

200840033B

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究

(H19-健危-若手-002)

平成 19 年度～20 年度 総合研究報告書

研究代表者 鈴木友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成 21(2009) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究

(H19-健危-若手-002)

平成 19 年度～20 年度 総合研究報告書

研究代表者 鈴木友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成 21(2009) 年 3 月

## 目次

I. 平成 19・20 年度 総合研究報告書	
健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究-----7	
鈴木友理子	
(資料)	
非常事態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	
-----19	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----163	
III. 研究成果の刊行物・別刷-----167	

# I. 平成 19・20 年度 総合研究報告書

健康危機管理体制における精神保健支援の  
あり方に関する研究

健康危機管理体制における精神保健支援のあり方に関する研究

研究代表者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所  
災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経センター精神保健研究所  
堤 敦朗 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

【目的】健康危機管理体制における、保健師等による精神保健支援のあり方を検討した。

【方法】平成 19 年度は、1) 災害時の精神保健支援に関する国内外の既存のガイドラインやマニュアル類を系統的にレビューし、2) Pynoos らによる心理的応急処置 (Psychological First Aid) のわが国への導入のあり方について、本プログラム開発者らと検討した。そして、3) わが国における大規模災害の被災地で精神保健支援にあたった経験者から現場における支援の実際や課題などについて聞き取り調査を行った。平成 20 年度は 1) 保健師や看護師を対象とした、精神保健支援対応に関するニーズ調査として、平成 20 年度保健師等ブロック別研修会に参加した保健師等に災害時の精神保健活動の知識と自己効力感に関する自己記入式調査を実施し、この結果に基づき 2) 災害を経験した県や市町村の保健師等を対象に、研修プログラム案を提示し、研修内容および提供方式等に関する聞き取り調査を行った。【結果】平成 19 年度の結果に基づき実施した、平成 20 年度の自己記入式調査（回収率：51.3%）の結果では、日常業務内での精神保健に関する対応として、身近な人の突然死（59.9%）、子どもへの虐待（49.4%）の経験は比較的多かったが、それ以外のトラウマの出来事、つまり自然災害（36.0%）等への対応経験は多くなかった。また、地域で遭遇するような精神健康危機状態に対する対応についても、65%以上のものは「不安」あるいは「どちらかという不安」と感じていた。そして、2002 年に厚生労働省から発行された「災害時地域精神保健医療ガイドライン」について、72.5%のものは「知らない」、あるいは、「読んだことがない」と答えた。聞き取り調査では、具体的な初期対応法に関する研修を望む意見が多かった。また、市町村の保健師からは、精神保健に関する研修をうける機会が少ないために、研修へのアクセスの向上を求める意見があった。【考察】保健師等による精神保健支援を円滑に行うために、心理的初期対応法などの具体的技法に注力して、講義に加え事例に基づくロールプレイを提示するといった、技法獲得のための強化手段を組み込んだ形の研修プログラムが必要である。また、研修機会を広く提供するために、ウェブ上での学習といったアクセスの向上が必要である。

## A. 研究目的

近年災害時の対応として、精神保健支援の重要性が認識されているが、そのサービス提供体制の整備、根拠に基づいた支援法の蓄積などについて課題が山積している (van Emmerik AA, 2002; Rose, 2003)。2004年12月のスマトラ島沖地震および津波被害において、精神保健対応に一定の方針がなく支援が提供された反省に基づき、2007年には国連および支援に関与した国際 NGO らが共同で「緊急時精神保健および心理的支援のガイドライン」を発行して、災害時の精神保健支援の統一的な取り組みを進めるようになり (Inter-Agency Standing Committee: IASC, 2007)、国際的にもその認知度は高まっている (Jones L, 2007)。

災害初期の対応法は、心理的応急処置 (Psychological first aid) として、人道的視点に基づき、支援者の心構えやいくつかの支援要素が抽出されている。わが国においても、本アプローチは「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」(金、他, 2002) で紹介されているところだが、最近の IASC ガイドラインでは、行政対応、心理的応急処置、精神保健の専門家以外の関わりを促進する方策、そして研修方法について包括的に方向性を示している点で、災害時の精神保健支援の在り方に新たな展開をもたらした。

本研究は、この IASC ガイドラインを参考に、わが国における精神保健支援のあり方を検討し、精神保健を必ずしも専門としない保健師等が精神保健支援活動を円滑に実施できるよう基盤整備をすることを目的とした。

## B. 研究方法

上記の目的のために、平成 19 年度には、1) 災害時の精神保健支援に関する国内外の既存のガイドラインやマニュアル類を系統的にレビューした。また、2) Pynoos らによる心理的応急処置 (Psychological First Aid: PFA) のわが国への導入のあり方について、本プログラム開発者らと検討した。また、3) わが国における大規模災害の被災地で精神保健支援にあたった経験者から現場における支援の実際や課題などについて聞き取り調査を行った。

平成 20 年度の研究では、1) 全国の保健師等の精神保健を専門としない専門職を対象とした系統的なニーズ調査として、災害精神保健に関する知識と自己効力感に関する自己記入式調査を保健師等ブロック別研修会で実施した。その上で、2) 近年大規模災害を経験した保健師等を対象に、新たな研修プログラムに盛り込むべき内容、提供体制に関する聞き取り調査を行った。そして、精神保健の非専門家を対象とした災害精神保健に関する研修プログラム案を開発した。

(倫理面での配慮)

本研究は、疫学研究の倫理指針に則り、国立精神・神経センターの倫理委員会で本研究計画について承認を得てから実施した。

## C. 結果

【平成 19 年度の研究】

1) 既存のガイドライン等のレビュー  
国内の精神保健ガイドラインは既に多数ウェブ上に公開されており、i) 精神保

健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインに整理された。国内における既存のガイドラインの内容については大きな違いはみられず、臨床的支援の記述は比較的充実していたが、全体的な位置づけやそれぞれの役割分担が明確でなかった。国際的には IASC ガイドラインは行政、臨床支援の両面に言及しており、本指針をわが国の実情に沿うように修正して活用することが有用であると考えられた。

#### 2) 心理的応急処置 (PFA) のわが国への導入の検討

PFA プログラムの開発者である Melissa Blymer らから i) PFA 開発の経緯、ii) 米国における PFA の現状、iii) PFA の展開について聞き取り調査を行った。わが国における地域保健活動の構造を考えると、日本における PFA プログラムの導入には、精神保健を専門としない保健師や看護師らに大きく寄与することが期待された。また、中長期的な支援につなげていくためには、PFA プログラムに加え、住民の精神健康に関するアセスメントツールや、精神保健専門家への紹介・連携体制の整備も同時に必要であるという結論に達した。

#### 3) 災害時の精神保健支援の円滑な実施法の検討

近年大規模災害を経験した県の精神保健福祉担当者を対象に聞き取りを行い、それぞれの事例を通じた課題や可能性のある解決法等を検討した結果、i) 連携・調整、ii) 直接支援、iii) 行政支援体制、iv)

コミュニケーションに関する課題に分類された。

#### 【平成 20 年度の研究】

##### 1) 保健師等を対象とした、こころのケア対応に関する自記式のニーズ調査

保健師等ブロック研修会における有効回答票は 523 件であり、回収率はブロック別に幅があり (41.7%から 76.9%)、全ブロックに関する平均回収率は 51.3%であった。

約半数 (280 人、53.5%) が政令指定都市以外の市町村保健師であり、県の保健師は 146 人 (27.9%) であった。90.4% (473 人) が女性であり、年齢分布は 20 歳代が 68 人 (13.1%)、30 歳代が 121 人 (23.1%)、40 歳代が 160 人 (30.6%) であった。318 人 (60.9%) が保健師業務を 10 年以上経験していた。災害の経験は、自県内において災害の経験をしたものは 123 人 (24.0%) であり、他自治体へ災害時に派遣された経験を有するものは 125 人 (24.2%) であった。2002 年に厚生労働省から発行された「災害時地域精神保健医療ガイドライン」を精読したものは 4 人 (0.9%)、簡単に目を通したものは 125 人 (26.7%)、存在を知っているが読んでいないものは 184 人 (39.2%)、知らないものは 156 人 (33.3%) であった。

トラウマ的な出来事を経験したものへの対応としては「身近な人の突然死」(59.9%)、「子どもへの虐待」(49.4%) は比較的経験者が多かったが、それ以外のトラウマ的出来事、つまり「自然災害」(36.0%)、「性的・身体的暴行」(29.4%) といった出来事への対応経験は少なかった。地域で遭遇するような精神健康危機

状態として、「精神障害の発症もしくは悪化」、「精神的に動揺している人やパニック状態」、「引きこもりがちな人」への対応をしたものは多かった。また、知識として、「虐待を受けた子供」への対応法について「あまり知らない」と回答したものは19.8%であったが、「身近な人の突然死」や「自然災害」の被災者については、それぞれ42.7%、36.7%と比較的多かった。

災害時の精神保健対応の一般的知識として、2002年の「災害時地域精神保健医療ガイドライン」等で言及されている専門家の考えとの一致度を以下の5項目で検討した。

1. 被災直後の被災者のこころのケアは、一般的な支援（例えば水や食料の提供、災害復旧）では不十分であり、ただちに専門家による介入が必須である。（誤）

（回答が一致した割合、45.8%）

2. 初期の反応（例えば不安や不眠など）は、経過をみるよりも、専門家の介入を要

する。（誤）（回答が一致した割合、49.1%）

3. PTSDの診断がつくのは出来事から1か月以上してからである。（正）（回答が一致した割合、52.5%）

4. 災害後の精神保健活動は生活再建時の中長期的な支援よりも、早期の積極的な短期介入の方を優先すべきである。

（誤）（回答が一致した割合、67.0%）

5. 災害直後の被災者を対象としたデブリーフィング（イベントについて詳細な感情を聞き出すこと）はその後のPTSDに予防的効果がある。（誤）（回答が一致した割合、46.1%）

3. の PTSD の診断がつく時期と、4. の災害直後よりも中長期の精神保健活動の重要性の項目については一致率が高かったものの、それ以外の質問では、専門家との一致率はいずれも50%を下回った。同時に、PTSD やデブリーフィングといった、精神保健の専門的知識については、「わからない」と回答したのもそれぞれ10%以上みられた。

精神健康のアセスメントとして、安否確認時に使用できる相談票について知っていたものは303人（58.3%）、中長期の被災者の精神健康測定に使用できる質問紙について知っていたものは、370人（71.2%）であった。

回答者が所属する組織における災害精神保健対応準備状況の認知度を尋ねたところ、「地域防災計画上こころのケアの必要性の記述」については62.4%が「知らない」あるいは「準備状況がない」と回答した。アセスメントや連携に関する計画について、過半数が「知らない」または「準備状況がない」と回答した項目は、「災害直後の健康調査」（52.3%）、「災害数カ月後の健康調査」（69.7%）、「精神医療等との連携」（52.6%）、「学校・教育分野との連携」（63.3%）、「外国人等の支援団体との連携」（88.8%）、「派遣こころのケアチームとの連携」（78.9%）であった。

職員の労務管理についても、「支援の検討会」、「身体・精神の健康管理体制等」では、「知らない」あるいは「準備状況がない」と答えたものがいずれも60%以上であった。

さまざまな精神保健上の問題への対応



に関する自己効力感について尋ねたところ、「不安がある」あるいは「どちらかという不安」と答えたものの割合は、「虐待を受けた子供」については76.5%、「身近な人の突然死を経験した人」については84.3%、「自然災害」については76.9%であった。また、平常時の地域保健活動で遭遇するような精神症状への対応についても、「精神障害の発症もしくは悪化時」については65.2%のものが、「精神的に動揺している人やパニック状態」では67.7%、「引きこもりがちな人」では67.9%、「ストレスを受けた時の自己対応法」では66.5%のものが、「不安がある」あるいは「どちらかという不安」と感じていた。

次に、他の支援活動との連携に関する自己効力感を尋ねたところ、「学校・教育」、「障害者自立支援領域」、「外国人および日系人支援団体」、「外部からの派遣こころのケアチーム」との連携について、回答者の過半数が「不安」あるいは「どちらかという不安」と答えた。

2) 近年、大規模災害を経験した県における保健師等を対象とする聞き取り調査  
大規模自然災害の対応経験のある者4名、経験のないもの3名に対して聞き取りを行った。

プログラムの内容について以下のコメントが挙げられた。

・アセスメント、連携・紹介体制、支援者のストレス対応等、その必要性だけでなく、具体的な実施上の注意点について触れてほしい。

・初期対応法について、具体的な対応法の説明は有益である。

・メディアへの対応については、被災住民等への配慮など、協力依頼する内容が具体的にあるとよい。

・災害時に役立つ日常業務のあり方について言及してほしい。日ごろの精神保健をはじめとする地域保健活動が災害時にも生きる。(元々あった、家庭内葛藤が災害後に顕在化した、日頃からの顔の見える関わりが災害後の支援や対応をスムーズにした、信頼関係を大切にしたい関わりが重要)

・研修では、アセスメントや、声のかけ方のロールプレイがあるとよい。

・ケースや活動事例集があるとよい。

・災害直後の初期対応、中長期の対応と分けて示したほうがよい。

・児童・思春期用(教職員用)があるとよい、など。

また、プログラムの提供体制等については以下のような意見があった。

・平常時には、市町村保健師は、精神保健の研修を受ける機会が限られている。災害が起こったときに、短時間で実施できるプログラムがよい。その点からも、ウェブ上に公開される、などのアクセスの向上が望まれる。

・災害時の精神保健支援は、現場の保健師だけでなく、行政職員らの理解と支援がないと、対応が進まない場面があった。行政職員を対象とする、災害後のこころのケアの必要性に関するまとめがあるとよい。2002年の「災害時精神保健医療ガイドライン」はこの目的で役立っている。

・災害時には、正常なストレス反応にも対応していく必要があり、混乱のなかでいかに職員が住民のこころを大切にしてい

活動していけるかが重要だと思う。職場全体でこの意識を共有することが必要である。

#### D. 考察

##### 【平成 19 年度の研究】

国内外の既存の精神保健支援に関するガイドラインおよびマニュアルを系統的にレビューした。わが国では多くのマニュアルが整備されているが、大部分は精神保健専門家による臨床支援のあり方に関する記述であり、今後は行政支援や他の職種と共有できる精神保健対応法の指針の開発が望まれる。この雛形として、国際的に用いられている IASC ガイドラインが参考になるが、わが国での活用が進むように、想定される使用場面、使用者、重点項目等に修正を加える必要がある。

また、精神保健支援は、発災初期から、中・長期まで、そして対象者も子どもから高齢者まで幅広いニーズがある。これらのニーズに対応するためには、精神保健専門家以外にも、災害時の初期対応者となる、医療関係者、保健師、教師らを対象とした研修が必要である。これには PFA が大いに参考になるところであるが、PFA の初期対応技法の研修以外にもアセスメント法、ケースの紹介体制などの整備も同時に望まれる。

災害時の精神保健支援の円滑な実施法について、近年大規模災害を経験した県の精神保健福祉担当者を対象に聞き取りを行い、それぞれの事例を通じて課題と解決法等を検討した。この結果、これらの課題は i) 連携・調整、ii) 直接支援、iii)

行政支援体制、iv) コミュニケーションに関するものに分けられ、具体的な解決法が示唆された。

##### 【平成 20 年度の研究】

以上の結論に基づき、平成 20 年度の調査を実施した。まず、保健師等を対象とした、こころのケア対応に関するニーズ調査から明らかになったことは、公衆衛生活動の一部として、精神保健対応が保健師に一層求められるが、現状は、知識面では必ずしも精神保健専門家と同じ意見をもっておらず、精神保健対応についても自信をもてていないことが明らかになった。災害やトラウマ対応に関する精神保健専門家を対象とした研修は、国立精神・神経センターや日本精神科病院協会によって提供されているが、保健師を対象とした研修の機会が限られていることも関係しているのかもしれない。

また、「災害時地域精神保健医療ガイドライン」が厚生労働省から公開されているものの、保健師においてよく周知されているとはいいがたかった。当初本研究は、精神保健を専門としない保健師や看護師らを対象とした災害時精神保健ガイドラインの作成を意図したが、昨年のレビューの結果および既存の災害時地域精神保健医療ガイドラインが保健師において周知度が低いことを考えると、新たなガイドラインを作成してもその意義は乏しいと考えられた。むしろ必要とされているのは、「こころのケア」に関する現場での対応技法に焦点をおいた研修プログラムだと考えられた。

行動科学の理論としては、知識、自己効力感といった意識が媒介して行動がも

たらされるという認知行動モデルが提唱されているが、今回の調査結果からは、災害時の精神保健対応について、保健師らに適切な知識が普及しているとは言い難く、まず、総論的な災害時の精神保健の講義の機会を提供すべきであると考えられた。支援者のストレス管理も精神保健上の大きな課題であるが、適切な研修の機会を提供することは、職務上のストレス管理の面からも望まれよう。

一方、近年大規模自然災害を経験した保健師等からの聞き取り調査では、現場の事例などに即した具体的な対応法の紹介を求める声が多かった。一般的な原則に関する講義に加えて、事例に基づくロールプレイなどを提示して、実際に演習できるような研修様式が望まれる。

また、平常時の地域保健活動が災害後の精神保健をはじめとした保健活動の基本となることが強調されていた。災害時の特殊性のみならず、平常時の地域保健活動で役立ったり、精神保健活動のスキルの向上につながったりする研修法の開発が、プログラムを利用する動機付けとなるだろう。

精神健康のアセスメントについて、過半数が標準化された調査票を知っていたが、調査の実施に対する自己効力感は、「不安がある」あるいは「どちらかという不安」と回答したものが、安否確認の調査について 51.5%、災害数カ月後の調査では 48.1%であった。災害時の保健活動では住民のニーズに即した現場での支援が先行されるが、それに併せて地域の保健活動についての科学的根拠の蓄積の必要性については、平常時からさらに

求められるべきかもしれない。

保健師がこころのケアに配慮した保健活動を実施するには、組織からの支援が必要であり、こころのケアに配慮した中期的な保健計画の立案に被災早期から取り組むことが望まれる、という指摘があった。このために、行政担当者を対象にしたガイドラインや、マニュアルが必要であり、円滑な精神保健支援を実施するためには、その内容を政策立案者用と実践家用と分けて、それぞれのニーズに焦点をあてたものであることが望まれる。使用者や使用時期にあわせて使用できるようにプログラムを作成し、現場の保健師用には初期対応法やアセスメント法の実際、そして政策立案者用には、こころのケアの必要性に関する総論、連携体制、に焦点をしばり、適宜組み合わせ利用できるように柔軟性が望まれる。

最後に、以上の2年間の研究の結果をもとに、我われは保健師等を対象とする精神保健対応プログラム案を開発した。プログラム内容の大項目および小項目は、以下である：

- 1) 災害後の心理的反応
  1. 災害後の心理的反応の種類
  2. 災害後の心理的反応の時間経過
  3. 災害後の心理的回復の格差
  4. 心理的回復を促進する原則
  5. 心理的回復を促進/阻害する要因
  6. PTSDの最近の考え方
- 2) 心理的応急対応
  1. 心理的初期対応とは
  2. 初期対応のポイント
  3. 支援の原則
  4. 突然の死別を体験した人への対応法

5. 動揺している人の評価と対応法
6. 安否確認・被害状況の評価
7. 直後に悲惨な出来事を聞く際の注意  
点
8. 高齢者への対応の注意点
9. 子どもをもつ親への注意点
- 3) アセスメント
  1. アセスメントの必要性
  2. アセスメントの実際
  3. 不安・抑うつに関するスクリーニン  
グ尺度
  4. 活用事例
- 4) 紹介・連携体制
  1. 多層的なサービス提供
  2. 精神保健支援計画の立案
  3. 初期対応
  4. 中長期対応
  5. 精神保健支援の組織図
  6. 災害精神保健コーディネーターにつ  
いて
  7. メディアとの協力、対応
- 5) 支援者のストレス
  1. 支援者がうけるストレスの分類
  2. ストレスチェックリスト
  3. 支援者ストレスに関連する要因
  4. 自己対処法
  5. 組織的対応法

特に市町村保健師は、多種の業務が期待されているが、精神保健に関する十分な研修の機会がないので、コンパクトで、アクセスしやすいプログラムが普及上重要である。このために、各 10 分程度のモジュール形式にして、講義に加え対応法やアセスメントの実施法に関する事例に基づくロールプレイを提示したり、技法獲得のための強化手段を組み込む必要が

ある。特に健康危機時に予想される突然の死別反応、パニック、解離への具体的対応法についてはニーズが非常に高く、事例をもとにしたロールプレイを交えることを予定している。

今回提示したプログラム案をさらに洗練させて動画化したり、ウェブ上での公開などアクセスの向上をはかる必要がある。また、今後は本プログラム効果評価を検証することで、災害精神保健における科学的根拠の蓄積の一助となると考えられる。

## E. 結論

健康危機管理体制における、保健師等による精神保健支援のあり方を検討するために、平成 19 年度は国内外の既存の精神保健支援に関するガイドラインおよびマニュアルを系統的にレビューした。これを受けて、平成 20 年度には、被災地に派遣され支援活動を行った保健師や看護師をはじめとした精神保健の非専門家を対象としてニーズ調査を行い、精神保健を必ずしも専門としない保健師等向けの災害時の精神保健支援の研修法のあり方を検討した。

研修プログラムは、保健師等向けには、心理的初期対応法や支援者のストレス対応法などの具体的技法に注力して、レクチャーに加え事例に基づくロールプレイを提示するといった、技法獲得のための強化手段を組み込む必要がある。また、保健師らの活動を円滑にするには、行政上の組織的支援が必要であり、それぞれの理解を深めるための研修モジュールの開発と、ウェブ上での学習といったアク

セスの向上が必要である。

#### 【参考文献】

van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*; 360(9335):766-71.

Rose, S, Bisson, J, & Wessley, S. (2003). A systematic review of single psychological interventions (“debriefing”) following trauma: Updating the Cochrane review and implication for good practice. In R. J. Ormer & Schnyder (Eds), *Reconstructing early intervention after trauma innovations in the care of survivors* (pp. 24-39). Oxford, UK: Oxford University Press.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. 2007.

[www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth\\_psychosocial\\_support](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support).

Jones L, Asare J, Elmasri M, Mohanraj A.(2007). Mental health in disaster settings. *BMJ*: 335(7622):679-80

金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 他. 「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」平成 13 年度厚生科学研究 (特別研究事業) 学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究班 (主任金吉晴), 分担研究報告書. 2002.

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 鈴木友理子. 災害精神保健活動にお

ける役割分担と連携. *保健医療科学*. 2008.57 (3) 234-239.

- 2) 鈴木友理子. 能登半島地震への派遣活動を通じて. *日本トラウマティックストレス学会誌*.2008.6;100-102.
- 3) 鈴木友理子, 本間寛子, 堤敦朗, 金吉晴. 新潟中越地震 3 年後の地域高齢者における精神障害の有病率調査. *日本精神神経雑誌*(印刷中)
- 4) Yuriko Suzuki, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Yoshiharu Kim. Psychological consequences more than half a century after the Nagasaki atomic bombing. *Radiation Health Risk Sciences*. Nakashima M, et al (Eds.) pp277-282. Springer, Tokyo, 2008

##### 2. 学会発表

- 1) Yuriko Suzuki. Mental health consequence after the Niigata-Chuetsu earthquake. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Tokyo, 31 October 2008.
- 2) 鈴木友理子, 堤敦朗, 本間寛子, 金吉晴: 新潟県中越地震 3 年後の地域高齢者における精神障害の有病率調査. 第 104 回日本精神神経学会総会, 東京, 2008.5.29-31
- 3) 鈴木友理子, 金吉晴. わが国における大規模震災時の精神保健支援の経験. シンポジウム: 災害精神保健の発展—日本とアジアの経験から. 第 7 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡. 2008.4.19-4.20

#### G. 知的所有権の取得状況

いずれもなし

(資料)

非常事態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

災害・紛争等時における  
精神保健・心理社会的支援に関する  
IASCガイドライン

© Inter-Agency Standing Committee (機関間常設委員会) 2007

Inter-Agency Standing Committee (IASC) は、人道支援の連携・調整強化を求める国連総会決議46/182を受けて1992年に設立された。この決議では、複雑な災害・紛争等や自然災害に対する関係機関間の意思決定を円滑にするための主要な機構としてIASCを定めている。IASCは、国連や国連以外の様々な人道活動組織のトップにより構成されている。IASCの詳しい情報は、同委員会のウェブサイト<http://www.humanitarianinfo.org/iasc>にアクセスされたい。本IASC刊行物には様々な言語への翻訳版もあり、IASCのウェブサイト<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>にて入手可能である。

表紙写真: © International Rescue Committee (国際救助委員会)

#### 引用例:

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等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 ジュネーブ: IASC.

本書への意見、改善の提案は、下記アドレスまで連絡されたい:  
IASCmhps@who.int または IASCmhps@interaction.org. (英語のみ)

日本語翻訳版は、IASCの許可のもと、鈴木友理子、堤敦朗、金吉晴 (国立精神・神経センター精神保健研究所)および井筒節(国連人口基金)によってなされた。日本語翻訳版に関する問い合わせは、以下アドレスまで連絡されたい。

鈴木友理子(ysuzuki@ncnp.go.jp) または 堤敦朗 (tsutsumi@gakushikai)



## 前書き

このガイドラインは、災害・紛争等の最中にある人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善するために、人道活動者が多岐分野にわたる最低限の一連の対応を計画、構築、組織できるようにするために、Inter-Agency Standing Committee (IASC) が発行したものである。

災害・紛争等の影響を受けた集団は、多大な苦痛を経験することが多く、災害・紛争等の最中およびそれ以後における、人びとの精神保健・心理社会的健康を保護・改善するための人道活動者の取り組みは、ますます活発となっている。しかしながら、効率的な連携・調整を可能にし、有用な実施例を特定し、有害となる可能性のある実践に注意を促し、精神保健・心理社会的支援への様々なアプローチを互いに補完し合う方法を明らかにするための多分野間、各機関間の枠組みというものは存在しておらず、大きな隔たりがあった。

このガイドラインには、災害・紛争等の状況において最も急を要する精神保健上・心理社会上の諸問題に対処するための統合的なアプローチを円滑に進める方法について、必須のアドバイスが示されている。

災害・紛争等時における精神保健・心理社会的支援に関するIASC作業班のメンバー、特に作業班共同議長、WHOおよびInterActionには、人道支援という重要な分野での最低限対応に対し各関係機関間の統一見解を得ていただき、謝意を述べたい。

人道支援に携わるすべての人びとに、このガイドラインの実施を求めたい。



Kasidis Rochanakorn

Inter-Agency Standing Committee作業部会長

OCHA (国連人道問題調整事務所) ジュネーブ本部長

## 謝辞

災害・紛争等時における精神保健・心理社会的支援に関するInter-Agency Standing Committee作業班は、本ガイドラインの作成に協力いただいたすべての人びとに謝意を述べたい。作業班のメンバーであり本ガイドライン作成に人員の協力をいただいた下記の各機関には、特に感謝申し上げる。

Action Contre la Faim (ACF)

InterAction (co-chair), through:

- American Red Cross (ARC)
- Christian Children's Fund (CCF)
- International Catholic Migration Commission (ICMC)
- International Medical Corps (IMC)
- International Rescue Committee (IRC)
- Mercy Corps
- Save the Children USA (SC -USA )

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)

International Council of Voluntary Agencies (ICVA), through:

- ActionAid International
- CARE Austria
- HealthNet-TPO
- Medicos del Mundo (MdM-Spain)
- Medecins Sans Frontieres Holland (MSF-Holland)
- Oxfam GB
- Refugees Education Trust (RET)
- Save the Children UK (SC -UK)

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)

International Organization for Migration (IOM)

Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)

United Nations Children's Fund (UNICEF)

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

United Nations Population Fund (UNFPA)

World Food Programme (WFP)

World Health Organization (WHO) (co-chair)

WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (世界保健機関精神保健および薬物乱用部) (イタリア政府の資金による) およびChristian Children's Fund (キリスト教児童基金) には、プロジェクト促進に向け職員の方々の多大な時間を提供いただき、大いに感謝申し上げます。

当作業部会は、下記機関所属の校閲者の方々から表や一部アクションシートの初期版に対しご意見をいただき、感謝を申し上げます。

*NGOs:* Aga Khan Development Network; Antares Foundation; Austrian Red Cross; BasicNeeds; CARE USA; Child Fund Afghanistan; Church of Sweden Aid; Church World Service; Community and Family Services International; Enfants Refugies du Monde; Fundacion Dos Mundos; Global Psycho-Social Initiatives; Handicap International; Headington Institute; Human Rights Watch; Impact Foundation; International Critical Incident Stress Foundation; International Rehabilitation Council for Torture Victims; Jesuit Refugee Service; Medecins Sans Frontieres Switzerland; Medecins Sans Frontieres Spain; Norwegian Refugee Council; Palestinian Red Crescent Society; People in Aid; Programa Psicosocial en Chiapas; Psychologues du Monde; PULIH Foundation Indonesia; Refugees International; Sangath Centre Goa; South African Institute for Traumatic Stress; STEPS Consulting Social; Tanganyika Christian Refugee Service; Terre des Hommes Foundation; The Foundation for Children and War; Turkish Red Crescent Society; War Child Holland.

*Universities:* Birzeit University West Bank; Boston University; Columbia University; Harvard University; Johns Hopkins University; Karolinska Institutet; Kent State University; King's College; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Northumbria University; Pomona College; San Jose State University; State University of New York; Uniformed Services University of the Health Sciences; University of Colombo; University of Geneva; University of Jaffna; University of Lund; University of Maryland; University of Melbourne; University of New South Wales; University of Oxford; University of Pennsylvania; University of South Dakota; University of Western Sydney; University of the Philippines; Victoria University; Vrije Universiteit Amsterdam; Wageningen University.

*Others (e.g. professional associations, government agencies, consortia, networks):* American Psychiatric Association; American Psychological Association; Asian Harm Reduction Network; Canadian Forces Mental Health Services; Cellule d'Urgence Medico-Psychologique – SA MU de Paris; Centre Hospitalier Saint-Anne; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Consortium of Humanitarian Agencies Sri Lanka; Consultative Group on Early Childhood Care and Development; Department of Human Services, Melbourne;

European Federation of Psychologists' Associations; Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO); Hellenic Centre of Mental Health; IASC Early Recovery Cluster; IASC Health Cluster; IASC Camp Coordination and Camp Management Cluster; Iberoamerican Eco-Bioethics Network for Education, Science and Technology; International Alliance for Child and Adolescent Mental Health and Schools; International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; International Society for Traumatic Stress Studies; *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*; Mangrove Psychosocial Support and Coordination Unit; Ministry of Health, Iran; Ministry of Health, Sri Lanka; Psychologists for Social Responsibility; Psychosocial Working Group; Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, Poverty and Conflict (REPSSI); United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); United States Agency for International Development; World Association for Psychosocial Rehabilitation; World Federation for Mental Health; World Federation of Occupational Therapists; World Psychiatric Association.

当作業部会は、デザインと印刷を取りまとめていただいたInternational Rescue Committee (国際救助委員会)、本ガイドラインの印刷に資金提供いただいたUNICEFおよびUNHCRに感謝を申し上げます。