

メンタルヘルス政策プロジェクト公開シンポジウム  
「災害時のメンタルヘルス支援  
～応急対応から継続対応に向けた支援者連携のあり方～」  
開催報告書

2022年10月10日（月・祝） 13:00-15:00

**The Mental Health Policy Project Public Symposium on Disaster Mental Health**

**Mental Health Support in Times of Disaster – The Ideal Form of Supporter  
Collaboration From Emergency Response to Continuous Response**

**Report**

Monday, October 10, 2022 (a national holiday); from 13:00-15:00

日本医療政策機構は、2022年10月10日（月・祝）世界メンタルヘルスデーに合わせて公開シンポジウム「災害時のメンタルヘルス支援～応急対応から継続対応に向けた支援者連携のあり方～」を会場（コモレ四谷タワーコンファレンス）とオンライン（Zoom）によるハイブリッド形式にて開催いたしました。

メンタルヘルス政策プロジェクトでは、2020年度「災害メンタルヘルスを念頭においた地域づくりを考える」専門家会合を皮切りに災害メンタルヘルスに関する議論をスタートさせました。2021年度には地方自治体の災害時メンタルヘルス対策の事例収集や今後の取り組みの在り方について検討を行い、2022年度は、前年度に収集した事例集の多言語によるグローバルへの発信に加え、命や安全の確保を目的とした応急期のメンタルヘルス支援から、被災生活の継続そして復興に向かう上で必要な、切れ目のない支援体制の構築に向けた論点整理と今後の打ち手を考えることを目指しています。災害時においても、誰もがこころの健康を保持しながら生活を送るには、組織や立場を超えた一体的なメンタルヘルス支援の体制整備が必要不可欠です。2つとして同じ災害はないと言われてるように、メンタルヘルスも一人一人不調の基準は異なります。人々が災害に直面しても同じ地域で同じように生活していくためにも、過去の災害対応をメンタルヘルスの観点で整理し未知の災害に備えることは、地域の生活基盤を整備するという点で喫緊の課題であると言えます。

本シンポジウムでは災害フェーズの移り変わり、特に応急期から復旧・復興期における連携の課題に焦点を当て、基調講演およびリレートーク、並びに地域住民やメンタルヘルス当事者の視点を重視しながら下記のテーマでご登壇者全員によるパネルディスカッションを行いました。

主な論点は以下の通り：

災害メンタルヘルス特有の課題の多様性とどう向き合うか  
多様な支援と多様なニーズをいかに適切にマッチングさせるか  
災害対応から生活支援にいかにスムーズに移行するか

誰もがメンタルヘルス課題を抱える可能性があることを前提に、人々が災害時であってもその人らしい生活を送ることができるような地域における災害メンタルヘルス対策の在り方についてシームレスな連携体制の構築に向けた今後の打ち手を考えました。

On the national holiday on Monday, October 10, 2022, Health and Global Policy Institute (HGPI) marked the occasion of World Mental Health Day with a public symposium titled, “Mental Health Support in Times of Disaster – The Ideal Form of Supporter Collaboration From Emergency Response to Continuous Response.” The symposium was held using a hybrid format that included an in-person event at Comore Yotsuya Tower Conference and a remote event on Zoom.

Discussions on the topic of disaster mental health at HGPI’s Mental Health Policy Project began in FY2020 with the “Expert Meeting on Community Building for Disaster Mental Health.” In FY2021, our activities focused on accumulating examples of measures for disaster mental health implemented by local governments and examining how those measures can be best applied in the future. Then, in FY2022, in addition to disseminating the examples we gathered in FY2021 in multiple languages and on a global scale, we have worked to organize discussion points and consider next steps for building systems that provide seamless mental health support in the emergency phase immediately after disasters, when support is provided to secure life and safety, to the post-disaster phase, when support is necessary for maintaining lifestyles and taking steps toward recovery. Establishing an integrated mental health support system that transcends organizations and positions will be essential for enabling all people to be able to maintain mental well-being in their daily lives, even in times of disaster. Just as no two disasters are the same, no two people have the same criteria for what constitutes a state of mental distress. Organizing past disaster responses from the perspective of mental health to prepare for unforeseen future emergencies will be a critical step for improving infrastructures for community living in Japan to help people maintain familiar lifestyles in familiar communities even when faced with disaster.

This symposium examined the transitions between disaster phases and focused on challenges for collaboration during the transition from the emergency phase to the phases for recovery and reconstruction. It featured keynote lectures, a relay talk, and a panel discussion with all speakers that emphasized the viewpoints of community members and mental health professionals for the themes listed below.

Main discussion points:

How to face the diverse range of issues unique to disaster mental health

How to best match diverse forms of support to diverse needs

How to smoothly transition from emergency response to support for daily living

Based on the premise that everyone has the chance of someday experiencing a mental health-related challenge, we examined next steps for building a system for seamless collaboration as well as how to best implement measures to meet disaster mental health needs so people can live true to themselves, even in times of disaster.



# 開催概要



日時：2022年10月10日（月・祝） 13:00-15:00

形式：Zoomウェビナーおよび会場でのハイブリッド形式

会場：コモレ四谷タワーコンファレンス（東京会場） <https://comore-yotsuya.jp/>

主催：日本医療政策機構（HGPI）

参加者：医療従事者、省庁関係者、行政機関、支援団体NPO、（企業関係者）、当事者など

プログラム：（敬称略・順不同）

## 13:00-13:05 開会・趣旨説明

栗田 駿一郎：日本医療政策機構 マネージャー

## 13:05-13:15 基調講演Ⅰ 災害時メンタルヘルス支援の特徴と特殊性

原田 奈穂子：岡山大学 ヘルスシステム統合科学学域 教授

## 13:15-13:25 基調講演Ⅱ 災害時メンタルヘルス支援の実態と課題～応急期から復旧・復興期への移行に焦点をあてて～

辻本 哲士：全国精神保健福祉センター長会 会長

## 13:30-13:40 基調講演Ⅲ 災害時の多組織連携～官民連携の実態と課題～

木脇 弘二：全国保健所長会 熊本県八代保健所 所長

## 13:40-14:00 リレートーク 災害時メンタルヘルス支援への取り組みと課題

下田 章子：心理相談室グリーンフィールド 代表

吹田 博史：武田薬品工業株式会社 グローバルコーポレートアフェアーズ

グローバルCSR & パートナースhips戦略 ジャパンCSR ヘッド

菅野 拓：大阪公立大学 大学院文学研究科・文学部 地理学教室 准教授

須藤 雫：熊本県発達障害当事者会Little bit（リルビット） 共同代表理事

明城 徹也：認定NPO法人 全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD） 理事

山田 悠平：一般社団法人精神障害当事者会ポルケ 代表理事

## 14:05-15:00 パネルディスカッション シームレスな災害時メンタルヘルス支援に向けて

<パネリスト>

登壇者全員

<モデレーター>

滋野 界：日本医療政策機構 アソシエイト

---

## Event Details

**Date & Time** :Monday, October 10, 2022 (a national holiday); from 13:00-15:00

**Format**: Hybrid format (In-person Tokyo/Zoom)

**Venue**: Comore Yotsuya Tower Conference in Tokyo (<https://comore-yotsuya.jp/>)

**Joint organizers** : HGPI (Health and Global Policy Institute)

---

### Program (participants listed in no particular order with titles omitted)

---

13:00-13:05 **Opening Remarks and explanatory introduction**

Shunichiro Kurita (Manager, HGPI)

---

13:05-13:15 **Keynote Lecture I: The Features and Special Characteristics of Disaster Mental Health Support**

Nahoko Harada (Professor, Graduate School of Interdisciplinary Science and Engineering in Health Systems, Okayama University)

---

13:15-13:25 **Keynote Lecture II: Current Circumstances and issues in Disaster Mental Health Support**

**: Focusing on the Transition From the Emergency Phase to the Recovery and Reconstruction Phases**

Tetsushi Tsujimoto (Chairman, Japanese Association of National Mental Health and Welfare Center Directors)

---

13:30-13:40 **Keynote Lecture III: Multi-organizational Collaboration in Times of Disaster**

**– Current Circumstances and issues for public-Private Collaboration**

Koji Kiwaki (Member, Japanese Association of Public Health Center Directors; Director, Yatsushiro Public Health Center, Kumamoto Prefecture)

---

13:40-14:00 **Relay talk: Initiatives for and Challenges in Disaster Mental Health Support**

Akiko Shimoda (Representative of Psychological Service Office Greenfield)

Hiroshi Suita (Head, Japan CSR, Global CSR & Partnership Strategy, Global Corporate Affairs, Takeda Pharmaceutical Company Limited)

Taku Sugano (Associate Professor, Graduate School of Literature and Human Behavioral Sciences Course, Osaka Metropolitan University)

Shizuku Sudo (The Kumamoto Association of the Developmental Disabled Little bit)

Tetsuya Myojo (Executive Director, Japan Voluntary Organizations Active in Disaster)

Yuhei Yamada (Porque, the Organization of Persons with Psychosocial Disabilities)

---

14:05-15:00 **Panel discussion: Steps for Providing Seamless Disaster Mental Health Support**

**Panelist**

All of Speakers

**Moderator**

Kai Shigeno (Associate, HGPI)

---



---

## 開会・趣旨説明

栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）

メンタルヘルスに関して、偏見をなくし正しい知識を普及することを目的に、世界保健機関（WHO: World Health Organization）が1982年に制定した「世界メンタルヘルスデー」である10月10日に、災害メンタルヘルスについて社会での議論を高めていく目的で開催した。

日本医療政策機構では、2019年からメンタルヘルス政策プロジェクトを実施、2020年後半から災害メンタルヘルスについて取り組んでいる。2021年度には、厚生労働省 令和3年度（2021年度）障害者総合福祉推進事業において「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」を実施し、地方自治体の災害時メンタルヘルス対策の事例収集や、今後の取り組みの在り方について報告した。

今回のシンポジウムでは、地域住民やメンタルヘルス当事者の視点から、災害フェーズの中でも、特に応急期から復旧・復興期における連携の課題に焦点を当てていく。議論を通して、誰もがメンタルヘルス課題を抱える可能性があることを前提とした、地域における災害メンタルヘルス対策のあり方について、論点を整理していきたい。そして、災害時であっても、その人らしい生活を送ることができるよう、シームレスな連携体制の構築に向けた今後の対策についても考えていきたい。

今回、災害の専門家、メンタルヘルスの専門家、そして当事者といった、災害メンタルヘルスに関わるあらゆる方に参加していただいた。災害対応におけるメンタルヘルスの重要性、そしてメンタルヘルスに着目した平時からの準備、その重要性といった観点から、有機的に連携について、参加者の皆様と模索したいと考えている。

---

## 基調講演 I 災害時メンタルヘルス支援の特徴と特殊性

原田 奈穂子（岡山大学 ヘルスシステム統合科学学域 教授）

### 講演要旨

1. メンタルヘルス支援は生きることへのサポートから

- 災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド（「災害・紛争時緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」より引用）が基本的な支援の考え方となり、全ての人たちが必要なサービスや支援にアクセスできて初めてメンタルヘルス支援が始まる。
- 支援者には、外部のサポート（災害派遣精神医療チーム（DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team）など）の他に、元々地域で働く人のなかで災害時にもその業務を継続する、行政職や医療職などの人も支援者に含まれると考える。地域の支援者は災害の影響を受けた人々であるという特殊性もある。

2. 地域の支援者へのメンタルヘルス支援は見過ごされやすい

- 一般的に、災害の影響を受けた人たちのストレスは、惨事ストレス、有形無形に関わらず人や財産などの喪失によるストレス、二次的な環境変化によるストレス、といった3点に大別することができるといわれている。
- さらに支援者の場合、支援者特有のストレスがある。行政職員など地域の支援者として対応されている方では、過剰労働や、支援に対する苦情を受けることもある。職務と家庭の板挟みになるという特殊性もあると思われる。しかし、「支援者」という立場があるため、「被災者」であることを見過ごされやすい。

3. 長期的なメンタルヘルスを担うのは地域の支援者である

- 医療ニーズとメンタルケアのニーズは少し異なる。医療ニーズは早期に充足され、日常の医療ニーズのレベルになっていくことが多い。メンタルケアのニーズは医療ニーズに隠れてしまい、なかなか対応されにくいことがある。また、中長期的にみて、初めてそのニーズが出現することがある特殊性が、医療ニーズとは異なる点であると考えられる。
- 外部からのメンタルケア支援は有限である。発災急性期における地域のメンタルケア支援体制は、地域の支援者を含め、地域全体が被災者となることから一時的に機能不全を起こすことがある。そこに外部支援が必要であるが、外部支援が撤退し、さらには地域のメンタル支援体制が整うまでの間のギャップをどう埋めるのかという点が、課題として挙げられる。
- ニーズと支援のギャップがある。この戦略は以下の3点である。

①外部支援者が支援する期間を延長する（資金や意欲が期間延長に影響する）

②住民情報を支援者同士で共有する仕組みを強化する

③医療支援以外のメンタルケア実施組織との連携を強化する（NGO、NPOなどの活用）

## 基調講演Ⅱ 災害時メンタルヘルス支援の実態と課題～応急期から復旧・復興期への移行に焦点をあてて～

辻本 哲士（全国精神保健福祉センター長会 会長）

### 講演要旨

- 精神保健福祉センターは「無料で精神保健医療福祉サービスを行う公的機関」である。精神保健福祉センターは全国にあり、平時からネットワークを構築し、連携して活動を行っている。災害対応については、中長期の支援を想定しながら発災初期から関わる。
- 大事なのは、コミュニティに対して基本的な支援を安全に提供すること、より支援を必要としている人への支援と専門的支援だと思われる。個人的には職場のメンタルヘルス、「心の健康づくり計画」と同様と考える。
- コロナ禍と自殺対策：COVID-19に関するところのケアについては、各精神保健福祉センターがアウトリーチ活動を精力的に行った。センターの特徴的な動きとしては、教育現場、生活支援、弁護士等との連携が挙げられる。全国精神保健福祉センター長会で実施したコロナ禍における自殺対策の状況に関するアンケートでは、COVID-19感染拡大により従来から存在していた支援の問題や平時からの対策で不足していた部分が表面化した、ということも多くセンターが認識していた。大事なのは、平時の支援である。
- 災害時のメンタルヘルス支援は、災害の種類や被害状況、既存の地域特性により異なる。地域も個人もメンタルヘルス対策は同じである。そのため、経過・時期に応じて支援を組み立て、安全・安心感を構築していく必要がある。発災時の連携をスムーズにするには、日頃の「顔が見える関係」が重要である。災害時であっても、平時のメンタルヘルス支援の延長が基本で、日頃できていないことは非常時でもできないと考える。

## 基調講演Ⅲ 災害時の多組織連携～官民連携の実態と課題～

木脇 弘二（全国保健所長会 熊本県八代保健所 所長）

### 講演要旨

- 平成28年熊本地震の経験
  - 急性期組織体制では、災害派遣医療チーム（DMAT: Disaster Medical Assistance Team）／DPATに出動を要請する。急性期から亜急性期にかけては、県にDMAT調整本部を置き、医療ニーズへの対応を行った。
  - 急性期が過ぎ、DMAT引き上げ後の災害体制の構築について、厚生労働省とDMAT幹部と県の幹部による会議を行い、一元的に外部組織を受け付けて采配する体制の構築をする方向となった。そして、被災地の4保健所、指定都市の熊本市では5つの区の保健子ども課が、コーディネートの拠点を担う体制にした。しかし、特に外部支援者からは、熊本県と熊本市の体制が異なっていたことから、わかりにくいと指摘された。
  - DMAT撤収後、コーディネーター連絡会議を設置し、毎日各団体の活動報告、保健所からの情報を共有しながら課題を抽出し、翌日の活動を定めることを繰り返した。
  - 発災直後から急性期は、多様な組織が個々に活動していること、情報処理ができず問題が見えにくくなるため対応につなげられない、加えて支援者の受け入れが大変であるのが現実である。そのため本震の3日後、阿蘇保健所エリアでは、阿蘇の地元の関係者と外部からの支援者チームによる組織体・阿蘇地区保健医療復興連絡会議（ADRO: Aso Disaster Recovery Organization）という組織を立ち上げた。組織のトップは、阿蘇保健所長と地元医師会理事でもある災害拠点病院の院長であった。1ヶ月半ぐらいDMATが4-5チーム滞在し、ロジスティクスと市と村へのリエゾン役を担った。人材をここに派遣したことは、情報収集・整理、リソースの配分がうまくいったポイントと思われる。
- 令和2年7月熊本豪雨の経験
  - 県庁が被災せず、対応が早く行えた。医療については、発災当日から日赤救護班、DMAT、DPATの活動が始まった。また、県・市町村保健所、県外の保健師チームなども、1~2日後から活動に入った。他にも、多くの医療・福祉の支援者に早期に支援に入っていた。
  - 県保健医療調整本部は、発災初日から会議を実施した。県庁の医務、保健衛生、薬務、精神保健、健康危機管理の部門だけでなく、福祉チーム、所管課長が出席できたのは熊本地震時と大きく違う点であり、よかった点である。
  - 組織体制、連携体制の重要な点として、行政側は行政内部の縦割り組織に対して横断的な指揮調整が必要である。外部支援については、官民の多様な組織を一体運用するための組織横断的な指揮調整が必要である。そのため、今回は外部支援者に要請依頼書を出し、状況報告、現場での適切な活動に関する配慮として、行政の連携枠内に属してもらった。
- 災害時のスムーズな対応のためには、その地域において、平時の「顔が見える関係」づくりが大切である。研修などができない状況ではあるが、今後また取り組んでいきたい。

## リレートーク 災害時メンタルヘルス支援への取り組みと課題

下田 章子（心理相談室グリーンフィールド 代表）

### 講演要旨

- 福島県内で、乳幼児から大人まであらゆる年代の心理相談を自治体や学校、企業などで30年ほど行っていた。
- 福島県では、東日本大震災の震災関連死が多くなっている。インフラの寸断により、県全体が機能不全になっていた時期に、情報不足による混乱や不信感が影響している状況も見受けられた。また、被災者の体験が異なり、孤立・拒否的になったりして共有が難しい場合もあった。COVID-19の状況とも似ている。
- 東北地方太平洋沖地震にかかる緊急時カウンセラー派遣事業（文部科学省）では、コーディネーター役として情報収集・調整を行った。その事業以前より、福島県臨床心理士会で緊急支援の取組を県と連携して行っていたことも功を奏した。
- 「平成24年度非常災害時の子どものこころのケアに関する調査報告書」（文部科学省）では、1年経っても、子どもだけでなく支援者にも心理的影響が大きいことが明らかになった。この課題への対応策必要とされた。

吹田 博史（武田薬品工業株式会社 グローバルコーポレートアフェアーズ

グローバルCSR & パートナリシップストラテジー ジャパンCSR ヘッド）

### 講演要旨

- 当社はグローバルCSR原則を定めており、その中で2つ重要な点がある。1つはビジネス上の利益を目的とせず、厳格な事前調査を実施した利益相反のないフィランソロピー活動であること。もう1つは、中長期的な支援を通じて、革新的な取組みを支援することである。支援によって創出されるインパクトと持続可能性に焦点を当て、見過ごされがちな課題を人間中心のアプローチで解決していく。
- 「見過ごされがちな社会課題に直面する人々に、健康で前向きに生きる力を」をテーマに、2021年度から開始したプログラムがTakeda CARE Programである。4つの活動で構成されているのが特徴で、活動のキーワードはCARE（C: Children, A: Adolescent/Adulthood, R: resilience, E: Empowerment）。支援対象は子どもから大人まで、被災者支援の考え方であるレジリエンス、全てに共通するキーワードをエンパワメントとしている。
- 東日本大震災以前の被災者支援は、義援金と物資提供を中心に行っていた。しかし、東日本大震災の被害規模や被災者の状況、現場で活動するNPOの声を聞く中で、より多様な支援が展開できるのではないかと考えた。支援を続ける上で大切な考え方として、現場ニーズに柔軟に対応できる「支援スキーム」を検討することが挙げられる。
- これまで「緊急期」、「復旧期」、「復興期」、「災害への備え」というフェーズの中で取り組んできたことによって、「心の復興」という課題が明確になってきた。これは、長期において支援活動を行ってきたからこそ見えてきた課題とも言える。また、中間支援の方々とどのように連携し、支援を行っていくかを考えることも今後の課題である。

菅野 拓（大阪公立大学 大学院文学研究科・文学部 地理学教室 准教授）

### 講演要旨

- 自身の問題意識は、1930年北伊豆地震の避難所の写真から始まる。現代の避難所はそのころと大した変化はない。被災者支援はなぜ混乱が継続しているのか。毎回混乱する部分が決まっていて、医療・福祉、仮設住宅の供給など抜本的改善はされていない。なぜなら、平時は民間が関わっている財やサービスの共有に、慣れない行政が急に関与せざる得ない状況になるからだ。もともと行政が供給している財やサービスはあまり混乱しない。
- 被災者支援の基本的な法である災害救助法は、連合国最高司令官総司令部（GHQ: General Headquarters）提案で作成された。生存権保障が眼目になっており、被災者支援は統制への懸念から自治体業務で民間非参入であった。厚生労働省の保護課（生活保護担当）が所管し、平時は生活保護法、有事は災害救助法という役割分担で、いわば当時の社会保障の一端であった。災害救助は行政のみが業務を実施するが、医療は1960年ごろ、福祉は1990年代後半以降、サービスは民間が提供するようになり、平時の社会保障は多様な担い手が参画していったが、災害救助は戦後ずっと行政のみが実施する体制である。
- そのため、被災者支援は行政が継続的に行っているが、慣れないことを行政が毎回実施することになってしまっている。平時の社会保障と同様、対応に慣れた組織が災害時に活動できるような調整と協働について、構造的に検討した方が良いと思われる。



須藤 雫（熊本県発達障害当事者会Little bit（リルビット） 共同代表理事）

#### 講演要旨

- 2016年に熊本地震を経験し、当事者会として取り組んだことは、シェルター活動と共助活動の2つである。シェルター活動では一時避難宿泊所を提供し、ソーシャルワーカーと連携して、1ヶ月間、常時5-6人の当事者がシェルターを利用した。自分が受け入れをするのに負担がなかったわけではないが、仲間がいたから鬱にならなかった。共助活動では、ソーシャルワーカーとともに、あるネットワーク団体に加盟して、夜回り活動や炊き出しなどを実施した。障害からその人を見るのではなく、その人のできることや魅力からその人を知ってもらうことで、当事者の活躍できる場が緩やかに広がっていったように思う。
- 取り組みの課題として、シェルター活動時、差別偏見の問題があることから、障害者受け入れについて地域の人々に公表できなかった。実際、熊本地震の時は、障害者を対象にしている避難所に受け入れられなかったケースもあった。共助活動では、震災が起ってからでは遅く、震災前から何らかのネットワークを持っておかないと支援が行き届かないと思った。

明城 徹也（認定NPO法人 全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD） 理事）

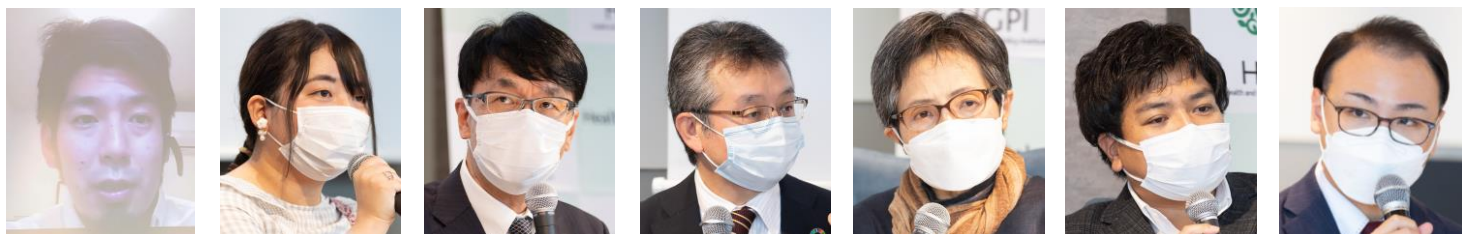
#### 講演要旨

- JVOADは、東日本大震災時にボランティアの活動を取り仕切る団体がなく、被災地に負担をかけたのではないかと、ということで武田薬品工業にも支援をいただきながら2016年に設立した。
- NPOなどの支援組織の調整に主眼を置いているが、支援の全体像として、どのような支援があるのかを14分野に分類した。この分野は全て、衣食住の尊厳のある生活を守るために必要な支援だといえる。そして、この必要な支援に対しさまざまな組織が活動していること、活動の中でメンタルヘルスに関連する保健医療福祉の専門職との接点がつながりきれていないことを感じている。支援の中で折に触れて、メンタルヘルスの専門職とのつながりもあればいいのでは、とも思うが、そこに到達しきれていないのが現状である。
- 生活再建支援の観点より、被災後に家を再建・リフォームする場合、行政の支援メニューだけではゴールに行きつかない現実もある。民間側は企業活動として、もしくはNPOが支援できるところが行政などにつなげていくことができるのではないかと、思うが、制度だけでは十分ではない。また、支援団体自身の資金不足などもあり、安定した支援ができないこともある。

山田 悠平（一般社団法人精神障害当事者会ポルケ 代表理事）

#### 講演要旨

- 当団体では、当事者経験を活かした災害時支援のこれからについて、当事者の支援のあり方を考える、あらゆる人々のメンタルヘルスをどう考えるか、について取り組んでいる。
- 代表的な取り組みとして、令和元年の台風19号による東京都大田区を中心とした被害状況をまとめ、精神障害者当事者の視点から災害に関する取り組みについて報告書をまとめた。また、国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific）では、障害インクルーシブ防災をテーマの会合に参加し、当事者の貢献方法について提言した。今年の国連障害者権利条約締約国会議で、災害時・人道危機時の心のウェルビーイングと精神障害者の包摂についてサイドイベントなども実施した。さらに、国立精神・神経医療研究センターからの依頼で、当事者主導型研究のプロジェクトを行っており、今年度は熊本県・福島県での質的調査（グループインタビュー）に取り組んでいる。
- 活動の支えとなる規範は、仙台防災枠組みである。その中で、精神障害を含む障害についての課題として2点挙げられた。1つは防災分野における障害者の包摂、もう1つは精神保健・心理社会的支援の強化である。この2点について、仙台防災枠組みを基にして行政計画などに落とし込むことは重要である。
- 精神障害のある人への災害支援に期待することとして、安定した服薬確保に注目したい。災害時、常時服用している薬が手に入らない問題が起きており、薬が手に入らないことを平時からどのように相談していくか、について議論を進めたい。また、単に災害時どうするのではなく、共生社会についての取り組みをどうデザインしていくか、当事者参加で取り組んでいきたい。さらに、精神障害のある人の視点から災害支援を通じて、あらゆる人々にとっての防災のメンタルヘルスのあり方全体を深めていきたい。



## パネルディスカッション シームレスな災害時メンタルヘルス支援に向けて

パネリスト：

木脇 弘二、下田 章子、吹田 博史、菅野 拓、須藤 隼、辻本 哲士、原田 奈穂子、明城 徹也、山田 悠平

モデレーター：

滋野 界（日本医療政策機構 アソシエイト）



## パネルディスカッション I：災害メンタルヘルス特有の課題の多様性とう向き合うか

### 課題1：災害メンタルヘルスの課題の多様性

個人差が大きく、災害支援内容が多様になったり複雑さが増したりする。加えて災害メンタルヘルスの課題は、災害前から精神障害がある方と、災害をきっかけにメンタルヘルスの不調を伴う方への対応は異なり、個人差が大きい課題となる。

#### 内容本文

- 須藤：被災者になったときのポイントとして、一つはいかに信頼できる情報を得られるか、もう一つは誰かに頼れるか、である。情報の取捨選択が苦手な人も多く、情報の選択に困る。行政に問い合わせても、状況により知りたい内容の回答は得られない可能性もある。信頼できる情報に辿りつくためには、普段から、ソーシャルワーカーの力も借りつつ、当事者や地域の人々と繋がっておくことが、シームレスな支援にもつながる。
- 原田：情報共有の課題は、行政以外にもNPOやNGOなどが中長期に渡って抱えている。NPOやNGOなど、住民への身近なケアやサポートを提供している組織は、活動の中で、地域のハイリスクの住民や専門的サービスに繋がって欲しい住民の情報を持っていると思う。一方、精神保健福祉センターの専門職が把握している情報と、NPOなどの組織が把握している情報の共有に課題がある。また、メンタルヘルスへの課題がある人のセンシティブな情報の共有が安全にできるシステムがないのも課題である。
- 山田：精神障害自体を自身の立場から明らかにしてサポートや合理的配慮を得ることは、スティグマ等の問題から現代の社会構造上困難であることが前提と考える必要がある。個別避難計画の作成は、基礎自治体で義務化されているが、精神障害領域での対象者設定や実効性に課題が多いと思う。これについては、実際に対象者はサポートが得られるのかもさることながら、どのような形で支援が求められるのが課題であり、行政・当事者双方の視点から検討する必要がある。
- 山田：地域包括ケアシステム内での全体的な課題ではあるが、行政機関のどこに相談すればよいか、責任主体も見えにくくなっている。障害部門と保健領域だけでなく、災害時にさまざまな部局を横連携できるアイデアを、民間も提供することが必要だと思う。
- 下田：東日本大震災の発災当初の支援では、混乱した状況の中で既存の取り組みを応用することができたが、既存の取り組み内容だけでは不足しているということもわかった。そのため、支援の進め方や体制づくりの時間をいただき、支援開始を遅らせた。また、外部支援者の受援に対し特別なチームを作り、対応した。さらに、メンタルヘルスに対応できる組織が新たに設立され、地域の受け皿ができてきた。しかし、まだ復興に時間を要している地域もあり、長期支援は必要である。その中で、被災者のレジリエンスをどのように発揮するかを考えて支援することが重要である。

## パネルディスカッション II：多様な支援とニーズをいかに適切にマッチングさせるか

### 課題2：災害支援そのものの多様性

一言で被災と言っても、住家被害と人的被害とでは支援内容が異なる。また、応急対応期から復旧・復興期には行政機能が不安定になり、さらに外部支援の入れ替わりも激しく、支援のニーズも多様に移り変わる。

#### 内容本文

- 辻本：災害対策は、自殺対策や依存症、引きこもり対策などと同様に地域づくりが基本で、地域医療だけでなく児童相談所、教育現場、医療現場、弁護士などとのネットワークづくりが必要である。ニーズや課題への対応が必ずしも特定の機関とは限らず、対応できそうに対応できないという点で困っている。課題やニーズに対し、いくつかの団体とともに伴走しながら継続的にやっていく必要もあるし、支援する団体とのバトンタッチのタイミングについても、オーバーラップしつつも丁寧に途切れなく継続する工夫が必要である。
- 辻本：地域ごとに対応に違いがあっても良い。自治体ごとに、既存の組織や団体などの強みを活かした体制づくりをし、定期的に評価しながら、自地域の強みを把握し生かすのが大切である。また、精神科と身体科の連携、行政と民間の連携の強化は課題である。
- 明城：熊本地震時は火の国会議で毎晩集まり、活動やニーズ、課題を情報共有することで、対応できる組織が翌日活動していた。一方、多様な組織との連携については、それぞれの団体の視点が異なると思われる。メンタルヘルスに関わる多様な支援団体では、役割や相互理解、信頼関係を築くためにも、平時の取り組みが重要である。

- 吹田：企業として長期的な災害支援を実施しているが、各フェーズでどのようなニーズがあるのか、それらに対しどういった取り組みができるのかは常に課題であった。しかし、10年経過した現在、次の「緊急期」にこれまでの経験をどう生かすかが、「災害への備え」すなわち平時の活動であると考えた。「緊急期」は中間支援を行う組織と支援団体とのつながりが大事であることから、平時から活動している地域のNPOなどをつないでいる組織、いわゆる中間支援団体を中心としたネットワークの支援が重要と考えている。こういった基盤強化的な支援は、企業が取り組むことのできる支援の一つと考える。
- 辻本：自治体による災害中長期対応については、その全容の整理ができていない。災害を経験していない自治体では、まだ人ごとになっているところもある。自治体ごとの強みは異なるが、日頃から対応できる団体を知らなければ災害時に繋がれない。日頃から顔を合わせておくことは大切である。

---

## パネルディスカッションⅢ：災害対応から生活支援にいかにもスムーズに移行するか

### 課題3：災害対応から平時の社会保障制度への一貫性

災害関連法制度と社会保障制度の連動箇所の少なさや、災害対応における対人サービスの弱さがある。

#### 内容本文

- 菅野：平時から地域包括ケアシステムを活用し、得意分野が力を出し合うことは、資源の活用や準備を考える点で問われているところである。また、平時に最適化している資源だけでは災害時のニーズには応えられないため、外部支援をどのように受け入れていくのかは法制度も含めて課題である。
- 木脇：普段準備できなかったことは災害時にはできない、と考える。災害時は、予め設定した体制が基盤になって動けたというのも率直な意見である。しかし、行政職員は、縦のラインの内容については強いが、横連携は弱い部分である。災害時、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Teams）は外部支援者と繋ぐ役割もあり、DHEATには外部支援者対応を担ってもらうことが期待される。
- 木脇：高齢者については地域ケア会議が継続的に開催され、10年で有効性が実感できている。精神障害にも対応した地域ケア包括システム（以下、にも包括）としてはまだそこまでではないが、対象となる住民と専門分野の組織や人をつなげる地域の仕組みづくりに保健所などが貢献できればと思っている。
- 山田：にも包括での協議の場は義務化され各自自治体で多く設置されているが、自治体により当事者参加が限定的であると聞いている。当事者参加については、自治体の手探りで仕組みづくりを行っているが、作り上げる過程にこそ意味があり、障害者権利条約の趣旨に鑑みてますますの促進が期待される。この取り組みの中で連携や協働するということは、「顔の見える関係」づくりにもなっている。

---

#### QAセッション

**Q：「精神科のない二次救急の病院で、DMATから外傷患者を受け入れた際、通常の外傷治療を終了した後も、メンタルケアが必要な方が入院していた経験がある。行政などの地域機能も破綻し、ソーシャルワーカーなどにつなぐことができない場合、どこと連携を取ればよいか。」**

- 辻本：自殺された後にどこにつながるかという課題と同じである。顔見知りの精神科があると繋がれる。顔見知りの精神科があればいいが、なければ精神保健福祉センターや保健所に相談をしてほしい。
- 下田：こころのケアセンターなごみとは、学校での対応が難しいときなどに連携したことがある。地域の精神科などとは普段から連携しておくことよい。研修などの機会で繋がることもできるので、普段からアンテナを張っておくことよい。
- 須藤：外傷が治ってもメンタルケアが必要な場合、当事者としては、日頃から誰と話すかと安心なのか、どの組織と繋がっていると安心なのかを理解しておくのが大切だと思う。

**Q：「支援者支援についてのアドボカシーがあるが、なぜ見過ごされやすいのか。支援者となる職種の職場、医療関係者だけでなく学校、行政、メディアなども含め、そういった職場における研修などがあまり行われていないためなのか。」**

- 原田：研修が行われていないというより、地域を支える仕事であるため、疲弊をしていることを出し控えてしまうような組織的な課題、もしくは文化的な背景がある。普段から個を出さないため、ニーズはないと外部者は評価してしまう。仕組みとして、支援者支援が進んでいかない部分でもあると思う。

---

## Opening Remarks and explanatory introduction

**Shunichiro Kurita** (Manager, HGPI)

World Mental Health Day is October 10 and was established by the World Health Organization (WHO) in 1982 with the goals of eliminating prejudice toward mental health issues and spreading accurate knowledge regarding mental health. To mark the occasion, we are holding today's event to encourage discussion on disaster mental health in society.

Health and Global Policy Institute (HGPI) launched its Mental Health Policy Project in 2019 and has been working for disaster mental health since the latter half of 2020. In FY2021, we conducted an initiative titled "Assessing the State of and Examining Future Approaches to Mental Health and Welfare Support Systems at Local Governments" as part of the FY2021 Ministry of Health, Labour and Welfare Project for the Promotion of Comprehensive Welfare for Persons with Disabilities (Third Stage). In that initiative, we gathered good examples of disaster mental health measures from local governments and reported on desirable actions for disaster mental health in the future.

At today's symposium, we will focus on issues facing efforts for collaboration encountered across various disaster phases, particularly from the emergency phase to the recovery and reconstruction phases, as seen from the perspectives of community members and people most affected by mental health issues. Through our discussion, we wish to identify issues regarding the implementation of disaster mental health measures in communities based on the premise that mental health issues can affect anyone. We would also like to consider future measures for building seamless collaboration systems that enable people to live true to themselves, even in times of disaster.

We are joined today by various parties involved in disaster mental health including experts on disasters, experts on mental health, and the parties most affected. Together, we would like to examine organic collaboration that reflects the importance of mental health in disaster response and of mental health-focused preparations made during periods of non-emergency.

---

## Keynote Lecture I : The Features and Special Characteristics of Disaster Mental Health Support

**Nahoko Harada**

(Professor, Graduate School of Interdisciplinary Science and Engineering in Health Systems, Okayama University)

### Overview of lectures

#### 1. Mental health support begins with support for living

- The intervention pyramid for mental health and psychosocial support in natural disasters, times of conflict, and other emergencies (Source: IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings) provides the foundational concept of support, and support for mental health can only begin when everyone has access to the services and support they require.
- In addition to external supporters like Disaster Psychiatric Assistance Team (DPAT), the term "supporters" can be taken to include people who had already been providing support in communities, who should be enabled to continue their activities in times of disaster; as well as professionals serving in administrative roles in local governments and healthcare facilities. Another characteristic that must be taken into account is that supporter community members are also among the parties most affected by a disaster.

#### 2. One item that tends to go overlooked is providing mental health support to community members who are serving as supporters

- Forms of stress experienced by people who are impacted by disasters can be sorted into three general categories: critical incident stress, stress due to tangible and intangible losses including of people and property, and stress due to secondary changes in the environment.
- There are also forms of stress that are unique to the people providing support. People serving in the roles of administrative staff or supporters from the community may experience excessive workloads or complaints about the support they provide. They can also feel caught between their duties and their families. Because they are serving as supporters, however, their status as disaster survivors tends to go overlooked.



---

3. The people who will be responsible for mental health in the long term are supporters in communities

- There are slight differences between medical needs and mental health care needs. In many cases, medical needs are addressed during early stages and tend to gradually shift toward the level of routine healthcare. Mental health care needs are sometimes overshadowed by medical needs and may not be easy to address. Another unique characteristic that distinguishes mental health care needs from medical needs is that they sometimes only emerge in the medium to long term.

- There is a limit as to how much mental health support can be provided by external parties. Because disasters can impact whole communities including local supporters, local mental health support systems may be temporarily offline during the acute phase after a disaster. These times are when external support is necessary, but one challenge is determining how to bridge the gap between the end of external support and the stabilization of local mental health support systems.

- There is a gap between needs and support. The strategy for closing that gap has three key points:

(1) Extend the periods of support provided by external parties (which is impacted by funding and motivation)

(2) Strengthen mechanisms for sharing information on community members among supporters

(3) Reinforce cooperation with organizations providing mental care other than medical support (through parties like NGOs and NPOs)

---

## **Keynote Lecture II : Current Circumstances and issues in Disaster Mental Health Support : Focusing on the Transition From the Emergency Phase to the Recovery and Reconstruction Phases**

**Tetsushi Tsujimoto** (Chairman, Japanese Association of National Mental Health and Welfare Center Directors)

### **Lecture overview**

- Mental health and welfare centers are public institutions that provide mental health care and welfare services for free. They are located throughout Japan and are building networks and engaging in joint activities during times when emergencies are not occurring. They are involved from the early stages of disaster response and do so while keeping medium- to long-term support in view.

- The key concept is providing basic support to communities in a safe manner and to provide specialized support to people who require support the most. I personally consider this the same as workplace mental health support and “Plans to Achieve Mental Well-being” (which are plans the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) asks employers to formulate for the mental health of their employees).

- The COVID-19 pandemic and suicide prevention measures: On the topic of mental health care and COVID-19, every mental health and welfare center has been engaged in vigorous outreach activities during the pandemic. Some standout activities from those centers include collaborative efforts with parties like educational institutions, livelihood support services, and lawyers. A survey that examined conditions surrounding suicide prevention measures in the wake of the COVID-19 pandemic conducted by the Japanese Association of National Mental Health and Welfare Center Directors found that many centers recognized that the COVID-19 pandemic had brought to the forefront existing problems in support and areas where measures undertaken in non-emergency periods had been insufficient. Support during non-emergency periods is crucial.

- Mental health support provided in times of disaster can vary depending on disaster type, the extent of damage, and the community’s existing features. Measures for mental health are the same for both communities and individuals. This means we must foster feelings of safety and security by building support that reflects progress and timing. Having face-to-face relationships on a daily basis is important for smooth cooperation during disasters. During times of disaster, the basic idea is to extend the mental health support that is provided during normal times, as it is likely that support that is not provided on a daily basis cannot be provided during an emergency.





---

## Keynote Lecture III: Multi-organizational Collaboration in Times of Disaster – Current Circumstances and issues for public-Private Collaboration

**Koji Kiwaki**

(Member, Japanese Association of Public Health Center Directors; Director, Yatsushiro Public Health Center, Kumamoto Prefecture)

### Lecture overview

- Experiences from the 2016 Kumamoto Earthquake

- The acute phase response system submitted a request for the deployment of Disaster Medical Assistance Team (DMAT)/DPATs. A DMAT coordination headquarters was established in Kumamoto Prefecture from the acute phase to the sub-acute phase to help meet medical needs.

- After the acute phase, a meeting was held between the MHLW and leaders from the DMATs and Kumamoto Prefecture to discuss establishing a disaster response system after the withdrawal of the DMATs. They decided to build a centralized system for onboarding and directing external organizations. Bases for coordination were then established at the four health centers in the disaster-affected regions and at the Health and Children's Departments of the five wards of Kumamoto City (which is a city designated by Government ordinance). However, it was pointed out that the differences between the systems in Kumamoto Prefecture and Kumamoto City made them difficult to understand, particularly for external supporters.

- After the DMATs withdrew, a liaison meeting for coordinators was established which received daily reports on each organizations' activities and updates with information from the health centers so it could identify issues and decide on activities for the following day.

- Responses are difficult to mount during the acute phases immediately after disasters because when various organizations work independently, it is impossible to process information and difficult to identify problems and onboard supporters. To overcome this, three days after the main earthquake, an organization of local officials and teams of outside supporters called the Aso Disaster Recovery Organization (ADRO) was established in the Aso Health Center area. ADRO was headed by the director of the local medical association, who also served as Director of Aso Health Center and the base hospital for the disaster. For about a month and a half, four to five DMATs stayed there to work on logistics and serve as liaisons for the city and villages. Dispatching personnel to the area played a major part in helping to gather and organize information and to allocate resources.

- Experiences in Kumamoto during the 2020 Kyushu floods (July 2020)

- The Kumamoto Prefectural Government was unaffected by the flooding, which allowed for a rapid response. The Japan Red Cross Society, DMATs, and DPATs began activities to provide medical care on the first day of the disaster. Prefectural and municipal health centers and teams of public health nurses from other prefectures began activities one or two days later. Many other health and welfare supporters also came to assist early on.

- Meetings at the prefectural medical coordination headquarters began on the first day of the torrential rainfall. A major improvement compared to the response to the 2016 Kumamoto Earthquake was the fact that this meeting was attended by welfare teams and relevant section heads in addition to the prefectural government's medical, public health, pharmaceutical, mental health, and health crisis management departments.

- Given the siloed internal structure of the administration, command capabilities that cut across sections are a key aspect for the administration's organization and coordination systems to have. In terms of external support, command and coordination capabilities that cut across organizations are necessary to orchestrate activities from various public and private organizations. For these reasons, we submitted a written request to external supporters asking them to operate under the administration's coordination framework in consideration of status reports and the need to take appropriate actions at the front lines of the support efforts.

- It is important to build face-to-face relationships in communities during non-emergency periods to ensure smooth responses can be made in times of emergency. Although we are currently unable to provide training or other education for doing that, I would like for us to redouble our efforts in the future.

---

## Relay talk: Initiatives for and Challenges in Disaster Mental Health Support

### Taku Sugano

(Associate Professor, Graduate School of Literature and Human Behavioral Sciences Course, Osaka Metropolitan University)

- I first became aware of this issue after seeing a photograph taken inside a shelter after the 1930 North Izu earthquake. The evacuation centers we have today have not changed much from then. Why does supporting disaster survivors continue to vex us? The areas that trouble us are the same every time, yet significant improvements in the provision of healthcare, welfare, or temporary housing have yet to be achieved. This is because disasters suddenly force the Government to get involved in sharing goods and services that are normally provided by the private sector during non-emergency periods, and it is unaccustomed to doing so. The Government encounters less confusion in the provision of the goods and services that it already provides during non-emergency periods.
- The foundational law for supporting people who have experienced disasters is the Disaster Relief Act, which was drafted after World War II at the suggestion of the Supreme Commander for the Allied Powers (also called “General Headquarters” or GHQ). Its objective was to uphold the right to live, and it obligated municipal governments to support disaster survivors while preventing participation from the private sector due to concerns over control. This was the jurisdiction of the Office of Protective Operations of the Ministry of Health and Welfare, which was responsible for public assistance, and duties were divided between the Public Assistance Act during non-emergencies and the Disaster Relief Act during emergencies. This could be considered part of social security in that era. While disaster relief is the sole responsibility of the Government, the private sector started providing healthcare services around 1960 and welfare services starting from the late 1990s, so over time, various parties began being involved in social security during non-emergencies. In the current system, the Government has been the only party involved in disaster relief since World War II.
- This means that although the Government has continuously provided support for disaster survivors, for each emergency, it has to perform actions it is not accustomed to performing. In a similar manner as social security during non-emergencies, I think it would be good to give constructive consideration as to how to coordinate and collaborate with organizations that are accustomed to disaster response to help those organizations operate during emergencies.

---

### Shizuku Sudo (The Kumamoto Association of the Developmental Disabled Little bit)

- After experiencing the 2016 Kumamoto Earthquake, there were two activities we began focusing on as an association representing people with developmental disorders: shelter activities and mutual aid activities. Among our shelter activities, we established a temporary shelter and collaborated with social workers to regularly house five to six people for one month at a time. While I was not completely free of burden over the process of taking them in, I was able to avoid falling into depression because I was not alone. As for our mutual aid activities, I joined a certain network organization together with the social workers and engaged in activities like making the nightly rounds and holding soup kitchens. Rather than perceiving people in terms of their disability, I think getting to know them by seeing what they can do or what is appealing about them can make it possible to gradually expand the scope of their activities.
- One issue we faced in our initiatives was that during the shelter activities, we were unable to inform the community that we were accepting people with disabilities for reasons related to discrimination. After the 2016 Kumamoto Earthquake, there were cases in which people with disabilities were not accepted at shelters designed for them. In our mutual aid activities, I felt waiting to provide support until after the disaster was too late, and that support cannot reach people if some sort of network is not put in place ahead of time, before emergencies occur.

---

### Tetsuya Myojo (Executive Director, Japan Voluntary Organizations Active in Disaster)

- Japan Voluntary Organizations Active in Disaster (JVOAD) was established with support from Takeda Pharmaceutical Company Limited in 2016 out of the recognition that the absence of an organization to coordinate volunteer activities after the Great East Japan Earthquake may have burdened the regions affected by the disaster.
- While JVOAD’s main focus is on coordinating NPOs and other support organizations, we have broken down all types of available support into 14 areas. Each area can be seen as necessary for ensuring dignified living with sufficient food, clothing, and shelter. Various organizations are working to provide this crucial support, but we feel that they are unable to fully connect with health and welfare professionals involved in mental health over the course of their activities. We think it would be best for them to be able to keep in touch with mental health professionals over the course of support activities, but that has yet to be achieved.

•From the perspective of providing reconstruction support for livelihood recovery, the types of support currently provided by the Government alone are insufficient to meet goals for rebuilding or remodeling homes after disasters. It may be possible to make the necessary connections to the Government and other organizations through corporate activities on the private sector side or by having NPOs provide support where they can, but systems alone will not be enough. Furthermore, support groups may not be able to provide stable support on their own due to insufficient funding and other factors.

### **Yuhei Yamada (Porque, the Organization of Persons with Psychosocial Disabilities)**

•Our organization is working to realize the disaster support of the future which fully utilizes the experiences of the parties most affected by examining how to best support those parties and how to think about mental health for everyone.

•One initiative that represents our activities is when we gathered information regarding the damage caused by Typhoon Hagibis in 2019 centered around Ota City, Tokyo and compiled a report on disaster-related efforts from the perspectives of people with mental disabilities. We also participated in a meeting of the United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) with the theme of disability-inclusive disaster management, where we offered recommendations on methods for people with mental disabilities to contribute. During the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) this year, we hosted a side event on mental well-being and inclusion for people with mental disabilities during disasters and humanitarian crises. We have also been commissioned by the National Center of Neurology and Psychiatry to carry out a project on research led by people with mental disabilities. For that project, this year, we are conducting qualitative research in the form of group interviews in Kumamoto and Fukushima prefectures.

•The criteria underlying these activities are those provided by the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction, which identifies two issues regarding disability and mental disability. One is inclusion for people with disabilities in disaster management, and the other is reinforcing mental health and psychosocial support (MHPSS). It is crucial that these two points are incorporated into administrative plans and other plans in a manner that is based on the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction.

•Regarding our future expectations toward support for people with mental disabilities in times of disaster, we would like focus to be placed on securing stable supplies of medication. During emergencies, people might be unable to acquire the medications they take normally, so we would like to move discussions forward during normal times on seeking help for lack of access to medications. Rather than only discussing what to do when disaster strikes, we would also like to discuss how to design an inclusive society together with the parties most affected. Furthermore, we want to utilize the perspectives of people with mental disabilities on disaster support to help create a clearer overall image of disaster mental health for everyone.



---

## Panel discussion: Steps for Providing Seamless Disaster Mental Health Support

### Panelists:

**Koji Kiwaki, Akiko Shimoda, Hiroshi Suita, Taku Sugano, Shizuku Sudo, Tetsushi Tsujimoto, Nahoko Harada, Tetsuya Myojo, Yuhei Yamada**

### Moderator:

**Kai Shigeno (Associate, HGPI)**

---

## 1. How to face the diverse range of issues unique to disaster mental health

### Issue 1: The diversity of issues in disaster mental health

There are significant differences among individuals, which means the types of disaster support provided can be diverse and complex. Another major issue is the highly individual nature of disaster mental health needs due to the fact that disaster mental health issues can differ significantly for people who had already been living with mental health disorders before the disaster and people whose mental health issues began with the disaster.

#### Body

•**Sudo:** When someone experiences a disaster, two key points for them to keep in mind are how to obtain trustworthy information and how to rely on others. Many people are not very good at picking and choosing information. Even if they ask the Government, depending on the circumstances, they might not receive the answer to what they wanted to know. While receiving assistance from social workers, staying connected with affected parties and community members to help people find their way to information they can trust will also contribute to realizing seamless support.

•**Harada:** Like the Government, organizations like NPOs and NGOs also face the information sharing issue over the medium to long term. I think organizations like NPOs and NGOs that provide care and support from positions close to community members learn, over the course of their activities, who is at high risk or who wants to be referred to specialized services. On the other hand, there are issues facing efforts to share the information held by specialists serving at mental health and welfare centers or by organizations like NPOs. Another issue is there is no secure system for sharing sensitive information about people facing mental health issues.

•**Yamada:** We must keep in mind the premise that stigma and other problems rooted in the structure of modern society are preventing people from outwardly discussing mental disabilities from their own perspectives in order to obtain support and reasonable accommodations. While basic local governments have been obligated to formulate their own evacuation plans, I think that in terms of effectiveness and defining target populations, there are many issues in the area of mental disabilities. In this regard, if the question of whether target populations can actually receive support is an issue at hand, then determining what forms of support they require is an even more important issue, so it will be necessary to consider this from both the perspectives of the Government and the parties most affected.

•**Yamada:** Although this is an overarching issue for the Integrated Community Care System, it is also difficult for people to see which administrative agencies should be consulted and which one is in charge. In addition to activities for the disability and health sectors, I think it will be necessary for the private sector to also provide ideas for horizontal cooperation among various departments during emergencies.

•**Shimoda:** During the initial stages of supporting people affected by the Great East Japan Earthquake, despite the chaotic situation, we were able to incorporate existing initiatives. However, we also discovered that the support provided through existing initiatives alone was insufficient. So we postponed support to take the time to establish pathways for providing support and to form a system. We also formed a special team to onboard external supporters. We established a new organization for responding to mental health issues and helped make the community more receptive. However, some regions still need more time to recover, so long-term support is still necessary. In this context, it will be important for us to think of how to provide support in a manner that leverages the resilience of survivors.

---

## 2. How to best match diverse forms of support to diverse needs

### Issue 2: The diversity of forms of disaster relief

Although we can speak of “damage caused by a disaster” in general terms, the forms of support provided differ whether that means damage to homes or damage to people. Furthermore, the administrative functions of the government become unstable over the periods from emergency response to recovery and restoration, and supporters from external parties are replaced frequently, which results in more diverse support needs.

#### Body

•**Tsujimoto**: Just as with measures for suicide, addiction, and social withdrawal, fostering communities is a fundamental element of disaster management. Fostering communities requires networks to be built that involve community healthcare services as well as parties like child consultation centers, educational facilities, healthcare facilities, and lawyers. It is not always the case, however, that the same organizations are always the ones to respond to the issues and needs of disaster management, which means they sometimes are unable to respond when it seems they should be able to. Several organizations must cooperate on an ongoing basis to address issues and meet needs. They must also determine when is best to pass the baton among supporting organizations in a seamless, careful manner while overlapping with one another.

•**Tsujimoto**: It is okay if there is some variation in responses among regions. It will be important for each municipality to build its own system that leverages the strengths of existing organizations and groups and regularly evaluates them so the assets of its community can be understood and utilized. Another issue is reinforcing cooperation between psychiatry and physical medicine as well as between the Government and the private sector.

•**Myojo**: After the 2016 Kumamoto Earthquake, organizations with the capacity to respond started taking action the very next day, and nightly meetings were held at Kumamoto Volunteer Organizations Active in Disaster (KVOAD) to share information on activities, needs, and issues. However, I think it is likely that each organization will have a different perspective on collaboration across a broad variety of organizations. It will be important for the various support organizations involved in mental health to work during non-emergency periods to define roles, achieve mutual understanding, and build trust.

•**Suita**: We have been engaged in activities for long-term disaster support as a company, but we have always been faced with the issue of what needs there are in each phase and what we can do to meet those needs. But now, ten years later, we think what we can do is apply our past experiences to the next emergency through activities for disaster preparedness undertaken during the non-emergency phase. One important activity for the emergency phase is to connect support organizations and intermediate support organizations, which are organizations that link local NPOs and other groups that are active during periods of non-emergency. I think it will be important to support networks that are centered on intermediate support organizations. The type of support that reinforces the foundation is something companies can provide.

•**Tsujimoto**: Efforts to organize every aspect of medium- to long-term disaster response at local governments are incomplete. Some local governments in areas that have not experienced a disaster still view the topic as something that only affects other people. While each local government has its own strengths, if they do not know the organizations that are always ready to respond, they cannot connect during disasters. It is important to keep in touch with each other on a regular basis.



---

### 3. How to smoothly transition from emergency response to support for daily living

#### Issue 3: Achieving consistency between disaster response and the social security system during non-emergency periods

There are few links among legal systems related to disasters and the social security system. Personal services are one shortcoming within disaster response.

##### Body

•**Sugano:** We are currently asking how to utilize the Integrated Community Care System during non-emergency periods and how to have various fields of expertise pool their strengths in terms of resource utilization and preparedness. Also, because resources that have been optimized to meet the needs of non-emergency periods cannot meet needs during a disaster, another issue is how to incorporate support, including within the legal system.

•**Kiwaki:** I think that preparations that could not be made in ordinary times also cannot be made during times of disaster. It is my honest opinion that during disasters, the systems that were established ahead of time are able to operate as the foundation. While Government officials are good with tasks that involve their vertical chains of command, they are weak at dealing with horizontal collaboration. During disasters, one responsibility of Disaster Health Emergency Assistance Teams (DHEATs) is to connect with external supporters, so I have high expectations for DHEATs to take the lead in responding to external supporters.

•**Kiwaki:** Community care meetings for elderly people have been held continuously and have demonstrated their effectiveness over the past decade. Although they have yet to reach the level of the Integrated Community Care System, I hope organizations like public health centers can contribute to building systems in communities that can connect community members in target groups to specialized organizations and specialists.

•**Yamada:** Although it has become mandatory for local governments to implement the Integrated Community Care System, and many have done so, I have heard that at some local governments, there is only limited participation from the parties most affected. Some local governments are trying to create systems to facilitate participation among those parties. There is inherent significance to those efforts and I have high expectations for their further promotion in line with the objectives of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Cooperating and collaborating as part of those efforts will also be a method of building face-to-face relationships.

---

#### Question and answer session

**Question: At a secondary emergency hospital with no psychiatric department, I once had a trauma patient from a DMAT who still required mental health care after completing standard treatment for their injuries. Who should we collaborate with if the Government or other services in the community are also down and we cannot get in touch with social workers and other specialists?**

•**Tsujimoto:** The same issue is encountered when trying to find who to get in touch with after a suicide. If you know a psychiatrist, you could try contacting them. While it is best that you are acquainted with a psychiatrist, if you are not, please seek advice from a mental health and welfare center or a public health center.

•**Shimoda:** I have collaborated with the Nagomi Mental Health Care Center to handle cases that were difficult for schools to handle. It is good to make sure to collaborate with psychiatrists in the community on a regular basis. You can also form connections with them through opportunities like training programs, so stay on the lookout for such opportunities.

•**Sudo:** I think that when people still require mental health care even after they have recovered from traumatic injuries, it is important for survivors to know who they always feel safe talking to as well as which organizations that being in touch with would give them peace of mind.

**Question: Some people are advocating for providing support to supporters. Why does that tend to go overlooked? Is there a lack of training on this topic at workplaces like healthcare institutions or at other places staff members serve as supporters, such as schools, governments, and the media?**

•**Harada:** It is not that they are not providing training; rather, there are organizational issues or cultural factors that tend to prevent people from showing how exhausted they are from their efforts to support the community. Because they do not express how tired they are on an individual level, they are not seen as being in need when evaluated by outside parties. As a system, I think this is another area in which progress in supporting supporters is not being made.

### 非営利、独立、民間——そしてグローバル

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。



市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。

特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。

当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点）。

### 寄附・助成の受領に関する指針

#### 日本医療政策機構 寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

#### ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

#### 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

#### 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

#### 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

#### 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

#### 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

日本医療政策機構 メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

栗田 駿一郎 マネージャー

滋野 界 アソシエイト

牧野 ひろこ アソシエイト

鴨田 玲子 プログラムスペシャリスト

#### 本プロジェクト協力企業

武田薬品工業株式会社

公益財団法人 穴見保雄財団

### Non-profit, Independent, and Global

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a Tokyo-based independent and non-profit health policy think tank, established in 2004.

Since our establishment, HGPI has been working to help citizens shape health policy by generating policy options and bringing together stakeholders as a non-partisan think-tank. Our mission is to enhance the civic mind along with individuals' well-being and to foster sustainable, healthy communities by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and catalyzing society for impact.

We commit to activities that bring together relevant players from various fields to deliver innovative and practical solutions and to help interested citizens understand available options and their benefits from broader, global, long-term perspectives.

HGPI has again ranked Second in the "Domestic Health Policy Think Tanks" category and Third in the "Global Health Policy Think Tanks" category within the 2020 Global Go To Think Tank Index Report released on January 28, 2021, by the Think Tanks and Civil Societies Program (TTCSP) of the Lauder Institute at the University of Pennsylvania.



## Guidelines on Grants and Contributions

### Health and Global Policy Institute: Guidelines on Grants and Contributions

As an independent, non-profit, non-partisan private think tank, Health and Global Policy Institute, (the Institute) complies with the following guidelines relating to the receipt of grants and contributions.

#### Approval of Mission

The mission of HGPI is to improve the civic mind and individuals' well-being, and to foster a sustainable healthy community by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and catalyzing society for impact. The activities of the Institute are supported by organizations and individuals who are in agreement with this mission..

#### Political Neutrality

The Institute is a private, non-profit corporation independent of the government. Moreover, the Institute receives no support from any political party or other organization whose primary purpose is political activity of any nature.

#### Independence of Project Planning and Implementation

The Institute makes independent decisions on the course and content of its projects after gathering the opinions of a broad diversity of interested parties. The opinions of benefactors are solicited, but the Institute exercises independent judgment in determining whether any such opinions are reflected in its activities.

#### Diverse Sources of Funding

In order to secure its independence and neutrality, the Institute will seek to procure the funding necessary for its operation from a broad diversity of foundations, corporations, individuals, and other such sources. Moreover, as a general rule, funding for specific divisions and activities of the Institute will also be sought from multiple sources.

#### Exclusion of Promotional Activity

The Institute will not partake in any activity of which the primary objective is to promote or raise the image or awareness of the products, services or other such like of its benefactors.

#### Written Agreement

Submission of this document will be taken to represent the benefactor's written agreement with the Institute's compliance with the above guidelines.

Mental Health Policy Project Team at HGPI

Shunichiro Kurita Manager

Kai Shigeno Associate

Hiroko Makino Associate

Reiko Kamota Program Specialist

#### Corporate sponsor of this project

Takeda Pharmaceutical Company Limited

Anami Yasuo Foundation



**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/>



