子. 災害と子ども—被災地の児童精神科医として見えてきたこと—. *LD研究* 2019; 28: 14-23.
  - 10) 松浦直己. 被災地における子どもと保護者. 松浦直己，編. 被災地の子どものこころケア. 東京：中央法規. 2018; 166-183.
  - 11) Yagi J, Fujiwara T, Yambe T, et al. Does social capital reduce child behavior problems? Results from the Great East Japan Earthquake follow-up for Children Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 1117-1123.
  - 12) 八木淳子. 子どもの“困った”感情 感情の問題への専門的ケア 災害と子どもの感情. *こころの科学* 2019; 204号: 65-69.
  - 13) Maeda M, Ueda Y, Nagai M, et al. Diagnostic interview study of the prevalence of depression among public employees engaged in long-term relief work in Fukushima. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70: 413-420.
  - 14) Tanaka E, Iso H, Tsutsumi A, et al. School-based psychoeducation and storytelling: associations with long-term mental health in adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e65.
  - 15) Orui M, Ueda Y, Suzuki Y, et al. The relationship between starting to drink and psychological distress, sleep disturbance after the Great East Japan Earthquake and nuclear disaster: The Fukushima Health Management Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14. pii: E1281.
  - 16) Orui M, Suzuki Y, Goto A, et al. Factors associated with maintaining the mental health of employees after the Fukushima Nuclear Disaster: findings from companies located in the evacuation area. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 15. pii: E53.
  - 17) Orui M, Nakajima S, Takebayashi Y, et al. Mental health recovery of evacuees and residents from the

- Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident after seven years—contribution of social network and a desirable lifestyle. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15. pii: E2381.
- 18) Horikoshi N, Iwasa H, Kawakami N, et al. Residence-related factors and psychological distress among evacuees after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 420.
- 19) Orui M, Harada S, Hayashi M, et al. Practical report on long-term disaster mental health services following the Great East Japan Earthquake: psychological and social background of evacuees in Sendai city in the mid- to long-term post-disaster period. *Disaster Med Public Health Prep* 2017; 11: 439–450.
- 20) 和気純子. 震災と高齢者—地域包括ケアと福祉コミュニティ形成—. *学術の動向* 2013; 11: 27–33.
- 21) Oe M, Fujii S, Maeda M, et al. Three-year trend survey of psychological distress, post-traumatic stress, and problem drinking among residents in the evacuation zone after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident [The Fukushima Health Management Survey]. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70: 245–252.
- 22) Nishio A, Akazawa K, Shibuya F, et al. Influence on the suicide rate two years after a devastating disaster: a report from the 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 247–250.
- 23) Hyodo K, Nakamura K, Oyama M, et al. Long-term suicide mortality rates decrease in men and increase in women after the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2010; 220: 149–155.
- 24) Orui M, Sato Y, Tazaki K, et al. Delayed increase in male suicide rates in tsunami disaster-stricken areas following the Great East Japan Earthquake: a three-year follow-up study in Miyagi Prefecture. *Tohoku J Exp Med* 2015; 235: 215–222.
- 25) Orui M, Suzuki Y, Maeda M, et al. Suicide rates in evacuation areas after the Fukushima Daiichi nuclear disaster: A five-year follow-up study in Fukushima Prefecture. *Crisis* 2018; 39: 353–363.
- 26) 田中英三郎. 国際精神保健の潮流—国際協力機構四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクトの事例研究を通して—. *心的トラウマ研究* 2015; 第11号: 35–42.
- 27) Tanaka E, Tsutsumi A, Kawakami N, et al. Long-term psychological consequences among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake in China: A cross-sectional survey six years after the disaster. *J Affect Disord* 2016; 204: 255–261.
-