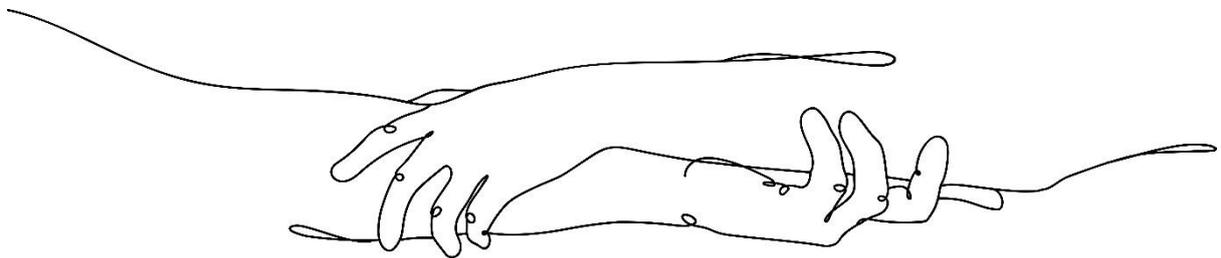


日本發生災難時協助維護心理衛生之
回顧與展望
~由1995年至2020年間對地區災難的處理思考~



2022年10月

特定非營利活動法人 日本醫療政策機構（HGPI）
心理衛生政策專案小組

目次

前言	2
1. 日本的災難與健康危機	4
1) 日本災難的特性	4
2) 災難因應措施的變遷	4
3) 災難造成的健康危機	4
2. 災難中長期心理衛生支援的實際狀況調查	5
1) 調查結果概要	5
2) 依據輔助「綜合災難時精神保健醫療活動指引」的內容配方矩陣所做的分類	6
① 體系・原理	6
② 心理反應+高風險者處遇	8
③ 評量	9
④ 風險溝通	11
⑤ 準備+訓練	12
⑥ 機構的合作	14
⑦ 其他	16
3) 當事者的角度	17
3. 分析與建言	18
1) 地方自治團體間及自治團體內部部門間的合作	18
2) 善用地區資源	18
4. 參考資料	20
5. 結語	21

前言

有關日本醫療政策機構的活動與本實例集

日本醫療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）是成立於 2004 年的非營利、獨立醫療政策智庫。放眼日本，此類型的組織也屬少見。本機構以「實現以市民為主體的醫療政策」為理念，進行與醫療政策各類議題相關的調查、政策建言、公益活動。其中於 2019 年啟動的心理衛生政策專案是屬於 HGPI 比較新的專案，致力於革新日益受到重視的心理衛生政策，以期提升精神障礙者的生活品質（QOL: Quality of Life）。

在日本，精神疾病患者人數有每年增加的趨勢。厚生勞動省發表的 2017 年「患者調查」中顯示為 419.3 萬人，這個數字超過了所謂 4 大疾病（癌症、腦中風、急性心肌梗塞、糖尿病）的病病人數。尤其門診病人數呈現每年增加的趨勢，2017 年高達約 389.1 萬人。住院人數的 30.2 萬人雖然有減少趨勢，然而雖然以平均人口病床數來看，日本擁有全世界最多的精神病床數，但 2022 年的醫院報告顯示最新的精神病床平均住院日數竟高達 297 日，與一般病床的 17.4 日相較明顯長太多。此外心理衛生出現問題或罹患精神疾病的原因相當多樣複雜，一般認為如阪神淡路大地震和東日本大地震等大規模天災，或是如新型冠狀病毒肺炎（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）般全球大流行傳染病造成的社會不安，再加上景氣惡化導致對就業的不安、家庭環境等社會、經濟因素也占了很大的成分，因此涉及的領域已不限於心理衛生，還包含了改善社會問題的層面。近年來，厚生勞動省提倡「涵蓋精神障礙之地區綜合照護體系」，以期能徹底改革精神保健醫療福祉體制。

如前述，心理衛生政策與我們的人生息息相關，並非只是針對特定疾病的暫時性對策。社會需要一套無縫接軌並且多重，亦即建立於所謂「生命歷程觀點」的心理衛生照護架構。而在思考以生命歷程觀點為基礎的心理衛生政策時，時常發生天災的日本有一個無法避免的問題，就是「災難心理衛生」。在東日本大地震發生滿 10 年之際，HGPI 為了再次提升災難心理衛生的討論度，著手對這個主題進行研究調查。本實例集是根據 2021 年度本機構實施的厚生勞動省令和 3 年度身心障礙者綜合福祉推進事業「掌握地方自治團體實施災難時精神保健醫療福祉對策之實際狀況及正確進行方式之研討」中所做的實例調查，加以部分補充、修改後編製而成。因此本實例集提供了日本災難實例的相關精神保健、醫療、福祉活動實例，並以使日本地方自治團體的災難時精神保健醫療福祉相關計畫、處遇等能夠更加具體並發揮實際效果為目的，因此邀請有心理衛生問題的當事者共同參與，期待透過加入當事者的意見，能夠連帶促使有心理衛生問題的當事者為未來的災難預先做好準備。

由於本機構的活動遍及全球，因此將日本的經驗教訓傳遞給社會也是我們的重要工作。這次本實例集也製作了英文、繁體中文、泰文、烏克蘭文等多種語言的版本，希望能將日本得到的教訓及所做的努力傳達給世界各國給有心理衛生問題的當事者以及廣大公民社會的每一份子，並被運用於未來的政策中。

限於篇幅無法在此一一列出感謝名單，但仍要再次向參與本事業的每一位有識之士，以及協助、配合的行政職員、各團體致上由衷的謝意。此外也要深深感謝認同本實例集多語化宗旨並給予支援的武田藥品工業株式會社。

本實例集對於「災難」的定義

所謂災難，是指某種現象（災害）對人類的生活環境帶來了損害。災害分為地震、海嘯等自然災難以及核災等人為災難或新冠病毒等流行傳染病，具有各種不同的多樣性質。災難造成的被害除了災害本身造成的災情外，還有生活重建長期化以及對身心造成的影響等持續性被害 2 種（金吉春，2012）。

因此災難有著自發生起隨著時間經過，被害及處遇性質也會產生變化的特性，但目前對於劃分各時期的「災難週期」並沒有跨越各支援領域的一致見解（太刀川等人，2020）。此外根據災害或被害規模的不同，其定義也會隨之改變（浦田等人，2015）。有鑑於此，本實例集將災難定義為「自然災難、人為災難、流行傳染病等一次造成多數人陷於危機的現象」。另，本實例集雖為針對災難中長期進行之調查報告，但並不加以分類討論，而是將焦點置於災害發生的 72 小時以後，也就是

通常所謂的「緊急期」，以對持續性被害的處遇為探討重心。

1. 日本的災難與健康危機

1) 日本災難的特性

日本是亞洲太平洋上的島國，大致位於溫帶，四季分明。在季節變遷時特別容易發生颱風或大雨等帶來的豪雨災情。此外由於位於構成地球的海洋板塊與大陸板塊上，故火山多，地形險峻。也因此河川坡度較大，豪雨時常會引發洪水。如此特殊的地理位置導致過去曾發生地震以及地震引發的海嘯，日本就是這樣一個時常發生天災的國家（內閣府，2006）。此外還有電車事故、核電廠事故等人為因素造成的大規模事故以及流行傳染病等各種可能威脅人民健康的因素，因此被認為是災難大國（國土交通省，2022）。由此可知，災難是根據前述發生的許多現象（災害）及受災規模來定義。而日本一直以來又對於其中被害的嚴重程度，也就是受災者們的健康危機，持續研擬、實施了許多對策與處遇。

2) 災難因應措施的變遷

由於 1959 年發生的伊勢灣颱風，災難大國日本於 1961 年制定了災難對策基本法（內閣府，2012），目的在於推動綜合並具計畫性的防災行政整備。其後日本又因火山爆發、地震、豪雨等災難造成人命與住宅等的損失被害，為了分別因應各項問題，針對應急對策、復原、復興對策、受災者支援、各種災難對策等項目，陸續制定了多達約 18 條相關法規（內閣府，2022）。透過讓法規更加完善，日本為災難發生時的基礎建設整備、企業及市鎮鄉村間協定的簽訂、生活物品的儲備、防災訓練的實施、保險的整備、企業的社會貢獻活動、自主防災組織的發起等做了各種準備（內閣府，2013）。

然而無論做再多的防災措施，災難仍會毫無預警的突然發生，並且威力往往超越人的想像。日本為了記取那些超出預料的災情帶來的教訓，不斷的完善法規、改革制度，傾力為下一次的災難做好更進一步的準備，以期讓災情降至最低。

3) 災難造成的健康危機

如前所述，災難的定義是已經對人們造成了傷害。其中包括直接造成人們健康上的傷害，如外傷或疾病等的身體傷害，以及因遲遲無法重返社會或與近親分離等造成的精神傷害。為了預防這些健康的危機，日本以國家、都道府縣、市鎮鄉村 3 個管轄層級做區分，各層級都有義務依照防災計畫實施應急對策。都道府縣及政令指定都市並擁有指揮權（內閣府，2021）。在這個架構下，身體上的危機除了醫療相關人員外，還有許多醫療支援團體在一發生災難後，甚至長期與許多組織合作，由災區內部或外圍進行支援活動（DMAT 事務局，2022；東京都，2019；日本看護協會，2021）。另一方面，在精神支援上，前述的防災計畫中也將針對「受災者的心理照護對策」的心理衛生對策列入項目中，並在災難一發生，災難派遣精神醫療小組（DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team）性質的組織便會展開活動，提供專業的支援（DPAT 事務局，2022）。然而在精神支援的領域中，與其他支援組織的協作、需要支援期間、實際支援內容等的實際狀況並不明確（太刀川等人，2020）。再加上有人指出有些進行災難支援的支援者本身也因災難或支援活動而陷入精神上的危機（日本紅十字社，2004），因此也為了能夠長期進行災難支援，針對包含支援者在內因災難引發的精神上危機該如何處遇，去找出課題並探討解決方案可謂是當務之急。

（日本醫療政策機構 滋野 界）

2. 災難中長期心理衛生支援的實際狀況調查

1) 調查結果概要

為製作本實例集，特針對日本地方自治團體進行了災難中長期精神保健醫療福祉體制相關問卷調查及訪談調查。並舉辦 4 次以災難、心理衛生領域為中心的產官學民多方相關者共同參與之討論與會議。

◆ 問卷調查的主要結果

- ・ 調查期間：2021 年 9 月 8 日（週三）至 11 月 12 日（週五）
- ・ 調查對象：47 個都道府縣及 20 個政令指定都市的精神保健負責部門 計 67 處
- ・ 回答率：65.6%（都道府縣：72.3%、政令指定都市 50.0%）

◆ 訪談調查的主要結果

- ・ 調查期間：2021 年 11 月至 12 月
- ・ 調查對象：都道府縣及政令指定都市的精神保健負責部門、過去曾於實施災難時精神保健福祉活動的施設參與支援災難時心理衛生的有識之士等 8 個組織

都道府縣及政令指定都市的各地方自治團體對於支援災難中長期的災區，主要是負責確立支援受災者的架構、針對市鎮鄉村自治團體職員舉辦研習、前往市鎮鄉村自治團體進行實際狀況調查等掌握受災後對於支援的需求與後方支援。而市鎮鄉村地方自治團體則負責對高風險者的持續支援、舉辦健康相關活動等對受災者的直接支援，並且可以找到與 NPO 組織協作的實例。

在問卷調查中回答「已準備針對災難中長期心理衛生的對策計畫、指南」的有 39%，並且運用了「保健衛生活動」或「心理照護」的相關指南。此外，運用地方自治團體準備的計畫、指南進行災難時心理衛生處遇的有 32%，已有準備的地方自治團體中約有 80% 實際運用了計畫、指南。未記載於地方自治團體的指南等的災難心理衛生相關措施中，針對新冠疫情的相關措施即占 90% 以上。而針對新冠疫情所採取的措施中占最高比例的是 70% 的電話諮商。有關與各基礎自治團體的合作，問卷結果顯示幾乎所有地方自治團體均會在定期商討災難因應、對策的場合對體制進行檢討。

從訪談調查中可得知，進入災難中長期後防治憂鬱症、酒精依賴、自殺的對策內容已成為整體生活支援的一部份，與平時的心理衛生對策有著共通課題並且浮上檯面。2016 年熊本地震時，便經由讓地方自治團體掌握的上述高風險者一開始就與地區綜合支援中心或民生委員建立關係，讓災難時期過渡到一般時期後支援也能夠順利接軌。但其過程並非完全交由地區綜合支援中心或是民生委員負責，而是由兩方共同參與，再漸漸加重地區支援的比重。在災難發生數星期後，市鎮鄉村會進行災難支援業務（需求調查、個別支援、集團支援）；有許多專業人士任職的心理照護中心¹負責支援市鎮鄉村；縣立精神保健中心則負責整體的支援。此外也有意見指出，規模較小的地方自治團體將災難時期接受外部支援方法事先納入計畫中，能夠讓心理衛生支援更有效率。

接下來會參考輔助金等人（2017）「綜合災難時精神保健醫療活動指引」的內容配方矩陣所做分類，將經由問卷調查與訪談調查所獲得的災難中長期都道府縣及政令指定都市、人口 3 至 6 萬人規模的地方自治團體，以及 NPO 組織的精神保健醫療福祉活動實例分成 6 大項目並記述如下。另，本調查結果中無法分類至 6 大項目的內容，將歸為「其他」類。此外，由於當事者的聲音也是本實例集的特色，故另闢項目記載。

¹心理照護中心是具有災難時精神保健相關研究、研習、諮商、診療等心理照護相關多種功能的據點設施，在發生大規模災難後由國家設置基金成立（兵庫縣心理照護中心，2004）。

2) 依據輔助「綜合災難時精神保健醫療活動指引」的內容配方矩陣所做的分類

① 體系・原理

<要約>

- ◆ 41%的地方自治團體在災難發生時規畫設立新的有關心理衛生諮商窗口，並向居民宣導。
- ◆ 根據過往處理災難的經驗，採取依支援對象分配負責單位的措施。
- ◆ 受災者健康支援是以市鎮鄉村的保健師為中心。
- ◆ 地方自治團體有必要事先確立「接受支援體制」及「撤退時的基準」。
- ◆ 部分個別支援在進入災難中長期後將心理衛生支援處遇視為地區保健的一環而非災難處理，將更能持續。
- ◆ 與其成立新的心理衛生支援組織，更好的做法是加強現存支援中心的功能。如需成立新組織，事先擬定至組織關閉為止的完整計畫乃重要步驟。

【對災難時心理衛生的觀點、原理】

許多意見反應感到心理衛生支援並未被放在優先順序較高的位置。其中常有受災前就存在於地區的心理衛生問題因受災而浮上檯面的情形，因此可以看到一些將災難視為轉機，藉此提高心理衛生支援優先順序的措施。也會根據由過往災難學習到的經驗，採取依支援對象分配負責單位的措施。有識之士並指出進行災難處遇時，將其視為一般業務延長線的重要性。此外由於地方自治團體會定期人事異動，調查結果顯示在某部門學習如何進行災難處遇的人員調動至其他部門後，可能對跨部門間災難處遇意識的提升也有幫助。

2011年東日本大地震

- 建議平時就在地區推行心理衛生相關措施並採取對策，以便於災難時或一受災之後將平時的公眾衛生活動延伸，立即分配人力進行心理衛生支援、做健康調查或找出高風險者等，掌握現狀。同時也感到進入中長期後，居民的心理衛生狀態會視能夠保留多少人力而有所變化。
- 在地方自治團體的工作中，心理衛生處遇的優先順序並不高。近來自殺防治對策開始與心理衛生議題連結，希望藉此機會提高優先順序。
- 市鎮鄉村平時對健康問題的投入程度，將影響災難時需要支援的人數。

2015年9月關東・東北豪雨

- 感到防災計畫並未將重點放在心理衛生上。由於要從行政部門內部改變需要花很長時間，故由支援團體介入將更有效率。因此地方自治團體必須事先確立接受援助的體制及撤退時的基準。此外，各地方自治團體負責心理衛生的部門也不相同，因此感到有向外部宣導指揮命令體系的必要。

2016年熊本地震

- 考慮到災難時設立的設施最後都會關閉，因此需要長期支援的人有必要和既有團體建立關係。雖然每個區公所每年會在類臨時住宅²舉辦數次支援者之間的交流活動，但由於參加人員會固定化，因此也需要個別支援。

2020年7月豪雨

- 採取群體取徑之前是以外部支援及災難處理部長為中心進行，之後對於高風險者的長期支援則以既有的福祉團體為中心進行處遇。

²災難時的應急臨時住宅分為建築型臨時住宅（組合屋臨時住宅）與租賃型應急住宅（類臨時住宅）2種。組合屋臨時住宅主要是在災難時為了應急而建於空地，會形成類似一個社區的型態。而類臨時住宅是由行政機關租下既有的公寓空房，提供給受災者的體系（宮城縣，2021）。

-有識之士的建議-

進入災難中長期後，災難將成為起因，讓原本潛在的心理衛生問題浮上檯面。具代表性的問題除了家暴、對兒童疏於照顧外還有繭居族、心理創傷等。由於這群人今後在地區裡將成為標準支援對象，因此有必要將其視為日常生活中可能發生的課題來完善日常支援體制，而非以災難小組形式處理。

考慮到地方自治團體會定期進行人事異動的特性，自治團體由同一名人員持續負責精神保健醫療福祉相關災難處理的做法，有實際上的困難。但培養負責人員和活動經驗，可能得以在人員調職後促成跨部門合作的形式。在整個組織互相合作，提升有關地區災難對策的知識、技術與準備的做法勝於各部門獨立實施災難對策的前提下，持續進行教育是很重要的措施。

【心理照護中心的運用】

日本在發生災難時會根據國家臨時預算，評估成立專門組織（心理照護中心）。大多是於災難發生約1年後開始活動。此外工作人員是由外部聘僱再進入災區，因此首先需要與當地支援組織建立互信關係，約2至3年後活動才會步上正軌。而即使活動上軌道，如國家預算中止，活動期間便可能縮短。因此與其成立新的中心，不如加強現有中心的功能，如需新設中心，應事先擬定好至關閉為止的計畫。

1995年阪神・淡路大地震

- 由於心理照護中心的工作人員是聘僱外部人員再進入災區，因此第一步必須先從融入當地支援體制中開始。
- 由於心理照護中心的活動內容會因災難而有所不同，故在設立時必須先確定其功能後一一實行。

2004年新潟縣中越地震

- 心理照護中心的工作約花了2至3年才上軌道。心理照護中心負責的功能有提振現場保健師、市鎮鄉村保健師的精神、實施以授權現場為目的的教育研習，以及針對一般市民採取的自殺防治對策、憂鬱症宣導活動，中期以後也曾與市鎮鄉村保健師進行案例研討會及給予建言。

2011年東日本大地震

- 心理照護中心成立時，在僱用專業人才時遇到許多障礙。當時想盡辦法透過大學、培育機構等各種管道，對於在緊急期增加人手一事最好不要太過樂觀。
- 心理照護中心長年來肩負了受災者支援業務、並擁有許多精神保健福祉士及保健師等高度專業人士是令人肯定之處。由於心理照護中心分處設立在地方自治團體內，故賦予介於市鎮鄉村與保健所之間的定位。
- 透過與心理照護中心共同進行健康調查，得以了解能夠交付給心理照護中心的工作內容。
- 當心理照護中心在為關閉做準備時，由於各區域的心理照護中心負責的業務不同，故在正式關閉前花了5年時間與縣或市鎮鄉村進行交接。此外縣政府以經紀人身分支援各區域的保健師，視人力狀況商討哪些工作可結束、哪些工作應保留。

2020年7月豪雨

- 遇到無法診斷出病名、難以判斷的案例時，會請心理照護中心進行訪問，並接受建議。

-有識之士的建議-

關於心理照護中心，強化現有中心的功能更勝於成立新的中心。如需設立新的中心，必須擬定好至關閉為止的計畫。

【平時業務與災難發生時的衍生業務】

41%的地方自治團體在災難發生時規畫設立新的有關心理衛生諮商窗口，並向居民宣導。關於設立期間，開始與結束均會因應受災狀況與需求。此外，因設立心理照護中心而衍生的業務，以及發生災難時也會持續進行的一般業務相關內容也透過訪談調查取得。

2004 年新潟縣中越地震

- 2004 年震災時，在避難所及臨時住宅進行健康支援的是市鎮鄉村的保健師。
- 當災難進入中長期，防治憂鬱症、酒精依賴、自殺的對策內容已成為整體生活支援的一部份並具有共通性。因此會以心理衛生支援而非受災者支援為基礎，在地區持續經營。
- 因災難而衍生的業務包括了接受外部支援的管理，但外部支援幾個月後就會撤退，之後便可重新開始通常的教育研習業務。但由於災難一發生就必須展開管理協助支援團體的業務，故不得不暫時停止法定業務以外的工作。

2016 年熊本地震

- 請因受災而無法運作的市民醫院職員擔任臨時職員，於各區公所內成立地區互助中心³。
- 由於受災者的生活重建進度落後導致居住在臨時住宅的期間延長，地區互助中心針對生活重建無微不至的支援也必須隨之持續。這段期間內國家也發放了補助金，正好適合進行支援。

【流行傳染病的因應措施】

由於 2020 年開始肆虐全球的新冠疫情使得人流受到限制，造成同時期豪雨災害的支援人力不足。必須同時處理自然災難與流行傳染病的地方自治團體職員深刻感受到流行傳染病災難發生的起點並不明確，造成了資源調度的困難，也連帶導致自然災難重建復興工作進度落後，也對心理衛生產生了不良影響。

2020 年 7 月豪雨

- 雖然地方自治團體保健師的派遣因新冠疫情而受限於縣內，但以要求的人數來看已獲得充分支援。但因個人志工也被限制必須是縣內人士，聽說居民可能因為人力不足，受災的住宅整理未能順利進行而顯得焦躁易怒。
- 在新冠疫情導致家人或外部人士的支援都受到限制的情況下，有人反應有失眠現象，也有人出現血壓上升等生理上的症狀。

② 心理反應+高風險者處遇

<要約>

- ◆ 地方自治團體針對高齡者和身心障礙者等所謂需要支援避難行動者擬定了災難支援計畫。
- ◆ 不適用照護保險法的高齡者、酒精依賴病患等很容易「孤立」，較難與支援方建立關係，因此支援者需要具備因應能力。
- ◆ 應預設女性或 LGBTQ 等被稱為性少數的群體因災害所受的影響，並多加以留意。

【個別處遇】

地方自治團體擬定了針對高齡者與身心障礙者等需要支援避難行動者（災難時需援護者）處遇，以及根據受災狀況與需求對居民進行支援的計畫，然而實際人數並不多。雖然許多酒精依賴及離居族者的問題會因災難中長期化而浮上檯面，但也因為很少出門，在地區中很容易被忽略。同時可以看出這類問題容易長期化，因此與既有組織合作是很重要的環節。

1995 年阪神・淡路大地震

- 許多阪神淡路大地震的受災者在看到有關東日本大地震頻繁而令人震驚的報導後，過往的記

³地區互助中心是 2016 年熊本地震後成立的福祉設施，進行讓受災者能安心度過日常生活的綜合支援。包括觀望、促進健康、生活支援、促進地區交流等綜合性支援（熊本縣，2022）。

憶不斷在腦中重現，導致誘發創傷後壓力症候群（PTSD: Post Traumatic Stress Disorder），必須接受治療。支援者應了解到，受災者即使靠自己勉強去消化那些與造成被害的災難有關之事，仍可能因為其他誘因導致發病。

2011 年東日本大震災

- 對於有家人或支援團體前來諮商的精神狀態不穩定，或原本就接受保健中心支援的人們中，有「未治療」、「治療中」、「發展障礙」、「繭居族」、「酒精依賴」等各種案例。「心理創傷」、「PTSD」則未出現需要就診的重症者。
- 對於酒精依賴患者，如果未伴隨危險行為，也可以採用有住院機會之前先觀望的支援方式。支援者有必要以支援對象的人生整體做考量，等待當事者改變的適當時機到來。
- 在臨時住宅裡，酒精依賴患者很容易被視為棘手的存在。因此支援者需要具備事先收集當事者生存困難度等資訊、並讓適切機構介入的因應能力。
- 不曾實際使用過照護保險法中所定服務等的高齡者、酒精依賴者、中斷治療者、對他人沒有興趣的人都容易「孤立」，難以與支援方建立起關係。許多案例成為「繭居族」都是因為青春拒學或就職因素，較容易「孤立」，因此災難時會成為需要援護者。
- 許多案例顯示失智初期，家人會因不願接受現實而嘗試自行照護。也因此無法受到制度上的支援，災難時便容易從支援的範圍中遺漏。此外輕度失智雖不在支援範圍內，但也有因環境變化無法待在避難所，突然找不到人的案例。

2016 年熊本地震

- 對於感到自己被遺忘拋棄的人，照護方式是認真傾聽他的話，如果是高齡者則介紹給地區綜合支援中心，或是預防照護服務、民生委員等，總之災害處遇人員應避免全部攬在自己身上，應該盡量促成支援對象與地區的連結。

2020 年 7 月豪雨

- 家訪時，感受到因受災導致看不到未來的悲愴，也有人反應因對經濟狀況的憂慮導致「情緒低落」、「希望找人說說話」。

-有識之士的建議-

進行心理衛生支援時，需要考量女性或 LGBTQ 群體等因災難受到的影響是不同的。然而商討支援方法的自治團體職員多半是男性，很難注意到這一點。內閣府兩性共同參與局在平時就推動由兩性共同參與的地區規劃、防災計畫擬定，也提出災難各階段的商議要點。

③ 評量

<要約>

- ◆ 41%的地方自治團體計畫的災難中長期居民心理衛生支援相關宣導活動是有關受災居民的心理照護、健康諮詢等內容。
- ◆ 50%的地方自治團體計畫了以支援災難中長期居民心理衛生為目的之外展活動。
- ◆ 在避難所進行的健康調查是由災區的保健師與前來支援的保健師分頭進行。
- ◆ 災難中長期，受災者的問題會隨著時間的經過而變化，居住型態也會對心理衛生產生影響。生活重建進度落後會引發被拋棄的感覺、繭居、抑鬱傾向等，產生因地區社群分散造成共同面對受災生活的困難。

【集團處遇】

41%的地方自治團體回答「計畫了災難中長期居民心理衛生支援相關宣導活動」。活動內容是受災居民的心理照護及健康諮詢，以及宣傳、宣導相關諮詢窗口的活動。進行這些活動的主體是平時即從事防治自殺、憂鬱症業務的保健所等。50%的地方自治團體也計畫了以災難中長期心理衛生支

援為目的的外展活動。活動內容為諮詢支援、心理衛生問題的調查與支援活動等。此外調查結果也顯示這些活動是以平時即從事居民心理衛生相關業務的專業人員（保健師及精神保健福祉士）為宣導活動的主體。有受災經驗的地方自治團體為了掌握受災者的實際狀況，會以避難場所（小學、自宅、臨時住宅等）為單位進行郵寄方式問卷調查或造訪所有家戶。無論哪一種方式，都顯示對於心理衛生支援，受災者有不會積極參加調查的傾向，因此趁其他健康調查時同時進行，或趁地區集會時進行活動等在背後支援是很重要的。

2015 年 9 月關東・東北豪雨

- 由大學提案，在災難一發生後大學即加入支援，精神保健福祉士、保健師、大學生在健康檢查的同時，使用檢核表詢問受災者關於一般性生活上的困難。同時市政府也進行 PTSD 檢查，並在日後與保健師針對分數較高者進行家訪。
- 市政府為了掌握自家避難者在整體生活上遇到的困難，寄送了檢核表式問卷調查。並派生活諮商人員造訪在問卷中表示希望家訪者，詢問有關生活上的困難以及心理健康問題。
- 不知是否因心理衛生支援時以郵寄或問卷方式實施了需求調查，使業務的進行並未花費太多時間。但做家訪等直接與當事者對話的方式得知了更多與心理衛生有關的內容。
- 縣政府進行的諮商窗口活動前往了避難所或浴場等處，實際走訪聆聽居民的問題。居民會主動至公所洽談的多半是金錢、補償方面問題，或是要表達不滿等，因此心理衛生方面的問題由支援方主動走訪，聆聽居民心聲是有效的做法。

2016 年熊本地震

- 市政府的保健師和來自全國協助的保健師分頭走訪各指定避難所及福祉避難所，實施訪談調查。
- 受災者在災難發生 2 個月過後開始移居至臨時住宅或類臨時住宅。與地區互助中心職員共同造訪了入住臨時住宅、類臨時住宅、公營住宅，共計 1 萬 2 千人的所有家戶。
- 由於類臨時住宅會讓受災者分散，難以互相分享各種感受，主觀來看有不宜居之處。因此與組合屋相較壓力更大，問卷調查顯示許多人出現精神上的症狀。同時也顯示類臨時住宅雖可立即入住，並對地方自治團體來說成本較低，但因呈點狀分布並且分散，不易建立社群，導致難以成為志工團體活動的服務對象，連帶的不易接受支援。
- 造訪所有家戶進行的調查內容為詢問家庭成員、受災住宅的狀況、收入狀況、對生活重建的預估，以及對今後住宅的想法、義援金申請狀況等的同時，也詢問了解了健康狀態（是否有失眠、憂鬱、焦慮症狀、病史及正在治療的疾病、身心障礙等）、精神方面的困擾等。每次家訪時都會確認意願是否有變。當時會定期造訪身心障礙者及高齡者等。由於醫院職員的加入而獲得了身心健康的相關專業建議。但該地區由於住宅老舊，有許多住宅因地震受損，加上高齡者眾多，花了 2 年時間才讓所有受災者入住臨時住宅。也因此造訪所有家戶非常花時間，必須前往好幾次，如未碰到面再將調查表投入信箱或打電話等，一步一步的進行。而努力也有了回報，達成了 100% 的調查率。
- 2017 年與 2018 年縣政府實施了「心理與身體的健康調查」。針對 K6 進行調查後找出需要支援的對象，由各地區的地區互助中心護理師進行後續追蹤。
- 隨著時間經過半年、2 年後，受災者的屬性會隨之變化，課題也會產生變化。入住臨時住宅 1 年以後，原本的住宅重建是否順利，就會導致居住者之間的差異。也有人會因此感到被捨棄，開始足不出戶、抑鬱、身體功能漸漸變差。感到被捨棄的情形在類臨時住宅和組合屋都可以看到。入住組合屋型臨時住宅的人會在集團生活中看到住宅已重建完成的人陸續搬走，不知何時能夠重建住宅的人會開始焦慮並孤立應該也是原因之一。而類臨時住宅較不容易獲得這樣的資訊，平時就容易有這樣的情緒。

2020 年 7 月豪雨

- 根據縣政府製作的調查表在避難所實施健康調查，夜間則由災難支援護理師進行健康觀察。請外部支援小組針對需要追蹤的對象進行巡迴並觀察狀況，有必要時轉介專業機構。此外由於 DPAT 的加入，足不出戶和有人際關係障礙等之前潛在化的問題也浮出水面，並掌握了可能意圖自殺的案例。

- 災難發生 3 週之後，除了造訪所有家戶外，並與縣立精神保健福祉中心合作，以郵寄方式實施「心理問卷調查」，特定出需要多加注意的個案。
- 避難所關閉後，市政府造訪了所有家戶以掌握其後的變化，並將因失去家人造成心理壓力的人或因收留受災者而感到壓力的家庭轉介給心理照護小組。

④ 風險溝通

<要約>

- ◆ 災難發生後，保健所運用平時舉辦的既有結構會議，集結大學精神科教授、精神科醫院協會會長、職能團體、精神保健福祉士、臨床心理師、縣的主要醫療機構代表等，構成災難對策會議。
- ◆ 建議能利用多元團體與職業聚集的機會，在平時即商討、計畫好災難緊急期到中長期的心理衛生支援運作體系等。

2004 年新潟縣中越地震

- 以數月前發生豪雨災害時即存在的結構會議為基礎，組織了心理照護對策會議。由大學的精神科教授、精神科醫院協會會長、職能團體、精神保健福祉士、臨床心理師、國公立核心醫院院長等縣內主要醫療機構代表、職能團體領導人參加。舉辦頻率在最初一年是 3 個月 1 次，接下來則為每年 1 至 2 次。有時會請國立精神、神經中心及兵庫心理照護中心的醫師參加會議或進入縣政府、災區給予建議。由於主要參加者均為首長級，因此會議內容以確定支援的方向性及達成共識為主，具體細節則由現場工作人員決定。

2011 年東日本大地震

- 2008 年度市政府曾預設發生近海地震而制訂指引。其後因發生東日本大地震，於 2014 年度制定了心理照護行動準則做為內部準則，目標在於震災後「提升市民的心理衛生程度」、「預防或盡可能減少每一位受災者因震災所受壓力造成日常生活的障礙」。並於制定時規定每 3 年做一次評估，以 2019 年為結束年度。然而有鑑於實際受災者復原狀況不如當初預估得順利，今後仍需繼續進行支援，故又制定了 5 年的追加準則（連續版）。在商討行動準則時除了基礎地方自治團體行政區以外，還有精神保健福祉中心及各分處、兒童課、復興支援課、健康增進課等參加。
- 災難一發生後，每個職員的思考都停止了。當時由也是地區精神醫療重心的醫師率先採取行動，提出由縣政府、精神醫療機構、行政機構進行醫療支援及精神保健、心理衛生支援的會議的建議。在最初 3 個月，會議以至少每星期 1 次的頻率舉行，主要討論前來進行災難支援的外部支援小組的人力分配，以及共享資訊。發現每個地區的現場需求都不同後，也逐漸能夠向各小組下達具體的指令。災難時地方自治團體要支援居民的心理衛生，光靠現有人力是不夠的。很慶幸該災區能夠早期成立心理照護中心，分擔業務。

2015 年 9 月關東、東北豪雨

- 保健所平時會主持地區保健、精神保健會議，災難時便將會議內容特定於災害支援。

-有識之士的建議-

有關災害中長期心理衛生支援相關資訊共享，建議平時就利用精神課急救系統調整會議等多元團體與職業聚集在各地地方自治團體的機會，共同討論、規劃應建立什麼樣的運作體系來進行災害緊急期至中長期的心理衛生支援。

⑤ 準備+訓練

<要約>

- ◆ 73%的地方自治團體實施、規劃了針對心理衛生支援者的教育與研習。
- ◆ 災難時站在心理衛生支援最前線的是市鎮鄉村的保健師，因此在擬定計畫時應以市鎮鄉村保健師的活動為中心。
- ◆ 與有受災經驗者共享體驗、經驗，是累積災難中長期相關知識的有效方法。
- ◆ 災難時為使市民間能夠互相幫助，平時起就由地方自治團體為中心，實施促進地區居民交流的措施是很重要的。

73%的地方自治團體針對居民心理衛生的支援者實施、規劃了教育與研習。舉辦研習的對象除了保健醫療福祉的專業人員外，還包括了一般行政人員、警察、消防等公共安全人員、會接觸學生與學童的職員等實際可能參與進行支援或會接觸支援對象的職業。研習內容有居民心理衛生支援、提升精神保健福祉行政相關職員等知識、技術相關內容、DPAT 研習。此外 41%的地方自治團體規劃了針對支援者心理衛生的支援計畫。內容包括與自治團體職員面談、DPAT 對支援者進行壓力測試與支援、針對支援者實施心理衛生相關研習。也確認有受災經驗的地方自治團體除了教育、研習外，都道府縣職員還會前往市鎮鄉村和保健所直接支援業務、也會對個案進行監督與指導。調查結果顯示縣政府職員實際親身感受行政區域的問題，將有助於規畫有效的研習內容。此外也有意見反應參與心理衛生支援的市鎮鄉村職員會定期職務調動，NPO/NGO 組織也定期會有新進職員加入等，導致知識、經驗的傳承與累積不夠，也是需要改善的課題。

此外也有意見表示，多與有受災經驗者共享體驗與經驗，對災難中長期相關知識的累積很有幫助。

2004 年新潟縣中越地震

- 站在心理衛生最前線的是市鎮鄉村的保健師，因此應以「地區精神保健是由市鎮鄉村保健師守護」為前提來擬訂計畫，才符合現實。

2011 年東日本大地震

- 雖然感到需要包含保健福祉的廣泛結構會議，但災難時要特地成立結構會議實際上很困難，因此最好能夠運用平時的精神保健福祉結構會議來運作。
- 市立精神保健福祉中心主導舉辦了「震災後心理照護者研討會」。針對區立保健福祉中心職員，於隔月每星期的固定日子舉辦，透過講義與案例討論等學習受災者支援的技術與評量、方針確立等。除了提升能力和預防受災問題被淡忘外，建立起職員之間的連結，避免被分配到市鎮鄉村區的約聘人員在各區處境孤立也是研討會的意義。或許因為如此，感到少有職員立刻辭職的狀況。另外也感受到為了不讓支援受災者流於形式化，對於研討會內容仔細推敲，明確列出要傳達的重點是很重要的。企劃由保健師和心理相關等專業職務（目前也在進行支援活動的人員等）為主力進行。研討內容考量了現場狀況與國家、縣政府的動態。
- 為了提升福祉職員參與受災者支援的能力，每年都會舉辦 1 次「災難時心理衛生研習」。內容為最新受災者支援動態等的演講，以及小組合作學習。
- 雖然不屬於心理衛生支援的一部份，但感到為了提升每一個身為支援者的地方自治團體職員的服務品質，研習是不可或缺的。內容除了可診斷出病名的精神疾病外，也必須學習有自殺傾向、多重問題家庭、酒精問題、爾居族等差一步就會被診斷出病名的階段之相關知識。尤其保健師無論負責哪一個部門，都必須一次次的參加這些研習累積知識。提高市鎮鄉村保健師的水準，也能夠對縣政府內整體的研習產生正面影響。期待能產生加強居民觀念等漣漪效應，能夠在地區內對受災者進行處遇。
- 已開始實施讓地方自治團體職員學會心理急救（PFA: Psychological First Aid）⁴等基本心理處遇的措施，包含對於未被診斷出病名者的照護和簡單的心理教育等。

⁴支援者在面對受災者和犯罪受害者時應該說些什麼、注意什麼呢？心理急救（PFA: Psychological First Aid）就是回答這些疑問的心理急救措施。目前世界上已開發了幾套 PFA，但以 WHO 主導開發的版本受到最廣泛的應用（災難時心理資訊中心，2012）。

- 同時也是受災者的支援者如能在早期階段先離開災區，對支援者來說便是一種心理照護。先在外接受研習，將能夠客觀的認識到自己做為支援者的立場。然而現有精神障礙者支援方案的內容是針對歐美的重傷者，與災難心理衛生不同，因此感到有必要重新擬定。

2015 年 9 月關東、東北豪雨

- 當初由於因災難而設立的避難所僅僅由社會福祉課的職員在運作，社會福祉課平時的業務因而中斷。現在計畫中是由縣政府全體參與運作，之後因颱風而設立避難所時，就未再發生社會福祉課業務中斷的狀況。

2016 年熊本地震

- 2018 年 7 月豪雨時派遣了支援者。有鑑於過往的受災經驗，已做好指南及宣導所需材料的儲備。也訓練負責部門在派遣時能夠立即備妥。
- 2020 年 9 月豪雨時派遣職員前往鄰市。由於派遣職員受過 PHA、心理修復技巧（SPR: Skills for Psychological Recovery）的研習，受到接受支援方的好評。出發前派遣職員提出希望攜帶進行心理照護時能夠使用的小冊子，因此便帶著小冊子前往。

2020 年 7 月豪雨

- 由於市內的學校提出「受災後學生無法來上學家長卻漠不關心。本人又因尚未成年，不懂得自己前來諮商」的問題，故介入進行支援。負責的福祉課保健師與校長平時即合作進行家庭支援，因此促成這次的支援行動。
- 本次災難時的外部支援都採用獨立作業獨立完成的方式，市政府只需安排可兼休息室的會議室即可。有受災經驗的鄰市將針對居民宣導用的傳單、消耗品、急救用品等都帶來了。
- 對於職員身心疲憊的問題，是與縣立精神保健福祉中心和 DPAT、心理照護中心的醫師諮商。

-有識之士的建議-

為了提升地區的災難因應能力，建議針對所有直接進行受災者支援的人員舉辦研習，或將基礎地方自治團體、NPO/NGO 等的運用方式納入計畫中。此外在運用地區人才方面，尚未有關於運用福祉專業人才的完善法規，因此是可以加強的部分。例如可在平時培養福祉專業人才時針對災難時可發揮的功能進行教育、儲備。教育、研習內容可納入自殺防治守門人研習、管理職的心理健康、PFA 等。針對專業職務必備知識的推廣與宣導，以及讓地區居民能夠互助程度的須知推廣與宣導兩個方面都應該採取措施。

災難時地方自治團體善用地區力量，促進居民間互助合作也是重要工作。平時就以地區居民時常使用的設施或該處工作人員，或是自治會幹部、民生委員為中心加強居民間的關係，打造有狀況時地區居民能夠互助的環境，是平時就可以採取的有效做法。例如目前採取了在平時即讓每一個國民事先了解災難時心理變化的措施（心理支援培養事業：由厚生勞動省運作），可成為提升地區力量的契機之一。同時在地區學校也針對災難進行教育，可期待熟悉地區的當地學生成為有用的人力。

⑥ 機構的合作

<要約>

- ◆ 59%的地方自治團體為了災難心理衛生處遇規畫了與多元組織的合作。合作對象包括醫療機構、精神科職能團體、行政機構、教育機構、保健醫療福祉系團體等。
- ◆ 平時就在組織內（部門間）和地方自治團體間建立起認識彼此的關係，將有助於支援順利進行。
- ◆ 許多有關心理衛生的課題是無法光靠單一部門解決的，因此有必要定期舉行由福祉及保健相關工作人員參加的集會。
- ◆ 由於也有人前往地區以外的醫療機構、支援機構接受治療或諮商，因此針對心理衛生問題，定期舉行地區、組織的橫向合作會議以及資訊同步都是不可或缺的。

許多地方自治團體計畫了與多元組織合作進行災難時的心理衛生支援。合作對象包括醫療機構（含精神科日間照護等）、精神與醫療相關職能團體、行政機構（含周邊地方自治團體）、學校（教育機構）、複數保健醫療福祉系團體等。其中 65%的地方自治團體平時就與前述組織因災難時的工作分配與人才培育、組織間協議等建立了合作關係。

2004 年新潟縣中越地震

- 由縣政府主導聯絡受災市鎮鄉村，調查是否有外部支援的需求。災難發生後不久就進入冬季，很可能會下雪，對支援團體來說將需要在不熟悉的環境中活動。因此在請求支援的一開始就確立了在開始下雪之前（預期為 2 個月左右）撤退的方針。做判斷時是以市鎮鄉村的窗口、實際在現場支援的保健師所進行活動及感受為重要依據。
- 向外部請求支援時，要求經由被害較少（行政功能得以持續）的鄰市進入災區，因此支援團體的數量、詳情等資訊的收集與傳達的控管都較容易進行。

2011 年東日本大地震

- 縣立精神保健福祉中心在平時業務中也加入了心理照護中心的後援。
- 災難時市鎮鄉村扮演需求調查、個別支援、集團支援的主力角色，心理照護中心有專業人士進駐後負責支援市鎮鄉村的支援，而縣立精神保健中心則負責整體的後援，以這樣的結構進行地區的心理衛生支援。
- 因受災導致地區的精神科醫院無法運作。雖有平時不收精神科病患的醫院開設了臨時的精神科門診，但對住院非常消極，由心理照護中心支援。
- 透過縣政府職員前往市鎮鄉村及保健所，直接支援業務，並會對個案進行監督指導，讓縣政府職員親身感受行政區域的問題，不但有助於規畫有效的研習內容，也連帶對與市鎮鄉村、保健所職員建立關係和減輕精神負擔有正面幫助。

2015 年 9 月關東・東北豪雨

- 覺得為了在災難時能夠合作順暢，內部部門之間和地方自治團體之間平時就建立起認識彼此的關係是很重要的。如果縣政府與保健所能夠以每 3 個月 1 次的頻率舉行會議，遇到突發狀況時應該可以順利合作。
- 大學的心理照護小組（醫師、精神保健福祉士、臨床心理師等）也前來加入支援。市政府的保健推進課擔任接待窗口，從災難發生第 1 天起的 3 個月左右在避難所，之後在高齡福祉部自宅支援的部分接受協助。再請大學率先進行心理衛生活動，市政府則負責提供活動場地及協助調查等輔助工作。
- 由總務課的人事負責，在大學的協助下舉辦了心理衛生測驗與演講。也參加了縣政府主導，針對職員舉辦的災難支援研習。由市政府主導在人力上是不可能的，因此希望能由縣政府主導。

2016 年熊本地震

- 在各區公所內設置了地區互助中心。在平時業務中就與相關機構建立了關係，因此能夠順

利掌握業務進度。

- 災難發生半年後成立了心理照護中心，並參與縣、市各精神保健福祉中心之間的會議，每年舉行 4 次 3 方會議。初期的會議內容是 DPAT 支援撤退後的市鎮鄉村現況報告，1 個月後開始針對心理照護中心的體制、地震後心理衛生照護體制、災難時的心理照護研習會企劃進行討論。災難發生 1 年後開始能夠舉辦針對與震災相關的兒童死亡案例研習，以及對酒精依賴症、心理受創者的支援體制、推廣與宣導活動、支援者的研習等。
- 在進行所有家戶的調查後，請心理照護中心的精神科醫師或護理人員造訪被判定需要專業支援的個案。並請求每年巡迴各區 2 次，針對讓互助中心感到棘手的個案提出建議。
- 縣、市的精神保健福祉中心與心理照護中心的 3 方會議中，支援者教育研習也被列為議題，因此至今每年仍由 3 方共同舉辦 1 次 PFA、SPR 的研習。

2020 年 7 月豪雨

- 縣政府在災難一發生就派遣了心理照護小組前來，並持續參與支援。同時協助實施針對受災者所做的「心理的問卷調查」，最後特定了 37 名需要關注者，由市政府的福祉設施持續支援。
- 將所屬市政府的保健師分為巡迴避難所小組和接受外援小組。並讓所有人都有「當市政府職員對支援內容有任何問題時，只要聯絡接受外援小組的保健師，就能獲得協助」的共識，成功的將窗口統一。此外各避難所都有一般職員 24 小時常駐，再加上保健師巡迴，促使地區全體都能資訊同步和解決課題。透過這樣的體制，只要保健師參加早晚的會議，大部分案例的資訊都能夠同步。
- 外部支援團體的工作由市政府列表分配後，在晨間會議時向各團體公布。然而因已有過去的支援實例，各團體的功能已是周知之事，因此並未從零開始思考該如何分配工作。
- 曾有受災經驗的鄰市以支援保健師的方式對應支援⁵我們並主導進行。同時也率先派遣管理營養師和齒科衛生士，我們的市政府也追隨其後，開始派管理營養士前進災區。由於當時我們內部很混亂，有外部具受災經驗者積極提出想法讓我們感到很安心。
- 透過災難發生初期問卷調查特定的須關注者中，對入住臨時住宅者進行了家訪。透過家訪被判斷需要持續支援的個案由福祉設施或區的保健師接手，如果被判斷具有高度緊急性，則會轉介給縣立精神保健福祉中心。

-有識之士的建議-

為了在日常也能實施防災措施，醫療機構、保健所、市立保健中心參加 DPAT 研習等活動，對行政機關來說也是一個認識接受支援的機會。由於 DPAT 會實際進入地區活動，因此平時就很重視與保健所和保健中心的合作。

有關心理衛生的課題多半是無法靠單一部門解決的，因此有必要定期舉行包括福祉與保健的大範圍且定期的集會。然而發生災難後要展開新的會議在現實中並不可行，因此最好能事先制定平時的精神保健福祉會議等在災難時的運用方法，做好計畫以便災難時能夠善加運用已經認識彼此的關係。許多有心理衛生問題的人會希望在居住地區隱瞞這件事，不想讓周遭知道，所以也有人最後選擇前往地區外的醫療機構或支援機構治療。有鑑於此，建議特別是在災難時定期召開災區當地至都道府縣，或跨都道府縣的大範圍地方自治團體合作會議，同步分享這類市民的處遇方式相關資訊，以進行廣域支援。

災難中長期的外展活動需要人力。建議事先規劃如何確保因受災而無法活動的保健醫療福祉專業人員。

⁵對應支援是災難時為了迅速而確實的確保人力，將都道府縣或政令指定都市原則上以 1 對 1 對應方式分配給受災市區鄉村進行支援。對應支援組織基本上完全採獨立作業，自行派遣協力職員。(總務省，2021)

⑦ 其他

<要約>

- ◆ 臨時住宅留到最後的居民、居住於復興公營住宅的失業者、有酒精依賴症的居民等「孤立」的受災者個案很多，需要長期支援。
- ◆ 有心理衛生問題的人很少會主動求助，因此在臨時住宅等的集會所中打造讓人願意造訪的環境是很重要的。
- ◆ NPO 組織具有機動性，因此能夠聽取現場最真實的聲音，並立刻運用在災難支援上。

【災難中長期支援、受災者的特徵】

災難中長期支援的特徵有對「繭居族」、「酒精依賴症」者的支援，以及對其家人的協助。此外在災區則是活化社群、提供方便集會的場地、運用當地活動進行宣導活動等「善用促進受災者互助的地區力量」。這些活動由支援團體和行政機關進行，災難發生後也受到媒體的關注。其中精神保健醫療福祉領域的活動是以默默在背後支援的方式找出問題、促進受災者互相幫助，是一種該領域特有、運用地區力量進行觀望的支援。

1995 年阪神・淡路大地震

- 在臨時住宅的集會所透過按摩、喝茶、瑜珈、氣功等活動促進社群活化。

2011 年東日本大地震

- 一位東京都已退休的保健師前來支援，讓將困難的個案積極轉介給心理照護中心的體制完成。這位退休保健師了解到縣有必要協助市解決健康問題，因此接受支援受災市保健師的招募前來。
- 由於酒精依賴症患者會不斷反覆改善又惡化，因此目前仍有許多個案在接受支援（觀望）。此外在失去家人的孩童中，有些個案是一直觀望到就職為止。
- 其中有父親領有身心障礙手冊，當時國中 2 年級的繭居族女孩連周遭居民都因為災害而疏散避難了都不知道的案例。女孩對於得到的資訊不太能理解，因此支援（觀望及生活支援）一直持續到 20 歲為止。
- 被稱為身心障礙者的人們通常會被納入支援範圍，但有著較難為世人認知問題的人們則不易與支援方建立關係，而由 NPO/NGO 進行彈性的支援。臨時住宅留到最後的居民、居住於復興公營住宅，辭掉工作後患了酒精依賴症等「孤立」的個案需要長期支援。
- 有心理衛生問題的人不會主動求助，因此在臨時住宅等的集會所中打造了讓人願意造訪的環境。

【與 NPO/NGO 組織等災難支援組織間的協作】

以災難支援為專業的 NPO 組織機動性的進行了宣導活動等的集團處遇以及對於高風險者的個別處遇。2016 年熊本地震時發起了以災難支援團體為成員的合作會議，發揮 NPO 的特性與地方自治團體進行協作活動。

2011 年東日本大地震

- 由於 NPO 具有機動性，應在災難支援中善加運用。如地方自治團體能夠讓 NPO 主導，將能讓活動更順暢，因此建議由 NPO 進行協調。
- NPO 與當事者（高齡者、酒精依賴、心理衛生等）共同進行了發放有關心理衛生宣導的手冊及推廣活動。利用網站和網路評價也很有效。此外事先接受電視等媒體採訪讓個案較易理解組織的活動，對建構關係非常有幫助。對於支援者而言也會有受到矚目的意識，而產生要將活動做得更好的動力。
- 宣導活動透過與當地居民信賴的機構協作，更容易獲得當地居民的信任與參與。將小冊子連同日常用品一起發放效果也非常好。配合煙火大會和盂蘭盆舞等深植於地區文化的活動進行宣導也很有意義。

- 酒精依賴症患者中男性更特別容易孤立，因此 2016 年起組織了只限男性的聚會，至今仍持續進行預防孤立的活動。

2016 年熊本地震

- 災難一發生，NPO 組織就擔任辦事處的角色發動結構會議。由於是由 NPO 組織主導，因此具有實際接觸現場或受災者的工作人員最直接的意見很容易被聽見的特性。參加者有縣、市以及縣市的社會福祉協議會、運作避難所的區公所部長、災難義工中心管轄本部的地區活動推進課、市立復興部（約 2 個月後）。會議內容包括（初期）避難所運作及共享接受義工的相關資訊、（2 個月後）共享入住臨時住宅受災者的困擾和狀況的相關資訊。雖然各組織會在各自進行活動時運用這些資訊，只是為了保護個資，無法由行政機關委託義工或 NPO 組織直接支接受災者。但得以協助義工團體主辦的企劃，而 NPO 組織也能夠理解行政機關的難處，因此大家找出折衷辦法，採取了各種支援措施。

-有識之士的建議-

以支援者心理衛生照護的觀點來看，匯集了支援組織的座談會具有很好的效果。在 2018 年 7 月的豪雨後，經由廣島縣與廣島市精神保健福祉中心的協作，舉辦了「回顧豪雨災難時心理照護的正確方式」座談會，以針對豪雨受災者的心理支援為目的，進行跨領域的互相協助與合作，讓支援者對於災難時的心理支援和處遇有更深入的了解，是一次持續進行支援很好的學習機會。

3) 當事者的角度

日本醫療政策機構以「實現以市民為主體的醫療政策」為理念，與各疾病領域的病患、當事者共同活動，以期為社會提供政策的各種選項。心理衛生當事者們也參與了構成本案例集基礎的事業，針對地區心理衛生對策上的課題以及今後展望提供了各種意見。

- 一旦強調「心理照護」、「精神面」、「精神科」這些字眼，就很難讓受災者接受照護。因此需要強調是「促進心理與身體的健康」，由當地保健師和家訪看護小組，以及在背後支援的心理衛生專業人員協作活動，較容易為受災者接受。必須下工夫消除居民對於心理衛生的抗拒。
- 對整個地區社會「能感到自己是有辦法活下去的」、「能夠在與社會的交集中感受到樂趣與喜悅」是心理衛生問題的預防與復原很重要的因素。因此需要擁有能在社會中感受到樂趣、屬於自己的位置，以及願意陪伴、理解自己的人。
- 將對於經歷大規模災難，有心理衛生問題的當事者有效的地方自治團體措施與服務彙整起來與各地方自治團體共享，以及積極運用當事者互相協助，還能將個案轉介給專業人員的「同儕支持」等來傳達資訊是很重要的。
- 對於有心理衛生問題的當事者而言，災難的發生特別容易對身心造成影響。因此平時不斷促進體制完善非常重要，如此才能在防止災難造成症狀惡化或加速進行的同時，也盡可能讓當事者在災難發生後也能過著與災難前一樣的社會生活。

3. 分析與建言

1) 地方自治團體間及自治團體內部部門間的合作

【透過共享災害處遇經驗加強合作】

問卷調查結果顯示，預設會與其他地方自治團體或周邊地方自治團體合作的地方自治團體並不多，尤其整體的約9成均未預設在災難中長期的心理衛生支援上與地方自治團體之間相互合作。然而由訪談調查可知，都道府縣及政令指定都市在災難中長期發揮的功能包括了對市鎮鄉村自治團體職員舉辦研習，以及前往市鎮鄉村自治團體做實際狀況調查等後方支援。由此可推斷，有受災經驗的地方自治團體會透過積極與基礎自治團體合作進行支援活動來強化地區整體的支援力。尤其定期舉辦學習會等不但能提高知識的共享度，也是分享心情的好機會以及維護支援者本身心理衛生的一種方式。此外將受災經驗視為寶貴的社會記憶予以保存、傳承，也是在為今後可能發生的災難做準備（矢守，2009）。因此將災難經驗者當時的遭遇、處理方式以及心情、學到的教訓不斷分享出去，或可成為傳承給下一個世代的寶貴記憶。在本事業中的有識之士會議上也提到，就因為災難中長期並未累積充分的實證，因此打造能夠共享經歷過中長期心理衛生支援者最真實聲音的機會是很重要的。

【建立認識彼此的關係】

事業的總結顯示，許多意見反應對地方自治團體而言，心理衛生支援的優先程度並不高。另一方面，受災前就潛藏在地區的心理衛生課題因受災而浮上檯面的例子也很多，因此也有人認為應該將災難視為轉機，提高處遇的優先順序。然而地方自治團體要將因災難而浮現的課題做為日常業務處理，有著負責部門不同等各種問題。針對這個課題，專業會議上舉了大分縣別府市隨著2021年災難對策基本法修訂，在福祉專業人員的業務中加入了參與制定災難時照護計畫的例子，說明國家已開始在平時的防災措施中建立系統性的災難因應措施。在平時跨其他部門實施這些措施，也能夠促進訪談調查時許多人建議的「建立認識彼此的關係」。「認識彼此的關係」不僅是指知道對方長相，還是能夠信任對方的關係（森田，2012）。為了讓災難支援能做更完善的準備，平時即召開跨部門會議，或是利用定期人事異動，讓整個組織在災難這個主題下建立起認識彼此的信賴關係，都是有效的做法。

2) 善用地區資源

對行政組織來說，改變內部（組織）架構是一件很花時間的事。因此在分秒必爭的災難時期，讓富機動性的外部支援團體介入是既有效率又有效果的。為了實現這樣的方式，地方自治團體有必要是先確立接受援助的體系及撤退時的基準。有識之士指出，與其成立新的心理照護中心，不如加強既有的功能。要成立新的照護中心時，應事先擬定好到關閉為止的計畫。此外目前各地方自治團體因為需要處理新冠疫情，都感受到資源調度上的困難，以及復原復興的延遲對心理衛生造成的影響。可以預見今後也會因新的流行傳染病或大範圍災難，導致要接受來自大範圍的支援會有困難。因此為了進行災難中長期居民心理衛生支援，地方自治團體不但需要與當地可能參與支援的人才、組織建立關係，也必須進行有關支援的教育。

建議指出，參加教育、研習的成員除了保健醫療福祉專業人員，還應包括一般行政職員與警察、消防等公共安全人員、與學生、學童有接觸的職員等平時在地區活動，災難時可能會接觸支援對象的職業。此外有識之士也指出由地方自治團體促進市民互助的重要性，例如平時即以地區居民日常使用的場所及該處工作人員，或是自治會幹部、民生委員為中心，加強居民間的交流，打造發生狀況時居民們能夠互助環境，也是有效的做法。

關於災難時支援的合作，約6成的地方自治團體已規劃與各種精神科職能團體、行政機關、學校、複數保健醫療福祉系組織等與當地居民相關的組織進行合作。調查結果也顯示大部分地方自治團體實際已在平時舉辦會議、研習時透過分配工作、培育人才及組織間協議等建立合作關係。此外還有地方自治團體接受支援時的具體步驟及災難中長期心理衛生支援的結構會議正確形式，以及與會成員、詳細會議內容。與地區居民密切接觸的各領域團體除了平時定期舉辦心理衛生相關會議與研習外，收集地方自治團體所採取對經歷大規模災難的心理衛生問題當事者有效的措施與服務並分享至各地方自治體，以及積極運用當事者互相協助，還能將個案轉介給專業人員的「同儕

支持」等來傳達資訊都是很重要的。希望地方自治團體在災難中長期能夠在持續通常業務的同時也與既有的人際網路和組織合作，探討出讓需要支援的人能夠確實受到支援的體制。

4. 參考資料

- DMAT 事務局（2022）. 認識 DMAT. 厚生勞動省 DMAT.
<http://www.dmat.jp/dmat/dmat.html> [2022/6/13 閱覽]
- DPAT 事務局（2022）. 認識 DPAT. DPAT 事務局 <https://www.dpat.jp/about.php> [2022/6/13 閱覽]
- 兵庫心理照護中心（2004）. 認識兵庫縣心理照護中心. 中心介紹. <https://www.j-hits.org/outline/> [2022/6/30 閱覽]
- 浦田喜久子・小原真理子（2015）. 系統看護學講座 統合分野 災難看護學・國際看護學. 第 3 版. 醫學書院.
- 金吉春・國井修（2012）. 災難時的公共衛生. 南山堂.
- 金吉春・荒井秀典・井筒節・神尾陽子・加藤寛・前田正治・松下幸生・松本和紀・大塚耕太郎・鈴木友里子・富田博秋（2017）. 災難時期的精神保健活動指引:審視國內外文獻及針對制定新綜合指引的構想. 厚生勞動行政推進調查事業費補助金 身心障礙者政策綜合研究事業（精神障害分野）災難時期的精神保健醫療相關研究, 厚生勞動省.
- 熊本縣（2022）. 有關「地區互助中心」的活動.
<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/4744.html> [2022/6/30 閱覽]
- 國土交通省（2022）. 戰勝自然的驚人威力, 打造富裕社會經濟活動的基礎.
<https://www.mlit.go.jp/saiyojoho/manifesto/manifesto10.html> [2022/6/13 閱覽]
- 宮城縣（2021）. 有關應急臨時住宅.
<https://www.pref.miyagi.jp/site/ej-earthquake/kasetsujutaku.html> [2022/6/30 閱覽]
- 森田達也・井村千鶴・野末 YOSHIKO（2012）. 什麼是地區緩和療護中「認識彼此的關係」? Palliative Care Research.
- 內閣府（2006）. 平成 18 年版 防災白皮書. 防災資訊網頁.
<https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h18/bousai2006/html/honmon/hm01010101.htm> [2022/6/13 閱覽]
- 內閣府（2012）. 平成 24 年版 防災白皮書. 防災資訊網頁.
https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h24/bousai2012/html/honbun/1b_0h_0s_00_00.htm [2022/6/13 閱覽]
- 內閣府（2013）. 平成 25 年版 防災白皮書. 防災資訊網頁.
<https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h25/index.htm> [2022/6/13 閱覽]
- 內閣府（2021）. 防災基本計畫. 中央防災會議.
https://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/pdf/kihon_basicplan.pdf [2022/6/13 閱覽]
- 內閣府（2022）. 相關法規等. 防災資訊網頁.
<https://www.bousai.go.jp/hourei/index.html> [2022/6/13 閱覽]
- 日本看護協會（2021）. 看護實踐資訊 災難看護.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html> [2022/6/13 閱覽]
- 日本紅十字社（2004）. 災害時心理的照護. https://www.jrc.or.jp/vcms_lf/care2.pdf [2022/6/13 閱覽]
- 總務省（2021）. 應急對策職員派遣制度相關運用指南 <第 4 版>.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000734711.pdf [2022/7/5 閱覽]
- 壓力、災難時心理資訊支援中心（2012）. 什麼是心理急救（Psychological First Aid：PFA）.
<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pfa.html> [2022/6/13 閱覽]
- 太刀川弘和・五明佐也香・辻本哲士・丸山嘉一・高橋晶・宇田英典. (2020). 地方自治團體的災難時精神保健醫療福祉活動指南. 厚生勞動科學研究補助金（身心障礙者政策綜合研究事業）災難派遣精神醫療小組（DPAT）與地區精神保健系統的合作手法相關研究.
- 東京都（2019）. 災難時的醫療救護體制. 東京都防災網站.
<https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/bousai/1000027/1000344.html> [2022/6/13 閱覽]
- 矢守克也(2009). 防災人類科學. 東京大學出版會.
- 全國社會福祉協議會（2022）. 災難時的支援. 全國社會福祉協議會.
<https://www.shakyo.or.jp/bunya/saigai/index.html> [2022/6/13 閱覽]

5. 結語

通過實例調查，確認到日本確實將過去因應災難的經驗應用在之後的災難心理衛生支援上。日本是世界的災難大國，經歷過各種災難。本案例集匯集了因應這些災難的實例，並由此思考防治措施的實際狀況，希望能夠讓現有指南、指引在運用時更加具體實用。尤其本實例集的特色「當事者的聲音」不但被專家認為對於讓支援具體化非常有幫助，也讓專家開始議論防災並不是只有制定指南、指引。雖然本實例集的目的是思考災難時的心理衛生支援，但災難下有各式各樣的當事者，有人受到身體創傷，有人受到精神創傷，也有人受到社會性傷害。在資訊輕而易取就能獲得的今天，就連不在災區的人也可能成為當事者。今後持續傾聽各種「當事者的聲音」，並加以匯集、公開，能夠促進思考災難支援相關領域更具體並有效的支援方式。或許在每個國家、地區會引發災難的潛在危機都不盡相同，即使如此，仍希望日本在因應災害上經驗的累積能夠對其他國家的災難支援有所幫助。雖然災難是未知的威脅，但如本實例集能夠讓更多人解決心理衛生課題，實屬萬幸。

2022年10月
日本醫療政策機構（HGPI）
心理衛生政策專案小組

認識日本醫療政策機構

日本醫療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）是成立於 2004 年的非營利、獨立、跨黨派的民間醫療政策智庫。為了實現以市民為主體的醫療政策，以中立智庫的立場廣納各領域關係者，為社會提供政策的選項。不受特定政黨、組織立場的限制，堅持獨立性，為實現公平而健全的社會，以放眼將來的寬廣視角提供嶄新的構想與價值觀。不但在日本國內，也向世界提出有效的醫療政策選項，為了解決全球規模的健康、醫療課題，今後也將與各位一起活動。本機構的活動也獲得國際肯定，在美國賓州大學勞德研究所發表的「世界智庫排行報告書」中，榮獲「國內醫療政策」項目世界第 2、「國際保健政策」項目世界第 3 的排名（2021 年 1 月最新數據）。

日本醫療政策機構 心理衛生政策專案小組

滋野 界 日本醫療政策機構 協理

栗田 駿一郎 日本醫療政策機構 經理

牧野 HIROKO 日本醫療政策機構 專案專員

藤本 莉央奈 日本醫療政策機構 實習

接受捐款、補助之準則

日本醫療政策機構是非營利、獨立、跨黨派的民間智庫，將依照下列有關接受捐款、補助的指南進行活動。

對使命的認同

日本醫療政策機構的使命是「為實現公平而健全的社會，提供嶄新的構想與價值觀，以全球化的角度衝撞社會，成為促進變革的原動力」。本機構的活動受到認同這項使命的組織、個人所支持。

政治的獨立性

本機構為獨立於政府之外的民間非營利活動法人。此外本機構不接受政黨或其他以政治活動為主要目的的組織支援。

規劃、進行事業的獨立性

本機構會在廣泛匯集各方面關係者的各種意見後獨立確立事業的方向性與內容。雖可能尋求支援者的意見，但是否將意見反映在活動上，將由本機構主導判斷。

資金來源的多元化

本機構為了確保獨立性而向各種財團、企業、個人等多方面尋求資金。此外各部門或個別事業的活動資金，原則上也必須來自複數提供者。

排除促銷活動等

本機構不會進行支援者的產品、服務促銷，以及以提升知名度或形象為主要目的的活動。

以書面表示同意

為遵守以上準則，本機構會請支援團體以書面表示對上述內容的同意。

本專案贊助企業：

武田藥品工業株式會社



本報告之著作權由日本醫療政策機構所有。

特定非營利活動法人 日本醫療政策機構
〒100-0004
東京都千代田區大手町 1-9-2
大手町 Financial City Grand Cube 3 樓
GlobalBusiness Hub 東京
TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378
Info: info@hgpi.org
Website: <https://www.hgpi.org/>

Health and Global Policy Institute (HGPI)
Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,
Global Business Hub Tokyo
1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo
100-0004 JAPAN
TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378
Info: info@hgpi.org
Website: <https://www.hgpi.org/en/>

嚴禁複製