

項目3:システム・原理	要約	
第1章 災害への備えと災害発生時の支援シス		
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	1. Op.
3. 災害支援体制	<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にあり、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. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p>

4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割	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。	1. Op.
5. 訓練	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。 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。	1. Op. 2. Op.
6. 結論	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。 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たらす結果に結びつく。	1. Op. 2. Op.
I. 災害時の精神保健福祉体制 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の関与が求められる。 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。 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。	1. Op. 2. Op. 3. Op.

<p>2. 初動時のこころのケア対策本部の設置</p> <p>3. 保健師活動の課題</p> <p>4. 活動・支援記録</p>	<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. 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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>I. 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本部の設置</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>災害時精神保健医療専門家により合意を得た項目は以下の通りである:</p> <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が関与すべきである。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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べきである。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p>

<p>I. 災害時における地域精神保健医療活動の必</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>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。</p> <p>1. 災害時の地域精神保健医療活動の方針は、①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、②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。</p> <p>1. 災害時の活動における重要事項には、①精神保健医療提供者による継続的な活動、②同じ職種および違う職種の者との連携、③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。</p>	<p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p>
<p>III. 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>1. 災害対策本部における精神科医の役割は、①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、②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、③援助者に精神保健医療活動の助言を与えること、④現場の援助者に精神保健医療を行うことに大別される。</p>	<p>1. Op.</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. 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(①戦闘精神医学、②災害時メンタルヘルス対応、③危機度の高い職種への支援、④レイプ被害者に対する危機カウンセリングモデル、⑤認知行動モデル)について記述している。</p>	<p>1. Op.</p>

1. サービス提供の諸モデル

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、①近接性、②即時性、③期待、④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。2. **災害メンタルヘルス・サービス**の早期介入法には、実地的(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。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。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。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。

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

—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

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。  
▶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;); ②「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)、③「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)、④「ほとんどの生存者に対しては、簡潔な介入が適切」(Bisson, 2003)、④「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)、⑤「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;); ⑥「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」(Bascarino et al, 2002; Hoven et al, 2002; Weisaeth,

1. Ev.  
2. Op.

<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>2001)、⑦「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</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 &amp; 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 &amp; 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>
<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>1. 早期介入の適切な目標は、①トラウマ体験に関する内적および外的な刺激への治療的曝露を増加させること、②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)、③コーピング能力を改善すること(Gentilello et al, 1999)、④社会的支援を強化することなどである(Bolton et al, 2003; Cordova, 2003)。</p>	<p>1. Ev.</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>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など)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>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.</p>

<p>5. 結論</p>	<p>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。</p> <p>2. 国際ストレス学会実務ガイドラインのなかで Binsonら(2000)はデブリーフィングについて言及するなかで、「最も高いリスクにある人々にとってトラウマ暴露後のPTSDの発症を防止するためにはより複雑な介入を行うことが最善であるだろう」と述べており、この結論づけは変化プロセスについての現在のエビデンスと理解に一致している。短期教育アプローチによる一回限りのアドバイスやグループ・ディスカッションは回復に重要なより複雑な介入に比べるとそのインパクトは制限されるが、中等度の強度の複数回介入は重要なメッセージを繰り返すことが出来、色々な面での効果の増幅が期待できるだけでなく、生存者の環境が回復を促進するのを確実にするだろう。</p> <p>3. 早期介入の多くが個人の内面のプロセスと生存者の行動に焦点をあてているが、より広い社会的環境にも目をむけるべきであり、社会支援のさまざまなプロセスを対象とする(例: 家族支援を構築、維持し、その他の社会支援ネットワークをつくる)明確な介入が構築されるべきである。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>ロジスティクス</p>		
<p>第22章 ロジスティクス 1. ロジスティクスとは ーロジスティクスの定義／ロジスティクス活動</p>	<p><b>定義:</b> 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><b>ロジスティクスの活動:</b> 2. ロジスティクスの活動は、①被災地のニーズおよびロジスティクス能力調査、②物資調達(i.e., 現物支給、購買)、③陸運、海運、または、空運による運輸、④倉庫管理(i.e., 入出荷の記録)、⑤配給する際の配分と運送手段への配慮、⑥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>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

2. 東日本大震災におけるWFPのロジスティクス活動	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、①パートナーの重要性、②柔軟性、③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。	1. Op.
<b>留意点</b>		
9 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。	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。	1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.
10 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。	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。	1. Op.
11 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。	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、そのほかリ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。	1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.
<b>コメント</b>		

<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など)</p>	<p>以下専門家の意見をまとめたものである:</p>	
<p>(i) 災害の規模による違い</p>	<p>1. 広域災害の場合:①DPAT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) ②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 2. 局所災害の場合:①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 ②DPATが局所災害に対応しないのはのぞましくない 3. 災害の規模を不問とする場合:①地域ニーズを把握するためのDPAT先遣隊の必要性は高い 4. その他:①DPATを広域型、局所型に分割する ②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. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</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>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。 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。 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. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>(iii)医療機関への支援について</p>	<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。 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. Op. 2. Op.</p>

<p>(iv)その他</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 被災都道府県、政令指定都市のコーディネーターがDPAT派遣の要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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op.</li> <li>2. Op.</li> <li>3. Op.</li> <li>4. Op.</li> </ol>
----------------	--	--