

項目1:総論	要約	
第1章 災害の定義・原因分類・関連要因		
1. 災害の定義	<p>1. 日本の災害対策基本法(1961年11月15日制定)による災害の定義:「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象または大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」</p> <p>2. 「生ずる被害」は特に人間の生命・生活に対する影響・被害を指す。</p> <p>3. 「災害」の定義については日本のみならず世界でも統一された定義をみない。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
2. 災害の原因と分類	<p>1. 災害は①自然災害と②人為災害に大別されるが、その原因はさまざまである(表1-1, p.4を参照)。</p> <p>2. 発生形態(突発型vs.遅延型)や持続時間(短時間vs.長時間)で災害を分類する場合もある(表1-2, p.5を参照)</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子	<p>1. まずハザード(発生要因)があり、この有無を知ることとは比較的容易だがリスク(悪化因子)、つまり「災害が発生して被害・影響を及ぼす可能性」を予測することは困難なことが多い。被害・影響の大きさを左右する要因としてその国・地域の脆弱性、防災対策、災害への対応能力の有無がある。災害後のニーズに対応するためには、必要な資源とその能力を検討し、準備・対応する必要がある(図1-1, p. 5を参照)。</p> <p>2. 「災害」とは人間の生命・生活に多大な影響・被害を及ぼす自然および人為的現象・出来事。「緊急事態」とはその災害により発生したニーズに対して「緊急で大規模な対応を必要とする事態」。「緊急事態」の宣言は、災害対策基本法に基づく「災害緊急事態の布告」と警察法に基づく「緊急事態の布告」により定められる。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
第1章 災害精神医学とは 1. 災害の分類	<p>✓災害は「自然災害」と「人的災害」に大別され、人的災害はさらに「非意図的災害」(大規模飛行機事故、大規模工場事故等)と「意図的災害」(テロ、戦争)に分類される。</p>	<p>✓Op.</p>

2. わが国の災害	<p>1. 過去半世紀においては自然災害が多くを占めるが、人的災害もみられる。</p> <p>2. 東京電力福島第一原子力発電所の事故では政府が放射線量、放射線分布についての情報を控えたことが効率的な非難を妨げた。これは原子力発電所の電源供給を停止すれば大混乱を引き起こすという弱点を世界に明らかにしてしまい、将来テロの対象になりかねない。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p>
3. 災害対策基本法	<p>1. 1959年に甚大な被害をもたらした伊勢湾台風を契機として1961年11月15日制定</p> <p>2. 同法の災害定義:「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象または大規模な火事もしくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」</p> <p>3. 武力攻撃やテロなどの意図的災害は同法における災害概念に含まれない現実を理解することが重要である。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
4. 災害精神医学	<p>1. 大規模災害時において心の健康をいかに守るかに焦点をあてた学問と定義できる。</p> <p>2. 目標とするところは備え、災害時の適切な対応、災害の影響を最小限に食い止めること、そして回復の支援である。</p> <p>3. すべての被災者が心理的ケアを必要とするわけではないことを念頭におくこと。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
一被災者／救援者	<p>1. 被災者は一般市民(健康な人、災害を契機として精神症状を生ずる人、災害弱者)と精神障害を抱える人に大別できる。</p> <p>2. ここでいう精神障害とは、重症の精神障害、避難所生活への適応不全、治療中断による症状の再燃、アルコール離脱症状である。</p> <p>3. 従来、日本では専門の救援者のメンタルヘルス保持について十分な注意が払われてこなかった。救援者の事前教育、スクリーニング、フォローアップの計画、そして活動中においてはシフト制の導入、適切な休養、睡眠、栄養価の高い食事の確保が実現できる態勢の確立が奨励される。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
5. リジリエンス		

<p>—トラウマ</p>	<p>1. トラウマの正式な定義とは「自分自身あるいは自分と近い関係にある人が、死または生命の危険が迫るような体験をすること」である。</p> <p>2. トラウマに関する従来の研究・理論は均質性 (homogeneity) が前提とされていたが (例、Elizabeth Kübler-Ross の喪失・悲嘆の5段階理論)、最近では多様性 (heterogeneity) という視点が検討されており、911米国同時多発テロの被害者を研究した Bonanno (2009) は皆が Kübler-Ross の喪失・悲嘆の5段階に沿って亡くした身近な人々の死を受け入れてゆくのではないと反論している。</p> <p>3. Bonanno (2009) はレジリエンスを本来人間に備わっている固有の能力であるとし、その人固有の力強さを取り戻すことは可能であるが、万人に有効なレジリエンスを高める方法があると考えていない。</p> <p>4. 「レジリエンスを高める」といった表現が多用されているが、レジリエンスと回復が同一の概念になりかねず、懸念する。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p>
<p>—PTSD</p>	<p>1. トラウマを経験してから一か月以上経過しても持続しているストレス症状がある場合は PTSD と診断され、一か月未満の場合は ASD と診断される。</p> <p>2. PTSD には侵入 (再体験) 症状、過覚醒症状、回避・麻痺症状、トラウマ体験に関連する認知や気分の変化の症状が含まれる。</p> <p>3. PTSD 診断率は一般的にトラウマ体験一か月後に 30%、3か月後には 10% といわれるが、911米国同時多発テロ救援者の長期フォローアップ研究によると、従来より低い数値が報告されている。</p> <p>4. トラウマ体験後に生じるのは PTSD 症状だけではなく、また、病的・否定的な面のみならず、各個人のもつレジリエンスに注目すべきである。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>—遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder)</p>	<p>1. トラウマ体験後6か月を経てもなお重篤な精神症状を患っている場合は、遷延性悲嘆障害を疑い、積極的な治療が必要である (Bonanno, 2009)。</p> <p>2. よって、6か月をめやすにフォローアップ計画を立てるべきである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p>
<p>6. まとめ</p>	<p>1. 日本では自然災害の関心は高いが人為的災害のなかで特に意図的災害についても備えを怠らぬべきである。</p> <p>2. 緊急時に経済的・人的資源を有効活用する臨機応変な態度をもつことが望ましい。</p> <p>3. 精神疾患の病的側面のみならず、レジリエンスについても留意するべきである。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>災害による健康問題と心の</p>		
<p>第2章 世界の大規模災害と</p>		

<p>1. 世界の大規模災害の趨勢</p>	<p>1. 地球環境の変化、人口増加、都市化により、1980年以降の20年間に災害件数は約5倍となり、被災者総数も年間2億人を超える(図2-1, p.8)。 2. 災害による犠牲者は発展途上国の特に貧困層に集中している。しかし、発展途上国の人口統計の信頼性は低く、正確な犠牲者数の把握は困難である。 3. 一方、先進国で同規模災害が起きると経済インフラの破壊により甚大な経済損失を招く。 4. 人為災害のうち特に解決が困難な戦争・紛争は90年代後半ならびに2005年以降難民・国内避難民数の増加を招いている。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴</p>	<p>1. 日本はその特異な位置、地形、地質、気象から世界有数の自然災害大国であり、その国土は世界の0.25%であるが、2008年に発生した世界災害総合被害額の12%を占める。 2. しかし、災害死者数で見ると1979～2008年に記録された世界総数257万人のうち0.9%にとどまり、日本の防災対策の効果を反映している。</p>	<p>✓ Op. ✓ Op.</p>
<p>3. 世界の大規模災害と健康影響 ―災害に伴う健康問題／災害と感染症流行</p>	<p>1. 災害が健康に及ぼす影響は幅広く、災害の種類・持続時間、発生場所・時期、被災者の性・年齢、災害発生以前の地域住民の人口構成、健康状態や慢性疾患の有無、災害発生前の感染症流行状態、ベクターの有無、緊急支援の迅速さ・的確さ、避難生活の環境などが挙げられる。 2. 災害による最悪の健康被害は死亡(直接死亡・間接死亡・災害関連死)であり、『災害時要支援者』(子ども、女性、高齢者、障害者、病弱者)に高い率で発生する。 3. 一般的に「災害の後には感染症が流行する」と考えられているが、過去の災害は必ずしもそれを実証していない。 4. しかし、発展途上国における災害前の上下水道不備ならびに人口過密における劣悪な衛生状態、紛争地域での緊急援助の遅延、災害前より頻発していた感染症の災害による再燃、災害後に地上表面に現れた衛生動物・土壌に棲息する真菌や細菌、風水への長時間の暴露などが災害後の感染症を引き起こす原因として列挙される。一度発生すると健康被害が急速に拡大するものもあるため、被災地のリスクを分析して、その対策は迅速に行う必要がある。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>

第3章 災害のサイクルと災害時の公衆衛生の役割

1. 災害の疫学

1. 従来の災害すなわち緊急医療チームの派遣、医薬品、食料の援助という画一的な対応が効果的でないことが認識されつつあり、実際の災害からどのような支援ニーズが必須かを学び、被害を最小限にする方策を練る「災害の疫学」という考え方がベルギーのカトリック・ルヴァン大学教授のレシャにより70年代初頭より提唱される。

2. レシャ教授により設立されたCenter for Research on the Epidemiology of Disasters: CRED 災害疫学研究センターは災害種別ごとの情報の集約と提供を行っており、培われた知見を災害の備えと救援活動に生かすためPAHO/WHOは1977年にEmergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program 災害保健管理部を立ち上げ、従来顧慮されていなかった災害発生後の公衆衛生保全のための課題・備えを整理、災害種別ごとの教材・参考文献集を開発(災害種別、時相ごとのニーズと対応課題のマップ化)、災害保健管理専門家の育成に努めている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

2. 災害のサイクル

1. 災害の疫学によると災害は復興をもって終わるものではなく、繰り返すものであることを前提とする。平常時こそ次の災害の備えるべきとして「災害時期」と名付け、災害サイクルを示した(LechatのサイクルにSpirigiの案を加えたもの)。

2. 災害サイクルは以下の災害時期から成る: 前災害期 (pre-disaster phase)、発災期 (impact phase)、緊急対応期 (emergency phase)、回復期 (recovery phase/restore phase)、復旧/再建期 (rehabilitation/reconstruction phase)、災害間期 (inter-disaster phase) 図3-2,3-4

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

3. 災害における保健医療の役割

1. 災害のもたらす影響は自然現象の物理的な大きさと地域社会が備える対応能力の相関関係により決定される。

2. 保健医療の防災計画は災害発生後の人的被害への対処を主として行い、必要な対応が迅速に行えるよう災害予防ではなく、「Disaster Preparedness 備えること」を主眼とする。

3. 人々の生命と健康を守るのが保健医療の使命である。よって、災害はパブリックヘルスの問題であり、パブリックヘルスの危機管理が求められる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

<p>—災害時保健医療の4つの役割／事前に行動計画を策定し整えておくべき事項／情報管理と支援ネットワーク</p> <p>4. 保健医療スタッフへの支援</p>	<p>1. 災害時保健の4つの役割: 1)救命救急と集団外傷への対応、2)被災者・避難者の健康管理、3)地域保健医療システムの機能維持と再建、4)災害が間接的に健康に及ぼす悪影響の制御と中長期的ケア</p> <p>2. 事前に予測できないいかなる事態にも的確に対応するため、災害時対応マニュアルは課題ごとに手順と参考情報をモジュール化し、状況に合わせた対応方法を策定、事前に行動計画を練ることが必須である。</p> <p>3. 緊急時の対応を効果的に行うために重要になるのが医療災害対策本部の統括・調整機能、情報の収集・共有の仕組み、支援ネットワークの存在となる。</p> <p>1. 災害時に保健医療活動に従事するスタッフの健康維持、現場指揮責任者の災害回復期での他スタッフとの交代および責務分担が重要である。</p> <p>2. また、人力的支援だけでなくロジスティクス業務維持のための機器・機材の補完・支援のため、平常時より自治体間での相互協定と計画策定が実施されることが求められる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>第1章 序論</p> <p>1 背景</p>	<p>1. 災害・紛争時に被災した人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守るための支援を実現するため、今までになかったセクター横断的で機関を越えた様々なアプローチを補完し合うフレームワークを構築することを目的とする。</p> <p>2. 本ガイドラインの根幹にある考えは、災害・紛争時の初期段階において、人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、支援するためにはソーシャルサポートが必要不可欠であり、個別の問題(精神的)に応じて、心理学的・精神医学的介入を奨励するものである。そのため、「精神保健・心理社会的支援 (mental health and psychosocial support: MHPSS)」という用語を可能な限り広範な関係者を対象にするため、また多様かつ相互補完的なアプローチが必要であることを強調するために使用している。</p> <p>3. 科学的エビデンスは本分野では依然として少なく、現場での経験の蓄積を反映し、今後の研究基盤の発展のため、本書の定期的な更新が重要である。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

2 災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響

1. 災害・紛争時による精神保健・心理社会上の諸問題は社会的性質の問題と心理的性質の問題とに大別される。
2. とくに社会的性質の問題は多様であり(既存の社会的問題、災害・紛争によって引き起こされる社会的問題、人道支援によって引き起こされる社会的問題など)。
3. 災害・紛争時における精神保健・心理社会的問題はPTSDにとどまらず、多岐にわたり複雑である。
4. 適切な支援の提供するため問題発現のリスクが高い人々は危機ごとに特定される必要がある。
5. 適切な対応を計画するためにはコミュニティーの資源の性質と被災者がそれらを利用できる度合を把握することが重要。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.
5. ✓ Op.

3 ガイドライン

1. 主な目的: 災害・紛争の最中にある人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するため人道支援関係者および地域コミュニティが多岐セクターにわたる最低限の一連の対応を計画、構築、組織できるように支援することである。
2. 災害・紛争時に早急に実施されるべき必須、最優先事項を明確にするべく最低必須対応の実施を中心に据えている。
3. 低・中所得国を対象に作成されたが、全体的フレームワークならびに様々な部分は高所得国にも適応することができる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

4 本書の利用方法

1. 緊急時に本ガイドラインを通読することは現実的ではない。まずは、最低必須対応を中心にマトリックスを読み、関連の高い項目を探し出し、それに対応したアクションシートに移るとよい。(一つの機関で全項目の実施は想定されていない)
2. 本ガイドラインでは、災害・紛争以前の準備から対応プログラムの立案・実施・評価のあらゆるステップに至るまで、あらゆる従事者による災害・紛争などの人道支援対応を強化することを狙いとしている。
3. 本書は特に被災した人々の精神保健・心理社会支援を実施するための関係機関の連携、調整、アドボカシーを強化するためのツールとして有用である。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

<p>5 基本原則</p>	<p>✓ 1) 人権及び公平、2) 参加、3) 害を与えない、4) 利用可能な資源と能力に立脚する、5) 支援システムの統合、6) 多層的な支援(基本的なサービスおよび安全、コミュニティおよび家庭の支援、特化した専門的サービス、専門的サービス)</p>	<p>✓ Op.</p>
<p>6 よくある質問</p>	<p>✓ 12のうち最初の5つを列挙する: 1) 精神保健・心理社会的支援とは、2) 精神保健・心理社会的支援という意味が重なり合う用語を本ガイドラインが用いる理由は、3) 本ガイドラインは精神保健専門家のみを対象としているのか、4) 本ガイドラインが従来の精神保健専門家や専門知識を超越するセクターを取り上げている理由とは、5) 本ガイドラインは災害・紛争の最中における最低必須対応を中心に取り上げているが、災害・紛争等とはなにか、最低必須対応とは何か。</p>	<p>✓ Op.</p>
<p>第1章 展望</p> <p>1. 災害メンタルヘルス</p> <p>ー信管抜きDefusing／心理的デブリーフィング</p>	<p>1. 災害時メンタルヘルスは軍事先進医学に起源を持ち、歴史的背景を熟慮することが大切である。</p> <p>2. 軍事前線治療の主要原則は接近性、即時性、そして期待(急性ストレス反応はノーマルな反応であり、速やかに回復して通常任務に復帰することが期待される)である。</p> <p>1. 信管抜き(デフュージング: 緊張を緩和させること)短時間(10~30分)の言葉による介入であり、事実の発見、今考えていることを尋ねる、今感じていることについて尋ねる、支援と安心の提供の4要素を含む(Young et al., 1998)。</p> <p>2. デフュージングは心理的デブリーフィング(PD)よりも有意に良好な結果を有し(Larson, Per-Olof, & Lundin, 2000)、急性戦闘ストレス反応やPTSDを減少させるという結果を支持している(Kardiner & Spiegel, 1947; Neria & Solomon, 1999; Solomon & Benbenishty, 1986)。</p> <p>3. PD(心理的デブリーフィング)は戦場精神医学の原則(接近性・即時性・期待)を市民生活での災害に適用するものとして始められた。</p> <p>4. PDの有効性の支持、そしてPTSD予防のエビデンスは少しにとどまる。いくつかの研究結果はある種の条件ではPDは心的外傷後障害を悪化させ、結果としてPTSD有病率の増加を示している(Bisson, McFarlane, & Rose, 2000; Neria & Solomon, 1999)。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p>

2. 公刊文献	<p>1. 災害時メンタルヘルスとPTSDの関係を把握する上で適切な文献には国立PTSDセンターのPILOTSデータベース Published Literature on Traumatic Stress、アメリカ精神医学会(American Psychiatric Association)DSMである。</p> <p>2. これらの文献はASD(急性ストレス障害)がDSM-IVに追加され、結果としてASDはトラウマ体験への暴露とその一か月後のPTSD発症との間の重要な診断的隙間を埋め、説明を可能にすることとなった。</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p>
3. 統一見解会議	<p>1. 2001年に米国で行われた統一見解会議は国防省、退役軍人局、法務省、保健および人道サービス省、米国赤十字社と多数の国際エキスパートが参加し、巨大惨禍発生後の早期介入の最善の方法についてコンセンサスに達する目的で開催された(National Institute of Mental Health Report, 2002)。</p> <p>2. 具体的には鍵となる操作原理、エビデンスに基づいた実務ガイドライン、早期介入の適正なタイミング、生存者へのスクリーニング調査、フォローアップ・ガイドライン、エキスパート養成ならびに訓練、研究・評価・倫理的事項である(National Institute of Mental Health Report, 2002)。</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p>
4. 統一見解会議以降の活動	<p>1. アメリカ同時多発テロ事件(911)そしてイラク・アフガニスタン戦争は災害時メンタルヘルス分野の急速な発展を促した。</p> <p>2. 地域精神保健サービスセンター(Center for Mental Health Services: CMHS)、米国保健福祉省薬物乱用・精神衛生管理局(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)により国家規模の災害時のメンタルヘルス・サービスならびにアウトリーチが危機対策カウンセリング・プログラム実施のもとに経済的、人道的に支援され、危機対策カウンセリング・プログラムであるニューヨークで実施されたプロジェクト・リバティにより得られた臨床経験、評価のデータは急性トラウマ後障害の緩和のために有用な地域レベルでのアプローチの理解に多大な貢献をした。</p> <p>3. 制服軍人医療保健科学大学(Uniformed Services University of the Health Sciences)が行った生物兵器テロリズム・プログラムは将来のテロへの備えの政策と実施計画の促進に寄与し、一方、</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>

米国国立精神保健研究所 NIMHは統一見解会議についての書籍を出版、CMHSと協同し、効果的な災害時初期・早期介入について国内外の専門家を召喚して円卓会議を主催した。また、CMHSはエビデンスに基づく早期介入の実務ガイドラインをプロジェクト・リバティの後身であるオクラホマ市爆弾テロ事件へのメンタルヘルスに関するケースヒストリー採集を推進し、作成中の国立PTSDセンターを支援している。

5. この領域の最近の状況

ー人口比に関する概況／ 早期発見と早期介入

1. テロの与える心理的不調の発病率は自然災害に比べ相当高い。実際、アメリカ同時多発テロ事件後3～5か月のアメリカ全国無作為電話調査では44%が一つ以上の重症障害の実質的症状をもつと判明、その一方で90%は軽い不調を抱えると報告された(Schuster et al., 2001)。世界貿易センター攻撃2か月後のウェブ上で行われた全米有病率調査ではニューヨーク外在住の全米人口の17%が9.11関連トラウマ後ストレス症状群を報告した(Silver et al., 2002)。
2. 上記両方の研究結果において、世界貿易センター攻撃後数週間、ニューヨーカーの間でPTSDならびにうつ病の有病率がそれぞれ7.5%, 9.0%よりも有意に高かったことが示された(Galea et al., 2002)。
3. トラウマ後の脆弱性に対するレジリエンス、一過性に対する慢性的トラウマ後反応、そして最善のトラウマ前準備とトラウマ後介入については多くの個人差が存在している。災害時の貴重かつ高価な臨床資源を有効活用するために、これらの人々を識別する有効な手段をもたなければならず、これは公的メンタルヘルス政策立案者らの主要な関心事である。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Op.

6. エビデンスにもとづいた早期介入

- ✓ 成人・児童のデータによると早期介入の最善の形は、基本的要求への対応(安全、きちんとした食事、シェルター、急性の身体医学的問題等)、心理学的応急処置、臨床的評価、スクリーニングと全般的見通しの総合的提供であると示唆される(Friedman, 2005)。
- ✓ この時期の介入は睡眠障害や教育的情報の提供など間接的なものでよい。災害後少なくとも数週間から、理想的には数か月後が依然として顕著な症状をもつ人々に対する焦点化された認知行動的介入を開始するのに最適な時期と言える。

✓ Ev.
✓ Op.

7. 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

1. 「知っている」こと:トラウマに対する一般的な反応は災害直後に生じるかなりの精神的苦痛である。ほとんどの人々は支援なしに回復するが、少数はPTSDやうつ病などの慢性的障害に発展する。ASDはスクリーニング用ツールとしてはPTSDに発展するようなケースと診断基準が異なるため、限られた有用性しかない。また、児童に関する最近の情報は僅かしかない。
2. 「知らない」こと:災害急性期における症状プロフィール、機能的損傷への心理的反応について年齢・性差・文化的差異をどう評価するのか。PTSDやその他の精神疾患を発病する危険性のある脆弱な生存者と素早く回復する生存者を識別するため、急性トラウマ後に表出する現象的・診断的・心理的・生物学的な要素に対してどのような計測を行えばよいのか。また、トラウマ後の心理的苦痛を評価し、その影響を受けた人々を長期間観察するための最善の方法と機材はどのようなものがあるか。
3. 知識のギャップを埋めるためにすべきこと:急性期反応を全面的に評価、慢性化を予測できるモデルを開発して疫学的調査を施行、一般人口に対する脆弱なグループ・回復力のあるグループについて長期研究を行う。また、そのような研究実現のための必要なスタンダードおよび信頼性のある用具・手順を開発する。児童について分離研究を促進する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

<p>一早期介入</p>	<p>1. 知っている」こと: 認知行動療法による介入の無作為抽出臨床知見で、PTSD症状の回復を促進したのか、それともその有病率を減少させたのか。個人的心理的デブリーフィングについての無作為抽出による知見ではPDは効果がない、または実際に回復を遅延させること。急性期の薬物療法的介入については少ししかテストが行われていない。児童への急性期における心理社会的介入についての実証研究は存在しない。</p> <p>2. 「知らない」こと: 心理学的/生物学的メカニズムに関する知識をどのように有効な治療法につなげるか。トラウマ生存者に対するいつ、どのような治療が助けとなるか。どのような種類の急性期精神療法あるいは薬物療法またはそれらの組み合わせが有効的介入として推奨されるのか。また、教育、予防的行動、地域介入、リスク・コミュニケーション戦略のうちどれが現状で奨励されるべきか。</p> <p>3. 個人、グループ、コミュニティへの広い介入スペクトラムの追求が上記のギャップを埋める手助けとなる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>8. 結語</p>	<p>1. ビジョン、洗練、人間性、創造性ならびに強い緊迫感をもって前進し、本著が本フィールドの研究、実務と政策の豊かな実りを生むことを望む。</p>	<p>1. ✓ Op.</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>1. 災害・事件後の子どもの心理支援システムの三つの視点に方法(プログラム・心理アセスメントツール)、理論(ガイドライン・指針)、人的システム(教師・カウンセラー研修・SVシステム)が挙げられ、これらを子どもへの災害・事件後の心理支援システムとして提案する。</p> <p>2. 西欧のモデルを参考にしながらも、日本の文化・人的システムを考慮して構築する。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>

2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり

1. 日本における災害後の心理支援研究は藤森・藤森・山本(1996)の北海道南西沖地震(1993年7月12日)後の被災者の心理的反応の調査とその支援が最初のものであろう。
2. 1995年に発生した阪神淡路大震災後にマスメディアを通じて「こころのケア」の重要性が指摘され、歴史上初めて災害後の被災者への心理支援が注目される。これを受け、同年6月に政府事業として「こころのケアセンター」が開設され、災害後の組織的精神保健活動が始動した。
3. その当時来日したアメリカ精神保健チームは母国で推奨されていたディブリーフィングが災害・事件後の被災者支援モデルとして提案・推奨、運動として展開されていた。児童については、多くの教師が学校再開後に被災体験の作文や絵を描かせることに取り組んだが、この取り組みの成果を判断する十分な調査研究はない。
4. 阪神淡路大地震はバブル経済崩壊時期に起き、自殺・虐待の増加に鑑み、「こころのケア」は時代の要請であったが、実際に具体的方法は乏しく、活動は困難を極め、試行錯誤の活動が続いた(兵庫県臨床心理士会、1997; 河合、1996)。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Ev.

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

1. 災害・事故・事件などの出来事について ①災害・事故・事件・虐待は身体を傷つけ、生命を脅かし、物を損壊する等様々な害を与える出来事であり、その結果それまで存在していた人や物の「喪失」ならびに命を脅かす「トラウマ」を生む。
2. ストレス理論から見た出来事が及ぼす心身への影響と対応 ①出来事が心身に与える影響と対応についてはストレス理論とストレス・マネジメント理論がその説明を担い、構築されてきた ②ストレス要因の種類により(日常ストレス、トラウマ・ストレス、喪失ストレス)異なった心身反応となる ③子供をとりまくストレス、ストレス反応とストレス障害および成長の関連は表1-1に示されている。例として、災害後の日常ストレス(避難所・仮設住宅・転居等)がイライラ・怒りまた身体反応(不眠・食欲低下・消化器系不調・頭痛等)のストレス反応、様々なストレス障害(不安障害、身体表現性障害、外傷性悲嘆、うつ等)、ならびに成長(トラウマ後の成長:他者との親密性、新たな可能性、強

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Ev.
5. ✓ Op.

さ等)と関連している。

3. 災害と人の責任—怒りと自責とサバイバルギルト

①自然災害と事件・事故・虐待のストレス反応の相違は「怒り」であり、虐待の被害者である子どもは激しい怒りを抱える傾向がある。災害においても人の責任が問われる場合があり、「怒り」が自分に向かう時は自責感が、他者に向かう時は他罰感情が生じる。②災害の生存者の罪悪感 (survival guilt)はストレス障害の要因となる。喪失体験者、被災を免れた者も等しく罪悪感をもつ傾向にあることから被害が少ない者へも心理支援は重要である。特に、子どもの場合は因果が成立しない原因にあたる誤帰属が自責感を生む場合がある(例:ご飯に箸を立てていたところ、死人にすることと親に叱られた。ほどなく父が亡くなり、自分のせいであると長年悔いていた)。

4. さまざまな出来事と心身反応やPTSDの推移 ①語りがたいトラウマ体験ほどPTSDの有病率が高い (Kessler et al., 1995)ことが全米での研究調査で示されているが、災害も重層的な心身反応を引き起こし、長期にわたり重複するようにストレスが生じる。兵庫県教育委員会が児童を対象に1999年より毎年行った調査によると(2005)、災害直後のトラウマ反応(例:震災の恐怖)から、4年目以降は二次的な生活ストレス(例:住環境の変化、家族・友人関係の変化・経済環境の変化)が要因の心身の不調がみられることが報告されている。

5. 事例からみた体験の特性と心身反応およびストレス障害との関連について①出来事はその原因が「自然-人為」、出来事の頻度が「単発-反復」、出来事の持続が「持続-終結」の視点から分類できる ②表1-2は先述された体験された出来事の特性と心身反応との関連を事例を挙げて整理している(事例は筆者が直接かかわったものであるが、プライバシーの保護のため体験内容は一部改編)。

4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育

1. Lazarus & Folkman (1984)はストレスを「生体と環境との相互作用的な交渉のなかで、ストレスフルなものとして認知された関係性とそれに対抗しようとする一連の意識的な努力(コーピング)の過程」と考え、トランスアクショナル・モデルを提唱した。プレッシャーを伴う心理社会的出来事において、同じ出来事でも人によりストレス反応が異なることを、ストレスコーピング、認知的評価、素因・気質の3要素から説明。また、ストレスコーピングには問題焦点型対処法と情動焦点型対処法がある、と提唱した。

2. 著者はLazaarusらの心理社会的ストレスモデルを中心に据えた小学校高学年および中学生を対象としたストレスマネジメント授業案を提案した。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

5. わが君における学校危機での心理支援モデル ー福岡モデルと兵庫モデル

1. 1999年1月に日本臨床心理士会に被害者支援専門委員会が設置され、2000年ごろより学校で危機事態が発生すると福岡モデル(窪田ら、2005)によって、支援活動が展開された。

2. 福岡モデル: 災害・事件後出来るだけ早期にトラウマ反応項目チェック式アンケートを実施、その後すぐに担当教師による児童生徒の全員の個別面談ならびにハイリスクの児童生徒へのスクールカウンセラーによる面談を行う(窪田・林・向笠・浦田、2005)。

3. 兵庫モデル: 災害・事件後3週間から1か月後に心理教育のための4件法のストレス・アンケートを実施、ストレスマネジメント体験をクラスで実施、ハイリスクの児童生徒にスクールカウンセラーが面談を行う(杉村・本多・富永・高橋、2009)。

4. 災害や事件によるトラウマ反応を測定するためのスクリーニングテストとして代表的なのは、22項目よりなるIES-r (Impact of Event Scale-revised; Weiss & Marmar, 1997)、子どもを対象とした単回性トラウマ診断のための20項目よりなるCPTS-RI (Frederick et al., 1992/小西・田中訳, 1995)、UCLA PTSD Index (Pynoos et al., 1998)がある(齊藤ら、2005)。しかし、これらはPTSDやASDの再体験・過覚醒・回避マヒの3大症状を対象にしており、身体反応や抑うつ、自責感を含めた否定的認知を含んでいない。

5. ストレス・アンケートはリスクの高い児童生徒の発見を目的として実施されてきたが、アンケートを児童生徒がストレスやトラウマ反応について適切に学び、対処できるよう心理教育として行うことが出来れば、つらいことを思い出したくないという、アンケートを受けることの回避ならびに災害について話すことを嫌がる等の行動を減少させることができると考えられる。

✓ Op.

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Ev.
4. ✓ Ev.
5. ✓ Op.

6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援

1. スクールカウンセラーによる小児科チェックリストによるスクリーニングと教師の観察から、特別支援を要する児童生徒が識別され、さらに重い反応を示す児童生徒にCBITS(Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools:学校トラウマへの認知行動介入: Jaycos, Langley, & Dean, 2009; RAND Corporation訳、2012)とTF-CBT(Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy:トラウマ焦点化認知行動療法)が適用された。

2. いずれも心理士を中心にソーシャルワーカー、心理専攻の大学院生、精神科医をチームとした心理支援チームが特別に支援を要する児童生徒へプログラムを実施し、教師は関わらない。

✓災害後の子ども支援として2012年の時点では心理的応急処置(PFA)が実施され、3か月後に特別支援が必要な児童にSPR(Skills for Psychological Recovery:サイコロジカル・リカバリー・スキル: Berkowitz et al., 2010/兵庫県こころのケアセンター訳、2012)がグループ単位で実施され、さらにCBITS, TF-CBTを適用する段階的モデルが実施されている(Walker, 2012)。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル

1. 1980年代より2003年ごろまでディブリーフィング(Mitchell, 1983)が、それ以降はPFAが奨励されている。また、心理支援だけでなく総合的支援システムとしてのガイドラインとして国連の機関間常設委員会の災害・紛争緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するガイドライン(IASC, 2007)が作成されており、子どもにはSPR、CBITSが提案されている。

2. 心理支援の範疇にのけるトラウマ体験の語りの位置づけは大きく変化しているが、トラウマ体験の表現が心理支援の一つの大きな要素であることはどのモデルからも明らかと言える。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案

1. 急性期には安全感と安心感が育成されるような身体的・生理的・物理的・環境的・情動的支援が必要であり、加えて呼吸法や漸進性弛緩法等のセルフ・リラクセーションを身につけて感情のコントロールを学ぶのがよい。

2. 災害・事件発生後の各時期に応じた「災害後に必要な体験の段階モデル」(富永、2011)はそれらの実現のため子どもを対象に作成され、安全・安心、心身コントロール、心理教育、生活体験表現、トラウマ体験表記、回避へのチャレンジ、喪の作業の7段階より成る。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.

<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>1. PSCC-Japan: 第1段階は「日常ストレス対処」(こころのサポート授業1)、第2段階は「トラウマ反応対処」(こころのサポート授業2)、第3段階は「災害体験表現」(こころのサポート授業3)とし、これらの体験を発災後から3か月、6か月、1年と3期に分け、加えて2年目、3年目、5年目、10年目と長期にわたりこころのサポート授業計画に盛り込み、子どもの心理支援を展開する。</p> <p>2. このシステムは授業だけでなく、スクールカウンセラーの個別カウンセリング、教師による個別教育相談も提供する。これは日本におけるこころの専門家が少ない現状を補填する消極的なものではなく、個に応じた専門性を有するカウンセラーと集団への働きかけに専門性を有している教師それぞれの長所の連携ならびに相互に必要な対処スキル習得に貢献する。また、このモデルは他のアジアの国々にも適用可能と推測する。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>10. 本書の目的</p>	<p>✓「災害・事件後に必要な体験の段階モデル」および「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」を災害・事件後の心理支援実践より検討し、また、一つの関連ツールである「心理教育のための心とからだのストレス尺度」の妥当性と信頼性の検討である。</p>	<p>✓ Op.</p>
<p>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>ー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>1. ストレスには個人の作業能率を上昇させる善玉ストレス(eustress)と作業能率の下降させる悪玉ストレス(distress)の2種類がある(Yerkees-Doson curve: ヤーキズ・ドッソン曲線)。</p> <p>2. ストレスのサインは身体的、精神的、感情的、行動的なものに分類される。</p> <p>3. ストレスマネジメントの第一原則は早い段階で問題に気付くこと、そしてひとりで抱え込まないで他者にSOSを発することである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>

2. 被災地でのストレスマネジメント	<p>1. 精神科治療への抵抗を回避するため、呼びかけの質問を簡単なストレスマネジメントの技法を試すように働きかけるものや、普段服用している薬が切れていないかを問う、あるいは身体的な側面に焦点を当てた質問から精神症状を話題にしてゆく、等の配慮が必要である。</p> <p>2. 精神医学を専門としていない医療関係者が精神疾患をスクリーニングするのに役立つ質問 (Chiles et al., 2005) の使用も有効である。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
3. バーンアウトの予防	<p>✓バーンアウトの予防には以下の3点に留意することが重要である: 1) 自分の仕事の意義と限界を把握しておく、2) 対象者との間に適切な距離を置く、3) 同僚からのサポートが得られるようにする(Figley, 1995)。</p>	<p>✓ Ev.</p>
4. 簡単なストレスマネジメント技法	<p>✓簡単なストレスマネジメント技法には腹式呼吸法と段階的筋弛緩法がある(Abramowitz, 2012)。</p>	<p>✓ Ev.</p>
<p>—腹式呼吸法/段階的筋弛緩法</p>	<p>✓腹式呼吸法は自然な呼吸法であり、特別な道具・場所を必要とせず、動悸、筋肉の緊張、高血圧などのストレスによる身体兆候の緩和に役立つ。</p> <p>✓段階的筋弛緩法はゆったりと腰をかけ、30秒ほど腹式呼吸を行った後特定の筋肉群に焦点をあててゆく。各段階において焦点となっている筋肉を緊張、弛緩させることによりリラクセーションを体験し、深めてゆく。</p>	<p>✓ Op. ✓ Op.</p>
5. まとめ	<p>1. 大規模災害時に被災者側からの精神的なケアに対する抵抗を緩和する手段として、ストレスマネジメントの簡単な技法を身につけておくことは支援者として活動するうえで有効である。</p> <p>2. 救護者自身のセルフケアの必要性は重要であり、自身の心身の健康を保持しながら救援活動を進めてゆく姿勢は必須である。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>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>		

1. ビルド・バック・ベター の 思想

1. Build Back Better (ビルド・バック・ベター)とは自然災害後の復興視点を表す。復興の過程において自然災害をグローバルな視点から捉え直し、環境に配慮し、社会の回復力 (resilience) を促し、災害を軽減する対策を盛り込み、持続可能なコミュニティを再生する試みである。

2. 自然災害からの復興というと経済・産業の復興のみに注意が注がれる傾向があるが、ビルド・バック・ベターは住民の生活の質 (quality of life) や社会弱者への公平性を配慮し、被災住民が主体的に参画するプロセスを重視する。実際、posttraumatic growth (PTG:トラウマ後の成長)という概念が提唱され、トラウマを体験した人々がその後を示すポジティブな変化が注目されている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

2. 人道緊急支援の国際的な基準づくり

ー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

1. 自然災害・紛争に対する緊急支援は1990年代以降、人道主義の視点よりグローバルな課題とみなされ、コンピューターと機動力を利用した大量かつ迅速なロジスティクスの実現ならびに緊急支援活動のプロフェッショナル化が進んでいる。

2. 緊急支援において人道的責務を最優先とする行動規範が作成され、被災者の人種・信条・国籍等の差別ない支援活動が目指されているが、現場でのそれらの理念の実践は被災したすべての市民の意見を取り入れることが可能でないことから、援助の優先順位決定において非常に困難である。

3. 1990年代のルワンダ内戦における人道支援の失敗が大きな起爆剤となり、緊急人道支援に関する数々の国際的組織が設立された。国際赤十字・赤新月社、国際NGOが中心となりスフィア・プロジェクト (sphere project) を立ち上げ、「人道憲章と災害援助に関する最低基準」を作成した (アジア福祉教育財団難民事業本部、2004)。現在このスフィア・プロジェクトで提唱されている基準は世界共通の最低基準となっている。また、1997年にはALNAP

(Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action) が設立され実務と研究の両面からの人道支援活動を支えることをめざし、2003年に設立されたHAP-I (Humanitarian Accountability Partnership-International)は受益者自身が支援プログラムの計画立案、実施、評価に関わる仕組み作りを目指した国際基準の作成を行っている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Ev.

3. 保健医療に関する最低限の基準

—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

1. スフィア・プロジェクトの「人道憲章と災害援助に関する最低基準(2011年版)」は緊急時における安全な水の供給と衛生環境、食糧の確保と提供、感染症対策、ならびに心理社会的サポートについて具体的に各々の最低基準を記している。
 2. 安全・食糧・水・避難所・プライマリケアを多くの被災者に提供すること自体が大きな心理社会的サポートであり、被災したコミュニティ全体や家族に対する支援を実施するため、それぞれの被災者のニーズに合った専門・非専門家、心理社会的サポートの要となる人材は不可欠である。
 3. 個別のカウンセリングと同時に、災害の記憶が薄れてゆく時こそ地元の方言でゆったりと傾聴してくれるコミュニティ内の身近な非専門家による長期的支援が必要である。

1. ✓ Ev.
 2. ✓ Op.
 3. ✓ Op.

4. 人道支援に関する評価

1. 人道支援活動の評価を量的評価、質的評価療法の側面から行うのが世界的に主流となっているが、ALNAPが行った人道支援評価報告書によると、物資供給後のモニタリング、生活状況に関する調査は非常に少ない。
 2. 評価に関して、大学・研究機関と援助団体の協働は始まったばかりであるが、被災地に協力可能な研究者がほとんどいない事実が大きな困難となっている。その点、日本は先進国であり、人材は非常に豊富なことから被災地の文化・習慣を熟知した研究者による長期的なモニタリングと評価が実施され、世界に発信されることが期待される。

1. ✓ Op.
 2. ✓ Op.

5. 国際基準を満たす仕組みづくりを目指して

✓ 東日本大震災においては被災後2か月において以前安全な水の供給、トイレの設置、食料の配給などの面において難民に適用されるスフィア・プロジェクトの定めるところの国際基準を満たしていない避難所が数多くあり、阪神・淡路大震災と比べ改善を見ることが叶わなかった。
 ✓ 一方、災害派遣医療チーム(DMAT)の効率的派遣ならびに日本医師会災害医療チーム(JMAT)のDMATチーム撤収後の引き継ぎは大きな成果を上げた。また、医療コーディネーターが被災地での医療専門家らの受け入れに活躍した。
 ✓ スフィア・プロジェクトによると、少なくとも人口5万人に1名の医師、人口1万人に1名の看護婦と1名の助産婦が必要であるが、日本は質の高い保健医療人災に恵まれた国であるといえる。それらの人材を活かし、国際基準を満たす公衆衛生活動の枠組み作りが奨励される。

✓ Op.
 ✓ Op.
 ✓ Op.

3 保護および人権上のスタンダード

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。

1. ✓ 災害・紛争時などにあらゆる形式の精神保健・心理社会的支援に関し、国際人権上の基準の順守をアドボケイトする。
2. ✓ 人権を促進・保護する精神保健・心理社会的支援を実施する。
3. ✓ あらゆる関連従事者の研修において、人権および保護に着目する。
4. ✓ 虐待や搾取のモニタリングおよび報告のための仕組みを-既存の人道サービスのフレームワーク内に-確立する。
5. ✓ 関連する国内の法律、政策、プログラムを国際基準に則したものにしよう、また、政府団体(各機関、警察、軍など)による国際基準の順守が強化されるよう、国家に対してアドボカシーを行い、具体的な助言をする。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.
5. ✓ Op.

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。

1. ✓ 保護に関する専門的アセスメントを行い、保護上の脅威に関する情報収集の実施の是非、実施機関、実施方法を決定する。
2. ✓ 保護上の脅威および能力について、多セクター間にわたるアセスメントを行う。
3. ✓ 社会的保護の仕組みを始動、確立し、必要に応じてコミュニティの保護能力を構築する。
4. ✓ 保護上の脅威をモニタリングし、適切な機関、保護に関する関係者と情報を共有する。
5. ✓ コミュニティ主導の適切な行動によって、保護上の脅威に対処する。
6. ✓ プログラムおよびアドボカシーを併用して保護上の脅威を予防する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.
5. ✓ Op.
6. ✓ Op.

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。

1. ✓ 保護上の主な脅威および既存の保護の仕組みの状況(特に、ハイリスクな状態にある人々について)を特定する。
2. ✓ 文化的に適切なコミュニケーション法を用いて、自身の法的権利意識を高め、可能な限り安全な形で権利を主張できるようにする。
3. ✓ 法的基準の侵害に対するモニタリング、報告、行動に関しての各仕組を支援する。
4. ✓ 国際法、国際基準に則した国内法・慣習法の遵守をアドボケイトする。
5. ✓ 心理社会的ウェルビーイング、尊厳、敬意が高まるような形で法的保護を実施する。
6. ✓ 心理社会的支援サービスと法的保護サービスを相補的な形で提供する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.
5. ✓ Op.
6. ✓ Op.