

してしまう可能性があるのではないだろうか。

- ▶ 鈴木ら(2012)が精神保健専門家に対して行ったデルフィー法を用いた研究によると、最も専門家間で合意の得られなかった項目として「スクリーニング」、「一般住民に対するスクリーニング」が挙げられ、次いで「急性期スクリーニング」が続いた。同時に、専門家が意見の分かれた項目に「心理療法」に次いで「PFAのような心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応」が常に列挙された。この結果は、被災現場における精神保健専門家がこころのケアの専門家として効率的に時間と労力を使えていない可能性、ならびにジレンマを示唆している。精神疾患について社会的理解は高まってきたものの、いまだにこころの病に対する差別意識が根強い地域も多々あることから、精神保健専門家の介入には慎重なさじ加減が常に求められる。

### 3. トップダウン vs. ボトムアップ

- ▶ 日本文献の示す災害時初期対応ガイドラインメソッドは、その多くが政府の政策の指針の実践としての勧告であることより、トップダウン方式で記載されている。自治体・市町村は各々の異なったニーズやリソースの差異に関わらず、命じられた任務として決められた役目を災害時に果たすことを期待される。そのような背景で書かれているので、具体性に欠けていることが多々あり、実践につなぐ上で誤解や混乱を招きやすい一方で、政策の実施としては非常に効率的である。
- ▶ 一方、IASC(国連総会により設置された機関間常設委員会)が作成した災害時・紛

争時「最低必須対応」(2007)は地域のニーズの把握と自立、そして市民参加とイニシアティブを最優先事項としていることから、対応項目が多岐にわたるも非常に緻密、明瞭かつ具体的である。

- ▶ 熊本地震にみるように、いまだ数多くの多様化する震災と直面するであろうこれからの日本にとって、災害時初期対応における心のケアも多様化を求められるにあたり、従来の災害時社会心理支援メソッドの精査と包括的なアプローチの構築が求められる。

## E. 結論

1. 今後の課題として重要なのは、熊本地震の経験を踏まえたうえで、災害時精神保健医療の新たなニーズならびに優先順位を精査し、現在の災害時精神保健ガイドラインコンテンツ・マトリックスに列挙された項目について、次回の考察にむけて優先順位を決定することである。
2. また、現行のガイドラインを将来どのような形にするのが最善なのかを検討するため、改めてガイドラインの目的、用途、普及、そして共有対象を明確にし、必要なアジャストメントならびに情報整理・収集を行うこととする。

## F. 参考文献

1. 高橋昌・高橋祥友(2015)．『災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える—』金剛出版
2. 富永良喜(2014)．『災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針』創元社
3. Ritchie, E. C., Watson, P. J., & Friedman, M. J. (2007). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York, NY:

- Guilford Press. (訳: 計見一雄・鈴木満(2013)). 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え 弘文堂)
4. Stoddard, F. J., Anand, P., & Katz, C. L. (2011). *Disaster Psychiatry: Readiness, Evaluation, and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (訳: 富田博秋・高橋祥友・丹羽真一(2015). 災害精神医学 星和書店)
  5. 日本心理臨床学会 (監)・日本心理臨床学会支援活動プロジェクト委員会 (編) (2010). 『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』 遠見書房
  6. 國井修 (編) (2012). 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』 南山堂
  7. 金吉晴. 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(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」 [http://www.ncnp.go.jp/.../saigai\\_guideline.pdf](http://www.ncnp.go.jp/.../saigai_guideline.pdf)
  8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等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 ジュネーブ : IASC. [http://www.ncnp.go.jp/pdfmental\\_info\\_iasc.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdfmental_info_iasc.pdf)
  9. 金吉晴. 精神保健医療活動マニュアル. 自然災害発生時における医療支援活動マニュアル. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(特別研究事業) 「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/H22DisaManu110311.pdf>
  10. 鈴木友理子・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・金吉晴 (2010). 災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 大規模災害や犯罪被害などによる精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 平成 22 年度分担研究報告書
  11. 鈴木友理子・黒澤美枝・小原聡子・畑 哲信・林みづ穂・大塚耕太郎・松本和紀・丹羽真一・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・浅野敬(2012). 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討. 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 24 年度 分担研究報告書
  12. 金吉晴・鈴木友里子・深澤舞子・中谷優 (n. d.). (資料) DPAT に関する意見の収集. 厚生労働科学研究補助金((障害者対策総合研究事業(精神障害分野) 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に関する研究
- G. 知的所有権の取得状況**
1. 特許取得 なし
  2. 実用新案登録 なし
  3. その他 なし

表1 先行資料目次一覧

『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』	『災害・事件後の子どもの心理支援-システムの構築と実践の指針-』	『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』	『災害精神医学』
高橋 晶・高橋 祥友 編	富永 良喜	エルスベス・キャメロン・リチー パトリシア・J・ワトソン マシュー・J・フリードマン 編 計見 一雄・鈴木 満 監訳	<編著>フレデリック・J・スタッグード アナンド・バーンディア クレイグ・L・カッツ <監訳>富田博秋 高橋祥友 丹羽真一
第1章 災害精神医学とは	第1章 災害・事件後の心理支援の歴史と課題	第1章 展望	第1章 災害への備えと災害発生時の支援システム
1. 災害の分類	1. はじめに	1. 災害メンタルヘルス	1. 災害支援において考慮すべきこと
2. わが国の災害	2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり	一信管抜きDefusing/心理的デブリーフィング	2. 災害支援の状況に応じた役割の変化
3. 災害対策基本法	3. ストレス理論からみた災害・事故・事件などの出来事と心身反応	2. 公刊文献	3. 災害支援体制
4. 災害精神医学	4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育	3. 統一見解会議以降の活動	4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割
一被災者/救援者	5. わが国における学校危機での心理支援モデル	4. この領域の最近の状況	5. 訓練
5. リジリエンス	一福岡モデルと兵庫モデル	一人口比に関する概況/早期発見と早期介入	6. 結論
一トラウマ/PTSD/遷延性悲嘆障害	6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援	5. エビデンスにもとづいた早期介入	7. 学習のポイント
6. まとめ	7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル	6. われわれは何を知っているのか、われわれは何を知らないか、そしてわれわれは何をなすべきなのか	8. 復習問題
	8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案	一現象的に分かっていること/早期介入	
第2章 ストレスとメンタルヘルス	9. 教師とカウンセラー協働による災害・事件後3段かい心理支援モデルの提案	7. 結語	第2章 災害前、災害時、災害後のリスクコミュニケーション
1. ストレスとは	10. 本書の目的		1. リスクコミュニケーションの一般原則
一ストレスはいつも悪影響をもたらすのか/ストレスの症状/ストレスマネジメントの第一原則		第2章 大規模な暴力行使やその他のトラウマに引き続く早期介入に関する諸モデル	2. メディアとの関わり方
2. 被災地でのストレスマネジメント	第2章 阪神淡路大震災と神戸児童連続殺傷事件後の心理支援の実践	1. サービス提供の諸モデル	3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション
3. パンアウトの予防	1. 阪神淡路大震災後の動作法による被災者への心理支援	一サービス提供の諸モデルに関するいくつかの想定/諸モデルに関する注解	4. 災害発生時のリスクコミュニケーション
4. 簡単なストレスマネジメント技法	2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援	2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点	5. 災害後のリスクコミュニケーション
一腹式呼吸法/段階的筋弛緩法		一自然回復のプロセス/定型的な援助Formal Helping	6. 結論

『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』	『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』	『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』	災害・紛争等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
日本心理臨床学会 監修 同 支援活動プロジェクト委員会 編	園井 修 編	金 吉晴 阿部 幸弘 荒木 均 岩井 圭司 加藤 寛 永井 尚子 藤田 昌子 山本 耕平 綿引 一裕	Inter-Agency Standing Committee (IASC)
第1章 危機における心理支援学とは	第一章 災害の定義・原因分類・関連要因	I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性	第一章 序論
1. 求められる機器への心理的支援	1. 災害の定義	1. 災害体験と地域精神保健医療活動	1 背景
一危機の時代/危機への心理的支援	2. 災害の原因と分類	2. 災害時の地域精神保健医療活動	2 災害・紛争等による精神保健・心理社会的影響
2. 被害者支援とは	3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子	1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針	3 ガイドライン
一被害者支援の3つの源流/医療的領域での支援/司法に基づく支援/心理社会的領域での支援/人間の持つ回復力へのアプローチ		2) 災害時の地域精神保健医療における焦り	4 本書の利用方法
3. 被害者とは	第2章 世界の大規模災害と健康問題		5 基本原則
一「被害」とは/被害者とは	1. 世界の大規模災害の趨勢	II. 災害時における心理的反応	6 よくある質問
4. 心のケアとは	2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴	1. どのような心理的な負荷が生じるのか	
一心のケアとは/セルフケアへの支援/初期介入から中長期のケア活動へ	3. 世界の大規模災害と健康影響	1) 心的トラウマ	第2章 介入マトリックス
5. 危機とは	一災害に伴う健康問題/災害と感染症流行	2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責	1 緊急事態に備えた準備
一危機 (Crisis) とは/危機の種類/集団・コミュニティの危機		3) 社会・生活ストレス	2 最低必須対応
6. 危機介入とは	第3章 災害のサイクルと災害時の講習衛生の役割		3 包括的対応
一危機介入とは/危機介入のステップ/危機介入の取り組み	1. 災害の疫学	2. どのような心理的反応が生じるのか	
	2. 災害のサイクル	1) 初期 (災害後1ヶ月まで)	第3章 最低必須対応アクションシート
第2章 支援の哲学	3. 災害における保健医療の役割	付) 災害直後数日間	1 連携・調整
1. 支援における責任	一災害時保健医療の4つの役割/災害に伴う健康問題/災害と感染症流行	2) 中長期 (災害後1ヶ月以降)	1.1 多セクター間における精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。
一はじめに/責任論			2 アセスメント、モニタリング、評価

災害精神保健医療マニュアル	大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究	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	コメント (被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究)
鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 浅野 敬子 金 吉晴	鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 金 吉晴	鈴木 友理子、黒澤 美枝、小原 聡子、畑 哲信、林 みづ穂、大塚 耕太郎、松本 和紀、丹羽 真一、深澤 舞子、中島 聡美、成澤 知美、浅野 敬子	金 吉晴 鈴木 友理子 深澤 舞子 中谷 優
本マニュアルの位置づけ	I. 災害時の精神保健福祉体制	1. ころのケアの定義	I. DPATの急性期の活動と中長期の活動の枠組みについて (特に、DPATの構造、統括)
用語の定義	1. 災害精神保健計画の立案	2. 直後期の対応として	(i) 急性期の活動と中長期の活動の枠組みは分けて考えたほうがよい
I. 災害時の精神保健福祉体制	2. 初動時のころのケア対策本部の設置	3. 急性期の対応	1 急性期と中長期の枠組みを同一にするのは負担が大きい
1. 災害精神保健計画の立案	3. 保健師の役割	4. 中期の対応	2 急性期と中長期では必要な活動が異なる
2. 初動時のころのケア対策本部の設置	4. 保健師活動の課題	5. ころのケアの活動内容	3 先遣隊の活動（発災直後）を急性期とは別枠で考える
3. 保健師活動の課題	5. 活動・支援記録	6. 支援者支援の整理	(ii) 急性期と中長期の活動の枠組みは同じ方がよい、急性期の枠組みをそのまま中長期へ継続した方がよい
4. 活動・支援記録	6. メディアへの対応		1 急性期と中長期は連続しており、活動の枠組みを分けるのは難しい
5. メディアへの対応	II. 初期対応		2 急性期と中長期の活動の枠組みを分けるかどうかは災害の規模にもよる、バリエーションがあってよい
6. 研修体制について	1. 基本的心構え		(iii) より適切な枠組みの提示
II. 災害時ころのケアのあり方	2. 初期対応における精神保健専門家の役割		1 時期より活動内容で分けて考えるべき
1. 基本的ころの構え	3. 初期対応		2 その他
2. 初期対応における精神保健専門家の役割	4. スクリーニングについて		(iv) その他
3. 初期対応	5. 災害時要支援者への対応		II. 災害の規模とDPATの派遣（特に、DPAT派遣の要請、派遣の必要性を判断する際に考慮すべき点など）
4. アセスメント・スクリーニングについて	6. 情報提供		(i) 災害の規模による違い
5. 災害時要支援者への対応	7. これらの研修体制について		(ii) 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない
			(iii) 医療機関への支援について

表2 先行資料とカテゴリ対応表-1

	総論	歴史	システム	心理反応+ 精神疾患	トラウマ対応	アセスメント	初期	中長期	心理療法	コミュニケーション	準備+訓練	子ども	高齢者	支援者	マイノリティ	遠隔	報道	特殊事例	倫理・法規	機関連携	その他	
A	2	2		1			1			1			1	1								
B	1	6												1								
C	1	2	5		2	1	1	2			1	1			1			1			3	
D			1	6		1	1		1	1		1	1	1		1		2	2	1		
E		2		1	1		1		3	1	1	1		1			1	1	3	1	2	
F	1	3	1			1			1		1	1	1	1				2	1	1	1	9
G			2	3		1	1	1			1			1	1		1				1	2
H	1		3			1	2	1	1		3	1		1	1				1	1		
I			1				1							2			1			1	2	
			1				1							2			1				1	
							2	1	2				1									
L			1				※1														1	

※「初期」と「中長期」の両方に該当する。

- A. 災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える— (高橋 & 高橋, 2015)
- B. 災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針— (富永, 2014)
- C. 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え (Ritchie, Watson, & Friedman, 2006)
- D. 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- E. 危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ (日本心理臨床学会, 2010)
- F. 災害時の公衆衛生—私たちにできること— (國井, 2012)
- G. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(金ら, 2003)
- H. 災害・紛争等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 (Inter-Agency Standing Committee, 2007)
- I. 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金, 2011)

- J. 大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究（鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010）
- K. 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（鈴木ら、2012）
- L. 被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究（金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.）

表3 先行資料とカテゴリ対応表-2 (全22カテゴリの一部)

総論	歴史	システム	心理反応+精神疾患
災害の定義と分類	日本国内	概説	精神的反応・疾患
<p>第一章 災害の定義・原因分類・関連要因</p> <p>1. 災害の定義</p> <p>2. 災害の原因と分類</p> <p>3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子</p>	<p>第26章 東日本大震災</p> <p>1. マニュアルがない東日本大震災被災地支援</p> <p>—考えながら一歩ずつ進む支援活動/支援者に必要な被災地の正しい理解</p> <p>2. できる人ができることを</p>	<p>第1章 災害への備えと災害発生時の支援システム</p> <p>1. 災害支援において考慮すべきこと</p> <p>2. 災害支援の状況に応じた役割の変化</p> <p>3. 災害支援体制</p>	<p>第5章 精神医学的評価</p> <p>1. 災害による心理的影響</p> <p>2. 特殊な問題による心理的影響</p> <p>3. 精神医学的評価に関わる要因</p>
<p>第1章 災害精神医学とは</p> <p>1. 災害の分類</p> <p>2. わが国の災害</p> <p>3. 災害対策基本法</p> <p>4. 災害精神医学</p> <p>—被災者/救援者</p> <p>5. リジリエンス</p> <p>—トラウマ/PTSD/遷延性悲嘆障害</p> <p>6. まとめ</p>	<p>—一人ひとりができることを/ネットワークによる公衆衛生活動の展開が被災地復興の基盤づくり/公衆衛生活動の基本再確認(ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの融合)</p> <p>3. 陸前高田市復興支援における教訓(公衆衛生の原点とは)</p> <p>第6章 東日本大震災後の子どもの心理支援システム</p> <p>1. 災害後の心理支援モデルと「心とからだの健康観察」の作成</p> <p>2. こころのサポート授業で活用する「心とからだの健康観察(31項目版)」</p> <p>3. 大規模災害後の子どものこころのサポート授業</p> <p>第2章 阪神淡路大震災と神戸児童連続殺傷事件後の心理支援の実践</p> <p>1. 阪神淡路大震災後の動作法による被災者への心理支援</p> <p>2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援</p>	<p>4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割</p> <p>5. 訓練</p> <p>6. 結論</p> <p>7. 学習のポイント</p> <p>8. 復習問題</p> <p>1. 災害時の精神保健福祉体制</p> <p>2. 初動時のこころのケア対策本部の設置</p> <p>3. 保健師活動の課題</p>	<p>4. こころの健康調査</p> <p>5. 結論:3つのW~What, Who, When~</p> <p>6. 学習のポイント</p> <p>7. 復習問題</p> <p>第11章 悲嘆とレジリエンス</p> <p>1. 喪失と悲嘆</p> <p>2. 死別と関連のうつ病</p> <p>3. 複雑性、遷延性悲嘆</p> <p>4. 悲嘆に暮れている人に話しかけ、耳を傾ける</p>

トラウマ対応	アセスメント	初期	中長期
トラウマ対応	スクリーニング・アセスメント	初期対応	急性期対応
<p>第6章 外傷性ストレスへの介入</p> <p>1. 外傷性ストレス</p> <p>2. ストレス、ストレス反応、そしてストレス度の高いイベント</p> <p>—需要、反応と資源／一二次性、二次性および三次性のストレス要因／現実と知覚的現実Perceived Reality／社会的コンテキスト／個人的な背景—以前のトラウマと生き方そして近しい人との絆／制御可能性と予測そして避難／時間経過と回復／早期反応を評価すること—ストレス・マネジメントの展望</p> <p>3. ストレスから外傷性ストレスまで</p> <p>—不調和な未知の体験と侵入的想起／ストレスの間に獲得された記憶／初期の抑うつ反応／トラウマ反応の処理</p> <p>4. 早期介入の意味</p> <p>5. 集団トラウマの最中の臨床家と支援者</p> <p>6. トラウマ、治療そしてその向こう側</p> <p>第15章 トラウマ体験後の内科・外科患者のための精神医学的介入</p>	<p>2. アセスメント、モニタリング、評価</p> <p>2.1 精神保健・心理社会的問題について現状のアセスメントを行う。</p> <p>2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動する。</p> <p>第4章 スクリーニングと心理アセスメント</p> <p>1. スクリーニングと心理アセスメントの概説</p> <p>—何をアセスメントするのか／アセスメントによる“回復促進”と“傷つき”／アセスメントの時期・選び方</p> <p>2. スクリーニングとしての査定</p> <p>—トラウマに関連したスクリーニングとは／実際に用いられているスクリーニング尺度の概説</p> <p>3. 子どもの心理アセスメント</p> <p>—「UCLA・PTSDインデックスDSM-IV版(UPID)」とは／UPIDの特徴／施行方法</p>	<p>第2章 介入マトリックス</p> <p>2. 最低必須対応</p> <p>2. 初期対応(災害後1ヶ月で)</p> <p>1) 避難所での活動</p> <p>2) 直後期の対応=ファースト・コンタクト</p> <p>3) 見守りを要する者のスクリーニング</p> <p>4) 心理的応急処置(PFA)</p> <p>5) 情報管理と広報</p> <p>6) ホットラインについて</p> <p>II. 災害時こころのケアのあり方</p>	<p>第10章 災害や大規模な暴力行使後に行う長期的メンタルヘルス介入</p> <p>1. 長期介入に関わる文脈</p> <p>—社会的文脈／無力感／資源と資金</p> <p>2. 1ヶ月後の介入</p> <p>—継続的または特別な介入を必要とする人の認定／介入を必要とする個人や集団を特定し、その人たちに関与していくこと【長期の介入で利益を得る人の特定／人への関与】／有益な介入の決定と実施【トラウマ患者とPTSDに対する介入に関するコンセンサス／災害後の長期介入の実施計画に関する重要事項】／優先度の高い要求をもつ人びとへの必要性評価と目標設定【遺族への介入／他の被害者】／介入と結果のモニタリング</p> <p>3. 結論</p> <p>中間期対応</p> <p>第9章 中間期の介入</p> <p>1. 心理的な反応の経過</p> <p>2. 誰を治療するのか</p>

心理療法	リスクコミュニケーション	準備+訓練	子ども
<b>概説</b>	<b>リスクコミュニケーション リスクコミュニケーション (定義・原則・メディア)</b>	<b>準備</b>	<b>災害時の子どもの反応</b>
<p>第1章 危機における心理支援学とは</p> <p>1. 求められる危機への心理的支援</p> <p>—危機の時代/危機への心理的支援</p> <p>2. 被害者支援とは</p> <p>—被害者支援の3つの源流/医療的領域での支援/司法に基づく支援/心理社会的領域での支援/人間の持つ回復力へのアプローチ</p> <p>3. 被害者とは</p> <p>—「被害」とは/被害者とは</p> <p>4. 心のケアとは</p> <p>—心のケアとは/セルフケアへの支援/初期介入から中長期のケア活動へ</p> <p>5. 危機とは</p> <p>—危機(Crisis)とは/危機の種類/集団・コミュニティの危機</p> <p>6. 危機介入とは</p> <p>—危機介入とは/危機介入のステップ/危機介入の取り組み</p>	<p>3. リスクコミュニケーション</p> <p>—リスクコミュニケーションの定義/リスクコミュニケーションの基本原則/リスクをふまえた個人レベルでのコミュニケーション/集団へのクライシスコミュニケーション/マスメディアを介したコミュニケーション</p> <p>4. まとめ</p> <p>第2章 災害前、災害時、災害後のリスクコミュニケーション</p> <p>1. リスクコミュニケーションの一般原則</p> <p>2. メディアとの関わり方</p> <p>3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション</p> <p>4. 災害発生時のリスクコミュニケーション</p> <p>5. 災害後のリスクコミュニケーション</p> <p>6. 結論</p> <p>7. 学習のポイント</p> <p>8. 復習問題</p>	<p>第2章 介入マトリックス</p> <p>1 緊急事態に備えた準備</p> <p>IV 平常時から行うべきこと</p> <p>1)災害時の精神保健医療活動についての住民教育</p> <p>2)災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション</p> <p>3)精神保健医療の援助資源の確保</p> <p>4)日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進</p> <p>5)精神保健医療従事者への研修活動</p> <p>5.1 あらゆるセクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体</p> <p>5.2 コミュニティの自助およびソーシャルサポートを強める。</p> <p><b>予防・教育</b></p> <p>7 教育</p> <p>7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。</p>	<p>第5章 災害と子ども</p> <p>1. 災害下における子ども</p> <p>2. 災害時の子どもの反応</p> <p>—災害時期と子どもの反応/子どもの死別・悲嘆反応/子どもの回復に関係する要因/災害に関連した精神症状</p> <p>3. 被災した子どもへの対応</p> <p>—介入時期と方法/安心できる環境の提供/遊び/喪失を経験した子どもへの対応</p> <p>4. まとめ</p> <p><b>子どもに対する支援と介入</b></p> <p>第13章 惨事後の子ども・若者への介入</p> <p>1. 実証的研究論文</p> <p>—惨事後の子どもへの介入/複数のトラウマを経験した子どもへの介入</p> <p>2. 文献を利用する—集団暴力後のベスト・プラクティス</p> <p>—治療のタイミングと発達の問題/子どものメンタルヘルスのスクリーニング/文化的課題—EBTsのコミュニケーション・トレーニングとその受け入れ</p>

高齢者	支援者	マイノリティ	遠隔
<b>高齢者対策</b>	<b>支援者の心理反応</b>	<b>マイノリティへの支援と介入</b>	<b>遠隔精神医療</b>
第12章 高齢者対策	第7章 救援者のメンタルヘルス	第17章 少数民族の災害復興を個人とコミュニティのレベルでどう進めていくか	第21章 災害時と公衆衛生の緊急事態における遠隔精神医学
1. 近年の震災にみる高齢者への対策	1. 活動前	1. メンタルヘルス・サービスの必要性	1. 災害遠隔精神医療の適用
—高齢化社会と災害／過去の教訓	2. 活動中	—一人種と精神障害の疫学／疫学的リサーチの限界／民族性、文化と利用しやすさ／支援の求めやすさ、スティグマと不信感／災害後の余波が残る状況におけるサービス利用の促進	2. 災害時の遠隔精神医療での問題
2. 高齢者対応の実際	3. 活動後	2. 適切なメンタルヘルス・サービス	3. 結論
—東日本大震災での活動／遊楽館に設置された福祉避難所／桃生農業者トレーニングセンターに設置された福祉避難所／これからの課題	4. まとめ	—少数民族に関する実証的研究に欠けているもの／ケアの質における人種的格差／文化を感じ取る能力の枠組み／多文化的介入のための編成理念としての社会的機能／地域社会活動	4. 学習のポイント
<b>災害と高齢者</b>	7. 援助者の精神健康	3. 提案	5. 復習問題
第6章 災害と高齢者	1) 背景	<b>文化的配慮</b>	
0. はじめに	2) 援助者のストレス要因	6. 多文化対応	
—高齢者とは／高齢化／高齢化社会の問題点	3) 援助者に生じる心理的な反応	5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。	
1. 高齢者の特徴	4) 対策	<b>文化と宗教</b>	
—身体的特徴・身体の老化／精神的特徴・精神の老化	第6章 救援者・支援者の支援	第19章 親善大使としての精神医学	
2. 認知症	1. 救援者のグループワーク	1. 親善大使の仕事	
—認知機能とは／認知症とは／病態／診断／治療／認知症の注意点／代表的な認知症／災害と認知症	—救援者の惨事ストレス／グループワーク	2. 協働作業	
3. 災害と高齢者	2. 二次受傷の理解	3. 災害メンタルヘルス、宗教、スピリチュアルケア	
—身体面の問題／精神面の問題／高齢者と避難勧告／災害時の急性期対応／慢性期対応	—はじめに／二次受傷の定義／寄与要員／予防策	4. セルフケアと逆境に続く成長	
4. まとめ	3. 共感疲労	5. 協働の成功	
第18章 高齢者への精神医学的介入	<b>支援者へのこころのケア</b>	6. 結論	
1. リスクの全般的評価	IV. 支援者のストレス対応	7. 学習のポイント	

報道	特殊事例	倫理・法規	機関連携	その他
メディア対応	災害による心理的影響	倫理・法規	機関による支援	DMAT
5. 報道機関との協力・対応	第8章 薬物乱用	第10章 関連法規	第15章 機関による支援	第23章 DMATからの教訓
1) 報道による情報援助の意義	1. 災害後の薬物使用に関する疫学的知見	1. 関連法規総説	1. 警察における犯罪被害者支援 —又被害者支援にのける被害者支援を知る意義／警察における捜査過程および被害者支援の流れ／警察における犯罪被害者支援の施策／警察における相談体制／その他	1. 東日本大震災におけるDMAT活動概要
2) 取材活動によるPTSD誘発の危険	2. PTSDと他の危険因子	—関連法規の制定／危機と関連法規	2. 被害者支援センター	2. DMAT制度の概要
3) 報道機関との対応	3. 危険飲酒	2. 犯罪被害者等基本法	—民間被害者支援団体／被害者支援活動の歴史と内容／犯罪被害者等早期援助団体／全国被害者支援ネットワーク	—DMATとは／法的根拠／運用の基本方針／初動／DMATの指揮系統／DMATの活動／費用の支弁
5. メディアへの対応	4. スクリーニングと評価の方法	3. 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律	3. 児童相談所	3. 広域災害救急医療情報システム
6. メディアへの対応	5. 薬物療法と他の治療的介入	—目的および定義／改正の主な内容／関連法令・制度	—児童相談所の現在／危機への対応／児童相談所の組織	4. DMATの活動と戦略
6. 報道被害とメディア対応	6. 治療における重複罹患の問題	4. 児童虐待の防止等に関する法律	4. 配偶者暴力相談支援センター等	—DMATの活動の原則(CSCATTT)／マネジメント機能としてのDMATの重要性／広域災害時の医療ニーズ／広域災害時のDMAT活動戦略／DMAT活動戦略と公衆衛生
—広報窓口の一本化／記者会見について／児童生徒の取材の自粛・匿名報道の申し入れ	7. 結論	—目的および定義／2004年の改正／2008年の改正	—配偶者暴力相談支援センター／女性センター・男女共同参画センター	5. DMAT設立の経緯
	8. 学習のポイント	5. 災害対策基本法	5. 災害医療	6. DMATの研修と制度設計
	9. 復習問題	—目的および定義／改正の経緯	—災害医療とは／災害医療専門機関としての日本赤十字社の動向／日本赤十字社の心のケア／日本赤十字社と日本DMAT／国際ガイドライン	7. まとめと教訓
	第16章 大量破壊兵器によってもたらされる心理的悪影響の緩和	第20章 法と倫理の問題	6. 小児科における支援	<b>感染症</b>
	1. 歴史上の事例	1. 矛盾する役割と柔軟性	—虐待問題／小児がん／臓器移植／新生児集中治療室(NICU)関連の課題	第6章 感染症サーベイランス
	—核および放射性物質兵器によってもたらされる心理的悪影響の緩和	2. 守秘義務	7. 小児科における虐待対応支援	1. 災害時のサーベイランス
	2. 急性および長期の心理的影響	3. カルテ記入	—心理臨床中での虐待対応支援／心療科病棟への性的虐待対応支援	—「災害」および「災害後のサーベイランスの考え方」の基本／災害のサイクルに基づいた考え方
	3. 影響の緩和	4. 詐病	8. ホットライン(いのちの電話)	2. 実際のリスクアセスメント
	—事前準備／防護器具について／危機意識および健康リスク・コミュニケーション／トリアージおよび鑑別診断	5. 法的、倫理的な落とし穴としての臨床家の災害への心理的反応	—いのちの電話の設立目的／フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」です！／自殺予告電話の対応について	—急性期における被災地・避難所における感染症リスクアセスメント／急性期における集団発生サーベイランス／避難所サーベイランス／岩手県における避難所サーベイランス(ICATによる実施)／平時からの準備の必要性
	4. 結語	6. 免許交付と損害賠償責任の補償範囲 (liability coverage)		第7章 感染症対策

表4 カテゴリー内容整理 (心理反応・精神疾患)

心理反応 +精神疾患	要約	Ev. / Op.
精神医学的評価		
1.災害による心理的影響	1.✓災害による心理的影響は主に、(1) 行動の変化、(2) ストレス反応、認知、身体反応、情緒反応、(3)精神疾患の3つのグループに分類されるが、多くの症状はこれらのカテゴリーに重複しているため境界線をひくのは難しい(e.g. 不眠、災害後の成績の低下など)。(Goldfrank et al. 2003; Ursano, 2002)	1.✓Ev.
2.特殊な問題による心理的影響	<p>1.✓【自殺】災害と自殺に関する知見が様々で、二つの関係性は明確ではない(Kessler et al., 2008; Krug et al., 1999; Nishio et al.,2009)。</p> <p>2.✓【暴力】災害後、暴力の頻度が高くなる傾向がある。要因として精神医学的状況と社会的状況(社会経済的ストレスなど)が主に挙げられている。災害後は、暴力行為に注目が集まるため、窃盗・略奪、差別が見落とされがち。(Anastario et al., 2009; Keenan et al., 2004; Van Lamingham, 2007)。</p> <p>3.✓【精神病状態】災害後に精神病状態が起こりやすくなるという知見があるが、二つの関係について研究論文ではほとんど取り上げられていない(Katz et al., 2002; Tseng et al., 2010)。</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p> <p>3.✓Ev.</p>

<p>3.精神医学的評価に関わる要因</p>	<p>●精神医学的評価に関わる要因は以下の通りである：</p> <p>✓1.【被災者との関わり】被災地において、精神科医は刹那面談に取り組んだり、専門家として、または人道的支援に取り組む支援者として、被災者に関わったりすることが求められる。</p> <p>✓2.【災害後の時間経過】災害により生じた反応が精神病理的か否かを判断するのに重要な要因である。例えば、急性期にみられる反応は正常で一時的な症状であるため、この時期における精神疾患は評価対象外である(American Psychiatric Association, 2000; Disaster Psychiatry Outreach, 2008, 2009)。</p> <p>3.✓【身体的・心理的・社会的ニーズ】①安全、②身体、③医療、④メンタルヘルスに関する4つニーズを評価する(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。</p> <p>4.✓【リスク要因】著者は、災害後、精神疾患に発展するような心理社会的リスク要因をいくつか提示している。なかでも、暴露の程度は、研究者に最も支持されているリスク要因の一つである。急性期評価において、リスク要因に対する知識は不可欠である(Corrigan et al., 2009; Disaster Psychiatric Outreach, 2009; Katz et al., 2002)。</p> <p>5.✓【レジリエンス】評価にレジリエンスを含めることによって、被災者に健康的な対処法を提案し、促進することが可能(Goldfrank et al., 2003)。</p> <p>6.✓【災害の意味】症状や診断の評価する精神医学的アセスメントに加えて、精神科医は被災者個人にとっての災害の意味を探る必要がある(Katz and Nathaniel, 2002; van der Kolk, 1994)。</p> <p>8.✓【問題への名前付け】診断は、DSM-IVを用いて行われるが、急性ストレス反応の兆候は一過性で適応的であるため、災害後急性期に実施するのは難し。(American Psychiatric Association, 2000; Disaster Psychiatry Outreach, 2009)。Figley &amp; Nash(2007)は、これらの急性ストレス反応を、「ストレス損傷」と命名しており、①心的外傷、②悲嘆、③疲労の三種類が存在すると提示している。DSM-IVの中で、それらの反応と最も類似しているのは「適応障害」だという。</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Ev. 3.✓Ev. 4.✓Ev. 5.✓Ev. 6.✓Ev. 7.✓Ev.</p>
<p>4.こころの健康調査</p>	<p>1.✓こころの健康調査は、①より専門的な治療に繋ぐスクリーニングテストとして、②被災地におけるDMHサービスを計画するための需要評価のツールとして、③災害現場に精神保健医療専門家が不足しているかを確認する方法として用いられる(Conner and Davidson, 2003; Connor et al., 2006; Katz et al., 2002)。</p>	<p>1.✓Ev.</p>

5.結論：3つのW ～What, Who, When～	1.✓精神医学的評価を実施するうえで、支援者は①What (e.g. 災害の被害はどれくらいか)、②Who (e.g.精神疾患があるか)、③When (e.g.災害後いつその人と会ったか)、の3つのWを被災者に尋ねることが推奨されている (Disaster Psychiatry Outreach, 2004)。	1.✓Ev.
悲嘆とレジリエンス		
1.喪失と悲嘆	✓死別、悲嘆、複雑性悲嘆の定義 (Bonanno, 2004; Zhang et al. 2006; Zisook & Shear, 2009) ✓災害による悲嘆反応と通常の悲嘆反応 (身体疾患など) の違いについて。前者は、突然起こるため、悲嘆を予期する時間がない (Love, 2007; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009)。 ✓「正常」・「異常」な悲嘆とは?文化によって定義、持続時間や、表現が異なるので、介入時期や方法も変わってくる。	1.✓Ev. 2.✓Ev. 3.✓Op.
2.死別と関連の うつ病	✓死別反応の一部は、大うつ病の症状と類似しているため、鑑別することが大事。少数ではあるが、死別を体験した人々が大うつ病を患うという研究論文もあるため、災害後、うつ病が生じる可能性に注意を払うべきである (American Psychiatric Association, 2000; Zisook & Shear, 2009)。	1.✓Ev.
3. 複雑性、遷延性 悲嘆	✓本書出版当時は、CGDの診断基準より、PGDの診断基準のほうが臨床的に妥当で、DSM-5に含まれる可能性が大いにあった。しかし、今現在どちらの名称で用いられているかは不明 (Prigerson et al., 2009)。 ✓他に、(a) CGD/PGDの症状、(b) comorbidity と他の障害との違い (i.e. PTSD とうつ病)、(c) 治療反応について記されている (Prigerson et al., 2009; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009, Simon et al., 2008)。	1.✓Ev. 2.✓Ev.
4.悲嘆に暮れている人に話しかけ、耳を傾ける	✓死別への早期介入に関するエビデンスは乏しく、その効果は明確ではないが、死別カウンセリングなどの正式な治療法は、全般的に効果が小さいと示唆されている (Bonanno, 2004)。しかし、CGDなどの重篤な悲嘆反応を持つ人には、少なからずの効果があると記述されている (Currier et al., 2008; Zhang et al., 2006)。 ✓死別に対してもっとも有効なのは、その旨について話したいと思っている生存者に共感をもって傾聴する、非公式的な介入法である (Love, 2007; Rachael et al., 2006; Shear, 2008)。	1.✓Ev.

<p>5.絶望感への対処、実存的な問題、意味の探索、逆転移</p>	<p>1.✓災害後、被災者は、死に対する恐怖感から実存的な疑問を抱いたり、死や破壊を目の当たりにして絶望感に圧倒されたりするかもしれない(C.L. Katz, personal communication, 2010; Lindy &amp; Lindy, 2004)。</p> <p>2.✓実存的な疑問に答えるのは不可能かもしれないが、自責感、恥辱感、悲哀、絶望感、混乱といった感情的反応に生存者が対処していくことに精神科医は助力する (Walsh, 2007)。</p> <p>3.✓具体的に、精神科医は、生存者が苦痛な感情を素直に表明したり、それらの感情は悲劇に対する一般的で正常な反応と捉えたりできるように支援する(Raphael et al., 2006; Walsh, 2007)。また、被災者がそれらの悲劇の意味を構築または再構築するのを精神科医が助力するのも有用である (Armour, 2006; Holland et al., 2006; Rajkumar et al., 2008; Walsh, 2007)。</p> <p>4.✓被災者支援において、精神科医は、①無関心、麻痺などを引き起こす回避(avoidance)や、②燃え尽き、過度の献身をもたらす過度の同一化(overidentification)などの逆転移の反応に気を付けるべきである(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lindy &amp; Lindy, 2004)。</p>	<p>1.✓Op. 2✓Ev. 3.✓Op.</p>
<p>6.悲嘆を評価しそれに対処するうえでの文化的問題</p>	<p>1.✓自分の文化とは異なる被災者に働きかけるには、地域の文化的な意味合いを考慮することが重要。必要ならば、その地域の助言者や霊的な助言者に援助を求めることを含めて、文化の差に敏感な態度が求められる(Bonnano, 2006; Ng, 2005; Rajkumar et al., 2008)。</p>	<p>1.✓Ev.</p>
<p>7.レジリエンス</p>	<p>1.✓レジリエンスの定義 (Bonnano, 2005; Haglund et al., 2007; Shalev and Errena, 2008)。</p> <p>2.✓誰が脆弱で、誰が高いレジリエンスを示すかを見定めることによって、とるべきアプローチを決めるうえでの重要な情報を得られる。しかし、臨床的に応用可能な predictors がないため、誰がより高いレジリエンスを示すのか予測するのは難しい。(Friedman et al. 2006)</p>	<p>1.✓Ev. 2.✓Ev.</p>

8.レジリエンス に 関 与 し て い る と 考 え ら れ る 生 物 心 理 社 会 的 要 因	<p>1.✓レジリエンスに関連している生物学的要因として、多くのホルモンや神経伝達物質（コルチゾール、ドーパミン、エストロゲンなど）が挙げられている(Charney, 2004; Haglund et al., 2007)。また、ストレス免疫理論も生物学的機序に関連している(Haglund et al., 2007)。</p> <p>2.✓レジリエンスに関係している社会心理的要因として、社会的サポート、安定した収入、認知の柔軟性、道徳的規範、積極的対処、楽観的な態度、ユーモア、肯定的な人生観、運動、不燃不屈、自己高揚がある(Bonanno, 2004, 2007; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Southwick, et al., 2005)。この他にも、慢性疾患が少ない、テロ攻撃に直接的な影響が少ない、さらなる人生のストレスを認めない、過去のトラウマ経験が少ないなどの要因も関与している(Bonanno et al., 2007)</p> <p>3.✓被災者のレジリエンスを促進するために、精神科医は、レジリエンス因子についての教育を施したり、被災者が成功体験や自己制御感を獲得できるように手助けしたり、過去のストレス状況において実際に行った対処法について検討したりするべきであると提示されている(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Shalev et al., 2008; Watson et al., 2006)。</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p> <p>3.✓Ev.</p>
トラウマと喪失とストレス		
1.トラウマ		
ー トラウマの概 念／トラウマの 性質・特性	<p>1.✓ストレスに対するトラウマ反応を、「異常な反応」としてではなく、「正常な反応」として、支援者は被災者に理解して貰うことが重要。</p> <p>2.✓心的外傷は、強烈な危機的出来事（体験強度）を至近距離で（体験距離）体験した際に生じる（岡田, 1995）。また、それらに対する反応は、出来事の客観的状況（e.g., 震度）と主観的意味付けによって、大きく異なる。</p> <p>3.✓単純性トラウマ（例：自然災害）と複雑性トラウマ（例：虐待）では、トラウマ反応のありようが異なる。</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Ev.</p> <p>3.✓Op.</p>
2.トラウマ体験 の 症 状		
ー トラウマの再 現性／トラウマ 体験とストレス 障害、解離性障害	<p>1.✓トラウマ体験の症状は、主に（1）侵入反応（e.g., 悪夢、フラッシュバック）と（2）マヒ反応（e.g., 社会的孤立、疎外感）の二つに大別される。</p> <p>2.✓トラウマ体験後、被災者/被害者は、（1）解離現象、（2）PTSD、（3）DID、（4）過覚醒などを呈する危険性がある。</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Op.</p>

3. PTSD		
<p>－はじめに／症状のなりたち／不安に対して／日常臨床のなかで</p>	<p>✓PTSD の症状として、解離(例: 周トラウマ期解離など) 侵入症状、フラッシュバック、否定的認知、恥、罪責、怒り、世間からのスティグマ、孤立、引きこもりなどがある。この項では、何故こういった症状が起きるのかを説明している。</p> <p>✓不安障害における二次性の不安は不安が果てしなく増大することへの恐れ、自分の無力感などの認知のより悪化し、精神療法で重要なのはこの二次性の不安の鎮痛である。持続エクスポージャーセラピー(prolonged exposure therapy)は PTSD に特化した治療法であり、米国学術会議報告書にその効果が薬物療法を含めたすべての治療法のなかで最も効果があると認識されている。</p> <p>✓日常臨床の現場では専門的な治療が困難な場合、より広く患者の生活に目を向けることが必須である。二次的被害、生活サポートの不足、安心・安全・安眠の確保の欠落、症状の不認識、症状すなわち自身の弱さの証明との認識、カフェイン摂取・飲酒等に留意し、患者が安心してさまざまな相談にのれるようにすることは有効である(金、2007)。また、SSRI も不眠・動悸を鎮静することで有効であることから、多方面の専門家ならびに行政機関の連携が必要である。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Ev.</p>
4. 喪失と喪の作業		
<p>－喪失／喪の作業</p>	<p>1.✓喪失、悲嘆、喪の作業の定義 (Freud, 1917; Harvey, 2002)。</p> <p>2.✓外傷的出来事に伴いうる喪失体験には、突然の死別、身体や機能の一部の喪失、心理社会的喪失(経済的損失や安全性への信頼の喪失)などが含まれる。</p> <p>3.✓喪失体験から回復までの過程/段階モデル (Bowlby, n.p)。</p> <p>4.✓喪の作業とは、喪失によって生じる悲嘆を和らげ、通常的生活に適応していくために安定した心理状態を取り戻していく自然回復過程のことを指す。悲嘆の過程が中断されてしまうと、うつ病や引きこもりなどを患う危険性がある。</p>	<p>1.✓Ev. 2.✓Op. 3.✓Ev. 4.✓Op.</p>
5. 生活ストレス		

<p>一事件・事故の被害者の「生活ストレス」／災害の被災者の「生活ストレス」</p>	<p>1.✓災害、事故、事件により、日常のストレスに加重される新たな生活上のストレスを「生活ストレス」と呼ぶ。  2.✓被害者のストレスについて。メディア・スクラムや、転居による経済的問題や環境の変化などがある。  3.✓被災者のストレスについて。主に避難所生活での問題が取り上げられている。例として、プライバシーの欠如、騒音、仮設トイレの不便、食事の不自由などが挙げられている。  4.✓しかし、近年では避難所でのプライバシー問題が考慮されつつある。2008年の岩手・宮城内陸地震では、宿舎にて家族ごとに個室を避難所として提供した。</p>	<p>1.✓Op.  2.✓Op.  3.✓Op.  4.✓Op.</p>
<p>6.二次被害</p>	<p>1.✓被災者・被害者は、災害や事故や事件によって直接被害を受けるだけでなく、加害者、支援者、団体、社会などから二次被害を受けることがある。それらには、(a) マスコミの一方的な取材、(b) 警察の事情聴取、(c) 専門家や支援者の不適切対応、(d) 周囲や社会の被害者への偏見や無知などが含まれる。</p>	<p>1.✓Op.</p>
<p>7.喪失ステージモデルと二重過程モデル</p>	<p>✓喪失ステージモデルには Bowlby の4段階説、Deeken の悲嘆の12段階プロセス、Kubler-Ross の臨死患者の心理的過程5段階モデルがあるが、統合的モデルとして Stroebe らの (1999,2001) 2重過程モデル(DPM), Neimeyer (1998)の意味の再構成モデル(MRM)がある。  ✓DPM は喪失志向と回復志向2つのストレスの間を揺れ動きながら経過することを仮定し、MRM は喪失における意味の再構成のプロセスを重視する。段階モデル、統合的モデル双方において今後さらなる研究展開が期待される。</p>	<p>✓Ev.  ✓Op.</p>
<p>災害時における心理的反応</p>		
<p>1. どのような心理的な負荷が生じるのか</p>		
<p>1) 心的トラウマ</p>	<p>✓災害体験それ自体による衝撃(災害の体感、被害、目撃)に起因する精神的な症状(過覚醒、フラッシュバック、トラウマ想起など)。</p>	<p>1.✓Op.</p>
<p>2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責</p>	<p>✓喪失による悲哀、悲嘆、罪責、怒り。</p>	<p>1.✓Op.</p>
<p>3) 社会・生活ストレス</p>	<p>✓新しい生活環境(避難所での生活、報道取材など)によるストレス(心身の不調、不眠、苛立ちなど)。</p>	<p>1.✓Op.</p>

2. 心理的反応		
1) 初期 (災害後1ヶ月まで)	✓【災害後初期における被災者の心理的反応】(1) ストレス反応 (不安、不眠)、(2) 災害の衝撃や治療薬の中断による既往精神障害の悪化、(3) 精神疾患の発症・再発 (うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症)、などが記されている。	1.✓Op.
付) 災害直後数日間	✓災害直後における被災者の精神反応は、(1) 現実的不安型、(2) 取り乱し型 (e.g., 落ち着きがない、感情的な乱れ)、(3) 茫然自失型 (e.g., 思考や感情の麻痺)、の3つに分類される。	1.✓Op.
2) 中長期 (災害後1ヶ月以降)	✓【中長期における援助者の心理的問題】支援者の中で特にストレスを被る危険性があるのは、(1)支援者自身またはその家族が被災者である者と、(2)遠方から派遣された援助者である。	1.✓Op.
主な精神疾患		
1. 災害と関連する主な精神疾患		
—急性ストレス障害/心的外傷後ストレス障害/うつ病/双極性障害/アルコール関連の精神障害/統合失調症	<p>1.✓【ASD】:</p> <p>→持続期間一ヵ月以上= PTSD、一ヵ月未満 = ASD</p> <p>→対人暴力が最も多い原因 (20~50%の有病率)</p> <p>→ASD を呈する比較的多くの患者が自然回復する (30~60%)</p> <p>→ASD に対する薬剤の有効性を示すエビデンスはないが、PTSD 治療に効果的な SSRI を用いることがある。</p> <p>→ASD から PTSD に移行する例があることから、前者は後者の predictor の可能性あり。ASD が寛解した後も最低6ヵ月間は要経過観察 (高橋ら、2014)。</p> <p>2.✓【PTSD】:</p> <p>→性被害や対人暴力による発症率が最も高い。</p> <p>→【治療】まず、安全と安心できる環境を提供し、患者の自然治療力を尊重。症状が強く、長く続いている場合、薬物療法を考慮する。SSRI が最も効果的。他に、TCA, 抗アドレナリン作動薬、気分安定薬、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬 (注意) の名前が挙げられている。</p> <p>→災害と PTSD の関係性は強いが、患者の半数は発症後3ヵ月ほどで改善することもある (高橋ら、2014; 日本トラウマティック・ストレス学会、2014)</p> <p>3.✓【うつ病】:</p> <p>→【治療】薬物療法 (SSRI, SNRI, TCA) と心理療法 (精神力動的</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p> <p>3.✓Ev.</p> <p>4.✓Ev.</p> <p>5.✓Ev.</p> <p>6.✓Ev.</p>