

項目7:初期	要約	
2. 直後期の対応として	<p>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。</p> <p>2. 災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目:①精神科救急対応、②精神科通院患者の服薬継続の維持、③相談窓口の周知</p> <p>3. 意見が分かれた項目:①精神医療や心理専門職による心理療法、②心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先させる対応(PFAなど)、③一般住民への相談活動、④心理教育の対応</p> <p>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</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p>
3. 急性期の対応	<p>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。</p> <p>2. 災害精神保健専門家の中で合意率が高かった項目:①精神科救急対応、②精神科通院患者の服薬継続の維持、③避難所などを巡回しての相談活動、④心理教育・普及啓発活動</p> <p>3. 専門家の意見が分かれた項目:①心理療法、②PFAのような心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応、③巡回相談</p> <p>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</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p>
2 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、①連携・調整、②アセスメント・モニタリング・評価、③保護および人権上のスタンダード、④人的資源、⑤コミュニティの動員および支援、⑥保健ケアサービス、⑦教育、⑧情報の発信、⑨食糧安全および栄養、⑩避難所および仮設配置計画、⑪水および衛生が含まれる。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p>

2. 初期対応(災害後1ヶ月ま		
1) 現実対応と精神保健	1. 災害による不安、恐怖、苦痛などの心理的反応を和らげるためには、生命、身体、生活への迅速な対応が前提となるが、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。	1. Op.
2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト	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。 2. 初回接触時に援助者がすべきこと: ① 付属の見守り必要性チェックリスト(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、② 心理教育の実施、③ 援助の意志を伝えること(住民は今後の援助活動についても信頼感を持てる) 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: ① 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)、② 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。	1. Op. 2. Op. 3. Op.
3) 見守りを要する者のスクリーニング	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。 2. 災害時に一般援助者ができること: ① 見守り必要性チェックリストを用いたスクリーニング、② 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、③ 心理的応急処置	1. Op. 2. Op.
4) 心理的応急処置	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。 2. 被災者と接する際に伝えること: ① ホットラインや相談所について、② 急性期のストレス反応について「不安や苛立ちは一時的で誰にでも起こること」 3. 精神的症状が強い被災者: 原因として、① 過去に別の外傷的出来事への曝露、② 精神疾患の再発、発症、③ 投薬など治療の中断、などが挙げられている。	1. Op. 2. Op. 3. Op.
5) 医学的スクリーニング	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。	1. Op.
6) 情報提供	1. 被災者へ提供されるべき情報の内容は、① 現実情報(災害規模など)と、② 心理情報(一般的なトラウマ反応、対応法など)である。	1. Op.
7) 「心の相談」ホットライン	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。	1. Op.

II. 災害時こころのケアのあり方		
1. 基本的こころ構え	<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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</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>
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"> <li>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"> <li>✓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。</li> <li>✓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。</li> </ul> </li> <li>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"> <li>✓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。</li> <li>✓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する際には、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。</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op.</li> <li>2. Op.</li> </ol>

<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. Op.  2. Op.  3. Op.  4. Op.  5. Op.</p>
<p>4. アセスメント・スクリーニングについて</p>	<p>1. 精神健康問題が継続する人について、精神保健専門家は専門的アセスメントを実施する。  ✓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. Op.  2. Op.</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対応を明記することが重要である。</p> <p>3. 学童のこころのケアは学校現場や児童相談所などの学童期のこころのケア担当機関と連携することが奨励される。</p>	<p>1. Op.  2. Op.  3. Op.  4. Op.  5. Op.</p>
	<p>✓あくまでもこの場合心理的ケアに限定される。これを保健や医療と連携させていくことは現状では大変困難であり、行政担当部署を横断しての取り組みが求められる。  ✓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。</p>	
	<p>✓親の情報や情報提供内容に準じた対応場所の検討・確保が求められ、著作権に抵触しないパンフレット等の事前準備が必要である。</p>	

<p>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。  ✓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。  ✓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。  ✓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。  ✓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。  ✓「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処、説明を付加する配慮が求められる。</p> <p>5. 被災者に広くメンタルヘルス関連情報を提供することが望ましい。  ✓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。  ✓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. Op.  2. Op.  3. Op.  4. Op.  5. Op.</p>
<p>II. 初期対応</p>	<p>(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。  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。  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. Op.  2. Op.  3. Op.</p>
<p>2. 初期対応における精神保健専門家の役割</p>	<p>1. 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。</p>	<p>1. Op.</p>

3. 初期対応	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p>
4. スクリーニングについて	<p>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。</p>	<p>1. Op.</p>
5. 災害時要支援者への対応	<p>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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p>
6. 情報提供	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p>
8 情報の発信		

<p>8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 災害後の情報の入手機会を向上させるために、①情報・通信チーム形成を促進し、②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、③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、④透明性・説明責任・コミュニティの参加の実践をすることが重要である。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 具体的には、①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、②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。(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(p. 164を参照))。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>第8章 災害への即時対応</p>		
<p>1. PFAとは</p>	<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こと示されている(詳しくは第7章を参照)。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev.</p>

<p>2. PFAを求めているのは誰か</p>	<p>1. PFAの恩恵が最も期待されるのは、①重度の急性ストレス反応を呈している者(表8.1, p.152)と、②災害後に精神状態が悪化するような著しいリスク要因をもつ者(表8.2 p.153)である。 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、①支援リソースの喪失、②対処能力、③死別、離別などの事柄について尋ねると良い。災害前のリスク要因を評価するためには、過去の外傷的出来事や、精神病理に関連した教育的教材を提示する(p.152, p 153のサンプルを参照)。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>3. PFAの目的と介入方法</p>	<p>1. PFAの目的には、適応的コーピングと問題解決プロセスを支援することの他に、①安全を確保し、基本的なニーズを満たす手助けをすること、②特定のストレス要因への介入、または過覚醒緩和介入を用いて重度のストレス反応の軽減すること、③復興資源へ生存者を繋げることなどが含まれる。</p>	<p>1. Op.</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> 重度のストレスを軽減するためにPFAを概念化させる方法としては少なくとも二つのアプローチがある。 2. 【災害に関連した特定のストレス要因への介入】①死別体験、②トラウマ刺激への曝露、③支援資源の喪失、④再体験・侵入的思考、⑤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. 【過覚醒緩和介入】①リラクゼーション法、②教育的手法(表8.6, p. 160)、③認知リフレーミング法、④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></p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op.</p>
	<p>4. 支援者は生存者の問題解決を積極的に援護し、①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②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>第8章被災地におけるコミュニケーション 2. 被災者への介入</p>	<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. Op.</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、①「心理的応急処置(PFA) 現場支援ガイド」と、②「サイコロジカル・ファーストエイド;実施の手引き 第2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、①耳を傾ける(Listen)、②守る(Protect)、③つなげる(Connect)の3段階からなる援助(LPC)が低～高リスク者に提供される。</p>	<p>1. Op.  2. Op.  3. Ev.</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>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)。  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)。  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。  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)。  5. PFAの目的は表12-1(p.276)を参照(Brymer et al., 2006)。</p>	<p>1. Ev.  2. Ev.  3. Op.  4. Ev.  5. Ev.</p>
<p>2. 発展中の基準</p>	<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&gt;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、頁278の表12-2に簡潔に記述されている:①被災者に対して共感的な関わりを持つ、②安全を確保し安心感を与える、③被災者の落ち着きを取り戻す、④情報を収集する、⑤現実的な問題の解決を助ける、⑥社会的ネットワークの強化する、⑦対処に役立つ情報を提供する、⑧支援を必要とする被災者をサービスと繋げる(Brymer et al., 2006)。</p> <p>2. PFAの学び方: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>	1. Ev. 2. Op.
4. 特別な人口集団	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。	1. Op.
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実施の手引き」には、他国で支援活動をする援助者に対するの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>	1. Op. 2. Op.
6. 子どもと青少年	1. 「PFA実施の手引き」には、子どもとその保護者(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. Op.
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. Op.
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	<p>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</p> <p>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、①セルフケア(低ダメージ:心理教育)、②コミュニティによるケア(中ダメージ:安心できる環境を提供)、③専門的なケア(大ダメージ:心理療法、薬物療法)を同時並行的に行う体制である(図1、p. 42を参照)。</p>	1. Op. 2. Op.
2. サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)		

<p>—PFAが作られた経緯／PFAの概要／PFAの展望</p>	<p>1. PFAが作られた経緯: 9.11当時、現場に入った複数の支援チームは各々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。</p> <p>2. PFAの概要: PFAの原則、目的、要素について述べられている。</p> <p>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。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>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</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、①学校機能の崩壊防止と、子どもの二次被害予防を目的とした初期三日間の支援(場のケア)と、②PTSD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. Op. 2. Op.</p>
<p>I. DPATの急性期の活動と中長期の活動の枠組みについて(特に、DPATの構造、統</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>(i) 急性期の活動と中長期の活動の枠組みは分けて考えたほうがよい 1 急性期と中長期の枠組みを同一にするのは負担が大きい</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. Op. 2. Op.</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①既往症のある被災者への対応(服薬の継続)と②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. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>3 先遣隊の活動(発災直後)を急性期とは別枠で考える</p>	<p>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. Op. 2. Op.</p>
<p>(ii) 急性期と中長期の活動の枠組みは同じ方がよい、急性期の枠組みをそのまま中長期へ継続した方がよい</p>		

<p>1 急性期と中長期は連続しており、活動の枠組みを分けるのは難しい</p>	<p>1. DPATの主な役割は、①先遣隊による情報の収集と提供(超急性期)、②病院支援(急性期)、③急性期から中長期への橋渡しとなる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. Op. 2. Op.</p>
<p>2 急性期と中長期の活動の枠組みを分けるかどうかは災害の規模にもよる、バリエーションがあってもよい</p>	<p>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かと。ただし、いろいろなゴールを設定しておくことは必要であり、それに合わせ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. Op. 2. Op.</p>
<p>(iii) より適切な枠組みの提 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. Op.</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. Op. 2. Op.</p>

(iv) その他	<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的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、①救護所の設営、避難所巡回、支援活動の実施、②被災精神科病院支援の継続、③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. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</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</p> <p>1. 早期介入の妥当性</p>	<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: ①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、②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、③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、④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: ①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</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

れた、統合的役割をもつ、②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ルにより正式に認可されている、③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ルがよく整備されていること。

7. 鍵となる早期介入の構成要素

- 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

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。  
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、①基本的なニーズへの対応(安全、食料提供など)、②早期心理社会的介入、③需要把握と需要のスクリーニング、④救援と回復、⑤アウトリーチと情報散布、⑥技術援助、相談、訓練、⑦レジリエンス、コーピング、回復、⑧緊急ニーズ-トリアージ、⑨治療、の9点である。

1. Ev.  
2. Op.

8. 早期介入のための指針の要約

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)。  
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)。

1. Ev.  
2. Ev.

第3章 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

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。

2.①頑固さ(Kobasa et al., 1982; Maddi & Hightower, 1999., Waysman et al., 2001)、②coping self-efficacy (Benight et al., 1999; Murphy, 1987)、③トラウマからの回復(Bonanno, 2004; Brewin et al., 2000; King et al., 1998)、④トラウマ後の成長 (Aldwin et al., 1994; Calhoun & Tedeschi, 2001; Davis et al., 1998 Linley & Joseph, 2004; Tadeschi & Calhoun, 1995)、④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。

1. Ev.  
2. Ev.

## 2. 介入

ー準備(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【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】

1.準備と予防における必要事項として、①強靱になること (Dienstbier, 1984)、②軍 (Charney, 2004)、③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)、④訓練プログラムを通じて強さを構築する (Hobfall & Watson, 2005; Peterson, 2000; Seligman & Peterson, 2003; Seligman et al., 1999)、⑤技能訓練 (Ness & Macaskill, 2003)などが挙げられている。

2.二次または三次予防における推薦事項として、①適応的コーピングの教育(Beardslee et al., 1999; Bleich et al., 2003)、②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。

1. Ev.  
2. Ev.

## 3. 要約と結論

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。

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。

1. Op.  
2. Op.