

項目11:準備+訓練	要約	
第2章 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 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</p> <p>3. B.精神保健・心理社会支援の中心的活動領域 ①コミュニティの動員および支援 ②保護ケアサービス ③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 ①食料安全および栄養 ②避難所および仮設配置計画 ③水および衛生</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
IV 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>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</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>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>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
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ことの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>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</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>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。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>
<p>5) 精神保健医療従事者への研修活動</p>	<p>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。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>
<p>5 コミュニティの動員および支援</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>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。 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。 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。 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に、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。 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。 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>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.</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>	<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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.
	<ol style="list-style-type: none"> 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ーを行う。 	
<p>第8章 被災地におけるコミュニケーション</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>	<ol style="list-style-type: none"> 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)。 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。 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。 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、①セルフケア、②家族のケア、③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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.
<p>教育</p>		
<p>7 教育</p> <p>7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 3. 災害・紛争時においては年齢、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。 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。 5. 特別な精神保健・心理社会的ニーズをもつ学習 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op.

	<p>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>第16章 予防・教育</p>		
<p>1. ストレスマネジメント教育 ー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>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)。 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, 19984)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。 3. ストレスマネジメントの教育の進め方は4段階ある: ①ストレスについて学ぶ、②自分のストレスを知る、③望ましいストレス対処法を学ぶ、④望ましいストレス対処法の活用。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p>
<p>人材育成・支援者訓練</p>		
<p>第4章 災害時メンタルヘルス活動の訓練</p>		
<p>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</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

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。
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。
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、メンタルヘルスの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4.1DMH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)。
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)。
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。
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。
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)。

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

2. 外傷後早期介入研究—訓練に関連したもの

-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

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)。
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。
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だけの考え (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。
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。
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が含まれるべきである。
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。

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

3. 学校におけるDMH訓練

ー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

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。
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念頭に置く必要がある。
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。
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。
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。
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。

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

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. ✓ Op.

<p>一 訓練／SH/MAの理論と研究</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>5. 現実の事件では—9.11後のニューヨーク州によるDMH—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>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。</p> <p>2. 9.11後災害支援要員が直面した数多くの障害には、①現場のニーズに合わせた教育教材の翻訳、②ハイリスク群と一般人口両方へのサービス提供、③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。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>6. DMH訓練の改善に向けて</p>		

<p>ー内容および手順／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①介入、②介入のタイミング、③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、⑥利用者主導型サービス、⑦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. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>7. 結論</p>	<p>新しい論点はなく結論の要約を省略した。</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 ー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>	<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、①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、②原因究明調査のマネジメント能力、③対策遂行の組織マネジメント能力、④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、⑤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、⑥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、①リーダーシップをつくること、②情報を伝え</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p>

、管理すること、③実践の準備をし、実践を向上させること、④労働者の健康および安全を守ること、である。

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

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。
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。
3. 国立保健医療科学院は、①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、②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。
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

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

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。

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。