

<p>一危機と成長/外傷後成長の規定要因/臨床上の留意点/さまざまな領域における外傷後成長</p>	<p>1.✓外傷後成長(PTG)について →【規定要因】:(1)自己についての認識を変化、(2)人間関係の変化、(3)人生哲学の変化 (Tadeschi & Calhoun, 1995) →【臨床上の留意点】:PTG を体験した被害者の多くは、トラウマに対し、肯定的および否定的な思考や感情を抱いている。したがって、PTG はすべての被害者にあてはまるという考えは控えるべき。(Tadeschi & Calhoun, 1995) →【さまざまな領域における外傷後成長】:この項目では、癌患者、戦争生存者、被害者、被災者が体験する PTG についての事例や知見などが簡潔に書かれている。(Rosner et al., 2006; Stanton, et al., 2006)</p>	<p>1.✓Ev.</p>
---	---	---------------

表6 カテゴリー内容整理 (初期対応)

初期	要約	Op. / Ev.
初期対応		
介入マトリックス		
2 最低必須対応 ～災害・紛争時 等に至急実施す べき優先度の高 い精神保健・心 理社会的支援対 応～	<p>✓災害・紛争時などにおける精神保健・心理社会的支援を保護・促進するために重要な活動に関する指針を縦3段、横11段のマトリックスで示す。</p> <p>✓対応の種類には3種類あり（緊急事態に備えた準備、最低必須対応、包括的対応）、以下「最低必須対応」に着目する。</p> <p>✓最低必須対応アクションシートは大きく3パートから成り（パートA：各領域に共通の作業役割；パートB：精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域；パートC：活動領域別セクター別の社会的配慮）、以下11項目の対応必須アクション、その下に更に24項目の関連必須アクションを設けている。</p> <p>✓11項目の対応必須事項には、連携・調整、アセスメント・モニタリング・評価、保護および人権上のスタンダード、人的資源、コミュニティの動員および支援、保健ケアサービス、教育、情報の発信、食糧安全および栄養、避難所および仮設配置計画、水および衛生が含まれる。</p>	<p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p>
初期対応（災害後1ヶ月まで）		
1) 現実対応と 精神保健	1.✓災害による不安、恐怖、苦痛などの心理的反応を和らげるためには、生命、身体、生活への迅速な対応が必要。	1.✓Op.
2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト（初回接触）災害後、できるだけ早い時期に、援助者が、被災現場や避難所に出向いて、被災者と顔を合わせ、言葉を交わすことである。この場合の援助者は、その時々 の住民のニーズ	<p>1.✓【ファーストコンタクトの必要性】：災害後できるだけ早い時期に援助者が被災者と顔を合わせ、言葉を交えることで、被災者の混乱や不安を軽減。</p> <p>2.✓【初回接触時に援助者がすべきこと】：</p> <p>①付属の見守り必要性チェックリストを用いて、ハイリスク者の特定を目的としたスクリーニング</p> <p>②心理教育の実施</p> <p>③援助の意志を伝えること（住民は今後の援助活動についても信頼感を持てる）</p> <p>3.✓【ファーストコンタクトが効果的に行われるために、災害対策本部がすべきこと】</p> <p>①外部との連携、および被災前からの緊急対策における打ち合わせ</p> <p>②情報収集、管理（どの程度ファーストコンタクトが実現できているか、など）。</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Op.</p> <p>3.✓Op.</p>

に応じた者が駆けつけることが原則である。		
3) 見守りを要する者のスクリーニング	<p>1.✓【災害に備えて一般援助者がすべきこと】</p> <p>①見守り必要性チェックリストの使用方法や、プライバシーへの配慮などを含めた防災訓練に参加。</p> <p>2.✓【災害時に一般援助者ができること】</p> <p>①付録の見守り必要性チェックリストを用いたスクリーニング</p> <p>②精神保健医療関係者に被災者の対応の依頼</p> <p>②心理的応急処置</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Op.</p>
4) 心理的応急処置	<p>1.✓【心理的応急処置の必要性】</p> <p>住民と援助者が接することによって、住民全体の不安を軽減し、安心感をもたらす。ただし、災害前から訓練を受けておく必要がある。</p> <p>2.✓【被災者と接する際に伝えること】</p> <p>①ホットラインや相談所について</p> <p>②急性期のストレス反応について「不安や苛立ちは一時的で誰にでも起こること」</p> <p>3.✓【精神的症状が強い被災者】</p> <p>原因として、①過去に別の外傷的出来事へ曝されたことがある、②精神疾患の再発、発症、③投薬など治療の中断、などが挙げられている。</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Op.</p> <p>3.✓Op.</p>
5) 医学的スクリーニング	<p>1.✓医学的スクリーニングで（質問紙や面接）ハイリスク者を特定し、精神科医による診断を行うという流れが勧められている。</p>	<p>1.✓Op.</p>
6) 情報提供	<p>1.✓被災者へ提供されるべき情報の内容は、①現実情報（災害規模など）と、②心理情報（一般的なトラウマ反応、対応法など）である。</p>	<p>1.✓Op.</p>
7) 「心の相談」ホットライン	<p>1.✓「心の相談」ホットラインは、被災地住民の不安軽減に非常に有効。しかし、利用率が低いので、相談窓口や精神保健医療の専門家について早期に周知、紹介することが不可欠である。</p>	<p>1.✓Op.</p>
災害時こころのケアのあり方		

<p>1. 基本的ころの構え</p>	<p>✓災害後初期における対応の心構えは、以下の4つである：</p> <p>①被災者に安心感を保証する。 →情報の提供、現実的問題への対応、支援者の適切な態度（傾聴など）を必要とする。</p> <p>②被災者を被災地域のネットワークに繋ぐ。 →具体的な方法の例として、同じコミュニティの人の避難先を隣接させる、情報提供などが記述されている。</p> <p>③被災者が落ち着きを確保できるよう支援する。 →具体的な対応の例として、被災者の話に傾聴する、メディアの過剰な取材から保護する、衣食住の確保などが挙げられている。</p> <p>④共感的な態度で具体的な支援を提供する。 →共感的な態度を示せるような訓練、行政や医療との連携、避難所間の支援の格差の軽減を必要とする。</p>	<p>✓Op.</p>
<p>2. 初期対応における精神保健専門家の役割</p>	<p>①被災後1～2週間ほどは、急性期医療専門家と連携し被災者ならびに支援者の精神問題に対応する。</p> <p>✓精神保健専門家の医療関係者バックアップは、困難事例の対応を容易にするだけでなく、被災者のプライバシー保護や住民間の精神保健的支援を受けることへのスティグマ・ためらいを軽減する効果を期待できる。</p> <p>✓連携は医療関係者だけでなく、地方自治体・相談機関関係および状況を把握しているコーディネーターの立場の人等を含め幅広く行うべきであるが、地域の実情に対応した柔軟な連携が必須である。</p> <p>②初期にはほかの急性医療関係者、保健師、行政職員などの相談に応じ、助言を行う。</p> <p>✓災害現場においては「上から助言する」のではなく、現場に居る支援者らの状況を理解・把握し、かつ、医療関係者・保健師・行政職員等が困難と判断するケースについてバックアップをする形がよい、という意見がある。</p> <p>✓一方で、ボランティア、保育士、教員らは専門的な助言を必要としているので、幅広い支援者に見合った適切かつ柔軟な対処ができる用意をすべきであり、また、災害初期だけでなく中・長期にも支援者らとの連携が重要である。</p>	<p>✓Op.</p>

<p>3. 初期対応</p>	<p>①被災者には誠実に、かつ幅広い問題に対応する姿勢で接するべきである。</p> <p>✓「幅広い問題」＝「被災者のニーズに合わせた援助」であり、柔軟な姿勢で問題に対処することが求められる。</p> <p>②被災者の疑問にできるだけ正確な答えを与えられるよう、情報の確認を徹底するべきである。</p> <p>✓伝達すべき情報の収集ならびに確認手段の確保ならびに確認、また、被災者のニーズに合わせた適切な伝達の仕方が重要である（身体障害者、日本語を話せない外国人への配慮等）。</p> <p>③被災者と対面の際、精神的な問いかけを当初にすることは控え、まず当面の心配事・体の状態などについて問うことが一般的に奨励される。</p> <p>✓被災者の精神面の問題の多くは当面の心配あるいは体の状態に呼応しているケースが多いからである。また、実際に話しかける際は被災者の状況にあわせた対応が必須である。</p> <p>④不安・恐怖に圧倒されている、あるいは茫然自失状態にある被災者には体験・感情等の言語化を求めるのではなく、そばに寄り添うような共感的安心感を与える接し方がよい。</p> <p>✓安心感を提供する関わりの実践、ならびに必要に応じて薬物療法も考慮すべきである。</p> <p>⑤被災者に個人の体験を詳細に語ることを勧めてはならない。</p> <p>✓被災者が十分な準備のないままに言語化を強制された場合の状態の悪化の危険性は高い。本人が自発的に話すのを待つとともに、安心して語れる環境作りが必須である。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
<p>4. アセスメント・スクリーニングについて</p>	<p>①精神健康問題が継続する人について、精神保健専門家は専門的アセスメントを実施する。</p> <p>✓緊急災害時には包括的なアセスメントをする余裕がないが、特に自殺等の危険のある被災者にはアセスメント実施は必須である。問題継続の鍵であるストレス反応が持続しているのか、災害前より続いている精神疾患や問題なのかで対応が異なることから、適切なアセスメントが求められる。</p> <p>②精神健康スクリーニングの実施目的はハイリスク者の把握のためであって、単なる被災者の調査目的であってはならない。</p> <p>✓研究目的の調査は被災した住民にとって再暴露となる等有害性を指摘されている。しかし、現状把握を目的とした研究の恩恵も否めないことから、両者のバランスを慎重に考慮・検討しつつ、調査実施機関による倫理的側面の審査、利益・不利益の明示が必要である。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>

5. 災害時要支援者への対応	<p>①災害時要支援者とは高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障害者、既往の精神疾患・身体疾患がある者、外国人などを含む。</p> <p>✓加えて、自身の安全確保のために迅速に的確な必要情報を入手できない、また、迅速に安全な場所に避難することができない人々も対象として含めるべきである。</p> <p>✓個人情報の取り扱いとの関係から、事前にサービス提供者が当該リストを管理し、災害時に有効活用できるように整備することが必要である。</p> <p>②早期から災害時要支援者それぞれのニーズに応じた特別なケア・介入が必須である。</p> <p>✓往々にして災害時要支援者へのケア・介入は不足あるいは過剰に傾く傾向があるので、防災計画にそれぞれの要支援者への具体的な対応を明記することが重要である。</p> <p>③学童のこころのケアは学校現場や児童相談所などの学童期のこころのケア担当機関と連携することが奨励される。</p> <p>✓あくまでもこの場合心理的ケアに限定される。これを保健や医療と連携させていくことは現状では大変困難であり、行政担当部署を横断しての取り組みが求められる。</p> <p>✓子どものこころのケアの専門家である児童精神科医の関与が必須である。</p> <p>④幼児のこころのケアにおいては、まず親の不安に対応し、親が安定して子どもに関わることを可能にすることが大切である。</p> <p>✓基本中基本の概念であるが、親の安定化が困難な家庭もあり、専門的見極め、見守り・介入が必須である。</p> <p>✓平常時に介入に至らなかった家庭が災害により問題が顕在化した場合、介入につなげる好機とし、保健活動の経験・アセスメントをいかすべきである。</p> <p>⑤乳幼児については、避難所・幼稚園・保育所等で子どもらの親に児童心理や子どもへの対応について情報提供ならびに親の相談を行うことが重要である。</p> <p>✓親の情報や情報提供内容に準じた対応場所の検討・確保が求められ、著作権に抵触しないパンフレット等の事前準備が必要である。</p>	<p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p> <p>✓Op.</p>
----------------	--	---

<p>6.精神健康に配慮したコミュニケーション</p>	<p>①被災後初期よりこころのケアホットラインの設置することが望ましい。</p> <p>✓住民の安心感につながる利益が見込めるが、行政やメディアはその効果を過大評価しがちであり、実際の相談件数も期待したより多くない事例が多いことから、電話相談は情報提供・傾聴にとどまる限界を念頭に置いた対応が求められる。</p> <p>②被災後のこころの反応についての心理教育、相談を行い、また、支援提供機関が掲載されたパンフレットの提供が望ましい。</p> <p>✓精神保健にまつわる心理的抵抗軽減のため、個別化情報の加えての提供、「身近な方、ご家族のために」と紹介するなど、プラスアルファの配慮が重要である。</p> <p>③災害初期に多く見られる心理的反応は通常反応ととらえて対応するのがよい。</p> <p>✓精神保健の専門家としては同時に精神疾患の既往や、時間経過してもなお増大する不安等に対する専門的評価・経過観察が必要である。</p> <p>✓集団に対する一般的な説明と臨床場面での個別評価のちがいについてしっかりと把握しておく必要がある。</p> <p>④被災者に災害初期に多く見られる心理的反応について情報提供し、それは通常反応であることを積極的に説明することが望ましい。</p> <p>✓「異常な事態における通常反応」という説明は災害発生後1週間ほど有効であり、一般的説明としては有用であるが、臨床場面での使用は好ましくなく、ケースごとに支援ニーズを見極め対処、説明を付加する配慮が求められる。</p> <p>⑤被災者に広くメンタルヘルス関連情報を提供することが望ましい。</p> <p>✓相談窓口、講演会等の情報、アルコール依存症予防や一般的被災者反応についての普及・啓発用パンフレットの提供が望ましい。</p> <p>✓情報の提供・伝達方法に留意し、同様の心理教育は急性期だけでなく中長期にもなされることが必須である。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
初期対応		
<p>1.基本的な心構え</p>	<p>✓初期対応においては、被災者に安心感を保障すべきである。</p> <p>✓初期対応においては、被災者が落ち着きを得られるよう支援すべきである。</p> <p>✓初期対応においては、被災者に対して共感的な態度で接し、具体的な支援を提供すべきである。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>

2.初期対応における精神保健専門家の役割	<ul style="list-style-type: none"> ✓この項目について、専門家間で合意の得られた項目はなかった。 	✓Op.
3.初期対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓被災者には誠実に対応し、開かれた態度で接するべきである。 ✓被災者の提示する疑問に対し、不正確な情報を伝えるべきでない。情報は必ず確認してから提供すべきである。 ✓唐突に精神的な面について問うのではなく、まずは当面の心配事、ならびに体の状態等について問いかけていくべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Op. ✓Op. ✓Op.
4.スクリーニングについて	<ul style="list-style-type: none"> ✓精神健康面で問題が継続している被災者には、精神保健専門家は専門的なアセスメントを実施すべきである。 	✓Op.
5.災害時要支援者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓災害弱者とは高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障害者、精神疾患・身体疾患の既往のある人、外国人などである。 ✓高齢者、子どもなどの災害弱者には早期から各々のニーズに応じた特別なケア・介入が必要である（介護予防、生活不活発病、認知症対策、母親への心理教育など）。 ✓学童のこころのケアについては、学校現場（スクールカウンセラーを含む）や児童相談所、地域の臨床心理士会等、学童期のこころのケア担当機関と連携することが求められる。 ✓乳幼児のこころのケアについては、まず親の不安に対応し、親が安定して子どもに関わることができるよう支援することが大切である。 ✓乳幼児の対応については、避難所、幼稚園・保育所等で子どもたちの親を対象に、子どもの心理ならびに対応について情報提供をし、また、親の相談を行うことが必須である。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op.
6.情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ✓被災後初期よりこころのケアに関する電話相談網（ホットライン）を設置すべきである。 ✓被災後のこころの反応についての心理教育や、相談や支援機関の情報提供をパンフレット等の配布を通して行うべきである。 ✓被災者には初期における心理反応について情報を提供し、基本的にそれは正常な反応であることについて積極的説明を行うべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Op. ✓Op. ✓Op.
情報の発信		

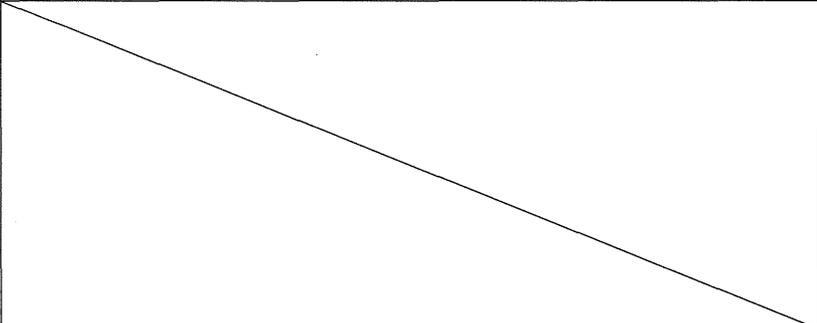
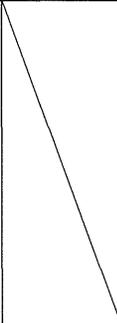
<p>8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。</p>	<p>✓災害・紛争等は、従来の情報・通信経路を不安定にさせてしまう傾向にある。→思惑を持つものに通信回路を悪用。</p> <p>✓情報の欠如は、被災者・被害者にとって大きな不安の原因となりがちで、混乱や不安感を引き起こす。</p> <p>✓災害後の情報の入手機会を向上させるために、情報・通信チーム形成を促進し、定期的状況アセスメントを主たる情報不足ならびに広報すべき情報の特定のために行い、被災者のための信用できる情報を入手ならびにその発信経路の確保に努めたいうえで、かつ、透明性・説明責任・コミュニティの参加の実践をすることが重要である。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
<p>8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。</p>	<p>✓災害・紛争時に多くの人々が経験する心理的ストレスを軽減するのに役立つ、前向きな対処方法に関する情報の確保、作成、ならびに配布は最もよく用いられる緊急介入の一つである。</p> <p>✓極度のストレス要因に対処し、効果的な自己・他人の心理社会的ニーズに応じる共通する方法を知ることにより、人々、家族、コミュニティの理解が高まる。</p> <p>✓具体的には、前向きな対処方法に関する情報で、被災者らの間ですでに入手可能なものを特定し、その時点で、前向きな対処方法に関する入手可能な情報が無い場合は、文化的に適切な情報を作成。また、さまざまなサブグループ（男性、女性、ハイリスクの被災者等）のニーズに対処できるよう適宜情報を確認、個別に作成することである。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
<p>2.直後期の対応</p>	<p>1.✓【災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目】 ①精神科救急対応、②精神科通院患者の服薬継続の維持、③相談窓口の周知</p> <p>2.✓【専門家の意見が分かれた項目】 ①精神医療や心理専門職による心理療法、②心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先させる対応（PFA など）、③一般住民への相談活動、④心理教育の対応</p> <p>3.✓【「不適切」という意見が多かった項目】 ①一般住民に対するスクリーニング</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Op. 3.✓Op.</p>

3. 急性期の対応	<p>1.✓【災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目】 ①精神科救急対応、②精神科通院患者の服薬継続の維持、③避難所などを巡回しての相談活動、④心理教育・普及啓発活動</p> <p>2.✓【専門家の意見が分かれた項目】</p> <p>①心理療法、②PFA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</p> <p>3.✓【専門家による合意が得られなかった項目】</p> <p>①スクリーニング</p>	<p>1.✓Op.</p> <p>2.✓Op.</p> <p>3.✓Op.</p>
サイコロジカル・ファーストエイド		
災害への即時対応		
1. PFA とは	<p>1.✓【PFA の有効性】 有効性は実証されていないが、感情やトラウマ体験の詳細を聞き出すことが目的ではなく、一定の基準を満たす者に対して使われるため、「安全」な介入方法として多くの専門家から支持を得ている (National Institute of Mental Health, 2002)。</p> <p>2.✓【PFA の起源】 1990 年代後半まで、災害メンタルヘルス支援は、危機的事態ストレス・デブリーフィング(CISD)と同義と解釈されていた。最近の総説では、CISD は長期的心理的後遺症を予防できるものではなく、症状を増悪させる可能性があるとして示されている (Deahl, 2000)。</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p>
2. PFA を求めているのは誰か	<p>1.✓PFA の効果が最も期待されるのは、①重度の急性ストレス反応を呈している者 (表 8.1 pg, 152)と、②災害後に精神状態が悪化するような著しいリスク要因をもつ者(表 8.2 pg., 153)である。</p> <p>2.✓精神保健医療従事者がリスク要因の有無を見極めるには、まず被災者とラポールを築くことが重要である (Young, 2002)。リスク・アセスメントでは、①支援リソースの喪失、②対処能力、③死別、離別などの事柄について尋ねると良い。災害前のリスク要因を評価するためには、過去の外傷的出来事や、精神病理に関連した教育的教材を提示するべきである。</p>	<p>1.✓Ev.</p> <p>2.✓Ev.</p>
3. PFA の目的と介入方法		

<p>—安全の確立/極度の急性ストレス反応を軽減する【災害に関連した特定のストレス要因への介入/価格制緩和介入】/復興資源へ生存者をつなぐ【問題解決への積極的な支援/【メンタルヘルス・サービスへ紹介する時期と方法】</p>	<p>1.✓PFAの目的には、適応的コーピングと問題解決プロセスを支援することの他に、①安全の確保し、基本的なニーズを満たす手助けをすること(Holloway et al.,1994; Raphael et al., 2000)、②特定のストレス要因への介入、または過覚醒緩和介入を用いて重度のストレス反応の軽減すること(Benight et al., 1999; Benight et al., 1996; Breslau et al., 1998; Ehlers et al., 2003; Everlly, 2002;Friedman, 2000)、③復興資源へ生存者を繋げることなどが含まれる。</p>	<p>1.✓Ev.</p>
<p>2. 被災者への介入</p>		
<p>Psychological First aid : PFA 包括的な災害緊急時被災者支援システム</p>	<p>1.✓【災害急性期の被災者対応のツール】日本で最も知られているのは、①「心理的応急処置(PFA)現場の支援ガイド」と、②「サイコロジカル・ファーストエイド;実施の手引き 第2弾」である。 2.✓本章では、PFAの目的や活動などを含めた概要を簡潔に紹介している。</p>	<p>1.✓Op. 2.✓Op.</p>
サイコロジカル・ファーストエイド		
<p>1. 歴史と発展</p>	<p>1.✓【心理的デブリーフィング(CSID など) について】心理的デブリーフィングは、ストレス症状を悪化させ、PTSDの発症リスクを増やし、災害による心理的影響を防げないという知見がある(National Institute of Mental Health, 2002; McEvoy, 2005)。 2.✓【心理的デブリーフィングとオペレーショナルデブリーフィングの違い】後者は、実施された介入の有効性を学ぶことを目的として用いられる。 3.✓被災者を支援ネットワークに再び結びつけることが、回復促進に最も有効な早期介入である(Hobfoll et al., 2009; Orner et al., 2006)。</p>	<p>1.✓Ev. 2.✓Op. 3.✓Op.</p>

2. 発展中の基準	1. ✓ PFA は、トラウマや死別についての文献から得た情報をベースに作成されたが (Evidence-informed>Evidence-based)、ガイドラインに記載されている全ての事項が災害時に有効であると示す知見は少ない(Brymer et al., 2006; Ruzek et al. 2007)。	1. ✓ Ev.
3. サイコロジカル・ファーストエイドの基本	1. ✓ PFA の基本的要素と目的は、頁 278 の表 12-2 に簡潔に記述されている：①被災者に対して共感的な関わりを持つ、(2) 安全を確保し安心感を与える、(3) 被災者の落ち着きを取り戻す、(4) 情報を収集する、(5) 現実的な問題の解決を助ける、(6) 社会的ネットワークの強化する、(7) 対処に役立つ情報を提供する、(8) 支援を必要とする被災者をサービスと繋げる (Brymer et al., 2006)。 2. ✓ 【PFA の学び方】： →ガイドを読む、オンライン受講、専門家による訓練および講習会に参加するなど。	1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.
4. 特別な人口集団	1. ✓ 「PFA 実施の手引き 第2弾」には、特別な注意を要する人々 (e.g., 高齢者) への対処法について記述されている。	1. ✓ Op.
5. 文化の問題	1. ✓ 「PFA 実施の手引き」は、多数の言語に翻訳されているが、アメリカで作成されたものが、他国で効果があるのかについての研究は現時点では存在しない。 2. ✓ 対策として、「PFA 実施の手引き」には、他国で支援活動をする援助者に対する注意書きが全体的に散らべられている。また、効果的な介入を行うために、外国人の援助者を、現地の文化や言語を熟知している支援者とペアにするという戦略も提案されている。	1. ✓ Op. 2. ✓ Op.
6. 子どもと青少年	1. ✓ 【PFA 実施の手引き】には、子どもおよびその caretakers (両親、学校の教員など) への対処法について記述されている。	1. ✓ Op.
災害緊急時支援グループ/システム		
緊急支援・グループアプローチ		
1. 総合的支援体制		
ー求められる多様な被害への対応/総合的な支援体制の構築	1. ✓ 総合的支援体制とは、被災者・被害者のダメージの度合いに合わせて、適切な①セルフケア (低ダメージ：心理教育)、②コミュニティによるケア (中ダメージ：安心できる環境を提供)、③専門的なケア (大ダメージ：心理療法、薬物療法) を同時並行的に行う体制である。	1. ✓ Op.

2. サイコロジカル・ファーストエイド (PFA)		
－PFA が作られた経緯／PFA の概要／PFA の展望	1.✓本節では、Psychological First Aid Field Operations Guide 第二版を基に、概要を説明している (The National Child Traumatic Stress Network & The National Center for PTSD, 2006)。 2.✓PFA の目的、方針、展望について述べられている。	1.✓Ev. 2.✓Op.
3. 緊急支援チーム (CRT)		
－CRT (緊急支援チーム) とは／CRT の現状と課題	1.✓災害発生後、CRT は、①学校機能の崩壊防止と、子どもの二次被害予防を目的とした「場のケア」と、②PTSD などのハイリスク者の対応を目的とした「個のケア」を提供する。「個のケア」は、主にスクールカウンセラーが携わっている。	1.✓Op.
コメント		
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)		
(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		
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	✓被災地行政の立場からすると、急性期から中長期まで継続して災害対策ならびに通常業務を合わせ担うことは多大な負担である。 ✓急性期活動による疲弊により、中長期活動の質の低下が懸念される。	✓Op. ✓Op.

<p>2 急性期と中長期では必要な活動が異なる</p>	<p>✓急性期は地域保健ニーズのくみ上げ、地域保健組織の組み立て、精神医療機関（病院）の支援が主たる仕事だが、中長期は地域精神保健の長期的・継続的支援が主な仕事である。</p> <p>✓DPAT の急性期支援は主として被災した精神科医療機関の診療支援とダメージの回復にあたるべきであり、中長期的活動についてはチームでの派遣は必要なく、被災地の医療機関でニーズのある個々の職種の人材を単独で中長期的に派遣することが求められる。数日間という超短期で活動する構造を有する DPAT は中長期の対応に適していない。</p> <p>✓中長期対応は精神医療・保健のみでは解決できない。現実的生活支援、経済問題、保険交渉、就労援助などを網羅する様々な機関、専門家らとの一体的なワンストップ・サービスが提供されなければならないことに鑑み、複合的な支援構造の一部として精神障害支援活動はなされるべきである。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>
<p>3 先遣隊の活動（発災直後）を急性期とは別枠で考える</p>	<p>✓先遣隊は数が限られており、医療支援を中心とした病院支援を想定していることから、急性期というよりは先遣隊の活動を別枠にした構造で考えるのが良いと思われる。先遣隊は DMAT との連携・協働をすすめる体制が望ましく、一方 DPAT 本体の活動としては先遣隊以降の支援が中心であり、これまで通り急性期から現地のニーズに応じた活動がのぞまれる。</p> <p>✓DPAT の活動は当面のところ急性期に特化したほうがよい。DPAT 先遣隊は14チームしか決まっておらず、中長期の支援活動を加えて行う余力は有していない。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>
<p>(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</p>		

<p>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</p>	<p>✓急性期と中長期を分けるのは現実的ではない、なぜならこれらを分割すること自体が不可能だからである。大量の継続的、長期的支援を受け入れるための各被災地域のロジスティクスの仕組みが必要であり、それを具体化、支援していくことが求められる。</p> <p>✓DPAT の主な任務ならびに役割を中長期の特徴、ニーズに見合ったものに適合するものに変えてゆかなければならない。長期的支援が必要と考えるならば、長期的に入れるチームを配置する必要があるが、急性期と中長期は連続していることから枠組みをかえるのは難しいと思われる。</p>	<p>✓Ev. ✓Ev.</p>
<p>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もよい</p>	<p>✓災害の規模に応じて、急性期・長中期の対応を融合あるいは区別するというオプションが考えられることから、幾つかの対応バリエーションを事前に準備し、災害が起こった際に災害に応じて選択できるのが理想的である。</p> <p>✓DPAT の活動の枠組みは、現場の見立てと外部からの見立てを勘案して、その都度現実的な枠組みを作るしかないのではないかと。ただし、いろいろなゴールを設定しておくことは必要であり、それに応じて活動の枠組みはバリエーションがあってもよい。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>
<p>(iii)より適切な枠組みの提示</p>	<p></p>	<p></p>
<p>1 時期より活動内容で分けて考えるべき</p>	<p>✓医療機関支援に偏った印象のある DPAT の活動を、急性期・中長期と分けるのではなく、急性期の支援の対象を医療機関支援と避難所等の地域支援に分けて考えていく必要がある。医療機関支援は基本的に急性期が大半であり、避難所等の地域支援は時期につき対象が避難所から仮設住宅、住宅訪問等に変化してゆくからである。また、医療機関の損失が認められない場合は避難所等の地域支援のみとなる。</p>	<p>✓Op.</p>

2 その他	<p>✓災害規模に応じて県内、あるいは外部からのチームを派遣するのが DPAT で、あくまで地元のネットワークを支援し、補完することが基本的スタンスであることを確認する必要がある。例えば、「こころのケアシステム(仮)」は全期間にわたって機能し、DPAT チーム派遣が必要な場合は DPAT 調整本部を立ち上げ、DPAT が終了した後も機能し続け、復興期の活動を調整していく構想である。</p> <p>✓長期的活動は、全国の隊員や派遣病院に大きな負担を強いるので、細く・長くがよいと思われる。JMAT の傘下における DPAT の活動と位置付けると、現地行政・医療機関も理解が容易であろう。</p>	<p>✓Op. ✓Op.</p>
(iv) その他	<p>✓DPAT、精神医療の枠組みだけに焦点を合わせていると、災害時に精神科病院が取り残される事態を回避できない。理想的には精神科以外の医療支援、公衆衛生的な支援、中長期の保健対策を含めた包括的な意思決定と活動の枠組みを地域ごとに考えるのが必須である。</p> <p>✓外部支援である DPAT が急性期から中長期的な活動の規定をすると地域、現場のニーズと解離する可能性がある。DPAT は被災地のニーズによって活動内容を決定するという原則を遵守すべきである。</p> <p>✓特定地域での継続的ロジスティックスをその地元で継続的に行うことは可能と考えるが、それには災害時の一本化した拠点化が必須であり、信用におけるチームが外部から入ること（理想的には 24 時間体制で）が重要である。</p> <p>✓現地の精神科医不足の補てんが災害時には深刻な課題となることから、災害後一週間の期間後も続く長期的ケアが求められる。精神科医が被災地に転居し、常勤医として勤務するような確固たる支援が必要である。</p>	<p>✓Op. ✓Op. ✓Op. ✓Op.</p>

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

東日本大震災被災地における精神保健疫学調査

分担研究者 川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）
研究協力者 坂田清美（岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座・教授）
鈴木るり子（岩手看護短期大学・教授）
富田博秋（東北大学 災害科学国際研究所災害精神医学分野・教授）
根本晴美（東北大学 災害科学国際研究所災害精神医学分野・研究員）
安村誠司（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座・教授）
矢部博興（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座・教授）
秋山 剛（N T T 東日本関東病院精神科・部長）
堀越直子（福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター・助手）
梅田麻希（聖路加国際大学看護学部・准教授）
下田陽樹（東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生）
立森久照（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長）

研究要旨

目的：2011年3月11日に発生した東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにする。また精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。

方法：岩手県、宮城県、福島県の3県から、協力の得られた東日本大震災の被災地自治体を選択し、これらの自治体の仮設住宅に居住する20歳以上住民に対して、WHO統合国際診断面接による訪問面接調査を実施した。ほぼ同時期に、東日本（関東を除く）の一般住民の調査が実施されており、このデータを比較対照とした。

結果：震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民1,010人および東日本一般住民695人のデータを分析した。東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後3年目で5.6%であり、東日本一般住民の約2倍であった。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSDの新規罹患が一般住民にくらべて増加していた。本人の負傷は精神疾患罹患の危険因子だった。仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民にくらべて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民にくらべて高かった。

結論：被災の程度の大きな住民では18人に1人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は2年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示している。精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅住民では一般住民よりも高く、心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものであると考えられる。

A 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大

震災は被災した住民に大きな精神的影響を与えた。多くの調査から、被災地住民

の心理的ストレスや抑うつ・不安が高いことが報告されているが、精神疾患の頻度やその持続期間について報告したものはない。またこれらを一般住民と比較した研究は世界的にみても少ない。この研究では既存データを解析し、東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにする。また精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。

B. 研究方法

(1) 対象

東日本大震災被災地は、岩手県、宮城県、福島県の3県から協力の得られた自治体から選択した。岩手県では沿岸部の一自治体の仮設住宅(2カ所)を対象とした。宮城県では、沿岸部の一自治体の全仮設住宅(6カ所)を対象とした。福島県では、避難区域住民向けの仮設住宅から、比較的規模が大きく、かつ自治体から調査に協力が得られた仮設住宅合計5カ所を選択した。これらはA自治体住民が居住する福島県中通り地域に所在する仮設住宅(2カ所)と、B自治体住民が居住する浜通り地域の仮設住宅(3カ所)である。なお調査対象となった岩手県自治体では、全壊した被災戸数は約3000戸、死亡者は約1700人であった。宮城県の自治体では、震災による住宅、建物被害(全壊数+半壊数)は約1,300戸、死亡者は約100名であった。福島県の自治体Aでは死亡者は約1,100人、自治体Bでは死亡は541人であった。調査は2013年10月1日から2014年8月31日までの間に、調査会社の調査員により実施された。

仮設住宅住民の調査結果を比較する対照として、別途収集された調査データを利用した。東日本(関東地方を除く)20-74歳住民から二段階無作為抽出された一般地域住民であり、同一の方法によりデータ収集された。これは世界精神保健日本調査セカンドの一部である。

岩手県の調査は、平成25年度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)、宮城県の調査は平成

25年度東北大学災害科学国際研究所特定プロジェクト研究費、福島県の調査は平成25年度環境省原子力災害影響調査等事業(放射線の健康影響に係る研究調査事業)により実施された。また東日本一般住民の調査は平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)により実施された。

(2) 調査方法

WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)3.0版は、WHOにより開発された高度に構造化されたコンピュータ支援面接(CAPI)であり、これを用いて気分、不安、物質使用障害のDSM-IV診断のための情報を収集した。本調査では、以下の疾患のDSM-IV診断による過去12ヶ月有病率について調査した。

気分障害: 大うつ病エピソード、気分変調性障害、そう病エピソード

不安障害: 全般性不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)

物質使用障害: アルコール使用障害(アルコール乱用あるいは依存)

いずれかの疾患の経験として、以上のいずれかに該当した場合とした。

仮設住宅住民の面接調査データから、これらの精神疾患に被災より以前に罹患経験のある者を除外し、被災後に発症した精神疾患とその発症時期(発災後の年数)および持続期間を把握した。精神疾患の累積罹患率および持続期間を、生命表分析により仮設住宅住民と東日本の一般住民(世界精神保健日本調査セカンド)との間で比較した。また精神疾患の罹患率および持続に関連する要因をCox比例ハザードモデルにより分析した。なお罹病期間は気分・不安障害のみでしか質問されていなかったため、分析を気分・不安障害に限定した。

(倫理面への配慮)

研究にあたっては東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会で研究計画を審査し承認されている。

C. 研究結果

表1に以下に各調査の概要、調査時期、回答者数(率)を示す。回答者は被災地

仮設住宅住民(n=1,089)、東日本一般住民(n=852)であった。その基本的属性を表2に示した。このうち震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民1,010人および東日本一般住民695人のデータを分析した。

震災から3年後までの期間における精神疾患の累積罹患率は被災地仮設住宅住民では5.6%であった(図1)。大うつ病、全般性不安障害、PTSDの頻度が高かった。東日本一般住民における同期間の累積罹患率は2.7%であり、仮設住宅住民での累積罹患率は約2倍であった。被災地仮設住宅住民におけるCox比例ハザードモデルによる分析では、災害時の自分のけががある場合に罹患率が有意に高かった。

被災地仮設住宅住民のうち、震災後に罹患した気分・不安障害を持つ57名の平均罹病期間は2.0年(95%信頼区間,1.3-2.7)であった。震災後に罹患した気分・不安障害からの回復は、被災地仮設住宅住民で遅かった(図2)。

仮設住宅住民では、震災後の精神疾患経験者61人のうち26人(43%)が医師(精神科医または一般医)を受診していた。この割合は、東日本一般住民における23人中4人(13%)よりも高かった(Fisher検定, p=0.011)。しかしPTSDによる医師受診率は仮設住宅で9%(東日本住民ではPTSDの経験者はいなかった)と低かった。

D. 考察

東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後3年目で6%の者が精神疾患を新たに経験していた。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSDの新規罹患が一般住民に比べて増加していた。被災の程度の大きな住民では16人に1人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になると考えられる。本人の負傷は罹患の危険因子だった。負傷した本人に着目した支援が効率的と考えられる。

仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復速度が一般住民に比べて遅かった。これは仮設住宅に居住することによる生活の困難が

影響している可能性、仮設住宅住民では被災地住民の中でも仕事や自宅、財産を失った者が多く震災の影響の大きい者が集まっていた可能性などが考えられる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は2年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示唆している。

新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民に比べて高かった。これは心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものであると考えられる。

E. 結論

東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に大うつ病、全般性不安障害、PTSDの新規罹患が一般住民に比べて増加していた。本人の負傷は罹患の危険因子だった。仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民に比べて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民に比べて高かった。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表

川上憲人、高野 歩、稲垣晃子、「一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法マニュアル」の作成。第74回日本公衆衛生学会総会、長崎市、2015年11月4~6日。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

表1 被災地仮設住宅住民および東日本一般住民調査の概要

調査	調査対象	調査時期	回答者数 (回収率)	性別 (女性%)	平均年齢
岩手県	A市仮設住宅(2カ所) 20歳以上住民	2014.6-8	242人 (55.3%)	59.5	60.7
宮城県	B市仮設住宅(6所) 20 歳以上住民	2014.6-8	329人 (55.6%)	61.7	64.1
福島県	2自治体仮設住宅(5所) 20歳以上住民	2013.11- 2014.2	518人 (44.0%)	61.8	66.0
一般地域住民	東日本(関東地方を除く) 20-75歳住民から二段階 無作為抽出	2014.8-11	856人 (49.6%)	51.6	50.2

表2 被災地仮設住宅住民および東日本一般住民からの回答者の比較

	被災地仮設住宅住民 (n=1,089)		東日本一般住民 (n=852)	
	N	%	n	%
性別(女性)	667	61.2	438	51.4
年齢(64歳以上)	632	58.0	192	22.5
婚姻状態				
既婚	628	57.7	615	72.2
別居・離婚	75	6.9	46	5.4
死別	266	24.4	39	4.6
独身	120	11.0	152	17.8
学歴(高卒以上)	653	60.0	788	92.5
ADL(問題あり)	57	5.2	1	.1
震災経験				
自分自身のけが	53	4.9	1	.1
家族や友人の死亡	639	58.7	17	2.0
家屋の損壊	877	80.5	23	2.7
放射線への不安(高)	326	29.9	118	13.8