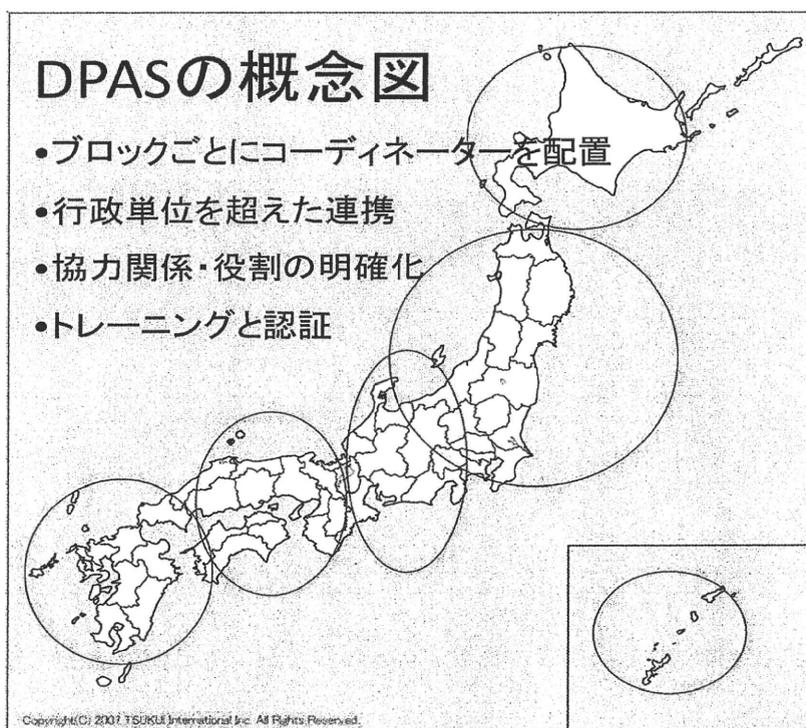


方で、政府が想定している大規模災害などの広域災害への準備はあきらかに不足していることを、指摘した。今後、救急医療における DMAT を参考にして、具体的なシステムを早急に整備する必要性を論じた。

表1 阪神・淡路大震災後の主な自然災害と精神保健活動の方法

(時期)	(災害)	(死者数)	(活動の主体)
平成9年 7月	出水土石流災害	21	精保C、保健所、SV
平成10年8月	那須水害(栃木)	6	保健所、SV
平成10年10月	台風10号(中国地方)	10	保健所
平成11年6月	6.29広島豪雨	12	精保C、保健所、SV
平成12年3月	有珠山噴火	0	精保C、保健所、SV
平成12年6月	三宅島噴火	1	精保C、保健所
平成12年9月	東海豪雨	7	保健所
平成12年10月	鳥取県西部地震	0	精保C、保健所
平成13年3月	芸予地震	0	精保C、保健所
平成16年8月	新潟、福井水害	16	精保C、保健所
平成16年10月	新潟県中越地震	46	精保C、保健所、専従機関
平成16年10月	台風23号	98	精保C、保健所
平成17年3月	福岡西方沖地震	1	精保C、保健所
平成19年3月	能登半島地震	1	精保C、保健所
平成19年7月	新潟県中越沖地震	15	精保C、保健所、専従機関
平成20年6月	岩手・宮城内陸地震	1	精保C、保健所
平成21年8月	台風9号	25	精保C、保健所



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）

健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な

精神保健医療体制の構築に関する研究

平成 22 年度 分担研究報告書

災害精神保健に関する研修体制の構築および効果評価研究の予備的検討

研究分担者 鈴木友理子（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

成人精神保健研究部 災害等支援研究室長

研究要旨

【目的】災害精神保健医療マニュアル改訂版を普及するために、保健・福祉をはじめとした行政職員を対象とした研修体制を開発する。また、このプログラム評価をするために、評価デザインおよび測定指標を検討する。【方法】はじめに、地域精神保健および災害精神保健領域の初期対応に関する研修プログラムの開発法および効果評価法を先行研究や公開されている資料をもとに検討した。次に、わが国の保健行政で、実施可能な形での研修様式を検討し、研修体制を構築した。そして、プログラム評価の指標を選定するために、研修理論を整理して、評価方法およびデザイン、そして評価指標について検討した。【結果】災害精神保健医療マニュアル改訂版の内容に基づき、研修体制の準備を行い、研修会方式、e-learning の二つの様式を整備した。研修のプログラム評価の測定指標について検討したところ、災害精神保健や平常時の精神保健に関する対応の研修法について科学的に効果を検証した研究は非常に限定されていた。そこで、わが国で行われた先行研究を参考にして、健康危機時の精神保健対応に関する知識 4 項目、自己効力感 3 項目を選定した。また、研修理論を整理して、次年度のプログラム評価では量的分析に加えて質的分析を行い、研修プログラムを洗練化していくことが妥当であると考えられた。【考察】災害精神保健医療マニュアル改訂版に則した研修体制を構築し、その評価には量的、質的両面のアプローチをとることが妥当であると考えられた。次年度はこれらの研修およびプログラム評価を実施する予定である。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、地域危機発生時の精神保健対応の研修体制を検討し、準備することである。そしてこの研修プログラムの効果を実証的に検討するためにプログラム評価のデザインを検討し、次年度の円滑な実施に向けた準備態勢を整えることである。

B. 研究方法

1) 災害精神保健医療研修体制の構築

災害精神保健および地域精神保健領域の初期対応に関する研修体制について先行研究や公開されている資料をもとに検討した。先行する代表的なプログラムとして、

Mental Health First Aid

(<http://www.mhfa.com.au>)、Psychological First Aid および Skills for Psychological Recovery (<http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>)について、研修様式、研修体制を検討した。

また、わが国の保健行政で活用、普及できるように、岩手県精神保健福祉センター所長、黒澤美枝医師にヒアリングを行い、岩手県における研修プログラムの実行可能性を探り、研修提供体制を検討した。

2) プログラム評価の指標の選定

研修プログラムを評価するために、研修プログラムの理論について整理した。健康教育で多用される KAB (知識-態度-行動) モデルと、専門研修の理論的基盤として活用される成人学習理論を検討し、我われのプログラムについて研修理論を整理した。そのうえで、プログラムの評価方法や測定指標について検討した。

C. 結果

1) 精神保健対応に関する研修体制の構築

1. 先行研究のレビュー

災害精神保健における保健従事者の専門能力 (Competency) を対象にした論文は一般的な地域保健活動についてはいくつか散見されるが (奥田, 2008; Tachibana, 2005)、精神保健に限定したものはあまりない。わが国においては、都道府県・政令指定都市における担当部局における組織的な準備性 (深澤ら, 2010)、保健師の災害精神保健対応に対する準備性 (鈴木ら, 2010) の記述があるが、その必要性は認識されているものの、知識・態度において必ずしも十分備わっていないのが現状である。これらの専門能力を高めるために、災害精神保健に関する研修が求められる。欧米では地域精神保健および災害精神保健の領域では、代表的な研修プログラムとして以下のものが知られている。

1) Psychological First Aid (PFA)

かつて災害後の対応は、緊急事態ストレスマネジメント (Critical Incident Stress management: CISM) デブリーフィングという、出来事の体験や情動を積極的に語らせる手法が主流であった (Everly GS, Mitchell JT, 1999)。しかし、コクランレビューでその有効性は否定され (Rose S, 2003)、国際的な災害対応ガイドラインでもこのアプローチは勧められていない (IASC, 2007)。それに代わって推奨されているのが心理的初期対応 (Psychological First Aid) モデルである。米国の National PTSD Center のチームは研修パッケージとして災害対応従事者向けに研修を提供している。2 日程度の研修会を開催して実施するプログラムと e-learning 研

修(<http://learn.nctsn.org/>)の二つの様式で展開されている。

この PFA は、「心理的初期対応」と銘打っているが、特別な心理的技法を活用するのではなく、被災者の安全・安心の確保をすることを大原則として、具体的な支援を提供したり社会的なつながりを重視しつつ、心理的な側面に配慮するアプローチである。現在、PFA のプログラム評価が実施されており(Allen B, 2010)、効果評価研究も行われているというが(Personal communication)、今のところはこの効果に関する実証的な研究は発表されていない。

エビデンスの蓄積は十分でないものの、「害を与えない」原則を強調し、対人支援に関する常識的な対応をモジュール化して伝達するものなので、災害現場では受け入れられており、実際に最近の災害場面では多用されている。このマニュアルの日本語版は兵庫県こころのケアセンターから公開されている

(<http://www.j-hits.org/psychological/index.html>)。

2) Skills for Psychological Recovery (SPR)

上記の PFA は災害後早期の対応に焦点をあてている。これに対して、SPR は、災害復興期において、中長期的に精神疾患の診断がつくほどではないが、災害によるストレスによって、生活に支障がでている人びとへ対応するプログラムである。精神保健専門家による精神医療的な治療的介入ではなく、地域保健従事者がこのような住民に接するうえで、心理療法的技法(認知の再構成など)を適宜活用して対応できるようにするための研修プログラムである。以下

の6モジュールで構成されており、実際には相談者のニーズに応じて、各モジュールを単独で提供することもできる。モジュールの内容は、1. 情報収集と支援の優先度を決める、2. 問題解決技法を身につける、3. 前向きな行動を勧める、4. 反応に対処する、5. 役に立つ考え方をする、6. 健全な社会のつながりを再構築する、である。

本プログラムも PFA と同じく米国の National PTSD Center で開発された。2009年のオーストラリア ビクトリア州で発生した大規模山火事後には、米国のオリジナルプログラムに修正が加えられて、ビクトリア州のプログラムとして実施された(Forbus, 2010)。これについても、研修プログラムの評価は行われているが、臨床的なアウトカムを検討した実証研究はまだ出版されていない。

3) Mental Health First Aid (MHFA)

これは災害時の対応ではなく、平常時の精神的危機状態(例、自殺関連行動、精神病様態、パニック発作などの不安障害、物質使用障害)にある人への初期対応法に関する研修プログラムである。本プログラムは、研修会での指導者研修(Training of Trainer: ToT)という様式と、e-learningでの自習と指導者による補講という様式で展開されている。そして研修修了者を指導者として認定し、指導者はそれぞれの地域や職域にて一般市民向けに初期対応法に関する研修を提供することができるようになる。本プログラムはオーストラリアで開発されたが、最近ではオーストラリア国内はもとより、英国、米国、カナダ、アジア諸国に

も普及しており、日本語版も開発されている (Kato, 2010)。

わが国において、災害時に精神保健活動を地域保健活動と連動させて実施していくためには、県の精神保健福祉センターを通じて保健職員に技術支援を提供することが重要である。そこで、我われは、本プログラムを岩手県精神保健福祉センターでの研修として来年度試行することを想定して研修プログラムの構成、内容、提供形式について検討した。

研修会場による提供形式として、保健専門職を含む行政職員を対象とした研修会を想定して、半日間の最大 80 名程度の集団研修の構造を計画した。先行する研修プログラム内容を参考にして、災害精神保健医療マニュアル改訂版の内容を反映させた研修プログラムを作成した (資料 1)。具体的には、1) 災害時精神保健システムの構築、2) 初期対応、3) 外部支援のあり方、4) 支援者ストレス対応の 4 領域を取り扱う。

また、平常時に事前に研修をしても、災害に対する意識や研修に対するモチベーションが必ずしも高くないこともある。さらに、災害対応時にこのような研修機会にアクセスできると良いという意見から、災害派遣前などに活用できる e-learning 形式を開発した (資料 2)。この e-learning プログラムは、保健・医療・福祉の専門職員を対象として、先述の研修プログラム内容の簡略版として、視覚教材による自己学習とデモンストレーションビデオ視聴により、災害対応場面への対応例を短時間に学べる形に編集した。また、最初は閲覧は事前登録制として開始し、受講者の反応や意見を取

り入れて修正しながら展開することにした。

2) プログラム評価の指標の選定

行動科学や健康教育の領域では、研修等の介入の効果を説明するモデルとして、KAB モデルが用いられることが多い。これは、知識 (Knowledge) を習得し、態度 (Attitude) を形成することによって、行動 (Behavior) の変化をもたらすと説明するものである。しかし実際には、知識を獲得しても、態度、行動は線形に変化するものではなく、現在では様々は概念や変数を介在させた説明モデルが社会心理学領域では提唱されている。なかでも自己効力感を介在させるモデル (Bandura, 1997) は健康教育でよく用いられている。先の MHFA プログラムの効果評価には、前後比較、無作為化比較試験、質的評価、実際に市民向けに研修会を開催した際のプログラム評価など多角的な検討が行われている。効果に関する量的な検討では、基本的にこのような KAB モデルに基づいて効果が検討されている。具体的には、研修後の、メンタルヘルス・リタラシーを測定するために、ある症例の記述を提示して、精神疾患の問題やその介入法に関する知識や支援への自信を尋ね、これらで好ましい効果を得ている (Jorm, 2010)。

災害時の対応に特化した研修プログラムとして、PFA では、ハリケーンカトリーナやイケの災害後に、支援者を対象とする研修会を行い、受講者の支援に関する自信やプログラムの適切性、満足度といった研修受講者の認識を尋ね、好ましい結果を得ている (Allen, 2010)。

SPR については、指導者研修のプログラ

ム評価が行われている (Forbes, 2010)。被災者の支援にマニュアル形式の介入を実際に行うことはできると思うか、実施上のためらいなどプログラムに対する認識や支援への自信、プログラムの有用性の認識を前後比較のデザインで尋ねている。

一方、専門職を対象とした教育理論として代表的なものに成人学習理論がある。成人や専門職の学習では、学習者は既に実地での経験を持っているのでこれらを資源として活用し、学習者が教育資材の開発や実施にも関与し、学習したことを実際に適応し、研修内容へ学習者らの意見が取り入れられることを期待している。このような状況で研修を有益なものとするためには、研修受講者が能動的に参加できるような、双方向的な議論と討論、事例検討、ロールプレイ、視覚教材の活用、参加型にするといった工夫が勧められている(Knowles, 1990)。日本でもこのようなアプローチで研修を提供しており成功を収めている取り組みもある(The PEACE Project, <http://www.jspm-peace.jp/about.html>)。このような理論に基づき、我われの研修は、講義形式に加えて、視聴覚教材を提示し、議論や討論の時間をとることによって学習効果が高まることが考えられる。またそれぞれの職場における災害時精神保健体制や各機関との連携を具体的に考えるために、災害時クリティカルパスを作成するという演習を加え、能動的な研修となるようにした。

D. 考察

1) 災害精神保健医療研修体制の構築

先行する災害精神保健および平常時の精

神保健に関する研修プログラムを検討した結果、集団を対象とした研修会形式とe-learning形式を整備することが望ましいと考えられた。平常時における災害精神保健研修は、その必要性は認識されているものの、他の業務との関係で研修としての優先順位は高くないと考えられる。しかし、ひとたび危機が発生すれば災害精神保健体制の整備やスキルが求められるので、健康危機場面において即時に参照できるようなe-learning版も準備していくことは必須であると考えられた。

また、わが国の保健行政で活用、普及できるような形にするために、これらの欧米の取り組みの他に、岩手県において本プログラムを試行する可能性を探り、実施可能な形でのプログラム構成を検討し、1) 研修会様式、2) e-learningの様式を開発した。来年度には県精神保健福祉センターでの研修として実施できるように準備を進めている。

2) プログラム評価の指標の選定

プログラム評価の指標の選定にあたって、プログラム効果に関する先行研究の方法を検討したところ、災害精神保健に関する研修プログラムは災害後の実施上の難しさから、効果評価研究というよりもプログラム評価という形で実証的な検討は緒についたばかりであることが明らかになった。このような状況を鑑み、我われのプログラムにおいても、研修プログラムの洗練化、実用化を目的としてプログラム評価および予備的な効果の検証を行うことから始めることが妥当であると考えられた。

研修に関する教育理論を検討したところ、

KAB モデルは行動科学や健康教育領域にて多く用いられているが、今回我われの研修の対象者は保健領域の専門職であり、受講者はそれぞれ知識や経験の蓄積があるので、成人学習理論に沿って、単純な知識伝達型ではなく、彼らからの知識や経験を取り込む形にしたほうが、研修受講者、提供者ともに得るものは多いと考えられた。

これらを総合して考えると、次年度は、研修前、研修直後、研修1カ月後の3時点において災害精神保健に関する知識、特に映像教材を作成した遺族対応、災害後の二次的ストレスやこれに基づく自殺関連行動やトラウマ反応に関する知識や対応への自信（自己効力感）等を、筆者らの先行研究と比較できる形で量的に検討することから始めることが現実的であると考えられた。そこで、わが国で行われた先行研究を参考にして、健康危機時の精神保健対応に関する知識4項目、自己効力感3項目を選定した。

しかし、このような研修の効果は知識や態度のみで測定できるものではない。また研修受講者の意見によって研修内容の改善が期待される部分もある。そこで、研修参加者からの意見を自由記載で求めたり、少人数でのフォーカスグループ・インタビューなどの質的検討を行う必要があると考えられた。特に映像教材視聴、ワークショップの効果に関しては、参加者らの現状認識、課題に関する半構造化アンケートや面接を実施し、質的分析を加え、さらにプログラムに修正を加え、参加者らの経験、ニーズを反映させることを予定している。

E. 結論

災害精神保健マニュアル改訂版に則した研修体制を構築し、その評価には量的、質的両面のアプローチをとることが妥当であると考えられた。次年度はこれらの研修およびプログラム評価を実施する予定である。プログラム評価の指標を選定するために、研修プログラムの理論について整理した。健康教育で多用される KAB（知識-態度-行動）モデルと、専門研修の開発で活用される、成人学習理論を検討し、これらをもとに研修理論を整理して、測定すべき指標や方法について検討した。

従来の精神保健領域の研修プログラムで用いられている効果評価研究の量的な検討に加え、質的分析を加えるなどの多角的アプローチをとることが妥当と考えられた。

【参考文献】

- Allen B, Brymer MJ, Steinberg AM, Vernberg EM, Jacobs A, Speier AH, Pynoos RS. Perceptions of psychological first aid among providers responding to Hurricanes Gustav and Ike. *J Trauma Stress*. 2010 Aug;23(4):509-13.
- Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. W.H. Freeman, 1997
- Everly GS, Mitchell JT. *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention (Innovations in Disaster and Trauma Psychology, V. 2)* Chevron Pub Corp. 1999.
- Forbes D, Fletcher S, Wolfgang B, Varker T, Creamer M, Brymer MJ, Ruzek JI, Watson P,

Bryant RA. Practitioner perceptions of Skills for Psychological Recovery: a training programme for health practitioners in the aftermath of the Victorian bushfires. Aust N Z J Psychiatry. 2010 Dec;44(12):1105-11.

深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴. 都道府県及び政令指定都市を対象とした災害時精神保健活動に関するニーズ調査. 日本社会精神医学会雑誌. 2010;19:16-26.

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC,2007.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: a randomized controlled trial. Aust NZJ Psychiatry.2010 Dec;44(12):1072-81.

Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, Sawayama Y, Hayashi J, Kanba S, Otsuka K. Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: first pilot trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Oct;64(5):531-40

Knowles, M.S. 1990 The Adult Learner: a Neglected Species 4th edition, Houston: Gulf Publishing Company, Book Division

奥田博子. 【災害時に保健医療従事者は何

をすべきか 期待と現実の Gap】自然災害時における保健師の役割. 保健医療科学. 2008;57:213-9.

Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000560. Review.

鈴木友理子, 深澤舞子, 金吉晴. 保健師における災害精神保健支援に関する準備状況. トラウマティック・ストレス. 2010;8:45-53.

Tachibana T, Takemura S, Sone T, Segami K, Kato N. Competences necessary for Japanese public health center directors in responding health emergencies. 日本公衆衛生雑誌. 2005;52:943-56.

F. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- いずれもなし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- いずれもなし

災害時こころのケアのあり方
cocorocare.jp/n

基本的心構え

7. 基本的心構え (5)

- ▶ 初期対応では共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供することがすすめられる。
- ▶ 「具体的な支援の提供」には基本的に賛成。
- ! 具体的な支援の内容としては、「衣食住」、「医療の確保」、「安心して過ごせる場所の提供」などがあげられた。
- 実際には具体的な支援が提供できなかつたり、確約できないこともある。
- ! 「共感的態度」については、共感的態度は必要だが、共感しきれないという自覚も重要である。

はじめに
災害時こころのケア
研修マニュアル
▶ 基本的心構え
精神科診療科の役割
被災対応
スクリーニングについて
災害時被災者への対応
情報提供
研修時間について
ガイドライン
基本的心構え
精神科診療科の役割
被災対応
スクリーニングについて
災害時被災者への対応
情報提供
研修時間について

© 2011 National Institute of Mental Health, Tokyo, Japan
www.nimh.go.jp

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部



災害時の支援・こころのケア 総論・組織的対応

(独) 国立精神神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部



災害時こころのケア 研修プログラム 構成

- ▶ 1. 総論・組織的対応(60分)
 - ▶ 問題の定義、疫学
 - ▶ マニュアルの内容について
 - ▶ 災害時精神保健システム、外部支援の考え方、支援者ストレス対応

- ▶ 2. 初期対応(60分)
 - ▶ 初期対応に関するマニュアルについて
 - ▶ 映像資料視聴(遺族対応、自殺リスクのアセスメント)
 - ▶ ディスカッション、ポイントの解説

- ▶ 3. 地域の準備状況に関するワークショップ(60分)
 - ▶ 各地域における、災害時精神保健システムに関する連携図、役割分担等のパス作成

問題の定義、疫学

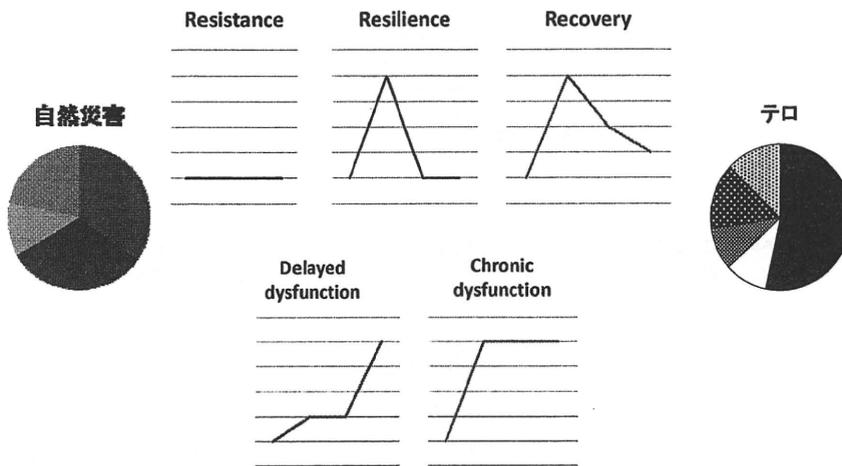
▷ 3

災害後の精神的反応

1. 適応的反応、回復
 - Resilience: 回復のバネ力
2. 異常な事態に対する正常な反応
 - 一過性のストレス反応
 - うつ、不安状態
 - 睡眠障害
 - 身体症状
 - アルコールやタバコの使用増加
3. 精神疾患など
 - うつ病
 - 不安障害(パニック、恐怖症、PTSDなど)
 - 適応障害
 - 物質依存 (アルコール、カフェインなど)
 - 医学的には説明のつかない身体症状の増加

▷ 4

災害に対する人々の心理的反応のパターン



▷ 5

Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*. 68: 2190-2198.2009

PTSS and PTSD

- ▶ ト라우マ的な出来事=PTSDではない。
- ▶ **PTSS:症状**
出来事後数週間にみられる症状は、だれにでも起こる反応 (McFarlane, 2000)
- ▶ **PTSD:疾患**
出来事を体験したあと、上記症状が1カ月以上続く状態
- ▶ 割合は出来事の種類、性質による (Kessler, 1995)
- ▶ PTSD診断は、トラウマ体験からの回復のプロセスが遅れている状態 (Yehuda, 2007)

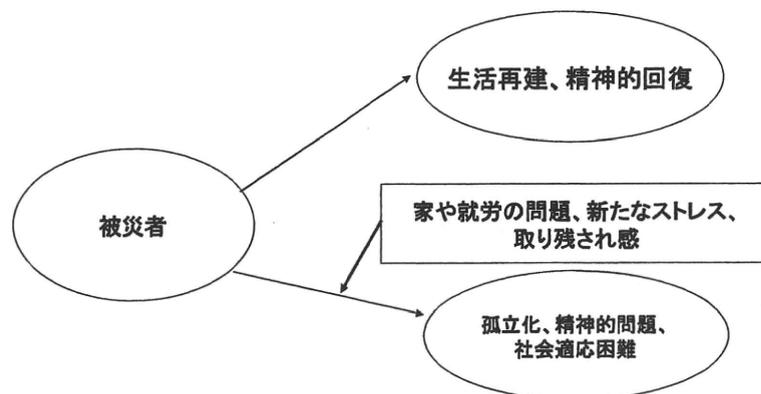
▷ 6

精神障害に関する長期的な影響：
WHOによる一般的な有病率に関する推測

	災害前 12か月有病率	災害後 12か月有病率
重篤な障害 (e.g. 精神病性障害、重症のうつ病、機能障害を呈する不安障害)	2-3%	3-4%
軽度・中等度の障害 (e.g. 軽度・中等度のうつ病や不安障害)	10%	15-20% (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)
“通常の” ストレス反応 (障害ではない状態)	推計値はなし	大多数 (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)

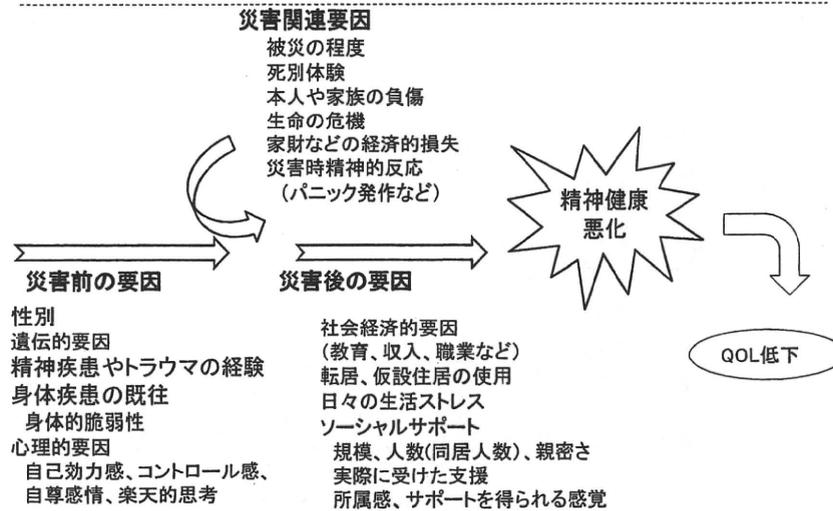
▷ 7

被害者の回復の2極分化



▷ 8 加藤寛, 自然災害 (中長期) 心的トラウマの理解とケア, 第2版より改編

精神健康に影響を与える要因とは？



▷ 9

新潟中越地方の地震

▶ 新潟中越地震(2004)

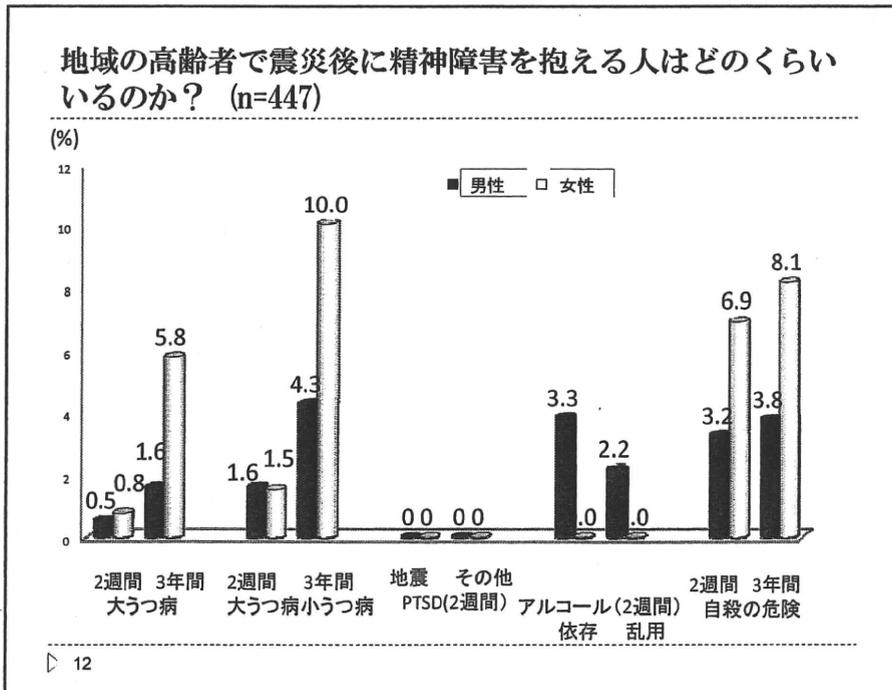
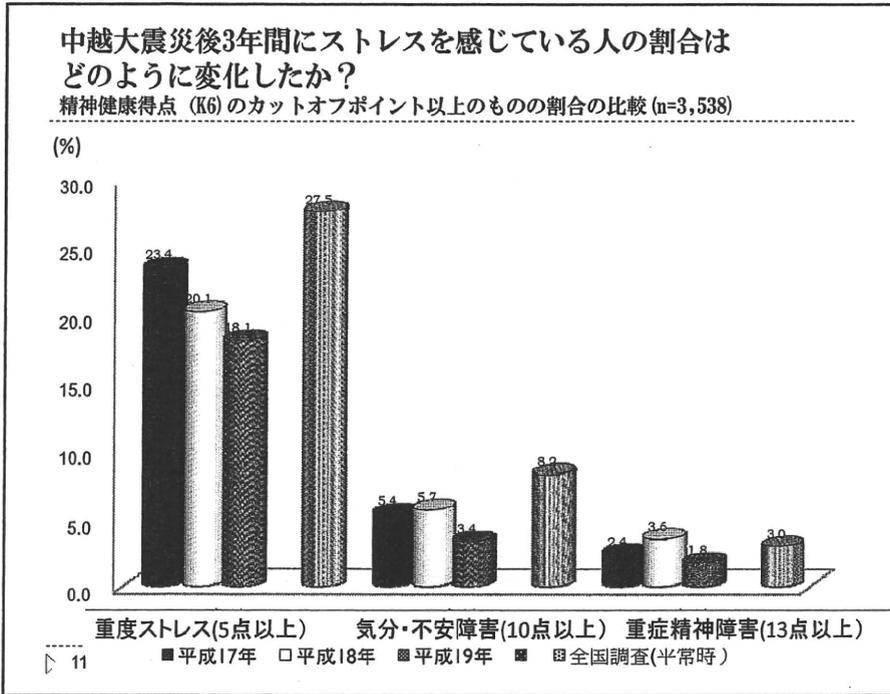
- ▶ 2004.10.23. 5:56pm
- ▶ マグニチュード: 6.8 (Richter scale)
- ▶ 震度:7
- ▶ 死者:68名、負傷者: 4805名

▶ 新潟中越沖地震(2007)

- ▶ 2007.7.16. 10:13am
- ▶ マグニチュード: 6.8 (Richter scale)
- ▶ 震度:6 強
- ▶ 死者:15名、負傷者:2345 名



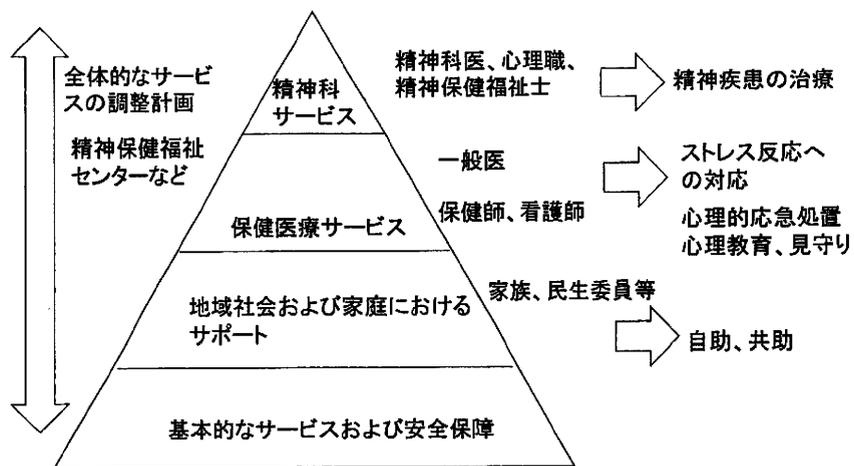
▷ 10



災害時精神保健システム

▷ 13

多層的なサービス提供の組織図



▷ 14 IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. をもとに改編

精神保健関連の支援内容

- ▶ 精神医療体制の確保
- ▶ ハイリスクアプローチ(個別対応)
 - ▶ 要援護者リストの活用
 - ▶ 電話相談などの窓口の活用
 - ▶ 保健師とこころのケアチームの連携
- ▶ ポピュレーションアプローチ(多数対応)
 - ▶ こころのケアに関する啓発
 - ▶ 健康調査(精神健康調査も含む)
- ▶ 支援者のケア、研修体制
- ▶ マスコミへの対応

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン、平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業) 主任研究者：金吉晴、http://www.ncnp-k.go.jp/katudouh12_bu/guideline.pdf

▷ 15

初期対応
(被災後1カ月)

異常な事態に対する正常な反応、というメッセージ
心理的/精神的ニーズのある人への個別対応



精神医療保健資源の確保: 診療所や人材の確保
(特にもともと医療や福祉資源が不足しているところにおいて)

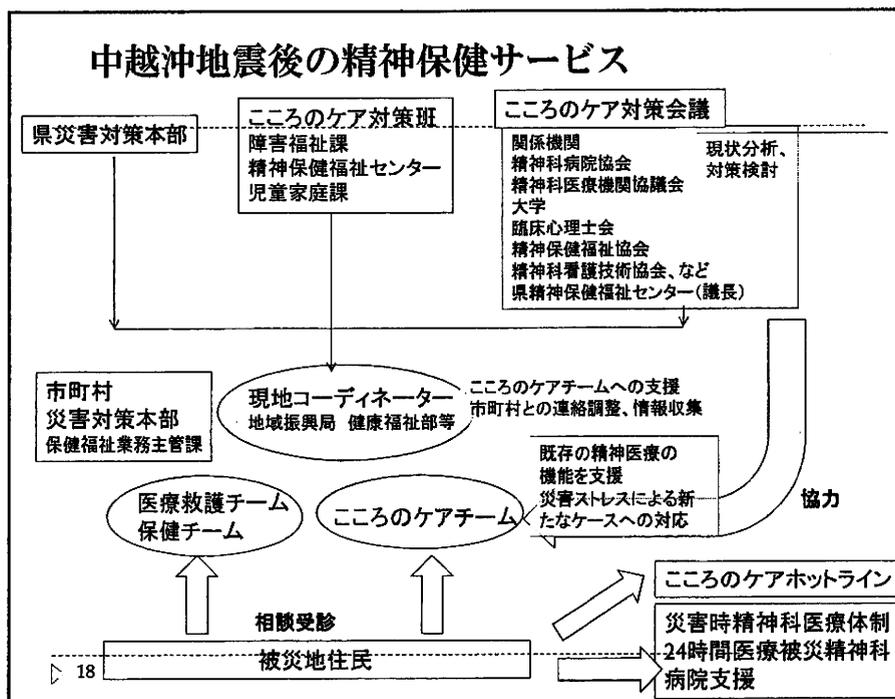
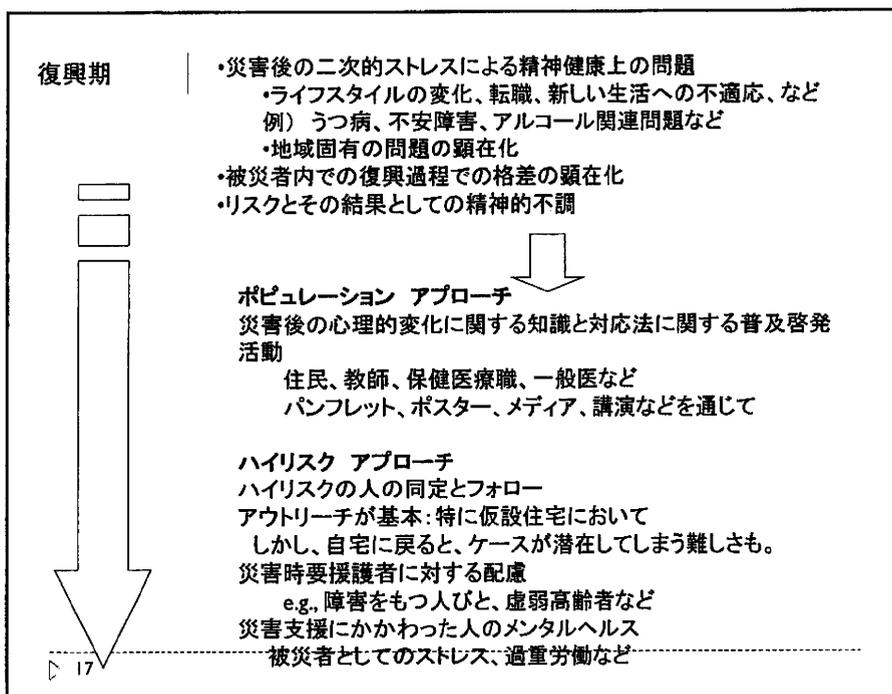
ポピュレーション アプローチ

災害後の心理的变化に関する知識と対応法に関する普及啓発活動
住民、教師、保健医療職、一般医など
パンフレット、ポスター、メディア、講演などを通じて

ハイリスク アプローチ

ハイリスクの人の同定とフォロー
アウトリーチが基本
特に避難所や仮設住宅において
災害時要援護者に対する配慮
e.g. 障害をもつ人びと、虚弱高齢者など

▷ 16



他領域の保健医療体制との連携					
	フェイズ0	フェイズ1	フェイズ2	フェイズ3	フェイズ4
	発災当日	発災48時間	発災2週間	発災1か月	発災6か月
医療チーム	DMAT、日赤、派遣チーム	DMAT撤収	現地の医療資源		
県保健所	被災状況の把握	保健師派遣調整派遣			
		健康ニーズ調査準備、訪問体制支援	全戸訪問実施		
保健活動(市町村)	避難所の開設 安否確認	避難所での活動	避難所 地域での活動		地域仮設住宅での活動
		ハイリスク者の把握 (独居老人、高齢者世帯など)	健康福祉ニーズ調査→訪問、継続支援 (状態把握、医療継続支援など)		
			市職員健康調査準備	市職員の健康調査	
精神保健	状況の把握	電話相談			
(精神保健福祉センター、県)	医療資源の把握	ケアチーム派遣	ケースのフォロー		地域仮設住宅での対策
	災害弱者の把握	在宅精神障害者把握			
	医療ミーティングでのレク	精神健康評価の助言		フォロー	
19		こころのケア会議		こころのケア会議	

災害時精神保健ガイドライン改訂における Delphi法の使用

▶ 既存のガイドライン

「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業） 主任研究者：金吉晴。

http://www.ncnp-k.go.jp/katudou/h12_bu/guideline.pdf

少数の専門家によって作成

その後の経験を反映する必要性

▶ 災害時の適切な支援法

実験的な研究は実施困難（倫理的、実施、方法的）

▶ 経験知の活用

一般的な専門的知識だけでなく、日本における豊富な災害経験に基づく対応法を提示