

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 28 年度分担研究報告書

災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と
新たな包括的ガイドライン作成にむけての構想

分担研究者 金 吉晴 1) 2)
加藤 寛 4)
荒井 秀典 5)
松本 和紀 6) 7)
前田 正治 8) 9)
富田 博秋 10)
鈴木 友理子 1)2)
神尾 陽子 3)
松下 幸生 11)
大塚 耕太郎 12)
井筒 節 13)

研究協力者 篠崎 康子 2)
島津 恵子 2)
小林 真綾 1)
染谷 紗恵子 1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 2) 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
- 3) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 4) 兵庫県こころのケアセンター
- 5) 国立長寿医療研究センター
- 6) 東北大学大学院・医学系研究科 精神神経学分野
- 7) みやぎ心のケアセンター
- 8) 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 災害精神医学
- 9) ふくしま心のケアセンター
- 10) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野
- 11) 国立病院機構久里浜医療センター
- 12) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

研究要旨

目的：災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは1990年代からであり、その歴史は浅い。災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに重要な影響を与え、また、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な介入・支援方針のもとで活動をするうえで、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインの重要性は否めない。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。国内におけるこころのケアに関する最初のマニュアルとなった2003年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドラインは、2001年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、以降被災者のメンタルヘルスケアの充実のために当センターは20点以上のガイドライン・マニュアルを作成、国内に普及してきた。これらの過去に日本で蓄積された知識を、近い将来国内において精神保健に携わる専門家らが被災支援の経験をもとに適宜獲得した新しい知識を反映することのできる「生きた」ガイドラインとし、また、対国外においては災害大国日本で培われたノウハウを共有することによる国際精神保健機構への貢献の可能性を視野に入れたうえで、体系的にガイドラインを整理し、内容の充実と今後のより幅広い普及にむけて包括的に再構成・最新化することは意義があると考えられる。

方法：2000年から2015年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の12点にわたる(1)書籍、(2)ガイドライン、(3)研究報告書を収集、これらの対象文献で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを(1)目次・見出し埋め、(2)カテゴリー化、(3)接合作業、(4)概要埋め、手順に沿って作成した。上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリックスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では「システム・原理」,「心理療法」,「アセスメント」,「初期(対応)」,「中長期(対応)」,「リスクコミュニケーション」,「準備・訓練」の7カテゴリーに焦点を置き、今後のガイドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

結論：本研究課題は進行過程にあり、現時点で結論を述べることは可能ではない。しかし、本研究報告においては結果として現時点における成果を記すこととした。

A. 研究目的

災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは1990年代からである(加藤,

2016a)。加藤(2016b)と富永(2014)は、1995年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、精神保健医療福祉的支援や心理社会的支援が本格化し、災害と心理的問題の関連性が着目され始めたという。後に、被災者の心理状態に応じた精神保健活動の必要性がマスメディアを通じて強調され、「こころのケア」という名

称を用いて世間一般に幅広く浸透した（富永，2014）。

被災者の心理的問題や悪化リスクを軽減するために様々な精神保健活動が展開されてきたが、こころのケアに携わる専門家間で意見が対立することは決して珍しくない。阪神・淡路大震災を期に米国より推奨された心理的デブリーフィング (Psychological Debriefing: PD) または緊急事態ストレスデブリーフィング (Critical Incident Stress Debriefing: CISD) がその一つの例である（金，2016）。当時、デブリーフィングを介して災害発生直後に詳細な被災体験を聴取することは適切な心のケアとして多くの専門家から支持されていたが、中にはそういった早期介入法を不適切と考えリラックス動作法などを被災者に適用する支援者もいた（富永，2014）。この頃、我が国で初めて災害支援対策の中にメンタルヘルスケアが位置づけられたことから、具体的な精神保健活動の方針は存在せず、専門家は独自に自己完結的な心のケアを行わざるを得なかった（加藤，岩井，飛鳥，& 三宅，1992）。その後の研究や検証で、心理的デブリーフィングの効果は認められず、災害による PTSD などの心理的影響を防げないことが明らかとなった。しかし、阪神・淡路大震災時に、多くの支援者がその技法を優先的に実施すべきであると万能視したため、その後の自然災害や人為災害の初期対応において相当な混乱を生じさせた。（金，2016; Kantor & Beckert, 2011; 金 & 中谷，2014）。実際に、2001年に発生した付属池田小事件に際して支援に駆けつけた専門家間で急性期対応の方針についてコンセンサスを得ることは困難な状況であった（金 & 中谷，2014）。

災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに影響を与えることから、こころのケアの指針の共有を目的としたマニ

ュアルやガイドラインが必要となる。これは、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な方針のもとで活動をするうえで最も重要なことである（Inter-Agency Standing Committee, 2007）。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。なかでも、2003年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（金，2003）は、2001年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、国内におけるこころのケアに関するマニュアル作成の端緒となったといわれている（金，2012; 金 & 中谷，2014）。また、メンタルヘルスケアが適切に実施されるように、国立精神・神経医療研究センターでは東日本大震災発生から1週間後に20点以上のガイドラインやマニュアルをホームページに掲載し、支援者向けの資料だけでなく、一般市民を対象とした情報も公開している（金，2012）。

本報告書では、災害時精神保健活動に関する国内外の文献を比較したうえで、構成内容の全体像を把握し、新たなガイドラインの作成に向けて、相違点や類似点、留意点等を検討し報告する。

B. 研究方法

1. 対象文献

2000年から2015年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の12点にわたる(1)書籍、(2)ガイドライン、(3) 研究報告書を収集した。

(1) 書籍：

- ・ 災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-心理的対応（高橋 & 高橋，2015）
- ・ 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)

- ・ 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)
- ・ 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- ・ 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)
- ・ 災害時の公衆衛生 - 私たちにできること - (國井、2012)

(2) 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(金ら、2003)
- ・ 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)
- ・ 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)

(3) 研究報告書

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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.)

II. コンテンツ・マトリックスの作成

「対象文献」で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを次の手順に沿って作成した：(1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め。

(1) 目次・見出し埋め

取り扱う全文献の内容を集約するために、個々の文献から、題名、著者名、ならびに目次や見出しを抽出し、エクセルシート上に表を作成した。また、これらの文献を容易に識別するために、抜き出した情報を縦一列のセルに入力し、文献別に色分けした(付録 A を参照)。

(2) カテゴリー化

(1)の段階で集約した文献の目次や見出しをカラー印刷し、項目別(書籍とガイドラインは章別、報告書は知見別)に区切り、整理用のカードを作成した。これらのカードを検討し、類似した内容の項目をグループ化するために、1) 概論、2) 歴史、3) システム、4) 心理反応・精神疾患、5) トラウマ反応、6) アセスメント、7) 初期対応、8) 中長期対応、9) 心理療法、10) リスクコミュニケーション、11) 準備・訓練、12) 子ども、13) 高齢者、14) 支援者、15) マイノリティ、16) 遠隔、17) 報道、18) 特殊事例、19) 倫理・法規、20) 機関連携、21) その他の、21 にわたるカテゴリーが設けられた。全文献の項目をカテゴリー別に分類した後、エクセルシートを用いて新たに表を作成した。この際に、縦軸に各文献の題名と著者、横軸に各カテゴリー名を入力し、それぞれに該当するマス目に各項目を配置した。なお、どのカテゴリーにも属さない項目は、「その他」のカテゴリーに分類された(付録 B を参照)。

(3) 接合作業

(2)の段階でカテゴリー別ならびに文献別に項

目を整理したが、本段階では各カテゴリ内すべての項目を接合する作業を行った。また、それぞれのカテゴリの中で相似の項目が見られる場合は、小見出しを作り項目の配置を変えるなどして、さらに細かくグループ分けをした（付録 C を参照）。

(4) 内容整理

カテゴリ別に分類された各項目の内容を要約した。縦一列に羅列した見出しや目次の隣に、その項目の概要をセルに入力した。この際に、著者がエビデンスを用いているのであれば隣に“Ev.”を、著者の個人的な考えや意見であれば“Op.”を記述した（付録 D, E, F を参照）。

III. 文献レビュー

上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリックスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では、「心理反応・精神疾患」、「トラウマ対応」、「初期対応」のカテゴリに焦点を置き、今後のガイドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

C. 結果

表参照のこと（表 1,2,3,4）

D. 考察

【システム・原理】

1. 災害時精神保健医療体制（システム）の差異

- (1) 海外文献（米国）によると、災害時の精神保健医療は防災計画の策定、災害急性期事態の鎮静や各機関の災害対応調整、災害からの普及を先導する主たる国家機関として機能する連邦緊急事態管理庁(Federal Emergency

Management Agency: FEMA)が 1974 年に大統領令により施行された Robert T. Stafford 災害救助・緊急支援法第 416 条に定められた Crisis Counseling Program (CCP)の起動をもって実施される（Young et al. in Ritchie et al., 2006）。CCP 活動のために必要な技術支援、コンサルテーション、精神保健従事者のトレーニング、経済援助、総合統括を行う。一方、日本文献では災害時の精神保健医療活動は各自治体、地域が防災計画の一部としてその活動体制を計画、決定、確立し、災害時に必要な外部支援の判断とその有効活用に対して主導権を握ることを期待されていることが示されている（鈴木ら, 2010; 鈴木ら,2011）。

- (2) 米国における災害時精神保健医療活動は地域外より精神保健従事者を統制的に投入する支援が中心であるのに対し、日本では被災した地域の精神医療保健リソースの補填、復興、強化をふまえた地域精神保健従事者を軸とした災害時支援に主眼をおいていることが示唆される。日本での地域精神保健医療活動を主に支えるのは地域の保健師とその他関係機関関係者である（鈴木ら,2010）。

2. 災害時における地域精神保健医療活動のめざすところとその内なる課題

- (1) 災害時精神保健医療活動の目的は 地域住民の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させる活動（アウトリーチ活動、災害情報の提供、一般的な心理教育、比較的簡単な相談活動や現実的な援助など）と、個別の精神疾患に対する予防、早期

発見、治療のための活動（スクリーニング、受診への動機づけなど）の二つに大別されることが、国内外の文献により合意されている（Stoddard et al., 2011; 金ら, 2003; 鈴木ら, 2010）。

- (2) 災害時精神保健医療活動は医療的介入と心理社会的支援の二つの柱によって支えられているが、日本文献においては心理社会的支援の定義が明確化、一般化されていないことから、介入について両者の棲み分けが明瞭化されていない現状が示唆される。
- (3) 被災者の精神保健支援を行ううえで国内外で重要とされているのは個人のレジリエンスの尊重とその強化であるが、レジリエンスの定義が日本文献においては明確化されておらず（例：「社会的レジリエンス」）、被災した個人の受け皿となる「地域レジリエンス」も加えて、あいまいのまま「レジリエンス」という言葉が拡散している状態であると見受けられる。

3. プログラム評価

- (1) 災害時に行われる精神保健活動の効果を査定するプログラム評価は海外では頻繁に実施されるが（Ørner et al. in Ritchie et al., 2006; Rosen et al. in Ritchie et al., 2006）、日本ではまだ根付いていない。
- (2) 実数で表記できるところの、量的（quantitative）な評価だけでなく、質的（qualitative）な評価も合わせて組み入れられるべきである。

【アセスメント】

1. 災害時精神保健医療活動において行われるアセスメント

- (1) 医療介入を行うための医療的アセスメントと被災状況を把握するためのアセスメントに大別される。
- (2) 災害援助活動を行うためには、災害のタイプに関する基本的事実とそれに関連する科学的事実と災害精神医学的知識（Disaster Psychiatry Outreach, 2006; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Garakani, et al., 2004）、コミュニティの詳細な被災状況 災害前のコミュニティについての背景情報を収集する必要がある（Disaster Psychiatry Outreach, 2006; World Health Organization, 2009）。また、機関間常設委員会ガイドライン（Inter-Agency Standing Committee, 2007）、世界保健機構ガイドライン（World Health Organization, 2001）、災害精神医学アウトリーチガイドライン（Disaster Psychiatry Outreach, 2004）はニーズ・アセスメント実施の重要性とニーズ・アセスメントによる最低必須収集情報を明記している。
- (3) 日本文献においては、災害と被害の状況、保健医療システムの被災状況、公衆衛生の課題、緊急対応の実施に必要な情報、を迅速に得ることを目的とする「迅速アセスメント」とその後実施される、公衆衛生課題・保健医療課題の全体について問題点やニーズを特定するための全体アセスメント（through assessment）（國井, 2012）、子どもの PTSD アセスメントのため UCLA・PTSD インデックス DSM-IV 版（UPID）（明石, 2010）ならびに初期対応の一環として一般援助者がチェックリストを用いて要支援者をスクリーニングする「見守り必要性チェックリ

スト」(14項目)(金ら, 2003)が紹介されている。「見守り必要性チェックリスト」には、トラウマ反応、トラウマ体験、処方薬の有無、災害弱者(本人・家族)に関する質問項目が含まれている。

2. 災害時におけるアセスメント、スクリーニング実施の弊害の可能性について

- (1) 海外文献において、災害時にアセスメント、スクリーニングをおこなうことについて研究者、臨床家、政策担当者間におけるその重要性に対する認識の違い、トラウマ体験後間もない生存者から研究参加への同意を得ることに関する倫理的問題が存在されていることが述べられている(Christianson, 1992; Eysenck & Calvo, 1992)。
- (2) 日本文献では精神保健医療活動ガイドライン(金ら, 2003)が「見守りチェックリスト」について被災者のプライバシーへの十分な配慮の指導のため、平時より防災訓練等でその必要性を伝達しておくことを明記している。
- (3) 災害時の実施する臨床研究の意義、重要性和被災者への配慮のバランスをとることに細心の注意が払われるべきである。

【初期】

1. 初期の定義

- (1) 鈴木ら(2010)は直後期を「発災後数時間から数日間」と定義している。また急性期を「発災から数日から数か月程度」と想定している。金ら(2003)は「災害後1か月まで」としている。

2. PFA

- (1) 初期において今回引用した文献、資料において鈴木ら(2010) 機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee)(以下 IASC とする)(2007)、金ら(n.d.)以外はPFAに関して初期の部分で述べていた。
- (2) Ritchieら(2006)は「直後期の対応=ファーストコンタクト」、鈴木ら(2011)は「基本的こころえ」、鈴木ら(2010)は「基本的心構え」としてPFAの内容を記していた。また、上記に加え他の文献においても以前に行われていた心理的デブリーフィングが有効ではないことも記載していた。
- (3) PFAは被災者が支援者と出会ってから対応が記載されているが、被災者を選択(トリアージ)方法やアプローチの仕方、また支援者の振り分けについての記載は認められなかった。

3. アセスメント

- (1) アセスメントには症状レベルのスクリーニングとリスクニーズ(現場での必要なサービスのニーズ)のトリアージがあり、今回引用に用いた文献ではこの2種のアセスメントが記載されていた。前者に対し鈴木ら(2011)は「単なる被災者の調査目的であってはならない。」と述べていた。
- (2) 災害弱者について金ら(2003)は「見守りを要する者」、鈴木ら(2010)と鈴木ら(2010)は「災害時要支援者」と記載しており統一されていなかった。また、Stoddardら(2011)は「特別な人口集団」で属性により振り分けていた。具体的には鈴木ら(2010)と金ら(2011)は災害弱者として高齢者、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、外国人を記述していた。

4. 体制

- (1) 4-1 (包括的アプローチ) IASC ガイドライン (2007) では精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域の最低必須対応として以下を挙げている。連携・調整、アセスメント・モニタリング・評価、保健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、情報発信、食料安全及び栄養、避難所及び仮設配置計画、水及び衛生を含んでいた。また金ら (2011) も同様に情報提供 (法律含む)、アクセス情報提供 (ホットライン、パンフレット、相談窓口) について記述していた。金ら (n.d.) 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と述べていた。「総合的支援体制」として表現しているものもあった。(日本心理臨床学会、2010)
- (2) 4-2 (連携) 金ら (2011) や Stoddard ら (2011) は急性期医療専門家と連携し精神問題への対応とほかの急性医療関係者、保健師、行政職員などの相談への対応と助言、特に子供に関しては児童精神科医と親のケアを含む連携の必要性を述べていた。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、と金ら (n.d.) は述べていた。
- (3) 4-3 (スペシャルチーム、スペシャリストの役割) 金ら (2011) らは初期対応

として精神科医は現地で活動している保健師などのバックアップやスーパーバイザーとしての役割を述べていた。また Stoddard ら (2011) は精神科医の役割として交渉役も記している。金ら (n.d.) は DPAT の枠組みや派遣や活動内容を記載し、鈴木ら (2012) は精神科救急対応や服薬の継続の支援に関して同意が得られていたことを記していた。

- (4) 外部からの支援者向けに記載されておりその地域で働く支援を受け入れる側であり、また被災者でもある支援者向けには記述されていなかった。たとえば外部からの支援者をどう振り分けるのか、などの記載は認めなかった。

5. 教育現場

- (1) IASC ガイドライン (2007) の最低必須対応のなかで「安全で支持的な教育へのアクセスを強める」、鈴木ら (2010) は学童のこころのケアについて「スクールカウンセラーを含む学校現場や児童相談所などケア担当機関との連携することが求められる。」と既存の施設との連携の重要性を述べていた。
- (2) 緊急支援チーム (CRT) として専門家を学校に派遣するチームの説明が示されていた。(日本心理臨床学会、2010)

【中長期】

1. 不明確な中長期の定義

- (1) 中間期、中長期についての具体的な期間の定義については殆ど言及されていない。被災者がトラウマに暴露されて後 1 週間から 4 週間の期間を中間期とし、それ以降を長期とする (Bryant & Litz in Stoddard et al., 2011) という記

述が海外文献にみられる。一方、日本の文献において中長期の期間についての定義はみられない。

米国で採用されている(Stoddard et al., 2011)。

2. 中期、長期介入を行ううえでの留意点

- (1) トラウマ暴露後最初の1か月はかなりの苦痛を伴うのが典型的だが、数週から数か月後には暴露された人々の大部分の人々が顕著に改善する(Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002)ことから、大規模災害発生後1か月間にすべての被災者に早期介入をすることを必須と考えるべきではない。これより、トラウマ治療に有効とされるCBT(認知行動療法)、認知療法、持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure Therapy)を使用しての介入は少なくともトラウマ暴露後最初の1か月以降より行われる方が享受効果が期待できると示唆される。
- (2) 精神保健医療介入を行うにあたりハイリスク群と症状にフォーカスする2つのアプローチが主なものとして列挙されるが、とくに前者のハイリスク群に焦点を当てるアプローチは慢性化リスクに基づいたうえで介入対象を選択し、災害時の限られたリソースを有効活用するうえで重要である(表10.1: 災害あるいは巨大暴力発生後にみられる脆弱な人々(p. 178 Raphael & Wooding in Stoddard et al., 2011)を参照のこと)。PTSDを抱える被災者への早期介入の場合、治療介入による効果と自然寛解による効果を区別するのが困難である(Brewin, 2001)が、PTSD発症のハイリスクを抱えるトラウマ生存者のみに二次予防介入を提供する介入法が近年

3. 中長期にスクリーニング、モニタリングを実施・継続する重要性

- (1) ASD(急性ストレス障害)において早期介入は有効とされているが、患者をASDと診断する際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較した際、後者が2倍以上の正確さでPTSDに移行するASDを予測することができるため(Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)、スクリーニング/アセスメントは災害発生直後ではなく、延期すべきである。また、遅れて発症するPTSD症例を見逃すのを防止するため適切なモニタリングの実施が重要である。
- (2) 中期の対応として、サイコロジカル・ファーストエイドの継続使用、仮住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の実施への合意率がデルファイメソッドを使用した研究(鈴木ら, 2010)に参加した精神保健専門家の間で高かったことから、海外文献だけでなく日本文献においてもスクリーニング、モニタリングを初期以降に継続することの重要性が示された。

【心理療法】

1. 心理的危機

- (1) 今回引用した文献、資料には心理的危機の定義は記載されていなかった。

2. 心理療法の説明

- (1) 引用した文献、資料にある心理療法を分類すると「心理療法」と「心のケア」について記述していた。またエビデンスを基にした考えは概して稀であった。

- (2) 心理療法として持続エクスポージャー療法（PE）、眼球運動による脱感作と再処理法（EMDR）、臨床動作法、力動的な心理療法、表現療法、トラウマ・カウンセリング、グリーフ・カウンセリング、トラウマ焦点化認知行動療法、ナレティブ・エクスポージャー・セラピー、ヨガ呼吸法（プラナヤマ）、瞑想などが記載されていた。
- (3) Stoddard ら（2011）は集団への介入、カップルと家族への心理的介入も記載している。ここでは心理的デブリーフィングが進められておらず CBT が推奨されていた。
- (4) 鈴木ら（2012）は支援者のストレス対応の重要性を述べていた。

3. 危機介入・緊急支援

- (1) 国井ら（2012）は精神医療対応から見た災害時の公衆衛生を論じるうえでの主要な二つの視点として 1）集団対象と個人対象、2）自然回復を重視した経過モデルとその場の苦痛を軽減する即時対応モデルの対比を示していた。具体的な治療行為に結びつけるために 1）行為の正当性の検証、2）治療目的の明確化、3）エビデンスの必要性を述べていた。また災害時の地域精神保健医療の指針や精神医療の継続性を今までの事例を挙げて記している。
- (2) IASC ガイドライン（2007）はプライマリーヘルスの中に心理療法を取り込んでいた。その際に重度の精神障害を持つ人々の医療サービスへのアクセスや入院・入所の重度精神障害者ケアについてそしてアルコールなどの物質使用に関する問題を最小限に抑えることに関して記載されていた。

- (3) 災害後に心理療法をすべての人が必要とするわけではないこと。その選定が必要であること。また PFA、短期心理療法、文化に根付いた代替療法（ヨガ、瞑想、ナラティブ曝露治療法）、長期的心理療法の順で心理療法の選択における考察を Stoddard ら（2011）は示していた。

4. 悲嘆

- (1) 喪失に対する心理療法のグリーフ・カウンセリングで悲嘆に関する説明がされていた。（日本心理臨床学会、2010）

5. 心理教育

- (1) トラウマ・ストレスマネジメント、統合リラクゼーション法、リラクゼーション動作法が述べられていた。（日本心理臨床学会、2010）

【リスクコミュニケーション】

1. リスクコミュニケーションの定義

- (1) 災害危機に際して人々が効果的なコミュニケーションを行うための用語であり、行政、組織、コミュニティ、個人といった関係者間でリスクに関する情報を共有し、相互に意思疎通をはかること（Stoddard et al., 2011）。
- (2) 精神医療（住民の心理的反応、初期対応者のストレスなど）と災害情報の両者の発信が求められる（Ruzek in Ritchie et al., 2011; 高橋・高橋, 2015）。

2. 精神保健医療活動におけるリスクコミュニケーションの役割

- (1) 米国の精神保健サービスセンター（2002）により作成されたガイドラインに記載されているリスクコミュニケーションに関する 5 つ推薦事項は精神保

健医療活動におけるリスクコミュニケーションの役割を理解するのに有益である：(1) 人々の懸念を和らげる、(2) 対応方法についてガイダンスを与える、(3) 継続してメッセージを伝える、(4) 最新の正確な情報を届ける、(5) 簡潔に、明確に、効果的に情報を届け、単純で、率直で、現実的なゴールとメッセージを示す（表 2-1, p. 27; Ruzek in Ritchie et al, 2006）。

- (2) 適切にリスクコミュニケーションを行うことは被災者の保護だけでなく、支援者が効果的に機能することにも役立つ。

3. リスクコミュニケーションについての留意点

- (1) 基本原則：リスクコミュニケーションを行う際には、現状を把握し、情報の発信者と受信者の立場を平等にし、情報が不確かな時は素直に認め、明らかになった段階で伝えるべきである（木下, 2014）。
- (2) 精神保健従事者が被災者に対応する際は、被災者の恐れ、不安、疑念に傾聴する、信頼を失わないような発言と行動に心がける(verbal と nonverbal メッセージの矛盾、否定的な言葉の使用など)、不確かで信頼性の低い情報を公表しない、最悪な結果を伝えるのではなく、支援者がそのことを心配していて、良い知らせを得ることに希望を捨ててないことを伝える (Stoddard, et al. 2010)、ことに配慮すべきである。
- (3) メディアとの連携においては、適切に災害リスクの伝達、社会教育、心理教育 (Beard & Kantor, 2004; Bennett et al., 1999; Fassler, 2003; Rauch, 2009; Stoddard & Menninger, 2004; Teichroeb, 2006)を行うことが重要であ

る。そのためにメディアも含めた支援者支援を行い、大分部の被災者が回復力をもつことを強調する適切かつ洗練されたメッセージを送信することを可能にすることが求められる(Myers & Zunin, 2000; Nickell et al., 2004; Singer et al., 2003; Wray et al., 2008)。

- (4) 最も重要なのは、公共の教育が一方向的な心理教育、症状教育を行うことにより不安、ストレスを被災者にあおる弊害をもたらしては本末転倒であるという点である。よって、精神保健医療従事者は自らの言動に最新の注意を払うとともに、メディアなどの外部関係者・団体と共通の言語、考えを確実に共有すべきである。

【準備・訓練】

1. 国内外における災害時精神保健活動のための準備・訓練についての方向性

- (1) 日本文献においては、災害時の精神保健活動についての住民教育、精神保健医療の援助資源の確保（人的資源の把握・確保、助言体制の確立、多文化対応ボランティアの確保を含む）、平時よりの心的トラウマに対する援助活動の促進、防災訓練への精神保健医療活動のシミュレーションの組み込み、トラウマ対策への精神保健専門家・従事者だけでなく行政職員の参加の奨励（金他, 2001）、ストレスマネジメント教育の普及（山岡・富岡）、公衆衛生の観点からの健康危機管理コンピテンシーの育成（アメリカ疾病予防管理センター：CDC）の支援を受け、Association of Schools of Public Health (ASPH)が 2010 年に公衆衛生危機準備・対応のために確立したコアコンピテンシーモデルを基にする）（國井, 2012）が列挙されている。

(2) 一方、海外文献では精神保健活動に必須となる様々な人的資源に加え、被災者の保護と人権上スタンダードの確立、アセスメント・モニタリング・プログラム/精神保健活動の評価、コミュニティの動員および支援、教育(コミュニティの自助、コミュニティ内のソーシャルサポート強化のため)、情報の発信、公衆衛生の安全の確保(食料、水、栄養、避難場所の設置計画など)(IASC, 2007)を列挙しており、災害時精神保健医療活動の医療的側面のみならず、広汎な心理社会的支援、個人・集団・地域への社会的配慮を反映した包括的支援を提案している。また、支援者支援についても重きがおかれている(Ritchie et al., 2006)。

2. 国海外における国家指針としての災害時メンタルヘルス訓練の体系化と専門家要請の枠組み

(1) 米国では CDC を中心とし健康危機事象に対応する人材・指導者を育成しており、代表的なものに preparedness and emergency response learning centers (PERLC) というプログラムがあり、全米各地の公衆衛生従事者の訓練センター(全米 14 か所の公衆衛生大学院)を統括するネットワークとして機能しており、州、地方レベルでの危機管理水準の向上、コンピテンシーに基づく訓練と教育を開発、提供、評価することを目的としている。国全体を網羅する国家健康保障戦略の一環であり、CDC より約 90 万ドル(2011 年当時)の資金を得て活動している(國井, 2012)。

(2) FEMA/CMHS (Center for Mental Health Services) 主催の災害時メンタルヘルス訓練が学校においてもメンタ

ルヘルスの専門家、医学の専門家、牧師、消防士、警察、学校職員および専門職の助手を含み体系的に行われている

(Young et al., in Ritchie et al., 2006)。

(3) 英国では健康危機管理を統括する英国健康保護局 (HPA) が 2011 年より新たな健康危機計画研修 (health emergency planning program) を開始し、従来のディプロマプログラムと危機計画官コース (emergency planning officer's course) を発展させた。研修プログラムは award, certificate, diploma の 3 つのレベルからなり、運営は Loughborough 大学ビジネススクール内の Professional and Management Development Centre が行っている(國井, 2012)。

(4) 日本においては国立保健医療科学院が長期の研修: 専門課程 I 保健福祉行政管理分野分割前期(基礎)と、短期の研修: 健康危機管理保健所長等研修(実務編、高度技術編)を実施している(國井, 2012)。

(5) 災害時精神保健医療活動の質に大きな影響を与える必要な人材育成については、日本においてより体系的、組織的、広汎な(学校組織を含む)システム作りが国家指針として全国規模で推進されることが求められる。

E. 結論

引用した文献は十分なエビデンスに基づいていないものも多く認めた。考えうる理由の一つとして災害時などでは人道支援という側面があるため科学的根拠を得るための研究を行うことが倫理的にも厳しい状況がある。このような背景を考慮しても今後効果的な治療、支援をするために倫理を遵守し遂行する必要性がある。

また今回記載したコンテンツ・マトリックスの 7 項目を比較すると包括的に記載されたガイドラインはないため今後包括的なガイドラインを作成することは意義があると考えられる。

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 (2001). 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
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
9. 鈴木友里子・中島聡美・金吉晴(2011). 精神保健医療活動マニュアル. 平成 22 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(精神障害分野))「墮規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と介入方法の開発に関する調査研究」.<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 Jr. アナンド・バーンディヤ 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	- 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
- 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	- 福岡モデルと兵庫モデル	- 人口比に関する概況 / 早期発見と早期介入	6. 結論
- 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 -現象的にわかっていること / 早期介入	8. 復習問題
第2章 ストレスとメンタルヘルス	8. わが国における災害・事件後の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	9. 教師とカウンセラー協働による災害・事件後3段階心理支援モデルの提案	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	1. リスクコミュニケーションの一般原則
- 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	10. 本書の目的	1. サービス提供の諸モデル	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	- 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	3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション
3. パーンアウトの予防	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	2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点	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	- 自然回復のプロセス / 定型的な援助 Formal Helping	5. 災害後のリスクコミュニケーション
-腹式呼吸法 / 段階的筋弛緩法			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	國井 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	. 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. 求められる危機への心理的支援	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
- 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・心理社会上的影響
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
- 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
- 「被害」とは / 被害者とは	1. 世界の大規模災害の趨勢	. 災害時における心理的な反応	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	
- 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	- 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
- 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公衆衛生の役割		3 包括的対応
- 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 . どのような心理的な反応が生じるのか	
	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	-災害時保健医療の4つの役割/事前に行動計画を策定し備えておくべき事項/情報管理と支援ネットワーク	2) 中長期 (災害後1ヶ月以降)	1.1 多セクター間にわたる精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。
- はじめに / 責任論	4. 保健医療スタッフへの支援		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質する研究)
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、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. こころのケアの定義	1. 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
	2. 初動時のこ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
	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
I. 災害時の精神保健福祉体制	4. 保健師活動の課題	5. こ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
1. 災害精神保健計画の立案	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
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	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
3. 保健師活動の課題			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つてよい
4. 活動・支援記録	II. 初期対応		(iii) より適切な枠組みの提示
5. メディアへの対応	1. 基本的こころ構え		1 時期より活動内容で分けて考えるべき
6. 研修体制について	2. 初期対応における精神保健専門家の役割		2 その他
II. 災害時こころのケアのあり方	3. 初期対応		(iv) その他
1. 基本的こころ構え	4. スクリーニングについて		
2. 初期対応における精神保健専門家の役割	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）
3. 初期対応	6. 情報提供		(i) 災害の規模による違い
4. アセスメント・スクリーニングについて	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
5. 災害時要支援者への対応			(iii) 医療機関への支援について

表 2 先行資料とカテゴリー対応表 - 1

(表 2 内の数字は、文献の中で各カテゴリーに分類される章の数を表している)

	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	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
J			1				1							2			1			1	
K							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ー対応表 - 2
 (表3の色付けは表2の文献ごとの色付けと対応している)

結論	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	概観	精神的反応・疾患
第一章 災害の定義・原因分類・関連要因 1. 災害の定義 2. 災害の原因と分類 3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子	第26章 東日本大震災(陸前高田市)の教訓 1. マニュアルがない東日本大震災被災地支援 - 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 2. できる人ができることを - 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) 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)	第1章 災害への備えと災害発生時の支援システム 1. 災害支援において考慮すべきこと 2. 災害支援の状況に応じた役割の変化 3. 災害支援体制 4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割 5. 訓練 6. 結論 7. 学習のポイント 8. 復習問題	第5章 精神医学的評価 1. 災害による心理的影響 2. 特殊な問題による心理的影響 3. 精神医学的評価に関わる要因 4. こころの健康調査 5. 結論:3つのW ~ What, Who, When~ 6. 学習のポイント 7. 復習問題
第1章 災害精神医学とは 1. 災害の分類 2. わが国の災害 3. 災害対策基本法 4. 災害精神医学 被災者/救援者 5. リジリエンス トラウマ / PTSD / 遷延性悲嘆障害 6. まとめ	第6章 東日本大震災後の子どもの心理支援システム 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 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)」の妥当性・信用性の検討 3. 大規模災害後の子どものこころのサポート授業 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. 阪神淡路大震災後の動作法による被災者への心理支援 2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援	1. 災害時の精神保健福祉体制 1. 災害精神保健計画の立案 2. 初動時のこころのケア対策本 3. 保健師活動の課題	第11章 悲嘆とレジリエンス 1. 喪失と悲嘆 2. 死別と関連のうつ病 3. 複雑性、遷延性悲嘆 4. 悲嘆に暮れている人に話しかけ、耳を傾ける

<p>第2章 世界の大規模災害と健康問題</p> <p>1. 世界の大規模災害の趨勢</p> <p>2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴</p> <p>3. 世界の大規模災害と健康影響</p> <p>- 災害に伴う健康問題 / 災害と感染症流行</p> <p>第3章 災害のサイクルと災害時の講習衛生の役割</p> <p>1. 災害の疫学</p> <p>2. 災害のサイクル</p> <p>3. 災害における保健医療の役割</p> <p>- 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</p>	<p>1. 医療機関や行政職員も被災者</p> <p>2. 救護活動</p> <p>- 救護活動の拠点となった保健所 / ボランティアによる救護活動 / 疾病分類 / 医薬品の確保 / 精神科・歯科救護 / 救護活動の終息</p> <p>3. 急性および慢性疾患・感染症・孤独死対策</p> <p>- 避難所の巡回健康相談 / 仮設住宅・自宅避難者への訪問活動 / 感染症予防 / 仮設住宅の孤独死対策</p> <p>4. 被災者健診</p> <p>- ボランティアによる「トリアージ検診」 / 基本健康診査</p> <p>5. 避難所などの食品・環境衛生</p> <p>- 食中毒対策 / 環境衛生</p> <p>6. 遺体</p> <p>- 法医学者不足の遺体検索 / 満杯の斎場</p> <p>7. そのほかの対策</p> <p>- 被災者支援窓口 / コンパニオンアニマル対策 / 化学薬品 / 助け合いの力</p> <p>8. 活動のまとめ</p> <p>9. 阪神・淡路大震災を振り返って</p>	<p>1. 災害時の精神保健福祉体制</p> <p>1. 災害精神保健計画の立案</p> <p>2. 初動時のこころのケア対策</p> <p>3. 保健師の役割</p> <p>4. 保健師活動の課題</p> <p>5. 活動・支援記録</p> <p>- 災害時における地域精神保健医療活動の必要性</p> <p>1. 災害体験と地域精神保健医療活動</p> <p>2. 災害時の地域精神保健医療活動</p> <p>1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針</p> <p>2) 災害時の地域精神保健医療における焦り</p> <p>- 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開</p> <p>1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ</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>7. レジリエンス</p> <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> <p>9. 結論</p> <p>10. 学習のポイント</p> <p>11. 復習問題</p>
<p>第一章 序論</p> <p>1. 背景</p> <p>2. 災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響</p> <p>3. ガイドライン</p> <p>4. 本書の利用方法</p> <p>5. 基本原則</p> <p>6. よくある質問</p>	<p>第11章 災害</p> <p>1. 阪神・淡路大震災と心のケア</p> <p>- 兵庫県教育委員会震災・学校支援チームの活動・アース(EARTH) / ネットワークの緊密化 / 心のケアを要する被災児童生徒数の推移</p> <p>2. 北海道南西沖地震の奥尻津波災害と心のケア 災害・中長期支援</p> <p>- 北海道南西沖地震の被災者のメンタルヘルス / 中長期支援のあり方</p> <p>3. 新潟県中越地震と心のケア 現地支援ボランティア活動</p> <p>- リラックス動作法チームの活動 / おわりに</p> <p>4. 三宅島噴火災害と心のケア 組織による支援と終結</p> <p>- 全島避難と支援の組織づくり / 支援の実際と終結</p>	<p>介入モデル・サービス</p> <p>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</p> <p>1. サービス提供の諸モデル</p> <p>- 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</p> <p>2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点</p> <p>- 自然回復のプロセス / 定型的な援助 Formal Helping</p> <p>3. 早期介入の適切な目標は何か</p> <p>4. 行動の変化を促す最善の方法は何か</p> <p>- 簡潔な情報提供と助言を通じた教育 / 中等度の強度の介入</p> <p>5. 結論</p> <p>第7章 災害直後の緊急介入提供を構成する背景となる文脈</p>	<p>第3章 トラウマと喪失とストレス</p> <p>1. トラウマとは</p> <p>- トラウマの概念 / トラウマの性質・特性</p> <p>2. トラウマ体験の症状</p> <p>- 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> <p>3. PTSD</p> <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>4. 喪失と喪の作業</p> <p>- 喪失 (loss) とは / 喪の作業 (mourning work)</p> <p>5. 生活ストレス</p> <p>- 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>6. 二次被害</p> <p>7. 喪失ステージモデルと二重過程モデル</p>
<p>第1章 展望</p> <p>1. 災害メンタルヘルス</p> <p>- 信管抜きDefusing / 心理的</p> <p>2. 公刊文献</p> <p>3. 統一見解会議以降の活動</p> <p>4. この領域の最近の状況</p> <p>- 人口比に関する概況 / 早期</p>	<p>1. 災害メンタルヘルス</p> <p>- 信管抜きDefusing / 心理的</p> <p>2. 公刊文献</p> <p>3. 統一見解会議以降の活動</p> <p>4. この領域の最近の状況</p> <p>- 人口比に関する概況 / 早期</p>	<p>1. サービス提供の諸モデル</p> <p>- 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</p> <p>2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点</p> <p>- 自然回復のプロセス / 定型的な援助 Formal Helping</p> <p>3. 早期介入の適切な目標は何か</p> <p>4. 行動の変化を促す最善の方法は何か</p> <p>- 簡潔な情報提供と助言を通じた教育 / 中等度の強度の介入</p> <p>5. 結論</p> <p>第7章 災害直後の緊急介入提供を構成する背景となる文脈</p>	<p>1. 被災体験がもたらす反応</p> <p>1) 恐怖反応</p> <p>2) 死別 (悲嘆) 反応</p> <p>3) その他の社会的ストレス</p>

<p>5. エビデンスにもとづいた早期介入</p> <p>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 - 現象的に分かっていること /</p> <p>7. 結語</p>	<p>5. 四川大地震と心のケア 災害時の支援者支援 - 被災地の実情 / どう対策を講じておくか</p> <p>第17章 支援者体験の実際</p>	<p>1. 早期介入の妥当性</p> <p>2. 早期介入のための開始前提</p> <p>3. 巨大惨禍に対する個人への反応</p> <p>4. サービス提供モデルと顕在化しているニーズと合致させること</p> <p>5. 災害の背景を評価する</p> <p>6. 希少資源の利用</p> <p>7. 鍵となる早期介入の構成要素</p> <p>8. 早期介入のために指針のようやく</p>	<p>2. どのような心理的問題に発展するのか</p> <p>1) 初期(災害後1ヶ月まで) 付)災害直後数日間</p> <p>2) 中長期(災害後1ヶ月以降)</p>
<p>第1章 災害・事件後の心理支援の歴史と課題</p> <p>1. はじめに</p> <p>2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり</p> <p>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</p> <p>4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育</p> <p>5. わが国における学校危機での心理支援モデル - 福岡モデルと兵庫モデル</p>	<p>1. 学校コミュニティへの緊急支援の実際 - はじめに / 実践例 / 最後に</p> <p>2. 小児科での経験から - 事例:8歳男児 / 小児科における虐待問題の支援</p> <p>3. 地域精神保健における家族支援の経験から - 精神保健の対象のひろがり / 問題の複合化 / 家族を対象とする危機介入</p> <p>4. はじまりは阪神・淡路大震災 - はじまりは阪神・淡路大震災 / 神戸児童連続殺傷事件の衝撃 / 日本臨床心理士会被害者支援専門委員会の設立と犯罪被害者支援の息吹 / Educational remediationによるインド洋大津波後の心のケアプロジェクトとJICA四川大地震こころのケア人材育成プロジェクト / 私がやりたい2つのこと</p>	<p>第3章 巨大惨禍後の復元力軌道の改善</p> <p>1. 中心となる構成</p> <p>- レジリエンス / レジリエンスに</p>	<p>第4章 主な精神疾患</p> <p>1. 災害と関連する主な精神疾患 急性ストレス障害 (acute stress disorder, ASD) / 心的外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder, PTSD) / 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> <p>2. 精神関連のトリアージ・スクリーニング トリアージの必要性 / トリアージの項目 / 精神科病院での患者搬送</p> <p>3. まとめ</p>
<p>6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援</p> <p>7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル</p> <p>8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案</p> <p>9. 教師とカウンセラー協働による災害・事件後3段階心理支援モデルの提案</p> <p>10. 本書の目的</p>	<p>5. 警察での被害者相談の実際 - 二次受傷の経験 / 代理外相後成長 / 支援者の無力感 / まとめ - 被害者支援を通じて築きたい社会</p> <p>第25章 新潟県中越沖地震の教訓</p> <p>1. 柏崎保健所管内の概況</p> <p>2. 地震の概要</p>	<p>第5章 破滅的大災害発生直後の緊急的な需要評価</p> <p>2. 介入 - 準備(心構え)と予防[強靭になること / 軍 / セルフヘルプ・プログラム / 訓練プログラムを</p> <p>3. 要約と結論</p>	<p>7) 「PTSD」をどのように扱うか</p> <p>第7章 重篤な精神疾患</p> <p>1. 重篤な精神疾患から被災後代償不全へどのような経路をたどるのか</p> <p>2. 災害後の新たな診断</p> <p>3. システム介入</p>

<p style="text-align: center;">ストレス</p> <p>第2章 ストレスとメンタルヘルス</p> <p>1. ストレスとは</p> <p>- 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</p> <p>2. 被災地でのストレスマネジメント</p> <p>3. パーンアウトの予防</p> <p>4. 簡単なストレスマネジメント技法</p> <p>- 腹式呼吸法 / 段階的筋弛緩法</p> <p>5. まとめ</p>	<p>3. 県型保健所の役割</p> <p>4. 災害医療コーディネート</p> <p>- 中越地震後の災害時医療救護活動マニュアルの改訂 / DMATの活動 / 災害医療本部の引き継ぎ / 避難所巡回医療チームの調整 / ミーティング / 避難所における診療 / 医療チームの撤退 / 避難所巡回チームに関するコーディネート</p> <p>5. 関連死, 二次的健康被害の予防</p> <p>- 在宅人口呼吸器利用の難病患者の支援 / 透析患者への対応 / 感染症, 食中毒対策 / 熱中症対策 / エコノミークラス症候群対策 / 生活不活発病の予防 / AEDの設置</p> <p>6. 保健師活動</p> <p>- 県内外からの派遣保健師の調整 / 主な活動 / 健康福祉ニーズ調査</p> <p>7. こころのケア</p> <p>- こころのケアホットライン / 災害時精神科医療の確保 / こころのケアチーム</p> <p>8. 歯科医療救護班</p>	<p>1. 背景</p> <p>2. 介入計画</p> <p>- 災害の場所 / 災害の衝撃を受けた人びと</p> <p>3. 自然災害後の需要評価</p> <p>4. 大量の死傷者を伴うテロリストによる大惨事後の需要評価</p> <p>- ヴァージニアの需要評価 / ニューヨーク州需要評価</p> <p>5. 需要評価戦略</p> <p>6. 災害後のメンタルヘルス需要の評価に対する概念モデル</p> <p>7. 対応構築を需要評価に結び付ける</p> <p>8. 結語</p>	<p>4. 個人の評価および治療</p> <p>5. 結論</p> <p>6. 学習のポイント</p> <p>7. 復習問題</p>
<p style="text-align: center;">災害支援のスタンダード</p> <p>第4章 災害時における公衆衛生対策の最低基準</p> <p>1. ビルド・バック・ベター の思想</p> <p>2. 人道緊急支援の国際的な基準づくり</p> <p>- 変貌する人道緊急支援 / 行動規範と人間の安全保障 / 人道支援の質の向上を目指して</p> <p>3. 保健医療に関する最低限の基準</p>	<p style="text-align: center;">日本国外</p> <p>第9章 海外での災害、そして支援の現状</p> <p>0. はじめに</p> <p>1. 9.11米国同時多発テロを通じて</p> <p>9.11米国同時多発テロ(以下9.11) / 被災者・遺族の話から / 支援者の話から / 9.11同時多発テロの話を聞いて</p> <p>2. ハリケーン・サンディを通じて</p>	<p>第12章 よき意図で舗装された道でも、方位磁針は必要</p> <p>1. なぜ災害メンタルヘルス・プログラムを評価するのか?</p> <p>- プログラム評価が貢献すること / プログラム評価のタイプ</p> <p>2. よいプログラム評価の基準</p> <p>- 有用性 / 実行可能性 / 倫理 / 正確さ</p> <p>3. プログラム評価の実施</p>	<p style="text-align: center;">急性期の対応</p> <p>第15章 精神薬理学 - 急性期 -</p> <p>1. 薬理療法学: 急性期の災害現場での介入のゴールと考察事項</p> <p>2. 急性期精神薬理学的介入</p> <p>3. 深刻な医学的トラウマに対する薬物治療からの心的外傷後症状</p> <p>4. 急性期災害現場でのせん妄</p> <p>5. 結論と注意</p> <p>6. 学習のポイント</p> <p>7. 復習問題</p> <p>第16章 精神薬理学 - 急性期の後の段落 -</p> <p>1. 急性期後段階での精神医学的評価</p> <p>2. 急性期後段階での治療</p>

<p>- 安全な水の供給と衛生環境 / 食料の確保と栄養 / 感染症対策 / 心理社会的サポート</p> <p>4. 人道支援に関する評価</p> <p>5. 国際基準を満たす仕組みづくりを目指して</p>	<p>ハリケーン・サンディとは / 対応した看護師の話</p> <p>3. ハリケーン・カトリーナを通じて</p> <p>ハリケーン・カトリーナ (以下HK)とは / HKの被災者・支援者の声から</p> <p>4. まとめ</p>	<p>- ステップ1 利害関係者を参加させる / ステップ2 プログラムがどう機能するかを示す / ステップ3 評価課題と評価計算に焦点を当てる / ステップ4 確かな証拠を集める / ステップ5 結論の正当性の確保 / ステップ6 評価の成果を共有する</p> <p>4. 災害後の評価に関する諸課題</p> <p>5. 「評価文化」を発展させる</p>	<p>3. 外傷性脳損傷のアセスメントと治療のための特別な考慮事項</p> <p>4. 結論</p> <p>5. 学習のポイント</p> <p>6. 復習問題</p>
<p>3 保護および人権上のスタンダード</p> <p>3.1 精神保健・心理社会的支援に人権のフレームワークを適用する。</p> <p>3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。</p> <p>3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。</p>	<p>第14章 家族支援センターの迅速な立ち上げ 9.11のテロ攻撃後</p> <p>1. 背景 - 航空災害家族援助法</p> <p>2. 家族へのケアとメンタルヘルス</p> <p>3. 世界貿易センターと米国防総省への攻撃</p> <p>4. 桁外れの惨事と類のない課題</p> <p>5. ニューヨーク市</p> <p>- ニューヨーク市命令系統 / 施設運営 概要 / メンタルヘルス・カウンセリング</p> <p>6. 国防総省</p> <p>- 国防総省家族支援センター指揮系統 / 施設の運営 概要 / 組織構造 / 管理構成部門 / 家族向けの情報提供のためのミーティング / 国防総省家族支援センターにおけるメンタルヘルス・カウンセリング / メンタルヘルス・スタッフの選別 / メンタルヘルス・スタッフの構成と役割 / 米国赤十字社のさらなる役割 / 国防総省家族支援センターにおける災害メンタルヘルス・サービス / 国防総省家族支援センターで働く人びとのための短期研修と支援サービス / リーダーたちのストレス緩和</p> <p>7. 被害者家族支援センターから学んだ教訓</p> <p>- 地域での計画と準備態勢 / メンタルヘルスに関する人材のコーディネーション / 十分な訓練と経験 / 各機関の共同作業と協力関係 / マスメディアとの関係 / まとめ</p> <p>8. 結論</p>	<p>ロジスティクス</p> <p>第22章 ロジスティクス</p> <p>1. ロジスティクスとは</p> <p>- ロジスティクスの定義 / ロジスティクス活動</p> <p>2. 東日本大震災におけるWFPのロジスティクス活動</p>	<p>第10章 外傷と医学的愁訴のトリアージ</p> <p>1. 生物学的またはテロ攻撃後のMUPS</p> <p>2. 身体疾患: 身体疾患のある被災者のトリアージと評価</p> <p>3. 結論と注意</p> <p>4. 学習のポイント</p> <p>5. 復習問題</p>
	<p>第18章 災害後のケアの理解とシステム構築に向けて 世界貿易センターテロ災害に対するニューヨークの対応事例研究</p>	<p>留意点</p> <p>9 食糧安全および栄養</p> <p>9.1 適切な社会的・心理的配慮(文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援)を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。</p> <p>10 避難所および仮設配置計画</p> <p>10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮(安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援)を取り入れる。</p> <p>11 水および衛星</p> <p>11.1 適切な社会的配慮(すべての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性)を水と衛星を提供する際に取り入れる。</p>	<p>トラウマからの自然回復</p> <p>3. トラウマからの自然回復</p> <p>1) 自然回復を促進する条件</p> <p>2) 自然回復を阻害する要因</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 方法 2. 災害に対する備え - 調査結果の要約 / 結論と提案 3. 危機に対する対応 - 調査の結果 / 結論と提案 4. 長期におよぶメンタルヘルス協働対応の管理 - 調査結果の要約 / 結論と提案 5. 作業者の訓練 - 調査結果の要約 / 結論と提案 6. 援助提供者に対するケア - 調査結果の要約 / 結論と提案 7. 利用者へのサービス - 調査結果の要約 / 結論と提案 8. 結語 		
	<p>第3章 台風23号豪雨災害後とインド洋大津波後の心理支援と心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 台風23号豪雨災害後の心理支援と心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度 2. インド洋大津波後の心理支援プログラムの実践 		
	<p>第4章 中国・視線大地震後の専門家支援研究</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 日本心理臨床学会派遣による視線大地震後の中国専門家支援研修会 2. 視線大地震JICAこころのケア人材育成プロジェクト 		
	システム		
	<p>第3章 災害精神医学の歴史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 近代精神医学と災害精神医学の成立 近代精神医学成立と災害精神医学の始まり / 被災者への臨床記述的精神症状分類の始まりから PTSD 概念へ 2. 現代の災害医療と災害精神医学 		

	<p>米国の災害医療体制と災害精神医学 / 悲嘆についての研究 / 日本の災害精神科医療システムと災害精神医学の始まり / 災害時精神保健活動の始まりと疫学的精神医学研究 / 大規模災害に対する国家的精神保健活動</p> <p>3. まとめ</p> <p>第7章 災害・事件後の子どもの心理支援構築の考察</p> <p>1. 災害・事件後の3段階心理支援モデルについて</p> <p>2. 災害後の心理アセスメントについての考察</p> <p>3. 今後の課題</p> <p>4. 結語</p> <p>第5章 小学生殺害事件後の心理支援</p> <p>1. 事件の概要</p> <p>2. 心のケアの方針</p> <p>3. 心のケアの実際</p> <p>4. アンケートの分析</p> <p>5. 考察</p>		
	<p>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¹⁾)</p> <p>(i) 災害の規模による違い</p> <p>(ii) 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけに よらない</p> <p>(iii) 医療機関への支援について</p> <p>(iv) その他</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—二つの理論の間</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>- 「LCIA: PTSDインデックス DSM- 版(UPD)」とは / UPD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) 現実対応と精神保健</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</p> <p>5) 医学的スクリーニング</p> <p>6) 情報提供</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>

<p>2. ト라우マ体験の影響</p> <p>3. 入院治療と外傷の意味</p> <p>4. 一般身体疾患患者における精神科の役割</p> <p>5. ト라우マ体験後の精神科の役割</p> <p>6. ト라우マ体験患者に対するコンサルテーション -リエゾンよりFMRの活用</p> <p>7. 患者記入におけるまとめと実用的な総論</p> <p>8. 薬物療法</p> <p>9. フォローアップ</p> <p>10. ト라우マ体験を負った患者の家族の治療</p> <p>11. ト라우マ体験の被害者のケアに当たるスタッフの支援</p> <p>12. 外傷患者のために働くメンタルヘルス担当者のための準備および最小限の必要事項</p> <p>13. 要約</p>	<p>- 診断としての査定にあたって / 時期式質問紙法 / 構造化診断面接法</p>	<p>2. 初期対応における精神保健専門家役割</p> <p>3. 初期対応</p> <p>4. アセスメント・スクリーニングについて</p> <p>5. 災害時要支援者への対応</p> <p>6. 精神健康に配慮したコミュニケーション</p>	<p>4. ASDの査定</p> <p>5. PTSDに対する早期介入</p> <p>- 認知療法 / 持続エクスポージャー療法 / 持続エクスポージャー療法 / 眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)</p> <p>6. 中間期の介入における注意点</p> <p>7. 巨大惨事の被災者にCBTを適用する</p> <p>8. 今後の方向性</p>
<p>第9章 ト라우マと人間</p> <p>1. 文化と宗教</p> <p>ー 海外での被害者・被災者支援の体験から / 子どものトラウマ焦点化認知行動療法のWebサイトにおける文化的配慮</p> <p>2. 危機と成長</p> <p>ー 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>第5章 迅速ニーズアセスメント</p> <p>1. 災害下の迅速アセスメント</p> <p>- 災害下で行われるさまざまなアセスメント / 迅速アセスメントについて</p> <p>2. アセスメントの実際</p> <p>- 発災後最初に行う迅速アセスメント / 全体アセスメント / 迅速アセスメントの実施に際しての参考事項 / 情報の集約と共有・公開</p>	<p>II. 初期対応</p> <p>1. 基本的な心構え</p> <p>2. 初期対応における精神保健専門家役割</p> <p>3. 初期対応</p> <p>4. スクリーニングについて</p> <p>5. 災害時要支援者への対応</p> <p>6. 情報提供</p>	<p>4. 中期の対応</p>
	<p>第4章 ニーズ・アセスメント</p> <p>1. 災害時の精神保健・心理社会的支援に関連する情報</p> <p>2. 災害時の精神保健・心理社会的支援のガイドライン</p> <p>3. 実践上考慮すべきこと</p> <p>4. 結論</p> <p>5. 学習のポイント</p> <p>6. 復習問題</p>	<p>8. 情報の発信</p> <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>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>復興期対応</p>
	<p>留意点</p>	<p>2. 直後期の対応として</p> <p>3. 急性期の対応</p>	<p>第2章 介入マトリックス</p> <p>3. 包括的対応</p> <p>3. 復興期の活動</p> <p>(ア) 仮設住宅等へのアウトリーチ</p> <p>(イ) 保健師活動との連携</p> <p>(ウ) スクリーニングについて</p> <p>(エ) 専従組織の設立</p>

	<p>1. 原状はどうなっているのか？</p> <p>2. 早期介入研究における優先事項</p> <p>3. きちんとした早期介入研究への障碍, およびその解決策</p> <p>4. 早期介入研究における方法論的留意事項</p> <p>- 目標とする症状を明確に定めること / 治療への無作為割り付け / 信頼性・妥当性のある評価尺度 / 評価者の盲検化 / 評価者の訓練 / マニュアル化された再現可能な治療プログラム / 客観的な治療アドヒアランス / 評価尺度 / 多様なアウトカムに関する評価</p> <p>5. 結論</p>	<p>サイコロジカル・ファーストエイド</p> <p>第8章 災害への即時対応</p> <p>1. PFAとは</p> <p>2. PFAを求めているのは誰か</p> <p>3. PFAの目的と介入方法</p> <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>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>第12章 サイコロジカル・ファーストエイド</p> <p>1. 歴史と発展</p> <p>2. 発展中の基準</p> <p>3. サイコロジカル・ファーストエイドの基本</p> <p>4. 特別な人口集団</p> <p>5. 文化の問題</p> <p>6. 子どもと青少年</p> <p>7. 結論</p> <p>8. 学習のポイント</p>	
--	---	--	--

9. 復習問題

災害緊急時支援グループ/システム

第5章 緊急支援・グループアプローチ

1. 総合的支援体制

- 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

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

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

心理療法	リスクコミュニケーション	準備+訓練	子ども
概説	リスクコミュニケーション (定義・原則・メディア)	準備	災害時の子どもの反応
<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>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>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>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、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。</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>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>子どもに対する支援と介入</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>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>8. 復習問題</p>	<p>7 教育</p> <p>7.1 安全で支持的な教育への</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 EBFsのコミュニケーション・トレーニングとその受け入れ</p>
<p>1. こころのケアの定義</p>		<p>第16章 予防・教育</p>	<p>3. 軍人および救急隊員の子どもたち</p>
<p>5. こころのケアの活動内容</p>		<p>1. ストレスマネジメント教育</p> <p>- ストレスマネジメント教育とは / ストレスマネジメント教育のすすめ方</p>	<p>4. 実際の治療へのヒント</p> <p>- 災害と集団暴力の場合 / 軍</p>
<p>第20章 こころのケア</p>		<p>人材育成・支援者訓練</p>	<p>5. 異なる被災現場・被災状況における継続的アプローチ</p> <p>- 被災直後(数時間から数日後) [学校 / 親 / コミュニティとメンタルヘルス専門職] / 短期の対応(初期4週間) [学校 / 家族 / コミュニティとメンタルヘルス専門職] / 継続的対応(被災後1ヶ月以上) [学校 / 保護者 / コミュニティとメンタルヘルス専門職]</p>
<p>1. 精神医療対応からみた自然災害</p>		<p>第4章 災害時メンタルヘルス活動の訓練</p>	<p>6. 臨床事例</p> <p>- 主訴 / 背景 / 治療</p>
<p>2. 災害時の地域精神保健医療の指針</p> <p>- 災害時の精神心理的負荷 / 災害時の精神保健医療の意義 / 災害時の精神保健医療活動の方針 / 災害に伴うストレス要因 / 心的反応のタイプ / 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開</p> <p>3. 東日本大震災における精神医療的な初期対応</p> <p>- 精神医療の継続 / こころのケアチーム / 情報発信 / 今後の復興に向けて</p>		<p>1. DMH訓練のためのガイドラインと配慮</p> <p>- 訓練を受ける者 / いつ訓練が行われるか / 訓練テーマと学習目標 / 訓練の過程 / 訓練に割り当てる時間 / 指導者 / 財源</p> <p>2. 外傷後早期介入研究</p> <p>- 被災者への教育 / 技術訓練 / トラウマ・ストレス反応を軽減するための簡易心理的介入 / プリーフ・アルコール・インターベンション / 長期的問題のリス</p>	<p>7. これからの臨床実践と研究の方向性</p>
<p>心理支援・心理療法</p>		<p>3. 学校におけるDMH訓練</p> <p>- 学校への訓練とアクセス / 学校におけるリーダーシップを保持している人々への訓練 / 教員への訓練 / “教員以外の”</p>	<p>第17章 子どもと青少年に対する精神医学的介入</p>
<p>4. 心理教育</p> <p>- 心理教育とは / 心理教育の主なメッセージ / それぞれの災害・事件後の心理教育</p>		<p>4. 災害後の自助 / 相互援助を促進させるためのDMH訓練</p> <p>- 訓練 / SHMAの理論と研究</p>	<p>1. 災害前の段階</p> <p>2. 急性期</p>
<p>5. トラウマ・ストレスマネジメント法</p> <p>- トラウマ・ストレスマネジメント法とは / トラウマの心理教育 / トラウマ反応への望ましい対処</p>		<p>5. 現実の事件では</p> <p>- 指導者 / 9.11の余波におけるトレーニングに伴った困難性</p>	<p>3. 急性期後の段階</p> <p>4. 災害後の小児への薬物療法</p>
<p>6. 統合リラクゼーション法</p> <p>- 統合リラクゼーション法 / 統合リラクゼーション法の手順</p>			<p>5. 結論</p> <p>6. 学習のポイント</p>

<p>7. リラックス動作做</p> <p>- 教員説明会における臨床動作法の活用 / リラックス動作法の手続き / リラックス動作法の有効性</p>		<p>6. DMH訓練の改善に向けて</p> <p>- 内容および手順 / 新たなテク</p>	<p>7. 復習問題</p>
<p>第7章 心理療法・カウンセリング・トラウマへ</p>		<p>7. 結論</p>	<p>第10章 母子保健対策</p>
<p>1. トラウマと喪失の心理療法の概説</p> <p>- トラウマへの心理療法 / 喪失後の心身反応への心理療法</p>		<p>第19章 災害公衆衛生専門家の人材育成</p> <p>1. 人材を育てる</p> <p>- 我が国での健康危機管理人材のためのコンピテンシー / アメリカの健康危機管理人材のためのコンピテンシー</p>	<p>1. 母子保健サービスとケア</p> <p>- 母子保健は人権である / 妊娠・出産・新生児・小児とつづぐ継続ケア / ニーズは掘り起こすもの</p> <p>2. 母子保健サービスの早期再開を目指す</p> <p>- 妊産婦ケア / 周産期医療 / 乳幼児健康診査 / 予防接種 / 母乳育児推進 / 子どもを中心とした復興を目指して</p>
<p>2. PE療法</p> <p>- PE療法とは / 曝露療法のカニズム / PE療法の実際</p>		<p>2. さまざまな人材育成活動</p> <p>- アメリカの人材育成 / イギリスの人材育成 / 国立保健医療科学院での人材育成 / DPATについて / 職種間の連携について</p>	<p>第12章 学校における事件・事故</p> <p>1. 緊急支援</p> <p>- 緊急支援とは / 緊急支援ブ</p>
<p>3. EMDR</p> <p>- EMDRの評価 / EMDRの治療過程 / EMDRのカニズム / 最近の出来事プロトコル / 統合グループ治療プロトコル / EMDRの適用範囲</p>		<p>第8章 被災地におけるコミュニケーション</p>	<p>2. 学校コミュニティの危機</p> <p>- 学校コミュニティとは / 学校コミュニティの危機 / 学校コミュニティ危機をもたらす出来事</p>
<p>4. 臨床動作法</p> <p>- 危機における動作法の活用 / 危機における動作法活用の利点と留意点</p>		<p>1. 準備段階</p> <p>被災者・支援者の背景 / 被災者と支援者との関係 / 同僚や家族との準備と共同生活作業</p>	<p>3. 支援者の構造</p> <p>- 学校コミュニティの危機への緊急支援モデル / 緊急支援プログラムの実施にあたって それぞれの役割</p>
<p>5. 力動的心理療法</p> <p>- はじめに / トラウマへの取り組みの2つの立場 / トラウマへの力動的心理療法の取り組み</p>			<p>4. 教育委員会との連携</p> <p>- 教育委員会の組織と学校との関係 / 連携先とのネットワークづくり / 最後に</p>
<p>6. 表現療法</p>			<p>5. 中長期的ケア</p> <p>- 中長期的ケアの対象者 / 教師の中長期ケア / 児童生徒の中長期ケア / 保護者の中長期ケア</p>
<p>7. トラウマ・カウンセリング</p>			
<p>8. トラウマ焦点化認知行動療法</p> <p>9. ナラティブ・エクスポージャー・セラピー</p>			

<p>- 心身行動面での現れ / 専門家としての対応の実際 / 儀式や癒しの機会</p>			<p>6. 報道被害とメディア対応</p>
<p>第14章 心理療法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 災害後に心理療法を必要とする人を決める 2. サイコロジカル・ファーストエイド 3. 短期心理療法 4. 文化に根付いた代替治療 5. 家族への支援 6. 長期的心理療法 7. 治療の副作用 8. 結論 9. 学習のポイント 10. 復習問題 			<p>- 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</p>
<p>考慮すべき点</p>			<p>5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を強める。</p>
<p>6 保護ケアサービス</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。 6.2 重度の精神障害をもつ人びとが、ケアへアクセスできるようにする。 6.3 入院・入所している重度精神障害者等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。 6.4 コミュニティ固有の伝統的な保護システムを知り、適宜そのシステムと協力する。 6.5 アルコール等の物資使用に関する問題を最小限に抑える。 			<p>子ども(災害弱者)への配慮</p>
			<p>第6章 災害弱者への配慮</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 子どもと思春期の若者 2. 高齢者 3. 女性 4. 身体障害をもつ者 5. 人種・地域特有の問題 6. 結論 7. 学習のポイント 8. 復習問題

高齢者	支援者	マイノリティ	遠隔
高齢者対策	支援者の心理反応	マイノリティへの支援と介入	遠隔精神医療
<p>第12章 高齢者対策</p> <p>1. 近年の震災にみる高齢者への対策</p> <p>- 高齢化社会と災害 / 過去の教訓</p> <p>2. 高齢者対応の実際</p> <p>- 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</p>	<p>第7章 支援者のメンタルヘルス</p> <p>1. 活動前</p> <p>2. 活動中</p> <p>3. 活動後</p> <p>4. まとめ</p>	<p>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</p> <p>1. メンタルヘルス・サービスの必要性</p> <p>一人種と精神障害の疫学/疫学的リサーチの限界 / 民族性、文化と災害復興</p> <p>2. メンタルヘルス・サービスの利用</p> <p>サービス利用における民族的格差 / サービスの可能性と利用しやすさ / 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</p> <p>3. 適切なメンタルヘルス・サービス</p> <p>- 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</p> <p>4. 提案</p> <p>文化的配慮</p> <p>6. 多文化対応</p> <p>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。</p>	<p>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療</p> <p>1. 災害遠隔精神医療の適用</p> <p>2. 災害時の遠隔精神医療での問題</p> <p>3. 結論</p> <p>4. 学習のポイント</p> <p>5. 復習問題</p>
災害と高齢者	7. 援助者の精神健康		
<p>第6章 災害と高齢者</p> <p>0. はじめに</p> <p>高齢者とは / 高齢化 / 高齢化社会の問題点</p> <p>1. 高齢者の特徴</p> <p>身体的特徴・身体の老化 / 精神的特徴・精神の老化</p>	<p>1) 背景</p> <p>2) 援助者のストレス要因</p> <p>3) 援助者に生じる心理的な反応</p> <p>4) 対策</p>		
	第6章 支援者・支援者の支援		

<p>高齢者とは / 高齢化 / 高齢化社会の問題点</p>	<p>4) 対策</p>		
<p>1. 高齢者の特徴</p>	<p>第6章 救援者・支援者の支援</p>	<p>文化と宗教</p>	
<p>身体的特徴・身体の老化 / 精神的特徴・精神の老化</p>	<p>1. 救援者のグループワーク</p>	<p>第19章 親善大使としての精神医学</p>	
<p>2. 認知症</p>	<p>- 救援者の惨事ストレス / グループワーク</p>	<p>1. 親善大使の仕事</p>	
<p>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</p>	<p>2. 二次受傷の理解</p>	<p>2. 協働作業</p>	
<p>3. 災害と高齢者</p>	<p>- はじめに / 二次受傷の定義 / 寄与要員 / 予防策</p>	<p>3. 災害メンタルヘルス、宗教、スピリチュアルケア</p>	
<p>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</p>	<p>3. 共感疲労</p>	<p>4. セルフケアと逆境に続く成長</p>	
<p>4. まとめ</p>	<p>支援者へのこころのケア</p>	<p>5. 協働の成功</p>	
<p>第18章 高齢者への精神医学的介入</p>	<p>IV. 支援者のストレス対応</p>	<p>6. 結論</p>	
<p>1. リスクの全般的評価</p>	<p>1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築</p>	<p>7. 学習のポイント</p>	
<p>2. 高齢者独特のリスク</p>	<p>2. 職員の休養・休息</p>	<p>8. 復習問題</p>	
<p>3. 神経生物学的リスク因子</p>	<p>3. 被災時に派遣された職員へ</p>	<p>第8章 心理療法・カウンセリング：喪失へ</p>	

4. 精神医学的アウトカム	4. 支援者のセルフヘルプ	1. 文化と宗教	
5. 介入の方略	IV. 支援者のストレス対応	- 海外での被害者・被災者支援の体験から / 子どものトラウマ マ焦点化認知行動療法のWeb サイトにおける文化的配慮	
6. 準備	1. 被災地で被災者支援にあたる	2. 危機と成長	
7. 結論	2. 職員の休養・休息	- 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	
8. 学習のポイント	3. 被災時に派遣された職員への		
9. 復習問題	4. 支援者のセルフヘルプ		
	第3章 災害支援者自身の救済 - 災害支援コミュニティのセルフケア -		
	1. 自己認識 (Self-Awareness) : 自分の限界を知る		
	2. セルフケアの計画策定とト レーニング		
	3. スタッフケア		
	4. 事前の準備		
	5. ストレスとストレス反応		
	6. 平常業務への復帰		
	7. 結論		

	8. 学習のポイント		
	9. 復習問題		

	第6章 東日本大震災後の子どもの 心理支援システム		
	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		
	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)」		
	3. 大規模災害後の子どものこ ころの サポート授業		

	6. 支援者支援の整理		
	人的資源		

	第18章 外部支援者の考慮すべき こと		
	1. 外部からの災害支援		
	2. 求められる外部支援者		
	- 外部支援者の心構え / 外部 支援者に必要な視点 / 実際の 活動 / 実施体制 / 被災者側と の関係		
	3. 今後の対応		

	4 人的資源		
	4.1 スタッフを同定し採用する とともに、コミュニティ の文化を理解しているボ ランティアと 協力する。		
	4.2 スタッフの行動規模および 倫理指針を 実施する。		
	4.3 精神保健・心理社会的支 援に関し、支援者に オリエンテーションと研修 を実施する。		
	4.4 スタッフ、ボランティアの精 神保健・心理社会 的ウェルビーイング上の問 題への予防、対処を 行う。		

	6. 研修体制について		

	7. これらの研修体制について		

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
<p>5. 報道機関との協力・対応</p> <p>1) 報道による情報援助の意義</p> <p>2) 取材活動によるPTSD誘発の危険</p> <p>3) 報道機関との対応</p>	<p>第8章 薬物乱用</p> <p>1. 災害後の薬物使用に関する疫学的知見</p> <p>2. PTSDと他の危険因子</p> <p>3. 危険飲酒</p> <p>4. スクリーニングと評価の方法</p> <p>5. 薬物療法と他の治療的介入</p> <p>6. 治療における重複罹患の問題</p> <p>7. 結論</p> <p>8. 学習のポイント</p> <p>9. 復習問題</p>	<p>第10章 関連法規</p> <p>1. 関連法規総説</p> <p>- 関連法規の制定 / 危機と関連法規</p> <p>2. 犯罪被害者等基本法</p> <p>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</p> <p>- 目的および定義 / 改正の主な内容 / 関連法令・制度</p> <p>4. 児童虐待の防止等に関する法律</p> <p>- 目的および定義 / 2004年の改正 / 2008年の改正</p> <p>5. 災害対策基本法</p> <p>- 目的および定義 / 改正の経緯</p>	<p>第15章 機関による支援</p> <p>1. 警察における犯罪被害者支援</p> <p>- 支援者が警察にお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 / まとめ</p> <p>2. 被害者支援センター</p> <p>- 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</p> <p>3. 児童相談所</p> <p>- 児童相談所の現在 / 危機への対応 / 児童相談所の組織</p> <p>4. 配偶者暴力相談支援センター等</p> <p>- 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</p> <p>5. 災害医療</p> <p>- 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</p> <p>6. 小児科における支援</p> <p>- 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</p> <p>7. 小児科における虐待対応支援</p> <p>- 心理臨床の中での虐待対応支援 / 心療科病棟への性的虐待対応支援</p> <p>8. ホットライン(いのちの電話)</p> <p>- 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</p>	<p>第23章 DMATからの教訓</p> <p>1. 東日本大震災におけるDMAT活動概要</p> <p>2. DMAT制度の概要</p> <p>- 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</p> <p>3. 広域災害救急医療情報システム</p> <p>4. DMATの活動と戦略</p> <p>- 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</p> <p>5. DMAT設立の経緯</p> <p>6. DMATの研修と制度設計</p> <p>7. まとめと教訓</p> <p>感染症</p> <p>第6章 感染症サーベイランス</p> <p>1. 災害時のサーベイランス</p> <p>- 「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</p> <p>2. 実際のリスクアセスメント</p> <p>- 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</p> <p>第7章 感染症対策</p>
<p>5. メディアへの対応</p>				
<p>6. メディアへの対応</p>				
<p>6. 報道被害とメディア対応</p> <p>- 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</p>	<p>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</p> <p>1. 歴史上の事例</p> <p>- 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</p> <p>2. 急性および長期の心理的影響</p> <p>3. 影響の緩和</p> <p>- 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</p> <p>4. 結語</p>	<p>第20章 法と倫理の問題</p> <p>1. 矛盾する役割と柔軟性</p> <p>2. 守秘義務</p> <p>3. カルテ記入</p> <p>4. 詐病</p> <p>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</p> <p>6. 免許交付と損害賠償責任の補償範囲 (lia blit ycov eaage)</p>		

	5. 付録	7. 災害精神医学研究での倫理的問題	外部支援のあり方	1. 災害と感染症
	- 化学兵器 / 生物兵器 / 放射能兵器および核兵器	8. 結論	III. 外部支援のあり方	- 災害時のウソとホント / 遺体と感染症 / 感染症対策の基本ステップ / 専門家チームの現地派遣とロジスティクス
	第9章 パーソナリティに関する問題	9. 学習のポイント	1. 外部支援の受け入れの判断	2. 感染症の対策と予防
	1. 評価	10. 復習問題	2. 活動導入の仕方	- 系統的な感染症対策 / 物品のキット化 / 遺体の取り扱い
	2. 被災状況に関連するパーソナリティの問題		3. 外部支援こころのケアチームの活動	対策
	3. 被災環境におけるパーソナリティの問題のマネジメント	支援者としての責任と心構え	4. 派遣期間	第8章 水・衛生対策
	4. 結論	第2章 支援の哲学	5. 専門職ボランティア	1. 災害時における水利用
	5. 学習のポイント	1. 支援における責任	III. 外部支援のあり方	- 災害時の水供給 / 災害時における用途別の必要水量と水質 / 緊急時の水質試験と水の保管 / 医療施設での水供給 / トイレ対策
	6. 復習問題	- はじめに / 責任論	1. 外部支援の受け入れの判断	2. 水の確保と衛生対策
	予防・防止	2. 支援における契約	2. 活動導入への仕方	- 水道への被害 / 水の確保 / トイレ
	2. DV防止教育	- 契約の意味 / 責任とアイデンティティ	3. 外部支援こころのケアチームの活動	第9章 歯科口腔保健・衛生対策
	- はじめに / DVとは / DVの背景 / 我が国におけるDV防止教育 / DV防止教育の実際 / 終わりに	3. 災害支援の心構え	4. 専門職ボランティア	1. 歯科・口腔保健の重要性
	3. 自殺予防教育	- はじめに / トラウマと回復 / 急性期 / 現地での連携	連携・調整	- 歯科・口腔外科治療 / 口腔ケア / オーラルマネジメントとして取り組む / 東日本大震災での活動から
	- 学校における自殺防止教育の現状 / 生徒を対象とした自殺防止教育の取り組み		I. 連携・調整	2. 現場での予防と対策
	第21章 自殺予防対策		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。	- 災害時こそOMが必要
	1. 自殺の概念		第17章 外部支援者・ボランティアの調整	3. 遺体の検索検死
	- 自殺とは、自殺予防とは / 自殺の実態からみた自殺予防対策の視点 / 自殺の関連要因 / 精神保健の問題 / アクセシビリティ / 総合的な支援 / 災害と自殺		1. 災害ボランティアの類型	第11章 栄養対策
	2. 自殺を予防するために		- 災害ボランティアの類型 / 外部支援者・ボランティアは件数の広域的な調整 / 必要マンパワーの算定 / コーディネート機能 / 公衆衛生コーディネーター支援者 / TOR	1. さまざまな栄養問題

	<p>- 自殺対策の公衆衛生的視点 / 災害における自殺予防対策の展望</p> <p>将来の大規模災害に備えて</p> <p>第27章 将来の大規模災害に向けた提言</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 大規模災害時の公衆衛生対策の抜本的な見直し 2. 好悪集衛生分野での連携・協力・調整メカニズム構築 3. 災害ロジスティクスの強化 4. 公衆衛生人材の育成と派遣体制 5. 災害公衆衛生および災害疫学の充実 		<p>2. 被災地での実際の調整</p> <p>4. 外部ボランティアとの連携</p> <p>1) 援助の方針は災害対策本部が定めるべきである</p> <p>2) 住民との接触は災害対策本部がコントロールすべきである</p> <p>3) 外部からの調査活動は災害対策本部がコントロールすべきである</p> <p>コンサルテーション</p> <p>第11章 集団、組織、地域へのコンサルテーション</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 歴史 2. 現在の環境 3. コンサルテーションの実施 <ul style="list-style-type: none"> - 組織への参入 / 当初の同意形成と質問の明確化 / コンサルテーション・チームの形成 / 服装 / 組織につ 4. コンサルテーションのさらなる問題 <ul style="list-style-type: none"> - 指導者へのコンサルティング / コミュニティ対個人 / コンサルタントが負うリスクと倫理課題 / 二つの組織のために働くこと / コンサルタントとしての役割の維持 / 秘密保持 / 特別な課題 5. まとめ <p>アウトリーチ</p> <p>第19章 アウトリーチ戦略 9.11同時多発テロ事件後の災害対応に用いられたアウトリーチの方法に関する経験的記述</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 歴史的背景 2. アウトリーチの方策を決定し実践すること 	<p>- 災害時の栄養問題</p> <p>2. 問題解消にむけた栄養対策</p> <p>- ポピュレーションアプローチとしての栄養確保対策 / ハイリスクアプローチとしての慢性疾患・感染症・要介護者など対策 / 栄養対策の推進</p> <p>被害</p> <p>第13章 被害</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 殺人事件の被害者遺族 <ul style="list-style-type: none"> - 殺人事件遺族が受ける衝撃 / 殺人事件被害者遺族がおかれる実情 / 殺人事件遺族への支援ポイント / まとめ 2. 性犯罪被害者と支援のあり方 <ul style="list-style-type: none"> - はじめに / 性犯罪とは / 性犯罪の被害者が受ける被害の影響 / 性犯罪の被害者に対する支援 3. 性犯罪被害者と支援のあり方 <ul style="list-style-type: none"> - はじめに / 性犯罪被害者の感情 / PTSDの心理療法 4. DVIによる被害と支援 <ul style="list-style-type: none"> - DVIとは / 加害者について / 女性の心理的被害 / なぜ逃げないのか / 支援の考え方 / 援助の留意点 5. DVIによる子どもの被害と支援 <ul style="list-style-type: none"> - DVIによる子どもの被害 / 子どもの支援方法 6. 虐待による被害と支援のあり方 <ul style="list-style-type: none"> - 虐待の国内における取組の実態 / 虐待の種類 / 虐待の被害とケア / 虐待被害への支援のあり方 7. いじめ被害への支援
--	--	--	--	---

			<p>- 大都市でアウトリーチの経験 / 郊外都市や地方でのアウトリーチ / 低社会経済地区と高収入地区におけるアウトリーチの違い / 一般住民へのアウトリーチ / 大規模のメディア・キャンペーン / 文化を感じ取る能力 / ハイリスク集団と特別な集団 [直接的被害を受けた集団と家族 / 成人と高齢者 / 重症かつ慢性化した症状のある精神障害者] / エスニック文化 [移民集団 / アジア・太平洋諸島系のコミュニティ / ヒスパニック系米国人コミュニティ / アフリカ系米国人コミュニティ / 米国内先住民コミュニティ / ホロコーストを生き延びた人びと] / 閉鎖的なコミュニティ 救助, 復興, 救急, 建設関係者</p>	<p>- “いじめ”被害への対応のポイント / 被害の再生産を止めるための加害者支援 / 予防と再発防止のための心理教育</p>
			<p>3. 結論</p>	<p>8. セクシュアル・ハラスメント</p>
			<p>介入</p>	<p>- はじめに / セクハラの種類と分類 / セクハラ被害者の援助の流れ / 最後に</p>
			<p>第21章 災害および大規模暴力の犠牲者のためのメンタルヘルスおよび行動学的介入</p>	<p>9. その他のハラスメント</p>
			<p>1. 公衆衛生的観点</p>	<p>- ささまざまなハラスメント / ハラスメントによって傷ついた人への支援</p>
			<p>2. 個別ケア</p>	<p>10. 交通事故の被害者遺族</p>
			<p>3. 忘れられたケアへの必要性</p>	<p>- はじめに / 交通事故被害者遺族の実状 / 交通事故被害者遺族の心理と支援 / まとめ</p>
			<p>4. 将来の方向性</p>	<p>11. 自死遺族</p>
			<p>第13章 集団への介入と家族への介入</p>	<p>- 病としての「自死」 / 自死遺族という存在 / 自死遺族の体験 / 悲嘆のプロセス / 自死遺族へのカウンセリング</p>
			<p>1. 集団への介入</p>	<p>12. 大規模交通事故</p>
			<p>2. カップルと家族への介入</p>	<p>- はじめに / 初期対応 / 具体的支援 / 結果 / まとめ</p>
			<p>3. 結論</p>	<p>13. 戦争・テロリズム</p>
			<p>4. 学習のポイント</p>	<p>- はじめに / 国内外のテロ被害者の対応 / 海外で武力紛争の被害を受けた外国人</p>
			<p>5. 復習問題</p>	<p>環境・職業要因</p>
				<p>第14章 環境・職業要因</p>
			<p>1. 災害直後に建物に入る際の環境・職業要因</p>	
			<p>2. 要因別の対策</p>	
			<p>- 科学的要因 / 物理的要因 / 生物学的要因 / 心理・社会的要因 / 環境・職業要因から守る体制 / 情報や指導を得るリソース / 健康と安全の確保に向けて</p>	
				<p>災害以外の心理的危機</p>
			<p>第14章 その他の心理的危機</p>	
			<p>1. 産業メンタルヘルス</p>	
			<p>- 働く人達の心の健康 / 厚生労働省のメンタルヘルス指針 / メンタルヘルス対策の課題 / 不確実性の時代と危機支援</p>	
			<p>2. 緩和ケア</p>	
			<p>- がん医療の現状 / がんの臨床経過におけるアセスメント / 家族のアセスメント / チームによるアセスメント / がん緩和ケアにおける心理的支援</p>	
			<p>その他</p>	
			<p>はじめに</p>	

表4 カテゴリー内容整理 (システム・原理)

システム・原理	要約	Ev. / Op.
災害への備えと災害発生時の支援システム		
1. 災害支援において考慮すべきこと	1. 支援者が災害支援において考慮すべき事項は(1) 公認の支援グループと連携すること、(2) 支援現場の最新情報を把握すること、(3) 災害支援を行う目的を見直し、現場のニーズに合った活動を行うこと、(4) 困難な状況下でも十分に活動できるように健康を維持することの4つである (Kantor, 2009)。	1.Ev.
2. 災害支援の状況に応じた役割の変化	1. 災害支援者(精神科医)の役割について。被災地で求められることは、災害精神医学的知識や技能だけではない。災害現場のニーズにあった活動(物資の配布、コンサルテーションや教育を行う、一般診療を行う等)を最優先に行うことが重要である。これは被災者が専門家である支援者と抵抗なく接触し、信頼関係を築く助けとなり、要支援の人への早期介入、アセスメント、トリアージを可能にするのに有効である。	1. Op.

<p>3. 災害支援体制</p>	<p>1. アメリカ合衆国においては、軍ならびに国家レベルの緊急事態、航空機の緊急事態を除く、災害を含めた初期対応の責任所在は地方自治体であり、すべての州政府とほとんどの地方自治体が緊急事態管理官を任命しており、緊急事態管理官が緊急事態オペレーションセンターの立ち上げと、被災地域全体の災害支援活動の調整に責任を持つ。</p> <p>2. 州あるいは連邦政府、また双方からの支援要請のためには、地方自治体が緊急事態を発令、「災害」と認定・宣言する必要がある。災害時の州の境界を越える人員・物資・財源の提供は緊急事態管理支援協定 (Emergency Management Assistant Compact: EMAC)のもとに決定、実施される。</p> <p>3. 2001年アメリカ同時多発テロ事件後に国土安全保障省に統合された連邦緊急事態管理庁(Federal Emergency Management Agency: FEMA)は防災計画の策定、災害急性期事態の鎮静や各機関の災害対応調整、災害からの普及を先導する主たる国家機関として機能する。</p> <p>4. 災害時メンタルヘルスケアについては、DMAT や他医療リソースを含む国家災害医療システムが起動、加えてアメリカ赤十字社、ならびに連邦市民部隊(Federal Citizen Corps)プログラムに基づいたボランティアプログラムが機能する。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p.</p>
<p>4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割</p>	<p>1. ボランティアとしての精神保健医療従事者について。災害支援ボランティアは災害支援組織に入っている場合、入っていない場合の二通りに大別される。前者は組織の指示・活動方針に沿って活動し、後者は参加資格の確認、災害時の活動の訓練を経ず現場に到着する(「自発的未登録」ボランティア)。災害支援組織はボランティアの訓練、資格認証をするが、事前登録が奨励されている。ボランティア活動の情報源はオンライン、口づてのコミュニケーションが主である。赤十字、医療予備隊(MRC)などがボランティア向けの情報を提供することもある。</p>	<p>1. 0p.</p>

5. 訓練	<p>1. 災害時のメンタルヘルス対応のための標準化された訓練形態については連邦機関、州、NGO、個人間でコンセンサスが得られておらず、検討が重ねられている。</p> <p>2. 殆どの災害支援組織が基本となる「災害支援活動への導入」と「緊急事態の指揮系統」についてオリエンテーションをおこなっているが、そのなかでエビデンスに基づく手法であるサイコロジカル・ファーストエイドが被災・被害者の抱える感情的・心理的ニーズへの初期対応として、また、事前訓練の指導原理として広く用いられている。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>
6. 結論	<p>1. 災害支援を適切に行うには、共に活動を行うための適切な支援グループを見出し、あるいは理想的な役割を支援者として果たすために個人でリサーチを行い、また現実的に物事を探索する必要がある。</p> <p>2. 災害精神医療に従事することは非常にやりがいがあり、また、人生を変えるほどの経験をしばしばもたらすものであるが、何を期待すべきか正しく理解をし、自らと合うグループと協働し、災害支援に必要な知識とスキルを得ることがよりよい経験をもち結果に結びつく。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>
災害時の精神保健福祉体制		
1 災害精神保健計画の立案	<p>1. 各都道府県、政令指定都市の防災計画の立案に精神保健専門家の関与が求められる。</p> <p>2. 精神保健および地域保健関係者は平常時より災害時の役割分担、活動の法的根拠を理解すべきである。</p> <p>3. 行政機関や医療機関は災害時勤務体制ならびに業務継続計画を事前に立案すべきである。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	<p>1. 災害初期に都道府県、市町村の行政が中心となり、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置、対応を実施すべきである。</p> <p>2. 初動時の精神保健計画の立案には災害精神保健体制や活動について、災害時保健専門家、災害対応経験者による助言が必須である。</p> <p>3. 県が被災状況や他機関からの情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供すべきである。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>

3. 保健師活動の課題	1. 保健師とその他の機関関係者間で平常時から役割分担を明確にし、日常業務における連携が必要である(例:地域保健・医療、子ども・学校、危機管理関連等のネットワークの取り組みと連携する)。	1. 0p.
4. 活動・支援記録	1. 支援者の業務の円滑な引き継ぎのため、支援記録を作成する。 2. 復興時の保健活動の通常業務において災害時支援の経緯が分かるよう、通常業務記録からも災害時対応記録を参照できるようにする。 3. こころのケア対策本部は、災害時の保健支援プログラムの状況を把握、プログラムの効果を評価する。	1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
災害時の精神保健福祉体制(災害時精神保健医療専門家により合意を得た項目)		
1. 災害精神保健計画の立案	1. 各都道府県、政令指定都市の防災計画の立案に精神保健専門家が関与するべきである。 2. 精神保健および地域保健関係者は平常時から災害時の役割分担や活動の法的根拠などを理解する必要がある。 3. 行政機関や医療機関では、災害時の勤務体制や業務継続計画を事前に立案することが必要である。	1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	1. 初期段階で都道府県あるいは市町村など行政が中心となって、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置し、それに基づいて対応を実施するのがよい。 2. 初動時の精神保健計画の立案には災害時メンタルヘルス専門家や災害対応経験者による、災害精神保健体制や活動に関する助言が必要である。 3. 県が被災状況や他機関から情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供するべきである。	1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
3. 保健師の役割	1. 保健師の役割において、研究に参加した専門家から合意を得られた項目はなかった。	1. 0p.
4. 保健師活動の課題	1. 平常時から、保健師とその他の機関の関係者間での役割分担の明確化と日常業務における連携が必要である。	1. 0p.
5. 活動・支援記録	1. 支援者の交代の際に、業務の円滑な引き継ぎができるように支援記録を作成する。	1. 0p.

災害時における地域精神保健医療活動の必要性		
1. 災害体験と地域精神保健医療活動	1. 広範囲に渡る災害により、被災地域の保健医療の機能は一時的に低下し、被災によって生じるさまざまな心理的負担（e.g., 悲嘆、急性ストレス反応、精神疾患の発症・悪化、自殺）に拍車をかけるため、それらを踏まえた地域精神保健医療の対応が不可欠である。	1. 0p.
2. 災害時の地域精神保健医療活動		
1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針	1. 災害時の地域精神保健医療活動の方針は、地域住民の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させる活動（アウトリーチ活動、災害情報の提供、一般的な心理教育、比較的簡単な相談活動や現実的な援助など）と、個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動（スクリーニング、受診への動機づけなど）、の二つに大別される。	1. 0p.
2) 災害時の地域精神保健医療における焦り	1. 災害時の活動における重要事項には、精神保健医療提供者による継続的な活動、同じ職種および違う職種の者との連携、非常時にどのように精神保健医療を実行したらよいかを工夫する姿勢を持ち、多様な被災状況を想定した上での対策準備などが含まれる。	1. 0p.
災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開		
1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ	1. 災害対策本部における精神科医の役割は、精神保健医療活動に関する災害対策本部としての方針を決めること、現場での援助者を通じて被災住民の精神健康状態を把握すること、援助者に精神保健医療活動の助言を与えること、現場の援助者に精神保健医療を行うことに大別される。	1. 0p.

介入モデル・サービス		
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		
	1.この章では、大規模な危機的状況に適応される5つの早期介入モデル(戦闘精神医学、 災害時メンタルヘルス対応、 危機度の高い職種への支援、 レイプ被害者に対する危機カウンセリングモデル、 認知行動モデル)について記述している。	1. Op.
1. サービス提供の諸モデル	<p>1. 戦闘精神医学領域には、前線ケア (=Frontline Care)という早期介入法が存在し、その特徴は、近接性、即時性、期待、簡潔性(PIES)の4点である。前線ケアの有効性を支持する知見はあるが、ほとんどない (Jones & Wessely, 2003; Solomon et al., 2004) 。しかし実用的である。</p> <p>2. 災害メンタルヘルス・サービスの早期介入法には、実際の (pragmatic)な援助、心理的応急処置、危機カウンセリングが存在する (Young, et al., 1998) が、それらがメンタルヘルス問題の予防になるか否かは、未だに不明瞭である。</p> <p>3. 危機度の高い職種で働く人々へのサポートには、任務のローテーション、ストレス・マネジメント訓練、defusingなどが含まれる。グループ・デブリーフィングが用いられる時もあるが、この早期介入法の再評価を行っている専門家らは批判的である (Bisson et al., 2000; McNally et al., 2003)。グループの士気や団結などの向上の達成に役立っているようだが、実証的根拠を欠いている。無作為抽出の成果調査によると、災害の直接的被害者である個人に提供されたデブリーフィングは心的外傷後ストレス、その他の精神疾患の発生を防止できなかった。</p> <p>4. レイプ被害者の危機カウンセリングは、社会的支援、ホットライン、トラウマ対応、支援団体・機関への紹介、コミュニティ教育などから成り立つ。</p> <p>5. 身体的救急医療を受けた人々への認知行動的早期介入は、曝露、リラクゼーション、認知的再構成などの要素を含んでいる。ASDを有する生存者には有効と認められているが (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999)、その他の被害者に適応できるかどうかは、北アイルランドでの大規模破壊の生存者達への類似介入は有効と示された (Gillespie, 2002) が、まだ不確かである。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Ev.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Ev.</p>

<p>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</p>	<p>1. 前述した5つの早期介入モデルは、さまざまな点で共通している。</p> <p>▶共通点:①「ほとんどの人々は回復する」(Norris et al, 2002; North et al, 1999; Rothbaum et al., 1992;); 「トラウマ後ただちに介入することが重要」(Bisson, 2003; Pitman, 1989; Shalev, 2003; Campfield & Hills, 2001); 「急性のストレス反応をノーマライズすることが重要」(Bryant, 2003; Ehlers & Clark, 2000; Steil & Ehlers, 2000; Taylor et al, 1992); 「ほとんどの生存者に対しては、簡潔な介入が適切」(Bisson, 2003); 「生存者の適応的コーピングに焦点を当てることが重要」(Bryant et al, 1999); 「社会的支援を提供することが重要」(Bolton et al, 2002; Norris et al, 2002; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner et al, 1999;); 「生存者に向けて積極的なアウトリーチをかけることが重要」(Basciarino et al, 2002; Hoven et al, 2002; Weisaeth, 2001); 「ハイリスク者を同定することは死活的に重要」(Bowler, 2001; Brewin et al, 2000; Bryant, 2003; Ursano, et al, 2003)</p> <p>2. 5つのモデルは早期介入に関する諸仮説を共有しているが、どれをどの程度協調するかに関しては、各モデル異なっている。例えば、CBTモデルは、エビデンスに基づいた介入の提供に焦点をあてているが、いくつかのモデルは軍事精神医学の「即時性」を協調している。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
<p>2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点</p>		
<p>-自然回復のプロセス/定型的な援助 Formal Helping</p>	<p>1. トラウマ的ストレス反応からの自然回復について。定型的援助が被災者の自然回復を促進するという知見がある一方、ある種の介入法(デブリーフィングなど)がそのプロセスを妨げるという研究結果も存在する(Bisson, 2003)。また、自然回復にいたる期間は人それぞれで、自然的プロセスが失敗する可能性もあることから、提供者は、特定の被災者にとって、援助が必要かどうかを考慮する必要がある(Bolton et al, 2003; Ullman & Filipas, 2001)。</p> <p>2. 定型的な早期介入の目的は、被災者の自然回復力を強化することであり(Shalev & Ursano, 2003)、援助を必要としている人々を同定し介入することではない。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

3. 早期介入の適切な目標は何か	1. 早期介入の適切な目標は、トラウマ体験に関する内的および外的な刺激への治療的曝露を増加させること、トラウマに関するネガティブな思考を修正すること (Bryant, 2002)、コーピング能力を改善すること (Gentilello et al, 1999)、社会的支援を強化することなどである (Bolton et al, 2003; Cordova, 2003)。	1. Ev.
4. 行動の変化を促す最善の方法は何か		
- 簡潔な情報提供と助言を通じた教育 / 中等度の強度の介入	<p>1. 多くの早期介入法には、被災者の回復に必要な「簡潔な教育」が取り込まれている。これは、生存者に対する情報提供（例：カウンセリングの提供元）および不適切な行動の変化（例：アルコール摂取）を促すことに効果があり、メディア、パンフレット、非公式な会話を通じて行うことができる (Resnick et al., 1999)。</p> <p>2. 簡潔な教育は、複雑な変化が求められる場合（社会的支援を求めると）と PTSD 予防および軽減には、あまり効果はない (Bryant et al., 1999; Ehlers et al., 2003)。</p> <p>3. 回復に必要な複雑な行動（社会的ネットワークを作る、不安の処理など）を形成するためには、より複雑な（中等度の）早期介入が必要である (Brisson et al., 2000)。</p>	1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.
5. 結論	1. 大規模暴力やその他のトラウマ被害者の早期介入サービスについて、メンタルヘルス専門家とその組織は経験的、理論的、研究的知識の統合を行う方法を見出す必要がある。そして、適切な方法を選択し、効果的な援助技術を学習するにあたり柔軟であり続け、それらの早期介入法について批判的に評価する義務がある。	1. Op.

災害直後の緊急介入提供を構成する背景となる文脈		
1. 早期介入の妥当性	<p>1. 早期介入を提供することによって、次のようなことが可能になる： サービスを受ける人々がメンタルヘルスについて前向きな考えを持ち、同様の支援の受給を自らの意志で継続するようになる、被災者にとって必要であれば、より長期的で専門的なこころのケアへと繋ぐことができる、被災者の名前、住所、連絡先の適切な登録はアウトリーチやフォローアップを容易化する、適応のための対処方法や、メンタルヘルス介入を受けるタイミングや、プライマリーケア提供者に関する情報を提供する教育的機能を果たす。</p> <p>2. メンタルヘルスの早期介入（緊急支援と中間的支援の最初の一か月間としての役割において）は被災した人々に迅速に対応する他の複数のエージェントが活動する状況にて提供される。メンタルヘルスの専門家が災害時に支援を行うに当たり事前に以下のことを確保することは困難が伴うと予想される： 緊急時、中長期においてメンタルヘルスの専門的支援は各フェーズにおいて明確に定義された、統合的役割をもつ、この役割とその重要性は緊急支援、復興支援団体および災害支援プロトコールにより正式に認可されている、現実的、社会的、心理的、そして健康に関わる介入が被災者の求める基準に合うように効果的にコーディネートされるよう、諸機関間協力を実施するためのプロトコールがよく整備されていること。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>
2. 早期介入を開始するための前提	<p>1. 災害と大規模暴力の生存者への早期介入はメンタルヘルス専門職によるサービスでなくともその多くの取り組みが、地域社会のメンタルヘルス効果をもたらすと考えられている（例：国家と地方自治体による治安の確保、リスクと適切な行動に関する市民への正確な情報伝達、国民の指導者への信頼）。</p> <p>2. 災害への対応のさまざまな側面がコミュニティに存在する不安、恐怖を軽減し、人々のメンタルヘルスに影響を及ぼすことから、メンタルヘルス介入を単独で行うのではなく、包括的な災害対応のシステムのなかに完全に組み込んで実施すべきだと専門家間で合意されている。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>

3. 巨大惨禍に対する個人の反応	<p>1. 被災者の災害に対する反応に影響する因子には、トラウマの既往、精神科既往歴、トラウマの出来事の期間と種類、性別、年齢、社会的支援の状況などが含まれる (Wright & Bartone, 1994)。</p> <p>2. 長期にわたる、激しいトラウマへの暴露を経験した生存者はより激しい反応を起こしやすく、災害の特性と由来により生じる反応は多種多様である (例: 戦争、テロリズムなど人為的行為によって生じたトラウマ、火山噴火、ハリケーンに起因するトラウマ)。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
4. サービス提供モデルと顕在化しているニーズと合致させること	<p>1. サービス提供において要となる原理は、必要とされていない、歓迎されていない場面で無理矢理介入することを控えることである (Orner & Schnyder, 2003)。</p> <p>2. 災害生存者のニーズは常に変化し、それぞれの行動は予測不可能であるがために、支援者は現実的で短時間で行える援助に取り組む必要がある (Ajducovic & Ajducovic, 2003)。</p> <p>3. 被災者にとって、惨事直後に起こる「活動停止の時間 (downtime)」は必要と示唆されているため、心理的デブリーフィングは効果がないうえに推奨されていない (Kenardy, 2000)。</p> <p>4. 災害生存者にとって最も効果的な早期介入法とは、社会的支援を促進することである (Brewin et al., 2000; Norris et al., 2002)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p>
5. 災害の背景を評価する	<p>1. 被災地域への緊急介入を計画する際には 社会基盤の損傷の度合い、災害の規模、被災地住民の特徴 (例: 人口層、多文化 vs. 単一文化社会)、二次災害の可能性 (de Jong & Kleber, 2003) を評価したうえで、大惨事の発生と終息については様々なパターンがあることから、早期介入を行う際には、常に災害の状況に注意しなくてはならない (Grieger et al., 2003; Myers, 1994)。</p>	<p>1. Ev.</p>
6. 乏しい資源の有効活用	<p>1. 必要性 demand に対して資源が少ない場合、支援者は、各々の災害のコンテキスト (Shalev & Ursano, 2003) または ニーズ needs (Orner & Schnyder, 2003) に基づいて早期介入方法を選択すべしである。</p> <p>2. 公共性の高い適切かつ正確な情報を災害時に提供できる希少な資源としてマスメディアは使われるべきである。とくに、トラウマにより最初に生じる一般的な心理的反応、反応の一般的な経過、生存者のニーズにあわせて立ち上げられた支援の詳細について伝達すべきである (Levant et al., 2004)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

7. 鍵となる早期介入の構成要素	<p>- 基本的なニーズ/早期心理社会的介入/需要把握と需要のスクリーニング/救援と回復/アウトリーチと情報散布/技術援助, 相談, 訓練/レジリエンス, コーピング, 回復/緊急ニーズ トリアージ/治療</p> <p>1. 災害と大規模暴力後の生存者のショック期、救護期、回復期における段階的適応反応が Shalev と Ursano(2003)によって説明され(表 7.1; p.143)、災害後の早期支援の計画と実行の指針となっている。この原理をもとに以下の早期介入内容リストが作成された。</p> <p>2. 早期危機介入において、専門家に推奨されている構成要素は、基本的なニーズへの対応(安全、食料提供など)、早期心理社会的介入、需要把握と需要のスクリーニング、救援と回復、アウトリーチと情報散布、技術援助、相談、訓練、レジリエンス、コーピング、回復、緊急ニーズ トリアージ、治療の9点である。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>
8. 早期介入のための指針の要約	<p>1. 緊急支援には、慎重な計画と事前準備が不可欠である (Pfefferbaum et al., 2002)。</p> <p>2. 安全確保、メディアとの連携および情報提供、生存者とのラポート構築は、災害後の初期対応において重要な構成要素である (Shale & Ursano, 2003 ; 表 7.2「早期介入における課題の要約」, p.146)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

巨大惨禍後の復元力(レジリエンス)軌道の改善		
1. 中心となる構成		
- レジリエンス / レジリエンスに寄与する他の因子	<p>1. レジリエンスは、ストレスの質、個人の特性、環境によって現れ方が異なることから、一つの trait としてではなく、一つの状態(state)として扱われるべきである (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001; Tusaie & Dyer, 2004)。それゆえ、「レジリエンシー」ではなく、「レジリエンス軌道」または「適応」という用語が適切。</p> <p>2. 頑固さ(Kobasa et al., 1982; Maddi & Hightower, 1999., Waysman et al., 2001)、 coping self-efficacy (Benight et al., 1999; Murphy, 1987)、 ト라우マからの回復(Bonanno, 2004; Brewin et al., 2000; King et al., 1998)、 ト라우マ後の成長(Aldwin et al., 1994; Calhoun & Tedeschi, 2001; Davis et al., 1998 Linley & Joseph, 2004; Tadeschi & Calhoun, 1995)、 レジリエンスの生物学的構成要素 (Caspi et al., 2003; Charney, 2004)は、レジリエンスに寄与する因子と考えられている。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Ev.</p>

2. 介入		
<p>- 準備(心構え)と予防【強靱になること/軍/セルフヘルプ・プログラム/訓練プログラムを通じて強さを構築する/技能を教えることで個人に備えさせることは、いろいろなトラウマ状況に利用できる】/二次ないし三次予防</p> <p>【適応的な対処法について個人に教育すること/地域社会でのレジリエンス・プログラム】</p>	<p>1. 準備と予防における必要事項として、強靱になること (Dienstbier, 1984)、軍 (Charney, 2004)、セルフヘルプ・プログラム(アメリカ心理学会によるインターネット上のセルフヘルプ・プログラムへのレジリエンス形成モジュール掲載)、訓練プログラムを通じて強さを構築する (Hobfoll & Watson, 2005; Peterson, 2000; Seligman & Peterson, 2003; Seligman et al., 1999)、技能訓練 (Ness & Macaskill, 2003)などが挙げられている。</p> <p>2. 二次または三次予防における推薦事項として、適応的コーピングの教育(Beardslee et al., 1999; Bleich et al., 2003)、地域社会におけるレジリエンス・プログラム(Landau & Saul, 2004)について記述されている。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>
3. 要約と結論	<p>1. 大参事後のレジリエンスの軌跡を最大限にする賢明な方法は、多学派による多面的で、さまざまな暴露や反応に対してと同様に文化的背景や出来事の状態を配慮し、その出来事において、多様な介入に可能性を取り入れたものであろう。</p> <p>2. 単に精神保健従事者や指導者だけでなく、社会全体がレジリエンスを強化するにあたり甚大な役割を担っている。コミュニティが個人的、社会的レジリエンスの両方を促進するためのより効果的な戦略を促すには実証的文献の前進が期待される。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

破滅的大災害発生直後の緊急的なニーズ評価		
	1.筆者 (Speier, 2006)の見解によると、災害時の需要評価モデルは、主に 情報収集、 事件への対応、 生存者の回復を重要視している。	1. Op.
1.背景	1.多種多様な介入戦略と評価指標、ならびにそれらに関する研究が存在するが (Norris, 2001)、その中でも Franklyn (1983)に認められている介入は FEMA を通して CMHS (2003) より資金援助されている危機的カウンセリング・プログラムで実施されている対応戦略と一致している。その基本アプローチはトラウマを受けた人々は現行の適応行動を過去にもっており、困難を乗り越える力を基本的に有しているというものだ。 2. 従って、人々に現れる症状は災害に関係しているが、専門家による診断や治療的介入が必要な精神疾患の症状ではないということを前提とすべきである。	1. Ev. 2. Op.
2.介入計画	1.効果的な介入の計画を立てるためには、生存者の抱える繊細な問題と反応の特徴、そしてコミュニティと個人への災害の影響の社会環境要因ならびに特徴を注意深く評価する必要がある。そのために、以下の点について留意する。	1. Op.
- 災害の場所 / 災害の衝撃を受けた人びと	1. DMH 対応策を立てるためには、まず被災地域を特定する。例えば、FEMA は、地域ごとの人口動態が記載された地図や、援助を要請している地理的場所が書いてある地図を提供している。 2. 被災地を特定した後は、コミュニティとその居住者の特徴を見定め、資源と合致させる。 3. 著者 (Speier, 2006)は、DMH 対応に影響しうる数多くの個人および共同体の相対的回復力への影響因子をリストアップしている (言語、脆弱性、教育資源、大惨事の経験など。P.97-98)	1. Op. 2. Op. 3. Op.
3.自然災害後の需要評価	1. 量的需要評価 (被災者の数など)だけでなく、心理社会的ストレス要因に関する情報などを含めた質的需要評価も実施すべきである (Louisana Office of Mental Health, 2002)。 2. 付加的な質的指標は p.99-100 に掲載されており、緊急住宅用支給額、中小企業局による被災者への住宅サポート、身体的に脆弱な高齢者数、農業と漁業の災害損失額、蛇・蚊に加え菌類・カビ類の蔓延と脅威、下水の家屋・井戸への流入などが含まれている。	1. Ev. 2. Op.

4.大量の死傷者を伴うテロリストによる大惨事後の需要評価		
ヴァージニアの需要評価/ニューヨーク州需要評価	<p>1. ヴァージニア州で起こったペンタゴンへの飛行機衝突事件と、ニューヨーク州の9.11において用いられた惨事後のメンタルヘルス需要評価方法はテロ事件という原因を同じくするも、それにより引き起こされた災害の差異により、異なる評価方法が導入された。</p> <p>2. ヴァージニアでは事件後6週～8週以内にサービス受給対象となったグループは 直接の被害者、 殺害された人々の家族、友人、近隣者、③事件に対応した救急隊員とその家族、④事件に対応しなかった救急隊員とその家族、⑤テロ行為の結果として失業した人々、 テロリストの標的またはペンタゴン周囲の住人、 出身国やイスラム教信仰のため見当違いの怒りの標的とされたと感じる人々、 難を逃れるためにバージニアに来ていた移民、⑨学童児童であったが、ニューヨークではFEMA/CMHS が定める喪失カテゴリーにある因子に基いた需要見込み指標を拡大し、 災害により雇用・解雇された人々、 世界貿易センター(WTC)緊急および復旧作業員、 WTC避難者、④WTCにおいて勤務していたが攻撃時に不在であった人々、⑤避難所での学童と教師、⑥就学前の子どもなどを含めて広範なアウトリーチが実施された。</p> <p>3. ニューヨーク市5区を対象とした需要評価では共同体内の下位集団へのリスクを考慮し、第一、第二段階の対応プランが定められた。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.</p>
5. 需要評価戦略	<p>1.メンタルヘルス需要評価において、WHO は以下の項目を推奨している： 背景、文化、問題の歴史と性質、その地域での苦悩と疾病への認識の仕方、対処方法、共同体の資源などを慎重に考え評価、 特定の背景および事情の定性的評価、 障害または日常機能の定量的評価、 満たされていない需要と需要の緊急性を特定、 地域の資源と潜在的な外部資源 (World Health Organization, 2003)。</p>	<p>1. Ev.</p>
6.災害後のメンタルヘルス需要の評価に対する概念モデル	<p>1. 災害・事件でのメンタルヘルス需要評価概念モデルは図5.1(p.107)に示されている。</p> <p>2. 計画性の高い需要評価は、最終的に効果的な短期および長期介入サービスを導くものである。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p.</p>

7. 対応構築を需要評価に結び付ける	1. 被災地と被災者を特定した後は、コミュニティとその住民における需要と資源をいかにして合致させるかを定める。著者が推奨する対応策には、現在および将来の個人の需要、個人と共同体を災害以前の状態に復旧するために必要な、回復活動範囲に関連して利用できる機器のサポート、回復戦略の基盤となる因子の再評価の継続の慎重な分析が含まれている。	1. 0p.
8. 結語	<p>1. 災害支援に限らず、状況への対応において最も重要な要素は多種多様な場所において沢山のひと々と話すことである。平時に対応業務に積極的従事している人々などを集めて少人数ごとにブレインストーミングを行い、その受け答えの過程で異なる有権者グループがこうむる災害の影響の多種多様な側面について誰が専門家として決まってメディアに引き合いに出されるか常に注意を払うことが最も重要である。</p> <p>2. サービス提供のプロセスは新しいステークホルダーが現れるに伴いニーズアセスメントのプロセスを知らせる。被災者が誰であるか、そしてその人たちがどこに住み、どこで働いているのかという情報は必須であるが包括的な災害時精神保健対応と復興事業の基本的な構成要素にとどまる。よって、幅広く慎重なニーズアセスメントをする努力を率先して見極めることが災害復興の対応における早い段階で統合的な対応政策を組織し実施する機会を災害精神保健チームに与える。</p>	1. 0p. 2. 0p.
よき意図で舗装された道でも、方位磁針は必要 災害時メンタルヘルス・サービスのモニタリングと評価		
1. なぜ災害メンタルヘルス・プログラムを評価するのか？	1. 災害メンタルヘルスサービスは、刻々と変化する混沌とした状況のなかで提供されるため、介入が非効果的に行われる可能性がある。不合理な先入観、サービス内容の改善のための最善策についての間違っただ前提、以前の災害の印象にもとづく臨床の知識・ロジスティクスの知識等は現場での素早い決断へ要求が高いあまり、頻繁に見受けられる。	1. 0p.

<p>- プログラム評価が貢献すること / プログラム評価のタイプ</p>	<p>1. プログラム評価は介入の実施・効果に関する情報の収集、分析、解析する体系だった取組みを指すが(Shadish et al., 1991)、危機の最中においてはなおざりにされがちであり、効果を期待できる最良のカウンセリングが何であるかの実証的知識は非常に限られている。しかし、災害メンタルヘルス・サービスにまつわる課題への答えはプログラム評価により提供される実証的根拠によって導き出されることから、科学的なプログラム評価の実践とその質の向上が必須である。</p> <p>2. プログラム評価には、プロセス評価と成果評価の2種類が存在する。前者は、危機介入の実施に関する評価で、後者はその効果の評価に焦点を置く。</p> <p>3. また、プログラム評価の種類には、a) モニタリングと、b) 累積的評価も存在する。前者は、プログラムの実施期間中に集めたデータ(利用者の満足度など)を基に、プロセスが計画通りに進んでいるのかを評価する。後者は、モニタリングの目的に加えて、プログラムとそのプロセスの効果に関連する問題を特定する。これにより、プログラム実施における問題のみならず目標、戦略などについての幅広い因子について考察が可能となり、将来の危機対応への計画設定に役立つ。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.</p>
<p>2. よいプログラム評価の基準</p>		
<p>- 有用性 / 実行可能性 / 倫理 / 正確さ</p>	<p>1. 評価は評価結果に影響を受ける、あるいは評価に深く関与している人々の関心である課題に応えることであるから、利害関係の特定とそのニーズの対応が必要である。個々の利害関係者は評価の有効性についてそれぞれ異なった判断をすることから、評価者の重要な仕事の一つは、利害関係者の価値観を明確にすることである。評価は利害関係者の活動に対する影響力が最大限になるよう、終始一貫して実施・報告する必要がある。</p> <p>2. 評価の有効性はその実行可能性(例: 評価する範囲、利用可能な資源、政策面での実用性)に合理性があるかによる。</p> <p>3. 倫理的評価について--参加者の人権、権利、福利を尊重すること。</p> <p>4. 正確さについて--評価の手順の詳細を明示し、手順自体が明らかでなければならない。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p.</p>

3. プログラム評価の実施		
<p>- ステップ1 利害関係者を参加させる / ステップ2 プログラムがどう機能するかを示す / ステップ3 評価課題と評価計算に焦点を当てる / ステップ4 確かな証拠を集める / ステップ5 結論の正当性の確保 / ステップ6 評価の成果を共有する</p>	<p>1. プログラム評価は以下の手順で行われる (表 12.1 ; p.237) : 利害関係者の特定、その関心を時期段階ごとに区別する、プログラムがどう機能するかを示す、プログラムの課題と計画に焦点を当てる、確かな証拠を集める、結論の正当性を示す、評価の結果や教訓を共有する (Bickman, 1987; Lipsey, 1993; Mowbray, 1988; Rossi et al,1999; University of Kansas Work Group on Health Promotion and Community Development, 2004; Weiss, 1997)。</p>	<p>1. Ev.</p>
4. 災害後の評価に関する諸課題	<p>1. 生存者のニーズが変わるにつれて、提供されるメンタルヘルス・サービスの種類が時間とともに変更する傾向があること。</p> <p>2. 評価結果は地域の社会的文脈に影響を受けるが、その社会的文脈も時間とともに変化する。例えば、後期段階になるとコミュニティ・サービスが打ち切られ、生存者の間に幻滅感が生じる (Athey, 1999; Lipsey, 1993)。</p> <p>3. アウトリーチ・プログラムによって、災害以前に存在していたにもかかわらず見過ごされたままであった問題が特定されることがある (Athey, 1999)。</p> <p>4. 評価の必要性が十分認識されてないために、有効な評価を行うのが遅れてしまうことがある。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op.</p>

5. 「評価文化」を発展させる	<p>1. 評価文化を定着させるためには、評価に対する事前の政治的支援を構築させること、すぐに使えるデータを収集したライブラリーと、データ管理と報告ツールを作成すること、技術支援者の中核グループを確立すること、成果測定におけるプライバシー保護について真剣に議論すること、評価に必要な資金を災害メンタルヘルス支援のなかに含ませることが必要である。</p> <p>2. 危機カウンセリング・サービスにおいて役立つと考えられる知識の多くがいまだ個人的な経験談と社会通念に基づいている。支援者らが経験的に持ち合わせている介入の効果の知識は比較的簡単に研究できる類似集団（例：自動車事故の被害者）をもとに得られたものが多くを占める。実際の災害から得た経験的なデータに則した知識が必要とされるならば、適切な環境を整備し、災害メンタルヘルス・サービス提供時に有用なプログラム評価をすることが必須である。</p>	1. 0p. 2. 0p.
ロジスティクス		
ロジスティクス		
1. ロジスティクスとは		
- ロジスティクスの定義/ロジスティクス活動	<p>定義：</p> <p>1. 著者（國井、2012）は、災害時における「ロジスティクス」を、被災者のニーズを満たすために、必要な物資や情報の流れを計画、管理する過程、と定義している。</p> <p>ロジスティクスの活動：</p> <p>2. ロジスティクスの活動は、被災地のニーズおよびロジスティクス能力調査、物資調達（i.e., 現物支給、購買）、陸運、海運、または、空運による運輸、倉庫管理（i.e., 入出荷の記録）、配給する際の配分と運送手段への配慮、事前準備（i.e., スタンドバイ・パートナーの確保、官民連携の促進、ロジスティクス・クラスターの立ち上げ）、の6段階に区別されている。</p>	1. 0p. 2. 0p.
2. 東日本大震災における WFP のロジスティクス活動	<p>1. 著者（國井、2012）は、3.11 東日本大震災のロジスティクス活動（政府支援物資輸送、仮設倉庫建設、民間支援物資輸送、能力育成支援）に携わった経験をベースに、パートナーの重要性、柔軟性、最短時間で物資を目的地に届けるための計画の3点が重要であると記している。</p>	1. 0p.

留意点		
食糧安全および栄養		
9.1 適切な社会的・心理的配慮 (文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援)を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食糧安全、栄養および食糧援助に関連する心理社会的要因をアセスメントする。 2. 食糧援助の計画立案、提供およびフォローアップへできるだけ参加を求める。 3. 食糧援助の実施において治安と保護を最大限に高める。 4. 主要な関係者のアイデンティティ、人格、尊厳を保護するように文化的に適切な方法で食料援助を実施する。 5. 紹介に際し、保健ケア施設、その他の支援組織と協働する。 6. コミュニティで長期食料安全計画に関する議論を活発化させる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p. 5. 0p. 6. 0p.
避難所および仮設配置計画		
10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮(安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援)を取り入れる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 災害・紛争等において、安全かつ適切な避難所を備えておくことが重要である。これを実現するためには、できるだけ多くの被災者(とくにハイリスク者と女性)が避難所に関する問題解決に参加し、土地の割り振りと配分を差別なく行い、プライバシーを最大限に確保し、安全な共同スペース(子どもの遊び場など)を設置することが求められる。また、避難民が自分で問題に対処できるよう手助けすることも推奨されている。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p.
水および衛生		
11.1 適切な社会的配慮(すべての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性)を水と衛生を提供する際に取り入れる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. きれいな水と下水整備、衛生推進のためのアセスメントに社会的・文化的問題を含める。 2. 特に女性と、そのほかりスクの高い状態にある人々が、評価・計画・実行に参画できるようにする。 3. 水と衛生活動の全てにおいて安全と保護を強化する。 4. 住民間の衝突を防ぎ、それが起きた場合は建設的な方法で対処する。 5. 一人一人、および社会全体の衛生を推進する。 6. 水と衛生設備をコミュニティ全体でモニタリングし、結果のフィードバックを推進する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p. 5. 0p. 6. 0p.

コメント		
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）（専門家の意見）		
(i) 災害の規模による違い	<p>1. 広域災害の場合： DPAT 派遣は広域災害に限るべきである(災害派遣に伴う病院等の後方支援としての派遣についてはその限りではない) 自治体の要請がなくとも DPAT は派遣されるべきであり、オーバートリアージの状況になってもよい</p> <p>2. 局所災害の場合： 基本的に県内の DPAT および地域の事情に明るい関係機関で対応すべきである DPAT が局所災害に対応しないのはのぞましくない</p> <p>3. 災害の規模を不問とする場合： 地域ニーズを把握するための DPAT 先遣隊の必要性は高い</p> <p>4. その他： DPAT を広域型、局所型に分割する 災害規模・災害程度の細分化を行い、各々に対応する活動内容を明記する</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p> <p>4. 0p.</p>
(ii) 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない	<p>1. 災害規模に加え、被災者数、医療設定、医療機関や行政のマンパワーにより DPAT の活動内容が決定される。</p> <p>2. 活動の指針の一助として局所災害と大規模災害ではどこが異なるのか構成要素（例：マンパワー、地域性、近隣からの支援）をある程度明確にする。</p> <p>3. DPAT 派遣の有無とその規模は「医療機関の損失の程度（医療機関への交通機関の遮断も含む）」「新たなる対象者の増加の有無（医療中断の可能性のある対象者の数や、新たな ASD の発生の数）」等によって判断されるべきである。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
(iii) 医療機関への支援について	<p>1. 医療機関の支援を活動の前提とするのでなく、局所災害で災害地の医療機関が機能できている場合はその現地の医療機関より被災者への支援活動をおこなうべきである。一方、広域災害の場合は近隣医療機関が被災地支援を積極的に行い、DPAT は近隣医療機関に派遣されたのち近隣医療機関より被災地支援を行うのがのぞましい。</p> <p>2. DPAT 派遣要請において、医療機関支援を含む場合とそうでない場合とを区別し、平時より各自治体の精神病院協会・自治体病院がリーダーシップを取り、災害拠点病院、総合病院、大学病院等の連携体制を整え、その連携を全体的なロジスティクスをとりまとめる形で補佐する共助グループの構築が重要であり理想的である。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>

(iv) その他	<p>1. 災害規模の想定については何年もかかる作業となるので、都道府県をまたぐ大災害、市町村をまたぐ中規模災害、局所だが広域性を持つ災害ほどのシンプルな設定にとりおき、災害発生時の活動人員の所在、部署間の連絡系統、活動内容の明確化とそれに伴う準備を行う。</p> <p>2. 被災都道府県、政令指定都市のコーディネーターが DPAT 派遣の可否を判断するのが原則である。大規模災害による地元コーディネート機能破綻の場合もあるが、地元自治体の判断が最優先されるべきである。</p> <p>3. DPAT の派遣について市町村、都道府県、ブロックレベルでの相互のペアリング支援体制を整備し、平時より研修・訓練を通じて交流する。</p> <p>4. 現地に精神科医がいる状況を確保・継続するため、DPAT 活動としては何か特別な対応をするのではなく、現地精神科医の不在により空いた部分を補填するだけでよいと考える。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p> <p>4. 0p.</p>
----------	---	---

表5 カテゴリー内容整理 (アセスメント)

アセスメント	要約	Ev. / Op.
アセスメント、モニタリング、評価		
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>1. 可能な限り適切な関係者（支援機関、コミュニティ、被災者など）と連携し、被災地域の人口統計・背景情報、被災体験、精神保健・心理社会的問題、地元既存する心理社会的ウェルビーイング・精神保健に関する資源、地元の支援団体の対応能力と活動、プログラムのニーズと機会、の6つの情報を収集し共有する。</p> <p>2. 効果的な救援活動を行うためには、被害を受けた地域の対応能力とその被災体験に焦点を置いた迅速アセスメントを1,2週間以内に完了することが推奨されており、上記の情報全体に関する詳細なアセスメントもその後必要とされる。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
2.2 参加型のモニタリング・評価システムを開始する。	<p>1. 支援活動の質の向上させるためには、モニタリングと評価 (monitoring and evaluation: M&E) が欠かせない。(1) プロセス、(2) 満足度、(3) アウトカム (設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度) の指標を SMART (Specific, Measurable, Relevant, Time-bound: 具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き) の基準に沿って策定し、活動の前後・最中に測定することで長期にわたり活動の変化の有無を確認できる。また、活動の後に一定の間隔での追跡調査を行うことが望ましい。</p> <p>2. 可能な限り適切な関係者（政府、NGO、コミュニティ、宗教団体、被災者等）がアセスメントの行われる過程に参加し、協同的作業とする。加えて、面接参加者のプライバシー、秘密、最善の利益が尊重されなければならない。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

スクリーニングと心理アセスメント		
1.スクリーニングと心理アセスメントの概説		
- 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>1. アセスメントの主目的は、トラウマによる心の後遺症の査定であるが故に、それに関連する(1)外傷体験の内容や、(2)背景要因(例: サポート資源の欠如)の把握が不可欠となる。児童虐待等の場合は、被害が発生する可能性を優先的に評価することが求められる。</p> <p>2. 被災者のトラウマ体験の開示については「回復を促進する」、「さらに心を傷つける」という相反する見解があるが、どちらが正しいということではない。トラウマ体験の開示・非開示については、体験からの経過時期、開示の程度や環境、ならびに本人の開示への準備性などが影響する。</p> <p>3. アセスメントの時期・選び方は (1)トラウマ体験からの経過時期、(2)被災者の状態と人数、(3)査定者との関わりが可能な時間、などで決まる。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
2.スクリーニングとしての査定		
- 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>1. 心理尺度を用いたトラウマ体験の「後遺症」としての反応のスクリーニングは、限られた時間の中で支援を必要とする人々を迅速に特定し、心理教育としての効果も発揮する。</p> <p>2. 本章では、改訂出来事インパクト尺度: IES-R(Asukai et al., 2002; 飛鳥井, 2004) や、子ども版災害後ストレス反応尺度: PTSSC-15(富永, 2004; 富永ほか, 2002)などのトラウマ反応の重症度を査定する尺度と、改訂版虐待経験評価尺度: AEI-R(西澤, 2005)や日本版ドメスティックバイオレンス簡易スクリーニング尺度: DVSI(石井, 2006)の尺度が取り上げられている。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. Ev.</p>

3.子どもの心理 アセスメント		
- 「UCLA・PTSD インデックス DSM- 版 (UPID)」 とは / UPID の特徴 / 施行方法	<p>1. 著者(明石, 2010) は、7～18 歳の子どもを対象とした PTSD のアセスメントツールとして、UCLA・PTSD インデックス DSM-IV 版(UPID)を紹介し、特徴や施行方法について概説している。</p> <p>2. UPID の最大の特徴は、子どもの応えやすさを重視した明快で簡潔な質問項目である。試行時間も平均 20～30 分と短く、使い易い。</p> <p>3. 対象年齢は 7～18 歳 (日本語版は小学校 3 年生以上に適切な言葉、表記を使用) であり、試行形態は施行者が質問を読み上げる (構造化面接)、自記式、集団試行 (読み上げもしくは自記式) の 3 通りがある。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.</p>
4. 診断として の査定		
- 診断としての 査定にあたって / 時期式質問紙法 / 構造化診断面接法	<p>1. 査定に必要な内容は、被害体験の内容、他の心的外傷経験、精神症状 (PTSD 症状や抑うつ状態など)、④精神科既往歴と被害前の社会適応状態、⑤生活状況と家族等のサポート資源等が含まれる。これらの情報が適切な支援計画と治療的介入の検討に必須である (齊藤ら、2009)。</p> <p>2. PTSD の診断方法は以下 2 つに大別される：</p> <p>自記式質問紙法</p> <ul style="list-style-type: none"> -PTSS-10 (外傷後症状尺度) -IES (出来事インパクト尺度) -IES-R (改訂出来事インパクト尺度) -PDS (外傷後ストレス診断尺度) <p>構造化診断面接法</p> <ul style="list-style-type: none"> -SCID (DSM-IV のための構造化臨床面接) -M.I.N.I (精神疾患簡易構造化面接法) -CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) (飛鳥井ら, 2003) 	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

迅速ニーズアセスメント		
1.災害下の迅速アセスメント		
- 災害下で行われるさまざまなアセスメント/迅速アセスメントについて	<p>1. 災害下で効果的な対応を可能にするためには、情報収集・情報把握（アセスメント）が不可欠である。ただし、災害発生直後から急性期において、情報収集が困難になる上、信憑性を確認する手段が途絶えやすい。また、現場のニーズは刻一刻と変化するため、下記のアセスメント(表 5-1;p.54)を災害後の経過時間に応じて幾度も行う必要がある： 初期アセスメント、 全体アセスメント、 課題別アセスメント、 定期的アセスメント/モニタリング、 復旧・再建のためのアセスメント。</p> <p>2. 迅速アセスメント（rapid assessment: RA）とは、投入できるリソース（時間、手段、要員など）が制約され、通常の調査・分析を行うことが不可能な状況下で必要な情報を優先的かつ実用的手法により効果的に収集・分析するプロセスを指す。とくに発災後最初に行われるアセスメント調査（初期アセスメント）は RA の成否が救援の正否に直結するため、これを指して RA と呼ぶこともある。RA を実施する上で重要な点は、 目的に徹すること、 迅速であること、 可能なあらゆる手段を駆使すること、 の3点である。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p>
2.アセスメントの実際		

<p>- 発災後最初に行う迅速アセスメント/全体アセスメント/迅速アセスメントの実施に際しての参考事項/情報の集約と共有・公開</p>	<p>1. 初期アセスメントは、災害後 12 時間～24 時間以内に 災害と被害の状況、 保健医療システムの被災状況、 公衆衛生の課題、 緊急対応の実施に必要な情報、を迅速に得ることを目的としている。その後、公衆衛生課題の全体と保健医療課題の全体について問題点やニーズを特定するために全体アセスメント (through assessment) を実施する。</p> <p>2. 全体アセスメントでは、被災地域の全体と保健医療課題の全体について、どのような問題・ニーズがあるかをスクリーニングする。</p> <p>3. 迅速アセスメントを実施するうえでの参考事項として、データ・情報の入手方法 (文書データ、情報提供者、フォーカスグループ・インタビュー等)、準備・持参するとよいもの (被災地の地図、被災地の医療機関、保健施設その他関連施設、デジタルカメラと IC レコーダー等) の二項目について列記されている。</p> <p>4. アセスメントで得た情報は被災者支援に役立てられるよう災害対策本部に集約し、救援団体や機関が参照できるよう共有・公開する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>ニーズ・アセスメント</p>		
<p>1. 災害時の精神保健・心理社会的支援に関連する情報</p>	<p>1. 災害援助活動を行うためには 災害のタイプに関する基本的事実とそれに関連する科学的事実と災害精神医学的知識 (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Garakani, et al., 2004) 、 コミュニティの詳細な被災状況 災害前のコミュニティについての背景情報を収集する必要がある (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; World Health Organization, 2009)。</p>	<p>1. Ev.</p>

<p>2. 災害時の精神保健・心理社会的支援のガイドライン</p>	<p>1. 著者(Katz, 2015)は、機関間常設委員会のガイドライン(Inter-Agency Standing Committee, 2007)、世界保健機構のガイドライン(World Health Organization, 2001)、災害精神医学アウトリーチのガイドライン(Disaster Psychiatry Outreach, 2004)をニーズ・アセスメント実施の観点から総説している。</p> <p>2. 機関間常設委員会(IASC)のガイドラインはニーズ・アセスメントで収集すべき6つの情報のタイプ(表4-2)を列記しており、アセスメント実施の上でいくつかの要点を示している: アセスメントを行う目的に災害支援自体の必要性を決定することを含む、アセスメントは対象地域の利害関係者、政府、コミュニティ、他の支援期間の協力のもとに行う、複数の支援組織によって行われるニーズ・アセスメントが災害時精神保健活動全体を管理する組織に共有される体制を築く、④迅速アセスメントは被災者の体験に焦点を当て、発災後1~2週間以内に完了することが奨励される。</p> <p>3. 世界保健機構(WHO)のガイドラインは紛争により国外に脱出した難民、自国内の故郷を追われた避難者、避難せずとも紛争の影響下にある地域住民を対象とするメンタルヘルス・ニーズの迅速アセスメント(Rapid Assessment of Mental Health needs: RAMH)を公開(WHO, 2001)しており、紛争によって生じた複雑な人道上の緊急事態の際に実施する特定のガイドラインを含む。RAMHガイドラインはIASCガイドラインに比べ、より具体的な運用指針を示しており、RAMHIチームの特定(構成メンバーは少なくとも一人のメンタルヘルスの専門家を含む複数の専門分野にまたがること、地元メンバーと国際メンバーから成ること)、メンタルヘルスの専門家以外のメンバーがアセスメントについて評価者としての訓練を受けたうえでチームメンバーになることを許可、複数の期間によるアセスメントの必要性、が含まれる。</p> <p>4. 災害時精神医学アウトリーチのガイドライン(DPO)はいかなる災害精神医学的ニーズ・アセスメントにおいても最低限収集すべき情報の種類を列記しており(表4-3、4-4)、被災者の状況を左右する重要な要因と被災者のニーズに焦点を当てた情報収集のモデルを示している。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p>
-----------------------------------	--	--

3.実践上考慮すべきこと	1. ニーズ・アセスメントを実施する際に考慮すべきことは、被災者支援の活動時期 (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)、精神保健活動の範囲 (Calderon-Abbo, 2008)、アセスメント内容ならびに方法-何をどうアセスメントするか (Choudhury et al., 2006; Connor et al., 2006; Lindal & Stefansson, 2011; Math et al., 2006; Humayun, 2008; Palinkas et al., 1993; North et al, 2002)、支援活動の予算的問題である (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Schoenbaum et al., 2009)。	1. Ev.
4.結論	1. 大きな混乱に晒されている被災地の状況を悪化させることなく最大限の支援を提供するため、システムレベルのアセスメントは災害精神科医の効果的支援の実施の礎となる。 2. 介入前に優先されるアセスメント対象は患者、すなわちコミュニティである。 3. 潜在的な支援のリソースと目指すべき支援体制の実現を目標にアセスメントを行うと最大限に有用な情報を得ることが出来る。	1. Op. 2. Op. 3. Op.
災害直後 見守り必要性のチェックリスト		
	1. 金ら(2001)は、初期対応の一環として一般援助者がチェックリストを用いて要支援者をスクリーニングすることが望ましいと述べている。本ガイドラインに掲載されている「見守り必要性チェックリスト」(14項目)には、トラウマ反応、トラウマ体験、処方薬の有無、災害弱者(本人・家族)に関する質問項目が含まれている。 2. 一般援助者に対し、対応方法を可能な限り早期に伝達するため、見守り必要性のチェックリストを配布することが望ましい。 3. プライバシーへの十分な配慮の指導のため、平時より防災訓練等でその必要性を伝達しておく。 4. 防災訓練時などに一般援助者がチェックリストを用いて経験を積むのが望ましい。 5. 地域精神保健医療の担当機関、地域精神保健医療従事者に一般援助者が助言を必要時に仰ぐことができ、その後の対応を依頼できる連絡体制の確立が望ましい。	1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.

早期介入研究における留意点		
メンタルヘルス介入の研究を行うために		
1. 現状はどうなっているのか？	1. 危機的事態ストレス・デブリーフィング(critical incident stress debriefing: CISD)の無効性と有害性を示す報告があり、それに代わる CBT の有効性が認められているにも関わらず、CISD は災害下の標準的ケアとして現在も臨床家に注目されている。早期介入法として CBT を普及するためには、被災者支援従事者と協力し、より大規模かつ多様な人々を対象とし、適切な対照群をもつ綿密に計画された臨床試験に基づく評価結果が必要である (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999; Litz et al., 2002; Rose, Bisson, & Wessely, 2001; Watson et al., 2003)。	1. Ev.
2. 早期介入研究における優先事項	1. 筆者 (Litz & Gibson, 2006) は今後の早期介入研究のテーマを優先順に次のように列記している： RCT, quasi experienmetal design, balanced design, block randomization design 等を用いた多様な二次的予防法に関する、入念に計画され適切な対照群を置いた臨床試験 (Yule, 1992; Hardin et al., 2002)、 ト라우マ後適応の自然経過、特に大規模暴力およびトラウマ性喪失後の適応経過に関する縦断的研究、スクリーニングモデルおよびスクリーニング方法に関する研究 (Ethlers & Clark, 2003; Litz et al., 2002)、さまざまな介入の最適な導入時期に関する研究、早期介入に不可欠な構成要素や必要な修正作用に関する研究、被災者のニーズに関する研究 (Hobfoll, 1989; Hobholl et al., 1995)、 ト라우マ体験による喪失体験 (traumatic loss) に特有の精神的荷重に関する研究、 ト라우マ後の適応概念の拡大に焦点を当てた研究 (Norris et al., 2002; North, 2003)。	1. Ev.

<p>3. きちんとした早期介入研究への障碍, およびその解決策</p>	<p>1. 災害下で臨床研究を実施すると方法論的不備を伴うため、早期介入の研究者は災害の影響下にあるコミュニティに持ち込むに適切な研究を事前にデザインし、調査のための資金を得なければならない。</p> <p>2. 早期介入研究における障碍として主に記されているのは、被災者・被害者を研究参加者として取り入れ、対照群に割り当てることに対する懸念、研究者、臨床家、政策担当者の間における比較対象臨床試験の重要性に対する認識の違い、トラウマ体験後間もない生存者から研究参加への同意を得ることに関する倫理的問題 (Christianson, 1992; Eysenck & Calvo, 1992) である。</p> <p>3. 早期介入研究が倫理的に適切であるためには、その研究で使用される各介入法それぞれの相対的利点が真に不確かでない限りならない(臨床的平衡)。被災者・被害者に対して科学的により有効性が認められた早期介入法は現存しないため、この原則は該当しない(Freedman, 1987; Gray, Litz, & Olson, 2004; Young, Annable, & Stat, 2002)。</p> <p>4. 早期のトラウマ介入についてのエビデンス不足に鑑み、倫理的問題はおそらくRCTを行う事ではなく、行わない事であろう。トラウマ被害者のための有望な新介入法を試すため、RCTs を利用し、プラセボ/非特異的要因の対照群を用いることに問題はないと主張する。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op.</p>
<p>4. 早期介入研究における方法論的留意事項</p>		

<p>- 目標とする症状を明確に定めること/治療への無作為割り付け/信頼性・妥当性のある評価尺度/評価者の盲検化/評価者の訓練/マニュアル化された再現可能な治療プログラム/客観的な治療アドヒアランス評価尺度/多様なアウトカムに関する評価</p>	<p>1. Foa と Meadow(1997)は早期介入に関する臨床研究の妥当性を高めるために、以下7つの「ゴールド・スタンダード」を提示している： 目標とする症状を明確に定める、治療への無作為割り付け、信頼性および妥当性のある評価尺度、評価者の盲検化、評価者の訓練、マニュアル化された再現可能な治療プログラム、客観的な治療アドヒアランス評価尺度、多様なアウトカムに関する評価。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>5. 結論</p>	<p>1. 大規模暴力、外傷性喪失への暴露による慢性 PTSD・他メンタルヘルス問題防止のため最良と考えられる方法の探求は臨床的平衡状態を保つことであり、それが体系的研究の必要性を実証している。</p> <p>2. 方法論的基準を満たす早期研究を行う課題は多岐にわたるが、必ず克服しうると考えている。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

表6 カテゴリー内容整理（初期対応）

初期	要約	Op./Ev.
直後期の対応として		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 著者ら（鈴木ら，2012）は、直後期を「発災後数時間から数日間」と定義している。 2. 災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目： 精神科救急対応、 精神科通院患者の服薬継続の維持、 相談窓口の周知 3. 意見が分かれた項目： 精神医療や心理専門職による心理療法、 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）、 一般住民への相談活動、 心理教育の対応 4. 不適切という意見が多かった項目：一般住民に対するスクリーニング 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.
急性期の対応		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 著者ら（鈴木ら，2012）は、急性期を「発災から数日から数カ月程度」と想定している。 2. 災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目： 精神科救急対応、 精神科通院患者の服薬継続の維持、 避難所などを巡回しての相談活動、 心理教育・普及啓発活動 3. 専門家の意見が分かれた項目： 心理療法、 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、 巡回相談 4. 専門家による合意が得られなかった項目：スクリーニング 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.

最低必須対応		
	<p>1. 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>2. 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>3. 最低必須対応の定義:「災害・紛争時等に至急実施すべき優先度の高い対応」、「被害者が受けるべき最低限の支援を提供するための活動」</p> <p>4. 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>5. 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>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.0p.</p> <p>5.0p.</p>
初期対応(災害後1ヶ月まで)		
1) 現実対応と精神保健	<p>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前提となるが、これらの全てが解消されるわけではないため、精神的問題を念頭に置いた対策が必要。</p>	1.0p.
2) 直後期の対応=ファースト・コンタクト	<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: 付属の見守り必要性チェックリスト(災害時地域精神保健医療活動ガイドライン/p.24)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、心理教育の実施、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: 情報収集(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)、被災前からの多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定と打ち合わせ。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p>

<p>3) 見守りを要する者のスクリーニング</p>	<p>1. 災害に備えて一般援助者がすべきこと：見守り必要性チェックリストの使用方法や心理的応急処置、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：見守り必要性チェックリストを用いたスクリーニング、精神保健医療関係者に援助を必要とする被災者の対応の依頼、心理的応急処置</p>	<p>1.0p. 2.0p.</p>
<p>4) 心理的応急処置</p>	<p>1. 心理的応急処置の必要性：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：ホットラインや相談所について、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：原因として、過去に別の外傷的出来事への曝露、精神疾患の再発、発症、投薬など治療の中断、などが挙げられている。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p.</p>
<p>5) 医学的スクリーニング</p>	<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た後に、精神科医が診断面接を行うという流れが勧められている。</p>	<p>1.0p.</p>
<p>6) 情報提供</p>	<p>1. 被災者へ提供されるべき情報の内容は、現実情報（災害規模など）と、心理情報（一般的なトラウマ反応、対応法など）である。</p>	<p>1.0p.</p>
<p>7) 「心の相談」ホットライン</p>	<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紹介することが望ましい。</p>	<p>1.0p.</p>

災害時こころのケアのあり方		
1. 基本的こころの構え	<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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.</p>
2. 初期対応における精神保健専門家の役割	<ol style="list-style-type: none"> 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。 <ul style="list-style-type: none"> ✓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。 ✓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。 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。 <ul style="list-style-type: none"> ✓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。 ✓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>1.0p. 2.0p.</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。 ✓「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。 ✓伝達すべき情報の収集ならびに伝達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。 ✓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。 ✓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。 ✓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>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.</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。 ✓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。 ✓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>1.0p. 2.0p.</p>

<p>5.災害時要支援者への対応</p>	<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。 ✓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。 ✓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。 ✓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。 ✓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。 ✓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。 ✓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。 ✓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。 ✓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>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.</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、個別化情報を加えての提供、「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違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週間ほどは有効であり、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応、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の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>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.</p>
<p>初期対応（専門家の意見集約のデータ結果に基づく）</p>		
<p>1. 基本的こころの構え</p>	<p>1. 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>2. 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>3. 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>1. 0p 2. 0p 3. 0p</p>

2.初期対応における精神保健専門家の役割	1. 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。	1.0p.
3.初期対応	1. 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。 2. 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。情報は確認してから提供すべきである。 3. 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。	1. 0p 2. 0p 3. 0p
4.スクリーニングについて	1. 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。	1.0p.
5.災害時要支援者への対応	1. 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。 2. 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）。 3. 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。 4. 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。 5. 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。	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.
6.情報提供	1. 被災後初期から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。 2. 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。 3. 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。	1.0p. 2.0p. 3.0p.

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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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り、思惑を持つ者に通信経路が悪用される可能性がある。 2. 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。 3. 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うえで、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>1.0p. 2.0p. 3.0p.</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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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。 3. 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。 4. 前向きな対処方法に関する一般向けの情報を作成する上で「すべきこと」、「すべきではないこと」を表で示している（IASC ガイドライン p.164 を参照）。 	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p.</p>

災害への即時対応		
1. PFA とは	<p>1. PFA の定義：適応的対処・問題解決を支援するために、急性期の間（最初の 4 週間）に急性ストレス反応あるいは機能不全を呈する人々に提供される介入方法。</p> <p>2. 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)。「一定の基準」とは何かについては書かれていない。</p> <p>3. 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 (Deahl, 2000)。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（詳しくは第 7 章を参照）。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.Ev.</p> <p>3.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、 重度の急性ストレス反応を呈している者（表 8.1, p.152）と、 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 p.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。リスク・アセスメントでは、 支援リソースの喪失、 対処能力、 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(p.152, p 154 のサンプルを参照)。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p>
3. PFA の目的と 介入方法	<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、 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、 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、 復興資源へ生存者を繋げることなどが含まれる。</p>	<p>1.0p.</p>

<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/過覚醒緩和介入】/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><u>安心の確立</u> 1. 身体的ケア(基本的ニーズを満たすこと)は心理的ケアである。 <u>極度の急性ストレス反応を軽減する</u> 2. 死別体験、トラウマ刺激への曝露、支援資源の喪失、再体験・侵襲的思考、認知的歪み等の災害に関する特定のストレス要因への介入方法が概説されている。死別体験者への関わり方は表 8.3(p. 156)、再体験を呈する者への支援例は表 8.4(p. 157)、認知的歪みを呈する者へのリフレーミング例は表 8.5(p. 159)に記載されている。 3. 過覚醒を軽減させるための介入方法には、リラクゼーション法、教育的手法(表 8.6, p. 160)、認知リフレーミング法、精神薬理(Robert et al., 1999; Pitman et al., 2002; Stanovic et al., 2001)、がある。 <u>復興資源へ生存者をつなぐ</u> 4. 支援者は生存者の問題解決を積極的に援護し、惨事直後の危機介入を要する人々(例:自殺願望、セルフケア能力の喪失)と長期的なメンタルヘルス上のリスクのある人々(表 8.7, p. 163)をメンタルヘルス・サービスに紹介する。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.Ev. 4.0p.</p>
被災者への介入		
	<p>1. 被災者に対する支援者の基本的な姿勢:「判断を交えない、中立的な態度」</p>	<p>1.0p</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><u>Psychological First Aid (PFA)</u> 1. 日本で広く知られている PFA は、「心理的応急処置(PFA)現場支援ガイド」と、「サイコロジカル・ファーストエイド;実施の手引き 第2版」。 2. PFA の目的:急性期支援(被災直後~数週間以内)。 <u>包括的な災害緊急時被災者支援システム</u> 3. 災害緊急時に子どものメンタルヘルスニーズに総合的に対処するために、National Children's Disaster Mental Health Concept of Operations (NCDMH CONOPS)という危機管理・被災者支援システムが米国で活用されている(Schreiber et al., 2012)。「介入と回復時期」にケアのニーズを評価するために Psychological Simple Triage and Rapid Treatment (PsySTART) と称するトリアージが施され、耳を傾ける(Listen)、守る(Protect)、つなげる(Connect)の3段階からなる援助が低~高リスク者に提供される。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.Ev.</p>

サイコロジカル・ファーストエイド		
1.歴史と発展	<p>1. PFAの起源：アメリカ精神医学会が執筆した「コミュニティ災害におけるサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid in Community Disasters)」(Drayer et al., 1954)。</p> <p>2. 心理的デブリーフィング(CSIDなど)はストレス症状を悪化させ、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)。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 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>5. PFAの目的は表 12-1 (p.276)を参照(Brymer et al., 2006)。</p>	<p>1.Ev.</p> <p>2.Ev.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.Ev.</p> <p>5.Ev.</p>
2.発展中の基準	<p>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)。</p>	<p>1.Ev.</p>
3.サイコロジカル・ファーストエイドの基本	<p>1. PFAの基本要素と目的は、p.278の表 12 - 2に簡潔に記述されている：被災者に対して共感的な関わりを持つ、安全を確保し安心感を与える、被災者の落ち着きを取り戻す、情報を収集する、現実的な問題の解決を助ける、社会的ネットワークの強化する、対処に役立つ情報を提供する、支援を必要とする被災者をサービスと繋げる(Brymer et al., 2006)。</p> <p>2. PFAを学び方：教室やオンラインで教科書を読み、専門家による訓練に参加する。</p>	<p>1.Ev.</p> <p>2.0p.</p>
4.特別な人口集団	<p>1. 「PFA実施の手引き」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。</p>	<p>1.0p.</p>
5.文化の問題	<p>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、西洋以外の文化圏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。</p> <p>2. 対策として、「PFA実施の手続き」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ばられている。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。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p>

6.子どもと青少年	1. [PFA 実施の手引き]には、子どもとその保護者（両親、学校教員など）への対処法について記述されている。	1.0p.
7.結論	1. ガイドやオンライン訓練で得た PFA の概念や介入を実践に活かすためには、臨場感のある台本（scenarios）とベテランの指導者がメンターを務める講習会が適切。	1.0p.
緊急支援・グループアプローチ		
1. 総合的支援体制		
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. 求められる多様な被害への対応：災害や事件による被害の予防と解決支援 2. 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、セルフケア（低ダメージ：心理教育）、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）、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（図1、p. 42を参照）。	1.0p. 2.0p.
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. PFA が作られた経緯：9.11 当時、現場に入った支援チームは独自の支援活動を展開し被災地に混乱を招いた。同じ失敗を繰り返さないために、包括的早期支援マニュアルである PFA が作成された。本節では、サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版（Psychological First Aid Field Operations Guide）を基に、概要を説明している。 2. PFA の概要：PFA の原則、目的、要素について述べられている。 3. PFA の展望：支援者が被災地に混乱を生じさせないように、PFA の概念を社会全体に広げていくことは急務であろう。	1.0p. 2.0p. 3.0p.
3. 緊急支援チーム（CRT）		

<p>CRT (緊急支援チーム)とは/CRTの現状と課題</p>	<p>1. 緊急支援チーム(CRT)とは：「学校や地域で生命に関わる重篤な事件・事故が発生し、子どもを含む多くの地域住民が心に傷を負うような深刻な衝撃を受けた場合に、精神科医や臨床心理士等の専門家を派遣し、現地機関である学校等を支援するチーム」</p> <p>2. 災害発生後、CRTは、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初期三日間の支援(場のケア)と、PTSDなどのハイリスク者の対応を目的とした中長期の支援(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。</p>	<p>1.0p. 2.0p.</p>
<p>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)</p>		
	<p>1. 本稿では、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動指針に関する精神医療専門家の意見を提示している。</p>	<p>1.0p.</p>
<p>(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</p>		
<p>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</p>	<p>1. 被災地の立場からすると、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て担うことは多大な負担となる。</p> <p>2. 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。</p>	<p>1.0p. 2.0p.</p>

<p>2 急性期と中長期では必要な活動が異なる</p>	<p>1. 災害時に求められるのは 既往症のある被災者への対応(服薬の継続)と 惨事ストレスへの対応である。前者の派遣期間は現地の医療機関が復旧するまでで、後者の派遣期間は長期にならざるを得ない。</p> <p>2. 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>3. 3日以内に緊急を要する病院に DMAT/DPAT を派遣。中長期には、精神保健福祉センターや保健所、保健師チーム等との連携が不可欠。</p> <p>4. 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。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支援活動はなされるべきである。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.</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>1. 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>2. 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・協働を進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>1.0p. 2.0p.</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>1. DPAT の主な役割は、先遣隊による情報の収集と提供（超急性期）、病院支援（急性期）、急性期から中長期への橋渡しとなるこころのケアのニーズ調査と導入である。中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変えるのは難しいと思われる。</p> <p>2. 急性期と中長期を分けるのは現実的ではない。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>1.0p. 2.0p.</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よい</p>	<p>1. 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>2. 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が、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>1.0p. 2.0p.</p>
<p>(iii) より適切な枠組みの提示</p>		
<p>1 時期より活動内容で分けて考えるべき</p>	<p>1. 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いくからである。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>1.0p.</p>
<p>2 その他</p>	<p>1. 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>2. 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>1.0p. 2.0p.</p>

<p>(iv) その他</p>	<p>1. 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>2. 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>3. 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に行うことは可能と考えるが、それには災害時の拠点化が地元でも必要であり、信用のおける外部からの拠点サポートが必須である。</p> <p>4. 1,2 週間目から DPAT の中期チームは、 救護所の設営、避難所巡回、支援活動の実施、 被災精神科病院支援の継続、 本部支援の継続を行い、24 時間体制の精神科救護者を設置したチームが保健所とともに心のケアのチームの統括を行うことが現実的である。</p> <p>5. 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、長期的に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>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.</p>
-----------------	--	--

表7 カテゴリー内容整理（中長期対応）

中長期	要約	Ev. / Op.
中間期の介入		
	1. 本書では中間期をトラウマ暴露後最初の一か月と定義する。 2. 災害時に限られた資源を有効活用するため、慢性化リスクに基づいて介入対象を選択することが最重要課題となる。	1.0p. 2.0p.
1.心理的な反応の経過	1.トラウマ暴露後最初の一か月はかなりの苦痛を伴うのが典型的だが、数週から数か月後には暴露された人々の大部分の人々が顕著に改善する（Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002）。	1.Ev.
2.誰を治療するのか	1. トラウマに暴露された人々の中より PTSD および類縁疾患に罹患するであろう人々を見出すことが必須である。 2. 概して、ASD（急性ストレス障害）と診断された人々の約4分の3が PTSD に移行するが、ASD 診断基準を満たしていない患者が PTSD を発症するエビデンスがあることから（Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002）、ハイリスク患者の決定に解離症状が含まれることを必須と考えるべきでない。	1.0p. 2.0p.
3.早期介入要否の評価をいつするか	1.患者を ASD と診断する際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較した際、後者が2倍以上の正確さで PTSD に移行する ASD を予測することができるため（Murray, Ehlers, & Mayou, 2002）、スクリーニング/アセスメントは災害発生直後ではなく、延期すべきである。 2.早期に一回のみアセスメントを実施した場合、遅れて発症する PTSD 症例を見逃さないために適切なモニタリングが必要である。	1.0p. 2.0p.

4. ASD の査定	<p>1.ASD 査定に有効な 3 つの評価尺度にスタンフォード急性ストレス反応質問票 (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire-SASRQ) (Cardena et al., 2000)、急性ストレス障害問診票(Acute Stress Disorder Interview-ASDI) (Bryant et al., 1998)、急性ストレス障害尺度 (Acute Stress Disorder) (Bryant et al., 2000) がある。</p> <p>2.より多くのハイリスク患者を見逃さないよう、解離症状を基盤とした評価を必須とせず、トラウマ暴露後数週間後を経て顕在化した症状の全体的重症度に注目すべきである。</p>	1.Ev. 2.Op.
5. PTSD に対する早期介入	<p>1.PTSD への主な早期介入法には CBT である、認知療法、持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy)、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) がある (Foa & Meadows, 1997; Harvey et al., 2003)。</p> <p>2.PTSD に対する早期介入の研究で問題となるのは、治療介入による効果と自然寛解による効果を区別するのが困難なことである (Brewin, 2001)。近年採用されている介入方法の一つは、PTSD 発症のハイリスクを抱えるトラウマ生存者のみに二次予防介入を提供することである。現在のエビデンスは ASD 診断は PTSD を発症する人々すべてを同定できないことを示唆するが、PTSD 慢性化リスクを示す良い指標であるという十分なエビデンスも集まりつつある。よって、治療を ASD 患者に限ることも初期介入戦略を厳しく検証する一助となる。</p>	1.Ev. 2.Ev.

<p>-認知療法/持続 エクスポージャー 療法 Prolonged Exposure/眼球運 動による脱感作と 再処理法(EMDR)</p>	<p>1. PTSDの原因と持続要因を吟味することは重要であり、それが認知再構成の基礎となり (Ehlers et al., 2003)、認知療法の中心となっている。認知再構成法には二通りあり、悲観的な自動思考を同定し評価すること ト라우マ、自己、世界、将来についての患者の信念を評価するのを援助することである(Beck, 1976)。</p> <p>2. 慢性化した PTSD に持続エクスポージャー療法は有効であるという多くのエビデンスがある(Bryant & Friedman, 2001)。暴露療法では想像エクスポージャーと現実(in vivo)エクスポージャーが実施され、トラウマ体験にまつわる恐怖を呼び起こす刺激に段階的に暴露させ、患者が苦痛の軽減を体験し、その状況を習得することを目的とする。</p> <p>3. EMDR は認知行動療法の1つであり、暴露療法と認知療法両方の要素をもつ。クライアントにトラウマ記憶に注意を向けさせ、治療者の指が動くのを目で追うようにさせることで水平の眼球運動を生じさせた後、トラウマ体験のより適応的な見方が生じるよう支援する。CBT は EMDR ほど効果はなく (Devilly & Spence, 1999; McNally, 1999)、トラウマ暴露後最初の一か月に EMDR の効果を示すエビデンスはないことから、トラウマ暴露後一か月の間に EMDR を使用することは勧められない。</p>	<p>1.Ev. 2.Ev. 3.Ev.</p>
<p>6. 中間期の介入 における注意点</p>	<p>1. ト라우マ体験前より存在する高度の不安は暴露治療により増悪する可能性がある。</p> <p>2. 重度の解離反応は治療者が患者をうまく制御できない可能性を内包している。</p> <p>3. 精神作用物質依存症や重度の物質乱用がある場合、積極的治療はそれを増悪させる可能性がある。</p> <p>4. 継続するストレス要因や脅威は患者が治療で求められる課題をこなすのに障害となりえる。</p> <p>5. 昔の未解決のままのトラウマに直近の出来事に対する治療のなかで取り組むのは困難であると予想される。</p> <p>6. 切迫した自殺の危機が認められる場合、精神医学的な評価と抗うつ薬による治療が必要である。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p. 6.0p.</p>

7. 巨大惨事の被災者に CBT を適用する	<p>1. 巨大惨禍発生後一か月の間被災者への CBT の適用は大きく 2 つの理由により困難である： 1) 何百、何千という数の被災者に対応できる人材を確保できる機関が存在しない； 2) 外傷や経済損失等の数多くの急性期ストレス要因が存在するため被災者は CBT のような集中的プログラムに専念できない。</p> <p>2. 解決法として、まず支持的カウンセリングにより患者の準備をはかり、その後トラウマに焦点をあてた認知行動的介入を実践する。</p> <p>3. より慢性化した PTSD 症状への CBT は ASD 治療と同程度に効果があるように見受けられることより、人的資源不足ならびにトラウマ生存者が過剰な負担を経験している場合は積極的治療を数か月遅延させることが適切である。</p> <p>4. 代表的な米国連邦緊急事態管理局 (FEMA) の資金援助を受けた危機カウンセリング・プログラムならびに 2001 年の 9・11 テロ攻撃以来関心を集めているワールドワイド・ウェブを利用した CBT の評価と効果の科学的エビデンスに基づいた検証が進むことで危機介入プログラムによる利益を最も享受できる集団を確定することができ、また、メンタルヘルスサービス利用を躊躇する集団に対して匿名性の利点を生かしたアウトリーチが可能であると考えられる。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.
8. 今後の方向性	<p>1. 大規模災害発生後 1 か月間にすべての人に早期介入することは必須ではない。</p> <p>2. 紹介されたすべての介入はトラウマを引き起こす出来事発生後、何か月を経ても同様に用いることが可能である。災害発生後 1 か月内に治療を効果的に享受できないとしても、のちにその利益を最大限に受ける人がいる可能性を念頭におくべきである。</p> <p>3. 主な目標はトラウマにより心理的影響を受けたすべての人々が症状を持続させないようにすることである。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p.
中期の対応		
	<p>1. 仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の合意率が精神保健専門家（本研究参加）の間で高かった。</p> <p>2. こころのケアチームによる心理療法の提供については意見が分かれたが、災害中期にサイコロジカル・ファーストエイドを適切とした意見が過半数を占めた。</p> <p>3. 中期においても巡回相談の適切性には合意がみられ、また、中期にスクリーニングを実施することについては肯定的な意見が多かった。</p>	1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.

長期的対応		
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		
1. 長期介入に関わる文脈		
- 社会的文脈 / 無力感 / 資源と資金	<p>1. メンタルヘルスにおける社会的文脈は時間とともに、「蜜月」、「怒りと幻滅」そして斬新的な「回復と再生」という過程をたどる (Raphael, 1986)。</p> <p>2. 災害の多くの犠牲者が「無力感」を体験する。被害者の社会的・心理的脆弱性を助長するのを防止するため、希望に満ちた積極的な期待を培えるように、そして力強い主体的な人間として重要な社会的役割を果たせるように支援すべきである。</p> <p>3. 被害者に長期間のメンタルヘルスサービスを提供するための資源を確保し、そのサービスを管理・運営、エビデンスに基づいた良質な医療を確保し、活動の成果を適切に評価するため、とくに重要なのは専門的な技術と知識を有する人的資源であり、その準備と養成が必須である。</p>	<p>1.Ev.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p>

2. 1ヶ月後の介入		
<p>1. 継続的または特別な介入を必要とする人の認定</p> <p>/2. 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】</p> <p>/3. 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】/4. 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】/5. 介入と結果のモニタリング</p>	<p>1. 心を傷つける因子（災害で経験するストレス因子、以前からある潜在的な脆弱性、社会的・人口統計学的要因）に呼応する影響を受ける人の特徴のリスト(表 10.1 災害および大規模暴力後に心の傷を負いやすい人；p.199)が掲載されている。</p> <p>2. 長期の介入で利益を得る人の特定には追跡調査、アウトリーチ活動、情報源の確保と必須情報の伝達、そしてスクリーニングが重要である。</p> <p>3. 災害や大規模暴力の影響を受けた人への関与はトラウマ再体験に対する恐怖による否認や回避、介入受け入れに対する羞恥の念、自己開示への抵抗・恐怖等により実行が困難になるが、支援者の技術と能力自体も問題に寄与する一因子である。</p> <p>4. トラウマと PTSD に対する介入法として CBT、SSRI、EMDR の有効性がエビデンスにより裏付けられているが、他にも創造的実践戦略を用いた「ウェブ心理治療 interapy」の効果が発見されている (Lange et al., 2003)。</p> <p>5. 災害後の有効な長期介入の実施計画のために介入対象、介入の提供法、介入供与の対象の同意、ならびに、介入の訓練と介入技術の所在確認、介入者の裁量権、望ましい結果、ならびに適切な結果の評価法について明確にすべきである。</p> <p>6. 悲哀とトラウマ性ストレス反応は病気ではなく、その影響を受けた多くの人々が回復することから、介入は高リスクを有する、あるいは既に有害な結果を示している人を対象に行うべきである。また、救急隊員や復興隊員も同様に追跡調査、初期介入、後期介入を受ける必要がある。</p> <p>7. 患者の特定、そのリスクとニーズを記録し、提供される介入とその結果の評価の記録を記述する情報システムを構築し、患者のプライバシーを保護したうえで他のデータ群とリンクしたシステムを実現することは災害精神医療分野の研究促進のための重要な前提条件である。</p> <p>8. 住民のメンタルヘルスを体系的に観察することは災害のみならず全体的な影響の検証に役立ち、予防プログラムと治療プログラム療法の結果についてデータをもたらす。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.Ev.</p> <p>5.0p.</p> <p>6.0p.</p> <p>7.0p.</p> <p>8.0p.</p>

3. 結論	<p>1. すべての介入は結果が良くなることへの期待、希望の心、被害者への共感に基づいて行われるべきである。</p> <p>2. 体系的調査、問題の記録化、治療対象を絞った介入が評価の土台となる。その入念な管理だけでなく関連医療保健機関と明確な関係を結ぶことも必要である。</p> <p>3. 最重要課題は研究と評価をつねに中核に据え、災害時メンタルヘルスに関する知識を増し、将来のより効果的な対応に役立てることである。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
包括的対応		
	<p>1. 包括的対応の定義：災害後の安定期 / 復興初期に必要と思われる追加的な対応</p> <p>2. 本ガイドラインでは、(A) 各領域に共通の作業役割(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) (B)精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域(コミュニティの動員・支援、 保護ケアサービス、 教育、 情報の発信)、(C) 活動領域セクター別の社会的配慮(食糧安全および栄養、 避難所・仮設配置計画、 水・衛星) の3領域における包括的対応を概説している。</p> <p>3. 包括的対応はコミュニティの大部分が最低必須対応に取り組んでいる、もしくは最低必須対応を受けていることが明らかになった後に検討されるべきである。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>

表 8 カテゴリー内容整理 (心理療法)

心理療法	要約	Ev. / Op.
危機における心理支援学とは		
1. 求められる危機への心理的支援		
- 危機の時代 / 危機への心理的支援	<p>1. 人口爆発、地球温暖化による地球環境の危機、数々の無差別テロ事件・民族紛争、世界規模の経済競争激化による予測不可能な将来、ならびに新型インフルエンザなど感染症の危険が「危機の時代」を構成している。</p> <p>2. 一方日本においては、社会的格差に拍車がかかり、年間3万人を超える自殺者が過去10年にわたり記録され、うつ病などのメンタルヘルス不全、DV、虐待の増加、そして無差別殺傷事件が多発している。</p> <p>3. もはや安定、安全な世界ではなく危機はすべての人々のまわりにある。</p> <p>4. 対人援助職に従事する者は危機的状况において人々を支援することが期待される。</p> <p>5. 支援内訳：生活支援、医療的支援、司法的支援、経済的支援、心理的支援（小澤、2009）</p> <p>6. 心理的支援内訳：精神的苦痛・ダメージの軽減により PTSD などの精神的障害の予防・回復を支援、二次的・三次的被害の予防とケア、生活的・実存的問題解決の支援</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Ev.</p> <p>6. Op.</p>

2. 被害者支援とは		
<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>1. 危機支援における心理社会的アプローチは医療領域、司法領域、心理社会的領域の3分野で独自に発展してきた（小澤、2009）。</p> <p>2. 医療的領域の支援は病気や機能不全および社会的適応が困難な状況の治療・予防、ならびにトリアージの実施（大規模災害の際）が主である。</p> <p>3. 司法に基づく支援においては犯罪被害者基本法、災害救助法の適用ならびに法的に被害者と認可されることが重要である。</p> <p>4. 社会的領域での支援にはPFA、ストレスマネジメント教育、各種リラクゼーション法を用いたストレスケア、多職種によるCRT（緊急支援チーム）が含まれる。</p> <p>5. 精神疾患理解のための理論的モデルについては従来の脆弱モデル、ストレスモデルを柱とする「発病過程」を重視する生物・心理・社会モデルから「回復過程」を重視するレジリアンスモデルへの移行が顕著である（加藤・八木、2009）。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Ev.</p>
3 被害者とは		
<p>- 「被害」とは / 被害者とは</p>	<p>1. 被害の定義範疇は広く、最狭義の「法律上の犯罪被害」から最広義の「すべての被害」までを含む（諸澤、1998）。</p> <p>2. 被害者は狭義では「犯罪や犯罪に準ずる行為の被害者」より、広義では前者に加えて戦争、テロ事件、大規模事故、交通事故、自然災害、薬害、近親者の自殺や事件等により心身に有害な影響を受けた人々すべてを指す。</p> <p>3. 犯罪被害者等基本法（2004）、自殺対策基本法（2006）が示すように、支援者や専門家の立場は多様であり、被害者の定義も幅広く様々なものが混在することを念頭に置くことが重要である。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p>
4. 心のケアとは		

<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>1. 心のケア：被害者の精神的苦痛はダメージを軽減、二次・三次的なダメージケアを行い、被害者が人生を再建するための精神的・生活的・実存的問題解決の支援をおこなう。</p> <p>2. セルフケア：自らの回復力・自己治癒力を最大限に引き出すこと。</p> <p>3. 災害時のこころのケアとは、他者による被害者の「セルフケア」への支援である（富永・小澤、2005）。</p> <p>4. 米国では大規模災害直後の初期介入としてサイコロジカル・ファーストエイド（PFA）が多数のガイドラインにより奨励されており、デブリーフィングと異なり被害者にとって非侵襲的（non-intrusive）介入方法であると理解されている。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. Ev. 4. 0p.</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>1. 定義はいろいろあるが危機とはその人が持つ通常の自己防衛の方法や問題解決の方略が崩壊してしまった状態で心身に何らかの不調や変調が生じている状態といえる。また、物事やその人生における転機となることがある。</p> <p>2. 危機は「発達段階における危機」と「状況に伴う危機」の二つに大別される。</p> <p>3. 危機は個人だけでなく集団や家族、コミュニティに起きる危機がある。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.</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>1. 危機介入(crisis intervention)：被害者が物事に対処できる機能状態を取り戻せるよう支援することである。目標は危機状況をアセスメントし、心理的危機状態を解消し、以前の機能遂行の水準まで回復することにある。</p> <p>2. 危機介入の5つのステップ： 心理的接触を図る アセスメント 解決法の検討 行動計画の立案と実行 フォローアップ</p> <p>3. 危機介入活動の取り組みとしては、学校危機への介入を目的とした緊急支援チーム（Crisis Response Team: CRT）活動がある。CRTのない自治体においては緊急支援コーディネーターやスクールスーパーバイザーが派遣され、危機介入体制としている。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.</p>

こころのケアの定義		
	<p>1. 日本において「こころのケア」は活動の性質によって区別され、専門家による支援である前提にない場合が多い。</p> <p>2. 一般の人々が期待する「こころのケア」（専門家からボランティアによる幅広い支援者による心理社会的支援）と「精神保健医療福祉活動」は異なる。</p> <p>3. 「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった言葉は一般的になじみが薄いので、言葉の説明や実際の災害事例と関連付けた説明が必要である。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
こころのケアの活動内容		
	<p>1. 精神科救護支援、精神保健福祉支援、支援者支援の三領域に整理することで専門家内で合意。</p> <p>2. 既存のこころのケアチームマニュアル（自然災害発生時における医療支援活動マニュアル）と異なり、本研究では、被災地の精神科医療機能の補完を目的とした医療活動を支持する意見が多数あり、精神保健医療活動のなかの精神科医療の必要性が明確化された。また、多様な被災者の精神反応に応じた介入の多様化と、初動要員だけでなく、行政職員等の地元支援者のストレス対応も重視されている。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p>
こころのケア		
1. 精神医療対応からみた自然災害	<p>1. 精神医療対応からみた災害時の公衆衛生を論じる上での主要な二つの視点：1) 災害時公衆衛生的アプローチ（集団対象）と臨床的アプローチ（個人対象）の対比；2) 自然回復を重視した経過モデルとその場の苦痛の軽減を重視した即時対応モデルの対比</p> <p>2. 被災地にわざわざ出かけて行って取り立てて目立った治療もせず人々に養生を説いて回る医師というのは想像しにくい。</p> <p>3. 熱意を具体的な治療行為に結びつけるときには、行為の正当性の検証 治療目的の明確化 エビデンスが必要となる。</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p>
2. 災害時の地域精神保健医療の指針		
1. 災害時の精神心理的負荷/2. 災害時の精神保健医療の意義/3. 災害時の精神保健医療活動の方針/4.	<p>1. 災害後は直後の生命身体への危険だけではなく、それに続く混乱のなかで数多くのライフイベントを生じるので、それに触発されて多彩な精神疾患や精神の不調が生じ得る。避難所などで対応しきれずに緊急の精神医療が必要とされるのは、錯乱、興奮を伴う統合失調症、短期精神病性障害、躁病、急性ストレス障害などである。客観的に異常を認めにくい、うつ病、悲嘆、トラウマ</p>	<p>1. 0p.</p> <p>2. 0p.</p> <p>3. 0p.</p> <p>4. 0p.</p> <p>5. 0p.</p> <p>6. 0p.</p>

<p>災害に伴うストレス要因/5.心理的 反応のタイプ/6. 災害時における地 域精神保健医療活 動の具体的展開</p>	<p>反応の一部は対応が遅れることも懸念される。</p> <p>2. 災害は多くの住民に大きな心理的な負担を与える。精神的変化の多くは一時的なもので自然に回復するが、ストレスが長引くと長期化することもある。症状の程度、持続期間によっては、精神疾患の診断がつく。また、こうした症状に伴って、自殺、事故、飲酒、喫煙の増加、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活の再建の遅れ、一部には社会的な逸脱行為などが生じることが報告されている。こうした変化は個人の心理的な反応が拡大されてしまう。通常の保健・医療システムでは対応しにくい。また目に見えないストレスや精神の症状を自覚しにくい。住民の心的ストレスの原因、生じた症状や疾患の区別を念頭に置きながら、災害後の時間経過に従って効率的に進めていく必要がある。</p> <p>3. 災害時地域精神保健医療活動は2点に分類される： 一般救助活動の一環として集団の精神健康を高め、集団ストレスを減少させる活動； 個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療に関する活動</p> <p>4. 代表的な災害に伴うストレス要因：心理的トラウマ、悲嘆、生活ストレス</p> <p>5. 心理的反応のタイプ：現実不安型、取り乱し型、茫然自失型</p> <p>6. 災害時地域精神保健医療の具体的展開： 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ：立ち上げ当初から精神科医を加えることが重要。 災害対策本部における精神科医の役割：精神保健医療活動に関する、災害対策本部としての方針を決定すること。現場で援助活動にあたる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること。現場で活動しているさまざまな援助者に対する精神保健医療活動を行うこと。特に重要なことは特別な精神保健医療活動をどのように終結させ、通常地域精神保健医療業務に、円滑に移行させるのかということである。 初期対応：1) 現実対応と精神保健—現実の被害に基づいた苦痛に対しては、それに適切に対応することが最良の対策である。心理的反応の対応はまず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提で精神的な問題を念頭に置いた対策が必要。2)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、言葉を交わすことが望ましい。早い時期に実現することに意義がある。災害対策本部で対話や心理的状況など情報を一元的に把握すべきである。平時より多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定、打ち合わせを行う必要がある。</p>	
--	--	--

<p>3.東日本大震災における精神医療的な初期対応</p>		
<p>- 精神医療の継続/こころのケアチーム/情報発信/今後の復興に向けて</p>	<p>1. 従来の自然災害では、精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が積極的な統括的役割を担った。支援活動を考えるうえで重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊、二次被害への懸念、放射線汚染への不安である。結果患者が通院不能となり、必要な精神科治療薬が不足した。一方で精神科病院の閉鎖、機能縮小、患者の移送が問題となった。また住民の精神健康を悪化させるストレス要因としてはトラウマとなる災害の影響により症状を引き起こすという系列と持続的な現実不安が懸念された。</p> <p>2. 被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかった。よって外来通院が中断した患者への治療継続が一層困難になった。入院患者に関しては厚生労働省が人数調査と周辺県の受け入れ可能ベッド数を調査し、ほぼ1週間で移送を終えた。精神科治療薬に関してはあらゆる機関が連携し、現地に搬送した。</p> <p>3. 従来の大震災では心のケアチームは自発的あるいは被災県の県知事の要請を受けて被災地に派遣された。今回は厚生労働省が主導して行い、1-2週間後には派遣が円滑に進むようになった。基本的に災害時地域精神保健医療活動ガイドラインに準拠していたと考えられる。こころのケア活動においては継続性が重視される。ほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、3か月以上にわたって活動した。</p> <p>4. 心理的ブリーフィングは効果が否定され、PTSDを悪化させかねないということが明らかになり、あらゆる国際ガイドラインにおいても採用されていない。多くの職種間で方針が食い違うことは珍しくなく、情報、指針、ならびにエビデンスの共有が重要である。災害時地域精神保健医療活動ガイドラインはそのことを踏まえて作られた。NCNPは情報支援webを掲載し、信頼すべきデータソースをして機能したと考えている。今回の震災における精神医療を見る限りでは侵襲的介入、不安を増強させるような働きかけはみられなかったようだが人道的行為と医療行為の境界があいまいなとき結果として医療とは不適切な介入が行われることもみられた。また災害時の精神医療活動についての海外への情報発信の重要性を浮き彫りにした。</p> <p>5. 今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策の進展す</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p. 5. 0p.</p>

	るものと思われる。真の回復に向けて取り組みが現地で行われ、被災者自身から学ぶことが大きいであろう。そのような段階を経て災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待する。	
緊急支援・グループアプローチ		
4.心理教育		
- 心理教育とは / 心理教育の主なメッセージ / それぞれの災害・事件後の心理教育	<ol style="list-style-type: none"> 1. 心理教育とは危機に直面している人や集団に、危機により生じる心身反応の意味および望ましい対処に関する知識や情報を提供する活動である。 2. 危機によって経験される様々な心身反応は、回復のための自然な反応であり、其々の反応に対して適切な対処法がある。 3. 遭遇する災害は多種多様であり、それぞれの状況に応じて適切な心理教育メッセージ（具体的な声掛け）を行う。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
5.トラウマ・ストレスマネジメント法		
- トラウマ・ストレスマネジメント法とは / トラウマの心理教育 / トラウマ反応への望ましい対処	<ol style="list-style-type: none"> 1. トラウマ・ストレスマネジメント法：トラウマ反応のしくみを学ぶ心理教育ならびにトラウマ反応への適切な対処法。 2. トラウマの心理教育：日常ストレスへの望ましい対応を提案する。古典的条件付けとオペラント条件付けを説明し、“安心していい”と実感することが必要。実感できると回復していく。マイナスのつばやきをプラスのつばやきへ変えるよう練習させ、支援する。 3. 回避と再体験が一对の反応であることを理解する。再体験にはコントロールできるようになる練習をする。一方フラッシュバック時は回復のチャンスととらえ今、ここに生きている現実感を保つ。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
6.統合リラクゼーション法		
統合リラクゼーション法 / 統合リラクゼーション法の手順	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合リラクゼーション法：従来の呼吸法、筋弛緩法、瞑想法、受動的音楽療法にアファーマーション（自分を励ます言葉）を加え、有機的に統合したもの。 2. 手順には準備、実施、統合リラクゼーションの教示（リラクゼーションとアファーマーション）が含まれる。 3. 毎日継続することで副交感神経を活性化、結果心身回復機能が高まる。不安・緊張に対処するためのセルフコントロールの手段として、統合リラクゼーション法を予防手段として練習することが重要である。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.

7. リラックス動作法		
<p>- 教員説明会における臨床動作法の活用/リラックス動作法の手続き/リラックス動作法の有効性</p>	<p>1. 中越地震時、講義と動作実習が組み込まれ、実習では支援手立ての習得と同時に教員自身のセルフケア効果も顕著にみられた。</p> <p>2. 「いつでも、どこでも、誰でもできる」動作課題には、「前まげ動作」、「軸づくり動作」(成瀬, 2000)、「肩の上げ下げ動作」(山中ら, 2000)、「立位重心移動動作」(鶴, 2007)、「踏みしめ動作」が含まれる。</p> <p>3. 有効性: 「動作」に基づくことから実感を得やすく、受け入れやすい; リラックス感、安心感ならびに現実感、自己統制感、自己確実感を助長する(成瀬, 2000); アウトリーチに適し、セルフケアとしても使用できる; 「ペア」体験では絆や支えられ感が実感できる。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev.</p>
心理療法・カウンセリング: ト라우マへ		
1. ト라우マと喪失の心理療法の概説		
<p>- ト라우マへの心理療法/喪失後の心身反応への心理療法</p>	<p>1. 「今は安全である」ことが必須条件。安全が確保されて、なお様々な反応が持続し、生活を阻害するストレス障害に陥った時にトラウマ心理療法が提供される。トラウマからの回復に必要な体験 共通項: 心理教育、心身のコントロール、トラウマ記憶の処理、実生活で回避している行動へのチャレンジ、否定的・非機能的な認知の修正。反復性トラウマによる場合は健康な自我を育成・支持する環境が必要。各技法の相違点と共通点一覧 長時間暴露法(Foa et al., 2007; Prolonged Exposure Therapy: PE)、EMDR、認知処理療法、イメージ動作法、トラウマ・ストレスマネジメント法等があり、相違点、共通点がある。(表1)</p> <p>2. 悲嘆が長期慢性化し生活上の支障が生じる状態を複雑性悲嘆や外傷性悲嘆と呼んでいる。(白井, 2008) Shear ほか(2005)は複雑性悲嘆の認知行動療法を提案している。また Neimeyer(2001)は悲嘆を死別や喪失によって壊れてしまった意味の再構成という能動的過程と捉える構成主義をとっている。心理支援には心理療法のみならず、自助グループでの分かち合い、宗教の貢献などの視点が重要である。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

2. PE 療法		
<p>- PE 療法とは / 曝露療法のメカニズム / PE 療法の実際</p>	<p>1. 欧米の PTSD ガイドラインでは「長時間曝露療法」に代表されるトラウマ焦点化認知行動療法がエビデンスに基づき、治療の中核的技法として強く推奨されている。日本においても有用で治療効果の維持も確かめられている。(飛鳥井, 2007; Asukai et al., 2008)。</p> <p>2. 曝露療法とは恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに、安全な環境のもとで患者が向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法。二つの技法(イメージ曝露、実生活内曝露)がある。PTSDの病理の中核であるトラウマ記憶は刺激、反応、意味が複合したもの。安全な環境でトラウマ記憶に直面させる心理療法が必要となる。回復プロセスはトラウマ記憶の反復賦活と修正された情報を受け入れることである。トラウマ体験は非機能認知をもたらす。よってこの修正をはかるために自己と世界に関する物の見方を検出する。その妥当性を検証し、バランスのとれた有益なもの見方への置き換えを促す。</p> <p>3. PE 療法は一回 90 分で週 1 ~ 2 回、全部で 10 回 ~ 15 回の面接からなる認知行動療法プログラムである。これは認知の修正を強力に促す作用を持っている。回避され未整理のままだったトラウマ記憶が整理、組織化されることで再検証と意味づけ修正される。感情処理が進んだ段階で初めて認知の修正が可能になるものである。またイメージ曝露を繰り返す中で馴化が進み、トラウマ記憶を想起することは危険でないことを学習する。</p>	<p>1.Ev. 2.Op. 3.Ev.</p>

3. EMDR		
<p>- EMDR の評価 / EMDR の治療過程 / EMDR のメカニズム / 最近の出来事プロトコル・統合グループ治療プロトコル / EMDR の適用範囲</p>	<p>1. 眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)は、あらゆるPTSDの治療ガイドラインに「実証された最も効果がある心理療法」の一つとして認知行動療法と並んで載せられている。認知行動療法と同等の効果을あげるのに1/3の時間で済み(Van Etten & Taylor, 1998)、暴露法のように負担の大きな宿題を課さない(Davidson & Parker, 2001)という点で優れていると指摘されている。</p> <p>2. 治療過程は 病歴 生育歴聴取 評価 脱感作 植え付け ボディスキャン 終了 再評価。</p> <p>3. メカニズムは解明されていない。再体験の馴化でなく、できごとの想起と同時に感覚刺激に意識を向ける二重課題により、距離がとれることを導いていると考えられる(Lee, 2006)。GunterとBodner(2009)は統合的モデルを用いてPTSD症状の低下の過程を提案している。</p> <p>4. 最近の出来事であれ、過去の出来事であれ、過程途中で不快と感じるものはその都度取り上げ、トラウマの解消を導くまで幾つになろうと処理をしてゆく。</p> <p>5. EMDRはPTSDのみに効果的なのではなく、うつ、パーソナリティ障害、解離性障害、恐怖症、強迫性障害、不安障害、死別、ターミナルケアなどにもその有効性を示している。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op.</p>
4. 臨床動作法		
<p>- 危機における動作法の活用 / 危機における動作法活用の利点と留意点</p>	<p>1. 主な動作法の活用には、災害後の心のケアとしてのリラック動作法、緊急支援としての事件後の心のケアとしての動作法(土屋, 2006)、性被害やDVなどの事例へのイメージ動作法、裁判で主張するための動作法が含まれる。</p> <p>2. 利点: 体験の表現を含まないので、安全感・安心感がある、集団の中で行うことが可能、他の人が何をしているか把握できるので被災者のケアとして安心して行うことができる。</p> <p>3. 留意点: 動作援助は同性同士にて行う、動作援助の使用には十分な説明同意を行い、セルフ動作法を活用後に行う。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Op.</p>
5. 力動的心理療法		

<p>- はじめにノトラウマへの取り組みの2つの立場ノトラウマへの力動的な心理療法の取り組み</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者がトラウマへの距離をどのようにとるべきかは専門家として難しい判断である。 2. トラウマへの取り組み方には主に二つのアプローチがある：正面から積極的に取り組み、消化し、過去のものとするというアプローチと、トラウマに触れずそのままそっと心の奥に置いておくというアプローチ。 3. トラウマとの折り合いのつけ方は個々によって異なる。トラウマの全てを暴露し、すべてを解消する「癒し」は幻惑、有害であるかもしれず、「心の奥に密かにしまっておく」というやり方も日本文化に即しているのではないか。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p.
<p>6. 表現療法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 災害、犯罪（性犯罪を含む）、自己、DV、子供虐待等の被害者支援において、表現療法は重要な役割を果たす。 2. 表現療法（広い意味での芸術療法）は、外傷性障害の治療において幅広く用いられている。 3. 外傷性記憶が言葉にならない性質も持ち、想起が激しい感情を引き起こす際に表現療法（芸術的手法）は有効である。 4. 芸術的手法には、身体運動の要素が含まれており、外傷的体験に由来する身体的要素を変形していく力がある。 5. 被害体験には、加害者に対する感情をはじめ、出来事に関わる人間関係に由来する複雑な対人感情が伴っている。 6. 表現療法が外傷治療に有効であることは、経験的によく知られているが理論的基盤について統一された見解があるわけではない。他の治療法との組み合わせによる総合的治療法も含めて方法論を検討していく必要がある。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p. 5. 0p. 6. 0p.

7.トラウマ・カウンセリング	<p>1. トラウマの本質は、大きな恐怖やショックを感じた体験が通常の記憶とは異なったトラウマ記憶となり、それが私たちの日常生活にさまざまな圧力を加えることにある。記憶の想起には必ず一定の情動が付随する。トラウマ記憶は、限界を超えた過剰なマイナスの情動を付随する記憶である。ストレスの中身は 再体験症状 過覚醒症状 麻痺症状。トラウマ・カウンセリングの目的は過剰な情動のレベルの低下と想起の際に起こる苦痛の軽減にある。またトラウマ・カウンセリングは初期1～2か月の PTSD 予防時期と中・長期の PTSD 化したトラウマへの治療に大別される。</p> <p>2. 初期の対応はストレス・マネジメントには心理教育とリラクゼーションの二つの柱が存在する。</p> <p>3. 中長期のカウンセリングは PTSD ないしは PTSD 化したトラウマへの対処、すなわち何らかの要因で自然は低下が妨げられている情動の過剰なレベルを人為的に低下させることが目的となる。方法としてはエクスポージャー（暴露）と EMDR が挙げられる。さらにトラウマ記憶ではない通常の記憶として体験を保持するために、その体験に対する認知＝評価の変容が必要である。</p> <p>4. トラウマ・カウンセリングという定式化された方法はない。トラウマの本質への正しい理解に基づき、適切な時期に適切にトラウマに向かい合うならば、どのようなカウンセリング技法もトラウマ・カウンセリングとなりうる。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p 4.0p.
8.トラウマ焦点化認知行動療法	<p>1. トラウマをうけた子供と養育者のために作成された治療パッケージである。米国で開発された、薬物や Child Centered Therapy に優位であると報告されている唯一の治療法である。</p> <p>2. 認知療法と暴露療法双方の要素を持ち、かつ子どもというまだ言語的には未発達であり、養育者との関係性のなかに生きる存在に対して柔軟に適応できる形を持った本方法が生まれた。</p> <p>3. 米国では均てん化のために website があり、このサイトを終了したものが2施設でのトレーニングに参加できるようになっている。</p> <p>4. この療法は PRACTICE(トラウマに関する10個の構成要素)を頭文字に次のような段階的構造を持っている。</p> <p>5. トラウマ性悲嘆には、4構成要素が加わる。単に心理的教育で準備してトラウマ曝露に備えるというものではない重層的治療構造と、子どものレジリエンスに着目し、養育者の関係性の中における回復を促進する技法である。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.

9.ナラティブ・エクスポーザー・セラピー	<p>1. ナラティブ・エクスポーザー・セラピー（NET）はPTSDを中心とする外傷性障害のために開発された短期療法である。</p> <p>2. 原理はFoaの持続暴露療法（Prolonged Exposure Therapy）とチリのピノチェト体制で開発された証言療法（Testimony Therapy）を組み合わせたものである。</p> <p>3. ヨーロッパを中心に、紛争現場だけでなく、一般の精神医療における外傷性障害の治療に用いられている。</p> <p>4. 日本ではまだ実践例が少ないものの、生活史における重大なライフイベントが関わるとされる症状に対する短期療法として有望と思われる。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.
心理療法・カウンセリング：喪失へ		
1. グリーフカウンセリング	1. 悲嘆の過程は、一般的には時間を追って回復に向かうが、回復が見られない場合、あるいは一時的であって苦痛が著しい場合には、複雑性、もしくは病的な悲嘆の可能性がある。	1.0p
心身行動面の現れ／専門家としての対応の実際／儀式や癒しの機会	<p>1. 食欲不振などの一般的に知られる心身の不調のほかに、悲嘆や関連した反応とは理解されにくい症状や行動の問題が表れることがある。</p> <p>2. 基本的には通常のうつへの対応とさほど異ならない。まずは耳を傾け、話をさえぎらない、自分の体験を押し付けない、安易に同調しない、が基本である。また援助者自身の無力感やバーンアウトにも配慮する必要がある。</p> <p>3. 葬儀や法要といった故人にまつわる儀式は現実や時間に向き合う前向きなプロセスとなり、残されたものが周囲と接触したり、宗教の支えを得る機会を与える。また、自然に身を置く、音楽など心身を癒す試みも無理のない範囲で行うのならば有益である。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p.
2. 犯罪被害者遺族の自助グループ		

<p>犯罪被害者遺族の自助グループの意義／犯罪被害者遺族の自助グループとは</p>	<p>1. 支援が必要と思われる被害者に対しても、「同じ体験をした人と話をしたい・つながりたい」という思いがあることを受け止めることから関わり、自助グループに参加できるように支援者が手伝うという姿勢を持てば、被害者との信頼ある関係を構築できるだろう。</p> <p>2. 定義：犯罪被害者の自助グループは、自助力を回復し、促進し、強化するために自分たちが中心になって自分たちのためのケア・プログラムを実施する集団ないし団体と定義される（長井、2004）。目的：米国では「飲酒運転に反対する母の会」（略称、MADD）があげている（大久保、2001）もののほかに、それぞれの立場で自分の問題を認め、受容し、対応の仕方を変えていく過程や、心の揺れなどを他のメンバーと分かち合うことも目的といえる。（長井、2004）運営法：支援者は研修を受講し、会場の確保、連絡、ファシリテーターを務めることなどが期待される。ニーズの高い自助グループの意義や目的を理解し、立ち上げ支援やファシリテーターとしての研修を受けることが今後重要になるだろう。</p>	<p>1. Op. 2. Ev.</p>
<p>集団への介入と家族への介入</p>		
	<p>1. 精神科医が避難者を治療する際に集団心理療法を導入することで多様な問題に対処できるかもしれない。考慮されるべきは、どのタイプの集団介入が有効かということだ。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>1. 集団への介入</p>	<p>【急性期における1セッションでの集団への介入：デブリーフィング】</p> <p>1. 多くのデブリーフィングモデルは経験部分と情報部分の両方を含む。</p> <p>2. コクランレビューは主観的な苦痛の減少を発見せず PTSD のリスクの短期的な低下も発見されなかった(Rose et al., 2002)。将来の研究によりデブリーフィングが有用である特定の状況が見つかる可能性はあるが、推奨できないというのが複数専門家グループの統一見解(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Medical Reserve Corps et al., 2006; National Center for PTSD, 2010)。</p> <p>3. 「オペレーショナル」デブリーフィングや情報デブリーフィングは支持されているので支援者がチームを組織化して災害後の各段階を通じて情報の流れを調整するために有用。</p> <p>【多数回のセッションでの集団への介入】</p> <p>心的外傷後ストレス障害のグループ:</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Op. 6. Ev. 7. Ev. 8. Ev. 9. Ev. 10. Ev.</p>

	<p>4. ト라우マ焦点化認知行動療法 (TF-CBT) は災害後有用 (Bisson & Andrew, 2007)。</p> <p>5. 現在中心 CBT よりも TF-CBT に強いエビデンスがあるが十分な情報は提供されていない。</p> <p>6. 災害の環境での報告がなされている他の形態の集団心理療法には、心理力動グループ、対人療法グループ、プロセス思考グループ、支持的グループがある。(Shea et al. 2009)</p> <p>7. ト라우マ後の多数回でのセッションによる心理的介入についてのコクランレビューでグループであろうと個人であろうと、何らかの心理療法が PTSD の危険性を減らすために有効であるというエビデンスを発見しなかった。(Roberts et al. 2009)</p> <p><u>死別と悲嘆のためのグループ</u> (個人治療は 11 章を参照)</p> <p>8. Rynearson ら (2002) はマニュアル化された介入モデルを用いて集団心理療法を記載した。</p> <p><u>子供と青少年のグループ</u></p> <p>9. 多様なグループが行われてきた。集団への介入の実験が少ないが予備的な証拠はグループが災害生存者 (Chemtob et al. 2002; Salloum & Overstreet, 2008; Tol et al. 2008) と災害に関係していないトラウマに曝露された人 (Stein et al. 2003) の PTSD 症状を減らす点で有効であると示唆している。</p> <p>10. ト라우マ後の成人向けグループと同様に、子供でも最良のエビデンスを示すグループには CBT の要素が共通している。(Chemtob et al. 2002; Stein et al. 2003; Tol et al. 2008)</p>	
--	--	--

2.カップルと家族への介入	<p>1. 個人的には生命を脅かす出来事も愛する人の喪失も経験しなかった人たちの間にも甚大な社会的な機能不全や苦痛を作り出して、トラウマが家族のメンバーの中で「跳ね返り」合う可能性がある。(Kellermann, 2001)</p> <p>2. 子供の精神に病理的な問題が発生しやすくなることに加えて、大きなトラウマを生き抜いた人の家族では、ほかの問題も報告されている。(Hinton et al., 2009, Norris & Uhl 1993; Norris et al., 1999; Price & Stevens 2010, Galovski & Lyons 2004, Jordan et al., 1992)</p> <p>3. 災害後の環境での家族への介入については、存在するデータが限定されている。文献の大半がカップルへの介入を扱っていて、より大きな家族システムの介入を扱っていない。</p> <p>4. 国際トラウマティックストレス学会はその PTSD 治療の実践ガイドラインで CBT の方法論を取り入れた 2 つの療法 行動家族療法と行動夫婦療法をエビデンスのある臨床行為であると評価している (Riggs et al., 2009)。</p> <p>5. 退役軍人とその配偶者に心理教育を行うことの利点が示されている (Deville 2002; Robin and Nardi 1991; Riggs et al., 2009)。</p> <p>6. ここまでの研究から災害後の環境にある精神科医は、家族への介入、特に CBT の技法を取り入れたものの実施を考慮すべき。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Ev.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Ev.</p> <p>5. Ev.</p> <p>6. Op.</p>
3. 結論	<p>1. 災害は直接的にも間接的にも多数の人々に影響するので家族への介入や集団への介入で明らかとなった臨床上の問題に対処しなければならない。PTSD については集団への介入、とくに CBT にエビデンスが多くある。死別経験や悲嘆に関しては PTSD の予防より治療でのエビデンスが最も優れたものになっている。</p> <p>2. 家族への介入を研究したものは少ないがトラウマに曝露された人の家族では、家族の機能不全を示す証拠が豊富に存在。</p> <p>3. 一番研究されている家族への介入はカップルに焦点をあてており、同時に行われている個人治療の効果をコントロールする、さらなる研究が必要。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p>
心理療法		
	代表的な心理療法の実践的事柄を列記	

<p>1. 災害後に心理療法を必要とする人を決める</p>	<p>1. メンタルヘルスの専門家はすべての生存者が心理療法を必要とすると想定すべきではない。</p> <p>2. 人による治療の必要性の有無の査定には十分なエビデンスに基づいた確固たる方法論は存在しないが、治療を必要とする人々を臨床的に決定することが最初の決断となるべきである。心理療法を必要とする人々を特定するためには、以下の要因を考慮する： 災害現場付近の人（物理的近接性） 個人的な回復力 家族やコミュニティからの支援 精神障害の臨床的な徴候の存在 個人の好み</p> <p>3. 心理療法を必要とする生存者に加えて精神科医と他のメンタルヘルス専門家も、心理療法から利益を得られるだろう。バーンアウトを予防し、自身の支援を助ける (Knobler et al., 2007)。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.Ev.</p>
<p>2. サイコロジカル・ファーストエイド</p>	<p>1. 災害後の心理社会的介入の初期段階では、危機管理が重要となることが多い。(Milligan and McGuinness 2009)</p> <p>2. アメリカ赤十字社の心理社会的支援プログラムは4つの明確な構成要素からなる。参加型危機アセスメント 生存者の慣れ親しんでいる環境からの断絶への対処 コミュニティの動員 コミュニティの展開。Kのプログラムは災害後には生存者が「場所」の感覚を喪失することを前提としている(Diaz, 2008)。</p> <p>3. PFAは衝撃を受けた多数の生存者に最初の支援を提供する技法で、広く受け入れられている危機介入の一形態である。PFAは生存者に対して、最初の支援とつながりを提供するものである。</p> <p>4. 人間とシステムをつなぐアプローチ(Linking Human Systems Approach; Landau et al. 2008)では、個人とその家族に本来備わっている強さを円滑に引き出すことに焦点を当て、脆弱性ではなく回復力を強調する。</p> <p>5. ー実践的事柄ー PFAは災害後の最も基本的な、全般的な心理社会的支援のための介入として推奨されている。より踏み込んだ介入が実行可能なときは、ポジティブ心理学の原則を用いて生存者の弱さに焦点を当てるのではなく、強さに着目することで生存者の語りが創造され、回復力を高めるものとなる。</p> <p>6. まとめて、メンタルヘルスの専門家はPFA、アセスメント、コミュニティの動員というように、危機介入計画を段階的に導入することが勧められている。最後のステップでは個人だけではなく、支援システム（日本語訳では組織になっているが原著は support system）全体に話しかけなければならない。</p>	<p>1.Ev. 2.0p. 3.0p. 4.Ev. 5.0p. 6.0p</p>

<p>3. 短期心理療法</p>	<p>1. 災害後に推奨される治療法のほとんどは短期療法が中心。その中でも C B T に、その使用を支持するエビデンスが最も多く存在している。</p> <p>2. 災害後の C B T では、不適応な行動と思考プロセスが修正され、苦痛の緩和に焦点が当てられる (Ruzek et al., 2008)。C B T の一部はリラクゼーション反応の原理を用いる (Benson et al., 1975)。事実上、C B T には新しい学習が含まれる。</p> <p>3. CBT は子供と成人を対象としたいくつかの異なる対象人口において、災害後に行われる効果的な介入のモデルであることが示されている (Udomratn 2008, Salcioglu and Basoglu 2008, Shoostary 2008, Giannopoulou et al. 2006, Difede et al. 2007, Difede et al. 2006, Hamblen et al. 2006)。</p> <p>4. ー実践的事柄ー</p> <p>ーメンタルヘルスの専門家は既存の資料を状況にあったものへと修正するべきである。</p> <p>ー最初は暴露療法と反応防止がかなり効果的に思われる。バーチャルリアリティの技法が暴露技法を強化するだろう。</p> <p>5. Phillips (2009) は災害後の治療構造を創るために、安全の段階・思い出して悼む段階・再連結という段階を使つと報告している。災害や大がかりな暴力行為に暴露された人々についての研究と治療の専門家からなる世界的な検討会では災害後の「即時と中間期」の介入に関して以下のコンセンサスを得た。安全の感覚 落ち着かせること 自己とコミュニティについての有効感 つながっていること 希望 (Hobfoll et al., 2009)</p> <p>6. ー実践的事柄</p> <p>C B T の実施法を計画する場合に、メンタルヘルスの専門家は患者の安全を促進し、次にトラウマや災害の記憶に圧倒されずに耐えることができるように寄り添う。そして、人生、希望、コミュニティからの支援へと再び結びつける。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.Ev. 4.0p 5.Ev. 6.0p.</p>
------------------	---	--

4.文化に根付いた代替治療	<p>1. その文化に根付いた治療についての知識があると、臨床家が患者を診る場合に、治療できる範囲を広げることができる。(Halliburton 2004)。代替治療には、 ヨガ呼吸法(プラナヤマ) (Brown & Gerbarg, 2009; van de Kolk, 2006)、 瞑想 (Gatani et al., 2009)、 ナラティブ曝露治療法 (NET) (Gatani et al., 2009)。</p> <p>2. ー実践的事柄ー 代替療法は、その文化でどのように受け入れられているかに十二分に注意して使用されるべきである。また、これらの技法の効果を裏付ける研究データに精通すべきである。</p>	1. Ev. 2. Op.
5.家族への支援	<p>1. 災害後には生存者への家族の支援が非常に有益である。</p>	1. Op.
6.長期的心理療法	<p>1. 被災者向けの長期的な心理療法についても調査されているが、これは遠く離れた災害の場では利用できない。(Boscarino&Adams, 2008; Bohleber, 2007; Lewis, 2009)。</p> <p>2. トラウマ後という状況で有効性が期待される治療法には、眼球運動による脱感作と再処理法(EDMR)がある。これは多数の療法を構造化された実施法へと統合するものである。(Bossion&Andrew, 2007; Shapiro, 1999)</p> <p>3. ー実践的事柄ー長期的な治療が被災者の治療で効果を上げるのかどうかは不明確。しかし、それでもそれを開始する場合には、エビデンスとしては短期治療が望ましいとされていることを認識しつつ、注意深く治療を組み立てて実施するべきである。</p>	1. Ev. 2. Ev. 3. Op.
7.治療の副作用	<p>1. 回復能力ではなく、依存についてのニーズを活性化してしまえば、長期的には援助にはならないであろう。(前文に Wessells 2009))</p> <p>2. ー実践的事柄ー心理療法は災害後に有用であるが、自律性の減退、依存と恥の増加のような負の副作用をもたらす可能性も潜在している。よってバランスの取れた心理療法のプログラムのほうが効果的となる可能性はるかに高い。特に回復力と脆弱性の療法に焦点を当てることが重要である。</p>	1. Ev. 2. Op.
8.結論	<p>1. 心理療法は、トラウマ刺激への暴露とトラウマ反応予防を含む認知行動療法的な実施形態の枠内で用いられれば、災害時介入の有益かつ重要な一部となる。メンタルヘルスの専門家は長期的な治療を意識しておくべきだが、思慮深くそれを推奨したり使用したりすべきである。(K後に Wessells, 2009)</p>	1. Ev.

保護ケアサービス		
	主な活動内容	
6.1 一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般保健ケアの提供には、社会的配慮を取り入れる。 2. 出生証明書および死亡証明書を発行する。(必要な場合) 3. 保健システム外にある主要な資源への紹介をすすめる。 4. 緊急保健ケア対応における心理的側面に関し、一般保健スタッフおよび精神保健スタッフにオリエンテーションをする。 5. 極度のストレス要因(心的外傷性ストレス要因とも言う)の被害者のために、心理的支援を利用できるようにする。 6. プライマリ・ヘルスケアにおいて精神保健に関するデータを収集する。 	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.0p.</p> <p>5.0p.</p> <p>6.0p.</p>
6.2 重度の精神障害をもつ人びとが、ケアへアクセスできるようにする。	<ol style="list-style-type: none"> 1. アセスメントを行う。 2. あらゆる緊急医療品キットに十分な量の必須精神科治療薬を確保する。 3. 緊急プライマリ・ヘルスケア。 4. 重度の精神障害に対して最前線でケアに当たることができるプライマリ・ヘルスケアスタッフを研修、スーパーバイズする。 5. 複数の異なる研修によってプライマリ・ヘルスケア従事者に過剰な負担をかけることを避ける。 6. 無理なくアクセスできる場所に追加的な精神保健ケアを設ける。 7. 特定の診断や限定した集団に集中した並行的な精神保健ケアサービスを構築しないようにする。 8. 精神保健ケアの利用可能性について人々に情報提供する。 9. コミュニティ体制として連携して、重度の精神障害をもつ人々を発見、訪問、支援する。 10. あらゆる関係機関間の精神保健に関する連携・調整に携わる 	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.0p.</p> <p>5.0p.</p> <p>6.0p.</p> <p>7.0p.</p> <p>8.0p.</p> <p>9.0p.</p> <p>10.0p.</p>
6.3 入院・入所している重度精神障害者等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ケアに従事する一つ以上の機関が、施設入居者の継続的ケアおよび保護に関する責任を負うようにする。 2. スタッフが精神科施設を放棄した場合には、置き去りにされた重度精神障害をもつ人々をケアするように、コミュニティおよび保護システムから人的資源を動員する。 3. 精神科施設内の精神障害をもつ人びとの生命および尊厳を保護する。 4. 災害、紛争等の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健ケアを行えるようにする。 	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.0p.</p>

<p>6.4 コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療の提供状況に関し、アセスメントをし、ケアマップを作成する。 2. 伝統的ヒーラーに関する国としての政策を確認する。 3. 確認されたヒーラーと信頼関係を築く。 4. 現地のヒーラーが情報共有および研修・セッションに参加するようにすすめる。 5. 可能な場合には、協働的なサービスを構築する。 	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p.</p>
<p>6.5 アルコール等の物資使用に関する問題を最小限に抑える。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速評価を実施する。 2. 有害となるアルコール等の物質使用、依存を防止する。 3. コミュニティ内においてハームリダクション（害軽減）の介入をすすめる。 4. 離脱等の急性の問題を管理する。 	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.</p>

表9 カテゴリー内容整理（リスクコミュニケーション）

リスクコミュニケーション	要約	Ev. / Op.
被災地におけるコミュニケーション		
	本章では、外部支援者を主体としている。	1. Op.
3. リスクコミュニケーション	1. 災害時に、迅速で、正確かつ信頼できる情報を提供することは、個人や社会の混乱、不安、恐怖を軽減し、病的状態への移行を防ぐことができる。また、コミュニティの回復力の強化にも最終的に繋がってくる。	1. Op.
<p>(1) リスクコミュニケーションの定義 / (2) リスクコミュニケーションの基本原則 / (3) リスクをふまえた個人レベルでのコミュニケーション / (4) 集団へのクライシスコミュニケーション / (5) マスメディアを介したコミュニケーション</p>	<p>(1) 1. 定義：「災害危機に際して人々が効果的なコミュニケーションを行うための用語であり、行政、組織、コミュニティ、個人といった関係者間でリスクに関する情報を共有し、相互に意思疎通をはかること」(Stoddard et al., 2011)</p> <p>(2) 2. 基本原則：リスクコミュニケーションを行う際には、現状を把握し、情報の発信者と受信者の立場を平等にし、情報が不確かな時は素直に認め、明らかになった段階で伝えるべきである(木下、2014)。</p> <p>(3) 3. 被災者と個別にコミュニケーションを図る上での留意点として、被災者の恐れ、不安、疑念に傾聴する、信頼を失わないような発言と行動に心がける(verbal と nonverbal メッセージの矛盾、否定的な言葉の使用など)、不確かで信頼性の低い情報を公表しない、最悪な結果を伝えるのではなく、支援者がそのことを心配していて、良い知らせを得ることに希望を捨ててないことを伝える、などが挙げられている。(Stoddard, et al. 2010)。</p> <p>(4) 4. 集団に対して危機的状況を伝えるときは、小集団に分けてから各グループに説明する。筆者は、高橋(2014)の生徒が自殺した際の対応を参考にしよう勧めている(頁155, 表8-1)。</p> <p>(5) 5. 専門家と住民等と関係者間でリスク認識の違いがあるため、メディアを積極的に使い、不安を和らげ、レジリエンスによる回復への希望を高める。災害時にメディアが発信すべき情報には、</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev. 5. Ev. 6. Ev</p>

	<p>災害の影響と継続的变化、支援の求め方、トラウマと悲嘆、身体症状、抑うつ情報、アルコールや薬物の渴望、支援者のストレス・対策、回復力、化学物質や放射線などの知識、が含まれる(表8-2, p.156)(Stoddard et al., 2011)。</p> <p>6. マスメディアではセンセーショナルなものを取り上げる傾向があり、報道関係者は二次的トラウマを被りやすい。報道側の要求を考慮したメディア対応の流れが表8-3(p. 157)に提示されている(鈴木, 2015)。</p>	
災害前、災害時、災害後のリスクコミュニケーション		
	1. 精神保健医療専門家として行うリスクコミュニケーションについての教育は、これまでのところほとんど行われていない。	1. Op.
1. リスクコミュニケーションの一般原則	<p>1. 精神保健サービスセンター(2002)により作成されたガイドラインには、リスクコミュニケーションにおいて5つ推薦事項が記述されている:(1)人々の懸念を和らげる、(2)対応方法についてガイダンスを与える、(3)継続してメッセージを伝える、(4)最新の正確な情報を届ける、(5)簡潔に、明確に、効果的に情報を届け、単純で、率直で、現実的なゴールとメッセージを示す(表2-1, p. 27)。</p> <p>2. 公共コミュニケーション媒体を利用する際には、精神保健専門家等の信頼できる情報源からメンタルヘルスに関する情報を発信することが重要。</p>	1. Ev. 2. Op.
2. メディアとの関わり方	<p>1. 災害リスクの伝達、社会教育(Beard & Kantor, 2004; Bennett et al., 1999; Fassler, 2003; Rauch, 2009; Stoddard & Menninger, 2004; Teichroeb, 2006)。</p> <p>2. 精神保健医療従事者が取材を回避しないように、メディア対応の訓練が必要。</p>	1. Ev. 2. Op.
3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション	<p>1. 精神医療(住民の心理的反応、初期対応者のストレスなど)と災害情報の両者の発信が求められる。被災地で連携してメディア対応に当たる必要あり。メディアも含めた支援者支援を行い、大分部の被災者が回復力をもつことを強調する適切かつ洗練されたメッセージを送信することが重要である。(Myers & Zunin, 2000; Nickell et al., 2004; Singer et al., 2003; Wray et al., 2008)。</p> <p>2. 最も重要なのは、公共の教育が一方的な心理教育、症状教育を行うことにより不安、ストレスを被災者にあおる弊害をもたらしては本末転倒であるという点である。</p>	1. Ev.

<p>4. 災害発生時のリスクコミュニケーション</p>	<p>1. 支援者が効果的に機能できるため。</p> <p>2. 表 2-3 (p.33) : 精神保健専門家が疾患罹患者や被災者と個別にコミュニケーションを取るためのガイドライン。</p> <p>3. 心理的影響を受けやすいメディア関係者と話すことは、見逃された被災者への間接的支援。</p> <p>4. 保護的要因 : メンタルヘルスプロモーションによる保護的要因の強化 (Charney, 2004; Shalev, 2004; Stoddard, 2009; Watson et al., 2006)。被災後の生活状況、恐怖の改善。</p> <p>5. 災害弱者を取り巻く問題 : 詳細は、第 6 章、第 7 章、第 17 章、第 18 章を参照。弱者集団のリーダー、彼らから信頼されている人物とのコミュニケーションが有効。アウトリーチは地域指導者と協力 (Reissman et al., 2005)。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Ev.</p> <p>5. Ev.</p>
<p>5. 災害後のリスクコミュニケーション</p>	<p>1. 被災者が高域に分散する可能性を踏まえる (Covello, 2001)。明確、正確な情報発信。うつ病、PTSD のリスク軽減、生活への柔軟な対処法の指導。</p> <p>2. 被災者が移動した地域のプライマリケア医との連携。メディアとの協力。メディアと精神医療者との対話促進が重要。精神医療関係者がメディアトレーニングを受けること。</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Op.</p>

表 10 カテゴリー内容整理 (準備・訓練)

準備・訓練	要約	Ev. / Op.
介入マトリックス		
1 緊急事態に備えた準備	<p>1. 災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援(MHPSS)は3領域に大別され、本ガイドラインでは各領域における緊急事態への準備に関する活動が概説されている:A.各領域に共通の作業役割 B.精神保健・心理社会支援の中心的活動領域 C.活動領域セクター別の社会的配慮</p> <p>2. A.各領域に共通の作業役割 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</p> <p>3. B.精神保健・心理社会支援の中心的活動領域 コミュニティの動員および支援 保護ケアサービス 教育 ④情報の発信</p> <p>4. C.活動領域セクター別の社会的配慮 食料安全および栄養 避難所および仮設配置計画 水および衛生</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p.
平常時から行うべきこと		
1) 災害時の精神保健医療活動についての住民教育	<p>1. 災害時に起こりえる精神的反応とその対処について、広報活動を通じた地域住民の教育が必要である(本ガイドラインの第二項:災害時における心理的な反応を参照)。</p> <p>2. 特に PTSD についてはマスメディアによる不正確な情報の修正の為、住民教育では正しい情報(例:災害後の心理的変調の多くは正常反応である、PTSD の診断は症状発症後一か月以上経過のち行われる、トラウマ的出来事の体験直後に心理的デブリーフィングを行うことは PTSD の予防にならない等)を強調すること。</p>	1.0p. 2.0p.
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>1. 防災訓練の一環として精神保健医療の救助活動のシミュレーションが含まれるのが望ましい。</p> <p>2. シミュレーションには救護班による災害現場での簡単な心理教育、不安・不眠などを主訴とする住民の相談窓口での受診等の訓練が含まれる必要がある。</p> <p>3. とくに不安をかかえた住民が受診をためらわずに済むよう、地元の首長・名士にその役割を依頼することは効果的である。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p.
3) 精神保健医療の援助資源の確保	<p>1. 災害時に援助を求めるとのことができる精神保健医療の人的資源について把握、整理しておく。</p> <p>2. 職種ごとの連携先の確保、助言を求める先の確保、また多文化対応のための外国人ボランティアの確保が役立つ。</p>	1.0p. 2.0p.

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	1. 災害時に体験される心的トラウマを伴う精神的な症状は、平時におこる虐待、事故、家庭内暴力(DV)等で生じる精神反応とほとんど変わらない。従って、精神保健従事者がこうしたケースに積極的に取り組み、女性相談センターや児童相談所と情報交換を行うことが心的トラウマ対応の経験を積むことに役立つ。	1.0p.
5) 精神保健医療従事者への研修活動	1. 災害時における心的トラウマ対策の担当者は精神保健専門家だけではなく、行政担当職員も専門家研修に積極的に出席すべきである。とくに、行政内の医師免許保持者は行政と臨床の現場の連携を図るべく努めるべきである。	1.0p.
コミュニティの動員および支援		
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、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。	<p>1. コミュニティの動員のため、支援に関する公的・非公的リーダー、機関・構造間の連携・調整をする。</p> <p>2. 可能な限り早期に被災コミュニティの政治・社会・治安状況を確認するため、コミュニティ内の指導者ら、支援組織、意思決定プロセス、文化ルールならびに文化的情報提供者を把握する。</p> <p>3. コミュニティの人々が等しく支援を受けるために、公式・非公式組織の組織とコンタクトを取り、過去の危機に直面した経験、組織化の中心人物、既存の相互支援形態とその有用性、問題が生じた際の解決策、人々の緊急対応への参加について問い、各コミュニティの特徴について理解する。</p> <p>4. 社会的に疎外された人々が緊急支援の計画・提供に組み込まれ、その過程に参加できるよう、それらの人々をエンパワーし、スティグマや差別を防止・抑制するために青年ら、地方行政に働きかける。</p> <p>5. コミュニティの人々(子どもも含む)が集まり緊急対応を計画、実現するための自助、宗教、文化活動が行えるよう安全なスペースを早期より設ける。このスペースは子どもを保護、支援する場所でもあり、重要な情報の発信拠点としても機能する。</p> <p>6. 緊急時に社会心理支援においてレジリエンスを発揮できるコミュニティとするためには、コミュニティの人々自身がその過程を主導、牽引し、コミュニティがあるべき未来像を描き、長期的シナリオに基づいた行動計画の実現のために活動できるようにする。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p. 6.0p.

<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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 効果的な心理社会支援、対処、そしてレジリエンスの基盤となるコミュニティの人的資源を特定する。 2. 参加型手法を用い、コミュニティによる優先すべき社会的支援活動の特定をする。利用可能な非専門的・専門的支援で即時開始/強化が可能なもの、コミュニティの将来の展望に貢献するものに着目する。特定された情報は連携・調整グループと共有する。 3. 被災したコミュニティのすべての人々が支援を受けられるよう、コミュニティ内の自助・相互支援の取り組みを強化し、可能であるならコミュニティの人々自身が提案したコミュニティ支援イニシアチブを後押しする。 4. 災害弱者のなかでも最も高いリスクに晒される最弱者の人々を支援するため、コミュニティ独自の支援イニシアチブだけでなく広い範囲での関連イニシアチブの追加を検討、計画・実施・モニタリングを行い活動を促進する。 5. コミュニティの支援が十分でない、あるいは目標達成に至るのに不十分とみなされる場合は、フォローアップを伴う短期の参加型研修をコミュニティの心理的支援活動の従事者(ボランティアを含む) に提供する。 6. 必要に応じて、コミュニティ内外で社会的に疎外された災害弱者として最も高いリスクのある人々のために人道支援者としてアドボカシ を行う。 	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p. 6.0p.</p>
---------------------------------------	---	--

被災地におけるコミュニケーション		
1. 準備段階		
被災者・支援者の背景/被災者と支援者との関係/同僚や家族との準備と共同生活作業	<p>1. 被災現場の支援者は、曖昧な個人の役割や過度の労働によりストレスに曝されやすい。結果として、非効率的・非生産的な活動が起こり、自身の健康を害したり、二次災害を引き起こしたりする (Raphael, 1986)。</p> <p>2. 被災者と支援者は相互関係にあり、ともすると歪んだ関係に陥り易い。例えば、災害急性期に活発に支援に従事した支援者はその後事態が沈静化するにつれ疎外感を覚えるようになる。また、自身を全能と信じる支援者は被災者を脆弱な存在とみなし (Raphael, 1986)、すべての保護と援助に対し被災者は感謝すべき、と思いつ込み、被災者が正直な要求をすることや感情を表に出すことを妨げる結果を招く。</p> <p>3. このような負の関係にならないよう、支援者は常に被災者を客観的に捉え、被災者と適切な心理的距離をとり、お互いのなすべきことを尊重する姿勢を保つべきである。</p> <p>4. 派遣された支援者は、私生活や仕事への災害の影響に対する不安に襲われるため、セルフケア、家族のケア、家族や職場と有事の備えに関する話し合いを行うべきである。</p>	<p>1.Ev.</p> <p>2.Ev.</p> <p>3.Op.</p> <p>4.Op.</p>

教育		
教育		
7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。	<p>1. 教育の重要な保護的役割として、平和地帯としての安全な学習環境を整える。</p> <p>2. 精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しつつ効果的な学習を提供するため、災害・紛争時に柔軟に対応した正規/非正規教育をより支持的かつ適切なものにする。</p> <p>3. 災害・紛争時には年齢、性別、障害、入学書類の有無に拘わらず、すべての者への教育のアクセスの向上に努める。代理母を務める子どもたちには保育サービス、物資に困窮する者には学用品、そして復学を希望する者には上級者向け教育を提供する。</p> <p>4. 教育者は学習者のウェルビーイングを支援できるよう、教育者自身の社会的ウェルビーイングの支援のため、コミュニティの背景と文化に応じた参加型学習法を取り入れた継続的な学習機会、関連研修、災害・紛争に関する専門的支援を提供されることを奨励する。</p> <p>5. 特別な精神保健・心理社会的ニーズをもつ学習者を支援できる教育システムの能力を育成する。子どもをモニタリング、フォローアップする担当者を置き、学内カウンセラーは災害・紛争関連問題の対処についての研修を受講し、コミュニティ内の精神保健、社会的、心理社会的サービスに適切に子どもをつなぐことができる紹介体制を築く。</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.0p.</p> <p>4.0p.</p> <p>5.0p.</p>
予防・教育		
1. ストレスマネジメント教育		
- ストレスマネジメント教育とは / ストレスマネジメント教育のすすめ方	<p>1. 定義：ストレスマネジメント教育とは、自分のストレスに向き合い望ましい対処を学ぶ理論と実際であり、すべての人を対象とする（山中・富永、2000）。</p> <p>2. ストレスマネジメント教育は、心理社会的ストレスモデル（Lazarus & Folkman, 1994）を理論の根幹とし、日本独自の展開として、臨床動作法の動作を取り入れている。身体を整えることで気持ちも整い、集中を促す結果となる。</p> <p>3. ストレスマネジメントの教育の進め方は4段階ある： ストレスについて学ぶ、自分のストレスを知る、望ましいストレス対処法を学ぶ、望ましいストレス対処法の活用。</p>	<p>1.Ev.</p> <p>2.Ev.</p> <p>3.0p.</p>

人材育成・支援者訓練		
災害時メンタルヘルス活動の訓練		
1.災害メンタルヘルス(DMH)訓練のためのガイドラインと配慮		
-訓練を受ける者/いつ訓練が行われるか/訓練テーマと学習目標/訓練の過程/訓練に割り当てる時間/指導者/財源	<p>1. DMH 訓練を受ける者はメンタルヘルスの専門家、医学の専門家、牧師、消防士、警察、学校職員および専門職の助手が含まれ、訓練の内容は各人の資格、職、あるいは被害者や災害作業員と接するボランティアを希望するか否で大きく異なる。また、訓練を受ける者は DMH 活動のために公的に認可された機関内で支援することを認可される必要がある。</p> <p>2. システムレベルでの対応の調整、統一をはかり、また、専門家が DMH サービスと通常の臨床サービスとの顕著な差異を学ぶために災害前の訓練が最適である。数多くの地域救急関連サービスならびに各支援時期に対応した DMH 活動を実現し、講義と災害シミュレーションの組み合わせた教育形態が理想的である。</p> <p>3. DMH 介入における研究は少なく (Norris et al., 2002)、災害時の効果を実証したエビデンスやスクリーニング・評価に関する記述が非常に乏しいことから、メンタルヘルス的にリスクのある個人に関する災害関連の評価を一般化することが妥当であると考えられる。著者ら (Young et al., 2006) は被災者の多様なニーズに効果的に応えるための準備として多面的な DMH 訓練を奨励している (表 4.1 DMH 訓練カリキュラム--臨床家と行政職への普遍的モジュールを参照)。</p> <p>4. テーマや内容の説明に終始する既存の訓練マニュアルに対し (Young et al., 2001)、DMH 訓練は参加者が実際に介入のリハーサルをしフィードバックを受けさせることで重要な介入技術の習得を可能にさせている (Norris et al., 2005)。</p> <p>5. 多くの DMH 訓練は 4 時間、8 時間、12 時間または 16 時間のプログラムとなっている。長時間のプログラムには計画立案の機会、チームの組み立て、参加者間のネットワークづくり、ロールプレイ、演習ならびに支援行動のデモンストレーションが含まれる。</p> <p>6. 指導者は一般的にメンタルヘルス臨床の有資格者、さまざまな災害および地域社会に対応した経験のある行政官である。例外</p>	<p>1.0p.</p> <p>2.0p.</p> <p>3.Ev.</p> <p>4.Ev.</p> <p>5.0p.</p> <p>6.0p.</p> <p>7.0p.</p>

	<p>として、特定の課題(例:資源、行政的手法、地域の文化的特性、死者の扱い等)には講師が指導者として加わる。</p> <p>7. DMH の財源はそのプログラムが政府、非営利団体、民間企業等、どのような機関から提供されているかによって異なる提供者から支給される(例:政府による財源として国土安全保障省、連邦緊急事態管理庁 FEMA 等)。</p>	
2. 外傷後早期介入研究 - 訓練に関連したもの		
<p>-被災者への教育/技術訓練/トラウマ・ストレス反応を軽減するための簡易心理的介入/ブリーフ・アルコール・インターベンション/長期的問題のリスクがある被災者の同定/紹介--メンタルヘルス・サービスの利用への障害を減らす</p>	<p>1. 災害発生後の被災者へのいくつかの教育方法は、単独では自動車事故と暴行後における PTSD の発症の予防に対し限定的な効果しかないと認知されている (Bryant & Harvey, 2000; Bryant et al., 1999; Bryant et al., 1998)。情緒的な回復と情報の簡易な提供による影響の可能性の両方を視野に入れた教育について DMH 職員は訓練を受ける必要がある (Ruzek, 2002; Young & Gerrity, 1994)。</p> <p>2. モデリング、行動のリハーサル、セルフモニタリング、現実的環境での繰り返しの練習、マルチセッションの指導など DMH 技術訓練で用いられている方法は DMH 教育の効果向上に有効であると推測されている。</p> <p>3. トラウマ体験や ASD 後数週間以内に効果的と考えられている認知行動療法 (CBT) の中で最も強力な要素は暴露療法と認知の再構成であるが、短期間症状を悪化させる、正式な訓練を受けた実務者が稀少であることから、被災者への適用については研究の実施が求められる。災害時には悲観的認知がよく観察されるので、PTSD の発症における認知の役割についての教育、また、災害時に頻繁にみられる苦痛を伴う反応に対する間違った考え (例: 罪悪感) を変えるための体系的なアプローチについて訓練を受ける。</p> <p>4. 病院のトラウマセンターですぐに治療を受けた患者で、一回のブリーフ・アルコール・インターベンションでも飲酒量を軽減することができたことが実証されている (Gentilello et al., 1999)。従って、この介入方法が災害後の飲酒問題を軽減する可能性について考えることは妥当であり、DMH 訓練にアルコール乱用に対する介入は採用されるべきである。</p> <p>5. リスクの高い被災者を精神科治療へつなぐことは DMH 従事者に求められる重要な任務の一つである。外傷直後において最も脆弱な人々の確定は困難だが、訓練ではスクリーニングのモジュール</p>	<p>1. Ev.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Ev.</p> <p>5. Op.</p> <p>6. Ev.</p>

	<p>ルが含まれるべきである。</p> <p>6. 被災者のメンタルヘルス・サービス利用に対する抵抗・拒否について様々な理由が考えられているが、様々な被災者の反応、懸念について話し合い、動機付け面接 (Rollnick et al., 1992) を行うことで、DMH 従事者の支援が利用される確率が上がることが示唆される。</p>	
3. 学校における DMH 訓練		
<p>- 学校への訓練 とアクセス / 学校 におけるリーダー シップを保持して いる人々への訓練 / 教員への訓練 / “ 教員以外の ” 学 校職員への訓練 / 学校保健師への訓 練 / 学校メンタル ヘルス・スタッフ への訓練</p>	<p>1. 学校における DMH 訓練は、教室のマネジメントを助け、子どもの健康、メンタルヘルス、学習を促すことを目的とした学校を基盤としたメンタルヘルス・サービスのためのものである。教室内の活動、学校生活のルーチンを障害しないメンタルヘルス介入をするを行うために、学校と DMH とのパートナーシップを確立することは大きな課題である。学校からの DMH 訓練実施の許可を得たうえで、多岐にわたる学校職員の訓練と DMH サービスに特化したリソースを開拓できるように指導を行う。</p> <p>2. DMH 訓練従事者は災害後の学校をベースとした回復プログラムの立ち上げの過程で、学校における指導的立場になる可能性があり、また、教育委員会管轄の階層構造のなかにある学校組織ということを念頭に置く必要がある。</p> <p>3. 教員の訓練には災害関連の不安、引きこもり、怒りそして非協力的な生徒への介入手法の練習の機会が含まれるべきである。どのように話し、年齢や発達レベルに見合った接し方を経験、理解させることにより有意義な訓練となる。</p> <p>4. あらゆる年齢層、文化・宗教背景の教員以外の多くの職員にも救護活動や生徒と大人の相互作用について、各々適切なレベルの内容と実演訓練を受けるべきである。</p> <p>5. 学校保健師 (看護師) は DMH 訓練により、災害関連ストレスにより生じる医学的問題の評価、また、生徒、親、職員の災害関連ストレスとその対処技術を加えて得ることが出来る。結果、トリアージと心理学応急処置の分野での活動強化につながる。また、養護教諭も学校のクライシスチームの鍵となるメンバーとして訓練を通じて任務強化を期待できる。</p> <p>6. 災害前と後で、学校メンタルヘルス専門家 (スクールカウンセラー、学校心理士 (博士)、スクール・ソーシャルワーカー) と地域メンタルヘルス専門家の訓練を組み合わせることにより、パートナーシップを強化し、学校と地域での DMH 対応と方針の統一、調整の強化を実現することが可能となる。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.0p. 6.0p.</p>

4. 災害後の自助 / 相互援助を促進させるための DMH 訓練	1. 災害に対応した自助 (self-help:SA) / 相互援助 (mutual aid:MA) 的介入とは、非公式な供給源、特に仲間 (例 : 特定の事象に対し直接の知識を共有する人々) から得られる個人のコーピングを増すためのアプローチのセットであり、これらはやや組織化された方法で提供される。	1. 0p.
- 訓練 / SH/MA の理論と研究	1. DMH 実務者は一般的に SH/MA の介入設立を援助した経験に乏しい。(表 4.3) 仲間同士がお互いに提供し合うサービスの有益性を支える理論は訓練の概要を示している。これらの理論には、社会的比較理論、社会的学習理論、社会的サポート理論、経験値、救助所-治療の原則が含まれる。 2. 仲間同士が相互に提供する peer-delivered サポートと援助である SH/MA の介入についての存在的利点は表 4.3(p. 78)にみられるように様々な理論に基づいている。	1.0p. 2.0p.
5. 現実の事件では 9.11 後のニューヨーク州による DMH 訓練		
- 指導者 / 9.11 の余波におけるトレーニングに伴った困難性	1. 9.11 同時多発テロ事件後のニューヨークのコミュニティは災害とトラウマに対するボランティアとして必要な訓練に参加を希望する数多くの専門家に恵まれたことにより、FEMA 予算による全ての訓練活動が州レベルで承認され、結果としてニューヨーク州の職業訓練および労働力開発部が災害救助活動全般に関する訓練活動に参加する組織からの代表者のためのトレーニング・タスクフォースを組織することを支援した。 2. 9.11 後災害支援要員が直面した数多くの障害には、現場のニーズに合わせた教育教材の翻訳、ハイリスク群と一般人口両方へのサービス提供、地域団体や地域機関と協働することによるプログラムの個々の段階の効率的な切り詰め、④新たに特定されたニーズに適合した訓練の導入、が含まれる。	1.0p. 2.0p.
6. DMH 訓練の改善に向けて		

<p>- 内容および手順 / 新たなテクノロジー / 調査研究</p>	<p>1. 多くの訓練およびサービス提供が FEMA/CMHS 主催のもとに行われてきた。この FEMA/CMHS モデルに対し、著者ら(Young et al., 2006)は今回推奨される DMH 訓練モデルへの抵抗を推測したうえでの概念的枠組みの詳細なレビューの必要性、重症者に対するメンタルヘルス・サービスの提唱を含めた 10 項目にわたる DMH 訓練の改善を提言している。</p> <p>2. 災害後の DMH 従事者の迅速な訓練のため(「ジャスト・イン・タイム」訓練)、潜在的な新たなテクノロジーとして個人用携帯情報端末 personal digital assistance(PDA)およびタブレット(メモ帳)サイズのコンピューターの利用が考えられている。</p> <p>3. DMH 訓練内容をよりエビデンスに基づいたものとするためには 介入、介入のタイミング、介入と被災者のマッチング、④個人介入対グループ介入、⑤専門家による介入対専門家補助者による介入、利用者主導型サービス、サービス提供ネットワークの管理最適化、⑧訓練手順の諸タイプ、⑨特定の訓練法有効性、⑩その他のテーマの実証的研究、が必須である。また、DMH 訓練手順の進化をもたらす評価法の導入、ならびにさまざまな教育法の効果と特定の訓練モジュールの効果の比較研究も有益な情報をもたらすと考える。</p>	<p>1.0p. 2.0p. 3.0p.</p>
-------------------------------------	---	----------------------------------

災害公衆衛生専門家の人材育成		
1.人材を育てる		
わが国での健康危機管理人材のためのコンピテンシー/アメリカの健康危機管理人材のためのコンピテンシー	<p>1. 橋ら(2011)は地域の公衆衛生従事者に求められる危機管理をめぐるコンピテンシー(業務遂行能力)をデルファイ法を用いて検討した(第一回調査回答 1016件;第二回調査回答 756件)。表19-1(p.277)には、発生の第一報、初動調査結果から地域保健上のインパクトを図る能力、原因究明調査のマネジメント能力、対策遂行の組織マネジメント能力、判明事実・対策方針などの迅速・正確な内外に対する情報提供・説明能力、スポークスマンとしての役割、対策後フォロー、再発防止策を継続可能体制とするシステム・社会的コンセンサス形成能力、平時に必要なコンピテンシー、に関する全21項目に対する意見集約結果がまとめられている。</p> <p>2. アメリカ疾病予防管理センター(CDC)の支援を受け、Association of Schools of Public Health (ASPH)は2010年に公衆衛生危機準備・対応のためのコアコンピテンシーモデルを発表した。4つの大項目は、リーダーシップをつくること、情報を伝え、管理すること、実践の準備をし、実践を向上させること、労働者の健康および安全を守ること、である。</p>	1.Ev. 2.0p.
2.さまざまな人材育成活動		
アメリカの人材育成/イギリスの人材育成/国立保健医療科学院での人材育成/DPATについて/職種間の連携について	<p>1. 米国ではCDCを中心とし健康危機事象に対応する人材・指導者を育成しており、代表的なものに preparedness and emergency response learning centers (PERLC)というプログラムがあり、全米各地の公衆衛生従事者の訓練センター(全米14か所の公衆衛生大学院)を統括するネットワークとして機能しており、州、地方レベルでの危機管理水準の向上、コンピテンシーに基づく訓練と教育を開発、提供、評価することを目的としている。国全体を網羅する国家健康保障戦略の一環であり、CDCより約90万ドル(2011年当時)の資金を得て活動している。</p> <p>2. 英国では健康危機管理を統括する英国健康保護局(HPA)が2011年より新たな健康危機計画研修(health emergency planning program)を開始し、従来のディプロマプログラムと危機計画官コース(emergency planning officer's course)を発展させた。研修プログラムはaward, certificate, diplomaの3つのレベルからなり、運営はLoughborough大学ビジネススクール内のProfessional and Management Development Centreが行っている。</p>	1.0p. 2.0p. 3.0p. 4.0p. 5.Ev.

	<p>3. 国立保健医療科学院は、長期の研修：専門課程Ⅰ 保健福祉行政管理分野分割前期（基礎）と、短期の研修：健康危機管理保健所長等研修（実務編、高度技術編）を実施している。前者は地域保健法施行令によって保健所長の資格要件となっており、保健所長の就任が予定されている自治体職員を対象としている。一方、後者は2001年の「地域健康危機管理ガイドライン」をうけ、厚生労働省は同年より「健康危機管理保健所長等研修会」を開催。2004年度より国立保健医療科学院が研修会の企画・運営に参加することとなり、実践的能力の向上に有用な演習プログラムの開発・実施・評価に取り組むこととなり、2006年度より本研修を実施している。</p> <p>4. 東日本大震災後に開かれた2011年全国衛生部長会において、公衆衛生版DMATである災害派遣公衆衛生チームDisaster Public Health Assistance Team(DPAT)の設置が提言された。DPATは都道府県で事前に登録、訓練を受けた自治体の公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、衛生関係職員、事務職、運転手、大学などの専門職、NPO、NGOで構成され、災害発生直後にDMATと同時に派遣される。</p> <p>5. 奥田と鈴木ら(曾根ほか, 2010; 曾根ほか, 2011)は、災害時の避難所などにおける職種間の連携の在り方について具体的に検討。自治体職員を含む保健師班、環境衛生監視班が避難所の衛生管理についてそれぞれ単独で考察した後、合同で結果について議論した。結果は「保健師と環境衛生監視員の連携に関する認識 - 避難所の場面」(表19-3)(p. 285)にまとめられており、「避難所の衛生管理について迅速に提供されるべき情報の記載内容に関する様式」(表19-4)(p. 286)がその結果を受けて作成され、東日本大震災でも一部の避難所で使用された。</p>	
--	--	--